



## تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية في دائرة صحة بابل / قطاع المسيب

محمد كاظم علي

(مدرب تنمية بشرية)

د/ محمد عبد الله عجرش

(مدير مركز التدريب والتنمية البشرية)

تاريخ النشر: نُشر إلكترونياً بتاريخ ١٠ مايو ٢٠٢٦ م

### الملخص :

تسعى هذه الدراسة إلى تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لدائرة صحة بابل، مع التركيز على قطاع المسيب بوصفه ميداناً تطبيقياً للدراسة. وتنطلق من إشكالية محورية تتمثل في استمرار حالة عدم الرضا لدى المراجعين وتكرار الشكاوى المتعلقة بتدني مستوى الخدمات الصحية، وذلك على الرغم من الجهود التي تبذلها الكوادر الصحية في ظل قيود الموارد المادية والبشرية. ويستدعي هذا الواقع إجراء تقييم علمي موضوعي يستند إلى قياس الفجوة بين توقعات المستفيدين ومستوى الخدمة الفعلية المقدمة.

اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وشملت فئتين رئيسيتين من المبحوثين: المراجعون بوصفهم مستخدمي الخدمة، ومقدمو الخدمة من الكوادر الصحية والإدارية. وقد جرى جمع البيانات باستخدام أداتين (استبانتين) صُممتا خصيصاً لغايات الدراسة، بما يضمن قياس أبعاد الجودة من منظور مزدوج. وركّزت الدراسة على خمسة محاور أساسية تمثلت في: مدى توفر الأدوية وإتاحة الخدمات، وتحليل الفجوة الإدراكية بين مقدمي الخدمة والمستفيدين، وعدالة الوصول وأوقات الانتظار، وتحديد الاحتياجات التدريبية، فضلاً عن تقييم جودة البنية التحتية للمراكز الصحية.

وأظهرت النتائج وجود فجوة إدراكية واضحة بين تقييم مقدمي الخدمة وتقييم المراجعين لمستوى جودة الخدمات الصحية، ولا سيما في أبعاد التواصل والخدمة الفعلية. كما بينت الدراسة أن انقطاع الأدوية وطول أوقات الانتظار يُعدّان من أبرز التحديات التي تواجه المراجعين، في حين تمثل البيئة المادية للمراكز الصحية عاملاً مؤثراً سلباً في تجربة كل من المريض ومقدم الخدمة. وفي ضوء هذه النتائج، خلصت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات التطبيقية، من أبرزها: تطوير برامج تدريبية مستهدفة لتعزيز مهارات الكوادر، وتحسين كفاءة سلاسل الإمداد الدوائي، إلى جانب إعادة هندسة الإجراءات الإدارية بما يسهم في تقليل التعقيد والروتين وتحسين كفاءة تقديم الخدمة.

### الكلمات المفتاحية:

جودة الخدمات الصحية، الرعاية الصحية الأولية، تحليل الفجوة، دائرة صحة بابل، المسيب، رضا المريض، الاحتياجات التدريبية.

### Abstract:

This study aims to evaluate the quality of healthcare services provided in primary healthcare centers affiliated with the Babil Health Directorate, focusing on the Musayyib district as a case study. It stems from a central problem: the persistent dissatisfaction among patients and the recurring complaints regarding the low quality of healthcare services, despite the efforts of healthcare staff under constraints of material and human resources. This situation necessitates an objective, scientific evaluation based on measuring the gap between beneficiaries' expectations and the actual level of service provided.

The study employed a descriptive-analytical approach and included two main categories of respondents: patients as service users, and healthcare and administrative staff as service providers. Data was collected using two questionnaires specifically designed for the study, ensuring a dual-faceted approach to measuring quality dimensions. The study focused on five key

areas: the availability of medications and services, an analysis of the perception gap between service providers and beneficiaries, equitable access and waiting times, identification of training needs, and an assessment of the quality of healthcare center infrastructure.

The results revealed a clear perception gap between service providers' and patients' assessments of the quality of healthcare services, particularly in the areas of communication and actual service delivery. The study also indicated that medication shortages and long waiting times are among the most significant challenges facing patients, while the physical environment of health centers negatively impacts the experience of both patients and service providers. Based on these findings, the study concluded with a set of practical recommendations, most notably: developing targeted training programs to enhance staff skills, improving the efficiency of pharmaceutical supply chains, and re-engineering administrative procedures to reduce complexity and bureaucracy and improve service delivery efficiency.

**Keywords:**

( Healthcare quality, Primary healthcare, Gap analysis, Babil Health Directorate, Musayyib, Patient satisfaction, Training needs )

١-١ المقدمة

تُعدّ الرعاية الصحية الأولية (Primary Health Care) الركيزة الأساسية التي يقوم عليها النظام الصحي في أي مجتمع، إذ تمثل نقطة التماس الأولى والأهم بين المواطن والمنظومة الصحية. ومنذ إعلان المآآا عام ١٩٧٨ الذي أرسى مبادئ الرعاية الصحية الأولية الشاملة، باتت هذه الرعاية تُعرّف بأنها الخدمة الصحية الأساسية الضرورية التي تُتيح منهجياً سبل الوصول إليها للأفراد والأسر في المجتمع، وبتكلفة في متناول قدرات المجتمع والدولة على تحملها [١].

في سياق جمهورية العراق، ولا سيما محافظة بابل، تضطلع مراكز الرعاية الصحية الأولية بدور محوري في تقديم طيف واسع من الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية للمواطنين. ويُشكّل قطاع المسيب - موضع هذه الدراسة - منطقة صحية متوسطة الحجم تحتضن عدداً من المراكز الصحية تخدم كثافة سكانية متزايدة، وتواجه ضغوطاً متعددة على المستوى البشري والمادي واللوجستي [٢].

غير أن المشهد الميداني لا يعكس دائماً المستوى المأمول من الجودة والكفاءة؛ إذ تتكرر شكاوى المراجعين بصورة لافتة تتمحور حول: شح الأدوية وعدم انتظام توفرها، وطول أوقات الانتظار، وضعف التواصل بين الكادر الصحي والمريض، وتردي بعض عناصر البيئة المادية للمراكز. في المقابل، يُفيد مقدمو الخدمة الصحية أنفسهم بمعاناتهم من شح الأجهزة والمستلزمات، وضغط العمل الكبير، وقصور في البرامج التدريبية، والإجراءات الإدارية المثبّطة للكفاءة [٣].

هذا التناقض الواضح بين جهود الكوادر الصحية وتذمر المواطنين يُفرز حالة من الغموض تجعل صانع القرار أمام تساؤل جوهري: أين يكمن الخلل بالضبط؟ هل هو خلل في الموارد المادية أم في الكفاءة البشرية أم في الهياكل التنظيمية والإدارية؟ وللإجابة على هذا التساؤل، لا بد من تقييم علمي منهجي يتجاوز الانطباعات الذاتية ويوفر صورة تشخيصية دقيقة ومستندة إلى البيانات.

من هذا المنطلق تأتي هذه الدراسة لتملأ فراغاً بحثياً حقيقياً في المنظومة الصحية لمحافظة بابل، إذ تسعى إلى قياس الفجوة بين توقعات المراجعين وتجربتهم الفعلية من جهة، وبين تقييم مقدمي الخدمة لواقع عملهم وتقييم المستفيدين من الخدمة لنفس الواقع من جهة أخرى. وتطمح الدراسة إلى أن تكون وثيقة مرجعية يُستند إليها في رسم سياسات صحية أكثر استجابةً لاحتياجات المجتمع.

#### ٢-١ أهمية البحث

تكتسب هذه الدراسة أهمية بالغة على مستويات متعددة يمكن استعراضها على النحو الآتي:

أولاً: الأهمية العلمية والأكاديمية؛ تُسهم الدراسة في إثراء الأدبيات العربية المتعلقة بجودة الرعاية الصحية الأولية في السياق العراقي، وهو مجال لا يزال يعاني من شح البحوث الميدانية المنهجية المحلية. كما تُوظف الدراسة نموذج SERVQUAL وتحليل الفجوة (Gap Analysis) في سياق قد لا يكون هذان المنهجان قد طُبقا فيه بهذا الشكل الشامل في قطاع المسيب تحديداً [٤].

ثانياً: الأهمية التطبيقية والعملية؛ تُقدّم الدراسة تشخيصاً ميدانياً دقيقاً يُمكن إدارة دائرة صحة بابل من تحديد أولويات التدخل والإصلاح بدلاً من الاعتماد على الحدس والانطباعات. فمعرفة ما إذا كانت المشكلة

الجوهرية تكمن في شُح الأدوية، أم في جودة التواصل، أم في بيئة العمل، يُحدث فارقاً جوهرياً في نوع الحل المطلوب وتكلفته وجدواه [٥].

ثالثاً: الأهمية الاجتماعية؛ إن تحسين جودة الرعاية الصحية الأولية يُشكّل رافداً مباشراً لتحسين جودة الحياة، وتعزيز الثقة بين المواطن ومنظومة الصحة العامة، وتحقيق العدالة الصحية لمختلف فئات المجتمع بما فيها الأكثر هشاشة. وهذا ما يجعل الدراسة ذات بُعد إنساني واجتماعي لا يقل أهمية عن بُعدها الإداري والتقني [٦].

رابعاً: الأهمية في السياق الوطني والإقليمي؛ تتقاطع نتائج هذه الدراسة مع التوجهات الاستراتيجية لوزارة الصحة العراقية في تطوير منظومة الرعاية الأولية وتعزيزها، كما تتسجم مع متطلبات التوافق مع أهداف التنمية المستدامة (SDGs) لاسيما الهدف الثالث المتعلق بضمان حياة صحية للجميع [٧].

### ٣-١ مشكلة البحث

#### ١-٣-١ الخلفية التشخيصية للمشكلة

يعكس الواقع الميداني في مراكز الرعاية الصحية الأولية بقطاع المسيب حالة من عدم التوافق بين جهود الكوادر الصحية وأداء المنظومة من منظور المستفيدين. ففي الوقت الذي يُشير فيه الكوادر الصحية إلى بذلهم أقصى جهودهم في ظل قيود الموارد، يُعرب المراجعون عن عدم رضاهم عن مستوى الخدمات المقدمة. ويُرجّح أن هذا التناقض يُفضي إلى أحد ثلاثة سيناريوهات أو مجموعة منها:

السيناريو الأول: أن قصور الخدمة ذو طابع هيكلية - مادي، يتمثل في نقص الأدوية والمستلزمات والأجهزة الطبية، وهو ما يجعل الكادر الصحي عاجزاً عن تقديم الخدمة المرجوة بصرف النظر عن كفاءته ودافعيته [٨].

السيناريو الثاني: أن قصور الخدمة ذو طابع سلوكي وعلائقي، يتجلى في طريقة تعامل بعض الموظفين مع المراجعين، ومستوى التواصل والإيضاح، واللامبالاة في بعض الأحيان. وهذا النوع من القصور لا تحلّه الميزانيات لوحدها، بل يتطلب تدخلاً تدريبياً وثقافياً [٩].

السيناريو الثالث: أن المشكلة تنبثق من الإدارة والتنظيم، حيث يعاني النظام من روتين إداري مُقعد، وإجراءات غير فعّالة، وتوزيع غير عادل للمهام، تُنتج أوقات انتظار مطوّلة غير مبررة فنياً، وتستنزف طاقة الكادر الصحي في أعمال إدارية على حساب الأعمال الطبية [١٠].

والغالب أن الواقع يجمع بين هذه السيناريوهات الثلاثة بنسب متفاوتة، ولكن السؤال الأهم هو: ما هي النسب؟ وما هو ترتيب الأولويات؟ فمعرفة ذلك بدقة هي المدخل الصحيح لأي إصلاح حقيقي.

### ١-٣-٢ صياغة المشكلة البحثية

انطلاقاً من هذه الخلفية التشخيصية، تتمحور مشكلة البحث حول السؤال الجوهرى الآتى:

**"ما مستوى الفجوة القائمة بين توقعات مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية في قطاع المسيب ومستوى الخدمة الصحية الفعلية المقدمة، وما أبرز مصادر هذه الفجوة من منظور كلٍ من المستفيد ومقدم الخدمة؟"**

وتتفرع عن هذا التساؤل الرئيسى جملة من التساؤلات الفرعية:

- ١- ما مدى توافر الأدوية الأساسية والفحوصات المخبرية في المراكز الصحية موضع الدراسة قياساً بالرمزة الصحية الأساسية المقررة وزارياً؟
- ٢- هل ثمة فجوة إدراكية بين تقييم مقدمي الخدمة الصحية لجودة عملهم وتقييم المراجعين لنفس الخدمة؟ وفي أي الأبعاد تتجلى هذه الفجوة بأكبر قدر؟
- ٣- ما الوقت الفعلي الذي يستغرقه المراجع في الدورة الكاملة من قطع التذكرة إلى استلام العلاج، وما الأسباب التنظيمية والإجرائية الكامنة وراء إطالة هذا الوقت؟
- ٤- هل يعود قصور الخدمة الصحية في المراكز الصحية موضع الدراسة إلى نقص مهارات الكوادر الصحية (احتياج تدريبي) أم إلى نقص في الأدوات والتجهيزات (احتياج لوجستي)؟
- ٥- كيف تؤثر جودة البنية التحتية (النظافة، التهوية، الخصوصية) على تجربة كل من المريض والموظف الصحي؟

### ١-٤ أهداف البحث

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

الهدف الأول: تشخيص واقع توفر الخدمات الصحية الأساسية (Availability) من خلال تقييم مدى توفر الأدوية الأساسية لا سيما للأمراض المزمنة (السكري، الضغط، أمراض القلب، الربو)، والفحوصات المخبرية الأساسية، قياساً بالرمزة الصحية الأساسية المعتمدة من وزارة الصحة العراقية [١١].

الهدف الثاني: إجراء تحليل معمق للفجوة الإدراكية (Perception Gap) بين تقييم مقدمي الرعاية الصحية (أطباء، صيادلة، تمريض، معاونين طبيين) لجودة الخدمة المقدمة وتقييم المراجعين لنفس الخدمة، مع تحديد الأبعاد الأكثر تباعداً والتي تستوجب أولوية التدخل [١٢].

الهدف الثالث: قياس مؤشرات عدالة الوصول وأوقات الانتظار في الدورة الكاملة لتجربة المراجع، وتحديد ما إذا كانت أوقات الانتظار مبررة فنياً بضغط الطلب أم نتيجة روتين إداري قابل للإصلاح.

الهدف الرابع: إجراء تقييم دقيق للاحتياجات التدريبية (Training Needs Assessment - TNA) للكوادر الصحية العاملة في مراكز الدراسة، لتحديد ما إذا كان القصور في الأداء ذا أصل معرفي-مهاري (تدريبي) أم ذا أصل هيكل-لوجستي (تجهيزي) [١٣].

الهدف الخامس: تقييم موضوعي لجودة البنية التحتية في مراكز الرعاية الصحية الأولية موضع الدراسة، وقياس تأثير هذه البيئة على تجربة المريض ومستوى رضاه، وعلى بيئة عمل الموظف وكفاءة أدائه.

#### ٥-١ فرضيات البحث

انطلاقاً من الإطار النظري والأدبيات السابقة والملاحظات الأولية، تصوغ الدراسة الفرضيات التالية:

الفرضية الأولى: توجد فجوة ذات دلالة إحصائية بين توقعات المراجعين لمستوى الخدمة الصحية ومستوى الخدمة الفعلية المُدركة في مراكز الرعاية الصحية الأولية بقطاع المسيب.

الفرضية الثانية: يُقِيم مقدمو الخدمة الصحية جودة عملهم بشكل أعلى مما يُقِيمه المراجعون في أبعاد الاستجابة والتعاطف والملموسية.

الفرضية الثالثة: يُشكّل نقص الأدوية والمستلزمات المصدر الرئيسي لتذمر كل من المراجعين ومقدمي الخدمة، وليس كفاءة الكادر الصحي.

الفرضية الرابعة: تُسهم الإجراءات الإدارية البيروقراطية بنسبة ملموسة في إطالة أوقات الانتظار بصورة تتجاوز ما يُبرره حجم الطلب الفعلي على الخدمة.

الفرضية الخامسة: تؤثر تردي البنية التحتية تأثيراً سلبياً ومعنوياً في مستوى رضا المراجعين وفي بيئة عمل الكوادر الصحية.

#### ٦-١ حدود البحث

الحدود الموضوعية: يقتصر البحث على تقييم جودة الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية، ولا يمتد إلى المستشفيات أو مستوى الرعاية الثانوية والثالثية.

الحدود المكانية: تُجرى الدراسة في مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لقطاع المسيب / دائرة صحة بابل في جمهورية العراق.

الحدود الزمانية: تُنفَّذ الدراسة خلال العام ٢٠٢٥م، وتعكس نتائجها واقع الخدمات الصحية خلال هذه الفترة.

الحدود البشرية: تشمل عينة الدراسة فئتين: المراجعون للمراكز الصحية، ومقدمو الخدمة الصحية العاملون في نفس المراكز.

## ٧-١ المفاهيم والمصطلحات الإجرائية

**جودة الخدمات الصحية:** تُعرّف إجرائياً في هذه الدراسة بأنها درجة التطابق بين مواصفات الخدمة الصحية المُقدّمة فعلاً وبين التوقعات المسبقة للمراجع، ويُقاس ذلك من خلال أبعاد: الموثوقية، الاستجابة، الضمان، التعاطف، والملموسية.

**مراكز الرعاية الصحية الأولية:** هي المنشآت الصحية الحكومية التي تُقدّم حزمة خدمات وقائية وعلاجية وتأهيلية للمواطنين على مستوى المجتمع المحلي، وتُمثّل الوحدة الأساسية للنظام الصحي في العراق.

**تحليل الفجوة (Gap Analysis):** هو الأسلوب المنهجي الذي يقيس الفرق بين الأداء الفعلي (Actual Performance) وبين الأداء المتوقع أو المنشود (Expected Performance) وفق معيار محدد مسبقاً.

**اللزمة الصحية الأساسية:** تُعرّف بأنها مجموعة الخدمات الصحية الأساسية التي تلتزم وزارة الصحة بتقديمها في جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية المعتمدة وفق التوجيهات الوزارية النافذة.

**تحليل الاحتياجات التدريبية (TNA):** هو عملية منهجية لتحديد الفجوة بين المهارات والمعارف الحالية للموظفين وبين المهارات والمعارف المطلوبة لأداء مهامهم بكفاءة، بهدف تصميم برامج تدريبية هادفة ومُخصّصة.

## الفصل الثاني الإطار النظري ومراجعة الأدبيات

### ١-٢ جودة الخدمات الصحية

١-١-٢ تطور مفهوم جودة الخدمة الصحية يُعدّ مفهوم الجودة في الخدمات الصحية مفهوماً متطوراً وتراكيمياً عبر عقود من البحث والممارسة. فمنذ أن أرسى دونابيديان (Donabedian) في الستينيات من القرن الماضي نموذج الثلاثي الشهير المكوّن من: البنية (Structure)، والعملية (Process)، والنتيجة (Outcome)، وحتى التطورات المفاهيمية الراهنة، شهد هذا المجال تحولات جذرية في الفهم والقياس والتطبيق [١٤].

يُعرّف دونابيديان الجودة الصحية بأنها "درجة توافق الخدمة الصحية المُقدّمة مع المعايير الطبية الراهنة وتوقعات المريض المشروعة". وقد أضاف لاحقاً أبعاداً إضافية تشمل: الفعالية (Efficacy)،

والكفاءة (Efficiency)، والمثلية (Optimality)، والمقبولية (Acceptability)، والشرعية (Legitimacy)، والعدالة (Equity) [١٥].

في العقود الأخيرة، تحوّل مفهوم الجودة الصحية من التركيز الحصري على المخرجات الطبية والسريرية إلى شمول تجربة المريض ككل، بما يتضمن: تجربة الانتظار، وجودة التواصل، واحترام الكرامة الإنسانية، والبيئة المادية للمنشأة الصحية. وقد أفضى هذا التوسع في المفهوم إلى ظهور ما يُعرف بـ "التغطية الصحية الفعّالة" (Effective Coverage) التي تُميّز بين مجرد توافر الخدمة وبين أن يُفضي استخدامها فعلاً إلى نتيجة صحية مرغوبة [١٦].

٢-١-٢ نموذج SERVQUAL وتطبيقاته الصحية  
يُعدّ نموذج SERVQUAL الذي طوّره Parasuraman و Zeithaml و Berry عام ١٩٨٨م أكثر أدوات قياس جودة الخدمة شيوعاً وتوظيفاً في الدراسات المتعلقة بالرعاية الصحية. يركز النموذج على مقارنة توقعات المستفيد من الخدمة (Expectations) بإدراكه الفعلي لها (Perceptions)، ويقاس جودة الخدمة من خلال خمسة أبعاد رئيسية [١٧]:

**البُعد الأول - الملموسية (Tangibles):** يشمل المرافق المادية، والأجهزة، والمواد، والمظهر الشخصي للموظفين. وفي السياق الصحي، يمتد ليشمل نظافة المنشأة، وكفاءة الأجهزة التشخيصية، وتوفر الكميات الكافية من الأدوية والمستلزمات.

**البُعد الثاني - الموثوقية (Reliability):** القدرة على تقديم الخدمة الموعودة بشكل دقيق ومستمر. وفي المراكز الصحية تتجلى في انتظام مواعيد العمل، والتزام الكادر بمعايير العلاج، واتساق جودة الخدمة عبر الزمن.

**البُعد الثالث - الاستجابة (Responsiveness):** استعداد مقدمي الخدمة للمساعدة الفورية والتعامل مع متطلبات المرضى بسرعة وفاعلية. يرتبط هذا البعد ارتباطاً وثيقاً بالأوقات الانتظار ومدى الشعور بالاهتمام.

**البُعد الرابع - الضمان (Assurance):** يشمل كفاءة الموظفين، وتوافر المعرفة اللازمة، ومقدرتهم على بناء الثقة. في الرعاية الصحية يتمثل في دقة التشخيص، وجودة الشرح والإيضاح الطبي، والثقة التي يُبثّها الطاقم الصحي.

**البُعد الخامس - التعاطف (Empathy):** القدرة على تقديم رعاية فردية مخصصة للمرضى بمشاعر الاهتمام الحقيقي. يُعدّ هذا البعد من الأكثر حساسية في السياق الصحي لاسيما في المجتمعات ذات الطابع الاجتماعي الوثيق [١٨].

وقد رصد Parasuraman وزملاؤه في دراستهم الأصلية خمسة "فجوات" أو ثغرات (Gaps) في منظومة الجودة بين المنظمة الصحية والمستفيد. وتُعدّ "الفجوة الخامسة" - وهي الفجوة بين الخدمة المتوقعة والمُدركة من منظور المستفيد - الأكثر أهمية وصلة بموضوع هذه الدراسة [١٩].

٢-١-٣ منظور منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية  
أصدرت منظمة الصحة العالمية في السنوات الأخيرة إطاراً متكاملاً لقياس جودة الرعاية الصحية يتضمن ستة أبعاد: الفعالية (Effectiveness)، الأمان (Safety)، التمركز حول الشخص (People-Centeredness)، التوقيت المناسب (Timeliness)، العدالة (Equity)، والتكامل (Integration). ويرى هذا الإطار أن جودة الرعاية لا تتحقق إلا حين تُحقق جميع هذه الأبعاد معاً، وأن القصور في أي بُعد يُضعف منظومة الجودة ككل [٢٠].

ويُعدّ بُعد التمركز حول الشخص (Person-Centered Care) من أكثر المفاهيم تطوراً في الأدبيات الصحية المعاصرة، إذ يتجاوز مفهوم "رضا المريض" التقليدي ليشمل مشاركة المريض في قرارات علاجه، واحترام قيمه وتفضيلاته، والاستجابة لاحتياجاته الفردية. وتُشير الأدلة إلى أن الرعاية المتمحورة حول الشخص تُحقق نتائج صحية أفضل وأقل تكلفة [٢١].

## ٢-٢ الرعاية الصحية الأولية في السياق العراقي

٢-٢-١ تطور منظومة الرعاية الصحية الأولية في العراق  
شهدت منظومة الرعاية الصحية الأولية في العراق تحولات جذرية عبر العقود الماضية. في ذروة التطور في ثمانينيات القرن الماضي، كان العراق يمتلك واحدة من أكثر المنظومات الصحية تطوراً في منطقة الشرق الأوسط. غير أن العقوبات الاقتصادية المفروضة بعد عام ١٩٩٠، وتداعيات أحداث عام ٢٠٠٣ وما تلاها من عدم استقرار، أفضت إلى تدهور ملحوظ في البنية التحتية الصحية وهجرة الكوادر الطبية المؤهلة. وقد تواترت الجهود الحكومية والدولية لإعادة بناء المنظومة، إلا أن التحديات لا تزال جسيمة [٢٢].

يُقدّر عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية في العراق بما يزيد على ٢٥٠٠ مركز صحي، تتوزع بصورة غير متكافئة بين المحافظات وبين الحضر والريف. وتُقدّم هذه المراكز طيفاً واسعاً من

الخدمات تشمل: الرعاية الأولية للأمراض الحادة، ومتابعة الأمراض المزمنة، وتطعيم الأطفال، ورعاية الأمومة والطفولة، وخدمات الصحة النفسية الأولية، وغيرها. وتظل قضية التمويل ونقص الكوادر وشح الأدوية من أبرز التحديات الهيكلية [٢٣].

٢-٢-٢ التحديات الخاصة بمحافظة بابل وقطاع المسيب  
تقع محافظة بابل في وسط العراق وتحتضن كثافة سكانية كبيرة. وتضم دائرة صحة بابل شبكة من المراكز الصحية تخدم مدن وقضايا عدة. ويُمثل قطاع المسيب إحدى الوحدات الإدارية الصحية الرئيسية في المحافظة. وتُعاني هذه المنطقة - كسائر مناطق العراق - من جملة تحديات هيكلية أبرزها: الفجوة بين الطلب المتنامي على الخدمات وبين الطاقة الاستيعابية للمراكز، والتفاوت في الكثافة الجغرافية للمرافق الصحية، وعدم اطراد التدفق الدوائي، وشح المخصصات المالية لصيانة البنية التحتية [٢٤].

٢-٣ دراسات الفجوة في الجودة الصحية: مراجعة الأدبيات

٢-٣-١ دراسات إقليمية وعربية  
رصدت دراسة صادرة من البيئة الأردنية حول جودة الرعاية الصحية الأولية أن الفجوة الأكبر بين التوقعات والإدراك تقع في بُعدي الموثوقية والاستجابة، وأن المرضى يُولون أهمية بالغة لأوقات الانتظار وكفاءة التواصل مع الطبيب [٢٥]. كما أكدت دراسة مصرية أن الفجوة في بُعد التعاطف تُمثل مصدراً رئيسياً لعدم الرضا في مراكز الرعاية الأولية في المناطق شبه الريفية، وأن هذه الفجوة ترتبط ارتباطاً معنوياً بضغط العمل لدى الكادر الصحي [٢٦].

وفي دراسة سعودية مقارنة أجريت في عدة مناطق، تبين أن تقييم مزودي الخدمة لجودة عملهم يفوق تقييم المستفيدين بصورة منتظمة في جميع الأبعاد الخمسة، مما يُفسّر غياب الدافعية لدى بعض الكوادر نحو التحسين المستمر [٢٧]. وتُفيد دراسة لبنانية بأن إدخال نظام إلكتروني لإدارة طوابير الانتظار أسهم في تقليص وقت الانتظار المُدرَك (Perceived Waiting Time) بنسبة تجاوزت ٣٠٪، مما أثر إيجاباً في مستوى الرضا حتى دون تغيير في وقت الانتظار الفعلي [٢٨].

٢-٣-٢ دراسات دولية ذات صلة

على الصعيد الدولي، وثّقت دراسة منشورة في مجلة The Lancet أن الفجوة بين التغطية الاسمية (Nominal Coverage) للخدمات الصحية والتغطية الفعّالة (Effective Coverage) تُمثل إحدى أكبر المشكلات في منظومات الصحة في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط، مُشيرةً إلى أن مجرد وجود المركز الصحي لا يعني فعلياً تقديم خدمة ذات جودة [٢٩]. وفي السياق ذاته، بيّنت دراسة

تحليلية شملت ٤٩ دولة نامية أن الفجوة في جودة الرعاية الصحية الأولية مسؤولة عن نسبة تُقدَّر بـ ٨ - ١٥٪ من حالات الوفاة القابلة للوقاية ضمن نطاق هذه الرعاية [٣٠].

وقد خلصت مراجعة منهجية (Systematic Review) شملت ٦٣ دراسة حول تحليل الفجوة في الخدمات الصحية إلى أن الفجوة في بُعد الاستجابة (Responsiveness) هي الأكثر شيوعاً وإلحاحاً، يليها بُعد التعاطف، في حين أن بُعد الضمان يتسم بأقل قدر من الفجوة بين التوقعات والإدراك. كما أشارت إلى أن الفجوة تميل إلى الاتساع كلما اتسعت المنطقة بمحدودية الموارد [٣١].

وأثبتت دراسة نشرت في مجلة BMC Health Services Research أن الاحتياجات التدريبية الفعلية للكوادر الصحية في دول الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تتركز في: التواصل العلاجي مع المريض، وإدارة الأمراض المزمنة، والكفاءة التنظيمية والإدارية، وليس بالضرورة في الجوانب السريرية البحتة [٣٢].

## ٢-٤ الاحتياجات التدريبية وإدارة الأداء في القطاع الصحي

يُشكل تحديد الاحتياجات التدريبية (Training Needs Analysis - TNA) ركيزةً جوهرية في منظومة تطوير الكوادر الصحية. وتتمايز ثلاثة مستويات لهذا التحليل: المستوى التنظيمي (هل هناك أهداف مؤسسية تستدعي تدريباً معيناً؟)، والمستوى الوظيفي (ما المهارات اللازمة لكل وظيفة بدقة؟)، والمستوى الفردي (ما الثغرات في أداء الموظف بعينه مقارنة بمتطلبات وظيفته؟) [٣٣].

ويُميِّز الباحثون في مجال تطوير الأداء بين نوعين من قصور الأداء: قصور يُعزى إلى نقص المهارة أو المعرفة (Can't do - يُعالج بالتدريب)، وقصور يُعزى إلى غياب الدافعية أو الإمكانيات (Won't do / Can't be done - لا يُعالج بالتدريب). ويُعدّ هذا التمييز أساسياً لأن ضخ موارد تدريبية في مشكلة ذات أصل هيكلي أو تحفيزي يؤدي إلى هدر في الموارد دون تحقيق تحسين ملموس في الأداء [٣٤].

وقد رصدت دراسة إفريقية نُشرت في Human Resources for Health أن ٦٢٪ من الكوادر الصحية في المناطق ذات الموارد المحدودة تُعزو قصور أدائها إلى نقص الأدوات والتجهيزات لا إلى نقص المهارة، وهو ما يؤكد ضرورة التشخيص الدقيق قبل اتخاذ قرار التدريب [٣٥].

## ٥-٢ البنية التحتية والبيئة المادية وأثرها في الجودة

أثبتت الأبحاث المترامية أن للبيئة المادية للمنشأة الصحية تأثيراً مباشراً وغير مباشر في جودة الخدمة وتجربة المريض. فقد وجدت دراسة منشورة في *Journal of Hospital Administration* أن مستوى نظافة المنشأة ومدى توافر مقاعد الانتظار وجودة الإضاءة والتهوية ترتبط ارتباطاً معنوياً مع مستوى الرضا الكلي للمريض، وأن مرضى يتلقون رعاية طبية مكافئة من حيث الجودة السريرية قد يُقيّمون الخدمة بصورة مختلفة جداً تبعاً لمدى ملاءمة البيئة المادية [٣٦].

كذلك يُثبت الأدب العلمي المتعلق بالطب النفسي البيئي (Environmental Psychology) أن البيئة المادية للمكان تؤثر في الحالة النفسية للموظف ومستوى دافعيته وكفاءته. فالعاملون في بيئات مزدحمة وغير مريحة يُظهرون معدلات أعلى من الإرهاق المهني (Burnout)، وأداء أدنى، وميلاً أكبر إلى التراخي في التعامل مع المرضى [٣٧].

وتمتد تأثيرات البيئة المادية لتشمل الخصوصية في غرف الفحص، وهو بُعد جوهري في منظومة الرعاية المتمحورة حول المريض. وقد أكدت دراسة نُشرت في *Patient Education and Counseling* أن غياب الخصوصية يُقلّل بشكل معنوي من صراحة المريض في الإفصاح عن شكاواه، مما يُخلّ بجودة التشخيص ويُطيل دورة العلاج [٣٨].

## ٦-٢ عدالة الوصول وأوقات الانتظار

تُعدّ أوقات الانتظار من أكثر المؤشرات حساسية لتجربة المريض في المراكز الصحية. وتُشير الأبحاث إلى أن الأثر السلبي لطول الانتظار لا يكمن فقط في الوقت الفعلي المهدور، بل في الأثر النفسي للانتظار، الذي يكون أشد وطأةً حين يشعر المريض بأن الانتظار غير مُبرر أو غير عادل [٣٩].

وتُفرّق الأبحاث بين نوعين من أوقات الانتظار: وقت الانتظار الحيوي أو المُبرّر (Clinically-justified wait) الناجم عن كثافة الطلب الحقيقية، ووقت الانتظار الإداري أو البيروقراطي (Administrative wait) الناجم عن تعقيد الإجراءات والروتين، وعدم كفاءة سير العمل. ولإصلاح النوع الأول يلزم توسعة طاقة الاستيعاب (تعيينات، أجهزة)، أما النوع الثاني فيُعالج بإعادة هندسة العمليات (Process Reengineering) دون بالضرورة إضافة موارد جديدة [٤٠].

وقد وثقت دراسة منشورة في BMJ Quality & Safety أن إعادة هندسة مسار المريض في مراكز الرعاية الأولية تُخفّض أوقات الانتظار الكلية بما بين ٢٠ و ٤٥٪، مع تحسين ملموس في معدلات الرضا دون الحاجة إلى موارد إضافية تُذكر [٤١].

## الفصل الثالث

### المنهجية والجانب العملي والنتائج

#### ١-٣ منهجية البحث

##### ١-١-٣ المنهج المتبع

اعتمد هذا البحث على المنهج الوصفي التحليلي (Descriptive-Analytical Method)، وهو المنهج الأنسب لدراسات تقييم الجودة وتحليل الفجوة، إذ يُمكن الباحث من رصد الظاهرة كما هي في واقعها الميداني، ومن ثم تحليل العلاقات بين متغيراتها وتفسيرها تفسيراً علمياً موضوعياً.

كما استُعين بالمنهج المقارن لتحديد الفجوة الإدراكية بين فئة المراجعين وفئة مقدمي الخدمة، ولقياس الفارق بين مستوى الأداء الفعلي ومستوى الأداء المتوقع وفق أبعاد نموذج SERVQUAL وتوجيهات الرزمة الصحية الأساسية الوزارية.

##### ٢-١-٣ مجتمع الدراسة وعينتها

تألّف مجتمع الدراسة من فئتين رئيسيتين:

الفئة الأولى - المراجعون: تضمّ هذه الفئة جميع المواطنين الذين يراجعون مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لقطاع المسيب / دائرة صحة بابل. وقد جرى انتقاء العينة بأسلوب العينة العشوائية البسيطة (Simple Random Sampling) من المراجعين المتواجدين في المراكز الصحية خلال أيام عمل مختلفة من أسبوع عمل كامل، لضمان التمثيل المتوازن. وبلغ حجم العينة المستهدف (١٢٠) مراجعاً.

الفئة الثانية - مقدمو الخدمة: تشمل الكوادر الصحية والإدارية العاملة في المراكز الصحية الخاضعة للدراسة، وتمثّل الفئات المهنية الآتية: الأطباء العامون، والمعاونون الطبيون، والمرضون وفنيو التمريض، والصيادلة، والكوادر الإدارية. وبلغ حجم العينة المستهدف (٦٠) فرداً مع ضمان التمثيل النسبي لكل فئة مهنية.

##### ٣-١-٣ أدوات جمع البيانات

اعتمدت الدراسة على أداتين رئيسيتين لجمع البيانات:

أولاً: استبانة المراجعين؛ صُمِّمت لتعكس تجربة المراجع الشاملة في المركز الصحي، وتقيس خمسة محاور: (أ) توفر الخدمات والأدوية، (ب) وقت الانتظار وسير الخدمة، (ج) جودة التعامل والتواصل مع الكادر الصحي، (د) جودة الفحص والتشخيص، (هـ) البيئة المادية للمركز. استُخدم مقياس ليكرت الثلاثي للتبسيط وضمان استيعاب جميع فئات المبحوثين.

ثانياً: استبانة مقدمي الخدمة؛ صُمِّمت لاستكشاف تقييم الكادر الصحي لواقع عملهم من حيث: توفر الأجهزة والمستلزمات، وضغط العمل والزخم، والتدريب المُتلقَى ومدى ملاءمته، والبيئة المادية للعمل، والإجراءات الإدارية، وعدالة توزيع المهام.

### ٣-١-٤ أسلوب تحليل البيانات

تمت معالجة البيانات المجمّعة بالأساليب الإحصائية التالية: التكرارات والنسب المئوية لوصف التوزيع، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لقياس الاتجاه المركزي والتشتت، واختبار T لعينتين مستقلتين لقياس دلالة الفارق بين تقييم المراجعين وتقييم مقدمي الخدمة، واختبار مربع كاي لاختبار استقلالية المتغيرات الفئوية.

٢-٣ عرض نتائج استبانة المراجعين وتحليلها

١-٢-٣ الخصائص الديموغرافية لعينة المراجعين

استوفيت الاستبانة من (١١٥) مراجعاً من أصل (١٢٠) مستهدفاً (نسبة الاستجابة ٩٥.٨٪).

وتوزعت خصائص العينة على النحو التالي:

الخاصية	الفئة	العدد	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	٦٣	٥٤.٨٪
	أنثى	٥٢	٤٥.٢٪
الفئة العمرية	أقل من ٣٠ سنة	٢٨	٢٤.٣٪
	٣٠ - ٥٠ سنة	٥٥	٤٧.٨٪
المستوى التعليمي	أكثر من ٥٠ سنة	٣٢	٢٧.٨٪
	أمي / ابتدائي	٣١	٢٧.٠٪
	متوسط / إعدادي	٤٧	٤٠.٩٪
	جامعي فأعلى	٣٧	٣٢.٢٪
تكرار المراجعة	أول مرة	١٩	١٦.٥٪
	مراجعة منتظمة	٦١	٥٣.٠٪
	عند الحاجة فقط	٣٥	٣٠.٤٪

يُتَّسَم توزيع العينة بتنوع مناسب يُعزِّز تمثيليتها لمختلف شرائح المراجعين؛ إذ تتضح نسبة عالية نسبياً من المراجعين المنتظمين (الذين يُراجعون عادةً لمتابعة أمراض مزمنة)، وهو ما يُعطي أهمية استثنائية لمحور الأدوية والمتابعة المزمنة في التحليل.

٢-٢-٣ نتائج محور توفر الخدمات والأدوية  
كشفت البيانات المُجمَّعة عن واقع مقلق في مؤشرات توفر الأدوية والخدمات، يُلخَّص في الجدول التالي:

المؤشر	نعم / دائماً	أحياناً	لا / نادراً
وجدتُ الدواء الموصوف في صيدلية المركز	٪٣٤	٪٢٩	٪٣٧
أجريت لي الفحوصات المطلوبة في المركز	٪٤٢	٪٣١	٪٢٧
يوجد طبيب متاح عند مراجعتي	٪٧٨	٪١٥	٪٧
الخدمات التي أحتاجها متوفرة هنا	٪٤٩	٪٢٨	٪٢٣

تُظهر هذه النتائج أن ٪٣٧ من المراجعين لم يجدوا الدواء الموصوف في صيدلية المركز، وهو رقم يُعدّ مرتفعاً بمعايير الرعاية الأولية الجيدة. ويدل ذلك على وجود خلل حقيقي في سلسلة الإمداد الدوائي. في المقابل، كانت نسبة توافر الطبيب مرتفعة نسبياً (٪٧٨)، مما يُشير إلى أن الإشكالية الأساسية لا تكمن في الحضور البشري ذاته بل في جاهزية المستلزمات المصاحبة. وهذا يتوافق مع نتائج دراسات مشابهة في بيئات إقليمية [٢٥].

### ٣-٢-٣ نتائج محور وقت الانتظار

مؤشر الانتظار	أقل من ٣٠ دقيقة	٣٠- ٦٠ دقيقة	أكثر من ساعة
وقت انتظار رؤية الطبيب	٪٢٣	٪٣٨	٪٣٩
وقت الانتظار الإجمالي (التذكرة حتى الخروج)	٪١١	٪٣٣	٪٥٦
وقت انتظار استلام الدواء	٪٤١	٪٣٦	٪٢٣

تُبيّن النتائج أن ٥٦٪ من المراجعين يقضون أكثر من ساعة كاملة في المركز الصحي من بداية مراجعتهم حتى خروجهم. وهذا الرقم يُعدّ مرتفعاً ومُقلقاً لاسيما حين يُقارن بمعايير الجودة الصحية المعتمدة دولياً. ومن الأهمية بمكان ملاحظة أن وقت انتظار استلام الدواء أقصر نسبياً من وقت انتظار رؤية الطبيب، مما يُرجّح أن مصدر الإطالة يتمركز في مرحلة التسجيل والانتظار لدى الطبيب لا في مرحلة الصرف الصيدلاني. وهذا يدعم الفرضية الرابعة بشأن الروتين الإداري [٣٩].

### ٣-٢-٤ نتائج محور التعامل والتواصل

العبرة	موافق	محايد	غير موافق
تعامل الطاقم الصحي معي باحترام وكرامة	٪٦٩	٪١٨	٪١٣
شرح لي الطبيب حالتي بشكل مفهوم	٪٤١	٪٢٩	٪٣٠
أُتيح لي الوقت الكافي لشرح شكاوي للطبيب	٪٣٤	٪٢٦	٪٤٠
أشعر أن الطاقم الصحي مهتم بحالتي فعلاً	٪٤٨	٪٢٧	٪٢٥

يكشف هذا المحور عن نمط لافت للانتباه: فمؤشر الاحترام مرتفع نسبياً (٦٩٪ موافق)، وهو ما يُشير إلى أن الكادر الصحي لا يتّسم عموماً بسلوك مسيء أو متعالٍ. غير أن مؤشر الشرح الطبي منخفض ملحوظ (٤١٪ فقط)، وأشد سلبية هو مؤشر إتاحة الوقت الكافي للمريض (٣٤٪ موافق، مقابل ٤٠٪ غير موافق).

موافق). ويُشير هذا النمط إلى أن المشكلة ليست في السلوك المسيء بل في عدم كفاية وقت الاستشارة، وهو ما يُحيل بدوره إلى ضغط العمل وكثافة المراجعين لا إلى سوء نية الكادر.

### ٣-٢-٥ نتائج محور البيئة المادية

المؤشر	جيد	مقبول	ضعيف
نظافة المركز الصحي عموماً	٪٣٦	٪٣٨	٪٢٦
نظافة دورات المياه	٪١٩	٪٢٧	٪٥٤
كفاية مقاعد الانتظار	٪٤٢	٪٣١	٪٢٧
التهوية وتكييف الهواء في غرف الانتظار	٪٣٣	٪٢٩	٪٣٨
توفر الخصوصية في غرفة الفحص	٪٥٣	٪٢٩	٪١٨

أظهرت نتائج محور البيئة المادية تفاوتاً ملحوظاً بين المؤشرات؛ إذ حظيت الخصوصية في غرف الفحص بتقييم إيجابي مقبول (٥٣٪ جيد)، في حين كشفت نتائج دورات المياه عن واقع صعب إذ قيمها ٥٤٪ من المراجعين بضعيف. وتُمثّل هذه النتيجة الأخيرة إرجاءً صحياً ومؤسسياً بالغاً، نظراً لكون نظافة دورات المياه مؤشراً رئيسياً لنظافة المؤسسة الصحية في التقييمات الرقابية الدولية. كما تستحق التهوية الرديئة اهتماماً خاصاً (٣٨٪ ضعيف) لأثرها في نشر العدوى وفي الراحة النفسية للمريض.

### ٣-٣ عرض نتائج استبانة مقدمي الخدمة وتحليلها

٣-٣-١ الخصائص الديموغرافية والمهنية لعينة مقدمي الخدمة  
استُكملت الاستبانة من (٥٧) فرداً من الكوادر الصحية والإدارية من أصل (٦٠) مستهدفاً (نسبة الاستجابة ٩٥٪). وتوزّع المبحوثون على الفئات المهنية التالية:

النسبة	العدد	الفئة المهنية
٢١.١%	١٢	أطباء عامون
٢٤.٦%	١٤	معاونون طبيون
٢٨.١%	١٦	ممرضون وفنيو تمريض
١٤.٠%	٨	صيادلة وتقنيو صيدلة
١٢.٣%	٧	إداريون وموظفو تسجيل

٢-٣ نتائج محور الأجهزة والمستلزمات  
 مثل هذا المحور محور الاهتمام الأول لدى مقدمي الخدمة، وكشف عن تصورات جوهرية في  
 تشخيص مشكلات المنظومة:

غير موافق	محايد	موافق	العبارة (من الاستبانة)
٥٢%	٢٢%	٢٦%	تتوفر لدي الأجهزة والمستلزمات الطبية الضرورية لتقديم خدمة جيدة
٥١%	١٨%	٣١%	تتوفر الأدوية الأساسية بشكل مستمر دون انقطاع
٤٨%	٢٤%	٢٨%	الوقت المخصص لكل مريض كافٍ للتشخيص والعلاج
٤٢%	٢٦%	٣٢%	بيئة العمل تساعدني على أداء عملي بارتياح
١٤%	١٨%	٦٨%	أعاني من ضغط عمل يفوق طاقتي الاستيعابية

تُقدّم هذه النتائج صورة كاشفة؛ إذ تتجلى أبرز الشكاوى في شح الأجهزة والمستلزمات (٥٢%  
 يرون عدم توافرها) وانقطاع الأدوية (٥١% يؤكدون الانقطاع)، فضلاً عن ضغط العمل الذي يُعانيه ما  
 يقارب ثلثي الكادر الصحي (٦٨%). وهذه النتائج تتقاطع مع نتائج المراجعين وتُقدّم لها تفسيراً واضحاً:  
 إن الكادر الصحي يتعامل مع قيود هيكلية حقيقية تُعيق قدرته على تقديم الخدمة المرجوة بصرف النظر  
 عن دافعيته أو كفاءته.

### ٣-٣-٣ نتائج محور التدريب والكفاءة المهنية

العبارة	موافق	محايد	غير موافق
الدورات التدريبية كافية وتتناسب مع مهامها	٪٣٤	٪٢٦	٪٤٠
الإجراءات الإدارية لا تعيق عملي الفني	٪٢٩	٪٢١	٪٥٠
أشعر بعدالة في توزيع المهام داخل المركز	٪٤١	٪٢٩	٪٣٠
نظام انتظار المرضى يقلل من الاحتكاك والمشاكل	٪٤٥	٪٢٨	٪٢٧
المراجعون يتفهمون طبيعة عملنا والموارد المتاحة	٪٣٣	٪٣١	٪٣٦

تُكشف نتائج هذا المحور عن شكوى مزدوجة من الكادر الصحي: من جهة تقييم سلبي لكفاية التدريب (٤٠٪ غير موافق)، ومن جهة أخرى تدمر صريح من البيروقراطية الإدارية (٥٠٪ يرون أن الإجراءات الإدارية تعيق عملهم). ويتضح أن تراجع رضا الكادر الصحي يرتبط بعوامل هيكلية وتنظيمية أكثر من ارتباطه بالمهارة الفردية، وهو ما يُقدّم مدخلاً واضحاً لتحليل الاحتياجات التدريبية الفعلية.

### ٤-٣ تحليل الفجوة الإدراكية: مقارنة منظور المراجعين ومقدمي الخدمة

يستهدف هذا المحور المقارنة المباشرة بين تقييم المراجعين وتقييم مقدمي الخدمة في المؤشرات المشتركة، وذلك للكشف عن الفجوة الإدراكية التي تُمثّل مصدراً غنياً للمعلومات في تحليل الجودة:

المؤشر	تقييم المراجعين	تقييم مقدمي الخدمة	اتجاه الفجوة
توافر الأدوية الأساسية	٣٤٪ إيجابي	٣١٪ إيجابي	توافق تام (المشكلة واضحة للطرفين)
كفاية وقت الاستشارة الطبية	٣٤٪ موافق	٢٨٪ موافق	توافق تقريبي (كلاهما يُقرّ بالقصور)
جودة التواصل والشرح الطبي	٤١٪ موافق	٦٣٪ موافق	فجوة: الطبيب أكثر رضا من المريض
مستوى ضغط العمل	٤٠٪ يشعرون بالإهمال	٦٨٪ يُعانون ضغطاً	توافق: ضغط العمل يُدركه الطرفان
جودة بيئة المركز الصحي	٣٦٪ جيد	٣٢٪ جيد	توافق (كلاهما يُقيّم البيئة بشكل سلبي)

تُبيّن هذه المقارنة أن الفجوة الإدراكية الأهم والأكثر وضوحاً تقع في بُعد "جودة التواصل والشرح الطبي"، حيث يرى ٦٣٪ من مقدمي الخدمة أنهم يُقدّمون تواصلًا جيداً، في حين لا يُوافق على ذلك سوى ٤١٪ من المراجعين. وهذه هي بالضبط "الفجوة الخامسة" في نموذج SERVQUAL: الفجوة بين إدراك مقدم الخدمة لأدائه وإدراك مستقبل الخدمة له. أما سائر المؤشرات فتتسم بتوافق نسبي بين الطرفين، مما يُعزّز الثقة في موضوعية التشخيص المُقدّم.

ومن اللافت أن تشخيص مشكلة الأدوية وبيئة العمل مُتطابق تقريباً بين الفئتين، وهو ما يُضفي ثقلاً بالغاً على هذه المشكلة ويجعلها الأولوية الأعلى في أي أجندة إصلاح. ويؤكد ذلك ما أشار إليه الأدب العلمي من أن القصور في بُعد الموثوقية - الذي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بانتظام توافر الأدوية - يُؤثر على رضا المريض أكثر من أي بُعد آخر [١٨].

### ٣-٥ الاستنتاجات

٣-٥-١ الاستنتاجات المتعلقة بتوافر الخدمات  
١- ثبت وجود فجوة حقيقية وملموسة بين الرزمة الصحية الأساسية المقررة وزارياً وبين ما يُقدّم فعلياً في المراكز الصحية موضع الدراسة، لا سيما في ما يخص توافر الأدوية الأساسية للأمراض المزمنة وبعض الفحوصات المخبرية.

٢- يُقرّ كل من المراجعين ومقدمي الخدمة بمشكلة انقطاع الأدوية، وهو توافق تشخيصي نادر يُعطي هذه المشكلة أولوية عليا في أجندة الإصلاح، ويستوجب تدخلاً مباشراً على مستوى سلاسل الإمداد والمخصصات.

٣- التوافر البشري للطبيب (٧٨٪) مقبول نسبياً، مما يُعني أن التحدي ليس في الحضور البشري بل في البيئة التمكينية التي تُحيط بهذا الحضور.

٣-٥-٢ الاستنتاجات المتعلقة بالفجوة الإدراكية  
٤- تتحقق الفرضية الثانية جزئياً؛ إذ تظهر فجوة إدراكية واضحة في بُعد التواصل والشرح الطبي، حيث يُقيّم مقدمو الخدمة أداءهم في هذا البُعد أعلى مما يُدركه المراجعون. ويُشير ذلك إلى ضرورة برامج تدريبية تركز على مهارات التواصل العلاجي الفعّال (Therapeutic Communication).

٥- الفجوة في سائر الأبعاد (الأدوية، البيئة، ضغط العمل) هي فجوة توافق لا فجوة تناقض: كلا الطرفين يدرك المشكلة، مما يؤكد أن المشكلة ذات طابع هيكلية لا ذاتي.

٣-٥-٣ الاستنتاجات المتعلقة بأوقات الانتظار  
٦- تتحقق الفرضية الرابعة بصورة جليّة؛ إذ تُشير مقارنة مراحل الانتظار إلى أن مرحلة الانتظار قبل رؤية الطبيب (لا مرحلة استلام الدواء) هي مصدر الإطالة الرئيسي. ويُرجّح أن ذلك يعكس تجمّعاً في بداية الدوام وعدم توازن في توزيع التذاكر الزمني أكثر مما يعكس كثافة حقيقية لا يمكن تخفيفها.

٧- أبدى ٤٠٪ من المراجعين شعوراً بعدم كفاية الوقت المُخصَّص لهم في الاستشارة الطبية، وهو ما يتقاطع مع شعور الكادر الطبي ذاته بضغط العمل الكبير. والحل هنا ليس فقط في تعيينات إضافية بل يمكن استكشاف خيارات تنظيمية كإعادة توزيع الأعباء وتفعيل دور المعاون الطبي.

### ٣-٥-٤ الاستنتاجات المتعلقة بالتدريب

٨- يتضح أن قصور الخدمة في مراكز الدراسة ذو أصل مزدوج: هيكل-لوجستي (نقص الأدوات والأدوية) وتنظيمي (البيروقراطية والروتين) وتواصل (جودة الشرح الطبي). ويعني ذلك أن برامج التدريب العشوائية التي لا تُشخص المشكلة الحقيقية ستظل عاجزة عن تحقيق تحسين ملموس في جودة الخدمة.

٩- يتحقق المبدأ البحثي القائل بالتمييز بين "Can't do" و "Won't do": فمعظم قصور الأداء الموثق يندرج في خانة "لا يستطيع الأداء نتيجة قيود" لا في خانة "لا يرغب في الأداء نتيجة تقاعس"، وهذا التمييز جوهري في تصميم التدخلات العلاجية [٣٤].

### ٣-٥-٥ الاستنتاجات المتعلقة بالبنية التحتية

١٠- تتحقق الفرضية الخامسة؛ إذ تظهر البنية التحتية باعتبارها عاملاً مُثبِّطاً لكل من تجربة المريض وأداء الموظف. وتُمثِّل نظافة دورات المياه (٥٤٪ ضعيف) والتهوية الرديئة (٣٨٪ ضعيف) مؤشرين يستوجبان تدخلاً عاجلاً وبتكلفة منخفضة نسبياً مقارنة بالعائد على تجربة المريض.

### ٣-٦ التوصيات

#### ٣-٦-١ توصيات عاجلة (قصيرة المدى)

التوصية الأولى: إعادة هندسة نظام الانتظار وتوزيع التذاكر؛ يُوصى بتبني نظام تذاكر متوازن يُوزع المراجعين على فترات زمنية موزَّعة طوال الدوام بدلاً من التكدس في الساعات الأولى، مع دراسة تفعيل نظام الحجز المسبق للحالات المزمَّنة المعروفة. ويُرجَّح أن هذا التدخل وحده كفيل بتقليص وقت الانتظار الكلي بنسبة معتبرة [٤١].

التوصية الثانية: التدخل الفوري في نظافة المرافق الصحية؛ تُوصى إدارة المراكز الصحية بوضع بروتوكول صيانة وتنظيف يومي للمرافق الصحية ولا سيما دورات المياه، مع تخصيص مسؤولية مباشرة ومُحدَّدة لهذا الملف وربطه بمعايير التقييم الدوري للمراكز.

التوصية الثالثة: رفع تقارير طارئة لإدارة الإمداد الدوائي؛ يُوصى بإعداد تقرير موثق بالأرقام يُحدّد قائمة الأدوية المنقطعة بصورة متكررة، وإحالته رسمياً إلى الجهات المعنية بإدارة المستودعات الصيدلانية، مع اقتراح آلية للرصد المستمر لمؤشر توافر الأدوية.

٢-٦-٣ توصيات استراتيجية (متوسطة وبعيدة المدى)  
التوصية الرابعة: تصميم برنامج تدريبي مستهدف للتواصل العلاجي؛ نظراً لأن الفجوة الإدراكية في بُعد الشرح الطبي والتواصل تمثّل الفجوة الأوضح، يُوصى بتصميم برنامج تدريبي مخصّص لمهارات التواصل العلاجي (Therapeutic Communication Skills)، يستهدف بصورة خاصة الأطباء والمعاونين الطبيين، ويقوم على أساليب المحاكاة والسيناريوهات الواقعية بدلاً من المحاضرات النظرية التقليدية. وينبغي قياس أثر هذا البرنامج من خلال مسح رضا المراجعين قبل التدريب وبعده.

التوصية الخامسة: مراجعة توصيف المهام وتفعيل دور المعاون الطبي؛ يُوصى بإعادة توزيع المهام بصورة تُخفّف من الحمل على الطبيب وتُمكن المعاون الطبي والمرضى من الاضطلاع بأدوار أوسع في الفحص التمهيدي والمتابعة المزمّنة، بما يتوافق مع معايير الكفاءة الدولية في الرعاية الأولية.

التوصية السادسة: إعادة هندسة الإجراءات الإدارية؛ يُوصى بإجراء مراجعة شاملة للعمليات الإدارية في المراكز الصحية (Process Review) بهدف تحديد خطوات الروتين التي يمكن اختصارها أو دمجها أو رقمنتها، مع الأخذ بمبادئ إدارة الجودة الشاملة في تصميم مسار المريض (Patient Flow Redesign).

التوصية السابعة: تبني نظام مؤشرات أداء دوري؛ تُوصى دائرة صحة بابل بتبني منظومة قياس منتظمة لجودة الخدمة في مراكز الرعاية الأولية تشمل: مؤشر رضا المريض، ومؤشر توافر الأدوية، ومؤشر زمن الانتظار، ومؤشر التدريب. وأن تُربط قرارات التخصيص والتطوير بنتائج هذه المؤشرات بصورة دورية.

التوصية الثامنة: تحسين بيئة العمل المادية؛ يُوصى بإدراج معايير بيئة العمل (تكييف، إضاءة، نظافة، صيانة) ضمن معايير الاعتماد الدوري للمراكز الصحية، مع رصد ميزانية صيانة سنوية مخصصة لكل مركز وفق حجمه وعمره.

World Health Organization. Declaration of Alma-Ata: International Conference on [١]  
Primary Health Care. WHO; 1978. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf>

Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, et al. High-quality health systems in the Sustainable [٢]  
Development Goals era: time for a revolution. Lancet Glob Health. 2018;6(11):e1196-  
.PMID: 30196093 .e١٢٥٢

.Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis [٣]  
.Health Aff (Millwood). 2008;27(1):58-71. PMID: 18180480

Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple-item scale for [٤]  
.measuring consumer perceptions of service quality. J Retailing. 1988;64(1):12-40

.Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA [٥]  
.PMID: 3045356 .٨-١٧٤٣:(١٢)٢٦٠;١٩٨٨

Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to [٦]  
.consumer satisfaction. Med Care. 1981;19(2):127-40. PMID: 7206846

United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable [٧]  
.Development. UN General Assembly; 2015. Resolution A/RES/70/1

Anand S, Bärnighausen T. Health workers and vaccination coverage in developing [٨]  
.countries: an econometric analysis. Lancet. 2007;369(9569):1277-85. PMID: 17434403

Hojat M, Louis DZ, Markham FW, et al. Physicians' empathy and clinical outcomes [٩]  
.for diabetic patients. Acad Med. 2011;86(3):359-64. PMID: 21248604

Blumenthal D, Hsiao W. Lessons from the East--China's rapidly evolving health care [١٠] .system. N Engl J Med. 2015;372(14):1281-5. PMID: 25830417

Cameron A, Ewen M, Ross-Degnan D, et al. Medicine prices, availability, and [١١] .affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis .Lancet. 2009;373(9659):240-9. PMID: 19042012

Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M. Access, affordability, and insurance [١٢] complexity are often worse in the United States compared to ten other countries. Health .Aff (Millwood). 2013;32(12):2205-15. PMID: 24101066

,Goldstein IL, Ford JK. Training in Organizations: Needs Assessment, Development [١٣] .and Evaluation. 4th ed. Belmont, CA: Wadsworth; 2002

:Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor, MI [١٤] .Health Administration Press; 1980

.Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. Soc Sci Med [١٥] .PMID: 11072882 .٢٥-١٦١١:(١١)٥١;٢٠٠٠

Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJ. Access, utilization, quality, and [١٦] effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. Soc .Sci Med. 2005;61(1):97-109. PMID: 15847963

Parasuraman A, Berry LL, Zeithaml VA. Refinement and reassessment of the [١٧] .SERVQUAL scale. J Retailing. 1991;67(4):420-50

Brady MK, Cronin JJ. Some new thoughts on conceptualizing perceived service [١٨] .quality: A hierarchical approach. J Marketing. 2001;65(3):34-49

Zeithaml VA, Berry LL, Parasuraman A. The behavioral consequences of service [١٩] .quality. J Marketing. 1996;60(2):31-46

World Health Organization. Delivering quality health services: a global imperative [٢٠] .for universal health coverage. Geneva: WHO; 2018

Epstein RM, Street RL. The values and value of patient-centered care. Ann Fam [٢١] .Med. 2011;9(2):100-3. PMID: 21403134

Alwan A. Health in Iraq: The Current Situation, Our Vision for the Future and Areas [٢٢] .of Work. Baghdad: Ministry of Health; 2004

Shabila NP, Al-Tawil NG, Al-Hadithi TS, Hammadat E. Iraqi primary healthcare [٢٣] system: current situation and challenges. Eastern Mediterr Health J. 2012;18(12):1239- .PMID: 23301402 .٤٦

:Burnham G, Lafta R, Doocy S, Roberts L. Mortality after the 2003 invasion of Iraq [٢٤] :a cross-sectional cluster sample survey. Lancet. 2006;368(9545):1421-8. PMID .١٧٠٥٥٩٤٤

Al-Abbadi I, Qawwas A, Abbadi M, et al. Two-year experience with primary health [٢٥] :care reform in Jordan, 2006-2007. East Mediterr Health J. 2009;15(4):835-46. PMID .١٩٩٦٠٨٣١

.Ahmed F, Burt J, Roland M. Measuring patient experience: concepts and methods [٢٦] .Patient. 2014;7(3):235-41. PMID: 24619395

Al-Doghaither AH. Inpatient satisfaction with physician services at King Khalid [٢٧] .University Hospital, Riyadh, Saudi Arabia. East Mediterr Health J. 2004;10(3):358-64 .PMID: 16335592

Lau C, Fung A, Tsang T. Patient satisfaction with triage nurse consultation for [٢٨] :primary care in accident and emergency. J Emerg Nurs. 1997;23(3):222-7. PMID .٩٢٥٨٧٢٦

Kruk ME, Gage AD, Joseph NT, Danaei G, García-Saisó S, Salomon JA. Mortality [٣٩] due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic :analysis of amenable deaths in 137 countries. Lancet. 2018;392(10160):2203-12. PMID .٣٠١٩٥٣٩٨

Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain [٣٠] .high-quality performance of health workers in low-resource settings? Lancet .PMID: 16168785 .٣٥-١٠٢٦:(٩٤٩٠)٣٦٦;٢٠٠٥

Abuosi AA, Atinga RA. Service quality in healthcare institutions: establishing the [٣١] :gaps for policy action. Int J Health Care Qual Assur. 2013;26(5):481-92. PMID .٢٤٠٠٣٧٣٥

Joshi GP, Ahmed M. Workforce development for primary health care in MENA [٣٢] .region. BMC Health Serv Res. 2011;11(Suppl 2):S6

;Mager R, Pipe P. Analyzing Performance Problems. 3rd ed. Atlanta: CEP Press [٣٣] .١٩٩٧

:Gilbert TF. Human Competence: Engineering Worthy Performance. New York [٣٤] .McGraw-Hill; 1978

Dieleman M, Cuong PV, Anh LV, Martineau T. Identifying factors for job [٣٥] .motivation of rural health workers in North Viet Nam. Hum Resour Health. 2003;1(1):10 .PMID: 14613524

:Pati D, Nanda U. Influence of nature in the patient room on patient health outcomes [٣٦] design guidelines for designers and hospital administrators. J Healthc Eng. 2011;2(1):27- .٤٠

Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and [٣٧] .its implications for psychiatry. World Psychiatry. 2016;15(2):103-11. PMID: 27265691

?Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal [٣٨]  
Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. Patient Educ  
.Couns. 2009;74(3):295-301. PMID: 18950990

Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of [٣٩]  
.consumer satisfaction with medical care. Soc Sci Med. 1978;12:283-92. PMID: 278942

Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary [٤٠]  
.care. JAMA. 2003;289(8):1035-40. PMID: 12597761

Boaden R, Harvey G, Moxham C, Proudlove N. Quality improvement: theory and [٤١]  
.practice in healthcare. NHS Institute for Innovation and Improvement; 2008