



جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا  
كلية الدراسات العليا



أثر مهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية  
( دراسة تطبيقية في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم )

**Impact of Dealing Skills with Patients on the Quality  
of Health Services( An Applied Study in the Private  
Hospitals in Khartoum State)**

أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال

إشراف:

أ.د محمد حسن حافظ

إعداد:

نازك عبد الله حامد على

شوال 1440 هـ

يوليو 2019 م

# الآية

قال تعالى:

﴿وَقُلْ رَبِّ ادْخُلْنِيْ مُدْخَلَ صِدْقٍ وَّاَخْرِجْنِيْ مُخْرَجَ صِدْقٍ وَاَجْعَلْ لِّيْ مِنْ لَّدُنْكَ سُلْطٰنًا نَّصِيْرًا﴾

صدق الله العظيم

سورة الإسراء الآية (80)



## الشكر والعرفان

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات وإليه ترجع الأمور كلها، الحمد لله كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه، والصلاة والسلام على خير المرسلين محمد صلى الله عليه وسلم. أتقدم بالشكر أجزله لجامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، وكلية الدراسات العليا التي منحتني الفرصة للقيام بهذه الدراسة، وأخص بالشكر كلية الدراسات التجارية قسم إدارة الأعمال.

كما يطيب لي أن أتقدم بموفور الشكر وعظيم التقدير والاحترام لأستاذي الجليل البروفسور محمد حسن حافظ الذي قام بالإشراف على هذه الرسالة، فقد كان لتوجيهاته المقدره والمستمرة أثرها الكبير في إتمامها وإكمالها.

كذلك أتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى كل من ساهم في مساعدتي وتوجيهي وإرشادي وأخص بالذكر منهم أستاذي الجليل الدكتور ياسر تاج الدين عتيقو لما قدمه من وقت وجهد عند التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة، وأيضاً أخص بالشكر الأخ العزيز الدكتور عبدالغفار عبدالله ، والدكتور بابكر مبارك عثمان، والدكتور أحمد إدريس عبده، والدكتور التاج محمد محمد على، والدكتور محمد الحسن الشريف، نسأل الله أن يوفقهم في عملهم، وشكري وتقديري لأساتذتي الأجلاء محكمي إستبانة الدراسة. والشكر موصول لمكتبة كلية الدراسات التجارية ومكتبة كلية الدراسات العليا بجامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.

وأخير أبعث اشكري وتقديري لكل من ساهم في إنجاز هذا الرسالة .

## الباحثة

## قائمة المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع	
أ	الآية	
ب	الإهداء	
ج	الشكر والعرفان	
د	قائمة المحتويات	
ط	قائمة الجداول	
ل	قائمة الأشكال	
م	ملخص الدراسة باللغة العربية	
ن	Abstract	
<b>الإطار العام للدراسة</b>		
<b>المبحث الأول: الإطار المنهجي للدراسة</b>		
1	تمهيد	1.1
2	مشكلة الدراسة	2.1
3	أسئلة الدراسة	3.1
3	أهداف الدراسة	4.1
4	أهمية الدراسة	5.1
5	نموذج ومتغيرات الدراسة	6.1
6	فرضيات الدراسة	7.1
6	منهج الدراسة	8.1
6	حدود الدراسة	9.1
6	مصطلحات الدراسة	10.1
7	هيكل الدراسة	.111
<b>المبحث الثاني: الدراسات السابقة</b>		
8	مقدمة	1.2
8	الدراسات السابقة العربية.	2.2
19	الدراسات السابقة الأجنبية.	3.2

الفصل الأول: أدبيات الدراسة		
المبحث الأول: الإتصال ومهارات الإتصال		
26	مقدمة.	1.1.1
26	مدارس ونظريات الإتصال (المدارس الإدارية).	2.1.1
30	مفهوم وأنواع المهارات الإدارية	3.1.1
35	تعريف الإتصال.	4.1.1
36	أهمية الإتصال.	5.1.1
36	عناصر عملية الإتصال.	6.1.1
37	مهارة الإتصال اللفظي.	7.1.1
39	مهارة الإتصال غير اللفظي.	8.1.1
43	مهارة الإنصات.	9.1.1
47	مهارة الإقناع	10.1.1
52	معوقات الإتصال.	11.1.1
المبحث الثاني: الجودة والجودة الشاملة		
54	مقدمة.	1.2.1
54	مفهوم الجودة.	2.2.1
55	تعريف الجودة.	3.2.1
57	المفهوم الإسلامي للجودة.	4.2.1
58	أهمية الجودة.	5.2.1
59	أهداف الجودة	6.2.1
59	نشأة وتطور مفهوم إدارة الجودة الشاملة.	7.2.1
62	مراحل التطور التاريخي للجودة.	8.2.1
66	إسهامات رواد الحركة الفكرية لإدارة الجودة الشاملة.	9.2.1
74	مبادئ إدارة الجودة الشاملة.	10.2.1
75	مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.	11.2.1
82	الأيزو وإدارة الجودة الشاملة والمواصفات الدولية (الأيزو).	12.2.1
84	الأيزو في الخدمات.	13.2.1
المبحث الثالث: جودة الخدمة الصحية		

86	مقدمة.	1.3.1
86	مفهوم وتعريف الخدمة.	2.3.1
87	أهمية الخدمة.	3.3.1
88	تصنيف الخدمة.	4.3.1
89	خصائص الخدمة.	5.3.1
91	مفهوم الخدمة الصحية.	6.3.1
92	الخصائص المميزة للخدمات الصحية.	7.3.1
92	تصنيف الخدمات الصحية.	8.3.1
95	تعريف جودة الخدمة.	9.3.1
95	أهمية جودة الخدمة.	10.3.1
96	تعريف جودة الخدمة الصحية.	11.3.1
97	أهمية جودة الخدمة الصحية.	12.3.1
97	أهداف جودة الخدمة الصحية.	13.3.1
98	العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية.	14.3.1
99	أبعاد جودة الخدمة الصحية.	15.3.1
105	أدوات قياس جودة الخدمة الصحية.	16.3.1
<b>المبحث الرابع: مفهوم المستشفيات</b>		
112	مقدمة.	1.4.1
112	التطور التاريخي لمفهوم المستشفيات وتعريفها.	2.4.1
113	مفهوم المستشفى.	3.4.1
113	تعريف المستشفيات.	4.4.1
114	تصنيف المستشفيات.	5.4.1
117	الأهداف الأساسية للمستشفيات.	6.4.1
118	وظائف المستشفيات.	7.4.1
119	خصائص المستشفيات.	8.4.1
120	المهام الرئيسية للمستشفى.	9.4.1
<b>الفصل الثاني : الدراسة الميدانية</b>		
<b>المبحث الأول: نبذة عن المستشفيات موضوع الدراسة الميدانية</b>		
122	نشأة وتطور الخدمات الصحية في السودان.	1.1.2

124	تطور النظام الصحي في وزارة الصحة بولاية الخرطوم.	2.1.2
125	الجودة في المؤسسات الصحية بولاية الخرطوم.	3.1.2
126	نبذة عن المستشفيات موضوع الدراسة.	4.1.2
<b>المبحث الثاني: إجراءات الدراسة الميدانية</b>		
132	مقدمة	1.2.2
132	منهجية الدراسة.	2.2.2
132	مصادر جمع البيانات.	3.2.2
132	أداة الدراسة	4.2.2
133	مقاييس الدراسة	5.2.2
134	مقاييس متغيرات الدراسة	6.2.2
134	صدق المقياس.	7.2.2
135	ثبات المقياس.	8.2.2
136	المقاييس الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات.	9.2.2
138	مجتمع الدراسة.	10.2.2
139	عينة الدراسة.	11.2.2
139	حجم العينة	12.2.2
<b>الفصل الثالث: تحليل بيانات الدراسة واختبار الفرضيات</b>		
<b>المبحث الأول: عرض وتحليل البيانات.</b>		
140	مقدمة	1.1.3
140	توزيع الإستبيانات على المبحوثين ونسبة إعادتها.	2.1.3
140	وصف عينة الدراسة.	3.1.3
142	التحليل العاملي التوكيدي.	4.1.3
145	معايير جودة النموذج.	5.1.3
149	الإعتمادية والصلاحية.	6.1.3
155	نموذج الدراسة المعدل.	7.1.3
156	التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة.	8.1.3
<b>المبحث الثاني: اختبار فرضيات الدراسة.</b>		
167	مقدمة.	1.2.3
167	اختبار فرضيات الدراسة.	2.2.3

الخاتمة : النتائج والتوصيات		
194	مقدمة	
195	النتائج.	
196	التوصيات.	
197	مقترحات لبحوث مستقبلية.	
	المصادر والمراجع.	
	الملاحق.	

## قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
62	المكونات الثلاثة لمفهوم إدارة الجودة الشاملة.	1-1
65	مراحل التطور التاريخي لمفهوم الجودة	2-1
73	رؤى كبار المفكرين حول العناصر الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة	3-1
90	مقارنة بين خصائص السلعة والخدمة.	4-1
105	الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمة الصحية.	5-1
133	قياس متغيرات الدراسة.	1-2
133	مقياس درجات الإستجابات للمبحوثين.	2-2
135	درجة ثبات المقياس المستخدم لأبعاد مهارات التعامل.	3-2
135	درجة ثبات المقياس المستخدم لأبعاد جودة الخدمة الصحية.	4-2
140	توزيع الإستبيانات على المبحوثين ونسبة إعادتها.	1-3
141	توزيع الإستبانة على المبحوثين حسب العمر.	2-3
141	توزيع الإستبانة على المبحوثين حسب الجنس.	3-3
142	توزيع الإستبانة على المبحوثين حسب المستوى التعليمي.	4-3
143	التحليل العاملي التوكيدي لعناصر مهارات التعامل.	5-3
144	التحليل العاملي التوكيدي لأبعاد جودة الخدمة الصحية.	6-3
145	معامل $(R^2)$ R square.	7-3
146	معامل $(F^2)$ F square.	8-3
148	$(Q^2)$ Predictive relevance.	9-3
148	$(GoF)$ Goodness of Fit of the Model.	10-3
149	تحليل الإعتمادية.	11-3
151	تحليل الإعتمادية المركبة.	12-3
152	يوضح تحليل $(\rho_A)$ .	13-3
153	يوضح التباين المفسر $(AVE)$ .	14-3
154	الصدق التمييزي.	15-3
156	المقاييس الوصفية لعبارات محور مهارة الإتصال اللفظي.	16-3
157	المقاييس الوصفية لعبارات محور مهارة الإتصال غير اللفظي.	17-3
158	المقاييس الوصفية لعبارات محور مهارة الإنصات.	18-3
159	المقاييس الوصفية لعبارات محور مهارة الإقناع.	19-3
160	خلاصة النتائج وترتيب أبعاد مهارات التعامل.	20-3
161	المقاييس الوصفية لعبارات محور الجوانب المادية.	21-3
162	المقاييس الوصفية لعبارات محور الإعتمادية.	22-3

163	المقاييس الوصفية لعبارات محور الإستجابة	23-3
164	المقاييس الوصفية لعبارات محور الضمان.	24-3
165	المقاييس الوصفية لعبارات محور التعاطف.	25-3
166	خلاصة النتائج وترتيب أبعاد جودة خدمة الصحية.	26-3
168	نتائج تحليل الإرتباط بين مهارات التعامل(المتغير المستقل) وأبعاد جودة الخدمة	27-3
171	ملخص اختبار الفرضية الرئيسية الأولى.	28-3
173	نتائج تحليل(ت) لدلالة الفروق نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى تبعاً لمتغير الجنس.	29-3
174	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى تبعاً لمتغير العمر.	30-3
175	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.	31-3
176	ملخص اختبار الفرضية الثانية.	32-3
178	تحليل المسار لعلاقة التأثير بين مهارات التعامل مع المرضى مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لُبعد الإستجابة.	33-3
178	تحليل المسار لعلاقة التأثير بين مهارات التعامل مع المرضى مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لُبعد الإعتمادية.	34-3
179	تحليل المسار لعلاقة التأثير بين مهارات التعامل مع المرضى مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لُبعد التعاطف.	35-3
180	تحليل المسار لعلاقة التأثير بين مهارات التعامل مع المرضى مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لُبعد الجوانب المادية.	36-3
180	تحليل المسار لعلاقة التأثير بين مهارات التعامل مع المرضى مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لُبعد الضمان.	37-3
181	ملخص اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة.	38-3
183	تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للعمر في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لُبعد الإستجابة.	39-3
184	تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للعمر في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لُبعد الإعتمادية.	40-3
184	تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للعمر في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لُبعد التعاطف.	41-3
185	تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للعمر في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لُبعد الجوانب المادية.	42-3
185	تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للعمر في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لُبعد الضمان.	43-3

186	تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل الجنس في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لُبُعد الإستجابة.	44-3
186	تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للجنس في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لُبُعد الإعتمادية.	45-3
187	تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للجنس في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لُبُعد التعاطف.	46-3
187	تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل الجنس في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لُبُعد الجوانب المادية.	47-3
188	تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للجنس في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لُبُعد الضمان.	48-3
189	تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للمستوى التعليمي في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لُبُعد الإستجابة.	49-3
189	تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للمستوى التعليمي في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لُبُعد الإعتمادية.	50-3
190	تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للمستوى التعليمي في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لُبُعد التعاطف.	51-3
190	تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للمستوى التعليمي في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لُبُعد الجوانب المادية.	52-3
191	تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للمستوى التعليمي في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لُبُعد الضمان.	53-3
192	ملخص اختبار الفرضية الرئيسية الرابعة.	54-3

### قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
5	نموذج الدراسة المقترح .	1-0
146	معامل التحديد $R^2$ .	1-3
147	قيمة $F^2$ .	2-3
150	تحليل الإعتماضية.	3-3
151	تحليل الإعتماضية المركبة.	4-3
152	تحليل rho_A	5-3
153	تحليل التباين المفسر (AVE).	6-3
155	نموذج الدراسة المعدل.	7-3
177	العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية.	8-3
182	العلاقة المعدلة للعوامل الديمغرافية بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية.	9-3
193	نتائج اختبار الفرضيات.	10-3
193	الدور المعدل للعمر في تقوية العلاقة بين أبعاد مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لُبعد التعاطف.	11-3

## المستخلص

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة أثر مهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة بموضوع الدراسة بولاية الخرطوم، وأثر العوامل الديمغرافية على العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم.

استخدمت هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي عن طريق تصميم إستبانة للإجابة على أسئلة الدراسة واختبار الفرضيات، وقد تكون مجتمع الدراسة من المرضى في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم، حيث تم توزيع عدد (350) إستبانة بنسبة استرداد (91%) واستخدمت عينة غير إحصائية ميسرة، وتحليل البيانات تم استخدام برنامج الحزمة الإحصائية (SPSS)، وبرنامج التحليل الإحصائي (Smart-PLS3) من خلال عدد من الاساليب الإحصائية.

خلصت الدراسة لوجود علاقة إرتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية، وجود علاقة تأثير إيجابية لمهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية، وجود فروق ذات دلالة إحصائية نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى تبعاً لمتغير الجنس، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى تبعاً لمتغير العمر وتبعاً لمتغير المستوى التعليمي، يوجد تأثير جزئي للعوامل الديمغرافية على العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية.

كما أوصت الدراسة بأن تقوم إدارة المؤسسات الصحية بإجراء دورات تدريبية للعاملين في القطاع الصحي فيما يتعلق بتطوير مهارات الإتصال، وضرورة إيجاد آلية فعالة من قبل المستشفيات للرد على استفسارات وشكاوى المرضى.

## **Abstract**

This study aims to identify the impact of the skills of dealing with patients on the quality of health service in private hospitals Khartoum State. Additionally, the impact of the demographic factors on the relationship between the skills of dealing with patients and the quality of health service.

The study used the analytical descriptive approach via designing a questionnaire to answer the questions of the study and test hypotheses, distributed among (350) patients of private hospitals Khartoum State questionnaire recovery rate (91%). patients of private hospitals Khartoum State as a non-probability sample. The data collected was subjected to Statistical analysis using statistical package for social science (SPSS) and (Smart-PLS) were used through a number of statistical methods.

The study concluded that There is a significant statistically positive correlation relationship between the skills of dealing with patients and the quality of the health service, there is a relationship with a positive impact for the skills of dealing with patients on the quality of health service, there is a significant statistically differences Towards the level of the skills of dealing with patients actual and recognized by the patient's to the gender variable, there is no significant statistically differences Towards the level of the skills of dealing with patients actual and recognized by the patient's to the age variable and education level variable, There is a partial effect of the demographic factors on the relationship between the skills of dealing with patients and the quality of health service .

The study recommended that the management of health institutions should conduct training courses for health sector employees regarding the development of communication skills, the necessity to find an effective mechanism by hospitals to respond to patients' inquiries and complaints.

# الإطار العام للدراسة

المبحث الأول: الإطار المنهجي للدراسة

المبحث الثاني: الدراسات السابقة

# المبحث الأول

## الإطار المنهجي للدراسة

### 1.1 تمهيد:

يشهد العالم الآن تطورات عديدة ازدادت وتيرتها مع التطور التكنولوجي الهائل، وقد شمل هذا التطور مختلف المجالات، ويعد قطاع الخدمات الصحية من المجالات الحيوية التي تسهم في تحقيق النمو الاقتصادي والاجتماعي للمجتمع، ويتمثل القطاع الصحي في المستشفيات والمراكز الصحية من خلال تقديمها للرعاية الصحية، والخدمات للأفراد والمجتمع.

تولي المجتمعات الحديثة جودة الخدمات الصحية إهتماماً كبيراً وذلك لإرتباطها بصحة حياة الإنسان، وقد تبلور هذا الإهتمام بإنشاء مؤسسات الخدمة الصحية في مواقع تجمعات السكان بإشكالها المختلفة لتوفير الخدمات الصحية عند الحاجة له.<sup>(1)</sup>

وقد أصبحت جودة الخدمات الصحية من المواضيع الأكثر طرحاً وإهتماماً من قبل الباحثين والإداريين والمستهلكين والممولين لهذه الخدمات وذلك لاسباب منها: الإرتفاع المستمر في تكاليف الخدمة الصحية، ونتيجة لذلك كان لابد من الإهتمام بجودة الخدمة المقدمة بحيث يشعر المستفيد أن ما يحصل عليه من خدمات صحية يساوى مادفعه من سعر مقابل هذه الخدمات، والتوجه نحو الخصصة مما يعطي دافعاً قوياً للاستثمار في المجال الصحي، وأيضاً تنامي وعي المرضى وأدراكهم لحقوقهم في الحصول علي جودة عالية من الخدمات الصحية.<sup>(2)</sup>

ومن أكبر التحديات التي تواجه المستشفيات اليوم، هي كيفية الإرتقاء بمستوى الجودة على إعتبارها الطريق الوحيد لتحقيق رضا المرضى من جهة ، والوصول للقدرة التنافسية من جهة ثانية ، حيث أصبحت جودة الخدمات الصحية ضرورة لإزمة تزداد أهميتها بأزدياد قدرتها على إشباع الرغبات الكاملة للمرضى، وذلك عن طريق تلبية متطلباتهم، وإحتياجاتهم، وتوقعاتهم الصريحة والضمنية.<sup>(3)</sup>

يتركز الإهتمام بموضوع مهارات التعامل مع المرضى من خلال مهارات الإتصال بين مقدمي الخدمة والمرضى، حيث تُعد مهارات الإتصال أحد أهم مجالات الدراسات الإدارية والإنسانية، ويعرف الإتصال بأنه أي تفاعل بين شخصين أو جهتين مختلفتين لأجل إيصال معلومات أو أفكار أو عواطف محددة، أو لتغيير المواقف وتحريك الجهات الأخرى تجاه تنفيذ حاجة ما<sup>(4)</sup>.

(1) محمد نور الطاهر أحمد، قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين- دراسة

ميدانية على المستشفيات التعليمية الكبرى بولاية الخرطوم)، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 11 العدد (4)، 2015م، ص: 899

(2) وفاء علي سالم، أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين، دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات الأهلية في محافظة البصرة، مجلة العلوم الإدارية والاقتصادية جامعة البصرة، المجلد الخامس، العدد العاشر، 2013م، ص: 75

(3) طارق الأسدي، تأثير أبعاد المناخ التنظيمي في جودة الخدمة الصحية، دراسة ميدانية علي بعض المستشفيات الخاصة بمحافظة دمشق، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق، 2015م، ص: 2

(4) عبير حمدي، فن الإتصال الفعال، دارسا للنشر والتوزيع، القاهرة، 2015م، ص: 7

ويقصد بالتعامل السلوك الذي يؤدي إلي تحسين العلاقة بين مقدم الخدمة الصحية والمريض من خلال العمل علي تقليل عدم التأكد والغموض في تلقي الرعاية الصحية والتي تتضمن الإتصالات الواضحة والمباشرة مما يؤدي إلي رفع قدرة المريض لتقييم الإجراءات الطبية إستناداً لمهارات التعامل للعاملين في تقديم الرعاية الصحية بالإضافة إلي السهولة في إيصال المعلومات لهم ولأسرهم بما يحقق مصالحتهم ورضاهم.<sup>(1)</sup>

إن أساليب التعامل مع المرضى تقتضي من العاملين حسن التعامل ومبادرة المرضى بالإحترام والإصغاء جيداً لما يقولون وشرح المعلومات حتى يفهموها وعدم الإنفعال وذلك من أجل كسب رضا المرضى.<sup>(2)</sup>

تعتبر مهارات التعامل مع المرضى من المهارات الأساسية والضرورية في المستشفيات، وتمثل عنصراً هاماً في العلاقة بين مقدمي الخدمة الصحية وجمهور المستفيدين(المرضى)، إذ أن طبيعة عمل هذه المؤسسات الصحية تتطلب توافر مهارات إتصال فعالة للعاملين.

ومن هذا الإتجاه تسعى هذه الدراسة إلي تسليط الضوء على مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية وتحليل العلاقة بينهما في وجود المتغير المعدل(العوامل الديمغرافية) وذلك بالتطبيق على المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم.

## 2.1 مشكلة الدراسة:

تعد المستشفيات من أهم القطاعات الخدمية داخل أي دولة، فهي تتعامل مع حياة الإنسان وصحة المجتمع حيث تعاني بعض المستشفيات تدنى مستوى الخدمات المقدمة لديها مما يؤدي إلي عدم حصول المرضى على قدر من الرعاية الصحية الجيدة ، بالوقت، والمكان المناسبين.

وتعتبر عملية تحسين مستوى جودة الخدمة الصحية في المستشفيات مطلباً لإدارة المستشفى والعاملين والمرضى. وبالتالي كان من الصعب علي إدارة هذه المستشفيات أداء عملها بنجاح في الحفاظ على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً للمرضى دون وجود مهارات إتصال عالية للعاملين في مجال تقديم الخدمات الصحية وأيضاً ما تتصف به الخدمات الصحية من سمات خاصة، وتعقد العملية العلاجية، والطبيعة المتقدمة للتكنولوجيا المستخدمة فيها، كل ذلك ساهم في ظهور مشاكل ذات طابع خاص لإدارات هذه المستشفيات.<sup>(3)</sup>

ومن خلال الإطلاع على الدراسات السابقة ، تبين أنها لم تتناول موضوع مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية، كما أن الدراسة الحالية أخذت في الإعتبار العوامل الديمغرافية للمرضى كمتغيرات معدلة.

(1) أحمد عباس يوسف، أثر جودة الرعاية الصحية والاتصالات علي رضا المرضى – دراسة تحليلية مقارنة في المستشفى الأميري الحكومي ومستشفى السلام الدولي، جامعة الشرق الأوسط، الكويت 2010م، ص: 14

(2) محمد عبدالغنى هلال، مهارات التعامل مع الآخرين، سلوكيات التعامل مع الآخر، مركز تطوير الأداء والتنمية، القاهرة، 2007م، ص: 8

(3) كيران وولش، جوديت سميث، إدارة الرعاية الصحية، ترجمة نبيل أبو النجا، مجموعة النيل، القاهرة، 2009م، ص: 38

### 3.1 أسئلة الدراسة:

تتمثل مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسى التالى:

ماهو أثر مهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم؟ وتتفرع منه الأسئلة التالية:

1. هل يوجد إهتمام بمفهوم مهارات التعامل مع المرضى في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم؟
2. هل تدعم إدارة المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم تطبيق مفهوم مهارات التعامل مع المرضى؟
3. ما مدى تطبيق مهارات التعامل مع المرضى في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم؟
4. هل البيئة الداخلية للمستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم تدعم مفهوم مهارات التعامل مع المرضى؟
5. ما هو مستوى الجوانب المادية المتوفرة للمرضى في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم؟
6. ما هو مستوى الإعتماذية المتوفرة للمرضى في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم؟
7. ما هو مستوى الإستجابة المتوفرة للمرضى في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم؟
8. ما هو مستوى الضمان المتوفرة للمرضى في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم؟
9. ما هو مستوى التعاطف مع المرضى في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم؟
10. ما هو مستوى مهارة الاتصال اللفظي مع المرضى في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم؟
11. ما هو مستوى مهارة الاتصال غير اللفظي مع المرضى في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم؟
12. ما هو مستوى مهارة الإنصات مع المرضى في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم؟
13. ما هو مستوى مهارة الإقناع للمرضى في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم؟
14. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم تبعاً للعوامل الديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي).
15. هل هنالك علاقة إرتباط ذات دلالة إحصائية بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم؟
16. هل توجد علاقة تأثير إيجابية لمهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة بموضوع الدراسة بولاية الخرطوم؟
17. هل تؤثر العوامل الديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي) على العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم؟

### 4.1 أهداف الدراسة.

تسعى الدراسة لتحقيق الأهداف التالية:

1. دراسة العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة بموضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

2. دراسة أثر مهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية بالمستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.
3. قياس مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة من خلال تشخيص أبعاد جودة الخدمة (الإعتمادية، الإستجابة، الضمان، التعاطف، الجوانب المادية).
4. قياس مستوى مهارات التعامل مع المرضى (الاتصال اللفظي، الاتصال غير اللفظي، الإنصات، الإقناع) في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.
5. معرفة مدى وجود فروق في إستجابات الباحثين حول مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية المدركة من قبل المرضى في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً لمتغيرات الجنس و العمر، المستوى التعليمي.
6. اختبار الدور المعدل للعوامل الديمغرافية (العمر، الجنس، المستوى التعليمي) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية.
7. تقديم التوصيات المقترحة المناسبة في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها، وذلك بهدف الإرتقاء بجودة الخدمة الصحية التي تقدمها المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

#### 5.1 أهمية الدراسة:

##### - الأهمية العلمية (النظرية)

1. تأتي الإضافة العلمية لهذه الدراسة من خلال تناولها جانب مهم من الجوانب الإنسانية وهو دراسة مهارات التعامل مع المرضى، حيث تساعد الدراسة في التعرف على أبعاد مهارات التعامل مع المرضى، وعلاقتها بجودة الخدمة في المستشفيات السودانية.
2. المساهمة في تغطية الفجوة البحثية التي أغفلتها الدراسات السابقة لمعرفة مدى تأثير مهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية.
3. محاولة سد الفجوة في المكتبة العربية بصورة عامة والمكتبة السودانية بصورة خاصة فيما يتعلق بدراسة أثر مهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة في المؤسسات الصحية.

##### - الأهمية العملية

1. توضيح دور مهارات التعامل مع المرضى المستخدمة في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم في تحقيق جودة الخدمة الصحية.
2. الإسهام في تزويد العاملين والكوادر الصحية بالمستشفيات بدراسة تحدد أهم مهارات التعامل مع المرضى.
3. مساعدة متخذي القرار في المستشفيات الخاصة والجهات الصحية ذات العلاقة في كيفية الإستفادة من مهارات التعامل مع المرضى في تحسين جودة الخدمة الصحية.
4. تقديم نتائج وتوصيات تساعد العاملين في المجال الصحي في تطوير وتنمية مهارات التعامل.

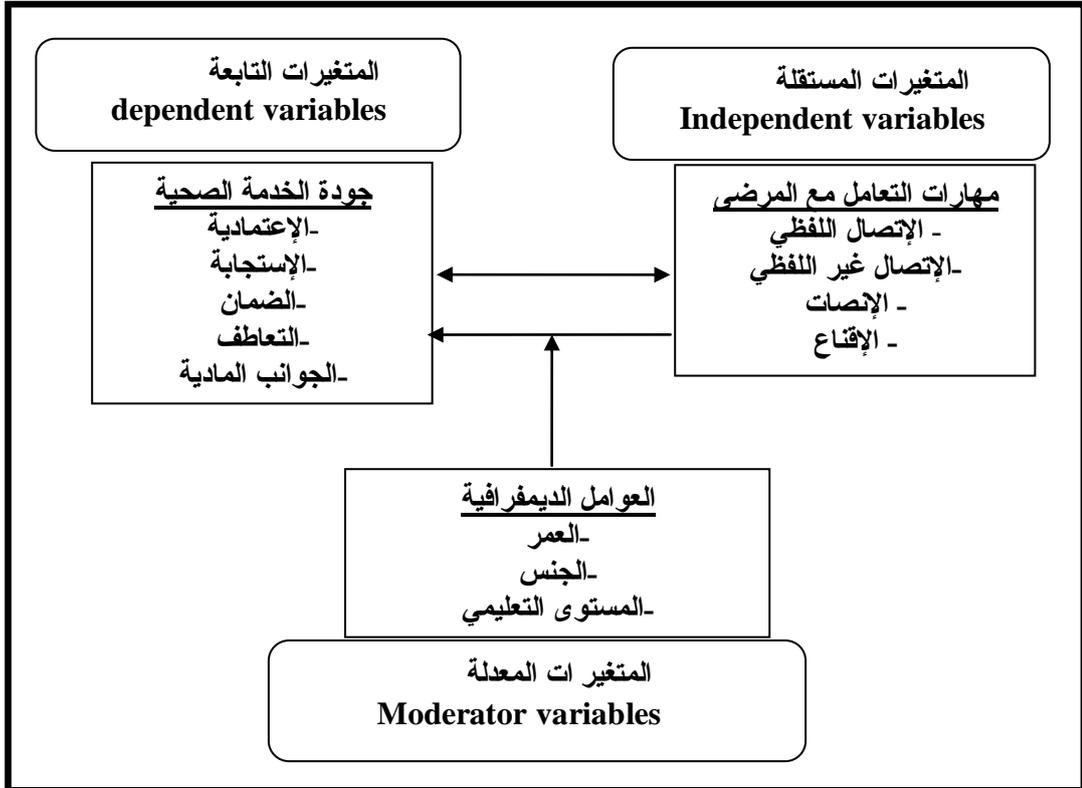
## 6.1 نموذج ومتغيرات الدراسة:

إعتماداً على ماورد في الأدبيات والدراسات السابقة، فإن نموذج هذه الدراسة يعتمد أساساً على نظرية التبادل الإجتماعي (Social Exchange Theory).<sup>(1)</sup> التي بنى على أساسها مفهوم مهاره التعامل ومفهوم جودة الخدمة ، وهى مفهوم نسبي يعتمد على تقييم لحالة تبادل معينة فى فترة زمنية محددة حيث تتداخل الجودة والقيمة بشكل وثيق جداً فى ذهن المرضى بإعتبارهم الحكم النهائى على قيمة أى تبادل، فالجودة والقيمة هى مايراها ويحددها المرضى الذى يقومون بعملية التقييم على أساس المقارنة مع جودة وقيمة الخدمات التى يقدمها المنافسون.

وتم إعداد نموذج الدراسة الموضح فى الشكل إيدناه من أجل ربط متغيرات الدراسة المستقلة بالمتغيرات المعدلة والتابعة وعلاقة كل منهما بالآخر، وقد شملت عملية بناء النموذج تقسيم متغيراته إلى ثلاثة أنواع:

1. المتغيرات المستقلة المتمثلة فى مهارات التعامل مع المرضى.
2. المتغيرات المعدلة المتمثلة فى العوامل الديمغرافية.
3. المتغيرات التابعة المتمثلة فى أبعاد جودة الخدمة الصحية.

شكل رقم (1-1) يوضح نموذج الدراسة المقترح



المصدر: إعداد الباحثة 2016م

<sup>(1)</sup>Blau,P.M, Exchange and power in social life, New York, 1964,p.82

## 7.1 فرضيات الدراسة:

إستناداً على نموذج الدراسة الذي تم توضيحه بالشكل (3-1) ، فقد تم صياغة الفرضيات على النحو التالي:

1. هنالك علاقة إرتباط ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى في المستشفيات الخاصة بموضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً للعوامل الديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي).
3. توجد علاقة تأثير إيجابية لمهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة بموضوع الدراسة بولاية الخرطوم.
4. تؤثر العوامل الديمغرافية في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة بموضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

## 8.1 منهج الدراسة :

يتبع هذا البحث المنهج الوصفي وذلك لمناسبة هذا المنهج للدراسة وأهدافها، والمنهج الوصفي هو المنهج الذي يهتم بتحديد الوضع الحالي للمشكلة ومن ثم العمل على وصفها وتحليلها وتفسيرها وربطها بالظواهر الأخرى.

## 9.1 حدود الدراسة :

حدود مكانية: عينة من المستشفيات الخاصة العاملة بولاية الخرطوم.

حدود زمانية: (2018م)

## 10.1 مصطلحات الدراسة:

أولاً: مهارات التعامل مع المرضى:

-المهارة: "إستعداد أو موهبة طبيعية أو مكتسبة وتنمو بالمعرفة أو التعليم، وتصل بالتدريب، وتجعل الفرد قادراً على الأداء جسمياً أو ذهنياً كما أنها تستخدم في التأثير على سلوك الآخرين، أو تحقيق هدف معين". (1)

**التعامل:** عبارة عن سلوك موجه نحو تحقيق الأهداف، ويستخدم في التفاعل وجهاً لوجه بهدف الحصول على أهداف إيجابية مبتغاه (2).

(1) فهدبن محمد الذويبي، المهارات الإدارية والشخصية وعلاقتها بالتعامل مع الجمهور، رسالة ماجستير غير منشورة، الرياض، 2005م، ص: 25  
(2) جون هيز، مهارات التواصل بين الأفراد في العمل، ترجمة مروان طاهر الزغبي، دار الميسرة للنشر والتوزيع، عمان، 2011م، ص: 28

تعرف مهارات التعامل في هذه الدراسة بأنها: مهارات الإتصال بين المرضى ومقدمى الخدمة الصحية المتمثلة في ( الإتصال اللفظي، الإتصال غير اللفظي، الإنصات، الإقناع).

-**الإتصال:** نشاط هادف لنقل المعلومات من شخص إلى آخر، بغرض إيجاد نوع من التفاهم المتبادل بينهما، وتبادل الأفكار والمعلومات من أجل إيجاد فهم مشترك بين العناصر الإنسانية.<sup>(1)</sup>

-**الجودة:** عرفتها الهيئة الأمريكية المشتركة لإعتماد مؤسسات الرعاية الصحية بأنها: "درجة الإلتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة".<sup>(2)</sup>

-**الخدمة الصحية:** هي الخدمة المقدمة من قبل المستشفيات أو المراكز الصحية أو العيادات الطبية للمستفيدين منها (المرضى)، سواء كانت تشخيصاً أو وصف علاجاً طبياً أو تدخلاً جراحياً ينتج عنه انتفاع ورضا من قبل المستفيدين (المرضى)، بما يؤول لأن يكونوا بحالة صحية أفضل.<sup>(3)</sup>

-**جودة الخدمة:** "مقياس لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات العملاء لهذه الخدمة".<sup>(4)</sup>

-**جودة الخدمة الصحية:** " تحقيق مستوى عالى في الجودة والإمتياز في الخدمات الصحية والطبية التي تقدم للمريض منذ المرة الأولى".<sup>(5)</sup>

### 11.1 هيكل الدراسة:

تم تقسيم هيكل الدراسة إلي المقدمة، و ثلاثة فصول وخاتمة، يقسم كل فصل إلى مباحث، المقدمة وتأتي المقدمة من مبحثين، المبحث الأول بعنوان الإطار المنهجي للدراسة حيث تضمن على ( تمهيد، المشكلة، الأهداف، الأهمية، النموذج، الفرضيات، منهج الدراسة، حدود الدراسة، مصطلحات الدراسة، هيكل الدراسة)، أما **الفصل الأول** بعنوان إديبات الدراسة ويشمل على أربعة مباحث، وهي: الإتصال ومهارات الإتصال، الجودة والجودة الشاملة، جودة الخدمة الصحية، مفهوم المستشفيات، **الفصل الثاني** بعنوان الدراسة الميدانية ويتكون من مبحثين، **الفصل الثالث** بعنوان تحليل بيانات الدراسة واختبار الفرضيات ويقسم إلي مبحثين وأخيراً **الخاتمة** تتناول النتائج والتوصيات ومقترحات لبحوث مستقبلية.

(1) حسين حريم، السلوك التنظيمي سلوك الأفراد والجماعات في منظمات الأعمال، دار حامد للنشر، عمان، 2004، ص: 239

(2) عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2003، ص: 187

(3) مختار بن سعد، حليلة أمشيرى، جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفى الخمس التعليمي من وجهة نظر المستفيدين، المؤتمر الأول للاستثمار والتنمية في منطقة الخمس، جامعة المرقب، ليبيا، 2017، ص: 3

(4) قاسم نايف علوان المحياوى، إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص: 90

(5) آلاء نبيل عبد الرزاق، استخدام تقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية دراسة حالة عينة من مستشفيات مدينة بغداد، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد (90)، 2011، ص: 288

## المبحث الثاني

### الدراسات السابقة

#### 1.2 مقدمة:

تعدّ مراجعة الأبحاث والدراسات السابقة من المراحل المهمة في منهجية البحث العلمي ويحقق الباحث من خلالها فوائد عديدة منها : التعرف على المساهمات السابقة فيما يتعلق بموضوع الدراسة وصياغة فرضياتها، حيث تناولت هذه الدراسة عدداً من الدراسات السابقة، وقد تم تقسيم هذه الدراسات لدراسات عربية، وأخرى أجنبية، وفق ترتيب زمني من الأحدث للأقدم على النحو الآتي:

#### 2.2 الدراسات السابقة العربية:

##### 1/دراسة(شارف 2018م)<sup>(1)</sup>:

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى اعتماد المؤسسة الصحية على إدارة التغيير لتحسين جودة الخدمة المقدمة بالتطبيق على المؤسسة العمومية الاستشفائية مستشفى أحمد بن عجيل بالاغواط. توصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها أن هناك أثر لإدارة التغيير على جودة الخدمة الصحية للمؤسسة محل الدراسة، مستوى جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر العاملين كانت مقبولة. أوصت الدراسة بضرورة تعامل الإدارة مع العاملين بإيجابية والإهتمام بالعلاقات الإنسانية من خلال تقدير الجهد المبذول وإيجاد نظام للحوافز لتشجيع العاملين، ضرورة الإهتمام بمدى رضا المستفيد عن الخدمة المقدمة.

##### 2/دراسة(الأسدي،الصرن 2017م)<sup>(2)</sup>:

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين التدريب وأبعاد جودة الخدمات الصحية ، وذلك من جهة نظر القائمين على المستشفيات الخاصة قيد البحث، والتعرف على أهمية التدريب وعلى مستوى جودة الخدمات الصحية في هذه المستشفيات.

توصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التدريب وجميع أبعاد جودة الخدمة الصحية في المستشفيات محل الدراسة، هناك فروق جوهرية بين مستشفيات عينة البحث من حيث التدريب، وأبعاد جودة الخدمة الصحية. أوصت الدراسة بالإهتمام بشكل أكبر بجودة التدريب، الاستمرار في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، من خلال إلقاء الضوء على نقاط الضعف ومعالجتها ، وتعزيز نقاط القوة والاستمرار بها.

(1) عبد القادر شارف، أثر إدارة التغيير على جودة الخدمة الصحية-دراسة حالة مستشفى أحمد بن عجيل بالاغواط، المجلة العربية للإدارة، الجزائر، المجلد (38)، العدد (3)، 2018م، ص:171-188

(2) طارق الأسدي، رعد الصرن، العلاقة بين التدريب وأبعاد جودة الخدمة الصحية -دراسة ميدانية على بعض المستشفيات الخاصة بمحافظة دمشق، مجلة جامعة دمشق، المجلد (39) العدد (44) 2017م، ص:155-188

### 3/دراسة(عيسى 2017م)<sup>(1)</sup> :

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر عناصر المزيج التسويقي الإلكتروني على جودة الخدمة المدركة في شركات الاتصالات السودانية، واختبار الدور المعدل لخصائص العميل في العلاقة بين عناصر المزيج التسويقي الإلكتروني والجودة المدركة.

توصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: أن هناك علاقة إيجابية بين عناصر المزيج التسويقي والجودة المدركة(الإعتمادية، الملموسية، الإستجابة، التعاطف، الأمان)، وأن العوامل الديمغرافية المتمثلة في(الدخل الشهري، والنوع)لم يكن لها دور إيجابي في تعديل العلاقة بين عناصر المزيج التسويقي والجودة المدركة، وأن العمر له أثر إيجابي في العلاقة. أوصت الدراسة بضرورة تعميم استخدام الإنترنت في كل المؤسسات، وفي كافة مجالات التعامل.

### 4/دراسة(اندارة 2016م)<sup>(2)</sup>:

هدفت الدراسة إلى فهم تأثير الثقافة على جودة الخدمة المدركة الذي بدوره يؤدي إلى رضا العملاء في القطاع المصرفي. وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها : أن بعض أبعاد الثقافة لها تأثير على جودة الخدمة المدركة وبالتالي على رضا العملاء.

أوصت الدراسة برفع مستوى كفاءة العاملين بالمصارف من خلال التدريب والتطوير، وتعزيز ثقة العملاء في مصارفهم التجارية مما يساهم في رسم صورة ذهنية جيدة لدى المواطنين، وبالتالي زيادة موارد المصارف وانعكاسه في تقديم خدمات أفضل.

### 5/دراسة(بوخلوة 2016م)<sup>(3)</sup>:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر الدعم التنظيمي على جودة الخدمات الصحية بالتطبيق على مؤسسة صحية عامة وهي مستشفى الأم والطفل بتقريت، بالإضافة إلى التعرف على الاختلاف في تصور عينة الدراسة حول جودة الخدمات الصحية في المؤسسة، بحيث يعزى هذا الاختلاف إلى الجنس، العمر، التحصيل العلمي، عدد سنوات الخبرة.

توصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: أنه يوجد أثر إيجابي لأبعاد الدعم التنظيمي(العدالة التنظيمية، سلوك القادة المساندة، المشاركة في إتخاذ القرارات، الدعم وتأكيد الذات لدى العاملين)على جودة الخدمات الصحية، لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى(0.05) بين تصور العاملين في مستشفى الأم والطفل بتقريت حول جودة الخدمات الصحية تعزى إلى متغير العمر، المؤهل العلمي،

(1) إبراهيم صلاح إبراهيم عيسى، الدور المعدل لخصائص العميل في العلاقة بين عناصر المزيج التسويقي الإلكتروني والجودة المدركة- دراسة حالة مجموعة شركات الاتصالات السودانية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا ، 2017م

(2) يوسف محمد اندارة، تأثير الثقافة على جودة الخدمة المدركة ورضا العملاء في البنوك التجارية الليبية، مجلة التنمية البشرية للأبحاث، جامعة العلوم الإدارية المجلد(2)، العدد(3)، 2016م.

(3) باديس بوخلوة، سهيلة قمو، أثر الدعم التنظيمي على جودة الخدمات الصحية -دراسة ميدانية مستشفى الأم والطفل بتقريت من وجهة نظر العاملين، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية ، العدد (5)، 2016، ص:1-20

وعدد سنوات الخبرة، بينما توجد فروق في تصور العاملين حول جودة الخدمات الصحية تعزى إلى الجنس. وأوصت الدراسة بضرورة تطبيق الدعم التنظيمي لمعرفة حاجات ورغبات العاملين والعمل على تلبيتها لتحقيق جودة الخدمة التي يقدمونها، ضرورة تفعيل الأبعاد الأكثر تشجيعاً للعاملين من أجل تقديم خدمة متميزة.

6/دراسة (أحمد2015م)<sup>(1)</sup>:

هدفت الدراسة للتعرف على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية ، ومعرفة العلاقة بين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية من وجهة نظر المرضى أو المراجعين وأبعاد جودة الخدمة.

توصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: يوجد إدارك تام لدى المرضى والمراجعين في السودان للمستويات المطلوب توفرها في المستشفيات عند تقديم الخدمات الصحية، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمستويات جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية عند مستوى معنوية أقل من (0.05) تبعاً للمتغيرات الديمغرافية للعينة المتمثلة في النوع والعمر والتعليم والدخل ومكان السكن. وأوصت الدراسة بالإهتمام بتوفير الكوادر الطبية والكوادر المساعدة المطلوبة في المستشفيات الحكومية، تهيئة المستشفيات الحكومية بالأجهزة والمعدات المطلوبة، إجراء مثل هذه الدراسة على المرضى والمراجعين في مستشفيات حكومية أخرى في الولاية ، وبالولايات الأخرى.

7/دراسة الخالدي(2015م)<sup>(2)</sup>:

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تأثير إلتزام المستشفيات بالمسؤولية الاجتماعية في جودة الخدمة الصحية المدركة في المستشفيات الخاصة بمدينة عمان.

توصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: وجود أثر ذي دلالة إحصائية لأبعاد المسؤولية الاجتماعية في جودة الخدمة المدركة. وأوصت الدراسة بضرورة الإهتمام بأبعاد المسؤولية الاجتماعية لما لها من أهمية في جودة الخدمات الصحية، من خلال إنشاء وحدات متخصصة لمواضيع المسؤولية الاجتماعية.

(1) محمد نور الطاهر أحمد، مرجع سبق ذكره ص: 899-920

(2) إبراهيم على الخالدي، أثر التزام المستشفيات بالمسؤولية الاجتماعية في جودة الخدمة الصحية المدركة - دراسة تطبيقية على عينة من المرضى في المستشفيات الخاصة بمدينة عمان، رسالة ماجستير غير منشورة ،جامعة الزرقاء، 2015م، ص: 4-65

## 8/ دراسة مسعود (2015م)<sup>(1)</sup>:

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر الإعلان الإلكتروني على مراحل تبني المنتجات الجديدة (خدمة الإيداع النقدي) لدى عملاء المصارف في ولاية الخرطوم، ومعرفة تأثير الاتجاهات نحو مراحل تبني المنتجات الجديدة، واختبار الدور المعدل للعوامل الديمغرافية في العلاقة بين الاتجاهات ومراحل عملية تبني المنتجات الجديدة. وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: وجود علاقة تأثير بين الاتجاهات ومراحل عملية التبني (خدمة الإيداع النقدي)، أن بعض العوامل الديمغرافية المتمثلة في (العمر، النوع، المؤهل العلمي، الدخل) تؤثر في العلاقة بين الاتجاهات ومراحل عملية تبني المنتجات الجديدة.

## 9/ دراسة (برهوم، سعيد 2014م)<sup>(2)</sup>:

هدفت الدراسة للتعرف على أثر عناصر الابتكار التسويقي (الأفراد، الإجراءات، التكنولوجيا) على جودة الخدمات الصحية بأبعدها (الإعتمادية، الملموسية، الإستجابة، الأمان، التعاطف) في مستشفى الباسل بطرطوس. وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: وجود تأثير معنوي لمجمل عناصر الابتكار التسويقي على إجمالي أبعاد جودة الخدمات الصحية، وأوصت الدراسة: ضرورة أن يقوم المستشفى بإدخال تحسينات واقعية ومستمرة على الخدمات وأساليب تسويقها، وتعزيز دور الأفراد القائمين على تقديم الخدمات الصحية وذلك من خلال إخضاعهم للتدريب المستمر والذي يمكنهم من تقديم الخدمات الصحية بجودة عالية.

## 10/ دراسة (شعبان، سليم 2014م)<sup>(3)</sup>:

هدفت الدراسة إلى تحديد دور الذكاء الإداري في تعزيز أبعاد جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الحكومية بمدينة دهوك بالعراق من وجهة نظر العاملين. وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: وجود علاقة ارتباط معنوية بين الذكاء الإداري وجودة الخدمة الصحية في المستشفيات المبحوثة، وجود تأثير للذكاء الإداري على جودة الخدمات الصحية وكانت مؤشرات الذكاء العقلي أكبر من مؤشرات الذكاء العاطفي. وأوصت الدراسة بمحاولة تعزيز بعد الذكاء العاطفي بشكل أكبر وتحديد الطرق والإجراءات المناسبة لتحقيق ذلك ومراعاة عادات وتقاليد المنطقة وطبيعة عمل المستشفيات التي تتصف بالإنسانية.

(1) عمر ساسي عمر مسعود، الدور المعدل للعوامل الديمغرافية في العلاقة بين الإعلان الإلكتروني واتجاهات العملاء نحو تبني تكنولوجيا الخدمات الجديدة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم، 2015م.

(2) اديب برهوم، رشا سعيد، أثر الابتكار التسويقي على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى في مستشفى الباسل بطرطوس مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد (36)، العدد (4)، 2014م ص: 273-292

(3) فرست علي شعبان، فهمين عصمت سليم، دور الذكاء الإداري في تعزيز أبعاد جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الحكومية بمدينة دهوك- العراق من وجهة نظر العاملين، مجلة جامعة زاخو، المجلد (2)، العدد (1)، 2014م، ص: 228-248

### 11/ دراسة (عبد الفتاح، محمد علي 2014م)<sup>(1)</sup>:

هدفت الدراسة لقياس مستوى الجودة المدركة من قبل المنتفعين بالخدمات الصحية، قياس أثر الجودة المدركة للخدمات علي رضا وولاء المنتفعين بها وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: يوجد تأثير معنوي موجب لعاملي الجودة المدركة للخدمات الصحية وجودة العلاقات العامة علي ولاء المنتفعين من الخدمة الصحية، يوجد تأثير معنوي للرضا علي ولاء المنتفعين. وأوصت الدراسة بضرورة إعداد برامج تدريبية متخصصة لمقدمي الخدمة الصحية عن طب الأسرة فيما يتعلق بالتخطيط الإستراتيجي لتطوير وحدات الرعاية الصحية، تشكيل لجنة فنية مع جميع التخصصات الطبية والتمريضية والفنية والإدارية لتقييم رضا المنتفعين ومقدمي الخدمة بصفة دورية.

### 12/ دراسة (أحلام 2014م)<sup>(2)</sup>:

هدفت الدراسة إلي تبين الفائدة التي يمكن أن تعود على المؤسسة الصحية من استخدام صفوف الانتظار كأحد أساليب بحوث العمليات، كما هدفت لإيضاح مدى مساهمة نظرية صفوف الانتظار في حل مشكلة ازدحام المرضى في المؤسسة ودورها في تحسين جودة الخدمات المقدمة، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: معظم العاملين في المؤسسة ليست لديهم أدنى معرفة بنماذج صفوف الانتظار، عدم وجود أقسام في المؤسسة تهتم بحل المشاكل المختلفة بالطرق العلمية بصفة عامة، وبأساليب بحوث العمليات خاصة، وأوصت الدراسة بضرورة استخدام نماذج صفوف الانتظار من أجل تحسين جودة الخدمات في جميع المؤسسات التي تعاني من مشكلة الأزدحام، وخاصة المؤسسات الصحية التي تكون فيها مشكلة انتظار المرضى أثر كبير على جودة الخدمات المقدمة، وضرورة تدريب العاملين في المؤسسات على استخدام مختلف أساليب بحوث العمليات وذلك من أجل تنمية مهاراتهم.

### 13/ دراسة (سيف 2013م)<sup>(3)</sup>:

هدفت الدراسة للكشف عن إتجاهات مرضى السكري نحو مستويات تطبيق أبعاد جودة الخدمات الصحية وأثر ذلك في نتائج المرضي من حيث الرضا والنتائج الصحية. توصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: أن مراكز الرعاية الأولية تطبق أبعاد جودة الخدمات بمستويات مقبولة، وأن رضا المرضى يتصف بالمقبول، هنالك أثر لتطبيق أبعاد جودة الخدمات في مستويات نتائج المرضى الصحية، وأوصت الدراسة باستحداث انظمة للعمل تعتمد علي وضع نظام للمواعيد

(1) محمد نجيب، ماهر محمد علي، قياس أثر الجودة الشاملة للخدمات الصحية علي ولاء المستفيدين في مصر، دورية صحة الأسرة العربية والسكان: بحوث ودراسات، المجلد (7)، العدد (18)، 2014م، ص: 47-64

(2) دريدي أحلام، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية رسالة ماجستير غير منشورة، الجزائر، 2014م ص: 123-125

(3) ناصر إبراهيم سيف، أثر تطبيق أبعاد جودة الخدمات في نتائج المرضى، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد (9)، العدد (4)، الأردن 2013م، ص: 745-763

المسبقة تقود إلى تسهيل الوصول للخدمات،إلتزام الإدارات الصحية بتوفير الخبرات الصحية المؤهلة، تحسين بيئة تقديم الخدمات الصحية بما يتناسب وإحتياجات ومتطلبات المرضى.

#### 14/دراسة(سالم 2013م)<sup>(1)</sup>:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة وتقييم مستوى الخدمات الصحية المقدمة إلى المستفيدين في المستشفيات الأهلية في محافظة البصرة من خلال قياس أبعاد جودة هذه الخدمات المتمثلة (الملموسية والإعتمادية والإستجابة والأمان والتعاطف،الفندقة) باستخدام إستمارة إستبانة محكمة ومختبرة تضمنت ستة متغيرات تمثل أبعاد جودة الخدمات الصحية. وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: تتوفر في بعض المستشفيات قيد البحث (الموسوي،ابن البيطار)أبعاد جودة الخدمات الصحية، وأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مجال جودة الخدمات الصحية بين المستشفيات الأهلية وأوصت الدراسة بضرورة الإهتمام بمعايير جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الأهلية والنظر إليها على أنها نظام متكامل من الخدمات عن طريق نشر ثقافة الجودة في المستشفيات،وزيادة الكوادر التمريضية والخدمية في المستشفيات الأهلية لضمان سرعة الإستجابة وتلبية حاجات المرضى.

#### 15/دراسة(حاج2012م)<sup>(2)</sup>:

هدفت هذه الدراسة إلى: التعرف بأهم النظريات والمساهمات الفكرية التي تتعلق بأثر تدريب المورد البشري الصحى علي الجودة وعلاقتها بتحسين الجودة وتقييمها، التعرف علي أثر التدريب علي مستوى الرضا الوظيفي، مستوى الكفاءة التشغيلية،مستوى التحسين المستمر مع المرضى،وغيرها من المتغيرات التي تساعد في قياس أثر التدريب علي تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية. وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: وجود إتجاهات قوية لدى مفردات العينة في المستشفيات محل الدراسة بصلاحية التدريب لتحقيق الإرتقاء بأداء العاملين وتحسين الجودة الشاملة فيها،وجود أثر ذي دلالة إحصائية عند مستوى معنوية(0.05) لأبعاد التدريب (الإحتياجات التدريبية، تصميم البرامج التدريبية، تنفيذ العملية التدريبية،تقييم العملية التدريبية، تقييم بيئة العمل الداخلية) مجتمعة في تحسين مستوى الرضا الوظيفي من وجهة نظر مفردات العينة وأن التدريب يساهم في تحسين العلاقة بين العاملين الصحيين والمرضى وكذلك عائلاتهم من خلال حسن المعاملة والإهتمام بمشاكلهم وتقديم الخدمة الصحية لهم في الزمان والمكان المناسبين. وأوصت الدراسة: ترشيح القناعة لدى إدارة المستشفى والعاملين في كافة المستويات التنظيمية بأهمية التدريب والفوائد الناجمة عن تطبيقه، ويجب علي المستشفيات إجراء الدراسات العلمية للتعرف علي إحتياجات العاملين ونقاط الضعف وكفاءتهم.

(1) وفاء علي سالم، مرجع سبق ذكره،ص: 74-113

(2) سيد أحمد حاج،أثر التدريب علي تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، أطروحة دكتوراه غير منشورة ،جامعة الجزائر،

2012م،ص: 4-248

## 16/ دراسة (مصلح 2012م)<sup>(1)</sup> :

هدفت الدراسة إلى التعرف علي مستوى الخدمات الفعلية المدركة من قبل العاملين والمرضى بالمستشفيات العامة في مدينة قلقيلية، والتعرف إلي تأثير (متغيرات المستشفى، المبحوث، الجنس، الحالة الاجتماعية، المؤهل العلمي، الوظيفة) علي درجة التقييم، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: أن إستجابات عينة الدراسة نحو قياس جودة الخدمات الفعلية والمدركة من قبل العاملين والمرضى كانت عالية على مجالات الدراسة كافة وعلى الدرجة الكلية. وكذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية على المجالات الآتية: (قوة الإستجابة، الأمان، الثقة، والتعاطف) لتعزي لمتغير الجنس كانت لصالح الذكور.

وأوصت الدراسة: العمل علي 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.

## 17/ دراسة (الضمور، بوقجاني 2012م)<sup>(2)</sup> :

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر جودة الخدمات الصحية في درجة ولاء المرضى. وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: إن مستوى جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجامعة الأردنية حسب مقياس الفجوات (Servqual) متدني نسبياً، وإن أهم الأبعاد المكونة لجودة الخدمات الصحية السائدة في مستشفى الجامعة الأردنية وفقاً لمقياس الفجوات (Servqual) هي على التوالي: بعد الملموسية، بعد الإستجابة، بعد الإعتمادية، التأكيد، التعاطف، وكانت الملموسية الأكثر تأثيراً في ولاء المرضى، التعاطف، الإعتمادية، ثم يأتي التأكيد وفي الأخير تأتي الإستجابة. وأوصت الدراسة بضرورة التحسين المستمر لجودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفى الجامعة الأردنية للتماشي مع التطور التكنولوجي وديناميكية السوق الصحي، ضرورة الإستعانة بالأساليب والتوجهات التسويقية الحديثة في التعامل مع المرضى التي تستدعي أخذ وجهات نظر المرضى بعين الإعتبار لتطوير الخدمات الصحية التي يقدمها مستشفى الجامعة الأردنية.

## 18/ دراسة (ذياب 2012م)<sup>(3)</sup>

هدفت الدراسة إلى قياس جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين. وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: أن المستشفيات الحكومية تتوفر فيها

(1) عطية مصلاح، قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات العدد (27)، المجلد (2)، 2012م، ص: 12

(2) حامد الضمور، جناة بوقجاني، أثر جودة الخدمات الصحية في درجة ولاء المرضى في مستشفى الجامعة الأردنية، مجلة مؤتة للبحوث والدراسات، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد (27)، العدد (3)، 2012م، ص: 69-116

(3) صلاح محمود ذياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد العشرين العدد الأول، 2012م، ص: 69

تطبيق أبعاد الخدمة الطبية الإعتدائية، الملموسية، التعاطف والأمان باستثناء بعد الإستجابة وذلك من وجهة نظر العاملين في المستشفيات مع الأخذ بعين الإعتبار أن هذا التطبيق متباين بين الأبعاد الخمسة، وكان تقييم المرضى للأبعاد نفسها متقارب فيما يتعلق بالأبعاد جميعها ماعدا بعدي الإستجابة والتعاطف، أيضاً لم تظهر الدراسة أية فروق في تقييم المرضى لأبعاد الجودة يعزى لأي من المتغيرات الديمغرافية. وأوصت الدراسة بضرورة إلتزام إدارة المستشفى بتقديم الخدمات الطبية للمريض في الوقت المحدد وإعطاء الإهتمام لمشاكل المرضى والمحافظة على السجلات الطبية وسريتها، وتبسيط الإجراءات لتقديم الخدمات الطبية بالإضافة إلى إستحداث وحدة إدارية تعنى بالجودة و أبعادها.

### 19/ دراسة (سالم، 2011م):<sup>(1)</sup>

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر العلاقات التسويقية (الإلتزام، الإلتصال، الرضا، الثقة) وأبعاد جودة الخدمة (الجوانب الملموسة، الإعتدائية، التعاطف، الأمان، الإستجابة) على ولاء العملاء. توصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: وجود علاقة قوية بين أبعاد العلاقات التسويقية (الإلتزام، الإلتصال، الرضا، الثقة) وأبعاد جودة الخدمة (الجوانب الملموسة، الإعتدائية، التعاطف، الأمان، الإستجابة) وولاء العملاء، أن المستوى التعليمي هو المتغير الوحيد الذي كان له أثر على العلاقة بين العلاقات التسويقية وجودة الخدمة وولاء العملاء من بين المتغيرات المعدلة المستخدمة (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الدخل). وأوصت الدراسة بضرورة الإهتمام بالعلاقات التسويقية وجودة الخدمة لبناء ولاء قوى لدى العملاء.

### 20/ دراسة (أبو قعود، وآخرون 2011م):<sup>(2)</sup>

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر عناصر المزيج التسويقي الخدمي في جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى في المستشفيات الحكومية الأردنية وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: أن معظم عناصر المزيج التسويقي الخدمي لها علاقة تأثيرية في جودة الخدمات الصحية وفقاً لأبعاد قياس الجودة الخمس، وأن اختلاف الخصائص الديمغرافية للمرضى انعكس في اختلاف مستوى تقييمهم لجودة الخدمات الصحية المقدمة في تلك المستشفيات. وأوصت الدراسة بتبني المفهوم الحديث للتسويق والاستفادة من المؤهلات العلمية المتخصصة في التسويق، وتفعيل دور صناديق الشكاوي والمقترحات في المستشفيات الأردنية وإعطاء إهتمام أكثر لعامل جودة الخدمات الطبية.

(1) عيسى سالم على، أثر العلاقات التسويقية وجودة الخدمة على ولاء العملاء- دراسة على الخدمات الفندقية في مدينة عدن ، رسالة دكتوراه غير منشورة جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم، 2011م، ص: 1

(2) فراس أبو قعود، محمد الشورة، سليمان الحوري، أثر عناصر المزيج التسويقي الخدمي في جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى في المستشفيات الحكومية في عمان، مجلة أبحاث اليرموك: سلسلة العلوم الإنسانية ، المجلد ( 27 )، العدد ( 1 ب )، 2011م، ص: 417

## 21/دراسة (عبد الرزاق 2011م):<sup>(1)</sup>

هدفت الدراسة لبيان دور التقانات الطبية الحديثة في تحقيق جودة الخدمة الصحية في المنظمات الصحية، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: هناك علاقة إرتباط بين تقانة المعلومات وجودة الخدمة الصحية حيث أن تقانة المعلومات تؤثر معنوياً علي أبعاد الجودة الصحية، إن استخدام التقانات الصحية الحديثة (التشخيصية والعلاجية والتحليلية) له دور كبير في تحقيق أهداف المنظمات الصحية المتمثلة بتحقيق الجودة في الخدمات الصحية، إن توفر التقانات الصحية الحديثة في المستشفيات يؤثر في مستوى رضا المريض عن مدى جودة الخدمة الصحية المقدمة له، وأوصت الدراسة بالعمل على تغيير التقانات التشخيصية والعلاجية والتحليلية باستمرار لمواكبة التطور العلمي والتكنولوجي وتزويد المنظمات الصحية بأخر ماتوصل إليه العلم الحديث ، وضرورة إهتمام إدارات المستشفيات في تفعيل دور التقانات العلاجية المتوفرة لديها لمعالجة الحالات المرضية، على المستشفيات تطبيق نظم ضبط الجودة من أجل الحصول على أفضل النتائج ودرجات عالية من المصدقية الصحية في تقديم الخدمات الصحية.

## 22/ دراسة (أبوغزة 2010م):<sup>(2)</sup>

هدفت الدراسة إلي قياس الجودة المدركة لخدمة الرعاية الطبية وتحديد وترتيب أبعادها الرئيسية في المستشفيات الحكومية والأهلية في فلسطين. وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: عدم وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية لجميع عناصر الجودة المدركة تبعاً لخصائص المرضى الديموغرافية وذلك عند مستوى معنوية (0.05) ما عدا العناصر الملموسة لها فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.05)، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.05) بين توقعات المرضى لجودة خدمة الرعاية الطبية وبين إدراك المرضى للأداء الفعلي لهذه الخدمة بالنسبة لمختلف أبعاد جودة الخدمة. وأوصت الدراسة: تنمية المهارات السلوكية لجميع مقدمي خدمة الرعاية الطبية بهذه المستشفيات لتحسين إستجاباتهم لإحتياجات المرضى وضمان السرعة في تقديم الخدمة وكسب تعاون المرضى معهم، وضرورة إستحداث أقسام جديدة تفتقر إليها المستشفيات الحكومية والأهلية.

(1) آلاء نبيل عبد الرزاق، مرجع سابق ذكره، ص: 282-294

(2) بسام عبد القادر عبد ربه، قياس جودة خدمة الرعاية الطبية وتقييمها-دراسة حالة المستشفيات الحكومية والأهلية في فلسطين، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم ، 2010م. ص: 1

## 23/ دراسة (يوسف 2010م):<sup>(1)</sup>

هدفت الدراسة إلى: التعرف علي الجودة المدركة ورضا المرضى المتلقين للعلاج في المستشفيات الحكومية والخاصة في دولة الكويت كما أنها سعت إلى التعرف إلى الدور الذي تلعبه الاتصالات والمعلومات كمتغير وسيط مابين الجودة والرضا، وتوصلت الدراسة إلى: إرتفاع الجودة المدركة وكذلك رضا المرضى في مستشفى السلام الدولي الخاص قياساً بالمستشفى الأميري الحكومي، وجود أثر ذي دلالة إحصائية لجودة الرعاية الصحية المدركة (الملموسية، الإعتيادية، الإستجابة، الأمان، التعاطف، إمكانية الوصول وتوفير الخدمة) على رضا المرضى متلقي العلاج في كلا المستشفيات عينة الدراسة عند مستوى معنوية (0.05)، وجود أثر ذي دلالة إحصائية للاتصالات والمعلومات على رضا المرضى متلقي العلاج في كلا المستشفيات عينة الدراسة عند مستوى معنوية (0.05)، وأهم ما أوصت به الدراسة ضرورة إيلاء المستشفيات وبصفة خاصة المستشفى الحكومي إهتمام أكثر في البيئة المادية لخدمة الرعاية الصحية، تدريب وتأهيل العاملين في المستشفى الأميري الحكومي حول آليات تفهم إحتياجات المرضى وتلبيتها بسرعة وبدقة متناهية.

## 24/ دراسة (الرواشدة ،الصمادي 2010م):<sup>(2)</sup>

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم ومعرفة مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين في القطاع الصحي العام والخاص من خلال قياس متغيرات تتعلق بمستوى الخدمات الصحية (إجراءات الإستقبال ومعاملة الجهاز الطبي والتمريضي وإجراءات ونظام العمل والتوعية الصحية والظروف البيئة الداخلية والخارجية ومستوى التأمين الصحي). وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها أن مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين من التأمين الصحي في المستشفيات الحكومية والخاصة منخفضة، وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للمتغيرات الديموغرافية الفئة العمرية، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعود للمتغيرات الديموغرافية الباقية، وهي الجنس والراتب الشهري ومكان الإقامة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى خدمات المستشفيات الحكومية والخاصة تعزى لصالح القطاع الخاص. وأوصت الدراسة تقديم النشرات والندوات والمحاضرات في التوعية الصحية وأن يوفر التأمين الصحي للمستفيدين الرعاية الصحية الكافية خاصة في القطاع العام وذلك من أجل زيادة إنتاجية الأفراد ليعود نفعاً على زيادة الدخل القومي للدولة.

(1) أحمد عباس يوسف، مرجع سابق ذكره، ص: 8-145

(2) فراس محمد الرواشدة وآخرون، تقييم مستوى الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين من التأمين الصحي في الأردن، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد السادس، العدد (4)، 2010م، ص: 476

## 25/ دراسة (الطويل، وآخرون 2010م):<sup>(1)</sup>

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية في مجموعة من المستشفيات في محافظة نينوى وتحديد المستشفى الأكثر إستجابة لأبعاد جودة الخدمات. وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها وجود تباين بين تقييم العاملين لأبعاد جودة الخدمات الصحية في المستشفيات في محافظة نينوى وكذلك تباين آراء العاملين في وجود أبعاد جودة الخدمة في نفس المستشفيات، وأن هناك فروقات بين المستشفيات في تطبيق أبعاد الجودة. وأوصت الدراسة بزيادة إهتمام إدارات المستشفيات قيد البحث بتبني أبعاد جودة الخدمات الصحية والعمل على تحقيقها بصورة أفضل، إستحداث وحدة إدارية تهتم وتعني بمتابعة تبني المستشفى لأبعاد جودة الخدمة وتحديد مدى الإستجابة لها باستمرار من أجل الوقوف على نقاط الضعف ومعالجتها بهدف تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة إلى المستفيدين.

## 26/ دراسة (برهوم، وآخرون 2007م):<sup>(2)</sup>

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر التدريب على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات وزارة التعليم العالي بالتطبيق على مستشفى الأسد الجامعي في اللاذقية، وتوضيح مفهوم إدارة الجودة الشاملة، ومدى إمكانية اعتمادها في عمل المستشفيات التعليمية. وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها جودة التدريب تنعكس إيجابياً على جودة الخدمات المقدمة في المستشفى، عدم توفر البرامج التدريبية الخاصة بنشر ثقافة الجودة والجودة الشاملة في الخدمات الطبية والتدريبية في المستشفى. وأوصت الدراسة بالإستمرارية في التدريب، وربط العملية التدريبية بعوامل تحفيزية مادية ومعنوية، وإعتماد مدخل إدارة الجودة الشاملة في التدريب بوصفه النواة التي يتم من خلالها تدريب الكوادر العاملة في المستشفى وتأهيلهم.

(1) أكرم أحمد الطويل وآخرون، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى في العراق، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد (6)، العدد (19)، 2010م، ص: 9-38

(2) أديب برهوم وآخرون، أثر التدريب على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات وزارة التعليم العالي-دراسة تطبيقية على مستشفى الأسد الجامعي في اللاذقية، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية -سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية المجلد (29)، العدد (2)

2007م، ص: 203-225

## 3.2 الدراسات السابقة الأجنبية:

### 1/ دراسة (Abbas,2017) (1):

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم نظام إدارة الشكاوي في المستشفيات السودانية من وجهة نظر العاملين وأثرها في تحسين جودة الخدمات الصحية بالتطبيق على مستشفى رويال كير العالمي، وتوصلت الدراسة إلى نتائج منها يوجد أثر إيجابي لفعالية نظام إدارة الشكاوي في تحسين جودة الخدمات الصحية. وأوصت الدراسة بضرورة نشر سياسة إدارة الشكاوي داخل المؤسسات الصحية وإدراجها ضمن مسؤوليات الموظفين، وأيضاً ضرورة إشراك العاملين في تصميم نظام إدارة الشكاوي لتعزيز الوعي لديهم عن كيفية التعامل مع الشكاوي بمختلف أنواعها من أجل تحسين الخدمات الصحية.

### 2/ دراسة (Pitchayadejanant, Nakpathom, 2016) (2):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الأثر بين جودة الخدمة ورضا العملاء، ومعرفة الدور المعدل للمتغيرات الديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الدخل) في العلاقة بين جودة الخدمة ورضا العملاء. وتوصلت الدراسة إلى نتائج منها أن الجنس يؤثر على العلاقة بين الضمان ورضا العملاء، وأن العمر يؤثر على العلاقة بين الضمان ورضا العملاء، أيضاً يؤثر الجنس على العلاقة بين التعاطف ورضا العميل، وأن مستوى الدخل يؤثر على العلاقة بين الموثوقية ورضا العميل، أيضاً يؤثر مستوى التعليم على العلاقة بين الرضا وولاء العملاء.

### 3/ دراسة (Seyed Aliakbar, et al, 2016) (3):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين مهارات الإتصال الفعال للمديرين والإبداع من الموظفين في محافظة كلستان- إيران. وتوصلت الدراسة إلى نتائج منها أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين التواصل الفعال من المديرين والإبداع من الموظفين. وأوصت الدراسة أنه من المستحسن عقد دورات تدريبية لتعزيز مهارات الإبداع والتواصل، وأيضاً يقترح أن يكون نظام الإقتراحات والانتقادات في المنظمة نشطة وتعطي الرد المناسب لجميع التعليقات.

(1) Weam Abbas AbdIwahab Abbas, Impact of Complaints Management System Effectiven in the Health Services quality- Case Study of Royal Care International Hospital Master of Quality Manage ment & Excellence, Sudan University of Science and Technology, Khartoum,2017, pp2-65

(2) Krittipat Pitchayadejanant, Parinya Nakpathom, The Effect of Demographic Information as Moderator toward Relationship between Service Quality, Customer Satisfaction, and Customer Loyalty in Thai Low Cost, Carriers' Passengers, Journal of Marketing Management, Vol (4) No (1), 2016, pp172-182

(3) Seyed Aliakbar, et al " The Relationship between Effective Communication Skills of Managers and Creativity of Staff"- Iran, Journal of Management Sciences, Vol. 2 No. 5, 2016, pp274-277

#### 4/دراسة (Christins Vanathas,et al, 2016) (1) :

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة العلاقة بين إشارات الإتصال غير اللفظي ورضا العملاء في القطاع المصرفي بماليزيا، وأستكشف العلاقة بين إشارات الإتصال غير اللفظي ورضا العملاء، حيث شارك في هذه الدراسة (150) عميلاً مصرفياً. ومن أهم النتائج أن الإتصال غير اللفظي (تعبيرات الوجه، حركة الرأس) يؤثر بشكل كبير علي رضا العملاء، وأن الابتسامة من أهم تعبيرات الوجه تليها الإتصال بالعين، في التأثير على رضا العملاء.

#### 5/دراسة (Sanjar, et. al, 2015) (2) :

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين مهارات الإتصال المتمثلة في (مهارات الإتصال اللفظي، الإنصات، التغذية العكسية) والتزام الموظفين في شركات الاتصالات السلوكية واللاسلكية في باكستان. وتوصلت الدراسة إلى نتائج منها وجود علاقة معنوية بين مهارات الإتصال والإلتزام التنظيمي. وأوصت الدراسة بضرورة بذل جهود مثل التدريب أثناء الخدمة في اختيار المديرين، والنظر إلى المهارات التواصلية كميزة إيجابية.

#### 6/دراسة (Ali Tarhini,et.al,2014) (3) :

هدفت هذه الدراسة إلى قياس العوامل التي تؤثر على نية الطلاب السلوكية في إعتقاد تكنولوجيا التعلم الإلكتروني ومعرفة الأثر المعدل للعمر والجنس على العلاقات بين العوامل المؤثرة على قبول التعليم الإلكتروني ونية الطلاب السلوكية، إعتمدت الدراسة على عينة من (604) طالباً استخدموا التعليم على الويب في جامعة بروني في إنجلترا، وتم استخدام التحليل العاملي التوكيدي لأداء الإعتدافية والصلاحية، ونمذجة المعادلة الهيكلية (ESM) لاختبار نموذج البحث.

وتوصلت الدراسة إلى نتائج منها: هنالك علاقة تأثير مباشر إيجابي للعوامل المؤثرة على قبول التعليم الإلكتروني ونية الطلاب السلوكية، وأن الجنس لا يعدل العلاقة بين العوامل المؤثرة على قبول التعليم الإلكتروني ونية الطلاب السلوكية، وأن العمر يعدل العلاقة بين العوامل المؤثرة على قبول التعليم الإلكتروني ونية الطلاب السلوكية.

(1)Christins Vanathas, et al, Non-verbal Communication and satisfaction Banking Industry-Malaysia, Journal Inter National Business Management, Vol (10) No (4),2016, pp324-328

(2) Sanjar Salajegheh & Mahdi Moslehi, Examination of Relationship Between Communication Skills of Manager and staff's Organizational Commitment in Tele communication Company of Hormozgan Province, Journal of Business & Economics Research, Vol (13), No (8),2015, pp 656-657

(3)Ali Tarhini,et.al, Masuring The Moderating Effect of gender and Age On E-learning Acceptance in England: A structural Equation Modeling Approach for an Extended Technology Acceptance Model, Journal Educational Computing Research, Vol (51), No (2),2014, pp 163-184

#### 7/دراسة (Khodadi, et. al, 2013)<sup>(1)</sup>:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة تأثير التدريب على مهارات الإتصال على كل من جودة الرعاية الصحية، والكفاءة الذاتية والرضا الوظيفي للممرضات في مستشفى تبريز في إيران . وتوصلت الدراسة إلى نتائج منها أن التدريب على مهارات الإتصال يرفع معدل مهارات الإتصال لدى الممرضات ويسبب في بناء علاقة فاعلة وإيجابية مع المرضى وتتعاكس على رضاهم عن تقديم الخدمة الصحية المقدمة لهم، ويحقق في النهاية الرضا الوظيفي للممرضات.

#### 8/دراسة (Negin Memari ,et al,2013)<sup>(2)</sup>:

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة العلاقة بين مهارات الإتصال والإلتزام التنظيمي، وطبقت على الموظفين من جميع فروع بنك ملي في سنجند-إيران . وتوصلت الدراسة إلى نتائج منها أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين المهارات التفاعلية من المديرين والتزام الموظفين، وأوصت الدراسة أنه من المستحسن أن تتضمن الخطط السنوية للمنظمة بعض البرامج لتعزيز مهارات التواصل للمديرين، ووضع بعض البرامج التدريبية في مجالات الاتصالات.

#### 9/دراسة (Al-Borie,Damanhour,2013)<sup>(3)</sup>:

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى رضا المرض عن الخدمات المقدمة، وتوفير مبادئ توجيهية لإعادة تنظيم الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية. وتوصلت الدراسة إلى نتائج منها: كانت أبعاد جودة الخدمة الصحية (الملموسية، الموثوقية، الإستجابة، الأمان، والتعاطف) عالية، وأن هنالك علاقة ذات دلالة إحصائية لمتغير الجنس والتعليم والدخل والمهنة في التأثير على رضا المرضى المنومين. وأوصت الدراسة: لا بد عند تصميم إستراتيجيات الرعاية الصحية مراعاة أن تكون بشكل أوسع للمستشفى العام والخاص في المملكة العربية السعودية، وضرورة قيام الإدارة الإقليمية والمحليين بتحديد جودة الخدمة للمؤشرات الديمغرافية للمرضى الداخليين ذات الصلة.

<sup>(1)</sup>Esmail Khodadi, et. al, The Effect of Communication Skills Training On Quality of Care, Self- Efficacy, Job Satisfaction and communication skills Rate of nurses in Hospitals of Tabriz, Iran, *Journal of caring sciences*, Vol (2), No (1), 2013, pp27-37

<sup>(2)</sup>Negin memari, &OmidMahdieh, AhmadBarati"Studytherelationship between Managers'communication skills and staff's Organizational Commitment"- *Melli Bank, Sanandaj, Interdisciplinary Journalof contemporary Research in Business* Vol (5) No (5), 2013, pp198-208

<sup>(3)</sup>Hussein M. Al-Borie, Amal M. Sheikh Damanhour, "Patients' satisfaction of service quality in Saudi hospitals: a SERVQUAL analysis, *International, Journal of Health Care Quality Assurance* Vol (26) No(1), 2013, pp 20-30

## 10/دراسة (Muslim Amin, et. al,2013)<sup>(1)</sup>:

هدفت الدراسة إلى تحقيق جودة الخدمة في المستشفيات وأثرها على رضا المرضى والنية السلوكية. توصلت الدراسة إلى نتائج منها: أن الأبعاد الخمسة (القبول، الخدمة الطبية، الخدمة العامة، والمسؤولية الاجتماعية) متميزة لجودة الخدمة في المستشفيات، وأن كل بعد له علاقة قوية مع جودة الخدمة في المستشفيات، وأن وضع مستويات أعلى من جودة خدمة المستشفى سيؤدي إلي مستوى عالي من رضا العملاء والنية السلوكية. وأوصت الدراسة: يجب علي المديرين استخدام جودة الخدمة المدركة ورضا العملاء كآليات للخروج بإستراتيجيات من شأنها أن تزيد ولاء العملاء الحاليين.

## 11/دراسة (Kenneth,et al,2012)<sup>(2)</sup>:

هدفت الدراسة إلي معرفة العوامل المؤثرة في توفير جودة الخدمة في قطاع الصحة العامة في كينيا، مع التركيز على قدرات الموظفين، التكنولوجيا، الإتصالات، والموارد المالية. وتوصلت الدراسة إلى نتائج منها: أدى إنخفاض قدرة الموظف إلى إنخفاض في تقديم جودة الخدمة، أدى إعتماد التكنولوجيا غير الكافي في توفير الخدمات الصحية إلى إنخفاض في تقديم جودة الخدمة، أثرت قنوات الإتصال غير الفعالة على جودة خدمة التوصيل في قطاع الصحة العامة، أن الموارد المالية غير الكافية أدت إلى إنخفاض توفير جودة الخدمات الصحية. وأوصت الدراسة بضرورة أن تتبنى قطاعات الصحة العامة التكنولوجيا الحديثة لتسهيل تقديم الخدمة وتحسين قدرة الموظفين، وتحسين عملية التواصل لتعزيز جودة الخدمات الصحية.

## 12/ دراسة (Bashir,et al,2011)<sup>(3)</sup>:

هدفت الدراسة إلى اختبار دور العوامل الديمغرافية في العلاقة بين نظام الأداء الوظيفي المرتفع والرضا الوظيفي في جامعات القطاع العام في باكستان. وتوصلت الدراسة إلى نتائج منها: أن إدراك نظام الأداء الوظيفي والرضا الوظيفي بين أعضاء هيئة التدريس الأكاديميين يختلف من حيث الترتيب وطبيعة العمل والعمر، بينما لا يوجد اختلاف كبير بين الجنسين في الإستجابة، وجود علاقة إيجابية بين نظام الأداء الوظيفي والرضا الوظيفي، لا يوجد تأثير للعمر والجنس في العلاقة بين الأداء الوظيفي والرضا الوظيفي.

<sup>(1)</sup>Muslim Amin et al, "Hospital service quality and its effects on patient satisfaction and behavioural intention ," Clinical Governance: An International Journal, Vol. 18 Iss, 2013pp. 238 - 254

<sup>(2)</sup>Kenneth, et al, Factors Affecting provision of Service quality in the public health Sector: Acase of Kenyatta national hospital, International Journal of HumanitiesAnd Social Science, Vol (2) No )13), .2012pp: 114 - 125

<sup>(3)</sup>Mohsin Bashir, et al The Role of Demographic Factors in the Relationship between High Performance Work System and Job Satisfaction, International Journal of Business and Social Science, Vol. (2)No. (18), 2011, pp207-218

### 13/دراسة(Kuonenou,et al,2011)<sup>(1)</sup>:

هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين مهارة الإتصال، والعوامل الديمغرافية والرضا الوظيفي، طبقت الدراسة على عينة من الممرضات في اليونان. وتوصلت الدراسة إلى نتائج منها: أن المستوى التعليمي يؤثر على مستوى مهارة الإتصال بين الرئيس والمرؤوس في بيئة العمل، وأن هنالك علاقة بين الرضا الوظيفي ومهارة الإتصال. وأوصت الدراسة بضرورة حث الممرضات على حضور ورش العمل لتحسين مهاراتهم، كما ينبغي أن ينظر الموظفين الإداريون في الرضا الوظيفي للممرضات كمتغير هام يؤثر على جودة العلاقة بين الممرضة والمريض.

### 14/دراسة(Ifran ,et al,2011)<sup>(2)</sup>:

هدفت الدراسة إلى تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة في باكستان من وجهة نظر المرضى، واستخدم الباحثون مقياس SERVQUAL والمكون (22) عبارة تمثل أبعاد الجودة الخمس (الإعتمادية، الملموسية، الإستجابة، التأكد، التعاطف) وكان من أهم النتائج بأن جميع أبعاد جودة الخدمة كان لها تأثير إيجابي وبخاصة بعدي الإستجابة والملموسية، أن الأطباء والممرضات في المستشفيات الخاصة لديهم إهتمام لرعاية مرضاهم، تضع المستشفيات الخاصة أقصى جهودها لتوفير وسائل الراحة لمرضاهم، أن جودة الخدمة في المستشفيات الخاصة تفي برضا المرضى.

### 15/دراسة(Mary Bambacas,etal,2009)<sup>(3)</sup> :

هدفت الدراسة للتأكد من استخدام المنظمات على وجه التحديد لمهارات الإتصال كمعيار أساسي في الاختيار والتطور اللاحق للإداريين. ومنهجية البحث تقوم علي تقديم النتائج التجريبية من المقابلات النوعية شبه المنظمة والتي أجريت مع كبار مديري الموارد البشرية في المنظمات الكبيرة والمتوسطة الحجم في جنوب أستراليا. وتوصلت الدراسة إلى نتائج منها: أن العاملين في الموارد البشرية يعتبرون مهارات الإتصال تتدرج تحت فكرة القيادة بصفة عامة، ولا توجد برامج محددة تستهدف بشكل واضح مهارات التواصل، تسهم هذه النتائج إلى المعرفة بشأن طبيعة مهارات الإتصال للموظفين الإداريين، مثل العلاقات الشخصية، المهارات الشفهية أو الكتابية، ومهارات الإستماع. وعلاوة على ذلك، يحتاج الى تخصيص وقت للمراجعة والتدريب في تطوير مهارات الاتصالات بحيث يكون لخبراء الموارد البشرية إجراءات واضحة يتعين عليهم اتخاذها.

<sup>(1)</sup>Kuonenou, etal, NursesCommunication Skills: Exploring their Relationship with demographic Variables in agreek sample, *Journal Social Behavioral Sciences* ,No (30),2011, pp,2230-2234

<sup>(2)</sup>Ifran, S.M; AJAZ, A; Shahbas, " assessment of service quality of private hospitals in Pakistan: a patient perspective", *India Journal of Commerce Management Studies* Vol (11), No (2) ,2011pp20-32

<sup>(3)</sup>Mary Bambacas, Margaret Patrickson, *Assessment of communication skills in manager selection: some evidence from Australia*, *Journal of Management Development*, Vol (28), No (2), pp, 109 - 120

## 16/دراسة (Mandana, 2007)<sup>(1)</sup>:

هدفت هذه الدراسة إلى القيام بمراجعة الدراسات المرتبطة بالإتصالات والمعلومات بالإضافة إلى معرفة العوامل المؤثرة علي فهم الأفراد للمعلومات الصحية وكيف أن الإفتقار إلي الإتصالات عن المعلومات الصحية يمكن أن يؤثر علي حالة المريض الصحية.إعتمدت الدراسة علي مراجعة الأدب النظري ل(40) سنة حول ماكتب عن المعلومات والإتصالات الصحية. وقد بلغ عدد الدراسات (93) دراسة عن الموضوع.وتوصلت الدراسة إلى نتائج منها:أنه من المفترض أخذ عنصر الإتصالات الصحية بنظر الإعتبار لأنها تؤثر إيجابياً علي حالة المريض الصحية بشكل عام. وأن الإتصالات الصحية ينبغي أن تراعي دور العوامل التالية في معالجة المعلومات المتعلقة بالصحة ومن ثم تفسيرها وهي محور الأمية الصحية، شكل عرض المعلومات الصحية، التحيزات المعرفية البشرية، والتأثيرات العاطفية. وأوصت الدراسة: يجب أن يكون الإتصال واضحاً ذو أولوية عالية لأخصائي الرعاية من أجل النجاح في ضمان الفهم الكامل للمعلومات الصحية وتحسين نوعية الصحة.

## 17/دراسة (Neeru Sharma,1999)<sup>(2)</sup>:

هدفت الدراسة لمعرفة تأثير فعالية الإتصالات،وجودة الخدمة،على الإلتزام بالعلاقة،وتسليط الضوء على الدور الذي تلعبه الإتصالات الفعالة في التأثير على مفاهيم الجودة التقنية والوظيفية وتوصلت الدراسة إلى نتائج منها إلى أن فعالية الإتصال تؤثر إيجابياً على التزام العلاقة، فعالية الإتصال تؤثر علي الجودة الوظيفية والتقنية،أن هنالك علاقة إرتباط إيجابية بين الثقة وجودة الإلتزام بالعلاقة. وأوصت الدراسة بضرورة التدريب المكثف على المهارات الشخصية والإتصالات، ومراقبة رضا العملاء بشكل منتظم من أجل إتخاذ إجراءات تصحيحية عند الضروة.

---

<sup>(1)</sup>Vahabi, Mandana, "The impact of health communication on health-related decision making: A review of evidence", *Health Education*, (Vol) 107), (No) 1), 2007pp27-41

<sup>(2)</sup>Neeru Sharma, *The impact of communication effectiveness and service quality on relationship commitment in consumer*, *The Journal of services Marketing*, Vol (13) NO, (2),1999,pp151-170

ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة:

من خلال عرض أهم الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية المتمثلين في مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية، يمكن سرد أهم تلك المزايا في الآتي:

-تعتبر هذه الدراسة الأولى التي تبحث وبشكل خاص في قياس مستوى مهارات التعامل مع المرضى بالمستشفيات السودانية.

- ابراز أهم مهارات التعامل المرضى في المستشفيات والتي لم يتم التطرق إليها في الدراسات السابقة.

-معظم الدراسات السابقة ركزت على بعدين من مهارات التعامل وهما الإتصال اللفظي والإتصال غير اللفظي أما هذه الدراسة فقد ركزت على الأبعاد الآتية:

-الإتصال اللفظي.

-الإتصال غير اللفظي.

-الإنصات.

-الإقناع.

- تناولت الدراسة الحالية عملية الربط بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة، بينما لم تتطرق الدراسات السابقة إلي عملية الربط بين مهارات التعامل والجودة في آن واحد.

-أغلب الدراسات التي تم التطرق إليها تناولت مهارات التعامل في قطاعات خدمية مختلفة، ولم تتناول القطاع الذي يتم التطرق إليه في هذه الدراسة حيث ركزت هذه الدراسة على مهارات التعامل في القطاع الخدمي الصحي(المستشفيات الخاصة السودانية).

-تميزت هذه الدراسة عن الدراسات السابقة في تناولها لثلاث متغيرات لم تدرس من قبل بصورة مجتمعة(مستقلة، وتابعة، ومعدلة)، في حين ركزت الدراسات السابقة على العلاقة بين متغيرين فقط من متغيرات الدراسة.

- كما أن الدراسات السابقة تمت في دول مختلفة(عربية،أجنبية) ومناطق مختلفة أما الدراسة الحالية تمت بالمستشفيات السودانية العاملة بولاية الخرطوم.

# الفصل الأول

## إدبيات الدراسة

المبحث الأول: الإتصال ومهارات الإتصال

المبحث الثاني: الجودة والجودة الشاملة

المبحث الثالث: جودة الخدمات الصحية

المبحث الرابع: مفهوم المستشفيات

## المبحث الأول

### الإتصال ومهارات الإتصال

#### 1.1.1 مقدمة:

أن الإنسان كائن اجتماعي لا يعيش بمعزل عن الآخرين، فهو دائماً فرد في جماعة يتعامل معها، حتي إذا كان الفرد يقيم بمفرده فلا بد وأن يتفاعل مع آخرين خارج مقر إقامته، والأفراد بحاجة لتعلم مهارات الإتصال أو التفاعل مع الغير فطوال الوقت نحتاج إلي توجيهه وأستقبال رسائل لفظية وغير لفظية أثناء تعاملنا مع الغير في مواقف الحياة المختلفة<sup>(1)</sup>.

يعد موضوع الإتصال من أكثر الموضوعات تدولاً في مختلف التخصصات العلمية فهو حلقة وصل بين المجالات العلمية المختلفة، لذا فإن مفهوم الإتصال يعد من المفاهيم الجوهرية في مختلف العلوم الإنسانية، فلم يقتصر الإهتمام به على مهنة بعينها أو تخصص بعينه وإنما تناوله كل فرع من فروع المعرفة، من خلال زاوية إهتمامه الخاصة<sup>(2)</sup>.

يتصل العامل في مجالات المهن الإنسانية وخاصة المهن الطبية المساندة بالمرضى والمراجعين، فهو يقوم بإجراء الفحوصات الطبية المختلفة لهم، ويقدم الأدوية اللازمة ويشرح لهم طرق استعمالها، أو يساعد في معالجتهم وتقديم التنقيف الصحي لهم، وهو يتصل بالمرضى عندما يأتون لمراجعة الطبيب وعند التعامل مع سجلاتهم الطبية.<sup>(3)</sup>

إن الإتصال لا يعتبر علماً فقط، ولكنه فن أيضاً يعتمد علي مهارات، حيث إن إكتساب القائم بعملية الإتصال خبرة ومهارة تزيد من فعاليته في تحقيق الأهداف التي يسعى إليها، ومن هؤلاء الذين يستخدمون الإتصال في عملهم الكوادر الصحية في المستشفيات (الأطباء والمرضين، ..... الخ) حيث أن جميع المهن الإنسانية تستخدم الإتصال كوسيلة لتحقيق الأهداف.

لهذا لا بد ان يكتسب إى ممارس لمهنة المهارات التي تمكنه من الإتصال ومن هذه المهارات (مهارة الإتصال اللفظي، مهارة الإتصال غير اللفظي، مهارة الإنصات، مهارة الإقناع) وغيرها من المهارات التي تمكنه من استخدام معارفه وقدراته في تحقيق أهداف العملية الإتصالية.

#### 2.1.1 مدارس ونظريات الإتصال (المدارس الإدارية):

يعتبر مفهوم الإدارة من المفاهيم التي تنطبق عليها خصائص ومميزات الشمولية، إذا تدخل الإدارة في جميع أنشطة الحياة، ورغم الأهمية الكبيرة لدور الإدارة في نشاط الأعمال بصفة خاصة، فإنه لا يوجد اتفاق صريح وأكد بين الباحثين والخبراء الإداريين علي تعريف موحد أو شامل للإدارة، فالمصطلح

(1) عبدالله حسن مسلم، مهارات الإتصال الإداري والحوار، دار المعتز للنشر والتوزيع، عمان، 2015م، ص: 103  
(2) عثمان عبد الرحمن محمد، تقنيات الإتصال الإداري وأثرها في فاعلية اتخاذ القرارات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة السودان للعلوم

والتكنولوجيا، الخرطوم، 2014م، ص: 32

(3) شريف عبدالله الحموي، مهارات الإتصال، دار يفا العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2011م، ص: 60

غير محدد بدقة، بل يحمل معان متعددة ومفاهيم مختلفة ومكونات متنوعة، ولعل سبب ذلك يعود الي كون الإدارة مفهوم معنوي ومعقد في ذات الوقت، فضلاً علي أن الدراسات والأبحاث في المجال الإداري رقم قدم الممارسة الإدارية قد جاءت متأخرة بعض الشيء ويبدو واضحاً من خلال التعريفات المتعددة للإدارة.(1)

هنالك مجموعة من التعريفات للإدارة قد عرفها علماء الإدارة وهي علي النحو التالي:  
يعرف فردريك تايلور الإدارة بأنها: " أن تعرف بالضبط ماذا تريد ثم تتأكد من أن الأفراد يؤدونه بأحسن وأرخص طريقة ممكنة.(2)

كما عرف ريشارد دافت الإدارة بأنها: "إنجاز أهداف المنظمة بأسلوب يتميز بالكفاءة والفعالية، من خلال التنظيم والتخطيط والقيادة والرقابة للمواد التنظيمية".(3)  
ويعرفها جونسون بأنها: "التخطيط والتنظيم والقيادة والرقابة للمواد لتحقيق الأهداف التنظيمية بكفاءة وفعالية".(4)

تتناول موضوع الإدارة عدد من المفكرين، حيث أسسو مدارس فكرية تناولت بالدراسة والبحث والتحليل النظريات الإدارية، وتمثلت هذه المدارس في الآتي:

1. المدرسة الكلاسيكية: وتضم هذه المدرسة عدة إتجاهات فكرية ونظرية، ولكنها تتفق جميعاً إلي حد كبير علي تعاملها مع العنصر الانساني، وتضم هذه المدرسة ثلاثة إتجاهات فكرية رئيسة وهي:  
-النظرية الإدارية.

-نظرية الإدارة العلمية.

-النظرية البيروقراطية.(5)

أ.النظرية الإدارية (نظرية المبادئ):

يسندها الكثيرون إلي هنري فايول، الذي أشتملت حياته الفنية على عدة مراحل مختلفة بدءاً بوظيفة مهندس تعدين، ثم باحث جيولوجي، ثم مدير، وتضمن كتابه بعنوان (الإدارة الصناعية والعامة) وظائف المدير، حيث ذكر أن وظائف المدير خمسة وهي: التخطيط، والتنظيم، والامر، والتنسيق، والرقابة.  
كما أقترح (14) مبدأ عالمياً للإدارة، ولا يزال بعضها صالحاً حتي اليوم، وقد أكد أيضاً علي أن المدير الناجح ينبغي أن يكون قادراً علي التعامل مع الناس، وأن يمتلك قدراً عالياً من الطاقة والجرأة.

(1) بشير العلاق، أسس الإدارة الحديثة (نظريات ومفاهيم)، دار اليازوي للنشر والتوزيع، عمان، 1990م، ص:5

(2) علي محمد منصور، مبادئ الإدارة -أسس ومفاهيم، دار مجموعة النيل العربية، القاهرة، 1999م، ص:34

(3) حسين حريم، مبادئ الإدارة الحديثة، النظريات، العمليات الإدارية، ووظائف المنظمة، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، 2006م، ص:20

(4) ثابت عبد الرحمن إدريس، إدارة الأعمال (نظريات ونماذج تطبيقية)، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2005م، ص:22

(5) حسين حريم، السلوك التنظيمي (سلوك الأفراد في المنظمات)، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 1997م، ص:13-14

## ب. نظرية الإدارة العلمية:

تنسب حركة الإدارة العلمية لفريدريك تايلور، حيث إهتم بالتنظيم الإداري الكلي (على مستوى المنظمة) من أجل بقاء المنظمات وأزدهارها، ومن أسهاماته تحليل الوظيفة، دراسات الوقت والحركة ، أساليب ووسائل الكفاءة ، تخطيط العمليات، مقاييس الإنتاجية.

أيضاً من الأساهمات التي قدمت في مجال الإدارة العلمية أساهمات هنري جانت ومن أشهر أعماله في أثناء نظرية الإدارة العلمية خريطة جانت لجدولة الإنتاج وتحقيق الرقابة في العمل، وأيضاً فرانك وليليان جيلبرت حيث قام هذان الباحثان بمواصلة دراسة حركة العمل التي بدأها تايلور، والتي يستخدمها العمال بالنسبة للعمل والأدوات المستخدمة، كما ساهم في وضع خطة الوضع الثلاثي الأبعاد للترقية ووفقاً لهذه الخطة فإن العامل يمكن أن يؤدي وظيفته الحالية ومستعداً للترقية لوظيفة أعلى، ويقوم بتدريب من سوف يخلفه فيما بعد وذلك كله في نفس الوقت.<sup>(1)</sup>

## ج. النظرية البيروقراطية:

يقترن النموذج البيروقراطي (النظرية البيروقراطية) بالعالم ماكس ويبر ويهدف النموذج لتحقيق الرشد والعقلانية في المنظمات من خلال السيطرة على السلوك الإنساني وجعله راشداً وعقلانياً، عن طريق تبني نظام صارم وقواعد وإجراءات حازمة داخل المنظمات، وعن طريق تقسيم العمل والتخصص والتسلسل الهرمي وأستبعاد العلاقات الشخصية .

من ناحية أخرى فقد إهتم (Weber) بضروة تحقيق العدالة بين العاملين عن طريق التعيين والترقيات علي أساس الجدارة ، كما إهتم بالاستقرار الوظيفي للعامل.<sup>(2)</sup>

## 2. المدرسة السلوكية: (مدرسة السلوك الإنساني)<sup>(3)</sup>

جاءت هذه المدرسة كرد فعل على المدرسة الكلاسيكية متهمة إياها بإهمال العنصر الإنساني، وبدأت هذه الحركة بدراسات الهاوثورن التي إجراها ( إلتون مايو Elton Mayo) والتي أكدت على أهمية الديناميكية الداخلية للجماعات وأهمية المجموعات غير الرسمية والمؤثرات الفردية كمحددات للرضا والإنتاجية، وركزت على قنوات الإتصال غير الرسمية، وبشكل خاص ركزت على إستخدام الإتصال وجها لوجه كوسيلة من الوسائل ديناميكية نقل المعلومات الدقيقة ، غير أن هذه المدرسة ركزت بشكل كبير على الجوانب الإنسانية في الإتصالات الإدارية كرد فعل على المدرسة الكلاسيكية الشيء الذي جعلها تبالغ في ذلك وتغفل الجوانب الإدارية في العمل الإداري.

ويمكن التمييز بين مجالين رئيسيين لهذه المساهمات وهما حركة العلاقات الإنسانية ونظرية الحاجات الإنسانية والدافعية.<sup>(4)</sup>

(1) ثابت عبد الرحمن إدريس، مرجع سبق ذكره ،ص ص: 86-91

(2) حسين حريم ، مرجع سبق ذكره،ص: 14

(3) العربي بن داؤود ،فعالية الإتصال التنظيمي في المؤسسة العمومية الجزائرية، رسالة ماجستير غير منشورة، 2008م، ص ص: 112-113

(4) ثابت عبد الرحمن إدريس، مرجع سبق ذكره ،ص ص: 103-108

### أ. حركة العلاقات الإنسانية:

ركزت حركة العلاقات الإنسانية علي الأفراد والعمل في بيئة جماعية، حيث إهتمت بدراسة وتحليل سلوك المديرين والعمال من خلال ما يعرف بديناميكية الجماعة.

ومن الرواد المبكرين لحركة العلاقات الإنسانية نجد مانستربرج والذي يعتبر مؤسس علم النفس التطبيقي، حيث تمكن من نشر كتابه "علم النفس والكفاءة الصناعية" والذي حمل أفكاراً جديدة كانت تمثل تطوراً كبيراً في علم النفس الصناعي.

ومن بين المؤسسين أيضاً لحركة العلاقات الإنسانية (Marry Follett Parker) والتي توصلت إلى أن المديرين مسؤولين عن إثارة الدافعية لدي العاملين لإنجاز الأهداف التنظيمية بحماس، ويعتبر إلتون مايو من أكثر الرواد المعروفين الذي تزعم حركة العلاقات من خلال ما قدمه هو وزملاؤه من مساهمات تمثلت في سلسلة من التجارب الشهيرة بتجارب مصنع الهاوثورن.

### ب. نظرية الحاجات الإنسانية والدافعية:

تمثل هذه النظرية أيضاً المدخل السلوكي في الإدارة، حيث ركزت على الواقعية، من خلال البحوث والدراسات التي إهتمت بحاجات الفرد وكيفية تأثير هذه الحاجات على الأداء، وقد ساهمت نتائج هذه البحوث والدراسات في بناء ما يسمى بـ "نظرية الدافعية" ونظريات تفسير السلوك الإنساني. ومن تلك النظريات نظرية (X)، نظرية (Y) لدوجلاس ماكجروجر، ونظرية ماسلو للتدرج الهرمي للحاجات.

### 3. المدارس الحديثة: (1)

وهي مجموعة متنوعة من المداخل الحديثة لدراسة الإدارة ومن أبرز هذه المدارس مايلي:

#### أ. مدرسة علم الإدارة:

هي مدرسة توافق بين إهتمام الإدارة العلمية بالإنتاج والكفاءة وعملية التخطيط، وأنصار هذه المدرسة يعتمدون بشكل كبير علي النمذجة والحاسوب للقيام بالعمليات الرياضية من أجل الوصول إلى تحقيق الأهداف المثلي مثل البرمجة الخطية، نظرية المباراة وصفوف الانتظار ونظرية القرارات التي تطبق في مجالات عديدة لحل المشاكل الإدارية.

#### ب. مدرسة النظم:

تعتبر نظرية النظم وسيلة علمية حديثة نسبياً لتفسير الأشياء والأحداث، أنصار هذه المدرسة يعتبرون النظام هوكل شيء (كالمستشفى، المدينة، المصرف إلخ....) يتضمن أجزاء متداخلة، وهدفاً يتم السعى للوصول إليه. ويؤيد مدخل النظم الإعتقاد بأن النظر إلى المنظمة كنظام يساعد على معرفة أن الأجزاء المختلفة، والأقسام، والنظم الفرعية في المنظمة تمثل أجزاء متداخلة يجب أن تعمل على تحقيق أغراض المنظمة.

(1) بشير العلق، مرجع سبق ذكره، صص 75-76

### ج. المدرسة الموقفية (الظرفية):

وهي مدرسة حديثة نسبياً، تهتم وتركز على الارتباط القوي والعلاقة الوثيقة بين التصرفات الإدارية وبين الخصائص المعينة للموقف الذي تتم فيه هذه التصرفات فالإدارة ينبغي أن تتلائم مع بيئتها وأى تصرف من الإدارة أياً كان يتشكل حسب المتغيرات المعينة أو العوامل الخاصة بالموقف المعين. ويعني هذا من الناحية العملية أن المدير الفعال هو الذي يشكل أعماله وتصرفاته لتلائم وتتماشى مع الموقف المعين بكامله.

### د. المدرسة التجريبية:

تستند هذه المدرسة من دلالة إسمها على التجربة، إذا من خلال تجارب المديرين يمكن اكتشاف الأخطاء التي تواجه الإدارة، أو بعض النماذج الناجحة من المديرين، ومن ثم استغلال نتائج هذه التجارب في تجنب الأخطاء، وبالتالي زيادة كفاءة وفاعلية المديرين. وأفضل نموذج لهذه الدراسة هو ما يتبعه البعض من تدريس الإدارة عن طريق دراسة وتحليل الحالات.

### ه. مدرسة النظام الاجتماعي: (1)

يمثل هذا المدخل في واقعه نظاماً للعلاقات الثقافية المتداخلة بمعنى أن هذا النظام الاجتماعي يضم بين جوانبه حلقات متداخلة من الخلفيات الثقافية والحضارية للأفراد. والإعتقاد الجوهري في مدرسة النظام الاجتماعي هو الحاجة إلى التغلب على القيود البيولوجية والمادية والاجتماعية الخاصة بالفرد وبيئته وذلك عن طريق التعاون .

### و. المدرسة الرياضية :

تتظر هذه المدرسة للإدارة على أنها نظام يتميز بالنماذج والعمليات الرياضية ويسمى أصحاب هذه المدرسة أنفسهم بأنصار نظرية بحوث العمليات. وفي إعتقاد هؤلاء أن الإدارة والتنظيم والتخطيط وإتخاذ القرارات هي عملية منطقية يمكن التعبير عنها من خلال رموز للعلاقات الرياضية مستخدمين في ذلك أسلوب النماذج في تحليل وحل المشاكل الإدارية.

### 3.1.1 مفهوم وأنواع المهارات الإدارية:

#### أ. تعريف المهارة:

هنالك العديد من التعريفات لمفهوم المهارات نذكر منها مايلي:

1. تعرف المهارة بأنها: " جوهر الأداء الذي يتميز بإنجاز العمل الكبير مع بذل مقدار من الجهد البسيط، أو هي قدرة عالية على الإنجاز سواء كانت بشكل منفرد أو داخل فريق أو ضد خصم بأداة أو بدونها. (2)

(1) المرجع السابق، ص: 81- 85

(2) حسين جلوب، مهارات الإتصال مع الآخرين، دار كنوز المعرفة العالمية العلمية للنشر والتوزيع عمان 2010م، ص: 28

2. كما أنها: "القدرة علي أداء عمل ما باستخدام أساليب تتسم بالكفاءة والتميز بما يحقق نتائج أعلى وأفضل مما استخدم في الأداء من موارد وإمكانيات".<sup>(1)</sup>

3. تعرف أيضاً بأنها "القدرة علي القيام بعمل من الأعمال بالشكل الذي يتسم بالدقة والسهولة والسيطرة فيما يبذله من جهد ووقت".<sup>(2)</sup>

4. تعرف المهارة أيضاً بأنها: "القدرة على ترجمة المعرفة إلى تصرف أو فعل أو عمل يؤدي إلى تحقيق أداء مرغوب".<sup>(3)</sup>

وتكمن أهمية المهارات في تحسين مستوى الأداء، ورفع معدلات الإنتاجية من خلال قيادة توازن بين أهداف المنظمة وأهداف العاملين وتعمل علي رفع مستوى رضاهم، وتضمن استمرار وجود فعالية إدارية وتنظيمية.<sup>(4)</sup>

#### ب. أنواع المهارات الإدارية:

تشكل المهارات الإدارية عنصراً مهماً في تطوير أداء العاملين في منظمات الأعمال وكذلك تطوير ذاتهم بما ينسجم مع الإستراتيجيات الحديثة في تنمية الموارد البشرية لتحسين أدائهم، وبالتالي تحسين أداء المنظمة.<sup>(5)</sup>

ويعرف الصيرفي المهارة الإدارية على أنها عبارة عن تلك الخلفية العلمية التي يجب أن تتوفر في العاملين لكي يتمكنوا من إنجاز الأعمال بالكفاءة والفاعلية المطلوبة.<sup>(6)</sup>

ولكي يمكن أداء الوظائف الأساسية بنجاح فإنه ينبغي توافر عدد من المهارات الأساسية في المدير الكفاء في جميع المستويات الإدارية، وفي جميع المنظمات سواء كانت خاصة أو عامة، إنتاجية وأخدمية، ولقد حدد روبرت كاتز (Robert Katz) هذه المهارات وقسمها إلى ثلاث أنواع أساسية تضم المهارات الفنية، والإنسانية، والفكرية.

#### 1. المهارات الفنية:

يقصد بالمهارات الفنية المعرفة المتخصصة في فرع من فروع العلم، والكفاءة في استخدام هذه المعرفة أفضل استخدام في أداء العمل بالشكل الذي يكفل تحقيق الهدف.<sup>(7)</sup>

وعرفها كتاب آخرون بأنها: "القدرة على أداء نشاط أو عمل معيّن أى المعرفة الشاملة بتفاصيل العمل الفني وخاصة تلك الأنشطة التي تتضمن استخدام عمليات أو أساليب أو أدوات فنية محددة، وتظهر أهمية تلك المهارات بشكل أكبر في المستويات الوسطى والدنيا من الإدارة".<sup>(8)</sup>

(1) علي السلمي، المهارات الإدارية والقيادية للمدير المتفوق، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، 1999م، ص: 23

(2) نواف كنعان، القيادة الإدارية، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2002م، ص: 305

(3) محمد القدومي وآخرون، المفاهيم الإدارية الحديثة، دار المعترف للنشر والتوزيع، عمان، 2015م، ص: 21

(4) ناصر محمد العديلي، إدارة السلوك التنظيمي، مرام للطباعة، الرياض، 1993، ص: 229

(5) بلال خلف السكارنة، المهارات الإدارية في تطوير الذات، دار المسيرة للطباعة للنشر، عمان، 2009م، ص: 11

(6) محمد عبد الفتاح الصيرفي، الإدارة الرائدة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2004م، ص: 22

(7) نواف كنعان، مرجع سبق ذكره، ص: 327

(8) محمد عبد الفتاح الصيرفي، مبادئ التنظيم والإدارة، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، 2006م، ص: 23

وتتمثل هذه المهارات في القدرة علي استخدام الأدوات والوسائل والإجراءات في المجال الفني أو النشاط الإنتاجي أو الهندسي أو التسويقي أو المالى أو شئون العاملين.... الخ فالمدير يحتاج إلي قدر من المهارات الفنية بالشكل الذي يمكنه من إنجاز وظيفته وما تتطوى عليه من مهام أو أعمال كمدير إنتاج، تسويق أو كمدير مالى مثلاً.<sup>(1)</sup>

وتكمن أهمية توفر هذه المهارات في المستويات الإدارية الدنيا ولاسيما أن المدير في المستوى الإشرافي غالباً ما يرتبط بالجوانب الفنية لأداء العاملين، فلا بد من توافر هذه المهارات الفنية لدى المدراء ليكونوا على تماس مباشر معهم ومتابعة الإنجاز الفني للعاملين لديهم.<sup>(2)</sup>

## 2. المهارات الفكرية (الإدراكية):

تتمثل المهارات الإدراكية بالأسس والمبادئ العلمية في ميدان الإدارة، وإتخاذ القرارات والمحاكمة المنطقية، وتحليل المشكلات، وإيجاد العلاقات بين المشكلات وأسبابها وحلولها.<sup>(3)</sup> وهي تلك المهارات التي تتجسد بقابلية العاملين على أداء العمل وإنجاز المهمات باستعمال التفكير التحليلي وتكوين رؤية واضحة بشأن الموضوعات والحالات المطلوب معالجتها بالاستناد إلى تصورات شمولية تمكن من معالجة المشاكل والظروف المحيطة بالمنظمة.<sup>(4)</sup>

ويتعلق هذا النوع من المهارات بالقدرة على تشخيص وتحليل المشكلات وإتخاذ القرارات، وعلى التنسيق وتحقيق التكامل فيما بين الأعمال والأنشطة في المنظمة، وتتطلب هذه المهارات قدرة المدير علي الرؤية المستقبلية والتنبؤ بالأحداث وبعدها النظر والقدرة علي تقدير المواقف والتكيف معها وأيضاً القدرة على التحليل والتخيل والابتكار.<sup>(5)</sup>

## 3. المهارات الإنسانية:

تتعلق المهارات الإنسانية بالطريقة التي يمكن من خلالها التعامل والتفاعل مع الآخرين، حيث يكرس المدراء وقتاً ملحوظاً للتفاعل مع الأشخاص داخل وخارج المنظمة علي شكل علاقات إنسانية مع الغير، وخاصة من خلال الاجتماعات، ويتطلب المدير هنا مهارات للتفاعل مع الآخرين والإتصال بهم، والتفاهم معهم، وتحفيزهم لأداء الأفضل.

وتشير البحوث المعاصرة إلي أن أملاك المدير لهذه المهارات هو أحد أسرار نجاحه قياساً بالآخرين ممن يفتقرون إليها.<sup>(6)</sup>

ويمكن تعريف المهارات الإنسانية على أنها: "القدرة على التعامل مع الأفراد وتنسيق جهودهم وخلق روح من العمل الجماعي بينهم."<sup>(7)</sup>

(1) ثابت عبد الرحمن إدريس، مرجع سبق ذكره، ص: 56

(2) خضير كاظم حمود ، موسى سلامة واللوزي ، مبادئ إدارة الأعمال ، دار إتراف للنشر والتوزيع ، عمان ، 2008م ص: 31

(3) بلال خلف السكارنة، مرجع سبق ذكره، ص: 43

(4) صلاح عبدالقادر النعمي المدير: القائد والمفكر الإستراتيجي، دار إتراف للنشر والتوزيع عمان ، 2008م، ص: 40

(5) ثابت عبد الرحمن إدريس، مرجع سبق ذكره، ص: 56

(6) خليل حسن الشماع، مبادئ الإدارة مع التركيز على إدارة الأعمال، دار المسيرة ، عمان ، 2007م، ص: 20

(7) نواف كنعان ، مرجع سبق ذكره، ص: 333

وعرفها الصرفي على أنها القدرة على التفاعل والتفاهم مع الآخرين بنجاح، وكذلك القدرة على قيادة الآخرين والتأثير في سلوكهم وتوجيههم في الإتجاه الذي يحقق للمنظمة أهدافها.<sup>(1)</sup>

ويمكن تعريفها أيضاً بأنها: "المهارة الناجمة عن إمتلاك قدرة في مجال فهم وإدراك مشاعر الآخرين وتوجهاتهم، بحيث تمكنهم من التفاعل مع بعضهم والتعاون فيما بينهم بوصفهم فريقاً واحداً، واختيار سبل الإتصال الفعالة لخلق أجواء التفاعل الإيجابي وزرع الثقة والتواصل فيما بينهم."<sup>(2)</sup>

ولكي ينجح المدير في عمله يحتاج إلى مجموعة مختلفة من المهارات الإنسانية تحقق له القدرة على التعامل مع الأفراد المتعاونين الذين يعملون وفق توجيهاته، والأفراد المحايدون الذين يلتزمون بالحد الأدنى من الأداء الذي لا يتسبب لهم مشاكل مع القادة والأفراد السلبيين الذين يثيرون المشكلات ويعملون على افشال العمل، ويفشل القائد الذي يستخدم مهارات وأساليب واحدة في التعامل مع الجميع بغض النظر عما بينهم من اختلاف.<sup>(3)</sup>

تتمثل المهارات الإنسانية في القدرة على العمل مع الآخرين، والقدرة على فهم سلوكهم وتحفيزهم للتعاون معهم سواء كانوا أفراداً أو جماعات، فكل مدير يحتاج إلي مهارات العلاقات الإنسانية حتي يتمكن من العمل مع باقى الأعضاء في المنظمة من زملاء، ورؤساء، ومايساعده على قيادة وتوجيه من يعملون معه من رؤوسين، وتضم المهارات الإنسانية على سبيل المثال مهارات الإتصال الفعال، والقيادة التحفيز والعلاقات التبادلية، والتعاون.... وغيره.<sup>(4)</sup>

تشير المهارات الإنسانية إلى قدرة المدير على التعامل مع المرؤوسين من أجل تنسيق جهودهم وتكوين فرق العمل وتشجيع العمل الجماعي التعاوني بينهم. وهذا يتطلب من القائد معرفة إتجاهات المرؤوسين وأرائهم وميولهم وطموحاتهم ودوافعهم وفهم متبادل بينه وبينهم.

ويحكم السلوك الإنساني في موقع العمل عوامل متعددة تختلف من فرد لآخر ومن تنظيم لآخر ومن جماعة عمل إلى أخرى، ولكي ينجح المدير في عمله يحتاج إلى مجموعة مختلفة من المهارات الإنسانية تحقق له القدرة على التعامل مع الأفراد المتعاونين الذين يعملون وفق توجيهاته.<sup>(5)</sup>

تتوفر المهارات الإنسانية في كل المستويات الإدارية وتكون متنوعة وبعضها يكمن في التوجيه والإتصال والبعض الآخر يتعلق بالعمل مع الآخرين كعضو، مع ملاحظة أنه لا يمكن لشخص ما أن يصبح إدارياً ناجحاً إذا لم يمتلك هذه المهارة فقد ينجح ويتقدم كخبير ولكن ليس كإداري والمهارات المرتبطة بهذا المجال على سبيل المثال: مهارات التعامل مع الآخرين، مهارات الإتصال والإقناع للتوفيق بين الآراء المتعارضة، مهارات البحث عن الدوافع الظاهرة والباطنة.<sup>(6)</sup>

(1) محمد عبد الفتاح الصيرفي، مرجع سبق ذكره، ص: 23

(2) ميسون عبدالله، دينا مناف، الأنماط القيادية ودورها في تنمية مهارات العاملين - دراسة استطلاعية لآراء عينة من قيادات الإدارات والعاملين في شبكة كهرباء عنيوى، الموصل، مجلة تنمية الرافدين العدد (109)، المجلد (34)، 2012م ص: 208

(3) علي السلمي، مرجع سبق ذكره ص: 32

(4) ثابت عبد الرحمن إدريس، مرجع سبق ذكره، ص: 56-57

(5) علي السلمي، مرجع سابق ذكره، ص: 31-32

(6) محمد عبد الفتاح الصيرفي، مرجع سبق ذكره، ص: 24

وتتمثل المهارات الإنسانية بالعلاقات التي يطورها المدير مع مرؤوسيه، وزملائه لخدمة المشروع والمنظمة بشكل عام، وهذه العلاقات تُبنى على الإحترام والثقة، والدعم المستمر للعنصر البشري داخل المشروع والإهتمام بمشكلاته خارج المشروع.<sup>(1)</sup>

وتقسم المهارات الإنسانية إلى عدة مهارات منها:

### 1. مهارة الإتصال:

تتمثل في قدرة القائد علي الإتصال الفعال والتي تتسم بالتعاون والتواصل والتنسيق المستمر والإحترام المتبادل بين المدير والمرؤوسين والتي تسهم في تحقيق أهداف المنظمة وأهداف العاملين، وأهداف القائد، وتتصف بالصراحة والشفافية، والصدق في نقل المعلومات بما يسهل عملية إتخاذ القرارات الإدارية المختلفة وحسن التعامل مع المعلومات في كل الإتجاهات وأن تكون المعلومات مفهومة بنفس المستوى لدى الأطراف المتصلة.

### 2. إقامة العلاقات مع الآخرين:

إقامة العلاقات المختلفة مع فريق العمل والمرؤوسين تزيد من قوة القائد علي التأثير وتزيد من قوتها في إتخاذ القرار، فالعلاقات الجيدة تسهم في تجنب المشكلات والمنازعات مع جماعات العمل، وتساعد علي فهم إحتياجات العاملين والإستماع إلى آرائهم ومقترحاتهم والاستعداد لمشاركتهم الوجدانية، فالقيادة الناجحة تقاس بمدى كفاءة أفراد الفريق وأيضاً بطبيعة العلاقة بين القادة والتابعين، وأن من أهم المؤشرات على توافر المهارات الإنسانية لدى القائد قدرته على إقامة علاقات طيبة مع الجميع وإدراكه الواعي لميول وإتجاهات مرؤوسيه وفهمه لمشاعرهم وثقته فيهم وتقبله لاقتراحاتهم وإنتقاداتهم البناءة وإفساح المجال لهم لإظهار مواهبهم الإبتكارية، وتلبية طلباتهم وإشباع حاجتهم.

### 3. بناء فريق العمل:

تظهر مهارات القائد الإنسانية في قدرته على تنظيم العاملين تحت قيادته في شكل مجموعات عمل أو فرق متعاونة، وتتمثل قدرة القائد في تكوين فرق العمل من الذين يتميزون بالكفاءة والمسؤولية والإبداع وفرق العمل مفيدة وضرورية في أكثر الأحيان متى أحسن اختيار أعضائها، وحددت بشكل دقيق مهامها وتحركاتها ومسئولياتها وصلحياتها وإتصالاتها والزمن اللازم لأداء مهمتها، فهي تساعد علي إنجاز وتطوير أعمال كثيرة والتعامل مع المشاكل المزمنة والحوادث الطارئة، وكذلك هي ذات فائدة معنوية في تدريب المرؤوسين من خلال إشراكهم في مهام غير عادية، وتحقق فرق العمل تحسين الإنتاجية، والجودة، تخفيض التكاليف.

(1) بلال خلف السكارنة، مرجع سبق ذكره، ص: 43

#### 4. تقدير الآخرين:

إن طريقة التعامل وممارسة العلاقات من الدعائم المهمة للتقدم والطمأنينة والاستقرار للمنظمات وهي من المهارات والأدوات الهامة للقائد لكسب ولاء وحب المرؤوسين وتعاونهم ومساهماتهم معه في نجاح المنظمة وتحقيق أهدافها، ويظهر تقدير الآخرين في الدعم المادي والمعنوي من القائد للمرؤوسين والمساندة للمرؤوسين المتميزين في العمل وتفويض السلطات إلي بعض الأفراد وتدريبهم علي القيادة وتحمل المسؤولية ومشاركتهم في صنع القرار.<sup>(1)</sup>

##### 4.1.1 تعريف الإتصال:

بالنظر إلى مفهوم الإتصال من خلال الإطلاع على آراء الكتاب والمتخصصين في مجال الإدارة نجد أن هناك اختلاف بينهم في التوصل إلى مفهوم موحد للإتصال، ويمكن إرجاع ذلك إلى اختلاف توجهات الكتاب والباحثين والمجالات التي تجري فيها البحوث، ونتيجة لذلك ظهرت تعريفات عديدة لايمكن حصرها لمفهوم الإتصال من قبل الباحثين والمتخصصين عكست في معظمها أهميته ودوره في الحياة الإنسانية.

##### ومن هذه التعريفات مايلي:

1. يعرف الإتصال بأنه: " عملية هادفة لنقل المعلومات من شخص إلى آخر، بغرض إيجاد نوع من التفاهم المتبادل بينهم".<sup>(2)</sup>
2. عرف الإتصال بأنه: "عملية تفاعل وتأثير بين المرسل والمستقبل وفقاً للرسالة المرسله حيث تتضمن تلك العملية تبادلاً للمعلومات الأفكار والأنفعالات والأحاسيس والمشاعر بقصد إحداث إشارات مرغوبة في سلوك الآخرين".<sup>(3)</sup>
3. كما يعرف الإتصال بأنه: "عملية إرسال وأستقبال الرسائل، ويكون ذا فاعلية عندما يتم فهم الرسالة من المستقبل وتشجيعه للتفكير بأسلوب جديد".<sup>(4)</sup>
4. عرف أيضاً بأنه: "عملية مستمرة تتضمن قيام أحد الأطراف بتحويل أفكار ومعلومات معينة إلى رسالة شفوية أو مكتوبة تنقل من خلال وسيلة إتصال إلى الطرف الآخر".<sup>(5)</sup>

(1) رائد عمر الأغا، المهارات القيادية لدى المسؤولين في شركة الاتصالات الخلية بين الواقع والمنظور المعياري، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، 2008م، ص: 77-78

(2) بلال خلف السكران، مرجع سبق ذكره، ص: 51

(3) خالد يوسف الزعبي، أثر توافر مهارات الإتصال والرسائل غير اللفظية على فاعلية الإتصال الإداري، مجلة دراسات العلوم الإدارية، المجلد (32)، العدد (2)، 2005م، ص: 375

(4) John V. Thill, Courtland L. Bovee, Excellence in Business Communication, Person Prentice Hall USA, 2005 p:4

(5) أحمد ماهر، كيف ترفع مهاراتك الإدارية في الإتصال، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2008م، ص: 27

تتسم عملية الإتصال الإنساني بأنها عملية ديناميكية، مستمرة، ودائرية تدور بين الجميع في نسق متفاعل، ولا يمكن إعادتها إذ تتغير الرسالة مع تغير الزمن والجمهور، ولا يمكن إلغاء أثرها ولو كان غير مقصود، كما أنها عملية معقدة تحدث في مستويات وأماكن مختلفة تضمن التفاعل الاجتماعي<sup>(1)</sup>. مهارة الإتصال هي إحدى المهارات الأساسية التي تساعد الفرد علي التواصل بطرق ايجابية وبناءة، وذلك بإستخدام الإتصال اللفظي وغير اللفظي ونقل المعلومات والمعاني للتأثير علي السلوك بما يتكيف مع ظروفهم المحيطة<sup>(2)</sup>.

### 5.1.1 أهمية الإتصال:

للإتصال أهمية بالغة في المجتمعات الإنسانية كافة على أختلاف درجة تطورها، ومن هنا فإن عملية الإتصال تسعى لتحقيق عام، وهو التأثير في المستقبل حتي تحقق المشاركة في المعني مع المرسل، بهدف تحقيق الهدف من العملية الإتصالية. ويكون هذا التأثير عادة على الأفكار والإتجاهات لتكوينها، أو تعميقها، أو تعديلها، تطويرها، الأمر الذي سينعكس على سلوكيات الأفراد وإستجاباتهم تجاه المواقف المختلفة المضمنة في الموقف الإتصالي على أختلاف أبعاده ومستوياته<sup>(3)</sup>.

### 6.1.1 عناصر عملية الإتصال:

من أجل إنجاح العملية الإتصالية وأتقانها لابد من فهم أدوار عناصرها وتتمثل عناصر عملية الإتصال في الآتي:

**المرسل (المصدر):** هو الجهة التي تبعث وترسل معلومات أو افكار أو آراء بقصد إثارة سلوك محدد<sup>(4)</sup>. الرسالة: هي جوهر عملية الإتصال، أي بدون رسالة لا يكون هنالك إتصال، ويجب أن تكون الرسالة واضحة من حيث الهدف ومن حيث إستخدام المصطلحات حتي لا تحتمل تفسيرات مختلفة، وأن تكون الرسالة سليمة وتناسب مع مقدرة المستلم اللغوية<sup>(5)</sup>.

**وسيلة الإتصال:** هي القناة التي عن طريقها يتم نقل المعلومات الشفوية أو الكتابية<sup>(6)</sup>. **المرسل إليه:** هو الطرف الذي يتلقى الرسائل لأن العملية الإتصالية تتطلب على الأقل طرفين<sup>(7)</sup>. **التغذية العكسية:** يجب التأكد من أن الرسالة وصلت إلى المرسل إليه، وتم فهم مضمونها، وإن مستوى درجة الإستجابة يتوقف على وضوح الرسالة وفهمها من قبل الطرف الموجه له<sup>(8)</sup>.

(1) خالد يوسف الزغبى، مرجع سبق ذكره، ص: 375

(2) عبدالله حسن مسلم، مرجع سبق ذكره، ص: 105

(3) عثمان عبد الرحمن محمد، مرجع سبق ذكره، ص: 37

(4) محمد قاسم القريوتي، مبادئ الإدارة - النظريات والعمليات والوظائف، دار وائل للنشر، عمان، الطبعة الثالثة، 2006، ص: 289

(5) محمود سالم العميان، السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال، دار وائل للنشر، عمان، 2005م، ص: 241

(6) عبد الرحمن توفيق، الإتصال الفعال - مركز الخبرات المهنية للإدارة، 2010م، ص: 217

(7) القريوتي، مرجع سبق ذكره، ص: 289

(8) محمد عباس ديوب، دور الاتصالات الإدارية في رفع كفاءة العمل - دراسة ميدانية على مرفأ اللاذقية، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات

العلمية سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد (30)، العدد (3) 2008م، ص: 43-60

### 7.1.1 مهارة الإتصال اللفظي:

الإتصال اللفظي هو الذي يتم باستخدام الكلمات عند إرسال وأستقبال الرسالة، ويعد كلاً من الحديث والكتابة من أشكال الإتصال اللفظي.<sup>(1)</sup>

ويقصد بالإتصال اللفظي: الطريقة التي يتمكن من خلالها الفرد من التعامل مع الآخرين، وتوصيل ما يريد من آراء وأفكار بصورة لغوية سليمة ومناسبة، ولا يتم ذلك إلا من خلال مجموعة من المهارات الفرعية وتتمثل في مهارتي الحديث والكتابة.

#### مهارة الحديث: (الإتصال بالكلام):

تعتبر مهارة الحديث من المهارات الهامة بالنسبة للأفراد الذين يتضمن عملهم قدراً كبيراً من التعامل مع الآخرين، وبالرغم من أن القدرة علي الحديث متوافرة لدى الغالبية العظمي من الناس وبغض النظر عن السن أو المستوى الثقافي أو الاجتماعي، إلا أن هنالك فرق بين القدرة على الحديث ومضمونه واستخدام الصوت المناسب ومراعاة الفروق الفردية بين الأفراد الذين يتحدث إليهم واختيار الوقت المناسب للحديث ومعرفة الأثر الذي يتركه الحديث على الآخرين.<sup>(2)</sup>

إن اللغة اللفظية هي الوسيلة الأساسية للإتصال، فنحن نعيش في بيئة لفظية، تعطي دلالات ومعاني لفظية لكل ما يحيط بنا من ظواهر وأشياء، ولأنّ للكلمات معاني مختلفة حسب استخدامنا لها، فإن استخدامنا للكلمة المفردة يصبح عديم الجدوى إذا لم يكن لهذه الكلمة مغزى، وإذا لم تربط بكلمة أخرى توضحه، إن استخدام اللغة بدون المغزى الملائم يؤدي إلى معنى غير واضح، وبالتالي إلى سوء فهم للرسالة الإتصالية، مما يثير المشاعر ويسبب تداخل المدركات.<sup>(3)</sup>

تستخدم اللغة في ثلاثة وظائف كمايلي:<sup>(4)</sup>

1. التعبير عن الأشياء أو الأحداث المحيطة بالفرد وهنا لا يكون هناك أى صعوبة في فهم المعاني لأن الأشياء أو الأحداث الخارجية تمكن من التحقق مما قصده من معاني.
2. التعبير عن مشاعر وأحاسيس وانفعالات الأفراد وهنا يمكن إلى حد ما فهم المعاني المقصودة من خلال ملاحظة انفعالات الأفراد والتي تختلف من فرد لآخر.
3. محاولة التبرير لأنواع معينة من السلوك، وهنا يصعب فهم المعاني المقصودة إذا أن الأسباب التي يبدئها الفرد في التبرير لا تعكس الدوافع الحقيقية.

(1) المرجع السابق، ص: 106

(2) شريف عبدالله الحموي، مرجع سبق ذكره، ص: 40

(3) سكينه إبراهيم عامر، فن الإتصال بالآخرين- دراسة في السلوك الإنساني، دار نون للتدريب والاستشارات، بنغازي، 2001م، ص: 167

(4) محمد الصريفي، مرجع سبق ذكره، ص: 162

إن الإتصال اللفظي المباشر ذو أهمية في التأثير على مواقف الأفراد في عملية الإتصال وهذا يتطلب إتقان مهارات التحدث وأن يكون لدى العاملين الخبرة الكافية لاستخدام تقنيات الصوت المختلفة بحيث تتناسب درجة شدة وانخفاض نبرة صوت المتحدث مع المواقف المختلفة.(1)

### متطلبات الحديث المؤثر:

هناك عدة متطلبات لإعطاء الحديث قوة في التأثير على الآخرين تتمثل فيما يلي:(2)

1. أمور متعلقة بالمتحدث وتشمل: الإستهلال الجيد والختام الجيد، واستخدام أكبر قدر من الحواس وتعلم حسن الإستماع وتجنب تقليد الآخرين والحرص على رجع الصدى والإتجاه الطيب نحو الجمهور والحرص على التلقائية والإقرار بالخطأ.
2. أمور متعلقة بالجمهور يضعها المتحدث في إعتباره: وذلك عن طريق معرفة إتجاه المستمعين وميولهم تجاه الفكرة أو الموضوع ثم البدء بنقاط الأتفاق ومعالجة الأفكار المستترة ثم إحترام آراء الآخرين وإشعارهم بأهميتهم وبأن الفكرة في الحديث فكرتهم واستخدام الأسئلة بدلاً من إلقاء الأوامر وعدم المجادلة، والتوسل بالرفق واللين.
3. أمور متعلقة بلغة البناء المنطقي للحديث: وتشمل دعم الجوانب الإيجابية للطرف الآخر وتنوع طرق المعالجة وتجنب الأخطاء.

### تنمية مهارات الحديث:

يمكن تنمية مهارات الحديث بإتباع الإرشادات التالية(3) :

1. التوقف عن الكلام بين لحظة وأخرى أثناء الحوار لأعطاء المستمع فرصة للتعقيب علي الرسالة.
2. تحديد نبرة الصوت التي تناسب المسافة بين المتحدث و المستمع.
3. تجنب استخدام الألفاظ التي تحمل أكثر من معني أو مصطلحات فنية يجهلها المستمع.
4. عدم مقاطعة المستمع أثناء رده علي الرسالة.
5. التأكد من توفر المناخ المناسب لضمان عملية الإتصال مثلاً طريقة الوقوف أو الجلوس أثناء الحديث فإن هذه الأمور تعكس مدي الإهتمام بالمستمع.
6. مخاطبة المستمع علي قدر ثقافته، فإن ذلك يساعد علي استمرار عملية التواصل وإنسيابها.
7. الحذر أثناء الحديث فإن المستمع يصدق بناءً علي ثقته فيك.
8. المحافظة علي الإبتسام وهدوء الأعصاب أثناء الحديث.

(1)Thill, John V, Bovee, Courtland, op, citp ,p:79

(2) خضير كاظم حمود، الإتصال الفعال في إدارة الأعمال، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2010م، ص:5

(3) شريف عبدالله الحموي، مرجع سبق ذكره، ص:41-43

## 8.1.1 مهارة الإتصال غير اللفظي (لغة الجسد):

الإتصال الغير اللفظي عبارة عن إستجابات إنسانية غير كلامية مثل الإيحاءات تعابير الوجه، وخصائص البيئة المدركة التي يتم خلالها إرسال الرسائل اللفظية وغير اللفظية، أو هي رسالة ترسل وتستقبل مستقلة عن الكلمة المكتوبة أو المقروءة وتتضمن عوامل مثل استخدام الوقت، والمكان والمسافة بين الأشخاص حين المحادثة، واستخدام اللون، واللباس، وسلوك المشي.<sup>(1)</sup>

### تعريف الإتصال غير اللفظي:

من التعاريف التي تناولت الإتصال غير اللفظي مايلي:

1. يعرف بانه: "طريقة لإرسال وأستقبال الرسالة بدون كلمات وهذا يعني استخدام تعبيرات الوجه والإشارات وحركات الجسم ونظرات العينين."<sup>(2)</sup>
  2. يعرف الإتصال غير اللفظي على أنه: "عملية التعبير عن الرسائل التواصلية بين الأفراد والجماعات بطرق واساليب غير لغوية، ويتم عادة عبر العديد من القنوات مثل تعابير الوجه، حركات العيون، الإيماءات والهيئة، والمسافة، والمظهر، والصوت."<sup>(3)</sup>
  3. عرف على أنه: "الإتصال الذي يستخدم الإشارات والحركات والإيماءات، والأصوات، والرموز."<sup>(4)</sup>
  4. يعرف أيضاً بأنه: "عبارة عن إشارات وحركات إرادية وغير إرادية، تصدر من الجسم بأكمله أو جزء منه لإرسال رسالة إنفعالية إلى المحيطين بالإنسان، من خلال فروع ومفردات تتمثل في: لغات الوجه والصوت والأصابع واليدين، واللمس، وضعية وحركات الجسم، والمسافات، وال فراغ المكاني، والدلالات الرمزية لاستخدام الوقت."<sup>(5)</sup>
- يعتبر الإتصال غير اللفظي من أكثر أساليب وطرق الإتصال صدقاً وأهمية في التواصل بين الأفراد، حيث تصدر التعبيرات غير اللفظية المختلفة عن الأفراد بشكل طبيعي وعفوي غير مخطط له.<sup>(6)</sup>
- الإتصال غير اللفظي يعتمد على الجانب السلوكي والحركي في الجسم، لذا يمكننا أن نجد أن هناك حركة في الجسم في جزء صغير منه مثل اليد أو العين أو في عدة أجزاء معاً كاليد والرأس واليد والكتف.. الخ، ولغة الجسد هذه يستخدمها الأشخاص عادة من أجل التواصل خاصة من الجانب الوجداني وبعيداً عن الكلمات، وتلعب البيئة الاجتماعية والبيئة في المجتمعات المختلفة دوراً هاماً في لغة الجسد والتعرف عليها وفهمها.<sup>(7)</sup>

(1) حسين حريم ، مرجع سبق ذكره، ص: 356

(2) عبدالله مسلم، مرجع سبق ذكره، ص: 106

(3) Ober, Scot, Contemporary business Communication, New York, Houghton Mifflin Company, 2003, p:46

(4) إبراهيم أحمد أبو عرقوب، "الاتصال الإنساني ودوره في التفاعل الاجتماعي"، دار مجدلوي، عمان، 1993م، ص: 122

(5) مدحت محمد أبو النصر، لغة الجسد (دراسة في نظرية الإتصال غير اللفظي)، مجموعة النيل العربية، القاهرة، 2006م، ص: 67

(6) Chandan, J S, Organizational Behavior, New Delhi, Vikas Publishing House pvtltd, 2005, p:28

(7) توفيق عبد الرحمن، السكرتارية - مهارات التعامل مع الآخرين، مركز الخبرات المهنية للإدارة، القاهرة، 2008م، ص: 12

## أهمية الإتصال غير اللفظي:

تأتي أهمية التعبير غير اللفظي من دوره الفعال في فهم الرسالة جنباً إلى جنب مع التعبير اللفظي حيث لا بد من قراءة ما يعنيه المرسل من رسالته من خلال تعبيرات الوجه ، نظرات العينين، نبرات الصوت، حركات الجسد، ثم ترجمة الرسالة، حيث لا بد وأن يصغي المستمع إلي المشاعر والإنطباعات والتعبيرات إلي جانب الكلمات، وإلى جانب ذلك يجب أن يستخدم المستمع الإتصال غير اللفظي كمنصت، عند عكس إستجابته تجاه الحديث أو الرسالة الموجهه إليه.(1)

## مكونات الإتصال غير اللفظي:

### 1. تعبيرات العيون:

يعتبر الإتصال بالأعين من الوسائل غير المنطوقة لإجراء محادثة جدية بين الناس، فعندما ننظر لشخص ما، فإنه يكون مدركاً بأنه قد استحوذ على انتباهنا، وبذلك يحدد النظر سياق التبادل، لذلك فلا يمكن تجاهل أهمية الإتصال بالأعين وتستخدم لغة العيون في أغراض التغذية الراجعة لجعل المتحدث يدرك مدى الإستماع إليه، وأيضاً وجود إشارة تجعل المتلقى يدرك أن الآخرين يستمعون إليه، وإن عدم الإتصال بالأعين يعطي إنطباعاً أنك تتحدث عن المستمعين بدلاً من أن تتحدث إليهم.(2)

العيون ليست وسيلة للإبصار فقط بل هي وسيلة بليغة للتعبير عما يدور في الداخل أي ما في النفوس والقلوب ونقله للخارج، فهناك النظرات القلقة المضطربة، والمستغيثة المهزومة المستسلمة، وأخري ساخرة، أخري مصممة، وأخري سارحة لا مبالية، وأخري خائنة مستفهمة وأخري محبة، وهكذا تتعدد النظرات المعبرة.

الإتصال بالعين يعتبر المهارة الأكثر تأثيراً بين التأثيرات الشخصية المتعددة، فالعين هي الجزء الوحيد من الجهاز العصبي الذي يرتبط بالشخص الآخر بشكل مباشر وللإتصال بالعين ثلاثة آثار هي: الألفة والتخويف وتنتجان عن النظر إلي الشخص الآخر لمدة عشر ثواني إلي دقيقة، والمشاركة وهي تشكل أكثر من (90%) من إتصالنا الشخصي خاصة في مجال العمل فإنها تستدعي أن تنظر إلي الشخص الذي تتحدث معه من خمس إلي عشر ثواني قبل تحويل النظر عنه إلي مكان آخر.(3)

### 2. تعبيرات الوجه:

تشكل تعبيرات الوجه أول انطباع يلفت النظر عند مقابلة شخص ما لأول مرة ، ويظل هذا الإنطباع عالقاً بالذهن لفترات طويلة ولا يتغير بسهولة، إذ يعتبر الوجه أكثر أجزاء الجسم وضوحاً وتعبيراً للعواطف وأكثرها في نقل المعاني، كما أنه أكثر الأجزاء صعوبة في فهم التعبيرات التي تصدر عنه، بالإضافة إلي أن تعبيرات الوجه من الأشياء التي تتأثر كثيراً بالحالة النفسية الحية للإنسان، ويمكن

(1) هالة منصور، الإتصال الفعال، المكتبة الجامعية، الاسكندرية، 2000م، ص: 202

(2) جيمس بورج، الإقناع – فن إقناع الآخرين ( مترجم)، مكتبة جرير، الرياض، 2009م، ص: 93

(3) عبد الله مسلم، مرجع سبق ذكره، ص: 85-86

القول أنّ هنالك علي الأقل ستة أنواع من العواطف التي يمكن التعبير عنها باستخدام الوجه وهي التعبير عن السعادة، الغضب، الدهشة، الحزن، الاشمئزاز وأخيراً الخوف، وغالباً ما تكون المشاعر مكتوبة بوضوح علي الوجه.<sup>(1)</sup>

### 3. تعبيرات الصوت:

إنّ صوت المتحدث يمد المستمع بكثير من المعلومات، فمن خلال الصوت يمكن معرفة المتحدث، وجنسه، وجنسيتها، وحجم جسمه، والمنطقة التي ينتمي إليها، كما أنّ الصوت يكشف عن اهتمامات المتحدث وإتجاهاته، مشاعره ومركزه الوظيفي، ومزاجه الشخصي من هدوء وانفعال، أو مرح أو اكتئاب أو انبساط أو حياء أو أنطواء.<sup>(2)</sup>

يمكن استخدام شدة الصوت ونبراته للتأكيد علي فحوى الكلام المنطوق أو مناقضته له، وهنالك من يؤكد أن نبرات الصوت وشدتها تشكل حوالي (38%) من مضمون الرسالة وإذا استخدم مؤدي الخدمة طبقة صوت منخفضة، ومعدل حديث بطيء وتغيرات قليلة في نبرات الصوت فإن ذلك من شأنه أن يعزز إدراك العملاء لمصادقية مزود الخدمة والود الذي يكنه لهم.<sup>(3)</sup>

### 4. لغة الإشارات والإيماءات:

تشمل لغة الإشارات والإيماءات أنواع الحركات والإيماءات التي يؤديها الفرد لتوصيل معنى معيناً، سواء كانت هذه الإشارات والإيماءات إرادية، يتحكم الفرد فيها، ويرسلها بقصد توصيل معنى معين، أم كانت غير إرادية، تحدث عشوائياً، أثناء الإتصال من أجل إتمام اللغة اللفظية وتوصيلها بشكل أكثر تأثيراً، أم كانت هذه الإشارات بديلاً عن اللغة، كما هو الحال في لغة الصم، أم كانت مكملة للغة، وذلك حين نستخدم اللغة اللفظية وندعمها بالإشارة أو الإيماءة لتوصيل معناها.<sup>(4)</sup>

### 5. تعبيرات المظهر:

إن تعبيرات المظهر لها دلالة واضحة في بعض المواقف، فانتساع بؤبؤ العين في أثناء الحديث مع الآخرين يدل علي إعجابنا بهم أو بتصرفاتهم، أما ضيق بؤبؤ العين فيدل علي ازدرائنا وأحتقارنا لهم أو تحديدهم حسب الثقافة السائدة، هذا فضلاً عن أنّ أناقاة الثياب أو نوعها قد يدل علي مكانة الشخص الاجتماعية أو علي مهنته.

(1) رامي عمر الطناني، مهارات رجل الشرطة في التعامل مع الجمهور وأثرها علي فعالية الخدمة الامنية، دراسة تطبيقية علي رجال الشرطة بمحافظة غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، 2010م، ص: 15

(2) حسين جلوب، مرجع سبق ذكره، ص: 32

(3) خالد يوسف الزعبي، مرجع سبق ذكره، ص: 359

(4) سكيبة إبراهيم عامر، مرجع سبق ذكره، ص: 121

## 6. المكان:

تتكون البيئة المكانية لعملية الإتصال من عنصرين أولهما العنصر المادي كالإضاءة والتهوية ولون الأثاث والمقاعد المستخدمة وطريقة ترتيبها لتؤثر هذه العناصر على نفسية الفرد مجري الإتصال، كما يفعل المحققون مع المتهم حيث يتم إجلاسه على مقاعد غير مريحة لا تساعده في ترتيب أفكاره لإخفاء الحقيقة، أما العنصر الثاني فيتعلق بالمسافة بين أفراد عملية الإتصال من حيث قرب المسافة أو بعدها، فقرب المسافة بين الرئيس والمرؤوس تدل على علاقة ودية بينهما.<sup>(1)</sup>

## 7. الزمان:

يؤثر الزمن واستخدامه في الحديث والتفاعل على شكل التواصل ويشمل استخدام الزمن، تقبل الآخرين للانتظار، والقدرة على الإستماع لحديث طويل.<sup>(2)</sup> ويتم تناول الأحداث عند تحليلها وضعها في إطارها الزمني والمكاني، حيث يشير عنصر الزمان إلى مدلولين هما:

1. يشير لاختيار الوقت المناسب لإجراء عملية الإتصال والوقت المناسب للصمت أيضاً.
2. يشير إلى الفترة الزمنية التي تخصص لإجراء الإتصال التي يجب أن تكون كافية وتتناسب مع أهمية الموضوع.<sup>(3)</sup>

(1) خالد يوسف الزعبي، مرجع سبق ذكره، ص: 360

(2) بلال خلف السكارنة، مهارات الإتصال، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2015م، ص: 69

(3) خالد يوسف الزعبي، المرجع السابق، ص: 360

## 9.1.1 مهارة الإنصات:

هنالك فرق بين الإستماع والإنصات (الإصغاء)، فالإنصات لايعني الإستماع، فالإستماع هو الجانب العضوي من عملية الإنصات ممثلة في صورة الإحساس بالموجات الصوتية فقط ، يلي ذلك ثلاث مراحل أخرى حتي يتحقق الإنصات وهي:التفسير،التقييم، والإستجابة.<sup>(1)</sup> ويقصد أيضاً بمهارة الإنصات الإستماع بتركيز إلى مايقوله الآخرون وعدم الانشغال بأية أمور أخرى أثناء الاستماع.<sup>(2)</sup>

يعتبر الإصغاء عنصراً أساسياً في عملية الإتصال،وفي الغالب نقضي في الإصغاء وقتاً أكبر مما نقضيه في الحديث أو الكتابة أو القراءة ، يساعد الإصغاء الفعال المستقبل علي فهم الفكرة وفق مايقصده المرسل وهذا يساعد علي إتخاذ قرارات أفضل لكون المعلومات التي يستقبلها ويفهمها أفضل.<sup>(3)</sup>

يعرف بعض العلماء الإنصات أوالإصغاء بأنه الفهم لرسالة المتحدث وإدراك ما يرمي إليه من مقاصد،فالإنصات أكثر من مجرد استقبال الصوت بخلاف السمع الذي حدث لمجرد أستقبال الأصوات الخارجية ولا يتطلب تفاعلاً.<sup>(4)</sup>

ويعتبر الإنصات الجيد الركيزة الأساسية في عملية تبادل المعلومات والإنصات للآخرين يجعلك تتعلم منهم وتتفاعل معهم وترد بشكل جيد علي ما تسمعه، وعملية الإنصات تتطلب قدراً من ضبط النفس وإيلاء الإهتمام للآخرين.<sup>(5)</sup>

ويساعد حسن الإستماع وإجادة الإصغاء على نجاح عملية الإتصال، وفهم المستقبل للفكرة وفق ما يقصده المرسل، ويعتبر الإصغاء الجيد من السلوكيات الاجتماعية الحميدة، وتحقيق الإصغاء الجيد هو مسئولية مشتركة بين المتحدث والمستمع،فعلى المتحدث أن يبين بوضوح وجهة نظره وأهدافه، وعلى المستمع مراعاة ما يلي:

- التوقف عن الحديث أثناء الإصغاء.

- إزالة أي عوامل تعيق الإنتباه.

- التعاطف مع المتحدث، بأن يضع المستمع نفسه مكان المتحدث ليرى وجهة نظره.

- التحلي بالصبر وعدم المقاطعة.

- ضبط الأعصاب والمزاج.

-الإلتزام بالهدوء حين الجدل والمناقشة.<sup>(6)</sup>

(1) شريف عبدالله الحموي،مرجع سبق ذكره،ص:22

(2) محمد الصريفي،الاتصالات الإدارية، مؤسسة حورس الدولية للنشر، القاهرة،2006،ص:56

(3) حسين حريم ، مرجع سبق ذكره،ص:359

(4) محمد منير حجاب، مهارات الاتصال للإعلاميين والتربويين والدعاة ، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 2003م ، ص:18

(5)Cohen, Steven, Negotiating skills for managers, New York: McGraw-Hill, 2002,p:87

(6) حسين حريم،مرجع سبق ذكره ،ص:26

## عناصر الإنصات:

تتقسم العناصر المؤثرة على الإنصات إلى :

### -العناصر المعنوية: (1)

تتمثل هذه العناصر فيما يلي :

#### 1. الألفاظ والصياغات:

توجد بعض الألفاظ التي لا يتم فهم معانيها إلا من خلال جمل مثل اسم " عين " أو كلمة " كرسي " وبالتالي تكون طريقة الصياغة لها تأثير على مدى فهم المستمع للرسالة لذا يحرص المستمع على تفهم معاني تلك الكلمات وإيضاح ما يتم غموضه منها .

#### 2. توجيه المناقشة:

أحياناً يخرج المرسل عن موضوع الرسالة إلى أمور هامشية لذا نجد المستمع عادة يطلب من المرسل أن يركز المناقشة على الأفكار الرئيسة.

#### 3. التصرف العملي:

وهنا يطلب المستمع من المرسل الدخول في الحل أو التصرف مباشرة دون اللجوء إلى التفاصيل والتي قد تكون بديهية مثل مقولة ما رأيك في الحل؟

#### 4. الصوت:

حيث تؤثر نبرة الصوت على المعاني التي يتحدث عنها شخص معين فمثلاً : نبرة صوت دافئة تعبر عن مشاعر الحب والود، ونبرة صوت عالية تعبر عن الغضب والانفعال.

### -العناصر المادية: (2)

تتمثل أهم تلك العناصر فيما يلي:

#### 1. حركة الجسد والأيدي:

إن حركات الجسم وحركة اليدين والأصابع وكذا إسناد الجسم والتمتع والتثاؤب، كلها حركات تعزز الرسالة مع ملاحظة أن إزدياد الحركة عن حدّها الطبيعي يشوه المعنى .

#### 2. تعبيرات الوجه:

إن حركة الشفاه والعيون والحواجب تعطي تعبيرات تعزز المعاني التي يتحدث بها المرسل فهي يمكنها أن تشجع أو تثبط همة المتحدث في الاستمرار في الحديث.

(1) محمد الصريفي، مرجع سبق ذكره ، ص:328

(2) أحمد ماهر، السلوك التنظيمي -مدخل بناء المهارات، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2003م، ص:366

### 3. المناخ والبيئة:

أن طريقة مدى الراحة في الاثاث والجلسة، والحرارة، والإضاءة والضوضاء كلها عوامل يمكن أن تؤثر بصورة أو بأخرى على كل من المتحدث أو المستمع.

#### مراحل عملية الإنصات:

يمكن تقسيم المراحل المختلفة لعملية الإنصات إلى ما يلي:<sup>(1)</sup>

1. الإستماع: وهي عملية استقبال الكلمات أو الأصوات في صورة موجات صوتية عن طريق حاسة السمع وتحويل هذه الموجات إلى ذبذبات تنتقل إلى المخ من خلال العصب السمعي.
  2. التفسير: وهي عملية تحويل الذبذبات إلى معاني وأفكار وهي تتم في المخ.
  3. الاستيعاب: وهي عملية فهم المعاني والأفكار وتتأثر هذه المرحلة بالخبرات والمستوى الثقافي والحالة النفسية للمستقبل وكذلك المعلومات الأخرى المساعدة والتي تصل للمخ من حاسة البصر والتي تنتقل الإشارات غير اللفظية المصاحبة للرسالة.
  4. التذكر: وهي مرحلة مقارنة المعاني والإشارات بالمعلومات المخترنة لتحليلها والوصول إلى المعنى والمضمون ثم إضافة هذا المعنى إلى رصيد الذاكرة.
  5. التقييم: وهي مرحلة تحديد المعنى الحقيقي (من وجهة نظر المستقبل) للرسالة والتي يتم على أساسها إتخاذ القرار برد الفعل المناسب.
  6. الإستجابة: وهي المرحلة الأخيرة التي تظهر في صورة رد لفظي أو غير لفظي يوجه للمرسل وهي الناتج النهائي لعمليات الاستيعاب والتذكر والتقييم.
- ولذلك يمكن القول إن الإنصات الفعال هو محصلة تفاعل المعلومات الواردة للمستقبل من خلال العديد من الحواس (السمع والبصر والشم واللمس).

#### قواعد أساسية في الإنصات:<sup>(2)</sup>

1. التفرغ التام وعدم الإنشغال بأشياء أو موضوعات أخرى.
2. تركيز الانتباه على كل مايقوله المتحدث من أفكار رئيسية.
3. إعطاء الفرصة للمتحدث ليفعل ويعبر عن كل ما يريد.
4. الإصغاء لغرض الفهم لا لغرض المناقضة والمعارضة.
5. الإنتباه للتعبير غير اللفظية عن المتحدث (الإيماءات، حركة الأيدي، العيون،.... الخ).
6. محاولة قراءة مالم يقله المتحدث بصراحة.

(1) توفيق عبد الرحمن، مرجع سبق ذكره، ص: 71

(2) شريف الحموي، مرجع سبق ذكره، ص: 44

## الفروض الأربعة للإنصات:<sup>(1)</sup>

1. أن للكلمات نفس المعانى لدى الغير مثلما لها لدينا.
2. أن الشرح المنطقي يكفى دون الدخول في الحل.
3. أن الغرض من أي مناقشة هو حمل الآخرين علي رؤية الأشياء بمنظارنا.
4. ان الصوت المنخفض يشير إلى إحترام المستقبل ومن ثم يزيد من رغبته في الإصغاء.

## عوائق الإنصات:<sup>(2)</sup>

1. الإنشغال في إعداد الإجابة أثناء تحدث الطرف الآخر.
  2. الإستماع إلى الحقائق دون الإستنتاجات.
  3. الحالة العاطفية والمزاجية للمستقبل.
  4. السماع بالتشويش من قلق وضجيج.
  5. القرار المسبق بأن المتحدث لن يفيدنا بشئ.
  6. عدم القدرة على النقاش والتبادل الموضوعي للحجج.
- هنالك بعض الأساليب التي تستخدم في إزالة العوائق التي تؤثر في الإنصات ومنها مايلي:<sup>(3)</sup>

### 1. استعمال سياسة الإفصاح:

إعطاء المتحدث الفسحة المناسبة بتوفير الإحترام والإهتمام وردود الفعل المناسبة وبإزالة العوائق والحواجز وعدم القفز إلي إنطباعات سريعة قبل إعطائه الفرصة الكاملة في الحديث وأستعمال الرسالة التي يرغب في توصيلها.

### 2. استعمال لغة الإشارة المناسبة:

وذلك بالابتسامه وبالنظر إلي عيني المتحدث وتحريك الرأس بالموافقة والتشجيع علي مواصلة الحديث، واستعمال الجلسة الملائمة التي تشعر المتحدث بالراحة والهدوء، وخفض الصوت، وتوجيه الأسئلة المناسبة التي تجعل المتحدث يعبر عن نفسه.

### 3. استعمال سياسة استيعاب الآخرين: وذلك بتوفير الإحترام اللازم والإصغاء الجيد والردود الملائمة.

<sup>(1)</sup> توفيق عبد الرحمن، مرجع ساق ذكره ، ص: 71

<sup>(2)</sup> محمد الصريفي، مرجع سبق ذكره، 322

<sup>(3)</sup> بلال خلف السكارنة، مرجع سبق ذكره، ص: 35-36

## 10.1.1 مهارة الإقناع:

العديد منا بحاجة إلى مهارة الإقناع، لأن الكثير من المهمات تتطلب إقناع الآخرين بها لتأديتها فالمسئول الذي يريد أن يفعل فريقه، أو المشرف الذي يريد أن يسوق خطته والمدير الذي يريد من الموظف أن يقدم أفضل ما لديه، كل ذلك يتطلب قدرة كبيرة لإقناع الآخرين للسير وفق وجهة نظره التي يريدها.<sup>(1)</sup>

### تعريف الإقناع:

هناك أكثر من تعريف للإقناع، فيعرف بأنه محاولة واعية للتأثير في تفكير الآخرين وسلوكياتهم من خلال استخدام إجراءات شخصية ومنطقية ونفسية.<sup>(2)</sup>

الإقناع هو "استخدام المتحدث أو الكاتب للألفاظ والإشارات التي يمكن أن تؤثر في تغيير الاتجاهات والميول والسلوكيات".<sup>(3)</sup>

ويعرف بأنه: "تأثير سليم ومقبول على القناعات لتغييرها كلياً أو جزئياً من خلال عرض الحقائق بأدلة مقبولة وواضحة".<sup>(4)</sup>

ويمكن تعريف الإقناع بأنه: "هو عملية تغيير أو تعزيز المواقف، أو المعتقدات أو السلوك".<sup>(5)</sup> بينما يعرف الإقناع بأنه: "عمليات فكرية وشكلية يحاول فيها أحد الطرفين التأثير على الآخر، إخضاعه لفكرة ما".<sup>(6)</sup>

ويعرف أرسطو الإقناع بأنه "فن حمل الناس على فعل شيء لن يفعلوه في المعتاد إذا لم تطلب منهم".<sup>(7)</sup> وأيضاً عرف الإقناع بأنه "أي إتصال مكتوب أو شفوي أو سمعي أو بصري، يهدف بشكل محدد إلى التأثير على الاتجاهات أو السلوك".

كما أنه القوة التي تستخدم لتجعل شخصاً يقوم بعمل ما عن طريق النصح والحجة والمنطق، ويعتمد الإقناع على خصائص العناصر الرئيسية للإتصال وهي المصدر والرسالة والوسيلة والمستقبل.<sup>(8)</sup>

(1) Garydessler, Management: principles and practices for tomorrow's leaders, New Jersey : Florida International university, 2004 p:32

(2) محمد الصيرفي، مرجع سبق ذكره، ص: 217

(3) بلال خلف السكارنة، مرجع سبق ذكره، ص: 183

(4) هبة الله صبري سليمان، فن الإقناع تحدث أو لا لتقنع الآخرين بوجهة نظرك، القاهرة: مكتبة الناظفة، 2008 م، ص: 115

(5) فهد خليل زايد، فن الحوار والإقناع، عمان: دار النفائس للنشر والتوزيع، 2007 م، ص: 135

(6) محمد راشد ديماس، فنون الحوار والإقناع، بيروت: دار ابن حزم، 1999 م، ص: 14

(7) جيمس بورج، مرجع سبق ذكره، ص: 24

(8) عبد الله مسلم، مرجع سبق ذكره، ص: 53

## العوامل المؤثرة على عملية الإقناع:

هناك مجموعة من العوامل التي تؤثر وبشكل كبير على نجاح عملية الإقناع منها:<sup>(1)</sup>

### 1. التعرض الاختياري للإقناع:

تتطلب عملية الإقناع أن يكون تعرض الفرد للرسالة اختيارياً دون ممارسة ضغوط كبيرة، حيث أن ممارسة الضغوط بهدف الإقناع تؤدي إلى استثارة عوامل الرفض الداخلي لمضمون الرسالة ، مما يصعب مهمة القائم بالإقناع، ولهذا يجب على القائم بالإقناع أن يركز على مساعدته للتهيئة الذاتية للإقناع.

### 2. تأثير الجماعة التي ينتمي إليها الفرد:

تقوم الجماعة الأساسية التي ينتمي إليها المستهدفون أو يرغبون في الإنضمام إليها بدور قوى في التأثير على عملية الإقناع لديهم، ويمكن للقائم بالإقناع استخدام هذا الدور في التأثير على المتلقي عن طريق ضرب الأمثلة الملائمة ، واستغلال إقناع أحد أفراد الجماعة في توجيه رأي الفئة المستهدفة بالرسالة.

### 3. تأثير قيادات الرأي:

قيادات الرأي هم الأفراد ذو التأثير الذين يساعدون الآخرين ويقدمون لهم النصيحة، ويتأثر بهم الأفراد أحياناً أكثر من تأثرهم بوسائل الاتصال أو الإعلام، ويلعب قادة الرأي دوراً هاماً في تغيير اتجاهات الأفراد، ويمكن للقائم بالإقناع أيضاً استخدام هذا الدور في التأثير على المتلقي.

### مرتكزات عملية الإقناع:<sup>(2)</sup>

1. أنه كلما كان القائم بالإقناع واعياً بالانفاصيل الصغيرة والكبيرة التي تتضمنها محاولته يكون الإقناع أكثر فاعلية وأكثر نجاحاً في تحقيق أهدافه.

2. أن مقياس نجاح الرسالة الإقناعية يتوقف على درجة تأثيرها في مجال الممارسة حيث أن الهدف النهائي للإقناع هو إحداث مايعرف بإعادة التشكيل للممارسات لتتفق وأهداف القائم بالإقناع.

3. تستخدم الوسائل الإقناعية العديد من وسائل الإغراء لتحقيق الأثر المطلوب.

### السمات الإقناعية:

وتتضمن مجموعة من المهارات والسمات والتي يجب على الشخص الذي يقوم بعملية الإقناع أن يتحلى بها وهي:<sup>(3)</sup>

### 1. القدرة على التحليل والإبتكار:

(1) بلال خلف السكارنة، مرجع سبق ذكره ص: 184

(2) محمد الصيرفي، مرجع سبق ذكره، ص: 217

(3) محمد منير حجاب، مرجع سبق ذكره، ص: 106

تعني أن يكون المتحدث قادراً على إدراك العلاقات بين العناصر المكونة لفكرته، وأن يكون قادراً على تحليل هذه العلاقات، وذلك لإبتكار المزيد من العلاقات والتوصل إلى معان معينة، تؤيد فكرته.

2. القدرة على العرض والتعبير:

أسلوب العرض يلعب دوراً كبيراً لجذب الإنتباه، ولكن يجب مراعاة طبيعة الموقف الذي يتم عرضه، حتى يظل أسلوب العرض وسيلة تساعد على الإقناع، ولا تتحول إلى هدف بذاتها، وهذا الأسلوب يتيح للمستمعين الفرصة للتفكير والمشاركة في الحديث.

3. القدرة على الضبط الإنفعالي:

إنفعال المتحدث لتعبير معين، أو لنقد وجه له، قد يفقده قدرته على التركيز، وربما يدفعه إلى التصريح بأشياء ليس من المستحب ذكرها، وبالتالي فإن أفتقاد هذه الصفة يعد أحد العوامل التي تؤثر في إقناع المستمعين.

4. القدرة على تقبل النقد:

يمثل النقد أحد الظواهر الأساسية التي تبرز عند نقاش بعض الموضوعات وتبادل وجهات النظر، ويعني حالة عدم الإقتناع برأي أو فعل معين، وتحاول تنفيذ هذا الرأي لإثبات عدم صحته، أو توجيه الفرد إلى أنه قد تصرف على نحو يخالف ما كان يجب القيام به.

نمط الشخصية والإقناع<sup>(1)</sup>:

إنّ الأنماط المختلفة للشخصية تفضل الإقتناع بأساليب مختلفة، والإمام بمعلومات عن نمط الشخصية يساعد على:

- التعرف على طريقة الإقناع التي يفضلها الجمهور.

- التعرف على نوع المعلومات التي يود الجمهور ملاحظتها وترديدها.

- التعرف على مدى تأثير صنع القرار لدى الجمهور.

- التحدث بلغة الجمهور .

- سرعة بناء العلاقة المطلوبة من أجل الإقناع الناجح .

وسائل الإقناع<sup>(2)</sup>:

غالباً ما يواجه المتحدث في حديثه أربعة أنواع من المستمعين، ولكي يتمكن من إقناعهم بحديثه فإنه

يجب عليه استخدام طريقة مختلفة مع كل منهم ،وذلك علي النحو التالي:

1. إقناع المستمع الإيجابي (الذي ينفق مع المتحدث ويؤمن بمايقوله):

ينصح عند الحديث لهذا الصنف من المستمعين بعدم الإفراط في وعظه، وأن يسعى بدلاً من ذلك إلى

أن يكون مؤثراً عن طريق مايلي:

(1) هاري ميلز ، فن الإقناع ،الرياض،مكتبة جرير للنشر والتوزيع،،2001م،صص:85-86

(2) بلال خلف السكارنة،مرجع سبق ذكره،صص37-38

-توظيف الخبرات الحياتية، وذلك بالبحث عن إيضاحات وأمثلة وقصص ملموسة تخرج الحديث عن دائرة التجريد وتضعه في عالم الخبرات الإنسانية الواقعية.

- خلق جو من التجديد، وذلك بطرح أحدث ما أستجد من المعلومات أو التعامل مع البيانات القديمة بطريقة فريدة .

- حث المستمعين علي المشاركة، عن طريق طرح الأسئلة عليهم وإثارة روح المرح والردود الأخرى المناسبة.

2.إقناع المستمع المحايد (الذي يستمع أولاً ثم يقرر):

عند الحديث لهذا النوع من المستمعين ينصح بأن لا يطرح موضوع الحديث بطريقة مسرحية، وأن يكون منطقياً من خلال الوسائل التالية:

- برهنة صحة ومصداقية الأدلة التي يتم طرحها.

- أن يوضح للمستمعين كيف يمكن أن يتثبتوا من أدلته.

-لايغفل أياً من البيانات المهمة.

- يوضح الطريقة التي استخدمها في عملية الاستنتاج المنطقي.

3. إقناع المستمع المعارض (الذي يخالف المتحدث الرأي ولايثق أويؤمن بما يقول):

عند الحديث لهذا النوع من المستمعين بأن لا يكون جدلياً، وأن يكون منطقياً من خلال الوسائل التالية:

- يتنازل مؤقتاً عن أي نقطة يمكنها إثارة الكثير من الجدل.

- يظهر له أنه يحترم عقله وطريقة تفكيره.

- يستخدم أسلوباً مشجعاً وودياً.

4. إقناع المستمع اللامبالي (الذي تفرض عليه ظروف ما أن يستمع):

عند الحديث مع هذا النوع من المستمعين يجب أن لا يكون مملاً، وأن يكون متحمساً من خلال تجنب البدء بطريقة روتينية وإتباع الوسائل التالية:

-البحث عن إيضاحات جديدة وفريدة.

-استخدام معلومات حديثة.

-استعمال الدعابة والمرح<sup>(1)</sup>.

**إستراتيجيات الإقناع:**

هنالك مجموعة من الإستراتيجيات لا بد من إتباعها من أجل إقناع الآخرين وهي على النحو التالي<sup>(2)</sup>.

1. الإعتماد على العاطفة أو المنطق في الاستمالة:

(1) المرجع السابق، 38.

(2) بلال خلف السكارنة، مرجع سبق ذكره، ص: 188.

يظهر واقع الأمر أنه ليس هناك قاعدة ثابتة تستطيع أن تؤكد أنه يمكن الإعتماد عليها في هذا المجال، إلا أن درجة تأثير الاستمالة العاطفية تزيد عند إقناع المستهدفين بالرسالة منطقياً حيث تعتمد في هذه الحالة على استمالة دوافع الفرد إلى حد ما.

2. الإعتماد على درجة من التخويف لتحقيق الاستمالة:

تؤكد التجارب أن نسبة كبيرة من المجموعات التي تتعرض لدرجة معتدلة من التخويف تتأثر بالنصائح التي تستمع إليها وتقل هذه النسبة كلما زادت درجة التخويف، فالرسالة التي تعمل على إثارة الخوف يقل تأثيرها كلما زادت درجة التخويف فيها، ويرجع السبب في ذلك إلى أن المستهدفين بالرسالة ترتفع درجة توترهم نتيجة للتخويف الشديد.

3. البدء بالإحتياجات والإتجاهات الموجودة لدى المتلقي:

المتحدث الذي يخاطب المستهدفون باحتياجاتهم ويساعدهم في تحديد الأساليب التي تحققها تكون لديه فرصة أكبر في إقناعهم بدلاً من أن يعمل على خلق احتياجات جديدة لهم، ويكون الحديث أو الرسالة أكثر فاعلية في إقناع المستهدفين عندما يبدو لهم أنه وسيلة لتحقيق هدف كان لديهم بالفعل.

4. عرض تحليل الآراء المتباينة للموضوع:

يؤدي عرض الجانب المؤيد لرأي المستهدفين إلى تدعيم رأيهم والتفاعل مع المتحدث العادي، لأن الرسالة التي تعرض جانباً واحداً من الموضوع تكون قادرة على إقناع الأفراد ودفعهم إلى تبني وجهة النظر المعروفة عندما يتم التأكيد عليها من جانب المستهدفين، وقد أثبتت التجارب بشكل عام فاعلية تقديم الرأي المؤيد والمعارض معاً بالنسبة للفرد الخبير، فعندما يقوم المتحدث بعرض وجهتي النظر بحياد يمكن أن يكون التأثير والإقناع أقوى، ويصبح لدى المستقبل لوجهة النظر درجة أعلى من القناعة من وجهات النظر المضادة بعد ذلك.

5. ربط المضمون بالمصدر أو المرجع:

يقوم المرسل أو المتحدث في بعض الأحيان بنسب المعلومات أو الآراء التي يقولها لمصادر معينة أو مراجع، ويلاحظ أن المستهدفين بعد فترة من الزمن سوف يتذكرون المضمون دون أن تذكروا المصدر.

6. درجة الوضوح والغموض في الرسالة:

تمثل درجة الوضوح في الرسالة أهمية كبيرة في إقناع المستهدفين فكلما كانت الرسالة واضحة ولا تحتاج لجهد في تفسيرها، واستخلاص النتائج أصبحت أكثر إقناعاً، إلا أن الوضوح في الهدف من الرسالة المعروضة قد يعطي الفرصة لإتجاهات المستقبلين أن تنشط في مقاومة تلك الرسالة.

7. الترتيب المنطقي لأفكار الرسالة:

إذا قدّم المتحدث في رسالته حججاً متناقضة وأثر ذلك على درجة الإقناع فالحجج القوية أكثر تأثيراً على المتسمعين ولذلك يفضل البدء بالحجج القوية الأكثر تأثيراً على المتسمعين ثم الأقل تأثيراً وإن

إثارة الإحتياجات أولاً ثم تقديم الرسالة التي تشبع تلك الإحتياجات تكون أكثر تأثيراً من تقديم المحتوى المقنع أولاً.

8. التأثير المتراكم والتكرار:

التكرار من العوامل التي تساعد على الإقناع ويمكن أن يؤدي تكرار الرأي أو الرسالة إلى تعديل الإتجاهات العامة نحو أي قضية أو موضوع، إلا أن التكرار في بعض الأحيان قد يسبب الضيق والملل لذا لا بد أن يكون التكرار مع التنوع، وقد أتضح أن الأفراد المستهدفين الذين عرض عليهم أكثر من سبب أو مبرر واحد أكثر استعداداً للإقناع من الذين عرض عليهم مبرر واحد أو سبب واحد، كذلك فإن الإقناع الناتج من التعرض المتراكم للموضوع أكبر من التعرض له مرة واحدة.<sup>(1)</sup>

### 11.1.1 معوقات الإتصال:

يكون الإتصال فعالاً عندما يفهم المستقبل مضمون الرسالة التي أرادها المرسل، ويمكن أن تتعطل أي مرحلة من مراحل عملية الإتصال نتيجة التشويش المادي أو المعنوي، أو الخلل في الإدراك، أو اختلافات اللغة، كما تتأثر عملية الإتصال بمعوقات تتعكس سلباً على فاعلية الإتصال في المنظمات.<sup>(2)</sup> ومن تلك المعوقات ما يلي:

1. وسيلة الإتصال غير مناسبة، حيث أن اختيار وسيلة إتصال غير مناسبة لمحتوى الرسالة الإتصالية، ولطبيعة الجمهور المراد الإتصال به، يؤدي في الغالب إلى فشل الإتصال، مما يتطلب من المرسل أن يقوم بإعادة الإتصال بعد اختيار وسيلة أخرى مناسبة.<sup>(3)</sup>
2. الإكثار من الحشو في الرسالة غير المبرر، الذي يؤدي إلي شعور المستقبل بالملل خلال الإتصال، وبالتالي عدم الإهتمام بمحتوى الرسالة الإتصالية خصوصاً في الإتصال المكتوب.<sup>(4)</sup>
3. الإتجاهات السلبية لدى المرسل، وعدم توفر الاستعداد الكافي، والعلاقات الودية لدى أطراف عملية الإتصال.<sup>(5)</sup>
4. عدم توافر الخبرات اللازمة لدى أطراف عملية الإتصال على استخدام المهارات الأساسية للإتصال مع الآخرين مثل مهارة التحدث، والكتابة، التفكير المنطقي، الإنصات، مهارة الإتصال غير اللفظي.<sup>(6)</sup>

(1) المرجع السابق، ص: 188

(2) Madhukar, R. K., Business Communication and Customer Relations, New Delhi, Vikas Publishing House Pvt Ltd, 2003, p:67

(3) محمد ناجي الجوهري، الاتصال التنظيمي، دار الكتاب الجامعي، العين، 2000م، ص: 22

(4) أحمد ماهر، مرجع سبق ذكره، ص: 39

(5) كامل محمد المغربي، السلوك التنظيمي: مفاهيم وأسس سلوك الفرد والجماعة في التنظيم، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، 2004م، ص: 240

(6) محمد إسماعيل بلال، السلوك التنظيمي بين النظرية والتطبيق، دار الجامعة الجديدة للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2005م، ص: 365

5. الاختلاف في إدراك أطراف عملية الإتصال، حيث نجد أن الأفراد الذين يختلفون بالأعمار والخلفيات الاجتماعية والثقافية، يكونون إنطباعات ومعاني وتفسيرات مختلفة حول ذات الموقف الإتصال. (1)

6. عدم وجود لغة مشتركة بين أطراف الإتصال، مما يؤدي إلى الإلتباس في المفاهيم والمصطلحات، وإعطاء معاني مختلفة لذات الكلمات أو الحركات الإتصالية، لذا نجد أنه كلما وجدت خبرات وثقافة مشتركة بين الأفراد، كانت المعاني التي يعطونها للرسائل الاتصالية متقاربة. (2)

ويمكن تصنيف معوقات الإتصال إلى ما يلي:

#### أولاً: معوقات شخصية

يقصد بها مجموعة المؤثرات التي ترجع إلى المرسل والمستقبل في عملية الاتصالات وتحدث فيهما أثراً عكسياً، وتعود هذه المعوقات بصفة عامة إلى الفروق الفردية التي تجعل الأفراد يختلفون في حكمهم وفي عواطفهم وفي مدى فهمهم للإتصال والاستجابة له.

#### ثانياً: معوقات تنظيمية

ترجع هذه المعوقات أساساً إلى عدم وجود هيكل تنظيمي يحدد بوضوح مراكز الإتصال وخطوط السلطة الرسمية في المنظمة، مما يجعل القيادات الإدارية تعتمد على الإتصال غير الرسمي الذي لا يتفق في كثير من الأحيان في أهدافه مع الأهداف التنظيمية.

#### ثالثاً: معوقات بيئية

يقصد بها المشكلات التي تحد من فاعلية الإتصال والتي ترجع إلى مجموعة العوامل التي توجد في المجتمع الذي يعيش فيه الفرد سواء داخل المنظمة أو خارجها. ومن بين هذه العوامل اللغة التي يستخدمها، واستخراجه لمعاني الكلمات في ضوء قىمه وعاداته تقاليدته بالإضافة إلى عدم كفاية وكفاءة أدوات الاتصال، وعدم وجود نشاط اجتماعي على نطاق كبير في كثير من المنظمات. (3)

#### رابعاً: معوقات تتعلق بالمعلومات أو قلتها عن الحد المطلوب

كثرة المعلومات قد تؤدي إلى سوء فهم المستقبل لها وعدم إستيعابها، فالرسائل والمعلومات الزائدة عن المطلوب تؤدي إلى عرقلة الاتصالات وأخذ زمن طويل، كما أن قلة المعلومات ونقصها في الرسالة تؤدي إلى عدم وصول الإتصال بالصورة المطلوبة.

#### خامساً: معوقات خاصة بغياب المعلومات المترددة

أى غياب المعلومات عن مدى الإستجابة لدى المستقبل وردود أفعاله تجاه الرسالة التي وصلته ومدى فهمه لكافة أبعادها. (4)

(1) ober, scot ,op ,citp ,p:21

(2)Thill, John V. and Bovee, op, citp ,p:20

(3) محفوظ أحمد جودة، العلاقات العامة مفاهيم وممارسات، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 2009م، ص: 137

(4) فتحي أحمد عواد، إدارة الأعمال وظائف المدير في المؤسسات المعاصرة، دار صفا للنشر والتوزيع، عمان 2012م، ص: 381

## المبحث الثاني

### الجودة والجودة الشاملة

#### 1.2.1 مقدمه:

أصبح الإهتمام اليوم بالجودة ظاهرة عالمية ، وأخذت المؤسسات والدول في العالم توليها إهتماماً خاصاً، بل ويمكن القول أن الجودة أصبحت الوظيفة الأولى للكثير من المؤسسات وفلسفة إدارية وأسلوب حياة تمكنها من البقاء والاستمرار في ظل المتغيرات البيئية المتلاحقة وسريعة التغيير، وتزايد إدراك المستهلكين لمستوى الجودة فيما يقدم لهم من سلع وخدمات.(1)

لقد أكتسب مفهوم الجودة بُعداً عالمياً في مختلف منظمات الأعمال وبمختلف تخصصاتها وأنشطتها وأحجامها وأصبح متباين الدلالة والمعنى، ولكن في سياق متنسق مع المفهوم العام للجودة، وذلك نتيجة لاختلاف وجهات النظر في متطلبات فهمه وإدراكها والسياق الذي يمكن أن يُستخدم فيه، فالبعض يراه مرادف للمنتجات ذات السعر المرتفع، وآخرون قد يرونه مرادفاً للسلع والخدمات التي تشبع رغباتهم وتُلبي إحتياجاتها وبدرجة عالية من الإعتمادية، أي قدرتها في تلبية الرغبات والإحتياجات لفترة زمنية متوقعة، محددة ومعقولة، البعض ينظر إليه من منظور إرتباطه بعمليات الإنتاج ومدى كفاءتها وفاعليتها ودرجة قدرتها،.....الخ.(2)

#### 2.2.1 مفهوم الجودة:

يرجع أصل مفهوم الجودة إلي الفعل(جاد) معناه صار جيداً أو الجيد نقيض الرديء ،وهي من المصطلحات العامة التي تناولتها معظم نظريات الإدارة والتي تعبر عن وجود مميزات أو صفات معينة في السلعة أو الخدمة وأن وجود هذه الميزات في السلعة أو الخدمة يفني بتلبية رغبات من يشتري السلعة أو يستعملها، وهنا يمكن القول أن هذه السلعة ذات جودة عالية(3).

أذا يرجع أصل كلمة"الجودة"(Quality)إلي الكلمة اللاتينية(Qualities) والتي تعني طبيعة الشخص أو طبيعة الشيء ودرجة صلابته(4).

وبالرغم من أن الجودة كما وصفها كثير من الكتاب والمهتمين بأنها من أكثر الكلمات شيوعاً إلا أنها أقلها وضوحاً وذلك لاختلاف وتعدد التعريفات والأوصاف التي وردت في معناها وزوايا تناولها المختلفة، ولهذا من الصعب القول إيجاد تعريف بسيط يصفها ويُعرفها تعريفاً شاملاً يمكن تطبيقه على السلع والخدمات (5).

(1) سونيا محمد البكري، إدارة الجودة الكلية، الدار الجامعية، القاهرة، 2002م، ص:44

(2) عمر ادم على أبوروف، أثر تطبيق مفاهيم الجودة على كفاءة الخدمات الصحية بولاية الخرطوم من خلال خدمات التخلص من النفايات الطبية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم، 2016م، ص: 47

(3) سمير كامل الخطيب، إدارة الجودة الشاملة والأيزو : مدخل معاصر، دار المرتضى للنشر، بغداد، 2008م، ص:20

(4) مأمون سليمان الدراكة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، دار صفا للنشر والتوزيع، عمان، 2006م، ص:15

(5) عمر ادم على، مرجع سبق ذكره، ص:49

### 3.2.1 تعريف الجودة:

تعددت وتباينت التعاريف التي أوردها الكتاب والمهتمين بموضوع الجودة إلى درجة أنه يصعب حصرها، فالجودة بحسب البعض تشير إلى درجة التفضيل وأحياناً إلى الموائمة للاستعمال والمطابقة مع المتطلبات، والتركيز مع العميل وتلبية متطلباته أحياناً أخرى .

ومن هنا يمكننا إبراز أهم التعاريف التي أعطيت لمفهوم الجودة:

1. عرفت الجودة بأنها: "مجموعة من الصفات والخصائص والمعايير التي يجب أن تتوفر في المنتج وبما يتطابق مع توقعاته ويلبي رغبات وتفضيلات العميل".<sup>(1)</sup>

2. كذلك عرفت الجودة بأنها: "حالة ديناميكية مرتبطة بالمنتجات المادية والخدمات وبالأفراد والعمليات والبيئة المحيطة بحيث تتطابق هذه الحالة مع التوقعات".<sup>(2)</sup>

3. يعرف جونسون الجودة بأنها: "القدرة علي تحقيق رغبات المستهلك بالشكل الذي يتطابق مع توقعاته ويحقق رضاه التام عن السلعة أو الخدمة التي تقدم له"<sup>(3)</sup>.

4. عرفت الجودة بأنها: "إنتاج مؤسسة لسلعة أو تقديم خدمة بمستوى عالي من الجودة المتميزة تكون قادرة من خلالها علي الوفاء بإحتياجات ورغبات زبائنها بالشكل الذي يتوقف مع توقعاتهم، وتحقيق الرضا والسعادة لديهم ويتم ذلك من خلال مقاييس موضوعة سلفاً لإنتاج السلعة أو تقديم الخدمة وإيجاد صفة التميز فيها"<sup>(4)</sup>.

5. عرف معهد الجودة الفيديالي الأمريكي الجودة بأنها: "أداء العمل الصحيح وبشكل صحيح من المرة الأولى مع الإعتماد على تقييم المستفيد في معرفة مدى تحسين الأداء".<sup>(5)</sup>

6. تعرفها المنظمة العالمية للمعايير (ISO) على أنها: "مجموعة الخصائص المتعلقة بالمنتج أو النظام، أو بالعملية الإنتاجية والتي تلبى رغبات المستهلكين والأطراف الخاصة الأخرى".<sup>(6)</sup>

كما يمكن تعريف الجودة من منظور روادها كمايلي:

1. ديمينج (Deming) عرف الجودة بأنها: "تحقيق إحتياجات المستفيد حاضراً ومستقبلاً"<sup>(7)</sup>.

2. كروسبي (Crosby) عرف الجودة بأنها: "الإلتزام بالمتطلبات وإنعدام العيوب وأن يعمل كل فرد بشكل صحيح من المره الأولى".<sup>(8)</sup>

(1) محمد الصريفي ، إدارة الجودة الشاملة :طريقك للحصول على شهادة الإيزو، مؤسسة حورس الدولية للنشر ، الاسكندرية ،2006م ،ص:18

(2) مأمون الدراكة، طارق الشبلي، الجودة في المنظمات الحديثة، دار صفاء للنشر والتوزيع عمان 2002م،ص:16

(3) فريد عبد الفتاح زين الدين ، المنهج العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية ، دار الكتب للنشر ، القاهرة ،1996،ص:10

(4) عمرو صفي عقيلي المنهجية الكاملة لإدارة الجودة الشاملة، دار وائل للنشر والتوزيع عمان 2001م،ص:17

(5) مهدي السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي، دار جريز للنشر والتوزيع ، عمان،2007م،ص:28

(6) سيد أحمد حاج،مرجع سبق ذكره ،ص:7

(7) طلال بن عايد الأحمدى، إدارة الرعاية الصحية،مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض،2004م،ص:26

(8) محمد عبد الوهاب العزاوي ،إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوي للنشر والتوزيع ، عمان ،2005م،ص:15

3. **جوران (Juron)** عرف الجودة علي أنها: "مدى ملائمة المنتج للاستعمال"<sup>(1)</sup>. إي تقديم أفضل أداء وأصدق صفات.

4. **فيجنباوم (Armand feigenbaum)** عرف الجودة بأنها: " الناتج الكلي للمنتج أو الخدمة جراء دمج خصائص نشاطات التسويق والهندسة والتصنيع والصيانة والتي تمكن من تلبية حاجات ورغبات الزبون"<sup>(2)</sup>.

5. **كاورو إيشيكاوا (Kaora Ishikawa)** عرفها بأنها: " تلك العملية التي يتسع مداها لتشمل جودة العمل وجودة المعلومات، والتشغيل وجودة القسم والنظام وجودة المورد البشري وجودة الأهداف وغيرها"<sup>(3)</sup>.

6. **تاجيشي (Taguchi)** عرف الجودة بأنها: "تعبير عن مقدار الخسارة التي يمكن تفاديها والتي قد يسببها المنتج للمجتمع بعد تسليمه ويتضمن ذلك الفشل في تلبية توقعات الزبون والفشل في تلبية خصائص الأداء والتأثيرات الجانبية كالتلوث والضجيج وغيرها"<sup>(4)</sup>.

من خلال التعاريف السابقة، نلاحظ أن مفهوم الجودة يشتمل علي جانبيين كل واحد مرتبط بالآخر إرتباطاً وثيقاً، الجانب الأول 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 علي تلبية حاجاته وتوقعاته.

ومفهوم الجودة يختلف باختلاف الجهة المستخدم من أفراد ومؤسسات لذلك قام (David Garvin) فهو أحد رواد الجودة بجمع كل التعاريف المتعلقة بالجودة وحددها بخمسة مداخل أساسية تتمثل في: (مدخل الإمتياز، المنتج، العملاء، التصنيع، ومدخل القيمة)<sup>(5)</sup>.

1. **مدخل الإمتياز:** والذي يعنى أن الجودة عبارته عن مجموعة من المعايير الخاصة بالأداء الجيد والتي لا تقبل المناقشة أو الجدل، ويشير هذا المدخل إلي أن الأفراد يتعلمون من خلال خبراتهم أن يميزو بين الجودة العالية والجودة المنخفضة عن طريق استخدام مجموعة من المعايير تميز النوعين في الجودة.

2. **مدخل يعتمد علي المنتج:** وفقاً لهذا المدخل فإن الجودة يتم تعريفها علي أنها صفات أو خصائص يمكن قياسها وتحديد كميتها، فالفارق الذي يوجد في جودة المنتجات يعكس فارق واضحاً في خصائص أو مكونات تلك المنتجات.

(1) محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة: مفاهيم وتطبيقات، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2004م، ص: 19

(2) محمد عبد الوهاب العزاوي، المرجع السابق، ص: 15

(3) خالد بن سعد عبدالعزيز بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة، تطبيقات القطاع الصحي، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، 1997م، ص: 72

(4) سونيا محمد البكري، مرجع سبق ذكره، ص: 33

(5) قاسم نايف علون، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الإيزو 9001:2000، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الثانية، 2009م، ص: 21

**3. مدخل يعتمد علي العملاء:** ويقصد بالجودة وفقاً لهذا المدخل، بأنها ملائمة المنتج للاستخدام وفقاً للمواصفات التي تحقق رضا العميل وتشبع رغباته، ويرى (جازفين) أن هذا المدخل يربط بين مفهوم الجودة والرضا، حيث أن حكم العميل علي المنتج بأنه ذو جودة عالية عندما تكون درجة الرضا عالية بنفس الوقت. والواقع أنه علي الرغم من وجود علاقة بين المفهومين إلا أنه القول بترادفهما لا يعد صحيحاً، فالرضا تحكمه مقابلة توقعات العميل وليس الجودة الموضوعية للمنتجات ومن هنا من الصعب أن يتم الربط بين الرضا والجودة بشكل دائم ويعاب علي هذا المدخل مايلي:

- أن آراء وتفضيلات العملاء متعددة ومن الصعب أن تتجمع هذه الآراء في منتج واحد حتي يكون له قبول عام.

- قد يحدث عدم تطابق بين الجودة ورضا العميل.

**4. مدخل يعتمد علي التصنيع:** تعني الجودة وفقاً لهذا المدخل صنع منتجات خالية من الأخطاء والعيوب من خلال مطابقتها لمواصفات التصميم المطلوبة ويتم قياس الجودة طبقاً للمعايير الموضوعية بواسطة المنظمة وعادة ما تستند هذه المعايير إلي الرغبة في تحقيق زيادة إنتاجية المنظمة والسيطرة علي التكاليف والعمل علي تحقيقها وهذا المدخل يتفق مع مفاهيم الجودة في اليابان (اعمل الشيء الصحيح من أول مره).

**5. مدخل يعتمد علي القيمة:** يعتمد علي أساس التكلفة والأسعار وعدد من الخصائص الأخرى فالجودة هنا الامتياز الذي يمكن للعميل أو المنتج تحمله.<sup>(1)</sup>

وأيضاً صنف كوان (Kwan) مفهوم الجودة الجيدة في خمسة اتجاهات هي<sup>(2)</sup>:

1. الجودة هي مدى قدرة المنظمة علي إنتاج وتقديم خدمة استثنائية مميزة عن المنظمات الأخرى.
2. الجودة هي مدى قدرة المنظمة علي تلبية إحتياجات العميل بما يتناسب مع الأهداف المنشودة.
3. الجودة هي مدى قدرة المنظمة علي إنتاج وتقديم خدمة أقرب من أن تكون كاملة.
4. الجودة هي مدى قدرة المنظمة علي تحقيق أرباح مالية أكثر.
5. الجودة هي مدى قدرة المنظمة علي إجراء التغيير في خدماتها أو إنتاجها بما يتناسب مع حالة العرض والطلب في السوق.

#### **4.2.1 المفهوم الإسلامي للجودة:**

الجودة هي أحد مبادئ الإسلام التي دعا إليها القرآن الكريم ولكن بلفظ يماثل الجودة، فيما يتعلق بالتأصيل الإسلامي وتجويد العمل عموماً تعني كلمة جودة القيام بإتقان العمل على الوجه المطلوب

(1) سونيا محمد البكري، تخطيط ومراقبة الإنتاج، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2001م، ص: 109

(2) قاسم نايف المحياوي، مرجع سبق ذكره، ص: 24

والمقبول، كما أمرنا الله تبارك وتعالى ورسوله صلى الله عليه وسلم فى كثير من الآيات والأحاديث كقوله تعالى ﴿صنع الله الذى أتقن كل شئ﴾<sup>(1)</sup>.

وقوله سبحانه وتعالى ﴿إن الذين آمنوا وعملوا الصالحات إنا لانضيع أجر من أحسن عملاً﴾<sup>(2)</sup>. وقوله تعالى ﴿فمن يعمل مثقال ذرة خيراً يره ومن يعمل مثقال ذرة شراً يره﴾<sup>(3)</sup>.

كما أن هناك من الأحاديث النبوية الشريفة التى تحت على تجويد العمل كما ورد فى سنن البيهقي كقوله صلى الله عليه وسلم (( إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه )) وغيرها من الأحاديث.

إن أسلوب الجودة نجده فى تعاليم الدين الإسلامى بكل مفاهيمه فجودة الإدارة هى مايسمىها الدين الإسلامى بالإتقان والمسلم مطالب بإتقان عمله لإرضاء الله عزو جل وإرضاء الآخرين فى الشريعة الإسلامية مبادئ ومفاهيم لإدارة الجودة الشاملة تدعو إلى مراعاة الإتقان من خلال:

1. إنجاز الأعمال بإتقان وجودة عالية قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: " إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه".

2. التعرض للقيم السامية واستخدام الوقت بحساب وعدم تضييعه والتعامل مع الناس باحترام وتعاون.

3. استخدام الموارد على مختلف أنواعها باقتصاد وعدم الإسراف والتشاور والصدق فى إتخاذ القرار والعدل فى التعامل مع العاملين وإعطاء الحقوق لأصحابها.<sup>(4)</sup>

إن موضوع الجودة والإخلاص فى العمل ومنع الغش والضرر لم يترك فى النظام الإسلامى على مسؤولية الفرد ودرجة إخلاصه ووازعه الأخلاقى فحسب، بل وفر لذلك مؤسسة إدارية تسمى ديوان الحسبة وهى: مشاركة السوق والنظرفى مكابيله وموازينه ومنع الغش والتدليس، ورفع الضرر وغيرها.<sup>(5)</sup>

والإتقان يستدعى من المسلم القيام بالأعمال على أكمل وجه، بحيث يقوم بالعمل بكل تفاصيله دون تقصير أو تفريط أو غش وهذا يستدعى الإخلاص الكامل فى العمل وهو الأمر الذى يحقق الهدف من عملية الجودة.

### 5.2.1 أهمية الجودة :

تعد الجودة أداة فعالة لتطبيق التحسين المستمر لجميع أوجه النظام فى أية مؤسسة وذلك من خلال تحقيق التحسين المستمر فى الأنشطة والعمليات الداخلية وتمثل الأهمية فيما يلى:<sup>(6)</sup>

(1) سورة النمل الآية (88)

(2) سورة الكهف الآية (30)

(3) سورة الزلزلة الآية (18)

(4) يزيد قادة، واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة فى مؤسسات التعليم الجزائرية-دراسة تطبيقية على متوسطات ولاية سعيدة، جامعة الجزائر، رسالة ماجستير غير منشورة، 2012، ص: 5

(5) مهدي السامرائي، مرجع سبق ذكره، ص: 43

(6) قاسم نايف علوان المحياوى، مرجع سبق ذكره، صص: 32-33

1. سمعة المؤسسة: تستمد المؤسسة شهرتها من مستويات جودة منتجاتها ويتضح ذلك من العلاقات التي تربط المؤسسة مع المجهزين وخبرة العاملين ومحاولة تقديم منتجات تلبى رغبات وحاجات المؤسسة.

2. حماية الزبون: تطبيق الجودة في أنشطة المؤسسة ووضع مواصفات قياسية محددة تساهم في حماية الزبون من الغش ويعزز الثقة في منتجات الشركة.

3. التكاليف وحصّة السوق: تنفيذ الجودة المطلوبة لجميع عمليات ومراحل الإنتاج من شأنه أن يتيح الفرص لاكتشاف الأخطاء وتلافيها لتجنب تكلفة إضافية.

4. المنافسة العالمية: التغييرات السياسية والاقتصادية تؤثر في كيفية وتوقيت تبادل المنتجات إلى درجة كبيرة في سوق دولي تنافسي.

### 6.2.1 أهداف الجودة:

بشكل عام هناك نوعان من أهداف الجودة هما:<sup>(1)</sup>

- أهداف تخدم ضبط الجودة: وهي التي تتعلق بالمعايير التي ترغب المؤسسة في المحافظة عليها وهي، تصاغ علي مستوى المؤسسة ككل وذلك باستخدام متطلبات ذات مستوى أدنى تتعلق بصفات مميزة مثل الأمان وإرضاء العملاء.

- أهداف تحسين الجودة : وهي غالباً ما تنحصر في الحد من الأخطاء والفاقد وتطوير منتجات جديدة ترضي حاجات العملاء بفاعلية أكبر، وهنا يمكن تصنيف أهداف الجودة بنوعها إلى خمس فئات وهي:

1. أهداف الأداء الخارجي للمنظمة ويتضمن الأسواق والبيئة والمجتمع.

2. أهداف أداء المنتج وتتناول حاجات العملاء والمنافسة.

3. أهداف العمليات وتتناول مقدرة العمليات وفعاليتها وقابليتها للضبط.

4. أهداف الأداء الداخلي وتتناول مقدرة المؤسسة وفعاليتها ومدى إستجابتها للتغيرات.

5. أهداف الأداء للعاملين وتتناول المهارات والقدرات والتحفيز وتطوير العاملين.

### 7.2.1 نشأة وتطور مفهوم إدارة الجودة الشاملة: Total Quality Management

يعد مفهوم إدارة الجودة من المفاهيم الإدارية الحديثة والذي بدأت بها العديد من المنظمات العالمية لتحسين وتطوير نوعية إنتاجها وخدماتها، ومساعدتها في مواجهة التحديات التي تعترضها وكسب رضا العميل. وتعد الجودة الشاملة مدخلاً إستراتيجياً لإنتاج أفضل منتج أو خدمة ممكنة من خلال الإبتكار المستمر.<sup>(2)</sup>

(1) محمد الصيرفي ، مرجع سبق ذكره، ص: 26

(2) محفوظ أحمد جودة ، مرجع سبق ذكره ، ص: 26

وبدأ التركيز على مفهوم الجودة في اليابان في القرن العشرين ثم انتشر بعدها في أمريكا والدول الأوروبية ثم باقي دول العالم وقد كان هناك مساهمة عديدة من قبل عدد من العلماء والمفكرين في تحديد مفهوم الجودة وتطويرها ففي عام (1941م) قام ديمينج بإعطاء محاضرات عن الجودة والأساليب الإحصائية في الجودة للعديد من المهندسين وقد انتشرت أفكاره بسرعة وأصبحت عناوين الجودة منشورة في عدة مجلات علمية في اليابان.

أما جوران فقد نشر أول كتابه له عن الجودة في عام (1951م) حيث أكد فيه على مسؤولية الإدارة عن الجودة، وفي السبعينات من القرن العشرين طرح كروسبي مفهوم العيوب الصفرية والذي يتطلب العمل الصحيح من المرة الأولى.<sup>(1)</sup>

وتمثل إدارة الجودة الشاملة أسلوباً من الأساليب التي تستخدم لإدارة أية منظمة، حيث تشمل وصف العمليات الإنتاجية والتعديلات المقترحة التي تساعد على تحسين الجودة بشكل مستمر. وتشكل مجموعة من التنظيمات الإستراتيجية طويلة الأجل التي تساعد على تقديم مبادرات التحسين المستمر من خلال جميع المستويات الإدارية، فبينما نجد أن إدارة الجودة الشاملة قد تنطلق من أحد المستويات الإدارية، فإن هذه الوسيلة بمرور الوقت سوف تنتشر إلى جميع مستويات المنظمة وتعمل على ترابط مختلف الأساليب العلمية بالقواعد الإدارية.<sup>(2)</sup>

#### تعريف إدارة الجودة الشاملة:

بُذلت العديد من المحاولات والإجتهادات لتعريف الجودة الشاملة، ولكن اختلف العلماء والباحثين والمهتمين في صياغة تعريف موحد لها، حيث وردت عدة تعريفات كل حسب رؤيته التي ينطلق منها وحسب قاعدته التي يركز عليها، وهذا دليلاً على شمول معناها وأتساع مضامينها ودلالاتها، ومن هذه التعريفات:

1. يعرف كروسبي (Crosby) إدارة الجودة الشاملة بأنها: "طريقة منهجية منظمة لضمان سير النشاطات التي سبق تخطيطها، دون الوقوع في الأخطاء وباستخدام الأمثل لتعزيز السلوكيات الجديدة."<sup>(3)</sup>
2. يُعرف هوفر وزملائه إدارة الجودة الشاملة بأنها "فلسفة ومنهج إداري صمم لجعل المؤسسة أكثر مرونة وسرعة في إنشاء نظام هيكلي متين، توجه من خلاله جهود كافة العاملين لكسب العملاء عن طريق سبل المشاركة في التخطيط والتنفيذ للأداء المستقبلي."<sup>(4)</sup>

(1) أكرم محمد أحمد الحاج، تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة وأثرها على كفاءة الأداء الأكاديمي بالجامعات السعودية- دراسة تطبيقية على جامعة الجوف، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد (11)، 2015، ص: 7-16

(2) خالد بن سعد عبدالعزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص: 68

(3) مبارك داؤود سليمان مدخل إدارة الجودة الشاملة وأثره في تنمية الموارد البشرية، مجموعة شركات دال (سيقا - كابو) أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم، 2014م، ص: 24

(4) خضير كاظم حمود، إدارة الجودة وخدمة العملاء، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2002م، ص: 16

3. عرف (Steven Cohen) إدارة الجودة الشاملة على أساس الكلمات التي يتكون منها مصطلح إدارة الجودة الشاملة (TQM) كمايلي: (1)

\*الإدارة: تعني التطوير والمحافظة على إمكانية المنظمة من أجل تحسين الجودة بشكل مستمر.  
\*الجودة: تعني الوفاء بمتطلبات المستفيد.

\*الشاملة: تتضمن تطبيق مبدأ البحث عن الجودة في إي مظهر من مظاهر العمل بدءاً من التعرف على إحتياجات المستفيد وانتهاءً بتقييم ما إذا كان المستفيد راضياً عن الخدمات أو المنتجات المقدمة.

4. يعرف تونكس (Tunks) إدارة الجودة الشاملة بأنها: "اشتراك والتزام الإدارة والموظف في ترشيد العمل عن طريق توفير مايتوقعه العميل او ما يفوق توقعاته". (2)

5. كما عرفها جوزيف جابلونسكي (Joseph Jablonski): بأنها "شكل تعاوني لأداء عمل ما يعتمد علي القدرات المشتركة لكل من الإدارة والعاملين، بهدف تحسين الجودة وزيادة الإنتاجية بصفة مستمرة من خلال فريق العمل". (3)

6. تعرف منظمة البريد الملكية (Royal Mail) إدارة الجودة الشاملة بأنها: "الطريقة أو الوسيلة الشاملة للعمل التي تشجع العاملين ضمن فريق واحد مما يعمل علي خلق قيمة مضافة لإشباع حاجات المستهلكين". (4)

7. تعرف إدارة الجودة الشاملة علي أنها "فلسفة الإدارة التي تضم جميع الأنشطة التي من خلالها يتم تلبية إحتياجات وتوقعات العميل والمجتمع وأهداف المنظمة، بطريقة أكثر كفاءة وفعالية من حيث التكلفة من خلال تعظيم إمكانيات جميع العاملين في حملة مستمرة للتحسين". (5)

8. يعرف معهد الجودة الفدرالي الأمريكي إدارة الجودة الشاملة بأنها: "القيام بالعمل الصحيح بشكل صحيح من أول مره مع الإعتماد على تقييم المستهلك في معرفة تحسين الأداء". (6)

9. كما تعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها: "فلسفة إدارية تهدف إلي تحقيق التحسين المستمر في جودة أداء جميع العمليات والمنتجات وكذلك الخدمات في المؤسسة". (7)

(1) ثائر عبدالغفار عبدالله، أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على الأداء المؤسسي للمنظمات الصناعية -دراسة ميدانية على الشركات الصناعية بمنطقة سحاب، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الشرق الأوسط، 2013م، ص: 14

(2) بوجمعة كوسة، إدارة الجودة الشاملة ومؤشرات التوازن القيمي والوظيفي في الجامعة الجزائرية، مجلة العلوم الإنسانية، العدد (6) الجزائر، 2016م، ص: 153

(3) جوزيف جابلونسكي، ترجمة نسيم الصمادي، تطبيق إدارة الجودة الكلية، مجلة خلاصات، العدد (6) الرياض، 1993م، ص: 4

(4) خضير كاظم حمود، إدارة الجودة الشاملة، دار الميسرة للنشر، عمان، 2000م، ص: 75

(5) Thamae paulus masegane, Total quality Management and Organizational Performance in The maloti-Aphofung Municipality In The Free State Province, master of administration, university of south africa, 2012, p:41

(6) فريد عبد الفتاح زين الدين، مرجع سبق ذكره، ص: 24

(7) عبد الستار محمد علي، إدارة الإنتاج والعمليات، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2000م، ص: 498

10. يعرف كول (Cole) إدارة الجودة الشاملة بأنها: "نظام إداري يضع رضا العميل في أول قائمة الإهتمامات بدلاً من التركيز على الأرباح قصيرة المدى، إذا أن هذا الإتجاه يحقق أرباحاً على المدى الطويل أكثر ثباتاً واستقراراً بالمقارنة مع المدى القصير".<sup>(1)</sup>
11. يعرفها بهارات واكلهو على أنها: "التفوق في الأداء لإسعاد المستهلكين أو المستفيدين عن طريق عمل المديرين والموظفين مع بعضهم البعض من أجل تحقيق أو تزويد المستهلكين بجودة ذات قيمة عالية من خلال تأدية العمل الصحيح بالطريقة الصحيحة من أول مرة".<sup>(2)</sup>
12. تُعرف إدارة الجودة الشاملة على أنها "نهج للتحسين المستمر لجودة كل جانب من الحياة التنظيمية، وهي عملية لاتنتهي أبداً لتحسين الأفراد والمجموعات، والمنظمة بأكملها"<sup>(3)</sup>.
13. عرفت لاو واندرسون (Lau&Anderson) مفهوم إدارة الجودة الشاملة من خلال المكونات الوارد في الجدول التالي:

### جدول رقم (1-1)

#### المكونات الثلاثة لمفهوم إدارة الجودة الشاملة

إدارة	الجودة	الشاملة
الحاجة إلى التزام الإدارة العليا.	التوجه نحو المستهلكين	الحاجة إلى روح الفريق ومشاركة العاملين والإدارة معاً.
وضع الأهداف والقيم للمنظمة.	التحسين المستمر.	مسؤولية الجودة مناهة بجميع العاملين.
القيادة.	التدريب والتطوير.	اشترك جميع المستويات الإدارية في تحقيق الجودة للمنظمة.
العمل على التغيير المناسب في الثقافة التنظيمية.	الإهتمام بالعاملين وتشجيعهم على الإبداع.	تطبيق نظرية النظم في تحقيق سياسة الجودة.

المصدر: زكي ابو زيادة، أثر تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة على الأداء التنظيمي-دراسة تطبيقية عينة من المصارف التجارية الفلسطينية، مجلة جامعة النجاح للأبحاث، المجلد (25)، العدد (4)، 2011م، ص: 383

#### 8.2.1 مراحل التطور التاريخي للجودة:

يرى عدد من الباحثين أن نشأة الجودة تعود إلى السنوات الأولى من القرن العشرين عندما بدأ المهندس "فريدريك تايلور" بتجاربه التي بثها عبر كتابه مبادئ الإدارة العلمية (1911م) والتي كان يريد من ورائها ضبط جودة العمليات وبعدها أسهم الإحصائي الأمريكي "شيوارت shewart" في

(1) هبة سيد أحمد حسين، إدارة الجودة الشاملة بين النظرية والتطبيق في المؤسسات الصحية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم، 2015م، ص: 34

(2) مامون الدرادكة وآخرون، إدارة الجودة الشاملة، دار الصفا للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى عمان، 2001، ص: 16

(3) Anantharaman, et al, A conceptual model for total quality management in service organizations, Journal Total Quality Management, 12(3), 2001, pp 343-363.

تطوير أداة لقياس الأداء والإنتاجية للتعرف علي مدى إنحراف الأداء والمنتج عن معايير الجودة المقبولة ، وجاء بدورة شيوارت ذات المراحل الثلاثة المكونة من (المواصفة، الإنتاج، المراقبة) وغايتها تتركز في زيادة جودة المنتج، ثم جاءت إسهامات الرواند الأوائل أمثال" ديمنج، فليب كروسبي، جوران" وغيرهم من مؤسسي حركة إدارة الجودة الشاملة<sup>(1)</sup>.

لقد مرت الجودة في القرن العشرين بمراحل تدريجية، تطورت خلالها المبادئ والأسس التي تقوم عليها، حيث بدأت في اليابان ثم في الولايات المتحدة الأمريكية، وقد كان القطاع الصناعي محور التطور التاريخي لها، ثم أمتدت سبل تطبيقها إلي كافة الميادين الاقتصادية الأخرى، إذا شملت القطاعات الإنتاجية السلعية والخدمية علي حد سواء<sup>(2)</sup>. ويمكن القول بأن التطورات التاريخية للجودة مرت بمراحل أساسية تتمثل في:

### 1. مرحلة الفحص: (1900-1940)

كان التركيز في هذه المرحلة علي التحديد الواضح لمواصفات المنتج، بالإضافة إلي تحديد الخطوات اللازمة لصنع المنتج، وأيضاً كانت النظرة السائدة للجودة في هذه المرحلة تذهب إلي أنها مشكلة يجب حلها لضمان تماثل المنتجات<sup>(3)</sup>. وحيث كانت تحليلات الجودة تركز فقط علي فحص المنتج، وكان القرار الرئيسي السائد في تلك الفترة هو القرار الخاص بتحديد متى يتم الفحص للمنتجات وماهي عدد المنتجات التي تخضع للفحص. وأن عملية الفحص تتضمن الأنشطة المتعلقة بقياس وإختبار وتفتيش المنتج وتحديد مدى مطابقة المنتج للمواصفات الفنية الموضوعية، وبالتالي فإن المنتجات المطابقة للمواصفات الفنية يمكن تسليمها إلي العميل، أما المنتجات غير المطابقة للمواصفات الفنية فإنها إما أن تتلف أو يعاد العمل عليها أو يتم بيعها بإقل سعر، وإن عملية فحص المنتج كانت تركز فقط علي إكتشاف الأخطاء والقيام بتصحيحها، فالعيب أو الخطأ أو التلف قد حصل فعلاً، وإن عملية الفحص إكتشفت الخطأ، ولكنها لم تقم بمنعه من الأساس<sup>(4)</sup>.

### 2. ضبط الجودة: (1940-1960)

يقصد بها أنشطة العمليات التي تستخدم لإتمام متطلبات الجودة، وبهذا المعني تعتبر من المكونات الداخلية لأنشطة مثل مدخل تأكيد الجودة، ولكن من ناحية أخرى وفقاً لتعريفها، فإن مراقبة الجودة تعتبر أيضاً محدودة الرؤية نسبياً وأن كان أبعد بكثير عن أوعية أنشطة الفحص التي تصمم للتأكد من أن المنتجات المعيبة لن يسمح لها أن تصل إلي العميل<sup>(5)</sup>.

(1) أحمد سيد مصطفى، إدارة الإنتاج والعمليات في الصناعة والخدمات، دار النهضة العربية، القاهرة، 1999م، ص:19

(2) خضير كاظم حمود ، مرجع سبق ذكره ، ص:30

(3) قاسم نايف المحياوي، مرجع سابق ذكره، ص:29

(4) محفوظ أحمد جودة ، مرجع سبق ذكره، ص: 25

(5) فريد عبد الفتاح زين ، مرجع سبق ذكره، ص:16

و"يشمل هذا الجانب التأكد من أن تصميم السلعة مطابق للمواصفات المحددة، والتأكد من أن الإنتاج ومابعد الإنتاج متوافق أيضاً مع المواصفات".

وبناءً على ذلك فقد إمتدت عملية ضبط الجودة لتضم التصميم والأداء، وعليه إن هذه المرحلة إعتدت على إستخدام أساليب إحصائية حديثة لمراقبة الجودة، ووفقاً لهذا المفهوم فإن ضبط الجودة يعتبر مرحلة متقدمة عن الفحص فيما يتعلق بتعقيد الأساليب وتطور الأنظمة المستخدمة.<sup>(1)</sup>

### 3. تأكيد الجودة: (1960-1985)

أتمت هذه المرحلة بالتركيز على الجودة والتأكيد على إعتبارها ميزة تنافسية للمنتجات السلعية والخدمية، حيث أصبح ينظر إلي الجودة في ضوء الإعتبارات الآتية:

- دقة التصميم.

- دقة الأداء.

-دقة المطابقة.

"وتركز هذه المرحلة على توجيه كافة الجهود لمنع وقوع الأخطاء منذ البداية، حيث أن إيجاد حل لمشكلة عدم مطابقة المواصفات أصبحت طريقة غير فعالة، وبالتالي الأفضل من ذلك هو منع وقوع المشكلة أصلاً والقضاء على أسبابها منذ البداية".<sup>(2)</sup>

أنّ تأكيد الجودة أو ضمان الجودة يمكن وصفه كما ورد في المواصفة القياسية الدولية (ISO- 8402) بأنه جميع الأنشطة المنهجية المخطط لها والمطبقة ضمن نظام الجودة، ويتم إتباعها عند الحاجة لتزويد الثقة الكافية بأن المؤسسة قادرة على تلبية متطلبات الجودة.<sup>(3)</sup>

### 4. إدارة الجودة الشاملة: (1986- للوقت الحاضر)

بدأ مفهوم إدارة الجودة الشاملة بالظهور في الثمانينات من القرن العشرين، ويتضمن هذا المفهوم جودة العمليات، جودة المنتج ، ويركز على العمل الجماعي وتشجيع مشاركة العاملين وإندماجهم، بالإضافة إلى التركيز على العملاء ومشاركة الموردين.<sup>(4)</sup>

والجدول التالي رقم (1-2) يوضح الأفكار التي جاء بها العلماء لتوضح مراحل التطور التاريخي لمفهوم الجودة في الدول المتقدمة صناعياً.

(1) محفوظ أحمد جودة مرجع سبق ذكره ، ص: 26

(2) خضير كاظم حمود، مرجع سبق ذكره، ص: 31

(3) بابكر مبارك عثمان، المدخل لإدارة الجودة الشاملة، دار غريب للطباعة للنشر ، القاهرة، 2006م، ص: 26

(4) محفوظ أحمد جودة، المرجع السابق ص: 26

## جدول رقم (1-2)

مراحل التطور التاريخي لمفهوم الجودة وأساهمات العلماء في الدول المتقدمة صناعياً

السنة	الأفكار
1911م	تايلور (Taylor) أول من أوجد دراسة الوقت والحركة، وكان رائد مدرسة الإدارة العلمية، حيث كان همه الأساسي إعادة العمل وبالتالي الإنتاج.
1931م	شيوارد (SHewart) حيث قام بتقديم فكرة السيطرة على الجودة إحصائياً فى كتابه الشهير "السيطرة على النوعية".
1941م	ساهم ديمينج (Deming) من خلال إنضمامه فى دائرة الحرب الأمريكية بدور معلم لتقنيات السيطرة على الجودة.
1950م	ديمينج (Deming) حيث لاقت أفكاره رواجاً فى المجالات العلمية فى اليابان حيث ركز على موضوع الجودة.
1951م	نشر جوران (Juran) كتاباً عن الرقابة على الجودة.
1961م	قدمت شركة مارتن مفهوم التلف الصفرى.
1970م	قدم كروسبى (Crosby) مفهوم التلف الصفرى.
1979م	نشر كروسبى (Crosby) كتاباً عن حرية الجودة.
1980م	بدأ النفوذ اليابانى يذاع فى التلغاف الأمريكى، وطرح سؤالاً مفاده إذا كانت اليابان متمكنة، فلماذا نحن لا؟ وهذا إعتراف بنجاح أفكار ديمينج فى الإدارة اليابانية.
1981م	قامت شركة فورد بعقد ندوات، ودعت ديمينج للتحدث مع الإدارة العليا عن أهمية العلاقة بين المنتجين وخبراء الجودة، وتوطيد هذه العلاقة.
1982م	قام ديمينج (Deming) بنشر كتاب بعنوان (الجودة والإنتاجية والموقع التنافسى).
1987م	أنشأ الكونجرس الأمريكى جائزة مالكوم بالدرج (Malcom Baldrige) لإدارة الجودة الشاملة.
1988م	أصدر وزير الدفاع الأمريكى إرشادات وتوجيهات إلى دائرة الدفاع لتكثيف أعمالهم بما يتلاءم وإدارة الجودة الشاملة.
1989م	أول شركة أمريكية، وهى شركة فلوريدا للطاقة، تربع جائزة ديمينج فى اليابان.
1993م	أصبح مدخل الجودة الشاملة يدرس بشكل واسع فى الكليات والجامعات الامريكية.
2003م	إنتشر مفهوم إدارة الجودة الشاملة إنتشاراً واسعاً فى الدول المتقدمة صناعياً، وأيضاً فى بعض الدول النامية، لما لاقاه من رواج وإهتمام من قبل الدارسين والمتخصصين فى هذا المجال.

المصدر: حمدى عبد العظيم المنهج العلمى لإدارة الجودة الشاملة، الدار الجامعية للنشر، الإسكندرية، 2008م، ص: 43

## 9.2.1 إسهامات رواد الحركة الفكرية لإدارة الجودة الشاملة:

إن فلسفة إدارة الجودة الشاملة قد أسهم في بلورتها وصياغة مبادئها والمداخل الأساسية لها مجموعة من العلماء والمفكرين الرواد الذين يعود لهم الفضل في إرساء هذه الفلسفة على أسس متينة قابلة في مختلف المؤسسات ذات الطبيعة الإنتاجية أو الخدمية، ومن العلماء والباحثين الذين كان لهم دوراً فعالاً ومميزاً في تطوير إدارة الجودة الشاملة نذكر الآتي:

### أولاً : إدوارد ديمينج: (W. Edwards Deming)

يعتبر قائد ثورة إدارة الجودة الشاملة من خلال إسهاماته في تطوير الجودة في أمريكا، من أهمها خرائط المراقبة الإحصائية للجودة، كما ركز ديمينج على ضرورة قيام المنظمة بتقليل الانحرافات التي تحصل أثناء العمل.<sup>(1)</sup>

إدوارد ديمينج كان أستاذاً بجامعة نيويورك، وهو الأب الروحي لثورة إدارة الجودة الشاملة، سافر بعد الحرب العالمية الثانية إلى اليابان بناءً على رغبة وطلب الحكومة اليابانية، نجح في مهمته نجاح مذهلاً إذا كانت المهمة تتمثل في مساعدة الصناعة اليابانية في كيفية تحسين جودة منتجاتها، وبفضل جهوده أحرزت المنتجات اليابانية درجات على مثيلاتها الأمريكية والأوروبية في العديد من الأسواق العالمية.<sup>(2)</sup>

وقام أيضاً بتدريب المهندسين اليابانيين في الخمسينيات على استخدام الأساليب الإحصائية التي تساهم في رفع مستوى جودة المنتجات وتخفيض تكاليفها، وكاعتراف له بفضلته قامت الاتحادية اليابانية للعلماء والمهندسين (Juse) بتأسيس جائزة سنة (1962م) عرفت "بجائزة ديمينج للجودة".<sup>(3)</sup>

ومن أبرز إسهامته الآتي:

### حلقة ديمينج في تحسين الجودة:<sup>(4)</sup>

لقد صممت هذه الحلقة لربط عمليات الإنتاج وحاجات الزبون وعمليات تركيز الموارد في الأقسام المختلفة (البحوث، والتصميم، الإنتاج والتسويق) وبجهود متداخلة للتلاقي مع تلك الحاجات، وتأخذ المسار الآتي:

- إقامة دراسات وبحوث عن الزبون واستخدام نتائجها للمنتج (خطط).
- القيام بإنتاج المنتج (افعل).
- فحص المنتج للتأكد من أنه قد أنتج في نطاق الخطة (أفحص).
- تسويق المنتج (نفذ).
- تحليل الكيفية التي تم استقبال المنتج في إطار الجودة ومعايير أخرى (حلل).

(1) خضير كاضم حمود، مرجع سبق ذكره، ص: 91

(2) فواز التميمي، أحمد الخطيب، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للأيزو 9001، عالم الكتب الحديث، عمان، 2007م، ص: 29

(3) خالد بن سعد عبدالعزيز، مرجع سبق ذكره، ص: 132

(4) يوسف حجيم الطائي وآخرون، نظم إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الإنتاجية، دار البازورري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2009م، ص: 219

## النقاط الأربعة عشر لإدارة الجودة الشاملة:

لخص ديمينج فلسفته ونظريته في الجودة في أربعة عشر نقطة توضح ما يتوجب على الشركات أو المؤسسات القيام بها إذا أرادت أن تتجه نحو الجودة وهي: (1)

1. تحديد الهدف من تحسين جودة المنتج أو الخدمة.
2. تبني فلسفة جديدة من شأنها تحسين كفاءة الأداء بالمؤسسة.
3. توقف الإعتماد علي الفحص الشامل كطريقة أساسية لتحسين الجودة.
4. عدم إعتماد الأسعار كمؤشر أساسي للشراء، بل إعتماد الجودة العالية للمنتجات.
5. التحسين المستمر لعملية إنتاج السلع والخدمات والإهتمام باستخدام الأساليب الإحصائية.
6. إزالة الخوف عن العمال وذلك بتشجيعهم علي إبلاغ الإدارة بالمشاكل الخاصة بالأداء.
7. إيجاد التكامل بين الأساليب الحديثة والتدريب.
8. تحقيق التناسق بين الإشراف والإدارة.
9. إزالة الحواجز بين مختلف أقسام وإدارات المؤسسة وتمية روح الفريق فيهم.
10. تجاوز الصيغ والأساليب التي تعجز عن تحقيق الأهداف الأساسية للمؤسسة.
11. تقليل الإجراءات التي تتطلب تحقيق نتائج محددة من قبل كل عامل، والتركيز علي بناء سلوك الفريق.
12. تأسيس قنوات إتصال وذلك بإزالة الحواجز الموجودة بين الإدارة العليا والعمالين.
13. وضع البرامج التطويرية التي تهدف إلي تنمية مهارات الأفراد وتطويرها.
14. تشجيع الأفراد على السعي لمواكبة التحسين والتطور المستمرين في الأداء بالإعتماد علي سياسات تطويرية جديدة.

## الأمراض السبعة المميتة لديمنج :

ومن المساهمات الأخرى لديمنج ماسماه الأمراض السبعة المميتة والتي اكتشفها في الشركات الأمريكية وهي الأسباب المؤدية لفشل برامج تحسين الجودة في المنظمات، كما يعتقد دمينج أنه لنجاح إدارة الجودة الشاملة يجب استئصال هذه الأمراض السبعة وهي: (2)

1. الفشل في توفير موارد بشرية ومالية مناسبة لتدعيم الهدف من تحسين الجودة.
2. التأكيد علي تحقيق الأهداف القصيرة الأجل والمتمثلة في الأرباح والعوائد السريعة.
3. إعتماد تقييم الأداء السنوي علي الملاحظات والأحكام، إذا أن دمينج ينصح بالتقييم المستمر للأداء وضرورة فهم أسباب الانحرافات المتحصل عليها.

(1) خضير كاضم حمود، مرجع سبق ذكره، صص: 91-93

(2) ريتشارد ويليامز، أساسيات إدارة الجودة الشاملة، مكتبة جرير ، القاهرة، 1999م، صص: 11-12

4. عجز الإدارة بسبب التنقل المستمر بين الوظائف، إذا أن هذا يؤثر علي تحقيق الأهداف في المدى القصير.

5. استخدام الإدارة للمعلومات المتاحة دون الإهتمام بالحصول علي معلومات أكثر وذات أهمية أكبر.

6. تكاليف العناية الصحية الزائدة.

7. الأعباء القانونية الزائدة.

يرى لوقسيتس (Logothetis) أن فلسفة ديمنج تتلخص في ثلاثة أصول هي: (1)

1. إلتزام الإدارة العليا بالتحسينات.

2. تطبيق المنهجية الإحصائية.

3. تحسين العلاقات.

### ثانياً: جوزيف جوران (Joseph Juran)

يُعد "جوران" من أوائل رواد الجودة، حيث قام بتأليف عدد كبير جداً من الكتب والمقالات العلمية ومن أشهرها كتابه عن مراقبة الجودة في عام (1951م) وفي (1979م) قام جوران بتأسيس معهد متخصص في إدارة الجودة أطلق عليه إسم "معهد جوران"، وقام بتطوير نموذج للجودة أطلق عليه إسم "ثلاثية جوران للجودة" وتتضمن هذه الثلاثية الأبعاد التالية (تخطيط الجودة، ومراقبة الجودة، وتحسين الجودة). (2)

أيضاً قدم (Juran) مساهمات في إدارة الجودة الشاملة خلال الحرب العالمية الثانية خلال تركيزه قدم على العيوب أو الأخطاء أثناء العمل التشغيلي (العمليات) وكذلك على الوقت الضائع أكثر من الأخطاء المتعلقة بالجودة ذاتها، وعلى الرقابة على الجودة دون التركيز على كيفية إدارة الجودة، ولذا فهو يرى أن النوعية تعني مواصفات المنتج التي تشبع حاجات المستهلكين وتتل رضاهم. ولذا فإن (Juran) يرى أن التخطيط للجودة يمر بعدة مراحل وهي كما يلي (3):

- تحديد من هم المستهلكين الحاليين والمرقبين.

- تحديد حاجاتهم وتطلعاتهم ورغباتهم.

- تطوير مواصفات المنتج لكي تستجيب لحاجات هؤلاء المستهلكين.

- تطوير العمليات التي من شأنها تحقيق إنجاز تلك المواصفات أو المعايير المطلوبة .

- نقل نتائج الخطط الموضوعة إلى القوى التشغيلية .

و يرى (Juran) أن الرقابة على الجودة يجب أن تتضمن الخطوات التالية:

- تحديد المعايير والمواصفات القياسية .

- تقييم الأداء الفعلي (المتحقق) للعمل.

(1) بابكر مبارك عثمان ، مرجع سبق ذكره ، ص:39

(2) خالد بن سعد، مرجع سبق ذكره، ص:147

(3) خضير كاظم حمود، مرجع سبق ذكره، ص: 25-27

- مقارنة الأداء المتحقق (الفعلي) بالأهداف والمعايير القياسية الموضوعية.

- معالجة الاختلافات أو الإنحرافات بإتخاذ الإجراءات التصحيحية.

أما بالنسبة للبعد الثالث وهو الخاص بتحسين الجودة فقد كان نصيبه من جهد جوران الكثير، لإيمانه بان عمليات التحسين المستمر بمثابة القلب لإدارة الجودة الشاملة والتحسينات لاتنتهي ولكنها مستمرة في جميع النواحي، ليس فقط في الجودة الخاصة بالسلعة أو الخدمة المقدمة، ولكن أيضاً تشمل العمليات التي تتم.

وقد قام جوران بتلخيص أفكاره عن الجودة في عشر نقاط كما يلي:<sup>(1)</sup>

1. زيادة درجة الوعي لدى الموظفين بأهمية فرص عملية التحسين وتحديد إحتياجاتها.
2. تحديد أهداف خاصة بعملية التحسين.
3. الإهتمام بعملية التنظيم من أجل تحقيق الأهداف المنشودة، وذلك من خلال عدد من الإجراءات، مثل تكوين مجلس للجودة النوعية وتحديد المشكلات وإختيار المشاريع وتعيين أعضاء فريق العمل وتعيين منسقين للجودة النوعية.
4. الإهتمام بعملية التدريب.
5. الإهتمام بتنفيذ مشاريع تساعد المنظمة في حل مشكلاتها.
6. الإهتمام بتقديم تقارير دورية وشاملة عن وضع المنظمة.
7. تشجيع العاملين وحثهم على تحسين الأداء، وذلك من خلال الإعراف بما يقدمون من خدمات متميزة.
8. الإهتمام بعملية الإتصال بين أقسام المنظمة والتركيز على أهمية التغذية العكسية كوسيلة لتوصيل النتائج للأقسام المعنية.
9. الإهتمام بتوثيق النتائج وتسجيلها على شكل بياني.
10. الإهتمام بعملية التوسع، وذلك من خلال إعتبار التحسين السنوي جزءاً لايتجزأ من نظم المنظمة وعملياتها المختلفة.

**ثالثاً: فليب كروسبي (Philip Crosby):**

يعد كروسبي من كبار الروائد الأمريكيين الذين أسهموا بقدر كبير في تحديد المعالم الأساسية لإدارة الجودة الشاملة والطرق الكفيلة بتحسينها حيث طبق أفكاره الخاصة بالجودة في أكثر من (1500) منظمة وجوهر فلسفة كروسبي هو مبدأ العيوب الصفرية (Defects Zero)، والذي يهدف إلي ضرورة

<sup>(1)</sup>Joseph.M, Juran , Quality control hand book, New York:McGraw- Hill, 1988,p:234

نقلا عن خالد بن سعد، مرجع سبق ذكره ، ص ص: 152 - 153

إعتناق الإدارة لمبدأ عدم قبول الأخطاء والإلتزام الجاد بتنفيذ عمليات تطوير وتحسين الجودة في كافة وظائف المنظمة.<sup>(1)</sup>

بدأ كروسبي حياته المهنية بوظيفة مشرف خطوط إنتاج في شركة أمريكية، بعد ذلك شغل عدّة مناصب فيها إلى أن وصل إلى منصب نائب المدير، وقد ساعدته هذه الخبرة على إصدار كتابين في مجال الجودة، الأول بعنوان: حرية الجودة (Quality is free) وأصبح من أكثر الكتب مبيعاً في ذلك الوقت، والثاني بعنوان: (Quality without tears).<sup>(2)</sup>

ويتكون منهج "كروسبي" في الجودة من أربعة عشر مبدأ وهي:<sup>(3)</sup>

1. الإلتزام الثابت من قبل الإدارة العليا بالجودة.
2. تكوين فريق لتحسين الجودة.
3. إستخدام القياس كأداة موضوعية.
4. تحديد تكلفة الجودة.
5. زيادة الوعي بأهمية الجودة.
6. إتخاذ الإجراءات التصحيحية.
7. التخطيط السليم لإزالة العيوب في المنتج.
8. التركيز على تعليم الموظفين وتدريب المشرفين على القيام بدورهم في تحسين الجودة.
9. تحديد يوم خاص لزيادة الوعي بأهمية شعار "صناعة بلا عيوب".
10. تحديد الأهداف وتشجيع الإبتكار الفردي داخل التنظيم.
11. التخلص من أسباب الأخطاء وإزالة معوقات الإتصال الفعال.
12. التعرف على أهمية تحسين الجودة ومكافأة من يقدم جهوداً غير عادية في تطوير وتحسين الجودة.
13. تكوين مجالس للجودة، من مهامها القيام بعملية التنسيق والإتصال بأعضاء فرق تطوير الجودة.
14. الإستمرار في عملية تحسين الجودة، وذلك عن طريق تكرار العمليات السابقة لكي تعطى الموظفين تشجيعاً مستمراً لإزالة معوقات الجودة وتحقيق أهداف المنظمة.

رابعاً: أرماند فيغبنباوم (A.V Feignbaum)

يُعد "فيغبنباوم" أول من قام بتطوير مفهوم الرقابة علي الجودة، والتي وصفها بأنها نظام يهدف إلي الربط بين تطوير الجودة والصيانة وتحسين جميع أقسام المؤسسة بغية تخفيض التكاليف، وذلك من خلال إنتاج سلع وخدمات بأسعار اقتصادية.<sup>(4)</sup>

(1) مبارك داؤود سليمان مرجع سبق ذكره، ص: 42

(2) مأمون الداركة، طارق الشبلي، مرجع سبق ذكره، ص: 255

(3) عمر آدم أبوروف، مرجع سبق ذكره، ص: 89

(4) خالد بن سعد عبدالعزيز، مرجع سبق ذكره، ص: 161

كما أوضح أن الوصول إلى هذه المرحلة كان نتاج نصف قرن من التطوير وعبر المرور بخمس مراحل أخذت كل منها 20 عاماً من بدايتها وإلى حين تحققها وإدراكها وهي: (1)

1. ما قبل القرن العشرين حيث كانت الجودة مسئولية الحرفى عند الصنع.

2. من 1900 م إلى 1918م مرحلة مسئولية رئيس العمال عن الجودة.

3. من 1919م إلى 1937 م مرحلة الرقابة على الجودة بالفحص.

4. من 1938م إلى 1960م مرحلة الرقابة على الجودة إحصائياً.

5. من 1961 م بداية الرقابة على الجودة الشاملة.

وأوضح "فيغناوم" أن إدارة الجودة الشاملة فعالة لتحقيق التكامل بين جهود كافة الأطراف والمجموعات داخل المنظمة، والتي تتولى تطوير الجودة، والمحافظة عليها وتحسينها بالشكل الذى يُمكن من القيام بالإنتاج وتقديم الخدمة بأكثر الأساليب الاقتصادية مع تحقيق الرضى الكامل للعملاء" (2).

ومن أهم الأفكار التي جاء بها فيغناوم مايلي: (3)

1. أن العملية الإنتاجية نظام متكامل، يبدأ بالعمل، وينتهي بالعمل (درجة رضاه عن المنتج).

2. إعادة النظر في المفاهيم التقليدية الخاصة بإدارة الجودة والتمثلة في:

- الدور التقليدي لوظيفة الفحص، إذا لاشتمل الرقابة كل مراحل العملية الإنتاجية.

- الاعتقاد بأن عمال الإنتاج هم فقط المسؤولون عن الجودة في المؤسسة .

- أن تحقيق الجودة يكلف أموالاً طائلة.

3. ضرورة بناء جودة المنتج في مرحلة التصميم من خلال ترجمة احتياجات العميل إلى مواصفات محددة.

4. تطبيق برنامج المورد الشريك الذي يلتزم من خلاله المورد بتوريد مواد ذات جودة متميزة.

5. أن كل عامل مسئول عن أداء عمله بجودة متميزة أي مفهوم (الجودة من المنبع).

#### خامساً: كاورو إيشيكواو: (Kaora Ishikawa)

يُعد "إيشيكواو" من رواد الجودة اليابانيين، حيث يتمتع بشعبية كبيرة إقليمياً وعالمياً، ويعتبر الأب الروحي لحلقات الجودة وقد نادى إيشيكواو بإشراك العاملين في حل المشكلات من خلال حلقات الجودة. (4)

ومن أهم الأفكار التي ساهم بها "إيشيكواو" مايلي: (5)

1. أن الجودة الشاملة تبدأ بشكل فعلي بعملية التدريب والتعليم وتنتهي أيضاً بتدريب وتعليم العمال.

2. تحديد مجالات للجودة يتقبلها العميل ويكون مستعداً لدفع الثمن المطلوب لشرائها.

(1) محفوظ أحمد جودة، مرجع سبق ذكره ،ص:36

(2) محمد عبد الوهاب العزاوي، مرجع سبق ذكره، ص: 46

(3) مأمون الدراكة ، طارق الشبلي ، مرجع سبق ذكره ،ص:24

(4) محفوظ أحمد جودة، مرجع سبق ذكره ، ص: 34

(5) خالد بن عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص:171-172

3. مدى إمكانية استخدام الأدوات الإحصائية للجودة، ومدى تطبيق برنامج مراقبة الجودة.

كما تضمن مفهوم إيشيكاوا للضبط الشامل للجودة ستة مبادئ أساسية هي: (1)

1. الجودة أولاً وليس الأرباح قصيرة الأجل.

2. التوجه نحو الزبون وليس التوجه نحو المنتج.

3. العملية التالية هي الزبون - تحطيم التعصب الإقليمي.

4. استخدام الواقع والبيانات لتقديم العروض - استخدام الأساليب الإحصائية.

5. احترام الإنسانية كفلسفة إدارية، المشاركة الكاملة للإدارة.

6. الإدارة من خلال الاعتماد المتبادل للوظائف.

كما طور إيشيكاوا أساليب علمية وأدوات إحصائية أطلق عليها إسم "الأدوات السبع"، حيث يرى أن

هذه الأدوات السبع يمكن ان تساعد الموظفين والعاملين فى عملية تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة.

ومن خلال إستخدام هذه الأدوات لاحظ إيشيكاوا أن المنظمة يمكن أن تسيطر على أكثر من (95%)

من مشكلاتها، هذه الأدوات السبع هي: خرائط "باريتو"، الرسم البياني، مخطط السبب والأثر، المدرجات

التكرارية، خرائط المراقبة، الخرائط الإنسيابية، وقائمة الفحص. (2)

(1) يزيد قادة ، مرجع سبق ذكره ،ص:37

(2) خالد بن سعيد ،مرجع سبق ذكره، ص:174

### جدول رقم (1-3)

رؤى كبار المفكرين حول العناصر الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة.

المفكر	أهم العناصر الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة
ديمنج (Deming) أمريكي الجنسية	ركز ديمنج على: 1. التوجه نحو تقييم عملية تقديم الخدمات أو الوظائف. 2. استخدام الإحصاءات. 3. ضرورة طرد أو إزالة الخوف من مخيلة الموظفين. 4. خفض درجات الإنحراف عن المستويات القياسية لأداء الخدمات.
جوران (Juran) أمريكي الجنسية	ركز جوران على: 1. إشراك جميع الطاقم الإداري في موضوع الجودة. 2. التخطيط للجودة. 3. الرقابة على الجودة. 4. تحسين الجودة.
كروسبى (Crosby) أمريكي الجنسية	ركز كروسبى على: 1. العيوب الصفرية. 2. تكلفة الجودة. 3. شعارات الجودة
فيغباوم (A.V Feignbaum) يابانى الجنسية	ركز فيغباوم على: 1. نظام الجودة الشاملة. 2. تصميم الجودة. 3. التوجه نحو العميل (المستفيد).
اويشيكافا (Kaora Ishikawa) يابانى الجنسية	ركز اويشيكافا على: 1. استخدام الإحصاءات. 2. حلقات الجودة. 3. إشراك الموظفين.

المصدر: هيو كوش، ترجمة طلال بن عايد الأحمدى، إدارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة فى الرعاية الصحية وضمان إستمرار الإلتزام بها، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2002م ، ص: 29

## 10.2.1 مبادئ إدارة الجودة الشاملة:

لا يوجد اتفاق بين الكتاب والباحثين حول عدد مبادئ إدارة الجودة الشاملة التي تشكل إطاراً لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في أي منظمة إلا أنه هنالك شبه إجماع حول مجموعة من المبادئ والمتمثلة في:

**1. التركيز علي العميل:** يشمل مصطلح العميل في إدارة الجودة الشاملة كلا من العميل الداخلي والعميل الخارجي ويقصد بالعميل الخارجي ذلك الفرد الذي تتمحور حوله كافة الأنشطة والجهود من أجل تحقيق رغباته، وتحفيزه علي أقتناء المنتج. أما العميل الداخلي فيمثل الأفراد العاملين في الوحدات التنظيمية المختلفة للمؤسسة.

وقد أشارت منظمة الجودة البريطانية للعملاء بشمولية أكبر، حيث عرفت العملاء بأنهم المستثمرون والموظفون وأصحاب المصالح والموردون بالمؤسسة والمجتمع بأسره وأي شخص له علاقة معينة. ولذلك ينبغي علي المؤسسة أن تضع في حساباتها الأنشطة التي من شأنها أن تحقق للعميل سواء الخارجي أو الداخلي الجودة العالية<sup>(1)</sup>.

**2. التركيز علي العمليات:** في أسلوب إدارة الجودة الشاملة لم يعد الحكم علي جودة العمليات من خلال النتائج وحدها مقبولاً، بل يجب أن تمتد عمليات متابعة الجودة والتحكم فيها حتي العمليات الإدارية والإنتاجية وتصميمها لتعطي نتائج بلا أخطاء، ففي مفهوم إدارة الجودة الشاملة يتم استخدام النتائج المعيبة كرمز أو مؤشر لعدم الجودة في العمليات ذاتها، فالجودة الشاملة لا تقتصر على إنتاج سلعة خالية من العيوب، بل أنها تمتد لمعالجة العيوب في عمليات الإنتاج نفسها<sup>(2)</sup>.

**3. التحسين المستمر:** إن مفهوم التحسين المستمر والذي يطلق عليه باللغة اليابانية (Kaizen) وهي كلمة مؤلفة من مقطعين، المقطع الأول (Kai) وتعني التغيير والمقطع الثاني (Zen) وتعني جيد<sup>(3)</sup>. تعتمد برامج إدارة الجودة الشاملة علي جهود التحسين والتطوير المستمرة وذلك انطلاقاً من مبدأ أن التطوير والتحسين لا ينتهي أبداً مهما بلغت كفاءة الأداء وفعاليتيه. والتحسينات يمكن أن تتحقق من خلال:<sup>(4)</sup>

- **تحسينات الجودة الداخلية:** إذا أن الهدف الرئيسي من التحسينات الداخلية هو تحسين العمليات داخل المنظمة، والتي تتضمن (منع العيوب والمشاكل في العمليات)، والتي تؤدي إلي تخفيض التكاليف.

- **تحسينات الجودة الخارجية:** يتمثل الهدف من هذه التحسينات الزبون الخارجي وزيادة رضاه وبالتالي تحقيق حصة سوقية أكبر وزيادة في الأرباح.

(1) خضير كاظم حمود، مرجع سبق ذكره، ص: 99

(2) عبد اللطيف مصلح عايض، دور القيادة الإدارية في مستشفى العلوم والتكنولوجيا في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، المجلة العربية لضمان جودة التعليم الجامعي، العدد (11)، 2013م، ص: 107

(3) جلال عبدالله محمد، أثر وجود معايير الجودة في ضمان تطبيق إدارة الجودة الشاملة - دراسة تحليلية لآراء عينة من المعهد التقني في السليمانية، المؤتمر العربي الدولي الخامس لضمان جودة التعليم العالي، جامعة الشارقة، الإمارات، 2015م، ص: 16

(4) سمير كامل الخطيب، رنا حمزة سليمان، دور ثوابت (Crosby) في تطبيق إدارة الجودة الشاملة - دراسة حالة الشركة العامة للاسمنت، مجلة بابل للعلوم الإنسانية، العراق، المجلد (22) العدد (3)، 2014م، ص: 745

4. **الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها:** يجب أثناء الرقابة علي العمليات الحرص علي الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها، وذلك باستخدام معايير محددة مسبقاً للقياس، بحيث يتم قياس الجودة المقدمة بدلاً من الاختصار علي استخدام المعايير بعد حدوث الأخطاء وذلك منع حدوث خطأ مطلقاً.

5. **تعبئة وتحريك الموارد البشرية:** إن المسؤولية الجديدة التي ألقها إدارة الجودة الشاملة علي عاتق الموارد البشرية تحت شعار الجودة مسؤولية الجميع تتطلب من القيادة الإدارية في المنظمة تعبئة وتحريك هذه الموارد، من خلال مشاركتهم في أعمال المنظمة، لاسيما أنهم يمثلون ثروة هائلة من المعرفة والفرص لتحسين طريقة أداء العمل، وزيادة الإنتاج، وتخفيض التكاليف<sup>(1)</sup>.

6. **إتخاذ القرارات بناء علي الحقائق:** أن مستلزمات إتخاذ القرارات السليمة القائمة علي أساس قاعدة المعلومات والبيانات الدقيقة وليس علي أساس تكهنات لاتستند إلي الواقع سيما وأن الواقع الذي تعيشه المنظمات يتميز بسرعة التغيير وأن هذا الواقع يتطلب من إدارة الجودة الشاملة استخدام أدوات إحصائية لهذا الغرض والتي لا تساعد فقط في إتخاذ القرارات وإنما في وضع سياسات وإستراتيجيات<sup>(2)</sup>.

7. **التغذية العكسية:** هذا المبدأ يسمح بتحقيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة السابقة من خلال وجود شبكة اتصالات فعالة تمكن من الحصول علي المعلومات المطلوبة والتي تسهم في تمهيد وزيادة فرص النجاح والإبداع في المؤسسة<sup>(3)</sup>.

### 11.2.1 مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

يعتبر مفهوم إدارة الجودة الشاملة حديثاً نسبياً في القطاعات الصحية، ويستند إلي المبادئ التي وضعها رواد الجودة، أمثال " ديمينج" و" جوران"، والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي، ثم أمتدت تدريجياً إلي القطاعات الأخرى بما فيها قطاع الخدمات الصحية. ويمكن النظر إلي هذا المفهوم في المؤسسات الصحية من ثلاث زوايا هي:<sup>(4)</sup>

1. **مقدم الخدمة:** أن يقدم الرعاية الصحية للحالة المرضية الصحيحة في الوقت المناسب وبطريقة صحيحة.

2. **المرضى:** أن يحصل المرضى على الرعاية الصحية بسهولة ويسر في الوقت المناسب وبطريقة دقيقة وأن يحصلوا على معلومات كاملة عن المخاطر حتي يتجنبوا الإجراءات غير الآمنة.

3. **احترام حقوق كل من المرضى ومقدمي الخدمة.**

(1) عبد اللطيف مصلح عايض، مرجع سبق ذكره، ص: 108

(2) خالد بن سعد عبدالعزيزين سعيد، مرجع سابق ذكره، ص: 99

(3) فريد عبد الفتاح زين الدين، مرجع سبق ذكره، ص: 44

(4) تركي محجم الفواز، جمال عادل الشرايري، درجة فاعلية نظام إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الجامعة الأردنية التعليمي، المؤتمر العربي الدولي الخامس لضمان جودة التعليم العالي، جامعة الشارقة، الإمارات، 2015م، ص: 55

## -تعريف إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

عرفت إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية بأنها "إطار تلتزم من خلاله المنظمات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقويم جميع جوانب نشاط هذه المنظمات (المدخلات والعمليات إلى جانب المخرجات) لتحسينها بشكل مستمر".<sup>(1)</sup> وكما عرفت أيضاً 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".<sup>(2)</sup>

أيضاً عرفت إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية بأنها "الإستراتيجية الشاملة التي تهدف من ورائها المؤسسة الصحية إلى تحقيق التغييرات في الخصائص والصفات التي تمكن الأفراد جميعهم (المهنيون وهم الأطباء، وكوادر التمريض والفنيون والمرضى علي حد سواء) من التعلم علي استخدام طرق وأساليب الجودة بالشكل الذي يحقق الوفرة بالتكلفة، بالإضافة إلي تلبية متطلبات المرضى والعملاء الآخرين الذين يطلبون الرعاية الصحية"<sup>(3)</sup>

ويتضح من التعريف أعلاه أن إدارة الجودة الشاملة تساهم في بناء إستراتيجيات التركيز على المريض وتطبيق برامج التخطيط الفعالة، بالإضافة إلي تنفيذ البرامج التدريبية الضرورية لكافة الأفراد العاملين في أنظمة الرعاية الصحية.

## -أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

تعتبر عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ذو أهمية خاصة، حيث تمثل المؤسسة الصحية من أكثر القطاعات إحتياجاً لاستخدام مثل هذه الأساليب وذلك لأهمية هذا القطاع وكثرة المستفيدين منه من حيث الحصول على رضا المرضى. ويحقق تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية بعض الفوائد والتي تمثل في الآتي:<sup>(4)</sup>

1. تجنب المؤسسات الصحية التكلفة المرتبة علي تقديم خدمات صحية بجودة متدنية، وقدرتها على تحسين الأداء المالي وتخفيض مصروفات الرعاية الصحية، وتقليل الأخطاء وتحسين العمليات.
2. بالإضافة تخفيض التكلفة، وتحسين رضا المرضى تساعدها على الوقوف أمام المنافسة القوية.
3. تمكن المؤسسات الصحية من الحصول على بعض الشهادات الدولية في هذا المجال.
4. إنخفاض عدد الأخطاء والتأخير، والاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمادية.

(1) حنان عبد الرحيم الأحمدى، التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية، مجلة الإدارة العامة، دورية علمية متخصصة ومحكمة، معهد الإدارة العامة، الرياض، المجلد (40)، العدد (3) 2000 م، ص 413

(2) عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، مرجع سبق ذكره، ص: 193

(3) عبد الستار العلي، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان 2008م، ص: 300-301

(4) محمد بن عبد العزيز العميرة، علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في القطاع الصحي (من وجهة نظر العاملين في مركز الأمير سلطان لمعالجة أمراض وجراحة القلب للقوات المسلحة)، رسالة ماجستير، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2003م، ص: 43-44

وأضافة لما سبق تحقق المؤسسات الصحية بعض الفوائد نتيجة لتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، والتي يمكن أن نوضحها فيما يلي:<sup>(1)</sup>

1. تبسيط الإجراءات: يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة على تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها وتحسينها.

2. تحسين الإجراءات: يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة إلى تحسين الإجراءات لأنها تشجع الإدارة على السعي الدءوب لتقصي فرص التحسين واغتنامها.

3. كفاءة التشغيل: يحقق تطبيق إدارة الجودة الشاملة الكفاءة في التشغيل، وذلك نتيجة القضاء على الهدر في أداء العمليات وإرتفاع مستوى مهارة العاملين.

4. القضاء على إختلافات الممارسة الإكلينيكية (السريية): ويسهم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القضاء على إختلافات الممارسة الإكلينيكية، واختيار أفضل الطرق لأداء لعمل وفقاً للأدلة والحقائق العلمية. فمن أهم المشكلات التي تواجه المنظمات الصحية إختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم، وماله من انعكاسات على مستوى الجودة والكفاءة.

5. الحد من تكرار العمليات: يساعد تطبيق هذا المفهوم على تحديد الطرق الأفضل لأداء العمل، ومن ثم الحد من التكرار، لأن من أهم مرتكزات الجودة هو القيام بالعمل الصحيح من أول مرة وفي كل مرة.

#### خطوات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية:

لقد وضعت (Jcaho) برنامج مكون من عشر خطوات لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية أطلق عليه اسم، (Ten-Step Process Program)، يقوم هذا البرنامج على الخطوات التالية:<sup>(2)</sup>

1. توزيع مسؤوليات التحسين داخل المؤسسة الصحية على الأطراف المختلفة.
2. تحديد الجوانب المختلفة للرعاية الصحية التي تقدمها المنظمة.
3. تحديد العناصر الرئيسية التي سوف يتم على أساسها تقييم جودة كل خدمة يتم تقديمها.
4. تحديد المقاييس التي سوف تستخدم للحكم على مستوى جودة كل عنصر.
5. وضع مداخل محددة لعملية تقييم الجودة.
6. وجود نظام لجمع البيانات التفصيلية المرتبطة بجودة الخدمات الصحية التي تؤديها المنظمة.
7. تقييم البيانات التي يتم جمعها والمرتبطة بالجودة وعمل التحليلات والمقارنات الخاصة بها.
8. إتخاذ الإجراءات اللازمة لتحسين مستوى الرعاية الصحية.

(1) حنان عبد الرحيم الأحمدى، مرجع سبق ذكره، صص 418-420

(2) منير مصلح، دور انظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية باليمن- دراسة حالة مستشفى 48 النموذجي، الجزائر، رسالة ماجستير غير منشورة، 2012م، ص: 45

9. تقييم درجة فعالية تلك الإجراءات في تحسين الخدمة.

10. تداول نتائج عمليات التحسين مع جميع الأقسام والإدارات في إطار برنامج تحسين الجودة على مستوى المنظمة.

### مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

يمكن وضع إطار عام لتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات من خلال العناصر والمتطلبات الأساسية التالية:

أولاً: الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة: يبدأ الإنجاز الناجح لإدارة الجودة الشاملة من الإعداد والتهيئة لتطبيقها، وفي هذه المرحلة التي تسبق بناء النظام تشترك الإدارة العليا للمستشفى ورؤساء الأقسام الطبية والإدارية بها بالتعاون مع مستشاريين أو محترفين في مجال تصميم نظام الجودة الشاملة بالإضافة إلى كبار الموظفين في مختلف التخصصات، في مناقشة كافة جوانب العمل بالمستشفى وحصص مشكلاتها والحلول المثلى لها، ورغم أنه لا توجد آلية محددة لكيفية إنجاز هذه المرحلة فإن هدفها الأساسي يتلخص في توفير كافة البيانات والمعلومات والأفكار والإقتراحات التي تحدد الملامح الأساسية والأبعاد الرئيسية والمرتكزات التي تتمحور حولها السياسات العامة للمستشفى والخطط التشغيلية والبرامج التنفيذية والمشروعات الخاصة بتحقيق ماتصبو إليه من طموحات وماتسعى إلى تحقيقه من غايات.<sup>(1)</sup>

ثانياً: نشر ثقافة الجودة الشاملة: لمفهوم إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية مبادئ ومهارات وطرق وأدوات مختلفة، لذلك ينبغي أن تشمل الأنشطة الأولية المتعلقة بالجودة على تنظيم سلسلة من الحلقات الدراسية حول الموضوع لتوجيه أصحاب القرار والمديرين بشأن مفهوم وأهمية إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية، وينبغي أن تعقب هذه الحلقات الدراسية مناقشات فكرية حول تطبيقات هذا المفهوم في بلد معين، مع مراعاة الموارد المتاحة، الثقافة السائدة، الوضع الصحي الراهن والهيكل القائمة، وينبغي كذلك تنظيم أنشطة مماثلة لتعريف سائر العاملين بمفهوم إدارة الجودة الشاملة للحصول على دعمهم لهذا المفهوم وتوسيع نطاق نشره.<sup>(2)</sup>

ثالثاً: تكوين فريق عمل الجودة: تختلف المسميات التي تطلق على الفريق الذي يقود مشروع الجودة، فقد سمي فريق الجودة أو مجلس الجودة أو إدارة الجودة، وغير ذلك من المسميات وتسد إلى هذا الفريق المهام التالية:

1. وضع سياسة مكتوبة وواضحة للجودة بكافة مجالات العمل بالمستشفى وإتخاذ الإجراءات اللازمة لتعريف جميع فئات العاملين بها مع التأكيد في هذه السياسة على الإعتبارات التالية:  
- أداء العمل بالطريقة السليمة من المرة الأولى دون السماح بأى أخطاء.

(1) عبدالعزيز مخيمر، محمد الطعمنة، مرجع سبق ذكره، ص ص 200-209

(2) هبة سيد أحمد حسين، مرجع سبق ذكره، ص ص: 50-51

- مشاركة جميع فئات العاملين في حل مشاكل العمل والقضاء على الأخطاء.  
- التركيز على ضرورة تفهم إحتياجات المرضى الظاهرة والخفية والعمل على تلبيتها بأقصى كفاءة ممكنة.

- التركيز على نظم وإجراءات وأساليب العمل والنتائج المتحققة في آن واحد.  
- تطوير فكرة الولاء والانتماء للمستشفى وأهدافها.  
- الأخذ بمفهوم العميل الداخلى والخارجى، وتعميق فكرة أن العميل هو الذى يدير المستشفى ويوجه كافة أنشطتها.

2. تكوين حلقات أو جماعات الجودة فى مختلف مجالات العمل بالمستشفى، وتعتبر هذه الحلقات من أكثر أساليب نشر ثقافة الجودة والمساعدة فى تطبيق أساليبها.

3. التخطيط لأنشطة الجودة عن طريق تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها وصياغة السياسات أو الخطوط العريضة التى يسترشد بها فى إتخاذ القرارات الخاصة بأنشطة الجودة، بالإضافة إلى تحديد الإجراءات وأساليب أداء الأعمال اللازمة لذلك.<sup>(1)</sup>

4. البدء فى تطبيق خطة الجودة ومتابعتها، ومن أهم متطلبات التطبيق السليم لإدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات مايلى:<sup>(2)</sup>

- تحليل هيكل العمالة الموجودة فى المستشفى كماً ونوعاً وإتخاذ الإجراءات اللازمة لإعادة توزيعها وفقاً لمقتضيات العمل بمختلف الأقسام الفنية والإدارية.

- تعديل الهياكل التنظيمية الرئيسية والتفصيلية للمستشفى لدعم أنشطة الجودة وتوفير المناخ المناسب لدعم العمل الجماعى وخلق إتجاهات إيجابية لدى مختلف فئات العاملين.

- تلقى وتحليل ومعالجة شكاوى المرضى والعاملين والزائرين.

- تشجيع جميع فئات العاملين بالمستشفى والمتعاملين معها على التقدم بأرائهم وإقتراحاتهم بشأن تحسين جودة الأداء فى جميع المجالات.

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

- تهيئة الظروف المناسبة لأداء العمل ورعاية العاملين.

- تصميم آليات مرنة للإتصالات فى مختلف الإتجاهات.

- صياغة آلية مناسبة لقياس رضا عملاء المستشفى من المرضى والعاملين والزائرين والمتعاملين معها عن مستوى ما تقدمه من خدمات ومجالات التحسين والتطوير المطلوبة بشأنها.

(1) عبدالعزيز مخيمر محمد الطعمنة، مرجع سبق ذكره، ص: 209-211

(2) المرجع السابق، ص: 211

- تصميم وتوفير نظام متكامل للمعلومات مع دعمه بالإمكانيات التقنية والبشرية اللازمة لتوفير وتحليل البيانات وإعداد التقارير المطلوبة منها ورفعها للأفراد والوحدات التي تحتاج إليها لدعم الأنشطة التي تقوم بها أو القدرات التي تتخذها.

- تصميم وتنفيذ خطة لمتابعة التنفيذ وأداء العمل بمختلف أقسام المستشفى مع الإستعانة بالمعايير الموضوعية لتقييم الأداء والأساليب الإحصائية المناسبة في إتمام عملية الرقابة والمتابعة.

### مقومات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لابد من توفر مجموعة من المقومات تتلخص فيما يلي:<sup>(1)</sup>

1. يجب أن تقتنع الإدارة العليا في المؤسسات الصحية بأهمية ومزايا تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
2. يجب أن تقتنع الإدارة العليا جميع العاملين في المؤسسة بفوائد ومزايا إدارة الجودة الشاملة.
3. يجب أن تتوقع إدارة المؤسسة بعض القيود والمعوقات ومقاومة بعض الأفراد لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، وكلما تفهم الجميع أهميتها كلما إنخفضت حدة المقاومة وحجمها.
4. ترتفع تكاليف تطبيق إدارة الجودة الشاملة في أول الأمر ثم تأخذ في الإنخفاض التدريجي حتى تستقر عند حجم معين.
5. يتطلب تطبيق إدارة الجودة الشاملة في كثير من جوانبه تغيير في السياسات والمفاهيم والإستراتيجيات والهيكل التنظيمية في المؤسسات الصحية.
6. إن إدارة الجودة الشاملة ليست بديلاً للإدارة التقليدية ولكنها أداة رئيسية وأساسية للبحث عن الأداء العالي المتميز منذ بداية التشغيل حتى نهايته ومنع وجود أخطاء أو الحد منها إلى أقصى حد.
7. يمكن للمؤسسة الصحية البدء بتطبيق إدارة الجودة الشاملة في أحد أنشطتها الفرعية ثم تتدرج بعد ذلك منها إلى باقي الأنشطة.
8. تظهر الملامح الجيدة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة بسرعة في المؤسسات الصحية الخاصة حيث الإمكانيات العالية والعناصر البشرية الفعالة والمناخ التنظيمي الملائم.
9. تحتاج إدارة الجودة الشاملة قبل تطبيقها إلى دورات تدريبية مكثفة، وأيضاً إلى الإستفادة من تجارب المؤسسات التي نجحت في هذا المجال.

<sup>(1)</sup> سيد محمد جاد الرب، الإتجاهات الحديثة في المنظمات الصحية، دار النهضة، القاهرة، 1997م، ص: 188-189

## معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

تواجه جهود إدارة الجودة الشاملة، وهي بصدد ممارستها لعمليات التحسين، مجموعة من المعوقات الإنسانية والثقافية والفنية والتنظيمية التي تؤدي إلى إخفاق هذه الجهود، الأمر الذي يتطلب تحديد هذه المعوقات وتشخيص أسبابها، لإتباع المدخل والمنهج السليم للتعامل معها، ويمكن تناول أهمها فيما يلي<sup>(1)</sup>:

1. ضعف التزام الإدارة العليا بأنظمة إدارة الجودة الشاملة.
  2. عدم ملائمة الثقافة السائدة في المؤسسات الصحية مع متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
  3. عدم الإستهانة بخبراء الجودة في عقد اللقاءات والاجتماعية الدورية مع العاملين.
  4. عدم وجود دورات تدريبية لجميع العاملين في كل المستويات الإدارية للتدريب على مفاهيم وأساليب الجودة.
  5. غياب الأساليب والطرق الإحصائية التي يعتمد عليها لقياس أداء المؤسسات الصحية.
  6. عدم استخدام الأساليب العلمية في إختيار العاملين وعدم الإهتمام الكافي بتطوير أدائهم.
  7. عدم وضوح مفهوم العمل الجماعي وغياب روح الفريق.
  8. نقص الموارد المالية المتاحة للمؤسسات الصحية، مما يعيق تجهيزها بالشكل المناسب.
  9. وجود خطين واضحين للسلطة تتسم بهما المؤسسات الصحية، أحدهما إداري والآخر طبي، يترتب على ذلك إيجاد حاجز بين الجانبين الطبي والإداري، يحد من نجاح عملية التحسين أو حصرها على بعض جوانب النشاط دون غيرها.
- وضمن كل المعوقات أمام تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، يظهر أن المعوقات الثقافية هي الأكثر صعوبة، ويتجلى ذلك فيما يلي:
1. إن المؤسسات الصحية تميل إلى التركيز بشكل أكبر على إحتياجات مقدمي الخدمات الصحية أكثر من التركيز على إحتياجات المرضى.
  2. يعتقد المديرون من الدرجة الوسطى بأن إدارة الجودة الشاملة سوف تحد من صلاحياتهم مما يؤدي إلى التأثير على مسؤولياتهم، لذلك فإنهم يقاومون إدخالها إلى مؤسساتهم.
  3. عدم إهتمام معظم الأطباء والكوادر المساعدة في المؤسسات الصحية بأنشطة إدارة الجودة الشاملة، فهم يعتقدون بأنها لا تنطبق على وظائفهم.<sup>(2)</sup>

(1) حنان عبد الرحيم الأحمدى. مرجع سبق ذكره ، ص:42

(2) وفيق حلمي الأغا، الجودة الشاملة وطرق إبداعها بالقطاع الصحي الفلسطيني، المؤتمر العلمي الثاني لكلية الإقتصاد والعلوم الإدارية. جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن، 2006م ص:18

4. نقص مشاركة الأطباء والكوادر المساعدة في جهود إدارة الجودة الشاملة، ويعود السبب إلى وجود قناعة لديهم بأن عملهم ذو جودة عالية، وبأن إدارة الجودة الشاملة هي بالدرجة الأولى آلية لضبط التكلفة وتؤكد الدراسات أن أي مبادرة لتطبيق مفهوم التحسين المستمر في المؤسسات الصحية دون مشاركة الأطباء والكوادر المساعدة تزيد التكلفة الإجمالية لعملية التغيير، ولا تتحقق الأهداف المرجوة منه (1).

### 12.2.1 الأيزو وإدارة الجودة الشاملة والمواصفات الدولية (الأيزو):

يخلط البعض بين مفهوم إدارة الجودة الشاملة وبين الأيزو، والأيزو كلمة أغريقية تعني التساوي والتعادل، وقد اشتقت من الحروف الثلاث الأولى لإسم المنظمة الدولية للمواصفات والمقاييس.

("International Organization for Standardization") وهي الهيئة الدولية المعنية بإصدار المواصفات ولقد تأسست المنظمة في أعقاب الحرب العالمية الثانية بعد لقاء ضم (25) دولة في لندن عام (1947م) وتتخذ من جنيف مقر لها. (2)

-الأيزو هو مصطلح عام لسلسلة من المعايير التي تم وضعها من قبل الهيئة الدولية للمواصفات القياسية لتحديد أنظمة الجودة التي ينبغي تطبيقها علي القطاعات الصناعية والخدمية، وكما يعرف بأنه" عبارة عن مجموعة من المواصفات والمعايير التي تم إقرارها متطلبات لأنظمة الجودة من قبل المنظمة الدولية للتقييس. (3)

### مفهوم المواصفات القياسية الأيزو 9000:

إن مصطلح الأيزو (9000) يمثل اختصاراً لأسم المنظمة العالمية للمواصفات والمقاييس والتي مقرها في سويسرا، وتهتم هذه المنظمة بتوحيد المواصفات والمعايير علي المستوى العالمي وفي جميع المجالات الصناعية، التجارية والخدمية باستثناء المواصفات التي تتعلق بالإلكترونيات والكهرباء. (4) ويعرف أيضاً علي أنه "شهادة تمنحها المنظمة العالمية للمواصفات ال ISO للمؤسسات التي تتوفر علي مجموعة من المقاييس والمعايير في نظام جودتها والتي تفرضها هذه المنظمة". (5)

### تعريف نظام إدارة الجودة ISO 9000:

يعرف علي أنه: "سلسلة من المواصفات المكتوبة أصدرتها المنظمة العالمية للمواصفات سنة (1987م) وهذه السلسلة تحدد وتصف العناصر الرئيسية المطلوب توافرها في نظام الجودة التي يتعين أن تصممها وتتبنها إدارة المنظمة للتأكد من إن منتجاتها تتوافق مع أوتفوق حاجات ورغبات الزبون". (6)

(1) محمد بن عبد العزيز العميرة، مرجع سبق ذكره، ص: 47

(2) خضير كاظم حمود، مرجع سبق ذكره، ص: 47

(3) علي السلمي، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للأيزو 9000، دار غريب للنشر والتوزيع، القاهرة، 1995م، ص: 91

(4) خضير كاظم حمود، مرجع سبق ذكره، ص: 107

(5) عمر وصفي عقيلي، مرجع سبق ذكره، ص: 63

(6) سمير محمد عبد العزيز، اقتصاديات جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة والأيزو 9000 و10011، مكتبة الإشعاع الفنية للنشر والتوزيع، عمان، 2000م، ص: 119

ويمكن تعريف (ISO 9000): علي أنها: "مجموعة مواصفات تحكم توثيق نظام الجودة الذي تتطابق فيه جميع المتطلبات وبما يتلائم مع طبيعة المؤسسة".<sup>(1)</sup>

أهداف نظام الجودة العالمي ISO 9000:<sup>(2)</sup>

هناك أهداف عديدة للإرتقاء لجودة المنتجات والخدمات ويمكن ذكر أهمها في الآتي:

1. وضع دليل للجودة معتمد من قبل الإدارة العليا بالمنظمة.
2. وضع خطط للجودة تشمل كافة المنظمة وضرورة إحاطة جميع العاملين بمحتواها ومضمونها.
3. تنظيم الوثائق والسجلات المرتبطة بالجودة والمعرفة في دليل الجودة.
4. حصر جميع العمليات الإنتاجية وتحديد المسؤوليات وصلاحيات منفذ كل عملية بالمنظمة.
5. الاحتفاظ بسجل يتضمن معايير الأداء والإرشادات وتعليمات الأداء بكل وحدة تنظيمية.
6. المراجعة المستمرة لجميع سجلات وسياسات الجودة للتحقق من توفر الكفاءة والفعالية.

مكونات سلسلة المواصفات القياسية ISO 9000:<sup>(3)</sup>

يتكون نظام إدارة الجودة (ISO 9000) من سلسلة من المعايير والمواصفات التي عرفت تعديلاً من حيث العدد والمحتويات في إصدار سنة (2000م) مما كانت عليه في إصدار سنة (1994م) وفيما يلي سلسلة مواصفات (ISO 9000) لكلا الأصدارين:

#### 1. سلسلة مواصفات ISO 9000:1994

تنقسم هذه السلسلة إلي خمس مواصفات رئيسية هي: ISO 9000, 9001, 9002, 9003, 9004. ISO 9000- يتضمن فقط الإرشادات لاختبار وتطبيق معايير منظومات الجودة الواردة في الأجزاء (9001 - 9002 - 9003) وبالتالي فهو جزء تفسيري يوضح ويحدد مجالات تطبيق مواصفات الإيزو السابقة.

-ISO 9004: تختص مثل ISO 9000 بإرشادات عامة عن مفهوم عناصر إدارة الجودة ومجال تطبيقها علي كل الصناعات والخدمات.

-ISO 9001: خاصة بالشركات التي تمارس التعميم في الإنتاج وهي الأكثر شمولاً تغطي (20) مطلباً يجب توفره في المؤسسة، وتطبق في الشركات الصناعية، الهندسية، والخدمية.

-ISO 9002: تختص بتلك الشركات التي تمارس التصنيع دون التعميم ويتضمن (19) مطلب تطبيق في المؤسسات ذات الإنتاج المتكرر، التي قوامها الإنتاج والتجهيز مثل: الصناعات الكيماوية.

-ISO 9003: خاصة بالمختبرات التي تمارس الفحوصات النهائية للتأكد من مستوى الجودة للمنتجات والخدمات، وهي تناسب الورش الصغيرة ويضم هذا النموذج (16) مطلباً. ومن أهم عناصر القوه في

(1) قاسم نايف علون، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الأيزو 9001: 2000، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان 2005م، ص: 190

(2) قاسم نايف علون، مرجع سبق ذكره، ص: 75

(3) عمر وصفي عقيلي، مرجع سبق ذكره، ص ص: 64-65

سلسلة مواصفات الأيزو أنه يمكن لكل مؤسسة مهما كان نشاطها أن تحصل عليها ، فصفات الأيزو تسرى علي المؤسسات الصناعية كما تسرى علي المؤسسات الخدمية.

## 2. سلسلة مواصفات ISO 9000:2000

حيث تم في هذه السلسلة إدماج معايير ISO9001, ISO9002, ISO9003 في معيار واحد هو معيار ISO9001، وهذا من أجل التغلب علي مشكلة الاختيار لدي المؤسسات بين هذه المعايير، وتأكيد استعمال معيار ISO9001 علي جميع أنشطة المؤسسة وامكانية تطبيقها في جميع أنواع المؤسسات مهما كان نوعها أو حجمها أو القطاع الذي تنتمي إليه.

وفيمايلي السلسلة المعدلة لنظام الجودة (ISO 9000:2000)

-ISO9000: وهو المعيار الذي يوضح الأسس والمبادئ التي ترتبط بنظام إدارة الجودة وكذلك المصطلحات المستعمله فيه.

-ISO9001: وهو المعيار الذي يحدد متطلبات نظام إدارة الجودة والحصول علي الشهادة التي تثبت قدرة المؤسسة علي تقديم سلع وخدمات متطابقة لمتطلبات الزبون أو المستهلك وتشبع حاجاته حيث يشمل كل المرحل والعمليات التي ترتبط بجودة المنتج وكيفية التحكم فيها، مع العلم أن هذا المعيار يقيم من خلال المراجعة الخارجية.

-ISO9004: وهو دليل يقدم الخطوط الموجهة والمرشدة لجميع عمليات المؤسسة من أجل تحسين أدائها ، ويهدف إلي تحقيق الاشباع للزبائن والمستهلكين .ويعتبر هذا المعيار مكمل معيار ISO9001 وموضحاً له، ويخضع هذا المعيار للمراجعة الداخلية والتقييم الذاتي.

-ISO90011: وهو معيار مكمل للمعايير السابقة، ويقدم الخطوط المرشدة للمرجعة الداخلية والخارجية لنظام إدارة الجودة<sup>(1)</sup>.

### 13.2.1 الأيزو في الخدمات:

أفردت مواصفات للأيزو خاصة بالخدمات وهي المواصفة (2-9004) وسميت "عناصر جودة الإدارة ونظام الجودة (إرشادات الخدمات) ويعد هذا أمتداد هاماً لمواصفات الأيزو لمجال لم يكن معتاداً خضوعه لأية مواصفات رسمية، كما يمثل تحولاً رئيسياً في الإتجاهات العالمية تجاه قياس الجودة في مؤسسات الخدمة. حيث سيؤدي انتشار تطبيق المواصفة للإفادة من خدمات مؤكدة الجودة<sup>(2)</sup>.

وتوضح صيغة مقدمة الأيزو الأصلية أن أهمية جودة وفاعلية النظام التي نقيس وتراقب جودة الخدمات تلقى إهتماماً متزايداً علي النطاق العالمي ويمكن قياس جودة الخدمات من خلال تحديد العملاء وإحتياجاتهم ورغباتهم التي يمكن فهمها والوفاء بها، وعلي ضوء ذلك توضع مجموعة عناصر لنظام

(1) برحومة عبد الحميد ، شريف مراد، الجودة الشاملة ومواصفات الأيزو كأداة لتفعيل تنافسية المؤسسة الاقتصادية، مجلة ابحاث اقتصادية وإدارية العدد(3)، الجزائر، 2008م، ص:138-139  
(2) محمد سمير عبد العزيز ، مرجع سبق ذكره ، ص:126

جودة خاص بمنظمة الخدمة ويمكن تطبيقه في كافة انواع الخدمات، وتتنطبق مواصفة الأيزو علي كل عملية خدمية، رغم أن الملف الخاص بالمواصفة الأصلية يقدم قائمة لمجالات الخدمة الرئيسية وهي: الضيافة،الاتصالات،الصحة، الصيانة، المرافق، التجارة العامة،العمليات المالية، العمليات المهنية الفنية وقانونية وهندسية وإدارية في مجال إدارة الجودة،الاستشارات الإدارية والفنية،العمليات الفنية كإستشارية فنية واختبارات محلية،الشراء،البحوث والتطوير،إدارة الموارد البشرية، والحاسبات وخدمات المكاتب، ويمكن مراقبة كل من الخدمة وعملية تقديمها من خلال مراقبة العملية التي تقوم بها الخدمة.(1)

## 2/علاقة إدارة الجودة الشاملة بنظام الأيزو 9000:

يعتبر العامل الأساسي لتقييم أداء أي منشأة هو جودة منتجاتها، والإتجاه العالمي حالياً هو استطلاع توقع المستهلك من زاوية الجودة، ويصاحب ذلك الإتجاه التيقن من أن التحسين المستمر للجودة لازمة أساسية للتوصل والحفاظ علي الأداء الاقتصادي.(2)

ولقد حدث خلط بين مفهوم إدارة الجودة الشاملة والأيزو 9000 واعتقد البعض أنهما يعنيان نفس الشيء، بل أنه في بعض الأحيان قد يتحدث عن الأيزو وكأنه يصف ويقصد به إدارة الجودة الشاملة.

ويمكن تلخيص أهم الفروق بين مفهوم إدارة الجودة الشاملة وشهادات الأيزو في النقاط التالية:(3)

1.الأيزو لإيهم كثيراً بالتركيز علي المستهلك في حين أن الجودة الشاملة أول أعمدها والتركيز المطلق علي المستهلك.

2. تهتم الأيزو بالتركيز علي النظم الفنية ونظم الإجراءات الإدارية المتعلقة بالجودة، في حين نجد إدارة الجودة الشاملة تركز علي الفلسفة والمفاهيم الإدارية والأساليب بكافة أنواعها وأبعادها الفنية والإدارية والاجتماعية.

3. تؤكد إدارة الجودة الشاملة علي مشاركة وحماس العاملين في حين أن ذلك ليس من نواحي الإهتمام في سلسلة الأيزو.

4. تركيز الأيزو قد يكون جزئياً علي نظم معينة داخل المنظمة، أما الجودة الشاملة فإنها تعني بالمنظمة ككل بجميع إداراتها ووظائفها ومستوياتها.

5. كل فرد في المنظمة مسؤول عن الجودة وفقاً لفلسفة إدارة الجودة الشاملة.

6. إدارة الجودة الشاملة تتضمن تغيير الثقافة والعمليات للمنظمة في حين أن ذلك ليس مطلوباً للأيزو الذي يهتم بالنظم الفنية المختلفة.

(1) أحمد سيد مصطفى، إدارة الجودة الشاملة والأيزو - دليل عصري للجودة والتنافسية ، 2004م، ص:188-190

(2) سمير محمد عبد العزيز، مرجع سبق ذكره، ص:137

(3) سيد أحمد حاج، مرجع سبق ذكره ص:37

## المبحث الثالث

### جودة الخدمة الصحية

#### 1.3.1 مقدمه:

يحتل قطاع الخدمات أهمية كبيرة بحكم المنافع التي يقدمها للمستفيدين، وطبيعة الخصائص التي يمتاز بها، وبصفة خاصة المجال الصحي، وتعتبر الخدمات الصحية عنصراً مهماً لإحداث التنمية في بلد من البلدان لكونها مرتبطة بحياة الإنسان وصحته، ومن هنا كان الإهتمام بالرعاية الصحية وتقديم أحسن الخدمات الصحية، وتطوير المؤسسات الصحية.

إن موضوع جودة الخدمة الصحية أصبح من المواضيع الأساسية في تسويق خدمات الرعاية الصحية، كما أن هذا الموضوع هو محل الإهتمام والتركيز من قبل إدارات المستشفيات، والمستفيدين من خدمات الرعاية الصحية، والأطباء، والجهات الممولة لهذه الخدمات حيث تركز هذه الأطراف المتعددة على موضوع جودة الخدمة الصحية لتحقيق أهدافها ومصالحها، إذ إن الخلل والأخطاء في جودة الرعاية الصحية غير مقبول وتتعدى آثاره الضرر المادي إلى الضرر الجسدي والنفسي ولا بد من التطلع إلى ممارسة صحية خالية من العيوب<sup>(1)</sup>.

ويمكن الإشارة إن أول من استخدم هذا المفهوم في مجال الخدمات الصحية هي الممرضة البريطانية "فلورنس نايتنجيل" في العام (1953) وذلك خلال إشرافها على تقديم خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات العسكرية، حيث ادخلت بعض معايير الأداء والتحسين إلى عملها، الأمر الذي أدى إلى تحسين في نتائج المرضى في ذلك الوقت<sup>(2)</sup>.

#### 2.3.1 مفهوم وتعريف الخدمة:

يكون من الصعب في بعض الأحيان إعطاء تعريف ومفهوم محدد لنشاط إنساني وفكر متعدد الإتجاهات والأبعاد، والخدمات لا تبتعد عن هذا المضمون كثيراً، لذلك يمكن إيراد العديد من التعاريف للخدمة، إلا أن كل واحد منها يمكن أن يعطي إتجاهاً محدداً وأن كانت تشترك في معنى أو أكثر من تلك المفاهيم، وقد اختلفت تعريفات الخدمة باختلاف آراء الكثير من الباحثين والكتاب حيث تم تعريفها كمايلي:-

1. عرفت الجمعية الأمريكية للتسويق الخدمة بأنها "منتجات غير ملموسة يتم تبادلها من المنتج إلى المستهلك، ولا يتم نقلها أو تخزينها، وهي تفتى بسرعة، ويصعب في الغالب تحديدها أو معرفتها لأنها تظهر للوجود في نفس الوقت الذي يتم شراؤها وأستهلاكها<sup>(3)</sup>.

(1) محمد نور الطاهر أحمد، مرجع سبق ذكره، ص: 899-920

(2) ناصر إبراهيم سيف، مرجع سبق ذكره، ص: 745-767

(3) نظام موسى سويدان، شفيق إبراهيم حداد، التسويق - مفاهيم معاصرة، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2006م، ص: 226

2. كما عرف (Skinner) الخدمة بأنها: "عبارة عن منتج غير ملموس يقدم فوائد ومنافع مباشرة للمستهلك كنتيجة لتطبيق أو استخدام جهة أو طاقة بشرية أو آلية علي أشخاص أو أشياء معينة ومحددة والخدمة لا يمكن حيازتها وأستهلاكها مادياً".<sup>(1)</sup>

3. يعرف (Kotler&Keller) الخدمة بأنها: "أي عمل أو أداء يمكن أن يقدم إلى طرف آخر وهو غير ملموس جوهرياً ولا ينتج عنه ملكية أي شيء، وقد يكون مرتبطاً أو غير مرتبطاً بمنتج مادي ملموس".<sup>(2)</sup>

4. ويعرف (William Armstrong) الخدمة بأنها: "نشاط غير ملموس يهدف إلى إشباع الرغبات والحاجات عندما يتم تسويقها للمستهلك النهائي أو المشتري الصناعي مقابل دفع مبلغ معين ويجب أن تقترن الخدمات ببيع منتجات أخرى".<sup>(3)</sup>

### 3.3.1 أهمية الخدمة:

تطور قطاع الخدمات بشكل كبير بعد الحرب العالمية الثانية، ويُعزى ذلك التحول إلى حركة عصر المعلومات التي نشأت بفعل اختراع الحاسوب وتطور الاتصالات، وهذه الظاهرة كغيرها من الظواهر لها مسببات كثيرة منها<sup>(4)</sup>:

1. إزدياد معلومات أعمار السكان مما دفع بالحاجة إلى الخدمة الطبية وبذلك زادت مراكز الرعاية الصحية، ومراكز اللياقة البدنية التي يحتاجها كبار السن.

2. إزدياد أوقات الفراغ وإزدياد ضغط العمل وإرتفاع دخل الفرد مما زاد معه الدخل القابل للإنفاق على الخدمات الترفيهية، ومراكز رعاية الطفولة في مراحلها المبكرة نظراً لإزدياد دائرة عمل المرأة وأنها أصبحت قوة عمل مؤثرة، وأصبح للأسرة الواحدة أكثر من دخل حيث جعلت هذه الدخول الإضافية الإنفاق على الكثير من الخدمات أمراً ممكناً وميسراً وخاصة تلك الخدمات التي تجعل من الحياة أكثر متعة وإشراقاً.

3. إزدياد تعقيد المنتجات تقنياً مما يستدعي الحاجة إلى خدمات الصيانة مثل الكمبيوتر والإنترنت، أنظمة الأمان فهي سلع تتطلب خدمات متخصصة سواء أكان ذلك قبل استعماله أم أثناءه أم بعد الاستخدام، وكلها أمور زادت من الحاجة إلى خدمات.

4. التغيرات في بيئة منظمات الأعمال وكذلك المستهلك الأخير كل ذلك زاد من أهمية الخدمات في الوقت الحاضر عما كان عليه الأمر في السابق.

<sup>(1)</sup>Steven.j.skinner, Marketing, hoaghton Miffinco, Boston, 1990, p.632

<sup>(2)</sup>Philip kotler, and Keller, Marketing Management, prentice Hall, 14<sup>th</sup>, 2012, p356

<sup>(3)</sup>William.j.Armstrong, fundamentals of Marketing, New York, Mc-crow, hill Book, 1967, P.569

<sup>(4)</sup> قاسم نايف علوان المحياوي. مرجع سبق ذكره، ص ص: 55-56

### 4.3.1 تصنيف الخدمة:

بسبب التداخل والتنوع فيما بين الخدمة والسلعة، فإن مزيداً من الفهم لطبيعة الخدمة يمكن أن يتحقق من خلال استعراض تصنيفات الخدمة كما يلي<sup>(1)</sup>:

#### 1. من حيث الإعتدائية:

حيث تتنوع الخدمات على أساس إعتدائها إما على المعدات وإما إعتدائها على الأفراد، كما تتنوع الخدمات التي تعتمد على الأفراد حسب أدائها من قبل محترفين أو مهنيين وهنا أصبح طلب الخدمة يتأثر بالشخص الذي يتولى تقديمها.

#### 2. حسب أهمية حضور العميل:

حيث تتطلب بعض الخدمات حضور العميل ومشاركته للحصول على الخدمة، بينما توجد خدمات لا تتطلب إلا مشاركة رمزية أو بسيطة من قبل العميل فيها، فخدمات الرعاية الصحية تحتاج للوجود المادى للعميل من الخدمة وأيضاً إلى مشاركته الفعالة فى عملية إنتاج وتقديم الخدمة.

#### 3. حسب نوع العميل:

حيث يمكن تصنيفها إلى:

-خدمات شخصية: وهى الخدمات التى تقدم لإشباع حاجات شخصية صرفة مثل السياحة والتأمين على الحياة، ولهذا سمي هذا النوع من الخدمة بالخدمة الشخصية.

-خدمات المنشآت:هى الخدمات التى تقدم لتلبية حاجات منظمات الأعمال كما هو الحال فى خدمات الإستشارات الإدارية والمالية والمعدات، وهناك خدمات يتم بيعها لكل من العملاء ومنظمات الأعمال، ولكن بأساليب وسياسات مختلفة وهذا هو الأسلوب المتبع من هؤلاء العملاء.

#### 4. حسب دوافع مقدم الخدمة:

حيث يمكن تصنيفها إلى:

- خدمات تقدم بدافع الربح مثل المنظمات الخاصة كالمستشفيات والمدارس والجامعات الخاصة.

- خدمات تقدم ليس بدافع الربح مثل الخدمات المقدمة من الدولة كالتعليم والعلاج الطبى.

#### 5. حسب الخبرة المطلوبة فى أداء الخدمة:

حيث يمكن تصنيفها إلى:

-مهنية(Professional): مثل خدمات الأطباء والمحامين ومراجعى الحسابات والمستشارين الإداريين والماليين والخبراء وذوى المهارات البدنية والذهنية.

- غير مهنية (Non Professional): مثل خدمات حراسه العمارات وفلاحة الحدائق وغيرها.

(1) المرجع السابق، ص: 74- 77

## 6. من حيث صفات منتج الخدمة:

في أغلب الخدمات هناك نوعان من الصفات :

- إما أن تكون متماثلة تماماً كما هو الحال في الخدمات العامة.
- أو أن تنتج كل خدمة بما يتناسب وحاجة كل عميل وبالمقارنة بمنتجات القطاع الخاص، فهناك خدمات قليلة تتميز بخطوط إنتاجية يمكن الإختيار منها، مثل التأمين على الحياة ، أما الحالة الأخرى فهي تشكيلة الإختيارات التي تقدمها الفنادق والمستشفيات.

## 7. حسب طبيعة الخدمة:

يمكن تصنيفها إلى:

-خدمات ضرورية مثل الخدمات الصحية.

-خدمات كمالية مثل التسلية والترفيه.

### 5.3.1 خصائص الخدمة:

هنالك خصائص رئيسية للخدمة تميزها عن السلع المادية وهي كمايلي:

#### 1. اللاملموسية:

أصل الخدمة غيرلملموسة ، إي علي عكس المنتجات المادية، الخدمات من الصعب تذوقها، والإحساس بها أو سماعها قبل شرائها وهذا أهم ما يميزها عن السلعة وهي بذلك تخالف المنتجات السلعية التي يمكن للمستهلك اختبار خواصها بشيء من التمعن بسبب خصائصها المادية وهذه الخاصية تجعل عامل المخاطرة ملازمة للمنتجات الخدمية<sup>(1)</sup>. وتمثل اللاملموسية الخصائص الأساسية التي تميز الخدمات عن السلع ، والخدمات مثل التعليم، التأمين وغيرها ، ولايمكن أن تمتلكها مثل السلع المادية ، وهي أكثر صعوبة في التقييم بالنسبة للمستهلكين مقارنة بالسلع.<sup>(2)</sup>

#### 2. التلازمية (عدم الانفصال):

تعني درجة الإرتباط بين الخدمة ومقدمها،أي من الصعب فصل الخدمات عن مقدمها، الأمر الذي يترتب عليه ضرورة حضور طالب الخدمة إلى أماكن تقديمها، لذلك فإن أداء خدمة معينة قد يحدث جزئياً أو كلياً وقت استهلاكها، فالسلع تنتج وتباع وتستهلك، أما الخدمات فهي تباع ومن ثم تنتج وتستهلك وعدم القدرة على فصلها يؤدي إلى تزامن الإنتاج والتقديم والاستفادة وهذا بعكس ما عليه المنتجات الملموسة<sup>(3)</sup>.

(1) هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2008م، ص24

(2) Ahsanath,Mk ,Service Management,Marketing Specialisation,Master Thesis,University of Calicut school of distance education Calicut University.p.o,Kerala,India,2011,p:6

(3)عصماني سفيان،دورالتسويق في قطاع الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى،رسالة ماجستير غير منشورة،جامعة الجزائر 2006م،ص:6

3. **عدم انتقال الملكية:** وهي صفة تميز السلعة عن الخدمة، وذلك لأن العميل يمكنه استعمال الخدمة

لمدة معينة دون إمتلاكها، على عكس السلعة التي يكون فيها للزبون حق امتلاكها والتصرف فيها.<sup>(1)</sup>

4. **عدم التجانس:** من الصعب إيجاد معايير نمطية للإنتاج في حالة الخدمات، فكل من أنواع الخدمات

لها طرق مختلفة في كيفية قياسها، حيث يتم تقديم معظم الخدمات من قبل الأفراد، وهؤلاء الأفراد ليسوا متشابهين دائماً في أدائهم ويؤدي هذا إلي التباين في الخدمات، وقد يختلف الأداء من فرد لآخر، أو منظمة إلى أخرى.<sup>(2)</sup>

5. **عدم القابلية للتخزين:** بسبب الطبيعة غير الملموسة للخدمات، فإنه لا يمكن حصرها أو تخزينها أو

إعادة استعمالها، وتعرض جميع أنواع الخدمات للفناء بمجرد الانتهاء من تقديمها.<sup>(3)</sup> والجدول رقم (1-3) يبين بعض الفروق بين السلعة والخدمة.

#### جدول رقم (1-4)

##### مقارنة بين خصائص السلعة والخدمة

المعيار	السلعة	الخدمة
اللمس	تكون قابلة لللمس.	تكون غير قابلة لللمس.
الإنتاج والإستهلاك	يمكن فصل عملية الإنتاج عن الإستهلاك.	يكون الإنتاج والإستهلاك متزامنين.
التخزين	يمكن تخزينها.	لا يمكن تخزينها.
البيع	السلعة ذاتها يمكن بيعها أكثر من مره.	لا تتكرر عملية البيع أكثر من مرة.
النقل	يمكن نقلها حسب مكان الحاجة إليها.	لا يتم نقلها لمكان الإحتياج في معظم الحالات.
وسيلة النقل	يتم نقلها إلى العميل من خلال وسائل مختلفة.	يتم نقلها فقط من خلال مجهز الخدمة نفسه.
التصدير	يمكن تصديرها.	لا يمكن تصديرها لإرتباطها بمنتجها.
العرض	يمكن أن تكون معروضة قبل الشراء.	لا يمكن أن تكون معروضة قبل الشراء.
عمليات الإنتاج	تكون معقدة ومتداخلة.	تكون سهلة لكنها غير محددة.
مشاركة العميل	لا يشارك العميل في عملية الإنتاج.	يشارك العميل في معظم عمليات الإنتاج.
معايير قياس العمليات	تكون واضحة.	لا تكون واضحة.

المصدر: قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006م، ص: 58

(1) أحمد العلوي أبو شعبان، أثر التدريب على جودة الخدمات المصرفية الإسلامية بمحافظة غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأقصى، 2017، ص: 30

(2) Ahsanath, Mk , op, cit, p7

(3) طارق الأسدي، مرجع سبق ذكره، ص: 49

### 6.3.1 مفهوم الخدمة الصحية:

إنّ مفهوم الخدمة بشكل عام ينطبق على مفهوم الخدمة الصحية لأن الخدمات متماثلة من حيث الخصائص والمضمون لذلك تعرف الخدمات الصحية وفقاً لذلك على أنها مجموعة من المنافع الصحية التي يحصل عليها المستفيد مقابل دفع ثمن معين وباستخدام سلع مساعدة ولكن لا تحول ملكية السلع المساعدة إلى المستفيد من الخدمة وهناك اتفاق على أنّ الخدمات الصحية :

1. منافع تعرض للبيع (مجموعة من المنافع الصحية مثل إزالة الألم، إزالة التعب، تخفيض الحرارة، التخلص من الصداع، تحقيق الراحة النفسية، تشخيص الطبيب للمرضى والعلاج).

2. خدمات غير ملموسة ولكنها تقدم بمساعدة سلع ملموسة (أخذ حبة للتخلص من الصداع، استخدام المشروط في الجراحة<sup>(1)</sup>).

3. تعرف الخدمة الصحية على أنها: "النشاط الذي يقدم للمنتفعين والتي تهدف إلي إشباع حاجات ورغبات المستهلك النهائي حيث لا ترتبط ببيع سلعة أو خدمة أخرى<sup>(2)</sup> .

4. تعرف الخدمة الصحية على أنها: "العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصياً أو ارشاداً أو تدخلاً طبياً ينتج عنه رضا أو قبول وأنتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل"<sup>(3)</sup>.

5. كما تعرف الخدمة الصحية أيضاً بأنها: "مجموعة من الوظائف التي تعمل على إشباع الحاجات الإنسانية المرتبطة بالبقاء والاستمرار بشكل مباشر، وترتبط بالوظائف الأخرى للمجتمع كالوظيفة الاقتصادية، التعليمية، الاجتماعية وغيرها بشكل غير مباشر بحيث تعطي المريض القدرة على التكيف البيئي عن طريق توفير الدعم لقدراته البيئية، الحسية والنفسية بما يمكنه من تحقيق الأداء المطلوب"<sup>(4)</sup>.  
حسب منظمة الصحة العالمية في تقريرها الخاصة بالصحة في العالم، فأن مصطلح "الخدمة الصحية" يتضمن التعزيز، الوقاية والمعالجة والتأهيل، وهذا المصطلح يتضمن الخدمات التي تستهدف الأفراد مثل (التطعيمات في مرحلة الطفولة، أو معالجة السل) والخدمات التي تستهدف السكان مثل (الاعلامية المضادة للتدخين).

إن الخدمة الصحية هي كل ما يؤدي إلي وقاية الناس من الأمراض ويؤدي إلي السرعة في تشخيص المرض وعلاجه وحسن متابعته بعد التشخيص والعلاج، فهي تمثل بذلك مجموعة من النشاطات المحددة للمحافظة علي الصحة أو تحسينها أو منعها من التدهور.<sup>(5)</sup>

(1) ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، عمان: دار المناهج للنشر والتوزيع، 2008م، ص: 97

(2) فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، 1998م، ص: 97

(3) ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2005م، ص: 168

(4) إلاء نبيل عبد الرزاق، مرجع سبق ذكره، ص: 281

(5) نبيل بن عامر، حسام لعمش، دور المسؤولية الاجتماعية للتسويق في ترقية الخدمة الصحية- دراسة تحليلية مع عرض تجارب، مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، العدد (3)، الجزائر، 2015م، ص: 178

### 7.3.1 الخصائص المميزة للخدمات الصحية:

- انطلاقاً من الخصائص العامة للخدمات تتميز الخدمة الصحية عن باقي الخدمات بالآتي:<sup>(1)</sup>
1. تتميز خدمات المستشفى بكونها عامة للجمهور، وتسعى من تقديمها الى تحقيق منفعة عامة ولمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها سواء كانوا أفراد أو منظمات أو هيئات.
  2. الخدمة الصحية المقدمة تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة لأنها مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه.
  3. تؤثر القوانين والأنظمة الحكومية على عمل المؤسسات الصحية عامة والمستشفيات خاصة ، وعلى وجه التحديد إيا كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص، وذلك فيما يتعلق بتحديد منهج عملها والخدمات الطبية التي تقدمها.
  4. في منظمات الأعمال عموماً تكون قوة إتخاذ القرار بيد شخص واحد أو مجموعة أشخاص يمثلون قمة الإدارة، بينما المؤسسات الصحية(المستشفى) تكون قوة القرار موزعة الى حد ما بين الإدارة ومجموعة الأطباء.
  5. وجوب الإتصال المباشر بين المستشفى والمستفيد من الخدمة الصحية إبي أن الخدمة الصحية لا يمكن تقديمها في الغالب إلا بحضور المريض نفسه للفحص والتشخيص والعلاج و إجراء التحاليل.
  6. نظراً لكون الخدمة الصحية مرتبطة بالإنسان وهو أعلى شيء، فإنه يكون من الصعوبة في كثير من الأحيان على إدارات المستشفيات أن تعتمد المعايير نفسها والمفاهيم الاقتصادية التي تطبق في خدمات أخرى على عملها.

### 8.3.1 تصنيف الخدمات الصحية:

#### التصنيف على أساس طبيعة الخدمة الصحية:

تصنف الخدمات وفقاً لهذا التصنيف إلي:<sup>(2)</sup>

الفحوصات والإستشارات: تمثل واجهة المؤسسة الصحية فهي دافع الإلتقاء والتفاعل بين طالب الخدمة ومقدمها.

الخدمات السريرية: تؤمن الإقامة للمرضى، مكان عمل الأشخاص المعنيين بالرعاية الطبية (التشخيصات الطبية، الرعاية التمريضية) وكذلك الأشخاص غير المعنيين بالرعاية الطبية(عمال الصيانة، النظافة).

الإرضية التقنية: تضم الوسائل التكنولوجية التي تخص التشخيص والعلاج.

خدمات الإمداد: تتكون من جميع الخدمات المدعمة للأنشطة السابقة الترميم ، الصيانة ، النقل.

(1) ثامر ياسر البكري ، مرجع سبق ذكره ،ص:59  
(2) دريدي أحلام ،مرجع سبق ذكره ،ص:20-21

الخدمات الإدارية: تجمع مختلف الوظائف الإدارية (التخطيط، التنظيم، التوجيه، الرقابة) تضم مختلف الأقسام والإدارات المالية والمحاسبية، إدارة الأفراد، إدارة المخزون. كما تأخذ الخدمات الصحية أشكالاً عديدة منها مايلي: (1)

الخدمات الباطنية (وقائية أو علاجية): الطب العام والأخصائي، طب الأطفال، والعديد من التخصصات الأخرى.

الخدمات الجراحية: جراحة عامة ، جراحة لكل الأمراض الباطنية، جراحة أمراض النساء والتوليد. الخدمات المساعدة: كالأشعة والتحاليل.

التصنيف على أساس التوجه:

يعد هذا التصنيف من أكثر التصنيفات الشائعة حيث يصنف الخدمات الصحية إلى: (2)

1. خدمات الرعاية الخارجية: وهي الخدمات الصحية التي لا تشمل علي رعاية إيوائية للمستفيدين ويقوم هذا النوع من الخدمات عادة في عيادات الأطباء الخاصة أو التابعة للعيادات الخارجية للمستشفى أو قسم الطوارئ الملحق به أوفي مراكز الرعاية الصحية الأولية وكذلك مراكز العلاج الطبي.

2. خدمات الرعاية الداخلية: ويقصد بها خدمات الرعاية الصحية الإيوائية أو الإستشفائية التي تقدم للمرضى الذين تقتضى حالتهم الصحية الإقامة في المستشفيات العامة أو التخصصية بقصد التشخيص والعلاج لفترات لاتتجاوز ثلاثين يوماً.

3. خدمات الرعاية الطويلة الاجل: وهي خدمات صحية تجمع بين نمطي الرعاية الداخلية والخارجية وتتجاوز مدة الإيواء في الغالب الثلاثين يوماً وأغلب المستفيدين من هذه الخدمات هم الأشخاص الذين يعانون من أشكال الإعاقة والأمراض المزمنة ومن أمثلة هذه الخدمات مستشفيات الصحة النفسية ، الخدمات المقدمه في المصحات ودور النقاها ومراكز الرعاية الإيوائية الشاملة الخاصة بالمعوقين والمسنين ودور التمريض، فضلاً عن تلك الخدمات التي يقدمها أخصائيي الرعاية التمريضية المنزلية للأشخاص الذين هم بحاجة إلى عناية الآخرين.

4. خدمات الصحة العامة: وهي الخدمات الصحية التي تستهدف حماية صحة المواطنين والإرتقاء بها، وتتولى الدولة عادة مسؤوليات تقديم هذه الخدمات التي تشمل في المقام الأول على الأنشطة الآتية:

-مكافحة الأمراض المعدية وخاصة المتوطن منها.

- مراقبة الجوانب المهمة في صحة البيئة كسلامة الهواء، الغذاء الملائم، مكافحة الحشرات والقوارض الضارة ، التخلص من النفايات ومعالجة مياه الصرف الصحي.

(1) فريد النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الدار الجامعية ، الاسكندرية، 2007م، ص:55

(2) طلال بن عابد الاحمدي، مرجع سبق ذكره ص ص: 25-26

- الإشراف المباشر علي رعاية الأمومه والطفولة مع التركيز بصفة خاصة على برامج التحصين.
- القيام بالفحوصات المخبرية ذات الصلة بميدان الصحة العامة.
- توعية المواطنين وتبصيرهم بالمشكلات الصحية السائد وبأوجه الإستفادة المثلى من الخدمات الصحية المتاحة.
- وضع التشريعات واللوائح التنظيمية والضوابط والسياسات والإستراتيجيات والخطط التي تكفل الحفاظ على صحة المواطنين ورفاهيتهم<sup>(1)</sup>.

أيضاً تصنف الخدمات الصحية علي النحوالتالى:

1. من حيث الإعتدائية: إنّ الخدمات الصحية تتنوع استناداً إلى إعتدائها على السلع الملموسة مثل (التحاليل المخبرية، الأشعة، الجراحة،...الخ)، وخدمات يعتمد تقديمها على العنصر البشري مثل العلاج النفسي ، تشخيص المرض ، تحديد نوع العلاج ، ... الخ
2. من حيث حضور كل من المستفيد من الخدمات الصحية ومقدمها مثل(العمليات الجراحية، الفحص السريري، سحب الدم، الأشعة،..الخ).
3. من حيث نوع الحاجة: فقد تكون الخدمات تشبع حاجة فردية مثل الفحص الشخصي في عيادة الطبيب أو الحاجة إلى حزمة من المنافع مثل الرقود في المستشفى حيث تقدم خدمات الإطعام، العناية، الفحص الصباحي ، ..الخ لجميع الراقدين في المستشفى .
4. من حيث أهداف مقدمي الخدمات الصحية : حيث يختلف مقدمو الخدمات الصحية في أهدافهم (الربحية وغير الربحية)،ومن حيث ملكية المؤسسات الصحية (خاصة وعامة)،ومن حيث البرامج التسويقية والأهداف لمستشفى خاص والتي تختلف عن تلك البرامج التي يطبقها مستشفى عام والأهداف التي يسعى لتحقيقها.<sup>(2)</sup>

(1) المرجع السابق،ص:26  
(2) ردينة عثمان يوسف،مرجع سبق ذكره،ص:99

### 9.3.1 تعريف جودة الخدمة:

إن مفهوم جودة الخدمة أصبح يجلب أنباه إدارة المنظمات الخدمية بشكل متزايد علي الأخص خلال العقدين الماضيين وأن إي تعريف لجودة الخدمة لابد إن يركز بشكل واضح على مايمكن إن يتوقعه الزبون من وراء السبب الجوهرى لشراء هذه الخدمة.(1)

تتعدد التعريفات بالنسبة لجودة الخدمة وذلك لاختلاف حاجات وتوقعات العملاء عند البحث عن جودة الخدمة المطلوبة، وكذلك الاختلاف في الحكم على جودة الخدمة ومن تلك التعريفات مايلي:

1. تعرف جودة الخدمة بأنها: " مفهوم يعكس مدى ملائمة الخدمة المقدمة بالفعل لتوقعات المستفيد من الخدمة".(2)

2. هي جودة الخدمات المقدمة سواء كانت المتوقعة أو المدركة، أي التي يتوقعها العملاء أو يدركونها في الواقع الفعلي، وهي المحدد الرئيسي لرضا العميل أو عدم رضاه.(3)

3. يعرف (Samea,Shahin)جودة الخدمة على أنها: "مدى تلبية خصائص الخدمة لتوقعات العملاء او تجاوزها".(4)

4. كما يمكن تعريفها بأنها: " الفرق بين توقعات العميل للخدمة وإدراكه لأداء الخدمة ".(5)

### 10.3.1 أهمية جودة الخدمة:(6)

تكمن أهمية الجودة في تقديم الخدمة فيما يلي:

1. نمو مجال الخدمة: نسبة لتزايد عدد المؤسسات التي تقوم بتقديم الخدمات، فمثلاً نصف المؤسسات الأمريكية يتعلق نشاطها بتقديم الخدمات ومازالت هذه المؤسسات الخدمية في نمو متزايد ومستمر .

2. إزدياد المنافسة: إن تزايد عدد المؤسسات الخدمية سوف يؤدي إلى وجود منافسة شديدة بينها لذلك فإن الإعتماد على جودة الخدمة سوف يعطى هذه المؤسسات مزايا تنافسية عديدة.

3. فهم العملاء: إن العملاء يريدون معاملة حسنة ويكرهون التعامل مع المؤسسات التي تركز على الخدمة، فلا يكفي تقديم خدمة ذات جودة وسعر معقول دون توفير المعاملة الجيدة والفهم الأكبر للعملاء.

(1) محمود جاسم الصميدي، ردينة عثمان يوسف، تسويق الخدمات، دار المسيرة للنشر والطباعة، عمان، 2010م، ص: 91

(2) ثابت عبد الرحمن إدريس، كفاءة وجودة الخدمات اللوجستية: مفاهيم أساسية وطرق القياس والتقييم، دارالجامعية، الإسكندرية، 2006م، ص: 291

(3) مأمون الدراكة وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 143

(4) Arash,Shahin,Monireh Samea,Developingthe Models of Servic QualityGaps:Acritical DiscussionJournal Business Management And Strategy, Vol, No1, 2010, p1-11

(5) Simon Nahusenay \_E-Banking Servc Quality and Lts Impact On Satisfaction- In State Owned Banks In East Gojjam Zone Ethiopia ,Journal Of Economics AndSustainable Development, Vol7, No21, 2016, p100-110

(6) مأمون سليمان الدراكة، مرجع سبق ذكره، ص: 151

#### 4. المدلول الاقتصادي لجودة الخدمة:

أصبحت المنظمات الخدمية في الوقت الحالي تركز على توسيع حصتها السوقية لذلك لا يجب عليها فقط السعى لاجتذاب عملاء جدد، ولكن المهم المحافظة على العملاء الحاليين، ولتحقيق ذلك لابد من الإهتمام أكثر بمستوى جودة الخدمة.

#### 11.3.1 تعريف جودة الخدمة الصحية:

رغم الإهتمام المتزايد بجودة الخدمات الصحية، وشيوع استخدام مصطلح الجودة في الأدبيات المتخصصة وفي الحياة العامة، إلا أنه من الصعب إيجاد تعريف لهذا المفهوم يتفق عليه الجميع، حيث يخضع مفهوم الجودة لتقدير الأفراد، ويختلف باختلاف إهتماماتهم وأولوياتهم وأهدافهم. ومن تلك التعاريف نذكر مايلي:

-جودة الخدمة الصحية من المنظور المهني والطبي: هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة ونوعيتها وطبيعة الخدمة الصحية المقدمة.<sup>(1)</sup>

-أوضح (Kotler and Armstrong) بأن جودة الخدمة الصحية هي شكل من أشكال الطرق التي تستخدمها المنظمة الصحية لتمييز نفسها عن المنظمات الصحية الأخرى المشابهة لها في النشاط عن طريق تكوين صورة عنا المنظمة الصحية تتحدد من خلالها شخصية المنظمة على جميع المستويات.<sup>(2)</sup>  
-يعرف (Mosadeghrad) جودة الخدمة الصحية بأنها: "تقديم الخدمات الصحية المناسبة بالمكان المناسب والوقت المناسب والسعر المناسب من قبل مقدم الخدمة المناسب للمريض للحصول علي النتائج المطلوبة".<sup>(3)</sup>

-أما منظمة الصحة العالمية (Who) عرفتها بأنها: " التماسي مع المعايير والإتجاه الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من قبل المجتمع وبتكلفة مقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية، نسبة الوفيات، والإعاقة وسوء التغذية".<sup>(4)</sup>

-كما عرفت الهيئة الأمريكية لإعتماد المنشآت الصحية الجودة على أنها " الدرجة التي تكون فيها خدمات رعاية المريض تزيد من احتمالية النواتج المرغوبة للمريض، وتقلل من احتمالية النواتج غير المرغوبة، والتي تقدم طبقاً لحالة المعرفة العلمية القائمة".<sup>(5)</sup>

(1) هاني حامد الضمور، جناة بوقجاني، مرجع سبق ذكره، ص: 69-122

(2) Philip Kotler and Armstrong Gory , Marketing Management Analysis , planning , Implementation and Control , Hall Engle wood cliffs , New Jersey, 1994,p640

(3) Ali mohammad mosadeghrad, Factors Affecting Medical Service Quality School Of Public, Jour nal Health, Vo.1 43, No.2, 2014, p p:210-220

(4) أبي سعيد الديوه جي، عادل محمد عبدالله، النوعية والجودة في الخدمات الصحية، دراسة تحليلية لأراء المرضى في عينة من المستشفيات العامة، مجلة تنمية الرافيين، المجلد (25)، العدد (73)، 2003، ص: 14

(5) فوزي شعبان مكور، مدى إدراك وتطبيق مديري المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض - دراسة مقارنة للمستشفيات العامة بمحافظة القاهرة، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، كلية التجارة عين شمس، العدد (2)، 1996، ص 631

### 12.3.1 أهمية جودة الخدمة الصحية:

لوحظ في الأونة الأخيرة حدوث تطور كبير في مشاريع تحسين الأداء في المؤسسات الصحية، وزيادة الإهتمام بتطور تلك المشاريع على المستوى الوطني في دول كثيرة من العالم لأسباب عديدة أهمها: (1)

1. التقدم في العلوم والمعارف الطبية والتطور في الأجهزة والتقنيات في هذا المجال، مما تطلب إيجاد طرق إدارية تتماشى معها لضمان تحسين أداء الرعاية الصحية.
2. أدت المشاكل الاقتصادية لدى معظم دول العالم إلى الحد من قدرتها على تحسين الرعاية الصحية عن طريق زيادة الإنفاق، وبالتالي كان لابد من تحسين كفاءة وفعالية الأداء ضمن الموارد المتاحة.
3. يرى المديرون (في القطاع الخاص) أنه من الضروري استرداد تكلفة الخدمة، لكنهم يدركون أيضاً أنه من الصعب حمل المستفيدين من هذه الخدمة على دفع ثمنها دون تحسين نوعيتها.
4. حفز النجاح الذي أحرز في طرق إدارة الجودة التي استخدمت في القطاع الصناعي في اليابان، وفي الولايات المتحدة وأوروبا بعد ذلك، ومن ثم حفز مؤسسات الرعاية الصحية على استخدام نفس الطرق في برامج ضمان الجودة لديها.

### 13.3.1 أهداف جودة الخدمة الصحية:

الجودة هي أسلوب تتبعه المؤسسة للتحقق من حسن إتقان العمل المؤدى من مختلف جوانبه، وإتخاذ مايلزم من تدابير وإجراءات من أجل النهوض به علي نحو مستمر وذلك في إطار تحقيق الأهداف التالية: (2)

1. تلبية رغبات المستفيدين على النحو الذى يتطابق مع توقعاتهم ويحقق رضاهم التام عن الخدمات المقدمة لهم.
2. ملائمة العلاج والرعاية لمختلف الحالات المرضية.
3. إعتدادالإجراءات السريرية المتميزة للحد من المضاعفات والأحداث التي يمكن تجنبها أو الوقاية منها.
4. تبني العاملين لأشكال السلوك الإيجابي عند تعاملهم مع المرضى على النحو الذى يضمن لهم كرامتهم الفردية والعمل على إشراكهم في خطط الرعاية المرسومة لهم من قبل أطبائهم المعالجين.
5. تأمين أساليب الرعاية التي تتناسب مع ظروف المستفيدين من الخدمات الصحية.
6. ضمان الاستخدام المناسب للموارد المستخدمة.

(1) عبد العزيز بن حبيب الله نياز، جودة الرعاية الصحية-الأسس والتطبيق العملي، الرياض، 2005، ص:6-7

(2) طلال بن عايد الأحمدي، مرجع سبق ذكره، ص:128

### 14.3.1 العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية:

هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية وتتمثل في الآتي:<sup>(1)</sup>

#### 1. تحليل توقعات المريض:

تحتاج المستشفيات إلى فهم اتجاهات المرضى عند تصميمها للخدمة الصحية بحيث يكون هذا التصميم متفقاً على توقعات المريض لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة المقدمة، ويمكن للمرضى أن يحققوا إدراكاتهم للخدمة المقدمة من خلال التمييز بين المستويات المختلفة للنوعية وهي:

**الجودة المتوقعة:** وهي تلك الدرجة من الجودة التي يرى المريض وجوب وجودها، وهذا المستوى من الجودة يصعب تحديده في الغالب إذا اختلف باختلاف خصائص المرضى وحالاتهم العلاجية فضلاً عن اختلاف الخدمات التي يتوقعون وجودها في المستشفى.

**الجودة المدركة:** وهي إدراك المريض لجودة الخدمة الصحية المقدمة له من قبل المستشفى، أي تصور المريض لجودة الخدمات الصحية المقدمة له.

**الجودة القياسية:** ذلك المستوى من الخدمة المقدمة والتي تتطابق مع المواصفات المحددة كأساس للخدمة والتي تمثل بذات الوقت إدراكات إدارة المستشفى.

**الجودة الفعلية:** وهي تلك الدرجة من الجودة والتي إعتاد المستشفى تقديمها للمرضى.

#### 2. تحديد جودة الخدمات:

عندما يفهم المستشفى حاجات المرضى فإنه يجب أن يضع التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة وهذا التوصيف عادة ما يكون مرتبطاً مع أداء العاملين في المستشفى ومستوى كفاءة 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 فإنها في المقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب، ويكون من المهم أن تتوقع إدارة المستشفى تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية المقدمة لهم، وأن تكون هذه التوقعات عقلانية ويمكن تحقيقها، وهنا يكون من الضروري أن لا تقدم الإدارة وعوداً لا تستطيع الوفاء بها لأي سبب كان.<sup>(2)</sup>

(1) صلاح محمود نياض، مرجع سبق ذكره، ص ص: 73-74  
(2) المرجع السابق، ص: 74

#### 4. إدارة توقعات العملاء:

تتم من خلال إعتقاد أنظمة الاتصالات الداخلية في المؤسسة الصحية والترويج والإعلان في خارجها، ويجب علي إدارة المؤسسة الصحية أن لاتقدم وعوداً لاتستطيع تحقيقها نظراً لضخامتها أو عدم تجانسها مع قدراتها في التنفيذ أو الكفاءة اللازمة في اتصالاتها الداخلية لتحقيق ذلك.<sup>(1)</sup>

#### 15.3.1 أبعاد جودة الخدمة الصحية:

لقد تعرضت معظم الكتابات التي تناولت موضوع جودة الخدمة إلى الأبعاد التي يبني على أساسها العملاء توقعاتهم وبالتالي حكمهم على جودة الخدمات المقدمة إليهم، وقد أختلف الباحثون في تحديد أبعاد جودة الخدمة فمنهم من حددها بثلاثة أبعاد مثل جرونروس (Gronroos) والذي حدد الأبعاد الرئيسية للجودة بمايلي:<sup>(2)</sup>

- الجودة الفنية: والتي يمكن قياسها من خلال العملاء والتي عبر عنها بالسؤال، ما الذي يتم تقديمه؟
  - الجودة الوظيفية: وهي التي تتعلق بالعمليات الخاصة بتقديم الخدمة والتي يمكن قياسها من خلال عملية التفاعل بين العميل ومقدم الخدمة والتي يعبر عنها بالسؤال، كيف تتم عملية تقديم الخدمة؟
  - الصورة الذهنية: ويتوقف قياس هذا البعد على تقييم الجودة الفنية والوظيفية.
- ويرى صوان وكومب (Swan and Comb.1976) أن جودة الخدمة لها بعدان أساسيان هما:<sup>(3)</sup>
- الجودة المادية: التي تتضمن الجوانب المادية الملموسة التي يتعرض لها العميل حال حصوله على الخدمة.

-الجودة التفاعلية: وتمثل أداء العملية الخدمية ذاتها أثناء تفاعل العاملين بالمنظمة مع العملاء. كما يميز دونابديان (Donabedian.1985.1982.1980) بين ثلاث مجموعات من الأبعاد للجودة هي:-

- الجودة الفنية: وتشير إلى قدرة الخدمة على أداء ما ينبغي أن تؤديه أي ما يحصل عليه العميل بالفعل من الخدمة المقدمة له، وتتمثل في تطبيقات العلم والتكنولوجيا في تقديم الخدمة.
- الجودة غيرالفنية(الوظيفية): أي الكيفية التي يتم فيها نقل الجودة الفنية إلى العميل، وتمثل ذلك التفاعل النفسي والاجتماعي بين مقدم الخدمة والعميل الذي يستخدم الخدمة.<sup>(4)</sup>

(1) دريدي أحلام، مرجع سبق ذكره، ص:29

(2) قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سبق ذكره، ص:93

(3) توفيق محمد عبد المحسن، قياس الجودة والقياس المقارن- أساليب حديثة ف المعايير والقياس، دار الفكر العربي، الإسكندرية، 2006م، ص:44

(4) هاني حامد الضمور، مرجع سبق ذكره، ص:360

كما يتضمن هذا البعد مظاهر عديدة مثل اتجاهات ومظهر وشخصية مقدمي الخدمة من العاملين بالمنظمة والوصول إلى المتخصصين والمسؤولين عن الخدمة والعلاقات الداخلية بين العاملين منتجي ومقدمي الخدمة والاتصالات مع طالب الخدمة وملائمة مكان الخدمة والمداخل المستخدمة في التعامل مع طالب الخدمة.(1)

جودة بيئة المنظمة: حيث تمثل الجزء المنظور الذي سيحكم به العميل على المنظمة ككل، وتشمل إدارة المبني، والأثاث والتي لا تؤثر فقط في متلقي الخدمة وإنما في مقدم الخدمة أيضاً الذي من المهم أن يشعر بالراحة عن أداء عمله، وبالتالي من المفيد إشراكه في اقتراح خصوصيات المنظمة. في بعض الخدمات قد توجد بعض المواقع المادية التي تحول بين مقدم الخدمة وبين المستفيد، وقد توجد هذه المواقع بناءً على طلب أفراد المجتمع أنفسهم، ويحدد وينز (wener.1985) ثلاثة مستويات مما أسماه البيئة النفسية للخدمة، هذه المستويات هي:(2)

-كفاءة البيئة المحيطة وعلاقتها بالأداء:مثل درجة الحرارة،الإضاءة،الضوضاء،تصميم الأثاث،....الخ،بمعنى آخر هذه البيئة مريحة؟

-البيئة الاجتماعية:هل هنالك خصوصية كافية؟ هل الأفراد متزاحمون في المكان؟ أم هم في بعد كبير عن بعضهم البعض.

المعنى : يوضح ماهي الرسالة (الرسائل) التي تشير إلى نوع السلوك المطلوب، فهل يخشى العاملون منك؟ أم هل تخاف أنت منهم؟ هل أنت مرغوب فيه اجتماعياً أم لا؟ كيف تم توقع سلوك العاملين أنفسهم؟ هل الموقف تحت السيطرة ؟ أم أنه يسبب نوعاً من الضغوط العالية للأفراد ؟ إضافة إلى ماسبق وصل (Parasuraman el. al.1985) إلى تطوير عشرة أبعاد أساسية هي التي تحدد جودة الخدمة وفقاً لإدراكات العملاء إنطلاقاً من أن" المعايير الوحيدة التي يعتمد عليها في تقييم جودة الخدمة هي تلك يحددها المستفيد من الخدمة.(3)

وتتمثل هذه المعايير في الآتي:

#### 1. الإعتدائية:

تشير إلى قدرة مقدم الخدمة على أداء الخدمة التي وعد بها بشكل يمكن من الإعتداع عليها وأيضاً بدرجة عالية من الصحة والدقة، فالعميل يتوقع أن تقدم له خدمة دقيقة من حيث الإلتزام بالوقت والأداء تماماً مثلما تم وعده .(4)

(1) ثابت عبد الرحمن إدريس ،مرجع سبق ذكره، ص:290

(2) محمد صالح الحناوي،إسماعيل السيد، قضايا إدارية معاصرة ،الدار الجامعية ، الإسكندرية ، الإسكندرية،1998 م ص:170

(3) مروان جمعة درويش، أثر جودة الخدمات التي تقدمها البلديات في فلسطين علي رضا المستفيدين التي تقدمها البلديات، المؤتمر الدولي للتنمية

الإدارية،معهد الإدارة العامة ، الرياض، 2009م،ص:6

(4) هاني حامد الضمور مرجع سبق ذكره ،ص:366

## 2. الإستجابة:

وهي القدرة على تلبية الاحتياجات الجديدة أو الطارئة للعملاء من خلال المرونة في إجراءات ووسائل تقديم الخدمة.

## 3. الجدارة :

وتعكس مستوى الجدارة التي يتمتع به القائمون على تقديم الخدمة، من حيث المهارات والقدرات التحليلية والإستنتاجية، والمعارف التي تمكنهم من أداء مهامهم بشكل أمثل.

## 4. الوصول للخدمة:

لا يتضمن هذا البعد الإتصال فحسب، ولكن كل ما من شأنه أن ييسر من الحصول على الخدمة مثل ملائمة ساعات العمل، وتوافر عدد كافئ من منافذ الخدمة وملائمة موقع المنظمة.<sup>(1)</sup>

وهذه تتعلق بمدى قدرة ومحاولة المنظمة للإجابة عن الأسئلة التالية ومعرفة أهميتها من وجهة نظر العملاء المستفيدين والمستهدفين، وهي: <sup>(2)</sup>

- هل الخدمة تتوفر في الوقت الذي يريده العميل؟
- هل الخدمة متوفرة في المكان الذي يرغبه العميل؟
- هل سيحصل العميل على الخدمة متى طلبها؟
- كم من الوقت يحتاج العميل لإنتظار الحصول عليها؟
- هل من السهل الوصول إلى تلقى الخدمة؟

## 5. المصداقية:

تعني توفر درجة عالية من الثقة لدى مقدمى الخدمة، وتتضمن:

- سمعة المؤسسة.
- أسم المؤسسة.
- السمات الشخصية لمقدمى الخدمة.

## 6. الإتصال:

ويشير إلى تبادل المعلومات المتعلقة بالخدمة بين مقدمي الخدمة والعملاء بشكل سهل ومبسط وذلك لتحقيق مايلي:

- توضيح الخدمة ذاتها للعميل.
- توضيح تكلفة الخدمة للعميل.
- توضيح العلاقة بين التكلفة وجودة خدمة العميل.<sup>(3)</sup>

(1) قاسم نايف علوان المحياوى، مرجع سبق ذكره، ص: 95

(2) هاني حامد الضمور، مرجع سبق ذكره، ص: 510

(3) فتيحة أبو بكر إدريس، قاسم نايف علوان المحياوي، قياس جودة أداء الخدمات الصحية وتأثيرها على رضا المرضى، المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن، 2006، ص:

## 7. الأمان:

يعبر عن درجة الشعور بالأمان والثقة في الخدمة المقدمة ومن يقدمها، أي يتعلق بمدي المخاطر المدركة لنتائج تلقي الخدمة من هذه المنظمة أو من مقدمها أوفي كليهما.<sup>(1)</sup>

8. درجة فهم مقدم الخدمة للمستفيد:

يعكس الجهد المبذول للتعرف على إحتياجات العملاء، وملائمة الخدمة في ضوء تلك المعرفة، كما يتضمن هذا الجانب توفر الإهتمام الشخصي بالعميل وسهولة التعرف عليه.

## 9. التعاطف:

يعنى أن يكون مقدم الخدمة على قدر من الإحترام والآدب، وأن يتسم بالمعاملة الودية مع العملاء، مما يشير إلى الصداقة والإحترام والود بين مقدم الخدمة والعميل.<sup>(2)</sup>

## 10. الجوانب الملموسة:

تشير إلى مظهر التسهيلات المادية المتاحة لدى المنظمة الخدمية والمعدات ومظهر الأفراد المتعاملين مع العملاء وأدوات ووسائل الاتصال معهم كالتكنولوجيا المستخدمة في تقديم الخدمة والمظهر الداخلي وتصميم المحل وديكوره إضافة إلى المظهر الشخصي للعاملين.<sup>(3)</sup>

في دراسة لاحقة تمكن (Parasuraman et. al.1988) من تطوير المقياس حيث اختصرت الأبعاد العشرة إلى خمسة أبعاد موسعة لجودة الخدمة ويمكن تطبيقها في أية منظمة خدمية، وهي: الجوانب المادية(الملموسة)، الإعتمادية، الإستجابية، الضمان، التعاطف.<sup>(4)</sup>

من الصعوبات الكبيرة التي يواجهها المرضى هو تقييمهم للخدمة لكونها غير ملموسة، فكيف الأمر إذا لم يتمكنوا من رؤيتها أو الشعور بها، أو سماعها، بينما الأمر في السلع المادية يكون أكثر سهولة، لأن السلعة ذات صفة أو جودة مستكشفة وهي الخصائص أو الصفات التي تميز السلعة من حيث اللون، الحجم، المتانة،..... الخ والتي يمكن بالتالي تقييمها من قبل المستهلك قبل الإقدام علي شرائها.

إلا أن الخدمات ومنها الصحية تمتلك بدلاً من ذلك مواصفات نوعية تجريبية أو موثوقية تعتمد على التجربة والخبرة كالرضا، السعادة، السرور، الحزن.... الخ وهي صفات يمكن تقييمها فقط ومن خلال الشراء أو الاستخدام للخدمة الصحية مثل التداوي وتضميد الجروح، قلع الأسنان، الفحوصات المخبرية،... إلخ والأمر يتسع لما هو أبعد من ذلك في الخدمات الصحية إذا تعتمد المواصفات النوعية على الثقة والمصداقية، فهي مواصفات قد لا يستطيع المريض تقييمها حتي بعد الحصول عليها كما هو مثلاً في التشخيص الطبي بالإعتماد علي الأجهزة المتقدمة والمستندة علي الكمبيوتر.<sup>(5)</sup>

(1) هاني حامد الضمور، مرجع سبق ذكره، ص: 80

(2) قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سبق ذكره، ص: 95

(3) هاني حامد الضمور، المرجع السابق، ص: 512

(4) عطية مصلح، مرجع سبق ذكره، ص: 21

(5) ثامر ياسر البكري مرجع سبق ذكره، ص: 211-212

علي الرغم من كل ذلك فإن المرضى يعتمدون في تقييمهم للخدمة الصحية علي مستوى أو درجة نوعيتها، معتمدين في ذلك التقييم على مجموعة من الأبعاد المحددة والتي تختلف حسب وجهة نظر كل باحث وما توصل إليه في دراسته، إلا إن العديد من النماذج أو الأبعاد التي حددها الباحثون كانت متفقة في المضمون ومختلفة في الشكل والعدد.

أشارت الكثير من الدراسات، والبحوث إلي تحديد عدة أبعاد وسمات لجودة الخدمة يمكن قياس جودة الخدمة من خلالها، ولعل أكثر الدراسات اتفقت علي تحديد خمس سمات استناداً إلي دراسة (Parasuamam, Zeitmal, Berry, 1990) التي بينت أن المعايير التي يعتمد عليها في تقييم جودة الخدمة هي التي يحددها المستفيد من الخدمة حيث قاموا هؤلاء الباحثون بتحديد خمس معايير يلجأ إليها المستفيد من الخدمة للحكم على جودة الخدمة المقدمة إليه، ونظراً لإشارة أغلب الدراسات و البحوث إلى هذه الأبعاد الخمسة لقياس جودة الخدمة فقد تم إعتماها في هذه الدراسة لقياس جودة الخدمة الصحية وهذه الأبعاد هي:

#### 1. الإعتماية:

تعني قدرة المستشفى على أداء الخدمة الموعد بها للمريض بثقة ودقة، كما أنها تشير إلي أن المريض سوف يتلقى العلاج بشكل صحيح ودقيق، وبغض النظر عن العلاج سوف يتلقى المريض كل الإهتمام الذي يحتاجه.<sup>(1)</sup>

وتعبر الإعتماية عن درجة ثقة المستفيد من الخدمة (المريض) في المؤسسة الصحية ومدى إعتماه عليها في الحصول علي الخدمات الطبية التي يتوقعها ويعكس هذا العنصر مدى قدرة المؤسسة على الوفاء بتقديم الخدمات الطبية في المواعيد المحددة وبدرجة عالية من الدقة والكفاءة ومدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات ويرفع هذا من مستوى مصداقية الخدمة الصحية، ويمكن تلخيص ماسبق في العناصر التالية:

- الوفاء في تقديم الخدمة في المواعيد المحددة.
- الحرص علي حل مشكلات المستفيد من الخدمة.
- أداء الخدمة بدقة وبدون أخطاء في التشخيص.
- الثقة في الأطباء والفنيين وكفاءتهم وشهرتهم.<sup>(2)</sup>

(1) طارق الأسدي، مرجع سبق ذكره، ص: 67

(2) ديبون عبد القادر، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية - (دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية محمد بوضياف ورقلة)، مجلة الباحث، العدد (11)، 2012م، ص: 219

## 2. الإستجابة:

تعني الإستجابة قدرة مقدم الخدمة وسرعة إستجابته بالرد علي طلبات المستفيدين واستفساراتهم.<sup>(1)</sup>  
وتعني أيضاً الرغبة في مساعدة العميل وتقديم الخدمة العاجلة.<sup>(2)</sup>

## 3. الضمان:

هي السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة للعملاء.<sup>(3)</sup>  
وأيضاً يقصد بالضمان: تأكيد إدارة المؤسسة الصحية علي الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين (أطباء، ممرضين، وغيرهم) فضلاً عن توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلي تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة.<sup>(4)</sup>

## 4. الملموسية:

تشير إلي مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصال، إضافة إلي المباني، تقنية المعلومات والاتصالات، التسهيلات الداخلية لتقديم الخدمة، المظهر الخارجي للعاملين، الترتيبات الداخلية للمؤسسة الصحية، ومواقع الانتظار للمستفيد من الخدمة.<sup>(5)</sup>

## 5. التعاطف:

يشير هذا البعد إلى درجة الرعاية والإهتمام الشخصي بالمريض، مثل تفهم إحتياجات المريض، وضع مصلحة المريض في مقدمة إهتمامات الإدارة والعاملين، ملائمة ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة المقدمة، والعناية الشخصية بكل مريض، وتقدير ظروف المريض والتعاطف معه، والروح المرحة والصدقة في التعامل مع المريض.<sup>(6)</sup>

يري كل من باراسيرامان وآخرون (parasuraman, et.al) بأن الجانب العاطفي يشمل علي المتغيرات التالية: إهتمام العاملين في المستشفى بالمستفيدين إهتماماً شخصياً، تفهم العاملين في المنظمة لحاجات المستفيدين، ملائمة ساعات عمل المنظمة لتناسب جميع المستفيدين، حرص المنظمة علي المصلحة العليا للمستفيدين.<sup>(7)</sup>

كما يري البكري أن التعاطف يعني درجة الرعاية والإهتمام الشخصي بالمستفيد، ومن معايير التقييم لهذا البعد: الإهتمام الشخصي بالمريض، تلبية حاجات المريض بروح من الود واللف.<sup>(8)</sup>

<sup>(1)</sup>Lovelock.c. Services Marketing, prentice Hall international, New York, 1996, p 465

<sup>(2)</sup> أديب برهوم ، رشا سعيد ،مرجع سبق ذكره،ص:284

<sup>(3)</sup> وفاء علي سالم ، مرجع سبق ذكره،ص:59

<sup>(4)</sup> سمير محمد عبد العزيز ،مرجع سبق ذكره ،ص:69

<sup>(5)</sup> ثامر ياسر البكري، مرجع سابق،ص:212

<sup>(6)</sup> سامر أحمد قاسم، سليمان سليم علي، دراسة العلاقة بين جودة الخدمة ورضا العملاء،دراسة ميدانية على المشافي الخاصة في مدينة اللاذقية،مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية-سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية المجلد (37) العدد(3)،2015م،ص:77

<sup>(7)</sup>Parasuraman A, Zeithmal, Valarie A, & Berry Leonard, SERVQUAL: A multiple-Item Scale for Measuring consumer Perception of Service Quality, Journal of Retailing, 1988, Vo (64), No( 1),pp12-14

<sup>(8)</sup> ثامر ياسر البكري،مرجع سبق ذكره،ص:212

ويظهر الجدول رقم (1-5) الأهمية النسبية لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة قياساً بالأبعاد الأخرى، وذلك وفقاً لكوتلر (Kotler).

### جدول رقم (1-5)

#### الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمة الصحية

الأهمية	البعد
32%	الإعتمادية
22%	الإستجابة
19%	الضمان
16%	التعاطف
11%	الملموسية

المصدر: ثامر ياسر البكري ، تسويق الخدمات الصحية ، دار اليازوري للنشر والتوزيع عمان ، 2005م ، ص: 214

### 16.3.1 أدوات قياس جودة الخدمة الصحية:

نالت مقاييس جودة الخدمة إنتباه مجموعة من الباحثين منذ سبعينات القرن الماضي، حيث ركزت جهودهم علي محاولة إيجاد المنهجية المناسبة لقياس جودة الخدمات ،وقد وضع العديد من الباحثين عدة نماذج لقياس وتقييم جودة الخدمات بشكل عام، غير أن أكثر هذه النماذج شهرةً وتطبيقاً هما نموذجين رئيسين هما جودة الخدمة، ونموذج أداء الخدمة.

استخدمت طرق ومداخل مختلفة لقياس جودة الخدمة الصحية وهي:

#### أولاً: قياس جودة الخدمات من منظور العملاء (المرضى)

من الطرق الشائعة لقياس جودة الخدمات في إطار هذا المدخل مايلي:

#### 1. مقياس عدد الشكاوى:

تمثل عدد الشكاوى التي يتقدم بها المرضى خلال فترة زمنية معينة مقياساً هاماً يعبر على أن خدمات الرعاية الصحية المقدمة دون المستوى أو أن مايقدم لهم من خدمات لايتناسب مع توقعاتهم لها أو مع قيمة مايدفعونه من تكاليف مقابل الحصول علي الخدمة الصحية.<sup>(1)</sup>

وينقسم العملاء من حيث الشكاوى إلى عدة أنواع أهمها:<sup>(2)</sup>

- العميل الصامت: بشكل عام هذا النوع من العملاء لايشتكى بغض النظر عن معاناته من الأخطاء، وينبغى العمل على إغرائه من أجل تقديم الشكوى.

- العميل دائم الشكوى: يشكو دائماً بحق أو بدون حق، ولايكون راضياً أبداً عن الخدمة، وهناك دائماً من وجهه نظره أخطاء.

(1) نسرين محمد عمر، أثر نظم الرقابة الإدارية في تحسين جودة الخدمات الصحية- دراسة ميدانية في مستشفى البشير ، جامعة الشرق الأوسط

الأردن ،رسالة ماجستير غير منشورة، 2014م، ص: 36

(2) المرجع السابق، ص ص: 78-79

- العميل الموضوعى: هذا العميل لا يشكو إلا إذا كان هناك مبرراً لشكواه، فهو يهتم بالنتائج وحل المشاكل ولا تهمة الأعداء.

- العميل المستقل: يهدف إلى الحصول على مزايا إضافية من تقديم شكواه، فهدفه الرئيسى ليس حل المشاكل.

## 2. مقياس الرضا:

يعرف الرضا بأنه: شعور المريض بالراحة والقبول عن مجمل الخدمات التي تلقاها مدة إقامته في المستشفى، وتشمل الخدمات الطبية والتمريضية.<sup>(1)</sup>

وهو أكثر المقاييس استخداماً لقياس اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم خاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات.<sup>(2)</sup>

وذلك من خلال جمع المعلومات عن المريض وهناك عدة طرق لجمع المعلومات منها: المقابلة والإستبيان والملاحظة، إلا أن الإستبيان يعتبر من الأدوات الأكثر استخداماً فى قياس مستوى رضا المرضى.<sup>(3)</sup>

وقد يتحقق الرضا لدى المريض الخارج من المستشفى بعد تلقيه العلاج الطبى المناسب وقد لا يتحقق، لذلك المريض المصاب بمرض مستعص مهما كان الإهتمام والرعاية التى بذلت من أجله، ومع ذلك يجب أن يقوم مقدم الخدمة بالإلتزام بالمعايير والأبعاد النوعية التى من شأنها أن تحقق الرضا أو حتى الحد الأدنى لدى المرضى، ويتضمن ذلك إهتماماً ورعاية لإحتياجات المريض ورغباته من اللحظة الأولى لدخوله المستشفى وإستقباله، مروراً بالإجراءات الخاصة بتدوين المعلومات وإستيفاء الرسوم ورعاية الطاقم التمريضى له، فضلاً عن نوعية الخدمات الفندقية المقدمة، وإنتهاء بإجراءات تصفية حسابات المريض والأمانات، وإعطائه التعليمات والإرشادات الصحية وخروجه من المستشفى.<sup>(4)</sup>

وعليه فإن جوهر الجودة يتمثل هنا فى مقابلة إحتياجات ومتطلبات المرضى من الخدمة الصحية المقدمة لهم، والتي يستوجب توافرها مع الإستخدم المسبق الذى يريده المريض، وهذا التوافق يرتبط إلى حد كبير مع القيمة التى يتحسسها من الخدمة الصحية وما يعقبها من رضا.

(1) حبيب محمود، باسل أنور أسعد، قياس مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية في محافظة اللاذقية من وجهة نظر المستفيدين، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد (36)، العدد (5)، جامعة تشرين بسوريا

2014م، ص: 202

(2) قاسم نايف علوان المحياوى، مرجع سبق ذكره، ص: 98

(3) محفوظ أحمد جودة، مرجع سبق ذكره، ص: 82

(4) ثامر ياسر البكرى، مرجع سابق، ص: 215

### 3. مقياس الفجوة (نموذج الفجوات) Servqual:

تنسب أول محاولة لقياس جودة الخدمات إلي باراشورمان وزملائه (Parasuraman et al. 1985) حيث تمكنوا من تصميم مقياسهم الشهير (ServQual) لقياس ما يعرف بالفجوات بين الخدمات المتوقعة من العملاء والخدمات التي يدركها العملاء فعلياً، حيث حدّدوا في البداية عشرة أبعاد لقياس جودة الخدمات وهي: التجسيد، الأمانة، الإستجابة، المجاملة، المنافسة، المصادقية، الأمن، والحرية، الإتصال، وفهم العميل.<sup>(1)</sup>

في عام (1988) تمكن باراشورمان وزملائه من تطوير المقياس حيث أختصرت الأبعاد العشرة إلي خمسة أبعاد موسعة لجودة الخدمة ويمكن تطبيقها في أية منظمة خدمية وأطلق عليه نموذج جودة الخدمة السيرفكوال (SERVQUAL) وتضم: الملموسية، الإعتمادية، الإستجابة، التعاطف، الضمان.<sup>(2)</sup> ويستند هذا النموذج على توقعات العملاء لمستوى الخدمة المقدمة وعلى إدراكاتهم لمستوى الأداء الفعلي للخدمة المقدمة إليهم، وهذا من منطلق أن العملاء يقيمون جودة الخدمة المقدمة إليهم من خلال مقارنة ما يريدون أو يتوقعون مع ما يحصلون عليه فعلاً، بالتالي تحديد الفجوة بين هذه التوقعات والإدراكات.<sup>(3)</sup>

يقوم مقياس الفجوات (ServQual) علي إستمارة تتكون من (22) بنداً تعكس أبعاد الجودة الخمس وهي (الملموسية - الإعتمادية - الإستجابة - الضمان - التعاطف). ويتكون المقياس من مجموعتين تتضمن كلاً منها (22) عبارة، وتهدف المجموعة الأولى إلي تحديد الخدمة المتوقعة، والثانية الخدمة المدركة من قبل المرضى، ومن ثم يتم تحديد الفجوة أو التطابق بين هذه التوقعات والإدراكات وذلك باستخدام الأبعاد التي يمثلها المقياس، كمايلي:<sup>(4)</sup>

جودة الخدمة = الإدراكات - التوقعات

فكلما كانت الخدمة المدركة أعلي من توقعات المريض تكون الجودة مرتفعة.

وقد توصلت الدراسة التي إجراها هؤلاء الباحثين، إلي أن المحور الأساسي في تقييم جودة الخدمة هو: الفجوة بين إدراك العميل لمستوى الأداء الفعلي للخدمة وتوقعاته حول هذه الخدمة، وبالإضافة إلي هذه الفجوة، هناك أربع فجوات أخرى تسبب عدم النجاح في تقديم الجودة المطلوبة.

(1) مروان جمعة درويش، مرجع سبق ذكره، ص: 6

(2) عطية مصلح، مرجع سبق ذكره، ص: 21

(3) ثابت عبد الرحمن إدريس، قياس جودة الخدمة باستخدام مقياس الفجوة بين الإدراكات والتوقعات، دراسة منهجية بالتطبيق على الخدمة الصحية بدولة الكويت، المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد (4)، العدد (10)، الكويت، 1996م، ص ص: 13-14

(4) طارق الأسدي، مرجع سبق ذكره، ص: 70

## الفجوات الخمس هي:

-**الفجوة الأولى:** الفجوة بين توقعات العملاء لجودة الخدمة وإدراك الإدارة لتلك التوقعات.

وتنتج عن الاختلاف بين توقعات العملاء لمستوى الجودة وإدراك إدارة المنظمة لتلك التوقعات، فقد لا تدرك إدارة المنظمة بدقة رغبات العملاء وكيفية حكمهم على مكونات الخدمة، إما لأن المعلومات التي لديها خاطئة أو أنه تم تفسيرها بصورة غير صحيحة، وعلى سبيل المثال قد يقتصر مدير المستشفى أن المرضى يحكمون على جودة الخدمة الصحية من خلال حداثة المعدات والأجهزة الطبية في حين يهتم المرضى بالعناية التي يقدمها له التفاعل بين الطبيب والعاملين في التمريض.

-**الفجوة الثانية:** الفجوة بين مواصفات جودة الخدمة وإدراك الإدارة لتوقعات العملاء:

وتنشأ هذه الفجوة من قصور الإدارة عن إدراك توقعات العملاء لمواصفات جودة الخدمة، وهذه الفجوة مرتبطة بشكل تصميم الخدمة، وهي ناتجة بسبب ظروف السوق والتذبذب الكبير في الطلب أو بسبب موارد المنظمة أو التنظيم وعدم قدرة الإدارة على تبني فلسفة الجودة.

-**الفجوة الثالثة:** الفجوة بين إدراك الإدارة لمواصفات جودة الخدمة ومواصفات الخدمة المقدمة:

وتنشأ هذه الفجوة بسبب صعوبة وضع معايير محددة لتوحيد أداء وتقديم الخدمة وضعف مستوى المهارات لدى القائمين على أداء الخدمة لأدائها بمستوى معين بسبب ضعف الدعم الكافي لموظفي الخط الأول أو لمشاكل الأداء لموظفي الخط الأول.

**الفجوة الرابعة:** الفجوة بين الإتصال الخارجي مع العميل عن مستوى الخدمة ومواصفات الخدمة المقدمة فعلياً:

توقعات العملاء معتمدة على الإتصالات الخارجية للمنظمة المقدمة للخدمة، فالتوقعات الواقعية تبني إدراك إيجابي أكبر لجودة الخدمة، عليه يجب على المنظمة المقدمة للخدمة التأكد من أن مواد التسويق والترويج تصف بدقة الخدمة والطريقة التي تسلم بها الخدمة لأن ذلك يؤثر على إدراك العميل لجودة الخدمة المقدمة، وعليه عند حصول خلل في مصداقية المنظمة المقدمة للخدمة عن طريق الإخلال بالوعود التي أعلنتها عن مستوى جودة الخدمة المقدمة ومواصفاتها فهنا ستنشأ الفجوة.

**الفجوة الخامسة:** الفجوة بين الخدمة المتوقعة من قبل العملاء وإدراك الخدمة المقدمة فعلياً من قبل العملاء:

ويعتمد نشؤ هذه الفجوة على حجم وتوجه الفجوات الأربعة السابقة والتي لها تأثير على طريقة تسليم الخدمة، ووجود الفجوات الأربعة السابقة يقود إلى نشوء الفجوة رقم (5)<sup>(1)</sup>.

(1) ثابت عبد الرحمن إدريس، مرجع سبق ذكره، ص: 15

وقد تعرض هذا المقياس للعديد من الإنتقادات ولذلك قدم (Parasuraman et. al 1991) تنقيحاً له، وذلك بإضافة الأهمية النسبية لوزن جودة الخدمة في كل بعد من الأبعاد الخمسة، من أجل تحقيق دقة أكبر للمقياس.<sup>(1)</sup>

#### 4. مقياس الأداء الفعلي (نموذج الأداء الفعلي) Service performance measure:

تعني أداء الخدمة، وهي كلمة مكونة من العبارتين (Service) الخدمة و(performance) الأداء، ويعرف هذا النموذج باسم (Servperf) ظهر خلال الدراسات التي قام بها كرونين وتاييلور (Taylor&Cronin,1992)، وتعرف الجودة في إطار هذا النموذج مفهوماً إيجابياً يرتبط بإدراك العميل للأداء الفعلي للخدمة المقدمة ويعرف الإتجاه علي أنه: "تقييم الأداء علي أساس مجموعة من الأبعاد المرتبطة بالخدمة المقدمة"<sup>(2)</sup>.

يعتبر هذا النموذج معدلاً عن نموذج الفجوة، ويركز على قياس الأداء الفعلي للخدمة المقدمة للمريض على إعتبار أن الجودة يتم التعبير عنها كنوع من الإتجاهات.<sup>(3)</sup>

ويمكن التعبير عن ذلك بالمعادلة التالية: جودة خدمة الرعاية الصحية = الأداء الفعلي

يرفض هذا النموذج فكرة الفجوة بين إدراكات العملاء وتوقعاتهم، ويركز على تقييمها الأداء الفعلي للخدمة المقدمة، ويعد هذا المقياس من الناحية العملية، أحد الأدوات الفعالة التي يمكن أن تساعد على إظهار جوانب القصور في مستوى جودة الخدمة من وجهة نظر المستفيدين منها.

ولا يختلف هذا النموذج عن سابقة في إعتماده على نفس المؤشرات التقييمية وهي (الإعتمادية، الإستجابة والملموسية، والضمان، والتعاطف) إلا أنه يتميز عنه بالبساطة من حيث القياس والتحليل. وما يزال الجدول مستمراً حول فعالية كل من هذين النموذجين في قياس وتقييم جودة الخدمة وفي هذا الإطار، إنقسم الباحثون إلى فريقين مابين مؤيد ومعارض لكل نموذج منهما، الأمر الذي يستوجب ضرورة القيام بمزيد من الدراسات التطبيقية للإسهام في حسم هذا الجدول.<sup>(4)</sup>

وقد خلص (Taylor and Cronin 1994) إلي أن مقياس (Service perf) للأداء أفضل المقاييس، حيث يتميز عن المقياس السابق بالسهولة في التطبيق والبساطة في القياس، وكذلك في زيادة درجة مصداقيته.<sup>(5)</sup>

لمسبق فإنه تم استخدام مقياس الأداء (Service perf) في هذه الدراسة بالأبعاد الخمس المتمثلة في: البعد المادى الملموس، الإعتمادية، الإستجابة، الضمان، التعاطف، كون هذا المقياس أكثر ملاءمة لأغراض الدراسة وقد استخدم في قياس جودة الخدمات الصحية من قبل عدد لا بأس به من الباحثين.

(1) مروان جمعة درويش، مرجع سبق ذكره، ص:7

(2) حبيب محمود، ياسل أنور، مرجع سبق ذكره، ص:202

(3) ثامر ياسر البكري، المرجع سبق ذكره، ص:70

(4) ثابت عبدالرحمن إدريس، كفاءة وجودة الخدمات اللوجستية: مفاهيم أساسية وطرق القياس والتقييم. الدار الجامعية، الإسكندرية،

2006م، ص:304

(5) مروان جمعة درويش، مرجع سبق ذكره، ص:8

## 5. مقياس القيمة:

تقوم الفكرة الأساسية لهذا المقياس على أن القيمة التي تقدمها مؤسسة الخدمة الصحية للمرضى تعتمد على المنفعة الخاصة المدركة للمريض والتكلفة للحصول على هذه الخدمات، فالعلاقة بين المنفعة والسعر هي التي تحدد القيمة، فكلما زادت مستويات المنفعة الخاصة بالخدمات الصحية المدركة كلما زادت القيمة المقدمة للمرضى.<sup>(1)</sup>

### ثانياً: قياس الجودة المهنية

يرى الكثير من الباحثين أن تقييم جودة الخدمة من منظور العميل يمثل جزءاً من برنامج، وعلى ذلك مقاييس الجودة المهنية تتناول قدرة المستشفيات على الوفاء بخدماتها المتنوعة من خلال الاستخدام الأمثل لمواردها المتاحة.<sup>(2)</sup>

وفي هذا الإطار يمكن التمييز بين أنواع المقاييس الآتية:

### 1. قياس الجودة بدلالة المدخلات:

بمعنى إعتبار المدخلات أو الموارد جوهر الخدمة وجودتها وإذا ما توافر للمؤسسة البناء المناسب بتجهيزاته ومعداته والقوانين والنظم والأهداف المحددة الواضحة كانت الخدمة مميزة فعلاً، وعلى الرغم من منطقية هذا المدخل والترحيب به من قبل الباحثين، إلا أنه يبقى ناقصاً فعناصر المدخلات في جودة الخدمة لاتعد كافية في حد ذاتها لضمان الجودة إذا هناك عوامل أخرى مكملة مثل طرق تناول المدخلات والتفاعلات فيما بينها.<sup>(3)</sup>

### 2. قياس الجودة بدلالة العمليات:

يهتم هذا المقياس بجودة العمليات أو بمراحل تقديم الخدمة، كما يحتوى على المؤشرات ومعايير توضح النسب المقبولة لكافة أنشطة الخدمات المقدمة، كي يتم تصنيف الخدمات كخدمات جيدة، فبالرغم من توفر بعض الجوانب المنطقية لهذا الأسلوب في القياس إلا أنه لا يعتبر دقيقاً في تصميم وتقييم جودة الخدمة مقارنة مع الأساليب الأخرى، كونه يركز على عمليات الخدمة بدلاً من أبعادها الكمية.<sup>(4)</sup>

(1) نسرين محمد عمر، مرجع سبق ذكره، ص: 37

(2) حبيب محمود، باسل أنور أسعد، مرجع سبق ذكره، ص: 202

(3) قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سبق ذكره، ص: 105

(4) حبيب محمود، باسل أنور أسعد، المرجع السابق، ص: 202

### 3. قياس الجودة بدلالة المخرجات:

هو مقياس يتعلق بالنتائج النهائية لهذه الخدمة، والتي يمكن قياسها من خلال:

- القياس المقارن: وهو إجراء مقارنات بين المستهدف والأداء الفعلي لإكتشاف جوانب الضعف ومحاولة تجنبها مستقبلاً.
- إستقصاء رضا المستفيدين بخصوص الخدمات المقدمة.

-إستقصاء العاملين في المؤسسة للوقوف على المشاكل التي حالت دون تحقيق الأداء المنشود.<sup>(1)</sup>

#### ثالثاً: قياس الجودة من المنظور الشامل

رغم ما أسهمت به كل المداخل السابقة من تقدم فى قياس الجودة وتقويمها، إلا أنها جميعاً يغلب عليها الطابع الجزئى، وقد أدت هذه المداخل والمقاييس الجزئية إلى إبراز ضرورة المعالجة الشاملة فى قياس جودة خدمة الرعاية الصحية وتقويمها. ويمكن قياس جودة خدمة الرعاية الصحية فى الجوانب غير القابلة للقياس، وذلك من خلال توجيه قوائم الإستقصاء للعملاء (المرضى، العاملين والزائرين)، حيث يجب العمل على ما بها من أسئلة، ومن خلال هذه الإجابات يمكن تحديد مدى مطابقة أوجه الخدمة لمتطلبات وتوقعات العملاء.<sup>(2)</sup>

(1) قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سبق ذكره، ص: 105  
(2) سيد محمد جاد الرب، مرجع سبق ذكره، ص: 331-332

## المبحث الرابع

### مفهوم المستشفيات

#### 1.4.1 مقدمة:

تعتبر المستشفيات البداية والأساس في تقديم مختلف الخدمات الصحية العلاجية في بادئ الأمر، ثم تطورت وظائفها من علاجية إلى وقائية إلى تعليمية وهكذا، وينال قطاع المستشفيات إهتمام الكثير من الباحثين سواء في مجال الطب أو الإدارة، نظراً لما له من أهمية قصوى تتمثل في الإهتمام بصحة المواطنين وصحة المجتمع ككل<sup>(1)</sup>.

#### 2.4.1 التطور التاريخي لمفهوم المستشفيات وتعريفها:

إتخذت المستشفيات بمفهومها المعاصر أشكالاً متعددة وأطلق عليها مسميات مختلفة عبر العصور السابقة، وقد كانت البداية في الحضارة الأغريقية سنة (1200) قبل الميلاد حيث إتخذت المستشفيات شكل معابد خصصت لرعاية المرضى وللعبادة في وقت واحد، وكان كهنة المعابد يقومون بدور الأطباء، كما تشير الوثائق التاريخية المصرية إلى وجود ما يطلق عليه "معابد الشفاء" في مصر سنة (600) قبل الميلاد حيث أطلق على الأماكن المخصصة لتشخيص أمراض الإنسان وعلاجها إسم "السيكيستا" أى معابد الشفاء. وفي مطلع الديانة المسيحية بُنيت بيوت للكهنة كمستشفيات صغيرة تحت ضغط الكنيسة لإيواء المرضى والمسنين والمحتاجين، وقد كانت الدوافع الرئيسية لبناء هذه البيوت دوافع دينية إنسانية تتلخص فيما يلي:<sup>(2)</sup>

1. علاج المرضى وتقديم الخدمات لهم بغض النظر عن مقدرتهم على دفع مقابل.
  2. الإهتمام بالنواحي النفسية للمرضى وليس فقط تقديم العلاج لهم.
  3. إعتبار هذه البيوت أماكن لإيواء المرضى والمسنين والمحتاجين وتقديم الخدمات لهم.
- وقد أطلق العرب على المستشفيات لفظ "البيمارستانات" أى دور المرضى، والبيمارستان لفظ فارسي يتكون من كلمتين "بيمار" بمعنى مريض أو عليل و"ستان" بمعنى دار، وقد خطا العرب في العصور الإسلامية خطوات واسعة في مجال تنظيم مهنة الطب والصيدلة ووضعوا مجموعة من القواعد التي تلتقى مع النظم المعمول بها في العصر الحديث، ومن بين هذه النظم أو القواعد مايلي:<sup>(3)</sup>
1. عدم السماح للمرضى أو المصابين بأمراض معدية بمخالطة المرضى الآخرين.
  2. إختيار موقع بيئى مناسب لإقامة المستشفى.
  3. وجود مستشفى متنقل وإرساله إلى المناطق النائية بصفة دورية.
  4. إنشاء المستشفيات العامة والمتخصصة.

(1) سيد محمد جاد الرب، مرجع سبق ذكره، ص: 50

(2) عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، مرجع سبق ذكره، ص: 5-7

(3) المرجع السابق، ص: 7

5. الإهتمام بنظافة البيئة الداخلية للمستشفى.

6. التركيز على جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى.

7. إجازة مزاوله مهنة الطب والصيدلة بواسطة الإمتحان.

### 3.4.1 مفهوم المستشفى:

يختلف مفهوم المستشفى حسب الأطراف التي يتعامل معها، فكل طرف له مفهومه الخاص عن المستشفى تبعاً لتلك العلاقة القائمة بينها، ويتضح ذلك فيما يلي:  
المرضى: ينظرون إلي المستشفى علي أنه الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج والرعاية الصحية لهم واستشفائهم.

الكادر الصحي: هو الموقع الذي يمارس فيه أعماله ومهامه الإنسانية، وبما يملكه من خبرة ومهارة في القيام بالرعاية الصحية.

إدارة المستشفى: منظمة مفتوحة علي البيئة المحيطة بها ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفاء وفعال.

الدولة: إحدى مؤسساتها الخدمية والمسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن.

مصانع الأدوية: سوق واسع يستوجب إمداه بما يحتاجه من أدوية ومستلزمات طبية وفق أتفاقات مسبقة.

الطلبة والجامعة: موقع تدريبي وعملي لإكسابهم المهارة والمعرفة الميدانية عن أسرار المهنة لإجراء التجارب والبحوث المستقبلية في مجال الطب.

وفي ضوء كل ذلك يمكن النظر إلي المستشفى علي أساس كونه نظاماً مفتوحاً لانه يعتمد علي المجتمع ويتأثر بالبيئة التي تعمل فيها وبكل ظروفها. وفقاً لنظرية النظم فإن المستشفى هو نظام شامل يتكون من مجموعة من الكوادر البشرية والتخصصية والمعدات والأجهزة والمصنفة علي أساس الأقسام أو المهام<sup>(1)</sup>.

### 4.4.1 تعريف المستشفيات:

عرفت الهيئة الأمريكية للمستشفيات المستشفى بأنه: "مؤسسة تحتوى علي جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشتمل علي أسره للتويم، وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة، وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين"<sup>(2)</sup>.

أما منظمة الصحة العالمية، فقد عرفت المستشفى من منظور وظيفي بأنه: "جزء أساسى من تنظيم إجتماعى وطبى، تتلخص وظيفته فى تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية كانت أو وقائية،

(1) ثامر ياسر البكرى، إدارة المستشفيات ، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان، 2005م، ص: 21-22

(2) American hospital association, classification of health care institution, 1974,p10

وتمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسره في بيئتها المنزلية، كما أنه أيضاً مركز لتدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث إجتماعية حيويه".<sup>(1)</sup>

المستشفى هي ذلك الجزء المتكامل من المنظمة الإجتماعية الصحية، ووظيفتها هي توفير العناية الصحية الكاملة لجميع السكان، الوقائية والعلاجية، وإن خدمات العيادة الخارجية فيها تصل إلى كل عائلة في منطقة سكنها، كما أن المستشفى هي أيضاً مركز لتدريب العاملين في حقل الصحة وللأبحاث الإجتماعية.<sup>(2)</sup>

وبناءً على ماسبق من تعريفات للمستشفى نجد أن تعريف منظمة الصحة العالمية للمستشفى يأتي أكثر شمولاً من تعريف الهيئة الأمريكية للمستشفيات، حيث لا يقصر وظائف المستشفى على التشخيص والعلاج، بل توسعت في ذلك لتشمل التعليم والتدريب والقيام بالبحوث.

#### 5.4.1 تصنيف المستشفيات:

يوجد الكثير من الإجهادات في تصنيف المستشفيات إلى أنواع، فهناك الكثير من الآراء بصدد تقسيمات المستشفيات، ويمكن تقسيم الأنواع المختلفة من المستشفيات وفقاً للتقسيمات التالية:

#### أولاً: التصنيف على أساس الملكية:

تنقسم المستشفيات من ناحية الملكية إلى نوعين أساسيين هما:

##### 1. المستشفيات الحكومية:

وهي التي تملكها الدولة وتديرها الأجهزة الحكومية المختلفة من وزارات وهيئات عامة وفق نظم ولوائح حكومية تحكم سير وإجراءات العمل بهذه المستشفيات. وتأخذ المستشفيات الحكومية عدة أشكال يمكن توضيح أهمها فيمايلي:

##### - المستشفيات الحكومية العامة:

وهي التي تقوم بعلاج المرضى بصفة عامة دون التخصص في نوعية معينة من المرضى أو المرض، وتقدم خدماتها لجميع فئات المجتمع بالمجان أو مقابل رسوم رمزية تحدها اللوائح المنظمة لهذه المستشفيات، حيث أن الهدف من إنشائها هو تقديم خدمة صحية عامة لجميع أفراد المجتمع.<sup>(3)</sup>

##### - المستشفيات الحكومية لخدمة فئات خاصة:

تختلف هذه المستشفيات عن غيرها من المستشفيات الحكومية بإتباعها لوزارة معينة، أو مصلحة حكومية معينة بحيث تقتصر في تقديم خدماتها على العاملين وأسره في هذه الجهات. ومن أمثلة هذه المستشفيات مستشفيات الشرطة والمستشفيات العسكرية.<sup>(4)</sup>

(1) منظمة الصحة العالمية، إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية رقم، جنيف، 1980م، ص: 6

(2) توفيق محمد عبد المحسن، إدارة المنشآت المتخصصة، دار الفكر العربي، القاهرة، 2006م، ص: 29

(3) حسين ذنون على البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات، وجهة نظر معاصرة، دار وائل للنشر، عمان، 2005م، ص: 20

(4) أحمد محمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص: 32

## -المستشفيات الحكومية التخصصية:

وتتشابه هذه المستشفيات مع باقى أنواع المستشفيات الحكومية من حيث ملكيتها للدولة، ولكنها تختلف عن المستشفيات العامة فى أنها تتخصص فى تشخيص ومعالجة حالات مرضية معينة مثل مستشفيات الأطفال والعيون.<sup>(1)</sup>

## - المستوصفات أو الوحدات العلاجية:

تمثل المستشفيات صغيرة الحجم،محدودة الإمكانيات إذا ما قورنت بالمستشفيات العامة، ولاحتوى على غرف أو أسرته لإيواء المرضى، وتنتشر فى القرى والمناطق الريفية المختلفة، وتهدف إلى خدمة المواطنين التابعين لها بالمجان أو مقابل رسوم رمزية، وغالباً ماتقتصر الخدمة فيها على الكشف الطبى ووصف العلاج للمريض أو إحالته إلى المستشفيات الحكومية العامة أو التخصصية.<sup>(2)</sup>

## - المستشفيات الجامعية:

تتشؤها الجامعات التي تضم كلية للطب ضمن كلياتها وذلك لأغراض التدريب والبحوث العلمية إضافة إلى الخدمة الصحية.<sup>(3)</sup>

## 2.المستشفيات الخاصة:

تختلف المستشفيات الخاصة عن المستشفيات الحكومية فى أنها مملوكة لأفراد أو هيئات أو جمعيات خيرية أو شركات خاصة،كما أن هذه المستشفيات تسعى دائماً إلى تحقيق الأرباح.<sup>(4)</sup> توجد العديد من أنواع المستشفيات الخاصة من أهمها مايلي:<sup>(5)</sup>

## - مستشفيات بأسماء أصحابها:

وهى مستشفيات غير حكومية يملكها ويديرها أصحابها من الأطباء،وتقدم خدماتها فى مجال تخصص أصحابها مقابل أتعاب أو أجور يتم تحديدها والإتفاق عليها حسب الخدمة المطلوبة للمريض، ويعتمد هذا النوع من المستشفيات على خبرة ومهارة وسمعة أصحابها وجودة الخدمة والرعاية التي تقدمها للمرضى.

## -مستشفيات الجمعيات غير الحكومية:

عادة ما يتم إنشاء هذه المستشفيات بواسطة جمعيات أهلية غير حكومية مثل الجمعيات الدينية والجمعيات الخيرية من خلال التبرعات والهبات والهدايا. وتقدم هذه المستشفيات خدماتها لمختلف فئات المواطنين مقابل رسوم رمزية تستخدم فى تغطية بعض النفقات المتعلقة بتطوير خدمات هذه المستشفيات وتشغيلها. ومن ثم فهذه المستشفيات لاتسعى إلى الربح، ولكن العلاج فيها ليس بالمجان،

(1) عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة، مرجع سبق ذكره،ص:14

(2) المرجع السابق، ص: 14

(3) محمد الصيرفي،إدارة المستشفيات العامة والتخصصية، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية، 2009م،ص:7

(4) أحمد محمد غنيم،مرجع سبق ذكره،ص:34

(5) عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة،مرجع سبق ذكره،ص: 15-16

وتتم إدارتها من خلال مجلس إدارة يضع القواعد المنظمة للعمل، وقد تأخذ مستشفيات الجمعيات الأهلية غير شكل المستشفى العام أو المستشفى التخصصي من حيث الخدمات التشخيصية أو العلاجية التي تقدمها.

#### - مستشفيات إستثمارية:

هي المستشفيات التي يمتلكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة بهدف تحقيق أرباح من الخدمات الطبية التي تقدمها للجمهور، وقد تقدم هذه المستشفيات خدمات متخصصة في مجالات طبية محددة، وقد يتسع نشاطها ليشمل مختلف المجالات الطبية والحالات المرضية المتنوعة أو معظمها طبقاً لحجم المستشفى ونوعية التجهيزات والتخصصات التي يحتويها. وغالباً ما تأخذ هذه المستشفيات شكل شركة مساهمة أو ذات مسؤولية محددة، وقد يشارك فيها بعض الأطباء بحصص تأسيس جنباً إلى جنب مع غيرهم من المساهمين الذين لاصله لهم بمهنة الطب كمستثمرين عاديين.

#### ثانياً: التصنيف طبقاً لنوع الخدمة وتضم:

1. مستشفى عام، ويقدم تشكيلة متنوعة من الخدمات العلاجية والجراحية وخدمات الأطفال.
2. مستشفيات متخصصة، وهي مستشفيات تقدم الرعاية لأمراض محددة أو لمجموعة معينة من السكان مثل مستشفى الأطفال، الولادة، ومستشفى الأمراض النفسية.

#### ثالثاً: التصنيف طبقاً لفترة الإقامة وتضم:

1. مستشفى ذات فترة إقامة محدودة، وفيها يقيم المريض لفترة أقل من 30 يوماً.
2. مستشفى ذات فترة إقامة طويلة، وفيها تكون متوسط فترة الإقامة من 3-6 شهور<sup>(1)</sup>.

#### رابعاً: التصنيف طبقاً التخصص وتضم:

1. المستشفيات الحكومية العامة، وهي مستشفيات بتخصصات عامه تتيح فرص تقديم العلاج لكافة أو أغلب الأمراض التي يعاني منها الشخص القادم للمستشفى.
  2. المستشفيات التخصصية، وهي مستشفيات تتفرد في تشخيص أو معالجة مجال معين من الأمراض التي يعاني منها الأفراد كمافي مستشفيات العيون ، الأسنان ،.... الخ<sup>(2)</sup>.
- خامساً: التصنيف حسب جودة خدمات الرعاية الطبية المقدمة وتضم:

#### 1. المستشفيات المعتمدة:

هي المستشفيات المعترفة بجودة خدمات الرعاية الطبية التي تقدمها من قبل بعض الهيئات العلمية الإستشارية المتخصصة في هذا المجال. ويتم إعتماد المستشفى بعد إمتثاله للضوابط والشروط الموضوعه من قبل هذه الهيئات المتخصصة، إذ أن الإمتثال لهذه الضوابط والشروط تكفل تقديم

(1) فوزى شعبان مذكور مرجع سبق ذكره، ص ص: 21-22  
(2) ثامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص: 30

الخدمة الطبية بمستوى أفضل، مثل مستشفى الملك فيصل التخصصي في المملكة العربية السعودية المعتمد من قبل الهيئة الأمريكية المشتركة لإعتماد المستشفيات.

## 2. المستشفيات غير المعتمدة:

وهي المستشفيات التي لا تمتثل للضوابط والشروط الموضوعية من قبل هيئات الإعتماد المختصة بتقويم ممارسات المستشفى الطبية، وهذا النوع من التصنيف متبع في الولايات المتحدة الأمريكية<sup>(1)</sup>.

سادساً: تصنيف المستشفيات حسب الموقع والسعة السريرية وتشمل:

### 1. المستشفيات المركزية:

وهي المستشفيات التي تخدم تجمعات سكنية متوسطة كضواحي المدن، وتتراوح سعتها السريرية غالباً ما بين (100-500) سرير، المستشفيات المركزية بمثابة مستشفيات عامة نظراً لتوافر كافة الإمكانيات المادية والبشرية بها لمواجهة مختلف الحالات الطبية والجراحية العامة.

### 2. مستشفيات المناطق الإقليمية:

هي المستشفيات التي تقدم خدماتها لمنطقة صحية بأكملها، وتحتوي هذه المستشفيات عادة على خدمات تخصصية لا تستطيع توفيرها أغلب المستشفيات الأخرى. تتوقف السعة السريرية لهذه المستشفيات على الإحتياجات الصحية لأفراد المجتمع.

### 3. المستشفيات المحلية الصغيرة:

هي المستشفيات التي تقدم خدماتها لتجمعات سكنية قليلة، ولا تزيد السعة السريرية للمستشفى عن مائة سرير وأهم الخدمات المقدمة بهذه المستشفيات هي خدمات أمراض الباطنية وخدمات الجراحة العامة، وخدمات رعاية الأمومة والطفولة<sup>(2)</sup>.

## 6.4.1 الأهداف الأساسية للمستشفيات:

تختلف النظرة الحديثة للمستشفى كما كانت عليه في الماضي، فلم يعد دورها مقصوراً علي مجرد تقديم الخدمات العلاجية للمريض بل تعددت أهدافها إلي هدف التعليم وهدف البحث العلمي وكذلك هدف الوقاية من المرض.

- **هدف التعليم:** إن صفة التعليم والتدريب تلازم المستشفى أياً كان نوعه أو حجمه ، حيث يتم تدريب الأطباء في التخصصات المختلفة.

- **إجراء البحوث العلمية:** بالإضافة إلي هدف التعليم ، هناك هدف مهم الا وهو إجراء البحوث العلمية الطبية والإدارية، وهنا تستعين المستشفى بخبراء من الخارج، وتتطلب هذه البحوث تكاليف عالية وخاصة عند استخدام الحاسوب وقوائم الاستقصاء في بحوث الراي والمسح الصحى.

(1) حسان محمد نذير حريستانى، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1990م، ص: 46-47  
(2) أحمد محمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص: 39

- الوقاية من المرض: إن الوقاية من المرض وتعبه أصبحت في البلدان المتقدمة من الخدمات الصحية الواجب ان يقوم بها المستشفى<sup>(1)</sup>.

#### 7.4.1 وظائف المستشفيات:

أن المستشفى الحديث يعد المحور التنظيمي لنظام الرعاية الصحية، والمكان المؤدي لتوصيل تلك الرعاية للمرضى، وأيضاً تدريب الأفراد العاملين في القطاع الصحي، وكذلك أداء البحوث الطبية فالمستشفى بما يشمله من موارد مادية وبشرية يعد المكان الأول الذي يفكر فيه الإنسان حينما يحتاج إلى الرعاية الصحية<sup>(2)</sup>.

وقد تختلف وظائف المستشفيات بعضها عن بعض بسبب اختلاف الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها، إلا أن هنالك وظائف أساسية تشترك فيها معظم المستشفيات الحديثة.

ومن خلال تعريف منظمة الصحة العالمية للمستشفيات يمكن إيجاز الوظائف الأساسية للمستشفيات في الوظائف التالية:

#### أولاً: الرعاية الصحية:

يقصد بالرعاية الصحية الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام الطبية المساندة، وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المعملية (المختبرية) العادية والمتخصصة، وخدمات الإسعاف، خدمات التمريض، والخدمات الصيدلانية. ومن أهم الأنشطة والمجالات التي تشملها الرعاية الصحية مايلي:

1. البرامج التثقيفية بشأن المشكلات الصحية السائدة وطرق الوقاية منها والسيطرة عليها.
2. رعاية الأمومة والطفولة بما في ذلك تنظيم الأسرة.
3. توفير الأدوية والأمصال الأساسية.
4. الصحة العقلية والإعاقات البدنية
5. الوقاية من الأمراض المتوطنة محلياً ومكافحتها.<sup>(3)</sup>

#### ثانياً: التعليم والتدريب

تلعب المستشفيات المعاصرة بمختلف أنواعها وتخصصاتها دوراً هاماً في مجالات التعليم والتدريب، حيث تعتبر هذه المستشفيات مراكز تعليمية تتوفر فيها كافة الإمكانيات التعليمية والتدريبية التي تمكن الأطباء وأخصائي العلوم الطبية، والممرضين، والطلاب وغيرهم من اكتساب المعلومات والمهارات التي يحتاجونها في أعمالهم.<sup>(4)</sup>

(1) محمد الصريفي، مرجع سبق ذكره، ص 5-6

(2) فوزي شعبان مذكور، مرجع سبق ذكره، ص: 17

(3) عبدالعزيز مخيمر، محمد الطعمنة، مرجع سبق ذكره، ص: 3-5

(4) أحمد محمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص 49

يفرض التطور المطرد في العلوم الطبية والتقنيات ضرورة تطوير مهارات وخبرات كافة العاملين والمتخصصين في مختلف مجالات المهن الطبية والصحية من خلال التعليم والتدريب المستمر، وتمثل المستشفيات بطبيعتها وعلي وجه الخصوص المستشفيات التعليمية والجامعية بما تملكه من إمكانيات وتجهيزات، مراكز تدريبية عملية للأطباء وأجهزة التمريض والفنيين، والأخصائيين، كما أنها تمثل مراكز متميزة لتنمية معلوماتهم عن الأمراض المختلفة وطرق علاجها والعقاقير المناسبة لها، كما أنها تساهم في تزويد أعضاء الهيئات الطبية والهيئات المساعدة بالمهارات اللازمة لتفاعل النفسي والاجتماعي مع المرضى، ومن ثم تسهيل مهامهم في تشخيص المشاكل الصحية الفردية وعلاجها.

### ثالثاً: البحوث الطبية والاجتماعية

تسهم المستشفيات بشكل أو بآخر من خلال ماتحتويه من معامل (مختبرات) وأجهزة وتجهيزات وسجلات طبية وحالات مرضية متنوعة وكوادر بشرية متخصصة مهنيًا في توفير بيئة مناسبة لإجراء البحوث والدراسات الطبية والاجتماعية المتخصصة في مختلف مجالات التشخيص والعلاج والتطوير الذاتي لخدمات المستشفى ومهارات الأفراد وأساليب العمل.

من خلال نظم المعلومات الطبية وتنوع حالات المرضى وطرق العلاج يمكن القيام بالبحوث والدراسات المتعلقة بأساليب التشخيص وتحديد معدلات حدوث وانتشار الأمراض المختلفة وتقييم فعالية العقاقير المختلفة في علاجها أو تحديد العلاقة بين المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والأمراض المختلفة<sup>(1)</sup>.

### 8.4.1 خصائص المستشفيات:

تتميز المستشفيات عن باقي المنظمات الخدمية بالكثير من الخصائص التي تنعكس على أداء وفاعلية المستشفى بصفه عامة، وأهم هذه الخصائص مايلي:<sup>(2)</sup>

1. المستشفى نظام يحوي أنظمة جزئية كثيرة تتفاعل مع بعضها البعض، كما تتفاعل مع المحيط الخارجي، وتنشأ بينها صلات ذات تأثير متبادل، ويعتمد على البيئة المحيطة بالدرجة الأولى، ويستمد أساسيات وجوده منها، ويعمل أساساً لخدمة هذه البيئة، ويعتمد نجاحه على درجة التكيف والتكامل مع البيئة الخارجية.

2. يستلزم العمل بالمستشفى عدد كبير من الأفراد علاوة على التخصص الدقيق في أقسامه المختلفة، وأساليب التكنولوجيا المستخدمة في الوقاية والعلاج.

3. المستشفى نظام متعدد الأهداف يجب إشباعها في وقت واحد، مثل هدف تقديم الرعاية الطبية والعلاجية، التعليم والتدريب، البحث والتطوير، الخدمات الوقائية.

(1) عبدالعزيز مخيمر، محمد الطعمنة، مرجع سبق ذكره، ص: 8

(2) زهير حنفي، علي، الأصول العلمية في التنظيم الإداري للمستشفيات، مكتبة الأنجلو المصرية، 1988م، ص: 6

4. المستشفى نظام يعمل تحت ضغوط مستمرة لأن العاملين بها غالباً يعملون تحت ضغط بصفة مستمرة لأنهم يتعاملون دائماً مع حقيقة الموت والحياة ، ولذا فهي ليست منظمة خدمية عادية.

5. صعوبة التنبؤ بحجم العمل في المستشفى، لأن طلب العلاج مسألة تحكمها إعتبارات شخصية من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن الأولوية تعطي دائماً للحالات العاجلة والحوادث، ولذلك على المستشفى أن تكون جاهزه بصفه مستمرة لإستقبال الحالات المتوقعة وغير المتوقعة.

6. تعدد الفئات وتنوع الوظائف يؤدي إلى صعوبة تطبيق اللوائح والقوانين، وهذا يرجع في أحيان كثيرة إلى عدم توصيف الوظائف توصيفاً دقيقاً، مما يؤدي إلى وجود نوع من التداخل بين الإختصاصات والواجبات، هذا بالإضافة إلى صعوبة تطبيق اللوائح والتعليمات التي يصدرها مدير المستشفى على كبار الإخصائيين.<sup>(1)</sup>

#### 9.4.1 المهام الرئيسية للمستشفى:

تتمثل هذه المهام في مجموعة من الخدمات التي تقدمها المستشفيات وهي كمايلي<sup>(2)</sup>.

##### 1. الخدمات الوقائية: وتصنف إل ثلاثة مستويات:

- الخدمات الوقائية الأولية:

هي خدمات محدد ومباشرة ويجري التخطيط لها وتقديمها لوقاية الأفراد من مرض معين، ومن الأنماط المعروفة والشائعة في هذا المجال هي حملات التطعيم الجماعي إلى فئات معينة في المجتمع أو شريحة عمرية خاصة كما هو في حملات تطعيم الأطفال وحديثى الولادة مثل شلل الأطفال.

- خدمات الوقاية الثانوية:

تشمل خدمات التشخيص والكشف المبكرة للأمراض قبل استفحالها وتشمل المسح الصحى الشامل أو المسح بالعينات لبعض المواطنين من أرباب العمل أو الشرائح السكانية المعينة التي يتوقع أن تكون لها قابلية للأصابة أو الإستجابة لها أكثر من غيرها.

- خدمات الوقاية من الدرجة الثالثة:

هي خدمات متخصصة تهدف إلى إعادة تأهيل المرضى والمصابين لتمكينهم من ممارسة حياة طبيعية نشطة إلي حدما.

##### 2. الخدمات العلاجية: تقسم إلي قسمين هما:

- خدمات الرعاية الطبية المقدمه للمرضى الخارجيين:

إذا تقوم المستشفيات الحديثة بدور كبير في هذا المجال من خلال العيادات الخارجية التي تديرها المستشفى، ومن خلال المراكز الطبية والمستوصفات المرتبطة بها.

- خدمات الرعاية الطبية المقدمه للمرضى الداخليين:

(1) سيد محمد جاد الرب ، مرجع سبق ذكره،ص:42

(2) ثامر ياسر البكري ، مرجع سبق ذكره،ص:23-26

ويمكن تصنيفها إلى ثلاثة مستويات وهي:

-خدمات الرعاية الأولية:

وهي الخدمات التي يجري تقديمها عن طريق الأطباء والمراكز الطبية الملحقة بالمستشفى والعيادات الخارجية وتشكل نقطة الدخول للنظام الصحي وخط التماس الأول مع المرضى.

-خدمات الدرجة الثانية :

هي خدمات أعلى درجة من سابقتها ويقدمها أطباء إختصاصيون ويجري تقديمها من خلال العيادات الخارجية أو العيادات الداخلية.

- خدمات الدرجة الثالثة:

تشمل الخدمات التي تكون أكثر تعقيداً وتتطلب درجة عالية من التخصص في العلاج ويجري تقديمها في مراكز طبية محدودة وتقوم علي أساس أقليمي أو وطني، لكون الخدمات العلاجية تطلب من فئات قليلة من المواطنين، فضلاً عن ارتفاع تكلفتها قياساً بالمستوى الأول والثاني.

### 3. خدمات التأهيل والرعاية الطويلة الأجل:

تشمل هذه الخدمات الرعاية الطبية و إعادة التأهيل للمرضى والمصابين جراء الحوادث بسبب العمل أو لأسباب أخرى،تتطلب عملية إعادة تأهيلهم لممارسة حياة طبيعية نشطة لحد ما.

### 4. خدمات الإرتقاء بالصحة:

تركز هذه الخدمات علي الإرتقاء بصحة الفرد من خلال العوامل غير الطبيعية كالتركيز علي أهمية الغذاء الصحي المتوازن وأهمية الرياضة البدنية والراحة، والسلوك الصحي السليم للفرد كالإمتناع عن العادات الضارة بالصحة مثل التدخين، تناول المشروبات الكحولية، المخدرات.

# الفصل الثاني

## الدراسة الميدانية

المبحث الأول: نبذة عن المستشفيات موضوع الدراسة  
المبحث الثاني: إجراءات الدراسة الميدانية

## المبحث الأول

### نبذة عن المستشفيات موضوع الدراسة الميدانية

#### 1.1.2 نشأة وتطور الخدمات الصحية في السودان:

يرجع تاريخ الخدمات الصحية الحديثة بالسودان إلى العهد التركي المصري والتي كان الجيش يتول تقديمها، حيث قامت الإدارة البريطانية حال احتلالها للسودان (1889م) بإعطاء إهتمام خاص بالخدمات الطبية وأعطتها أسبقية في التنظيم والإدارة والتطور والتمويل.

وفي العام (1899م) تم بناء بعض المستشفيات وتنفذ حملات تطعيم ضد الجدري، وفي الفترة من عام 1904م وحتى عام 1924م سميت الإدارة المختصة بالشئون الطبية (Medical department) باسم الخدمات الطبية السودانية (Sudan Medical Services - SMS) والتي يديرها مدير مسئول عن الخدمات في السودان بما فيها الخدمات الطبية العسكرية.

وفي عام 1924م كان تحت إدارتها بالبلاد (19) مستشفى و (55) شفاخانه يعمل بها (16) طبيباً بريطانياً و (30) طبيباً سورياً و (20) مساعد طبي (وكان يسمى مساعد حكيم آنذاك).

في العام 1903م صاحب بداية الخدمات الطبية أيضاً أفتتاح معامل ويلكم للأبحاث (Wellcome Tropical Research Laboratories) كمؤسسة بحثية شبه مستقلة تحت الإشراف الاسمي لمدير مصلحة المعارف واشتهرت عالمياً بإجراء مختلف الأبحاث الطبية وخصص لمختبراتها مقر بكلية غردون التذكارية.

في العام 1905م تم إنشاء المجلس المركزي للصحة (Central Sanitary Board – CSB) بمرسوم من الحاكم العام على أن يكون مختصاً بالسياسات والمواضيع الخاصة بالشئون الطبية والصحية ذات الأهمية.

وفي عام 1918م افتتحت أول مدرسة لتدريب المساعدين الطبيين ببورتسودان كما افتتحت مدرسة أخرى لتدريبهم بأمر درمان عام 1921م. كما فُتحت أيضاً مدرسة لتدريب القابلات بأمر درمان عام 1921م

وفي عام 1924م فُتحت مدرسة كتشنر الطبية (Kitchener School of Medicine) بواسطة الحاكم العام سير لي إستانك وتخرجت منها أول دفعة من سبعة من الأطباء السودانيين عام 1928م. عقب ذلك تسارعت خطوات التوسع في الخدمات الطبية والصحية وانتشارها وتطورها إدارياً ومهنياً وكنتيجة للتطور السياسي وقيام المجلس الإستشاري لشمال السودان عام 1948م، وتم إنشاء أول وزارة للصحة وتم تعيين الدكتور علي بدري كأول وزير سوداني لوزارة الصحة عام 1949م. وكنتيجة لإتفاقية الحكم الذاتي سنة 1953م والسودنة التي تمت بموجبها في عام 1954م تعيين

الدكتور محمد أمين السيد وزيراً للصحة والدكتور أحمد علي زكي كأول مدير (وكيل) لمصلحة الخدمات الطبية إذ عدل أسم وظيفة (مدير) إلى (وكيل) في ما بعد<sup>(1)</sup>.

في الفترة من 1951م - 1960م كانت الصحة تدار حسب قانون الحكم المحلي لعام 1951م حيث كانت هنالك مجالس بلدية وريفية تمثل الحكومات المحلية المسؤولة عن تقديم الخدمات الأساسية بما فيها الصحة.

أما الفترة من 1960م وحتى 1971م فقد أصبحت الصحة تدار حسب قانون إدارة المحافظات لعام 1960م والذي هدف لتقوية مستوى المحافظة لإيجاد مستوى إداري وسيط فاعل ليكون ممثلاً للحكومة المركزية بالمحافظة، وبذلك فقد كانت حكومة المحافظة تحت إدارة المحافظ مسؤولي عن الإشراف على السلطات المحلية وتقويتها وتوفير الميزانيات السنوية لها ، وقد كانت كذلك معنية بتوفير خدمات التعليم، الصحة، الزراعة، الرعاية الاجتماعية والأشغال العامة، بينما ظلت بقية الخدمات العامة مسؤولية الوزارات المركزية.

ثم أعقب هذه الفترة مباشرة نظام الحكم الشعبي المحلي في العام 1971م الذي أبقى أيضاً على مستوى المحافظة لمستوى إداري وسياسي فاعل، حيث ظلت حكومة المحافظة مسؤولة عن الخدمات الأساسية مثل التعليم، الصحة العامة، الزراعة، تنمية المجتمع، الأشغال العامة والرعاية الاجتماعية. وكانت حكومات المحافظات تتبع إدارياً لمكتب شؤون الحكم المحلي التابع للرئاسة.

وبحلول العام 1979م كان تم إلغاء سبعة وزارات مركزية وتحويل سلطاتها لحكومات المحافظات كما تم أيضاً تقليص سلطات أربعة وزارات من ضمنها وزارة الصحة وتحويل سلطاتها لحكومات المحافظات أيضاً.

في العام 1980م صدر قانون الحكم الإقليمي وبناءً على هذا القانون فقد تم تقسيم شمال السودان إلى خمسة أقاليم واحتفظت الخرطوم بوضعيتها خاصة، كما تم تقسيم جنوب السودان إلى ثلاث أقاليم. وقد قامت في كل إقليم حكومة تتكون من حاكم إضافة إلى مجلس لوزارات خدمية معنية بالخدمات الاجتماعية مثل التعليم، الصحة، والرعاية الاجتماعية، وقد كانت الصحة تقع تحت مظلة وزارات الرعاية الاجتماعية في كل الأقاليم عدا الخرطوم والأقليم الأوسط حيث كانت هنالك وزارات منفصلة للصحة. وفي سياق الحكم الإقليمي صدر قانون الحكم المحلي لعام 1981م لإكمال الصورة على المستوى المحلي.

ثم جاءت فترة نظام الحكم الفيدرالي الذي قام عبر عدد من المراسيم الدستورية منذ العام 1991م حتي اكتملت صياغتها في وثيقة واحدة هي دستور 1998م، وقانون الحكم المحلي لعام 1998م وقد تم البناء في هذه الفترة على تجربة الحكم الإقليمي، حيث تم في العام 1991م استبدال اسم (إقليم) باسم

(1) عبد الحميد إبراهيم سليمان، تاريخ الصيدلة والخدمات الطبية في السودان، إصدارات المؤسسة السودانية للتراث الطبي، الخرطوم، 2014م، ص: 11-12

(ولاية) وبذلك أصبحت هنالك تسعة ولايات تم زيادتها في العام 1993م إلى ستة وعشرون ولاية وفي كل ولاية يوجد مجلس لوزارات خدمية وأصبحت هنالك وزارة واحدة للصحة والشئون الاجتماعية في كل الولايات باستثناء ولاية الخرطوم التي كانت لها وزارات منفصلة للصحة والشئون الاجتماعية. كما تم الإبقاء على مستوى الحكم المحلي (محلية) كمستوى محلي فاعل كما كان في الحكم الإقليمي له استقلالية في الموارد ومسئول عن الخدمات الأساسية بما فيها الصحة ويتبع إدارياً لوالي الولاية بطريقة مباشرة وأصبحت الوزارات الولائية مسؤولة عن المحليات أيضاً، بينما ظل مستوى المحافظة لا يتمتع بأي سلطات إدارية وانحصر دوره في المهام الأمنية والتعبئة السياسية تماماً كما هو الحال في فترة الحكم الإقليمي<sup>(1)</sup>.

### 2.1.2 تطور النظام الصحي في وزارة الصحة بولاية الخرطوم:<sup>(2)</sup>

في العام 1996م كان هناك عدد كبير جداً من الإدارات يتبع مباشرة للمدير العام وشمل ذلك الإدارات الآتية: الإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية، المستشفيات، الأسنان، الإسعاف المركزي، المعامل، صحة البيئة، الوبائيات، الصيدلة والدواء الدائري، المؤسسات العلاجية الخاصة، الشئون المالية والإدارية ولاحقاً إدارة الجودة وإدارة التدريب بالإضافة إلى كل هذه الإدارات، فأن إدارة الخدمات الصحية بالمحافظات كانت تتبع كذلك للمدير العام.

في العام 1996م كانت ولاية الخرطوم مقسمة إلى ثلاثة مناطق كبرى لإدارة الخدمات الصحية وتشمل المدن الكبيرة وهي الخرطوم، الخرطوم بحري وأمدمان.

في العام 1998م تم إنشاء إدارة للطب الوقائي ضمن إدارة الوبائيات، إدارة صحة البيئة، إدارة سلامة الأغذية، برنامج مكافحة الملاريا، برنامج مكافحة البلهارسيا، برنامج مكافحة الإيدز والذي انشيء حديثاً في ذلك الوقت بالإضافة إلى ذلك أنشئت إدارة جديدة للتقنيف الصحي في العام 2002م ضمن الإدارة العامة للطب الوقائي عُنيت بكافة أشكال التقنيف الصحي بما في ذلك الأنشطة التي كانت تقوم بها الإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية.

في العام 2002م دُمجت كافة الإدارات القائمة في ذلك الوقت والتي كانت تتبع للمدير العام (إدارة المستشفيات، إدارة الأسنان، الإسعاف المركزي، مراكز الإنقاذ الطبي، إدارة المؤسسات العلاجية الخاصة) وأصبحت تشكل ما يعرف بالإدارة العامة للطب العلاجي .

(1) الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة الاتحادية 2/ يناير/ 2018، الساعة 11 ص <http://www.fmoh.gov.sd/index.php>  
(2) عصام الدين محمد عبدالله وآخرون، ملامح من مسيرة النظام الصحي في السودان (2010-1990)، شركة مطابع السودان للعملة المحدودة، الخرطوم، 2014م، ص: 45-49

### 3.1.2 الجودة في المؤسسات الصحية بولاية الخرطوم<sup>(1)</sup>:

جودة الخدمة من المحاور المهمة للغاية في تخطيط وتقديم الخدمات الطبية والتي لا بد من الإهتمام بها ضمن السياسة الكلية لتقديم الخدمات الصحية.

أول إدارة للجودة في السودان في القطاع الصحي أنشئت في وزارة الصحة بولاية الخرطوم في العام 1998م، وكان لإنشائها تأثير واضح في تغيير مفاهيم الجودة وثقافتها في محور الخدمات العلاجية للوزارة.

في العام 2001م بدأت الوزارة الإتحادية تحذو حذو وزارة الصحة بولاية الخرطوم في إنشاء قسم للجودة داخل الوزارة والذي تركزت أعماله في المرحلة الأولى بصورة كبيرة على الخدمات العلاجية دون غيرها من المحاور.

وفي العام 2003م ركزت إدارة الجودة على تقوية هياكل الجودة بشكل كُلي، حيث نجحت الإدارة في تعيين ممثلين ومنسقين لها في الإدارات الرئيسية والفرعية في وزارة الصحة الإتحادية والوزارات الولائية بشكل كبير.

كذلك تم إنشاء المجلس الأعلى للجودة بقيادة وكيل وزارة الصحة الإتحادية بالإضافة إلى تشكيل كافة اللجان الفنية المتخصصة في مجالات الجودة في مختلف المستويات .

في العام 2003م تم كذلك تشكيل المجلس الأعلى للإعتماد وصاحب تشكيله تشكيل لجنة الخبراء الفنية وهي لجنة مستقلة تقوم بعملية المسح والمراجعة للمؤسسات الصحية ورفع تقاريرها للمجلس الأعلى للإعتماد الذي يقوم بدوره بمراجعة التقارير ويمنح على أساسها شهادات الإعتماد للمؤسسات الصحية التي تستوفي معايير الجودة المحددة.

كان لبرامج التدريب التي نفذتها وزارة الصحة الولائية في مجال الجودة، سواء كان للعاملين في إدارة الجودة أو لمقدمي الخدمة دور كبير في التطور الذي حدث في إدخال أسس ومفاهيم الجودة ضمن منظومة العمل.

في العامين 2005م و2006م شهد عدد كبير من البرامج التدريبية التي أوجدت عدد كبير من داعمي مفهوم الجودة داخل الوزارة والمؤسسات الصحية بالإضافة إلي ذلك قامت الإدارة بوضع إجراءات العمل القياسية للكثير من الإجراءات والأنشطة داخل المستشفيات.

(1) المرجع السابق، ص: 158-160

## 4.1.2 نبذة عن المستشفيات موضوع الدراسة:

أولاً: مستشفى مدينة البراحة الطبية<sup>(1)</sup>:

تم تأسيس مدينة البراحة الطبية في عام 2004م لتغطي كافة منطقة الخرطوم بحري بإعتبارها أكبر مستشفى مجهز يستقبل جميع الحالات الطارئة والباردة وتتعاقد المستشفى مع أكبر شركات التأمين الطبي.

تحتوى مدينة البراحة الطبية على عيادات الإستشاريين والإختصاصيين في جميع التخصصات الطبية العامة والمتخصصة وتعمل على مدار اليوم مع وجود نظام للاستدعاء عبر الطوارئ (24) ساعة وتشمل على جميع التخصصات، الباطنية، الجراحة، النساء والتوليد، العظام والإصابات، جراحة المسالك البولية، جراحة الأطفال، طب وجراحة الفم والأسنان، الأورام والغدد.

-الرسالة: تقديم رعاية صحية عالية الجودة لخدمة المرضى.

-الرؤية : أن تكون الخيار الأول في مجال الرعاية الصحية للمجتمع ورائدة في توفير خدمات صحية عالية الجودة لرعاية المرضى الذين يسعون للعلاج.

الأقسام الطبية بالمستشفى:

يضم المستشفى العديد من الأقسام والتي تتمثل في الآتي:

-قسم جراحة المسالك البولية:

يقوم القسم بتشخيص ومعالجة الحصوات البولية وجميع مناظير المسالك البولية بالإضافة إلى علاج التهابات المثانة المزمنة والسلس البولي للنساء.

-قسم أمراض الكلى:

احد الأقسام المتميزة بمستشفى مدينة البراحة الطبية وتؤدي فيه كل الخدمات المتعلقة بمرض الكلى من متابعة الحالات المرضية المختلفة.

-قسم النساء والتوليد:

يقدم القسم خدمات متابعة الحمل حتي الولادة سواء (طبيعية أو قيصرية أو العمليات الجراحية النسائية بكافة أنواعها)، كما يقوم بتشخيص وعلاج حالات العقم عند النساء.

-قسم العلاج الطبيعي:

يقدم المستشفى خدمات العلاج الطبيعي بأفضل التقنيات والأجهزة الطبية المتطورة الذي يشرف عليه أخصائيون وفنيون ذو كفاءة عالية، ويشمل العلاج بالكهرباء والليزر والموجات وفوق الصوتية والعلاج المائي لحالات الشلل والتيبس وشد العضلات وعلاج الإعاقة في النمو وضعف ولين العظام عند الأطفال.

<sup>(1)</sup>[www:// http.Barahmed.sd / index.html](http://www.Barahmed.sd/index.html)

## -قسم العناية المكثفة:

يحتوي قسم العناية المكثفة علي ثمانية غرف مجهزة بأحداث الأجهزة لمراقبة الوظائف الحيوية للمريض، ويعمل بها طواقم طبية وتمريضية عالية الكفاءة وعلى مدار الساعة .

## -قسم العمليات:

يحتوي قسم العمليات الجراحية في مستشفى مدينة البراحة الطبية على غرف عمليات جراحية فعالة على مدار الساعة مزودة بأحدث الأجهزة والتقنيات لمراقبة الوظائف الحيوية للمريض أثناء العملية. وتضم المستشفى مركز البراحة لأمراض وزراعة الكلي، تركيب قساطر الغسيل المؤقتة والدائمة، وأيضاً تشمل العديد من العيادات المحولة، كعيادة الجهاز الهضمي والكبد، عيادة الثدي والتجميل، وعيادة الروماتيزم والآم المفاصل.

## ثانياً: مستشفى بست كير: (1)

مستشفى بست كير مستشفى غير حكومي يتخصص في جميع التخصصات الطبية وبها مجمع عمليات متكامل و أيضاً قسم الطوارئ و الإصابات علي مدار ال 24 ساعة و صيدليه متكاملة. وهو أحد أكبر المستشفيات الخاصة بالعاصمة تم أفتتاح المستشفى في شهر سبتمبر 2005م وقد صمم مستشفى بست كير علي نظام أحدث المؤسسات العلاجية ليقدم لرواده خدمات طبية مميزة و عناية صحية فائقة.

تعمل بالمستشفى نخبة من كبار الإستشاريين والأخصائيين الأكفاء ذوى الخبرة الطويلة، والتخصصات العالية وأيضاً عدد من الأطباء المشهود لهم بالكفاءة والتميز محلياً وعالمياً، ويوجد بالطابق الأرضي بالمستشفى معمل مزود بجميع أجهزة الفحص الحديثة ذات التقنية والكفاءة العالية، يعمل بأجهزة الكمبيوتر ويقوم بالفحوصات الروتينية والفحوصات الدقيقة والمعقدة، وأيضاً بنك دم مزود بأحدث الأجهزة ويعمل بالتنسيق مع بنك الدم المركزي الخرطوم.

## الأقسام الطبية بالمستشفى:

يضم المستشفى الأقسام الآتية:

-قسم الجراحة العامة وقسم جراحة العظام.

-قسم جراحة المسالك البولية.

-قسم الباطنية وأمراض القلب.

-قسم جراحة الأطفال وحديثي الولادة.

-قسم أمراض النساء والتوليد.

-قسم العقم وتنظيم الأسرة.

-قسم الأسنان.

(1) نبذة تعريفية ،مستشفى بست كير، الخرطوم ،السودان.

-قسم العيون وجراحة العيون.

-قسم الجلدية .

-قسم الأشعة.

وتوجد بالمستشفى أيضا أقسام خاصة لمرضى ضغط الدم والسكري، قسم مرضى الملاريا، قسم مرضي هشاشة العظام، وقسم الالتهابات وأورام البروستاتا.

بالإضافة الأقسام السابقة يوجد بالمستشفى مركز لغسيل الكلي يحتوى علي تسع وحدات، ومركز متكامل للعلاج الطبيعي، ومركز تطعيم الأطفال، وأيضاً وحدة العناية المكثفة لمرض القلب (CCU)، وحدة العناية المركزة (ICU)، وحدة العناية الجراحية المركزة (SICU).

**ثالثاً: مستشفى مدينة المعلم الطبية:<sup>(1)</sup>**

من المستشفيات الحديثة بولاية الخرطوم، ويتبع لنقابة المعلمين، ويقدم المستشفى خدماته لشريحة المعلمين بالإضافة للمواطنين، ويتعاقد مع الصندوق القومي للتأمين الصحي، والعديد من شركات التأمين الصحي الخاصة.

**الرسالة:** أن يصبح مركز طبي مميز في تقديم الخدمة الطبية بأعلى المعايير.

**الرؤية:** العمل على رفع مستوى الجودة والعناية الأمانة عن طريق تصميم مبتكر للرعاية الطبية ومصمم عن طريق خبراء محترفين وأيضاً عن طريق البحث عن الكفاءة في الخدمات لارضاء المرضى المقيمين وأهاليهم ولتقديم أعلى مستوى للخدمة.

**الأقسام الطبية بالمستشفى:**

يضم المستشفى العديد من الأقسام والتي تتمثل في الآتي:

**قسم المختبرات الطبية:**

تعتبر الفحوصات الطبية الركيزة الأساسية لإتخاذ القرارات الطبية الصحيحة، وبالتالي فإن (70%) من تلك القرارات تبني على النتائج السليمة للفحوصات.

يوجد بالقسم عدد كبير من الأجهزة الحديثة ذات معايير وجودة عالية، والتي تقوم بفحوصات تشخيصية نادرة ومن هذه الأجهزة:

-جهاز تحليل الجينات والأمراض الوراثية والفيروسية ومتابعة العلاج والإستجابة للعلاج لبعض الأمراض السرطانية دون تدخل من الكادر البشرى، ويمتاز الجهاز بقدرة فائقة على التحليل مقارنة مع بقية الأجهزة في المجال.

(1) نبذة عن مستشفى مدينة المعلم الطبية، الخرطوم ، السودان.

- جهاز تحليل الهرمونات وموسمات الأورام، ويتميز بقدرة عالية في تحليل معظم هرمونات الجسم بدقة عالية.

-جهاز تحليل صورة الدم الكامل، حيث يقوم بالتفريق الخماسي لخلايا الدم الأبيض، كما أن له المقدرة على اكتشاف خلايا الدم السرطانية وحسابها.

- جهاز تحليل المواد الكيميائية في الدم ونسبة الأدوية، ويتميز بسرعة ودقة فائقة في التحليل لاتضاهيها معظم الأجهزة.

قسم أمراض القلب:

يضم القسم الآتي:

1.العيادات الخارجية.

2.معمل فحوصات القلب اللاتداخلية وفيها رسم القلب،رصد التنفس،رصد ضغط الدم،فحص بذل المجهود.

3.العناية القلبية المكثفة CCU.

4 معمل القسطرة التداخلية لعلاج الآتي:

- أعراض شرايين القلب.

-تركيب ناظمات ضربات القلب.

-علاج صمامات القلب.

-أعراض شرايين الدماغ.

-أمراض الشرايين الطرفية.

قسم النساء والتوليد:

يحتوى القسم على أحدث الأجهزة في المجال بالإضافة لتهيئة القسم بكافة التجهيزات المريحة للنساء، ومجهز القسم بغرف لكل مرحلة من مراحل الولادة،غرف ما قبل الولادة ،وغرف الولادة بالإضافة لغرف ما بعد الولادة،أيضاً يوجد بالقسم عدد من الحضانات للمواليد الجدد ذات إمكانيات عالية.

قسم الأشعة:

يحتوى القسم على الآتي:

1.التصوير بالرنين المغنطيسي المفتوح: يتميز بالجودة العالية والكفاءة اللازمة مما يؤمن دقة التشخيص والنتائج.

2.التصوير بالأشعة المقطعية: يعتبر من أحدث الأجهزة الطبية في هذا المجال بتقنية 160 مقطع، ويتميز بالدقة والسرعة العالية ويقلل زمن تعرض للأشعة.

3. التصوير بالأشعة السينية: يعتبر من أجود انواع الأجهزة في هذا المجال ويتميز بالدقة وسرعة معالجة الصور.

## قسم مجمع العمليات :

مجمع العمليات مصمم بنظام الكبسولة الدائرية وعددها أربعة كبسولات أرضياتها من مادة ال (Venil) المضاد للبكتريا، وجدرانها من الاستاينلس اسثيل (Stainless Steel) المضادة للبكتريا، وكل غرفة من غرف العمليات مجهزة بأحدث الأجهزة والمعدات ذات تقنيات عالية بالإضافة لنظام التعقيم، ونظام الاوكسجين المركزي والشفط المركزي السوائل. مايميز أيضاً غرف العمليات نظام التحكم عبر شاشة الانتقرا (Integra) وهي تتحكم في كل شيء داخل الغرفة من الأضاءة -الصوت - التحكم في البوبات -التحكم في حركة المريض في العملية).

## قسم الأسنان:

قسم الأسنان بمدينة المعلم الطبية مجهز بأحدث الأجهزة التخصصية في المجال بالإضافة لعيادة أسنان الأطفال.

كما يضم المستشفى الأقسام الآتية:

- الجراحة العامة.
- جراحة الأطفال.
- المخ والأعصاب.
- جراحة العظام.
- جراحة الأوعية الدموية والشرابين.
- القسرة القلبية و العناية المكثفة.

## رابعاً: المستشفى التخصصي الكويتي<sup>(1)</sup>:

يعتبر من المستشفيات الخاصة الرائدة في مجال تقديم الخدمات، تم تأسيس المستشفى ايلكويتي التخصصي في العام 2011م .

الرؤية:الريادة والتميز في مجالات الجراحة والنساء والتوليد بالسودان .

الرسالة:تقديم خدمات طبية وتعليمية وتدريبية في مجالات الجراحة المختلفة وأمراض النساء والتوليد.

## الأقسام الطبية بالمستشفى:

### قسم الطوارئ:

يقدم القسم خدماته التشخيصية بكفاءة عالية ويعمل على مدار(24)ساعة في تغطية الحوادث تحت

إشراف الإختصاصيين والمستشارين، ويضم القسم :

- عيادة يومية للإستشاريين في فترتين صباحية ومسائية.
- مختبر طبي حديث متكامل مزودة بأجهزة متطورة في مجال الفحص المعملية.

(1) نبذة تعريفية عن المستشفى الكويتي التخصصي. الخرطوم،السودان.

-أشعة تشخيصية وموجات صوتية.

-صيدلة متكاملة.

-العملية الصغرى.

**قسم العمليات الجراحية:**

يوجد بالقسم(6) غرف للعمليات بكامل المعدات الطبية المتطورة في التخصصات التالية:

- جراحة المسالك البولية.

-جراحة العظام والإصابات.

-الجراحة العامة.

-الجهاز الهضمي

-جراحة المناظير.

-جراحة الأطفال.

-جراحة التجميل .

-جراحة الوجه والكفين.

-جراحة المخ والأعصاب.

-النساء والتوليد.

**قسم النساء والتوليد.**

-الولادة الطبيعية.

-قسم حديثي الولادة.

**قسم المناظير التشخيصية والعلاجية:** يضم هذا القسم مناظير الجهاز الهضمي ومناظير الجهاز البولي.

**قسم العناية المكثفة:**وهو قسم مزودة بكامل الأجهزة الطبية التي تساعد في أنقاذ الحياة مثل أجهزة

التنفس الصناعي، وأجهزة مراقبة المرضى وغيرها.

## المبحث الثاني

### إجراءات الدراسة الميدانية

#### 1.2.2 مقدمة:

يتناول هذا المبحث منهجية الدراسة المتبعة والتي توضح مصادر جمع البيانات وأداة جمع تلك البيانات، كذلك يحتوي هذا المبحث على المقاييس المستخدمة في الدراسة وصدق وثبات المقياس للمتغيرات المختلفة. كما يتضمن أيضاً على المقاييس الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات بالإضافة إلى توضيح مجتمع الدراسة، والعينة المستخدمة مع تحديد حجم العينة ونوعها وأداة الدراسة.

#### 2.2.2 منهجية الدراسة:

تتبع هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي وذلك لمناسبة هذا المنهج للدراسة وأهدافها، والمنهج الوصفي هو المنهج الذي يهتم بتحديد الوضع الحالي للمشكلة ومن ثم العمل على وصفها وتحليلها وتفسيرها وربطها بالظواهر الأخرى، وتم تحديد حجم عينة البحث على أساس آراء بعض الكتاب والباحثين في الدراسات السابقة ذات العلاقة بهذا الخصوص في العلوم الإجتماعية.

#### 3.2.2 مصادر جمع البيانات:

تم الإعتماد على نوعين من مصادر جمع البيانات في هذه الدراسة هي المصادر الأولية: وتمثل البيانات المتعلقة بالدراسة الميدانية والتي تم جمعها ميدانياً من خلال قائمة إستبانة . والمصادر الثانوية: تمثل البيانات التي تم الحصول عليها من خلال الأطلاع على المراجع العربية والأجنبية والدوريات الخاصة بموضوع البحث والأوراق العلمية المتعلقة بموضوع الدراسة والأنترننت.

#### 4.2.2 أداة الدراسة:

أداة جمع البيانات هي الوسيلة التي يستخدمها الباحث في جمع المعلومات اللازمة من الظاهرة موضوع الدراسة، ويوجد العديد من الأدوات المستخدمة في مجال البحث العلمي للوصول إلى المعلومات أو البيانات اللازمة للدراسة، وقد تم الإعتماد على الإستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات الأولية للبحث والتي تم توزيعها على عينة من المرضى، في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم وتتكون الإستبانة من قسمين:

**القسم الأول:** يحتوي على البيانات الشخصية عن المستجيبين وتتكون من ثلاثة فقرات وهي (العمر والجنس والمستوى التعليمي).

**القسم الثاني:** يحتوي على محورين كل محور يتضمن مجموعة من العبارات المكونة لكل من مهارة الإتصال اللفظي ، مهارة الإتصال غير اللفظي ، مهارة الإنصات ، مهارة الإقناع ، الجوانب المادية ، الإعتمادية ، الإستجابة ، الضمان ، التعاطف. ويشمل هذا القسم عدد(47) عبارة تمثل محاور الدراسة وفقاً لمايلي:

جدول رقم (1-2)  
قياس متغيرات الدراسة

عدد العبارات	البعد	المحور
7	الإتصال اللفظي	مهارات التعامل مع المرضى
6	الإتصال غير اللفظي	
6	الإتصالات	
6	الإقناع	
4	الجوانب المادية	جودة الخدمة
5	الإعتمادية	
4	الإستجابة	
4	الضمان	
5	التعاطف	
47	المجموع	

المصدر: إعداد الباحثة من الدراسة الميدانية 2017م

5.2.2 مقاييس الدراسة:

وقد تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي المكون من خمس درجات لتحديد أهمية كل فقرة من فقرات الإستبانة والذي يتراوح ما بين موافق بشدة (خمس درجات) إلي غير موافق بشدة (درجة واحدة)، ومن أجل تفسير النتائج إعتمدت الباحثة الميزان الآتي للمتوسطات الحسابية للإستجابات وفق الجدول التالي:

جدول رقم (2-2)

مقياس درجات الإستجابات للمبحوثين

مستوى درجة التقييم	المتوسط الحسابي	الوزن	الإستجابة
مرتفعة جداً	من 4.5 وحتى 5	5	موافق بشدة
مرتفعة	من 4 إلى أقل من 4.5	4	موافق
متوسطة	من 3.25 إلى أقل من 4	3	محايد
منخفضة	من 2.5 إلى أقل من 3.25	2	غير موافق
منخفضة جداً	أقل من 2.5	1	غير موافق بشدة

المصدر: إعداد الباحثة 2017م

وعليه يصبح الوسط الفرضي للدراسة (الوسيط) (3)، وذلك كمايلي:

$$\text{الوسط الفرضي} = \text{مجموع درجات المفردة على العبارات} / (5+4+3+2+1) = 3$$

وعليه كلما زاد متوسط العبارة عن الوسط الفرضي(3) دل ذلك على موافقة أفراد العينة على العبارة، أما إذا انخفض متوسط العبارة عن الوسط الفرضي(3) دل ذلك على عدم موافقة أفراد العينة على العبارة.

### 6.2.2 مقاييس متغيرات الدراسة:

إعتمدت الدراسة في هذا البحث على المقاييس التي تم استخدامها في بحوث ودراسات سابقة. ذلك أن المقاييس في البحوث السابقة تتميز بأنها محكمة ومعتمدة من قبل جهات (مراكز بحث ومجالات عملية) أكاديمية تم تطبيقها في أكثر من مجال وقطاع ومجتمع وبيئة، وأيضاً قامت الدراسة ببعض التعديلات التي تتوافق وطبيعة البحث.

1. فيما يتعلق بالمقاييس المتعلقة بمهارات الإتصال فقد إعتمدت الدراسة على المقاييس التي أستخدمها كل من (Seyed,et al,2016)،(Negin,et al,2013)،(Matin,etal,2010)،(سعيد،2011).

2. فيما يتعلق بقياس أبعاد جودة الخدمة الصحية، فقد إعتمدت الدراسة على المقياس الذي يتضمن 22 عبارة والمستخدم من قبل كل من (Parasuraman,Berry,Zeithaml1988) مع إضافة بعض العبارات وإجراء التعديلات الضرورية في صياغة هذه العبارات.

3. إعتمدت الدراسة في هذا البحث على المقياس (Servperf)الذي طوره كل من (Cronin,Taylor,1992) والذي يعتمد على الأداء الفعلي فقط، وقد إستخدمت الدراسة هذا المقياس نظراً لبساطته وسهولته وواقعيته، ولأنه يتمتع بشعبية كبيرة لدى الباحثين في مجال قياس جودة الخدمة وسبق أن تم تحكيمة وإعتماده وإستخدامه في دراسات سابقة.

### 7.2.2 صدق المقياس (الأداة): Validity

يقصد بالمصدقية أن تقيس الإستبانة الجوانب التي وضعت لقياسها وروعت فيها الشمولية وعدم الإزدواجية والتحيز في الإستبانة وللتأكد من مدى مصداقيتها، قام الباحث بعرض الإستبانة على مجموعة من الأساتذة الأكاديميين ومن ذوى الإختصاص وذلك بهدف الحكم على درجة شموليتها ومدى صحة ودقة العبارات لغوياً وإقتراح ما يروونه من تعديلات في الشكل والمضمون. وتم إجراء التعديلات اللازمة وفقاً لمقترحاتهم، كذلك طبقت الأداة على عينة استطلاعية قوامها(40) مفردة من المرضى في المستشفيات موضوع الدراسة بغرض التأكد والتعرف على درجة فهم العبارات ودرجة وضوحها وسهولتها، وفي ضوء آرائهم ومقترحاتهم قام الباحث بحذف وتعديل لبعض العبارات، وإعادة صياغة البعض الآخر لتصبح أقرب فهماً وتحقيقاً لأهداف الدراسة.

## 8.2.2 ثبات المقياس (الأداة): Reliability

يشير ثبات المقياس (الأداة) إلى مدى الحصول على النتائج نفسها في حالة تكرار الدراسة في ظروف مشابهة باستخدام الأداة نفسها (الإستبانة، وقد تم إستخدام مقياس ألفا كرونباخ (Cronbachs-Alpha)، لتحديد ثبات الأداة، والجدوال التالي توضح نتائج اختبار ثبات المقياس لأبعاد مهارات التعامل مع المرضى وأبعاد جودة الخدمة الصحية في الدراسة الإستطلاعية.

### جدول رقم (2-3)

درجة ثبات المقياس المستخدم لأبعاد مهارات التعامل

الأبعاد	(Cronbachs-Alpha) درجة الثبات
الإتصال اللفظي	.892
الإتصال غير اللفظي	.894
الإتصات	.842
الإقتناع	.879

المصدر: إعداد الباحثة، 2017 م

### جدول رقم (2-4)

درجة ثبات المقياس المستخدم لأبعاد جودة الخدمة الصحية

الأبعاد	(Cronbachs-Alpha) درجة الثبات
الجوانب المادية	.856
الإعتمادية	.916
الإستجابة	.844
الضمان	.703
التعاطف	.893

المصدر: إعداد الباحثة، 2017 م

ويلاحظ من الجدوال رقم (2-3)، (2-4) إرتفاع قيمة معامل كرونباخ ألفا (Cronbachs-Alpha) عن (0.65) في أبعاد مهارات التعامل وأبعاد جودة الخدمة الصحية وهو الحد الأدنى المقبول مما يعنى ثبات المقياس المستخدم في الدراسة.

## 9.2.2 المقاييس الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات:

تم الإعتماد علي العديد من الأساليب الإحصائية في تحليل البيانات واختبار الفرضيات وذلك بإستخدام برنامج التحليل الإحصائي المعروف ب (SPSS) المستخدم في العلوم الإجتماعية وأيضاً تم استخدام برنامج التحليل الإحصائي (Smart-pls) والذي يعرف اختصاراً لطريقة تحليل أقل المربعات الجزئية (partial least square).

- برنامج التحليل الإحصائي (SPSS):

تم استخدامه لحساب مقاييس الإحصاء الوصفي (Descriptive Statistic Measures) لوصف خصائص عينة الدراسة والوقوف على اتجاهات ودرجة موافقة أفراد العينة على فقرات الإستبانة، وترتيب فقرات الإستبانة ومن هذه الأساليب:

1.النسب المئوية(التكرارات):

لوصف خصائص أفراد عينة الدراسة المتمثلة في البيانات الديمغرافية (الجنس،العمر،المستوى التعليمي).

2. المتوسط الحسابي:

ذلك لمعرفة مدى إرتفاع أوإنخفاض إستجابات أفراد عينة الدراسة على كل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة الأساسية،مع العلم بأنه يفيد في ترتيب العبارات حسب أعلى متوسط حسابي.

3.المتوسط الحسابي الموزون (المرجح):

لمعرفة مدى إرتفاع أوإنخفاض إستجابات أفراد عينة الدراسة عن المحاور الرئيسية(متوسط /متوسطات العبارات)،مع العلم بأنه يفيد في ترتيب المحاور حسب أعلى متوسط موزون مرجح.

4. الإنحراف المعياري:

للتعرف على مدى إنحراف إستجابات أفراد عينة الدراسة لكل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة، ولكل محور من المحاور الرئيسية عن متوسطها الحسابي، ويلاحظ أن الإنحراف المعياري يوضح التشتت في إستجابات أفراد عينة الدراسة لكل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة إلي جانب المحاور الرئيسية، فكلما أقتربت قيمته من الصفر تركزت الإستجابات وإنخفض تشتتها بين المقياس (إذا كان الإنحراف المعياري أقل من الواحد الصحيح فيعني تركيز الإستجابات وعدم تشتتها، أما إذا كان الإنحراف المعياري واحد صحيح أو أعلى فيعني عدم تركيز الإستجابات وتشتتها)، علماً بأنه يفيد في ترتيب العبارات حسب المتوسط الحسابي لصالح أقل تشتت عند تساوى المتوسط المرجح.

## 5. اختبار ثبات الأداة (Reliability):

يستخدم معامل الارتباط كرونباخ ألفا للتحقق من درجة ثبات المقياس المستخدم، حيث يركز على إختبار درجة التناسق الداخلي بين محتويات وبنود المقياس الخاضع للإختبار (لمعرفة مصداقية العينة).

### - برنامج التحليل (Smart-Pls):

تعتبر طريقة نمذجة المعادلة الهيكلية (SEM) إحدى الطرق الإحصائية الحديثة حيث يتم النظر إلى الظاهرة المدروسة من خلال بناء نموذج قياس يتضمن مجموعة من المؤشرات الدالة عليه واختبار مدى صدق هذا النموذج، حيث يتم تحديد علاقات التأثير والتأثر بين المتغيرات المكونة للدراسة<sup>(1)</sup>.

إن نمذجة المعادلة الهيكلية من التقنيات الإحصائية التي أصبحت شائعة جداً في العلوم التجارية والاجتماعية، وقدرتها على تصميم المتغيرات الكامنة، ومراعاة أشكال مختلفة من أخطاء القياس، واختبار نظريات كاملة جعلها مفيدة لعدد كبير من الأسئلة البحثية<sup>(2)</sup>.

برنامج (Smart-Pls) هو من البرامج الإحصائية الحديثة في تحليل البيانات واستخراج النتائج، وذلك لاختبار نموذج الدراسة باستخدام الاختبارات الإحصائية التي تقيس أثر المتغير المستقل على المتغيرات التابعة من خلال نمذجة المعادلة الهيكلية<sup>(3)</sup>.

تم استخدام نماذج معادلة المربعات الجزئية الصغرى (PLS-SEM) لتحليل البيانات واختبار الفروض باستخدام برنامج (Smart-Pls 3.1.7)، وهناك عدد من الأسباب الرئيسية لاستخدام برنامج (PLS) في الدراسة الحالية بدلاً عن برامج أخرى مثل ML- LISREL أو AMOS:

1. تحتاج هذه البرنامج الإحصائية إلى أحجام عينات ( $n > 200$ )، وعدد قليل نسبياً من المؤشرات<sup>(4)</sup>، بينما (PLS) تطبق على أحجام العينات الصغيرة والنماذج المعقدة<sup>(5)</sup>.

2. تعتمد الطرق القائمة على التغيرات المشترك على التوزيع الطبيعي متعدد المتغيرات للبيانات، بينما طريقة (PLS) لا تعتمد على افتراضات توزيعية، أيضاً تطبق (PLS) في الحالات ذات الطابع الاستكشافي حيث لا يمكن ضمان التوزيع الطبيعي متعدد المتغيرات للبيانات<sup>(6)</sup>.

(1) محمد بدوي، النمذجة بالمعادلات البنائية وتطبيقاتها في بحوث التسويق، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، العدد (5)، 2016، ص: 16-2

(2) Henseler et al., Using PLS path modeling in new technology research: updated guidelines, industrial Management & data system, Vol(116), No(1), 2016, pp2-20

(3) Ken Kwong, Kay wong, Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS- SEM) Techniques Using SmartPLS, "Marketing Bulletin, Technical Note 1, 2013P24

(4) Hair et al, Multivari-ate Data Analysis, New Jersey, 1998, P.605

(5) Fornell, C, Bookstein, F. L. Two Structural Equation Models: LISREL and PLS Applied to Consumer Exit-Voice Theory. Journal of Marketing Research, 1982, No(19), 440-452P.450

(6) Wold, H. Partial Least Squares, Kotz, S. Johnson, N. L. (Edit.), Ency-clopedia of Statistical Sciences, New York, 1985, 581-591.P590

3. يمكن التعامل مع المؤشرات التكوينية أبسط بكثير من خلال (PLS) وهذا يعني أن نموذج القياس فيه (PLS) قد لا يشمل فقط المؤشرات العاكسة، التي تنتج عن بناء أساسي للوضع (A)، ولكن أيضاً يشمل التكوينات، والتي تشكل البنية للوضع (B)، وبالتالي تعمل كمؤشر.<sup>(1)</sup>

وفقاً لطريقة (PLS) يتم تقسيم تحليل البيانات أو ما يطلق عليه تقييم جودة واختبار البيانات الإحصائية للنموذج البحث (Research Models) إلى مرحلتين هما:

#### المرحلة الأولى:

تعمل على تقييم واختبار جودة المقاييس (أو يطلق عليها المؤشرات) المستخدمة في نموذج البحث ، وتسمى هذه المرحلة بالتقييم القياسي للنموذج البحثي (Assessment of Measurement Model)

#### المرحلة الثانية:

تعمل على تقييم واختبار العلاقة الترابطية بين عناصر متغيرات البحث الكامنة مع بعضها البعض المستخدمة في نموذج البحث ، كذلك بتقييم العلاقة التنبؤية في نموذج البحث، وتختبر إلى أي مدى يمكن للمتغيرات الكامنة الخارجية (أو ما يسمى بالمتغيرات المستقلة) المستخدمة في نموذج البحث أن تتنبأ بالتغير في قيم المتغيرات الكامنة الداخلية (أو ما يسمى بالمتغيرات التابعة) وتسمى بمرحلة التقييم الهيكلي للبحث (Assessment of Structural Model).<sup>(2)</sup>

#### 10.2.2 مجتمع الدراسة:

يقصد بمجتمع الدراسة المجموعة الكلية من العناصر التي يسعى الباحث أن يعمم عليها النتائج ذات العلاقة بالمشكلة المدروسة، ويتكون مجتمع الدراسة من المرضى في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم، وحيث تم الاعتماد على أسلوب العينة لأنه ليس بالإمكان دراسة المجتمع كله حتى وإن أمكن فإن عنصر الوقت والتكلفة لا يسمحان بذلك. ونسبة لكبر حجم هذا المجتمع تم إختيار عينة من المرضى وقت إجراء الدراسة الميدانية.<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Diamantopoulos, A., Winklhofer, Index Construction with for native Indicators: An Alternative to Scale Development. *Journal of Marketing Research*, 2001, 269-277. P269

<sup>(2)</sup> عادل العريفي، الدليل المختصر لتحليل البيانات الإحصائية باستخدام طريقة PLS وبرنامج smart-PLS، الإصدار الأول ، 2014، ص:2

<sup>(3)</sup> أوما سيكاران، تعريب أسماعيل على بسيوني، طرق البحث في الإدارة -مدخل لبناء المهارات البحثية ، دار المريخ للنشر الرياض، 2006، ص:401

## 11.2.2 عينة الدراسة:

العينة عبارة عن جزء أو مجموعة فرعية من المجتمع ، وعند دراسة العينة يتمكن الباحث من الوصول إلى إستنتاجات قابلة للتطبيق على كل أفراد المجتمع، وتم الإعتماد على عينة غير إحصائية (ميسرة) لأنها تتيح للباحث جمع المعلومات من أفراد المجتمع الموجودين في ظروف مريحة.

## 12.2.2 حجم عينة الدراسة:

نسبة لعدم التمكن من الحصول على إطار العينة للمبجوثين لأسباب تتعلق بطبيعة وظروف عمل وإدارة هذه المستشفيات موضوع الدراسة الميدانية، تم استخدام الاسلوب النظري في تحديد حجم العينة، حيث أورد (umasekaran) بعض النقاط التي يمكن الأسترشاد بها من أجل تحديد حجم العينة المطلوب منها:

1. يعتبر حجم العينة الواقع بين (30-500) مفردة ملائم لمعظم الأبحاث والدراسات.

2. يجب أن لا يقل عدد المفردات لكل طبقة عن (30) مفردة في العينات الطبقية.

3. يفضل أن لا يقل عدد مفردات العينة عن عشرة أضعاف عدد متغيرات الدراسة.<sup>(1)</sup>

ويشير (Hair,1998) إلى تحديد العينة من خلال عددا الأبعاد التي يتضمنها النموذج مضروباً في (20)، والكثير من الباحثين يرون أن (100) مفردة تمثل الحد الأدنى لإجراء تحليل إحصائي ملائم وتعميم النتائج.<sup>(2)</sup>

وتلبية لأغراض البحث تم توزيع (350) إستبانة على المرضى، وتم إسترداد (320) إستبانة أستبعد منها (25) إستبانة لأسباب تتعلق بعدم الصلاحية للتحليل، نسبة لكثرة الأخطاء أو عدم الإجابة على عدد كبير من أسئلة الأستبانة.

(1) المرجع السابق، ص:401

(2) Kenneth D, Bailey, Methods of Social Research, ,1995p.122

## الفصل الثالث

### تحليل البيانات واختبار الفرضيات

المبحث الأول: عرض وتحليل البيانات

المبحث الثاني: اختبار فرضيات الدراسة

## المبحث الأول عرض وتحليل البيانات

### 1.1.3 مقدمة:

يتناول هذا المبحث معدل إستجابة أفراد العينة، وصف عينة الدراسة، التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة باستخدام برنامج التحليل الإحصائي (Spss)، وأيضاً تحليل بيانات الدراسة لاختبار جودة النموذج، التحليل العاملي لمتغيرات الدراسة، وتحليل الإعتماذية والصلاحية للنموذج، وذلك بالإعتماد على أسلوب نمذجة المعادلة الهيكلية (SEM) لاختبار العلاقات بين المتغيرات في هذه الدراسة، وباستخدام برنامج التحليل الإحصائي (Smart-Pls).

### 2.1.3 توزيع الإستبيانات على المبحوثين ونسبة إعادتها:

#### جدول رقم (3-1)

توزيع الإستبيانات على المبحوثين ونسبة إعادتها

البيان	العدد	النسبة
الإستبيانات الموزعة	350	100%
الإستبيانات المستردة	320	91%
الإستبيانات التي لم تسترد	30	9%
الإستبيانات غير صالحة للتحليل	25	8%
الإستبيانات الصالحة للتحليل	295	92%

المصدر: إعداد الباحثة باستخدام تحليل spss 2018م

تم توزيع الإستبيانات حسب ماتم توضيحه في الجدول رقم (3-1)، فقد بين إعداد الإستبيانات المعادة والصالحة للتحليل ونسبة إعادتها، حيث تم توزيع (350) إستبانه على المرضى بالمستشفيات موضوع الدراسة إعيد منها (320) إستمارة أي مانسبته (91%) من مجموع الإستبيانات الموزعة على المرضى، وكانت عدد الإستبيانات الصالحة للتحليل (295) إستبانه أي بنسبة (92%).

### 3.1.3 وصف عينة الدراسة:

فيمايلي عرض الوصف الإحصائي لعينة البحث وفق، العمر، الجنس، المستوى التعليمي، والجدوال التالية تبين خصائص عينة الدراسة.

1. توزيع مفردات الدراسة حسب العمر:

جدول رقم (3-2)

توزيع الإستبانة على المبحوثين حسب العمر

النسبة	التكرار	فئات العمر
46.8%	138	18 وأقل من 30 سنة
22.0%	65	30 وأقل من 40 سنة
15.6%	46	40 وأقل من 50 سنة
10.2%	30	50 وأقل من 60 سنة
5.4%	16	أكثر من 60 سنة
100%	295	المجموع

المصدر: إعداد الباحثة باستخدام تحليل spss 2018م

الجدول (3-2) يبين توزيع الإستبانة على المبحوثين حسب العمر حيث وزعت الإستبانة على (46.8% من المبحوثين من الفئة العمرية (18 وأقل من 30 سنة)، و(22.0%) من المبحوثين من الفئة العمرية (30 وأقل من 40 سنة) و(15.6%) من المبحوثين من الفئة العمرية (40 وأقل من 50 سنة)، و(10.2%) من المبحوثين من الفئة العمرية (50 وأقل من 60 سنة)، و(5.4%) من المبحوثين من الفئة العمرية (أكثر من 60 سنة) ونجد أن المبحوثين من الفئة العمرية من (18 وأقل من 30 سنة) بالمستشفيات موضوع الدراسة يشكلون النسبة الأكبر من المبحوثين حسب الفئة العمرية.

2. توزيع مفردات الدراسة حسب الجنس:

جدول رقم (3-3)

توزيع الإستبانة على المبحوثين حسب الجنس

النسبة	التكرار	الجنس
42%	124	ذكر
58%	171	أنثى
100%	295	المجموع

المصدر: إعداد الباحثة باستخدام تحليل spss 2018م

الجدول رقم (3-3) يبين توزيع الإستبانة على المبحوثين حسب الجنس حيث وزعت الإستبانة على (42%) من المبحوثين من الذكور، والباقي (58%) على المبحوثين من الإناث في المستشفيات موضوع الدراسة الميدانية وبذلك تكون نسبة المبحوثين من الإناث أعلى من نسبة المبحوثين من الذكور.

### 3. توزيع مفردات الدراسة حسب المستوى التعليمي:

#### جدول رقم (3-4)

##### توزيع الإستمابنة على المبحوثين حسب المستوى التعليمي

النسبة	التكرار	المستوى التعليمي
2.7%	8	أمى/ خلوة
6.4%	19	إبتدائى/ أساس
14.6%	43	ثانوى
62.7%	185	جامعى
13.6%	40	فوق الجامعى
100%	295	المجموع

المصدر: إعداد الباحثة باستخدام تحليل spss 2018م

الجدول (3-4) يبين توزيع الإستمابنة على المبحوثين حسب المستوى التعليمي حيث وزعت الإستمابنة على (2.7%) من المبحوثين من فئة المستوى التعليمي أمى/ خلوة، و(6.4%) من المبحوثين من فئة المستوى التعليمي إبتدائى/ أساس، و(14.6%) من المبحوثين من فئة المستوى التعليمي ثانوى و(62.7%) من المبحوثين من فئة المستوى التعليمي جامعى، و(13.6%) من المبحوثين من فئة المستوى التعليمي فوق الجامعى ونجد أن المبحوثين من فئة المستوى التعليمي الجامعى بالمستشفيات موضوع الدراسة يشكلون النسبة الأكبر من المبحوثين حسب المستوى التعليمي ومن ثم فئة المستوى التعليمي ثانوى.

#### 4.1.3 التحليل العاملي التوكيدي: Confirmatory Factor Analysis

تم استخدام تقنية نمذجة المعادلة الهيكلية للمربعات الصغرى (PLS-SEM) من خلال برنامج التحليل الإحصائي (SmartPLS3) في إجراء عملية التحليل العاملي التوكيدي (CFA) لنموذج الدراسة. الجدول التالي توضح التحليل العاملي التوكيدي لمتغيرات الدراسة، حيث يبين الجدول رقم (3-5) التحليل العاملي التوكيدي للمتغير المستقل أبعاد مهارات التعامل، والجدول رقم (3-6) التحليل العاملي التوكيدي للمتغير التابع أبعاد جودة الخدمة.

جدول رقم (3-5)

يوضح التحليل العاملي التوكيدي لأبعاد مهارات التعامل

تحميل العامل				المتغيرات
4	3	2	1	
مهارة الإتصالات				
			0.742	Q14
			0.798	Q15
			0.780	Q16
			0.832	Q17
			0.831	Q18
			0.744	Q19
مهارة الإصال اللفظي				
		0.821		Q2
		0.794		Q3
		0.835		Q6
		0.821		Q7
مهارة الاتصال غير اللفظي				
	0.809			Q10
	0.801			Q11
	0.765			Q12
	0.778			Q8
	0.817			Q9
مهارة الإقناع				
0.762				Q20
0.764				Q21
0.862				Q22
0.743				Q23
0.728				Q24
0.833				Q25

المصدر: إعداد الباحثة من بيانات التحليل الإحصائي 2018م (بالاعتماد على برنامج Smart PLS3)

جدول رقم (3-6)

يوضح التحليل العاملي التوكيدي لأبعاد جودة الخدمة

تحميل العامل					
5	4	3	2	1	المتغيرات
الإستجابة					
				0.833	Q35
				0.849	Q36
				0.760	Q37
				0.785	Q38
الإعتمادية					
			0.872		Q30
			0.883		Q31
			0.881		Q32
			0.815		Q33
			0.837		Q34
التعاطف					
		0.753			Q43
		0.853			Q44
		0.762			Q45
		0.844			Q46
		0.806			Q47
الجوانب المادية					
	0.824				Q26
	0.874				Q27
	0.811				Q28
	0.812				Q29
الضمان					
0.822					Q39
0.800					Q40
0.780					Q41
0.813					Q42

المؤشرات تم تحميلها على مستوى 0.70 كحد أدنى

المصدر: إعداد الباحثة من بيانات التحليل الإحصائي 2018م (بالإعتماد على برنامج Smart PLS)

### 5.1.3 معايير جودة النموذج (Quality Criteria):

#### 1. معامل التحديد: R square (Coefficient of Determination)

يعتبر القياس الأكثر استخداماً لتقييم النموذج الهيكلي معامل التحديد (قيمة  $R^2$ )، وهذا المعامل هو مقياس للدقة التنبؤية للنموذج ويتم حسابه كعلاقة تربيعية بين القيم الفعلية والمتنبأ بها للبناء الداخلي المحدد.

يمثل المعامل التأثيرات المجمعة الكامنة للمتغيرات الخارجية على المتغير الكامن الداخلي، ولأن المعامل هو الارتباط التربيعي للقيم الفعلية والمتنبأ بها، فإنه يمثل أيضاً مقدار التباين في التركيبات الداخلية التي تفسرها كل البنى الخارجية المرتبطة به.

تتراوح قيمة ( $R^2$ ) من (0-1)، حيث تشير المستويات العالية إلى مستويات أعلى من الدقة التنبؤية، ووفقاً لهذا الاختبار، وحسب معايير (chin1998) يكون التأثير كبير إذا كان أعلى من (0.67)، ومتوسط إذا كان بين (0.33 و 0.67) وضعيف إذا كان أقل من (0.33).<sup>(1)</sup>

#### جدول رقم (3-7)

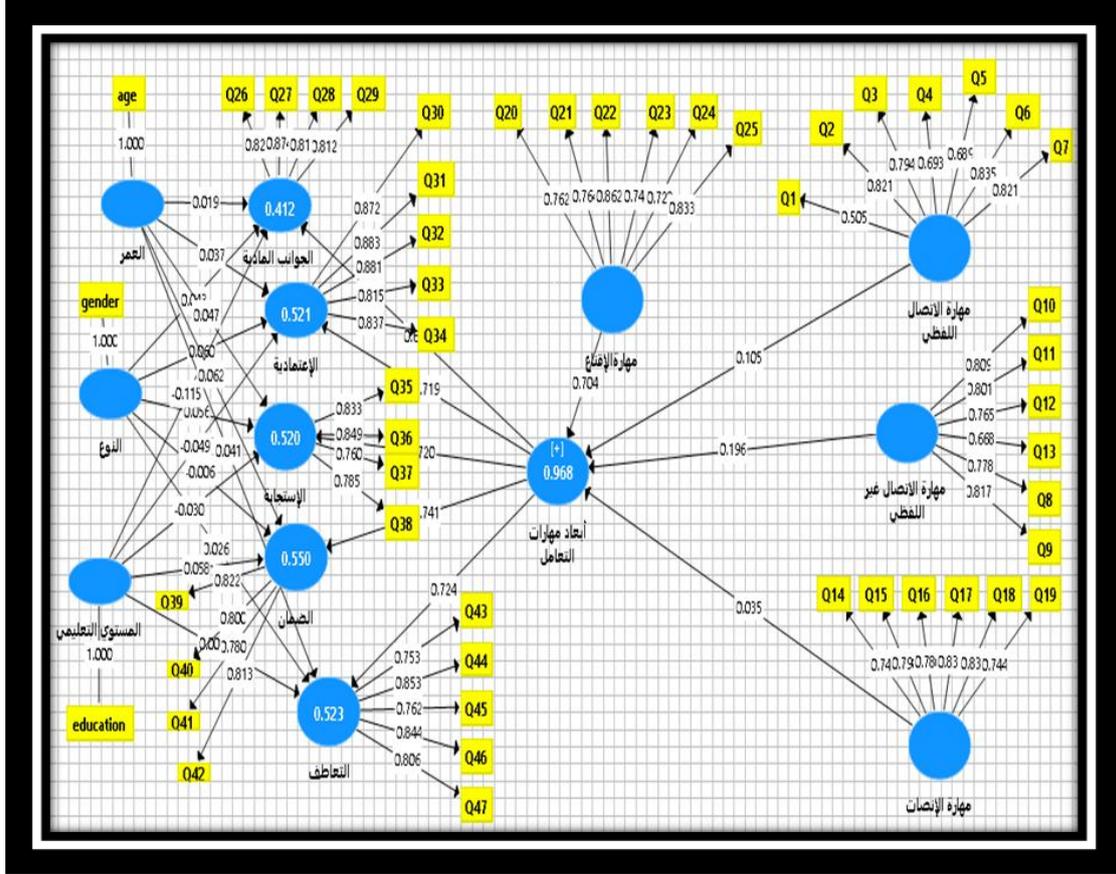
#### يوضح R square

المتغيرات	R square	R square Adjusted
الإستجابة	.520	.513
الإعتمادية	.521	.514
التعاطف	.523	.517
الجوانب المادية	.412	.404
الضمان	.550	.544

المصدر: إعداد الباحثة من بيانات التحليل الإحصائي 2018م (بالاعتماد على برنامج Smart PLS3)

<sup>(1)</sup>Hair, et al., A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM), Kennesaw State University, USA, Second edition, 2017, P.209

شكل رقم (1-3) يوضح R square



المصدر: نتائج برنامج تحليل Smart -PLS3

من خلال الجدول رقم (3-7) والشكل رقم (3-1) يتضح أن معامل ( $R^2$ ) معنوي حيث أن معامل الإستجابة (0.520)، ومعامل الإعتمادية (0.521)، ومعامل التعاطف (0.523)، ومعامل الجوانب المادية (0.412)، ومعامل الضمان (0.550)، وتشير جميع قيم معامل ( $R^2$ ) على أنها متوسطة.

Effect size -  $F^2$  .2

جدول رقم (3-8) يوضح F square

حجم الأثر	المتغيرات
1.071	الإستجابة
1.069	الإعتمادية
1.091	التعاطف
.678	الجوانب المادية
1.211	الضمان

المصدر: إعداد الباحثة من بيانات التحليل الإحصائي 2018م (بالاعتماد على برنامج Smart PLS3)



جدول رقم (3-9)

يوضح  $Q^2$  Predictive relevance

$Q^2 (=1-SSE/SSO)$	SSE	SSO	
0.426	4,232.900	7,375.000	أبعاد مهارات التعامل
0.307	817.757	1,180.000	الإستجابة
0.351	957.790	1,475.000	الإعتمادية
0.313	1,013.896	1,475.000	التعاطف
0.259	873.918	1,180.000	الجوانب المادية
0.322	799.973	1,180.000	الضمان

المصدر إعداد الباحثة من بيانات التحليل الإحصائي 2018م (بالاعتماد على برنامج Smart PLS3)

يبين الجدول رقم (3-9) أعلاه أن قيم ( $Q^2$ ) كلها إيجابية أكبر من الصفر وأن العلاقات في النموذج لها أهمية تنبؤية.

4. Model Fit

مؤشر (GoF) يعمل على قياس مدى إمكانية الإعتماد على نموذج الدراسة، ويبين الجدول رقم (10-3) أن قيمة (rms Theta) والتي تقيس مدى إمكانية الإعتماد على النموذج كانت في حدود 0.136 أي 14. وهي تقع بين المدي 0.1 وأقل من 0.25.

جدول رقم (3-10)

يوضح (GoF) Goodness of Fit of the Model

	rms Theta
0.136	rms Theta

المصدر: إعداد الباحثة من بيانات التحليل الإحصائي 2018م (بالاعتماد على برنامج Smart PLS3)

### 6.1.3 الإعتدائية والصلاحية: (Construct Reliability and Validity)

#### 1. تحليل الإعتدائية:

ألفا كرونباخ: مقياس لموثوقية الاتساق الداخلي، حيث يستخدم هذا التحليل للعشور على الاتساق الداخلي للبيانات ويتراوح من (0 إلى 1)، إذا كانت قيم معامل ألفا كرونباخ أقرب إلى الواحد يعتبر الاتساق الداخلي للمتغيرات كبير، ولإتخاذ قرار بشأن قيمة ألفا كرونباخ يتوقف ذلك على الغرض من البحث ففي المراحل الأولى من البحوث الأساسية تشير (Nunnally 1967) إلى أن المصدقية من (0.50-0.60) تكفي وأن زيادة المصدقية لأكثر من (0.50) ربما يكون إسراف، أما (Hair,2010) أقترح أن قيمة ألفا كرونباخ يجب أن تكون أكثر من (0.70).<sup>(1)</sup> والجدول التالي يوضح نتائج تحليل الإعتدائية.

#### جدول رقم (3-11)

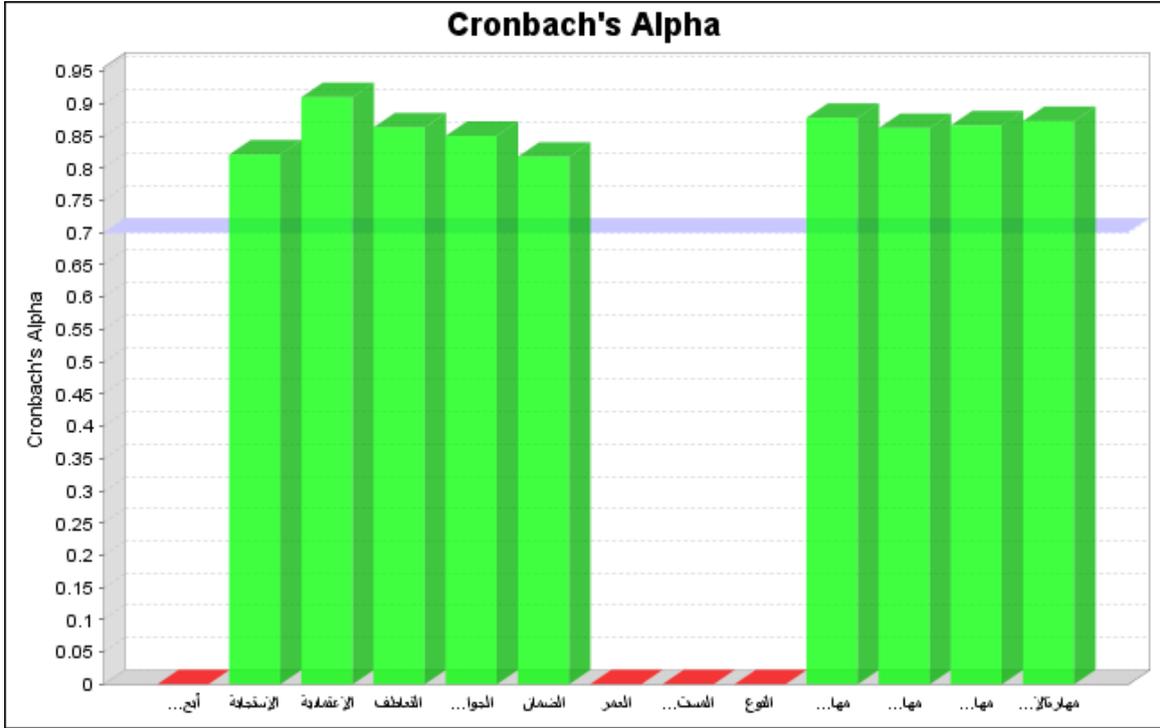
#### يوضح تحليل الإعتدائية

المتغيرات	Cronbach's Alpha
الإستجابة	.821
الإعتدائية	.910
التعاطف	.863
الجوانب المادية	.850
الضمان	.818
مهارة الإتصات	.878
الإتصال اللفظي	.862
الإتصال غير اللفظي	.866
مهارة الإقناع	.873

المصدر: إعداد الباحثة من بيانات التحليل الإحصائي 2018م (بالاعتماد على برنامج Smart PLS3)

<sup>(1)</sup> Hair, et .al, A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM), Kennesaw State University, USA, 2010

شكل رقم (3-3) يوضح معامل الاعتمادية (ألفا كرونباخ)



المصدر: نتائج برنامج تحليل Smart-PLS3

يوضح الجدول رقم (3-11)، والشكل (3-3) أن معامل الاعتمادية لجميع المتغيرات أعلى من قيمة (0.70) والتي أظهرت مستويات عالية من الاتساق الداخلي لجميع المتغيرات.  
2. تحليل الاعتمادية المركبة:

عند استخدام برنامج (Smart-PLS) تستخدم الاعتمادية المركبة بدلاً من ألفا كرونباخ لتقييم موثوقية الاتساق الداخلي لنموذج القياس، تعتبر الاعتمادية المركبة معياراً أكثر ملاءمة للموثوقية ومع ذلك لا تزال ألفا كرونباخ تمثل مقياساً متحفظاً لموثوقية الاتساق الداخلي، تتباين الاعتمادية المركبة بين (0-1)، حيث تشير القيم الأعلى إلى مستويات أعلى من الموثوقية، يتم تفسيرها بشكل عام بنفس طريقة ألفا كرونباخ. وعلى وجه التحديد قيم الموثوقية المركبة من (0.60 إلى 0.70) مقبولة في البحث الاستكشافي، بينما في المراحل المتقدمة من البحث، يمكن اعتبار القيم بين (0.70 - 0.90) مرضية (Bernstein, Nunnally 1994).<sup>(1)</sup>

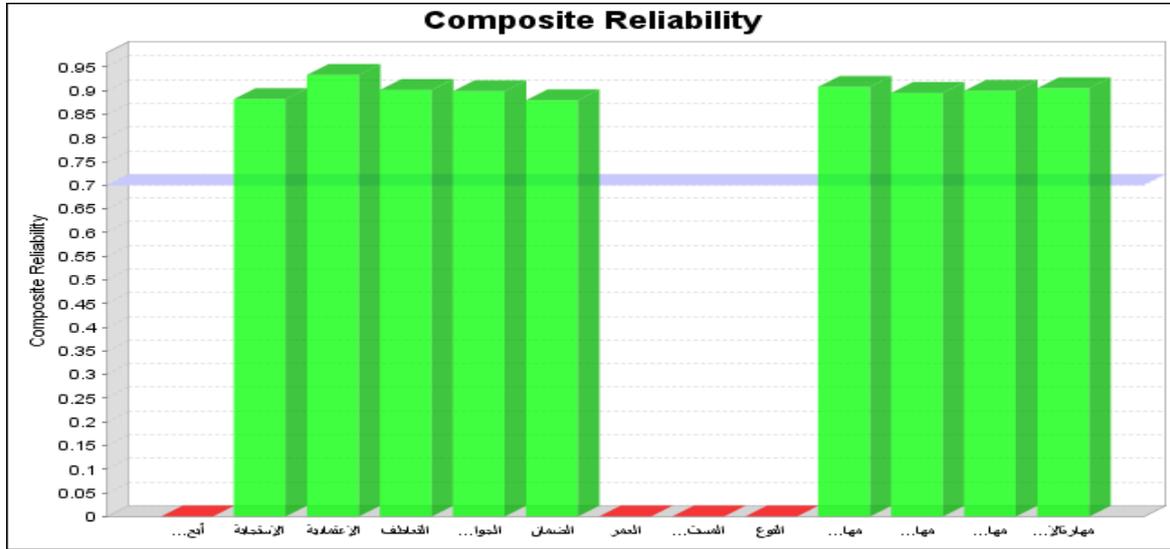
<sup>(1)</sup> Joseph F. Hair et. al, a primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM), 2014 p102

جدول رقم (3-12) يوضح الاعتمادية المركبة

Composite Reliability	المتغيرات
.882	الإستجابة
.933	الإعتمادية
.901	التعاطف
.899	الجوانب المادية
.880	الضمان
.908	مهارة الإتصات
.895	الإتصال اللفظي
.900	الإتصال غير اللفظي
.905	مهارة الإقناع

المصدر: إعداد الباحثة من بيانات التحليل الإحصائي 2018م (بالاعتماد على برنامج Smart PLS)

شكل رقم (3-4) يوضح تحليل الإعتمادية المركبة



المصدر: نتائج برنامج تحليل Smart -PLS3

يوضح الجدول رقم (3-12) والشكل (3-4) أن الإعتمادية المركبة لجميع المتغيرات أعلى من قيمة (0.70) والتي أظهرت مستويات عالية من الاتساق الداخلي لجميع المتغيرات.

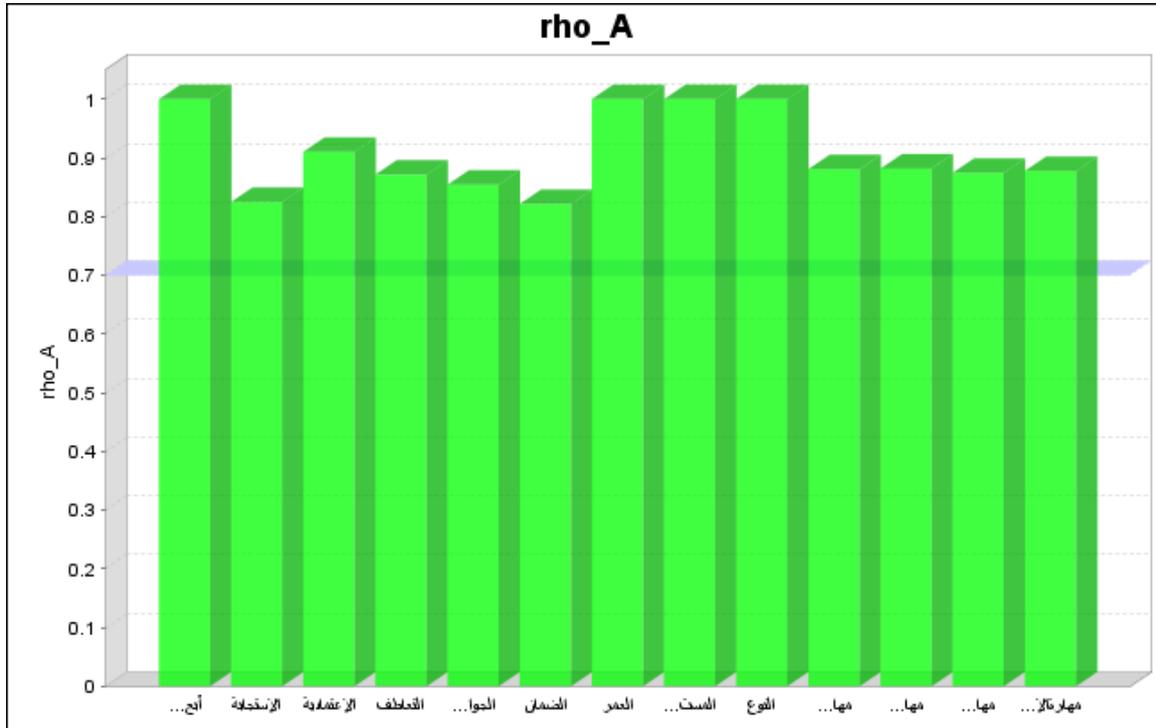
### 3. تحليل rho\_A

جدول رقم (3-13) يوضح تحليل rho\_A

rho_A	المتغيرات
.825	الإستجابة
0.910	الإعتمادية
.871	التعاطف
.850	الجوانب المادية
.821	الضمان
.881	مهارة الإنصات
.882	الإتصال اللفظي
.875	الإتصال غير اللفظي
.873	مهارة الإقناع

المصدر: إعداد الباحثة من بيانات التحليل الإحصائي 2018م (بالاعتماد على برنامج Smart PLS3)

شكل رقم (3-5) يوضح تحليل rho\_A



المصدر: نتائج برنامج تحليل Smart -PLS3

يوضح الجدول رقم (3-13)، والشكل (3-5) أن جميع قيم معاملات (rho\_A) أعلى من قيمة (0.70) والتي أظهرت مستويات عالية من الاتساق الداخلي لجميع المتغيرات.

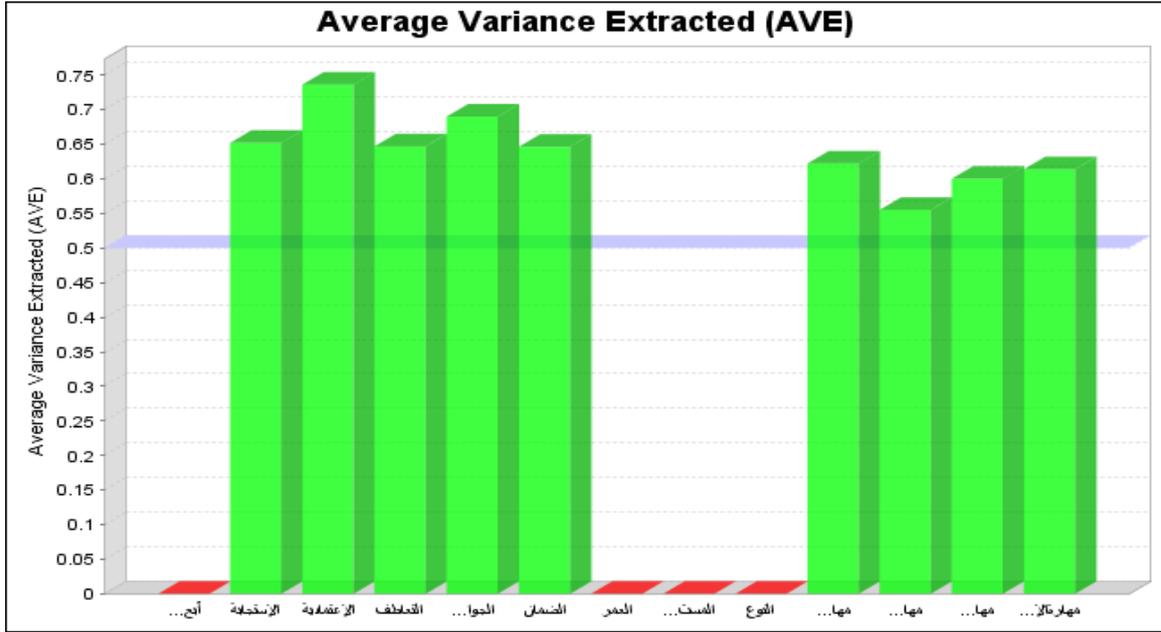
#### 4. متوسط التباين المفسر (AVE)

جدول رقم (3-14) يوضح التباين المفسر (AVE)

المتغيرات	Average variance Extracted(AVE)
الإستجابة	.652
الإعتمادية	.736
التعاطف	.647
الجوانب المادية	.690
الضمان	.646
مهارة الإنصات	.622
الإتصال اللفظي	.555
الإتصال غير اللفظي	.6000
مهارة الإقناع	.614

المصدر: إعداد الباحثة من بيانات التحليل الإحصائي 2018م (بالاعتماد على برنامج Smart PLS)

شكل رقم (3-6) يوضح التباين المفسر (AVE)



المصدر: نتائج برنامج تحليل Smart -PLS3

من خلال الجدول (3-14)، والشكل (3-6) نجد أن متوسطات التباين المفسر أكبر من (0.05) مما يدل على جودة النموذج المقترح ويمكن أن يوفر ذلك دليلاً على صحة التقارب. كما أشار (Larcker & Bagozzi and Yi 1988, Fornell & 1982) أن قيم (AVE) يجب أن تكون 0.50 أو أعلى.<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Don Fernando , Intention to Use Go-Jek Service Application in Indonesia by applying Task Technology Fit and Social Capital, Master Thesis, Universiteit Leiden, ICT in Business ,Leiden Institute of Advanced Computer Science, 2016, p3-40

## 5.الصدق التمييزي Discriminant Validity

### Fornell-Larcker Criterion

#### جدول رقم (3-15) Discriminate Validity -Fornell-Larcker Criterion

13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
													أبعاد مهارات التعامل (1)
											0.808	0.717	الإستجابة (2)
										0.858	0.852	0.716	الإعتمادية (3)
									0.804	0.744	0.789	0.722	التعاطف (4)
								0.831	0.650	0.792	0.734	0.629	الجوانب المادية (5)
							0.804	0.659	0.777	0.740	0.763	0.739	الضمان (6)
							-0.023	0.005	-0.027	-0.016	-0.014	-0.084	العمر (7)
						-0.426	0.068	-0.088	0.023	-0.024	-0.009	0.050	تعليمي (8)
					0.086	-0.230	0.020	0.059	0.051	0.082	0.077	0.048	الجنس (9)
			0.789	0.090	0.074	-0.061	0.634	0.493	0.611	0.603	0.610	0.849	الإنبصات (10)
		0.745	0.759	0.085	0.046	-0.073	0.602	0.544	0.558	0.645	0.594	0.845	الاتصال اللفظي (11)
	0.775	0.807	0.778	0.051	0.054	-0.022	0.617	0.527	0.590	0.636	0.610	0.857	الاتصال اللفظي غير (12)
0.784	0.779	0.789	0.827	0.043	0.048	-0.086	0.711	0.611	0.696	0.674	0.678	0.969	الإقناع (13)

المصدر: إعداد الباحثة من بيانات التحليل الإحصائي 2018م (بالاعتماد على برنامج Smart PLS)

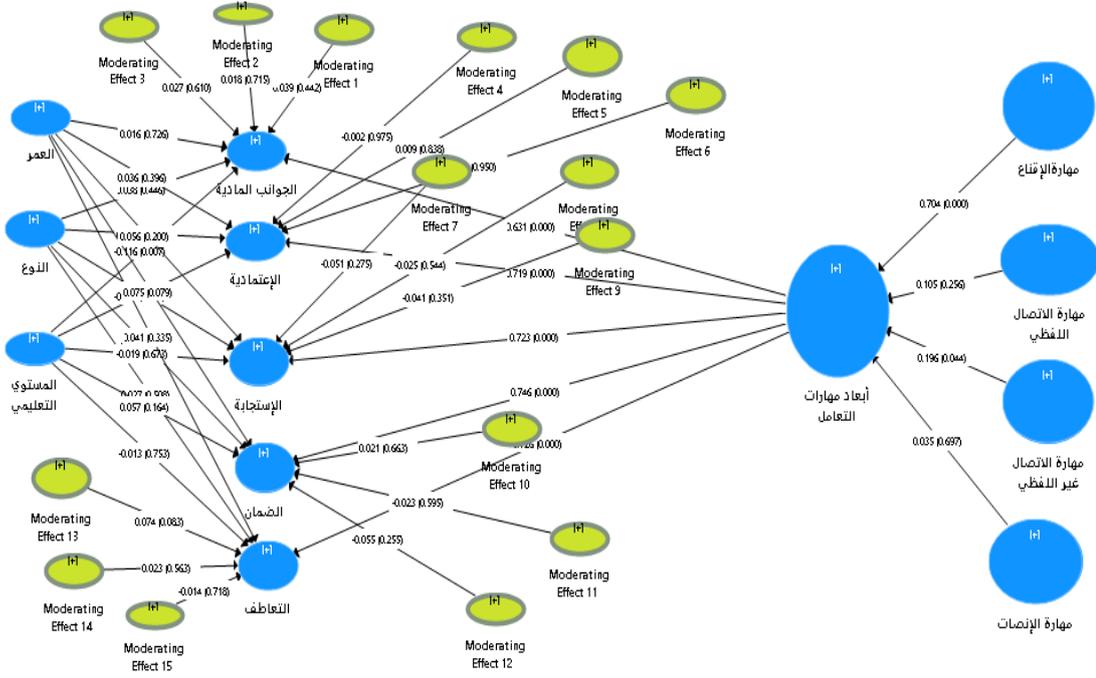
يوضح الجدول (3-15) الصدق التمييزي باستخدام معيار Fornell-Larcker وهو مقياس لصحة التمييز الذي يقارن الجذر التربيعي لمعدل التباين في كل بنية مستخلص مع إرتباطاته مع كل التركيبات الأخرى في النموذج. ويقترح (Fornell&Larcker,1981) أن الجذر التربيعي لـ (AVE) لكل متغير كامن يجب أن يكون أكبر من الارتباطات بين المتغيرات الكامنة الأخرى.<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Ibid

### 7.1.3 نموذج الدراسة المعدل :

شكل رقم (3-7)

يوضح نموذج الدراسة (المعدل)



المصدر: نتائج برنامج تحليل Smart –PLS3

### 8.1.3 التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة:

لوصف خصائص مفردات عينة الدراسة يتم حساب كل من الوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل عبارات محور الدراسة ويتم مقارنة الوسط الحسابي للدراسة بالوسط الفرضي للدراسة (3) حيث تتحقق الموافقة على الفقرات إذا كان الوسط الحسابي للعبارة أكبر من أكبر من الوسط الفرضي وتتحقق عدم الموافقة إذا كان الوسط الحسابي أقل من الوسط الفرضي. وإذا كان الانحراف المعياري للعبارة يقترب من الواحد الصحيح فهذا يدل على تجانس الإجابات بين أفراد العينة.

#### 1. الإحصاء الوصفي لمحور المتغير المستقل (أبعاد مهارات التعامل):

لمعرفة مستوى مهارات التعامل مع المرضى في المستشفيات موضوع الدراسة، وللإجابة على تساؤل البحث (ما هو مستوى مهارات التعامل مع المرضى) (الإتصال اللفظي، الإتصال غير اللفظي، الإنصات، الإقناع) في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم، تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، والأهمية النسبية للعبارات كما هو موضح بالجدول (3-16)، (3-17)، (3-18)، (3-19)، ويبين الجدول (3-20) خلاصة هذه النتائج.

#### أولاً: المقاييس الوصفية لعبارات محور مهارة الإتصال اللفظي

يوضح الجدول رقم (3-16) المتوسط والانحراف المعياري والأهمية النسبية للعبارات التي تقيس محور مهارة الاتصال اللفظي وترتيبها وفقاً لإجابات المستقصى منهم.

#### جدول رقم (3-16) المقاييس الوصفية لعبارات محور مهارة الإتصال اللفظي

العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الموافقة
يتحدث الكادر الصحي مع المرضى بسرعة مناسبة تمكنهم من استيعاب ما يقول.	4.17	1.051	مرتفعة
يتحدث الكادر الصحي إلى المرضى باهتمام وحيوية.	4.24	.932	مرتفعة
يستخدم الكادر الصحي كلمات وألفاظ واضحة للتعبير عند التحدث مع المرضى.	4.32	.869	مرتفعة
يقوم الكادر الصحي بتوضيح وتفسير ما هو مطلوب وفق المصطلحات الطبية لعلاج المرضى.	4.06	1.006	مرتفعة
يقوم الكادر الصحي بإختيار الوقت المناسب للحديث مع المرضى.	3.99	1.079	متوسطة
يراعى الكادر الصحي حاله النفسية للمرضى أثناء الحديث معهم.	4.21	.958	مرتفعة
يجيب الكادر الصحي علي أسئلة المرضى بكل ترحاب وصبر.	4.27	.912	مرتفعة
المؤشر الكلي (المتوسط العام)	4.18	.715	مرتفعة

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018م

يتضح من الجدول رقم (3-16) مايلي:

1. أن جميع عبارات محور (مهاراة الإتصال اللفظي) يزيد متوسطها عن الوسط الفرضي (3) وهذه النتيجة تدل على موافقة أفراد العينة على جميع عبارات محور مهارة الإتصال اللفظي.  
2. أهم عبارة من عبارات محور (مهاراة الإتصال اللفظي) هي العبارة (يستخدم الكادر الصحى كلمات وألفاظ واضحة للتعبير عند التحدث مع المرضى). حيث بلغ متوسط إجابات أفراد العينة على هذه العبارة (4.32) بإنحراف معياري (0.869) وأقل عبارة من حيث الموافقة من عبارات محور (مهاراة الإتصال اللفظي) هي العبارة (يقوم الكادر الصحى بإختيار الوقت المناسب للحديث مع المرضى). حيث بلغ متوسط العبارة (3.99) بإنحراف معياري (1.079).

3. كما بلغ متوسط جميع العبارات (4.18) بإنحراف معياري (0.715) وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة يوافقون على جميع العبارات التي تقيس محور مهارة الإتصال اللفظي.

ثانياً: المقاييس الوصفية لعبارات محور مهارة الإتصال غير اللفظي

يوضح الجدول رقم (3-17) المتوسط والانحراف المعياري والأهمية النسبية للعبارات التي تقيس محور مهارة الإتصال غير اللفظي وترتيبها وفقاً لإجابات المستقصى منهم.

جدول رقم (3-17) المقاييس الوصفية لعبارات محور مهارة الإتصال غير اللفظي

العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الموافقة
يتمتع الكادر الصحى بشاشة الوجه والسرور عند تعامله مع المرضى.	4.12	1.024	مرتفعة
يوجه الكادر الصحى نظره إلى وجه المرضى أثناء الحديث إليهم.	4.26	.917	مرتفعة
يستخدم الكادر الصحى تعبيرات الوجه المعبرة أثناء الحديث والإستماع إلى المرضى.	4.06	1.000	مرتفعة
يهتم الكادر الصحى بأن تكون وضعية جلوسه مناسبة أثناء عمله مع المرضى.	4.12	1.018	مرتفعة
يهتم الكادر الصحى بمظهره الخارجى أثناء عمله مع المرضى.	4.17	.987	مرتفعة
يقوم الكادر الصحى بإستخدام حركات اليدين أثناء الشرح والحديث مع المرضى.	4.09	1.024	مرتفعة
المؤشر الكلى (المتوسط العام)	4.14	.757	مرتفعة

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018م

يتضح من الجدول رقم (3-17) مايلي:

1. أن جميع عبارات محور (مهارة الإتصال غير اللفظي) يزيد متوسطها عن الوسط الفرضي (3) وهذه النتيجة تدل على موافقة أفراد العينة على جميع عبارات محور مهارة الإتصال اللفظي.
2. أهم عبارة من عبارات محور (مهارة الإتصال غير اللفظي) هي العبارة (بوجه الكادر الصحي نظره إلى وجه المرضى أثناء الحديث إليهم). حيث بلغ متوسط إجابات أفراد العينة على هذه العبارة (4.26) بإنحراف معياري (0.917) وأقل عبارة من حيث الموافقة من عبارات محور (مهارة الإتصال غير اللفظي) هي العبارة (يقوم الكادر الصحي بإستخدام حركات اليدين أثناء الشرح والحديث مع المرضى). حيث بلغ متوسط العبارة (4.09) بإنحراف معياري (1.024).
3. كما بلغ متوسط جميع العبارات (4.14) بإنحراف معياري (0.757) وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة يوافقون على جميع العبارات التي تقيس محور مهارة الإتصال غير اللفظي.
- ثالثاً: المقاييس الوصفية لعبارات محور مهارة الإنصات
- وضح الجدول رقم (3-18) المتوسط والإنحراف المعياري والأهمية النسبية للعبارات التي تقيس محور مهارة الإنصات وترتيبها وفقاً لإجابات المستقصى منهم.

جدول رقم (3-18) المقاييس الوصفية لعبارات محور مهارة الإنصات

العبارات	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	مستوى الموافقة
ينصت الكادر الصحي لما يقوله المرضى ولايشغل بأمر أخرى مثل القلم أو الجوال أو الكتابه على الكمبيوتر أو النظر إلى الساعة أو غيره.	4.08	1.085	مرتفعة
يهتم الكادر الصحي بعدم مقاطعة المرضى عند التحدث إليه.	4.10	.995	مرتفعة
يظهر الكادر الصحي عدم الملل أثناء الأستماع للمرضى خلال عمله.	4.12	.993	مرتفعة
يظهر الكادر الصحي إهتمامه بمشاعر وأحاسيس المرضى عند التحدث إليه.	4.13	.969	مرتفعة
يمتلك الكادر الصحي القدرة على الاستماع الجيد لحديث المرضى وفهم حاجاتهم ورغباتهم.	4.22	.841	مرتفعة
يمتلك الكادر الصحي القدرة علي استيعاب وفهم كل ما يقال من قبل المرضى.	4.17	.829	مرتفعة
المؤشر الكلي (المتوسط العام)	4.14	.751	مرتفعة

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018م

يتضح من الجدول رقم (3-18) مايلي:

1. أن جميع عبارات محور (مهارة الإنصات) يزيد متوسطها عن الوسط الفرضي (3) وهذه النتيجة تدل على موافقة أفراد العينة على جميع عبارات محور مهارة الاتصال اللفظي.

2. أهم عبارة من عبارات محور (مهارة الإنصات) هي العبارة (يمتلك الكادر الصحي القدرة على الاستماع الجيد لحديث المرضى وفهم حاجاتهم ورغباتهم). حيث بلغ متوسط إجابات أفراد العينة على هذه العبارة (4.22) بإنحراف معياري (0.841). وأقل عبارة من حيث الموافقة من عبارات محور مهارة الإنصات هي العبارة (ينصت الكادر الصحي لما يقوله المرضى ولا ينشغل بأمر آخرى مثل القلم أو الجوال أو كتابه على الكمبيوتر أو النظر إلى الساعة أو غيره). حيث بلغ متوسط العبارة (4.08) بإنحراف معياري (1.085).

3. كما بلغ متوسط جميع العبارات (4.14) بإنحراف معياري (0.751) وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة يوافقون على جميع العبارات التي تقيس محور مهارة الإنصات.

#### رابعاً: المقاييس الوصفية لعبارات محور مهارة الإقناع

يوضح الجدول رقم (3-19) المتوسط والإنحراف المعياري والأهمية النسبية للعبارات التي تقيس محور مهارة الإقناع وترتيبها وفقاً لإجابات المستقصى منهم.

جدول رقم (3-19) المقاييس الوصفية لعبارات محور مهارة الإقناع

العبارات	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	مستوى الموافقة
يتمتع الكادر الصحي بثقة عالية في إقناع المرضى عن حالتهم الصحية.	4.04	.970	مرتفعة
يستخدم الكادر الصحي أساليب وعبارات تتناسب مع مستوى ثقافة وأعمار المرضى.	4.22	.944	مرتفعة
يحرص الكادر الصحي ويهتم على خدمة وراحة المرضى باستمرار.	4.11	1.062	مرتفعة
يحرص الكادر الصحي على مناقشة خيارات العلاج أو الفحوصات مع المرضى وإعطاءهم الفرصة للمشاركة في القرار.	3.80	1.089	متوسطة
يحرص الكادر الصحي على طمأنه المرضى بأن حالتهم الصحية سوف تتحسن إذا ما استجابوا للعلاج.	4.22	.875	مرتفعة
يملك الكادر الصحي مستوى عالي من الثقافة والدراسة لإقناع المرضى عن حالتهم الصحية.	4.14	.975	مرتفعة
المؤشر الكلي (المتوسط العام)	4.09	.773	مرتفعة

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018م

يتضح من الجدول رقم (3-19) مايلي:

1. أن جميع عبارات محور (مهارة الإقناع) يزيد متوسطها عن الوسط الفرضي (3) وهذه النتيجة تدل على موافقة أفراد العينة على جميع عبارات محور مهارة الإقناع.
2. أهم عبارة من عبارات محور (مهارة الإقناع) هي العبارة (بحرص الكادر الصحى علي طمأنه المرضى بأن حالتهم الصحية سوف تتحسن إذا ما استجابوا للعلاج). حيث بلغ متوسط إجابات أفراد العينة على هذه العبارة (4.22) بإنحراف معياري (0.875). وأقل عبارة من حيث الموافقة من عبارات محور (مهارة الإقناع) هي العبارة (بحرص الكادر الصحى على مناقشة خيارات العلاج أو الفحوصات مع المرضى وإعطاءهم الفرصة للمشاركة فى القرار). حيث بلغ متوسط العبارة (3.80) بإنحراف معياري (1.089).
3. كما بلغ متوسط جميع العبارات (4.09) بإنحراف معياري (0.773). وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة يوافقون على جميع العبارات التي تقيس محور مهارة الإقناع.

#### جدول رقم (3-20) خلاصة النتائج وترتيب أبعاد مهارات التعامل

الرقم	البعد	المتوسط الحسابى	الإنحراف المعياري	الترتيب
1	الإتصال اللفظي	4.18	.715	1
2	الإتصال غير اللفظي	4.14	.757	3
3	الإنصات	4.14	.751	2
4	الإقناع	4.09	.773	4

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018م

الجدول (3-20) يبين المتوسطات والإنحرافات المعيارية لمتغيرات مهارات التعامل، حيث أن الإنحراف المعياري لجميع المتغيرات أقل من الواحد وهذا يدل على أن هنالك تجانس بين إجابات أفراد العينة عن جميع عبارات المتغيرات، كما يتضح أيضاً أن الوسط الحسابي أكبر من الوسط الفرضي (3)، مما يعني أن آراء المستجيبين كانت إيجابية ومقاربة بالنسبة لجميع محور مهارات التعامل، حيث أظهر التحليل الإحصائي أن إتجاهات المبحوثين نحو مستوى مهارات التعامل أن بعد الإتصال اللفظي يأتي في المرتبة الأولى في الترتيب بمتوسط حسابي بلغ (4.18) وبعد الإنصات في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (4.14) وبعد الإتصال غير اللفظي في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (4.14) ويأتي بعد الإقناع في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (4.09) وذلك من وجهة نظر المبحوثين في هذه المستشفيات.

## 2. الإحصاء الوصفي لمحور المتغير التابع (أبعاد جودة الخدمة الصحية)

لمعرفة مستوى جودة الخدمة في المستشفيات موضوع الدراسة وللإجابة على تساؤل البحث (ما هو مستوى جودة الخدمة الصحية (الجوانب المادية، الإعتدائية، الإستجابة، الضمان، التعاطف) في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم، تم استخدام المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية، والأهمية

للعبارات كما هو موضح بالجدوال (3-21)، (3-22)، (3-23)، (3-24)، (3-25) ويبين الجدول (3-26) خلاصة هذه النتائج.

أولاً: المقاييس الوصفية لعبارات محور الجوانب المادية

يوضح الجدول رقم (3-21) المتوسط والإنحراف المعياري والأهمية النسبية للعبارات التي تقيس محور الجوانب المادية وترتيبها وفقاً لإجابات المستقصى منهم.

جدول رقم (3-21) المقاييس الوصفية لعبارات محور الجوانب المادية

العبارات	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	مستوى الموافقة
تتوفر في المستشفى أجهزة متطورة وحديثة.	3.99	1.056	متوسطة
يتوفر في المستشفى مرافق صحية ودورات مياه نظيفة وملائمة.	3.70	1.267	متوسطة
تتوفر في المستشفى لوحات إرشادية في الممرات والطرق	3.81	1.130	متوسطة
تتوفر في المستشفى قاعات إنتظار مريحة ومناسبة.	3.70	1.224	متوسطة
المؤشر الكلي (المتوسط العام)	3.80	.973	متوسطة

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018م

يتضح من الجدول رقم (3-21) مايلي:

1. أن جميع عبارات محور (الجوانب المادية) يزيد متوسطها عن الوسط الفرضي (3) وهذه النتيجة تدل على موافقة أفراد العينة على جميع عبارات محور الجوانب المادية.
2. أهم عبارة من عبارات محور (الجوانب المادية) هي العبارة (تتوفر في المستشفى أجهزة متطورة وحديثة). حيث بلغ متوسط إجابات أفراد العينة على هذه العبارة (3.99) بإنحراف معياري (1.056) وأقل عبارة من حيث الموافقة من عبارات محور (الجوانب المادية) هي العبارة (يتوفر في المستشفى مرافق صحية ودورات مياه نظيفة وملائمة) حيث بلغ متوسط العبارة (3.70) بإنحراف معياري (1.267).
3. كما بلغ متوسط جميع العبارات (3.80) بإنحراف معياري (0.973) وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة يوافقون على جميع العبارات التي تقيس محور الجوانب المادية.

## ثانياً: المقاييس الوصفية لعبارات محور الاعتمادية

يوضح الجدول رقم (3-22) المتوسط والانحراف المعياري والأهمية النسبية للعبارات التي تقيس محور الاعتمادية وترتيبها وفقاً لإجابات المستقصى منهم.

جدول رقم (3-22) المقاييس الوصفية لعبارات محور الاعتمادية

العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الموافقة
يقدم المستشفى الخدمة الصحية كما وعد بتقديمها للمرضى.	3.74	1.116	متوسطة
يلتزم المستشفى بتقديم الخدمة الصحية للمرضى فى الوقت المحدد.	3.71	1.197	متوسطة
يحرص المستشفى علي تقديم الخدمة الصحية بشكل صحيح من البداية.	3.95	1.019	متوسطة
يوجد إهتمام خاص من قبل إدارة المستشفى بمشاكل وإستفسارات المرضى.	3.66	1.183	متوسطة
تحظى الخدمة الصحية التي يقدمها المستشفى بثقة المرضى.	3.88	.979	متوسطة
المؤشر الكلى (المتوسط العام)	3.79	.943	متوسطة

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018م

يتضح من الجدول رقم (3-22) مايلي:

1. أن جميع عبارات محور (الاعتمادية) يزيد متوسطها عن الوسط الفرضي (3) وهذه النتيجة تدل على موافقة أفراد العينة على جميع عبارات محور الاعتمادية.
2. أهم عبارة من عبارات محور (الاعتمادية) هي العبارة (يحرص المستشفى علي تقديم الخدمة الصحية بشكل صحيح من البداية.) حيث بلغ متوسط إجابات أفراد العينة على هذه العبارة (3.95) بإنحراف معياري (1.019) وأقل عبارة من حيث الموافقة من عبارات محور (الاعتمادية) هي العبارة (يوجد إهتمام خاص من قبل إدارة المستشفى بمشاكل وإستفسارات المرضى.) حيث بلغ متوسط العبارة (3.66) بإنحراف معياري (1.183).
3. كما بلغ متوسط جميع عبارات (3.79) بإنحراف معياري (.943) وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة يوافقون على جميع العبارات التي تقيس محور الاعتمادية.

## ثالثاً: المقاييس الوصفية لعبارات محور الإستجابة

يوضح الجدول رقم (3-23) المتوسط والانحراف المعياري والأهمية النسبية للعبارات التي تقيس محور الإستجابة وترتيبها وفقاً لإجابات المستقصى منهم.

جدول رقم (3-23) المقاييس الوصفية لعبارات محور الإستجابة

العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الموافقة
تقوم إدارة المستشفى بإخطار المرضى بمواعيد تقديم الخدمة الصحية.	3.87	1.080	متوسطة
تقوم إدارة المستشفى بالإستجابة الفورية لشكاوى المرضى.	3.55	1.233	متوسطة
يقدم المستشفى الخدمة الصحية للمرضى على مدار اليوم دون توقف.	3.83	1.159	متوسطة
يقوم المستشفى وبشكل مستمر تبسيط فى الإجراءات التى تسهل تقديم الخدمة الصحية للمرضى.	3.64	1.184	متوسطة
المؤشر الكلى (المتوسط العام)	3.72	.939	متوسطة

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018م

يتضح من الجدول رقم (3-23) مايلي:

1. أن جميع عبارات محور (الإستجابة) يزيد متوسطها عن الوسط الفرضي (3) وهذه النتيجة تدل على موافقة أفراد العينة على جميع عبارات محور الإستجابة.
  2. أهم عبارة من عبارات محور (الإستجابة) هي العبارة (تقوم إدارة المستشفى بإخطار المرضى بمواعيد تقديم الخدمة الصحية.) حيث بلغ متوسط إجابات أفراد العينة على هذه العبارة (3.87) بإنحراف معياري (1.080) وأقل عبارة من حيث الموافقة من عبارات محور (الإستجابة) هي العبارة (تقوم إدارة المستشفى بالإستجابة الفورية لشكاوى المرضى.) حيث بلغ متوسط العبارة (3.55) بإنحراف معياري (1.233).
  3. كما بلغ متوسط جميع العبارات (3.72) بإنحراف معياري (0.939) وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة يوافقون على جميع العبارات التي تقيس محور الإستجابة.
- رابعاً: المقاييس الوصفية لعبارات محور الضمان
- يوضح الجدول رقم (3-24) المتوسط والانحراف المعياري والأهمية النسبية للعبارات التي تقيس محور الضمان وترتيبها وفقاً لإجابات المستقصى منهم.

جدول رقم (3-24) المقاييس الوصفية لعبارات محور الضمان

العبارات	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	مستوى الموافقة
يشعر المرضى بالأمن والأمان خلال تعاملهم مع المستشفى.	3.88	.995	متوسطة
يثق المرضى في هذا المستشفى بخبرة ومؤهلات الكادر الصحي (الطبي، التمريضي وغيرهم).	4.14	.834	مرتفعة
يحافظ المستشفى على سرية وخصوصية المعلومات المتعلقة بالمرضى.	4.19	.829	مرتفعة
تتوفر في هذه المستشفى الخبرة والكفاءة في مجال تقديم الخدمة الصحية للمرضى.	4.20	.828	مرتفعة
المؤشر الكلي (المتوسط العام)	4.10	.701	مرتفعة

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018م

يتضح من الجدول رقم (3-24) مايلي:

1. أن جميع عبارات محور (الضمان) يزيد متوسطها عن الوسط الفرضي (3) وهذه النتيجة تدل على موافقة أفراد العينة على جميع عبارات محور الجوانب المادية.
  2. أهم عبارة من عبارات محور (الضمان) هي العبارة (تتوفر في هذه المستشفى خبره والكفاءة في مجال تقديم الخدمة الصحية للمرضى). حيث بلغ متوسط إجابات أفراد العينة على هذه العبارة (4.20) بإنحراف معياري (.828) وأقل عبارة من حيث الموافقة من عبارات محور (الضمان) هي العبارة (يشعر المرضى بالأمن والأمان خلال تعاملهم مع المستشفى). حيث بلغ متوسط العبارة (3.88) بإنحراف معياري (.995).
  3. كما بلغ متوسط جميع العبارات (4.10) بإنحراف معياري (.701) وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة يوافقون على جميع العبارات التي تقيس محور الضمان.
- خامساً: المقاييس الوصفية لعبارات محور التعاطف
- يوضح الجدول رقم (3-25) المتوسط والإنحراف المعياري والأهمية النسبية للعبارات التي تقيس محور التعاطف وترتيبها وفقاً لإجابات المستقصى منهم.

جدول رقم (3-25) المقاييس الوصفية لعبارات محور التعاطف

العبارات	المتوسط الحسابي	الإحراف المعياري	مستوى الموافقة
تناسب أوقات عمل المستشفى لجميع المرضى.	3.78	1.128	متوسطة
يتلقى المرضى اهتماماً شخصياً من قبل الإدارة في المستشفى.	3.68	1.161	متوسطة
يأخذ المستشفى في إعتباره العادات والتقاليد والثقافات السائدة في المجتمع عند تقديمه للخدمة الصحية للمرضى.	3.83	.962	متوسطة
مصلحة المرضى وصحتهم تعتبر من أولويات الإدارة في هذه المستشفى.	4.05	.961	مرتفعة
يتعاطف ويقدر الكادر الصحي في هذا المستشفى ظروف المرضى المختلفة.	3.92	1.002	متوسطة
المؤشر الكلي (المتوسط العام)	3.85	.839	متوسطة

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018م

يتضح من الجدول رقم (3-25) مايلي:

1. أن جميع عبارات محور (التعاطف) يزيد متوسطها عن الوسط الفرضي (3) وهذه النتيجة تدل على موافقة أفراد العينة على جميع عبارات محور التعاطف.
2. أهم عبارة من عبارات محور (التعاطف) هي العبارة (مصلحة المرضى وصحتهم تعتبر من أولويات الإدارة في هذه المستشفى.) حيث بلغ متوسط إجابات أفراد العينة على هذه العبارة (4.05) بإحراف معياري (.961) وأقل عبارة من حيث الموافقة من عبارات محور (التعاطف) هي العبارة (يتلقى المرضى اهتماماً شخصياً من قبل الإدارة في المستشفى.) حيث بلغ متوسط العبارة (3.68) بإحراف معياري (1.161).
3. كما بلغ متوسط جميع عبارات (3.85) بإحراف معياري (.839) وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة يوافقون على جميع العبارات التي تقيس محور التعاطف.

جدول رقم (3-26) خلاصة النتائج وترتيب أبعاد جودة خدمة الصحية

الترتيب	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	البعد	الرقم
3	.973	3.80	الجوانب المادية	1
4	.943	3.79	الإعتمادية	2
5	.939	3.72	الإستجابة	3
1	.701	4.10	الضمان	4
2	.839	3.85	التعاطف	5

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018م

الجدول (3-26) يبين المتوسطات والإنحرافات المعيارية لمتغيرات أبعاد جودة الخدمة ، حيث أن الإنحراف المعياري لجميع المتغيرات أقل من الواحد وهذا يدل على أن هنالك تجانس بين إجابات أفراد العينة عن جميع عبارات المتغيرات، كما يتضح أيضاً أن الوسط الحسابي أكبر من الوسط الفرضي (3)، مما يعني أن آراء المستجيبين كانت إيجابية ومقاربة بالنسبة لجميع محور أبعاد جودة الخدمة الصحية، حيث أظهر التحليل الإحصائي أن إتجاهات المبحوثين نحو مستوى جودة الخدمة الصحية أن بعد الضمان يأتي في المرتبة الأولى في الترتيب بمتوسط حسابي بلغ (4.10) وبعد التعاطف في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (3.85) وبعد الجوانب المادية في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (3.80) وبعد الإعتمادية في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ (3.79) ويأتي بعد الإستجابة في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (3.72) وذلك من وجهة نظر المبحوثين في هذه المستشفيات.

## المبحث الثاني

### اختبار فرضيات الدراسة

#### مقدمه:

كما هو موضح في جزئية الاساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة فإنه تم استخدام برنامج التحليل الإحصائي (spss) بالإضافة إلى استخدام نموذج مسار المربعات الصغرى الجزئية (SEM-PLS) لاختبار فرضيات الدراسة باستخدام برنامج (Smart pls3)، ولغرض التعرف على معنوية التأثير بين المتغيرات إتمد البحث على نمذجة المعادلة البنائية وفيها تم استخدام اسلوب تحليل المسار.

#### اختبار الفرضية الرئيسية الأولى:

هنالك علاقة إرتباط ذات دلالة إحصائية بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

وتقرعت هذه الفرضية إلى الفرضيات التالية:

1. هنالك علاقة إرتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعد (الإستجابة) في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم.
  2. هنالك علاقة إرتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعد (الإعتمادية) في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم.
  3. هنالك علاقة إرتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعد (التعاطف) في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم.
  4. هنالك علاقة إرتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعد (الجوانب المادية) في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم.
  5. هنالك علاقة إرتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعد (الضمان) في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم.
- الجدول التالي يبين نتائج تحليل الإرتباط بين مهارات التعامل (المتغير المستقل) مع المرضى وأبعاد جودة الخدمة الصحية.

جدول رقم (3-27)

نتائج تحليل الارتباط بين مهارات التعامل (المتغير المستقل) وأبعاد جودة الخدمة

الضمان	الجوانب المادية	التعاطف	الإعتمادية	الإستجابة	مهارات التعامل	مهارات التعامل
					1.000	مهارات التعامل
				1.000	0.717	الإستجابة
			1.000	0.852	0.716	الإعتمادية
		1.000	0.744	0.789	0.722	التعاطف
	1.000	0.650	0.792	0.734	0.629	الجوانب المادية
1.000	0.659	0.777	0.740	0.763	0.739	الضمان

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018م

-اختبار الفرضية الفرعية الأولى

هنالك علاقة إرتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعد (الإستجابة) في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم.

تم استخدام تحليل الارتباط بين متغيرات الدراسة بهدف التعرف على العلاقة الارتباطية بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة، فكلما كانت درجة الارتباط قريبة من الواحد الصحيح فإن ذلك يعني ان الارتباط قوياً بين المتغيرين، وبشكل عام تعتبر العلاقة ضعيفة إذا كانت قيمة معامل الارتباط أقل من (0.30) ويمكن اعتبارها متوسطة إذا تراوحت قيمة معامل الارتباط بين (0.30-0.70)، أما إذا كانت قيمة معامل الارتباط أكثر من (0.70) تعتبر العلاقة قوية بين المتغيرين. ويحدد الارتباط أيضاً إتجاه العلاقة بين متغيرات الدراسة (طردية، أم عكسية)، ويعتبر الارتباط طردية إذا كان قيمتها موجبة، ويعتبر عكسية إذا كان قيمتها سالبة.

تم صياغة هذا الفرض كمايلي:

الفرضية الصفرية: لا توجد علاقة إرتباط ذات دلالة إحصائية بين مهارة التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعد الإستجابة في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم .

الفرضية البديلة: توجد علاقة إرتباط ذات دلالة إحصائية بين مهارة التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعد الإستجابة في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم .

تشير النتائج في الجدول رقم(3-27) أن هنالك إرتباط طردي بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعد الإستجابة، وأن العلاقة بين مهارة التعامل مع المرضى والإستجابة

علاقة قوية حيث بلغ معامل الارتباط (0.717) وهذا عند مستوى (0.000) وهو أقل من (0.05)، عليه نقبل الفرضية البديلة (توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مهارة التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعد الإستجابة في المستشفيات الخاصة).

اختبار الفرضية الفرعية الثانية:

هنالك علاقة إرتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعد (الإعتمادية) في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم. تم صياغة هذا الفرض كمايلي:

الفرضية الصفرية: لاتوجد علاقة إرتباط ذات دلالة إحصائية بين مهارة التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعد الإعتمادية في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم .

الفرضية البديلة: توجد علاقة إرتباط ذات دلالة إحصائية بين مهارة التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعد الإعتمادية في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم .

تشير النتائج في الجدول رقم (3-27) أن هنالك إرتباط طردي بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعد الإعتمادية ، وأن العلاقة بين مهارة التعامل مع المرضى والإعتمادية علاقة قوية حيث بلغ معامل الارتباط (0.716) وهذا عند مستوى (0.000) وهو أقل من (0.05)، عليه نقبل الفرضية البديلة (توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مهارة التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعد الإعتمادية في المستشفيات الخاصة).

اختبار الفرضية الفرعية الثالثة:

هنالك علاقة إرتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعد (التعاطف) في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم. تم صياغة هذا الفرض كمايلي:

الفرضية الصفرية: لاتوجد علاقة إرتباط ذات دلالة إحصائية بين مهارة التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعد التعاطف في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم .

الفرضية البديلة: توجد علاقة إرتباط ذات دلالة إحصائية بين مهارة التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعد التعاطف في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم.

تشير النتائج في الجدول رقم (3-27) أن هنالك إرتباط طردي بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعد التعاطف، وأن العلاقة بين مهارة التعامل مع المرضى والتعاطف علاقة قوية حيث بلغ معامل الارتباط (0.722) وهذا عند مستوى (0.000) هو أقل من (0.05)، عليه نقبل الفرضية البديلة (توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مهارة التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعد التعاطف في المستشفيات الخاصة).

#### اختبار الفرضية الفرعية الرابعة:

هنالك علاقة إرتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعدها الجوانب المادية) في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم.

تم صياغة هذا الفرض كمايلي:

الفرضية الصفرية: لا توجد علاقة إرتباط ذات دلالة إحصائية بين مهارة التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعدها الجوانب المادية في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم .

الفرضية البديلة: توجد علاقة إرتباط ذات دلالة إحصائية بين مهارة التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعدها الجوانب المادية في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم.

تشير النتائج في الجدول رقم(3-27) أن هنالك إرتباط طردي بين مهارات التعامل مع وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعدها الجوانب المادية، وأن العلاقة بين مهارة التعامل مع المرضى والجوانب المادية هي علاقة قوية حيث بلغ معامل الإرتباط (0.629) وهذا عند مستوى (0.000) وهو أقل من (0.05)، عليه نقبل الفرضية البديلة (توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مهارة التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعدها الجوانب المادية في المستشفيات الخاصة).

#### اختبار الفرضية الفرعية الخامسة:

هنالك علاقة إرتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعدها (الضمان) في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم.

تم صياغة هذا الفرض كمايلي:

الفرضية الصفرية: لا توجد علاقة إرتباط ذات دلالة إحصائية بين مهارة التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعدها الضمان في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم .

الفرضية البديلة: توجد علاقة إرتباط ذات دلالة إحصائية بين مهارة التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعدها الضمان في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم .

تشير النتائج في الجدول رقم (3-27) أن هنالك إرتباط طردي بين مهارات التعامل مع وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعدها الضمان، وأن العلاقة بين مهارة التعامل مع المرضى والضمان هي علاقة قوية حيث بلغ معامل الإرتباط(0.739) وهذا عند مستوى(0.000) وهو أقل من(0.05)، عليه نقبل الفرضية البديلة (توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مهارة التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعدها الضمان في المستشفيات الخاصة).

مما تقدم نستنتج أن فرضية الدراسة الرئيسية الأولى والتي تنص على: (وجود علاقة إرتباط بين مهارة التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة) تم التحقق من صحتها في جميع الفرضيات الفرعية.

جدول رقم (3-28) ملخص اختبار الفرضية الرئيسية الاولى

هنالك علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم .				
النتيجة	P Values	معامل الارتباط	الفرضيات الفرعية	
دعمت	0.000	0.717	توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين مهارة التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعيد الإستجابة.	1-1
دعمت	0.000	0.716	توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين مهارة التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعيد الإعتمادية.	1-2
دعمت	0.000	0.722	توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين مهارة التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعيد التعاطف.	1-3
دعمت	0.000	0.629	توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين مهارة التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعيد الجوانب المادية.	1-4
دعمت	0.000	0.739	توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين مهارة التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبعيد الضمان.	5-1

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج الدراسة الميدانية 2018م

اختبار الفرضية الرئيسية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً للعوامل الديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي).

لقد تم استخدام تحليل (ت) وتحليل التباين الأحادي لمعرفة مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى المدركة في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً للعوامل الديمغرافية. (متغير الجنس، متغير العمر، المستوى التعليمي، وقد اعتمدت الدراسة مستوى الدلالة (0.05) للحكم على مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية، حيث يتم مقارنة مستوى المعنوية المحسوب مع قيمة مستوى الدلالة المعتمدة ، حيث يتم التأكيد على وجود فروق ذات دلالة إحصائية إذا كانت مستوى المعنوية المحسوب أقل من مستوى الدلالة المعنوية المعتمد والعكس صحيح.

وتفرعت هذه الفرضية إلى الفرضيات التالية:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير الجنس.

2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير العمر.

3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

اختبار الفرضية الفرعية الأولى:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير الجنس.

تم صياغة هذا الفرض كما يلي:

الفرضية الصفرية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير الجنس.

الفرضية البديلة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى فى المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير الجنس.

### جدول رقم (3-29)

نتائج تحليل (ت) لدلالة الفروق نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى تبعاً لمتغير الجنس

المهارة	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الإنصات	74.528	0.000
الإقناع	73.434	0.000
غير اللفظى	81.744	0.000
اللفظى	79.208	0.000
الكل	101.636	0.000

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائى 2018م

يتضح من الجدول رقم (3-29) أعلاه بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى فى المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير الجنس. لأن مستوى الدلالة المحسوبة لإختبار (ت) كان أقل من مستوى الدلالة المعتمدة فى هذه الدراسة وهى (0.05) وهذا يؤكد رفض صحة الفرضية الفرعية الأولى القائلة: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى فى المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير الجنس.

إختبار الفرضية الفرعية الثانية:

لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى فى المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير العمر.

تم صياغة هذا الفرض كمايلى:

الفرضية الصفرية: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى فى المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير العمر.

الفرضية البديلة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى فى المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير العمر.

جدول رقم (3-30) نتائج تحليل التباين الأحادى لدلالة الفروق نحو مستوى مهارات التعامل

مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى تبعاً لمتغير العمر

المهارة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة
الإنصات	بين المجموعات	42.826	4	.	.967	.426
	داخل المجموعات	3211.764	290	10.706		
	المجموع	3254.590	294	11.075		
الإقناع	بين المجموعات	19.829	4	4.957	.820	.513
	داخل المجموعات	1753.920	290	6.048		
	المجموع	1773.749	294			
غير اللفظى	بين المجموعات	44.392	4	11.098	1.184	.318
	داخل المجموعات	2717.154	290	9.369		
	المجموع	2761.546	294			
اللفظى	بين المجموعات	36.688	4	9.172	1.713	.147
	داخل المجموعات	1552.519	290	5.354		
	المجموع	1589.207	294			
الكل	بين المجموعات	329.820	4	82.455	.912	.458
	داخل المجموعات	26233.116	290	90.459		
	المجموع	2656.936	294			

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائى 2018م

يتبين من الجدول رقم (3-30) أعلاه بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى تعزى لمتغير العمر لأن مستوى الدلالة المحسوبة لإختبار (F) كان أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة فى هذه الدراسة وهى (0.05) وهذا يؤكد قبول صحة الفرضية الفرعية الثانية القائلة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى فى المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير العمر.

### اختبار الفرضية الفرعية الثالثة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

تم صياغة هذا الفرض كمايلي:

الفرضية الصفرية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

الفرضية البديلة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

### جدول رقم (3-31)

نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى تبعاً لمتغير المستوى التعليمي

المهارة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة
الإنصات	بين المجموعات	48.607	4	.	1.099	.357
	داخل المجموعات	3205.983	290	12.152		
	المجموع	3254.590	294	11.055		
الإقناع	بين المجموعات	28.066	4	7.016	1.166	.326
	داخل المجموعات	1745.683	290	6.020		
	المجموع	1773.749	294			
غير اللفظي	بين المجموعات	28.788	4	7.197	.764	.550
	داخل المجموعات	2732.758	290	9.423		
	المجموع	2761.546	294			
اللفظي	بين المجموعات	15.713	4	3.928	.724	.567
	داخل المجموعات	1573.494	290	5.426		
	المجموع	1589.207	294			
الكل	بين المجموعات	301.452	4	75.363	.832	.506
	داخل المجموعات	2626.484	290	90.557		
	المجموع	2656.936	294			

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018م

يتبين من الجدول رقم (3-31) أعلاه بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى تعزى لمتغير المستوى التعليمي لأن مستوى الدلالة المحسوبة لإختبار (F) كان أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة في هذه الدراسة وهي (0.05) وهذا يؤكد قبول صحة الفرضية الفرعية الثالثة لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير المستوى التعليمي. مما تقدم نستنتج أن فرضية الدراسة الرئيسية الثانية والتي تنص على: (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية تيبعا للعوامل الديمغرافية تم التحقق من صحتها في بعض الفرضيات الفرعية.

### جدول رقم (3-32)

#### ملخص اختبار الفرضية الرئيسية الثانية

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً للعوامل الديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي).

النتيجة	مستوى الدلالة	الفرضيات الفرعية	
لم تدعم	0.000	لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير الجنس.	2-1
دعمت	.458	لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير العمر.	2-2
دعمت	.506	لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.	2-3

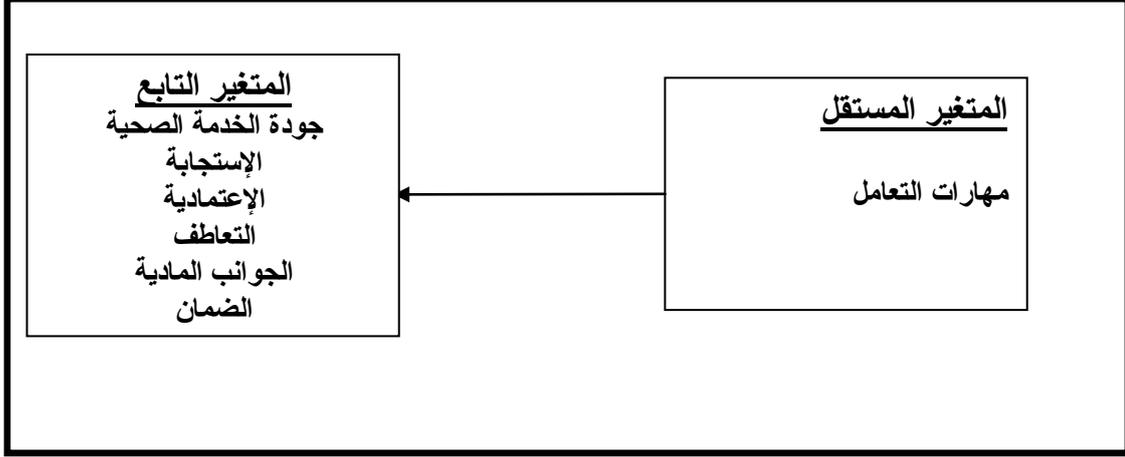
المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018م

اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة:

توجد علاقة تأثير إيجابية لمهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

شكل رقم (3-8)

العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى و جودة الخدمة الصحية



المصدر: إعداد الباحثة من فرضيات الدراسة

تفرعت هذه الفرضية إلى الفرضيات التالية:

1. توجد علاقة تأثير إيجابية لمهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد الإستجابة في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.
2. توجد علاقة تأثير إيجابية لمهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد الإعتمادية في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.
3. توجد علاقة تأثير إيجابية لمهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد التعاطف في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.
4. توجد علاقة تأثير إيجابية لمهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد الجوانب المادية في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.
5. توجد علاقة تأثير إيجابية لمهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد الضمان في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

اختبار الفرضية الفرعية الأولى:

توجد علاقة تأثير إيجابية لمهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد الإستجابة في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل المسار، وللتعرف على أثر مهارات التعامل مع المرضى على الإستجابة تم الإعتماد على معامل (T statistic) لمعرفة قيمة المسار من متغير إلى آخر، وقد تم

الإعتماد على مستوى الدلالة (0.05) للحكم على مدى معنوية التأثير، حيث يتم مقارنة مستوى المعنوية المحتسب مع قيمة مستوى الدلالة المعتمد، وتعد التأثيرات ذات دلالة إحصائية إذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحتسب أصغر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، حيث يتم التعرف على المعنوية من خلال المسار الذي ينتقل من المتغير إلي الآخر.

#### جدول رقم(3-33)

نتائج تحليل المسار لعلاقة التأثير بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد الإستجابة

P Values	T Statistics ( O/STDEV)	Standard Deviation (STDEV)	Sample Mean (M)	Original Sample (O)	
0.000	22.195	0.033	0.742	0.723	أبعاد مهارات التعامل -> الإستجابة

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018م (بالاعتماد على برنامج Smart PLS) من الجدول رقم(3-33) أعلاه نجد أن المسار من المتغير مهارات التعامل إلي المتغير التابع بُعد الإستجابة يساوي (22.195) وهو دال إحصائياً عند مستوي معنوية (0.000). اختبار الفرضية الفرعية الثانية:

توجد علاقة تأثير إيجابية لمهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد الإعتمادية في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل المسار، وللتعرف على أثر مهارات التعامل مع المرضى على الإعتمادية تم الإعتماد على معامل (T statistic) لمعرفة قيمة المسار من متغير إلى آخر، وقد تم الإعتماد على مستوى الدلالة (0.05) للحكم على مدى معنوية التأثير، حيث يتم مقارنة مستوى المعنوية المحتسب مع قيمة مستوى الدلالة المعتمد، وتعد التأثيرات ذات دلالة إحصائية إذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحتسب أصغر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، حيث يتم التعرف على المعنوية من خلال المسار الذي ينتقل من المتغير إلي الآخر.

#### جدول رقم(3-34)

نتائج تحليل المسار لعلاقة التأثير بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد الإعتمادية

P Values	T Statistics ( O/STDEV)	Standard Deviation (STDEV)	Sample Mean (M)	Original Sample (O)	
0.000	21.186	0.034	0.740	0.719	أبعاد مهارات التعامل -> الإعتمادية

المصدر: إعداد الباحثة من بيانات نتائج التحليل الإحصائي 2018 م (بالاعتماد على برنامج Smart PLS)

من الجدول رقم (3-34) أعلاه نجد أن المسار من المتغير مهارات التعامل إلي المتغير التابع بُعد الإعتمادية يساوي (21.186) وهو دال إحصائياً عند مستوى معنوية (0.000).  
اختبار الفرضية الفرعية الثالثة:

توجد علاقة تأثير إيجابية لمهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد التعاطف في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل المسار، وللتعرف على أثر مهارات التعامل مع المرضى على التعاطف، تم الإعتما على معامل (T statistic) لمعرفة قيمة المسار من متغير إلى آخر، وقد تم الإعتما على مستوى الدلالة (0.05) للحكم على مدى معنوية التأثير، حيث يتم مقارنة مستوى المعنوية المحتسب مع قيمة مستوى الدلالة المعتمد، وتعد التأثيرات ذات دلالة إحصائية إذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحتسب أصغر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، حيث يتم التعرف على المعنوية من خلال المسار الذي ينتقل من المتغير إلي الآخر.

### جدول رقم (3-35)

نتائج تحليل المسار لعلاقة التأثير بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد التعاطف

P Values	T Statistics ( O/STDEV)	Standard Deviation (STDEV)	Sample Mean (M)	Original Sample (O)	
0.000	22.130	0.033	0.739	0.726	أبعاد مهارات التعامل - < التعاطف

المصدر: إعداد الباحثة من بيانات نتائج التحليل الإحصائي 2018 (بالإعتما على برنامج Smart PLS)

من الجدول رقم (3-35) أعلاه نجد أن المسار من المتغير مهارات التعامل إلي المتغير التابع بُعد التعاطف يساوي (22.130) وهو دال إحصائياً عند مستوى معنوية (0.000).  
اختبار الفرضية الفرعية الرابعة:

توجد علاقة تأثير إيجابية لمهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد الجوانب المادية في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل المسار، وللتعرف على أثر مهارات التعامل مع المرضى على الجوانب المادية، تم الإعتما على معامل (T statistic) لمعرفة قيمة المسار من متغير إلى آخر، وقد تم الإعتما على مستوى الدلالة (0.05) للحكم على مدى معنوية التأثير، حيث يتم مقارنة مستوى المعنوية المحتسب مع قيمة مستوى الدلالة المعتمد، وتعد التأثيرات ذات دلالة إحصائية إذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحتسب أصغر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، حيث يتم التعرف على المعنوية من خلال المسار الذي ينتقل من المتغير إلي الآخر.

### جدول رقم (3-36)

نتائج تحليل المسار لعلاقة التأثير بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد الجوانب المادية

P Values	T Statistics ( O/STDEV )	Standard Deviation (STDEV)	Sample Mean (M)	Original Sample (O)	
0.000	15.121	0.042	0.652	0.631	أبعاد مهارات التعامل- < الجوانب المادية

إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018 م (بالاعتماد على برنامج Smart PLS)

من الجدول رقم (3-36) أعلاه نجد أن المسار من المتغير مهارات التعامل إلي المتغير التابع بُعد الجوانب المادية يساوي (15.121) وهو دال إحصائياً عند مستوى معنوية (0.000).

اختبار الفرضية الفرعية الخامسة:

توجد علاقة تأثير إيجابية لمهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد (الضمان) في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل المسار، وللتعرف على أثر مهارات التعامل مع المرضى على الضمان، تم الاعتماد على معامل (T statistic) لمعرفة قيمة المسار من متغير إلى آخر، وقد تم الاعتماد على مستوى الدلالة (0.05) للحكم على مدى معنوية التأثير، حيث يتم مقارنة مستوى المعنوية المحتسب مع قيمة مستوى الدلالة المعتمد، وتعد التأثيرات ذات دلالة إحصائية إذا كانت قيمة قيمة مستوى الدلالة المحتسب أصغر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، حيث يتم التعرف على المعنوية من خلال المسار الذي ينتقل من المتغير إلي الآخر.

### جدول رقم (3-37)

نتائج تحليل المسار لعلاقة التأثير بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد الضمان

P Values	T Statistics ( O/STDEV )	Standard Deviation (STDEV)	Sample Mean (M)	Original Sample (O)	
0.000	20.662	0.036	0.758	0.746	أبعاد مهارات التعامل - < الضمان

إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018 م (بالاعتماد على برنامج Smart PLS)

من الجدول رقم (3-37) أعلاه نجد أن المسار من المتغير مهارات التعامل إلي المتغير التابع بُعد الضمان يساوي (20.662) وهو دال إحصائياً عند مستوى معنوية (0.000).

مما تقدم نستنتج أن فرضية الدراسة الرئيسية الثالثة والتي تنص على: (وجود علاقة تأثير إيجابية لمهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة) تم التحقق من صحتها في جميع الفرضيات الفرعية.

جدول رقم (3-38) ملخص اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة

توجد علاقة تأثير إيجابية لمهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

النتيجة	Values P	الفرضيات الفرعية	
دعمت	0.000	توجد علاقة تأثير إيجابية لمهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية تبعاً لبعْد (الإستجابة).	3-1
دعمت	0.000	توجد علاقة تأثير إيجابية لمهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية تبعاً لبعْد (الإعتمادية).	3-2
دعمت	0.000	توجد علاقة تأثير إيجابية لمهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية تبعاً لبعْد (التعاطف).	3-3
دعمت	0.000	توجد علاقة تأثير إيجابية لمهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية تبعاً لبعْد (الجوانب المادية).	3-4
دعمت	0.000	توجد علاقة تأثير إيجابية لمهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية تبعاً لبعْد (الضمان).	3-5

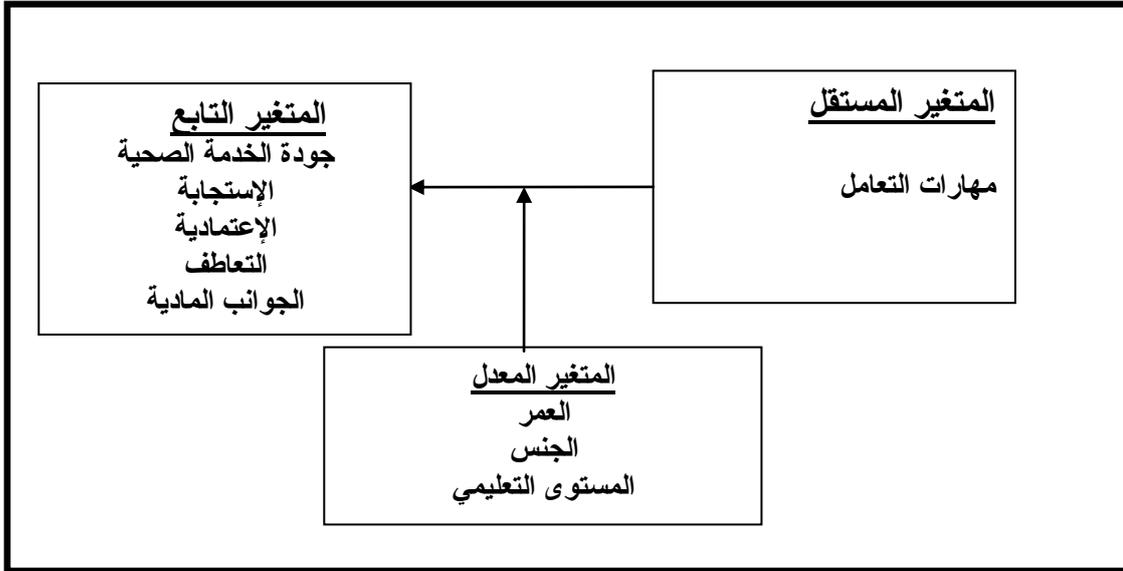
المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018م

-اختبار الفرضية الرئيسية الرابعة :

تؤثر العوامل الديمغرافية (العمر، الجنس، المستوى التعليمي) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم.

شكل رقم(3-9)

العلاقة المعدلة للعوامل الديمغرافية بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية



المصدر: إعداد الباحثة من فرضيات الدراسة

تفرعت هذه الفرضية إلى الفرضيات التالية:

1. هنالك أثر للمتغير المعدل (العمر) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وأبعاد جودة الخدمة الصحية (الإستجابة، الإعتمادية، التعاطف، الجوانب المادية، الضمان) في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

2. هنالك أثر للمتغير المعدل (الجنس) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وأبعاد جودة الخدمة الصحية (الإستجابة، الإعتمادية، التعاطف، الجوانب المادية، الضمان) في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

3. هنالك أثر للمتغير المعدل (المستوى التعليمي) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وأبعاد جودة الخدمة الصحية (الإستجابة، الإعتمادية، التعاطف، الجوانب المادية، الضمان) في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

اختبار الفرضية الفرعية الأولى:

هنالك أثر للمتغير المعدل(العمر) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل المسار، ولغرض التعرف على معنوية التأثير للمتغير المعدل (العمر) في العلاقة بين المتغير المستقل مهارات التعامل مع المرضى والمتغير التابع جودة الخدمة، تم الإعتماد على معامل (T statistic) لمعرفة قيمة المسار من متغير إلى آخر، وقد تم الإعتماد على مستوى الدلالة (0.05) للحكم على مدى معنوية التأثير، حيث يتم مقارنة مستوى المعنوية المحتسب مع قيمة مستوى الدلالة المعتمد، وتعد التأثيرات ذات دلالة إحصائية إذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحتسب أصغر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05) والعكس صحيح، أيضاً تم الإعتماد علي قيمة (T-statistic) إذا زادت القيمة عن (1.96) تعد التأثيرات ذات دلالة إحصائية والعكس صحيح.

وقسمت هذه الفرضية إلى الآتية:

1. هنالك أثر للمتغير المعدل(العمر) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد (الإستجابة) في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

#### جدول رقم (3-39)

نتائج تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للعمر في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد الإستجابة

P Values	T Statistics ( O/STD EV )	Standard Deviation (STDEV)	Sample Mean (M)	Original Sample (O)	
0.200	1.282	0.044	0.049	0.056	الإستجابة -> Moderating Effect

المصدر: إعداد الباحثة نتائج التحليل الإحصائي 2018 م (بالاعتماد على برنامج Smart PLS)

من الجدول رقم (3-39) أعلاه نجد أن المسار من المتغير المعدل(العمر) إلي المتغير التابع بُعد الإستجابة يساوي (1.282) وهو غير دال إحصائياً عند مستوي معنوية (0.200).

2. هنالك أثر للمتغير المعدل(العمر) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد (الإعتمادية) في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

#### جدول رقم(3-40)

نتائج تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للعمر في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة تبعاً لبُعد الإعتمادية

P Values	T Statistics ( O/STDEV )	Standard Deviation (STDEV)	Sample Mean (M)	Original Sample (O)	
0.396	0.849	0.043	0.031	0.036	الإعتمادية -> Moderating Effect

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018 (بالاعتماد على برنامج Smart PLS)

من الجدول رقم (3-40) أعلاه نجد أن المسار من المتغير المعدل(العمر) إلي المتغير بُعد الإعتمادية يساوي(0.849) وهو غير دال إحصائياً عند مستوى معنوية(0.396).

3. هنالك أثر للمتغير المعدل(العمر) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد(التعاطف) في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

#### جدول رقم(3-41)

نتائج تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للعمر في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد التعاطف

P Values	T Statistics ( O/STDEV )	Standard Deviation (STDEV)	Sample Mean (M)	Original Sample (O)	
0.335	0.964	0.043	0.035	0.041	التعاطف -> Moderating Effect

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018 (بالاعتماد على برنامج Smart PLS)

من الجدول رقم (3-41) أعلاه نجد أن المسار من المتغير المعدل(العمر) إلي المتغير بُعد التعاطف يساوي(0.964) وهو دال إحصائياً عند مستوى معنوية(0.335).

4. هنالك أثر للمتغير المعدل(العمر) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد (الجوانب المادية) في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

### جدول رقم (3-42)

نتائج تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للعمر في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد الجوانب المادية

P Values	T Statistics ( O/STD EV )	Standard Deviation (STD EV)	Sample Mean (M)	Original Sample (O)	
0.726	0.351	0.046	0.015	0.016	الجوانب المادية -> Moderating Effect

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018 (بالاعتماد على برنامج Smart PLS)

من الجدول رقم (3-42) أعلاه أن المسار من المتغير المعدل (العمر) إلي المتغير بُعد الجوانب المادية يساوي (0.351) وهو غير دال إحصائياً عند مستوى معنوية (0.726).

5. هنالك أثر للمتغير المعدل (العمر) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد (الضمان) في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

### جدول رقم (3-43)

نتائج تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للعمر في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد الضمان

P Values	T Statistics ( O/STDEV )	Standard Deviation (STDEV)	Sample Mean (M)	Original Sample (O)	
0.079	1.760	0.043	0.069	0.075	الضمان -> Moderating Effect

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018 (بالاعتماد على برنامج Smart PLS)

من الجدول رقم (3-43) أعلاه أن نجد المسار من المتغير المعدل (العمر) إلي المتغير بُعد الضمان يساوي (1.760) وهو غير دال إحصائياً عند مستوى معنوية (0.079).

اختبار الفرضية الفرعية الثانية:

هنالك أثر للمتغير المعدل (الجنس) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل المسار، ولغرض التعرف على معنوية التأثير للمتغير المعدل (الجنس) في العلاقة بين المتغير المستقل مهارات التعامل مع المرضى والمتغير التابع جودة الخدمة، تم الإعتماد على معامل (T statistic) لمعرفة قيمة المسار من متغير إلى آخر، وقد تم الإعتماد على مستوى الدلالة (0.05) للحكم على مدى معنوية التأثير، حيث يتم مقارنة مستوى المعنوية المحتسب مع قيمة مستوى الدلالة المعتمد، وتعد التأثيرات ذات دلالة إحصائية إذا كانت قيمة مستوى الدلالة

المحتسب أصغر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05) والعكس صحيح، أيضاً تم الإعتماد علي قيمة (T-statistic) إذا زادت القيمة عن (1.96) تعد التأثيرات ذات دلالة إحصائية والعكس صحيح. وقسمت هذه الفرضية إلى الآتية:

1. هنالك أثر للمتغير المعدل (الجنس) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد (الإستجابة) في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

#### جدول رقم (3-44)

نتائج تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للجنس في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد الإستجابة

P Values	T Statistics ( O/STD EV )	Standard Deviation (STDEV)	Sample Mean (M)	Original Sample (O)	
0.128	1.525	0.042	0.056	0.064	الإستجابة -> Moderating Effect

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018 (بالاعتماد على برنامج Smart PLS) من الجدول رقم (3-44) أعلاه نجد أن المسار من المتغير المعدل (الجنس) إلى المتغير بُعد الإستجابة يساوي (1.525)، وهو غير دال إحصائياً عند مستوى معنوية (0.128).

2. هنالك أثر للمتغير المعدل (الجنس) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد (الإعتمادية) في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

#### جدول رقم (3-45)

نتائج تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للنوع في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد الإعتمادية

P Values	T Statistics ( O/STD EV )	Standard Deviation (STDEV)	Sample Mean (M)	Original Sample (O)	
0.145	1.459	0.042	0.052	0.061	الإعتمادية -> Moderating Effect

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018 (بالاعتماد على برنامج Smart PLS) من الجدول رقم (3-45) أعلاه نجد أن المسار من المتغير المعدل (الجنس) إلى المتغير بُعد الإعتمادية يساوي (1.459) وهو غير دال إحصائياً عند مستوى معنوية (0.145).

3. هنالك أثر للمتغير المعدل (الجنس) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد (التعاطف) في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

جدول رقم (3-46)

نتائج تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للجنس في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد التعاطف

P Values	T Statistics ( O/STDEV )	Standard Deviation (STDEV)	Sample Mean (M)	Original Sample (O)	
0.508	0.663	0.041	0.018	0.027	التعاطف -> Moderating Effect

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018 (بالاعتماد على برنامج Smart PLS) من الجدول رقم (3-46) أعلاه نجد أن المسار من المتغير المعدل (الجنس) إلى المتغير بُعد التعاطف يساوي (0.663) وهو غير دال إحصائياً عند مستوى معنوية (0.508).  
4. هنالك أثر للمتغير المعدل (الجنس) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد (الجوانب المادية) في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

جدول رقم (3-47)

نتائج تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للجنس في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد الجوانب المادية

P Values	T Statistics ( O/STDEV )	Standard Deviation (STDEV)	Sample Mean (M)	Original Sample (O)	
0.446	0.763	0.049	0.031	0.038	الجوانب المادية -> Moderating Effect

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018 (بالاعتماد على برنامج Smart PLS) من الجدول رقم (3-47) أعلاه نجد أن المسار من المتغير المعدل (الجنس) إلى المتغير بُعد الجوانب المادية يساوي (0.763) وهو غير دال إحصائياً عند مستوى معنوية (0.446).  
5. هنالك أثر للمتغير المعدل (الجنس) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد (الضمان) في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

### جدول رقم (3-48)

نتائج تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للجنس في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد الضمان

P Values	T Statistics ( O/STDEV )	Standard Deviation (STDEV)	Sample Mean (M)	Original Sample (O)	
0.932	0.085	0.038	-0.005	0.003	الضمان -> Moderating Effect

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018 (بالاعتماد على برنامج Smart PLS)

من الجدول رقم (3-48) أعلاه نجد أن المسار من المتغير المعدل (الجنس) إلى المتغير بُعد الضمان يساوي (0.085) وهو غير دال إحصائياً عند مستوى معنوية (0.932).

اختبار الفرضية الفرعية الثالثة:

هنالك أثر للمتغير المعدل (المستوى التعليمي) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل المسار، ولغرض التعرف على معنوية التأثير للمتغير المعدل (المستوى التعليمي) في العلاقة بين المتغير المستقل مهارات التعامل مع المرضى والمتغير التابع جودة الخدمة، تم الإعتماد على معامل (T statistic) لمعرفة قيمة المسار من متغير إلى آخر، وقد تم الإعتماد على مستوى الدلالة (0.05) للحكم على مدى معنوية التأثير، حيث يتم مقارنة مستوى المعنوية المحتسب مع قيمة مستوى الدلالة المعتمد، وتعد التأثيرات ذات دلالة إحصائية إذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحتسب أصغر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05) والعكس صحيح، أيضاً تم الإعتماد على قيمة (T-statistic) إذا زادت القيمة عن (1.96) تعد التأثيرات ذات دلالة إحصائية والعكس صحيح.

وقسمت هذه الفرضية إلى الآتية:

1. هنالك أثر للمتغير المعدل (المستوى التعليمي) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد (الإستجابة) في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

### جدول رقم (3-49)

نتائج تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للمستوى التعليمي في العلاقة بين مهارات التعامل المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد الإستجابة

P Values	T Statistics ( O/STDEV )	Standard Deviation (STDEV)	Sample Mean (M)	Original Sample (O)	
0.673	0.422	0.045	-0.021	-0.019	الإستجابة-> Moderating Effect

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018 (بالاعتماد على برنامج Smart PLS)

من الجدول رقم (3-49) أعلاه نجد أن المسار من المتغير المعدل (المستوى التعليمي) إلى المتغير بُعد الإستجابة (0.422) وهو غير دال إحصائياً عند مستوى معنوية (0.673).  
2. هنالك أثر للمتغير المعدل (المستوى التعليمي) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد (الإعتمادية) في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

### جدول رقم (3-50)

نتائج تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للمستوى التعليمي في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد الإعتمادية

P Values	T Statistics ( O/STDEV )	Standard Deviation (STDEV)	Sample Mean (M)	Original Sample (O)	
0.223	1.220	0.042	-0.051	-0.051	الإعتمادية-> Moderating Effect

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018 (بالاعتماد على برنامج Smart PLS)

من الجدول رقم (3-50) أعلاه نجد أن المسار من المتغير المعدل (المستوى التعليمي) إلى المتغير بُعد الإعتمادية (1.220) وهو غير دال إحصائياً عند مستوى معنوية (0.223).  
3. هنالك أثر للمتغير المعدل (المستوى التعليمي) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد (التعاطف) في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

### جدول رقم (3-51)

نتائج تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للمستوى التعليمي في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد التعاطف.

P Values	T Statistics ( O/STDEV )	Standard Deviation (STDEV)	Sample Mean (M)	Original Sample (O)	
0.753	0.315	0.042	-0.014	-0.013	التعاطف -> Moderating Effect

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018 (بالاعتماد على برنامج Smart PLS) من الجدول رقم (3-51) أعلاه نجد أن المسار من المتغير المعدل (المستوى التعليمي) إلى المتغير بُعد التعاطف (0.315) وهو غير دال إحصائياً عند مستوى معنوية (0.753).  
4. هنالك أثر للمتغير المعدل (المستوى التعليمي) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد (الجوانب المادية) في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

### جدول رقم (3-52)

نتائج تحليل المسار لعلاقة لأثر المعدل للمستوى التعليمي في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لبُعد الجوانب المادية

P Values	T Statistics ( O/STDEV )	Standard Deviation (STDEV)	Sample Mean (M)	Original Sample (O)	
0.007	2.725	0.043	-0.118	-0.116	الجوانب المادية -> Moderating Effect

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018 (بالاعتماد على برنامج Smart PLS) من الجدول رقم (3-52) أعلاه نجد أن المسار من المتغير المعدل (المستوى التعليمي) إلى المتغير بُعد الجوانب المادية (2.725) وهو غير دال إحصائياً عند مستوى معنوية (0.007).

5. هناك أثر للمتغير المعدل (المستوى التعليمي) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لُبعد (الضمان) في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.

#### جدول رقم (3-53)

نتائج تحليل المسار لعلاقة الأثر المعدل للمستوى التعليمي في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية تبعاً لُبعد الضمان

P Values	T Statistics ( O/STDEV )	Standard Deviation (STDEV)	Sample Mean (M)	Original Sample (O)	
0.164	1.393	0.041	0.054	0.057	الضمان -> Moderating Effect

المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018 (بالاعتماد على برنامج Smart PLS) من الجدول رقم (3-53) أعلاه نجد أن المسار من المتغير (المستوى التعليمي) إلى المتغير بُعد الضمان (1.393) وهو غير دال إحصائياً عند مستوى معنوية (0.164) مما تقدم نستنتج أن فرضية الدراسة الرئيسية الرابعة والتي تنص على: (تؤثر العوامل الديمغرافية (العمر، الجنس، المستوى التعليمي) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم) تم التحقق من صحتها جزئياً لبعض الفرضيات الفرعية.

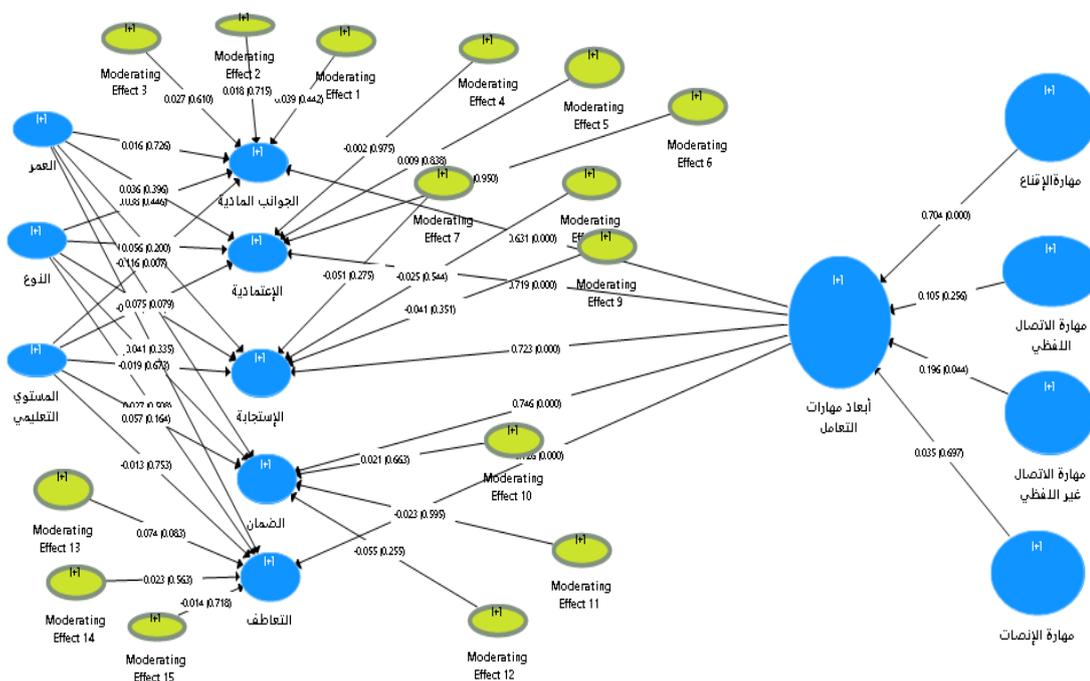
جدول رقم (3-54)  
ملخص اختبار الفرضية الرئيسية الرابعة

هنالك أثر للمتغيرات الديمغرافية (العمر، الجنس، المستوى التعليمي) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية .

النتيجة	P Values	الفرضيات
1-4		هنالك أثر للمتغير المعدل (العمر) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.
1	0.200	لم تدعم
2	0.396	لم تدعم
3	0.335	دعمت
4	0.726	لم تدعم
5	0.079	لم تدعم
2-4		هنالك أثر للمتغير المعدل (الجنس) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.
1	0.128	لم تدعم
2	0.145	لم تدعم
3	0.508	لم تدعم
4	0.446	لم تدعم
5	0.932	لم تدعم
3-4		هنالك أثر للمتغير المعدل (المستوى التعليمي) في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم.
1	0.673	لم تدعم
2	0.223	لم تدعم
3	0.753	لم تدعم
4	0.007	لم تدعم
5	0.164	لم تدعم

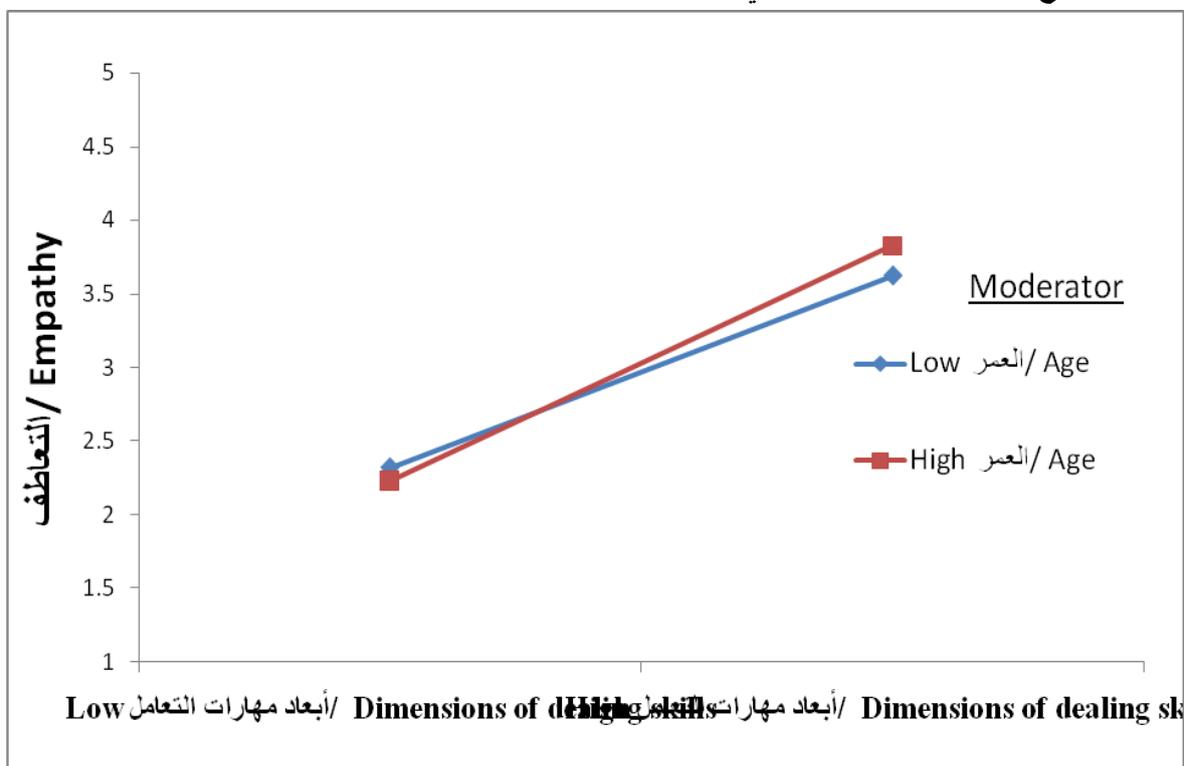
المصدر: إعداد الباحثة من نتائج التحليل الإحصائي 2018 (بالاعتماد على برنامج Smart PLS)

شكل رقم (3-10) يوضح نتائج اختبار الفرضيات



شكل (3-11)

يوضح الدور المعدل للعمر في تقوية العلاقة بين أبعاد مهارات التعامل والتعاطف



# الخاتمة

- النتائج
- التوصيات
- الدراسات المستقبلية

## الخاتمة

### مقدمه:

تناولت هذه الدراسة مهارات التعامل مع المرضى المتمثلة في (الإتصال اللفظي، الإتصال غير اللفظي، الإنصات، الإقناع) وأثرها على أبعاد جودة الخدمة الصحية (الإستجابة، الإعتمادية، التعاطف، الجوانب المادية، الضمان) بالمستشفيات الخاصة في ولاية الخرطوم من وجهة نظر المرضى، تم اختبار علاقة الإرتباط بين مهارات التعامل مع المرضى وأبعاد جودة الخدمة الصحية، وعلاقة التأثير لمهارات التعامل مع المرضى على أبعاد جودة الخدمة الصحية، ومدى وجود فروق نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى تبعاً للمتغيرات الديمغرافية، وكما تم اختبار ما إذا كانت العوامل الديمغرافية تؤثر على العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وأبعاد جودة الخدمة الصحية، و تم اختبار فرضيات الدراسة من واقع الدراسة الميدانية والتي تم جمعها عبر إستبانة وُجّهت إلى عينة غير إحصائية من المرضى في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم.

وقد تم التوصل إلى نتائج وفقاً لنتائج التحليل الإحصائي المستخدم وعلى ضوء هذه النتائج التي تم التوصل إليها في الدراسة الحالية قدم عدداً من التوصيات، ومقترحات لدراسات مستقبلية.

وقد تم صياغة مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي التالي:

ما هو أثر مهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم؟ وتتفرع منه الأسئلة التالية:

1. ما هو مستوى أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة (الجوانب المادية، الإعتمادية، الإستجابة، الضمان، التعاطف) في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم؟

2. ما هو مستوى مهارات التعامل مع المرضى (الإتصال اللفظي، الإتصال غير اللفظي، الإنصات، الإقناع) في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم؟

3. هل توجد علاقة إرتباط ذات دلالة إحصائية بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم؟

4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى في المستشفيات الخاصة بموضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً للعوامل الديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي).

5. ما هو تأثير مهارات التعامل مع المرضى على أبعاد جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم؟

6. هل تؤثر العوامل الديمغرافية للمرضى (العمر، الجنس، المستوى التعليمي) على العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وجودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم؟

## أولاً: النتائج

من خلال الدراسة التطبيقية ونتائج التحليل الإحصائي الوصفي، واختبار فرضيات الدراسة تم التوصل إلى عدد من النتائج تمثلت في الآتي:

1. بينت النتائج أن اتجاهات عينة الدراسة كانت إيجابية نحو أغلب الفقرات التي تقيس متغيرات الدراسة كما يوضحها الوسط الحسابي والانحراف المعياري.

2. أن مستوى مهارات التعامل مع المرضى (الإتصال اللفظي، الإتصال غير اللفظي، الإنصات، الإقناع) في المستشفيات قيد الدراسة كانت عالية وذلك من وجهة نظر الباحثين في هذه المستشفيات.

3. فيما يتعلق بمستوى مهارات التعامل مع المرضى من حيث ترتيبها بناءً على الأوساط الحسابية، كانت كمايلي على التوالي: الإتصال اللفظي - الإنصات - الإتصال غير اللفظي - الإقناع.

4. إنخفاض مستوى مهارة الإتصال غير اللفظي مقارنة مع المهارات الأخرى، وبالرغم من استخدام الكثير من مقدمى الخدمة الإتصال اللفظي بصورة عالية إلا أنهم لايعطون الإهتمام الكافي للإتصال غير اللفظي، ورغم أن هذا النوع من الإتصال يلعب دوراً هاماً في التأثير على تقديم الخدمات بشكل متميز.

5. إنخفاض مستوى مهارة الإقناع في المستشفيات المبحوثة مقارنة مع المهارات الأخرى، بالرغم من أن توفر مهارة الإقناع بصورة عالية في غاية الأهمية لمقدمى الخدمة الصحية.

6. أن مستوى جودة الخدمة الصحية (الجوانب المادية، الإعتمادية، الإستجابة، الضمان، التعاطف) في المستشفيات قيد الدراسة كانت متوسطة وذلك من وجهة نظر الباحثين في هذه المستشفيات.

7. فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمة الصحية من حيث ترتيبها بناءً على الأوساط الحسابية، كانت كمايلي على التوالي: - الضمان - التعاطف - الجوانب المادية - الإستجابة.

8. إنخفاض مستوى بُعد الإستجابة في المستشفيات المبحوثة مقارنة مع الأبعاد الأخرى، بالرغم من أن توفر الإستجابة بصورة عالية يسهل عملية تقديم الخدمة بصورة أسرع ويلبي إحتياجات المرضى.

9. أوضحت نتائج التحليل وجود علاقة إرتباط إيجابية بين مهارات التعامل مع المرضى وأبعاد جودة الخدمة الصحية (الإستجابة، الإعتمادية، التعاطف، الجوانب المادية، الضمان) في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم.

10. أظهرت نتائج التحليل وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى في المستشفيات الخاصة بموضوع الدراسة تبعاً لمتغير الجنس.

11. أيضاً بينُ التحليل عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) نحو مستوى مهارات التعامل مع المرضى الفعلية والمدركة من قبل المرضى في المستشفيات الخاصة موضوع الدراسة بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير العمر، والمستوى التعليمي.
12. أوضحت نتائج التحليل وجود علاقة تأثير معنوية لمهارات التعامل مع المرضى على أبعاد جودة الخدمة الصحية (الإستجابة، الإعتمادية، التعاطف، الجوانب المادية، الضمان) في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم.
13. أشارت نتائج التحليل إلى دعم وتأثير بعض العوامل الديمغرافية في العلاقة بين مهارات التعامل مع المرضى وأبعاد جودة الخدمة الصحية (الإستجابة، الإعتمادية، التعاطف، الجوانب المادية، الضمان) في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم.

### ثانياً: التوصيات:

#### التوصيات العامة

1. ضرورة أن تعمل إدارة المؤسسات الصحية على عقد دورات للعاملين في القطاع الصحي فيما يتعلق بتنمية وتطوير مهارات التعامل مع المرضى.
2. على إدارة المستشفيات العمل على توفير الحوافز المناسبة للعاملين في المؤسسات الصحية سواء كانت مادية أو معنوية من تشجيع وغيرها، وذلك لزيادة الرغبة لديهم للاستمرار في العمل وتقديم الخدمات بشكل جيد.
3. ضرورة إهتمام إدارة المؤسسات الصحية السودانية بتطبيق معايير الجودة العالمية.
4. أن تدعم وزارة المالية جهود المستشفيات في تطوير القطاع الصحي فيما يتعلق بجودة الخدمات الصحية.
5. إشراك العاملين في اتخاذ القرارات الخاصة بجودة الخدمات الصحية باستخدام مفهوم الإدارة بالأهداف.
6. أن تعمل إدارة المستشفيات الخاصة والعامة على تطبيق مفهوم بطاقة الأداء المتوازن في تقديم خدماتها لتحسين الجودة بدلاً من الجوانب المالية فقط.

## التوصيات الخاصة

1. ينبغي على إدارة المستشفيات الخاصة أن تراعي تطبيق مهارات التعامل مع المرضى لما لها من أهمية في جودة الخدمات الصحية المقدمة.
2. العمل على عقد دورات متخصصة بمهارات التعامل مع المرضى لجميع الكوادر الصحية بالمستشفيات المبحوثة، من أجل الوصول إلى كيفية التعامل مع المرضى وكسب ثقتهم وبناء علاقات جيدة.
3. ضرورة إعطاء المزيد من الإهتمام بتنمية مهارة الإقناع في المستشفيات المبحوثة.
4. ينبغي على إدارة المستشفيات العمل على التحسين المستمر في الخدمات المقدمة من خلال استخدام التقنيات الطبية الحديثة وذلك من أجل تقديم الخدمات بأفضل جودة.
5. ضرورة توفير نظام معلومات يتيح للمستشفيات المبحوثة الرد على استفسارات وشكاوى المرضى فيما يتعلق بنظام المواعيد، وغيرها.
6. السعي على توفير برامج التدريب المستمر لتدعيم مهارات التعامل مع المرضى وقياس مردودها بشكل دوري للوقوف على تأثيرها على رضا المرضى.
7. العمل على اكتشاف المعوقات التي تؤثر على تعامل الكوادر الصحية مع المرضى والعمل على إزالتها.
8. ضرورة إلتزام المستشفيات بتطبيق المعايير الخاصة بجودة الخدمات الصحية عن طريق نشر ثقافة الجودة في المستشفيات.
9. إعطاء مزيد من الإهتمام من قبل إدارة المستشفيات لمشاكل المرضى وتوفير الظروف المناسبة والخاصة بهم.

### ثالثاً: مقترحات لبحوث مستقبلية:

- في ضوء الدراسة الحالية فإن الباحثة تقترح مجموعة من الدراسات المستقبلية التي يمكن إجرائها وهي كالتالي:
- إجراء دراسات في مجال أثر التكنولوجيا الحديثة على أداء المستشفيات الخاصة والعامه في السودان.
  - إجراء دراسة مقارنة حول قياس مهارات التعامل مع المرضى في المستشفيات الخاصة والعامه.
  - أثر البيئة الداخلية والخارجية في تحسين جودة الخدمات الصحية.
  - إجراء دراسة حول تطبيق بطاقة الأداء المتوازن وأثرها على جودة الخدمات المقدمة.

## قائمة المصادر والمراجع

### - القرآن الكريم

1. سورة الإسراء الآية (80)
2. سورة النمل الآية (88)
2. سورة الكهف الآية (30)
3. سورة الزلزلة الآية (18)

### - الكتب

1. أحمد ماهر، كيف ترفع مهاراتك الإدارية في الإتصال، الإسكندرية، الدار الجامعية، 2008م.
2. أحمد سيد مصطفى، إدارة الجودة الشاملة والأيزو- دليل عصرى للجودة والتنافسية، القاهرة، 2004م.
3. أحمد سيد مصطفى، إدارة الإنتاج والعمليات في الصناعة والخدمات، دار النهضة، القاهرة، 1999م.
4. أحمد ماهر، السلوك التنظيمي - مدخل بناء المهارات، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2003م.
5. إبراهيم أبو عرقوب، الاتصال الإنساني ودوره في التفاعل الاجتماعي، دار مجدولاي، عمان، 1993م.
6. أوما سيكاران، تعريب أسماعيل على بسيوني، طرق البحث في الإدارة - مدخل لبناء المهارات البحثية، دار المريخ للنشر الرياض، 2006م.
7. بابكر مبارك عثمان، المدخل لإدارة الجودة الشاملة، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، 2006م.
8. بشير العلق، أسس الإدارة الحديثة (نظريات ومفاهيم)، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، 1990م.
9. بلال خلف السكارنة، المهارات الإدارية في تطوير الذات، دار المسيرة للنشر، عمان، 2009م.
10. بلال خلف السكارنة، مهارات الاتصال، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2015م.
11. توفيق عبد الرحمن، السكرتارية - مهارات التعامل مع الآخرين، مركز الخبرات المهنية للإدارة، القاهرة، 2008م.
12. توفيق محمد عبد المحسن، قياس الجودة والقياس المقارن - أساليب حديثة في المعايرة والقياس، دار الفكر العربي، الإسكندرية، 2006م.
13. توفيق محمد عبد المحسن، إدارة المنشآت المتخصصة، دار الفكر العربي، القاهرة، 2006م.
14. ثابت عبد الرحمن إدريس، إدارة الأعمال (نظريات ونماذج تطبيقية)، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2005م.
15. ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العملية للنشر والتوزيع، عمان، 2005م.
16. ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية، عمان، 2005م.

17. ثابت عبد الرحمن إدريس، كفاءة وجودة الخدمات اللوجستية: مفاهيم أساسية وطرق القياس والتقييم، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2006م.
18. جون هيز، مهارات التواصل بين الأفراد في العمل، ترجمة مروان طاهر الزغبى، دار المسرة للنشر والتوزيع، عمان، 2011م.
19. جيمس بوج، الإقناع - فن إقناع الآخرين (مترجم)، مكتبة جرير، الرياض، 2009م.
20. حسين حريم، السلوك التنظيمي (سلوك الأفراد في المنظمات)، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 1997م.
21. حسين حريم، السلوك التنظيمي - سلوك الأفراد والجماعات في منظمات الأعمال، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2004م.
22. حسين جلوب، مهارات الإتصال مع الآخرين، عمان، دار كنوز المعرفة العالمية العلمية للنشر والتوزيع، 2010م.
23. حسين حريم، مبادئ الإدارة الحديثة (النظريات، العمليات الإدارية، وظائف المنظمة)، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، 2006م.
24. حسين ذنون على البياتى، المعايير المعتمدة فى إقامة وإدارة المستشفيات، وجهة نظر معاصرة، دار وائل للنشر، عمان، 2005م.
25. حسان محمد نذير حرسنانى، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1990م.
26. حمدي عبدالعظيم، المنهج العلمي لإدارة الجودة الشاملة، الدار الجامعية للنشر، الإسكندرية، 2008م.
27. طلال بن عايد الأحمدي، إدارة الرعاية الصحية، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، 2004م.
28. خضير كاظم حمود، الاتصال الفعال فى إدارة الأعمال، دار الصفا للنشر والتوزيع، عمان، 2010م.
29. خليل حسن الشماع، مبادئ الإدارة مع التركيز على إدارة الأعمال، دار المسيرة، عمان، 2007م.
30. خضير حمود، موسى سلامة اللوزي، مبادئ إدارة الأعمال، إثراء للنشر والتوزيع، عمان، 2008م.
31. خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة، تطبيقات القطاع الصحي، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، 1997م.
32. خضير كاظم حمود، إدارة الجودة وخدمة العملاء، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2002م.
33. خضير كاظم حمود، إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة للنشر، عمان، 2000م.
34. ريتشارد ويليامز، أساسيات إدارة الجودة الشاملة، مكتبة جرير، القاهرة، 1999م.
35. زهير حنفي على، الأصول العلمية فى التنظيم الإداري للمستشفيات، مكتبة الأنجلو المصرية، 1988م.
36. ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحى والاجتماعى، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، 2008م.

37. سكينه عامر، فن الاتصال بالآخرين دراسة في السلوك الإنساني، دار التدريب، بنغازي، 2001م.
38. سونيا محمد البكري، إدارة الجودة الكلية، دار الجامعة، القاهرة، 2002م.
39. سمير الخطيب، إدارة الجودة الشاملة والأيزو: مدخل معاصر، دار المرتضى للنشر، بغداد، 2008م.
40. سونيا محمد البكري، تخطيط ومراقبة الإنتاج، دار الجامعة، الإسكندرية، 2001م.
41. سمير عبدالعزيز، اقتصاديات جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة، والأيزو 9000-10011، مكتبة الإشاع الفنية للنشر والتوزيع، عمان، 2000م.
42. سيد محمد جاد الرب، الإتجاهات الحديثة في المنظمات الصحية، دار النهضة، القاهرة، 1997م.
43. شريف عبد الله الحموي، مهارات الاتصال، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2011م.
44. على محمد منصور، مبادئ الإدارة-أسس ومفاهيم، دار مجموعة النيل العربية، عمان، 1999م.
45. على السلمي، المهارات الإدارية والقيادية للمدير المتفوق، دار غريب للنشر والتوزيع، القاهرة، 1999م.
46. عبدالله حسن مسلم، مهارات الإتصال الإداري والحوار، دار المعترف للنشر والتوزيع، عمان، 2015م.
47. عبير حمدي، فن الإتصال الفعال، دار سما للنشرة والتوزيع، القاهرة، 2015م.
48. عبد الستار محمد علي، إدارة الإنتاج والعمليات، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2000م.
49. على السلمي، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للأيزو 9000، دار غريب للنشر، القاهرة، 1995م.
50. عبد الستار العلي، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2008م.
51. عمر وصفي عقيلي، المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2001م.
52. عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة، الإتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات مفاهيم وتطبيقات، المنظمة العربية للتنمية، القاهرة 2003م.
53. عبد الحميد إبراهيم سليمان، تاريخ الخدمات الطبية والصيدلة في السودان، إصدارات المؤسسة السودانية للتراث الطبي، الخرطوم، 2014م.
54. عصام الدين محمد عبدالله، مصطفى صالح مصطفى، أمجد وداعة، ملامح من مسيرة النظام الصحي في السودان (1990-2010)، شركة مطابع السودان للعملة المحدودة، الخرطوم، 2014م.
55. عبد العزيز بن حبيب الله نياز، جودة الرعاية الصحية الأسس النظرية والتطبيق العملي، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، 2005م.
56. صلاح النعيمي المدير: القائد والمفكر الإستراتيجي، دار إثراء للنشر والتوزيع، عمان، 2008م.
57. فهد خليل زايد، فن الحوار والإقناع، دار النفائس للنشر والتوزيع، عمان، 2007م.
58. فتحي أحمد عواد، إدارة الأعمال وظائف المدير في المؤسسات المعاصرة، دار صفا للنشر والتوزيع، عمان 2012م.

59. فريد عبد الفتاح زين الدين، المنهج العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية، دار الكتب للنشر، القاهرة، 1996م.
60. فواز التميمي، أحمد الخطيب، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للأيزو 9001، عالم الكتب الحديث، عمان، 2007م.
61. فوزى شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، 1998م.
62. فريد النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2007م.
63. قاسم نايف علون، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الأيزو 9001:2000، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2005م.
64. قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات- مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006م.
65. كيران وولش، جوديت سميث، إدارة الرعاية الصحية، ترجمة أبو النجا، مجموعة النيل، القاهرة، 2009م.
66. كامل محمد المغربي، السلوك التنظيمي- مفاهيم وأسس سلوك الفرد والجماعة في التنظيم، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، 2004م.
67. محمد القدومي، محمد هاني، زيد عبودي، المفاهيم الإدارية الحديثة، دار المعترف للنشر والتوزيع، عمان، 2015م.
68. محمد عبد الغني هلال، سلوكيات التعامل مع الآخر، مركز تطوير الأداء والتنمية، القاهرة، 2007م.
69. محمد عبد الفتاح الصيرفي، الإدارة الرائدة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2004م.
70. محمد عبد الفتاح الصيرفي، مبادئ التنظيم والإدارة، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، 2006م.
71. محمد الصيرفي، الاتصالات الإدارية، مؤسسة حورس للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2006م.
72. محمد قاسم القريوتي، مبادئ الإدارة - النظريات والعمليات والوظائف، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2006م.
73. محمود سالم العميان، السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال، دار وائل للنشر، عمان، 2005م.
74. مدحت محمد أبو النصر، لغة الجسم (دراسة في نظرية الاتصال غير اللفظي)، مجموعة النيل العربية، القاهرة، 2006م.
75. محمد منير حجاب، مهارات الاتصال للإعلاميين والتربويين والدعاة، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع، 2003م.
76. محمد راشد ديماس، فنون الحوار والإقناع، دار ابن حزم، بيروت، 1999م.
77. محمد ناجي الجوهر، الاتصال التنظيمي، دار الكتاب الجامعي للنشر والتوزيع، العين، 2000م.
78. محمد إسماعيل بلال، السلوك التنظيمي بين النظرية والتطبيق، دار الجامعة الجديدة للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2005م.

79. محفوظ أحمد جودة، العلاقات العامة- مفاهيم وممارسات، دار زهران للنشر، عمان، 2009م.
80. مأمون سليمان الدراكة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، دار صفا للنشر، عمان، 2006م.
81. محمد الصريفي، إدارة الجودة الشاملة - طريقك للحصول علي شهادة الإيزو، مؤسسة حورس الدولية للنشر، الإسكندرية، 2006م.
82. مهدي السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي، دار جرير للنشر والتوزيع، عمان، 2007م.
83. محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوي للنشر والتوزيع، عمان، 2005م.
84. محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة- مفاهيم وتطبيقات، دار وائل للنشر، عمان، 2004م.
85. مأمون الدراكة، طارق الشلبي، الجودة في المنظمات الحديثة، دار صفاء للنشر، عمان، 2002م.
86. محمود جاسم الصميدي، ردينة عثمان يوسف، تسويق الخدمات، دار المسيرة للنشر، عمان، 2010م.
87. مأمون سليمان الدراكة وآخرون، إدارة الجودة الشاملة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2001م.
88. محمد صالح الحناوي، إسماعيل السيد، قضايا إدارية معاصرة، دار الجامعة، الإسكندرية، 1988م.
89. محمد الصيرفي، إدارة المستشفيات العامة والخاصة، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2009م.
90. نواف كنعان، القيادة الإدارية، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2002م.
91. ناصر محمد العديلي، إدارة السلوك التنظيمي، مرام للطباعة الإلكترونية، الرياض، 1993م.
92. نظام سويدان، شفيق حداد، التسويق - مفاهيم معاصرة، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2006م.
93. هالة منصور، الاتصال الفعال، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، 2000م.
94. هبة الله صبري سليمان، فن الإقناع تحدث أولاً لتقنع الآخرين بوجهة نظرك، مكتبة النافذة، القاهرة، 2008م.
95. هاري ميلز، فن الإقناع، مكتبة جرير للنشر والتوزيع، الرياض، 2001م.
96. هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2008م.
97. هيوكوش، إدارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان الالتزام بها، ترجمة طلال بن عايد الأحمدى، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2002م.
- الرسائل الجامعية:
1. أقطى جوهرة، أثر القيادة الإستراتيجية على التشارك في المعرفة - دراسة حالة مجموعة فنادق جزائرية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر، 2014م.
2. أحمد العلاوي أبو شعبان، أثر التدريب على جودة الخدمات المصرفية الإسلامية بمحافظة غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأقصى، 2017م.

3. أحمد عباس يوسف، أثر جودة الرعاية الصحية والاتصالات على رضا المرضى - دراسة تحليلية مقارنة في المستشفى الأميري الحكومي ومستشفى السلام الدولي، جامعة الشرق الأوسط، الكويت 2010م.
4. إبراهيم صلاح عيسى، الدور المعدل لخصائص العميل في العلاقة بين عناصر المزيج التسويقي الإلكتروني والجودة المدركة - دراسة حالة مجموعة الاتصالات السودانية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم، 2017م.
5. إبراهيم على الخالدي، أثر التزام المستشفيات بالمسؤولية الاجتماعية في جودة الخدمة الصحية المدركة - دراسة تطبيقية على عينة من المرضى في المستشفيات الخاصة بمدينة عمان، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الزرقاء، 2015م.
6. العربي بن داؤود، فعالية الإتصال التنظيمي في المؤسسة العمومية الجزائرية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجزائر، 2008م.
7. بسام عبد القادر عبد ربه أبوغزة، قياس جودة خدمة الرعاية الطبية وتقويمها، دراسة تطبيقية على المستشفيات الحكومية والأهلية في فلسطين، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم، 2010م.
8. ثائر عبدالغفار عبدالله، أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على الأداء المؤسسي للمنظمات الصناعية - دراسة ميدانية على الشركات الصناعية بمنطقة سحاب، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الشرق الأوسط، 2013م.
9. طارق الإسدي، تأثير أبعاد المناخ التنظيمي في جودة الخدمة الصحية، دراسة ميدانية على بعض المستشفيات الخاصة بمحافظة دمشق، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق، سوريا، 2015م.
10. دريدي أحلام، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة)، رسالة ماجستير غير منشورة جامعة الجزائر، 2014م.
11. رائد عمر الأغا، المهارات القيادية لدى المسؤولين في شركة الاتصالات الخلوية بين الواقع والمنظور المعياري، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، 2008م.
12. رامي عمر الطناني، مهارات رجل الشرطة في التعامل مع الجمهور وأثرها على فعالية الخدمة الامنية، دراسة تطبيقية على رجال الشرطة بمحافظة غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، 2010م.
13. سيد أحمد حاج، أثر التدريب على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر، 2012م.

14. عمر ادم على أبوروف، أثر تطبيق مفاهيم الجودة على كفاءة الخدمات الصحية بولاية الخرطوم من خلال خدمات التخلص من النفايات الطبية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم، 2016م.
15. عمر ساسي عمر مسعود، الدور المعدل للعوامل الديمغرافية في العلاقة بين الإعلان الإلكتروني واتجاهات العملاء نحو تبني تكنولوجيا الخدمات الجديدة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم، 2015م.
16. عثمان عبدالرحمن، تقنيات الإتصال الإداري وأثرها في فاعلية اتخاذ القرارات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم، 2014م.
17. عصماني سفيان، دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، 2006م.
18. عيسى سالم، أثر العلاقات التسويقية وجودة الخدمة على ولاء العملاء، دراسة على الخدمات الفندقية مدينة عدن، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم، 2011م.
19. قسم عبد الفراج، أثر التسويق الداخلي على جودة الخدمة المصرفية- الدور الوسيط لسلوك المواطنة التنظيمية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم، 2014م.
20. فهد بن محمد الذويبي، المهارات الإدارية والشخصية وعلاقتها بالتعامل مع الجمهور، رسالة ماجستير غير منشورة، الرياض، 2005م.
21. مبارك داؤود سليمان، مدخل إدارة الجودة الشاملة وأثره في تنمية الموارد البشرية، بمجموعة شركات دال (سيقا-كابو)، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم، 2014م.
22. منير مصلح، دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية باليمن- دراسة حالة مستشفى 48 النموذجي، رسالة ماجستير غير منشورة جامعة الجزائر، 2012م.
23. محمد بن عبد العزيز العمير، علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في القطاع الصحي (من وجهة نظر العاملين في مركز الأمير سلطان لمعالجة أمراض وجراحة القلب للقوات المسلحة)، رسالة ماجستير غير منشورة، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2003م.
24. يزيد قادة، واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم الجزائرية- دراسة تطبيقية على متوسطات ولاية سعيدة، رسالة ماجستير غير منشورة، 2012م.
25. نسرين محمد عمر، أثر نظم الرقابة الإدارية في تحسين جودة الخدمات الصحية- دراسة ميدانية في مستشفى البشير، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الشرق الأوسط، 2014م.
26. هبة سيد أحمد حسين، إدارة الجودة الشاملة بين النظرية والتطبيق في المؤسسات الصحية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم، 2015م.

## الدوريات والمجلات العلمية:

1. أكرم محمد أحمد الحاج، تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة وأثرها على كفاءة الأداء الأكاديمي بالجامعات السعودية- دراسة تطبيقية على جامعة الجوف، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد (11)، 2015م.
2. أبي سعيد الديوه جي، عادل محمد عبدالله، النوعية والجودة في الخدمات الصحية، دراسة تحليلية لآراء المرضى في عينة من المستشفيات العامة، مجلة تنمية الرافدين، المجلد (25)، العدد (73)، 2003م.
3. أديب برهوم وآخرون، أثر التدريب على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات وزارة التعليم العالي-دراسة تطبيقية على مستشفى الأسد الجامعي في اللاذقية، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية-سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية المجلد (29)، 2007م.
4. أديب برهوم، رشا سعيد، أثر الابتكار التسويقي على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى في مشفى الباسل بطرطوس مجلة جامعة تشرين للبحوث والدارسات العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد (36)، العدد (4)، 2014م.
5. أكرم أحمد الطويل وآخرون، أمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات محافظة نينوى في العراق، مجلة تكريت للعلوم الادارية والاقتصادية، المجلد (6)، العدد (19)، 2010م.
6. آلء نبيل عبد الرزاق، استخدام نقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية، دراسة حالة عينة من مستشفيات بغداد، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد (90)، 2011م.
7. باديس بوخلوة، أثر الدعم التنظيمي على جودة الخدمات الصحية-دراسة ميدانية مستشفى تقرت من وجهة نظر العاملين، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، 2016م.
8. بوجمعة كوسة، إدارة الجودة الشاملة ومؤشرات التوازن القيمي والوظيفي في الجامعة الجزائرية، مجلة العلوم الإنسانية، العدد (6) الجزائر، 2016م.
9. برحومة عبد الحميد، شريف مراد، الجودة الشاملة ومواصفات الأيزو كأداة لتفعيل تنافسية المؤسسة الاقتصادية، مجلة ابحاث اقتصادية وإدارية العدد (3)، الجزائر، 2008م.
10. ثابت عبد الرحمن إدريس، قياس جودة الخدمة بإستخدام مقياس الفجوة بين الإدراكات والتوقعات، دراسة منهجية بالتطبيق على الخدمة الصحية بدولة الكويت، المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد (4)، العدد (10)، الكويت، 1996م.
11. جابونسكلي، تطبيق إدارة الجودة الكلية، ترجمة نسيم الصمادي، مجلة خلاصات، العدد (6)، الرياض، 1993م.
12. حنان عبد الرحيم الأحمد، التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية، مجلة الإدارة العامة، معهد الإدارة العامة، الرياض، المجلد (40)، العدد (3)، 2000م.

13. حبيب محمود، باسل أنور أسعد، قياس مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية في محافظة اللاذقية من وجهة نظر المستفيدين، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية-سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد (36)، العدد (5)، 2014م.
14. خالد يوسف الزعبي، أثر توافر مهارات الاتصال والرسائل غير اللفظية على فاعلية الاتصال الإداري، مجلة دراسات العلوم الإدارية، المجلد (32)، العدد (2)، 2005م.
15. زكي أبو زيادة، أثر تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة على الأداء التنظيمي-دراسة تطبيقية عينة من المصارف التجارية الفلسطينية، مجلة جامعة النجاح للأبحاث، المجلد (25)، العدد (4)، 2011م.
16. د.دون عبد القادر، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية - (دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية محمد بوضياف ورقلة)، مجلة الباحث، العدد (11)، 2012م.
17. طارق الأسدي، رعد الصرن، العلاقة بين التدريب وأبعاد جودة الخدمة الصحية-دراسة ميدانية على بعض المستشفيات الخاصة بمحافظة دمشق، مجلة جامعة دمشق، المجلد (39) العدد (44) 2017م.
18. سمير كامل الخطيب، رنا حمزة سليمان، دور ثوابت (Crosby) في تطبيق إدارة الجودة الشاملة-دراسة حالة الشركة العامة للأسمنت، مجلة بابل للعلوم الإنسانية، العراق، المجلد (22) العدد (3)، 2014م.
19. سامر أحمد قاسم، سليمان سليم على، دراسة العلاقة بين جودة الخدمة ورضا العملاء، دراسة ميدانية على المشافي الخاصة في مدينة اللاذقية، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية- سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية المجلد (37) العدد (3)، 2015م.
20. عبد القادر شارف، أثر إدارة التغيير على جودة الخدمة الصحية-دراسة حالة مستشفى أحمد بن عجيل بالاعواظ، المجلة العربية للإدارة، الجزائر، المجلد (38)، العدد (3)، 2018م.
21. عبد اللطيف مصلح عايض، دور القيادة الإدارية في مستشفى العلوم والتكنولوجيا في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، المجلة العربية لضمان جودة التعليم الجامعي، العدد (11)، 2013م.
22. عادل العريفي، الدليل المختصر لتحليل البيانات الإحصائية باستخدام طريقة PLS وبرنامج smart-PLS، الإصدار الأول، 2014م.
23. صلاح زياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد (20)، العدد (1)، عمان، 2012م.
24. عطية مصلح، قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، العدد (27)، المجلد (2)، 2012م.
25. فراس محمد الرواشدة وآخرون، تقييم مستوى الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين من التأمين الصحي في الأردن، المجلة الأردنية، المجلد (6)، العدد (4)، 2010م.

26. فرست على شعبان، فهمين عصمت سليم، دور الذكاء الإداري في تعزيز أبعاد جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الحكومية بمدينة دهوك من وجهة نظر العاملين، مجلة جامعة زاخو، العراق، المجلد (2)، العدد (1)، 2014م.
27. فراس أبو قاعود، محمد الشورة، سليمان الحوري، أثر عناصر المزيج التسويقي الخدمي في جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى في المستشفيات الحكومية في عمان، مجلة أبحاث اليرموك - سلسلة العلوم الإنسانية، المجلد (27)، العدد (1)، 2011م.
28. فوزي شعبان مكور، مدى إدراك وتطبيق مديري المستشفيات العامة بمحافظة القاهرة، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، كلية التجارة عين شمس، العدد (2)، 1996م.
29. محمد نور الطاهر أحمد، قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين (دراسة ميدانية على المستشفيات التعليمية الكبرى بولاية الخرطوم، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد (11)، العدد (4)، 2015م.
30. محمد بداوي، النمذجة بالمعادلات البنائية وتطبيقاتها في بحوث التسويق، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، العدد (5)، 2016م.
31. محمد نجيب، ماهر محمد على، قياس أثر الجودة الشاملة للخدمات الصحية على ولاء المستفيدين في مصر، دورية صحة الأسرة العربية والسكان: بحوث ودراسات، المجلد (7)، العدد (18)، 2014م.
32. محمد عباس ديوب، دور الاتصالات الإدارية في رفع كفاءة العمل - دراسة ميدانية على مرفأ اللاذقية، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، المجلد (30)، العدد (3)، 2008م.
33. ميسون عبدالله، دينا نافا، الأنماط القيادية ودورها في تنمية مهارات العاملين - دراسة استطلاعية لآراء عينة من قيادات الإدارات والعاملين في شبكة كهرباء نينوى، الموصل، مجلة تنمية الرافدين العدد (109)، المجلد (34)، 2012م.
34. نبيل بن عامر، حسام لعمش، دور المسؤولية الاجتماعية للتسويق في ترقية الخدمة الصحية - دراسة تحليلية مع عرض تجارب، مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، العدد (3)، الجزائر، 2015م.
35. ناصر إبراهيم سيف، أثر تطبيق أبعاد جودة الخدمات في نتائج المرضى دراسة ميدانية على مراكز الرعاية الأولية، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 9 العدد (4)، 2013م.
36. هاني حامد الضمور، جناة بوقجاني، أثر جودة الخدمات الصحية في درجة ولاء المرضى في مستشفى الجامعة الأردنية، مجلة مؤتة للبحوث والدراسات، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد (27)، العدد (3)، 2012م.

37. وفاء علي سالم، أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين، دراسة تطبيقية في مجموعة المستشفيات الأهلية في محافظة البصرة، مجلة العلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد (5)، العدد (7)، 2013م.
38. يوسف محمد اندارة، تأثير الثقافة على جودة الخدمة المدركة ورضا العملاء في البنوك التجارية الليبية، مجلة التنمية البشرية للأبحاث، جامعة العلوم الإدارية المجلد (2)، العدد (3)، 2016م.
- الأوراق والمؤتمرات والمنشورات:
1. تركي محجم الفواز، جمال عادل الشرايري، درجة فاعلية نظام إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الجامعة الأردنية التعليمي، المؤتمر العربي الدولي الخامس لضمان جودة التعليم العالي، جامعة الشارقة، الإمارات، 2015م.
  2. جلال عبدالله محمد، أثر وجود معايير الجودة في ضمان تطبيق إدارة الجودة الشاملة - دراسة تحليلية لأراء عينة من المعهد التقني في السلیمانية، المؤتمر العربي الدولي الخامس لضمان جودة التعليم العالي، جامعة الشارقة، الإمارات، 2015م.
  3. فتحية أبو بكر إدريس، قاسم نايف علوان المحياوي، قياس جودة أداء الخدمات الصحية وتأثيرها على رضا المرضى، المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن، 2006م.
  4. مختار بن سعد، حليلة أمشير، جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفى الخمس التعليمي من وجهة نظر المستفيدين، المؤتمر الأول للاستثمار والتنمية في منطقة الخمس، جامعة المرقب، ليبيا، 2017م.
  5. منظمة الصحة العالمية، إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية رقم (395)، جنيف، 1980م.
  6. مروان جمعة درويش، أثر جودة الخدمات التي تقدمها البلديات في فلسطين على رضا المستفيدين التي تقدمها البلديات، المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2009م.
  7. وفيق حلمي الآغا، الجودة الشاملة وطرق إبداعها بالقطاع الصحي الفلسطيني، المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن، 2006م.
  8. نبذة تعريفية عن مستشفى بست كير ، الخرطوم ، السودان.
  9. نبذة تعريفية عن مستشفى الكويتي التخصصي، الخرطوم، السودان.
  10. نبذة تعريفية عن مستشفى مدينة المعلم الطبية، الخرطوم، السودان.

الكتب

1. American hospital association, classification of health care institution, 1974.
2. Blau, P.M, exchange and power in social life, new york, 1964.
3. Chandan, js, organizational behavior, new delhi, vikaspublishinghousepvtltd, 2005.
4. Cohen, Steven, negotiating skills for managers, new York: McGraw-Hill, 2002.
5. Garydessler, management: principles and practices for tomorrow's leaders, New Jersey: Florida International university, 2004.
6. Hair et al, Multivariate data Analysis, New Jersey, 1998.
7. Hair, et. al, A primer on Partial Least squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM), Kennesaw State University, usa, 2017.
8. Hair, et. al, A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM), Kennesaw State university, usa, 2010.
9. John V. Thill, bovee, courtland L Excellence in business communication, usa person prentice hall, 2005.
10. Joseph. M, Juran, Quality control handbook, New York: McGraw- Hill, 1988.
11. Joseph F. Hair et. al, A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM), 2014.
12. Lovelock. c, Services marketing, prenticehall, international edition, new york, 1996
13. Ken kwong, kay wong, partial least squares structural equation modeling (PLS- SEM) techniques using smart pls, marketing bulletin, technical note 1, 2013.
14. Kenneth .D, Bailey, Methods of social research, 1995.
15. Madhukar, R. K, business communication and customer relations, new delhi, vikas publishing house pvt ltd, 2003.
16. Ober, scot, contemporary business communication, new york, houghton mifflin company, 2003.
17. Philip Kotler and armstrong gory, marketing management analysis , planning , Implementation and Control, Hall engle wood cliffs, new jersey, 1994.
18. Philipkotler, kevin Lane Keller, Marketing management, prenticeHall, 2012
19. Steven. j. skinner, marketing, hoaghton miffinco, Boston, 1990.
20. William. j. Armstrong, fundamentals of marketing, newyork, Mc-crow, hill Book, 1967.
21. Wold, H. , partial least squares, kotz, S. Johnson, N. L. (Edit.), Ency-clopedia of statistical sciences, new york, 1985.

الرسائل و المجلات:

1. Weam abbas abdlwahab, Impact of complaints management system Effectiven in the health services quality-case study of royal care international Hospital, master of quality management & xcellence, sudan university of science and technology, 2017.

2. Krittapatadejanant, Parinyanakpathom, The effect of demographic information as a moderator toward relationship between service quality, customer satisfaction, and customer loyalty in Thai low cost carriers Passengers, journal of marketing management, vol (4) no(1), 2016.
3. Seyed aliakbar, Alireza Mazidi, Aliakbar Aghaei, The relationship between Effective communication skills of managers and creativity of staff"- iran ,journal of management sciences, nol (2) no (5), 2016.
4. Christinsvanathas, et al, non-verbal Communication and satisfaction banking Industry-malaysia, journal international business management, nol(10)no (4), 2016
5. Sanjar Salajegheh & mahdi moslehi, examination of relationship between communication skills of manager and staff's organizational commitment In Tele communication company of hormozgan Province, journal of business & economics research, Vol(13), No(8), 2015.
6. Ali Tarhini, et al, measuring The moderating effect of gender and age on E-learning acceptance In England: A structural equation modeling approach For An extended technology acceptance model, journal educational computing Research, Vol(51), No(2), 2014.
7. Esmail Khodadi, et al, The effect of communication skills training on quality of care, self-efficacy, job Satisfaction and communication skills rate of nurses in hospitals of Tabriz, Iran, journal of caring sciences, Vo(2)No(1) 2013.
8. Negin Memari, & Omidmahdieh, Ahmad Barati study the relationship between Managers' communication skills and staff's organizational commitment"- Melli Bank, Sanandaj, Interdisciplinary journal of contemporary Research In Business Vol(5) no(5), 2013.
9. Hussein M. Al-Borie, Amal M. Sheikh Damanhour, Patients' satisfaction of service quality in Saudi hospitals: a SERVQUAL analysis, International Journal of Health care quality Assurance Vol (26) No(1), 2013.
10. Muslim Amin and Siti Zahora Nasharuddin, hospital service quality and its effect on patient satisfaction and behavioural intention, clinical governance: An International Journal, nol (18), 2013.
11. Kenneth, et al, Factors affecting provision of service quality in the public health Sector: A case of Kenyatta national hospital, international journal of Humanities And Social Science, 2012.
12. Mohsin Bashir, et al The role of demographic factors in the relationship between high performance work system and job satisfaction, international Journal of Business and Social Science, 2011.
13. Kuonenou, et al, nurses communication skills: exploring their relationship with demographic variables in a Greek sample, journal social behavioral sciences ,no(30), 2011.
14. Ifraan, S.M; A JAZ, A, Shahbas, assessment of service quality of private hospitals in Pakistan: a patient perspective, india journal of commerce management Studies , 2011.

15. Mary bambacas, margaret patrickson, assessment of communication skills in manager selection: some evidence from australia, journal of management development, Vol (28)No( 2),2009.
16. Vahabi, Mandana, The impact of health communication on health-related decisionmaking: A review of evidence, Health Education, Vol(107), No(1),2007.
17. Neeru Sharma, The impact of communication effectiveness and service quality on relationship commitment in consumer, the journal of services marketing, vol (13)no. (2)1999.
18. Thamae paulus masegane, Total quality management and organizational Performance in the maloti-Aphofung municipality in the Free State Province, master of administration, university of south africa,2012.
19. Anantharaman, R. N, chandrasekharan conceptual model for total quality management in service organizations journal, total quality management, 12(3), 2001.
20. Ahsanath, Mk, servicemanagement, marketing specialisation, master thesis, university of calicut school of distance education calicut university.p.o, kerala, India, 2011.
21. Arash, shahin, monireh samea, developing the models of service quality gaps: A critical discussion, journal business management and strategy, vo(1), no(1), 2010.
22. Simonnahusenay, E-banking service quality and its impact on satisfaction- In State owned banks In east gojjam zone ethiopia, journal of economics and sustainable development, vo(17), no(21), 2016.
23. Ali mohammad mosadeghrad, Factors affecting medical service quality School Of Public, journal health, vo(1 43), no.(2), 2014.
24. Parasuraman, Ziethmail, Berry, "Servqual", a multiple-item scale for measuring consumer perception of service quality", journal of retailing, Vo (64), no(1), 1988.
25. Matin, etal, relationship between interpersonal communication skills and organizational commitment case study: jahad keshavarzi and university of qom, iran, european journal of social sciences, nol (13), no (3) 2010.
26. Henseler et al, using pls path modeling in new technology research: updated guidelines, industrial. Journal management & data system, vol(116), no(1), 2016.
27. Fornell, C, bookstein, F, two structural equation models: lisrel and pls applied to consumer exit-voice theory, journal of marketing research, no(19), 1982.
28. Diamantopoulos, A, index construction with formative indicators: An alternative to scale development, journal of marketing research, 2001.
29. Don Fernando, intention to use Go-Jek service application in indonesia by applying task technology fit and social capital, master thesis, universiteit leiden, ict in business, leiden Institute of advanced computer science, 2016

المواقع الإلكترونية

www:// [http.f moh.gov.sd/index.php](http://f.moh.gov.sd/index.php)

www:// [http.Barahmed.sd / index.html](http://Barahmed.sd/index.html)

## ملحق رقم(1)

بسم الله الرحمن الرحيم



جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا

كلية الدراسات العليا

قسم إدارة الأعمال

(إستبيان المرضى)

أخي / أختي .....

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، وبعد.

تقوم الباحثة: نازك عبد الله حامد بإجراء دراسة بعنوان:

"أثر مهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية" دراسة حالة عينة من المستشفيات العاملة بولاية الخرطوم، لنيل درجة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال. والاستمارة التي بين يديك عبارة عن استمارة إستبيان تم تصميمها بهدف جمع بيانات لدراسة. الرجاء منكم التكرم بالإجابة على أسئلة هذه الإستبانة مع العلم بأن إجاباتكم ستعامل بسرية تامة ولن يتم إستخدامها إلا لأغراض أكاديمية.

وتقبلوا فائق التحية والإحترام

## القسم الأول : ويتضمن البيانات الشخصية:

الرجاء وضع علامة (√) بشكل واضح أمام الخيار الذي يناسبك.

### 1-العمر:

18 وأقل من 30 سنة	30 وأقل من 40 سنة	40 وأقل من 50 سنة	50 وأقل من 60 سنة	أكثر من 60 سنة

### 2- الجنس:

ذكر	أنثى

### 3- المستوى التعليمي:

أمي/خلوة	إبتدائي/أساس	ثانوى	جامعى	فوق الجامعى

## القسم الثاني: البيانات المتعلقة بالدراسة:

هذا الجزء مجموعة من الاسئلة التي تقيس مستوى مهارات تعامل الكادر الصحى (الكادر الصحى المقصود به مختلف الفئات العاملة فى المستشفى من أطباء وصيدلة وتمريض وفنى المعامل والأشعة وإداريين وغيرهم) مع المرضى وأبعاد جودة الخدمة الصحية (الخدمة الصحية والمقصود بها خدمات التشخيص والعلاج والفحوصات والخدمات التمريضية والإدارية وغيرها) بالمستشفى الذى تتلقى فيه الخدمة الصحية. إلى أى مدى توافق أو لاتوافق على مايلى من العبارات حسب رأيك عن المستشفى الذى تتلقى فيها الخدمة الصحية ، مع الرجاء بوضع علامة (√) حول رأيك المناسب بعد العبارة. علماً بأن: أوافق بشدة تقاس بخمسة درجات, أوافق تقاس بأربعة درجات, محايد تقاس بثلاث درجات, لأوافق تقاس بدرجتان, لأوافق على الإطلاق وتقاس بدرجة واحدة .

الرجاء وضع علامة (√) أمام الخيار الذي تراه مناسباً .  
العبارات التالية تستهدف قياس مهارات التعامل مع المرضى .

العبارات	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	لا اوافق على الإطلاق
1					
تحدث الكادر الصحي مع المرضى بسرعة مناسبة تمكنهم من استيعاب ما يقول يعمل على تحقيق جودة الخدمة.					
2					
تحدث الكادر الصحي إلى المرضى باهتمام وحيوية يعمل على تحقيق جودة الخدمة.					
3					
استخدم الكادر الصحي كلمات وألفاظ واضحة للتعبير عند التحدث مع المرضى يعمل على تحقيق جودة الخدمة.					
4					
يقوم الكادر الصحي بتوضيح وتفسير ماهو مطلوب وفق المصطلحات الطبية لعلاج المرضى يعمل على تحقيق جودة الخدمة.					
5					
يقوم الكادر الصحي بإختيار الوقت المناسب للحديث مع المرضى يعمل على تحقيق جودة الخدمة.					
6					
مراعاة الكادر الصحي حاله النفسية للمرضى أثناء الحديث معهم يعمل على تحقيق جودة الخدمة.					
7					
اجابة الكادر الصحي على أسئلة المرضى بكل ترحاب وصبر يعمل على تحقيق جودة الخدمة.					
1					
تمتع الكادر الصحي بشاشة الوجه والسرور عند تعامله مع المرضى يساعد على تحقيق جودة الخدمة.					
2					
يوجه الكادر الصحي نظره إلى وجه المرضى أثناء الحديث إليهم. يساعد على تحقيق جودة الخدمة.					
3					
يستخدم الكادر الصحي تعبيرات الوجه المعبرة أثناء الحديث والإستماع إلى المرضى. . يساعد على تحقيق جودة الخدمة.					
4					
يهتم الكادر الصحي بأن تكون وضعية جلوسه مناسبة أثناء عمله مع المرضى. يساعد على تحقيق جودة الخدمة..					
5					
يهتم الكادر الصحي بمظهره الخارجى أثناء عمله مع المرضى. يساعد على تحقيق جودة الخدمة..					
6					
يقوم الكادر الصحي بإستخدام حركات اليدين أثناء الشرح والحديث مع المرضى. يساعد على تحقيق جودة الخدمة..					
1					
ينصت الكادر الصحي لما يقوله المرضى ولاينشغل بأمر آخرى مثل القلم أو الجوال أو الكتابه على الكمبيوتر أو النظر إلى الساعة أو غيره. يساعد على تحقيق جودة الخدمة..					

					2	يهتم الكادر الصحي بعدم مقاطعة المرضى عند التحدث إليه. يساعد على تحقيق جودة الخدمة..
					3	يظهر الكادر الصحي عدم الملل أثناء الاستماع للمرضى خلال عمله. يساعد على تحقيق جودة الخدمة..
					4	يظهر الكادر الصحي إهتمامه بمشاعر وأحاسيس المرضى عند التحدث إليه. . يساعد على تحقيق جودة الخدمة.
					5	يمتلك الكادر الصحي القدرة على الاستماع الجيد لحديث المرضى وفهم حاجاتهم ورغباتهم.
					6	يمتلك الكادر الصحي القدرة علي استيعاب وفهم كل ما يقال من قبل المرضى. . يساعد على تحقيق جودة الخدمة.
					1	تمتع الكادر الصحي بثقة عالية في إقناع المرضى عن حالتهم الصحيةيساعد على تحقيق جودة الخدمة.
					2	استخدم الكادر الصحي أساليب وعبارات تتناسب مع مستوى ثقافة وأعمار المرضى يساعد على تحقيق جودة الخدمة.
					3	حرص الكادر الصحي ويهتم على خدمة وراحة المرضى باستمراريساعد على تحقيق جودة الخدمة.
					4	حرص الكادر الصحي على مناقشة خيارات العلاج أو الفحوصات مع المرضى وإعطاءهم الفرصة للمشاركة في القرار. . يساعد على تحقيق جودة الخدمة.
					5	حرص الكادر الصحي علي طمأنه المرضى بأن حالتهم الصحية سوف تتحسن إذا ما استجابوا للعلاج. يساعد على تحقيق جودة الخدمة.
					6	

#### العبارات التالية تقيس جودة الخدمة الصحية:

					1	تتوفر في المستشفى أجهزة متطورة وحديثة.
					2	يتوفر في المستشفى مرافق صحية ودورات مياه نظيفة وملئمة.
					3	تتوفر في المستشفى لوحات إرشادية في الممرات والطرق.
					4	تتوفر في المستشفى قاعات إنتظار مريحة ومناسبة.
					1	يقدم المستشفى الخدمة الصحية كما وعد بتقديمها للمرضى.
					2	يلتزم المستشفى بتقديم الخدمة الصحية للمرضى في الوقت المحدد .
					3	يحرص المستشفى علي تقديم الخدمة الصحية بشكل صحيح من البداية.

					4	يوجد إهتمام خاص من قبل إدارة المستشفى بمشاكل وإستفسارات المرضى.
					5	تحظى الخدمة الصحية التي يقدمها المستشفى بثقة المرضى.
					1	تقوم إدارة المستشفى بإخطار المرضى بمواعيد تقديم الخدمة الصحية.
					2	تقوم إدارة المستشفى بالإستجابة الفورية لشكاوى المرضى.
					3	يقدم المستشفى الخدمة الصحية للمرضى على مدار اليوم دون توقف.
					4	يقوم المستشفى وبشكل مستمر تبسيط فى الإجراءات التى تسهل تقديم الخدمة الصحية للمرضى.
					1	يشعر المرضى بالأمن والأمان خلال تعاملهم مع المستشفى.
					2	يثق المرضى فى هذا المستشفى بخبرة ومؤهلات الكادر الصحي(الطبي، التمريضي وغيرهم).
					3	يحافظ المستشفى على سرية وخصوصية المعلومات المتعلقة بالمرضى.
					4	تتوفر فى هذه المستشفى الخبرة والكفاءة فى مجال تقديم الخدمة الصحية للمرضى.
					1	تناسب أوقات عمل المستشفى جميع المرضى.
					2	يتلقى المرضى إهتماماً شخصياً من قبل الإدارة فى المستشفى.
					3	يأخذ المستشفى فى إعتباره العادات والتقاليد والثقافات السائدة فى المجتمع عند تقديمه للخدمة الصحية للمرضى.
					4	مصلحة المرضى وصحتهم تعتبر من أولويات الإدارة فى هذه المستشفى.
					5	يتعاطف ويقدر الكادر الصحى فى هذا المستشفى ظروف المرضى المختلفة.

نشكر لكم حسن تعاونكم

ملحق رقم(2)  
قائمة بأسماء محكمي الإستبانة

م	الاسم	العنوان
1	أ.د أحمد إبراهيم أبوسن	جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا - كلية الدراسات التجارية
2	أ.د محمد فرح عبد الحليم	جامعة النيلين - كلية التجارة
3	أ.د محمد الفاتح المغربي	جامعة القرآن الكريم والعلوم الإسلامية - كلية الاقتصاد والعلوم الاجتماعية
4	أ.د ميرغنى عبد العال	جامعة الخرطوم - كلية العلوم الإدارية
5	أ. د محمد أدهم	أكاديمية السودان للعلوم والتكنولوجيا - كلية إدارة الأعمال