

## تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية

### / دراسة حالة في مراكز طب الأسرة في بغداد

أ.د. غني دحام تناي الزبيدي / كلية الإدارة والاقتصاد / جامعة بغداد

الباحث / فاتن عباس خليل الشجيري

تاريخ التقديم: 2017/11/19

تاريخ القبول: 2018/1/2

### المستخلص :

يهدف البحث الى التعرف على مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية العاملة بنظام طب الأسرة في بغداد و الوقوف على مدى تطبيق هذه المراكز الصحية للمعايير المعتمدة عالمياً و تحديد فجوة جودة الخدمة المقدمة بين مراكز الرعاية الصحية العاملة بنظام طب الأسرة والمعايير التي تعتمدها المراكز العالمية المناظرة من خلال أربعة مراكز صحية عاملة بنظام طب الأسرة وهي (مركز صحي الشباب النموذجي لطب الأسرة ، ومركز صحي حي الجهاد لطب الأسرة ، ومركز صحي الأعظمية الثالث لطب الأسرة ، ومركز صحي الزوية لطب الأسرة ) ، ويعالج البحث المشاكل التي تواجهها مؤسساتنا الصحية العاملة بنظام طب الأسرة (مراكز الرعاية الصحية الأولية ) من صعوبات ومعرفلات وتحديات كصعوبة تلقي الخدمة في بعض المؤسسات الصحية بسبب نقص العدد الكافي من الاطباء الاختصاص في مجال طب الاسرة أو وجود زخم للمرضى في أغلب المراكز فضلاً عن ضعف سير الإجراءات بصورة كاملة ومنتظمة ما أدى الى ضعف في جودة الخدمة الصحية المقدمة وتم اعتماد أسلوب دراسة الحالة منهجاً للبحث إذ تم تشخيص واقع الخدمة الصحية في المراكز الصحية عينة البحث من خلال الزيارات الميدانية والأطلاع على الوثائق والسجلات والمقابلات التي أجريت، و تم الاعتماد في جمع البيانات والمعلومات بصورة رئيسة على قائمة الفحص التي تضمنت ستة محاور رئيسة لتقييم الخدمات الصحية من وجهة نظر المقيم (محور المريض، محور سهولة الوصول ، محور الأمان ، محور الممارسة السريرية الفعالة ، محور الكفاءة ، محور الموارد المناسبة) وقد تم استخدام مجموعة من الاساليب الاحصائية تضمنت ( الوسط الحسابي ، الانحراف المعياري ، اختبار T ، قياس الفجوة ) وتم تشخيص مدى تطبيق المحاور لكل مركز على حدة وكذلك تم مقارنة مدى تطبيق محاور قائمة الفحص بين المراكز الأربعة وتحديد المحاور الأكثر تطبيقاً والأقل تطبيقاً ، وتوصل الباحثان الى مجموعة من الاستنتاجات المهمة عن واقع جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية العاملة بنظام طب الأسرة كان أهمها ان مستوى الخدمات المقدمة في مراكز طب الأسرة ليست بالمستوى المطلوب مقارنة بالمعايير الدولية ، اما اهم التوصيات التي خرج بها البحث فهي ضرورة العمل من قبل الجهات المختصة على تقليص حجم الفجوات الناتجة عبر رفع مستوى جودة الخدمة الصحية في المراكز الصحية العاملة بنظام طب الأسرة والأهتمام بتوفير الأدوية والأجهزة والمستلزمات والإشراف على عمل الإدارات وتفعيل الرقابة .

**المصطلحات الرئيسية للبحث :** التقييم ، طب الأسرة ، الرعاية الصحية الأولية ، مقياس الفجوة ، جودة

الخدمة الصحية ، مراكز طب الأسرة ، الرعاية الصحية الأولية .





## تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية / دراسة حالة في مراكز طب الأسرة في بغداد

### المقدمة :

يمثل تقييم جودة الخدمة الصحية من اهم الاجراءات الهادفة الى تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمريض بكافة انواعها ومستوياتها والالتزام بمعايير الامان وسلامة المرضى والذي ينعكس بصورة ايجابية ويعود بالنفع على صحة المواطن والمجتمع ، وصولا الى تأسيس وبناء الثقة بين المؤسسات الصحية والمواطن ومراعاة حقوق المرضى وضمان رضائهم عن الخدمة الصحية المقدمة . أن توفير الخدمات الصحية بشكل مقبول لجميع فئات المجتمع والأسرة بشكل متوازن ، (الاطفال والنساء وكبار السن واصحاب الاعاقات وذوي الامراض المزمنة والشباب وغيرهم) يعكس جودة النظام الصحي ، ولا يخفى ان الالتزام بالمعايير والاخلاقيات الطبية والادارية ووجود معايير ونظم واضحة تحكم النظام الصحي يعد دليل آخر على جودة النظام الصحي والخدمة الصحية ، ومن مبررات اختيار هذا الموضوع هو وجود ضعف ومشكلة في جودة الخدمة المقدمة من قبل المراكز الصحية العاملة بنظام طب الأسرة ، فضلا" عن أن وزارة الصحة والمؤسسات الصحية بحاجة الى مثل هذا البحث الذي سوف يوفر بيانات ومعلومات يمكن أن تساعد في تطوير عمل هذه المراكز الصحية ، وجاء البحث بأربعة مباحث ، تضمن المبحث الأول منهجية البحث وبعض الدراسات السابقة ، وتضمن المبحث الثاني الجانب النظري للبحث حول جودة الخدمة الصحية و نظام طب الأسرة في مراكز الرعاية الصحية الأولية ، فيما تضمن المبحث الثالث الجانب العملي للبحث من خلال تحليل اجمالي نتائج العينة للمراكز الصحية المبحوثة ، و تشخيص واقع جودة الخدمة الصحية في المراكز الصحية المبحوثة ، وأخيرا" تضمن الفصل الرابع الاستنتاجات والتوصيات .

### المبحث الأول / منهجية البحث ودراسات سابقة

#### أولاً : مشكلة البحث

تشغل الخدمات الصحية ركنا" مهما" في حياة الفرد وعامل اساسي من عوامل تحقيق الرفاهية والعيش الكريم في المجتمع وبالاخص في مجال طب الأسرة كونه على تماس مباشر مع الأسرة العراقية ويعد الأساس الذي تتفرع منه أختصاصات الطب الأخرى ، ونظرا لما تواجهه مؤسساتنا الصحية العاملة بنظام طب الأسرة (مراكز الرعاية الصحية الأولية) من صعوبات ومعوقات وتحديات كصعوبة تلقي الخدمة في بعض المؤسسات الصحية بسبب نقص العدد الكافي من الاطباء الاختصاص في مجال طب الأسرة أو وجود زخم للمرضى في أغلب المراكز فضلا" عن ضعف سير الإجراءات بصورة كاملة ومنظمة ، ويصاحب ذلك ضعف في الوعي الصحي للأسرة العراقية بصورة عامة وكل ما تقدم أدى الى ضعف في جودة الخدمة الصحية المقدمة .

ويمكن تحديد مشكلة البحث على وفق التساؤلات الآتية :

- 1- ما مدى التزام مراكز الرعاية الصحية الأولية العاملة بنظام طب الأسرة في مدينة بغداد بتطبيق مؤشرات نظام طب الأسرة ؟
- 2- ما مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة من خلال مراكز الرعاية الصحية العاملة بنظام طب الأسرة ؟
- 3- ما مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة مقارنة بالمعايير العالمية ؟

#### ثانياً : أهمية البحث

تتمثل أهمية البحث بالآتي :

- 1- أهمية العمل بنظام الجودة في مراكز الرعاية الصحية الأولية العاملة بنظام طب الأسرة وتطبيق معاييرها القياسية والمساعدة على انتظام عملها ، خصوصا" انها تلامس جميع شرائح المجتمع وفئاته وتغطي جميع افراد الأسرة التي تعد أساس تكوين المجتمع ، وتحقيق رضا المريض المراجع لهذه المراكز الصحية والذي يعكس مستوى جودة الخدمة التي تقدمها هذه المراكز .



## تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية / دراسة حالة في مراكز طب الأسرة في بغداد

- 2- تبين نتائج التقييم المتحققة من هذا البحث أهمية تطبيق نظام طب الأسرة ، وأمكانية اتخاذ قرارات إدارية بشأن زيادة عدد هذه المراكز في بغداد أو اتخاذ إجراءات تصحيحية بشأنها واغناء هذه المراكز بكل الاحتياجات والموارد الممكنة من موارد بشرية ومادية تمكنها من الارتقاء بخدماتها المقدمة ، اي انها تساعد في تشخيص المشكلات ونقاط الضعف والقوة في جودة الخدمة الصحية التي تقدمها هذه المراكز .
- 3- أهمية تطبيق جودة الخدمة في المراكز الصحية العاملة بنظام طب الأسرة ودورها في رفع الأداء الخدمي لهذه المراكز ، وتلبية احتياجات المريض ، وأجراء عمليات التحسين المستمر على تلك الخدمات .

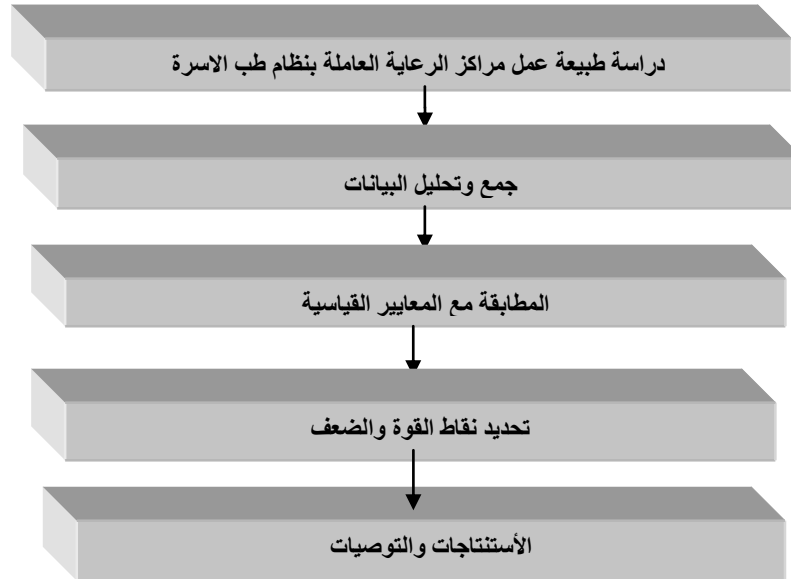
### ثالثاً: أهداف البحث

ويمكن تحديد أهداف البحث بالآتي :

1. اجراء عملية تقييم متكاملة لمراكز الرعاية الصحية الأولية العاملة بنظام طب الأسرة في بغداد لمعرفة مدى جودة الخدمة الطبية المقدمة للمجتمع والأسرة العراقية في العاصمة بغداد .
2. الوقوف على مدى تطبيق المراكز الصحية العاملة بنظام طب الأسرة موضوع البحث للمعايير المعتمدة عالمياً .
3. تحديد فجوة جودة الخدمة المقدمة بين مراكز الرعاية الصحية العاملة بنظام طب الأسرة والمعايير التي تعتمدها المراكز العالمية المناظرة .
4. الخروج بنتائج من تقييم نظام طب الأسرة ممكن الاستفادة منها في تضيق الفجوة وكذلك في الممارسات الادارية المختلفة من خلال تشخيص مواطن القوة والضعف لجعل هذا النظام نظاما مواكبا للانظمة العالمية الخاصة بطب الأسرة والتي تحقق الدول عن طريقها التقدم والازدهار في مجال الرعاية الصحية الأولية .
5. معرفة المتطلبات الاساسية اللازمة لنجاح نظام طب الأسرة في بغداد وبما يساهم في تحسين جودة الخدمة الصحية في المراكز العاملة بهذا النظام ، وتقديم بعض التوصيات المناسبة في ضوء نتائج البحث .

### رابعاً: المخطط الإجرائي للبحث

يمثل المخطط الإجرائي للبحث الخطوات والاجراءات التي يسير فيها البحث وتمثل بدراسه لعمل المراكز الصحية العاملة بنظام طب الأسرة ميدانياً وخطوات تقييمها ويوضح الشكل (1) المخطط الإجرائي للبحث .



شكل (1) المخطط الإجرائي للبحث



## تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية / دراسة حالة في مراكز طب الأسرة في بغداد

### خامساً: فرضية البحث

أنطلق البحث من فرضية أساسية تنص على :  
"أن المراكز الصحية العاملة بنظام طب الأسرة في بغداد تطبق مؤشرات جودة الخدمة الصحية".

### سادساً: أسلوب البحث

تم اعتماد أسلوب دراسة الحالة المستندة الى التشخيص والتحليل لمشكلة البحث ، ومن مميزات هذا الأسلوب هو تأمين طريقة كفوءة لغرض اكتشاف جودة أداء المراكز الصحية (عينة البحث) عن طريق أجابات قائمة الفحص ومن خلال الزيارات الميدانية ، مما يؤدي الى الحصول على البيانات بشكل مباشر يساعد في تشخيص المشكلة بصورة دقيقة .

### سابعاً: أدوات البحث

وتتألف أدوات البحث من الآتي :

- أ- قائمة الفحص (check list) : اعتمد البحث في جانبه العملي بصورة رئيسة على البيانات المستخرجه من خلال قائمة الفحص (check list) الملحقة ، اذ تعد قائمة الفحص أداة ملائمة لمطابقة المعلومات والبيانات والحقائق المرتبطة بالواقع الميداني للبحث عن طريق مجموعة من المؤشرات الدولية المتعلقة بالظاهرة أو المشكلة المبحوثة والتي تندرج تحت مجموعه من المحاور جدول رقم (1) .
- ب- المقابلات الشخصية : وكانت هذه المقابلات مع بعض العاملين في هذه المراكز وفي الدوائر الصحية المعنية بموضوع البحث للحصول على بعض المعلومات .
- ت- الزيارات الميدانية : ساعدت هذه الزيارات على ملئ قائمة الفحص الخاصة بكل مركز والتزود بالاحصائيات والوثائق التي تساعد على التعرف على سير العمل في المراكز العاملة بنظام طب الأسرة .

جدول (1) محاور قائمة الفحص			
المصدر المعتمد في المقياس	تسلسل المؤشرات	عدد المؤشرات	المحور
quality in family practice / book of tools/ 1st Edition, 2010/ A comprehensive set of quality performance indicators for family practices. ( <a href="https://qualitybookoftools.ca/">https://qualitybookoftools.ca/</a> )	10-1	10	1 محور المريض
	17-11	7	2 محور سهولة الوصول
	29-18	12	3 محور الأمان
	41-30	12	4 محور الممارسة السريرية الفعالة
	47-42	6	5 محور الكفاءة
	57-48	10	6 محور الموارد المناسبة

وفيما يخص الصدق الظاهري : أذ جرى التحقق من وضوح فقرات المقياس وذلك من خلال عرضه على مجموعة من الخبراء بلغ عددهم (10) والمحلل رقم (1) يوضح أسماء المحكمين وعدت الفقرة صادقة بعد ما حظيت بقبول جميع الخبراء وبذلك تحقق الصدق الظاهري للمقياس وبلغ عدد محاورها النهائية (6) محاور .

أما الأساليب الإحصائية للبحث فقد تم استخدام برنامجي spss و excel لتحليل البيانات والادوات هي :

- 1- الوسط الحسابي : هو قيمة تتجمع حولها قيم مجموعة ويمكن من خلالها الحكم على بقية قيم المجموعة.
- 2- الانحراف المعياري : يدل على مدى امتداد مجالات القيم ضمن مجموعة البيانات الإحصائية .
- 3- اختبار T: يستخدم لاختبار وجود فرق معنوي حول قيمة معينة
- 4- تم احتساب الفجوة gap الناتجة عن تطبيق المؤشرات القياسية عن طريق المعادلة :

$$(Gap = 7 - X^- / 7)$$

(X<sup>-</sup>) تعني بها الوسط الحسابي

(7) تعني بها العدد الأكبر في المقياس



## تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية / دراسة حالة في مراكز طب الأسرة في بغداد

### تاسعا: مجتمع البحث وعينته

تمثل مجتمع البحث بمجموعه من المراكز الصحية العاملة بنظام طب الأسرة في بغداد وشكلت العينة نسبة (10%) من مجموع هذه المراكز والبالغ (40) مركز ، يقع في جانب الكرخ (19) منها و (21) في جانب الرصافة إذ تم اختيار مركزين في كل جانب ليبلغ العدد أربعة مراكز وهي : ( مركز صحي الشباب النموذجي لطب الأسرة ومركز صحي الجهاد لطب الأسرة ومركز صحي الأعظمية الثالث لطب الأسرة ومركز صحي الزوية لطب الأسرة ) وكانت معايير المراكز عينة البحث اعتمدت على عدد المراجعين للمراكز إذ تم اختيار مركزين من المراكز التي تشهد زخم عالي للمراجعين كما في جدول (2)

اسم المركز الصحي	عدد المراجعين الشهري	الموقع
مركز صحي الشباب النموذجي	18132	الكرخ
مركز صحي الجهاد	7949	الكرخ
مركز صحي الأعظمية الثالث	14169	الرصافة
مركز صحي الزوية	1296	الرصافة

وبلغ حجم العينة الذين تم مقابلتهم للأجابة على فقرات قائمة الفحص كما موضح في الجدول (3) وبحسب المراكز المبسوثة :

اسم المركز الصحي	عدد العاملين	عدد العينة	التخصص الوظيفي للعينة
مركز صحي الشباب النموذجي	66	5	1 طبيب
			2 صيدلي
			1 أخصائي
			1 اداري
مركز صحي الجهاد	41	5	2 طبيب
			1 مساعد مختبر
			1 مساعد تقني
			1 اداري
مركز صحي الأعظمية الثالث	43	5	2 طبيب
			2 أخصائي
			1 معاون فيزيائي
			1 طبيب
مركز صحي الزوية	52	5	3 طبيب
			1 مساعد مختبر
			1 مساعد طبيب أسنان

### تاسعا: دراسات السابقة

يتضمن المبحث عدد من الدراسات السابقة التي تم الاطلاع عليها والاستفادة منها وسنحاول عرض مجموعه منها وتحديد أوجه التشابه والأختلاف بينها وبين البحث الحالي :

1-	دراسة (الفرّاج : 2009) : تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى : نموذج لقياس رضا المرضى	هدف الدراسة	يهدف البحث الى تسليط الضوء على مستوى الرضا عن الخدمات الطبية التي تقدمها مستشفيات التعليم العالي في سورية و يركز البحث على مشكلة تدني المستوى الصحي كالفقر والجهل ونقص مراكز الرعاية الصحية وعدم توافر الادوية والاطباء .
		مشكلة الدراسة	يركز البحث على مشكلة تدني المستوى الصحي كالفقر والجهل ونقص مراكز الرعاية الصحية وعدم توافر الادوية والاطباء
		أهم النتائج	أهمية كفاءة الطبيب المهنية العامل في المشفى وكذلك أهمية سرعة استجابة المشفى لاحتياجات المريض
2-	دراسة (الجزائري و آخرون : 2011) : قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية	هدف الدراسة	يهدف البحث الى التعرف على مدى اهتمام إدارة المستشفى بموضوع جودة الخدمات الصحية المقدمة للمستفيد و تشخيص أهم الشروط الواجب توفرها في الخدمات الصحية لضمان جودة خدمات عالية تحقق أعلى درجات رضا المستفيد وتقليص حجم الفجوة بين الخدمة المدركة (Service Perceptions) والخدمة المتوقعة (Service Expectation) للوصول الى الخدمة الأفضل .



## تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية / دراسة حالة في مراكز طب الأسرة في بغداد

تعاين مستشفيات البصرة من مشاكل منها ما يتعلق بالمنظمة الصحية من حيث قلة امکانيات المادية والبشرية وضعف الشعور بالمسؤولية المهنية والأخلاقية لدى بعض العاملين لديها	مشكلة الدراسة		
أن مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفى وضمن متغير الملموسية كان ضعيف ، وضمن متغير الاعتمادية كان ضعيف ، و متغير الاستجابة كان ضعيف أما متغير التعاطف كان دون المستوى المطلوب	أهم النتائج		
إطلاق سلسلة من الجهود الاستراتيجية الرامية إلى "تجديد التخصص لتلبية احتياجات الناس والمجتمع"، والتي تحمل بعضها ثمارا هامة	هدف الدراسة	دراسة (Several american familymedicine organizations 2014) : الصحة الأساسية: طب الأسرة لصحة أمريكا .	3-
تطوير استراتيجية طب الأسرة في أمريكا	مشكلة الدراسة		
الخروج باستراتيجيات الأساسية المحددة العمل على ضمان الوصول الواسع إلى علاقات الرعاية الأولية المستدامة ، والمساءلة عن زيادة قيمة الرعاية الأولية في شروط التكلفة والجودة والالتزام بالمساعدة في الحد من أوجه التفاوت في الرعاية الصحية؛ والانتقال إلى دفع شامل وبعيدا عن رسوم مقابل الخدمة ، تحويل التدريب ، التكنولوجيا لدعم الرعاية الفعالة .	أهم النتائج		

ويتفق البحث الحالي مع البحوث السابقة من حيث تناوله موضوع جودة الخدمة الصحية ولكنه تميز عنها بأداة البحث التي تمثلت بقائمة الفحص وكذلك تناوله جودة الخدمة الصحية في تخصص طب الأسرة ، وتم الاستفادة من البحوث السابقة في التعرف على الخدمة الصحية بمفهومها وأهميتها وخصائصها المختلفة.

### المبحث الثاني / جودة الخدمة الصحية في طب الأسرة

#### أولاً: جودة الخدمة الصحية

##### 1. مفهوم جودة الخدمة الصحية

وفي سياق مفهوم جودة الخدمة الصحية فإن جودة الخدمة الصحية هي واحدة من الأساليب التي تستخدمها المنظمة الصحية ، لتمييز نفسها عن المنظمات الصحية الأخرى المشابهة لها في النشاط عن طريق تكوين صورة معينة عن المنظمة الصحية تتحدد من خلالها شخصية المنظمة على جميع المستويات (Kotler and Armstrong, 1994, 640) ، و تم تعريف الجودة في الرعاية الصحية بأنها السعي المستمر نحو تحقيق متطلبات المريض و بأقل كلفة ممكنة، بحيث تشمل ثلاث نقاط أساسية: الأولى هي تحقيق الجودة من وجهة نظر المريض، ويمكننا التحقق من ذلك عن طريق قياس رضا المريض عن الخدمة ، والثانية هي تحقيق الجودة من وجهة النظر المهنية، أي تلبية احتياجات ومتطلبات المريض وفقا لشروط الخدمة الطبيه ، من حيث التشخيص والإجراءات والعلاج، والثالثة تركز حول جودة العمليات المتعلقة بجودة تصميم وتقديم الخدمة الصحية، وذلك على أساس الاستخدام الأمثل لموارد المنظمة الصحية (العامري، 2009: 78) ، و من المنظور المهني والطبي فإن جودة الخدمة الصحية تعد تقديم أفضل الخدمات ، ووفق أحدث التطورات العلمية والمهنية ويتم التحكم في ذلك عن طريق أخلاقيات ممارسة المهنة ونوعيتها وطبيعة الخدمة الصحية المقدمة، و أما من المنظور الإداري فأنها تعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوافرة ، والقدرة على جذب المزيد من الموارد من أجل تغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمات متميزة في حين يرى المرضى جودة الخدمة الصحية بأنها تكون مدى اهتمام العاملين بهم ولطفهم معهم ومهارة الطبيب في تشخيص الحالة المرضية وعلاجها وتوفير العلاجات والمستلزمات الطبية والأجهزة والمعدات المختلفة (بن سعيد، 1997: 40) .



## تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية / دراسة حالة في مراكز طب الأسرة في بغداد

### 2. أبعاد جودة الخدمة الصحية

- هناك تسعة ابعاد أساسية لنظام صحي عالي الجودة حددته منظمة الصحة العالمية لمراكز طب الأسرة (HQO,2012:1) ، (Levitt&hilts,2013:39) (Offei&others,2004:3-4) :
- أ. إمكانية الوصول (Accessible) : يجب أن يكون الناس قادرين على الحصول على الرعاية المناسبة في الوقت المناسب في المكان المناسب من قبل مزود الرعاية الصحية المناسب.
  - ب. الفعالية (Effective) : يجب أن يتلقى الناس الرعاية الملانمة التي تعمل ويستند إلى أفضل المعلومات العلمية المتاحة.
  - ت. الامان (Safe) : يجب ألا يتعرض الناس للأذى بسبب حادث أو أخطاء عندما يتلقون الرعاية (كالأخطاء الطبية) .
  - ث. التركيز على المريض (Patient-centred) : يجب على مقدمي الرعاية الصحية تقديم الخدمة بطريقة حساسة لاحتياجات وتفضيلات الفرد .
  - ج. العدالة (Equitable) : يجب على الناس الحصول على نفس نوعية الرعاية بغض النظر عن من هم وأين يعيشون.
  - ح. الكفاءة (Efficient) : يجب على النظام الصحي أن يبحث باستمرار عن طرق للحد من الاخطار الناتجة عن العمل .
  - خ. الموارد المناسبة (Appropriately Resourced) : يجب أن يكون لدى النظام الصحي ما يكفي من مقدمي الخدمات المؤهلين، والتمويل، والمعلومات، والمعدات، واللوازم، والمرافق لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان.
  - د. التركيز على الصحة السكانية (Focused on Population Health) : يجب أن يعمل النظام الصحي على الوقاية من المرض وتحسين صحة السكان .
  - ذ. التكامل (integrated) : يجب تنظيم جميع أجزاء النظام الصحي وتوصيله والعمل مع بعضهم البعض لتوفير رعاية عالية الجودة.
- وقد حددت أبعاد أخرى لجودة الخدمة الصحية كذلك بالآتي (ذياب،2010:44) :
- أ. الكفاءة الفنية : وهي المهارات والقدرات الفنية والأداء الفعلي الصحيح والثابت لمقدمي الخدمات الصحية .
  - ب. سهولة الوصول للخدمة والسهولة تعني السهولة الجغرافية والمواصلات بالإضافة الى قدرة المريض على دفع تكاليف الخدمة .
  - ت. الفعالية : مدى الحصول على النتائج المرغوبة .
  - ث. العلاقة بين الفريق الطبي والمرضى بأن تكون جيدة .
  - ج. الكفاءة بأستخدام الموارد المتاحة أو الممكن توفيرها .
- ويعد وجود ابعاد جودة الخدمة دليل على تطبيق لمعايير الجودة وكما اشار كل من (النعمي وآخرون، 2009:37) ، (Yarimoglu,2014,83) ، (kabir&carlsson,2010,15-16) للأبعاد الآتية :
- أ. الأداء Performance : وتعني قدرة المنظمة الصحية على أداء ما متوقع أن تؤديه .
  - ب. الخصائص Characteristics : الخواص الثانوية المضافة للخدمة كالحمة المقدمه عن بعد .
  - ت. المطابقة Conformance : مطابقة الخدمة الصحية مع المعايير المعلنة للمريض .
  - ث. الموثوقية Reliability : استمرار الاداء الجيد للخدمة عبر الزمن .
  - ج. مدة الصلاحية Durability : مدة تقديم الخدمة قبل الاحتياج للإصلاح بما في ذلك تصحيح أداء الخدمة.
  - ح. الاستجابة Response : التعامل الانساني مثل لياقة مقدم الخدمة .
  - خ. الجماليات Aesthetics : حس الانسان بالخصائص المفضلة كالتشطيبات النهائية .
  - د. السمعة Reputation : التقديم الجيد للخدمة مسبقاً حسب ما هو معروف لدى المريض .
  - ذ. الكفاءة COMPETENCE : امتلاك المهارات المطلوبة والمعرفة لأداء الخدمة الصحية .





## تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية / دراسة حالة في مراكز طب الأسرة في بغداد

### 3. متطلبات تقييم جودة الخدمة الصحية :

ان المنظمات الصحية تعتمد في تقديم خدماتها على الجودة ولضمان استمرارها ركزت المنظمات على بعض الأمور الهامة التي تعد أساسية في إدامة جودة الخدمات في المنظمة الصحية بصورة عامة (نصيرات، 2008: 392) :

أ. تقييم مؤهلات ومهارات الطبيب عند التوظيف أو عند الترقيّة من قبل لجنة مختصة لتقديم مستوى جيد من الخدمة .

ب. التركيز على الاساليب والطرق الوقائية التي تحسن من جودة الخدمه مثل الوقايه من العدوى وانتقال الأمراض .

ت. رقابة وتقييم جودة الخدمة الصحية من خلال تدقيقها وفق معايير معينه توضع من قبل الأطباء أنفسهم .

### ثانياً: طب الأسرة

#### 1. مفهوم طب الأسرة

عرفت منظمة الصحة العالمية طب الأسرة في تقرير اجتماع مجموعة العمل الإقليمية العلمي في المناهج الأساسية بأنه تخصص الطب الذي يعنى بتوفير الرعاية الشاملة للأفراد والأسر ودمج العلوم الطبية الحيوية والسلوكية والاجتماعية (Who,2003:1) ، وطب الأسرة هو تخصص طبي مورس بالفعل لعدة قرون ولكن كتخصص مع تدريب خاص بالرعاية الصحية الأولية يعد كتخصص جديد ، وأصبح نقطة الاتصال الأولى بين المريض والطبيب ويتعامل مع مشاكل غير محددة لدى المريض ولمدة محددة (Tahepold,11:2006) ، أما دليل الرعاية الصحية الأولية فقد عرف طب الأسرة بأنه برنامج صحي علمي اداري وتدريبى تتمحور حوله كافة الفعاليات الخاصة بالرعاية الصحية الأولية عن طريق استخدام الملف الصحي الخاص بطب الأسرة ومن خلال اطباء الاسرة ليتم تطبيق مبدأ الرعاية الطبية الشاملة والمستمرة مع التركيز على الفرد في نطاق الاسرة كوحدة اجتماعية دون التقيد بالجنس أو العمر أو نوع المرض (دليل الرعاية الأولية ، 2009 : 12) ، وعرف بأنه المكان الذي يشعر فيه المريض بالراحة اكثر من المنزل ويمكنه مناقشة الامور الصحية والخاصة بالاسرة وبالأفراد بحسب منظور الكلية الكندية لطب الأسرة (College of family,2011:8) ، وفيما يخص الرعاية فان طب الأسرة هو الرعاية التخصصية العامة التي توظف النهج الموجه نحو المريض، وتركز على الفرد وأسرته والبيئة المعيشية وتعد الرعاية التخصصية العامة التي تعزز الصحة من خلال التدخلات الملانمة والفعالة (Dutch,2011:28) ، وكتخصص يعد طب الأسرة هو التخصص الطبي الذي يوفر الاستمرار والرعاية الصحية الشاملة للفرد والأسرة ، وهو تخصص في اتساع يجمع العلوم البيولوجية والسريرية، والعلوم السلوكية ، نطاق طب الأسرة يشمل جميع الأعمار، كلا الجنسين، كلنظام الجهاز، وعلى كل كيان المرض (Rakel,2016:5) .

#### 2. أهداف نظام طب الأسرة

وعلى الرغم من ان نظام طب الاسرة يعد ثاني أكبر تخصص طبي في الكثير من دول العالم المتحضرة ، إذ تعنى دول العالم المتقدم بهذا الفرع من الطب الى حد بعيد إذ تصل نسبته الى 50% من عدد الأطباء في بريطانيا و45% في كندا و 40% في اسبانيا ، الا انه لديه تاريخ من الكفاح مع هويته القانونية، و التداخل في نطاق التخصص مع الطب الباطني العام، طب الأطفال العام، الطب النفسي، والتوليد وأمراض النساء وعلى ضوء ذلك تم توضيح أهداف خاصة بنظام طب الأسرة يتميز بها عن غيره من التخصصات وهذه الأهداف هي (السياسات والنظم الصحية، 2005 : 26-27) (Yanchula,2015:2) :

- أ. دراسة المجتمع المستهدف بالخدمة وتحديد المشاكل الصحية والاقتصادية والاجتماعية .
- ب. عمل تحليل لهذه المشاكل الصحية وبيان حجمها وأسبابها ومدى تأثيرها على المجتمع .
- ت. وضع تصور واضح وخطه عمل لحل المشاكل الصحية .
- ث. تحديد احتياجات المجتمع الصحية .
- ج. تشجيع التعاون والمشاركة مع المجتمع بفنائه المختلفة لدراسة المشاكل ووضع الحلول المناسبة لها.
- ح. تشجيع التعاون مع الهيئات المختلفة ذات العلاقة .





## تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية / دراسة حالة في مراكز طب الأسرة في بغداد

### 3. دور طبيب الأسرة

المسؤول الأول عن توفير الرعاية الشاملة والمستمرة لكل فرد يلتمس الرعاية الطبية بغض النظر عن العمر والجنس والمرض ، ويعنى طبيب الاسرة بالافراد في سياق الأسرة والمجتمع وثقافتهم، ومن واجبه احترام استقلالية مرضاه (Wonca,2002:6) ، وأن طبيب الأسرة هو الطبيب الشخصي للأفراد من جميع الأعمار و لمختلف الظروف الصحية ، وهو أول نقطة اتصال بين المريض والمنظمة الصحية ويكون مسؤولاً عن المخاوف الصحية ومعالجة معظم احتياجات الرعاية الصحية ، من خلال التواصل الدائم، إن أطباء الأسرة هدفهم مساعدة المرضى ومنع، وفهم، وإدارة المرض، والتنقل في النظام الصحي، ووضع أهداف الصحة ، فضلاً عن أنهم يركزون رعايتهم لتلبية الاحتياجات الفريدة للمرضى ومجتمعاتهم ، ويستعملون البيانات لرصد وإدارة سكانهم المرضى، واستخدام أفضل العلوم لتحديد أولويات الخدمات الأكثر احتمالاً أن تخدم الصحة (Philips&others,2014:252) ، وأن من ضمن الهيكلية الخاصة بمراكز طب الاسرة يشكل طبيب الاسرة و ما يقوم به أطباء الأسرة جوهر ومعنى أهداف الصحة العامة ، في حين أن الصحة العامة تركز على الوقاية والعلاج للأفراد والاسر وتوسيع نطاق المجتمع ويركز طب الأسرة على صحة ورفاهية الأفراد والأسر التي تشكل هؤلاء السكان والمجتمعات المحلية ، وأن ممارسات أطباء الأسرة في إدارة وعلاج الأفراد يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالأهداف التي يجب تحقيقها من قبل نظام الصحة العامة فضلاً عن توفير أطباء الاسرة الرعاية المستمرة لكل من مرضاهم، و يساهم الأطباء في الرعاية الصحية العامة عن طريق عدة مهام وهي ( College of family,2005:6) :

- أ. تأدية دور المستشار في مجال تطوير برامج الصحة العامة
- ب. تقديم برامج الصحة العامة كمورد للسكان المراجعين والمرضى
- ت. المشاركة في برامج الفحص والوقاية
- ث. تطبيق المؤشرات السكانية للأفراد في نطاق ممارستهم
- ج. تنفيذ برامج لإرشاد المريض لاحتياجات الصحة العامة و الخاصة
- ح. دعم مشاركة المرضى والمساعدة الذاتية في التعليم و الصحة العامة ، على سبيل المثال الأكل الصحي والنشاط البدني

### ثالثاً: تحسين جودة خدمات طب الأسرة

إن تحسين الجودة المستمر (QI) quality improvement هو أمر أساسي لطب الأسرة الحديثة ، ويكون محوراً الفرد ، و تقديم رعاية آمنة وفعالة، والاستخدام الفعال للموارد المتاحة في بيئة سريعة التغير، هناك أساليب متنوعة وأدوات وقد تبين نهج تحسين الجودة من خلال تنظيم مجموعات العمل الصغيرة والمساهمة في زيادة أعداد العاملين واستخدام المعرفة ، و يعد وضع برنامج لتحسين الجودة هدف أساسي من أهداف وزارة الصحة ، وهو نظام لمراقبة وتحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة من قبل جميع منظمات الوزارة ، ان مراكز الرعاية الصحية الأولية ملتزمة بتقديم الخدمة الصحية لزيائنها من المرضى وللمجتمع تعمل بشكل مستمر على تحسين خدماتها والتقليل من المخاطر التي من الممكن ان يتعرض لها مراجعيها ، ويجب على هذه المراكز لغرض تحسين مستوى الخدمة والتقليل من المخاطر أن تقوم بتقييم (قياس) الاداء بصورة مستمرة وان يتم استخدام المعلومات الواردة في ايجاد طرق تمكن المركز من تطوير وتحسين خدماته الصحية ، ان عملية التقييم الذاتي ووضع خطة عمل لتحسين الخدمات الصحية في هذه المراكز يجب ان تكون معدة بصورة جيدة وتستخدم باستمرار ، إن مصطلح حلقة الجودة (QC) ، ومجموعة (التعليم الطبي المستمر / استمرارية التطوير المهني) CME/CPD ، ومجموعات العمل الصغيرة تستخدم بالتبادل في دول أوروبية مختلفة ما يدل على الأهتمام بعملية تحسين الجودة المستمر دولياً" (دليل إدارة، 2012: 87) .

ويهدف اسلوب تحسين الجودة الى توفير الرعاية المناسبة، في الوقت المناسب، في التكلفة المناسبة وضمن للمرضى كما يمكن أن ينظر إليها من قبل طبيب الأسرة أو أحد أفراد فريق الرعاية وكلما دعت الحاجة لمساعدة المرضى الذين يعانون من جميع احتياجات الرعاية الصحية وتنسيق رعاية المرضى عبر الخطط والاجراءات اللازمة لها وإدماج الرعاية للأمراض الحادة والمزمنة، والصحة العقلية والوقائية ، وتوجيه الوصول إلى الرعاية المتخصصة عند الحاجة لتنظيم الرعاية داخل فريق الرعاية لتلبية احتياجات مرضاهم وتوفير استمرارية الرعاية عبر الزمن استخدام التكنولوجيا للحفاظ على وتعزيز الوصول والاستمرارية ، وتحديد الموارد المجتمعية المتاحة لتلبية احتياجاتهم المرضى الصحية . (annals of family medicine,2014:6) .



## المبحث الثالث / تشخيص وتحليل واقع جودة الخدمة في المراكز الصحية المختارة

### على المستوى الأجمالي

يسعى المبحث الى عرض نتائج البحث الميدانية لقائمة الفحص وتحليلها وذلك بالاعتماد على إجابات عينة البحث ، وصولاً للوسط الحسابي لمعرفة المعدل الحقيقي لمدى استخدام المراكز الصحية لطب الأسرة مؤشرات جودة الخدمة في نظام طب الأسرة ، والوسط الحسابي يحسب بجمع قيم عناصر المجموعة المراد إيجاد وسطها، ويقسم المجموع على عدد العناصر ، والانحراف المعياري وفجوة التطبيق لكل فقرة من فقرات قائمة الفحص ، على المستوى الأجمالي للمحاور الرئيسية وسيتم اجراء توضيح اجمالي لكل محور على مستوى المراكز الصحية الأربعة (عينة البحث) بالنسبة للمستوى الفرضي البالغ (4) وحسب المقياس السباعي ، وبذلك سوف يتم تحديد الفجوة بالنسبة لجميع المراكز المبحوثة بصورة أجمالية بعد أن تم جمع و تحليل البيانات وتحديد المعايير الفاعلة لغرض اجراء عملية التقييم وفق المؤشرات الدولية في قائمة الفحص (quality in family practice / book of tools/ 1st Edition, 2010/ A comprehensive set

of quality performance indicators for family practices.) وتم احتساب الفجوة عن طريق طرح قيمة الوسط الحسابي للمحور من أعلى درجة في المقياس وقسمة الناتج على أعلى درجة في المقياس : (7)

جدول (4) تشخيص واقع المراكز الصحية العاملة بنظام طب الأسرة					
ت	المحور الأجمالي	الفجوة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التطبيق
1	اجمالي محور المريض	30.5%	4.85	1.1466	مطبق كلي و غير موثق
2	اجمالي محور سهولة الوصول	46%	3.75	2.4640	مطبق جزئي و موثق كلي
3	اجمالي محور الامان	20%	5.58	1.2134	مطبق كلي و موثق جزئي
4	اجمالي محور الممارسة السريرية الفعالة	24.5%	5.27	1.8241	مطبق كلي و غير موثق
5	اجمالي محور الكفاءة	28%	5	1.2886	مطبق كلي و غير موثق
6	اجمالي محور الموارد المناسبة	25%	5.25	0.9506	مطبق كلي و غير موثق

1. محور المريض : يشير الجدول (4) الفقرة (1) إلى الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لعينة البحث بخصوص اجمالي مؤشرات (محور المريض) ، إذ يعكس الجدول المذكور وسطاً حسابياً عاماً لاجمالي هذا المحور وتشير الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية ونسبة الاجابة المتعلقة بوجهة نظر العينة المبحوثة بخصوص (محور المريض)، إذ تعكس وسطاً حسابياً عاماً لـ (محور المريض) وهو اعلى قليلاً" من الوسط الحسابي الفرضي بقليل ، إذ بلغ (4.85)، وبلغ الانحراف المعياري العام (1.1466)، وقد بلغت فجوة التطبيق (30.5%) باتجاه مطبق كلي وغير موثق ، ويتضح من خلال النتائج وجود تطبيق لمحور المريض في المركز الصحي مع تأشير العديد من نقاط الضعف التي احدثت الفجوة .

2. محور سهولة الوصول : و يشير الجدول (4) الفقرة (2) إلى الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لعينة البحث بخصوص اجمالي مؤشرات (محور سهولة الوصول) ، إذ يعكس الجدول المذكور وسطاً حسابياً عاماً لاجمالي هذا المحور و تشير الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية ونسبة الاجابة المتعلقة بوجهة نظر العينة المبحوثة بخصوص (محور سهولة الوصول)، إذ تعكس وسطاً حسابياً عاماً لـ (محور سهولة الوصول) إذ بلغ (3.75) وهو أدنى من الوسط الحسابي الفرضي البالغ (4) ، وبلغ الانحراف المعياري العام (2.4640) ، وقد بلغت فجوة التطبيق (46%) باتجاه مطبق جزئي و موثق كلي .



## تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية / دراسة حالة في مراكز طب الأسرة في بغداد

3. محور الأمان : يعكس الجدول (4) وسطاً حسابياً عاماً لاجمالي هذا المحور وتشير الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية ونسبة الاجابة المتعلقة بوجهة نظر العينة المختارة بخصوص (محور الأمان)، إذ تعكس وسطاً حسابياً عاماً لـ (محور الأمان) وهو اعلى من الوسط الحسابي الفرضي ، إذ بلغ (5.58) ، وبلغ الانحراف المعياري العام (1.2134)، وقد بلغت فجوة التطبيق (20%) باتجاه مطبق كلي وموثق جزئي .

4. محور الممارسة السريرية الفعالة : تؤشر مؤشرات (محور الممارسة السريرية الفعالة) ، وسطاً حسابياً عاماً لاجمالي هذا المحور وتشير الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية ونسبة الاجابة المتعلقة بوجهة نظر العينة المبحوثة بخصوص (محور الممارسة السريرية الفعالة)، إذ تعكس وسطاً حسابياً عاماً لـ (محور الممارسة السريرية الفعالة) أعلى من الوسط الحسابي الفرضي ، إذ بلغ (5.27) ، وبلغ الانحراف المعياري العام (1.8241) .

5. محور الكفاءة : وكانت اجمالي مؤشرات (محور الكفاءة) كما تشير الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية ونسبة الاجابة المتعلقة بوجهة نظر العينة المبحوثة بخصوص (محور الكفاءة)، إذ تعكس وسطاً حسابياً عاماً لـ (محور الكفاءة) وهو اعلى من الوسط الحسابي الفرضي ، إذ بلغ (5) ، وبلغ الانحراف المعياري العام (1.2886)، وقد بلغت فجوة التطبيق (28%) باتجاه مطبق كلي وغير موثق .

6. محور الموارد المناسبة : أما بخصوص اجمالي مؤشرات (محور الموارد المناسبة) ، إذ يعكس الجدول (4) وسطاً حسابياً عاماً لاجمالي هذا المحور وتشير الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية ونسبة الاجابة المتعلقة بوجهة نظر العينة المبحوثة بخصوص (محور الموارد المناسبة)، إذ تعكس وسطاً حسابياً عاماً لـ (محور الموارد المناسبة) وهو اعلى من الوسط الحسابي الفرضي ، إذ بلغ (5.25) ، وبلغ الانحراف المعياري العام (0.9506)، وقد بلغت فجوة التطبيق (25%) باتجاه مطبق كلي وغير موثق .

بعد تحليل اجابات العينة بخصوص الأجمالي لكل محور من المحاور يكون تسلسل هذه المحاور حسب تطابقها مع المؤشرات كما في الجدول (5) الذي يوضح تسلسل تطبيق المحاور بالشكل الاجمالي للمراكز الصحية :

جدول (5) تسلسل تطبيق اجمالي المحاور في المراكز الصحية				
ت	المحور	الوسط الحسابي	التطبيق	الفجوة
1.	محور الأمان	5.58	مطبق كلي وموثق جزئي	20%
2.	محور الممارسة السريرية الفعالة	5.27	مطبق كلي وغير موثق	24.5%
3.	محور الموارد المناسبة	5.25	مطبق كلي وغير موثق	25%
4.	محور الكفاءة	5	مطبق كلي وغير موثق	28%
5.	محور المريض	4.85	مطبق كلي وغير موثق	30.5%
6.	محور سهولة الوصول	3.75	مطبق جزئي وموثق كلي	46%

من خلال الجدول (5) يتضح ان المحور الذي طبق في المراكز الصحية لطب الأسرة بالنسبة الاعلى كان محور الأمان إذ بلغت فجوته (20%) وهي أدنى فجوة من بين المحاور وبوسط حسابي هو الاعلى (5.58) ، واقل المحاور تطبيقاً هو محور سهولة الوصول إذ بلغت الفجوة (46%) وبوسط حسابي هو الأدنى بلغ (3.75) وتراوحت باقي المحاور الاخرى بين ذلك في التطبيق ويتضح كذلك أن أغلب المحاور سجلت ضعفاً في عملية التوثيق .

### ثانياً: تشخيص واقع جودة الخدمة الصحية على مستوى كل مركز من المراكز الصحية المختارة

1. وصف اجابات عينة البحث لمركز صحي الشباب لطب الأسرة :  
تم تقييم مركز صحي الشباب لطب الأسرة من خلال ستة محاور رئيسية وهي (محور المريض، ومحور سهولة الوصول ، ومحور الأمان ، ومحور الممارسة السريرية الفعالة ، ومحور الكفاءة ، ومحور الموارد المناسبة) وكانت النتائج كالاتي :



## تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية / دراسة حالة في مراكز طب الأسرة في بغداد

المحور	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التطبيق	قيمة المعنوية لاختبار T	الفجوة	النتيجة
محور المريض	5.5	0.849	مطبق كلياً وموثق جزئي	0.001	21%	معنوي
محور سهولة الوصول	4.57	2.82	مطبق كلياً وغير موثق	0.354	35%	غير معنوي
محور الامان	6.1	0.750	مطبق كلياً وموثق جزئي	0	13%	معنوي
محور الممارسة السريرية الفعالة	5.8	1.887	مطبق كلياً وموثق جزئي	0.001	17%	معنوي
محور الكفاءة	5.6	1.032	مطبق كلياً وموثق جزئي	0	20%	معنوي
محور الموارد المناسبة	5.4	0.699	مطبق كلياً وغير موثق	0.004	23%	معنوي
القيمة الاجمالية	5.49	1.353	مطبق كلياً وغير موثق	0.06	22%	معنوي

- أ. محور المريض: اذ تشير النتائج ان الوسط الحسابي لمحور (المريض) بلغ (5.5) وبانحراف معياري (0.849) وهذا يشير الى ان الوسط الحسابي لهذا المحور اعلى من الوسط الفرضي البالغ (4) اي ان الفرق معنوي وان الفجوة المتحققة (21%) باتجاه مطبق كلي وموثق جزئي .
- ب. محور سهولة الوصول: تظهر النتائج ان استجابات العينة نحو مؤشرات محور (سهولة الوصول) في المركز الصحي جاءت باتجاه مطبق كلي و غير موثق اذ بلغ الوسط الحسابي لمؤشرات هذا المحور (4.57) وبانحراف معياري (2.82) وهذا يشير بأن الوسط الحسابي لمحور سهولة الوصول اعلى من الوسط الفرضي البالغ (4) اي بفرق غير معنوي عن الوسط الفرضي ، وبلغت الفجوة في هذا المحور (35%) وهذا مؤشر واضح يعكس فرق في التطبيق بهذا المحور عن بقية المحاور الاخرى وهذا يعني أن ظهور النتيجة بهذه الصورة يرجع إلى وجود بعض نقاط الضعف في تطبيق المؤشرات المهنية الواضحة في هذا المجال وهذا من شأنه أن يؤثر في جودة الاداء .
- ت. محور الأمان: وتشير النتائج الى ان الوسط الحسابي لمحور (الامان) كان (6.1) وبانحراف معياري (0.750) وهذا اعلى من الوسط الفرضي البالغ (4) بفرق معنوي ، باتجاه مطبق كلي وموثق جزئي وبلغت الفجوة (13%) .
- ث. محور الممارسة السريرية الفعالة: كما وبينت النتائج الى ان الوسط الحسابي لمحور (الممارسة السريرية الفعالة) كان (5.8) اي أعلى من الوسط الافتراضي البالغ (4) وبانحراف معياري (1.887) باتجاه مطبق كلي وموثق جزئي وبلغت الفجوة (17%) .
- ج. محور الكفاءة: و تظهر النتائج بأن استجابات العينة نحو مؤشرات محور (الكفاءة) في المركز الصحي النموذجي لطب الأسرة جاءت باتجاه مطبق كلي وموثق جزئي اذ بلغ الوسط الحسابي لمؤشرات هذا المحور (5.6) وبانحراف معياري (1.032) وهذا يشير بأن الوسط الحسابي لمحور الكفاءة اعلى من الوسط الفرضي البالغ (4) اي بفرق معنوي وبلغت الفجوة في هذا المحور (20%) .
- ح. محور الموارد المناسبة: واتضح من خلال نتائج محور (الموارد المناسبة) أن استجابات العينة نحو مؤشرات المحور في المركز الصحي جاءت باتجاه مطبق كلي وموثق جزئي اذ بلغ الوسط الحسابي لمؤشرات هذا المحور (5.4) وبانحراف معياري (0.699) وهذا يشير بأن الوسط الحسابي لمحور الموارد المناسبة اعلى من الوسط الفرضي البالغ (4) وبفرق معنوي عن الوسط الفرضي وبلغت الفجوة في هذا المحور (23%) .



## تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية / دراسة حالة في مراكز طب الأسرة في بغداد

ومن خلال حجم الفجوة البالغ (22%) يتضح إن مركز صحي الشباب لطب الأسرة لديه المحاولات للالتزام بتطبيق خطة تحسين الجودة وإدارة المخاطر ، من خلال نتائج الفجوة في التطبيق والوسط الحسابي للمحاور يتضح ان اكثر المحاور مطابقة للمؤشرات القياسية الدولية في مركز صحي الشباب لطب الأسرة هو محور الأمان بأعلى وسط حسابي بلغ (6.1) وبأدنى فجوة بلغت (13%) ، وأقل المحاور تطبيقاً هو محور سهولة الوصول بأدنى وسط حسابي (4.57) وأكبر فجوة بلغت (35%) ، و تشير النتائج الى ان المركز الصحي قد بذل الجهود لتطبيق المؤشرات باستثناء بعض نقاط الضعف القليلة .

### 2. وصف استجابات عينة البحث لمركز صحي الجهاد لطب الأسرة

تم تقييم مركز صحي الجهاد لطب الأسرة من خلال ستة محاور رئيسية وهي (محور المريض، ومحور سهولة الوصول ، ومحور الأمان ، ومحور الممارسة السريرية الفعالة ، ومحور الكفاءة ، ومحور الموارد المناسبة ) وكالاتي :

جدول (7) تطبيق المحاور في مركز صحي الجهاد لطب الأسرة						
المحور	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التطبيق	قيمة المعنوية لاختبار T	الفجوة	النتيجة
محور المريض	4.8	1.135	مطبق كلياً وغير موثق	0.006	31%	معنوي
محور سهولة الوصول	3.8	2.160	مطبق جزئياً وموثق كلياً	0.07	45%	غير معنوي
محور الأمان	5.5	1.566	مطبق كلياً وموثق جزئياً	0.001	21%	معنوي
محور الممارسة السريرية الفعالة	4.75	1.815	مطبق كلياً وغير موثق	0.005	33%	معنوي
محور الكفاءة	5.33	1.505	مطبق كلياً وغير موثق	0.031	24%	معنوي
محور الموارد المناسبة	5	1.054	مطبق كلياً وغير موثق	0.001	29%	معنوي
القيمة الاجمالية	4.8	1.415	مطبق كلياً وغير موثق	0.019	31%	معنوي

أ. محور المريض : تشير النتائج ان الوسط الحسابي لمحور (المريض) بلغ (4.8) وبانحراف معياري (1.135) وهذا يشير الى ان الوسط الحسابي لهذا المحور اعلى من الوسط الفرضي البالغ (4) اي ان الفرق معنوي وان الفجوة المتحققة (31%) باتجاه مطبق كلياً وغير موثق .

ب. محور سهولة الوصول : تظهر النتائج أن استجابات العينة نحو مؤشرات محور (سهولة الوصول) في المركز الصحي لطب الأسرة جاءت باتجاه مطبق كلياً وموثق جزئياً إذ بلغ الوسط الحسابي لمؤشرات هذا المحور (3.8) وبانحراف معياري (2.160) ، وهذا يشير بأن الوسط الحسابي لمحور سهولة الوصول أقل من الوسط الفرضي البالغ (4) بفرق غير معنوي ، وبلغت الفجوة في هذا المحور (45%) وهذا مؤشر واضح على وجود العديد من نقاط الضعف المؤشرة في عمل هذا المركز وفي تطبيق مؤشرات هذا المحور من توفير سهولة الوصول للخدمة الصحية في هذا المجال وهذا من شأنه أن يؤثر في جودة الاداء .

ت. محور الأمان : تشير النتائج الى ان الوسط الحسابي لمحور (الأمان) كان (5.5) وبانحراف معياري (1.566) وهذا اعلى من الوسط الفرضي البالغ (4) بفرق معنوي ، باتجاه مطبق كلياً وموثق جزئياً وبلغت الفجوة (21%) .

ث. محور لممارسة السريرية الفعالة : كما وبينت النتائج الى ان الوسط الحسابي لمحور (الممارسة السريرية الفعالة) كان (4.75) اي بفرق معنوي عن الافتراضي وبانحراف معياري (1.815) وهذا اعلى من الوسط الفرضي البالغ (4) باتجاه مطبق كلياً وغير موثق وبلغت الفجوة (33%) .

ج. محور الكفاءة : وتظهر النتائج بأن استجابات العينة نحو مؤشرات محور (الكفاءة) في مركز صحي الجهاد لطب الأسرة جاءت باتجاه مطبق كلياً وغير موثق إذ بلغ الوسط الحسابي لمؤشرات هذا المحور (5.33) وبانحراف معياري (1.505) وهذا يشير بأن الوسط الحسابي لمحور الكفاءة اعلى من الوسط الفرضي البالغ (4) و بفرق معنوي وبلغت الفجوة في هذا المحور (24%) .



## تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية / دراسة حالة في مراكز طب الأسرة في بغداد

ح. محور الموارد المناسبة : واتضح من خلال نتائج محور (الموارد المناسبة) أن استجابات العينة نحو مؤشرات المحور في المركز الصحي جاءت باتجاه مطبق كلي وموثق جزئي إذ بلغ الوسط الحسابي لمؤشرات هذا المحور (5) وبتحرف معياري (1.054) وهذا يشير بأن الوسط الحسابي لمحور الموارد المناسبة اعلى من الوسط الفرضي البالغ (4) اي بفرق معنوي وبلغت الفجوة في هذا المحور (29%) . من خلال نتائج الفجوة العامة للمركز (31%) تبين وجود تقارب في حجم الفجوات باستثناء الفجوة في تطبيق محور سهولة الوصول الذي كان الاضعف في التطبيق من خلال حجم الفجوة البالغ (45%) والوسط الحسابي (3.8) ومن خلال الوسط الحسابي للمحاور يتضح ان اكثر المحاور مطابقة للمؤشرات القياسية الدولية في مركز صحي الجهاد لطب الأسرة هو محور (الامان) بأعلى وسط حسابي (5.5) وأصغر فجوة بلغت (21%) ، بفرق بسيط عن بقية المحاور و تشير النتائج الى ان المركز الصحي لديه العديد من نقاط الضعف التي تؤثر على جودة الاداء في تقديم الخدمة .

### 3. وصف استجابات عينة البحث لمركز صحي الأعظمية الثالث لطب الأسرة

تم تقييم مركز صحي الأعظمية الثالث لطب الأسرة من خلال ستة محاور رئيسية وهي (محور المريض، ومحور سهولة الوصول ، ومحور الأمان ، ومحور الممارسة السريرية الفعالة ، ومحور الكفاءة ، ومحور الموارد المناسبة ) وكانت النتائج كالآتي :

جدول (8) تطبيق المحاور في مركز صحي الأعظمية الثالث لطب الأسرة						
المحور	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التطبيق	قيمة المعنوية لاختبار T	الفجوة	النتيجة
محور المريض	4.4	1.349	مطبق جزئي موثق كلي	0.064	37%	غير معنوي
محور سهولة الوصول	3.14	2.115	مطبق جزئي موثق جزئي	0.671	55%	غير معنوي
محور الامان	5.25	1.138	مطبق كلي غير موثق	0	25%	معنوي
محور الممارسة السريرية الفعالة	5.58	1.781	مطبق كلي موثق جزئي	0.002	21%	معنوي
محور الكفاءة	4.33	1.632	مطبق جزئي موثق كلي	0.267	38%	غير معنوي
محور الموارد المناسبة	4.9	1.100	مطبق كلي غير موثق	0.001	30%	معنوي
القيمة الاجمالية	4.60	1.519	مطبق كلي غير موثق	0.167	34%	معنوي

أ. محور المريض : أوضحت النتائج في الجدول (8) ان الوسط الحسابي لمحور (المريض) بلغ (4.4) وبتحرف معياري (1.349) وهذا يشير الى ان الوسط الحسابي لهذا المحور اعلى قليلا من الوسط الفرضي البالغ (4) وان الفجوة المتحققة (37%) وهي ليست بالفجوة الصغيرة قياسيا .

ب. محور سهولة الوصول : تظهر النتائج أن استجابات العينة نحو مؤشرات محور (سهولة الوصول) في مركز صحي الأعظمية الثالث لطب الأسرة جاءت باتجاه مطبق جزئي وموثق جزئي إذ بلغ الوسط الحسابي لمؤشرات هذا المحور (3.14) وبتحرف معياري (2.115) وهذا يشير بأن الوسط الحسابي لمحور سهولة الوصول ادنى من الوسط الفرضي البالغ (4) ، وبلغت الفجوة في هذا المحور (55%) وهذا مؤشر واضح على وجود ضعف في تقديم الخدمة من قبل المركز وفي تطبيق مؤشرات هذا المحور من توفير سهولة الوصول للخدمة الصحية في هذا المجال وهذا من شأنه أن يؤثر في جودة الاداء .

ت. محور الأمان : تشير النتائج الى ان الوسط الحسابي لمحور (الامان) كان (5.25) وبتحرف معياري (1.138) وهذا اعلى من الوسط الفرضي البالغ (4) ، باتجاه مطبق كلي وغير موثق وبلغت الفجوة (25%) وهذا يعكس لنا ان المركز الصحي لطب الأسرة لم يلتزم بشكل تام بتطبيق مؤشرات محور الأمان .

ث. محور الممارسة السريرية الفعالة : بينت النتائج الى ان الوسط الحسابي لمحور (الممارسة السريرية الفعالة) كان (5.58) اي بفرق معنوي عن الافتراضي وبتحرف معياري (1.138) وهذا اعلى من الوسط الفرضي البالغ (4) باتجاه مطبق كلي وموثق جزئي وبلغت الفجوة (21%) .





## تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية / دراسة حالة في مراكز طب الأسرة في بغداد

ج. محور الكفاءة : وتظهر النتائج بأن استجابات العينة نحو مؤشرات محور (الكفاءة) في مركز صحي الأعظمية الثالث لطب الأسرة جاءت باتجاه مطبق كلي وغير موثق إذ بلغ الوسط الحسابي لمؤشرات هذا المحور (4.33) وبانحراف معياري (1.632) وهذا يشير بأن الوسط الحسابي لمحور الكفاءة اعلى قليلا" من الوسط الفرضي البالغ (4) ، وبلغت الفجوة في هذا المحور (38%) .

ح. محور الموارد المناسبة : واتضح من خلال نتائج محور (الموارد المناسبة) أن استجابات العينة نحو مؤشرات المحور في المركز الصحي جاءت باتجاه مطبق كلي وغير موثق إذ بلغ الوسط الحسابي لمؤشرات هذا المحور (4.9) وبانحراف معياري (1.100) وهذا يشير بأن الوسط الحسابي لمحور الموارد المناسبة اعلى بقليل من الوسط الفرضي البالغ (4) اي بفرق معنوي وبلغت الفجوة في هذا المحور (30%) .

من خلال نتائج الفجوة في التطبيق والوسط الحسابي للمحاور يتضح ان اكثر المحاور مطابقة للمؤشرات القياسية الدولية في مركز صحي الأعظمية الثالث لطب الأسرة هو محور الممارسة السريرية الفعالة بأعلى وسط حسابي (5.58) وأدنى فجوة بلغت (21%) ، وأدنى المحاور تطبيقاً هو محور (سهولة الوصول) بأدنى وسط حسابي (3.1429) وأكبر فجوة بلغت (55%) ، وتشير النتائج وجود ضعف في تطبيق المؤشرات في مركز صحي الأعظمية الثالث وهذا ما يؤثر بالتالي في جودة الخدمة المقدمة .

#### 4. وصف استجابات عينة البحث لمركز صحي الزوية لطب الأسرة :

تم تقييم مركز صحي الزوية لطب الأسرة من خلال ستة محاور رئيسية وهي (محور المريض، ومحور سهولة الوصول ، ومحور الأمان ، ومحور الممارسة السريرية الفعالة ، ومحور الكفاءة ، ومحور الموارد المناسبة ) كما في الجدول (9) .

جدول (9) تطبيق المحاور في مركز صحي الزوية لطب الأسرة						
المحور	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاتجاه	قيمة المعنوية لاختبار T	الفجوة	النتيجة
محور المريض	4.7	1.251	مطبق كلي وغير موثق	0.014	33%	معنوي
محور سهولة الوصول	3.57	2.760	مطبق جزئياً وموثق كلياً	0.948	49%	غير معنوي
محور الامان	5.5	1.314	مطبق كلي وموثق جزئي	0	21%	معنوي
محور الممارسة السريرية الفعالة	5.166	1.898	مطبق كلي وغير موثق	0.011	26%	معنوي
محور الكفاءة	4.83	0.983	مطبق كلي وموثق جزئي	0.021	31%	غير معنوي
محور الموارد المناسبة	5.7	0.948	مطبق كلي وغير موثق	0	19%	معنوي
القيمة الاجمالية	4.91	1.526	مطبق كلي وغير موثق	0.165	30%	معنوي

أ. محور المريض : تبين من خلال النتائج ان الوسط الحسابي لمحور (المريض) بلغ (4.7) وبانحراف معياري (1.251) وهذا يشير الى ان الوسط الحسابي لهذا المحور اعلى من الوسط الفرضي البالغ (4) بقليل ، وان الفجوة المتحققة ( 33% ) وهي ليست بالفجوة الصغيرة قياسياً .

ب. محور سهولة الوصول : تبين النتائج أن استجابات العينة نحو مؤشرات محور (سهولة الوصول) في مركز صحي الزوية لطب الأسرة جاءت باتجاه مطبق جزئي وموثق كلي إذ بلغ الوسط الحسابي لمؤشرات هذا المحور (3.571) وبانحراف معياري (2.760) وهذا يشير بأن الوسط الحسابي لمحور سهولة الوصول مساوي للوسط الفرضي البالغ (4) ، وبلغت الفجوة في هذا المحور (49%) ومن حجم الفجوة نستدل على وجود ضعف في تقديم الخدمة من قبل المركز وفي تطبيق مؤشرات هذا المحور من توفير سهولة الوصول للخدمة الصحية في هذا المجال وهو ما يؤثر في جودة اداء خدمة سهولة الوصول للخدمة .

ت. محور الأمان : تشير النتائج الى ان الوسط الحسابي لمحور (الامان) كان (5.5) وبانحراف معياري (1.314) وهذا اعلى من الوسط الفرضي البالغ (4) ، باتجاه مطبق كلي وموثق جزئي وبلغت الفجوة (21%) ، ما يدل على وجود مؤشرات لدى المركز .





## تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية / دراسة حالة في مراكز طب الأسرة في بغداد

ث. محور الممارسة السريرية الفعالة : بينت النتائج الى ان الوسط الحسابي لمحور (الممارسة السريرية الفعالة) كان (5.166) اي بفرق معنوي عن الافتراضي وبانحراف معياري (1.898) وهذا اعلى من الوسط الفرضي البالغ (4) باتجاه مطبق كلي وغير موثق وبلغت الفجوة (%26) .

ج. محور الكفاءة : وتظهر النتائج بأن استجابات العينة نحو مؤشرات محور (الكفاءة) في مركز صحي الزوية لطب الاسرة جاءت باتجاه مطبق كلي وغير موثق اذ بلغ الوسط الحسابي لمؤشرات هذا المحور (4.33) وبانحراف معياري (0.983) وهذا يشير بأن الوسط الحسابي لمحور الكفاءة اعلى قليلا" من الوسط الفرضي البالغ (4) ، وبلغت الفجوة في هذا المحور (%31) .

ح. محور الموارد المناسبة : اتضح من خلال نتائج محور (الموارد المناسبة) أن استجابات العينة نحو مؤشرات المحور في المركز الصحي جاءت باتجاه مطبق كلي وموثق كلي اذ بلغ الوسط الحسابي لمؤشرات هذا المحور (5.7) وبانحراف معياري (0.948) وهذا يشير بأن الوسط الحسابي لمحور الموارد المناسبة اعلى من الوسط الفرضي البالغ (4) ، وبلغت الفجوة في هذا المحور (%19) .

من خلال نتائج الفجوة الخاصه بالمحاور يتضح ان اكثر المحاور مطابقة للمؤشرات القياسية الدولية في مركز صحي الزوية لطب الاسرة هو محور (الموارد المناسبة) بأعلى وسط حسابي (5.7) وأدنى فجوة بلغت (%19) ، وأقلها كان محور (سهولة الوصول) بوسط حسابي (3.57) وفجوة تبلغ (%49) وهو ما يؤثر تأثير كبير على جودة الخدمة الصحية في مؤشرات هذا المحور .

ويستخلص الباحثان من خلال الأحصائيات أن مركز صحي الشباب هو الأعلى نسبياً في تطبيق معظم المحاور ولكن بفرق بسيط عن المراكز الصحية الأخرى عينة البحث اي ان تطبيق المؤشرات في المراكز الصحية هو تطبيق متقارب وجاءت معظم المحاور في هذه المراكز أعلى من الوسط الحسابي الفرضي البالغ (4) عدا محور سهولة الوصول الذي كان تطبيقه اقل من الوسط الفرضي في مراكز الجهاد والزوية والأعظمية الثالث لطب الأسرة مما يدل على وجود اهتمام ومبادرات لتطبيق مؤشرات الجودة في نظام طب الأسرة من قبل المراكز الصحية ولكن ليست بالمستوى المطلوب لوجود نقاط ضعف عديدة في تطبيق المؤشرات تم تحديدها من خلال نتائج الفجوات المتولدة والنتائج عن عدم مطابقة المؤشرات الواقعية مع القياسية بشكل تام .

### المبحث الرابع / الأستنتاجات والتوصيات

#### أولاً: الأستنتاجات

1. إن مستوى تقديم الخدمات الصحية للمستفيدين من تلك الخدمات (المرضى) في مراكز طب الأسرة لم يكن بالجودة و المستوى المطلوب بصورة عامة .
2. إن المراكز الصحية قد طبقت المؤشرات القياسية تطبيقاً جزئياً على الرغم من أن أغلبها تجاوزت الوسط الفرضي للبحث ، ولكن بنقاط ضعف كثيرة ولدت فجوات غير قليلة .
3. إن أضعف المحاور تطبيقاً على المستوى الأجمالي هو محور سهولة الوصول باتجاه مطبق جزئي موثق كلي ، وأكثرها تطبيقاً محور الأمان باتجاه مطبق كلي موثق جزئي .
4. أدنى المراكز الصحية تطبيقاً للمؤشرات القياسية الدولية في قائمة الفحص كان مركز صحي الأعظمية الثالث لطب الأسرة بأكبر فجوة متولدة (الفرق في التطبيق بين الواقع الفعلي والمؤشرات القياسية) وأقل وسط حسابي يأتي بعدها مركز صحي الجهاد لطب الأسرة يليه مركز صحي الزوية لطب الأسرة أما المراكز الأكثر تطبيقاً كان مركز صحي الشباب النموذجي لطب الأسرة .
5. أدنى فجوة كانت لمركز صحي الشباب لطب الأسرة لأسباب منها التطبيق المقارب للمؤشرات القياسية والأهتمام من قبل الادارة بتطبيق الجودة في الخدمة والرقابة المباشرة والمستمرة على المركز من قبل القطاع نظراً لموقعه الجغرافي في بناية قطاع الاعلام للرعاية الصحية الأولية .
6. وجود ضعف في تطبيق مؤشرات في محوري المريض وسهولة الوصول ، بفجوات اكبر ووسط حسابي أقل من المحاور الأخرى بسبب ضعف الأهتمام بهذه المحاور .



## تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية / دراسة حالة في مراكز طب الأسرة في بغداد

### ثانياً: التوصيات

1. وضع استراتيجية واضحة الأهداف تخص تطبيق نظام طب الأسرة تعمل على تطويره وتبرز دوره على ان تأخذ في الحسبان أهمية المريض ودوره في تطويرها .
2. أهمية المتابعة المستمرة لأدارات المراكز الصحية العاملة بنظام طب الأسرة ومراجعة اعمالها وتفعيل الرقابة على أنشطتها وضرورة الالتزام بالموشرات الدولية لجودة الخدمة الصحية في طب الأسرة .
3. العمل على رفع مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى وبما يحقق التميز والتفوق ، من خلال الالتزام بتوفير الرعاية الصحية اللازمة للمرضى المراجعين من قبل الملاك الطبي والتمريضي بعد اوقات الدوام الرسمي والأهتمام بتفعيل الطوارئ في المراكز الصحية .
4. ضرورة العمل من قبل الجهات المختصة على تقليص الفجوة الناتجة من تطبيق المؤشرات لمركز صحي الأعظمية الثالث ورفع جودة الأداء فيه من خلال توفير الامكانيات اللازمة وتحسين تطبيق المؤشرات التي أشرت ضعفاً في التطبيق خاصة في محاور (المريض ، وسهولة الوصول ، والكفاءة ، والموارد المناسبة) ولمركز صحي الجهاد في محاور(المريض ، وسهولة الوصول ، والممارسة السريرية الفعالة) ولمركز صحي الزوية في محاور(المريض ، وسهولة الوصول ، والكفاءة) .
5. أهمية التأكيد على تكثيف الجهود من قبل مركز صحي الشباب النموذجي لطب الأسرة للأرتقاء أكثر بالمستوى المطلوب من جودة الخدمة الصحية وبما يتناسب مع المؤشرات القياسية لطب الأسرة .

### المصادر :

#### أولاً: المصادر العربية

##### أ. الكتب العربية

1. بن سعيد، خالد بن عبد العزيز ، ( 1997 ) ، "إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي" ، الطبعة الأولى ، العبيكان للطباعة والنشر ، الرياض .
  2. ذياب ، صلاح محمود ، (2010) ، "إدارة خدمات الرعاية الصحية" ، الطبعة الأولى، مطبعة دار الفكر ، عمان
  3. نصيرات ، فريد توفيق ، (2008) ، "ادارة المستشفيات" ، الطبعة الاولى ، إثراء للنشر والتوزيع ، عمان ، الاردن
  4. النعيمي ، محمد عبد العال و صويص ، راتب جليل و صويص ، غالب جليل ، (2009) ، "أدارة الجودة المعاصرة" ، مقدمة في ادارة الجودة الشاملة للانتاج والعمليات والخدمات ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، الطبعة العربية ، عمان
- ##### ب. الرسائل العربية
5. العامري ، نجاة ، (2009) ، "تسويق الخدمات الصحية" دراسة حالة في مصحة ابو القاسم بسكيدة
  6. برنامج السياسات والنظم الصحية ، جمعية التنمية الصحية والبيئية ، ( 2005 ) ، "الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر" ، دراسة تحليلية .

##### ت. المنشورات

7. وزارة الصحة ، دائرة الصحة العامة ، ( 2009 ) ، "دليل الرعاية الصحية الاولية"
8. دائرة الصحة العامة ومنظمة Usaid ، (2012) ، "دليل ادارة مراكز الرعاية الصحية الاولية في العراق"



## ثانياً: المصادر الأجنبية

### A.books

1. Allen , Justin & Gay , Bernard & Crebolder , Harry & Heyrman , Jan & Svab , Igor & Ram , Paul , ( 2002) , " the european definition of general practice / family medicine" , edited by Dr Philip Evans President WONCA Europe , wonca Europe .
2. rakel , Robert & rakel , david & saunders , Elsevier,( 2016) , "textbook of family medicine" , ninth edition
3. Kotler , Philip & Armstrong , Gary, (1994) , "Marketing Management Analysis , planning , Implementation and Control" , Hall Engle wood cliffs , New Jersey .
4. Levitt , Cheryl & Hilts , Linda, (2013) , "quality in family practice" Book of Tools , A comprehensive set of quality performance indicators for family practices , 4 Edition kotler ,Philip & keller , Kiven lane ,2009 , "Marketing Management",13th edition, Pearson Prentice Hall
5. Offei , Aaron K & Bannerman , Cynthia & Kyeremeh , Kumi , (2004) , "healthcare quality assurance manual" , Ghana health service , design and printed compert impressions .
6. the college of family physicians of Canada , (2011) , " Family Practice The Patient's Medical Home" , Canada .
7. Health Quality Ontario(HQO) , (2012) , "Quality Improvement Guide" .

### B. journal &reports

7. Annals of family medicine , (2014) ,"family medicine for americans health" , VOL. 12, SUPPLEMENT 1
8. Dutch College of General Practitioners , (2011) , "Core Values of General Practice/Family Medicine" ,NHG position paper , netherland
9. Who . World health organization , (2003) , family medicine , "Report of a Regional Scientific Working Group Meeting on Core Curriculum " Colombo, Sri Lanka, , Regional Office for South-East Asia New Delhi
10. Yanchula , Dr. Catherine , ( 2015) , "family medicine" , Medical Education journal
11. Yarimoglu , Emel Kursunluoglu , ( 2014) ," A Review on Dimensions of Service Quality Models" , Journal of Marketing Management, Vol. 2(2), June.

### C. Studies

12. Kabir , Md.Hussain & Carlsson ,Therese, (2010) , " Service Quality" , Expectations , perceptions and satisfaction about Service Quality at Destination Gotland - A case study , Gotland University .
13. tahepold .Heli, (2006) ," Patient consultation in family medicine" ,dissertation medicine universities tartuensis .



## Evaluation of Quality of Health Service in Primary Health Care Centers / Case Study in Family Medicine Centers in Baghdad

### Abstract :

The aim of this research is to identify the level of health services provided in the health centers operating in the family medicine system in Baghdad, and to determine the extent to which these health centers are applied to the internationally recognized standards , "Defining the quality of service gap between health care centers operating in the family medicine system and the standards adopted by the corresponding international centers (Al-Shabab Model Family Medicine Center, Al-Jahad Family Health Center, Al-Adhamiya Family Health Center, Al-Zawiya Family Health Center), and in view of what our health institutions are facing. The family of primary health care centers has difficulties, obstacles and challenges such as the difficulty of receiving service in some health institutions due to the lack of sufficient number of doctors in the field of family medicine or the presence of momentum for patients in most centers as well as the weakness of the procedures in a complete and systematic manner, The quality of the health service provided and the method of case study was adopted as a method of research, where the reality of the health service in the health centers was diagnosed through the field visits and the documents, records and interviews that were conducted. (Axis of the patient, ease of access, safety axis, the focus of effective clinical practice, the center of efficiency, the center of appropriate resources), A range of statistical methods were used including (mean, standard deviation, T Test, Gap Measurement, standard deviation S.D) , The extent of the application of the axes for each center was identified , The extent of the application of the examination list axes was also compared between the four centers and the most applied and least applied axes , This researchers reached a number of important conclusions about the quality of health service in Health care centers , The most important recommendations made by the research are the need to work by the competent authorities to reduce the size of gaps resulting through raising the quality of health service in the health centers working The family medicine system and the interest in providing medicines and equipment and supplies and supervision of the work of the departments and the activation of control.

**Key terms of research:** assessment, family medicine, primary health care, gap scale, quality of health service, family medicine centers, primary health care .