



جامعة بنغازي

كلية الاقتصاد

قسم الإدارة

## جودة الخدمات الصحية وعلاقتها برضا المرضى

" دراسة ميدانية على المستشفيات العامة الواقعة في نطاق مدينة بنغازي "

إعداد :

**علي عبدالجليل علي الغزالي**

بكالوريوس إدارة أعمال – كلية الاقتصاد

جامعة بنغازي

إشراف:

**د: عبدالقادر انويجي البدري**

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة التخصص العالي "الماجستير" في الإدارة

خريف 2014

## بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

" وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ <sup>ط</sup>  
وَسُرُّدُونَ إِلَىٰ عَالِمِ الْغَيْبِ وَالشَّهَادَةِ فَيُنَبِّئُكُم بِمَا كُنتُمْ  
تَعْمَلُونَ "

## صدق الله العظيم

سورة التوبة ، آية ( 105 )

## الإهداء

إلى روحها الطاهرة أُمي التي علمتني دوماً أن مشوار  
الألف ميل يبدأ بخطوة واحدة إلى الحبيب الغالي أبي الذي  
علمني دوماً أن الصبر مفتاح الفرج إلى أحبتي زوجتي  
وأبنائي إليهم جميعاً أهدي ثمرة جهدي المتواضع.

## الشكر والتقدير

قبل كل شيء ، أحمد الله عزّ وجل الذي أنعم علي بنعمة العلم و وفقني إلى بلوغ هذه الدرجة و أقول " : اللهم لك الحمد حتى ترضى ، ولك الحمد إذا رضيت ، ولك الحمد بعد الرضا. "

أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من ساعدني في إنجاز هذا العمل و بالأخص إلى الأستاذ المشرف الدكتور عبدالقادر البدري على توجيهاته القيمة و الإرشادات الصائبة التي لم ييخل بها علي.

كما أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى السادة الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بقبول الاشتراك في مناقشة هذه الدراسة المتواضعة وتقييمها. وإلى كل من بذل معي جهدا ووفر لي وقتنا ,و نصح لي قولا ، أسأل الله أن يجزيهم عني خير الجزاء.

الباحث

## قائمة المحتويات

الترقيم	الموضوع	الصفحة
	الآية.	أ
	الإهداء.	ب
	الشكر والتقدير.	ج
	قائمة المحتويات.	د
	قائمة الجداول.	ز
	قائمة الأشكال.	ح
	ملخص الدراسة.	ط
	<b>الفصل الأول : الإطار العام للدراسة</b>	
1.1	مقدمة .	2
2.1	الدراسات السابقة .	3
3.1	مشكلة الدراسة .	12
4.1	فرضيات الدراسة .	14
5.1	أهداف الدراسة .	14
6.1	أهمية الدراسة .	15
7.1	منهجية الدراسة .	15
8.1	مجتمع وعينة الدراسة .	16
9.1	تعريفات الدراسة .	18
	<b>الفصل الثاني : جودة الخدمات الصحية</b>	
1.2	مقدمة .	21
2.2	الخدمات الصحية.	21
1.2.2	مفهوم الخدمة .	21
2.2.2	سمات وخصائص الخدمات .	22
3.2.2	الخدمات الصحية .	23
4.2.2	أنواع الخدمات الصحية .	25
5.2.2	الخصائص المميزة للخدمات الصحية .	25
6.2.2	الطلب على الخدمات الصحية .	26
7.2.2	المستشفيات وخصائصها .	27
8.2.2	سوق الخدمات الصحية .	29
3.2	جودة الخدمات الصحية .	30
1.3.2	مفهوم الجودة .	30

31	مفهوم جودة الخدمات الصحية .	2.3.2
33	أهداف جودة الخدمات الصحية .	3.3.2
34	التطور التاريخي لفكر الجودة في قطاع الخدمات الصحية .	4.3.2
36	العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية .	5.3.2
38	أهمية الجودة في الخدمة الصحية .	6.3.2
39	أبعاد (معايير) جودة الخدمات الصحية .	7.3.2
46	قياس جودة الخدمات .	8.3.2
<b>الفصل الثالث : رضا المرضى</b>		
56	مقدمة .	1.3
56	مفهوم رضا الزبون .	2.3
58	أهمية رضا الزبون .	3.3
58	علاقة الرضا بالجودة .	4.3
59	رضا المريض .	5.3
60	أبعاد رضا المريض .	6.3
61	قياس مستوى رضا المريض .	7.3
64	سلوك المرضى والعوامل المؤثرة فيهم .	8.3
65	تحليل سلوك المستهلك .	1.8.3
66	العوامل المؤثرة في السلوك الشرائي للمستهلك .	2.8.3
<b>الفصل الرابع : الوضع الصحي في ليبيا</b>		
73	مقدمة .	1.4
73	المؤشرات الديموغرافية .	2.4
75	المستشفيات العاملة في مدينة بنغازي .	3.4
77	مقارنة بين دول الشرق الأوسط .	4.4
78	خدمات الإسعاف .	5.4
79	القوى الوطنية وغير الوطنية .	6.4
79	توزيع المخصصات الطبية .	7.4
80	التغير في حجم الإنفاق على قطاع الصحة .	8.4
<b>الفصل الخامس : الدراسة الميدانية</b>		
82	مقدمة .	1.5
82	الدراسة الاستطلاعية .	2.5
82	أداة الدراسة .	1.2.5
83	اختيار مقياس أداة الدراسة .	2.2.5

85	ثبات وصدق مقياس الدراسة.	3.2.5
86	الدراسة الرئيسية.	3.5
86	عينة الدراسة.	1.3.5
88	أساليب تحليل البيانات.	2.3.5
89	خصائص مفردات الدراسة.	3.3.5
89	عينة الدراسة وفقا للجنس.	1.3.3.5
90	عينة الدراسة وفقا للعمر.	2.3.3.5
90	عينة الدراسة وفقا للمستوى التعليمي.	3.3.3.5
91	عينة الدراسة وفقا للمهن.	4.3.3.5
92	عينة الدراسة وفقا لمن نصح المرضى بالاقامة في المستشفى.	5.3.3.5
93	عينة الدراسة وفقا لمدة الانتظار .	6.3.3.5
94	عينة الدراسة وفقا للاتصال الاول بالطبيب .	7.3.3.5
95	تحليل نتائج الدراسة الميدانية وفقا لكل محور من محاور جودة الخدمات الطبية.	4.5
95	محور كفاءة الاطباء والممرضين داخل المستشفى.	1.4.5
99	محور الخصائص الفندقية للمستشفيات.	2.4.5
103	محور الخدمات العلاجية.	3.4.5
105	تحليل نتائج الدراسة الميدانية وفقا لمحور رضا المرضى.	5.5
108	اختبار فرضيات الدراسة.	6.5
109	نتائج اختبار الفرضية الرئيسية.	1.6.5
110	نتائج اختبار الفرضية الفرعية الأولى.	2.6.5
110	نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثانية.	3.6.5
111	نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثالثة.	4.6.5
	<b>الفصل السادس : النتائج والتوصيات</b>	
113	مقدمة .	1.6
113	النتائج.	2.6
114	التوصيات.	3.6
116	قائمة المراجع.	
	<b>الملاحق</b>	
128	رسالة الإرفاق	ملحق 1
130	استمارة الاستبيان	ملحق 2
134	المحكمين	ملحق 3

136	درجات ثبات مقاييس الدراسة	ملحق 4
138	جدول مورجان لتحديد حجم العينة	ملحق 5
140	التحليل الإحصائية المستخدمة في الدراسة	ملحق 6

## قائمة الجداول

الصفحة	الموضوع	رقم الجدول
18	مجتمع الدراسة.	1.1
73	عدد سكان ليبيا لسنة 2010.	1.4
75	العدد التقديري للسكان في ليبيا (2006 - 2012).	2.4
75	المستشفيات العاملة في مدينة بنغازي وقدرتها الاستيعابية.	3.4
77	عدد العيادات الخاصة والمختبرات الطبية و الصيدليات في مدينة بنغازي.	4.4
77	مقارنة بين دول الشرق الأوسط لسنة 2010.	5.4
78	خدمات الإسعاف.	6.4
79	القوى الوطنية وغير الوطنية.	7.4
80	التغيير في حجم الإنفاق على قطاع الصحة في ليبيا (2003-2010).	8.4
83	عبارات الاستبانة وتوزيع الدرجات عليها .	1.5
84	عبارات الاستبانة وتوزيع الدرجات عليها.	2.5
85	ثبات وصدق مقياس الدراسة.	3.5
87	توزيع أفراد العينة بالمستشفيات محل الدراسة.	4.5
88	عدد الاستثمارات الموزعة والمستوفاة من حجم العينة المستهدفة.	5.5
89	توزيع أفراد العينة وفقا للجنس.	6.5
90	توزيع أفراد العينة وفقا للعمر .	7.5
91	توزيع أفراد العينة وفقا للمستوى التعليمي.	8.5
92	توزيع أفراد العينة وفقا للمهن.	9.5
93	من أشار على المرضى بالإقامة بهذا المستشفى.	10.5
94	مدة الانتظار حتى الدخول الفعلي للمستشفى.	11.5
97	الوقت المنفق إلى لحظة الاتصال الأول بالطبيب.	12.5
98	النسب والتكرارات والوسط الحسابي المرجح العام والانحراف المعياري العام لمحور كفاءة الأطباء والمرضى داخل المستشفى.	13.5



102	النسب والتكرارات والوسط الحسابي المرجح العام والانحراف المعياري العام لمحور الخصائص الفندقية.	14.5
104	النسب والتكرارات والوسط الحسابي المرجح العام والانحراف المعياري العام لمحور الخدمات العلاجية.	15.5
107	النسب والتكرارات والوسط الحسابي المرجح العام والانحراف المعياري العام لمحور الرضا عن الخدمات الصحية.	16.5
108	نتائج اختبار (T) لعينة واحدة من عينات الدراسة.	17.5
109	نتائج اختبار (T) لعينة واحدة لمتغير الرضا.	18.5
109	معامل ارتباط بيرسون للعلاقة بين جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى	19.5
110	معامل ارتباط بيرسون للعلاقة بين كفاءة الأطباء والممرضين ورضا المرضى.	20.5
111	معامل ارتباط بيرسون للعلاقة بين جودة الخصائص الفندقية داخل المستشفى ورضا المرضى.	21.5
111	معامل ارتباط بيرسون للعلاقة بين جودة الخدمات العلاجية داخل المستشفى ورضا المرضى.	22.5

### قائمة الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
(1.2)	نموذج الفجوة.	48
(2.2)	نموذج لقياس الجودة من المنظور الشامل.	54
(1.3)	البعد الموضوعي والنفسي للرضا.	57
(2.3)	المقياس المدرج.	62
(3.3)	نموذج كانو لرضا العملاء.	63
(4.3)	العوامل المؤثرة في سلوك المستهلك (المريض).	67

## ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد العلاقة بين جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى داخل المستشفيات الواقعة داخل مدينة بنغازي، وتكون مجتمع الدراسة من جميع المرضى النزلاء بالمستشفيات العامة الواقعة داخل مدينة بنغازي والبالغ عددهم ( 6272 ) مريضاً وقد تم اختيار عينة عشوائية نسبية تكونت من (364) مريضاً ، واستخدمت استمارة الاستبيان لجمع البيانات المتعلقة بموضوع الدراسة، وقد وزعت (364) استمارة، واستلم (360) استمارة .

ولتحليل بيانات الدراسة وتحقيق أهدافها تم استخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) لحساب مقاييس الإحصاء الوصفي كالمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والتكرارات لوصف خصائص عينة الدراسة، كما تم استخدام معامل ارتباط بيرسون لتوضيح العلاقة بين المتغيرات المستقلة والتابعة، بالإضافة إلى استخدام اختبار (t) وذلك من أجل التحقق من تبعية البيانات للتوزيع الطبيعي.

وتوصلت الدراسة لمجموعة من النتائج ، كان أهمها ما يلي :

1. إن الأطباء كانوا أكثر كفاءة ومهارة ويزودون مرضاهم بكمية معلومات ذات جودة ويتيحون أوقاتهم لسماع مرضاهم ويتميزون بأسلوب جيد وسرعة في التجاوب على استفسارات المرضى أكثر مما يقوم به الممرضين اتجاه مرضاهم.
2. أن هناك قصور فيما يخص الخصائص الفندقية للمستشفيات قيد الدراسة فيما يتعلق بتجهيزات الغرف وكمية وجودة الطعام المقدم للمرضى داخل هذه المستشفيات.
3. أنه على الرغم من أن الأدوية والمستلزمات الطبية وأجهزة الأشعة والتحليل الطبية كانت متوفرة داخل المستشفيات إلا انه كان هناك قصور في توفيرها بالكميات المطلوبة.

4. أن هناك قصور أو تدني في جودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى داخل المستشفيات العامة الواقعة داخل مدينة بنغازي فيما يتعلق بخدمات التعقيم وعن جودة وكمية الطعام المقدم للمرضى داخل هذه المستشفيات.

ومن خلال ما سبق ذكره من نتائج، يمكن تقديم بعض التوصيات وهي :

1. توفير الممرضين المدربين وأصحاب الخبرة بالإضافة إلى ضرورة ترسيخ ثقافة الجودة لدى الطواقم الطبية من خلال برامج توعية وتوفير دورات تدريبية كافية للعاملين كل في مجاله من أجل تحسين جودة الخدمات الطبية المقدمة.

2. ضرورة الاهتمام بنوعية وكمية الطعام المقدم في المستشفيات عن طريق الرقابة من قبل إدارات هذه المستشفيات على الأطعمة المقدمة للمرضى، أو أن تلجأ المستشفيات إلى التعاقد مع مطاعم موثوق بها من الناحية الصحية لتوفير الطعام بالكميات والنوعيات المناسبة.

3. ضرورة العمل على توفير الأدوية والمستلزمات الطبية والتحاليل الطبية للمرضى داخل المستشفى وعدم إرهابهم أو إرهاب ذويهم بالبحث عن الأدوية والتحاليل الطبية خارج المستشفى بالإضافة إلى توفير جميع أجهزة الأشعة والأجهزة الأخرى المستخدمة في علاج المرضى داخل المستشفى.

4. ضرورة الاهتمام بمعايير جودة الخدمات الصحية في المستشفيات والنظر إليها على أنها نظام متكامل من الخدمات عن طريق نشر ثقافة الجودة في المستشفى، مع التشديد على أهمية قيام المستشفيات من فترة لأخرى بإجراء بحوث لقياس رضا المستفيد من خدماتها .

5. وضع نظام متكامل في كل مستشفى لقياس وتحليل رضا المرضى عن مستوى الخدمات الصحية المقدمة إليهم بصورة مستمرة والاهتمام بالشكاوى المقدمة من المرضى عن طريق التعاطف مع المرضى عند تقديم الشكاوى والإصغاء لهم ومحاولة حل المشاكل التي تجابههم، وتشجيع المرضى على التقدم بمقترحاتهم لتطوير وتحسين الخدمة بما يحقق رضاهم ويساهم في البحث عن فرص التحسين وذلك من خلال نظام الشكاوي والمقترحات.

## الفصل الأول

### الإطار العام للدراسة

## 1.1 مقدمة:

يعد المستشفى منظمة خدمية مسؤولة عن تقديم خدمات صحية متكاملة تشخيصية وعلاجية وتعليمية وبحثية ، والمستشفى كنظام إداري يستخدم موارد بشرية وفنية ومادية ومالية تتزايد أحجامها وقيمها تواكباً مع التقدم التقني والصحي ، ويتزايد الطلب على الخدمات الصحية لعوامل متعددة أهمها الحروب وآثارها ، والزيادة في عدد السكان وتزايد حوادث الطرق ونسب التلوث ، والحوادث الصناعية وغيرها ، واتفاقاً مع ذلك يظهر التحدي أمام إدارة المستشفى والعاملين فيها في أن تقدم خدمات صحية بجودة مميزة ، إذ تعد جودة الخدمات الصحية عنصراً هاماً للغاية في مجال إدارة المستشفيات حيث ترتبط بأهم جانب من جوانب حياة الإنسان وهي صحته.

رضا المريض هو الدرجة التي يعتبر الفرد خدمة الرعاية الصحية فعالة ومفيدة، ففي السنوات الأخيرة تم اتخاذ مقاييس متعددة تدعو إلى تحديد مستوى كفاءة الاستفاداة من الخدمات الصحية، أحد هذه المقاييس هو رضا المرضى، و الذي يعتبر مؤشراً على جودة الرعاية الصحية. وبعبارة أخرى، رضا المرضى هو مقياس مهم لجودة الخدمة في مؤسسات الرعاية الصحية. بل هو أيضاً أداة هامة للإدارة والبحث والتخطيط. أيضاً يعطي رضا المرضى معلومات عن مزود الخدمات الصحية، وعلى مدى تلاقيها مع قيم المرضى وتوقعاتهم والتي تعتبر الحكم النهائي على جودة هذه الخدمات (Bahrapou,2005) .

يعتبر رضا المرضى مفهوماً جديداً نسبياً في ليبيا حيث إن الخدمات الصحية تقدم مجاناً لجميع السكان . في الحقيقة لا توجد سجلات أو منشورات متعلقة برضا المرضى في ليبيا . ونظراً لمحدودية الدراسات التي تناولت جودة الخدمات الصحية في ليبيا وعلاقتها برضا المرضى بصفة عامة وفي بنغازي بصفة خاصة ، بالإضافة إلى ملاحظة الباحث للأعداد الكبيرة من المرضى الليبيين الذين يسعون للعلاج وتلقي خدمات صحية خارج الحدود الليبية وبحكم وظيفته وهي معيد

بكلية الصحة جامعة بنغازي فقد كان من صميم عمل الباحث أخذ الطلبة لزيارات ميدانية للمستشفيات ووزارة الصحة ومكاتبها الإدارية داخل مدينة بنغازي. فقد وجد من المناسب دراسة جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات العامة في مدينة بنغازي وعلاقتها برضا المرضى المتلقين لهذه الخدمات.

## 2.1 الدراسات السابقة:

تناولت العديد من الدراسات الجوانب المختلفة لمفهوم جودة الخدمات الطبية والجوانب المختلفة لمفهوم رضا المرضى عن الخدمات التي يتلقونها وغيرها من الجوانب المتعلقة بتقديم الخدمات الصحية .

إن هذه الدراسة لا تهدف إلى تقديم قائمة شاملة بالأبحاث والدراسات في مجال الجودة أو الرضا ، إلا أنها تحاول إبراز الجهود البحثية التي تمت في هذين المجالين ، التي يأمل الباحث في أن تفيد في إثراء هذه الدراسة . ويمكن تقسم الدراسات التي تم الحصول عليها في هذين المجالين إلى مجموعتين كالتالي :

### 1.2.1 الدراسات التي اهتمت بجودة الخدمات الصحية :

#### (1) دراسة صنهي ، 2002 (Sunhee):

كانت هذه الدراسة بعنوان " تقييم العوامل التي تؤثر على التطبيق المستمر لتحسين الجودة : تجربة في المستشفيات الكورية " . كان هدف الدراسة هو تقييم مدى جودة التطبيق المستمر لتحسين الجودة في المستشفيات الكورية، وتحديد العوامل المؤثرة فيها. وقد تم قياس درجة جودة التطبيق المستمر لتحسين الجودة باستخدام معايير جائزة مالكولمبالدريدج الوطنية. وكانت العوامل المتعلقة بدرجة التطبيق المستمر لتحسين الجودة هي المكونات الأربعة لهذا التطبيق، وهي السمات الثقافية والفنية والإستراتيجية والهيكلية للمستشفيات بشكل فردي. وقد توصلت هذه الدراسة إلى نتائج

أهمها هي أن أهم العوامل التي تؤدي لتفعيل التطبيق المستمر لتحسين الجودة في المستشفيات الكورية هي استخدام المهارات العلمية في صنع القرار واعتماد نظام معلومات للجودة قادر على إنتاج معلومات دقيقة وصحيحة.

### (2) دراسة مارشا ، 2002 (Marsha) :

هذه الدراسة كانت بعنوان " استخدام استراتيجيات تحسين الجودة لتعزيز تقييم الألم عند الأطفال ". هذه الدراسة كانت تهدف إلى تقييم تأثير منهجية تحسين الجودة لتنفيذ التوجيهات المناسبة لمرضى طب الأطفال في الساحل الغربي للولايات المتحدة الأمريكية. عينة الدراسة كانت مقسمة إلى مجموعتين طبقاً للزمن ، المجموعة الأولى كانت تضم 36 طفلاً و 68 موظفاً والمجموعة الثانية كانت تضم 49 طفلاً و 82 موظفاً. تم تقييم رضا المرضى ورضا الموظفين بعد سنة واحدة من تنفيذ التوجيهات ،نتج عن هذه الدراسة أن المرضى وأفراد الأسرة والعاملين زاد تقديرهم لتحسين جودة الخدمات، وتحسن في أداء الموظفين وتولد قدر أكبر من الارتياح مع أدوات التقييم بين المجموعتين، علاوة على ذلك كان هناك تزايد في الامتثال للمبادئ التوجيهية لعملية التقييم،إنه مع مرور الوقت يمكن تحسين جودة الخدمات الصحية وزيادة رضا المرضى ورضا الموظفين في الوقت نفسه باستخدام استراتيجيات تحسين الجودة .

### (3) دراسة موييسيز ، 2003 (Moises) :

وكانت هذه الدراسة بعنوان " إدراك جودة الرعاية الصحية في أمريكا الوسطى " . هدف هذه الدراسة كان اختبار إدراك مستخدمي خدمات الرعاية الصحية في مجموعات مختارة من المناطق الريفية والحضرية في ثلاثة بلدان في أمريكا الوسطى، أجريت ثلاث دراسات لمجموعات ذات تركيز مشترك أو اهتمام مشترك من 1997 إلى 1998 في كوستاريكا وهندوراس و بنما ، عينة الدراسة كانت تشمل 351 نسمة من سكان المجتمعات الريفية والحضرية من الجنسين ، ومختلف الأعمار،



والمهن، والصحة والوضع الاجتماعي والاقتصادي. تمثل المناطق المختارة أكثر المناطق فقرا في كل بلد، والنظم الصحية السائدة في أمريكا الوسطى. تم اللقاء بين 10-15 مجموعة لمناقشة الخدمات الصحية المتاحة، والوصول للخدمات واستخدامها، ورضاهم عن مختلف جوانب الرعاية الصحية بالإضافة إلى اقتراحات لتحسين تلك الخدمات. نتج عن هذه الدراسة أن جودة الرعاية الصحية مختلفة جدا في المناطق الثلاث المختارة، هذه الجودة تتطلب مشاركة المجتمع ل يتم تحسينها. بالإضافة إلى أن هذه المجموعات المشتركة التركيز أو الاهتمام قدمت معلومات مهمة وفعالة من حيث التكلفة عن جودة الخدمات الصحية وعن اتساع نطاق تقديم هذه الخدمات.

#### (4) دراسة ميشيل ، 2003 (Michel) :

حملت هذه الدراسة عنوان " تقييم تدخلات تحسين الجودة للحد من الاستخدام غير الملائم للمستشفى " هدفت هذه الدراسة إلى تقييم تأثير عملية تحليل وإدخال تعديلات على الاستخدام غير الملائم للمستشفى. وتمت هذه الدراسة في سويسرا وشملت عينة الدراسة 498 مريضاً، هذه التدخلات كانت تتمثل في عدم الدخول للحالات غير العاجلة إلى المستشفى وتحويلها إلى مستشفى إعادة التأهيل والتي تؤثر في الاستخدام غير الملائم للمستشفى، وتعديل هذه التدخلاتم تقييم تأثير هذه التعديلات على جودة الخدمات في المستشفى. تم التقييم قبل القيام بالتدخلات المذكورة وباستخدام بروتوكول تقييم الملاءمة (Appropriateness Evaluation Protocol). بعد القيام بالتدخلات (عدم الدخول للحالات غير العاجلة إلى المستشفى وتحويلها إلى مستشفى إعادة التأهيل) انخفضت الدخولات غير المناسبة أو غير المستعجلة إلى المستشفى من 15% إلى 9% وأيام الإقامة في المستشفى من 28% إلى 25%.

## (5) دراسة كاجا ، 2006 (Kaja):

هذه الدراسة كانت تحمل عنوان " تحسين الجودة في النظام الصحي الاستوني - تقييم التقدم باستخدام أداة دولية" , هدف هذه الدراسة كان تقييم جودة النظام الصحي الاستوني باستخدام أداة تقييم تم تقديمها من قبل منظمة الصحة العالمية. قام الباحثون في هذه الدراسة بتقييم جودة الرعاية الصحية باستخدام استبيان التقييم الذاتي المقترح من منظمة الصحة العالمية لأوروبا كإطار لتقييم أنشطة الجودة . أربعة أبعاد تم استخدامها لتقييم نشاطات الجودة الوطنية وهي السياسة والمنظمات والطرق والمصادر، أظهرت النتائج مواطن القوة والضعف في النظام الصحي الاستوني وبينت طرقاً لتحسين جودة الخدمات الصحية في استونيا، حيث وجد أن تقوية عملية التنسيق لمراقبة الجودة عامل أساسي لعملية تحسين الخدمات الصحية.

## (6) دراسة ( العمر ، 2002 ) :

أجرى العمر (2002) دراسة بعنوان " مدى تطبيق الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض " . هدفت هذه الدراسة للتعرف على مبادئ إدارة الجودة الشاملة المطبقة في مستشفيات مدينة الرياض ، وتحديد مدى تطبيقها، وكذلك التعرف على المبادئ المؤثرة في مدى تطبيقها . وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها أن المستشفيات المدروسة تطبق أربعة مبادئ فقط تتمثل في : مبدأ التحسين المستمر ، مبدأ المعلومات واتخاذ القرارات ، مبدأ دعم الإدارة العليا ، مبدأ التركيز على العميل . وأن مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة مرتبط بشكل جوهري في المقام الأول بتطبيق مبدأ التحسين المستمر ، ثم مبدأ اتخاذ القرارات بناء على الحقائق فمبدأ التركيز على العميل . وقد أوصت الدراسة بضرورة نشر ثقافة إدارة الجودة الشاملة بين جميع موظفي المستشفيات من خلال إنشاء وحدة أو إدارة مختصة بإدارة الجودة والتحسين المستمر، وتزويدها بالكفاءات والخبرات اللازمة ، ومنحها المسؤوليات والصلاحيات المطلوبة،

إضافة إلى ضرورة إيجاد نظام معلومات متقدم ، كما أوصت بضرورة قيام إدارات المستشفيات المدروسة بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة بصورة أكبر من المستوى السابق .

#### (7) دراسة ( الأحمدي ، 2000 ) :

قام الأحمدي (2000) بدراسة بعنوان " التحسين المستمر للجودة، المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية " .هدفت هذه الدراسة إلقاء الضوء على مفهوم التحسين المستمر والفوائد التي حققتها المنظمات الصحية بتطبيقه ، والتعرف على العوامل التي تحد من نجاح تطبيقه في هذه المنظمات وبخاصة في الدول العربية وتقديم آلية لتطبيقه ، وقد توصلت الدراسة إلى أن تطبيق مفهوم التحسين المستمر يمكن المنظمات الصحية من تحقيق مكاسب مالية وإستراتيجية أهمها تحسين الجودة ، تخفيض التكلفة ، ترشيد الاستخدام ، القضاء على اختلافات الممارسات الاكلينيكية ، إلا أن النجاح الذي حققه تطبيق هذا المفهوم في المنظمات الصحية يظل محدودا مقارنة بقطاعات الصناعة والتجارة . كما توصلت الدراسة إلى أن هناك مجموعة عوائق أمام تطبيق التحسين المستمر في المنظمات الصحية أهمها عدم توافر القناعة لدى مقدمي الرعاية الصحية بجدوى جهود التحسين واعتقادهم أنها تمثل تهديدا لاستقلالية قرارات الرعاية الصحية وأنها آلية لضبط التكاليف . وقد أوصت الدراسة بضرورة التركيز على الدور المشترك للقيادات الإدارية والطبية في توجيه ودعم عملية التحسين ، والمشاركة الفعالة للهيئة الطبية في جميع مراحل عملية التحسين ، كذلك أوصت الدراسة بإيجاد الدعم التشريعي لتطبيق التحسين المستمر في المنظمات الصحية .

## 2.2.1 الدراسات التي اهتمت برضا المرضى :

### (1) دراسة بهرمبور و زولالا ، 2005 (Bahrapour and Zolala):

هذه الدراسة حملت عنوان "رضا المرضى والعوامل ذات العلاقة في مستشفيات كرمان" ، حيث أجرى الباحثان دراسة تحليلية شملت 3017 مريضاً ، واستغرقت الفترة بين مارس 2002 ومارس 2003 للتعرف على مستوى رضا المرضى في مستشفيات كرمان بإيران . وقد استخدم الباحثان استبياناً يتألف من أربعة أجزاء تغطي الجوانب الديموغرافية والرضا واحتياجات المرضى وحالة الصحة النفسية لديهم . بينت الدراسة أن أقل من نصف أفراد العينة يشعرون بالرضا ، وكانت هناك علاقة واضحة بين الرضا وبين نمط المستشفى والقاعة أو الجناح ومستوى التعليم وسوابق الإدخال إلى المستشفى والحاجة إلى الخدمات الطبية والحالة النفسية وفترة الاستشفاء .

### (2) دراسة ماهر ، 2008 (Maher):

عنوان هذه الدراسة كان " رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية الأولية في الرياض" . هدف الدراسة هو تقييم وقياس درجة رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية الأولية التي توفرها مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لمستشفى القوات المسلحة بالرياض بالمملكة العربية السعودية . شملت الدراسة مسح 606 مريضاً عن طريق استبيان لقياس درجة رضا المرضى في خمسة محاور من الرعاية الصحية الأولية وهي : استقبال المرضى ، وسهولة الوصول للرعاية الصحية ، استمرارية الرعاية الصحية، الاتصال بالمرضى والتمكين من الرعاية الصحية . بينت الدراسة أن المستوى العام للرضا عن الخدمات الصحية منخفض نسبياً في المراكز الصحية الثلاثة التي جرت بها الدراسة وقد كان هناك ارتفاع في مستوى الرضا عن الخدمات من قبل المرضى في محوري : استقبال المرضى والتمكين من الرعاية الصحية وقد كان هناك انخفاض في مستوى الرضا عن الخدمات من قبل المرضى في محور استمرارية الرعاية ، كما بينت الدراسة أن المرضى الأكبر سناً

والأقل تعليماً كانوا أكثر رضا من غيرهم وأن هناك علاقة عكسية بين مستوى الرضا عن خدمات الرعاية الصحية وعدد زيارات المريض للمركز الصحي ولم توجد أي علاقة أخرى من ناحية عمل المريض، دخله الشهري وجنس المريض أو حالته الاجتماعية.

### (3) دراسة بي تي شايف ، 2008 (B.T.Shaikh):

عنوان هذه الدراسة كان " استخدام طريقة ( الخدمات ومدى جودتها) لتقييم وتحسين رضا المرضى في مرفق صحي ريفي في باكستان ". أجريت هذه الدراسة على مدى عام واحد من مارس 2004 إلى مارس 2005 في مستشفى من مستشفيات المستوى الثانوي بمنطقة ريفية على أطراف مدينة كراتشي في باكستان، للكشف عن مدى اكتفاء ورضا المرضى بالرعاية التي يتلقونها. وقد شملت عينة الدراسة 1533 مريضاً، كما تم عقد حلقات عملية للتشارك في النتائج وبناء القدرات خلال المراحل الأربعة من الدراسة لحث العاملين بالمستشفى على تحسين أسلوب عملهم بغية زيادة رضا المرضى واكتفائهم بما يتلقونه من رعاية. وقد أظهر مستوى رضا مرضى العيادات الخارجية بالخدمات الصحية المقدمة ارتفاعاً تدريجياً على مدى العام الذي أجريت فيه الدراسة .

### (4) دراسة محفوظ ، 2007 (Mahfouz):

كانت بعنوان " خدمات الطوارئ الخاصة بالرعاية الصحية الأولية في منطقة أبها بالجنوب الغربي من المملكة العربية السعودية" ، حيث قام الباحثون بجمع المعطيات حول المعدات والمرافق وممارسات الأطباء ومواقفهم ومدى استخدام المرضى لخدمات الطوارئ ورضاهم عنها، وذلك من أجل دراسة تقديم خدمات الطوارئ في ثلاثين مركزاً من مراكز الرعاية الصحية الأولية في منطقة أبها بإقليم عسير. وتبين من الدراسة أن هناك مركزين لا يوجد بهما مكان لخدمات الطوارئ. كما كان هناك نقص واضح في بعض المعدات والأدوية الأساسية . أما أكثر الاحتياجات الخاصة

بالتطوير الطبي المستمر للأطباء فتمثلت في التدبير العلاجي للطوارئ القلبية الوعائية وأعرب معظم المرضى عن رضاهم بصورة عامة عما تقدمه خدمات الطوارئ.

**(5) دراسة أشرف ، 2005 ( Ashraf ):**

والتي كانت بعنوان "تفضيلات المريض لجنس مقدمي الخدمات في إطار الرعاية الصحية الأولية في الإسكندرية ، مصر" حيث هدفت هذه الدراسة لتحديد تفضيلات المريض بين الجنسين للممارسين العاميين والمتخصصين على حد سواء لقضايا الصحة العامة والخاصة في مركز سموحة الصحي بمحافظة الإسكندرية، وأجريت هذه الدراسة في الفترة ما بين شهري يناير ومارس 2004. تم جمع بيانات الدراسة باستخدام استبيان شمل ثلاثة أقسام رئيسية هي الجانب الاجتماعي والجانب الديموغرافي ومعتقدات المرضى نحو جنس مقدمي الخدمة. نتج عن هذه الدراسة أن المرضى يفضلون الأطباء من نفس الجنس، ولكن في الممارسة الفعلية يعتقد أن الطبيب الذكر يكون أكثر كفاءةً من الطبيب الأنثى.

**(6) دراسة سارة و يوسف ، 2005 ( Sara and Yousif ) :**

هذه الدراسة كانت بعنوان "وقت الانتظار في قسم الطوارئ بولاية الخرطوم - 2005" هدفت الدراسة إلى قياس زمن الانتظار في أقسام الطوارئ في ثلاث مستشفيات في مدينة الخرطوم بالسودان خلال شهر أكتوبر لسنة 2005 ، حيث إن المرضى صنفوا طبقاً لدرجة الاستعجال إلى عاجلة و مستقرة (غير عاجلة) . الوقت الذي يقضيه المريض قبل رؤيته من قبل الطبيب ، الزمن الذي تستغرقه الاستشارة الطبية ، زمن الانتظار للحصول على نتائج المختبر ، وقت الانتظار في الصيدلية ورأي المرضى حول زمن الانتظار لخدمات المستشفى جميعها تم اختبارها كتنبؤات محتملة لزمن الانتظار . نتائج هذه الدراسة أظهرت أن 77 % من الحالات التي دخلت إلى قسم الطوارئ لم تكن حالات عاجلة وكان من السهولة معالجتها في مستوى الرعاية الصحية الأولية.

متوسط وقت الانتظار كان 14.46 دقيقة ، متوسط وقت الاستشارة للمريض الواحد كان 7.1 دقيقة. أطول وقت انتظار تم استخدامه كان في المختبر. هذه الدراسة استنتجت أن إقبال كاهل النظام بشكل غير ضروري بالحالات غير العاجلة يؤخر معالجة الحالات الخطيرة ويزيد من الوقت الذي يقضيه المرضى في مختلف الأقسام بالمستشفى.

#### (7) دراسة ستيفن ، 2003 (Stephen) :

عنوان هذه الدراسة كان " رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية الأولية في الإمارات العربية المتحدة" . هدف هذه الدراسة كان تقييم مدى ملاءمة استبيان رضا المرضى لمتلقي الرعاية الصحية. تم إجراء مسح باستخدام استبيان باللغة العربية وتم إجراء مقابلة لجميع المشاركين مرة واحدة بواسطة مقابلين ذوي خبرة. تم مقارنة رضا المرضى المترددين على عيادة ذات موارد كبيرة وعيادة ذات موارد متوسطة موقعها في الضواحي المجاورة. تم أخذ عينة عشوائية من المرضى الذين حضروا إلى العيادتين لفترة خمسة أيام . نتج عن الدراسة أن رضا المرضى في العيادة ذات الموارد الكبيرة أعلى بشكل ملحوظ مقارنة بالعيادة ذات الموارد المتوسطة ، مما يشير أن هذا الاستبيان هو أداة فعالة لضمان الجودة .

#### (8) دراسة سادিকা ، 2008 (Sadika) :

قدم سادিকা (2008) دراسة بعنوان " رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية الأولية في الكويت" والتي كانت تهدف لتقييم رضا المرضى فيما يتعلق بخدمات الرعاية الصحية الأولية في الكويت. تكونت عينة الدراسة من 1255 مريضاً من الكويتيين المترددين على مراكز الرعاية الصحية الأولية المختارة في الفترة من نوفمبر 2003 إلى فبراير 2004 . جمعت بيانات الدراسة بواسطة استبيان . نتائج هذه الدراسة أظهرت أن الرضا العام 60.7 % وكانت الإناث أكثر رضاً من الذكور ، والفئة العمرية الأكبر سناً راضين أكثر من المجموعات المتوسطة وصغار السن.

على الرغم من أن المرضى راضون عن خدمات الرعاية الصحية الأولية في الكويت، إلا أن مواضيع مثل: إبداء الأطباء اهتماماً أكثر لمعتقدات المريض، والقلق، وإبداء الرأي بشأن خطة الإدارة، والتدريب على المهارات للأطباء لتحسين خدمات الاتصالات وخدمات التمريض كلها تحتاج إلى مزيد من التحسين كما أوصت الدراسة بتحديد هدف موحد لجميع الخدمات وتشجيع جميع مقدمي خدمات الرعاية الصحية الأولية لتحقيق هذه الأهداف.

من خلال ما تم عرضه من دراسات سابقة لموضوع جودة الخدمات الصحية وموضوع رضا المرضى عن الخدمات الصحية التي يتلقونها تبين أن الاهتمام بجودة الخدمات تكافئ أو قد تفوق الاهتمام بجودة السلع في الكثير من بلدان العالم ولاسيما المتقدمة منها ، لكن جودة الخدمة الصحية قد حظيت باهتمام أكبر عن غيرها من الخدمات نظراً لتعلق الأمر بصحة وحياة الإنسان الذي هو قيمة عليا على الأرض . وقد تبلور هذا الاهتمام بجودة الخدمة الصحية بقيام المهتمين بهذا المجال بتحديد أبعاد جودة الخدمة الصحية وهذه الأبعاد تعد بمثابة مؤشرات لقياس مستوى جودة الخدمة الصحية . ونظراً لمحدودية الدراسات التي تناولت جودة الخدمات الصحية في ليبيا عامة وفي مدينة بنغازي خاصة - على حد علم الباحث - وأن أغلب الدراسات والبحوث المتعلقة بالرضا في ليبيا ركزت على الرضا الوظيفي والمتعلق بالعاملين أو الموظفين في المنظمات المختلفة ولم تتطرق للرضا من وجهة نظر المتلقين للخدمة أو المرضى، لذلك فقد وجد الباحث من المناسب دراسة مدى جودة الخدمات الصحية وعلاقتها برضا المرضى في مجموعة مختارة من المستشفيات في مدينة بنغازي.

### 3.1 مشكلة الدراسة :

يعدُّ القطاع الصحي من أهم القطاعات الخدمية داخل أي دولة لكونه يتعامل مع حياة الإنسان موتاً أو بقاء على قيد الحياة بصحة جيدة، لذا فإن تطوير هذا القطاع من أجل الحصول على



خدمات طبية ذات جودة عالية يعدّ هدفاً استراتيجياً بالنسبة لأية دولة .وقد لاحظ الباحث من خلال الزيارات الاستطلاعية للكثير من المستشفيات أن هناك مشكلة من حيث رضا المرضى في المستشفيات والمراكز الصحية عند النقاش مع المرضى والأطباء والممرضات والموظفين الإداريين في القطاع الصحي ، بالإضافة إلى معاشته لهذه المشكلات من وقت لآخر. كما أن هناك حاجة ماسة جداً لقياس مدى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العامة في ليبيا للوقوف على أسباب عدم رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة لهم في هذه المستشفيات وخير دليل على عدم رضا المرضى عن الخدمات الصحية هي عزوفهم عن هذه الخدمات والسعي للحصول على الخدمات الصحية خارج حدود ليبيا وقصدهم للعلاج في المستشفيات في البلدان العربية وغيرها ، حيث أسفر الاجتماع الوزاري التاسع عشر لمجلس رئاسة الوزراء الليبي لسنة 2012 عن الموافقة على تخصيص مبلغ (150 مليون يورو ) لعلاج الجرحى وتخصيص مبلغ (100 مليون يورو) لعلاج المرضى بالخارج أي ما يعادل مبلغ وقدره ( 400 مليون دينار ليبي ) ، هذه المبالغ تم تخصيصها من بند الاحتياطي لوزارة الصحة لسداد الالتزامات القائمة على علاج الجرحى والمرضى بالخارج . على سبيل المثال لا الحصر في ألمانيا وحدها تم سداد مبلغ وقدره (30 مليون يورو ) لشركة الميدا، هذا المبلغ يعتبر دفعة مالية لتغطية مستحقات علاج الجرحى الليبيين بألمانيا. علاوة على ذلك عدم قدرة المستشفيات الليبية جميعها على استيعاب كل المرضى باختلاف حاجاتهم الصحية داخلها لتلقي العلاج اللازم .

بناء على ما سبق يمكن تلخيص مشكلة الدراسة في التساؤل التالي :

ما هو مدى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى في المستشفيات الليبية ، وهل هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى المتلقون لتلك الخدمات في

المستشفيات الليبية؟

## 4.1 فرضيات الدراسة :

في ضوء مشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها يمكن صياغة فرضية الدراسة كما يلي :

**الفرضية الصفريّة :** لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى على هذه الخدمات في المستشفيات العامة الواقعة في نطاق مدينة بنغازي.

**الفرضية البديلة :** توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى على هذه الخدمات في المستشفيات العامة الواقعة في نطاق مدينة بنغازي.

وقد تم اختبار هذه الفرضية من خلال عدة فرضيات فرعية كالتالي :

- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين كفاءة الأطباء والمرضى داخل المستشفى ورضا المرضى على هذه الخدمات في المستشفيات العامة الواقعة في نطاق مدينة بنغازي.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الخصائص الفندقية داخل المستشفى ورضا المرضى على هذه الخدمات في المستشفيات العامة الواقعة في نطاق مدينة بنغازي.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمات العلاجية ورضا المرضى على هذه الخدمات في المستشفيات العامة الواقعة في نطاق مدينة بنغازي.

## 5.1 أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

(1) استكشاف رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية والمستشفيات

في ليبيا، وتسلط الضوء على الجوانب الإيجابية والسلبية الرئيسية لهذه الخدمات .

(2) تحديد العلاقة بين مدى جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى عن هذه الخدمات في

المستشفيات العامة الواقعة في نطاق مدينة بنغازي.

3) تقديم توصيات لتحسين الخدمات الصحية التي من شأنها تعزيز رضا المرضى من خلال هذه الخدمات في المستشفيات العامة الليبية.

## 6.1 أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة في كونها محاولة متواضعة في هذا المجال غير المطروق على مستوى ليبيا من قبل - على حد علم الباحث - لغياب الدراسات والبحوث حول هذا الموضوع في المستشفيات الليبية. كما تبرز أهمية الدراسة من خلال النقاط التالية :

1) المساهمة في إظهار هذا الموضوع إلى حيز البحث العلمي نظرا لأهميته في مجال الإدارة ومجال الصحة على حد سواء.

2) يأمل الباحث أن تساعد هذه الدراسة المستشفيات العامة في تحسين خدماتها الصحية وزيادة رضا المرضى عن الخدمات الصحية التي يتلقونها في هذه المستشفيات.

3) تأتي أهمية هذه الدراسة من أهمية قطاع الصحة والذي يمكن اعتباره أحد القطاعات الخدمية والحيوية التي توليها الدولة اهتماما ورعاية .

4) تعتبر هذه الدراسة - على حد علم الباحث - من القلائل التي تبحث في جودة الخدمات الصحية وارتباطها برضا المرضى في ليبيا.

5) إثراء المكتبة العلمية وفتح المجال أمام دراسة الموضوع من جوانب مختلفة من خلال ما يتم التوصل إليه من معلومات ونتائج وتوصيات ذات صلة بموضوع الدراسة.

## 7.1 منهجية الدراسة:

تتبع هذه الدراسة المنهج الوصفي الذي يقوم بوصف الظاهرة قيد الدراسة عن طريق جمع البيانات اللازمة والقيام بتحليلها ومن ثم تفسيرها للوصول إلى استنتاجات بشأن فرضيات وأهداف

الدراسة , كما تم استخدام المنهج التحليلي لمعرفة أثر المتغير المستقل ( جودة الخدمات الصحية ) على المتغير التابع ( رضا المرضى ) , أما بالنسبة لهيكلية الدراسة فستكون على النحو التالي :

### أولاً : الجانب النظري :

يتضمن هذا الجانب بناء الإطار النظري للدراسة ، وذلك بمراجعة الأدب الإداري المنشور في مجال جودة الخدمات الصحية ، وذلك من خلال الاطلاع على الكتب والدوريات والمقالات والأبحاث المنشورة وغير المنشورة بالإضافة إلى شبكة المعلومات العالمية ( الانترنت) التي تناولت هذا الموضوع ، وذلك لغرض وضع الدراسة في إطار نظري مناسب يتوافق مع مشكلة الدراسة .

### ثانياً : الجانب الميداني :

ينطوي هذا الجانب على تجميع البيانات الأساسية والمعلومات المتعلقة بموضوع الدراسة عن طريق استخدام استمارة الاستبيان والتي استخدمت كأداة رئيسية لجمع البيانات ، حيث يمكن من خلالها طرح أكبر عدد ممكن من الأسئلة على أفراد المجتمع ، ولما توفره من اختصار للوقت والجهد والتكلفة ، ولكي تحقق الدراسة أهدافها لابد من الربط بين الإطار النظري والواقع العملي والمتمثل في القيام بالدراسة الميدانية التي يتم من خلالها تجميع البيانات الأساسية ثم تحليلها لاستخلاص بعض النتائج المعبرة عن واقع مشكلة الدراسة وتم في هذا الجانب أيضا تحليل البيانات المتحصل عليها عن طريق استمارة الاستبيان لغرض استخلاص النتائج باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لموضوع الدراسة.

## 8.1 مجتمع وعينة الدراسة:

تم إجراء الدراسة الميدانية بقطاع الصحة نظراً لأهمية هذه القطاع الذي يعتبر من أهم القطاعات في ليبيا. نظراً لانتشار المستشفيات في ليبيا في مناطق جغرافية متباعدة عن بعضها البعض

ولمحدودية وقت الدراسة فإنه يتعذر إجراء مسح شامل لجميع المستشفيات في ليبيا ، عليه فإن مجتمع الدراسة يتكون من جميع المرضى في المستشفيات العامة الواقعة في مدينة بنغازي .  
تم الاعتماد على أسلوب العينة العشوائية لجمع المعلومات المطلوبة من مجتمع الدراسة. وقد روعي عند اختيار العينة تمثيلها للمجتمع الأصلي لإمكانية تعميم النتائج . حيث يتمثل مجتمع الدراسة في المرضى في المستشفيات العامة في مدينة بنغازي التابعة لوزارة الصحة والبالغ عددها (7) مستشفى وهذه المستشفيات هي :-

(1) مستشفى الجمهورية.

(2) مستشفى الهواري.

(3) مركز بنغازي الطبي.

(4) مستشفى 7 أكتوبر.

(5) مستشفى الكوفية للأمراض الصدرية.

(6) مستشفى الجلاء.

(7) مستشفى النهر لطب العيون.

ويستثنى مستشفى الأمراض النفسية نظراً لخصوصية الحالات المرضية به. كذلك يستثنى مستشفى الأطفال نظراً لأعمار المرضى الصغيرة .

تكون مجتمع الدراسة من كافة المرضى المقيمين بالمستشفيات الليبية العامة بمدينة بنغازي والبالغ عددهم (6272) مريضاً وقد تم استخراج هذا الرقم (6272) من سجلات مكاتب الإحصاء بجميع المستشفيات الواقعة داخل نطاق مدينة بنغازي والتي تشملها الدراسة لشهر مايو لسنة 2014، ومن خلال جدول ( kerjcie and Morgan ) لتقدير حجم العينة فإن حجم العينة المناسب لحجم مجتمع الدراسة هو (364) مريض , وتم اختيار أفرادها بالطريقة العشوائية النسبية.

والجدول (1.1) يوضح إجمالي عدد المرضى بالمستشفيات قيد الدراسة وكذلك نصيبهم في عينة الدراسة.

جدول (1.1)  
مجتمع الدراسة

اسم المستشفى	عدد المرضى	النسبة	حجم العينة
مستشفى الجمهورية	2849	% 45	164
مستشفى الهوارى	660	% 11	40
المركز بنغازي الطبي	810	% 13	47
مستشفى 7 أكتوبر	628	% 10	36
مستشفى الكوفية للأمراض الصدرية	240	% 4	15
مستشفى الجلاء	872	% 14	51
مستشفى النهر لطب العيون	213	% 3	11
الإجمالي	6272	% 100	364

### 9.1 تعريفات الدراسة:

#### مفهوم جودة الخدمات الصحية :

وذكر (الديوه جي ، وعبدالله ، 2003) تعريف منظمة الصحة العالمية لجودة الخدمات الصحية بأنها التماشي مع المعايير والاتجاه الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من قبل المجتمع وبتكلفة مقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية ، نسبة الوفيات ، والإعاقة وسوء التغذية .

#### الرضا:

يفيد كالجوا ، 2008 (Caljouw) أن رضا المريض هو مفهوم شخصي ومعقد ينطوي على عوامل بدنية وعاطفية واجتماعية ونفسية وثقافية. علاوة على ذلك، فإن توقعات المرضى

للرعاية ونوعية الخدمات المقدمة هي ما تحدد مستوى الرضا، رضا المريض ، مخرجات العملية الصحية ومدى ملاءمتها تم اقتراحها كمجالات رئيسية لجودة الخدمات في المؤسسات الصحية.

### مفهوم الصحة:

عرفت منظمة الصحة العالمية (WHO) الصحة بأنها السلامة الجسدية التامة والعقلية والصحة الاجتماعية وليس مجرد غياب المرض أو ضعف الجسم (سويدان وآخرون ، 2008).

### مفهوم المرض:

يعرف معجم وبستر (Webster) المرض بأنه عدم الارتياح أو القلق Uneasiness or Distress ، بل الأكثر من ذلك ، في أن الابتعاد عن الصحة يعد مرضاً في حد ذاته (بواعنه ، 2004).

### مفهوم المعالجة الطبية:

هي مكون وفرع وميدان من ميادين الرعاية الصحية،يركز على المرض أو العيب والألم لإزالته أو تخفيفه بعد أن يحل بالإنسان ، وبهذا فان نطاقها ضيق ومحدود وينتهي دورها ومجاله ، عند ذلك يبدأ دور الرعاية الصحية (بواعنه، مصدر سابق ، ص : 30).

### مفهوم الرعاية الصحية :

نشاط يهدف إلى تعزيز وتشجيع المستوى الصحي للأفراد والجماعات بكافة الجوانب الجسدية والنفسية والعقلية والذهنية والاجتماعية . إن الرعاية الصحية تركز بداية على منع المرض أو منع الإصابة بالمرض والوقاية منه بوسائل عديدة غير مكلفة ، وإذا ما أصاب المرض شخصاً تتدخل الرعاية الصحية لمعالجته ولا ينتهي عملها أو نشاطها عند هذا الحد ، بل قد تتدخل لتأهيل المرضى الذين لا يشفون تماما من المرض (بواعنه ، مصدر سابق ، ص : 31).

## الفصل الثاني

### جودة الخدمات الصحية



## 1.2 مقدمة :

تحتل الخدمات الصحية مكانة بارزة في اهتمامات الجميع نظرا لأهميتها في الحفاظ على سلامة الإنسان وزيادة قدرته على البناء والتنمية ، وهي في هذا المعنى تمثل أهم مايمكن أن يقدم للإنسان صانع الحياة والتطور، ولا يماثلها في ذلك إلا الغذاء والتعليم فهي وان كانت تعكس ضرورة إنسانية فإنها أيضا تمثل ضرورة اقتصادية لبناء مجتمع قادر على الأداء الأفضل في مجالات التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

## 2.2 الخدمات الصحية :

### 1.2.2 مفهوم الخدمة :

من الصعب في بعض الأحيان إعطاء تعريف ومفهوم محدد لنشاط إنساني وفكري متعدد الاتجاهات والأبعاد ، والخدمات لا تبتعد عن هذا المضمون كثيرا ، لذلك يمكن إيراد العديد من التعريفات للخدمة ، إلا أن كل واحد منها يمكن أن يعطي اتجاها محددًا وإن كانت تشترك في معنى أو أكثر من تلك المفاهيم ، وقد اختلفت تعريفات الخدمة باختلاف آراء الكثير من الباحثين والكتاب حيث تم تعريفها : -

- إنها " تلبية احتياجات ومتطلبات العميل منذ اللحظة الأولى وفي كل الأوقات ، وأنها تقديم السلع والخدمات لتلبية احتياجات وتوقعات العملاء بحيث تتوافق معها توافقا متناسقا ومنسجما " .

(Thompson Desoyza and Gale, 1985)

- إما (Lovelock) فإنه يعرف الخدمة بالاعتماد على ما يشتريه الزبون أو العميل في الأساس بغض النظر عما يرافق ذلك الشراء من توابع وملحقات ( C. H. Lovelock, 1991 )
- أنها " الأداء بالمستوى الذي يتوقعه العملاء " (Dennis L. Foster, 1992)

- وقد عرفت أيضا بأنها " المنتج غير المادي الذي يحتوي في مضمونه على عمل وأداء لا يمكن امتلاكه ماديا" (Lancaster, Geoff and Massingham, 2001)
- وعرفت " جميع النشاطات والعمليات التي تحقق الرضا والقبول لدى المستهلك مقابل ثمن ودون أن يتضمن تقديمها أي خطأ " (Christopher, Martin and Mc Donald, 2001)
- يقول (Gronroos) إن الخدمة هي عبارة عن " أشياء مدركة بالحواس وقابلة للتبادل تقدمها شركات أو مؤسسات معينة مختصة بشكل عام بتقديم الخدمات أو تعتبر نفسها مؤسسة خدمية " (C. Gronroos, 2001)
- "أي فعل أو أداء يمكن أن يحققه طرف ما إلى طرف آخر ويكون جوهره غير ملموس، ولا ينتج عنه أي تملك وأن إنتاجه قد يكون مرتبطاً بإنتاج مادي أو قد لا يكون " (Kotler and Armstrong , 2006)
- يرى (Stanton) بأن الخدمة هي " النشاطات غير الملموسة والتي تحقق منفعة للزبون أو العميل ، والتي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة أخرى. أي أن إنتاج أو تقديم خدمة معينة لا يتطلب استخدام سلعة مادية " (Stanton, W. J. ,2006)

## 2.2.2 سمات وخصائص الخدمات :

تعتبر الخدمة نشاطا معنويا ينتج ويستهلك في نفس الوقت ويستلزم التفاعل المباشر مع العميل متلقي الخدمة ، وبذلك فهي تختلف في سماتها عن المنتجات من السلع ، ويمكن الإشارة إلى بعض الخصائص الأساسية للخدمة التي تؤثر تأثيرا كبيرا على إدارة العمليات الخدمية :

أولا : **عدم قابلية الفصل ( سيادة الجانب الإنساني )** : حيث يؤثر اتصال العميل وتفاعله مع مقدم الخدمة على أسلوب تقديم الخدمة ، لأنه لا يمكن فصل الخدمة عن الجهة الموردة لها ، كما وأنها ملازمة للزبون الحاصل على تلك الخدمة وبالتالي يمثل مقدم الخدمة واجهة للنظام ويعبر عن

جزء من مدخلاته ، كما يتأثر كلا الطرفين بمزاج وانطباعات وانفعالات كل منهما . ( عيشاوي ، 2010 ) .

**ثانياً: عدم قابلية اللمس :** حيث لا يمكن رؤيتها أو لمسها ولا يمكن للزبون من تقييم الخدمة قبل استهلاكها ( العلي ، 2008 ) .

**ثالثاً : غير متجانسة :** حيث يختلف أداء كل من مورد الخدمة أو الزبون في كل مرة تقدم فيه تلك الخدمة ( العلي ، 2008 ) .

**رابعاً : الفناء أو أنها تستهلك وتندثر آنياً :** الخدمات قابلة للتلاشي والزوال فور تقديمها أو بعد فترة معينة ولا يمكن تخزينها . إن هذه الخاصية هي التي تجعل الطلب المتذبذب على الخدمات مشكلة كبيرة وواسعة ، ففي إنتاج السلع يمكن تخزين السلع من موسم الركود لاستخدامها في موسم الرواج ، إلا أن هذا غير ممكن مع الخدمة ( زيدان ، 2010 ) .

**خامساً : تغاير الخواص :** إن التوحيد القياسي صعب التحقيق في الخدمات ، فليس هناك خدمتان متشابهتان ( نجم ، 2010 ) .

**سادساً : الاتصال بالعميل :** إن أغلب الخدمات يتطلب تقديمها حضور العميل وتدخله في أحيان كثيرة في طلب الخدمة حسب الحاجة والمزاج ، وهذا يجعل من غير الممكن أحياناً تقديم نمط متماثل من الخدمات ( نجم ، 2010 )

### **3.2.2 الخدمات الصحية :**

أصبحت الخدمة الصحية ذات دور مهم في حياة المجتمع وتساهم في رفايته واستقراره لذلك شهدت السنوات الأخيرة تطوراً كبيراً في مجال تقديم هذه النشاطات ، كما اهتمت الحكومات بالإشراف والرقابة عليها لما لها من أثر على رفاية الفرد والمجتمع.

يعرف البكري (2005) الخدمة في المستشفى على أنها العلاج المقدم للمريض سواء أكان تشخيصيا أو إرشاديا أو تدخلا طبيا ينتج عنه رضا أو قبول وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل. وهذا التعريف يمكن أن يشير في مضمونه إلى ثلاثة إبعاد للخدمة المقدمة في المستشفى وهي:

### (1)الصفة المميزة للخدمة :

وترتبط أساسا بجوهر الخدمة الصحية المقدمة ذاتها والتي تتكون من عدة إجراءات مختلفة تشخيصية وعلاجية.

### (2)المنافع المرجوة من الخدمة :

وتتمثل بالعناصر المختلفة التي يحصل عليها المريض أو غيره من المراجعين للمستشفى لمقابلة احتياجاتهم الصحية، والتي يطل عليها في بعض الحالات بحزمة الرضا المتحقق للزيون والمتضمنة الإدراك الحقيقي لكفاءة العمل المؤدى بشكله الملموس وغير الملموس وما يؤدي الى شعوره بالاطمئنان لذلك العمل المؤدى.

### (3)الخدمات المساندة :

وتتمثل بكافة العناصر المضافة التي يقدمها المستشفى إلى جوهر الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، وتتضمن نظام حجز المواعيد، خدمات الاستقبال للمرضى، خدمات الاتصال التليفونية، التنسيق مع المستشفيات الأخرى والمنظمات الاجتماعية الإنسانية وغيرها.

ولقد عرفها أبو نقطة ( 2000 ) بمجموعة من النشاطات غير الملموسة تقدم للمرضى والتي تهدف إلى تقليل حدة التعب النفسي والبدني والاجتماعي ، وأخرى ملموسة مثل الدواء والطعام.

ومن التعريف السابق تتحدد بعض المؤشرات :

- الخدمة الصحية عليها إشباع حاجات ورغبات الزبائن التي تكمن في إبعاد التوتر الذي يشعرون به عنهم.
- تتضمن الخدمة الصحية عناصر ملموسة كالدواء والمستلزمات العلاجية ( كالكراسي المتحركة) وأخرى غير ملموسة مثل الخدمات التشخيصية والعلاجية.

#### 4.2.2 أنواع الخدمات الصحية :

- **الخدمات الوقائية:** وهي الخدمات التي تقدم للحفاظ على صحة الإنسان ووقايته من المرض.
  - **الخدمات العلاجية:** وهي الخدمات التي تقدم للتخلص من المرض بعد حدوثه، من خلال فحص المريض وتشخيص مرضه وإحاقه بإحدى المؤسسات العلاجية وتقديم الدواء والغذاء الملائمين لحالته، فضلاً عن حسن معاملته لمساعدته على استعادة صحته.
- يتطلب النجاح في هذين النوعين من الخدمات تعاوناً مثيراً بين المريض والمعالج، وهذا لا يمكن الحصول عليه دون توافر حماس وقناعة لدى المريض تجاه الطبيب والمستشفى .

#### 5.2.2 الخصائص المميزة للخدمات الصحية :

تتجسد الخصائص المميزة للخدمة الصحية المقدمة من قبل المستشفى إلى خصوصية تلك الخدمات، وبالتالي انعكاس ذلك على الأسلوب والعمل الإداري الذي يمكن أن تقدم به الخدمة للجمهور .ويمكن تحديد هذه الخصائص بالآتي :

- تتميز خدمات المستشفى بكونها عامة للجمهور، وتسعى من تقديمها إلى تحقيق منفعة عامة ولمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها سواء أكانوا أفراداً أو منظمات أو هيئات.

- الخدمة الطبية المقدمة تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة لأنها مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه.
- تؤثر القوانين والأنظمة الحكومية على عمل المؤسسات الصحية عامة والمستشفيات خاصة، وعلى وجه التحديد إذا كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص، وذلك فيما يتعلق بتحديد منهج عملها والخدمات الطبية التي تقدمها.
- في منظمات الأعمال عموماً تكون قوة اتخاذ القرار بيد شخص واحد أو مجموعة أشخاص يمثلون قمة الإدارة. بينما المنظمات الصحية (المستشفى) تكون قوة القرار موزعة إلى حد ما بين الإدارة ومجموعة الأطباء.
- وجوب الاتصال المباشر بين المستشفى والمستفيد من الخدمة الصحية أي أن الخدمة الصحية لا يمكن تقديمها في الغالب إلا بحضور المريض نفسه للفحص والتشخيص والعلاج وإجراء التحاليل.
- نظراً لكون الخدمة الصحية مرتبطة بالإنسان وهو أعلى شيء، فإنه يكون من الصعوبة في كثير من الأحيان على إدارات المستشفيات أن تعتمد المعايير نفسها والمفاهيم الاقتصادية التي تطبق في خدمات أخرى على عملها.
- نظراً لتذبذب الطلب على الخدمة الصحية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم، فإن الأمر يستوجب تقديم الخدمة الصحية لطالبيها، لأنه لا يمكن الاعتذار عن تقديمها لمن يحتاجها (البكري ، 2005) .

## 6.2.2 الطلب على الخدمات الصحية :

إن الطلب على الخدمات الصحية مشتق من الطلب على الصحة، إذ أن الخدمات الصحية يمكن اعتبارها مدخلات لإنتاج الصحة ، أي أن الخدمات الصحية لا تطلب لذاتها ولكن بدافع

رغبة الفرد في الاحتفاظ بمستوى صحي جيد أو رغبته في تحسين مستوى صحته. ونظرا لأن الطلب على الخدمات الصحية يعتمد على الطلب على الصحة وعلى إدراك العلاقة بين الخدمات الصحية و الصحة ،تتمثل إحدى الصعوبات عند محاولة التنبؤ بهذا الطلب في أن الأفراد يقيمون الحالات الصحية المتساوية بطرق مختلفة ،ويعرف الاقتصاديون الطلب على الخدمة الصحية في شراء سلعة أو خدمة والتي تساندها القوة الشرائية اللازمة في علم الاقتصاد نجد أن الطلب لا يعني الحاجة أو الاحتياج فالفقراء و المحرومون لديهم حاجات عديدة ولكن ليس لديهم قوة شرائية وبالتالي لا يستطيعون طلب السلعة التي يحتاجونها ،ولكن الصحة ليست سلعة اقتصادية كغيرها من السلع إذا كان العرض الطبي في الوقت ما يعرف تناقص فالطلب على الرعاية الصحية لا يتماشى والعرض. بصفة عامة يتم تحليل سلوك المستهلكين في النظرية الاقتصادية الجزئية في إطار مجموعة من الافتراضات تمكن من تبسيط نموذج التحليل ويخضع تحليل سلوك مستهلكي الخدمات الصحية لنفس الافتراضات. في مجال الخدمات الصحية نجد خدمات عديدة متكاملة بطبيعتها إذ أن زيادة عدد العمليات الجراحية سيرتبط بزيادة الطلب على أسرة المستشفيات وخدمات الإقامة المرتبطة بها ، الأدوية ،هيئة التمريض و الموارد المستهلكة كمواد التعقيم والقفازات... الخ ( الدمرداش ،2006)

## 7.2.2 المستشفيات وخصائصها:

لم يعد دور المستشفى في عصرنا الحالي مقتصر على مجرد تقديم خدمة علاجية،ولم يعد يعرف بأنه مكان لإيواء المرضى والمصابين كما كان في الماضي،حيث كان ا بسط وأقدم تعريف للمستشفى هو أنه مكان لإيواء المرضى والمصابين حتى يتم شفاؤهم.ولكن المستشفى الحديث يعد تنظيما طبيا متكاملًا يستهدف تقديم الخدمة الصحية بمفهومها الشامل...وقاية وعلاجًا وتعليمًا

طبياً ، إضافة إلى إجراء البحوث الصحية في مختلف فروعها. فهي تعتبر أهم المؤسسات الخدمية التي تقدم الخدمة الصحية المتكاملة.

أما الجمعية الأمريكية للمستشفيات American Hospital Association فتعرف المستشفى بأنه: مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل أسرة للتويم وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى.

لجنة خبراء إدارة المستشفيات بمنظمة الصحة العالمية عام 1967 رأت من الضروري تعريف المستشفى بصورة علمية كي ينطبق على شتى المستشفيات " المؤسسة تكفل للمريض الداخلي مأوى يتلقى فيه الرعاية الطبية والتمريض " ، ثم تم استدراك هذا التعريف فيما بعد ليشمل أعمال أخرى مثل التعليم والتدريب والبحوث الطبية والوقاية والاجتماعية والتنظيمية .

ويرى ساعاتي (1997) أن بعض العلماء قسموا إدارة المستشفيات إلى نوعين:

**التعريف التنظيمي:** هو التعريف القانوني الذي ينظر إلى المستشفى كمؤسسة تقدم الرعاية الصحية للمرضى وبهذا التعريف يسهل التمييز بين المستشفى والمؤسسات الصحية الأخرى.

**التعريف الوظيفي:** ويركز هذا التعريف على الغرض من المستشفى وليس من أجزائه ويمثل الغرض العام للمستشفى في رعاية صحة الأفراد في المجتمع ، وبذلك تلبية الحاجات الصحية للمجتمع.

المستشفى وفقاً لما سبق تنظيم اجتماعي صحي هدفه تقديم رعاية طبية للمجتمع علاجاً ووقاية تحت تفاعل أنظمة فرعية مثل النظام الطبي والنظام التمريضي والنظام الإداري والاجتماعي والنظام الاقتصادي.



## 8.2.2 سوق الخدمات الصحية :

ومن خلال توصيف هيكل أسواق الخدمات الصحية نجد أنها تنقسم إلى سوقين هما : سوق الخدمات الصحية كمنتج نهائي، وسوق الموارد المستخدمة في إنتاج الخدمات الصحية، كما يلي:

أولاً : سوق الخدمات الصحية كمنتج نهائي :

طبقاً لدمرداش (2006) فإن سوق الخدمات الصحية تتكون من مستويين أساسيين وهما كما يلي :

(1) سوق خدمات العيادات الطبية الخاصة :

في هذه السوق يذهب المريض إلى طبيبه الخاص الذي اعتاد متابعة الفحوص والعلاج لديه، والذي قد يستكمل علاج هذا المرض من خلال عيادته الخاصة، أو قد يحول مريضه إلى أحد الأطر المؤسسية الصحية لاستكمال العلاج.

### (2) سوق خدمات المستشفيات :

وتشمل على عدة أطر مؤسسية تقدم الخدمات الصحية، مثل المستشفيات العامة والمستشفيات التخصصية، ووحدات التشخيص بالأشعة، ووحدات التشخيص بالتحاليل المخبرية، ووحدات الإسعاف وغيرها.

### ثانياً : سوق الموارد الصحية :

يقول طلعت (2009) أن سوق الموارد المستخدمة في إنتاج الخدمات الصحية تشتمل على ثلاثة أسواق فرعية وهي :

### (1) سوق العمالة الصحية :

وتشمل على جميع فئات مورد العمل التي تعمل في إنتاج الخدمات الصحية: من الأطباء، وهيئات التمريض، والعمالة الفنية لأجهزة التشخيص والعلاج، وغيرها . وترتبط سوق العمالة الصحية بسوق خلفية، وهي سوق تعلم المهن الصحية التي تشمل مؤسسات التعليم الطبي

والصحي، حيث يمثل الخريجون من هذه المؤسسات التعليمية جانب العرض في أسواق العمالة الصحية.

### (2) سوق المنتجات الدوائية :

ويشمل جانب العرض في هذه السوق على الصناعات الدوائية - المختلفة، وكذلك الوحدات التي تقدم الخدمات الصيدلانية سواء اشتملت على تجارة الجملة أو التجزئة للمنتجات الدوائية.

### (3) سوق المعدات والأدوات الطبية :

ويشتمل جانب العرض في هذه السوق على صناعة المعدات والأدوات الطبية، وكذلك تجارة الجملة وتجارة التجزئة للمعدات والأجهزة والأدوات الطبية. تعتبر الخدمات الصحية التي تمثل ناتج سوق الخدمات الصحية ككل منتجاً نهائياً لعدد من الأسواق المرتبطة ببعضها البعض، وتشمل هذه الأسواق أسواق الممرضات المسجلات وأسواق خدمات المستشفيات وأسواق خدمات الأطباء وحتى سوق تعليم المهن الصحية.

## 3.2 جودة الخدمات الصحية :

إن الاهتمام بجودة الخدمات تكافئ أو قد تفوق الاهتمام بجودة السلع في الكثير من بلدان العالم ولاسيما المتقدمة منها ، لكن جودة الخدمة الصحية قد حظيت باهتمام أكبر عن غيرها من الخدمات نظراً لتعلق الأمر بصحة وحياة الإنسان الذي هو قيمة عليا على الأرض.

### 1.3.2 مفهوم الجودة :

لقد عرفته الجمعية الأمريكية للسيطرة على الجودة " مجموعة الخصائص والسمات للمنتج أو الخدمة التي تعتمد في قدرتها على إشباع حاجات محدودة ". في حين نجد أن كاتب (Evans,1997) علق بأن خصائص الجودة غالباً ما تتعلق بالملاءمة للاستخدام وأن جودة الخدمة أو المنتج يجب أن تقابل أو تفوق متطلبات الزبائن وتوقعاتهم. إذ أشار إليها على أساس

أنها جودة التصميم فيما أضاف (Russell & Taylor , 1995) إلى المفهوم بعداً آخر هو جودة المطابقة : على أساس الفاعلية التي تكون بها عملية الإنتاج قادرة على أن تتطابق مع المواصفات المطلوبة بواسطة التصميم.

### 2.3.2 مفهوم جودة الخدمات الصحية :

يبين (خسروف ، 2008) بأن أول من استخدم هذا المفهوم في مجال الطب ممرضة بريطانية تدعى " فلورنس نايتجيل " والتي كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال الحرب وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات . ويؤكد (نصيرات،2008) على أن موضوع جودة الخدمة الصحية أصبح من المواضيع الأساسية في تسويق خدمات الرعاية الصحية ، كما أن هذا الموضوع هو محل الاهتمام والتركيز من قبل إدارات المستشفيات ، والمستفيدين من خدمات الرعاية الصحية ، والأطباء ، والجهات الممولة لهذه الخدمات حيث تركز هذه الأطراف المتعددة على موضوع جودة الخدمة الصحية لتحقيق أهدافها ومصالحها ، إذ أن الخلل والأخطاء في جودة الرعاية الصحية غير مقبول وتتعدى آثاره الضرر المادي إلى الضرر الجسدي والنفسي ولا بد من التطلع إلى ممارسة صحية خالية من العيوب .

إن تعريف الجودة في الخدمات الصحية تعد عملية في غاية التعقيد لأن العديد من أوجه الخدمة الصحية تبدو دائماً غير واضحة المعالم لبعض الأطراف المعنية بها وبالتالي فإن محاولة تعريف الجودة في الخدمات ستعكس وجهة نظر الشخص أو الطرف القائم بالتعريف.

(1)جودة الخدمة الصحية فقد عرفتها الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية

والمعروفة باسمها المختصر (JCAH) ( The Joint Commission on

Accreditation of Hospitals ) بأنها درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة

المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة والنتائج المتوقعة لخدمة محددة أو إجراء تشخيص أو مشكلة طبية (سعيد، 1994).

(2) يرى ( نصيرات ، 2004 ) أن هناك اتفاقاً عاماً على أن مفهوم الجودة في الخدمات الصحية يتضمن جانبين أساسيين هما :

1- فنية الرعاية **Technicality of Care** أو الجانب المعرفي والتكنولوجي ويمثل المعارف والمهارات والخبرات ودرجة التقدم العلمي والتكنولوجي المتوفر للرعاية الطبية والتقنيات والأساليب المستعملة في الرعاية الطبية.

2- فن الرعاية **Art Of Care** أو الجانب السلوكي للرعاية ويشير إلى سلوكيات مزود الخدمات وفي تعاملهم مع مستهلكي خدمات الرعاية الطبية

(3) يرى ( Kotler and Clarke , 1987 ) أن الجودة في الخدمات الصحية تعكس وجهة نظر الشخص أو الطرف القائم بالتعريف حيث إن تعريف الجودة في الخدمة الصحية ينظر إليها من وجهة نظر كل من:-

- المريض **Patient** على أنها ما يوفره المستشفى من معالجة تتسم بالعطف والاحترام.
- الطبيب **Doctor** وضع المعارف والعلوم الأكثر تقدماً والمهارات الطبية في خدمة المريض.

- إدارة المستشفى **Hospital Management** تحقيق الكفاءة في تقديم الخدمة.
- المالكين **Ownership** الحصول على أحسن العاملين وأفضل التسهيلات لتقديم الخدمة للزبائن.

(4) هي النظام الصحي الجيد الذي يوظف ويستخدم أحدث المعارف والتقنيات المتاحة للعلوم الطبية أو الصحية وأن هدف إدارة الخدمات الصحية من استعمال المعرفة والتقنيات الطبية

الحديثة المسايرة للتطور العلمي، هو لتحقيق أقصى تأثير مرغوب فيها لصالح المريض. (بواعنه , 2005).

(5) وفي تعريف ذي منظور اجتماعي يمكن القول إنها " تعبير عن مسؤولية الوحدة الصحية كمنتج للخدمة تجاه حقوق المرضى ". وهذا التعريف يشير في مضمونه إلى المسؤولية الاجتماعية التي تضطلع بها الوحدة الصحية والتي أيا كان شكلها ومهامها وكمنتج للخدمة الصحية المقدمة للمجتمع وبما يفي بتحقيق التزاماتها تجاه المرضى ورعايتهم والحفاظ على سلامتهم الصحية ( البكري , 2005 ) .

**يستنتج من التعريفات السابقة أن جودة الخدمات الصحية هي :-**

- معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي مع توقعات العملاء لهذه الخدمة.
- الفرق بين توقعات العملاء للخدمة وإدراكهم للأداء الفعلي لها.
- إن المستفيدين يحكمون على جودة الخدمة من خلال مقارنة الخدمة التي يتلقونها فعلا مع الخدمة التي يتوقعون الحصول عليها .
- إذا كانت الجودة المدركة ( التي تم الحصول عليها فعلا ) تفوق التوقعات، فإن المستفيدين سيكونون راضين عن الخدمة وسعداء بها . أما إذا كان أداء الخدمة أقل من التوقعات، فإن المستفيدين سيكونون غير راضين عن الخدمة.

### **3.3.2 أهداف جودة الخدمة الصحية :**

يرى خوجة (2003) أن أهداف جودة الخدمة الصحية هي :

1. ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين .
2. تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المستفيد (المريض) وزيادة ولائه للمنظمة الصحية الذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية .

3. تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها .

4. تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها .

5. تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية .

6. تحقيق مستويات إنتاجية أفضل ، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين (المرضى) الهدف الأساس من تطبيق الجودة .

7. كسب رضا المستفيد (المريض) إذ أن هناك قيماً أساسية لإدارة الجودة لا بد من توفرها في أي منظمة صحية تعمل على تحسين الجودة وتسعى لتطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب رضا المستفيد .

8. تحسين معنويات العاملين ، إذ أن المنظمة الصحية الخاصة هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج .

### 4.3.2 التطور التاريخي لفكر الجودة في قطاع الخدمات الصحية :

أرست الجودة في الرعاية الصحية دعائمها باكراً قبل الجودة في الصناعة ، ويبلغ سعيها لتحقيق الهدف من القدم تماماً كالرعاية الصحية نفسها ، وفيما يلي التسلسل التاريخي للحضارات والذي يتم من خلاله توضيح التطور التاريخي للجودة :

#### (1) الحضارات القديمة :

تم وضع القوانين المختلفة لصالح الرعاية الصحية في الحضارة البابلية في زمن الملك

حمورابي (3000 ق . م ) كما حددت العقوبات ضد الأخطاء الطبية والإهمال .

أما عند الإغريق فقد أسس ابقراط والذي يعرف بأبو الطب (460 ق.م) مدرسة للطب وطور  
قسماً للأطباء ليتبعوه أثناء ممارستهم لمهنة الطب ، ويصف ابقراط العناصر الأساسية في  
الرعاية الصحية وهي : الأخلاق ، الجودة ، والسلامة (الاحمدي ، 2000 ) .

## (2) الحضارة الإسلامية :

ازدهرت الحضارة الإسلامية في مطلع القرن السابع الميلادي حيث أدخل الرسول محمد  
صلى الله عليه وسلم أفكاراً جديدة وطرقاً مختلفة في الحياة ، ولقد أشار الإسلام إلى أهمية  
إتقان العمل في كل مجال من المجالات ، وتؤكد كثير من الآيات هذا المفهوم فقد قال تعالى :  
(وترى الجبال تحسبها جامدة وهي تمر مر السحاب صنع الله الذي أتقن كل شيء إنه خبير  
بما تفعلون ) سورة النمل الآية 88 ، وقال الحق في سورة الكهف الآية 30 : ( إن الذين آمنوا  
وعملوا الصالحات إنا لا نضيع أجر من أحسن عملاً) .

إضافة إلى ذلك أشار القرآن الكريم إلى أهمية الإنسان وأهمية حياته ، هذا المبدأ الذي  
يعتبر في يومنا المحور الذي يدور حوله مبدأ سلامة المريض ، قال تعالى : ( .... ومن  
أحيها فكأنما أحيانا جميعاً) سورة المائدة آية 32 .

## (3) الحضارة الحديثة :

دخل مفهوم قياس الأداء والنتائج أول مرة حيز التطبيق الرسمي في مجال الرعاية  
الصحية في مطلع القرن التاسع عشر ، وكان ذلك بسبب وجود شخصيتين مؤثرتين في تلك  
الحقبة هما الممرضة ( Nightingale ) والطبيب ( Codman ) .

ساهمت Nightingale في إنقاص معدل الوفيات بين الجرحى من الجنود أثناء  
الحرب الأوروبية ، وذلك من خلال الإدخال البسيط لممارسات التمريض الحديثة في رعاية  
هؤلاء الجنود ، كما دعا Codman إلى جمع وتحليل نتائج العمليات الجراحية وقد استعمل

Codman في دراسته ما يسمى بطاقة النتائج الأخيرة End Results Card حيث كان يسجل عليها رقم حالة كل مريض , والتشخيص قبل العملية , وأسماء فريق الجراحة ، والإجراءات والنتائج ( الأحمدي ، 2000).

وقد طور Donabedian بعد ذلك في عام 1966 م نموذج في قياس الأداء الذي يعتبر نقطة تحول وهو يقوم بالاساس على نظرية النظام البسيط Simple System Theory حيث تقسم الأنظمة إلى ثلاثة عناصر وهي المدخلات input , الإجراء/ العملية process المخرجات output ، وصف Donabedian هذا النظام بالنسبة للجودة في الرعاية الصحية بحيث يكون له ثلاثة عناصر مشابهة وهي : البنية structure ، الإجراء process النتيجة outcome وذكر Donabedian أن تطوير المؤشرات الخاصة بقياس تلك العناصر سيؤدي إلى الحصول على معلومات شاملة عن الأداء على مستوى مؤسسة الرعاية الصحية ( الأحمدي ، 2000) .

### 5.3.2 العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية :

هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية وتتمثل هذه العناصر في التالي:-

(1) **تحليل توقعات المريض :** تحتاج المستشفيات إلى فهم اتجاهات المرضى عند تصميمهم للخدمة الصحية بحيث يكون هذا التصميم متفوقاً على توقعات المريض لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة المقدمة ويمكن للمرضى أن يحققوا ادراكاتهم للخدمة المقدمة من خلال التمييز بين المستويات المختلفة للجودة وهي (البكري ، 2005).



- **الجودة المتوقعة:** وهي تلك الدرجة من الجودة التي يرى المريض وجوب وجودها، وهذا المستوى من الجودة يصعب تحديده في الغالب إذ يختلف باختلاف خصائص المرضى وحالاتهم العلاجية فضلا عن اختلاف الخدمات التي يتوقعون وجودها في المستشفى.
  - **الجودة المدركة:** وهي إدراك المريض لجودة الخدمة الصحية المقدمة له من قبل المستشفى، أي تصور المريض لجودة الخدمات الصحية المقدمة له.
  - **الجودة القياسية:** ذلك المستوى من الخدمة المقدمة التي تتطابق مع المواصفات المحددة أساسا للخدمة والتي تمثل بذات الوقت ادراكات إدارة المستشفى.
  - **الجودة الفعلية:** وهي تلك الدرجة من الجودة التي اعتاد المستشفى تقديمها للمرضى.
- (2) **تحديد جودة الخدمات:** عندما يفهم المستشفى حاجات المرضى فإنه يجب أن يضع التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة. وهذا التوصيف عادة ما يكون مرتبطا مع أداء العاملين في المستشفى ومستوى وكفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة في إنجاز الخدمة الطبية.
- (3) **أداء العاملين:** عندما تضع إدارة المستشفى معايير الجودة للخدمة الصحية المقدمة ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الكادر الطبي في المستشفى فإنها في المقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب ..، ويكون من المهم أن تتوقع إدارة المستشفى تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية المقدمة لهم ، و أن تكون هذه التوقعات عقلانية ويمكن تحقيقها ،وهنا يكون من الضروري أن لا تقدم الإدارة وعودا لا تستطيع الوفاء بها لأي سبب كان. (السامرائي ، 2000)

### 6.3.2 أهمية الجودة في الخدمة الصحية :

قال ( France and Grover , 1992 ) أن هناك عدداً من المؤشرات الرئيسية التي يمكن من خلالها الاستدلال على أهمية الجودة في الخدمات عامة والصحية خاصة، ومن أبرز هذه المؤشرات هي :-

(1) ارتباط الخدمة (service) إلى حد كبير مع الجودة (Quality) حتى أصبح من الضروري باعتماد عدد من المقاييس لتشير إلى مستوى الرضا المتحقق لدى المرضى من خلال الربط بين الخدمة المقدمة والجودة .وهذا الأمر قاد (Parasuraman, Zeithaml and Berry) إلى اعتماد مقياس أطلق عليه تسمية Servqual وهو عبارة عن سلسلة من المقاييس المتكاملة والمتراصة لمعرفة رأي المستهلك بما يتوقعه من أداء في الخدمة المقدمة له .

وبعبارة أخرى أن هذا المقياس المتعدد الأبعاد يقوم على أساس معرفة الفجوة بين ما يدركه المستهلك من الخدمة وما يتوقعه وبالتالي فإنه لا يمكن تحليل مستوى الخدمة الصحية دون اختبار الجودة فيها.

(2) أصبح للجودة أبعاد رئيسية يتم اعتمادها كأساس في القياس للإشارة لمستوى الجودة . وتتمثل هذه الأبعاد في الآتي :-الاعتمادية، الاستجابة، التوكيد (الثقة)، التعاطف، الملموسية.

(3) تعد الجودة في الخدمة الصحية مؤشراً مهماً في قياس مستوى الرضا المتحقق لدى المريض عن الخدمة المقدمة له من قبل المستشفى أو أية منظمة صحية أخرى .كما يؤشر مستوى الاستجابة لما كان يتوقعه المريض من تلك الخدمة.

4) الجودة في الخدمة الصحية تخضع للتحسن المستمر عبر إدارة متخصصة ضمن الهيكل

التنظيمي للمستشفى، هادفة إلى تحقيق الشمولية والتكاملية في الأداء.

### 7.3.2 أبعاد (معايير) جودة الخدمات الصحية :

أتفق عدد كبير من الكتاب على أن أبعاد جودة الخدمات الصحية تتمثل في الآتي : الاستجابة ، الاعتمادية ، الضمان ، الملموسية ، والتعاطف ، وفيما يلي شرح لهذه الأبعاد :

(1) **بعد الاستجابة Responsiveness** : يرى (Lovelock,1996) بأن الاستجابة تعني قدرة

مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم . وذكر ( Chang, )

(et.al.,2002) أن الاستجابة تعكس الرغبة أو الرضا بمساعدة الزبون وتقديم الخدمة السريعة .

وأوضح (ديوب ، وعطية ، 2005 ، 124) بأن الاستجابة في مجال الخدمات الصحية تعني

مدى قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة بشكل دائم في تقديم الخدمة للمستفيدين عند احتياجهم لها

. وبين (Shaikh,2005.515) أن الاستجابة في الخدمة الصحية تشير إلى أن جميع المرضى

بغض النظر عن أصلهم ، وحالتهم ، وخلفيتهم ، يتلقون الرعاية السريعة من قبل كادر المستشفى

مع حسن المعاملة والتعاون ، ووقت انتظار ملائم أو مناسب وغير مزعج . وأكد بأن الاستجابة

في مجال الخدمة الصحية تشمل المتغيرات الآتية : السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة ،

الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال ، الاستعداد الدائم للعاملين

للتعاون مع المريض ، الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوي ، وإخبار المريض بالضبط عن

ميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤها منها .

وذكر (البكري ، 2005 ، 212-213) بأن الاستجابة تعني المساعدة الحقيقية في تقديم الخدمة

إلى المستفيد (المريض). ويمثل هذا البعد (22%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى،

ومن معايير تقييم بعد الاستجابة الآتي : تقديم خدمات علاجية فورية ، استجابة لنداءات الطوارئ

الخارجية ، العمل على مدار ساعات اليوم . وبين (Shaikh and Rabbani,2005,195) بأن الاستجابة تعني قيام العاملين في المستشفى بتقديم عناية سريعة للمريض اعتماداً على احتياجاته للعناية وبأقصر وقت ممكن . وعرف (المحياوي ،2006 ،94) الاستجابة بأنها القدرة على تلبية الاحتياجات الجديدة أو الطارئة للمريض من خلال المرونة في إجراءات ووسائل تقديم الخدمة ، فمثلاً ما هو مدى استعداد ورغبة المنظمة في تقديم المساعدة للمريض أو حل مشاكله المحددة . وذكر (الطائي ، وقدارة ، 2008 ، 38) بأن الاستجابة تعني مدى قيام العاملين على تقديم الخدمة بالتفاعل سريعاً مع ما هو غير متوقع أو خاص لدى المستفيد . وعرف (Chang,2002,7) الاستجابة بأنها الرضا وقابلية تقديم الخدمة السريعة .

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول بأن بعد الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية يشير إلى أن العاملين في المنظمة الصحية قادرين على الاستجابة السريعة وفي جميع الأوقات للحالات المرضية والإصابات التي ترد إليها ، فضلاً عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين (المرضى) من خدمات المنظمة الصحية والإجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوي المقدمة من قبلهم وكذلك سرعة انجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند احتياجهم لها .

(2) **بعد الاعتمادية Reliability** : يرى (Cronin & Tylor,1992,55) بأن الاعتمادية تعني

قدرة مقدم الخدمة الصحية ( الطبيب ، المحلل ، الممرض ، وغيرهم ) على أداء الخدمة الصحية بشكل يمكن الاعتماد عليها ، فضلاً عن تقديمها بدرجة عالية من الدقة والصحة . وأوضح (Lovellock,1996,465) بأن الاعتمادية تشير إلى قدرة مقدم الخدمة على الإيفاء والالتزام بتقديم الخدمة باعتماد ودقة وثبات . وأكد (Goncalves,1998,61) بأن الاعتمادية تعني قدرة مجهز الخدمة على إنجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه . وبين (الشميمري ، 2001 ، 281) بأن الاعتمادية هي القدرة على تقديم الخدمة في الوقت المحدد بالدقة المطلوبة

ومدى الوفاء بالالتزامات . ويرى (Slack,et.al,2004,49-50) بأن الاعتمادية في مجال الخدمات الصحية تعني الالتزام بالمواعيد المحددة للمستفيدين (المرضى) فضلاً عن تسليم نتائج الفحوصات المختبرية والأشعة وغيرها إلى المستفيدين حسب المواعيد المحددة وكذلك تخفيض نسبة المواعيد الملغاة إلى أدنى حد ممكن . وأوضح (Stevenson,2005,387) بأن الاعتمادية هي القابلية على أداء الخدمة بموثوقية وبمطابقة وبدقة عالية . وبين ( Shaik and Rabbani,2005,195) بأن الاعتمادية في الخدمات الصحية يمكن التعبير عنها بأنها حل أو إيجاد الحلول للمشاكل المتوقعة فضلاً عن إعطاء الحلول المطلوبة للمشاكل . وبين (البكري ، 2005 ، 213-212 ) بأن الاعتمادية في الخدمة الصحية تعني القدرة على الأداء في إنجاز ما تم تحديده مسبقاً وبشكل دقيق ويمثل هذا البعد (32%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى . وإن من معايير التقييم لبعد الاعتمادية الآتي : دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى ، المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية . وذكر (Shaikh,2005,515) أن الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية تعني ملاحظة أو مشاهدة المستفيد للخدمة وفقاً لتوقعاته وتلقي المعالجة المطلوبة . وأوضح (Evans & Collier ,2007,78) بأن الاعتمادية تعني قابلية أداء الخدمة الصحية الموعودة بموثوقية ودقة عالية .

وفي ضوء ما تقدم نرى بأن بعد الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية يشير إلى قدرة المنظمة الصحية على تقديم وأداء الخدمات الصحية بالجودة الموعودة للمستفيدين منها (المرضى والمراجعين للمنظمة الصحية) في الوقت المحدد وبموثوقية وبمطابقة ودقة عالية وثبات وبدون أخطاء ويمكن الاعتماد عليها ، فضلاً عن إعطاء الحلول الصحيحة للمشاكل المتوقعة والحرص على حل مشكلات المريض مما يعطي ذلك المستفيد (المريض) إحساساً وثقة بأن حياته بين أيدي أمينة وأن ثقته في الأطباء والإحصائيين عالية من حيث الدقة وعدم ارتكاب الأخطاء في الفحص

والتشخيص والعلاج ، وكذلك ثقة المستفيد بأن حساباته المالية سليمة عند مغادرته المنظمة الصحية (المستشفى) .

**(3) بعد الضمان Assurance :** أشار (محمود ، والعلاق ، 2001 ، 42) إلى أن هذا البعد هو العهد ويقصد به معلومات القائمين على تقديم الخدمة وكياستهم ، وقدراتهم على استلهاام الثقة والائتمان . وذكر (Shaikh,2002,515) أن الضمان في مجال الخدمة الصحية ناتج عن اعتماد أو ثقة المرضى بالأطباء وكادر المستشفى ، والثقة بمؤهلاتهم ومقدرتهم . أما (البكري ، 2005 ، 212-213) فقد أطلق عليه تسمية التأكيد ويقصد بها السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة ويمثل هذا البعد (19%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى . ومن معايير تقييم جودة الخدمة الصحية بموجب هذا البعد الآتي : سمعة ومكانة المستشفى عالية ، المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي ، الصفات الشخصية للعاملين . وأكد (Shahril et.al.,2004,5) أن الضمان يعني المعرفة وحسن معاملة المستخدمين " مقدمي الخدمة " وقابليتهم لإشاعة أو نشر روح الثقة والصدق ، وأيضاً تشمل الاتصالات الشفوية والتحريرية بين مقدمي الخدمات والزبائن . وبين ( Shaikh & Rabbani 2005,195) بأن الضمان يتضمن العناصر الآتية : المستشفى جديرة بالثقة والاعتماد ، الطبيب مؤهل وكفوء ، العاملين بالمستشفى يتمتعون بالكياسة واللف . وبين (رشود ، 2008 ، 54) بأن الضمان يقصد به الأمان الكافي المحيط بمكان الخدمة والشعور بالحصول على خدمة جيدة والمحافظة على سرية وخصوصيات المستفيدين من الخدمة وكذلك الاطمئنان على أرواح وممتلكات طالبي الخدمة . وأطلق (علوان ، 2005 ، 28) تسمية توكيد الجودة على بعد ضمان الجودة إذ يرى أن مرحلة توكيد الجودة تؤكد على كل الأنشطة المخططة أو النظامية المهمة

لمطابقة وضمن الخدمة وفق احتياجات المستفيد ، وأن هذه الأنشطة هي مستمرة وأساسها منع وقوع الخطأ عند تقديم الخدمة للمستفيد .

انساقا مع ما تقدم يمكن القول بأن الضمان كأحد أبعاد جودة الخدمة الصحية يقصد به تأكيد إدارة المنظمة الصحية على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين (أطباء ، ممرضين ، وغيرهم ) فضلاً عن توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة .

**(4) بعد الملموسية Tangibles :** ذكر (Chia-Ming, et.al.,2002,5) أن الملموسية تشير إلى

مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصال . وأشار ( Zeithmal and

Britner,2003,28-31) إلى أن الجوانب المتعلقة بلموسية الخدمة هي المباني وتقنية

المعلومات والاتصالات المستخدمة فيه ، والتسهيلات الداخلية للأبنية والتجهيزات اللازمة لتقديم

الخدمة ، والمظهر الخارجي للعاملين ، والترتيبات الداخلية للمنظمة الصحية ، ومواقع الانتظار

للمستفيد من الخدمة ، وغير ذلك . وأوضح (Shaikh and Rabbani,2005,195) بأن بعد

الملموسية في مجال جودة الخدمة الصحية يتضمن العناصر الآتية :مكاتب الأطباء نظيفة ،

العاملين في المستشفى يستخدمون الوسائل أو الآلات القياسية ، والوصفات الطبية (أدوية

ومستلزمات طبية) يجب أن تكون سهلة الفهم . وبين (ديوب ، وعطية ، 2005 ، 124) بأن تقييم

الخدمة الصحية من قبل المستفيد غالباً ما يتم بناءً على التسهيلات المادية مثل (الأجهزة والتقنيات

المستخدمة ، المظهر الداخلي للمستشفى ، المظهر الشخصي للعاملين ) . وذكر (حامد ، 2002

، 19) بأن بعد الملموسية يعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية ويشمل الآتي : جاذبية المباني

والتسهيلات المادية ، التصميم والتنظيم الداخلي للمباني ، حداثة المعدات والأجهزة الطبية .

وأوضح (البكري ، 2005 ، 212) بأن الملموسية تتمثل بالقدرات والتسهيلات المادية والتجهيزات

والأفراد ومعدات الاتصال ، ويمثل هذا البعد (16%) كأهمية نسبية قياساً بالأبعاد الأخرى ، ومن معايير التقييم لهذا البعد الآتي : الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج ، المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة ، أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة .وأوضح (Shahril, et.al.,2004,5) أن الملموسية تعني مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصالات . وبين (Shaikh,2005,515) أن الملموسية تشير إلى الأخذ بالاعتبار النظافة في التسهيلات الصحية ، واستعمال الأدوات النظيفة والإجراءات القياسية في التسهيلات وأخيراً الوصفة الطبية التي ينبغي أن تكون سهلة الفهم من قبل المرضى . وأكد (أدريس ، 2006 ، 294) بأن المقصود بالجوانب الملموسة حداثة وجاذبية المباني والتصميم الداخلي والتطور التقني للمعدات والأجهزة وغيرها من التسهيلات المادية المستخدمة في إنتاج الخدمة ، والأثاث والديكور ، ومظهر العاملين في مواقع الخدمة . وأشار (العلي ، 2008 ، 309) بأن الملموسية تشمل الحقائق والمعطيات المادية للخدمة مثل التسهيلات المادية والمرافق التي يستخدمها المريض وأكد (Chang,2008,7) بأن الملموسية تعني مظهر التسهيلات المادية والبشرية .

تأسيساً على ما تقدم نرى بأن بعد الملموسية يشير إلى التسهيلات المادية التي تزيد من إقبال المستفيدين (المرضى والمراجعين للمستشفى) وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية وتشمل الشكل الخارجي للمبنى ووسائل الراحة والترفيه مثل البرامج الطبية التثقيفية باستخدام أجهزة العرض والوسائل التعليمية والكتب ، وكذلك المظهر الفيزيائي للمرافق الصحية ونظافتها ، ونمط التقنية المستخدم وحداثة المعدات والأجهزة والأدوات الصحية (الطبية والمختبرية والأشعة والتمريضية وغيرها) ونظافة العاملين وهندامهم اللائق ومظهر الأثاث والديكور وجاذبية المستشفى والتصميم والتنظيم الداخلي لها .



## (5) التعاطف (الجوانب الوجدانية) Empathy : يرى كل من (Parasuraman, et.al.,1988)

بأن بعد التقمص العاطفي يشتمل على المتغيرات الآتية : اهتمام العاملين في المنظمة بالمستفيدين اهتماماً شخصياً ، تفهم العاملين في المنظمة لحاجات المستفيدين ، ملاءمة ساعات عمل المنظمة لتناسب جميع المستفيدين ، وحرص المنظمة على المصلحة العليا للمستفيدين ، والدراية الكافية باحتياجات المستفيدين .

ويرى (محمود ، والعلاق ، 2001 ، 42) بأن التعاطف يشير إلى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص ، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية وبكل ممنونية ، ويشمل هذا البعد على خصائص مثل : مدى توفير الخدمة من حيث الزمان والمكان ، والاتصالات ، ودرجة فهم مورد الخدمة للمستفيد . وبين (Chia-Ming, et.al.,2002) بأن التعاطف يثير الانتباه (الحذر أو الحرص) والعناية الشخصية المقدمة من قبل المنظمة إلى الزبائن. وأشار (Zeithaml,et.al.,2003) بأن التقمص العاطفي يتمثل في إبداء روح الصداقة والحرص على المستفيد وإشعاره بأهميته والرغبة في تقديم الخدمة حسب حاجاته . وعرف (Shahril, et.al.,2004) التعاطف بأنه الحرص "الانتباه" والعناية الخاصة التي تقدمها المنظمة الصحية إلى المستفيدين من خدماتها . وأوضح (Shaikh,2005) أن بعد التعاطف " الجوانب النفسية " يمكن أن تدرك على شكل العناية الخاصة المعطى إلى المرضى ، ومناداته بإسمه ، وإبداء صفة الانتباه تجاه المرضى . وذكر (Maher,et.al.,2005) أن التعاطف يشير إلى الانتباه والرعاية الشخصية أو الفردية التي تقدمها المنظمة الصحية إلى زبائنها . كما يرى (البكري ، 2005) بأن التعاطف يعني درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمستفيد ، ويمثل هذا البعد (16%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالإبعاد الأخرى . ومن معايير التقييم لهذا البعد الآتي : اهتمام شخصي بالمريض ، الإصغاء الكامل لشكوى المريض ، تلبية حاجات المريض بروح من الود واللفظ . وأوضح

(Shaikh and Rabbani,2005) بأن عناصر التعاطف هي : العاملون في المستشفى يتمتعون باللفظ والكماسة ، الطبيب ينادي المريض باسمه ، إعطاء الانتباه الشخصي للمريض . وأشار (إدريس ، 2006 ) إلى أن التعاطف يقصد به وضع مصلحة المستفيدين في مقدمة اهتمامات العاملين والإدارة ، وتوفير العناية الشخصية لكل منهم ، والشعور بالتعاطف مع طالب الخدمة عند تعرضه لمشكلة ما ، واحترام عادات وتقاليده المستفيدين .

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول إن بعد التعاطف يشير إلى العلاقة والتفاعل بين مراجعي المنظمة الصحية وأعضاء الفريق الصحي والفني والإداري والمحاسبي فيها . ويقصد به وجود الثقة والاحترام واللباقة واللفظ والكماسة والسرية والتفهم والإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها (المرضى) ، إذ تسهم العلاقة الجيدة بين الطرفين إلى إنجاح الخدمة الصحية واستجابة المرضى للتعليمات الصحية ، فضلاً عن أن التعاطف يضع مصلحة المرضى في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين في المنظمة الصحية والإصغاء لشكوى المريض وتلبية احتياجاته بروح من الود واللفظ.

### 8.3.2 قياس جودة الخدمات :

تعددت البحوث والدراسات لقياس جودة الخدمة ،ومن أبرز المحاولات التي تمت في هذا المجال ما قام به Berry وزملائه من خلال دراستهم التي بدأت عام 1963 ، حيث توصلوا من خلال هذه الدراسة إلى أن جودة الخدمة قابلة للقياس رغم البعد المادي لها ما يجعل عملية قياسها أمراً صعباً مقارنة مع السلع المادية ، إلا أنه لا يمكن وضع معايير ثابتة لقياس جودة الخدمة وتعميمها على جميع المؤسسات الخدمية نظراً للظروف الخاصة بكل مؤسسة ، كما أن هذا لا يمنع من وجود مقاييس جودة خدمة مشتركة بين المؤسسات الخدمية المتشابهة الوظيفة (يوسف ، 2002).

من طرق قياس الجودة : قياس الجودة من منظور الزبائن , قياس الجودة المهنية , و قياس الجودة من المنظور الشامل.

أولاً : قياس الجودة من منظور الزبائن :

من الطرق الشائعة لقياس جودة الخدمات :

**(1) مقياس عدد الشكاوي complaints :**

تعتبر الشكاوي التي يتقدم بها الزبائن خلال فترة زمنية معينة مقياساً هاماً يعبر على أن الخدمات المقدمة دون مستوى أو ما يقدم لهم من خدمات لا يتناسب مع إدراكهم لها و المستوى الذي يريدون الحصول عليه ،ويمكن هذا المقياس المؤسسات الخدمية من اتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب حدوث مشاكل وتحسين مستوى جودة ما تقدمه من خدمات لزبائنهم.

**(2) مقياس الفجوة Servqual Measure :**

يسمى نموذج الفجوة Servqual ظهر خلال الثمانينات من القرن الماضي من خلال الدراسات التي قام بها كل من ( parasuraman, Zeilhmal et berry ) وذلك بغية استخدامه في تحديد وتحليل مصادر

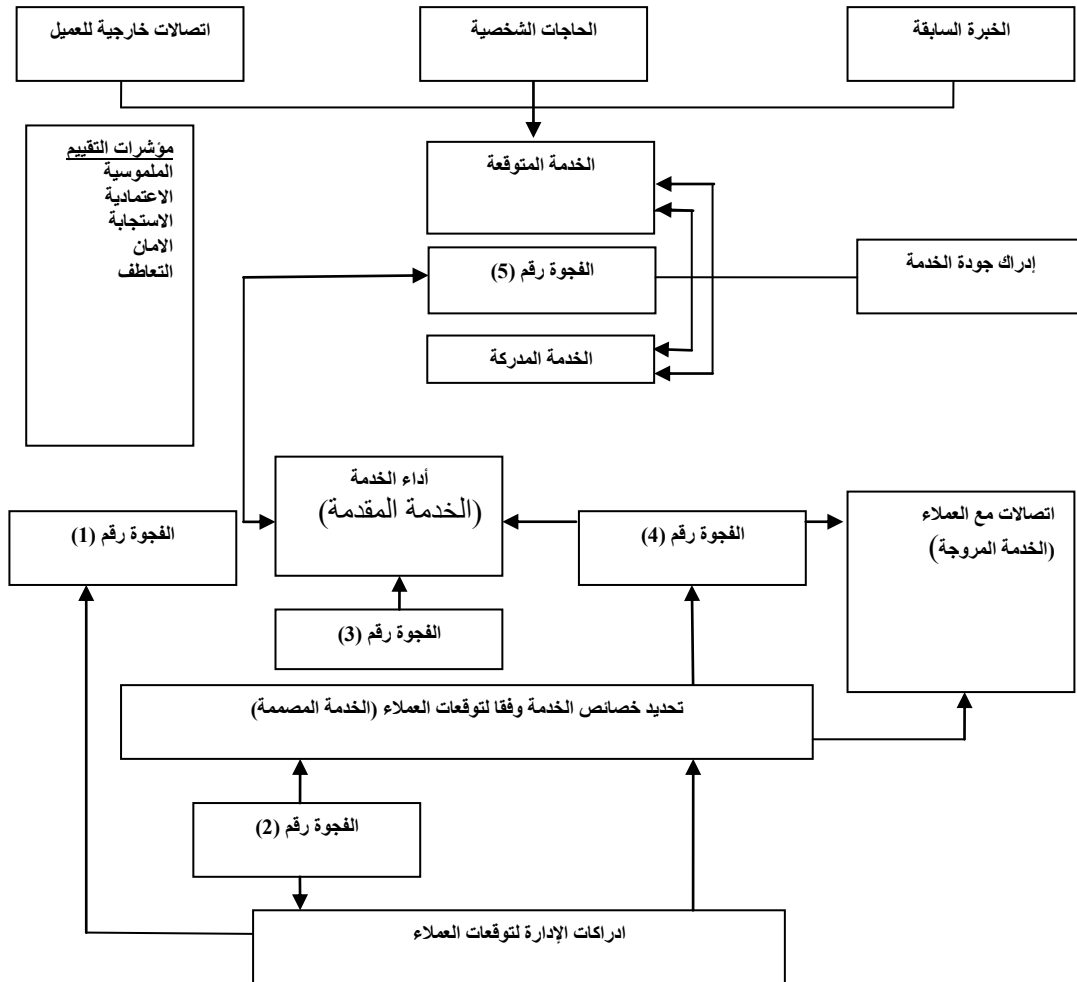
مشاكل الجودة والمساعدة في كيفية تحسينها.

إن تقييم الجودة حسب نموذج الفجوة يعني تحديد الفجوة بين توقعات العملاء لمستوى الخدمة وإدراكهم للأداء الفعلي لها. أي معرفة وتحديد مدى التطابق بين الخدمة المتوقعة والخدمة المدركة ويمكن التعبير عنها بالعلاقة التالية:

جودة الخدمة (Servqual) = التوقع - الإدراك

وقد توصل Berry وزملاؤه سنة 1985 من خلال الدراسات إلى أن المحور الأساسي في تقييم جودة الخدمة وفق هذا النموذج يتمثل في الفجوة بين إدراك العميل لمستوى الأداء الفعلي للخدمة وتوقعاته بشأنها وأن هذه الفجوة تعتمد على طبيعة الفجوات المرتبطة بتصميم الخدمة وتسويقها وتقديمها.

ويعتمد بناء هذا النموذج على تحديد الخطوات التي يجب أخذها بالاعتبار عند تحليل وتخطيط جودة الخدمة، وقد حدد نموذج الفجوة، الفجوات التي تسبب عدم النجاح في تقديم الجودة المطلوبة وتمثل في خمس فجوات يمكن توضيحها من خلال الشكل (1.2) :



الشكل (1.2)

نموذج الفجوة

المصدر : (ابو النجا , 2008)

### الفجوة رقم (1) :

وهي الفجوة بين ما يرغب العملاء وبين ما تعتقده الإدارة عن ما يرغبه هؤلاء العملاء وتنتج هذه الفجوة من نقص في الفهم ،أو سوء تفسير حاجات و رغبات العملاء. وتزداد هذه الحالة في تلك النوعية من الشركات التي لا تقوم باستكشاف رضا العملاء ،أو تلك التي لا تقوم بمثل هذه الأبحاث إلا في حالات قليلة أو نادرة. ولذلك فإن أهم خطوة لسد هذه الفجوة إنما نجدها تتمثل في البقاء عن قرب من العملاء ،والقيام بالبحوث المتعلقة بالتعرف على حاجاتهم وقياس مدى رضاهم عن الخدمات التي تم تقديمها.

### الفجوة رقم (2) :

وتشير إلى عدم وجود تطابق المواصفات الخاصة بالخدمة مع ادراكات الإدارة لتوقعات العميل أي أنه رغم إدراك إدارة المؤسسة الخدمية لتوقعات العميل إلا أنها غير قادرة على ترجمة ذلك إلى مواصفات محددة في الخدمة المقدمة.

### الفجوة رقم (3) :

وهي فجوة بين مواصفات الخدمة الموضوعية والأداء الفعلي لها ، فإذا تمكنت المؤسسة الخدمية من وضع المواصفات المطلوبة في الخدمة ، فلا يمكنها أداء هذه الخدمة بسبب وجود مواصفات معقدة وغير مرنة ، وعدم تدريب العاملين على أدائها أو عدم اقتناعهم بالمواصفات المطلوبة ، أو عدم وجود الحافز الكافي لأداء هذه الخدمة .

### الفجوة رقم (4) :

وتتمثل في فجوة من الخدمة المروجة والخدمة المقدمة ، أي أن الوعود المعطاة من خلال الأنشطة الترويجية لا تتطابق مع الأداء الفعلي للخدمة وذلك لوجود ضعف في التنسيق بين العمليات والتسويق الخارجي للمؤسسة الخدمية .

### الفجوة رقم (5) :

وتتعلق بالفجوة بين الخدمة المتوقعة والخدمة المؤداة ، وهذا يعني أن الخدمة المتوقعة لا تتطابق مع الخدمة المدركة وتكون محصلة لجميع الفجوات بحيث يتم على أساسها الحكم على جودة أداء المؤسسة الخدمية .

### (3) مقياس الرضا Satisfaction Measure :

وهو أكثر المقاييس استخداما لقياس اتجاهات الزبائن نحو جودة الخدمات المقدمة وخاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات عن طريق توجيه الأسئلة التي تكشف للمؤسسات الخدمية طبيعة شعور الزبائن نحو الخدمة المقدمة لهم وجوانب القوة والضعف بها ، كما يمكن هذه المؤسسات من تبني إستراتيجية للجودة تتلاءم مع احتياجات الزبائن وتحقق لهم الرضا نحو ما يقدمه لهم من خدمات.

### (4) مقياس الأداء الفعلي Servperf Measure :

servperf وتعني أداء الخدمة وهي كلمة مكونة من العبارتين service الخدمة و الأداء performance.

يقول معلا (1998) إن هذا النموذج يعرف باسم ( Servperf ) ظهر خلال 1992 نتيجة للدراسات التي قام بها (Taylor & Cronin) وتأخذ الجودة في إطار هذا النموذج مفهوما اتجاهياً يرتبط بإدراك العميل للأداء الفعلي للخدمة المقدمة ويعرف الاتجاه على أنه " تقييم الأداء على أساس مجموعة من الأبعاد المرتبطة بالخدمة المقدمة" .

يقوم هذا النموذج على أساس رفض فكرة الفجوة في تقييم جودة الخدمة ، ويركز على تقييم الأداء الفعلي للخدمة ، أي التركيز على جانب الإدراكات الخاصة بالعميل فقط ذلك أن جودة

الخدمة يتم التعبير عنها كنوع من الاتجاهات وهي دالة لإدراكات العملاء السابقة وخبرات وتجارب تعامل المؤسسة ، ومستوى الرضا عن الأداء الحالي للخدمة.

فالرضا حسب هذا النموذج يعتبر عاملا وسيطا بين الإدراكات السابقة للخدمة والأداء الحالي لها ، وضمن هذا الإطار تتم عملية تقييم جودة الخدمة من طرف العميل.

وفي هذا الصدد يرى معلا (1998) أن التجربة الأولى نحو الخدمة ( أي تقييم التجربة الأولى مع المؤسسة) يعتبر دالة للتوقعات المسبقة حول الخدمة . وبتعبير آخر ، فالعميل يقيم الخدمة على أساس خبرته السابقة وإذا ما انعدمت هذه الخبرة فإنه يعتمد بشكل أساسي على توقعاته خلال مرحلة ما قبل الشراء ، وأن توقعاته المستقبلية حول الخدمة هي دالة لعملية تقييمه للأداء الحالي ، بمعنى أن ( الاتجاه أو موقف العميل من الخدمة يتكيف طبقا لمستوى الرضا الذي يكون قد حققه خلال تعامله مع المؤسسة).

وتتضمن عملية تقييم الجودة وفق هذا النموذج الافتراضات التالية :

(1) في غياب خبرة العميل السابقة في التعامل مع المؤسسة فإن توقعاته حول الخدمة تحدد بصورة أولية لمستوى تقييمه لجودتها.

(2) بناء على خبرة العميل السابقة المتراكمة كنتيجة لتكرار التعامل مع الشركة ، فإن عدم رضاه عن مستوى الخدمة المقدمة يقوده إلى مراجعة المستوى الأولي للجودة.

(3) إن الخبرات المتعاقبة مع المؤسسة ستقود إلى مراجعات إدراكية أخرى لمستوى الجودة ، وبالتالي فإن تقييم العميل لمستوى الخدمة يكون محصلة لكل عمليات التعديل الإدراكي التي يقوم بها العميل فيما يتعلق بجودة الخدمة ، وهكذا فإن رضا العميل عن مستوى الأداء الفعلي للخدمة ، له أثر مساعد في تشكيل إدراكات العميل للجودة ، وعند تكرار الشراء فإن الرضا يصبح أحد المدخلات الرئيسية في عملية التقييم.

وعليه نخلص إلى أن الاتجاه كأسلوب لتقييم جودة الخدمة يتضمن الأفكار التالية :

(1) أن الأداء الحالي للخدمة يحدد بشكل كبير تقييم العميل لجودة الخدمة المقدمة فعليا من المؤسسة الخدمية.

(2) ارتباط الرضا بتقييم العميل لجودة الخدمة أساسه الخبرة السابقة في التعامل مع المؤسسة أي أن التقييم عملية تراكمية طويلة الأجل نسبيا.

(3) تعتبر المؤشرات المحددة لمستوى الجودة (الاعتمادية ، الاستجابة ، التعاطف ، الأمان ، والملموسية ) ركيزة أساسية لتقييم مستوى الخدمة وفق نموذج SERVPERF .

#### (5) مقياس القيمة : Value Measure :

يرتكز هذا المقياس على العلاقة بين المنفعة والسعر الذي يحدد القيمة ، فكلما ازدادت مستويات المنفعة للخدمات المدركة ، انخفض سعر الحصول عليها ، وبالتالي تزداد القيمة المقدمة للعملاء ومن ثم يزيد إقبالهم على طلب الخدمات ، والعكس صحيح . فتوفر هذا المقياس في المؤسسة الخدمية يدفعها إلى تركيز جهودها لتقديم خدمة متميزة لعملائها بأقل تكلفة ممكنة .

#### ثانيا : قياس الجودة المهنية :

يرى المحياوي (2006) أن تقييم جودة الخدمة من منظور الزبون يمثل جزءا من برنامج الجودة ، وعلى ذلك مقاييس الجودة المهنية تتناول قدرة منظمات الخدمة على الوفاء بخدماتها المتنوعة من خلال الاستخدام الأمثل لمواردها المتاحة . من طرق قياس الجودة المهنية ما يلي :

#### (1) قياس الجودة بدلالة العملاء :

يرى أصحاب هذا المدخل أن توفر المؤسسة على البيئة المادية الملائمة من : تجهيزات ومعدات وعاملين أكفاء ، وقوانين ولوائح ومعدات وأدوات ، ونظم مساعدة ، وأهداف محددة وأساليب عمل وإجراءات واضحة يؤدي حتما إلى تحقيق خدمة مميزة .



فبالرغم من منطقية هذا الأسلوب لقياس جودة الخدمة ، إلا انه لم ينتشر مقارنة مع الأساليب الأخرى وذلك يرجع إلى:

- اختلاف وجهات النظر حول الأبعاد والعناصر الخاصة بجودة الخدمة.
- عدم التمكن من تحديد مقياس كمي لقياس الأبعاد والعناصر المتعلقة بالجودة .
- الاهتمام بالجانب النظري فقط وإهمال الجانب التطبيقي العملي.

### (2) قياس الجودة بدلالة العمليات :

يهتم هذا المقياس بجودة العمليات أو بمراحل تقديم الخدمة ، كما يحتوي على المؤشرات ومعايير توضح النسب المقبولة لكافة عناصر أنشطة الخدمات المقدمة ، كي يتم تصنيف الخدمات كخدمات جيدة. فبالرغم من توفر بعض الجوانب المنطقية لهذا الأسلوب في القياس إلا انه لا يعتبر دقيقا في تصميم وقياس وتقييم جودة الخدمة مقارنة مع الأساليب الأخرى ، كونه يركز على عمليات الخدمة بدلا من أبعادها الكمية.

### (3) قياس الجودة بدلالة المخرجات :

يتم قياس جودة المخرجات من خلال مجموعة من الطرق الآتية:

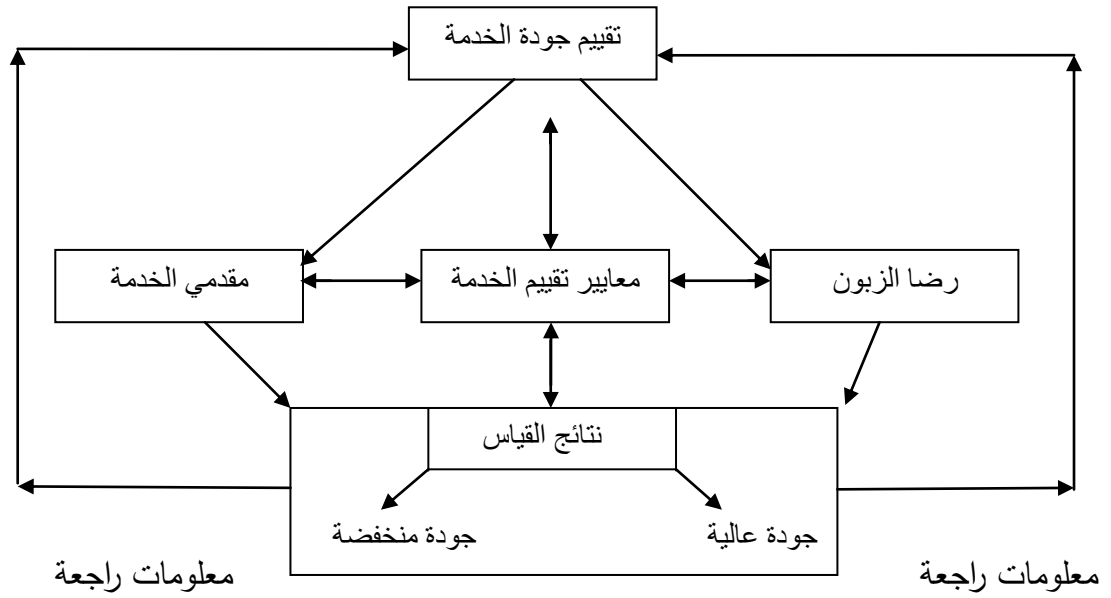
- القياس المقارن أي يتم إجراء مقارنات كمية بين الأداء المستهدف والأداء الفعلي بغرض اكتشاف جوانب الضعف ومحاولة تجنبها مستقبلا.
- استقصاء رضا العملاء بخصوص الخدمة المقدمة.
- استقصاء العاملين في المؤسسة لتحديد مشاكل ومعوقات تحقيق أداء الخدمة.

### ثالثا : قياس الجودة من المنظور الشامل :

يتم خلال هذا المدخل معالجة شاملة لقياس جودة الخدمة وتقييمها من وجهة نظر الزبون و من وجهة نظر مقدم الخدمة أو المؤسسة ، وهذا ما يوضحه الشكل (2.2) :

إجراءات لمعالجة المشاكل

إجراءات للتحسين المستمر



الشكل (2.2)

نموذج لقياس الجودة من المنظور الشامل

المصدر : ( المحياوي , 2006 )

## الفصل الثالث

### رضا المرضى

### 1.3 مقدمة :

ظهر مفهوم الرضا في علم الإدارة بصورة الرضا الوظيفي وهو مقياس يدل على درجة رضا العامل عن عمله وما يحيط به من عوامل وظروف ، وقد استخدم هذا المفهوم للدلالة على مستوى ولاء العامل لمؤسسته التي يعمل فيها .وقد اجتهد المديرون وعلماء الإدارة ( ولا سيما المهتمين بإدارة الموارد البشرية ) في البحث عن المحفزات التي تزيد من درجة رضا العميل ، لما لذلك من تأثير ايجابي في زيادة الإنتاج كما ونوعا، ومن ثم تحقيق الخطط الطموحة وزيادة الأرباح والقدرة التنافسية . ثم انتقل هذا المفهوم إلى المؤسسات الخدمية بصورة رضا العملاء عن الخدمات المقدمة لهم ، كالعلاء وزبائن المصارف والمتاجر وشركات الطيران والفنادق ،فضلا عن رواد المستشفيات. وتتفاوت درجة الاهتمام بمفهوم الرضا في هذه المؤسسات الخدمية حسب أهمية نوع الخدمة التي تخص العميل ( الفراج ، 2009 )

### 2.3 مفهوم رضا الزبون :

فقد أعطيت عدة تعريفات ومفاهيم خاصة بالرضا ، وتباينت حسب آراء المفكرين والباحثين في الميدان التسويقي خاصة ما يتعلق منها بالمنظمات الخدمية ، ذلك أن عناصر تقييم الخدمة لدى الزبون تعد أكثر صعوبة من تقييم المنتجات السلعية.

ويمكن أن نوجز أهم التعارف الخاصة بالرضا فيما يلي:

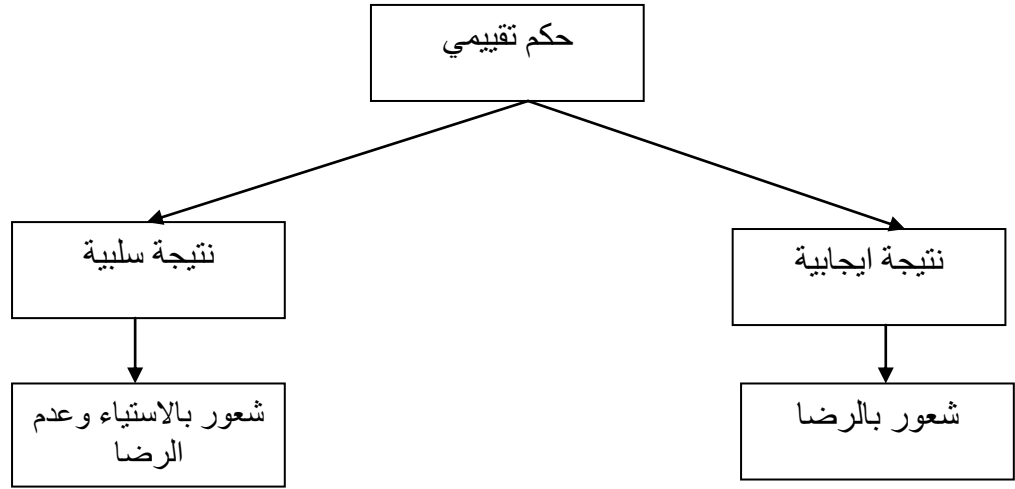
يعرف ( صحن ، 2003 ) الرضا بأنه مستوى إحساس الفرد الناجم عن المقارنة بين أداء

المنتج المدرك وبين توقعات هذا الفرد .

ويعرف kotler (2006) الرضا بأنه " إحساس ايجابي أو سلبي يشعر به العميل اتجاه

تجربة شراء أو استهلاك معينة ، والناجمة عن مقارنة بين توقعاته وأداء المنتج " .

يعرف Ladwin (2003) الرضا بأنه " الحالة النفسية الناتجة عن عمليات تقييم مختلف ".  
 بهذا التعريف نستخلص أن الزبون يقوم بعملية تقييم أداء المنتج أو القيمة المدركة ومقارنتها بالقيمة المتوقعة والتي تم على أساسها اختيار المنتج أو العلامة من بين البدائل، فيصدر حكماً بالإيجاب أو السلب على نتيجة التقييم هذه الأخيرة تولد لدى الزبون شعوراً معيناً سواء بالرضا أو الاستياء كما هو موضح في الشكل (1.3).



الشكل (1.3)

البعد الموضوعي والنفسي للرضا

ومن خلال التعريفات السابقة فيمكن أن نستنتج خاصيتين أساسيتين لمفهوم الرضا وهما:

- يعبر الرضا عن شعور معين حاصل عن تجربة معينة لدى الزبون ، من خلال المقارنة بين التوقعات و ادراكات أداء العملية أو التجربة ، فهو يمثل مقارنة بين الخدمة المنتظرة والخدمة المدركة.
- يعبر الرضا عن أبعاد شعورية وإدراكية تتبع عملية أو تجربة معينة ، كما يتأثر بعوامل خاصة بالزبون التي تختلف من زبون إلى آخر.

### 3.3 أهمية رضا الزبون :

طبقا ل ( حبيبية ، 2005) تحقق حالة الرضا جملة من المزايا للزبون والمؤسسة في نفس الوقت

منها :

- حالة الرضا تعتبر ميزة في حد ذاتها للزبون كونها تعبر عن حالة من الاستقرار النفسي تجاه موضوع معين.
- رضا الزبون يحقق ميزة تنافس للمؤسسة لأنه يسمح باستقرار برامج وخطط العمل خلال فترة زمنية وبالتالي تخفيض أعباء وتكاليف المؤسسة.
- تدفع مستويات الرضا العالية الزبون إلى تكرار عملية الشراء مما يعني تكرار المعاملات التي تربط المؤسسة بالزبون وبالتالي يمكن أن تنشأ علاقة واتصال دائم بينهما.
- الرضا يخلق حافز لدى الزبون ليكون وفيا للمؤسسة أو العلامة .

### 4.3 علاقة الرضا بالجودة :

يرى نيتز، 2000 (Netter) أن الجودة المدركة أحد العناصر الأساسية المكونة للقيمة التي تقدمها المؤسسة للزبون وبالتالي فأثر الجودة المدركة على رضا الزبون يمثل جزءاً من أثر القيمة الكلية، و ما تجدر الإشارة إليه أن العلاقة "الجودة تساوي الرضا" هي علاقة خاطئة و المعادلة الصحيحة هي أن الجودة تؤدي إلى الرضا، هذا يعني أن الرضا دالة في مجموعة من المتغيرات من بينها الجودة و التوقعات، فليس دائما الجودة المدركة تعتبر مبررا لحالة الرضا فهناك الكثير من حالات الرضا رغم انخفاض مستوى الجودة، و في الجهة المقابلة و بالرغم من مستوى الجودة العالية يكون الزبون غير راض، ومثال ذلك وجود مسافرين في محطة تقدم خدمة عالية

المستوى لكن في نفس الوقت يوجد أشخاص يسببون إزعاجاً لهذا المسافر، و هذا ما يولد لديه حالة من الاستياء تقود ربما إلى مقاطعة هذه المحطة.

تأكيد هذه العلاقة بين مؤيد و معارض، لكن ما يتفق عليه أن الجودة العالية تعتبر من مقدمات الرضا و أغلب الوضعيات تقود بالضرورة إلى الرضا إلا في حالة وجود عناصر تشويش مثل المثال السابق ، هذه الأهمية تدفع المؤسسة للتركيز على جودة منتجاتها من اجل تحسين الرضا ( Netter , 2000 ) .

### 5.3 رضا المريض :

تختلف عملية تحقيق رضا العميل في تسويق الخدمات كثيرا عما هو عليه في تسويق السلع، باعتبار أن الجودة المدركة في الخدمة هي غير الجودة المدركة في السلع الملموسة وذلك بسبب اختلاف الخصائص التسويقية فيما بينها، ويزداد الأمر خصوصية في قطاع الخدمات الصحية عن باقي القطاعات الأخرى في الخدمات ويعود ذلك إلى خصوصية المرضى الذين يختلفون الواحد عن الآخر تبعاً لحالتهم الصحية . عليه فإن جوهر الجودة يتمثل في مقابلة احتياجات ومتطلبات المرضى من الخدمة الصحية المقدمة لهم، والتي يتوجب توافيقها مع الاستخدام المسبق الذي يريده المريض.

ويرتبط هذا التوافق إلى حد كبير مع القيمة التي يتحسسها من الخدمة الصحية وما يعقبها من رضا ويمكن التعبير عن هذه العلاقة ب : الرضا ≤ الإدراك - التوقع.

يرى سفيان (2006) أن المريض يقارن بين الخدمة المدركة، أي التي حصل عليها فعلا ، والخدمة كما كان يتوقعها ، فإذا كانت الأولى أقل من الثانية كان شعوره بالاستياء وعدم الرضا ، أما إذا كانت متساويتين كان شعوره بالرضا وازداد ولاؤه للمنظمة الصحية ، وتمسك بها . والجدير بالذكر أن توقعات المرضى تلعب دوراً حيوياً في الحكم على جودة الخدمة التي تقدمها المنظمات الصحية

وينبغي ملاحظة أن المريض يبني توقعاته على نتيجة لتفاعل أربع قوى وهي:

أولاً : احتياجات المريض.

ثانياً:الخبرة السابقة للمريض.

ثالثاً: الكلمة المتداولة Word –of–mouth من الأصدقاء والزملاء.

رابعاً:الاتصالات التسويقية التي تقدمها المنظمات الصحية لعملائها ، لإعلامهم بمستوى جودة

الخدمة الصحية المعلن عنها وذلك من خلال أنشطة الإعلان والترويج.

### 6.3 أبعاد رضا المرضى :

يرى سفيان (2006) أنه يمكن النظر إلى الرضا على أنه حجر نفيس كريم عديد الإضلاع ،

كل ضلع فيه يمثل بعداً من أبعاد الرضا ،ومع ذلك فإن مساحات الإضلاع المختلفة أو أوزان

الأبعاد المختلفة ليست بالضرورة متشابهة ، وفيما يلي التشكيلة المبسطة لأبعاد رضا المريض :

- النزعة الإنسانية أو فن الرعاية.
- القدرة على الإعلام.
- الجودة الإجمالية ( بما فيها العلاقات بين الأشخاص).
- كفاءة مقدم الخدمة.
- البيروقراطية داخل النظام الصحي.
- سهولة الحصول على الخدمة.
- التكلفة.
- البيئة الخارجية والداخلية.
- الحصيلة الصحية بما فيها مخرجات الصحة كنتيجة للرعاية.
- الاهتمام بالمشاكل النفسية والاجتماعية.



### 7.3 قياس مستوى رضا المريض :

إن قياس مستوى رضا العملاء يعتبر مهما بالنسبة لجميع المنظمات، لأنه يعبر عن مدى نجاح إدارة المنظمة في التعامل مع عملائها وفي تسويق منتجاتها وخدماتها . وقد أثبتت الدراسات أن العميل الراضي عن المنتج أو الخدمة يتحدث عن رضاه إلى ثلاثة أشخاص من معارفه وأما العميل غير الراضي فهو يتحدث عن عدم رضاه عن المنتج أو الخدمة إلى أكثر من عشرين شخص . وهذا يدل على مدى تأثير رضا العميل الواحد أو عدم رضاه في عملية التسويق .لذلك يعتبر رضا العميل أصلاً من أصول المنظمة ويساعد المنظمة على الاحتفاظ بها، حيث إن العميل الراضي يعود إلى الشراء مرات أخرى، بالإضافة إلى أنه يعمل على نقل الصورة الجيدة عن المنتج أو الخدمة وعن المنظمة في حد ذاتها إلى معارفه مما يؤدي إلى ولائه لها بالإضافة إلى استقطاب عملاء جدد (جودة ، 2008 ) .

يرى زين الدين (2002) أن هناك العديد من الوسائل المتاحة لقياس رضا المرضى أو المراجعين، حيث إن نجاح المنظمة الصحية في خدمة أسواقها يعتمد بدرجة كبيرة على مدى قدرتها على خدمة عملائها وتحقيق رضاهم . ومن ضمن هذه الوسائل ما يلي :

#### أولاً : أنظمة الشكاوي والمقترحات :

في ظل هذا النظام تشجع المنظمة الصحية العملاء على التقدم بمقترحاتهم عن أي مجالات لتطوير وتحسين الخدمة بما يحقق رضاهم، ومن خلال نظام الشكاوي والمقترحات يمكن أن نحول الأشخاص غير الراضين عن المنظمة إلى أشخاص لديهم ولاء للمنظمة و خدماتها، لأن هذا النظام يخلق إحساساً لدى العميل على أنه موضع اهتمام من جانب المنظمة . ومما يجدر بالذكر أن المنظمات التي لديها توجه بالعمل تتجاوب بشدة مع شكاوي عملائها، بل تذهب إلى أبعد من ذلك، إذ أنها تحاول البحث عن الشكاوي، فعدم وجود شكاوي لا يعني بالضرورة وجود مستوى عال

من رضا العملاء، وذلك أن هذا النظام المتبع لإعطاء فرص تثبيت رضاهم عن الخدمة قد لا يكون كافياً . كما ينبغي الأخذ بعين الاعتبار أن هناك ما يسمى بالأغلبية الصامتة من العملاء والذين ليسوا على استعداد لتقديم أي شكوى مهما كانت الظروف.

### ثانياً : بحوث قياس رضا العميل :

وهو أن تقوم المنظمة الصحية من فترة لأخرى بإجراء بحوث لقياس رضا العميل عن خدماتها ورغبته في الاستمرار في التعامل معها مستقبلاً من عدمه، وهذا من خلال تصميم قائمة للاستقصاء ويكون ذلك في شكل مقياس مدرج يمثل مستويات جودة الخدمة، يأخذ في العادة خمسة مستويات تتدرج، من رائع Outstanding ثم جيد جداً Very Good ، ثم مرضي Satisfactory فمقبول Fair ، وأخيراً جودة رديئة Poor (زين الدين ، 2002) . والشكل (2.3) يمثل وصفاً حقيقياً للمقياس المدرج الذي تم وصفه .

5	4	3	2	1
رائع	جيد جداً	مرضي	مقبول	رديء
أو راضي جداً	أو راضي	(معقول) أو	أو غير	أو غير
		محايد	راضي	راضي
				تماماً

### الشكل (2.3)

#### المقياس المدرج

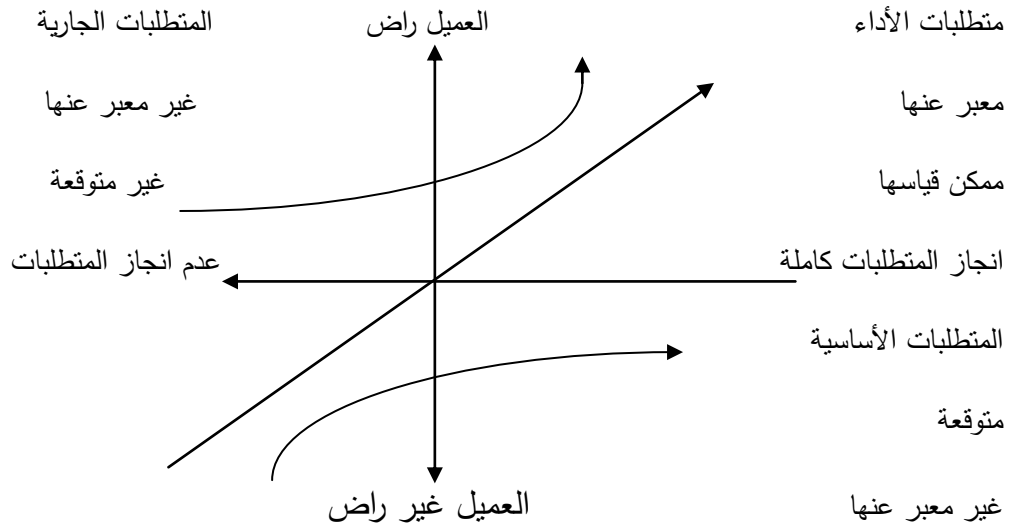
ومن ثم نلاحظ أنه كلما ارتفع وصف الجودة نحو الكمال فإن الدرجة المعطاة تزيد فالجودة الرديئة تعطى الرقم (1) وتستمر في الزيادة إلى أن تصل إلى الجودة الرائعة وتعطى رقم (5) ويمكن استخدام مقياس من ثلاثة أو إحدى عشر نقطة بدلاً من خمس نقاط كالسابق . وعندما يتم الوصول إلى النتائج يجب وضع مخطط بياني يوضح نسبة المرضى في كل مجموعة، فإذا كان

المخطط البياني يميل كثيرا لليمين فهذا يعني أن المنظمة الصحية واقعة في مشكلة، أما إذا كان في شكل جرس، فهذا يعني أنها تحوي على أعداد معقولة غير راضية ومحايدين وراضين . أما لو كان منحرفا كثيرا لليساار فهذا يعني أن المنظمة الصحية قد حققت درجة عالية من الرضا لغالبية مرضاها . وأخيرا فإذا كان التوزيع ثنائيا فإن على المنظمة الصحية تطوير خدمة جديدة لإشباع الحاجات غير المشبعة في السوق مع الإبقاء على الخدمة الحالية لإشباع المجموعات الراضية.

### ثالثا : نموذج كانو لرضا العملاء : (The Kano Model for Customer Satisfaction)

يقسم نموذج كانو لرضا العملاء والموضح في الشكل (3.3) متطلبات الخدمة من حيث تأثيرها في

رضا العملاء إلى ثلاثة أنواع ( جودة ، 2008 ) .



شكل (3.3)

نموذج كانو لرضا العملاء

#### (1) المتطلبات الأساسية ( Basic or must-be requirements ):

يتوقع أن تكون هذه المتطلبات موجودة في الخدمة، وبالتالي لا حاجة إلى التعبير عنها. إذا لم

يتم تلبية هذه المتطلبات فإن العميل لن يكون راضيا، وبالمقابل إذا كانت هذه المتطلبات موجودة

(من المسلم به أن تكون موجودة ) فإن ذلك لن يزيد من مستوى رضا العميل.

## (2) متطلبات الأداء ( Performance requirements ) :

وفقا لمتطلبات الأداء والتي هي باتجاه واحد فإن مستوى رضا العميل يتناسب طرديا مع درجة تلبية هذه المتطلبات، فكلما كانت درجة تلبية هذه المتطلبات عالية كلما كان مستوى الرضا عالي والعكس بالعكس، وهذه المتطلبات يطلبها العميل صراحة.

## (3) المتطلبات الجاذبة ( Attractive or Delight requirements ):

إن هذه المتطلبات تحتل أكبر درجة من التأثير على درجة رضا العميل، وحسب طبيعة هذه المتطلبات فإنها غير معبر عنها من قبل العميل، وكذلك فهي غير متوقعة من قبل العميل . إن الوفاء بهذه المتطلبات بدرجة معينة يعطي العميل درجة أكبر من الرضا . أما إذا لم يتم الوفاء بهذه المتطلبات فإن العميل لن يشعر بعدم الرضا .

وتستفيد إدارة المنظمة من تصنيف نموذج "كانو" لمتطلبات الخدمة بهذا الشكل من عدة نواحي أهمها، أن ذلك التصنيف يساعد الإدارة على ترتيب أولوياتها فيما يتعلق بتطوير الخدمة، حيث قد توجه الإدارة جهودها لتطوير متطلبات الأداء والمتطلبات الجاذبة بدلا من توجيهها نحو تطوير المتطلبات الأساسية إذا كانت هذه الأخيرة موجودة بدرجة مرضية للعميل . أما من حيث جمع المعلومات عن العميل فهناك العديد منها مثل المقابلة والملاحظة والاستبيان.

## 8.3 سلوك المرضى والعوامل المؤثرة فيهم :

السلوك هو التصرف الذي يصدر من المستفيد بهدف الحصول على الخدمات الصحية عند الحاجة إليها، والمستفيد من تلك الخدمات الشخص الذي يشتري الخدمة الصحية للاستفادة منها، أو استفادة أفراد أسرته أو استفادة المقيمين معه في نفس السكن أو تقديمها لأحد الأقارب أو الأصدقاء ( المساعد ، 2006 ) .

### 1.8.3 تحليل سلوك المستهلك :

يقول (بازرعة ، 1987) إن المستهلك يعد نقطة البداية التي تسبق الإنتاج وتوجهه باستمرار طبقاً للمفهوم التسويقي الحديث الذي يهدف إلى تحقيق احتياجات المستهلك ورغباته، بحيث يكون ذلك هو الهدف الرئيسي الذي تسعى المنظمة لتحقيقه والذي ينبغي أن تأخذه في الحسبان عند إعداد خططها لتحليل سلوك المستهلك يعتبر المدخل الناجح لعملية التسويق في تحدي احتياجاته غير المشبعة، باعتبار أن مفهوم التسويق باختصار هو البحث عن حاجات المستهلك وإشباعها.

وقد يجد تحليل سلوك المستهلك جذوره في النظرية الاقتصادية، إذ استند التحليل الاقتصادي على العقلانية باعتبارها أساس سلوك المستهلك ويفترض حينئذ بالمستهلك إجراء ترتيب سلمي لحاجاته، ويجب أن يتبع سلوكه هذا التدرج في إشباع الحاجات . غير أن دراسات سلوك المستهلك عبر نظريات التحليل النفسي قد ساهمت أيضاً في تطوير تحليل وتفسير السلوك الإنساني . وهي تعيد السلوك الإنساني إلى الدوافع المدفونة لديه أول دوافع لا يدركه ولكنها مؤثرة على سلوكه في نفس الوقت، لذا يتطلب تحليل سلوك الفرد تحديد كل من الدوافع المدركة وغير المدركة ومن هذا برزت نظريات ودراسات الدوافع، وقد اعتمدت في التسويق أمثال نظرية ماسلو و هارزبرج .

ويبرز سلوك المستهلك أكثر خصوصية في تلك المنظمات التي وجدت أصلاً لخدمة المستهلك . ويتجلى ذلك واضحاً في المنظمات الصحية وتحديداً في المستشفيات التي وجدت أصلاً لخدمته من كل الجوانب الصحية التي يكون بحاجة إليه . لذلك فقد جندت المستشفيات كل طاقاتها المعلنة والكامنة، حيال القيام بالاستجابة لطلبات المرضى عند الحاجة لأية خدمة تشخيصية أو علاجية أو وقائية . حتى أصبح من المؤلف أن تقرأ الإشارات المرفوعة من قبل إدارات المستشفيات بأن " المرضى هم دائماً على حق " .

فالمستهلك قد يضع حاجاته ورغباته بطريقة مختلفة عن غيره أو عما تفكر به المنظمة . لذلك فان نقطة البدء لفهم سلوك المستهلك هو في تحديد المؤثرات القائمة حاليا ومستقبلا، حيث إن المريض هو الطرف النهائي الذي يكون بتماس مباشر مع الخدمة المقدمة، وأن اتخاذه لقرار التعامل هو تعبير عن السلوك الشرائي والمرهون بعدد من العوامل الموقفية مثل المحيط المادي للمستشفى الذي يتأثر بالموقع، الأصوات والضوضاء، الرائحة، الضوء، وغيرها من المتغيرات البيئية التي تؤثر على قرار المريض في شراء الخدمة الصحية من هذا المكان دون غيره.

لذلك فالمستشفى تحاول جاهدة أن توفر بيئة خاصة من شأنها تسهيل وتشجيع المستهلكين على شراء الخدمة الصحية والإقدام عليها بما هو متحقق من ملموسية واضحة في تقديمها؛ بالإضافة إلى المحيط الاجتماعي وما تمثلها من الخصائص والتفاعلات التي يبديها الأصدقاء، الأقارب الفريق الطبي في لحظة الإقدام على شراء الخدمة الصحية مما قد يؤثر سلبا أو إيجابا على السلوك الشرائي المتحقق . كما أن للبعد الزمني تأثير كبير على قرار الشراء، إذ أن مقدار الوقت المتاح للتعرف على المنتج أو الخدمة المقدمة للمرضى عامل مهم في تحقيق المعرفة الكافية عن تلك الخدمة . فضلا عن ذلك فإن توقيت تقديم الخدمة صباحا أو مساء، أو من خلال أحد أيام الأسبوع لها أثر بالغ في قرار المريض لشراء الخدمة.

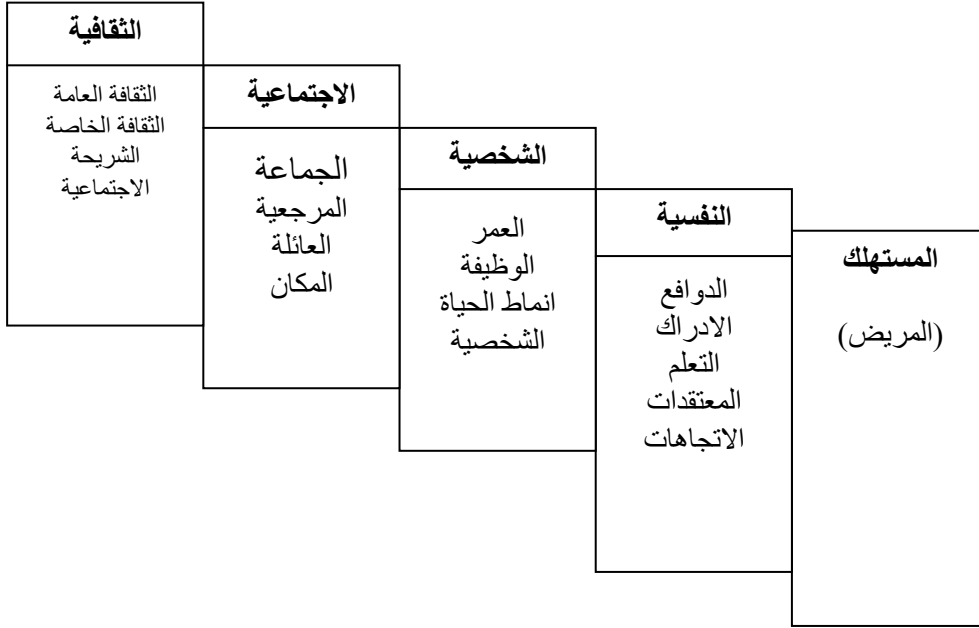
### 2.8.3 العوامل المؤثرة في السلوك الشرائي للمستهلك :

يعد سلوك المستهلك سلوكا إنسانيا يتأثر بمجمل العوامل والضغوط التي تؤثر على الفرد سواء أكانت هذه العوامل والضغوط اقتصادية، اجتماعية أو نفسية . وتعتبر عملية التنبؤ بسلوك المستهلك من المسائل البالغة التعقيد بسبب تداخل وتشابك هذه العوامل فيما بينها.

وبقدر تعلق الأمر بالمرضى مع المنظمات الصحية والمستشفى، فإنهم يتأثرون أيضا بذات العوامل المؤثرة في الشراء التقليدي . إلا أن الاختلاف حتما سيكون تبعا لطبيعة الحالة الصحية

المطلوب تجاوزها من قبل المريض، ودرجة خطورتها على حياته . ولكن الحديث هنا يتعلق بخصوصية الجوانب السلوكية التي تقود المرضى للتعامل مع الخدمات الصحية التي تقدمها المنظمات العاملة في مجال الصحة والطب ( عمر ، 2006).

ويمكن توضيح هذه العوامل عبر الشكل (4.3) .



الشكل (4.3)

العوامل المؤثرة في سلوك المستهلك ( المريض )

المصدر : ( عمر ، 2006 )

(أ) العوامل الثقافية :

يقول مذکور (1998) أن العوامل الثقافية هي مجموع العوامل التي يعبر من خلالها الفرد عن أسلوبه في التعامل مع المفردات اليومية اتساقا مع التراكم المعرفي المتحقق لديه عبر تجاربه الإنسانية وما تحققه من تعميق فكري . وهي أيضا الثقافة العامة التي يمكن تعريفها بشكل مختصر على أنها " تراكم معرفي وقيمي لمقاصد ومفاهيم يستخدمها المجتمع للتعامل مع البيئة التي يعيش فيها وتتم مناقلتها للأجيال القادمة".

وأصبحت بالتالي معيارا شخصيا للتعامل مع الآخرين، وعلى سبيل المثال أصبحت من الثقافات العامة للفرد الأوروبي قيامه بعمليات الفحص الدوري السنوي أو نصف السنوي للتأكد من سلامته الصحية . أما الثقافة الفرعية فهي الثقافة التي تمتلك سمات وصفات سلوكية خاصة يمكن تمييزها عن غيرها من المجاميع الأخرى ضمن الثقافة العامة، فنجد مثلا اتجاه واضح لدى العديد من أفراد التي تجاوزوا مرحلة الشباب إلى حد ما، يتفقون في توجيههم نحو تناول الأطعمة النباتية، أو تلك الأطعمة الخالية من الدهون . وهذا يرجع إلى تقديرهم ومعرفتهم بأن ذلك يحافظ على سلامة صحتهم ويبعدهم عن أمراض كثيرة تسببها الدهون واللحوم وأخطرها الذبحة الصدرية، أو الجلطة القلبية، فضلا عن زيادة نسبة الكوليسترول في الدم الذي يقود إلى مخاطر صحية كثيرة تنحصر في أثرها على كفاءة عمل القلب، وضيق أو تصلب الشرايين .

كما تدخل ضمن العوامل الثقافية الشريحة الاجتماعية المختلفة في جوانب عديدة، كأن يعتمد هذا الاختلاف أو التفاوت على مستوى الدخل، التعلم، مكان الإقامة، المهنة، كأساس في التمايز ما بين الشرائح في المجتمع . وعليه يمكن تعريف الجوانب الثقافية على أنها " التجانس النسبي للأقسام أو الأجزاء في المجتمع والمرتبة بشكل هرمي يشترك أعضاؤها بقيم واهتمامات مشتركة وسلوك متشابهة " وتستطيع المنظمات الصحية من هذا التصنيف تحديد التصرف أو التوجه للتعامل السلوكي مع الأفراد على وفق الشرائح المختلفة، وهنا يكون الأمر مشابه إلى حد كبير مع موضوع تجزئة السوق ، إذ لا يمكن التعامل مع المجتمع على أنه متجانس، بل لابد أن تكون هناك اختلافات قائمة بين أجزائها . فمثلا مخاطبة الشريحة الاجتماعية ذات الخصائص الأقل تحضرا ثقافيا واجتماعيا، يختلف تماما عما هو عليه في المجتمع المتحضر، ويعتمد ذلك في كيفية التعامل مع الإرشاد الطبي، أو التعامل مع الأمراض وطريقة المراجعة الطبية (مذكور،1998).



## (ب) العوامل الاجتماعية :

يتأثر الفرد بالعديد من العوامل الاجتماعية التي تمثل بمجملها مجموعة العلاقات التي تربطها بأفراد آخرين يتعايش ويتفاعل معهم باستمرار ويتأثر بهم بذات الوقت، وتتمثل هذه العوامل في الجماعات المرجعية كمجموع الأصدقاء ، جماعات العمل، الجيران، النقابات والجمعيات . والتي تمتلك تأثير مباشر وغير مباشر على اتجاهات الأفراد وسلوكهم، بالإضافة للعائلة باعتبارها المجموعة الأولى التي يتصل بها الفرد ويؤثر ويتأثر بها عند اتخاذ قرار معين يتعلق بصحتهم . كما تلعب المكانة الاجتماعية دور مهم في التأثير على الآخرين، على سبيل المثال عند القيام بحملات التبرع بالدم فإن الفرد سيقدم ويسارع قبل غيره في التبرع تبعا لمكانته بين الآخرين.

## (ج) العوامل الشخصية :

وتتمثل خاصة في العمر الذي يؤثر إلى حد كبير في السلوك الشرائي للخدمة الصحية، حيث كلما ازداد العمر زاد الاعتماد على الذات في اتخاذ قرار الشراء للخدمة الصحية، بل إن الأنظمة والقوانين الطبية تشترط موافقة رب العائلة على إجراء العمليات الجراحية لمن كان دون السن القانوني (18) سنة ، ويكون الأمر بحالة معكوسة لمن هم في مرحلة الشيخوخة والكهولة.

بالإضافة لنمط الحياة التي يمكن إرجاعه إلى معيشة الفرد في المجتمع المحيط به، والأنشطة المختلفة التي يقوم بها واهتماماته وآراءه، وعليه فان المسوقين عليهم أن يبحثوا في العلاقة القائمة بين الخدمات الصحية المقدمة، وأنماط الحياة للمجاميع المستهدفة من الجمهور، فمثلا وجد أن السمنة سبب لأمراض كثيرة تصيب الإنسان ، ولكن وجدوا أن هناك مجموعة من النساء ينظرون للموضوع أكثر من كونه جانب صحي، ولكن يمتد للجانب الجمالي لهن في التعامل مع هذه الخدمة الصحية أو تلك . كما أن الشخصية تعد أحد أهم المؤشرات في تقييم سلوك الفرد، ومدى حسن التصرف من عدمه، وهي تتأثر بالسلمات المميزة للفرد وما اكتسبه من

خبرة خلال حياته و المؤثرات الخارجية المحيطة به، ويقدر تعلق الأمر بالسلوك الشرائي للخدمة الصحية يتضح بان تمتع الفرد أو المريض بتلك الشخصية المميزة والواضحة تمكنه من حسن اختيار للطبيب أو المستشفى ، ويستطيع التمييز ما بين الخدمات المتشابهة المقدمة من أطراف صحية مختلفة (مذكور ، 1998).

#### (د)العوامل النفسية :

يرى المؤذن (2002) أن المريض يتأثر إلى حد كبير بعدد من العوامل النفسية كالتحفيز الذي يعرف على أنه " شيء خارجي يؤثر على سلوك الفرد باتجاه بلوغ الأهداف المقصودة " وهو بذلك تعبير عن رغبات أو احتياجات وتمنيات غير محققة يحاول الفرد العمل على إشباعها، وخير نموذج يمكن أن يعتمد للتفسير هو نموذج ماسلو للحاجات، حيث أن الجانب الصحي يمثل المرحلة الثانية من الحاجات في السلم . وحيث أن الفرد بعد أن يشبع حاجته من المأكل والملبس والسكن،فهو بحاجة لتحقيق الأمن والاستقرار، ويتمثل الجزء الأعظم من هذا الجانب في السلامة الصحية

إذ أن الحاجة للخدمة الصحية هي مسألة أساسية لكنها تمتد أيضا صعودا إلى قمة السلم عندما يرغب الفرد في السفر للمنتجات السياحية، أو البحث خدمات العلاج الطبيعي ... الخ . كما أن لعامل الإدراك الذي يعرف على أنه " عملية استقبال الأفراد لميزات تمهيدا لترجمتها إلى استجابات( سلوك )، وهذا يعني أن الإدراك هو عملية فهم البيئة المحيطة بالإنسان وإعطائها معنى ، أي هو ملاحظة الفرد لشيء أو علاقة أو حدث معين من خلال حواسه الخمس .

بالإضافة للتعلم الذي يمثل مجموعة المتغيرات الحاصلة في سلوك الفرد الناجمة عن تراكم الخبرات السابقة لديه، كما أنه يتوقف على عدد من العوامل منها درجة النضج لدى الفرد، الرغبة في التعلم، القدرة والدافعية للتعلم، الاستعداد الذهني ... الخ . فالمرضى أيضا يستطيعون التعلم من

خلال تفاعلهم مع الأطباء والممرضين وذوي الخبرة الطبية في تحديد ما هو مضر بالصحة وما هو مفيد، ومتى وكيف يمكن استشارة الطبيب، وما هي الأدوية المسموح تناولها.

بالإضافة إلى الشخصية فهي عبارة عن التنظيم الديناميكي داخل الفرد لتلك الأجهزة النفسية والجسمية التي تحدد طبعه الخاص في توافقه لبيئته أما العوامل الديموغرافية التي تؤثر على سلوك المريض تتمثل في : العمر والجنس.

## الفصل الرابع

### الوضع الصحي في ليبيا

## 1.4 مقدمة :

قبل التطرق إلي المفاهيم الأساسية لقضية الجودة وفلسفتها وقبل الشروع في الحديث عن إدارة الجودة في القطاع الصحي فإنه من الضرورة بمكان التعرف على واقع الوضع الصحي الليبي بشكل عام من خلال التطرق إلي الأرقام والإحصاءات ذات العلاقة والتي توضح بعضا من خصائص هذا القطاع وكذلك التعرف على الإمكانيات المتاحة، والتعرف على بعض المؤشرات الصحية بالقدر الذي تقتضيه الضرورة البحثية.

## 2.4 المؤشرات الديموغرافية :

ويبين الجدول رقم (1.4) عدد سكان ليبيا حسب إحصائية سنة 2010 والذي بلغ ( 5,702,000 نسمة)، حيث بلغت نسبة الذكور (50.7%) ونسبة الإناث (49.3%) :

جدول (1.4)  
عدد سكان ليبيا لسنة 2010

النسبة	العدد	الجنس
50.7%	2,890,000	ذكور
49.3%	2,812,000	إناث
100%	5,702,000	المجموع

\*المصدر: التقرير السنوي لوزارة الصحة الليبية ( اللجنة الشعبية العامة للصحة سابقا) لسنة 2010

ووفقا للتقرير السنوي لوزارة الصحة الليبية ( اللجنة الشعبية العامة للصحة سابقا) لسنة 2010 نورد

فيما يلي بعض المؤشرات الديموغرافية في ليبيا :

- عدد الأسر الليبية والأجنبية وصل إلى 981190 أسرة ليبية و 94212 أسرة أجنبية.
- بلغت نسبة الزيادة في عدد السكان بين تعداد سنة 1995 وتعداد سنة 2006 إلى 16%.

- بلغ متوسط حجم الأسرة الليبية 6 أفراد لكل أسرة.
- بلغت نسبة الذكور إلى إجمالي عدد السكان 50.7% ونسبة الإناث إلى 49.3% .
- نسبة الكثافة السكانية ( 3.3 فرد ) في الكيلومتر المربع الواحد.
- بلغت نسبة الليبيين الذين تتراوح أعمارهم من 15 سنة فأكثر (عدد السكان في سن العمل) هي 68.9% من المجموع الكلي للسكان .

- متوسط العمر المتوقع عند الولادة هو 71 سنة ، وعلى وجه التحديد 73 سنة للإناث و 69 سنة للذكور.

- انخفض معدل الزيادة الطبيعية للسكان بين تعدادي سنة 1984 و 1995 من 4.2% إلى 2.9% وانخفض في سنة 2006 إلى 1.8% .

- متوسط الولادات السنوية هو (24.9) لكل 1000 من السكان.

- متوسط الوفيات السنوية هو (4.1) لكل 1000 من السكان.

- متوسط الزيادة السنوية للسكان هو (21) لكل 1000 من السكان.

ازداد عدد سكان ليبيا بشكل تصاعدي خلال السنوات ( 2006 - 2012 ) كما هو موضح

بالجدول (2.4)

## جدول (2.4)

العدد التقديري للسكان في ليبيا ( 2006 - 2012 )

السنة	ذكور	إناث	العدد الكلي للسكان
2006	2,708,000	2,589, 000	5,298, 000
2007	2,756,000	2,635, 000	5,392, 000
2008	2,805,000	2,682, 000	5,488, 000
2009	2,841,000	2,762,000	5,603, 000
2010	5,890,000	2,812,000	5,702, 000
2011	2,946,000	2,866,000	5,812, 000
2012	3,002,000	2,920,000	5,922, 000

\*المصدر: التقرير السنوي لوزارة الصحة الليبية ( اللجنة الشعبية العامة للصحة سابقا) لسنة 2010

## 3.4 المستشفيات العاملة في مدينة بنغازي:

يوضح الجدول (3.4) المستشفيات العاملة في مدينة بنغازي وضواحيها وقدرتها الاستيعابية والنسب

المئوية لعدد الاسرة بين هذه المستشفيات.

## جدول (3.4)

المستشفيات العاملة في مدينة بنغازي وقدرتها الاستيعابية

النسبة المئوية	عدد الاسرة	المستشفيات
%12	400	مركز بنغازي الطبي
%9.6	350	مستشفى جراحة وطب الأطفال
%12.3	450	مستشفى الأمراض النفسية
%14	515	مستشفى الجمهورية

480	13%	مستشفى الجلاء للحوادث
150	4%	مستشفى الكوفية للأمراض الصدرية
160	4.3%	مستشفى 7 ابريل للمسالك
120	3.2%	مستشفى العيون
500	13.7%	مستشفى الهواري العام
200	5.4%	مستشفى السابع من أكتوبر
40	1%	مركز الأمراض السارية
60	1.6%	مركز القلب
100	2.7%	مركز أمراض الكلى
60	1.6%	مستشفى قمينس
60	1.6%	مستشفى سلوق
3645	100%	المجموع

\*المصدر: التقرير السنوي لوزارة الصحة الليبية (اللجنة الشعبية العامة للصحة سابقا) لسنة 2010

يوضح الجدول (4.4) عدد العيادات الخاصة ذات الخدمات الإيوائية وذات الخدمات غير إيوائية

والمختبرات الطبية والصيدليات في مدينة بنغازي حسب التقرير السنوي لوزارة الصحة (2010)

وهي كالاتي :



#### جدول (4.4)

عدد العيادات الخاصة والمختبرات الطبية والصيدليات في مدينة بنغازي

المختبرات	الصيدليات	عيادات الأسنان	عيادات ( مصحات ) ذات خدمات غير إيوائية	عدد الاسرة	عيادات ( مصحات ) ذات خدمات إيوائية
24	185	27	49	205	12

\*المصدر: التقرير السنوي لوزارة الصحة الليبية ( اللجنة الشعبية العامة للصحة سابقا) لسنة 2010

#### 4.4 مقارنة بين دول الشرق الأوسط بشأن مرافق الرعاية الصحية الأولية:

يوضح التقرير السنوي لوزارة الصحة الليبية ( اللجنة الشعبية العامة للصحة سابقا) لسنة 2010

المقارنة بين دول الشرق الأوسط بشأن مرافق الرعاية الصحية الأولية وعدد الأسرة لسنة 2010 :

#### جدول (5.4)

مقارنة بين دول الشرق الأوسط لسنة 2010

السنة	المستشفيات	مراكز ووحدات الرعاية الصحية الأولية	الدولة
	*النسبة	*النسبة	
2009	2.4	18.0	الأردن
2008	0.2	19.9	البحرين
2009	2.00	20.9	تونس
2009	2.6	37.0	ليبيا
2006	3.1	13.8	إيران

2009	1.00	15.1	سوريا
2008	0.8	19.0	سلطنة عمان
2008	0.4	18.0	الكويت
2009	.....	34.5	لبنان
2009	0.7	17.3	مصر
2009	2.9	11.3	المغرب
2008	0.8	21.7	السعودية

\*النسبة لكل 10,000 من السكان

#### 5.4 خدمات الإسعاف:

تشمل خدمات الإسعاف سيارات الإسعاف ، الإسعاف الطائر بنوعيه النفاث والهيلوكبتر

جدول (6.4)

خدمات الإسعاف

الإسعاف	المادة	ت
602	سيارات إسعاف	1
4	الإسعاف الطائر . طائرات نفاثة	2
5	الإسعاف الطائر . طائرات هيلوكبتر	3
9	مجموع الإسعاف الطائر	المجموع

\*المصدر: التقرير السنوي لوزارة الصحة الليبية ( اللجنة الشعبية العامة للصحة سابقا) لسنة 2010

#### 6.4 القوى العاملة الوطنية وغير الوطنية في المراكز الصحية في بنغازي لسنة 2010 :

يوضح الجدول (7.4) القوى الوطنية وغير الوطنية من أطباء وأطباء أسنان ، صيادلة، ممرضات،

مهنيين وخدمات إدارية في المراكز الصحية في مدينة بنغازي لسنة 2010

#### جدول (7.4)

#### القوى الوطنية وغير الوطنية

أطباء	أطباء أسنان	صيادلة	ممرضات	مهنيين	خدمات إدارية
407	304	40	1211	723	629

\*المصدر: التقرير السنوي لوزارة الصحة الليبية ( اللجنة الشعبية العامة للصحة سابقا) لسنة 2010

#### 7.4 توزيع مخصصات الإمدادات ( التجهيزات ) الطبية لعام (2010) :

يشير التقرير السنوي لوزارة الصحة الليبية ( اللجنة الشعبية العامة للصحة سابقا) لسنة 2010

إلى توزيع مخصصات الإمدادات الطبية على النحو التالي :

• تم تخصيص مبلغ وقدره ( 700 مليون دينار ليبي ) كميزانية لاستيراد الأدوية والمعدات

الطبية خلال سنة 2010 وتم توزيعها كالتالي :

• تم فتح اعتمادات لاستيراد الأدوية والمعدات الطبية بمبلغ ( 600 مليون دينار ليبي )

كمرحلة أولى .

• تم تخصيص مبلغ وقدره ( 100 مليون دينار ليبي ) للأغراض التالية :

(2) استيراد بعض البنود ( الأشياء) الإضافية وتم تأجيل البعض بانتظار موافقة ديوان المحاسبة )

اللجنة الشعبية العامة للتفتيش والرقابة سابقا ).

(3) استيراد 22 سيارة تبريد وذلك لنقل وتوصيل الاحتياجات والإمدادات الطبية والأدوية للصيديات

العامة في المدن وكذلك المستشفيات والعيادات.

4) تم تخصيص مبلغ إضافي لأدوية خاصة ( اعتمادات أجنبية) وعدد من التجهيزات المحلية.

\*المصدر: التقرير السنوي لوزارة الصحة الليبية( اللجنة الشعبية العامة للصحة سابقا) لسنة 2010

#### 8.4 التغيير في حجم الإنفاق على قطاع الصحة في ليبيا ( 2003 – 2010 ) :

لقد تغير حجم الإنفاق على قطاع الصحة في ليبيا خلال السنوات ( 2003 – 2010 ) في

ليبيا بشكل تصاعدي حيث كان حجم الإنفاق لسنة 2003 مائتان وخمسون مليون دينار ليبي

وأصبح سبعمائة مليون دينار ليبي لسنة 2010.

#### جدول (8.4)

التغيير في حجم الإنفاق على قطاع الصحة في ليبيا ( 2003 – 2010 )

السنة	حجم الإنفاق على القطاع الصحي العام ( مليون دينار)
2003	250
2004	250
2005	250
2006	260
2007	300
2008	500
2009	600
2010	700

\*المصدر: التقرير السنوي لوزارة الصحة الليبية( اللجنة الشعبية العامة للصحة سابقا) لسنة 2010

## الفصل الخامس

### الدراسة الميدانية

## 1.5 مقدمة :

يتناول هذا الفصل الدراسة الميدانية التي تنقسم إلى ثلاثة أجزاء : الجزء الأول هو الدراسة الاستطلاعية وذلك للتأكد من صلاحية ووضوح الأسئلة الواردة بصحيفة الاستبانة وتوضيح مدى إمكانية إجراء الدراسة من عدمها . أما الجزء الثاني فيسلط الضوء على الدراسة الرئيسية ويتناول منهجية هذه الدراسة من حيث المنهج الذي استخدمه الباحث ومجتمع الدراسة وأداة جمع البيانات من أفراد مجتمع الدراسة، فضلا عن أساليب التحليل الإحصائي المستخدمة لتحقيق أهداف الدراسة. أما الجزء الثالث فقد تم فيه تحليل البيانات الأساسية، ويتضمن تصنيف البيانات حسب الجداول التكرارية وتحليل الجداول عن طريق برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) للوصول إلى نتائج الدراسة.

## 2.5 الدراسة الاستطلاعية :

يتم في هذا الجزء استخدام الدراسة الاستطلاعية لمعرفة إمكانية القيام بالدراسة الرئيسية من عدمه ، وبالتالي فإن الدراسة الاستطلاعية تساعد على تحقيق أهداف الدراسة، حيث لا يوجد مرجع سابق يبين الحجم المناسب للعينة الاستطلاعية - على حد علم الباحث - عليه تم تحديد حجم العينة الاستطلاعية ب ( 33 ) مفردة تمثل 9% من عينة الدراسة ، ولقد تم اختيار العينة العشوائية النسبية ، حيث إنها تعمل على تمثيل أفراد العينة بنسب تواجدهم في المجتمع الأصلي.

## 1.2.5 أداة الدراسة :

استنادا إلى الدراسات السابقة قام الباحث بتصميم استمارة استبانة بالاعتماد على الاستمارة التي صممها ( الفراج ، 2009 ) وذلك بعد إجراء بعض التعديلات عليها حتى تتناسب مع بيئة الدراسة.

وتكونت استمارة الاستبانة المستخدمة في هذه الدراسة منجزة للمعلومات العامة:

ويشمل المعلومات الشخصية والعامية ( الجنس ، العمر ، المستوى التعليمي ، من أشار على المريض بالإقامة بالمستشفى ، مدة الانتظار والوقت المنفق من لحظة وصول المريض للمستشفى إلى لحظة الاتصال الأول بالطبيب).

كما وتكونت استمارة الاستبانة المستخدمة في هذه الدراسة من أربعة محاور وهي :

- المحور الأول : ويشمل كفاءة الأطباء والمرضى داخل المستشفى.
- المحور الثاني : ويشمل الخصائص الفندقية للمستشفى الذي أجري فيه الاستبيان.
- المحور الثالث : ويشمل الخدمات العلاجية التي تلقاها المرضى داخل المستشفيات.
- المحور الرابع : ويشمل رضا المرضى على الخدمات الصحية داخل المستشفى.

## 2.2.5 اختيار مقياس أداة الدراسة :

لقد تم اختيار مقياس ليكرت الخماسي ، لأنه يعتبر من أكثر المقاييس استخداماً لسهولة فهمه وتوازن درجاته، والذي يتكون من الإجابات التالية ( موافق تماماً، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق على الإطلاق) والتي أعطيت له الأوزان كما مبينة في الجدول ( 1.5).

### جدول (1.5)

عبارات الاستبانة وتوزيع الدرجات عليها

الإجابة	موافق تماماً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق
الدرجة	5	4	3	2	1

حيث يكون لإجابة موافق تمام وزن (5) درجات، وموافق وزن (4) درجات، ومحايد (3) درجات، وغير موافق (2) درجتين، وغير موافق على الإطلاق (1).

وبهذا يمكن تحديد المتوسط الافتراضي لمقياس الدراسة عن طريق المعادلة التالية:

$$3 = \frac{15}{5} = \frac{\text{مجموع الأوزان}}{\text{عددها}} = \text{المتوسط الافتراضي}$$

كما تم اختيار مقياس ليكرت الخماسي ، الذي يتكون من الإجابات التالية ( راض جداً، راض، محايد، غير راض، غير راض جداً) والتي أعطيت له الأوزان كما مبينة في الجدول (2.5).

### جدول (2.5)

عبارات الاستبانة وتوزيع الدرجات عليها

الإجابة	راض جداً	راض	محايد	غير راض	غير راض جداً
الدرجة	5	4	3	2	1

حيث يكون لإجابة راض جداً وزن (5) درجات، وراض وزن (4) درجات، ومحايد (3) درجات، وغير راض (2) درجتين، وغير راض جداً (1).

بما أن المتوسط الافتراضي لمقياس الدراسة هو (3)، إذاً سوف يتم اعتبار كل ما يزيد عن المتوسط الافتراضي لمقياس الدراسة بأن هناك اتجاهًا إيجابيًا لدى أفراد عينة الدراسة نحو عبارات المقياس، وذلك بمقارنة متوسطات الإجابات مع المتوسط الافتراضي.



### 3.2.5 ثبات وصدق مقياس الدراسة:

للتحقق من الصدق الظاهري لاستمارة الاستبانة تم الاستعانة بمجموعة من المحكمين من أساتذة الإدارة المختصين للتحقق من مدى صدق فقرات الاستبانة، وبلغ عدد المحكمين (3) محكمين ، انظر الملحق (3) حيث طلب منهم مراجعة فقرات الاستبانة من حيث مدى وضوح الفقرات وجودة صياغتها اللغوية، ومدى انتمائها للمجال الذي تقيسه.

وللتأكد من ثبات الأداة تم تطبيقها على عينة استطلاعية تكونت من (33) مريضاً، وقد تم استخدام معادلة كرونباخ ألفا للاتساق الداخلي لحساب معامل ثبات الأداة حيث كانت النتيجة ( 0.962)، وقد تم حساب معامل الصدق وذلك بأخذ الجذر التربيعي لمعامل ثبات المقياس حيث بلغت قيمته ( 0.980) وهي نسبة مرتفعة عززت الثقة في صدق المقياس.

كما قام الباحث باستخراج معامل الثبات والصدق لكل متغير من متغيرات مقياس الدراسة والجدول (3.5) يوضح ذلك.

#### جدول ( 3.5 )

معامل الثبات والصدق لمتغيرات مقياس الدراسة

م	المحاور	معامل الثبات	معامل الصدق
1	كفاءة الأطباء والممرضين	0.916	0.957
2	الخصائص الفندقية	0.923	0.960
3	الخدمات العلاجية	0.899	0.948
4	رضا المرضى	0.917	0.957
	الإجمالي	0.962	0.980

### 3.5 الدراسة الرئيسية :

من خلال إجراء الدراسة الاستطلاعية تبين إمكانية تطبيق مقياس الدراسة على العينة المختارة، فقد حاز المقياس على معدلات صدق وثبات عالية، وأنه لا يوجد غموض في المقياس، من هذا المنطلق أجريت الدراسة الرئيسية حيث تم عرض عينة الدراسة والكيفية التي تم بها جمع وتحليل البيانات، والأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة بيانات الدراسة، ومن ثم وصف وتحليل البيانات لهذه العينة.

#### 1.3.5 عينة الدراسة :

سبق أن تم تحديد مجتمع الدراسة في الفصل الأول (6272) مريض، واستناداً إلى الجدول الذي قدمه كل من (kerjcie and Morgan (1970) ، فإن حجم العينة حدد بـ (364) مريضاً وقد تم اختيار العينة بالطريقة العشوائية النسبية من بين الأفراد المكونين لمجتمع الدراسة، وذلك بضرب النسبة المئوية لعدد أفراد المجتمع لكل مستشفى في حجم العينة الكلي.

فعلى سبيل المثال مستشفى الجمهورية يمثل نسبة (45%) من إجمالي عينة الدراسة أي (  $364 \times 0.45$  ) وبذلك يكون عدد مفردات العينة لمستشفى الجمهورية (163) مفردة، مع ملاحظة أنه يتم تقريب الناتج، وبنفس الطريقة على المستشفيات الأخرى.

يجب التنويه هنا أن مستشفى الجلاء كان مقفلاً فترة توزيع استمارات الاستبيان على المرضى وعند مراجعة جهات الاختصاص تم إعلام الباحث أن المستشفى مقفلاً لأسباب أمنية تمر بها مدينة بنغازي وأن جميع المرضى يتم تحويلهم إلى المركز بنغازي الطبي ، عليه فإن الباحث قام بتوزيع استمارات الاستبانة الخاصة بمرضى مستشفى الجلاء في مركز بنغازي الطبي.

كما يوضح الجدول (4.5) توزيع أفراد العينة بالمستشفيات محل الدراسة

#### جدول (4.5)

توزيع أفراد العينة بالمستشفيات محل الدراسة

اسم المستشفى	عدد المرضى	النسبة	حجم العينة
مستشفى الجمهورية	2849	% 45	164
مستشفى الهوارى	660	% 11	40
مركز بنغازى الطبي	810	% 13	47
مستشفى 7 أكتوبر	628	% 10	36
مستشفى الكوفية للأمراض الصدرية	240	% 4	15
مستشفى الجلاء	872	% 14	51
مستشفى النهر لطب العيون	213	% 3	11
الإجمالي	6272	% 100	364

وقد تم توزيع (364) استمارة استبانة على أفراد العينة المستهدفة، وتم استلام (360)

استمارة استبانة أي بنسبة ( 98.9 % ) وذلك بفاقد (4) استمارات أي ما نسبته ( 0.011 % )

ويوضح الجدول (5.5) عدد الاستمارات الموزعة والمستوفاة من حجم العينة المستهدفة.

### جدول (5.5)

عدد الاستمارات الموزعة والمستوفاة من حجم العينة المستهدفة

عدد الاستمارات المستوفاة	عدد الاستمارات الموزعة	اسم المستشفى
160	164	مستشفى الجمهورية
40	40	مستشفى الهواري
47	47	مركز بنغازي الطبي
36	36	مستشفى 7 أكتوبر
15	15	مستشفى الكوفية للأمراض الصدرية
51	51	مستشفى الجلاء
11	11	مستشفى النهار لطب العيون
360	364	الإجمالي

### 2.3.5 أساليب تحليل البيانات :

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي تم جمعها، تم إدخال البيانات وتحليلها

باستخدام برنامج مجموعة الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية ( Statistical Package For

Social Science ) والذي يرمز له بالرمز ( SPSS ) وتم تقسيم التحليل إلى جزأين، الجزء الأول

يتضمن الإحصاء الوصفي وذلك عن طريق استخدام جداول التوزيعات التكرارية لعرض متغيرات

الدراسة على شكل تكرارات ونسب مئوية، كما تم حساب الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمحاوير الدراسة.

أما الجزء الثاني فيتمثل في الإحصاء التحليلي حيث تم استخدام معامل ارتباط بيرسون لتوضيح العلاقة بين متغيرات الدراسة، بالإضافة إلى استخدام اختبار (t) وذلك من أجل أن نتحقق من تبعية البيانات للتوزيع الطبيعي.

### 3.3.5 خصائص مفردات الدراسة :

يتناول هذا الجانب تحليل خصائص مفردات الدراسة من حيث ( الجنس ، العمر ، المستوى التعليمي ، من أشار على المريض بالإقامة بالمستشفى ، مدة الانتظار والوقت المنفق من لحظة وصول المريض للمستشفى إلى لحظة الاتصال الأول بالطبيب)، وذلك على النحو التالي :

### 1.3.3.5 عينة الدراسة وفقا للجنس :

يظهر من الجدول (6.5) أن نسبة الذكور بلغت ( 53.1%) من مجموع أفراد العينة، بينما بلغت نسبة الإناث (46.9%).

#### جدول (6.5)

توزيع أفراد العينة وفقا للجنس

النسبة	التكرار	الجنس
53.1%	191	ذكر
46.9%	169	أنثى
100%	360	الإجمالي

### 2.3.3.5 عينة الدراسة وفقا للعمر :

يوضح الجدول (7.5) توزيع أفراد العينة حسب العمر، ونلاحظ أن غالبية أفراد العينة من الفئة العمرية ( من 40 سنة فأكثر) وكانت نسبتها (56.4%) وهي مجموع الفئتين ( من 40 سنة إلى أقل من 50 و فئة من 50 فأكثر) نظرا لأنه مع تقدم الإنسان في العمر غالبا ما يصاحب ذلك أمراض وعلل، في حين الفئة ( من 30 سنة إلى أقل من 40) كانت نسبتها (28.3) أما الفئة العمرية ( أقل من 30 سنة) كانت نسبتها ( 15.3) وقد يرجع السبب في ذلك أن صغار السن غالبا ما تكون مناعتهم أقوى من الفئات العمرية كبيرة السن.

#### جدول (7.5)

توزيع أفراد العينة وفقا للعمر

العمر	العدد	النسبة
أقل من 30 سنة	55	%15.3
من 30 سنة إلى أقل من 40	102	%28.3
من 40 سنة إلى أقل من 50	87	%24.2
من 50 سنة فأكثر	116	%32.2
المجموع	360	%100

### 3.3.3.5 عينة الدراسة وفقا للمستوى التعليمي :

يوضح الجدول ( 8.5 ) أن نسبة حاملي الشهادة الثانوية (24.2%) وحاملي شهادات المعهد المتوسط (13.3%) في حين بلغت نسبة حاملي المؤهل الجامعي أو ما يعادله (9.4%) في حين أن أقل نسبة كانت من حاملي شهادة الماجستير أوالدكتوراة حيث بلغت (1.7%) ، وكانت نسبة التعليم الأساسي (33.1%)، في حين كانت نسبة حاملي الشهادة الإعدادية(18.3%). وعند

التمعن في هذه النسب المختلفة يتبين أن غالبية المرضى من حملة الشهادة الثانوية فما فوق حيث كانت نسبتهم ( 48.6%) وهذا يعزز الجانب الإيجابي في فهم وإجابة الأسئلة في استمارة الاستبانة.

#### جدول (8.5)

توزيع أفراد العينة وفقا للمستوى التعليمي

النسبة	التكرار	المستوى التعليمي
33.1%	119	أساسي
18.3%	66	إعدادي
24.2%	87	ثانوي
13.3%	48	معهد متوسط
9.4%	34	جامعي أو ما يعادله
1.7%	6	ماجستير / دكتوراة
100%	360	الإجمالي

#### 4.3.3.5 عينة الدراسة وفقا للمهن :

يوضح الجدول (9.5) توزيع أفراد العينة وفقا للمهن ، ونلاحظ أن النسبة الأعلى كانت من نصيب ربات البيوت حيث بلغت ( 31.9%) ، تليها بعد ذلك نسبة الموظفين وبلغت ( 25.8%)، تليها بعد ذلك نسبة المهن الحرة وبلغت ( 19.7%) بينما نلاحظ تقارب نسبي المتقاعدين والطلاب حيث كانت ( 10.6%) و ( 10.3%) بالتوالي، كما يلاحظ أن نسب العمال ومهن أخرى كانت الأقل بين النسب حيث بلغتا ( 1.4%) و ( 0.3%) على التوالي.

## جدول (9.5)

توزيع أفراد العينة وفقا للمهن

النسبة	التكرار	المهنة
%19.7	71	مهن حرة
%10.6	38	متقاعد
%31.9	115	ربة منزل
%10.3	37	طالب
%25.8	93	موظف
%1.4	5	عامل
%0.3	1	أخرى
%100	360	الإجمالي

### 5.3.3.5 عينة الدراسة وفقا لمن أشار على المرضى بالإقامة بالمستشفى:

يوضح جدول (10.5) نسب من أشار على المرضى بالإقامة بالمستشفى ، حيث يتضح من الجدول أن غالبية من أشاروا على المرضى بالإقامة بالمستشفى هم أشخاص كانوا نزلاء بهذا المستشفى أو يعملون به حيث بلغت نسبة المرضى الذين كانوا مقيمين بهذا المستشفى والذين أشاروا على المرضى المقيمين حاليا بهذا المستشفى ( 25.6%) بينما بلغت نسبة الأطباء المتخصصين الذين يعملون بهذا المستشفى والذين أشاروا على المرضى الحاليين النزلاء بهذا المستشفى (36.1%) ويرجع ذلك إلى أن المرضى الذين كانوا مقيمين بهذا المستشفى لديهم العلم والدراية بجودة الخدمات الصحية المقدمة في هذا المستشفى، كما أن الأطباء العاملين بهذا



المستشفى لديهم رؤية ووجهات نظر واضحة لمدى الجودة في المستشفى الذي يعملون به، كما أن نسبة الأطباء الخاصين والذين أشاروا على مرضاهم للإقامة بهذا المستشفى كانت ( 21.1%) ، بينما كانت نسبة الأطباء الذين يعملون في مستشفى آخر (16.7%) ، وكانت النسبة الأقل من نصيب أسباب أخرى وبلغت (0.6%).

#### جدول (10.5)

من أشار على المرضى بالإقامة بهذا المستشفى

النسبة	التكرار	المستشار
25.6%	92	مريض كان مقيماً بهذا المستشفى
16.7%	60	طبيب يعمل في مستشفى آخر
36.1%	130	طبيب متخصص يعمل في هذا المستشفى
21.1%	76	طبيب خاص
0.6%	2	أخرى
100%	360	الإجمالي

#### 6.3.3.5 عينة الدراسة وفقاً لمدة الانتظار:

يوضح الجدول (11.5) مدة الانتظار من فترة تخطيط المرضى للدخول والدخول الفعلي للمستشفى حيث إن غالبية المرضى يرون أن مدة الانتظار كانت تتراوح بين كونها مقبولة ومقبولة جداً وكانت نسبتهم في عينة الدراسة (82.2%)، في حين أن نسبة المحايدون في عينة الدراسة كانت (14.4%)، من ناحية أخرى وصلت نسبة المرضى الذين يرون أن مدة الانتظار كانت غير مقبولة أو غير مقبولة على الإطلاق (3.4%)

### جدول (11.5)

مدة الانتظار حتى الدخول الفعلي للمستشفى

النسبة	التكرار	مدة الانتظار
%0.3	1	غير مقبولة على الإطلاق
%3.1	11	غير مقبولة
%14.4	52	محايد
%33.9	122	مقبولة
% 48.3	174	مقبولة جدا
% 100	360	الإجمالي

#### 7.3.3.5 عينة الدراسة وفقا للاتصال الأول بالطبيب :

يوضح الجدول (12.5) الوقت المنفق من لحظة وصول المريض لمكتب الاستعلامات إلى لحظة الاتصال الأول مع الطبيب حيث أشار غالبية المرضى أن الوقت المنفق كان أقل من نصف ساعة وكانت نسبتهم في عينة الدراسة (57.5%) ، تليها نسبة (27.8%) والتي كانت تخص المرضى الذين أقرروا أن الوقت المنفق كان بين نصف ساعة وساعة، وعند جمع هاتين النسبتين تصبح النسبة الجديدة هي ( 85.3%) وهذه النسبة المرتفعة تؤكد على ما جاء في الجدول السابق (11.5) حيث كان 82.2% يرون أن مدة الانتظار كانت مقبولة أو مقبولة جدا. بينما كانت نسبة المرضى الذين أنفقوا أكثر من ساعة من وقتهم للاتصال الأول بالطبيب (8.3%)، أيضا بلغت نسبة المرضى الذين لا يتذكرون الوقت المنفق (6.4%).

## جدول (12.5)

الوقت المنفق إلى لحظة الاتصال الأول بالطبيب

النسبة	التكرار	الوقت المنفق
57.5%	207	أقل من نصف ساعة
27.8%	100	بين نصف ساعة وساعة
8.3%	30	أكثر من ساعة
6.4%	23	لا أذكر
100%	360	الإجمالي

### 4.5 تحليل نتائج الدراسة الميدانية وفقا لكل محور من محاور جودة الخدمات الطبية:

يتم في هذا الجزء تحديد المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونسب الموافقة لكل

محور من محاور استمارة الاستبانة .

#### 1.4.5 محور كفاءة الأطباء والمرضى داخل المستشفى :

يتبين من الجدول رقم (13.5) الخاص بمحور كفاءة الأطباء والمرضى داخل المستشفى

أن المتوسط العام للعبارات التي تقيس هذا المحور يبلغ (4.3383) وهو أكبر من المتوسط

الافتراضي لمقياس الدراسة والبالغ (3) ، وبانحراف معياري (0.5263) مما يدل على أن كفاءة

الأطباء والمرضى داخل المستشفيات كانت بالشكل المطلوب ، بمعنى آخر يدل ارتفاع المتوسط

العام أنالأطباء والمرضى يمتازون بكفاءة عالية داخل المستشفيات التي يعملون بها من وجهة

نظر المرضى المتلقين للخدمات الصحية داخل هذه المستشفيات.

كما يتضح من النتائج الواردة في الجدول (13.5) أن (92%) من أفراد العينة يوافقون أن كفاءة ومهارة الأطباء كانت بالمستوى المطلوب، في حين أن (0.9%) فقط غير موافقون أن كفاءة ومهارة الأطباء كانت بالمستوى المطلوب ويرونها دون المستوى المطلوب.

بينما نجد أن (82.8%) من أفراد العينة يرون أن كفاءة ومهارة الممرضين كانت بالمستوى المطلوب، في حين أن (2.2%) منهم غير موافقون على أن كفاءة ومهارة الممرضين كانت بالمستوى المطلوب ويرونها دون المستوى المطلوب، ويجدر الإشارة هنا أن هناك ما نسبته (15%) إجاباتهم كانت على الحياد.

أما فيما يخص كمية وجودة المعلومات التي زود بها الأطباء المرضى حول الأمراض التي يعانون منها فقد وافق ما نسبته (86.3%) على أن الأطباء زودهم بكمية وجودة معلومات كانت بالمستوى المطلوب بينما نجد أن (10.8%) منهم محايدون و (2.8%) فقط لا يوافقون على ذلك، وهذا يؤكد ما جاء في الفقرة ما قبل السابقة بأن ما نسبته (92%) كفاءة ومهارة الأطباء كانت بالمستوى المطلوب.

أما فيما يتعلق بما إذا أتاح الطبيب الوقت الكافي لسماع المرضى أم لا فقد أشار (90%) من أفراد العينة أن الأطباء أتاحوا الوقت الكافي لسماعهم والنقاش حول أمراضهم ، في حين أن (10%) منهم محايدون. بينما نجد أن ما نسبته (81.7%) من أفراد العينة أن الممرضين لم يتيحوا الوقت الكافي للمرضى لسماعهم ونقاشهم وهي أقل من نسبة المرضى (90%) الذين يرون أن الأطباء أعطوهم الوقت الكافي لسماعهم وهو يؤكد ما ورد سابقاً وهو أن نسبة كفاءة ومهارة الأطباء كانت أعلى من نسبة كفاءة ومهارة الممرضين.

نجد أن (95.3%) من أفراد العينة يوافقون أن أسلوب الأطباء تجاههم خلال مدة إقامتهم بالمستشفى كان جيداً بينما أن (4%) فقط من أفراد العينة غير موافقين على ذلك، وأن ما نسبته (3.6%) كانوا

محايدين،مقابل أن (82.5%) من أفراد العينة يوافقون أنأسلوب الممرضين تجاههم خلال مدة إقامتهم بالمستشفى كان جيداً بينما أن (2.3%) فقط من أفراد العينة غير موافقين على ذلك، وأن مانسبته (15.3%) كانوا محايدين.

أما فيما يتعلق بسرعة التجاوب للرد على استفسارات المرضى نجد أن ما نسبته (95.3%) من أفراد العينة يوافقون أنالأطباء امتازوا بسرعة التجاوب للرد على استفساراتهم، في حين أن (0.8%) فقط من المرضى غير موافقين على ذلك ، وأن نسبة المحايدين بين المرضى فيما يتعلق بما إذا كان الأطباء يمتازون بسرعة التجاوب على استفسارات المرضى فقد كانت (3.9%).

أما فيما يتعلق بسرعة التجاوب للرد على استفسارات المرضى من قبل الممرضين نجد أن نسبة (86.1%) من أفراد العينة يوافقون أن الممرضين كانوا يمتازون بالسرعة في التجاوب للرد على استفساراتهم، في حين أن (0.6%) فقط من المرضى غير موافقين على ذلك ، وأن نسبة (13.3%) كانوا على الحياد.

بناء على ما سبق وفيما يتعلق بمحور كفاءة الأطباء والممرضين داخل المستشفى نجد أنالأطباء كانوا أكثر كفاءة ومهارة ويزودون مرضاهم بكمية معلومات ذات جودة ويتيحون أوقاتاً لسماع مرضاهم ويتميزون بأسلوب جيد وسرعة في التجاوب على استفسارات المرضى أكثر مما يقوم به الممرضين اتجاه مرضاهم.

جدول (13.5)

النسب والتكرارات والوسط الحسابي المرجح العام والانحراف المعياري العام لمحور كفاءة الأطباء والممرضين داخل المستشفى

الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	غير موافق إطلاقاً		غير موافق		محايد		موافق		موافق تماماً		العبارة
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
0.6761	4.572	0.3	1	0.6	2	7.2	26	25.6	92	66.4	239	كفاءة ومهارة الأطباء كانت بالمستوى المطلوب
0.8042	4.202	0.8	3	1.4	5	15	54	42.2	152	40.6	146	كفاءة ومهارة الممرضين كانت بالمستوى المطلوب
0.8149	4.266	1.4	5	1.4	5	10.8	39	41.9	151	44.4	160	كمية وجودة المعلومات التي زدك بها الطبيب كانت بالمستوى المطلوب
0.6662	4.413	0	0	0	0	10	36	38.6	139	51.4	185	أتاح الطبيب الوقت الكافي لسماعك
0.7779	4.180	0	0	2.2	8	16.1	58	43.1	155	38.6	139	أتاح الممرض الوقت الكافي لسماعك
0.6605	4.561	0.8	3	0.3	1	3.6	13	32.5	117	62.8	226	أسلوباً لأطباء تجاهك خلال مدة الإقامة كان جيد
0.7962	4.200	0.6	2	1.7	6	15.3	55	42.2	152	40.3	145	أسلوب الممرضين تجاهك خلال مدة الإقامة كان جيد
0.6115	4.430	0	0	0.8	3	3.9	14	46.7	168	48.6	175	يمتاز الأطباء بالسرعة في التجاوب للرد على استفساراتك
0.6863	4.216	0	0	0.6	2	13.3	48	50	180	36.1	130	يمتاز الممرضين بالسرعة في التجاوب للرد على استفساراتك
	4.3383	المتوسط المرجح العام										
0.5263	الانحراف المعياري العام											

## 2.4.5 محور الخصائص الفندقية للمستشفيات :

يتبين من الجدول رقم (14.5) والخاص بمحور الخصائص الفندقية أن المتوسط العام للعبارات التي تقيس هذا المحور يبلغ (4.143) وهو أكبر من المتوسط الافتراضي لمقياس الدراسة والبالغ (3) ، وبانحراف معياري (0.6555) مما يدل على أن المستشفيات التي تم دراسة المرضى بها تمتاز بخصائص فندقية عالية، بمعنى آخر يدل ارتفاع المتوسط العام أن المستشفيات تمتاز بخصائص فندقية عالية ترقى إلى مستوى ما يطلبه المرضى المقيمون داخلها.

يتضح من الجدول (14.5) أن (91.7%) من أفراد العينة يوافقون أن نظافة القسم الذي أقاموا فيه بالمستشفى كانت بالمستوى المطلوب ، أي أن نظافة القسم كانت بالمستوى الذي يتطلعون إليه في مقابل (3.1%) غير موافقين على ذلك ويرونها دون المستوى المطلوب، في حين (5.3%) محايدون.

بينما نجد أن (80.3%) منهم يوافقون أن نظافة دورات المياه كانت بالمستوى المطلوب، في حين (10.8%) منهم محايدون، و (8.8%) منهم غير موافقين على ذلك.

كما يتضح من الجدول (14.5) أن نسبة من هم موافقون على أن نظافة الغرف التي كانوا مقيمين بها كانت بالمستوى المطلوب (90.2%)، وبلغت نسبة من يرون خلاف ذلك أي من يرون نظافة الغرف كانت دون المستوى (3.4%) ، في حين أن (6.4%) كانوا محايدين. مما يشير إلأن نظافة الغرف كانت مكملة لنظافة دورات المياه ونظافة الأقسام بشكل عام.

أما فيما إذا كانت خدمات التعقيم داخل المستشفيات بالمستوى المطلوب فقد وافق عليها (89.5%) من أفراد العينة بينما نجد (8.9%) محايدين و (1.7%) فقط لا يوافقون على ذلك.

بينما نجد أن (76.7%) من أفراد العينة موافقين على أن تجهيزات الغرف التي يقيمون بها داخل المستشفيات كانت بالمستوى المطلوب في مقابل (8.3%) منهم لا يوافقون على ذلك

ويرون أن الغرف لا توجد بها تجهيزات مناسبة لإقامتهم بها ، وأن ما نسبته (15%) كانوا محايدين .

أما بالنسبة لجو الغرف التي كان يقيمون بها المرضى وما إذا كانت يمتاز جوها بالهدوء أم لا فإن ما نسبته (81.7%) من أفراد العينة موافقون على أن جوها كان يسوده الهدوء وهو من أكبر احتياجات الشخص المريض، في حين أن (7.2%) غير موافقين على ذلك وأن جو الغرف كان تسودها الضوضاء ، وان (11.1%) محايدين .

بينما نجد أن (82.5%) من أفراد العينة يرون أن جودة الغرف التي يقيمون بها كانت بالمستوى المطلوب، في حين أن (5%) منهم غير موافقين على ذلك ويرونها دون المستوى المطلوب، وتجدر الإشارة هنا أن هناك ما نسبته (15%) إجاباتهم كانت على الحياد.

ولقد وافق (68.1%) من أفراد العينة على أن جودة الطعام المقدم لهم داخل المستشفيات كانت بالمستوى المطلوب، وأن (18.9%) منهم محايدون ، في مقابل ذلك كان (13.1%) من المرضى غير موافقين على أن جودة الطعام المقدم لهم داخل المستشفيات كانت بالمستوى المطلوب ويرونها دون المستوى.

أما فيما يخص كمية الطعام المقدمة للمرضى فإن ما نسبته (73.6%) من أفراد العينة يرون أن كمية الطعام كانت بالمستوى المطلوب، في مقابل (9.2%) منهم غير موافقين على ذلك ويرونها دون المستوى ، في حين أن (17.2%) من أفراد العينة كانوا محايدين .

بالنسبة لزيارة أقارب المرضى للمرضى وما إذا كان مناسباً أم لا نجد أن (84.4%) من أفراد العينة يرونه مناسباً ، في حين (1.4%) يرون عكس ذلك ، ونسبة المحايدين في هذا الشأن بلغت (13.9%).



بينما نجد أن (84.2%) من أفراد العينة موافقون على أنه تم احترام القواعد والأنظمة داخل المستشفيات مثل ممنوع التدخين والتزام الهدوء ، في حين أن (5.3%) منهم غير موافقين على ذلك ويرون أنه لم يتم احترامها، و تجدر الإشارة هنا أن هناك ما نسبته (15%) إجاباتهم كانت على الحياد.

عند النظر بتمعن في الجدول (14.5) نرى أن هناك متوسطات حسابية منخفضة مقارنة بباقي المتوسطات والتي كانت من نصيب أولاً: تجهيزات الغرفة وما إذا كانت مناسبة أم لا وبلغ المتوسط الحسابي (3.988) ، ثانياً : جودة الطعام وما إذا كانت بالمستوى المطلوب أم لا وبلغ المتوسط الحسابي (3.813)، ثالثاً: كمية الطعام وما إذا كانت بالمستوى المطلوب أم لا وبلغ المتوسط الحسابي (3.947)، في مقابل ذلك كانت نسبة الموافقين على أن الغرفة كان بها تجهيزات مناسبة من أفراد العينة بلغت (76.7%) ، و نسبة (68.1%) من أفراد العينة موافقون على أن جودة الطعام كانت بالمستوى المطلوب، ونسبة الموافقين على أن كمية الطعام كانت بالمستوى المطلوب بلغت (73.6%) ، وهذه المتوسطات (76.7% و 68.1% و 73.6% أيضاً كانت من أقل المتوسطات الظاهرة في الجدول (14.5)

بناءً على ما سبق وفيما يتعلق بمحور الخصائص الفندقية نجد أن هناك قصور فيما يخص الخصائص الفندقية للمستشفيات قيد الدراسة فيما يتعلق بتجهيزات الغرف وكمية وجودة الطعام المقدم للمرضى داخل هذه المستشفيات.

جدول (14.5)

النسب والتكرارات والوسط الحسابي المرجح العام والانحراف المعياري لمحور الخصائص الفندقية

الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	غير موافق إطلاقاً		غير موافق		محايد		موافق		موافق تماماً		العبارة
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
0.7828	4.333	1.7	6	1.4	5	5.3	19	45.3	163	46.4	167	نظافة القسم بشكل عام كانت بالمستوى المطلوب
0.9724	4.083	1.9	7	6.9	25	10.8	39	41.4	149	38.9	140	نظافة دورات المياه كانت بالمستوى المطلوب
0.7889	4.261	1.7	6	1.7	6	6.4	23	49.4	178	40.8	147	نظافة الغرفة كانت بالمستوى المطلوب
0.7712	4.313	1.7	6	0	0	8.9	32	44.2	159	45.3	163	خدمات التعقيم كانت بالمستوى المطلوب
1.0041	3.988	3.6	13	4.7	17	15	54	42.5	153	34.2	123	الغرفة كانت بها تجهيزات مناسبة
1.0229	4.219	3.6	13	3.6	13	11.1	40	30.6	110	51.1	184	يمتاز جو الغرفة بالهدوء
0.8479	4.072	1.7	6	3.3	12	12.5	45	51.1	184	31.4	113	الجودة الكلية للغرفة كانت بالمستوى المطلوب
1.1521	3.813	6.4	23	6.7	24	18.9	68	35.3	127	32.8	118	جودة الطعام كانت بالمستوى المطلوب
1.0842	3.947	5.6	20	3.6	13	17.2	62	37.8	136	35.8	129	كمية الطعام كانت بالمستوى المطلوب
0.7497	4.275	0	0	1.4	5	13.9	50	40.6	146	44.2	159	توقيت زيارة الأقارب كان مناسباً
0.9107	4.275	1.7	6	3.6	13	10.6	38	33.9	122	50.3	181	تم احترام القواعد والأنظمة (ممنوع التدخين ، التزام الهدوء)
	4.143	المتوسط المرجح العام										
0.6555		الانحراف المعياري العام										

### 3.4.5 محور الخدمات العلاجية :

يتبين من الجدول رقم (15.5) الخاص بمحور الخدمات العلاجية داخل المستشفى أن المتوسط العام للعبارات التي تقيس هذا المحور يبلغ (4.382) وهو أكبر من المتوسط الافتراضي لمقياس الدراسة والبالغ (3) ، وبانحراف معياري (0.6660) وتعتبر آراء أفراد مجتمع الدراسة حول عبارات هذا المحور مؤشراً إيجابياً يدل على أن الأدوية والمستلزمات الطبية وأجهزة الأشعة والتحاليل الطبية كانت متوفرة داخل المستشفيات بالشكل المناسب.

ولقد وافق حوالي (92.5%) من مفردات عينة الدراسة على أن الأدوية والمستلزمات الطبية كانت متوفرة داخل المستشفى في حين من يرون عكس ذلك بلغت نسبتهم (2.5%) ونسبة المحايدين بلغت (5%) ذلك مما يدل على أن الأدوية والمستلزمات الطبية كانت غير متوفرة داخل المستشفيات.

أما بالنسبة لأجهزة الأشعة داخل المستشفى فقد وافق (93.4%) من أفراد العينة على أنها كانت متوفرة ، و (0.8%) فقط يرون عكس ذلك ، في حين بلغت نسبة المحايدين (5.8%) . بالنسبة للتحاليل الطبية داخل المستشفى فقد وافق (82.5%) من أفراد العينة على أنها متوفرة داخل المستشفى ، في حين أن ما نسبته (6.6%) منهم يرون أنها غير متوفرة داخل المستشفى ، وأن ما نسبته (10.8%) من أفراد العينة كانوا محايدين.

بناءً على ما سبق وفيما يتعلق بمحور الخدمات العلاجية نجد أنه على الرغم من أن الأدوية والمستلزمات الطبية وأجهزة الأشعة والتحاليل الطبية كانت متوفرة داخل المستشفيات إلا أنه كان هناك قصور في توفيرها بالكميات المطلوبة.

جدول (15.5)

النسب والتكرارات والوسط الحسابي المرجح العام والانحراف المعياري العام لمحور الخدمات العلاجية

الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	غير موافق إطلاقاً		غير موافق		محايد		موافق		موافق تماماً		العبرة
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
0.7051	4.436	0	0	2.5	9	5	18	38.9	140	53.6	193	توفر الأدوية والمستلزمات الطبية
0.6446	4.452	0	0	0.8	3	5.8	21	40.6	146	52.8	190	توفر أجهزة الأشعة
0.9277	4.258	0.8	3	5.8	21	10.8	39	31.7	114	50.8	183	توفر التحاليل الطبية داخل المستشفى
	4.382	المتوسط المرجح العام										
0.6660	الانحراف المعياري العام											

## 5.5 تحليل نتائج الدراسة الميدانية وفقا لمحور رضا المرضى:

تضمنت استمارة الاستبانة (10) عبارات تتعلق برضا المرضى وعند حساب المتوسط الحسابي العام ، والانحراف المعياري تبين من الجدول (16.5) أن المتوسط العام لمتغير الرضا بلغ (4.158) وهو يميل إلى أن يكون متوسطا مائلا للارتفاع وهو أعلى من المتوسط الافتراضي لمقياس الدراسة والبالغ (3) وبانحراف معياري (0.6118).

أما على مستوى العبارات فقد تراوحت قيم المتوسطات الحسابية بين (3.244 – 4.411) فكانت أعلى قيمة متوسط حسابي (4.411) للعبارة " بشكل إجمالي هل أنت راض عن مستوى الخدمة الصحية التي قدمها الأطباء لك"، وبانحراف معياري (0.7632) وقد بلغت نسبة الموافقة (90%)، ويليهما عبارة " هل أنت راض عن نظافة القسم ودورات المياه" حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي (4.366) ، وبانحراف معياري (0.7381)، وبلغت نسبة الموافقة (76.9%).

ثم يليها عبارة " هل أنت راض عن مدى توفر الأدوية والمستلزمات الطبية داخل المستشفى" حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي (4.280) ، وبانحراف معياري (0.7476)، وبلغت نسبة الموافقة (88.9%) ويليهما عبارة " هل أنت راض عن مدى توفر أجهزة الأشعة داخل المستشفى" حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي (4.272) ، وبانحراف معياري (0.7488)، وبلغت نسبة الموافقة (87.2%) ويليهما فقرة " هل أنت راض عن جودة الإقامة داخل المستشفى" حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي (4.266) ، وبانحراف معياري (0.7128)، وبلغت نسبة الموافقة (85.6%).

في حين كانت أقل قيمة متوسط حسابي (3.244) وبانحراف معياري (1.1092) للعبارة " هل أنت راض عن خدمات التعقيم" وقد بلغت نسبة الموافقة (89.4%)، و يليها عبارة " هل

أنت راض عن جودة الطعام المقدمة لك " حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي (3.783) ،  
وبانحراف معياري (1.1861) ، وبلغت نسبة الموافقة (67.8%). يليها عبارة " هل أنت راض  
عن كمية الطعام المقدمة لك " حيث بلغت قيمة الوسط الحسابي (3.802) ، وبانحراف معياري  
(1.1208) ، وبلغت نسبة الموافقة (68.9%).

ثم يليها عبارة " بشكل إجمالي هل أنت راض عن مستوى الخدمة الصحية التي قدمها  
المرضى لك " حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي (4.133) ، وبانحراف معياري (0.7604)  
، وبلغت نسبة الموافقة (83.1%). يليها عبارة " هل أنت راض عن مدى توفر التحاليل الطبية  
داخل المستشفى " حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي (4.233) ، وبانحراف معياري  
(0.7545) ، وبلغت نسبة الموافقة (86.6%).

بناء على ما سبق وفيما يتعلق بمحور الرضا نلاحظ أن هناك قصور أو تدني في جودة  
الخدمة الصحية المقدمة للمرضى داخل المستشفيات العامة الواقعة داخل مدينة بنغازي فيما  
يتعلق بخدمات التعقيم وعن جودة وكمية الطعام المقدم للمرضى داخل هذه المستشفيات.

جدول (16.5)

النسب والتكرارات والوسط الحسابي المرجح العام والانحراف المعياري العام لمحور الرضا عن الخدمات الصحية

الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	غير موافق إطلاقاً		غير موافق		محايد		موافق		موافق تماماً		العبرة
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
0.7632	4.411	1.4	5	0	0	8.6	31	36.1	130	53.9	194	بشكل إجمالي هل أنت راض عن مستوى الخدمة الصحية التي قدمها الأطباء لك
0.7604	4.133	1.1	4	0.3	1	15.6	56	50.3	181	32.8	118	بشكل إجمالي هل أنت راض عن مستوى الخدمة الصحية التي قدمها الممرضين لك
0.7128	4.266	0	0	0.6	2	13.9	50	43.9	158	41.7	150	هل أنت راض عن جودة الإقامة داخل المستشفى
0.7381	4.366	0.6	2	1.1	4	8.9	60	43.3	156	33.6	121	هل أنت راض عن نظافة القسم ودورات المياه
1.1092	3.244	6.1	3	20.4	10	28.6	32	40	144	49.4	178	هل أنت راض عن خدمات التعقيم
1.1861	3.783	5	18	13.1	47	14.2	51	34.2	123	33.6	121	هل أنت راض عن جودة الطعام المقدمة لك
1.1208	3.802	5	18	9.2	33	16.9	61	38.3	138	30.6	110	هل أنت راض عن كمية الطعام المقدمة لك
0.7488	4.272	0.8	3	0.6	2	11.4	41	45	162	42.2	152	هل أنت راض عن مدى توفر أجهزة الأشعة داخل المستشفى
0.7545	4.233	0	0	3.1	11	10.3	37	46.9	169	39.7	143	هل أنت راض عن مدى توفر التحاليل الطبية داخل المستشفى
0.7476	4.280	0	0	3.3	12	7.8	28	46.4	167	42.5	153	هل أنت راض عن مدى توفر الأدوية والمستلزمات الطبية داخل المستشفى
	4.158	المتوسط المرجح العام										
0.6118	الانحراف المعياري العام											

## 6.5 اختبار فرضيات الدراسة :

قبل اختبار فرضية الدراسة الرئيسية والفرضيات الفرعية ، تم إجراء بعض الاختبارات وذلك من أجل أن نتحقق من تبعية البيانات للتوزيع الطبيعي ملحق ( هـ ) والجدول (17.5) يوضح نتائج اختبار ( t ) لعينة واحدة من عينات الدراسة.

### جدول (17.5)

نتائج اختبار (T) لعينة واحدة من عينات الدراسة

اختبار (T)		الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	المتغير
القيمة الاحتمالية	القيمة الإحصائية			
0.000	48.238	0.52639	4.3383	كفاءة الأطباء والمرضى
0.000	33.111	0.65551	4.1439	الخصائص الفندقية
0.000	39.382	0.66602	4.3824	الخدمات العلاجية
0.000	45.849	0.51773	4.2511	الجودة بصفة عامة

من خلال نتائج اختبار (T) الواردة بالجدول (17.5) لعينة واحدة من عينات الدراسة تبين أن المتوسط الحسابي لمحور الجودة اختلف بشكل معنوي عن المتوسط الفرضي لمقياس الدراسة والبالغ قيمته (3) حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي لمحور الجودة بصفة عامة (4.2511). وبهذا نستطيع القول إن جودة الخدمة الصحية بشكل عام كانت إيجابية وبشكل معنوي حيث زادت قيمة المتوسط لهذا المحور عن المتوسط الفرضي.

كما يتضح من خلال نتائج اختبار (T) الواردة بالجدول (18.5) أن رضا المرضى عن الخدمات الصحية التي يتلقونها داخل المستشفيات أيضا اختلف معنويا عن الوسط الفرضي



للمقياس (3) حيث بلغت قيمة متوسطه (4.1583) مما يعني أنالمرضى راضون عن مستوى الخدمات الصحية المقدمة لهم.

### جدول (18.5)

نتائج اختبار (T) لعينة واحدة لمتغير الرضا

اختبار (T)		الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	المتغير
القيمة الاحتمالية	القيمة الإحصائية			
0.000	35.920	0.61185	4.1583	الرضا عن الخدمة

### 1.6.5 نتائج اختبار الفرضية الرئيسية :

يبين جدول (19.5) أن هناك علاقة ارتباط قوية وذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى المتلقين لتلك الخدمات ، حيث بلغ معامل الارتباط (0.818) والقيمة الاحتمالية (0.00) وهذه النتيجة معنوية عند مستوى الدلالة (0.05) ، مما يقضي رفض الفرضية الصفرية والتي تنص على أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى في المستشفيات الواقعة في نطاق مدينة بنغازي.

### جدول (19.5)

معامل ارتباط بيرسون للعلاقة بين جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى

جودة الخدمات الصحية		المتغير المستقل
القيمة الاحتمالية	معامل الارتباط	المتغير التابع
0.00	0.818	الرضا

### 2.6.5 نتائج اختبار الفرضية الفرعية الأولى :

يبين جدول (20.5) أن هناك علاقة ارتباط قوية وذات دلالة إحصائية بين كفاءة الأطباء والمرضى داخل المستشفى ورضا المرضى المتلقين للخدمات الصحية ، حيث بلغ معامل الارتباط (0.645) والقيمة الاحتمالية (0.00) وهذه النتيجة معنوية عند مستوى الدلالة (0.05) ، مما يقضي رفض الفرضية الصفرية والتي تنص على أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين كفاءة الأطباء والمرضى داخل المستشفى ورضا المرضى في المستشفيات الواقعة في نطاق مدينة بنغازي.

#### جدول (20.5)

معامل ارتباط بيرسون للعلاقة بين كفاءة الأطباء والمرضى داخل المستشفى ورضا المرضى

كفاءة الأطباء والمرضى داخل المستشفى		المتغير المستقل
القيمة الاحتمالية	معامل الارتباط	المتغير التابع
0.00	0.645	الرضا

### 3.6.5 نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثانية :

يبين جدول (21.5) أن هناك علاقة ارتباط قوية وذات دلالة إحصائية بين جودة الخصائص الفندقية داخل المستشفى ورضا المرضى المتلقين للخدمات الصحية ، حيث بلغ معامل الارتباط (0.785) والقيمة الاحتمالية (0.00) وهذه النتيجة معنوية عند مستوى الدلالة (0.05) ، مما يقضي رفض الفرضية الصفرية والتي تنص على أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة

الخصائص الفندقية داخل المستشفى ورضا المرضى في المستشفيات الواقعة في نطاق مدينة بنغازي.

#### جدول (21.5)

معامل ارتباط بيرسون للعلاقة بين جودة الخصائص الفندقية داخل المستشفى ورضا المرضى

جودة الخصائص الفندقية داخل المستشفى		المتغير المستقل
القيمة الاحتمالية	معامل الارتباط	المتغير التابع
0.00	0.785	الرضا

#### 4.6.5 نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثالثة :

يبين جدول (22.5) أن هناك علاقة ارتباط قوية وذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمات العلاجية داخل المستشفى ورضا المرضى المتلقين للخدمات الصحية ، حيث بلغ معامل الارتباط (0.553) والقيمة الاحتمالية (0.00) وهذه النتيجة معنوية عند مستوى الدلالة (0.05) ، مما يقضي رفض الفرضية الصفرية التي تنص على أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمات العلاجية داخل المستشفى ورضا المرضى في المستشفيات الواقعة في نطاق مدينة بنغازي.

#### جدول (22.5)

معامل ارتباط بيرسون للعلاقة بين جودة الخدمات العلاجية داخل المستشفى ورضا المرضى

جودة الخدمات العلاجية داخل المستشفى		المتغير المستقل
القيمة الاحتمالية	معامل الارتباط	المتغير التابع
0.00	0.553	الرضا

## الفصل السادس

### النتائج والتوصيات

## 1.6 مقدمة :

بعد تحليل البيانات التي احتوتها استمارة الاستبانة باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة

تم التوصل إلى مجموعة من النتائج والتوصيات التي يمكن عرضها كما يلي :

## 2.6 النتائج :

إن أهم النتائج المتوصل إليها يمكن إيجازها في الآتي :

1. إن الأطباء كانوا أكثر كفاءة ومهارة ويزودون مرضاهم بكمية معلومات ذات جودة ويتيحون

أوقاتهم لسماع مرضاهم ويتميزون بأسلوب جيد وسرعة في التجاوب على استفسارات

المرضى أكثر مما يقوم به الممرضين اتجاه مرضاهم.

2. أن هناك قصور فيما يخص الخصائص الفندقية للمستشفيات قيد الدراسة فيما يتعلق

بتجهيزات الغرف وكمية وجودة الطعام المقدم للمرضى داخل هذه المستشفيات.

3. أنه على الرغم من أن الأدوية والمستلزمات الطبية وأجهزة الأشعة والتحاليل الطبية كانت

متوفرة داخل المستشفيات إلا أنه كان هناك قصور في توفيرها بالكميات المطلوبة.

4. أن هناك قصور أو تدني في جودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى داخل المستشفيات

العامة الواقعة داخل مدينة بنغازي فيما يتعلق بخدمات التعقيم وعن جودة وكمية الطعام

المقدم للمرضى داخل هذه المستشفيات.

### 3.6 التوصيات :

من خلال عرض النتائج التي توصلت إليها الدراسة، يقدم الباحث مجموعة من التوصيات تتمثل في الآتي :

1. توفير الممرضين المدربين وأصحاب الخبرة بالإضافة إلى ضرورة ترسيخ ثقافة الجودة لدى الطواقم الطبية من خلال برامج توعية وتوفير دورات تدريبية كافية للعاملين كل في مجاله من أجل تحسين جودة الخدمات الطبية المقدمة.
2. ضرورة الاهتمام بنوعية وكمية الطعام المقدم في المستشفيات عن طريق الرقابة من قبل إدارات هذه المستشفيات على الأطعمة المقدمة للمرضى، أو أن تلجأ المستشفيات إلى التعاقد مع مطاعم موثوق بها من الناحية الصحية لتوفير الطعام بالكميات والنوعيات المناسبة.
3. ضرورة العمل على توفير الأدوية والمستلزمات الطبية والتحاليل الطبية للمرضى داخل المستشفى وعدم إرهابهم أو إرهاب ذويهم بالبحث عن الأدوية والتحاليل الطبية خارج المستشفى بالإضافة إلى توفير جميع أجهزة الأشعة والأجهزة الأخرى المستخدمة في علاج المرضى داخل المستشفى.
4. ضرورة الاهتمام بمعايير جودة الخدمات الصحية في المستشفيات والنظر إليها على أنها نظام متكامل من الخدمات عن طريق نشر ثقافة الجودة في المستشفى، مع التشديد على أهمية قيام المستشفيات من فترة لأخرى بإجراء بحوث لقياس رضا المستفيد من خدماتها .
5. وضع نظام متكامل في كل مستشفى لقياس وتحليل رضا المرضى عن مستوى الخدمات الصحية المقدمة إليهم بصورة مستمرة والاهتمام بالشكاوى المقدمة من المرضى عن طريق

التعاطف مع المرضى عند تقديم الشكاوى والإصغاء لهم ومحاولة حل المشاكل التي تجابههم، وتشجيع المرضى على التقدم بمقترحاتهم لتطوير وتحسين الخدمة بما يحقق رضاهم ويساهم في البحث عن فرص التحسين وذلك من خلال نظام الشكاوي والمقترحات.

## قائمة المراجع



أولاً : المراجع العربية :  
أ - الكتب :-

1. إبراهيم، طلعت (2009) التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية، الجزائر، دار الكتاب الحديث.
2. إبراهيم، طلعت الدمردا (2006) اقتصاديات الخدمات الصحية، مصر، مكتبة القدس.
3. إدريس، ثابت عبد الرحمن (2006) كفاءة وجودة الخدمات اللوجستية : مفاهيم أساسية وطرق القياس والتقييم، الاسكندرية، الدار الجامعية.
4. بازعة، محمود صادق (1912) إدارة التسويق، مصر، دار النهضة العربية.
5. البكري، ثامر ياسر (2005) تسويق الخدمات الصحية، عمان، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع.
6. بواعنه، عبدالمهدي (2005) إدارة الخدمات الصحية والمؤسسات الصحية : مفاهيم ، نظريات ، وأساسيات في الإدارة الصحية، عمان، دار الحامد للنشر والتوزيع.
7. جودة، محفوظ أحمد (2001) إدارة الجودة الشاملة، مفاهيم وتطبيقات، الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع.
8. خوجة، توفيق (2003) المدخل في تحسين الجودة للرعاية الصحية الأولية، الأردن ، دار الشروق للنشر والتوزيع.
9. زيدان، سلمان (2010) إدارة الجودة الشاملة الفلسفة ومداخل العمل، عمان، دار المناهج للنشر والتوزيع.
10. زين الدين، فريد (2002) تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين فرص النجاح ومخاطر الفشل، مصر، بدون ذكر دار النشر.

11. ساعاتي، عبد الإله (1997) مبادئ إدارة المستشفيات، مصر، دار الفكر العربي للنشر.
12. صحن، محمد فريد (2003) قراءات في إدارة التسويق، مصر،الدار الجامعية.
13. الطائي، رعد عبدالله ؛ قدارة، عيسى (2008) إدارة الجودة الشاملة، الأردن، دار اليازوري العلمية للنشر.
14. علوان، قاسم نايف (2005) إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الايزو 9001:2000، الأردن، دار الثقافة للنشر.
15. العلي، عبد الستار (2008) تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
16. العلي، عبدالستار (2008) تطبيقات في ادارة الجودة الشاملة، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
17. عمر، أيمن علي (2006) قراءات في سلوك المستهلك، مصر، الدار الجامعية.
18. المحياوي، قاسم نايف (2006) إدارة الجودة في الخدمات : مفاهيم وتطبيقات وعمليات، الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع.
19. المحياوي، قاسم نايف علوان (2006) إدارة الجودة في الخدمات، الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع.
20. مذكور، فوزي شعبان (1998) تسويق الخدمات الصحية،مصر، ايتراك للنشر والتوزيع.
21. المساعد، زكي خليل (2006) تسويق الخدمات وتطبيقاته، الأردن، دار المناهج للنشر والتوزيع.

22. المؤذن، محمد صالح (2002) **مبادئ التسويق**، الأردن، دار الثقافة.
23. نجم، عبود نجم (2010) **إدارة الجودة الشاملة في عصر الانترنت**، عمان، دار الصفا للنشر والتوزيع.
24. نصيرات، فريد توفيق (2008) **إدارة المستشفيات**، الأردن، إثراء للنشر والتوزيع.

#### ب - الدوريات والدراسات :-

1. الأحمدى ، حنان عبدالرحيم (2000)، " التحسين المستمر للجودة : المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية "، **مجلة الإدارة العامة، الرياض**، المجلد (40)، العدد (3)، ص ص 409-493 .
2. خسروف ، أيمن محمد كمال (2008)، " تسويق الخدمات الصحية ، بحث الدبلوم التخصصي في إدارة المستشفيات " ، **المركز الدولي الاستشاري للتنمية الإدارية** ، بريطانيا.
3. ديوب، محمد عباس ؛ عطية ، هاني رمضان (2003)، " إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومشفى الباسل بطرطوس " ، **مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية** ، المجلد (27)، العدد (2)، ص ص 273-323 .
4. الديوه جي ، أبي سعيد ؛ عبدالله ، عادل محمد (2003)، " النوعية والجودة في الخدمات الصحية: دراسة تحليلية لآراء المرضى في عينة من المستشفيات العامة " ، **مجلة تنمية الرافيدين** ، المجلد (25) ، العدد (73)، ص ص 1-35.
5. سعيد، خالد سعيد (1994)، " مدى فاعلية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية "، **المجلة العربية للعلوم الإدارية**، المجلد (2)، العدد (1) ، ص 13

6. الشميمري، أحمد عبد الرحمن (2001)، " جودة الخدمات البريدية في المملكة العربية السعودية" ، مجلة الإدارة العامة، المجلد (41) ، العدد (2)، ص ص 401-495 .
7. العمر، بدران (2002)، " مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض " ، مجلة الإدارة العامة، الرياض، المجلد (42) ، العدد (2) ص ص 307-350 .
8. عيشاوي، أحمد (2006)، " إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الخدمية، مجلة الباحث "، العدد (4)، ص ص 7-16
9. الفراج ، أسامة (2009)، " تقييم جودة الخدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى، نموذج لقياس رضا المرضى " ، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد (25) العدد (2)، ص 55
10. محمود ، أحمد ؛ والعلاق ، بشير (2001)، " العلاقة المنطقية بين جودة الخدمة بالإدراك ورضا المستفيد (دراسة تحليلية) "، مجلة أريد للبحوث والدراسات، المجلد (3)، العدد (2)، ص ص 75-135
11. معلا، ناجي (1998)، " قياس جودة الخدمات المصرفية "، مجلة العلوم الإدارية، المجلد (25) ، العدد 02 ، ص ص 253-269
12. يسري، السيد يوسف (2002) ، "مبادئ إدارة الجودة الشاملة " ، مجلة البحوث التجارية ، العدد (1) ، ص 408.

## ج - رسائل الماجستير :-

1. ابو نقطة ،علاء الدين محمد خلف ( 2000 ) " اثر البيئة التنافسية على إستراتيجية

المزيج التسويقي في تقديم الخدمة الصحية " ، رسالة ماجستير، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد ، العراق.

2.رشود ، عبدالله بن صالح (2008) " قياس جودة الخدمة بالمصارف التجارية

السعودية : دراسة مسحية لآراء عملاء مصرف الراجحي بمدينة الرياض " ، رسالة ماجستير في العلوم الإدارية ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، السعودية.

3.السامرائي، منير جاسم ( 2000 ) ، " تسعير الخدمات الصحية بالتركيز على خدمات

طب الأسنان " ، بحث دبلوم عالي لإدارة المستشفيات، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد، العراق.

4.عصماني، سفيان (2006) ، " دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية من نظر

المستفيدين منها ( المرضى)"، رسالة ماجستير، جامعة محمد بوضياف ، الجزائر .

5.كشيدة ، حبيبة (2005)، " استراتيجيات رضا العميل " ، رسالة ماجستير، جامعة سعد

دحلب، الجزائر.

## د - الندوات . القرارات والتقارير الحكومية :-

1. الاجتماع الوزاري التاسع عشر لرئاسة مجلس الوزراء الليبي الجمعة 18 مايو 2012 ،

متاح على <http://www.pm.gov.ly/government-meetings.html>: (تاريخ

الاطلاع 2013/6/9).

2. التقرير السنوي لوزارة الصحة الليبية ( اللجنة الشعبية العامة للصحة سابقا) لسنة 2010.

## A – BOOKS :

1. Christopher, Martin and Mc Donald, Malcolm (2001) **Marketing and introduction**, Macmillan press.
2. Dennis L. Foster (1992) **Marketing Hospitality: sales and Marketing for Hotels and Resort**, Macmillan, Mc Graw-Hill publishing company.
3. Evans , James R & Collier David A , (2007) **Operations Management** , Thomson South Western , Boston.
4. Evans , James R (1993) **Applied production and operation management** ,West publishing Co.
5. Goncalves K.P,(1998) **Services Marketing : Astrategic Approach** , Prentice –Hall, New Jeresy.
6. Kotler, P. and Armstrong, G, (2006) **Principles of Marketing** , Prentice–Hall.
7. Kotler, Philip, and N. Clarke Roberta, (1987) **Marketing for Health Care Organizations**, New Jersey, Prentice Hall.
8. Ladwin Richard, (2003) **The behavior of the consumer and the buyer**, Paris, France.
9. Lancaster, Geoff (2001) **Lester Essentials of marketing**, Mc Graw – Hall.
- 10.Lovelock, C (1996) **Service Marketing**, Prentice-Hall, International Edition , New York.
- 11.Lovelock, C. H. (1991) **Understanding costs and Developing Pricing strategies, service marketing**, New York: Prentice Hill.
- 12.Netter Oliver (2000) **Customer Satisfaction**, Paris, France.
- 13.Russel , Roberta S and Taylor ,Bernard W (1995) **Applied production and operations Management** ,Prentice Hall.

14. Slack , Nigel & Chambers , Stuart & Johnston , Robert , (2004) **Operations Management** , Prentice –Hill, New York.
15. Stanton, W. J (2006) **Fundamentals of Marketing**, Mc Grow–Hall.
16. Stevenson ,William J (2005) **Operations Management** , McGraw –Hill , NewYork.
17. Thompson, Dosoyza and Gale (1985) **The strategic management of service quality**, Quality Progress.
18. Zeithaml , Valarie A. and Bitner M., (2003) **Services Marketing Integrating Customer , Focus across the Firm** , McGraw-Hill, Newyork .

## **B – BERIODICALS :**

1. A.A. Mahfouz, I. Abdelmoneim, M.Y. Khan, A.A. Daffalla, M.M. Diab, M.N. El-Gamal and A.I. Al-Sharif (2007) Primary health care emergency services in Abha district of southwestern Saudi Arabia. **Eastern Mediterranean Health Journal**. 13(1), p 103-112.
2. Ashraf A. Zaghloul, Adel A. Youssef, Nagwa Y. El-Einein (2005) Patient preference for providers' gender at a primary health care setting in Alexandria, Egypt. **Saudi Medical Journal**. 26(1), p 90-95.
3. B.T. Shaikh, N. Mobeen, S.I. Azam and F. Rabbani (2008) Using SERVQUAL for assessing and improving patient satisfaction at a rural health facility in Pakistan. **Eastern Mediterranean Health Journal**. 14(2), p 447-456.
4. Bahrapour and F. Zolala (2005) Patient satisfaction and related factors in Kerman hospitals. **Eastern Mediterranean Health Journal**. 11(5/6) , p 905-912

5. C. Gronroos (2001) A service Quality model and its marketing implications. **European Journal of marketing** 18(4), P 44.  
Practices , Long Range Planning. 38(3), p 85.
6. Caljouw, M. Beuzekom, M and F. Boer (2008) Patient's satisfaction with preoperative care: development, validation, and application of a questionnaire. **British Journal of Anaesthesia**, 100 (5): pp.637–644
7. Chia-Ming Chang , Chin-Tsuchen, and Cin-Hsien (2002) A Review of Service Quality in Corporate and Recreational Sport : Fitness Programs , **The sport Journal** , 5(3), p 5-7
8. Cronin , Jr & Tylor.S (1992) Measuring Service Quality : Areexamination & Extension, **Journal of marketing**. 4(56), p 465
9. France, K. R. and Grover, R (1992) What is the Health Care Product? **Journal of Health Care marketing**. 12(2), p 8.
10. Jill K. Maher, Robert Morris , John Clark (2005) , Variations in the Perceived Importance of SERVQUAL Dimensions :A Comparison Between Retail Banking and Museum , Proceeding of the Annual Meeting of the Association of Collegiate Marketing Educators .
11. Kaja Polluste ,Jarno Habicht , Ruth Kalda and Margus Lember . (2006) quality improvement in Estonian health system , assessment of progress using an international tool . **International Journal for Quality in Health Care** . 18(6),p 403-413.
12. Maher A.Al-Sakkak, Noura A. Al-Nowaiser, Hesham I. Al-Khashan, Ashraf A. Al-Abdrabulnabi, Rana M. Jaber (2008) Patient satisfaction with primary health care services in Riyadh. **Saudi Medical Journal**. 29(3), p 432-436.



13. Marsha J. Treadwell , Linda S. Franck and Elliott Vichinsky. (2002) Using quality improvement strategies to enhance pediatric pain assessment . **International Journal for Quality in Health Care** . 14(1),p 39-97.
14. Michel P . Kossovsky , Pierre Chopard , Filippo Bolla , Francois P . Sarasin, Martine Louis-Simonet , Anne-Francoise Allaz, Thomas V. Perneger and Jean-Michel Gaspoz (2002) Evaluation of quality improvement interventions to reduce inappropriate hospital use. **International Journal for Quality in Health Care** . 14(3),p 227-232.
15. Mosies Leon (2003) Perceptions of health care quality in Central America. **International Journal for Quality in Health Care** . 14(1),p 67-71.
16. Parasuraman A., Zeithaml, Valarie A., & Berry Leonard (1988) SERVQUAL: A multiple-Item Scale Measuring –Customer Perceptions of Service Quality , **Journal of Retaili** , 64(1) p 12-14
17. Sadika Bu-Alayyan, Abdelrahman Mostafa, Bader Al-Etaibi, Eman Sorkhou, Homood Al-Taher, Adnan Al-Weqayyan (2008) Patient Satisfaction with Primary Health Care Services in Kuwait. **Kuwait Medical Journal** 40(1), p25-30
18. Sara AM Abd Elaal and Yousif A. Ibrahim (2006) The Waiting Time at Emergency Department at Khartoum State- 2005. **Sudanese Journal of Public Health** 1(2) p 122-126.
19. Shaahril Shafie , Dr. Wan Nursofiza , Sudin Haron (2004) A Dopting & Measuring Customer Servece Quality In Islamic Banks : A case Study of Bank Islam Malaysia Berhad , **Journal of Management & Islamic Finance Research** , 1(1) p5

20. Shaikh B.T., & Rabbani (2005) Health Management Information System : A tool to gauge patient satisfaction & Quality of Care, **Eastem Mediterranean Health**. 11(1), p 195
21. Stephen A. Margolis, Sumayya Al-Marzouqi, Tony Revel and Richard L. Reed (2003) Patient satisfaction with primary health care services in the United Arab Emirates . **International Journal for Quality in Health Care** . 15(3),p 241-249.
22. Sunhee Lee, Kui-son Choi , Hye-young Kang, Woohyun Cho and Yoo Mi Chae (2002) Assessing the factors influencing continuous quality improvement implementation: experience in Korean hospital. **International Journal for Quality in Health Care** . 14(5),p 383-391.

## الملاحق

**الملحق رقم (1)**  
**رسالة الإرفاق**

أخي المريض / أختي المريضة :

تحية طيبة وبعد ،،،،

لغرض إعداد دراسة علمية حول جودة الخدمات الصحية وعلاقتها برضا المرضى بهدف نيل درجة الماجستير في الإدارة من جامعة بنغازي ، تم إعداد استمارة الاستبانة المرفقة.  
نأمل منكم التكرم بالإجابة على الأسئلة بكل دقة وموضوعية ، علما بأن البيانات التي سيتم تجميعها سوف تستخدم فقط لأغراض البحث العلمي.

ولكم جزيل الشكر

الباحث

**الملحق رقم (2)  
استمارة الاستبيان**

## أولاً : معلومات عامة :-

تأمل وضع علامة (√) أمام الإجابة التي تراها مناسبة لك .

- الجنس : ذكر  أنثى
- العمر : أقل من 30 سنة  من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة
- من 40 إلى أقل من 50 سنة  من 50 سنة فأكثر
- مكان الإقامة الحالي : .....
- مستوى التعليم : أساسي  إعدادي  ثانوي  معهد متوسط  جامعي أو ما يعادله  ماجستير/ دكتوراه
- المهنة : مهن حرة  متقاعد  ربة منزل  طالب  موظف  عامل
- أخرى (حددها) .....
- القسم الذي تمت فيه الإقامة بالمستشفى : .....
- من أشار عليك الإقامة هنا بالمستشفى ؟

- مريض كان مقيم بهذا المستشفى  طبيب يعمل في مستشفى آخر  طبيب مختص يعمل في هذا المستشفى  طبيب خاص  أخرى تذكر ( حددها ) .....
- مدة الانتظار من فترة تخطيطك للدخول ودخولك الفعلي كانت :

- مقبولة جدا  مقبولة  محايد  غير مقبولة  غير مقبولة على الإطلاق
- ما الوقت المنفق من لحظة وصولك إلى مكتب الاستعلامات إلى لحظة الاتصال الأول مع الطبيب؟
- أقل من نصف ساعة  بين نصف ساعة وساعة  أكثر من ساعة  لا اذكر

## ثانيا : كفاءة الأطباء والمرضى داخل المستشفى :

تأمل وضع علامة (√) أمام الإجابة التي تراها مناسبة لك .

م	العبارة	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق
1	كفاءة ومهارة الأطباء كانت بالمستوى المطلوب					
2	كفاءة ومهارة المرضى كانت بالمستوى المطلوب					
3	كمية وجودة المعلومات التي زودك بها الطبيب كانت بالمستوى المطلوب					
4	أتاح الطبيب الوقت الكافي لسماعك					
5	أتاح الممرض الوقت الكافي لسماعك					

6	أسلوب الأطباء تجاهك خلال مدة الإقامة كان جيد				
7	أسلوب الممرضين تجاهك خلال مدة الإقامة كان جيد				
8	يمتاز الأطباء بالسرعة في التجاوب للرد على استفساراتك				
9	يمتاز الممرضين بالسرعة في التجاوب للرد على استفساراتك				

### ثالثا : الخصائص الفندقية:

نأمل وضع علامة (√) أمام الإجابة التي تراها مناسبة لك .

م	العبارة	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق
1	نظافة القسم بشكل عام كانت بالمستوى المطلوب					
2	نظافة دورات المياه كانت بالمستوى المطلوب					
3	نظافة الغرفة كانت بالمستوى المطلوب					
4	خدمات التعقيم كانت بالمستوى المطلوب					
5	الغرفة كان بها تجهيزات مناسبة					
6	يمتاز جو الغرفة بالهدوء					
7	الجودة الكلية للغرفة كانت بالمستوى المطلوب					
8	جودة الطعام كانت بالمستوى المطلوب					
9	كمية الطعام كانت بالمستوى المطلوب					
10	توقيت زيارة الأقارب كان مناسباً					
11	تم احترام القواعد والأنظمة (ممنوع التدخين , التزام الهدوء )					

### رابعا : الخدمات العلاجية:

نأمل وضع علامة (√) أمام الإجابة التي تراها مناسبة لك .

م	العبارة	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق على الإطلاق
1	توفر الأدوية والمستلزمات الطبية					
2	توفر أجهزة الأشعة					
3	توفر التحاليل الطبية داخل المستشفى					



### خامسا: الرضا : \_\_\_\_\_

تأمل وضع علامة (√) أمام الإجابة التي تراها مناسبة لك .

م	العبارة	راض جدا	راض	محايد	غير راض	غير راض جدا
1	بشكل إجمالي هل أنت راض عن مستوى الرعاية الطبية التي قدمها الأطباء لك؟					
2	بشكل إجمالي هل أنت راض عن مستوى الرعاية التمريضية التي قدمها الممرضون؟					
3	هل أنت راض عن جودة الإقامة داخل المستشفى؟					
4	هل أنت راض عن نظافة القسودورات المياه؟					
5	هل أنت راض عن خدمات التعقيم؟					
6	هل أنت راض عن جودة الطعام المقدم لك؟					
7	هل أنت راض عن كمية الطعام المقدم لك؟					
8	هل أنت راض عن مدى توفر أجهزة الأشعة داخل المستشفى؟					
9	هل أنت راض عن مدى توفر التحاليل الطبية داخل المستشفى؟					
10	هل أنت راض عن مدى توفر الأدوية والمستلزمات الطبية؟					

**الملحق رقم (3)  
المحكمين**

أسماء المحكمين:

(1) د . عبدالقادر البدرى - إدارة أعمال

(2) د . خالد الطيرة - إدارة أعمال

(3) د . عبدالغفار المنفى - إحصاء

**الملحق رقم (4)**  
**درجات ثبات مقاييس الدراسة**

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
916	9

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
923	11

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
899	3

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
917	10

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
962	33

الملحق رقم (5)

جدول

( Krejcie And Morgan 1970 )

لتحديد حجم العينة

**جدول (1970) (Krejci and Morgan) لتحديد حجم العينة**

حجم العينة	حجم المجتمع	حجم العينة	حجم المجتمع	حجم العينة	حجم المجتمع	حجم العينة	حجم المجتمع
317	1800	201	420	103	140	10	10
320	1900	205	440	108	150	14	15
322	2000	210	460	113	160	19	20
327	2200	214	480	118	170	24	25
331	2400	217	500	123	180	28	30
335	2600	226	550	127	190	36	40
338	2800	234	600	132	200	40	45
341	3000	242	650	135	210	44	50
346	3500	248	700	140	220	48	55
351	4000	254	750	144	230	52	60
354	4500	260	800	148	240	56	65
357	5000	265	850	152	250	59	70
361	6000	269	900	155	260	63	75
364	7000	274	950	159	270	66	80
367	8000	278	1000	162	280	70	85
368	9000	285	1100	165	290	73	90
370	10000	291	1200	169	300	76	95
375	15000	297	1300	175	320	80	100
377	20000	302	1400	181	340	86	110
375	30000	306	1500	186	360	92	120
380	40000	310	1600	191	380	73	130

**الملحق رقم (6)**  
**التحليل الإحصائية المستخدمة في الدراسة**



## Frequency Table

أولاً : معلومات عامة:

### اسم المستشفى

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	مستشفى بنغازي الطبي	94	26.1	26.1	26.1
	الهواري	40	11.1	11.1	37.2
	الجمهورية	163	45.3	45.3	82.5
	النهر	11	3.1	3.1	85.6
	7 أكتوبر	37	10.3	10.3	95.8
	الكوفية	15	4.2	4.2	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

### الجنس

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ذكر	191	53.1	53.1	53.1
	انثي	169	46.9	46.9	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

### العمر

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	اقل من 30 سنة	55	15.3	15.3	15.3
	من 30 سنة الي اقل من 40	102	28.3	28.3	43.6
	من 40 سنة الي اقل من 50	87	24.2	24.2	67.8
	من 50 فاكثر	116	32.2	32.2	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

### المستوي التعليمي

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	اساسي	119	33.1	33.1	33.1
	اعدادي	66	18.3	18.3	51.4
	ثانوي	87	24.2	24.2	75.6

معهد متوسط	48	13.3	13.3	88.9
جامعي او ما يعادلة	34	9.4	9.4	98.3
ماجستير /دكتوراه	6	1.7	1.7	100.0
Total	360	100.0	100.0	

#### المهنة

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	مهن حرة	71	19.7	19.7	19.7
	متقاعد	38	10.6	10.6	30.3
	ربة منزل	115	31.9	31.9	62.2
	طالب	37	10.3	10.3	72.5
	موظف	93	25.8	25.8	98.3
	عامل	5	1.4	1.4	99.7
	اخرى	1	.3	.3	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

#### Frequency Table

#### من أشار عليك الإقامة هنا بالمستشفى

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	مريض كان مقيم بهذا المستشفى	92	25.6	25.6	25.6
	طبيب يعمل في مستشفى اخر	60	16.7	16.7	42.2
	طبيب مختص يعمل في هذا المستشفى	130	36.1	36.1	78.3
	طبيب خاص	76	21.1	21.1	99.4
	اخرى تذكرها حددها	2	.6	.6	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

#### مدة الانتظار من فترة تخطيطك للدخول ودخولك الفعلي كانت

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	غير مقبولة على الاطلاق	1	.3	.3	.3
	غير مقبولة	11	3.1	3.1	3.3
	محايد	52	14.4	14.4	17.8
	مقبولة	122	33.9	33.9	51.7
	مقبولة جدا	174	48.3	48.3	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

ما الوقت المنفق من لحظة وصولك الى مكتب الاستعلامات الى لحظة الاتصال الاول مع الطبيب

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أقل من نصف ساعة	207	57.5	57.5	57.5
	بين نصف ساعة وساعة	100	27.8	27.8	85.3
	أكثر من ساعة	30	8.3	8.3	93.6
	لا أذكر	23	6.4	6.4	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

ثانيا : محور كفاءة الأطباء والمرضى داخل المستشفى:

### Statistics

	كفاءة ومهارة المرضى كانت بالمستوي المطلوب	كفاءة المعلومات التي زودك بها الطبيب كانت بالمستوي المطلوب	كمية وجودة المعلومات التي زودك بها الطبيب كانت بالمستوي المطلوب	اتاح المرضى الوقت الكافي لسماعك	اتاح الوقت الكافي لسماعك	اسلوب الاطباء تجاهك خلال مدة الاقامة كان جيد	اسلوب المرضى تجاهك خلال مدة القامة كان جيد	يمتاز الاطباء بالسرعة في التجاوب للرد علي استفساراتك	يمتاز المرضى بالسرعة في التجاوب للرد علي استفساراتك
Valid	360	360	360	360	360	360	360	360	360
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	4.5722	4.2028	4.2667	4.4139	4.1806	4.5611	4.2000	4.4306	4.2167
Std. Deviation	.67614	.80423	.81490	.66620	.77794	.66058	.79623	.61155	.68632

### Frequency Table

كفاءة الاطباء كانت بالمستوي المطلوب

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق علي الاطلاق	1	.3	.3	.3
	غير موافق	2	.6	.6	.8
	محايد	26	7.2	7.2	8.1
	موافق	92	25.6	25.6	33.6
	موافق تماماً	239	66.4	66.4	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

كفاءة ومهارة الممرضين كانت بالمستوي المطلوب

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق علي الاطلاق	3	.8	.8	.8
	غير موافق	5	1.4	1.4	2.2
	محايد	54	15.0	15.0	17.2
	موافق	152	42.2	42.2	59.4
	موافق تماماً	146	40.6	40.6	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

كمية وجودة المعلومات التي زدك بها الطبيب كانت بالمستوي المطلوب

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق علي الاطلاق	5	1.4	1.4	1.4
	غير موافق	5	1.4	1.4	2.8
	محايد	39	10.8	10.8	13.6
	موافق	151	41.9	41.9	55.6
	موافق تماماً	160	44.4	44.4	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

أتاح الطبيب الوقت الكافي لسماحك

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	محايد	36	10.0	10.0	10.0
	موافق	139	38.6	38.6	48.6
	موافق تماماً	185	51.4	51.4	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

اتاح الممرض الوقت الكافي لسماحك

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق	8	2.2	2.2	2.2
	محايد	58	16.1	16.1	18.3
	موافق	155	43.1	43.1	61.4
	موافق تماماً	139	38.6	38.6	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

أسلوب الأطباء تجاهك خلال مدة الإقامة كان جيد

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق علي الاطلاق	3	.8	.8	.8
	غير موافق	1	.3	.3	1.1
	محايد	13	3.6	3.6	4.7
	موافق	117	32.5	32.5	37.2
	موافق تماماً	226	62.8	62.8	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

أسلوب الممرضين تجاهك خلال مدة الإقامة كان جيد

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق علي الاطلاق	2	.6	.6	.6
	غير موافق	6	1.7	1.7	2.2
	محايد	55	15.3	15.3	17.5
	موافق	152	42.2	42.2	59.7
	موافق تماماً	145	40.3	40.3	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

يمتاز الأطباء بالسرعة في التجاوب للرد علي استفساراتك

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق	3	.8	.8	.8
	محايد	14	3.9	3.9	4.7
	موافق	168	46.7	46.7	51.4
	موافق تماماً	175	48.6	48.6	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

يمتاز الممرضين بالسرعة في التجاوب للرد علي استفساراتك

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق	2	.6	.6	.6
	محايد	48	13.3	13.3	13.9
	موافق	180	50.0	50.0	63.9
	موافق تماماً	130	36.1	36.1	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
محور كفاءة الاطباء والمرضى داخل المستشفى	360	3.00	5.00	4.3383	.52639
Valid N (listwise)	360				

### ثالثاً : محور الخصائص الفندقية

### Statistics

	تم احترام القواعد والانظمة (ممنوع التدخين ,التزام الهدوء )	توقيت زيارة الاقارب	كمية الطعام	جودة الطعام	الجودة الكلية للغرفة	الغرفة	خدمات التعقيم	نظافة الغرفة	دورات نظافة المياة	نظافة القسم بشكل عام
	كان مناسباً	كانت بالمستوي المطلوب	كانت بالمستوي المطلوب	كانت بالمستوي المطلوب	يمتاز جو الغرفة بالهدوء	كانت بها تجهيزات مناسبة	كانت بالمستوي المطلوب	كانت بالمستوي المطلوب	كانت بالمستوي المطلوب	كانت بالمستوي المطلوب
N	Valid	360	360	360	360	360	360	360	360	360
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		4.2750	3.9472	3.8139	4.0722	4.2194	3.9889	4.2611	4.0833	4.3333
Std. Deviation		.91075	.74970	1.08420	1.15212	1.02295	1.00411	.78895	.97246	.78282

### Frequency Table

#### نظافة القسم بشكل عام كانت بالمستوي المطلوب

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق علي الاطلاق	6	1.7	1.7
	غير موافق	5	1.4	3.1
	محايد	19	5.3	8.3
	موافق	163	45.3	53.6
	موافق تماماً	167	46.4	100.0
Total	360	100.0	100.0	

نظافة دورات المياه كانت بالمستوى المطلوب

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق علي الاطلاق	7	1.9	1.9	1.9
	غير موافق	25	6.9	6.9	8.9
	محايد	39	10.8	10.8	19.7
	موافق	149	41.4	41.4	61.1
	موافق تماماً	140	38.9	38.9	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

نظافة الغرفة كانت بالمستوي المطلوب

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق علي الاطلاق	6	1.7	1.7	1.7
	غير موافق	6	1.7	1.7	3.3
	محايد	23	6.4	6.4	9.7
	موافق	178	49.4	49.4	59.2
	موافق تماماً	147	40.8	40.8	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

خدمات التعقيم كانت بالمستوي المطلوب

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق علي الاطلاق	6	1.7	1.7	1.7
	محايد	32	8.9	8.9	10.6
	موافق	159	44.2	44.2	54.7
	موافق تماماً	163	45.3	45.3	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

الغرفة كانت بها تجهيزات مناسبة

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق علي الاطلاق	13	3.6	3.6	3.6
	غير موافق	17	4.7	4.7	8.3
	محايد	54	15.0	15.0	23.3
	موافق	153	42.5	42.5	65.8
	موافق تماماً	123	34.2	34.2	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

يمتاز جو الغرفة بالهدوء

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق علي الاطلاق	13	3.6	3.6	3.6
	غير موافق	13	3.6	3.6	7.2
	محايد	40	11.1	11.1	18.3
	موافق	110	30.6	30.6	48.9
	موافق تماماً	184	51.1	51.1	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

الجودة الكلية للغرفة كانت بالمستوي المطلوب

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق علي الاطلاق	6	1.7	1.7	1.7
	غير موافق	12	3.3	3.3	5.0
	محايد	45	12.5	12.5	17.5
	موافق	184	51.1	51.1	68.6
	موافق تماماً	113	31.4	31.4	100.0
	Total	360	100.0	100.0	



جودة الطعام كانت بالمستوي المطلوب

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق علي الاطلاق	23	6.4	6.4	6.4
	غير موافق	24	6.7	6.7	13.1
	محايد	68	18.9	18.9	31.9
	موافق	127	35.3	35.3	67.2
	موافق تماماً	118	32.8	32.8	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

كمية الطعام كانت بالمستوي المطلوب

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق علي الاطلاق	20	5.6	5.6	5.6
	غير موافق	13	3.6	3.6	9.2
	محايد	62	17.2	17.2	26.4
	موافق	136	37.8	37.8	64.2
	موافق تماماً	129	35.8	35.8	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

توقيت زيارة الأقارب كان مناسباً

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق	5	1.4	1.4	1.4
	محايد	50	13.9	13.9	15.3
	موافق	146	40.6	40.6	55.8
	موافق تماماً	159	44.2	44.2	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

تم احترام القواعد والانظمة (ممنوع التدخين,التزام الهدوء )

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق علي الاطلاق	6	1.7	1.7	1.7
	غير موافق	13	3.6	3.6	5.3
	محايد	38	10.6	10.6	15.8
	موافق	122	33.9	33.9	49.7
	موافق تماماً	181	50.3	50.3	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
محور الخصائص الفندقية	360	1.82	5.00	4.1439	.65551
Valid N (listwise)	360				

رابعا : محور الخدمة العلاجية

### Statistics

		توفر الادوية والمستلزمات الطبية	توفر اجهزة الاشعة	توفر التحاليل الطبية داخل المستشفى
N	Valid	360	360	360
	Missing	0	0	0
Mean		4.4361	4.4528	4.2583
Std. Deviation		.70519	.64466	.92771

### Frequency Table

#### توفر الادوية والمستلزمات الطبية

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق	9	2.5	2.5	2.5
	محايد	18	5.0	5.0	7.5
	موافق	140	38.9	38.9	46.4
	موافق تماماً	193	53.6	53.6	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

#### توفر أجهزة الأشعة

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق	3	.8	.8	.8
	محايد	21	5.8	5.8	6.7
	موافق	146	40.6	40.6	47.2
	موافق تماماً	190	52.8	52.8	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

توفر التحاليل الطبية داخل المستشفى

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق علي الاطلاق	3	.8	.8	.8
	غير موافق	21	5.8	5.8	6.7
	محايد	39	10.8	10.8	17.5
	موافق	114	31.7	31.7	49.2
	موافق تماماً	183	50.8	50.8	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
محور الخدمة العلاجية	360	2.33	5.00	4.3824	.66602
Valid N (listwise)	360				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
محور الاداء بصورة عامة	360	2.83	5.00	4.2511	.51773
Valid N (listwise)	360				

خامسا : محور الرضا

Statistics

	بشكل اجمالي هل انت راضي عن مستوي الخدمة الرعاية الطبية التي قدمها الاطباء لك	بشكل اجمالي هل انت راضي عن مستوي الرعاية التمريضية التي قدمها الممرضون	هل انت راضي عن مستوي جودة الإقامة داخل المستشفى	هل انت راضي عن نظافة القسم ودورات المياه	هل انت راضي عن جودة خدمات التعقيم	هل انت راضي عن جودة الطعام المقدم لك	هل انت راضي عن كمية الطعام المقدم لك	هل انت راضي عن مدي توفر أجهزة الأشعة داخل المستشفى	هل انت راضي عن مدي توفر التحاليل الطبية داخل المستشفى	هل انت راضي عن مدي توفر الادوية والمستلزمات الطبية	
N	Valid	360	360	360	360	360	360	360	360	360	
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Mean		4.4111	4.1333	4.2667	4.0333	4.3667	3.7833	3.8028	4.2722	4.2333	4.2806
Std. Deviation		.76329	.76044	.71280	.89505	.73814	1.18616	1.12083	.74886	.75456	.74763

Frequency Table

بشكل اجمالي هل انت راضي عن مستوى الخدمة الرعاية الطبية التي قدمها الاطباء لك

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق علي الاطلاق	5	1.4	1.4	1.4
	محايد	31	8.6	8.6	10.0
	موافق	130	36.1	36.1	46.1
	موافق تماماً	194	53.9	53.9	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

بشكل اجمالي هل انت راضي عن مستوى الرعاية التمريضية التي قدمها الممرضون

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق علي الاطلاق	4	1.1	1.1	1.1
	غير موافق	1	.3	.3	1.4
	محايد	56	15.6	15.6	16.9
	موافق	181	50.3	50.3	67.2
	موافق تماماً	118	32.8	32.8	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

هل انت راضي عن جودة الإقامة داخل المستشفى

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق	2	.6	.6	.6
	محايد	50	13.9	13.9	14.4
	موافق	158	43.9	43.9	58.3
	موافق تماماً	150	41.7	41.7	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

هل انت راضي عن نظافة القسم ودورات المياه

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق علي الاطلاق	3	.8	.8	.8
	غير موافق	20	5.6	5.6	6.4
	محايد	60	16.7	16.7	23.1
	موافق	156	43.3	43.3	66.4
	موافق تماماً	121	33.6	33.6	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

هل انت راضي عن خدمات التعقيم

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق علي الاطلاق	2	.6	.6	.6
	غير موافق	4	1.1	1.1	1.7
	محايد	32	8.9	8.9	10.6
	موافق	144	40.0	40.0	50.6
	موافق تماماً	178	49.4	49.4	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

هل انت راضي عن جودة الطعام المقدم لك

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق علي الاطلاق	18	5.0	5.0	5.0
	غير موافق	47	13.1	13.1	18.1
	محايد	51	14.2	14.2	32.2
	موافق	123	34.2	34.2	66.4
	موافق تماماً	121	33.6	33.6	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

هل انت راضي عن كمية الطعام المقدم لك

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق علي الاطلاق	18	5.0	5.0	5.0
	غير موافق	33	9.2	9.2	14.2
	محايد	61	16.9	16.9	31.1
	موافق	138	38.3	38.3	69.4
	موافق تماماً	110	30.6	30.6	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

هل انت راضي عن مدي توفر أجهزة الأشعة داخل المستشفى

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق علي الاطلاق	3	.8	.8	.8
	غير موافق	2	.6	.6	1.4
	محايد	41	11.4	11.4	12.8
	موافق	162	45.0	45.0	57.8
	موافق تماماً	152	42.2	42.2	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

هل انت راضي عن مدي توفر التحاليل الطبية داخل المستشفى

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق	11	3.1	3.1	3.1
	محايد	37	10.3	10.3	13.3
	موافق	169	46.9	46.9	60.3
	موافق تماماً	143	39.7	39.7	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

هل انت راضي عن مدي توفر الادوية والمستلزمات الطبية

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق	12	3.3	3.3	3.3
	محايد	28	7.8	7.8	11.1
	موافق	167	46.4	46.4	57.5
	موافق تماماً	153	42.5	42.5	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
محور الرضا عن الخدمة	360	2.60	5.00	4.1583	.61185
Valid N (listwise)	360				

محور كفاءة الأطباء والممرضين داخل المستشفى

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	محايد	11	3.1	3.1	3.1
	موافق	139	38.6	38.6	41.7
	موافق تماماً	210	58.3	58.3	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

محور الخصائص الفندقية

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق	6	1.7	1.7	1.7
	محايد	39	10.8	10.8	12.5
	موافق	165	45.8	45.8	58.3
	موافق تماماً	150	41.7	41.7	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

محور الخدمة العلاجية

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	غير موافق	2	.6	.6	.6
	محايد	39	10.8	10.8	11.4
	موافق	106	29.4	29.4	40.8
	موافق تماماً	213	59.2	59.2	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

محور الجودة بصورة عامة

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	محايد	20	5.6	5.6	5.6
	موافق	153	42.5	42.5	48.1
	موافق تماماً	187	51.9	51.9	100.0
	Total	360	100.0	100.0	



محور الرضا عن الخدمة

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	محايد	39	10.8	10.8	10.8
	موافق	155	43.1	43.1	53.9
	موافق تماماً	166	46.1	46.1	100.0
	Total	360	100.0	100.0	

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
محور كفاءة الاطباء والممرضين داخل المستشفى	360	4.3383	.52639	.02774
محور الخصائص الفندقية	360	4.1439	.65551	.03455
محور الخدمة العلاجية	360	4.3824	.66602	.03510
محور الاداء بصورة عامة	360	4.2511	.51773	.02729
محور الرضا عن الخدمة	360	4.1583	.61185	.03225

One-Sample Test

	Test Value = 3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
محور كفاءة الاطباء والممرضين داخل المستشفى	48.238	359	.000	1.33827	1.2837	1.3928
محور الخصائص الفندقية	33.111	359	.000	1.14394	1.0760	1.2119
محور الخدمة العلاجية	39.382	359	.000	1.38241	1.3134	1.4514
محور الاداء بصورة عامة	45.849	359	.000	1.25109	1.1974	1.3047
محور الرضا عن الخدمة	35.920	359	.000	1.15833	1.0949	1.2218

العلاقات بين جودة الخدمات والرضا

محور الرضا عن الخدمة		
.645**	Correlation Coefficient	محور كفاءة الاطباء والممرضين داخل المستشفى
0.00	Sig. (2-tailed)	
360	N	
.785**	Correlation Coefficient	محور الخصائص الفندقية
0.00	Sig. (2-tailed)	
360	N	
.553**	Correlation Coefficient	محور الخدمة العلاجية
0.00	Sig. (2-tailed)	
360	N	
.818**	Correlation Coefficient	محور الاداء بصورة عامة
0.00	Sig. (2-tailed)	
360	N	

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

University of Benghazi  
Faculty of Economics  
Department of Management  
Benghazi - Libya



## **Quality of Health Services and its Relationship with Patient Satisfaction**

A field study on public hospitals in the city of Benghazi

By:

Ali Abdul Jalil Ali Elghazali

Bachelor of management  
Faculty of Economics  
Department of Management

Supervisory  
Dr. Abdegadir N El- Badri

A study submitted for completion of Master's degree  
requirements in management at faculty of economics  
University of Benghazi

Fall 2014

## ABSTRACT

This study aims to determine the relationship between the quality of health services and patient satisfaction in hospitals located within the city of Benghazi, The study population consisted of all inpatients in public hospitals located within the city of Benghazi, (6272) patients were selected randomly, sample consisted of (364) patients. The questionnaire was used to collect data from the target group, 364 questionnaire forms were distributed and 360 questionnaire forms were returned.

In order to analyze the study data and achieve the goals of the study, the Statistical analytical program (SPSS) is also used to analyze the data by using means and standard deviations and percentages and frequencies and (t) test to get the following results: :

- The doctors were more efficient and skilled and they provide their patients with the amount of quality information, and giving their time to listen to their patients, and they are characterized by a good manner and speeding in responding to patients' queries more than nurses toward their patients.
- There was insufficiency regarding hotel properties in terms of equipment of rooms and the quantity and quality of food provided to patients in these hospitals.
- Although the medicines and medical supplies and devices and medical radiology tests were available in the hospitals, but that there a failure in providing the required quantities.
- There was insufficiency or low in quality health service provided to patients within the city of Benghazi, located inside the public hospitals in terms of sterilization services and the quality and quantity of food provided to patients in these hospitals.

Through the above-mentioned results, the following recommendations can be provided:

- Providing trained nurses and experienced addition to the need to establish a culture of quality among medical staff through awareness programs and

providing training courses sufficient for workers in their respective fields in order to improve the quality of services medical provided.

- The need to pay attention to the quality and quantity of food served in hospitals through oversight by the departments of these hospitals on the provided foods to patients, or to resort to contracting with reliable restaurants to provide food in these hospitals.
- The need to work on the provision of medicines and medical supplies and medical tests for patients inside the hospital, and not overburdening the patients or their relatives to search for drugs and medical tests outside the hospital, in addition to providing all the X-ray machines and other devices used in the treatment of patients within the hospital.
- Needing for pay attention to the standards of quality of health services in hospitals and seen as an integrated system of services through the deployment of a culture of quality in hospitals, in addition to emphasizing on the importance of conducting researchs to measure patient satisfaction from time to time.
- Developing an integrated system in each hospital for measurement and analysis of patient satisfaction with the level of health services provided to them on an ongoing basis and attention to complaints from patients through empathy with patients when submitting complaints and listen to them and try to solve problems, and encourage patients to progress their proposals to develop and improve the service in order to achieve satisfaction and contributes to the find opportunities for improvement through a system of complaints and suggestions.