



جامعة اليرموك
كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية
قسم الإدارة العامة

أثر التعلم الجماعي على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين
في المراكز الصحية الشاملة الحكومية في الأردن

**The Impact of Team Learning on Health Services Quality
as Perceived by the Employees of Public Comprehensive
Health Centers in Jordan**

إعداد الطالبة
وفاء رياض محمود يحيى
2015370019

إشراف
الدكتور راند عبابنة
2018م

قرار لجنة المناقشة

أثر التعلم الجماعي على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين في المراكز الصحية
الشاملة الحكومية في الأردن

The Impact of Team Learning on Health Services Quality as Perceived
by the Employees of Public Comprehensive Health Centers in Jordan

إعداد الطالبة

وفاء رياض محمود يحيى

بكالوريوس نظم معلومات إدارية، جامعة جدارا ٢٠١٥م

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في تخصص الإدارة العامة
في جامعة اليرموك، إربد/الأردن ٢٠١٨

تخصص الإدارة العامة

وافق عليها أعضاء لجنة المناقشة

الأستاذ الدكتور رائد إسماعيل عبابنة..... مشرفاً ورئيساً

أستاذ - الإدارة العامة - جامعة اليرموك

الدكتور محمد علي روابدة..... عضواً

أستاذ مشارك - الإدارة العامة - جامعة اليرموك

الأستاذ الدكتور سليمان إبراهيم الحوري..... عضواً

أستاذ - إدارة أعمال - جامعة آل البيت

تاريخ مناقشة الرسالة ٢٠/١٢/٢٠١٨م

الشكر والتقدير

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمدُ لله حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه، ملء السمواتِ وملء الأرضِ، وملء ما شئتَ من شيء بعد، أهل الثناء والمجد، أحق ما قال العبد، وكلنا لك العبد، أشكرك ربي على نعمك التي لا تعد، أحمدك ربي وأشكرك على أن يسرت لي إتمام هذه الرسالة على الوجه الذي أرجو أن ترضى به عني.

أيماناً مني بفضل الاعتراف بالجميل والامتنان لأصحاب المعروف، فإنني أتقدم بجزيل الشكر والامتنان وعظيم التقدير والعرفان لأستاذي ومشرفي الدكتور رائد عابنة حفظه الله وتممه بالصحة والعافية لقبوله الإشراف على هذه الرسالة، ومتابعته منذ أن كانت الرسالة فكرة إلى إتمامه إلى الوجه المطلوب فجزاه الله عني خير الجزاء في الدنيا والآخرة.

كما أتقدم بجزيل الشكر والامتنان وعظيم التقدير والعرفان إلى أعضاء لجنة المناقشة الموقرة الأستاذ الدكتور سليمان الحوري والدكتور محمد الروابدة على تفضلهم بمناقشة هذه الرسالة.

وأخيراً أشكر كل من ساعد وقدم يد العون والمساعدة لإخراج هذا الجهد المتواضع بهذه الصورة جزاكم الله كل خير.

الإهداء

إلى صاحب أطيب وأحن قلب في الوجود ... إلى من أتمنى رؤيته والاقتراب منه مرة ثانية إلى من أفتقده بشده

إلى روح جدي الطاهر

إلى من كرسا حياتهما لإجلي ... وأفنوا حياتهما لإسعادي فبذلك شاب رأسهما ... إلى من ضحيا بالكثير في سبيل جعلي ما أنا عليه اليوم ... إلى من مهما قدمت لهم على مدى العمر لن أرد نصف ما قدموه لي ... إلى من سهروا الليالي من أجل أن أكون مرتاحةً وهنيئاً ... إلى سندي وقوتي وملجئي بعد الله

إلى والدي ووالدتي الأعتز

إلى قرة عيني وعزوتي وسندي إلى من كانوا عوناً لي في كل عمل لي إلى من ليس لي غيرهم

إلى إخوتي وأهلي الأعتز

إلى من كانت كتاباً يرشدني نحو الصواب ... إلى من كانت تقاسمني ضحكاتي ودمعاتي ... إلى

صديقة العمر دانيا خنفر

إلى الذين معي والذين غابوا في دهاليز الحياة

إلى صديقاتي الغاليات

إلى كل وزملائي وكل من له حق علي ... أهدي لكم جميعاً ثمرة جهدي المتواضع

الباحثة

قائمة المحتويات

| الصفحة | الموضوع |
|--------|--|
| أ | قرار لجنة المناقشة |
| ب | الشكر والتقدير |
| ج | الإهداء |
| د | قائمة المحتويات |
| ز | قائمة الجداول |
| ط | قائمة الأشكال |
| ط | قائمة الملاحق |
| ي | ملخص الدراسة |
| | الفصل الأول: الإطار العام |
| 1 | المقدمة |
| 3 | مشكلة الدراسة |
| 4 | أهداف الدراسة |
| 5 | أسئلة وفرضيات الدراسة |
| 6 | أهمية الدراسة |
| 8 | نموذج الدراسة |
| 9 | التعريفات الإجرائية |
| | الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة والواقع الصحي الأردني |
| 11 | المقدمة |
| 12 | الجزء الأول: الإطار النظري |
| 12 | المبحث الأول: التعلم الجماعي |
| 12 | التمهيد |
| 14 | مفهوم التعلم الجماعي |
| 17 | أبعاد التعلم الجماعي |
| 21 | العوامل المؤثرة على التعلم الجماعي |
| 24 | عوائق التعلم الجماعي |
| 26 | المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية |

| | |
|-----|---|
| 26 | التمهيد |
| 26 | مفهوم جودة الخدمات الصحية |
| 29 | نماذج جودة الخدمات |
| 29 | أبعاد جودة الخدمة |
| 34 | المبحث الثالث: الواقع الصحي في الأردن |
| 38 | الجزء الثاني: الدراسات السابقة |
| 39 | أولاً: الدراسات المتعلقة بالتعلم الجماعي |
| 39 | الدراسات العربية |
| 43 | الدراسات الأجنبية |
| 53 | ثانياً: الدراسات المتعلقة بجودة الخدمات الصحية |
| 53 | الدراسات العربية |
| 64 | الدراسات الأجنبية |
| 69 | مميزات الدراسة الحالية |
| | الفصل الثالث: منهجية الدراسة |
| 70 | المقدمة |
| 70 | أسلوب الدراسة |
| 70 | مجتمع وعينة الدراسة |
| 73 | طرق جمع البيانات |
| 74 | أداة الدراسة (الاستبانة) |
| 76 | الاختبارات الخاصة بأداة الدراسة (الاستبانة) |
| 77 | الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات |
| 78 | حدود الدراسة |
| 79 | محددات الدراسة |
| | الفصل الرابع: عرض وتحليل نتائج الدراسة ومناقشتها |
| 80 | المقدمة |
| 80 | وصف خصائص عينة الدراسة |
| 84 | الإجابة عن أسئلة الدراسة |
| 106 | اختبار الفرضيات |
| | الفصل الخامس: النتائج والتوصيات |

| | |
|-----|--------------------------------|
| 122 | النتائج |
| 125 | التوصيات |
| | قائمة المراجع |
| 128 | المراجع العربية |
| 134 | المراجع الاجنبية |
| | قائمة الملاحق |
| 148 | الملحق (1): الاستبانة |
| 152 | الملحق (2): قائمة المحكمين |
| 153 | الملحق (3): كتاب تسهيل المهمة |
| 158 | ملخص الدراسة باللغة الإنكليزية |

قائمة الجداول

| رقم | عنوان الجدول | الصفحة |
|-----|--|--------|
| 1 | توزيع أفراد مجتمع الدراسة على المراكز الصحية الشاملة في محافظة إربد | 72 |
| 2 | عدد الاستبانات الموزعة على أفراد عينة الدراسة والمستردة منها | 73 |
| 3 | معامل الاتساق الداخلي كرونباخ ألفا لأبعاد ومجالات الدراسة | 77 |
| 4 | التكرارات والنسب المئوية حسب المتغيرات الشخصية والوظيفية للمبحوثين | 82 |
| 5 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى التعلم الجماعي كما يراه العاملون في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية | 84 |
| 6 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات المتعلقة ببعد تجريب الأفكار مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية | 85 |
| 7 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات المتعلقة ببعد إدارة الخطأ مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية | 86 |
| 8 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات المتعلقة ببعد طلب المساعدة مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية | 87 |
| 9 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات المتعلقة ببعد مشاركة المعلومات مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية | 88 |
| 10 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات المتعلقة ببعد ردود الفعل مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية | 89 |
| 11 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى جودة الخدمات الصحية كما يراها العاملون في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية | 91 |
| 12 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات المتعلقة ببعد الاعتمادية مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية | 92 |
| 13 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات المتعلقة ببعد الأمان مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية | 93 |
| 14 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات المتعلقة ببعد الاستجابة مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية | 94 |
| 15 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات المتعلقة ببعد التعاطف مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية | 95 |
| 16 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات المتعلقة ببعد الملموسية مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية | 96 |
| 17 | اختبار (One Sample Kolmogorov-Smirnov test) للمتغيرات المستقلة والمتغير والتابع | 98 |
| 18 | مصفوفة الارتباط للمتغيرات (Correlation) | 99 |
| 19 | اختبار معامل تضخم التباين والتباين المسموح لمتغيرات الدراسة | 100 |
| 20 | تحليل الانحدار المتعدد لأثر التعلم الجماعي على جودة الخدمات الصحية ككل | 100 |
| 21 | تحليل الانحدار المتعدد لأثر التعلم الجماعي على الاعتمادية | 101 |
| 22 | تحليل الانحدار المتعدد لأثر التعلم الجماعي على الأمان | 102 |
| 23 | تحليل الانحدار المتعدد لأثر التعلم الجماعي على الاستجابة | 103 |

| | | |
|-----|---|----|
| 104 | تحليل الانحدار المتعدد لأثر التعلم الجماعي على التعاطف | 24 |
| 105 | تحليل الانحدار المتعدد لأثر التعلم الجماعي على الملموسية | 25 |
| 107 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" تبعاً لمتغير الجنس على مستوى ممارسة التعلم الجماعي للعاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة اربد | 26 |
| 108 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين الأحادي لمستوى ممارسة التعلم الجماعي للعاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة اربد تبعاً لمتغير العمر | 27 |
| 109 | المقارنات البعدية بطريقة شيفيه لأثر العمر على تجريب الأفكار | 28 |
| 110 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" لأثر متغير الحالة الاجتماعية على مستوى التعلم الجماعي للعاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة اربد | 29 |
| 111 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين الأحادي لمستوى ممارسة التعلم الجماعي للعاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة اربد تبعاً لمتغير عدد سنوات الخدمة | 30 |
| 112 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين الأحادي لمستوى ممارسة التعلم الجماعي للعاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة اربد تبعاً لمتغير الفئة الوظيفية | 31 |
| 113 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" لأثر متغير طبيعة العمل على مستوى ممارسة التعلم الجماعي للعاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة اربد | 32 |
| 115 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" لأثر متغير الجنس على مستوى ممارسة جودة الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة اربد | 33 |
| 116 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين الأحادي لمستوى ممارسة جودة الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة اربد تبعاً لمتغير العمر | 34 |
| 117 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" لأثر متغير الحالة الاجتماعية على مستوى ممارسة جودة الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة اربد | 35 |
| 118 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين الأحادي لمستوى ممارسة جودة الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة اربد تبعاً لمتغير عدد سنوات الخدمة | 36 |
| 119 | المقارنات البعدية بطريقة شيفيه لأثر عدد سنوات الخدمة على ممارسة بُعد الأمان | 37 |
| 120 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين الأحادي لمستوى ممارسة جودة الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة اربد تبعاً لمتغير الفئة الوظيفية | 38 |
| 121 | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" تبعاً لمتغير طبيعة العمل على مستوى ممارسة جودة الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة اربد | 39 |

قائمة الأشكال

| الصفحة | عنوان الشكل | رقم الشكل |
|--------|---------------|-----------|
| 8 | نموذج الدراسة | 1 |

قائمة الملاحق

| الصفحة | عنوان الملحق | رقم |
|--------|-------------------|-----|
| 151 | الاستبانة | 1 |
| 155 | قائمة المحكمين | 2 |
| 156 | كتاب تسهيل المهمة | 3 |

ملخص الدراسة

يحيى، وفاء "أثر التعلم الجماعي على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين في المراكز الصحية الشاملة الحكومية في الأردن"، رسالة ماجستير، جامعة اليرموك، 2018، إشراف: الدكتور رائد عبابنة.

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر التعلم الجماعي على جودة الخدمات الصحية في المراكز المبحوثة، وتمثلت أبعاد التعلم الجماعي (تجريب الأفكار، إدارة الخطأ، طلب المساعدة، مشاركة المعلومات، ردود الفعل)، وتمثلت أبعاد جودة الخدمات الصحية (الاعتمادية، الأمان، الاستجابة، التعاطف، الملموسية). وتم توزيع أداة الدراسة (الاستبانة) بطريقة عشوائية بنسبة (100%) على جميع أفراد عينة الدراسة من العاملين في جميع المراكز الصحية الشاملة، بإعتبار مجتمع الدراسة هو عينة الدراسة، وبعده بلغ (343) استبانة، وقد بلغ عدد الاستبانات الصالحة والخاضعة للتحليل الإحصائي (323) استبانة. واستخدمت أداة الدراسة التي تم تطويرها من الباحثة وشملت على (49) فقرة وذلك لجمع البيانات الأولية عن متغيرات الدراسة، وتم التحقق من صدق وثبات الأداة.

توصلت الدراسة إلى وجود أثر إيجابي دال إحصائياً لسلوكيات التعلم الجماعي في مستوى جودة الخدمات الصحية كما تبين وجود أثر إيجابي دال إحصائياً لكل من سلوك طلب المساعدة وردود الفعل، بينما لم يظهر أثر دال إحصائياً لكل من إدارة الخطأ وتجريب الأفكار ومشاركة المعلومات. وعلى ضوء النتائج فقد أوصت الباحثة بالتحول من عقلية التعلم والعمل الفردي إلى عقلية التعلم والعمل الجماعي لدى الإدارة العليا في القطاع العام الأردني ودراسة العوامل المساهمة في تحسين عملية التعلم الجماعي لأن لها أثر مباشر في عملية التعلم الجماعي (السلامة النفسية، قوة الفريق، تماسك، فاعلية الفريق، قيادة الفريق، النموذج العقلي المشترك، الاعتماد المتبادل).

الكلمات المفتاحية: التعلم الجماعي، جودة الخدمات الصحية، المراكز الصحية الشاملة، وزارة الصحة، الأردن.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

المقدمة

يشهد القرن الحادي والعشرين تحديات عالمية واسعة من خلال انتشار تقنيات المعلومات والشبكة العنكبوتية وظهور منظمات الموصفات والمعايير العالمية (International Standards Organization) (حمود، 2002)، كما يشهد العالم العديد من الإبداعات والابتكارات والاختراعات والمنتجات الجديدة (الطيبي، 2011). وتحتاج منظمات الأعمال إلى مواكبة هذه التغيرات الهائلة في بيئتها المعاصرة عن طريق الانفتاح وتبني الأفكار الجديدة والابتكار والإبداع وتشجيع العاملين على المشاركة والتعاون مع بعضهم البعض (دروزه وآخرون، 2014).

ما زالت بعض المنظمات والمؤسسات في الوقت الراهن متصفة ومتأثرة ببعض ملامح الهريراركية والبيروقراطية بالرغم من زيادة التحديات ومواجهتها لبيئة ديناميكية سريعة التغير مما يتطلب سرعة استجابة وتكيف ومرونة (Daft, 2008). وتبني سياسات واستراتيجيات الإدارة المعاصرة للتعامل والتكيف مع هذه الظروف. وبدأت منظمات القطاع العام بالتحول من النظام البيروقراطي إلى نظام الحكومة الريادي (Entrepreneurial Government) الذي يركز على الإنتاجية وقياس الأداء وتحسين الجودة (Milakovich & Gordon, 2007).

وتعد الجودة من أهم العوامل المحفزة والمؤدية بالمنظمات إلى التنافس والريادة كمبادئ أساسية لحصول المنظمة على شهادات الجودة (الطيبي، 2011). وتعتبر الجودة من السمات الأساسية لمواكبة التغيرات السريعة والديناميكية، حيث يقاس مستوى التقدم والرقي للمنظمات بناءً

على استخدامها لمعايير الجودة الشاملة (البرواري و باشيوه، 2011). كما أصبحت الجودة حاجة وضرورة ملحة للارتقاء بنوعية الخدمات المقدمة وزيادة رضا الزبائن (Foley&Vale, 2017).

وتحاول الكثير من المنظمات الأردنية مواكبة التغير والسعي نحو تطوير نفسها فحصلت بعضها على شهادة الأيزو 9000 وأيضاً تمكنت بعضها من الحصول على جائزة الملك عبد الله الثاني للتميز (دروزه واخرون، 2014)، وبعض هذه المنظمات تعمل في مجال تقديم الخدمات الصحية. إن تطبيق الجودة في القطاع الصحي يساعد في تقديم خدمات صحية بمستوى عالٍ لمتلقي الخدمة كما ينعكس على رفاهية الإنسان وشعوره بالحصول على متطلبات الحياة الأساسية (السبيعي، 2017). كما زاد الاهتمام بتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية بسبب تأثيرها المباشر على حياة العنصر البشري (عبد القادر، 2015). ونتيجة التطورات في مجال الصحة والخدمات الطبية والعلاج تم بذل جهود كثيفة في تحسين نوعية الخدمات المقدمة وتقديم الرعاية الصحية المميزة لمتلقي الخدمة.

وتركز مبادئ الجودة على استثمار الطاقات البشرية وتوظيف مواهب العاملين، واستثمار قدراتهم الفكرية، لبقاء واستمرارية المنظمة (البرواري وباشيوه، 2011)، ومن خلال المشاركة وتبادل المعارف والخبرات (عباس، 2010)، إذ يُعتبر العنصر البشري الركيزة الأساسية التي يقوم عليها نجاح وفشل المنظمة، ويجب استثماره واعتباره كأصل من أصول المنظمة والاستفادة منه إلى الحد أقصى (جوادي، 2014).

إلا أن الوضع الراهن لبيئة الأعمال يتطلب التخلي عن بعض الطرق التقليدية في أداء المهام والبعد عن الفردية، وذلك بإنجاز المهام بصورة جماعية والعمل بشكل تكاملي وشمولي. لذا تحتاج بيئة الأعمال إلى أشخاص من مجالات وتخصصات مختلفة، لإنجاز المهام بصورة تعاونية جماعية

(Edmondson & Lei, 2014). وتُعد الفرق ومجموعات العمل محور أساسي في المنظمات المعاصرة، بسبب مرونتها في اتخاذ القرار وقدرتها على حل المشاكل المعقدة نتيجة لما لديهم من معارف وخبرات فريدة ومتنوعة (Gabelica et al, 2016). ويعد التعلم الجماعي من الظواهر التنظيمية الهامة التي تطور ثقافة التعلم في المنظمة، من خلال تبادل المعارف والخبرات والتجارب والدروس التي يمر بها الأفراد العاملون في داخل المنظمة، ومن أبرز سلوكيات التعلم الجماعي التي أشارت إليها (Edmondson,1999) مشاركة المعلومات وطلب المساعدة من الآخرين وإجراء التجارب وطلب التغذية الراجعة.

إن ممارسة العاملين لسلوكيات التعلم الجماعي يعكس بشكل عام درجة الرضا الوظيفي ودرجة ولاء الموظف لمنظمتهم، مما يساعد على زيادة الإنتاجية، وتحسن أداء المنظمات، كما أن للتعلم الجماعي انعكاسات على أبعاد تنظيمية، ومن أهمها جودة الخدمات المقدمة وتحسين جودة الخدمات المقدمة من المنظمة.

ويعدّ القطاع الصحي من القطاعات المهمة التي يكون للعاملين فيها دور هام في تقديم الخدمات الصحية والعلاجية لمتلقي الخدمة بكل كفاءة و فاعلية، عن طريق زيادة ارتباط العاملين مع بعضهم البعض، وولائهم للمنظمة التي يعملون فيها، وبالتالي تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة. لذلك تسعى هذه الدراسة لمعرفة أثر ممارسة التعلم الجماعي على جودة الخدمات الصحية من خلال دراسة آراء العاملين في المراكز الصحية الشاملة في الأردن.

مشكلة الدراسة

وبحكم أن القطاع الصحي يُعد واحداً من أهم القطاعات التي لها أثر كبير ودور مهم في خدمة وتنمية المجتمع، من خلال تقديم الخدمات والرعاية الصحية بدرجة عالية من الجودة، إرضاءً

لمتلقي الخدمة؛ ولأن جودة الخدمات الصحية أصبحت ضرورة ملحة، مما تطلب قيام القطاع الصحي بالتعامل مع مفهوم الجودة والاهتمام بتقديم أفضل الخدمات، لرفع مستوى رضا العملاء عن الخدمات الصحية المقدمة. ومن هنا يتطلب تبني مفاهيم ومداخل إدارية وتنظيمية حديثة وإعادة بناء وهيكله عملها إدارياً وتنظيماً لتطوير العمل وتحسين جودة الرعاية والخدمات لابد من تبني مفهوم التعلم الجماعي كمدخل رئيسي للتطوير فيها. ويتطلب تحقيق ذلك توافر عناصر التعلم الجماعي في المراكز الصحية والعمل على تطوير أدائها من أجل مواجهة التحديات، حيث يلعب التعلم الجماعي دوراً واضحاً في تشجيع العاملين على تبادل المعارف والمعلومات والخبرات وعدم احتكارها، ومساعدة الأفراد بعضهم البعض وطرح الاستفسارات والتوجه نحو إنجاز المهام بشكل جماعي. وتعتبر هذه الممارسات من الظواهر الإيجابية الصحية في المنظمات لما لها من آثار مرغوبة على مستوى الفرد والمجموعة والمنظمة وعلى تحسين جودة الخدمات المقدمة وتلبية رغبات وحاجات المرضى والمراجعين بكل كفاءة وفاعلية. وعليه تسعى هذه الدراسة للإجابة عن السؤال الرئيسي التالي:

ما أثر التعلم الجماعي على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر العاملين في المراكز

الصحية الحكومية في محافظة إربد في الأردن؟

أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة أثر ممارسة سلوكيات التعلم الجماعي على جودة الخدمات الصحية المقدمة من العاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في الأردن. وبناءً عليه جاءت هذه الدراسة لتعرف على ما يأتي:

1. مستوى ممارسة التعلم الجماعي كما يراها العاملون في المراكز الصحية الحكومية الشاملة

في محافظة إربد في الأردن.

2. مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة كما يراها العاملون في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد في الأردن.

3. أثر التعلم الجماعي على جودة الخدمات الصحية في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد في الأردن.

أسئلة وفرضيات الدراسة

تسعى هذه الدراسة للإجابة عن التساؤلات التالية:

1. ما مستوى ممارسة التعلم الجماعي كما يراه العاملون في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد في الأردن؟

2. ما مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة كما يراه العاملون في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد في الأردن؟

3. ما أثر التعلم الجماعي على جودة الخدمات الصحية في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد في الأردن؟

ولأغراض إجراء الدراسة تم تطوير واختبار الفرضيات التالية:

1. يوجد أثر إيجابي ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لممارسة التعلم الجماعي على جودة الخدمات الصحية في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد في الأردن.

2. يوجد فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى ممارسة التعلم الجماعي في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد في الأردن تعزى إلى الخصائص الشخصية

والوظيفية للعاملين والتي تتمثل في (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، عدد سنوات الخدمة، الفئة الوظيفية، طبيعة العمل).

3. يوجد فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى ممارسة جودة الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد في الأردن تعزى إلى الخصائص الشخصية والوظيفية للعاملين والتي تتمثل في (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، عدد سنوات الخدمة، الفئة الوظيفية، طبيعة العمل).

أهمية الدراسة

تتمثل أهمية الدراسة في الجوانب الآتية:-

أولاً: الأهمية النظرية

تكمن أهمية الدراسة في مساهمتها في إيجاد إطار نظري عن علاقة التعلم الجماعي وسلوكياته مع جودة الخدمات الصحية وأبعادها. حيث يعد من المواضيع الحديثة والتي لم تحظ بالاهتمام الكافي من قبل الباحثين. انطلاقاً من ذلك، ومن خلال الاطلاع على الدراسات السابقة المتعلقة بالتعلم الجماعي والنتائج التي توصلت إليها تلك الدراسات، تسعى الباحثة في هذه الدراسة إلى معرفة طبيعة العلاقة بين التعلم الجماعي وجودة الخدمات الصحية، ومعرفة مستوى التعلم الجماعي في القطاع الصحي، ومعرفة مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في هذا القطاع من خلال استقصاء آراء عينة من العاملين في المراكز الصحية في القطاع العام في محافظة إربد في الأردن، وتم ذلك من خلال دراسة مفهوم التعلم الجماعي، ومستوياته وأبعاده والعوامل المؤثرة في ذلك والمحددات، بالإضافة إلى دراسة مفهوم الجودة الصحية وأبعادها ونماذجها. وتم الرجوع إلى الأبحاث والتقارير والدراسات السابقة والمصادر المتاحة والمتعلقة بكل من التعلم الجماعي وجودة الخدمات الصحية.

ثانياً: الأهمية العملية

نظراً لندرة الدراسات والأبحاث السابقة حول هذا الموضوع على المستوى الأردني والعربي يجعل من المعلومات والنتائج المتوقعة من هذه الدراسة ذات قيمة أكاديمية، حيث إن أغلب الدراسات التي وجدت تبحث العلاقة بين التعلم الجماعي مع الأداء والفاعلية دون ربط مباشر لأثر أو علاقة التعلم الجماعي مع جودة الخدمات الصحية. لذا فإن نتائج هذه الدراسة يمكن الاستفادة منها والبناء عليها لأغراض التطوير الإداري في القطاع الصحي. وتعتقد الباحثة بأن موضوع التعلم الجماعي من المواضيع المهمة لتحقيق الأهداف الإدارية والتنظيمية بكل كفاءة وفاعلية. وقد تم توزيع استبانة على عينة من العاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد في الأردن بهدف التعرف على مدى ممارسة سلوكيات التعلم الجماعي وأثرها على جودة الخدمات الصحية. كما تسعى الدراسة إلى تزويد متخذي القرار في القطاعات الصحية الحكومية بالنتائج والتوصيات لإيجاد الحلول المناسبة لرفع مستوى جودة الخدمات الصحية بما يعود بالفائدة والنفعة على المنظمات الصحية وعلى المراجعين.

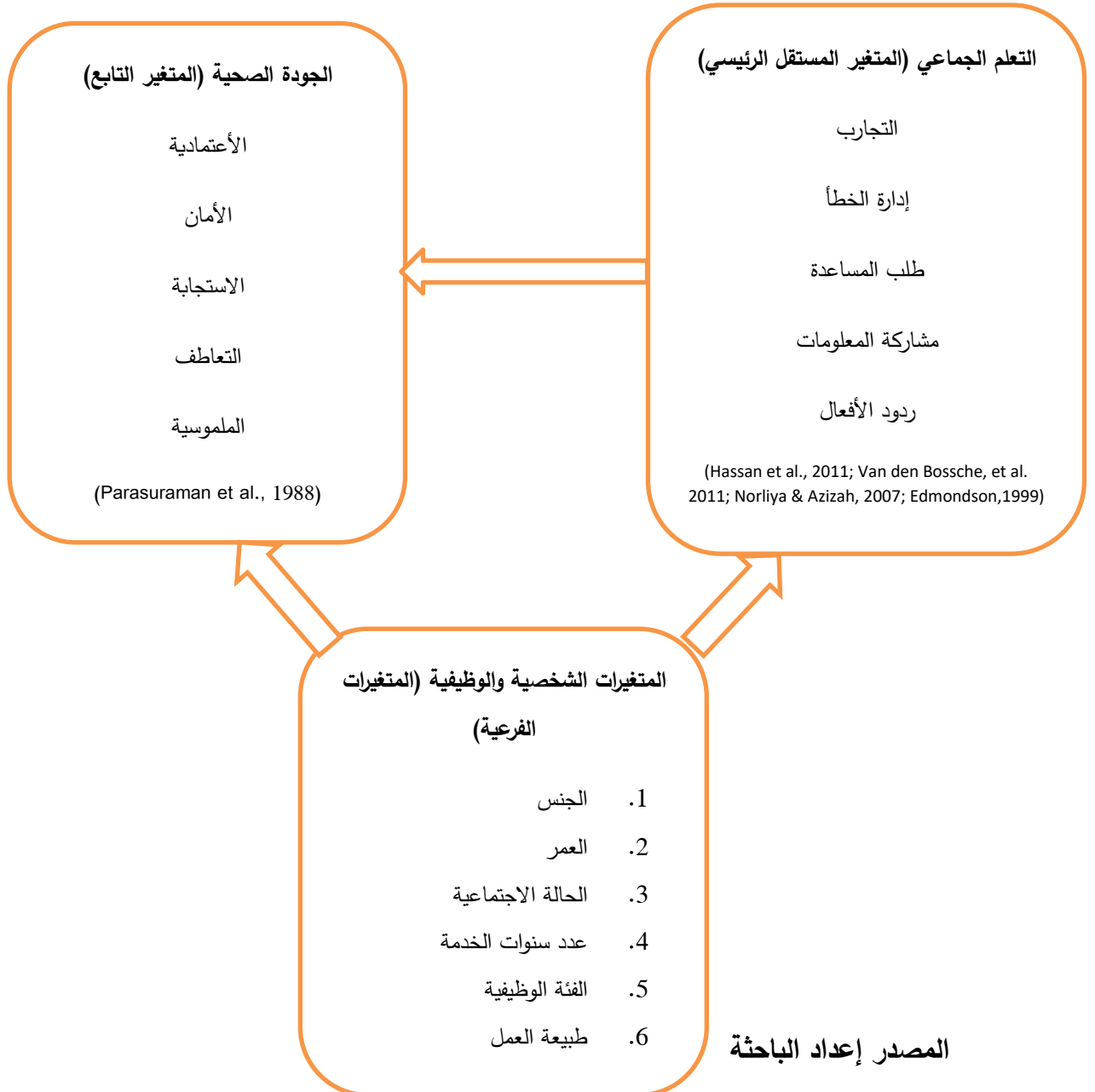
نموذج الدراسة:

يمثل النموذج رقم (1) أبعاد التعلم الجماعي كمتغير رئيس مستقل وتأثيره على جودة الخدمات

الصحية كمتغير تابع بالاعتماد على وجود متغيرات فرعية متمثلة بالخصائص الوظيفية والشخصية

حيث تلعب دورها بالتأثير في مستوى ممارسة كل من المتغيرين المستقل والتابع.

نموذج الدراسة



التعريفات الإجرائية

1. **التعلم الجماعي:** هو عبارة عن مجموعة من الأفراد داخل فريق عمل بحيث يتعلمون بشكل جماعي عن طريق تبادل معارفهم وتجاربهم وخبراتهم لتحقيق هدف ما.
2. **تجريب الأفكار:** هي عملية تطوير واختبار أفكار جديدة من خلال الاكتشاف والتعلم من الأخطاء.
3. **إدارة الخطأ:** هي عملية إجراء نقاشات جماعية للخطأ والمشاكل ومحاولة الوصول إلى حلول.
4. **طلب المساعدة:** هو طلب يد العون من أعضاء الفريق للاستفسار عن شيء أو لفهم شيء معين لإنجاز العمل.
5. **مشاركة المعلومات:** هو تبادل المعلومات والمعارف والآراء ووجهات النظر من داخل ومن خارج المنظمة.
6. **ردود الأفعال:** هو إدخال مجموعة من التوجيهات والتعديلات على الاستجابات في العمل والتي تصدر بين العاملين لتصبح أكثر اقتراباً من الاستجابات المرغوب فيها.
7. **أبعاد جودة الخدمات الصحية:** هي مجموعة من خمسة أبعاد تتعلق بجودة الخدمات الصحية والتي أجمعت أكثر الدراسات والأبحاث عليها، وهي: الاعتمادية والملموسية والأمان والتعاطف والاستجابة.
8. **بعد الاعتمادية:** هو القدرة على تقديم الخدمة المطلوبة بدرجة عالية من الصحة والدقة والثبات وفقاً للشروط والمواصفات المحددة.
9. **بعد الأمان:** هو الثقة بمقدم الخدمة من خلال التحرر من الشك أو الخطر.

10. **بعد الاستجابة:** هو مدى قدرة الوحدة الصحية على تقديم الخدمة بشكل فوري ومنتقن وفقاً لتطلعات متلقي الخدمة، مع ضرورة التفاعل السريع مع الشكاوي والمقترحات والعمل على حلها.
11. **بعد التعاطف:** هو اهتمام وعناية العاملين بمتلقي الخدمة اهتماماً شخصياً وفهم وإدراك حاجاتهم ورغباتهم.
12. **بعد الملموسية:** هو يشمل الجوانب المادية للخدمة مثل الأدوات والمعدات والمرافق المادية.
13. **المركز الصحي الشامل:** هو المركز الذي يوفر خدمات الطب العام والتخصصات الرئيسية الأربعة بالإضافة إلى خدمات الصحة السنية ورعاية الأم والطفل والأشعة والصحة العامة.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

المقدمة

يشهد العصر الذي نعيشه تطوراً سريعاً في جميع الميادين نتيجة الثورة المعرفية والتكنولوجية التي تواجهها المنظمات في الفترة الأخيرة (قهوجي وبدر، 2014). ومن أجل البقاء في ظل الظروف السائدة فلا بد من تبني أنماط تفكير حديثة وإثراء ثقافة التعلم والسعي نحو تركيز المنظمات على عملية التعلم وتبادل المعارف بشكل تشاركي وجماعي (الرفاعي، الشياب، الروابدة، 2013). وتعد عملية التعلم الجماعي من المفاهيم الإدارية الحديثة التي حظيت باهتمام في الآونة الأخيرة، حيث يركز التعلم الجماعي بشكل أساسي على العنصر البشري في المنظمات من خلال تحفيز العاملين في المنظمة للمشاركة في عملية التعلم من خلال التفاعل بينهم، ومشاركة الخبرات والمعلومات والمعارف المخزنة لديهم لمواجهة تحديات بيئة العمل (Cauwelier, 2016). وتُحدث عملية التعلم الفعال تناغماً بين العاملين مما ينعكس على نوعية الخدمات المقدمة، وللارتقاء بمستوى الخدمات المقدمة خصوصاً في القطاع الصحي، لا بد من إهتمام منظمات القطاع الصحي (المستشفيات والمراكز الصحية) بتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية من خلال تطبيق جملة من الأبعاد والمؤشرات التي يمكن من خلالها تحديد وضبط مستوى جودة تلك الخدمات الصحية (بديسي وزويوش، 2011).

يهدف هذا الفصل إلى استعراض الإطار النظري والدراسات السابقة حيث سوف يتم عرض

الإطار النظري في الجزء الأول والدراسات السابقة في الجزء الثاني.

الجزء الأول

الإطار النظري

يهدف هذا الجزء إلى استعراض وتوضيح المتغيرات البحثية التي سوف يتم تناولها في هذه الدراسة نظرياً حيث سيتم تقسيم هذا الجزء إلى ثلاثة مباحث الأول التعلم الجماعي والمبحث الثاني جودة الخدمات الصحية والمبحث الثالث الواقع الصحي في الأردن.

سيتم في المبحث الأول: توضيح مفهوم المنظمة المتعلمة، ومفهوم التعلم، ومفهوم التعلم الجماعي، ومستويات التعلم، وسلوكيات التعلم الجماعي، والعوامل المؤثرة على التعلم الجماعي، والمهارات التي تسهل التعلم الجماعي، وعوائق التعلم الجماعي. وفي المبحث الثاني: سيتمّ توضيح مفهوم جودة الخدمة الصحية، ونماذج جودة الخدمات، وأبعاد جودة الخدمات. وفي المبحث الثالث: سيتمّ توضيح الواقع الصحي في الأردن.

المبحث الأول

التعلم الجماعي (Team Learning)

التمهيد

عرف (Senge,1990) الفرق أو الجماعات بأنها هي الوحدة الأساسية للتعلم في المنظمات المعاصرة، وتعد دراسة المجموعات والفرق ضرورة، حيث أن أعضاء الفريق يؤثرون ويتأثرون ببعضهم البعض ويؤثرون على مخرجات المنظمة (Zoltan et al., 2013). نظراً لأن عملية التعلم تتشكل من خلال المشاركة الاجتماعية للأفراد (Cauwelier,2016).

وأشار (Gryskiewicz, 1999) إلى أن المنظمات تحتاج إلى تطوير مناخ عمل يشجع على الإبداع والتجديد والابتكار من خلال فلسفة العمل المشترك والتعلم لتطوير الأداء بشكل جماعي. ويُعدّ التعلم الجماعي ظاهرة اجتماعية نشأت من خلال التفاعل الاجتماعي الذي يؤدي إلى ظهور نتائج تعليمي جماعي مثل مشاركة الأفكار والمعتقدات ونماذج التفكير والمعارف والممارسات وتساعد الأفراد على الانغماس (Hassan et al., 2011). يُعدّ التعلم الجماعي عنصراً مهماً للمنظمات التي تسعى للحفاظ على الميزة التنافسية في بيئة الأعمال المعقدة والمضطربة (Yorks et al., 2003).

وأشار (Senge, 1990) في كتابه (The Fifth Discipline) بأن التعلم الجماعي واحداً من المجالات الخمسة في تشكيل المنظمة المتعلمة، بالإضافة إلى: التفكير النظامي، والنموذج الذهني، والتميز الذاتي، والرؤية المشتركة. يُعدّ مفهوم المنظمة المتعلمة من المفاهيم الحديثة في الفكر الإداري المعاصر حيث ظهرت في نهاية التسعينات بشكل بارز، وطور أول نموذج للمنظمات المتعلمة على يد الباحث Peter Senge (قهوجي وبدر، 2014).

عرف (Senge, 1990) المنظمة المتعلمة بأنها: "المنظمات التي يعمل فيها الأفراد بهدف تطوير قدراتهم باستمرار لتحقيق النتائج التي يريدونها ويتم تغذيتهم بأنماط تفكير جديدة وموسعة ويتعلمون فيها معاً وبشكل مستمر". وعرف (Daft, 2008) المنظمة المتعلمة بأنها المنظمة التي تشجع العاملين على التواصل والتعاون والتشارك في تحديد وحل المشاكل و تمكن المنظمة من إجراء التجارب باستمرار وتطوير وزيادة قدرة وإمكانية المنظمة.

مفهوم التعلم الجماعي

أن الكلمات المرادفة للتعلم الجماعي هي التعلم التعاوني (Collaboration Learning) والتعلم الفرقي أو الجماعي (Team Learning/Collective Learning/Group Learning) (Singer et al., 2015).

عُرف التعلم بأنه عملية اكتساب المعارف من خلال الخبرات التي تقود إلى التغيير الدائم للسلوك (Hassan et al., 2011). عرّف (Ford & Kraiger, 1995) التعلم بأنه عملية اكتساب المعارف والمهارات والمواقف أو غيرها من الخصائص التي تغير من السلوك. كما عُرّف التعلم بأنه عملية نفسية تنشأ داخل الفرد كعملية معرفية مترابطة وعاطفية تخفزية وسلوكية (Bell et al., 2012). أشارت (Edmondson,1999) إلى أنّ التعلم هو مجموعة من السلوكيات التي يتم معالجتها للوصول لنتائج كالتأقلم مع التغييرات وزيادة الفهم والوعي وتحسين الأداء.

عرف (Senge,1990) التعلم الجماعي بأنه عملية موائمة وتطوير قدرات المجموعة أو الفريق لتحقيق النتائج المرغوبة. كما عرف (Singer et al., 2015) التعلم الجماعي بأنه طريقة الحصول على المعلومات بين الأفراد في المنظمة. كما أشار (Allee,1997) أن التعلم الجماعي هو إيجاد التوائم والتوافق بين أعضاء الفريق وبناء المعارف. وبين (Kayes et al., 2005) أن التعلم الجماعي هو مجموعة من الخبرات الفردية وتفاعلات تلك الخبرات داخل الفريق.

وأشار (Zoltan et al., 2013) بأن التعلم الجماعي هو أكثر من مجموع ما يتعلمه الأفراد في المنظمة، وهو التعلم الذي يحدث داخل المجموعة، ويُحدث تغييراً في المعايير والقواعد والذاكرة الجماعية للمجموعة، بحيث يمكن تعلّم الأشخاص من بعضهم البعض بشكل مرّن.

عرف (Van der Vegt & Bunderson, 2005) التعلم الجماعي بأنه مجموعة الأنشطة التي يسعى فيها أعضاء الفريق للحصول على المعارف ومشاركتها و تحسينها ودمجها من خلال تفاعلهم مع بعضهم البعض. وأوضح (Ellis et al, 2003) أن التعلم الجماعي عملية تُحدث تغييراً نسبياً على المستوى الجماعي للفريق، من خلال المعارف والمهارات الناتجة عن الخبرة والتجربة المشتركة لأعضاء الفريق.

أشارت (Edmondson, 1999) بأن التعلم الجماعي هو عملية مستمرة من التفكير والعمل الجماعي (Reflection & Action) من خلال القيام بالسلوكيات الآتية: طرح الأسئلة، وطلب التغذية الراجعة، وإجراء التجارب، والتفكير بالنتائج، ومناقشة الأخطاء أو النتائج غير المتوقعة. و عرف (Argote et al., 1999) التعلم الجماعي بأنه عمليات ونتائج للأنشطة الجماعية التي تحدث بين أفراد، من خلال اكتساب المعارف ومشاركتها ودمجها، لكن مع التركيز على العمليات وترك النتائج لهذه العمليات ليتم فحصها بشكل منفصل (cited from Edmondson, 1999).

ويُعرف التعلم الجماعي بأنه عملية ديناميكية بحيث يقوم أعضاء الفريق باتخاذ الإجراءات وتقديم واستقبال ردود الأفعال وتعديل وتحسين وتغيير سلوكياتهم (Yang & Chen, 2005). وبناءً عليه تعرف الباحثة التعلم الجماعي بأنه "مجموعة من التفاعلات الاجتماعية التي تتضمن التفكير والعمل بشكل جماعي بين أعضاء الفرق من خلال تجريب الأفكار، وطلب المساعدة، وإدارة الخطأ، ومشاركة المعلومات، و ردود الفعل.

بدأ مفهوم التعلم الجماعي بالظهور في مجال الدراسات التربوية، لكن شارك كثير من العلماء والباحثين من مختلف الحقول المعرفية مثل الإدارة والتعليم وعلم النفس، ولم يعد التعلم الجماعي حكراً على الغرف الصفية بل دخل الحقول الإدارية وأصبح أمراً ضرورياً لنجاح المنظمات. مؤخراً اكتسب

التعلم الجماعي أهمية خاصة لدى المنظمات بسبب ازدياد الطلب على الأعمال التي تركز على الجوانب المعرفية الجماعية والتكنولوجية (Kayes & Burnett, 2006).

تم خلال العقدين الماضيين تكوين رؤية حول التعلم الجماعي، لكن عانت البحوث من الغموض المفاهيمي، وغياب التماسك والترابط في الإطار النظري، لوحظ بوجود تناقضات بوضع تصور للتعلم الجماعي عبر الدراسات (Bell et al., 2012). رغم أهمية الموضوع إلا أنه لم يتم بلورة آليات التعلم الجماعي بشكل واضح، وأشار (Senge, 1990) إلى عدم وجود فهم شامل للتعلم الجماعي، ومازل مفهوم التعلم الجماعي غامض كما يتطلب وصف الظاهرة بشكل أفضل ليصبح التعلم الجماعي خطوة مهمة لبناء المنظمات المتعلمة.

بعض الدراسات تناولت موضوع التعلم الجماعي بأن عملية التعلم تحدث على المستوى الفردي داخل الفريق وكذلك على المستوى الجماعي للفريق، وبعض الأبحاث تقيم عملية التعلم الجماعي من خلال التركيز على العمليات (Processes)، بينما يقوم الآخرون بالتركيز على النتائج (Outcomes) (Cauwelier, 2016). وتساءلت بعض الدراسات "هل التعلم الجماعي يحدث بشكل لحظي أم يتطور عبر الزمن؟" (Kayes & Burnett, 2006)

كما تم دراسة التعلم الجماعي أو العمل الجماعي بشكل مختلف من خلال التركيز على جانبين هما: الأول ركز على الجانب المعرفي (Cognitive) والثاني ركز على الجانب الاجتماعي (Social). حيث ركزت الدراسات التربوية على الجانب المعرفي أو الإدراكي بأن العمل الجماعي يؤثر على عمليات الفهم والإدراك. أما الدراسات الاجتماعية فركزت على دراسة العوامل الاجتماعية التي تؤثر على أداء العمل الجماعي أو التعلم الجماعي. وعلى الرغم من أن المنظورين متلازمين إلا أن أغلب الدراسات تركز على جانب واحد منهما (Van den Bossche et al., 2006).

وتناولت (Edmondson, 1999) التعلم الجماعي بوجود عنصرين يُحدثان التفاعل بين أفراد الفريق هما: الممارسة (Action) و التأمل (Reflection). ويشير مصطلح التأمل إلى أن أعضاء الفريق يعملون على مشاركة المعلومات والبحث عن تعليقات أو ردود الفعل عن الأداء و مناقشة الأخطاء أو المشاكل وكسب الأفكار. أما الممارسة فتشير إلى تغيير السلوكيات وإتخاذ القرار وتحسين أداء الفريق وإجراء التجارب ومشاركة المعارف (Edmondson,2002). ولا تستطيع الفرق اكتساب المعارف الجديدة أو توليد الأفكار الجديدة من دون الممارسة والتأمل (Yang & Chen, 2005). في هذه الدراسة تم طرح موضوع التعلم الجماعي من خلال التركيز على عمليات التعلم الجماعي (Processes of Team Learning) اعتماداً على دراسة العالمة (Edmondson, 1999) التي قيمت موضوع التعلم الجماعي من خلال عملية التعلم الجماعي.

أبعاد التعلم الجماعي (Team Learning Behaviors)

عرف (Van den Bossche et al., 2006) سلوكيات التعلم الجماعي بأنها العملية التي يتم من خلالها التوصل للفهم المتبادل والمعرفة المشتركة من خلال تفاعل أعضاء الفريق وطريقة الحوار. أشار (Edmondson,2002) إلى أن أبرز السلوكيات أو الأنشطة عند تفاعل الأفراد داخل المجموعات أو الفرق والتي تساهم في التعلم الجماعي بين أعضاء الفريق هي:

- **مشاركة المعلومات (Sharing Information):** تتبادل المعلومات والمعارف والأراء ووجهات النظر من داخل وخارج المنظمة. عندما يبدأ الأفراد بمشاركة المعلومات وانطباعاتهم، حيث أن الأفراد لديهم خبرات كافية ومعارف فريدة تميز المجموعة.

▪ **التجارب (Experimenting):** اختبار وتطوير طرق جديدة للقيام بالأشياء من خلال التعلم من الأخطاء والتعلم من الفشل والاكتشاف، أي القيام بالأعمال بشكل مختلف لغايات تحسين وقياس اختلافات النتائج، حيث تساعد هذه التجارب على زيادة الإبداع والابتكار (Hassan et al., 2011).

▪ **إدارة الخطأ (Error Management):** لفت الانتباه نحو الأخطاء والاعتراف بها والإبلاغ عن الأخطاء من خلال إجراء نقاشات جماعية لحل المشاكل والأخطاء ومحاولة تجنبها (Hassan et al., 2011).

▪ **طلب التغذية الراجعة (Seeking for Feedback):** مجموعة من الملاحظات والتوجيهات والتعديلات على سلوكيات الأفراد لتصبح أكثر اقتراباً من السلوكيات المرغوب بها. وقد تحدث عملية التغذية الراجعة بين أعضاء الفريق وأحياناً مع أفراد من خارج الفريق (Hassan et al., 2011). يجب عدم التردد في طلب التغذية الراجعة لغايات تطوير وتحسين الأداء.

▪ **طلب المساعدة من الآخرين (Asking for Help):** وعدم التردد في طلب المساعدة من أعضاء المجموعة وطرح الأسئلة والاستفسارات بحثاً عن الحلول والمعلومات، وعدم الخوف من ردة فعلهم.

بناءً على السلوكيات الخمسة للتعلم الجماعي حدد (Edmondson) سلوكين للتعلم الجماعي، وهي (Hassan, Aksel, Yaqub & Aldemir, 2011):

• **التعلم الجماعي الداخلي (Internal Team Learning)**

وهو مدى مشاركة أعضاء الفريق في سلوكيات مثل مراقبة الأداء و الحصول على معلومات جديدة لاختبار الفرضيات وخلق إمكانيات جديدة.

• **التعلم الجماعي الخارجي (External Team Learning)**

وهو تقييم العملاء والمدراء لمدى مشاركة الفريق في السلوكيات مثل طلب المعلومات الجديدة

وطرح الاستفسار على متلقي ومستخدمي الخدمات للحصول على التغذية الراجعة.

وأشار (Dillenbourg & Traum, 2006) لوجود إطارين تتشكل سلوكيات التعلم الجماعي

فيهما الأولى: الفهم المتبادل والثاني: الموافقة المتبادلة، ويساهم الإطارين بتشكيل سلوكيات التعلم

الجماعي: البناء (Construction) والمشاركة في البناء (Co-Construction) المعارضة البناءة

(Constructive Conflict).

▪ يتحقق الفهم المتبادل من خلال البناء (Construction) والبناء المشترك (Co-

Construction).

والبناء هو؛ خلق فهم مشترك للحالة أو المشكلة من خلال التعبير الشخصي للأفراد داخل المجموعة.

وتبدأ عملية البناء عندما يقوم أعضاء الفريق ببناء معاني من خلال وصف المشكلة وحلها وكيفية

التعامل معها، والاستماع إلى أعضاء ومحاولة فهمهم (Webb & Palincsar, 1996). أما البناء

المشترك؛ يبدأ عندما تتحول عملية البناء من عملية فردية إلى عملية جماعية (مشتركة) وفي هذه

المرحلة تتشكل معاني ومفاهيم جديدة لم تكن موجودة سابقاً داخل المجموعة.

▪ تتحقق الموافقة المتبادلة من خلال المعارضة البناءة (Constructive Conflict).

يمكن أن تختلف وتتنوع آراء وتفسيرات أعضاء الفريق في فهم بعض المواقف، إن لم يتم معالجتها

بشكل عميق لن يستفيد الفريق من هذه الاختلافات بل سوف تتحول لصراعات، يجب مواكبتها

والتعامل معها بشكل عميق من خلال تقريب المعاني للوصول إلى فهم متبادل مشترك. كما تم تعريف

المعارضة البناءة بأنه تفاوض أعضاء الفريق على التفسيرات المختلفة بالحجج والتوضيحات.

وأشار (Kasal et al, 1997) إلى أنه يمكن تحقيق التعلم من خلال التركيز والاهتمام بطريقة التعلم المستخدمة بين المجموعات. وتتكون طريقة التعلم الجماعي من التفكير الجماعي والعمل الجماعي والمنظور التكاملي، حيث أن التفكير الجماعي مرتبط بالعمل الجماعي.

▪ **التفكير الجماعي (Collective Thinking)** يوجد طريقتين للتفكير الجماعي:

الطريقة الأولى: صياغة أو تأطير (Farming) وهو تكوين فهم جماعي أولي للحالة أو للقضية أو لشخص أو للموضوع بالاعتماد على أساس الخبرات السابقة أو المدخلات الجديدة.

الطريقة الثانية: إعادة صياغة الفهم والإدراك (Reframing) حين يبدأ الافراد بتغيير فهمهم الأولي للأمور من خلال الحوارات والتحليل الجماعي، أي تحويل ما هو مدرك إلى معرفة جديدة أو صيغة جديدة.

▪ **العمل الجماعي (Collective Work)** يوجد طريقتين للعمل الجماعي:

الطريقة الأولى: التجربة (Experimenting) وهي: عمل جماعي صمم من أجل فحص فرضيات أو تحركات أو للكشف والتقييم المؤثر.

الطريقة الثانية: عبر الحدود (Boundary Crossing) عن طريق طلب وإعطاء المعلومات والآراء والأفكار من خلال تفاعل الأفراد أو الوحدات والحدود تكون جسمية وفكرية وتنظيمية، وكذلك حصول الأفراد في المعلومات والأفكار من خارج المجموعة.

▪ **المنظور التكاملي (Integrating Perspective)**

هو العنصر الأخير الذي يربط التفكير والعمل الجماعي معاً. العمل على توليف الآراء المختلفة لأعضاء المجموعة والخلافات وحلها باتباع الأسلوب الحوارية بدلاً من حلول التسوية أو حكم الأغلبية.

العوامل المؤثرة على التعلم الجماعي

أشار الباحثون لوجود مجموعة من العوامل، تساعد في حدوث عملية التعلم الجماعي، ووجود أوضاع وظروف جيدة وصحية هو بمثابة أرض خصبة لإنبات وإنماء عملية التعلم الجماعي، وتُعدّ هذه الظروف داعمة لتحقيق عملية التعلم الجماعي، وأهم هذه العوامل ما يلي (Decuyper et al., 2010):

1. النموذج العقلي المشترك (Shared Mental Models)

وهي هياكل معرفية تتشكل من قبل أعضاء الفريق، تمكنهم من تشكيل تفسيرات وتوقعات دقيقة للقيام بالمهام، بحيث تنسجم أعمالهم وتتكيف سلوكياتهم مع المهام ومع أعضاء الفريق الآخرين (Decuyper et al., 2010).

2. السلامة النفسية للفريق (Team Psychological Safety)

وهي شعور أعضاء الفريق بالثقة والأمان أثناء التعبير عن آرائهم و عدم الشعور بالإحراج أو التهديد أو الرفض أو الخوف من العقاب عند تبادل المعلومات، حيث يتولد الأمان من خلال الاحترام والثقة المتبادلة بين أعضاء الفريق (Edmondson, 1999).

3. قوة الفريق (Group Potency)

هي ظاهرة تحدث على المستوى الجماعي باعتقاد وإيمان أعضاء الفريق بقدرة الفريق الفعالة على استعمال معلومات جديدة لتوليد نتائج مفيدة (Van den Bossche et al., 2006).

4. فعالية الفريق (Team Efficacy)

هي ثقة الفريق في قدرته الجماعية على تحقيق هدف أو إنجاز نتيجة إيجابية أو أداء مهمة معينة على المستوى الجماعي (Kayes & Burnett, 2006)

5. التماسك (Cohesion)

هو مجموع القوى المؤثرة على بقاء أعضاء الفريق متماسكين ويوجد نوعين لتماسك الفريق: تماسك المهام والتماسك الاجتماعي. ويعني تماسك المهام الالتزام والولاء المشترك لأعضاء الفريق لتحقيق الأهداف، حيث يتطلب جهد جماعي. أما التماسك الاجتماعي فيشير إلى طبيعة ونوعية الروابط العاطفية، مثل المحبة والعناية والقرب من أعضاء المجموعة (Van den Bossche, 2011).

6. تنمية الفريق (Team Development)

هو عملية حيوية ديناميكية ليست ظاهرة ثابتة أو ساكنة حيث يتطور الأفراد مع مرور الوقت على المستوى الجماعي، حين يبدأ الأفراد بمشاركة وتبادل وتعلم واكتساب المعارف والمهارات المعقدة بشكل تدريجي من خلال العمل الرسمي وغير الرسمي حين تصبح عملية التعلم تتأثر وتؤثر في أعضاء الفريق (Bell et al., 2012).

7. الاعتماد المتبادل (Interdependence)

وهو تعاون الأفراد وتعزيز جهودهم لتحقيق أهدافهم وأهداف المنظمة (Decuyper et al., 2010)، ويتم ذلك من خلال الاعتماد المتبادل في المهام والاعتماد المتبادل للنتائج.

8. قيادة الفريق (Team Leadership)

هي نقل حالة أو وظيفة القيادة لتصبح موجودة بين أعضاء الفريق من أجل الاستفادة من قوة الأعضاء من خلال تبادل المعارف والمعلومات ووجهات النظر، وتحدث هذه الحالة عند تنازل قائد الفريق عن سلطاته إلى أعضاء الفريق وبالتالي يعزز عملية التعلم الجماعي (Decuyper et al., 2010).

9. هيكل الفريق (Team Structure)

وهو أنماط منتشرة ضمن الفريق تعتمد في تقسيمها على تكاملية المهارات بين أفرادها وخبراتها ليتم تجسيد التكافؤ وتحقيقه (Decuyper et al., 2010).

10. الاستراتيجية التنظيمية والتفكير النظمي (Organizational Strategy & Systems)

Thinking

الاستراتيجية التنظيمية هي أن يكون لدى الشركات العالمية إمكانية كافية للتكيف مع الظروف المحلية وإحداث التكامل بين الاستراتيجية العالمية للشركة والظروف المحلية (Decuyper et al., 2010). والتفكير النظمي هو عملية يتم من خلالها تحديد المشاكل والحالات بهدف فهم النظام، لمعرفة الآثار والعواقب بعد عملية اتخاذ القرار (Kelly et al., 2007).

كما يشير (Yang & Chen, 2005) إلى مجموعة من المهارات التي تسهل وتؤثر على التعلم الجماعي وأهمها:

1. الاستعداد للتعلم (Readiness to Learn)

وهو مدى قدرة الأفراد على تشكيل رؤية وأهداف الفريق وهذا يؤثر على عمل الفريق وشعوره بالارتياح عند طرح أهدافهم في اجتماعات الفريق (Kasal et al., 1997). من المهم جداً أن يقوم أعضاء الفريق بتوحيد الرؤى للوصول إلى رؤية موحدة تلائم جميع أعضاء الفريق مما يرفع فعالية تركيزهم على الأمور المهمة (Senge, 1990).

2. مناخ صحي لتعلم الجماعي (Healthy Team Learning Climate)

تعد السلامة النفسية من الأمثلة الجيدة على المناخ الصحي للتعلم الجماعي من خلال فرض الاحترام والثقة المتبادلة بين أعضاء الفريق، ووجود وعي كافٍ لدى أعضاء الفريق بأنهم لن

يتعرضوا للإحراج أو المعاقبة أثناء عملية التعلم الجماعي (Edmondson, 1999). ويجلب المناخ الصحي للتعلم الانفتاح والاستماع الفعال والثقة ودعم الأفراد، ويقلل من مقاومة التغيير أو الإجراءات الدفاعية بين أفراد الفريق (Yang & Chen, 2005).

3. مهارات الاتصال التوليدية (Generative Communication Skills)

وتشمل مهارات الاتصال الآتية: أولاً: الاستماع للآخرين وأيضاً لأنفسنا ولردود أفعالنا، ثانياً: احترام الأفراد، ثالثاً: تغيير التوجهات من خلال التوقف ورؤية الأمور من رؤية جديدة، رابعاً: التعبير عن النفس والآراء والمعتقدات الشخصية بموضوعية، بغض النظر عن التأثيرات الخارجية (Yang & Chen, 2005). وانفتاح أعضاء الفريق على الاستماع، وأخذ آراء وأفكار الأعضاء الآخرين بعين الاعتبار، وهذا يعكس الدور الذي يلعبه الأفراد في الفريق ومدى قدرتهم على بناء فريق متآزر (Kasal et al., 1997).

4. الممارسة و التدريب (Practice and Rehearsal)

تعتبر الممارسة وتدريب أعضاء الفرق مهماً جداً لأنه ينعكس على نتيجة التعلم (Yang & Chen, 2005)، لأن أنشطة التدريب والممارسة تهدف لتعزيز فهمنا للمعارف المكتسبة وتثبيتها في الذاكرة فلا بد من ممارسة والتدريب المستمر لضمان عدم فقدان ما تم تعلمه والمحافظة على المعلومات الجديدة.

عوائق التعلم الجماعي (The Barriers of Team Learning)

وأشار (Edmondson, 2002) إلى وجود أسباب وعوامل تساهم في فشل التعلم الجماعي

ويعزى ذلك إلى ما يلي (Yang & Chen, 2005):

1. عدم التركيز على التأملات (Lack of Reflection):

يحدث ذلك عند انشغال أفراد الفريق بأسس العمل والقواعد والأنظمة والأعمال الروتينية فيصعب ظهور مرحلة التأمل والتفكير والبحث عن حلول.

2. مناقشات غير كفؤة للفريق (Ineffective Team Discussion):

إذا كان أعضاء الفريق لا يشعرون بالأمان النفسي، بهذه الحالة تكون مناقشاتهم غير فعالة ويتم تجاهل المعلومات عن قصد ويحاول الأعضاء الدفاع عن أنفسهم ولا يرغبون بتصويب أخطاء الفريق خوفاً من الإشارة لأخطائهم.

3. عدم اتخاذ الإجراءات (Lack of Action):

حين تكون الفرق فعالة وذات كفاءة عالية، لكنها مقيدة وغير قادرة على كسر القيود والقواعد الموجودة.

4. سلطة غير كفؤة (Insufficient Power):

إن النقص في السلطة أو الاستقلالية الذاتية للفريق قد تكون معيقة للتعلم الجماعي، لعدم إمكانية اتخاذ القرار بصورة كفؤة وفاعلية كما يراها أفراد الفريق.

المبحث الثاني

جودة الخدمات الصحية

التمهيد

تسعى المنظمات إلى إعطاء الاهتمام الأكبر للعملاء وذلك بتقديم خدمات ذات جودة عالية للاستمرارية ونجاح وبقاء هذه المنظمات. فقد زاد إدراك المنظمات الخدمية ومنها الصحية لأهمية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة (عبد القادر، 2015)، استجابةً للثورة التكنولوجية في مجال الرعاية الصحية وتلبية معايير الجودة وأنظمة الاعتماد (عون، حسنان، الاعرج، 2018).

أول من استخدم مفهوم الجودة في مجال الرعاية الصحية هي الممرضة البريطانية (Florence Nightingale) في عام 1853 خلال إشرافها على تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات العسكرية، فاستخدم هذا المعيار لتحسين من نتائج المرضى في ذلك الوقت (ناصر، 2013). وفي وقتنا هذا ما زالت الدول تحرص على تقديم وتمويل الخدمات الصحية للمحافظة على الثروة البشرية التي تعد الركيزة الأساس للتنمية. كما لجأت العديد من المنظمات الإدارية إلى تبني أساليب إدارية جديدة تماشياً مع المتغيرات المتسارعة والتحديات التي تواجه القطاع الصحي بهدف الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية المقدمة (السرطان، 2017).

مفهوم جودة الخدمة الصحية (Health Quality Service)

عرف (Deming, 1982) الجودة بأنها استهداف حاجات المستهلك الحالية والمستقبلية (السبيعي، 2017). وعرف (Feigenbaum, 1991) الجودة بأنها توليفة أو تركيبة إجمالية للخصائص التسويقية، والهندسية، والتصنيعية، وقابلية الصيانة للمنتج أو الخدمة التي يكتشف الزبون

من خلال استخدامه لها بأنها تلبية توقعاته. وعرف (Juran, 1974) الجودة بأنها مدى ملائمة المنتج للاستخدام وتقديم أفضل وأصدق الصفات. كما عرفت منظمة المواصفات والمعايير العالمية (ISO 9000) الجودة بأنها شمولية صفات وخصائص المنتج أو الخدمة التي تؤثر على قدرته في إشباع حاجات الزبائن المعلنة والضمنية (السبيعي، 2017). أما معهد المعايير الوطنية الامريكي (ANSI) فيرى الجودة بأنها المزايا والخصائص الكلية للسلعة أو للخدمة التي تشمل على قدرتها في تلبية الاحتياجات (النعيمة وآخرون، 2009).

وعرف (Gronroos, 2004) الخدمة بأنها عملية تفاعل بين العملاء والموظفين وتقديم الخدمة لتكون حل لمشاكل العملاء. وعرف (Beer, 2003) الخدمة بأنها مجموعة خصائص تهدف لإرضاء العملاء وتلبية حاجاتهم. وعرف (Walfried, 2000) الخدمة بأنها مجموعة من الخصائص تلبية حاجة العميل وتقوي الروابط بين المنظمة والعملاء وتعزز من قيمة العميل.

عرف (المحياوي، 2006) جودة الخدمة بأنها معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات الزبائن لهذه الخدمة. وعرف (Parasuraman, 1988) جودة الخدمة بأنها الفرق بين توقعات العملاء والتصور الفعلي للخدمة المقدمة وتعتبر الخدمة بمثابة أصل تنظيمي وأداء مالي و عامل تسويقي مهم لدى الشركة.

تعددت مفاهيم جودة الخدمة الصحية عند الكثير من الكتاب وتسمى أحياناً جودة الرعاية الصحية (نوافلة، 2016). وعرفت الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية (JCAH) جودة الخدمة الصحية بأنها عبارة عن درجة الالتزام بالمعايير الحالية والمتفق عليها للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة من الخدمة أو الإجراء العلاجي أو التشخيصي (حفيصة، 2015). وعرف (مذكور، 1998) الخدمة الصحية بأنه نشاط يقدم للعملاء

بهدف إشباع رغباتهم وحاجاتهم (عباس، 2010). وعرف (الدمرداش، 2000) الخدمة الصحية بأنها مزيج من العناصر الملموسة وغير الملموسة التي تحقق رضا وإشباع للعملاء.

وعرف (Blumenthal, 1996) جودة الرعاية الصحية بأنها مطابقة معايير الخدمات الصحية المقدمة للمجتمع مع مستويات الخدمة المطلوبة والتأكد أن الأنشطة تنفذ على المستوى المطلوب (نوافلة، 2016). من خلال التعريفات السابقة ترى الباحثة بأن جودة الخدمات الصحية هي نشاط يقدم من قبل الوحدة الصحية بهدف إشباع حاجات ورغبات العملاء بأرقى المستويات من خلال مطابقة لمعايير المتفق عليها الاعتمادية، الملموسية، الأمان، التعاطف، الإستجابة ولقد تعددت تعاريف مفهوم الجودة، إلا أنها يجب أن تلتقي في أربعة عناصر رئيسية، هي (عباس، 2010):

1. درجة التفضيل (Degree of Superlative)

وتعني الجودة والتفوق والتميز للمنتجات المتاحة للقادرين على الدفع أو الانتفاع.

2. المطابقة للاستعمال (Fitness of Use)

تركز الجودة على الموائمة للاستعمال لأهميتها في تصميم وإنتاج المستلزمات المهمة للعمل، لكي تحقق الأمان للعاملين أثناء قيامهم بالأعمال ومشاركة العميل بوضع مواصفات ومتطلبات وتوقعات جودة السلع والخدمات.

3. المطابقة مع المتطلبات (Conformity with the Requirements)

إذا أن المنتج أو الخدمة تشبع كافة متطلبات العملاء سواء تم تحديدها بموجب عقد شراء أو حدد بموجب المواصفات المتفق عليها أو المعلن عنها أو حددت بموجب القانون.

4. التركيز على العميل (Customer Focus)

تركيز المنظمات على تلبية حاجات العميل الظاهرية والضمنية من خلال مجموعة من الخصائص المتوفرة في المنتجات والخدمات.

نماذج جودة الخدمات (Service Quality Models)

هناك نموذجان عامان لقياس جودة الخدمات:

1. المنهج الاتجاهي (Directional Approach):

هذا المنهج مرتبط برضا العملاء عن الأداء الفعلي للخدمة المقدمة، وتكون جودة الخدمة من وجهة نظر العملاء مؤشر على مدى تصور العميل عن جودة الخدمة السابقة ومدى رضاه عن الأداء الحالي للخدمة (Mohammad & Alhamadani, 2011).

2. منهج الفجوة (Gap Approach) أو نموذج SERVQUAL

وضع هذا النموذج العلماء (Parasurama, Zeithaml & Berry, 1988) ويستند إلى توقعات العملاء لمستوى الخدمة المقدمة والتصور الفعلي لمستوى أداء الخدمة وإن الهدف الأساسي لنموذج (SERVQUAL) هو توضيح سلسلة الفجوة التي تؤثر على تصور العميل لجودة الخدمة (Mohammad & Alhamadani, 2011).

أبعاد جودة الخدمة (Service Quality Dimensions)

هناك الكثير من الأدبيات التي تناولت أبعاد جودة الخدمات بشكل عام ومنها الأبعاد الصحية، لكن توصل (Parasuraman et al., 1988) إلى تحديد عشرة أبعاد أساسية لجودة الخدمة وسميت (SERVQUAL) تتكون هذه الكلمة المركبة من كلمتين الخدمة والجودة وجاءت على النحو الآتي:

1. الاعتمادية (Reliability)

وهي قدرة المؤسسة على تحقيق خدماتها بدقة في الوقت المناسب وفقاً للوعد الذي قطعه لعملائها (بديسي وزويوش، 2011).

2. الاستجابة (Responsiveness)

وهي الميل والرغبة لمساعدة العملاء وتلبية احتياجاتهم والرد على استفساراتهم على الفور، وحل مشكلاتهم بأسرع وقت ممكن (Mohammad & Alhamadani, 2011).

3. كفاءة مقدمي الخدمة (Competence)

وتعني امتلاك المهارات والمعارف الكافية التي تمكن الموظفين من أداء وظائفهم بشكل صحيح (بديسي وزويوش، 2011).

4. الوصول (Accessibility)

وهو سهولة الوصول للخدمة من حيث الموقع من خلال الخدمات المقدمة عبر الهاتف أو الإنترنت.

5. الاتصال (Communication)

يحدث التواصل من خلال الاستماع إلى العميل ونقل المعلومات بوضوح وتسهيل التواصل الخارجي مع العملاء (Mohammad & Alhamadani, 2011).

6. المجاملة (Courtesy)

وهي التعامل مع العملاء بكل احترام بطريقة مهذبة، وفهم مشاعرهم والرد عليهم بلطف (بديسي وزويوش، 2011).

7. المصداقية (Credibility)

تتحقق المصداقية من خلال الثقة الكاملة والمصداقية بمقدم الخدمة & Mohammad (Alhamadani, 2011).

8. الأمان (Security)

يجب أن تكون الخدمة المقدمة خالية من العيوب والشكوك والمخاطر لكي توفر السلامة الجسدية والأمن المالي والسرية.

9. فهم/ ومعرفة العميل (Understanding/ Knowing)

وتحقق هذه المعرفة من خلال القدرة على تحديد احتياجات العملاء وفهم مشاكلهم الفردية.

10. الملموسية (Tangible)

يشمل الجوانب المادية للخدمة مثل الأدوات والمعدات والأشخاص والمرافق المادية مثل المباني والديكور والمواقف وغيرها (بديسي وزويوش، 2011)..

وفي دراسة أجراها (Kolter,1987) بخصوص موضوع أبعاد الجودة الصحية تم دمج الأبعاد العشرة المذكورة أعلاه في خمسة أبعاد فقط هي الأهم (ذياب، 2012):

1. الاعتمادية (Reliability): تعني القدرة على تقديم الخدمة المطلوبة بدرجة عالية من

الصحة والدقة والثبات وفقاً للشروط والمواصفات المحددة (ذياب، 2012)، وعرفها (شو

وآخرون، 2007) هي عملية تقييم المؤسسة المانحة للإعتماد للمؤسسات الصحية من خلال

التزام المؤسسات الصحية بالمعايير التي وضعت للمحافظة على نوعية الرعاية الصحية

المقدمة وتحسينه. وتعرفها الباحثة تتمثل بقدرة الوحدة الصحية بجل المشاكل المرضى

والمراجعين وتقديم الخدمات بالأوقات المحددة ومن المرة الأولى والاحتفاظ بسجلات المرضى

والمراجعين.

2. **الإستجابة (Responsiveness):** هي رغبة وجاهزية أو استعداد العاملين لتقديم الخدمة

بشكل صحيح وبسرعة (حداد، 2009)، عرفها (زيدان، 2010) قدرة المنظمة على التركيز على البيئة الخارجية من خلال الاستجابة للمتغيرات السريعة في البيئة المحيطة بها مما يتطلب من المنظمة المرونة الكافية وأيضاً من خلال تركيز المنظمة على البيئة الداخلية من خلال توفير كادر كفؤ. وتعرفها الباحثة بأنها استجابة لمتطلبات واستفسارات وأسئلة المراجعين والعمل على حل مشاكل المرضى والمراجعين من خلال العاملين في الوحدات الصحية.

3. **الأمان (Security):** هو الثقة بمقدم الخدمة أي التحرر من الشك أو الخطر (عبد القادر،

2015)، وتساعد خبرات ومعارف وقدرات العاملين على بناء الثقة لديهم وكذلك لدى العملاء (Mohammad & Alhamadani, 2011)، عرفها (زيدان، 2010) توفير بيئة أمانة خالية من المشاكل والمخاطر من خلال الكوادر المتخصصة في المونظمات الصحية. عرفتها الباحثة تولد الشعور بالأمان وثقة لدى متلقي الخدمة من خلال توفير بيئة عمل خالية من المخاطر والمشاكل.

4. **الملموسية (Tangibles):** هي تشمل على الشكل الخارجي للمرافق، والمعدات،

والأشخاص، ووسائل الاتصال وتمثل العناصر الملموسة تمثيلاً مادياً أو صورة الخدمة المقدمة، وعرفها (Shaikh, 2005) بأنها تشمل على كافة التسهيلات الصحية والأجهزة والأدوات والوصفات الطبية التي يجب أن يفهمها المريض وجميع الإجراءات المستخدمة في التسهيلات. وبناءً على ما تقدم ترى الباحثة أن بعد الملموسية يتضمن توفر جميع العناصر الملموسة التي تساعد على تقديم خدمات صحية من خلال تهيئة المرافق الصحية، وموقع المستشفى، والكوادر الطبية والإدارية المؤهلة، والأجهزة والمعدات.

5. **التعاطف (Empathy):** هو درجة العناية بمتلقي الخدمة ورعايته والاهتمام بمشاكله والعمل

على إيجاد حلول له بطريقة إنسانية راقية، وعرفها (الضمور، 2012) الوقت والجهد الذي

يحتاجه العاملون لمعرفة حاجات العميل ويدركها ومدى تفهمه لمشاعر العميل وتعاطفه مع

مشكلته وتزويده بالعناية والرعاية اللازمة. وترى الباحثة التعاطف هي درجة الاهتمام المقدمة

من قبل العاملين للمرضى والمراجعين تفهمهم لحاجات ورغبات المرضى وإظهار المحبة

والاهتمام واستخدام لغة بسيطة لتوضيح حالة المريض.

ولغايات تحقيق أهداف الدراسة تم اعتماد أبعاد (Parasuraman,1988) لجودة الخدمات

الصحية التي تحتوي على خمسة أبعاد (الاعتمادية، الملموسية، الضمان، الاستجابة، التعاطف)،

لأنها تعبر عن وجهة نظر الباحثة الأنسب لمجتمع الدراسة (المراكز الصحية الشاملة)، وعلاقتها مع

أبعاد التعلم الجماعي، وتعد من أفضل النظم التي تمنح الصلاحيات للعاملين وتحثهم على المشاركة،

وتساعدهم في إدراك أوسع لمفهوم الجودة وتحديد احتياجات المرضى وإشباع رغباتهم وتحسين نوعية

الخدمات المقدمة بشكل مستمر.

المبحث الثالث

الواقع الصحي في الأردن

شهد الأردن تطوراً كبيراً في مجال الصحة منذ إنشاء وزارة الصحة الأردنية في عام (1951)، وأصدر قانون الصحة العامة رقم (43) وقد عدل بموجب قانون الصحة العامة رقم 21 سنة 1971، حيث عدل هذا الأخير عدة مرات إلى أن صدر قانون الصحة العامة رقم 47 لسنة 2008 الذي تقوم الوزارة بموجبه بتنظيم الأمور الصحية في المملكة الأردنية الهاشمية (وزارة الصحة الأردنية).

وتعد وزارة الصحة الجهة المسؤولة عن تقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية والتأهيلية للمواطنين، وتنظيم الخدمات الصحية المقدمة إلى القطاعين العام والخاص، وتوفير التأمين الصحي للمواطنين في حدود الإمكانيات المتوفرة، وإنشاء مؤسسات ومعاهد صحية تعليمية وتدريبية تابعة للوزارة وتشرف عليها. تهدف وزارة الصحة إلى تحسين جودة وسلامة الخدمات المقدمة، والمساهمة في الحد من انتشار الأمراض غير السارية، وتطوير البنية التحتية لمؤسسات الرعاية الصحية الأولية والثانوية، والإدارة الفعالة للموارد البشرية (وزارة الصحة، 2017).

تعنى الوزارة بتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال شبكة المراكز الصحية وهي مكونة من (110) مراكز صحية شاملة و(377) مركزاً صحياً أولياً و(186) مركزاً صحياً فرعياً موزعة على كافة أنحاء المملكة. حيث تقدم المراكز الصحية الشاملة الخدمات التخصصية، والأمومة، والطب العام، وطب الأسرة، والأطفال، والنسائية، والباطني، والعظام، والأذنية، والجلدية، والأسنان، والصحة العامة، والمختبر، والأشعة، ومختبر الأسنان، والمطاعم بالإضافة إلى التثقيف الصحي، أما المراكز الصحية الأولية؛ تقدم خدمات الطب العام، والأمومة، والأسنان، والمطاعم، والمختبر،

وأخيراً تقدم المراكز الصحية الفرعية خدمات الطب العام، والأمومة، والمطاعيم، (وزارة الصحة، 2017).

وأيضاً توفر الوزارة الرعاية الصحية الثانوية من خلال (110) مستشفيات منها (32) مستشفى حكومياً و(14) مستشفى تابعاً للخدمات الطبية، ومستشفى الملك المؤسس عبدالله الثاني، ومستشفى الجامعة الأردنية، و(62) مستشفى خاصاً. حيث تتوفر كوادر بشرية تمتاز بقدرات وخبرات متميزة في مختلف التخصصات التي تشتمل طب وجراحة الأورام، وطب الأطفال، وعلاج الإدمان، وطب وجراحة القلب، وطب وجراحة الأسنان، وطب وجراحة الدماغ والأعصاب، وزراعة الخلايا، والتغذية، وجراحة التجميل، وطب وجراحة العظام والمفاصل، والطب النفسي والكثير من التخصصات الطبية غيرها (وزارة الصحة، 2017).

يسعى مجلس اعتماد المؤسسات الصحية (Health Care Accreditation Council) إلى تحسين نوعية وسلامة المرافق والخدمات، وبرامج الرعاية الصحية من خلال تطوير معايير مقبولة عالمياً وبناء قدرات ومنح الاعتماد للمؤسسات الصحية محلياً وإقليمياً. ويلتزم مجلس اعتماد المؤسسات الصحية بوجود الأبعاد الآتية بما يتعلق بجودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية وهي التطوير المستمر، والتركيز على العملاء، والتعليم، والشفافية، والشراكة والتعاون، والنزاهة وعدم التحيز (مجلس اعتماد المؤسسات الصحية). حيث أن المراكز الصحية الشاملة التي تم اختيارها في الدراسة بعضها حصل على الاعتمادية المحلية، وهي مثل مركز صحي الصريح، ومركز صحي الفاروق، ومركز صحي قميم، ومركز صحي دير أبو سعيد، ومركز صحي كفر يوبا، ومركز صحي النعيمة، وهذه المراكز الصحية الشاملة معتمدة من عام 2014 (مجلس الاعتماد المؤسسات الصحية).

هذا قد تم إنشاء جائزة الملك عبدالله الثاني للتميز والأداء الحكومي من أجل تعزيز دور القطاع العام في خدمة المجتمع الأردني، وتعزيز التنافسية لدى المؤسسات، ونشر الوعي لمفاهيم إدارة الجودة الشاملة والأداء المتميز، وإبراز الانجازات المتميزة للمؤسسات الوطنية وإبراز وتحفيز مؤسسات القطاع الخاص لتحقيق التميز في جميع المجالات، وتبادل الخبرات المميزة بينهم (جائزة الملك عبدالله الثاني للتميز والأداء الحكومي).

وأيضاً من البرامج التي يتم تطبيقها في المستشفيات والمراكز الصحية برنامج حكيم هو أحد برامج شركة الحوسبة الصحية (Electronic Health Solutions)، يهدف تطبيق حكيم إلى تطوير الرعاية المقدمة للمواطنين والوصول بها إلى أفضل المعايير الدولية وتحسين إجراءات سير العمل مما ينعكس على متلقي الخدمة بشكل إيجابي من خلال إنشاء ملف طبي إلكتروني لكل مواطن، وتيسير وصول مستخدمي النظام إليه من أية منشأة طبية باستخدام الرقم الوطني، حيث يتم بناء قاعدة بيانات تحتوي معلومات المريض وترتبط قاعدة البيانات بدائرة الأحوال المدنية، حيث يحتوي الملف على التقارير الإجرائية والجراحية الشاملة والأدوية الحالية والتاريخ الطبي والجراحي والملاحظات المدونة عند زيارة المستشفى أو المركز. حيث أن المراكز الصحية الشاملة التي تم اختيارها في الدراسة بعضها تم حوسبتها وهي مركز صحي الرمثا الشامل، مركز صحي كفريوبا الشامل، مركز صحي الفاروق الشامل، مركز صحي جامعة اليرموك الشامل (شركة الحوسبة الصحية).

تقوم وزارة الصحة بوضع إستراتيجيتها للأعوام 2018-2022 وانسجاماً مع الخطط الوطنية المستمدة من رؤية الأردن 2025 والخطة الوطنية للقطاع الصحي والخطة التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي. تتبنى الوزارة التوجيهات الحكومية التي تتمثل في تطبيق الحوكمة في القطاع الصحي،

وتطبيق اللامركزية في القطاع الصحي والوزارة، واعتماد مبادئ الجودة الشاملة، وتحسين جودة الخدمات الصحية، والاستمرار في العمل لحصول جميع المستشفيات والمراكز الصحية على الاعتمادية، واستكمال الربط الإلكتروني ومشروع حكيم، ودعم السياحة العلاجية. وتحتاج هذه الإستراتيجية إلى تكاتف جهود العاملين في الوزارة بكافة إداراتها ومديرياتها باستخدام النهج التشاركي (إستراتيجية وزارة الصحة للأعوام 2018-2022).

تسعى الوزارة إلى تحسين خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال بناء قدرات العاملين من خلال التعليم المستمر وبرامج الإقامة والابتعاث، وإعادة هيكلة المراكز الصحية ودمج بعضها اعتماداً على الخارطة الصحية، وتغطية المراكز الصحية بالخدمات الرئيسة للفحوصات المخبرية وطب الأسنان والخدمات الصيدلانية، وتطبيق معايير الاعتمادية وتحسين الجودة والحصول على الاعتماد في المراكز الصحية ليرتفع عدد المراكز الصحية المعتمدة من (97) في عام 2017 إلى (147) في عام 2022، وتسعى الوزارة لتطوير البنية التحتية الإلكترونية من خلال استكمال حوسبة المراكز الصحية والمستشفيات، وسيتم رفع عدد المراكز الصحية المحوسبة من (142) مركزاً صحياً إلى (478) مركزاً في العام 2022، ورفع عدد المستشفيات المحوسبة من (18) في العام 2017 إلى (32) مستشفى للعام 2022 حسب اتفاقية (حكيم).

الجزء الثاني

الدراسات السابقة

يعتبر موضوع التعلم الجماعي وجودة الخدمات الصحية من المواضيع الإدارية المعاصرة المهمة، وحظي موضوع جودة الخدمات الصحية اهتماماً كبيراً من قبل الباحثين إلا أن موضوع التعلم الجماعي رغم أهميته لم يحظَ باهتمام كافٍ من الباحثين الأردنيين بشكل خاص والباحثين العرب بشكل عام، حيث لم يتوفر أي دراسة محلية أو عربية عن موضوع التعلم الجماعي إلا في الجانب التربوي. وبعض الدراسات تناولت موضوع التعلم الجماعي بشكل غير مباشر من خلال متغيرات التعلم التنظيمي أو المنظمة المتعلمة.

في هذا الجزء تم استعراض الدراسات السابقة التي تتحدث عن موضوع التعلم الجماعي وجودة الخدمات الصحية، والبداية سوف تكون مع الدراسات المتعلقة بالتعلم الجماعي، ومن ثم الدراسات المتعلقة بجودة الخدمات الصحية وسيتم التقسيم بناءً على بيئة الدراسة عربياً وأجنبياً، مع مراعاة الترتيب من الأحدث إلى الأقدم. واطلعت الباحثة على الأبحاث والمقالات والدراسات الأجنبية السابقة التي تتعلق بموضوع الدراسة الحالي وفي أثر متغيرات الدراسة وعلاقتها ببعض، وتم اختيار ما يأتي من الدراسات لعلاقتها المباشرة مع الدراسة الحالية:

أولاً: الدراسات المتعلقة بالتعلم الجماعي

الدراسات العربية

دراسة (لزهري، 2017) بعنوان "دور التعلم التنظيمي في تحسين أداء المؤسسة، دراسة حالة مؤسسة الجبس ومشتقاته. أولاد جلال بسكرة"

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى ممارسة التعلم الفردي والجماعي والتنظيمي وأثرها في الأداء في مؤسسة الجبس ومشتقاته في الجزائر. وأجريت الدراسة من خلال تطبيق المنهج الوصفي حيث تم توزيع استبيان على 32 موظف. توصلت الدراسة إلى أن درجة تطبيق التعلم التنظيمي كانت متوسطة، واحتل التعلم الجماعي المرتبة الأولى وكانت بدرجة مرتفعة. أوصى الباحث تشجيع الموظفين على تبادل المعلومات والاستفسار وتحمل المسؤولية والاعتراف بالخطأ وضرورة غرس التعلم بين العاملين.

دراسة (البطاينة، 2016) بعنوان "أثر التعلم التنظيمي في تحقيق التميز الإداري في بلدية إربد الكبرى"

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى أبعاد التعلم التنظيمي (التفوق الشخصي، والتفكير النظمي والتعلم الجماعي، والنماذج العقلية، والرؤية المشتركة) في تحقيق التميز الإداري (تميز القيادة، وتميز المرؤسين، وتميز الهيكل، وتميز الإستراتيجية، وتميز الثقافة، وتميز الخدمات) من وجهة نظر العاملين في بلدية إربد الكبرى في الأردن. وأجريت الدراسة على جميع العاملين في البلدية. توصلت الدراسة إلى أن مستوى تطبيق التعلم التنظيمي كانت مرتفع، وحظيت أبعاد التعلم التنظيمي بمستوى مرتفع وجاءت على الترتيب التالي تنازلياً: النماذج العقلية والتعلم الجماعي، والرؤية المشتركة، والتفكير

النظمي، والتفوق الشخصي. وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى ممارسة التعلم الجماعي تعزى للجنس.

دراسة (عبيد وربايعة، 2016) بعنوان "تأثير أبعاد إدارة المعرفة في المنظمة المتعلمة من وجهة نظر أعضاء الهيئة التدريسية في الجامعة العربية الأمريكية- فلسطين"

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تأثير أبعاد إدارة المعرفة في أبعاد المنظمة المتعلمة من وجهة نظر أعضاء الهيئة التدريسية في الجامعة العربية الأمريكية في فلسطين. وأجريت الدراسة من خلال تصميم استبيان حيث تم توزيع 132 استبيان، توصلت الدراسة إلى توفر أبعاد المنظمة المتعلمة في الجامعة العربية الأمريكية (تشجيع الحوار والاستفسار وتشجيع التعلم والتعلم الجماعي). كما تبين من وجود علاقة إيجابية بين أبعاد إدارة المعرفة وبعدي تشجيع الحوار والاستفسار وتشجيع التعلم والتعلم الجماعي. أوصى الباحثان بتعزيز أبعاد المنظمة المتعلمة في الجامعة العربية الأمريكية.

دراسة (محمد، 2014) بعنوان "علاقة المنظمة المتعلمة بتعزيز إجراءات السلامة والصحة المهنية في أقسام التصوير الطبي بالمستشفيات الحكومية - قطاع غزة"

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تطبيق أبعاد المنظمة المتعلمة في أقسام التصوير الطبي وعددهم (7) بالمستشفيات الحكومية في قطاع غزة، وأيضاً معرفة مدى تطبيق إجراءات السلامة والصحة المهنية واختبار العلاقة بين المنظمة المتعلمة وتعزيز إجراءات السلامة والصحة المهنية. أجريت الدراسة من خلال اعتماد أسلوب الاستبانة لجمع البيانات، وتم توزيع 152 استبيان على سبعة أقسام تصوير في قطاع غزة، وتم إرجاع 128 استبيان. واعتمد الباحث المنهج الوصفي التحليلي واستخدم وسائل التحليل الإحصائي SPSS للوصول إلى النتائج الآتية: تُطبق أبعاد المنظمة المتعلمة بدرجة متوسطة في أقسام التصوير الطبي، وأشارت النتائج لوجود علاقة ارتباطية

طردية متوسطة بين تشجيع الحوار والاستفهام وتعزيز السلامة والصحة المهنية، وأيضاً وجود علاقة ارتباطية طردية متوسطة بين تشجيع التعاون والتعلم الجماعي وتعزيز السلامة والصحة المهنية.

دراسة (الرفاعي، والشيبان والروابدة، 2013) بعنوان "مستوى تطبيق المنظمة المتعلمة ومعوقاتها كما يراها العاملون في المؤسسات العامة الأردنية في محافظة إربد"

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى تطبيق المنظمة المتعلمة ومعوقاتها. وأجريت الدراسة عن طريق توزيع استبيان على المؤسسات العامة الأردنية، وتم توزيع الاستبيان على 100 موظف في ست مؤسسات عامة. استخدم الباحثون وسائل التحليل الإحصائي SPSS للوصول إلى النتائج الآتية: وجود مستوى متوسط لتطبيق المنظمة المتعلمة، ووجود مستوى متوسط لمعوقات تطبيق المنظمة المتعلمة. أوصى الباحثون بوضع آليات لتعزيز عملية التعلم التنظيمي من خلال تعزيز ثقافة التعلم الجماعي، ووضع استراتيجية لتبني عناصر المنظمة المتعلمة في القطاع العام الأردني وأخذ البعد الإستراتيجي والتنظيمي والثقافي بعين الاعتبار.

دراسة (خيرة، 2011) بعنوان "التعلم التنظيمي كمدخل لتحسين أداء المؤسسة دراسة حالة مؤسسة سونطراك"

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى علاقة التعلم الفردي والجماعي والتنظيمي في أداء المؤسسة. وأجريت الدراسة من خلال أسلوب الملاحظة وإجراء المقابلات والزيارات الميدانية والاستبيان. حيث تم توزيع 120 استبيان على العاملين في المديرية العامة لمؤسسة سونطراك، وتم إرجاع 100 استبيان. واستخدم الباحث وسائل التحليل الإحصائي SPSS للوصول إلى النتائج الآتية: تبين

وجود علاقة بين التعلم التنظيمي وأداء المؤسسة، وعدم وجود علاقة بين التعلم الفردي والجماعي في أداء المؤسسة، كما لوحظ غياب التعلم الجماعي في المؤسسة مما فسره الباحث لوجود المركزية والبيروقراطية التي تحد من حرية الأفراد والمشاركة والتعبير عن آرائهم حول المشاكل التي تتعرض لها المؤسسة.

دراسة العباينة (2007) بعنوان "المدرسة الأردنية كمنظمة متعلمة، الواقع والتطلعات"

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى ممارسة المدرسة الحكومية الأردنية لخصائص المنظمة المتعلمة (التمكين الشخصي، والتفكير النظمي، والتعلم الجماعي، والنماذج العقلية، والرؤية المشتركة) من وجهة نظر المعلمين والإداريين العاملين في المدارس الحكومية في الأردن. وأجريت الدراسة على 701 معلم و174 إداري في المدارس الحكومية. توصلت الدراسة إلى توفر أبعاد المنظمة المتعلمة بدرجة متوسطة في المدارس الحكومية وجاءت على الترتيب التالي تنازلياً: التمكين الشخصي، والتفكير النظمي، والنماذج العقلية، والرؤية المشتركة، والتعلم الجماعي. وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد المنظمة المتعلمة تعزى للنوع الاجتماعي لصالح الإناث.

دراسة (Hassan & Basit, 2018) بعنوان

**"Impact of individual Learning on Team Learning and Innovation
in the Petroleum Industry of Malaysia"**

هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير التعلم الفردي على التعلم الجماعي والإبداع في على موظفين في شركة البترول في ماليزيا، ومعرفة مدى علاقة التعلم الفردي مع التعلم الجماعي. وأجريت الدراسة من خلال توزيع 400 استبيان وتم ارجاع 321 استبيان، وكانت المتغيرات المستقلة هي (النماذج الذهنية والإلتقان الشخصي والحوار والاستفسار والتعلم المستمر والتمكين) لقياس تأثيرهم على المتغير التابع (التعلم الجماعي والإبداع) استخدمت الدراسة تحليل عامل التأكيد ونمذجة المعادلة الهيكلية باستخدام (AMOS20). توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية: وجود تأثير إيجابي بين التمكين والحوار والاستفسار والتعلم الجماعي، بينما لا يوجد تأثير بين التعلم المستمر والإلتقان الشخصي و النماذج الذهنية والتعلم الجماعي.

دراسة (Wang & Lei, 2018) بعنوان

**"The action mechanism of team learning orientation in promoting team
performance"**

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين توجهات التعلم الجماعي وأداء الفريق ودور المتغير الوسيط بعلاقة توجهات التعلم الجماعي مع أداء الفريق في الشركة الصناعية في الصين. أجريت الدراسة على عينة شملت 226 موظفاً في 35 فريقاً. توصلت النتائج إلى أن توجهات التعلم الجماعي

لها تأثير إيجابي على أداء الفريق، ويلعب متغير انعكاس المهام دور مهم في العلاقة بين توجهات التعلم الجماعي وأداء الفريق، ووجد أن تباين علاقة قائد الفريق مع الأعضاء لها تأثير إيجابي على توجهات التعلم الجماعي، وهناك تأثير غير مباشر بين توجهات التعلم الجماعي وأداء الفريق من خلال متغير وسيط انعكاس المهام. أوصت الدراسة نظرياً بتوسيع الأدبيات على مستوى أداء الفريق، وعملياً أخذ بعين الاعتبار أن النتائج لها آثار على إدارة الفرق.

دراسة (Cauwelier, 2016) بعنوان

"The influence of team psychological safety on team knowledge creation: A comparative study between Thai, French and American engineering teams"

هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير سلوكيات التعلم الجماعي على خلق المعرفة الجماعية عند درجة سلامة نفسية عالية وتأثير الجوانب الثقافية والمجتمعية على التعلم الجماعي. واختار الباحث ثلاثة دول (أمريكا وفرنسا وتايلند) لتقييم النموذج من خلفيات ثقافية مختلفة. كانت المتغيرات البحثية للتعلم الجماعي (التغذية الراجعة و طلب المساعدة والسلوكيات الإبداعية والتحدث عن المخاوف والأخطاء) ومتغيرات المعرفة الجماعية (المعرفة المتعلقة بالأداء والمعرفة المتعلقة بالمستوى الجماعي). أجريت الدراسة من خلال عدة أدوات بحثية وتم استخدام الاستبيان والخرائط المفاهيمية حيث تم تقييم سلوكيات التعلم الجماعي من خلال تدوين تفاعلات الفريق بدل من تقييم أعضاء الفريق بشكل فردي. وأكدت النتائج صحة النموذج المقترح بأن السلامة النفسية والتعلم الجماعي تؤثر على تكوين المعرفة الجماعية في فرنسا وأمريكا، أما في تايلند لم يتم تأكيد النموذج وأن الدراسة متأثرة بالعوامل الثقافية.

"Establishing Team Knowledge Coordination from a Learning Perspective"

هدفت الدراسة الى التعريف بأهمية تنسيق المعرفة واعتبارها أداة في العملية الجماعية، وتم التركيز على نوعين من أنواع التعلم الجماعي هما: سلوكيات التعلم الجماعي (أساسيات عملية التعلم الجماعي) وانعكاسات التعلم الجماعي (تعمل على تسهيل عملية التعلم الجماعي). أجريت الدراسة من خلال توزيع استبيان على 66 طالب جامعي في جامعة هولندا، واستخدم الباحثون المنهج الوصفي التحليلي والعلاقات الارتباطية للوصول إلى النتائج الآتية: يوجد علاقة إيجابية بين تنسيق المعرفة والأداء حيث يؤثر تنسيق المعرفة على الأداء لأن عملية التعلم تحدث من خلال تراكم الخبرات للفريق ومشاركة المعلومات أيضاً مما يزيد من الولاء التنظيمي (تماسك الفريق) وزيادة الكفاءات (قوة الفريق). كما تبين وجود متغيرات أخرى تؤثر بشكل إيجابي على التنسيق المعرفي مثل المتغير التحفيزي والمعرفي والاجتماعي. وتبين أن التعلم الجماعي يؤثر بشكل إيجابي على الأداء. أوصى الباحثون أن قوة المجموعات لا ترتبط بالتعلم الجماعي لكن لها تأثير مباشر بتنسيق المعلومات وتلعب سلوكيات التعلم الجماعي دوراً حاسماً في أداء المهام.

"Team psychological safety as a moderator in the relationship between team leadership and team learning in management teams"

هدفت الدراسة إلى معرفة الدور الذي تلعبه السلامة النفسية في علاقة قيادة الفريق والتعلم الجماعي في فرق الإدارة. أجريت الدراسة على 1332 مدير من 135 فريق نرويجي و81 فريق دنماركي من القطاع العام والخاص. توصلت النتائج إلى أن قيادة الفريق لها تأثير إيجابي على التعلم الجماعي ويلعب متغير السلامة النفسية كمتغير وسيط بين قيادة الفريق والتعلم الجماعي. وتبين أن السلامة النفسية تزيد من العلاقة الإيجابية بين قيادة الفريق والتعلم الجماعي. أوصت الدراسة إدارة الفرق وقادة الفرق بالاستفادة من إجراءات السلامة النفسية لتعزيز التعلم الجماعي في فرق الإدارة.

"Improving Health Care Quality and Safety: The Role of Collective Learning"

هدفت الدراسة إلى فهم الدور الذي يلعبه التعلم الجماعي في تحسين الجودة والسلامة، استخدم الباحثون النظرية التجذرية (Grounded theory) كأداة لجمع البيانات. أشار النموذج النظري للدراسة إلى أن التعلم الجماعي له فوائد في تحسين الجودة والسلامة من خلال ثلاثة عناصر: التعلم من خلال العملية والنتائج والقيادة الجماعية التي تعزز التعلم، والبيئة التعليمية الداعمة. أجريت الدراسة عن طريق تحليل 76 دراسة من أصل 1208 دراسة تتبع منهجية البحث الكمي والنوعي

التي تم نشرها في مجلات الإدارة من عام 2000 - 2014. تم تصنيف أنشطة التعلم من خلال إنشاء إطار نظري يظهر مدى تأثير القيادة الجماعية والعوامل البيئية في التعلم الجماعي (العملية و النتائج). وأظهرت نتائج الدراسة أن القادة يحتاجون إلى توجيه من خلال التعلم الجماعي وأكدت المراجعات للدراسات السابقة بأن القيادة والبيئة والعمليات تشجع التعلم وتساهم في تحسين الجودة والسلامة للمرضى.

دراسة (Yan et al., 2015) بعنوان

"The Relationship between Task Conflict and Team Learning: The Critical Role of Psychological Safety"

هدفت الدراسة إلى توضيح العلاقة بين تضارب المهام مع التعلم الجماعي و السلامة النفسية كمتغير وسيط. أجريت الدراسة عن طريق توزيع استبيان على 241 عضواً في 72 فريقاً يدار ذاتياً، وتم إرجاع 238 استبيان. استخدم الباحثون وسائل التحليل الإحصائي SPSS للوصول للنتائج الآتية: إن تضارب المهام له تأثير سلبي على التعلم الجماعي، وكذلك تتأثر العلاقة بين تضارب المهام والتعلم الجماعي بالسلامة النفسية. وأشارت الدراسة إلى أن تضارب المهام قد يخفض فعالية معالجة المعلومات، كما أنه له تأثير سلبي على التعلم الجماعي. أوصت الدراسة بضرورة دمج السلامة النفسية كأحد عوامل التصميم كونها تعزز التعلم الناجح للمجموعة.

دراسة (Bunniss & Kelly, 2012) بعنوان

"Collective Learning, Change and improvement in Health Care:

Trialing a facilitated learning initiative with general practice"

هدفت الدراسة إلى تصميم برنامج تعليمي، وتعزيز خصائص المنظمة المتعلمة في الخدمة الصحية الوطنية في المملكة المتحدة. أجريت الدراسة عن طريق جمع البيانات باستخدام الملاحظات والمقابلات شبه المهيكلة والملاحظات المكتوبة. أظهرت الدراسة النتائج الآتية: إن البرنامج التعليمي الذي صمم كان له تجربة إيجابية في التعلم والتسهيلات الخارجية ساعدت في توفير التركيز والتقليل من المعوقات بين المهنيين والعمل داخل مجموعات العمل متعددة التخصصات، مما يسهم في زيادة فهم وجهات نظر الأشخاص الآخرين، ويسهم البرنامج في تشجيع التواصل بين أعضاء الفريق.

دراسة (Hassan et al., 2011) بعنوان

"Team learning and Its Impact on Marketing Team Performance: An Empirical Study"

هدفت الدراسة إلى توضيح آثار السلوكيات الداخلية والخارجية للتعلم الجماعي على الأداء التسويقي. أجريت الدراسة من خلال توزيع استبيان على أعضاء الفرق التسويقية في شركة الأدوية متعددة الجنسيات في تركيا. تتضمن مندوبي المبيعات الطبية، ومندوبين متخصصين للمبيعات الطبية ورؤساء دوائر التسويق. تم توزيع الاستبيان على 90 عضواً من أعضاء الفرق، وتم إرجاع 49 استبياناً. استخدم الباحثون وسائل التحليل الإحصائي SPSS للوصول إلى النتائج الآتية: إن سلوكيات التعلم الجماعي الداخلية والخارجية لها تأثير إحصائي مهم في تحسين جودة وتطوير آلية

العمل، والتعلم من الأخطاء، ويساعد في ضمان النجاح المستمر للفرق التسويقية من خلال تحديد حاجات العملاء وتوقعاتهم وإرضائهم من خلال التوظيف الفعال للموارد المتعلقة بالفرق التسويقية. أوصى الباحثون بتضمين متغيرات، مثل: تمكين القيادة، ووضوح الأهداف، ومزاج القائد، وقوة المجموعة، وفاعلية المجموعة، بالإضافة إلى متغيرات سلوكيات التعلم (الداخلية والخارجية) في الدراسات المستقبلية.

دراسة (Edmondson, Dillon, & Roloff, 2007) بعنوان

"Three perspectives on team learning: outcome improvement, task mastery, and group process"

هدفت الدراسة إلى استعراض الدراسات التجريبية التي تتناول موضوع التعلم الجماعي من ثلاث جوانب هي تحسين النتائج وإتقان المهام والعمليات الجماعية. وتضمنت مسح ومراجعة المقالات المنشورة في المجالات الإدارية وبعض الدراسات غير المنشورة التي استوقفت الباحثة نظراً للعدد الكبير من الدراسات المتعلقة بالتعلم الجماعي في حقل التعليم والتربية، اقتصرت الدراسة على تغطية المقالات الإدارية التي تستخدم المنهج الكمي والنوعي. وهدفت الدراسة من الناحية النظرية إلى جمع الأدبيات المعروفة وغير المعروفة المتعلقة بالموضوع ووصف شامل عن ظاهرة التعلم الجماعي. واستخدم النهج الكمي والنوعي للوصول للنتائج الآتية: أحرز العلماء تقدماً في فهم ظاهرة التعلم الجماعي والأبعاد والجوانب ذات العلاقة بصورة علمية واقعية. وأوصت الدراسة بتطوير نظريات أكثر دقة، وتوجيه الأبحاث والممارسات إلى المجالات الصناعية.

دراسة (Norliya & Azizah, 2007) بعنوان

"Team Learning in a learning organization: the practices of team learning among university librarians in Malaysia"

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تطبيق مفاهيم المنظمة المتعلمة على المستوى الفردي والمستوى الجماعي والمستوى التنظيمي، وركزت الدراسة على معرفة مستوى التعلم الجماعي في مكتبات الجامعات العامة والخاصة من وجهة نظر أمناء المكتبات في ماليزيا. أجريت الدراسة عن طريق تصميم استبيان يتكون من 17 فقرة، وتم توزيع الاستبيان على 250 أمين مكتبة وتم إرجاع 191 استبياناً. أظهرت النتائج بأن التعلم على المستوى الجماعي موجود، لكن هنالك فروقات إحصائية في ممارسة التعلم الجماعي بين المستوى الأعلى (Senior Level) والمستوى المتوسط (Middle Level) بين أمناء المكتبات، حيث أظهرت النتائج أن أمناء المكتبات في المستوى الأعلى لديهم تصورات أكثر إيجابية حول ممارسة التعلم الجماعي في منظماتهم أكثر من أمناء المكتبات في المستوى المتوسط.

دراسة (Chan,2003) بعنوان

"Examining the relationships between individual, team and organizational learning in an Australian hospital"

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى علاقة التعلم الفردي مع التعلم التنظيمي، ومدى علاقة التعلم الفردي مع التعلم الجماعي، بالإضافة إلى معرفة مدى علاقة التعلم الجماعي مع التعلم التنظيمي وتقييم العلاقات المتداخلة بينهما. أجريت الدراسة من خلال فحص هذه العلاقات من خلال دراسة

ميدانية لمستشفى أسترالي حيث شارك 189 فرداً. توصلت الدراسة لعدم وجود علاقة بين التعلم الفردي مع التعلم التنظيمي، أي لم يكن للتعلم الفردي أي ارتباط مع سمات التعلم التنظيمي، وأظهرت النتائج بأن التعلم الجماعي له ارتباط وثيق مع التعلم التنظيمي. ساهمت الدراسة في توسعة الفهم حول الديناميكيات المعقدة بين التعلم الفردي والجماعي والتنظيمي، وتدل النتائج بأن العاملين في المستشفى قد لا يتعلمون مباشرة من الأفراد، لكن من خلال الفريق وتعلم الفريق من الأفراد وتحول هذه المعارف المكتسبة إلى المستوى التنظيمي. أسهمت هذه الدراسة بتقديم تصور عن التعلم على صعيد المستويات الثلاثة لمتخذي القرار في المستشفى.

دراسة (Edmondson, 2002) بعنوان

"The local and variegated nature of Learning in organizations: A group-level perspective"

هدفت الدراسة إلى معرفة دور التعلم الجماعي في عملية التعلم التنظيمية. وتم الاقتراح بأن التعلم الجماعي يوفر رؤية لكيفية التعلم على مستوى المنظمة. أجريت الدراسة من خلال دراسة استطلاعية لعمليات التعلم على (12) فريقاً في المؤسسات التنموية. أجرت الباحثة المقابلات والمراجعات، واتبعت أسلوب الملاحظة كأدوات لجمع البيانات، كما استخدمت الباحثة المنهج النوعي لدراسة العنصرين المهمين في التعلم الجماعي (عمليات التعلم الجماعي وانعكاسات التعلم الجماعي) للوصول للنتائج الآتية: إن التعلم التنظيمي على المستوى الجماعي يركز على السلوكيات والإدراكات الشخصية، أي أن التعلم الفردي يؤثر على التعلم الجماعي وبالتالي ينعكس على المستوى التنظيمي، وتبين بأن التعلم الجماعي حصد أعلى درجة للتعلم؛ لأنه يحدث بشكل طبيعي وتلقائي، وأشارت

النتائج أن تصورات أعضاء الفريق حول قوة الفريق والمخاطر الشخصية تؤثر على نوعية التفكير ولها آثار على التعلم الجماعي والتعلم التنظيمي.

دراسة (Edmondson, 1999) بعنوان

"Psychological Safety and learning behavior in work teams"

هدفت الدراسة إلى بناء نموذج للتعلم الجماعي والسلامة النفسية في إطار فرق العمل التنظيمية. أجريت الدراسة من خلال دراسة ميدانية متعددة الأساليب على (51) فريقاً عمل في شركات صناعية في أمريكا، لقياس أثر المتغيرات الآتية (عمليات التعلم الجماعي ونتائج التعلم الجماعي والعوامل السابقة)، وأجرت الباحثة المقابلات وصممت استبيانات واتبعت أسلوب الملاحظة كأدوات لجمع البيانات، واستخدمت الباحثة المنهج الكمي والنوعي للوصول للنتائج الآتية: وجود علاقة بين السلامة النفسية والتعلم الجماعي، وأن السلامة النفسية تساعد على فهم عمليات التعلم الجماعي، ويتوسط التعلم الجماعي العلاقة بين السلامة النفسية وأداء الفريق.

دراسة (Kasal et al., 1997) بعنوان

"Team as Learners a research-based model of team learning"

هدفت الدراسة إلى عرض نموذج التعلم الجماعي، وأجريت الدراسة من خلال حالات لشركة بتروكيماويات وشركة صناعية في أمريكا. أجريت 28 مقابلة على موظفين شركة البتروكيماويات، وتم استخدام تحليل المحتوى (Content Analysis) والنظرية التجذرية (Grounded Theory). وتم مقابلة 23 موظفاً من أصل 25 من أعضاء الفرق التي تدار ذاتياً (self-managed teams) وتم استخدام تحليل الحالة (Case Analysis). وتوصلت الدراسة إلى بناء إطار نظري عن نموذج

التعلم الجماعي، وتوضيح عمليات التعلم الجماعي وحالات التعلم الجماعي وتوضيح الفرق بين مفهوم التعلم الجماعي وديناميكيات المجموعة، ساهمت الدراسة بتقديم نموذج للتعلم الجماعي يساعد المفكرين والباحثين على بناء تصور شامل للتعلم الجماعي.

ثانياً: الدراسات المتعلقة بجودة الخدمات الصحية

الدراسات العربية

دراسة (السبيعي، 2017) بعنوان "دور جودة الخدمات الطبية في تعزيز الأمن الصحي"

هدفت الدراسة إلى معرفة دور جودة الخدمات الطبية في تعزيز الأمن الصحي في المملكة العربية السعودية، وأستخدمت الاستبانة كأداة لجمع البيانات، وأجريت الدراسة عن طريق توزيع 460 استبيان على 6 مراكز صحية. استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي للوصول إلى النتائج الآتية: اتضح أن جودة الخدمة الطبية مرتفعة بأبعادها الخمسة (الاعتمادية، الأمان، الاستجابة، الملموسية، التعاطف)، وكان مستوى الأمن الصحي متوسطاً، كما تبين وجود علاقة ارتباطية طردية بين جودة الخدمات الطبية ومستوى الأمن الصحي. وتبين أن أبرز المعوقات في تقديم الخدمات الطبية لتعزيز الأمن الصحي (قلة الدورات التدريبية للعاملين، وقلة المتخصصين في تخصص إدارة المستشفيات، والنقص الكمي للكوادر الطبية والفنية). وأوصى الباحث بتوفير معايير لقياس وتقييم جودة الخدمات الطبية والاهتمام بتطوير الخدمات الصحية بما يتناسب مع متطلبات الأمن الصحي وقيام الإدارات بدراسات دورية لقياس فاعلية الخدمات الطبية وتعزيز الأمن الصحي، وتطوير وتحسين الأجهزة التكنولوجية لرفع مستويات الأمن الصحي.

دراسة (أبو عيد وآخرون، 2016) بعنوان تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية العاملة في جنوب الضفة الغربية باستخدام مقياس (SERVPERF)

هدفت الدراسة إلى تقييم جودة الخدمات الصحية بأبعادها الخمسة (الاعتمادية، الأمان، الاستجابة، الملموسية، التعاطف) من وجهة نظر المراجعين والمرضى في المستشفيات الحكومية في جنوب الضفة الغربية. وأجريت الدراسة عن طريق توزيع 352 استبياناً على المراجعين والمرضى. استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي للوصول إلى النتائج الآتية: اتضح أن جودة الخدمة الصحية متوسطة بأبعادها (الاعتمادية، الأمان، الاستجابة، التعاطف) باستثناء بعد الملموسية الذي حصل على درجة مرتفعة.

دراسة (عقلان، 2016) بعنوان العلاقة بين أبعاد جودة الخدمات الصحية ورضا العملاء في المستشفيات العاملة في محافظة تعز، الجمهورية اليمنية

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات المقدمة في مدينة تعز في اليمن. أجريت الدراسة عن طريق توزيع استبيان على المرضى في مستشفيات الحكومية والخاصة، حيث تم توزيع 215 استبياناً على عينة من المرضى وتم أرجاع 200 استبياناً. استخدم الباحث وسائل التحليل الإحصائي SPSS للوصول إلى النتيجة الآتية: كان مستوى جودة الخدمات الصحية لمتغير الملموسية مرتفعاً والاعتمادية والأمان متوسطاً، بينما الاستجابة والتعاطف ضعيفاً ولا ترتقي إلى المستوى المطلوب. أوصت الدراسة إدارة المستشفيات برفع مستوى جودة الخدمات المقدمة من خلال تقديم الخدمات بوقت محدد، وزيادة تجاوب العاملين مع طلبات المرضى الفورية، وإشعار المرضى بأنهم في أيدي أمينة، وتقديم العناية الشخصية من خلال التدريب وتطوير المهارات للعاملين.

دراسة (نوافلة، 2016) بعنوان "مستوى الإثراء الوظيفي وأثره في تطبيق جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية الأردنية"

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الإثراء وأثره في تطبيق جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية الأردنية. أجريت الدراسة عن طريق تصميم استبيان يتكون من 44 فقرة، وتم توزيع الاستبيان على 532 عاملاً واسترد 479 استبانته صالحة للتحليل الإحصائي على العاملين في مستشفى الأميرة بسمة ومستشفى جرش الحكومي ومستشفى المفرق الحكومي ومستشفى الإيمان. كما أظهرت النتائج بأن توفر ممارسات جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية الأردنية في محافظات الشمال جاءت بدرجة متوسطة، حيث جاء مستوى جودة الخدمات الصحية لجميع الأبعاد متوسط باستثناء التعاطف جاء مرتفعاً، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر الجنس والعمر وسنوات الخدمة، أيضاً تبين نقص في عدد الأجهزة الطبية وعدم توفر جميع المعدات اللازمة بسبب قلة المتابعة والتدقيق على صلاحية الأجهزة.

دراسة (حفيفة، 2015) بعنوان "جودة الخدمات الصحية و أثرها على رضا الزبون دراسة حالة المستشفى العمومي سليمان عميرات تقرت"

هدفت الدراسة إلى التعرف على مفهوم جودة الخدمات الصحية ومعرفة مدى تأثيرها على رضا الزبون. أجريت الدراسة عن طريق توزيع استبيان على المرضى في مستشفى سليمان عميرات العمومي في الجزائر، لمعرفة مدى جودة الخدمات الصحية المقدمة. تم توزيع 80 استبياناً على عينة من المرضى وتم إرجاع 67 استبياناً. استخدم الباحث وسائل التحليل الإحصائي SPSS للوصول إلى النتيجة الآتية: وتبين وجود مستوى متوسط لكافة أبعاد جودة الخدمات الصحية، وتبين عدم وجود ارتباط بين أبعاد جودة الخدمات الصحية (الاعتمادية، الأمان، الاستجابة، الملموسية، التعاطف)

ورضا الزبون. ويتضح من وجهة نظر متلقي الخدمة أن المستشفى لا يمتلك التجهيزات والمعدات والتقنية الحديثة، كما تبين عدم التزام المستشفى بوعوده في مجال تقديم الخدمات والرعاية الصحية مما أثر على مستوى جودة الخدمات الصحية بالتالي عدم رضا الزبائن. وبينت الدراسة بأن علاقة أبعاد جودة الخدمات الصحية (الاعتمادية، الأمان، الاستجابة، الملموسية، التعاطف) ورضا الزبون كانت سلبية إلى ضعيفة، وبالتالي تقييم متلقي الخدمة إلى هذه الأبعاد كان ضعيفاً.

دراسة (عبد القادر، 2015) بعنوان "قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين (دراسة ميدانية على مستشفيات التعليمية الكبرى بولاية الخرطوم)"

هدفت الدراسة إلى قياس مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان. وأجريت الدراسة عن طريق توزيع استبيان على عينة من المرضى والمراجعين. واستخدم الباحث وسائل التحليل الأحصائي SPSS مثل النسب والتكرارات والوسط الحسابي والانحراف المعياري واختبار T لاختبار فرضياته. وتوصلت الدراسة إلى أن المرضى والمراجعين لديهم وعي لمستويات الجودة التي يجب توفرها في المستشفيات. كما توصلت الدراسة إلى أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستويات الجودة الصحية تبعا للمتغيرات الديمغرافية للعينة (النوع الاجتماعي، العمر، التعليم، الدخل، مكان السكن). أوصى الباحث بتهيئة المستشفيات بالمعدات والأجهزة، وتوفير الكوادر الطبية و الكوادر المساعدة، وتوفير التقييم المادي المناسب لضمان استمرار العمل.

دراسة (سلطان، 2013) بعنوان "أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين (دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات الأهلية في محافظة البصرة)"

هدفت الدراسة إلى معرفة وتقييم مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الأهلية في محافظة البصرة من خلال قياس أبعاد الجودة (الملموسية والاعتمادية والاستجابة والأمان والتعاطف والشفقة). أجريت الدراسة عن طريق توزيع استبيان على ثلاثة مستشفيات أهلية في محافظة البصرة (مستشفى الموسوي، مستشفى ابن البيطار، مستشفى النور)، حيث تم توزيع 90 استبياناً وأرجع 79 استبياناً واستبعد 11 لعدم صلاحيتهم. واستخدمت الباحثة وسائل التحليل الإحصائي SPSS للوصول إلى النتائج والتي أظهرت: توفر أبعاد جودة الخدمات الصحية في مستشفى ابن البيطار ومستشفى الموسوي. أوصت الباحثة بضرورة الاهتمام بمعايير جودة الخدمات الصحية في مستشفى الأهلية.

دراسة (ناصر، 2013) بعنوان "أثر تطبيق أبعاد جودة الخدمات في نتائج المرضى دراسة ميدانية على المراكز الصحية الأولية في الأردن"

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تطبيق أبعاد الجودة الصحية في المراكز الصحية الأولية في الأردن. وركزت الدراسة على معرفة اتجاهات مرضى السكري نحو مستوى تطبيق أبعاد الجودة الصحية وأثرها على المرضى. أجريت الدراسة في المختبرات المركزية التابعة لوزارة الصحة الأردنية، باستخدام المنهج الكمي والنوعي وشملت العينة 340 مريضاً. وتم جمع البيانات عن طريق الاستبانة والمقابلات ومراجعة تقارير وزارة الصحة الأردنية. واستخدم الباحث وسائل التحليل الإحصائي SPSS والاستدلالي للوصول إلى النتائج الآتية: يتم تطبيق أبعاد الجودة بشكل مقبول، حيث جميع الأبعاد تطبق بشكل مقبول باستثناء بعد التوكيد كان مرتفع، وكان رضا المرضى عن الخدمات المقدمة

مقبول، وأثبتت الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للمتغيرات الديمغرافية المتمثلة ب(الجنس، والعمر، والمؤهل العلمي، ومدة الإصابة) كشفت نتائج الدراسة النوعية عن حاجة المراكز الصحية الأولية إلى التغلب على مجموعة من المعوقات، وتطبيق أبعاد جودة الخدمات.

دراسة (عشاوي، 2013) بعنوان "قياس أبعاد جودة الخدمات من وجهة نظر العملاء دراسة ميدانية لخدمات الهاتف النقال المقدمة من طرف المؤسسات الثلاث: (موبليس، جيزي، وأوريدو) بمدينة ورقلة جنوب الجزائر"

هدفت الدراسة إلى قياس مستوى أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر العملاء من خلال قياس أبعاد الجودة (الملموسية والاعتمادية والاستجابة والأمان والتعاطف والفندقة). أجريت الدراسة عن طريق توزيع استبيان على ثلاث مؤسسات بالتساوي، حيث تم توزيع 240 استبياناً وأرجع 160 استبياناً. استخدمت الباحثة وسائل التحليل الإحصائي SPSS للوصول إلى النتائج الآتية: تتوفر في الخدمات المقدمة أبعاد الجودة تفاوتت في مستوى تطبيق الأبعاد في المؤسسات الثلاث.

دراسة (فريدة، 2013) بعنوان "جودة الخدمات الصحية كمدخل لتحسين الحوكمة في المستشفيات - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر بسكرة"

هدفت الدراسة إلى معرفة دور أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة (الملموسية والاعتمادية والاستجابة والأمان والتعاطف) على تحسين حوكمة المستشفيات (الشفافية ومجلس الإدارة وإدارة المعلومات ولجان التدقيق وإدارة المكافآت) من وجهة نظر العاملين في مستشفى بشير بن ناصر في ولاية بسكرة. اعتمدت الباحثة الاستبيان كأداة لجمع البيانات، وتم توزيع 100 استبيان واستخدمت الباحثة وسائل التحليل الإحصائي SPSS للوصول إلى النتائج الآتية: أن المستشفى يطبق مبادئ

الحوكمة، الذي ينعكس إيجابياً على جودة الخدمات المقدمة، وأكدت الدراسة أن أبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة لها علاقة قوية بمتغير الحوكمة، وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير الجنس ومدة الإقامة، والمستوى التعليمي نحو متغيري الدراسة الحوكمة وجودة الخدمات الصحية، أما متغير السن ومحل الإقامة لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية.

دراسة (ذياب، 2012) بعنوان " قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين "

هدفت الدراسة إلى قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية في المستشفيات الحكومية الأردنية من وجهة نظر المرضى والعاملين. اختار الباحث ثلاثة مستشفيات من الشمال والوسط والجنوب في المملكة. استخدم الباحث استبيان كأداة لجمع البيانات وطور الباحث استبيانين (للموظفين وللمرضى)، وتم اختيار عينة عشوائية من المرضى والموظفين، وتم توزيع 300 استبيان على المرضى وتم توزيع 250 استبياناً على الموظفين. استخدم الباحث وسائل التحليل الإحصائي SPSS للوصول إلى النتائج الآتية: يتوفر في المستشفيات أبعاد الجودة الطبية الاعتمادية والملموسية والتعاطف والأمان باستثناء الاستجابة من وجهة نظر العاملين، وكان تقييم المرضى لأبعاد الجودة الطبية متقارب مع نتائج الموظفين باستثناء بعدي الاستجابة والتعاطف وتبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير الجنس والعمر والحالة الاجتماعية والدرجة العلمية. أوصت الدراسة التزام الإدارة بتقديم الخدمات الطبية في الوقت المحدد والاهتمام بمشاكل المرضى والمحافظة على السجلات الطبية وسريتها وتوفير قاعات انتظار للمرضى، وتوفير الحوافز والدورات التدريبية للعاملين، وتبسيط الإجراءات لتقديم الخدمات الطبية واستحداث وحدة إدارية تعنى بالجودة وأبعادها.

دراسة (مصلح، 2012) بعنوان "قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية"

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الخدمات الصحية الفعلية المدركة من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية. أجريت الدراسة عن طريق توزيع استبيان على العاملين والمرضى في مستشفى درويش ومستشفى نزال ومستشفى وكالة الغوث الدولية (انوروا). اعتمد الباحث الاستبيان كأداة لجمع البيانات وتكونت من 28 فقرة، حيث تم توزيع 420 استبيان وتم استرجاع 126. اعتمد الباحث المنهج الوصفي ومقياس (SERVPERF) لقياس جودة الخدمات المدركة والفعلية، واستخدم الباحث وسائل التحليل الإحصائي SPSS منها: تحليل المسار وتحليل الانحدار البسيط والمتعدد، للوصول إلى النتائج الآتية: هنالك مستوى مرتفعاً لأبعاد الجودة الصحية الفعلية المدركة من قبل العاملين والمرضى لجميع الأبعاد، ووجود فروقات ذات دلالة إحصائية في المجالات الآتية: قوة الاستجابة والأمان والثقة والتعاطف التي تعزى لمتغير الجنس. أوصت الدراسة بضرورة الاهتمام بالمستشفيات وتوفير المستلزمات المادية وتوفير دورات تدريبية ملائمة للعاملين من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.

دراسة (الغدير وحداد وجودة، 2011) بعنوان "جودة خدمات مكتبة أمانة عمان الكبرى بين التوقع والإدراك (دراسة ميدانية من وجهة نظر المستفيدين)"

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الخدمات المتوقعة وجودة الخدمة المدركة من قبل المستفيدين من خدمات مكتبة أمانة عمان الكبرى، وسعت الدراسة إلى تحديد الفجوات بين المستويين ومقارنتها مع أبعاد جودة الخدمة. اعتمد الباحث الاستبيان كأداة لجمع البيانات وأجريت الدراسة على عينة مقدرها 350 شخصاً وتم استرجاع 320 استبياناً. اعتمد الباحث مقياس (SERVQUAL)

لقياس الفجوة بين توقعات المستخدمين وإدراكهم من خلال الأبعاد التالية: الموثوقية والاستجابة والتعاطف والأمان والملموسية. استخدم الباحث وسائل التحليل الإحصائي SPSS للوصول إلى النتائج الآتية: أن الفرق بين متوسط الإدراك ومتوسط التوقعات كان سلبياً لجميع أبعاد الجودة، وتبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات المستخدمين، عن الجودة المدركة تبعاً لمتغير الجنس والدخل والمستوى التعليمي ومكان السكن، باستثناء متغير العمر. بمعنى أن مستوى الجودة المدركة بعد تلقي الخدمة أقل من مستوى الجودة المتوقعة لجميع الأبعاد وأوصت الدراسة إدارة المكتبة بتحسين مستوى الخدمات المقدمة لكي تفوق توقعات المستخدمين أو تساويها.

دراسة (Mohammad, & Alhamadani, 2011) بعنوان

"Service Quality Perspective and Customer Satisfaction in Commercial Banks Working in Jordan"

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الخدمات المقدمة لعملاء البنك التجاري الأردني، وأثر جودة الخدمات على رضا العملاء. اعتمد الباحث مقياس (SERVQUAL) لقياس جودة الخدمات واعتماد الأبعاد التالية: الموثوقية والاستجابة والتعاطف والأمان والملموسية. أجريت الدراسة من خلال توزيع استبيان بشكل عشوائي على العملاء في 13 فرع من فروع البنك التجاري الأردني في مدينة إربد، حيث تم توزيع 260 استبيان واستخدم الباحث وسائل التحليل الإحصائي SPSS وتحليل الانحدار المتعدد، للوصول إلى النتائج الآتية: وجود علاقة إيجابية متوسطة بين الجودة ورضا العملاء عن الخدمات المقدمة، وكشفت النتائج عن وجود علاقة إيجابية بين بعد الضمان ورضا العملاء، ووجود علاقة إيجابية متوسطة بين أبعاد الجودة (الاستجابة والاعتمادية والتعاطف

والملموسية) ورضا العملاء عن الخدمات المقدمة لأبعاد جودة الخدمات، يسعى متخذي القرار والمدراء في البنك التجاري الأردني إلى تحسين جودة الخدمات المقدمة إرضاء العملاء.

دراسة (عباس وأحمد، 2010) بعنوان أثر جودة الرعاية الصحية والاتصالات على رضا المرضى دراسة تحليلية مقارنة في مستشفى الأميري الحكومي ومستشفى السلام الدولي الخاص في دولة الكويت

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى متلقي العلاج في المستشفيات الحكومية والخاصة في دولة الكويت، ومعرفة الدور التي تلعبه الاتصالات والمعلومات كمتغير وسيط بين الجودة والرضا. أجريت الدراسة عن طريق توزيع استبيان على المرضى في مستشفى الأميري الحكومي ومستشفى السلام الدولي الخاص، وتم توزيع 386 استبيان. استخدم الباحث وسائل التحليل الإحصائي SPSS منها تحليل المسار وتحليل الانحدار البسيط والمتعدد للوصول إلى النتائج الآتية: ارتفاع مستوى أبعاد جودة الرعاية الصحية في مستشفى السلام الدولي قياساً بمستشفى الأميري الحكومي، والمستوى العام لأبعاد الخدمات المقدمة مرتفعة بشكل عام وتم ترتيبها تنازلياً (الأمان، والملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التقمص العاطفي)، وأكدت الدراسة على أهمية الاتصالات والمعلومات كمتغير وسيط في تعزيز أثر الجودة الصحية على رضا المرضى. أوصت الدراسة بضرورة الاهتمام بالمستشفيات بشكل عام والمستشفى الحكومي بشكل خاص والاهتمام بالبيئة المادية وتطوير أداء العاملين وأسلوب التعامل مع المرضى، ومستوى الاستجابة لحاجاتهم وإشعارهم بالتعاطف والأمان.

دراسة (فراج، 2009) بعنوان "تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى: نموذج لقياس رضا المرضى"

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى في المستشفيات التعليمية في سوريا. اعتمد الباحث الاستبيان كأداة لجمع البيانات وأجريت الدراسة عن طريق توزيع استبيان على المرضى في أربعة مستشفيات تعليمية حيث تم توزيع 474 استبيان حيث تضمن الاستبيان 39 فقرة. واستخدم الباحث وسائل التحليل الإحصائي SPSS للوصول إلى النتائج الآتية: هنالك مستوى متوسط لرضا المرضى عن أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات التعليم.

دراسة (علاق، 2006) بعنوان قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المستفيدين كمؤشر على الأداء الناجح للقيادة الإدارية في المنظمات الخدمية- دراسة حالة المختبرات الطبية ومراكز الأشعة في الأردن

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المنتفعين من خدمات المختبرات الطبية ومراكز الأشعة في الأردن. واستخدام نموذج فجوة الجودة المتوقعة وجودة الخدمة المدركة من قبل المستفيدين في منطقة أمانة عمان الكبرى. واعتمد الباحث الاستبيان كأداة لجمع لبيانات حيث تم توزيع 732 استبيان واعتمد 715 استبيان. اعتمد الباحث مقياس (SERVQUAL) لقياس الفجوة بين توقعات المستفيدين وإدراكهم من خلال الأبعاد التالية: الموثوقية والاستجابة والتعاطف والأمان والملموسية. استخدم الباحث وسائل التحليل الإحصائي SPSS للوصول إلى النتائج الآتية: أن توقعات المنتفعين لجودة الخدمات المقدمة أعلى من مستوى الجودة

الفعلي. وأوصت الدراسة إدارة مراكز الأشعة والمختبرات الطبية بتبني برامج فعالة لتطوير جودة وتحسين مستوى الخدمات المقدمة لكي تفوق توقعات المستفيدين.

الدراسات الأجنبية

أطلعت الباحثة على الأبحاث والمقالات والدراسات الأجنبية السابقة التي تتعلق بموضوع الدراسة الحالي وفي أثر متغيرات الدراسة وعلاقتها ببعض، وتم اختيار ما يأتي من الدراسات لعلاقتها المباشرة مع الدراسة الحالية:

دراسة (Esmailpour & Ranjbar, 2018) بعنوان

"Investigating the impact of commitment, satisfaction, and loyalty of employees on providing high- quality service to customer"

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر الولاء على جودة الخدمات المقدمة. شملت العينة العاملين في ميناء والمنظمة البحرية وملتقي الخدمة في مدينة بوشهر في إيران. أجريت الدراسة من خلال استبيان صمم لاختبار فرضيات الدراسة، حيث تم توزيع 250 استبيان على العاملين والعملاء. واستخدم الباحثان المنهج الوصفي ووسائل التحليل الإحصائي SPSS ونمذجة المعادلة الهيكلية (Structural Equation Modeling)، للوصول إلى النتائج الآتية: هنالك تأثير إيجابي بين ولاء الموظفين التنظيمي وتحسين جودة الخدمات المقدمة للعملاء، أي أن العاملين يشعرون بالولاء تجاه المنظمة كما يزيد شعورهم بالمسؤولية تجاه عملهم وذلك يحسن من نوعية الخدمات المقدمة للعملاء. وأوصت الدراسة بتصميم برامج تدريبية تحفيزية لزيادة وعي العاملين لإعادة تأهيلهم وتعزيز مهارات العمل الذي سوف يولد رضا لدى العاملين وهذا يؤدي إلى تقديم خدمات بمستوى عالٍ.

دراسة (Aliman & Mohamad, 2016) بعنوان

"Linking service quality, patient's satisfaction and behavioral intentions: An investigation on private health care in Malaysia"

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين جودة الخدمات المقدمة ورضا المرضى والنوايا السلوكية في المستشفيات الخاصة في ماليزيا. أجريت الدراسة على عينة من المرضى في المستشفيات، واستخدم الباحثون الاستبيان كأداة لجمع المعلومات حيث وزع 379 استبيان وتم استرجاع 300 استبيان صالح للاستخدام. لغايات اختبار الفرضيات استخدم الباحثان أدوات التحليل الإحصائي SPSS والاستدلالي، للوصول إلى النتائج الآتية: إن أبعاد جودة الخدمات ورضا المريض لهما تأثير إيجابي على النوايا السلوكية، وتبين أن الملموسية والضمان والتعاطف لهما تأثير إيجابي على النوايا السلوكية، وتبين وجود علاقة إيجابية لثلاثة أبعاد من أبعاد جودة الخدمات (الملموسية والاعتمادية والضمان) مع بعد الرضا. وأظهرت النتائج أن بُعد الضمان مهم جداً لأنه يؤثر على كل من الرضا والنوايا السلوكية للمرضى، أوصت الدراسة بإدخال توجيهات إدارية قوية في المستشفيات الخاصة لرفع مستوى جودة الخدمات المقدمة، مما يزيد من رضا المرضى.

دراسة (Kalaja et al., 2016) بعنوان

"Service quality assessment in health care sector: The case of Durres public hospital"

هدفت الدراسة إلى تقييم جودة الخدمات في المستشفى الإقليمي الحكومي في مدينة دوريس في ألبانيا. أجريت الدراسة على عينة من المرضى في المستشفى باستخدام الاستبيان كأداة لجمع

المعلومات. واعتمد الباحث (SERVQUAL)، كمقياس لتقييم جودة الخدمات في الأبعاد الآتية:-
(التعاطف والاستجابة والملموسية و الضمان و الاعتمادية)، حيث وزع 379 استبيان وتم استرجاع
200 استبيان صالح للاستخدام. ولغايات اختبار الفرضيات استخدم الباحثون أدوات التحليل
الإحصائي SPSS والاستدلالي، للوصول إلى النتائج الآتية: الرضا عن جودة الخدمات الصحية
دون ظهور اختلافات كبيرة بين توقعات المرضى والأداء الفعلي. أوصت الدراسة بالأخذ بالنتائج
باعتبارها جوانب مهمة تساعد متخذي القرار في المستشفى على التعامل مع القرارات التي تؤثر على
تقييم جودة الخدمة.

دراسة (Mohebifar et al., 2016) بعنوان

"Evaluating service quality from patients' perceptions: application of importance– performance analysis method"

هدفت الدراسة إلى تقييم جودة الخدمات في ستة مستشفيات تعليمية في مدينة قزوين في
أيران من خلال استخدام مصفوفة تحليل الأهمية-الأداء. أجريت الدراسة على عينة عشوائية من
المرضى باستخدام الاستبيان حيث تم توزيع 360 استبيان. اعتمد الباحث (SERVQUAL) كمقياس
لتقييم جودة الخدمات في الأبعاد الخمسة الآتية (التعاطف والاستجابة والملموسية و الضمان و
الاعتمادية)، لغايات اختبار الفرضيات استخدم الباحثون وسائل التحليل الإحصائي SPSS ومصفوفة
تحليل الأهمية-الأداء، للوصول إلى النتائج الآتية: تبين وجود فجوة سلبية في جميع أبعاد الجودة
الصحية والأداء الفعلي، وحظيت الإعتمادية والضمان على أعلى فجوة وتبعها التعاطف فالملموسية،
وأخيراً الاستجابة. أوصت الدراسة بضرورة تحسين جميع أبعاد الجودة باستخدام مقاييس الجودة

والأدوات التشخيصية لمساعدة مدراء المستشفيات بتحسين جودة الخدمات المقدمة، وتحقيق الأهداف على المدى الطويل.

دراسة (Li et al, 2015) بعنوان

"Evaluating patients' perception of service quality at hospitals in nine Chinese cities by use of the ServQual scale"

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى إدراك المرضى لجودة الخدمات الصحية في المستشفيات في تسع مدن صينية. أجريت الدراسة من خلال تصميم استبيان يتألف من 22 فقرة وتم اعتماد مقياس (ServQual) لتقييم أبعاد الجودة الصحية (الملموسية والتعاطف والضمان والاستجابة والاعتمادية). تم توزيع الاستبيان على 3071 مريضاً في المستشفيات الصينية، وتم استخدام المنهج الوصفي، ووسائل التحليل الإحصائي SPSS للوصول إلى النتائج التالية: هنالك إدراك المرضى لجودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الصينية، ووجود فهم لبعدي الملموسية والاعتمادية من قبل زوار مرافق العيادات الخارجية أكثر من زوار مرافق الداخلية للمستشفى، وتبين أنّ المرضى الذي يبلغون من العمر 60 فأكثر، أكثر إيجابية من المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 40-49 لأبعاد (الموثوقية والضمان والتعاطف).

دراسة (Kitapci et al., 2014) بعنوان

"The impact of services quality dimensions on patient satisfaction, repurchase intentions and word-of-mouth communication in the public healthcare industry"

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر أبعاد جودة الخدمات على الرضا وتحسين خدمة العملاء. أجريت الدراسة من خلال تصميم استبيان يتألف من 21 فقرة تم اعتماد مقياس (ServQual) لتقييم أبعاد الجودة الصحية (الملموسية والتعاطف والضمان والاستجابة والاعتمادية)، تم توزيع الاستبيان على 380 مريضاً في المستشفيات التركية التعليمية، واسترجع 360 استبيان صالح للاستعمال. تم استخدام المنهج الوصفي ووسائل التحليل الأحصائي SPSS للوصول إلى النتائج التالية: إن الاستجابة والضمان والملموسية لها تأثير كبير على رضا المرضى، لكن لم يظهر وجود علاقة لبعدي الجودة الصحية (الموثوقية والتعاطف) على رضا المرضى. أوصت الدراسة باهتمام مدراء المستشفيات بالجوانب الخارجية لجودة الخدمات، ويجب تحديث المستشفيات وتحسين مستوى جودة الخدمات فيها.

دراسة (Untachai,2013) بعنوان

"Modeling service quality in hospital as second order factor, Thailand"

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تأثير الرعاية الصحية الشاملة على أبعاد جودة الخدمات المقدمة في المستشفيات في منطقة نونغخاي في تايلاند. أجريت الدراسة على 455 مريض من خلال المقابلات وتوزيع الاستبيان. اعتمد الباحث خمسة أبعاد لتقييم جودة الخدمات المقدمة هي

(الاعتمادية والملموسية والاستجابة والتكلفة والتعاطف). ولغايات اختبار الفرضيات استخدم الباحث وسائل التحليل الإحصائي SPSS للوصول إلى النتائج الآتية: هنالك مستوى مرتفع لأبعاد جودة الخدمات الصحية (الاعتمادية والملموسية والتعاطف والاستجابة). أوصت الدراسة متخذي القرار والمدراء بإبلاغ متلقي الخدمة بطرق تقييم جودة الخدمات المقدمة.

مميزات الدراسة الحالية

من خلال استعراض الدراسات السابقة لموضوعي الدراسة المتمثلين في التعلم الجماعي و جودة الخدمات الصحية يتضح الأهمية الكبيرة لهذه المواضيع في عالم الإدارة والأعمال ومدى تأثيرهم على الواقع العملي، لكن بعد البحث المكثف للباحث في جميع المصادر المتاحة لديه لم يتم العثور على أية دراسة قمت بربط التعلم الجماعي بجودة الخدمات الصحية في القطاع العام عالمياً، وتتميز هذه الدراسة عن باقي الدراسات بالعديد من الأمور أهمها:-

1. تعد هذه الدراسة من أولى الدراسات المحلية والعربية التي قامت بدراسة سلوكيات التعلم الجماعي وأثرها على جودة الخدمات الصحية في القطاع العام.
2. تقدم الدراسة إطاراً نظرياً شاملاً لموضوعي التعلم الجماعي وجودة الخدمات الصحية يشمل جميع جوانبهم، مما يسهل على الباحثين والمهتمين في هذه المواضيع الفهم المتعمق للموضوعين.
3. تم اعتماد خمسة أبعاد شاملة لكل من التعلم الجامعي وجودة الخدمات الصحية حتى يتم تغطية كافة جوانب الموضوعين بشكل تفصيلي نظرياً وعملياً وليس جزءاً منهم.
4. تعد الدراسة الأولى محلياً وعربياً - في حدود علم الباحث- التي قامت بتناول موضوع التعلم الجماعي بشكل تفصيلي.

الفصل الثالث

منهجية الدراسة

المقدمة

في ضوء الإطار العام للدراسة والإطار النظري والدراسات السابقة التي تم تناولها في الفصول السابقة، تسعى الباحثة في هذا الفصل إلى توضيح المنهجية العلمية التي تم اعتمادها لتحقيق أهداف الدراسة واختبار فرضياتها الدراسة، لذا سيتم توضيح كل من: أسلوب الدراسة، ومجتمع وعينة الدراسة، وطرق جمع البيانات، وأداة الدراسة (الاستبانة)، وصدق أداة الدراسة وثباتها، والأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات، ومحددات الدراسة وحدود الدراسة.

أسلوب الدراسة

اتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي من خلال إجراء دراسة استكشافية ميدانية باستخدام الاستبانة كأداة لجمع البيانات الأولية، وتحليلها واستخلاص النتائج، وإجراء دراسة نظرية من خلال مراجعة الكتب والمراجع والدراسات السابقة ذات العلاقة، لأغراض الخروج بإطار نظري شامل يستفيد منه متخذو القرار والباحثون.

مجتمع وعينة الدراسة

يتألف مجتمع الدراسة من جميع العاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في وزارة الصحة الأردنية في محافظة إربد وعددها (13) وهي (مركز صحي الصريح الشامل، مركز صحي الفاروق الشامل، مركز صحي كفر يوبا الشامل، مركز صحي الطيبة الشامل، مركز صحي النعيمة

الشامل، مركز صحي جامعة اليرموك الشامل، مركز صحي الحصن الشامل، مركز صحي سهل حوران الشامل، مركز صحي الرمثا الشامل، مركز صحي دير أبي سعيد الشامل، مركز صحي كفر عوان الشامل، مركز صحي قميم الشامل، مركز صحي حكما الشامل).

إن عملية توزيع الاستبانات واستردادها أرفقت بكتاب تغطية من جامعة اليرموك ووزارة الصحة لتسهيل عملية جمع البيانات، وتم توزيع استبانة الدراسة بعد التحقق من صدقها الظاهري على كافة فئات العاملين في كل مركز صحي شامل في محافظة إربد. قامت الباحثة بتغطية جميع العاملين في جميع المراكز الصحية الشاملة في محافظة إربد، باعتبارها مجتمع الدراسة وهو عينة الدراسة. ومن خلال مراجعة المراكز الخاضعة للبحث، ومراجعة مديرية صحة محافظة إربد، تبين أن عدد العاملين في مركز صحي الصريح الشامل (53) موظفاً وموظفة، ومركز صحي الفاروق الشامل (25) موظفاً وموظفة، ومركز صحي كفر يوبا الشامل (45) موظفاً وموظفة، ومركز صحي الطيبة الشامل (37) موظفاً وموظفة، ومركز صحي النعيمة الشامل (39) موظفاً وموظفة، ومركز صحي جامعة اليرموك الشامل (28) موظفاً وموظفة، ومركز صحي الحصن الشامل (44) موظفاً وموظفة، ومركز صحي سهل حوران الشامل (23) موظفاً وموظفة، ومركز صحي الرمثا الشامل (42) موظفاً وموظفة، ومركز صحي دير أبي سعيد الشامل (34) موظفاً وموظفة، ومركز صحي كفر عوان الشامل (20) موظفاً وموظفة، ومركز صحي قميم الشامل (30) موظفاً وموظفة، ومركز صحي حكما الشامل (44) موظفاً وموظفة. وبلغ العدد الكلي للعاملين في هذه المراكز 464 فرداً من كادر طبي وإداري. وجاء أفراد مجتمع الدراسة موزعين حسب الجدول رقم (1) لوصف خصائص مجتمع الدراسة.

جدول (1) توزيع أفراد مجتمع الدراسة على المراكز الصحية الشاملة في محافظة إربد

| اسم المركز الصحي الشامل | اللواء | مجتمع الدراسة |
|-------------------------|------------|---------------|
| دير أبو سعيد | الكورة | 34 |
| كفر عوان | الكورة | 20 |
| الفاروق | المزار | 25 |
| الصريح | بني عبيد | 53 |
| الحصن | بني عبيد | 44 |
| التعيمة | بني عبيد | 39 |
| قميم | الوسطية | 30 |
| الطبية | الطبية | 37 |
| جامعة اليرموك | قصبية إربد | 28 |
| حكما | قصبية إربد | 44 |
| كفرنيويا | قصبية إربد | 45 |
| الرمثا | الرمثا | 42 |
| سهل حوران | الرمثا | 23 |
| المجموع | | 464 |

* (مديرية صحة محافظة إربد ومديرية صحة لواء الرمثا، وزارة الصحة، 2017)

وقد تم توزيع الاستبانة بعد التحقق من صدقها الظاهري على جميع أفراد عينة الدراسة من الكادر الطبي والإداري، وتم استرداد (343) استبانة، وقد بلغ عدد الاستبانات الصالحة والخاضعة للتحليل الإحصائي (323) استبانة، بنسبة استرداد تبلغ (94.1)، وهي نسبة جيدة علمياً بأن الباحثة قامت بزيارة المراكز والعمل على جمع أكبر عدد من الاستبانات، وتم إعطاء العاملين الموجودين على رأس عملهم. والجدول رقم (2) يوضح عدد الاستبانات الموزعة على كل مركز صحي والمسترد منه.

جدول (2) عدد الاستبانات الموزعة على أفراد عينة الدراسة والمستردة منها

| اسم المركز الصحي الشامل | عدد العاملين | عدد الاستبانات الموزعة | عدد الاستبانات المستردة | النسبة المئوية للاستبانات المستردة |
|-------------------------|--------------|------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| دير أبو سعيد | 34 | 25 | 23 | %92 |
| كفر عوان | 20 | 17 | 15 | %88.2 |
| الفاروق | 25 | 25 | 23 | %92 |
| الصريح | 53 | 35 | 34 | %97.1 |
| الحصن | 44 | 28 | 27 | %96.4 |
| النعيمة | 39 | 39 | 39 | %100 |
| قميم | 30 | 22 | 17 | %77.2 |
| الطبية | 37 | 32 | 31 | %96.8 |
| جامعة اليرموك | 28 | 19 | 16 | %84.2 |
| حكما | 44 | 36 | 33 | %91.6 |
| كفريوبا | 45 | 27 | 26 | %96.2 |
| الرمثا | 42 | 27 | 26 | %96.2 |
| سهل حوران | 23 | 13 | 13 | %100 |
| المجموع | 464 | 343 | 323 | %94.1 |

طرق جمع البيانات

لقد تم اعتماد المصادر التالية لجمع البيانات لإتمام الدراسة وهي:

- **المصادر الأولية:** حيث تم الاعتماد على البيانات والمعلومات التي جمعت عن طريق الاستبانة والتي أعدت بالإعتماد على الدراسات السابقة ذات العلاقة بالموضوع.
- **المصادر الثانوية:** تم الرجوع إلى الكتب والرسائل الجامعية والبحوث العلمية والدوريات العلمية والمقالات والدراسات السابقة والمراجع المتوفرة على الشبكة العنكبوتية، لإعداد الإطار النظري فيما يتعلق بالتعلم الجماعي وجودة الخدمات الصحية.

أداة الدراسة (الاستبانة)

اعتمدت الباحثة الاستبانة كأداة لجمع البيانات الأولية من المبحوثين في الدراسة والتي تم تصميمها بناءً على مراجعة الدراسات السابقة والأدبيات والكتب والمجلات المتعلقة بموضوع التعلم الجماعي وجودة الخدمات الصحية. وتكونت الاستبانة من ثلاثة أجزاء رئيسية (الملحق رقم 1).

الجزء الأول: يتعلق بالبيانات الشخصية والوظيفية للمبحوثين: الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، وسنوات الخدمة، والفئة الوظيفية، وطبيعة العمل.

الجزء الثاني: يتعلق بمدى توفر سلوكيات التعلم الجماعي كما يراها العاملون في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد، ويتكون هذا الجزء من فقرات تقيس سلوكيات التعلم الجماعي التي تتمثل ب(تجريب الأفكار، وإدارة الخطأ، وطلب المساعدة، ومشاركة المعلومات، وردود الفعل). اشتمل هذا الجزء على (21) فقرة، بالاعتماد على دراسات كل من (Edmondson,1999)، (Hassan et al., 2011)، (Van den Bossche, et al. 2011) (Norliya & Azizah,2007، وجاء ترتيبها على النحو الآتي:

البعد الأول: تجريب الأفكار، وتم قياسه بالفقرات من (7-10).

البعد الثاني: إدارة الخطأ، وتم قياسه بالفقرات من (11-15).

البعد الثالث: طلب المساعدة، وتم قياسه بالفقرات من (16-19).

البعد الرابع: مشاركة المعلومات، وتم قياسه بالفقرات من (20-23).

البعد الخامس: ردود الأفعال، وتم قياسه بالفقرات من (24-27).

الجزء الثالث: يتعلق بمدى جودة الخدمات الصحية كما يراها العاملون في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد، ويتكون هذا الجزء من فقرات تقيس أبعاد جودة الخدمات الصحية التي تتمثل في (الاعتمادية، والأمان، والاستجابة، والتعاطف، والملموسية). اشتمل هذا

الجزء على (22) فقرة، بالاعتماد على دراسة (Parasuraman et al., 1988)، وجاء ترتيبها على النحو الآتي:

الفقرات المتعلقة بجودة الخدمات الصحية.

البعد الأول: الاعتمادية، وتم قياسه بالفقرات من (28-32).

البعد الثاني: الأمان، وتم قياسه بالفقرات من (33-37).

البعد الثالث: الاستجابة، وتم قياسه بالفقرات من (38-41).

البعد الرابع: التعاطف، وتم قياسه بالفقرات من (42-45).

البعد الخامس: الملموسية، وتم قياسه بالفقرات من (46-49).

ولقد تم اعتماد مقياس ليكرت الخماسي (Likert/ Five Point Scale) لتصحيح أدوات الدراسة، بإعطاء كل فقرة من فقراته درجة واحدة من بين درجاته الخمس (غير موافق بشدة، غير موافق، متوسط، موافق، موافق بشدة) وهي تمثل رقمياً (1، 2، 3، 4، 5) على الترتيب، وقد تم اعتماد المقياس التالي لأغراض تحليل النتائج: يكون المدى من 1.00-2.33 للمتوسط الحسابي دالاً على مستوى قبول منخفض عن الفقرة أو المجال، ويكون المدى من 2.34-3.67 للمتوسط الحسابي دالاً على مستوى قبول متوسط عن الفقرة أو المجال، ويكون المدى من 3.68-5.00 للمتوسط الحسابي دالاً على مستوى قبول مرتفع عن الفقرة أو المجال. واعتمدت الباحثة هذا المقياس بالرجوع إلى دراسات كل من (السيبي، 2017) و(ذياب، 2011).

الاختبارات الخاصة بأداة الدراسة (الاستبانة)

صدق الدراسة

للتأكد من الصدق الظاهري لأداء الدراسة (الاستبانة)، وللتأكد من أن فقرات الاستبانة تقيس ما تود قياسه، وتؤدي إلى جمع البيانات المطلوبة بشكل صحيح، تم عرضها على (7) محكمين من أعضاء هيئة التدريس في جامعة اليرموك يبين الملحق (2) قائمة بأسماء المحكمين الذين قاموا بتحكيم الاستبانة. وتم تعديل الاستبانة وإعادة صياغة بعض فقراتها وفق ما اقتضاه التحكيم.

ثبات أداة الدراسة

تم قياس ثبات أداة الدراسة باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وذلك من خلال حساب الاتساق الداخلي حسب معادلة كرونباخ ألفا لجميع مجالات الدراسة للتأكد من موثوقية أداة الدراسة. وتراوحت القيم ما بين 78%-89% بالنسبة لأبعاد التعلم الجماعي و82%-91% بالنسبة لأبعاد جودة الخدمات الصحية. وكانت قيمة معامل كرونباخ ألفا لأبعاد التعلم الجماعي 94% و95% لأبعاد جودة الخدمات الصحية مجتمعة، واعتبرت هذه النسب مناسبة لغايات هذه الدراسة والجدول رقم (3) يبين هذه المعاملات.

جدول (3) معامل الاتساق الداخلي كرونباخ ألفا لأبعاد ومجالات الدراسة

| البعد | الاتساق الداخلي |
|-------|---------------------|
| 1 | تجريب الأفكار |
| 2 | إدارة الخطأ |
| 3 | طلب المساعدة |
| 4 | مشاركة المعلومات |
| 5 | ردود الفعل |
| | التعلم الجماعي |
| 1 | الاعتمادية |
| 2 | الضمان |
| 3 | الاستجابة |
| 4 | التعاطف |
| 5 | الملموسية |
| | جودة الخدمات الصحية |

الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات:

للإجابة عن أسئلة وفرضيات الدراسة قامت الباحثة بترميز متغيرات وفقرات الاستبانة وإدخالها في الحاسوب وتحليلها باستخدام برنامج SPSS (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية) وكانت الأساليب المستخدمة على النحو التالي:

- الأساليب الإحصائية الوصفية (Descriptive Statistic Technique): وقد تم استخدام التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لوصف الخصائص الشخصية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة، وللإجابة على السؤال الأول والثاني من الدراسة.
- اختبار الثبات: تم استخدام معامل الاتساق الداخلي كرونباخ ألفا للتحقق من ثبات الأداة.

- اختبار "ت": تم استخدام هذا الاختبار لبيان الفروق الإحصائية تبعاً لمتغير (الجنس، والحالة الاجتماعية، وطبيعة العمل).
- تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA): تم استخدام هذا الاختبار لمعرفة مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً لمتغير (العمر، وعدد سنوات الخدمة، والفئة الوظيفية).
- تحليل الانحدار المتعدد: تم استخدام هذا الاختبار لمعرفة أثر التعلم الجماعي على جودة الخدمات الصحية.
- اختبار شيفيه (Sheffeh): تم استخدام هذا الاختبار لبيان المقارنات البعدية بطريقة شيفيه لبيان الفروق الزوجية إن وجدت.

حدود الدراسة

1. الحد الأكاديمي: اقتصرت الدراسة على معرفة أثر التعلم الجماعي على جودة الخدمات الصحية، واعتمدت الباحثة الاستبانة كأداة وحيدة لجمع البيانات.
2. الحد البشري: اقتصر مجتمع الدراسة وعينتها على العاملين في الوظائف المتمثلة بطبيب، صيدلانية، تمريض، قبالة، فني مختبر، فني أشعة، فني أسنان، إداري، محاسب في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد.
3. الحد الزمني: اقتصرت الدراسة على السياق الزمني الذي أجريت فيه، وهو العام الدراسي الجامعي 2018/2019.
4. الحد المكاني: اقتصرت هذه الدراسة على المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد فقط، والبالغ عددها (13) وهي: (مركز صحي الصريح الشامل، مركز صحي الفاروق

الشامل، مركز صحي كفر يوبا الشامل، مركز صحي الطيبة الشامل، مركز صحي النعيمة الشامل، مركز صحي جامعة اليرموك الشامل، مركز صحي الحصن الشامل، مركز صحي سهل حوران الشامل، مركز صحي الرمثا الشامل، مركز صحي دير أبي سعيد الشامل، مركز صحي كفر عوان الشامل، مركز صحي قميم الشامل، مركز صحي حكما الشامل).

محددات الدراسة

تتلخص محددات الدراسة في الجوانب الآتية:

1. عدم تعاون بعض أفراد العينة لتعبئة الاستبانة بسبب ضغوط العمل وبعضهم من دون ذكر الأسباب.
2. عدم وضوح أعداد العاملين لدى مديريات الصحة بشكل دقيق بسبب تنقلات الموظفين بين المراكز المجاورة.
3. عوامل الوقت والجهد والتكلفة حيث أن عملية توزيع واسترجاع الاستبانات تمت بشكل شخصي من الباحثة.
4. بعد المسافة بين المراكز الصحية الشاملة وتشتتها في محافظة إربد.
5. صعوبة تعميم نتائج الدراسة على باقي المراكز الصحية الشاملة في المملكة نظراً لتغطية الدراسة الحالية لمحافظة إربد فقط.
6. لقد تم قياس جودة الخدمات الصحية من قبل العاملين في المراكز الصحية بدلاً من متلقي الخدمة مما قد يقود إلى إعطاء صورة غير موضوعية عن مستوى الجودة.

الفصل الرابع

عرض ومناقشة النتائج وتحليلها

المقدمة

يهدف هذا الفصل إلى عرض وتحليل نتائج الدراسة ومناقشتها للإجابة على أسئلة الدراسة وفحص فرضيات من خلال تحليل الاستبانة التي تمثل أداة الدراسة الرئيسية، وسيتم عرض وصف خصائص المبحوثين وعرض نتائج الدراسة وتحليلها ومناقشتها في إطار الأسئلة والفرضيات التي تم تحديدها في الإطار العام للدراسة.

وصف خصائص مجتمع الدراسة

يبين الجدول رقم (4) وصف للخصائص الشخصية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة كما وردت في الاستبانة (الجنس، العمر، الحالة الإجتماعية، عدد سنوات الخدمة، الفئة الوظيفية، طبيعة العمل).
يبين الجدول (4) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس حيث يلاحظ أن عدد الموظفين الذكور بلغ (111) بنسبة مئوية مقدارها (34.4) من أفراد عينة الدراسة، هي نسبة منخفضة مقارنة مع عدد الإناث اللاتي بلغ عددهن (212) موظفة، بنسبة مئوية (65.6) من أفراد عينة الدراسة، وتعزو الباحثة الزيادة في عدد الإناث على عدد الذكور لطبيعة معظم المهام التي تعتمد على الكادر التمريضي مقارنة بأعداد الأطباء ومعظم العاملين في مهنة التمريض غالباً هم من الإناث، كما أن هنالك إقبال كبير من الإناث على هذه المهنة لوجود منح دراسية وبسبب القبول الإجتماعي لها في الأردن.

ويبين الجدول (4) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير العمر، حيث يلاحظ أن عدد الموظفين والموظفات البالغين من العمر أقل من 30 سنة، قد بلغ عددهم (48) فرداً، بنسبة مئوية مقدارها (14.9)، وأن عدد الموظفين والموظفات من ذوي الفئة العمرية (31-40) بلغ عددهم (133) فرداً، بنسبة مئوية مقدارها (41.2)، يليهم الفئة العمرية (41-50) حيث بلغ عددهم (99) فرداً، بنسبة مئوية مقدارها (30.7)، أما عدد الموظفين والموظفات البالغين من العمر أكثر من 51 سنة قد بلغ عددهم (43) فرداً، بنسبة مئوية مقدارها (13.3). ويلاحظ أن أعلى فئة عمرية تمثيلاً كانت (31-40 سنة)، ثم تلتها الفئة العمرية (41-50 سنة)، ثم الفئة العمرية (أقل من 30 سنة)، أقل فئة عمرية تمثيلاً كانت (أكثر من 51 سنة) وترى الباحثة أن أغلب العاملين في القطاع الصحي هم من فئة الشباب، لأن هذه الفئة أكثر تحملاً لأعباء وضغط العمل، الذي يواجه الكادر الطبي بشكل عام نظراً لطبيعة المهام التي تركز على حياة الإنسان.

ويبين الجدول (4) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية، حيث يلاحظ أن العاملين العازبين بلغ عددهم (41) فرداً، بنسبة مئوية مقدارها (12.7)، وأن عدد العاملين المتزوجين بلغ عددهم (269) فرداً، بنسبة مئوية مقدارها (83.3)، وأن عدد العاملين المطلقين بلغ عددهم (8) فرداً، بنسبة مئوية مقدارها (2.5)، وأن عدد العاملين الأرامل بلغ عددهم (5) فرداً بنسبة مئوية مقدارها (1.5)، وتبين أن أعلى حالة اجتماعية تمثيلاً كانت حالة المتزوجين بدرجة عالية مقارنة مع باقي فئات الحالة الاجتماعية، ثم العازبون فالمطلقون فالأرامل، وتعزو الباحثة السبب في أن أغلب العاملين في القطاع الصحي من المتزوجين للاستقرار الوظيفي بعد تخرجهم من الجامعة وتوفر الإمكانيات المادية عندهم لتكوين الأسرة.

جدول (4) التكرارات والنسب المئوية حسب المتغيرات الشخصية والوظيفية للمبحوثين

| المتغير | الفئات | التكرار | النسبة |
|-------------------|-----------------|---------|--------|
| الجنس | ذكر | 111 | 34.4 |
| | أنثى | 212 | 65.6 |
| العمر | أقل من 30 سنة | 48 | 14.9 |
| | من 31-41 سنة | 133 | 41.2 |
| | من 41-50 سنة | 99 | 30.7 |
| | أكثر من 51 سنة | 43 | 13.3 |
| الحالة الاجتماعية | أعزب/عزباء | 41 | 12.7 |
| | متزوج/متزوجة | 269 | 83.3 |
| | مطلق/مطلقة | 8 | 2.5 |
| | أرمل/أرملة | 5 | 1.5 |
| سنوات الخدمة | من 5 سنوات فأقل | 72 | 22.3 |
| | من 6-10 سنوات | 60 | 18.6 |
| | من 11-15 سنة | 69 | 21.4 |
| | من 16 سنة فأكثر | 122 | 37.8 |
| الفئة الوظيفية | الفئة الأولى | 122 | 37.8 |
| | الفئة الثانية | 146 | 45.2 |
| | الفئة الثالثة | 55 | 17.0 |
| طبيعة العمل | طبي | 253 | 78.3 |
| | إداري | 70 | 21.7 |
| | المجموع | 323 | 100.0 |

ويبين الجدول (4) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير سنوات الخدمة، حيث يلاحظ أن

عدد العاملين الذين عدد سنوات خبرتهم من (5 سنوات فأقل) بلغ عددهم (72) فرداً بنسبة مئوية

مقدراها (22.3)، وأن العاملين الذين مستوى خدمتهم (6-10 سنة) بلغ عددهم (60) فرداً بنسبة

مئوية مقدراها (18.6)، أما فئة الخدمة (11-15 سنة) فقد بلغ عددهم (69) فرداً بنسبة مئوية

مقدراها (21.4)، وكان عدد العاملين من فئة (16 سنة فأكثر) قد بلغ (122) فرداً بنسبة مئوية

مقدراها (37.8) وهي الفئة الأكثر تمثيلاً. ويلاحظ أن أعلى نسبة تمثيل كانت لفئة سنوات الخدمة

(16 سنة فأكثر). وتعزو الباحثة ذلك إلى الاستقرار الوظيفي في المراكز الصحية الشاملة و إلى حرص وزارة الصحة على الحفاظ على العاملين ذوي الخبرة والكفاءة وتقليل دوران العمل واستمرارهم في العمل لفترة زمنية طويلة.

أما بالنسبة لتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الفئة الوظيفية، وتبين أن عدد أفراد عينة الدراسة من الفئة الثانية بلغ (146) فرداً بنسبة مئوية مقدارها (45.2)، فيما بلغ عدد أفراد عينة الدراسة من الفئة الأولى (122) فرداً بنسبة مئوية مقدارها (37.8)، وعدد أفراد عينة الدراسة من الفئة الثالثة بلغ (55) فرداً بنسبة مئوية مقدارها (17.0) ويلاحظ أن الفئة الثانية حظيت بأعلى نسبة ثم تلتها الفئة الأولى، وتم الفئة الثالثة. تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن أغلب العاملين في المراكز الصحية الشاملة يحملون شهادة دبلوم كلية المجتمع الشامل أو شهادة كلية المجتمع الفني، يعتمد كثيراً على خريجين كليات التمريض والخدمات الطبية (أشعة، تخدير، قباله، مختبرات) من حملة الدبلوم، أما العاملين من الفئة الأولى منهم فيحملون درجة البكالوريوس والتي تعد الحد الأدنى لمن يشغل وظيفة ضمن الفئة الأولى، وهناك عاملين في الفئة الثالثة الذين يحملون درجة الثانوية العامة.

يبين الجدول (4) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير طبيعة العمل، حيث يلاحظ أن عدد العاملين في المجال الطبي بلغ (253) بنسبة مئوية مقدارها (78.3) من أفراد عينة الدراسة، وهي نسبة مرتفعة مقارنة مع العاملين الإداريين الذي بلغ عددهم (70) فرداً وبنسبة مئوية (21.7) من أفراد عينة الدراسة. وتعزو الباحثة ذلك إلى أن أغلب العاملين هم كوادرات طبية لأن العمل الطبي هو الأساس في المركز الصحي ويشتمل ذلك على طبيب، ممرض، قابلة، فني مختبر، فني أسنان، فني أشعة، صيدلي.

الإجابة على أسئلة الدراسة

السؤال الأول: ما مستوى التعلم الجماعي كما يراه العاملون في المراكز الصحية الحكومية

الشاملة في محافظة إربد في الأردن؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى

ممارسة التعلم الجماعي كما يراه العاملون في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد

في الأردن، والجدول رقم (5) يوضح ذلك.

جدول (5) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى التعلم الجماعي كما يراه العاملون في المراكز

الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية

| الرتبة | الرقم | البعد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المستوى |
|--------|-------|------------------|-----------------|-------------------|---------|
| 1 | 2 | إدارة الخطأ | 3.70 | .882 | مرتفع |
| 2 | 3 | طلب المساعدة | 3.67 | .824 | متوسط |
| 3 | 5 | ردود الفعل | 3.62 | .860 | متوسط |
| 4 | 4 | مشاركة المعلومات | 3.48 | .865 | متوسط |
| 5 | 1 | تجريب الأفكار | 3.34 | .997 | متوسط |
| | | التعلم الجماعي | 3.57 | | متوسط |

يبين الجدول (5) أن المتوسطات الحسابية لقرات ممارسة التعلم الجماعي قد تراوحت

مابين (3.70-3.34)، حيث جاء بعد إدارة الخطأ في المرتبة الأولى بأعلى متوسط حسابي بلغ

(3.70)، تلاه في المرتبة الثانية بعد طلب المساعدة بمتوسط حسابي بلغ (3.67)، وجاء بالمرتبة

الثالثة بعد ردود الفعل بمتوسط حسابي بلغ (3.62)، وجاء بعد مشاركة المعلومات بالمرتبة الرابعة

بمتوسط حسابي بلغ (3.48)، بينما جاء بعد تجريب الأفكار في المرتبة الأخيرة وبمتوسط حسابي

بلغ (3.34)، وبلغ المتوسط الحسابي للتعلم الجماعي ككل (3.57) دالاً على مستوى مرتفع من

الممارسات.

قد اتفقت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (لزهر، 2017)، و(البطائنة، 2016)، و (العبابنة، 2007) و(Cauwelier, 2016)، و(Van den Bossche et al., 2011)، و(Hassan et al., 2011)، و(Norliya & Azizah, 2007)، و(Kasal et al., 1997). وقد تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن المراكز الصحية تهتم بعملية التعلم الجماعي وتحسينه من خلال مشاركة المعلومات ومساعدة العاملين لبعضهم البعض نظراً لما تتطلبه طبيعة العمل الطبي من العمل بروح الفريق والاعتمادية، ويدل ذلك على الوعي الكاف من المراكز الصحية بأهمية التعلم الجماعي لما يقدمه من يد العون والمساعدات للعاملين كما يتطلب الاهتمام بالتحسين والتطوير لخدمة المراجعين.

بعد القيام بتوضيح المتوسطات الحسابية لأبعاد التعلم الجماعي والتعلم الجماعي ككل، فيما يلي شرح للمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات أفراد عينة الدراسة على فقرات كل بعد على حدة، حيث كانت على النحو الآتي:

1. تجريب الأفكار (Experimenting)

جدول (6) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات المتعلقة ببعد تجريب الأفكار مرتبة تنازلياً حسب

المتوسطات الحسابية

| الرتبة | الرقم | الفقرات | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المستوى |
|--------|-------|--|-----------------|-------------------|---------|
| 1 | 1 | يتاح لجميع الزملاء حرية تجريب أي فكرة جديدة لتحسين العمل في المركز الصحي | 3.49 | 1.178 | متوسط |
| 2 | 3 | يتم التنسيق بين جميع الموظفين ذوي العلاقة لتحديد كيفية إجراء التجارب لأي فكرة جديدة في العمل | 3.42 | 1.119 | متوسط |
| 3 | 2 | لدينا نظم وأسس لتجريب أي فكرة جديدة في العمل | 3.24 | 1.098 | متوسط |
| 4 | 4 | تشجع الإدارة العاملين على تجريب الأفكار بغض النظر عن موقعهم الوظيفي | 3.20 | 1.216 | متوسط |
| | | تجريب الأفكار | 3.34 | | متوسط |

يبين الجدول (6) أن المتوسطات الحسابية قد تراوحت ما بين (3.20-3.49)، حيث جاءت الفقرة رقم (1) والتي تنص على أنه "يتاح لجميع الزملاء حرية تجريب أي فكرة جديدة لتحسين العمل في المركز الصحي" في المرتبة الأولى وبمتوسط حسابي بلغ (3.49)، بينما جاءت الفقرة رقم (4) ونصها "تشجع الإدارة العاملين على تجريب الأفكار بغض النظر عن موقعهم الوظيفي" بالمرتبة الأخيرة وبمتوسط حسابي بلغ (3.20). وبلغ المتوسط الحسابي لمجموع الفقرات المتعلقة ببعيد تجريب الأفكار (3.34).

مما سبق تبين أن آراء الأفراد العاملين في المراكز الصحية الشاملة نحو تجريب الأفكار كسلوك من سلوكيات التعلم الجماعي بدرجة متوسطة حسب المقياس المستخدم، مما يدل على أن العاملين لديهم الحرية والرغبة في تجريب الأفكار الجديدة، خاصة أن طبيعة العمل الطبي متجددة ومتطورة حسب الدراسات العلمية ووجود الخبرات المتنوعة للتحسين من حياة الإنسان.

2. إدارة الخطأ (Error Management)

جدول (7) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات المتعلقة ببعيد إدارة الخطأ مرتبة تنازلياً حسب

المتوسطات الحسابية

| الرتبة | الرقم | الفقرات | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المستوى |
|--------|-------|--|-----------------|-------------------|---------|
| 1 | 1 | يتم إيصال المشاكل والأخطاء إلى الأشخاص ذوي الاختصاص في المركز الصحي لاتخاذ الإجراءات التصحيحية | 3.90 | .981 | مرتفع |
| 2 | 2 | يناقش العاملون في المركز الصحي طرق منع الوقوع في الخطأ | 3.70 | 1.033 | مرتفع |
| 3 | 3 | يناقش العاملون في المركز الصحي طرق التعلم من الخطأ | 3.70 | 1.072 | مرتفع |
| 4 | 4 | لدينا أسس وإجراءات متبعة في حالة حدوث أي خطأ في العمل | 3.70 | 1.083 | مرتفع |
| 5 | 5 | يتعامل العاملون في المركز الصحي مع المشاكل على أنها فرصة للتعلم | 3.50 | 1.104 | متوسط |
| | | إدارة الخطأ | 3.70 | | مرتفع |

يبين الجدول (7) ان المتوسطات الحسابية قد تراوحت ما بين (3.50-3.90)، حيث

جاءت الفقرة رقم (1) والتي تنص على "إيصال المشاكل والأخطاء إلى الأشخاص ذوي الاختصاص

في المركز الصحي لإتخاذ الإجراءات التصحيحية" في المرتبة الأولى وبمتوسط حسابي بلغ (3.90)، بينما جاءت الفقرة رقم (5) ونصها "يتعامل العاملون في المركز الصحي مع المشاكل على أنها فرصة للتعلم" بالمرتبة الأخيرة وبمتوسط حسابي بلغ (3.50). وبلغ المتوسط الحسابي لمجموع الفقرات المتعلقة ببعدها إدارة الخطأ (3.70). وتغزو الباحثة هذه النتيجة وأن آراء الأفراد العاملين في المراكز الصحية الشاملة نحو إدارة الخطأ كسلوك من سلوكيات التعلم الجماعي جاءت بدرجة مرتفعة حسب المقياس المستخدم، إلى أن العاملين لديهم وعي كافي بطرق التعامل مع الأخطاء ووجود آليات متابعة لتعامل مع الأخطاء في المركز الصحي، خاصة أن طبيعة العمل الطبي لا يتحمل الأخطاء كونها تؤثر بشكل مباشر على حياة المريض.

3. طلب المساعدة (Asking for Help)

جدول (8) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات المتعلقة ببعدها طلب المساعدة مرتبة تنازلياً حسب

المتوسطات الحسابية

| الرتبة | الرقم | الفقرات | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المستوى |
|--------|-------|---|-----------------|-------------------|---------|
| 1 | 1 | يظهر العاملون الرغبة في مساعدة بعضهم البعض | 3.84 | 1.040 | مرتفع |
| 2 | 2 | يستطيع أي موظف في المركز الصحي طلب المساعدة من زملائه في أي وقت بشكل سريع | 3.83 | 1.046 | مرتفع |
| 3 | 4 | نستطيع إجراء التواصل بسهولة مع أي من أفراد المركز الصحي للحصول على المعلومات لإنجاز العمل | 3.79 | .948 | مرتفع |
| 4 | 3 | يتم دعوة أشخاص من خارج المركز لتقديم الدعم والمساعدة عند الحاجة | 3.24 | 1.186 | متوسط |
| | | طلب المساعدة | 3.67 | | متوسط |

يبين الجدول (8) ان المتوسطات الحسابية قد تراوحت ما بين (3.24-3.84)، حيث

جاءت الفقرة رقم (1) والتي تنص على أنه "يظهر العاملون الرغبة في مساعدة بعضهم البعض" في

المرتبة الأولى وبمتوسط حسابي بلغ (3.84)، بينما جاءت الفقرة رقم (3) ونصها "يتم دعوة

أشخاص من خارج المركز لتقديم الدعم والمساعدة عند الحاجة" بالمرتبة الأخيرة وبمتوسط حسابي بلغ (3.24). وبلغ المتوسط الحسابي لمجموع الفقرات المتعلقة ببعد طلب المساعدة (3.67). وتعزو الباحثة هذه النتيجة وأن آراء الأفراد العاملين في المراكز الصحية الشاملة نحو طلب المساعدة كسلوك من سلوكيات التعلم الجماعي جاءت بدرجة متوسطة حسب المقياس المستخدم، إلى أن العاملين يقدمون يد العون والدعم والمساعدة في ما بينهم لغايات إتمام العمل وإنجاز المهام، نظراً لأن العمل الطبي معتمد على التخصصات المختلفة داخل المركز من حيث كشف الطبيب والمختبر وتصوير الأشعة والصيدلانية وغيرها، وذلك بهدف تقديم رعاية طبية متكاملة من بداية دخول المريض إلى المركز ولغاية خروجه.

4. مشاركة المعلومات (Sharing Information)

جدول (9) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات المتعلقة ببعد مشاركة المعلومات مرتبة تنازلياً

حسب المتوسطات الحسابية

| المرتبة | الرقم | الفقرات | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المستوى |
|---------|-------|--|-----------------|-------------------|---------|
| 1 | 2 | يتبادل الأفراد المعلومات فيما بينهم بأمانة وصدق | 3.71 | .950 | مرتفع |
| 2 | 1 | هنالك رغبة في تبادل المعلومات وتحليلها وعرضها من قبل العاملين في المركز الصحي | 3.64 | .991 | متوسط |
| 3 | 4 | تشجع الإدارة العاملين على مشاركة المعلومات بغض النظر عن موقعهم الوظيفي لإنجاز العمل | 3.35 | 1.130 | متوسط |
| 4 | 3 | لدينا الوقت الكافي لمناقشة مهام وأعمال المركز الصحي مع الزملاء في الأقسام الأخرى ذات العلاقة لتحسين الأداء | 3.21 | 1.077 | متوسط |
| | | مشاركة المعلومات | 3.48 | | متوسط |

يبين الجدول (9) ان المتوسطات الحسابية قد تراوحت ما بين (3.21-3.71)، حيث

جاءت الفقرة رقم (2) والتي تنص على أنه "يتبادل الأفراد المعلومات فيما بينهم بأمانة وصدق" في

المرتبة الأولى وبمتوسط حسابي بلغ (3.71)، بينما جاءت الفقرة رقم (3) ونصها "لدينا الوقت

الكافي لمناقشة مهام وأعمال المركز الصحي مع الزملاء في الأقسام الأخرى ذات العلاقة لتحسين الأداء" بالمرتبة الأخيرة وبمتوسط حسابي بلغ (3.21). وبلغ المتوسط الحسابي لمجموع الفقرات المتعلقة ببعد مشاركة المعلومات (3.48)، مما يدلّ على أن آراء الأفراد العاملين في المراكز الصحية الشاملة نحو مشاركة المعلومات كسلوك من سلوكيات التعلم الجماعي جاء بدرجة متوسطة حسب المقياس المستخدم. ومن المعروف أن طبيعة العمل الطبي تتطلب التعاون والمشاركة بين كافة الجهات العاملة في المركز الصحي بكل صدق وأمانة كونها تتعامل مع تقديم خدمة تتعلق بحياة الإنسان وبالتالي ضرورة قيام كافة الأفراد من كل التخصصات بالتشاور والمناقشة والتحاوّر لتحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمراجعين.

5. ردود الفعل (Feedback)

جدول (10) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات المتعلقة ببعد ردود الفعل مرتبة تنازلياً حسب

المتوسطات الحسابية

| المرتبة | الرقم | الفقرات | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المستوى |
|---------|-------|--|-----------------|-------------------|---------|
| 1 | 2 | تقوم إدارة المركز الصحي بتزويد مديرية الصحة بتقارير دورية عن مستوى الأداء | 3.91 | .941 | مرتفع |
| 2 | 3 | تمنح الإدارة المراجعين الحرية بإعطاء رأيهم وأخذها بعين الاعتبار لتحسين العمل في المركز الصحي | 3.68 | 1.028 | مرتفع |
| 3 | 4 | تهتم الإدارة بردود أفعال الزملاء وأخذها بعين الاعتبار عند اتخاذ القرار في المركز الصحي | 3.46 | 1.126 | متوسط |
| 4 | 1 | تبلغ الإدارة العاملين في المركز الصحي بما تم تخطيطه وما تم إنجازه من مهام | 3.42 | 1.124 | متوسط |
| | | ردود الفعل | 3.62 | | متوسط |

يبين الجدول (10) ان المتوسطات الحسابية قد تراوحت ما بين (3.42-3.91)، حيث

جاءت الفقرة رقم (2) والتي تنص على أنه "تقوم إدارة المركز الصحي بتزويد مديرية الصحة بتقارير

دورية عن مستوى الأداء" في المرتبة الأولى وبمتوسط حسابي بلغ (3.91)، بينما جاءت الفقرة رقم

(1) ونصها "تبلغ الإدارة العاملين في المركز الصحي بما تم تخطيطه وما تم إنجازه من مهام" بالمرتبة الأخيرة وبمتوسط حسابي بلغ (3.42). وبلغ المتوسط الحسابي لمجموع الفقرات المتعلقة ببعده ردود الفعل (3.62) مما يدل على مستوى متوسط من الممارسة في المراكز الصحية الشاملة، ويدل أن ثمة ردود فعل مستمرة ومن كافة الجهات (داخلية وخارجية)، حيث أن طبيعة العمل الطبي تقتضي عدم التأجيل لأي تقييم أو اتخاذ قرار لأي معلومة راجعة بسبب حساسية طبيعة العمل، التي تركز على حياة الإنسان وبالتالي ضرورة توفير الأدوية والتأكد من صلاحية الأجهزة وتوفير الكادر الطبي الكفؤ والقادر على تقديم الخدمة بالمستوى العالي.

الخلاصة: تبين من الجداول نوات الأرقام (6) و(8) و(9) و(10) وجود درجة متوسطة لسلوكيات تجريب الأفكار و طلب المساعدة ومشاركة المعلومات وردود الفعل، بينما تبين من الجدول رقم (7) وجود درجة مرتفعة لسلوك إدارة الخطأ. وللإجابة على السؤال الأولى تبين أن مستوى توفر سلوكيات التعلم الجماعي مجتمعة كان بدرجة متوسطة كما يراها المبحوثون العاملون في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد في الأردن.

السؤال الثاني: ما مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة كما يراها العاملون في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد في الأردن؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى تطبيق معايير جودة الخدمات الصحية المقدمة كما يراها العاملون في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد في الأردن، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (11) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى جودة الخدمات الصحية كما يراها العاملون في

المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد مرتبة تنازلياً حسب المتوسطات الحسابية

| الرتبة | الرقم | البعد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المستوى |
|--------|-------|---------------------|-----------------|-------------------|---------|
| 1 | 3 | الاستجابة | 4.20 | .692 | مرتفع |
| 2 | 4 | التعاطف | 4.07 | .751 | مرتفع |
| 3 | 2 | الأمان | 4.06 | .674 | مرتفع |
| 4 | 1 | الاعتمادية | 3.96 | .723 | مرتفع |
| 5 | 5 | الملموسية | 3.85 | .809 | مرتفع |
| | | جودة الخدمات الصحية | 4.03 | | مرتفع |

يبين الجدول (11) أن المتوسطات الحسابية قد تراوحت ما بين (3.85-4.20)، حيث

جاءت الاستجابة في المرتبة الأولى بأعلى متوسط حسابي بلغ (4.20)، تلاه في المرتبة الثانية بعد التعاطف بمتوسط حسابي بلغ (4.07)، وجاء بالمرتبة الثالثة بعد الأمان بمتوسط حسابي بلغ (4.06)، وجاء بعد الاعتمادية بالمرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ (3.96)، بينما جاءت الملموسية في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (3.85)، وبلغ المتوسط الحسابي لجودة الخدمات الصحية ككل (4.03).

ترى الباحثة أن هذه النتيجة تدل على أن المراكز الصحية الشاملة لديها اهتمام بالغ في جودة الخدمات الصحية، والمحاولة في تحسينها. ويعزى السبب في ذلك إلى الاهتمام والمتابعة من قبل الوزارة والمديرية والموظفين في تقديم أفضل مستوى من الجودة خاصة أنها تتعلق بحياة الإنسان.

اتفقت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (السيبيعي، 2017)، (عشاوي، 2013)، (فريدة، 2013) (مصلح، 2012)، (ذياب، 2012)، (عباس وأحمد، 2010)، (فراج، 2009)، (Esmailpour & Ranjbar, 2018)، (Quoquab et al., 2016)، (Kalaja et al.,)، (Untachai, 2013)، (2016) في حين اختلفت هذه النتيجة مع دراسة (نوافلة، 2016)،

(عقلان،2016)، (حفيفة،2015)، (سيف،2013)، (الغدير وحداد وجودة، 2011)، (Mohebifar et al., 2016)، والتي أشارت إلى غياب وجود أبعاد جودة الخدمات الصحية بدرجة مرتفعة.

بعد القيام بتوضيح المتوسطات الحسابية لأبعاد جودة الخدمات الصحية وجودة الخدمات الصحية ككل، فيما يلي عرض للمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات أفراد عينة الدراسة على فقرات كل بعد على حدة، حيث كانت على النحو الآتي:

1. الاعتمادية (Reliability)

جدول (12) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات المتعلقة ببعد الاعتمادية مرتبة تنازلياً حسب

المتوسطات الحسابية

| الرتبة | الرقم | الفقرات | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المستوى |
|--------|-------|--|-----------------|-------------------|---------|
| 1 | 5 | يحتفظ المركز الصحي بسجلات دقيقة عن المرضى | 4.02 | .931 | مرتفع |
| 2 | 4 | تقدم الخدمة في المركز الصحي في الأوقات التي وعدت بها | 3.98 | .836 | مرتفع |
| 3 | 3 | يتم تقديم الخدمة في المركز الصحي بطريقة صحيحة من أول مرة | 3.96 | .889 | مرتفع |
| 4 | 1 | تتصف الخدمات التي يقدمها المركز الصحي بالجودة العالية | 3.93 | .882 | مرتفع |
| 4 | 2 | يعمل العاملون في المركز الصحي على حل المشكلات التي يعاني منها المرضى | 3.93 | .823 | مرتفع |
| | | الاعتمادية | 3.96 | | مرتفع |

يبين الجدول (12) أن المتوسطات الحسابية قد تراوحت ما بين (3.93-4.02)، حيث

جاءت الفقرة رقم (5) والتي تنص على أنه "يحتفظ المركز الصحي بسجلات دقيقة عن المرضى"

في المرتبة الأولى وبمتوسط حسابي بلغ (4.02)، بينما جاءت الفقرتان (1 و2) ونصهما "تتصف

الخدمات التي يقدمها المركز الصحي بالجودة العالية"، و"يعمل العاملون في المركز الصحي على

حل المشكلات التي يعاني منها المرضى" بالمرتبة الأخيرة وبمتوسط حسابي بلغ (3.93). وبلغ

المتوسط الحسابي لمجموع الفقرات المتعلقة ببعد الاعتمادية (3.96) مشيراً إلى أن آراء العاملين

في المراكز الصحية الشاملة نحو بعد الاعتمادية كانت بدرجة مرتفعة حسب المقياس المستخدم، وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن المراكز الصحية تتوفر فيها اختصاصات عديدة كونها في مركز صحي شامل لكل التخصصات وتحفظ بسجلات المرضى وتوثق حالاتهم بنية تسهيل الإجراءات وتقليل الوقوع في الأخطاء بهدف تقديم أفضل الخدمات للمراجعين. اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (السيبي، 2017)، (ذياب، 2012)، (عباس وأحمد، 2010)، (Untachai, 2013)، واختلفت مع (أبو عيد وآخرون، 2016)، (عقلان، 2016)، (نور، 2016)، (حفيفة، 2015)، (سيف، 2013)، (Mohebifar et al., 2016)

2. الأمان (Security)

جدول (13) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات المتعلقة ببعء الأمان مرتبة تنازلياً حسب

المتوسطات الحسابية

| الرتبة | الرقم | الفقرات | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المستوى |
|--------|-------|---|-----------------|-------------------|---------|
| 1 | 5 | يحرص العاملون في المركز على الحفاظ على خصوصية المريض | 4.19 | .792 | مرتفع |
| 2 | 3 | ينصف الكادر الطبي والإداري في المركز الصحي بالأدب واللطافة العالية | 4.10 | .827 | مرتفع |
| 3 | 4 | يمتلك الكادر الطبي والإداري في المركز الصحي المعرفة الكافية للإجابة على استفسارات المراجعين | 4.05 | .819 | مرتفع |
| 4 | 1 | يمتاز المركز الصحي الذي يعمل به بسمعة عالية | 4.03 | .896 | مرتفع |
| 5 | 2 | يشعر المريض بالثقة عند تعامله مع العاملين في المركز الصحي | 3.94 | .868 | مرتفع |
| | | الضمان | 4.06 | | مرتفع |

يبين الجدول (13) أن المتوسطات الحسابية قد تراوحت ما بين (3.94-4.19)، حيث

جاءت الفقرة رقم (5) والتي تنص على "يحرص العاملون في المركز الحفاظ على خصوصية المريض" في المرتبة الأولى وبمتوسط حسابي بلغ (4.19)، بينما جاءت الفقرة رقم (2) ونصها "يشعر المريض بالثقة عند تعامله مع العاملين في المركز الصحي" بالمرتبة الأخيرة وبمتوسط حسابي بلغ (3.94). وبلغ المتوسط الحسابي لمجموع الفقرات المتعلقة ببعء الأمان (4.06) وبدرجة

ممارسة مرتفعة. وقد يعزى سبب هذه النتيجة إلى أن المراجعين للمركز الصحي لديهم ثقة كبيرة بالكوادر العاملة في المراكز الصحية الشاملة لما يتمتعون به من سمعة طبية عالية وكفاءة في الأداء مما يشعرهم بالأمان والثقة والتعامل المريح مع العاملين في المركز. اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (السيبيعي، 2017)، (سيف، 2013)، (ذياب، 2012)، (عباس وأحمد، 2010)، (Untachai, 2013)، واختلفت مع (أبو عيد وآخرون، 2016)، (عقلان، 2016)، (نور، 2016)، (حفيصة، 2015)، (Mohebifar et al., 2016).

3. الاستجابة (Responsiveness)

جدول (14) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات المتعلقة ببعد الاستجابة مرتبة تنازلياً حسب

المتوسطات الحسابية

| الرتبة | الرقم | الفقرات | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المستوى |
|--------|-------|--|-----------------|-------------------|---------|
| 1 | 1 | يقوم العاملون في المركز الصحي بإخبار المرضى بمواعيد تقديم الخدمة لهم | 4.25 | .767 | مرتفع |
| 2 | 3 | يبدل العاملون في المركز الصحي أقصى ما بوسعهم لمساعدة المرضى | 4.24 | .776 | مرتفع |
| 3 | 4 | لا يتأخر العاملون في المركز الصحي في تقديم الخدمة للمرضى والاستجابة لطلباتهم | 4.21 | .795 | مرتفع |
| 4 | 2 | يقوم العاملون في المركز الصحي بتقديم الخدمة للمرضى بسرعة ومن دون تأخير | 4.11 | .804 | مرتفع |
| | | الاستجابة | 4.20 | | مرتفع |

يبين الجدول (14) ان المتوسطات الحسابية قد تراوحت ما بين (4.11-4.25) وبدرجة

ممارسة عالية حسب مقياس الدراسة، حيث جاءت الفقرة رقم (1) والتي نصّها: "يقوم العاملون في المركز الصحي بإخبار المرضى بمواعيد تقديم الخدمة لهم" في المرتبة الأولى وبمتوسط حسابي بلغ (4.25)، بينما جاءت الفقرة رقم (2) ونصّها "يقوم العاملون في المركز الصحي بتقديم الخدمة للمرضى بسرعة ومن دون تأخير" بالمرتبة الأخيرة وبمتوسط حسابي بلغ (4.11). وبلغ المتوسط

الحسابي لمجموع الفقرات المتعلقة ببعده الاستجابة (4.20) مع وجود تقارب في إجابات المبحوثين كما تشير قيمة الانحراف المعياري (0.692).

مما سبق تبين أن آراء الأفراد العاملين في المراكز الصحية الشاملة نحو بعد الاستجابة جاء بدرجة مرتفعة حسب المقياس المستخدم، ويعزى سبب ذلك إلى الكفاءة والمهنية العالية لدى الكادر الطبي والإداري في المركز، ويسعون لبذل أقصى ما بجهدهم تلبيةً واستجابةً لرغبات وحاجات المراجعين. اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (السبيعي، 2017)، (عباس وأحمد، 2010)، (Untachai, 2013)، واختلفت مع (أبو عيد وآخرون، 2016)، (عقلان، 2016)، (نور، 2016)، (حفيسة، 2015)، (سيف، 2013)، (ذياب، 2012)، (Mohebifar et al., 2016).

4. التعاطف (Empathy)

جدول (15) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات المتعلقة ببعده التعاطف مرتبة تنازلياً حسب

المتوسطات الحسابية

| الرتبة | الرقم | الفقرات | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المستوى |
|--------|-------|---|-----------------|-------------------|---------|
| 1 | 2 | يظهر العاملون في المركز الصحي تعاطفهم مع المرضى بشكل كبير | 4.12 | .821 | مرتفع |
| 2 | 1 | يعطى العاملون في المركز الصحي الاهتمام الكافي لكل مريض | 4.11 | .839 | مرتفع |
| 3 | 4 | يتفهم العاملون في المركز الصحي الاحتياجات الشخصية للمريض | 4.08 | .838 | مرتفع |
| 4 | 3 | رغبات المرضى موضع اهتمام من قبل العاملين في المركز الصحي | 3.97 | .864 | مرتفع |
| | | التعاطف | 4.07 | | مرتفع |

يبين الجدول (15) ان المتوسطات الحسابية قد تراوحت ما بين (3.97-4.12)، حيث

جاءت الفقرة رقم (2) والتي نصّها "يظهر العاملون في المركز الصحي تعاطفهم مع المرضى بشكل كبير" في المرتبة الأولى وبمتوسط حسابي بلغ (4.12)، بينما جاءت الفقرة رقم (3) ونصّها "رغبات المرضى موضع اهتمام من قبل العاملين في المركز الصحي" بالمرتبة الأخيرة وبمتوسط حسابي بلغ (3.97). وبلغ المتوسط الحسابي لمجموع الفقرات المتعلقة ببعده التعاطف (4.07).

وتشير هذه النتائج إلى أن آراء الأفراد العاملين في المراكز الصحية الشاملة نحو بعد التعاطف جاءت بدرجة مرتفعة حسب المقياس المستخدم ويعزى سبب ذلك إلا أن رغبات المرضى موضع اهتمام لدى العاملين مع تفهم العاملين لاحتياجات المرضى بدرجة كبيرة، والتعامل بلطف وهدوء وإظهار التعاطف للمراجعين كونهم في حالة صحية ضعيفة تتطلب الاهتمام بالجانب النفسي ودعمهم وإظهار التعاطف معهم لتشجيعهم ودعمهم. اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (السيبي، 2017)، (ذياب، 2012)، (عباس وأحمد، 2010)، (Untachai, 2013)، واختلفت مع (أبو عيد وآخرون، 2016)، (عقلان، 2016)، (نور، 2016)، (حفيفة، 2015)، (سيف، 2013)، (Mohebifar et al., 2016)

5. الملموسية (Tangibles)

جدول (16) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات المتعلقة ببعد الملموسية مرتبة تنازلياً حسب

المتوسطات الحسابية

| الرتبة | الرقم | الفقرات | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المستوى |
|--------|-------|--|-----------------|-------------------|---------|
| 1 | 2 | يتمتع العاملون في المركز الصحي من الكادرين الطبي والإداري بمظهر أنيق | 4.18 | .781 | مرتفع |
| 2 | 1 | تتمتع مرافق المركز الصحي بالنظافة الجيدة وسهولة الوصول | 3.86 | 1.024 | مرتفع |
| 3 | 3 | يتم توفير وسائل السلامة للعاملين والمرضى | 3.86 | 1.031 | مرتفع |
| 4 | 4 | لدى المركز الصحية أحدث المعدات الطبية الخاصة بالعلاج | 3.51 | 1.143 | متوسط |
| | | الملموسية | 3.85 | | مرتفع |

يبين الجدول (16) ان المتوسطات الحسابية قد تراوحت ما بين (3.51-4.18)، حيث

جاءت الفقرة رقم (2) والتي نصّها "يتمتع العاملون في المركز الصحي من الكادرين الطبي والإداري بمظهر أنيق" في المرتبة الأولى وبمتوسط حسابي بلغ (4.18)، بينما جاءت الفقرة رقم (4) ونصّها "لدى المركز الصحية أحدث المعدات الطبية الخاصة بالعلاج" بالمرتبة الأخيرة وبمتوسط حسابي بلغ (3.51). وبلغ المتوسط الحسابي لمجموع الفقرات المتعلقة ببعد الملموسية (3.85).

مما سبق تبين أن آراء المبحوثين العاملين في المراكز الصحية الشاملة نحو بعد الملموسية كانت بدرجة مرتفعة حسب المقياس المستخدم، حيث أشاروا إلى أن مرافق المراكز الصحية مجهزة بالمعدات والأجهزة والكوادر الطبية المؤهلة، وتتسم المرافق والكوادر بالنظافة والمنظر الجميل، وهذا ينعكس بشكل إيجابي على المراجعين، ويعزى السبب في ذلك إلى اهتمام إدارة المراكز الصحية بالجوانب الجوهرية للمركز، خاصة الأجهزة والمعدات، بالإضافة إلى إيجاد بيئة ومكان نظيف يُشعر المراجعين بالراحة والاهتمام. اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (السيبي، 2017)، (أبو عيد وآخرون، 2016)، (عقلان، 2016)، (ذياب، 2012)، (عباس وأحمد، 2010)، (Untachai، 2013)، واختلفت مع (نور، 2016)، (حفيصة، 2015)، (سيف، 2013)، (Mohebifar et al., 2016).

الخلاصة: تبين من الجداول نوات الأرقام (12) و(13) و(14) و(15) و(16) وجود درجة مرتفعة لأبعاد الاعتمادية والضمان والاستجابة والتعاطف والملموسية. وبالإجابة على السؤال الثاني تبين أن مستوى توفر أبعاد جودة الخدمات مجتمعة كان بدرجة مرتفعة كما يراها العاملون في المراكز الصحية الشاملة الأردنية.

السؤال الثالث: ما أثر التعلم الجماعي على جودة الخدمات الصحية في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة اربد في الأردن؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد لأثر التعلم الجماعي على جودة الخدمات الصحية ككل وعلى كل بعد من أبعاد جودة الخدمات الصحية، كما هو مبين في الجداول الآتية.

قبل البدء في تطبيق الانحدار المتعدد لاختبار فرضية الدراسة، فقد تم إجراء بعض الاختبارات القبليّة، وذلك من أجل ملاءمة البيانات لافتراضات تحليل الانحدار وذلك كما هو موضح فيما يلي:

اختبار التوزيع الطبيعي (Normality):

تم التأكد من إتباع البيانات التوزيع الطبيعي (Normal Distribution) باستخدام اختبار (test) (One Sample Kolmogorov-Smirnov)، والجدول (17) يبين ذلك.

جدول رقم (17) اختبار (One Sample Kolmogorov-Smirnov test) للمتغيرات المستقلة والمتغير والتابع

| المتغير | قيمة اختبار (One Sample Kolmogorov-Smirnov test) | الدلالة الإحصائية |
|---------------------|---|----------------------|
| تجريب الأفكار | 1.041 | .228 |
| ادارة الخطأ | 1.251 | .088 |
| طلب المساعدة | 1.086 | .189 |
| مشاركة المعلومات | 1.198 | .113 |
| ردود الفعل | 1.127 | .158 |
| التعلم الجماعي | 1.317 | .062 |
| الاعتمادية | 1.117 | .165 |
| الضمان | 1.040 | .230 |
| الاستجابة | 1.178 | .124 |
| التعاطف | 1.150 | .142 |
| الملموسة | 1.168 | .131 |
| جودة الخدمات الصحية | 1.300 | .068 |

يتبين من الجدول رقم (17) أن قيمة الدلالة الإحصائية لاختبار (One Sample

Kolmogorov-Smirnov test) لجميع المتغيرات كان أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية

($\alpha \leq 0.05$)، مما يدل على أن هذ المتغيرات تتبع التوزيع الطبيعي. وكذلك استناداً لنظرية النزعة

المركزية والتي تنص إذا كان حجم العينة أكبر من (30) وله وسط حسابي (μ) وتباين (σ^2)، فإن

توزيع المعاينة للوسط الحسابي تقترب من التوزيع الطبيعي.

اختبار قوة النموذج:

لاختبار قوة النموذج تم استعمال جملة من الاختبارات وهي:

نتائج اختبار استقلالية المتغيرات المستقلة:

تم حساب مصفوفة معاملات الارتباط بيرسون (Pearson) لمعرفة العلاقة بين المتغيرات

المستقلة، وذلك بهدف الكشف عن وجود ارتباط خطي بين المتغيرات المستقلة، والجدول رقم (18) يوضح نتائج معاملات الارتباط بين المتغيرات كالاتي:

جدول رقم (18) مصفوفة الارتباط للمتغيرات (Correlation)

| ردود الفعل | مشاركة المعلومات | طلب المساعدة | ادارة الخطأ | تجريب الافكار | |
|------------|------------------|--------------|-------------|---------------|------------------|
| | | | | 1 | تجريب الأفكار |
| | | | 1 | ** .659 | إدارة الخطأ |
| | | 1 | ** .632 | ** .510 | طلب المساعدة |
| | 1 | ** .720 | ** .618 | ** .554 | مشاركة المعلومات |
| 1 | ** .742 | ** .682 | ** .694 | ** .555 | ردود الفعل |

** ذات دلالة إحصائية على مستوى $(\alpha \geq 0.01)$

بالاعتماد على نتائج جدول (18) فإنه يتضح أن معظم العلاقات الارتباطية بين مجالات الدراسة معنوية وذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha \geq 0.01)$ ، كما توضح النتائج إلى وجود علاقة ارتباط موجبة دالة إحصائياً بين جميع المتغيرات المستقلة. وبهذا يمكن الحكم أنه لا يوجد ارتباط تام بين المتغيرات المستقلة وبعضها الآخر.

اختبار الارتباط الخطي (Multicollinearity):

تم استخدام اختبار الارتباط الخطي بهدف التأكد من أنه لا يوجد ارتباط عال بين المتغيرات المستقلة، وذلك بالاعتماد على اختبار معامل تضخم التباين (VIF)، واختبار التباين المسموح (Tolerance) لكل متغير من المتغيرات المستقلة، حيث يجب أن تكون المتغيرات المستقلة للنموذج مستقلة فيما بينها، وللتأكد من ذلك الغرض نستعين بهذا الاختبار الذي يعتبر أحد الطرق للتخلص على مشكلة التعدد الخطي، مع العلم أن لا بد عدم تجاوز معامل تضخم التباين للقيمة (10)، وقيمة اختبار التباين المسموح لا بد أن يكون أكبر من (0.05)، وبحساب المعاملات السابقة لكل المتغيرات المستقلة، كانت النتائج المتحصل عليها مدرجة في الجدول رقم (19) كالاتي:

جدول (19) اختبار معامل تضخم التباين والتباين المسموح لمتغيرات الدراسة

| المتغيرات المستقلة | التباين المسموح Tolerance | معامل تضخم التباين VIF |
|--------------------|------------------------------|---------------------------|
| تجريب الأفكار | .529 | 1.891 |
| ادارة الخطأ | .387 | 2.583 |
| طلب المساعدة | .408 | 2.450 |
| مشاركة المعلومات | .351 | 2.845 |
| ردود الفعل | .345 | 2.898 |

يبين الجدول (19) إلى أن قيم اختبار تضخم التباين لجميع المتغيرات أقل من (10)، بينما أن قيمة اختبار التباين المسموح به لجميع المتغيرات أكبر من (0.05)، وبالتالي يمكن القول أنه لا توجد مشكلة ارتباط عال بين المتغيرات، وهذا يدل على عدم وجود ارتباط ذو أهمية إحصائية بين المتغيرات المستقلة الواردة بجدول (الارتباط)، وهذا يعزز إمكانية استخدامها في النموذج.

من خلال ما تقدم من اختبارات قبلية بحيث تبين أنه لا يوجد مشكلة ارتباط تام بين المتغيرات المستقلة، وأنه لا يوجد مشكلة الارتباط الداخلي بين المتغيرات المستقلة، فإن هذا يسمح بمواصلة استخدام تحليل الانحدار المتعدد لأثر التعلم الجماعي على جودة الخدمات الصحية ككل وعلى كل بعد من ابعاد جودة الخدمات الصحية. كما هو مبين في الجداول الآتية.

1. جودة الخدمات الصحية ككل

جدول (20) تحليل الانحدار المتعدد لأثر التعلم الجماعي على جودة الخدمات الصحية ككل

| المتغير المستقل | Beta | قيمة ت | دلالة ت الإحصائية | الارتباط | التباين المفسر | قيمة ف | دلالة ف الإحصائية |
|------------------|-------|--------|-------------------|----------|----------------|--------|-------------------|
| تجريب الأفكار | .036 | .590 | .555 | .603 | .363 | 36.175 | *.000 |
| ادارة الخطأ | .022 | .301 | .763 | | | | |
| طلب المساعدة | -.263 | 3.748 | *.000 | | | | |
| مشاركة المعلومات | .137 | 1.818 | .070 | | | | |
| ردود الفعل | .226 | 2.962 | *.003 | | | | |

*ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

المتغير التابع: جودة الخدمات الصحية

يتبين من الجدول رقم (20) أن التباين المفسر بلغ (0.363) أي أن المتغيرات المستقلة مجتمعة (تجريب الأفكار، وإدارة الخطأ، وطلب المساعدة، ومشاركة المعلومات، وردود الفعل) فسرت ما قيمته 36.3 % من المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية ككل).

كما تبين وجود أثر إيجابي دال احصائياً في بعد طلب المساعدة إذ بلغت قيمة ت 3.748 وبدلالة إحصائية 0.000، ووجود أثر إيجابي دال احصائياً في بعد ردود الفعل إذ بلغت قيمة ت 2.962 وبدلالة إحصائية 0.003، وعدم وجود أثر دال إحصائياً في بعد تجريب الأفكار، وبعد إدارة الخطأ، وبعد مشاركة المعلومات. ويعزى سبب ذلك إلى أن سلوكيات التعلم الجماعي تسهم في تطبيق معايير جودة الخدمات الصحية، من خلال قيام الكادر الطبي والإداري بطلب المساعدة من زملائهم، لإنجاز المهام بأفضل جودة ممكنة، بالإضافة إلى ضرورة التعامل مع التغذية الراجعة من كافة الأطراف، سواء داخل المركز أو خارجه لتحسين الخدمات الصحية المقدمة للمراجعين. وبالتالي تكون الإجابة عن السؤال الثالث بأن طلب المساعدة وردود الفعل تؤثر إيجابياً وبدلالة إحصائية على جودة الخدمات الصحية في حين تجريب الأفكار وإدارة الخطأ ومشاركة المعلومات لا تؤثر على جودة الخدمات الصحية.

2. الاعتمادية

جدول (21) تحليل الانحدار المتعدد لأثر التعلم الجماعي على الاعتمادية

| المتغير المستقل | Beta | قيمة ت | دلالة ت الإحصائية | الارتباط | التباين المفسر | قيمة ف | دلالة ف الإحصائية |
|------------------|------|--------|-------------------|----------|----------------|--------|-------------------|
| تجريب الأفكار | .015 | .232 | .817 | .540 | .292 | 26.100 | *.000 |
| إدارة الخطأ | .007 | .086 | .932 | | | | |
| طلب المساعدة | .175 | 2.360 | *.019 | | | | |
| مشاركة المعلومات | .188 | 2.356 | *.019 | | | | |
| ردود الفعل | .222 | 2.754 | *.006 | | | | |

*ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

المتغير التابع: الاعتمادية

يتبين من الجدول رقم (21) أن التباين المفسر بلغ (0.292) أي أن المتغيرات المستقلة مجتمعة (تجريب الأفكار، وإدارة الخطأ، وطلب المساعدة، ومشاركة المعلومات، وردود الفعل) فسرت ما قيمته 29.2 % من التابع (الاعتمادية). وأشار التحليل الإحصائي إلى وجود أثر إيجابي دال إحصائياً في بعد طلب المساعدة إذ بلغت قيمة ت 2.360 وبدلالة إحصائية 0.019، ووجود أثر إيجابي دال إحصائياً في بعد مشاركة المعلومات إذ بلغت قيمة ت 2.356 وبدلالة إحصائية 0.019، كما يتبين ووجود أثر إيجابي دال إحصائياً في بعد ردود الفعل، إذ بلغت قيمة ت 2.754، وبدلالة إحصائية 0.006، وعدم وجود أثر دال إحصائياً في بعدي تجريب الأفكار وإدارة الخطأ.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن بيئة العمل في المراكز الصحية تسودها أجواء التعاون والتشارك وتبادل المعلومات ودعم العاملين لبعضهم من خلال تعاونهم وتشاركهم يداً بيد، وهذا ينعكس على أداء العاملين، ومن ثم على جودة الخدمات المقدمة في المراكز الصحية، من خلال تقديم الخدمات بمواعيدها، وتلبية حاجات المراجعين والمرضى بطريقة صحيحة من أول مرة وعدم وجود أخطاء ما أمكن.

3. الأمان

جدول (22) تحليل الانحدار المتعدد لأثر التعلم الجماعي على الأمان

| المتغير المستقل | Beta | قيمة ت | دلالة ت الإحصائية | الارتباط | التباين المفسر | قيمة ف | دلالة ف الإحصائية |
|------------------|------|--------|-------------------|----------|----------------|--------|-------------------|
| تجريب الأفكار | .024 | .363 | .717 | .537 | .288 | 25.631 | *.000 |
| إدارة الخطأ | .011 | .141 | .888 | | | | |
| طلب المساعدة | .293 | 3.955 | *.000 | | | | |
| مشاركة المعلومات | .038 | .472 | .637 | | | | |
| ردود الفعل | .234 | 2.896 | *.004 | | | | |

*ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

المتغير التابع: الأمان

يتبين من الجدول رقم (22) أن التباين المفسر بلغ (0.288) أي أن المتغيرات المستقلة مجتمعة (تجريب الأفكار، وإدارة الخطأ، وطلب المساعدة، ومشاركة المعلومات، وردود الفعل) فسرت ما قيمته 28.8 % من التابع (الأمان).

كما تبين وجود أثر إيجابي دال إحصائياً في بعد طلب المساعدة إذ بلغت قيمة ت 3.955 وبدلالة إحصائية 0.000، بالإضافة الى وجود أثر إيجابي دال إحصائياً في بعد ردود الفعل إذ بلغت قيمة ت 2.896 وبدلالة إحصائية 0.004، وعدم وجود أثر دال إحصائياً في كل من تجريب الأفكار وإدارة الخطأ، ومشاركة المعلومات.

وتعزو الباحثة هذه النتائج إلى اهتمام الإدارات ووزارة الصحة وأخذ التغذية الراجعة بعين الاعتبار من خلال العاملين والمرضى لأن طبيعة الخدمة موجهة للعنصر البشري، فلا يسمح بارتكاب الأخطاء أو تأجيل أي تقييم، ويلاحظ أثر دعم ومساعدة الكوادر العاملة وتشاركهم ومساندتهم له انعكاس واضح الأثر على بناء سمعة جيدة للمركز الصحي وتولد ثقة لدى المرضى والمراجعين وضمان نوعية الخدمات المقدمة.

4. الاستجابة

جدول (23) تحليل الانحدار المتعدد لأثر التعلم الجماعي على الاستجابة

| المتغير المستقل | Beta | قيمة ت | دلالة ت الإحصائية | الارتباط | التباين المفسر | قيمة ف | دلالة ف الإحصائية |
|------------------|-------|--------|-------------------|----------|----------------|--------|-------------------|
| تجريب الأفكار | -.074 | -1.066 | .287 | .428 | .183 | 14.186 | *.000 |
| إدارة الخطأ | -.026 | -.315 | .753 | | | | |
| طلب المساعدة | .199 | 2.507 | *.013 | | | | |
| مشاركة المعلومات | .054 | .625 | .533 | | | | |
| ردود الفعل | .280 | 3.244 | *.001 | | | | |

*ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

المتغير التابع: الاستجابة

يتبين من الجدول رقم (23) أن التباين المفسر بلغ (0.183) أي أن المتغيرات المستقلة مجتمعة (تجريب الأفكار، وإدارة الخطأ، وطلب المساعدة، ومشاركة المعلومات، وردود الفعل) فسرت ما قيمته 18.3 % من التابع (الاستجابة) وأشار التحليل الإحصائي إلى وجود أثر إيجابي دال إحصائياً في بعد طلب المساعدة إذ بلغت قيمة ت 2.507 وبدلالة إحصائية 0.013، بالإضافة إلى وجود أثر إيجابي دال إحصائياً في بعد ردود الفعل إذ بلغت قيمة ت 3.244 وبدلالة إحصائية 0.001، وعدم وجود أثر دال إحصائياً في كل من تجريب الأفكار وإدارة الخطأ، ومشاركة المعلومات.

وتعزو الباحثة هذه النتائج إلى أن الكوادر العاملة والتي تقدم يد العون والمساعدة عادة تسهل من عملية التواصل بين العاملين، للحصول على معلومات وإنجاز العمل، وتحدث حالة من التغذية الراجعة الفعالة بين العاملين والإدارة والمراجعين مما يؤثر على استجابة العاملين لرغبات وحاجات المراجعين والمرضى، وعدم تأخيرهم، وبذل أقصى ما بوسعهم لتقديم الخدمات بسرعة ودقة وجودة عالية.

5. التعاطف

جدول (24) تحليل الانحدار المتعدد لأثر التعلم الجماعي على التعاطف

| المتغير المستقل | Beta | قيمة ت | دلالة ت الإحصائية | الارتباط | التباين المفسر | قيمة ف | دلالة ف الإحصائية |
|------------------|-------|--------|-------------------|----------|----------------|--------|-------------------|
| تجريب الأفكار | -.017 | -.250 | .802 | .494 | .244 | 20.443 | *.000 |
| إدارة الخطأ | .035 | .451 | .653 | | | | |
| طلب المساعدة | .267 | 3.498 | *.001 | | | | |
| مشاركة المعلومات | .186 | 2.256 | *.025 | | | | |
| ردود الفعل | .072 | .865 | .388 | | | | |

*ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

المتغير التابع: التعاطف

يتبين من الجدول رقم (24) أن التباين المفسر بلغ (0.244) أي أن المتغيرات المستقلة مجتمعة (تجريب الأفكار، وإدارة الخطأ، وطلب المساعدة، ومشاركة المعلومات، وردود الفعل) فسرت ما قيمته 24.4 % من التابع (التعاطف). كما تبين وجود أثر إيجابي دال إحصائياً في بعد طلب المساعدة إذ بلغت قيمة ت 3.498 وبدلالة إحصائية 0.001، ، بالإضافة الى وجود أثر ايجابي دال إحصائياً في بعد مشاركة المعلومات إذ بلغت قيمة ت 2.256 وبدلالة إحصائية 0.025. وعدم وجود أثر دال إحصائياً في كل من تجريب الأفكار وإدارة الخطأ، وردود الفعل. وتغزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن تبادل ومشاركة المعلومات والمعارف والخبرات ودعم العاملين لبعضهم يولد طاقة إيجابية في المركز الصحي، مما ينعكس بشكل مباشر على متلقي الخدمة، من خلال الاهتمام بالمرضى والمراجعين، والتعاطف معهم، واستيعاب حاجاتهم والعمل على تلبيتها بأسرع وقت وأفضل جودة.

6. الملموسية

جدول (25) تحليل الانحدار المتعدد لأثر التعلم الجماعي على الملموسية

| المتغير المستقل | Beta | قيمة ت | دلالة ت الإحصائية | الارتباط | التباين المفسر | قيمة ف | دلالة ف الإحصائية |
|------------------|------|--------|-------------------|----------|----------------|--------|-------------------|
| تجريب الأفكار | .188 | 2.919 | .004 | .550 | .302 | 27.426 | .000 |
| إدارة الخطأ | .060 | .801 | .424 | | | | |
| طلب المساعدة | .168 | 2.291 | .023 | | | | |
| مشاركة المعلومات | .101 | 1.274 | .203 | | | | |
| ردود الفعل | .137 | 1.718 | .087 | | | | |

المتغير التابع: الملموسية *ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

يتبين من الجدول رقم (25) أن التباين المفسر بلغ (0.302) أي أن المتغيرات المستقلة مجتمعة (تجريب الأفكار، وإدارة الخطأ، وطلب المساعدة، ومشاركة المعلومات، وردود الفعل) فسرت ما قيمته 30.2 % من التابع (الملموسية)، وأظهرت النتائج وجود أثر إيجابي دال إحصائياً في بعد

تجريب الأفكار إذ بلغت قيمة ت 2.919 وبدلالة إحصائية 0.004، بالإضافة الى وجود أثر إيجابي دال احصائياً في بعد طلب المساعدة إذ بلغت قيمة ت 2.291 وبدلالة إحصائية 0.023، وعدم وجود أثر دال إحصائياً في كل من إدارة الخطأ، ومشاركة المعلومات، وردود الفعل. وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن بيئة العمل تتسم بالحرية وتشجع إدارة المراكز الصحية العاملين على تجريب الأفكار، وتوفر آلية لتجريب الأفكار الجديدة، مما يؤثر على بيئة العمل بطريقة إيجابية، مما يولد وعياً لدى العاملين، للمحافظة على الأجهزة والمعدات ومرافق المراكز، لتقديم أفضل الخدمات للمراجعين.

اختبار فرضيات الدراسة

تسعى هذه الدراسة إلى اختبار الفرضيات التالية :

الفرضية الأولى: يوجد فروق ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة نحو مستوى ممارسة التعلم الجماعي للعاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد في الأردن تعزى الى الخصائص الشخصية والوظيفية للعاملين والتي تتمثل في (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، عدد سنوات الخدمة، الفئة الوظيفية، طبيعة العمل).

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى ممارسة التعلم الجماعي للعاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد تبعاً لمتغيرات الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، وعدد سنوات الخدمة، والفئة الوظيفية، وطبيعة العمل وليبيان دلالة الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام اختبار "ت" لمتغيرات الجنس، والحالة الاجتماعية، وطبيعة العمل، وتحليل التباين الأحادي لمتغيرات العمر، وعدد سنوات الخدمة، والفئة الوظيفية، والجداول التالية توضح ذلك.

1. الجنس

لبيان الفروق الزوجية الدالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية تم استخدام اختبار "ت" لمستوى ممارسة التعلم الجماعي للعاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد تبعاً لمتغير الجنس كما هو مبين في الجدول (26).

جدول (26) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" تبعاً لمتغير الجنس على مستوى ممارسة

التعلم الجماعي للعاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة الحكومية في محافظة إربد

| الدالة الإحصائية | قيمة ت | انثى | | نكر | | بعد التعلم الجماعي |
|------------------|--------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|--------------------|
| | | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | |
| .121 | 1.555 | 1.005 | 3.28 | .975 | 3.46 | تجريب الأفكار |
| .354 | .929 | .917 | 3.67 | .812 | 3.76 | إدارة الخطأ |
| .214 | 1.246 | .819 | 3.63 | .831 | 3.75 | طلب المساعدة |
| .399 | .845 | .855 | 3.45 | .886 | 3.53 | مشاركة المعلومات |
| .133 | 1.504 | .878 | 3.56 | .820 | 3.72 | ردود الفعل |
| .151 | 1.438 | .754 | 3.52 | .725 | 3.65 | التعلم الجماعي |

يتبين من الجدول (26) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لأثر

الجنس في جميع الأبعاد وفي التعلم الجماعي ككل. فقد بلغت قيمة (ت) الكلية لأبعاد التعلم

الجماعي مجتمعة ككل (1.438)، وبلغ مستوى دلالتها (.151)، عند مست

وى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$). ولقد بلغ متوسط توفر الأبعاد كما يراه الذكور (3.65) وبلغ المتوسط كما

تراه الإناث (3.52).

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى عملية التعلم الجماعي، والتي تحدث بشكل تفاعلي تشاركي بين

العاملين بغض النظر عن الجنس، حيث يمتلك الذكور والإناث المعارف والخبرات نتيجة اطلاعهم

وانخراطهم في بيئة عمل تتسم بتجريب الأفكار وإدارة الخطأ، والتعاون مع الآخرين ومشاركتهم

للمعلومات، ودراسة أي تغذية عكسية لتحسين العمل. وبالتالي ترفض الفرضية جميع أبعاد التعلم الجماعي منفردة ومجموعة.

2. العمر

لقد تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وتحليل التباين الأحادي، لمعرفة مستوى ممارسة التعلم الجماعي للعاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد، تبعاً لمتغير العمر كما هو مبين في الجدول (27).

جدول (27) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين الأحادي لمستوى ممارسة التعلم

الجماعي للعاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد تبعاً لمتغير العمر

| الدلالة الإحصائية | قيمة ف | أكثر من 51 سنة | | من 41-50 سنة | | من 31-41 سنة | | أقل من 30 سنة | | بعد التعلم الجماعي |
|----------------------|--------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|--------------------|
| | | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | |
| | | .003 | 4.637 | .855 | 3.63 | 1.021 | 3.20 | 1.042 | 3.22 | |
| .478 | .831 | .775 | 3.79 | .987 | 3.62 | .896 | 3.69 | .685 | 3.84 | إدارة الخطأ |
| .058 | 2.519 | .664 | 3.89 | .836 | 3.62 | .885 | 3.58 | .703 | 3.85 | طلب المساعدة |
| .106 | 2.055 | .704 | 3.74 | .923 | 3.48 | .846 | 3.37 | .897 | 3.52 | مشاركة المعلومات |
| .284 | 1.272 | .840 | 3.74 | .888 | 3.51 | .884 | 3.61 | .737 | 3.76 | ردود الفعل |
| .059 | 2.501 | .625 | 3.76 | .807 | 3.49 | .766 | 3.50 | .604 | 3.74 | التعلم الجماعي |

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$

يتبين من الجدول (27) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية $(\alpha \leq 0.05)$ تعزى لأثر

العمر في جميع الأبعاد وفي التعلم الجماعي ككل، باستثناء بعد تجريب الأفكار، فقد بلغت قيمة

(ف) الكلية لأبعاد التعلم الجماعي مجتمعة ككل (2.501)، وبلغ مستوى دلالتها (0.059) عند

مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ ، وبالتالي ترفض الفرضية جميع أبعاد التعلم الجماعي ما عدا بعد

تجريب الأفكار حيث تم قبول الفرضية عند هذا البعد.

ولبيان الفروق الزوجية الدالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية تم استخدام المقارنات

البعدية بطريقة شيفيه كما هو مبين في الجدول (28).

جدول (28) المقارنات البعدية بطريقة شيفيه لبعث تجريب الأفكار

| البعد | العمر | المتوسط الحسابي | أقل من 30 سنة | من 31-41 | من 41-50 | أكثر من 51 سنة |
|---------------|----------------|-----------------|---------------|----------|----------|----------------|
| تجريب الأفكار | أقل من 30 سنة | 3.69 | | | | |
| | من 31-41 سنة | 3.22 | *.47 | | | |
| | من 41-50 سنة | 3.20 | *.49 | .02 | | |
| | أكثر من 51 سنة | 3.63 | .05 | .41 | .43 | |

* دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$).

يتبين من الجدول (28) وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) بين الفئة العمرية

أقل من 30 سنة من جهة وكل من 31-41 سنة، ومن 41-50 سنة من جهة أخرى، وجاءت الفروق لصالح الفئة العمرية أقل من 30 سنة في معيار تجريب الأفكار، مما يعني أن العاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة يروا توفر تجريب الأفكار بدرجة أعلى من غيرهم من العاملين من ذوي الفئات العمرية الأخرى. ويُعزى السبب في ذلك إلى أن هذه الفئة تمثل مرحلة الشباب، وهي مرحلة مهمة في صقل المعارف والخبرات، وهي تعد مرحلة توليد الأفكار والعمل على تجريبها، لفضولهم في معرفة كل فكرة والعمل على تجريبها وتطبيقها مع وجود مخاطرة في ذلك.

3. الحالة الاجتماعية

تم استخدام اختبار "ت" لمعرفة مستوى ممارسة التعلم الجماعي للعاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية كما هو مبين في الجدول (29).

جدول (29) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لمستوى التعلم

الجماعي للعاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد

| الدالة الإحصائية | قيمة ت | متزوج/متزوجة | | غير متزوج | | بعد التعلم الجماعي |
|------------------|--------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|--------------------|
| | | الانحرافات المعيارية | المتوسط الحسابي | الانحرافات المعيارية | المتوسط الحسابي | |
| .190 | -1.312 | .985 | 3.37 | 1.051 | 3.18 | تجريب الأفكار |
| .011 | -2.566 | .840 | 3.76 | 1.031 | 3.42 | إدارة الخطأ |
| .109 | -1.608 | .809 | 3.71 | .886 | 3.51 | طلب المساعدة |
| .038 | -2.085 | .855 | 3.52 | .891 | 3.25 | مشاركة المعلومات |
| .011 | -2.545 | .844 | 3.67 | .897 | 3.35 | ردود الفعل |
| .016 | -2.419 | .726 | 3.61 | .808 | 3.35 | التعلم الجماعي |

*دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$).

يتبين من الجدول (29) وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لأثر الحالة الاجتماعية في جميع الأبعاد وفي التعلم الجماعي ككل باستثناء بعدي تجريب الأفكار وطلب المساعدة، وجاءت الفروق لصالح المتزوج/ المتزوجة. فقد بلغت قيمة (ت) الكلية لأبعاد التعلم الجماعي مجتمعة ككل (-2.419)، وبلغ مستوى دلالتها (.016) عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$). وتعزو الباحثة السبب في ذلك إلى أن المتزوجين هم أكثر إستقراراً بذلك هم أكثر تعاوناً وإلتزاماً حيث يتحملون المسؤولية مما ينعكس أثر ذلك على أسلوب التعلم الجماعي في المركز الصحي الذي يعمل به، وبالتالي تقبل الفرضية لجميع أبعاد التعلم الجماعي ما عدا بعد تجريب الأفكار وطلب المساعدة.

4. عدد سنوات الخدمة

تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين الأحادي لمعرفة مستوى ممارسة التعلم الجماعي للعاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد تبعاً لمتغير سنوات الخدمة كما هو مبين في الجدول (30).

جدول (30) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين الأحادي لمستوى ممارسة التعلم الجماعي للعاملين

في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد تبعاً لمتغير عدد سنوات الخدمة

| الدلالة الإحصائية | قيمة ف | من 16 سنة فأكثر | | من 11-15 سنة | | من 6-10 سنوات | | من 5 سنوات فأقل | | بعد التعلم الجماعي |
|----------------------|--------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|--------------------|
| | | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | |
| | .456 | 1.060 | 3.30 | 1.070 | 3.24 | .872 | 3.34 | .911 | 3.49 | تجريب الأفكار |
| | .396 | .959 | 3.62 | .936 | 3.68 | .727 | 3.72 | .807 | 3.84 | إدارة الخطأ |
| | .146 | .852 | 3.66 | .871 | 3.54 | .819 | 3.63 | .713 | 3.85 | طلب المساعدة |
| | .787 | .849 | 3.54 | .913 | 3.43 | .772 | 3.42 | .928 | 3.46 | مشاركة المعلومات |
| | .318 | .930 | 3.54 | .894 | 3.70 | .678 | 3.54 | .837 | 3.74 | ردود الفعل |
| | .514 | .804 | 3.54 | .818 | 3.53 | .588 | 3.54 | .689 | 3.69 | التعلم الجماعي |

يتبين من الجدول (30) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لأثر عدد سنوات الخدمة في جميع الأبعاد، وفي التعلم الجماعي ككل. فقد بلغت قيمة (ف) الكلية لأبعاد التعلم الجماعي مجتمعة ككل (.765)، وبلغ مستوى دلالتها (.514) عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) وبالتالي ترفض الفرضية جميع أبعاد التعلم الجماعي منفردة ومجمعة.

وقد يفسر ذلك أن التعلم الجماعي هو عنصر مهم في تقديم الخدمة في المراكز الصحية، ولا يتوقف على سنوات الخدمة، سواء كان الموظف يمتلك خبرة سنة أو سنتين أو عشرة فالجميع لديهم مهارات متفاوتة ومتعددة وخبرات مختلفة، والتعلم الجماعي يساهم بدوره في خلق أجواء تفاعل بين العاملين، فيتبادل العاملون المعارف والخبرات فيما بينهم، مما يؤدي إلى سد الفجوات في الخبرات، وبالتالي تتقارب وجهات النظر نحو مستوى ممارسة التعلم الجماعي.

5. الفئة الوظيفية

تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وتحليل التباين الأحادي لمعرفة مستوى ممارسة التعلم الجماعي للعاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد، تبعاً لمتغير الفئة الوظيفية، كما هو مبين في الجدول (31).

جدول (31) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين الأحادي لمستوى ممارسة التعلم الجماعي للعاملين

في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد تبعاً لمتغير الفئة الوظيفية

| الدلالة الإحصائية | قيمة ف | الفئة الثالثة | | الفئة الثانية | | الفئة الأولى | | بعد التعلم الجماعي |
|----------------------|--------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|--------------------|
| | | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | |
| .702 | .354 | 1.054 | 3.44 | 1.000 | 3.32 | .972 | 3.31 | تجريب الأفكار |
| .260 | 1.352 | .828 | 3.85 | .898 | 3.71 | .884 | 3.62 | إدارة الخطأ |
| .066 | 2.748 | .843 | 3.91 | .824 | 3.63 | .803 | 3.62 | طلب المساعدة |
| .216 | 1.541 | .880 | 3.66 | .853 | 3.42 | .869 | 3.46 | مشاركة المعلومات |
| .735 | .308 | .801 | 3.70 | .859 | 3.60 | .892 | 3.60 | ردود الفعل |
| .254 | 1.378 | .746 | 3.72 | .755 | 3.55 | .732 | 3.53 | التعلم الجماعي |

يتبين من الجدول (31) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لأثر الفئة

الوظيفية في جميع الأبعاد منفردة وفي التعلم الجماعي ككل. فقد بلغت قيمة (ف) الكلية لأبعاد التعلم الجماعي مجتمعة ككل (1.378)، وبلغ مستوى دلالتها (0.254). غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبالتالي ترفض الفرضية جميع أبعاد التعلم الجماعي عند هذا البعد منفردة ومجمعة.

ويُعزى السبب في ذلك إلى أن التعلم الجماعي هو عملية تفاعل حيوي وديناميكي بين جميع الفئات الوظيفية، ويحدث التفاعل من خلال تبادل خبرات العاملين لمتولي المهام القيادية والإشرافية مع العاملين الذين يتولون مهام القيام بالأعمال التنفيذية، ومع العاملين المتولين الوظائف الحرفية والخدمات المساعدة. فهذا الخليط من فئات العاملين يسهم في تبادل المعارف والخبرات بدون قيود، وبحرية تامة، مما يجعل وجهات النظر المتعلقة بممارسة التعلم الجماعي متقاربة، وبغض النظر عن الفئة الوظيفية.

6. طبيعة العمل

تم استخدام اختبار "ت" لمعرفة مستوى ممارسة التعلم الجماعي للعاملين في المراكز الصحية

الحكومية الشاملة في محافظة إربد تبعاً لمتغير طبيعة العمل، كما هو مبين في الجدول (32).

جدول (32) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" تبعاً لمتغير طبيعة العمل على مستوى ممارسة التعلم

الجماعي للعاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد

| الدالة الإحصائية | قيمة ت | إداري | | طبي | | بعد التعلم الجماعي |
|------------------|--------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|--------------------|
| | | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | |
| .954 | .058 | 1.100 | 3.33 | .969 | 3.34 | تجريب الأفكار |
| .895 | .132 | .873 | 3.69 | .886 | 3.70 | إدارة الخطأ |
| .125 | -1.538 | .866 | 3.81 | .810 | 3.64 | طلب المساعدة |
| .541 | .613 | .988 | 3.42 | .830 | 3.49 | مشاركة المعلومات |
| .488 | .695 | .845 | 3.55 | .866 | 3.63 | ريود الفعل |
| .986 | .017 | .785 | 3.57 | .736 | 3.57 | التعلم الجماعي |

يتبين من الجدول (32) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) لممارسة التعلم

الجماعي، تعزى لأثر طبيعة العمل في جميع الأبعاد منفردة وفي التعلم الجماعي ككل. وقد بلغت

قيمة (ت) الكلية لأبعاد التعلم الجماعي مجتمعة ككل (0.017)، وبلغ مستوى دلالتها (0.986) وهي

غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبالتالي ترفض الفرضية جميع أبعاد التعلم

الجماعي منفردة ومجمعة لأثر متغير طبيعة العمل.

ويعزى ذلك إلى أن التعلم الجماعي لا يفرق بطبيعته بين عمل الموظفين سواء أكانوا من الكادر

الإداري أو الكادر الطبي، فهذا التنوع يساهم في الإثراء الوظيفي لدى العاملين، وفي زيادة معارفهم

وخبيراتهم وقدراتهم، ومن ثم التعلم بصورة جماعية يساهم في إنجاز أهداف المركز الصحي بغض

النظر عن طبيعة العمل.

الفرضية الثانية: يوجد فروق ذو دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة نحو مستوى ممارسة جودة الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد في الأردن تعزى إلى الخصائص الشخصية والوظيفية للعاملين، والتي تتمثل في (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، عدد سنوات الخدمة، الفئة الوظيفية، طبيعة العمل).

وللتحقق من صحة هذه الفرضية، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات لمستوى ممارسة جودة الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد تبعاً لمتغيرات الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، وعدد سنوات الخدمة، والفئة الوظيفية، وطبيعة العمل. ولبيان دلالة الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية، تم استخدام اختبار "ت" لمتغيرات الجنس، والحالة الاجتماعية، وطبيعة العمل، وتحليل التباين الأحادي لمتغيرات العمر، وعدد سنوات الخدمة، والفئة الوظيفية، والجدول التالية توضح ذلك.

1. الجنس

تم استخدام اختبار "ت" لمستوى ممارسة جودة الخدمات الصحية للعاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد، تبعاً لمتغير الجنس كما هو مبين في الجدول (33).

جدول (33) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" لأثر متغير الجنس على مستوى ممارسة جودة

الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربيد

| الدالة الإحصائية | قيمة ت | أنثى | | نكر | | أبعاد جودة الخدمات الصحية |
|------------------|--------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|---------------------------|
| | | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | |
| | | .062 | 1.875 | .726 | 3.91 | |
| .034 | 2.132 | .719 | 4.00 | .565 | 4.17 | الأمان |
| .271 | -1.102 | .675 | 4.23 | .723 | 4.14 | الاستجابة |
| .318 | -.999 | .740 | 4.10 | .770 | 4.01 | التعاطف |
| .248 | 1.158 | .813 | 3.82 | .800 | 3.93 | الملموسية |
| .387 | .866 | .609 | 4.01 | .607 | 4.07 | جودة الخدمات الصحية |

يتبين من الجدول (33) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) لاتجاهات

العاملين نحو مستوى جودة الخدمات الصحية ككل باستثناء بعد الأمان تبعاً لمتغير الجنس فقد

بلغت قيمة (ت) الكلية لأبعاد جودة الخدمات الصحية مجتمعة ككل (.866)، وبلغ مستوى دلالتها

(.378)، وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$). فقد بلغ متوسط توفر الأبعاد

كما يراها الذكور (4.07) وبلغ المتوسط كما يراها الإناث (4.01)، وجاءت الفروق لصالح الذكور،

بينما لم تظهر فروق لباقي الأبعاد.

وقد يعزى السبب في ذلك إلى أن المراجعين لديهم ثقة بالعاملين الذكور في المركز الصحي، أكثر

من العاملين الإناث؛ لما لديهم من المعرفة الكافية للاستجابة لاستفسارات المراجعين والمرضى

وحرصهم العالي للمحافظة على خصوصية المريض. وبالتالي ترفض الفرضية لجميع أبعاد جودة

الخدمات الصحية، ما عدا بعد الضمان تقبل الفرضية. لقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (مصلح،

2012) و(فريدة، 2013)، واختلفت مع دراسة (نور، 2016) و(عبد القادر، 2015)

و(سيف، 2013) و(ذياب، 2011) (الغدير وآخرون، 2011).

2. العمر

تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين الأحادي لمستوى جودة الخدمات الصحية للعاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد تبعاً لمتغير العمر كما هو مبين في الجدول (34).

جدول (34) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين الأحادي لمستوى ممارسة جودة الخدمات الصحية

المقدمة في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد تبعاً لمتغير العمر

| الدلالة الإحصائية | قيمة ف | أكثر من 51 سنة | | من 41-50 سنة | | من 31-41 سنة | | أقل من 30 سنة | | أبعاد جودة الخدمات الصحية |
|-------------------|--------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|---------------------------|
| | | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | |
| .133 | 1.879 | .577 | 4.20 | .729 | 3.91 | .777 | 3.92 | .647 | 3.96 | الاعتمادية |
| .152 | 1.772 | .574 | 4.18 | .713 | 4.01 | .689 | 4.01 | .612 | 4.22 | الأمان |
| .513 | .767 | .614 | 4.22 | .693 | 4.26 | .720 | 4.14 | .680 | 4.27 | الاستجابة |
| .949 | .119 | .612 | 4.09 | .775 | 4.09 | .792 | 4.04 | .714 | 4.09 | التعاطف |
| .698 | .478 | .657 | 3.98 | .809 | 3.85 | .873 | 3.81 | .758 | 3.88 | الملموسية |
| .459 | .866 | .498 | 4.14 | .624 | 4.02 | .651 | 3.98 | .540 | 4.09 | جودة الخدمات الصحية |

يتبين من الجدول (34) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لأثر

العمر في جميع الأبعاد وفي جودة الخدمات الصحية ككل. فقد بلغت قيمة (ف) الكلية لأبعاد جودة

الخدمات الصحية مجتمعة ككل (.866)، وبلغ مستوى دلالتها (.459). وهي غير دالة إحصائياً

عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، ويعود السبب في ذلك إلى أن العاملين بجميع فئاتهم العمرية

يعملون على تقديم الخدمات بنفس المستوى والوتيرة، بسبب حرصهم على تلبية حاجات ورغبات

المرضى والمراجعين. وبالتالي ترفض الفرضية جميع أبعاد جودة الخدمات الصحية منفردة

ومجتمعة.

اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (عبد القادر، 2015) و(سيف، 2013) و(مصلح، 2012) و(ذياب، 2011) واختلفت مع دراسة (نور، 2016) و(فريدة، 2013) و(الغدير وآخرون، 2011) و(Li et al, 2015).

3. الحالة الاجتماعية

تم استخدام اختبار "ت" لمستوى جودة الخدمات الصحية للعاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد، تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية كما هو مبين في الجدول (35) جدول (35) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" لأثر متغير الحالة الاجتماعية على مستوى ممارسة جودة الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد

| الدالة الإحصائية | قيمة ت | متزوج/متزوجة | | غير متزوج | | أبعاد جودة الصحة |
|------------------|--------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| | | الانحرافات المعيارية | المتوسط الحسابي | الانحرافات المعيارية | المتوسط الحسابي | |
| .447 | -0.761 | .699 | 3.97 | .837 | 3.89 | الاعتمادية |
| .278 | -1.087 | .648 | 4.08 | .792 | 3.97 | الأمان |
| .338 | -0.959 | .653 | 4.22 | .864 | 4.12 | الاستجابة |
| .191 | -1.311 | .709 | 4.10 | .930 | 3.95 | التعاطف |
| .325 | -0.986 | .802 | 3.87 | .845 | 3.75 | الملموسية |
| .227 | -1.211 | .577 | 4.05 | .743 | 3.94 | جودة الخدمات الصحية |

يتبين من الجدول (35) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لأثر الحالة الاجتماعية في جميع الأبعاد، وفي جودة الخدمات الصحية ككل. وقد بلغت قيمة (ت) الكلية لجودة الخدمات الصحية مجتمعة ككل (-1.211)، وبلغ مستوى دلالتها (0.227). غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$). وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى عدم تأثير الحالة الاجتماعية على مستوى جودة تقديم الخدمة، إلى أن العاملين المتزوجين وغير المتزوجين يحرصوا على تقديم الخدمات بشكل يرضي متلقي الخدمة، وبجودة عالية مع التعاطف معهم وإشعارهم بالأمان

والطمأنينة. وبالتالي ترفض الفرضية لجميع أبعاد جودة الخدمات الصحية. اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (عبد القادر، 2015) و(مصلح، 2012) و(ذياب، 2011).

4. عدد سنوات الخدمة

تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين الأحادي لمستوى جودة الخدمات الصحية للعاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد، تبعاً لمتغير سنوات الخدمة كما هو مبين في الجدول (36).

جدول (36) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين الأحادي لمستوى ممارسة جودة الخدمات الصحية

المقدمة في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد تبعاً لمتغير عدد سنوات الخدمة

| الدالة الإحصائية | قيمة ف | من 16 سنة فأكثر | | من 11-15 سنة | | من 6-10 سنوات | | أقل من 5 سنوات | | أبعاد جودة الخدمات الصحية |
|------------------|--------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|---------------------------|
| | | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | |
| .297 | 1.235 | .696 | 3.95 | .684 | 4.00 | .879 | 3.82 | .655 | 4.06 | الاعتمادية |
| .022 | 3.259 | .677 | 4.03 | .619 | 3.99 | .756 | 3.96 | .614 | 4.27 | الأمان |
| .506 | .780 | .716 | 4.17 | .661 | 4.14 | .670 | 4.21 | .701 | 4.31 | الاستجابة |
| .670 | .518 | .753 | 4.06 | .731 | 3.99 | .745 | 4.08 | .778 | 4.15 | التعاطف |
| .825 | .301 | .814 | 3.83 | .793 | 3.90 | .774 | 3.80 | .853 | 3.90 | الملموسية |
| .348 | 1.104 | .630 | 4.01 | .554 | 4.00 | .621 | 3.97 | .608 | 4.14 | جودة الخدمات الصحية |

* دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$).

يتبين من الجدول (36) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لأثر عدد

سنوات الخدمة في جميع الأبعاد كل على حده، وفي جودة الخدمات الصحية ككل، باستثناء بعد

الأمان، فقد بلغت قيمة (ف) الكلية لجودة الخدمات الصحية مجتمعة ككل (1.104)، وبلغ مستوى

دالاتها (.348). غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$). وبالتالي ترفض الفرضية

لجميع أبعاد جودة الخدمات الصحية ما عدا بعد الأمان.

ولبيان الفروق الزوجية الدالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية تم استخدام المقارنات البعدية بطريقة شيفيه كما هو مبين في الجدول (37).

جدول (37) المقارنات البعدية بطريقة شيفيه لأثر عدد سنوات الخدمة على ممارسة بُعد الأمان

| البعد | عدد سنوات الخدمة | المتوسط الحسابي | اقل من 5 سنوات | من 6-10 سنوات | من 11-15 سنة | من 16 سنة فأكثر |
|--------|------------------|-----------------|----------------|---------------|--------------|-----------------|
| الأمان | من 5 سنوات فأقل | 4.27 | | | | |
| | من 6-10 سنوات | 3.96 | *.32 | | | |
| | من 11-15 سنة | 3.99 | .28 | .03 | | |
| | من 16 سنة فأكثر | 4.03 | .24 | .07 | .04 | |

* دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$).

يتبين من الجدول (37) وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) بين اقل من 5

سنوات ومن 6-10 سنوات، وجاءت الفروق لصالح اقل من 5 سنوات. وقد يعود سبب ذلك إلى أن العاملين في بداية خدمتهم يكونوا أكثر اندفاعاً وطاقة لصقل المعارف والخبرات، وهي مرحلة إثبات أنفسهم في العمل مما ينعكس على أدائهم في العمل وينعكس تالياً على متلقي الخدمة فيولد ثقة وأمان بالعاملين. وقد اختلفت هذه النتيجة مع دراسة (نور، 2016).

5. الفئة الوظيفية

تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين الأحادي لمستوى جودة الخدمات الصحية للعاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة، إربد تبعاً لمتغير الفئة الوظيفية كما هو مبين في الجدول (38).

جدول (38) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين الأحادي لمستوى ممارسة جودة الخدمات الصحية

المقدمة في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد تبعاً لمتغير الفئة الوظيفية

| الدلالة الإحصائية | قيمة ف | الفئة الثالثة | | الفئة الثانية | | الفئة الأولى | | أبعاد جودة الخدمات الصحية |
|-------------------|--------|---------------|---------|---------------|---------|--------------|---------|---------------------------|
| | | الانحراف | المتوسط | الانحراف | المتوسط | الانحراف | المتوسط | |
| | | المعياري | الحسابي | المعياري | الحسابي | المعياري | الحسابي | |
| .280 | 1.279 | .857 | 4.05 | .680 | 3.99 | .705 | 3.88 | الاعتمادية |
| .265 | 1.334 | .752 | 4.20 | .689 | 4.03 | .615 | 4.03 | الأمان |
| .214 | 1.550 | .714 | 4.34 | .710 | 4.20 | .656 | 4.14 | الاستجابة |
| .146 | 1.937 | .857 | 4.22 | .718 | 4.09 | .732 | 3.98 | التعاطف |
| .330 | 1.113 | .895 | 3.99 | .779 | 3.85 | .803 | 3.80 | الملموسية |
| .160 | 1.843 | .707 | 4.16 | .597 | 4.03 | .569 | 3.97 | جودة الخدمات الصحية |

يتبين من الجدول (38) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) تعزى

لأثر الفئة الوظيفية في جميع الأبعاد منفردة وفي جودة الخدمات الصحية ككل. فقد بلغت قيمة (ف)

الكلية لأبعاد جودة الخدمات الصحية مجتمعة ككل (1.843) وبلغ مستوى دلالتها (0.160). وغير

دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$). وبالتالي ترفض الفرضية لجميع أبعاد جودة الخدمات

الصحية. ويعود سبب هذه النتيجة إلى أن تقديم الخدمات ذات الجودة العالية لا يتأثر بالفئات

الوظيفية، لأن العاملين باختلاف تحصيلهم الأكاديمي واختلاف فئاتهم مهتمين بتقديم خدمات تلاقي

استحسان المرضى والمراجعين، كون تقديم الخدمة الصحية يركز على الاهتمام بحياة المرضى،

وبغض النظر عن الفئة الوظيفية.

6. طبيعة العمل

تم استخدام اختبار "ت" لمستوى جودة الخدمات الصحية للعاملين في المراكز الصحية

الحكومية الشاملة في محافظة إربد، تبعاً لمتغير طبيعة العمل كما هو مبين في الجدول (39).

جدول (39) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" تبعاً لمتغير طبيعة العمل على مستوى ممارسة جودة

الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد

| الدلالة الإحصائية | قيمة ت | إداري | | طبي | | أبعاد جودة الخدمات الصحية |
|-------------------|--------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|---------------------------|
| | | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | |
| .960 | .050 | .831 | 3.96 | .692 | 3.96 | الاعتمادية |
| .733 | .342 | .774 | 4.09 | .645 | 4.05 | الأمان |
| .311 | 1.014 | .842 | 4.13 | .645 | 4.22 | الاستجابة |
| .756 | .312 | .844 | 4.05 | .724 | 4.08 | التعاطف |
| .902 | -.123 | .910 | 3.86 | .781 | 3.85 | الملموسية |
| .860 | .177 | .731 | 4.02 | .571 | 4.03 | جودة الخدمات الصحية |

يتبين من الجدول (39) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لأثر طبيعة العمل في ممارسة جميع أبعاد جودة الخدمات الصحية منفردة، وفي جودة الخدمات الصحية ككل. فقد بلغت قيمة (ت) الكلية لأبعاد جودة الخدمات الصحية مجتمعة ككل (1.177)، وبلغ مستوى دلالتها (860). وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$). وبالتالي ترفض الفرضية لجميع أبعاد جودة الخدمات الصحية تبعاً لمتغير طبيعة العمل. اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (مصلح، 2012).

ويعود سبب ذلك إلى أن تقديم خدمات ذات جودة عالية لا يفرق بطبيعة عمل الموظفين سوى كانوا من الكادر الإداري أو الكادر الطبي، فهذا التنوع يساهم في تحسين وتطوير نوعية الخدمات المقدمة وبالتالي زيادة رضا المراجعين والمرضى.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

المقدمة

يتضمن هذا الفصل ملخصاً لأهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة، حول أثر التعلم الجماعي على جودة الخدمات الصحية المقدمة، كما يراها العاملون في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في محافظة إربد، والتوصيات والمقترحات في ضوء النتائج المستمدة من التحليل.

النتائج

في ضوء النتائج السابقة لإجابة أسئلة الدراسة ومناقشة فرضياتها، فقد تم التوصل إلى النتائج الآتية:

1. إن مستوى التعلم الجماعي لدى العاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة الأردنية في محافظة إربد، جاء بدرجة متوسطة بمتوسط حسابي (3.34).
2. جاءت سلوكيات التعلم الجماعي مرتبة تنازلياً كالاتي (إدارة الخطأ بمتوسط حسابي (3.70)، ثم طلب المساعدة بمتوسط حسابي (3.67)، ثم ردود الفعل بمتوسط حسابي (3.62)، ثم مشاركة المعلومات بمتوسط حسابي (3.48)، ثم تجريب الأفكار بمتوسط حسابي (3.34)).
3. إن توفر ممارسات جودة الخدمات الصحية لدى العاملين في المراكز الصحية الحكومية الأردنية الشاملة في محافظة إربد جاء بدرجة مرتفعة بمتوسط حسابي (4.03).

4. جاءت أبعاد جودة الخدمات الصحية مرتبة تنازلياً كالاتي (الاستجابة بمتوسط حسابي (4.20)، ثم التعاطف بمتوسط حسابي (4.07)، ثم الضمان بمتوسط حسابي (4.06)، ثم الاعتمادية بمتوسط حسابي (3.96)، ثم الملموسية بمتوسط حسابي (3.85)).

5. أظهرت النتائج وجود أثر إيجابي دال إحصائياً لسلوكيات التعلم الجماعي في مستوى تطبيق أبعاد جودة الخدمات الصحية وما قيمته 36.3% من التأثير، كما تبين وجود أثر إيجابي دال إحصائياً لكل من سلوك طلب المساعدة وردود الفعل، بينما لم يظهر أثر دال إحصائياً لكل من إدارة الخطأ وتجريب الأفكار ومشاركة المعلومات.

6. وجود أثر إيجابي دال إحصائياً في بعد طلب المساعدة إذ بلغت قيمة ت 2.360 وبدلالة إحصائية 0.019، وبعد مشاركة المعلومات إذ بلغت قيمة ت 2.356 وبدلالة إحصائية 0.019، وبعد ردود الفعل إذ بلغت قيمة ت 2.754 وبدلالة إحصائية 0.006 مع بعد الاعتمادية. وعدم وجود أثر دال إحصائياً في بعدي تجريب الأفكار وإدارة الخطأ مع بعد الاعتمادية.

7. وجود أثر إيجابي دال إحصائياً في بعد طلب المساعدة إذ بلغت قيمة ت 3.955 وبدلالة إحصائية 0.000، وبعد ردود الفعل إذ بلغت قيمة ت 2.896 وبدلالة إحصائية 0.004 مع بعد الأمان. وعدم وجود أثر دال إحصائياً في كل من تجريب الأفكار وإدارة الخطأ، ومشاركة المعلومات مع بعد الأمان.

8. وجود أثر إيجابي دال إحصائياً في بعد طلب المساعدة إذ بلغت قيمة ت 2.507 وبدلالة إحصائية 0.013، وبعد ردود الفعل إذ بلغت قيمة ت 3.244 وبدلالة إحصائية مع بعد الاستجابة. وعدم وجود أثر دال إحصائياً في كل من تجريب الأفكار وإدارة الخطأ، ومشاركة المعلومات مع بعد الاستجابة.

9. وجود أثر إيجابي دال إحصائياً في بعد طلب المساعدة إذ بلغت قيمة ت 3.498 وبدلالة إحصائية 0.001، وبعد مشاركة المعلومات إذ بلغت قيمة ت 2.256 وبدلالة إحصائية 0.025. مع بعد التعاطف. وعدم وجود أثر دال إحصائياً في كل من تجريب الأفكار وإدارة الخطأ، وردود الفعل مع بعد التعاطف.

10. وجود أثر إيجابي دال إحصائياً في بعد تجريب الأفكار، إذ بلغت قيمة ت 2.919 وبدلالة إحصائية 0.004، وبعد طلب المساعدة إذ بلغت قيمة ت 2.291 وبدلالة إحصائية 0.023 مع بعد الملموسية. وعدم وجود أثر دال إحصائياً في كل من إدارة الخطأ، ومشاركة المعلومات، وردود الفعل مع بعد الملموسية.

11. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لأثر الجنس في جميع الأبعاد منفردة، وفي التعلم الجماعي ككل، وتحدث عملية التعلم الجماعي بشكل تشاركي وتبادلي بين العاملين بغض النظر عن الجنس.

12. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لأثر العمر في جميع الأبعاد وفي التعلم الجماعي ككل، باستثناء بعد تجريب الأفكار، وجاءت الفروق لصالح الفئة العمرية أقل من 30 سنة، في معيار تجريب الأفكار.

13. وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لأثر الحالة الاجتماعية في جميع الأبعاد، وفي التعلم الجماعي ككل، باستثناء بعدي تجريب الأفكار، وطلب المساعدة وجاءت الفروق لصالح المتزوج/المتزوجة.

14. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لأثر عدد سنوات الخدمة والفئة الوظيفية وطبيعة العمل في جميع الأبعاد وفي التعلم الجماعي ككل.

15. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لأثر الجنس في جميع الأبعاد وفي جودة الخدمات الصحية ككل، باستثناء بعد الأمان، وجاءت الفروق لصالح الذكور، بينما لم تظهر فروق لباقي الأبعاد.

16. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لأثر العمر والحالة الاجتماعية والفئة الوظيفية وطبيعة العمل في جميع الأبعاد، وفي جودة الخدمات الصحية ككل.

17. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لأثر عدد سنوات الخدمة في جميع الأبعاد، وفي جودة الخدمات الصحية ككل، باستثناء بعد الأمان، وجاءت الفروق لصالح أقل من 5 سنوات.

التوصيات

على ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة والمقترحات، التي قدمت من قبل أفراد عينة الدراسة، تطرح الباحثة عدداً من التوصيات من المؤهل أن تسهم في دعم وتفعيل التعلم الجماعي، وزيادة مستوى جودة الخدمات الصحية لدى العاملين في المراكز الصحية الحكومية الأردنية:

1. التحول من عقلية التعلم والعمل الفردي إلى عقلية التعلم والعمل الجماعي، لدى الإدارة العليا في القطاع العام الأردني.

2. الاعتماد على نماذج المكافئة الجماعية لتعزيز دور التعلم الجماعي بين العاملين في القطاع العام الأردني.

3. ضرورة الاهتمام بشكل أكبر ببعدها تجريب الأفكار من قبل العاملين في المراكز الصحية الشاملة، ذلك من خلال إعطاء العاملين حرية في التفكير الحر وتشجيعهم على تجريب الأفكار.

4. عقد دورات وندوات تدريبية، لتحديد الاحتياجات التدريبية لكل كادر من كوادر المراكز الصحية الشاملة، وضع خطط تدريبية، وضع كادر للإشراف على التدريب، للتأكد من أن العاملين يتمتعون بخبرات ومهارات جديدة، وللمساهمة في عملية تبادل ومشاركة المعارف والخبرات بين العاملين، وهذا يساهم في بشكل مباشر في تحسين مستوى المعرفة للأفراد ويحسن أداءهم.
5. تبني بعد ردود الفعل من أبعاد التعلم الجماعي، الذي يساهم في تفعيل التغذية الراجعة للإدارة و العاملين والمراجعين والمرضى، مما يساهم في تحسين نوعية الخدمات المقدمة من قبل المراكز الصحية الشاملة.
6. العمل بروح الفريق الواحد، لضمان تبادل المعارف والخبرات بين العاملين، مما يؤثر بشكل مباشر على نوعية الخدمات المقدمة.
7. ضرورة بناء بيئة عمل يشعر فيها العاملين بالثقة وعدم الإحراج من طرح الاستفسارات والأسئلة وطلب المساعدة.
8. تفعيل آليات لإدارة الخطأ لكي تتعامل الإدارات مع المشاكل، ومحاولة حلها، ومنع الوقوع بها من جديد، ولاستفادة من المشاكل على أنها فرص.
9. زيادة الاهتمام بممارسات جودة الخدمات الصحية وتحسينها، لمواكبة كل ما هو جديد، ووضع خطط تلتزم بها المراكز الصحية الشاملة بشكل خاص، ووزارة الصحة الأردنية بشكل عام، لرفع مستوى الخدمات المقدمة
10. ضرورة الاستفادة من المرافق المجهزة المغلقة في المراكز الصحية الشاملة، لاستيعاب أعداد أكبر من المراجعين والمرضى، ولتحسين جودة الخدمات المقدمة.

11. أن تضع المراكز الصحية الشاملة مصلحة المريض ضمن أولوياتها، وأن يعمل العاملون على تلبية رغبات وحاجات المراجعين والمرضى، والتركيز على تقديم الخدمة من أول مرة، وضمان التشخيص المناسب والوفاء والأمانة في تقديم الخدمة.

12. كما توصي الباحثة من خلفها من الباحثين الذين يريدون أن يبحثوا في هذا الموضوع المهم، بأن يستعينوا ببعض هذه العناوين المقترحة:-

1- دراسة موضوع التعلم الجماعي وبناء نموذج للتعلم الجماعي نظراً لأنها من الدراسات الحديثة التي ليست لها بناء واضح.

2- دراسة العوامل المساهمة في تحسين عملية التعلم الجماعي لأن لها أثر مباشر في عملية التعلم الجماعي (السلامة النفسية، قوة الفريق، تماسك، فاعلية الفريق، قيادة الفريق، النموذج العقلي المشترك، الاعتماد المتبادل).

3- دراسة مفهوم التعلم الجماعي من جانبين: الأول عمليات التعلم الجماعي، والثاني نتائج التعلم الجماعي.

المراجع

مراجع العربية

- أبوعيد، رائد ودرويش، عبد القادر وعيدة، فضل (2016). تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية العاملة في جنوب الضفة الغربية باستخدام مقياس (SERVPERF).
- دراسات العلوم الإدارية، 43(2)، 719-736.
- البرواري، نزار وباشيوه، حسن (2011). إدارة الجودة مدخل للتميز والريادة مفاهيم وأسس وتطبيقات. عمان: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.
- بديسي، فهيمة وزويوش، بلال (2011). جودة الخدمات الصحية الخصائص، والأبعاد والمؤشرات. مجلة الاقتصاد والمجتمع، 7، 135-156.
- البطاينة، عثمان (2016). أثر التعلم التنظيمي في تحقيق التميز الإداري في بلدية إربد الكبرى. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة اليرموك. الأردن.
- جائزة الملك عبدالله الثاني للتميز والأداء الحكومي. أبحاث منشورات، 2017.
- جوادي، بلقاسم (2014). التعلم التنظيمي وعلاقته بتمكين العاملين دراسة ميدانية على عينة من عمال مديرية توزيع الكهرباء والغاز لولاية الأغواط. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة محمد خيضر بسكرة. بسكرة. الجزائر.
- الحداد، عواطف (2009). إدارة الجودة الشاملة. عمان: دار الفكر.

حفيصة، المقدم (2015). جودة الخدمات الصحية وأثرها على رضا الزبون دراسة حالة المستشفى

العمومي سليمان عميرات تقرت. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة قاصدي مرباح. ورقلة.

الجزائر.

حمود، خضير (2002). إدارة الجودة وخدمة العملاء. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

خيرة، عيوش (2011). التعلم التنظيمي كمدخل لتحسين أداء المؤسسة دراسة حالة مؤسسة

سونطراك. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة أبي بكر بلقايد. تلمسان. الجزائر.

درورة، سوزان والمعشر، زياد والقواسمي، ديما (2014). تقييم أثر التعلم التنظيمي على عناصر

ثقافة الجودة في منظمات الأعمال في الأردن دراسة مقارنة. المجلة الأردنية في إدارة الأعمال.

10(4)، 645-674.

الدمرداش، إبراهيم طلعت (2000). اقتصاديات الخدمات الصحية. مكتبة المدينة، الزقازيق، مصر.

ذياب، صلاح (2012). قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية

من منظور المرضى والموظفين. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية،

20(1)، 69-104.

الرفاعي، محمد والشباب، أحمد والروابدة، ومحمد (2013). مستوى تطبيق المنظمة المتعلمة

ومعوقاتها كما يراها العاملون في المؤسسات العامة الأردنية في محافظة إربد. المجلة الأردنية

في إدارة الأعمال، 9(1)، 119-158.

زيدان، سليمان (2010). إدارة الجودة الشاملة: فلسفة ومداخل العمل، دار المنهج للنشر والتوزيع،

عمان. الأردن.

السبيعي، سعود (2017). دور جودة الخدمات الطبية في تعزيز الأمن الصحي. رسالة ماجستير

غير منشورة. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. الرياض. السعودية.

سرحان، تغريد (2017). أثر ممارسة الإدارة بالتجوال على تطبيق معايير الاعتماد الصحية في

المستشفيات الخاصة الأردنية. مجلة جامعة عمان العربية للبحوث. سلسلة البحوث الإدارية.

1(1). 23-44.

سلطان، وفاء (2013). أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين دراسة تطبيقية

في مجموعة من المستشفيات الأهلية في محافظة البصرة. مجلة كلية الإدارة والاقتصاد،

5(10)، 74-114.

شركة الحوسبة الصحية، الأبحاث والمنشورات، 2016.

شو، بتريشا واليوت، كريس واسحاقسوس، بولي ومورفي، اليزابيت. (2007). تحسين الجودة والأداء

في الرعاية الصحية، أداء من أجل التعلم المفتوح. ترجمة الأحمدى، طلال: المملكة العربية

السعودية، معهد الإدارة العامة.

الضمور، هاني (2008). تسويق الخدمات. دار وائل للنشر والتوزيع. عمان. الأردن.

الطيبي، خضر (2011). إدارة وصناعة الجودة مفاهيم إدارية وتقنية وتجارية في الجودة. عمان:

دار الحامد للنشر والتوزيع.

العبابنة، صالح (2007). المدرسة الأردنية كمنظمة متعلمة، الواقع والتطلعات. رسالة دكتوراة،

كلية التربية، الجامعة الأردنية، الأردن.

عباس، أحمد (2010). أثر الجودة الرعاية الصحية والاتصالات على رضا المرضى دراسة تحليلية

مقارنة في مستشفى الأميري الحكومي ومستشفى السلام الدولي الخاص في دولة الكويت.

رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الشرق الأوسط . عمان. الاردن.

عبد القادر، محمد (2015). قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان

من وجهة نظر المرضى والمراجعين (دراسة ميدانية على مستشفيات التعليمية الكبرى بولاية

الخرطوم). المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، 11 (4)، 899-920.

عبيد ، شاهر وربايعة، سائد (2016) تأثير أبعاد إدارة المعرفة في المنظمة المتعلمة من وجهة نظر

أعضاء الهيئة التدريسية في الجامعة العربية الأمريكية- فلسطين. المجلة الأردنية في إدارة

الأعمال، 12(4)، 813-840.

عقلان، محمد (2016). العلاقة بين أبعاد جودة الخدمات الصحية ورضا العملاء في المستشفيات

العاملة في محافظة تعز، الجمهورية اليمنية. مجلة الجزيرة للعلوم الإنسانية والاقتصادية. 7(1).

العلاق، بشير (2006). قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المستفيدين كمؤشر على الأداء الناجح

للقيادة الإدارية في المنظمات الخدمية - دراسة حالة المختبرات الطبية ومراكز الأشعة في

الأردن. المنظمة العربية للتنمية الإدارية: التحديات المعاصرة للإدارة العربية. 173-189.

عون ،ملاك وحسان ،نورلينا والأعرج ،حسن (2011). العلاقة بين الممارسات المبسطة و إدارة

الجودة الكاملة الناعمة ومهارات الابتكار في المستشفيات اللبنانية. *المجلة الصحية لشرق*

المتوسط، 24 (3)، 269-276.

عشاوي، أحمد (2013). قياس أبعاد جودة الخدمات من وجهة نظر العملاء دراسة ميدانية لخدمات

الهاتف النقال المقدمة من طرف المؤسسات الثلاث: (موبليس، جيزي، وأوريدو) بمدينة ورقلة

جنوب الجزائر. *مجلة الباحث*. 14، 364-379.

الغدير، حمد وحداد، شفيق وجودة، محفوظ (2011). جودة خدمات مكتبة أمانة عمان الكبرى بين

التوقع والإدراك (دراسة ميدانية من وجهة نظر المستفيدين). *دراسات العلوم الإدارية*. 38(2).

525-545.

فراج، أحمد (2009). تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية

من وجهة نظر المرضى: نموذج لقياس رضا المرضى. *مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية*

والقانونية. 25(2). 53-93.

فريدة، تلي (2013). *جودة الخدمات الصحية كمدخل لتحسين الحكومة في المستشفيات- دراسة*

حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر بسكرة. رسالة ماجستير غير منشورة.

جامعة محمد خيضر. بسكرة. الجزائر.

قهوجي، أحمد وبدر، لما (2014). دور أبعاد المنظمة في تحسين أداء العاملين دراسة ميدانية في

شركتي الاتصال الخلوية (MTN-SYRIATE) في مدينة دمشق. مجلة جامعة تشرين للبحوث

والدراسات العلمية وسلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية. 36(6)، 187-208.

لزهر، ربحي (2017). دور التعلم التنظيمي في تحسين أداء المؤسسة، دراسة حالة مؤسسة

الجبس ومشتاقته. أولاد جلال بسكرة. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية العلوم الاقتصادية

والتجارية وعلوم التيسير، جامعة محمد خضير. الجزائر.

مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، موقع الكتروني <http://hcac.jo/ar-jo>

محمد، باسل (2014): علاقة المنظمة المتعلمة بتعزيز إجراءات السلامة والصحة المهنية في

أقسام التصوير الطبي بالمستشفيات الحكومية - قطاع غزة. رسالة ماجستير غير منشورة.

جامعة الأزهر - غزة. فلسطين.

المحياوي، قاسم (2006). إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم وعمليات وتطبيقات. عمان: دار

الشروق للنشر والتوزيع.

مذكور، شعبان فوزي (1998). تسويق الخدمات الصحية، اينراك، القاهرة، مصر.

مصلح، عطية (2012). قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات

العاملة في مدينة قلقيلية. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات. 27(2). 11-

.48

- ناصر، سيف (2013). أثر تطبيق أبعاد جودة الخدمات في نتائج المرضى دراسة ميدانية على المراكز الصحية الأولية في الأردن. *المجلة الأردنية في إدارة الأعمال*. 9(4). 745-767.
- النعمي، محمد وصويص، راتب وصويص، غالب (2009). *إدارة الجودة المعاصرة مقدمة في إدارة الجودة الشاملة للإنتاج والعمليات والخدمات*. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- نوافلة، نور (2016). *مستوى الإثراء الوظيفي وأثره في تطبيق جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية الأردنية*. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة اليرموك. إربد. الأردن.
- وزارة الصحة 2016، التقرير الإحصائي السنوي، الأردن، وزارة الصحة.
- وزارة الصحة 2017، استراتيجية وزارة الصحة للأعوام 2018-2022، الأردن، وزارة الصحة.

المراجع الأجنبية

- Aksu, A., & Zdemir, B. (2005). Individual learning and organization culture in learning organizations: five-star hotels in Antalya region of Turkey. *Managerial Auditing Journal*, 20(4), 422-441.
- Argote, L., Beckham, S., & Epple, D. (1990). The persistence and transfer of learning organization in industrial settings. *Management Science*. 63(2). 140-154.

Argote, L., Gruenfeld, D., & Naqyin, C. (1999). **Group learning in organizations. Groups at works; Advances in Theory and research.**

New York: Erlbaum (Forthcoming) (Cited from Edmondson,1999).

Aliman, N., & Mohamad, W. (2016). Linking service quality, patient's satisfaction and behavioral intentions: an investigation on private health care in Malaysia. **Procedia– Social and Behavioral Sciences.** 224, 141–148.

Allee, V. (2011) **The knowledge evolution: Expanding Organizational Intelligence.** New York: Routledge.

Beer, M. (2003). Why total quality management programs do not persist the role of management quality and implication for leading a TQM transformation. **Discion science**, 34(4), 624–642.

Bell, B., Kozlowski, S., & Blawath, S. (2012). Team Learning: A Theoretical review and integration. **The oxford Handbook of Organizational Psychology.** 2, 859–909.

Blumenthal, D. (1996). Quality of care– what is it?. **New England**

Journal of Medicine. 335(12), 891–894.

Bunniss, S., & Kelly, D (2012). Collective Learning, Change and

Improvement in Health Care: Trialing a facilitated learning initiative

with general practice. **Journal of Evaluation in Clinical Practice.**

630–636.

Cauwelier, P. (2016). The influence of team psychological safety on team

knowledge creation: a comparative study between Thai, French and

American engineering teams. **Unpublished doctoral dissertation,**

Business School of Bangkok University. Thailand.

Chan, C. (2003). Examining the relationships between individual, team and

organizational learning in an Australian hospital. **Learning in Health**

Care. 2,4,223–235. Blackwell Publishing Ltd.

Daft, R. (2008) **Organization Theory and Design.** Mason: Cengage

Learning Easterby–smith, M. Lyles, M (2003) **Handbook of**

Organizational learning and knowledge management. Oxford:

Blackwell Publishing.

Decuyper, S., Dochy, F., & Van den Bossche, P. (2010). Grasping the dynamic complexity of team learning: An integrative model for effective team learning in organizations. **Educational research review**. 5. 111–133.

Deming, W. (1982). **Quality, productivity, and competitive position**, \ Cambridge University Press, Cambridge (وثق من السبيعي، 2017)

Dillenbourg, P., & Traum, D. (2006). Sharing solutions; persistence and grounding in multimodal collaborative problem solving. **Journal of the Learning science**, 15(1), 121–151.

Edmondson, A., & Lei, Z (2014). Psychological Safety: The History, renaissance, and future of an interpersonal construct. **Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior**, 1, 23–43.

Edmondson, A., Dillon, J., & Roloff, K. (2007). Three perspectives on team learning: outcome improvement, task mastery, and group process. **The Academy of Management Annuals**, 1, 269–314.

Edmondson, A. (2002). **Managing the Risk of Learning: Psychological**

Safety in work teams. Internationals handbook of organizational teamwork. London. Blackwell.

Edmondson, A. (2002). The local and variegated nature of Learning in organizations: a group-level perspective, **Organization Science**, **13(2)**, 128-146.

Edmondson, A. (1999). Psychological Safety and learning behavior in work teams. **Administrative Science Quarterly**, 44(2), 350-383.

Ellis, J., Hollenbeck, R., Ilgen, R., Porter, H., & Moon, H. (2003). Team learning: collectively connecting the dots. **Journal of Applied Psychology**, 88(5), 821-835.

Esmailpour, M., & Ranjbar, M. (2018). Investigating the impact of commitment, satisfaction, and loyalty of employees on providing high-quality service to customer. **Studies in Business and Economics**, 13(1), 41-57.

Feigenbaum, A. (1991). **Total Quality Control**, 3rd ed., McGraw-Hill,

New York, NY.

Foley., Vale, L (2017). what role for learning health systems in quality

Improvement within Healthcare providers?. **Learn Health Sys**,1,4,

e10025. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/lrh2.10025>.

Ford, J., & Kraiger, K (1995). The application of cognitive constructs and

principles to the instructional systems model of training: Implications for

needs assessment, design, and transfer. **International Review of**

Industrial and Organizational Psychology, 10, 1-48.

Gabelica, Bossche, Fiore, Segers & Gijsselaers (2016). Establishing Team

Knowledge Coordination from a Learning Perspective. **Human**

Performance. 29.1. 33-53.

Gryskiewicz, S (1999). Positive turbulence: developing climates for

creativity, Innovation, and renewal. **Jossey-Pass Publishers**. (Cited

from hassan et al., 2011).

Gronroos, C. (2004). The relationship marketing process: communication,

Interaction, Dialogue, Value. **Journal of Business & industrial**

marketing. 19(2), 99–113.

Hassan, Z & Basit, A. (2018). Impact of individual Learning on Team

Learning and Innovation in the Petroleum Industry of Malaysia.

International Journal of management, Accounting and Economics,

5,6, pp417–448.

Hassan, M., Aksel, I., Yaqub, M., & Aldemir, Z. (2011). Team learning

and its impact on marketing team performance: an empirical study.

International Business Research, 4, 4, pp 124–131.

Hodkinson, M. (2000). Managerial perception of barriers to becoming a

“learning organization”. **The Learning Organisation**, 7(3), 156–166.

Hong, J. (1999). Structuring for organizational learning. *The Learning*

Organisation: An International Journal, 6(4), 173–185.

Juran, J. (1974). **Quality control handbook**. McGraw–Hill, New York, NY.

Kalaja, R., Myshkrta, R., & Scalera, F. (2016). Service quality assessment

in health care sector: the case of Durres public hospital. **Procedia–**

Social and Behavioral Sciences. 235, 557–565.

Kasal, E., Marsick, V., & Dechant, K. (1997). Team as Learners a research
-based model of team learning. **The Journal of Applied Behavioral
Science**, 33, 2 pp 227-246.

Kayes, C., & Burnett, G. (2006). **Team Learning in Organizations: A
Review and Integration**. Paper presented at OLKC 2006 Conference
at the University of Warwick. Coventry: University of Warwick.

Kayes, C., Kayes, B., & Kolb, A. (2005). Experiential learning in teams.
Simulation and Gaming, 36(3), 330-354.

Kelly, D., Lough, M., Rushmer, R. Wilkinson, J., Greig, G., & Davies, H
(2007). Delivering feedback on learning organization characteristic-
using a learning practice inventory. **Journal of Evaluation in Clinical**,
13(5), 734-740.

Kim, D. (1993). The link between individual and organizational learning.
Saloon Management Review, 37-50.

Kitapci, O., Akdogan, C., Dortyol, I. (2014). The impact of services quality
dimensions on patient satisfaction, repurchase intentions and word-

of-mouth communication in the public healthcare industry. **Procedia social and behavioral sciences**. 148, 161–169.

Li, M., Lowrie, D., Huang, C., Lu, X., Zhu, Y., Wu., X., Shayiti, M., Tan, Q., Yang, H., Chen, S., Zhao, P., He, S., Wang, X., & Lu, H. (2015). Evaluating patient's perception of service quality at hospitals in nine Chinese cities by use of the ServQual scale. **Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine**. 5 (6). 497–504.

Milakovich, M., & Gordon, G. (2007). **Public Administration in America**. Boston. Wadsworth Gengage Learning.

Mohammad, A., & Alhamadani, S. (2011). Service Quality Perspective and Customer Satisfaction in Commercial Banks Working in Jordan. **Euro Journals Publishing**. Middle Eastern Finance and Economics 14, pp 60– 72.

Mohebifar, R., Hasani, H., Barikani, A., & Rafiei, S. (2016). Evaluating service quality from patients' perceptions: application of importance–performance analysis method. **Osong Public health Res Perspect**, 7

(4),233–238.

Norliya, K. Azizah, N. (2007): Team Learning in a learning organization: the practices of team learning among university librarians in Malaysia. **Malaysian Journal of Library & Information Science**,12,1, PP 55–64.

Parasuaman, A., Zethaml, V., & Berry, L. (1988). SERVQUAL; a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, 64(1). 12–40.

Senge, P. (1990). **The Fifth Discipline: the art and practice of the learning organization**. New York. Currency Doubleday.

Shaikh, T. (2005). Quality of health care: an absolute for patient satisfaction. **JBMA**. 55(11).

Singer, S., Benzer, J., & Hamdan, S. (2015). Improving Health Care Quality and Safety: The Role of Collective Learning. **Dove Press Journal: Journal of Healthcare Leadership**,7, 91–107.

Tofte, G. (2016). **Team psychological safety as a moderator in the**

relationship between team leadership and team learning in

management teams. Unpublished master Thesis, university of Oslo.

Untachai, S. (2013). Modeling service quality in hospital as second order factor, Thailand. **Procedia– Social and Behavioral Sciences.** 88, 118–133.

Van den Bossche, P., Gijlslaers, W., Segers, M., Woltjer, G., & Kirschner, P. (2011). Team Learning: Building Shared Mental Models. **Instructional Science.**39, pp 283–301.

Van den Bossche, P. Segers, M., & Kirschner, P. (2006). Social and Cognitive Factors Driving Teamwork in Collaborative Learning Environments team learning beliefs and behaviors. **Small Group Research.** 37, 5. 490–521.

Van der Veegt, S., & Bunderson, S. (2005). Learning and performance in multidisciplinary Teams: the importance of collective team identifications. **Academy of Management Journal,** 48(3), 532–549.

Walfried, M., Lasser, Chris Manolis, Robert D. Winsor (2000). Service

quality perspective and satisfaction in private banking. *Journal of Services Marketing*. 14(3). 244–271.

Wang, Y., & Lei, J. (2018). The action mechanism of team learning orientation in promoting team performance. ***Social Behavior and personality: an international journal***, 46(4), 581–596.

Webb, N., & Palincsar, A (1996). ***Group processes in the classroom, handbook of educational psychology***. New York: Simon & Schuster Macmillan. (cited from Van den Bossche et al., 2011).

Yang, J., Chen, C. (2005). Systemic Design for Improving Team Learning Climate and Capability: A Case Study. ***Total Quality Management & Business Excellence***. 16, 6, 727–740.

Yorks, L., Kasal, E., Marsick, V., & Dechant. (2003). Contextualizing Team Learning: Implications for Research and Practice. ***Advance in Developing Human Resources***, 5(1), 103–117.

Zoltan, R., Bordeianu, O., & Vancea, R. (2013). Group and teams as building blocks for organizational learning. ***The USV Annals of***

Economics and Public Administration, 13,1(17), 119–127.

الملاحق

الملحق (1) الاستبانة

جامعة اليرموك



كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية

قسم الإدارة العامة

أخي الموظف/ أختي الموظفة

تحية طيبة وبعد:

يعدّ هذا الاستبيان جزء من دراسة تهدف إلى معرفة أثر التعلم الجماعي على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين في المراكز الصحية الحكومية الشاملة في الأردن، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإدارة العامة في جامعة اليرموك. ويعرف التعلم الجماعي بأنه مجموعة من الأشخاص الذين يعملون ويتعلمون من بعضهم، من خلال سلوكيات التعلم الجماعي، وهي مشاركة المعلومات، وتجريب الأفكار، وإدارة الخطأ، وطلب المساعدة، وردود الأفعال.

ويتكون الاستبيان من (4) صفحات مقسمة إلى ثلاثة أجزاء، حيث يشمل الجزء الأول البيانات الشخصية والوظيفية للمبحوثين، ويشمل الجزء الثاني الفقرات المتعلقة بالتعلم الجماعي، ويشمل الجزء الثالث الفقرات المتعلقة بجودة الخدمات الصحية. أرجو التكرم بقراءة كل فقرة من هذه الفقرات بدقة وموضوعية ووضع إشارة (X) أمام البديل الذي يعكس رأيك، وأمام كل فقرة من الفقرات حيث أن مقياس الإجابة يتراوح بين موافق بشدة (5) وغير موافق بشدة (1)، علماً بأن المعلومات والبيانات التي ستدلون بها ستعامل بسرية تامة ولأغراض البحث العلمي فقط.

شاكراً لكم حسن تعاونكم

إشراف

الباحثة

د.رائد عباينة

وفاء رياض يحيى

wmalkawi@outlook.com

الجزء الأول: البيانات الشخصية والوظيفية

يرجى وضع إشارة (X) أمام كل فقرة ازاء اختيارك:

1. الجنس:

- () ذكر - () أنثى

2. العمر

- () أقل من 30 سنة - () 31-40 سنة
- () 41-50 سنة - () أكثر من 51 سنة

3. الحالة الاجتماعية

- () أعزب /عزباء - () متزوج/متزوجة
- () مطلق/مطلقة - () أرمل/أرملة

4. سنوات الخدمة

- () أقل من 5 سنوات - () 6-10 سنوات
- () 11-15 سنة - () 16 فأكثر

5. الفئة الوظيفية

- () الفئة الأولى - () الفئة الثانية - () الفئة الثالثة

6. طبيعة العمل

- () طبي (طبيب / ممرض / قابلة قانونية/ فني أشعة/ فني مختبر/ فني أسنان/ صيدلي)
- () إداري (محاسب/ موظف إداري،.....)

الجزء الثاني: يحتوي هذا الجزء على الفقرات التي تتعلق بالتعلم الجماعي

| الرقم | الفقرة | موافق بشدة (5) | موافق (4) | موافق بدرجة متوسطة (3) | غير موافق (2) | غير موافق بشدة (1) |
|---|--|-------------------|--------------|---------------------------|------------------|-----------------------|
| التعلم الجماعي (Team Learning) | | | | | | |
| تجريب الأفكار (Experimenting) | | | | | | |
| 1 | يتاح لجميع الزملاء حرية تجريب أي فكرة جديدة لتحسين العمل في المركز الصحي | | | | | |
| 2 | لدينا نظم وأسس لتجريب أي فكرة جديدة في العمل | | | | | |
| 3 | يتم التنسيق بين جميع الموظفين ذوي العلاقة لتحديد كيفية إجراء التجارب لأي فكرة جديدة في العمل | | | | | |
| 4 | تشجع الإدارة العاملين على تجريب الأفكار بغض النظر عن موقعهم الوظيفي | | | | | |
| إدارة الخطأ (Error Management) | | | | | | |
| 1 | إبصال المشاكل والأخطاء إلى الأشخاص ذوي الاختصاص في المركز الصحي لاتخاذ الإجراءات التصحيحية | | | | | |
| 2 | يناقش العاملون في المركز الصحي طرق منع الوقوع في الخطأ | | | | | |
| 3 | يناقش العاملون في المركز الصحي طرق التعلم من الخطأ | | | | | |
| 4 | لدينا أسس وإجراءات متبعة في حالة حدوث أي خطأ في العمل | | | | | |
| 5 | يتعامل العاملون في المركز الصحي مع المشاكل على أنها فرصة للتعلم | | | | | |
| طلب المساعدة (Asking for Help) | | | | | | |
| 1 | يظهر العاملون الرغبة في مساعدة بعضهم البعض | | | | | |
| 2 | يستطيع أي موظف في المركز الصحي طلب المساعدة من زملائه في أي وقت بشكل سريع | | | | | |
| 3 | يتم دعوة اشخاص من خارج المركز لتقديم الدعم والمساعدة عند الحاجة | | | | | |
| 4 | نستطيع إجراء التواصل بسهولة مع أي من أفراد المركز الصحي للحصول على المعلومات لإنجاز العمل | | | | | |
| مشاركة المعلومات (Sharing Information) | | | | | | |
| 1 | هنالك رغبة في تبادل المعلومات وتحليلها وعرضها من قبل العاملين في المركز الصحي | | | | | |
| 2 | يتبادل الأفراد المعلومات فيما بينهم بأمانة وصدق | | | | | |
| 3 | لدينا الوقت الكافي لمناقشة مهام وأعمال المركز الصحي مع الزملاء في الأقسام الأخرى ذات العلاقة لتحسين الأداء | | | | | |
| 4 | تشجع الإدارة العاملين على مشاركة المعلومات بغض النظر عن موقعهم الوظيفي لإنجاز العمل | | | | | |
| ردود الفعل (Feedback) | | | | | | |
| 1 | تبلغ الإدارة العاملين في المركز الصحي بما تم تخطيطه وما تم انجازه من مهام | | | | | |
| 2 | تقوم إدارة المركز الصحي بتزويد مديرية الصحة بتقارير دورية عن مستوى الأداء | | | | | |
| 3 | تمنح الإدارة المراجعين الحرية بإعطاء رأيهم وأخذها بعين الاعتبار لتحسين العمل في المركز الصحي | | | | | |

| | |
|---|--|
| 4 | تهتم الإدارة بردود أفعال الزملاء وأخذها بعين الاعتبار عند اتخاذ القرار في المركز الصحي |
|---|--|

الجزء الثالث: يحتوي هذا الجزء على الفقرات التي تتعلق بجودة الخدمات الصحية

| جودة الخدمات الصحية (Quality Health Services) | | | | | | |
|---|--|-------------------|--------------|---------------------------|------------------|-----------------------|
| الرقم | الفقرة | موافق بشدة (5) | موافق (4) | موافق بدرجة متوسطة (3) | غير موافق (2) | غير موافق بشدة (1) |
| الاعتمادية (Reliability) | | | | | | |
| 1 | تتصف الخدمات التي يقدمها المركز الصحي بالجودة العالية | | | | | |
| 2 | يعمل العاملون في المركز الصحي على حل المشكلات التي يعاني منها المرضى | | | | | |
| 3 | يتم تقديم الخدمة في المركز الصحي بطريقة صحيحة من أول مرة | | | | | |
| 4 | تقدم الخدمة في المركز الصحي في الأوقات التي وعدت بها | | | | | |
| 5 | يحتفظ المركز الصحي بسجلات دقيقة عن المرضى | | | | | |
| الأمان (Security) | | | | | | |
| 1 | يمتاز المركز الصحي الذي أعمل به بسمعة عالية | | | | | |
| 2 | يشعر المريض بالثقة عند تعامله مع العاملين في المركز الصحي | | | | | |
| 3 | يتصف الكادر الطبي والإداري في المركز الصحي بالأدب واللباقة العالية | | | | | |
| 4 | يملك الكادر الطبي والإداري في المركز الصحي المعرفة الكافية للإجابة على استفسارات المراجعين | | | | | |
| 5 | يحرص العاملون في المركز للحفاظ على خصوصية المريض | | | | | |
| الاستجابة (Responsiveness) | | | | | | |
| 1 | يقوم العاملون في المركز الصحي بإخبار المرضى بمواعيد تقديم الخدمة لهم | | | | | |
| 2 | يقوم العاملون في المركز الصحي بتقديم الخدمة للمرضى بسرعة ومن دون تأخير | | | | | |
| 3 | يبدل العاملون في المركز الصحي أقصى ما بوسعهم لمساعدة المرضى | | | | | |
| 4 | لا يتأخر العاملون في المركز الصحي في تقديم الخدمة للمرضى والاستجابة لطلباتهم | | | | | |
| التعاطف (Empathy) | | | | | | |
| 1 | يعطى العاملون في المركز الصحي الاهتمام الكافي لكل مريض | | | | | |
| 2 | يظهر العاملون في المركز الصحي تعاطفهم مع المرضى بشكل كبير | | | | | |
| 3 | رغبات المرضى موضع اهتمام من قبل العاملين في المركز الصحي | | | | | |
| 4 | يقوم العاملون في المركز الصحي بالاحتياجات الشخصية للمريض | | | | | |
| الملموسية (Tangibles) | | | | | | |
| 1 | تتمتع مرافق المركز الصحي بالنظافة الجيدة وسهولة الوصول | | | | | |
| 2 | يتمتع العاملون في المركز الصحي من الكادرين الطبي والإداري بمظهر أنيق | | | | | |
| 3 | يتم توفير وسائل السلامة للعاملين والمرضى | | | | | |
| 4 | لدى المركز الصحي أحدث المعدات الطبية الخاصة بالعلاج | | | | | |

الملحق (2)

قائمة المحكمين

| الرقم | اسم المحكم | الرتبة العلمية | مكان العمل |
|-------|--------------------------|----------------|---------------|
| 1 | محمد علي اعقيل الروابدة | أستاذ مشارك | جامعة اليرموك |
| 2 | علي أحمد عواد الروابدة | أستاذ مشارك | جامعة اليرموك |
| 3 | يحيى سليم فرحان بني ملحم | أستاذ مشارك | جامعة اليرموك |
| 4 | تمارا عادل أحمد اليعقوب | أستاذ مساعد | جامعة اليرموك |
| 5 | شاكر أحمد طلال العدوان | أستاذ مساعد | جامعة اليرموك |
| 6 | سهم أحمد محمود نوافلة | أستاذ مساعد | جامعة اليرموك |
| 7 | عمار علي الفلاح علاونة | أستاذ مساعد | جامعة اليرموك |

الملحق (3)

كتاب تسهيل مهمة

YARMOUK UNIVERSITY
Office of the President



جامعة اليرموك
دائرة رئاسة الجامعة

Reference: الرقم: ٣٠٣٨ / ١٠٧ / ١
Date: التاريخ: ٢٠ / محرم / ١٤٤٠ هـ
الموافق: ٢٠ / ايلول / ٢٠١٨ م

معالي وزير الصحة الأكرم

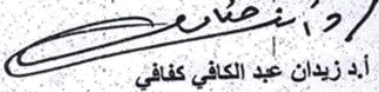
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

تقوم الطالبة "وفاء رياض محمود يحيى" ورقمها الجامعي (٢٠١٥٣٧٠٠١٩) برنامج الماجستير
الإدارة العامة، بإعداد دراسة بعنوان: "أثر التعلم الجماعي على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر
العاملين في المراكز الصحية الشاملة الحكومية في الأردن" بإشراف الدكتور راند عباينة/ قسم الإدارة
العامة.

راجياً التكرم بالإيعاز لمن يلزم بالسماح للطالبة بتوزيع الاستبانات، علماً بان المعلومات
ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط، وذلك للحصول على درجة الماجستير في قسم الإدارة
العامة/جامعة اليرموك.

وتفضلوا معاليكم بقبول فائق الإحترام،،،،،

رئيس الجامعة


أ.د زيدان عبد الكافي كفاقي



رئيس/مدير مكتب الإعلام

٤٦٢ - ٢ - ٧٢١١١١١ - ١٠٢٢٢



الرقم
التاريخ م ب ا / لجنة اخلاقيات / ١٥١٤٨
الموافق ٢٠١٨ / ١١ / ١٠

مدير تطوير الموارد البشرية/المكلف

تحية طيبة وبعد ،،،

اشارة لكتابكم رقم تطوير /خطط / 8958 تاريخ 2018/10/7 بخصوص البحث المقدم من قبل طالبة الماجستير / وفاء رياض محمود يحيى

ارفق بطيه قرار لجنة اخلاقيات البحث العلمي والمتضمن الموافقة على اجراء البحث العائد للمذكورة اعلاه .

للتكرم بالاطلاع واجراءاتكم لطفا .

واقبلوا الاحترام

مدير إدارة مستشفيات البشير/المكلف

الدكتور محمود سليمان زريقات

الملكية الأردنية الهاشمية

ماقد: ٢٣٠٠٠٢٣٠٠٥٢٦٠٢٣٠ فاكس: ٢٣٠٠٥٢٦٠٨٨٢٧٣٠ ص. ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن . الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo



الرقم
التاريخ
الموافق

CODE : MOH REC 1800137

قرار لجنة اخلاقيات البحث العلمي

اجتمعت لجنة اخلاقيات البحث العلمي بتاريخ 10 / 9 / 2018 لمناقشة ودراسة
البحث العلمي المقدم من طالبة الماجستير وفاء رياض محمود يحيى بعنوان :

”أثر التعلم الجامعي على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين في المراكز الصحية
الشاملة الحكومية في الاردن“
وعليه تم التوقيع من قبل اعضاء اللجنة حسب الاصول .

عضو اللجنة
المدير الطبي

الدكتور/ جمال حمدان

عضو اللجنة

مدير مستشفى النسائية

والاطفال
د. عصام عيسى الخواجا
مدير مستشفى النسائية والتوليد والاطفال

عضو اللجنة

رئيس وحدة الجودة

الدكتور/ سلامة الرجوب

عضو اللجنة

مدير مستشفى الباطني

والطوارئ
مدير مستشفى الباطني
الدكتور/ بشارة العالين

عضو اللجنة

مدير التمريض

مدير مديرية تمريض ادارة مستشفى قبشير
الدكتور/ هاني القضاة

رئيس اللجنة

مدير إدارة مستشفيات البشير

الدكتور/ محمود سليمان زريقات



Ref. No.
Date

مديرية صحة :
المركز :
الرقم : ١١٧٨٣ / ١٥ / ٢٠١٨
التاريخ : ٢٠١٨ / ١٠ / ١٦
الموافق :

مساعد مدير مديرية الشؤون الصحية لمحافظة اربد لشؤون لواء
رئيس مركز صحي

تحية طيبة وبعد ،،،

أرفق طيباً صورة عن كتاب مدير التعليم وتطوير الموارد البشرية المكلف
رقم تطوير / خطط/ ٩١٢١ تاريخ ٢٠١٨/١٠/١٥ بخصوص طلب السماح لطالبة الماجستير في
الإدارة العامة (وقام رياض محمود يحيى) من جامعة اليرموك لإجراء البحث بعنوان :
(اثر تعلم جماعي على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين في المراكز الصحية
الشاملة الحكومية في الأردن)
وذلك عن طريق توزيع الاستبيان المرفق صورة عنه على العاملين لديكم

للاطلاع وتسهيل مهمة الطالبة أعلاه وحسب الإمكانيات المتاحة .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام

مدير مديرية الشؤون الصحية لمحافظة اربد

الدكتور قاسم محمد مياص

نسخة:
لجنة تنمية القوى البشرية
الملف العام
الارز.
٢٠١٨/١٠/١٦



وزارة الصحة

الرقم تصوي / حفظ / ٩١٢
التاريخ ١٥ / ١٠ / ٢٠١٨
الموافق

مدير مديرية الشؤون الصحية في محافظة اربد

تحية طيبة وبعد ،،،

أرفق طياً صورة عن كتاب مدير ادارة مستشفيات البشير المكلف / رئيس لجنة أخلاقيات البحث العلمي رقم م ب أ / لجنة أخلاقيات /١٥١٤٨/ تاريخ ٢٠١٨/١٠/١٠ بخصوص طلب السماح لطالبة الماجستير في الادارة العامة وفاء رياض محمود يحيى من جامعة اليرموك وبإشراف الدكتور راند عباينة إجراء بحث بعنوان :-

(أثر تعلم جماعي على جودة الخدمات الصحية من و جهة نظر العاملين في المراكز الصحية الشاملة الحكومية في الاردن)

عن طريق توزيع الاستبيان المرفق صورة عنه على العاملين في المراكز الصحية الشاملة التابعة لمديرية صحة اربد .

أرجو التكرم بالإيعاز لمن يلزم تسهيل مهمة إجراء البحث أعلاه .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

مدير التعليم وتطوير الموارد البشرية المكلف

الدكتورة سوسن كباينة

كثيرين
توقيع
١٠/١٥/٢٠١٨

المملكة الأردنية الهاشمية

Abstract

Yahya, wafa, “**The Impact of Team Learning on Health Services Quality as Perceived by the Employees of Public Comprehensive Health Centers in Jordan**”, Master thesis, Yarmouk University, 2018, (Supervisor: Dr. Raed Ababneh).

The study aims to know the practice level of team learning (Experimenting, Error Management, asking for help, Sharing Information, Feedback) and also to know the level of quality of health services (reliability, security, responsiveness, Empathy, tangibles) which provided in the public comprehensive health care centers in Jordan. The study tool (Questionnaire) was distributed randomly to all members of the study sample from all comprehensive health centers in Irbid city, considering that the population of the study is the same as sample of the study which the number reached (343) questionnaire, therefore the number of valid questionnaire and subjected to statistical analysis were (323). The questionnaire was developed by the researcher which included 49 paragraphs in order to collect the primary data about study variables. The validity and reliability of instrument has been verified.

The main result of the study: the overall level of the practice of team learning reached moderate level, the overall level of quality of health services reached high level and there was significant positive effect with statistically indication of team learning behaviors in application of health service quality dimensions. There was positive significant effect with statistically indication for ask for help and feedback, while there was no significant impact on error management, information sharing and

experimenting. Regard to the funding the researcher to transform from the mentality of individual learning to team learning in the top management in Jordanian public sector and examine the factors that contribute to improve the process of team learning (psychological safety, Group Potency, Cohesion, Team Efficacy, Team Leadership, Shared Mental Models, Interdependence).

Key words: Team Learning, Comprehensive Health Centers, Ministry of Health, Jordan.