



الأكاديمية الليبية/ فرع مصراتة
مدرسة العلوم الإدارية والمالية
قسم الإدارة الصحية

تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية من وجهة نظر العناصر

الطبية والطبية المساعدة

" دراسة تطبيقية على إدارة الخدمات الصحية مصراتة "

رسالة مقدمة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الإجازة العالية الماجستير.

إعداد الطالب: إسماعيل محمد القنطي

إشراف: د. سعد محمد أمبارك

الفصل الدراسي خريف: 2014-2015

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

((قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ
الْحَكِيمُ))

صدق الله العظيم

(البقرة: 32/2)

الإهداء

إلى الوطن الغالي الحبيب قرة عيني وذرة قلبي الذي عانى الويلات والألم ومرارة الأيام.

إلى والداي الغاليان اللذان منحاني الحب والحنان.

إلى أخوتي وأخواتي الذين أحاطوني بالعون والدعاء والحب والوفاء.

إلى زوجتي وابنتي رفاق الدرب الطويل بأذن الله والذين شاركوني أيام العمل صبروا عن

انشغالي عنهم الوقت الطويل.

إلى جميع الأصدقاء والأحباب والزملاء.

إليهم جميعاً أهدي ثمرة هذا الجهد المتواضع وفاء وتقديراً ومحبة ودعاء.

الباحث

الشكر و التقدير

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف الخلق والمرسلين سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم وعلى آله الطيبين الطاهرين وصحبه أجمعين، يسجد الباحث لله عز وجل ثناء و عرفانا على توفيقه آياه في أتمام هذه الدراسة بعد أن من عليه بالصبر وألبسه ثياب الصحة والعافية.

وأقدم بخالص الشكر والتقدير إلى الدكتور الفاضل / سعد محمد امبارك الذي تفضل بالإشراف على هذه الرسالة وتوليه صاحبها بالعناية والاهتمام، الذي لم ييخل ابدأ بالوقت والنصح والتوجيه السديد حتى خرجت هذه الرسالة إلى النور.

كما أتقدم بالشكر والتقدير للأساتذة الكرام أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بمناقشة وتحكيم هذا العمل المتواضع.

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير للأستاذ / محمد عمر الشعافي الذي قام بالإشراف على التحليل الإحصائي على هذه الرسالة، والأستاذ الفاضل / عبدالسلام محمد عليلش الذي قام بالتعديل اللغوي على هذه الرسالة.

وأخيرا أتقدم بخالص شكري وتقديري وامتناني لكل من كان له جهد أو نصيحة في سبيل أتمام هذا العمل فله مني كل شكر وتقدير واحترام.

قائمة لمحتويات

البند	المحتويات	رقم الصفحة
1	الآية القرآنية.	أ
2	الإهداء.	ب
3	الشكر والتقدير.	ج
4	قائمة المحتويات.	د
5	قائمة الجداول.	ز
6	قائمة الأشكال.	ط
7	قائمة الملاحق.	ي
8	المستخلص.	ك
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة		
9	(1-1) المقدمة.	2
10	(2-1) مشكلة الدراسة.	3
11	(3-1) فرضيات الدراسة.	3
12	(4-1) متغيرات الدراسة.	4
13	(5-1) أهداف الدراسة.	5
14	(6-1) أهمية الدراسة.	5
15	(7-1) مصادر جمع البيانات.	6
16	(8-1) منهجية الدراسة.	7
17	(9-1) حدود الدراسة.	7
18	(10-1) مصطلحات الدراسة والتعاريف الإجرائية.	8

رقم الصفحة	المحتويات	البند
9	(11-1) الدراسات السابقة.	19
الفصل الثاني: الإطار النظري.		
المبحث الأول: المدخل إلى الخدمات الصحية.		
16	(1-2) تمهيد.	20
16	(2-2) مفهوم الخدمة وخصائصها.	21
19	(3-2) مفهوم الخدمة الصحية ومدلولها	22
21	(4-2) نشأة الخدمة الصحية والطبية.	23
22	(5-2) أسس الخدمات الصحية.	24
24	(6-2) أهمية دراسة الخدمة الصحية.	25
26	(7-2) الخصائص والاختلافات المميزة للخدمة الصحية عن السلع والخدمات الأخرى .	26
29	(8-2) المشكلات الصحية المعاصرة وأثرها على حجم ونوع الخدمة الصحية.	27
31	(9-2) القوى المؤثرة في تطور المستشفيات.	28
32	(10-2) مستويات تقديم الخدمة الصحية.	29
33	(11-2) تدني مستوى الخدمات الطبية	30
الفصل الثالث: تقييم كفاءة الأداء المؤسسي		
37	(1-3) تمهيد.	31
38	(2-3) مفهوم وتقييم الأداء.	32
39	(3-3) أهمية الأداء.	33
39	(4-3) أهمية تقييم أداء الخدمات الصحية.	34
40	(5-3) أنواع تقييم الأداء.	35
43	(6-3) العوامل والمعوقات المؤثرة على تقييم الأداء.	36

البند	المحتويات	رقم الصفحة
37	(7-3) معايير الأداء.	46
38	(8-3) خصائص مؤشرات قياس الأداء.	48
39	(9-3) طرق وأساليب تقييم أداء إدارة المستشفى .	48
40	(10-3) مفهوم الكفاءة.	50
41	(11-3) الكفاءة في الخدمات الصحية.	51
42	(12-3) أهمية الكفاءة في الخدمات الصحية.	52
43	(13-3) هيكل ومكونات النموذج المتكامل لتقييم أداء المنظمات الصحية	53
الفصل الرابع: عناصر تقديم الخدمة الصحية وعلاقتها بمستوى تقديم الخدمات.		
44	(1-4) تمهيد.	58
45	(2-4) القوى البشرية المتخصصة.	58
46	(3-4) المرضى والمراجعين والمواطنين.	61
47	(4-4) بيئة المباني والأراضي المستخدمة.	61
48	(5-4) الأجهزة والمعدات والآلات.	67
49	(6-4) العلاقة بين عناصر تقديم الخدمة ومستوى تقديم الخدمات.	72
الفصل الخامس: الدراسة العملية.		
50	(2-5) نبذة عن إدارة الخدمات الصحية مصراتة .	76
51	(3-5) منهجية الدراسة.	80
52	(4-5) خصائص عينة الدراسة.	89
53	(5-5) التحليل الاستنتاجي للبيانات واختبار فرضيات الدراسة.	92
54	(6-5) النتائج والتوصيات.	117
55	المراجع.	123
56	الملاحق.	

قائمة الجداول

رقم الصفحة	محتويات الجدول	البند
49	(1-3) مؤشرات تقييم الأداء داخل المستشفيات.	1
79	(1-5) عدد المرافق الصحية التابعة لإدارة الخدمات الصحية حسب مستويات الرعاية الصحية .	2
79	(2-5) قائمة بالمرافق الصحية التابعة لإدارة الخدمات الصحية مصراته وتوزيعها على مناطق مصراته .	3
80	(3-5) توزيع الكوادر البشرية على المؤسسات الصحية العامة الرئيسية بمدينة مصراته.	4
81	(4-5) إجراءات توزيع مفردات عينة الدراسة وحركة الاستبيان.	5
83	(5-5) تركيبة استمارة الاستبيان.	6
85	(6-5) معاملات الارتباط بين متغيرات كفاءة أداء الخدمات الصحية والدرجة الكلية للمقياس .	7
86	(7-5) معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة والدرجة الكلية للمقياس.	8
87	(8-5) معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية والدرجة الكلية للمقياس.	9
88	(9-5) معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاهتمام بالبيئة الصحية المادية للمرفق الصحي والدرجة الكلية للمقياس.	10
89	(10-5) الثبات بالاتساق الداخلي لمتغيرات الدراسة.	11
90	(11-5) توزيع عينة الدراسة حسب الخصائص الشخصية والوظيفية.	12
94	(12-5) نتائج التحليل الإحصائي للفرضية الفرعية الأولى.	13
98	(13-5) نتائج التحليل الإحصائي للفرضية الفرعية الثانية.	14
101	(14-5) نتائج التحليل الإحصائي للفرضية الفرعية الثالثة.	15
104	(15-5) نتائج التحليل الإحصائي للفرضية الرئيسية.	16
105	(16-5) العلاقة بين الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة وكفاءة أداء الخدمات الصحية.	17
105	(17-5) نتائج تحليل التباين للانحدار للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الأولى.	18
106	(18-5) اختبار أثر المتغير المستقل (الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة) في المتغير التابع (كفاءة أداء الخدمات الصحية).	19

رقم الصفحة	محتويات الجدول	البند
107	(5-19) العلاقة بين الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية وكفاءة أداء الخدمات الصحية.	20
107	(5-20) نتائج تحليل التباين للانحدار للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الثانية.	21
108	(5-21) اختبار أثر المتغير المستقل (الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية) في المتغير التابع (كفاءة أداء الخدمات الصحية).	22
109	(5-22) العلاقة بين الاهتمام بالبيئة الصحية للمرفق الصحي وكفاءة أداء الخدمات الصحية.	23
109	(5-23) نتائج تحليل التباين للانحدار للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الأولى.	24
110	(5-24) اختبار أثر المتغير المستقل (الاهتمام بالبيئة الصحية للمرفق الصحي) في المتغير التابع (كفاءة أداء الخدمات الصحية).	25
111	(5-25) نتائج اختبار مان وتني للمقارنة من حيث الجنس.	26
112	(5-26) نتائج اختبار مان وتني للمقارنة من حيث الحالة الاجتماعية.	27
113	(5-27) نتائج اختبار مان وتني للمقارنة من حيث الوظيفة.	28
114	(5-28) نتائج اختبار مان وتني للمقارنة من حيث المؤهل العلمي.	29
115	(5-29) نتائج اختبار مان وتني من حيث سنوات الخبرة.	30

قائمة الأشكال

رقم الصفحة	محتويات الأشكال	البند
4	(1-1) متغيرات الدراسة	1
32	(1-2) القوى المؤثرة في تطور المستشفيات.	2
33	(2-2) مستويات الخدمات الصحية.	3
56	(1-3) النموذج المتكامل لتقييم أداء المنظمات الصحية.	4
78	(1-5) الهيكل التنظيمي لإدارة الخدمات الصحية.	5

قائمة الملاحق

رقم الصفحة	المحتويات	البند
	الاستبيان.	1
	قائمة المحكمين.	2
	جداول التحليل الإحصائي.	3
	توزيع العيادات على المرفق الصحية التابعة لإدارة الخدمات الصحية مصراتة.	4
	نموذج (Krejcie and Morgan (1970) لتحديد حجم العينة.	5

المستخلص

تهدف هذه الدراسة إلى محاولة تقييم الخدمات الصحية التي تقدمها إدارة الخدمات الصحية مصراتة من وجهة نظر العناصر الطبية والطبية المساعدة، وذلك من خلال ما تقدمه من اهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة، وقدرتها على توفير الأجهزة والمستلزمات الطبية المتطورة، واهتمامها بالبيئة الصحية المادية بالمرافق الصحية..

رأى الباحث باعتباره أحد العاملين بإدارة الخدمات الصحية مصراتة أن هنالك تدني في مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية وذلك من خلال وجود نقص في الموارد الأساسية لتقديم الخدمة الصحية.

واعتمد الباحث على المنهج الوصفي، مستخدماً استمارة استبيان أعدت كأداة لجمع بيانات الدراسة، وزعت على عينة حجمها (310) مفردة اختيرت بطريقة العينة العشوائية البسيطة، وتمثل ما نسبته (17.50%) من حجم المجتمع الأصلي البالغ (1766) عنصر طبي وطبي مساعد، وقد بلغ عدد الاستمارات الخاضعة للتحليل (304) استمارة، شكلت ما نسبته (98.06%) من الاستمارات الموزعة، وتم تحليل بيانات الدراسة واختبار فرضياتها من خلال تطبيق بعض أدوات التحليل الإحصائي الوصفي والاستدلالي الأكثر ملائمة لطبيعة تلك البيانات، وذلك باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية والمعروف اختصاراً (Spss)، وكذلك تم استخدام برنامج (minitab) لإثبات الفرضيات الفرعية.

وتوصل الباحث إلى مجموعة من النتائج أهمها

1- تدني مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية بإدارة الخدمات الصحية مصراتة من خلال أبعادها المختلفة (الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة، الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية، الاهتمام بالبيئة الصحية المادية للمرفق الصحي).

2- وجود علاقة تأثير قوية (للاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية ، والاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة، والاهتمام بالبيئة الصحية للمرفق الصحي) على التوالي في كفاءة أداء الخدمات الصحية .

3- وجود علاقة ارتباط طردية قوية بين (الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة، الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية، والاهتمام بالبيئة الصحية للمرفق الصحي) وبين كفاء أداء الخدمات الصحية مصراتة.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

- (1-1) المقدمة
- (2-1) مشكلة الدراسة
- (3-1) فرضيات الدراسة
- (4-1) متغيرات الدراسة
- (5-1) أهداف الدراسة
- (6-1) أهمية الدراسة
- (7-1) مصادر جمع البيانات
- (8-1) منهجية الدراسة
- (9-1) حدود الدراسة
- (10-1) مصطلحات الدراسة
- (11-1) الدراسات السابقة

(1-1) المقدمة

تنامت الخدمات في السنوات الأخيرة بشكل كبير ومتزايد، وفرضت مكانتها الحقيقية والمتميزة في اقتصاديات الدول، مما عزز مكانتها في الحياة اليومية لإنسان القرن الواحد والعشرين، وفي حقيقة الأمر فإن الخدمات تتميز وتختلف عن السلع المادية في عدة نقاط جوهرية وهامة، وينجر عن هذا التمايز والاختلاف وجود تقسيمات متنوعة ومتعددة للخدمات ومن بين تلك التقسيمات في مجال الخدمات نجد ما يسمى بالخدمات الصحية(عائشة، 14، 2012).

لقد أصبحت الخدمات الصحية وكفاءتها من أولويات البرامج التنموية للدول بشكل عام، ويل من أهم المعايير التي تشير إلى تقدم الدول، فحرصت الكثير من الدول إلى تنمية الموارد البشرية للقطاعات الصحية عن طريق الاهتمام بالتدريب وتأهيل العاملين بقطاعات الخدمات الصحية، كذلك الاهتمام بتوفير الأجهزة والتكنولوجيا المتطورة للكشف والتشخيص المبكر للأمراض، وتواجه المنظمات الحكومية الخدمية جملة من التحديات الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والتقنية والثقافية، مما يحتم على هذه المنظمات مواجهة تلك التحديات من خلال اتخاذ الترتيبات اللازمة الآخذة بمفاهيم الإدارة الحديثة التي تمكنها من تحقيق أهدافها بكفاءة وفعالية، وفي ظل هذه التغيرات والتحويلات تظهر الحاجة إلى قياس كفاءة الأداء المؤسسي لهذه المنظمات بصورة دورية بهدف الرفع من مستواها وتحسينه.

وفي الدولة الليبية شهدت الخدمات الصحية التي تقدمها وزارة الصحة العديد من التحديات تتمثل في أهمية الاستمرار في رفع كفاءة أداء الخدمات الصحية والتوزيع العادل للخدمات الصحية وتوفيرها لكل المواطنين، وقدرتها على توظيف الكفاءات من المهن الطبية، وتوفير جميع متطلبات الخدمة، وتم من خلال هذه الدراسة تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية بمدينة مصراتة من وجهة نظر العناصر الطبية والطبية المساعدة بالمرافق الصحية التابعة لإدارة الخدمات الصحية بمصراتة.

(2-1) مشكلة الدراسة

تُعد الخدمات التي تقدمها الأجهزة الحكومية الخدمية الصحية من أهم ركائز تحقيق رفاهية المجتمع التي تعد جميع الحكومات شعوبها بتوفيرها، وذلك إيماناً منها بأن تحسين الخدمات الصحية الحكومية له فوائده الاقتصادية والاجتماعية لجميع شرائح المجتمع. وتعمل معظم الحكومات على تقييم أداء أجهزتها الخدمية سواء كان ذلك بالتأكد من أن الخدمات المقدمة قد وصلت فعلياً إلى محتاجيها، وأن معظم المستفيدين قد تلقوا الخدمات الضرورية بالشكل الأمثل، إضافة إلى ذلك حاجة الحكومات لمعرفة إذا كانت سياساتهم حيال أداء هذه الخدمات فعالة ويتم تطبيقها بكفاءة أم لا، وحيث إن الخدمات الصحية تقدم لأفراد المجتمع من خلال مراكز الرعاية الصحية الأولية، فإن تقييم أداء هذه المراكز يعد من الضروريات اللازمة للتعرف على مواطن الضعف والقوة فيها والعمل على تحسين كفاءة الخدمات الصحية، ومن خلال معايشة الباحث لواقع الخدمات الصحية في مدينة مصراتة باعتباره أحد منتسبي هذا القطاع، لاحظ وجود قصور في كفاءة أداء الخدمات الصحية المقدمة من قبل إدارة الخدمات الصحية مصراتة.

بالتالي تمثلت مشكلة الدراسة في الإجابة على التساؤل الرئيسي الآتي:

"ما مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية التي تقدمها إدارة الخدمات الصحية مصراتة من وجهة نظر العناصر الطبية والطبية المساعدة؟"

(3-1) فرضيات الدراسة

الفرضية الأولى

"هناك تدني في مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية المقدمة بإدارة الخدمات الصحية مصراتة".

وينبثق عنها الفرضيات الفرعية الآتية:

- اهتمام إدارة الخدمات الصحية مصراتة بالعناصر الطبية والطبية المساعدة يؤثر في مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية .
- اهتمام إدارة الخدمات الصحية مصراتة بتوفير التجهيزات الطبية ومستلزماتها المتطورة يؤثر في مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية.

- اهتمام إدارة الخدمات الصحية مصراثة بالبيئة الصحية المادية للمراكز الصحية يؤثر في مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية.

الفرضية الثانية

" توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية بإدارة الخدمات الصحية مصراثة تعزى للمتغيرات الديمغرافية والوظيفية الآتية: (الجنس، الحالة الاجتماعية، سنوات الخبرة، المؤهل التعليمي، الوظيفة) "

(4-1) متغيرات الدراسة

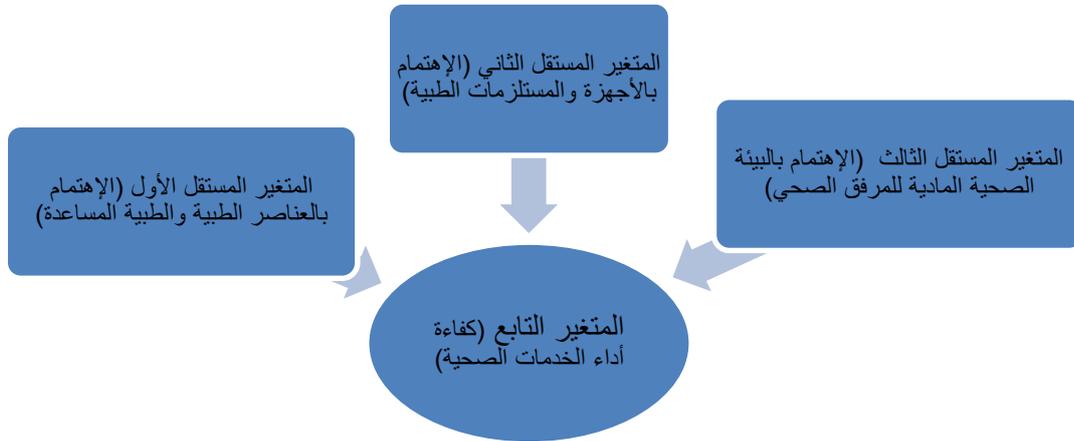
المتغير المستقل: وتتمثل في ثلاث متغيرات فرعية وهي

1- الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة.

2- الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية.

3- الاهتمام بالبيئة الصحية المادية للمرفق الصحي.

المتغير التابع: كفاءة أداء الخدمات الصحية.



الشكل رقم (1-1)

متغيرات الدراسة

المصدر: إعداد الباحث

(5-1) أهداف الدراسة

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الهدف الرئيسي الآتي وهو محاولة تقييم مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية من وجهة نظر العناصر الطبية والطبية المساعدة بإدارة الخدمات الصحية مصراتاً، كما تسعى إلى تحقيق الأهداف الآتية:

- 1- التعرف على مدى اهتمام إدارة الخدمات الصحية مصراتاً بالعناصر الطبية والطبية المساعدة.
- 2- التعرف عن مدى اهتمام إدارة الخدمات الصحية مصراتاً بتوفير الأجهزة الطبية ومستلزماتها المتطورة.
- 3- التعرف على مستوى اهتمام إدارة الخدمات الصحية مصراتاً بتوفير البيئة الصحية المادية المناسبة للمرافق الصحية.
- 4- التعرف على الفروق الديمغرافية والوظيفية للعناصر الطبية والطبية المساعدة فيما يتعلق بمستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية بإدارة الخدمات الصحية مصراتاً.

(6-1) أهمية الدراسة

تتجلى أهمية هذه الدراسة من أهمية الإشكالية المطروحة، حيث تعتبر هذه الدراسة هامة لكونها تتناول المنظمات الصحية التي تعتبر من أكثر المنظمات ارتباطاً بالجمهور، بسبب شمولية تأثير خدماتها على كافة أفراد المجتمع بشكل أو بآخر، وتتبع أهمية الدراسة من كونها محاولة لإثراء الأدبيات المتعلقة بالموضوع كما تأتي من خلال ما تثيره من نقاط جديدة بالبحث والدراسة وذلك في خدمة الأطراف الآتية:

1- بالنسبة للمجتمع

تأتي أهمية دراسة الخدمات الصحية من خلال ما تعكسه برامج الحكومات في تحقيق الأهداف الاجتماعية والاقتصادية، وقد بدت في المجتمعات المتحضرة والدول المتقدمة، فهي تكتسب أهمية خاصة في سياسات الدول النامية بوصفها أداة تنموية وتخطيطية للنهوض بالإفراد والمجتمعات، وهذا يأتي من حجم الخدمات الصحية التي يحصل عليها الفرد من خلال ما يتم توفيره من مستشفيات ومراكز صحية وكوادر وتجهيزات طبية وصحية بمختلف الاختصاصات.

2- بالنسبة للبحث العلمي

تكمن أهميتها من الناحية العلمية كونها تحاول إلقاء الضوء على مستوى الخدمات الصحية المقدمة من قبل المرافق الصحية وذلك لغرض الارتقاء بها عن طريق دراسة العوامل التي تؤثر في كفاءة الأداء في تلك المرافق، إضافة إلى كونها الدراسة الأولى في مدينة مصراتة حسب علم الباحث، وتعد خطوة للتعرف على مستوى الخدمات الصحية المقدمة من المرافق الصحية التابعة لإدارة الخدمات الصحية بمدينة مصراتة.

3- بالنسبة للباحث

تمكن أهمية الدراسة للباحث في أنها وسيلة للتدريب في مجال البحث العلمي والميداني، بحيث تتركز الدراسة على ممارسة خطوات البحث العلمي المهمة لتحديد المشكلة، ووضع التساؤلات والفروض وجمع البيانات، وتحليلها واستخلاص النتائج، ووضع التوصيات وتعميمها للاستفادة منها. كما تسهم في إثراء الباحث بالمعلومات التي يحتاجها بالجانب المهني الذي يعمل به وذلك للوصول إلى الحلول الممكنة لتلافي الانحرافات الموجودة.

(7-1) مصادر جمع البيانات

تأسيساً على ما تقدم وبناءً على تصميم هذه الدراسة وأقسامها ونوع البيانات المطلوبة لتحقيق أهدافها، استخدم الباحث مصدرين لجمع بيانات الدراسة هما:

- **المصادر الأولية:** وذلك من خلال العينة التي تم اختيارها لغرض الدراسة، وما تم الحصول عليه من بيانات أساسية تم جمعها ميدانياً، من خلال استمارة الاستبيان، حيث تعتبر طريقة الاستبانة مناسبة بسبب عدد مجتمع الدراسة الكبير.
- **المصادر الثانوية:** وتم الحصول عليها من خلال الإطلاع على أدبيات الموضوع وذلك من خلال المتاح من المصادر المتعلقة بموضوع الدراسة من دراسات وأبحاث سابقة منشورة وغير منشورة، وكذلك على الكتب العلمية المتخصصة في الموضوع، والدوريات العلمية المتخصصة، كما اعتمد الباحث على بعض المواقع العلمية في الشبكة العالمية الإنترنت.

(8-1) منهجية الدراسة

- **منهج الدراسة:** قام الباحث بدراسة الموضوع من خلال استخدام المنهج الوصفي الذي يتناسب مع أغراض هذه الدراسة باعتبار أن هذا المنهج يتلاءم وطبيعة بيانات هذه الدراسة.
- **مجتمع الدراسة:** يتمثل مجتمع الدراسة في العناصر الطبية والطبية المساعدة بمراكز الرعاية الصحية والعيادات الممثلة التابعة لإدارة الخدمات الصحية مصراتة، والبالغ عددهم (1766) عنصراً.
- **عينة الدراسة:** تم اختيار عينة حجمها (310) مفردة بطريقة العينة العشوائية البسيطة من جميع العناصر الطبية والطبية المساعدة بإدارة الخدمات الصحية مصراتة، وبنسبة (17.50%) من حجم المجتمع الأصلي، وتم تحديد حجم العينة بناءً على جدول Krejcie and Morgan (1970) لتحديد حجم العينة، حيث تم الحصول على (304) استبانة صالحة للتحليل الإحصائي.
- **الأساليب الإحصائية المستخدمة:** لغرض إجراء التحليل الإحصائي اللازم للدراسة، فإنه تم الاعتماد على تطبيق أساليب التحليل الإحصائي باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية " Statistical Package For Social Science " والمعروف اختصاراً ببرنامج (spss) ، كذلك برنامج (minitab)، حيث تعد هذه البرامج من أكثر البرامج الإحصائية شيوعاً واستخداماً في جميع المجالات التربوية والاجتماعية والاقتصادية والطبيعية والهندسية، لإجراء التحليلات الإحصائية اللازمة باستخدام الحاسب الآلي.

(9-1) حدود الدراسة

- **الحدود الموضوعية:** اقتصرت الدراسة على تقييم مستوى كفاءة الأداء للخدمات الصحية المقدمة بإدارة الخدمات الصحية مصراتة من خلال المراكز الرعاية الصحية والعيادات الممثلة التابعة لها من وجهة نظر العناصر الطبية والطبية المساعدة.
- **الحدود المكانية:** تم تطبيق الدراسة على إدارة الخدمات الصحية مصراتة ممثلة (بمراكز الرعاية الصحية، والعيادات الممثلة بمدينة مصراتة).

- الحدود الزمانية: تمت الدراسة خلال الفترة من 2014/3/1 إلى نهاية 2014/11/1، حيث تم الحصول على قرار الموافقة على الدراسة 2014/2/14، وتم البدء في تحكيم الاستبانة خلال الفترة ما بين 2014/3/1 إلى نهاية 2014-3-15، وتم توزيع وتجميع الاستبانة خلال الفترة ما بين 2014/3/20 وحتى 2014/4/8، وتم تحليل بيانات الاستبانة واستخلاص النتائج خلال الفترة من 2014/4/15 وحتى 2014/8/1، الجزء النظري وطباعته تمت ما بين الفترة 2014/3/1 إلى نهاية 2014/12/30.

(10-1) مصطلحات الدراسة والتعاريف الإجرائية

- 1- **الكفاءة:** يقصد بالكفاءة هو الاستخدام المتوازن للموارد (البشرية، والمادية) ونقصد هنا التجهيزات الطبية والعناصر الطبية والطبية المساعدة والبيئة المادية الصحية للمرافق الصحية.
- 2- **كفاءة الخدمات الصحية:** عرفت منظمة الصحة العالمية (W.H.O) " كل ما يتعلق بتحقيق أهداف منظمات الخدمات الصحية بأقل النفقات والجهود، وسواء كانت تلك الجهود على شكل أموال، قوى عاملة، أو موارد أخرى، ومدى قبول تلك الخدمات الصحية" (النياز، 1425، 74).
- 3- **العناصر الطبية والطبية المساعدة:** هي الكوادر البشرية التي تقدم الخدمة الطبية الصحية والمتمثلة في (الأطباء، التمريض، الفنيين).
- 4- **الأجهزة والمستلزمات الطبية:** مجموعة من الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية المستخدمة في الكشف والعلاج للمرضى.
- 5- **البيئة الصحية والمادية للمرفق الصحي:** ويقصد بها في الدراسة المبنى وما يتوفر به من إضاءة وتهوية ونظافة عامة ونظام حماية من الملوثات.
- 6- **إدارة الخدمات الصحية:** وهي مؤسسة صحية تتبعها عدد من مراكز الرعاية الصحية الأولية يتم من خلالها تقديم الخدمات الصحية الأولية كتلقيح الأطفال ورعاية الحوامل وتقديم الخدمات العلاجية لطلبة المدارس وتقديم الإسعافات الأولية، كذلك تقدم خدماتها للمجتمع من خلال عيادات عامة، أما الحالات المستعصية والخطرة يتم إرسالها إلى المستشفيات العامة.

(11-1) الدراسات السابقة

- دراسة (Eleuch,2011) بعنوان " إدراك نوعية الخدمات الصحية في اليابان " هدفت هذه الدراسة لتقييم تصورات المرضى اليابانيين لنوعية الخدمة والرعاية الصحية وتبسيط الضوء على ميزات الخدمة الأكثر وضوحا. استخدمت الدراسة البرمجة غير الخطية، واعتمدت الدراسة على نموذج المبعثر للكشف عن أهمية الرعاية الصحية وميزات الخدمة الصحية للحكم على جودة الخدمة. وأظهرت نتائج الدراسة بأن المرضى اليابانيين ينظرون إلى خدمات الرعاية الصحية من خلال العملية التعويضية الخطية، فمثلا نوعية الميزات التقنية وسلوك الموظفين يعوض بعضهم البعض لتحديد نوعية الخدمة، وكما سلطت هذه الدراسة الضوء على الحاجة إلى اعتماد التطور الذي يعزز الجودة الفنية والممارسات الطبية في أمان الرعاية الصحية اليابانية.
- دراسة (عطية مصلح، 2011)، بعنوان " قياس جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية". وهدفت الدراسة الى التعرف على مستوى جودة الخدمات الفعلية المدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات في مدينة قلقيلية، حيث اعتمد الباحث على استخدام مقياس سيرفيرف بالأبعاد الستة والمتمثلة في: الدليل المادي الملموس، الاعتمادية، قوة الاستجابة، الأمان والثقة، التعاطف، خصائص المستشفى. كانت النتائج عالية في جميع الأبعاد أي أن المبحوثين راضين عن الخدمات المقدمة لهم في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية، كما انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين هذه الأبعاد والخصائص الشخصية للمبحوث المسمى الوظيفي، المؤهل العلمي، العمر، الحالة الاجتماعية، المبحوث، المستشفى ويعزو الباحث ذلك إلى أن الخدمات المقدمة للمرضى لا تتأثر بتلك المتغيرات.
- دراسة (حميد حسين فرحان، 2010)، بعنوان " تقويم كفاءة الخدمات الصحية في مدينة العامرية "، هدفت الدراسة إلى تشخيص مواقع الخلل في متغيرات الخدمات الصحية، وإيجاد السبل الكفيلة التي تهدف إلى تحسين الواقع الصحي في المدينة، ومن أجل تحقيق هدف البحث، واختبار الفرضية، تضمن البحث ثلاث محاور هي:
1- المحور الأول: التوزيع المكاني والنوعي للمؤسسات الصحية في مدينة العامرية.

- 2- المحور الثاني: تحليل كفاءة الخدمات الصحية في مدينة العامرية.
وتم في هذا المحور احتساب نسب الاستخدام الفعلي لمتغيرات الخدمات الصحية في المدينة، ومقارنتها مع المقاييس العالمية.
- 3- المحور الثالث: تقييم السكان لكفاءة الخدمات الصحية في المدينة.
وتوصلت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج، أهمها ما يأتي:
- 1- اتسم الواقع المكاني للمؤسسات الصحية بالتباين في التوزيع بين منطقة وأخرى، حيث يتركز أغلبها في مجمع الإخاء حول المستشفى وفي أغلب الأحيان يضطر المراجعون إلى قطع مسافة تتجاوز 1 كم، كما هو الحال بالنسبة لمستشفى العامرية العام.
 - 2- اتضح من الدراسة القصور في عدد المراكز الصحية في المدينة فهي تحتوي على مركزين وان حجم المدينة يحتاج إلى مركزين إضافيين حسب معيار وزارة التخطيط.
 - 3- تبين من دراسة كفاءة الخدمات الصحية في المدينة حسب المؤشرات والمعايير التي تم الاعتماد عليها، أن هناك تذبذب في النتائج المستخلصة، فقد انخفض معدل ذوي المهن الصحية لمعدل ذوي المهن الطبية عن المعيار المعتمد، وانخفض معدل ذوي المهن الصحية لكل طبيب عن المعيار العالمي، وتطابق عدد الأسرة لكل طبيب مع المعدل العالمي وانخفاض عدد الأسرة لكل ممرض مما يؤدي إلى كفاءة الخدمة التي يقدمها الممرض لكل سرير، وقد انخفض عدد الممرضين لكل طبيب إلى أقل من المعدل العالمي في حين ازداد عدد السكان لكل طبيب عن المعدل الذي حددته وزارة الصحة وارتفعت حصة كل سرير من السكان، لكنها حققت تطورا كبيرا لبلوغها النسبة المطلوب تحقيقها بالنسبة لعدد السكان إلى ذوي المهن الصحية.
 - 4- أن تذبذب هذه المؤشرات ما بين السلب والإيجاب يؤثر إلى أن مدينة العامرية لم تصل إلى الدرجة المطلوبة في تأدية خدماتها الصحية.
 - 5- أن معظم السكان أشاروا إلى صعوبة الوصول إلى المؤسسات الصحية في المدينة ألا باستخدام السيارة وهذا يتطلب إعادة النظر في توزيع الخدمات الصحية في المدينة.
 - 6- وقد تبين أن درجة الرضا على الخدمات الصحية في المدينة كانت من نصيب العيادات الخاصة.

• دراسة (طلال بن عابد الأحمد، 2009)، بعنوان " تقييم كفاءة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية " حيث هدفت هذه الدراسة إلى تقييم أداء الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية من خلال قياس الكفاءة النسبية لمراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات الحكومية باستخدام تحليل مغلف البيانات، وهو نموذج رياضي يستخدم البرمجة الخطية لقياس الكفاءة النسبية لعدد من الأجهزة الإدارية من خلال تحديد المزيج الأمثل لمجموعة مدخلاته ومجموعة مخرجاته وذلك بناء على الأداء الفعلي لها وتم استخدام عدد الأطباء، وعدد العاملين بالتمريض، وعدد الفئات الطبية المساعدة، وعدد المراكز باعتبارها مدخلات للنموذج وعدد المراجعين للعيادات، وعدد الفحوص المخبرية، وعدد المرضى المستفيدين من التصوير الإشعاعي باعتبارها من مخرجات للنموذج

النتائج: اتضح من خلال الدراسة أن متوسط الكفاءة الإنتاجية الداخلية لمراكز الرعاية الصحية الأولية في أنحاء مناطق المملكة بوجه عام هو (91.2 %) ، ومتوسط الكفاءة الإنتاجية الخارجية لمراكز الرعاية الصحية الأولية في أنحاء مناطق المملكة بوجه عامة هو (91.6 %) وهذا يعني أن عدم وصول مراكز الرعاية الصحية الأولية في أنحاء مناطق المملكة إلى الكفاءة الإنتاجية العامة التامة راجع أساساً إلى ضعف مستوى الإدارة في التغلب على العوامل البيئية الخارجية أكثر من ضعف مستوى كفاءة إدارة العمليات الداخلية بوجه عام.

كما اتضح أنه يمكن تقسيم مجموعات مراكز الرعاية الصحية الأولية بالمناطق التي لم تحقق الكفاءة النسبية إلى فئتين هما:

-مجموعة مراكز رعاية صحية أولية يرجع عدم تحقيقها للكفاءة النسبية لضعف إدارتها في التغلب على العوامل البيئية أو الخارجية فقط وهي: مجموعة مراكز مناطق الرياض، حفر الباطن، والقريات.

- مجموعة مراكز رعاية صحية أولية يرجع عدم تحقيقها للكفاءة النسبية لضعف إدارتها في التغلب على العوامل البيئية أو الخارجية وضعفها في إدارة العمليات الداخلية، وهي: مجموعة مراكز مناطق عسير، القصيم، حائل، الجوف، الحدود الشمالية، جدة، الطائف، نجران، تبوك.

• دراسة (أسامة الفراج، 2009)، بعنوان " تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى"، هدفت الدراسة إلى تكوين مقياس يساعد في قياس فاعلية الخدمات وتقييم جودتها، وذلك من وجهة نظر المرضى، مما يتيح للقائمين على إدارة هذه المستشفيات الاستفادة من نتائج هذا القياس لتحسين واقع خدماتها، وتحقيق التعاون بين المستفيدين والمعنيين بتقديم الخدمة. نتائج الدراسة وخلص الباحث إلى النتائج الآتية:

- لا تقف المسافة الجغرافية التي تفصل مكان سكن المريض عن المشفى حائلاً أمام خيار المريض للمشفى الذي يتمتع بمستوى جودة عالٍ لخدماته.
- تعتمد المشفى في خلق صورة ذهنية إيجابية لدى الآخرين من خلال التعامل مع المرضى الذين يمكثون في المشفى للعلاج مدة زمنية طويلة نسبياً إذا ما قورنت بالمدة الزمنية التي يقضيها مريض العيادات الخارجية في المشفى.
- كفاءة الطبيب المهنية العامل في المشفى نفسه التي يقصدها المريض تؤدي دوراً أساسياً في حسين سلسلة جودة خدمات الرعاية الصحية.
- تشكل سرعة استجابة المشفى لاحتياجات المريض عاملاً مهماً في خلق رضا عالٍ لدى المريض.
- يجب أن تُصمم الخدمات الصحية وفقاً لتوقعات المرضى، لأن هذا يعد حجر الزاوية في تطوير خدمات المتوافقة مع آمال المرضى ورغباتهم.

• دراسة (إبراهيم دخيل، 2008)، بعنوان "توزع الخدمات التعليمية والصحية وتطورها في مدينة طرابلس - ليبيا ما بين (1984-2004) م".

هدفت الدراسة إلى التعرف على التقييم الحالي لكفاءة الخدمات التعليمية والصحية بمختلف مستوياتها، والعمل على وضع تصور مستقبلي هادف لهذه الخدمات في مدينة طرابلس، وإجراء حصر ومسح جغرافي شامل لكافة المنشآت التعليمية والصحية في المدينة. ومن خلال النتائج يتضح عدم عدالة التوزيع الجغرافي لمرافق الخدمات الصحية بين أحياء المدينة، كما يتضح عدم تناسبها مع أعداد السكان المتزايدة، هذا بالإضافة إلى أن المتوفر في هذه الخدمات لا يفي باحتياجات السكان، الأمر الذي ترتب عليه نقص في الخدمات الصحية وعجز في تلبية احتياجات السكان.

• دراسة (الهيتي، 2007)، بعنوان " قياس اتجاهات المرضى والعاملين نحو جودة خدمات المستشفيات العاملة في جنوب الأردن "هدفت هذه الدراسة إلى استخدام مقياس SERVPERF (للأداء الفعلي) في قياس اتجاهات المرضى والعاملين نحو جودة خدمات المستشفيات العاملة في جنوب الأردن، بالإضافة إلى معرفة وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأبعاد الجودة - الأداء الفعلي المدرك - على مقياس الدراسة. تكون مجتمع الدراسة من المرضى والعاملين في مستشفيات جنوب الأردن وهي: الكرك، معان، غور الصافي وتشكلت العينة من 167 عاملا و 151 مريضا استخدم المنهج الوصفي في الدراسة. أظهرت نتائج الدراسة بأن مستوى إجابات المرضى كانت أعلى بالمقارنة مع مستوى إجابات العاملين تبعا وعلى أبعاد الدراسة كافة، وكانت المعاملات الإحصائية لأبعاد الجودة الستة SERVPERF لمقياس وبخاصة المتوسط الحسابي تميل لصالح المرضى على مقياس الدراسة، وكذلك أشارت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطيه مختلفة القوة بين أبعاد الجودة، وكانت لصالح المرضى، ووجدت فروق تعزى لمتغير الانتماء الوظيفي والمؤهل العلمي والحالة الاجتماعية، وقدمت الدراسة عددا من التوصيات من بينها ضرورة قيام إدارات المستشفيات العامة بتبني برامج محددة لتطوير جودة الخدمات الطبية الوقائية والعلاجية.

• دراسة (فتحي الجعكي، 2006)، بعنوان "أثر حجم الإمكانيات (المادية والبشرية) على مستوى تقديم الخدمات بالمراكز التأهيلية-دراسة تطبيقية على مركز تأهيل المعاقين (جنزور - بنغازي) خلال سنة 2006م". هدفت الدراسة إلى دراسة طبيعة العلاقة بين حجم الإمكانيات ومستوى تقديم الخدمات للمستفيدين بالمركزين قيد الدراسة، والتعرف على مواطن القوة والضعف بمستوى الخدمات المقدمة بالمركزي.

ومن خلال النتائج تبين أن هنالك نقص كبير في الإمكانيات المادية والبشرية بالمركزين، كذلك يوجد نقص واضح في العناصر الطبية والطبية المساعدة، وبالتالي أدى ذلك إلى تدني مستوى الخدمات بالمركزين.

- دراسة (إيمان العزايبي، 2003)، بعنوان "العوامل المحددة لمستوى كفاءة الخدمات الصحية لمنطقتي طرابلس وبنغازي خلال الفترة 1997-2001م".
- هدفت الدراسة إلى معرفة حجم الإنفاق على مستوى الخدمات الصحية، والعوامل المسببة لانخفاض كفاءة الخدمات الصحية، والتعرف على الوضع الحالي للخدمات الصحية من حيث جودتها، والمشاكل التي تعترض أداء الخدمات الصحية.
- ومن خلال النتائج يتضح أن حجم الإنفاق الإجمالي على الخدمات الصحية في تزايد، كذلك هنالك انخفاض في الإمكانيات المادية (الأجهزة والمعدات والأدوية) وكذلك قلة الإمكانيات البشرية من الأطقم الطبية والطبية المساعدة، كما أن البرامج التدريبية للقوى العاملة أي الكوادر الطبية والطبية المساعدة منخفضة، مع وجود ارتفاع في نسبة الوفيات لمرضى الإيواء.

ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة

- 1- تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة من حيث المكان، فقد تمت الدراسات السابقة في بيئات مختلفة عن بيئة هذه الدراسة.
- 2- تحاول هذه الدراسة التعرف على كفاءة أداء الخدمات الصحية من وجهة نظر العناصر الطبية والطبية المساعدة بإدارة الخدمات الصحية مصراتة، وهذا ما يميزها عن الدراسات السابقة .
- 3- تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة من حيث العناصر المدروسة، فهي تطرقت إلى دراسة تفصيلية عن بعض الإمكانيات المادية والبشرية للمؤسسة الصحية.

الفصل الثاني

المدخل إلى الخدمات الصحية

(1-2) تمهيد

(2-2) مفهوم الخدمة وخصائصها

(3-2) مفهوم الخدمة الصحية ومدلولها

(4-2) نشأة الخدمة الصحية والطبية.

(5-2) أسس الخدمات الصحية.

(6-2) أهمية دراسة الخدمة الصحية.

(7-2) الخصائص والاختلافات المميزة للخدمة الصحية عن السلع والخدمات

الأخرى

(8-2) المشكلات الصحية المعاصرة وأثرها على حجم ونوع الخدمة الصحية.

(9-2) القوى المؤثرة في تطور الخدمة الصحية.

(10-2) مستويات تقديم الخدمة الصحية.

(11-2) تدني مستوى الخدمات الطبية

(1-2) تمهيد:

تنامت الخدمات في السنوات الأخيرة بشكل كبير ومنتزاد، وفرضت مكانتها الحقيقية والمتميزة في اقتصاديات الدول، مما عزز مكانتها في الحياة اليومية لإنسان القرن الواحد والعشرين، وفي حقيقة الأمر فإن الخدمات تتميز وتختلف عن السلع المادية في عدة نقاط جوهرية وهامة، وينجر عن هذا التمايز والاختلاف وجود تقسيمات متنوعة ومتعددة للخدمات، ومن بين تلك التقسيمات في مجال الخدمات نجد ما يسمى بالخدمات الصحية و التي من أهم الخدمات الاجتماعية التي تقدمها الدولة ومع ذلك يعاني هذا القطاع كغيره من القطاعات في بلادنا من نقص في مستوى كفاءة الخدمات المقدمة ومن ضعفه أمام التحديات الداخلية والخارجية للدولة، ولما كان لزاما تلبية هذا الاحتياج بالتالي كان لابد على الحكومات أن تلعب الدور المهم والحيوي في تحقيق تلك الاستجابة الدقيقة والواضحة لتلك الخدمات والتصدي لبعض القضايا الصحية المعاصرة، من قبيل إتاحة الخدمات الصحية على أساس من العدل والإنصاف فضلا عما يتصل بها من قضايا تتعلق بحسن الأداء وكفاءة هذه الخدمات، هذه الأهمية زادت من ثقل المسؤولين في مجال الصحة العمومية من تطوير وترقية الخدمات الصحية، بحيث تحقق رضا المريض من جهة ومن جهة أخرى تكون موافقة للتطور الهائل في مجال الصحة.

وبغرض التعرف على ماهية وخصائص الخدمات الصحية وأسسها قمنا بتخصيص هذا الفصل للحديث عن ذلك، هذا بعد التطرق إلى الخدمات الصحية ونشأتها، وأهمية دراسة الخدمة الصحية، والمشكلات الصحية المعاصرة وأثرها على حجم ونوع الخدمة الصحية.

(2-2) مفهوم الخدمة وخصائصها

يكون من الصعب في بعض الأحيان إعطاء تعريف ومفهوم محدد لنشاط إنساني وفكري متعدد الاتجاهات والأبعاد، والخدمة لا تبعد عن هذا المضمون كثيرا، لذلك يمكن إيراد العديد من التعاريف للخدمة، إلا أن كل واحد منها يمكن أن يعطي اتجاها محددًا وإن كانت تشترك في معنى أو أكثر من تلك المفاهيم في بعض الأحيان (البكري، 2005، 56).

فقد عرفت على أنها "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" (البكري، 2011، 56)، هذا التعريف يشير إلى تأكيد الجانب غير الملموس في الخدمة، ولا تتم إلا بوجود فعل وطلب من طرف آخر وليس بالضرورة أن ترتبط بإنتاج مادي، وقد عرفت بأنها "المنتج غير المادي الذي يحتوي في مضمونه على عمل وأداء لا يمكن امتلاكه مادياً"، والشيء المميز في هذا التعريف هو إضافة خاصية جديدة للخدمة، وهي كونها لا تمتلك مادياً، من قبل مشتريها، ويعني ذلك إمكانية الانتفاع منها دون امتلاكها لكون الخدمة أساساً غير ملموسة، إلا أنها تحقق الرضا لدى المشتري (البكري، 2011، 56). وقد عرفها Donald cowell "على أنها تلك الوحدات المنفصلة كلياً إلا أنها تمثل أنشطة غير ملموسة لتحقيق الرضا وإشباع الحاجات للفرد" (البكري، 2012، 20).

أما الباحث GRONOOS فعرفها عام 2000 كما يلي "هي أي نشاط أو سلسلة من الأنشطة ذات طبيعة غير ملموسة في العادة ولكن ليس ضرورياً أن يحدث عن طريق التفاعل بين المستهلك وموظفي الخدمة أو الموارد المادية أو السلع أو الأنظمة والتي يتم تقديمها كحلول لمشاكل العميل" (عائشة، 2014، 45). ويمكن تعريفها على "أنها نشاط أو عمل ينجز من أجل غرض معين، وقد يكون هذا النشاط استشارة طبية أو محاضرة أو حل مشكلة فنية في الإنتاج أو عملاً محاسيبياً أو صيانة لآلة... الخ، لذا فإن الخدمة نشاط معنوي أو سلعة متغيرة وغير نمطية في الغالب ولأنها تنتج وتستهلك في نفس الوقت وتتطلب تفاعلاً واتصالاً بالعميل، وأن ملكيتها لا تتغير ولا تنتقل، ولا يمكن إعادة بيعها ولا تخزينها ولكن نظام تقديم الخدمة يمكن أن ينقل أو يصدر" (مصلح، 2010، 11).

والخدمة أيضاً "أي نشاط أو منفعة يقدمها طرف لآخر وتكون أساساً غير ملموسة ولا ينتج عنها أية ملكية وإنتاجها وتقديمها قد يكون مرتبطاً بمنتج مادي ملموس أو لا يكون" (كرداشة، 2012، 10).

وأخيراً بأنها "جميع النشاطات والعمليات التي تحقق الرضا والقبول لدى المستهلك مقابل ثمن ودون أن يتضمن تقديمها أي خطأ" (البكري، 2005، 56-66).

والشياء المميزة في هذا التعريف هو الإشارة إلى كون الخدمة لكي تحظى برضا المشتري يجب أن تقدم دون خطأ، ولعل هذا الأمر يبرز بالخدمة الصحية أكثر من أي مجال آخر تقدم به الخدمات. وتأسيساً على هذه التعاريف يمكن تحديد الصفات الأساسية للخدمات العامة، لكي يمكن فيما بعد

تحديد انعكاس هذه الصفات على طبيعة العمل الإداري للمؤسسات الصحية (المستشفيات) في تعاملها مع الجمهور (البكري، 2005، 56-66) .

وهذه الخصائص هي:

- 1- اللاملموسة: وتعني أنه من غير الممكن اختبارها، مشاهدتها، لمسها، سماعها... قبل أن تتم عملية شرائها، وخصوصا لذلك الشخص الذي لا يمتلك تجربة سابقة في الخدمة المقصودة. وعليه فإن الرأي أو الاتجاه المتراكم لدى الفرد عما سبق له من استخدام أو انتفاع من الخدمة نفسها يحدد مستوى ملموسيتها له من عدمه، وبالتالي الإشباع المتولد منها.
- 2- التلازم: ترتبط الخدمة عموما بعملية الاستهلاك المباشر لها، إذ أن المنتج يمكن أن يمر بمراحل التصنيع والخزن والبيع... ليتم استهلاكه في مرحلة أخيرة، بينما الخدمة تمثل حالة استهلاك مرتبطة مع وقت إنتاجها at the same time أي أنها تنتج وتباع للاستهلاك أو الانتفاع منها في الوقت ذاته، وهو الحال في الخدمات الشخصية المقدمة أو العلاج الصحي. وعموما يمكن القول بأن الخدمات لا يمكن أن تمنح شخصيا أو تخول إلى غير منتجها لأنها متلازمة معه.
- 3- التباين: يكون من الصعب في بعض الأحيان المحافظة على مستوى واحد من المعيارية في المخرجات لذات الخدمة المقدمة للفرد، ولعل ذلك يعود إلى المحددات المؤثرة في مدخلات إنتاج الخدمة، ممثلة بالموارد التي تتطلبها الخدمة، التوقيت، السرعة، الأدوات المستخدمة، التي تنعكس جميعها على معيارية الأداء للخدمة ودرجة تماثلها.
- 4- الهلاك: وهي أن الخدمة لا يمكن خزنها والاحتفاظ بها لحقبة من الزمن، وأنها لا تتجاوز زمنيا الطلب المتحقق عليها وخصوصا إذا كان الطلب متقلبا أو غير مستقر للخدمات التي يطلبها الأفراد، كما هو في مجال النقل، السياحة والعلاج الطبيعي.
- 5- عدم التملك: نعني بذلك أن الخدمة يمكن الانتفاع منها ولا يمكن التمتع بحق امتلاكها عند الحصول عليها، كما هو الحال في استخدام سيارة الأجرة، والهاتف العمومي والفندق والرقود في المستشفى..... الخ كلها حالات تتمثل في انتفاع الشخص من هذه الخدمات مقابل ما يدفعه من نقد، إلا انه لا يحق له امتلاك الجوانب المادية التي تنتج عنها الخ (البكري، 2005، 56-66).

(2-3) مفهوم الخدمة الصحية ومدلولها

(2-3-1) مفهوم الخدمة الصحية

من الملاحظ أنه ليس هناك اتفاق جماعي بين العاملين في هذا المجال على تعريف واحد فقد يرى البعض أنه لا بد من اعتبار نوع معين من الخدمات كجزء من الرعاية الطبية بينما يرى البعض نقيض ذلك، وعموماً يمكن تعريف الخدمة الصحية على أنها "مجموع الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها نظم الرعاية الصحية و المؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع عامة بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها والعمل دائماً على ترقية الصحة العامة والحفاظ عليها" (سفيان، 2006، 37).

أيضاً "تشتمل الخدمات الصحية على تنظيم وتقديم الخدمات الطبية والكوادر البشرية المشرفة على تنفيذها، فضلاً عن الأعمال والمهام المنفذة في هذا المجال من أجل الحفاظ على النوع أو على صحة الأفراد ومراقبتها بشكل عام" (دخيل، 2008، 38).

تعرف الخدمة الصحية على أنها "المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد والتي يتلقاها عند حصوله على الخدمة وتحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسدية والعقلية والاجتماعية وليس فقط علاج الأمراض" (عائشة، 2011، 16).

الخدمة الصحية "ما هي إلا مزيج متكامل من العناصر الملموسة وغير الملموسة والتي تحقق إشباعاً ورضاً معيناً للمستفيد" (عائشة، 2012، 38).

لقد عرفت منظمة الصحة العالمية w.h.o الصحة بأنها "حالة سوية حسنة تماماً أو كمالاتاً جسمانية وعقلية أو ذهنية ورفاه اجتماعي أو اجتماعي وليست فقط غياب المرض أو التشوه والضعف" (بواعنة، 2004، 27).

كما عرفها هانلون "حالة من التناغم بين الجانبين الفسيولوجي والنفسي للإنسان، ولها معانٍ مطلقة وأخرى نسبية تختلف باختلاف المكان والزمان" (خياط، 2007، 55).

ويمكن تعريف الخدمة الصحية" بأنها أي فعل يمكن أن يحققه طرف ما إلى طرف آخر يكون جوهره غير ملموس ولا ينتج عنه أي تملك (مخبير،2010، 120).

وتعرف الخدمة الصحية بأنها مجموعة الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية الأساسية والمؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع عامة بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحلول دون حدوث الأمراض وانتشارها وتشمل تقديم الخدمات التي تساعد على النهوض بالمستوى الصحي العام (البكري وآخرون، 23،2009).

ويمكن القول أن الخدمة الصحية، كما أشار(الطائي) "أنها تشير إلى الخدمات الصحية الأساسية والشاملة وليست العلاجية فقط، التي يجب أن تكون متوفرة لجميع الأفراد والأسر في جميع المجتمعات، والمعتمدة على وسائل وتقنيات صالحة عمليا، وسليمة علميا، ومقبولة اجتماعيا، وبمشاركة تامة من مؤسسات وأفراد المجتمع المعنيين، والمختصين، المؤهلين، كل في مجاله، وحسب ما تفرضه الحاجة" (الطائي، 25،1999).

من هذه يمكن ان يعرف الباحث الخدمة الصحية على انها "جميع الإمكانيات البشرية والمادية المتطورة التي توفرها المؤسسة الصحية لجميع أفراد المجتمع وذلك لرفع من المستوى الصحي للمجتمع".

(2-3-2) مدلول الخدمة الصحية

يحتل قطاع الخدمة الصحية أهمية فائقة ضمن قطاعات التنمية الاجتماعية باعتباره القطاع المسئول عن حماية السكان من كافة الأمراض والوقاية منها، ولما يسهم به بصورة مباشرة في تحسين نوعية الحياة وزيادة الإنتاجية الجماعية وانطلاقا من هذه الأهمية تقوم كل دول العالم بتوفير مختلف مستويات الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية للمواطنين والمقيمين كافة بالمجان أو بأجور رمزية.

ويشير مفهوم الرعاية الصحية إلى مجموع الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها نظم الرعاية الصحية و المؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع عامة بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها والعمل دائما على ترقية الصحة العامة والحفاظ عليها (سفيان، 37،2006).

(2-4) نشأة الخدمة الصحية والطبية.

إن المنظمة أو المؤسسة الصحية والطبية عبارة عن تركيب (تجميع، مركب) اجتماعي إنساني يستهدف تحقيق وتلبية أهداف محددة، وذكرنا بأنه يتكون من: أفراد وجماعات تحتاج لخدمات صحية وطبية وأفراد أو مهنيون متخصصون بميادين طبية وصحية متنوعة يقدمون خدمات الرعاية الصحية ومنظمات اجتماعية إنسانية متضمنة مؤسسات عامة وخاصة في المجتمع تنظم أسلوب تقديم الخدمة الصحية والطبية، وأساليب التمويل والشراء للخدمات، وتقنين وتشريع الخدمات والتخطيط والتنسيق ورسم الأهداف والسعي المتواصل لتحسين الخدمات ومراقبة ذلك. وكذلك هنالك مدخلات ومخرجات للمنظمات الصحية. إن العيادة الخاصة التي يعمل بها طبيب واحد فقط فنعتبرها خارج تعريفنا للمنظمة أو المؤسسة الصحية، بمعنى أنه من الضروري توفر عدد من الأفراد حتى يتكون نظام والمؤسسات الصحية والطبية. ولقد ظهرت المنظمات والمؤسسات الصحية عندما تدخلت الحكومات في تنظيم القطاع الصحي وأنشأت ما يسمى بالمصحة أو المستشفى لتقديم الخدمة الصحية بهدف لا يرتبط بالربح وإن كان هناك مردود مالي يغطي بعض التكاليف ولكن كان إنشاء المنظمات والمؤسسات الصحية بدافع الدور الاجتماعي للدولة. ولقد ظهرت المؤسسات الصحية بكثرة في العالم الغربي مع ظهور الثورة الصناعية في أوروبا وحركة الإدارة العلمية في أوائل هذا القرن في أمريكا وعلى أعقاب أتباع اقتصاديات كينز بعد الكساد العالمي عام 1929م وتحويل الفكر الاقتصادي القومي الكلي من نظريات آدم سميث وغيره (أي المفهوم الاقتصادي الحر) إلى نظريات كينز وبتدخل الحكومات في الاقتصاديات والنشاط الاقتصادي وزيادة إنفاقها ومن بينها الإنفاق على المؤسسات الصحية وهو ما أطلق عليه نظريات كينز الاقتصادية، ولعل عالما العربي أيضا شهد بروز منظمات صحية متعددة وكبيرة الحجم، ولا شك أن العالم العربي يتمتع باستثمارات ضخمة في القطاع الصحي ولكن المشكلة الظاهرة هي سوء الإدارة (بواعنة، 2004، 65-66).

وما حصل من تطور كبير في إدارة المستشفيات في دول العالم المختلفة، قد ينعكس بشكل واضح على الكيفية التي تدار بها الخدمة الصحية المقدمة لمن يحتاجها سواء كانوا زائرين للمستشفى أو راقدين فيه (البكري، 2005، 61).

وتنقسم الخدمات الصحية إلى نوعين

- 1- الخدمات الوقائية: هي الخدمات التي تُقدم للحفاظ على صحة الإنسان ووقايته من المرض.
 - 2- الخدمات العلاجية: وهي الخدمات التي تُقدم 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.
- إن المستفيد من الخدمات الصحية، سواء كان مواطناً (مريضاً محتملاً)، أو كان شخصاً يعاني من مشكلة حقيقية (مريضاً حقيقياً)، يعد مصدراً للمعلومات أو للحكم على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة فيما يتعلق بالخصائص (الفندقية والعلاجية والتشخيصية والخصائص التنظيمية....) (الفرّاج، 2009، 55).

(2-5) أسس الخدمات الصحية والطبية

هناك مجموعة من العوامل العديدة التي تحدد أسس وسمات الخدمات الصحية كالحاجات العامة للسكان، وانطباق الطبيب عما هو أفضل بالنسبة لمرضاه، وقد أصبح تخطيط هذه الخدمات يتم في ضوء تقدير للحاجات الملحة وله ارتباطا كبير بالبحوث والدراسات الجارية في الرعاية الطبية، ونظم المعلومات الصحية، وتنظيم المؤسسات الطبية كالمستشفيات والمراكز الصحية والعيادات متعددة الخدمات وهذا من أجل تقديم الخدمات الطبية بشكل كاف ومستوى عال، أي أنه يجب أن تتوفر فيها الكفاية الكمية والكفاية النوعية.

أولا - الكفاية الكمية

وهي تعني توفير الخدمات الطبية بحجم وعدد كاف يتناسب مع عدد السكان وهذا يشمل:

- 1- توفير عدد كاف من الموارد البشرية الطبية: أطباء، ممرضين، فنيين مختبرات، وغيرهم من المساعدين، حيث أن الطبيب لوحده لا يستطيع القيام بجميع أعمال الخدمات الطبية من تمريضية ومخبرية وإدارية.
- 2- توفير عدد كاف من الأطباء والمراكز والمؤسسات الطبية التي تقدم الخدمات الطبية (وحدات صحية، مستشفيات، مختبرات، صيدليات...الخ) ويشترط أن تكون هناك عدالة

ومساواة في توزيعها بين مختلف مناطق البلاد، إذ لا يجوز أبدا تخصيص أو زيادة عدد أعضاء الفريق الطبي في منطقة ما في البلاد على حساب المناطق الأخرى.

3- توفير الخدمات الطبية في جميع الأوقات، وهذا يعني ضرورة عمل أعضاء الفريق الطبي مدة 24 ساعة، فالمرض لا يعرف وقتا محددًا يقع فيه مثل أوقات الدوام الرسمي.

4- توفير أساليب ووسائل التنقيف الصحي بين أفراد المجتمع لتعريفهم بوسائل الرعاية الطبية، وتواجدها، والخدمات التي تقدمها وأهميتها وطرق الاستفادة منها مبكرا، بمجرد إحساس الفرد بالمرض، وعدم الانتظار حتى يتطور المرض ويصبح خطيرا ليعرض نفسه على الطبيب (مزهرة وآخرون، 2010، 190).

ثانيا - الكفاية النوعية

لا يكفي لتوفير الرعاية الطبية زيادة عدد أعضاء الفرق الطبية والوحدات الصحية والمستشفيات فحسب، بل يجب أيضا توفير ظروف رفيعة المستوى للعمل الطبي وهذا يشمل وضع معايير وأسس تحدد المستوى المطلوب والواجب توفيره في كل من أعضاء الفريق الطبي، والمعدات والأجهزة، ووسائل التشخيص والعلاج ويجب أن تضع هذه المعايير لجنة عليا من ذوي الاختصاص والخبرة والدراية في مجالات الرعاية الطبية المختلفة، ولا يسمح لأي كان سواء كان طبيبا أو ممرضا أو مؤسسة طبية أن تمارس مهنة تقديم الخدمات الطبية إلا إذا توافرت فيها هذه المعايير.

1- العمل على رفع كفاءة وحسن تدريب أعضاء الفريق الطبي، سواء كان طبيبا عاما أو اختصاصيا أو ممرضا أو صيدلانيا، وهذا من خلال وضع برامج ثقافية علمية لرفع مستواهم العلمي والإطلاع على أحدث الاكتشافات الطبية، بالإضافة إلى البرامج التأهيلية من أجل تجديد معلوماتهم النظرية والعلمية، ويشترط في هذه الدورات أن تكون إجبارية مرتبطة باستمرارية مزاولة المهنة.

2- تقديم التسهيلات والمساعدات المالية والإدارية والفنية لجميع العاملين في قطاع الخدمات الطبية، سواء كانوا أفرادا أو مؤسسات من أجل الحصول وامتلاك الأدوات والأجهزة والمعدات الطبية اللازمة والمرافق الطبية بأقل التكاليف المالية والجهود، ليستطيعوا تقديم الخدمات الطبية على مستوى عال.

3- دمج الخدمات الصحية العلاجية والوقائية وذلك لأن هذه الخدمات لها كيان واحد متكامل، وغرض شامل هو العمل على اكتمال سلامة الفرد من النواحي الجسمية والعقلية علاوة على مكافحة

الأمراض وعلاجها، لأن تقسيم هذه الخدمات ينفي الغرض من التكامل إضافة على ما يتبع ذلك من زيادة في النفقات الفعلية والإدارية لهذه الخدمات وبالتالي تؤثر في أسعارها النهائية (سفيان، 2006، 40).

(2-6) أهمية دراسة الخدمة الصحية

ينظر البعض للإنفاق على الخدمات الصحية باعتباره إنفاق استهلاكي وهذه النظرة خاطئة تماما حيث يعد هذا الإنفاق من أفضل الاستثمارات لأنه يوجه إلى العنصر البشري وهو الثروة الحقيقية لأي مجتمع وبالتالي فالعنصر البشري هو أساس أي تنمية تقدم ولذلك تهتم الدراسات والأبحاث العلمية بتحليل الجوانب الاجتماعية والاقتصادية لقطاع الخدمات الصحية بهدف توضيح دور مساهمة هذه القطاعات في التنمية الاجتماعية والاقتصادية وأيضا بهدف زيادة كفاءة وفعالية الأداء (العزابي، 2003، 28).

وفي الحقيقة أن هنالك أسبابا واهتمامات ودوافع عديدة تقف وراء الاهتمام المتزايد والمضطرد بدراسة الخدمة الصحية ودورها، وبالتحديد إدارة نظم تقديم وتوصيل الخدمات الصحية. هذا وقد ذكر بعضها الدكتور فريد النجار وهي:

- 1- حرمت نظم وتوصيل الخدمات الصحية من تطبيقات نظريات الإدارة والتنظيم ومن بناء نظم إدارية متخصصة فيها، إما تحت مفهوم أن هذه النظم ما هي إلا نظم طبية متخصصة وحل مشاكلها لا يأتي إلا من طبيب، أو انه يمكن تطبيق مبادئ الإدارة العامة على المؤسسات الصحية مما لا يحتاج لنظام إداري متخصص لإدارة المؤسسة.
- 2- ندرة الموارد والإمكانيات وتزايد الطلب عليها يحتاج إلى التعرف على أساليب إدارة تلك الموارد النادرة وضرورة توفيرها لتحقيق الأهداف وبالتالي تقديم الخدمات الطبية المتوقعة والمطلوبة، واستغلال الموارد استغلالا أمثل.
- 3- كان الاهتمام في الماضي منصبا على توفير الأجهزة والمعدات ولكن أصبح الاهتمام الآن بتقديم خدمات ذات نوعية جيدة والتخطيط للمرضى الحاليين والمرتقبين وليس فقط لتحقيق الربح وان كان ما زال قائما وهذا يستدعي إدارة فاعلة متطورة وقادرة (أي كفؤة).
- 4- كانت المشكلة في المؤسسات الصحية تبدو كأنها مسألة نقص في توفير الموارد المادية والبشرية ولكن اتضح بأن إدارة وكيفية إدارة هذه الموارد بشكل فعال هي المشكلة، فالعنصر البشري هو الأساس،

والإدارة الفعالة والفاعلة هي أساس نجاح المؤسسات الصحية، وذلك لسعيها للاستعمال والاستخدام الأفضل للموارد سواء أكانت مادية أم بشرية (بواعنة، 2004، 68-71).

5- التقدم المعرفي والتكنولوجي في المجال الصحي والتغيير المتسارع في هذا الشأن.

6-التغير في السياسات الصحية وسياسات تمويل الخدمات الصحية والتشريعات والقوانين.

7-التغيرات الديمغرافية كتغير حجم السكان والتوزيع العمري والجغرافي (نصيرات، 2007، 130).

8-لقد تغير المفهوم القديم لتقديم الخدمات الصحية وتطور كما يأتي:

المفهوم القديم: خدمات صحية، توصيل الخدمات الصحية، زيادة معدلات الخدمة لتحقيق الهدف.

المفهوم الجديد: المرضى الحاليين، نظام متكامل لتقديم الخدمات الصحية، تحقيق الأهداف عن طريق إرضاء حاجات المرضى.

أي أن الإدارة مسئولة عن تحديد حجم ونوع المرضى الحاليين والمرقبين في كل نوع من أنواع الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية والتأهيلية نقطة انطلاق في إدارة نظم توصيل الخدمات الصحية.

ويفيد مفهوم إدارة الخدمات الصحية فيما يلي:

أ- تخطيط مواردها لتفي بتلك الحاجات.

ب-اكتشاف الأمراض الجديدة والأدوية الجديدة حيث ستمكن الإدارة من تكييف برامج

الوقاية وتقليل التكلفة لأن الخدمة العلاجية أكثر كلفة من الخدمة الوقائية على المدى

البعيد، فدرهم وقاية خير من قنطار علاج، أي أن الوقاية خير من العلاج .

ت-إذا أخذت الإدارة بهذا المفهوم فإن النظام الصحي سيكون أكثر فعالية من توصيل

الخدمات، حيث تتم تحديد المشكلة وبالتالي وصف الحل لها.

ث-زيادة التفاعل بين المؤسسة الصحية والمجتمع والبيئة بشكل عام وهنا يأتي دور الإدارة

الفاعلة القادرة لتعزيز هذا التفاعل بصورة إيجابية.

9- هنالك كما نعلم مؤثرات عديدة على المريض مثل الأدوية، الأطباء، البيئة، الأسرة،

الميزانية...الخ، وهذه كانت تؤخذ كل منها لوحده أو بشكل منفرد ومستقل، ولكن النظرة الآن إلى

الشمولية وهذه مجتمعة تحتاج لإدارة كفاءة وقادرة وتتنظر إليها مجتمعة ومنفردة، النظرة الشمولية.

وبهذا نجد أن على إدارة الخدمات الصحية مراعاة الأمور الآتية:

- أ- إشباع حاجات المرضى والمجتمع.
- ب- تحديد مزيج التسويق الصحي المطلوب، وقاية وعلاج، خدمات مكملة تأهيلية وتحديد المريض- التسعيرة- الخدمة وأين ستقدم في العيادات الخارجية أم أقسام المرضى...الخ.
- ج- تخطيط وتنظيم وتوظيف وتنسيق ورقابة الأنشطة المختلفة والمتعددة.
- د- ضرورة تحديد المدخلات والمخرجات للنظام الصحي.
- هـ- ضرورة تحديد التفاعلات بين النظام الصحي والبيئة.
- و- بناء نظام إداري شامل للمؤسسة الصحية (بواعنة، 2004، 68-71).

(2-7) الخصائص المميزة للخدمة الصحية

تختلف الخدمة الصحية عن الخدمات والسلع الأخرى اختلافا جوهريا وهناك مجموعة من الاختلافات ذات الطبيعة العالمية تميز الخدمة الصحية وتجعلها مختلفة في كافة المجتمعات والدول والأنظمة (نصيرات، 44، 2014).

يمكن تحديد الخصائص المميزة للخدمة الصحية المقدمة من قبل المستشفى بالآتي:

- 1- إن الخدمة الصحية غير قابلة للتخزين وتستهلك في نفس الوقت، فالطاقة غير المستعملة لا يمكن استخدامها في وقت آخر.
- 2- إن الخدمات الصحية سلعة عامة يمكن استهلاكها من قبل شخص واحد دون أن يقلل ذلك من الكمية التي يستهلكها الآخرون.
- 3- الطلب على الخدمة الصحية يتغير بتغير الزمن ويتمثل الزمن في (عمر المريض، عمر مقدم الخدمة، وقت تقديم الخدمة)، وهذا يعني ان الطلب على الخدمة الصحية يتغير بتغير هذه العناصر.
- 4- صعوبة تقييم النشاط داخل المستشفيات والخدمات الصحية المقدمة بالمقاييس العادية التي تستخدم في الوحدات الإنتاجية، نظرا لأن أطراف الخدمة في المستشفى هم الأطباء ومعاونيهم، بالإضافة إلى مستهلك الخدمة وهو المريض(نياب وآخرون، 2012، 30).

- 5- يصعب على المستهلك للخدمة الصحية الحكم على تقييم جودة الخدمة الصحية حيث أنها ليست سلعة معيارية تستهلك بظروف معيارية كما هو الحال في السلع والخدمات الأخرى، كما أن السلع الأخرى تستهلك بشكل متكرر وأكثر معيارية(نصيرات، 45، 2014).
- 6- تتميز خدمات المستشفى بكونها عامة للجمهور، وتسعى في تقديمها إلى تحقيق منفعة عامة ولمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها سواء كانوا أفراداً أو منظمات أو هيئات أخرى .
- 7- الخدمة الطبية المقدمة تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة لأنها مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه، وليس بأي شيء مادي آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه لذلك فإن معيارية الأداء للخدمة الصحية تكون عالية وتخضع إلى رقابة إدارية وطبية واضحة.
- 8- تؤثر القوانين والأنظمة الحكومية على عمل المؤسسات الصحية عامة والمستشفيات خاصة، وعلى وجه التحديد إذا كانت تابعة للدولة أو القطاع الخاص، وذلك فيما يتعلق بتحديد منهج عملها والخدمات الطبية التي تقدمها والكيفية التي يتم بها ذلك.
- 9- في منظمات الأعمال عموماً تكون قوة اتخاذ القرار بيد شخص واحد أو مجموعة أشخاص يمثلون قمة الإدارة، بينما في المنظمات الصحية (المستشفى) تكون قوة القرار موزعة بين مجموعتين إلى حد ما وهما الإدارة ومجموعة الأطباء، لذلك برز تيار واضح ومتسارع في المناداة بأن يكون مدير المستشفى إدارياً وليس طبيبياً. وكما هو سائد في الحالات التقليدية ولمسوغات مختلفة تنحصر في مجملها على كون العمل الإداري هو من اختصاص الإداري ذاته وهو أعلم بتفاصيله من غيره. وقد تحققت هذه الحالة فعلاً في العديد من المستشفيات في دول أوروبا وأمريكا.
- 10- معظم المبالغ التي تنفق من إدارات المستشفيات وبخاصة ذات العلاقة بالخدمة الصحية المقدمة للمواطنين، يتم تحويلها من طرف ثالث (الدولة، شركات التأمين، مؤسسات خيرية... الخ). بالتالي فإن ما يدفعه المريض لا يساوي حقيقة المنافع الطبية التي حصل عليها، وإنما أكثر من ذلك، لذلك فإن هذا الأمر جعل المرضى أقل حساسية اتجاه الأسعار لما هو عليه في الخدمات الأخرى وسعيهم للحصول على نوعية عالية من الخدمات الصحية وربما أكثر مما يستدعي حاجتهم لها.

وهذا الأمر بلا شك ينعكس على طبيعة العمل الإداري الذي يستوجب الموازنة بين المبالغ المقدمة لهذه المؤسسات، وحقيقة الخدمة الطبية التي يتوجب أن تقدم إلى محتاجيها الحقيقيين.

11- وجوب الاتصال المباشر بين المستشفى و المستفيد من الخدمة الصحية، إذ أن الصحية لا يمكن تقديمها في الغالب إلا بحضور المريض نفسه للفحص و التشخيص و العلاج و إجراء التحاليل .. الخ ، وهذه الجوانب مجتمعة أو منفردة تنعكس على طبيعة الإجراءات الإدارية التي يستوجب اتخاذها للحصول على الخدمة الصحية (البكري، 61، 2005). جهل المستهلك نتيجة عدم توفر المعلومات أو قلتها لدى مستهلك الخدمة الصحية و يترتب على هذا الجهل ما يلي:

أ- لا يمكن لمستهلك الخدمة الصحية التعلم بسرعة أو بتكلفة قليلة عند استهلاكه للخدمة على عكس الخدمات والسلع المادية الأخرى حيث يمكن للمستهلك التعلم وبشكل سريع عند استعماله لها أو استهلاكها وبكافة معقولة.

ب- يصعب تحديد المنفعة عند استهلاك أو عدم استهلاك الخدمة الصحية. فلا يمكن معرفة ماذا يمكن أن يحدث فيما لو لم يحصل المستهلك على الخدمة الصحية. فمن الصعوبة بمكان معرفة ذلك بسبب قدرة الجسم البشري للأطباء ليس لها أساس بيولوجي.

ج- إن دليل معرفة الخدمة الصحية بعد استهلاكها والآثار الجانبية للتدخل الطبي أو الجراحي هو غالباً مؤجل لأيام أو أسابيع أو أشهر.

د- عدم التيقن من النتيجة النهائية لاستهلاك الخدمة الصحية. فعلى عكس استخدام السلع والخدمات الأخرى، فالمستهلك وعلى أفضل الأحوال يشتري احتمالية تختلف باختلاف مهارة مقدم الخدمة أو مهارات الإجراءات الطبية والجراحية والتي يصعب التيقن منها. فهي إلى درجة كبيرة انطباعية تختلف باختلاف الإدراك للمستهلكين المختلفين.

هـ- إن معلومات المستهلك حول الخدمة الصحية يعيقها كذلك غياب الإعلان والدعاية في الرعاية الصحية. فالإعلان عن السعر والجودة وهو شيء نادر في الرعاية الصحية.

و- إن عدم قدرة المستهلك على تقييم الجودة والحكم عليها تدفع به إلى اللجوء إلى الوكيل (الطبيب) للحصول على النصيحة والإرشاد. والأطباء كوكلاء لمرضاهم يفوضون عادة سلطة اتخاذ القرار النهائي نيابة عن مرضاهم. وتقوم العلاقة بين المريض وطبيبه على

الثقة. في سلوك الطبيب دون وجود ما يضمن المحافظة على هذه الثقة ومن ناحية أخرى فالأطباء هم كذلك وكلاء مزدوجين فهم أيضا وكلاء للمجتمع بشكل عام، ويتوقع منه حماية مصالحه.

12- هنالك تحيز ضد إطلاق ميكانيكيات وحوافز السوق: (قوى العرض والطلب المنافس) التي تعمل في قطاع الرعاية الصحية يسبب تضارب المصالح بخصوص تقديم خدمات صحية أكثر مما يجب أو أقل مما يجب وكذلك بسبب الاعتبارات الأخلاقية ودواعي العدالة الاجتماعية والنواتج الاقتصادية المترتبة على ذلك .

ويمكن القول في هذا الشأن بأن ما هو مقبول ومثالي للتعامل مع هذه الإشكالية هو:

- أ- تحرير صناعة القرار الطبي من الاعتبارات المالية حيث يمكن عندها تخصيص الموارد على أساس الحاجة الطبية وليس على أساس القدرة على الدفع أو الاعتبارات الاقتصادية.
- ب- إزالة أية عوائق مالية أمام التشخيص والعلاج المبكر للأمراض.
- ج- تجنب تحميل الفقراء أية مصاريف أو رسوم مالية مهما كانت ضئيلة بسبب العلاقة المعروفة والمثبتة بين الدخل المتدني والمرض. فالأكثر فقرا هم أكثر مرضا وبالتالي أكثر حاجة وقد يحول المبلغ التالي الضئيل دون الشروع في طلب الخدمة أو استهلاكها.
- د- إضافة إلى عدم إمكانية ضمان النتيجة النهائية فإن الجودة في الخدمات الصحية هي مفهوم على قدر كبير من الضبابية والغموض. كما يتطلب تعاون المستهلك (المريض) مع منتج الخدمة (الطبيب/المستشفى) إضافة إلى ذلك فالرعاية الصحية هي خدمة على قدر كبير من الذاتية وتخضع لمدى رضا المريض عن الجودة كما يدركها هو.

(2-8) المشكلات الصحية المعاصرة وأثرها على حجم ونوع الخدمة الصحية

من ابرز المشكلات الصحية المعاصرة ما يأتي:

2-8-1 الازدياد المتصاعد والمضطرد للسكان وربما التفجر السكاني وبالتالي تزايد الطلب على الخدمات الصحية: هذه الظاهرة أو المشكلة تتطلب اهتماما كبيرا لدى مخطط الخدمات الصحية عند رسم السياسات وما يتعلق بالجانب الاقتصادي. وباختصار شديد جدا، فان الزيادة المطردة والمتزايدة في حجم السكان يجعل معدل الدخل الحقيقي للفرد منخفضا باستمرار وهذا بالطبع له تأثير على مستوى المعيشة وبالتالي الصحة العامة.

ما سبق سيتطلب (إدارات صحية) فعالة، تكشف المستقبل واحتياجاته من الخدمات الصحية كما ونوعا مع الأخذ بعين الاعتبار عنصر الندرة في الموارد البشرية والمادية ومحاولة رسم السياسات الصحية المناسبة للظروف والاستغلال الأمثل للموارد وصولاً للأهداف.

2-8-2 مشكلة تلوث الجو والبيئة: يتلوث الجو نتيجة إدخال عناصر تلوث في البيئة سواء بأساليب مباشرة أو غير مباشرة مما يغير في طبيعتها، وتلوث الجو يشكل مشكلة صحية عامة ذات تأثيرا ودلالات، فقد يؤثر التلوث البيئي على النظر والاستنشاق للأطفال كونهم أكثر عرضة وتأثرا من غيرهم، ومن المؤثرات وهي كثيرة جدا، المصانع والصناعات والمحركات والآلات، الصوت والضوء والضوضاء، كل ما ذكرناه سابقا من عوامل تلوث الجو والبيئة وغيرها طبعا عناصر كثيرة يزيد الطلب على الخدمات الصحية كما ونوعا، وهكذا تزداد مسئولية الخدمات الصحية ومخططيها وتزداد الحاجة لإدارات فاعلة قادرة ومؤهلة ومتطورة لمواجهة تلك الحالات ومحاولة منع ما يمكن منعه منها.

2-8-3 الحوادث والحروب وزيادة الطلب على الخدمات الصحية: وتتمثل بحوادث السيارات والطائرات، وحوادث المنازل، ومراكز العمل، حوادث الحرائق، الزلازل، الانفجار، وغيرها الكثير.

إن الطلب على الخدمات الصحية والطبية يتوقف على ما يأتي:

- 1- مشكلة تفجر السكان.
- 2- مشكلة نقص الغذاء.
- 3- مشكلة تلوث البيئة.
- 4- مشكلة الحوادث والحروب.
- 5- المشكلات النفسية.
- 6- المشكلات الاجتماعية وأبرزها الإدمان على المخدرات.
- 7- الإمكانيات الطبية والمتاحة أو العرض لها.
- 8- مستويات التعليم والثقافة بشكل عام.
- 9- مستويات التعليم الصحي (بواعنة، 2004، 73-80).

(2-9) القوى المؤثرة في تطور المستشفيات.

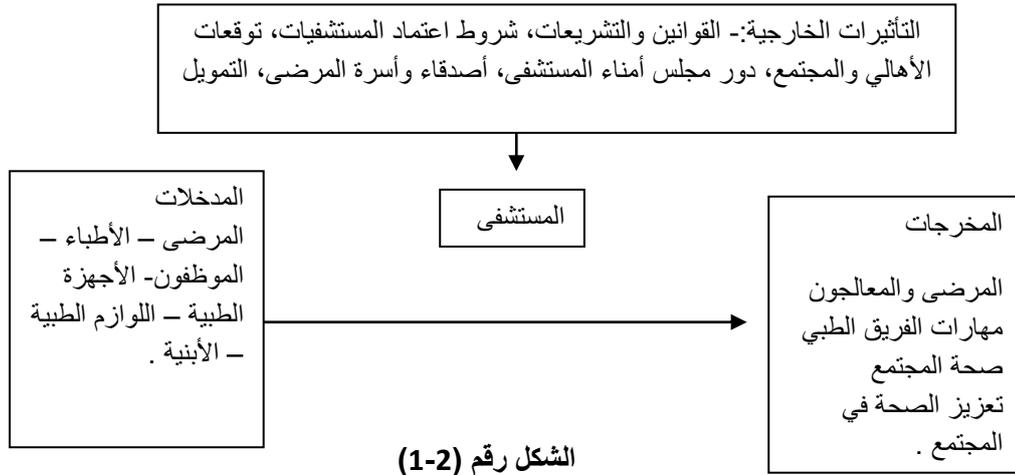
يتأثر تطور المستشفيات بالقوى الآتية:

1- التقدم في العلوم الطبية: شهدت العقود الماضية تقدماً هائلاً في مختلف العلوم الطبية وفي كافة الاختصاصات نظراً للاكتشافات الناتجة عن البحوث في معظم ميادين الطب، وقد أدى هذا التطور إلى جعل المستشفيات مراكز لتوفير أفضل أنواع الرعاية الصحية، وتأمين السلامة وتفعيل العلاج، وأنت هذه الاكتشافات نتيجة البحوث في العلوم الأساسية مثل علم الأدوية وعلم وظائف الأعضاء، وقد جعلت هذه الاكتشافات من المستشفيات الحصن الأول للطب، ففيها نجد الأطباء ذوي الاختصاص الدقيق، والفريق التمريضي ذا المهارات المؤكدة والأجهزة الطبية المتطورة.

2- التقدم الهائل في التقنية الطبية: إضافة إلى ما ذكر أعلاه فإن المعدات والأجهزة الطبية أخذت تلعب دوراً في تطوير التشخيص والعلاج، فالتقنية المعاصرة أدت إلى اكتشاف طرق جديدة لتشخيص والعلاج لم تكن موجودة قبل عقدين من الزمن، وتجدر الإشارة هنا إلى أن الانتقاد الذي كان سائداً حول كلفة هذه التقنية الحديثة، وهي فعلاً باهظة الثمن، أخذ يتراجع منذ سنوات قليلة، لأن هذه التقنية خفضت من كلفة العلاج مما زاد من عمر المريض بصورة عامة.

3- التقدم في المهن الطبية: إن التقدم الذي حصل في المهن الطبية والاختصاصات على أنواعها، والذي شمل فريق الأطباء والممرضين والفنيين جعل من المستشفى المركز الرئيسي لممارسة الاختصاص والتعليم الطبي، بما فيهم أطباء الأسرة والممارسين والعاملين، فالمرضى يبقون العامل الرئيسي لتعلم الفريق الطبي.

4- دور القطاع الحكومي: إن المستشفى يعد ركن أساسي ويظهر للعموم بأن الدولة تهتم بتوفير الرعاية الصحية لأبناء الدولة، وقد شجع القطاع الحكومي قيام المستشفيات وقام بتمويلها، لأن الخدمات الطبية لا تحمل كلفتها للمريض (خياط، 2007، 125).



القوى المؤثرة في تطور المستشفيات

المصدر: خياط، 2011، 125.

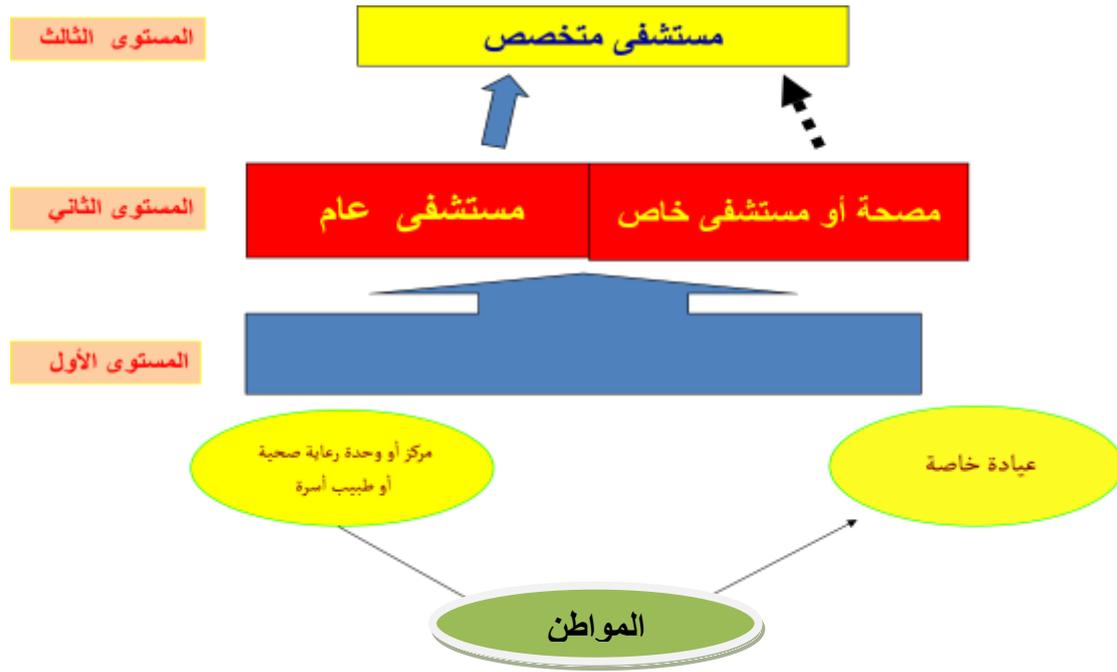
(10-2) مستويات الخدمة الصحية

تقسم الخدمات الصحية التي تقدمها وزارة الصحة للمواطنين، إلى ثلاثة أقسام هي:

المستوى الأول: يشمل الرعاية الصحية الأولية (الرعاية الصحية الأساسية) التي تعتمد على وسائل وتقنيات صالحة عملياً وسليمة علمياً ومقبولة اجتماعاً، وميسرة لكل الأفراد والأسر في المجتمع الليبي و جزءاً لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة للمجتمع. تعتبر حلقة الاتصال الأولى للأفراد والأسر بالنظام الصحي لتقريب الرعاية الصحية بقدر الإمكان إلى المواطنين وفق ما حددته التشريعات النافذة المحلية والعالمية.

المستوى الثاني: وهو مستوى الخدمات الإيوائية بالمستشفيات العامة ويقدم خدماته في مجالات الطب الرئيسية والمحالة إليه من الرعاية الصحية الأولية.

المستوى الثالث: وتقدم من خلاله الخدمات الطبية المتخصصة ويعتبر قمة الهرم في الخدمات الطبية الإيوائية المتخصصة والدقيقة (تقرير قطاع الصحة والبيئة في ليبيا، 2009، 66).



الشكل رقم (2-2)

مستويات الخدمات الصحية

المصدر: تقرير قطاع الصحة والبيئة في ليبيا 2009 ص66.

(2-11) تدني مستوى الخدمات الطبية

يشك المواطنون من تدني الخدمات الطبية العامة وارتفاع تكاليف الخدمات الطبية الخاصة وضعف كفاءة العاملين بها خاصة في مجالات التشخيص والعلاج، ولعل من أهم أسباب تدني مستوى الخدمات بالمرافق الصحية العامة:

1- الخدمات التشخيصية والعلاجية ليست على المستوى المطلوب نظرا لعدم تناسب عدد المرضى مع الإمكانيات من حيث بيئة وبنية المقار المجهزة والمعدات والأجهزة المتكاملة والمتطورة، والأطقم الطبية والتمريضية المقررة وفق المعدلات الدولية المناسبة، يضاف إلى ذلك عدم الاهتمام بتدريب العناصر الطبية والطبية المساعدة على الأجهزة والمعدات الحديثة والمشاركة في المؤتمرات والملتقيات العالمية.

- 2- عدم توفر الأدوية المطلوبة في كثير من الأحيان لعدم وجود نظام جيد لاستيراد الأدوية وتوزيعها يعتمد على الحاجة الفعلية من الأدوية.
 - 3- انعدام الحوافز وضعف دخول العاملين بالمرافق الصحية العامة حد من حماسهم للعمل.
 - 4- ضعف العلاقة بين المريض وطبيبه وممرضته وإدارة مستشفى لعدم وجود نظام جيد للمتابعة والعلاقات العامة والتوعية الجادة والمستمرة للأطباء وأطقم التمريض (بيري واخرون 2001، 251).
 - 5- عدم عدالة توزيع الخدمات الصحية.
 - 6- تعدد الموارد البشرية من أهم المكونات الرئيسية لقطاع الخدمات الصحية، فانخفاض أعداد العاملين، في هيئة التمريض، وعدم الاهتمام بمفهوم تطبيق التعليم والتدريب المستمر للعاملين في مجال تقديم الخدمة الصحية (دليلة، 2012، 58).
- وتقدم الخدمات الطبية من خلال:-

1- وحدات الرعاية الصحية: تخدم منطقة سكنية لا تزيد عن (5000) نسمة الوظيفة:

- 1- رعاية الأمهات والحوامل.
- 2- رعاية الأطفال عند الولادة وحتى أثناء الدراسة وإعطاء التطعيمات اللازمة.
- 3- الاكتشاف المبكر لحالات الأمراض الحديثة واتخاذ الإجراء المحلي للمكافحة.
- 4- التنقيف الصحي.
- 5- متابعة علاج حالات الأمراض المزمنة وتسجيله.
- 6- معالجة الحالات المرضية التي ترد للوحدة.
- 7- الوعي الغذائي.
- 8- مراقبة مياه الشرب والحصول على عينات وإرسالها للتحليل.
- 9- مراقبة نظافة الشوارع في المنطقة الكائن بها وإزالة تجمعات القمامة والقاذورات.

2- مراكز الرعاية الصحية الأولية: تخدم منطقة سكنية 10000 نسمة

الوظيفة:

- 1- تقديم الخدمات العلاجية للمرضى التابعين له والمحولين من الوحدات التابعة له.
- 2- اتخاذ الإجراءات الوقائية في حالات الأمراض المعدية والمتوطنة .
- 3- الإشراف على مهام الصحة المدرسية في المدارس الواقعة في حدود منطقة عمله.

- 4- تنظيم التطعيمات بالنسبة للأطفال وغيرهم.
- 5- القيام بمهام التثقيف الصحي.
- 6- الإشراف على أعمال صحة البيئة.
- 7- الإشراف على أعمال رعاية الأمومة والطفولة .
- 8- الوعي الغذائي.
- 9- الإشراف الصحي على المصانع والمحلات الواقعة في نطاق عمله.

3- العيادات المجمعّة: تخدم تجمعات سكانية حوالي (50,000) نسمة. الوظيفة:

تقوم بتقديم نوعية متخصصة من الخدمات العلاجية بالإضافة إلى رعاية الأمومة والطفولة والصحة المدرسية وفي نفس الوقت خدمات تخصصية علاجية للوحدات الواقعة تحت إشرافها والوعي الغذائي.

4- المستشفيات: تقدم الخدمات الصحية على المستوى المركزي

- أ- المستشفيات العامة : تقوم بتقديم خدمات سريرية للمرضى المحولين من العيادات المجمعّة ووحدات ومراكز الرعاية الصحية الأولية .
- ب- المستشفيات التخصصية : تقوم بتوفير عناية متخصصة للنزلاء، ولكن توجد بها أقسام للمرضى الخارجيين، تتقبل فقط الحالات المحولة من المستشفيات الإقليمية أو العيادات الخارجية. كما تقدم خدمات سريرية تخصصية مثل مستشفيات الأمراض الصدرية والقلب والحوادث والعيون والسكر الخ (ألهوني وآخرون، 1989، 411).

5- القطاع الخاص: "وهي مؤسسات ذات طابع ربحي، تقوم بتقديم الخدمات الصحية لأفراد المجتمع بمقابل مادي ويمكن أن تكون الخدمات المقدمة (مختبرات، صيدليات، مستشفيات عامة أو متخصصة)".

الفصل الثالث

تقييم كفاءة الأداء المؤسسي

- (1-3) تمهيد.
- (2-3) مفهوم وتقييم الأداء.
- (3-3) أهمية الأداء.
- (4-3) أهمية تقييم أداء إدارة المستشفى.
- (5-3) أنواع تقييم الأداء .
- (6-3) العوامل والمعوقات المؤثرة على تقييم الأداء.
- (7-3) معايير الأداء.
- (8-2) خصائص مؤشرات قياس الأداء.
- (9-3) طرق وأساليب تقييم أداء إدارة المستشفى.
- (10-3) مفهوم الكفاءة.
- (11-3) الكفاءة في الخدمات الصحية.
- (12-3) أهمية الكفاءة في الخدمات الصحية.
- (13-3) نموذج متكامل لتقييم أداء المنظمات الصحية.

(1-3) تمهيد

لقد تزايد في الآونة الأخيرة الاهتمام بمدى كفاءة المؤسسات في تأدية وظائفها وتحقيق الأهداف التي أنشأت من أجلها، سواء كانت هذه المؤسسات تجارية أم خدمية، وذلك في ضوء العديد من المستجدات والظروف التي أصبحت ترهق كاهل المسؤولين في هذه المؤسسات.

وموضوع تقييم الأداء المؤسسي أصبح اليوم حديث الساعة، سواء كان ذلك في نطاق المؤسسة أو على صعيد الدولة، أو حتى على الصعيد الإقليمي، فالتطور التقني ومحدودية الموارد وزيادة المنافسة أصبحت كلها تفرض على المؤسسات حسن استخدام الموارد واستغلال الفرص المتاحة والطاقات الموجودة، سواء كانت الموارد بشرية أم مالية أم مادية، وهذا لا يتم بدون وجود نظام فعال لتقييم أداء المؤسسات.

أما على صعيد اهتمام الدول، فإن تقييم الأداء المؤسسي أصبح اليوم قضية أساسية من قضايا البحث للدول المتقدمة والنامية، حيث يتزايد الاهتمام بأداء الأجهزة العامة من منطلق ترشيد اتخاذ القرارات فيها، وحسن التخطيط والمتابعة لوظائفها وأعمالها مما يساهم بالانتقال إلى مراحل متقدمة من الإنتاج والنمو في الاقتصاد الوطني للدول.

يعد تقييم الأداء المؤسسي بشكل عام مشكلة للمسؤولين والقائمين على إدارة المؤسسات التي تحكمها ظروف ومحددات كثيرة، ومن ضمنها تقييم أداء المنشآت الصحية فمن غياب نظام واضح لتقييم الأداء إلى مشكلة تحديد المعايير المناسبة لتقييم الأداء، ومن محدودية المعلومات اللازمة لهذه العملية إلى عدم إدراك الأهداف المؤسسية التي ينبغي توجيه الجهود إليها. وانتهاء بالظروف المحيطة والسياسات الخارجية المؤثرة في هذه العملية كل ذلك يجعل من تقييم الأداء المؤسسي أمرا مثيرا للنقاش والبحث.

وفي هذا الفصل سنتناول مفهوم الأداء وتقييم الأداء، أهمية تقييم أداء إدارة المستشفى والعوامل والمعوقات المؤثرة على تقييم الأداء، ثم سنتطرق إلى دراسة الكفاءة في الخدمات الصحية وأهميتها.

(2-3) مفهوم وتقييم الأداء

إن قياس الأداء الفردي أو المؤسسي لا يتحقق إلا بامتلاك نظرة واضحة عن ماهية معنى الأداء بشكل عام (الفردي والمؤسسي) وماهية القياس والمؤشرات، إضافة إلى النواتج المهمة حول ما هو متوقع جراء قياس الأداء والمقاييس المستخدمة (الملكاوي، 2008، 28).

والأداء اصطلاحاً: هو المقياس الرئيس أو الذي يتم التنبؤ به في إطار استخدامه، ويستخدم كوسيلة للحكم على فاعلية الأفراد (المربع، 41، 2004).

وعرف الخزامي تقييم الأداء بأنه "عملية إدارية للحكم على مدى تقدم هذا الموظف أو ذلك قياساً إلى واجباته وسلوكياته في فترة زمنية معينة لا تزيد عن سنة، ويصدر عن هذه العملية تقريراً في شكل نموذج معين" (المربع، 2004، 45).

ولم يعد تقييم الأداء قاصراً على تقييم أداء العاملين، بل أصبح على مستوى وحدات العمل بالمستشفى حيث أنها أصبحت من المفاهيم الحديثة في إدارة المستشفيات، ذلك أن النظام المتكامل لإدارة المستشفيات يتطلب قياس مدى كفاءة وحداتها الطبية والفنية والإدارية (مخيمر وآخرون، 98، 2003).

ويمكن تعريف تقييم الأداء على أنه "العملية الموجهة لأنشطة المنظمة لتحديد ما إذا كانت المنظمة تحصل على الموارد الضرورية وتسخرها لتحقيق أهدافها" (البياتي، 2009، 108).

وعلى هذا الأساس فإن تقييم الأداء هو "عملية تتعلق بإعطاء قيم رقمية للأداء بناءً على معايير الفعالية، كالكم والكيف" (ذياب وآخرون، 353، 2012).

من خلال هذه التعاريف يمكن تعريف تقييم الأداء "مجموعة من الأنشطة الخاصة بالمنظمة التي تقوم بدراسة مدخلاتها وتحليلها وتصحيحها للوصول إلى الأهداف المحددة وفقاً للرؤية والسياسة التي وضعتها تلك المنظمة.

(3-3) أهمية الأداء

يمكن مناقشة أهمية الأداء من خلال ثلاثة أبعاد رئيسية نظريا وتجريبيا وإداريا.

فمن الناحية النظرية: يعد الأداء مركز الإدارة الإستراتيجية لأنه يمثل اختبارا زمنيا لإستراتيجية المتبعة من قبل الإدارة.

ومن الناحية التجريبية: تظهر أهمية الأداء من خلال استخدام أغلب دراسات وبحوث الإدارة الإستراتيجية لاختبار الاستراتيجيات المختلفة والعمليات الناتجة عنها.

أما الأهمية الإدارية: تظهر من خلال حجم الاهتمام الكبير والمميز من قبل إدارات المنظمات بالأداء ونتائجه والتحويلات التي تجري في هذه المنظمات اعتمادا على نتائج الأداء (أم العز، 2012، 7).

(4-3) أهمية تقييم أداء إدارة الخدمات الصحية

يهدف تقييم أداء الإدارة في الخدمات الصحية إلى تحقيق أمور كثيرة أهمها:

- 1- مساعدة المستشفى على الاستمرار والنمو وتحقيق الأهداف المرجوة، وتطوير المؤشرات والمعايير الخاصة بتقييم أداء الخدمات الصحية.
- 2- تنمية المستشفى وتطويره من خلال تطوير الأقسام الطبية والطبية المساعدة والإدارية والتعرف على مواطن الضعف والقوة.
- 3- مساعدة الإدارة في إيجاد نظام للأجور والمرتبات والمكافآت وكذلك إيجاد قواعد وسياسات وأساليب عمل والتخطيط الجيد للكوادر البشرية والموارد المتاحة للمستشفى.
- 4- تساعد الإدارة في ضمان الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة سواء كانت موارد مادية أو بشرية، وبما يحقق العدالة والكفاءة والفاعلية والتوازن في استخدام تلك الموارد.
- 5- زيادة فاعلية وكفاءة القرارات الإدارية في كافة المستويات الإدارية في المستشفى.

6- ضرورة لغايات التصليح والإصلاح بشكل عام وبيان مدى رضا العاملين عن أداء الإدارة ورضا المراجعين أيضا (ذياب وآخرون، 2012، 364).

7- توفر هذه العملية المعلومات الضرورية لمختلف الجهات المستفيدة وبخاصة الصحية منها على النحو الذي تتيح صورة واضحة عن كيفية سير أنشطة وفعاليات المستشفى.

8- يحتم اعتماد التخطيط المركزي لأنشطة القطاعات المختلفة للدولة ومن ضمنها القطاع الصحي الذي تعد الرعاية الصحية إحدى اللبنة الأساسية له والعمل على تعزيز التكامل بين المنظمات العاملة في كل قطاع وأيضا بينها وبين المنظمات في القطاعات الأخرى (البياتي، 2009، 109).

(3-5) أنواع تقييم الأداء

هناك العديد من أنواع التقييم تتدرج أهميتها حسب نوعية وطبيعة الوسائل والأدوات التي يعتمد عليها التقييم من اختبارات ومقاييس وغيرها، وتتنحصر أهم أنواع التقييم فيما يأتي:

أ- تصنيف التقييم حسب وظيفته: (المربع، 2004، 47)

ينقسم التقييم حسب الوظيفة إلى ستة أنواع هي:

1- تقييم تشخيصي: يهدف إلى الكشف عن المشكلات والصعوبات التي تكتنف أداء العاملين لتحديد أسبابها مما يساعد في اتخاذ القرار المناسب لعلاج المشكلات والصعوبات.

2- تقييم انتقائي: يهدف إلى انتقاء أفضل مدخلات وعمليات منظومة العمل ومن ثم الحصول على أفضل مخرجات.

3- تقييم تكويني (بنائي): يهدف إلى تقديم تغذية راجعة مستمرة عن جميع عناصر الأداء في المنظمة بجميع مراحلها وخطواتها، وبيان مؤشرات الضعف والقوة في كل منها لتعديل مواطن القصور أولا بأول، ويستخدم هذا النوع من التقييم غالبا في عمليات تحديد

كفاءة الأداء للتأكد من مدى التقدم الذي وصل إليه العاملون وما طرأ على مستواهم من تحسن.

4- تقييم تجميعي: هو التقييم النهائي الذي يهدف إلى إصدار الحكم بصورة نهائية على المخرجات المكتملة لأي موقف أو برنامج عمل، ويستخدم هذا النوع كتقييم نهائي للحكم على تحسين أداء العاملين خلال مدة التقييم وهي عام كامل.

5- تقييم تتبعي: يهدف إلى تتبع مخرجات ونتائج الأداء وتحديد مدى جودتها بعد انتهاء البرامج التدريبية، كنتتبع مدى استفادة العاملين من التدريب.

6- تقييم علاجي: ويعرف بالتقييم الإصلاحي، حيث يهدف إلى اتخاذ قرارات وإجراءات إصلاحية وعلاجية لمواطن الضعف أو القصور، أو للمشكلات والعقبات التي تعوق تحقيق أهداف المنظمة.

ب- تصنيف التقييم حسب توقيته: (المربع، 2004، 47)

يصنف التقييم في ضوء إجراءاته إلى تصنيفين هما:

1- التصنيف الأول: ويصنف إلى نوعين:

أ- التقييم المبدئي: هي عملية التقييم التي تتم قبل تجربة برنامج التطوير التنظيمي للحصول على معلومات أساسية حول العناصر المختلفة لتجربته، مثلاً، كالتعرف على مستوى أداء العاملين قبل بدء التجربة.

ب- التقييم: ويطلق عليه البعض التقييم التجميعي أو النهائي، لكن التقييم الختامي قد يختلف عن التقييم التجميعي من حيث الوظيفة، لكنهما متفقين من حيث توقيت إجراءاتهما.

2- التصنيف الثاني: ويصنف إلى ثلاثة أنواع:

أ- تقييم قبلي: وهو مرادف للتقييم المبدئي من حيث توقيت إجرائه، كما يتفق مع التقييم التشخيصي من حيث الوظيفة أو الهدف، حيث يهدف إلى تحديد نقطة بداية برنامج التطوير التنظيمي بغرض تحديد مدى التقدم فيها، ومدى تأثيرها على جودة النتائج والمخرجات، وينقسم التقييم القبلي إلى ثلاثة أنواع فرعية هي:

1- التقييم القبلي التشخيصي: يهدف إلى كشف نواحي القوة والضعف في أداء العاملين قبل بداية برنامج التطوير التنظيمي، وبالتالي كشف مشكلات الأداء التي قد يعاني منها هؤلاء العاملين والتي قد تعوق انجاز العمل.

2- تقييم الاستعداد: يهدف إلى تحديد مدى استعداد العاملين لبدء استخدام أسلوب عمل جديد، أو ممارسة نشاط جديد .

3- تقييم الوضع في المكان المناسب: يهدف إلى تحديد مستوى أداء العاملين لتصنيفهم ووضعهم في مستويات تتناسب مع قدراتهم وميولهم واهتمامهم.

ب-تقييم خلالي: يتم خلال تنفيذ برنامج التطوير التنظيمي وبين خطواته وإجراءاته ومراحله.

ج-تقييم بعدي: يتم بعد الانتهاء من برنامج التطوير التنظيمي لتحديد نقطة النهاية التي وصلت إليها مخرجات الأداء، ومن ثم تحديد مدى تقدم المخرجات ومدى اقترابها أو ابتعادها عن حد الإتقان.

ج-تصنيف التقييم حسب مجاله: (المربع، 2004، 48)

يمكن تصنيف التقييم حسب مجاله إلى تصنيفين:

التصنيف الأول: ينقسم إلى ثلاثة أنواع:

1-تقييم المدخلات: يركز على مدخلات أي نظام عمل، حيث يهدف إلى إصدار الحكم على جودة جميع المدخلات الداخلة إلى النظام وانتقاء أفضلها من حيث الجودة والكفاءة.

2- تقييم العمليات: يركز على عمليات أي نظام عمل، حيث يهدف إلى إصدار الحكم على مدى جودة تلك العمليات وتحديد مدى التكامل والترابط فيما بينها .

3- تقييم المخرجات: يركز على نتائج نظام العمل، حيث يهدف إلى إصدار الحكم على مدى الجودة الفعلية لمخرجات هذا النظام.

التصنيف الثاني: ينقسم إلى ثمانية أنواع: (المربع، 2004، 48).

1- تقييم الرئيس: ينصب على الرئيس كمحور من أهم محاور إنجاز العمل، حيث يهدف إلى إصدار الحكم على مدى كفاءة هذا الرئيس في متابعة المرؤوسين لتحقيق أهداف المنظمة.

2- تقييم المرؤوسين: يركز على المرؤوسين كمحور من محاور إنجاز العمل، حيث يهدف إلى إصدار الحكم على مدى تحقيق أهداف التطوير التنظيمي في أداء هذا العامل ومدة تأثير ذلك في مستوى نموه عقليا ومهاريا وانفعاليا .

3- تقييم الموارد المستخدمة في العمل: يهدف هذا النوع من التقييم إلى إصدار الحكم على مدى جودة وفعالية العناصر المادية المرتبطة بطبيعة العمل كأجهزة والآلات والمعدات.

4- تقييم بيئة العمل: يهدف إلى تحديد مدى ملائمة بيئة العمل من مباني ومرافق وتجهيزات وأثاث لمساعدة العاملين على انجاز العمل.

(3-6) العوامل والمعوقات المؤثرة على تقييم الأداء

رغم أهمية قياس الأداء في المنظمات على اختلاف أنواعها إلا انه هنالك الكثير من المشكلات التي تعوق هذا القياس وهي تتمثل فيما يأتي:

1- **البيئة الاجتماعية والثقافية:** تركز البيئة الاجتماعية والثقافية في أربعة محاور لها انعكاساتها على ممارسات الإدارة الحكومية وهي (العادات والتقاليد، الشخصية الوظيفية وأشكال الاتصال السائدة، هياكل ونظم التعليم والتدريب السائدة، تركيبة القوى العاملة والانتماء الاجتماعي)، وكل منها له تأثيره على تقييم الأداء .

2- **أوضاع ونظم تقنيات المعلومات:** يأتي الاهتمام بنظم المعلومات باعتبارها نظامًا تحليلية تهيئ إمكانيات واسعة للتوقع والتحليل والتخطيط والاستجابة المرنة والفعالة للتغيرات المحيطة ببيئة العمل مع توفير قواعد بيانات متجددة تدعم اتخاذ القرار.

تتمثل المظاهر العامة التي تعكس أوضاع نظم وتقنيات المعلومات في الأجهزة الحكومية فيما يأتي:

1- عدم التركيز على الاستخدام الأمثل للحاسبات الآلية في مجالات التخطيط والرقابة والتحليل الإحصائي واتخاذ القرار.

2- عدم تحديث البرامج المستخدمة لاستيعاب المزيد من المعلومات والأعمال والأرقام الكودية.

3- استخدام أجهزة الكمبيوتر في الأعمال الهامشية مثل الطباعة وكشوفات المرتبات وتخزين الوثائق والمستندات القديمة فقط دون الرجوع للاستفادة منها في تطوير الأعمال.

4- نقص الثقافة المعلوماتية لدى المسؤولين بالأجهزة الحكومية.

5- انتشار ظاهرة إدخال تقنيات المعلومات كجزء معلومات مستقلة دون الربط بين الأنشطة والوحدات داخل الجهة الواحدة.

6- عدم التخطيط المسبق لدراسة الاحتياجات الفعلية والمستقبلية للجهات المختلفة قبل شراء أجهزة الحاسبات الآلية.

3- **اختلال هياكل العمالة بالأجهزة الحكومية:** تتمثل مظاهر الخلل في هياكل العمالة فيما يأتي:

أ- التضخم الوظيفي في الأجهزة الحكومية.

ب- عدم ملاءمة التخصصات والأعداد والاحتياجات الأجهزة .

ج- عدم التوازن في توزيع العمالة في الدولة.

د- قلة الوظائف الفنية وتضخم الوظائف الإدارية والمكتبية.

كل هذه المظاهر كفيلة بتهميش دور عنصر العمل كأحد المدخلات الأساسية في تفعيل العمل المؤسسي إضافة إلى ذلك فإن تزايد منافسة القطاع الخاص وما أدت إليه تلك المنافسة من خلل في هيكل العمالة بالأجهزة الحكومية قد أدى إلى تدهور الأداء المؤسسي في القطاع الحكومي.

4- ظاهرة انخفاض الإنتاجية في الأجهزة الحكومية: ويشمل هذا التقييم من الناحيتين الكمية والنوعية، من خلال المعدلات الحيوية وبعض القياسات في المستشفى كنسبة الأشغال، أما النوعية فهي تختلف باختلاف العوامل المرتبطة أصلاً بالمرضى والمراجعين ومدى رضاهم عن الخدمة الطبية المقدمة.

5- قياس مستوى جودة الخدمات: لقد مر الاهتمام بقياس مستوى جودة الخدمات بأربع مراحل جاءت كما يأتي:

1- مرحلة إهمال قياس مستوى جودة الخدمة: تمثل هذه المرحلة ، مرحلة إهمال قياس مستوى جودة الخدمة عندما كانت الحكومات هي التي تقع عليها المسؤولية الكاملة في تقديم جميع الخدمات التي تلزم مواطنها.

2- مرحلة قياس مستوى جودة الخدمة اعتماداً على العدد والكم: ركزت معايير القياس في هذه المرحلة على إظهار مدى توسع دور الدولة في تقديم الخدمة من خلال التطور في عدد الأجهزة الحكومية التي انشئت أو الجمهور الذي يتردد على تلك الأجهزة .

3- مرحلة القياس اعتماداً على مستوى الجودة: بدأ في هذه المرحلة الاهتمام بقياس مستوى جودة الخدمات التي تقدم للجمهور من خلال معايير تهدف إلى إظهار مدى التطور الذي حدث في مستوي الجودة.

4- مرحلة القياس المزدوج لمستوى جودة الخدمة: في هذه المرحلة اتجهت الدولة عند قياس مستوى جودة الخدمات إلى ربطها بمعيار آخر يأخذ بأحد البديلين التاليين:

(أ) في حالة الخدمات الاقتصادية تم الاهتمام بعنصري الجودة والتكلفة عند قياس مستوى الخدمة.

(ب) في حالة الخدمات غير الاقتصادية تم الاهتمام بدرجة رضا الجمهور الذي يتلقى الخدمة (جيبين، 2009، 20).

كما أن غياب مؤشرات الأداء تعتبر من العوامل المؤثرة في تقييم المؤسسات، حيث أن غالبية هذه المنظمات يجب أن تكون لديها مؤشرات محددة لتحقيق أهدافها، وإن غياب مؤشرات لقياس الأداء يعني لا يوجد ربط بين أهداف المنظمة الإستراتيجية ونشاطاتها المتعلقة بإعادة التأهيل للعاملين وتزويدهم بالمعلومات، لذا يمكن القول أن غياب معايير ومؤشرات لقياس مدى التطور والنمو والتعلم في المنظمة تعكس محدودية التطور الذي تسعى إليه العديد من المنظمات من خلال موظفيها (الملكاوي، 2008، 180).

(7-3) معايير الأداء

تهدف معايير الأداء إلى تزويد الإدارة بمعدلات الأداء، وتختلف تلك المعايير باختلاف طبيعة ونوعية المنشآت (صناعية، مالية، تجارية، حكومية،.....) فقد يكون هدف المنشأة الصناعية زيادة الإنتاج، وقد تسعى مؤسسة حكومية إلى أهداف اجتماعية أو سياسية أو قومية، وهناك فئتان رئيستان لمعايير الأداء.

الفئة الأولى (كمية الأداء)، وتستخدم هذه الفئة في الأعمال التي نستطيع فيها قياس كمية الإنتاج. فتكون معايير الأداء وفق كمية الأداء وكمية الإنتاج ومستوى الجودة في مدة زمنية محددة، ومن ثم يكون الإنجاز الفعلي هو عدد القطع المنتجة في وحدة زمنية محددة. وفي كثير من الأحيان، تأخذ الجودة الهدف الأكبر في العملية الإنتاجية على الرغم من الصعوبة الكبيرة التي تواجه تحديد معايير الجودة. وتختلف معايير الجودة حسب طبيعة المنتج. فالجودة في المنتجات تحدد بعدد الوحدات التالفة وعدد الأخطاء، فكلما قلت البقايا والنفايات في المصنع ازدادت معايير الجودة، وتتأثر معايير الجودة أحياناً بعوامل خارجية، ومن ثم فقد لا تشير كمية الإنتاج وجودته دائماً إلى الموضوعية والمنطقية، فقدم الآلات أو حوادثها والعلاقات بين العمال أنفسهم وبينهم وبين الإدارة، وطبيعة العلاقات الاجتماعية قد يكون لها الدور الأكبر في مستويات الأداء التي لا يستطيع أحد إنكارها أو التقليل من أهميتها.

والفئة الثانية (سلوك الأداء) تستخدم هذه الطريقة في الأعمال التي لا نستطيع فيها قياس المنتج بشكل كمي كأعمال المراقبة والإدارة والتخطيط والبحوث والدراسات والأعمال الفنية والتقنية والالكترونية، فتعتمد المعايير في هذه الفئة على طرائق وأساليب غير مباشرة منبثقة من سلوك الأداء، والسلوك الذي يجب أن يتبعه العامل في عمله مع مقارنته بمعايير سلوك الأداء المخططة له تعد بمنزلة معايير الأداء، وتبين تلك المعايير جوانب القوة والضعف في الأداء، وإنه لمن الأهمية بمكان، أن تحدد محددات ومعايير لأداء العاملين الإداريين ومعايير للمنظمة أو المنشأة الصناعية بشكل كامل سواء على مستواها التنظيمي الداخلي أو الخارجي كزيادة الأرباح وتطوير الآلات والاستفادة من الأخطاء وزيادة الاستثمارات... إلخ.

أنواع معايير الأداء: كثيرة هي معايير الأداء، ويمكن تحديد أربعة معايير

1- معايير زمنية: يكون عامل الزمن هو معيار الأداء، فكمية إنتاج العامل أو الإنتاج المؤسسي في المؤسسة الصناعية في زمن معين هو المعيار الحقيقي لمستويات الأداء، ثم إن تحديد بداية تنفيذ أو عمل ما أو مهمة ما ونهاية التنفيذ دليل موضوعي في الحكم على مستوى الأداء والإنتاجية.

2-معايير مادية: وهي كمية الإنتاج مادياً وتأخذ أشكالاً متعددة كالعدد أو الحجم أو الوزن أو النوع أو ... وغيرها من الأشكال التي تأخذ صيغة كمية أو نوعية.

3-معايير مالية: وهي كمية النفقات والمصروفات المالية النموذجية المستخدمة في الإدارة والمحاسبة على خطوات العملية الإنتاجية جميعها ومقدار تكلفة الوحدة السلعية المنتجة، وفي حال زيادة النفقات الفعلية على النفقات المتوقعة فذلك دليل على خطأ ما أو انحراف يجب إصلاحه وتقويمه بشكل عاجل، وتعتمد المعايير المالية على خطط موضوعة وأرقام ونسب وإحصاءات لسنوات مختلفة ومنشآت متشابهة.

4-معايير معنوية: هناك صعوبة كبيرة في صياغتها والحكم عليها، وهي معايير غير واضحة المعالم ولا نستطيع تلمسها بشكل مادي أو مالي وإنما نتحسس آثارها (بعكس المعايير الثلاثة السابقة التي نتلمسها مادياً)، ولا يوجد إجماع معين أو اتفاق حول مقاييسها أو معانيها والصفات التي نقيسها، فالمعايير المعنوية ترتبط بمشكلات العمال المختلفة وأوضاعهم المتبدلة التي تؤثر

في أدائهم وإنتاجيتهم، ومن ثم فإن وضع معايير معنوية لقياس أدائهم يحتاج إلى كثير من الإمكانيات والجهود والخبرات، وتعتمد أغلب مؤسساتنا الاجتماعية والاقتصادية على المعايير الزمنية لارتباطها بخطط زمنية محددة، وتأتي المعايير المادية في الدرجة الثانية من الأهمية ثم المعايير المالية وأخيراً المعايير المعنوية (صديق، 2013، 219).

(3-8) خصائص مؤشرات قياس الأداء

من بين أهم الخصائص التي على المؤسسة أن تسعى لتوفيرها في مؤشرات قياسها لأدائها ما يأتي:

- 1- معنوية المؤشر: ويقصد أن المعلومة التي يقدمها المؤشر تعكس بكيفية دقيقة الظاهرة أو النتيجة التي ترغب في ملاحظتها .
- 2- الوضوح: وضوح المؤشر يعني سهولة فهمه من طرف الجميع، فالشخص الذي يقرأ المؤشر يعرف الذي يعنيه والذي لا يعنيه.
- 3- سرعة الحصول عليه: وهذا ليضمن للمؤسسة القيام بالتصحيحات اللازمة وفي الوقت المناسب.
- 4- الشمولية: تعني أن المؤشرات تغطي جميع جوانب المؤسسة.
- 5- الاعتماد على عدد محدد من المؤشرات وإلا أصبحت مستحيلة الاستعمال كوسائل مساعدة على اتخاذ القرار.
- 6- إمكانية وضرورة مقارنتها بالنسبة لمعيار أو هدف محدد.
- 7- يجب تغيير أو تعديل مؤشرات الأداء كلما تم بلوغ الهدف الأعظم أو عندما يتغير الهدف في حد ذاته.
- 8- كلما كانت المؤشرات كمية كلما سمحت بالقياس والمقارنة (أم العز، 2012، 19).

(3-9) طرق وأساليب تقييم أداء إدارة المستشفى

يتم تقييم أداء إدارة المستشفى من خلال عدة أساليب أو طرق عدة أهمها

3-9-1- نظام تقييم الأداء من خلال الدرجات أو المعدلات:

تعد من الطرق السهلة لتقييم الأداء وتعتمد هذه الطريقة على إيجاد عبارات تعكس أداء الإدارة، وتعطي كل عبارة معيار من خمس درجات ويتم تعبئة هذا الجدول من قبل لجنة تعتمد

على المعلومات الحقيقية الموجودة في المستشفى قبل الإجابة على أي من هذه الأسئلة. وعلى سبيل المثال الجدول التالي يبين هذه الطريقة:

جدول رقم (3-1) يوضح بعض مؤشرات تقييم الأداء داخل المستشفيات.

ر	العبارة	1 دائما	2 عادة	3 أحيانا	4 نادرا	5 نادرا جدا
1	وجود خطط واضحة لجميع الأقسام في المستشفى					
2	تلجأ الإدارة إلى أسلوب الحوار والمناقشة في اتخاذ القرارات في المستشفى					
3	وجود قياس للمعدلات الحيوية والإحصائية المختلفة والمتغيرات الديموغرافية					
4	تتوفر المعلومات والبيانات بسهولة					
5	تتوفر أنظمة السجلات والحاسوب للمرضى					
6	وجود الشكاوي المقدمة بحق الإدارة					

المصدر: (نياب وآخرون، 2012، 367).

وبعد الانتهاء من كافة المؤشرات يتم جمع درجات التقييم فيكون معدل أداء لإدارة المستشفى.

3-9-2- النظام التكاملي لتقييم أداء المستشفيات

يتطلب تطبيق هذا النظام، تحديد الغرض أو الهدف من التقييم بشكل مسبق وأن يتم تقييم جميع أقسام المستشفى، وكذلك استخدام المعلومات الكمية والبيانات الضرورية للتقييم إضافة إلى اتخاذ القرارات لتصحيح الانحراف بسرعة.

ويتكون النظام التكاملي لتقييم أداء إدارة المستشفيات من العناصر الآتية:

1- دراسة المتغيرات البيئية.

2- دراسة المؤثرات والمتطلبات التنظيمية كالهياكل التنظيمية للمستشفى ونظام المعلومات الإداري.

3- دراسة كافة المدخلات والمعالجة والمخرجات لتقديم الخدمات الطبية في المستشفى .

4- دراسة درجة التكامل والتنسيق بين أقسام المستشفى في تقديم الخدمات الطبية والطبية المساعدة.

5- تقييم الأداء في ضوء استخدام المؤشرات الكمية والنوعية (نياب وآخرون، 2012، 364).

(3-10) مفهوم الكفاءة

طالما كانت المنظمة تسعى إلى البقاء والاستمرار، فإنها بحاجة دائمة إلى التفاعل مع البيئة المحيطة بها وفي كل تفاصيلها، ولعل من أبرز هذه التفاعلات هو حصولها على المدخلات التي تكون أساسا في تحقيق مخرجاتها للبيئة التي تعمل بها، كذلك مدى قدرتها على التعامل مع المدخلات وبشكل عقلاني، وبما يحقق لها أفضل مستوى من المخرجات (البكري، 184، 2005).

ولقد وردت العديد من التعارف بهذا الصدد وذلك باختلاف الباحثين والدارسين لهذا المجال فمن أقدمها نذكر تعريف عالم اللسانيات "شومسكى" بأن الدراية هي أساس الكفاءة حيث تمثل مزجا تطوريا من التجارب، القيم، المعلومات والخبرات التي تشكل بدورها إطار لتقييم و إدماج تجارب ومعلومات جديدة. إذن الدراية هي القاعدة المرجعية لتشكيل المعرفة، هذه الأخيرة تدخل كعنصر جوهري في الكفاءة.

وأما من وجهة نظر إستراتيجية فيمكن تعريف الكفاءات بأنها "مجموع المعارف العملية التي تضمن تميزا تنافسيا في السوق، فالكفاءات الأساسية تعزز الوضع التنافسي للمؤسسة، وبالتالي فالمنشأة التي تتوفر على كفاءات يعني أن لها ميزة تنافسية تمثل إحدى نقاط القوة (إيمان وصورية، 2008، 5).

ومن هنا جاء مفهوم الكفاءة بأنها " الرشد في استعمال الموارد البشرية والمادية والمالية" (البكري، 2005 ، ص184).

ويمكن تعريفها بأنها "الاستخدام المتوازن للموارد (البشرية والمالية والمادية)" (نياز، 1425، 243).

أيضاً يقصد بالكفاءة "مدى تحقيق الأهداف " بالتالي فهي تقاس بالعلاقة بين النتائج المحققة والأهداف المرسومة (مزهودة، 2001، 87).

ويمكن القول أنها الاستفادة القصوى من الموارد المتاحة بأقل التكاليف، و باعتبار الكفاءة معيار نوعي وكمي يتسع ليشمل الإنتاجية. (أم العز، 2012، 5)

وهناك من يرى أن كفاءة الأداء تتحقق عن طريق التصرف السليم في استخدام الموارد النادرة بحيث يكون الاستخدام على قدر الحاجة، بحيث لا يزيد فيؤدي إلى إضعاف قدرة المؤسسة أو الهيئة على الوفاء باحتياجاتها على المدى البعيد، ولا ينقص بالقدر الذي يعوق تنفيذ عملياته العاجلة.

ويقصد بكفاءة الأداء في قاموس دائرة المعارف البريطانية بأنها "الأسلوب الذي يتم التفاعل معه أو يؤدي إلى الغرض الذي هو له" (العثمان، 2003، 73).

ويمكن أن نبين مفهوم كفاءة الأداء الأمني في عمليات أجهزة الأمن، والذي يتمثل في مدى المهارة في استغلال المواد المتاحة (مثلاً: أفراد، أدوات، مركبات، أسلحة، أجهزة، معلومات) لتحقيق مستوى مرغوب من الأمن من خلال الأداء في التوقيت المناسب، وبالطريقة المناسبة وبأقل التكاليف الممكنة في العنصر البشري والمادي (العثمان، 2003، 74).

ومن خلال هذه التعاريف يمكن ان نعرف الكفاءة على أنها " القدرة على استغلال الأمثل للموارد الأساسية للمنظمة".

(11-3) الكفاءة في الخدمات الصحية

إذا ما كانت الكفاءة موضوع اهتمام من قبل المنظمات عامة فإن لها خصوصية الاهتمام في المنظمات الصحية، ولعل ذلك الاهتمام يكمن في كون النتائج المتحققة كمخرجات ترتبط بحياة الإنسان في بقائه من عدمه، وهذا الأمر يستدعي من القائمين على إنتاج الخدمة الصحية مستوى عالياً من الرقابة على الأداء، والتقويم والتدقيق للطاقات المتاحة من الموارد البشرية والمادية والمالية، للوصول إلى الأهداف المطلوبة، والمتعلقة بصحة المجتمع. (البكري، 2005، 185).

من هنا يمكن تعريف كفاءة تقديم الخدمة الصحية على أنها "نسبة مخرجات الخدمات إلى التكاليف المتعلقة بإنتاج تلك الخدمات، وتعني الاستخدام المتوازن للموارد المتاحة لتقديم أفضل رعاية صحية للمريض والمجتمع، وتحقيق أكبر منفعة ضمن الموارد المتاحة، وبشكل آخر فهي تعني تقديم أفضل رعاية صحية ممكنة بالاستثمار الأمثل للموارد المتاحة بتقليل التكاليف عن طريق تقديم الخدمات الصحية الضرورية والصحيحة وتلافي الخدمات غير الضرورية أو الخاطئة (النياز، 1425، 243).

وقد عرفتها (W.H.O) على أنها "العلاقة بين النتائج النهائية المتحققة والجهود المبذولة على شكل نفود وموارد ووقت" (البكري، 2005، 185).

(3-12) أهمية الكفاءة في الخدمات الصحية

تبرز أهمية الكفاءة في الخدمات الصحية من خلال المؤشرات الآتية:

1- طول المدة الزمنية التي تستغرقها عملية إعداد وتأهيل القائمين على إنتاج الخدمة الصحية وبخاصة الأطباء وأطباء الأسنان وصيدلة، ما يعني بأن مخرجات إعداد هؤلاء لا يتم الحصول عليها من خلال مدة وجيزة من الزمن، ويتطلب التخطيط والانتظار إلى أمد طويل.

2- الخدمة الصحية المقدمة تعتمد إلى حد كبير على مهارة القائمين على إنتاجها، وهذه المسألة تتباين بين فرد وآخر، ولا يمكن وضع مقاييس معيارية لأدائها وقياسها، وبالتالي فإن تطوير مهارة القائمين على إنتاج الخدمة الصحية وتكيفها لأن تكون قابلة للقياس والتوحيد، يصب في جانب الاهتمام والأهمية للكفاءة في الخدمة الصحية.

3- لبلوغ الكفاءة المخططة نحو تحقيق الأهداف فإن الأمر يستوجب توافر المستلزمات التكنولوجية المواكبة لحالة التطور الحديث في المجال الطبي وتسخير مختلف الوسائل المتاحة للكادر الطبي التخصصي لانجاز مهامه بالشكل الذي يتوافق وقدراته العلمية (البكري، 2005، 185).

(3-13) هيكل ومكونات النموذج المتكامل لتقييم أداء المنظمات

الصحية (جاد الرب، 1997، 317).

يتكون هيكل النموذج المتكامل لتقييم أداء المنظمات الصحية من العناصر أو الأجزاء

الآتية:-

العنصر الأول: دراسة المؤثرات والمتطلبات البيئية المختلفة مثل المؤثرات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والسكانية، وأن الهدف من هذه الدراسة تحديد دور هذه المتطلبات عند تحديد الأهداف العامة التي تسعى إليها المستشفيات.

العنصر الثاني: دراسة المؤثرات والمتطلبات التنظيمية، ومدى تأثيرها على الأهداف التي تقوم بها المستشفيات الحكومية في العصر الحديث، ومن أهم هذه المؤثرات الهيكل التنظيمي ونظم الاتصالات والمعلومات والمكافآت والحوافز والعلاقات الإنسانية.

العنصر الثالث: وهو ناتج تفاعل واندماج العنصرين الأول والثاني وهو تحديد الأهداف وتختلف أهميتها وحيويتها من مستشفى أو من نظام لآخر، وأهم الأهداف ما يأتي:

1- الأهداف الصحية المتنوعة: منها الوقائي ومنها العلاجي حسب البيئات التي تعمل فيها.

2- الأهداف الاجتماعية: مثل تنظيم الأسرة، وتوصيل الخدمات الصحية إلى المنازل... الخ.

3- الأهداف السكانية: مثل تخفيض معدل الوفيات وخاصة بين الأطفال الرضع والارتفاع بمستويات الصحة العامة.

4- الأهداف الذاتية: وهي التي يسعى النظام بالمستشفى إلى تحقيقها بما يعود بالفائدة على العاملين فيه، ربما يضمن استمرار النظام وقدرته على التكيف مع البيئة المحلية.

5- أهداف التعليم والبحث العلمي والتدريب: وهي الأهداف أو الوظائف الأكاديمية بالنسبة

لفئات العمل المهني مثل الأطباء والباحثين والإخصائيين والممرضات والفنيين بما يضمن زيادة كفاءة ومهارة الفئات بما يتماشى مع أحدث ما يصل إليه العلم في مجالات الطب والتكنولوجيا.

العنصر الرابع: دراسة المدخلات والربط بينها، بما يحقق الأهداف المحددة سلفاً وبما يضمن كفاءة وفاعلية النظام ككل، وهذه المدخلات هي:

- 1- الموارد البشرية وتشمل الجهاز الإداري والأطباء والفنيين والمساعدين وهيئة التمريض.
- 2- الموارد المادية والمالية وتشمل: الأسرة والأجهزة والمعدات والأدوية والتغذية والجوانب المالية المتعددة.
- 3- المباني والمنشآت: وهي إحدى الموارد المادية ونظراً لأهميتها في مجال المستشفيات، فقد تم دراستها كجزء منفصل عن الموارد المادية الأخرى، وتشمل مدى ملائمة هذه المباني من حيث النظافة، مرافق الصرف الصحي، والصيانة والتخطيط الهندسي.

العنصر الخامس: ويعد هذا العنصر هو محور النظام الطبي في المستشفيات وهو يمثل نظم تقديم الخدمات الطبية والصحية المتعددة وأيضاً نظم التنسيق والتفاعل بين مختلف فئات العمل داخل نظام المستشفى.

العنصر السادس: ويمثل ناتج الخطوات السابقة كلها، وهو محور تقييم الأداء حيث يتم توضيح مدى تحقيق الأهداف أي مدى فاعلية المستشفى وكفاءتها في استخدام المدخلات وتشغيلها وبالتالي يتم تقييم كفاءة الأداء بالنسبة للنظام ككل من خلال مؤشرات عامة على مستوى كفاءة المستشفى ككل وهذه المؤشرات هي:-

1- المؤشرات الكمية، للنواتج التي يمكن قياسها.

2- المؤشرات النوعية، للنواتج التي لا يمكن قياسها.

ومن خلال المؤشرات السابقة، يمكن معرفة الأخطاء والانحرافات الموجودة، والتي تؤخذ في الحسبان عند استرجاع نتائج العمل مرة أخرى بما يضمن تصحيح الأخطاء واستمرار النظام بحيوية وكفاءة على النحو المرغوب فيه (جاد الرب، 1997، 318).

يتضح من الشكل رقم (3-1) أن هيكل النموذج المتكامل لتقييم أداء المنظمات الصحية يتكون من العناصر أو الأجزاء الآتية: (جاد الرب، 1997، 319).

الفصل الرابع

عناصر تقديم الخدمات الصحية وعلاقتها بمستوى تقديم الخدمات

(1-4) تمهيد

(2-4) العنصر الأول- القوى البشرية المتخصصة

(3-4) العنصر الثاني- المرضى والمراجعين والمواطنين

(4-4) العنصر الثالث: بيئة المباني والأراضي المستخدمة

(5-4) العنصر الرابع: الأجهزة والمعدات والآلات

(6-4) العلاقة بين عناصر تقديم الخدمة ومستوى تقديم الخدمات

(1-4) تمهيد

من خلال النظام الصحي فإنه يتم تقديم كافة خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية والتأهيلية بشتى مستوياتها وتتركز هذه الخدمات على الفرد والمجتمع والبيئة في آن واحد، على أن تتوفر في هذه الخدمات بعض الميزات الضرورية من أجل الارتقاء بالصحة والوصول إلى مستويات متقدمة من الرعاية الصحية ومن هذه الميزات: توفير الخدمات بشكل كمي ونوعي، أي أن تتوفر خدمات صحية تكفي الأفراد والمجتمع، كذلك يجب أن تكون سهلة المنال بمعنى أن يستطيع المواطنين الوصول إليها.

إن الرعاية الصحية الأولية تركز على الجوانب الوقائية على مستوى المجتمع.. بينما تركز المستشفيات على الجوانب العلاجية وعلى مستوى الأفراد المرضى، ويتم تقديم هذه الخدمات من خلال مجموعة من العناصر التي سيتم دراستها في هذا الفصل، حيث أن هذه العناصر لها علاقة مباشرة بكفاءة تقديم الخدمات الصحية.

أهم عناصر الرعاية الصحية في المدخلات الرئيسية التي يجب توفيرها في المؤسسة الصحية ومن هذه العناصر:

1- القوى البشرية المتخصصة.

2- المرضى والمراجعين والمواطنين.

3- بيئة المباني والأراضي المستخدمة.

4- الأجهزة والمعدات والآلات.

(2-4) القوى البشرية المتخصصة

ويتطلب ذلك وجود أفراد متخصصين في كافة المجالات الطبية كالأطباء العاميين، وأطباء الاختصاص والاستشاريين في جميع مجالات الطب، بالإضافة إلى كوادر طبية وتمريضية مساندة تجمع المستويات العلمية والتخصصية أيضا كالصيدلي والأشعة والمختبرات

والتخدير....الخ، وكذلك القوى البشرية الإدارية والمحاسبية والعاملين في مجال الصيانة والخدمات (نياب، 2013، 174).

إن من أهم المتطلبات الضرورية لتقديم الخدمات العلاجية والصحية إلى المواطنين بالإضافة إلى الموارد المادية، هو مدى توفر ذوي المهن الطبية (أطباء، أطباء أسنان، صيادلة)....و.ذوي المهن الصحية في المستشفيات (ممرضين، مساعدي تمريض، مراقبين صحيين)، حيث إن عدم توفر هذه الكوادر البشرية المتخصصة للعمل في المستشفيات، سوف يعيق عمل هذه الخدمات الصحية. إضافة إلى ذلك فإن توفر هؤلاء بالعدد الكافي لشغل الوظائف الموجودة، بالتناسب مع الوسائل والأجهزة الطبية المتوفرة، يعتبر مؤشرا على مدى تحقيق إحدى المهام الفرعية للمستشفيات، وهي توفير الكوادر الطبية والصحية اللازمة لإدارة المؤسسات الصحية (الحاج، 2012، 334).

(4-2-1) أهمية الموارد البشرية في القطاع الصحي

يشكل العاملون في القطاع الصحي في أية دولة نسبة كبيرة من اليد العاملة تتجاوز نسبة العشرة بالمائة. والعاملون في القطاع الصحي نوعان:

- 1- القوى الفنية: وهم الأطباء وأعضاء الفريق الصحي الذي يشمل الصيادلة وأعضاء فريق التمريض والفنيين والإداريين، والزائرين الصحيين، وهم أصحاب مهن صحية.
 - 2- القوى العاملة: وهي قوى تعمل في المرافق الصحية كافة من مستشفيات ومراكز صحية، ومراكز التشخيص، والمعامل والمصانع التي تنتج المواد الصحية كمصانع الأدوية والمستلزمات الطبية، والمعدات التشخيصية وغيرها، وهذه القوى بمعظمها قوى مساندة للعمل الطبي وتضم عمالا مهرة وعمالا عاديين يعملون في هذه المرافق.
- حيث طرأت زيادة كبيرة في أعداد القوى البشرية الفنية منذ منتصف القرن العشرين نتيجة التطورات الكبيرة التي حصلت في النظم الصحية عامة، وقد شملت الزيادة:
- 1- زيادة في العدد.
 - 2- زيادة في الاختصاصات وأنواع المهن الصحية.

ومع شمول الرعاية الصحية لجميع أفراد المجتمع أدى ذلك إلى ضرورة زيادة في عدد المراكز الصحية وعلى إثرها ازداد الطلب على أعداد الأطباء والعناصر الطبية بشكل عام . لكن مع دخول التقنية الحديثة تطلب الأمر توفر المهارات الجديدة فبرزت اختصاصات جديدة في الموارد البشرية الصحية (خياط، 2007، 132).

(4-2-2) أهم العوامل التي أبرزت أهمية الموارد البشرية

- 1- اكتشاف أهمية العنصر البشري.
- 2- كبر حجم المنظمة "وبالأخص المنظمة الصحية" ونموها وكبر عدد الموظفين.
- 3- ظهور النقابات العمالية وتأثير ذلك على وضع الموظف وأنظمة العمل (حسونة، 2011، ص14).

(4-2-3) معايير الأداء الخاصة بالموارد البشرية في المستشفيات

يعد العنصر البشري أهم عناصر الإنتاج في منظمات الأعمال على اختلاف أنواعها، تزداد كلفة العنصر البشري كلما ارتفع مستواه التعليمي والتدريبي، ففي المستشفيات وغيرها من مؤسسات الرعاية الصحية تشكل القوى العاملة عنصرا أساسيا وضروريا في تقديم الرعاية الصحية للمريض في المستشفى وان أي نقص قد يحدث في إحدى فئات القوى العاملة سيترتب عليه نتائج سلبية على صحة الأفراد في المجتمع بشكل عام والمرضى في المستشفيات بشكل خاص. وفيما يلي نسرد بعض مؤشرات الأداء للموارد البشرية الصحية (مخير، 2010، 186).

1- نسبة الأطباء بالنسبة إلى عدد المرضى = عدد المراجعين للعيادات الخارجية/عدد الأطباء*100.

2- نسبة الممرضات لكل طبيب = عدد الممرضات/عدد الأطباء*100.

3- معدل الأطباء لعدد السكان:

عدد الأطباء في فترة معينة

$$= \frac{\text{عدد السكان خلال نفس الفترة}}{1000 \times \text{من السكان}}$$

4- معدل التمريض لعدد السكان:

عدد هيئة التمريض في فترة معينة

$$1000 \times \frac{\text{عدد السكان خلال نفس الفترة}}{\text{عدد هيئة التمريض في فترة معينة}} =$$

5- معدل الفنيين لعدد السكان:

عدد الفنيين في فترة معينة

$$1000 \times \frac{\text{عدد السكان خلال نفس الفترة}}{\text{عدد الفنيين في فترة معينة}} =$$

(3-4) المرضى والمراجعين والمواطنين

ويقصد بهم أولئك الأشخاص الذين يراجعون أحد مراكز الرعاية الصحية والمستشفيات لغرض وضعهم تحت مشاهدة الأطباء أو الإجراء فحوص للتوصل إلى التشخيص أو لأجل المعالجة. (القضاة، 2012، 154).

(4-4) بيئة المباني والأراضي المستخدمة

ويشمل ذلك العيادات والمراكز الطبية (المستوصفات) والصيدليات والمختبرات، وعلى أن تكون هذه المباني مصممة بشكل يساعد على تقديم الرعاية الصحية الأولية، حيث يضم المركز الطبي العديد من المرافق كغرف المرضى والحمامات والممرات ومحطات التمريض والمخازن والأقسام الطبية وأن توفير البيئة المناسبة والمبنى الجيد يتيح لكل من العنصرين الأول والثاني تقديم الخدمة والظروف البيئية المناسبة وكذلك توفير ظروف البناء الداخلية، كالتهووية والإضاءة والتدفئة والنظافة وأماكن الراحة.... الخ (نياب، 2009، 175).

(1-4-4) التلوث البيئي من منظور إدارة المستشفيات: يعرف التلوث في البيئة

الداخلية والخارجية للمستشفيات- لما لكل منهما من تأثير متبادل على جودة الخدمة المقدمة من المستشفيات- بذلك التغير في كل من الهواء أو المياه أو التربة المحيطة بموقع المستشفيات.

1- تلوث الهواء وتأثيراته على المستشفيات: يعتبر تدخين الأطباء والعاملين في الخدمات المساعدة من أهم الأسباب لتلوث الهواء للبيئة الداخلية للمستشفيات، كما يعطي صورة سيئة عن عدم التزام الأطباء المعالجين، وفقد المريض الثقة فيهم وفي قدرتهم على علاجه، كما يعتبر الرخام والسيراميك المصنع من الطينات الطبيعية والطوب المستخدم في بناء المستشفيات من أهم أسباب تلوث الهواء نتيجة الإشعاع الطبيعي لمواد البناء.

2- الضوضاء: تؤثر مصادر الضوضاء العديدة تأثيرا سلبيا ملاحظا على أداء المستشفيات. وكان مفهوم اختيار مواقع المستشفيات وسط المراكز السكانية من منطلق وصول المرضى بسرعة إلى أماكن تقديم الخدمة العلاجية وتلافي مضاعفات الحالات المرضية والإصابات. وكان هذا الاختيار مصحوبا باختيار مساحات كافية من الأراضي لإقامة المستشفيات بحيث يقع المستشفى وسط الموقع المختار، وتحيط به مساحات شاسعة من المناطق الخضراء وحزام شجري يعمل كمصد للضوضاء ومصد للأتربة وعوادم السيارات.

3- ملوثات المياه: حيث أن الكثير من مدن العالم العربي تعاني من تخلف خدمات الصرف الصحي عن خدمات الإمداد والحصول على مياه الشرب الصالحة وفقا لمعايير المياه العالمية، ونظرا لقدم شبكات المياه في المدن الكبرى القديمة، في العالم العربي وقصور عمليات التجديد والإحلال عن تغيير جميع شبكات القديمة، فقد أدى ذلك إلى تلوث المياه المعالجة قبل وصولها إلى مواقع الاستهلاك (سعد، 2006، 5).

(4-4-2) المدخلات الهندسية للتحكم في مصادر التلوث البيئي داخل وخارج

وحدات الخدمة في مؤسسات الرعاية الصحية: (سعد، 2006، 7).

المنشآت الصحية وحدات من أكثر المنشآت حساسية للبيئة المحيطة بها، فقد باتت من الأهمية الحد من تأثير التلوث بجميع صورته ومستوياته من خلال إدماج البعد البيئي بطريقة فاعلة في تصميم وتنفيذ وتشغيل هذه الوحدات حتى تحقق الخدمة المرجوة منها، وسوف نورد فيما يلي بعض المتطلبات البيئية التي تحد من مصادر التلوث:

أ- المتطلبات الهندسية البيئية الواجب توافرها في واجهة المبنى:

- 1- أن تكون الواجهات ملساء وذات تصميمات تخلو ما أمكن من التخشين والفتحات الطولية والعرضية ذات العمق الضيق بعرض أقل من 30 سم، حيث أنها تساعد على تراكم الأتربة والمواد المترسبة ويصعب تنظيفها.
- 2- أن تكون أنواع الطلاء المستخدمة في الحوائط من المواد التي تمنع نمو الفطريات والبكتيريا. حيث يفضل استخدام كيمواويات البناء الحديثة، حيث تمنع مكوناتها من نمو العفن حيث أن مكوناتها بها كيمواويات مضادة لنمو هذه الكائنات الحية.
- 3- أن تركيب في المبنى أجهزة تنظيف الواجهة، وذلك لإزالة الأتربة وما يعلق بواجهات المبنى، نتيجة تلوث الهواء المتزايد.

ب- المتطلبات الهندسية البيئية لنظام التهوية والتكييف داخل المنشآت:

- 1- يوفر التصميم المبنى مصدر الهواء لنظم التكييف المركزي، على أن يكون خاليا من مصادر التلوث، مثل عادم السيارات والمصانع بجميع أحجامها.
- 2- أن يكون هنالك كاتم لصوت البلور، وكذلك عمل عوازل للصوت تحيط بجهاز التكييف المركزي.
- 3- يركب "شبكة" دقيق الفتحات على فتحات سحب الهواء المكيف في غرف العمليات والحجرات المكيفة لمنع وضع أية مخلفات في هذه الفتحات، مما ينشأ عنه تلوث للهواء المار في نظام التكييف.

ج- العناصر البيئية الواجب الالتزام بها لتحقيق بيئة سليمة بالمعامل من خلال التصميم:متطلبات هندسية عامة:

- 1- عدم وضع أية زينة داخل المعامل، وتوضع النباتات خارج منطقة العمل ويجب أن تكون صناعية حتى يمكن تنظيفها دائما ولما قد تجلبه النباتات الطبيعية من حشرات.
- 2- غطى الأرضيات بطبقة من الفايصل المقاوم للبكتيريا .
- 3- التأكد من عدم وجود أي ارتشاحات في الحوائط أو الأسقف، لمنع نمو العفن والبكتيريا.

- 4- التأكد من وجود دولاب للغازات في حالة معامل التحاليل به تيار هوائي وشفاف لإزالة الغازات والأبخرة الناتجة عن التحاليل الكيماوية لخطورتها على العاملين.
- 5- عدم وضع ستائر داخل المعامل، وتوضع مظلات خارج النوافذ للحد من دخول أشعة الشمس.
- 6- وجود أحواض لغسيل الأيدي، ووجود جهاز تنقيط الصابون المطهر بالضغط مملوء بالصابون السائل.
- 7- وجود أحواض لغسيل العيون والجسم في المعامل لضمان سلامة العاملين.
- 8- وجود حوض لتنظيف أدوات نظافة الأرضية ملحقا بمنطقة الحمامات.
- 9- ضمان ميول الأرضيات بما يضمن جفاف أرضيات المعامل والحمامات الملحقة بها.
- 10- تزويد جميع الأحواض بسدادات لضمان خلو المعامل وما بها من وجود الحشرات.
- 11- عمل أماكن لراحة العاملين في حالة عدم وجود كافيتيريا.

د- المتطلبات الهندسية لترشيد الاستهلاك:

- 1- وضع لافتات بغلق الصنابير في حالة عدم الاستخدام، واستعمل الحنفيات جيدة النوعية لاستهلاك المياه بالسيفونات داخل الحمامات وداخل المعامل.
- 2- وضع لافتات بضرورة غلق مصابيح الإضاءة في حالة عدم الاحتياج لها.
- 3- تخزين أماكن تتناسب مع حجم المعامل لتخزين الكيماويات.

هـ- المتطلبات الهندسية والبيئية في الصيدليات: يعتمد حجم الصيدلية ونوعها على نوعية الأدوية الموزعة وهدد المرضى الواجب خدمتهم في المستشفى وفي العيادات الخارجية. ويجب أن يضم الوحدات الآتية:

- 1- منطقة لتسليم الأدوية المستخدمة وتسلمها.
- 2- مكان لآليات صرف الأدوية ميكانيكيا أو يدويا.
- 3- مكان للتخزين المؤقت لحاويات الدواء أو استبداله أو إعادة تخزينه.

- 4- تجهيزات تعبئة الدواء وتحضير كميات كبيرة منه.
 - 5- ثلاجة لخرن الدواء في درجات حرارة منخفضة وفقا لطب الشركات المنتجة.
 - 6- مكان لتخزين المعدات والمستلزمات غير المستخدمة.
 - 7- مكان للتأكد من الأدوية المنصرفة وبر وفيل استخدام الدواء بواسطة المرضى.
- و- الأبعاد البيئية والصحية الواجب توافرها في شبكات المياه وشبكات الصرف الصحي وملحقاتهما:
- 1- العمل على اخذ عينات من المياه وتحليلها كيميائيا وبيولوجيا.
 - 2- استخدام نوعيات من المواسير الخاصة بالمياه، بحيث يتم اختبارها تحت 10 ضغط جوي على الأقل قبل التشغيل، لتجنب أية ترشيع في المستقبل من مواسير المياه.
 - 3- تستخدم في المعامل مواسير الصرف المقاومة للأحماض والقلويات (سعد، 2006، 5).

(3-4-4) مكونات البيئة الصحية في المؤسسات الصحية

تتكون البيئة داخل المستشفى من المفردات التالية:

- 1- البناية: تصميم الردهات، صالات العمليات والوسائل المتاحة لتسهيل سير العمل في مختلف أقسام و مرافق المستشفى الأخرى .
- 2- الهواء: إدامة الهواء الصحي.
- 3- الماء: السعي لتجهيز الماء الصحي.
- 4- النفايات: جمع وتصريف النفايات العامة والطبية بشكل يضمن السلامة.
- 5- التنظيف: الغسل، التطهير، الطرق المتبعة في إدامة و تنفيذ الأعمال المنزلية (كرداشة، 2012، ص 27).

(4-4-4) عدوى المؤسسات الصحية

تحتوي بيئة الرعاية الصحية على أنواع مختلفة من الكائنات الدقيقة، ولكن القليل منها فقط هو الذي يمثل خطورة صحية على المرضى، وتعيش أكثر الكائنات الدقيقة في الأجواء الرطبة والبيئة العضوية، لكن بعضها يستطيع البقاء في البيئات الجافة (سعد، 2006، 5).

وتعرف عدوى المؤسسات الصحية التي يكتسبها المرضى أو المراجعين للمراكز الطبية أو العاملين في تلك المراكز، وبالتالي فإن على إدارة تلك المؤسسات الصحية العمل بأقصى جهد ممكن من أجل الحد من انتشار أو انتقال هذا النوع من العدوى للمرضى أو المراجعين أو العاملين وذلك من خلال تحليل أسباب ووسائل انتقال العدوى والسيطرة عليها واتخاذ الإجراءات الضرورية للسلامة الصحية للجميع، وقد بينت الكثير من الدراسات إن من أسباب عدوى المؤسسات الصحية الأمور الآتية:

- 1- التغيرات البيئية والتلوث البيئي.
- 2- الممارسات الطبية والجراحية الخاطئة دخل المؤسسة الصحية.
- 3- كثافة المرضى والمراجعين وزيادة عددهم.
- 4- تدني مستوى المناعة أحيانا عند المرضى والمراجعين والعاملين.
- 5- عدم وجود التعقيم الجيد، وقلة الالتزام بقواعد السلامة عند الغسل والتنظيف.
- 6- تصميم مباني المؤسسات الصحية أحيانا تساعد في سرعة وجود تلك العدوى (نياب، 2009، 207).

(4-4-5) طرق الوقاية من السيطرة على العدوى في المستشفيات

يجب أن تتبع المؤسسة خطة أو برنامج شامل للتقليل من مخاطر الرعاية الصحية والمتعلقة بإصابة المرضى أو العاملين بالمؤسسة بالعدوى وذلك من خلال:-

- 1- توفر المؤسسة إجراءات الحجر أو العزل لحماية المرضى، والزائرين، و العاملين من الأمراض المعدية ولتحمي المرضى ذوي المناعة الضعيفة من أمراض معينة .

- 2- يتم توفير القفازات، والأقنعة، وواقى العين، وغيرها من أدوات الوقاية، والصابون والمطهرات وتم استخدامها وقت الضرورة.
- 3- تعمل المؤسسة على تنفيذ خطط وبرامج لتوفير بيئة مادية آمنة.
- 4- يتوفر لدى المؤسسة خطة للتعامل مع و تخزين و استخدام والتخلص من المواد الخطيرة والسامة.
- 5- تعمل المؤسسة على تنفيذ خطة للحفاظ على أمن وحماية كافة العاملين من الحرائق، والدخان، وغيرها من حالات الطوارئ.
- 6- تعمل المؤسسة على تصميم و تنفيذ برامج للتفتيش و متابعة و اختبار وصيانة الأدوات والأجهزة الطبية و توثيق نتائج ذلك.
- 7- المياه والكهرباء متوافرين 24 يومياً طوال أيام الأسبوع.
- 8- زيادة دور الكوادر الطبية والتمريضية، وهنا لا بد من الإشارة إلى أن الكوادر التمريضية خاصة دور كبير في الحد من عدوى المؤسسات الصحية وذلك من خلال قيامهم بمراقبة الحالات المرضية ومتابعتها، وبالتالي يجب وضع برامج تدريبية وتنقيفية للمرضى والعاملين.
- 9- تصميم وصيانة المؤسسات الصحية، حيث يجب تصميم وإنشاء المستشفيات والتفكير في عملية تأمين وحماية المرضى والعاملين في المستشفى وتوفير برامج الصيانة المناسبة للحد من عدوى المؤسسات الصحية .
- 10- التهوية الجيدة لمصادر التلوث خاصة بالمختبرات والمعامل والتي تعتبر من المصادر الرئيسية للبكتيريا المسببة لعدوى المؤسسات الصحية.
- 11- يفضل استخدام الغسيل والتعقيم الآلي بكافة مراحلها لضمان قتل الجراثيم وتنظيفها بشكل كامل (ذياب، 2009، 209).

(4-5) العنصر الرابع: الأجهزة والمعدات الطبية

ويعد من العناصر الرئيسية أيضا لتقديم خدمات الرعاية الصحية، وأن توفير الأجهزة والمعدات والتكنولوجيا تساعد في تشخيص الأمراض وعلاجها وتساعد في زيادة مستوى جودة الخدمة الطبية المقدمة للمرضى (ذياب، 2009، ص175).

وباعتبار الأجهزة والمعدات الطبية أحد الموارد التي يجب على إدارة المراكز الطبية أن تستخدمها بجانب الأفراد والإجراءات التنظيمية تصبح عملية فهم وتحليل تكنولوجيا الأجهزة والمعدات الطبية إحدى الضرورات الملحة من أجل تحقيق مستوى مرتفع من جودة الخدمة الطبية.

وفي هذا المجال يعرف مدخل تكنولوجيا الأجهزة الطبية بأنه " دراسة مجموعة الأجهزة والمعدات الطبية التي يستخدمها التنظيم للوصول إلى مجموعة من المخرجات المتعددة، ويعتمد مدخل تكنولوجيا الأجهزة والمعدات الطبية على دراسة نوعية وحالة الأجهزة ودرجة صيانتها واستخدامها (عبدالعزیز، 1984، 192).

إن المهارات في استعمال الأجهزة الطبية والمختبرية تتطلب إيجاد دورات تخصصية تدريبية لكل نوع من الأجهزة والتقنيات الطبية كي يطور الأطباء والتقنيين من مستخدمي الأجهزة أدائهم وكفاءتهم في تشغيل الأجهزة الطبية وتمكنهم من قراءة البيانات التي يحصلون عليها (البغدادی وآخرون، 2001، 2).

كما لا يستطيع احد أن ينكر انعكاس التطور العلمي والتكنولوجي على الآلات والمعدات الطبية، فقد حدث تطور وتحديث في الأجهزة الطبية المستخدمة نتيجة لتطور الأبحاث الطبية، فكلما زادت أبحاث الأطباء لاكتشاف مرض معين أو عاج مرض معين، صاحب ذلك اكتشاف آلة أو معدة حديثة تساعد على اكتشاف أو علاج المرض.

وتلعب الأجهزة الحديثة في مجال الطب دورا متزايد في العلاج الفعال من حيث:

- 1- السرعة في اكتشاف الأمراض وتشخيصها.
- 2- إجراء العمليات الجراحية والعلاجية بدرجة عالية الدقة.

3- يمكن عن طريق هذه الأجهزة إجراء عمليات جراحية دون إجراء أي فتح أو جرح في جسم المريض.

4- توفير الوقت والجهد والتكلفة .

5- تساعد هذه الأجهزة في رفع كفاءة العلاجية والفنية للأطباء ومعاونيهم، فمنها يتعلمون ويكتسبون الخبرة المتزايدة (جاد الرب، 1997، 455).

وتعد المستشفيات من منظمات الأعمال التي يتطلب عملها استخدام عدد كبير من الأجهزة الطبية المتنوعة والمختلفة من حيث التكاليف ومستوى التقنية ودرجة التعقيد ومتطلبات العمل. وتعد هذه الأجهزة مهمة جدا وأساسية في عملية تقديم الخدمات الطبية، لهذا تقوم المستشفيات عادة بتشكيل إدارة خاصة بالأجهزة الطبية تتبع الإدارة الهندسية بالمستشفى، تتكلف بالمهام الآتية:

1- شراء الأجهزة الطبية: تقوم إدارة المشتريات بالتعاون مع كل الجهات المعنية في المستشفى بتخطيط وشراء احتياجات المستشفى من كل أنواع الأجهزة الطبية ومن ثم متابعة توريد هذه الأجهزة إلى المستشفى والإشراف على تركيبها والقيام بالفحص الأولي لها.

2- صيانة الأجهزة الطبية: تقوم إدارة الأجهزة الطبية بالصيانة الدائمة للأجهزة الطبية الموجودة بالمستشفى، بحيث تقسم عمليات الصيانة إلى عمليات الصيانة الدورية وعمليات الصيانة غير الدورية (مخبير، 2010، 48).

(4-5-1) أقسام المعدات الطبية

يعرف النوعان الرئيسيان للمعدات الطبية بأنهما:

- 1- النوع المستهلك (ويعرف أيضا بالمستنفذ أو المتجدد) وهي التي تستعمل في وقت قصير، مثل عيدان الثقاب، والقطن الطبي، والأصباغ، والورق والحقن وحيدة الاستعمال.
- 2- النوع الغير مستهلك (ويعرف أيضا بالرأسمالي أو غير المستنفذ) وهي التي تدوم عدة سنوات وتحتاج إلى عناية وصيانة، مثل المجاهر، والمشارط، والسرير الطبي، وأجهزة الأشعة... الخ (دليل الرعاية الصحية في المستوى المتوسط- منظمة الصحة العالمية 1989، لو كنت المسئول).

(4-5-2) أهمية الصيانة في المؤسسات الصحية والمستشفيات

تعتبر الصيانة في المؤسسات الصحية من الأمور الهامة في تلك المؤسسة وهذه الأهمية برزت بسبب العوامل التالية

- 1- ارتفاع أثمان الآلات والمعدات والمباني وهذا ما يطلق عليه زيادة أو ارتفاع التكاليف الرأسمالية، فالأسعار الخيالية التي تدفع لإنشاء مستشفى تطلب إيجاد برامج صيانة بمستوى التكاليف.
- 2- الحفاظ على الآلات والمعدات التي مضى على إنتاجها فترة من الوقت وبالتالي فإن إنتاج قطع الغيار لتلك الآلات أصبح معدوماً أو غير ممكن.
- 3- عدم وجود إمكانية للمؤسسة الصحية بتجديد شراء الآلات على المدى القصير لعدم توفر المخصصات المالية اللازمة.
- 4- الأهمية الطبية للصيانة وذلك من خلال الحفاظ على الآلات والتجهيزات المتوفرة، بالإضافة إلى زيادة كفاءة الإنتاج لتلك المعدات والآلات.
- 5- أحيانا تبرز أهمية الصيانة من خلال عقود واتفاقيات الشراء أو الإنشاء للمستشفيات (ذياب، 5، 2004).

(4-5-3) أهداف الصيانة في المستشفيات

- 1- إطالة العمر والإنتاجية المثلى للآلات والمعدات وكافة المنشآت في المستشفى.
- 2- تعظيم الاستفادة من المعدات والأجهزة المتوفرة.
- 3- التأكد من الجاهزية الدائمة لكافة الآلات والمعدات، خاصة لحالات الطوارئ.
- 4- التأكد من سلامة المرضى والعاملين عند استخدامهم للأجهزة والتمديدات المتوفرة في المستشفى.
- 5- خفض التكاليف وذلك من خلال ديمومة تشغيل كافة الآلات والمعدات وزيادة الإنتاجية لها، ولا يعني ذلك أن يكون هدف الصيانة النهائي خفض الكلفة وإنما الحصول على أفضل مستوى من الكلفة مع أفضل مستوى من الصيانة (ذياب، 5، 2004).

(4-5-4) أهم مؤشرات أداء العنصر

- 1- الوقت المنقضي بين الطلبات الصيانة أو الإصلاح وتلبية أو القيام بها.
- 2- نسبة الأجهزة والمعدات التي تجري لها صيانة وقائية طبقا لتعليمات جهات الصنع.
- 3- الفترة التي تستغرقها عملية توريد الأجهزة الطبية التي تقرر توفيرها (مخير، 2003، 113).
- 4- نسبة الأجهزة والمعدات الطبية المعطلة نتيجة غياب الصيانة أو بطء إجراءاتها.
- 5- نسبة الأجهزة الطبية المعطلة = عدد الأجهزة الطبية المعطلة / العدد الكلي للأجهزة (البكري، 207).

(5-5-4) أسباب أعطال المعدات الطبية في المستشفى

- 1- قلة الصيانة الوقائية.
 - 2- سوء استعمال المشغل.
 - 3- الاختبار غير الصحيح..
 - 4- سوء نوعية الآلات.
 - 5- أعطال مقصودة.
- وهنا يجب على الإدارة العليا التركيز والمراقبة على أعطال الآلات لأنه عندما تكثر الأعطال للجهاز أو حتى البناء ويصبح إنتاجيته متدنية، ويتم الإحلال بجهاز جديد بدلا من آخر في إحدى الحالات الآتية:
- 1- ارتفاع تكلفة الصيانة.
 - 2- ظهور تكنولوجيا أكثر تطورا.
 - 3- لزيادة الإنتاجية والمنافسة.
 - 4- متطلبات جديدة للمرضى (الزبائن)
 - 5- متطلب إجباري كأن يكون هناك نوع خاص من العقود أو نوع من المساعدات.
 - 6- أسباب أخرى حسب ما تراه الإدارة العليا مناسبا (نياب، 2004، 11).

(6-4) العلاقة بين عناصر تقديم الخدمة ومستوى تقديم الخدمات

عندما نتحدث عن الإمكانيات نجدها تشكل نقاط القوة بالنسبة للمراكز الصحية وجل المنظمات سواء كانت هذه المنظمات أو المؤسسات خدمية أو إنتاجية أو تجارية أو صناعية....الخ.

لذلك يعد توفير هذه الإمكانيات من أهم المعوقات الأساسية للمرافق الصحية، وضرورة حتمية حتى نصل إلى تقديم خدمات بالمستوى الراقى وحتى تتحقق الأهداف الموضوعية، وبأي شكل من الأشكال لا يمكن الاستغناء عن هذه الإمكانيات فهي بمثابة النظام المتكون من مجموعة من العناصر الأساسية والعناصر الثانوية أو الفرعية، ولا يمكن فصل أي عنصر من هذه العناصر عن الباقي.

أما بالنسبة إلى تقديم الخدمات فهي وسيلة من وسائل التنمية البشرية والخدمة الاجتماعية والاقتصادية باعتبار أن الإنفاق على تقديم الخدمات في المستوى الذي يصل إلى درجة رضا المستفيدين هو نوع من الاستثمارات الخدمية التي تهدف إلى الاستثمار في العنصر البشري في المجتمع، فالخدمات الصحية ليست وسيلة من وسائل الوقاية والعلاج فحسب بل ركيزة وقاعدة أساسية في كل زمان ومكان.

ويمكن إيضاح هذه العلاقة بشيء من التفصيل:

أولاً: الإمكانيات المادية وعلاقتها بالخدمات العلاجية:

من المعروف أن المرافق الصحية ونفقاتها، تشكل في جميع أنحاء العالم طريقة باهظة التكاليف لمعالجة المرضى المترددين على هذه المراكز للعلاج، وللحفاظ على استمرار ونمو العمل العلاجي والوقائي داخل هذه المراكز، وأيضاً تكوين سمعة طيبة لدى المجتمع المحلي الموجود به هذه المراكز.

وتعتبر المشكلات المادية من أهم العقبات التي تقف في سبيل تحقيق الأهداف وخاصة في منظمات الخدمات الطبية.

والإمكانيات المادية نجدها تتمثل في الأجهزة والمعدات الطبية والأصول الثابتة كالمباني والأراضي والمسطحات الخضراء وغيرها.

وبما أن الأجهزة والمعدات الطبية لها علاقة مباشرة بأداء الخدمات، تجدر الإشارة هنا إلى كيفية تأثير الأجهزة والمعدات على مستوى الخدمات الطبية، فالخدمات المقدمة للمتريدين تعكس مدى كفاءة وتطور هذه الأجهزة ومدى مواكبتها للتطور التكنولوجي في هذا المجال وكلما تطورت الأجهزة وتعقدت أساليب الحصول عليها، كانت مرتفعة الثمن بدرجة يصعب في بعض الأحيان الحصول عليها، وتلعب الأجهزة والمعدات الطبية الحديثة في مجال الخدمات الطبية دورا متزايدا في العلاج الفعال وتقديم أفضل الخدمات الطبية للمستفيدين. ومما سبق نلاحظ أن المراكز الصحية تتأثر كثيرا بنقص الإمكانيات المادية سواء كانت في مصادر التمويل أو الأجهزة والمعدات الطبية، فعندما تكون الإمكانيات المادية غير متوفرة هذا ينعكس سلبا على كفاءة أداء مستوى الخدمات الطبية.

ثانيا: الإمكانيات البشرية وعلاقتها بالخدمات الصحية:

مما لا شك فيه أن الإمكانيات البشرية (الموارد البشرية) هي عنصر من عناصر الإمكانيات بشكل عام، فالموارد هي تعبير يطلق على الموارد والعناصر والمكونات الطبيعية من جهة وعلى جهود وطاقات الإنسان من جهة أخرى والاثان يكملان بعضهما البعض.

ومما لا شك فيه أيضا أن الاهتمام بالموارد البشرية ورفع كفاءتها الخدمية وأداء أعمالها بفاعلية هو احد النقاط الهامة لرفع الكفاءة الإنتاجية والخدمية لأي مؤسسة أو منظمة حيث يعتبر العنصر البشري هو المسيطر وله الأهمية القصوى والترتيب الأول عند ترتيب عناصر العمل في المنظمة، ولذلك يجب الاهتمام بالموارد البشرية والمتمثلة في الأطباء والمرضى والفنيين والتي لها علاقة قوية بمستوى تقديم الخدمات لأن الإمكانيات البشرية تؤثر بشكل مباشر على الخدمات الطبية، فإذا أهملنا هذا الجانب من الإمكانيات فإننا فقدنا الاستثمار في العنصر البشري، والذي هو أساس عملية تقديم الخدمات الطبية في المنظمات الصحية، مما سبق يمكن القول بأن مستوى ودرجة الخدمة المقدمة بالمراكز الصحية تتأثر تأثيرا مباشرا بحجم الإمكانيات المقامة والية توظيفها واستثماره، فكلما كانت الإمكانيات المتاحة كبيرة كلما انعكس ذلك على جودة الخدمة (منذر ونعمة الله، 1995، 334).

مما تقدم يمكن أن نستخلص بأن الإمكانيات بعناصرها المادية والمعنوية تعد بمثابة الشريان الذي يبعث روح الحياة في أي منظمة على وجه العموم والمراكز الصحية بوجه الخصوص، فالخدمات تقدم وفقا للإمكانيات المتاحة "ماديا وبشريا" فمتلقي الخدمة يرضى عن الخدمات المقدمة إذا شعر بأن هذه الخدمات تلقي توقعاتهم وما هي إلا نتيجة لتفاعل الإمكانيات المتاحة بالمراكز المقدمة للخدمة، كما يمكن أن نستخلص أن مستوى تقديم الخدمات متوقفا على حجم الإمكانيات المتاحة والكيفية التي تدار بها هذه الإمكانيات (الجعفي، 2006، 86).

الفصل الخامس

الدراسة العملية

(1-5) نبذة عن إدارة الخدمات الصحية مصراتة محل الدراسة

(2-5) منهجية الدراسة

(3-5) خصائص عينة الدراسة

(4-5) التحليل الاستنتاجي للبيانات واختبار فرضيات الدراسة

(5-5) النتائج والتوصيات

الفصل الخامس

الدراسة العملية

يهدف هذا الفصل إلى تقديم نبذة عن إدارة الخدمات الصحية والمرافق الصحية التابعة لها، وتوزيع السكان على المرافق الصحية التابعة لبلدية مصراتة، وتوضيح نصيب السكان من هذه المرافق، ثم يتطرق هذا الفصل إلى منهجية الدراسة حيث يصفها من خلال منهج الدراسة، ومجتمع الدراسة، وعينة الدراسة، وأداة الدراسة، والأدوات الإحصائية المستخدمة في الدراسة، وصدق مقاييس الدراسة وثباتها، ثم يوضح تركيبة عينة الدراسة المتمثلة في العناصر الطبية والطبية المساعدة بإدارة الخدمات الصحية بمصراتة، وأخيرا التحليل الاستنتاجي للبيانات، واختبار فرضيات الدراسة، والنتائج والتوصيات التي توصلت إليها الدراسة.

(5-1) نبذة عن إدارة الخدمات الصحية مصراتة

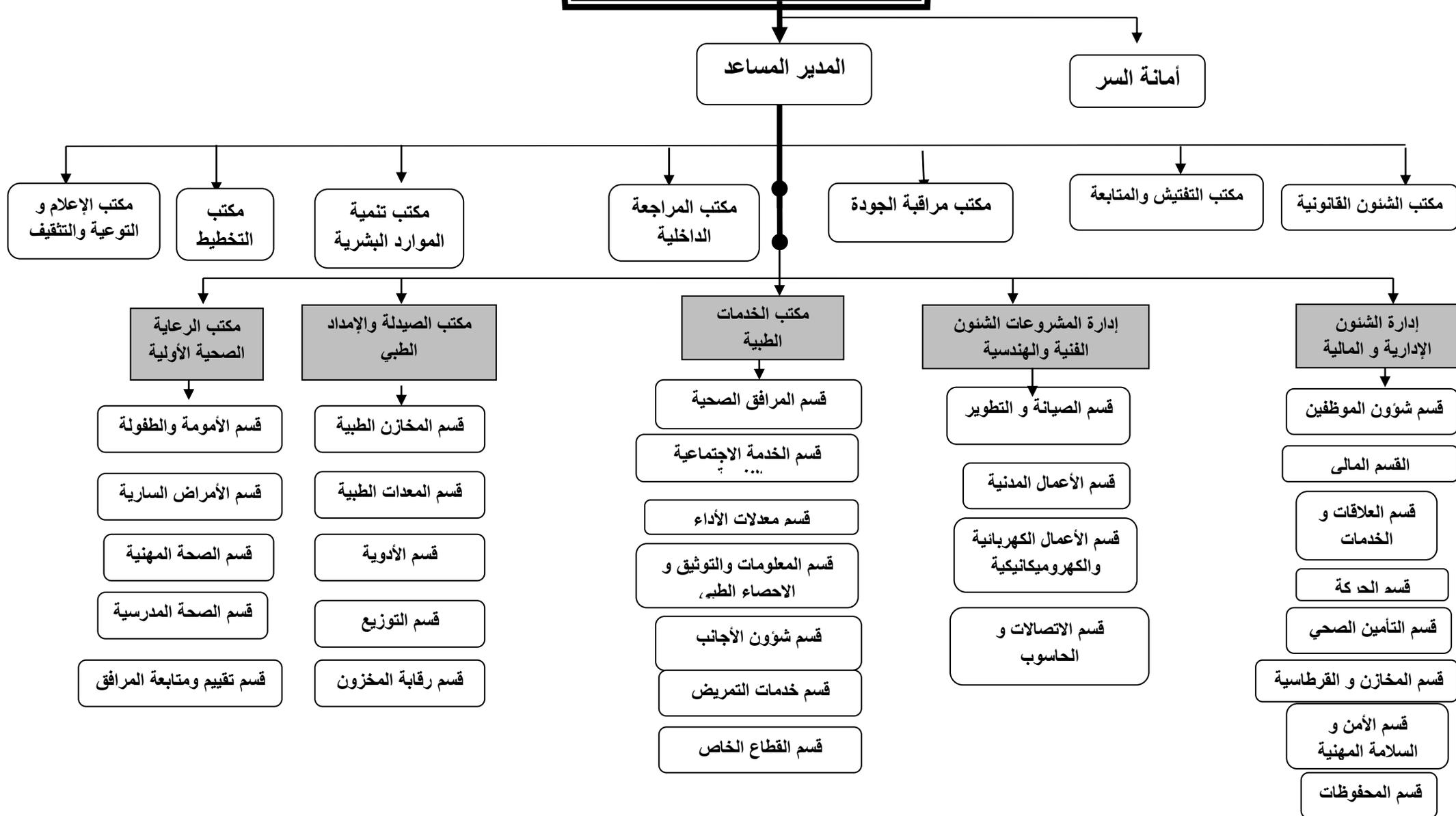
مصراتة، هي ثالث مدن ليبيا، تقع على البحر الأبيض المتوسط عند الحافة الغربية لخليج سرت على خط عرض 32.22 شمالا وخط طول 15.06 شرقا وتبعد عن مدينة طرابلس 208 كم طول شرقا، بلغ آخر إحصاء للسكان مجموع سكان المدينة عام 2006 نحو 380.000 ألف نسمة.

تعد الخدمات الصحية الأولية أهم الخدمات التي تقدمها المؤسسات الحكومية لأي دولة، وفي ليبيا تقدم الرعاية الصحية لكل المواطنين عن طريق إدارات موزعة في كافة المدن الليبية تعرف (بإدارة الخدمات الصحية بالمناطق).

تسعى إدارة الخدمات الصحية إلى تقديم الرعاية الصحية للأفراد والجماعات بمنطقة مصراتة وضمان التوزيع العادل لخدماتها الصحية على جميع المناطق بالمدينة وبمختلف الأعمار، بدءا من متابعة الحمل والموليد والأمومة والطفولة إلى الصحة المدرسية وانتهاء بالفئات العمرية الكبيرة، ومتابعة تحصين الحجاج، والقضاء على كافة الأمراض المعدية والمزمنة، ووصولاً إلى تعزيز التثقيف والتوعية الصحية للمجتمع من خلال الرعاية الصحية الأولية والثانوية عن طريق وحدات الرعاية الصحية والمراكز الصحية والعيادات المجهزة . تتكون إدارة الخدمات الصحية من مجموعة مكاتب وأقسام إدارية ، وتكلف بالإشراف على تسيير الأعمال بالمرافق الصحية بمختلف اختصاصاتها الطبية والإدارية وفقا للهيكل التنظيمي الذي تم إصداره وفق قرار وزارة الصحة رقم (244) المؤرخ بتاريخ 2013/03/20 م بشأن اعتماد الهيكل التنظيمي الداخلي لإدارة الخدمات الصحية بالمناطق مرفقاً بنموذج الهيكل التنظيمي .

والشكل رقم (5-1) يوضح الهيكل التنظيمي الداخلي لإدارة الخدمات الصحية بالمناطق

مدير الخدمات الصحية بالمنطقة



تتبع إدارة الخدمات الصحية مصراته عدد 31 مرفقا صحيا موزعة على مستويات الرعاية الصحية الثلاث كما في الجدول رقم (2) التالي.

جدول رقم (5-1) يوضح عدد المرافق الصحية التابعة لإدارة الخدمات الصحية حسب مستويات الرعاية الصحية .

المراكز التخصصية	مستشفى قروي	وحدات الرعاية الصحية	مراكز الرعاية الصحية	العيادات المجمعة	مستويات الرعاية الصحية
2	1	5	20	3	العدد

المصدر: الباحث

والجدول رقم (5-2) يوضح قائمة بعدد السكان والمرافق الصحية التابعة لإدارة الخدمات الصحية مصراته ونصيب السكان لكل مرفق صحي للفرع البلدي لبلدية مصراته .

نسبة/ مرفق صحي	السكان		المرافق الصحية		الفرع البلدي	ر
	النسبة% من المدينة	عدد السكان	النسبة% من المدينة	عدد المرافق		
6315.333333	7.36%	18946	9.68%	3	الدافنية	1
5500	8.55%	22000	12.90%	4	المحجوب	2
35162	13.67%	35162	3.23%	1	ذات الرمال	3
7824	15.20%	39120	16.13%	5	شهداء الرميثة	4
16352.5	12.71%	32705	6.45%	2	يوليو-09	5
5589	8.69%	22356	12.90%	4	رأس الطوبة	6
3988.333333	9.30%	23930	19.35%	6	الزروق	7
8042.5	6.25%	16085	6.45%	2	قصر احمد	8
27837	10.82%	27837	3.23%	1	الغيران	9
6393.333333	7.45%	19180	9.68%	3	طمينة	10
123004	100.00%	257321	100.00%	31	المجموع	

المصدر: قسم المعلومات والإحصاء الطبي بإدارة الخدمات الصحية مصراته

جدول رقم (5-3) يوضح توزيع الكوادر البشرية على المؤسسات الصحية العامة الرئيسية بمدينة
مصراتة

النسبة المئوية من إجمالي % المرافق الصحية	المجموع	فنيون	صيادلة	التمريض	الأطباء	العاملون
						نوع المرفق الصحي
2.30%	80	30	12	25	13	مستشفى السكري
50.80%	1766	1087	63	355	261	المرافق التابعة لإدارة الخدمات الصحية
6.30%	221	56	5	105	55	مستشفى الأورام
4.50%	157	62	18	65	12	مستشفى الصدرية
33.20%	1155	608	24	80	443	المستشفى المركزي
1.40%	47	5	2	15	25	مستشفى العقم
1.50%	51	18	9	6	18	مستشفى المحجوب القروي
100%	3477	1866	133	651	827	المجموع
	100.00%	45.20%	3.92%	21.16%	29.72%	النسبة المئوية % من إجمالي العاملين

المصدر: إعداد الباحث

من خلال الجدول يتضح لنا أن ما نسبته (50.80%) من العناصر الطبية والطبية المساعدة يتبعون المرافق الصحية التابعة لإدارة الخدمات الصحية مصراتة، والباقي موزعة على المراكز والمستشفيات التخصصية بالمدينة.

(2-5) منهجية الدراسة

1- منهج الدراسة

نتيجة لطبيعة الأهداف التي تسعى إليها هذه الدراسة وهو محاولة تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية من وجهة نظر العناصر الطبية والطبية المساعدة بإدارة الخدمات الصحية مصراتة ومن خلال الأسئلة التي تسعى هذه الدراسة للإجابة عنها فقد استخدم الباحث المنهج الوصفي الذي يتناسب مع أغراض هذه الدراسة، حيث يتلاءم الأسلوب الوصفي مع الهدف النظري المتمثل بالتعرف على مفهوم كل من الخدمات الصحية، وتقييم كفاءة الأداء المؤسسي، وعناصر تقديم الخدمة الصحية والعلاقة بين عناصر تقديم الخدمة ومستوى تقديم الخدمات، في حين يتلاءم الأسلوب التحليلي مع الهدف العملي المتمثل بالمقارنة بين بعض متغيرات الدراسة (الأطباء، والعناصر الطبية المساعدة)، ولا يتوقف المنهج الوصفي عند جمع البيانات والمعلومات المتعلقة بالظاهرة

من أجل استقصاء مظاهرها وعلاقاتها المختلفة، بل يتعداه إلى تحليل الظاهرة وتفسيرها والوصول إلى استنتاجات تسهم في تطوير الواقع وتحسينه.

2- مجتمع الدراسة

يقصد بالمجتمع، مجموع وحدات البحث أو الدراسة التي يراد الحصول على معطيات عنها سواء أكانت وحدة العد إنساناً أم نباتاً أم جماداً (البلداوي، 2005، 49)، انظر الملحق رقم (5) بقائمة الملاحق.

ويشمل مجتمع هذه الدراسة الأصلي جميع العناصر الطبية والطبية المساعدة بإدارة الخدمات الصحية مصراتة والبالغ عددهم (1766) عنصراً موزعين على وحدات ومراكز الرعاية الصحية والعيادات الممجة التابعة لها.

3- عينة الدراسة

تم اختيار عينة حجمها (310) مفردة بطريقة العينة العشوائية البسيطة من جميع العناصر الطبية و الطبية المساعدة بإدارة الخدمات الصحية مصراتة، وبنسبة (17.5%) من حجم المجتمع الأصلي، وتم تحديد حجم العينة بناءً على جدول Krejcie and Morgan (1970) لتحديد حجم العينة.

الجدول (4-5) إجراءات توزيع عينة الدراسة وحركة الاستبانة

عدد الموظفين الإجمالي	الاستبيانات الموزعة	الاستبيانات المفقودة	الاستبيانات غير الصالحة	الاستبيانات الخاضعة للتحليل
1766	310	4	2	304

المصدر: إعداد الباحث

4- أداة الدراسة:

تمثلت أداة الدراسة في استمارة الاستبانة التي تعد أسلوباً مناسباً في مثل هذه الدراسات لجمع البيانات وآراء المبحوثين حول ظاهرة أو موقف معين من خلال الإجابة على مجموعة الأسئلة التي تمثل "فقرات الاستبيان" والتي تقدم لهم في صفحات محددة تسمى استمارة استبيان يتم إعدادها وتصميمها لتشكل أداة الدراسة لقياس متغيرات الدراسة والوصول إلى حقائق علمية حولها.

تم تصميم استمارة استبيان خاصة من النوع المقفل كأداة لجمع البيانات من عينة الدراسة تتكون من قسمين:

القسم الأول: البيانات الشخصية والوظيفية

يحتوي هذا القسم على البيانات الشخصية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة وهي الجنس (ذكر، أنثى) والحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج) وسنوات الخبرة الوظيفية (أقل من 5 سنوات، من 5 إلى أقل من 10 سنوات، 10 سنوات فأكثر) ونوع الوظيفة (طبيب، طبيب مساعد) والمؤهل العلمي (دبلوم متوسط، دبلوم عالي، بكالوريوس، ماجستير أو دكتوراه).

القسم الثاني: مقياس تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية

يحتوي مقياس تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية المتغير المستقل الرئيسي في الدراسة على سبع وثلاثين فقرة بهدف التعرف على مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة، وقد تم تحديد ثلاثة عناصر لتقديم الخدمة الصحية تم اختيارها بناء على مراجعة أدبيات موضوع الدراسة، ويعتقد الباحث أنها تشمل أهم عناصر تقديم الخدمة الصحية، وتم توزيع فقرات مقياس تقييم أداء الخدمات الصحية على المتغيرات المستقلة الفرعية الآتية.

1- الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة وتمثله الفقرات

(1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12)

2- الاهتمام بالتجهيزات والمستلزمات الطبية وتمثله الفقرات

(14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25)

3- الاهتمام بالبيئة الصحية المادية للمرافق الصحية وتمثله الفقرات

(26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37)

ويجيب أفراد العينة عن فقرات الاستبيان وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي الرتب، وقد تم تحديد أوزان فقرات الاستبيان على النحو الآتي:

خمس نقاط للإجابة (غير موافق بشدة)، وأربع نقاط للإجابة (غير موافق)، وثلاث نقاط للإجابة (محايد)، وإعطاء نقطتين للإجابة (أوافق)، ونقطة واحدة للإجابة (أوافق).

وقام الباحث بتحديد مستوى قيمة المعنوية على النحو الآتي:

1- إذا كانت قيمة مستوى المعنوية المشاهد {P-value} أكبر من 0.05 فهذا يدل على

قبول الفرض الصفري أي أن لا يوجد موافقة حول هذه العبارة.

2- إذا كانت قيمة مستوى المعنوية المشاهد {P-value} أصغر من أو تساوي 0.05 فهذا يدل على رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل و أنه يوجد موافقة حول هذه العبارة ، وبذلك يكون الاتجاه العام حول هذه العبارة بالموافقة.

والجدول رقم (6) يبين تركيبة استمارة الاستبيان المستخدمة في هذه الدراسة.

الجدول (5-5) تركيبة استمارة الاستبيان

الترتيب	المحاور	المتغيرات الرئيسية	المتغيرات الفرعية	عدد الفقرات
			الجنس	1
أولاً	الخصائص	الخصائص الشخصية والوظيفية	الحالة الاجتماعية	1
			سنوات الخبرة الوظيفية	1
			نوع الوظيفة	1
			المؤهل العلمي	1
		إجمالي الفقرات		5
ثانياً	مقياس تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية	كفاءة أداء الخدمات الصحية	العناصر الطبية والطبية المساعدة	13
			المعدات والمستلزمات الطبية	12
			البيئة الصحية والمادية للمرافق الصحية	12
		إجمالي فقرات الاستبيان		37

المصدر: إعداد الباحث

خامساً: أدوات التحليل الإحصائي

استخدم الباحث لتحليل إجابات أفراد العينة الأدوات الإحصائية الآتية:

1- معامل كرونباخ ألفا: للتحقق من مقدار الاتساق الداخلي لأداة الدراسة (استمارة الاستبيان).

- 2- **معامل الارتباط (بيرسون):** يستخدم لاختبار الفرضية الرئيسية الأولى والفرضيات المتفرعة عنها، لغرض تحديد العلاقة بين الفرضيات الفرعية للدراسة.
- 3- **ولكوكسن:** احد الاختبارات الإحصائية اللامعلمية التي تجرى عندما تكون البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي، أو أن مقياس البيانات ترتيبية، وتم استخدامه لإثبات الفرضية الرئيسية.
- 4- **الانحدار البسيط:** هو دراسة الدالة الخطية التي تربط بين المتغير التابع Y والمتغير المستقل X .
- 5- **اختبار مان وتني:** وهو من الاختبارات اللامعلمية التي تجري عندما تكون البيانات ترتيبية أو أنها بيانات عددية والمجموعتين لا تتبع التوزيع الطبيعي.
- 6- **صدق وثبات مقاييس الدراسة**

تعد عملية قياس ثبات وصدق الاستبانة من الأهمية بمكان، قبل الشروع في عملية التوزيع النهائي لها، لتفادي ما يسمى بخطأ المقياس، للتأكد من دقتها وملاءمتها، لاستخلاص النتائج المستهدفة من الدراسة، ولقد تزايدت أهمية وخطورة خطأ القياس مع انتشار الأسئلة متعددة المحتوى التي تقيس الخصائص المتعددة في الشيء موضوع القياس، وهذه نبذة مختصرة عن هذين المفهومين ونتيجتهما في الدراسة الاستطلاعية التي أجراها الباحث .

أولاً: الصدق.

يقصد بصدق المقياس مدى قدرته على قياس الشيء المراد قياسه بدقة، وللتحقق من صدق الأداة المستخدمة في الدراسة والتأكد من دقة فقرات المقياس وتناسقها وتوافقها ووضوحها وملاءمتها للبيئة البحثية قام الباحث باختبارات الصدق الآتية:

* **الصدق الظاهري (صدق المحكمين)**

للتأكد من صدق مقياس تقييم مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية قام الباحث بعرض استمارة الاستبيان على مجموعة من المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في الجامعات الليبية، وذوي الخبرة المهنية في هذا المجال. انظر الملحق رقم (1) وذلك لإبداء رأيهم وتقديم مقترحاتهم حول استمارة الاستبيان، والاستفادة من خبراتهم في الحكم على المقاييس المستخدمة ومدى ملاءمتها للتطبيق في الدراسة وقد طلب من المحكمين الآتي:

- مدى مصداقية وصلاحية الفقرات، وصياغتها.
- مدى انتماء الفقرات للمتغير أو المقياس المدرجة تحته.

- إضافة أو تعديل أو حذف ما تزونه مناسباً.
وبناء على الملاحظات القيمة الواردة من المحكمين تم إجراء بعض التعديلات على استمارة الاستبيان بشكلها النهائي.

* صدق الاتساق الداخلي

قام الباحث بعد إتمام إجراءات الصدق الظاهري (صدق المحكمين) بتوزيع عدد (18) استمارة استبيان على عينة من المجتمع الأصلي وذلك لحساب صدق الاتساق الداخلي للمقاييس المستخدمة في الدراسة من خلال حساب معامل الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، والجدول الآتي يوضح ذلك.

معاملات الارتباط بين الفقرات الرئيسية للدراسة والدرجة الكلية

جدول رقم (5-6) معاملات الارتباط بين متغيرات كفاءة أداء الخدمات الصحية والدرجة الكلية للمقياس

ر.م	العبارة	معامل الارتباط	مستوى المعنوية المشاهد P-value
1	الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة	0.841**	.000
2	الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية للدراسة	0.812**	.000
3	الاهتمام بالبيئة الصحية المادية للمرفق الصحي	0.797**	.000

بالنظر إلى الجدول السابق الذي يوضح صدق الاتساق الداخلي للفقرات التي تقيس متغير مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية لعينة الدراسة الاستطلاعية يتضح الآتي:
تراوحت معاملات الارتباط بين (0.841) و (0.797) وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) على وجود علاقات ارتباط طردية وقوية بين جميع الفقرات التي تقيس متغير مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية، وهذا بدوره يؤكد صدق الاتساق الداخلي للمتغير المستقل الرئيسي في الدراسة.

كما تبين الجداول الآتية معاملات الارتباط بين كل فقرة والمتغير الذي ينتمي إليه:

جدول رقم (5-7) معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة والدرجة الكلية للمقياس

ر.م	العبارة	معامل الارتباط	p- valume
1	عملية استقطاب الكوادر البشرية تتم وفق الاحتياجات والأولويات	0.463**	.000
2	توفر إدارة الخدمات الصحية دورات تدريبية للعاملين في المرافق الصحية .	0.546**	.000
3	توجد عدالة في توزيع العمل بين العاملين في المرافق الصحية .	0.657**	.000
4	راتبي الشهري يتناسب مع الجهد الذي أبذله في المرفق الصحي .	0.539**	.000
5	تقدم لي إدارة الخدمات الصحية المكافآت والترقيات التشجيعية باستمرار .	0.578**	.000
6	تمنح إدارة الخدمات الصحية العناصر المتفوقة حوافز معنوية مناسبة.	0.640**	.000
7	يتم تقييم العاملين في المرافق الصحية بناءً على كفاءة الأداء.	0.708**	.000
8	توفر إدارة الخدمات للعاملين الوسائل والظروف الملائمة لتقديم الخدمة.	0.688**	.000
9	تتعامل معي إدارة المرفق الصحي بكل ود واهتمام واحترام.	0.573**	.000
10	تناقش معي إدارة المرفق الصحي القرارات المتعلقة بوظيفتي بمنتهى الصراحة.	0.645**	.000
11	يمكن التواصل مع الإدارة بكل سهولة ويسر	0.586**	.000
12	هناك سرعة استجابة من إدارة الخدمات الصحية في التعامل مع المشاكل التي يواجهها العاملون.	0.650**	.000
13	توجد برامج للسلامة المهنية والوقائية للعاملين في المرافق الصحية.	0.538**	.000

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي

بالنظر إلى الجدول السابق الذي يوضح صدق الاتساق الداخلي للفقرات التي تقيس متغير الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة لعينة الدراسة الاستطلاعية يتضح الآتي:
 تراوحت معاملات الارتباط بين (0.708) و (0.095) وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) على وجود علاقات ارتباط طردية وقوية بين جميع الفقرات التي تقيس متغير الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة والدرجة الكلية للمتغير، وهذا بدوره يؤكد صدق الاتساق الداخلي لمتغير الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة المتغير المستقل الفرعي الأول في الدراسة.

جدول رقم (5-8) معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية والدرجة الكلية للمقياس

ر.م	العبرة	معامل الارتباط	p- valume
14	تتوفر الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية الحديثة والمتطورة	0.627**	.000
15	توفر إدارة الخدمات والمستلزمات الطبية بالكميات المناسبة.	0.652**	.000
16	توفر إدارة الخدمات والمستلزمات الطبية بالنوعيات المناسبة.	0.750**	.000
17	هناك ضبط وتنسيق في عملية استجلاب وصرف المعدات والمستلزمات من حيث الاحتياجات.	0.746**	.000
18	يتم تفعيل اللوائح الخاصة بضمان سلامة الأجهزة الطبية	0.618**	.000
19	يتم توفير الأجهزة والمستلزمات الطبية في الوقت المناسب عند الحاجة إليها	0.706**	.000
20	يتم وضع الأجهزة والمعدات الطبية في الأماكن المخصصة والمناسبة لها.	0.678**	.000
21	يتناسب عدد الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية مع عدد حالات التردد في المرفق الصحي.	0.599**	.000
22	تتم معايرة الأجهزة الطبية بشكل دوري.	0.588**	.000
23	تتم صيانة الأجهزة الطبية بشكل فوري أثناء حدوث الأعطال.	0.575**	.000
24	سبب أعطال الأجهزة الطبية هو قلة الصيانة الوقائية.	0.105**	.000
25	يوجد فريق متخصص بمتابعة وصيانة الأجهزة والمعدات الطبية.	0.525**	.000

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي.

بالنظر إلى الجدول السابق الذي يوضح صدق الاتساق الداخلي للفقرات التي تقيس متغير الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية لعينة الدراسة الاستطلاعية يتضح الآتي:
تراوحت معاملات الارتباط بين (0.706) و (0.105) وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) على وجود علاقات ارتباط طردية وقوية بين جميع الفقرات التي تقيس متغير الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية والدرجة الكلية للمتغير، وهذا بدوره يؤكد صدق الاتساق الداخلي لمتغير الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية المتغير المستقل الفرعي الثاني في الدراسة.

جدول رقم (5-9) معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاهتمام بالبيئة الصحية المادية للمرفق الصحي والدرجة الكلية للمقياس

ر.م	العبرة	معامل الارتباط	مستوى المعنوية المشاهد P-value
26	تتوفر في المرفق الصحي منظومة تكييف وتهوية متكاملة وعلى مدار الساعة.	0.490**	.000
27	يوجد في المرفق الصحي منظومة إضاءة وكهرباء جيدة.	0.615**	.000
28	يوجد العدد الكافي من دورات المياه الصحية والنظيفة بالمرفق الصحي.	0.731**	.000
29	يتوفر نظام حماية من الحرائق (اسطوانة إطفاء الحرائق مثلاً)	0.637**	.000
30	تهتم إدارة الخدمات الصحية في توفير الملابس الخاصة للعاملين.	0.522**	.000
31	يوجد برنامج دائم لمكافحة العدوى ونواقل المرض	0.567**	.000
32	يوجد العدد الكافي والملائم من الحجرات والمكاتب لتقديم الخدمات الصحية.	0.670**	.000
33	يوفر المرفق الصحي المكان المناسب لاستقبال المرضى والمرافقين.	0.718**	.000
34	هناك نظام صحي للتخلص من النفايات الطبية في المرفق الصحي.	0.468**	.000
35	هناك اعتبارات للنواحي البيئية لمكان المرفق الصحي.	0.554**	.000
36	يتناسب تصميم المرفق الصحي مع الخدمات التي يقدمها.	0.350**	.000
37	يتوفر العدد الكافي من عمال النظافة بالمرفق الصحي.	0.442**	.000

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي.

بالنظر إلى الجدول السابق الذي يوضح صدق الاتساق الداخلي للفقرات التي تقيس متغير البيئة الصحية المادية للمرفق الصحي لعينة الدراسة الاستطلاعية يتضح الآتي:
تراوحت معاملات الارتباط بين (0.731) و (0.350) وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) على وجود علاقات ارتباط طردية وقوية بين جميع الفقرات التي تقيس متغير البيئة الصحية المادية للمرفق الصحي والدرجة الكلية للمتغير، وهذا بدوره يؤكد صدق الاتساق الداخلي لمتغير البيئة الصحية المادية للمرفق الصحي المتغير المستقل الفرعي الثالث في الدراسة.

ثانياً: الثبات.

ينصرف مفهوم الثبات في القياس إلى الدرجة التي يتمتع بها المقياس المستخدم في توفير نتائج متسقة في ظل ظروف متنوعة ومستقلة لأسئلة متعددة ولكن لقياس نفس الموضوع محل الدراسة، وباستخدام نفس مجموعة المستقصي منهم (إدريس، 2005، 418).

وهناك العديد من الطرق لقياس معامل الثبات، من أكثرها استخداماً طريقة معادلة كورنباخ ألفا (Alpha). التي تشير إلى مدى تمثيل الأسئلة أو العبارات المتعددة التي ينطوي عليها القياس للموضوع محل الدراسة وليس شيء غيرها، فكلما كان المعامل مرتفعاً أشار ذلك إلى أن أداء السؤال أو العبارة المستخدمة يعتبر قوياً من حيث قدرته على قياس موضوع الدراسة، والعكس صحيح، لذا تم استخدامها للتحقق من ثبات مقياس هذه الدراسة، وبلغت قيمة المقاييس على النحو التالي.

الجدول (5-10) الثبات بالاتساق الداخلي لمتغيرات الدراسة

المقياس	قيمة ألفا كورنباخ
الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة	0.86
الاهتمام بالمعدات والمستلزمات الطبية	0.86
الاهتمام بالبيئة الصحية المادية للمرفق الصحي	0.81
الإجمالي	0.921

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي.

وبالنظر إلى الجدول السابق نجد أن جميع مؤشرات الثبات مرتفعة وذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.05) وهي مؤشرات جيدة ومطمئنة ويمكن الوثوق بها، وتعطي مؤشراً جيداً على ثبات مقاييس الدراسة.

(3-5) خصائص عينة الدراسة

وتهدف إلى استعراض خصائص عينة الدراسة، وذلك من خلال تحليل خصائص أفراد عينة الدراسة البالغ عددهم (304) عنصر، من حيث الجنس، والحالة الاجتماعية، وسنوات الخبرة

الوظيفية، ونوع الوظيفة، والمؤهل العلمي الذي يعمل فيه الموظف، وتتمثل خصائص الأفراد عينة الدراسة بالفقرات الآتية.

الجدول (5-11) توزيع عينة الدراسة حسب الخصائص الشخصية والوظيفية

المتغير	فئات المتغير	العدد	النسبة %
الجنس	ذكر	112	37%
	أنثى	192	62%
	المجموع	304	100%
الحالة الاجتماعية	أعزب	154	51%
	متزوج	150	49%
	المجموع	304	100%
سنوات الخبرة الوظيفية	أقل من 5 سنوات	137	45%
	من 5 إلى أقل من 10 سنوات	168	36%
	10 سنوات فأكثر	99	22%
	المجموع	304	100%
نوع الوظيفة	عنصر طبي	69	23%
	عنصر طبي مساعد	244	77%
	المجموع	304	100%
المؤهل العلمي	دبلوم متوسط	95	31%
	دبلوم عالي	36	11%
	بكالوريوس	166	55%
	ماجستير	5	2%
	دكتورة	2	1%
	المجموع	304	100%

المصدر: إعداد الباحث

التوزيع حسب الجنس: بالنظر في الجدول السابق يتضح أن عدد الذكور في عينة الدراسة (112) عنصر طبي وطبي مساعد بنسبة (38%)، وعدد الإناث (192) عنصر طبي وطبي مساعد بنسبة (62%) من جملة عينة الدراسة التي تبلغ (304) عنصر طبي وطبي مساعد وبنسبة (100%)، وهذا يؤكد وجود المرأة إلى جانب الرجل في المرافق الصحية محل الدراسة.

التوزيع حسب الحالة الاجتماعية: بالنظر في الجدول السابق يتضح أن عدد غير المتزوجين في عينة الدراسة (154) عنصر طبي وطبي مساعد بنسبة (51%)، وعدد المتزوجين (150) عنصر طبي وطبي مساعد بنسبة (49%) من جملة عينة الدراسة التي تبلغ (304) عنصر طبي وطبي مساعد وبنسبة (100%)، وهذا يؤكد وجود الفئتين في عينة الدراسة.

التوزيع حسب سنوات الخبرة الوظيفية: بالنظر في الجدول السابق يتضح أن عدد الأفراد الذين خبرتهم الوظيفية أقل من 5 سنوات (136) عنصر طبي وطبي مساعد بنسبة (45%)، وعدد العناصر الطبية والطبية المساعدة الذين خبرتهم الوظيفية من 5 إلى أقل من 10 سنوات (68) عنصر طبي وطبي مساعد بنسبة (22%)، وعدد العناصر الذين خبرتهم الوظيفية أكثر من 10 سنوات (99) عنصر طبي وطبي مساعد بنسبة (33%)، من جملة عينة الدراسة التي تبلغ (304) عنصر طبي وطبي مساعد بنسبة (100%)، وهذا يدل على وجود سنوات خبرة متفاوتة بين عناصر عينة الدراسة.

التوزيع حسب نوع الوظيفة: بالنظر في الجدول السابق يتضح أن عدد الأطباء (69) طبيياً بنسبة (23%)، وعدد العناصر الطبية المساعدة (234) فرداً بنسبة (77%)، من جملة عينة الدراسة التي تبلغ (304) فرداً بنسبة (100%)، وهذا أمر طبيعي لأن فئتي (الأطباء) تتضمن عدداً محدوداً من الموظفين بخلاف العناصر الطبية المساعدة.

التوزيع حسب المؤهل العلمي: بالنظر في الجدول السابق يتضح أن عدد الذين يحملون مؤهلاً علمياً (دبلوم متوسط) هم (93) عنصر طبي وطبي مساعد بنسبة (31%)، وعدد الذين مؤهلاتهم العلمية (دبلوم عالي) هم (33) عنصر طبي وطبي مساعد بنسبة (11%)، وعدد من مؤهلاتهم العلمية بكالوريوس (166) عنصر طبي وطبي مساعد بنسبة (55%)، وعدد من مؤهلاتهم العلمية (ماجستير) هم (5) عنصر طبي وطبي مساعد بنسبة (2%)، وعدد من مؤهلاتهم العلمية (دكتوراة) هم (2) عنصر طبي وطبي مساعد بنسبة (1%)، بنسبة (100%)، وهذا مؤشر جيد على أن أفراد عينة الدراسة على قدر جيد من التأهيل العلمي يؤهلهم للإجابة على أسئلة الاستبانة.

(4-5) التحليل الاستنتاجي للبيانات واختبار فرضيات الدراسة

تناول هذا الجانب من التحليل اختبار فرضيات الدراسة للوصول إلى قرار بشأن رفض أو قبول الفرض الصفري وذلك باستخدام البيانات التي تم الحصول عليها من الاستبيانات الموزعة على المشاركين في الدراسة وذلك باستخدام التحليل الإحصائي المناسب، وذلك لدراسة تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية من وجهة نظر العناصر الطبية والطبية المساعدة.

أولاً: الفرضية الرئيسية الأولى

"هنالك تدني في مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية المقدمة بإدارة الخدمات الصحية مصراة".

وسيتم إثبات الفرضية الرئيسية وذلك باستخدام اختبار (ولكوكسن) للفرضية الرئيسية والفرضيات الفرعية.

اختبار ولكوكسن :

تم استخدام اختبار ولكوكسن wilcoxon test ، باعتباره أحد الاختبارات الإحصائية اللامعلمية التي تجرى عندما تكون البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي ، أو أن مقياس البيانات هو ترتيبي، وهو اختبار مقابل لاختبار t الأحادي (1 sample t) الذي يجرى عندما تتبع البيانات التوزيع الطبيعي وفي هذه الدراسة قد تم استخدام اختبار ولكوكسن لأن البيانات ترتيبي، ويستخدم اختبار ولكوكسن لاختبار

الفرض الصفري H_0 : أن وسيط درجة الموافقة حول عبارة يساوي قيمة محددة أو أقل. (الوسيط أصغر من أو يساوي 3).

الفرض البديل H_1 : أن وسيط درجة الموافقة حول هذه العبارة أكبر من هذه القيمة (الوسيط أكبر من 3).

وقد تم اختبار الفروض في هذه الدراسة على النحو الآتي:

- الفرض الصفري H_0 : لا يوجد موافقة حول هذه العبارة {محايد أو غير موافق}.

- الفرض البديل H_1 : يوجد موافقة حول هذه العبارة { موافق }

ولاتخاذ قرار حول هذه الفرضية تم استخدام برنامج ((Minitab)) لإجراء التحليل الإحصائي والوصول إلى اتخاذ القرار الآتي:

1- إذا كانت قيمة مستوى المعنوية المشاهد {P-value} أكبر من 0.05 فهذا يدل على قبول الفرض الصفري أي أن لا يوجد موافقة حول هذه العبارة.

2- إذا كانت قيمة مستوى المعنوية المشاهد {P-value} أصغر من أو تساوي 0.05 فهذا يدل على رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل و أنه يوجد موافقة حول هذه العبارة، وبذلك يكون الاتجاه العام حول هذه العبارة بالموافقة.

أ- تحليل اختبار الفرضيات الفرعية للدراسة :

أولاً: اختبار الفرضية الفرعية الأولى:

تم اختبار هذه الفرضية التي تنص على

الفرض الصفري H_0 : "لا يوجد اهتمام من إدارة الخدمات الصحية مصراتة بالعناصر الطبية والطبية المساعدة".

الفرض البديل H_1 : "يوجد اهتمام من إدارة الخدمات الصحية مصراتة بالعناصر الطبية والطبية المساعدة".

عن طريق إجراء اختبار ولكوكسن الإحصائي لكل عبارة من عبارات هذه الفرضية التي كانت ثلاثة عشر عبارة وأجريت الحسابات عن طريق البرنامج الإحصائي Minitab، وكانت النتائج كما بالجدول الآتي.

جدول رقم (5-12) نتائج اختبار ولكوكسن للفرضية الفرعية الأولى

مستوى المعنوية المشاهد P-value	احصاءة الاختبار Test Statistic	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	العبرة	ر.م
0.031	20238.0	34	80	19	112	41	عملية استقطاب الكوادر البشرية تتم وفق الاحتياجات والأولويات	1
0.864	18448.0	67	85	15	72	58	توفر إدارة الخدمات الصحية دورات تدريبية للعاملين في المرافق الصحية .	2
1.000	11468.0	77	111	18	75	19	توجد عدالة في توزيع العمل بين العاملين في المرافق الصحية .	3
1.000	15820.5	81	79	10	106	25	راتبي الشهري يتناسب مع الجهد الذي أبذله في المرفق الصحي .	4
1.000	4982.0	121	104	30	27	16	تقدم لي إدارة الخدمات الصحية المكافآت والترقيات التشجيعية باستمرار .	5
1.000	5928.0	125	109	18	26	20	تمنح إدارة الخدمات الصحية العناصر المتفوقة حوافز معنوية مناسبة.	6
1.000	10635.0	77	97	33	65	25	يتم تقييم العاملين في المرافق الصحية بناءً على كفاءة الأداء.	7
1.000	12250.0	62	103	25	78	23	توفر إدارة الخدمات للعاملين الوسائل والظروف الملائمة لتقديم الخدمة.	8
0.000	31221.0	22	31	20	148	78	تتعامل معي إدارة المرفق الصحي بكل ود واهتمام واحترام.	9
0.000	25404.5	30	49	30	137	55	تناقش معي إدارة المرفق الصحي القرارات المتعلقة بوظيفتي بمنتهى الصراحة.	10
0.000	32123.0	21	40	12	162	64	يمكن التواصل مع الإدارة بكل سهولة ويسر	11
1.000	14622.5	65	102	18	90	25	هناك سرعة استجابة من إدارة الخدمات الصحية في التعامل مع المشاكل التي يواجهها العاملون.	12
1.000	6728.5	85	127	29	39	16	توجد برامج للسلامة المهنية والوقائية للعاملين في المرافق الصحية.	13

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي.

تظهر نتائج التحليل الواردة بالجدول السابق أن:

1- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الأولى تساوي (0.031) وهي أقل من (0.05) مما يشير إلى رفض الفرض الصفري (H0) وقبول الفرض البديل (H1) ، وهذا يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بالموافقة، أي أن عملية استقطاب الكوادر البشرية بإدارة الخدمات الصحية مصراتة تتم وفق الاحتياجات والأولويات.

2- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الثانية تساوي (0.864) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H0) ، وهذا يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أن إدارة الخدمات الصحية لا توفر الدورات التدريبية المطلوبة للعاملين في المرافق الصحية .

3- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الثالثة تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أنه لا يوجد عدالة في توزيع العمل بين العاملين في المرافق الصحية.

4- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الرابعة تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أن الراتب الشهري لأغلب الموظفين لا يتناسب مع الجهد الذي يبذله في المرفق الصحي .

5- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الخامسة تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أن هناك قصوراً من إدارة الخدمات الصحية في تقديم المكافآت والترقيات التشجيعية باستمرار .

6- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة السادسة تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين

حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أن هنالك قصوراً من إدارة الخدمات الصحية في منح العناصر المتفوقة حوافز معنوية مناسبة.

7- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة السابعة تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H_0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أن هناك قصوراً في تقييم كفاءة الأداء للعاملين من قبل إدارة الخدمات الصحية مصراتة.

8- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الثامنة تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H_0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أن هناك قصوراً من إدارة الخدمات الصحية في توفير الوسائل والظروف الملائمة للعاملين لتقديم الخدمة.

9- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة التاسعة تساوي (0.00) وهي أقل من (0.05) مما يشير إلى رفض الفرض الصفري (H_0) وقبول الفرض البديل (H_1)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بالموافقة، أي أن إدارة المرفق الصحي تتعامل مع الموظفين بكل ود واهتمام واحترام.

10- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة العاشرة تساوي (0.00) وهي أقل من (0.05) مما يشير إلى رفض الفرض الصفري (H_0) وقبول الفرض البديل (H_1)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بالموافقة، أي أن إدارة المرفق الصحي لها القدرة على مناقشة القرارات المتعلقة بوظيفة العاملين بمنتهى الصراحة.

11- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الحادية عشرة تساوي (0.00) وهي أقل من (0.05) مما يشير إلى رفض الفرض الصفري (H_0) وقبول الفرض البديل (H_1)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بالموافقة، أي أن هناك تواصل مع الإدارة بكل سهولة ويسر.

12- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الثانية عشرة تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أنه ليس هناك سرعة استجابة من إدارة الخدمات الصحية في التعامل مع المشاكل التي يواجهها العاملون.

13- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الثالثة عشرة تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أن برامج السلامة المهنية والوقائية للعاملين في المرافق الصحية غير متوفرة بالشكل المطلوب.

واستنادا على ما ورد أعلاه فإن الباحث يستطيع اتخاذ قرار بقبول الفرض القائل: (لا يوجد اهتمام من إدارة الخدمات الصحية مصراتة بالعناصر الطبية والطبية المساعدة)

ثانيا :اختبار الفرضية الفرعية الثانية

تم اختبار هذه الفرضية التي تنص على

- الفرض الصفري H0: " لا يوجد من اهتمام إدارة الخدمات الصحية مصراتة بتوفير التجهيزات الطبية ومستلزماتها المتطورة ."

- الفرض البديل H1 : " يوجد اهتمام من إدارة الخدمات الصحية مصراتة بتوفير التجهيزات الطبية ومستلزماتها المتطورة ."

وعن طريق إجراء اختبار ولكوكسن الإحصائي لكل عبارة من عبارات هذه الفرضية التي كانت اثنتا عشرة عبارة أجريت الحسابات عن طريق البرنامج الإحصائي Minitab، وكانت النتائج كما بالجدول الآتي:

جدول رقم (5-13) نتائج اختبار ولكوكسن للفرضية الفرعية الثانية

مستوى المعنوية المشاهد P-value	احصاءة الاختبار Test Statistic	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	العبارة	ر.م
1.000	12940.0	67	118	20	65	30	تتوفر الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية الحديثة والمتطورة	.1
1.000	12270.0	59	121	20	87	13	توفر إدارة الخدمات المستلزمات الطبية بالكميات المناسبة.	.2
1.000	11331.0	64	120	19	78	15	توفر إدارة الخدمات المستلزمات الطبية بالنوعيات المناسبة.	.3
1.000	12155.0	50	120	32	87	13	هناك ضبط وتنسيق في عملية استجلاب وصرف المعدات والمستلزمات من حيث الاحتياجات.	.4
1.000	12414.5	37	131	41	64	27	يتم تفعيل اللوائح الخاصة بضمان سلامة الأجهزة الطبية	.5
1.000	8104.0	73	133	30	56	12	يتم توفير الأجهزة والمستلزمات الطبية في الوقت المناسب عند الحاجة إليها	.6
0.028	21957.0	30	84	22	137	27	يتم وضع الأجهزة والمعدات الطبية في الأماكن المخصصة والمناسبة لها.	.7
1.000	14112.0	44	127	21	92	16	يتناسب عدد الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية مع عدد حالات التردد على المرفق الصحي.	.8
1.000	11102.5	59	122	35	60	25	تتم معايرة الأجهزة الطبية بشكل دوري.	.9
1.000	12333.0	60	130	25	57	30	تتم صيانة الأجهزة الطبية بشكل فوري أثناء حدوث الأعطال.	.10
0.000	36760.0	2	12	20	157	105	سبب أعطال الأجهزة الطبية هو قلة الصيانة الوقائية.	.11
1.000	10222.0	73	112	21	68	18	يوجد فريق متخصص بمتابعة وصيانة الأجهزة والمعدات الطبية.	.12

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي.

تظهر نتائج التحليل الواردة بالجدول السابق أن

1- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الأولى تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أنه لا تتوفر الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية الحديثة والمتطورة.

2- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الثانية تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أنه لا توفر إدارة الخدمات الصحية مصراة المستلزمات الطبية بالكميات المناسبة.

3- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الثالثة تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أنه لا توفر إدارة الخدمات الصحية مصراتة المستلزمات الطبية بالنوعيات المناسبة.

4- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الرابعة تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أنه لا يوجد ضبط وتنسيق في عملية استجلاب وصرف المعدات والمستلزمات من حيث الاحتياجات.

5- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الخامسة تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أنه لا يتم تفعيل اللوائح الخاصة بضمان سلامة الأجهزة الطبية .

6- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة السادسة تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أنه لا يتم توفير الأجهزة والمستلزمات الطبية في الوقت المناسب عند الحاجة إليها.

7- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة السابعة تساوي (0.28) وهي أقل من (0.05) مما يشير إلى رفض الفرض الصفري (H0) وقبول الفرض البديل (H1)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بالموافقة، أي أنه يتم وضع الأجهزة والمعدات الطبية في الأماكن المخصصة والمناسبة لها..

8- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الثامنة تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي

المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أنه لا يتناسب عدد الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية مع عدد حالات التردد في المرفق الصحي.

9- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة التاسعة تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أنه لا تتم معايرة الأجهزة الطبية بشكل دوري.

10- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة العاشرة تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أنه لا تتم صيانة الأجهزة الطبية بشكل دوري أثناء حدوث الأعطال.

11- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الحادية عشر تساوي (0.00) وهي أقل من (0.05) مما يشير إلى رفض الفرض الصفري (H0) وقبول الفرض البديل (H1)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بالموافقة، أي أن أغلب الآراء لا تميل إلى أن سبب أعطال الأجهزة الطبية في قلة الصيانة الوقائية.

12- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الثانية عشر تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أنه لا يوجد فريق متخصص بمتابعة وصيانة الأجهزة والمعدات الطبية..

واستناداً على ما ورد أعلاه فإن الباحث يستطيع اتخاذ قرار بقبول الفرض القائل: (لا يوجد اهتمام من إدارة الخدمات الصحية مصراً بتوفير التجهيزات الطبية ومستلزماتها المتطورة).

ثالثاً: اختبار الفرضية الفرعية الثالثة

تم اختبار هذه الفرضية التي تنص على

- الفرض الصفري H0: " لا يوجد اهتمام من إدارة الخدمات الصحية مصراتة بالبيئة الصحية المادية للمراكز الصحية ."

- الفرض البديل H1 : " يوجد اهتمام من إدارة الخدمات الصحية مصراتة بالبيئة الصحية المادية للمراكز الصحية."

عن طريق إجراء اختبار ولكوكسن الإحصائي لكل عبارة من عبارات هذه الفرضية التي كانت اثنتا عشرة عبارة وهي وأجريت الحسابات عن طريق البرنامج الإحصائي Minitab، وكانت النتائج كما بالجدول الآتي

جدول رقم (5-14) نتائج اختبار ولكوكسن للفرضية الفرعية الثالثة

ر.م	العبارة	مواقع بشدة	مواقع	مجايد	غير مواقع	غير مواقع بشدة	احصاء الاختبار Test Statistic	مستوى المعنوية المشاهد P-value
1	تتوفر في المرفق الصحي منظومة تكييف وتهوية متكاملة وعلى مدار الساعة.	44	161	13	51	24	27992.5	0.000
2	يوجد في المرفق الصحي منظومة إضاءة وكهرباء جيدة.	39	170	15	50	25	28632.5	0.000
3	يوجد العدد الكافي من دورات المياه الصحية والنظيفة بالمرفق الصحي.	24	114	15	73	76	16416.0	0.999
4	يتوفر نظام حماية من الحرائق (أسطوانة إطفاء الحرائق مثلا)	30	125	17	74	56	19775.0	0.667
5	تهتم إدارة الخدمات الصحية في توفير الملابس للعاملين الخاصة	33	115	30	71	52	18309.5	0.537
6	يوجد برنامج دائم لمكافحة العدوى ونواقل المرض	20	49	19	116	97	8547.0	1.000
7	يوجد العدد الكافي والملائم من الحجرات والمكاتب لتقديم الخدمات الصحية.	23	63	11	111	91	10837.0	1.000
8	يوفر المرفق الصحي المكان المناسب لاستقبال المرضى والمرافقين.	33	136	17	63	51	21569.5	0.142
9	هناك نظام صحي للتخلص من النفايات الطبية في المرفق الصحي.	16	80	34	92	77	10424.0	1.000
10	هناك اعتبارات للنواحي البيئية لمكان المرفق الصحي.	21	98	41	92	39	13989.5	0.931
11	يتناسب تصميم المرفق الصحي مع الخدمات التي يقدمها.	10	49	22	126	93	6582.0	1.000
12	يتوفر العدد الكافي من عمال النظافة بالمرفق الصحي.	25	64	14	91	108	10542.0	1.000

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي.

تظهر نتائج التحليل الواردة بالجدول السابق أن

1- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الأولى تساوي (0.00) وهي أقل من (0.05) مما يشير إلى رفض الفرض الصفري (H0) وقبول الفرض البديل (H1) ، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بالموافقة، أي أنه تتوفر في المرفق الصحي منظومة تكييف وتهوية متكاملة وعلى مدار الساعة.

2- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الثانية تساوي (0.00) وهي أقل من (0.05) مما يشير إلى رفض الفرض الصفري (H0) وقبول الفرض البديل (H1) ، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بالموافقة، أي أنه يوجد في المرفق الصحي منظومة إضاءة وكهرباء جيدة.

3- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الثالثة تساوي (0.999) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أنه لا يوجد العدد الكافي من دورات المياه الصحية والنظيفة بالمرفق الصحي.

4- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الرابعة تساوي (0.667) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أنه لا يتوفر نظام حماية من الحرائق (أسطوانة إطفاء الحرائق مثلا).

5- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الخامسة تساوي (0.537) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أنه لا تهتم إدارة الخدمات الصحية في توفير الملابس الخاصة بالعاملين.

6- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة السادسة تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي

المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أنه لا يوجد برنامج دائم لمكافحة العدوى ونواقل المرض.

7- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة السابعة تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H_0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أنه لا يوجد العدد الكافي والملائم من الحجرات والمكاتب لتقديم الخدمات الصحية.

8- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الثامنة تساوي (0.142) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H_0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أنه لا يتوفر بالمرفق الصحي المكان المناسب لاستقبال المرضى والمرافقين.

9- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة التاسعة تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H_0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أنه ليس هناك نظام صحي للتخلص من النفايات الطبية في المرفق الصحي.

10- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة العاشرة تساوي (0.931) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H_0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أنه ليس هناك اعتبارات للنواحي البيئية لمكان المرفق الصحي.

11- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الحادية عشرة تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى قبول الفرض الصفري (H_0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أنه لا يتناسب تصميم المرفق الصحي مع الخدمات التي يقدمها.

12- قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارة الثانية عشرة تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05) مما يشير إلى عدم رفض الفرض الصفري (H0)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أنه لا يتوفر العدد الكافي من عمال النظافة بالمرفق الصحي.

واستناداً على ما ورد أعلاه فإن الباحث يستطيع اتخاذ قرار برفض الفرض القائل: (لا يوجد اهتمام من إدارة الخدمات الصحية مصراتة بالبيئة الصحية المادية للمراكز الصحية).

وقد تم اختبار الفرضية الرئيسية عن طريق إجراء اختبار ولكوكسن الإحصائي التي تتكون من (37) عبارة وأجريت الحسابات عن طريق البرنامج الإحصائي Minitab، وكانت النتائج كما بالجدول التالي

جدول رقم (5-15) يوضح نتائج التحليل الإحصائي للفرضية الرئيسية

مستوى المعنوية المشاهد	احصاءة الاختبار	الفرضية الرئيسية
P-value	Test Statistic	
1.000	10676.0	تدني كفاءة أداء الخدمات الصحية بإدارة الخدمات الصحية مصراتة

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي.

من خلال الجدول نستنتج أن قيمة مستوى المعنوية {p-value} للعبارات تساوي (1.00) وهي أكبر من (0.05)، مما يعني أن الاتجاه العام لرأي المشاركين حول هذه العبارة بعدم الموافقة، أي أن الخدمات التي تقدمها إدارة الخدمات الصحية مصراتة متدنية.

ب- تحليل اختبار العلاقات بين الفرضيات.

الفرضية الفرعية الأولى: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة وكفاءة أداء الخدمات الصحية.

الفرض الصفري: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة وكفاءة أداء الخدمات الصحية.

الفرض البديل: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة وكفاءة أداء الخدمات الصحية .

ومن خلال تحليل البيانات المتحصل عليها من الاستبانات عن طريق البرنامج الإحصائي spss واستخدام معامل ارتباط سيرمان تم الحصول على النتائج كما بالجدول رقم (5-16)

جدول رقم (5-16) العلاقة بين الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة وكفاءة أداء الخدمات الصحية.

قيمة معامل الارتباط	مستوى المعنوية المشاهدة P-value
0.841**	0.000

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي.

من خلال النتائج السابقة نلاحظ أن مستوى المعنوية المشاهدة قيمته أقل من (0.05) مما يدل على وجود علاقة معنوية وهي طردية وقوية بين اهتمام الإدارة بالعناصر الطبية والطبية المساعدة وكفاءة أداء الخدمة الصحية.

ولغرض اختبار الفرضية الفرعية الأولى، تم استخدام تحليل التباين للانحدار وذلك لإثبات صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الأولى، كما هو مبين بالجدول رقم (5-17).

الجدول (5-17) نتائج تحليل التباين للانحدار للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الأولى

المصدر	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	إحصاءه الاختبار	P-value	معامل التحديد R ²
الانحدار	1	185.59	185.59	370.06	0.000	54.9%
الخطأ	302	151.45	0.50	-	-	-
الكلية	303	337.04	-	-	-	-

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي.

يتضح من الجدول السابق ثبات صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الأولى استناداً إلى قيمة (F) المحسوبة وبالبالغة (370.06) بمستوى دلالة محسوب (0.000) وهو أقل من مستوى قيمة الدلالة الإحصائية المعتمد (0.05) ودرجات حرية (1،303)، يتضح من الجدول أن المتغيرات المستقل الفرعي (الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة) في هذا النموذج يفسر ما مقداره (54.9%) من التباين في المتغير التابع (كفاءة أداء الخدمات الصحية) وهي قوة تفسيرية مرتفعة، مما يدل على أن هناك أثراً مهماً للمتغير المستقل (الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة) في المتغير التابع.

ونستطيع اختبار صحة الفرضية الفرعية الأولى باستخدام أسلوب تحليل الانحدار البسيط كما هو مبين بالجدول رقم (5-18).

الجدول (5-18) نتائج تحليل الانحدار البسيط
لاختبار أثر المتغير المستقل (الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة) على المتغير التابع (كفاءة أداء الخدمات الصحية)

المتغير المستقل	القيمة	الخطأ العشوائي	قيمة T المحسوبة	مستوى دلالة T
الثابت	-0.22361	0.07450	-3.00	0.003
X1- الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة.	0.65062	0.03382	19.24	0.000

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي.

يتضح من الجدول السابق أن العلاقة بين المتغير المستقل (الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة)، والمتغير التابع (كفاءة أداء الخدمات الصحية) هي علاقة معنوية بدلالة قيمة (T) المحسوبة (19.24)، بمستوى دلالة محسوب (0.000) وهو أقل من مستوى قيمة الدلالة الإحصائية المعتمد (0.05)، ويمكن تمثيلها بالمعادلة الآتية:

$$ABC = 0.902 + 0.651 A$$

أي أن هناك أثراً مهماً وقوياً للمتغير المستقل (الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة) في المتغير التابع كفاءة أداء الخدمات الصحية .

الفرضية الفرعية الثانية: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية وكفاءة أداء الخدمات الصحية.

الفرض الصفري: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية وكفاءة أداء الخدمات الصحية.

الفرض البديل: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية وكفاءة أداء الخدمات الصحية.

ومن خلال تحليل البيانات المتحصل عليها من الاستبيانات عن طريق برنامج الإحصائي spss واستخدام معامل ارتباط سبيرمان تم الحصول على النتائج كما بالجدول رقم (5-19)

جدول رقم (5-19) العلاقة بين الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية وكفاءة أداء الخدمات الصحية.

قيمة معامل الارتباط	مستوى المعنوية المشاهدة P-value
0.812**	0.000

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي.

من خلال النتائج السابقة نلاحظ أن مستوى المعنوية المشاهدة قيمته أقل من (0.05) مما يدل على وجود علاقة معنوية وهي طردية وقوية بين اهتمام الإدارة بالأجهزة والمستلزمات الطبية وكفاءة أداء الخدمة الصحية.

ولغرض اختبار الفرضيات الفرعية ، تم استخدام تحليل التباين للانحدار وذلك لإثبات صلاحية النموذج لاختبار الفرضيات كما هو مبين بالجدول رقم (5-20)

الجدول (5-20) نتائج تحليل التباين للانحدار للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الثانية.

المصدر	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	إحصاءه الاختبار	P-value	معامل التحديد R ²
الانحدار	1	224.77	224.77	604.66	0.000	66.6%
الخطأ	302	112.27	0.37	-	-	-
الكلية	303	337.04	-	-	-	-

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي.

يتضح من الجدول السابق ثبات صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الثانية استناداً إلى قيمة (F) المحسوبة والبالغة (604.66) بمستوى دلالة محسوب (0.000) وهو أقل من مستوى قيمة الدلالة الإحصائية المعتمد (0.05) ودرجات حرية (1,303)، يتضح من الجدول أن المتغير المستقل الفرعي (الاهتمام بالأجهزة المستلزمات الطبية) في هذا النموذج يفسر ما مقداره (66.6%) من التباين في المتغير التابع (كفاءة أداء الخدمات الصحية) وهي قوة تفسيرية مرتفعة، مما يدل على أن هناك أثراً مهماً للمتغير المستقل الفرعي الثاني (الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية) في المتغير التابع.

ونستطيع اختبار صحة الفرضية الفرعية الثانية، باستخدام أسلوب تحليل الانحدار البسيط كما هو مبين بالجدول رقم (21-5)

الجدول (21-5) نتائج تحليل الانحدار البسيط
لاختبار أثر المتغيرات المستقلة (الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية) ، على المتغير التابع (كفاءة أداء الخدمات الصحية)

المتغير المستقل	القيمة	الخطأ العشوائي	قيمة T المحسوبة	مستوى دلالة T
الثابت	-0.22361	0.07450	-3.00	0.003
X2- الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية	0.80921	0.03291	24.59	0.000

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي.

يتضح من الجدول السابق أن العلاقة بين المتغير المستقل (الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية)، والمتغير التابع (كفاءة أداء الخدمات الصحية) هي علاقة معنوية بدلالة قيمة (T) المحسوبة (24.59)، بمستوى دلالة محسوب (0.000) وهو أقل من مستوى قيمة الدلالة الإحصائية المعتمد (0.05)، ويمكن تمثيلها بالمعادلة الآتية:

$$ABC = 0.435 + 0.809 B$$

أي أن هناك أثراً مهماً وقوياً للمتغير المستقل (الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية) في المتغير التابع كفاءة أداء الخدمات الصحية.

الفرضية الفرعية الثالثة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاهتمام بالبيئة الصحية للمرفق الصحي وكفاءة الخدمات الصحية.

الفرض الصفري: لا : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاهتمام بالبيئة الصحية للمرفق الصحي وكفاءة الخدمات الصحية.

الفرض البديل: : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاهتمام بالبيئة الصحية للمرفق الصحي وكفاءة الخدمات الصحية.

ومن خلال تحليل البيانات المتحصل عليها من الاستبيانات عن طريق البرنامج الإحصائي spss واستخدام معامل ارتباط سبيرمان تم الحصول على النتائج كما بالجدول رقم (5-22)

جدول رقم (5-22) العلاقة بين الاهتمام بالبيئة الصحية للمرفق الصحي وكفاءة أداء الخدمات الصحية.

قيمة معامل الارتباط	مستوى المعنوية المشاهدة P-value
0.797**	0.000

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي.

من خلال النتائج السابقة نلاحظ أن مستوى المعنوية المشاهدة قيمته أقل من (0.05) مما يدل على وجود علاقة معنوية وهي طردية وقوية بين اهتمام الإدارة بالبيئة الصحية للمرفق الصحي وكفاءة أداء الخدمة الصحية.

أي أن هناك أثراً مهماً وقوياً للمتغير المستقل (الاهتمام بالبيئة الصحية للمرفق الصحي) في المتغير التابع كفاءة أداء الخدمات الصحية.

ولغرض اختبار الفرضيات الفرعية ، تم استخدام تحليل التباين للانحدار وذلك لإثبات صلاحية النموذج لاختبار الفرضيات كما هو مبين بالجدول رقم (5-23).

الجدول (5-23) نتائج تحليل التباين للانحدار للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الثالثة.

المصدر	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	إحصاءه الاختبار	P-value	معامل التحديد R ²
الانحدار	3	133.30	133.30	197.60	0.000	39.4%
الخطأ	300	203.74	0.67	-	-	-
الكلية	303	337.04	-	-	-	-

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي.

يتضح من الجدول السابق ثبات صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الثالثة استناداً إلى قيمة (F) المحسوبة والبالغة (197.60) بمستوى دلالة محسوب (0.000) وهو أقل من مستوى قيمة الدلالة الإحصائية المعتمد (0.05) ودرجات حرية (1,303)، يتضح من الجدول أن المتغيرات المستقلة الفرعية (الاهتمام بالبيئة الصحية للمرفق الصحي) في هذا النموذج يفسر ما مقداره (39.4%) من التباين في المتغير التابع (كفاءة أداء الخدمات الصحية) وهي قوة تفسيرية مرتفعة، مما يدل على أن هناك أثراً مهماً للمتغيرات المستقل الفرعي الثالث (الاهتمام بالبيئة الصحية المادية للمرفق الصحي) في المتغير التابع.

ونستطيع اختبار صحة الفرضيات الفرعية، باستخدام أسلوب تحليل الانحدار البسيط كما هو مبين بالجدول رقم (5-24).

الجدول (5-24) نتائج تحليل الانحدار البسيط

لاختبار أثر المتغيرات المستقلة (الاهتمام بالبيئة الصحية للمرفق الصحي) ، على المتغير التابع (كفاءة أداء الخدمات الصحية)

المتغير المستقل	القيمة	الخطأ العشوائي	قيمة T المحسوبة	مستوى دلالة T
الثابت	-0.22361	0.07450	-3.00	0.003
X3- الاهتمام بالبيئة الصحية للمرفق الصحي	0.56554	0.04023	14.06	0.000

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي

يتضح من الجدول السابق أن العلاقة بين المتغير المستقل (الاهتمام بالبيئة الصحية للمرفق الصحي)، والمتغير التابع (كفاءة أداء الخدمات الصحية) هي علاقة معنوية بدلالة قيمة (T) المحسوبة (14.06)، بمستوى دلالة محسوب (0.000) وهو أقل من مستوى قيمة الدلالة الإحصائية المعتمد (0.05)، ويمكن تمثيلها بالمعادلة الآتية:

$$ABC = 1.03 + 0.566 C$$

ثانياً: الفرضية الرئيسية الثانية

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية بإدارة الخدمات الصحية مصراتة تعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية الآتية: (الجنس، الحالة الاجتماعية، الوظيفة، سنوات الخبرة، المؤهل العلمي).

أولاً: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية بإدارة الخدمات الصحية مصراتة تعزى لمتغير الجنس :-

- الفرض الصفري H0: لا توجد اختلافات معنوية حول هذه الفرضية بين الذكور والإناث

- الفرض البديل H1: توجد اختلافات معنوية حول هذه الفرضية بين الذكور والإناث

وقد تم اختبار هذه الفرضية عن طريق اختبار (مان ويتي) وتم إجراء الحسابات عن طريق البرنامج الإحصائي SPSS وكانت كما بالجدول رقم (5-25).

جدول رقم (5-25) نتائج اختبار مان وتي للمقارنة من حيث الجنس

ر	المتغير الفرعي	الجنس	العدد N	مجموع الرتب	مستوى المعنوية المشاهد
				Sum of Ranks	P-value
1	الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة	ذكر	112	18340	0.088
		أنثى	192	28020	
2	الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية	ذكر	112	16036	0.158
		أنثى	192	30324	
3	الاهتمام بالبيئة الصحية بالمرفق الصحي	ذكر	112	18259	0.111
		أنثى	192	28101	

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي.

من خلال النتائج السابقة نستنتج أن مستوى المعنوية المشاهد للمتغيرات (الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة، الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية، الاهتمام بالبيئة الصحية المادية للمرافق الصحية) أكبر من (0.05) مما يدل على عدم وجود اختلافات معنوية من حيث الجنس.

ثانياً: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية بإدارة الخدمات الصحية مصراتة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية :-

- الفرض الصفري H0: لا توجد اختلافات معنوية حول هذه الفرضية بين المتزوجين وغير المتزوجين.
- الفرض البديل H1: توجد اختلافات معنوية حول هذه الفرضية بين المتزوجين وغير المتزوجين.
- وقد تم اختبار هذه الفرضية عن طريق اختبار (مان ويتي) وتم إجراء الحسابات عن طريق البرنامج الإحصائي SPSS وكانت كما بالجدول رقم (5-26).

جدول رقم (5-26) نتائج اختبار مان وتي للمقارنة من حيث الحالة الاجتماعية

ر	المتغير الفرعي	الحالة الاجتماعية	العدد	مجموع الرتب	مستوى المعنوية المشاهد
				Sum of Ranks	P-value
1	الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة	أعزب	150	22111	0.318
		متزوج	154	24249	
2	الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية	أعزب	150	22111	0.631
		متزوج	154	24249	
3	الاهتمام بالبيئة الصحية بالمرفق الصحي	أعزب	150	20508.5	0.002
		متزوج	154	25851.5	

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي.

من خلال النتائج السابقة نستنتج أن :

- 1- مستوى المعنوية المشاهد P-value للمتغير (الاهتمام بالبيئة الصحية المادية للمرافق الصحية) أصغر من (0.05) مما يدل على وجود اختلافات معنوية بين المتزوجين وغير المتزوجين، ونلاحظ من خلال مجموع الرتب أن مجموع الرتب للمتزوجين أكبر من الغير متزوجين ما يدل على أن الغير المتزوجين أكثر موافقة على هذه العبارات من للمتزوجين.
- 2- مستوى المعنوية المشاهد للمتغيرين (الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة، الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية) أكبر من (0.05) مما يدل على عدم وجود اختلافات معنوية بين العناصر الطبية والطبية المساعدة.

ثالثاً: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية بإدارة الخدمات الصحية مصراتة تعزى لمتغير الوظيفة

- الفرض الصفري H_0 : لا توجد اختلافات معنوية حول هذه الفرضية بين العناصر الطبية والطبية المساعدة.

- الفرض البديل H_1 : توجد اختلافات معنوية حول هذه الفرضية بين العناصر الطبية والطبية المساعدة.

وقد تم اختبار هذه الفرضية عن طريق اختبار (مان ويتي) وتم إجراء الحسابات عن طريق البرنامج الإحصائي SPSS وكانت كما بالجدول رقم (5-27).

جدول رقم (5-27) نتائج اختبار مان وتني للمقارنة من حيث الوظيفة

ر	المتغير الفرعي	الوظيفة	العدد	مجموع الرتب	مستوى المعنوية المشاهد
				Sum of Ranks	P-value
1	الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة	طبيب	69	8777	0.008
		طبيب مساعد	233	36976	
2	الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية	طبيب	69	9104	0.034
		طبيب مساعد	233	36649	
3	الاهتمام بالبيئة الصحية بالمرفق الصحي	طبيب	69	10309	0.82
		طبيب مساعد	233	35444	

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي.

من خلال النتائج السابقة نستنتج أن :

1- مستوى المعنوية المشاهد للمتغيرين (الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة، الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية) أصغر من (0.05) مما يدل على وجود اختلافات معنوية بين العناصر الطبية والطبية المساعدة، ونلاحظ من خلال مجموع الرتب أن مجموع الرتب للعناصر الطبية المساعدة أكبر من العناصر الطبية ما يدل على أن العناصر الطبية المساعدة أكثر موافقة على هذه العبارات من العناصر الطبية.

2- مستوى المعنوية المشاهد P-value للمتغير (الاهتمام بالبيئة الصحية المادية للمرافق الصحية) أكبر من (0.05) مما يدل على عدم وجود اختلافات معنوية بين العناصر الطبية والطبية المساعدة.

رابعاً: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية بإدارة الخدمات الصحية مصراتة تعزى لمتغير المؤهل العلمي

- الفرض الصفري H0: لا توجد اختلافات معنوية حول هذه الفرضية من حيث المؤهل العلمي.

- الفرض البديل H1: توجد اختلافات معنوية حول هذه الفرضية وقد تم اختبار هذه الفرضية من حيث المؤهل العلمي .

وقد تم اختبار هذه الفرضية عن طريق اختبار (مان وبيتتي) وتم إجراء الحسابات عن طريق البرنامج الإحصائي SPSS وكانت كما بالجدول رقم (5-28).

جدول رقم (5-28) نتائج اختبار مان وتني للمقارنة من حيث المؤهل العلمي

ر	المتغير الفرعي	المؤهل العلمي	العدد	مجموع الرتب	مستوى المعنوية المشاهد
				Sum of Ranks	P-value
1	الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة	دبلوم متوسط	93	157.85	0.468
		دبلوم عالي	33	152.47	
		بكالوريوس	166	143.81	
		ماجستير-دكتوراه	7	180.86	
2	الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية	دبلوم متوسط	93	164.2	0.172
		دبلوم عالي	33	150.98	
		بكالوريوس	166	140.79	
		ماجستير-دكتوراه	7	175.07	
3	الاهتمام بالبيئة الصحية بالمرافق الصحي	دبلوم متوسط	93	150.18	0.649
		دبلوم عالي	33	158.92	
		بكالوريوس	166	146.71	
		ماجستير-دكتوراه	7	183.5	

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي.

من خلال النتائج السابقة نستنتج أن مستوى المعنوية المشاهد للمتغيرات (الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة، الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية، الاهتمام بالبيئة الصحية المادية للمرافق الصحية) أكبر من (0.05) مما يدل على عدم وجود اختلافات معنوية من حيث المؤهل العلمي.

خامسا: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية بإدارة الخدمات الصحية مصراتة تعزى لمتغير الوظيفة سنوات الخبرة .

- الفرض الصفري H0: لا توجد اختلافات معنوية حول هذه الفرضية من حيث سنوات الخبرة.

- الفرض البديل H1: توجد اختلافات معنوية حول هذه الفرضية من حيث سنوات الخبرة.

وقد تم اختبار هذه الفرضية عن طريق اختبار (مان ويتي) وتم إجراء الحسابات عن طريق البرنامج الإحصائي SPSS وكانت كما بالجدول رقم ((5-29)).

جدول رقم (5-29) نتائج اختبار مان وتني للمقارنة من حيث سنوات الخبرة

مستوى المعنوية المشاهد	مجموع الرتب	العدد	سنوات الخبرة	المتغير الفرعي	ر
P-value	Sum of Ranks				
0.171	142.04	136	أقل من 5 سنوات	الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة	1
	152.82	68	من 5 إلى أقل من 10 سنوات		
	163.72	98	من 10 سنوات فأكثر		
0.023	142.32	136	أقل من 5 سنوات	الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية	2
	141.12	68	من 5 إلى أقل من 10 سنوات		
	171.44	98	من 10 سنوات فأكثر		
0.138	140.67	136	أقل من 5 سنوات	الاهتمام بالبيئة الصحية بالمرفق الصحي	3
	157.15	68	من 5 إلى أقل من 10 سنوات		
	162.61	98	من 10 سنوات فأكثر		

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي

من خلال النتائج السابقة نستنتج أن :

1- مستوى المعنوية المشاهد للمتغيرين (الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية) أصغر من (0.05) مما يدل على وجود اختلافات معنوية من حيث سنوات الخبرة، ونلاحظ من خلال مجموع الرتب أن مجموع الرتب من مجموع الرتب لذوي الخبرة (من 10 سنوات فأكثر) أكبر من (أقل من 5 سنوات، من 5 إلى أقل من 10 سنوات) ما يدل على أن العناصر من ذوي الخبرة (من 10 سنوات فأكثر) أكثر موافقة على هذه العبارات.

2- مستوى المعنوية المشاهد P-value للمتغير (الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة، الاهتمام بالبيئة الصحية المادية للمرافق الصحية) أكبر من (0.05) مما يدل على عدم وجود اختلافات معنوية من حيث سنوات الخبرة .

(5-5) النتائج والمناقشة والتوصيات

أولاً: النتائج

- 1- أظهر نتائج التحليل الوصفي لفقرات الاستبانة، شعور الأفراد (عينة الدراسة) بتدني مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية بإدارة الخدمات الصحية (محل الدراسة) من خلال أبعادها المختلفة (الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة، الاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية، الاهتمام بالبيئة الصحية المادية للمرفق الصحي).
- 2- وجود علاقة ارتباط معنوية وهي طردية وقوية بين اهتمام الإدارة بالعناصر الطبية والطبية المساعدة وكفاءة أداء الخدمة الصحية، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط سبيرمان (0.84) هي ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05).
- 3- وجود علاقة ارتباط معنوية طردية وقوية بين اهتمام الإدارة بالأجهزة والمستلزمات الطبية وكفاءة أداء الخدمة الصحية، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط سبيرمان (0.81)، وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05).
- 4- وجود علاقة ارتباط معنوية طردية وقوية بين اهتمام الإدارة بالبيئة الصحية للمرفق الصحي وكفاءة أداء الخدمة الصحية، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط سبيرمان (0.79)، وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05).
- 5- وجود علاقة تأثير قوية (للاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية، والاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة، والاهتمام بالبيئة الصحية للمرفق الصحي) على التوالي في كفاءة أداء الخدمات الصحية.
- 6- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية بإدارة الخدمات الصحية مصراتة تعزى للمتغير الشخصي الآتي (الجنس).
- 7- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية بإدارة الخدمات الصحية مصراتة للمتغير (الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة) تعزى للمتغير الشخصي الآتي (الحالة الاجتماعية).
- 8- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية بإدارة الخدمات الصحية مصراتة للمتغيرات (الأجهزة والمستلزمات الطبية، البيئة الصحية للمرفق الصحي) تعزى للمتغير الشخصي (الحالة الاجتماعية).
- 9- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية بإدارة الخدمات الصحية مصراتة للمتغيرات (العناصر الطبية والطبية المساعدة، الأجهزة والمستلزمات الطبية) تعزى للمتغير الشخصي (نوع الوظيفة).

- 10- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية بإدارة الخدمات الصحية مصراتة للمتغير (البيئة الصحية للمرفق الصحي) تعزى للمتغير الشخصي (نوع الوظيفة) .
- 11- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية بإدارة الخدمات الصحية مصراتة تعزى للمتغير الشخصي (المؤهل العلمي) .
- 12- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية بإدارة الخدمات الصحية مصراتة للمتغير (الأجهزة والمستلزمات الطبية) تعزى للمتغير الشخصي (سنوات الخبرة) .
- 13- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كفاءة أداء الخدمات الصحية بإدارة الخدمات الصحية مصراتة للمتغير (العناصر الطبية والطبية المساعدة، البيئة الصحية للمرفق الصحي) تعزى للمتغير الشخصي (سنوات الخبرة) .

ثانياً: المناقشة

1- دراسة (عطية مصلح، 2011)، بعنوان " قياس جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية". هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر العاملين والمرضى بينما استهدف الباحث لتحقيق هدفه على العناصر الطبية والطبية المساعدة فقط، واتفقت الدراستان في اعتمادها على الاستبيان، ومن خلال النتائج كانت دراسة (مصلح) كانت عالية من جميع أبعادها أي أن المبحوثين على رضا تام للخدمات المقدمة، بينما كانت نتائج الباحث منخفضة من جميع متغيراتها أي أن المبحوثين غير راضيين عن الخدمات المقدمة.

2- دراسة (حميد حسين فرحان، 2010)، بعنوان " تقويم كفاءة الخدمات الصحية في مدينة العامرية- العراق"، هدفت الدراسة إلى تشخيص مواقع الخلل في متغيرات الخدمات الصحية المتمثلة في التوزيع المكاني والنوعي للمؤسسات الصحية بينما هدفت دراسة الباحث إلى التعرف على مستوى اهتمام إدارة الخدمات الصحية بمتغيرات الخدمات الصحية المتمثلة في اهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة ومدى توفرها للتجهيزات والمستلزمات الطبية واهتمامها بالبيئة الصحية للمرافق الصحية، وكانت النتائج متوافقة بالدراستين حيث وجد أن هنالك تدني في الخدمات الصحية المقدمة.

3- دراسة (طلال بن عابد الأحمد، 2009)، بعنوان " تقييم كفاءة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية"، هدفت الدراسة إلى تقييم كفاءة الخدمات الصحية وهي ما اتفق مع الهدف الرئيسي لدراسة الباحث، واعتمد (الأحمد) على استخدام مغلف البيانات لقياس الكفاءة النسبية من خلال تحديد المدخلات والمخرجات وذلك من خلال الأداء الفعلي، بينما اعتمد الباحث على استمارة الاستبانة التي تتضمن أسئلة عن مدى توفر الإمكانيات البشرية والمادية.

اختلفت بعض النتائج بين الدراستين، حيث كانت نتائج دراسة الباحث عن وجود تدني في مستوى الخدمات المقدمة حسب المتغيرات المحددة (الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة، والاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية، والاهتمام بالبيئة الصحية للمرافق الصحية)، أما دراسة (الأحمد) فكانت مجزئة إلى مجموعة من المناطق التي تتضمن عدد من المراكز الصحية وتم تقسيمها حسب الكفاءة النسبية لكل منطقة إلى فئتين، الأولى: مراكز رعاية صحية أولية يرجع عدم تحقيقها للكفاءة النسبية لضعف إدارتها في التغلب على العوامل البيئية أو الخارجية فقط وهي: مجموعة مراكز مناطق الرياض، حفر الباطن،

والقريات، الثانية: مجموعة مراكز رعاية صحية أولية يرجع عدم تحقيقها للكفاءة النسبية لضعف إدارتها في التغلب على العوامل البيئية أو الخارجية وضعفها في إدارة العمليات الداخلية، وهي: مجموعة مراكز مناطق عسير، القصيم، حائل، الجوف، الحدود الشمالية، جدة، الطائف، نجران، تبوك.

4- دراسة (إبراهيم دخيل، 2008)، بعنوان "توزع الخدمات التعليمية والصحية وتطورها في مدينة طرابلس - ليبيا، هدفت كلا الدراستين إلى تقييم كفاءة الخدمات الصحية، واختلفت الدراستين في أداة التقييم، حيث اعتمد (إبراهيم دخيل) على إجراء حصر ومسح جغرافي لتوزيع المرافق الصحية بمدينة طرابلس، بينما اعتمد الباحث في دراسته على استمارة الاستبانة لتقييم الإمكانيات المادية والبشرية المتوفرة.

وكانت النتائج متوافقة حيث وجد أن هنالك تدني في الخدمات الصحية.

5- دراسة (الهيتي، 2007)، بعنوان " قياس اتجاهات المرضى والعاملين نحو جودة خدمات المستشفيات العاملة في جنوب الأردن، اختلفت الأهداف بين الدراستين، حيث درس (الهيتي) قياس مستوى جودة الخدمات في المستشفيات باستخدام مقياس SERVPERF (للأداء الفعلي)، بينما هدفت دراسة الباحث إلى تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية بمراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لإدارة الخدمات الصحية باستخدام استمارة الاستبانة، كذلك استهدفت دراسة (الهيتي) المرضى والعاملين بالمستشفيات، بينما استهدف الباحث العناصر الطبية والطبية المساعدة فقط، واتفقت الدراستين في نتائج الدراسة حيث كانت اتجاهات العاملين للخدمات الصحية متدنية، وأوصت الدراستين على ضرورة تبني برامج تدريبية وتطوير للخدمات الصحية.

6- دراسة (فتحي الجعكي، 2006)، بعنوان "أثر حجم الإمكانيات (المادية والبشرية) على مستوى تقديم الخدمات بالمراكز التأهيلية-دراسة تطبيقية على مركز تأهيل المعاقين (جنزور - بنغازي)، اتفقت الدراستين في تحديد الهدف من الدراسة فكل منها يدرس طبيعة العلاقة بين الإمكانيات المقدمة ومستوى الخدمات الصحية، واتفقتا في استخدام أداة الدراسة فكل منها تم استخدام استمارة الإستبانة، واختلفت في نوعية الخدمات المدروسة، حيث قام (فتحي الجعكي) بدراسة مراكز تأهيل المعاقين بينما قام الباحث بدراسة مستوى الخدمات الصحية المقدمة بإدارة الخدمات الصحية.

وكانت النتائج في الدراستين متوافقة حيث اتفقتا على أن هنالك تدني في مستوى الخدمات الصحية.

7-دراسة(إيمان العزابي، 2003)، بعنوان "العوامل المحددة لمستوى كفاءة الخدمات الصحية لمنطقتي طرابلس وبنغازي، اتفقت الدراستان من حيث الهدف فقد هدفت كل منها الى التعرف على الخدمات الصحية المقدمة، كذلك اتفقت في نتائج الدراسة حيث كل منها اتفق على تدني مستوى الخدمات الطبية.

8-دراسة (Eleuch,2011) بعنوان " إدراك نوعية الخدمات الصحية في اليابان " اتفقت مع دراسة الباحث في الأهداف حيث هدفت الدراستين إلى تقييم الخدمات الصحية، واختلفت الدراستين في تحديد مجتمع الدراسة حيث استهدفت دراسة Eleuch، المرضى بينما استهدفت دراسة الباحث العناصر الطبية والطبية المساعدة، واتفقت الدراستين على الحاجة إلى اعتماد التطور والتدريب للرفع من مستوى الخدمات الصحية المقدمة.

ثالثاً: التوصيات

في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة يوصي الباحث بما يأتي:

- 1- ضرورة العمل على الاهتمام بمقدمي الخدمة (العناصر الطبية والطبية المساعدة)، لأنهم يشكلون المحور الأساس في تقديم الخدمة الطبية للمرضى، وذلك من خلال القيام بدورات تدريبية مكثفة بما يتماشى والتطور التقني.
- 2- على إدارة الخدمات الصحية مصراتة الرفع من كفاءة الأداء المؤسسي من خلال توفير الحوافز المادية.
- 3- ضرورة وضع آلية مناسبة لتوفير الأجهزة والمستلزمات الطبية المطلوبة بالتنوع والكمية المناسبين.
- 4- ضرورة توفير الصيانة الدورية للأجهزة الطبية وذلك من خلال إعداد فريق صيانة للأجهزة الطبية.
- 5- إدخال نظم العلاج بالأجهزة الحديثة وتحديث أساليب العلاج وتطوير الأجهزة الحالية.
- 6- ضرورة الاهتمام بالبيئة الصحية للمرافق الصحية باعتبارها محوراً أساسياً لتقديم أفضل الخدمات الصحية، والمحافظة على توفير التهوية الصحية المناسبة ونظام مكافحة الحشرات .
- 7- ضرورة التعاقد مع شركات (محرقة) للتخلص من النفايات الطبية باعتبارها من أكبر المسببات للتلوث البيئي للمستشفيات بشكل خاص والبيئة المحيطة بشكل عام.
- 8- يجب مراعاة التصميم الهندسي للمرفق الصحي مع ما يقدمه من خدمات والتقييد بالمعايير المحددة للمرافق الصحية حسب تصنيفها.
- 9- تقترح الدراسة دعم وتعزيز المرافق الصحية التابعة لإدارة الخدمات الصحية بالموارد الأساسية لتقديم الخدمة.
- 10- توصي الدراسة بإجراء دراسة مستقبلية في نفس القطاع وفي قطاعات خدمية صحية أخرى بمدينة مصراتة وكذلك بدراسة أبعاد أخرى غير الأبعاد المدروسة مثل (النظام الإداري والمعلوماتي والمالي للقطاع ومدى تأثيرهم في كفاءة أداء الخدمات الصحية).

المراجع

أولاً: الكتب

- 1- البغدادي، قريصة، علاء حسام الدين، عبدالباسط محمد، 2001، **تقنيات و أجهزة طبية نظري وتطبيقي**، معهد التقنية الطبية، مصراتة.
- 2- البكري، تامر ياسر، 2012، **تسويق الخدمات الصحية**، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.
- 3- البكري، تامر، 2011، **الصحة والسلامة العامة**، دار الفكر، عمان، الأردن.
- 4- البكري، تامر ياسر، 2005، **إدارة المستشفيات**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 5- البياتي، حسين ذنون علي، 2009، **المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات وجهة نظر معاصرة**، دار وائل للنشر، عمان، الأردن.
- 6- العجلوني، موسى طه، 2011، **إدارة السجلات الطبية في المستشفيات الحديثة**، دار الفكر، عمان، الأردن.
- 7- القضاة، حسن صالح سليمان، 2011، **القيادة.مدخل في إدارة المستشفيات**، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .
- 8- القضاة، حسن صالح سليمان، 2013، **إدارة العلاقات العامة- مدخل في إدارة المستشفيات والخدمات الصحية**، دار وائل للنشر، عمان، الأردن.
- 9- السكارنة، بلال خلف، 2013، **التطوير التنظيمي الإداري**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 10- الساعاتي، عبدالإله سيف الدين، 1998، **مبادئ إدارة المستشفيات**، دار الفكر العربي، الرياض، السعودية.
- 11- الملكاوي، إبراهيم مخلوف، 2008، **إدارة الأداء باستخدام بطاقة الأداء المتوازن**، مؤسسة الورق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 12- النياز، عبدالعزيز بن حبيب، 1425، **جودة الرعاية الصحية الأسس النظرية و التطبيق العملي**، الرياض، السعودية.
- 13- بارك وآخرون، ترجمة الهوني والحضير، الزروق الهوني، سالم الحضير، 1998، **الموجز في طب المجتمع**، مجمع الفاتح للجامعات، طرابلس .

- 14- بواعنة، عبدالمهدي، 2004، إدارة الخدمات و المؤسسات الصحية - مفاهيم نظريات و أساسيات في الإدارة الصحية، دار الحامد للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.
- 15- بيري، محمد أحمد، 2001، الإدارة ومستوى الأداء- مقالات نقدية لأساليب تنفيذ النظم الإدارية، دار الكتب الوطنية، الطبعة الأولى، بنغازي-ليبيا.
- 16- جاد الرب، سيد محمد، 1997، إدارة المنظمات الصحية والطبية-منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، دار النهضة العربية، القاهرة.
- 17- حسونة، فيصل، 2011، إدارة الموارد البشرية، دار أسامة للنشر و التوزيع ، الأردن.
- 18- خياط، محمد هيثم، 2007، الكتاب الطبي الجامعي للإدارة الصحية، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق الأوسط، بيروت، لبنان.
- 19- ذياب والساعاتي، صلاح محمود وعبدالله سيف الدين، 2012، إدارة المستشفيات - منظور شامل، دار الفكر للنشر، عمان.
- 20- ذياب، صلاح محمود، 2013، إدارة و تسويق الخدمات الصحية، دار الفكر - عمان الأردن.
- 21- ذياب، صلاح محمود، 2009، إدارة خدمات الرعاية الصحية، دار الفكر ناشرون و موزعون، عمان.
- 22- زهران، مضر، 2013، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران للنشر و الطباعة، عمان، الأردن.
- 23- سعد، سامية جلال، 2006، الإدارة البيئية المتكاملة للمستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر.
- 24- عليوة، السيد، 2001، إدارة الأزمات في المستشفيات، ايتراك للطباعة والنشر، القاهرة، مصر.
- 25- منذر ونعمة الله، أحمد محمد، أحمد رمضان، 1995، اقتصاديات الموارد والبيئة، مؤسسة شباب الجامعة، القاهرة، مصر.
- 26- مخيمر والطعامنة، عبدالعزيز جميل ومحمد محمود، 2003، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر.
- 27- مخبير، حنان محمود، 2010، إدارة المستشفيات، المركز العربي للتعريب و الترجمة و التأليف والنشر - سوريا.

28- نصيرات، فريد توفيق، 2014، إدارة المستشفيات، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، الأردن.

29- نصيرات، فريد توفيق، 2007، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.

ثانيا: الرسائل والبحوث العلمية

- 1- الجعكي، فتحي محمد مسعود، 2006، أثر حجم الإمكانيات (المادية والبشرية) على مستوى تقديم الخدمات بالمراكز التأهيلية-دراسة تطبيقية على مركز تأهيل المعاقين (جنزور - بنغازي)، رسالة ماجستير غير منشورة، أكاديمية الدراسات العليا، طرابلس، ليبيا.
- 2- العزابي، إيمان عياد، 2003، العوامل المحددة لمستوى كفاءة الخدمات الصحية لمنطقتي طرابلس وبنغازي خلال الفترة 1997-2001، رسالة ماجستير غير منشورة، أكاديمية الدراسات العليا، طرابلس، ليبيا.
- 3- الطائي، عادل محمد، 1999، "الخدمات الصحية ونوعيتها باعتماد مدخل التقسيم التسويقي"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصل.
- 4- أم العز، حمودي، 2012، "دور تطوير المنتجات في تحسين أداء المؤسسات الصغيرة والكبيرة"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
- 5- العثمان، محمد بن عبدالله، 2003، تفويض السلطة وأثره على كفاءة الأداء، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإدارية، السعودية.
- 6- المربع، صالح بن سعد، 2004، التطوير التنظيمي وعلاقته بالأداء من وجهة نظر العاملين في المديرية العامة للجوازات"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية.
- 7- جبين، عبدالوهاب محمد، 2009، "تقييم الأداء في الإدارات الصحية بمديرية الشؤون الصحية بمحافظة الطائف"، جامعة لليمن العالمية، رسالة دكتوراه غير منشورة، سورية.

- 8- دخيل، إبراهيم دخيل، 2008، "توزع الخدمات التعليمية والصحية وتطورها في مدينة مصراتة- ليبيا ما بين (1984 - 2004)م" رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة دمشق، سوريا.
- 9- دليلى، بوزناد، 2012، "ضرورة تفعيل التوجه التسويقي للوصول إلى جودة الخدمة في المؤسسات الصحية العمومية- دراسة على قطاع الصحة بالجزائر"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، الجزائر.
- 10- سفيان، عصماني سفيان، 2006، "دور التسويق في قطاعات الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها- دراسة حالة مصحة الصنوبر بمدينة سطيف"، جامعة محمد بوضياف مسيلة، رسالة ماجستير غير منشورة، سطيف-الجزائر
- 11- عائشة، عتيق عائشة، 2012، "جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية -دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة ابي بكر بلقايد، تلمسان.
- 12- عائشة، والة عائشة، 2014، "أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية"، جامعة الجزائر، رسالة ماجستير غير منشورة، عين طاية، الجزائر.
- 13- كرداشة، وفاء نايل، 2012، "تحقيق إدارة الجودة الشاملة باستخدام معايير الاعتماد في مستشفى الملكة رانيا العبد الله"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الشرق الأوسط، الأردن.

ثالثا المجالات والدوريات

- 1- عبدالعزيز، فرج عبدالعزيز، 1984 "التقنية الصناعية"، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، مجلد 23، ص ص 192-205.
- 2- ذياب، صلاح محمود، 2004، "دور صيانة أداء المستشفيات وإنتاجها"، المؤتمر العربي الثالث، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، مصر، ص ص 5-25.

- 3- مزهودة، عبدالمليك مزهودة، 2001، "الأداء بين الكفاءة والفاعلية"، مجلة العلوم الإنسانية، العدد الأول، جامعة محمد خيضر، بسكرة مجلة العلوم الإنسانية- كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية، ص ص 87-105.
- 4- صديق، حسين، 2012، "تقويم الأداء في المؤسسات الاجتماعية"، مجلة جامعة دمشق، العدد الأول، دمشق، ص ص 219-235.
- 5- الفراج، أسامة الفراج، 2009، "تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى: نموذج لقياس رضا المرضى"، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 25، دمشق، العدد الثاني، ص ص 55-75.
- 6- الحاج، عرابية الحاج، 2012، "تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية"، مجلة الباحث، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، عدد 12، ص ص 334-351.
- 7- لو كنت المسئول - دليل إدارة الرعاية الصحية الأولية على مستوى المتوسط - 1989 - منظمة الصحة العالمية.

رابعاً:- الانترنت

- 1- مصلح، عطية مصلح، 2010، "قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قفيلية، جامعة القدس المفتوحة".

www.qou.edu/arabic/researchProgram/.../r4_drAtiehMusleh.pdf

- 2- إيمان وصورية، نور الدين إيمان وكحول صورية، 2008، "الكفاءة والفاعلية - أخلاقيات المؤسسة وجهة نظر أصحاب المصلحة" جامعة محمد خيضر - بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير، قسم علوم التسيير - مدرسة الدكتوراه. www.fares-bouhakour.edu.dz/Exp.../theorie.../efficacite_performance.do

الملاحق

الملحق رقم (1)

الأكاديمية الليبية/ فرع مصراتة

مدرسة العلوم الإدارية والمالية

قسم الإدارة الصحية

السادة العناصر الطبية والطبية المساعدة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

يقوم الباحث بإعداد رسالة ماجستير بعنوان:

"تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية من وجهة نظر العناصر الطبية والطبية المساعدة -

دراسة تطبيقية على إدارة الخدمات الصحية مصراتة"

ونظراً لأهمية رأيكم في هذه الرسالة والتي نتمنى أن تسهم - بإذن الله - في دعم وتطوير الخدمات التي يقدمها قطاع الصحة في ليبيا عامة، وفي مدينة مصراتة خاصة، نأمل منكم التعاون معنا في أستفاء البيانات الواردة في الاستبيان الذي بين أيديكم بكل دقة، ونود أن نوّكد لكم أن البيانات التي سيتم الحصول عليها ستعامل بسرية تامة، وسيقتصر استخدامها على أغراض البحث العلمي فقط.

مع تقبل شكري وتقديري لكم سلفاً، وبالله التوفيق.

الباحث/ إسماعيل محمد القنطي

الأكاديمية الليبية/ فرع مصراتة

الجزء الأول: البيانات الشخصية والوظيفية

• الجنس ذكر أنثى

• الحالة الاجتماعية أعزب متزوج

• نوع الوظيفة طبيب(عنصر طبي) فني مساعد(عنصر طبي مساعد)

• المؤهل العلمي دبلوم متوسط دبلوم عالي بكالوريوس

ماجستير دكتوراه

• سنوات الخبرة أقل من 5 سنوات من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات

10 سنوات فأكثر

• الدورات التدريبية في المجال.....

.....
.....
.....

الجزء الثاني: مقياس تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تقيس شعورك تجاه تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية التي تشعر بها في المرفق الصحي، أرجو منك قراءة العبارة جيداً، ووضع علامة (صح) في الخانة التي تتفق مع رأيك.

م	العبارات	موافق بشدة	موافق	غير مهتم	غير موافق	غير موافق بشدة
1	عملية استقطاب الكوادر البشرية تتم وفق الاحتياجات والأولويات					
2	توفر إدارة الخدمات الصحية دورات تدريبية للعاملين في المرافق الصحية .					
3	توجد عدالة في توزيع العمل بين العاملين في المرافق الصحية .					
4	راتبي الشهري يتناسب مع الجهد الذي أبذله في المرفق الصحي .					
5	تقدم لي إدارة الخدمات الصحية المكافآت والترقيات التشجيعية باستمرار .					
6	تمنح إدارة الخدمات الصحية العناصر المتوقعة حوافز معنوية مناسبة.					
7	يتم تقييم العاملين في المرافق الصحية بناءً على كفاءة الأداء.					
8	توفر إدارة الخدمات للعاملين الوسائل والظروف الملائمة لتقديم الخدمة.					
9	تتعامل معي إدارة المرفق الصحي بكل ود واهتمام واحترام.					
10	تناقش معي إدارة المرفق الصحي القرارات المتعلقة بوظيفتي بمنتهى الصراحة.					
11	يمكن التواصل مع الإدارة بكل سهولة ويسر					
12	هناك سرعة استجابة من إدارة الخدمات الصحية في التعامل مع المشاكل التي يواجهها العاملون.					
13	توجد برامج للسلامة المهنية والوقائية للعاملين في المرافق الصحية.					
14	تتوفر الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية الحديثة والمتطورة					
15	توفر إدارة الخدمات المستلزمات الطبية بالكميات المناسبة.					
16	توفر إدارة الخدمات المستلزمات الطبية بالنوعيات المناسبة.					
17	هناك ضبط وتنسيق في عملية استجلاب وصرف المعدات والمستلزمات من حيث الاحتياجات.					
18	يتم تفعيل اللوائح الخاصة بضمان سلامة الأجهزة الطبية					

م	العبارات	موافق بشدة	موافق	غير مهتم	غير موافق	غير موافق بشدة
19	يتم توفير الأجهزة والمستلزمات الطبية في الوقت المناسب عند الحاجة إليها					
20	يتم وضع الأجهزة والمعدات الطبية في الأماكن المخصصة والمناسبة لها.					
21	يتناسب عدد الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية مع عدد حالات التردد في المرفق الصحي.					
22	تتم معايرة الأجهزة الطبية بشكل دوري.					
23	تتم صيانة الأجهزة الطبية بشكل فوري أثناء حدوث الأعطال.					
24	سبب أعطال الأجهزة الطبية هو قلة الصيانة الوقائية.					
25	يوجد فريق متخصص بمتابعة وصيانة الأجهزة والمعدات الطبية.					
26	تتوفر في المرفق الصحي منظومة تكييف وتهوية متكاملة وعلى مدار الساعة.					
27	يوجد في المرفق الصحي منظومة إضاءة وكهرباء جيدة.					
28	يوجد العدد الكافي من دورات المياه الصحية والنظيفة بالمرفق الصحي.					
29	يتوفر نظام حماية من الحرائق (اسطوانة إطفاء الحرائق مثلا)					
30	تهتم إدارة الخدمات الصحية في توفير الملابس الخاصة للعاملين.					
31	يوجد برنامج دائم لمكافحة العدوى ونواقل المرض					
32	يوجد العدد الكافي والملامم من الحجرات والمكاتب لتقديم الخدمات الصحية.					
33	يوفر المرفق الصحي المكان المناسب لاستقبال المرضى والمرافقين.					
34	هناك نظام صحي للتخلص من النفايات الطبية في المرفق الصحي.					
35	هناك اعتبارات للنواحي البيئية لمكان المرفق الصحي.					
36	يتناسب تصميم المرفق الصحي مع الخدمات التي يقدمها.					
37	يتوفر العدد الكافي من عمال النظافة بالمرفق الصحي.					

.....ملاحظات أخرى

.....

.....

.....

الملحق رقم (2)

قائمة بأسماء المحكمين الأكاديميين

الاسم	الدرجة العلمية	التخصص	جهة العمل
علي محجوب	محاضر	إدارة أعمال	الأكاديمية الليبية/ فرع مصراتة
محمد الأعمى	محاضر	إدارة أعمال	كلية الاقتصاد/زليتن
يوسف القطيط	محاضر	إدارة مستشفيات	كلية التقنية الطبية/ فرع مصراتة
خالد بالة	ماجستير	اقتصاد	كلية التقنية الطبية/ فرع مصراتة

قائمة بأسماء المحكمين المهنيين

الاسم	الدرجة العلمية	التخصص	جهة العمل
عبدالله سليمان الفقيه	بكالوريوس	مختبرات	إدارة الخدمات الصحية/ مصراتة
عزالدين محمد بن عبدالله	ماجستير	إدارة صحية	إدارة الخدمات الصحية/ مصراتة
هشام محمد زعبية	ماجستير	إدارة صحية	إدارة الخدمات الصحية/ مصراتة
الصادق حريب	بك	صحة مجتمع	إدارة الخدمات الصحية/ مصراتة

الملحق رقم (3)
جداول التحليل الإحصائي.

Nonparametric Correlations

Correlations

			A	B	C	ABC
Spearman's rho	A	Correlation Coefficient	1.000	.565**	.513**	.841**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000
		N	304	304	304	304
	B	Correlation Coefficient	.565**	1.000	.520**	.812**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.000
		N	304	304	304	304
	C	Correlation Coefficient	.513**	.520**	1.000	.797**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.000
		N	304	304	304	304
	ABC	Correlation Coefficient	.841**	.812**	.797**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.
		N	304	304	304	304

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

Nonparametric Correlations

Correlations

			Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Spearman's rho	Q1	Correlation Coefficient	1.000	.440**	.164**	.119 ⁺	.220**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.004	.038	.000
		N	304	304	304	304	304
	Q2	Correlation Coefficient	.440**	1.000	.310**	.199**	.300**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.000	.000
		N	304	304	304	304	304
	Q3	Correlation Coefficient	.164**	.310**	1.000	.412**	.471**
		Sig. (2-tailed)	.004	.000	.	.000	.000
		N	304	304	304	304	304
	Q4	Correlation Coefficient	.119 ⁺	.199**	.412**	1.000	.439**
		Sig. (2-tailed)	.038	.000	.000	.	.000
		N	304	304	304	304	304
	Q5	Correlation Coefficient	.220**	.300**	.471**	.439**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.
		N	304	304	304	304	304
	Q6	Correlation Coefficient	.253**	.349**	.449**	.344**	.576**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000
		N	304	304	304	304	304
	Q7	Correlation Coefficient	.288**	.273**	.481**	.295**	.358**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000
		N	304	304	304	304	304

Q8	Correlation Coefficient	.351**	.313**	.381**	.276**	.335**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000
	N	304	304	304	304	304
Q9	Correlation Coefficient	.204**	.221**	.316**	.144*	.179**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.012	.002
	N	304	304	304	304	304
Q10	Correlation Coefficient	.231**	.264**	.317**	.220**	.213**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000
	N	304	304	304	304	304
Q11	Correlation Coefficient	.197**	.207**	.274**	.243**	.206**
	Sig. (2-tailed)	.001	.000	.000	.000	.000
	N	304	304	304	304	304
Q12	Correlation Coefficient	.106	.207**	.408**	.326**	.324**
	Sig. (2-tailed)	.066	.000	.000	.000	.000
	N	304	304	304	304	304
Q13	Correlation Coefficient	.095	.258**	.382**	.344**	.409**
	Sig. (2-tailed)	.099	.000	.000	.000	.000
	N	304	304	304	304	304
A	Correlation Coefficient	.463**	.546**	.657**	.539**	.578**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000
	N	304	304	304	304	304

Welcome to Minitab, press F1 for help.

Regression Analysis: ABC versus A

The regression equation is

$$ABC = 0.902 + 0.651 A$$

Predictor	Coef	SE Coef	T	P
Constant	0.90151	0.09713	9.28	0.000
A	0.65062	0.03382	19.24	0.000

S = 0.708170 R-Sq = 55.1% R-Sq(adj) = 54.9%

Analysis of Variance

Source	DF	SS	MS	F	P
Regression	1	185.59	185.59	370.06	0.000
Residual Error	302	151.45	0.50		
Total	303	337.04			

Regression Analysis: ABC versus B

The regression equation is

$$ABC = 0.435 + 0.809 B$$

Predictor	Coef	SE Coef	T	P
Constant	0.43458	0.09470	4.59	0.000
B	0.80921	0.03291	24.59	0.000

S = 0.609704 R-Sq = 66.7% R-Sq(adj) = 66.6%

Analysis of Variance

Source	DF	SS	MS	F	P
Regression	1	224.77	224.77	604.66	0.000
Residual Error	302	112.27	0.37		
Total	303	337.04			

Regression Analysis: ABC versus C

The regression equation is

$$ABC = 1.03 + 0.566 C$$

Predictor	Coef	SE Coef	T	P
Constant	1.0286	0.1212	8.48	0.000
C	0.56554	0.04023	14.06	0.000

S = 0.821354 R-Sq = 39.6% R-Sq(adj) = 39.4%

Analysis of Variance

Source	DF	SS	MS	F	P
Regression	1	133.30	133.30	197.60	0.000
Residual Error	302	203.74	0.67		

Total 303 337.04

Summary Statistics for Discrete Variables

Q1			Q2			Q3	
Count	Percent		Count	Percent		Count	
1	11.89	25.67	1	22.56	37.00	1	77
2	27.97	37.00	2	28.62	6.00	2	111
3	6.64	6.00	3	5.05	25.00	3	18
4	39.16	25.00	4	24.24	6.33	4	75
5	14.34	6.33	5	19.53		5	19
N=	286		N=	297		N=	300
*=	18		*=	7		*=	4

Q4			Q5			Q6	
Count	Percent		Count	Percent		Count	
1	26.91	41.95	1	40.60	36.58	1	125
2	26.25	36.58	2	34.90	6.04	2	109
3	3.32	6.04	3	10.07	8.72	3	18
4	35.22	8.72	4	9.06	6.71	4	26
5	8.31	6.71	5	5.37		5	20
N=	301		N=	298		N=	298
*=	3		*=	5		*=	6

Q7			Q8			Q9	
Count	Percent		Count	Percent		Count	
1	25.93	7.36	1	21.31	10.37	1	22
2	32.66	10.37	2	35.40	6.69	2	31
3	11.11	6.69	3	8.59	49.50	3	20
4	21.89	49.50	4	26.80	26.09	4	148
5	8.42	26.09	5	7.90		5	78
N=	297		N=	291		N=	299
*=	7		*=	13		*=	5

Q10			Q11			Q12	
Count	Percent		Count	Percent		Count	
1	9.97	21.67	1	7.02	34.00	1	65
2	16.28	34.00	2	13.38	6.00	2	102
3	9.97	6.00	3	4.01	30.00	3	18
4	45.51	30.00	4	54.18	8.33	4	90
5	18.27	8.33	5	21.40		5	25
N=	301		N=	299		N=	300

*= 3

*= 5

*= 4

Wilcoxon Signed Rank Test

Test of median = 3.000 versus median > 3.000

	N	Number Missing	N for Test	Wilcoxon Statistic	P	Estimated Median
Q1	286	18	267	20238.0	0.031	3.000
Q2	297	7	282	18448.0	0.864	3.000
Q3	300	4	282	11468.0	1.000	2.500
Q4	301	3	291	15820.5	1.000	2.500
Q5	298	5	268	4982.0	1.000	2.000
Q6	298	6	280	5928.0	1.000	2.000
Q7	297	7	264	10635.0	1.000	2.500
Q8	291	13	266	12250.0	1.000	2.500
Q9	299	5	279	31221.0	0.000	4.000
Q10	301	3	271	25404.5	0.000	3.500
Q11	299	5	287	32123.0	0.000	4.000
Q12	300	4	282	14622.5	1.000	2.500
Q13	296	8	267	6728.5	1.000	2.000
Q14	300	4	280	12940.0	1.000	2.500
Q15	300	4	280	12270.0	1.000	2.500
Q16	296	8	277	11331.0	1.000	2.500
Q17	302	2	270	12155.0	1.000	2.500
Q18	300	4	259	12414.5	1.000	2.500
Q19	304	0	274	8104.0	1.000	2.000
Q20	300	4	278	21957.0	0.028	3.000
Q21	300	4	279	14112.0	1.000	3.000
Q22	301	3	266	11102.5	1.000	2.500
Q23	302	2	277	12333.0	1.000	2.500
Q24	296	8	276	36760.0	0.000	4.500
Q25	292	12	271	10222.0	1.000	2.500
Q26	293	11	280	27992.5	0.000	4.000
Q27	299	5	284	28632.5	0.000	4.000
Q28	302	2	287	16416.0	0.999	3.000
Q29	302	2	285	19775.0	0.667	3.000
Q30	301	3	271	18309.5	0.537	3.000
Q31	301	3	282	8547.0	1.000	2.000
Q32	299	5	288	10837.0	1.000	2.500
Q33	300	4	283	21569.5	0.142	3.000
Q34	299	5	265	10424.0	1.000	2.500
Q35	291	13	250	13989.5	0.931	3.000
Q36	300	4	278	6582.0	1.000	2.000
Q37	302	2	288	10542.0	1.000	2.500

المنطقة	المركز الصحي	ممارس عام	نساء وولادة	جلدية	جراحة	اطفال	ادن وانف وحنجرة	عظام	اعصاب	نفسية	مسالك	عيون
قصر احمد	المستشفى القروي قصر حمد	باطنة	نساء وولادة	جلدية	جراحة	اطفال		عظام	....	....	....	عيون
	المركز الصحي قصر حمد											
الغيران	مجمع عيادات الغيران	باطنة	نساء وولادة	جلدية	جراحة	اطفال	ادن وانف وحنجرة	عظام	....	....	مسالك	....
كرزاز	المركز الصحي كرزاز الطبي	.....	نساء وولادة	جلدية	جراحة	اطفال	....	....	....	....	....	....
	وحدة الرعاية الصحية كرزاز الساحل	باطنة	....	....	جراحة	اطفال	...	...	...	...	....	....
	المركز الصحي طمينة	باطنة	نساء وولادة	....	....	اطفال	....	...	...	...	...	...

الملحق رقم (4)

جدول يوضح توزيع العيادات التابعة لإدارة الخدمات الصحية على المرافق الصحية ومناطق مدينة مصراتة حسب التقسيم الإداري

(جدول وشكل بياني يوضح عدد العيادات التابعة لإدارة الخدمات الصحية)

Abstracts

This study aims to assess the efficiency of the performance of health services from the perspective of medical and medical assistance component at management of health services in misrata, Through the offerings of paying Attention to medical component and medical assistant and its ability to provide advanced medical devices and supplies, and interest the healthy Physical environment of the health facility.

The researcher adopted the descriptive approach, using a questionnaire as a tool to collect data of the study, that has been distributed to the size sample (310) ,that have been selected randomly , which representing (17.50%) of the community's original size ,which is (1766) medical assistant and medical component , but the Viable questionnaires to the analyzing was 304 only , accounted for (98.06%) of the distributed questionnaires, the study has analyzed the data and test the hypothesis by using the most Convenient Descriptive and inferential Statistical Analysis too, Is inferential Statistical Analysis tools

The researcher concluded a three important results, and they are :

1. The efficiency level of the performance of health services at health services management in misrata is very low at all the dimensions(paying Attention to medical component and medical assistant , Medical equipment and supplies, the healthy Physical environment of the health facility).
2. There is a strong influential relationship between (paying Attention to medical component and medical assistant , Medical equipment and supplies, the healthy Physical environment of the health facility) in a row and The efficiency level of the performance of health services .
3. There is a strong extrusive link between (paying Attention to medical component and medical assistant , Medical equipment and supplies, the healthy Physical environment of the health facility) and The efficiency level of the performance of health services .



Libyan academy / Misratah Branch
School Administrative and Financial Sciences
Health Management Division

**Assess the efficiency of the performance of health
services from the perspective of medical assistance
and medical component**

"An Applied study on health services management"

A Study to complete the requirements for a master's degree

Preparation of Student: Ismail M. elgonti

Supervised by: Saad Mohammed Embarak

2nd. semester: 2014- 2015