



الأكاديمية الليبية – فرع مصراتة

مدرسة العلوم الإدارية والمالية

قسم الإدارة

شعبة الإدارة الصحية

العنوان :

تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر متلقي الخدمة

دراسة ميدانية على المستشفيات العامة بمدينة مصراتة

قدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإدارة الصحية.

إعداد:

عادل محمد أبوشويقيير

إشراف:

د. الطيب محمد القبلي

الفصل الدراسي خريف 2016 – 2017 م.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا ۖ إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ﴾

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ

سورة البقرة الآية رقم (31)

الإهداء

إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك ولا يطيب النهار إلا بطاعتك ولا تطيب اللحظات إلا بذكرك

ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك.... ولا تطيب الجنة إلا برويتك.

إلى قبلة العارفين ومنازة العلماء... إلى الصادق الأمين... وخير المعلمين وسيد الخلق أجمعين

سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم

إلي من أحمل اسمه بكل فخر.... إلي من علمني كيف أمسك قلمي لأكتب أول حرف....إلي من

كان عرقه مدادا لقلمي....إلى من مهد لي طريق الحياة وعلمني مكارم الأخلاق

إلى التي منحني الحياة.... إلى نبع المحبة والحنان وحضن الأمان.... إلى الكريمة في عطائها

والعظيمة في شأنها....إلي من كان دعائها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي....إلي أول صوت

لمس قلبي أهدي إليها بشائر حلمي

أبي...أمي الغالية

إلي سندي وقوتي وملأذي بعد الله.... إلي من آثرني على أنفسهم.... إلي من شاركوني

أحزاني و أفراحي في مشوار حياتي...

إليكم يا من فزتم بمحبتتي.... إلي من عشت معهم أجمل لحظات عمري...

زوجي وابني محمد وبناتي ريان وريهام ورناد

الشكر والتقدير

الحمد لله على نعمة الإيمان والإسلام، والصلاة والسلام على من أرسلته رحمة للعالمين وقدوة
للسالكين « محمد » - صلى الله عليه وسلم - وأنا أنجز هذا البحث أشكر الله تعالى على عظيم
فضله وتوفيقيه ، كما لا يسعني من خلال هذا العمل المتواضع إلا أن أتقدم بجزيل الشكر
والتقدير والعرفان بالجميل إلى الدكتور الفاضل :

الطيب محمد القبلي

لدوره القيم في الإشراف طيلة مدة البحث فكان خير عون لي ، والذي زرع التفاؤل في دربي
فجزاه الله عنا كل خير .

كما أتقدم بشكر الخالص للسادة الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على قبولهم مناقشة هذه
الرسالة.

كما لا ننسى أن نشكر كل من ساعدني على إتمام هذا البحث وقدم لي العون ومد لي يد
المساعدة وزودني بالمعلومات اللازمة لإتمام هذا البحث .

قائمة المحتويات

| رقم الصفحة | المحتويات |
|--|--|
| أ | الآية القرآنية |
| ب | الإهداء |
| ج | الشكر والتقدير |
| د | قائمة المحتويات |
| ز | قائمة الجداول |
| ط | قائمة الأشكال |
| ي | المستخلص |
| الفصل الأول الإطار العام للدراسة | |
| 2 | 1.1 مقدمة |
| 3 | 2.1 مشكلة الدراسة |
| 4 | 3.1 فرضيات الدراسة |
| 4 | 4.1 أهمية الدراسة |
| 5 | 5.1 أهداف الدراسة |
| 6 | 6.1 نموذج الدراسة |
| 6 | 7.1 منهجية الدراسة |
| 6 | 8.1 مصادر جمع البيانات |
| 7 | 9.1 مجتمع وعينة الدراسة |
| 8 | 10.1 حدود الدراسة |
| 8 | 11.1 التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة |
| 10 | 12.1 الدراسات السابقة |
| الفصل الثاني الجودة الأسس والمفاهيم | |
| 18 | 1.2 : ماهية الجودة وتطورها التاريخي |

| | | |
|--|------------------------|------|
| 18 | مفهوم الجودة | 2.2 |
| 21 | مداخل الجودة | 3.2 |
| 22 | التطور التاريخي للجودة | 4.2 |
| 25 | أهمية الجودة | 5.2 |
| 27 | أهداف الجودة | 6.2 |
| 28 | أبعاد الجودة | 7.2 |
| 31 | محددات الجودة | 8.2 |
| 32 | تكاليف الجودة | 9.2 |
| 33 | حلقات الجودة | 10.2 |
| الفصل الثالث مدخل الى الخدمات | | |
| 41 | مقدمة | 1.3 |
| 41 | مفهوم الخدمة | 2.3 |
| 44 | أهمية الخدمة | 3.3 |
| 45 | خصائص الخدمة | 4.3 |
| 48 | مستويات الخدمة | 5.3 |
| 53 | تصنيف الخدمة | 6.3 |
| 55 | أنواع الخدمات | 7.3 |
| 57 | دورة حياة الخدمة | 8.3 |
| الفصل الرابع جودة الخدمة | | |
| 61 | ماهية جودة الخدمة | 1.4 |
| 64 | أبعاد جودة الخدمة | 2.4 |
| 67 | قياس جودة الخدمة | 3.4 |

| | | |
|---|---|------|
| 73 | الجودة في الخدمات الصحية | 4.4 |
| 81 | تقييم جودة الخدمات الصحية | 5.4 |
| 91 | إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية | 6.4 |
| الفصل الخامس الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة | | |
| 102 | نبذة عن المستشفيات قيد الدراسة | 1.5 |
| 103 | منهجية الدراسة | 2.5 |
| 103 | مجتمع وعينة الدراسة | 3.5 |
| 104 | أداة الدراسة | 4.5 |
| 105 | أدوات التحليل الإحصائي | 5.5 |
| 106 | صدق وثبات مقياس الدراسة | 6.5 |
| 113 | دراسة وتحليل البيانات وتفسير النتائج | 7.5 |
| 113 | خصائص عينة الدراسة | 8.5 |
| 115 | وصف محاور الدراسة | 9.5 |
| 117 | الوصف الإحصائي لإجابات أفراد العينة حسب محاور الدراسة | 10.5 |
| 126 | الإحصاء الاستدلالي لبيانات العينة | 11.5 |
| 127 | اختبار فرضيات الدراسة | 12.5 |
| الفصل السادس النتائج والتوصيات | | |
| 136 | النتائج | 1.6 |
| 139 | التوصيات | 2.6 |
| 141 | قائمة المراجع | |
| 155 | الملاحق | |

قائمة الجداول

| الصفحة | محتويات الجدول | ر.ج |
|--------|--|-----|
| 47 | خصائص الخدمات | 1 |
| 76 | الوظائف المكونة للخدمات الصحية . | 2 |
| 104 | توزيع عينة الدراسة وحركة الاستبيان | 3 |
| 107 | معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات نظام الجودة . | 4 |
| 108 | معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات الخدمات الطبية . | 5 |
| 109 | معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات الخدمات التمريضية. | 6 |
| 110 | معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات الخدمات الفندقية . | 7 |
| 111 | معامل الارتباط بين كل محور والدرجة الكلية للمقياس. | 8 |
| 112 | مستويات الثبات | 9 |
| 112 | الثبات بالاتساق الداخلي لمحاور الدراسة. | 10 |
| 114 | نوع العينة من حيث الجنس | 11 |
| 114 | نوع العينة من حيث العمر | 12 |
| 115 | نوع العينة من حيث المستوى التعليمي | 13 |
| 116 | الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمحور الخدمات الطبية | 14 |
| 117 | الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمحور نظام الجودة | 15 |
| 119 | الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمحور الخدمات الطبية | 16 |
| 112 | الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمحور الخدمات التمريضية | 17 |

| | | |
|-----|--|----|
| 124 | الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمحور الخدمات الفندقية | 18 |
| 127 | تحديد قوة الارتباط | 19 |
| 128 | تحديد قوة الارتباط | 20 |
| 128 | اختبار معاملات الانحدار ونتائج الارتباط | 21 |
| 130 | الإحصاءات المتعلقة بنموذج انحدار المتغير التابع على المتغيرات المستقلة | 22 |
| 131 | اختبار معاملات الانحدار ونتائج الارتباط | 23 |
| 132 | الإحصاءات المتعلقة بنموذج انحدار المتغير التابع على المتغيرات المستقلة | 24 |
| 133 | اختبار معاملات الانحدار ونتائج الارتباط | 25 |

قائمة الاشكال

| الصفحة | المحتويات | ر.ش |
|--------|---|-----|
| 6 | نموذج الدراسة | 1 |
| 28 | أهداف الجودة | 2 |
| 48 | مستويات الخدمة | 3 |
| 62 | مفهوم جودة الخدمة | 4 |
| 70 | نموذج الفجوة لتقييم جودة الخدمة | 5 |
| 129 | المدرج التكراري ومنحنى التوزيع الطبيعي لبواقي نموذج الانحدار الموفق | 6 |
| 131 | المدرج التكراري ومنحنى التوزيع الطبيعي لبواقي نموذج الانحدار الموفق | 7 |
| 133 | المدرج التكراري ومنحنى التوزيع الطبيعي لبواقي نموذج الانحدار الموفق | 8 |

المستخلص

شهدت العديد من المؤسسات الصحية (المستشفيات) على الصعيدين الاقليمي والعالمي تطوراً كبيراً في مستوى جودة الخدمة الصحية في الوقت الحاضر نتيجة لتبنيها تطبيق فلسفة ادارة الجودة الشاملة كاستراتيجية تهدف الى التحسين المستمر في مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة لمتلقي الخدمة (المرضى). ونظراً لحاجة المؤسسات الصحية الليبية للعمل وفق مبادئ ومعايير الجودة للحاق بتلك المؤسسات، فقد هدفت هذه الدراسة إلى تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات العامة بمدينة مصراتة من وجهة نظر متلقي الخدمة ومعرفة المعوقات التي تحول دون تقديم الخدمات الصحية الجيدة، وتقديم ما يمكن اعتباره مناسباً من مقترحات وحلول من خلال التعرف على جودة الخدمات الطبية والتمريضية والفندقية من وجهة نظر متلقي الخدمة.

وتكون مجتمع الدراسة من متلقي الخدمة بالمستشفيات العامة بمدينة مصراتة (مستشفى مصراتة المركزي، ومستشفى المحجوب القروي، ومستشفى الدرن والأمراض الصدرية)، وقد تم اختيار المنهج الوصفي التحليلي والاعتماد على الاستبانة لجمع البيانات حيث تم توزيع 450 استبانة وتم استرداد 400 استبانة أي ما نسبته (89%). ولقياس فرضيات الدراسة تم تحليل بيانات الاستبانة باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) Statistical package for social sciences وتم استخدام العديد من الأساليب الإحصائية أهمها المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والانحدار البسيط ومعامل الانحدار وغيرها. وبعد إجراء عملية التحليل لبيانات الدراسة وفرضياتها توصلت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: أن هناك ضعف واضح في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة لمتلقي الخدمة، فضلاً عن وجود تفاوت في الأهمية التي يوليها أفراد عينة البحث لكل متغير من المتغيرات الرئيسة. وقدمت الدراسة مجموعة من التوصيات لتحسين تلك الخدمات لعل أهمها الالتزام بالمعايير الأخلاقية والطبية والإدارية في التعامل مع متلقي الخدمة، وكذلك العمل على توفير مستلزمات المستشفيات سواء كان ذلك من الأجهزة أو المعدات الحديثة، وتوفير دورات تدريبية ملائمة للعاملين كل في مجاله من أجل تحسين جودة الخدمات الطبية المقدمة.

Abstract:

Several health institutions (Hospitals) have witnessed major developments in the quality of health service at the regional and global levels as a result of adopting the application of the philosophy of total quality management as a strategy aimed at achieving the continuous improvement in the quality of health service provided to service recipients (patients). Because of the need for the Libyan health institutions to work according to the principles and standards of quality in order to catch up with those institutions. In addition, this study aims to assess the quality of provided health services in public hospitals in Misurata city from the viewpoint of the recipients of the service, and also knowing the obstacles that prevent the provision of quality health services. Furthermore, this study aims to provide what could be considered appropriate proposals and solutions by identifying the quality of medical, nursing and hotel services from the perspective of the recipient of the service.

The sample of this study included the recipients of the service of public hospitals in Misurata city. The descriptive and analytical approach has been selected relying on the questionnaire which was prepared to collect the required data. 450 questionnaires were distributed, 400 out of the total were returned and included for the analysis with a percentage of about (89%). The questionnaire data and testing the hypotheses of the study were analyzed by using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Many statistical methods such as weighted means, standard deviations, simple regression coefficient and other regression were used.

After the process of data analysis, this study found a range of results, including that: there is obvious weakness in the quality of health services provided to the recipient of the service, as well as a disparity in the importance attached by the research sample for each variable of the main

variables. The study made a series of recommendations in order to improve those services such as ethical commitment, medical and administrative standards in dealing with the recipient of the service, as well as to provide a hospital requirements whether it be hardware or modern equipment, and the provision of appropriate training courses for workers in their respective fields in order to improve the quality of medical services provided.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

- 1.1 : مقدمة
- 2.1 : مشكلة الدراسة
- 3.1 : فرضيات الدراسة
- 4.1 : أهمية الدراسة
- 5.1 : أهداف الدراسة
- 6.1 : نموذج الدراسة
- 7.1 : منهجية الدراسة
- 8.1 : مصادر جمع البيانات
- 9.1 : مجتمع وعينة الدراسة
- 10.1 : حدود الدراسة
- 11.1 : التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة
- 12.1 : الدراسات السابقة

1.1 مقدمة

تعتبر جودة الخدمات الصحية من أهم القضايا التي تواجه المؤسسات الصحية، سواء كان ذلك على المستوى العالمي أو المحلي، وسواء كانت مؤسسات صغيرة أو كبيرة، لأنها تهتم بتقديم خدمات لأعلى ما تملكه المجتمعات، وهو الإنسان، كما أن تحقيق الجودة في الخدمات الصحية بشكل مستمر يضمن نجاح المؤسسة الصحية على المدى الطويل، فهي تعتبر أداة فعالة لتحقيق التحسين المستمر لجميع أوجه عمليات الخدمة، والفاعلية في تحقيق الأهداف المرجوة على مستوى الزبون أو المؤسسة أو المجتمع ككل.

إن المستفيد من الخدمات الصحية يعد مصدراً للمعلومات التي يمكن إستخدامها للحكم على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة فيما يتعلق بمواصفات الخدمة من الإقامة والعلاج والتشخيص والخصائص التنظيمية وغيرها.

وحيث أنه وخلال العشرين سنة الماضية إستقر رأي أغلب الدراسات على أن حكم متلقى الخدمة على جودة الخدمات الصحية يمكن قياسه بكل دقة من خلال عدة مؤشرات. و من أهمها هو "درجة رضا المرضى" والتي يمكن معرفتها عن طريق إستبيانات يعبر متلقى الخدمة فيها عن احتياجاتهم وتوقعاتهم وتصوراتهم لرعاية المستشفى. وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن رضا المريض لا غنى عنه عند تقييم جودة الخدمات الصحية وتخطيطها وإدارتها.

لقد أصبح مبدأ تحقيق الجودة في المؤسسات الصحية مطلباً أساسياً تحرص عليه جميع الدول وتؤكد عليه توجهات منظمة الصحة العالمية، وليبيا من بين الدول التي تسعى لتحسين وتطوير قطاع الصحة، من خلال الإصلاحات التي تباشرها وزارة الصحة في المستشفيات لتحقيق الجودة في الخدمات الصحية المقدمة، وانطلاقاً من ذلك جاءت هذه الدراسة لتسلط الضوء على

موضوع تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العامة بمدينة مصراته من وجهة نظر متلقى الخدمة.

2.1 مشكلة الدراسة :

أصبحت الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات تحتل دورا مهما في حياة المجتمع، وتساهم في رفاهيتهم، فمستوى الخدمات الصحية المقدمة في مجتمع ما، هي مقياس لمدى تقدمه أو تخلفه، ومن جانب آخر أصبح متلقى الخدمة، لا يقبل بالمستويات المتدنية للخدمات بل وفرض نفسه كطرف مهم يحكم على صورة ومكانة المؤسسة من منظور جملة من المعايير تأتي في مقدمتها الجودة التي تعتبر الأهم بالنسبة للمريض والأصعب بالنسبة للمؤسسة.

من خلال عمل الباحث وخبرته في قطاع الصحة تبين له وجود بعض المشاكل والعيوب المتعلقة بالمؤسسات الصحية ذاتها من حيث قلة الإمكانيات المادية والبشرية المتخصصة وضعف الشعور بالمسئولية المهنية والأخلاقية لدى بعض العاملين لديها مما تسببت في ضعف أداء العمل وتدني مستوى الخدمات المقدمة في المستشفيات العامة في مدينة مصراته، ويدل على ذلك اتجاه غالبية المواطنين للبحث عن العلاج في الدول المجاورة.

إن التعرف على مستوى جودة الخدمات المقدمة في المستشفيات من وجهة نظر متلقى الخدمة، سيوفر لها معلومات عن نقاط القوة التي يجب تنميتها ومراكز الضعف التي يجب معرفة أسبابها ومحاولة معالجتها، لكي تتمكن من كسب رضا متلقى الخدمات والإرتقاء بمستوى أدائها. وبالتالي يمكن صياغة مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي الآتي :-

ما هو مستوى جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر متلقى الخدمة التي تقدمها المستشفيات قيد الدراسة ؟

ويندرج تحت هذا السؤال الرئيسي الأسئلة الأتية:

1- ما مستوى جودة الخدمات الطبية المقدمة من وجهة نظر متلقى الخدمة بالمستشفيات قيد الدراسة؟

2- ما مستوى جودة الخدمات التمريضية المقدمة بالمستشفيات قيد الدراسة من وجهة نظر متلقى الخدمة؟

3- ما مستوى جودة الخدمات الفندقية المقدمة بالمستشفيات قيد الدراسة من وجهة نظر متلقى الخدمة؟

3.1: فرضيات الدراسة :

من خلال تحديد المشكلة يمكن صياغة الفرضيات التالية:

1- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الخدمات الطبية المقدمة وجودة الخدمات الصحية عند مستوى دلالة معنوية (0.05).

2- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الخدمات التمريضية المقدمة وجودة الخدمات الصحية عند مستوى دلالة معنوية (0.05).

3- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الخدمات الفندقية المقدمة وجودة الخدمات الصحية عند مستوى دلالة معنوية (0.05).

4.1 : أهمية الدراسة :

تتبع أهمية الدراسة من خلال الدور التي تلعبه المؤسسات الصحية كقطاع خدمي حساس وفعال في احداث التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وكذلك دور جودة الخدمة في تحقيق المؤسسات الصحية لأهدافها بالكيفية المطلوبة، وهذا يتطلب التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة لمتلقي الخدمة، ومدى توافقها مع احتياجاتهم ورغباتهم .

ويمكن عرض أهمية الدراسة :

من الناحية العلمية: تتبع أهمية الدراسة في إثراء الجانب المعرفي في مجال الجودة بشكل عام وفيما يتعلق بالخدمات الصحية بشكل خاص، سيما وأن إجراء هذه الدراسة تساعد على إجراء المزيد من الاستقصاء حول هذا الموضوع. ستكون هذه الدراسة من الجانب النظري بمثابة إضافة علمية للمكتبة العربية.

من الناحية العملية: يمكن لنتائج هذه الدراسة أن تسهم بصورة كبيرة في توضيح مقياس جودة الخدمات الصحية المقدمة من خلال تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر متلقى الخدمة، مما يساعد المديرين أو المسؤولين على الإلمام بتلك الجوانب وتحسين تلك الخدمات.

5.1: أهداف الدراسة :

تهدف هذه الدراسة إلى الوقوف على واقع الخدمات الصحية في المستشفيات العامة بمدينة مصراته من وجهة نظر متلقى الخدمة ومعرفة المعوقات التي تحول دون تقديم خدمات صحية جيدة، لتقديم ما يمكن اعتباره مناسباً من مقترحات وحلول كما تهدف هذه الدراسة إلى :

1. التعرف على جودة الخدمات الطبية من وجهة نظر متلقى الخدمة من أجل تحسينها والعمل على ارضاء المستفيدين منها.

2. التعرف على مستوى جودة الخدمات التمريضية من وجهة نظر متلقى الخدمة من أجل تحسينها والعمل على ارضاء المستفيدين منها.

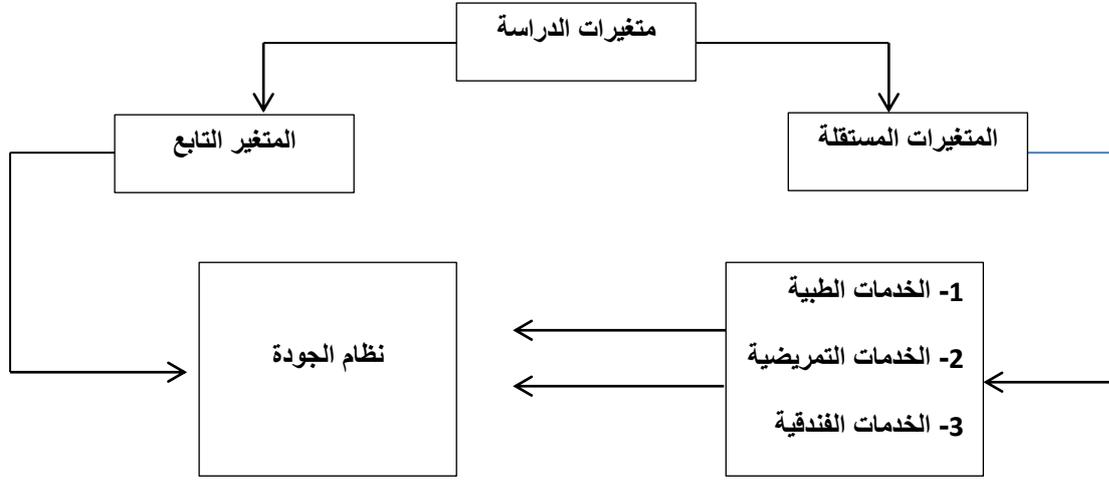
3. التعرف على مستوى جودة الخدمات الفندقية من وجهة نظر متلقى الخدمة من أجل تحسينها والعمل على ارضاء المستفيدين منها.

4. التعرف على الدور الذي تلعبه الجودة في الرفع من مستوى الخدمات الصحية

5. تقديم مجموعة من التوصيات والمقترحات التي يمكن أن تفيد المستشفيات قيد الدراسة.

6.1: نموذج الدراسة :

يوضح نموذج الدراسة المتغيرات المستقلة والمتغير التابع كما بشكل (1) :



الشكل (1) نموذج الدراسة

المصدر : إعداد الباحث

7.1: منهجية الدراسة :

منهج الدراسة :

تسعى هذه الدراسة إلى التعريف بتقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة داخل المستشفيات العامة بمدينة مصراتة من وجهة نظر متلقي الخدمة ومن خلال أداة الدراسة المتمثلة في استبيان تم إعداده بالخصوص حيث تناول الاستبيان الصفات الشخصية والوظيفية لعينة الدراسة واشتمل الاستبيان على مجموعة من الفقرات عددها (32) وزعت على أربعة محاور، ثم تم تفرغ البيانات وتبويبها واستخدام البرنامج الإحصائي SPSS في عرض الجداول التكرارية واختبار فرضيات الدراسة .

8.1: مصادر جمع البيانات :

استخدم الباحث مصدرين لجمع بيانات الدراسة هما :

أ. المصادر الثانوية : تم الحصول عليها من خلال الاطلاع على أدبيات الموضوع من دراسات وأبحاث سابقة، وكذلك من الكتب والمجلات العلمية المتخصصة وغيرها، من أجل إعداد هذا البحث .

ب. المصادر الأولية : وذلك من خلال العينة التي تم اختيارها لغرض الدراسة، وما تم الحصول عليها من بيانات أساسية تم جمعها ميدانياً من خلال استمارة الاستبيان.

9.1: مجتمع وعينة الدراسة :

أ. مجتمع الدراسة :

يقصد بالمجتمع، مجموع وحدات البحث أو الدراسة التي يراد الحصول على معطيات عنها، ويشمل مجتمع هذه الدراسة الأصلي جميع متلقي الخدمة داخل المستشفيات العامة وهي (مستشفى مصراتة المركزي، ومستشفى المحجوب القروي، ومستشفى الدرن والأمراض الصدرية) والمقيمين بمدينة مصراتة والبالغ تعدادهم وفق آخر إحصاء سكاني (450,000) ألف نسمة .

ب. عينة الدراسة :

ولقد تم اختيار العينة بطريقة العينة العشوائية البسيطة من جميع متلقي الخدمة داخل المستشفيات العامة، وذلك لغرض عدم التحيز في اجابات أفراد العينة على الاستبيان، وتم تحديد حجم العينة بناءً على جدول (Krejicie and Morgan 1970) (أنظر الملحق رقم 3) لتحديد حجم العينة، فكان حجم العينة من (450) متلقي الخدمة .

ج. الأدوات الإحصائية المستخدمة :

لغرض إجراء التحليل الإحصائي اللازم للدراسة فإنه تم الاعتماد على تطبيق أدوات التحليل الإحصائي باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية، والمعروف اختصاراً ببرنامج (SPSS) .

10.1: حدود الدراسة :

تم تقسيم هذه الحدود إلى :

الحدود المكانية: تم تطبيق هذه الدراسة على المستشفيات العامة بمدينة مصراتة (مستشفى مصراتة المركزي، ومستشفى المحجوب القروي، ومستشفى الدرن والأمراض الصدرية) .

الحدود الزمنية: كانت فترة الدراسة من خريف 2016 إلى خريف 2017.

الحدود الموضوعية: ركزت هذه الدراسة على التعرف على تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر متلقي الخدمة.

11.1: تعريفات مصطلحات الدراسة :

1. الجودة:

هي قياس المستوى الحقيقي للخدمة المقدمة مع بذل الجهود اللازمة لتعديل مستوى هذه

الخدمة، وذلك بناءً على نتائج قياس مستوى هذه الخدمة (بوكميش، 2011، 21).

2. الخدمة:

نشاط أو منفعة يقدمها طرف إلى طرف آخر وتكون في الأساس غير ملموسة ولا يترتب عليها أية ملكية. فتقديم الخدمة قد يكون مرتبطاً بمنتج مادي أو لا يكون (الطائي والعلاق، 2009، 16).

3. جودة الخدمة:

تلك الدرجة من الرضا التي يمكن أن تحققها الخدمة للمستخدمين والزبائن عن طريق إشباع وتلبية حاجاتهم وورغباتهم وتوقعاتهم (مجيد والزيادات، 2007، 17، 18).

4. جودة الخدمات الصحية :

تحقيق أفضل نتيجة لكل مريض وتجنب المضاعفات التي قد يسببها الطبيب المعالج ثم الاهتمام بالمريض وذويه بصورة تحقق التوازن بين ما أنفقه المريض وما حصل عليه من فوائد، إضافة إلى ضرورة التوثيق المعقول للعملية التشخيصية والعلاجية (عدنان، 2012، 55).

5. الخدمات الطبية:

هي مدى السيطرة التي يمتلكها الأطباء على معارفهم ومهاراتهم وخبراتهم وسلوكياتهم في أثناء تقديم الخدمات في المجال العلاجي والسريري والسلوكي للمرضى من خلال الاستقصاء العلمي والتفكير التقديري والتحليل المنطقي المبني على الأدلة، (الفرّاج، 2009، 64).

6. الخدمات التمريضية:

هي مدى السيطرة التي تمتلكها العناصر التمريضية على معارفهم ومهاراتهم وخبراتهم وسلوكياتهم في أثناء تقديم الخدمات في المجال التمريضي والسلوكي للمرضى في أثناء إقامة المريض في المشفى، (الفرّاج، 2009، 65).

7. الخدمات الفندقية:

هي إجمالي الخدمات الفندقية التي تُقدم للمريض المقيم بغية العلاج والاستشفاء والمتعلقة بالهدوء والنظافة والطعام والأثاث. وتعتبر الخدمات الفندقية بفروعها الثلاث الطعام، التدبير المنزلي وخدمات الغسيل والكي من الخدمات الأساسية والحيوية في المستشفى، ويعتمد نجاح المستشفى بدرجة كبيرة على قدرته في إنتاج وتوفير هذه الخدمات بجودة عالية وبكلفة قليلة، (أبوزيتون، 2006، 177).

8. متلقي الخدمة:

هم أولئك الأشخاص الذين يراجعون أحد المستشفيات لغرض وضعهم تحت مشاهدة الأطباء أو لإجراء فحوص للتوصل إلى تشخيص أو لأجل المعالجة (القضاة، 2012،

(254

12.1: الدراسات السابقة :

اهتم العديد من الباحثين العرب والاجانب بموضوع جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين ومن ضمن هذه الدراسات:

1. دراسة (سلطان، 2012) في العراق بعنوان: " أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر

المستفيدين دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات"، حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة وتقييم مستوى الخدمات الصحية المقدمة إلى المستفيدين في المستشفيات الاهلية في محافظة البصرة من خلال قياس أبعاد جودة هذه الخدمات المتمثلة (الملموسية والاعتمادية والاستجابة والأمان والتعاطف والفندقة) باستخدام استمارة استبانة محكمة ومختبرة تضمنت ستة متغيرات تمثل أبعاد جودة الخدمات الصحية. وتوصلت الدراسة إلى مجموعة نتائج منها، تتوفر في بعض المستشفيات قيد البحث أبعاد جودة الخدمات الصحية، وكذلك هناك فروقات ذات دلالة إحصائية في مجال جودة الخدمات الصحية بين المستشفيات الأهلية. وعلى ضوء الاستنتاجات صيغت مجموعة من التوصيات منها ضرورة الاهتمام بمعايير جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الأهلية والنظر إليها على أنها نظام متكامل من الخدمات.

2. دراسة (الهالي، 2011) في العراق بعنوان: " تقييم جودة الخدمات الصحية على وفق

مبادئ إدارة الجودة الشاملة ومعايير جائزة مالكولم بالدريج للتميز في الرعاية الصحية"،

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة في مستشفى الشهيد غازي الحريري للجراحات التخصصية في دائرة مدينة الطب لمعرفة مدى اقترابها أو ابتعادها عن مبادئ ومعايير الجودة، من خلال تحليل مستوى تطبيق مبادئ ومعايير الجودة {التزام ودعم القيادة، التخطيط الاستراتيجي، التركيز على الزبون (المريض)، المعلومات والتحليل، مشاركة العاملين وتمكينهم، التركيز على العمليات} من وجهة نظر الإدارة، وكذلك معرفة مستوى رضا المريض عن جودة الخدمة الصحية المقدمة فيها من خلال تحليل أبعاد جودة الخدمة الصحية {جودة الخدمة الطبية، جودة الخدمة التمريضية، جودة الأمور التنظيمية، جودة الخدمات الساندة (التغذية)، جودة الخدمات الساندة (الغسيل والنظافة والراحة) وتوصلت الدراسة إلى مجموعه من النتائج أهمها :-

1. اقترب واقع الخدمة الصحية في المستشفى محل الدراسة من مبادئ ومعايير الجودة من وجهة نظر الإدارة على مستوى مبادئ ومعايير الجودة (التزام ودعم القيادة، التخطيط الإستراتيجي، التركيز على المريض، المعلومات والتحليل، مشاركة العاملين وتمكينهم، التركيز على العمليات) مجتمعه بمستوى جيد بشكل عام، وظهرت على مستوى كل مبدء من تلك المبادئ والمعايير على إنفراد بمستوى جيد للقيادة والتركيز على المريض، والمعلومات والتحليل، والتركيز على العمليات، ومستوى متوسط لمشاركة العاملين وتمكينهم، والتخطيط الاستراتيجي.
2. تقدم الخدمة الصحية بمستوى متوسط من الجودة من وجهة نظر المرضى المقيمين في المستشفى، على مستوى أبعاد جودة الخدمة الصحية (الطبية، التمريضية، الأمور التنظيمية، الخدمات الساندة كالتغذية، الخدمات الساندة كالغسيل والنظافة والراحة) مجتمعه، وظهرت على مستوى كل بعد من تلك الأبعاد على إنفراد بمستوى جيد للخدمة الطبية والتمريضية،

ومستوى متوسط للأمر التنظيمية والخدمات الساندة (الغسيل والنظافة والراحة)، ومستوى ضعيف للخدمات الساندة (التغذية).

3. دراسة (قريشي و عرابة، 2011) في الجزائر بعنوان : "قياس كفاءة الخدمات الصحية في

المستشفيات الجزائرية باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات"، حيث هدفت هذه الدراسة إلى تقييم كفاءة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المستشفيات الجزائرية، وذلك من خلال قياس الكفاءة لمجموعة من مستشفيات الشرق الجزائري، باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات وتم استخدام عدد الأطباء والمرضى العاملين في مستشفيات العينة كمدخلات للنموذج، وعدد المرضى الداخليين والمرضى الخارجيين الذين تخدمهم هذه المستشفيات كمخرجات للنموذج. وتضمنت عينة الدراسة (10) مستشفيات، منها أربعة، عمومية وستة، مستشفيات خاصة، وكانت النتائج العامة للدراسة أن ثلاثة مستشفيات كفاءة داخلية وخارجية (مستشفى عام ومستشفيين خاصين)، وخمس مستشفيات كفاءة داخلية وغير كفاءة خارجيا (ثلاث مستشفيات عامة ومستشفيين خاصين)، ومستشفيين خاصين غير كفاءة داخلية وخارجيا.

4. دراسة (الفرج، 2009) في سوريا بعنوان : "تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في

المؤسسات الصحية للتعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى"، حيث هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مستوى الرضا عن الخدمات الطبية التي تقدمها مستشفيات التعليم العالي في سورية، من خلال استطلاع الآراء والانطباعات الشخصية للمستفيدين من هذه الخدمات. و هدفت الدراسة إلى تكوين مقياس يساعد في قياس فاعلية الخدمات وتقييم جودتها، وذلك من وجهة نظر المرضى. وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

أ. لا تقف المسافة الجغرافية التي تفصل مكان سكن المريض عن المستشفى حائلاً أمام خيار المريض للمستشفى الذي يتمتع بمستوى جودة عالٍ لخدماته.

ب. تعتمد المستشفيات في خلق صورة ذهنية إيجابية لدى الآخرين من خلال التعامل مع المرضى الذين يمكنهم في المستشفى للعلاج مدة زمنية طويلة نسبياً إذا ما قورنت بالمدة الزمنية التي يقضيها مريض العيادات الخارجية في المستشفى.

ج. كفاءة الطبيب المهنية العامل في المستشفى نفسه التي يقصدها المريض تؤدي دوراً أساسياً في تحسين سلسلة جودة خدمات الرعاية الصحية.

د. تشكل سرعة استجابة المستشفى لاحتياجات المريض عاملاً مهماً في خلق رضا عالٍ لدى المريض.

هـ. يجب أن تُصمم الخدمات الصحية وفقاً لتوقعات المرضى، لأن هذا يعد حجر الزاوية في تطوير الخدمات الصحية المتوقعة مع آمال المرضى .

5. دراسة (نعساني وآخرون، 2007) في سوريا، بعنوان: "قياس مدركات العملاء لجودة الخدمات الصحية وأثرها في رضاهم- تطبيق ذلك على المشافي الجامعية السورية" حيث هدفت إلى دراسة العلاقة بين أبعاد جودة الخدمة الصحية ورضا المريض لمعرفة أي من الأبعاد يحقق أكبر قدر ممكن من رضا المريض للتركيز عليها وتفعيلها. وقد توصلت هذه الدراسة إلى أن واقع الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة كان ضعيفاً.

6. دراسة (Jawahar، 2007) في الهند بعنوان: "رضا المرضى عن الخدمات المقدمة في العيادات الخارجية في المستشفى" حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى رضا المرضى عن الخدمات المقدمة في قسم العيادات الخارجية في المستشفى. وأن رضا المرضى يعد عنصراً مهماً في سوق الرعاية الصحية الذي يتسم بالمنافسة الحادة. وقد أُجريت الدراسة

بغرض معرفة مستوى رضا المرضى من خلال الحصول على تغذية راجعة منهم عن الخدمات المقدمة في قسم العيادات الخارجية في المستشفى، وتبين نتيجة الدراسة أن (90-95%) من أصل 200 مريض استُقصت آراؤهم كانوا راضين عن مستوى الخدمة في المستشفى. كما أظهرت هذه الدراسة أن زمن الانتظار كان طويلاً جداً فضلاً عن أنه لا بد من العمل على تحسين سلوك العاملين في المستشفى فيما يتعلق باللباقة في معاملة المرضى اعتبرت هذه الدراسة متغيرات عديدة مثل (زمن الانتظار، التسهيلات المقدمة في المستشفى، أداء العاملين، نظام المواعيد، وسلوك العاملين).

7. دراسة (AL-adham ، 2004) في فلسطين بعنوان: " تقييم نوعية ومستوى أداء الخدمات الصحية في المستشفيات الفلسطينية: نموذج لأداء الإدارة الصحية الجيدة". هدف الدراسة كان تقصي إمكانية تطبيق نظام إداري خاص بالجودة، وكذلك البحث عن العوامل المؤثرة في مستوى الأداء للخدمات المقدمة، وأخيراً هدفت إلى معرفة مدى إمكانية تطبيق المستشفيات لمعايير الجودة. طبقت هذه الدراسة على المستشفيات العاملة في مدينة نابلس وكان عددها (6) مستشفيات، وتكونت عينة الدراسة من المرضى والعاملين فيها وكان عددهم 351 شخصاً. أظهرت نتائج الدراسة وجود اختلافات ذات قيم إحصائية هامة فيما يتعلق بتقييم كل من العاملين والمرضى بمستوى الخدمات المقدمة في مختلف الأقسام العاملة ضمن المستشفى الواحد، وكذلك بين مختلف القطاعات الصحية وإلى ضعف ملحوظ في أداء غالبية الأقسام العاملة باستثناء الأقسام التابعة للمستشفيات الخاصة، وتقصير في جودة الخدمات الصحية في جميع قطاعات المستشفيات، وأخيراً أظهرت النتائج بأن معايير الجودة الشاملة لم تكن ضمن أولويات هذه المستشفيات باستثناء مستشفى رفيديا.

8. دراسة (مطايد، 1999) في مصر، بعنوان : "جودة الخدمة الصحية في المستشفيات

الاستثمارية بمنطقة المعادي"، حيث هدفت هذه الدراسة إلى تقييم جودة الخدمات الصحية وتنمية مقياس موضوعي لقياس عناصرها من وجهة نظر العملاء، مع العمل على التخلص من فجوات الجودة. وقد توصلت إلى صدق وثبات مقياس الدراسة (نموذج الفجوات servqual) وإلى انخفاض مستوى الجودة الوظيفية للخدمات الصحية المقدمة وخاصة افتقارها لعناصر الجودة، كما توصلت إلى اقتراح إستراتيجيات العلاج المناسبة بغية تحسين رضا العملاء عن الخدمات الصحية المقدمة في الأجل الطويل.

9. دراسة (ادريس، 1996) في الكويت بعنوان: "قياس جودة الخدمة باستخدام مقياس

الفجوة بين الادراكات والتوقعات - دراسة منهجية بالتطبيق على الخدمة الصحية بدولة الكويت"، هدفت هذه الدراسة إلى إبراز كيفية قياس الفجوة بين الادراكات والتوقعات. وقد توصلت هذه الدراسة إلى وجود فجوة سلبية بين توقعات المرضى لبعض مظاهر الخدمة الصحية وبين ادراكات الإدارة في المؤسسات محل الدراسة لمثل هذه التوقعات.

التعليق على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة يتضح أنها تتشابه مع الدراسة الحالية في كونها تتناول موضوع جودة الخدمات الصحية، إلا أنها تختلف من حيث تناولها للموضوعات الفرعية. كما تتوعت هذه الدراسات في مواضيعها وأهدافها ونتائجها، حيث أن مجال وأغراض هذه الدراسة تتفق بشكل جزئي مع هذه الدراسات السابقة ، حيث منها ما تناول أثر جودة الخدمات الصحية على بعض المتغيرات، ومنها ما تناول قياس جودة الخدمات الصحية بشكل عام. وتختلف هذه الدراسة عن الدراسات السابقة في كونها اهتمت بتقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر

متلقى الخدمة. كما أن أغلب الدراسات السابقة تتفق مع الدراسة الحالية في الإعتماد على التطبيق الميداني باستخدام أداة الاستبانة، وتتفق الدراسة الحالية مع معظم الدراسات السابقة في استخدامها للمنهج الوصفي. وتتوعت الدراسات السابقة بين المحلية والعربية والأجنبية، واختلفت من حيث الموضوعات التي استخدمتها كل دراسة، ونوع العينة، ومجتمع الدراسة. بهذا فإن الباحث استفاد من الدراسات السابقة في إثراء وتدعيم الإطار النظري، وتوجيهه إلى بعض المصادر العلمية من خلال قوائم مراجعها، وكذلك في معرفة الأساليب الإحصائية المناسبة لمعالجة البيانات، وايضاً في بناء وصياغة فقرات استبانة الدراسة.

الفصل الثاني

الجودة: الأسس والمفاهيم

1.2 : ماهية الجودة وتطورها التاريخي

2.2 : مفهوم الجودة

3.2 : مداخل الجودة

4.2 : التطور التاريخي للجودة

5.2 : أهمية الجودة

6.2 : أهداف الجودة

7.2 : أبعاد الجودة

8.2 : محددات الجودة

9.2 : تكاليف الجودة

10.2 : حلقات الجودة

1.2 : ماهية الجودة وتطورها التاريخي :-

لقد اصبحت المؤسسات تواجه عدة تحديات وذلك نتيجة التغيرات والتطورات الحاصلة في ظل العولمة، الشى الذى زاد من حدة المنافسة بين هذه المؤسسات عامة كانت أو خاصة، وما تفرضه هذه المنافسة من إتباع الأساليب الجيدة لزيادة الأداء والاستفادة من التكنولوجيا الحديثة للوصول إلى تقديم سلعة أو خدمة قادرة على الصمود أمام البدائل المنافسة، خاصة وأن الزبون أصبح أكثر وعياً في الحصول على سلعة أو خدمة متميزة.

إن مواجهة التحديات والصمود في سوق المنافسة العالمي، يتوجب على المؤسسات أن تكون الجودة هي الأساس في سلعتها أو خدماتها، بدليل أن المؤسسات اليابانية غزت معظم دول العالم بمنتجاتها لتبنيها مفهوم الجودة (علوان، 2005، 19 ؛ التميمي، 2008، 13).
وستتناول في هذا المبحث :مفاهيم وتعريفات الجودة، نشأة وتطور الجودة، أهمية وأبعاد وكلفة الجودة.

2.2: مفهوم الجودة :-

الجودة وفق المفاهيم اللغوية الدارجة تعبر عن صفة ملازمة ومرتبطة بالموصفات الجيدة، قد يكون هذا الموصوف شيئاً مادياً ملموساً (سلعة) وقد يكون شيء غير ملموس (خدمات) (الفضل والطائي،2004، 20).

وكلمة جودة في أصل اللغة : يردّها المعجم الوسيط إلى فعلها الثلاثي جاد ومصدره جودة: أو جودة بمعنى صار جيّداً. ويقال جاد العمل فهو جيّد، وجمعها جياذ أو جياذد وجاد الرجل أي أتى الرجل بالجيد من قول وعمل (التميمي،2008، 13).

ويرجع مفهوم الجودة(Quality) إلى الكلمة اللاتينية (Qualitas) التي تعنى طبيعة الشخص أو طبيعة الشيء ودرجة صلابته، وكانت تعنى قديما الدقة والاتقان (ابو النصر،2008، 25).

وبالرغم من أن مفهوم الجودة يعد مفهوماً شائكاً ومعقداً إلا أنه يأخذ العديد من المعاني، والتي قد تختلف باختلاف وجهات نظر مستخدمي الجودة، فهي بالنسبة للمنتج تمثل مدى مطابقة المواصفات الموضوعية وبالنسبة للمستهلك فهي تمثل مدى تلبية حاجات المستهلك في المنتج (علوان، 2005، 20). ويستعمل الناس مصطلح الجودة في حياتهم اليومية من خلال الإشارة إلى ما هو ممتاز، ويراها البعض على أنها عدم وجود عيوب في الصناعة أو الخدمة ويراها البعض متحققة في السلع والخدمات مرتفعة السعر (سرور، 2009، 31).

وبغض النظر عن الاختلافات التي أبرزتها تلك المحاولات إلا أن هناك العديد من التعريفات التي فرضت نفسها على الفكر الإداري، وذلك لما اتصفت به من موضوعية وتعبير دقيق عن مفهوم الجودة، ونذكر منها ما يلي :

يتمثل المفهوم التقليدي للجودة على أنها: "مجموعة من الصفات والخصائص التي يجب أن تتوفر في المنتج وبما يتطابق مع صفات وخصائص وضعت لهذا المنتج سابقاً وفي معظم الأحيان فإن هذه الخصائص والصفات تحدد من قبل المنتج ووفقاً لظروفه وموارده واعتباراته الإنتاجية ". أما المفهوم الحديث للجودة فهو "مجموعة من الصفات والخصائص والمعايير التي يجب أن تتوفر في المنتج وبما يتطابق معه ويلبي رغبات وتفضيلات المستهلك " (الصيرفي، 2006، 18). ويرى (أحمد، 2009، 62) أن تعريف الجودة في الإدارة التقليدية ينصب على "الاهتمام بالمعايير المحددة داخليا والعمل على غياب التلّف ولا يرتبط بالعمل الإيجابي المرتبط باحتياجات العميل وقد اختلفت وجهة نظر الإدارة إلى الجودة هي شعور إيجابي تجاه المنتج أو الخدمة يذهب فيما وراء إشباع احتياجات الزبون الأساسية الحالية إلى إشباع ما يتوقعه الزبون ويتطرق إلى الابتكارات الجديدة".

وعرف جوران Juran " الجودة بأنها "مدى ملائمة المنتج للاستخدام"(العزاوي، 2005، 15). فالمعيار الأساسي للحكم على جودة المنتج هو هل المنتج ملائم للاستعمال أو غير ملائم بغض النظر عن وضع حالة المنتج. أما كروسبي Crosby فيعرفها بأنها "المطابقة للاحتياجات والمواصفات" (الطائي وقداة، 2008، 29). وقد عبر سيكيموتو Sikomoto عن الجودة بقوله "المنتجات والخدمات الجيدة هي تلك التي تلبي حاجات الزبائن وتحترمها"، أي أنه جعل جوهر الجودة هي تلبية حاجات الزبائن وغيرهم (مجيد والزيادات، 2008، 20). كما عرفت الجودة أيضاً بأنها "هي حالة ديناميكية ترتبط بالسلع أو الخدمات توافق أو تفوق توقعات العملاء (شعبان، 2009، 24).

وعرفتها الجمعية الأمريكية لضبط الجودة بأنها "مجموعة الخصائص والمميزات للسلع والخدمات التي تعتمد على مقدرتها في إرضاء الحاجات المحددة للمستهلك" (الطائي وأخرون، 2009، 57).

وعرفتها أيضاً هيئة المواصفات البريطانية للجودة بأنها "مجموعة صفات، وملامح، وخواص المنتج أو الخدمة بما يرضى ويشبع الاحتياجات الملحة والضرورية" (ابو النصر، 2008، 25). أما تعريف الجودة الذي تبلور بواسطة المنظمة العالمية للتوحيد القياسي (ISO 1994) والذي يحمل رقم ايزو 8402 فهي " تكامل الملامح والخصائص لمنتج أو خدمة ما، بصورة تمكن من تلبية احتياجات، ومتطلبات محددة أو معروفة ضمناً" (المنصوري وأخرون، 2007، 17).

من خلال التعاريف السابقة يمكننا أن نستنتج بأن مفهوم الجودة يشتمل على جانبين يرتبط كل جانب بالآخر ارتباطاً متيناً، فالأول مرتبط بخصائص السلعة أو الخدمة المقدمة ومدى مطابقتها للمواصفات المحددة لها، أما الجانب الثاني فيتمثل في العلاقة بين الزبون والخدمة أو السلعة المقدمة له، ومدى قدرتها على تلبية احتياجاته وتوقعاته.

3.2: مداخل الجودة :-

إن الاختلاف في المعاني التي يأخذها مصطلح الجودة تختلف باختلاف الجهة المستخدمة من أفراد ومؤسسات، لذلك قام الباحث جارفين Garvin بجمع كل مفاهيم الجودة وحددها بخمسة مداخل ويمكن تناولها كما يأتي (علوان، 2005، 21) :

1- مدخل التفوق :

ويقصد بالجودة وفق هذا المدخل بأنها ملائمة المنتج للاستخدام، أي قدرة أداء المنتج للاستخدام وفقا للمواصفات التي تحقق رضا الزبون من خلال تقديم أداء أفضل وأدق صفات تشبع رغبات الزبون، وهذا المدخل يتفق مع تعريف فيجنباوم Feigenbaum للجودة على أنها " تحقيق رغبة الزبون " .

2- مدخل المنتج :

ضمن هذا المدخل ينظر للجودة على أنها الدقة والقدرة في قياس المفردات أو الخصائص المطلوبة في المنتج والتي هي قادرة على تحقيق رغبات الزبون، ويمتاز هذا المدخل بأنه حدد الجوانب المختلفة لجودة المنتج إلا أنها محدودة، لأنه في حالة الاعتماد على التفضيل الشخصي فإن المعايير التي يتم القياس عليها تكون مضللة، لأن جزء كبير من الجودة يعتمد على تفضيلات الزبون ورغباته (الطائي، 2009، 57).

3- مدخل المستخدم :

تتمثل الجودة وفق هذا المدخل في قدرة المنتج على ارضا توقعات الزبون، وحسن إدراك وقبول المنتج من العميل عند استعماله بعد شراؤه. حيث أكد (الطائي، قدادة، 2008، 29) "إن الجودة ملائمة السلعة أو الخدمة لتلبية الاستعمال المقصود منه كما يطلبه العميل". ويمتاز هذا المدخل بأنه يربط بين الجودة والرضا.

4- مدخل التصنيع :

تعنى الجودة وفق هذا المدخل صنع منتجات خالية من النسب المعيبة، من خلال مطابقتها لمواصفات التصميم المطلوبة. ويمتاز هذا المدخل بتحقيق معايير قياس الجودة المستهدفة بأقل تكاليف.

5- مدخل القيمة :

يهدف هذا المدخل إلي تحديد عناصر السعر، أي مدى إدراك الزبون لقيمة المنتج الذي يرغب في الحصول عليه، من خلال مقارنة خصائص المنتج ومدى ملائمتها لحاجته مع سعر الشراء. والجودة يعبر عنها وفق هذا المدخل بدرجة الامتياز بالسعر المقبول والسيطرة على المتغيرات بالكلفة المقبولة.

بالإضافة إلى هذه المداخل يضيف (روسل وتايلور) مدخلاً آخرًا هو مدخل الزبون والمنتج فالجودة من وجهة نظر الزبون تتعلق بالخصائص الواجب توفرها في المنتج، وكذلك قبوله السعر وتصميم السلع المقدمة له، أما من وجهة نظر المنتج فهي إنتاج سلع مطابقة للمواصفات الموضوعية، والعمل على كيفية تخفيض التكاليف التي يتحملها المنتج نتيجة تطبيق نظام الجودة وهذه العمليات يقوم بها قسم الإنتاج. كما يضيف " توتشى " مدخلا جديدا للجودة هو مدخل المجتمع، ينظر هذا المدخل إلى الجودة من خلال أثارها على المجتمع ومدى الخسارة التي يسببها المنتج للمجتمع كالتلوث والضجيج (ابوكميش، 2010، 52، 53).

4.2: التطور التاريخي للجودة :-

ظهر مفهوم الجودة وتحسينها لأول مرة في القطاع الصناعي الياباني، وذلك في بداية القرن العشرين، ثم انتشر بعد ذلك في العديد من الدول الغربية، وكانت من أول الدول التي قامت بتطبيق فلسفة الجودة على منشأتها الصناعية الولايات المتحدة الأمريكية، وأمتد بعد ذلك إلى كافة

القطاعات الإنتاجية والخدمية لتحقيق الهدف الأساسي للمنظمة وهو كسب رضا العملاء ونظرا لأهمية الجودة للفرد والمنشأة والمجتمع، فقد كان الاهتمام بها على مر العصور وفي مختلف الحضارات القديمة كالحضارة الفرعونية والإغريقية والرومانية والصينية والعربية والإسلامية (التميمي، 2008، 17).

ومنذ بدايات القرن العشرين وانطلاق الثورة العلمية والتكنولوجية، أعيد تشكيل مفهوم الجودة بأبعاد جديدة حيث ارتبطت ارتباطا وثيقا بالإدارة كوظيفة أساسية وقد اتفق معظم الباحثين على المراحل الرئيسية لتطور مفهوم الجودة، إذ تكون كل مرحلة جزءا من المرحلة اللاحقة لها وسنتناول فيما يلي هذه المراحل (المسعودي، 2010، 37، 38) :

1- المرحلة الأولى الفحص (1900 - 1940) :-

تقتصر هذه المرحلة على إجراء الفحص والتفتيش لاستبعاد الوحدات المعيبة التي لا تلبى رغبات الزبائن دون التعرف على أسبابه لمنع تكراره، فالفحص لا يمنع وقوع الخطأ بل تنحصر مهمته في اكتشاف الخطأ وعلاجه (المنصوري وآخرون، 2007، 21).

ويمكن إيجاز أهم خصائص هذه المرحلة فيما يلي (علوان، 2005، 28) :

أ. تحدد مفهوم الجودة في هذه المرحلة على أنه مطابقة المنتج للمواصفات.

ب. قد لا تكون المنتجات التي انتاجها تفي باحتياجات الزبون جيدة لأن تصميم المنتج كان يقوده المنتجون أكثر مما يوجهه المستهلكون.

ج. استدعت هذه المرحلة الحاجة الملحة للتطوير والتحسين في عمليات التفتيش.

2- المرحلة الثانية رقابة الجودة (1940 - 1960) :-

اعتمدت هذه المرحلة على تأسيس قسم للجودة في المؤسسة لمراقبة العملية الإنتاجية منذ بدأ طلب المواد الأولية، لحين اكتمال صناعة المنتج وتقديمه إلى الزبون بشكله النهائي. مما يعني أن هذه المرحلة أتاحت فرصة الكشف عن العيوب في وقت مبكر. وقد اتسمت هذه المرحلة بالتالي (علوان، 2005، 28) :-

أ. استخدام الأساليب الإحصائية في أنشطة ضبط الجودة.

ب. تحليل نتائج عمليات الفحص باستخدام الأساليب الإحصائية والاستفادة منها في إجراء التعديلات المستقبلية على التصميم والتنفيذ وغيرها وهذا يساهم في تقليل أو منع المنتجات غير المطابقة للمواصفات الموضوعية.

3- المرحلة الثالثة ضمان الجودة (1960 - 1980) :-

يعرف ضمان الجودة بأنه مستوى الثقة التي تخضع لها مستويات الجودة جميعها في المنتجات، فهي تحديد المستوى الحالي والاتجاه المستقبلي للجودة، وكذلك مقارنتها بمستويات جودة المنتجات المنافسة، ويعرفها (التميمي، 2008، 19) بأنها "جميع الأفعال والنشاطات المنتظمة، والمخططة الضرورية لتقديم الثقة الكافية بأن السلعة أو الخدمة سترضى جميع المتطلبات المحددة للجودة". وأبرز سمات هذه المرحلة (العلوي، 2008، 58) :

أ. التكامل والتنسيق بين برامج الإدارة.

ب. مشاركة كافة المستويات الإدارية في تخطيط ومراقبة الجودة.

ج. توجيه إطار العمل والخطة الرئيسية والأنشطة والقرارات للوصول إلى أهداف الجودة.

4- المرحلة الرابعة : إدارة الجودة الشاملة (1980 – 2010) :-

أصبحت الجودة في هذه المرحلة ركنا أساسيا من أركان الوظيفة الإدارية للمدراء ومسؤولية كل فرد فيها فظهرت إدارة الجودة الشاملة كمدخل إداري يشير إلى ثقافة جديدة في التعامل مع المؤسسات الإنتاجية لتطبيق معايير مستمرة لضمان جودة المنتج (سلعة أو خدمة) وجودة العملية التي يتم من خلالها لتحقيق أعلى درجات المطابقة للمواصفات المطلوبة للمستهلك (الحريري، 2010، 51).

5.2 : أهمية الجودة :-

على الرغم من اختلاف العلماء والباحثين حول مفهوم الجودة، إلا ان هناك اتفاقا بينهم حول أهميتها ودورها الفعال في تحقيق ميزة تنافسية في السوق، فقد أصبحت المؤسسات ونتيجة للمتغيرات البيئية المحلية منها والدولية عاجزة عن البقاء والاستمرار دون تبنيها لإستراتيجية واضحة وفعالة في مجال الجودة، سواء تعلق الأمر بجودة منتوجاتها أو جودة نظام إدارتها.

لقد أصبحت الجودة في العصر الحديث وسيلة هامة للبقاء والاستمرار والصمود في وجه المنافسة سواء على الصعيد الوطني أو الدولي، وأصبحت وسيلة هامة لبناء اقتصاد وطني قوي. ونظرا لأهمية الجودة فقد قامت العديد من الدول مثل :كوريا والهند بمجهودات وطنية من أجل تحسين الوعي بالجودة، وذلك من خلال تنظيم الملتقيات والمؤتمرات والبرامج الإذاعية والمنافسات المدرسية وتوزيع المنشورات، كما قامت كل من إسبانيا والبرازيل بتشجيع نشر كتب الجودة بلغتها الوطنية ليسهل فهمها وبشكل عام تتجلى أهمية الجودة في كونها تقلل العيوب والأخطاء في المنتجات والخدمات، وتزيد من القدرة التنافسية للمنظمات، وتحسن من مستوى الاقتصاد الوطني. وتعتبر الجودة أحد أهم العوامل الأساسية التي تحدد حجم الطلب على منتجات المؤسسة، ويمكن تناول الأهمية كما يلي (المحياوي، 2006، 32، 33 ؛ بوكميش، 2011، 60) :

1- سمعة المؤسسة :-

تستمد المؤسسة شهرتها من مستوى جودة منتجاتها، من خلال العلاقات التي تربط المؤسسة مع المجهزين وخبرة ومهارة العاملين، ومحاولة تقديم منتجات تلبي رغبات وحاجات زبائن المؤسسة.

2- المسؤولية القانونية للجودة :-

كل مؤسسة صناعية أو خدمية تكون مسؤولة قانونا عن كل ضرر يصيب الزبون من جراء استخدامه لمنتجات أو خدمات غير جيدة، وذلك من خلال التزايد المستمر لعدد المحاكم التي تتولى النظر والحكم في قضايا المؤسسات التي تقوم بتصميم منتجات أو تقديم خدمات غير جيدة في إنتاجها أو توزيعها.

3- المنافسة العالمية :-

في عصر المعلومات والعولمة، ونتيجة للتغيرات السياسية والاقتصادية التي تؤثر في كيفية وتوقيت تبادل المنتجات إلى درجة كبيرة في سوق دولي تنافسي، تكتسب الجودة أهمية متميزة إذ تسعى كل من المؤسسة والمجتمع إلى تحقيقها بهدف التمكن من تحقيق المنافسة العالمية وتحسين الاقتصاد بشكل عام، والحصول على موطئ قدم في الأسواق العالمية

4- حماية الزبون :-

إن تبني المؤسسة لسياسة الجودة ووضعها مواصفات قياسية محددة تساهم في حماية الزبون من الغش التجاري وتعزيز الثقة في منتجات المؤسسة، حيث أن الجودة المنخفضة تؤدي إلى عدم رضا الزبون على منتجات المؤسسة، وكنتيجة لانخفاض الجودة أو عدم وجود مواصفات واضحة أدى ذلك إلى ظهور جماعات حماية الزبون لحمايته من الغش وإرشاده إلى أفضل المنتجات الأكثر جودة.

5- التكاليف وحصّة السوق :-

تحسين المنتجات والخدمات للمؤسسة من خلال تنفيذ الجودة المطلوبة لجميع عمليات ومراحل الإنتاج من شأنه أن يتيح الفرص لاكتشاف الأخطاء وتلافيها لتجنب كلفة إضافية، وبالتالي سيسمح لها بجذب أكبر عدد من الزبائن وبيع منتجاتها بسعر مرتفع مما سيؤدي إلى زيادة حصتها السوقية وتخفيض تكاليفها وزيادة ارباحها.

6.2: أهداف الجودة :-

إن الهدف الأساسي للجودة هو إرضاء الزبون بأي شكل، وذلك من خلال تلبية متطلباته وحاجاته وتوقعاته وتحقيقها، وجعل هذا الهدف هو الهاجس الرئيسي لكل من يعمل في المؤسسة، خاصة وأن العالم اليوم يعيش فترة منافسة شديدة فالبقاء للأقوى، والأقوى هو الذي يكون قادراً على إشباع وتلبية حاجات عملائه وتحقيق الرضا لديهم أكثر من منافسيه، من خلال ما يقدمه لهم من جودة عالية سواء في السلع أو الخدمات. وبشكل عام هناك هدفان للجودة هما (الصيرفي، 2006، 26) :

1- أهداف ضبط الجودة: وهي التي تتعلق بالمعايير التي ترغب المؤسسة في المحافظة عليها حيث تصاغ هذه المعايير على مستوى المؤسسة ككل، وذلك باستخدام متطلبات ذات مستوى أدنى تتعلق بصفات مميزة مثل الأمان وإرضاء الزبائن.

2- أهداف تحسين الجودة: وهي غالباً ما تنحصر في الحد من الأخطاء وتطوير منتجات وخدمات جديدة ترضى الزبائن بفاعلية أكبر. ويمكن تصنيف هذه الأهداف إلى خمس فئات هي :

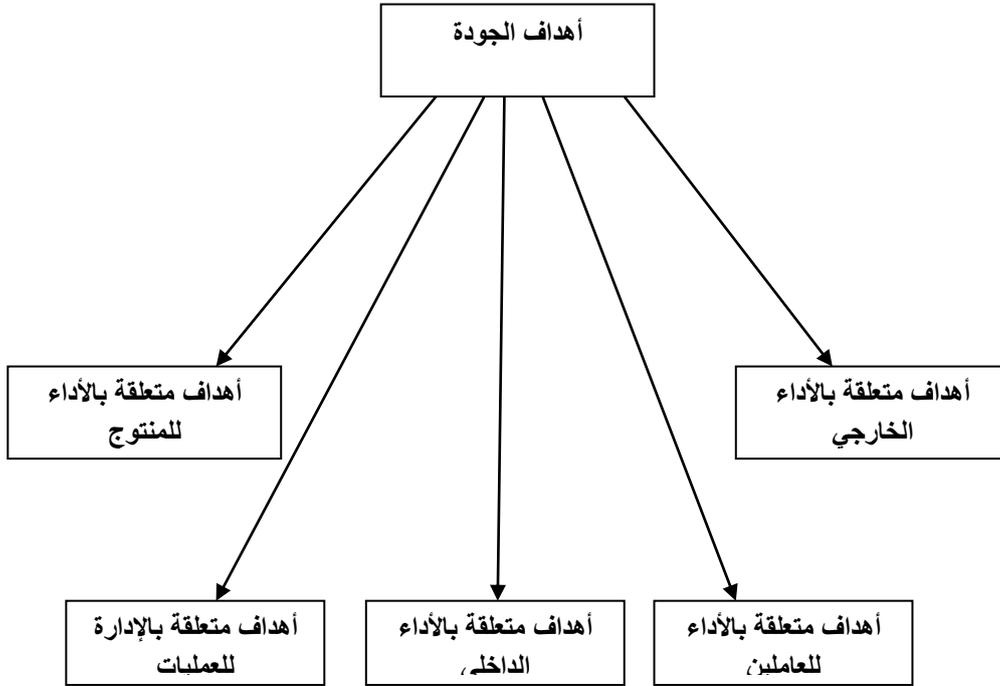
1- أهداف الأداء الخارجي للمؤسسة ويتضمن الأسواق والبيئة والمجتمع.

2- أهداف أداء المنتج وتتناول حاجات الزبائن والمنافسة.

3- أهداف العمليات وتتناول مقدرة العمليات وفعاليتها وقابليتها للضبط.

4- أهداف الأداء الداخلي وتتناول مقدرة المؤسسة وفعاليتها ومدى استجابتها للتغيرات ومحيط العمل.

5- أهداف الأداء للعاملين وتهتم بالمهارات والقدرات والتحفيز وتطوير العاملين.



الشكل رقم (2) أهداف الجودة

المصدر (الصيرفي، 2006، 27)

7.2: أبعاد الجودة :-

لقد تناولت العديد من الدراسات والأبحاث موضوع الجودة من زوايا متعددة، وأشارت إلى أن الجودة يجري تحسينها من منظور المستفيد ومن منظور سوق العمل، و من منظور المؤسسة التي تقدم الخدمة، والقيمة التي تعكسها الخدمة. ولتبسيط وتسهيل مفهوم الجودة، فإن أكثر من باحث يرى أن للجودة أبعاداً، وهذه الأبعاد متنوعة، وتتباين آراء الباحثين في عدد الأبعاد الأساسية للجودة، مما يتيح للمؤسسة دراسة وتحليل جميع الأبعاد وأن تأخذ ما يناسبها، وما يهتم ويركز عليه المستفيد، إن قياس الجودة لم يكن دائماً بالمهمة السهلة، فالجودة لا يعبر عنها بالأبعاد الكمية فقط، وإنما يكون هناك أيضاً أبعاد غير كمية أو أبعاد نوعية يمكن من خلالها تحديد قدرة إشباع السلعة

أو الخدمة للحاجات. ويرى كوتلر Kotler أن للجودة خمسة أبعاد أساسية هي الضمان، والاعتمادية، والاعتناق، والاستجابة، والتجسيد المادي. في حين يرى ماسي Massy أن للجودة أربعة أبعاد أساسية هي التفوق، تجاوز التوقع، القيمة، ومواءمة المواصفات. ومع تماثل هذه الأبعاد للسلعة أو الخدمة، إلا أن الباحثين يجدون اختلافا بين أبعاد جودة السلعة وأبعاد جودة الخدمة (المحياوي، 2006، 34 ؛ العزاوي، 2005، 24 ؛ مجيد و الزيادات، 2008، 27). تمتلك السلعة ثمانية أبعاد، وهي :

1- الأداء :-

يشير هذا البعد إلى الخصائص الأساسية في المنتج، حيث تعتبر الدقة أهم أبعاد الأداء لما يترتب عليها من نتائج.

2- الاعتمادية :-

تشير إلى قدرة مورد الخدمة على أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه، وتعتبر الاعتمادية العنصر الأساسي لاستخدام المنتج من قبل الزبون الذي يحتاج إلى أن يعمل المنتج دون فشل (العلي، 2008، 55).

3- الهيئة :-

وهي الخصائص غير الأساسية التي تضاف للمنتج وحسب الرغبة أو طلب الزبون مثلا إضافة نظام تكييف الهواء إلى السيارة.

4- المطابقة :-

وهي الدقة التي بواسطتها يتم قياس تطابق مواصفات المنتج أو الخدمة مع المعايير المحددة في التصميم الاساسي له.

حيث تعتبر الجودة عالية اذا ما تحقق 97% أو أكثر من أن المنتج ضمن المدى المقبول والتفاوت المسموح (علوان، 2005، 34).

5- المتانة :-

ويشير هذا البعد إلى مدة بقاء المنتج أو الخدمة أي عدد سنوات استخدام المنتج وفقاً للمواصفات التشغيلية قبل ضعف أدائه وفقدانه الخواص المطلوبة وهي مقياس لحياة المنتج (البكري، 2003، 15).

6- القابلية للخدمة :-

هذا البعد يشير إلى مدى سرعة وتوفر خدمات الصيانة والإصلاح، وتقاس عادة بالزمن الذي تستغرقه استجابة الخدمة وكذلك متوسط الزمن الذي تستغرقه الخدمة (المسعودي، 2010، 29).

7- الجمالية :-

تشير إلى الهيئة الخارجية للمنتج، والشعور الذي تثيره لدى الزبون (الطائي واخرون، 2009، 77).

8- الجودة المدركة :-

وهي صورة المنتج المرسومة في تصور الزبون، فالعديد من المنتجات يمكن الحكم عليها من خلال الأسماء المتميزة لها أو العلامة الخاصة بكل منتج (المحياوي، 2006، 35).

وقد أضاف (الطائي والعجيلي واخرون، 2009، 79) أبعاد أخرى للجودة انصبت على مفهوم المنتج الذي يحقق توقعات الزبون الذي من خلاله يتم التوجه نحو جزئين رئيسيين للجودة هما:

1- جودة التصميم : وهي تعني نية المصمم على استخدام خصائص محده في المنتج أو استثنائها.

2- جودة الانسجام : وهي تعبر عن الدرجة التي يحدث فيها الانسجام بين السلعة أو الخدمة مع تحقيق نية المصمم.

8.2: محددات الجودة :-

إن الدرجة التي تستطيع بواسطتها المنتجات أو الخدمات تحقيق الغرض الأساسي من تقديمها تعتمد على المحددات التالية (البكرى، 2004، 17، 18 ؛ الطائي وقداة، 2008، 33-36)

1- التصميم :-

ويقصد بالتصميم هنا جميع القرارات التي تتعلق بتحديد خصائص السلعة أو الخدمة، ويجب أن يأخذ قرار التصميم متطلبات الزبون في الاعتبار، وكذلك القدرات الإنتاجية للسلعة أو الخدمة، واعتبارات التكاليف عند تقييم السلعة أو الخدمة. وهذا يعني اعتماد مبدأ الدقة في التصميم من أجل الوصول بالمنتج إلى مستوى الإتقان المطلق.

2- جودة التطابق :-

التصميم ويتم هذا التأكد من خلال المنتج النهائي الذي يقابل مواصفات التصميم، تشير جودة التطابق إلى إنتاج سلعة أو خدمة تتطابق مع المواصفات المحددة في وهذه (كالات والمعدات، ومهارات العاملين، والتدريب والحوافز). كما تعتمد المؤسسة على العديد من الأساليب للسيطرة على جودة المطابقة مثل المتابعة والرقابة لتقييم وتصحيح الانحرافات في حالة حدوثها.

3- سهولة الاستخدام :-

إن سهولة الاستخدام وتوفير الإرشادات للزبون والتي تكون على شكل تعليمات وتوجيهات تكون مطبوعة على عبوة السلعة وترشد إلى الاستخدام الصحيح، لها أهمية كبيرة في زيادة قدرتها على الأداء بطريقة سليمة وأمنة وفق ما هو مصمم لها.

4- جودة الأداء :-

تعتبر جودة الأداء دالة لكل من جودة التصميم وجودة التطابق، وهي تعبير عن درجة رضا الزبون عن المنتج عند استعماله بعد شراءه.

9.2: تكاليف الجودة :-

تتحمل المنشأة في سعيها لتوفير وضمان منتجات بالجودة المطلوبة أنواعا مختلفة من التكاليف، صنفها مجموعة من الباحثين المختصين إلى أربعة أنواع هي (المسعودي، 2010، 53 ؛ البكري، 2003، 22 ؛ الصيرفي، 2006، 39) :

1- تكاليف ضبط الجودة :-

وهي تشمل جميع التكاليف التي تنفقها المؤسسة في جهودها لإنتاج منتجات مطابقة للمواصفات ومنع حدوث مشاكل أثناء وبعد عملية الإنتاج، وتشمل تكاليف ضبط الجودة :

2- التكاليف الوقائية :-

وهي التكاليف التي يتم صرفها لتلافي حدوث الأخطاء قبل حدوثها، وتشمل التكاليف المتعلقة بالتخطيط وإدارة النظم والنواحي الإدارية والتنظيمية للجودة الخاصة بالتعامل مع الموردين والتدريب والرقابة على الجودة.

3- تكاليف التقييم :-

ويقصد بها التكاليف المتعلقة بعمليات الفحص والاختبار والأجزاء المكونة للمنتجات بهدف تقييم مستوى الجودة الفعلي والتحقق من مطابقة المنتجات لمواصفات الجودة. وتشمل التكاليف المتعلقة بالفحص ومعدات الاختبارات والمعامل ومراجعة الجودة وتأكيد الجودة.

4- تكاليف الفشل :-

وتسمى أيضا تكاليف عدم المطابقة، وتحدث بسبب عدم مطابقة المنتجات والخدمات للمواصفات المحددة لها. وتنقسم إلى قسمين هما : (الفضل ومحمد، 2010، 347؛ العلى، 2008، 58).

أ. تكاليف الفشل الداخلي :-

وهي تكاليف تتحملها المؤسسة بسبب انتاج منتجات ذات جودة رديئة والتي يتم اكتشافها قبل وصول المنتج للزبون، وتشمل كلفة الخردة، وكلفة العمل المعاد، وكلفة خفض سعر البيع.

ب. تكاليف الفشل الخارجي :-

وهي تكاليف تنشأ بعدم استلام الزبون للمنتج ذو الجودة الرديئة، وهي الأكثر كلفة بسبب تأثيرها على سمعة المنشأة، وتشمل كلفة المسائلة القانونية على المنتج، كلفة إعادة المنتج، كلفة فقدان المبيعات .

10.2 : حلقات الجودة :-

تعتبر حلقات الجودة إحدى الطرق المعتمدة على فريق العمل، ظهرت في اليابان في عام 1960م، وتتكون الحلقة من أشخاص يلتقون لمناقشة ومعالجة مشاكل الجودة في مؤسستهم، وتكون العضوية في هذه الحلقات اختيارية وهي تعطي المجال الواسع لمشاركة الجميع وبذلك ساهمت في تحويل ثقافة المؤسسة القائمة على الريح، إلى ثقافة تعاون على أساس الريح، وقد كان الهدف منها إعادة الاقتصاد الياباني بعد الحرب العالمية الثانية، وكان لها دور فعال في تطوير وتحسين الاقتصاد الياباني في العصر الحديث. وتعد حلقات ضبط الجودة هي التطبيق العملي الفعال لمبدأ

الجودة مسؤولية الجميع، لأنها الأداة الفعالة لتحفيز ومشاركة العاملين على مستوى المؤسسة من أجل بث الأفكار والتي تساهم في تحسين مستوى الجودة. إن الأساليب العلمية التي تتصف بها حلقات الجودة تشغل الآن اهتمام كافة المعنيين والمتخصصين من أجل تطوير وتنمية الاقتصاد الوطني والقومي للعديد من البلدان (الطائي وآخرون، 2008، 169 ؛ النعيمي وآخرون، 2008، 80).

1.10.2- مفهوم حلقات الجودة :-

هناك مجموعة من المفاهيم التي تناولت حلقات الجودة، والتي مثلت في السنوات الأخيرة اتجاهًا إيجابيًا في إدارة الأعمال ونشاطاتها المختلفة، وساهمت في تحسين وتطوير أداء الأعمال. وقد عرفت بأنها "مجموعة الأفراد الذين ينتمون في الغالب إلى مجموعات عمل عادية، ويتقابلون معا على أساس اختياري، ويجتمعون مع المشرف المباشر لمناقشة "التحسينات" ويمكن لهؤلاء الأفراد مناقشة تحسين الإنتاجية أو اقتراح طرق جديدة وأفضل لإنجاز الأعمال" (توفيق، 2008، 35).

وعرفت الجمعية الأمريكية لضبط الجودة في عام 1970م، بأنها "عبارة عن مجموعة من الموظفين والمشرفين الذين يشكلون فريق من 8 - 10 أعضاء من نفس القسم، وعادة ما يكون المشرف هو رئيس الجلسة الذي يدير الحوار ولكنه لا يوجه المجموعة ولا يتخذ القرارات، لأن القرارات تصدر عن المجموعة بأكملها، وتستخدم المجموعة أسلوب العصف الذهني لإنتاج الأفكار بهدف تحديد المشاكل وإيجاد الحلول المناسبة لها" (النعيمي، صويص، 2008، 42) .

كما عرفت أيضا بأنها "مجموعة من العاملين بحدود ستة أفراد من نفس جهة العمل يلتقون ساعة أسبوعيا، يجتمعون لمناقشة مشكلة يختارونها جميعا بهدف حلها وتطويرها (المحياوي، 2010، 248).

من التعاريف السابقة يمكن القول بأن أهم ما يميز حلقات الجودة، هو اهتمامها بالأهداف الإنسانية والتي تغلب تماما على نوعية الأهداف الأخرى، حيث تعمل على تحقيق الرضا الوظيفي وتدعيم روح العمل الجماعي، وزيادة الرغبة في مشاركة العاملين، وتوفير علاقات إنسانية أفضل، وزيادة مشاركة العاملين في اتخاذ القرارات وحل المشكلات، كل هذه الأهداف إذا تحققت فإنها تؤدي إلى تحسين الإنتاجية، وتحقيق الجودة الشاملة المنشودة.

2.10.2- أهمية حلقات الجودة :-

تتمثل أهمية حلقات الجودة في تحقيق مستوى عال من الأداء والجودة، وانخفاض تكاليف الخدمة، ومعدل دوران العمل في المؤسسة، وهي تعمل على تنمية مهارات الموظفين الفنية والقيادية، وتعميق الانتماء والولاء للمؤسسة، والحرص على ابتكار حلول إبداعية للمشاكل التي تعيق عملية انجاز الخدمة بشكلها المطلوب الذي يحقق احتياجات الزبون ورغباته المستقبلية (العالم، 2010، 203). ولقد تناول عدد من الباحثين أهمية حلقات الجودة، والفوائد التي تحصل عليها المؤسسة من خلال تبني أسلوب عمل فلسفة حلقات الجودة والتي يمكن تناولها وفق الآتي (المحياوي، 2010، 249):

- 1- زيادة إلتزام العاملين بالمشاركة في اتخاذ القرارات : تعمل حلقات الجودة على خلق روح المشاركة في المؤسسة بين العامل والإدارة لتحقيق أهدافها، من خلال مشاركة العاملين في اتخاذ القرارات مما ينعكس على تحسين الأداء، ومن ثم تطوير الخدمات التي تقدمها المؤسسة.
- 2- القدرة على حل المشاكل : تعمل حلقات الجودة على رفع كفاء العاملين في تحديد وتحليل المشاكل المتعلقة بتقديم الخدمة، وإيجاد الحلول لها، مما يساعد المؤسسة على استغلال الوقت لإنجاز المزيد من الأعمال عن طريق استخدام القدرات الكامنة للعاملين في المنظمة.

3- زيادة ولاء العاملين للمؤسسة : تساهم حلقات الجودة في زيادة شعور العاملين بالولاء للمؤسسة من خلال المشاركة في العمل وتحقيق الرقابة الذاتية للفرد، وهذا يؤدي إلى تحقيق أهداف المؤسسة وتحسين الإنتاجية وتطوير الجودة.

4- تنمية وتطوير أداء رؤساء الأقسام والوحدات التنظيمية في المؤسسة وإبراز صفة القيادة فيهم.

5- تساهم حلقات الجودة في الاستفادة من الموارد البشرية في المؤسسة، من خلال مشاركتهم في حل مشاكل العمل اليومية، مما يساعد في تحقيق الأهداف.

6- زيادة دافعية ومعنوية العاملين، وبناء الثقة بين جميع العاملين في المؤسسة.

7- تقديم خدمة أفضل للزبون من خلال حل المشاكل المتعلقة باحتياجات الزبون، والحصول على خدمة تلبي رغباته.

3.10.2- الهيكل التنظيمي لعمل حلقات الجودة :-

رغم إن حلقات الجودة هي عبارة عن فرق عمل طوعية، تعمل بشكل غير رسمي، وهي ليست من مكونات الهيكل التنظيمي الرسمي لأي مؤسسة، هذا المفهوم جعل بعض منظمات الأعمال تواجه مصاعب عند قبول فلسفة عمل حلقات الجودة على اعتبار أنها طوعية وغير رسمية في عملها، والتخوف من السيطرة الإدارية على عمل حلقات الجودة، لكن بعضاً من هذه المنظمات عملت على وجود اطار تنظيمي ينظم أنشطتها ومسئولياتها وطبيعة العلاقة بينها وبين الإدارة (الطائي، العجيلي، 2008، 180).

وفيما يلي إيضاح للمكونات التنظيمية لحلقات الجودة والتي تشمل على العناصر التالية

(العالم، 2009، 206 ؛ الطائي، العجيلي، 2008، 181) :

1- لجنة التوجيه :-

وتتضمن أعضاء من الإدارة العليا، وتعمل بمثابة مجلس إدارة لبرنامج تطبيق الجودة الشاملة في المؤسسة، وتتخصص مهمة اللجنة في وضع الخطط، ورسم السياسات الكفيلة بتطوير حلقات ضبط الجودة، وتقديم الدعم لها، كما أنها تقوم بتعيين المستوى التالي لها.

2- الإدارة العليا :-

لضمان نجاح برنامج حلقات الجودة لا بد من أن يكون اهتمام الإدارة العليا به واضحاً من خلال حضور الاجتماعات وإثارة الأسئلة عن الحلقات في اجتماعات مجلس الإدارة العليا، وتزويد الحلقات بكافة المعلومات التي تحتاجها والحضور أثناء عرض الحلقات لمشاريعها وإنجازاتها، ومراجعة توصيات حلقات الجودة، وكذلك توفير فرص التدريب المناسبة للأعضاء، وتوفير الدعم والمساعدة المادية والمعنوية لحلقات الجودة بهدف نجاح برنامجها.

3- المنسق :-

يكون مسئولاً عن تطبيق الإرشادات التشغيلية، عند التنفيذ الفعلي لبرنامج الجودة والمحافظة على استمرارية البرنامج والتزامه بالأهداف المحددة. وهو يمثل حلقة الوصل بين لجنة التوجيه وأقسام المنظمة ومجموعة المسيرين، ويوجد المنسق عادة في المنظمات الكبيرة، لكي يقوم بحل الصعوبات التي تعترض عمل شؤون الحلقات، ويعمل على ضمان اتصال جيد بين الحلقات وقادتها ومساعدة الحلقات في حل المشاكل التي تقع خارج منطقة عملها، ويقوم المنسق باختيار المسهلين لبرنامج حلقات الجودة.

4- المسهل :-

يتسم عمل المسهل بشيء من الأهمية والخطورة بالنسبة لنجاح برنامج حلقة الجودة، فهو يمثل حلقة الوصل بين حلقات الجودة وبقية أقسام المنظمة. ويتلخص عمله في النقاط التالية :-

- مساعدة الحلقة عند تأسيسها ومن ثم تطويرها وحثها والاعتماد على نفسها.
 - مساعدة الحلقة في تأمين المعلومات اللازمة لعملها والتنسيق مع الاختصاصيون الفنيين وفقاً للحاجة.
 - التأكد من مقدرة قائد الحلقة وثقته بقيادتها.
 - المساهمة مع قائد الحلقة في الإعداد والتخطيط لاجتماعات الحلقة.
 - مساعدة الحلقة في حل المشاكل التي تقع خارج منطقة عملها بالتعاون مع المنسق.
- 5- قائد الحلقة :-**

وهو الذي يقوم بالإشراف على وحدة العمل التي يتبعها الأعضاء، وهو مسؤول عن محتوى ما يدور في اجتماعات أعضاء الحلقة، وذلك من حيث الموضوعات التي تناقش، وأسلوب المناقشة مع ضرورة اعتماده على مشاركة الأعضاء ومناقشة كل ما يدور في جدول أعمال الحلقة.

6- أعضاء الحلقات :-

يلعبون دوراً أساسياً، حيث يتركز في حضور الاجتماعات الأسبوعية للحلقة وتحليل وحل المشاكل المتعلقة بوحدة عملهم ويتم اختيار أعضاء الحلقة من خلال دعوة العاملين في القسم لحضور عرض شامل عن حلقات الجودة بعد ذلك يمنحون بعض الوقت لتقرير فيما إذا يرغبون في التطوع بهذه الحلقات كل حسب قسمه ثم يتم الاختيار من المتقدمين عن طريق القرعة، ويتم تدريب الأفراد الذين تم اختيارهم من قبل قائد الحلقة نفسه مع المسير.

4.10.2- متطلبات نجاح حلقات الجودة :-

نظراً للأهمية التي تنضوي عليها حلقات الجودة لذا فإن متطلبات نجاحها يمكن أن تحدد

في الآتي (حمود، 2005، 141) :

- 1- التأكيد على أن كل فرد ضمن المجموعة قد فهم طبيعة إلتزامه نحو المجموعة وفي مرحلة مبكرة قبل تنفيذ البرنامج.
- 2- تصميم المنتج وفق معايير قياسية منظمة، بحيث يكون موضع تطبيق من ناحية وينسجم مع هيكلها من ناحية أخرى.
- 3- من أجل تحقيق الهدف العام للمؤسسة يجب التأكد من وجود إلتزام من قبل كافة المستويات الإدارية، وكذلك وجود قائد لتلك المجموعات يرتبط مع كافة القادة الآخرين.
- 4- يجب تعيين مدرب يدعم وينمي قدرات القادة لحلقات السيطرة النوعية.
- 5- يجب أن يتم توضيح أن المساهمة في حلقات الجودة هي تطوعية وبمحض رغبة العاملين.
- 6- التأكيد على إلتزام المدراء لهذا المدخل وأن يوفر الوقت المناسب لإلتقاء الأعضاء في حلقات الجودة بشكل منتظم.
- 7- إنشاء مجموعة يطلق عليها (عائلة) أي دعوة الأفراد ضمن نفس نطاق العمل، والذين لديهم نفس الاهتمام والمعرفة في العمليات التي تتضمنها حلقة الجودة.
- 8- التأكيد على أن كل المقترحات قد تم عرضها على الحلقة وإن تلك المقترحات التي تم ترشيحها للتنفيذ، قد تم تنفيذها فعلا.

الفصل الثالث

مدخل إلى الخدمات

1.3: مقدمة

2.3 : مفهوم الخدمة

3.3: أهمية الخدمة

4.3: خصائص الخدمة

5.3: مستويات الخدمة

6.3: تصنيف الخدمة

7.3 : أنواع الخدمات

8.3: دورة حياة الخدمة

1.3 مقدمة :-

تطورت الخدمات بشكل كبير وامتزاد في السنوات الأخيرة وفرضت مكانتها الحقيقية والتميزة في ظل الاقتصاديات المتطورة في العالم. وهذا ما أدى إلى ظهور خدمات جديدة بصورة مستمرة، تختلف عن الخدمات التقليدية، مما زاد من مكانتها في الحياة اليومية لإنسان القرن الواحد والعشرين. وفي حقيقة الأمر فإن الخدمات تتميز بالتنوع والتعدد بالرغم من صعوبة تحديدها فيما إذا كانت ملموسة أو غير ملموسة، وينجز عن هذا التمايز والاختلاف وجود تقسيمات متنوعة ومتعددة للخدمات. ولقد أصبحت المؤسسات على اختلاف أنواعها وتخصصاتها منفتحة على جمهور الزبائن من أجل تأمين الخدمات التي يحتاجونها، الأمر الذي أدى إلى النمو السريع والامتزاد في الخدمات وصار من الممكن القول بأننا نعيش في ظل ما يعرف "بمجتمع الخدمات".

2.3 : مفهوم الخدمة :-

اختلفت وجهات النظر في تحديد مفهوم الخدمة وتعددت. والسبب وراء ذلك يعود إلى وجود خدمات ترتبط بشكل كامل أو جزئي بالسلع المادية، مثل الخدمات الفندقية، بينما تمثل خدمات أخرى عمليات مكملة لعملية التسويق مثل خدمات الصيانة. وهناك خدمات تقدم بشكل مباشر دون اشتراط ارتباطها بسلعة معينة مثل الخدمات الطبية، خدمات التأمين، خدمات الترجمة وغيرها.

ولقد أُضع مفهوم الخدمة إلى تفسيرات متعددة، وبالتالي تعريفات مختلفة ولقد اظهرت أدبيات التسويق العديد من التعريفات للخدمة، إلا أن كل واحد منها ينطلق من اتجاه محدد وان كانت تشترك في معنى أو أكثر من تلك المفاهيم في بعض الأحيان. وقد اختلفت تعريفات الخدمة باختلاف آراء الكثير من الباحثين والكتاب.

وعليه فقد عرفت جمعية التسويق الأمريكية American Marketing Association الخدمات على أنها "الأنشطة والمنافع التي يحققها البائع إلى المشتري من خلال الأشياء المقدمة له أو المرتبطة مع البضاعة وبما يحقق رضاه" (البكري، 2006، 216).

ركز هذا التعريف على التفاعل بين البائع والمشتري للحصول على الخدمة سواء كانت هذه الخدمة منفردة أو مرتبطة مع البضاعة بشرط أن تحقق الرضا والمنفعة للمشتري.

وتعرف منظمة التقييم الدولية الخدمة كجزء من إجمالي مفهوم الإنتاج، والمنتج هو الناتج لعملية الإنتاج من أجل إنتاج وسائل لخلق قيمة مضافة، يتم تقييم هذه القيمة المضافة بشكل مستمر في اقتصاد السوق، وتلعب خيارات الزبائن دوراً رئيسياً. وتعتقد المنظمة أن مفهوم الخدمة يجب أن يتناول من وجهة نظر الزبون، وبأن الخدمات هي المفهوم الكامل للمنتج، وهي تشكل مفهوم الجودة عند الزبون وتحدد مدى رضا الزبون من عدمه (Bo Edvardsson, 1998, p. 142).

وقد عرفها (كورتل وآخرون، 2012، 44) "بأنها نشاط أو منفعة يقدمها طرف إلى طرف آخر وتكون في الأساس غير ملموسة أو غير محسوسة ولا يترتب عليها أية ملكية فتقديم الخدمة قد يكون مرتبطاً بمنتج مادي أو قد لا يكون".

تناول هذا التعريف الخدمة من خلال إبراز خصائصها من حيث عدم ملموسيتها، عدم ملكيتها وأنها لا تتم إلا بوجود فعل وطلب من طرف وليس بالضرورة أن ترتبط بإنتاج مادي.

أما (الطائي والعلاق، 2009، 35) فقد تناولوا تعريف الخدمة من خلال التمييز بين الخدمة الجوهر والعناصر المحيطة بهذا الجوهر، ويقولان بأن التمييز هو أساس يمكن اعتماده لتعريف الخدمة، فالجوهر في عرض الخدمة هو عبارة عن "المخرجات الضرورية لمؤسسة الخدمة والتي تستهدف تقديم منافع غير ملموسة يتطلع إليها المستفيدون".

وتكمن أهمية التعريف السابق للخدمة أنها تقارنها مع السلعة المادية، فإذا كانت الجوانب غير الملموسة هي الغالبة أو السائدة في العرض، فإن ذلك يعني أنها خدمة أكثر مما هي سلعة، والعكس صحيح.

وعرفت الخدمة بأنها "النشاط الاقتصادي الذي يستهدف توليد المنافع الزمنية، والمكانية، والشكلية والنفسية للمستهلك". ونجد أن هذا التعريف يركز على الجانب غير الملموس بشكل أوضح من الجانب الملموس والتي يتولد عنه منافع واشباعات يمكن بيعها. كالخدمة الفندقية، والخدمة المصرفية (معلا وتوفيق، 2001، 160).

وعرفها (الضمور، 2005، 18) على أنها "أي نشاط أو سلسلة من الأنشطة ذات طبيعة غير ملموسة في العادة، ولكن ليس ضروريا أن تحدث عن طريق التفاعل بين المستهلك ومقدمي الخدمة".

ركز هذا التعريف على خاصية لا ملموسية الخدمة وأن تلقي الخدمة من مقدمها لا يحدث بضرورة عن طريق التفاعل بينه وبين المستهلك

كما عرفت الخدمة بأنها " تفاعل غير ملموس بين الناس ولا يمكن امتلاكها أو مسكها أو الوقوف عليها" (سالم، 2006، 24).

وعرفت الخدمة أيضاً بأنها الأنشطة والمنافع والأشباعات التي تقدم بغرض بيعها. وتكون السمة الأساسية فيها أنها غير ملموسة أي لا يمكن للفرد تذوقها أو تجربتها، أو الاستماع إليها (الصحن، 2013، 250، 251).

من خلال التعاريف السابقة نستنتج أن الخدمة هي مجموعة من النشاطات ذات طبيعة غير ملموسة، قد ترتبط بمنتج ملموس وقد لا ترتبط به، دون أن يترتب عن ذلك انتقال الملكية، وتهدف أساساً إلى إشباع حاجات ورغبات الزبائن، وغالبا ما تستهلك وقت انتاجها.

3.3: أهمية الخدمة :-

تتضح أهمية الخدمة من خلال ما شهدته من تطور حيث نمت الخدمات خلال القرن العشرين نمواً هائلاً، وحصل تبدل تدريجي ولكنه مستمر من قطاع الصناعة الي قطاع الخدمات في اقتصاد الولايات المتحدة الأمريكية. ولقد تزايدت الخدمات باستمرار منذ حوالي عام 1945م (نهاية الحرب العالمية الثانية) من حوالي 33% للاستهلاك الشخصي إلي 47% في عام 1980. وجاء ذلك بسبب التطورات التكنولوجية التي شهدها العالم مما أدى إلي اهتمام دول العالم بهذه الخدمات وجاء هذا الاهتمام نتيجة تطور المجتمع وزيادة قوته الشرائية وكذلك زيادة عدد العاملين في هذا القطاع. فقد ارتفع معدل القوة العاملة في مجال الخدمات في الدول المتقدمة من 41% عام 1965م إلي 67% عام 1989-1991م وفي الدول العربية كان المعدل على التوالي 23% و46% وتدل إحصاءات المصرف الدولي على أن معدل العاملين في قطاع الخدمات في الولايات المتحدة الأمريكية يقدر بحوالي 66% عام 1988م وازداد هذا المعدل ليصبح 80% من قوتها العاملة عام 1990م. وتشير الأبحاث للعام 2000م أن الخدمات سوف تستهلك نصيباً أكبر من نفقات المستهلك، ولعل أكبر مشكلة تعيق النمو السريع في اقتصاد الخدمات هو ارتفاع أسعار الخدمات بمعدل أسرع من ارتفاع معظم السلع المادية، ومن المتوقع أن يشهد قطاع الخدمات في العالم العربي نمواً متزايداً كماً ونوعاً لعدة أسباب منها (كورنيل وآخرون، 2012، 57):-

أ. نسبة كبيرة من العاملين في العالم العربي سوف تعمل في قطاع الخدمات وسوف تتزايد نسبة العاملين في هذا القطاع.

ب. زيادة درجة التعقيد في السلع المادية كالحواسيب وأنظمة السلامة وهي سلعة مادية تتطلب خدمات متخصصة خاصة أن مثل هذه السلع يتم استيرادها ولا يتم إنتاجها.

ج. زيادة أوقات الفراغ بسبب ظاهرة ازدياد التشغيل الآلي مما يوفر أوقاتاً للراحة والسياحة.

د. زيادة دخل المواطنين وارتفاع مستوى معيشتهم وخاصة بعد الطفرة النفطية التي شهدتها الوطن العربي منذ أواخر القرن الماضي.

هـ. يعد قطاع الخدمات في الوطن العربي أكثر ربحية قياساً إلى السلع والمنتجات وأقل حاجة لرأس المال.

4.3: خصائص الخدمة :-

للخدمات خصائص تميزها عن غيرها من المنتجات الملموسة، والتي تعكس صفات وطبيعة الخدمات، ومن هذه الخصائص ما يلي:-

1. اللاملموسية :-

وتعنى بذلك عدم إمكانية اختبارها رؤيتها أو لمسها قبل أن تتم عملية الشراء، وخصوصاً لذلك المستهلك الذي لا يملك تجربة سابقة عن الخدمة المقصودة (القريوتي، 2001، 203). بمعنى آخر أن المستفيد من الخدمة لن يكون قادراً على إصدار قرارات وأحكام مستندة على تقييم محسوس، من خلال حواس البصر، والشم والتذوق قبل شرائه للخدمة، ولتحويل حالة عدم الملموسية إلى الملموسية، يلجأ مسوقو الخدمة إلى إضفاء أشياء أو رموز ملموسة للتعبير عن جودة الخدمة، مثل الاهتمام بالبيئة المادية التي تقدم من خلالها الخدمة الاهتمام بالتصاميم الملموسة تعبر عن مدى اهتمام القائمين على تقديم الخدمة لزيائهم (البكري، 2006، 219 ؛ الطائي والعلاق، 2009، 23).

2. التلازمية :-

وهو صعوبة فصل الخدمة عن الشخص الذي يتولى تقديمها أي أن هناك درجة كبيرة من الترابط بين الخدمة ومقدمها (المساعد، 2003، 47). وتشير خاصية التلازمية في هذه الحالة إلى وجود علاقة مباشرة بين مزود الخدمة والمستفيد فغالبا ما يتطلب الأمر حضور المستفيد من الخدمة

عند تقديمها وهذا يحقق ميزة خاصة لتسويق الخدمات حيث يتم إنتاج الخدمة وتسويقها في آن واحد. كما هو الحال في الخدمات الشخصية المقدمة، أو العلاج الطبي، وعموما فإن الخدمات لا يمكن أن تمنح شخصياً أو أن تخول إلى غير منتجها لأنها متلازمة معه (غنية، 2000، 124).

3- التباين :-

تتصف الخدمة بعدم التجانس أو عدم النمطية في تقديم الخدمات، وذلك لكونها تعتمد على مهارات وأساليب وكفاءات مقدم الخدمة، وزمان ومكان تقديم الخدمة، فالخدمة التي يقدمها الأخصائي والخبير في المجال أفضل بكثير من تلك التي يقدمها غير المتخصص أو الأقل خبرة. حتى أن نفس الشخص قد يقدم الخدمة نفسها بطرق مختلفة من وقت لآخر وذلك اعتماداً على الظروف المحيطة (عليان والسامرائي، 2006، 107).

4- الهلاك :-

يمكن القول بشكل عام أن الخدمات لا يمكن تخزينها كونها سريعة الهلاك والفساد، ومن ثم عدم إمكانية تطبيق مبدأ التعويض (أوبكر، 2004، 373). كذلك فإن أسواقها ومعدلات الطلب عليها تتذبذب بين سنة وأخرى، موسم وآخر، شهر وآخر، يوم وآخر، أو حتى بين الساعة والأخرى لنفس اليوم، لذا فإن مؤسسات الخدمة تمنى بخسائر كبيرة في حالة عدم الاستفادة من الخدمة أو فقدها لأي سبب كان (مقابلة، 2009، 13).

5- عدم تملك الخدمة :-

إن عدم انتقال الملكية يمثل خاصية مميزة للخدمات مقارنة بالسلع المادية فبالنسبة للسلع يمكن للمستهلك أن يستخدم السلعة بشكل كامل وبإمكانه تخزينها واستهلاكها أو بيعها في وقت لاحق وعندما يدفع ثمنها فإن المستهلك يمتلك السلعة أما بالنسبة للخدمة فإن المستهلك قادر فقط على الحصول عليها واستخدامها شخصياً لوقت محدد (مثل تأجير غرفة في فندق أو استئجار شقة

أو سيارة) وأن ما يدفعه لا يكون إلا لقاء المنفعة المباشرة التي يحصل عليها من الخدمة المقدمة إليه (كورنل وآخرون، 2012، 79).

6- صعوبة تسعير الخدمات :- (أو بعض أنواع الخدمات)

كثير من الخدمات مثل (الخدمات الطبية، أو الاستشارات) يصعب تسعيرها أو لا يوجد سعر سائد حتى ولو بالتقريب للخدمات خاصة أنه من الصعب حساب تكلفة إنتاجها وتقديمها (أبو قحف، 2004، 498).

والجدول رقم (1) يوضح ملخص لخصائص الخدمات وما تتضمنه من مشكلات وبعض الطرق التسويقية لمعالجة هذه المشكلات (الضمور، 2005، 33):

الجدول رقم (1) خصائص الخدمات

| الخصائص | المشكلات | بعض طرق معالجتها |
|-----------------------|--|--|
| اللاملموسية | <ul style="list-style-type: none"> - صعوبة توفير عينات - وجود قيود كثيرة على عنصر الترويج في المزيج التسويقي. - صعوبة تحديد السعر والجودة مسبقاً. - استخدام السعر كمؤشر للجودة. - صعوبة تقييم الخدمات المنافسة. | <ul style="list-style-type: none"> - التركيز على الفوائد. - زيادة اضعاف الملموسية للخدمة. - استخدام التوصية الشخصية كمدخل لبيع الخدمة. - تخفيض تعقيدات الخدمة. |
| التلازمية | <ul style="list-style-type: none"> - تتطلب تواجد مقدم الخدمة. - البيع المباشر. - محدودية نطاق الخدمات. | <ul style="list-style-type: none"> - تعلم العمل في مجموعات كبيرة. - العمل بسرعة. - تحسين أنظمة تسليم الخدمة. |
| الاختلاف وعدم التجانس | <ul style="list-style-type: none"> - تعتمد المعايير على من يقدمها ومتى يقدمها. - صعوبة التأكد من النوعية. | <ul style="list-style-type: none"> - تدريب عدد أكبر من الموظفين الأكفاء. - توفير مراقبة مستمرة ومؤسسية. |
| الزوال و الفناء | <ul style="list-style-type: none"> - لا يمكن تخزينها. - مشاكل التذبذب في الطلب. | <ul style="list-style-type: none"> - المحاولة المستمرة لإيجاد التوافق بين العرض والطلب كتخفيض الأسعار في حالة انخفاض الطلب أو استخدام نظام الحجوزات. |

المصدر : (الضمور، 2005، 33).

5.3: مستويات الخدمة :-

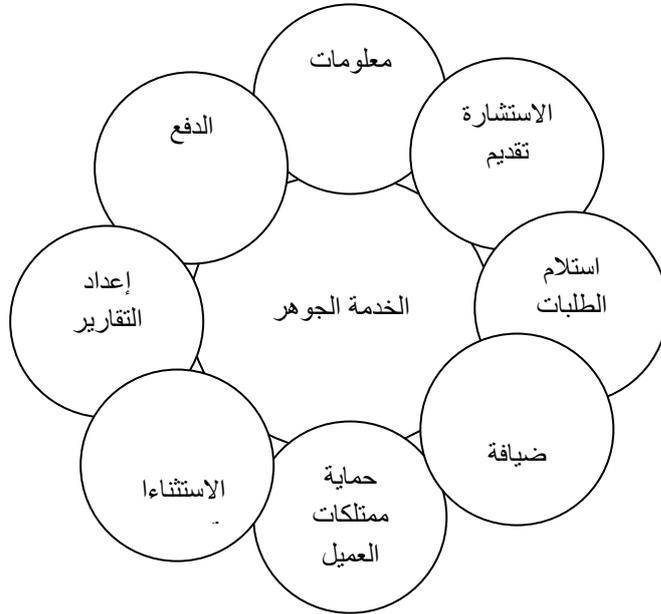
تتألف الخدمة من مستويين اثنين متلازمين لا بد من توفرهما لكي تكتمل صورة الخدمة في

جميع أبعادها وهما (بالمراة ادریان، 2009، 73) :-

1- الخدمة الجوهر : وتمثل المنفعة الأساسية التي يرغب الزبائن في الحصول عليها لإشباع حاجاتهم ورغباتهم.

2- الخدمة الداعمة والمكملة للخدمة الجوهر : وتمثل مستويين المنتج المادي والمنتج المعزز، وعلى الرغم من وجود عشرات التصنيفات للخدمات التكميلية، إلا أن معظم هذه الخدمات تصنف وفق ثماني مجموعات رئيسية، هي : المعلومات، استلام الطلبيات، حماية ممتلكات العميل، إصدار الفواتير، تقديم الاستشارة، الضيافة، الاستثناءات، الدفع.

ويطلق على مستويات الخدمة زهرة الخدمة، والشكل (3) يوضح ذلك:



الشكل رقم (3) مستويات الخدمة

المصدر: (كورتل، 2009، 63)

يوضح الشكل (3) أن العديد من مؤسسات الخدمة تقدم لزيائنها مجموعة من المنافع تتضمن تسليم الخدمة الجوهر، إضافة إلى العديد من الخدمات الإضافية (التكميلية) التي ترتبط بأنشطتها، هذه الخدمات هي التي تميزها عن المؤسسات الأخرى المنافسة لها (كورتل، 2009، 63).

غالباً ما تلجأ مؤسسات الخدمة إلى وضع الخدمات التكميلية في مجموعات من أجل اختيار المجموعات التي تتناسب مع حاجات الزبائن من الخدمات المعروضة، كما أن وضع الخدمات التكميلية في مجموعات مترابطة يساهم في (الطائي والعلاق، 2009، 36):

أ. تمكين المؤسسة الخدمية من تركيز جهود المزيج التسويقي على المجموعة المفضلة أو المرغوب توفيرها للزبائن.

ب. تمكين المؤسسة الخدمية من مقارنة خدماتها التكميلية بتلك التي يعرضها المنافسون.

ج. معرفة ردود فعل المستفيدين بخصوص كل مجموعة من مجموعات الخدمات التكميلية، والاستفادة من ردود الفعل هذه في تعديل أو تغيير أو إلغاء المجموعات عند الضرورة.

وعلى الرغم من وجود عشرات التصنيفات للخدمات التكميلية، إلا أن معظم هذه الخدمات تصنف وفق ثماني مجموعات رئيسية هي (بالمردريان، 2009، 76-79؛ الطائي والعلاق، 2009، 39) :-

1- المعلومات :-

يحتاج الزبون إلى معلومات عن الخدمة المقدمة لكي يحصل على قيمة حقيقية أو فائدة مرجوة من هذه الخدمة، فالزبائن الجدد أو المحتملون غالباً ما يبحثون عن الخدمة التي تلبية احتياجاتهم ورغباتهم، لذا تسعى المؤسسات الخدمية إلى العمل على توفير أكبر قدر ممكن من

المعلومات المتعلقة بالخدمات التي تقدمها للزبائن على اختلاف أنواعهم، ذات الصلة بنشاطاتها الخدمية، في محاولة منها لاستقطابهم وتكوين ولائهم لها.

ومن الوسائل المعتمدة لتزويد الزبائن بالمعلومات، إنشاء مراكز معلومات متخصصة، إطلاق حملات إعلانية، إصدار المنشورات، النشر والدعاية في مختلف وسائل الإعلام.

2- تقديم الاستشارة :-

تقدم الاستشارة في الغالب بناء على طلب الزبون لغرض حل مشكلة ما، أو اتباع أسلوب معين، وذلك في خلال معطيات معينة، أو في ظل ظروف محددة. إن الاستشارة تتضمن حواراً يستهدف الوقوف على احتياجات الزبون بهدف وضع حل أو اقتراح أسلوب لمعالجة المشكلة التي تواجه الزبون. والاستشارة الفاعلة تتطلب أن يكون مقدم الاستشارة ملماً إماماً دقيقاً بالوضع القائم للزبون، ويحبذ كثيراً أن تكون لدى المستشار معلومات خلفية عن الزبون قبل تقديم أي حل أو اقتراح.

3- استلام الطلبات :-

عندما يستقر رأى الزبون على شراء الخدمة، فإن الخطوة التالية هي استعداد مقدم الخدمة لإبرام الصفقة، أي استلام طلبية الزبون ومعالجتها من أجل توفيرها له في المكان والزمان المحددين.

4- الضيافة (رعاية الزبون) :-

تتطلب بعض الخدمات من الزبائن الدخول إلى مصنع الخدمة والبقاء هناك إلى حين الانتهاء من عملية تزويدهم بالخدمة المطلوبة، لهذا تحاول المؤسسات الخدمية الناجحة التعامل مع الزبائن كضيوف، خصوصاً عندما يكون بقاء هؤلاء الزبائن في موقع تقديم الخدمة طويلاً نسبياً.

إن الضيافة تعكس سعادة اللقاء بالزبائن الجدد، والترحيب بالزبائن القدامى عند عودتهم ثانية إلى المؤسسة الخدمية، وتكمن قيمة الضيافة في أنها خدمة تكميلية مبنية على الاتصال وجهاً لوجه.

5- حماية ممتلكات الزبائن :-

عندما يقوم الزبائن بزيارة موقع الخدمة، فإنهم غالباً ما يطلبون المساعدة في الحفاظ على ممتلكاتهم، وفي الحقيقة فإن كثيراً من المستفيدين قد لا يأتون إلى موقع الخدمة ما لم توفر لهم مؤسسة الخدمة المعنية بعض التسهيلات الخاصة بحماية ممتلكاتهم (مثل توفير مواقف مؤمنة لإيواء سياراتهم، والاحتفاظ بأموال وممتلكات النزلاء في خزائن الفندق، رعاية أطفال الزبائن خلال عملية تقديم الخدمة).

6- الاستثناءات :-

هي خدمات تكميلية استثنائية خاصة، لا تقع في نطاق الخدمات الاعتيادية المتعارف عليها، تقدم للزبائن في ظروف غير اعتيادية، وذلك لتقديم خدمة ما في ظرف محدد، وغالباً ما تستجيب مؤسسات الخدمة لهذا النوع من الطلبات، خصوصاً عندما يكون الظرف ملائماً (في الظروف الاستثنائية مثلاً، أو عندما يطلب الزبون ذلك بإلحاح لظرف معين) وغالباً ما تتحوط مؤسسات الخدمة لمثل هذه الطلبات الاستثنائية من خلال إدراجها في برامجها وخططها.

وتوجد عدة أنواع من الاستثناءات نذكر أبرزها وهي :

أ- طلبات خاصة: أحياناً تقوم المؤسسة الخدمية بتقديم خدمات غير نمطية لزيائنها، أو خدمات مفصلة حسب رغبة الزبون الشخصية، أو تسهيلات غير معتادة ضمن البرنامج أو الخطة المقررة، مثل توفير مقاعد خاصة للمعوقين في الطائرات، والقطارات، والمطاعم، وغيرها أو الاهتمام بالمشاكل الخاصة بالزبائن والتي لا تقع ضمن التخصص الدقيق لمؤسسة الخدمة، مثل تقديم خدمات صحية خاصة للمرضى في المستشفيات والمراكز الصحية.

ب. حل المشاكل: قد تخفق المؤسسة في تقديم خدماتها للزبون، أو أن تقوم بتقديم الخدمات بصورة لا ترضي الزبون، الأمر الذي يتطلب من المؤسسة معالجة الموقف، من خلال حل المشكلة، والتي غالباً ما تكون غير متوقعة، وفي حالات أخرى، قد يجد الزبون صعوبة في الاستفادة من الخدمة، فتقوم المؤسسة بمعالجة ذلك من خلال إسداء النصيحة، أو توجيه الزبون بالاتجاه الصحيح الذي يمكنه من الاستفادة من الخدمة موضوع المشكلة.

ج. معالجة الشكاوى/ المقترحات/ الت شكرات: إن هذه العملية تتطلب توافر إجراءات محددة بشكل واضح ودقيق، حيث أن شكاوى الزبائن وكذلك مقترحاتهم تتطلب استجابة سريعة من قبل المؤسسة الخدمية، أما الت شكرات فهي تحتاج أيضاً إلى استجابة المؤسسة الخدمية، بما يشعر الزبون باهتمام المؤسسة بملاحظاته الإيجابية.

د. المرتجعات: على المؤسسة الخدمية أن تتوقع قيام بعض الزبائن بطلب تعويض، أو رد اعتبار، نتيجة عدم الرضا عن الخدمة المقدمة.

7- إعداد الفواتير: غالباً ما تكون عملية إعداد الفواتير ذات طابع روتيني، باستثناء الخدمات التي تقدم مجاناً، إلا أن الحيطة والحذر مطلوبان من الشخص القائم على إعداد الفواتير، فالفواتير يجب أن تكون دقيقة وصحيحة ومطابقة لقيمة الخدمة المقدمة، وإلا أصابت الزبون حالة من عدم الرضا، كما يجب إعداد الفواتير بالسرعة اللازمة، فالتأخير في إعداد الفواتير حالة مرفوضة تماماً، خصوصاً إذا كان الزبون على عجلة من أمره، ولتسريع عملية إعداد الفواتير فإن مؤسسات الخدمة قامت بإدخال تقنيات متطورة تضمن سرعة ودقة إعداد الفواتير.

8- الدفع: في معظم الحالات، يترتب على استلام الفاتورة إجراء الدفع من قبل الزبون، والدفع يكون من خلال بطاقات الائتمان، أو من خلال توسط البنوك، أو بواسطة البريد وغيرها من الوسائل التي توفر عليه مشقة الذهاب إلى المؤسسة الخدمية لتسديد الفواتير.

6.3: تصنيف الخدمة :-

توجد عدة تصنيفات للخدمة وفق عدة معايير، منها ما يلي (الصميدعي والعلاق، 2012،

349، 350 ؛ عليان والسامرائي، 2006، 132) :-

1. من حيث الاعتمادية :

تتنوع الخدمات على أساس اعتمادها إما على المعدات (مثل غسالات السيارات الآلية) أو

اعتمادها على الأفراد (مثل تنظيف الشبايك) كما تتنوع الخدمات التي تعتمد على الأفراد حسب

أدائها من قبل عمال ماهرين أو غير ماهرين، أو من قبل محترفين، أو مهنيين.

2. من حيث مشاركة الزبون :

بعض الخدمات تتطلب حضور الزبون للحصول على الخدمة (مثل العمليات الجراحية) بينما

توجد خدمات أخرى لا تتطلب مشاركة الزبون (مثل تصليح السيارات).

3. من حيث نوع الحاجة :

وتنقسم إلى نوعين خدمات شخصية وهي تقدم لإشباع حاجات شخصية صرفة مثل

السياحة والتأمين على الحياة، وخدمات منشآت وهي خدمات تقدم لتلبية حاجات منظمات الأعمال

كما هو الحال في خدمات الاستشارات الإدارية والمالية وصيانة المعدات.

4. من حيث أهداف مجهزي الخدمة :

يختلف مجهزو الخدمات في أهدافهم الربحية أو اللاربحية أو من حيث الملكية الخاصة أو

العامة فالبرامج التسويقية لمستشفى خاص تختلف عن تلك التي يطبقها مستشفى خيرى خاص

(غير ربحي).

كما تصنف الخدمات وفق المعايير والأسس التالية (غنية، 2000، 125، 126 ؛ الطائي

والعلاقي، 2009، 29 ؛ كورنيل والعامري، 2012، 59، 60).

1. حسب نوع السوق وهناك نوعان :

أ- الخدمات الاستهلاكية : وهي كل الأنشطة الغير ملموسة والتي ليست في صورة سلعة وتشبع

حاجة لدى الأفراد. مثل الخدمات الصحية والمصرفية والسياحية...إلخ

ب- الخدمات الصناعية : وهي أنشطة غير ملموسة يطلبها الأفراد والمؤسسات على السواء من

أجل إتمام عملية التصنيع وزيادة جودته وكفاءته مثل الخدمات القانونية، وبحوث التسويق

والاستشارات الهندسية وإجراءات الأمن والحراسة....إلخ.

وعادة ما توجد منظمات متخصصة في تقديم مثل هذه الخدمات كمراكز البحوث والمكاتب

الاستشارية وغيرها.

2. حسب درجة كثافة قوة العمل وتقسم إلى :-

أ- خدمات تعتمد على قوة عمل كثيفة، مثل خدمات الحلاقة والتجميل، وخدمات تربية ورعاية

الأطفال، وخدمات التدريس والخدمات التي يقدمها الطبيب في العيادة وغيرها

ب- خدمات تعتمد على المستلزمات المادية، مثل خدمات الاتصالات السلكية واللاسلكية، وخدمات

النقل، وخدمات الطعام، وخدمات النقل الجوي، وغيرها.

3. حسب درجة الاتصال بالمستهلك :

ويعتمد هذا العنصر على درجة الاتصال بالمستهلك فقد يأخذ أحد الأشكال التالية:

أ- خدمات ذات اتصال شخصي عالي، مثل خدمات الطبيب، والمحامي، وخدمات النقل الجوي،

وخدمات التأمين وغيرها.

ب- خدمات ذات اتصال شخصي منخفض، مثل خدمات الصراف الآلي، وخدمات الغسيل

الجاف، والخدمات البريدية وغيرها.

ج- خدمات ذات اتصال شخصي متوسط، مثل خدمات مطاعم الوجبات السريعة، وخدمات المسرح وغيرها.

4. حسب مهارة مقدم الخدمة :

ويصنف هذا المحور إلى كون مقدم الخدمة يتطلب حيازته على صفة:

أ- المهني وتشمل الخدمات القانونية والرعاية الصحية والخدمات المحاسبية وغيرها.

ب- غير المهني وتشمل خدمات النقل وخدمات حراسة العمارات وفلاحة الحدائق وغيرها.

7.3: أنواع الخدمات :

يمكن تقسيم الخدمات المقدمة للمشتريين إلى نوعين هما (العسكري، 2005، 113) :-

1. خدمات ما قبل البيع :

وهي تشمل دراسة احتياجات الزبائن وظروف التشغيل وذلك لتحديد نوع السلعة التي تتناسب مع هذه الظروف. فالمنتج قد تتوفر لديه خبرة كبيرة نتيجة تعامله لمدة طويلة مع أنواع مختلفة من الزبائن، وهو بذلك يعتبر قادراً على خدمة الزبائن في هذا المجال وبخاصة من لا تتوفر لديهم الخبرة الكافية عن نوعية المشتريات التي يقدمون عليها، أو من يقومون بشراء السلعة لأول مرة.

2. خدمات ما بعد البيع :

هي سياسة تعمل على تنفيذها كل المنشآت لتحقيق أهدافها الترويجية حيث أنها تعتبر من السياسات الفعالة في خلق وتنشيط الطلب على السلع وخاصة السلع المعمرة.

إن عناصر النجاح لسياسة التسويق تكمن في اتخاذ القرار حول نوع وحجم الخدمات التي يقدمها المنتج إلى المستهلكين المرتقبين. والتوسع في تأدية هذه الخدمات مرهون بحجم الأهداف الترويجية التي ينبغي الوصول إليها، طالما يتنافس المنتجون بحدة على كسب رضا المستهلك، ولا يمكن لهم احتلال المواقع الجيدة إلا عن طريق خلق المغريات. إذ يحرص كل منتج على خلق

مغريات لسلعة تفوق مغريات سلع منافسيه. لذا أصبحت خدمات ما بعد البيع تشكل مجموعة مغريات يمكن من خلالها كسب المزيد من المستهلكين كلما توسع المنتج في تأديتها. ويشهد السوق باستمرار توسعاً مطرداً في تقديم خدمات ما بعد البيع من خلال خلق المنافع الإضافية للسلع التي أصبحت تتوقف وتعتمد على إمكانيات المنتج وقدراته في ابتكار الخدمات، ومن ثم تهيئة سبل النجاح في الوصول إلي الأهداف الترويجية.

كما يقسم (المؤذن، 2002، 210) أنواع الخدمات حسب العديد من الأسس ومن أهمها

مايلي:

1- حسب الزبون :

أ. خدمات مستهلكين: وهي الخدمات التي تقدم لإشباع حاجات شخصية مثل السياحة

والتأمين على الحياة وغيرها.

ب. خدمات منشآت: وهي تقدم لإشباع حاجات منشآت الأعمال كما هو الحال في الخدمات

المحاسبية، وتصليح المعدات.

2- حسب درجة الاعتمادية في تقديم الخدمة :

أ. خدمات تعتمد في تقديمها على الإنسان بدرجة كبيرة، وتتأثر كثيراً بالشخص الذي يتولى

تقديمها. فالكثيرون يطلبون الخدمة من شخص معين بالذات كما هو الحال في الخدمات

الطبية طالما أن الخدمات المقدمة من قبل أشخاص متعددين هي ليست واحدة ولا متماثلة.

ب. خدمات تعتمد في تقديمها على الآلات بدرجة كبيرة، وهي تختلف بحسب ما إذا كانت

المعدات ذات تسيير ذاتي لم يتم تشغيلها من قبل الإنسان، وما إذا كان هذا الذي يتولى

تشغيلها وإدارتها من ذوي المؤهلات والخبرات أم أنه ليس كذلك.

3- حسب أهمية حضور المستفيد من الخدمة إلى أماكن تقديمها :

أ. ضرورة حضور المستفيد لأماكن تقديم الخدمة، مثل الخدمات الطبية.

ب. لا ضرورة لحضور المستفيد لأماكن تقديم الخدمة، مثل تنظيف الملابس وغيرها.

8.3: دورة حياة الخدمة :-

تتكون دورة حياة الخدمة من أربعة مراحل، وهي نفس مراحل دورة حياة السلعة، كما أن خصائص كل مرحلة هي نفسها كما في دورة حياة السلعة ولكن الاختلاف يكمن في الإستراتيجيات الممكن استخدامها. حيث لا يمكن تطبيق كل إستراتيجيات دورة حياة السلع على الخدمات لذلك ينبغي تعديلها لتناسب الخدمة، ويمكن تناول هذه المراحل كآلاتي (الصميدعي، العلاق، 2012، 358 ؛ المحياوي، 2006، 78) :-

أ- مرحلة التقديم :

عندما تقدم الخدمة للمرة الأولى يقال أن شكل الخدمة الحالية قد تم تغييره، حيث لا تحصل كثير من الخدمات الجديدة على درجة قبول من الزبائن، وتتركز إستراتيجيات المؤسسة في هذه المرحلة على كسب قبول السوق لها، وهنا تظهر ميزة الخدمة حيث يمكن تقديم العديد من الخدمات على نطاق ضيق ويمكن توسيعها إذا لقيت قبول من الزبائن.

وهذا بدوره يقلل درجة المخاطرة المصاحبة لمرحلة التقديم، وتقل فيها الخسائر، وتمتاز هذه

المرحلة بالحقائق التالية:

قلة المنافسين في السوق، انخفاض هامش الربح، تدفق نقدي سلبي، عدم وضوح وصعوبة تحديد القطاعات السوقية، انخفاض المبيعات.

أ- مرحلة النمو :

في هذه المرحلة يزداد نمو الخدمة وتظهر التدفقات النقدية الايجابية. وبسبب نمو واتساع الطلب على الخدمة وما ينتج عنه من زيادة في مبيعات الخدمة مما يؤدي ذلك إلي أرباح كبيرة. وبسبب هذه الأرباح الكبيرة يزداد عدد الشركات التي تدخل مجال تقديم هذه الخدمة مما يؤدي إلي زيادة حدة المنافسة. ويجب أن تقوم المؤسسات الخدمية بتطوير ميزة داعمة من أجل الحفاظ على مستوى أعمالها. وتمتاز هذه المرحلة بالخصائص التالية :

1- نمو سريع في الأعمال.

2- تدفقات نقدية إيجابية.

3- أرباح عالية.

4- ازدياد المنافسة.

5 - ازدياد عدد الفروع الجديدة التي تقدم فيها الخدمة.

6 - تطوير الحصة السوقية الحالية.

7- البحث عن قطاعات سوقية جديدة لتقديم الخدمة.

ج - مرحلة النضوج :

في مرحلة النضوج يبدأ مستوى الخدمات المتقدمة من قبل المؤسسات بالهبوط البطيء وتزداد حدة المنافسة. لذلك تعمل المؤسسات على أبعاد المنافسين عن طريقها لزيادة حصتها السوقية أو زيادة أرباحها. وتكون نتيجة هذا التنافس انخفاض أرباح معظم المؤسسات ذات المستوى المنخفض مما يضطرها إلى استخدام استراتيجية أخرى. وفي هذه المرحلة أيضا لا يرى الزبائن أية فروقات بما تقدمه المؤسسات المختلفة للخدمة وتمتاز هذه المرحلة بالخصائص الآتية :

1- استقرار مستوى ما تقدمه المؤسسات من خدمات.

2- امتداد المنافسة.

3- خروج المؤسسات ذات المستوى المنخفض.

لذا يجب على المؤسسات تعزيز جودة الخدمة فنياً ووظيفياً وإضافة خدمات مجانية وكذلك

استخدام أسلوب الإعلان والإقناع.

د- مرحلة الانحدار :

في هذه المرحلة ينخفض مستوى الخدمات المقدمة من قبل جميع المؤسسات. نتيجة لظهور

خدمات جديدة تشبع حاجات الزبائن بصورة أفضل. وتتصف هذه المرحلة بالخصائص التالية :

1- انخفاض مستوى الخدمات المقدمة من قبل المؤسسات.

2- انخفاض حدة المنافسة.

3- انخفاض الأرباح. مما سبق نلاحظ أن مرحلة التقديم هي المرحلة التي تتميز بالنمو البطيء

بينما مرحلة النمو هي مرحلة قبول السوق الواسع للخدمة، ومرحلة النضوج هي المرحلة التي يقل

فيها النمو لأن المنتج حقق القبول لدى جميع الزبائن المحتملين، ومرحلة الانحدار هي فترة

الانخفاض والتراجع لمستوى الأداء.

الفصل الرابع

جودة الخدمة

1.4: ماهية جودة الخدمة

2.4: أبعاد جودة الخدمة

3.4: قياس جودة الخدمة

4.4 : الجودة في الخدمات الصحية

5.4: تقييم جودة الخدمات الصحية

6.4 : إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية .

1.4 ماهية جودة الخدمة :-

إن الاهتمام بجودة الخدمة أمر في غاية الأهمية بالنسبة للمؤسسة أو الزبون أو كليهما، فهي تعتبر أداة فعالة لتحقيق التحسين المستمر لجميع أوجه عمليات الخدمة، فهي تعني المساواة من حيث حصول الجميع على نصيب متساوي من الخدمة، والفاعلية في تحقيق الأهداف على مستوى الزبون أو المؤسسة أو المجتمع ككل، وإن يحصل الزبون على احتياجاته بسهولة غير مقيدة بحدود زمنية أو مكانية لا مبرر لها.

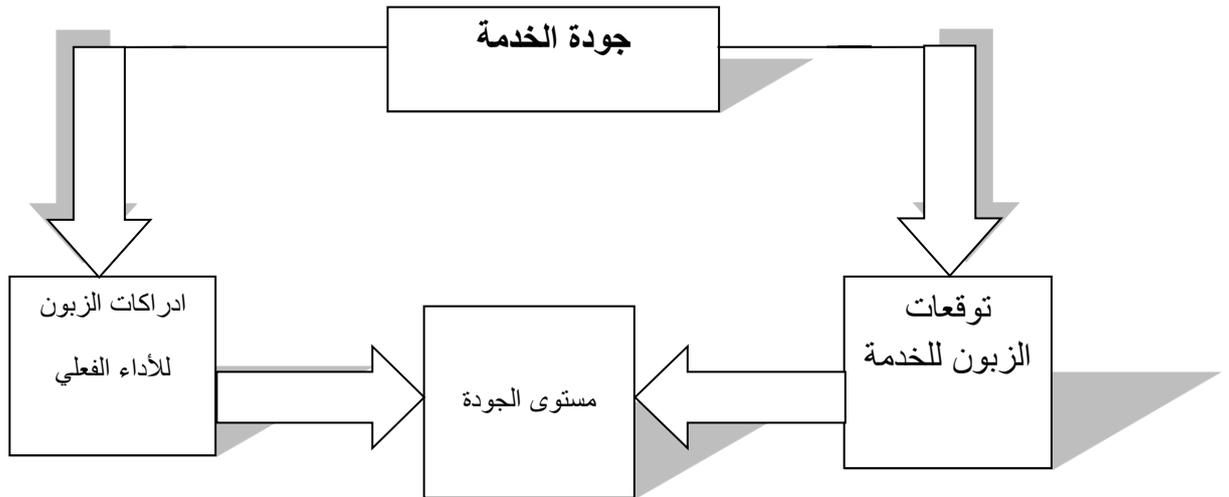
لذا فإن مشاكل تطوير وتحسين جودة الخدمات نال الاهتمام الأكبر منذ بداية الثمانينات من القرن الماضي في أغلب دول العالم، حيث أن تطوير وتحسين جودة الخدمة يمثل أهم عنصر من عناصر الاستثمار والذي نال اهتمام المختصين في مجال تطوير المداخل الإدارية التي تهدف إلى التوصل إلى أساليب وتقنيات تساهم في تحقيق جودة خدماتها وعملياتها وتضعها كهدف أساسي في ظل عالم سريع التغير يسوده التنافس الشديد في تقديم الخدمات والسلع بصورة أفضل، وفي ظل المنافسة الشديدة للمؤسسات على مختلف أنواعها لكسب حصة أكبر من الأسواق، أصبح الزبون هو سيد الموقف والذي يسعى الجميع لإرضائه وتحقيق متطلباته، طمعا في زيادة الحصة السوقية لهذه المؤسسة ضماناً لبقائها واستمراريتها (المسعودي، 2010، 21).

1.1.4: مفهوم جودة الخدمة :-

يوجد جدل ونقاش في أغلب الدراسات السابقة حول تعريف جودة الخدمة، وكيفية قياسها. ولقد تعددت التعريفات بالنسبة لجودة الخدمة، لذا ليس من السهل تعريفها بطريقة دقيقة، وذلك لاختلاف حاجات وتوقعات الزبائن عند البحث عن جودة الخدمة المطلوبة، وكذلك الاختلاف في الحكم على جودة الخدمة (Stewart and Philip , 1999, 199).

إن التعريف المشترك لجودة الخدمة هو أن الخدمة تعتمد بالأساس على مدى التوافق بين توقعات الزبائن وتلبية احتياجاتهم ومتطلباتهم. إن جودة الخدمة تعتمد على مدى التوافق بين ما يرغب فيه الزبون وما يحصل عليه فعلياً، فتوقعات الزبون للخدمة إذا تطابقت مع ما يقدمه مزود الخدمة، فإنه حتماً ستكون هناك جودة خدمة تؤدي إلى حصول الرضا بين الطرفين وكذلك إستمرار الإتصال والعلاقة بينهما (Edvardsson.B. ,1998, 144).

لذلك تميل أغلب التعاريف الحديثة لجودة الخدمة إلى أنها معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات الزبائن لهذه الخدمة وذلك وفق الشكل (4)



الشكل رقم (4) مفهوم جودة الخدمة

المصدر: (المحياوي، 2006، 90)

ويتضح من الشكل (3) أن مفهوم جودة الخدمة هو الفرق بين توقعات الزبون وإدراكه للأداء

الفعلي، وهو الذي يحدد مستوى جودة الخدمة (Voss and Gruber,2006, 219).

ويمكن التعبير عن ذلك رياضياً كالاتي (المحياوي، 2006، 90):

جودة الخدمة = إدراك الزبون للأداء الفعلي - توقعات الزبون لمستوى الأداء. وفي ضوء هذه المعادلة يمكن تصور ثلاثة مستويات للخدمة هي :

أ- **الخدمة الرديئة:** وهي تلك الخدمة التي تتحقق عندما يتدنى الأداء الفعلي للخدمة عن مستويات التوقعات بالنسبة لها.

ب- **الخدمة العادية:** وهي تلك الخدمة التي تتحقق عندما يتساوى إدراك الزبون لأداء الخدمة مع توقعاته عنها.

ج- **الخدمة المتميزة :** وهي تلك الخدمة التي تتحقق عندما يفوق أو يتجاوز الأداء الفعلي للخدمة توقعات الزبائن بالنسبة لها.

وطبقاً للفلسفة اليونانية فإن جودة الخدمة تعني "الأداء الجيد من أول مرة بنسبة خطأ تساوي صفر (الصح، 2002، 359).

ويمكن تعريف جودة الخدمة بأنها "مجموعة من الأنشطة ينتج عنها تحسن في الخدمة المقدمة للعميل ويمكن تقسيم هذه الأنشطة إلى أنشطة تتم قبل أداء الخدمة وأنشطة تتم عند الأداء وأنشطة تتم بعد الأداء" (أحمد، 2009، 67).

كما عرفت جودة الخدمة بالنسبة للزبون على أنها "قياس لمدى تطابق مستوى الجودة المقدمة مع توقعات الزبون. فتقديم خدمة ذات جودة يعني في المصلحة النهائية أن تكون الخدمة متوافقة مع توقعات الزبائن" (الطائي والعلاق، 2009، 141). وتبعاً لذلك يحكم الزبائن على جودة الخدمة طبقاً لمدى إرتقاء الخدمة المقدمة مع توقعاتهم المبدئية. فالخدمة التي يحكم عليها بأنها ذات مستوى غير جيد بالدرجة الكافية يمكن أن تعتبر ذات جودة عالية عند مقارنتها بتوقعات بسيطة، وأنها على جودة متدنية عند تقييمها بتوقعات كبيرة (ادريان بالمر، 2009، 538).

وعرف (مجيد والزيادات، 2007، 17) جودة الخدمة أيضاً بأنها تلك الدرجة من الرضا التي يمكن أن تحققها الخدمة للمستخدمين والزبائن عن طريق إشباع وتلبية حاجاتهم ورغباتهم وتوقعاتهم. كما عرفا جودة الخدمة من منظور مقدم الخدمة ومن منظور المستفيد من هذه الخدمة، فالجودة من منظور مقدم الخدمة هي مطابقة الخدمة للمعايير الموضوعية مسبقاً لهذه الخدمة. أما جودة الخدمة من منظور الزبون فهي مواءمة هذه الخدمة لاستخداماته واستعمالاته.

من خلال ما سبق يمكن القول أن جودة الخدمة هي مدى تطابق توقعات الزبائن مع

مستويات الخدمة المقدمة.

2.4: أبعاد جودة الخدمة :-

أبعاد الجودة هي معايير يمكن على أساسها تقييم جودة الخدمة، وقد أشار البعض إلى أن

لجودة الخدمة بعدان اثنان هما (Anderson,1995, 33):

1- الجودة الفنية .

2- الجودة الوظيفية .

وكلاهما مهم بالنسبة للمستخدم من الخدمة.

فالجودة الفنية تشير إلى الجوانب الكمية للخدمة، بمعنى الجوانب التي يمكن التعبير عنها

بشكل كمي. أما الجودة الوظيفية فهي تشير إلى الكيفية التي تتم فيها عملية نقل الجودة الفنية إلى

المستخدم من الخدمة (الطائي وآخرون، 2007، 206)

وهناك من يقول بأن الجودة في مجال الخدمات تتجسد في ثلاث أبعاد أساسية هي

(المحياوي، 2006، 92):

1- الجودة المادية Physical quality. وهي تتعلق بالبيئة المحيطة بتقديم الخدمة.

2- جودة المنظمة Corporate quality. وتتعلق بصورة منظمة الخدمة والانطباع الذهني عنها.

3- الجودة التفاعلية Interactive quality. وتمثل نتاج عمليات الخدمة.

ويؤكد البعض الآخر إلى أن أبعاد جودة الخدمة التي ترتبط مباشرة بالتفاعل بين الزبون ومقدم الخدمة أثناء تقديم الخدمة هي كالاتي (أحمد، 2009، 69) :

1-الاعتمادية :

وتعني قدرة مقدم الخدمة على إنجاز الخدمة حسب ما وعدت به المؤسسة، أي بشكل دقيق يُعتمد عليه، فالزبون يتوقع أن تقدم له خدمة دقيقة من حيث الإلتزام بالوقت والأداء، تماماً مثلما وعده مقدم الخدمة (الطائي واخرون، 2007، 206).

2- الاستجابة :

وهي قدرة المؤسسة على تقديم الخدمة المناسبة للزائن، والاستجابة لطلباتهم بشكل سريع (بوكميش، 2010، 47). إلى جانب شعور مقدم الخدمة بالحماس والسعادة عند تقديم الخدمة للزبون ومدى جاهزيته لذلك، مثل المحاسب الذي يكون مستعد وراغب في لقاء عميل لديه مشكلة عاجلة تتطلب مساعدته وتدخله لحلها (الطائي والعلاق، 2009، 245).

3- فهم الزبائن :

ويشير هذا البعد إلى مدى قدرة مقدم الخدمة على فهم الزبون وإدراك حاجاته، وبمعنى آخر كم من الوقت والجهد الذي يحتاجه مقدم الخدمة للتعرف على حاجات الزبون ويفهم مشاعره وتعاطفه معه (عليان، 2010، 503).

4- الأمان :

وهي تعني أن المؤسسة تؤدي الخدمة بطريقة صحيحة في الوقت المناسب وأنها تقي بوعودها تجاه زبائنها (أحمد، 2009، 69).

5- الوصول للخدمة :

و يتضمن هذا سهولة الحصول على الخدمة من طرف مقدم الخدمة من خلال تقليل فترة الانتظار للحصول على الخدمة(حكومة والحسناوي،2011، 62)، فكثير من الزبائن يقيمون جودة الخدمة وفق هذا المعيار لأنهم لا يحبذون الانتظار، فالوقت عندهم ثمين للغاية، وملائمة ساعات العمل، وتوافر عدد كافئ من منافذ الحصول على الخدمة(عليان،2010، 502).

6- الجدارة :

ما هو مستوى الجدارة الذي يتمتع به القائمون على تقديم الخدمة، من حيث المهارات والقدرات التحليلية والإستنتاجية، والمعارف التي تمكنهم من أداء مهامهم بشكل أمثل(عليان،2010، 502)، وفي حالة التعامل مع مقدم خدمة ما لأول مرة، فإن الزبون غالباً ما يلجأ إلى معايير مثل الكفاءات العلمية أو عضوية جمعيات معينة لتقييم جدارة مقدم الخدمة وجودة خدماته (الطائي والعلاق،2009، 245).

7- الأشياء الملموسة :

وهي تعني الوجود أو توفير الدليل المادي لأداء الخدمة، كالمرافق والتسهيلات المادية مثل الآلات والمعدات والمباني وملابس العاملين، وكافة العناصر البيئية المادية التي ترشد الزبون إلى الخدمة(الطائي واخرون،2007، 209).

8- المصادقية :

وتتضمن مراعاة مقدم الخدمة للأمانة والصدق في التعامل مع الزبائن مما يولد الثقة بين الطرفين لأن عمل المؤسسة قائم على أساس الثقة (حكومة والحسناوي، 2011، 62).

9- الإتصال :

وهو يتعلق بقدرة مزود الخدمة على شرح وتوضيح خصائص الخدمة المقدمة وتوضيحها، والدور الذي ينبغي على الزبون أن يقوم به للحصول على الخدمة المطلوبة (عليان، 2010، 502)، فالإتصال يتيح المناقشة وتحليل وفهم وإدراك كل ما يتعلق بالزبون وحاجاته ومشكلاته ومقترحاته، ويتيح للزبون إيصال أفكاره وآرائه إلى المؤسسة، وتوفير التغذية العكسية التي تساهم في تحسين وتطوير العملية الانتاجية (مجيد والزيادات، 2008، 30).

إن هذه المعايير التي يعتمد عليها الزبون لتقييم جودة الخدمة ليست بالضرورة أن تكون مستقلة عن بعضها البعض، حيث أن بعض هذه المعايير متداخلة مع بعضها البعض وقد تكون أحياناً مكتملة لبعضها البعض، كما أن نظرة الزبون لمدى أهمية هذه الأبعاد تختلف من زبون لآخر، إلا أن البعد الخاص بالاعتمادية حسب كوتلر يظل في جميع الأحوال في المرتبة الأولى كأهم عنصر يعكس جودة الخدمة بغض النظر عن طبيعتها (المحياوي، 2006، 95).

3.4: قياس جودة الخدمة :-

يرجع الفضل في تطوير واستخدام مقياس جودة الخدمة إلى باراشورامان Parasuraman وزملائه في الدراسة التي قاموا بإجرائها على جودة الخدمة باستخدام ردود فعل الزبون في متاجر التجزئة الذين يتلقون فيها هذه الخدمة، ويتكون هذا المقياس SERVQUAL Scale من خمسة أبعاد يضم كل منها على عدد من العناصر والمتغيرات، وهي على النحو التالي (Connor and

222, 2000, others):-

1- الجوانب الملموسة (Tangibles)، وتضم التسهيلات المادية، والمعدات، ومظهر الأفراد الذين يقدمون الخدمة.

2- الاعتمادية، القدرة على تقديم الخدمة بدقة.

3- الاستجابة، وهي الرغبة في تقديم الخدمة لطلابها وفور طلبها.

4- التعاطف، والتي عُرفت بالعناية والاهتمام المنفرد التي توفرها المؤسسة للزبون.

5- الأمان، قدرة مقدم الخدمة على كسب ثقة الزبائن.

وقد خضع هذا المقياس لاختبارات تتعلق بصحته وإمكانية الاعتماد عليه في قياس جودة الخدمة، وثبت أنه يتمتع بدرجة عالية من الصحة والاعتمادية، وخاصة بعد أن تم إدخال بعض التعديلات عليه. وبالرغم من وجود بعض الانتقادات التي وجهت إليه، فإنه يتمتع بالعديد من أوجه القوة وأهمها: أنه يعتبر مقياساً دقيقاً لجودة الخدمة، يمكن تعديله ليتلاءم مع طبيعة الخدمة موضع التقييم. كما أنه يعطي تقييماً إجمالياً لمستوى جودة الخدمة وكذلك لكل بعد من أبعادها، وهذا يعني أن التقييم يمكن أن يتم على درجات مختلفة من التفاصيل (عليان، 2010، 505).

قياس جودة الخدمات من منظور الزبائن :

من الطرق الشائعة لقياس جودة الخدمات نجد (المحياوي، 2006، 97):

أ- مقياس عدد الشكاوى:

تمثل الشكاوى التي يتقدم بها الزبائن خلال فترة زمنية معينة مقياساً هاماً يعبر على ان الخدمات المقدمة دون المستوى أو ما يقدم لهم من خدمات لا يتناسب مع إدراكهم لها والمستوى الذي يبيغون الحصول عليه.

ويمكن هذا المقياس المؤسسات الخدمية من اتخاذ الاجراءات المناسبة لتجنبها حوث

المشاكل وتحسين مستوى جودة ما تقدمه من خدمات لزيائنها.

ب. مقياس الرضا :

يستخدم لقياس اتجاهات الزبائن نحو جودة الخدمة المقدمة وخاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات من خلال توجيه الأسئلة التي تكشف لمؤسسات الخدمة طبيعة شعور الزبائن نحو الخدمة المقدمة لهم وجوانب القوة والضعف بها، وبشكل يمكن المؤسسة من تبني استراتيجية للجودة تتلاءم مع احتياجات الزبائن، وتحقق لهم الرضا نحو ما يقدم لهم من خدمات.

ج- مقياس الفجوة :

ينسب هذا النموذج إلى (Parasuramanet, Berry, Zeithaml)، وهو الذي يستند على توقعات الزبائن لمستوى الخدمة وإدراكاتهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل ومن ثم تحديد الفجوة أو التطابق بين هذه التوقعات والإدراكات وذلك باستخدام الأبعاد الخمسة الممثلة لأبعاد جودة الخدمة المشار إليها سابقاً.

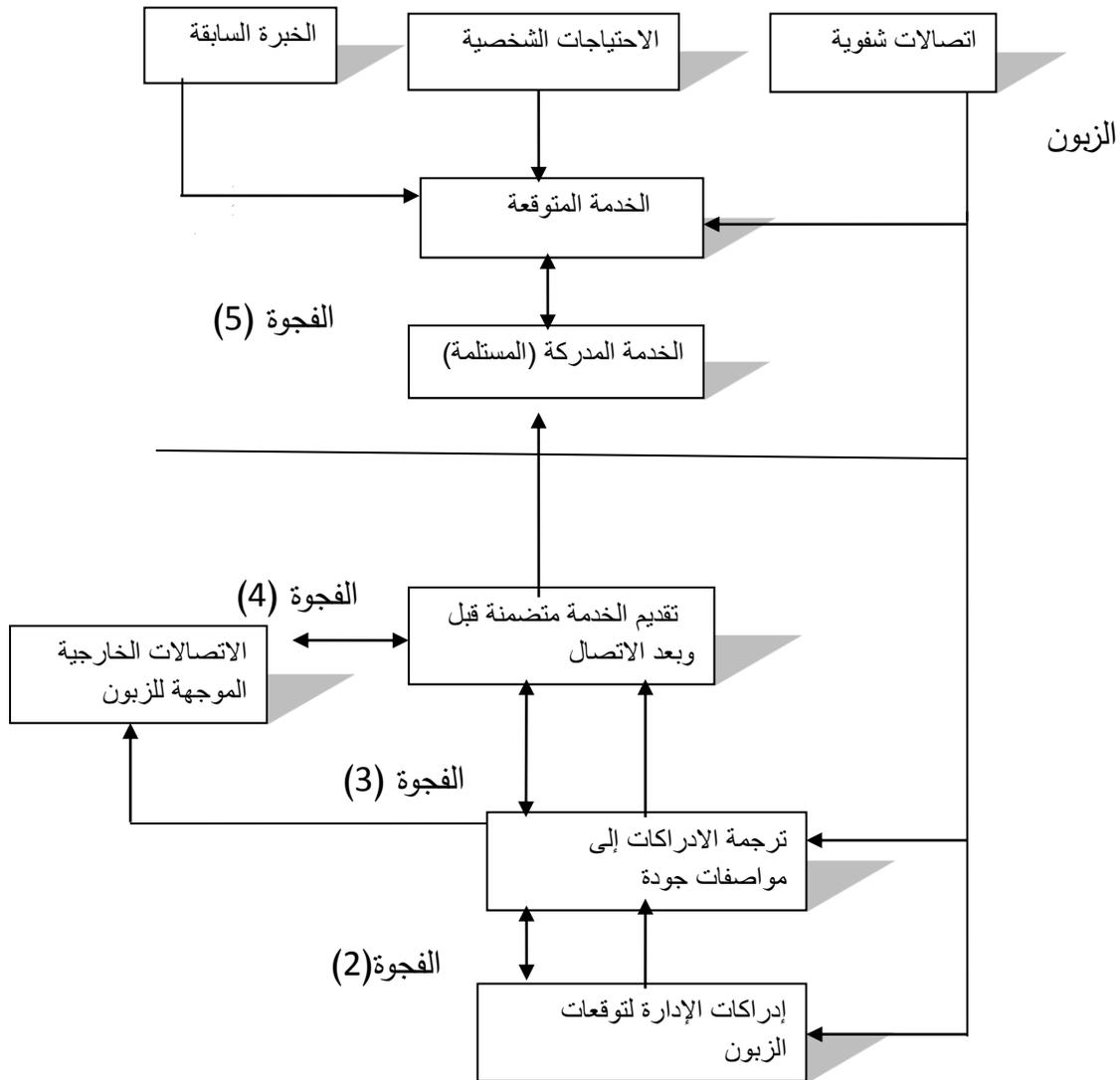
ويستند مقياس جودة الخدمة إلى نموذج الفجوة، حيث يقوم على توقعات الزبائن لمستوى الخدمة وإدراكاتهم لمستوى الأداء الفعلي للخدمة، ولكن هذه الفجوات تعتمد من ثم على طبيعة الفجوات المرتبطة بتصميم الخدمة وتسويقها (البادي، 2010، 42)، (عليان، 2010، 507) :

وعليه نجد أن مستوى جودة الخدمة يقاس بمدى التطابق بين مستوى الخدمة المقدمة فعلاً للزبائن وبين ما يتوقعه الزبائن بشأنها. وهذا النموذج يقوم على معادلة أساسية ذات طرفين هما الإدراكات والتوقعات، يمكن التعبير عنها بما يلي (المحياوي، 2006، 98):

$$\text{جودة الخدمة} = \text{التوقعات} - \text{الإدراكات}$$

وذلك لقياس خمس فجوات هامة تتعلق بكل من مؤسسة الخدمة، وبالزبون، وبالاثنين معاً،

كما يبين الشكل (5)



الشكل رقم (5) نموذج الفجوة لتقييم جودة الخدمة

المصدر: (المحياوي، 2006، 101)

الفجوة رقم (1):

وتنتج عن الاختلاف بين توقعات الزبائن لمستوى الخدمة وإدراك الإدارة لتوقعاتهم، أي عجز الإدارة عن معرفة احتياجات ورغبات العملاء المتوقعة (البادي، 2010، 42)، وتزداد هذه الحالة في تلك المؤسسات التي لا تقوم باستكشاف رضا الزبون، ولسد هذه الفجوة هي بقاء

المؤسسة قريبة من الزبون، وقيامها ببحوث للتعرف على حاجاته وقياس مدى رضاه عن الخدمات التي تقدمها (سعدية ونورة، 2012، 43).

الفجوة رقم (2) :

تنتج عن الاختلاف بين المواصفات الخاصة بالخدمة المقدمة بالفعل وبين ما تعتقد الإدارة أنها رغبات الزبون. ويلاحظ أن هذه الفجوة ما هي إلا نتاج لعدم قدرة الإدارة على ترجمة حاجات الزبون إلى مواصفات محددة في الخدمة المقدمة بسبب قيود تتعلق بمراد المؤسسة، وعدم قدرتها على تبني فلسفة الجودة (المعاني، 20012، 508).

الفجوة رقم (3) :

وهي الفجوة بين المواصفات والشروط المحددة للجودة وبين مستوى الأداء الفعلي، وذلك بسبب تدني مستوى الأداء والمهارات الخاصة بمقدمي الخدمة، وعدم القيام بتدريبهم تدريباً جيداً، ونقص الحماس والدافعية لديهم، (المحياوي، 2006، 100) ولسد هذه الفجوة يجب تدريب العاملين وتشجيعهم على العمل كفريق واحد، حتى يتمكنوا من تحقيق التعامل الإيجابي مع الزبائن. (سعدية ونورة، 2012، 44).

الفجوة رقم (4) :

وتنتج عن الخلل في مصداقية المؤسسة، بمعنى أن الوعود التي تقدمها المنظمة حول مستوى الخدمة من خلال الاتصال بالزبائن، تختلف عن مستوى الخدمة المقدمة ومواصفاتها بالفعل (عليان، 2010، 508) وهذا يشير إلى وجود خلل في المصداقية والثقة في مؤسسة الخدمة (المحياوي، 2006، 100) ولسد هذه الفجوة تحتاج المؤسسة إلى خلق توقعات واقعية لدى الزبون، من خلال الاعتماد على اتصالات صادقة ودقيقة عن ما تستطيع تقديمه فعلاً من خدمات (سعدية ونورة، 2012، 44).

الفجوة رقم (5) :

وهي الفجوة بين توقعات الزبائن والخدمة المقدمة، فالخدمات ذات الجودة العالية هي التي تتوافق مع أو تفوق توقعات الزبائن عن الخدمة. ولقد نالت كل من الفجوة الأولى والخامسة اهتمام الباحثين والمهتمين بقياس جودة الخدمة، وذلك بالتطبيق على خدمات متنوعة منها الخدمة الصحية، والخدمة المصرفية، والتعليم والخدمة الهندسية الاستشارية وغيرها من الخدمات. ولجودة الخدمات وفقاً لمدخل الفجوة خمس مستويات(المحياوي، 2006، 100) هي:

- 1- تتمثل الجودة المتوقعة من قبل الزبائن في الجودة التي يرى الزبائن ضرورة وجودها.
- 2- الجودة من قبل إدارة المؤسسة الخدمية وتراها مناسبة.
- 3- الجودة القياسية المحددة بالموصفات النوعية للخدمة.
- 4- الجودة الفعلية التي تؤدي بها الخدمة.
- 5- الجودة المروجة للزبائن.

د. مقياس الأداء الفعلي :

يتمتع بدرجة عالية من الثقة والمصداقية وإمكانية التطبيق وهو يركز على الأداء الفعلي للخدمة المقدمة باعتبار أن جودة هذه الخدمة يمكن الحكم عليها من خلال اتجاهات الزبائن، ويمكن التعبير عن ذلك بالمعادلة التالية (المحياوي، 2006، 104):

$$\text{جودة الخدمة} = \text{الأداء الفعلي}$$

ويتميز هذا المقياس بالبساطة وسهولة الإستخدام وكذلك بزيادة درجة مصداقيته و واقعيته إلا أنه يعجز عن مساعدة الإدارة على الكشف عن مجالات القوة والضعف في الخدمة المقدمة والتي تتعلق بجوانب متعددة، وليست فقط إدراكات الزبون من الخدمة(العنزي، 2005، 89).

هـ. مقياس القيمة :

يرتكز هذا المقياس على أساس أن القيمة التي تقدمها مؤسسة الخدمة للزبائن تعتمد على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة من جانبي الزبون والتكلفة للحصول على هذه الخدمة. فالعلاقة بين المنفعة والسعر هي التي تحدد القيمة، فكلما زادت مستويات المنفعة للخدمات المدركة، انخفض سعر الحصول عليها، وبالتالي تزداد القيمة المقدمة للعملاء ومن ثم يزيد إقبالهم على طلب الخدمات، والعكس صحيح. فتوفر هذا المقياس في المؤسسة الخدمية يدفعها إلى تركيز جهودها لتقديم خدمة متميزة لعملائها بأقل تكلفة ممكنة(عائشة،2011، 84)

4.4: الجودة في الخدمات الصحية :

أصبحت الخدمات الصحية مطلب أساسي لكل إنسان في المجتمع، تسعى المجتمعات الإنسانية إلى تحقيقه مهما اختلفت نظمها السياسية والاقتصادية، فمستوى الخدمات الصحية المقدمة في مجتمع ما، هي مقياس لمدى تقدمه أو تخلفه، لذا تحاول مختلف الدول توفير الإمكانيات المناسبة في مؤسساتها الصحية، سواء كانت بشرية أو مادية أو تقنية، للارتقاء بمستوى أداء الخدمات الصحية.

وستنطلق في هذا الفصل إلى مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية وخصائصها، ومستوياتها وأنواعها.

1.4.4: مفهوم الخدمات الصحية :

مفهوم الخدمة الصحية ينبع أساسا من المفهوم العام للخدمات، إلا أن الخدمات الصحية لها خصوصية معينة نظرا لكونه ترتبط بأعلى كائن على وجه الأرض يجعلها تنفرد بمجموعة من الخصائص التي تؤثر في الطلب عليها، فمفهوم الخدمة يكمن في أنها منتج غير ملموس يقدم منافع

للزبون نتيجة استخدام جهد بشري أو آلي، ولا ينتج عن تلك المنافع حياة شيء مادي ملموس، وبناءً على ذلك أعطيت عدة تعاريف للخدمة الصحية نذكر منها ما يلي:

عُرفت الخدمة الصحية بأنها "عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية" (عدمان، 2011، 35).

من خلال هذا التعريف يتضح أن الخدمات الصحية هي كل ما يوفره القطاع الصحي في الدولة من خدمات سواء كانت موجهة للفرد أو المجتمع أو البيئة.

كما يمكن تعريف الخدمات الصحية على أنها "الرعاية الطبية تعني الخدمة أو الخدمات العلاجية أو الاستشفائية أو التشخيصية التي يقدمها احد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع، مثل معالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في عيادته الخاصة أو في العيادات الخارجية للمستشفى الحكومي، أو العناية التمريضية أو الحكيمة التي تقدمها الممرضة للمريض، أو التحاليل التشخيصية التي يقدمها في المختبر لشخص ما أو لعدة أشخاص غير أن الرعاية الطبية قد تقدم رعاية صحية وقائية، حيث أن الطبيب الذي يعالج شخصا ما يمكن أن يقدم له توضيحات ومعلومات حول مرض ما وطرق انتشاره وطرق الوقاية منه لتجنب الوقوع فيه في المستقبل. وبذلك يقوم الطبيب بدور الرعاية الصحية إلى جانب الرعاية الطبية (عائشة، 2011، 35)

من خلال هذا التعريف نجد أن الخدمات الصحية تشمل كل الخدمات الصحية التي يؤديها فرد من الفريق الطبي إلى فرد من المجتمع، وتتضمن فحوص المريض وتشخيص مرضه، تقديم الدواء اللازم لعلاجهِ والغذاء الجيد والملائم لحالته، وحسن معاملة القوى العاملة الطبية له،

لمساعدته على استعادة صحته ومعالجة أية مشكلة يمكن أن تؤثر على راحته النفسية والجسدية داخل المؤسسة الصحية.

وعرفت الخدمة الصحية بأنها "العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصاً أو إرشاداً أو تدخلاً طبياً ينتج عنه رضا أو قبول وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل" ويشير هذا التعريف في مضمونه إلى ثلاثة أبعاد للخدمة الصحية وهي (البكري، 2005، :168):

1-الصفة المميزة للخدمة: وترتبط أساساً بجوهر الخدمة الصحية المقدمة ذاتها والتي تتكون من عدة إجراءات مختلفة تشخيصية وعلاجية.

2- المنافع المرجوة من الخدمة: تتمثل بالعناصر المختلفة التي يحصل عليها المريض لمقابلة احتياجاته الصحية، والمتضمنة في الإدراك الحقيقي لكفاءة العمل المقدم بشكله الملموس وغير الملموس وبما يؤدي إلى شعوره بالاطمئنان لذلك العمل المقدم.

3- الخدمات المساندة: تشمل كافة العناصر المضافة إلى جوهر الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، وتتضمن نظام حجز المواعيد، الاستقبال، الاتصالات، التنسيق مع المؤسسات الصحية الأخرى.

كما تعرف الخدمات الصحية أيضاً، بأنها "كافة الخدمات التي تقدم لإشباع حاجات أو رغبات صحية لطالبي الخدمة الصحية وفي إطارها يتم التميز بين الخدمات الطبية والتمريضية والصيدلانية والتحاليل والمختبرات والتغذية والنظافة والصيانة وغيرها (العنزي، 2005، 142).

هذا التعريف يبين أن عملية العلاج التي أنت بالمريض إلى المؤسسة الصحية لا تمثل الخدمة الصحية في حد ذاتها، بل مكون من مكوناتها، فالخدمة الصحية هي عبارة عن نشاط مركب من ثلاثة متغيرات رئيسية، والتي تظهر في الجدول التالي (صغبرو، 2011، 16) :

الجدول رقم (2): الوظائف المكونة للخدمات الصحية.

| الوظائف المكونة | أمثلة |
|----------------------------|---|
| الفندقة والإطعام | - الإيواء، الصيانة، التنظيف. - الإطعام. - الاستقبال. - التدفئة. |
| الإدارة والتسيير | - تسيير المخزونات، الصيدلة، التجهيزات. - تسيير الموارد البشرية، ادارة المعلومات، تسيير الملفات الطبية. |
| الخدمات الطبية وشبه الطبية | - الخدمات العلاجية. - مختبرات التحليل والأشعة. - العمليات الجراحية. - عمليات التخدير. |

المصدر: (صغير، 2011، 16).

2.4.4: أنواع الخدمات الصحية :

هناك عدة أنواع للخدمات الصحية تدخل ضمن تصنيفات مختلفة، نذكر منها ما يلي :

تصنف الخدمات الصحية حسب الوظيفة التي تؤديها إلى ثلاث مجموعات أساسية(كورنل

واخرون،2012، 85، ؛ ابوالنصر،2007، 196) وهي كالآتي :

1- خدمات صحية علاجية: وتشتمل على جميع الخدمات الطبية المرتبطة بصحة الفرد في

مختلف التخصصات التشخيصية والعلاجية، بالإضافة إلى الخدمات المساعدة المتمثلة في الأشعة

والتحليل، إلى جانب خدمات التغذية والنظافة والإدارة وغيرها.

ويهدف هذا النوع من الخدمات إلى تخليص الفرد من مرض أصابه أو تخفيف معاناة الفرد من آلام المرض.

2- خدمات صحية وقائية: وهي مرتبطة بصحة المجتمع ويطلق عليها بالخدمات الصحية البيئية، وتتولى الدولة ممثلة في وزارة الصحة عادة مسؤوليات تقديم هذه الخدمات ويتمثل دورها في حماية المجتمع والبيئة من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة، وتوعية المواطنين بالمشاكل الصحية وكيفية الاستفادة من الخدمات الصحية المتاحة، وكذلك وضع التشريعات واللوائح التنظيمية والضوابط والسياسات والإستراتيجيات والخطط التي تكفل الحفاظ على صحة المواطنين ورفاهيتهم.

3- خدمات إنتاجية: وتتضمن إنتاج الأمصال واللقاحات والدم كما تتضمن إنتاج الأدوية والأجهزة الطبية الأخرى. كما صنف (المساعد، 2003، 342، 343) الخدمات الصحية حسب مستوياتها إلى:

1- الخدمات الأساسية: وتشمل الخدمات الوقائية والعمليات الجراحية والعناية بها، والعلاج، وأقسام الطوارئ، وبنك الدم، والعلاج الطبيعي، والصيدلية، وقسم التحليل الباثولوجي، ورعاية الأطفال المبتسرين (الأطفال المولودين قبل الميعاد) وعلاج الجهاز التنفسي، والعناية المركزة، والتصوير بالأشعة الإلكترونية، والخدمات النفسية للطوارئ، وخدمات إعادة التأهيل، والخدمات الإجتماعية، والعلاج المهني، وتنظيم وتخطيط الأسرة، والعلاج بالأشعة، والعلاج بالراديو، والعلاج بالكوبالت، وإصابات الجهاز البولي، ووحدة الرعاية الذاتية، وقسم جراحات القلب والإنعاش، وزراعة الأعضاء، وخدمات التدريب والتعليم الصحي.

2- الخدمات المساعدة: وتتمثل في مجموعة الخدمات التي تمكن المستشفيات المعاصرة من تحقيق أهدافها العامة بصورة غير مباشرة، حيث تساعد على تقديم الخدمات الصحية للمستفيدين

من المستشفى والعمل على تطويرها(غنيم،2006، 44). وهي تشمل الخدمات الفندقية، ودور النقاهاة، والخدمات التي تؤديها الآلات والأدوات المستخدمة في تسهيل عملية التشخيص والعلاج والوقاية.

أما (كورتل،2009، 318) فقد صنف الخدمات الصحية إلى :

1- خدمات صحية مرتبطة بصحة الفرد : وتتعلق بالتشخيص والعلاج وتؤدي عبر الأقسام التالية:

قسم الأمراض الداخلية، قسم الأمراض الجراحية، قسم الأطفال، قسم التوليد وأمراض النساء، قسم أمراض الرأس، قسم العلاج الطبيعي، قسم التخدير والإنعاش، قسم الإسعاف والطوارئ، قسم العيادات الخارجية، قسم المختبر، قسم الأشعة.

2- خدمات صحية مساعدة : تشمل كل ما يتعلق بالرعاية السريرية داخل المستشفى، ويندرج ضمنها: خدمات التمريض، وخدمات الصيدلية.

3- الرعاية الصحية : تهدف إلى تعزيز وتشجيع المستوى الصحي للأفراد والجماعات بالجوانب الجسدية والنفسية والعقلية والذهنية والاجتماعية كافة.

4- الخدمات الصحية البيئية : ترتبط بالحماية من الأوبئة والأمراض المعدية، والتدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والجماعات، وهي خدمات صحية وقائية تحمي الفرد من الأمراض كاللقاحات، وخدمات الرقابة الصحية على متاجر الغذاء، وخدمات مكافحة الحشرات إضافةً إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي.

3.4.4: خصائص الخدمات الصحية:-

الخدمات الصحية كغيرها من الخدمات، تتمتع بمجموعة من الخصائص تميزها عن المنتجات

الأخرى وهي (غنيم،2006، 272):

1- عدم ملموسية الخدمات الصحية:

أي عدم إمكانية إدراكها أو الإحساس بها أو تذوقها أو سماعها قبل أن يتم شرائها وذلك عكس السلع المادية الملموسة، وكمثال لذلك فإن المريض لا يمكن معرفة نتيجة الفحص الطبي قبل قيام الطبيب بإجراء عملية الفحص عليه.

2- غير قابلة للانفصال:

أي أنها تنتج وتقدم للانفصال في وقت واحد، وهذا يعني أنه لا يوجد فاصل زمني بين كل من إنتاج واستهلاك هذه الخدمات، لذلك فإن الخدمات الصحية تتطلب ضرورة السرعة في الأداء باعتبارها من الخدمات التي لا يمكن تأجيلها، حيث لا بد من تزامن كل من وقت الإنتاج والاستهلاك معاً، ويتطلب ذلك ضرورة وجود علاقة مباشرة ودائمة بين كل من الطبيب والمريض، حيث لا يفصل كل منهما عن الآخر عند إنتاج واستهلاك هذه الخدمة.

3- عدم تجانس الخدمات الصحية:

تتسم الخدمات الصحية بالتغير والتقلب المستمرين، وبعدم القدرة على تقديم المستوى نفسه من جودة الخدمة، فالطبيب يصعب عليه التعهد بتقديم خدمات متماثلة ومتجانسة على الدوام، لذلك فإن مخرجات الخدمات الصحية تتقلب وتتغير، كما يتقلب ويتغير الطلب عليها على مدار السنة، حيث تختلف الأمراض في مواسم الشتاء عن مواسم الصيف.

4- عدم قابلية الخدمات الصحية للتخزين:

أي عدم إمكانية تخزينها والاحتفاظ بها لحقبة من الزمن، حيث لا يتم استهلاكها بمجرد إنتاجها، وبالتالي فهي تتسم بالفناء السريع.

5- تكامل عناصر الخدمات الصحية:

تتصف الخدمات الصحية أيضا بأنها تتكون من مجموعة من العناصر تكمل بعضها بعضا، حيث تعتبر كل من خدمات الفحص والتشخيص والعلاج والوقاية والتمريض والفندقة والخدمات الإدارية خدمات يكمل بعضها البعض.

بالإضافة إلى هذه الخصائص توجد خصائص أخرى تميز الخدمة الصحية عن غيرها من

الخدمات نذكر منها (الصالح، 2011، 56 ؛ كورتل واخرون، 2012، 87) :

أ. تتميز الخدمات الصحية بكونها عامة للجمهور، وتسعى من خلال تقديمها إلى تحقيق

منفعة عامة ولمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها.

ب. تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة، فهي مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه وليس بأي

شيء آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه.

ج. تتأثر الخدمات الصحية بصفة خاصة بالقوانين والأنظمة الحكومية سواء كانت تابعة للدولة

أو للقطاع الخاص.

د. في منظمات الأعمال، تكون قوة القرار بيد شخص واحد، أو مجموعة من الأشخاص

يمثلون الإدارة، في حين تتوزع قوة القرار في المستشفى بين مجموعة الإدارة ومجموعة

الأطباء.

هـ. نظراً لتذبذب الطلب على الخدمة الطبية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم، وبهدف

الاستجابة إلى أقصى حد ممكن من الخدمات، فهذا يستوجب الاستعداد المبكر وحشد

الطاقات الإدارية والفنية لإنتاج الخدمة الطبية لطالبيها وعدم إمكانية التأخر والاعتذار عن

الاستجابة للطلب لأن في ذلك إخفاق في مهمة المستشفى الإنسانية.

5.4: تقييم جودة الخدمات الصحية:-

تعتبر جودة الخدمات الصحية من أهم القضايا التي تواجه المؤسسات الصحية، سواء كان ذلك على المستوى العالمي أو المحلي، وسواء كانت مؤسسات صغيرة أو كبيرة، لأنها تهتم بتقديم خدمات لأعلى ما تملكه المجتمعات، وهو الإنسان، كما أن تحقيق الجودة في الخدمات الصحية بشكل مستمر يضمن نجاح المؤسسة الصحية على المدى الطويل، فهي تعتبر أداة فعالة لتحقيق التحسين المستمر لجميع أوجه عمليات الخدمة، والفاعلية في تحقيق الأهداف المرجوة على مستوى الزبون أو المؤسسة أو المجتمع ككل، رغم أن هناك من يرى أن الجودة العالية تحتاج إلى وقت أكثر، تكاليف أكبر، مهارات بشرية متنوعة، مستلزمات طبية أفضل، إدارة فعالة، إلا أن الجودة العالية يمكن أن تؤدي في النهاية إلى تخفيض التكاليف وهذا يمكن حسابه إذا ما شرحنا الخسائر التي تتحملها المؤسسات الصحية من جراء أداء أقل جودة.

وفي هذا الإطار جاء هذا الفصل ليستعرض مفهوم جودة الخدمة الصحية وخصوصية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

1.5.4: مفهوم جودة الخدمات الصحية:-

يمثل مفهوم الجودة بشكل عام القدرة على الاستجابة لتوقعات الزبائن وذلك فيما يتعلق بخصائص السلعة أو الخدمة وهي كما عرفها " (الطائي واخرون، 2009، 56) بأنها المقدرة على توقعات متطلبات الزبائن وتحقيق توقعاتهم وتجاوزها باتجاه الأفضل". إلا أن إعطاء تعريف محدد لجودة الخدمة الصحية تعد عملية في غاية التعقيد، لكونها خدمة غير ملموسة شأنها في ذلك شأن بقية الخدمات الأخرى، ولعدم وجود معايير نمطية للحكم على جودة الخدمة كما هو الحال في السلع، لذا أصبح تحديد مفهوم جودة الخدمة الصحية يخضع لآراء مختلفة نذكر أهمها(عبود واخرون، 2009، 57):

أ. **الجودة من المنظور المهني والطبي:** هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية ويتحكم في ذلك أخلاقيات الممارسة الصحية، الخبرات ونوعيتها والخدمة الصحية المقدمة.

ب. **الجودة من منظور المستفيد أو المريض:** تعني طريق الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية. وتحمل وجهة نظر المستفيد من الخدمة أهمية بالغة حيث أن مستوى تلك الجودة يعتمد إلى حد كبير على ادراك المريض وتقييمه لها وبالتالي ستكون الخدمة الصحية ذات جودة أعلى لو جاءت متلائمة مع توقعات المرضى ولبت احتياجاتهم وفي هذا المعنى عرفت جودة الخدمة الصحية بأنها "تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياساً بما هو متوقع" (البكري، 2005، 199).

ج. **الجودة الصحية من الناحية الإدارية:** تعني بالدرجة الأساسية بكيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة.

وعموماً هنالك تعاريف أخرى للجودة في الخدمات الصحية، فقد عرفت الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية جودة الخدمات الصحية بأنها "درجة الإلتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة محددة أو إجراء تشخيصي لمشكلة طبية معينة" (سلطان، 2012، 84).

ركز هذا التعريف على الإلتزام بالمعايير المهنية وملاحظة الممارسة والتطبيق ثم المقارنة بين المعايير الموضوعية والتطبيق للحث على التحسين والتطوير في الخدمات الصحية.

ويعرف (عدمان، 2011، 55) جودة الخدمات الصحية بأنها "جميع الأنشطة الموجهة نحو الوقاية من الأمراض أو علاج هذه الأمراض بعد حدوثها ثم الأنشطة التأهيلية التي قد يتطلبها استكمال التخلص من آثار المرض، أو هي الرعاية التي تقدم للمريض، والتي تتضمن فحصه وتشخيص مرضه وإحاقه بإحدى المؤسسات الصحية وتقديم الدواء اللازم لعلاجها والغذاء الجيد الملائم لحالته

مع حسن معاملة الفريق العلاجي له لمساعدته على استعادة صحته". كما عرفت جودة الخدمات الصحية بأنها "مدى التوافق أو عدم التوافق مع توقعات المستفيدين الداخليين والخارجيين واحتياجاتهم، مثل المرضى وأسرهم، الأطباء، أرباب العمل والموظفين" (صغيرو، 2011، 36).

وبشكل عام فإن أي تعريف للجودة في الخدمات الصحية لابد أن يتوافق مع الأبعاد التالية (الجزائري وآخرون، 2010، 15) :

- أ. **المطابقة مع المواصفات:** حيث أن المريض يتوقع أن تكون الخدمة الصحية التي يشتريها توازي أو تزيد في مستوى الأداء عما تم الإعلان عنه من قبل منتجها.
 - ب. **الموائمة مع الإستخدام:** ويقصد بذلك التوافق والانسجام ما بين الأداء المتحقق من الخدمة الصحية والغرض الذي صمم لها.
 - ج. **الدعم:** وهو مقدار الاهتمام الذي توليه المؤسسة الصحية لمستوى الجودة المقدمة في الخدمة الصحية للمرضى وما يعقب ذلك من رأي أو تصور.
 - د. **التأثير السيكولوجي (النفسي):** يتم تقييم الخدمة الصحية للكثير من المرضى على أساس التأثير النفسي الذي يمكن أن تخلفه فيهم.
- 2.5.4: أهداف جودة الخدمات الصحية:-**

يرى كل من (الطويل وآخرون، 2009، 7 ؛ عائشة، 2011، 97) بأن أهداف جودة الخدمات الصحية هي :

- 1- ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين.
- 2- تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المستفيد (المريض) وزيادة ولاؤه للمؤسسة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المؤسسة الصحية.

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

4- تطوير وتحسين قنوات الإتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها.

5- تمكين المؤسسة الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية.

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

7- كسب رضا المستفيد (المريض) إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لابد من توفرها في أي مؤسسة صحية تعمل على تحسين الجودة وتسعى لتطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب رضا المستفيد.

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

3.5.4: أبعاد جودة الخدمة الصحية:-

لجودة الخدمة الصحية جملة من الأبعاد تعتبر الإطار الذي يساعد مقدمي الخدمة على تحديد وتحليل المشاكل وقياس مدى تطابق الأداء مع المعايير المتفق عليها. ويمكن عرض هذه الأبعاد في العناصر التالية (عدمان، 2011، 57؛ كورتل، 2009، 362؛ الصالح، 2011، 51) :

أ. **التمكن الفني:** ويعني المهارات والقدرات ومستوى الأداء الفعلي للمدير ومقدم الخدمة ومساعدتهم، ويشمل أيضاً على المهارات الإكلينيكية المتعلقة بالرعاية الوقائية والتشخيص والعلاج وتقديم النصائح الصحية والإشراف والتدريب وحل المشاكل.

ب. **الإمكانات المادية للمستشفى:** ويقاس هذا البعد من خلال تقييم الزبون للمباني والأجهزة والمعدات الموجودة في المستشفى، وموقع المستشفى ومظهره من الداخل والخارج، وكذلك مظهر الأطباء والفنيين ولإداريين والعاملين، وطرق وأدوات الإتصال ومصادر المعلومات التي يحصل منها الزبائن على المعلومات اللازمة لهم.

ج. **سهولة الوصول للخدمة الطبية:** أي أن الخدمة الطبية المقدمة يجب ألا يحدها عائق، وإنما الوصول إليها بسهولة وأن تكون قريبة وتتوافر لها وسائل الإتصال.

د. **الاستمرارية:** وتعني تقديم الخدمات الصحية دون توقف أو انقطاع، وأن يحصل المريض على الخدمة مباشرة عند الحاجة إليها، وغياب هذا البعد قد يضعف تأثير وفعالية وكفاءة الخدمة ويقلل من ضمان الجودة.

هـ. **الفعالية والكفاءة:** الفعالية تعني درجة فعالية تقديم الخدمة للحصول على النتائج المرجوة، أي يهتم بإتمام الإجراءات بطريقة صحيحة. أما الكفاءة فتعني تقديم الخدمات الضرورية والمناسبة والتخلص من الأنشطة التي تقدم بطريقة غير صحيحة.

و. **العلاقات بين الأفراد:** وتعني التفاعل بين مقدمي الخدمات الطبية والمستفيدين، وكذلك بين الفريق الصحي والمجتمع، بحيث تكون العلاقات جيدة بما في ذلك التجاوب والتعاطف وحسن الاستماع والاحترام المتبادل .

ز. **الأمان والسلامة:** أي شعور الفرد أنه دائماً تحت مظلة من الرعاية الصحية لا نعلم متى سيحتاج إليها. وتعني كذلك تقليل مخاطر الإصابة بالعدوى والمضاعفات الجانبية، سواء تعلق الأمر بمقدم الخدمة أو المستفيد منها.

ح. **الاعتمادية:** وهي تعبر عن درجة ثقة العميل في المستشفى ومدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الطبية التي يتوقعها. ويعكس هذا العنصر مدى قدرة المستشفى على الوفاء بتقديم

الخدمات الطبية في المواعيد المحددة للعملاء، وبدرجة عالية من الدقة والكفاءة، ومدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات.

4.5.4: مداخل تقييم جودة الخدمات الصحية:-

لا تستطيع المؤسسات الصحية تقييم أدائها من خلال استخدام الأدوات والمقاييس التقليدية التي تعتمد عليها مؤسسات الأعمال، مما أدى إلى ضرورة استخدام مداخل مختلفة عن تلك التي يتم اعتمادها بصفة عامة في المؤسسات الهادفة للربح، فقد تم الاتفاق على أن العنصر الأساسي في جودة الخدمة الصحية هو أنها تعتمد على إدراك الزبون (المريض)، وعلى المؤسسات الصحية أن تبحث في تحسين جودة الخدمات الصحية التي تتلاءم مع توقعات الزبائن (المرضى) وتلبي حاجاتهم، فالخدمة الجيدة من وجهة نظر متلقى الخدمة (المريض) هي التي تتفق مع توقعاته، وتسعي المؤسسات الصحية إلى تلبية تلك التوقعات عن طريق التعرف على المعايير التي يلجأ إليها المستهلكون (المرضى) للحكم على جودة الخدمة الصحية المقدمة إليهم، وعلى إمكانية تلبية هذه التوقعات (سعدية ونورة، 2011، 87).

وقد حدد (Pia Polsa and others, 2013, 58) ؛ نصيرات، 2013، 379 ؛

عدمان، 2011، 60) ثلاثة مداخل لقياس جودة الخدمات الصحية وهي المدخل الهيكلي، ومدخل العملية، ومدخل النتيجة النهائية، كما اعترف بأهمية رضا المرضى كمقياس للجودة وسنذكر هذه المداخل فيما يلي :

1- المدخل الهيكلي :

إن مقاييس الهيكل تعود إلى الخصائص الثابتة للمؤسسة الصحية يتمثل مثل عدد وفئات، ومؤهلات مقدمي الخدمة الصحية، والأجهزة والمعدات والتسهيلات المتوفرة، وأسلوب تنظيمها وإدارتها من أجل تقديم الخدمات المطلوبة.

2- مدخل العملية :

ويشير هذا المدخل إلى الأنشطة والخدمات التي تم تقديمها للمريض، ويدل مفهوم العمليات على تتابع خطوات العمل لتقديم الخدمة الصحية وهي التي تتسبب في الوصول إلى النتائج (المخرجات) .

3- مدخل النتيجة النهائية :

يعكس هذا المدخل التغيرات الصافية في الحالة الصحية كنتاج للرعاية الصحية. وهذه المداخل لها جاذبية بسبب الصدق الظاهري لها ومن المؤشرات التي يتم استخدامها في ذلك ما يلي:

- الحالة الصحية العامة: والتي يعبر عنها بمجموعة من المداخل مثل معدلات الوفيات أو أحد الأمراض كمقياس.

- مؤشرات النواتج للأمراض بالتحديد: وذلك بما تشمله معدلات الوفيات للأمراض معينة، أو وجود أعراض معروفة مصحوبة بالمرض، أو معوقات سلوكية مرتبطة بأمراض معينة، وهذا المدخل مثالي في تقييمه للجودة.

إن الاهتمام بقياس النتائج دون مناظرة الإجراءات لا يساعد على التحسين المستمر للجودة، لذا يجب اختيار مجموعة من القياسات التي تغطي الأنواع الثلاثة من القياسات، و ذلك حسب الهدف من القياسات. فقياس النتائج يستخدم غالبا بغرض تقييم الأداء، بينما قياس العمليات والهيكلية يستخدم بغرض تحسين وضبط العمليات.

4- مدخل رضا المرضى لقياس الجودة:

تناولت الكثير من الدراسات والأبحاث تقويم الجودة باستعمال مقياس رضا المرضى، حيث ركزت معظم الدراسات وأبحاث تسويق الخدمات الصحية على الرضا المدرك من قبل المرضى حول ما يقدم لهم من خدمات، ويمكن لهذا المقياس أن يعكس النتيجة النهائية للرعاية والعمليات والأنشطة وهيكلية الرعاية معا (نصيرات، 2014، 398).

وهناك من يري أن تقييم جودة الخدمات الصحية، من الأحسن أن يكون حسب الخدمات الصحية المقدمة، وذلك من خلال تقييم جودة خدمات الأطباء، تقييم جودة خدمات التمريض وتقييم جودة خدمات الأقسام الأخرى (المخبر، الصيدلانية...) يمكن توضيحها فيما يلي (سعدية ونورة، 2011، 95) :

1- تقييم جودة خدمات الأطباء: وذلك من خلال قيام المؤسسات الصحية بمجموعة من الأنشطة تتمثل فيما يلي:

أ. **التدقيق الطبي:** وهو عبارة دراسة تاريخية للملفات الطبية للمرضى الخارجين من المؤسسة الصحية، للتعرف على مدى جودة الخدمات الصحية التي تلقاها هؤلاء المرضى أثناء تواجدهم في المؤسسة الصحية.

ب. **مراجعة الزملاء:** وتعني قيام بعض الأطباء بمراجعة وتقييم جودة الخدمات الصحية التي يقدمها زملاؤهم، على أساس الدراسة الإستراتيجية للخدمات الصحية التي تم تقديمها للمرضى، بعد خروجهم من المؤسسة الصحية، وذلك بالاستناد إلى معايير توضع من قبل الأطباء أنفسهم.

ج. **مراجعة الاستخدام:** وذلك أثناء إقامة المريض في المؤسسة الصحية، يستخدم لمراجعة استخدام الأسرة وهيكل وخدمات المؤسسة الصحية والكشف عن الاستخدامات غير الضرورية، وذلك لترشيد هذا الاستخدام.

د. لجنة الأنسجة: تقوم بدراسة الأنسجة البشرية التي يتم إزالتها في العمليات الجراحية للكشف عن أية أنسجة طبيعية قد أزيلت بالخطأ.

يستند التدقيق الطبي ومراجعة الزملاء إلى نوعين من المعايير، معايير يضعها الأطباء ومعايير واضحة ومحددة تستند إلى أسس علمية.

2- تقييم جودة خدمات التمريض: تعتمد المؤسسات الصحية على نوعين رئيسيين من أساليب تقييم جودة الخدمات التمريضية، وتتمثل فيما يلي:

أ. أساليب تقييم غير رسمية: وهي الأكثر استعمالاً، حيث تعتمد إدارة المؤسسات الصحية على ملاحظات وتقييم الأطباء للخدمات التمريضية بصفتهم الجهة الأكثر احتكاكاً بالمرضى والأقارب على الحكم على جودة الخدمات التمريضية المقدمة من الناحية الفنية، كما وقد تعتمد إدارة المؤسسة الصحية على استقصاء ودراسة آراء المرضى حول جودة خدمات التمريض المقدمة لهم وخدمات فن الرعاية.

ب. أساليب تقييم رسمية: وتشمل مراجعة وتدقيق ملفات المرضى فيما يتعلق بالجانب التمريضي من الملف الطبي، تقوم بها لجنة تدقيق الخدمات التمريضية، أو من قبل ممرضين متخصصين داخل المؤسسة الصحية، أو من خلال التقارير التي يتم رفعها للإدارة من قبل الممرضين المسؤولين.

3- تقييم جودة خدمات الأقسام الأخرى: وتشمل مقارنة الخدمات الصحية المقدمة من قبل كل قسم من الأقسام الأخرى في المؤسسة الصحية بالمقارنة مع المعايير المحددة، مثل دقة مواعيد تسليم الأدوية في الأجنحة الداخلية من قبل الصيدلية وانتظام هذه المواعيد ونظافة غرف المرضى، نظافة الممرات والقاعات، وصول واجبات الطعام إلى المرضى في المواعيد المحددة لها، نظافة الغسيل و مدى تعقيم المعدات... الخ.

5.5.4: العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية :-

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

(البكري، 2005، 204-209) و(ذياب، 2012، 73) :

1- **تحليل توقعات الزبون:** يحتاج منتج الخدمات الصحية في المستشفيات إلى فهم توقعات

الزبائن عند تصميمهم للخدمة الصحية، بحيث يكون هذا التصميم متوقفاً على توقعات المريض،

لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة المقدمة.

ويمكن للمرضى أن يحققوا ادراكاتهم للخدمة المقدمة من خلال التمييز بين عدد من المستويات

المختلفة للجودة وهي:

أ. **الجودة المتوقعة:** هو مستوى الجودة التي تتمنى المؤسسة الصحية بلوغه، أو هو مستوى

الخدمات الذي تريد تقديمه لزيائنها عبر وسائلها المتاحة، مع الأخذ بعين الاعتبار الضغوطات

الداخلية والخارجية المفروضة عليها.

ب. **الجودة المدركة:** وهي إدراك المريض لجودة الخدمات الصحية المقدمة له من قبل المستشفى.

ج. **الجودة القياسية:** وهو ذلك المستوى في جودة الخدمة المقدمة والتي تتطابق مع المواصفات

المحددة للخدمة، والتي تمثل في نفس الوقت إدراكات إدارة المستشفى.

د. **الجودة الفعلية:** وهي تلك الدرجة من الجودة التي اعتاد المستشفى تقديمها للمرضى.

2- **تحديد جودة الخدمات:** عندما يستطيع المستشفى فهم حاجات المرضى فإنه يجب أن يضع

التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمات

الصحية المقدمة. وهذا التوصيف عادة ما يكون مرتبط مع أداء العاملين في المستشفى بمستوى

وكفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة في إنجاز الخدمة الطبية.

3- أداء العاملين: عندما تضع إدارة المستشفى معايير الجودة للخدمة الصحية المقدمة، ويتحقق الإلتزام في تنفيذها من قبل الكادر الطبي في المستشفى، فأنها بالمقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب للكادر الطبي والتمريضي والخدمي المتصل بالمرضى، ويكون من المهم أن تتوقع إدارة المستشفى تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية المقدمة لهم، وأن تكون هذه التوقعات عقلانية ويمكن تحقيقها، وهنا يكون من الضروري أن لا تقدم الإدارة وعوداً لا تستطيع الوفاء بها لأي سبب كان.

6.4 إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية :-

شهدت بيئة مؤسسات الخدمات الصحية والاستشفائية خلال العقدين الأخيرين من القرن العشرين الماضي تغييرات عميقة ومتلاحقة كان من أبرزها ظاهرة العولمة والانفتاح والتوجه المتسارع نحو اقتصاديات السوق(الخصخصة) والتفجر المعرفي وثورة المعلومات والتكنولوجيا. هذه التغييرات وما أفرزته من معطيات جديدة وتحديات لمؤسسات الخدمات الصحية أبرزها زيادة حدة المنافسة على المستوى المحلى والإقليمي والعالمي. مما أدى إلى ظهور منظومة جديدة من المفاهيم في عالم الأعمال والصناعة تمتلك التركيز على التميز في الأداء. الأمر الذي أدى إلى تبني فلسفات وممارسات إدارية جديدة كان أبرزها إدارة الجودة الشاملة. حيث عملت مؤسسات القطاع الخدمي بما فيها مؤسسات الخدمات الصحية بتبني وتطبيق هذه الممارسة الإدارية الحديثة، اعتقاداً منها بأن التطبيق الناجح لبرامج إدارة الجودة الشاملة لا تقتصر مردوداته ومنافعه على مواجهة وحل أزماتها المالية بل يؤدي إلى تحقيق أداء ونواتج مميزة. مثل ترقية جودة الخدمة، تحسين الإنتاجية نوعاً وكماً، منع الأخطاء القائلة للعلاج، تقليل كلفة الخدمات الطبية، وتحقيق رضا المرضى (نصيرات، 2014، 409).

1.6.4 : مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية :-

يعتبر مفهوم إدارة الجودة الشاملة من المفاهيم الإدارية الحديثة نسبيا في القطاعات الصحية، والتي تهدف إلى تحسين وتطوير الأداء من خلال الاستجابة لمتطلبات الزبائن بصفة مستمرة، وقد استحوذت على اهتمام واسع من قبل الأخصائيين والباحثين والإداريين والأكاديميين الذين يقومون بشكل خاص في تطوير وتحسين الأداء الإنتاجي والخدمي في مختلف المؤسسات الإنسانية. ولقد زاد الاهتمام بإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية في مطلع التسعينات من القرن السابق حيث قامت بعض الدول المتقدمة مثل الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا بالبحث عن المساحات التي تحتاج إلى تحسين جودة الخدمات الصحية باعتبارها من المسائل الإستراتيجية الملحة. وقد قامت الإدارات في مؤسسات الخدمات الصحية بتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات باعتبارها البديل الأفضل الذي يساعدهم على العمل مع الكوادر البشرية من الأطباء والاختصاصيين والتمريض والفنيين والعاملين في المختبرات وغيرهم، لغرض تحسين مؤسسة الخدمة الصحية.

وكذلك يجب التأكيد هنا على أن المؤسسات الصحية يجب أن تنظر إلى المرضى على أساس أنهم زبائنهم وهذا لوحده يجعل هذه المؤسسات تعمل على تشخيص حاجات ورغبات زبائنهم مما يدعو إلى إجراء التغيير في مجمل نظام الخدمة الصحية (العلي، 2008، 299).

وتعرف منظمة ISO 9000 إدارة الجودة الشاملة بأنها "عقيدة أو عرف متأصل وشامل في أسلوب القيادة والتشغيل لمنظمة ما، بهدف التحسين المستمر في الأداء على المدى الطويل من خلال التركيز على متطلبات وتوقعات الزبائن مع عدم إغفال متطلبات المساهمين وجميع أصحاب المصالح الآخرين (العزاوي، 2002، 69).

ويعرف (المنصوري وآخرون، 2007، 22) إدارة الجودة الشاملة بأنها " النظام الفعال لتكامل جهود جميع الأقسام بالمؤسسة لتحسين وتطوير الجودة والحفاظ عليها بما يمكن من أداء الإنتاج والأعمال الهندسية والتسويق والخدمة بأسلوب اقتصادي يكون هدفه إرضاء العميل " ولقد عرفها (الحريري، 2010، 15) بأنها "أسلوب قيادي ينشئ فلسفة تنظيمية تساعد على تحقيق أعلى درجة ممكنة لجودة السلع والخدمات وتسعى إلى دمج فلسفتها إلى المؤسسة، وأن نجاحها يتوقف على قناعة أفراد المؤسسة بمبادئها. وأن مبادئها تضيف قيمة وجودة فعلية للمؤسسة، وقد أثبتت مبادئها نجاحاً مستمراً لأنها تسعى وبشكل مستمر إلى تحقيق رضاء الزبون الداخلي والخارجي من خلال دمج الأدوات والتقنيات والتدريب الذي يقود إلى خدمات ومنتجات عالية الجودة".

كما تعرف إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية بأنها " خلق وتطوير قاعدة من القيم والمعتقدات التي تجعل كل موظف يعلم أن الجودة في خدمة المستفيد هي الهدف الأساسي للوحدة الصحية، وأن طريق العمل الجماعي وفرق العمل هي الأسلوب الأمثل لإحداث التغيير المطلوب في المستشفى" (عدمان، 2011، 63).

ويتضح من خلال هذا التعريف أن مصطلح إدارة الجودة الشاملة يستند على مفهومين هما الشمولية والتكاملية. فالشمولية تعني التوسع في مستوى نوعية الخدمات التي يتوقعها المستفيدون من الرعاية إلى كافة الجوانب الخاصة بخدمات المؤسسات الصحية. أما التكاملية فيقصد بها أن كل مؤسسة كنظام مكونة من نظم فرعية يعتمد بعضها على بعض، ولكل نظام فرعي برامجه الخاصة، حيث أن تلك النظم والبرامج الفرعية مكاملة لبعضها البعض، ولا تستطيع القيام بوظائفها دون اللجوء لطلب المساعدة من النظم الأخرى.

ويمكن تلخيص القيم الجوهرية لإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

كالآتي (مخيبر، 2010، 116) :

1- خدمة المريض والمنتفعين :-

يتم التركيز هنا على توفير خيارات أوسع أمام المرضى تمكنهم من الانتفاع أكثر من الخدمة المقدمة لهم من خلال تحسين طرق تقديم الخدمة، حيث يمكن للمريض مثلاً حرية اختيار مواعده مع الطبيب أو إمكانية مناقشته في العلاج المقرر له.

2- مقابلة توقعات المنتفعين :-

الهدف هنا تحسين مستويات أداء العاملين وكذلك مستويات رضا المرضى والعملاء من خلال التعامل الجيد معهم في كل المواقف الممكنة ولتحقيق ذلك يجب تدريب العاملين والمتخصصين بتقديم الخدمات الصحية على التنبؤ بسلوكيات الأفراد والاستجابة لهذه السلوكيات بأفضل الطرق.

3- تأدية الخدمة تأدية صحيحة من أول مرة :-

لتحقيق ذلك يجب أولاً وضع طرق وأساليب وقواعد ومواصفات تقديم الخدمة بالشكل الصحيح مما يقلل إلى أدنى الحدود احتمالات الخطأ ومن ثم مراقبة الأداء لدراسة الأسباب التي قد تؤدي إلى الخطأ والعمل على تحليلها وتلافيها.

4- وجود نظام للحوافز المادية والمعنوية :-

تستطيع الإدارة الناجحة إشراك جميع العاملين في المساهمة بتحسين الجودة الشاملة بشكل فعال وبقناعة تامة من خلال الاهتمام بأوضاع العمال ومشاكلهم وتحفيزهم من خلال الإستخدام العادل لنظام الحوافز المادية والمعنوية.

2.6.4 - أهداف إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية :-

إن الهدف الأساسي في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية هو تطوير الخدمات والمخرجات مع تخفيض في التكاليف والوقت والجهد لتحسين الخدمة المقدمة للمرضى وكسب رضاهم وهناك أهداف فرعية تنطلق من هذا الهدف وهي (الحريري، 2010، 27) :

1. خفض التكاليف.
2. تحقيق الجودة.
3. تقليل الوقت اللازم لإنجاز المهام.
4. زيادة الكفاءة بزيادة التعاون بين إدارات المستشفيات وتشجيع العمل الجماعي.
5. تعليم الإدارة والعاملين كيفية تحديد وترتيب وتحليل المشكلات وتجزئتها إلى أجزاء صغيرة للتمكن من السيطرة عليها.
6. تقليل المهام عديمة الفائدة ومنها الأعمال المتكررة.
7. توطيد الثقة وتحسين العمل للعاملين.
- وهناك من أضاف إلى ما ذكر من أهداف ما يلي:
8. زيادة القدرة التنافسية في الأوساط المحلية والعالمية.
9. زيادة الفاعلية التنظيمية للموارد البشرية العاملة في المؤسسات الصحية.
10. التعرف على احتياجات المرضى وحاجات العمل والعمل على تلبيتها والسعي لإضافة بعض الخصائص المبدعة لتحقيق رضا المرضى.

3.6.4 - مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية :-

يمكن تحديد الإطار الذي من خلاله يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات

الصحية، فيما يلي:

1- مرحلة الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية :-

في هذه المرحلة تشترك الإدارة العليا للمستشفى ورؤساء الأقسام الطبية والإدارية بها بالتعاون مع مستشارين في مجال تصميم نظام الجودة الشاملة، في مناقشة كافة جوانب العمل بالمستشفى وحصر مشكلاتها واستنباط الأفكار والحلول المثلى لها. ورغم أنه لا توجد آلية محددة لكيفية إنجاز هذه المرحلة فإن هدفها الأساسي يتلخص في توفير كافة البيانات والمعلومات والمقترحات التي تحدد الملامح الأساسية والأبعاد الرئيسية والمرتكزات التي تتمحور حولها السياسات العامة للمستشفى والخطط التشغيلية والبرامج التنفيذية والمشروعات الخاصة بتحقيق ما تصبو إليه من طموحات وما تسعى إلى تحقيقه من غايات (مخيمر والطعامنة، 2003، 200).

2- نشر ثقافة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية :-

لمفهوم إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية مبادئ، ومهارات، وطرق، وأدوات مختلفة، لذا يجب تنظيم سلسلة من الحلقات الدراسية حول الموضوع لتوجيه أصحاب القرار والمدير بشأن مفهوم ومنافع إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية. وينبغي أن تعقب هذه الحلقات الدراسية مناقشات فكرية حول تطبيقات هذا المفهوم، مع مراعاة الموارد المتاحة، والثقافة السائدة، والوضع الصحي الراهن، والهياكل القائمة. ويمكن الاستعانة بما يتجمع خلال هذه الأنشطة من المعلومات الأولية والارتجاعية في توسيع نطاق برامج إدارة الجودة الشاملة وتحسينها. كما يجب الاستفادة من الدور الذي يمكن أن تقوم به وسائل الإعلام في هذا الصدد، وإسهامها في التوعية بأهمية جودة الرعاية وحفز الطلب على الرعاية الجيدة (عدمان، 2011، 66).

3- تكوين فريق عمل الجودة :-

تختلف المسميات التي تطلق على الفريق الذي يقود مشروع الجودة، فقد سمي فريق الجودة أو إدارة الجودة أو مجلس الجودة، وتسنَد إلى هذا الفريق المهام التالية (عدمان، 2011، 67):

أ- وضع سياسة مكتوبة وواضحة للجودة بكافة مجالات العمل بالمستشفى واتخاذ الإجراءات اللازمة لتعريف جميع فئات العاملين بها مع التأكيد في هذه السياسة على الاعتبارات التالية، أداء العمل بالطريقة السليمة من المرة الأولى وبدون أخطاء، مشاركة جميع فئات العاملين في حل مشكلات العمل، التركيز على ضرورة تفهم احتياجات المرضى والعمل على تلبيتها بأقصى كفاءة ممكنة، تطوير فكرة الولاء والانتماء للمستشفى وأهدافها، التركيز على نظم وإجراءات وأساليب العمل والنتائج المتحققة في آن واحد، الأخذ بمفهوم العميل الداخلي والخارجي، وتعميق فكرة أن العميل هو الذي يدير المستشفى ويوجه كافة أنشطتها.

ب- تكوين حلقات أو جماعات الجودة في مختلف مجالات العمل بالمستشفى. وهي من أكثر أساليب نشر ثقافة الجودة والمساعدة في تطبيق أساليبها.

ج- التخطيط لأنشطة الجودة من خلال تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها وصياغة السياسات التي يسترشد بها في اتخاذ القرارات الخاصة بأنشطة الجودة، وكذلك تحديد الإجراءات وأساليب أداء الأعمال اللازمة لذلك.

د- البدء في تطبيق خطة الجودة ومتابعتها. ومن أهم متطلبات التطبيق السليم لإدارة الجودة الشاملة في المستشفيات ما يلي (مخير والطعامنة، 2003، 204):

1- تحليل هيكل العمالة الموجودة بالمستشفى واتخاذ الإجراءات اللازمة لإعادة توزيعها وفقا لمقتضيات العمل.

2- تعديل الهياكل التنظيمية الرئيسية والتفصيلية للمستشفى، وتوفير المناخ التنظيمي المناسب لدعم العمل الجماعي.

3- استكمال بطاقات الوصف الوظيفي لمختلف الوظائف الطبية والفنية والإدارية وتحديد الصلاحيات والمسؤوليات واستمرار مراجعتها للتأكد من وفائها باحتياجات العمل في مختلف المجالات.

4- تصميم وتنفيذ مجموعة من النظم والآليات اللازمة لتغطية الجوانب التالية:

أ- تلقي وتحليل ومعالجة شكاوى المرضى والعاملين والزائرين.

ب- تشجيع جميع فئات العاملين بالمستشفى من خلال الاهتمام بأرائهم ومقترحاتهم بشأن تحسين جودة الأداء في جميع المجالات.

ج- تهيئة الظروف المناسبة لأداء العمل ورعاية العاملين.

د- إعداد آلية لجوائز التميز في الأداء وجودة الخدمات المقدمة على مستوى الأقسام والأفراد.

5- تصميم وتوفير آليات مرنة للاتصالات في مختلف الاتجاهات.

6- تصميم وتنفيذ مجموعة من الدورات التدريبية.

7- صياغة آلية مناسبة لقياس درجة رضا المرضى والعاملين والزائرين عن مستوى ما تقدمه المؤسسة من خدمات.

8- تصميم وتوفير نظام متكامل للمعلومات مع دعمه بالإمكانيات التقنية والبشرية اللازمة لتحليل البيانات وإعداد التقارير المطلوبة ورفعها للأفراد والوحدات التي تحتاج إليها.

9- تصميم وتنفيذ خطة لمتابعة التنفيذ وأداء العمل بمختلف أقسام المستشفى مع الاستعانة بالمعايير الموضوعية لتقييم الأداء والأساليب الإحصائية المناسبة في إتمام عملية الرقابة والمتابعة. يتبين من خلال مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية أنه لابد من توافر

مجموعة من المرتكزات يمكن عرضها كما يلي:

أ. التركيز على العميل (الداخلي والخارجي).

ب. مساندة وتدعيم الإدارة العليا.

ج. العمل الجماعي المشترك بين التخصصات المتعددة.

د. تدريب العمال.

هـ. المكافأة.

و. استخدام الحقائق والبيانات كأساس لاتخاذ القرار بناءً على الحقائق.

4.6.4 - عوامل نجاح تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية :-

لنجاح تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لا بد من توافر مجموعة

من العوامل، يلخصها (مخيبر، 2010، 118؛ جاد الرب، 1997، 188) كما يلي :

1- تغيير ثقافة المنظمة من خلال التعلم والاستخدام المستمر والمتواصل لمجموعة من الممارسات

الإدارية والتي تغذى ثقافة التحسين.

2- الوسائل اللازمة من أجل القياس والمقارنة والتحليل والتخطيط.

3- يجب أن تقتنع الإدارة العليا في المؤسسات الصحية بأهمية ومزايا تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

4- يجب أن تقتنع الإدارة العليا جميع العاملين في المنظمة بفوائد ومزايا إدارة الجودة الشاملة.

5- يجب أن تتوقع الإدارة في المؤسسة بعض القيود والمعوقات ومقاومة بعض الأفراد لتطبيق إدارة

الجودة الشاملة، وكلما تفهم الجميع أهمية إدارة الجودة الشاملة كلما انخفضت حدة وحجم المقاومة.

6- ترتفع تكاليف تطبيق إدارة الجودة الشاملة في أول الأمر ثم تأخذ في الانخفاض التدريجي حتى

تستقر عند حجم معين، وعندها يبدأ النظام في الكشف عما فيه من مزايا وفوائد.

7- يتطلب تطبيق إدارة الجودة الشاملة في كثير من جوانبه تغيير في السياسات والمفاهيم

والإستراتيجيات والهياكل التنظيمية في المنظمات الصحية.

8- إن إدارة الجودة الشاملة ليست بديلا عن الإدارة التقليدية، ولكنها أداة رئيسية وأساسية للبحث عن الأداء العالي المتميز منذ بداية التشغيل حتى نهايته ومنع وجود أخطاء أو الحد منها إلى أقصى حد.

9- لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة تحتاج المؤسسة إلى نظم فعالة ومساندة أهمها:

أ. الترويج لنظام الجودة الشاملة وتسويقه لدى العاملين في مجال الخدمات الصحية داخل المؤسسة أو المتعاملين معها.

ب. نظام فعال للعلاقات الإنسانية يهدف إلى تعميق الولاء التنظيمي ويحقق مفهوم أن الجودة العالية هي مسؤولية كل فرد في المؤسسة الصحية.

ج. فهم واضح لأساليب وطرق الرقابة الإحصائية ونظام فعال لتشغيل البيانات ونظام كفاء للمعلومات يدعم هذا النظام وعملية اتخاذ القرارات.

د. نظم فعالة للاتصالات والتنسيق والتكامل بين مختلف الإدارات والوحدات الفرعية.

هـ. نظام واضح ومحدد ومعلن للثواب والعقاب فيما يتعلق بتطبيق هذا النظام.

10- يمكن للمؤسسة الصحية البدء بتطبيق إدارة الجودة الشاملة في أحد أنشطتها الفرعية ثم تتدرج بعد ذلك منها إلى باقي الأنشطة.

11- تظهر الملامح الجيدة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة بسرعة في المؤسسات الصحية الخاصة، حيث الإمكانيات العالية والعناصر البشرية الفعالة والمناخ التنظيمي الملائم.

12- تحتاج إدارة الجودة الشاملة قبل تطبيقها إلى دورات تدريبية مكثفة، وأيضا إلى الاستفادة من تجارب المنظمات التي نجحت في هذا المجال.

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة

1.5 : نبذة عن المستشفيات قيد الدراسة

2.5 : منهجية الدراسة

3.5 : مجتمع وعينة الدراسة

4.5 : أداة الدراسة

5.5 : أدوات التحليل الإحصائي

6.5 : صدق وثبات مقياس الدراسة

7.5 : دراسة وتحليل البيانات وتفسير النتائج

8.5 : خصائص عينة الدراسة

9.5 : وصف محاور الدراسة

10.5 : الوصف الاحصائي لإجابات أفراد العينة حسب محاور الدراسة

11.5 : الإحصاء الاستدلالي لبيانات العينة

12.5 : اختبار فرضيات الدراسة

1.5: نبذة عن المستشفيات قيد الدراسة :-

1. مستشفى مصراتة المركزي:

يُعد مستشفى مصراتة المركزي من أكبر المستشفيات بالمنطقة، يقع غرب مصراتة، تأسس في عهد الملك إدريس لتقديم كافة الخدمات الطبية والصحية للمواطنين وخدمات الإيواء. وتم افتتاح قسم الحوادث والطوارئ التابع لمستشفى مصراتة المركزي بتاريخ 2013/6/25، والذي يعتبر صرح وإنجاز كبير ومهم في مجال الصحة بمدينة مصراتة، يسع المستشفى (120) سريراً وخمس حجرات للعمليات وقسم للعناية الفائقة ومختبر للتحاليل وصيدلية، وكل المرافق الإدارية اللازمة لتأدية العمل، وعدد العناصر الإدارية والطبية والطبية المساعدة (1679) موظفاً.

2. مستشفى المحجوب القروي:

أُعتمد مستشفى المحجوب القروي سنة 1989م، واستلمت إحدى الشركات الأجنبية هذا المشروع، وتأمل سكان هذه المنطقة خيراً في أن يخفف هذا المستشفى من معاناتهم والرقى بمستوى الخدمات الصحية بالمدينة. لقد تم افتتاح العيادات الخارجية بالمستشفى شهر يوليو لسنة 2013م وهي تشمل ثلاث عيادات وهي الباطنية، والنساء، والأطفال ، ويعمل المستشفى بسعة سريرية (60) سريراً، وعدد العناصر الإدارية والطبية والطبية المساعدة (449) موظفاً، وأخيراً تم اعتماد المستشفى من قبل رئاسة الوزراء شهر ديسمبر 2013م ليكون له ذمة مالية مستقلة.

3. مستشفى الدرن والأمراض الصدرية:

تم إنشاء المستشفى سنة 1974م، وتم نقله من مقره الأول بوسط المدينة بتاريخ 2002/8/13م، ويعتبر المستشفى من المرافق التخصصية الحيوية من بين أربع مستشفيات في ليبيا تعنى بهذا المجال وهو يقدم الخدمات للمواطنين في المنطقة الوسطى بأكملها.

ويعمل المستشفى بسعة سريرية (120) سريراً، وعدد العناصر الإدارية والطبية والطبية المساعدة (363) موظفاً، ويحتوي المستشفى على الأقسام التالية : (قسم المختبرات الطبية - قسم الأشعة - القسم الإداري و الفني والخدمي - قسم الإيواء - إدارة الصيدلة ومخازن الأدوية - عيادة للأسنان ومعمل تركيبات سننية((قيد الإنشاء))).

2.5 : منهجية الدراسة :-

منهج الدراسة :

نتيجة لطبيعة الأهداف التي تسعى إليها هذه الدراسة في الكشف عن تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر متلقي الخدمة في المستشفيات العامة بمدينة مصراتة. ومن خلال الاهداف التي تسعى هذه الدراسة إلى تحقيقها، فقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي حيث تم إعداد استبيان من النوع المقفل لجمع البيانات وتمحورت الأسئلة حول جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى في المستشفيات بمدينة مصراتة وما تعانيه من ضعف الخدمات، ومن خلال إجابات أفراد العينة على أسئلة الاستبيان تم رصد البيانات وتبويبها في جداول تكرارية وتم اختبار فرضيات وضعت لغرض الدراسة من حيث تقييم جودة الخدمات من قبل متلقي الخدمة.

3.5 مجتمع وعينة الدراسة :-

أ. مجتمع الدراسة:

يقصد بالمجتمع، مجموع وحدات البحث أو الدراسة التي يراد الحصول على معطيات عنها، ويشمل مجتمع هذه الدراسة الأصلي جميع متلقي الخدمة داخل المستشفيات العامة وهي (مستشفى مصراتة المركزي، ومستشفى المحجوب القروي، ومستشفى الدرن والأمراض الصدرية).

ب. عينة الدراسة :

تم اختيار العينة بطريقة العينة العشوائية البسيطة من جميع متلقي الخدمة داخل المستشفيات العامة، وتم تحديد حجم العينة بناءً على جدول (Krejcie and Morgan (1970) لتحديد حجم العينة، فكان حجم العينة من (450) متلقي الخدمة والجدول الآتي يبين العينة وطبيعة الاستبيانات التي تم دراستها.

الجدول رقم (3) إجراءات توزيع عينة الدراسة وحركة الاستبيان

| مجتمع الدراسة | عينة الدراسة | الاستبيانات الموزعة | الاستبيانات المفقودة | الاستبيانات غير الصالحة | الاستبيانات الخاضعة للتحليل |
|---------------|--------------|---------------------|----------------------|-------------------------|-----------------------------|
| 450000 | 450 | 450 | 35 | 15 | 400 |

المصدر: إعداد الباحث

يظهر من الجدول رقم (3) أنه تم توزيع الاستبانة على جميع أفراد عينة الدراسة وكان عدد الاستبيانات الموزعة على متلقي الخدمة تبلغ (450) استبانة وعدد الاستبيانات المستردة (415) استبانة، كما بلغ عدد الاستبيانات المستردة غير الصالحة (15) استبانة غير صالحة للاستخدام كمصدر للبيانات وذلك لعدم دقة المعلومات فيها، حيث لم يجب بعض من وزعت عليهم الاستبانة على الأسئلة بالكامل أي ترك بعض الفقرات بدون علامة (✓) ويعزي ذلك لعدم فهمه للفقرة .

4.5 : أداة الدراسة :-

تمثلت أداة الدراسة في استمارة الاستبيان والتي تعد أسلوباً مناسباً في مثل هذه الدراسات لجمع البيانات وآراء الباحثين 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.

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

القسم الأول: البيانات الشخصية والوظيفية :

من الاستبيان يحتوي هذا القسم على البيانات الشخصية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة وهي الجنس والعمر والمؤهل التعليمي .

القسم الثاني: معلومات عن جودة الخدمات الصحية :

يحتوي على معلومات عن جودة الخدمات الصحية المقدمة حيث تم عرض مجموعة من الأسئلة في الاستبيان تتضمن بعض المفاهيم المتعلقة بجودة الخدمات الصحية والتي تمثلت في جودة الخدمات الطبية المقدمة من الأطباء ومدى قدرتهم على التشخيص الجيد والمتابعة المستمرة للمرضى وكفائهم وما مدى متابعتهم للأمور الطبية بشكل مستمر، وكذلك التعريف بدور الخدمات التمريضية ومدى قيام العنصر التمريضي في المستشفيات بعمله على الشكل الصحيح والمناسب حسب كل قسم من الأقسام في المستشفيات، كذلك ما مدى توفر الخدمات الفندقية من حيث النظافة والإقامة والمعيشة، وحددت خمس مستويات للإجابة على فقرات الاستبانة (حسب مقياس لكيرت الخماسي) وأعطيت العبارات (الفقرات) الأوزان المقابلة لها كالتالي:

| غير موافق بشدة | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة |
|----------------|-----------|-------|-------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

وتمثل هذه الأرقام مساحة من المقياس كنسبة مئوية، فهي للرقم 1 تكون أقل من 20%، وللرقم 2 تكون (20 - أقل من 40%) و للرقم 3 هي (40- أقل من 60%) وللرقم 4 هي (60-أقل من 80%) وللرقم 5 هي (80 - 100%) ومن خلالها يمكن الحكم على إجابات عينة الدراسة.

5.5: أدوات التحليل الإحصائي:-

استخدم الباحث لتحليل الإجابات المستلمة الأدوات الإحصائية الآتية:

1- النسبة المئوية: تستخدم لمعرفة التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب الخصائص الشخصية والوظيفية.

2- الوسط الحسابي: يستخدم لقياس متوسط إجابات أفراد العينة على فقرات الاستبيان.

3- الانحراف المعياري: يستخدم لقياس الانحرافات في إجابات أفراد العينة على فقرات الاستبيان.

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

5- معامل الارتباط: يستخدم لاختبار صدق الاتساق الداخلي.

6- تحليل الانحدار البسيط: يستخدم لاختبار أثر متغير مستقل واحد في المتغير التابع.

6.5 صدق وثبات مقياس الدراسة :-

1.6.5 صدق فقرات الاستبيان :-

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:

1.1.6.5 الصدق الظاهري (صدق المحكمين):

للتأكد من صدق مقياس الرضا الوظيفي قام الباحث بعرض استمارة الاستبيان على

مجموعة من المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في الجامعات الليبية. (انظر الملحق رقم "2")

وذلك لإبداء رأيهم وتقديم مقترحاتهم حول استمارة الاستبيان، والاستفادة من خبراتهم في الحكم على

المقياس المستخدم ومدى ملاءمتها للتطبيق في الدراسة .

وبناء على الملاحظات القيمة الواردة من المحكمين تم إجراء بعض التعديلات على استمارة

الاستبيان بشكلها النهائي.

2.1.6.5 صدق الاتساق الداخلي:

قام الباحث بعد إتمام إجراءات الصدق الظاهري (صدق المحكمين) بحساب صدق الاتساق الداخلي للمقاييس المستخدمة في الدراسة من خلال حساب معامل الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس ويستخدم الارتباط (وجود علاقة) لقياس التغير الذي يضطرنا على المتغير التابع عندما تتغير قيمة المتغير المستقل وتكون العلاقة طردية إذا كان معامل الارتباط موجب أي يقع بين الصفر والواحد، ويقصد بالارتباط الطردية أنه كلما زادت قيمة أحد المتغيرين زادت قيمة المتغير الآخر، وتكون العلاقة عكسية إذا كان معامل الارتباط سالب بمعنى إذا زادت قيمة أحد المتغيرين نقصت قيمة المتغير الآخر. والمقصود بالدال إحصائياً أنه لو أعيد توزيع الاستبيان مرة أخرى تكون نسبة الخطأ أقل من 0.05 في الإجابات، حيث مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة 0.05 .

وتبين الجداول الآتية معامل الارتباط ومستوى الدلالة الإحصائية عند مستوى معنوية (0.05) .

جدول رقم (4) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات نظام الجودة.

| م | الفقرة | معامل الارتباط | قيمة الدلالة | مستوى الدلالة |
|---|---|----------------|--------------|------------------|
| 1 | أنا على دراية بمعنى الجودة في الخدمات الصحية. | 0.538 | 0.014 | دال إحصائياً |
| 2 | تلعب الجودة دور مهم في الرفع من مستوى الخدمات الصحية. | -0.488 | 0.029 | دال إحصائياً |
| 3 | تستمد المستشفيات شهرتها من خلال ما تقدمه من خدمات جيدة. | 0.500 | 0.025 | دال إحصائياً |
| 4 | تسعى إدارة المستشفى إلى معرفة رأيك عن جودة الخدمات المقدمة عند مغادرتك المستشفى | -0.031 | 0.897 | غير دال إحصائياً |
| 5 | من خلال تعاملك السابق والحالي مع المستشفيات العامة بالمدينة، هناك تحسن واضح في ما تقدمه من خدمات جيدة للمرضى. | 0.072 | 0.763 | غير دال إحصائياً |
| 6 | هناك جهد مبدول من قبل إدارة المستشفى في تحسين جودة خدماتها للمرضى. | 0.558 | 0.011 | دال إحصائياً |
| 7 | الخدمة المقدمة في المستشفى لها دور فعال في إرضائك من خلال تلبية متطلباتك واحتياجاتك. | 0.205 | 0.386 | غير دال إحصائياً |
| 8 | ينعكس مفهوم الجودة داخل المستشفى في حمايتك من الغش التجاري وتعزيز الثقة في خدمات المستشفى. | 0.538 | 0.014 | دال إحصائياً |

* الارتباط دال إحصائياً عند مستوي دلالة $0.05 < \alpha$.

بالنظر إلى الجدول السابق والذي يوضح صدق الاتساق الداخلي للفقرات التي تقيس محور

نظام الجودة لعينة الدراسة الاستطلاعية يتضح الآتي:

تراوحت معاملات الارتباط بين (-0.031) و(0.558)، وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) ما عدا الفقرات الرابعة والخامسة والسابعة غير دالة إحصائياً. وتدل باقي الفقرات على وجود علاقات ارتباط طردية بين الفقرات التي تقيس محور نظام الجودة والدرجة الكلية للمحور، وهذا بدوره يؤكد صدق الاتساق الداخلي لمحور نظام الجودة أي يتطور نظام الجودة الصحية إذا تم توفير الفقرات في المحور في المستشفيات .

جدول رقم (5) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات الخدمات الطبية.

| م | الفقرة | معامل الارتباط | قيمة الدلالة | مستوى الدلالة |
|----|--|----------------|--------------|---------------|
| 9 | يتميز الكادر الطبي داخل المستشفى بمهارات عالية في التشخيص والعلاج. | 0.539 | 0.014 | دال إحصائي |
| 10 | يلتزم الأطباء بمواعيد الحضور إلى المستشفى والكشف عن المرضى ومواعيد العمليات الجراحية | 0.753 | 0.000 | دال إحصائي |
| 11 | الأطباء حريصون على الإلتزام باحتياجات مكافحة العدوى عند تقديم الخدمة لك. | 0.817 | 0.000 | دال إحصائي |
| 12 | يتم تزويدي بمعلومات عن حالتي الصحية من قبل الطبيب المختص | 0.745 | 0.000 | دال إحصائي |
| 13 | تتوفر كافة الاختصاصات الطبية والأدوية والتحاليل اللازمة داخل المستشفى | 0.673 | 0.001 | دال إحصائي |
| 14 | توجد لدى المريض ثقة عالية في تعامل الأطباء مع حالته الصحية. | 0.836 | 0.000 | دال إحصائي |
| 15 | يجيب الطبيب بسرعة ووضوح على استفسارات المريض. | 0.840 | 0.000 | دال إحصائي |
| 16 | يتمتع الأطباء بمظهر أنيق ونظيف ومرتب. | 0.694 | 0.000 | دال إحصائي |

* الارتباط دال إحصائياً عند مستوي دلالة $\alpha < 0.05$.

بالنظر إلى الجدول السابق والذي يوضح صدق الاتساق الداخلي لل فقرات التي تقيس محور الخدمات الطبية لعينة الدراسة الاستطلاعية يتضح بأن معاملات الارتباط تراوحت بين (0.539) و(0.840) وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) على وجود علاقات ارتباط طردية بين جميع الفقرات التي تقيس محور الخدمات الطبية والدرجة الكلية للمحور، وهذا بدوره يؤكد صدق الاتساق الداخلي لمحور الخدمات الطبية أي تزيد جودة الخدمات الطبية كلما توفرت الفقرات في المحور في المستشفيات .

جدول رقم (6) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات الخدمات التمريضية.

| م | الفقرة | معامل الارتباط | قيمة الدلالة | مستوى الدلالة |
|----|---|----------------|--------------|---------------|
| 17 | يوجد استعداد جيد من قبل الممرضات للاستماع إلى أسئلتك. | 0.649 | 0.002 | دال إحصائياً |
| 18 | يتم تقديم العناية الجيدة من قبل الممرضات أثناء فترة علاجك. | 0.765 | 0.000 | دال إحصائياً |
| 19 | توجد ثقة لديك بالمرمضة في تعاملها مع حالتك الصحية. | 0.740 | 0.000 | دال إحصائياً |
| 20 | يتسم سلوك الممرضات في المستشفى باللباقة في تعاملهن مع حالتك الصحية. | 0.650 | 0.002 | دال إحصائياً |
| 21 | تتواجد الممرضات بسرعة عند حاجة المرضى لهن. | 0.908 | 0.000 | دال إحصائياً |
| 22 | تتمتع الممرضات بمظهر أنيق ونظيف ومرتب. | 0.875 | 0.000 | دال إحصائياً |
| 23 | يتم تزويدك بملخص عن حالتك المرضية عند الخروج من قبل الممرضات. | 0.911 | 0.000 | دال إحصائياً |
| 24 | يتم تعريف من قبل الممرضات بهوية الطبيب ومقدمي الخدمات الطبية الذين يعتنون بي. | 0.905 | 0.000 | دال إحصائياً |

* الارتباط دال إحصائياً عند مستوي دلالة $\alpha < 0.05$.

بالنظر إلى الجدول السابق والذي يوضح صدق الاتساق الداخلي للفقرات التي تقيس محور الخدمات التمريضية لعينة الدراسة الاستطلاعية يتضح بأن معاملات الارتباط تراوحت بين (0.649) و(0.908) وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) مما يدل على وجود علاقات ارتباط طردية بين جميع الفقرات التي تقيس محور الخدمات التمريضية والدرجة الكلية للمحور، وهذا بدوره يؤكد صدق الاتساق الداخلي لمحور الخدمات التمريضية أي تزيد جودة الخدمات التمريضية كلما توفرت الفقرات في المحور في المستشفيات .

جدول رقم (7) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات الخدمات الفندقية.

| م | الفقرة | معامل الارتباط | قيمة الدلالة | مستوى الدلالة |
|----|---|----------------|--------------|------------------|
| 25 | يهتم المستشفى بنظافة أقسامه بشكل دائم | 0.849 | 0.000 | دال إحصائياً |
| 26 | يتوفر لدى المستشفى أماكن جلوس مريحة ولاتقة | 0.853 | 0.000 | دال إحصائياً |
| 27 | توجد غرف مريحة، نظيفة، مضاءة ودافئة داخل المستشفى. | 0.601 | 0.005 | دال إحصائياً |
| 28 | يعمل المستشفى على تقديم الراحة التامة والنوم بدون إزعاج من قبل الزوار والعاملين | 0.246 | 0.297 | غير دال إحصائياً |
| 29 | يقدم الطعام للمريض بكميات ونوعيات جيدة. | 0.202 | 0.392 | غير دال إحصائياً |
| 30 | يوجد تنظيم دقيق لمواعيد الزيارات داخل المستشفى | 0.892 | 0.000 | دال إحصائياً |
| 31 | تتوفر في المستشفى خدمات مرافقة كالصيدلية، والمطعم وموقف سيارات. | 0.822 | 0.000 | دال إحصائياً |
| 32 | يوفر المستشفى لوحات وعلامات إرشادية واضحة تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة. | 0.423 | 0.035 | دال إحصائياً |

* الارتباط دال إحصائياً عند مستوي دلالة $\alpha < 0.05$.

بالنظر إلى الجدول السابق والذي يوضح صدق الاتساق الداخلي للفقرات التي تقيس محور الخدمات الفندقية لعينتي الدراسة الاستطلاعية يتضح بأن معاملات الارتباط تراوحت بين (0.202) و(0.892) وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) ما عدا الفقرتين الثامنة والعشرون والتاسعة والعشرون غير دالة إحصائياً. وباقي الفقرات تدل على وجود علاقات ارتباط طردية بين الفقرات التي تقيس محور الخدمات الفندقية والدرجة الكلية للمحور، وهذا بدوره يؤكد صدق الاتساق الداخلي لمحور الخدمات الفندقية أي تزيد جودة الخدمات الفندقية كلما توفرت الفقرات في المحور في المستشفيات.

3.1.6.5 : الصدق البنائي لمحاور الدراسة:-

يبين الصدق البنائي مدى ارتباط كل محور من محاور الدراسة بالدرجة الكلية لفقرات الاستبيان.

جدول رقم (8) معامل الارتباط بين كل محور والدرجة الكلية للمقياس.

| م | المحور | معامل الارتباط | Sig | مستوى الدلالة |
|---|-------------------|----------------|-------|---------------|
| 1 | نظام الجودة | 0.583 | 0.007 | دال إحصائياً |
| 2 | الخدمات الطبية | 0.946 | 0.000 | دال إحصائياً |
| 3 | الخدمات التمريضية | 0.931 | 0.000 | دال إحصائياً |
| 4 | الخدمات الفندقية | 0.848 | 0.000 | دال إحصائياً |

* الارتباط دال إحصائياً عند مستوي دلالة $\alpha < 0.05$.

بالنظر إلى الجدول السابق والذي يوضح الصدق البنائي للمحاور التي تقيس مستوى الرضا الوظيفي لعينتي الدراسة الاستطلاعية يتضح بأن معاملات الارتباط تراوحت بين (0.583) و(0.946) وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) على وجود علاقات ارتباط طردية بين جميع وهذا بدوره يؤكد صدق الاتساق الداخلي

2.6.5 الثبات:

يقصد بثبات المقياس الاتساق الداخلي بين عباراته، ولثبات المقياس جانبان الأول هو استقرار المقياس كأن يتم الحصول على ذات النتائج إذا قيس المتغير مرات متتالية، أما الجانب الآخر لثبات المقياس فهو الموضوعية، وهو أن يتم الحصول على ذات الدرجة بصرف النظر عن الشخص الذي يطبق الاختبار أو الذي يصممه، وقد جرى التحقق من ثبات المقاييس المستخدمة في الدراسة كما يأتي:

1.2.6.5: الثبات بدلالة الاتساق الداخلي (معامل كرونباخ ألفا) :

تم استخراج الثبات بدلالة الاتساق الداخلي باستخدام معامل كرونباخ ألفا Cronbach Alpha، لقياس الاتساق الداخلي أي قوة الارتباط بين كل الفقرات، ويأخذ قيمة تتراوح بين الصفر والواحد الصحيح وكلما اقترب معامل الثبات من الواحد الصحيح دل ذلك على ارتفاع الثبات وانخفاضه كلما اقترب من الصفر والجدول (9) يبين مستويات الثبات.

جدول رقم (9) مستويات الثبات

| المعامل | أقل من 60% | 60% - 70% | 70% - 80% | 80% فأكثر |
|---------|------------|-----------|-----------|-----------|
| الثبات | ضعيف | مقبول | جيد | ممتاز |

وتم حساب معامل الثبات لكل محور من محاور الدراسة (في العينة الاستطلاعية) قبل توزيع الاستبيان النهائي وتبين ارتفاع معدل الثبات كما بالجدول (10)

الجدول رقم (10) الثبات بالاتساق الداخلي لمحاور الدراسة.

| م | المحور | عدد العبارات | معامل الثبات |
|---|-------------------|--------------|--------------|
| 1 | نظام الجودة | 8 | 0.936 |
| 2 | الخدمات الطبية | 8 | 0.705 |
| 3 | الخدمات التمريضية | 8 | 0.717 |
| 4 | الخدمات الفندقية | 8 | 0.792 |
| 5 | الإجمالي | 32 | 3.15 |

وبالنظر إلى الجدول السابق نجد أن جميع معاملات الثبات مرتفعة وذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.05) وتعطي مؤشراً جيداً على ثبات المقياس.

7.5 : دراسة وتحليل البيانات وتفسير النتائج :-

تمت دراسة الإحصاء الوصفي لبيانات العينة البالغ عددها 400 من متلقي الخدمة في المستشفيات العامة بمدينة مصراتة، حيث تم حساب الجداول التكرارية للبيانات الشخصية والوظيفية للعينة والمتمثلة في الجنس والعمر والمستوى التعليمي وسنوات الخبرة.

الإحصاء الوصفي لبيانات العينة يهدف إلى إعطاء وصف و تلخيص لبيانات العينة بشكل واضح ومبسط وذلك من خلال مقاييس النزعة المركزية كالوسط الحسابي والانحراف المعياري. الوسط الحسابي من مقاييس النزعة المركزية ويحدد القيمة التي تتمركز حولها البيانات. الانحراف المعياري من أهم مقاييس التشتت والذي يقيس مدى تباعد البيانات (الإستجابات) عن بعضها البعض وعن الوسط الحسابي، أما بالنسبة لتفسير قيم الانحراف المعياري، فكلما اقتربت قيمته من الصفر كلما قل التشتت وزاد تجانس الأفراد حول استجاباتهم واتفقهم على قيمة الوسط الحسابي.

8.5 خصائص عينة الدراسة:-

1.8.5: الجداول التكرارية و النسب المئوية للعوامل الديموغرافية (الجنس-العمر- المستوى التعليمي) :

يهدف التوزيع التكراري إلى تبسيط العمليات الإحصائية و تبويب البيانات لسهولة عرض البيانات و كذلك تهدف دراسة النسب المئوية لوصف خصائص العينة و وصف البيانات و إعطاء فكرة شاملة عن حجم الفروقات.

* الجداول التكرارية التي تمثل الجنس من حيث الاعداد و النسب المئوية المقابلة لها

الجدول رقم (11) الجنس

| النسبة | العدد | الجنس |
|--------|-------|-------|
| %49.75 | 199 | ذكر |
| %50.25 | 201 | انثى |

من الجدول يتبين أن أعداد الإناث 201 قد بلغ بنسبة %50.25 بينما أعداد الذكور 199 بنسبة %49.75، ومن الجدول رقم (12) نلاحظ التقارب في الجنسين من حيث تلقي الخدمة الصحية والمشاركة في الاستبيان عكس آراء الذكور والإناث .

الجدول رقم (12) العمر

| النسبة | العدد | فئات العمر |
|--------|-------|-------------------|
| %5.5 | 22 | أقل من 20 |
| %33.8 | 136 | من 20 - أقل من 30 |
| %33.6 | 135 | من 30 - أقل من 40 |
| %15.7 | 63 | من 40 - أقل من 50 |
| %8.5 | 34 | من 50 - أقل من 60 |
| %2.5 | 10 | 60 فأكثر |

تراوحت اعمار العينة من أقل من 20 سنة إلى أكثر من 60 سنة حيث من الجدول نجد أن الفئة العمرية من 20 - أقل من 30 هي الأكثر بين الاعداد حيث بلغ عددها 136 أي ما نسبته %33.8 و يليها الفئة العمرية من 30 - أقل من 40 حيث بلغ عددها 135 أي ما نسبته %33.6 و يليها الفئة العمرية من 40 - أقل من 50 حيث بلغ عددها 63 أي ما نسبته %15.7 و يليها الفئة العمرية أقل من 20 حيث بلغ عددها 22 وتشكل ما نسبته %5.5 وأخيراً الفئة

العمرية 60 فأكثر حيث كان عددها 10 أفراد و بنسبة قدرها 2.5% ومن الجدول نستنتج أن أغلب متلقي الخدمة تراوحت أعمارهم من 20- أقل من 40 .

الجدول رقم (13) المستوى التعليمي

| النسبة | العدد | مستوى التعليم |
|--------|-------|------------------------|
| 0.75% | 3 | لا يقرأ و لا يكتب |
| 10.75% | 43 | أقل من الثانوية العامة |
| 9.5% | 38 | الثانوية العامة |
| 24.75% | 99 | دبلوم متوسط |
| 46.75% | 187 | جامعي |
| 7.5% | 30 | ماجستير و دكتوراه |

يتبين من الجدول رقم (13) أن حملة البكالوريوس قد بلغ عددهم 187 بنسبة 46.75% أي في المرتبة الاولى من اجمالي الأفراد الأمر الذى يدل على قدرتهم في تفسير نتائج الاستبيان و يليهم في المرتبة الثانية حملة الدبلوم المتوسط حيث بلغ عددهم 99 بنسبة 24.75% و ثم في المرتبة الثالثة أقل من الثانوية العامة حيث بلغ عددهم 43 بنسبة 10.75% و يليهم في المرتبة الرابعة حملة الثانوية العامة حيث بلغ عددهم 38 بنسبة 9.5% يليهم في المرتبة الخامسة حملة الماجستير و الدكتوراه حيث بلغ عددهم 30 بنسبة 7.5% و أخيراً في المرتبة السادسة من لا يقرأ و لا يكتب حيث بلغ عددهم 3 أفراد بنسبة قدرها 0.75% حيث تمت إجابتهم على فقرات الاستبيان بمساعدة الكادر التمريضي أو المرافقين وقد يكون أحياناً عدم اهتمام الفرد بموضوع الاستبيان (عدم المصادقية) .

9.5 وصف محاور الدراسة :-

حيث يتم إيجاد الوسط الحسابي المرجح والانحراف المعياري لكل محور على حدة بهدف تحديد الاتجاه لكل عبارة من عبارات المحور وذلك بالمقارنة بمقياس ليكرت الخماسي. وقبل

عرض الجداول التكرارية للمحاور الأربعة نوضح مقياس ليكارت الخماسي المستخدم لتحديد الاتجاهات. بما أن المتغير الذي يعبر عن الخيارات المتاحة (موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق إطلاقاً) مقياس ترتيبي، والأرقام التي تدخل في البرنامج هي (موافق بشدة = 5، موافق = 4، محايد = 3) تمثل الأوزان المقابلة لها. وتمثل هذه الأرقام مساحة من المقياس كنسبة مئوية، فهي للرقم 1 تكون 1- أقل من 20% وللرقم 2 تكون 20- أقل من 40% وللرقم 3 هي 40- أقل من 60% وللرقم 4 هي 60- أقل من 80% وللرقم 5 هي 80- 100% (أو بالعكس) ومن خلالها يمكن الحكم على إجابات عينة الدراسة. ويكون الوسط الحسابي المرجح كما يلي:

الجدول رقم (14)

| الاتجاه العام | الوسط الحسابي المرجح |
|----------------|----------------------|
| غير موافق بشدة | 1.79 – 1.00 |
| غير موافق | 2.59 – 1.80 |
| محايد | 3.39 – 2.60 |
| موافق | 4.19 – 3.40 |
| موافق بشدة | 5.00 – 4.20 |

أما فيما يتعلق بمقياس مستوى الأهمية (استجابة أفراد العينة بالنسبة للمتوسط) يمكن

تحديدها كما يلي :

| مرتفع | متوسط | منخفض | مستوى الأهمية |
|----------|------------|-----------------|---------------|
| 5 – 3.50 | 3.49 – 2.5 | 0 – أقل من 2.49 | المقياس |

10.5 الوصف الاحصائي لإجابات أفراد العينة حسب محاور الدراسة :-

1.10.5 الجداول التكرارية لعبارات المحور الأول (نظام الجودة) :

وتم فيها حساب النسبة والوسط الحسابي المرجح والانحراف المعياري وتم تحديد الأهمية

النسبية لكل فقرة من فقرات المحور .

الجدول (15) الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمحور نظام الجودة

| م | العبارة | الوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الترتيب | الاتجاه العام | الأهمية النسبية |
|---|--|---------------|-------------------|---------|---------------|-----------------|
| 1 | تستمد المستشفيات شهرتها من خلال ما تقدمه من خدمات جيدة. | 4.2 | 0.73 | 1 | موافق بشدة | مرتفعة |
| 2 | تلعب الجودة دور مهم في الرفع من مستوى الخدمات الصحية | 4.2 | 0.74 | 2 | موافق بشدة | مرتفعة |
| 3 | أنا على دراية بمعنى الجودة في الخدمات الصحية. | 3.7 | 1.02 | 3 | موافق | مرتفعة |
| 4 | ينعكس مفهوم الجودة داخل المستشفى في حمايتك من الغش التجاري وتعزيز الثقة في خدمات المستشفى. | 3.6 | 1.09 | 4 | موافق | متوسطة |
| 5 | هناك جهد مبدول من قبل إدارة المستشفى في تحسين جودة خدماتها للمرضى. | 3.06 | 1.1 | 5 | محايد | متوسطة |
| | الإجمالي | 3.4 | 0.62 | | موافق | متوسطة |

دال إحصائياً عند مستوى معنوية 0.01

(المصدر إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج برنامج (spss))

يتضح من الجدول رقم (15) أن الفقرة التي تنص على أن : (تستمد المستشفيات شهرتها من

خلال ما تقدمه من خدمات جيدة) كانت في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (4.2)، وانحراف

معياره (0.73)، حيث تعتبر هذه النسبة مرتفعة وهذا يدل على أن المشاركين في الدراسة

موافقون بشدة على أن المستشفيات تكتسب شهرتها من خلال ما تقدمه من خدمات صحية جيدة.

في حين حصلت الفقرة التي تنص على ما يأتي: (تلعب الجودة دوراً مهماً في الرفع من مستوى الخدمات الصحية) على المرتبة الثانية بمتوسط حسابي قدره (4.2)، وانحراف معياري مقداره (0.74) وتعتبر هذه النسبة مرتفعة، وهذا يدل على أن المشاركين في الدراسة موافقون بشدة على مدى أهمية الجودة في رفع مستوى الخدمات الصحية داخل المستشفيات محل الدراسة.

في حين كانت الفقرة التي تنص على أن: (أنا على دراية بمعنى الجودة في الخدمات الصحية في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي قدره (3.7) وانحراف معياري مقداره (1.02) حيث تعتبر هذه النسبة مرتفعة، مما يدل على أن المشاركين في الدراسة موافقون بأنهم على دراية بمفهوم الجودة في الخدمات الصحية.

وتحصلت الفقرة التي تنص على أن : (ينعكس مفهوم الجودة داخل المستشفى في حمايتك من الغش التجاري وتعزيز الثقة في خدمات المستشفى) كانت في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي قدره (3.6) وانحراف معياري مقداره (1.09) وتعتبر هذه النسبة متوسطة، مما يدل على أن المشاركين في الدراسة موافقون بأن مفهوم الجودة ينعكس داخل المستشفيات في الحماية من الغش التجاري وتعزيز الثقة في خدمات المستشفى.

في حين تحصلت الفقرة التي تنص على أن (هناك جهد مبدول من قبل إدارة المستشفى في تحسين جودة خدماتها للمرضى) كانت في المرتبة الأخيرة، من بين جميع فقرات المحور المتعلق بنظام الجودة، بمتوسط حسابي قدره (3.06) وانحراف معياري مقداره (1.1) حيث تعتبر هذه النسبة متوسطة، وهذا يدل على تحفظ أفراد العينة حول الجهد المبذول من قبل إدارة المستشفى في تحسين جودة خدماتها للمرضى محل الدراسة.

وبمقارنة المتوسطات الحسابية لجميع فقرات المحور المتعلقة بنظام الجودة بالوسط النظري المعتمد بالدراسة نلاحظ شعور متلقى الخدمة عينة الدراسة بمستوى متوسط من حيث تحسين جودة

الخدمات الصحية داخل المستشفيات العامة محل الدراسة بمدينة مصراتة، حيث بلغ المتوسط الحسابي الكلي لمحور نظام الجودة (3.4) وانحراف معياري قدره (0.62).

2.10.5 الجداول التكرارية لعبارات المحور الثاني (الخدمات الطبية) :-

وتم فيها حساب النسبة والوسط الحسابي المرجح والانحراف المعياري وتم تحديد الاتجاه لكل فقرة من فقرات المحور.

الجدول (16) الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمحور الخدمات الطبية

| م | العبرة | الوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الترتيب | الاتجاه العام | الأهمية النسبية |
|---|--|---------------|-------------------|---------|---------------|-----------------|
| 1 | يتمتع الأطباء بمظهر أنيق ونظيف ومرتب. | 3.8 | 1.03 | 1 | موافق | مرتفعة |
| 2 | يتم تزويدي بمعلومات عن حالتي الصحية من قبل الطبيب المختص | 3.3 | 1.1 | 2 | محايد | متوسطة |
| 3 | الأطباء حريصون على الإلتزام باحتياجات مكافحة العدوى عند تقديم الخدمة لك. | 3.2 | 1.1 | 3 | محايد | متوسطة |
| 4 | يجيب الطبيب بسرعة ووضوح على استفسارات المريض. | 2.8 | 1.2 | 4 | محايد | متوسطة |
| 5 | يتميز الكادر الطبي داخل المستشفى بمهارات عالية في التشخيص والعلاج. | 2.5 | 1.1 | 5 | غير موافق | متوسطة |
| 6 | توجد لدى المريض ثقة عالية في تعامل الأطباء مع حالته الصحية. | 2.5 | 1.1 | 6 | غير موافق | متوسطة |
| 7 | يلتزم الأطباء بمواعيد الحضور إلى المستشفى والكشف عن المرضى ومواعيد العمليات الجراحية | 2.4 | 1.2 | 7 | غير موافق | منخفضة |
| 8 | تتوفر كافة الاختصاصات الطبية والأدوية والتحاليل اللازمة داخل المستشفى | 2.1 | 1.07 | 8 | غير موافق | منخفضة |
| | الخدمات الطبية | 2.8 | 0.81 | | محايد | متوسطة |

من خلال الجدول رقم (16) تبين أن الفقرة التي تنص على أن: (يتمتع الأطباء بمظهر أنيق ونظيف ومرتب)، كانت في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (3.8) وانحراف معياري مقداره (1.08)، حيث تعتبر هذه النسبة مرتفعة، وهذا يدل على أن المشاركين في الدراسة موافقون على أن الأطباء داخل المستشفيات العامة يتمتعون بمظهر أنيق ولائق.

في حين تحصلت الفقرة التي تنص على ما يأتي: (يتم تزويدي بمعلومات عن حالتني الصحية من قبل الطبيب المختص)، كانت في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي قدره (3.3) وبانحراف معياري مقداره (1.1)، وتعتبر هذه الفقرة متوسطة، مما يدل على حيادية وتحفظ أغلب أفراد العينة حول تزويد الطبيب المختص بالمعلومات عن حالتهم الصحية.

أما الفقرة التي تنص على أن: (الأطباء حريصون على الإلتزام باحتياطات مكافحة العدوى عند تقديم الخدمة لك)، كانت في المرتبة الثالثة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدره (3.2)، وانحراف معياري مقداره (1.1)، حيث تعتبر هذه النسبة متوسطة، مما يدل على حيادية وتحفظ أغلب أفراد عينة الدراسة حول فقرة حرص الأطباء على الإلتزام باحتياطات مكافحة العدوى عند تقديم الخدمة لهم.

وكما تحصلت الفقرة التي تنص على الآتي: (يجيب الطبيب بسرعة ووضوح على استفسارات المريض)، كانت في المرتبة الرابعة، بمتوسط حسابي قدره (2.8)، وانحراف معياري مقداره (1.2)، حيث تعتبر هذه النسبة متوسطة، مما يدل على أن حيادية وتحفظ أغلب أفراد العينة حول هذه الفقرة: (يجيب الطبيب بسرعة ووضوح على استفسارات المريض).

أما الفقرة التي تنص على أن: (يتميز الكادر الطبي داخل المستشفى بمهارات عالية في التشخيص والعلاج)، كانت في المرتبة الخامسة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدره (2.5)، وبانحراف معياري مقداره (1.1)، حيث تعتبر هذه النسبة متوسطة، وهذا يدل على أن المشاركين في الدراسة غير موافقين على أن الكادر الطبي داخل المستشفى يتميز بمهارات عالية في التشخيص و العلاج.

كما تحصلت الفقرة التي تنص على الآتي: (توجد لدى المريض ثقة عالية في تعامل الأطباء مع حالته الصحية)، كانت في المرتبة السادسة، بمتوسط حسابي قدره (2.5)، وانحراف

معياري مقداره (1.1)، حيث تعتبر هذه النسبة متوسطة، مما يدل على أن المشاركين في الدراسة غير موافقين على وجود ثقة عالية لدى المريض في تعامل الأطباء مع حالته الصحية.

في حين تحصلت الفقرة التالية: (يلتزم الأطباء بمواعيد الحضور إلى المستشفى والكشف عن المرضى ومواعيد العمليات الجراحية)، كانت في المرتبة السابعة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدره (2.4)، وانحراف معياري مقداره (1.2)، وتعتبر هذه النسبة منخفضة، وهذا يدل على أن المشاركين في الدراسة غير موافقين على الأطباء الملتزمين بمواعيد الحضور إلى المستشفى والكشف عن المرضى ومواعيد العمليات الجراحية.

كما تحصلت الفقرة التي تنص على الآتي: (تتوفر كافة الاختصاصات الطبية والأدوية والتحاليل اللازمة داخل المستشفى)، كانت في المرتبة الأخيرة، حيث تحصلت على متوسط حسابي قدره (2.1)، وانحراف معياري مقداره (1.07)، وتعتبر هذه النسبة منخفضة، مما يدل على أن المشاركين في الدراسة غير موافقين على توفر كافة الاختصاصات الطبية والأدوية والتحاليل اللازمة داخل المستشفى.

وبمقارنة المتوسطات الحسابية لجميع فقرات المحور المتعلقة بالخدمات الطبية بالوسط النظري المعتمد بالدراسة نلاحظ شعور متلقى الخدمة عينة الدراسة بمستوى متوسط، حيث عكست إجابات أفراد العينة الحياد على فقرات المحور، من حيث تحسين جودة الخدمات الطبية داخل المستشفيات العامة محل الدراسة بمدينة مصراتة، حيث بلغ المتوسط الحسابي الكلي لمحور الخدمات الطبية (2.8) وانحراف معياري قدره (0.81).

3.10.5 الجداول التكرارية لعبارات المحور الثالث (الخدمات التمريضية) :-

وتم فيها حساب النسبة والوسط الحسابي المرجح والانحراف المعياري وتم تحديد الاتجاه لكل

فقرة من فقرات المحور .

الجدول (17) الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمحور الخدمات التمريضية

| م | العبارة | الوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الترتيب | الاتجاه العام | الأهمية النسبية |
|---|---|---------------|-------------------|---------|---------------|-----------------|
| 1 | تتمتع الممرضات بمظهر أنيق ونظيف ومرتب | 3.8 | 1.03 | 1 | موافق | مرتفعة |
| 2 | يتم تقديم العناية الجيدة من قبل الممرضات أثناء فترة علاجك. | 2.8 | 1.2 | 2 | محايد | متوسطة |
| 3 | يتسم سلوك الممرضات في المستشفى باللباقة في تعاملهن مع حالتك الصحية. | 2.7 | 1.1 | 3 | محايد | متوسطة |
| 4 | يتم تعريف من قبل الممرضات بهوية الطبيب ومقدمي الخدمات الطبية الذين يعتنون بي. | 2.7 | 1.2 | 4 | محايد | متوسطة |
| 5 | يوجد استعداد جيد من قبل الممرضات للاستماع إلى أسئلتك. | 2.6 | 1.2 | 5 | محايد | متوسطة |
| 6 | توجد ثقة لديك بالمرمضة في تعاملها مع حالتك الصحية. | 2.6 | 1.2 | 6 | محايد | متوسطة |
| 7 | يتم تزويدك بملخص عن حالتك المرضية عند الخروج من قبل الممرضات. | 2.4 | 1.1 | 7 | غير موافق | منخفضة |
| 8 | تتواجد الممرضات بسرعة عند حاجة المرضى لهن. | 2.4 | 1.1 | 8 | غير موافق | منخفضة |
| | الخدمات التمريضية | 2.7 | 0.86 | | محايد | متوسطة |

من خلال الجدول السابق يتبين أن الفقرة التي تنص على الآتي: (تتمتع الممرضات بمظهر أنيق ونظيف ومرتب) كانت في المرتبة الأولى من بين كامل الفقرات المذكورة في المحور، حيث تحصلت على متوسط حسابي وقدره (3.8)، وانحراف معياري مقداره (1.03)، حيث تعتبر هذه النسبة مرتفعة، وهذا يدل على أن المشاركين في الدراسة موافقون على أن الممرضات تتمتع بمظهر أنيق ونظيف ومرتب داخل المستشفيات محل الدراسة.

في حين تحصلت الفقرة التي تنص على أن: (يتم تقديم العناية الجيدة من قبل الممرضات أثناء فترة علاجك)، كانت في المرتبة الثانية، حيث تحصلت على متوسط حسابي وقدره (2.8)،

وانحراف معياري مقداره (1.2)، حيث تعتبر هذه النسبة متوسطة، وهذا يدل على حيادية أغلب أفراد عينة الدراسة حول هذه الفقرة (يتم تقديم العناية الجيدة من قبل الممرضات أثناء فترة علاجك). كما تحصلت الفقرة التي تنص على الآتي: (يتسم سلوك الممرضات في المستشفى باللباقة في تعاملهن مع حالتك الصحية)، كانت في المرتبة الثالثة، حيث تحصلت على متوسط حسابي وقدره (2.7)، وانحراف معياري مقداره (1.1)، وتعتبر هذه النسبة متوسطة، وهذا يدل على حيادية وتحفظ أغلب أفراد عينة الدراسة حول تعامل الممرضات باللباقة مع متلق الخدمة داخل المستشفيات محل الدراسة، أما الفقرة التي تنص على الآتي: (يتم تعريف من قبل الممرضات بهوية الطبيب ومقدمي الخدمات الطبية الذين يعتنون بي) فقد تحصلت على المرتبة الرابعة، حيث تحصلت على متوسط حسابي وقدره (2.7)، وانحراف معياري مقداره (1.2)، حيث تعتبر هذه النسبة متوسطة، مما يدل على حيادية وتحفظ أغلب أفراد عينة الدراسة حول تعريف الممرضات بهوية الطبيب ومقدمي الخدمات الطبية داخل المستشفيات محل الدراسة.

كما تحصلت على المرتبة الخامسة الفقرة التي تنص على الآتي: (يوجد استعداد جيد من قبل الممرضات للاستماع إلى أسئلتك)، حيث تحصلت على متوسط حسابي وقدره (2.6)، وانحراف معياري مقداره (1.2)، وتعتبر هذه النسبة متوسطة، وهذا يدل على حيادية وتحفظ أغلب أفراد عينة الدراسة حول الإستعداد الجيد من قبل الممرضات داخل المستشفيات محل الدراسة لأسئلة متلقي الخدمة.

في حين تحصلت الفقرة التي تنص على الآتي: (توجد ثقة لديك بالمرمضة في تعاملها مع حالتك الصحية)، كانت في المرتبة السادسة، حيث تحصلت على متوسط حسابي وقدره (2.6)، وانحراف معياري مقداره (1.2)، وتعتبر هذه النسبة متوسطة، وهذا يدل على حيادية وتحفظ أغلب أفراد عينة الدراسة حول وجود ثقة لديهم في تعامل الممرضات مع حالتهم الصحية.

أما الفقرة التي تنص على الآتي: (يتم تزويدك بملخص عن حالتك المرضية عند الخروج من قبل الممرضات)، كانت في المرتبة السابعة، حيث تحصلت على متوسط حسابي وقدره (2.4)، وانحراف معياري مقداره (1.1)، وتعتبر هذه النسبة منخفضة، وهذا يدل على أن المشاركين في الدراسة غير موافقين على أنه يتم تزويدك بملخص عن حالتك المرضية عند الخروج من قبل الممرضات.

في حين تحصلت الفقرة التي تنص على الآتي: (تتواجد الممرضات بسرعة عند حاجة المرضى لهن)، كانت في المرتبة الأخيرة، حيث تحصلت على متوسط حسابي وقدره (2.4)، وانحراف معياري مقداره (1.1)، وتعتبر هذه النسبة منخفضة، وهذا يدل على أن المشاركين في الدراسة غير موافقين على أن الممرضات تتواجد بسرعة عند حاجة المرضى لهن.

وبمقارنة المتوسطات الحسابية لجميع فقرات المحور المتعلقة بالخدمات التمريضية بالوسط النظري المعتمد بالدراسة نلاحظ شعور متلقى الخدمة عينة الدراسة بمستوى متوسط من حيث تحسين جودة الخدمات التمريضية داخل المستشفيات العامة محل الدراسة بمدينة مصراتة، حيث بلغ المتوسط الحسابي الكلي لمحور الخدمات التمريضية (2.7) وانحراف معياري قدره (0.86).

الجدول (18) الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمحور الخدمات الفندقية

| م | العبارة | الوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الترتيب | الاتجاه العام | الأهمية النسبية |
|---|---|---------------|-------------------|---------|---------------|-----------------|
| 1 | يوفر المستشفى لوحات وعلامات إرشادية واضحة تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة. | 3.6 | 1.06 | 1 | موافق | مرتفعة |
| 2 | يهتم المستشفى بنظافة أقسامه بشكل دائم. | 3.3 | 1.1 | 2 | محايد | متوسطة |
| 3 | تتوفر في المستشفى خدمات مرافقة كالصيدلانية، والمطعم وموقف سيارات. | 3.1 | 1.1 | 3 | محايد | متوسطة |
| 4 | يوجد تنظيم دقيق لمواعيد الزيارات داخل المستشفى. | 3.00 | 1.1 | 4 | محايد | متوسطة |
| 5 | يتوفر لدى المستشفى أماكن جلوس مريحة ولاتقة. | 2.8 | 1.1 | 5 | محايد | متوسطة |
| 6 | توجد غرف مريحة، نظيفة، مضاءة ودافئة داخل المستشفى. | 2.8 | 1.2 | 6 | محايد | متوسطة |
| | الإجمالي | 3.06 | 0.77 | | محايد | متوسطة |

من خلال الجدول رقم (18) تبين أن الفقرة التي تنص على الآتي: (يوفر المستشفى لوحات وعلامات إرشادية واضحة تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة)، كانت في المرتبة الأولى من بين كامل الفقرات المذكورة في المحور أعلاه، حيث تحصلت على متوسط حسابي وقدره (3.6)، وانحراف معياري مقداره (1.06)، حيث تعتبر هذه النسبة مرتفعة، وهذا يدل على أن المشاركين في الدراسة موافقين على أن المستشفيات توفر لوحات وعلامات إرشادية واضحة تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة.

كما تحصلت الفقرة التي تنص على الآتي: (يهتم المستشفى بنظافة أقسامه بشكل دائم)، كانت في المرتبة الثانية، حيث تحصلت على متوسط حسابي وقدره (3.3) وانحراف معياري مقداره (1.1)، وتعتبر هذه النسبة متوسطة، وهذا يدل على حيادية وتحفظ أغلب أفراد عينة الدراسة حول اهتمام المستشفى بنظافة أقسامه بشكل دائم.

أما الفقرة التي تنص على الآتي: (تتوفر في المستشفى خدمات مرافقة كالصيدلية، والمطعم وموقف سيارات)، كانت في المرتبة الثالثة، بمتوسط حسابي وقدره (3.1)، وانحراف معياري مقداره (1.1)، وتعتبر هذه النسبة متوسطة، وهذا يدل على حيادية وتحفظ أغلب أفراد العينة حول توفر خدمات مرافقة كالصيدلية، والمطعم وموقف سيارات داخل المستشفيات العامة محل الدراسة.

وقد تحصلت الفقرة التي تنص على الآتي: (يوجد تنظيم دقيق لمواعيد الزيارات داخل المستشفى)، كانت في المرتبة الرابعة، بمتوسط حسابي وقدره (3.00)، وانحراف معياري مقداره (1.1)، وتعتبر هذه النسبة متوسطة، وهذا يدل على حيادية وتحفظ أغلب أفراد عينة الدراسة على وجود تنظيم دقيق لمواعيد الزيارات داخل المستشفيات العامة محل الدراسة.

وتحصلت الفقرة التي تنص على الآتي: (يتوفر لدى المستشفى أماكن جلوس مريحة ولائقة)، كانت في المرتبة الخامسة، بمتوسط حسابي وقدره (2.8)، وانحراف معياري مقداره (1.1)، وتعتبر هذه النسبة متوسطة، وهذا يدل على حيادية وتحفظ أغلب أفراد العينة حول وجود أماكن جلوس مريحة ولائقة داخل المستشفيات العامة محل الدراسة.

وكانت في المرتبة الأخيرة الفقرة التي تنص على الآتي: (توجد غرف مريحة، نظيفة، مضاءة ودافئة داخل المستشفى)، حيث حصلت على متوسط حسابي وقدره (2.8)، وانحراف معياري مقداره (1.2)، وتعتبر هذه النسبة متوسطة، وهذا يدل على حيادية وتحفظ أغلب أفراد عينة الدراسة حول وجود غرف مريحة، ونظيفة، مضاءة ودافئة داخل المستشفيات العامة محل الدراسة. وبمقارنة المتوسطات الحسابية لجميع فقرات المحور المتعلقة بالخدمات الفندقية بالوسط النظري المعتمد بالدراسة نلاحظ شعور متلقى الخدمة عينة الدراسة بمستوى متوسط من حيث تحسين جودة الخدمات الفندقية داخل المستشفيات العامة محل الدراسة بمدينة مصراتة، حيث بلغ المتوسط الحسابي الكلي لمحور الخدمات الفندقية (3.06) وانحراف معياري قدره (0.77).

11.5 : الإحصاء الاستدلالي لبيانات العينة :-

معامل الارتباط لبيرسون :

يستخدم لقياس العلاقة الخطية بين متغيرين. وقد صمم هذا المعامل بحيث يمكن قياس درجة العلاقة الخطية بين متغيرين، أي قوتها، و إجراء المقارنات بين العلاقات القائمة بين مختلف المتغيرات دون أن تتأثر وحدة القياس.

و تتراوح قيمة معامل الارتباط بين -1، +1. فإذا كان معامل الارتباط سالب دل ذلك على أن العلاقة بين المتغيرين عكسية. و إذا كان معامل الارتباط موجب دل ذلك على أن العلاقة بين المتغيرين طردية.

الفرضية الاحصائية :

فرض العدم H_0 : لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين نظام الجودة والخدمات المقدمة (الطبية والتمريضية والفندقية) .

الفرض البديل H_1 : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين نظام الجودة والخدمات المقدمة (الطبية والتمريضية والفندقية) .

من خلال حساب معامل الارتباط لمعرفة وجود علاقة من عدمه و في حالة وجود علاقة يتم تحديد نوع العلاقة من حيث كونها طردية أو عكسية من خلال المقارنة بمستوى المعنوية المشاهد p -value كالتالي :

إذا كانت $p\text{-valu} < 0.05$ تكون العلاقة طردية

إذا كانت $p\text{-valu} > 0.05$ تكون العلاقة غير طردية

حيث يقصد بمستوى المعنوية المشاهد ($p\text{-value}$) أقصى احتمال يمكن عنده رفض فرض العدم وهو صحيح.

و تحدد قوة الارتباط كما يلي :

الجدول رقم (19) تحديد قوة الارتباط

| ارتباط قوي تام | ارتباط قوي | ارتباط متوسط | ارتباط ضعيف |
|----------------|------------------|------------------|------------------|
| 0.9 - 1 | 0.7 - أقل من 0.9 | 0.5 - أقل من 0.7 | 0.0 - أقل من 0.5 |

12.5 اختبار فرضيات الدراسة:-

الفرضية الأولى:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الخدمات الطبية المقدمة وجودة الخدمات الصحية عند مستوى دلالة معنوية (0.05).

لاختبار هذه الفرضية استخدم الباحث أسلوب تحليل الانحدار البسيط Simple linear regression وذلك لمعرفة أثر الخدمات الطبية (كمتغير مستقل) على نظام الجودة (كمتغير تابع)، ويتضح من خلال البيانات الواردة بالجدول رقم (20) اختبار لمعنوية معامل الانحدار حيث سجلت قيمة احصاءة اختبار F تساوي 62.00 بمستوى دلالة 0.000 وهذه القيمة اصغر من مستوى المعنوية 5% مما يعنى وجود أثر معنوي "دال إحصائياً" للخدمات الطبية (كمتغير مستقل) على نظام الجودة (كمتغير تابع) بمعنى كل ما زادت الجودة زاد مستوى الخدمات الصحية المقدمة لمتلقي الخدمة ويؤدي ذلك إلى وجود تحسين مستمر في الخدمات .

جدول رقم (20) : اختبار معاملات الانحدار ونتائج الارتباط

| المتغير المستقل | الحد المطلق B_0 | معامل الانحدار B_1 | قيمة F | مستوى الدلالة | القرار عند مستوى 0.05 |
|-----------------|-------------------|----------------------|--------|---------------|-----------------------|
| الخدمات الطبية | 3.021 | (+) 0.275 | 62.00 | * 0.000 | دال |

تبين من خلال الجدول السابق حيث أن إشارة معامل الانحدار في النموذج الموفق موجبة (+)0.275 يشير ذلك إلى أن تأثير الخدمات الطبية (كمتغير مستقل) على نظام الجودة (كمتغير تابع) إيجابي، أي كلما زاد الاهتمام " بالخدمات الطبية " ارتفعت قيم " نظام الجودة.

جدول رقم (21)

الإحصاءات المتعلقة بنموذج انحدار المتغير التابع على المتغيرات المستقلة

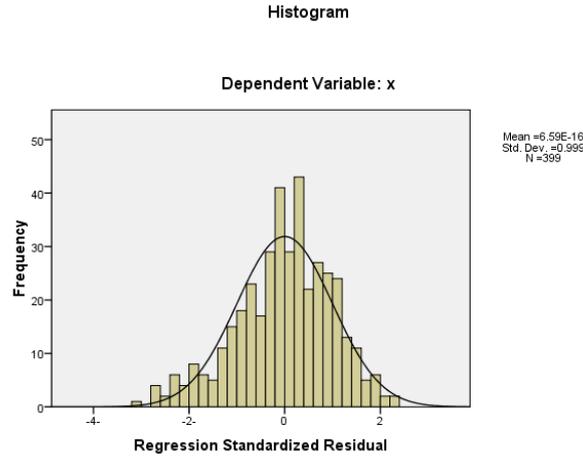
| معامل ارتباط بيرسون (r) | معامل التحديد % | التباين الغير مفسر % |
|-------------------------|-----------------|----------------------|
| 0.523 | %13.5 | %86.5 |

سجلت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 13.5\%$) وهذا يعني أن التغيرات التي تحدث في المتغير المستقل (الخدمات الطبية) مسئولة عن تفسير ما نسبته 13.5% من التغير في المتغير التابع (نظام الجودة)، وهناك ما نسبته 86.5% من التغير في المتغير التابع يرجع إلى عوامل أخرى بالإضافة إلى حد الخطأ العشوائي Random error.

وبذلك يكون النموذج الموفق (أفضل معادلة انحدار يمكن من خلالها التقدير والتنبؤ خلال أي فترة من الفترات قيد الدراسة على الصورة:

$$\text{(نظام الجودة)} = 3.021 + 0.275 \text{(الخدمات الطبية)}$$

وللتحقق من صلاحية نموذج الانحدار الموفق، قام الباحث برسم شكل Histogram ومنحنى التوزيع الطبيعي كالتالي:



الشكل رقم (6): المدرج التكراري ومنحنى التوزيع الطبيعي لبواقي نموذج الانحدار الموفق

نتائج تحليل الفرضية الأولى:

قبول الفرضية الفرعية الأولى والتي تنص على: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الخدمات الطبية المقدمة وجوده الخدمات الصحية عند مستوى دلالة معنوية (0.05) .

من المعادلة السابقة

$$\text{(نظام الجودة)} = 3.021 + 0.275 \text{(الخدمات الطبية)}$$

يتضح أن كل زيادة بمقدار وحدة واحدة في الخدمات الطبية تتسبب في زيادة قدرها 0.275 في نظام الجودة.

الفرضية الثانية: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الخدمات التمريضية المقدمة وجودة الخدمات الصحية عند مستوى دلالة معنوية (0.05) ..

لاختبار هذه الفرضية استخدم الباحث أسلوب تحليل الانحدار البسيط Simple linear regression وذلك لمعرفة أثر الخدمات التمريضية (كمتغير مستقل) على نظام الجودة (كمتغير تابع)، ويتضح من خلال البيانات الواردة بالجدول رقم (22) اختبار لمعنوية معامل الانحدار حيث سجلت قيمة إحصاء اختبار F تساوي 45.74 بمستوى دلالة 0.000 وهذه القيمة اصغر من مستوى المعنوية 5% مما يعنى وجود أثر معنوي "دال إحصائياً" للخدمات التمريضية (كمتغير مستقل) على نظام الجودة (كمتغير تابع).

جدول رقم (22)

اختبار معاملات الانحدار ونتائج الارتباط

| المتغير المستقل | الحد المطلق | معامل | قيمة F | مستوى | القرار عند |
|-------------------|-------------|----------------|--------|---------|------------|
| | B_0 | الانحدار B_1 | | الدلالة | مستوى 0.05 |
| الخدمات التمريضية | 3.178 | 0.225 (+) | 45.74 | 0.000 | دال |

تبين من خلال الجدول السابق حيث أن إشارة معامل الانحدار في النموذج الموفق موجبة (0.225(+)) يشير ذلك إلى أن تأثير الخدمات التمريضية (كمتغير مستقل) على نظام الجودة (كمتغير تابع) ايجابي، أي كلما زاد الاهتمام " بالخدمات التمريضية " ارتفعت قيم " نظام الجودة.

جدول رقم (23)

الإحصاءات المتعلقة بنموذج انحدار المتغير التابع على المتغيرات المستقلة

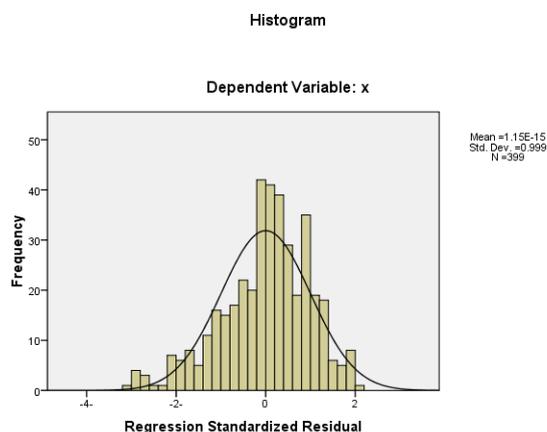
| معامل ارتباط بيرسون (r) | معامل التحديد % | التباين الغير مفسر % |
|-------------------------|-----------------|----------------------|
| 0.446 | %10.1 | %89.9 |

سجلت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 10.1\%$) وهذا يعني أن التغيرات التي تحدث في المتغير المستقل (الخدمات التمريضية) مسئولة عن تفسير ما نسبته %10.1 من التغير في المتغير التابع (نظام الجودة)، وهناك ما نسبته %89.9 من التغير في المتغير التابع يرجع إلى عوامل أخرى بالإضافة إلى حد الخطأ العشوائي Random error.

وبذلك يكون النموذج الموفق على الصورة:

$$\text{(نظام الجودة)} = 0.225 + 3.178 \text{(الخدمات التمريضية)}$$

وللتحقق من صلاحية نموذج الانحدار الموفق، قام الباحث برسم شكل Histogram ومنحنى التوزيع الطبيعي كالتالي:



الشكل رقم (7): المدرج التكراري ومنحنى التوزيع الطبيعي لبواقي نموذج الانحدار الموفق

نتائج تحليل الفرضية الثانية:

قبول الفرضية الثانية والتي تنص على: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الخدمات التمريضية المقدمة وجودة الخدمات الصحية عند مستوى دلالة معنوية (0.05) .

من المعادلة السابقة

$$\text{(نظام الجودة) } = 3.178 + 0.225 \text{ (الخدمات التمريضية)}$$

يتضح أن كل زيادة بمقدار وحدة واحدة في الخدمات التمريضية تتسبب في زيادة قدرها 0.225 في نظام الجودة.

الفرضية الثالثة :

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الخدمات الفندقية المقدمة وجودة الخدمات الصحية عند مستوى دلالة معنوية (0.05).

لاختبار هذه الفرضية استخدم الباحث أسلوب تحليل الانحدار البسيط Simple linear regression وذلك لمعرفة أثر الخدمات الفندقية (كمتغير مستقل) على نظام الجودة (كمتغير تابع)، ويتضح من خلال البيانات الواردة بالجدول رقم (24) اختبار لمعنوية معامل الانحدار حيث سجلت قيمة احصاء اختبار F تساوي 18.6 بمستوى دلالة 0.000 وهذه القيمة اصغر من مستوى المعنوية 5% مما يعنى وجود أثر معنوي "دال إحصائياً" للخدمات الفندقية (كمتغير مستقل) على نظام الجودة (كمتغير تابع).

جدول رقم (24)

اختبار معاملات الانحدار ونتائج الارتباط

| القرار عند مستوى | مستوى | قيمة F | معامل | الحد المطلق | المتغير المستقل |
|------------------|---------|--------|-------------------------|----------------|------------------|
| 0.05 | الدلالة | | الانحدار B ₁ | B ₀ | |
| دال | * 0.000 | 18.6 | (+) 0.161 | 3.303 | الخدمات الفندقية |

تبين من خلال الجدول السابق حيث أن إشارة معامل الانحدار في النموذج الموفق موجبة (0.225(+)) يشير ذلك إلى أن تأثير الخدمات الفندقية (كمتغير مستقل) على نظام الجودة (كمتغير تابع) ايجابي، أي كلما زاد الاهتمام " بالخدمات الفندقية " ارتفعت قيم " نظام الجودة.

جدول رقم (25)

الإحصاءات المتعلقة بنموذج انحدار المتغير التابع على المتغيرات المستقلة

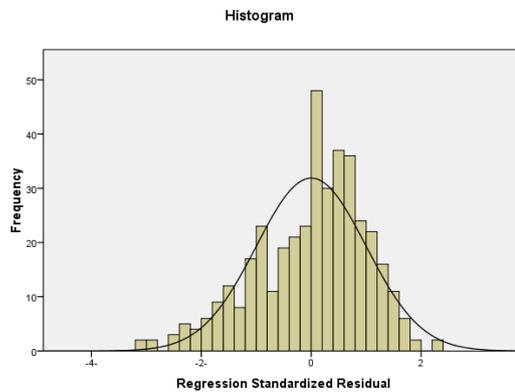
| معامل ارتباط بيرسون (r) | معامل التحديد % | التباين الغير مفسر % |
|-------------------------|-----------------|----------------------|
| 0.212 | %4.5 | %95.5 |

سجلت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 4.5\%$) وهذا يعني أن التغيرات التي تحدث في المتغير المستقل (الخدمات الفندقية) مسؤولة عن تفسير ما نسبته %4.5 من التغير في المتغير التابع (نظام الجودة)، وهناك ما نسبته %95.5 من التغير في المتغير التابع يرجع إلى عوامل أخرى بالإضافة إلى حد الخطأ العشوائي Random error.

وبذلك يكون النموذج الموفق على الصورة:

$$\text{(نظام الجودة)} = 3.303 + 0.161 \text{(الخدمات الفندقية)}$$

وللتحقق من صلاحية نموذج الانحدار الموفق، قام الباحث برسم شكل Histogram ومنحنى التوزيع الطبيعي كالتالي:



الشكل (8): المدرج التكراري ومنحنى التوزيع الطبيعي لبواقي نموذج الانحدار الموفق

نتائج تحليل الفرضية الثالثة:

قبول الفرضية الثالثة والتي تنص على: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الخدمات الفندقية

المقدمة وجودة الخدمات الصحية عند مستوى دلالة معنوية (0.05) .

من المعادلة السابقة

$$\text{(نظام الجودة)} = 3.303 + 0.161 \text{(الخدمات الفندقية)}$$

يتضح أن كل زيادة بمقدار وحدة واحدة في الخدمات الفندقية تتسبب في زيادة قدرها 0.161 في

نظام الجودة.

الفصل السادس

النتائج والتوصيات

1.6: النتائج:

بعد عملية إدخال البيانات إلى جهاز الحاسوب وتحليلها إحصائياً، تم التوصل إلى مجموعة من

النتائج، من أهمها:

1. اتضح من خلال اجابات متلقي الخدمات لفقرات المحور الأول (نظام الجودة) بوجود ارتفاع في مستوى المعرفة والادراك لمفهوم الجودة، ومدى أهميتها في رفع مستوى الخدمات الصحية، وذلك بمتوسط حسابي مقداره 4.2، وبانحراف معياري قدره 1.02 .

2. تولي إدارة المستشفيات العامة بمدينة مصراتة اهتماماً خاصاً للخدمات الصحية وجودتها، باعتبارها المعيار الأهم لرضا متلقي الخدمة لفقرات المحور الأول (نظام الجودة) ، وذلك بمتوسط حسابي مقداره 3.06، وبانحراف معياري قدره 1.1 .

3. بينت هذه الدراسة بأن الكوادر الطبية داخل المستشفيات العامة لا يلتزمون بمواعيد الحضور إلى المستشفى، وكذلك مواعيد الكشف عن المرضى ومواعيد العمليات الجراحية لفقرات المحور الثاني (الخدمات الطبية) ، وذلك بمتوسط حسابي مقداره 2.4، وبانحراف معياري يصل إلى 1.2 .

4. أوضحت هذه الدراسة وجود نقص في بعض الأطباء الأخصائيين، وعدم توفر بعض الأدوية والتحاليل اللازمة، وكذلك الأجهزة الحديثة لفقرات المحور الثاني (الخدمات الطبية) مما يضطر بعض متلقي الخدمة إلى الذهاب إلى الدول المجاورة الأخرى ، وذلك بمتوسط حسابي مقداره 2.1، وبانحراف معياري قدره 1.07 .

5. اظهرت هذه الدراسة وجود عدم اهتمام من قبل الممرضات بالمرضى عند الحاجة لهم خلال فترة العلاج، وكذلك عدم تزويدهم بملخص عن حالتهم الصحية عند الخروج من المستشفى

لفقرات المحور الثالث (الخدمات التمريضية) وذلك بمتوسط حسابي مقداره 2.4، وبانحراف معياري قدره 1.1.

6. هناك اهتمام واضح من قبل العناصر الطبية والطبية المساعدة من حيث المظهر والنظافة.
7. بينت هذه الدراسة وجود ثقة متوسطة نسبياً لدى متلقى الخدمة في تعامل الممرضات مع حالته الصحية لفقرات المحور الثالث (الخدمات التمريضية) ، وذلك بمتوسط حسابي مقداره 2.6، وبانحراف معياري قدره 1.2.

8. أوضحت هذه الدراسة بأن هناك وصف وتوصيف جيد في المستشفيات العامة من حيث لوحات وعلامات إرشادية واضحة تسهل للمرضى عملية الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة لفقرات المحور الرابع (الخدمات الفندقية) .

9. اشارت إجابات متلقي الخدمات بأن الخدمات الفندقية متوسطة نسبياً من حيث توفر أماكن الجلوس المريحة واللائقة - الغرف المريحة والنظيفة - وكذلك من حيث التنظيم الدقيق لمواعيد الزيارات داخل المستشفى - توفير خدمات مرافقة كالصيدلية والمطعم وموقف للسيارات.

10. أظهرت نتائج التحليل الوصفي لفقرات المحور والأول (نظام الجودة) بأن مستوى الأهمية النسبية لإجمالي فقرات المحور متوسطة.

11. أظهرت نتائج التحليل الوصفي لفقرات المحور الثاني (الخدمات الطبية) بأن مستوى الأهمية النسبية لإجمالي فقرات المحور متوسطة.

12. أظهرت نتائج التحليل الوصفي لفقرات المحور الثالث (الخدمات التمريضية) بأن مستوى الأهمية النسبية لإجمالي فقرات المحور متوسطة.

13. أظهرت نتائج اختبار الفرضية الأولى والتي تنص على " توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الخدمات الطبية و نظام الجودة " وجود علاقة طردية متوسطة بين الجودة والخدمات الطبية عند مستوى معنوية 0.05 وذلك من خلال حساب معامل الارتباط لبيرسون.

14. أظهرت نتائج اختبار الفرضية الثانية والتي تنص على " توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الخدمات التمريضية و نظام الجودة " وجود علاقة طردية ضعيفة بين الجودة والخدمات التمريضية عند مستوى معنوية 0.05 وذلك من خلال حساب معامل الارتباط لبيرسون.

15. أظهرت نتائج اختبار الفرضية الثالثة والتي تنص على " توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الخدمات الفندقية و نظام الجودة " وجود علاقة طردية ضعيفة بين الجودة والخدمات الفندقية عند مستوى معنوية 0.05 وذلك من خلال حساب معامل الارتباط لبيرسون.

2.6: التوصيات:

بناء على النتائج المتحصل عليها، تم التوصل لبعض التوصيات قد تسهم في نظام الجودة

الصحية كالاتي :

1. العمل على تحديث أماكن تأدية الخدمات وقاعات الانتظار، مما يجعل المستشفيات العامة

أكثر جاذبية، ومما يعطي متلقي الخدمة الانطباع بأنه في موضع ترحيب مستمر.

2. إقامة البرامج التدريبية التي تركز على تنمية المهارات السلوكية لمقدمي الخدمات في

التعامل مع الزبائن.

3. اعتماد إدارة المستشفيات على خطة زمنية لتقييم جودة الخدمات التي تعرضها على مستوى

الأقسام الموجودة بالمستشفيات من وجهة نظر زبائنها، وهذا للتعرف على درجة رضاهم

عن ما يقدم لهم من خدمات، والوقوف على جوانب القصور فيها والعمل على التغلب

عليها.

4. ضرورة العمل على مبدأ التركيز على متلقي الخدمة (المرضى)، لأنهم يشكلون المحور

الأساسي في إدارة الجودة الشاملة، ويمكن أن يكون ذلك من خلال الاستمرار في الاستماع

إليهم للتعرف أكثر على متطلباتهم، وتوقعاتهم والإيفاء بها.

5. الإلتزام بالمعايير الأخلاقية والطبية والإدارية في التعامل مع متلقي الخدمة.

6. العمل على تطوير وتجهيز المستشفيات العامة بأحدث الأجهزة الطبية المتوفرة والتي تساعد

في التشخيص والمعالجة.

7. ادخال العاملين من أطباء وممرضين وذوي مهن صحية دورات تدريبية مكثفة محلية

وخارجية لاطلاعهم على أحدث التطورات العلمية وطرق العلاج.

8. تحسين واقع الخدمات الفندقية من معيشة وإقامة للتخفيف من معاناة متلقي الخدمة من ضعف تلك الخدمات.

9. الأخذ بمعايير جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العامة والنظر إليها على أنها نظام متكامل من الخدمات عن طريق نشر ثقافة الجودة في المستشفيات.

10. وضع نظام متكامل في كل مستشفى من المستشفيات العامة لقياس وتحليل رضا المرضى عن مستوى الخدمات الصحية المقدمة اليهم بصورة مستمرة. والاهتمام بالشكاوى المقدمة من متلقي الخدمة عن طريق التعاطف مع متلقي الخدمة عند تقديم الشكاوى والإصغاء لهم ومحاولة حل المشاكل التي تواجههم.

قائمة المراجع

1. إبراهيم، طلعت الدمرداش، "اقتصاديات الخدمات الصحية"، مكتبة القدس الزقازيق - مصر. الطبعة الثانية 2006.
2. أبو النصر، مدحت محمد، إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات، مجموعة النيل العربية، القاهرة، الطبعة الأولى، 2008م.
3. أبو النصر، مدحت محمد، المدخل إلى إدارة الجودة الشاملة وستة سيجما، الدار العالمية للنشر والتوزيع، 2009م.
4. أبو النصر، مدحت، أساسيات إدارة الجودة الشاملة TQM، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهر - مصر، الطبعة الأولى، 2008م.
5. أبو زيتون، غازي فرحان، "خدمات الإيواء في المستشفيات"، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 2006.
6. أبو قحف، عبدالسلام، بحوث التسويق والتسويق الدولي، الإسكندرية، 2004م.
7. ابوالرب، عماد، وقداة، عيسى، والوادي، محمود، والطائي، رعد، ضمان الجودة في مؤسسات التعليم العالي بحوث ودراسات، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 2010م.
8. أبوبكر، مصطفى محمد، إدارة التسويق في المنشآت المعاصرة، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2004م.
9. أحمد، محمد سمير، الجودة الشاملة وتحقيق الرقابة في البنوك التجارية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 2009م.

10. الأزهرى، محي الدين عباس، إدارة النشاط التسويقي، دار الفكر العربي للطباعة والنشر، القاهرة، الطبعة الأولى، 1988م.
11. كوتلر، الجودة الشاملة، الإدارة والتنظيم، والاستراتيجية، دار المريخ للنشر والتوزيع، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2009م.
12. البادي، نواف محمد، الجودة الشاملة في التعليم وتطبيق الأيزو، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2010م.
13. بالمر، أدريان، مبادئ تسويق الخدمات، مجموعة النبيل العربية، القاهرة، الطبعة الأولى، 2009م.
14. البرواري، نزار عبدالمجيد، والبرزنجي، أحمد محمد فهمي، إستراتيجيات التسويق، المفاهيم، الأسس، الوظائف، دار وائل للنشر، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2004.
15. بفا، الود اس، وسارن، راكيش كي، إدارة الإنتاج والعمليات مدخل حديث، دار المريخ للنشر والتوزيع، الرياض - المملكة العربية السعودية، الطبعة الأولى، 1999م.
16. البكري، ثامر، و الرحومي، أحمد، تسويق الخدمات المالية، إثراء للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 2008م.
17. البكري، سونيا محمد، إدارة الجودة الكلية، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2003، 2004م.
18. البكري، ثامر ياسر، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2005م.
19. بميك، أصدرات، وتوفيق، عبدالرحمن، الجودة الشاملة الدليل المتكامل للمفاهيم والأدوات، مركز الخبرات المهنية للإدارة، القاهرة، الطبعة الثالثة، 2008م.

20. بن حكومة، مصطفى أحمد، والحسناوي، محمود علي، استراتيجيات الجودة في تحقيق الميزة التنافسية للخدمات المصرفية، دار ومكتبة الشعب للطباعة والنشر والتوزيع، مصراته - ليبيا، الطبعة الأولى، 2011م.
21. بو كميث، لعللي، إدارة الجودة الشاملة أيزو 9000، دار الولاية للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 2011م.
22. التميمي، حسين عبدالله حسن، إدارة الإنتاج والعمليات (مدخل كمي)، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 1997م.
23. التميمي، فواز، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للأيزو 9001، دار الكتاب العالمي للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، 2008م.
24. جلاب، إحسان دهش، إدارة السلوك التنظيمي في عصر التغيير، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 2011م 1.
25. جودة، محفوظ أحمد، إدارة الجودة الشاملة في أجهزة الشرطة العامة، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2006م.
26. جودة، محفوظ أحمد، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الخامسة، 2010م.
27. جودة، محفوظ أحمد، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2004م.
28. الحريري، رافدة عمر، القيادة وإدارة الجودة في التعليم العالي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2010م.

29. حمود، خضير كاظم، إدارة الجودة وخدمة العملاء، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان - الأردن، الطبعة الثانية، 2007م.
30. حمود، خضير كاظم، إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 2000م.
31. خضير، محمد توفيق، مبادئ في الصحة والسلامة العامة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2001م.
32. ديسلر، جاري، إدارة الموارد البشرية، دار المريخ للنشر والتوزيع، الرياض - المملكة العربية السعودية، 2007م.
33. الرب، سيد محمد جاد، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، مطبعة العشري، جامعة قناة السويس، 2008م.
34. زكريا، فؤاد، ضبط الجودة وحماية المستهلك، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، 2005م.
35. زهران، مضر، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2008م.
36. سالم، شيماء السيد، الاتصالات التسويقية المتكاملة، مجموعة النيل العربية للنشر والتوزيع، القاهرة، الطبعة الأولى، 2006م.
37. شعبان، إياد عبدالله، إدارة الجودة الشاملة، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 2009م.
38. الشيخ، محمود، التسويق الدولي، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 2008م.

39. الصالح، وليد يوسف، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 2011م.
40. صبرة، سمر توفيق محمود، مبادئ التسويق، مدخل معاصر، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2012م.
41. صحن، محمد فريد، التسويق المفاهيم والاستراتيجيات، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2013م
42. صحن، محمد فريد، قراءات في إدارة التسويق، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2002م.
43. الصميدعي، محمود جاسم، ويوسف، ردينة عثمان، التسويق المصرفي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2005م.
44. الصميدعي، محمود جاسم، والعلاق، بشير عباس، مبادئ التسويق، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، 2010م.
45. الصميدعي، محمود جاسم، والعلاق، بشير عباس، اساسيات التسويق الشامل والمتكامل، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، 2012م.
46. الصيرفي، محمد، إدارة المستشفيات العامة والخاصة، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية - مصر، الطبعة الأولى، 2009م.
47. الصيرفي، محمد، الجودة الشاملة TQM، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع الإسكندرية - مصر، الطبعة الأولى، 2006.
48. الضمور، هاني حامد، إدارة قنوات التوزيع، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الثانية، 2002م.

49. الضمور، هاني حامد، طرق التوزيع، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2000م.
50. الطاهر، علاء فرج، إدارة المواد والجودة الشاملة، دار الراية للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 2010م.
51. الطائي، حميد عبدالنبي، والعلاق، بشير عباس، تسويق الخدمات ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2009م.
52. الطائي، حميد عبدالنبي، وآل علي، رضا صاحب و الموسوي، سنان كاظم، إدارة الجودة الشاملة TQM والأيزو ISO، دار الوراق للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 2003م.
53. الطائي، حميد، و الصميدعي، محمود، والعلاق، بشير، والقرم، إيهاب علي، الأسس العلمية للتسويق الحديث مدخل شامل، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2007م.
54. الطائي، حميد، والعلاق، بشير، إدارة عمليات الخدمة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، 2009م.
55. الطائي، رعد عبدالله، وقداة، عيسى، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2008م.
56. الطائي، يوسف حجيم، والعجيلي، محمد عاصي، والحكيم، ليث علي، نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2009م.
57. طعيمة، رشدي أحمد، والبيلاوي، حسن حسين، والنقيب، عبد الرحمن، والبندري، محمد بن سليمان، وسليمان، سعيد أحمد، وسعيد، محسن المهدي، وعبد الباقي، مصطفى أحمد، الجودة

الشاملة في التعليم، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان - الأردن، الطبعة الثانية، 2008م.

58. العالم، فتحي أحمد يحيى، نظام إدارة الجودة الشاملة والمواصفات العالمية دراسة علمية وتطبيقية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، 2010م.

59. العامري، صالح مهدي محسن، و الغالبي طاهر محسن منصور، الإدارة والأعمال، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الثالثة، 2011م.

60. العاني، أيمن عودة، الإدارة العامة الحديثة، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الثانية، 2013م.

61. عبدالمحسن، توفيق محمد، تخطيط ومراقبة جودة المنتجات، دار النهضة العربية، 2000، 2001م.

62. عدمان، مريزق محمد، مدخل في الإدارة الصحية، دار الراجية للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، 2011م.

63. العزاوي، محمد عبدالوهاب، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، 2005م.

64. العزاوي، محمد عبدالوهاب، أنظمة إدارة الجودة والبيئة، دار إثراء للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 2002م.

65. العزاوي، محمد عبدالوهاب، إدارة الجودة الشاملة، دار إثراء للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2010م.

66. العسكري، أحمد شاكر، التسويق الصناعي مدخل استراتيجي، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الثانية، 2005م.

67. عقيلي، عمر وصفي، مدخل إلى المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة (وجهة نظر)، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2001م.
68. علوان، قاسم نايف، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الأيزو 9002000، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 2005م.
69. العلي، عبدالستار، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 2008م.
70. عليان، رحي مصطفى، خدمات المعلومات، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 2010م.
71. عليان، رحي مصطفى، والسامرائي، إيمان فاضل، تسويق المعلومات، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الثانية، 2006م.
72. العمر، رضوان المحمود، مبادئ التسويق، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الثانية، 2005م.
73. العنزري، عوض خلف، إدارة جودة الخدمات العامة، المفاهيم وأساليب التطوير، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2005م.
74. غنية، المهدي الطاهر، التسويق، المفاهيم والأسس والمبادئ، دار الكتب الوطنية، بنغازي - ليبيا، الطبعة الأولى، 2000م.
75. غنية، المهدي الطاهر، مبادئ إدارة الأعمال، المفاهيم والأسس والوظائف، دار الكتب الوطنية، بنغازي - ليبيا، الطبعة الأولى، 2003م.
76. غنيم، أحمد محمد، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، المنصورة - مصر، الطبعة الأولى، 2006م.

77. الفضل، مؤيد، ومحمد حاكم محسن، إدارة الإنتاج والعمليات، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، 2010م.
78. الفضل، مؤيد عبدالمحسن، ومحمد، حكم محسن، إدارة الإنتاج والعمليات منهج كمي مع دراسة الحالة، عمان - الأردن، 2006م.
79. الفضل، مؤيد عبدالحسين، والطائي، يوسف حجيم، إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك، دار الوراق للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2004م.
80. القريوتي، محمد قاسم، مبادئ التسويق الحديث، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الثانية، 2001م.
81. القضاة، حسن صالح سليمان، " القيادة مدخل في ادارة المستشفيات"، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن_ عمان، الطبعة الأولى، 2012.
82. كورتل، فريد، وصادق، درمان سليمان، والعامري، نجاه، تسويق الخدمات الصحية، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2012م.
83. كورتل، فريد، تسويق الخدمات، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2009م.
84. ماضي، محمد توفيق، إدارة الإنتاج والعمليات (مدخل اتخاذ القرارات)، الدار الجامعية، الإسكندرية،
85. مجيد، سوسن شاكر، والزيادات، محمد عواد، الجودة والاعتماد الأكاديمي لمؤسسات التعليم العام والجامعي، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 2008م.
86. مجيد، سوسن شاكر، والزيادات، محمد عواد، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات في الصناعة والتعليم، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 2007م.

87. محمد، حسين عبدالعال، الاتجاهات الحديثة في إدارة الجودة والمواصفات القياسية (الأيزو) 90014-9000 وأهم التعديلات التي أدخلت عليها، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2006م.
88. محمد، محمد عبدالفتاح، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2008م.
89. المحياوي، قاسم نايف علوان، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 2006م.
90. مخبير، حنان محمد، إدارة المستشفيات، المركز العربي للتعريب والترجمة والتأليف والنشر، دمشق، 2010م.
91. مخيمر، عبدالعزيز، والطعامنة، محمد، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2003م.
92. مرسي، نبيل محمد، استراتيجية الإنتاج والعمليات (مدخل استراتيجي)، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، الطبعة الأولى، 2002م.
93. المساعد، زكي خليل، تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 2003م.
94. المسعودي، حيدر علي، إدارة تكاليف الجودة استراتيجيا، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2010م.
95. المصري، أحمد محمد، الجودة الشاملة مخرج الكفاية الإنتاجية، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، 2010م.

96. معلا، ناجي، وتوفيق، رائف، أصول التسويق، مدخل تحليلي، دار وائل للنشر، عمان الأردن، 2001م.
97. مقابلة، خالد، التسويق الفندقي، مدخل شامل، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 2010م.
98. المنصوري، بوبكر المبروك، ويسوني، جابر أحمد، وبن خيال، فهيم عبدالكريم، الاتجاهات الحديثة في إدارة الجودة الشاملة، دار الكتب الوطنية، بنغازي - ليبيا، 2007م.
99. المؤذن، محمد صالح، مبادئ التسويق، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 2002م.
100. النجار، فريد، إدارة المستشفيات وشركة الأدوية في ظل التنافسية، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، الإسكندرية - مصر، 1998م.
101. نصيرات، فريد توفيق، إدارة المستشفيات، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2014م.
102. نصيرات، فريد توفيق، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان - الأردن، 2008م.
103. النعيمي، محمد عبدالعال، وصويص، راتب جليل، SIXSUGMA تحقيق الدقة في إدارة الجودة مفاهيم وتطبيقات، إثراء للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 2008م.
104. النعيمي، محمد عبدالعال، وصويص، راتب جليل، وصويص، غالب جليل، إدارة الجودة المعاصرة مقدمة في إدارة الجودة الشاملة للإنتاج والعمليات والخدمات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، 2009م.

105. الوادي، محمود حسين، ونزال، عبدالله إبراهيم عبدالله، والوادي، بلال محمود، إدارة الجودة الشاملة في منظمات الأعمال بين النظرية والتطبيق، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، الطبعة الأولى، 2012م.

106. ويلسون، أوبري، و كوتلر، فيليب، و ليفيت، ثيودور، اتجاهات جديدة في التسويق، الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة، الطبعة الأولى، 1996م.

الرسائل والأطروحات:

1. أكرم أحمد الطويل، آلاء حسيب الجليلي، رياض جميل وهاب، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، العراق، 2008، 2009.

2. خامت سعدية وعجو نور تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر دراسة حالة على المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير، جامعة الجزائر، 2011، 2012.

3. صفاء محمد هادي الجزائري، علي غباش محمد، بشرى عبدالله شنتيت، قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية، دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام، البصرة العراق، 2010.

4. غيداء حميد محمد مهدي الهاللي، دراسة تقييم جودة الخدمات الصحية على وفق مبادئ إدارة الجودة الشاملة ومعايير جائزة مالكولم بالدريج للتميز في الرعاية الصحية، كلية الإدارة والاقتصاد، بغداد، 2011.

5. نجاه صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر، 2011، 2012.

6. واله عائشة، أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية، مذكرة تدخل ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير تخصص تسويق، جامعة الجزائر، 2010، 2011.

المجلات و المقالات:

1. ذياب، صلاح محمود، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد العشرين العدد الأول، يناير 2012.
2. عبود، على سكر، وعبود، حمزة نجم، وعبود، فاطمة عبد الرزاق، تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والإقتصادية، المجلد 11 العدد 3 لسنة 2009..
3. الفراج، أسامة، 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 - العدد الثاني - 2009.

1. Anderson, E. A. "Measuring service quality at a university health clinic", International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 8 No. 2, pp. 32-37. (1995)
2. Edvardsson, B. "Service quality improvement", Managing Service Quality, Vol. 8 No. 2, pp. 142-149. (1998)
3. Groth, J. C and Dye, R. T. "Service quality: guidelines for marketers", Managing Service Quality, Vol. 9 No. 5, pp. 337-351. (1999)
4. O'Connor, S. J, Trinh, H. Q. and Shewchuk, R. M. "Determinants of service orientation among medical students", Advances in Health Care Management, Vol. 1, pp. 217-249. (2000)
5. Polska, P., Fuxiang, W., Saaksjarvi, M. and Shuyuan, P. "Cultural values and health service quality in China", International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 26 No. 1, pp. 55-73. (2013)
6. Stewart, J and Phillip, G. "Involving mental health service users in evaluating service quality", International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 12 No. 5, pp. 199-209. (1999)
7. Voss, R and Gruber, T. "The Desired teaching qualities of lecturers in higher education: a means and analysis", Quality Assurance in Education, Vol. 14 No. 3, pp. 217-242. (2006)

الملاحق

الأكاديمية الليبية فرع مصراته
مدرسة العلوم الإدارية والمالية
قسم الإدارة الصحية

الدكتور الفاضل :.....المحترم
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

إستمارة إستبيان للتحكيم

في إطار إعداد رسالة ماجستير في تخصص الإدارة الصحية يسرني أن أضع بين أيديكم هذا الإستبيان الذي يتعلق بدراسة "تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر متلقى الخدمة" وبحكم خبرتكم وتجربتكم العلمية والعملية يشرفني مساهمتكم في تحكيم هذا الإستبيان لذا أرجو منكم التكرم بإبداء رأيكم السديد ومقترحاتكم بشأن فقرات الإستبيان بوضع إشارة (√) في المكان الذي ترونه مناسباً وبتدوين أية ملاحظات وإضافات أو تعديلات ترونها مناسبة لتحقيق هدف الدراسة الحالية. وبالتالي فإن لتوجيهاتكم وآرائكم السديدة سيكون الأثر الفعال في تعديل وتطوير هذا الإستبيان وإخراجه بصورة ملائمة.

ولكم مني فائق الشكر والتقدير

الاستبيان

أولاً: الفقرات التي تتعلق بنظام الجودة

علما بأن الإجابة على الفقرات ستكون كالاتي :

(غير موافق جدا) (غير موافق) (محايد) (موافق) (موافق جدا)

| م | الفقرات | مناسبة الفقرة | | الصياغة | | الإنتماء | | التعديلات المقترحة |
|---|---|---------------|-------------------|---------|-----------|---------------------|------------------------|--------------------|
| | | الفقرة مناسبة | الفقرة غير مناسبة | واضحة | غير واضحة | الفقرة تنتمي للمجال | الفقرة لا تنتمي للمجال | |
| 1 | أنا على دراية بمعنى الجودة في الخدمات الصحية. | | | | | | | |
| 2 | تلعب الجودة دور مهم في الرفع من مستوى الخدمات الصحية. | | | | | | | |
| 3 | تستمد المستشفيات شهرتها من خلال ما تقدمه من خدمات جيدة. | | | | | | | |
| 4 | تسعى إدارة المستشفى إلى معرفة رأيك عن جودة الخدمات المقدمة عند مغادرتك المستشفى | | | | | | | |
| 5 | من خلال تعاملك السابق والحالي مع المستشفيات العامة بالمدينة، هناك تحسن واضح في ما تقدمه من خدمات جيدة للمرضى. | | | | | | | |
| 6 | هناك جهد مبدول من قبل إدارة المستشفى في تحسين جودة خدماتها للمرضى. | | | | | | | |
| 7 | الخدمة المقدمة في المستشفى لها دور فعال في إرضائك من خلال تلبية متطلباتك وإحتياجاتك. | | | | | | | |
| 8 | يسنعكس مفهوم الجودة داخل المستشفى في حمايتك من الغش التجاري وتعزيز الثقة في خدمات المستشفى. | | | | | | | |

ثانيا: الفقرات التي تتعلق بالخدمات الطبية :

علما بأن الإجابة على الفقرات ستكون كالاتي :

(غير موافق جدا) (غير موافق) (محايد) (موافق) (موافق جدا)

| م | الفقرات | مناسبة الفقرة | | الصياغة | | الإنتماء | | التعديلات المقترحة |
|---|--|---------------|------------------|---------|-----------|------------------------|---------------------|--------------------|
| | | الفقرة مناسبة | القرة غير مناسبة | واضحة | غير واضحة | الفقرة لا تنتمي للمجال | الفقرة تنتمي للمجال | |
| 1 | يتميز الكادر الطبي داخل المستشفى بمهارات عالية في التشخيص والعلاج. | | | | | | | |
| 2 | يلتزم الأطباء بمواعيد الحضور إلى المستشفى والكشف عن المرضى ومواعيد العمليات الجراحية | | | | | | | |
| 3 | الأطباء حريصون على الإلتزام بإحتياجات مكافحة العدوى عند تقديم الخدمة لك. | | | | | | | |
| 4 | يتم تزويدي بمعلومات عن حالتني الصحية من قبل الطبيب المختص | | | | | | | |
| 5 | تتوفر كافة الإختصاصات الطبية والأدوية والتحاليل اللازمة داخل المستشفى | | | | | | | |
| 6 | توجد لدى المريض ثقة عالية في تعامل الأطباء مع حالته الصحية. | | | | | | | |
| 7 | يجيب الطبيب بسرعة ووضوح على إستفسارات المريض. | | | | | | | |
| 8 | يتمتع الأطباء بمظهر أنيق ونظيف ومرتب. | | | | | | | |

ثالثاً: الفقرات التي تتعلق بالخدمات التمريضية :

علماً بأن الإجابة على الفقرات ستكون كالاتي :

(غير موافق جداً) (غير موافق) (محايد) (موافق) (موافق جداً)

| م | الفقرات | مناسبة الفقرات | | الصياغة | | الإنتماء | |
|---|---|----------------|-------------------|---------|-----------|---------------------|------------------------|
| | | الفقرة مناسبة | الفقرة غير مناسبة | واضحة | غير واضحة | الفقرة تنتمي للمجال | الفقرة لا تنتمي للمجال |
| 1 | يوجد إستعداد جيد من قبل الممرضات للإستماع إلى أسئلتك. | | | | | | |
| 2 | يتم تقديم العناية الجيدة من قبل الممرضات أثناء فترة علاجك. | | | | | | |
| 3 | توجد ثقة لديك بالمرمضة في تعاملها مع حالتك الصحية. | | | | | | |
| 4 | يتسم سلوك الممرضات في المستشفى باللباقة في تعاملهن مع حالتك الصحية. | | | | | | |
| 5 | تتواجد الممرضات بسرعة عند حاجة المرضى لهن. | | | | | | |
| 6 | تتمتع الممرضات بمظهر أنيق ونظيف ومرتب. | | | | | | |
| 7 | يتم تزويدك بملخص عن حالتك المرضية عند الخروج من قبل الممرضات. | | | | | | |
| 8 | يتم تعريف من قبل الممرضات بهوية الطبيب ومقدمي الخدمات الطبية الذين يعتنون بي. | | | | | | |

رابعاً: الفقرات التي تتعلق بالخدمات الفندقية :

علماً بأن الإجابة على الفقرات ستكون كالاتي :

(غير موافق جداً) (غير موافق) (محايد) (موافق) (موافق جداً)

| م | الفقرات | مناسبة الفقرة | | الصياغة | | الإنتماء | |
|---|---|---------------|-------------------|---------|-----------|------------------------|---------------------|
| | | الفقرة مناسبة | الفقرة غير مناسبة | واضحة | غير واضحة | الفقرة لا تنتمي للمجال | الفقرة تنتمي للمجال |
| 1 | يهتم المستشفى بنظافة أقسامه بشكل دائم. | | | | | | |
| 2 | يتوفر لدى المستشفى أماكن جلوس مريحة ولانقة | | | | | | |
| 3 | توجد غرف مريحة، نظيفة، مضاءة ودافئة داخل المستشفى. | | | | | | |
| 4 | يعمل المستشفى على تقديم الراحة التامة والنوم بدون إزعاج من قبل الزوار والعاملين. | | | | | | |
| 5 | يقدم الطعام للمريض بكميات ونوعيات جيدة. | | | | | | |
| 6 | يوجد تنظيم دقيق لمواعيد الزيارات داخل المستشفى. | | | | | | |
| 7 | تتوفر في المستشفى خدمات مرافقة كالصيدلية، والمطعم وموقف سيارات. | | | | | | |
| 8 | يوفر المستشفى لوحات وعلامات إرشادية واضحة تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة. | | | | | | |

دولة ليبيا

وزارة التعليم العالي

الأكاديمية الليبية فرع مصراته

مدرسة العلوم الإدارية والمالية

استمارة بحث

تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر متلقى الخدمة

(دراسة ميدانية على المستشفيات العامة بمدينة مصراته)

مقدم كمقترح لرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الإجازة العليا (الماجستير)

قسم الإدارة الصحية

تحية طيبة وبعد:

من أجل تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات العامة داخل مدينة مصراته، قمت بإعداد هذه الاستمارة والغرض منها هو الحصول على البيانات التي تخدم البحث العلمي، والذي يعتمد على مدى مساهمتكم ومساعدتكم في الإجابة بكل موضوعيه على جميع الأسئلة.

واتعهد لكم أن إجابتكم ستكون محل عنايه وسريه كاملتين، ولن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي.

ملاحظة : عند الإجابة يجب وضع علامة (√) في الخانة المناسبة :

ولكم منى كل الشكر والتقدير.

اشراف الدكتور

الطبيب القبلي

اعداد الطالب

عادل أبوشويقيير

الاستبيان

أولاً: المعلومات الشخصية:

1- الجنس : ذكر أنثى

2- العمر : أقل من 20 20-30 31-40 41-50 51-60 61 فأكثر

3- المستوى العلمي : لا يقرأ ولا يكتب أقل من الثانوية العامة الثانوية العامة

دبلوم متوسط مؤهل جامعي دراسات عليا (ماجستير ودكتوراه)

4- الوظيفة : لا يعمل عمل حر عمل حكومي قطاع خاص

5- الدخل : أقل من 500 دل 501 - 1000 دل 1001 - 1500 دل 1500 فأكثر

ثانياً: أسئلة عامة عن الجودة كما هي مدركة من قبل متلقي الخدمة:

بين مدى موافقتك على العبارات الآتية بوضع علامة (√) في المكان المناسب :

| م | العبارات | غير موافق تماماً (1) | غير موافق (2) | محايد (3) | موافق (4) | موافق تماماً (5) |
|---|--|----------------------|---------------|-----------|-----------|------------------|
| 1 | أنا على دراية بمعنى الجودة في الخدمات الصحية. | | | | | |
| 2 | تستمد المستشفيات شهرتها من خلال جودة خدماتها المقدمة. | | | | | |
| 3 | تسعى إدارة المستشفى إلى معرفة رأيك عن جودة الخدمات المقدمة عند مغادرتك المستشفى. | | | | | |
| 4 | هناك جهد مبدول من قبل إدارة المستشفى في تحسين جودة الخدمات المقدمة. | | | | | |
| 5 | تلعب الجودة دور مهم في الرفع من مستوى الخدمات الصحية. | | | | | |

ثالثاً: حدد درجة رضاك عن الخدمات الطبية الآتية :

بين مدى موافقتك على العبارات الآتية بوضع علامة (√) في المكان المناسب :

| م | العبارات | غير موافق تماماً (1) | غير موافق (2) | محايد (3) | موافق (4) | موافق تماماً (5) |
|---|---|----------------------|---------------|-----------|-----------|------------------|
| 1 | يتميز الكادر الطبي داخل المستشفى بمهارات عالية في التشخيص والعلاج. | | | | | |
| 2 | يلتزم الأطباء بمواعيد الحضور إلى المستشفى والكشف عن المرضى ومواعيد العمليات الجراحية. | | | | | |
| 3 | الأطباء حريصون على الإلتزام باحتياجات مكافحة العدوى عند تقديم الخدمة لك. | | | | | |
| 4 | يتم تزويدي بمعلومات عن حالتني الصحية من قبل الطبيب المختص. | | | | | |
| 5 | تتوفر كافة الاختصاصات الطبية والأدوية والتحاليل اللازمة داخل المستشفى. | | | | | |
| 6 | توجد لدى المريض ثقة عالية في تعامل الأطباء مع حالته الصحية. | | | | | |
| 7 | يجيب الطبيب بسرعة ووضوح على استفسارات المريض. | | | | | |
| 8 | يتمتع الأطباء بمظهر أنيق ونظيف ومرتب. | | | | | |

رابعاً: حدد درجة رضاك عن الخدمات التمريضية الآتية :

بين مدى موافقتك على العبارات الآتية بوضع علامة (√) في المكان المناسب :

| م | العبارات | غير موافق تماماً (1) | غير موافق (2) | محايد (3) | موافق (4) | موافق تماماً (5) |
|---|---|----------------------|---------------|-----------|-----------|------------------|
| 1 | يوجد استعداد جيد من قبل الممرضات للاستماع إلى أسئلتك. | | | | | |
| 2 | يتم تقديم العناية الجيدة من قبل الممرضات أثناء فترة علاجك. | | | | | |
| 3 | توجد ثقة لديك بالمرضة في تعاملها مع حالتك الصحية. | | | | | |
| 4 | يتسم سلوك الممرضات في المستشفى باللباقة في تعاملهن مع حالتك الصحية | | | | | |
| 5 | تتواجد الممرضات بسرعة عند حاجة المرضى لهن. | | | | | |
| 6 | تتمتع الممرضات بمظهر أنيق ونظيف ومرتب. | | | | | |
| 7 | يتم تزويدك بملخص عن حالتك المرضية عند الخروج من قبل الممرضات. | | | | | |
| 8 | يتم تعريف من قبل الممرضات بهوية الطبيب ومقدمي الخدمات الطبية الذين يعتنون بي. | | | | | |

خامساً: حدد درجة رضاك عن الخدمات الفندقية الآتية :

بين مدى موافقتك على العبارات الآتية بوضع علامة (√) في المكان المناسب :

| م | العبارات | غير موافق تماماً (1) | غير موافق (2) | محايد (3) | موافق (4) | موافق تماماً (5) |
|---|---|----------------------|---------------|-----------|-----------|------------------|
| 1 | يهتم المستشفى بنظافته أقسامه بشكل دائم. | | | | | |
| 2 | يتوفر لدى المستشفى أماكن جلوس مريحة ولائقة. | | | | | |
| 3 | توجد غرف مريحة، نظيفة، مضاءة ودافئة داخل المستشفى. | | | | | |
| 4 | يوجد تنظيم دقيق لمواعيد الزيارات داخل المستشفى. | | | | | |
| 5 | تتوفر في المستشفى خدمات مرافقة مادية كالصيدلية، والمطعم ومواقف سيارات. | | | | | |
| 6 | يوفر المستشفى لوحات وعلامات ارشادية واضحة تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة. | | | | | |