

## تقييم جودة خدمة الرعاية التمريضية من وجهة نظر المرضى بالمستشفيات السودانية

محمد الحسن شريف محمد

أستاذ ادارة الأعمال المشارك- كلية التجارة- جامعة النيلين- السودان

منسق قسم ادارة الأعمال جامعة نجران

drsharef2011@gmail.com

عبد الغفار عبد الله حامد علي

أستاذ ادارة الأعمال المساعد- كلية الشرق الالهية- السودان

أستاذ ادارة الأعمال المساعد- جامعة نجران

abd.algfar2011@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.31559/GJEB2020.8.2.3>

تاريخ قبول البحث: ٢٠٢٠/٢/١١

تاريخ استلام البحث: ٢٠١٩/١٢/١٩

### المخلص:

سعت الدراسة الحالية إلى تقييم جودة الخدمة التمريضية من وجهة نظر المرضى المنومين بالمستشفيات السودانية. استخدمت الدراسة أسلوب العينة العشوائية الطبقية التناسبية لاختيار أفراد عينة الدراسة، وشملت العينة عدد من المستشفيات الخاصة والعامة وتم توزيع استبانة البحث على (١٥٠) فرداً. وبعد التحليل خلصت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) نحو مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية الفعلية والمدركة من قبل المرضى المنومين في المستشفيات الخاصة والعامة في السودان تبعاً لمتغير الجنس. كذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) نحو مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية الفعلية والمدركة من قبل المرضى المنومين في المستشفيات تبعاً لمتغير نوع المستشفى. وتوصلت الدراسة إلى عدد من التوصيات منها ضرورة إلزام المستشفيات الخاصة والعامة بتطبيق المعايير القياسية لخدمة الرعاية التمريضية ومتابعة ذلك من جهات الإختصاص وإزالة الفوارق في الإلتزام بين هذه المستشفيات. وإستحداث وحدة إدارة بالمستشفيات الخاصة والعامة تعنى بشؤون الجودة، لمتابعة تطبيق المعايير القياسية لخدمات الرعاية الصحية بأنواعها المختلفة وتحديد مدى الإستجابة لها بإستمرار من أجل الوقوف على نقاط الضعف ومعالجتها بهدف تحسين جودة خدمات الرعاية التمريضية.

الكلمات المفتاحية: تقييم الجودة؛ خدمة الرعاية التمريضية؛ المستشفيات.



### المقدمة:

تواجه المؤسسات الصحية في السودان العديد من التحديات من أبرزها ارتفاع تكاليف العلاج وانخفاض مستويات جودة الخدمات الصحية إلى جانب تدني مستوى الرضا لدى المستفيدين ولدى الموارد البشرية في المؤسسة، لذلك يعتبر منتج المؤسسات الصحية في السودان أكثر حساسية نظراً لطبيعة المنفعة التي تستفيد منها كل المجتمعات بصورة لا تستلزم التأجيل والانتظار. وتدرك المؤسسات الصحية في السودان أن الإنسان هو العامل الأساسي لعمليات التنمية وهو الذي يعتمد عليه في نجاح هذه العمليات واستقرارها، الأمر الذي أدى إلى تزايد اهتمام المؤسسات الصحية بتحسين الخدمات الصحية في ظل التغير الملحوظ في سلوك المستفيدين من الخدمات الصحية وكذلك رغبة المجتمع السوداني في المشاركة في حيثيات الرعاية الصحية والمطالبة بتحسين هذه الخدمة لذلك تزايد الاهتمام بسبل رفع كفاءة المؤسسات الصحية وتحسين جودة الخدمات التي تقدمها. ومن أهم أنواع خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها المستشفيات الاستشفائية خدمة الرعاية التمريضية والتي تعني مدى السيطرة التي يمتلكها الأطباء والمرضى على مهاراتهم وخبراتهم وسلوكياتهم أثناء تقديم الخدمة في المجال التمريضي والسلوكي للمرضى أثناء إقامة المريض في المستشفى. فمن خلال هذا الدور البارز الذي تلعبه تظهر أهمية الخدمة التمريضية في الرعاية الصحية الشاملة للمرضى فهي تمثل المحور الاساسي في التنفيذ الدقيق لإرشادات الطبيب المعالج والتنسيق مع الأنشطة الصحية الأخرى التي تسهم في تحقيق الرعاية الشاملة، ومراقبة تطورات الوضع الصحي للمرضى فضلاً

عن المعاملة الإنسانية وتخفيف الآلام بما يساعد المرضى على الشفاء العاجل. ونظراً لمحدودية الدراسات التي تناولت أبعاد جودة الخدمات الصحية وخاصة الخدمات التمريضية في السودان جاءت هذه الدراسة لمعرفة مستوى جودة خدمات الرعاية التمريضية التي تقدمها المستشفيات السودانية. باعتبار أن مؤشر جودة الخدمات التمريضية يعتبر مؤشر أساسي لفعالية الخدمات الصحية لأن الأمر يتعلق بالمنتج الصحي الذي تقدمه المؤسسات الصحية للأفراد والجماعات.

#### مشكلة الدراسة:

حققت العديد من المؤسسات الصحية في السودان نجاحات ملموسة في الإهتمام بجودة خدمات الرعاية الصحية، إلا أن تطبيق برامج التحسين المستمر في جودة خدمات الرعاية الصحية لم يصل في نجاحه إلى ماوصلت إليه المنظمات العالمية المختلفة (الاحمدي، ٢٠٠٠، ٤٠٣). ويعود ذلك إلى تأخر إدراك منظمات الرعاية الصحية في السودان إلى مزايا تطبيق مفهوم الجودة في إطار سعيها إلى تحقيق أهدافها وخاصة الأهداف المرتبطة بتقديم خدمات الرعاية التمريضية، فتطبيق معايير جودة خدمة الرعاية التمريضية يعتبر من الأمور الأساسية المرتبطة بجودة الأهداف التي تسعى المستشفيات لتحقيقها من أجل الوصول إلى مستوى متطور من الخدمات الصحية (Hund, 1995, 3). علماً بأن هنالك العديد من البحوث والدراسات تناولت بالتحليل المؤشرات والأبعاد المختلفة للحكم على جودة الخدمات الصحية ركزت في مجملها على الرعاية الصحية واهملت جانب مهم جداً وهو جودة الرعاية التمريضية. عليه جاءت هذه الدراسة لمعرفة مستوى جودة خدمات الرعاية التمريضية التي تقدمها المستشفيات السودانية للمرضى المنومين بالمستشفيات. وذلك من خلال الاجابة على السؤال التالي: هل توجد فروق في مستوى جودة خدمات الرعاية التمريضية المقدمة من المستشفيات السودانية من وجهة نظر المرضى المنومين باستخدام نموذج مقياس الأداء الفعلي "SERVPERF".

#### أهداف الدراسة:

١. معرفة مدى وجود فروق في تطبيق المستشفيات السودانية لمعايير جودة خدمة الرعاية التمريضية للمرضى المنومين.
٢. معرفة مستوى جودة خدمة الرعاية التمريضية بالمستشفيات الخاصة والعامة بالسودان من وجهة نظر المرضى المنومين بالمستشفيات.
٣. تسليط الضوء على الخدمات التمريضية التي تقدمها المستشفيات السودانية وأثرها على رضا المرضى المنومين بالمستشفيات.
٤. معرفة مدى وجود فروق في إستجابات المبحوثين حول مستوى جودة خدمة الرعاية التمريضية الفعلية المدركة من قبل المرضى المنومين في المستشفيات الخاصة والعامة في السودان تبعاً لمتغيرات الجنس والعمر، ونوع المستشفى والمستوى التعليمي.

#### أهمية الدراسة:

تتضح أهمية الدراسة من الدور الفعال الذي تقوم بها المؤسسات الصحية كقطاع خدمي فعال في احداث التنمية الاقتصادية والاجتماعية وذلك من خلال تقييم جودة الخدمات الصحية وخاصة خدمة الرعاية التمريضية بسبب ان الانسان يعتبر هو المحور الرئيسي في النظام الصحي، ومصدر الطلب الاساسي على خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها المستشفيات. كما تعتبر هذه الدراسة خطوة مهمة لمعرفة مستوى جودة الخدمات التمريضية المقدمة للمرضى المنومين بالمستشفيات الخاصة والعامة السودانية، وذلك من خلال استطلاع رأي المرضى الامر الذي سيساعد هذه المستشفيات في استخدام مقاييس مناسبة لقياس فاعلية الخدمات التمريضية وتقييم جودتها ومعرفة مناطق القوة والضعف فيها.

#### فرضيات الدراسة:

تقوم الدراسة على الفروض الآتية:

- الفرضية الأولى: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى جودة خدمة الرعاية التمريضية الفعلية المدركة من قبل المرضى المنومين في المستشفيات تبعاً لمتغير الجنس.
- الفرضية الثانية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية الفعلية المدركة من قبل المرضى المنومين في المستشفيات تبعاً لمتغير العمر.
- الفرضية الثالثة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى جودة خدمة الرعاية التمريضية الفعلية المدركة من قبل المرضى المنومين في المستشفيات تبعاً لمتغير نوع المستشفى.
- الفرضية الرابعة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى جودة خدمة الرعاية التمريضية الفعلية المدركة من قبل المرضى المنومين في المستشفيات تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

**منهجية الدراسة:**

في ضوء أهداف الدراسة وفرضياتها، استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي المعتمد على الدراسة الميدانية باعتباره المنهج المناسب وطبيعة الدراسة واغراضها.

**مجتمع الدراسة:**

نظراً لأن مجتمع الدراسة غير متجانس حيث أن الدراسة تشمل مستشفيات خاصة وعامة، فمن الضروري إختيار عينة طبقية تتمثل فيها الفئات المختلفة، عليه فقد استخدمت الدراسة العينة العشوائية الطبقية التناسبية من أجل أن تمثل كل طبقة (فئة) من مجتمع الدراسة في العينة حيث إختيرت عينة الدراسة بدقة متناهية. يتكون مجتمع الدراسة من المرضى المنومين بكل من مستشفى الفيصل التخصصي، مستشفى السلاح الطبي ومستشفى كسلا التعلبي والبالغ عددهم (١٥٠) فرد حسب الإحصائية التي قام بها الباحثان في ذلك التاريخ.

**عينة الدراسة:**

اعتمدت الدراسة على نظام العينة العشوائية الطبقية التناسبية المتكونة من (١٥٠) مريض منوم بعدد من المستشفيات الخاصة والعامة السودانية، وقد تم توزيع الاستبانة واسترجع منها (١٢٥) استبانة بنسبة استرجاع بلغت (٨٣٪)، وتم استبعاد (٢٥) استبانة لعدم صلاحيتها للتحليل بنسبة بلغت (١٧٪).

**أدوات الدراسة:**

اعتمدت الدراسة على الاستبانة كأداة أساسية لجمع البيانات واختبارها وهي عبارة عن أداة تحتوي على مجموعة من الأسئلة المصممة لجمع البيانات اللازمة عن المشكلة، وتعتبر من أكثر طرق جمع البيانات استخداماً في الحصول على المعلومات بطريقة مباشرة من المبحوثين. وتكونت الاستبانة من جزئين يتناول الجزء الأول منها البيانات الشخصية لإفراد عينة الدراسة، ويغطي الجزء الثاني الأسئلة الخاصة بفرضيات الدراسة. وصممت خيارات الإجابة على أسئلة الاستبانة على مقياس ليكرت الخماسي المتدرج (موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة) حسب الدرجات (٥،٤،٣،٢،١) على التوالي. وسيتم استخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for Social Sciences) (SPSS) لتحليل البيانات وإثبات أو نفي الفروض.

**مصادر جمع البيانات والمعلومات:**

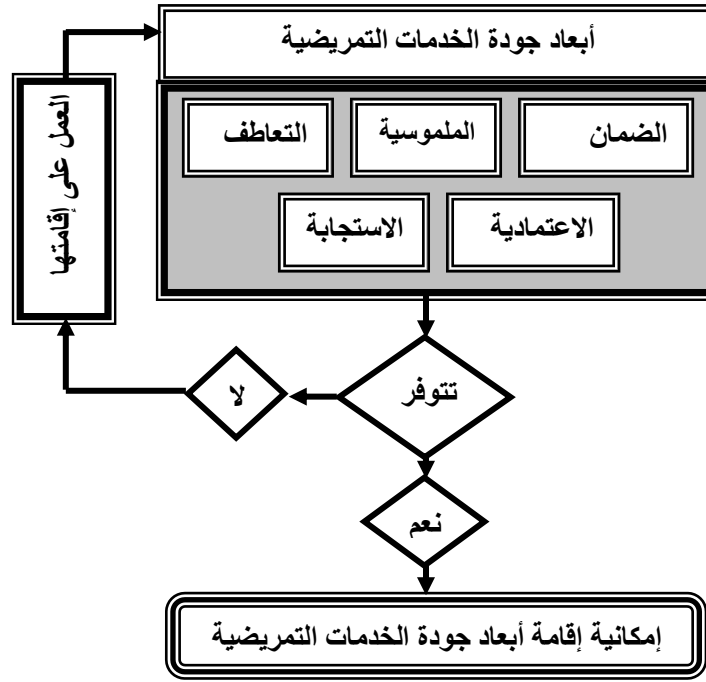
- المصادر الأولية: تم جمع البيانات الخاصة بهذه الدراسة عن طريق الاستبيان، بسبب أن هذا النوع من أدوات جمع البيانات يتيح الفرصة للباحث لاستخدام بعض الأساليب الإحصائية لتحقيق أهداف البحث المرجوة.
- المصادر الثانوية: تمثلت في الكتب والمراجع والدراسات العلمية السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة والدوريات والنشرات والرسائل والمواقع الالكترونية.

**حدود الدراسة:**

طبقت الدراسة على المرضى المنومين بكل من مستشفى كسلا التعلبي ومستشفى السلاح الطبي ومستشفى الفيصل التخصصي ومستشفى الروضة التخصصي في الفترة من ٢١ - ٢٠١٧/١/٣١.

**محددات الدراسة:**

تم إختيار المستشفيات على أساس الحد الأدنى للمرضى وهو ٣٠ مريض. وعدد العاملين لا يقل عن ٢٥ عامل.



شكل (١): نموذج الدراسة

## الدراسات السابقة:

فيما يلي نستعرض بعض الدراسات السابقة المرتبطة بالدراسة بغرض التعرف على النتائج التي توصلت إليها تلك الدراسات:

- دراسة داخل (٢٠١٨) بعنوان قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الصحية بالعراق. هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الصحية العمومية والخاصة. وتوصلت الدراسة إلى أن المستشفيات تطبق أبعاد الخدمة الطبية الاعتمادية، والملموسة، والتعاطف، والأمان باستثناء بعد الاستجابة. كما توصلت إلى أن مستوى جودة الخدمات الصحية لا ترقى إلى المستوى المقبول حيث اتضح أن مستوى الجودة ضمن المتغير التعاطف دون المستوى المطلوب ومن ناحية الاستجابة كان ضعيف وبالتالي فإن متغير الاعتمادية والملموسة يبدوان ضعيفان أيضاً. وأوصت الدراسة بتوفير الحوافز والدورات التدريبية للعاملين وتبسيط الإجراءات لتقديم الخدمات الطبية بالإضافة إلى استحداث وحدة إدارية تعنى بالجودة وأبعادها.
- دراسة الحنيطي (٢٠١٧) بعنوان الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في محافظة العاصمة/ الأردن. هدفت الدراسة إلى تقييم الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية لمحافظة العاصمة، والتعرف على واقع الخدمات الصحية وأهم نقاط الضعف فيها من حيث (محدودية الكادر الطبي، محدودية الكادر التمريضي، عدم توفر المستلزمات الطبية، عدم توفر الأجهزة الطبية الحديثة، طول فترات انتظار المرضى، أسلوب معاملة المرضى والمراجعين) من وجهة نظر المرضى والمراجعين، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي من خلال استبانة تم تطبيقها على عينة الدراسة. وتوصلت الدراسة إلى نتائج أهمها وجود العديد من نقاط الضعف في المستشفيات المدروسة أهمها محدودية الكادر الطبي، والتمريضي، فأعداد الأطباء والممرضين لا تتناسب مع أعداد المرضى والمراجعين في المستشفى، كما أنه لا يوجد لدى المستشفيات البديل المتخصص في حال غياب أحد الأطباء في تخصص معين. كما أشارت الدراسة إلى عدم كفاية المستلزمات الطبية بشكل دائم، وهناك نقص في الأجهزة الطبية الحديثة والمتطورة، مما يتطلب نقل بعض الحالات إلى مستشفيات أخرى، وقد أشارت النتائج إلى أن فترات انتظار المرضى هي أكبر المشكلات التي يعاني منها مراجعو المستشفيات مما قد يشكل خطورة على المريض.
- دراسة ابو عيد واخرون (٢٠١٥) بعنوان تقييم جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الحكومية العاملة في جنوب الضفة الغربية بفلسطين. هدفت الدراسة إلى تقييم جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الحكومية العاملة في جنوب الضفة الغربية بفلسطين باستخدام مقياس SERVBERF من وجهة نظر المراجعين والمرضى. وخلصت الدراسة إلى أن مستوى جودة الخدمة الصحية متوسطة بشكل عام على جميع مجالات الدراسة. وأوصت الدراسة بضرورة اهتمام الإدارة بالمستشفيات بتقييم المراجعين والمرضى لجودة الخدمة الصحية بسبب أن تقييم الخدمة من الملتحقين للخدمة يشكل ركناً أساسياً من أركان الجودة محلياً وعالمياً، كما أوصت بضرورة بناء مستشفيات جديدة في جنوب الضفة الغربية بسبب الكثافة السكانية العالية وحاجة المجتمع لوجود مستشفيات بجودة عالية.

- دراسة يحيوي وبوحديد (٢٠١٤) بعنوان تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبائن عنها بمدينة باتنة الجزائرية. وهدفت الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة ومدى رضا الزبائن عنها من خلال المعايير المستخدمة في التقييم. وبينت نتائج الدراسة الأبعاد التي يستخدمها الزبائن لتقييم وجودة الخدمات الصحية والتي تعكس مستوى رضاهم. ولقد اوصت الدراسة بمجموعة من التوصيات التي من شأنها رفع كفاءة وفعالية الخدمات المقدمة من المؤسسات الاستشفائية والمتعلقة بتحسين مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرض.
- دراسة الغامدي (٢٠١٣) بعنوان جودة الخدمات الصحية بمستشفيات الباحة بالمملكة العربية السعودية. هدفت الدراسة إلى معرفة أثر جودة الخدمات الصحية المقدمة على رضا المرضى بمنطقة الباحة. وأظهرت الدراسة أن ٤٦,٥٪ من افراد عينة الدراسة كانوا راضين عن الخدمات المقدمة من المستشفيات، بينما ٤٨,٦٪ غير راضين عن الخدمات المقدمة لهم من تلك المستشفيات. وقد اثبتت الدراسة احصائيا باستخدام الاختبارات الاحصائية ان هناك علاقة طردية وقوية بين جودة الخدمة المقدمة ورضا المرضى، بمعنى انه كلما كان مستوى جودة الخدمات عالية كان مستوى رضا المريض عالي. كما اثبتت الدراسة ان بعد التعاطف ( اعطاء اهتمام خاص لكل مريض، وتقديم افضل الخدمات لمصلحة المريض) وبعد العناصر المادية الملموسة ( التجهيزات الحديثة، والمرافق الجاذبة للمراجعين، ومظهر الاطباء والموظفين) هي البعدين التي تؤثر تأثيراً أكبر من الأبعاد الأخرى (الاعتمادية، والاستجابة، والأمان) على درجة رضا المريض عن الخدمات المقدمة. وأوصت الدراسة بان يتم بذل مزيد من الجهد بالتركيز على بعد التعاطف والذي يمكن تعزيزه لدي الاطباء والموظفين بدون اي تكاليف اضافية وذلك للارتقاء بمستوي جودة الخدمات الصحية المقدمة، والتركيز على بعد العناصر المادية الملموسة والاستفادة من الاعتمادات المالية في تطوير هذا البعد المهم والذي اثبتت الدراسة اهميته لدى افراد العينة.
- دراسة Kumar (٢٠١١) بعنوان فحص الجودة والكفاءة في نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة. هدفت الدراسة إلى معرفة كفاءة خدمات الرعاية الصحية وتقديم رؤى حول جهود إصلاح الجودة، وسياسة الرعاية الصحية المعاصرة والتغيرات القادمة عليها من قبل الاتحاد الفدرالي والسياسة المالية الخاصة بذلك، والخروج بتوصيات من أجل تحسين نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة مقارنة مع تلك الدول المتقدمة الأخرى. وأظهرت نتائج الدراسة أن نظام الرعاية الصحية الأمريكي مهم ومفيد لاقتصاد البلاد وسياسة الإنفاق الحكومية. ويتميز بأنه الأعلى في العالم ولكنه الأقل فاعلية بالمقارنة مع الدول الأخرى، مما انعكس سلباً على الملايين من المواطنين بسبب تكاليف الرعاية الصحية المتزايدة.
- دراسة Eleuch (٢٠١١) بعنوان إدراك نوعية الخدمات الصحية في اليابان. هدفت الدراسة إلى تقييم تصورات المرضى اليابانيين لنوعية الخدمة والرعاية الصحية وتسليط الضوء على ميزات الخدمة الأكثر وضوحاً. واستخدمت الدراسة البرمجة غير الخطية، واعتمدت على نموذج المبعثر للكشف عن أهمية الرعاية الصحية وميزات الخدمة الصحية للحكم على جودة الخدمة. أظهرت نتائج الدراسة بأن المرضى اليابانيين ينظرون إلى خدمات الرعاية الصحية من خلال العملية التعويضية الخطية، فمثلاً نوعية الميزات التقنية وسلوك الموظفين يعوض بعضهم البعض لتعويض نوعية الخدمة.
- دراسة الجزائري واخرون (٢٠١٠) بعنوان قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية بمدينة البصرة بالعراق. هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الخدمات الصحية باستخدام مقياس SERVQUAL SCALE، وتوصلت الدراسة الى وجود ضعف واضح في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، مع وجود تفاوت في الأهمية يولها افراد عينة الدراسة لكل متغير من متغيرات الدراسة. واوصت الدراسة بضرورة رفع مستوى جودة الخدمات الصحية من خلال تقديم الخدمات في الوقت المحدد وبشكل سريع، وتعزيز الثقة في مهارات المهن الطبية من خلال التدريب المتواصل للكوادر الطبية.
- دراسة Camilleri & O. Callaghan (١٩٩٨) بعنوان مقارنة في جودة خدمة الرعاية الصحية بين المستشفيات العامة والخاصة بجزيرة مالطا. واتضح من نتائج الدراسة تجاوز المستشفيات العامة والخاصة لتوقعات المرضى عن جودة الخدمة، بل أن المستشفيات العامة قد تفوقت على المستشفيات الخاصة في تجاوزها لتوقعات المرضى. وفسرت الدراسة وجود الفروق بين القطاعين باختلاف نوعية الخدمات الفندقية وليست الخدمات الطبية أو العلاجية بالرغم من إعتقاد بعض المرضى بأن المستشفيات الخاصة تتميز بجودة أعلى مهنيًا وفنيًا من المستشفيات العامة. وبعد استعراض الدراسات السابقة يلاحظ الباحثان ان هناك عوامل اختلاف وتمائل بين هذه الدراسات. فقد تشابهت هذه الدراسات في استخدامها للاستبيان كأداة أساسية للبحث. وكذلك هدفت الدراسات إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الصحية العمومية والخاصة المقدمة للمرضى بالإضافة إلى تماثل نتائج عدد من الدراسات بشكل عام، فبالرغم من تعدد واختلاف بينات الدراسة (العراق، الاردن، الجزائر، فلسطين، السعودية، الولايات المتحدة، اليابان، مالطا، نيوزلندا) فقد دلت نتائج عدد من الدراسات إلى أن المستشفيات تطبق أبعاد الخدمة الطبية الاعتمادية، والملموسة، والتعاطف، والأمان باستثناء بعد الاستجابة.

يتضح من العرض السابق قلة وندرة الدراسات المحلية التي تتعلق بدراسة جودة خدمات الرعاية التمريضية المقدمة للمرضى بالمستشفيات العامة والخاصة بجمهورية السودان الديمقراطية، حيث وجد الباحثان أن معظم الدراسات التي تناولت تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية بصفة

عامة هي دراسات عربية واروبية ولم تتطرق لخدمات الرعاية التمريضية. لذلك فإن أهم ما يميز هذه الدراسة عن غيرها من الدراسات السابقة هو تطرقها لمعرفة جودة خدمات الرعاية التمريضية بالمستشفيات الخاصة والعامة السودانية.

كما اتضح من السرد السابق اختلاف الدراسات السابقة فيما بينها في مجال قياس معايير جودة خدمات الرعاية الصحية لذلك نجد ان هذه الدراسة تميزت في استخدامها للأبعاد يعتمد عليها العملاء في تقييمهم لجودة الخدمات الصحية المقدمة، وذلك من أجل معرفة مستوى هذه الخدمات، ومعرفة ما تتطلبه من تحسينات لكسب رضى العملاء وولائهم، وهي بعد: الاعتمادية، والإستجابة، والضمان، والملموسية والتعاطف.

## الإطار النظري:

### ماهية جودة الخدمة الصحية:

لقد اختلف الكتاب في تحديد تعريف جامع وشامل لمصطلح جودة الخدمة، وربما يعزى هذا الاختلاف لحدثة المصطلح نفسه. كما أن تعدد وتشعب حقول المعرفة العلمية التي تتناول هذا المصطلح بالشرح والتفسير تزيد من صعوبة تحديد ماهيته. فقد عرفت منظمة الصحة العالمية جودة الخدمة الصحية بأنها التماشي مع المعايير والاتجاه الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من قبل المجتمع وبتكلفة مقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية، ونسبة الوفيات، والإعاقة وسوء التغذية (محمد وآخرون، ٢٠٠٣، ١٤). بينما عرفها آخر بانها معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات العملاء لهذه الخدمة (المحيوي، ٢٠٠٦، ٩٠). ومنهم من تناولها من حيث انها أسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار بما يلبي احتياجات المرضى، وانجاز هذه العمليات يتم من قبل أفراد عاملين ذوي مهارات عالية كرسوا أنفسهم ومهاراتهم لتقديم خدمة ذات جودة عالية لمرضاهم (سعد، ٢٠٠٤، ١١٦). ومنهم من عرفها بانها تقديم خدمات صحية أكثر أماناً وأسهل منالاً وأكثر إقناعاً لمقدميها وأكثر أرواءاً للمستفيدين منها بحيث تتولد في المجتمع نظرة إيجابية الى الرعاية الصحية المقدمة (العسالي، ٢٠٠٦، ١١). وهناك آخر عرفها بأنها تطبيق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة، دون زيادة التعرض للمخاطر، وعلى هذا الاساس فإن درجة الجودة تحدد بأفضل موازنة بين المخاطر والفوائد (خسروف، ٢٠٠٨، ٣٠). كما تم تعريفها بانها العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصياً أو إرشاداً أو تدخلاً طبياً، ينتج عنه رضا وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل (النجار، ٢٠٠٧، ٣٦٣).

في ضوء ما تقدم يرى الباحثان بأن برامج جودة الخدمة الصحية يجب أن تتميز بتوفير آلية للتأكد من أن مستوى الجودة التي تقدم للمرضى يطابق ما سبق تحديده من معايير وأن تلك البرامج قد صممت لحماية المرضى وتحسين مستوى الرعاية التي توفرها المنظمة الصحية. وعليه فإن جودة الخدمة الصحية تمثل مجموعة من السياسات والإجراءات المصممة التي تهدف إلى تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستفيدين منها على نحو نظامي وموضوعي، يسهم في تقديم الفرص لتحسين رعاية المرضى وحل المشكلات العارضة بطرق علمية وذلك عن طريق العاملين في المنظمات الصحية والذين يستخدمون مهاراتهم وخبراتهم وتقنيات الرعاية الصحية المتاحة لهم بما يضمن تحقيق أفضل النتائج في الوقت المناسب والمكان المناسب وبأقل كلفة ممكنة، وهذا يعني أن جودة الخدمة الصحية هو أسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار بما يلبي احتياجات المرضى وغيرهم.

### مفهوم الرعاية التمريضية:

هناك العديد من التعاريف الخاصة بالرعاية التمريضية. فقد عرفت منظمة الصحة العالمية عملية التمريض بانها عمل يؤدي لمساعدة الفرد مريضاً أو سليماً في القيام بالأنشطة التي تساهم في الارتقاء بصحته أو استعادة صحته في حالة المرض. كما عرفتها جمعية الصحة الدولية بانها عملية تهتم بالفرد ككل جسم وعقل وروح تعمل على حفظ الفرد روحياً وعقلياً وجسمانياً ومساعدته على الشفاء عندما يكون مريضاً وتمتد عملية الاهتمام بالفرد المريض إلى أسرته ومجتمعه ويشتمل ذلك على العناية البيئية وتقديم التثقيف الصحي عن طريق الإرشادات. أما الجمعية الأمريكية للتمريض فقد عرفت التمريض بانها خدمة مباشرة تهدف إلى استيفاء حاجات الفرد والأسرة والمجتمع في الصحة والمرض. كما عرفها آخر بانها مدى السيطرة التي يمتلكها الممرضون على معارفهم ومهاراتهم وخبراتهم وسلوكياتهم أثناء تقديم الخدمات في المجال التمريضي والسلوكي للمرضى وأثناء إقامة المريض في المستشفى. وهنا تظهر أهمية الخدمات التمريضية من خلال الدور البارز الذي تلعبه في الرعاية الصحية الشاملة للمريض والتي تمثل أساساً في التنفيذ الدقيق لإرشادات الطبيب المعالج والتنسيق مع الأنشطة الصحية الأخرى التي تسهم في تحقيق الرعاية الشاملة للمريض ومراقبة الوضع الصحي للمريض، فضلاً عن المعاملة الإنسانية للمرضى وتخفيف آلامهم بما يساعدهم على الشفاء العاجل (نعساني، ٢٠٠٢، ٢٠). كذلك هناك من عرفها بانها الخدمة التي تقدم بجهود مشتركة يمتلك القائمين بها القدرة والمعرفة والمهارة التي تؤهلهم لمساعدة المرضى من الأفراد أو المتحسين منهم على معاودة نشاطاتهم الحياتية المعتادة بعد إستعادتهم لعافيتهم التي كانوا عليها قبل المرض (ابوالخير، ٢٠٠٢، ٢٣).

إذا يمكن القول بان هناك العديد من التعريف الخاصة بالرعاية التمريضية الا أنها في مجملها تتفق على أن التمريض هو مجموع الخدمات التي تعطى للأفراد وذويهم بغرض مساعدتهم على الاحتفاظ بحالتهم الطبيعية أو مساعدتهم لتخفيف آلامهم العضوية والنفسية كما أن الخدمات التمريضية قد يكون الغرض منها الوقاية من المرض أو المساعدة في التشخيص والعلاج والوقاية من حدوث مضاعفات.

## أهداف جودة الخدمة التمريضية:

تتمثل أهداف جودة الخدمة التمريضية في الآتي:(السماني:٢٠١٤:٤٢).

١. ضمان الصحة البدنية والنفسية للمرضى.
٢. تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المريض وزيادة ولائه للمنظمة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية.
٣. تعتبر معرفة آراء وانطباعات المرضى وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.
٤. تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المرضى ومقدمي خدمة العلاج.
٥. تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية.
٦. تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية وخاصة التمريضية المقدمة للمرضى الهدف الأساس من تطبيق الجودة.
٧. كسب رضى المرضى إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لابد من توفرها في أي منظمة صحية تعمل على تحسين الجودة وتسعى لتطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب رضى المستفيد.
٨. تحسين معنويات العاملين، إذ أن المنظمة الصحية الخاصة هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج.

## نماذج قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية:

يعتبر توفر مقياس يتسم بالدقة والموضوعية أمراً ضرورياً لتقييم الأداء وقياس جودة الخدمات الصحية المقدمة حيث أصبح هذا الأمر ضرورة لازمة لا سبيل لتجاهلها. وعليه، فقد وضع عدد من الباحثين العديد من النماذج لقياس وتقييم جودة الخدمات، حصرها البعض من الباحثين في (١٩) نموذج (Nitin Seth and Deshmukh: 2005:915). إلا أن أهم هذه النماذج وأشهرها وأكثرها تطبيقاً، نموذج جودة الخدمة Servqual الذي ينسب إلى كل من Parasuraman, zeithaml and Berry. وهو نموذج قائم على إستمارة إستبتيان مؤلفة من مجموعتين تضم كل مجموعة منها إثنان وعشرون (٢٢) بنداً لتغطي بذلك أبعاد الجودة الخمسة، حيث تقيس المجموعة الأولى توقعات العملاء نحو الخدمة المقدمة، في حين تقيس المجموعة الثانية إدراكهم، والفرق بين تلك الإدراكات والتوقعات يمثل جودة الخدمة. وبالتالي فإن المحور الأساسي في مقياس جودة الخدمة هو الفجوة (الخامسة) بين إدراك العميل لمستوى الأداء الفعلي للخدمة وتوقعاته حول جودة هذه الخدمة (Hollis Landrum and others: 2009:18).

أما النموذج الثاني فهو نموذج الاداء الفعلي للخدمة Servperf. ويعتبر هذا النموذج نتيجة لجملة الإنتقادات التي تعرض لها مقياس Servqual من قبل عدة باحثين من أبرزهم Cronin and Taylor حيث رأى كلاهما أنه من غير المناسب الإعتماد على الفرق بين توقعات وإدراك العملاء في قياس جودة الخدمة، وعليه قدما هذا النموذج (Cronin and Taylor Steven: 1994:125).

يقوم هذا النموذج أساساً على رفض فكرة الفجوة في تقييم جودة الخدمة، ويستند إلى التقييم المباشر للخدمة من خلال الأبعاد الخمسة للجودة والإثنين والعشرين عبارة التي إقترحها Parasuraman and al كما أنه يرتبط بإدراك العملاء للأداء الفعلي للخدمة المقدمة. (Mohd. Adil and others: 2013:69).

وبعد الاطلاع على الدراسة التي قام بها كل من Cronin and Taylor عبر اختبار أربع بدائل من مقاييس جودة الخدمة، والتي خلصت إلى أن مقياس الأداء (غير المرجح) يعد أفضل مقياس لجودة الخدمة وأكثرها مصداقية. بالرغم من المزايا التي يتمتع بها نموذج Servperf في تقييم جودة الخدمة (Kalthom Abdullah: 2012:134). عليه يمكن القول إن كلا من المقياسين أكثر وأوسع المقاييس تطبيقاً في قياس جودة الخدمة حتى الآن. بناءً على ما سبق اعتمدت هذه الدراسة على نموذج SERVPERF. والذي يقوم بتحديد الأبعاد التي يعتمد عليها العملاء في تقييمهم لجودة الخدمات المقدمة، من خلال المعايير التالية (كورتل، ٢٠٠٨:٣٦٤):

١. الاعتمادية: تعني مدى قدرة مقدم الخدمات الطبية على أداء الخدمة بالطريقة التي وعد بها، وتكون دقيقة وواضحة، بحيث يمكن الاعتماد عليها.
٢. الإستجابة: وتعني مدى إمكانية التوفر والحصول على الخدمة الطبية في الوقت والمكان المناسب وسهولة الحصول عليها.
٣. الضمان: وتعني الشعور بالثقة والأمان بمن يقدم الخدمة، وفي الخدمة في حد ذاتها.
٤. الجوانب الملموسة: تعني بها كل ما يتعلق بالنسيب المادية التي من خلالها يتم تقييم الخدمة، كالمظهر الخارجي للمستشفى.... الخ.
٥. التعاطف: تعني بها أن يكون مقدم الخدمة على قدر من السلوك والأدب والإحترام تجاه العملاء، وأن تتسم معاملة مقدم الخدمة بالود تجاه العملاء، بمعنى درجة العناية بالعميل والإهتمام والإنتباه الفردي بكل عميل ورعاية خصوصيته والأهتمام بمشاكله.

## الدراسة الميدانية:

قبل تناول البيانات والمعلومات الخاصة بالدراسة الميدانية لا بد من الإشارة إلى المنهجية الخاصة بالدراسة لعرض تفاصيل الدراسة وكيفية الحصول على البيانات.

## منهجية الدراسة:

في ضوء طبيعة الدراسة والأهداف التي سعت إلى تحقيقها اعتمد الباحثان على أسلوب العينة العشوائية المشتقة من المنهج الوصفي التحليلي الذي يعمل على ترتيب البيانات وتنظيمها ويعد انسب المناهج لهذه الدراسة.

## مجتمع وعينة الدراسة:

نظراً لأن مجتمع الدراسة غير متجانس حيث أن الدراسة تشمل مستشفيات خاصة وعامة، فمن الضروري إختيار عينة طبقية تتمثل فيها الفئات المختلفة، عليه فقد استخدمت الدراسة العينة العشوائية الطبقية التناسبية من أجل أن تمثل كل طبقة (فئة) من مجتمع الدراسة في العينة. ويتكون مجتمع الدراسة من جميع المرضى المنومين بمستشفى الفيصل التخصصي، مستشفى السلاح الطبي ومستشفى كسلا التعلبي والبالغ عددهم (١٥٠) فرداً حسب الإحصائية التي قام بها الباحثان في ذلك التاريخ. واعتمدت الدراسة على نظام العينة العشوائية الطبقية التناسبية.

## أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة على الاستبانة كوسيلة لجمع البيانات وهي أداة قياس تحتوي على مجموعة من الأسئلة المصممة لجمع البيانات اللازمة عن مشكلة الدراسة، وتعتبر من أكثر طرق جمع البيانات استخداماً في الحصول على المعلومات بطريقة مباشرة من المبحوثين. استخدمت الاستبانة مقياس (Likert) الخماسي المتدرج في المقاييس (أوافق بشدة، أوافق، محايد، لا أوافق، لا أوافق بشدة) حيث تم تصميم الاستبانة من جزئين لتقييم جودة خدمة الرعاية التمريضية. يصف الجزء الأول من الاستبانة مجتمع الدراسة من حيث النوع، والعمر، والمستوى التعليمي. بينما يحتوي الجزء الثاني على الأسئلة التي تجيب على فرضيات الدراسة حيث شملت (٢٩) فقرة موزعة على مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية بالمستشفيات. ولقد تمكن الباحثان من توزيع استمارات الاستقصاء على جميع مفردات مجتمع الدراسة والبالغ عددهم (١٥٠) مبحوثاً من المرضى المنومين بالمستشفيات. وبعد عملية التوزيع قام الباحثان بجمع الاستمارات واستطاعا جمع (١٢٥) استمارة من مجموع (١٥٠) استمارة التي تم توزيعها بنسبة وصلت إلى (٨٣٪). وتمت مراجعة الاستبيانات التي تم جمعها للتأكد من أن كل الاستمارات التي تم جمعها قد أُجيب عليها.

## اختبار صدق وثبات أداة الدراسة:

الصدق الظاهري: وهو التأكد من أن العبارات التي وردت في الاستبانة يمكنها أن توفر البيانات المطلوبة للدراسة بدقة وذلك لتأثيرها المباشر في نتائج الدراسة. ولتحقيق ذلك تم عرض الاستبانة على مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص في المجال الأكاديمي وذلك للتأكد من الصدق الظاهري لمحتويات الاستبيان، وتم تعديلها وفقاً لملاحظاتهم ومقترحاتهم حتى خرجت بصورتها النهائية.

الثبات الإحصائي: لاختبار مدى جودة المقاييس المستخدم في جمع البيانات تم تطبيق التحليل العاملي الإستكشافي (تحليل العنصر الرئيسي) على أبعاد تطبيق جودة خدمة الرعاية التمريضية بالإضافة إلى استخدام إختبار الإعتمادية (ألفا كرونباخ) لقياس التوافق الداخلي بين المفردات المستخدمة في الإستبانة، نظراً لما تشكله هاتين الوسيلتين من أهمية في تقييم مدى جودة المقاييس، حيث تضمنت الإستبانة على (٢٩) مفردة لقياس جودة خدمة الرعاية التمريضية عبر مقياس SERVPERF وهي الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، الملموسية، التعاطف. كما تم استخدام التحليل العاملي Factor Analysis لإختبار كفاية العينة (KMO) وإختبار بارتلت (Bartlett) لتحديد مدى ملائمة العينة لإستخدام التحليل العاملي وإشارة نتائج التحليل العاملي أن (KMO) بلغ (٠.٩٥٤) والتي تقع ضمن المدى المقبول (أقل من ١ وأكبر من ٠,٥) وكانت القيمة المعنوية لإختبار بارتلت (Bartlett) (sig=0.000) وهذه النتائج تشير إلى ملائمة العينة لإستخدام التحليل العاملي.

جدول (١): استخدام معامل الفاكرونباخ لقياس الثبات الاحصائي لأداة الدراسة

العوامل	Cronbach's Alpha
الضمان	٠,٩٦٤
الملموسية	٠,٨٨٦
التعاطف	٠,٨١٧
الاعتمادية	٠,٧٨٣
الاستجابة	٠,٨٦٤

المصدر: الدراسة الميدانية



## أسلوب معالجة وتحليل البيانات:

- لتحقيق أهداف الدراسة تم تحليل البيانات التي تم جمعها عن طريق استمارة الاستبيان من خلال تطبيق الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة البيانات ونوع العينة وذلك عن طريق برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) ومن أهم هذه الأساليب:
- استخدام التوزيعات التكرارية والنسب المئوية لأفراد عينة الدراسة للتعرف على توزيع مفردات الدراسة حسب المتغيرات الشخصية (الديموغرافية).
  - استخدام معامل الاعتمادية (ألفا كرونباخ) للتحقق من درجة ثبات المقياس المستخدم، حيث يركز هذا المعامل على إختبار درجة التناقس الداخلي بين محتويات أو بنود المقياس الخاضع للإختبار.
  - استخدام التحليل العاملي Factor Analysis للتحقق من أن العبارات التي إستخدمت لقياس مفهوم معين تقيس فقط هذا المفهوم ولا تقيس أبعاد أخرى أو ما يطلق عليه أحادية البعد، كما يطلق عليه أيضا الأسلوب الذي يمكن من إختزال مجموعة كبيرة من المتغيرات إلى مجموعة أقل من العوامل أو المؤشرات الأساسية والتي يعزى لها تباين تلك المتغيرات.
  - استخدام تحليل (T) وتحليل التباين الأحادي ANOVA والذي يستخدم في كل الإختبارات التي تهدف للتعرف على مدى وجود فروق في مستوى جودة خدمة الرعاية التمريضية المقدمة فعلاً بالمستشفيات تبعاً للمتغيرات الشخصية.

## خصائص أفراد عينة الدراسة:

للتعرف على توزيع مفردات الدراسة حسب المتغيرات الشخصية (الديموغرافية) تم حساب التوزيعات التكرارية والنسب المئوية لأفراد عينة الدراسة، ويبين الجدول أدناه خصائص وسمات أفراد عينة الدراسة.

جدول (٢): الخصائص الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة

النسبة%	التكرار	فئة المتغيرات	أسم المتغير
٥٧,١%	٧٢	ذكر	النوع
٤٢,٩%	٥٣	أنثى	
١٠٠%	١٢٥	الإجمالي	
٤٢%	٥٣	٣٠-١٨	العمر
٢٧%	٣٤	٤٠-٣١	
١٧%	٢١	٥٠-٤١	
٨%	١٠	٦٠-٥١	
٦%	٧	أكثر من ٦٠	
١٠٠%	١٢٥	الإجمالي	
١٣,٥%	١٧	أمي	المستوى التعليمي
٣٤,٥%	٤٣	اساس	
٤٠,٩%	٥١	ثانوي	
٩,٥%	١٢	جامعي	
١,٦%	٢	فوق الجامعي	
١٠٠%	١٢٥	الإجمالي	

المصدر: الدراسة الميدانية

يتضح من الجدول أعلاه أن عدد (٧٢) من أفراد عينة الدراسة من الذكور بنسبة بلغت (٥٧,١%)، وعدد (٥٣) من الإناث بنسبة بلغت (٤٢,٩%). أما العمر فقد اتضح أن عدد (٥٣) من أفراد عينة الدراسة تتراوح أعمارهم (٣٠-١٨) بنسبة بلغت (٤٢%)، كما أن عدد (٣٤) من العينة تقع أعمارهم ما بين (٤٠-٣١) سنة بنسبة بلغت (٢٧%)، بينما عدد (٢١) من العينة تقع أعمارهم ما بين (٥٠-٤١) سنة بنسبة بلغت (١٧%)، أما الذين تجاوزت أعمارهم الستين سنة فقد بلغ عددهم (٧) بنسبة بلغت (٦%). أما فيما يتعلق بالمستوى التعليمي فقد أظهرت الدراسة أن عدد (١٧) فرد من عينة الدراسة أميين بنسبة بلغت (١٣,٥%)، في حين أن عدد (٤٣) فرد من الاساس بنسبة بلغت (٣٤,٥%)، وعدد (٥١) فردا من العينة هم من الثانوي بنسبة بلغت (٤٠,٩%)، وعدد (١٢) فرد من المستوى الجامعي بنسبة بلغت (٩,٥%)، بينما عدد (٢) من المستوى فوق الجامعي بنسبة بلغت (١,٦%).

## التحليل العاملي والإعتمادية لمؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية:

للتعرف على أهم مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية بالمستشفيات، تم استخدام أسلوب التحليل العاملي Factor Analysis، وذلك بهدف تقليص وتصنيف بنود أداة جمع البيانات إلى مجموعة قليلة من العوامل، باستخدام أسلوب Principle Component واسلوب Varimax Rotation والتي تعد من أكثر الأساليب استخداماً في التحليل العاملي.

تضمنت استبانة الدراسة في مجملها (٣٠) مفردة بعد إضافة (٨) مفردات على ال (٢٢) مفردة التي تم اعتمادها من قبل كل من باراسومان وباري لقياس جودة الخدمة عبر مقياس SERVPERF، لتناسب بيئة هذه الدراسة. وتم توزيع هذه المفردات على النحو التالي: (٦) مفردات لقياس الإعتمادية و(٦) مفردات لقياس الإستجابة و(٦) مفردات لقياس الضمان و(٦) مفردات لقياس الجوانب الملموسة و(٦) مفردات لقياس التعاطف. وفي البداية تم إجراء إختبار كفاية العينة (KMO) وإختبار بارتلت (Bartlett) لتحديد مدى ملائمة العينة لإستخدام التحليل العاملي وإشارة نتائج التحليل العاملي أن (KMO) كان (٠,٩٥٤) والتي تقع ضمن المدى المقبول (أقل من ١ وأكبر من ٠,٦٠) وكانت القيمة المعنوية لإختبار بارتلت (Bartlett) (sig=0.000) وهذه النتائج تشير إلى ملائمة العينة لإستخدام التحليل العاملي. وقد تم تحديد الحد الأدنى الضروري لقبول تحميل الأسئلة (مفردات الإستبانة) على العوامل أو المؤشرات المقابلة (٠,٦٠) أو أكبر. نتج عن ذلك خمس عوامل أو مؤشرات فسرت حوالي ٧٢,٨٥٪ من التباين الكلي في البيانات ويمكن توضيح ذلك في الجدول ادناه.

جدول (٣): التحليل العاملي والإعتمادية لمؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية بالمستشفيات

تحميل العامل					مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية
العامل الخامس	العامل الرابع	العامل الثالث	العامل الثاني	العامل الأول	
					<b>الضمان</b>
				٠,٧٩١	تتسم سلوكيات المرضين بالأدب وحسن المعاملة تجاه المرضى.
				٠,٧٣٩	يشعر المرضى بالأمان عند التعامل مع المرضين.
				٠,٧٣٠	يتابع المرضيون حالة المرضى الصحية باستمرار.
				٠,٧١١	يثق المرضى بخبرة ومهارات ومؤهلات المرضين المشرفين عليهم ثقة كاملة.
				٠,٧٠٦	يحافظ المرضيون على سرية وخصوصية المعلومات الخاصة بالمرضى.
				٠,٦٨٨	يقوم المرضيون بتزويد المرضى بالنصائح والأدوية اللازمة لمتابعة علاجهم بالمتزل.
				٠,٦٨٤	إنطباع المرضى الخاص عن سمعة أداء المرضين في هذا المستشفى جيد.
				٠,٦٥٥	يقوم المرضين بتقديم خدمة تمريضية جيدة للمرضى أثناء فترة الليل.
					<b>الملموسة</b>
				٠,٧٥١	تتوفر في المستشفى صالات إنتظار نظيفة ومكيفة.
				٠,٧٠٨	تتميز المستشفى بموقع ملائم وبسهل الوصول إليها بسرعة.
				٠,٧٠٧	يملك المستشفى مرافق مادية وتسهيلات ملائمة.
				٠,٦٧٥	بالمستشفى تجهيزات وأجهزة ومعدات تقنية حديثة.
				٠,٦٣٩	بالمستشفى لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى أماكن تقديم الخدمات المختلفة.
					<b>التعاطف</b>
				٠,٦٩٢	يتصف المرضين بالروح المرحة والصدقة في التعامل مع المرضى.
				٠,٦٩٢	يراعى المرضين العادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع في عملهم.
					<b>الإعتمادية</b>
				٠,٨١٨	يحتفظ المرضيون بملف دقيق وموثق عن حالة المرضى الصحية.
				٠,٦٤١	يتم إعطاء جرعات العلاج المحددة للمرضى دون زيادة أو نقصان من قبل المرضين.
				٠,٦٣٥	ينعدم التضارب بين المرضين فيما يتعلق بحالة المرضى الصحية.
					<b>الإستجابة</b>
				٠,٧٨٠	يجد المرضى الإستجابة الفورية لإحتياجاتهم الأساسية مثل حمام السرير، نظافة الفم، منع حدوث قرحة السرير.
				٠,٦٢٧	يقوم المرضيون بتبسيط إجراءات العمل بقدر الإمكان لخدمة المرضى.
				٠,٦١٥	يحرص المرضيون على أخذ الفحوصات الخاصة بالمرضى في الأوقات المحددة.
					<b>الفقرات التي تم حذفها</b>
					يتم إستقبال المرضى بواسطة المرضين بالجناح أو الغرفة أو العنبر في الزمن المحدد.
					يتوفر للمريض سرير فارغ ونظيف ومفروش بملاء ومخدة.
					يسعى المرضيون دائماً لضمان تقديم رعاية تمريضية للمرضى.
					يحرص المرضيون على دقة مواعيد إعطاء جرعات علاج المرضى.
					يحرص المرضيون في المستشفى على الظهور بدرجة عالية من النظافة وحسن المظهر والهدام.
					يولى المستشفى المريض ومصالحة إهتمام وإنتباه فردي.

					تناسب أوقات عمل المستشفى كافة المرضى.
					يعطى الممرضون الوقت الكافي لرعاية المرضى مثل تضميد الجروح، إعطاء الحقنة، تقديم الطعام والشراب.
					مستوى جودة خدمة الرعاية التمريضية في المستشفى بشكل عام مرتفعة.
٣,٠٧٥	٣,٤٢١	٣,٨٤١	٥,٥٨٣	٥٦,٩٢٩	نسبة التباين المفسرة
٠,٩٢٣	١,٠٢٦	١,١٥٢	١,٦٧٥	١٧,٠٧٩	القيم الذاتية
٠,٨٦٤	٠,٧٨٣	٠,٨١٧	٠,٨٨٦	٠,٩٦٤	الإعتمادية

المؤشرات تم تحميلها على مستوى ٠,٦٠ كحد أدنى

ولتقديم تفسير لتركيبية العامل تم عرض المؤشرات لتحليل Varimax وقد أشارت نتائج التحليل العاملي إلى تحميل خمس مؤشرات، حيث احتوى المؤشر الأول على تحميل عالي، تتسم سلوكيات الممرضين بالأدب وحسن المعاملة تجاه المرضى، يشعر المرضى بالأمان عند التعامل مع الممرضين، يتابع الممرضون حالة المرضى الصحية باستمرار، ويثق المرضى بخبرة ومهارات ومؤهلات الممرضين المشرفين عليهم ثقة كاملة، ويحافظ الممرضون على سرية وخصوصية المعلومات الخاصة بالمرضى، ويقوم الممرضون بتزويد المرضى بالنصائح والأدوية اللازمة لتابعة علاجهم بالمنزل، وإنطباع المرضى الخاص عن سمعة أداء الممرضين في المستشفى جيد، ويقوم الممرضين بتقديم خدمة تمريضية جيدة للمرضى أثناء فترة الليل. ومن خلال النظر في مضامين البنود الواردة تحت هذا المؤشر يتضح أن العلاقة التي تربط بينهما هي درجة الضمان في خدمة الرعاية التمريضية، ولهذا تم تغيير إسم هذا المؤشر من الإعتمادية إلى الضمان.

بينما احتوى المؤشر الثاني على تحميل عالي، وتتوفر في المستشفى صالات إنتظار نظيفة ومكيفة، تتميز بموقع ملائم ويسهل الوصول إليها بسرعة، ويمتلك المستشفى مرافق مادية وتسهيلات ملائمة، ويتوفر بالمستشفى تجهيزات وأجهزة ومعدات تقنية حديثة، ويتوفر بالمستشفى لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى أماكن تقديم الخدمات المختلفة، ومن خلال النظر في مضامين البنود الواردة تحت هذا المؤشر يتضح أن العلاقة التي تربط بينهما هي الجوانب الملموسة في خدمة الرعاية التمريضية ولهذا تم تغيير إسم هذا المؤشر من الإستجابة إلى الملموسة.

أما المؤشر الثالث فقد احتوى على نسبة تحميل عالي في العامل الثالث في الفقرات يتصف الممرضين بالروح المرحة والصدقة في التعامل مع المرضى، ويراعى الممرضين العادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع في عملهم، ومن خلال النظر في مضامين البنود الواردة تحت هذا المؤشر يتضح أن العلاقة التي تربط بينهما هي التعاطف في خدمة الرعاية التمريضية، ولهذا تم تغيير إسم هذا المؤشر من الضمان إلى التعاطف.

فيما احتوى المؤشر الرابع على تحميل عالي في العامل الرابع في الفقرات، يحتفظ الممرضون بملف دقيق وموثق عن حالة المرضى الصحية، يتم إعطاء جرعات العلاج المحددة للمرضى دون زيادة أو نقصان من قبل الممرضين، وينعدم التضارب بين الممرضين فيما يتعلق بحالة المرضى الصحية، ومن خلال النظر في مضامين البنود الواردة تحت هذا المؤشر يتضح أن العلاقة التي تربط بينهما هي الإعتمادية في خدمة الرعاية التمريضية، ولهذا تم تغيير إسم هذا المؤشر من الملموسة إلى الإعتمادية.

أما المؤشر الخامس فقد احتوى على تحميل في العامل الخامس في الفقرات يجد المرضى الإستجابة الفورية لإحتياجاتهم الأساسية مثل حمام السرير، ونظافة الفم، ومنع حدوث قرحة السرير، ويقوم الممرضون بتبسيط إجراءات العمل بقدر الإمكان لخدمة المرضى، ويحرص الممرضون على أخذ الفحوصات الخاصة بالمرضى في الأوقات المحددة، ومن خلال النظر في مضامين البنود الواردة تحت هذا المؤشر يتضح أن العلاقة التي تربط بينهما هي الإستجابة في خدمة الرعاية التمريضية، ولهذا تم تغيير إسم هذا المؤشر من التعاطف إلى الإستجابة.

ومن خلال التحليل العاملي لمؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية نجد أن العوامل الخمسة ذات التحميل والتي تبدأ من ٠,٧٩١ إلى ٠,٦١٥ والتي تم الحصول عليها من نتائج التحليل العاملي تشير إلى أن العامل الأول يتكون من ثمانية أسئلة عن مؤشر الضمان، والعامل الثاني يتكون من خمسة أسئلة عن مؤشر الملموسة، بينما العامل الثالث يتكون من سؤالين عن مؤشر التعاطف، والعامل الرابع يتكون من ثلاثة أسئلة عن مؤشر الإعتمادية، فيما يتكون العامل الخامس من ثلاثة أسئلة عن مؤشر الإستجابة.

وبالتالي فإن العوامل الخمس شكلت مانسبته ٧٢,٨٤٩٪ من التباين الكلي في البيانات، وأن كل البيانات قد إحتوت على تحميلات عاملية تجاوزت (٠,٦٠) بمعدل قيم ذاتية في المتوسط (٣,٣٧).

#### اختبار فرضيات الدراسة:

لإثبات فرضيات الدراسة استخدم الباحثان تحليل (T) وتحليل التباين الأحادي لمعرفة مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) نحو مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية الفعلية المدركة من قبل المرضى المنومين في المستشفيات تبعاً لمتغيرات الدراسة. ولتحديد الفروق بين المتغيرات حول الإتجاه نحو مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية إستخدام الباحثان اختبار "LSD" بإيجاد المتوسطات الحسابية للمبحوثين حسب كل متغير. كما إتمت الدراسة على مستوى الدلالة (٠,٠٥) للحكم على مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية، وذلك عن

طريق مقارنة مستوى المعنوية المحسوب مع قيمة مستوى الدلالة المعتمدة، حيث يتم التأكيد على وجود فروق ذات دلالة إحصائية إذا كانت مستوى المعنوية المحسوب أقل من مستوى الدلالة المعنوية المعتمدة والعكس صحيح.

الفرضية الأولى: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) نحو مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية الفعلية المدركة من قبل المرضى المنومين في المستشفيات تبعاً لمتغير الجنس. ويمكن التأكد من صحة هذه الفرضية من خلال الجدول أدناه:

جدول (4): نتائج تحليل (T) لدلالة الفروق نحو مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية تبعاً لمتغير الجنس

المؤشرات	قيمة (T)	مستوى الدلالة
الإعتمادية	٢,٩٠٤	٠,٠٠٤
الإستجابة	٢,٩٥١	٠,٠٠٣
الضمان	٣,٢٠٧	٠,٠٠٢
الملموسية	٢,٢٣٢	٠,٠٢١
التعاطف	٢,١٩٧	٠,٠٢٩
المؤشر الكلي	٣,١٦٥	٠,٠٠٢

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي

يتضح من الجدول أعلاه بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) نحو مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية الفعلية المدركة من قبل المرضى المنومين في المستشفيات تبعاً لمتغير الجنس. لأن مستوى الدلالة المحسوبة لإختبار (T) كان أقل من مستوى الدلالة (0,05) وهذا يؤكد قبول صحة الفرضية الأولى. ولتحديد صالح الفروق بين كل من الذكور والإناث حول الإتجاه نحو مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية إستخدم الباحثان إختبار "LSD" لايجاد المتوسطات الحسابية للمبحوثين حسب متغير الجنس وجاءت النتائج وفق الجدول التالي:

جدول (5): نتائج إختبار "LSD" للفروق نحو مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية تبعاً لمتغير الجنس

المؤشر	الذكور	الإناث
الإعتمادية	٦,١٢	٥,١٢
الإستجابة	٦,٩٥	٥,٦٨
الضمان	١٨,٠١	١٤,٥٩
الملموسية	١٣,٥٣	١١,٨٥
التعاطف	٣,٩٧	٣,٣٩
المؤشر الكلي	٤٨,٥٩	٤٠,٨٠

المصدر: من نتائج التحليل الإحصائي.

ومن الجدول أعلاه يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية من حيث مستوى مؤشرات جودة خدمات الرعاية التمريضية ما بين الذكور والإناث عند مستوى الدلالة (0,05) حيث اتضح ان الفروق كانت بسيطة لصالح الذكور في كل المؤشرات بصورة عامة لأن المتوسطات الحسابية للذكور كانت أعلى بقليل من المتوسطات الحسابية للإناث. بمعنى أن الذكور كان لديهم رضا أكثر عن جودة خدمة الرعاية التمريضية من الإناث.

فبالنسبة لمؤشر الضمان نجد أن الذكور يتولد لديهم الشعور بالثقة والامان بالخدمة ومن يقدم الخدمة أكثر من الإناث تجاه خدمة الرعاية التمريضية في هذه المستشفيات وربما يعود ذلك إلى التكوين الجسماني والعقلي للرجل.

وفيما يتعلق بمؤشر الملموسية نجد أن الذكور أكثر معرفة وإداركاً من الإناث بكل ما يتعلق بالتسهيلات المادية التي من خلالها يتم تقييم الخدمة، كالمظهر الخارجي للمستشفى والمباني والمعدات والتقنيات المستخدمة وقرب سهولة الوصول إلى المستشفى لتلقى الخدمة وتوفير صالات الأنتظار المجهزة للمرضى وتوفير مرافق مادية وتسهيلات ملائمة وتوفير لوحات إرشادية تسهل الوصول إلى أماكن تقديم الخدمات.

أما مؤشر التعاطف نجد أن الذكور يشعرون بالتعاطف أكثر من الإناث من الخدمات المقدمة لهم من ممارسي مهنة التمريض في المستشفيات.

أما فيما يتعلق بمؤشر الإعتمادية يلاحظ أن الذكور أكثر حرصاً ومتابعة ومعرفة بملفات المرضى من الإناث. وكذلك لهم القدرة على متابعة إعطاء جرعات العلاج المحددة للمرضى دون زيادة أو نقصان والقدرة على سؤال الممرضين في حالة وجود تضارب بينهم عن حالة المرضى الصحية. وربما يعود ذلك للعادات والتقاليد التي تسقط الكثير من المهام عن الإناث في ظل وجود الرجل سواء كان زوج أو أب أو أخ.

أما مؤشر الإستجابة فيلاحظ بأن ممارسي مهنة التمريض في المستشفيات كانوا يلبون حاجات الذكور أكثر من الإناث وربما يعود السبب إلى أن الرجال ذو تأثير ونفوذ أكبر من المرأة في المجتمع السوداني بالإضافة إلى أن المرأة في معظم الأحيان تكون بصحبة مرافق لها للمستشفى.

الفرضية الثانية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية الفعلية المدركة من قبل المرضى المنومين في المستشفيات تبعاً لمتغير العمر. ويمكن التأكد من صحة هذه الفرضية من خلال الجدول أدناه:

جدول (٦): نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق نحو مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية تبعاً لمتغير العمر

المؤشر	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة
الضمان	بين المجموعات	٧٨,٣٥٧	٤	٢١,٨٣٩	٠,٢٢٩	٠,٨٧٨
	داخل المجموعات	١٧٩٦٦,٥٥٥	٢٤٦	٧٣,٠٣٥		
	المجموع	١٨٠٥٣,٩١٢	٢٥٠			
الملموسية	بين المجموعات	١٣,٣٦٤	٤	٣,٣٤١	٠,١٠٠	٠,١٠٠
	داخل المجموعات	٨٢٦٠,٨٧٠	٢٤٧	٣٣,٤٤٥		
	المجموع	٨٢٧٤,٢٣٤	٢٥١			
التعاطف	بين المجموعات	١٠,١٧٧	٤	٢,٥٤٤	٠,٥٩١	٠,٥٩١
	داخل المجموعات	١٠٦٣,٩٣٠	٢٤٧	٤,٣٠٧		
	المجموع	١٠٧٤,١٠٧	٢٥١			
الإعتمادية	بين المجموعات	٩,٧٧٠	٤	٢,٤٤٢	٠,٣٢٢	٠,٨٦٣
	داخل المجموعات	١٨٧٢,٠٨٨	٢٤٧	٧,٥٧٩		
	المجموع	١٨٨١,٨٥٧	٢٥١			
الإستجابة	بين المجموعات	١٦,٨١٨	٤	٤,٢٠٥	٠,٣٥٥	٠,٨٤٠
	داخل المجموعات	٢٩٢٢,٠٨٣	٢٤٧	١١,٨٣٠		
	المجموع	٢٩٣٨,٩٠١	٢٥١			
المؤشر الكلي	بين المجموعات	٣٣٩,٦٩٤	٤	٨٤,٩٩١	٠,٢١٧	٠,٩٢٩
	داخل المجموعات	٩٦٧٢٧,٧٨٢	٢٤٧	٣٩١,٦١٠		
	المجموع	٩٧٠٦٧,٧٤٦	٢٥١			

المصدر: من نتائج التحليل الإحصائي

يتضح من الجدول أعلاه بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية الفعلية المدركة من قبل المرضى المنومين في المستشفيات تبعاً لمتغير العمر. بسبب أن مستوى الدلالة المحسوبة لإختبار (F) كان أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وهذا يؤكد رفض صحة الفرضية الثانية. ويعزى الباحثان السبب في ذلك بأن مستوى جودة خدمة الرعاية التمريضية المقدمة في المستشفيات واحدة لكل الفئات العمرية ولا يوجد تمييز بين المرضى حيث تقدم خدمة الرعاية التمريضية بمصادقية.

الفرضية الثالثة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية الفعلية المدركة من قبل المرضى المنومين في المستشفيات تبعاً لمتغير نوع المستشفى. ويمكن التأكد من صحة هذه الفرضية من خلال الجدول أدناه:

جدول (٧): نتائج تحليل (T) لدلالة الفروق نحو مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية تبعاً لمتغير نوع المستشفى

المؤشر	قيمة (T)	مستوى الدلالة
الضمان	٧,٥٥٦	٠,٠٠٠
الملموسية	١١,٦٦٨	٠,٠٠٠
التعاطف	٦,٠٨٧	٠,٠٠٠
الإعتمادية	٥,٦٤٠	٠,٠٠٠
الإستجابة	٧,٨٨٨	٠,٠٠٠
المؤشر الكلي	٩,٨١٧	٠,٠٠٠

المصدر: من نتائج التحليل الإحصائي

يتضح من الجدول أعلاه بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية الفعلية المدركة من قبل المرضى المنومين في المستشفيات تبعاً لمتغير نوع المستشفى. لأن مستوى الدلالة المحسوبة لإختبار (T) كان أقل من مستوى الدلالة (0.05) وهذا يؤكد قبول صحة الفرضية. ولتحديد صالح الفروق بين كل من المبحوثين في المستشفيات الخاصة والعامة حول الإتجاهات نحو مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية إستخدم الباحثان إختبار "LSD" لإيجاد المتوسطات الحسابية للمبحوثين حسب متغير نوع المستشفى وجاءت النتائج وفق الجدول التالي:

جدول (٨): نتائج إختبار "LSD" للفروق نحو مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية تبعاً لمتغير نوع المستشفى

المؤشر	المستشفيات الخاصة	المستشفيات العامة
الضمان	١٠,٩٥	١٨,٩٥
الملموسية	٧,٥٩	١٥,٠٣
التعاطف	٢,٥٩	٤,٢١
الإعتمادية	٤,٢٨	٦,٢٩
الإستجابة	٤,٠٧	٧,٤٠
المؤشر الكلي	٢٩,٤٧	٥١,٩٤

المصدر: من نتائج التحليل الإحصائي

يتضح من الجدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) بين اتجاهات الباحثين في المستشفيات الخاصة والمبجوثين في المستشفيات العامة حول مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية لصالح الباحثين في المستشفيات العامة في كل المؤشرات لأن المتوسطات الحسابية للمبجوثين في المستشفيات العامة كانت أعلى من المتوسطات الحسابية للمبجوثين في المستشفيات الخاصة في كل المؤشرات مما يدل على أن مستوى الفروق كانت لصالح الباحثين في المستشفيات العامة حيث أثر تقييم الباحثين في هذه المستشفيات في نتيجة مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية. وكانت درجة التقييم متوسطة كما يظهر في نتائج تحليل مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية. ويفسر الباحثان هذه النتيجة إلى أن اتجاهات الباحثين نحو خدمة الرعاية التمريضية في المستشفيات العامة تختلف عن اتجاهات الباحثين في المستشفيات الخاصة.

الفرضية الرابعة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) نحو مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية الفعلية المدركة من قبل المرضى المنومين في المستشفيات تبعاً لمتغير المستوى التعليمي. ويمكن التأكد من صحة هذه الفرضية من جدول الجدول أدناه:

جدول (٩): نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق نحو مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي

المؤشر	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة
الضمان	بين المجموعات	٨١٣,٤٥٩	٤	٢٠٣,٣٦٥	٢,٩٠٢	٠,٠٢٣
	داخل المجموعات	١٧٢٤٠,٤٥٣	٢٤٦	٧٠,٠٨٣		
	المجموع	١٨٠٥٣,٩١٢	٢٥٠			
الملموسية	بين المجموعات	٢٩٦,٦٣٩	٤	٧٤,١٦٠	٢,٢٩٦	٠,٠٦٠
	داخل المجموعات	٧٩٧٧,٥٩٥	٢٤٧	٣٢,٢٩٨		
	المجموع	٨٢٧٤,٢٣٤	٢٥١			
التعاطف	بين المجموعات	٤٧,٤٥٠	٤	١١,٨٦٢	٢,٨٥٤	٠,٠٢٤
	داخل المجموعات	١٠٢٦,٦٥٧	٢٤٧	٤,١٥٧		
	المجموع	١٠٧٤,١٠٧	٢٥١			
الإعتمادية	بين المجموعات	٥٩,٣١٦	٤	١٤,٨٢٩	٢,٠١٠	٠,٠٩٤
	داخل المجموعات	١٨٢٢,٥٤١	٢٤٧	٧,٣٧٩		
	المجموع	١٨٨١,٨٥٧	٢٥١			
الإستجابة	بين المجموعات	٧٣,٤٣٨	٤	١٨,٣٦٠	١,٥٨٣	٠,١٧٩
	داخل المجموعات	٢٨٦٥,٤٦٣	٢٤٧	١١,٦٠١		
	المجموع	٢٩٣٨,٩٠١	٢٥١			
المؤشر الكلي	بين المجموعات	٤٢٩٣,٨٧٦	٤	١٠٧٣,٤٦٩	٢,٨٥٨	٠,٠٢٤
	داخل المجموعات	٩٢٧٧٣,٨٧٠	٢٤٧	٣٧٥,٧٠٣		
	المجموع	٩٧٠٦٧,٧٤٦	٢٥١			

المصدر: من نتائج التحليل الإحصائي

يتضح من الجدول أعلاه بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) نحو مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية والمؤشر الكلي يعزى لمتغير المستوى التعليمي في كل من مؤشر الضمان ومؤشر التعاطف والمؤشر الكلي لأن مستوى الدلالة المحسوبة لإختبار (F) كان أقل من مستوى الدلالة (٠,٠٥) وهذا يؤكد قبول جزئي بصحة الفرضية. ويفسر الباحثان هذه النتيجة إلى أن خدمة الرعاية التمريضية المقدمة في المستشفيات لاتتأثر بالمستوى التعليمي لمتلقى هذه الخدمة فسواء كان المستوى التعليمي أسمى أو فوق الجامعي فإن الخدمة المقدمة متساوية لسائر المرضى بسبب أن خدمة الرعاية التمريضية هي خدمة إنسانية.

ولتحديد الفروق بين كل فئة من فئات المستوى التعليمي للمبحوثين حول إتجاهاتهم نحو مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية استخدم الباحثان إختبار "LSD" بإيجاد المتوسطات الحسابية للمبحوثين وجاءت النتائج كالتالي:

جدول (١٠): نتائج إختبار "LSD" للفروق نحو مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي

المتوسط الحسابي	المستوى التعليمي
٨,٢١	أمي
٩,٠٩	أساس
٧,٧٥	ثانوي
٨,٧٢	جامعي
٥,٢٣	فوق الجامعي

المصدر: من نتائج التحليل الإحصائي

يتضح من الجدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إتجاهات المبحوثين أصحاب المستوى التعليمي الابتدائي، الثانوي، الجامعي وفوق الجامعي حول مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية للمرضى لصالح المبحوثين أصحاب المستوى التعليمي الابتدائي، وربما تعود هذه النتيجة إلى أنهم أقل إدراكاً وتقييماً للخدمة المقدمة فعلاً وخصائصها ومن الطبيعي أن تختلف وجهات نظر المبحوثين حول مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية باختلاف مستوى إدارتهم لجودة خدمة الرعاية التمريضية.

## النتائج والتوصيات:

### أولاً: نتائج الدراسة:

انطلاقاً من الدراسة الميدانية وتحليل إجابات أفراد عينة الدراسة توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد فروق بين المستشفيات الخاصة والعامة في السودان في تطبيق معايير مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية أثناء تقديم خدمة الرعاية التمريضية للمرضى المنومين.
- درجة إستجابة المبحوثين عن كل من مؤشر الضمان والملموسية والإستجابة في خدمة الرعاية التمريضية للمرضى المنومين في المستشفيات الخاصة والعامة في السودان تدل على أن مستوى الرضا عن هذه المؤشرات في خدمة الرعاية التمريضية متوسط. ويمكن أن يُعزى ذلك في رأي الباحث أن مستوى التطبيق المتوسط لهذه المؤشرات إلى عدم الإهتمام الكافي لبعض إدارات هذه المستشفيات بنشر ثقافة الجودة وضعف الإمكانيات المادية وعدم وجود إدارة متخصصة للجودة في بعض المستشفيات العامة وعدم التقيد التام بالمعايير القياسية للرعاية التمريضية وضعف البنية العمرانية وسوء بيئة العمل لممارسي مهنة التمريض هذا بجانب ضعف إدارك المرضى لهذا الجانب وقيامهم ببعض الممارسات الخاطئة بسبب العادات والتقاليد التي تؤثر سلباً على جودة خدمة الرعاية التمريضية بالإضافة إلى ضعف المستوى التعليمي والوعي للمرضى ومقدمي الرعاية التمريضية حيث أن المستوى التعليمي للمبحوثين بنسبة ٨٨٪ يتوزع ما بين أمي والثانوي والنسبة القليلة الباقية تتوزع ما بين مستوى جامعي وفوق الجامعي.
- درجة إستجابة المبحوثين الكلية عن كل من مؤشر التعاطف والإعتمادية في خدمة الرعاية التمريضية للمرضى المنومين في المستشفيات الخاصة والعامة في السودان تدل على أن مستوى الرضا عن هذه المؤشرات في خدمة الرعاية التمريضية مرتفع، حيث يتصف الممرضين بالروح المرحة والصدقة في التعامل مع المرضى وبراعون العادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع في عملهم ويحتفظون بملف دقيق وموثق عن حالة المرضى الصحية ويتم إعطاء جرعات العلاج المحددة للمرضى دون زيادة أو نقصان من قبل الممرضين.
- فيما يتعلق بالنتائج الخاصة بمستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية ومن خلال المتغيرات المستخدمة لقياسها ودراستها كان مؤشر التعاطف في المرتبة الأولى ومؤشر الإعتمادية في المرتبة الثانية ومؤشر الضمان في المرتبة الثالثة ومؤشر الإستجابة في المرتبة الرابعة. بينما مؤشر الملموسية يأتي في المرتبة الأخيرة وهي الأقل تطبيقاً وتوفرًا ويمكن أن يعزى ذلك في رأي الباحث إلى أن المبحوثين في المستشفيات موضوع الدراسة غالباً ما يكونون أكثر قدرة على تقييم الأشياء الملموسة مثل توفر صالات إنتظار نظيفة ومكيفة وسهولة الوصول إلى المستشفى وتوفر المرافق المادية مثل الحمامات وأماكن تناول الطعام والشراب وتوفر العلامات الإرشادية الدالة على أماكن تقديم الخدمات المختلفة. ويأتي هذا الترتيب وفق درجة الإدراك لهم.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) نحو مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية الفعلية والمدركة من قبل المرضى المنومين في المستشفيات الخاصة والعامة في السودان تبعاً لمتغير الجنس.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) نحو مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية الفعلية والمدركة من قبل المرضى المنومين في المستشفيات الخاصة والعامة في السودان تبعاً لمتغير العمر.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) نحو مستوى مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية الفعلية والمدركة من قبل المرضى المنومين في المستشفيات تبعاً لمتغير نوع المستشفى.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) نحو مؤشرات جودة خدمة الرعاية التمريضية الأتية: الضمان، التعاطف تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، ولم تكن هناك فروق على المؤشرات الأخرى.

#### التوصيات:

- ضرورة إتزام المستشفيات الخاصة والعامة بتطبيق المعايير القياسية لخدمة الرعاية التمريضية ومتابعة ذلك من جهات الاختصاص وإزالة الفوارق في الإلتزام بين هذه المستشفيات.
- إستحداث وحدة إدارية بالمستشفيات الخاصة والعامة تعنى بشؤون الجودة، لمتابعة تطبيق المعايير القياسية لخدمات الرعاية الصحية بأنواعها المختلفة وتحديد مدى الإستجابة لها بإستمرار من أجل الوقوف على نقاط الضعف ومعالجتها بهدف تحسين جودة خدمات الرعاية التمريضية.
- توفير العدد الكافي والمؤهل وأصحاب الخبرة من ممارسي خدمة التمريض ليتلائم مع أعداد المرضى بالمستشفيات الخاصة والعامة.
- إلتزام إدارة المستشفيات بتقديم خدمة الرعاية التمريضية للمرضى المنومين في الوقت والمواعيد المحددة وعدم الإخلال بهذه المواعيد.
- زيادة الإهتمام بسجلات المرضى وسريتها والمحافظة عليها بشكل يخدم المريض ويوفر الوقت والجهد على مقدم ومتلقى الخدمة.
- ضرورة إهتمام إدارات المستشفيات الخاصة والعامة بالتنسيق مع الجهات المعنية في كل مستشفى للإهتمام بالجوانب الملموسة في خدمة المستشفيات وهي المباني والأجهزة والمعدات وصلات الإنتظار ودورات المياه وغيرها.
- تبسيط الإجراءات لتقديم خدمة الرعاية التمريضية للمرضى المنومين بالمستشفيات الخاصة والعامة.
- توفير الحوافز المادية والمعنوية لممارسي مهنة التمريض في المستشفيات الخاصة والعامة لتوليد الرغبة لديهم للإستمرار في العمل وتقديم الرعاية التمريضية بشكل مناسب.
- عمل دورات تدريبية لممارسي مهنة التمريض في المستشفيات في مجال معايير جودة خدمة الرعاية التمريضية، لنشر وتعميق مفهوم الجودة والعمل على تطبيق هذه المعايير على أرض الواقع للمرضى بأفضل درجة.
- الإستفادة من تجارب المستشفيات الرائدة في تطبيق برامج الجودة عن طريق إبتعاث كوادر التمريض لهذه المستشفيات للتدريب واكتساب الخبرة.

#### المراجع:

##### أولاً: المراجع العربية:

1. الأحمدى، حنان عبد الرحيم، (٢٠٠٠) التحسين المستمر للجودة، المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية، دورية الإدارة العامة، معهد الإدارة العامة، الرياض، المجلد (٤٠) العدد الثاني.
2. خسروف، أيمن محمد كمال، (٢٠٠٨) تسويق الخدمات الصحية، المركز الدولي الإستشاري للتنمية الإدارية، بريطانيا.
3. أبو الخير، عبد الكريم قاسم، (٢٠٠٢) التمريض النفسى-مفهوم الرعاية التمريضية، دار وائل للطباعة والنشر، عمان، ٢٣.
4. السمانى، أحمد عبد الله، (٢٠١٤) جودة الخدمات الصحية، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان.
5. أبي سعيد، وعبد الله، عادل محمد، (٢٠٠٣) النوعية والجودة في الخدمات الصحية، دراسة تحليلية لأراء المرضى في عينة من المستشفيات العامة، مجلة تنمية الرافدين، المجلد ٢٥، العدد ٧٣.
6. الطائي، رعد عبدا لله، قدارة عيسى، (٢٠٠٨) إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر، عمان.
7. الطعمانة، عبد العزيز مخيمر، (٢٠٠٣) الإتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، مفاهيم وتطبيقات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة.
8. عبد المحسن، توفيق محمد، (٢٠٠٦) إدارة المنشآت المتخصصة، دار الفكر العربي، القاهرة.
9. العسالي، محمد أديب، (٢٠٠٦) واقع ومتطلبات تطوير الواقع الصحي، المؤتمر الوطني للبحث العلمي والتطوير التقاني، دمشق.
10. كورتل، فريد، المرجع فريد كورتل، (٢٠٠٨) تسويق الخدمات، الطبعة الأولى، دار الكنوز المعرفية العلمية للنشر والتوزيع، الأردن.
11. المحياوي، قاسم نايف علوان، (٢٠٠٦) إدارة الجودة في الخدمات، مفاهيم وعملييات وتطبيقات، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان.



١٢. النجار، فريد، (٢٠٠٧) إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الدار الجامعية، الإسكندرية، الطبعة الأولى.
١٣. نصيرات، فريد توفيق، (٢٠٠٦) إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، إثراء للنشر والتوزيع، عمان.
١٤. نعلاني، عبد المحسن، (٢٠٠٢) مؤشرات قياس الأداء في المستشفيات، ورقة عمل مقدمة لمؤتمر الإتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، القاهرة.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- [1] Abdullah. Kalthom et al, *A Strucural Equation Modelling Approach to Validate the Dimensions of Servperf in Airline Industry of Malaysia*, International Journal of Engineering and Management Sciences, 3(2) (2012).
- [2] Adil. Mohd and others, *SERVQUAL and SERVPERF: A Review of Measures in Services Marketing Research*, Global Journal of Management and Business Research Marketing, 13(6) (2013)
- [3] Camilleri. David & Mark O. Collaghan, *Comparing public and private hospital car service*, Internation journal of health care quality assurance, 11(4) (1998), 127-133, <https://doi.org/10.1108/09526869810216052>
- [4] Chetwynd. Js, *Satisfactions and dissatisfactions with public and private hospitals*, The New Zealand medical journal, (1998).
- [5] Cronin. J. Joseph & Taylor. Steven A., *Servperf versus Servqual: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality*, Journal of Marketing, 58(1) (1994),125-131, <https://doi.org/10.1177/002224299405800110>
- [6] Gustafson.D. H. & Hund. Ann S, *Findings of of innovation research applied to quality management principles for health care*, Health care managers, 20(2) (1995), 16-33, <https://doi.org/10.1097/00004010-199521000-00004>
- [7] Landrum. Hollis and others, *Measuring IS System Service Quality with SERVQUAL: Users' Perceptions of Relative Importance of the Five SERVPERF Dimensions*, International Journal of an Emerging Transdiscipline, 12(2009), 17-35, <https://doi.org/10.28945/426>
- [8] Nitin Seth. S.G. Deshmukh, *Service quality models: a review*, International Journal of Quality & Reliability Management, 22 (9) (2005).

## Assessing the Quality of the Nursing Care Service from the Perspective of Patients in Sudanese Hospitals

**Mohammad Al-Hassan Sharef Mohammad**

Associate Professor of Business Administration, College of Commerce, University of Niles, Sudan  
Coordinator of the Department of Business Administration, Najran University  
drsharef2011@gmail.com

**Abdul Ghafar Abdullah Hamid Ali**

Assistant Professor of Business Administration, Al Sharq National College, Sudan  
Assistant Professor of Business Administration, University of Najran  
abd.alghfar2011@gmail.com

Received Date : 19/12/2019

Accepted Date : 11/2/2020

DOI : <https://doi.org/10.31559/GJEB2020.8.2.3>

**Abstract:** The present study aimed at assessing the quality of nursing service from the point of view of the hypnotized patients in Sudanese hospitals. The study used a random proportionate Stratified Sample method. The sample consists of a number of private and public hospitals. The questionnaire was distributed to (150) individuals. After the analysis, the study concluded that there were statistically significant differences at the level of significance (0.05) towards the level of the quality of the actual nursing care service, according to the gender variable, as well as statistically significant differences according to the type of the hospital.

The study reached a number of recommendations, including the necessity commitment of the private and public hospitals in Sudan to adhere to the standards of nursing care, and follow-up from the specialized authorities as well as to eliminate the differences in the commitment between these hospitals, and establishing a managerial unit in these hospitals concerned with quality issues, to follow the implementation of the standards for health care services, as well as determining a continuous response to them to identify and address the weaknesses in order to improve the quality of nursing care services.

**Keywords:** Quality Assessment; Nursing Care Service; Hospitals; Sudan.

### References:

- [1] Abd Alhassan Twfyq Mhmd, Adar Almnshat Almtkshsh, Dar Alkral'ryby, Alqahrh, (2006)
- [2] Al'saly. Mhmd Adyb, Waq' Wmttlbat Ttwyr Alwaq' Alshy, Almwtmr Alwtny Llbhth Al'Imy Walttwyr Altqany, Dmshq, (2006)
- [3] Abdullah. Kalthom et al, *A Structural Equation Modelling Approach to Validate the Dimensions of Servperf in Airline Industry of Malaysia*, International Journal of Engineering and Management Sciences, 3(2) (2012).
- [4] Adil. Mohd and others, *SERVQUAL and SERVPERF: A Review of Measures in Services Marketing Research*, Global Journal of Management and Business Research Marketing, 13(6) (2013)
- [5] Alahmdy. Hnan Abd Alrhy, Althsyn Almstmr Lljwdt, Almfhw Wkyfyt Altbyq Fy Almnzmat Alshyh, Dwryt Aladarh Al'amh, M'hd Aladarh Al'amh, Alryad, 40(2) (2000).
- [6] Camilleri. David & Mark O. Collaghan, *Comparing public and private hospital car service*, International journal of health care quality assurance, 11(4) (1998), 127-133, <https://doi.org/10.1108/09526869810216052>
- [7] Chetwynd. Js, *Satisfactions and dissatisfactions with public and private hospitals*, The New Zealand medical journal, (1998).

- [8] Cronin. J. Joseph & Taylor. Steven A., *Servperf versus Servqual: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality*, Journal of Marketing, 58(1) (1994),125-131, <https://doi.org/10.1177/002224299405800110>
- [9] Gustafson.D. H. & Hund. Ann S, *Findings of of innovation research applied to quality management principles for health care*, Health care managers, 20(2) (1995), 16-33, <https://doi.org/10.1097/00004010-199521000-00004>
- [10] Kh̄srwf. Āymn M̄hmd Km̄al, Tswyq Ālkh̄dm̄at Ālsh̄yh, Ālmrkz Āldwly Āl̄st̄h̄ary Llt̄nmyh Āl̄d̄aryh, Bryṭanya, (2008)
- [11] Ābw Ālkh̄yr. ʿbd Ālkrym Q̄asm, Āl̄mryḍ Āl̄nfsy-Mfhw̄m Āl̄rʿayh Āl̄mryḍy, Ḍar W̄ayl Llt̄b̄ʿh W̄alnsh̄r, ʿm̄an.23, (2002)
- [12] Kwrt̄l. Fryd, Āl̄mr̄jfyd Kwrt̄l, Tswyq Ālkh̄dm̄at, Āl̄tbʿt̄ Āl̄awly, Ḍar Ālknwz Āl̄mʿrfyt̄ Ālʿlmyt̄ L̄nsh̄r W̄alt̄wzyʿ, Āl̄ardn, (2008)
- [13] Landrum. Hollis and others, *Measuring IS System Service Quality with SERVQUAL: Users' Perceptions of Relative Importance of the Five SERVPERF Dimensions*, International Journal of an Emerging Transdiscipline, 12(2009), 17-35, <https://doi.org/10.28945/426>
- [14] Ālm̄hȳawy. Q̄asm Nayf ʿlw̄an, Āḍar̄t̄ Āljwdh Fy Ālkh̄dm̄at, Mf̄ahym Wʿmlȳat Wt̄t̄byq̄at, Āl̄tbʿh Āl̄awla, Ḍar Ālsh̄rwq L̄nsh̄r W̄alt̄wzyʿ, ʿm̄an, (2006)
- [15] Nʿs̄any. ʿbd Ālm̄h̄sn, M̄wsh̄r̄at Qȳas Āl̄d̄aʿ Fy Āl̄m̄st̄sh̄fȳat, Wrq̄t̄ ʿml M̄qdmh Lm̄wt̄mr Āl̄at̄jah̄at Āl̄h̄dyt̄h Fy Āḍar̄t̄ Āl̄m̄st̄sh̄fȳat, Ālq̄ahrh, (2002)
- [16] Nitin Seth. S.G. Deshmukh, *Service quality models: a review*, International Journal of Quality & Reliability Management, 22 (9) (2005)
- [17] Āln̄jar. Fryd, Āḍar̄t̄ Āl̄m̄st̄sh̄fȳat Wsh̄rkat Āl̄d̄wyh, Āḍar Ālj̄amʿyh, Āl̄askndryh, Āl̄tbʿh Āl̄awla, (2007)
- [18] N̄sȳrat. Fryd Twfyq, Āḍar̄t̄ Āl̄m̄st̄sh̄fȳat, Āl̄tbʿh Āl̄awla, Āth̄raʿ L̄nsh̄r W̄alt̄wzyʿ, ʿm̄an, (2006)
- [19] Āby Sʿyd. Wʿbd Āllh, ʿadl M̄h̄md, Ālnwʿyh W̄aljwdh Fy Ālkh̄dm̄at Ālsh̄yh, Ḍr̄ash Th̄lylyh L̄araʿ Āl̄m̄r̄dy Fy ʿynh Mn Āl̄m̄st̄sh̄fȳat Ālʿamh, M̄jl̄t̄ T̄nmyt̄ Āl̄raf̄dyn, 25(73) (2003)
- [20] Ālsm̄any. Āh̄md ʿbd Āllh, Jwd̄t̄ Ālkh̄dm̄at Ālsh̄yh, Āl̄tbʿh Āl̄awla, Ḍar Āl̄ham̄d L̄nsh̄r W̄alt̄wzyʿ, ʿm̄an, (2014)
- [21] Ālʿam̄nh. ʿbd Ālʿyz M̄kh̄ymr, Āl̄at̄jah̄at Āl̄h̄dyt̄h Fy Āḍar̄t̄ Āl̄m̄st̄sh̄fȳat, Mf̄ahym Wt̄t̄byq̄at, Āl̄m̄nz̄mh Ālʿrbyh Llt̄nmyh Āl̄d̄aryh, Ālq̄ahrh, (2003)
- [22] Āl̄t̄aȳy. Rʿd ʿbd̄a Llh, Qḍar̄t̄ ʿysy, Āḍar̄t̄ Āljwdh Ālsh̄am̄lh, Ḍar Ālȳazwry Ālʿlmyh L̄nsh̄r, ʿm̄an, (2008).