دولـــــــــــة لـــيـــبـــيـــا

جامعة الزاوية

إدارة الدراسات العليا والتدريب

كليـــــــــة الآداب

قسم علم الاجتماع

الكفايةُ النوعيّةُ والكميةُ للخدماتِ الطبيةِ في المستشفياتِ العامَّةِ

دراسة ميدانية مطبقة على عينة من العاملين بمستشفى الزاوية التعليميّ

لاستكمال متطلبات الحصول على الإجازة العالية الماجستير في علم الاجتماع

إعداد الطالبة

وصال عبد اللطيف البشتي

إشراف

أ. د سالم محمد الهريشي

العام الجامعي 2021/ 2022

﴿ وَقَالَ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ ﴾

صدق الله العظيم

سورة النمل من الآية (19)

الإهـــــــــــداء

أُهـدي ثمـرة جهـدي إلــى أَعـزّ النــاس وأَقـربهم إلــى قلبــي والــدتي العزيــزة ووالدي العزيز اللذان كانا عونا وسندًا وكان لدعائهما المبارك أعظم الأَثر في تسيير سفينة هذا البحث حتى ترسو على هذه الصورة،

إلى من ساندني ويسَّر لي الصعاب زوجي العزيز الذي تحمل الكثير معي فكان يدفعني دائمًا إلى الأمام.

إلى زهرتيّ وفلذات كبدي اللذان حُرِمَا مني طيلة الفترة التي قضيتها في اعداد هذا البحث.

إلى أَساتذتي وأَهل الفضل على الذين غمروني بالتقدير والنصيحة والتوجيه والإرشاد إلى كل هؤلاء أُهديهم هذا العمل العلمي المتواضع سائله الله العليَّ القدير أن ينفعنا به ويمدني بتوفيقه.

الباحثة

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين الذي علم بالقلم، علم الانسان ما لم يعلم اللهمَّ انفعنا بما علَّمتنا وعلِّمنا ما ينفعنا، والصلاة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا وقدوتنا محمد صلى الله عليه وسلم، وعلى آلة وصحبه أجمعين.

قال تعالى ﴿لَئِن شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ﴾ {سورة إبراهيم من الآية 7} ووفاء مني وامتناناً بالفضل لأهل الفضل، أتقدم بوافر الشكر وعظيم التقدير إلى حضرة الأستاذ الدكتور سالم محمد الهريشي، أُستاذي والمشرف على هذا البحث لما بذله من جهد خلال إشرافه على هذا البحث، والذي لم يكن ليظهر على هذه الصورة لولا متابعته المستفيضة والقيمة التي كان لها الأَثر في إنجاز هذا العمل.

كما أتقدم بالشكر والامتنان إلى أعضاء لجنة المناقشة على جهودهم وملاحظاتهم القيمة والتي سوف يكون لها الأثر الكبير في الارتقاء بهذا البحث والوصول إلى أعلى درجات.

وأتوجه بالشكر والعرفان إلى الدكتور عبد الحليم الصويعي لمساعدته وتوجيهه، في مجال المعالجات الإحصائية، وأشكر إدارة مستشفى الزاوية التعليمي وكل العاملين بها لما قاموا به من مساعدة وعون للباحثة أثناء جمع البيانات المتعلقة بهذا البحث.

كما يشرفني أن أتقدَّم بجزيل الشكر لجميع من قدَّم لي النصح والمساعدة من أساتذة وزملاء وأصدقاء، كما أرجو من الله العلي القدير أن يجعل هذا العمل خالصاً لوجهه تعالى، وأن يجعله في ميزان حسناتنا إن شاء الله رب العالمين.

الباحثة

ملخص البحث

هدفت الدراسة إلى الكشف عن درجة الكفاية النوعية والكمية للخدمات الطبية في المستشفيات العامة، وفحص وتقصي درجة الكفاية في الخدمات الطبية ذات العلاقة بالكفاية النوعية، ورفع كفاية الخدمات الطبية في المستشفيات العامة، والوصول إلى أسباب ضعف الخدمات الطبية في المستشفيات، والتعرف على القيود والعقبات التي تُحِدُّ من فاعلية الأداء داخل المستشفيات العامة، تكون مجتمع البحث من جميع الأطباء والأطباء المساعدين والموظفين بمستشفى الزاوية التعليمي وبلغ عددهم (850)، وبعد ذلك قامت بأخذ عينة عشوائية من الأطباء والأطباء المساعدين (الفنين) والموظفين، بواقع (175) مبحوثاً، واتبعت الباحثة المنهج الوصفي، حيث أنه يساعد على الحصول على معلومات حول درجة الكفاية النوعية والكمية للخدمات الطبية في المستشفيات العامة، وعلى أسلوب المسح الاجتماعي، وقد توصلت الدراسة إلى جملة من النتائج أهمها:

جاءت استجابات غالبية أفراد عينة البحث أن جميع المتوسطات الحسابية للفقرات التي تقيس درجة الكفاية في الخدمات الطبية ذات العلاقة بالكفاية النوعية تتراوح من (1.98) – (2.91)، وجميعها تشير إلى أن درجة الكفاية في الخدمات الطبية ذات العلاقة بالكفاية النوعية من درجة منخفضة إلى متوسطة.

جاءت استجابات غالبية أفراد عينة البحث لجميع المتوسطات الحسابية للفقرات التي تقيس درجة الصعوبات والعقبات التي تحد من فاعلية الأداء داخل المستشفيات العامة تتراوح من (3.13) – (4.27)، وجميعها تشير إلى أن درجة الصعوبات والعقبات التي تحدُّ من فاعلية الأداء داخل المستشفيات العاملة من درجة متوسطة إلى مرتفعة جدًا.

Abstract

Abstract

The study aimed to reveal the degree of qualitative and quantitative adequacy of medical services in public hospitals, examine and investigate the degree of adequacy in medical services related to qualitative adequacy, raise the adequacy of medical services in public hospitals, reach the causes of weak medical services in hospitals, and identify the restrictions and obstacles that limit From the effectiveness of performance within public hospitals, the research population consisted of all doctors, assistant doctors, and employees at Al-Zawiya Teaching Hospital, and their number reached (850). After that, she took a random sample of doctors, assistant doctors (technicians), and employees, with (175) respondents, and the researcher followed the descriptive approach. As it helps to obtain information about the degree of qualitative and quantitative adequacy of medical services in public hospitals, and according to the social survey method, the study reached a number of results, the most important of which are:

The responses of the majority of the research sample members were that all the arithmetic averages for the items that measure the degree of adequacy in medical services related to qualitative competence range from (1.98) - (2.91), and they all indicate that the degree of adequacy in medical services related to qualitative competence is from a low to a moderate degree. .

The responses of the majority of the research sample members to all the arithmetic averages for the items that measure the degree of difficulties and obstacles that limit the effectiveness of performance within public hospitals range from (3.13) - (4.27), all of which indicate that the degree of difficulties and obstacles that limit the effectiveness of performance within operating hospitals is of the degree Medium to very high.

قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة
الآية	أ
الإهداء	ب
الشكر والتقدير	ج
ملخص البحث باللغة العربية	د
قائمة المحتويات	هـ
قائمة الجداول	و
قائمة الأشكال	ز
قائمة الملاحق	ح
الفصل الأول **الإطار العام لمشكلة البحث**	
مقدمة البحث.	2
مشكلة البحث.	4
أهمية البحث.	7
أهداف البحث.	7
تساؤلات البحث.	8
متغيرات البحث	8
مفاهيم ومصطلحات البحث.	8
الفصل الثاني **الإطار النظري والدراسات السابقة**	
أولاً– الدراسات السابقة.	16
التعقيب على الدراسات السابقة	28
ثانياً– النظريات المفسرة للبحث.	30
الفصل الثالث	

الموضوع	الصفحة
أدبيات مشكلة البحث	
الكفاية النوعية والكمية	46
مفهوم الكفاية	46
خصائص الكفاية.	47
أنواع الكفاية.	50
مكونات الكفاية.	53
أهمية الكفاية النوعية والكمية في الخدمات الطبية.	58
الخدمات الطبية بالمستشفيات العامة	60
أولا: الاستراتيجية التنموية العامة للقطاع الصحة في ليبيا	60
ثانياً: النظام الصحي في ليبيا	61
ثالثاً: المؤشرات الصحية في ليبيا لعام 2012	62
رابعا: مستشفيي الزاوية التعليمي	64
الفصل الرابع **الإجراءات الميدانية للبحث**	
أولا: نوع البحث.	69
ثانياً : المنهج المستخدم.	69
ثالثاً: مجالات الدراسة.	69
رابعاً: مجتمع البحث وعينته.	70
خامساً: أداة جمع البيانات.	75
سادساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث.	78
الفصل الخامس **عرض وتحليل البيانات ومناقشة النتائج**	

الموضوع	الصفحة
أولا: تحليل البيانات	80
النتائج الخاصة بإجابات أفراد عينة البحث على التساؤل الأول .	80
النتائج الخاصة بإجابات افراد عينة البحث على التساؤل الثاني .	83
النتائج الخاصة بإجابات افراد عينة البحث على التساؤل الثالث.	86
النتائج الخاصة بإجابات افراد عينة البحث على التساؤل الرابع	88
ثانياً: عرض النتائج	89
التوصيات	90
قائمة المصادر والمراجع	92
الملاحق	–

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
1	اهم المؤشرات الصحية في ليبيا لسنة 2012	63
2	عدد سكان ليبيا لسنة 2012	63
3	المستشفيات العاملة في مدينة الزاوية وقدرتها الاستيعابية	65
4	يوضح خدمات الإسعاف	65
5	التغيير في حجم الإنفاق على قطاع الصحة في ليبيا (2003:2010)	66
6	توزيع عينة البحث حسب النوع	70
7	توزيع عينة البحث حسب الحالة الاجتماعية	71
8	توزيع عينة البحث حسب الوظيفة	72
9	توزيع عينة البحث حسب المؤهل العلمي	73
10	توزيع عينة البحث حسب سنوات الخبرة	74
11	قيم ومعايير كل وزن من أوزان المقياس الخماسي المعتمد من البحث	76
12	نتائج اختبار ثبات أداة الدراسة (كرونباخ ألفا)	78
13	إجابات أفراد العينة على فقرات مدى درجة الكفاية النوعية في الخدمات الطبية النوعية	80
14	إجابات أفراد العينة على فقرات مدى درجة الكفاية الكمية في الخدمات الطبية	83
15	إجابات أفراد العينة على فقرات الصعوبات والعقبات التي تحد من فاعلية الأداء داخل المستشفيات العامة	86

قائمة الاشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
1	هرم ماسلو للاحتياجات الإنسانية	40
2	توزيع عينة البحث حسب النوع	71
3	توزيع عينة البحث حسب الحالة الاجتماعية	72
4	توزيع عينة البحث حسب الوظيفة	73
5	توزيع عينة البحث حسب المؤهل العلمي	74
6	توزيع عينة البحث حسب سنوات الخبرة	75

قائمة الملاحق

الرقم	الملحق
1	أسماء السادة المحكمين لأداة البحث.
2	الاستبيان في صورته النهائية.

الفصل الأول

الإطار العام لمشكلة البحث

مقدمة البحث

مشكلة البحث

أهمية البحث

أهداف البحث

تساؤلات البحث

مفاهيم ومصطلحات البحث

مقدمـــــــــــــة

إن الارتقاء بالمستوى الصحي للمواطنين أصبح هدفًا عامًّا بالنسبة إلى أي دولة في خططها التنموية الاجتماعية والاقتصادية، والذي أسهم في نقل المستشفيات من إطارها القديم المتمثل في كونها مجرد مكان يمارس فيه الطبيب مهنته ليأخذ إطاراً أَشمل في الكيفية التي تقدّم بها الخدمة الصحية لطالبيها سواء من المرضى أو غير المرضى، فضلا عن تخطيط وتنفيذ برامج التطوير والبحث، إلى جانب وضع معايير للرقابة على جودة الخدمات المقدمَّة، ولما كان المستشفى وسيلة مهمة من الوسائل التي تسهم في تحقيق التنمية الاجتماعية، فقد زاد الاهتمام على الصعيد العالمي بإنشاء المستشفيات والإنفاق عليها، وقد يَتِمُّ ذلك عن طريق القطاع الحكومي في بعض الدول، وعن طريق إسهام الهيئات والجمعيات الخيرية والقطاع الخاص في دول أخرى.

وتُعدُّ المستشفيات الحكومية من أهم الأنواع انتشارًا في عالم اليوم وهي تلك المستشفيات التابعة والمملوكة للدولة "وزارة الصحة، وزارة الدفاع"، ويدخل تحت هذا التصنيف أيضا المستشفيات الجامعية التي تدار من قبل الجامعات الحكومية، ولما كانت الأموال التي تنفق في هذا المجال كبيرة، تعين الحرص على أن تكون الخدمة الطبية المقدمَّة ذات مستوى عالٍ يتناسب مع هذه النفقات، وهو أمر يتأتى بتامين كفاءات إدارية مؤهلة تأهيلا جيدا، لضمان الاستفادة القصوى من الإمكانات المتاحة.

وقد أظهرت عدة دراسات بعض المشاكل التي تواجهها المؤسسات الصحية من سوء الإدارة وضعف الرقابة الجادة من قبل الإدارة، وعدم استخدام الأساليب الحديثة لتدعيم الإجراءات الإدارية من نظم معلومات وإجراء الإحصائيات، وضعف أنظمة التحفيز؛ لذلك وجب التفكير بضرورة اعتماد إدارة الجودة الشاملة كمدخل للعمل مما يؤدي إلى إدخال البهجة في نفس العميل بما يفوق توقعاته من المستشفى، مع

ضرورة الإصغاء له والإبداع في خدمته وتحقيق التفاعل معه، والتأكيد على زيادة ارتياح العميل من الخدمة وما يحيط بها، وجعلها أسهل منالا وأكثر تناسقا وخصوصية. عليه تم تقسيم الرسالة إلى عدة فصول فقد خصص الفصل الأول للإطار العام للبحث فاشتمل على:

مشكلة البحث، والأهمية والأهداف وتساؤلات البحث والمفاهيم والمصطلحات.

أمَّا الفصل الثاني فقد خصص للدراسات السابقة والنظريات المفسرة للبحث.

أما الفصل الثالث فكان الاهتمام منصبًا على الإطار النظري للبحث، وتتضمن الكفاية الكمية والنوعية والخدمات الطبية بالمستشفيات العامة.

أما الإجراءات المنهجية فتناولها الفصل الرابع، وتضمَّن الفصل الخامس عرض وتحليل ومناقشة نتائج البحث وتوصيات ومقترحات البحث.

مشكلة البحث:

صاحب تطور المجتمعات و تنوع الاكتشافات و تغير البيئة الطبيعية و المناخ، تنوع وتطور في الأمراض الجسدية والنفسية، الأمر الذي قابله تطور مجالات الرعاية الصحية وفقا لذلك، مما توجب الاهتمام بمجال تسويق الخدمات الصحية من قبل المنظمات الصحية، للبحث في كيفية إشباع حاجات المجتمع الصحية التي لا يمكن الاستغناء عنها أو التوقف عن طلبها، وتلقى الأنشطة التسويقية اهتماما من قبل المنظمات الصحية في الأقطار المتقدمة بعدما اثبتت التجارب والدراسات إن تنبي المفهوم الخدمي يزيد من كفاءة وفعالية هذه المنظمات ، ويتم تقديم الخدمات الصحية وفقا للحاجات الملحة للمجتمع، و يتم تخطيط و تنظيم المنظمات الصحية كالمستشفيات والمراكز الصحية و العيادات بالشكل الذي ينتج و يؤمن توفير خدمات صحية وتقديمها بشكل كاف و مستوى عال، أي يجب ان تتوفر الكفاية الكمية والنوعية كأسس جوهرية في تقديم الخدمات الصحية، و تتعلق الكفاية الكمية بضرورة توفير الخدمات الصحية بحجم و عدد كاف يتناسب و عدد السكان وحاجات المجتمع الصحية من خلال تأمين عدد كاف من الموارد البشرية الطبية والمراكز والمنظمات الصحية بالتخصصات الضرورية، شرط ان تكون هناك عدالة ومساواة وموضوعية ومصداقية في توزيعها بين مختلف مناطق الوطن. وفي الواقع لا يكفي توفير الخدمات الصحية كميا، بل يجب أن تقدم في ظل بيئة مناسبة لمستوى العمل الطبي وهذا يشمل تحديد معايير واسس تحدد المستوى المطلوب والواجب توفيره في اعضاء الفريق الطبي، المعدات والأجهزة، وسائل التشخيص والعالج. وكل مكونات البيئة المادية، التي تعبر العنصر الوحيد الملموس الذي يستطيع مستهلك الخدمة الصحية مشاهدته وتكوين صورة واضحة عن المنظمة الصحية.

بالإضافة إلى ذلك فإن الاهتمام بالخدمات الطبية والمستوى الصحي للأفراد، يعتبر مقياساً من مقاييس التقدم والنمو في المجتمع، فهو يلعب دورا مهما في زيادة مستوى الإنتاج، وتنمية مهارات العمل، والتفكير، والقيام بالأدوار بدرجة عالية من الكفاية. وبالتالي فإن الكفاية الكمية والنوعية لخدمات الصحية خاصة ، والخدمات عامة ، من المواضيع المهمة التي تكشف عن مدى التوازن للخدمات الطبية ، ومدى كفايتها كميا ونوعياً ، و تُعَدُّ كفاية الخدمات الصحية من أهم التحديات أمام المؤسسات الصحية في ظل تنامي فكره المنافسة وتزايد وعي واهتمام المريض بالحصول على خدمات صحية تلبي احتياجاته وتحقق رغباته، فمعرفه مستوى جوده الخدمة الصحية المقدمة من وجهه نظر المستفيدين سيوفر للقائمين على الإدارات الصحية المعلومات التي تمكنهم من تحديد وتحليل مواطن القوة والضعف والعمل على تطويرها وتحسينها لكسب رضا المستفيدين والارتقاء بمستوى أداء الخدمات في المستشفيات الحكومية[1]

وبالرغم من اهتمام الحكومات والمؤسسات المعنية بالرعاية الطبية والصحية للمواطن، والتطور العلمي الذي حصل في العقود الماضية، والتقدم في اختراع الأدوات، والتقنيات، والأجهزة، وانتشار الأدوات الطبية الحديثة، والتقدم في العلوم الطبية، وبناء وفتح الجامعات، والمعاهد، والكليات الطبية، وبناء المراكز الصحية والمستشفيات، وانتشار مصانع الادوية، ومشاركة القطاع الخاص، وتعدد الجهات المقدمة للخدمات الطبية، وزيادة عدد السكان، واتساع التجمعات السكانية، والوضع الاقتصادي للسكان، إلا أننا في ليبيا نعاني من وضع خاص يختلف عن باقي الدول الأخرى، بسبب قلة الموازنات الخاصة بالقطاع الصحي، والعديد من

(1) أمل عبد المرضي (2015)، محددات جودة الخدمات الصحية وعلاقتها برضا العمال في المستشفيات الحكومية، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الفيوم، العدد السابع عشر، ص 60.

التحديات تتمثل في أهمية استمرار في رفع كفاءة أداء الخدمات الصحية والتوزيع العادل للخدمات الصحية وتوفيرها لكل المواطنين، وقدرتها على توظيف الكفاءات من المهن الطبية، وتوفير جميع متطلبات الخدمة، إضافة إلى ذلك فإن توفير هذه الكوادر بالعدد الكافي وتوفير الوسائل والأجهزة الطبية المطلوبة يعتبر مؤشراً على مدى تحقيق أهم المهام الفرعية في المستشفيات وهي توفر الكوادر الطبية والصحية اللازمة لإدارة المؤسسات الصحية، وعلى الرغم من أن السبب الرئيسي لوجود المستشفيات هو تحقيق الأهداف التي وجد من أجلها إلا أن تقديم الكفاءة للخدمات الطبية لمستحقيها يعتمد هدفًا مهمًا آخر، لأن المستشفى لا يستطيع البقاء على المدى الطويل دون تحقيق الكفاءة الوظيفية المطلوبة. وتعمل المؤسسات بشكل عام من خلال سياسات مختلفة، وقرارات تسعى من خلالها إلى تحقيق أداء خدمات انتاجية مرتفعة، تقوم بتصميم سياساتها وبرامجها، وتهي وسائل اتصال مناسبة لتنفيذ هذهّ البرامج والسياسات؛ ولكن يمكن التأكد من صحة تطبيق هذه السياسات والبرامج وسلامتها، دون تقييم أداء هذه المؤسسة بشكل دائم ومستمر.

وحيث أَنَّ الخدمات الصحية تقدم لأفراد المجتمع من خلال المستشفيات الحكومية، فإن تقييم أداء هذه المستشفيات يُعَدُّ من الضروريات اللازمة للتعرف على مواطن الضعف والقوة فيها والعمل على تحسين كفاية الخدمات الصحية، ومن خلال الحاجة إلى إيجاد دراسة علمية عن واقع تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات العامة فقد جاءت هذه الدراسة لتلقي الضوء على كفاية الخدمات الصحية المقدَّمة من قبل مستشفى الزاوية التعليمي. وبناءً على كلِّ ما سبق يمكن تحديد مشكلة البحث في التساؤل التالي :

- **ماهي درجة الكفاية النوعية والكمية للخدمات الطبية في المستشفيات العامة ؟**

أهمية البحث:

1. الأهمية النظرية:

-النتائج المتوقعة للبحث تشكل قاعدة معرفية ونظرية للباحثين حول كفاية الخدمات الطبية في المستشفيات العامة.

- إن هذا البحث يعمل على إضافة علمية للمكتبة الليبية، والمكتبة العربية، بشكل عام في علم الاجتماع.

2. الأهمية التطبيقية:

تظهر الأهمية التطبيقية لهذا البحث من خلال تحقيق الكفاية النوعية والكمية للخدمات الطبية في المستشفيات العامة، ولأن هذا البحث يعزز هذا التوجه بنتائجه وما يوصي به، فإن ذلك يعتبر إضافة علمية في هذا المجال، كما تتجلي الأهمية التطبيقية في النقاط التالية:

-الكشف على حجم الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات العامة.

-إبراز أهم الصعوبات التي تعترض تقديم الخدمات الطبية داخل المستشفيات العامة والبحث عن الأسباب التي يمكن ملاحظتها ووضع الحلول لها.

-الوصول إلى الأسس والنظريات التي ترتبط بالكفاية النوعية والكمية للخدمات الطبية.

أهداف الدراسة:

1. الكشف عن درجة الكفاية النوعية والكمية للخدمات الطبية في المستشفيات العامة.
2. فحص وتقصي درجة الكفاية في الخدمات الطبية ذات العلاقة بالكفاية النوعية.
3. رفع كفاية الخدمات الطبية في المستشفيات العامة.
4. الوصول إلى أسباب ضعف الخدمات الطبية في المستشفيات.

5. التعرف على القيود والعقبات التي تُحِدُّ من فاعلية الأداء داخل المستشفيات العامة.

تساؤلات البحث:

1. ماهي درجة الكفاية النوعية والكمية للخدمات الطبية في المستشفيات العامة؟

2. ما مدى درجة الكفاية النوعية في الخدمات الطبية؟

3.ما مدى درجة الكفاية الكمية في الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات العامة؟

4. ماهي القيود والعقبات التي تُحِدُّ من فاعلية الأداء داخل المستشفيات العامة؟

متغيرات البحث:

: تتمثل متغيرات البحث باختصار في إجراء بحث ميداني على عينة من الأطباء والأطباء المساعدين بمستشفى الزاوية التعليمي الذين كانت درجاتهم عالية على الاستبيان المستخدم في البحث.

المتغير المستقل: الكفاية الكمية، الكفاية النوعية.

المتغير التابع: الخدمات الطبية بالمستشفيات العامة.

مصطلحات ومفاهيم البحث:

لابدً لأي باحث من قيامه بتعريف المفاهيم والمصطلحات التي يستخدمها في بحثه حتى لا يساء فهمها، فكثيراً ما تتعدد المفاهيم والمعاني الخاصة ببعض المصطلحات المستخدمة في الأبحاث التربوية والاجتماعية، لذلك لابدَّ من أن يحدد الباحث المعاني والمفاهيم التي تتناسب وتتفق مع أهداف بحثه وإجراءاته ويساعده ذلك في وضع إطار مرجعي يستخدمه في التعامل مع مشكلة بحثه.[1]

(1) أمجد قاسم، منهجية البحث العلمي، موقع أفاق علمية وتربوية، 2017، شبكة المعلومات الدولية (الانترنت)

ولكٍ يصل الباحث إلى تحديد دقيق لمفاهيم بحثه فإن الأمر يتطلب منه تحويلها إلى مصطلحات قابلة للملاحظة والقياس والاختبار، وهذا ما يسمى بالتعريف الاجرائي الذي يتناول الإجراءات التي يتوجب القيام بها لقياس أو اختبار مكونات ذلك المفهوم. ولكل موضوع بحثي مفاهيمه والتي تتفق مع أهداف البحث وإجراءاته وهي على النحو التالي:

1:الكفاية:

الكفاية لغة: نقول كفاه يكفي كفاية: استغنى به عن غيره فهو كافٍ. وهي كلمة ذات أصل لاتيني وتعني العلاقة، وظهرت في سنة 1968 في اللغات الأوروبية بمعان مختلفة. (1)

ورد في لسان العرب لأبن منظور أن الكفاية من كفى، يكفي : إذا قام بالأمر، ففي الحديث الشريف : **(من قرأ الآيتين من آخر سورة البقرة في ليلة كفتاه)**، أي أغنتاه عن قيام الليل.(2)

أما في منجد اللغة والاعلام، فالكفاية من كفى، يكفي... الشيء إذا حصل به الاستغناء عن سواه فهو كافٍ، قال تعالى ﴿**وأرسلناك للناس رسولاً وكفى بالله شهيداً** ﴾ (3) أي شهادة الله تعالى تغني عن سواه.

ونفس المعنى ورد في قوله تعالى ﴿ **أو لم يكف بربك أنه على كل شيء شهيدً** ﴾ (4)، أي كفى بالله شهيدا على أفعال عباده وأقوالهم.(5) وجاء في متن اللغة: والكفاية ما به سد الخلة وبلوغ المراد. أما في قاموس وبيستر (Webster) فإن

---

(1) إبراهيم مصطفى واخرون، المعجم الوسيط، مجمع اللغة العربية، ج1، بيروت، دار التراث العربي، ص 10.

(2) المرجع السابق ، ص 12.

(3) سورة النساء : الآية 79.

(4) سورة فصلت : الآية 53.

(5) مفلح غازي (1998)، الكفايات التعليمية التي يحتاج فيها معلموا المرحلة الابتدائية إلى إعادة التدريب عليها في دورات اللغة العربية " رسالة ماجستير (غير منشورة) كلية التربية، جامعة دمشق، ص55.

مصـطلح الكفايـة يعنـي " الوسـائل الكافيـة لحاجـات الفـرد وقدراتـه أو مهارتـه أو طاقته.[1]

وعليه فإن الكفاية في اللغة العربية تعني قدرة الفرد على القيام بمهام معينة على أكمل وجه، بحيث يستغني عن غيره، ولا يحتاج إلى مساعدته.

وهي نظام من المعارف المفاهيمية الذهنية والمهارية التي تنظم في خطوات إجرائية تمكن في إطار وضعيات من التعرف على المهمة الإشكالية وحلها بنشاط وفاعلية "[2]

وتعـرَّف أيضـاً بأنهـا: "الـتمكن مـن أداء عمـل مركـب، يعتمـد استحضـار مجموعة من الطاقات وتوظيفها بفعالية".[3]

وهـي إمكانيـة التعبئـة بكيفيـة مسـتنبطة لمجموعـة المـوارد (مهـارات ومواقـف) بهدف حل فئة من المشكلات، ويبرز هذا التعريف العناصر الأساسية للكفاية.[4]

كمـا عرفهـا **دوكتيـل (Ductyl)** فيـري بأنهـا: "عبـارة عـن مجموعـة منظمـة منسقة من القدرات (أنشطة) التـي تمـارس من خـلال مضـامين فـي شكل وضـعيات تعليميـة معينـة يواجـه فيهـا المتعلم مشاكل تم طرحها فـي تلك الوضـعيات، وعليـه أن يعمل على حلها".[5]

---

(1) المرجع السابق ، ص 56.

(2) إقبـال بشير وأخـرون (1984)، الرعايـة الصـحية للمعوقين من منظـور الخدمـة الاجتماعيـة، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ص 85.

(3) ربـاب عبـدالقادر (2008)، الأسـاليب الكميـة المسـتخدمة فـي اختبـارات إعـداد القيـادة الإداريـة، طـرابلس، مؤتمر اختبار اعداد وتنمية، عين زارة، المعهد الوطني للإدارة، ص 20.

(4) المرجع السابق، ص 23.

(5 (André Guillet «Développer les compétences ». E.S.F éditeurs Paris 2ème édition p.13

2:الكفاية النوعية:

لغوياً تعني النوعية ، نوع ، كفاءة، القدرة ، المام ، خبرة [1].

وهي الكفايات المرتبطة بمجال معرفي أو مهاري أو وجداني معين. وهي خاصة نظرا إلى ارتباطها بنوع محدد من المهام التي تندرج في إطار مواد دراسية أو ضمن مجالات تربوية أو ميادين معينة للتكوين.[2]

وتعرف اجرائياً بأنها : تقديم خدمات طبية تتصف بالنوعية الجيدة وبكفاءة متقدمة ومقدرة عالية والمام جيد بخبرة مناسبة من جميع النواحي العلمية والأكاديمية والعملية داخل مستشفى الزاوية التعليمي .

3:الكفاية الكمية:

لغوياً تعني الكلمة ، العدد أو المقدار أو الحجم [3].

هي مجموعة من الطرق والصيغ والمعدات والنماذج التي تساعد في حل المشكلات على أساس علمي. [4]

وتهرف اجرائياً بأنها: توفير وتقديم الخدمات الطبية بعدد ومقدار وحجم كاف يتناسب طردياً مع حجم السكان واعدادهم.

تعني توفير الخدمات الطبية بحجم وعدد كاف يتناسب مع عدد السكان وهذا يشمل: توفير عدد كاف من الموارد البشرية الطبية أطباء ممرضين ، فنيين، مختبرات، وغيرهم من المساعدين[5].

---

(1) قدري الشيخ علي (2008) ، علم الاجتماع الطبي ، الإسكندرية ، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع ، ص 118.

(2) عباس محمود عوض (1986)، القيادة والشخصية / بيروت، دار النهضة العربية، ص 50.

(3) قدري الشيخ علي (2008)، ص 119.

(4) جاسم الشمري (2003) الكفاية الداخلية والخارجية لكمية التقنيات الصحية والطبية هيئة التعميم التقني – رسالة دكتوراه (غير منشورة.) كمية التربية ابن رشد. جامعة بغداد.، ص321

(5) إسماعيل القنطي (2015)، تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية من وجهة نظر العناصر الطبية والطبية المساعدة، دراسة تطبيقية على إدارة الخدمات الصحية مصراته، رسالة ماجستير غير منشورة، الأكاديمية الليبية، مصراته، ليبيا، ص22.

4:الخدمات الطبية :

عرفتها منظمة الصحة العالمية (O.H.W) كل ما يتعلق بتحقيق أهداف منظمات الخدمات الصحية بأقل النفقات والجهود، وسواء أكانت تلك الجهود على شكل أموال، قوى عاملة، أو موارد أخرى، ومدى قبول تلك الخدمات الصحية. [1]

تعرف الخدمات الصحية (بالإنجليزية: Health services) بأنها الرعاية التي يتلقاها؛ المرضى، والأسر، والمجتمعات، والسكان، من قبل؛ المهنيين الطبيين، وموظفي الرعاية الصحية، ومؤسسات الرعاية الصحية، وتشمل الخدمات الصحية كل من؛ الطوارئ، والخدمات الوقائية، والتأهيلية، والرعاية المنزلية، والخدمات طويلة الأجل، والرعاية الاستشفائية والتشخيصية وما إلى ذلك.[2]

وتعرف إجرائياً بأنها: الخدمة أو الخدمات العلاجية أو الاستشفائية أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع بمستشفى الزاوية التعليمي للمواطنين المترددين على المستشفى.

إدارة الخدمات الطبية:

هي مؤسسة صحية تتبعها عدد من مراكز الرعاية الصحية الأولية يتم من خلالها تقديم الخدمات الصحية كتلقيح الأطفال ورعاية الحوامل وتقديم الخدمات العلاجية لطلبة المدار وتقديم الإسعافات الأولية[3].

---

(1) منظمة الصحة العالمية، برنامج العمل العام الثامن، للفترة 90-1995، البنية الأساسية للنظم الصحية، جنيف، ص 80.

2" () Health Services: Definition, Types & Providers", study, Retrieved 31/1/2022. Edited

(3) إسماعيل محمد القنطي، مرجع سابق، ص23.

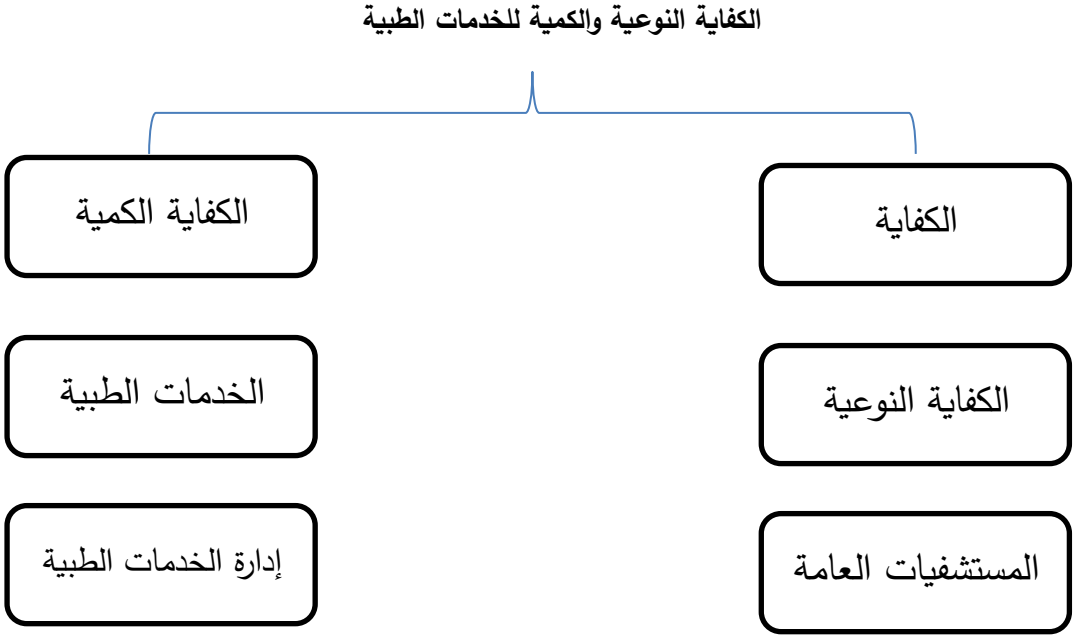
6:المستشفيات العامة:

المستشفى العام (المستشفى الحكومي) هو مستشفى مملوك للحكومة أو يتلقى الدعم والتمويل من الحكومة وغالبًا ما يقدم هذا النوع من المستشفيات الرعاية الطبية مجانًا أو بأسعار رمزية مخفضة ويتم تغطية تكاليف هذه الرعاية من خلال التمويل الذي يتلقاه المستشفى. [1]

والمستشفى أو المشفى هو مكان لعلاج المرضى وتأهيلهم. وقد كان يسمى في العصور الإسلامية الأولى (البيمارستان) وهي كلمة فراسية الأصل ومعناها (محل المريض). ويكون مجهزًا بعيادات للأطباء وغرف للعمليات وغرف للإنعاش وغرف للمرضى عامة وخاصة. كما في بعضها عيادات خارجية لاستقبال المرضى غير المقيمين. وفيها المختبرات وأقسام الأشعة وأقسام الطوارئ. ويعمل فيها الممرضون وفنيو أشعة وأخصائيو المختبرات. ويحوي المشفى على العديد من الاختصاصات الداخلية والجراحية.

(1 (Definitions for public hospital", definitions, Retrieved 29/1/2022. Edited.

الخارطة المفاهيمية لمشكلة البحث:



الفصل الثاني
الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً- الدراسات السابقة

ثانياً- النظريات المفسرة لموضوع للبحث .

أولاً- الدراسات السابقة

تمهيد:

تمثل عرض الدراسات السابقة أهمية من حيث ما تتناوله تلك الدراسات والنظريات التي لها علاقة بهذه الدراسة والمناهج التي تَمَّ استخدامها ومجالات الدراسات السابقة وذلك على اختلاف السياقات الزمنية، والمكانية والبشرية وإن أي دراسة لا تخلو من التعدد، تُعَدُّ من وجهة نظر الباحثين والمهتمين دراسة ناقصة، فإن بعض الدراسات السابقة تفتح لنا بعض الآفاق لمعالجة الدراسة الحالية والوقوف على أهم النتائج المستفادة منها في فهم وتفسير ما تتوصل إليه من نتائج، تتصل بالدراسة الحالية بطريقة غير مباشرة أو بطريقة مباشرة، ولعلَّ أمر طرح الدراسات السابقة تحقق مقولة علمية مفادها، افتراض أن يبدأ الباحث مما انتهى إليه الآخرون، حيث أن المعرفة والعلم عملية تراكمية. وقد قامت الباحثة في هذا الجزء بعرض لبعض الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة الحالية، وتم تصنيفها كالتالي:

أولاً– دراسات محلية:

1:دراسة علي عبدالجليل علي الغزالي (2014) [1] بعنوان : (جودة الخدمات الصحية وعلاقتها برضا المرضى).

هدفت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى داخل المستشفيات الواقعة داخل مدينة بنغازي، وتكون مجتمع الدراسة من جميع المرضى النزلاء بالمستشفيات العامة الواقعة داخل مدينة بنغازي والبالغ عددهم (6272) مريضًا وقد تَمَّ اختيار عينة عشوائية نسبية تكونت من(364) مريضًا،

(1) على عبد الجليل علي الغزالي (2014)، " جودة الخدمات الصحية وعلاقتها برضا المرضى" "دراسة ميدانية على المستشفيات العامة الواقعة في نطاق مدينة بنغازي" ، رسالة ماجستير (غير منشورة) كلية الاقتصاد، جامعة بنغازي.

واستخدمت استمارة الاستبيان لجمع البيانات المتعلقة بموضوع الدراسة، وقد وزعت (364) استمارة، واستلم(360)استمارة.

وتوصلت الدراسة لمجموعة من النتائج، كان أهمها ما يلي:

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

2:دراسة فتحي محمد العماري (2018) [1] بعنوان (تقييم مستوى كفاءة الخدمات الصحية في مدينة طرابلس دراسة في جغرافية الخدمات).

هدفت الدراسة إلى تحليل وتقييم واقع الخدمات الصحية في طرابلس بلديات، ووضع المقترحات التي تساعد على تطوير وتنمية هذه الخدمات مستقبلًا في ضوء معدلات النمو السكاني للبلديات.

(1) فتحي محمد العماري (2018)، " تقييم مستوى كفاءة الخدمات الصحية في طرابلس مدينة دراسة في جغرافية الخدمات " بحث منشور في مجلة كليات التربية، العدد الثاني عشر.

استخدم في الدراسة بعض المناهج التي تطلبتها الدراسة كالمنهج الوصفي والذي اعتمد على المراجع كالكتب والبحوث في هذا المجال، والمنهج التحليلي الذي اختص بتحليل نتائج الدراسة الميدانية إضافة إلى منهج المسح الاجتماعي الذي اعتمد على الاستبانة كأداة لجمع البيانات.

وتكونت عينة الدراسة من (250) حالة، وبنسبة بلغت (91.6%) موزعين على خمس بلديات.

وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج التي يمكن إجمالها على النحو الآتي:

1. أكبر نسبة من أفراد عينة الدراسة هو من الذكور ومن فئة الشباب والناضجين مما يدل على وعي هذه الفئة بأهمية الصحة وتقييم مستوى الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية.
2. وقد تبين أن درجة الرضا على الخدمات الصحية في البلديات كانت من نصيب الصيدليات والمختبرات والعيادات الخاصة أما المرافق العامة فهي متدنية.
3. إن معظم أفراد العينة أشاروا إلى صعوبة الوصول إلى المؤسسات الصحية في البلديات إلا باستخدام السيارة سواء كانت خاصة أو عامة وهذا يتطلب إعادة النظر في توزيع الخدمات الصحية داخل البلديات.
4. هناك علاقة ذات دالة إحصائية بين الخصائص الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية لأفراد عينة الدراسة مع درجة الرضا عن الخدمات الصحية، وجاءت هذه العلاقة طردية بين متغيرات (الجنس – المستوى التعليمي – الدخل الشهري)، مع متغير الرضا، وعلاقة عكسية بين متغيرات (العمر– عدد أفراد الأسرة) ومتغير الرضا.
5. :تبين من الدراسة إن الخدمات الصحية في مدينة طرابلس موزعة بصورة غير متجانسة بين بلدياتها، حيث أثبتت الاختبارات اختلاف المتوسطات الحسابية لمتغيرات) مدى تلقي العلاج بمنطقتك – مدى توفر المرافق الصحية في

منطقتك– أقرب مرفق صحي لمكان السكن(بين كل البلديات مما يفيد الاختلاف في مستويات الخدمات الصحية بينها.

3.دراسة إسماعيل محمد القنطي (2015) [1] بعنوان (تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية من وجهة نظر العناصر الطبية والطبية المساعدة).

هدفت الدراسة إلى تقييم الخدمات الصحية التي تقدمها إدارة الخدمات الصحية بمدينة مصراتة من وجهة نظر العناصر الطبية والطبية المساعدة .

واستخدم الباحث في الدراسة المنهج الوصفي ، معتمداً على استمارة استبيان لجمع بيانات الدراسة ، وتكونت عينة الدراسة من (310) مفردة اختيرت بطريقة العينة العشوائية البسيطة .

وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها :

1. وجود علاقة ذات دلالة إحصائية قوية في رفع كفاءة أداء الخدمات الصحية في مدينة مصراتة والاهتمام بالأجهزة والمستلزمات الطبية وبالعناصر الطبية والطبية المساعدة .
2. وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاهتمام بالعناصر الطبية والطبية المساعدة ، وبين كفاءة أداء الخدمات الصحية بمدينة مصراتة .

3. دراسة نوري خليفة عثمان (2020) [2] بعنوان (قياس جودة الخدمات الصحية المقدمة بمستشفى نالوت المركزي من وجهة نظر المستفيدين منها).

تمثلت مشكلة الدراسة في سؤال رئيسي ما مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة بمستشفى نالوت المركزي من وجهة نظر المستفيدين منها، وسعت الدراسة إلى تحقيق هدف وهو قياس مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفى

---

(1) إسماعيل محمد القنطي (2015)، " تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية من وجهة نظر العناصر الطبية والطبية المساعدة"، رسالة ماجستير (غير منشورة)، الاكاديمية الليبية فرع مصراتة، مدرسة العلوم الإدارية والمالية، قسم الإدارة الصحية.

(2) نوري خليفة عثمان (2020)، " قياس جودة الخدمات الصحية المقدمة بمستشفى نالوت المركزي من وجهة نظر المستفيدين منها"، مجلة العلوم الاقتصادية والسياسية، كلية الاقتصادية والتجارة زليتن، الجامعة الأسمرية الإسلامية، العدد السادس عشر، ديسمبر 2020.

نـالوت المركـزي مـن وجهـة نظـر المسـتفيدين منهـا ، وتـمَّ اتبـاع المـنهج الوصـفي فـي الدراسـة، أمـا مجتمـع الدراسـة فتمثـل فـي جميـع المسـتفيدين مـن الخـدمات الصـحية بالأقسام الإيوائيـة، إضـافة إلـى جميـع المستفيدين من الخـدمات الصـحية التـي تقدمها العيـادات الخارجيـة بالمستشـفى وعـددهم (155) واعتمـدت الدراسـة علـى اسـتمارة الاستبيان وزعت على عينة تكونت من (127) مستفيد .

وتوصـلت الدراسة إلـى أن مستوى جودة الخـدمات الصـحية بالمستشفى وفق بعد الاعتمادية والتعاطف كان مرتفعاً، بينما وفق بعد الاستجابة كان ضعيفاً، أما بعد الثقة والأمان، والملموسية كان متوسطاً.

5. دراسة حميدة منصور سالم(2016) [1] بعنوان (كفاءة الخدمات الصحية في منطقة الاصابعة).

هـدفت الدراسـة إلـى معرفـة مسـتوى كفـاءة الخـدمات الصـحية فـي منطقـة الاصـابعة، شـملت عينـة الدراسـة عينـة عشـوائية قوامهـا (150) أسـرة متـرددة علـى المراكز الصحية والمستشفيات بالمنطقة، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

1-قرب المراكز الصحية والمستشفيات من تركز السكان سهل عليهم الوصول إليها.

2-أن المستشفيات تعاني من نقص واضح بعدد الأسرة التي لا تتناسب مع عدد المترددين عليها.

3-أن قطاع الصحة لم يصل إلى الدرجة المطلوبة من الجودة وعدم رضا السكان عن الخدمات الصحية تصل نسبتها إلى (73%).

---

(1) حميدة منصور سالم(2016)، كفاءة الخدمات الصحية في منطقة الاصابعة"، مجلة صدى المعرفة، العدد السادس، ديسمبر 2016.

ثانياً- الدراسات العربية:

1- دراسة محمد نور الطاهر(2015) [1] بعنوان (قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين).

هدفت الدراسة إلى قياس مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين. وأجريت الدراسة على المستشفيات التعليمية الكبرى في ولاية الخرطوم. وتَمَّ اختيار عينة ميسرة من المرضى المنومين والمراجعين، واستخدام استبانة اشتملت على(22) عبارة لقياس مستوى جودة الخدمات الصحية فيها.

وتوصلت الدراسة إلى أن هناكً لدى المرضى والمراجعين لمستويات جودة الخدمات الصحية الواجب توافرها في المستشفيات الحكومية. كما بينت أيضاً عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية لمستويات جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية عند مستوى معنوية أقل من(0.05) تبعًا للمتغيرات الديمغرافية للعينة المتمثلة في النوع والعمر والتعليم والدخل ومكان السكن. وأوصت الدراسة بتهيئة المستشفيات الحكومية بالأجهزة والمعدات المطلوبة، وتوفير الكوادر الطبية والكوادر المساعدة المؤهلة، وتوفير التقييم المادي المناسب لها لضمان استمرارها في العمل بها، لزرع الثقة والأمان في نفوس المرضى والمراجعين لها.

2- دراسة فضيلة سلمان داود وعلاء عبد الكريم هادي (2012) [2] بعنوان : (قياس كفاءة جودة الخدمات الصحية في محافظة كربلاء باستخدام نماذج التحليل التطويقي للبيانات (DEA).

هدفت الدراسة إلى قياس كفاءة جودة الخدمات الصحية في مراكز الخدمة

---

(1) محمد نور الطاهر(2015) "" قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين"، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 11، العدد 4.

(2) فضيلة سلمان داود وعلاء عبد الكريم هادي (2012)، قياس كفاءة جودة الخدمات الصحية في محافظة كربلاء باستخدام نماذج التحليل التطويقي للبيانات (DEA) "، مجلة دراسات محاسبية ومالية، المجلد السابع، العدد 20.

الصحية في محافظة كربلاء باستخدام نماذج التحليل التطويقي للبيانات (Data envelopment analysis) خلال عام (2006). وحسب هذه النماذج تتراوح درجة الكفاءة بين الصفر والواحد الصحيح. حيث تم تقدير الكفاءة الحجمية، وباستخدام نوعين من مؤشرات التوجيه هما التوجيه الادخالي والإخراجي.

وبينت النتائج وحسب مؤشر التوجيه الادخالي للكفاءة الحجمية هي (0.975) في محافظة كربلاء. فيما بلغت مؤشر التوجيه الإخراجي للكفاءة الحجمية بالمتوسط هي (0.946).

3- دراسة أحلام دريدي (2014) [1] بعنوان (دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية).

هدفت الدراسة إلى بيان الفائدة التي يمكن أن تعود على المؤسسات الصحية من استخدام نماذج صفوف الانتظار كأحد أساليب بحوث العمليات. وتَمَّ استخدام المنهج الوصفي التحليلي، واعتمدت الدراسة على أدوات جمع البيانات الملاحظة المباشرة والمقابلة.

وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها :

1- معظم العاملين في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة ليست لديهم أدنى معرفة بنماذج صفوف الانتظار.

2- عدم توفر الأشخاص المتخصصين في أساليب بحوث العمليات في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة.

3- عدم وجود أقسام أو مصالح في المؤسسة تهتم بحل المشاكل المختلفة بالطرق العلمية بصفة عامة، وبأساليب بحوث العمليات خاصة.

---

(1) أحلام دريدي (2014)، " دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية"، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة محمد خيضر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية.

4-القائمين على المؤسسة لم يقوموا لحد الآن بأي دراسات استقصائية حول تحديد الوقت الذي من الممكن أن ينتظره المرضى وأثره على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

4- دراسة أشجان شاهر رضوان (2010) [1] بعنوان (مدى كفاية الخدمات الصحية في لواء الكورة بالأردن).

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى عدالة التوزيع المكاني لمراكز الرعاية الصحية الأولية وفاعلية المراكز المتوفرة، من خلال قياس نسبة تغطية كل مركز ومجموع المسافات الموزونة التي يقطعها السكان للحصول على الأنواع المختلفة لخدمات الرعاية الصحية الأولية.

وتَمَّت معالجة البيانات يدويًا بالاعتماد على متغيري المسافة الحقيقية بين التجمعات السكانية وحجم سكان كل تجمّع، وتَمَّ تصميم استبانة وزعت على عينة من المراجعين لثلاث مراكز صحية، واستخدم المنهج الوصفي التحليلي لتلخيص وعرض البيانات الإحصائية التي تم الحصول عليها من إجابات أفراد العينة.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

1. أن عدد المراكز الصحية المتوفرة حالياً في اللواء (14) مركزاً، تغطي (93.8%) من مجموع سكان اللواء بالنسبة إلى خدمات طب الاسنان.
2. إمكانية توفير (111469.4) كم لخدمات التصوير بالأشعة من خلال إقامة هذه الخدمة في منطقة سموع، وأبرزت الدراسة أيضاً بعض جوانب الخدمات الصحية المقدمة.

(1) أشجان شاهر رضوان (2010)، " مدى كفاية الخدمات الصحية في لواء الكورة بالأردن "، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة مؤتة، عمادة الدراسات العليا.

5- دراسة مصلح عطية مصلح (2011) [1] بعنوان (قياس جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة القيلية).

وهدفت الدراسة الى التعرف على مستوى جودة الخدمات الفعلية المدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات في مدينة قلقيلية، حيث اعتمدا الباحث على استخدام مقياس سديرفبرف بالأبعاد الستة والمتمثلة في: الدليل المادي الملموس، الاعتمادية، قدرة الاستجابة، الأمان والثقة، التعاطف، خصائص المستشفى.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1- أن المبحوثين راضين عن الخدمات المقدمة لهم في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية.

2- لا توجد فروق دلالة إحصائية بين هذه الابعاد والخصائص الشخصية للمبحوث والمسمى الوظيفي، المؤهل العلمي، العمر، الحالة الاجتماعية، المبحوث، المستشفى ويعزو الباحث ذلك إلى أن الخدمات المقدمة للمرضى لا تتأثر بتلك المتغيرات.

6- دراسة حميد حسين فرحان(2010) [2] بعنوان (تقويم كفاءة الخدمات الصحية في مدينة العامرية خلال العام 2009).

هدفت الدراسة إلى تشخيص مواقع الخلل في متغيرات الخدمات الصحية، وإيجاد السبل الكفيلة التي تهدف إلى تحسين الواقع الصحي في المدينة، ومن أجل تحقيق هدف الدراسة، واختبار الفرضية تضمنت ثلاث محاور هي:

---

(1) مصلح عطية مصلح (2011)، " قياس جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة القيلية"، جامعة القدس المفتوحة،

2 - www.qou.edu/arabic/research Program/.../r4_drAtiehMusleh.pdf

(2) حميد حسين فرحان(2010)، " تقويم كفاءة الخدمات الصحية في مدينة العامرية خلال العام 2009 "، مجلة جامعة الأنبار للعلوم الإنسانية – العدد الأول –مارس 2010.

المحـور الأول– التوزيـع المكـاني والنـوعي للمؤسسـات الصـحية فـي مدينـة العامرية.

المحور الثاني– تحليل كفاءة الخدمات الصحية في مدينة العامرية.

المحور الثالث– تقييم السكان لكفاءة الخدمات الصحية في المدينة.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

1–اتسم الواقع المكاني للمؤسسات الصحية بالتباين في التوزيع بين منطقة وأخرى، حيث يتركز أغلبها في مجمع الإخاء حول المستشفى وفي أغلب الأحيان يضطر المراجعون إلى قطع مسافة تتجاوز واحد كم، كما هو الحال بالنسبة إلى مستشفى العامرية العام.

2–اتضح من الدراسة القصور في عدد المراكز الصحية في المدينة فهي تحتوي على مركزين وأن حجم المدينة يحتاج إلى مركزين إضافيين حسب معيار وزارة التخطيط.

3–تبين من الدراسة كفاءة الخدمات الصحية في المدينة حسب المؤشرات والمعايير التي تَمَّ الاعتماد عليها، أن هناك تذبذب في النتائج المستخلصة، فقد انخفض معدل ذوي المهن الصحية لكل طبيب عن المعيار العالمي.

4–أن درجة الرضا على الخدمات الصحية في المدينة كانت من نصيب العيادات الخاصة.

7– دراسة أسامة الفراج : (2009) [1] بعنوان (تقييم كفاءة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية).

حيث هدفت هذه الدراسة إلى تقييم أداء الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية من خلال قياس الكفاءة النسبية لمراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات الحكومية باستخدام تحليل مغلف البيانات، وهو نموذج رياضي يستخدم

(1) أُسامة الفراج (2009)، " تقييم كفاءة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية"، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة نايف للعلوم الامنية، السعودية.

البرمجة الخطية لقياس الكفاءة النسبية لعدد من الأجهزة الإدارية من خلال تحديد المزيج الأمثل لمجموعة مدخلاته ومجموعة مخرجاته وذلك بناء على الأداء الفعلي وتَمَّ استخدام عدد الأطباء، وعدد العاملين بالتمريض، وعدد الفئات الطبية المساعدة، وعدد المراكز باعتبارها مدخلات للنموذج وعدد المراجعين للعيادات، وعدد الفحوص المخبرية، وعدد المرضى المستفيدين من التصوير الإشعاعي باعتبارها من محرجات النموذج. واعتمدت الدراسة على تطبيق تحليل المكونات الأساسية المضمن في تحليل مغلف البيانات بالتوجه المدخلي وفق اقتصاديات الحجم الثابت ، وثم تطبيق الدراسة على المستشفيات الحكومية العامة في السعودية . وتمثلت نتائج الدراسة في الآتي :

1. أن المستشفيات الحكومية العامة في السعودية تعمل وفق احجامها المثالية بنسبة 93% ولا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين حجم المستشفى ودرجة كفاءتها .
2. المستشفيات محل الدراسة تتمتع بمتوسط كفاءة فنية 90% وفق نموذج CCR بالتوجه المدخلي.

ثالثاً- دراسات اجنبية :

1- دراسة ستيفن Stephen (2003) [1] بعنوان Patient satisfaction with primary health care services in the United Arab Emirates

(رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية الأولية في الإمارات العربية المتحدة).

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مدى ملائمة استبيان رضا المرضى لمتلقي الرعاية الصحية. وتَمَّ إجراء مسح باستخدام استبيان باللغة العربية وتَمَّ إجراء مقابلة لجميع المشاركين مرة واحدة بواسطة مقابلين ذوي خبرة. تم مقارنة رضا المرضى

(1) Stephen A. Margolis, Sumayya Al-Marzouqi, Tony Revel and Richard L. Reed. (2003) Patient satisfaction with primary health care services in the United Arab Emirates. International Journal for Quality in Health Care. 15 (3) ,p 241-249.ط

المتـرددين علـى عيـادة ذات مـوارد كبيـرة وعيـادة ذات مـوارد متوسـطة موقعهـا فـي الضواحي المجاورة. تم أخذ عينة عشوائية من المرضـى الذين حضـروا إلـى العيادتين لفترة خمسة أيام. نتج عن الدراسة أن رضـا المرضـى فـي العيادة ذات الموارد الكبيرة أعلـى بشـكل ملحـوظ مقارنـة بالعيـادة ذات المـوارد المتوسـطة، ممـا يشـير أن هـذا الاستبيان هو أداة فعالة لضمان الجودة.

2- دراسة (Quader,2009) [1] بعنوان Manager and patient perceptions of quality and outpatient service: Measuring the gap

(تصورات المدير والمريض للجودة وخدمة العيادات الخارجية: قياس الفجوة).

هـدفت إلـى التعـرف علـى إدراك المرضـى لمسـتويات تطبيـق أبعـاد جـودة الخدمات المقدمة في العيادات الخارجية. وتوصلت الدراسة إلى ارتفاع تقييم المرضـى لمستويات تطبيق أبعاد جودة الخدمة فيها، وارتفاع معدلات الرضا لديهم عنها.

(1) Quader, M.2009. Manger and patient perceptions of a Qoality Outpatient service: Measuring the Gap, Journal of Service Research,9(1) .

التعقيب على الدراسات السابقة :

بعد أن قامت الباحثة بتصنيف وعرض للدراسات المتوفرة لديها حسب الدراسات المحلية والعربية والأجنبية، ستقوم بالتعليق على هذه الدراسات بصورة مختصرة كالتالي:

ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة :

- ✓ تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة من حيث المكان، فقد تمت الدراسات السابقة في بيئات مختلفة عن بيئة هذه الدراسة.
- ✓ واختلفت الدراسة مع الدراسات السابقة في الهدف من حيث أن معرفة الكفاية النوعية والكمية للخدمات الصحية بالمستشفيات العامة وليس الخاصة.
- ✓ مما سبق عرضه، يمكن القول أن معظم البحوث والدراسات السابقة قد تَمَّ الاستفادة منها في :
- ✓ صياغة مشكلة الدراسة وتساؤلاتها.
- ✓ التعرف على الإجراءات البحثية والأساليب الإحصائية في تلك الدراسات ومن تَمَّ أمكن توظيف المناسب منها في هذه الدراسة.
- ✓ تدعيم الإطار النظري للدراسة الحالية.
- ✓ الاستفادة من نتائج البحوث والدراسات السابقة في مناقشة ومقارنة النتائج التي توصل إليها في هذه الدراسة.
- ✓ واتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في الهدف حيث إن أغلب الدراسات السابقة حاولت التعرف على كفاءة وجودة الخدمات الطبية في المستشفيات العامة.
- ✓ واتفقت أيضًا مع الدراسات السابقة في المنهج المستخدم فقد استخدمت المنهج الوصفي التحليلي، كما استعانت بأداة لجمع البيانات وهي الاستبيان.

كما استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في :

- صياغة مشكلة الدراسة وتساؤلاتها وتصميم الأدوات.

- التعرف على الإجراءات البحثية والأساليب الإحصائية في تلك الدراسات ومن ثَمَّ أمكن توظيف المناسب منها في هذه الدراسة.

- تدعيم الإطار النظري للدراسة الحالية.

- الاستفادة من نتائج البحوث والدراسات السابقة في مناقشة ومقارنة النتائج التي توصلت إليها في هذه الدراسة.

ثانياً- النظريات المفسرة لموضوع للبحث :

نظراً لأهمية النظريات في العلوم الاجتماعية، لابدَّ من الاعتماد على جانب نظري نستطيع من خلاله تفسير موضوع الدراسة الحالية، المتمثل في تقييم فاعلية التدريب أثناء العمل للعاملين بالقطاع الخدمي الصحي، في إطار النظرية البنائية الوظيفية ونظرية

أولاً- النظرية البنائية الوظيفية : (نظرية اجتماعية)

تُعَدُّ النظرية الوظيفية من النظريات السوسيولوجية التي شغلت حيزاً كبيراً في أدبيات علماء الاجتماع خاصة في بدايات القرن العشرين، واحتلت مكانة مرموقة بين نظرياته. ونشير في هذا السياق إلى أن هذه النظرية لم تأت نتيجة جهد عالم بعينه بل تظافرت جهود العديد منهم في مجالي علم الاجتماع والانثروبولوجيا الاجتماعية في إرساء دعائم هذا التيار.

ظَهرت النَظريّة البُنيويّة الوَظيفيّة، لِتنظر إِلى الظَاهرة أَو الحادِثة الاجتماعيّة، عَلى أَنَّها وَليدة الأجزاء أو الكيانَات البنيويّة التي تَظهر فِي وَسطها، وإِنَّ لِظهورها وَظيفة اجتِماعية لَها صِلة مُباشرة أو غَير مُباشرة، بِوَظائف الظَّواهر الأُخرى المشتقة مِن الأَجزاءِ الأُخرى لِلبناء الاجتماعي، عِلماً بِأَن النَظريّة البُنيويّة الوَظيفية قَد ظَهرت فِي القَرن التّاسِع عشَر، عَلى يَد العالِم الاجتِماعي البِريطانيّ (هربرت سبنسَر Herbert Spencer)، ثُم ذَهبت إلى أميركا فَطورَها هُناك كلّ مِن (تَالكوت بارسونز Talcott Parsons)، (روبَرت ميرتون Robert Merton)، وَ(هَانز كيرث Hans Kerth)، و(رايت ميلز Wright Mills).[1]

(1) عبد الباسط عبدالمعطي وعادل الهواري (1986)، النظرية المعاصرة في علم الاجتماع، الأسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ص 98.

كما تجدر الاشارة إلى أن هذا الاتجاه في علم الاجتماع لم ينطلق من فراغ بل جاء استجابة لمنبهات كثيرة آتى بعضها مما سبق هذا الاتجاه من تراث علمي، سواء أكان تراثاً حول الانسان أو حول الطبيعة وظواهرها. وأتى بعضها استجابة لدواعي أيدلوجية وواقعية شكلت بعض الظروف التي أحاطت برواد هذا الاتجاه والباحثين الذين أسهموا فيها، وحكمت على أراءهم طرق أبواب دون غيرها أو الاهتمام بمواضيع معينة من مواضيع البناء الاجتماعي كالتكامل والتوافق والتوزان... الخ. [1]

ويشير ماريون ليفي أن محاور الاتجاه البنائي الوظيفي تدور مجملها حول أسئلة ثلاث هي : [2]

1- ماهي الأنماط التي يمكن الكشف عن أوراق وجودها في الظاهرة موضوع الدراسة؟ وعندما ندقق في هذا السؤال نجده يركز على البناء الاجتماعي، ومكوناته وأنماطه.

2- ما هي الظروف التي تنتج عن تفاعل هذه الانماط؟ وعندما نتفحص هذا السؤال نجده يركز على الوظائف الاجتماعية من خلال آثارها على النسق.

3- ما هي الوظائف التي تدل على وجود هذه الانماط وتبرهن على ما بينها من تفاعل اجتماعي؟ وعند التدقيق في هذا السؤال نجده يأتي بين السؤالين السابقين أو بعبارة أخرى بين البناء والوظيفة الاجتماعية، وهما المفهومان الأساسيان اللذان تدور حولهم أو في فلكيهما المفهومات الأخرى التي يحويها هذا الاتجاه.

ومن هذا المنطلق تُعَدُّ البنائية الوظيفية من بين النظريات الكبرى التي حاولت تقديم تفسيرات شاملة وواسعة النطاق تنطبق على مختلف المجتمعات رغم تباين بناها الاجتماعية ورغم ما تنطوي عليه هذه العبارة من اختلالات نظرية ومنهجية إلا

(1) نبيل حيمدشة (1998)، البنائية الوظيفية ودراسة الواقع والمكانة، القنيطرة، جامعة ابن طفيل، ص 122.
(2) عبدالباسط عبدالمعطي وعادل الهواري، مرجع سابق، ص 99.

أن البنائية الوظيفية تقدس مقولة أن الواقع الاجتماعي يرتبط بظروف الحياة التي يعيشها الفرد بكل تعقيداتها وأبعادها ومن ثم فإن هذه النظرية بمختلف تفرعاتها قد ساهمت في فهم المجتمع وحركته وما ينطوي عليه من أنساق ومن ضمنها النسق التربوي.

المفاهيم الأساسية للنظرية البنائية الوظيفية:

يضم الاتجاه البنائي الوظيفي مجموعة من المفاهيم المحورية والمركزية إضافة لبعض المفاهيم المساعدة على فهم هذا الاتجاه. ويمكن أن نؤجز هذه المفاهيم فيمايلي: [1]

أ- المجتمع:

تنظر هذه النظرية من مختلف تفرعاتها إلى المجتمع كونه نسق من الأفعال المحددة والمنظمة، ويتألف هذا النسق من مجموعة من المتغيرات المترابطة بنائياً والمتساندة وظيفياً، ويرى أصحاب هذه النظرية أن للمجتمع طبيعة متعالية، أي يسمو عن كل مكوناته، ويتجلى هذا التعالي من خلال قواعد الضبط والتنظيم الاجتماعيين، هذا القواعد تلزم الأفراد بالانصياع لها والالتزام بها لأن أي انحراف عنها يهدد تماسك المجتمع.

ب- توازن المجتمع:

ينظر البنائيون الوظيفيون إلى التوازن الاجتماعي على أنه هدف في حد ذاته، ويساعد المجتمع على أداء وظائفه وبقائه واستمراره ويتحقق بالانسجام بين مكونات البناء الاجتماعي والتكامل بين الوظائف الأَساسية. يحيطها جميعاً برباط من

(1) أحمد أبو زيد (1965)، البناء الاجتماعي – مدخل لدراسة المجتمع، القاهرة، الدار القومية للطباعة والنشر، ج1، 1965، ص

القيم التي يرسمها المجتمع لأفراده وجماعاته، حيث يلتزم بها جميع أفراد المجتمع، وأي خروج عنها يعرّض الفرد أو الجماعة إلى عملية الضبط الاجتماعي.

وهنا تُطْرَح إشكالية كبيرة مؤداها: من يضع قواعد الضبط الاجتماعي خاصة في المجتمعات المعاصرة؟ ومن الذي يرسم توجهات المجتمع؟ وانطلاقاً من الواقع المعيش يلاحظ أن الذي يضع كل هذا غالباً ما تكون فئة اجتماعية، وغالباً ما تكون هذه الأخيرة وعند وضعها لمشروع المجتمع آخذة بعين الاعتبار مصالحها. ومن هذا المنطلق ومهما كان التوازن فإنه لا يكون كلياً.

ج- البناء الاجتماعي:

ويقصد بالبناء الاجتماعي: "مجموعة العلاقات الاجتماعية المتباينة التي تتكامل وتتسق من خلال الأدوار الاجتماعية، فثمة مجموعة أجزاء مرتبة ومتسقة تدخل في تشكيل الكل الاجتماعي، وتتحد بالأشخاص والرمز والجماعات وما نتج عنها من علاقات، وفقاً لأدوارها الاجتماعية التي يرسمها لها الكل، وهو البناء الاجتماعي ". [1]

يتصور روّاد هذا الاتجاه المجتمع كبناء يمكن رؤيته من خلال ثلاث زوايا:[2]

1- المجتمع كنسق اجتماعي.

2- المجتمع كنظام اجتماعي.

3- المجتمع كمنظومة من القيم والقواعد والضوابط (الثقافة).

وفما يلي نحاول إعطاء لمحة موجزة على هذه الزاويا الثلاثة:

1- المجتمع كنسق اجتماعي:

وأهم تصوراته الأساسية هي:

---

(1) علي الحوات (1998)، النظرية الاجتماعية اتجاهات أساسية، مالطا، منشورات ELGA فاليتا، ص 99.

(2)علي الحوات (1998)، النظرية الاجتماعية اتجاهات أساسية، مالطا، منشورات ELGA فاليتا، ص 100.

أ- يتكون المجتمع من مجموعة من الأجزاء الوحدات المترابطة والمتفاعلة.

ب- يجب أن يكون المجتمع في حالة توازن ولا يتحقق ذلك إلا إذا قام كل نسق فرعي بتلبية احتياجاته والقيام بوظائفه.

ج- للمجتمع كنسق اجتماعي احتياجات يجب إشباعها.

د- يوجد في المجتمع أجزاء قد تكون ضارة، أو نافعة ولا يتحقق ذلك إلا إذا حددنا ماذا نعني بالمنفعة؟ وماذا نعني بالضرر وتهيئة الظروف الملائمة لتحقيق المنفعة وتجنب الضرر.

هـ- يعتبر النشاط هو مستوى التحليل عند دراسة المجتمع كنسق.

2- المجتمع كنظام اجتماعي:

وأهم تصوراته الأساسية هي:

أ- عبارة عن نظام اجتماعي مكون من مجموعة من الأجزاء المتداخلة تعتمد على بعضها البعض.

ب- أي تغير في جزء من أجزاء المجتمع له أثار على النظام الكلي والعكس.

ج- يجب أن يؤدي كل جزء من أجزاء المجتمع دوره ويكون منسجماً مع الأدوار الأخرى.

د- يجب أن يكون للمجتمع القدرة على حل مشكلات الصراع، الذي ينشأ بداخله.

هـ- يجب أن يكون للمجتمع وسائل ضبط سواء كانت رسمية (قوانين تشريعات – وفي هذه الحالة تكون ملزمة) – أو غير رسمية (معنوية) ممثلة في القيم المعايير والأعراف والعادات والتقاليد....الخ.

3- المجتمع كمنظومة من القيم والمعايير والقواعد والضوابط (نظام ثقافي)

وأهم تصوراته مايلي : [1]

أ- تُعَـدُّ السـمات الثقافيـة لكـل مجتمـع (القـيم والمعـايير والأعـراف والنظم....الخ) أساسية لحياة المجتمع وتماسكه واستقراره.

ب- تعمل مكونات الثقافة من خلال عملية التنشئة الاجتماعية على توحيد الأفراد في المجتمع، ومنه حصول التوافق العام في المجتمع.

ج- يعتبر التضامن الاجتماعي أساس وحدة الجماعة واستمرارية المجتمع.

د- الثقافة تحمل صفة الاستمرارية.

هـ- تعمل مكونات الثقافة على تأكيد توزيع والتخصص بين أفراد المجتمع.

و- تكون الثقافة من خلال عمليتي التربية والتنشئة الاجتماعية الشخصية وتعدها للعيش في إطار النظام الاجتماعي.

ز- الوظيفة الاجتماعية:

يُعَدُّ هذا المفهوم من المفاهيم الرئيسية في علم الاجتماع بصفة عامة والنظرية الوظيفية والبنائية الوظيفية بصفة خاصة. ويعتبر كذلك من المفاهيم التي لم يتفق حول مدلولها العلماء في بعض (العلوم، الرياضيات، البيولوجيا، وعلم الاجتماع)، وحتى بين علماء الاجتماع أنفسهم. لكن ورغم هذا الاختلاف أو عدم الاتفاق نقول إنَّ الوظيفة هي كل ما يقوم به الفرد أو الجماعة أو المؤسسة في إطار مجتمع أو جماعة أو نظام أو على حد تعبير ميرتون تلك النشاطات المرتبطة بالمكانة للاجتماعية التي يحتلها الفرد في البناء الاجتماعي. [2]

---

(1) سميرة عبدالله الحسن (2003)، النظام الاجتماعي من منظور بنائي وظيفي، دمشق، مجلة جامعة دمشق، المجلد التاسع عشر، العدد الأول، ص 310-312.

(2) محمد عبدو محجوب(1984)، انثروبولوجيا الزواج والأسرة والقرابة، الأسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ص 21.

والنظريــة البنائيــة الوظيفيــة ترتكــز علــى ســتة مســلمات تبناهــا البــاحثون الاجتمـاعيون والتربويـون فـي أبحـاثهم لتوجيـه تصـوراتهم النظريـة أثنـاء التعامـل مـع المشكلات الاجتماعية والتربوية.

هذه المسلمات الستة أوردها أحمد سمير في كتابه النظرية في علم الاجتماع كما يلي: [1]

1- تُعَدُّ أي وحدة اجتماعية نسقاً أو نظاماً مكوناً من مجموعة من الأجزاء المتمايزة والمتكاملة من حيث أداءها الوظيفي.

2- يقوم أي نسق على احتياجات أساسية لابدَّ من توفرها لاستمراره واستقراره.

3- يعتمد النسق الاجتماعي كوحدة على حالة التوازن كشرط أساسي لبقائه.

4- يحمـل النسـق بعـض الأجـزاء التـي لا تحقـق الهـدف الـوظيفي المطلـوب منهـا اجتماعياً.

5- عادة ما تتحقق حاجات وأهداف النسق بعدة بدائل ممكنة في الحياة الاجتماعية.

6- تكمن وحدة تحليل النسق في ربوع النشاط المتكرر الناتج عنه.

ومما سبق تُعَدُّ النظريـة الوظيفيـة البنائيـة تعتمـد علـى مجموعـة مـن المبـادئ الاساسية والمتكاملة، حيث كل مبدأ يكمل الآخر وهي كالتالي:

- يَتَكوَّن المُجتَمع أَو المُجتَمع المَحلي أَو المُؤَسَّسة أَو الجَماعَة، مَهما يَكن غَرَضها وحَجمُها مِن أجزاء ووِحدات مختلفة عَن بَعضِها البَعض، فَعلى الرّغم مِن اختِلافها إلّا إنّها مُترابِطة ومُتَساندة ومُتَجاوبَة وِحداتها مَع الأخرى.

- إنَّ الأجزاء التي تحلل إليها المُؤسَّسة أو المُجتمع أو الظاهِرة الاجتماعيّة، إنَّما هِي أجزاء مُتكامِلة، فكلّ جُزء يُكمل الجُزء الآخر، وفي حالة حدوث تَغيير يَطرأ

(1) Robert Merton ; Social theory and social structure, the free press new York , 1957 ,pp 90-91.

عَلى أحدِ الأجزاء، لابُدَّ أن يَنعَكس عَلى بَقية الأَجزاء، وبِالتالي يَحدث ما يُسمَّى بِعملية التَغير الاجتماعيّ.

– الوَظائِف التي تُؤديها الجَماعة أو المُؤَسَّسة أو التي يُؤَديها المُجتَمع، إنّما تُشبع حَاجات الأفراد المُنتَمين أو حَاجات المُؤسَّسات الأُخرى، والحَاجات التّي تُشبعها المُؤسَّسات قَد تَكون حَاجاتٍ أساسيّة، أو حَاجات اجتماعيّة أو حَاجاتٍ رُوحيّة.

– الوَظائِف التّي تُؤديها المُؤسَّسة أو الجَماعَة، قد تَكون وَظائِف ظَاهِرة أو كامِنَة أو وَظائِف بَناءَة أو وَظائِف هَدَّامّة.

ثانياً– نظرية الحاجات:

تُعَدُّ نظرية الحاجات من النظريات التي تأخذ الدراسة منطلقاً لها، حيث توضح أن الإنسان له مجموعة من الحاجات والتي تتطلب تحقيق درجة من الإشباع لتحقيق المستوى المطلوب من التوازن، وتُعَدُّ نظرية (أبراهام ماسلو Maslow) للحاجات الإنسانية من أهم النظريات التي وضعت لتقسيم الحاجات، حيث يؤكد (ماسلو) في نظريته على أن الدافع للسلوك الإنساني هو الحاجات غير المشبعة، والتي تتطلب بذل الجهود نحو توفير البرامج والأنشطة اللازمة لإشباعها، حيث افترض (ماسلو) سلسلة من الحاجات الإنسانية يتطلع إليها الإنسان في نظام تصاعدي في شكل هرمي متدرج يبدأ راسياً من القاعدة إلى القمة ويصبح الإنسان متطلعاً لحاجات في تتابع المستوى التالي متجهاً نحو قمة الهرم " هرم الحاجات الانسانية لماسلو".[1]

وتُعَدُّ نظرية سلم الحاجات التي وضعها (أبراهام ماسلو)، من أكثر نظريات الحفز شيوعاً وقدرة على تفسير السلوك الإنساني، حيث يري ان سلوك الفرد يأتي

(1) منى عويص وعدلة الافندي (2005)، التخطيط الاجتماعي والسياسة الاجتماعية بين النظرية والتطبيق، القاهرة، دار الفكر العربي، ص 88.

نتيجة استخدام هذه الحاجات للتأثير على سلوك منسوبيه، وهي نظرية نفسية وضعها العالم (أبراهام ماسلو) وتناقش هذه النظرية ترتيب حاجات الإنسان، وتتلخص هذه النظرية في الخطوات التالية: [1]

– يشعر الإنسان باحتياج لأشياء معينة، وهذا الاحتياج يؤثر على سلوكه، فالحاجات غير المشبعة تسبب توتراً لدى الفرد، فيسعى للبحث عن إشباع هذه الاحتياجات.

– تتدرج الاحتياجات في هرم يبدأ بالاحتياجات الأساسية اللازمة لبقاء الفرد ثمَّ تتدرج في سلم يعكس مدى أهمية الاحتياجات.

– الحاجات غير المشبعة لمدة طويلة قد تؤدي إلى إحباط وتوتر حاد قد يسبب آلاماً نفسية، ويؤدي ذلك إلى العديد من الحيل الدفاعية التي تمثل ردود أفعال يحاول الفرد من خلالها أن يحمي نفسه من هذا الإحباط.

وقد صنف (أبراهام ماسلو) الحاجات الإنسانية حيث يرى أن للإنسان حاجات اساسية لا يمكن أن يعيش بدونها، وهي تنبع من تكوينه البيولوجي والنفسي والاجتماعي، وهي حاجات تعكس طابعه الإنساني وعلاقاته بالآخرين، كما تقوم حياة الإنسان في جوهرها على إشباع حاجاته فبدونها لا يمكن أن ينمو نمواً سليماً، وهذا جعل الإنسان مدفوعاً لبذل المزيد من الجهد لإشباع تلك الحاجات، وكانت دافعاً له ليبتكر ويخترع " فالحاجة أم الاختراع ". [2]

فكل الناس يشتركون في الحاجات الإنسانية وهي الحاجات البيولوجية وحاجات النمو والحاجات الاجتماعية والحاجات الثقافية، وفي نفس الوقت فكل إنسان لديه نطاق واسع من الحاجات الفريدة تتأثر بمستوى نموه الخاص في كل

---

(1) المرجع السابق، ص 89.

(2) جمال شحاتة حبيب (2004)، الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الشباب والمجال المدرسي، جامعة حلوان، مركز توزيع الكتاب الجامعي، ص 83.

ميدان وتتأثر الحاجات بتفاعل الفرد مع بيئته الاجتماعية وعلى نحو مألوف فأن الحاجات الشخصية والاجتماعية تشبع من خلال التفاعل اليومي للإنسان مع بيئته، كما تشبع الحاجات أيضاً في انسجام وملائمة بين حاجات الفرد وموارد المجتمع الذي يعيش فيه.

وقدم (أبراهام ماسلو) في ضوء نظرية الحاجات تصنيفاً للحاجات أطلق عليه (هرم إشباع الحاجات الإنسانية)، حيث حدد Maslow مستويات إشباع الحاجات في خمسة مستويات هي : [1]

1- المستوى الأول (Level One):

ويتضمن الحاجات (الفسيولوجية أو الحيوية والمادية)، وهي الحاجات الأساسية اللازمة أو الضرورية لاستمرار الحياة، وتشتمل على (الغداء والماء والملبس والكساء والمسكن والنوم والدفء والتخلص من الفضلات)، وتمثل قاعدة الهرم الخاص بإشباع الاحتياجات والمعروف بهرم ماسلو لإشباع الاحتياجات.

2- المستوى الثاني (Leve Two):

ويتضمن الحاجة إلى الشعور بالأمن والطمأنينة والبعض يطلق عليه الحاجة للأمان المادي، وتشتمل على الحاجة إلى الأمان والحماية من الأذى الجسدي أو العاطفي والحاجة إلى الدفاع عن النفس والحاجة إلى الوقاية من العنف والمرض.

3- المستوى الثالث (Level Three):

ويتضمن الحاجات الاجتماعية كالحاجة إلى الصداقة والانتماء للجماعة أو الشعور بالحب أو الانتساب لأسرة ولثقافة مجتمع أو للتدعيم من الآخرين، وتمثل الدرجة الثالثة في هرم ماسلو في إشباع الحاجات.

---

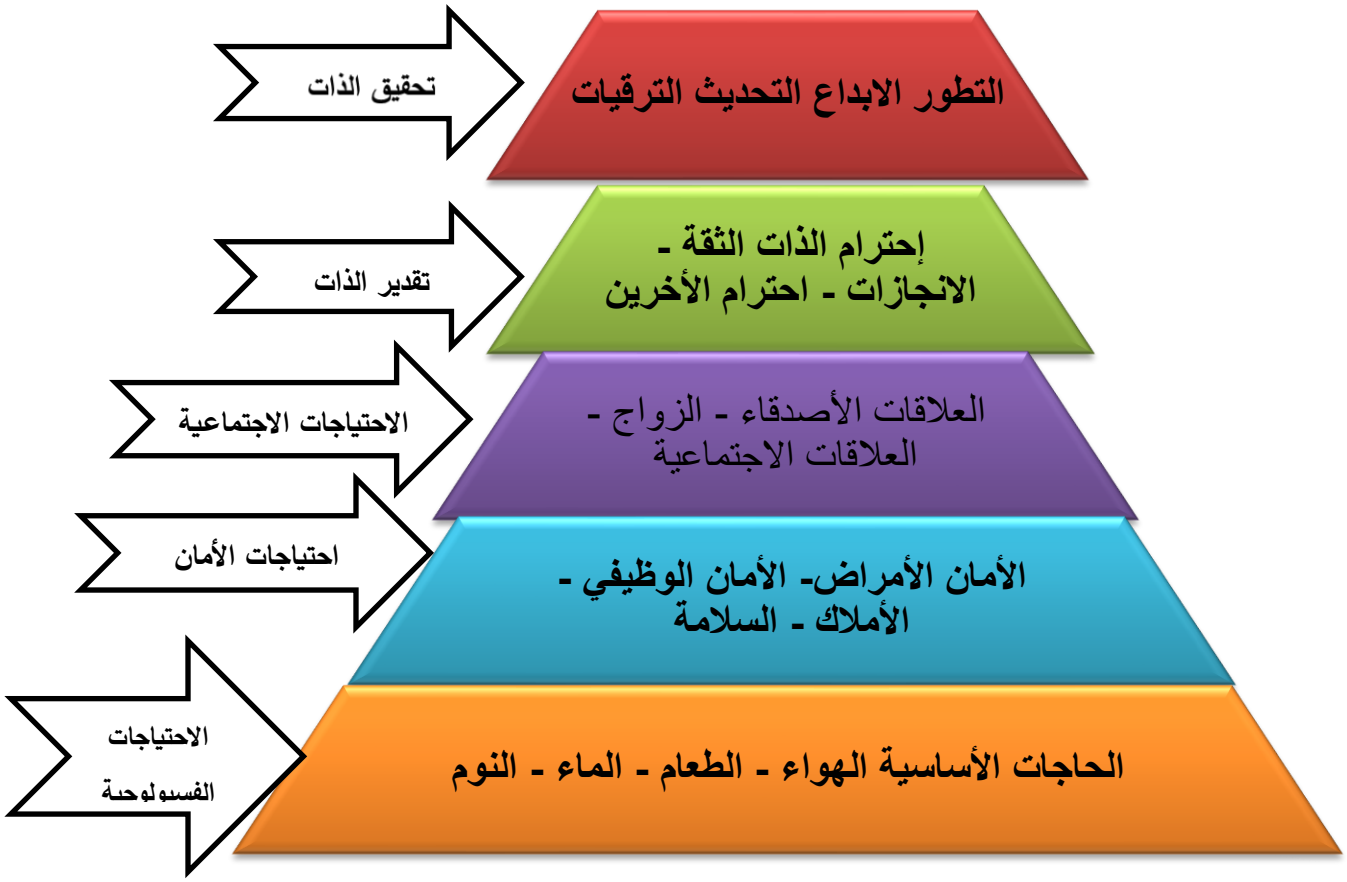
(1) أحمد محمد السنهوري(2002)، الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادي والعشرون، القاهرة، دار النهضة العربية، ص 52-54.

4- المستوى الرابع (Level FOUR):

ويتضمن الحاجة إلى تقدير الذات كالحاجة إلى المكانة الاجتماعية أو الحاجة إلى حب الظهور والحاجة إلى تكوين جماعة أولية لدى الشخص ليكون محل تقدير واحترام من الآخرين، وتمثل الدرجة الرابعة في هرم ماسلو لإشباع الاحتياجات الإنسانية.

5- المستوى الخامس (level Five):

ويتضمن على حاجات تحقيق الذات كالقدرة على الإنجاز والإبداع والابتكار، ومعه يتحقق الإسهام الكامل للشخص في تقديم المجتمع ورقيه، وتمثل الدرجة الخامسة والأخيرة في هرم ماسلو لإشباع الحاجات الإنسانية، وذلك كما موضح في الشكل التالي:



شكل (1) هرم ماسلو للاحتياجات الإنسانية [1]

(1) https://www.horusvalley.com/?p=267 شبكة المعلومات الدولية (الانترنت)

ويُعد تسلسل ماسلو الهرمي للحاجات (1910) من أشهر التصنيفات التي قدمت للحاجات الإنسانية، ويعني بأن إشباع الحاجات الإنسانية المختلفة، يأخذ شكلاً تدريجياً يبدأ من قاعدة الهرم " الحاجات الفسيولوجية) ثم ينتقل تدريجياً إلى المستوى الأعلى وهو إشباع الحاجة إلى الشعور بالأمن والطمأنينة.... وهكذا يستمر سلوك الإنسان في تحقيق تلك الحاجات في شكل متدرج يبدأ من قاعدة الهرم وينتهي بالوصول إلى قمة الهرم (الحاجة إلى تحقيق الذات) مؤكداً على ذلك، حيث أنه يرى أن السلوك الإنساني ينتقل مباشرة إلى الحاجة الذاتية عندما تشبع الحاجة الأولى، فالشعور بالأمن مثلاً لا يمكن أن ينشط إلا إذا شبع الإنسان حاجاته الحيوية ولا يمكن لشخص ما أن يهتم بتنمية شعوره بالانتماء لمجموعة ما أو الانتساب لأسرة دون أن يشعر بأمنه أو إذا كان أمنه في خطر ما، وخلاصة القول : أنه يجب الاعتناء بالحاجات الأساسية قبل محاولة التوجه لمستويات أعلى من الحاجات والرغبات.[1]

وقد أفاد تصنيف ماسلو إفادة هامة حيث أن ذلك التسلسل الهرمي يمثل معياراً جيداً لتحديد أولويات الحاجات أو ما يجب التركيز عليه عند جمع البيانات وعند التوجه نحو عملية تقدير الحاجات، كما أنه يعطي تفسيراً منطقياً للحاجات الإنسانية وفقاً لدرجة إلحاحها، فالإنسان قد يعيش دون أن يحقق ذاته ولكنه لا يستطيع أن يعيش دون أن يحصل على طعامه وشرابه اللازم لبقائه على قيد الحياة.[2]

وبالرغم من تلك المميزات السابقة إلا أنه وجهت العديد من الانتقادات لنظرية ماسلو، حيث تتصف بالعمومية، كما أن الحاجات النسبية لا يمكن إخضاعها للتدرج

---

(1) سمير نعيم أحمد(1988)، النظرية في علم الاجتماع، القاهرة، مكتبة سعيد رأفت، ص 50.

(2) E.Maslow: Motivvation and Personality Now York, Harper, 1957 ,p,328 and p242

الهرمي الذي قدمه ماسلو فقد يحقق الإنسان حاجاته المتعددة في وقت واحد دون الخضوع لهذا التدرج. [1]

وترى الباحثة أن إشباع الحاجات عملية تتطلب توافر المعلومات الكافية حول الحاجات المطلوب إشباعها، ومن ثُمَّ تحديد أولوية تلك الحاجات طبقاً لأهميتها النسبية، وطبقاً لدرجة إلحاحها، والتحديد للحاجة خطوة أولى، وإذا كانت الحاجة تختلف للقائمين على تحديدها أو لثقافة المجتمع وطبيعته أو العوامل السياسية التي تحكم ذلك المجتمع أو طبقاً لاختلاف المستويات المعيشية في المجتمع ذاته، فإن طرق تحديد الحاجة سوف يختلف وبالطبع ستختلف طرق إشباع تلك الحاجات لاختلاف تلك المجتمعات.

وإشباع الحاجات يعني بالتبعية أن يستمر سريان عملية التنمية المحلية بفضل القيمة المضافة إليها، بالإضافة إلى استمرار تلك العملية (التنمية المحلية)، والتي تكون مدفوعة بثلاثة متغيرات هامة، وهي القوة الذاتية للمجتمع، أثر القيمة المضافة إليه والرغبة في الحصول على منفعة أكبر.

وهذا يجب على المخططين أن يدركوا بأن هناك عدة عوامل تساعد على إشباع الحاجات للمجتمع، ومنها على سبيل المثال ما يلي: [2]

1- تفضيل سكان المجتمع لمصلحة مجتمعهم على مصلحتهم الشخصية.

2- تقدير المسؤولين للأهالي، نظراً لأن هذا التقدير من شأنه أن يزيد من المشاركة والتعبير عن الاحتياجات الحقيقية.

3- التعاون بين سكان المجتمع.

4- الاستعداد لتحمل المسؤولية الاجتماعية لدى أفراد المجتمع.

---

(1) أحمد شفيق السكري (2000)، قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، القاهرة، دار المعرفة الجامعية، ص 128

(2) سمير نعيم أحمد، مرجع سابق، ص 99.

5- توافر مصادر التمويل اللازمة.

ومما لاشك فيه أن إهمال إشباع الحاجات الفعلية للمواطنين يؤدي إلى عدم الرضا مما ينجم عنه عدم الولاء للمجتمع، ولذا فمن مسؤولية الدولة وضع البرامج والمشروعات، وأن تضع في اعتبارها الحاجات الأساسية الفعلية للمواطنين، وأن تكون هذه البرامج محققة لحاجاتهم وحاجات مجتمعهم، وأن تبدأ بالمشروعات المعبرة عن حاجات سكان المجتمع حتى يشاركوا في هذه البرامج والمشروعات ويتجابون معها. (1)

وخلاصة القول إن القطاع الصحي في المجتمع الليبي له حاجات أساسية ومنها الحاجة للخدمات الطبية؛ لذا من الضروري تحديد وتقييم فاعلية هذه الحاجات الطبية، فإن المسؤولية تقع على الدولة عند وضع وتصميم البرامج والمشروعات التي تضع في اعتبارها الحاجات الأساسية والفعلية والتدريبية للقطاع الخدمي الصحي، وأن تكون هذه البرامج محققة لحاجاتهم وحاجات مجتمعهم، وأن تبدأ بالمشروعات المعبرة عن حاجاتهم حتى يشاركوا في هذه البرامج والمشروعات ويتجاوبون معهم.

الإطار التصوري في ضوء النظريات المفسرة للبحث:

حاولت الباحثة أن تضع إطاراً تصورياً يمكن في ضوئه تحليل وتفسير المادة الميدانية التي تتعلق بموضوع الدراسة، وقد اعتمد هذا الإطار على بعض النظريات كما أسلفنا سابقاً والتي تتمثل في النظرية الوظيفية البنائية وذلك لتوضيح التكامل بين الحاجات ومنها الحاجة للخدمات الصحية الذي يؤدي إلى فاعلية الأداء أثناء العمل للقطاع الخدمي الصحي، حيث إنّ عدم إشباع أحد الجوانب سوف ينعكس بالسلب على الجوانب الأخرى، فمثلاً إذا لم تشبع حاجة القطاع الصحي يؤثر بالسلب على باقي القطاعات.

---

(1) pula compton & Beart Galaway , social work Process, llinois ,The Dorsey Press , 1982 , P, 330

علاوة على الاعتماد على نظرية الحاجات عند (ماسلو) حيث يرى أنه هناك أولوية في إشباع الحاجات الأساسية فاعتمدت الباحثة على إشباع الحاجات الأساسية المتمثلة في الحاجة للخدمات الصحية من أجل إيجاد الكفاية النوعية والكمية للخدمات الصحية بالمستشفيات العامة.

الفصل الثالث
أدبيات مشكلة البحث

أولاً- الكفاية النوعية والكمية.

ثانياً- الخدمات الطبية بالمستشفيات العامة.

أولاً- الكفاية النوعية والكمية:

- مفهوم الكفاية:

لا يمكن الإحاطة بمدلول الكفاية إلا من خلال تقديم نماذج من التعاريف المتكاملة، قصد استشفاف ما يجمع بينها جوهريا، لنبني من خلال ذلك تعريفا جامعًا مانعًا كما يقول المناطقة، خاصة إذا ما استحضرنا تطور مفهوم الكفاية في مختلف مجالات العمل.

ومن أهم ما عرفت به الكفاية ما يلي:

1- إنها ترتبط بالاعتماد الفعال للمعارف والمهارات من أجل إنجاز معين، وتكون نتيجة للخبرة المهنية، ويستدل على حدوثها من خلال مستوى الأداء المتعلق بها، كما أنها تكون قابلة للملاحظة انطلاقا من سلوكيات فعالة ضمن النشاط الذي ترتبط به.[1]

2- إنها مجموعة من المعارف نظرية وعلمية، يكتسبها الشخص في مجال مهني معين، أما في المجال التربوي، فيحيل مفهوم الكفاية إلى مجموعة من المهارات المكتسبة عن طريق استيعاب المعارف الملائمة، إضافة إلى الخبرات والتجارب التي تمكن الفرد من الإحاطة بمشكل يعرض له ويعمل على حله.[2]

3- إنها نظام من المعارف المفاهيمية والإجرائية المنتظمة بكيفية تجعل الفرد حين وجوده في وضعية معينة، فاعلا فينجز مهمة من المهام، أو يحل مشكلة من المشاكل.

---

(1) André Guillet « Développer les compétences ». E.S.F éditeurs Paris 2ème édition p.13

(2) Renald Legendre : Dictionnaire actuel de l'éducation «Paris » Montréal 1998

- **خصائص الكفاية:**

تضمن حديث الباحثين في علوم التربية عن الكفايات إبراز العديد من خصائصها. ونكتفي هنا بذكر الخصائص التي تُعَدُّ لنا أساسية:

1. **الكفاية إجرائية ومغياة Opératoire et Finalisée:**

تستمد الكفاية معناها من العمل والفعل. فهي دائما، كفاية من أجل الفعل ومن أجل غاية وهدف ما، إذ لا يمكن أن نتصور عملا أو نشاطا بدون هدف. وبالتالي، فإن الكفاية غير قابلة للفصل عن النشاط الذي تتجلى من خلاله. إننا أكفاء من أجل مهمة أو مجموعة من المهام. وما دامت الكفاية فعلا له غاية ومقصدية، فإنه من واجب المدرس أن يحفز المتعلمين للقيام بأنشطة صالحة للاستعمال، أي أنشطة يدركون فائدتها بأنفسهم، إذ إن التعلم الحقيقي ليس هو التخزين، ولكنه قدرة المتعلم على إعطاء معنى للمعرفة وقدرته على استعمالها. [1]

و**ترى (فيفان دولاندشير Vivian Dollandshire)** أن الكفاية ذات صلة بالممارسة والفعل، وذلك لأنها تتمظهر في الأنشطة التي يؤديها الفرد، لكن هذه الخاصية لا تعني بالضرورة أن النشاط هو تطبيق الكفاية أو معادل لها، وإنما تعني فقط أنه مؤشر عليها.[2]

– أما الباحث الفرنسي في الفلسفة وعلم الاجتماع والتربية، والعضو الشرفي السابق في اللجنة الخاصة بالبرامج والمناهج المغربية، **إدغار موران Edgar Morin**، فقد نظر إلى العلاقة بين الكفاية والممارسة من خلال ثلاثة أبعاد هي: [3]

---

(1) خالد عبد الله سليمان الحولي (2010)، "برنامج قائم على الكفايات لتنمية مهارة تصميم البرامج التعليمية لدى معلمي التكنولوجيا"، رسالة ماجستير (غير منشورة)، الجامعة الإسلامية غزة، كلية التربية، ص 17.

(2) عبد الرحمن جامل (1998)، الكفايات التعليمية في القياس والتقويم واكتسابها بالتعلم الذاتي، ط1، عمان، دار المناهج للنشر، ص

(3) خالد عبد الله سليمان، مرجع سابق، ص 18.

- البعد الوظيفي للكفاية: بمعنى الوظيفة التي تؤديها الكفاية في البحث عن حلول للمشكلات التي نواجهها أثناء أداء مهامنا التربوية وأنشطتنا المختلفة.
- البعد الاستراتيجي للكفاية: ويقصد به أن الكفاية ترمي إلى بلوغ أهداف عن طريق التنسيق بين مجموعة من القرارات والإجراءات.
- البعد التجسيدي التشخيصي للكفاية: ويقصد به قدرة الشخص الكفء أو الكفي على إبداع تنسيقات وتوليفات جديدة أثناء أداء مهامه المهنية.

2. الكفاية متعلمة ومكتسبة Apprise et acquise:

إننا لسنا أكفاء بطريقة طبيعية وتلقائية، فحتى تشومسكي لا يقول بأن الكفاية مجرد فطرة غير قابلة للصقل والقدح بواسطة محك التجربة والخبرة المكتسبة، إننا نصير أكفياء من خلال بناء شخصي واجتماعي يدمج ويؤلف بين التعلمات التجريبية إننا نتعلم دائما الشيء الكثير من الطبيعة، وأيضا من طبيعة الكفايات عن طريق دراسة السيرورة التي بواسطتها تكتسب هذه الكفايات نفسها من طرف الفرد.[1]

3. الكفاية مبنية Structurée :

تكون الكفاية من مجموعة من عناصر (**معارف، مهارات، ممارسات، استدلال**)، لكنها تتحقق بالقدرة على توليف وإعادة بناء مختلف هذه العناصر، بطريقة دينامية من أجل الاستجابة لضرورات التكيف المطلوبة لتحقيق هدف ما. فالتعلم ليس تخزينا للمعرفة من طرف شخص يتلقاها بطريقة سلبية، ولكن التعلم نشاط ذهني وبنائي للشخص الذي ينبغي أن يُصدر ردود فعل إيجابية، وبالتالي فإن الكفاية باعتبارها قدرات ومعارف تبنى، تجد أحد مرتكزاتها في النظرية البنائية (لجان بياجي Lejan Blagee). وفي هذا السياق، يقول (برينو Breeno) بأن الكفايات

(1) خصائص الكفايات، بحث منشور على الموقع https://trbwyatte.blogspot.com/2015/04/blog-post_12.html#.Y0G4OHbP23A

تبنى على أساس خطاطات ذهنية Schèmes mentaux قياسية واستكشافية تساعد على كشف المشكلة وتحديد طبيعتها ثم حلها. وتتكون هذه الخطاطات بفضل التدرب على تجارب عدة ومبنية. إن الكفاية تمنح المتعلم والشخص بصفة عامة (مفاتيح لأقفال غير معروفة)، وتحد من ظاهرة الفشل الدراسي.[1]

4. الكفاية افتراضية ومجردة Hypothétique et Abstraite:

إن الكفاية غير قابلة للملاحظة، فما نلاحظه هو مجرد تمظهرت وتجليات الكفاية؛ فالخاصية البنائية للكفاية تعني خاصية التجريد. ذلك أن الكفاية معطى ذهني مجرد لا نلمسه إلا من خلال الممارسة والفعل.

5. الكفاية هي معرفة تجنيد أو تعبئة (Savoir mobiliser):

يقول (لوبطرف Lubtip) بأنه لا يكفي امتلاك المعارف والقدرات والمهارات لكي نكون أكفياء، ولكن يجب أن نعرف كيف نستعملها عندما يجب استعمالها وفي ظروف محددة. فالكفاية إذن، مؤثرة ضمن سياق وداخل وضعية محددة ومستقلة. أما (فيليب بيرينو Philip Perino)، فإنه يرهن الكفاية بالتعبئة لدرجة أن الباحثة لندا علال تقول: بأن التعريف الذي أخذه (بيرينو bereeno) من (لوبطرف Lubtip)، والذي يحدد الكفاية بأنها لا تكمن في الموارد والمعارف والقدرات التي تجب تعبئتها، بل في تعبئة هذه الموارد ذاتها، تعريف يستتبع عدم الفصل بين الكفاية والإنجاز.

6. خاصية المبادرة (Pouvoir anticipant):

يجب على الفرد الكفي أن يكون قادرا على المبادرة ونقد النتائج التي ينتهي إليها وتقويمها من أجل الاستفادة منها

(1) عبد الرحمن جامل (1998)، مرجع سابق، ص 53.

- أنواع الكفاية:

من خلال استقراء الوثائق التربوية (الوثيقة الإطار لمراجعة المناهج والبرامج التربوية؛ مناهج مختلف المواد يمكننا رصد أنواع الكفايات التي يتضمنها المنهاج الدراسي؛ وهي كفايات ممتدة (عرضانية) وكفايات نوعية خاصة بالمواد.

1. الكفايات النوعية أو الخاصة(comp spécifiques)

يقصد بالكفايات النوعية الكفايات المرتبطة بمادة دراسية معينة أو بمجال نوعي أو مهني معين. وهي أقل شمولية من الكفايات المستعرضة. وقد تكون سبيلا لتحقيقها.[1]

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

– العمل على رفع كفاءة وحسن تدريب أعضاء الفريق الطبي، سواء كان طبيبا عامًّا أو اختصاصيًا أو ممرضاً أو صيدلانياً، وهذا من خلال برامج ثقافية علمية لرفع مستواهم العلمي والاطلاع على أحدث الاكتشافات الطبية، بالإضافة إلى البرامج التأهيلية من أجل تجديد معلوماتهم النظرية والعلمية، ويشترط في هذه الدورات أن تكون إجبارية مرتبطة باستمرارية مزاولة المهنة.

---

(1) سلام جميل الحمداوي، (2017)، مستوي توظيف مدرسي اللغة العربية ومدرساتها للكفايات المهنية في التدريس في محافظة كربلاء المقدسة" ، مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية، جامعة بابل، ص 705.

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

– دمج الخدمات الصحية العلاجية والوقائية وذلك لأن هذه الخدمات لها كيان واحد متكامل، وغرض شامل هو العمل على اكتمال سلامة الفرد من النواحي الجسمية والعقلية علاوة على مكافحة الأمراض وعلاجها، لأن تقسيم هذه الخدمات ينفي الغرض من التكامل إ ضافة على ما يتبع ذلك من زيادة في النفقات الفعلية والإدارية لهذه الخدمات وبالتالي تؤثر في أسعارها النهائية. [1]

2. الكفايات الممتدة أو العرضانية (comp transversales) :

تشمل الكفايات العرضانية معارف مرتبطة بحسن التواجد (savoir:être) والكفايات العلائقية (comp. relationnelles) والكفايات المنهجية (comp. Méthodologiques)والثقافية والتواصلية... إلخ. وهي كفايات مشتركة بين مواد ومجالات دراسية متعددة. وهي خمسة أنواع : [2]

- استراتيجية تستهدف معرفة الذات والتعبير عنها، المتوقع في الزمان والمكان. المتوقع بالنسبة للأخر (الأُسرة المؤسسة والمجتمع) تعديل الاتجاهات والسلوكيات الفردية وفق تطور المعرفة والعقليات والمجتمع.
- واصلية إتقان اللغة العربية، إتقان لغة أجنبية، التفتح على الأمازيغية والمجتمع. التمكن من مختلف أنواع التواصل. التمكن من مختلف أنواع الخطاب الأدبي العلمي والفني.

---

(1) محمود كامل الناقة (1987)، البرنامج التعليمي القائم على الكفاءات : أسسه وإجراءاته , القاهرة : مطابع الطوبجي، ص 216.

(2) سلامة جميل الحمداوي، مرجع سابق، ص 706.

- المنهجية اكتساب التلميذ منهجية التفكير، منهجية العمل داخل الفصل وخارجه، منهجية تنظيم الذات ووقت الفراغ ومنهجية التكوين الذاتي.
- الثقافية تنمية الرصيد الثقافي. توسيع دائرة المعرفة للعالم، ترسيخ الهوية, الانفتاح على الثقافات الأُخرى للعالم.
- التكنولوجية القدرة على الإبداع والإنتاج، التمكن من القدرة على التحليل والتقدير والقياس، تطوير المنتجات، استدماج أخلاقيات المهن والحرف وأخلاقيات التطور العلمي والتكنلوجي مع مراعاة القيم.

3. الكفاية الكمية:

هي توفير الخدمات الطبية بحجم وعدد كاف يتناسب مع عدد السكان، وهذا يشمل: [1]

1- توفير عدد كاف من الطاقم البشري الطبي: أطباء ممرضين، فنيي مختبرات.... الخ، حيث أن الطبيب لوحده لا يستطيع القيام بجميع أعمال الخدمات الطبية من تمريضية ومخبرية وإدارية.

2- الكفاية الكمية لأعداد وحجم المؤسسات الإنسانية وتشمل:

- المراكز الصحية الأولية والشاملة، والمستشفيات، المراكز الطبية التخصصية العادية والمتطورة، الصيدليات، مدارس وكليات والمهن الطبية المساعدة، المختبرات، بنوك الدم، المؤسسات الصحية الأخرى مثل صحة البيئة ومديريات الصحة ومراكز الأُمومة والطفولة.

3- الكفاية الكمية في عدد ساعات العمل وتقديم الخدمات إذ يجب أن تبقى الخدمات متوفرة على مدار 24 ساعة متواصلة.

---

(1) قدري الشيخ علي وآخرون (2008)، علم الاجتماع الطبي، الإسكندرية، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، ص 118.

4- الكفاية الكمية في توفير أعداد من المهن والمختصين في مجال الإدارة المالية المساندين والمرافقين للنسق الطبي والمؤسسات الإنشائية لمواكبة التوسع في تقديم الخدمات الصحية.

5- الكفاية الكمية في توفير الأشخاص العاملين في التثقيف الصحي والثقافة الصحية إلى جانب توفير كادر كاف لتقديم خدمات الوقاية مثل التطعيم والتحصين.

- **مكونات الكفاية:**

بالرجوع إلى مفهوم الكفاية وخصائصها يمكن استنتاج المكونات التالية للكفاية وهي: [1]

1- المكون المعرفي: والذي يشير إلى المعلومات والمهارات العقلية الضرورية لأداء الفرد (الطبيب)في شتى مجالات عمله (الطبي . التعلّمي).

2- المكون المهارى: القدرة على أداء العمل الذي تشير إليه الكفاية بأقل جهد ممكن وبأكبر سرعة، وأقل كلفة، وتشير إلى كفايات الأداء التي يظهرها الطبيب، وأداء هذه المهارات يعتمد على ما حصله الفرد من كفايات معرفية.

3- المكون الوجداني: والذي "يشير إلى جملة العواطف والميول التي تؤدي إلى تكوين المواقف التي تكون إيجابية تدفع إلى القيام بالعمل، فهي جملة الميول والاتجاهات والقيم والميول والمعتقدات التي تكون لدى الطبيب، والتي تغطي جوانب متعددة مثل: حساسية الفرد (الطبيب) وثقته بنفسه واتجاهه نحو مهنة الطب.

- **أهمية الكفاية النوعية والكمية في الخدمات الطبية:**

1- طول المدة الزمنية التي تستغرقها عملية إعداد وتأهيل القائمين على إنتاج الخدمة الصحية وبخاصة الأطباء وأطباء الأسنان وصيادلة، ما يعني بين

(1) كمال الأزرق (2006م) : التدريب وتطبيقاته، دار الرتب الجامعية، بيروت، لبنان، ط3، ص 23.

مخرجات إعداد هؤلاء يتم الحصول عليها من خلال مدة وجيزة من الزمن، ويتطلب التخطيط والانتظار إلى أمد طويل. [1]

2- لبلوغ الكفاية المخططة نحو تحقيق الأهداف فإن الأمر يستوجب توافر المستلزمات التكنولوجية المواكبة لحالة التطور الحديث في المجال الطبي وتسخير مختلف الوسائل المتاحة للكادر الطبي التخصصي لإنجاز مهامه بالشكل الذي يتوافق وقدراته العلمية.[2]

3- الخدمة الصحية المقدمة تعتمد إلى حد كبير على مهارة القائمين على إنتاجها، وهذه المسألة تتباين بين فرد وآخر، ولا يمكن وضع مقاييس معيارية لأدائها وقياسها، وبالتالي فإن تطوير مهارة القائمين على إنتاج الخدمة الصحية وتكيفها ألن تكون قابلة للقياس والتوحيد، يصب في جانب الاهتمام والأهمية للكفاية في الخدمة الصحية. [3]

وخلاصة القول يمثل الاهتمام بالصحة أمرًا حيويًا لجميع البشر في العالم. ويرتبط الحق في الصحة ارتباطًا وثيقًا بحقوق الإنسان الأساسية. ويشمل الحق في الصحة الحصول أساسا على الرعاية الصحية المقبولة والميسورة التكلفة وذات الجودة المناسبة في التوقيت المناسب وإتاحتها أمام الجميع، وتختلف الخدمات الصحية من حيث الكفاية الكمية والكفاية النوعية من موقع إلى آخر حتى في الموقع الجغرافي الواحد لاختلاف الكثافة السكانية من منطقة لأخرى والتركيز على بعض المدن الرئيسية التي تتجمع فيها المؤسسات والدوائر والوزرات الحكومية.

---

(1) إسماعيل محمد القنطي، مرجع سابق، ص 52.

(2) ياسر البكري (2005)، إدارة المستشفيات، عمان، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، ص 185.

(3) إسماعيل محمد القنطي، مرجع سابق، 52.

مفهوم الكفاءة:

هي القدرة على استخدام مجموعة منتظمة من المعارف والمهارات والمواقف التي تمكن من تنفيذ عدد من المهام. [1]

كما أنها: تتضمن أيضاً تنظيم العمل وتخطيطه وكذا الابتكار والقدرة على التكيف مع نشاطات غير عادية. كما أن الكفاءة تتضمن المزايا الفردية الضرورية للتعامل مع الزملاء والإدارة.[2]

وهناك فرق بين الكفاءة والكفاية فالكفاءة هي الحدّ الأعلى من الأداء، أمّا الكفاية فهي الحدّ الأدنى المقبول من الأداء.

2- القدرة: تدل القدرة على إمكانية أداء نشاط معين، وهي بهذا ترتبط بالمعنى الفلسفي الدال على الوجود بالفعل، كما تشير إلى القوة على أداء فعل ما، جسدياً كان أو عقلياً، وسواء كان هذا الفعل فطرياً أو مكتسباً بالتعليم والتدريب. [3]

وهي استدعاء معلومات معينة لتطبيقها بمهارة، واستخدامها في المواقف الجديدة أو المشكلات التي تواجه الفرد، أي أنها أنشطة متكاملة ومترابطة تظهر عند توافر الظروف اللازمة.[4]

ويعبر (بلوم Bloom) وزملاؤه عن القدرات بالمعادلة التالية: (قدرات = مهارات + معلومات) فالقدرة إذن هي إمكانية النجاح، وكفاية ضمن مجال عملي ونظري، ويتقاطع هذا المفهوم للقدرة بشكل كبير مع مفهوم ودلالة الكفاية؛ لأن كفاية القراءة مثلاً، قد تكون بقراءة محتويات متنوعة ومختلفة (نصوص أدبية، نصوص

---

(1) مرعي توفيق (1983)، الكفايات التعليمية في ضوء النظم، ط1، عمان، دار الفرقان للنشر، ص 21.

(2) محمد الدريج (2000)، الكفايات في التعليم – سلسلة المعرفة للجميع، عدد 16، الدار البيضاء، أكتوبر، 2000، ص 39.

(3) فرج طه وآخرون، معجم علم النفس والتحليل النفسي، بيروت، النهضة العربية للنشر، ب س، ص 124.

(4) مهدي محمود سالم وآخرون(1998)، التربية الميدانية وأساسيات التدريس، ط2، الرياض، العبيكان، ص 280.

دينية، قصائد شعرية، نصوص عملية أو قانونية). ولقد صنف (كانيي Kanye) مختلف السلوكيات التي يقوم بها الفرد ضمن خمس قدرات، كما أن كل قدرة تتكون من مجموعة من المقولات المتدرجة، وتعتبر حل المشكلات أعلى مقولة في القدرة المعرفية، الأمر الذي يبين من جهة ثانية أن القدرة عند (كانيي Kanye) تسعى في عمقها إلى تحقيق التكيف مع المحيط، شأنها في ذلك شأن الكفايات. [1]

وعليه فإن الكفاية تتكون من مجموعة من القدرات، ويمكن التعبير عنها كالآتي: قدرة1 +قدرة2 + قدرة 3=كفاية.

3- **المهارة:** هي التمكن من إنجاز مهمة بكيفية محددة وبدقة متناهية، وسرعة في التنفيذ.

ومن معاني المهارة أيضا الكفاءة والجودة في الأداء.[2]

وهي أيضاً القيام بعمل معين بسهولة ودقة، وهناك مهارات عقلية مثل جمع البيانات، الملاحظة، الوصف، التفسير، الاستقراء، الاستنتاج، التمييز، التصنيف....الخ

ومن وجهة نظر (همام زيدان) في أن طبيعة الاختلاف بين الكفاية والمهارة، تكمن في أن الكفاية تتميز بأنها مرنة وأكثر اتساعاً من مفهوم المهارة التي تتسم إلى – حد ما بالتخصص والثبات، مثل مهارة إلقاء الأسئلة، وبذلك تتضمن الكفاية مجموعة من المهارات.[3]

وعندما نميز بين الكفاية والمهارة نخرج بالنقاط التالية :

- نطاق الكفاية أشمل وأعم من المهارة، فالمهارة تُعَدُّ أحد عناصر الكفاية.

---

(1) صباح سعد، الكفاية والمفاهيم المرتبطة بيها، الجزائر، جامعة بسكرة، ب س، ص 161.

(2) فؤاد البهي السيد، المناهج أسسها وتنظيماتها وتقويم أثرها، بحث منشور على الموقع https://loghati.net/

(3) عبد الرحمن صالح الأزرق (2000)، علم النفس التربوي للمعلمين، ط1، بيروت، دار الفكر العربي، ص16.

- تتطلب المهارة شروط السرعة والدقة والتكيف ومستوى التمكن وفق معايير للوصول إلى الهدف، في حين تتطلب الكفاية أقل التكاليف من حيث الجهد والوقت والنفقات ولكن بمستوى أداء المهارة.
- إذا تحققت المهارة في إنجاز أو أداء شيء ما، فهي تعني تحقق الكفاية له.
- إذا تحققت الكفاية لشيء ما، فهذا لا يعني بالضرورة تحقق المهارة له.

4.الأداء: ينظر بعض الباحثين للأداء على أنه: مجموعة الاستجابات التي يقوم بها الفرد في موقف معين، وهذا الأداء هو ما نلاحظه ملاحظة مباشرة. (1)

ويشير **(Good)** للأداء على أنه : الإنجاز الفعلي كما يصنف من القابلية أو الطاقة أو القدرة الكامنة، أو خلق فرص التعلم التي تمكن الطلبة من اكتساب المعرفة والمهارات. (2)

وعليه يمكن القول : أن الأداء هو ما ينجزه الفرد في مهام المهارات والكفايات بشكل قابل للقياس، فمن الممكن قياس أداء المعلم وفق استمارة الملاحظة الموضوعية التي تُعَدُّ لهذا الغرض، كما من الممكن قياس نتائج أداء الطبيب عن طريق قياس أداء أو سلوك الطبيب الذي يُعَدُّ حصيلة التدريس الفعال. وأن الأداء كي يكون فعالاً يجب أن يكون ذا كفاءة عالية. (3)

أما العلاقة بين الكفاية والأداء: إن الأداء كي يكون فعالاً يجب أن يكون ذا كفاية عالية، وأن الكفاية ترتبط بالمقدرة على العمل بمستوى معين في الأداء، كما ترتبط بسلوك أدائي مرضٍ للقيام بمقتضيات الأفعال التي يتطلبها العمل الطبي مثلاً، بمعنى أن مفهوم الأداء يعني ما يفعله الفرد فعلاً خلال أدائه. (4)

---

(1) جابر عبد الحميد جابر (1994)، سيكولوجية التعلم القاهرة، دار النهضة العربية، ص311.

(2) صباح سعد، مرجع سابق، ص 162.

(3) المرجع السابق، ص 162.

(4) فؤاد البهي السيد، المناهج أسسها وتنظيماتها وتقويم أثرها، بحث منشور على الموقع https://loghati.net/

وعليه بالرغم من تداخل المفاهيم مع بعضها البعض ظاهرياً، إلا أن هناك فوارق جوهرية تحدد نطاق كل مفهوم على حدا، وكما نستنتج أن هناك علاقات قوية تربط بين مفهوم الكفاية وهذه المفاهيم، وحتى بين المفاهيم مع بعضها البعض. أما العلاقة بين كل ما سبق والكفاية النوعية والكمية للخدمات الطبية، فإن ذلك يتيح الفرصة للكفاية والمهارة بالظهور في مستوى الأداء، ويتيح الفرصة للأداء ليكون فعالاً عن طريق ما يوفره من جهود تبذل بشكل منظم، عن طريق التمرين والممارسة العملية والعلمية للأزمة لأداء عمل ما بشكل فعال وبكفاءة إنتاجية عالية.

سادساً- أهمية الكفاية النوعية والكمية في الخدمات الطبية:

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

5-لبلوغ الكفاية المخططة نحو تحقيق الأهداف فإن الأمر يستوجب توافر المستلزمات التكنولوجية المواكبة لحالة التطور الحديث في المجال الطبي وتسخير مختلف الوسائل المتاحة للكادر الطبي التخصصي لإنجاز مهامه بالشكل الذي يتوافق وقدراته العلمية.(2)

6-الخدمة الصحية المقدمة تعتمد إلى حد كبير على مهارة القائمين على إنتاجها، وهذه المسألة تتباين بين فرد وآخر، ولا يمكن وضع مقاييس معيارية لأدائها وقياسها، وبالتالي فإن تطوير مهارة القائمين على إنتاج الخدمة الصحية وتكيفها

(1) إسماعيل محمد القنطي، مرجع سابق، ص 52.

(2) ياسر البكري (2005)، إدارة المستشفيات، عمان، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، ص 185.

ألن تكون قابلة للقياس والتوحيد، يصب في جانب الاهتمام والأهمية للكفاية في الخدمة الصحية. [1]

وخلاصة القول يمثل الاهتمام بالصحة أمرًا حيويًا لجميع البشر في العالم. ويرتبط الحق في الصحة ارتباطًا وثيقًا بحقوق الإنسان الأساسية. ويشمل الحق في الصحة الحصول أساسا على الرعاية الصحية المقبولة والميسورة التكلفة وذات الجودة المناسبة في التوقيت المناسب وإتاحتها أمام الجميع، وتختلف الخدمات الصحية من حيث الكفاية الكمية والكفاية النوعية من موقع إلى آخر حتى في الموقع الجغرافي الواحد لاختلاف الكثافة السكانية من منطقة لأخرى والتركيز على بعض المدن الرئيسية التي تتجمع فيها المؤسسات والدوائر والوزرات الحكومية.

(1) إسماعيل محمد القنطي، مرجع سابق، 52.

ثانياً- الخدمات الطبية بالمستشفيات العامة في المجتمع الليبي

تُعد الخدمات الطبية حاجة أساسية لكل فرد داخل المجتمع حضراً كان أو ريفاً إلا أن الحاجة للخدمات الطبية من الصعب تحديدها فضلاً عن قياسها ، وإن كانت الحالة المرضية للسكان هي أكثر شيء يدل على حاجة السكان لمثل هذه الخدمات ، وهو ما دفع المسؤولين في المؤسسات الصحية إلى تبني نظام الكشف الدوري لأنه غير معتمد بشكل رسمي في لوائح العمل وانظمته في هذه المؤسسات . فمعظم دول العالم تعبر عن مجهوداتها التي تبذلها من أجل توفير الحد الأدنى من الخدمات الطبية لسكانها سواء كانوا اطفالاً أو نساء أو رجالاً، فارتفاع المستوى الصحي لأي دولة يدل على تقدمها. وتمثل الخدمات الطبية أولوية متقدمة في جهود الدول للارتقاء بمستوى الحالة الصحية للمواطنين، بوصفها أحد أهم ركائز التنمية الشاملة بصفة عامة والتنمية البشرية بصفة خاصة، ولاسيما فإن الخدمات الطبية تختلف عن غيرها من الخدمات الأخرى، حيث إنها تخضع لعامل الاحتياج، بالإضافة إلى عوامل العرض والطلب مثل السلع والخدمات.

أ : الاستراتيجية التنموية العامة للقطاع الصحة في ليبيا:

لقد تبلورت استراتيجية التنمية في قطاع الصحة في تحقيق الأهداف التالية : [1]

أ–اتخاذ الوسائل التنظيمية والإدارية والتشريعية التي تكفل الترابط بين الخدمات الصحية والخدمات الأخرى مثل التغذية والإسكان وحماية البيئة ومراقبة المحلات العامة وتوفير الأمن الصناعي.

ب–توفير الخدمات والرفع من مستواها كماً وكيفاً للوصول إلى معدلات مثلى في عدد المرافق الطبية والأسرة والفئات الطبية المختلفة.

---

(1) صبحي قنوص واخرون (1999) ، التحولات السياسية والاقتصادية لليبيا ، طرابلس ، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والاعلان (سابقاً) ، ص ص 55–56.

مراعاة عدالة توزيع الخدمات الصحية العلاجية والوقائية بين مناطق البلاد وإعطاء الأولوية للمناطق النائية.

د–التركيز على المشروعات الصحية الوقائية لتحصين السكان من الأمراض ونشر الوعي الصحي والغذائي السليم بينهم، ومنع التلوث بجميع أنواعه ووضع النظم الدقيقة لحماية البلاد من الأمراض الوبائية ومنع تسربها إلى الداخل ، حيث أقامت الدولة أكثر من 15 مؤسسة طبية و145 مختبراً طبياً مجهزاً بأحدث التقنيات في أنحاء البلاد .

هـ–القضاء على الأمراض السارية والمستوطنة كأمراض الدرن والبلهارسيا وغيرها .

و–تجهيز المؤسسات الصحية والطبية وتطويرها وتدعيمها بالأجهزة الحديثة والمتطورة .

ز–الاهتمام بالمعاهد الصحية ومدارس التمريض راسياً وافقياً في مختلف التخصصات الفنية .

ب: النظام الصحي في ليبيا:

تختلف الأنظمة الصحية من دولة إلى أخرى اعتماداً على الوضع السياسي والاقتصادي لتلك الدول، ومن تلك الأنظمة (النظام الصحي الحر، نظام التامين الصحي، نظام التأميم الصحي، والنظام المختلط .

أ–النظام الصحي الحر حيث يقدم العلاج في شكل تجارة حرة وتدار المستشفيات وتحدد نوعية العلاج حسب قيمة ما يدفع من المنتفع ويوجد هذا النظام في الدول الرأسمالية عموما كما يوجد في بعض الدول العربية ومنها مصر.

ب–نظام التأميم الصحي: ومعناه ملكية الدولة لجميع إمكانيات الخدمات الطبية ، ويطبق هذا النظام في الدول الاشتراكية .

جـ–نظـام التـأمين الصـحي ويمثـل أحـد أنـواع التأمينـات العاديـة حيـث يـدفع المؤمن عليه مبلغاً من المال على فترات منتظمة مقابل التزام الجهة المؤمن لديها بتأدية خدمات علاجية في حالة المرض أو الإصابة.

د–النظام المختلط : حيث تعمل الدولة على توفير الخدمات الصحية المجانية لجميع الفئات كما تسمح بإنشاء المؤسسات الصحية الخاضعة لرقابة الدولة .[1]

فالنظام الصحي الذي ينطبق على ليبيا من بين هذه الأنظمة هو النشاط المختلط حيث تعمل الدولة على توفير الخدمات الصحية مجاناً لكل شخص وفي الوقت نفسه تسمح للراغبين في إنشاء مؤسسات صحية خاصة من ممارسة عملهم وهنا يخير المواطن الليبي بين نوعين من الخدمات الحكومية مجانية وخاصة مقابل ثمن ، حيث تخضع المؤسسات الصحية الخاصة إلى رقابة الدولة.

ج: المؤشرات الصحية في ليبيا لعام 2012 :

إيماناً بأن الاهتمام بصحة المواطن يعد عاملاً اساسياً في دفع عجلة التقدم والتغيير في المستويين الاقتصادي والاجتماعي، وأنه كلما تكاملت صحة المواطن الجسمية والنفسية أصبح أكثر قدرة على العمل والإنتاج، وتحقق أهداف التنمية والتقدم، وحتى يتم تحليل الكافية القطاعية للخدمات الصحية في ليبيا، لابد من حساب عدد المؤشرات الصحية، ومن خلالها يمكن الكشف عن مدى الكفاية لمؤسسات الخدمة الصحية وانعكاساتها على مؤشرات التنمية البشرية، فهي مفيدة أيضاً في معرفة تقييم كفاءة الخدمات الصحية في أي مكان.

(1) يحي مرسي (2002) ، أنثروبولوجيا في المجتمع الليبي ، الإسكندرية ، دار الهدى ، ص 80.

جدول (1) يوضح أهم المؤشرات الصحية في ليبيا لعام 2012 ([1]

المؤشرات	المعدل
معدل طبيب بشري لكل 10000 مواطن	20
معدل طبيب اسنان لكل 10000 مواطن	7
معدل صيدلي لكل 10000 مواطن	4.6
معدل ممرضة لكل 10000 مواطن	69
عدد الاسر لكل 10000 مواطن	39
عدد المرافق لكل 10000 مواطن	35
معدل فني صحي لكل 10000 مواطن	3

1- المؤشرات الديمغرافية :

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

جدول (1) عدد سكان ليبيا لسنة 2012 [2]

الجنس	العدد	النسبة
ذكور	**2,890,000**	**%50.7**
أناث	**2,812,000**	**%49.3**
المجموع	**6,702,000**	**%100**

ووفقا للتقرير السنوي لوزارة الصحة الليبية لسنة 2012 نورد فيما يلي بعض المؤشرات الديموغرافية في ليبيا: [3]

(1) المصدر: التقرير السنوي لوزارة (الصحة الليبية) (لسنة 2012.)

(2)المصدر نفسه، الموضع نفسه.

(3)المصدر: التقرير السنوي لوزارة (الصحة الليبية) (لسنة 2012.)

- عـدد الأسـر الليبيـة والأجنبيـة وصـل إلـى 981190 أسـرة ليبيـة و94212 أسـرة أجنبية.
- بلغت نسبة الزيادة في عدد السكان بين تعداد سنة 1995 وتعداد سنة 2006 إلى 16%.
- بلغ متوسط حجم الأسرة الليبية 6 أفراد لكل أسرة.
- نسبة الكثافة السكانية (3.3 فرد) في الكيلومتر المربع الواحد.
- بلغت نسبة الليبيين الذين تتراوح أعمارهم من 15 سنة فأكثر (عدد السكان في سن العمل) هي 68.9% من المجموع الكلي للسكان.
- متوسط العمر المتوقع عند الولادة هو 71 سنة، وعلى وجه التحديد 73 سنة للإناث و69 سنة للذكور.
- انخفض معدل الزيادة الطبيعية للسكان بين تعدادي سنة 1984 و1995 من 4.2 % إلى 2.9 % وانخفض في سنة 2006 إلى 1.8.
- متوسط الولادات السنوية هو (24.9) لكل 1000 من السكان
- متوسطات الوفيات السنوية هو (4.1) لكل 1000 من السكان
- متوسط الزيادة السكانية للسكان هو (21) لكل 1000 من السكان.

ازداد عدد السكان في ليبيا بشكل تصاعدي خلال السنوات (2006:2012) كما هو موضح بالجدول التالي :

2- المستشفيات العامة في مدينة الزاوية :

يوضـح الجـدول التـالي المستشـفيات العاملـة فـي مدينـة الزاويـة وقـدرتها الاستيعابية والنسب المئوية لعدد الأسرة بين هذه المستشفيات.

جدول (3) المستشفيات العامة في مدينة الزاوية وقدرتها الاستيعابية [1]

المستشفيات	عدد الأسرة	النسبة المئوية
مستشفى الزاوية التعليمي	400	%12
مركز أمراض الكلى	100	%2.7
مركز الأمراض السارية	40	%1
مركز أمراض السكر	60	%1.6
العيادة الصحية المجمعة	350	%9.6

3- خدمات الأسعاف :

تشمل خدمات الإسعاف سيارات الإسعاف، الإسعاف الطائر بنوعيه النفاث والهيلوكوبتر

جدول (4) يوضح خدمات الإسعاف

ت	المادة	الإسعاف
1	سيارات إسعاف	402
2	الإسعاف الطائر النفاث	1
3	الإسعاف الطائر الهيلوكبتر	1
المجموع	مجموع الإسعاف الطائر	2

3- التغيير في حجم الإنفاق على قطاع الصحة في ليبيا (2003:2010)

لقد تغير حجم الإنفاق على قطاع الصحة في ليبيا خلال السنوات (2003: 2010) في ليبيا بشكل تصاعدي حيث كان حجم الإنفاق لسنة 2003 مائتان وخمسون مليون دينار ليبي وأصبح سبعمائة مليون دينار ليبي لسنة 2010.

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

جدول (5) التغيير في حجم الانفاق على قطاع الصحة في ليبيا (2003:2010) [1]

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

رابعاً– مستشفى الزاوية التعليمي : [2]

يقع المستشفى في وسط مدينة الزاوية وحدودها شمالاً شارع صلاح الدين وجنوباً شارع جمال عبد الناصر وغرباً طريق معبد وشرقاً شارع العريض ومقام على قطعة مساحتها (16.923) هكتار.

مستشفى الزاوية مركب ذو ثلاثة أجزاء الجزء الأول قسم الباطنة والجزء الثاني قسم الجراحة والجزء الثالث قسم النساء والولادة والأطفال، ويوجد بالمستشفى:

- مختبر للتحاليل الطبية .
- وحدة الأشعة XR
- وحدة CT وسيتي إسكان.
- قسم الإسعاف والطوارئ.
- قسم العلاج الطبيعي.
- غرفة عمليات صغرى وغرفة عمليات كبرى.

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

(2) المصدر: إدارة مستشفى الزاوية التعليمي.

– يوجد دار الرحمة وثلاجة الموتى والتي تسع عدد عشرون جثمان وتحتوي على غرفة غسيل.

– يوجد بالمستشفى مغسلة خاصة بالمستشفى لغسل كل مقتنيات المستشفى مثل (شراشف ومخدات، زي الأطباء، إلخ).

– يوجد طبيب شرعي.

– يوجد محرقة نفايات.

– غرفة العناية الفائقة.

– يتم التعاقد داخل المستشفى مع شركات التغذية والنظافة.

– مركز تنمية الموارد البشرية للتدريب والتطوير.

ومن خلال المقابلة بأحد المسؤولين وهو السيد مولود حسن سالم مدير مكتب الشؤون القانونية والمستشار القانوني للمستشفى قد زودنا بالمعلومات المطلوبة والمتمثلة في حين افتتاح المستشفى سنة 1973م قد تَمَّ إنشاء عدد 10 عمارات سكنية إضافية وعدد 8 شقق أرضية لسكن العاملين بالمستشفى وإنشاء معهد للتمريض خاص بالمستشفى في سنة 1993م، وتَمَّ افتتاح قسم الأذن والأنف والحنجرة وفي سنة 1998م، وتَمَّ افتتاح كلية الطب البشري، ويحتوي المستشفى على 140 عاملاً بين أطباء وتمريض وتقنيين ومهندسين وإداريين وقانونيين، كما يوجد بالمستشفى وحدة الحركة لنقل الأطباء الزائدين والطلاب والإسعاف ولنقل النزلاء ومن أهم المستندات التي تحصلنا عليها هي ملكية المستشفى والهيكل التنظيمي، كما يوجد بالمستشفى موقف خاص للسيارات ويوجد به أيضاً قسماً للعيادات الخارجية.

الفصل الثالث

الإجراءات المنهجية

- نوع البحث
- المنهج المستخدم
- مجالات البحث
- مجتمع البحث وعينته
- أداة البحث
- الأساليب الإحصائية

أولاً- نوع البحث:

نظراً لأن نوع الدراسة يتحدد على أساس الهدف الرئيسي لها، فإن هذه الدراسة تنتمي إلى الدراسات الاستكشافية التي تعتمد على جمع الحقائق وتحليلها وتفسيرها لاستخلاص دلالتها، وهو يتناسب مع ما تهدف إليه من الكشف على درجة الكفاية النوعية والكمية للخدمات الطبية في المستشفيات العامة.

ثانياً- المنهج المستخدم:

يُعَدُّ الاتساق بين المنهج ونوع الدراسة من الأشياء المهمة في البحث العلمي، لذلك فإن المنهج الملائم لهذه الدراسة هو المنهج الوصفي، حيث أنه يساعد على الحصول على معلومات حول درجة الكفاية النوعية والكمية للخدمات الطبية في المستشفيات العامة.

واعتمدت الدراسة على أسلوب المسح الاجتماعي بالعينة حيث طُبِقَ على مجموعة من الأطباء والأطباء المساعدين بمستشفى الزاوية التعليمي والتي وقع عليها الاختيار كعينة لهذا البحث.

ثالثاً- مجالات الدراسة:

1- **المجال البشري:** ويتضمن عدد من الأطباء والأطباء المساعدين بمستشفى الزاوية التعليمي والبالغ عددهم (850).

2- **المجال المكاني** : تم تطبيق هذا البحث في مستشفى الزاوية التعليمي الواقع داخل نطاق مدينة الزاوية المركز.

3- **المجال الزماني** : تم اجراء هذا البحث في الفترة الزمنية الممتدة من 28/ 8 / 2022 إلى 15/ 10 / 2022، وتم تجميع البيانات والمعلومات الميدانية خلال الفترة الواقعة ما بين 10/3 إلى 15 / 10 / 2022.

رابعاً- مجتمع البحث وعينته:

1-**مجتمع البحث:** تكون مجتمع البحث من جميع الأطباء والأطباء المساعدين والموظفين بمستشفى الزاوية التعليمي وبلغ عددهم (850).

2-عينة البحث:

استخدم البحث العينة العشوائية بالاعتماد على أسلوب العينة العشوائية الطبقية، وبعد ذلك قامت بأخذ عينة عشوائية من الأطباء والأطباء المساعدين (الفنين) والموظفين، بواقع (175) مبحوثاً من مجتمع البحث. وفما يلي وصف خصائص أفراد عينة البحث.

عرض ووصف الخصائص العامة لمجتمع البحث

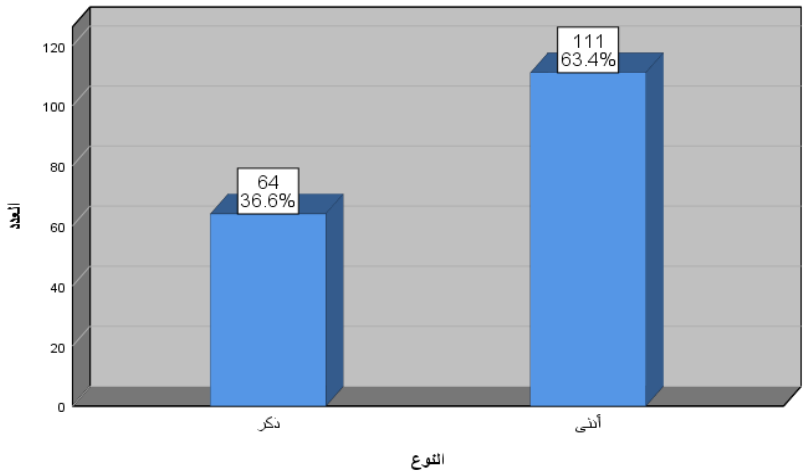
يتناول هذا الجزء النتائج المتعلقة بخصائص عينة البحث من حيث النوع والحالة الاجتماعية والوظيفة والمؤهل العلمي وسنوات الخبرة.

1- **النوع :**

جدول رقم (6) توزيع عينة البحث حسب النوع

النوع	التكرار	النسبة
ذكر	64	%36.6
أنثى	111	%63.4
المجموع	**175**	**%100.0**

يتبين من الجدول رقم (6) أن 36.6% من عينة الدراسة هم ذكور، بينما 63.4% من عينة الدراسة هم إناث. وهذا يدل على أن أغلبية أفراد عينة الدراسة هم من الإناث.



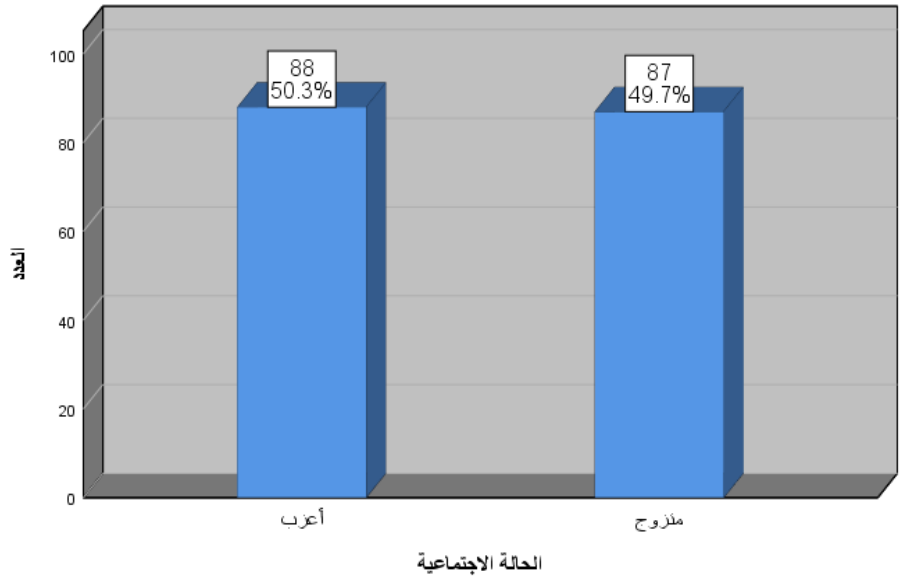
شكل (2) توزيع عينة البحث حسب النوع

2- الحالة الاجتماعية:

جدول (7) توزيع عينة البحث حسب الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة
أعزب	88	%50.3
متزوج	87	%49.7
المجموع	**175**	**%100.0**

يتبين من الجدول رقم (7) أن 50.3% من عينة الدراسة غير متزوجين، بينما 49.7% من عينة الدراسة متزوجين. حيث نلاحظ أن النسب متقاربة بين غير المتزوجين والمتزوجين.



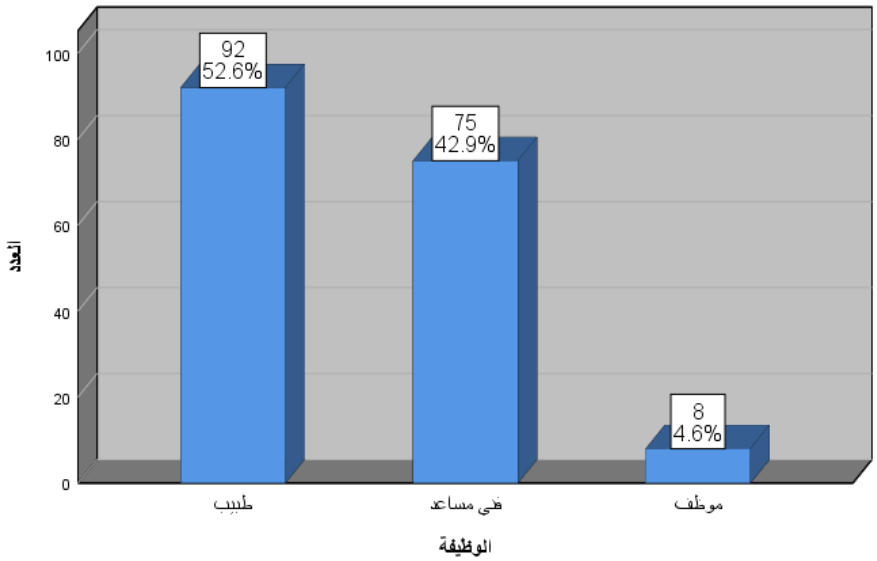
شكل (3) توزيع عينة البحث حسب الحالة الاجتماعية

3- الوظيفة:

جدول رقم (8) توزيع عينة البحث حسب الوظيفة

الوظيفة	التكرار	النسبة
طبيب	92	%52.6
فني مساعد	75	%42.9
موظف	8	%4.6
المجموع	**175**	**%100.0**

يتبين من الجدول رقم (7) أن 52.6% من عينة الدراسة هم أطباء، بينما 42.9% من عينة الدراسة هم فنيين، في حين أن 4.6% من عينة الدراسة هم موظفين.



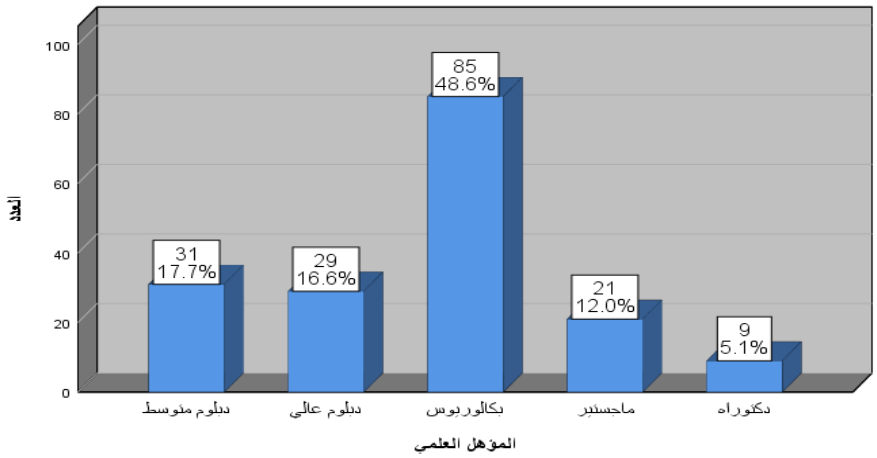
شكل (4) توزيع عينة البحث حسب الوظيفة

4- المؤهل العلمي :

جدول رقم (9) توزيع عينة البحث حسب المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	التكرار	النسبة
دبلوم متوسط	31	%17.7
دبلوم عالي	29	%16.6
جامعي	85	%48.6
ماجستير	21	%12.0
دكتوراه	9	%5.1
المجموع	**175**	**%100.0**

يتبين من الجدول رقم (9) أن 17.7% من عينة الدراسة مؤهلهم دبلوم متوسط، 16.6% من عينة الدراسة مؤهلهم دبلوم عالي، بينما 48.6% من عينة الدراسة مؤهلهم جامعي، وأن 12.0% من عينة الدراسة مؤهلهم ماجستير، في حين أن 5.1%من عينة الدراسة مؤهلهم دكتوراه.



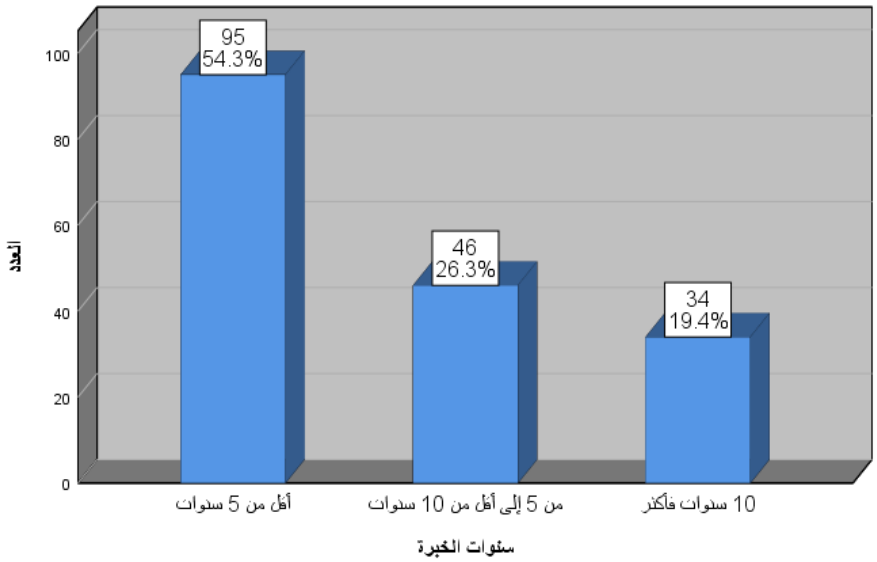
شكل (5) توزيع عينة البحث حسب المؤهل العلمي

5- سنوات الخبرة :

جدول رقم (10) توزيع عينة البحث حسب سنوات الخبرة

سنوات الخبرة	التكرار	النسبة
أقل من 5 سنوات	95	%54.3
من5 إلى أقل من 10 سنوات	46	%26.3
من 10 سنة فأكثر	34	%19.4
المجموع	**175**	**%100.0**

يتبين من الجدول رقم (10) أن 54.3% من عينة الدراسة خبرتهم العملية أقل من 5 سنوات، بينما 26.3% من عينة الدراسة تتراوح خبرتهم العملية من خمس سنوات إلى ما دون عشر سنوات، في حين أن 19.4% من عينة الدراسة خبرتهم العملية 10 سنة فأكثر.



شكل (6) توزيع عينة البحث حسب سنوات الخبرة

خامساً- أداة جمع البيانات:

اعتمد هذا البحث استخدم استمارة استبيان كأداة رئيسية في جمع البيانات والمعلومات ولما توفره من الإجابة على أسئلة البحث بشكل مناسب.

1- كيفية تصميم استمارة الاستبيان:

بعد عرض ومناقشة أداة البحث مع المشرف وبعض أعضاء هيئة التدريس بالقسم وذلك للتأكد من وضوح فقرات الاستمارة من حيث اللغة والمدلول وبعد الفحص تبين أنه لا توجد أي ملاحظات بشأن المدلول اللغوي وهذا ما يسمى بالصدق الظاهري ثم اخراج الأداة في صورتها النهائية وهي:

المحور الأول- ويشمل البيانات الأولية للمبحوث

المحور الثاني- ويشمل الكفاية النوعية للخدمات الطبية وتكون من (13) فقرة موجهة للأطباء والأطباء المساعدين والموظفين بمستشفى الزاوية التعليمي.

المحور الثالث– ويشمل الكفاية الكمية وتكون من (14) فقرة موجهة للأطباء والأطباء المساعدين والموظفين بمستشفى الزاوية التعليمي.

المحور الرابع– الصعوبات التي تحد من فاعلية الأداء وتكون من (15) فقرة موجهة للأطباء والأطباء المساعدين والموظفين بمستشفى الزاوية التعليمي.

وقد تبنَّى هذا البحث إعداد الجزء الثاني بكامله الشكل المغلق (Closed Questionnaire) الذي يحدد الاستجابات المحتملة لكل سؤال. ويوضح الملحق (2) الاستبيان في صورته النهائية.

لقد تَمَّ اعتماد مقياس ليكرت الخماسي (Likert Scale of five points) لتحديد درجة الأهمية النسبية لكل بند من بنود الاستبانة وذلك كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (11) قيم ومعايير كل وزن من أوزان المقياس الخماسي المعتمد من البحث

المقياس	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
الدرجة	5	4	3	2	1

2. صدق وثبات أداة الدراسة:

صدق الاستبانة يعني التأكد من أنها سوف تقيس ما أعدت لقياسه، كما يقصد بالصدق "شمول الاستمارة لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها ومفرداتها من ناحية ثانية، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها". "[1] وقد قامت الباحثة بالتأكد من صدق أداة البحث من خلال :

(1) ذوقان عبيدات وآخرون، البحث العلمي: مفهومه وأدواته وأساليبه، عمان، دار الفكر، 2001، ص 179.

أ- الصدق الظاهري للأذاة (صدق المحكمين):

من أجل التحقق من صدق أداة الدراسة، تَمَّ استخدام أسلوب الصدق الظاهري وذلك من خلال عرض الاستبانة على مجموعة من المحكمين من أصحاب الخبرة في مجال الدراسة وقد تَمَّ الأخذ بغالبية ملاحظات المحكمين لوضعها في صيغتها النهائية، وأسماء السادة المحكمين في الملحق (1).

واستناداً إلى الملاحظات والتوجيهات التي أبداها المحكمون، قامت الباحثة بإجراء التعديلات التي اتفق عليها معظم المحكمين، من إعادة صياغة بعض العبارات، وحذف البعض الآخر منها، وبلغ عدد عبارات الاستبانة في صورتها النهائية (4) فقرات للجزء الأول والخاص بالبيانات الأولية للمبحوثين، و(42) فقرة للجزء الثاني والخاص بالمتغيرات الأساسية للدراسة، والمتعلقة بالوقوف على الكفاية الكمية والنوعية للخدمات الطبية. عينة من الأطباء والأطباء المساعدين والموظفين بمستشفى الزاوية التعليمي. ويوضح المحلق (2) الاستبانة في صورتها النهائية.

ب- ثبات الأداة :

من أجل اختبار ثبات أداة الدراسة تَمَّ استخدام اختبار **(ألفا كرونباخ)** لاختبار الاتساق الداخلي للأداة، حيث تشير النتائج الواردة في الجدول (12) إلى درجة ثبات في استجابات عينة الدراسة كانت 84.3% وهي نسبة مقبولة، لأن قيمة ألفا المعيارية أكثر من 60%. وبالتالي يمكن القول إن هذا المقياس ثابت بمعنى أن المبحوثين يفهمون بنوده بنفس الطريقة وكما يقصدها الباحث، وعليه يمكن اعتماده في هذه الدراسة الميدانية لكون نسبة تحقيق نفس النتائج لو أعيد تطبيقه مرة أخرى تقدر 84.3%.

جدول (12): نتائج اختبار ثبات أداة الدراسة (كرونباخ ألفا)

المحور	عدد الفقرات	قيمة ألفا
الكفاية النوعية	13	0.932
الكفاية النوعية	14	0.835
الصعوبات والعقبات	15	0.835
الاستبيان ككل	42	0.843

سادساً- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث:

لبيان مدى استجابة عينة البحث لأسئلة أداة القياس، تَمَّ استخدام الأسلوب الإحصائي الوصفي و من أجل تحليل البيانات واختبار الفرضيات وذلك باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم والاجتماعية (SPSS) إذ تم استخدام الوسائل التالية:

الإحصاء الوصفي:

- جداول التوزيع التكراري متمثلة في التكرارات والنسب المئوية والرسومات البيانية.
- المتوسط الحسابي بهدف التعرف على تقييمات عينة الدراسة لكل فقرة.
- الانحراف المعياري لقياس درجة تشتت قيم إجابات عينة الدراسة عن الوسط الحسابي لكل فقرة.
- استخدام معامل الثبات (ألفا كرونباخ) لقياس مدى ثبات أداة البحث.

الفصل الرابع
النتائج العامة للبحث وتفسيرها

أولا – تحليل البيانات

ثانياً– عرض النتائج

التوصيات

تمهيد:

تناول هذا الفصل عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية، وذلك من خلال عرض نتائج تساؤلات الدراسة، ومعالجتها إحصائياً، وصولاً إلى النتائج وتحليلها وتفسيرها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة للدراسة الحالية المتعلقة بالكفاية الكمية والنوعية للخدمات الطبية بالمستشفيات العامة من خلال الآتي:

أولا- تحليل البيانات:

التساؤل الأول:

ماهي درجة الكفاية النوعية والكمية للخدمات الطبية في المستشفيات العامة؟

التساؤلات الفرعية:

التساؤل الفرعي الأول- ما مدى درجة الكفاية النوعية في الخدمات الطبية من وجهة نظر عينة الدراسة؟

جدول (13) إجابات أفراد العينة على فقرات مدى درجة الكفاية النوعية في الخدمات الطبية النوعية

الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن المئوي	درجة الكفاية	الترتيب
توجه المستشفى العاملين لاستغلال الموارد المستخدمة استغلال أمثل.	2.91	1.139	%58.2	متوسطة	1
توفر إدارة المستشفى دورات تدريبية للعاملين في المرافق الصحية	2.55	1.289	%51.0	منخفضة	3
توجد عدالة في توزيع العمل بين العاملين في المستشفى	2.28	1.086	%45.6	منخفضة	7
تهتم المستشفى بتحديد تقييم إنتاجية العاملين.	2.32	1.208	%46.4	منخفضة	5
تعمل المستشفى على استمرار تقييم كفاءة العاملين الإنتاجية	2.26	1.119	%45.2	منخفضة	8
الإدارة العليا بالمستشفى مقتنعة بأهمية وجدوى البرامج التدريبية	2.43	1.266	%48.6	منخفضة	4
تعمل المستشفى على تدريب العاملين في مراكز متخصصة في التدريب	2.22	1.281	%44.4	منخفضة	9
تعمل المستشفى على تدريب العاملين في مراكز	2.31	0.999	%46.2	منخفضة	6

الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن المئوي	درجة الكفاية	الترتيب
متخصصة في التدريب.					
نوعية وكمية الأدوية ومواصفاتها العلاجية جيدة	2.86	1.153	%57.2	متوسطة	2
تمنح إدارة المستشفى العناصر المتفوقة حوافز معنوية مناسبة.	2.21	1.219	%44.2	منخفضة	10
توفر إدارة المستشفى للعاملين الوسائل والظروف الملائمة لتقديم الخدمة.	2.20	1.072	%44.0	منخفضة	12
يمكن التواصل مع الإدارة بكل سهولة	2.21	1.220	%44.2	منخفضة	11
توجد برامج للسلامة المهنية والوقائية للعاملين بالمستشفى	1.98	1.147	%39.6	منخفضة	13
الفقرات ككل	2.37	0.869		منخفضة	

من خلال الجدول رقم (13)، يتضح أن جميع المتوسطات الحسابية للفقرات التي تقيس درجة الكفاية في الخدمات الطبية ذات العلاقة بالكفاية النوعية تتراوح من (1.98) – (2.91)، وجميعها تشير إلى أن درجة الكفاية في الخدمات الطبية ذات العلاقة بالكفاية النوعية هو بدرجة منخفضة إلى متوسطة. فلقد حصلت الفقرة القائلة "توجه المستشفى العاملين لاستغلال الموارد المستخدمة استغلال أمثل" على المرتبة الأولى إذ بلغت قيمة المتوسط الحسابي لها (2.91) وبلغ انحرافها المعياري (1.139)، وتعد قيمة المتوسط الحسابي لها متوسطة، بينما حصلت الفقرة التي تنص على "توجد برامج للسلامة المهنية والوقائية للعاملين بالمستشفى" على المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (1.98) وانحراف معياري (1.147) وتُعَدُّ قيمة المتوسط الحسابي لها منخفضة. كما تشير النتائج إلى أن المتوسط العام لفقرات درجة توافق عينة الدراسة على الكفاية في الخدمات الطبية ذات العلاقة بالكفاية النوعية يساوي (2.37) بانحراف معياري (0.869)، وتعد قيمة المتوسط الحسابي لها منخفضة، مما يدل على أنه هناك اتفاق بين أفراد العينة على أن درجة الكفاية في الخدمات الطبية ذات العلاقة بالكفاية النوعية من وجهة نظر عينة الدراسة بشكل عام هو بدرجة منخفضة. ويدل ذلك على إن يجب أن تتوفر في المستشفيات العامة

مواصفات وقوانين تحدد بموجبها الصفات النوعية والكفاية النوعية التي يجب أن يتصف بها أي شخص سيمتهن مهنة الطب ، كذلك وضع مواصفات ومقاييس للأدوات والمواد والأجهزة التي سنستخدمها في الخدمات الطبية من حيث الجودة والسرعة والمصداقية وسهولة الاستعمال إلى جانب الاستمرار في الأداء، ومن أهم وسائل تحقيق الأداء الناجح في المؤسسات الطبية العامة، هو القدرة على الاستخدام الجيد للمكونات البشرية والمادية فيها، وإدارة هذه التوليفة من الموارد بأسلوب كفء وفعال في عملياته المختلفة، فكفاية استخدام هذه الموارد وخصوصا البشرية منها، تتيح لهذه المؤسسات تقليل التكاليف، وادخار الجهد والوقت، وتحسين جودة مخرجاتها ، كما تتميز هذه المستشفيات بتعدد وتنوع التركيبة البشرية العاملة فيها، وخصوصا الصحية (التي لها علاقة مباشرة بالخدمات الطبية والصحية، كالأطباء، الممرضون، مساعدي التمريض...الخ)، مع تعقد الوظائف والمهام التي يمارسها هؤلاء وتداخلها مع بعضها البعض، من خلال ما يتم تقديمه من خدمات علاجية يومية،... فكل ذلك يتطلب إعطاء موضوع الكفاية الكمية والنوعية لهذه المستشفيات أهمية كبرى، حتى يتسنى للقائمين على تسييرها معرفة مدى كفاءة عملياتها، من خلال مؤشرات الكفاءة البشرية التي سوف نراها لاحقا. وهذه النتيجة تتفق مع دراسة إسماعيل محمد القنطي (2015) ، ودراسة نوري خليفة عثمان (2020)، ودراسة محمد نور الطاهر(2015) ، ودراسة أشجان شاهر رضوان (2010) ،كما أن النتيجة السابقة تتعلق بأهداف البحث الحالي، وتتصل بها من خلال تحقيقها للهدف الأول، وهو : الكشف على درجة الكفاية النوعية والكمية للخدمات الطبية في المستشفيات العامة. كما تجيب النتائج السابقة على التساؤل الأول للبحث الحالي وهو ماهي درجة الكفاية النوعية والكمية للخدمات الطبية في المستشفيات العامة؟

كما أن النتيجة السابقة ترتبط بالإطار النظري للبحث فيما يتعلق بالنظريات المفسرة للبحث وهي تشبيه المجتمع البشري بالكائن الحيْ من حيث التركيب

والوظـائف التـي يؤديهـا كـلٍ منهمـا. وقـد جعـل هـذا المنظـور بعضـا مـن علمـاء الاجتماع الطبي يرون أن المرض والصحة والمؤسسات الصحية يمكن تحليلها كلها فـي ضـمن الإطـار المرجعـي للنسـق الاجتمـاعي المتغيـر. ومـن حيـث المنظـور البيولوجي يستند على إعداد الأطباء والمهتمين بالصحة والمرض عامة، بامتلاكهم المعرفة النظرية والعملية لبدن الإنسان في حد ذاته، وإذا كان هذا التأهيل ضرورياً في حجرات الكشف الطبي والعمليات الجراحية، إلا أنه تأهيل قاصر، فليس المطلوب أن ينشغل دارسوا الطب وأساتذته بالنتائج العضوية النهائية على الخلية والأنسجة والأعضاء التي يتكون منها بدن الفرد فحسب، وإنما يجب الاهتمام بالمسببات الأساسية للمرض وارتباطها بالعلاقات التي تسود المجتمع وسلوك الناس وعلاقتهم بالبيئة التي يعيشون فيها.

التساؤل الثاني: ما مدى درجة الكفاية الكمية في الخدمات الطبية من وجهة نظر عينة الدراسة؟

جدول (14) إجابات أفراد العينة على فقرات مدى درجة الكفاية الكمية في الخدمات الطبية

الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن المئوي	درجة الكفاية	الترتيب
تـوفر إدارة المستشـفى المسـتلزمات الطبيـة اللازمة.	2.76	0.947	55.2%	متوسطة	4
يتم تقييم العاملين بالمستشفى بناء على كفاءة الأداء	2.55	1.038	%51.0	منخفضة	7
يتم توفير الأجهزة والمعدات الطبية في الوقت المناسب.	2.45	1.010	%49.0	منخفضة	8
يتناسب عدد الأجهزة والمعدات الطبية مع عدد حالات التردد بالمستشفى.	2.36	0.923	%47.2	منخفضة	12
الخدمات الطبية المقدمة تتناسب مع حجم السكان بالمدينة.	2.78	1.084	%55.6	متوسطة	5
تقدم المستشفى خدمات حية لمدة 24 ساعة.	3.88	1.200	%77.6	مرتفعة	1
عدد العاملين المتخصصين في المستشفى	3.09	1.129	%61.8	متوسطة	3

الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن المئوي	درجة الكفاية	الترتيب
كافي لتقديم خدمات طبية جيدة.					
تهيء المستشفى بيئة عمل مناسبة لزيادة كفاءة العاملين الإنتاجية.	2.42	0.979	%48.4	منخفضة	9
تعتبر المستشفى الكفاءة الإنتاجية أحد أهم عناصر الترقية في العمل.	2.37	1.121	%47.4	منخفضة	11
تستخدم المستشفى الأساليب المناسبة لقياس الكفاءة الإنتاجية للعاملين.	2.37	1.007	%47.4	منخفضة	10
لدى استعداد والرغبة للقيام بأي مهام إضافية يتم تكليفي بها.	3.30	1.171	%66.0	متوسطة	2
هناك سرعة استجابة من إدارة المستشفى في التعامل مع المشاكل التي يواجهها العاملون	2.14	1.148	%42.8	منخفضة	14
توجد كفاية للمختبرات وبنوك الدم بالمستشفى	2.61	1.044	%52.2	متوسطة	6
تهتم المستشفى بتطوير العاملين فيه	2.15	1.135	%43.0	منخفضة	13
الفقرات ككل	2.66	0.603		متوسطة	

من خلال الجدول رقم (14)، يتضح أن جميع المتوسطات الحسابية للفقرات التي تقيس درجة الكفاية في الخدمات الطبية ذات العلاقة بالكفاية الكمية تتراوح من (2.14) – (3.88)، وجميعها تشير إلى أن درجة الكفاية في الخدمات الطبية ذات العلاقة بالكفاية الكمية هو بدرجة منخفضة إلى مرتفعة. فلقد حصلت الفقرة القائلة "تقدم المستشفى خدمات حية لمدة 24 ساعة" على المرتبة الأولى إذ بلغت قيمة المتوسط الحسابي لها (3.88) وبلغ انحرافها المعياري (1.200)، وتعد قيمة المتوسط الحسابي لها مرتفعة، بينما حصلت الفقرة التي تنص على "هناك سرعة استجابة من إدارة المستشفى في التعامل مع المشاكل التي يواجهها العاملون" على المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (2.14) وانحراف معياري (1.148) وتُعّدُّ قيمة المتوسط الحسابي لها منخفضة. كما تشير النتائج إلى أن المتوسط العام لفقرات درجة توافق عينة الدراسة على الكفاية في الخدمات الطبية ذات العلاقة بالكفاية

الكمية يساوي (2.66) بانحراف معياري (0.603)، وتُعَدُّ قيمة المتوسط الحسابي لها متوسطة، مما يدلُّ على أنه هناك اتفاق بين أفراد العينة على أن درجة الكفاية في الخدمات الطبية ذات العلاقة بالكفاية الكمية من وجهة نظر عينة الدراسة بشكل عام هو بدرجة متوسطة. ويعزى ذلك لأن اعداد العاملين في النسق الطبي (مستشفى الزاوية التعليمي) يجب أن يكون عددهم كافياً لتقديم الخدمات الطبية ويشمل ذلك المتخصصين في المجالات الطبية من الأطباء والأطباء المساعدين ، الممرضين ، الاشعة ، المختبرات ، السجل الطبي ، التخدير ... الخ كذلك الكفاية الكمية في عدد ساعات العمل وتقديم الخدمات إذ يجب أن تبقى الخدمات متوفرة على مدار 24 ساعة متواصلة ، وايضاً الكفاية الكمية يجب أن تكون متوفرة في اعداد من المهن والمختصين في مجال الإدارة المالية والمؤسسات الانشائية لمواكبة التوسع في تقديم الخدمات الطبية . وتتفق تلك النتائج مع دارسة فتحي محمد العماري (2018)، صالح عمر الأشقر و آخرون (2021) ، محمد نور الطاهر(2015) ، وتختلف مع دراسة فتحي محمد العماري (2018) ، من خلال النتائج التي تم التوصل إليها . حيث توصلت إلى نتائج متقاربة كما أن النتائج السابقة تتعلق بأهداف البحث الحالي، وتتصل بها من خلال تحقيقها للهدف الثاني، وهو: محاولة رفع كفاءة الخدمات الطبية في المستشفيات العامة.

التساؤل الثالث– ما أهم الصعوبات والعقبات التي تُحِدُّ من فاعلية الأداء داخل المستشفيات العامة؟

جدول (15) إجابات أفراد العينة على فقرات الصعوبات والعقبات التي تحد من فاعلية الأداء داخل المستشفيات العامة

الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن المئوي	درجة الصعوبة	الترتيب
دخلي لا يتناسب مع جهدي	4.27	1.080	%85.4	مرتفعة جدا	1
تعدد وتباين الأراء الإشرافية في المستشفى	3.58	0.978	%71.6	مرتفعة	11
الإدارة تسهم في إقامة علاقات شلليه في المستشفى	3.13	1.034	%62.6	متوسطة	15
لا تحرص إدارة المستشفى على تنظيم خدمات تتصف بالجودة حرصا منها على المراجعين	3.44	1.003	%68.8	مرتفعة	13
لا يتمتع العاملون في المستشفى بالمهارة والخبرة الإدارية المناسبة.	3.51	1.217	%70.2	مرتفعة	12
عدم امتلاك المستشفى لمعدات وأجهزة تقنية حديثة.	3.74	1.077	%74.8	مرتفعة	7
عدم مراعاة قدرات ومؤهلات الأطباء والأطباء المساعدين عند تكليفهم بالإشراف الطبي.	3.92	1.080	%78.4	مرتفعة	4
لا تتوفر بالمستشفى جميع التخصصات الطبية المطلوبة.	3.77	1.069	%75.4	مرتفعة	6
لا يوجد تعاون بين العاملين والمرضى	3.34	1.143	%66.8	متوسطة	14
تعقد الإجراءات الإدارية في المستشفى	3.66	1.158	%73.2	مرتفعة	10
عدم اتاحة فرصة المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بالعمل في المستشفى.	4.04	1.030	%80.8	مرتفعة	3
لا يوجد لدى المستشفى إلية تقنية للتواصل بين إداراتها المختلفة	3.85	1.072	%77.0	مرتفعة	5
عدم الاستعانة بخبراء متخصصين عند تخطيط وتنفيذ البرامج والخدمات الطبية.	3.74	1.163	%74.8	مرتفعة	8
لا يتم التواصل والتنسيق والتكامل داخل القسم الواحد ومع الأقسام الأخرى فيما يخص معلومات المريض أو أية معلومات أخرى.	3.69	1.169	%73.8	مرتفعة	9
عدم وجود نظام للامتيازات والحوافز في المستشفى.	4.05	1.100	%81.0	مرتفعة	2
الفقرات ككل	3.72	0.601		مرتفعة	

مـن خـلال الجـدول رقـم (15)، يتضـح أن جميـع المتوسـطات الحسـابية للفقرات التـي تقيس درجـة الصـعوبات والعقبـات التـي تحـد مـن فاعليـة الأداء داخـل المستشـفيات العامـة تتـراوح مـن (3.13) – (4.27)، وجميعهـا تشـير إلـى أن درجـة الصعوبات والعقبات التي تُحِدُّ من فاعلية الأداء داخل المستشفيات العامة هو بدرجة متوسطة إلى مرتفعة جدًّا. فلقد حصلت الفقرة القائلة "دخلي لا يتناسب مع جهدي" علـى المرتبـة الأولـى إذ بلغـت قيمـة المتوسـط الحسـابي لهـا (4.27) وبلـغ انحرافهـا المعيـاري (1.080)، وتُعَدُّ قيمـة المتوسـط الحسـابي لهـا مرتفعـة جدًّا، بينمـا حصـلت الفقرة التـي تنصُّ علـى "الإدارة تسـهم فـي إقامـة علاقـات شللية فـي المستشفى" علـى المرتبـة الأخيـرة بمتوسـط حسـابي (3.13) وانحـراف معيـاري (1.034) وتُعَـدُّ قيمـة المتوسط الحسـابي لهـا متوسـطة. كمـا تشـير النتـائج إلـى أن المتوسـط العـام لفقـرات درجـة الصـعوبات والعقبـات التـي تحـد مـن فاعليـة الأداء داخـل المستشـفيات العامـة يسـاوي (3.72) بـانحراف معيـاري (0.601)، وتُعَـدُّ قيمـة المتوسـط الحسـابي لهـا مرتفعة، ممـا يـدلُّ علـى أنـه هنـاك اتفاق بين أفراد العينـة علـى أن درجـة الصـعوبات والعقبات التي تحد من فاعلية الأداء داخل المستشفيات العامة من وجهة نظر عينة الدراسة بشكل عامٍّ هو بدرجة مرتفعة. ومن خلال النتائج السابقة يتضح أن أفراد عينـة البحـث كانـت لـديهم اسـتجابات دلالـة احصـائيا نحـو أهـم الصـعوبات والعقبـات التي تحد من فاعلية الأداء داخل المستشفيات العامة. ويعزى ذلك إلى أن المؤسسات الحكوميـة الخدميـة تواجـه جملـة مـن التحـديات الاقتصـادية والسياسـية والاجتماعيـة والتقنيـة ، ممـا يحـتم علـى هـذه المنظمـات مواجهـة هـذه التحـديات مـن خـلال اتخـاذ الترتيبـات الأزمـة الأخـذة بمفـاهيم الحوكمـة التـي تمكنهـا مـن تحقيـق أهـدافها بكفـاءة وفعالية. وقد صاحب هذه التحديات المطالبة بتجديد أساليب الإدارة العامة، و تبني استراتيجيات ومداخل مختلفة ترفع من مستوى أداء الأجهزة الحكومية الخدمية من خـلال التعامـل الإيجـابي مـع التحـديات، وترشـيد الإنفـاق، وسـرعة الإنجـاز، وتبسـيط

الإجراءات، ذلك الأمر الذي يتناسب مع المدخل الشمولي للتطوير الإداري من خلال استغلال مواردها بكفاءة والتحسين المستمر لجودة خدماتها وزيادة رضا عملائها. ويتفق تلك النتائج مع دراسة علي عبدالجليل علي الغزالي (2014) ، ودراسة إسماعيل محمد القنطي (2015) ، ودراسة نوري خليفة عثمان (2020)، حميدة منصور سالم(2016)، ودراسة محمد نور الطاهر(2015)، أشجان شاهر رضوان (2010) ، حيث توصلت إلى نتائج متقاربة كما أن النتائج السابقة تتعلق بأهداف البحث الحالي، وتتصل بها من خلال تحقيقها للهدف الثالث وهو : التعرف على فقرات الصعوبات والعقبات التي تحد من فاعلية الأداء داخل المستشفيات العامة ، كما تجيب على التساؤل الثالث وهو : ما أهم الصعوبات والعقبات التي تحد من فاعلية الأداء داخل المستشفيات العامة؟

كما نلاحظ أيضاً أن النتائج السابقة تتصل اتصالاً وثيقاً بمضمون الإطار النظري، كما جاء في الفصل الثاني من الإطار النظري للدراسة الحالية وفيما يتعلق بالنظريات المفسرة لموضوع البحث، ، فالنسق الطبي هو التنظيم الشامل للوسائل الفنية والأبنية التي تُمكن المجتمع من ممارسة الطب والتغيرات التي تطرأ على الأدوية بما يتناسب مع التغيرات الثقافية الداخلية والخارجية كنوع من الاستجابة، وبالتالي فالطب والنسق الطبي يرتبطان بأجزاء من ثقافة المجتمع ونسقه الاجتماعي.

كفاءة الخدمات الطبية في المستشفيات العامة. كما تجيب النتائج السابقة على التساؤل الفرعي الأول وهو: ما مدى درجة الكفاية في الخدمات الطبية ذات العلاقة بالكفاية الكمية من وجهة نظر عينة الدراسة؟

ثانياً: عرض النتائج:

لقد توصل البحث إلى مجموعة من النتائج عن خصائص عينة البحث من الأطباء والأطباء المساعدين والموظفين بمستشفى الزاوية التعليمي إضافة إلى آرائهم حول موضوع البحث " الكفاية النوعية والكمية للخدمات الطبية بالمستشفيات العامة " ومن أهم تلك النتائج ما يلي:

1. الحالة الاجتماعية الشائعة بين أفراد عينة البحث هي " العزَّاب "، أما المؤهل العلمي الشائع بين أفراد عينة البحث هو المؤهل " الجامعي "والمهنة الأكثر شيوعاً بين أفراد عينة البحث هي مهنة "طبيب" وعن سنوات الخبرة كانت (أقل من 5 سنوات) هي الشائعة بين أفراد عينة البحث.
2. فيما يتعلق بالتساؤل الرئيسي وهو (ماهي درجة الكفاية النوعية والكمية للخدمات الطبية في المستشفيات العامة؟)، جاءت استجابات غالبية أفراد عينة البحث أن جميع المتوسطات الحسابية للفقرات التي تقيس درجة الكفاية في الخدمات الطبية ذات العلاقة بالكفاية النوعية تتراوح من (1.98) – (2.91)، وجميعها تشير إلى أن درجة الكفاية في الخدمات الطبية ذات العلاقة بالكفاية النوعية هو بدرجة منخفضة إلى متوسطة.
3. التساؤل الأول: ما مدى درجة الكفاية في الخدمات الطبية ذات العلاقة بالكفاية النوعية من وجهة نظر عينة البحث ؟ جاءت استجابات غالبية أفراد عينة البحث أن جميع المتوسطات الحسابية للفقرات التي تقيس درجة الكفاية في الخدمات الطبية ذات العلاقة بالكفاية النوعية تتراوح من (1.98) – (2.91)، وجميعها تشير إلى أن درجة الكفاية في الخدمات الطبية ذات العلاقة بالكفاية النوعية يتراوح من منخفضة إلى متوسطة.
4. التساؤل الثاني: ما مدى درجة الكفاية في الخدمات الطبية ذات العلاقة بالكفاية النوعية من وجهة نظر عينة البحث ؟ جاءت استجابات غالبية أفراد عينة

البحث أن جميع المتوسطات الحسابية للفقرات التي تقيس درجة الكفاية في الخدمات الطبية ذات العلاقة بالكفاية الكمية تتراوح من (2.14) – (3.88)، وجميعها تشير إلى أن درجة الكفاية في الخدمات الطبية ذات العلاقة بالكفاية الكمية تتراوح من منخفضة إلى مرتفعة.

5. التساؤل الثالث: ما أهم الصعوبات والعقبات التي تحد من فاعلية الأداء داخل المستشفيات العامة؟

جاءت استجابات غالبية أفراد عينة البحث يتضح أن جميع المتوسطات الحسابية للفقرات التي تقيس درجة الصعوبات والعقبات التي تحد من فاعلية الأداء داخل المستشفيات العامة تتراوح من (3.13) – (4.27)، وجميعها تشير إلى أن درجة الصعوبات والعقبات التي تحد من فاعلية الأداء داخل المستشفيات العامة يتراوح من متوسطة إلى مرتفعة جدا.

التوصيات:

بناءاً على ما توصل إليه البحث من نتائج تقدم الباحثة مجموعة من التوصيات: وتتمثل في الآتي:

1. ضرورة الاهتمام بأبعاد الكفاية الكمية والنوعية للخدمات الطبية في المستشفى باعتبارها وحدة واحدة من خلال نشر ثقافة الجودة الصحية بين كافة الكوادر البشرية بالمستشفى.
2. العمل على مواكبة تكنولوجيا الأجهزة والمعدات التقنية والطبية بما يضمن التحسين المستمر للخدمات الطبية بالمستشفيات العامة.
3. ضرورة العمل على الاهتمام بمقدمي الخدمة (العناصر الطبية والطبية المساعدة)، لأنهم يشكلون المحور الأساس في تقديم الخدمة الطبية للمرضى، وذلك من خلال القيام بدورات تدريبية مكثفة بما يتماشى والتطور التقني.

4. علـى إدارة الخـدمات الطبيـة بمستشـفى الزاويـة التعليمـي الرفـع مـن كفـاءة الأداء المؤسسي من خلال توفير الحوافز المادية.
5. تغيير أسلوب الإدارة الصحية في المستشفيات العامة، بما يحقق كفاءة تشغيلية عالية لمكونات الخدمات الصحية فيها.
6. الاهتمـام بتـوفير الكـوادر الطبيـة والكـوادر المسـاعدة المطلوبـة فـي المستشـفيات الحكومية.
7. تـوفير الحـوافز الماديـة المناسـبة لجـذب هـذه الكـوادر للعمـل فـي المستشـفيات الحكومية.

قائمة المصادر والمراجع :

أولا : المصادر

القرآن الكريم برواية قالون عن نافع

المعاجم :

1. إبراهيم مصطفى واخرون، المعجم الوسيط، مجمع اللغة العربية، ج1، بيروت، دار التراث العربي.
2. معجم لسان العرب لابن منظور، ط1، دار الفكر، بيروت، 125/5.

ثانياً: الكتب والمراجع :

1. أحمد ابوزيد (1965)، البناء الاجتماعي – مدخل لدراسة المجتمع، القاهرة ن الدار القومية للطباعة والنشر، ج1، 1965.
2. أحمد محمد السنهوري(2002)، الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادي والعشرون، القاهرة، دار النهضة العربية،.
3. إقبال بشير واخرون (1984)، الرعاية الصحية للمعوقين من منظور الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
4. أحمد ابوزيد (1965)، البناء الاجتماعي – مدخل لدراسة المجتمع، القاهرة ن الدار القومية للطباعة والنشر، ج1، 1965.
5. أحمد شفيق السكري (2000)، قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، القاهرة، دار المعرفة الجامعية.
6. جابر عبد الحميد جابر (1994)، سيكولوجية التعلم القاهرة، دار النهضة العربية.
7. جمال شحاتة حبيب (2004)، الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الشباب والمجال المدرسي، جامعة حلوان، مركز توزيع الكتاب الجامعي.

8. هيثم محمد خياط (2007)، الكتاب الطبي الجامعي للإدارة الصحية، بيروت، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لطرق الأوسط.
9. كمال الأزرق (2006م): التدريب وتطبيقاته، دار الرتب الجامعية، بيروت، ط3، لبنان.
10. محمد عبدو محجوب(1984)، انثروبولوجيا الزواج والأسرة والقرابة ن الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
11. مرعي توفيق (1983)، الكفايات التعليمية في ضوء النظم، ط1، عمان، دار الفرقان للنشر.
12. مهدي محمود سالم وآخرون(1998)، التربية الميدانية واساسيات التدريس، ط2، الرياض، العبيكان
13. محمود كامل الناقة (1987)، البرنامج التعليمي القائم على الكفاءات : أسسه وإجراءاته , القاهرة : مطابع الطوبجي.
14. منى عويص وعدلة الافندي (2005)، التخطيط الاجتماعي والسياسة الاجتماعية بين النظرية والتطبيق، القاهرة، دار الفكر العربي.
15. نبيل حيمدشة (1998)، البنائية الوظيفية ودراسة الواقع والمكانة، القنيطرة، جامعة ابن طفيل .
16. عباس محمود عوض (1986)، القيادة والشخصية / بيروت، دار النهضة العربية.
17. عبد الغني النويري (1988)، اتجاهات جديدة في اقتصاديات التعميم في البالد العربية، الدوحة، دار الثقافة.
18. عبد الرحمن صالح الأزرق (2000)، علم النفس التربوي للمعلمين، ط1، بيروت، دار الفكر العربي.

19. علي الحوات (1998)، النظرية الاجتماعية اتجاهات اساسية، مالطا، منشورات ELGA فاليتا.
20. سمير نعيم احمد(1988)، النظرية في علم الاجتماع، القاهرة، مكتبة سعيد رافت، ص.
21. قدري الشيخ علي وآخرون (2008)، علم الاجتماع الطبي، الإسكندرية، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
22. فرج طه وآخرون، معجم علم النفس والتحليل النفسي، بيروت، النهضة العربية للنشر، ب س، ص 124.
23. صباح سعد، الكفاية والمفاهيم المرتبطة بيها، الجزائر، جامعة بسكرة، ب س.
24. ياسر ثامر البكري (2005)، إدارة المستشفيات، عمان، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع.
25. ـــــــــ (2011)، الصحة والسلامة العامة، عمان، دار الفكر.
26. ـــــــــ (2012)، تسويق الخدمات الصحية، عمان، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
27. ذوقان عبيدات وآخرون(2001)، البحث العلمي: مفهومه وأدواته وأساليبه، عمان، دار الفكر.

ثالثاً: الرسائل العلمية:

1. إبراهيم دخيل (2008)، "توزيع الخدمات التعليمية والصحية وتطورها في مدينة طرابلس: ليبيا ما بين (1984:2004)"، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، سوريا، جامعة دمشق.

2. أحلام دريدي (2014)، " دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية"، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة محمد خيضر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية.
3. أشجان شاهر رضوان (2010)، " مدى كفاية الخدمات الصحية في لواء الكورة بالأردن "، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة مؤتة، عمادة الدراسات العليا.
4. إسماعيل محمد القنطي (2015)، " تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية من وجهة نظر العناصر الطبية والطبية المساعدة"، رسالة ماجستير (غير منشورة)، الاكاديمية الليبية فرع مصراتة، مدرسة العلوم الإدارية والمالية، قسم الإدارة الصحية.
5. اسامة الفراج (2009)، "تقييم كفاءة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية"، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة نايف للعلوم الامنية، السعودية.
6. مفلح غازي (1998)، الكفايات التعليمية التي يحتاج فيها معلموا المرحلة الابتدائية إلى إعادة التدريب عليها في دورات اللغة العربية " رسالة ماجستير (غير منشورة) كلية التربية، جامعة دمشق.
7. جاسم الشمري (2003)، الكفاية الداخلية والخارجية لكمية التقنيات الصحية والطبية هيئة التعميم التقني – اطروحة دكتوراه (غير منشورة.) كمية التربية ابن رشد. جامعة بغداد.
8. على عبد الجليل علي الغزالي (2014)، " جودة الخدمات الصحية وعلاقتها برضا المرضى"" دراسة ميدانية على المستشفيات العامة الواقعة في نطاق مدينة بنغازي "، رسالة ماجستير (غير منشورة) كلية الاقتصاد، جامعة بنغازي.

9. نوري خليفة عثمان (2020)، " قياس جودة الخدمات الصحية المقدمة بمستشفى نالوت المركزي من وجهة نظر المستفيدين منها"، مجلة العلوم الاقتصادية والسياسية، كلية الاقتصادية والتجارة زليتن، الجامعة الاسمرية الإسلامية، العدد السادس عشر، ديسمبر 2020.
10. أشجان شاهر رضوان (2010)، " مدى كفاية الخدمات الصحية في لواء الكورة بالأردن "، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة مؤتة، عمادة الدراسات العليا.
11. خالد عبد الله سليمان الحولي (2010)، "برنامج قائم على الكفايات لتنمية مهارة تصميم البرامج التعليمية لدى معلمي التكنولوجيا"، رسالة ماجستير (غير منشورة)، الجامعة الإسلامية غزة، كلية التربية.
12. وفاء نايل كرداشة (2012)، تحقيق: إدارة الجودة الشاملة باستخدام معايير الاعتماد في مستشفى الملكة رأنيا العبد الله" رسالة ماجستير (غير منشورة)، الاردن، جامعة الشرق الأوسط.
13. سفيان عصماني سفيان (2006)، " دور التسويق في قطاعات الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها "، رسالة ماجستير (غير منشورة)، الجزائر، جامعة محمد بوضياف مسيلة.

رابعاً: الدوريات والمؤتمرات :

1. أمل عبد المرضي (2015)، محددات جودة الخدمات الصحية وعلاقتها برضا العمال في المستشفيات الحكومية، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الفيوم، العدد السابع عشر.

2. حميد حسين فرحان(2010)، " تقويم كفاءة الخدمات الصحية في مدينة العامرية خلال العام 2009 "، مجلة جامعة الأنبار للعلوم الإنسانية – العدد الأول – مارس 2010
3. حميدة منصور سالم(2016)، كفاءة الخدمات الصحية في منطقة الأصابعة"، مجلة صدى المعرفة، العدد السادس، ديسمبر 2016
4. فضيلة سلمان داود، علاء عبد الكريم هادي (2012)، قياس كفاءة جودة الخدمات الصحية في محافظة كربلاء باستخدام نماذج التحليل التطويقي للبيانات (DEA)، مجلة دراسات محاسبية ومالية _ المجلد السابع _ العدد 20 _ الفصل الثالث.
5. رباب عبدالقادر (2008)، الأساليب الكمية المستخدمة في اختبارات إعداد القيادة الإدارية، طرابلس، مؤتمر اختبار إعداد وتنمية، عين زارة، المعهد الوطني للإدارة .
6. فتحي محمد العماري (2018)، " تقييم مستوى كفاءة الخدمات الصحية في طرابلس مدينة دراسة في جغرافية الخدمات " بحث منشور في مجلة كليات التربية، العدد الثاني عشر.
7. عبدالله الأشهب وأسماء الأشهب (2022)، " التعليم العالي في ليبيا في ضوء بعض المؤشرات الكمية والنوعية للتعليم وفرص التطوير"، المؤتمر الدولي مخرجات التعليم العالي ومتطلبات سوق العمل الليبي "رهانات الحاضر وأفاق المستقبل"، جامعة مصراتة، 29/يناير /2022.
8. صالح عمي الأشقر وآخرون (2021)، " أثر تطبيق الإدارة الإلكترونية على جودة الخدمات الصحية في ظل جائحة كورونا (Covid :19) "، بحث مقدم إلى المؤتمر العلمي الدولي الخامس لكلية الاقتصاد والتجارة، جامعة المرقب،2021 .

9. محمد نور الطاهر(2015) "" قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين"، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 11، العدد4 .
10. فضيلة سلمان داود وعلاء عبد الكريم هادي (2012)، قياس كفاءة جودة الخدمات الصحية في محافظة كربلاء باستخدام نماذج التحليل التطويقي للبيانات (DEA)"، مجلة دراسات محاسبية ومالية، المجلد السابع، العدد 20.
11. سميرة عبدالله الحسن (2003)، النظام الاجتماعي من منظور بنائي وظيفي، دمشق، مجلة جامعة دمشق، المجلد التاسع عشر، العدد الأول.
12. سلام جميل الحمداوي، (2017)، مستوي توظيف مدرسي اللغة العربية ومدرساتها للكفايات المهنية في التدريس في محافظة كربلاء المقدسة "، مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية، جامعة بابل،.
13. محمد الدريج (2000)، الكفايات في التعليم –سلسلة المعرفة للجميع، عدد 16، الدار البيضاء، أكتوبر، 2000.
14. تقرير قطاع الصحة والبيئة في ليبيا، 2009.
15. التقرير السنوي لوزارة (الصحة الليبية) اللجنة الشعبية العامة للصحة سابقا (لسنة 2010.)

خامساً: المراجع الأجنبية :

1. .André Guillet «Développer les compétences ». E.S.F éditeurs Paris 2ème édition p.13
2. Adeyemi.T.O. (PhD) ,(8108) : School Variables and Internal Efficiency of Secondary Schools in Ondo State, Nigeria , Journal of Educational and Social Research, Vol. 8 (3) , Ekiti State University, P. M. B 5363, Ado: Ekiti
3. Health Services: Definition, Types & Providers", study, Retrieved 31/1/2022. Edited

4. : Definitions for public hospital", definitions, Retrieved 29/1/2022. Edited
5. Stephen A. Margolis, Sumayya Al:Marzouqi, Tony Revel and Richard Reed (2003) Patient satisfaction with primary health care services in the United Arab Emirates. International Journal for Quality in Health Care. 15,(3)ط p 241:249
6. Zarei, A. Arab, M. Froushani, A. Rashidian, A. Tabatabaei, M. 2012. Service Quality of private hospitals; The Iranian patient perspective, BMC Health Service Research, 12.(31)
7. Desai, V. Patient. 2011. Satisfaction and service Quality Dimensions, Advances in Management Journal,4.(5)
8. Quader, M.2009. Manger and patient perceptions of a Qoality Outpatient service: Measuring the Gap, Journal of Service Research,9.(1)
9. : Robert Merton ; Social theory and social structure, the free press new York , 1957 ,pp 90:91
10. E.Maslow: Motivvation and Personality Now York, Harper, 1957 ,p,328 and p242
11. pula compton & Beart Galaway , social work Process, llinois ,The Dorsey Press , 1982 , P, 330
12. .14André Guillet « Développer les compétences ». E.S.F éditeurs Paris 2ème édition p.13

16 Renald Legendre : Dictionnaire actuel de l'éducation «Paris » Montréal 1998

سادساً : شبكة المعلومات الدولية :

- أحمد بن علي حجر العسقلاني، فتح الباري وسرح صحيح البخاري، ج4، بدون طبعـــة، دار الريـــان للتـــراث، 1986، بـــدون صـــاحب مقـــال / 9/5 / 2022 http://www.islamweb.net/newlibrary/display_book.php%20.date/:%2007%20/%2008

- https://almerja.net/reading.php?idm=146276 شـــبكة المعلومـــات الدولية (الإنترنت).
- www.qou.edu/arabic/research Program/.../r4_drAtiehMusleh.pdf
- https://www.horusvalley.com/?p=267 شـبكة المعلومـات الدوليـة (الانترنت)
- خصـــــائص الكفايـــــات، بحـــــث منشـــــور علـــــى الموقـــــع https://trbwyatte.blogspot.com/2015/04/blog:post_12.html#.Y0G4OHbP23A
- فؤاد البهـي السيد، المنـاهج أسسـها وتنظيماتهـا وتقويم أثرهـا، بحـث منشور علـى الموقع https://loghati.net/