دار المنظومة
DAR ALMANDUMAH
الرواد في قواعد المعلومات العربية

العنوان:	مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية : دراسة تقييمية من وجهة نظر الأطباء العاملين فيها
المصدر:	مؤتة للبحوث والدراسات - سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية
الناشر:	جامعة مؤتة
المؤلف الرئيسي:	عبدالحليم، أحمد
مؤلفين آخرين:	الشلبي، فيصل مرعي(م. مشارك)
المجلد/العدد:	مج 16, ع 6
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2001
الصفحات:	77 - 124
رقم MD:	25060
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
قواعد المعلومات:	HumanIndex, EduSearch
مواضيع:	المراكز، الأردن، المستشفيات الحكومية، الخدمات الصحية، الطب، القطاع الصحي، اتجاهات الأطباء، المباني الصحية، الكوادر الصحية، التجهيزات الطبية، العلاج، الادوية، الاجراءات الادارية، التأهيل الطبي، اعداد الكوادر الطبية، المختبرات الطبية
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/25060

© 2020 دار المنظومة. جميع الحقوق محفوظة.
هذه المادة متاحة بناء على الإتفاق الموقع مع أصحاب حقوق النشر، علما أن جميع حقوق النشر محفوظة. يمكنك تحميل أو طباعة هذه المادة للاستخدام الشخصي فقط، ويمنع النسخ أو التحويل أو النشر عبر أي وسيلة (مثل مواقع الانترنت أو البريد الالكتروني) دون تصريح خطي من أصحاب حقوق النشر أو دار المنظومة.

مستوى الخدمات الصحيّة المقدّمة في المستشفيات الحكوميّة الأردنيّة: دراسة تقييميّة من وجهة نظر الأطباء العاملين فيها

أحمد عبد الحليم

فيصل مرعي الشلبي

قسم الإدارة العامّة، جامعة اليرموك، الأردن

ملخّص

هدفت هذه الدراسة إلى استطلاع آراء الأطباء العاملين في المستشفيات الحكوميّة الأردنيّة في مراكز المحافظات، وذلك في سبيل الوقوف على الاتجاهات التقييميّة المرتبطة بمستوى تقديم الخدمات الصحيّة في القطاع الصحيّ في الأردن، سواء كانت متعلّقة بالمباني ذاتها، أم الكوادر البشريّة، أم التجهيزات الطبيّة وغير الطبيّة، أم العلاجات والأدوية، أم الإجراءات الإداريّة.

وقد تمت المعالجة الإحصائية باستخدام التكرارات والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، كما تم استخدام تحليل التباين الأحادي واختبار (ت) واختبار (ف) واختبار نيومان كولز للمقارنة البعدية للمتغيرات الشخصية، ومعامل الارتباط بيرسون، وذلك بالاستعانة بالحاسوب وباستخدام البرنامج الاحصائي SPSS \ PC+.

وتوصّلت الدراسة إلى مجموعتين من النتائج يمكن اختصارها على النحو التالي:

أ. كان مدى الموافقة العام لأفراد العيّنة حول جميع مجالات الدراسة متوسطاً. وقد كانت المجالات المشمولة بالدراسة هي؛ مدى ملاءمة مواقع مباني المستشفيات الحكوميّة الأردنيّة وتجهيزاتها، ومدى كفاية وتأهيل الكوادر البشريّة العاملة فيها، ومدى كفاية التجهيزات الطبيّة والمختبرات والنتائج المخبريّة، ومدى ملاءمة خدمات الصيدليّات وكفاية الأدوية وفعاليّتها، ومدى تأثير الإجراءات الإداريّة والروتينيّة في المستشفيات المبحوثة.

ب. ١. بيّنت الدراسة وجود تباين في آراء أفراد العيّنة تُعزى إلى العوامل الديموغرافيّة لهم.

٢. بيّنت الدراسة وجود تباين هام في مستويات الخدمات الصحيّة المقدّمة في المستشفيات المبحوثة تُعزى إلى موقع المستشفى وحجمه من جهة، وإلى كونه تعليميّاً أم غير تعليميّ، وتخصّصيّاً أم غير تخصّصيّ، من جهة أخرى.

وقد أوصت الدراسة بمجموعة من التوصيات، أهمّها:

١. زيادة المبالغ المخصّصة لتمويل الأبنية والمرافق الصحيّة.

٢. اعتماد معيار الكفاءة أساساً للتعيين في القطاع الصحيّ.

٣. تخفيف درجة المركزيّة في وزارة الصحّة، وإيجاد مجالس إدارة مستقلة للمستشفيات مفوّضة بالصلاحيّات اللازمة لأداء العمل بالمستوى المطلوب.

٤. الاعتماد في إدارة المستشفيات على إداريّين متخصّصين في مجال إدارة المستشفيات.

٥. التوسع في إيجاد المستشفيات التعليميّة والمستشفيات التخصّصيّة.

Abstract

The study aims at analyzing physicians' attitudes toward the level of health services provided by Jordanain Governmental Hospitals with respect to; the contingency of buildings and facilities of hospitals, working personnel, medical and non-medical facilities, medicines, and administrative procedures.

The data were subject to analysis by means of percentages and frequencies, means and standard deviations, variance analysis (ANOVA), T test and F test, and correlation. Various computer applications and SPSS\ PC+ were used in this study.

The findings of the study were as follows:

A- A moderate agreement among the respondents was the result of all of the main fields which were; the contingency of buildings and facilities of hospitals, the quantity and quality of working personnel, the medical and non-medical facilities, the efficiency of medicines, and the administrative influence of procedures on health services provision.

B- 1. The study has indicated a difference among the respondents' answers according to thier demographic factors.

2. The study has indicated an important difference between the levels of health services provided by the hospitals according to the hospital it self as a work place, on one hand, and to the type of the hospital in terms of being educational or non-educational, and whether specialized or non-specialized, on the other hand.

1. The study has made some recommendations; the most important ones were as follows: Increasing the funds for financing the hospitals and health centers.
2. Using merit as basis of recruitment.
3. Decreasing centralization in the ministry of health by creating authorized independent boards of directors in the hospitals.
4. Depending on professional administrators to run the job in the hospitals.
5. creating more educational and specialized hospitals.

القسم الأوّل

الإطار النظري العام للدراسة

أولاً- المُقدِّمة:

هنالك اهتمام شامل على مستوى العالم والدول والأفراد بالرعاية الصحية والخدمات الصحية. ذلك أنها تعني الحياة البشرية. والعلاقة بينها إيجابية، إذ إنّ التغير في مستوى الرعاية والخدمات الصحية يؤدي إلى تغير في الحياة البشرية في نفس الاتجاه.

تأتي هذه الدراسة الميدانيّة في إطار محاولة تهدف إلى الوقوف على مستوى الخدمات الصحيّة المقدمة في المستشفيات الحكوميّة الأردنيّة خلال الفترة من ربيع عام ١٩٩٨ وحتى صيف عام ١٩٩٩، وذلك من خلال تحليل مجالاتٍ خمسةٍ تشكل محاور رئيسة في تقديم هذه الخدمات، وهذه المجالات هي؛ ملاءمة مباني المستشفيات

وتجهيزاتها، وكفاية الكوادر البشرية وتأهيلها، وملاءمة وكفاية الأجهزة الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية، وملاءمة وكفاية الصيدليات والأدوية وفاعليتها، وملاءمة الإجراءات الإدارية والروتينية.

ثانياً- مشكلة الدراسة:

يلاحظ من خلال وسائل الإعلام المختلفة، أو الأحاديث التي تدور بين الناس ، أن مشكلة الصحة والرعاية الصحية، تحظى باهتمام ومتابعة كبيرين على مختلف مستويات المجتمع. ويلاحظ أيضاً أن آراء الناس وانطباعاتهم عن مستوى الخدمات الصحية متفاوتة. لذلك كان من الضرورة بمكان تناول هذه الخدمات بالدراسة والبحث، ومعرفة المستوى الذي يتم تقديمها به في المستشفيات الحكوميّة، ومحاولة تحديد ما الذي يمكن القيام به في سبيل تحسين مستوى هذه الخدمات، من خلال معالجة العوامل المرتبطة بها.

ثالثاً- أهمية الدراسة:

تنبع أهمية الدراسة من أنها تتناول موضوعاً هاماً جداً، وهو الخدمات الصحية التي يجب أن تكون لها أولوية عالية، لتعلقها بصحة الإنسان وحياته. والإنسان هو أهم المخلوقات على الإطلاق، وصحته شاغل هام له في حياته. لذا فإن قضية الصحة من أهم القضايا التي يجدر الالتفات إليها والبحث فيها ،إن لم تكن أهمها على الإطلاق. كما أن الاهتمام العالمي بموضوع الصحة بمختلف جوانبها، الوقائية والعلاجية والبدنية والنفسية، يتزايد انطلاقاً من الرغبة العالمية في إيجاد عالم خالٍ من الأمراض. والأردن جزء من عالمه، يعاني مما يعاني منه، ويهتم بما يهتم به، وذلك في سبيل تجاوز أي فجوات حضارية قد توجد بينهما.

كما يزيد من أهمية هذه الدراسة، أنها مبنية على خلاصة أراء صادرة عن الأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة، الأمر الذي يؤمّل معه أن تكون المعلومات الناتجة بين يدي هذه الدراسة معلومات متخصصة جديدة. وذات قدرة على تشخيص المشكلات التي تواجه تقديم الخدمات الصحية، وتحديد العوامل المرتبطة بمستوى الخدمات الصحية المقدمة من قبل القطاع العام الأردني بدقة وموضوعية، ليتم -اعتماداً عليها- البحث والتوصل إلى حلول، أو توصيات تتعلق بتطوير الأداء العام المتعلق بتقديم الخدمات الصحية في الأردن.

رابعاً- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى استطلاع آراء الأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية في الأردن. وذلك في سبيل الوقوف على الاتجاهات التقييمية المرتبطة بمستوى تقديم الخدمات الصحيّة في القطاع الصحي في الأردن. سواءً كانت متعلقة بالمباني ذاتها، أم الكوادر البشرية، أم التجهيزات الطبية وغير الطبية، أم العلاجات والأدوية، أم

الإجراءات الإدارية. وبالتالي، محاولة الخروج بتوصيات وحلول، يُؤمَل أن تكون ذات فائدة وقيمة لمتخذي القرار في معالجة ما يمكن الوقوف عليه من مشكلات من خلال هذه الدراسة.

خامساً- أسئلة الدراسة وفرضيتها:

أ - **أسئلة الدراسة؛**

١- ما هي اتّجاهات أفراد العينة نحو مستوى الخدمات الصحية من حيث ملاءمة مواقع المباني، ومساحاتها، ونظافتها، وتوافر الخدمات الحيوية فيها.

٢- هل تعتبر الكوادر البشرية الصحية العاملة في وزارة الصحة كافية ومؤهلة بدرجة مناسبة لتقديم الخدمات الصحية؟

٣- هل تعاني المستشفيات الحكومية في الأردن من محدوديّة التجهيزات الطبية والمختبرات الطبية والنتائج المخبريّة؟

٤- ما هو مدى ملائمة خدمات الصيدليات في المستشفيات الحكومية من حيث تواجد الأدوية بكميات كافية وفعالية مناسبة، ومن حيث أداء الدور المطلوب منها في تغطية أوقات الدوام، وتنفيذ الوصفات الطبية، وملائمة مواقعها داخل المستشفيات؟

٥- هل تؤثر الإجراءات الإدارية في مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى في المستشفيات الحكومية الأردنية.

ب - **فرضية الدراسة:**

تقوم الدراسة - إضافة إلى الأسئلة الواردة في (أ) أعلاه - على الفرضيّة التالية:

"يوجد فروق ذوات دلالات إحصائية بين متوسطات الاستجابة للفقرات المتعلقة بمستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من وجهة نظر الأطباء العاملين فيها، تعزى لكل من المتغيرات التالية لكل منهم:

١. المستوى التعليمي.
٢. المُسمّى الوظيفي.
٣. الدرجة الوظيفية.
٤. المستشفى / مكان العمل.
٥. نوع المستشفى
- تعليمي / غير تعليمي
- تخصصي / غير تخصصي.
٦. سنوات الخبرة.

إذ يمثل مستوى الخدمات الصحيّة المتغيّر التابع مشتملاً على محاور خمسة هي؛ ملائمة مباني المستشفيات وتجهيزاتها، وكفاية الكوادر البشرية وتأهيلها، وكفاية التجهيزات الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية

وملائمتها، وكفاية الصيدليات والأدوية وملائمتها وفعاليتها، وملائمة الإجراءات الإدارية والروتينية. وتشكل المتغيرات من ١-٦ أعلاه المتغيرات المستقلّة.

سادساً- منهجية الدراسة:

تشتمل منهجية الدراسة على ما يلي:

أ- مجتمع الدراسة:

تكوّن مجتمع الدراسة من كافة الأطباء العاملين في مستشفيات وزارة الصحة الأردنية في مراكز المحافظات، الذين يبلغ عددهم حسب التقرير الإحصائي السنوي لعام ١٩٩٧ الصادر عن مركز المعلومات التابع لوزارة الصحة (١١٢٧) طبيباً وطبيبة في مختلف التخصصات الطبية باستثناء الطب البيطري.

ب- عينة الدراسة:

قام الباحثان باختيار عيّنةٍ عشوائيّةٍ مُنتَظَمة بلغ عدد أفرادها (٩٢٣) تمثّل بنسبةً بلغت (٨١,٩%) من مجتمع الدراسة الذي بلغ عدد أفراده (١١٢٧) وهم الأطباء العاملون في المستشفيات الحكومية الأردنية الواقعة في مراكز المحافظات المنتشرة في أرجاء المملكة. وهذه النسبة هي ذاتها بين مجتمع الدراسة وإجمالي عدد الأطباء العاملين في جميع المستشفيات التابعة لوزارة الصحة الذي يتكون من (١٣٧٦) طبيباً – باستثناء الأطباء البيطريين – حسب التقرير الإحصائي السنوي لوزارة الصحة والرعاية الصحية لعام (١٩٩٧)، وذلك بسبب الأهمية النسبية لأعداد المرضى الذين يراجعون هذه المستشفيات مقارنة مع المستشفيات الحكومية الأخرى في باقي مناطق المملكة. فقد كانت نسبة حالات الإدخال في هذه المستشفيات إلى مجموع حالات الإدخال في جميع مستشفيات وزارة الصحة في المملكة ٨١% في عام ١٩٩٦، و ٧٥% في عام ١٩٩٧. وكانت نسبة الحالات المراجعة لعيادات الاختصاص الموجودة في هذه المستشفيات إلى مجموع الحالات المشابهة في جميع مستشفيات وزارة الصحة في المملكة ولنفس العام ٨٠%. وكانت نسبة الحالات المراجعة للإسعاف والطوارئ فيها إلى مجموع الحالات المشابهة في جميع مستشفيات وزارة الصحة في المملكة ولنفس العام أيضاً ٨٨%.

وبسبب عدم وجود مستشفيات حكومية (غير عسكرية) في كل من محافظتي الطفيلة والعقبة، فقد اقتصرت الدراسة على تناول المستشفيات الموجودة في مراكز المحافظات العشر الباقية والمتمثلة في كلٍ من محافظات العاصمة، والبلقاء، والزرقاء والمفرق واربد وجرش وعجلون والكرك ومعان ومادبا.

ج – أداة الدراسة:

تعتمد الدراسة قائمة استقصاء ذات علاقة بموضوعها، أعدها الباحثان لهذه الغاية. وللتحقق من صدق وثبات الاستبانة، فقد تمّ عرضها على محكمين من أعضاء هيئة التدريس في قسم الإدارة العامة في جامعة اليرموك، وأعضاء هيئة التدريس في قسم الصحة العامة في جامعة العلوم والتكنولوجيا. كما تمّ اختبارها من

خلال دراسة تجريبية (Pilot study) للتأكد من الاتساق الداخلي لفقراتها، ودرجة الاعتمادية لها (Reliability). فقد بلغت قيمة (α) ألفا ٨٣,٥٨%. وتعتبر هذه النسبة جيدة لمثل هذه الأداة. وقد تمّ اعتمادها بصورة نهائية وتوزيعها على أفراد العينة المختارة لأغراض هذه الدراسة.

وتتكون قائمة الاستقصاء من جزأين يشتمل الأول منهما على المعلومات الشخصية التي تحتوي كلاً من المستوى التعليمي، والمؤهل للتخصص، والمسمى الوظيفي، والدرجة الوظيفية، ومكان العمل من حيث: اسم المستشفى، ونوعه من حيث هو تعليمي أم غير تعليمي، وتخصصي أم غير تخصصي، وسنوات الخبرة. أما الجزء الثاني فيشمل ثلاثين فقرة وتهدف إلى معرفة آراء أفراد العينة حول مجالات الدراسة الرئيسية التي كانت على النحو التالي:

- ملائمة مباني المستشفيات وتجهيزاتها من خلال الفقرات أرقام ١ - ٥.
- كفاية الكوادر البشرية وتأهيلها من خلال الفقرات أرقام ٦ - ١٢.
- كفاية التجهيزات الطبية وملائمتها والمختبرات والنتائج المخبرية من خلال الفقرات أرقام ١٣ - ٢٠.
- كفاية الصيدليات والأدوية وملائمتها وفعاليتها من خلال الفقرات أرقام ٢١ - ٢٥.
- ملائمة الإجراءات الإدارية والروتينية من خلال الفقرات أرقام ٢٦ - ٣٠.

ويوجد أمام كل فقرة من فقرات هذا الجزء خمس إجابات على مقياس ليكرت (Likert) هي: موافق بشدة، وموافق، ومحايد، وغير موافق، وغير موافق بشدة. إذ طُلبَ من المستجيبين وضع إشارة (X) أمام كل فقرة وفي الخانة التي يرونها مناسبة حسب رأي كل منهم.

سابعاً- التحليل الإحصائي:

تمت المعالجة الإحصائية لوصف خصائص العينة باستخدام التكرارات والنسب المئوية. كما تمّ استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابة على تساؤلات الدراسة. ولاختبار فرضيات الدراسة المتعلقة بالفروقات الإحصائية بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة فقد تمّ إجراء اختبار تحليل التباين الأحادي واختبار (ت) للمتغيرات ذوات الفئتين. أما المتغيرات المشتملة على أكثر من فئتين، فقد تمّ لها إجراء اختبار (ف). كذلك تمّ استخدام معامل الارتباط بيرسون وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS/PC+ والاستعانة بالحاسوب.

ثامناً- محددات الدراسة:

واجهت الدراسة عدداً من المحددات التي اعترضت طريق إجراءها، وشكلت عبئاً عليها، وتطلبت محاولة التغلب عليها أو التقليل منها بذل الوقت والجهد والمال. ورغم الجهد المبذول في سبيل التغلب عليها، إلا أن

ذلك كان من المتعذر بسبب المحدودية الطبيعية المرافقة للطبيعة البشرية في القدرات والإمكانات المختلفة من جانب، ومن جانب آخر، فقد كان لطبيعة مجتمع الدراسة وحجمه والتباعد الجغرافي بين مكوناته، وطبيعة المهام التي يؤديها العاملون فيها، ودرجة الإقبال عليها من قبل المراجعين، والوقت المحدد للعمل الرسمي، وعوامل أخرى مرتبطة بذلك، كان لها أثر في تحديد هذه الدراسة وما ترتب عليها من نتائج. ويمكن فيما يلي إيراد أهم المحددات التي واجهت هذه الدراسة:

أ . اقتصار الدراسة على الأطباء العاملين في وزارة الصحة في مراكز المحافظات فقط. مما يجعل من تعميم نتائجها على باقي مناطق المملكة الأخرى أمراً غير دقيق بصورة كاملة.

ب. اعتماد الدراسة على الاستبانة (أسلوب الدراسة المسحيّة)، الذي قد لا يعكس الواقع عادة، لأن أفراد العينة قد يصورون من خلال إجاباتهم على فقرات الاستبانة ما يجب أن يكون الحال عليه دون إظهار حقيقة الواقع الذي يعيشون.

ج. استثناء المستشفيات العسكرية، كونها تخضع لتشريعات وإمكانات ذات خصوصية تختلف عما تتناوله الدراسة، وهذا أيضاً يؤدي إلى محدودية النتائج الخاصة بها وعدم إمكانية تعميمها على المستشفيات العسكرية التي تخدم قطاعاً كبيراً من أبناء الشعب.

د. عدم وجود مستشفيات حكومية في كل من العقبة والطفيلة، مما يؤدي أيضاً إلى محدودية النتائج الخاصة بهذه الدراسة وعدم إمكانية تعميمها على هاتين المحافظتين.

هـ. حالة الانشغال الكبيرة للأطباء المبحوثين، الأمر الذي دفع عدداً منهم إلى الاعتذار عن الإجابة على الاستبانة المستخدمة كأداة لهذه الدراسة. أو دفعت عدداً آخر منهم إلى تأخيرها لديهم وقتاً طويلاً، مما أدى إلى تأخير جهود الدراسة زمنياً.

و. عدم تواجد جميع الأطباء في المستشفى في وقت واحد، وذلك تبعاً لنظام الورديات المتبع، بحيث يكون لكل طبيب عدد محدد من الأيام يلتزم فيها بالدوام في عيادته أو قسمه، في حين يكون الطبيب/ الأطباء الآخرون غير متواجدين.

ز. التباعد الجغرافي بين مراكز المحافظات المبحوثة، إذ امتدت المسافات من أقصى الشمال لمحافظات عجلون وإربد، إلى أقصى الجنوب لمحافظة معان، مروراً بباقي المحافظات الأخرى. الأمر الذي تطلب بذل الكثير من الجهد والوقت في سبيل توزيع واسترداد الاستبانات من المبحوثين وإليهم.

تاسعاً- التعريفات الإجرائية:

١. الصحّة : حاجة إنسانيّة أساسيّة، وهي الحاجة الرابعة في ترتيب الحاجات من حيث الأهمّيّة، حسب الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (١٩٤٨) بعد الطعام والملبس والمأوى.

٢. الرعاية الصحية : جميع النشاطات المقدمة من قبل القطاع الصحي في سبيل الوقاية من الأمراض النفسية والجسمية، وعلاجها.

٢. المرفق الصحي : كل وحدة أو كيان أو تنظيم عامل ضمن القطاع الصحي يقوم بتقديم جزء أو أجزاء، من نشاطات الرعاية الصحية.

٣. المستشفى : المؤسسة التي توفر وسائل الراحة والتسلية للمريض الراقد فيها، بغرض العناية الطبية والتمريضية حسب نشرة منظمة الصحّة العالميّة رقم ٣٥٤ لعام ١٩٦٨.

٤. المستشفيات الحكومية: هي المستشفيات التي تقوم مؤسسات الدولة الرسمية بإنشائها كمستشفيات الصحة العامة والجيش (عبدالرحمن عبدالله ١٩٩٠،ص ٥٠) .

٥.المستشفيات غير الحكومية: هي المستشفيات التي تقوم الهيئات الأهلية والقطاع الخاص بإنشائها سواء كان إنشاءها بواسطة مستثمرين بهدف الربح، أو بواسطة هيئات خيرية أو دينية لا تهدف لتحقيق الربح(عبدالرحمن عبدالله ١٩٩٠،ص ٥٠).

٦. المستشفى التعليمي : هو المستشفى الذي يُستَخدَم، زيادة على تقديم خدمات الرعاية الصحية، في تدريب الدارسين لتخصصات الطب بفروعه المختلفة والتمريض، والمختبرات، والأجهزة التشخيصية والعلاجية المختلفة.

٧. المستشفى التخصصي: هو المستشفى الذي يقوم بتقديم خدمات الرعاية الصحية المختلفة لفئة اجتماعية واحدة، أو المستشفى الذي يقوم بتقديم خدمة واحدة من خدمات الرعاية الصحية لفئات اجتماعية مختلفة (عبدالرحمن عبدالله ١٩٩٠،ص ١٣).

٨. الخدمات الحيوية : خدمات التزويد بالماء والكهرباء، وتوفير وسائل الاتصال المختلفة، وخدمات الصرف الصحي، واللازمة جميعها لإعطاء صفة الحيوية الصحية المقدمة من قبل هذا المرفق.

٩. الكادر الطبّي : هو مجموع الأطباء العاملين في المستشفى، أو المرفق الصحي.

١٠. الكادر التمريضي : هو مجموع الممرضين ومساعدي الممرضين العاملين في المستشفى، أو المرفق الصحي.

١١. الكادر الطبّي المساعد: هو مجموع موظفي الأشعة والمختبرات وأجهزة غسيل الكلى وأي وسائل طبية أخرى تستخدم في تقديم خدمات الرعاية الصحية.

١٢. الكادر الفني : هو مجموع موظفي وعمال التشغيل والصيانة والرقابة لمختلف الأجهزة المستخدمة في المرفق الصحي.

١٣. الكادر الإداري : هو مجموع الموظفين العاملين في الجوانب الإدارية والمالية؛ في الاستقبال والاستعلامات والإدخال والخروج والمشتريات والتخزين وأي وحدات إدارية أخرى.

١٤. الأجهزة التشخيصية: الأجهزة المستخدمة في تشخيص الأمراض؛ كالأجهزة المخبرية، وأجهزة الأشعة، وقياس الضغط، وقياس الحرارة.

١٥. الأجهزة الطبية : هي الأجهزة التشخيصية وأي أجهزة أخرى تستخدم في تقديم خدمات الرعاية الصحية كأجهزة غسيل الكلى، والتنظير، والتزويد بالأكسجين، وغيرها.

عاشراً– الخلفيّة النظريّة والدراسات السابقة

١. الخلفيّة النظريّة:

أ- نشأة مفهوم المرض وتطوره:

كان الأقدمون في العصور الغابرة، يعتقدون أن مردّ كلّ شيءٍ للآلهة التي كانوا يعبدون، فكانوا يعتقدون أن المرض ناتج عن ارتكاب خطيئة أوجبت لعنة الآلهة، أو عقابها المتمثل في وقوع المرض فيمن ارتكب تلك الخطيئة، أو أن شيطاناً أو روحاً شريرة قد دخلت جسد المريض، لذلك فإنهم كانوا يلجئون إلى الكهنة والقديسين من أجل الدعاء أو الصلاة للآلهة لكي يُشفى المريض، أو إلى استخدام القوة لطرد الشيطان،أو إلى إعطاء المريض مواد كريهة لطرد الأرواح الشريرة ، ولو أدى ذلك إلى موته. كذلك اعتقد الأقدمون، أن الكواكب تسيطر على الكائنات جميعاً، ومنها الإنسان وأن لكل إنسان كوكبه الذي يسيطر على حياته، فكانوا يُصلّون لتلك الكواكب، ويبتهلون من أجل شفاء المرضى(السعيد، عبدالله١٩٨٥،ص ص ١٣-١٥).

وبقيت هذه الاعتقادات سائدة، ومسيطرة على عقول الناس في تلك الأزمنة حتى كان ظهور نبي الله إدريس (عليه السلام)، الذي كان من نظر في الطبِّ وتكلّم فيه، وقد ألف لأهل زمانه كُتباً كثيرة (السعيد، عبدالله١٩٨٥،ص ٢٧). وهذا يعني وجود أتباعٍ له وتلاميذ تعلموا منه وأخذوا عنه. إلاّ أنَّ ما جاء به إدريس -عليه السلام- وأخذ به تلاميذُه من بعده، لم يكن ليَدُم طويلاً بين الناس في تلك العصور، إذ إنهم أخذوا يعظمون الأطبّاء ويؤلهونَهم نظراً لعظيم إنجازاتهم، ويبنون لهم الهياكل والمعابد، يقصدونها بالدعاء والقرابين والإقامة فيها طلباً للشفاء، مما أدى إلى عودة التصوّرات الخرافيّة حول المرض، وسيطرة الكهنوتية والكهنة والسحرة والمشعوذين على ممارسة الطبّ ومداواة الناس، فقد رُفِعَ أمحو تب – وهو طبيب ومهندس لدى الملك

زوسر باني هرم سقارة المدّرج — إلى مرتبة الآلهة، وزعموا أنه إله الطبّ (رجائي، محمد ١٩٨٨، ص٢٧). وقد استمرّ تأليه الأطبّاء، وإقامة المعابد والهياكل لهم، واللجوء إليها من أجل الشفاء -وبالتالي تعلق الناس بالشعوذة والسحر والكهنة- ردحاً طويلاً من الزمن، حتى جاء "أبقراط" نحو ٤٦٠ -٣٧٧ ق.م، الذي كان أوّل من أعطى تفسيراً منطقياً للمرض، بناءً على اختلال الأخلاط الأربعة: التراب، والماء، والنار، والهواء. وكان أوّل من قرر أن المرض عارض طبيعيٌّ، وليس من فعل الأرواح والشياطين. وأن ظواهره ليست إلا ردّ فعل الجسم له، وأن عمل الطبيب هو معاونة قوى الجسم الدفاعية (رجائي، محمد ١٩٨٨، ص٤١). وهكذا فإن مفهوم المرض يكون قد تبلور بشكله المادي المنطقي، بظهور أبقراط -المعروف بأبي الطبّ لإسهاماته الجليلة في هذه الصناعة، ثم أخذ يتطور مع مرور الزمن على أيدي أطباء وفلاسفة أخذوا عنه وتوسعوا في ذلك. وتتابع تطور مفهوم المرض بعد ذلك على أسس علمية ومادية وموضوعية، مروراً بمختلف الفترات الحضارية للإنسان وحتى هذا اليوم. إلا أن ذلك لم يمنع وجود تداخلات بين الحين والآخر لمعتقدات خرافية غير علمية، تبعاً للظروف التاريخية والاعتقادات الدينيّة السائدة في كل فترة(رجائي، محمد ١٩٨٨، ٤٥).

ب ــ نشأة مفهوم الطبّ وتطوره:

ترافقت نشأة مفهوم الطبّ وتطوره بنشأة مفهوم المرض وتطوره، وذلك لكون المرض سبباً لوجود الطبّ، إلا أن الأخير أخذ يكتسب خصوصيّته من خلال كونه مهنةً وصناعةً يمارسها أناس على سوّية ذهنية عالية، كانوا في بدايات التاريخ البشري يجمعون معارف متعددة كالفلسفة والفلك والهندسة والطبّ في آن معاً، وقد كانت النظرة إلى صناعة الطب تتأثر بالأفكار الفلسفية، فاقترنت ممارسة الطبّ، أو الدعوة إلى ممارسة الطبّ، بالدعوة إلى وجود أخلاقيات ومسلكيات ومظاهر معينة، يتمتع الأطبّاء بها. ويشيرالطبيب المؤرخ ابن أبي اصيبعة إلى وجود مدرستين فكريتين، أو جماعتين تقولان بما يلي(حمارنة، سامي خلف١٩٨٦،ص١٩)

الجماعة الأولى: وتعتبر أنّ ابتداء صناعة الطبّ كان منذ بداية تناسل بني البشر وتكاثرهم أي منذ بدء الخليقة. وأن ذلك كان بإيحاء سماويّ، وليس من وضع أو تقليد البشر، وأنه تم بطُرق ووسائل خارقة للنواميس الطبيعية.

الجماعة الثانية: وتعتبر أنّ وجود صناعة الطبّ كان نتيجةً طبيعيةً لتطور ظرفي وزمني تدريجي، ناجم عن تدرّج اكتشاف عقاقير وموادً مساعدة للشفاء، واستعمالها في تلك الأوجه من أجل تخفيف الآلام بالاختبار. ولم تستبعد هذه الجماعة أن يكون ذلك بإرشاد وتدبير سماويين. كما أنها -أي هذه الجماعة- تقول بإمكانية الحصول على شفاء الجسد والروح معاً. وتُؤمن باستعمال الآلات الموسيقية لعلاج الأمراض وشفائها بواسطة الألحان والغناء بهدف الوصول إلى الحد الذي يُعامَل فيه كلٌّ فرد كوحدة كاملة.

وقد أسهم الكثير من الأطباء في تطوير مفهوم الطب وصناعته، ولعلّ من أشهرهم اسقليبوس وأبقـــراط وجالينوس.

ج- نشأة مفهوم المستشفى وتطوره (عبدالرحمن،عبدالله ١٩٩٠،ص ص ٣٢-٣٣)؛

أسلف الذكر أنه في العصور الغابرة كانت المعتقدات الكهنوتية والدينية تسيطر على قناعات الناس حول المرض والطب. لذلك ارتبط تقديم الخدمات الطبية والصحية بأماكن تواجد الكهنة ورجال الدين، فكـــان أن أصبحت المعابد والهياكل دوراً للعلاج والاستشفاء. لا تأخذ صفة المستشفى بشكله الخاص، بل أصبحت مزيجاً من الاثنين أماكن للعبادة وأماكن للعلاج والاستشفاء. وقد تغيرت طبيعة المستشفيات ومفاهيمها وتصوراتهـــا المختلفة على مر العصور التاريخية، وعلى النحو الذي تم بيانه فيما تقدم في هذا الباب. وقد اعتمد هذا التغـــير على ثلاثة من العوامل الأساسية هي:

١. تغير طبيعة الطب ومفهومه.

٢. اكتشاف واستخدام الوسائل والأساليب المستخدمة في العلاج والرعاية الصحية.

٣. وجود المفاهيم العملية التي أدت إلى تحسين مستوى الفئات العاملة على المستشفيات. ومـــن ذلـــك وجود الفئات الطبية المحترفة من أطباء مختصين وممرضين وأخصائي العامل والفنيـــين التكنولوجيـــين وغيرهم.

كما يمكن في هذا المقام الإشارة إلى أهمية التشريعات الاجتماعية والاقتصادية كعامل أساسي رابـــع أدى إلى تطوير طبيعة المستشفيات ومفاهيمها وتصوراتها وتغييرها على حدٍّ سواء مع العوامل الثلاثة الآنفة الذكر.

د -تعريف المستشفى:

أن مفهوم المستشفى يتغيَّر تبعاً لمعطيات العصر الذي يوجد فيه، ففي حين كان يُعدّ المستشفى في العصور القديمة بناءً اجتماعياً دينياً، تمارس فيه الشعائر الدينية باعتباره أحد دور العبادة. أصبح يُعدّ في العصور الوسطى -علاوة على البعد الديني- مكاناً لإيواء الفقراء والمحتاجين من الناس، وأصبح في العصـــر الإســـلامي مكانـــاً للعلاج والتعليم والبحث. وصولاً إلى عصري النهضة والتنوير، إذ أخذت تظهر المفاهيم والتشريعات التي تجعـــل من المستشفى مؤسسةً متخصصة، تقوم على وجود مفاهيم عملية ووسائل وأساليب تكنولوجية متخصصـــــة، زيادة على إيجاد التشريعات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية الـــتي ســـاهمت في تطويـــر هـــذا المفـــهوم (**عبدالرحمن،عبدالله ١٩٩٠،ص ص ٣٢-٣٣**)، وبالتالي فإن المحاولة لإيجاد تعريف محدد للمستشفى تقتضـــي بالضرورة الوقوف على مراحل تطوره، مصحوباً بفهم التحليلات التي وضعها علماء الاجتماع والتنظيم، علـــى اعتبار أن المستشفى تنظيم اجتماعي له خصوصيتهُ المستمرة من طبيعة المهمة التي يؤديها في المجتمع. وليس المقام

هنا لتناول محاولات تعريف التنظيم بشكله العام، وإنما لتناول محاولات تعريف المستشفى كتنظيم، وبالتالي فإنه يمكن الاختصار بأن يتم تناول التعريف الذي ارتأت الدراسة أنّه أكثر شموليّة وموضوعيّة من سواه ممّا تعرّضت له من التعريفات الأخرى. فقد ارتأت اللجنة الفنية في منظمة الصحة العالمية –نشرة رقم ٣٥٤ لعام ١٩٦٨ – أن يتم تعريف المستشفى على أنه: "المؤسسة التي توفر وسائل الراحة والتسلية للمريض الراقد فيها بغرض العناية الطبية والتمريضية".

ويرى اسطيفان وآخرون أنه يمكن توسيع التعريف بحيث يشمل المستشفيات التي تقوم بوظائف إضافية. إذ إن المستشفى يمكن أن يكون مركزاً للتشخيصات الدقيقة، والمعالجة وإعادة تأهيل المرضى الراقدين، والمراجعين للعيادات الخارجية، والخدمات العلاجية، كما يمكن أن يساهم المستشفى في تعليم العاملين في حقل الصحة وتدريبهم، وأن يقوم بأبحاث طبية واجتماعية وتنظيمية ووبائية(اسطيفان وآخرون١٩٨٤،ص ٣٠).

٢. الدراسات السابقة:

تناولت العديد من الدراسات، الرعاية الصحية، وإدارة المرافق الصحية، والمشاكل التي تواجهها. سواء كان ذلك على صعيد الأردن، أو العالم العربي، أو العالم ككل. ويلاحظ أن الدراسات الميدانية من هذا النوع على صعيد الأردن ليست كثيرة. أما على صعيد الوطن العربي، فهنالك العديد من الدراسات التي تناولت هذا الموضوع. وبخاصة في المملكة العربية السعودية والكويت ومصر. أما الدراسات العالمية فهي كثيرة ومتنوعة وغنية. إلا أنه من الملفت للنظر –وحسب إطلاع الباحثين– أنّه لم تقم أيٌّ منها باستطلاع آراء الأطباء العاملين ومواقفهم، سواء كان ذلك على مستوى الأردن، أو الوطن العربي، مما يشجع على القيام بهذه الدراسة للمرة الأولى، وبخاصة في الأردن.

وفيما يلي استعراض لبعض هذه الدراسات من مختلف البيئات، سواء كانت أردنية، أم عربية، أم عالمية.

أ ــ دراسات في البيئة الأردنية:

١. أظهرت دراسة طعامنة والحراحشة (١٩٩٥)، بعنوان "أثر مستوى الخدمة على رضى المستفيد من خدمات المراكز الصحية في محافظة المفرق" وجود انطباعات سلبية لدى أفراد العينة تجاه البيئة الخارجية والداخلية للمراكز الصحية ولا سيما في كل من النواحي التالية: مدى توافر وسائل الراحة في قاعات الانتظار، والنظافة بشكل عام، ومدى توفر الأدوية، ومدّة المشورة بين الطبيب والمريض، وتوافر الطعوم. كذلك تبين وجود انطباعات سلبية لدى أفراد العينة نحو المشاركة في برامج الرعاية الصحية، وخدمات الرعاية الصحية المقدّمة خارج المراكز الصحية. في حين تبين وجود اتجاه إيجابي نحو مجال نظم إجراءات العمل، ونحو تعامل الطبيب وجهاز التمريض مع المستفيدين.

كذلك بيّنت الدراسة -بشكل عام- وجود انطباعات إيجابية لدى أفراد العينة تجاه مجمل الخدمات المقدّمة من قبل المراكز الصحية في محافظة المفرق، إذ بلغ المتوسط الحسابي لرضا المبحوثين (٣,١٧) بمتوسط مئوي مقداره ٧٤%.

وكذلك بيّنت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رضا أفراد العينة، عن الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية تبعاً لمتغيرات العمر، والمستوى التعليمي، ونوع التأمين الصحي. في حين أنه لم يتبين وجود أيّ فروق في هذا المجال طبقاً لمتغيري الجنس والحالة الاجتماعية.

٢. أما دراسة عبد الحليم (١٩٩٦) بعنوان "العوامل المؤثرة في طول مدة الإقامة في المستشفيات الأردنية"، فقد أظهرت وجود علاقةٍ طرديّة بين وجود التأمين وطول مدة الإقامة في المستشفى، وأن الأشخاص الذين يتمتعون بوجود تأمين صحي، يمضون في المستشفيات الخاصة وقتاً أطول مما يمضون في المستشفيات الحكومية.

كذلك أظهرت الدراسة وجود علاقة إيجابية بين طول مدة الإقامة وكل من عمر المريض، ودرجة حدَّة المرض، ومستوى الدخل. فقد كانت درجة حدَّة المرض هي العامل الأكثر تأثيراً بين هذه العوامل في إطالة مدة إقامة المرضى في المستشفيات. وقد استنتجت الدراسة بأن ٦٧,٨% من المرضى المقيمين في كلٍّ من المستشفيات الحكومية والخاصة كانوا يتمتعون بوجود التأمين الصحي. كذلك وُجد بأن متوسط طول فترة الإقامة لمن يتمتعون بالتأمين الصحي يزيد بنسبة ١٥% عنه لأولئك الذين لا يتمتعون بوجود التأمين الصحي.

٣. وهدفت دراسة العدوان وعبد الحليم (١٩٩٧)، بعنوان "العوامل المرتبطة بتحقيق الرضا عن الخدمات المقدمة للمرضى في المستشفيات الأردنية"، إلى التعرف إلى أهم العوامل والمتغيرات المرتبطة برضا المقيمين في المستشفيات الأردنية، عن الخدمات المقدمة لهم من قبلها. وقد اختيرت عينة منتظمة ومشروطة للدراسة مكونة من المرضى المقيمين في المستشفيات العامة والخاصة في مختلف محافظات المملكة. بلغ عدد أفرادها (٨٠٠) مريض، بلغت نسبة الاستجابة الفعلية لهم ما يقارب ٩٥%.

وقد أظهرت نتائج الدراسة ارتباط مستوى الرضا عن الخدمات الصحية يرتبط بعوامل مختلفة، كان أهمها - حسب الدراسة - نظافة المستشفى، نوع المستشفى، وجود التأمين الصحي، اهتمام الطبيب أثناء العلاج، طول فترة الانتظار بين الموعد الفعلي ووقت العلاج ومعاملة موظفي المستشفى للمرضى.

كما أظهرت نتائج الدراسة أن عاملي نظافة المستشفى، ونوع المستشفى، كان لهما الأثر الأكبر في تحقيق الرضا لدى أفراد العينة. وذلك لشرحهما ما يزيد عن ٣٨% من التباين في المتغير التابع. أما عوامل التأمين الصحي، ومعاملة موظفي المستشفى واهتمام الطبيب أثناء المعالجة، فقد جاءت في المرتبة الثانية، إذ ساهمت في شرح ما نسبته ٥% من التباين في المتغير التابع.

أما بالنسبة لمستوى الرضا، فقد أظهرت النتائج -بشكل عام- أن مستوى رضا المرضى عن الخدمات المقدمة لهم كان أكبر ما يكون في محافظة عمان بمستوى (٤,٠٨) درجة على مقياس ليكرت المكونة من (٥) درجات، تليها محافظة معان بمستوى (٣,٦٠) درجة، ثم محافظة البلقاء بمستوى (٣,٣٢) درجة، ثم محافظة الزرقاء بمستوى (٢,٨١) درجة، ثم محافظة اربد بمستوى (٢,٧٥) درجة فمحافظة المفرق بمستوى (٢,٤٣) درجة. وقد لاحظت الدراسة وجود تباين واضح في جميع المحافظات (باستثناء العاصمة عمان) فيما يتعلق بمستوى الرضا حسب نوع المستشفى. إذ تبين أن مستوى الرضا للمرضى عن الخدمات الطبية والعلاجية المقدمة لهم من قبل المستشفيات الخاصة كان أعلى بدرجة ملحوظة عن مستوى الرضا المتعلق بالمستشفيات العامة. أما في محافظة عمان فقد كان مستوى الرضا متقارباً لكلا النوعين من المستشفيات.

٤. وفي دراسة البنك الدولي ١٩٩٨، (World Bank 1998)، التي تمّ إجراؤها من قبل فريق من الباحثين الموفدين من قبله بالاشتراك مع باحثين أُردنيّين، تبيّن أن الاختلالات تنتظم نظام الرعاية الصحية في الأردن إجمالاً، وفي كلٍّ من الإدارة الكلية، والقدرة على الحصول على الخدمة رغم توافرها، والتخزين، والتوزيع، وسياسات التغيير، والاستخدام العقلاني للعلاجات والمستحضرات الصيدلية الذي تشكل نسبته ما يزيد على ربع الإنفاق الصحي، وأكثر من (٢%) من الموازنة العامة.

وذهبت الدراسة إلى أنه يمكن للأردن تحسين الوضع الصحي لسكانه، وتقديم تغطية شاملة لهم، وتوفير إمكانات دخول أفضل، وتحسين الكفاءة الاقتصادية وفعالية المعالجة ونوعية نظام تقديم الخدمات، والوصول إلى استقرار مالي بعيد المدى، دون زيادة كبيرة في النفقات. إذ يمكن للأردن - حسب الدراسة - الوصول إلى تغطية رسمية شاملة لسكانه في مجال الرعاية الصحية بتكلفة إضافية تقدر بما لا يتجاوز (٣-٦%) من نفقاته الحالية. وفي الواقع يمكن للادخارات الناجمة عن وجود نظام تزويد للخدمات الصحية، وعن قطاع الصيدلة الكفء أيضاً، أن تؤمن جهداً إصلاحياً محايداً بالنسبة للميزانية.

ب ــ دراسات في البيئة العربية:

١. في دراسة حبيب، وفوغان ١٩٨٦، (Habib & Vaughan 1986) بعنوان "محددات الاستفادة من الخدمات الصحية في جنوب العراق: مقابلة مسحية للسكان" ، أن أهم العوامل المؤثرة في الاستفادة من الخدمات الصحية كانت مستوى الإحساس بالمرض، والمسافة المؤدية إلى أقرب مركز صحي. أما دخل المواطنين فلم يظهر كعامل هام، باستثناء فيما يتعلق بالحضور إلى العيادات الخاصة. وقد تمّ إجراء الدراسة. وقد تبين أن ٣٧% من السكان قاموا بالإبلاغ عند مرضهم خلال فترة أربعة أسابيع المخصصة للمراجعة بمعدل ٤٠ حالة عارضة لكل ١٠٠ شخص في الأسبوع. وبلغ معدل نسبة الاستشارة الطبية ٣٣%، بنسبة

سنوية تقديرية بلغت ٤,٣ استشارات لكل شخص في السنة. وقد بلغ معدل الاستشارات ١٨٢ استشارة لكل ١٠٠ عارض مرضي. كانت أعلاها للأمراض المعدية والأمراض الطفيلية (١٦١) استشارة، ثم حالات ضغط الدم وأمراض القلب (١٠٨)استشارات، وكانت أدناها تلك المتعلقة بأمراض العين والأذن (٥٢)استشارة.

٢. وركزت دراسة الحمد والشهيب (١٩٩١) على خدمات المستشفيات من خلال استطلاع آراء وانطباعات المستفيدين، حول تقديم خدمات العيادات الخارجية وخدمات التنويم، وخدمات الطوارئ في المستشفيات في المملكة العربية السعودية. وقد توصلت الدراسة إلى أنه من أهم المشاكل المتعلقة بخدمات العيادات الخارجية، عدم ملائمة مواقع بعض المستشفيات، وانخفاض مستوى النظافة في أماكن الانتظار وقلّة المقاعد المخصصة لها، وطول فترات الانتظار وعدم إبداء بعض الأطباء اهتماماً واضحاً بالمرضى ونقص الأدوية في صيدليات بعض المستشفيات.

أما بالنسبة لأهم المشاكل المتعلقة بخدمات التنويم فقد كانت عدم ملائمة الوجبات الغذائية من الناحيتين الكمية والنوعية وعدم تزويد غرف التنويم بما تحتاج إليه من وسائل الراحة في بعض المستشفيات.

وأما أهم المشكلات المتعلقة بخدمات الطوارئ، فقد كانت طول إجراءات استقبال وتسجيل حالات الطوارئ ونقص التجهيزات بأقسام الطوارئ وقلة اهتمام العاملين في هذه الأقسام بالمرضى وتأخر وصول سيارات الإسعاف. كما أظهرت الدراسة أثر الوضع الاجتماعي للمرضى في الحصول على خدمات أفضل وتقصير مدة الانتظار وتسهيل الإجراءات.

٣. أما دراسة مصطفى (١٩٩٣) حول حماية المستفيدين بالخدمات الصحية في مصر، فقد أظهرت وجود تفاوت في مستويات جودة الخدمات الصحية، وأن المستفيدين من الخدمات الصحية لا تتاح لهم فرصة فحص جودة الخدمات المقدمة لهم قبل تقديمها بصورة فعلية، إذ يتلازم أداؤها لهم مع تأثرهم بها، الأمر الذي يزيد من مخاطرة المستفيدين بالخدمات الصحية. كما عرضت الدراسة لصور واقعية لأخطاء طبية بنسب متفاوتة تجاوز بعضها حدود السماح لتشكل مخاطر للمرضى، على الرغم من الارتفاع النسبي في وعيهم الصحي، إذ لم يتسنى لهؤلاء المرضى التقدير المسبق لجودة الأداء الطبي.

كما عرضت الدراسة لصور السلوكيات غير المسؤولة لبعض المرضى التي تؤثر سلباً على جودة كل من التشخيص والعلاج. وفي النهاية عرضت الدراسة تصوراً لإطار مقترح لحماية المستفيدين بالخدمات الصحية.

٤. أما دراسة مطر (١٩٩٧) بعنوان " محددات الهدر في الموارد المالية في القطاع الصحي: دراسة ميدانية في المملكة العربية السعودية"، فقد تناولت الدراسة مشكلة القطاع الصحي بالتركيز على رؤية الأطباء لمشاكل التنويم غير الضروري والإسراف في الطلب على الإجراءات الطبية دون داع أو حاجة. وقد خلصت الدراسة

إلى وجود إدراك عام لدى غالبية الأطباء بوجود مشكلة التنويم غير الضروري. و لم تختلف رؤية الأطباء باختلاف نوع المستشفى أو نمط ملكيته، سواء كان ذلك في القطاع الخاص، أم في وزارة الصحة، أم في جهات حكومية أخرى. مما يعني أنها مشكلة عامة لجميع المستشفيات.

ج ــ دراسات في البيئة الأجنبية:

١. جاء في دراسة هوجز Hughes (١٩٨٨) بعنوان "توجهات المرضى نحو التثقيف الصحي في التطبيق العام"، أن المرضى في الولايات المتحدة الأمريكية يرغبون في معرفة المزيد عن أساليب الحياة الصحية من أطبائهم، ولا سيّما ما يتعلق بالحمية الجيدة وأهمية التمارين المنتظمة. وقد أظهرت الدراسة دوراً هاماً للآباء، والمعلمين، والكتب والمنشورات، ووسائل الإعلام في نشر وتعزيز طرق الحياة الصحية. إذ بلغت أهمية وسائل الإعلام في نشر الوعي الصحي -حسب رأي أفراد العينة- ٢٩%، وأهمية الكتب والمنشورات ٣٧%، وأهمية المدرسة والمعلمين ١٤%، وأهمية الأسرة والأبوين ٩%، فيما بلغت أهمية عمال الصحة ٨%.

٢. وجاء في دراسة شورتل Shortell (**١٩٨٩**) أن المستشفيات انخرطت بمرور الزمن بنشاطات مختلفة ومتنوعة، لم يحقق معظمها التوقعات المرجوة منها، لذلك فإن الدراسة التي أجريت على ٥٧٠ مستشفى حكومي وخاص في ٤٥ ولاية أمريكية، قامت بتحديد أربعة عوامل تعتبر مفاتيح الفرق بين الربح والخسارة وهي: وضع استراتيجيات للعمل مع الأطباء بصورة فعالة، وتعلم كيفية دمج طرق التخطيط الاستراتيجي المركزي وغير المركزي، وفهم التنوعات ذات العلاقة بالعمل ولو بصورة جزئية، والتطبيق الفعال لمنحنى الخبرة.وجاء في الدراسة أن وضع هذه الدروس موضع التطبيق سوف يزيد احتمالية وجود نظام صحي أكثر تنوعاً في المستقبل وأكثر نجاحاً.

٣. وأمّا دراسة أمين وآخرون ١٩٨٩، (Amin et. al. 1989) ، بعنوان "خدمات الصحة الاجتماعية والانتفاع بالرعاية الصحية في المناطق المدنية في بنغلادش" ، التي عقدت في عام ١٩٧٦ وفي عام ١٩٨٧ في بنغلادش عن طريق إجراء مسح صحي لمستويين من الأسر المقيمة في المنطقة. وذلك من أجل اختبار الفرضية بأنه يمكن زيادة الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية العامة / الحكومية عن طريق زيادة المداخل إلى استخدام العلاجات الفعالة من قبل الناس، وزيادة توفر هذه العلاجات، وعن طريق تحسين الإدارة، واستيعاب الأفكار للممارسين في مجال تقديم خدمات الرعاية الصحية. فقد أظهرت الدراسة التي بلغ عدد أفراد عينتها ١١٦٥ فرداً أن زيادة المداخل إلى استخدام العلاجات الفعالة، وزيادة توافرها عن طريق تقديم خدمات رعاية صحية غير مركزية في المناطق الريفية، وعن طريقة هيكل ذي كوادر جيدة التدريب والإدارة، أظهرت أن لهذا البعد

الميداني تأثيراً على الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية الحديثة سواء كان ذلك بوجود مركز صحي ريفي أو عدمه.

وكشفت الدراسة أيضاً، وفي عام ١٩٧٦ وعام ١٩٨٧ على حد سواء، أن الغالبية العظمى من السكان في ريف بنغلادش كانت تستخدم أو تستعين بأطباء ممارسين للطب الغربي الحديث. وعلى الرغم من أن معظم هؤلاء الأطباء قد تعلموا الطب بصورة غير رسمية، ولا يحملون أي شهادات طبية، وإنما تدربوا بأنفسهم وتعلموا الطب من خلال الممارسة، فإن المسؤولين عن تخطيط البرامج الصحية وتنفيذها كانوا على علم بذلك. واستفادوا منه في تعميم توفير خدمات الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية، مع اللجوء إلى تنظيم البرامج التدريبية، لتحسين مستوى الخدمات المقدمة عن طريق هؤلاء الممارسين غير الرسميين.

٤. أما دراسة جولدبيرغ Goldberg (**١٩٩٠**) حول ما يطلب الأطباء من المستشفيات تقديمه لهم، التي أجريت على الكوادر الطبية في مستشفيين من المستشفيات الموجودة في المدن الكبرى في الولايات المتحدة الأمريكية، والبالغ عدد أفراد العينة فيهما ١١٤ فرداً. فقد أظهرت تفضيل الأطباء للضلوع في الإدارة والرقابة على المستشفى وخدماتها، وتعيين الأطباء فيها. كما أظهرت النتائج أن الأطباء يريدون مشاركة أكبر في صنع القرارات وفي الخدمات التي تسهل ممارستهم للطب.

وقد أظهرت الدراسة تفاوت الرغبات بين الأطباء بتفاوت العمر، والتخصص وتعدد العضوية في الفِرَق والهيئات الطبية المختلفة.

٥. وجاء في دراسة إيفاسون، ووتنغتون Evason & Whittington (١٩٩١) حول المشاكل المتعلقة برضى المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة لهم في أيرلندا الشمالية، أن عدداً كبيراً من المرضى الذين يشكلون أفراد العينة، والبالغ عددهم ثلاثماية فرداً، يرى أن جودة الخدمات الصحية تسير في الواقع نحو الاضمحلال والضعف، على الرغم مما يُعلَن من تحسينات فيها. فيما ترى الأقلية منهم وجود تحسينات حقيقية في مستوى الخدمات الصحية.

وقد أظهرت الدراسة وجود تزايد في العناية الصحية المقدمة للمرضى. إلا أن ذلك يصحبه تزايد في أعداد المرضى، مع ثبات عدد أفراد الكوادر الطبية أو تناقصها، وذلك -حسب رأي إدارات هذه المستشفيات- في سبيل تحقيق زيادة في الكفاءة والإنتاجية. ولكن ذلك يقود أيضاً إلى التأثير على مستوى الخدمة بمرور الزمن. فالمرضى عندما يشعرون بالضغط الهائل على الكوادر الطبية، الناجم عن تزايد أعداد المرضى، يبادرون إلى ترك المستشفى في وقت مبكر لإفساح المجال لغيرهم. ولتجنب الوجود في هذه الأجواء المشحونة، مما يعني حصولهم على عناية بمستوى أقل.

القسم الثاني

عرض بيانات الدراسة وتحليلها

١. توزيع الاستبانة وجمعها:

قام الباحثان بتوزيع (٩٢٣) استبانة تمثّل عينة الدراسة بنسبة بلغت (٨١,٩%) من مجتمع الدراسة الذي بلغ عدد أفراده (١١٢٧) وهم الأطباء العاملون في المستشفيات الحكومية الأردنية الواقعة في مراكز المحافظات المنتشرة في أرجاء المملكة. وهذه النسبة هي ذاتها بين مجتمع الدراسة وإجمالي عدد الأطباء العاملين في جميع المستشفيات التابعة لوزارة الصحة الذي يتكون من (١٣٧٦) طبيباً - باستثناء الأطباء البيطريين - حسب التقرير الإحصائي السنوي لوزارة الصحة والرعاية الصحية لعام (١٩٩٧).

٢. تحليل أسئلة الدراسة؛

تمّ استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابة على تساؤلات الدراسة المتعلقة بتحليل مدى موافقة أفراد العينة حول مستوى الخدمات الصحيَّة في المستشفيات الحكومية. فقد تم تحويل الاستجابات على مقياس (ليكرت) لبيان درجة الموافقة من (١) إلى (٥)، التي تضمنها المقياس من غير موافق بشدة إلى موافق بشدة.

١. وقد تمَّ وضع فقرات الجزء الثاني من الاستبانة لتدلَّ كلُّ مجموعة منها على واحد من المجالات الرئيسة للدراسة، والمقصود قياسها وعلى النحو الذي تمَّ بيانه في الفصل الأول من هذه الدراسة، عند الحديث عن أداة الدراسة.

ويُوضِّح الجدول رقم (١) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لموافقة أفراد العينة على مستوى الخدمات الطبية في المستشفيات الحكومية الأردنية حسب المجالات الرئيسة للدراسة والمتمثلة في كلٍّ من ملاءمة المباني وتجهيزاتها، وكفاية الكوادر البشرية وتأهيلها، والتجهيزات الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية، وملاءمة الصيدليات والأدوية وكفايتها وفاعليتها، وملاءمة الإجراءات الإدارية والروتينية فيها، إذ يُلاحَظ أن المدى العام لموافقة أفراد العينة جاء مرتباً ترتيباً تنازلياً. ويتبيّن من الجدول أعلاه أن مستوى الخدمات الصحيَّة المتعلق بطبيعة أداء الصيدليات قد احتّل المرتبة الأولى. وبلغ المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة على الفقرات المتعلقة بهذا الجانب (٣,٢٩)، والانحراف المعياري (٠,٤٣). أمّا بالنسبة لمدى ملاءمة المباني وتجهيزاتها، فقد احتّل المرتبة الثانية، إذ بلغ المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة على الفقرات المتعلقة بهذا الجانب (٣,٢٤)، والانحراف المعياري (٠,٥٨).

وأمّا بالنسبة لمدى ملاءمة الكوادر البشرية العاملة في هذه المستشفيات وكفايتها وتأهيلها، فقد احتّل المرتبة الثالثة، إذ بلغ المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة على الفقرات المتعلقة بهذا الجانب (٢,٨٤)، والانحراف المعياري (٠,٥٥)، وفيما يتعلق بمدى ملاءمة الأجهزة الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية وكفايتها، فقد احتّل المرتبة الرابعة. إذ بلغ المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة على الفقرات المتعلقة بهذا الجانب (٢,٧٠)، والانحراف المعياري (٠,٤٧). وبالنسبة لمدى ملاءمة الإجراءات الإدارية والروتينية، فقد احتّل المرتبة الخامسة. إذ بلغ المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة على الفقرات المتعلقة بهذا الجانب (٢,٦٩)، والانحراف المعياري(٠,٥٢).

جدول رقم (١)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لموافقة أفراد العينة فيما يتعلق بالمجالات الرئيسة للدراسة مرتبة تنازليّاً

الرقم	مجالات الدراسة الرئيسة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١.	ملاءمة وكفاية الصيدليات والأدوية وفاعليتها.	٣,٢٩	٠,٤٣
٢.	ملاءمة مباني المستشفيات وتجهيزاتها.	٣,٢٤	٠,٥٨
٣.	كفاية الكوادر البشرية وتأهيلها.	٢,٨٤	٠,٥٥
٤.	ملاءمة وكفاية الأجهزة الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية.	٢,٧٠	٠,٤٧
٥.	ملاءمة الإجراءات الإدارية والروتينية.	٢,٦٩	٠,٥٢

٣- تحليل فرضيّة الدراسة.

تمّ استخدام المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، ومعاملات الارتباط، للتأكد من صحة فرضية الدراسة حول مدى تأثير العوامل الديموغرافية لأفراد العينة في الاستجابة لفقرات الاستبانة. وذلك بناءً على نفس الأسس التي تمّ بيانها في معرض توضيح كيفية تحليل ومناقشة أسئلة الدراسة بالنسبة للمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية. كما تمّ استخدام معامل الارتباط (بيرسون) لبيان طبيعة الارتباط بين العوامل الديموغرافية، ومجالات الدراسة الرئيسة كلٌ على حدة، وإجمالاً. وفيما يلي ذلك:

أولاً – المستوى التعليمي:يلخص الجدول رقم (٢) ما توصلت اليه الدراسة حول المستوى التعليمي لأفراد العيّنة.

جدول رقم(٢)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ف) للفروق الإحصائيّة لمتغير المستوى التعليمي لأفراد العينة

المستوى التعليمي / مجالات الدراسة الرئيسة	بكالوريوس		دراسات عليا		اختصاص		شهادة زمالة		قيمة	مستوى
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ف	المعنوية
ملاءمة مباني المستشفيات وتجهيزاتها.	٣,١٧	٠,٥٨	٣,٣٢	٠,٥٢	٣,٢٩	٠,٥٨	٢,٩٧	٠,٧٢	١,٨٤	٠,١٣٩
كفاية الكوادر البشرية وتأهيلها.	٢,٧٥	٠,٥٥	٢,٩٢	٠,٥٤	٢,٨٨	٠,٥٥	٣,٠٦	٠,٦٨	٢,١٧	٠,٠٩٢
ملاءمة وكفاية الأجهزة الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية.	٢,٦٤	٠,٤٤	٢,٧٥	٠,٤٤	٢,٧٤	٠,٤٩	٢,٦٧	٠,٦٢	١.٢٨	٠,٢٨٣
ملاءمة وكفاية الصيدليات والأدوية وفاعليتها.	٣,٣٠	٠,٤١	٣,٢٣	٠,٤٤	٣,٢٩	٠,٤٤	٣,٤٣	٠,٤٨	٠,٦٠	٠,٦١٧
ملاءمة الإجراءات الإدارية والروتينية.	٢,٦٩	٠,٥٨	٢,٥٤	٠,٤٣	٢,٧٤	٠,٤٩	٢,٩٧	٠,٤١	٢,٦٤	٠,٠٤٩
المجالات مجتمعة	٢,٨٠	٠,٣٤	٢,٩٥	٠,٣٥	٢,٩٨	٠,٣٩	٣,٠١	٠,٣٢	١,٤٤	٠,٢٢

تبيَّن عدم وجود فروق ذوات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha < ٠,٠٥$) في متوسطات الاستجابة للفقرات المتعلقة بمدى ملاءمة مباني المستشفيات وتجهيزاتها، والكوادر البشرية، والتجهيزات الطبية، والصيدليات والأدوية، والإجراءات الإدارية في المستشفيات الحكومية تحت الدراسة، تُعزى للمستوى التعليمي لأفراد العينة. غير أنه وجد فروق ذوات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha < ٠,٠٥$) في متوسطات الاستجابة للفقرات المتعلقة بمدى ملاءمة المستشفيات الحكومية من حيث الإجراءات الإدارية تُعزى للمستوى التعليمي لأفراد العينة. فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة (٢,٦٤)، وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha < ٠,٠٥$). ويوضّح الجدول رقم (٢) النتائج المتعلّقة بالمستوى التعليمي، وعلى النحو التالي:

ثانياً – المسمّى الوظيفي:

ويُوضِّح الجدول رقم (٣) آنفاً نتائج اختبار فرضية الدراسة، التي تتضمن وجود فروق ذات دلالات

إحصائيّة بين متوسطات الاستجابة لفقرات الاستبانة من وجهة نظر أفراد العينة، تُعزى لعدة متغيرات منها المُسمَّى الوظيفي.

جدول رقم(٣)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ف) للفروق الإحصائيّة تبعاً لمتغير المُسمَّى الوظيفي لأفراد العينة

المسمّى الوظيفي / مجالات الدراسة الرئيسة	مدير		نائب / مساعد		رئيس		غير ذلك		قيمة ف	مستوى المعنوي
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
ملاءمة مباني المستشفيات وتجهيزاتها.	٣,٨٠	٠,٥٦	٣,٣٣	٠,٧٤	٣,٢٨	٠,٤٦	٣,٢٠	٠,٦١	٣,٢	*٠,٠٢
كفاية الكوادر البشرية وتأهيلها.	٣,٣٨	٠,٣١	٣,١٢	٠,٤٨	٢,٨٢	٠,٤٩	٢,٨٢	٠,٥٨	٣,٨٤	*٠,٠١
ملاءمة وكفاية الأجهزة الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية.	٣,٣٥	٠,٢٦	٣,١٣	٠,٤٥	٢,٦٦	٠,٣٧	٢,٦٨	٠,٥٠	٩,٨٧	*٠,٠١
ملاءمة وكفاية الصيدليات والأدوية وفاعليتها.	٣,٩٣	٠,٤٣	٣,٤٣	٠,٤٥	٣,٢٨	٠,٣٨	٣,٢٦	٠,٤٤	٧,١٠	*٠,٠١
ملاءمة الإجراءات الإدارية والروتينية.	٣,١٥	٠,٣٢	٢,٩٤	٠,٥٠	٢,٦٥	٠,٤٢	٢,٦٩	٠,٥٦	٣,٤٣	*٠,٠٢
المجالات مجتمعة	٣,٥٢	٠,٢٨	٣,١٩	٠,٣٥	٢,٩٣	٠,٢٨	٢,٩٣	٠,٣٦	٩,٥١	*٠,٠١

يُلاحَظ من الجدول وجود فروق ذات دلالات إحصائيّة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥) في متوسطات الاستجابة للفقرات المتعلقة بمدى ملاءمة المباني وتجهيزاتها، تُعزى للمُسمَّى الوظيفي لأفراد العينة. حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة (٣,٢٠) وهي ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥).

ثالثاً – الدرجة الوظيفيّة:

يُوضِّح الجدول رقم (٤) نتائج اختبار فرضية الدراسة، التي تتضمن وجود فروق ذوات دلالات إحصائيّة بين متوسطات الاستجابة لفقرات الاستبانة من وجهة نظر أفراد العينة، تُعزى لعدة أسباب منها الدرجة الوظيفية، وعلى النحو التالي:

جدول رقم(٤)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ف) للفروق الإحصائيّة تبعاً لمتغير الدرجة الوظيفية لأفراد العينة

مجالات الدراسة الرئيسة / الدرجة الوظيفية	ملاءمة مباني المستشفيات وتجهيزاتها.	كفاية الكوادر البشرية وتأهيلها.	ملاءمة وكفاية الأجهزة الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية.	ملاءمة وكفاية الصيدليات والأدوية وفاعليتها.	ملاءمة الإجراءات الإدارية والروتينية.	المجالات مجتمعة
١- الدرجة الخاصة						
المتوسط الحسابي	٢,٢٠	٢,٧٥	٢,٧٥	٢,٦٠	٢,٦٠	٢,٦٥
الانحراف المعياري						
٢- الدرجة الأولى						
المتوسط الحسابي	٣,٤٧	٣,١٠	٢,٩٤	٣,٤٥	٢,٨٤	٣,١٤
الانحراف المعياري	٠,٦٢	٠,٥٠	٠,٤٦	٠,٥٢	٠,٥٧	٠,٤١
٣- الدرجة الثانية						
المتوسط الحسابي	٣,٢٣	٢,٧٨	٢,٧٣	٣,٣٢	٢,٦٨	٢,٩٥
الانحراف المعياري	٠,٥٦	٠,٥٢	٠,٤٧	٠,٥٠	٠,٥٥	٠,٣٧
٤- الدرجة الثالثة						
المتوسط الحسابي	٣,١٨	٢,٧٥	٢,٦٥	٣,٢٦	٢,٦٦	٢,٩٠
الانحراف المعياري	.٥٧	٠,٥١	٠,٤٨	٠,٣٥	٠,٤٨	٠,٣٤
٥- الدرجة الرابعة						
المتوسط الحسابي	٣,٢٦	٢,٨٨	٢,٦١	٣,٢٣	٢,٦٤	٢,٩٢
الانحراف المعياري	٠,٤٨	٠,٥٦	٠,٤٣	٠,٣٨	٠,٤١	٠,٢٧
٦- الدرجة الخامسة						
المتوسط الحسابي	٢,٨٣	٣,٢٦	٢,٦٠	٣,٢٠	٢,٩٧	٢,٩٧
الانحراف المعياري	٠,٦٤	٠,٨٤	٠,٤٦	٠,٥١	٠,٧٩	٠,٥٢
٧- عقود						
المتوسط الحسابي	٣,١٨	٢,٦٧	٢,٦١	٣,١١	٢,٦٤	٢,٨٤
الانحراف المعياري	٠,٣٧	٠,٦١	٠,٤٢	٠,٣٤	٠,٦٧	٠,٤٢
قيمة (ف)	٣,١٠	٤,٥٠	٣,٦٥	٢,٩٩	١,٦٢	٣,٩٨
المستوى المعنوي	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,١٤	٠,٠١

ويُلاحَظ من الجدول وجود فروق ذات دلالات إحصائيّة عند مستوى الدلالة ($\alpha < ٠,٠٥$) في متوسطات الاستجابة للفقرات المتعلقة بالمباني وتجهيزاتها، تُعزى للدرجة الوظيفية لأفراد العينة، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة (٣,١٠)، وهي ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدلالة ($\alpha < ٠,٠٥$).

رابعاً – المستشفى:

ويُوضِّح الجدول رقم (٥) نتائج اختبار فرضية الدراسة، التي تتضمن وجود فروق ذات دلالات إحصائيّة في متوسطات الاستجابة للفقرات المتعلقة بمستوى الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية الأردنية، تُعزى للمستشفى ذاته كمكان عمل بالنسبة لأفراد العينة، إذ يُلاحَظ من الجدول وجود فروق ذات دلالات إحصائيّة عند مستوى الدلالة ($\alpha < ٠,٠٥$) في متوسطات الاستجابة للفقرات المتعلقة بمدى ملاءمة المباني وتجهيزاتها، تُعزى لمكان العمل، إذ بلغت قيمة (ف) المحسوبة (١٠,٠٧)، وهي ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدلالة ($\alpha < ٠,٠٥$):

جدول رقم(٥)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ف) للفروق الإحصائيّة تبعاً لمتغير المستشفى لأفراد العينة

مجالات الدراسة الرئيسة / المستشفى	ملاءمة مباني المستشفيات وتجهيزاتها	كفاية الكوادر البشرية وتأهيلها.	ملاءمة وكفاية الأجهزة الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية.	ملاءمة وكفاية الصيدليات والأدوية وفاعليتها.	ملاءمة الإجراءات الإدارية والروتينية.	المجالات مجتمعة
١– البشير						
المتوسط الحسابي	٣,٤٩	٢,٧٦	٢,٦٣	٣,٢٧	٢,٦٥	٢,٩٢
الانحراف المعياري	٠,٢٩	٠,٢٥	٠,١٨	٠,٢٧	٠,٢٥	٠,١٥٦
٢– الزرقاء						
المتوسط الحسابي	٢,٩٤	٢,٦٥	٢,٥٥	٣,٣٤	٢,٢٨	٢,٧٥
الانحراف المعياري	٠,٢٩	٠,٥٢	٠,٣٥	٠,٣٦	٠,٣٢	٠,٢٧
٣– الحسين						
المتوسط الحسابي	٣,٠٤	٢,٨٥	٢,٥١	٣,٣٠	٢,٥٤	٢,٨٥
الانحراف المعياري	٠,٤٤	٠,٣٧	٠,٣٧	٠,١٨	٠,٣٣	٠,٢٣
٤– بسمة						
المتوسط الحسابي	٣,٠٤	٣,٢٥	٢,٨٧	٣,٣٠	٢,٩٣	٣,٠٧
الانحراف المعياري	٠,٨١	٠,٧٠	٠,٤٧	٠,٦١	٠.٥٥	٠,٤٦
٥– بديعة						
المتوسط الحسابي	٣,٧٦	٣,٢٥	٢,٩٦	٣,٢٠	٢,٧٩	٣,١٩
الانحراف المعياري	٠,٦١	٠,٥١	٠,٧١	٠,٥٨	٠,٧٠	٠,٤٥
٦– رحمة						
المتوسط الحسابي	٣,٨٦	٣,٣٣	٣,٠١	٣,٥٩	٣,١٦	٣,٣٥
الانحراف المعياري	٠,٦٣	٠.٥٩	٠,٨٠	٠,٧١	١,٠١	٠,٦٣

مجالات الدراسة الرئيسة / المستشفى	ملاءمة مباني المستشفيات وتجهيزاتها	كفاية الكوادر البشرية وتأهيلها.	ملاءمة وكفاية الأجهزة الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية.	ملاءمة وكفاية الصيدليات والأدوية وفاعليتها.	ملاءمة الإجراءات الإدارية والروتينية.	المجالات مجتمعة
٧- المفرق						
المتوسط الحسابي	٣,٣٥	٢,٣٧	٢,٦٧	٣,٣١	٢,٨٢	٢,٩٠
الانحراف المعياري	٠,٤١	٠,٥٤	٠,٤٢	٠,٣٢	٠,٣٨	٠,٣١
٨- جرش						
المتوسط الحسابي	**٣,١٤**	**٢,٥٦**	**٢,٥٠**	**٣,١٨**	**٢,٤٢**	**٢,٧٦**
الانحراف المعياري	**٠,٤٩**	**٠,٤٣**	**٠,٤٦**	**٠,٣٦**	**٠,٣٥**	**٠,٣٠**
٩- الإيمان						
المتوسط الحسابي	٢,٩٨	٢,٥٨	٢,٢٧	٣,١٢	٢,٥٠	٠,٦٩
الانحراف المعياري	٠,٤٦	٠,٣٩	٠,٤٣	٠,٣٧	٠,٢٧	٠,٣٠
١٠- النديم						
المتوسط الحسابي	٣,٣٢	٢,٩٠	٢,٧٢	٣,٢٧	٢,٧١	٢,٩٨
الانحراف المعياري	٠,٢٧	٠,٢٧	٠,٢٣	٠,٢٤	٠,٢٦	٠,١٨
١١- الكرك						
المتوسط الحسابي	٣,٥٤	٢,٣٣	٣,٢٦	٣,٢٣	٢,٨٧	٣,٠٤
الانحراف المعياري	٠,٣٧	٠,٢٦	٠,٢٣	٠,١٩	٠,٤٠	٠,١٧
١٢- معان						
متوسط حسابي	٣,١٦	٣,٢٢	٣,٠١	٣,٠٨	٣,٢٦	٣,١٥
انحراف معياري	٠,٧٥	٠,٣٨	٠,٦٩	٠,٧٤	٠,٩٠	٠,٤٧
قيمة (ف)	١٠,٠٦	١٣,٨٢	٩,٨٢	١,٧٠	١٠,٣٧	٨,٣٤

خامساً – نوع المستشفى:

ويُوضِّح الجدول رقم (٦) تالياً، وجود فروق ذات دلالات إحصائيّة عند مستوى الدلالة ($\alpha < ٠,٠٥$) في متوسطات الاستجابة للفقرات المتعلقة بالمباني وتجهيزاتها تُعزى لنوع المستشفى من حيث كونه تعليمياً أم غير تعليمي، إذ بلغت قيمة (ت) المحسوبة (٤,٢٩) وهي ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدلالة ($\alpha < ٠,٠٥$). وهذه الفروق لصالح المستشفيات التعليمية، بمتوسط حسابي بلغ (٣,٣٨) و(٣,١٣) للمستشفيات التعليمية والمستشفيات غير التعليمية وعلى التوالي. وهذا يعني أنَّ أفراد العينة، أثناء تقييمهم لمدى ملاءمة المستشفيات من حيث المباني وتجهيزاتها، كانوا يرون أفضلية للمستشفيات التعليمية على غير التعليمية. كما وُجِدَت فروق ذات دلالات إحصائيّة عند مستوى الدلالة ($\alpha < ٠,٠٥$) في متوسطات الاستجابة

للفقرات المتعلقة بالكوادر البشرية تُعزى لنوع المستشفى من حيث كونه تعليمياً أم غير تعليمي.

وقد بلغت قيمة (ت) المحسوبة (٦,٨٩) وهي ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥). وهذه الفروق لصالح المستشفيات التعليمية بمتوسط حسابي بلغ (٣,٠٥) و(٢,٦٧) للمستشفيات التعليمية والمستشفيات غير التعليمية وعلى التوالي. وقد وُجِدَت فروق ذات دلالات إحصائيّة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥) في متوسطات الاستجابة للفقرات المتعلقة بمدى ملاءمة التجهيزات الطبية والنتائج المخبرية، تعزى لنوع المستشفى من حيث كونه تعليمياً أم غير تعليمي، إذ بلغت قيمة (ت) المحسوبة (٣,٥٢)، وهي ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥). وهذه الفروق لصالح المستشفيات التعليمية بمتوسط حسابي (٢,٧٩) و(٢,٦٢) للمستشفيات التعليمية والمستشفيات غير التعليمية وعلى التوالي.

جدول رقم(٦)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) للفروق الإحصائيّة

تبعاً لنوع المستشفى تعليمياً أم غير تعليمي

نوع المستشفى / مجالات الدراسة الرئيسة	تعليمي		غير تعليمي		قيمة	مستوى
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت	المعنوية
ملاءمة مباني المستشفيات وتجهيزاتها.	٣,٣٨	٠,٦٧	٣,١٣	٠,٤٥	٤,٢٩	٠,٠٠١
كفاية الكوادر البشرية وتأهيلها.	٣,٠٥	٠,٥٧	٢,٦٧	٠,٤٧	٦,٨٩	٠,٠٠١
ملاءمة وكفاية الأجهزة الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية.	٢,٧٩	٠,٤٨	٢,٦٢	٠,٤٥	٣,٥٢	٠,٠٠١
ملاءمة وكفاية الصيدليات والأدوية وفاعليتها.	٣,٣١	٠,٥١	٣,٢٦	٠,٣٤	١,١٩	٠,٠٨٥
ملاءمة الإجراءات الإدارية والروتينية.	٢.٨٣	٠,٥٦	٢,٥٧	٠,٤٥	٤,٩٤	٠,٠٠١
المجالات مجتمعة	٣,٠٧	٠,٤٠	٢,٨٥	٠,٢٩	٥,٩٢	٠,٠٠١

كما وُجِدَت أيضا فروق ذات دلالات إحصائيّة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥) في متوسطات الاستجابة للفقرات المتعلقة بالإجراءات الإدارية، تُعزى لنوع المستشفى من حيث كونه تعليمياً أم غير تعليمي، إذ بلغت قيمة (ت) المحسوبة (٤,٩٤)، وهي ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥). وهذه الفروق لصالح المستشفيات التعليمية بمتوسط حسابي بلغ (٢,٨٣) و(٢,٥٧) للمستشفيات التعليمية والمستشفيات غير التعليمية وعلى التوالي.

وكذلك يُلاحَظ من الجدول (٦) وجود فروق ذات دلالات إحصائيّة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥) في متوسطات الاستجابة للفقرات المتعلقة بإجمالي المجالات تحت الدراسة، فيما يتعلق بمستوى الخدمات الصحيَّة تُعزى لنوع المستشفى من حيث كونه تعليمياً أم غير تعليمي، إذ بلغت قيمة (ت) المحسوبة (٥,٩٢) وهي ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥). وهذه الفروق لصالح المستشفيات التعليمية بمتوسط حسابي بلغ (٣,٠٧) و(٢,٨٥) للمستشفيات التعليمية والمستشفيات غير التعليمية وعلى التوالي.

غير أنه لم يوُجدَ فروق ذات دلالات إحصائيّة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥) في متوسطات الاستجابة للفقرات المتعلقة بالصيدليات والأدوية، تُعزى لكون المستشفى تعليمياً أم غير تعليمي. وهذا يعني أنّ أفراد العينة، أثناء تقييمهم للصيدليات والأدوية كانوا يرونها متشابهة في كلٍّ من المستشفيات التعليمية وغير التعليمية.

ويُوضِّح الجدول رقم (٧) تالياً، وجود فروق ذات دلالات إحصائيّة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥) في متوسطات الاستجابة للفقرات المتعلقة بالكوادر البشرية، تُعزى لكون المستشفى تخصصياً أم غير تخصصي، وكما هو مبيّن تالياً:

جدول رقم(٧)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) للفروق الإحصائيّة تبعاً لكون المستشفى تخصصياً أم غير تخصصي

نوع المستشفى / مجالات الدراسة الرئيسة	تخصصي		غير تخصصي		قيمة	مستوى
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت	المعنوية
ملاءمة مباني المستشفيات وتجهيزاتها.	٣,٣٠	٠,٨٤	٣,٢٣	٠,٤٤	١,٠٤	٠,١٥٠
كفاية الكوادر البشرية وتأهيلها.	٣,٢٧	٠,٦٥	٢,٧٠	٠,٤٢	٩,٨٠	*٠,٠٠١
ملاءمة وكفاية الأجهزة الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية.	٢,٩١	٠,٥٨	٢,٦٣	٠,٤٠	٥,٤٠	*٠,٠٠١
ملاءمة وكفاية الصيدليات والأدوية وفاعليتها.	٣,٣٤	٠,٦٣	٣,٢٦	٠,٣٢	١,٥٧	٠,٠٥٨
ملاءمة الإجراءات الإدارية والروتينية.	٢,٩٦	٠,٦٨	٢,٥٩	٠,٤٠	٦,٣٥	*٠,٠٠١
المجالات مجتمعة	٣,١٥	٠,٥١	٢,٨٨	٠,٣٠	٦,٥١	*٠,٠٠١

ويلاحظ من الجدول رقم (٧)أنّ قيمة (ت) المحسوبة قد بلغت (٩,٨٠)، وهي ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥). وهذه الفروق لصالح المستشفيات التخصصية بمتوسط حسابي بلغ مقداره (٣,٢٧) و(٢,٧٠) للمستشفيات التخصصية والمستشفيات غير التخصصية، وعلى التوالي.

وقد وُجِدَت فروق ذات دلالات إحصائيّة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥) في متوسطات الاستجابة للفقرات المتعلقة بمدى ملاءمة المستشفى من حيث التجهيزات الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية، تُعزى لنوع المستشفى من حيث كونه تخصصياً أم غير تخصصي. وقد بلغت قيمة (ت) المحسوبة (٥,٤٠)، وهي ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥). وهذه الفروق لصالح المستشفيات التخصصية بمتوسط حسابي بلغ مقداره (٢,٩١) و(٢,٦٣) للمستشفيات التخصصية والمستشفيات غير التخصصية وعلى التوالي.

كما وُجِدَ أيضاً فروق ذات دلالات إحصائيّة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥) في متوسطات الاستجابة للفقرات المتعلقة بمدى ملاءمة الإجراءات الإدارية، تُعزى لنوع المستشفى من حيث كونه تخصصياً أم غير تخصصي، إذ بلغت قيمة (ت) المحسوبة (٦,٣٥) وهي ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥). وهذه الفروق لصالح المستشفيات التخصصية، بمتوسط حسابي بلغ (٢,٩٦) و(٢,٥٩) للمستشفيات التخصصية والمستشفيات غير التخصصية، وعلى التوالي.

غير أنه لم يتمّ التوصل إلى وجود فروق ذات دلالات إحصائيّة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥) في متوسطات الاستجابة للفقرات المتعلقة بمباني المستشفيات والصيدليات والأدوية، تُعزى لنوع المستشفى من حيث كونه تخصُّصياً أم غير تخصُّصي. وهذا يعني بأن العينة أثناء تقييمهم لهذه الجوانب كانت ترى وجود تشابه في أوضاع المستشفيات التخصصية وغير التخصصية فيما يتعلق بها.

وكذلك يُلاحَظ من الجدول (٧) وجود فروق ذات دلالات إحصائيّة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥) في متوسطات الاستجابة للفقرات المتعلقة بإجمالي المجالات تحت الدراسة، فيما يتعلق بمستوى الخدمات الصحيَّة، تُعزى لكون المستشفى تخصصياً أم غير تخصصي، إذ بلغت قيمة (ت) المحسوبة (٦,٥١)، وهي ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥). وهذه الفروق لصالح المستشفيات التخصصية بمتوسط حسابي (٣,١٥) و(٢,٨٨) للمستشفيات التخصصية والمستشفيات غير التخصصية على التوالي.

سادساً – الخبرة:

ويُوضِّح الجدول رقم (٨) تالياً، نتائج اختبار فرضية الدراسة فيما يتعلق بعامل الخبرة.

جدول رقم(٨)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية و اختبار (ف) للفروق الإحصائيّة تبعاً لمتغير الخبرة لأفراد العينة

الخبرة بالسنوات / مجالات الدراسة الرئيسة	٥ سنوات فأقل		٦ – ١٠سنوات		١١–١٥ سنة		١٦–٢٠ سنة		٢١ سنة فأكثر		قيمة ف	مستوى المعنوية
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
ملاءمة مباني المستشفيات وتجهيزاتها.	٣,١٤	٠,٦٩	٣,٢٣	٠,٥٩	٣,١٥	٠,٥٤	٣,٤٠	٠,٥٤	٣,٤٧	٠,٤٩	٣,٢٥	٠,٠١
كفاية الكوادر البشرية وتأهيلها.	٢,٧٩	٠,٦٥	٢,٩٢	٠,٦٢	٢,٧٩	٠,٥٢	٢,٧٦	٠,٤٥	٣,٢٥	٠,٣١	٣,٢٨	٠,٠١
ملاءمة وكفاية الأجهزة الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية.	٢,٦٣	٠,٥٣	٢,٧٧	٠,٥٢	٢,٦٨	٠,٤٠	٢,٦٨	٠,٤٣	٣,٢٢	٠,٣٥	٥,١٠	٠,٠١
ملاءمة وكفاية الصيدليات والأدوية وفاعليتها.	٣,١٤	٠,٥١	٣,٢٤	٠,٤٨	٣,٣١	٠,٣٥	٣,٣٢	٠,٤٠	٣,٦٠	٠,٣٩	٣,٨٩	٠,٠١.
ملاءمة الإجراءات الإدارية والروتينية.	٢,٧٧	٠,٧٤	٢,٦٧	٠,٥٢	٢,٦٣	٠,٤٦	٢,٧٤	٠,٤٩	٢,٨٧	٣٦.	١,٣٣	٠,٢٦
المجالات مجتمعة	٢,٨٩	٠,٤٧	٢,٩٥	٠,٣٩	٢,٩٠	٠,٣٠	٢,٩٧	٠,٣٤	٢,٢٨	٠,٢٦	٣,٩٤	٠,٠١

ويُلاحَظ من الجدول رقم (٨) وجود فروق ذات دلالات إحصائيّة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥) في متوسطات الاستجابة للفقرات المتعلقة بمدى ملاءمة المباني وتجهيزاتها، تُعزى لخبرة أفراد العينة، إذ بلغت قيمة (ف) المحسوبة (٣,٢٥)، وهي ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥).

٤. ملخص آثار المتغيّرات الديموغرافيّة:

يُوضّح الجدول (٩)، ملخصاً لآثار المتغيرات الديموغرافية لأفراد العينة على المجالات الرئيسة للدراسة، وذلك من خلال إظهار الارتباط بين كل من هذه العوامل وكلٍّ من تلك المجالات، وبالتالي المجالات مجتمعة. وقد تم تناول هذه العلاقات بالتعليق والتحليل فيما سبق من هذا الفصل. وذلك بالاعتماد على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية. ويُلاحَظ من خلال مقارنة النتائج المتعلقة بمعاملات الارتباط، وتلك المتعلقة بالمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، أنها تتماشى مع بعضها البعض، وأنها تؤيّد بعضها بعضاً، ممّا يعني جديّة أفراد العينة في الإجابة. ومما يدعم – أيضاً – مسار هذه الدراسة.

جدول رقم (٩)

معاملات الارتباط بين المتغيرات الديموغرافية ومستوى الخدمات الصحيَّة

في المستشفيات الحكومية بمختلف أنواعها

العوامل الديموغرافية / مجالات الدراسة الرئيسة	المسمى الوظيفي	الدرجة	المستشفى	نوع المستشفى		الخبرة	المستوى التعليمي
				تعليمي/ غير تعليمي	تخصصي/ غير تخصصي		
ملاءمة مباني المستشفيات وتجهيزاتها.	٠,١٤*	٠,١١*	٠,٠٤	٠,٢١*	-٠,٠٥	٠,١٣*	٠,٠٧
كفاية الكوادر البشرية وتأهيلها.	٠,١٣*	٠,١١*	-٠,٠٧	-٠,٣٣*	-٠,٤٥*	٠,٠٠	٠,١١
ملاءمة وكفاية الأجهزة الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية.	٠,١٨*	٠,١٩*	٠,١٥*	-٠,١٧*	-٠,٢٧*	٠,١٠	٠,٠٨
ملاءمة وكفاية الصيدليات والأدوية وفاعليتها.	٠,١٧*	٠,١٨*	-٠,٠٧	-٠,٠٦	٠,٠٨	٠,١٧*	٠,٠٠
ملاءمة الإجراءات الإدارية والروتينية.	٠,٠٩	-٠,٠٨	٠,١٧	-٠,٢٤*	-٠,٣١*	٠,٠٣	٠,٠٥
المجالات مجتمعة	٠,١٩*	٠,١٠	٠,٠٦	-٠,٢١*	-٠,٣٢*	٠,١١*	٠,١١*

• ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥).

ويُوضّح الجدول نتائج اختبار فرضية الدراسة، إذ يتبيّن من الجدول (٩) وجود تأثير على مجالات الدراسة لكل من عوامل المُسمّى الوظيفي، والدرجة، واسم المستشفى، ونوع المستشفى، من حيث كونه تعليمياً أم غير تعليمي، أو تخصُّصياً أم غير تخصُّصي، وأخيراً الخبرة.

ويتبيّن من الجدول رقم (٩) عدم وجود علاقات ارتباط عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥) بين المستوى التعليمي وأي من المجالات المبحوثة فرادى، غير أنه تبيّن وجود علاقة ارتباط موجبة بين هذا التغير وإجمالي المجالات المبحوثة، والمُعبِّرة عن مستويات الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية الأردنية بمعامل ارتباط بلغ مقداره (٠,١١). وهذا يتماشى أيضاً مع ما ذهبت إليه نتائج الدراسة السابقة بهذا الخصوص.

وتبيّن كذلك من الجدول رقم (٩) وجود علاقة ارتباط موجبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥) بين كل من المُسمّى الوظيفي والمجالات المبحوثة جميعاً باستثناء ملاءمة الإجراءات الروتينية. فقد بلغ معامل الارتباط بالنسبة لملاءمة مباني المستشفيات وتجهيزاتها (٠,١٤)، وبالنسبة لكفاية الكوادر البشرية وتأهيلها (٠,١٣) وبالنسبة لملاءمة الصيدليات وكفايتها والأدوية وفعاليتها (٠,١٧). كذلك تبيّن وجود علاقة

ارتباط موجبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥)، بين المُسمّى الوظيفي وإجمالي المجالات المبحوثة، إذ بلغ معامل الارتباط (٠,١٩) وهذه العلاقات الموجبة تعني أنه كلما تقدمت الدرجة الوظيفية، كان رأي أفراد العينة بخصوص هذه المجالات إيجابياً أكثر، وتماشى هذا مع نتائج الدراسة السابقة بهذا الخصوص، وهذا مؤشر انحياز من قبل أفراد العينة الذين يتبؤون المواقع الإدارية المختلفة في المستشفيات المبحوثة.

كذلك تبيّن من الجدول رقم (٩) وجود علاقة ارتباط موجبة، ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥) بين الدرجة الوظيفية لأفراد العينة وجميع المجالات المبحوثة، باستثناء ملاءمة الإجراءات الإدارية. وهذه نتيجة مطابقة لتلك التي تم والتوصل إليها عند تناول المُسمّى الوظيفي آنفاً، وعند تناول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وقد بلغ معامل الارتباط لملاءمة المباني في المستشفيات وتجهيزاتها (٠,١١)، ولكفاية الكوادر البشرية وتأهيلها (٠,١١) وملاءمة الأجهزة الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية وكفايتها (٠,١٩)، وملاءمة الصيدليات وكفايتها والأدوية وفعاليتها (٠,١٨) وهذا يعني أنه كلما ارتفعت الدرجة الوظيفية لأفراد العينة، كانوا يرون هذه المجالات أكثر ملاءمة مما يرى باقي أفراد العينة في الدرجة الأدنى. وهذا يتماشى مع ما ذهبت إليه فرضية الدراسة بهذا الخصوص، وهذا أيضاً مؤشر انحياز من قبل أفراد العينة مصدره تغير الدرجات الوظيفية من الدنيا إلى العليا.

ويلاحظ هنا أيضاً وعدم ظهور مثل هذه العلاقة مع ملاءمة الإجراءات الإدارية والروتينية التي تمثل انعكاساً مباشراً للإدارة، والدرجات العليا. ولكن هذا الرجوع إلى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في جدول (٤)، فقد بلغت جميع المتوسطات الحسابية بهذا الخصوص مستويات متوسطة. كما أن جميع الانحرافات المعيارية كانت تشير إلى إجماع نسبي حول هذا المجال، وبالتالي فإن تغير الدرجات الوظيفية لم يكن ليغير من إجابات أفراد العينة بصورة تشكل أهمية معنوية بالنسبة لهذه الدراسة.

ويتبيّن من الجدول رقم (٩) وجود علاقة ارتباط موجبة تبيّن اسم المستشفى لمكان عمل بالنسبة لأفراد العينة، وملاءمة كفاية الأجهزة الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية بمعامل ارتباط بلغ (٠,١٥)، وهذا يؤيد ما ذهبت إليه النتائج السابقة لهذه الدراسة من وجوه تأثير لهذا المتغير في إجابة أفراد العينة على أداة الدراسة المستخدمة، إلا أن طبيعة هذا التأثير لا يمكن تفسيرها بشكل دقيق ضمن تصور الدراسة الحالي، وذلك عائد إلى كون هذا المتغير غير تفاضلي، وإنما يعود ذلك إلى كيفية ترتيب المستشفيات في أداة الدراسة، والطريقة التي تم ترميزها بها، وتناولها في التحليل الإحصائي بواسطة الحاسوب، غير أن هذا يتماشى مع ما ذهبت إليه فرضية الدراسة القائلة بوجود تأثير لهذا المتغير، حتى وإن لم يكن هذا التأثير واضحاً.

وفيما يتعلق بنوع المستشفى، فلقد تم تقسيم ذلك إلى جانبين، تعليمي وغير تعليمي، وتخصُّصي وغير

تخصُّصي. أما ما يخص الجانب الأول، فلقد بين الجدول (٩) وجود علاقة ارتباط سالبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥) بين نوع المستشفى من حيث كونه تعليمياً أن غير تعليمي، والمجالات المبحوثة جميعاً باستثناء ملاءمة وكفاية الصيدليات والأدوية وفعاليتها، فقد بلغ معامل الارتباط لملاءمة مباني المستشفيات وتجهيزاتها (٠,٢١) ولكفاية الكوادر البشرية وتأهيلها (٠,٣٣)، ولملاءمة وكفاية الأجهزة الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية (٠,١٧)، وملاءمة الإجراءات الإدارية والروتينية (٠,٢٤).

كذلك تبيّن وجود علاقة ارتباط سالبة عند مستويات الدلالة (α < ٠,٠٥) بين كون المستشفى تعليمياً وغير تعليمي، وإجمالي المجالات المبحوثة مجتمعة، بلغ معامله (٠,٢١)، وهذا يعني أن أفراد عينة المستشفيات غير التعليمية كانوا يرون مجالات الدراسة المبحوثة، ومستوى الخدمات الصحية إجمالاً، أقل مما يراها باقي أفراد العينة في المستشفيات التعليمية. وتتفق هذه النتيجة مع ما ذهبت إليه فرضية الدراسة بهذا الخصوص. وأيضاً مع النتائج السابقة التي توصلت إليها هذه الدراسة.

أما في جانب كون المستشفى تخصُّصياً أم غير تخصّصي، فقد تبيّن من الجدول (٩) وجود علاقة ارتباط سالبة عند مستوى الدلالة (α < – ٠,٠٥) بين نوع المستشفى من حيث كونه تخصُّصياً أم غير تخصُّصي وكل من كفاية الكوادر البشرية وتأهيلها بمعامل ارتباط بلغ مقداره (٠,٤٥)، وملاءمة الأجهزة الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية وكفايتها، بمعامل ارتباط بلغ مقداره (٠,٢٧)، وملاءمة الإجراءات الإدارية بمعامل ارتباط بلغ مقداره (٠,٣١). كما تبيّن وجود علاقة ارتباط سالبة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥)، بين كون المستشفى تخصُّصياً أم غير تخصُّصي، وإجمالي المجالات المبحوثة، بلغ معامله (٠,٣٢). وهذا يعني أن أفراد العينة في المستشفيات غير التخصُّصية، كانوا يرون مجالات الدراسة المبحوثة ، ومستوى الخدمات الصحية إجمالاً، أقل مما يراها باقي أفراد العينة في المستشفيات غير التخصُّصية. وهذه نتيجة تتفق مع ما ذهبت إليه فرضية الدراسة بهذا الخصوص. وأيضاً مع النتائج السابقة التي توصلت إليها هذه الدراسة.

أما فيما يتعلق بمتغير الخبرة، فقد بين الجدول رقم (٤٣-٣) وجود علاقة ارتباط موجبة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥) بين متغير الخبرة وكل من ملاءمة مباني المستشفيات وتجهيزاتها بمعامل ارتباط بلغ (٠,١٣) وملاءمة الصيدليات وكفايتها والأدوية بمعامل ارتباط بلغ (٠,١٧).

كذلك يتبيّن وجود علاقة ارتباط موجبة عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥) بين متغير الخبرة وإجمالي المجالات المبحوثة التي تعبر عن مستويات الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية الأردنية، بمعامل ارتباط بلغ (٠,١١). وهذا يعني أن أفراد العينة، وكلما زادت خبرتهم كانوا يرون أن مباني المستشفيات وتجهيزاتها وملاءمة الصيدليات وكفايتها والأدوية وفعاليتها أفضل مما يراها باقي أفراد العينة ذات الخبرة الأقل. كذلك فإنهم وكلما زادت خبرتهم، كانوا يرون مستوى الخدمات الصحية إجمالاً، أفضل مما يراه باقي أفراد العينة من

ذات الخبرة الأقل، وهذا يتماشى مع ما ذهبت إليه فرضية الدراسة بهذا الخصوص. كذلك يتفق مع النتائج السابقة التي توصلت إليها هذه الدراسة.

مناقشة النتائج والتوصيات

١. النتائج:

نتيجة لإجابات أفراد العينة على أداة الدراسة، وبعد التحليل والمناقشة للنتائج الإحصائية، فقد كانت نتائج الدراسة على النحو التالي:

أ : النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة:

كانت المتوسطات الحسابية المتعلّقة بجميع مجالات الدراسة متوسطةً، فقد بلغ المتوسط الحسابي فيما يتعلّق بمدى ملاءمة مواقع المستشفيات ومساحاتها ونظافتها وتوافر الخدمات الحيوية فيها، (٣,٢٤)، بانحراف معياري قدره (٠,٥٨).

وفيما يتعلق بمجال الدراسة الثاني والمتضمن آراء أفراد العينة حول كفاية الكوادر البشرية العاملة في المستشفيات وتأهيلها، بلغ المتوسط الحسابي (٢,٨٤)، بانحراف معياري قدره (٠,٥٥).

أمّا فيما يتعلق بمجال الدراسة الثالث والمتضمن آراء أفراد العينة حول كفاية التجهيزات الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية في المستشفيات، فقد بلغ المتوسط الحسابي (٢,٧٠)، بانحراف معياري قدره (٠,٤٧).

وفيما يتعلق بمجال الدراسة الرابع والمتضمن آراء أفراد العينة حول مدى ملاءمة خدمات الصيدليات وكفاية وفعالية الأدوية فيها، بلغ المتوسط الحسابي (٣,٢٩)، بانحراف معياري قدره (٠,٤٣).

أمّا فيما يتعلق بمجال الدراسة الخامس والمتضمن آراء أفراد العينة حول تأثير الإجراءات الإدارية في مستوى الخدمات الصحية في المستشفيات، فقد بلغ المتوسط الحسابي (٢,٦٩)، بانحراف معياري قدره (٠,٥٢). وتشير النتائج السالفة الذكر إلى أن إجابات أفراد العينة على فقرات الاستبانة المتعلقة بهذه المجالات جميعاً كانت متقاربة جداً، لدرجة تبلغ الإجماع النسبي لعدم وجود تشتت يذكر فيها.

ب: النتائج المتعلقة بفرضية الدراسة:

١. تمّ التوصل إلى وجود فروق ذوات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥) بين المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد العينة حول مستوى الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية الأردنية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لهم فيما يتعلق بمدى ملاءمة الإجراءات الإدارية في المستشفى، وذلك بين المتوسط

الحسابي لفئة (الاختصاص) والمتوسط الحسابي لفئة (الدراسات العليا)، فقد بلغت قيمة (ف) (٢,٦٤)، وقد كانت الفروق لصالح فئة الاختصاص، وهذا يعني أن أفراد العينة في هذه الفئة كانوا ينظرون إلى الإجراءات الإدارية في المستشفيات الحكومية الأردنية، وكما هي في الواقع، بإيجابية أكثر من باقي الأفراد في فئة (الدراسات العليا). وقد يكون السبب وراء وجود هذه الفروق الإحصائيّة، ولا سيّما فيما يتعلّق بالإجراءات الإداريّة، هو أن غالبيّة شاغلي المواقع الإداريّة في المستشفيات هم من حملة مؤهلات الاختصاص، وينطبق هنا ما أُشير إليه من تعليل حول متغيِّر العمر، إذ إنّ إظهار أيِّ خلل أو نقص سيُرَدُّ إلى عدم كفاءتهم ، أو إلى إهمالٍ أو تقصيرٍ من جانبهم، وهذا أيضاً مؤشِّر انحياز وعدم موضوعيّة.

أما بالنسبة لإجمالي مستوى الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية الأردنية وباقي مجالات الدراسة الأربعة وهي ملاءمة مباني المستشفيات وتجهيزاتها، وكفاية وتأهيل الكوادر البشرية، وملاءمة التجهيزات الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية وكفايتها، وملاءمة الصيدليات وكفايتها والأدوية وفعاليتها، فلم يتم التوصل إلى أي فروق ذوات دلالات إحصائية في إجابات أفراد العينة حولها تعزى المتغير المستوى التعليمي، وهذه النتيجة تؤكد التعليل الذي ذهبت إليه الدراسة فيما تقدَّم حول ظهور فروق إحصائيّة فيما يتعلّق بالإجراءات الإداريّة واعتبارها مؤشِّر انحياز، إذ إنّها لم تظهر – أي الفروق الإحصائية – فيما يتعلّق بمتغيِّر المستوى التعليمي إلاّ في مجال الإجراءات الإداريّة فقط.

٢. تم التوصل إلى وجود فروق ذوات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha < ٠,٠٥$) بين المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد العينة حول مستوى الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية الأردنية لمتغير (المسمى الوظيفي)، وقد لوحظ أنه كلّما ارتفع المسمّى الوظيفي، كانت إجابات أفراد العينة تدلّ على رضىً أكبر عن المجالات المبحوثة، ، وينطبق هنا أيضاً ما أُشير إليه من تعليل حول متغيِّري العمر، والمستوى التعليمي، إذ إنه كلّما ارتفع المسمّى الوظيفي كانت المسؤوليّة أكبر، وبالتالي فإنّ إظهار أيِّ خلل أو نقص سيُرَدُّ إلى عدم كفاءتهم ، أو إلى إهمالٍ أو تقصيرٍ من جانبهم، وهذا أيضاً مؤشِّر انحياز وعدم موضوعيّة.

٣. تم التوصل إلى وجود فروق ذوات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha < ٠,٠٥$) بين المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد العينة حول مستوى الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية الأردنية تعزى لمتغير (الدرجة الوظيفية) لهم، وقد لوحظ أيضاً أنه كلّما ارتفعت الدرجة الوظيفية، كانت إجابات أفراد العينة تدلّ على رضىً أكبر عن المجالات المبحوثة، وينطبق هنا أيضاً ما أُشير إليه من تعليل حول متغيِّرات العمر والمستوى التعليمي والمسمّى الوظيفي، إذ إنه كلّما ارتفعت الدرجة الوظيفية كانت المسؤوليّة أكبر، وبالتالي فإنّ إظهار أيِّ خلل أو نقص سيُرَدُّ إلى عدم كفاءتهم ، أو إلى إهمالٍ أو تقصيرٍ من جانبهم، وهذا أيضاً مؤشِّر انحياز وعدم موضوعيّة.

٤. تم التوصل إلى وجود فروق ذوات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥) بين المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد العينة فيما يتعلق بمتغير المستشفى، كما كان لعمل كل منهم، وكان ذلك على النحو التالي:

فيما يتعلق بملاءمة مباني المستشفيات وتجهيزاتها،بلغت قيمة (ف) (١٠,٠٧)، وتم التوصل إلى فروق ذوات دلالات إحصائية بين مستشفى الزرقاء وكل من مستشفيات (الإيمان، والأميرة بسمة، والحسين، وجرش، ومعان، والنديم، والمفرق، والبشير)، لصالح مستشفى الزرقاء. وبين مستشفى الأميرة بديعة وكل من مستشفيات (الزرقاء، والإيمان، والأميرة بسمة، والحسين، وجرش) لصالح مستشفى الأميرة بديعة. وبين مستشفى الكرك وكل من مستشفيات (الزرقاء والإيمان، والأميرة بسمة، والحسين، وجرش)، لصالح مستشفى الكرك. وبين مستشفى البشير وكل من مستشفيات (الزرقاء، الإيمان، الأميرة بسمة، الحسين، والمفرق) لصالح مستشفى البشير. وهذا يعني أن أفراد العينة في كل من مستشفيات الزرقاء والأميرة بديعة، والكرك، والبشير، كانوا ينظرون إلى ملاءمة مباني مستشفياتهم، وتجهيزاتها، كما هي في الواقع، بإيجابية أكثر من الأفراد في المستشفيات الأخرى التي تثبت وجود هذه الفروق معها عند المقارنة كما في أعلاه. وقد يكون مردّ ذلك إلى ظروف كلّ مستشفىً من هذه المستشفيات، فمستشفى الزرقاء يقع في مكان بعيد نسبيّاً عن ازدحام مركز المدينة، وهو من المستشفيات الكبرى في الأردن الذي يقوم عدد كبير من المواطنين بمراجعته، وبالتالي فإنّ الاهتمام به وبتجهيزاته تأخذ أولويّة كبرى لدى وزارة الصحة لتلبية احتياجات هذا العدد الكبير من المواطنين بكفاءة وفاعليّة وسرعة تلائم ضغط العمل في هذا المستشفى.

ومستشفى الأميرة بديعة، فهو أيضاً يقع في مكان بعيد عن ازدحام وضوضاء مركز مدينة إربد، كما أنه مستشفى تعليمي وتخصصي في ذات الوقت ممّا يعطيه خصوصيّة وأولويّة من قبل وزارة الصحة لتُعنى بتجهيزاته ليقوم بتقديم خدماته بمستوى يتناسب مع خصوصيّته هذه.

أمّا مستشفى الكرك، فهو من أحدث المستشفيات الحكوميّة في الأردن، وبالتالي فإنه قد تمّ اختيار موقعه بعناية – بصورة نسبيّة، كذلك تمّ تزويده بتجهيزات حديثة تناسب طبيعة الفترة الزمنيّة التي تمّ إنشاؤه فيها.

وأمّا مستشفى البشير فهو المستشفى الحكومي الأكبر في الأردن، وهو المستشفى المركزي في ذات الوقت لجميع المواطنين الأردنيين، وبالتالي فهو المستشفى الذي يُعَوَّلُ عليه في الحالات الاضطراريّة والصعبة، لذلك فإنّ تجهيزاته يجب أن تكون على مستوى طبيعة وحجم عمله، زيادة على كونه يقع أيضاً في مكان بعيد عن ازدحام وضوضاء مركز المدينة، وإن كان وجوده في جبل الأشرفيّة قد جعل من المنطقة بؤرة تجمّع وازدحام من قبل المواطنين، إلاّ أن طبيعة الخدمات المتوافرة في المنطقة، والحيِّز الذي يشغله المستشفى، وسعة المساحات

المختلفة فيه، كلٌ هذه العوامل تجعل منه مستشفىً ملائماً من حيث طبيعة المباني فيه.

وفيما يتعلق بكفاية الكوادر البشرية وتأهيلها، بلغت قيمة (ف) (١٣,٨٢) وتم التوصل إلى فروق ذوات دلالات إحصائية بين مستشفى الأميرة رحمة وكل من مستشفيات (البشير وجرش والإيمان والزرقاء، والحسين، والنديم) لصالح مستشفى الأميرة رحمة. وبين مستشفى معان وكل من مستشفيات (البشير، وجرش، والمفرق، والإيمان، والزرقاء، والنديم)، لصالح مستشفى معان. وبين مستشفى الزرقاء وكل من مستشفيات (البشير والمفرق) لصالح مستشفى الزرقاء. وهذا يعني أن أفراد العينة في كل من مستشفيات الأميرة رحمة، ومعان، والزرقاء، كانوا ينظرون إلى كفاية الكوادر البشرية وتأهيلها في مستشفياتهم، وكما هي في الواقع، بإيجابية أكثر من الأفراد في المستشفيات الأخرى التي ثبت وجود الفروق معها عند المقارنة كما في أعلاه. ويمكن تفسير هذه النتائج بناءً على كون مستشفى الأميرة رحمة مستشفىً تعليميٌ وتخصُّصيّ، وعلى كون مستشفى الأميرة بسمة من أكبر المستشفيات في الأردن، وهو تعليميٌّ في ذات الوقت، ومستشفى الزرقاء أيضاً من أكبر المستشفيات في الأردن، وهذه الخصوصيّات بالنسبة لهذه المستشفيات تجعل وزارة الصحة توليها اهتماماً فيما يتعلّق بكفاية في الكوادر البشرية وتأهيلها، أمّا بالنسبة لمستشفى معان فقد تكون النتائج حقيقيّة، وقد يكون السبب وراء ظهورها هو أنّ معظم العاملين في المستشفى هم من أبناء المنطقة نفسها، وبالتالي تجمعهم صلات القربى التي قد تكون دافعاً للانحياز تجاههم.

وفيما يتعلق بملاءمة وكفاية التجهيزات الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية، فقد بلغت قيمة (ف) (٨,٨٢)، وتم التوصل إلى وجود فروق ذوات دلالات إحصائية بين مستشفى الكرك وكل من مستشفيات (البشير وجرش، والمفرق، والإيمان، والزرقاء، والنديم، والأميرة بسمة) لصالح مستشفى الكرك، إذ إنّ مستشفى الكرك هو الأحدث بين هذه المستشفيات. وبين مستشفى الأميرة رحمة وكل من مستشفيات (البشير وجرش، والإيمان، والزرقاء)، لصالح مستشفى الأميرة رحمة، إذ إنّ مستشفى الأميرة رحمة هو الوحيد بين هذه المستشفيات من حيث كونه تعليميّاً وتخصُّصيّاً في ذات الوقت. وبين مستشفى الأميرة بديعة وكل من مستشفيات (جرش، والإيمان، والزرقاء)، لصالح مستشفى الأميرة بديعة، إذ إنّ مستشفى الأميرة بديعة هو الوحيد بين هذه المستشفيات من حيث كونه تعليميّاً وتخصُّصيّاً في ذات الوقت أيضاً. وبين مستشفى الأميرة بسمة وكل من مستشفيات (البشير، وجرش، والإيمان، والزرقاء) لصالح مستشفى الأميرة بسمة، إذ إنّ مستشفى الأميرة بسمة هو من المستشفيات الكبرى وهو تعليميٌّ أيضاً. وبين مستشفى النديم ومستشفى الإيمان لصالح مستشفى النديم، حيث يمكن أن يكون السبب وراء ذلك هو أنّ مستشفى النديم قد تمّ شراؤه من القطاع الخاص الذي يُعنى بالمنافسة والتحديث. وبين مستشفى المفرق ومستشفى الإيمان لصالح مستشفى المفرق، إذ إنّ مستشفى المفرق أكبر حجماً وأكثر تغطيةً من مستشفى الإيمان، إضافةً إلى أنه شهد مؤخراً

تحديثات هامة في بعض تجهيزاته. وبين مستشفى البشير ومستشفى الإيمان لصالح مستشفى البشير، إذ إنّ مستشفى البشير أكبر حجماً وأكثر تغطيةً من مستشفى الإيمان، إضافةً إلى أنه يشهد باستمرار تحديثات هامة في بعض تجهيزاته. وهذا يعني بأن الأفراد في كل من مستشفيات الكرك، ومع أن، والأميرة رحمة، والأميرة بديعة، والأميرة بسمة، والنديم، والمفرق، والبشير، كانوا ينظرون إلى ملاءمة وكفاية التجهيزات الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية في مستشفياتهم، كما هي في الواقع بإيجابية أكثر من الأفراد في المستشفيات الأخرى التي تمت المقارنة معها، كما في أعلاه.

أما فيما يتعلق بملاءمة وكفاية الصيدليات والأدوية وفعاليتها، فقد بلغت قيمة (ف) (١,٧٠)، وتم التوصل إلى وجود فروق ذوات دلالات إحصائية بين مستشفى الأميرة رحمة وكل من مستشفيات (البشير، والإيمان، والحسين، والأميرة بسمة)، لصالح مستشفى الأميرة رحمة، إذ إنّ مستشفى الأميرة رحمة هو الوحيد بين هذه المستشفيات من حيث كونه تعليميّاً وتخصُّصيّاً في ذات الوقت. ولم يتم التوصل إلى غيرها. وهذا يعني أن أفراد العينة في مستشفى الأميرة رحمة كانوا ينظرون إلى هذا المجال، كما هو في الواقع، بإيجابية أكثر من باقي الأفراد في مستشفيات (البشير، والإيمان، والحسين، والأميرة بسمة).

وأما فيما يتعلق بمدى ملاءمة الإجراءات الإدارية والروتينية، فقد بلغت قيمة (ف) (١٠,٣٧)، وتم التوصل إلى فروق ذوات دلالات إحصائية بين مستشفى الأميرة رحمة وكل من مستشفيات (الزرقاء، وجرش، والإيمان، والحسين، والبشير، والنديم) لصالح مستشفى الأميرة رحمة، إذ إنّ مستشفى الأميرة رحمة هو الوحيد بين هذه المستشفيات من حيث كونه تعليميّاً وتخصُّصيّاً في ذات الوقت. وبين مستشفى الزرقاء وكل من مستشفيات (الحسين، والبشير، والنديم، والأميرة بديعة، والمفرق)، لصالح مستشفى الزرقاء. وهذا يعني أن أفراد العينة في كل من مستشفى الأميرة رحمة، ومستشفى الزرقاء، كانوا ينظرون إلى مدى ملاءمة الإجراءات الإدارية والروتينية في مستشفياتهم، وكما هي في الواقع، بإيجابية أكثر من باقي الأفراد في المستشفيات الأخرى، التي ثبت وجود الفروق عند المقارنة معها، كما في أعلاه.

وفيما يتعلق بمستوى الخدمات الصحية إجمالاً في المستشفيات الحكومية الأردنية، فقد بلغت قيمة (ف) (٨,٣٤)، وتم التوصل إلى وجود فروق ذوات دلالات إحصائية بين مستشفى الأميرة رحمة وكل من مستشفيات (الإيمان، والزرقاء، وجرش، والحسين، والمفرق والبشير، والأميرة بسمة)، لصالح مستشفى الأميرة رحمة. وبين مستشفى الأميرة بديعة وكل من مستشفيات (الإيمان، والزرقاء، وجرش والحسين)، لصالح مستشفى الأميرة بديعة. وبين مستشفى الأميرة بسمة وكل من مستشفيات (الإيمان، والزرقاء، وجرش، والحسين)، لصالح مستشفى الأميرة بسمة. وبين مستشفى معان وكل من مستشفيات (الإيمان، والزرقاء)،

لصالح مستشفى معان. وبين مستشفى الكرك وكل من مستشفيات (الإيمان، والزرقاء) لصالح مستشفى الكرك. وبين مستشفى البشير وكل من مستشفيات (الإيمان، والزرقاء)، لصالح مستشفى البشير. وهذا يعني أن أفراد العينة في كل من مستشفيات (الأميرة رحمة، والأميرة بديعة، والأميرة بسمة، ومعان، والكرك، والبشير)، كانوا ينظرون إلى إجمالي مستوى الخدمات الصحية في مستشفياتهم، وكما هي في الواقع، بإيجابية أكثر من الأفراد في باقي المستشفيات التي ثبت وجود فروق عند المقارنة معها، كما في أعلاه. ويمكن أن تُعزى الأسباب وراء هذه النتائج إلى خصوصيّة كل من المستشفيات التي تمّ ذكرها آنفاً، والتي جعلتها متميِّزةً عن غيرها عند إجراء المقارنة بينها.

هذا ويلاحظ أن كلاً من مستشفيات الإيمان والحسين وجرش لم تتميز في أي من المجالات المبحوثة إطلاقاً وفي أي مقارنة تمت، مما يعني أن هذه المستشفيات – حسب رأي أفراد العينة – تعاني من مشاكل شاملة فيما يتعلق بالمجالات المبحوثة.

٥. تم التوصل إلى وجود فروق ذوات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥) بين المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد العينة تعزى لمتغير نوع المستشفى من حيث كونه تعليمياً أم غير تعليمي. وذلك بين المستشفيات التعليمية والمستشفيات غير التعليمية في كل من مجالات الدراسة جميعاً باستثناء الفقرات المتعلقة بكفاية وملاءمة الصيدليات والأدوية وفعاليتها، حيث بلغت قيمة (ت) (٤,٢٩) و(٦,٨٩) و(٣,٥٢) و(٤,٩٤) و(٥,٩٢) على التوالي بالنسبة لهذه المجالات جميعاً، وقد كانت هذه الفروق جميعاً لصالح المستشفيات التعليمية. كما وجدت فروق ذوات دلالات إحصائية بين المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة في المستشفيات التعليمية والمتوسط الحسابي لأفراد العينة في المستشفيات غير التعليمية فيما يتعلق بإجمالي مستوى الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية الأردنية، وقد كان هذا الفرق لصالح المستشفيات التعليمية. وهذا يعني أن أفراد العينة العاملين في المستشفيات التعليمية كانوا ينظرون إلى المجالات المبحوثة وبشكل إفرادي ومستوى الخدمات الصحية بشكل إجمالي بإيجابية أكثر من الأفراد العاملين في المستشفيات غير التعليمية.

٦. تم التوصل إلى وجود فروق ذوات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥) بين المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد العينة تعزى لمتغير نوع المستشفى من حيث كونه تخصصياً أم غير تخصصي، وذلك بين المستشفيات التخصصية والمستشفيات غير التخصصية في كل من مجالات الدراسة جميعاً، إذ بلغت قيمة (ت) (٩,٨٠) و(٥,٤٠) و(٦,٣٥) و(٦,٥١) على التوالي بالنسبة لهذه المجالات (باستثناء الفقرات المتعلقة بملاءمة المباني، وكفاية وملاءمة الصيدليات والأدوية وفعاليتها)، وقد كانت هذه الفروق جميعاً لصالح المستشفيات التخصصية. كما وجدت فروق ذوات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة

(α < ٠,٠٥) بين المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة في المستشفيات التخصصية والمتوسط الحسابي لأفراد العينة في المستشفيات غير التخصصية فيما يتعلق بإجمالي مستوى الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية الأردنية، حيث بلغت قيمة (ت) (٦,٥١)، وقد كان هذا الفرق لصالح المستشفيات التخصصية، وهذا يعني أن أفراد العينة العاملين في المستشفيات التخصصية كانوا ينظرون إلى المجالات المبحوثة وبشكل إفرادي ومستوى الخدمات الصحية بشكل إجمالي بإيجابية أكثر من الأفراد العاملين في المستشفيات غير التخصصية.

٧. تم التوصل إلى وجود فروق ذوات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة (α < ٠,٠٥) بين المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد العينة تعزى لمتغير (الخبرة) فيما يتعلق بمدى ملاءمة مباني المستشفيات وتجهيزاتها، وقد لوحظ هنا أيضاً أنه كلّما زادت الخبرة في مجال العمل، كانت إجابات أفراد العينة تدلّ على رضىً أكبر عن المجالات المبحوثة، ، وينطبق هنا أيضاً ما أُشير إليه من تعليل حول متغيِّرات العمر والمستوى التعليمي والمسمّى الوظيفي والدرجة الوظيفيّة، حيث أنه كلّما ارتفعت الخبرة في مجال العمل، كانت الدرجة الوظيفيّة أكبر، وكانت المسؤوليّة أكبر، وبالتالي فإنّ إظهار أيِّ خلل أو نقص سيُرَدُّ إلى عدم كفاءتهم ، أو إلى إهمالٍ أو تقصيرٍ من جانبهم، وهذا أيضاً مؤشِّر انحياز وعدم موضوعيّة.

ب. التوصيات:

بناء على ما تم التوصل إليه من نتائج، فإن الدراسة تقدم بعض التوصيات المتعلقة بها، وهي على النحو التالي:

١. بما أن آراء أفراد العينة المبحوثة (وهم الأطباء العاملون في المستشفيات الحكومية الأردنية في مراكز المحافظات) كانت تدل على مستوى موافقة متوسطة على فقرات الاستبانة المتعلقة بالمجالات الخمسة موضوع الدراسة، فإن هذا يعني وجود نواقص واختلالات في هذه المجالات جعلتها في مستوى متوسط، وأنه يمكن القيام بتطويرها ليتم تحسين مستواها. وتقترح الدراسة بأن يتم ذلك على صعيد كل مجال من المجالات موضوع الدراسة، وكما يلي:

أ. فيما يتعلق بملاءمة مباني المستشفيات من حيث مواقعها ومساحاتها ونظافتها وتوافر الخدمات الحيوية فيها، فإنه من المؤكد صعوبة تغيير الواقع، ولا سيّما بالنسبة لزيادة المساحات، إلا أنه يمكن زيادة المبالغ المخصصة لتمويل الأبنية والمرافق الصحية، وبالتالي زيادة إمكانية التوسع في مساحات المستشفيات من خلال إضافة مباني جديدة إلى المباني القائمة، أو حتى بناء مستشفيات جديدة تساهم في تحمل جزء من العبء عن المستشفيات الموجودة.

كما يمكن تحسين مستوى النظافة في المستشفيات من خلال التوسع في توفير مستلزمات النظافة من ناحية، والاستفادة من خبرة القطاع الخاص بأن يتولى شؤون النظافة شركات منه، من ناحية أخرى، مع العلم بأنّ وزارة الصحة تتبع هذه الوسيلة، إلاّ أن المطلوب هو التوسع فيها وتعميمها طالما كانت هي الحلّ الأفضل المتاح في الوقت الحاضر.

كذلك يمكن تحسين مستوى الخدمات الحيوية من مياه وكهرباء وصرف صحي وهاتف من خلال زيادة الرقابة على الموجود منها للتأكد من حسن استخدامه، باستخدام الوسائل والتقنيات الحديثة في سبيل توسيع قاعدة توفيرها، وتقليل تكاليف صيانتها واستخدامها في المستقبل.

ب. فيما يتعلق بكفاية الكوادر البشرية وتأهيلها، فإنه يمكن القيام بالتوسع في التعيينات للوظائف غير المشبعة في المستشفيات، وتطوير أسس التعيين المتبعة ليكون المعيار هو الكفاءة دون غيره من المعايير المتبعة، حتى وإن كانت تهدف إلى تحقيق تكافؤ الفرص لجميع المتقدمين لشغل هذه الوظائف، ذلك أن العدالة تأخذ مفهوماً أعمق فيما يتعلق بالقطاع الصحي، فالكوادر العاملة مسؤولة عن صحة الناس والمجتمع وأرواح الناس أيضاً، فمن لم يكن كفؤاً فلا يجوز استخدامه حتى وإن كان ذا أقدمية في تقديم طلب التعيين، أو كان صاحب دور، كما يجدر وضع سياسة لتطوير تأهيل الكوادر البشرية من الدورات التدريبية في مجالات منتقاة بناء على دراسات موضوعية وجادة في هذا المجال. علاوة على اتباع سياسة تحفيزية للكوادر العاملة تقوم على توفير ظروف مناسبة لتلك الموجودة في القطاع الخاص من حيث الرواتب والمكافآت والامتيازات الممنوحة من ناحية، وتحقق -ولو نسبياً- التكافؤ بين الجهد المبذول من قبل هذه الكوادر، والعوائد المتحققة لهم من ناحية أخرى.

جـ. فيما يتعلق بالتجهيزات الطبية والمختبرات والنتائج المخبرية، فإنه يجدر تغطية النقص، وتحديث القديم، من خلال إيجاد مصادر للتوسع في الإنفاق على ذلك. والأردن يحظى باهتمام من دول العالم الغنيّة بسبب موقعه وسياسته وظروفه الاقتصادية، لذلك يمكن الحصول على التجهيزات الحديثة على شكل معونات أو منح أو قروض ميسرة، مع الأخذ بعين الاعتبار أيضاً لإمكانيّة الاستفادة من القطاع الخاصّ وإمكاناته وتجهيزاته، من خلال التعاقد على تقديم هذه الخدمات إمّا في مواقعه — أي القطاع الخاص — أو بإحالة عطاءات تجهيزٍ واستثمارٍ لمختبرات مستشفيات وزارة الصحة عليه. علاوة على التأكد من استخدام الأكفياء القادرين على التعامل مع التقنيات المتوفرة، واستيعاب ما يمكن أن يستجد. زيادة إلى الحفاظ على مستوياتهم وتطويرها من خلال الدورات التدريبية والتعليم المستمر لهم.

د. فيما يتعلق بمدى ملاءمة خدمات الصيدليات وكفاية العلاجات وفعاليتها، فإنها وحسب قناعة الدراسة- خدمات لها الصفة التجارية إلى حد بعيد، إذ تقوم على أساس الطلب، واستجابة العرض له. وبالتالي فإنه

يجدر التعامل مع هذا المجال في القطاع العام بما يتم التعامل معه في القطاع الخاص من خضوع لمبادئ العرض والطلب، وإرضاء المستهلك والمحافظة على السمعة. من خلال توفير الكوادر الكافية لخدمة المرضى دون الاعتماد على موظف واحد أو اثنين فقط. وتوفير العلاجات والأدوية الأساسية بشكل كاف ودائم، رغم ما يترتب على ذلك من توسع في الإنفاق تقتضيه الضرورة. كما يجدر اتباع سياسة فعالة لضمان جودة وفعالية الأدوية من خلال مراجعة المعايير الموجودة المتعلقة بذلك، وصياغتها بما يتناسب وضمان الجودة والفعالية المتناسبة مع المواصفات العالمية، مع وضع عقوبات رادعة ضد من يتلاعب أو يقصر في ذلك.

هـ. فيما يتعلق بمدى تأثير الإجراءات الإدارية على مستوى الخدمات الصحية، فإنه من الضروري إعداد الأطباء ليصبحوا مدراء ناجحين من ناحية. وذلك من خلال إضافة متطلبات ذات علاقة إلى أسس الترفيع وإلى تكليفهم والتكليف بالمهام والمناصب الإدارية. والعمل على تدريس مساقات متخصصة في إدارة المرافق الصحية في كليات الطب في الجامعات الوطنية، وجعل دراسة هذه المساقات شرطاً أساسياً لتبوء الأطباء للوظائف الإدارية.

ومن ناحية أخرى فإنه يجدر التوجه إلى التخصص بشكل أكبر من خلال الاعتماد في إدارة المستشفيات على إداريين متخصصين في إدارة المستشفيات من غير الأطباء، وإيجاد مجالس إدارة مستقلة للمستشفيات ، ولذلك فإن الإفادة من الخبرات المتوفرة من المجالات الأخرى، تكون ضرورية في الفترة الأولية. أمّا على المدى الطويل، فإنه يمكن إعطاء طلاب الطب برامج دراسات عليا في الإدارة، أو إعداد ترتيبات مستمرة لتدريب الأطباء على فن وعلم إدارة المستشفيات.

٢. بما أن نتائج الدراسة بينت تميّز المستشفيات التعليمية عن غير التعليمية، فإن الدراسة توصي بالعمل على إيكال مهام تعليمية –كلية أو جزئية– لأكبر عدد ممكن من المستشفيات الحكومية. ولا سيّما مع التوسع في إنشاء الجامعات في مختلف المناطق الجغرافية في الأردن. وتواجد كليات الطب فيها، أو النيّة لإيجادها.

٣. بما أن نتائج الدراسة بيّنت تميّز المستشفيات التخصصية على غير التخصصية، فإن الدراسة توصي بالعمل على التوسع في إكساب المستشفيات الحكومية صفة التخصصية، سواء كان ذلك في إيجاد المزيد من هذه المستشفيات، أو العمل على تقسيم المستشفيات القائمة حالياً إلى إدارات تخصصية يكون لها درجات من الاستقلالية الإدارية والمالية ضمن الإطار العام للمستشفى التابعة له، مما يجعلها مجموعة من المستشفيات المتخصصة التابعة لإشراف ورقابة إدارة واحدة، وليست أقساماً تابعة بصورة كلية لذات المستشفى وإدارته دون أي شكل من أشكال الاستقلالية عند إدارته، الأمر الذي يؤدي إلى إيجاد التنافس بين هذه

الإدارات، وما يمكن أن يخلق ذلك من تحسين وتطوير في الأداء العام لها، كما يؤدي إلى حفز الطاقات الإبداعية لهذه الوحدات كلٌ على حدة، فتظهر الأفكار والأساليب الجديدة والمتطورة. وهذا يقتضي بالضرورة إيجاد نظام خاص لتقييم الأداء الإجمالي لهذه الوحدات.

٤. بما أن الدراسة أظهرت تفاوتاً في مستوى الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية الأردنية تعزى أسبابه للمستشفى ذاته كمكان لعمل أفراد العينة، وأن مردَّ هذه الاختلافات بين المستشفيات له علاقة بالمواقع الجغرافية فإن الدراسة توصي بالعمل على الحد من مركزية إدارة وزارة الصحة، بحيث تصبح على مستوى المرافق الفرد، مع تزويد هذه المرافق بميزانيات مؤسسية، ونظم معلومات إدارية، والتدريب، على حدٍّ سواء، بالمسؤوليات والسلطات اللازمة لإدارة هذه المرافق بفعالية.

٥. إجراء دراسات مركزة على كل من مستشفيات الإيمان في عجلون، والحسين في السلط، وجرش في جرش لمعرفة الأسباب وراء المشاكل التي تعاني منها هذه المستشفيات، وذلك حسبما أظهرت نتائج هذه الدراسة.

٦. إجراء المزيد من الدراسات الميدانية تتناول نفس المجالات المبحوثة في هذه الدراسة، مع تغير مجتمع الدراسة، والعينة المبحوثة، وذلك من أجل العمل على تكامل نتائج جميع الدراسات ذات العلاقة للحصول على صورة أوضح لواقع الرعاية الصحية في الأردن.

المراجـــع

أولاً: المراجع باللغة العربيّة:

١- حمارنة، سامي خلف، تاريخ تراث العلوم الطبيعية عند العرب والمسلمين، سلسلة نشرات جامعة اليرموك لإحياء التراث العلمي العربي، رقم (١)، ١٩٨٦.

٢- اسطيفان، رعد رزوق وآخرون، إدارة المستشفيات، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، مؤسسة المعاهد الفنيّة، دار التقني للطباعة والنشر، بغداد، ١٩٨٤.

٣- الحمد، فهد بن معتاد، و الشهيب، صالح بن عبد الرحمن، "خدمات المستشفيات: استطلاع انطباعات وأراء المستفيدين". الإدارة العامة، العدد ٧١، ١٩٩١.

٤- رجائي، محمد، صفحات من تاريخ الطب، الزهراء للإعلام العربي، القاهرة، مصر، ١٩٨٨.

٥- السعيد، عبد الله عبد الرزاق مسعود، نشأة الطب، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ١٩٨٥.

٦- طعامنة، محمد، والحراحشة، برجس، "أثر مستوى الخدمة على رضى المستفيدين من خدمات المراكز الصحية في محافظة المفرق"، مؤتة للبحوث والدراسات، المجلد العاشر، العدد السادس، ١٩٩٥.

٧- عبد الرحمن، عبد الله، معوقات البناء التنظيمي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، ١٩٩٠.

٨- العدوان، ياسر، وعبد الحليم، أحمد، "العوامل المرتبطة بتحقيق الرضا عن الخدمات المقدمة للمرضى في المستشفيات الأردنية"، أبحاث اليرموك، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد ١٣، العدد ١ (أ)، ١٩٩٧.

٩- مصطفى، أحمد سيد، "نحو إطار لحماية المستفيدين بالخدمات الصحية: مدخل إنتاجي تسويقي". الإداري، عُمان، العدد ٥٢، ١٩٩٣.

١٠- مطر، محمود حسين، "محددات الهدر للموارد المالية في القطاع الصحي". المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد ٤، العدد الثاني، ١٩٩٧.

١١- وزارة الصحة والرعاية الصحية، "التقرير الإحصائي السنوي"، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية، ١٩٩٦.

١٢- وزارة الصحة والرعاية الصحية، "التقرير الإحصائي السنوي"، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية، ١٩٩٧.

المراجع باللغة الإنجليزية:

1 Abdel-Halim, Ahmad, "Factors Affecting Length of Stay in Jordanian Hospitals", Abhath Al - Yarmouk, Vol. 12, No. 2, 1996.

2 Evason, Eileen & Whittington, Dorothy, "Patient Satisfaction Studies: Problems and Implications Explored in a Pilot Study in Northern Irland", Health Education Journal, Vol. 50, No. 2, 1991.

3 Goldberg, Joseph P, "Control and Support: What Physicians Want from Hospitals", Hospital & Health Services Administration, 35:1, Spring, 1990.

4 Habib, Omran S., "The Determinates of Health Services Utilization in Southern Iraq: A Household Interview Survey", International Journal of Epidemiology, 15, 1986.

5. Hughes, Martin, "Patient Attitudes to Health Education in General Practice", Health Education Journal, Vol. 47, Nos. 4, 1988.

6. Ruhul Amin, et.al., "Community Health Services & Health Care Utilization in Rural Bangladesh", Social Sciences Med., Vol. 29, No. 12, 1989.

7. Shortell, Stephen M, "The Keys to Successful Diversification", Hospital & Health Services Administration, 34: 4, Winter, 1989.

8 The World Bank, "Hashemite Kingdom of Jordan: Health Sector Study", The International Bank for Reconstruction & Development, U.S.A., 1998.

9. W.H.O., "Hospital Administration", (W.H.O. Expert Committee, T.R.S., No. 354, Geneva), 1968.

بسم الله الرحمن الرحيم

استبانة

أخي الطبيب... أختي الطبيبة:

يقوم الباحث بإجراء دراسة حول المستشفيات الحكومية الأردنية استكمالاً لمتطلبات الحصـــول علـــى درجة الماجستير في الإدارة العامة. وتهدف الدراسة إلى استطلاع آراء الأطباء العاملين في هذه المستشفيات حـــول مستوى الخدمات الطبية المقدمة للمرضى فيها.

يُرجى من حضرتكم التكرم بقراءة هذه الاستبانة بتمعن، ومن ثم الإجابة علـــى فقراتهـــا بدقـــة ووضوح حسبما ترونه مناسباً، آملين أن تسهم آراءُكم القيّمة في التعرف على حقيقة العوامل المؤثـــرة في مستوى الخدمات الطبية ومدى تأثير كل عامل من هذه العوامل فيها سعياً لتحســـين وتطويـــر القطـــاع الصحي الأردني من خلال تطوير السياسات الصحية والإدارة فيه.

علماً بأن المعلومات الواردة في هذه الاستبانة ستظل طي الكتمان وستستخدم فقـــط لأغـــراض البحـــث العلمي ولاستخدام وزارة الصحة، إن رغبت بذلك.

شاكرين لكم حسن تعاونكم ،، والله ولي التوفيق

الباحثان

أحمد عبد الحليم وفيصل مرعي الشلبي

قسم الإدارة العامّة/ جامعة اليرموك

القسم الأولً: البيانات الديموغرافية

يرجى التكرم بالإجابة على الأسئلة التالية بوضع إشارة (X) في المكان المناسب:

١.	المستوى التعليمي	☐ بكالوريوس	☐ دراسات عليا	☐ اختصاص	☐ شهادة زمالة
٢.	المسمى الوظيفي:	☐ مدير	☐ نائب/مساعد مدير	☐ رئيس قسم	☐ غير ذلك
٣.	الدرجة:	☐ الخاصة	☐ الأولى	☐ الثانية	☐ الثالثة ☐ الرابعة ☐ الخامسة
٤.	اسم المستشفى:	☐ البشير	☐ الزرقاء	☐ الحسين	☐ بسمة ☐ بديعة ☐ رحمة
		☐ المفرق	☐ جرش	☐ الإيمان	☐ الندیم ☐ الكرك ☐ معان
١١	نوع المستشفى:	☐ تعليمي	☐ غير تعليمي	☐ تخصصي	☐ غير تخصصي
١٢	سنوات الخبرة:	☐ ٥ سنوات فأقل	☐ ٦-١٠ سنوات	☐ ١١-١٥ سنة	
		☐ ١٦-٢٠ سنة	☐ ٢١ سنة فأكثر		

القسم الثاني:

* يُرجى التكرم بوضع إشارة (X) مقابل كل فقرة من الفقرات التالية في المربع الذي يعبر عن رأيك علماً بأن جميع هذه الفقرات تتعلق بمكان عملك الحالي فقط.

الرقم	الفقرة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
١.	يعتبر المستشفى ملائماً من حيث موقعه.					
٢.	يعتبر المستشفى ملائماً من حيث مساحته.					
٣.	يعتبر المستشفى ملائماً من حيث سعة الحجرات والقاعات المختلفة فيه.					
٤.	لا يوجد في المستشفى مشاكل تتعلق بالخدمات الحيوية من إنارة ومياه وصرف صحي وهواتف.					
٥.	يعتبر المستشفى نظيفاً بشكل عام.					
٦.	يحتوي المستشفى على أعداد كافية من التخصصات الطبية المختلفة بما يلائم حاجة المواطنين.					
٧.	يحتوي المستشفى على أعداد كافية من التخصصات التمريضية بما يلائم حاجة المواطنين.					
٨.	يحتوي المستشفى على أعداد كافية من الكوادر الطبية المساعدة بما يلائم حاجة المواطنين.					
٩.	يتوفر في المستشفى كوادر بشرية إدارية ذات تأهيل مناسب من حيث التعليم والخبرة.					
١٠.	يتوفر في المستشفى كوادر بشرية فنية ذات تأهيل مناسب من حيث التعليم والخبرة.					
١١.	يتلقى المرضى في المستشفى معاملة جيدة.					
١٢.	يلجأ الكثير من المرضى إلى أطباء القطاع الخاص لقناعتهم بأنهم قادرون على تشخيص حالاتهم بصورة أدق.					
١٣.	يتوفر في المستشفى عدد من الأسرّة يكفي للحالات المرضيّة المراجعة له.					
١٤.	تتوفر في المستشفى أجهزة تشخيصية كافية لخدمة المرضى المراجعين له.					

الرقم	الفقـــــــــــــرة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
١٥.	تتوفر في المستشفى أجهزة تشخيصية ملائمة لخدمة المرضى المراجعين له.					
١٦.	تتوفر في المستشفى أجهزة تشخيصية حديثة لخدمة المرضى المراجعين له.					
١٧.	نادراً ما تتعطل الأجهزة الطبية في المستشفى.					
١٨.	إذا ما تعطلت الأجهزة الطبية، فإنه يتمّ إصلاحها بالسرعة المطلوبة.					
١٩.	تتم صيانة الأجهزة الطبية بصورة دورية.					
٢٠.	تعاني النتائج المخبرية من عدم الدقة أحياناً.					
٢١.	تتوفر جميع الأدوية اللازمة في صيدلية المستشفى بكميات كافية.					
٢٢.	تتوفر الأدوية في صيدلية المستشفى بفعالية تتناسب مع المواصفات العالمية.					
٢٣.	تعتبر تغطية فترات الدوام في الصيدلية كافية لخدمة المرضى.					
٢٤.	يقوم العاملون في الصيدلية بتنفيذ الوصفات الطبية بدقة.					
٢٥.	يعتبر موقع الصيدلية ملائماً لطبيعة العمل المطلوب منها.					
٢٦.	تتوفر في المستشفى سجلات طبية دقيقة.					
٢٧.	لا يوجد مشاكل تتعلق بإجراءات دخول وخروج المرضى.					
٢٨.	يعاني المرضى المراجعون للمستشفى من طول فترات الانتظار بين الموعد المحدد والكشف الفعلي.					
٢٩.	يعاني المرضى المراجعون للمستشفى من تباعد مواعيد المراجعة.					
٣٠.	يوجد مشاكل تتعلق بوصول وتشغيل الأجهزة الطبية في الوقت المناسب بسبب الإجراءات الإدارية.					

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة اليرموك

قسم الإدارة العامة

حضرة : ..... المحترم

أرفق طيه قائمة الاستقصاء المتعلقة بموضوع البحث الذي أقوم به استكمالاً لمتطلبات الحصـــول علـى درجـة الماجستير في الإدارة العامة. وهو بعنوان "مستوى الخدمات الطبية المقدمة للمرضى في المستشفيات الحكومية الأردنية: دراسة تقيميّة من وجهة نظر الأطباء العاملين فيها".

وتتكون قائمة الاستقصاء من جزأين يشتمل الأول منهما على المعلومات الشخصية التي تحتوي كلاً من الجنـــس، والعمر، والحالة الاجتماعية، والمسمى الوظيفي، والمؤهل للتخصص، والمسمى الوظيفي، والدرجة الوظيفية، ومكان العمل مـن حيث: اسم المستشفى، والمحافظة الموجود فيها، وعدد الأسرّة فيه، ونوعه من حيث هو تعليمي أم غير تعليمي وتخصصي أم غير تخصصي. وسنوات الخبرة لمعبيء الاستبانة. أما الجزء الثاني فيشمل ستة وعشرين فقرة تهدف إلى التعرف على كل مما يلي:

- المباني من خلال الفقرات أرقام ٩ – ١٤.
- الكوادر البشرية من خلال الفقرات أرقام ١٥ – ٢٠.
- التجهيزات الطبية والمختبرات من خلال الفقرات أرقام ٢١ – ٢٥.
- الصيدليات والأدوية من خلال الفقرات أرقام ٢٦ – ٣٠.
- الإجراءات الإدارية والروتينية من خلال الفقرات أرقام ٣١ – ٣٥.

ويوجد أمام كل فقرة من فقرات هذا الجزء خمس إجابات على مقياس ليكرت (Likert) هي:
موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة. حيث سيطلب من المستجيبين وضع إشارة (X) أمـام كل فقرة وفي الخانة التي يرونها مناسبة حسب رأي كل منهم.

أرجو التكرم بتحكيم قائمة الاستقصاء المرفقة، مع جزيل الشكر والامتنان.

وتفضلوا بقبول الاحترام

الباحث

فيصل مرعي الشلبي