

أثر تطبيق الكفاءة الجماعية على تحسين جودة الخدمات الصحية -دراسة حالة المستشفى المختلط برأس الماء سيدي بلعباس. الجزائر-

The impact of applying collective competence on improving the quality of health services - Case study of the mixed hospital in Ras El Maa Sidi Bel Abbes. Algeria-

مكسي نذير¹، توزان فاطمة²

Touzane Fatima Meksi Nadir

¹ جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، مخبر استراتيجيات تنمية القطاع الفلاحي والسياحي، دولة الجزائر، nadir.meksi@univ-temouchent.edu.dz

² جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، مخبر استراتيجيات تنمية القطاع الفلاحي والسياحي، دولة الجزائر، fatima.touzane@univ-temouchent.edu.dz

تاريخ النشر: 2024-10-31

تاريخ القبول: 2024-10-01

تاريخ الاستلام: 2024-01-10

ملخص: تهدف الدراسة الحالية حول أثر تطبيق الكفاءة الجماعية في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة بمصلحة الإستعجالات الطبية والجراحية بالمستشفى المختلط برأس الماء-سيدي بلعباس. الجزائر. وهذا من خلال اتباع المنهج الوصفي التحليلي والاعتماد على استبيان كأداة لجمع البيانات، حيث شملت الدراسة على 36 عينة من مقدمي الرعاية الصحية من مختلف التخصصات. بالاعتماد على البرنامج الإحصائي SPSS لتفريغ البيانات وتحليلها، توصلنا إلى وجود تأثير للكفاءة الجماعية بنسبة 22,2% في تحسين جودة الخدمات الصحية، بالإضافة إلى تأثيرها على بعد الاستجابة وبعد الأمن والفعالية بنسبة 18,6% و 16,9% على التوالي، مع عدم تأثيرها على بعد التعاطف. **الكلمات المفتاحية:** جودة خدمات صحية؛ مقدمي رعاية صحية؛ كفاءة جماعية؛ فرق العمل.

تصنيف JEL: J24 ؛ I19 ؛ L19

Abstract : The objective of the current study revolved around the impact of applying collective competence in improving the quality of health services provided in Medical-Surgical Emergency unit at the mixed hospital in Ras El Maa - Sidi Bel Abbes. Algeria .

This is through following the descriptive analytical approach and relying on a questionnaire as a data collection tool. the study included 36 samples of multidiscipline health care workers. and by using SPSS program, we found that collective competence effect 22.2% in improving the quality of health services. In addition, it affected the responsiveness dimension and safety and effectiveness dimension by 18.6% and 16.9% respectively, with no impact on the empathy dimension.

Keywords: Quality of health services, Health care provider, Collective competence, Teams work.

Jel Classification Codes : L19, I19, J24

1. مقدمة:

تقدم المستشفيات الرعاية والخدمات الصحية لصالح المرضى، ويجب أن تتسم تلك الخدمات بالجودة العالية. يعد الطاقم الطبي والشبه الطبي الجهة الرئيسة لتقديم خدمات الرعاية الصحية حيث يؤدي دورا فعالا في تقديم طائفة واسعة من الخدمات العلاجية الأساسية، ولكنه يضطلع أيضا بدور فعال آخر في تقديم خدمات رعاية أكثر تخصصا لا سيما في الحالات الاستعجالية الطبية، أين يقدم الفريق الطبي والشبه الطبي خدمات الرعاية الأساسية بما فيها الإبركار في التعرف على حالات التي تهدد الحياة وتنفيذ التدخلات الفورية والفعالة وإعطاء الأدوية واتخاذ الإجراءات اللازمة. ولكن ذلك يلزمه بالعمل بأقصى طاقته ضمن نطاق فرق قوية ذات كفاءة عالية مدربة على مبادئ التحسين المستمر للجودة.

إن القوى العاملة الصحية التي تتسم بالمهارة والكفاءة والمدعومة بدرجة كافية أمر بالغ الأهمية. على الرغم من أن الكفاءة الفردية هي في صميم الممارسة الصحية، إلا أن مختلف أعضاء فريق الرعاية الصحية يجب أن يجمعوا مهاراتهم في أنشطة التشخيص والعلاج بتحويلها إلى كفاءة جماعية من خلال وضعها في سياق فريق الرعاية، وتنفيذها خاصة في المواقف المعقدة، لا سيما في مصالح الرعاية الحرجة مثل مصلحة الإستعجالات.

1.1. إشكالية الدراسة:

بناء على ما سبق طرحه، وانطلاقا مما قد تحدثه الكفاءة الجماعية في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة بمصالح الإستعجالات الطبية والجراحية، تظهر إشكالية الدراسة من خلال طرح التساؤل التالي:

- إلى أي مدى يؤثر تطبيق الكفاءة الجماعية في تحسين جودة الخدمات الصحية في مصلحة الإستعجالات الطبية والجراحية؟

2.1. فرضيات الدراسة:

لقد تم إدراج فرضية رئيسية مقسمة إلى ثلاث فرضيات فرعية وهي على النحو التالي:

- الفرضية الرئيسية:

✓ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 للكفاءة الجماعية في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في مصلحة الإستعجالات الطبية والجراحية محل الدراسة.

- الفرضيات الفرعية:

✓ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 للكفاءة الجماعية في تحسين بعد الاستجابة؛

✓ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 للكفاءة الجماعية في تحسين بعد الأمن والفعالية؛

✓ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 للكفاءة الجماعية في تحسين بعد التعاطف.

3.1. أهداف الدراسة

تسعى الدراسة الحالية إلى الوصول لتحقيق الأهداف التالية:

- ✓ محاولة فهم العوامل الفردية والجماعية التي تؤثر على تنفيذ الكفاءة الجماعية من قبل فرق الرعاية الصحية في مصلحة الإستجالات الطبية والجراحية؛
- ✓ وصف نتائج تنفيذ الكفاءة الجماعية من قبل فرق الرعاية الصحية على جودة الخدمات الصحية المقدمة؛
- ✓ التوصل إلى بعض الاقتراحات التي من شأنها تحسين جودة الخدمات الصحية والمتعلقة بكفاءة فرق الرعاية الصحية.

4.1. أهمية الدراسة

تبرز أهمية الدراسة الحالية من خلال تطرقها لأحد أهم العوامل الأساسية في تقديم الخدمات الصحية عالية الجودة، وهي المورد البشري الذي يعتبر جوهر الجودة، وهذا من خلال ربط الكفاءة الجماعية لفرق الرعاية الصحية بجودة الخدمات الصحية المقدمة في مصلحة الإستجالات الطبية والجراحية محل الدراسة. ويمكن إدراك أهمية الدراسة من خلال:

1. الاعتراف بأن خدمات الرعاية الصحية عالية الجودة لا يمكن تقديمها بمجرد ضمان البنى التحتية وتوفير الإمدادات الطبية دون الاهتمام بكفاءة مقدمي الرعاية الصحية خاصة الكفاءة الجماعية.
2. تسليط الضوء على سبل تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال التركيز على الكفاءة الجماعية لمقدمي الرعاية الصحية.
3. حث الجهات الوصية على ضرورة الاهتمام بالعاملين في مجال الرعاية الصحية من خلال دمج آليات تساعد على تطوير كفاءاتهم المهنية والعلاقاتية.

5.1. منهج الدراسة:

لمعالجة إشكالية الدراسة وإثبات صحة الفرضيات من عدمها، تم الاعتماد على المنهج الوصفي من خلال مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة المتعلقة بالموضوع، والمنهج التحليلي في الجانب التطبيقي من خلال تحليل البيانات المتحصل عليها من إجابات العينة على الاستبيان وقمنا بمعالجتها إحصائياً بالاستعانة ببرنامج SPSS.

6.1. الدراسات السابقة:

- دراسة (Goldman et al., 2018) بعنوان: "فحص تنفيذ الكفاءات التعاونية في بيئة الرعاية الحرجة". أين ركزت الدراسة على أهمية التعاون الاحترافي بين الفرق الطبية في الممارسة الفعلية في وحدات العناية المركزة في تحسين رعاية المرضى بالمستشفى التعليمي في كندا. تم إجراء ما يقارب 160 ساعة ملاحظة و24 مقابلة مع مقدمي الرعاية الصحية على مدى 6 أشهر. ومن خلال تحليل البيانات باستخدام منهج تحليل المحتوى. أظهر المهنيون في مجال الرعاية الصحية عدداً من الممارسات التي تدعم الكفاءات التعاونية الاحترافية: كالتواصل، فهم الأدوار، والعمل الجماعي. ومع ذلك فإن الكفاءات التي تعزز رعاية المرضى يمكن أن تتأثر بالعوامل التنظيمية مثل ضغوط العمل وتدفق المرضى.

أثر تطبيق الكفاءة الجماعية على تحسين جودة الخدمات الصحية

- دراسة (Cadel et al., 2022) بعنوان: "دراسة نوعية تستكشف ديناميكيات الفريق في المستشفى في تخطيط الخروج للمرضى الذين يعانون تحولات رعاية متأخرة في أونتاريو، كندا". هدفت الدراسة إلى تحليل عمليات خروج المرضى المتأخرة عن المواعيد المحددة في المستشفيات، وتحديد فوائد وتحديات عمل مقدمي الرعاية الصحية كفرق من أجل تحسين استمرارية رعاية المرضى وتقليل مدة البقاء في المستشفى. تمت الدراسة من خلال أسلوب تحليل المحتوى للمقابلات النصف الموجهة لمقدمي الرعاية الصحية والمسؤولين في المستشفيات في كندا، التي امتدت بين ديسمبر 2019 وأكتوبر 2020. توصلت الدراسة إلى ضرورة التعاون مع الأطباء وبناء العلاقات القائمة على التواصل والتفاعل بين مقدمي الرعاية الصحية، كما يجب على المسؤولين أن يتشاركوا بشكل معنوي مع مقدمي الرعاية ودعم الممارسات التعاونية، كما توصلت الدراسة إلى أهمية التكامل الفعال بين القطاعات والوحدات الأخرى التي من شأنها أن تساعد على عمليات خروج المرضى من المستشفيات.

استفادت دراستنا الحالية من الدراسات السابقة من خلال بناء تصور حول أهمية كفاءة فرق العمل لمقدمي الرعاية الصحية في تحسين وتعزيز ممارسات الرعاية الصحية للمرضى. حيث ركزت الدراسات السابقة على كيفية بناء ودعم هذه الكفاءات وتطويرها، بالإضافة إلى تسليط الضوء على العوامل التنظيمية والسياقية التي تؤثر في قدرة المحترفين الصحيين على تطبيق هذه الكفاءات بفعالية. بينما ركزت دراستنا الحالية على استغلال كفاءة فرق العمل في تحسين مخرجات الخدمات الصحية بمختلف أبعادها لصالح المرضى. وذلك في مصلحة الإستجابات الطبية الجراحية التي تعتبر بيئة معقدة تستوجب العمل الجماعي.

2. الكفاءة الجماعية: مفهوم متعدد الأبعاد.

1.2. تعريف الكفاءة:

أصبح مصطلح "الكفاءة" أحد الموضوعات المثيرة للجدل في مجال الرعاية الصحية. وقد تم إجراء العديد من الدراسات لصدد تحديد تعريف لهذا المفهوم ومع ذلك، هناك الكثير من الغموض في فهم هذا المفهوم. (Ahmady et al., 2017, p. 826)

يمكن تقسيم الكفاءة إلى النظريات الثلاث التالية: السلوكية، ونظرية السمات، والشمولية. تشير السلوكية إلى الكفاءة كقدرة على أداء المهارات الأساسية الفردية، ويتم تقييمها من خلال إظهار تلك المهارات. تعتبر نظرية السمات الكفاءة سمات فردية ضرورية لأداء الواجبات بفعالية (المعرفة، مهارات التفكير النقدي، إلخ). تنظر الشمولية إلى الكفاءة على أنها مجموعة من العناصر، بما في ذلك المعرفة والمهارات والمواقف والقدرة على التفكير والقيم المطلوبة في سياقات معينة. (Fukada, 2018, p. 1)

يضيف (Dakkak et al., 2015, p. 2) عناصر أخرى وهي موارد البيئة (الأدوات، الآلات، المستندات، إلخ)، حيث يعرف الكفاءة بقدرة الشخص (الفاعل) على التصرف والتفاعل بطريقة تتناسب مع الوضع الفاعل في

قلب عملية تتضمن دمج وتعبئة معرفته ومهاراته وقدراته من جهة، وموارد البيئة من الجهة الأخرى، بهدف أداء مهمة محددة من قبل المنظمة.

ومن خلال المفاهيم السابقة يمكننا تقديم تعريف للكفاءة في مجال الرعاية الصحية على أنها تفاعل مجموع المعارف، المهارات، القدرات والسلوكيات التي يظهرها مقدم الخدمة لاتخاذ القرارات ولأداء المهام بأمان وفعالية وفقا للمعايير المهنية وهي المفتاح لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

2.2. الكفاءة الجماعية:

تنص الأدبيات النظرية عدة تعريفات للكفاءة الجماعية، وكلها مرتبطة بعامل مشترك وهو الكفاءة الفردية لأعضاء الفريق الذي تستمد منه الكفاءة. حيث تعتبر المعرفة والمهارات الفنية هي الكفاءات الأساسية اللازمة للأفراد لإنجاز متطلبات الوظيفة، لكنها لا تضمن الأداء الفعال.

وفي سياق إمكانية تطبيق الكفاءة الجماعية في مجال الخدمات الصحية، نلخص التعريفات المختلفة للكفاءة الجماعية حسب عدد من المؤلفين:

قدموا تعريف بسيط للكفاءة الجماعية بأنها مزيج تآزري من الكفاءات الفردية. فالكفاءة الجماعية هي "الجمع بين المعرفة والمهارات الفردية". ويضيف (Zarifian 1999) أنه "كلما كانت الكفاءة الجماعية أقوى، أصبح من الصعب استبدال الكفاءات الفردية"، مما يسلط الضوء بشكل خاص على أهمية الاستقرار داخل الفريق.	Dejoux (2001), Dubechot (1999), zarifian (1999)
تعرف الكفاءة الجماعية بأنها مزيج ديناميكي من الكفاءات الفردية في العمل الجماعي في المواقف المعقدة وتتأثر بمجموعة من العوامل الخارجية التي لها تأثير مباشر على أداء الفريق. ومن بين العوامل الخارجية تظهر البيئة التنظيمية، التحفيز، والعوامل الثقافية والمادية.	Amherdt et al (2000), Michaux (2003, 2005), Borenham (2004), Retour and Krohmer (2011)
تعرف الكفاءة الجماعية بأنها تفاعل المهارات الفردية في إنجاز مهمة لا يمكن إنجازها بمنعزل عن الجماعة؛ أي أن العمل الفردي يجب أن يتبع تحديدات العمل الجماعي. وبالتالي فإن هذا التعقيد يجعل من الضروري تنفيذ الكفاءة الجماعية من خلال عمليات تعاونية متعددة التخصصات.	Le Boterf (2003), Leplat (2000)

المصدر: (Broman et al., 2019)، (Silva et al., 2022)، (Avelino et al., 2017)

أثر تطبيق الكفاءة الجماعية على تحسين جودة الخدمات الصحية

من خلال التعاريف السابقة، نرى أن تفاعل فرق العمل هي التي تسمح بخلق الكفاءة الجماعية التي تسعى لتحقيق الهدف المشترك وهو تقديم رعاية صحية آمنة وفعالة خاصة مع تعدد الوضعية الصحية للمرضى في الأقسام الاستعجالية، وهذا التفاعل الذي ينتج بين الأعضاء كل حسب تخصصه يكون مفيداً من خلال عملية التعلم والتبادل للمعرفة والتشارك والتواصل داخل فرق الرعاية الصحية.

3.2. أبعاد الكفاءة الجماعية:

في إطار معرفة مدى وجود الكفاءة الجماعية لدى فرق الرعاية الصحية لابد من تتبع بعض المؤشرات، و في هذا الصدد يقترح (Hoegl & Gemuenden (2001) للتعرف ووصف جودة العمل الجماعي من خلال ست أبعاد: (Brulhart et al., 2019, p. 151)

- التواصل: والذي يشير إلى التبادلات المتكررة وغير الرسمية والمباشرة والمفتوحة للمعلومات بين أعضاء الفريق؛
- التنسيق: والذي يشير إلى هيكلة وتزامن جهود الأعضاء نحو هدف مشترك؛
- توازن مساهمات الفريق: والذي يشير إلى قدرة الأعضاء على المساهمة في تقديم أقصى قدر من خبراتهم ومعارفهم إلى المجموعة؛
- الدعم المتبادل: والذي يشير إلى الدعم والمساعدة المتبادلة التي يقدمها كل عضو للآخرين؛
- الجهد: والذي يشير إلى استثمار الأعضاء في تنفيذ المهام وتقاسم عبء العمل؛
- والتماسك: الذي يشير إلى دافع الأعضاء للحفاظ على الفريق ووجود روح الفريق وتقليل النزاعات الداخلية.

3. جودة الخدمات الصحية:

وفقاً للمنظمة الدولية للتوحيد القياس (ISO)، فإن الجودة هي "مجموع خصائص المنتج أو الخدمة التي تحدد تلبية الاحتياجات المحددة أو المتوقعة" (Jonkisz et al., 2021, p. 1). بالمقارنة مع جودة المنتجات، يصعب على العملاء تحديد جودة الخدمات (Goula et al., 2021, p. 2)، بسبب طبيعتها الذاتية وخصائصها غير الملموسة. (Mosadeghrad, 2014, p. 78)

فيما يتعلق بجودة الخدمة الصحية، فإن الفرق الرئيسي بين الخدمات الصحية والخدمات الأخرى هو أنها تستند إلى احتياجات المرضى وليس على رغبات العملاء (Goula et al., 2021, p. 2). وهذا ما يجعل تحديد جودة خدمات الرعاية الصحية وقياسها أكثر صعوبة من القطاعات الأخرى (Mosadeghrad, 2014, p. 78). تعرف المنظمة العالمية للصحة جودة الرعاية على أنها الدرجة التي تزيد بها الخدمات الصحية للأفراد والسكان من احتمالية النتائج الصحية المرجوة وتتوافق مع المعرفة المهنية. وتهدف في نهاية المطاف إلى تحسين الصحة بدلاً من مجرد زيادة مدخلات الخدمة أو تحسين عمليات النظام، ويشمل هذا التعريف لجودة الرعاية كلاً من الرعاية العلاجية والوقائية. (WHO et al., 2018, p. 30)

وتشمل الخدمات الصحية عالية الجودة تقديم الرعاية المناسبة - في الوقت المناسب - والاستجابة للاحتياجات مستخدمي الخدمة وتفضيلاتهم، مع التقليل - إلى أدنى حد - من الأضرار وتبديد الموارد. (WHO et al., 2018, p. 11)

1.3. خصائص الخدمات الصحية التي تدل على الجودة:

تحدد (WHO, 2020, p. 1) سبع خصائص قابلة للقياس للخدمات الصحية تزيد من احتمال تحقيق النتائج الصحية المرجوة:

- فعالة: توفير خدمات الرعاية الصحية المستندة على الأدلة والبيانات لمن يحتاجون إليها؛
 - آمنة: تجنب إلحاق الأذى بالأشخاص الذين تهدف الرعاية إليهم؛
 - التمحور حول السكان: توفير الرعاية التي تستجيب للتفضيلات والاحتياجات والقيم الفردية.
 - في الوقت المناسب: تقليل أوقات الانتظار والتأخيرات الضارة؛
 - الإنصاف: توفير الرعاية التي لا تختلف في الجودة بسبب العمر أو الجنس أو الموقع الجغرافي أو الوضع الاجتماعي والاقتصادي... الخ؛
 - متكاملة: توفير الرعاية التي يتم تنسيقها عبر المستويات ومقدمي الخدمات، وإتاحة مجموعة كاملة من الخدمات الصحية طوال الحياة؛
 - الكفاءة: تعظيم الاستفادة من الموارد المتاحة وتجنب الهدر.
- ومن خلال هذه الخصائص، وفي إطار البحث الحالي ارتأينا إلى تقسيم جودة الخدمات الصحية إلى الأبعاد التالية: بعد الاستجابة، بعد الأمن والفعالية، وبعد التعاطف. وهذا بما يتناسب مع متغيرات الدراسة.

2.3. الرعاية الصحية القائمة على كفاءة الفريق:

الرعاية الصحية القائمة على الفريق هي توفير الخدمات الصحية للأفراد والأسر و/أو مجتمعاتهم من قبل إثنين على الأقل من مقدمي الرعاية الصحية الذين يعملون بشكل تعاوني مع المرضى ومقدمي الرعاية لهم - إلى الحد الذي يفضل كل مريض (Hintenach & Howe, 2020, p. 492). فقد أصبح الفريق عالي الأداء الآن معروفاً على نطاق واسع كأداة أساسية لبناء نظام تقديم رعاية صحية أكثر تركيزاً على المريض وتنسيقاً وفعالية. (Mitchell et al., 2012, p. 3) يعد العمل الجماعي الفعال ضرورياً لسلامة المرضى لأنه يقلل من الأحداث السلبية الناجمة عن سوء التواصل مع الآخرين الذين يهتمون بالمريض، وسوء فهم الأدوار والمسؤوليات. ومع ذلك، في الممارسة العملية، يمكن أن تؤدي المسؤولية المشتركة دون عمل جماعي عالي الجودة إلى مخاطر فورية على المرضى. على سبيل المثال، ظهر ضعف التواصل بين المتخصصين في الرعاية الصحية والمرضى كسبب شائع للمرضى الذين يتخذون إجراءات قانونية ضد مقدمي الرعاية الصحية. قد تحدث الأخطاء الطبية والأخطاء الوشيكة وغيرها من الأحداث السلبية بسبب عدم كفاية التواصل بين أعضاء الفريق (Babiker et al., 2014, p. 10).

4. الجانب التطبيقي:

2.4. أداة الدراسة:

لمعالجة إشكالية الدراسة وإثبات صحة الفرضيات من عدمها، تم الاعتماد على أداة الاستبيان، التي تم إنشاؤها من طرف الباحثين بالاعتماد على الأدبيات العلمية والخبرات العملية. وقد اشتمل على جزأين؛ جزء خاص بالمعلومات الشخصية لأفراد العينة، وجزء خاص بمتغيرات الدراسة الذي يضم المتغير المستقل الكفاءة الجماعية والمتغير التابع جودة الخدمات الصحية، والذي تم قياسه بصياغة أبعاد محددة مرتبطة بالمرجات الصحية المرجوة وهي: الاستجابة، الأمن والفعالية، التعاطف. أين تعكس هذه الأبعاد ما يقدمه مقدمو الرعاية الصحية من خدمات وممارسات وسلوكيات تؤثر في جودة الرعاية. وكانت الإجابة عن أسئلة الاستبيان من خلال سلم ليكرت الخماسي. وقد تم معالجة وتحليل البيانات المتحصل عليها من إجابات العينة بالاستعانة ببرنامج SPSS.

2.4. مجتمع وعينة الدراسة:

تمثل مجتمع الدراسة في مقدمي الرعاية الصحية في المستشفى المختلط (مدني-عسكري) برأس الماء بولاية سيدي بلعباس. الجزائر. أين حددت مصلحة الإستجالات الطبية والجراحية لإجراء الدراسة. وقد اختيرت العينة حسب مجموعة من المعايير، وذلك لتعزيز صحة النتائج وهذا حسب:

- يجب على مقدمي الرعاية الصحية أن يكونوا عمالا دائمين، أو قد سبق لهم العمل في مصلحة الإستجالات لمدة لا تقل عن 6 أشهر؛
- يجب على المشاركين الذين سبق لهم العمل في مصلحة الإستجالات ألا تتقطع مدة عملهم خارج المصلحة لمدة تتجاوز 3 أشهر؛
- يجب على المشاركين أن يكونوا قد شاركوا في الحوادث الحرجة والطارئة التي توضح تنفيذ العمل الجماعي.

وبهذا قد جمعت عينة مقدارها 36 مفردة. وقد تم تقسيم 36 استبانة ورقية، واسترجعت كلها. والجدول

رقم (01) يوضح وصف خصائص عينة الدراسة:

الجدول رقم (01): توزيع أفراد العينة وفق المتغيرات الديموغرافية

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية%
الجنس	ذكر	12	33,3%
	أنثى	24	66,7%
	المجموع	36	100%
السن	أقل من 25 سنة	4	11,1%
	من 26 إلى 30 سنة	28	77,8%
	من 31 إلى 35 سنة	2	5,6%
	أكبر من 35 سنة	2	5,6%

المجموع	36	100%
التخصص الوظيفي	طبيب مختص	11,1%
	طبيب عام	22,2%
	عون طبي في الإنعاش والتخدير	11,1%
	ممرض	22,2%
	مساعد ممرض	33,3%
	المجموع	100%
الخبرة المهنية	أقل من 5 سنوات	41,7%
	من 5 إلى 10 سنوات	52,8%
	أكثر من 10 سنوات	5,6%
	المجموع	100%

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS و EXELL

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن:

- أغلب أفراد العينة من الإناث بنسبة 66,7% في المقابل 33,3% من الذكور.
- الفئة العمرية الأكثر تكرارا هي الفئة من 26 إلى 30 سنة بنسبة 77,8%، ثم فئة أقل من 25 سنة بنسبة 11,1% وهما فئة الشباب، وما يفسره هو حداثة المستشفى نسبيا؛ أي أن أكثر الموظفين هم حديثي التخرج. أما الفئات العمرية الأخرى بلغت نسبتهم 5,6%.
- أما فيما يخص التخصص الوظيفي، فنجد أن مساعدي التمريض بلغت نسبتهم 33,3% وهي النسبة الغالبة، أما تخصص طبيب عام وممرض فكانت نسبة كل واحد منهما 22,2%، أما طبيب مختص وعون طبي في الإنعاش والتخدير فبلغت نسبتهم 11,1%.
- وبالنسبة للخبرة المهنية نلاحظ أن أغلب مقدمي الرعاية الصحية بلغت خبرتهم المهنية بين 5 و 10 سنوات بنسبة 52,8%، أما الذين تقل خبرتهم المهنية عن 5 سنوات فبلغت نسبتهم 41,7%، وهذا ما يفسره حداثة المستشفى نسبيا من جهة، ومن جهة أخرى ارتفاع نسبة دوران عمل لسلك الأطباء. أما الخبرة أكثر من 10 سنوات بلغت نسبة 5,6% وهي حصرا للأطباء المتخصصين.

3.4. صدق وثبات أداة الدراسة:

أولاً: تم التأكد من الصدق الظاهري من خلال عرض الاستبيان على مجموعة من الأساتذة المحكمين للتأكد من مدى ملائمة فقرات قائمة الاستقصاء لموضوع الدراسة، وقد تم الموافقة على عبارات الاستبيان.

ثانياً: تم حساب صدق الاتساق الداخلي كإجراء إحصائي، ويتم ذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للمحور التي تنتمي إليه، ومن خلال التحليل تظهر أن قيم معاملات الارتباط بين

أثر تطبيق الكفاءة الجماعية على تحسين جودة الخدمات الصحية

عبارات الاستبيان والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه لا تقل عن 0,3 ومستوى المعنوية لا يزيد عن 0,05، وبالتالي فهي تتمتع بصدق داخلي جيد.

ثالثاً: ومن أجل التأكد من ثبات أداة الدراسة استخدمنا معامل ألفا كرونباخ Alpha Cronbach ، وتتراوح قيم هذا المعامل ما بين 0 و 1، وأصغر قيمة مقبولة هي 0,7 ، ومن خلال الجدول رقم(02) الذي يوضح معاملات ثبات أداة الدراسة، نجد أن الاستبيان يتمتع بثبات جيد.

الجدول رقم (02): اختبار ثبات أداة الدراسة من خلال حساب معامل ألفا كرونباخ.

متغيرات الدراسة	معامل ألفا كرونباخ	عدد الأسئلة
الكفاءة الجماعية	0,755	11
جودة الخدمات الصحية	0,860	11
الاستبيان ككل	0,867	22

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

4.4. النتائج ومناقشتها:

1.4.4. تحليل اتجاهات إجابات العينة حول متغيرات الدراسة:

الجدول التالي يوضح نتائج تحليل اتجاهات إجابات العينة حول متغيرات الدراسة باستخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.

الجدول رقم (03): نتائج عبارات متغيرات الدراسة.

متغيرات الدراسة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاتجاه العام
النتيجة العامة لمتغير الكفاءة الجماعية	4,19	0,43	موافق
النتيجة العامة لمتغير جودة الخدمات الصحية	3,90	0,48	موافق
– نتيجة بعد الاستجابة	3,94	0,67	موافق
– نتيجة بعد الأمن والفعالية	3,73	0,60	موافق
– نتيجة بعد التعاطف	4,01	0,50	موافق

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

– من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن نتيجة متغير الكفاءة الجماعية جاء في اتجاه الموافقة بمتوسط قدره 4,19 وانحراف معياري 0,43 وهو تشتت مقبول، مما يعني أن مقدمي الرعاية الصحية محل الدراسة يتمتعون بكفاءات جماعية جيدة، وما ساعد ذلك هو تبني أعضاء الفريق لثقافة التعاون التي يحملها كل عضو، بالإضافة إلى تعبئة مهاراتهم في سياق العمل الجماعي، ومشاركة المعلومات والخبرات المتعلقة بالحالات السريرية للمرضى، والتواصل والتنسيق مع مختلف أفراد الفريق.

- يسعى مقدمو الرعاية الصحية بقسم الإستعجالات إلى تقديم خدمات صحية تتسم بجودة جيدة لصالح المرضى، ويعملون على تحسينها، ويستدل على ذلك نتيجة متغير جودة الخدمات الصحية الذي جاء باتجاه عام نحو الموافقة وبمتوسط قدره 3,90 وانحراف معياري 0,48؛ مما يعني تجانس استجابات أفراد العينة.
- جاء بعد الاستجابة باتجاه الموافقة بمتوسط حسابي 3,94 وانحراف معياري 0,67، حيث بين تقاني فرق الرعاية الصحية في العمل على تقديم الرعاية في الوقت الملائم وبشكل مستمر.
- وجاءت نتيجة بعد الأمن والفعالية بمتوسط حسابي 3.73 وانحراف معياري 0,60 باتجاه الموافقة، حيث يوضح ذلك بأن الخدمات الصحية المقدمة بمصلحة الإستعجالات تتسم بالموثوقية وملائمة لاحتياجات المرضى، وهذا بفعل الكفاءات التي يمتلكها فرق الرعاية وتقاطع مختلف التخصصات التي تسمح بتقديم خدمات متكاملة.
- كما جاء بعد التعاطف في اتجاه الموافقة بمتوسط حسابي 4,01 وانحراف معياري 0,50. يعزز بعد التعاطف جودة الخدمات الصحية المقدمة، أين يسعى مقدمو الرعاية على الحفاظ والاهتمام بالصحة الجسدية والنفسية سواء للمرضى أو مرافقيهم من خلال تقديم الدعم والتعاطف.

2.4.4. اختبار فرضيات الدراسة:

- اختبار الفرضية الرئيسية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 للكفاءة الجماعية في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في مصلحة الإستعجالات الطبية والجراحية محل الدراسة.

الجدول رقم (04) يبين ملخص مخرجات لتحليل الانحدار الخطي البسيط.

ANOVA				معامل الارتباط	معامل التفسير
قيمة F المحسوبة	مستوى المعنوية (SIG)	r	R2		
9,676	0,004	0,471	0,222		
المعنوية الجزئية لمعاملات الانحدار					
معاملات نموذج الانحدار		B	t	مستوى المعنوية (SIG)	
مقدار الثابت	B ₀	1,704	2,395	0,022	
متغير: المستقل الكفاءة الجماعية	B ₁	0,525	3,111	0,004	

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

يتبين من جدول تحليل الانحدار الخطي البسيط ما يلي:

معامل الارتباط بيرسون (r): نلاحظ أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الكفاءة الجماعية وجودة الخدمات الصحية وفقاً لآراء أفراد العينة، حيث بلغ معامل الارتباط بيرسون $r=0,471$ مما يعني أن زيادة الاهتمام بالكفاءة الجماعية يؤدي إلى زيادة في جودة الخدمات الصحية المقدمة، وأن قيمة معامل الارتباط بين المتغيرين دالة إحصائية حيث نجد قيمة F المحسوبة بلغت ($F_{cal}=9,676$) وأن قيمة مستوى المعنوية $SIG=0,004$

أثر تطبيق الكفاءة الجماعية على تحسين جودة الخدمات الصحية

المصاحبة لقيمة (F) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وهذا يشير إلى وجود علاقة دالة إحصائية وذات تأثير معنوي بينهما.

معامل التحديد (R^2) (نسبة التفسير): من خلال قيمة معامل التحديد المقدرة بـ $R^2=0,222$ تبين لنا أن الكفاءة الجماعية تساهم بنسبة 22.2% في تحسين جودة الخدمات الصحية، وأن باقي النسبة راجعة إلى عوامل أخرى. **تفسير قيمة التأثير معامل الانحدار (B) بين المتغيرين:** تشير قيمة معامل الانحدار المذكورة في الجدول أعلاه والمقدرة ($B_1=0,525$) وهي قيمة متوسطة أنه عند الاهتمام أكثر بالكفاءة الجماعية ستكون له مستقبلا انعكاسات إيجابية على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة بقسم الإستعجالات.

وعليه نقبل الفرضية الرئيسية: يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) للكفاءة الجماعية في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في مصلحة الإستعجالات الطبية والجراحية محل الدراسة.

• **اختبار الفرضية الفرعية الأولى:** يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 للكفاءة الجماعية في تحسين بعد الاستجابة.

الجدول رقم (05) يبين ملخص مخرجات لتحليل الانحدار الخطي البسيط.

المعنوية الكلية لنموذج الانحدار ANOVA		معامل الارتباط	معامل التفسير
قيمة F المحسوبة	مستوى المعنوية (SIG)	r	R ²
7,791	0,009	0,432	0,186
المعنوية الجزئية لمعاملات الانحدار			
معاملات نموذج الانحدار	B	t	مستوى المعنوية (SIG)
مقدار الثابت	B ₀	1,124	0,269
متغير: المستقل الكفاءة الجماعية	B ₁	2,791	0,009

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

يتبين من جدول تحليل الانحدار الخطي البسيط ما يلي:

معامل الارتباط بيرسون (r): نلاحظ أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الكفاءة الجماعية وبعد الاستجابة، حيث بلغ معامل الارتباط بيرسون $r=0,432$ مما يعني أن زيادة الاهتمام بالكفاءة الجماعية يؤدي إلى الزيادة في بعد الاستجابة، وأن قيمة معامل الارتباط بين المتغيرين دالة إحصائية حيث نجد قيمة F المحسوبة بلغت ($F_{cal}=7,791$) وقيمة مستوى المعنوية $SIG=0,009$ وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وهذا يشير إلى وجود علاقة دالة إحصائية وذات تأثير معنوي بينهما.

معامل التحديد (R^2) (نسبة التفسير): من خلال قيمة معامل التحديد المقدرة بـ $R^2=0,186$ ومنه تبين لنا أن الكفاءة الجماعية تساهم بنسبة 18,6% في بعد الاستجابة في تقديم الرعاية الصحية، وأن باقي النسبة راجعة إلى عوامل أخرى.

تفسير قيمة التأثير معامل الانحدار (B) بين المتغيرين: تشير قيمة معامل الانحدار المذكورة في الجدول أعلاه والمقدرة (B=0,669) أنه عند الاهتمام أكثر بالكفاءة الجماعية ستكون له مستقبلا انعكاسات إيجابية على استجابة فرق الرعاية الصحية بقسم الإستعجالات.

وعليه نقبل الفرضية الفرعية الأولى: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 للكفاءة الجماعية في تحسين بعد الاستجابة.

- اختبار الفرضية الفرعية الثانية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 للكفاءة الجماعية في تحسين بعد الأمن والفعالية.

الجدول رقم (06) يبين ملخص مخرجات لتحليل الانحدار الخطي البسيط.

معامل الارتباط		معامل التفسير		ANOVA	
قيمة F المحسوبة	مستوى المعنوية (SIG)	r	R2		
6,891	0,013	0,411	0,169		
المعنوية الجزئية لمعاملات الانحدار					
معاملات نموذج الانحدار		B	t	مستوى المعنوية (SIG)	
مقدار الثابت	B ₀	1,343	1,465	0,152	
متغير: المستقل الكفاءة الجماعية	B ₁	0,570	2,625	0,013	

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

يتبين من جدول تحليل الانحدار الخطي البسيط ما يلي:

معامل الارتباط بيرسون (r): من النتائج الجدول نلاحظ أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الكفاءة الجماعية وبعد الأمن والفعالية، حيث بلغ معامل الارتباط بيرسون $r=0,411$ مما يعني أن زيادة الاهتمام بالكفاءة الجماعية يؤدي إلى الزيادة في بعد الأمن والفعالية، وأن قيمة معامل الارتباط بين المتغيرين دالة إحصائياً حيث نجد قيمة F المحسوبة بلغت ($F_{cal}=6,891$) وقيمة مستوى المعنوية $SIG=0,013$ وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وهذا يشير إلى وجود علاقة دالة إحصائياً وذات تأثير معنوي بينهما.

معامل التحديد (R^2) (نسبة التفسير): من خلال قيمة معامل التحديد المقدرة بـ $R^2=0,169$ ومنه تبين لنا أن الكفاءة الجماعية تساهم بنسبة 16,9% في بعد الأمن والفعالية في تقديم الخدمات الصحية، وأن باقي النسبة راجعة إلى عوامل أخرى.

تفسير قيمة التأثير معامل الانحدار (B) بين المتغيرين: تشير قيمة معامل الانحدار المذكورة في الجدول أعلاه والمقدرة (B=0,570) أنه عند الاهتمام أكثر بالكفاءة الجماعية ستكون له مستقبلا انعكاسات إيجابية في فعالية فرق الرعاية الصحية بقسم الاستعجالات.

وعليه نقبل الفرضية الفرعية الثانية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 للكفاءة الجماعية في تحسين بعد الأمان والفعالية.

أثر تطبيق الكفاءة الجماعية على تحسين جودة الخدمات الصحية

- اختبار الفرضية الفرعية الثالثة: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 للكفاءة الجماعية في تحسين بعد التعاطف.

الجدول رقم (07) يبين ملخص مخرجات لتحليل الانحدار الخطي البسيط.

المعنوية الكلية لنموذج الانحدار ANOVA		معامل الارتباط	معامل التفسير
قيمة F المحسوبة	مستوى المعنوية (SIG)	r	R ²
3,959	0,055	0,323	0,104
المعنوية الجزئية لمعاملات الانحدار			
معاملات نموذج الانحدار		B	t
مقدار الثابت		B ₀	3,098
متغير: المستقل الكفاءة الجماعية		B ₁	1,990
			مستوى المعنوية (SIG)
			0,004
			0,055

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

يتبين من خلال جدول تحليل الانحدار الخطي البسيط عدم معنوية النموذج حيث بلغت قيمة F المحسوبة ($F_{cal}=3,959$) وقيمة مستوى المعنوية $SIG=0,055$ وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وهذا يشير إلى عدم وجود علاقة دالة إحصائية وذات تأثير معنوي بينهما.

وفي ظل هذه النتيجة نرفض الفرضية الفرعية الثالثة أي أنه لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 للكفاءة الجماعية في تحسين بعد التعاطف.

3.4.4. مناقشة النتائج في ضوء المراجعات الأدبية:

كشف التحليل الإحصائي لنموذج الانحدار الخطي على وجود علاقة ارتباطية موجبة قدرت بـ 0,471، وأن الكفاءة الجماعية قادرة على تفسير التباين في جودة الخدمات الصحية بمعامل تحديد 22.2%. وتقيد هذه النتيجة إلى سعي فرق الرعاية الصحية إلى تحقيق هدف مشترك وهو استعادة المريض على نحو مباشر إلى استقرار حالته السريرية والتقليل من حدة المخاطر التي قد تلحق به كالموت أو تفاقم وضعيته الصحية، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Wheelan et al., 2003) التي أكدت أهمية فرق العمل التي تمتاز بالأداء العالي في خفض من نسبة الوفيات في وحدات العناية المركزة. كما تتفق مع دراسة (Langlois, 2020) حول أهمية الكفاءة الجماعية في مجال الرعاية الصحية.

تتماشى الإدارة الجماعية لعبء العمل والوقت المتعلق بتنفيذ المهام مع فلسفة سرعة الاستجابة للتدخلات الطبية، أين نجد من خلال دراستنا الحالية أن الكفاءة الجماعية تأثر بنسبة 18,6% في بعد الاستجابة. هذا يعكس أهمية التنظيم والتنسيق الجيد بين أعضاء الفريق.

وعلاوة على ذلك، يمكن ربط هذه الفكرة بمفهوم الأمن والفعالية، بحيث عندما يكون لدينا فريق قوي ومنظم يستند إلى الكفاءة الجماعية، يمكننا أن نعتمد عليه في تقديم الرعاية الصحية بشكل موثوق. فالفرق عالي الأداء يعتبر كأداة أساسية لبناء نظام تقديم رعاية صحية أكثر تركيزاً على المريض وتنسيقاً وفعالية (Mitchell et al., 2012, p. 3). ويستطيع الفريق متعدد التخصصات أن يساهم في تحسين الرعاية السريرية من خلال تجميع

ودمج قدر أكبر من المعرفة من أجل اتخاذ القرارات التشخيصية وتوفير المتابعة المناسبة (Mayo & Woolley, 2016, p. 933). وتأكد دراستنا ذلك حيث أثبتت أن الكفاءة الجماعية تأثر بنسبة 16,9% على بعد الأمن والفعالية.

من جهة أخرى لم نستطع في دراستنا الحالية أن نثبت أثر الكفاءة الجماعية على بعد التعاطف، وقد يرجع ذلك إلى ارتباط هذا الأخير بخصائص الشخصية لمقدمي الرعاية الصحية ومهاراتهم الفردية مثل: القدرة على فهم احتياجات المرضى، القدرة على الاتصال والاستماع الفعال، التي يمكن أن تختلف إلى حد بعيد من عضو إلى آخر، ومن ثم بعض مقدمي الرعاية قد يكونون مؤهلين أكثر عن غيرهم في توفير بيئة صحية ونفسية داعمة بناء على كفاءاتهم وخبراتهم الشخصية.

5. الخلاصة:

تعتبر مصلحة الإستجالات الطبية والجراحية بيئة عمل معقدة وغير مستقرة، وفي الكثير من الأحيان مرهقة تنطوي على العديد من تعقيدات العمل، حيث تتطلب الاستجابة لحالات الطوارئ تنسيقاً دقيقاً واتخاذ قرارات سريعة تحت ضغط الزمن. إن توفير رعاية صحية عالية الجودة في هذه البيئة المتطلبة يشهد الحاجة إلى تضافر جهود القائمين على الرعاية.

وقد تم تأكيد قابلية تطبيق الكفاءة الجماعية في مجال الرعاية الصحية الحرجة من خلال النتائج التي توصلنا إليها، أين وجدنا أن الكفاءة الجماعية تأثر بنسبة 22.2% على تحسين جودة الخدمات الصحية، بالإضافة إلى تأثيرها على بعد الاستجابة بنسبة 18,6%، وعلى بعد الأمن والفعالية بنسبة 16,9%، وعدم تأثيرها على بعد التعاطف. ولا يزال يتعين إثراء الدراسة بعينة أكبر من أجل الوصول إلى نتائج أفضل. بالإضافة إلى إمكانية نقلها إلى أماكن الرعاية الأخرى.

وبعد ما استخلصناه من نتائج الدراسة الميدانية نقدم بعد الاقتراحات التالية:

- العمل على توفير بيئة عمل مواتية سواء مادية (معدات تقنية، أدوية، تكنولوجيا المعلومات...) أو معنوية باعتبارها البيئة الداعمة التي تحفز مقدمي الرعاية الصحية على تقديم خدمات صحية عالية الجودة.
- التركيز على ضرورة التدريب والتكوين المستمر لمقدمي الرعاية الصحية من أجل ضمان قوى عاملة مؤهلة ذات قدرة على تلبية متطلبات واحتياجات المرضى.
- وضع حوافز على أساس الأداء من أجل حث مقدمي الخدمات الصحية على المبادرة والابداع.
- ضرورة تبني المؤسسات الصحية لثقافة الجودة في الخدمات الصحية وطرق تحسينها، ودمجها ضمن قيم وأهداف المؤسسة، مع ضرورة التنسيق والتكامل مع مختلف وحدات الرعاية وعدم اقتصرها على مصلحة دون أخرى، من أجل تقديم رعاية صحية متكاملة تحوز رضا وثقة المرضى.

6. قائمة المراجع:

- Ahmady, S., Yazdani, S., & Mohammadpour, Y. (2017). *Development of a Nursing Competency Framework: Thematic Content Analysis*. 5. <https://doi.org/10.17354/ijssI/2017/112>
- Avelino, K. W. R. S., Salles, D. M. R., & Costa, I. D. S. A. D. (2017). COLLECTIVE COMPETENCIES AND STRATEGIC PEOPLE MANAGEMENT: A STUDY CARRIED OUT IN FEDERAL PUBLIC ORGANIZATIONS. *RAM. Revista de Administração Mackenzie*, 18, 202–228. <https://doi.org/10.1590/1678-69712017/administracao.v18n5p202-228>
- Babiker, A., El Hussein, M., Al Nemri, A., Al Frayh, A., Al Juryyan, N., Faki, M. O., Assiri, A., Al Saadi, M., Shaikh, F., & Al Zamil, F. (2014). Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudanese Journal of Paediatrics*, 14(2), 9–16.
- Broman, S. L. D. S., Ruas, R. L., & Rocha-Pinto, S. R. D. (2019). The construction of collective competencies in the dynamics of budgetary routines. *Cadernos EBAPE.BR*, 17, 871–885. <https://doi.org/10.1590/1679-395174729x>
- Brulhart, F., Favoreu, C., & Loufrani-Fedida, S. (2019). L'influence de la compétence collective sur la performance d'équipe: Analyse du rôle modérateur du leadership partagé et du coaching. *Management international / International Management / Gestión Internacional*, 23(4), 149–164. <https://doi.org/10.7202/1066076ar>
- Cadel, L., Sandercock, J., Marcinow, M., Guilcher, S. J. T., & Kuluski, K. (2022). A qualitative study exploring hospital-based team dynamics in discharge planning for patients experiencing delayed care transitions in Ontario, Canada. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1472. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08807-4>
- Dakkak, B., Rachidi, A. P. I. E., & Talbi, A. (2015, December). Les compétences humaines: Facteurs clés pour la réussite du Système de Management Intégré QSE. *Xème Conférence Internationale : Conception et Production Intégrées*. <https://hal.science/hal-01260681>
- Fukada, M. (2018). Nursing Competency: Definition, Structure and Development. *Yonago Acta Medica*, 61(1), 1–7.
- Goldman, J., Kitto, S., & Reeves, S. (2018). Examining the implementation of collaborative competencies in a critical care setting: Key challenges for enacting competency-based education. *Journal of Interprofessional Care*, 32(4), 407–415. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1401987>
- Goula, A., Stamouli, M.-A., Alexandridou, M., Vorreakou, L., Galanakis, A., Theodorou, G., Stauropoulos, E., Kelesi, M., & Kaba, E. (2021). Public Hospital Quality Assessment. Evidence from Greek Health Setting Using SERVQUAL Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), Article 7. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073418>
- Hintenach, A. M., & Howe, J. L. (2020). Interprofessional Care: Why Teamwork Matters. In A. Chun (Ed.), *Geriatric Practice: A Competency Based Approach to Caring for Older Adults* (pp. 491–500). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-19625-7_39
- Jonkisz, A., Karniej, P., & Krasowska, D. (2021). SERVQUAL Method as an “Old New” Tool for Improving the Quality of Medical Services: A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), Article 20. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010758>
- Langlois, S. (2020). Collective competence: Moving from individual to collaborative expertise. *Perspectives on Medical Education*, 9(2), 71–73. <https://doi.org/10.1007/s40037-020-00575-3>

- Mayo, A. T., & Woolley, A. W. (2016). Teamwork in Health Care: Maximizing Collective Intelligence via Inclusive Collaboration and Open Communication. *AMA Journal of Ethics*, 18(9), 933–940. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.9.stas2-1609>
- Mitchell, P., Wynia, M., Golden, R., McNellis, B., Okun, S., Webb, C. E., Rohrbach, V., & Von Kohorn, I. (2012). Core principles & values of effective team-based health care. *NAM Perspectives*.
- Mosadeghrad, A. M. (2014). Factors Influencing Healthcare Service Quality. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(2), 77–89. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.65>
- Silva, L., Ghedine, T., Ruas, R., & Tutida, A. (2022). THE PATHS OF COLLECTIVE COMPETENCE RESEARCH. *Revista Gestão & Tecnologia*, 22, 50–76. <https://doi.org/10.20397/2177-6652/2022.v22i3.2074>
- Wheelan, S. A., Burchill, C. N., & Tilin, F. (2003). The Link Between Teamwork and Patients' Outcomes in Intensive Care Units. *American Journal of Critical Care*, 12(6), 527–534. <https://doi.org/10.4037/ajcc2003.12.6.527>
- World Health Organization. (2020). *Quality health services: A planning guide*. World Health Organization; WHO IRIS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336661>
- World Health Organization, World Bank Group, & OECD. (2018). *Delivering Quality Health Services: A Global Imperative for Universal Health Coverage*. Geneva: World Health Organization. <https://doi.org/10.1596/978-92-4-151390-6>

7. الملاحق:

استمارة الاستبيان.

❖ البيانات الشخصية:

الجنس:	☐ ذكر	☐ أنثى
السن:	☐ أقل من 25 سنة	☐ من 25 إلى 30 سنة
	☐ من 31 إلى 35 سنة	☐ أكبر من 35 سنة
التخصص:	☐ طبيب	☐ شبه طبي
الخبرة المهنية:	☐ أقل من 5 سنوات	☐ من 5 إلى أقل من 10
	☐ من 10 إلى 15	☐ أكثر من 15 سنة

❖ متغير الكفاءة الجماعية:

الرقم	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
01	يشجع مقدمي الرعاية الصحية ثقافة العمل الجماعي.					
02	هناك تأثير ودعم متبادل بين فريق العمل.					
03	لدي القدرة على التعاون والتنسيق مع فريق العمل.					
04	أشارك في العمل ضمن فريق من أجل تقديم خدمة صحية نوعية.					
05	لدي القدرة على التواصل والتفاعل مع زملائي في العمل.					

أثر تطبيق الكفاءة الجماعية على تحسين جودة الخدمات الصحية

06	أنشارك مع زملائي في العمل المعلومات والمعارف المرتبطة بالخدمات الصحية.				
07	أقدم الاستشارات والخبرات اللازمة لفريق العمل في حل المشكلات المتعلقة بالمرضى.				
08	أحرص على التعلم المتبادل مع زملائي في العمل،				
09	أشاور مع زملائي في العمل فيما يخص اتخاذ القرارات المتعلقة بمشاكل المرضى المستعجلة والمعقدة.				
10	لدي القدرة على فهم احتياجات فريق العمل في الحالات الطارئة، وأقوم بتنفيذها بصورة مباشرة.				
11	في الحالات الاستعجالية و/أو الخاصة، أفضل تنفيذ المهام المطلوبة ضمن فريق العمل.				

❖ متغير جودة الخدمات الصحية:

البعد	الرقم	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
الاستجابة	01	يستجيب فريق الرعاية الصحية للحالات الطارئة بشكل سريع.					
	02	يسهر فريق الرعاية الصحية على تقديم تدخلات طبية نوعية طوال اليوم.					
	03	يقدم فريق الرعاية الصحية التدخلات الطبية (التشخيص والعلاج) في الوقت المناسب.					
	04	يقوم فريق الرعاية الصحية باتخاذ قرارات وإجراءات متابعة مشاكل المرضى بشكل صحيح ومستمر.					
الأمن والفعالية	05	يقدم فريق الرعاية الصحية خدمات آمنة وذات موثوقية.					
	06	يقدم فريق الرعاية الصحية خدمات صحية ملائمة لاحتياجات المرضى وتفضيلاتهم.					
	07	يمتلك فريق الرعاية الصحية المهارات والكفاءات العالية في تقديم الخدمات الصحية الجيدة للمرضى.					
	08	يتوفر فريق الرعاية الصحية على تخصصات طبية مختلفة تسمح بتقديم خدمات متكاملة.					
التعاطف	09	يحافظ فريق الرعاية الصحية على سرية وخصوصية المرضى.					
	10	يقدم فريق الرعاية الصحية الدعم والتعاطف للمرضى ومرافقيهم.					
	11	يهتم فريق الرعاية الصحية بشكاوى المرضى ويعمل على حلها.					