جامعة البليدة 2

كلية العلوم الإقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير

قسم العلوم التجارية

مذكرة ماجستير

التخصص: تسويق

تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظر المرضى

(دراسة حالة)

من طرف

عبادة أمينة

أمام اللجنة المشكلة من :

فاطمة بن حمودة	**أستاذ التعليم العالي**	**جامعة البليدة 2**	**رئيسا**
بلغيث بشير	**أستاذ محاضر أ**	**جامعة البليدة 2**	**مقررا**
عنابي بن عيسى	**أستاذ التعليم العالي**	**المدرسة العليا للتجارة**	**مناقشا**
صواليلي صدر الدين	**أستاذ محاضر أ**	**جامعة البليدة 2**	**مناقشا**

البليدة: جوان 2014.

ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى قياس جودة خدمات الرعاية الصحية و تقييمها من وجهة نظر المرضى ، و هذا من خلال دراسة ميدانية شملت 200 مريض موزعين على أربع مؤسسات عمومية إستشفائية تابعة لولاية عين الدفلى. حيث تمت الدراسة بالاستعانة بأسلوب البحث العلمي الذي جرى عن طريق إستخدام كل من مقياس جودة الخدمة و مقياس الأداء الفعلي من خلال خمسة أبعاد رئيسية (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة ، الأمان ، التعاطف). توصلت الدراسة إلى أن تقييم المرضى لكل بعد من أبعاد جودة خدمات الرعاية الصحية تراوح بين العالي و المتوسط و هذا من خلال مقياس الأداء الفعلي.حيث أكدت نتائج مقياس جودة الخدمة على وجود فرق سلبي بين كل مستوى جودة الخدمة الصحية المتوقعة و الفعلية. كما خلصت نتائج التحليل العاملي إلى وجود أبعاد أخرى لجودة الخدمة الصحية غير تلك التي تمت عليها الدراسة. بالاضافة إلى هذا، فقد أكدت النتائج أن للمتغيرات الديمغرافية أثر على إتجاهات عينة الدراسة.هذا و أكد إختبار t للعينة الواحدة أن نسب توفر المستشفيات على أبعاد جودة الخدمات الصحية كانت متباينة.

الكلمات المفتاحية : جودة خدمات الرعاية الصحية، رضا المرضى، Servperf ، Servqual .

RÉSUMÉ

l'objectif de ce travail était de mesurer la qualité des services de santé et l'evaluer du point de vue des patients. Et cela , à travers une étude qui inclut un échantillon de 200 patients répartis en quatre Etablissements Publics Hospitaliers de la wilaya d'Ain Defla.

Deux modèles de la recherche scientifiques ont mené cette étude « Servperf et Servqual » à travers cinq dimensions principales (tangibilité, fiabilité, serviabilité, assurance et empathie).

Celle-ci a conclu que l'évaluation des patients pour chaque dimension de la qualité des services de santé selon Servperf était entre bonne et moyenne. Cela a été confirmé par les résultats de Servqual en ayant une différence négative entre la qualité des services attendus et réelles. L'étude a également révélé l'existence d'autres dimensions de la qualité des services hospitaliers, autres que celles détenues par cette étude. De plus, les résultats ont confirmé que les variables démographiques ont un impact sur les orientations de l'échantillon de l'étude. Enfin, les résultats de t-test pour un échantillon ont prouvé que le pourcentage des dimensions de la qualité des services était différent entre les établissements hospitaliers.

Mots clés : la qualité des services hospitaliers, La satisfaction des patients, Servqual, Servperf.

شكر و تقدير

الحمد و الثناء و الشكر لله العلي القدير على نعمه الظاهرة و الباطنة

و إعترافا بالفضل و تقديرا للجميل لا يسعني إلا أن أتقدم بجزيل الشكر و الإمتنان

إلى الأستاذ المشرف بلغيث بشير لقبوله الإشراف على هذا العمل

و تخصيصه جزء من وقته و جهده للإشراف و متابعة هذا العمل

كما أتوجه بخالص الشكر و التقدير إلى كل من قدم لنا يد العون

و أخص بالذكر كل موظفي المؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية عين الدفلى

و أتوجه كذلك بخالص الشكر و التقدير إلى لجنة المناقشة التي قبلت و تحملت هذا الجهد

و أخيرا أتقدم بالشكر إلى كل من أمدنا بيد العون من قريب أو بعيد لإنجاز هذا العمل

إلى كل هؤلاء ، تحية شكر و إمتنان

إهـــداء

الحمد لله فالق الأنوار و جاعل الليل و النهار ثم الصلاة و السلام على سيدنا محمد المختار

الحمد لله الذي وفقنا لهذا و لم نكن لنصل إليه لولا فضل الله علينا

من دواعي الفخر و الإعتزاز أهدي ثمرة جهد هذا العمل المتواضع إلى

أمي و أبي العزيزين حفظهما الله و أطال في عمرهما

أفراد أسرتي و سندي في الدنيا و لا أحصي لهم فضلا

إلى كل الأقارب و الأصدقاء و رفقاء الدراسة من دون إستثناء

إلى من أنار لي الطريق في سبيل تحصيل و لو قدر بسيط من المعرفة

إلى أستاذي الكريم بلغيث بشير

إلى كل من يقدر العلم و يسعى في طلبه

إلى كل من ذكرهم قلبي و نساهم قلمي

فهرس المحتويات

المحتويات **الصفحة**

ملخص باللغة العربية

ملخص باللغة الفرنسية

شكر و تقدير

إهداء

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

المقدمة العامة.....**13**

1 مدخل إلى تسويق الخدمات الصحية.....**32**

1.1 مفاهيم عامة حول الخدمات.....**33**

1.1.1 مفهوم الخدمة و أهم خصائصها 33

2.1.1 تصنيف الخدمات و أهميتها 39

3.1.1 عناصر النظام الخدماتي.....46

2.1 الإطار النظري للخدمات الصحية 48

1.2.1 مدخل إلى الصحة.....48

2.2.1 النظام الصحي 53

3.2.1 الخدمات الصحية.....59

3.1 تسويق الخدمات الصحية.....67

1.3.1 مدخل إلى تسويق الخدمات.....67

2.3.1 مفهوم و أهمية التسويق الصحي.....71

3.3.1 مراحل التطور الفكري للتسويق الصحي.....80

2 جودة الخدمات الصحية و أساليب تقييمها.....86

1.2 الإطار المفاهيمي لجودة الخدمات.....87

1.1.2 مفاهيم نظرية حول الجودة.....87

2.1.2 أساسيات في جودة الخدمات.....96

3.1.2 خطوات تحقيق الجودة في تقديم الخدمات.....99

2.2 جودة الخدمات الصحية و رضا المرضى.....101

1.2.2 مفهوم و أهمية الجودة في قطاع الخدمات الصحية.....102

2.2.2 صعوبة تحديد جودة الخدمات الصحية و العوامل المؤثرة فيها.....108

3.2.2 رضا المريض و علاقته بالجودة.....112

3.2 أساليب تقييم جودة الخدمات الصحية و مداخل تحسينها.....118

1.3.2 مؤشرات و أبعاد جودة الخدمات الصحية.....118

2.3.2 نماذج قياس و تقييم جودة الخدمات الصحية.....124

3.3.2 تحسين جودة الخدمات الصحية ضمن مدخل إدارة الجودة الشاملة.....135

3 دراسة ميدانية حول تقييم جودة الخدمات الصحية 142

1.3 واقع المؤسسات الصحية الجزائرية.....143

1.1.3 مراحل تطور النظام الصحي الجزائري.....143

2.1.3 أنواع المؤسسات الصحية في الجزائر.....145

3.1.3 تقديم عام للمؤسسات العمومية الإستشفائية محل الدراسة.....147

2.3 الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية.....149

1.2.3 مجتمع الدراسة و عينتها.....149

2.2.3 أسلوب جمع البيانات و أدوات التحليل الاحصائي.....150

3.2.3 ثبات صدق الاستبيان.....154

3.3 المعالجة الاحصائية ، تحليل النتائج و تفسيرها.....158

1.3.3 وصف خصائص عينة الدراسة.....158

2.3.3 المعالجة الإحصائية لإجابات أفراد العينة.....171

3.3.3 إختبار الفرضيات ، عرض النتائج و تفسيرها.....183

الخاتمة العامة.....209

قائمة المراجع.....217

قائمة الملاحق.....242

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
1-1	طبيعة عمل الخدمة	40
2-1	العلاقة بين المؤسسة مقدمة الخدمة وعملائها.	40
3-1	علاقة التصنيف وفق النمطية والحرية في التقديم.	41
4-1	طبيعة العرض والطلب للخدمة.	42
5-1	كيف تقدم الخدمة.	42
1-2	أبعاد جودة الخدمة.	121
2-2	أبعاد و معايير تقييم جودة الخدمات الصحية.	123
3-2	مقارنة مقياس جودة الخدمة و أداء الخدمة على أساس معامل التحديد.	134
1-3	إختبار كولموجروف_سميرنوف لتوقعات و إدراكات المرضى	155
2-3	معامل ألفا كرونباخ لتوقعات و ادراكات المرضى.	157
3-3	توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس	159
4-3	توزيع أفراد العينة حسب متغير السن	160
5-3	توزيع أفراد العينة حسب الحالة الإجتماعية	161
6-3	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	162
7-3	توزيع أفراد العينة حسب المهنة	164

3-8	توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض	165
3-9	توزيع أفراد العينة حسب المصلحة	167
3-10	توزيع أفراد العينة حسب مدة إقامتهم بالمستشفى	169
3-11	توزيع أفراد العينة حسب ولاية الاقامة	170
3-12	إجابات المرضى عن العبارات المتعلقة بتوقعاتهم حول جودة الخدمة الصحية	172
3-13	تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية بعد الملموسية	174
3-14	تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية بعد الإعتمادية	176
3-15	تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية بعد الإستجابة	178
3-16	تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية بعد الأمان	180
3-17	تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية بعد التعاطف	182
3-18	تقييم جودة الخدمات الصحية الفعلية من ناحية كل بعد من أبعاد التقييم	184
3-19	الفرق بين توقعات و إدراكات المرضى حول جودة الخدمة الصحية	186
3-20	نتائج إختبار Bartlett و معامل KMO لإدراكات المرضى	189
3-21	نسب التباين المفسرة من قبل العوامل.	190
3-22	تشبع العوامل بعد عملية تدوير المحاور	191
3-23	نتائج إختبار (X^2) لاختبار العلاقة بين جنس المرضى و مستوى تقييمهم لمدى تلاءم المظهر الخارجي للمستشفى مع نوع الخدمات المقدمة	196
3-24	نتائج إختبار (X^2) لاختبار العلاقة بين الحالة الاجتماعية للمرضى و مستوى تقييمهم لمدى تمتع العاملين في المستشفى بالمعرفة و المهارة و الخبرة المناسبة.	197
3-25	نتائج إختبار (X^2) لاختبار العلاقة بين المستوى التعليمي للمرضى و مستوى	199

تقييمهم لمدى توضيح العاملين المشاكل الصحية التي يعنون منها بطريقة مبسطة و مفهومة

3-26 نتائج إختبار (X^2) لاختبار العلاقة بين المصلحة التي عولج فيها المرضى و تقييمهم لمستوى إهتمام المستشفى بالسجلات الخاصة بالحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق 202

3-27 نسب تباين أبعاد جودة الخدمة الصحية المدركة بين المستشفيات قيد البحث 206

فهرس الأشكال

الرقم	عناوين الأشكال	الصفحة
1-1	العلاقة بين الإنتاج والإستهلاك للسلع والخدمات	36
1-2	التفاوت والتعقيد في الخدمات الصحية	37
1-3	زهرة الخدمة.	43
1-4	عناصر إنتاج الخدمة في المؤسسة الخدمية.	46
1-5	مسار الزمن لرصيد الصحة .	52
1-6	مكونات النظام الصحي و وظائفه و تداخلاته.	56
1-7	أهداف الترويج الصحي.	77
2-1	تقسيم مراحل التطور التاريخي للجودة بشكل عام.	93
2-2	أهداف الجودة.	95
2-3	نموذج جودة الخدمة أو نموذج الفجوات.	127
3-1	أنواع المؤسسات الصحية الجزائرية.	146
3-2	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	159
3-3	توزيع أفراد العينة حسب السن	161
3-4	توزيع أفراد العينة حسب الحالة الإجتماعية	162
3-5	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	163

3-6	توزيع أفراد العينة حسب المهنة	165
3-7	توزيع أفراد العينة حسب اسم المصلحة	168
3-8	توزيع أفراد العينة حسب مدة الاقامة بالمستشفى	170
3-9	توزيع أفراد العينة حسب ولاية الاقامة	171
3-10	نسب تباين مستوى أبعاد جودة الخدمة الصحية بين المستشفيات	207

المقدمة العامة

أصبح تبني و تطبيق المفاهيم التسويقية في المؤسسات الصحية أمرا مهما و جوهريا ، و هو ما أكدته أدبيات الرعاية الصحية التي دعت إلى ضرورة إعتماد التوجه التسويقي بالنسبة لهذا النوع من المؤسسات بعد ما كان ينظر إليه و لحقبة من الزمن كصورة موسعة للعلاقات العامة فقط . فمع تطور قطاع الخدمات الصحية الذي أصبح يعد القطاع الاقتصادي الرائد على الصعيد العالمي ، أضحى جليا أن وجود الوظيفة التسويقية ضرورة حتمية ، حيث أن تبني فلسفة تسويق الخدمات في هذا المجال تعتمد و في الأساس على المفهوم التسويقي الحديث بأبعاده المختلفة ، مع إدخال بعض التعديلات بهدف تكييفه و هذا من خلال توسيع مزيجه التسويقي ليشمل بذلك سبعة عناصر (7Ps). هذا فضلا عن إعتماده على بعض المفاهيم و التي تعتبر من مرتكزات تسويق الخدمات و ذلك إستجابة لخصوصية الخدمات الصحية.

ففي زمن إنتشرت فيه أمراض العصر المزمنة و الأوبئة و التي أدت بدورها إلى تزايد عدد المقبلين على المستشفيات ، ظهرت بعض الخصائص و الحاجات و التي لم تكن متوفرة في وقت مضى ، كالمطالبة بالاستجابة السريعة لحاجات المرضى و متطلباتهم مع الزيادة في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم . و في ظل كل هذه التغيرات تزايد اهتمام المؤسسات الصحية بسبل رفع كفاءتها من خلال تحسين جودة الخدمات التي تقدمها ، و هذا من خلال الإهتمام بالجودة بوصفها كإستراتيجية مهمة تساعد المؤسسات الصحية على تقديم خدمات تلبي حاجات المرضى و تفوق توقعاتها و بالتالي تحقيق أقصى رضا لديهم.

إن جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المريض ترتبط أساسا بمدى قدرة المستشفى على تقديم خدمة تقابل توقعاته أو تفوقها ، و إن تطابق مستوى الجودة الفعلي من خلال تقديم خدمات ذات جودة متميزة يعكس مدى توفر أبعاد جودة الخدمة مع توقعات العملاء لهذه الأبعاد.كما يمكن النظر إلى مفهوم الجودة في مجال الرعاية الصحية أيضا من خلال ثلاث جوانب ، فالأول تقني و هو مفهوم مطلق ، فيما يتعلق الجانب الثاني بمدى تلبية إحتياجات و توقعات المرضى ، في حين يشمل الجانب الثالث حتمية توفير العدالة و الكفاءة و الفاعلية ،إضافة إلى الشمولية و التكامل في تقديم الخدمة الصحية. كما يضاف في غالب الأحيان البعد التنظيمي من خلال قياس و تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة. و بهذا و على مر السنوات القليلة الماضية ، تصدر موضوع جودة الخدمات الصحية و قياسها و تقييمها إهتمام الباحثين و أصبح بذلك شغلهم الشاغل ، فبالرغم من إتفاقهم على ضرورة قياس جودة الخدمة إلا أنهم لم يتفقوا حول كيفية قياسها و تحديد الأبعاد المرتبطة بها ، و هذا نظرا لصعوبة الأمر بسبب الطبيعة الذاتية للخدمة (غير ملموسة ، شخصية، غير نمطية...) .

تركزت جهود الباحثين منذ ثمانينيات القرن الماضي على محاولة إيجاد منهجية مناسبة لقياس جودة الخدمة، و لعل أهم ما جادت به تلك الجهود في هذا المجال ،ما قدمه Gronroos من أعمال سنة 1984 من خلال إقتراحه لنموذج الجودة التقنية و الوظيفية. إذ يرى أنه يتم قياس جودة الخدمة بمقارنة أدائها بتوقعات الزبائن. حيث قام بتقسيم جودة الخدمة إلى ثلاث أبعاد أساسية (الجودة التقنية و الوظيفية و صورة المؤسسة). لتليه بعد ذلك تلك الدراسة التي إنطلقت من كتابات الثلاثي (Parasuraman, Zeithaml, Berry ; 1985)، حيث قاموا في بداية دراستهم الاستطلاعية بطرح نظرية عرفت بنظرية الفجوة و التي تناولت مفهوم جودة الخدمة و كيفية قياسها.ليصمموا بعد ذلك و من خلال دراستهم الميدانية نموذج قياس قائم على خمسة أبعاد (الملموسية ، الاعتمادية، الاستجابة ، الأمان و التعاطف) أطلقوا عليه إسم نموذج جودة الخدمة Servqual و الذي يعتمد

في الأساس على قياس الفجوة بين توقعات العملاء و إدراكاتهم. و من خلال عملية القياس هذه تستطيع المؤسسة الخدمية تحديد مكامن الضعف في خدماتها المقدمة و العمل على تحسينها. فبالرغم من هذا ، فقد تعرض هذا النموذج لجملة من الانتقادات و التي أسفرت عن ظهور نماذج أخرى ، أهمها نموذج الأداء الفعلي Servperf لكل من (Cronin and Taylor ; 1992) ، و الذي يقوم أساسا على إدراك العملاء فقط في تحديد مستوى جودة الخدمات المقدمة و رفض فكرة الفجوة. هذا و يرى كل من أصحاب النموذجين أنهما يلائمان كل القطاعات الخدمية ، شرط تكييفهما مع واقع القطاع الخدمي، و أكثر ما يتوجب تكييفه هو أبعاد التقييم . و بهذا يبقى كل من هذين النموذجين أهم و أكثر مقاييس جودة الخدمة جدلا و تطبيقا عبر مختلف دول العالم.

مشكلة الدراسة :

أصبح تبني أسلوب الجودة في المؤسسات الصحية كمبدأ و إستراتيجية مطلبا أساسيا تحرص عليه الدول و خاصة المتقدمة منها و تؤكد عليه مختلف المنظمات كمنظمة الصحة العالمية. فقد شهدت السنوات الأخيرة تغيرات جذرية لإدارة القطاع الصحي العام و لعل أهم هذه التغيرات ظهور بوادر تطبيق جودة الخدمة . و الجزائر من بين تلك الدول التي أصبحت تسعى جاهدة لتحسين و تطوير قطاعها الصحي العام من خلال جملة الاصلاحات التي باشرتها وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات بهدف تجويد خدماتها الصحية المقدمة. هذا و بالرغم من ضخامة ما تنفقه الجزائر و ما تبذله من جهود في سبيل رفع مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها كل من القطاعات العامة و الخاصة ، إلا أنها لم ترقى إلى المستوى المطلوب ، و بقي بذلك القطاع الصحي عرضة للعديد من المشاكل التي حالت دون تطور الخدمات الصحية و مستوى جودتها . و أمام هذا الوضع فالمؤسسات الصحية الجزائرية و خاصة العمومية منها مطالبة أكثر من أي وقت مضى بتحسين جودة ما تقدمه

من خدمات ، و هذا لا يتحقق إلا من خلال التقييم الفعلي للجودة المدركة لخدماتها الصحية من جهة ، و تقييم هذه الخدمات و مقارنتها بتوقعات المرضى و إتجاهاتهم بهدف كشف مكامن الضعف في تقديم خدماتها و الحصول على المعرفة اللازمة التي تسمح لها بإعادة تصميم و تشكيل خدماتها بما يلبي حاجات المرضى و يتجاوز توقعاتهم ، و صولا إلى تحقيق أعلى رضا لديهم.

و عليه و بناءا على ما سبق و في إطار الواقع المشار إليه يمكن طرح الإشكالية التالية : "**كيف يتم قياس مستوى جودة خدمات الرعاية الصحية و تقييمها من وجهة نظر المرضى ؟** ".

تساؤلات الدراسة :

تندرج تحت الإشكالية الرئيسية التساؤلات الفرعية التالية :

1- ماذا نقصد بالخدمات الصحية ، و ما الدور الذي يلعبه التسويق في هذا القطاع ؟

2- ماذا نعني بجودة الخدمات الصحية ، و فيما تتمثل أهم أبعاد و نماذج قياسها ؟

3- كيف تقيم جودة خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظر المرضى؟

4- هل يمكن إستخلاص أبعاد أخرى في تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية؟

5- هل للمتغيرات الديمغرافية أثر في تحديد إتجاه المرضى و تقييمهم لجودة الخدمات الصحية المدركة؟

فرضيات الدراسة :

الفرضية الأولى : يقيم المرضى مستوى الخدمات المقدمة لهم فعلا من ناحية كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية تقييما عاليا.

الفرضية الثانية :لا توجد فجوة سلبية بين مستوى جودة الخدمة الصحية المتوقعة من قبل المرضى و مستوى جودة الخدمة المقدمة لهم فعلا.

الفرضية الثالثة : توجد أبعاد أخرى لجودة خدمات الرعاية الصحية تختلف عن تلك التي يحتويها نموذج الأداء الفعلي.

الفرضية الرابعة : لا تؤثر المتغيرات الديمغرافية في تحديد إتجاهات المرضى و تقييمهم لجودة الخدمات الصحية المدركة.

الفرضية الخامسة: تتباين المؤسسات العمومية الإستشفائية قيد الدراسة من حيث مستوى توفر أبعاد جودة الخدمات الصحية المدركة.

أهداف الدراسة :

نسعى من خلال هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية :

- إستعراض و توضيح مختلف المفاهيم المتعلقة بجودة الخدمات الصحية، و إبراز أهمية التسويق في المؤسسات الصحية .
- قياس جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى بهدف تقييمها و تحديد أبعادها باستخدام كل من نموذج جودة الخدمة و نموذج الأداء الفعلي.

- إستخلاص أبعاد أخرى لجودة خدمات الرعاية الصحية غير تلك التي يحتويها نموذج الأداء الفعلي.
- تحديد المتغيرات الديمغرافية و التي لها أثر على اتجاهات المرضى نحو أبعاد جودة الخدمات الصحية.
- تحديد مستوى توفر أبعاد جودة خدمات الرعاية الصحية المدركة في كل مستشفى.

أهمية الدراسة :

يستمد هذا البحث أهميته من أهمية جودة الرعاية الصحية في تحقيق رضا المرضى. بالإضافة إلى إبراز الدور الذي تلعبه المؤسسات الصحية كقطاع خدمي حساس و إنساني و فعال في إحداث التنمية الإقتصادية و الإجتماعية على حد سواء. إضافة إلى ذلك يعتبر موضوع البحث من المواضيع الحديثة نسبيا و الذي جذب إهتمام عدد من الباحثين ، كما يمكن إعتبار هذا البحث المتواضع كخطوة مبدئية أو كانطلاقة بهدف الحث على القيام بمزيد من الدراسات في هذا المجال و من زوايا مختلفة.

فضلا عن ما سبق ، تبرز الأهمية التطبيقية للبحث من النتائج و الإقتراحات التي يسفر عنها و التي يؤمل أن تستفيد منها المؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية عين الدفلى بهدف تحسين نوعية الخدمات التي تقدمها و الإرتقاء بصحة كل من الفرد و المجتمع.

أدوات الدراسة :

لقد تم الإعتماد على مصدرين أساسين للمعلومات :

المصادر الثانوية : و هذا من خلال معالجة الإطار النظري للبحث ، حيث تم اللجوء إلى مصادر البيانات الثانوية و التي تتمثل في الكتب و المقالات و الدوريات و التقارير و المراسيم التشريعية و

القوانين و مختلف الأبحاث و الدراسات السابقة و التي تناولت موضوع الدراسة أو جزء منه ، سواء باللغة العربية أو الأجنبية . إضافة إلى مختلف المواقع الخاصة و المعتمدة (كموقع وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات).

المصادر الأولية : و لهدف معالجة الجوانب التحليلية أو الجانب التطبيقي لموضوع البحث ، إخترنا اللجوء إلى جمع البيانات الأولية من خلال إستمارة إستبيان كأداة رئيسية للبحث ، و التي صممت خصيصا لهذا الغرض و التي وزعت على عينة تكونت من 200 مريضا مقيم بالمستشفيات قيد الدراسة إضافة إلى المقابلة التي أجرينها مع مختلف موظفي هاته المؤسسات.

أسباب إختيار الموضوع :

من الأسباب التي كانت وراء إختيار الموضوع نذكر ما يلي :

1- الرغبة في تنمية و إثراء معلوماتنا التسويقية في هذا المجال ، و هذا بحكم التخصص

2- إبراز أهمية المؤسسات الصحية بالنسبة للفرد و المجتمع لما لها من تأثير على المورد البشري الذي يعتبر أهم مدخلات الإقتصاد و المحرك الأساسي لعجلة التنمية.

3- البحث في مختلف الطرق الكمية و النوعية لقياس جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى ، إذ تجدر الإشارة إلى صعوبة تقييم جودة الخدمة مقارنة بالسلع المادية.

4- الإهتمام المتزايد للحكومة الجزائرية بهذا القطاع من خلال جملة الإصلاحات و السياسات التنموية الجديدة.

المنهج المتبع :

بهدف دراسة هذا الموضوع ، تمت الإستعانة بالمنهج الوصفي و الذي يتجلى من خلال الجانب النظري من خلال إستعراض مختلف المفاهيم النظرية و التعاريف المتعلقة بموضوع بحث. بالإضافة إلى المنهج التحليلي و الذي تجلى من خلال الفصل التطبيقي ، و هذا تبعا لدراسة حالة المؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية عين الدفلى.

حدود الدراسة :

تحددت هذه الدراسة بالمجالات التالية :

1- **الحدود البشرية و المكانية** : حيث إقتصرت الحدود البشرية في هذه الدراسة على المرضى المقيمين بالمؤسسات العمومية الإستشفائية الأربعة لولاية عين الدفلى.

2- **الحدود الزمانية** : طبقت هذه الدراسة خلال العام الدراسي 2012-2013.

صعوبات الدراسة :

تمحورت صعوبات الدراسة فيما يلي :

- صعوبة الحصول على موافقة مسؤولي المؤسسات المعنية بالدراسة من أجل توزيع الإستمارة على المرضى ، إضافة إلى أن الولوج لأي مصلحة تابعة لنفس المؤسسة الصحية يتطلب أخذ موافقة رئيسها رغم تسريح المدير العام للمؤسسات .
- صعوبة التعامل مع المرضى و هذا راجع في الأساس إلى الحالة الصحية التي لا تسمح لهم بالإجابة على أسئلة الإستبيان من جهة و إلى المستوى التعليمي المتدني لغالبية أفراد العينة ، الأمر الذي أوجب علينا بذل جهد و وقت إضافيين لإتمام و إسترجاع كل الإستمارات الموزعة.
- صعوبة الحصول على الإحصائيات الحديثة و المتعلقة بموضوع البحث من قبل الجهات الرسمية.

هيكل البحث :

تم تقسيم البحث إلى فصلين نظريين و اخر تطبيقي كما يلي :

- تناول الفصل الأول مدخل إلى تسويق الخدمات الصحية من خلال ثلاث مباحث ، حيث جاء المبحث الأول كمؤشر إنطلاقة أو مدخل لموضوع الخدمات . في حين تعرض المبحث الثاني إلى أهم المفاهيم المتعلقة بالخدمات الصحية ن ليتناول المبحث الثالث و الأخير في هذا الفصل ،تطبيق المفاهيم التسويقية في مجال الخدمات الصحية .
- تناول الفصل الثاني جودة الخدمات الصحية و أساليب تقييمها ، و هذا أيضا من خلال ثلاث مباحث حيث يمثل المبحث الأول مدخل لموضوع الجودة و جودة الخدمات. ليتم بعد ذلك إستعراض مختلف المفاهيم المتعلقة بموضوع الجودة في قطاع الخدمات الصحية و هذا من خلال المبحث الثاني ، أما المبحث الثالث فقد تم من خلاله عرض أهم الأبعاد و المقاييس التي تعتمد عليها المنظمات الصحية لقياس جودة خدماتها. و في الأخير ، ختم هذا الفصل باسعراض أسلوب إدارة الجودة الشاملة كمدخل من مداخل تحسين جودة الخدمات الصحية .
- أما الفصل الثالث فقد تمثل في الدراسة الميدانية و التي خصت المؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية عين الدفلى في محاولة لتقييم جودة خدماتها من وجهة نظر المرضى، و هذا ضمن ثلاث مباحث حيث تناول المبحث الأول واقع المؤسسات الصحية الجزائرية و مراخل تطورها. فيما تناول المبحث الثاني مختلف الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية ، لنخلص في النهاية بالمبحث الثالث و الذي تمت من خلاله المعالجة الإحصائية و إختبار صحة الفرضيات المقترحة.

الدراسات السابقة :

فيما يلي عرض مبسط لجملة من الدراسات السابقة ، و التي لها علاقة بموضوع بحثنا كما يلي :

الدراسات العربية :

1- دراسة صفاء محمد هادي الجزائري و اخرون سنة 2001 ، تحت عنوان "**قياس و تقييم جودة الخدمات الصحية : دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام ، البصرة**" .

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى إهتمام إدارة المستشفى بموضوع جودة الخدمات الصحية المقدمة للمستفيد و الكشف عن أبرز الصعوبات التي تواجه إدارة المستشفى خلال تقديمها خدماتها و ذلك بهدف تقليلها و تقليص اثارها السلبية بما يحقق المنفعة المتبادلة للإدارة المستشفى و المستفيد. هذا و قد شملت عينة الدراسة كل من الأطباء (161) ، العاملين بالمستشفى (459) و المنتفعين من الخدمات بالأقسام العلاجية و الجراحية (350). و قد تم التحليل الإحصائي باستخدام عدد من الأدوات و الأساليب الإحصائية ، من أهمها المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري للمتغيرات الرئيسية (الملموسية ، الإعتمادية ، الإستجابة ، الثقة ، التعاطف) ، و إختبار t للمقارنات الثنائية ، كما تم تصميم بنامج من إعداد أحد الباحثين باستخدام لغة البرمجة المرئية (Visual Basic) لقياس الأهمية النسبية للمتغيرات الرئيسية و مقارنتها مع المقياس العالمي لكوتلر . و باستخدام أسلوب Servqual فقد توصلت الدراسة إلى أن هناك ضعف واضح في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى ، فضلا عن وجود تفاوت في الأهمية التي يوليها أفراد عينة البحث لكل متغير من المتغيرات الرئيسية. لتخلص هذه الدراسة في الأخير بجملة من التوصيات و التي شملت وجوب رفع مستوى العناية الشخصية بالمرضى من خلال رفع مستوى قدرة العاملين على تقديمها من خلال التدريب و هذا بهدف تعزيز الثقة بين العاملين و المرضى و توكيد الإطمئنان لديهم ، فضلا عن ضرورة إهتمام إدارة المستشفى بجوانب الخدمة الصحية كافة و منها الأخلاق التي قد تتسبب في

ضعف أداء الخدمة و تكاملها، و كذلك المراجعة الدورية لمستويات الأسعار، و أجور العلاج، و الإهتمام بنوعية الطعام، و تسريع إجراءات الدخول.

2- دراسة أسامة الفراج سنة 2009 ، تحت عنوان : "**تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سوريا من وجهة نظر المرضى : نموذج لقياس رضى المرضى** ".

هدفت هذه الدراسة إلى كيفية إيجاد مقياس لقياس مفهوم رضا المرضى بشكل كمي في مستشفيات التعليم العالي بسوريا ، و إستنادا إلى معايير و مؤشرات طبية و تمريضية و خدمية ، و مدى الدور الذي يؤديه ذلك في تحصيل نتائج أفضل ، و تحسين واقع خدمات الرعاية الصحية التي لم تصل إلى مستواها المطلوب. و إنطلاقا من هذا ، تم وضع إستبانة بهدف كشف جودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات التعليمية السورية للمرضى و من وجهة نظرهم ، و قد أستقصي رأي 474 مريضا أقاموا في أكبر أربع مستشفيات تعليمية في سوريا. كما إحتوت الإستبانة على 39 عبارة تبين الإراء و الإنطباعات الشخصية و الموضوعية حول الرضا عن خدمات المستشفى ، و من مجموع مفردات الإستبانة ، تم تكوين سبعة مقاييس و كل مقياس يصف مجالا محددا و هي (الرعاية الطبية المهنية ، الرعاية التمريضية المهنية ، الرعاية الصحية السلوكية ، الخصائص التنظيمية و الفندقة بجوانبها الثلاث). و لقد تم الإعتماد على التحليل السيكولوجي لتقييم مختلف السمات و الخصائص فضلا عن إستخدام مختلف الأساليب و الأدوات الإحصائية من بينها التحليل الإحصائي الوصفي (المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية) لمختلف مستويات الرضا. هذا و قد توصلت الدراسة إلى أن المستوى العام للرضا تجاوز 2.5 بالمتوسط على مقياس (من 1 لإلى 4) ، و قد عبر 75% من المرضى عن رضاهم عن الخدمات التي قدمتها المستشفيات التعليمية محل الدراسة، و أن وجود هذا المستوى العالي من الرضا يجعل من الصعوبة تمييز مختلف مجالات الخدمة الحرجة التي تعاني من تدن في المستوى. فضلا عن صعوبة قياس التباين في جودة الخدمات المقدمة. و عليه و تبعا

لمضامين هذه الدراسة ، تمت التوصية بضرورة التعمق في بحث البنية التصورية لمفهوم رضا المرضى و العوامل التي تحدده ، علاوة على ضرورة تطوير وسيلة ذات حساسية عالية لأراء المرضى و تقديراتهم.

3- دراسة أحمد عباس يوسف سنة 2010 ، تحت عنوان " **أثر جودة الرعاية الصحية و الاتصالات على رضا المرضى : دراسة تحليلية مقارنة في مستشفى الأمير الحكومي و مستشفى السلام الدولي الخاص في دولة الكويت** ".

حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى الجودة المدركة و رضا المرضى المتلقين للعلاج في كل من مستشفى الأمير الحكومي و مستشفى السلام الدولي الخاص و هذا بدولة الكويت، كما أنها سعت إلى التعرف على الدور الذي تلعبه الاتصالات و المعلومات كمتغير وسيط ما بين الجودة و الرضا ، و قد شملت عينة الدراسة على 386 مريضا من المتلقين للعلاج في كل من مستشفى الأمير الحكومي و مستشفى السلام الدولي الخاص . و تم التحليل الإحصائي باستخدام البرنامج الإحصائي spss ، كما تم اللجوء إلى عدد من الأدوات و الأساليب الاحصائية ، منها تحليل المسار و تحليل الانحدار البسيط و المتعدد. و قد أظهرت نتائج التحليل عدد من النتائج المهمة ، يأتي في مقدمتها إرتفاع مستوى جودة الخدمة المدركة و كذلك رضا المرضى في مستشفى السلام الدولي الخاص قياسا بمستشفى الأمير الحكومي ، و الذي تأكد من خلال معنوية الفرق الإحصائي ما بين المستشفيين، و بطبيعة العلاقة ما بين متغيرات الدراسة ، فقد أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود أثر ذي دلالة إحصائية عل كل من رضا المرضى و الاتصالات و المعلومات و كذلك وجود أثر للاتصالات و المعلومات على تحقيق رضا المرضى.

هذا و قد خلصت الدراسة إلى بعض الاستنتاجات و التوصيات ، منها ضرورة إيلاء المستشفيات و بصفة خاصة المستشفى الحكومي إهتماما أكثر للبيئة المادية لخدمة الرعاية الصحية، و كذلك

الإهتمام بتطوير أداء العاملين و بصفة خاصة ما يتعلق بأسلوب التعامل مع المرضى و مستوى الاستجابة لحاجاتهم و إشعارهم بالتعاطف و ذلك للدور الكبير الذي يلعبونه في تحقيق رضا المرضى المتلقين للعلاج.

4- دراسة عبد المحسن نعساني و اخرون سنة 2007 ، تحت عنوان : "**قياس مدركات العملاء لجودة الخدمات الصحية و أثرها في رضاهم و تطبيق ذلك على المشافي الجامعية السورية**".

هدفت إلى تقييم أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الجامعية ، بالإضافة إلى الكشف عن مستوى رضا العملاء عن جودة الخدمات التي تقدمها المشافي الجامعية ، و بيان أثر أبعاد الجودة في رضا المرضى و دراسة العوامل التي تؤثر في مدركات العملاء لجودة الخدمة المقدمة. و بهدف تأكيد صحة فرضيات هذه الدراسة تم تطوير استبانة تحوي الأبعاد الخمسة للجودة و المتمثلة في (الملموسية ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الثقة و التعاطف) و تم استقصاء عينة مكونة من 200 مريضا. و بفضل اللجوء إلى مختلف الأساليب و الأدوات الاحصائية فقد توصلت الدراسة إلى أنه لا بد من التركيز على جودة الخدمة المقدمة في الأقسام المأجورة في المشافي الجامعية إذ أن المريض لا بد أن يتأثر و بشكل واضح و أكيد بالجانب المادي الملموس للخدمة أولاً و الذي تجسده وجود أحدث المعدات و الآلات التكنولوجية لدى المشفى، و توفير التسهيلات المادية و المطبوعات المناسبة عن المستشفى و المظهر الطيب لجميع أفرادها. من الضروري توفر درجة عالية من المصداقية و الثقة أثناء تقديم الخدمة لكسب رضا المريض و تتجسد بقدرة المستشفى على أداء الخدمات الصحية التي وعدت بها عملائها بدرجة عالية من الدقة و الثقة. و أن من أهم العوامل المؤثرة على رضا المريض أيضاً و البعد الجوهري في جودة الخدمة هو بعد التعاطف و كون غالبية مرضى الأقسام المأجورة في المستشفيات الجامعية محل الدراسة من النساء فإشعار العميل بالإهتمام و العناية الذاتية به تولد لديه قدراً كبيراً من الرضا و الولاء و الإنتماء للمستشفى الذي تعالج فيه.

هذا و قد خلصت هذه الدراسة بتوصية خاصة موجهة للمشافي التي كانت محل الدراسة بضرورة العمل عل سد الثغرات و تحسين مستوى جودة خدماتها و هذا من خلال تحسين خدماتها التي أكدت الدراسة على تدني مستواها.

الدراسات الأجنبية :

1- دراسة Ebru Direktor و Figen Yesilada سنة 2010، تحت عنوان : « Health Care Service Quality : A comparisant of public and private hospitals»

هدفت هذه الدراسة إلى إختبار الأبعاد الخمسة المتعلقة بأداة Servqual و هذا من خلال قطاع الرعاية الصحية في شمال قبرص ، و كذا تقييم جودة الخدمات المقدمة من خلال المستشفيات العامة و الخاصة و مقارنتها و هذا بهدف تحديد الأبعاد التي تلعب دورا هاما في تحقيق رضا العميل. و قد شملت عينة الدراسة على 990 مستقصى و الذين تجاوزت أعمارهم سن الثامنة عشرة . تم التحليل الاحصائي من خلال اللجوء إلى عدد من الأساليب و الادوات الاحصائية منها نموذج "كي دو" ، معامل التحديد . و تبعا لهذا ، فقد توصلت هذه الدراسة و من خلال نتائج التحليل العاملي أن كل من بعد الملموسية و التعاطف و الثقة هي الأبعاد الحقيقية لجودة الخدمات الصحية ، في حين لم تؤكد أهمية باقي الأبعاد، و عليه تأكيد إستخدام الأبعاد الثلاثة في إجراء المزيد من الدراسات في قياس جودة خدمات الرعاية الصحية . كما أظهرت الدراسة وجود عدة فجوات من خلال الأبعاد الثلاثة السابقة الذكر ، مما يعني أن المستشفيات في كل من القطاعين العام و الخاص لا تقدم خدمات ترقى إلى توقعات العملاء و خاصة بالقطاع العام. كما بينت نتائج تحليل الانحدار أن بعد الاعتمادية هو أكثر بعد يؤثر على رضا المريض سواء في القطاع العام أم الخاص ، مما يؤكد أن تحسين هذا البعد يؤدي إلى رفع مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة و بالتالي تحقيق أقصى رضا لدى المريض. هذا

و قد خلصت الدراسة بتقديم ثلاث توصيات مهمة ، تمثلت في : ضرورة إختبار مقياس جودة الخدمة على صناعات أخرى و في أجزاء مختلفة من العالم. بالإضافة إلى إجراء بعض الدراسات لمعرفة الأسباب الحقيقية و الكامنة وراء ظهور مختلف الفجوات و إقتراح الحلول المناسبة لغرض سد هذه الفجوات و تقديم خدمة ذات جودة عالية. و في الأخير ، تم إقتراح إدراج كل من السعر و النوايا السلوكية للمريض و هذا من خلل الدراسات المستقبلية.

2- دراسة Dr.Jothi Jayakishnan سنة 2011 ، تحت عنوان « Quality Measurement for Hospital Services »

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات من خلال استخدام نموذج جودة الخدمة Servqual و تحديد الفجوات و المكون من الأبعاد الخمسة للجودة "الاعتمادية ، الملموسية ، الاستجابة ، الثقة و التعاطف . هذا و قد شملت عينة الدراسة 300 شخصا أو مريضا ممن كانت لديهم تجربة سابقة مع المستشفيات قيد الدراسة.

و لقد تم الاعتماد عل التحليل الإحصائي الوصفي (المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لكل من توقعات المرضى و إدراكاتهم. و عليه ، فقد توصلت هذه الدراسة إل جملة من النتائج الهامة و من بينها وجود فجوة ضخمة بين توقعات المرضى و إدراكاتهم في كل من بعد الاعتمادية ن الملموسية و الاستجابة و هذا يظهر من خلال عدم رضى المرضى عن مظهر الموظفين ، عدم الاهتمام في حالة وجود مشكل ، بالإضافة إلى وجود مشكل في الاتصالات و في القيام بالأشياء صحيحة من المرة الاولى، و كذا من خلال عدم الوفاء بالوعود المقدمة للمرضى فيما يخص أوقات تقديم الخدمة ، و بالتالي يجب على إدارة المستشفيات التركيز على المظهر الخارجي للمستشفى و الاهتمام بالنظافة الكلية و الدائمة ، و تغيير كل من وسائد و ملاءات الأسرة و كذا الاهتمام بمظهر الموظفين ، الأمر الذي يؤدي إل جذب إهتمام المرضى . كما توصي هذه الدراسة بضرورة إظهار

الموظفين لرغبتهم الصادقة من أجل حل المشاكل التي يعاني منها المرضى أثناء إقامتهم بالمستشفى و إبلاغهم بأوقات تقديم الخدمة بشكل دقيق . و عليه ، على إدارة المستشفيات تأمين تدريب خاص للتوجهات السلوكية للأطباء و الممرضات و غرس الكفاءة المهنية و تنفيذ مختلف التقنيات الحديثة في إدارة العلاقة مع العملاء.

3- دراسة A.Ijaz و S.M.Irfan سنة 2011 ، تحت عنوان : « Comparisant of Service Quality Between Private and Public Hospitals : Empirical Evidences From Pakistan»

حيث كان الهدف الرئيسي من وراء هذه الدراسة هو مقارنة جودة خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها المستشفيات العامة و الخاصة بهدف كسب رضا المرضى في باكستان. و لهذا الغرض تم استخدام مقياس جودة الخدمة Servqual لقياس توقعات المرضى نحو جودة الخدمة المقدمة من قبل هذه المستشفيات. و عليه تم اللجوء إلى أبعاد جودة الخدمة التالية : الملموسية ، التعاطف ، الأمان ، التوقيت و الاستجابة. و نظرا لطبيعة هذه الدراسة و الأداة المستخدمة فقد شملت عينة الدراسة أولاءك الذين لديهم تصورات أو توقعات مسبقة حول المستشفيات قيد الدراسة ، ليكون بذلك عدد العينة المستقصاة 320 شخصا. و عليه تمت الاستعانة بأساليب المسح الكمي للتحقق من صحة الفرضيات فضلا عن المراجع و الدراسات السابقة. بالإضافة إلى إختبار t للمقارنات الثنائية و إختبار فيشر f ، و تبعا لهذا فقد توصلت هذه الدراسة إلى أن المستشفيات الخاصة تهدف إلى توفير مرافق رعاية صحية أفضل للمرضى ، كما لها دورا إيجابيا في المساهمة في خفض عبء المستشفيات العامة ، مما يؤكد أن المستشفيات الخاصة في باكستان تبذل جهودا أفضل بالمقارنة مع المستشفيات العامة ، مما يعود عليها بأرباح هائلة . هذا و قد أظهرت النتائج أن موظفي المستشفيات الخاصة مستعدون لتوفير الرعاية لمرضاهم و كذا توفير بيئة نظيفة و صحية لكل من المرضى و زائريهم و توافر المرافق الطبية و الصيدلية داخل المستشفى و وضع الية التغذية العكسية. هذا و قد أظهرت النتائج أيضا أن

رداءة نوعية خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرضى من قبل المستشفيات العامة مقارنة بالمستشفيات الخاصة كانت نتيجة للعديد من العوامل منها : التمويل الحكومي و عدم إهتمام الحكومة بتطوير مشاريع الرعاية الصحية بالمناطق الريفية و بالمستشفيات العمومية. لتوصي هذه الدراسة في الأخير بضرورة وضع دراسة شاملة من أجل فهم أكثر لجودة الخدمة المقدمة من قبل المستشفيات العامة و الخاصة ، مما يوفر إستجابة أكثر دقة بشأن تصورات المرضى حول مختلف الخدمات المقدمة لهم.

4- دراسة Sumathi Kumaraswamy سنة 2012 ، تحت عنوان : « Service Quality in Health Care Cebters : A Empirical Study »

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد أهمية أبعاد جودة الخدمة في مراكز الرعاية الصحية و معرفة وجهة نظر المرضى نحو هذه الأبعاد . فضلا عن إظهار الأهمية التي تؤدي بها هذه الأبعاد في التمييز بين خدمات مراكز الرعاية الصحية الربحية و غير الربحية منها ، بالإضافة إلى محاولة معرفة مدى تأثير أبعاد جودة الخدمة على الأداء العام لمراكز الرعاية الصحية ، حيث تمثلت هذه الأبعاد في "سلوك الأطباء ، دعم الموظفين ، المحيط و فعالية الأداء.

هذا و قد تم استقصاء 100 مريض و الذين كانت لهم تجربة سابقة مع كل من مراكز الرعاية الصحية الربحية و غير الربحية ، و بعد تطوير إستمارة الاستبيان التي احتوت على 34 عبارة فضلا عن أسئلة المتغيرات الديمغرافية ، و انطلاقا من هذا ، فقد تم اللجوء إلى نموذج جودة الخدمة Servqual لقياس جودة الأبعاد المقترحة من خلال الدراسة ، كما تمت الاستعانة بمختلف الأدوات و الأساليب الإحصائية، كالمتوسط الحسابي و الانحراف المعياري ، إختبار t للمقارنات الثنائية و إختبار فيشر. و عليه توصلت هذه الدراسة إلى جملة من النتائج ، أهمها وجود فرق كبير في إدراك المرضى لجودة الخدمات الصحية بين كل من مراكز الرعاية الصحية الهادفة للربح و غير الهادفة

للربح، حيث كان أهم بعد من وجهة نظر المرضى هو كل من سلوك الأطباء و فعالية الأداء و هذا من خلال المراكز الصحية الربحية. في حين كان أهم بعد في المراكز الصحية الغير ربحية ، كل من سلوك الأطباء و المحيط.

كما توصلت هذه الدراسة إلى أن للمتغيرات الديمغرافية أثر كبير في تحديد أهمية أو في تحديد تصور المريض عن مدى جودة الخدمات الصحية ، حيث كان لكل من متغيري "المستوى التعليمي و طبيعة المريض" دورا في تحديد جودة الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية الربحية ، في حين كان لكل من متغير " المستوى التعليمي ، الدخل ، مكان الاقامة و طبيعة المريض" أهم دور في الكشف عن مدى جودة الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية الغير ربحية . كما توصلت النتائج إل أن كل الأبعاد لها تأثير كبير و إيجابي على الأداء العام للمراكز الصحية في حين كان أهم بعد هو كل من سلوك الأطباء و فعالية الأداء . و قد خلصت هذه الدراسة إلى عدد من التوصيات و المتعلقة بالدراسات المستقبلية ، من بينها إستخدام مقياس الأداء Servperf بدل مقياس جودة الخدمة Servqual، و توسيع نطاق البحث حتى تكون النتائج أكثر فاعلية ، كما أوصت هذه الدراسة بضرورة وضع استراتيجية مناسبة لتحسين جودة الخدمات الصحية من قبل صانعي السياسات.

<u>ما يميز هذه الدراسة عن باقي الدراسات :</u>

ما يميز هذه الدراسة عن باقي الدراسات السابقة هو إستخدام كل من نموذج جودة الخدمة Servqual و نموذج الأداء الفعلي Servperf للقياس ، كما ارتكزت دراستنا على تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من قبل المؤسسات العمومية الاستشفائية و هذا من وجهة نظر المرضى.

الفصل 1

مدخل إلى تسويق الخدمات الصحية

تمهيد :

إكتست الخدمات في السنوات الأخيرة حلة قيمة ، الأمر الذي جعلها تفرض مكانة متميزة في إقتصاديات الدول مما عزز مكانتها في الحياة اليومية لإنسان القرن الواحد و العشرين . و في حقيقة الأمر إن الخدمات تتميز و تختلف عن السلع المادية في عدة نقاط ، حيث أنه للخدمات خاصيات و طرق إنتاج و أساليب توصيل تختلف عن تلك المتاحة للسلع المادية المحسوسة ، و قد إنجر عن ذلك وجود تقسيمات متنوعة و متعددة للخدمات . و من بين تلك التقسيمات الخدمات الصحية التي تعد من أهم الخدمات الإجتماعية التي تقدمها الدولة ، و مع ذلك يعاني هذا القطاع كغيره من القطاعات في بلادنا على خلاف الدول الصناعية الكبرى من نقص في مستوى جودة الخدمات المقدمة و من ضعفه أمام التحديات الداخلية و الخارجية للدولة مما إستوجب تبني و تطبيق المفاهيم التسويقية في المنظمات الصحية ،كرد إستراتيجي إستجابة لمقتضيات التغيير و دعما للبقاء و الإستمرار.

و عليه ، إرتأينا أن نتناول من خلال هذا الفصل الطرح السابق من خلال ثلاث مباحث ، حيث يمثل المبحث الأول مؤشر إنطلاقة أو مدخل لموضوع الخدمات ، و هذا من خلال إبراز أهميتها و كذا ماهيتها من حيث المفهوم و الخصائص و التصنيفات.

كما سنتطرق من خلال المبحث الثاني إلى أهم المفاهيم في الخدمات الصحية ، بإعتبارها البوابة التي تؤدي من خلالها المنظمات الصحية رسالتها الإنسانية و الأخلاقية.

لننتقل بعد ذلك إلى المبحث الثالث ، و الذي سنستعرض من خلاله تطبيق المفاهيم التسويقية في مجال الخدمات الصحية ، و هذا من خلال تبيان أهميته و التعرض لمختلف مراحل التطور الفكري للتسويق في هذا المجال و التي وصفت بالحثيثة نظرا للتحديات الكبرى التي يواجهها ، لنخلص في نهاية الفصل برؤية تنبؤية مستقبلية لواقع التسويق في مجال الخدمات الصحية.

1-1 مفاهيم عامة حول الخدمات.

إكتسبت الخدمات في العشريتين الأخيرتين أهمية بالغة و متزايدة على مختلف الأصعدة ، و لقد حدث ذلك من جراء بروز معطيات و تفعيل تأثيرات سببها أساسا التقدم العلمي و التكنولوجي الهائل من جهة ، و كذا التحولات المثيرة في الهيكلة الإقتصادية الدولية من جهة أخرى ، لذلك أصبحت الخدمات تحتل دورا مهما في حياة الفرد والمجتمع وتساهم في رفاهيتهم و إستقرارهم ، لذلك شهدت السنوات الأخيرة تطورا كبيرا في مجال تقديم هذه الخدمات.

1-1-1 مفهوم الخدمة و أهم خصائصها

يكون من الصعب في بعض الأحيان إعطاء تعريف أو مفهوم محدد لنشاط إنساني و فكري متعدد الإتجاهات و الأبعاد ، و الخدمات لا تبتعد عن هذا المضمون كثيرا ، لذلك يمكن إيراد العديد من التعاريف للخدمة بالرغم من أن كل واحد منها يمكن أن يعطي إتجاها محددا و إن كانت تشترك في معنى أو أكثر من تلك المفاهيم[1]ص18.

1-1-1-1 مفهوم الخدمة:

إختلفت وجهات النظر حول تعريف الخدمة و هذا راجع إلى إختلاف آراء المفكرين و الكتاب الأمر الذي أدى إلى عدم الإتفاق على تعريف موحد لها ، ففي كتابه « Fundamentals of Marketing » سنة 1997 عرفها Stanton بأنها : " النشاطات غير المحسوسة و التي تحقق منفعة

للمستفيد ، و التي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة أخرى. أي أن إنتاج خدمة معينة أو تقديمها لا يتطلب إستخدام سلعة مادية[2]ص196 "،حيث نلاحظ من خلال هذا التعريف أنه يشير إلى الجانب غير الملموس للخدمة ، بالإضافة إلى أنه ليس بالضرورة أن ترتبط الخدمة بسلعة مادية. ليضيف بعد ذلك Lovelock [3]ص6 إلى التعريف السابق خاصية أخرى ألا و هي عدم تملك الخدمة من خلال تعريفها على أنها : " فعل أو أداء بين طرفين ، يمكن أن تكون مرتبطة بمنتج مادي ، و هي بالضرورة غير ملموسة و لا ينتج عنها ملكية أحد عوامل الإنتاج".

كما قام Kotler [4]ص162 بتعريف الخدمة على أنها : " أي نشاط أو إنجاز أو منفعة يقدمها طرف ما لطرف آخر وتكون أساسا غير ملموسة و لا ينتج منها أية ملكية ، و أن إنتاجها و تقديمها قد يكون مرتبطا بمنتج مادي أو لا يكون مرتبطا به" ، حيث أكد هذا التعريف على خاصية عدم نقل الملكية للعميل و الذي يرجع في الأساس إلى أهم خاصية ألا و هي عدم ملموسية الخدمة . لتأتي بعد هذا **جمعية التسويق الأمريكية** و تضيف إلى التعريفات السابقة خصائص جديدة للخدمات ، كزوال الخدمة و تلازم إنتاجها و إستهلاكها و كذا مشاركة العميل في عملية إنتاجها، من خلال تعريفها على أنها "منتجات غير ملموسة أو على الأقل هي كذلك إلى حد كبير ، فإذا كانت بشكل كامل غير ملموسة ، فإنه يتم تبادلها مباشرة من المنتج إلى المستعمل ، و لا يتم نقلها أو خزنها ، و هي تقريبا تفنى بسرعة . فالخدمات يصعب في الغالب تحديدها و معرفتها لأنها تظهر للوجود في نفس الوقت الذي يتم شراؤها و إستهلاكها فيه ، فهي تتكون من عناصر غير ملموسة متلازمة و غالبا ما تتضمن مشاركة الزبون ، حيث لا يتم بيعها بمعنى نقل الملكية و ليس لها لقب أو صفة "[5]ص 250.

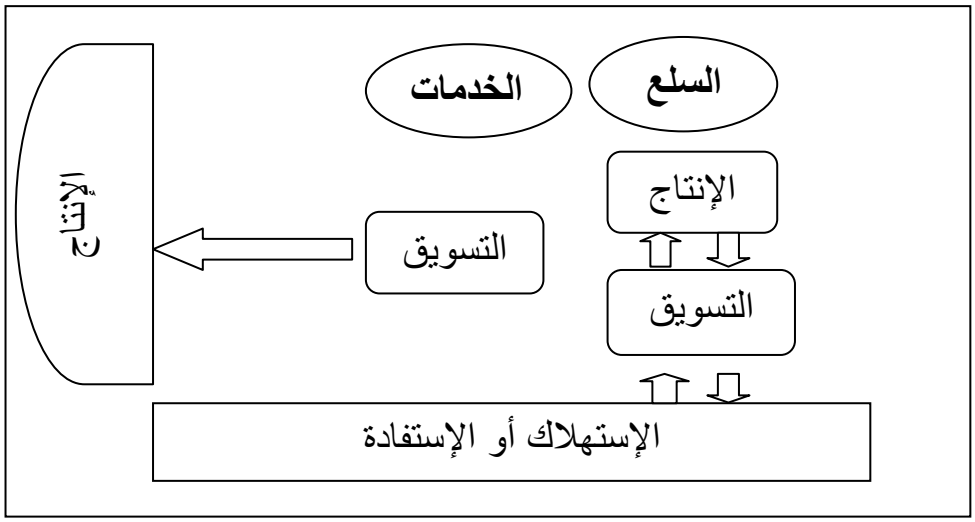
هذا و بناءا على ما سبق يمكن تعريف الخدمة على أنها "نشاط يقوم على تبادل المنافع بين طرفين، حيث يتميز هذا النشاط بجملة من الخصائص و المتمثلة في عدم الملموسية و عدم تملك و إنتقال الملكية بالإضافة إلى سرعة الزوال و كذا تزامن عملية الإنتاج و الإستهلاك".

تبعا للتعريفات السابقة ، يمكن تحديد خصائص الخدمات فيما يلي.

1-1-1-2 خصائص الخدمات :

إن الخدمة بطبيعتها غير ملموسة و هذا ما جعل هذه الخاصية الغالبة في تعريف الخدمة من طرف مختلف الباحثين، بالإضافة إلى هذه الخاصية هناك عدة خصائص تميز الخدمة و أهمها مايلي :

- **الخدمة غير ملموسة "اللاملموسية"** : ظهرت عدم ملموسية الخدمات كفرق رئيسي موجود بين السلعة و الخدمة ، و كما ذكر "BERRY و BATESON " أن مفهوم عدم ملموسية الخدمة يعني اللامادية أي الخدمة لا يمكن رؤيتها ، تذوقها ، شمها ، لمسها أو سمعها قبل الشراء و لكنه يشعر بها أثناء استقبال الخدمة[6]ص390 و بالتالي يمكن تقديرها و الحكم عليها. فإن الخدمة الصحية مثلا، لا يمكن رؤيتها أو لمسها أو الإحساس بها قبل عملية الشراء وتلقي الخدمة و لكن يمكن تقديرها و الحكم عليها بسهولة أثناء أو بعد إستقبالها[7]ص28.
- **التلازمية " عدم الإنفصال "** : تشير هذه الخاصية إلى التلازم بين عملية الإنتاج و الإستفادة من الخدمة ، هذا على عكس المنتجات الملموسة التي يتم إنتاجها أولا ليتم بعد ذلك بيعها ثم إستهلاكها. فغالبية الخدمات يتم إنتاجها و إستهلاكها في نفس الوقت ، و تؤدي كذلك خاصية التلازم بصفة عامة إلى مشاركة الزبون في عملية إنتاج الخدمة ضمن علاقة تفاعلية مع مقدم الخدمة و مع زبائن آخرين[8]ص56.

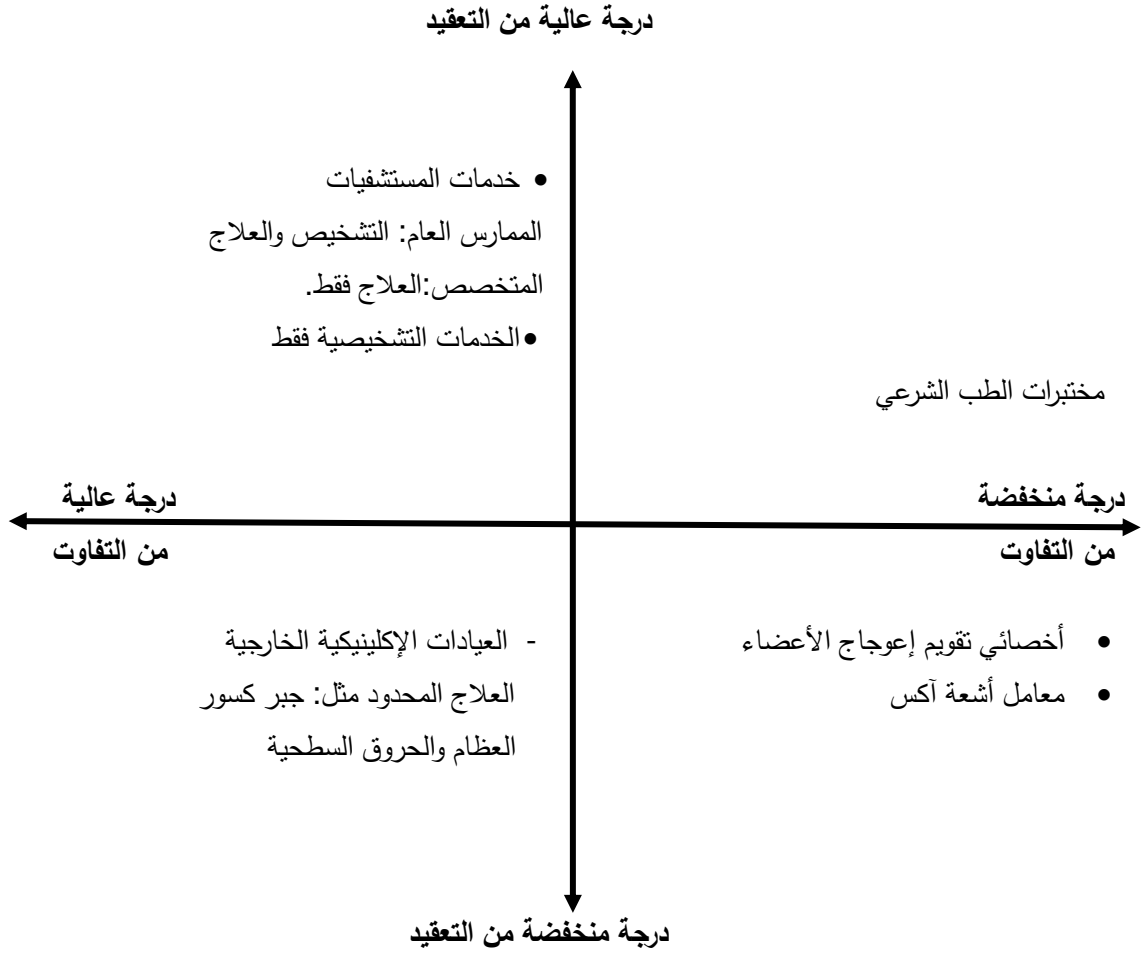


شكل رقم (1-1): العلاقة بين الإنتاج و الإستهلاك للسلع و الخدمات [9]ص50

- **<u>عدم تجانس أو تماثل الخدمة</u> :** تتميز الخدمات بخاصية التباين أو عدم التجانس لذلك فمن الصعوبة إفتراض أن مخرجات المنظمات الخدمية للمستهلك تتم بنفس المستوى و النوعية ، لأن جودة الأداء تعتمد إلى حد كبير على مهارة و أسلوب و كفاءة مقدمها و زمان و مكان تقديمها ، كما أن مقدم الخدمة يقدم خدماته بطرق مختلفة إعتمادا على ظروف معينة و بذلك تتباين الخدمة المقدمة من قبل نفس الشخص أحيانا[10]ص271.

و بالتالي ، يمكننا القول أن تباين العوامل المؤثرة في مدخلات إنتاج الخدمة تؤثر و بشكل نسبي في مخرجاتها، الأمر الذي يؤدي إلى تباين نفس الخدمة المقدمة لكل عميل.

و الشكل التالي يوضح مدى التفاوت و التعقيد الذي تتسم به الخدمات مع التطبيق على الخدمات الصحية:



شكل رقم (1-2) : التفاوت و التعقيد في الخدمات الصحية [11]ص67.

- **<u>الخدمات غير قابلة للتخزين "تلاشي الخدمة"</u>** : بما أن الخدمة تمثل فعل أو تصرف فإنها تتلاشى و تنتهي سواء إن تم الإستفادة منها أو لم يتم ، و ذلك لعدم إمكانية خزنها و الإستفادة منها لحين وقوع الطلب عليها و هذا بطبيعة الحال سوف يثير مشكلة أمام المنظمة ، لذلك على المنظمة أن تحل أسباب عدم وقوع الطلب على الخدمة المقدمة لكي تتمكن من وضع المعالجات المناسبة ، أما في حالة وجود طلب مستمر ، فإن هذه الخاصية لن تشكل مشكلة لمقدمها[12]ص40.

إن هذه الخاصية ما هي إلا نتيجة لكون الخدمات غير ملموسة ، الأمر الذي يؤدي إلى إستحالة تخزينها و تضييع فرصة بيعها إذا ما بيعت خلال فترة إنتاجها.

- **عدم تملك الخدمة:** إلى وقت قريب إنحصرت خصائص الخدمات بالسمات الأربع الوارد ذكرها، و لكن أضاف الباحثون هذه الخاصية التي تنطلق مبرراتها أساسا من كون الخدمة ينتفع منها مستخدمها و لا يمكنه التمتع بحق ملكيتها ، و على سبيل المثال أن تمتع الزبون بخدمات الضيافة الفندقية لا يجيز له الحق في إمتلاك غرفة النوم ضمن الفندق ، بل تجيز له حرية التمتع و الإنتفاع بالخدمات المختلفة التي يقدمها ، و على مقدار ما يستطيع دفعه من نقود ، و ينطبق الحال على خدمات أخرى كثيرة ، ومنها على سبيل المثال و ليس الحصر إستخدام سيارات الأجرة ، الهاتف العمومي ، خدمات الكمبيوتر[13]ص220. و بعبارة موجزة ، فان الخدمة ينتفع منها و لا يمكن حيازتها أو تملكها.

- **إشتراك العميل** : هناك العديد من الخدمات التي تتسم بوجود درجة عالية من الإتصال و التفاعل بين مقدمي الخدمة و العملاء ، بحيث يعتبر متلقي الخدمة أحد المدخلات الرئيسية لنظام إنتاج و تحويل الخدمات ، و هو في نفس الوقت أحد المخرجات الرئيسية و لكن بعد تغيير حالته[14]ص46. كما تجدر الإشارة إلى أن إشراك العميل في عملية إنتاج الخدمة سيضفي سمة زبونية في تقديم الخدمات و هذا تبعا لدرجة تدخله كما هو الحال في خدمات التأمين[15]ص241.

- **عدم تماثل جودة الخدمات " تقلب الجودة":** تقلب أو تغير جودة الخدمة المقدمة هي خاصية أخرى من خصائص الخدمات ، لإرتباط ذلك بصعوبة تنميط الخدمات في الكثير من الحالات ، خاصة تلك التي يعتمد في تقديمها على الانسان بشكل كبير و واضح[16]ص230. و

هي تعني عدم قدرة مقدم الخدمة على التعهد بأن تكون خدماته متجانسة على الدوام ، و بالتالي عدم ضمان مستوى معين من الجودة لها ، و هو ما يجعل من التنبِؤ بما ستكون عليه الخدمات قبل تقديمها أمرا صعبا على طرفي التعامل.

1-1-2 تصنيف الخدمات و أهميتها .

للمزيد من الفهم بطبيعة الخدمات و إرتباطها بالسلع المادية يمكن أن يتم من خلال عرض مختلف التصنيفات التي طبقت على الخدمات.

1-1-2-1 تصنيف الخدمات:

إعتمادا على دراسات معمقة قام الباحث Lovelock[17]ص10، بوضع خمسة أنظمة من التصنيفات و عرض مضامينها التسويقية ، و أشار إلى أن كل نظام هو محاولة للإجابة عن واحد من الأسئلة التالية:

- ما هي طبيعة عمل الخدمة؟
- ما نوع العلاقة بين مؤسسة الخدمة و عملائها؟
- ما هو حجم المجال المتاح للإنتاج و للرقابة؟
- ما طبيعة العرض و الطلب للخدمة؟
- كيف يتم تقديم (توصيل) الخدمة؟

- **ما هي طبيعة عمل الخدمة** : فقد إنشق عن هذا السؤال أربع تصنيفات للخدمة و المتمثلة في: «خدمة محسوسة أو غير محسوسة ، خدمة موجهة للأفراد أو للسلع و الممتلكات المادية » و هذا حسب ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (1-1) : طبيعة عمل الخدمة [18] ص39

من هو المستقبل المباشر لعمل الخدمة ؟ وما هي الخدمة؟			
ما هي طبيعة عمل الخدمة		الأشياء	الأفراد
	نشاطات ملموسة	خدمات موجهة لسلع وممتلكات مادية أخرى: الشحن الجوي، تصليح وصيانة المعدات الصناعية، خدمات التنظيف، تنظيف الملابس وكيها، التجميل وتنسيق الحدائق، العناية البيطرية.	الخدمات الموجهة مباشرة نحو أجسام الأفراد: العناية الصحية، نقل الأفراد، صالونات التجميل، مراكز اللياقة البدنية، المطاعم، قص الشعر.
	نشاطات غير ملموسة	خدمات موجهة نحو ممتلكات (موجودات) غير ملموسة: البنوك، خدمات قانونية، المحاسبة، سندات، تأمين.	خدمات موجهة نحو فكر وعقول الأفراد: التعليم، الإذاعة، خدمات المعلوماتية، المسارح ، المتاحف.

<u>- ما نوع العلاقة بين المؤسسة صاحبة الخدمة و بين عملائها:</u> إن هذا السؤال يؤدي بنا أيضا إلى أربع أبعاد أساسية ألا و هي : «علاقة العميل بالمؤسسة دائمة أم متقطعة ، رسمية ، أو غير رسمية».و هو ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (1-2): العلاقة بين المؤسسة مقدمة الخدمة وعملائها [18]ص39.

نوع العلاقة بين مؤسسة الخدمة وعملائها			
طبيعة تقديم الخدمة		توجد علاقة رسمية	لا توجد علاقة رسمية
	عمليات منتظمة	التأمين، الاشتراك بالهاتف، التسجيل بالكلية، جمعية حماية البيئة، البنوك.	محطة الإذاعة، حماية الشرطة، الإنارة في الشوارع، الطريق العام السريع، التلفزيون.
	عمليات متقطعة	الاشتراك بالمجلات والفضائيات، بطاقات كوبونات مثل الاشتراك مع وسائل النقل العامة مثلا.	استئجار السيارات، خدمة البريد،دفع فواتير الهاتف، مسرح، سينما، وسائل نقل عامة، مطاعم.

- **حجم المجال المتاح للإنتاج و الرقابة :** إن إشراك العميل في عملية الإنتاج (حسب الطلب)، يمكن أن يقدم عبر بعدين أساسيين ، الأول و يتعلق بمدى حرية الموظف عند ممارسته لنشاطه (حرية كبيرة أو ضعيفة) و الثاني يتعلق بنمطية الخدمة و نظام تقديمها (نمطية كبيرة أو ضعيفة) و هو ما يوضحه أكثر الجدول الموالي[18]ص43:

جدول رقم(1-3) : علاقة التصنيف وفق النمطية و الحرية في التقديم.

		درجة نمطية الخدمة	
		نمطية كبيرة	**نمطية ضعيفة**
درجة الحرية في تقديم الخدمة للعميل	**حرية كبيرة**	التعليم	الطبيب النفسي، الطبيب الجراح.
	حرية ضعيفة	المأكولات السريعة.	جمعيات حماية البيئة.

المصدر: من إعداد الطالبة، تبعا لمصفوفة Lovelock المطورة لتصنيف الخدمات.

- **ما طبيعة العرض و الطلب للخدمة :**تنطلق الفكرة من أننا لا يمكن أن نخزن وحدات من الخدمات جاهزة للإستعانة بها في حالات إرتفاع الطلب المفاجئ أو تقلبات حادة فيه[18]ص46 ، و لهذا فكر المسوقون في حلول تسويقية لإعادة التوازن في هذه العلاقة ، و إدارة الطلب على الخدمة من خلال خطط تسويقية ترتكز على إعطاء خدمات إضافية أو مجانية ، بالإضافة إلى إعطاء الأسبقية للأعضاء ، و نشر معلومات عن خدمات بديلة للناس الآخرين ، و من بين الطرق لتسهيل تقلبات الطلب إستراتيجيات تشجيع العملاء على تغيير خططهم بصورة تطوعية ، مثل تقديم خصم أسعار خاص ، أو قيمة منتج إضافي خلال فترات تدني الطلب ، أيضا ترشيد الطلب من خلال الحجز أو نظام صفوف الانتظار في فترات زيادة ذروة الطلب. و الجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم(1-4) :طبيعة العرض والطلب للخدمة.

	تقلبات الطلب		
أقصى طلب		واسعة	ضيقة
	يواجه دون تأخير	خدمات الكهرباء ، خدمات التلفزيون	الخدمات البنكية، خدمات التامين.
	عادة يزيد عن الطاقة	خدمات الفنادق، خدمات النقل	الخدمات القانونية

المصدر: من إعداد الطالبة ، تبعا لمصفوفة Lovelock المطورة لتصنيف الخدمات.

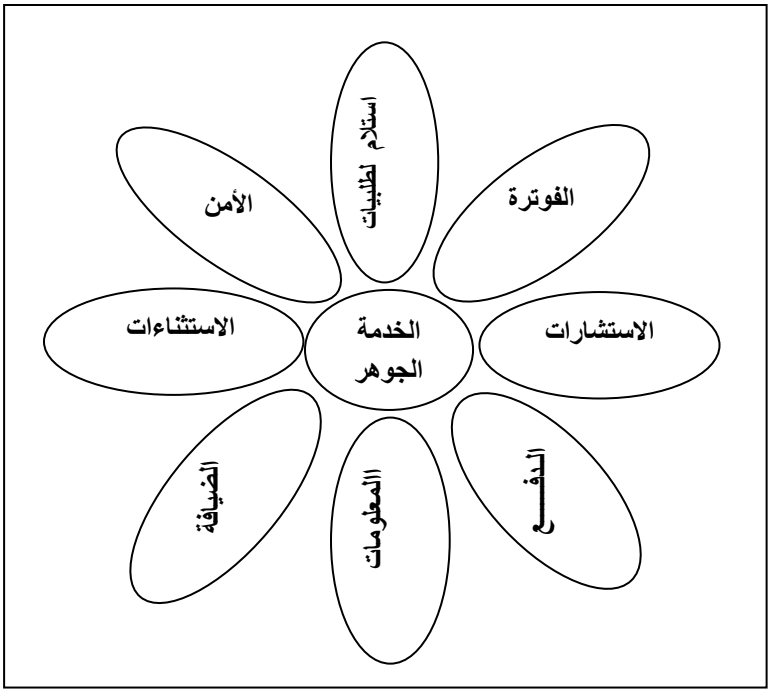
- **<u>كيف تقدم الخدمة</u>** :هذه الفكرة تعالج قضية الإتصال و التوزيع في مؤسسة الخدمات ، أي القيام بالتصنيفات على أساسهما ، هل المؤسسة تتصل مباشرة بالعميل ، هل هي التي تذهب إليه أم هو الذي يأتي إليها ، هل يجب توفير منافذ كثيرة للوصول بالخدمة للعميل ، منها إستعمال الوسطاء ، رغم ما يمثله ذلك من تهديد مباشر على مراقبة جودة الخدمة ، في النهاية هل يمكن فصل بعض الخدمات المحيطة عن الخدمة الأساسية لصالح وسطاء أو منافذ توزيع أخرى . و الجدول التالي يعطي تمثيلا مبسطا لما سبق ذكره:

جدول رقم(1-5) : كيف تقدم الخدمة.

	التوزيع		
نمط إتصال العميل بالمنشاة		غير مكثف	مكثف
	العميل يذهب للمنشأة	خدمات المسارح، خدمات الكوافير	خدمات النقل ، مطاعم الوجبات السريعة
	المنشأة تذهب للعميل	خدمات الحدائق،خدمات النقل الخاص	خدمات البريد ،خدمات الاصلاح
	لقاء العميل و المنشأة في موقع التبادل	خدمات البطاقات البنكية ،خدمات قنوات التلفزيون	شبكات الإتصال ،الخدمات الهاتفية

المصدر : من إعداد الطالبة، تبعا لمصفوفة Lovelock المطورة لتصنيف الخدمات.

إذا صح هذا الإتجاه فهي فرصة جديدة لتشكيل تصنيف جديد في قطاع الخدمات ، فمثلا :بيع تذاكر الطائرات من طرف وسطاء ، الخدمة الأساسية هنا هي النقل و لكن بيع التذاكر في هذه الحالة تعتبر خدمة محيطة ، فشراء التذاكر و الركوب في الطائرة عمليتان يمكن أن تكونا منفصلتين في المكان و الزمان و في طريقة الإتصال للحصول عليها .و قد ولد هذا الإتجاه أفكار نيرة بينت أن الخدمة تختلف في مفهومها بين الخدمة الجوهر و الخدمات المحيطة[18]ص46، فالخدمة الجوهر هي تلك الخدمة التي تشبع حاجة أساسية لدى العميل ، وتعتبر السبب الرئيسي لوجود المؤسسة الخدمية ، كالنقل لمؤسسات الطيران ، العلاج في المؤسسات الصحية، و الإتصال لمؤسسات الإتصالات الهاتفية...إلخ[19]ص77. أما الخدمات المحيطة أو التكميلية : فهي الخدمات المسهلة لإستهلاك الخدمة الجوهر و التي تشبع حاجات ثانوية لدى العميل. و لقد قدم Lovelock تصنيفا للخدمات المحيطة على شكل زهرة تضم ثماني بتلات تحيط بقلب الزهرة الخدمة الجوهر كما هو موضح في الشكل الموالي:



شكل رقم (1-3): زهرة الخدمة[20] ص 244

و لقد قسم هذه الخدمات المحيطة الثمانية إلى قسمين هي[21]ص41 : الخدمات المحيطة المسهلة و التي تساعد على إستخدام الخدمة الجوهر و تضم" المعلومات ، إستلام الطلبيات ، إصدار الفواتير (الفوترة) و الدفع". و الخدمات المحيطة الداعمة ، وهي التي تضيف قيمة للعملاء و تضم" الإستشارات ، الضيافة ، حماية ممتلكات العميل (الأمن) و الإستثناءات".

هذا و تبقى عملية تصنيف الخدمات أمرا صعبا بسبب تعددها و تنوعها و صعوبة الفصل بينها و بين المنتج في الكثير من الأحيان ، إضافة إلى إرتباط تقديم الخدمة بمشاركة العميل في فعالياتها،هذا و قد قام العديد من الباحثين بوضع تصنيفات للخدمة نوردها في الملحق رقم (01) .

1-1-2-2 أهمية الخدمة :

يؤدي قطاع الخدمات دورا رئيسيًا في توليد الدخل و النمو و خلق فرص العمل و تحقيق إيرادات النقد الأجنبي لجميع البلدان ، لا سيما في البلدان النامية . حيث أصبح هذا القطاع ، القطاع الاقتصادي الرائد و قاطرة النمو على الصعيد العالمي ، و أن منافعه تنتشر على المستويين الجزئي و الكلي لما يحققه في الاقتصاد من آثار مضاعفة إيجابية واسعة تؤثر على آفاق النمو في جميع القطاعات و الأنشطة الاقتصادية .و تشكل الخدمات عمادا للإقتصاد و مدخلات أساسية لجميع الأنشطة الإقتصادية .و هي أيضا حاضنة للإبتكار و توليد المعارف و نشرها ، و محدِّد رئيسي لتنشيط التجارة في البضائع و الإستثمار ، و سلاسل القيمة العالمية[22]ص2.

بالإضافة إلى ذلك فقد أصبح قطاع الخدمات يتجاوز % 70 من ذلك الناتج في الإقتصاديات المتقدمة ، و أكثر من % 50 في الإقتصاديات النامية الأمر الذي يؤكد مدى التوسع المتوقع في التجارة الدولية المتعلق بتحرير تجارة الخدمات التي تشكل حاليا أكثر من % 20 من حجم التجارة الدولية بمبلغ يزيد عن 1200 مليار دولار[23]ص45.

و قد نجحت عدة بلدان نامية في جني مكاسب إنمائية كبيرة من تجارة و إقتصاد الخدمات. حيث تقوم البلدان النامية ، بما فيها الأقل نموا باستغلال المجالات التقليدية لمزاياها النسبية المستندة إلى وفرة اليد العاملة القادرة على المنافسة و الموارد الطبيعية ، مثل السياحة و البناء و خدمات الرعاية الصحية.

و من العوامل التي ساهمت في نمو قطاع الخدمات[24]ص14، نذكر الإرتفاع في المستوى المعيشي و الناتج أساسا عن إرتفاع الدخل ، الأمر الذي أدى إلى نمو قطاع الخدمات بصفة كبيرة ، لأن الفرد المعاصر يعطي الأولوية لراحته مما أدى به إلى ترك الأعمال التي كان يقوم بها سابقا و شرائها جاهزة من المؤسسات الخدمية المتخصصة.هذا فضلا عن تغير مواقف أو تصرفات المستهلكين ، حيث أن كثرة المنتجات المادية أدت إلى توجه الأفراد إلى البحث عن الخدمات المرتبطة بها .كما أصبح المستهلك يعير أهمية كبيرة لوقت فراغه في إختيار الخدمة أكثر مما يعيره للمال الذي يملكه بالإضافة إلى بحثه عن الفعالية، حيث أضحى المستهلك يلجأ إلى الحصول على حاجاته من المؤسسات ذات الكفاءة العالية التي تعرض عليه خدمات مختلفة و مترابطة فيما بينها، و ذلك لامتلاكها خبرة أكبر من خبرة الزبون.

و من بين العوامل التي كان لها دور في نمو قطاع الخدمات أيضا تلك المتعلقة بتعقد الحياة الحديثة، حيث أدى التطور التكنولوجي من جهة إلى تسهيل حياة الأفراد و ذلك نظرا لاستعمال الآلات و المعدات المتطورة و الحديثة . و من جهة أخرى إلى تعقيدها، و هذا ما أدى إلى ضرورة وجود خدمات كالصيانة لتعقد تركيب تلك الآلات بالإضافة إلى خلق خدمات جديدة و المرتبطة بتقديم منتجات جديدة .

1-1-3 عناصر النظام الخدماتي.

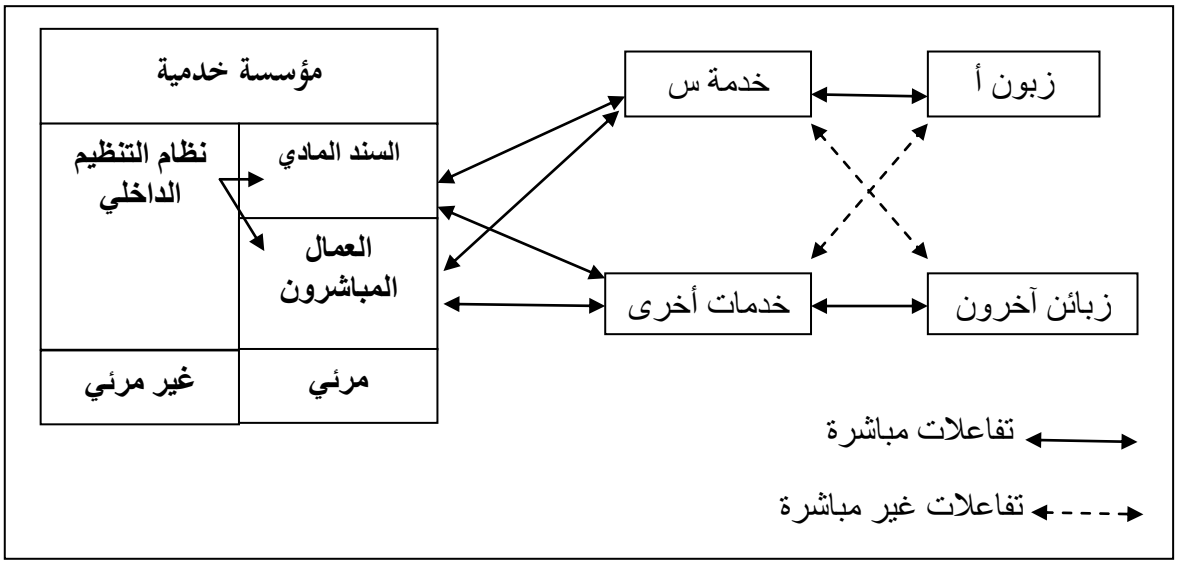
بعد أن قمنا بتحديد مفهوم الخدمة و إبراز أهم خصائصها و مختلف التصنيفات التي تخضع لها، سنحاول من خلال هذا المطلب إبراز أهم عناصر النظام الخدماتي .

1-1-3-1 عناصر النظام الخدماتي:

تتكون المؤسسة الخدمية من عدة عناصر تتفاعل فيما بينها لإنتاج و تقديم الخدمة. و قد حدد كل من (Eiglier et Langeard) ،خمسة عناصر أساسية تدخل في عملية إنتاج الخدمة هي[25]ص9:

- نظام التنظيم الداخلي؛ (Système d'organisation interne)
- السند المادي؛ (Support Physique)
- العمال المباشرون؛ (Personnel en contact)
- الزبون؛ (Le Client)
- و عرض الخدمات ؛(Prestation des Services).

ويمكن توضيح عناصر إنتاج الخدمة من خلال الشكل الموضح أدناه:



شكل رقم (1-4): عناصر إنتاج الخدمة في المؤسسة الخدمية[26]ص448.

- **نظام التنظيم الداخلي**: يتمثل نظام التنظيم الداخلي في الإدارة العليا للمؤسسة ، و التي تعتبر مصدر القرارات المتعلقة بعرض الخدمات ، إختيار المحيط المادي ، توظيف و تسيير الموارد البشرية ، تحديد أشكال الإتصال بين المؤسسة و العملاء ،...الخ .و بذلك يكون لهذا الجزء من عملية الإنتاج غير المرئي بالنسبة للزبون تأثيرا مباشرا على عملية تقديم الخدمة و جودتها[27]ص22.

- **السند المادي أو الحامل المادي**: و يعني الحامل الضروري لإنتاج الخدمة الذي يستعمله سواء المستخدمون الذين هم في إتصال مباشر مع العميل ، أو العميل نفسه. و يمكن تقسيم الحامل المادي إلى قسمين، إذ يتمثل القسم الأول في الوسائل الضرورية للخدمة كالأثاث و الآلات و غيرها و الموضوعة تحت تصرف المستخدمين و الزبائن و إستعمالها ينتج الخدمة . أما القسم الثاني فيتمثل في المحيط المادي للخدمة الذي يتكون من كل ما يحيط بالوسائل مثل المباني ،المحلات ، الديكور... الخ.

- **العمال المباشرون** : يشمل كل الأشخاص و الموظفين من طرف المؤسسة الخدمية و مهمتهم الإتصال المباشر مع الزبائن ، و مثال ذلك موظف الإستقبال في الفندق ، أو مضيفة الطيران.

- **العميل :** هو العنصر الأساسي للنظام ، لأن حضوره ضروري و بدونه فالخدمة غير موجودة ، و مثال ذلك هو تلك الغرفة الموجودة في الفندق و التي لم تحجز طوال ليلة ما ، فعدم حضور العميل أدى إلى عدم تواجد الخدمة بالرغم من وجود القدرات و الإمكانيات المتوفرة للخدمة.

- **عرض الخدمات أو الخدمة** : تمثل هدف و نتيجة النظام الخدمي ، و منه فالخدمة هي محصلة التفاعل بين العناصر الثلاث الأساسية ، و المتمثلة في : العميل ، الحامل المادي ، المستخدمون المباشرون . هذه المحصلة تشمل الفائدة التي تشبع رغبات العميل ، و تحقق أهداف المنظمة الخدمية بالإستمرار في التواجد .

1-2 الإطار النظري للخدمات الصحية .

تعتبر الخدمات الصحية إحدى مقومات التنمية الشاملة في أي بلد من بلدان العالم ، و بالتالي إذا تناولنا هذه القضية – التنمية – فيجب أن لا نغفل عن دور و موقع الصحة على خارطتها . و من هنا كان الإهتمام العالمي بالرعاية الصحية للمواطنين ، و تسابق الدول في تقديم أحسن الخدمات الصحية و أفضلها ، و العمل على مواكبة التطور بسبب المنافسة الشرسة الذي يشهدها هذا المجال.

و عليه سنحاول من خلال هذا المبحث شمل بعض المفاهيم المتعلقة بالصحة و الخدمات الصحية و أهم خصائصها.

1-2-1 مدخل إلى الصحة.

إن الحديث عن الصحة شائق لكنه شائك خصوصا إذا كان مطولا على مدى نصف قرن ، واسعا يشمل أجزاء عديدة من العالم ، معقدا إذا تطرق إلى الأمور المالية الصرفة ، لكننا إذا حددنا الهدف منه فسوف نسهل المهمة[28]ص3 ،و يتمثل هذا الهدف في أن تكون الخدمات الصحية متوفرة و أن يكون الوصول إليها ممكنا كي تصبح صحة الناس جيدة و هو ما أوضحته منظمة الصحة العالمية عام 1978.

1-1-2-1 مفهوم الصحة :

لقد عاش العالم سنوات طويلة من عمره ، و في تصوره أن مهمة العلوم الطبية هي علاج المرضى ، فإذا إمتدت هذه المهمة إلى أكثر من ذلك فإنها لا تتجاوز الوقاية من الأمراض .هذا المفهوم قد تغير في السنوات الأخيرة و خاصة منذ قيام منظمة الصحة العالمية ، حيث إشتد الجدل حول تحديد مفهوم الصحة فكان الشائع بين الأطباء و المشتغلين في المجال الصحي بأن الصحة تعني «غياب المرض الظاهر و خلو الإنسان من العجز و العلل » ، فطالما أن جسم الإنسان قد خلا من العلة وبرأ من الداء

فذلك معناه أن هذا الجسم صحيح. و لكن هذا المفهوم لم يقنع الذين تولوا أمر المنظمة العالمية للصحة و اعتبروا أن هذا المفهوم هو إهدار لمعنى الصحة و يجعل دورها سلبي لمجرد أنه علاج للداء[29]ص17.

إهتم الاقتصاديون الأوائل باقتصاديات الصحة ، شأنهم شأن Alfred Marshall الذي أورد مفهوم الصحة في كتابه « Principles of Economics » سنة 1920 ، حيث عرفها على أنها[30]ص161-169: «القوة الجسدية و القوة العقلية و القوة المعنوية أو النفسية للفرد »، حيث ينصرف مفهوم الصحة إلى حالة السلامة البدنية و العقلية و النفسية للفرد .هذا و يرتبط المستوى الصحي للفرد بحالة السكن ، و مستوى التعليم و مستوى و نوع الغذاء ، و مستوى نظافة البيئة ، و الخدمات الصحية المتاحة ، و مدى إمكانية الحصول عليها ، فإذا كان المرض أو الانتقاص من حالة السلامة الصحية للفرد يرجع إلى العناصر السابقة ، فإن الهدف الأساسي للخدمات الصحية هو تخليص الفرد من المرض و تمكينه من العودة إلى حالة السلامة الصحية.

أما منظمة الصحة العالمية فتعرف الصحة على أنها :«حالة السلامة و الكفاية البدنية و النفسية و الاجتماعية الكاملة ، و ليست مجرد الخلو من المرض أو العجز و عدم الإتزان »[31]ص22. يمكن إعتبار هذا التعريف كهدف أكثر من كونه تعريف ، حيث يوضح مدى إرتباط كل من الجوانب البدنية و النفسية و الإجتماعية ، لدرجة أنه إذ إنتقص أي جانب من هذه الجوانب ينتج عنه عدم تكامل الصحة .

و في الأخير و تبعا لما سبق، يمكن أن نخلص إلى أنه يمكن إعتبار الصحة و المرض حالات نسبية تختلف من شخص لآخر ، إذ لا يمكن إعتبارهما مفهومين متضادين ، و بذلك يبقى مفهوم

الصحة محايدا بحيث أن كل فرد ملزم بتعريفها من وجهة نظره ، الأمر الذي يؤدي إلى إستحالة توحيد مفهومها.

1-2-1-2 مستويات الصحة :

ليست الصحة بالشيء الثابت الذي يمكن أن يوفر مرة واحدة للجميع، و لكنها مسؤولية كل من الفرد و المجتمع ، حيث يجب أن تطور و تصان و تحسن بإستمرار ، إذ نجدها تتذبذب من صحة مثالية إلى عدة مستويات مرضية فالموت في النهاية ، و بذلك تكون درجات الصحة كما يلي[32]ص 68:

- **الصحة المثالية :** و هي الحالة التي يكون فيها الفرد خاليا من أي أمراض ظاهرية أو باطنية و متمتعا بكافة الجوانب الصحية البدنية و العقلية و النفسية و الإجتماعية ، و هي تعد هدفا بعيدا لبرامج الرعاية الصحية و الإجتماعية و التي تسعى لتحقيقيه و إن كان صعب المنال.
- **الصحة الإيجابية:** و هي حالة يستطيع فيها الفرد و المجتمع مواجهة المشاكل و المؤثرات الإجتماعية و النفسية و الجسمية بكفاءة عالية إلى حد كبير دون ظهور أي أعراض مرضية.
- **السلامة المتوسطة:** لا يظهر المرض فيها بصورة مباشرة و لكن مع التعرض لأي مؤثرات خارجية أو داخلية يقع الفرد في براثين المرض ، أي أن الفرد لا يشكو بصورة مباشرة من مرض معين و لكن بصفة عامة لا تظهر الطاقة الإيجابية في الحالة الصحية.
- **المرض غير الظاهر:** في هذه الحالة لا يشكو الفرد من أعراض ، أي أن هناك قصورا صحيا غير ظاهر ، و معنى ذلك إختفاء الأعراض المرضية الظاهرة ولكن عند القيام بالتحليلات أو الإشعاعات أو الفحوصات يكتشف المريض أن هناك مرضا ولكن غير ظاهرا سطحيا.

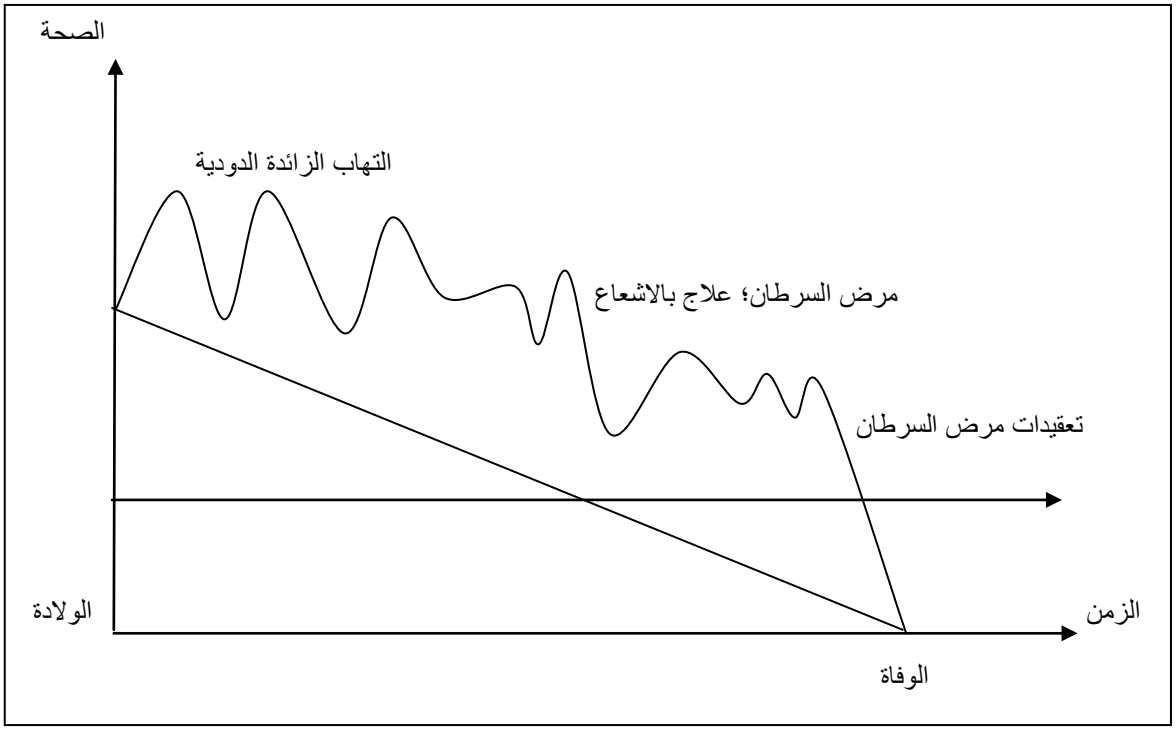
- **<u>المرض الظاهر:</u>** وفي هذا المستوى يكون هناك ظهور لأعراض مرضية يشعر بها الفرد تنم عن إصابة الفرد بمرض معين ، و يشعر الفرد من جرائها بالألم و القلق الظاهرين.
- **<u>مستوى الإحتضار:</u>** و هو المستوى الذي يفقد الإنسان معه كل قدرة على أداء الدور أو الوظائف الحيوية ، و تسوء حالته من وقت لآخر ، و معه يصعب على الفرد إستعادة حالته الصحية.

إذا ، يمكن إعتبار الصحة كسلعة معمرة ، مثلها مثل المنزل أو السيارة... إلخ ، و في هذا الصدد، إستعرض Grossman [33]ص28 ، فكرة أن الصحة تعتبر كسلعة إقتصادية ، و بين كيف أن الشخص الرشيد يجب أن يكون له منحنى طلب للخدمات الصحية التي تشتق من الطلب على الصحة ذاتها.

و بالتالي، تتخذ دالة المنفعة U لشخص ما الشكل التالي: $U= U(x,h)$ حيث :

X: سلع أخرى ، h : رصيد من الصحة.

هذا بالإضافة إلى أنه مثل أي سلعة معمرة فإن رصيدنا من الصحة يتآكل مع مضي الوقت و هذا ما يسمى بالوهن و الذي يعرف في التعبير الإقتصادي بالإهتلاك ، أي أن رصيدنا من الصحة يهتلك مع الوقت ، و هو ما يوضحه الشكل الموالي:



شكل رقم(1-5) : مسار الزمن لرصيد الصحة [33]ص29 .

نلاحظ من خلال الشكل تذبذب الحالة الصحية خلال فترة حياة الفرد ، حيث تتناقص تدريجيا تبعا لمختلف الأحداث التي يمكن أن تطرأ من أمراض و إصابات التي تؤدي بدورها إلى إضعاف الفرد و الإنقاص من صحته (الوهن) إلى أن يصل إلى أدنى مستوى صحي و الذي يمثل النقطة الحرجة في الشكل و في حياة الإنسان ، ألا و هي نقطة الموت.

لقد أكدت منظمة الصحة العالمية على شعار « الصحة للجميع »، و أن الحفاظ على أعلى مستوياتها هو مسؤولية كل فرد في المجتمع ، إلا أن هناك بعض العوامل التي تؤثر بشكل أو بآخر في تحديد مستوى الصحة[34]ص363. و تتمثل هذه العوامل في العوامل الطبيعية كالمناخ و البيئة الجغرافية ، و أخرى بيولوجية"حيوية " كناقلات العدوى ، سواء كانت حشرات مثل الذباب و البعوض أو حيوانات كالفئران و الكلاب. فضلا عن العوامل الإجتماعية (مستويات المعيشة والعادات والتقاليد) و العوامل الاقتصادية مثل قصور الإمكانات المادية المتمثلة في عدم وجود إمكانات لتنفيذ برامج الرعاية

الصحية مثل التشخيص والتحصينات أو إنتشار الفقر وعدم توافر الإمكانات التي تساعد على توفير حياة صحية جيد ة، من مسكن وغذاء ورعاية طبية. بالإضافة إلى تلك العوامل المتعلقة بالبيئة و المتمثلة في عدم توافر المياه الصحية الصالحة للشرب و صرف الفضلات بصورة صحية و ما يترتب عليها من إنتشار الأمراض المعدية مثل النزلات المعوية و تلوث الهواء بعوادم السيارات و المصانع. كما أن التركيبة السكانية و زيادة معدلات المواليد والوفيات و الخصوبة يترتب عنها مشاكل صحية و إجتماعية في حالة غياب العامل الطبي و المتمثل في مدى توافر العيادات الطبية و الأطباء و الممرضين.

1-2-2 النظام الصحي .

إن النظام الصحي يحمل عدة مفاهيم لها علاقة بالهيكل التنظيمي ، و التي تسمح بتحليل مكوناته ، هذه المكونات ليس لها معنى إلا إذا إجتمعت في مجملها ، غير أن الهدف الرئيسي لأي نظام صحي هو ضمان و توفير مستوى صحي أمثل للفرد و المجتمع . و من أجل فهم أدق لما سبق الإشارة إليه، سنقوم باستعراض أهم المفاهيم للنظام الصحي ، مكوناته ، و محددات أدائه.

1-2-2-1 مفهوم النظام الصحي:

سوف نقوم فيما يلي بإستعراض جملة من التعريفات بهدف إعطاء صورة عن مفهوم النظام الصحي:

عرف النظام الصحي على أنه "مجموع المنظمات و المؤسسات و الموارد الرامية أساساً إلى تحسين الصحة، و يحتاج ذلك النظام إلى موظفين و أموال و معلومات و إمدادات و وسائل نقل و إتصال و توجيهات و إتجاهات عامة. و لا بد لذلك النظام من توفير خدمات تلبّي الإحتياجات القائمة بأسعار منصفة و السعي ، في الوقت ذاته ، إلى معاملة الناس على نحو لائق" [35] .كما

عرف على أنه " مجموعة من العناصر المترابطة و المتفاعلة مع بعضها ضمن شبكة من الإتصالات ، و التي تعمل معا لتحقيق هدف النظام و المتمثل في ضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد و المجتمع ، و المحافظة عليه ، و ترقيته بإستمرار"[36]ص54. أو " بأنه كل الجهود التي تبذل بهدف تحسين الصحة سواء تعلقت هذه الجهود بالعناية الصحية للأفراد أو بتقديم الخدمات الصحية العامة "[37]ص4.

تبعا لما سبق ، يمكن أن نعطي مفهوما شاملا للنظام الصحي كما يلي: «النظام الصحي هو مجموعة المنظمات و الأجهزة و الموارد و التي تحوي جملة من المدخلات التي تتفاعل فيما بينها عن طريق شبكة إتصالات ، و التي تسيرها نصوص و إجراءات قانونية ، و تتأثر بالعوامل المحيطة من أجل إنتاج أهم عصارة و التي تتمثل في الهدف الرئيسي لهذا النظام ، ألا و هو ضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد و المجتمع على حد سواء ».

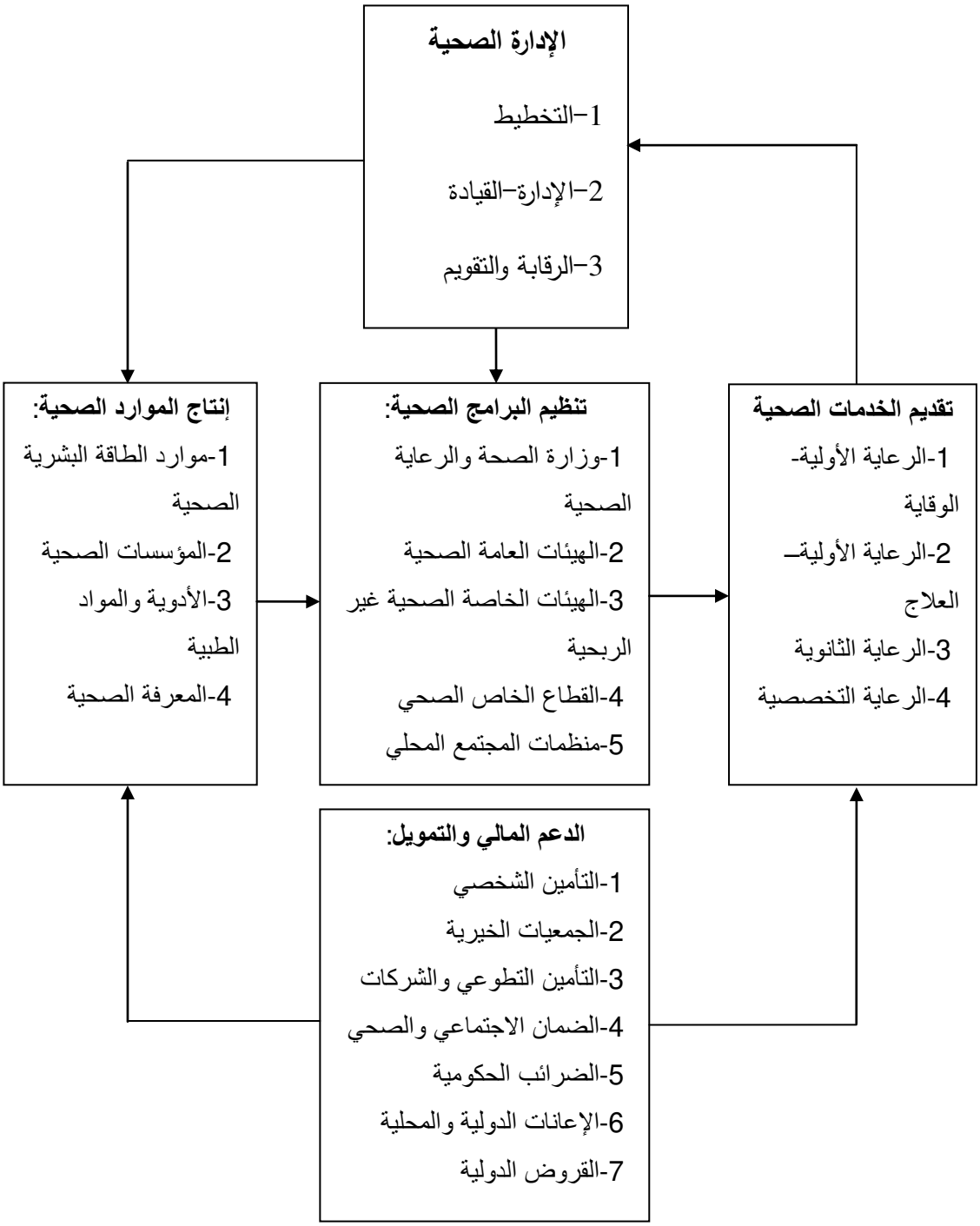
1-2-2-2 مكونات النظام الصحي و وظائفه:

يتكون النظام الصحي من خمسة مكونات أساسية نعرضها فيما يلي[36]ص56-60 :

- **إنتاج الموارد الصحية**: لكل نظام صحي موارد صحية متنوعة ، فلا بد أن يكون لديه طاقة بشرية صحية متطورة ، و مؤسسات صحية تعمل فيها موارد الطاقة البشرية ، و لا بد أن يكون لدى النظام الصحي أدوية و معدات و أجهزة طبية و مواد لرعاية المرضى ، كما يجب أن يكون لديه المعرفة اللازمة لتشغيل النظام، كالبحوث الصحية من أجل تحقيق أهداف علاجية و وقائية ، و أكبر دليل على المعرفة هي التكنولوجيا.

- **<u>تنظيم البرامج الصحية</u>**: و تقوم بها وزارات الصحة الوطنية و كذلك الوزارات و الهيئات الحكومية الأخرى ، كوزارات الدفاع و الهيئات العسكرية ، و برامج الضمان الإجتماعي ، و المنظمات الخيرية و التطوعية ، و كذلك النقابات و إتحادات العمال ، و القطاع الخاص.
- **<u>الدعم المالي و التمويل</u>:** إن مصادر التمويل الصحي تتضمن المصادر العامة ، كالضرائب ، و الجمارك و برامج التأمين الصحي الحكومي و العسكري ، و موظفي الشركات و نشاطات المجتمع المحلي التي لا تهدف إلى الربح ، و المساعدات و المنح و الهبات الخارجية الحكومية و الخيرية ، و التأمينات الشخصية و التأمين التطوعي.
- **<u>الإدارة الصحية للنظام الصحي</u>**: تلعب الإدارة الصحية دورا حيويا و هاما في إدارة النظام الصحي، و تقوم بالتخطيط الإستراتيجي و تقويم البرامج الصحية ، و تدريب طلاب الطب و المهن الطبية الأخرى و القيام بالبحوث الصحية ، و قيادة النظام الصحي ، و وضع معايير الرقابة على الأداء ، و تحسين مخرجات و عمليات و مدخلات النظام الصحي ،هذا فضلا عن تنظيم الظروف البيئية و ترخيص و إعتماد المهن الطبية و المؤسسات الصحية ، و إصدار التشريعات الصحية ، و تنظيم القوى الصحية العاملة و تقويم الجودة و تحسينها.
- **<u>إنتاج و تقديم الخدمات الصحية</u>** : يتمثل الهدف الأساسي الذي يسعى إليه النظام الصحي في تقديم خدمات صحية على المستويات الثلاث الأولية و الثانوية و التخصيصية ، و هذا لتلبية الحاجات الصحية و القيام بعملية تعزيز الصحة ، و ما يترتب عليها من نشاطات فردية و جماعية للحفاظ على الصحة و إستردادها بعد حدوث الأمراض و الحوادث المؤثرة سلبا على الصحة.

و يمكن توضيح مكونات النظام الصحي و وظائفه و تداخلاته في الشكل الموالي:



شكل رقم (1-6) : مكونات النظام الصحي و وظائفه و تداخلاته[36]ص59

و لقد أوردت "Quds press" بعض أوجه القصور التي تنتاب النظم الصحية في العالم [38]ص 106-107، و التي تمثلت أساسا في تركيز العديد من وزارات الصحة على القطاع العام و الميل إلى تجاهل الرعاية الصحية للقطاع الخاص، بالإضافة إلى ممارسة معظم الأطباء في العديد

من البلدان لمهنتهم في كل من القطاعين العام و الخاص في الوقت ذاته ، مما يعني أن الأمر ينتهي بالقطاع العام إلى إعانة القطاع الخاص.هذا فضلا عن عجز العديد من الحكومات عن منع " السوق السوداء" في مجال الصحة حيث يسود الفساد و الرشوة و ممارسة عملين في نفس الوقت ، و إنتشار الممارسات غير القانونية الأخرى. لا سيما أن مثل هذه السوق التي تنتعش بسبب سوء عمل النظم الصحية و إنخفاض أجور العاملين الصحيين ، أدت إلى زعزعة تلك النظم مما نتج عنه إخفاق العديد من وزارات الصحة في تنفيذ اللوائح التي تضعها بنفسها أو التي يفترض أن تنفذها لما فيه المصلحة العامة.

هذا و قد إستعرضت منظمة الصحة العالمية في تقريرها لعام 2000 تطور إستراتيجيات و سياسات بناء الأنظمة الصحية على مستوى العالم ، حيث لاحظت أن الأنظمة الصحية قد شهدت ثلاث أجيال من الإصلاح ، حيث ركز الأول على إنشاء الأنظمة الوطنية و الثاني على جعلها أكثر كفاءة و عدالة ، و الثالث على الطلب على الخدمات الصحية[37]ص4 .

1-2-2-3 محددات أداء النظام الصحي:

لقد رتب التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية لعام 2000 ، تحت عنوان " النظم الصحية: تحسين الأداء " الدول من ناحية الأداء الصحي وفقا لعدد من المحددات هي[38]ص108 :

- **الإستجابة :**

أوضح التقرير أن القدرة على الإستجابة تنطوي على أمرين أساسين ، يتمثل أولهما في الإحترام ، بما في ذلك صون كرامة الأفراد و الأسر و حفظ أسرارهم و مراعاة حريتهم في إتخاذ القرارات التي تتعلق بصحتهم . و يكمن الثاني في توجيه المرضى و إبداء إهتمام أكبر لشبكات الدعم الإجتماعي عند توفير الرعاية و إتاحتها ، و تقوم القدرة على الإستجابة أساسا على إمكانية توفر الموارد.

- **عدالة المساهمة المالية :**

تباينت مراتب مختلف البلدان في عملية التصنيف التي أجرتها منظمة الصحة العالمية لتحديد مدى عدالة المساهمة المالية في النظم الصحية ، حيث إعتمدت في تصنيفها على القسط الذي تقتطعه كل أسرة من مجموع نفقاتها مع طرح نفقات الأغذية في الدخل ، و تخصيصه لنفقات الرعاية الصحية بما في ذلك الضرائب و الأقساط المستحقة لصندوق الضمان الإجتماعي ، وصناديق التأمين الخاصة والمدفوعات المباشرة.

- **مستوى الصحة العام :**

لأن النظام الصحي الجيد يساهم أساسا في تعزيز مستوى الصحة العام ، فقد إختارت منظمة الصحة العالمية الإعتماد على متوسط العمر المأمول ، و إحتساب مدى الإعاقة كمعيار لتقييم مستوى الصحة في العالم ، و بالتالي تقدير مدى النجاح في تحقيق هدف تعزيز مستوى الصحة ، حيث يتميز هذا المعيار بأنه قابل للمقارنة بمتوسط العمر المأمول بصفة مباشرة.

- **توزيع الإنتفاع :**

على النظم الصحية أن تسعى إلى الحد من التباينات و هذا من خلال إعطاء الأولوية للأنشطة التي ترمي إلى تحسين مستوى صحة الفقراء و تدارك أوجه التفاوت ، لتحقيق هدف الإرتقاء بمستوى الصحة و بلوغ أفضل مستوى ممكن. أي النهوض بالجودة من جهة و القضاء على التباينات بين الأفراد و الجماعات و تعزيز الإنصاف من جهة أخرى.

- **توزيع التمويل :**

نبه التقرير إلى وجود طرق جيدة و أخرى سيئة لتمويل النظم الصحية إلا أنها قد تكون جيدة إلى حد ما ، إذا إرتبطت أساسا بتوزيع الأعباء المالية توزيعا عادلا لاسيما أن التمويل العادل يعني التوزيع العادل ، مشيرا إلى أن ذلك لا يتعلق بمجموع الموارد المتاحة أو بكيفية توظيف الأموال.

تجدر الإشارة إلى أن النظم الصحية في العالم متعددة ، و لا يوجد نظام صحي مثالي ، إلا أن القاسم المشترك لأفضل النظم الصحية يتمثل في مدى إستجابتها لإحتياجات الأفراد ، و عدالة توزيع تكلفة التمويل على متوسط الأفراد[38]ص108.

1-2- 3 الخدمات الصحية.

حتمت الحاجة الملحة للخدمات الصحية إلى تزايد إهتمام مختلف المنظمات و الهيئات الصحية سواء على المستوى المحلي أو الدولي ، و ذلك بالعمل على تطوير و تحسين الخدمات التي تتسم باستمرارية الطلب عليها. و عليه، سنحاول من خلال هذا المطلب شمل بعض المفاهيم الخاصة بالخدمات الصحية و أهم خصائصها.

1-2-3-1 مفهوم الخدمة الصحية:

تعتبر الخدمات الصحية شكلا من أشكال الخدمات الأكثر شيوعا ، و أحد مدخلات إنتاج الصحة. فبالرغم من شيوع إستخدام هذا المصطلح إلا أنه لم يحصل إتفاق تام حول تعريفها و تحديد معنها.

فقد عرفها زكي خليل مساعد[39]ص87 على أنها « المنفعة أو مجموعة المنافع التي تقدم للمستفيد التي يتلقاها عند حصوله على الخدمة و التي تحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية و العقلية و الإجتماعية ، و ليس فقط علاج الأمراض و العلل ». فهذا التعريف يبين أن عملية العلاج لا تمثل الخدمة الصحية في حد ذاتها ، بل مكونا من مكوناتها ، فالخدمة الصحية هي عبارة عن نشاط

مركب من ثلاثة متغيرات رئيسية و المتمثلة في " الفندقة و الإطعام ، الإدارة و التسيير، الخدمات الطبية و الشبه طبية ".

كما عرفها محمد إبراهيم[40]ص23، بأنها «عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع و البيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية و المستحضرات الطبية و الأجهزة التعويضية و غيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين و علاجهم و وقايتهم من الأمراض المعدية». حيث يتبين من هذا التعريف أن الخدمات الصحية هي كل ما توفره الدولة (عبر قطاعها الصحي) من خدمات سواء علاجية كانت أو وقائية أو إنتاجية، موجهة للفرد أو المجتمع أو البيئة.

في حين يعرفها "فوزي مدكور"[41]ص198، بأنها: « مزيج متكامل من العناصر المادية الملموسة و الأخرى غير الملموسة ، و التي تحقق إشباعا و رضاءا معين للمستفيد». و يتبين من تعريف "فوزي مدكور" أن خاصية اللاملموسية بالنسبة للخدمات الصحية هي خاصية نسبية ، حيث إعتبرها بأنها منتج صحي يتكون من مزيج من العناصر الملموسة و غير الملموسة.

و قد عرفها الدكتور "ياسر البكري"[1]ص168 بأنها " العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصيا أو إرشاديا أو تدخلا طبيا ، ينتج عنه رضا أو قبول و إنتفاع من قبل المرضى و بما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل". حيث يشير هذا التعريف في مضمونه إلى أن الخدمة الصحية تتضمن ثلاثة أبعاد رئيسية، هي : **الصفة المميزة للخدمة ، الخدمات الساندة، المنافع المرجوة من الخدمة .**

و إنطلاقا من التعاريف السابقة و حسب معظم النظم الصحية العالمية يمكن أن نصنف الخدمات الصحية إلى أربع مستويات كما يلي:

- **الرعاية الصحية الأولية** : يمثل هذا المستوى أوسع المستويات الصحية الخدمية ، فقد عرفتها منظمة الصحة العالمية على انها : « الخدمات الصحية الشاملة و الأساسية الميسرة لجميع الأفراد و الأسر في جميع المجتمعات ، و المعتمدة على وسائل و تقنيات صالحة عمليا، سليمة علميا و مقبولة إجتماعيا ، و بمشاركة تامة من أفراد المجتمع ، بتكاليف يمكن للبلد و المجتمع توفيرها في كل مرحلة من مراحل التطور »[42]ص3.
- **الرعاية الصحية الثانوية** : و يعرف هذا المستوى على أنه المستوى الذي يحوي التخصصات الطبية الرئيسية ، حيث تقدم هذه الخدمات مع إشتمالها على أقسام الإسعاف و الطواريء و العيادات الخارجية و الداخلية و كذلك خدمة جميع المرضى المحولين من المراكز الصحية للمستشفى سواء بالعلاج المكثف أو بالمداخلات الجراحية[43]ص39.
- **الرعاية الصحية الثالثية "التخصصية"**: توجه بعض الحالات مباشرة إلى مستوى الرعاية التخصصية عند عجز المستوى السابق عن مواجهتها ، و هذا بهدف تقديم نوع معين من الخدمات المتخصصة، حيث تقدم هذه الخدمات للمريض علاجيا أو جراحيا أثناء تنويمه في المستشفى. و ما يميز هذا المستوى أنه يشمل أخصائيين ذوي كفاءات عالية و يتوفر على تقنيات متطورة أكثر تعقيدا إضافة إلى طول مدة الإقامة و توفير عناية مركزة[44]ص161.
- **الرعاية الصحية التأهيلية**: و يشمل هذا المستوى ، الخدمات التي تقدم للمرضى لفترات طويلة أو لمرضى لا يأمل في شفائهم ، حيث يتم تأهيلهم من أجل التعايش مع المرض أو الإعاقة التي ألمت بهم و إعادة دمجهم في المجتمع.

هذا و يتطلب أداء الخدمات الصحية أن يؤخذ في الإعتبار عدة معايير تتصل بالتكلفة و الكفاءة و الفعالية و العدالة ، و هذه المعايير هي التي تحدد من سيستفيد من تلك الخدمات ، و بأي مستوى.

1-2-3-2 خصائص الخدمات الصحية :

إن خصائص الخدمات الصحية لا تبتعد عن الخصائص العامة للخدمات و التي سبق و أن تطرقنا إليها إلا أنها تتميز عن باقي الخدمات بجملة من الخصائص و التي نوردها فيما يلي :

- **الخدمات الصحية خدمات شخصية :**

أي أنها تقدم للشخص المعني بالعلاج وحده ، كما أن الطبيب لا يستطيع أو بالأحرى يستحيل عليه معالجة مجموعة من الأفراد في آن واحد و هذا بسبب محدودية وظيفته بحكم تخصصه في مجال معين من الخدمات الصحية دون غيره (كطب العيون، جراحة القلب...)، لكن لا يمكن تعميم هذه القاعدة حيث أنها لا تنطبق على كافة الخدمات الصحية ، كحملات التوعية الصحية من أمراض معينة و التي توجه للعامة في نفس الوقت[39]ص24.

و عليه ، يمكن القول بأن الخدمات الصحية هي خدمات فردية تقدم لكل فرد على حدى و في مجالات تخصص معينة.

- **الخدمة الصحية سلعة عامة:**

تخضع السلع العامة للتأثيرات الخارجية بدرجة أساسية ، و تتميز هذه السلع بأنها حساسة للأفراد .و قد حدد كل من Musgrave و Boston سنة 1976 خاصيتين للسلع العامة أو الخدمات العامة هما : المنافسة، و الإقصاء أو الابتعاد.

فالخاصية الأولى تعني أن الفرد عندما يستهلك خدمة عامة فإنه يقف في علاقة تنافسية مع فرد آخر، فمثلا عندما يستهلك المريض الخدمة الصحية في وقت معين فإنه يكون قد أوقف المرضى المنتظرين للخدمة نفسها في الوقت ذاته، بإعتبار أن الطلب على هذه الخدمة مستمر.

أما الخاصية الثانية و هي خاصية الإقصاء ،و تعني إحتمال إقصاء البعض من فوائد الخدمة فعلى سبيل المثال ، هناك إحتمال إقصاء بعض المستفيدين في سلع الجمهور من الخدمة عندما تكون التكاليف مرتفعة[45]ص67

و بالتالي يمكن القول بأن الخدمات الصحية تهدف إلى تقديم منفعة عامة لمختلف الأطراف المستفيدين منها، سواءا كانوا أفرادا أو هيئات أو تنظيمات...

- **الخدمات الصحية غير قابلة للتأجيل :**

تتطلب الخدمات الصحية في الغالب السرعة في الأداء ، فإصابة الفرد بإلتهاب في الزائدة الدودية مثلا يتطلب سرعة تقديم الخدمة الصحية اللازمة و هذا فور ظهور الأعراض الأولى الدالة عليها و إلا سيؤدي تأجيل علاجها بحياة المريض[39]ص26-27 ، و عليه فإتصاف الخدمات الصحية بالسرعة و الإلحاح يتطلب إنتشار مكاني و زماني[40]ص28 ، بمعنى تتطلب انتشار منافذ تقديم الخدمة في المناطق السكانية و إستقبال الحالات المختلفة في أي فترة زمنية.

- **تذبذب الطلب على الخدمات الصحية:**

أي عدم إستقرار الطلب على الخدمات الصحية و هذا يرجع في الأساس إلى الظروف البيئية ، و حاجة المريض للعلاج و عدم الإستقرار الأمني و غيرها من العوامل . فعلى سبيل المثال ، يزداد الطلب على الخدمات الصحية فيما يخص الزكام في الموسم الشتوي في حين نجده منخفضا في الموسم الصيفي. و كذا زيادة الطلب على حملات التلقيح ضد الأمراض المعدية في فترات الحروب[46]ص103.

- **الإستمرارية:**

إن المؤسسات الصحية مطالبة بأن تتميز خدماتها بالإلحاح و السرعة و كذلك بالحرص على تقديم النوعية الصحية العالية ، كما أنها مطالبة أيضا بإدامة و إستمرارية تلك الخدمات. و هنا يتباين مفهوم الإستمرارية حسب وجهة نظر المستفيد من الخدمة الصحية. فهي تعني من وجهة نظر المريض ، أنه هو محور إدارة الخدمات الصحية ، و هذا يتحقق من خلال إستمرارية العلاقة ما بين طالبي الخدمة و مقدميها الذين يرشدون مرضاهم و يوجهونهم إلى حيثما تتطلب حالاتهم متابعة و رعاية أفضل. في حين ينظر إليها من وجهة نظر المجتمع على أنها علاقات تعاون و تنسيق مستمر و مثمر بين المؤسسات الصحية و مقدمي الخدمة[39]ص26.

إذن ، يقصد بالإستمرارية ، إستمرارية العلاقة سواء كانت بين الفرد و المنظمة أو بين المؤسسات الصحية و مقدمي الخدمة.

1-2-3-3 سوق خدمات الرعاية الصحية :

مثله في ذلك مثل كل الأسواق يمكن النظر إلى سوق خدمات الرعاية الصحية من جانب العرض و الطلب على هذه الخدمات على النحو التالي:

- **الطلب على الخدمات الصحية:**

لقد شهدت تسعينات القرن العشرين دعوة قوية إلى الطلب القائم على الأدلة و البراهين إستجابة للموارد الاقتصادية النادرة التي تستخدم لتسهيل الخدمات الصحية و ذلك من خلال إستبعاد الممارسات الغير فعالة.

إن التغير في حجم أو هيكل السكان سيقابله إنتقال أو تغير في منحنيات الطلب على العديد من السلع و الخدمات و منها الخدمات الصحية و بالتالي إهتمامات التخطيط الصحي . فالزيادة في عدد المواليد مثلا سيؤدي إلى الزيادة في خدمات التوليد و الأطفال[47]ص41 ،كما أن زيادة نسبة الشيخوخة و إرتفاع معدل الحياة يعتبرمن أهم العوامل المؤدية إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية[48]ص8. فقد أشارت الإحصائيات في الجزائر لسنة 2008 إلى إرتفاع أمل الحياة إلى أن بلغ 76 سنة[49] بعدما كان 55 سنة فقط مباشرة بعد الاستقلال ، و هو ما صاحبه زيادة في المشاكل الصحية بما فيها زيادة المصابين بالأمراض المزمنة كالسكري و إرتفاع ضغط الدم و حتى السرطان [50]، حيث بلغت نسبة المصابين بارتفاع ضغط الدم الشرياني بـ 4.38% ، أما نسبة المصابين بمرض السكري فقد بلغت 2.10% و هذا بحلول سنة 2006[51]ص165.

إضافة إلى ذلك ، إزداد الطلب على خدمات الرعاية الصحية ، و هذا بسبب ارتفاع مستوى المعيشة،الأمر الذي أدى إلى رفع مطالب جودة الرعاية الصحية لدى المرضى. هذا إلى جانب ظهور الأمراض المستعصية التي وقف الطب الحديث عاجزا أمامها كمرض الايدز و السرطان.

- **عرض الخدمات الصحية:**

يلاحظ فيما يتعلق بجانب عرض الخدمات الصحية أن تقنيات إنتاج الخدمات الصحية تشتمل على مدخلات العمل في شكل أطباء و أطباء مساعدين ، بالإضافة إلى عوامل إنتاج وسيطة و رأس المال، و في هذا الصدد يلاحظ أن الأطباء بمختلف تخصصاتهم يقومون بتوفير المعلومات و

الإرشادات للأفراد حول طبيعة حالتهم الصحية ، و عن أثر مختلف طرق العلاج مع تقديم الخدمات العلاجية و الجراحية و كتابة الوصفات الطبية[37]ص6. كما يلاحظ أن الأطباء عادة ما يشكلون نسبة متدنية من قوة العمل المنخرطة في توفير الخدمات الصحية ، اذ يتطلب توفير عدد كبير من الممرضين و الإداريين و الصيادلة...إلخ. و من جانب آخر تلعب الإمدادات الطبية ، كالأدوية و المعدات الطبية دورا مهما في إنتاج الخدمات الصحية ، و بالتالي يمكن النظر إلى محددات عرض الخدمات الصحية من خلال التعرض للحوافز الاقتصادية و الاجتماعية التي تدفع مختلف الأطراف للقيام بأعمالهم في هذا المجال.و في هذا الصدد يمكن النظر للأطباء على أنهم يقومون بتقديم خدماتهم كعمال ماهرين ، و من جانب آخر ، و لأنهم يتوفرون على معرفة متخصصة حول تقنيات إنتاج الرعاية الصحية ، يمكن النظر إليهم كمنظمين أو إداريين للعملية الإنتاجية ، و من ثم فإن معدل الربح في مجال تقديم الخدمات الصحية يكون من أهم الحوافز الإقتصادية التي تستند عليها عملية إتخاذ القرارات بواسطة الأطباء.

إذن ، إن عرض الخدمات الصحية يكون من خلال نظام السوق الحر ، حتى يمكن تفعيل الحوافز السوقية في أداء نظم الخدمات الصحية ، وصولا إلى الكفاءة و الفعالية في أداء تلك الخدمات[39]ص105.

و بالتالي يمكن القول بأن المنظمات الصحية تعتمد على عملية التبادل في إجراء معاملتها و تمارس أنشطة مختلفة ، فهي تعمل في أسواق متعددة و تطبق مفاهيم و أساليب معينة في التعامل مع كل سوق و هذه المفاهيم و الأساليب تعرف بالتسويق ، و هو ما سنتطرق إليه بشيء من التفصيل من خلال المبحث الموالي.

1-3 تسويق الخدمات الصحية.

نظرا لتزايد وعي و إهتمام العميل (المريض) بالحصول على خدمات ذات نوعية تلبي حاجاته و تحقق رغباته، زادت المنافسة بين مختلف المؤسسات الصحية للحصول على رضا و ولاء المريض، و هذا ما دفع إلى ظهور "التسويق الصحي" مع مطلع الثمانينيات إستجابة لمقتضيات التغيير و دعما للبقاء و الإستمرار. و عليه، سنقوم من خلال هذا المبحث شمل بعض المفاهيم الأساسية الخاصة بالتسويق الخدمي بصفة عامة و تسويق الخدمات الصحية على وجه الخصوص.

1-3-1 مدخل إلى تسويق الخدمات.

عرفت فترة منتصف السبعينيات نقطة تحول هامة فيما يخص الإهتمام بإيجاد مدخل تسويقي للخدمات على إختلاف أنواعها ، إذ قبل هذه الفترة لم تعرف الأدبيات التسويقية إهتماما قائمًا بهذا الموضوع ، سوى بعض المحاولات السطحية و المحدودة و التي تركز على الخدمة من حيث التعريف ، الخصائص ، أوجه الإختلاف بينها و بين السلعة.

1-3-1-1 أسباب تأخر التسويق بقطاع الخدمات و مفهومه:

أشارت نتائج إحدى الدراسات أن تطبيق الفكر التسويقي في قطاع الخدمات ظل متأخرًا و يقع في المرتبة الثالثة بعد المؤسسات المنتجة للسلع الإستهلاكية و المنتجة للسلع الصناعية[52]ص342. إذ يرجع هذا التأخير إلى جملة من الأسباب، كعدم تأييد رجال الإدارة العليا للمفاهيم التسويقية بقطاع الخدمات بسبب ترسخ إعتقادهم السائد بأن التسويق هو البيع في مفهومه الضيق ، و هو ما يعتبر من أشد المعوقات في نشر الثقافة التسويقية داخل المؤسسة . بالإضافة إلى عدم وجود كتب كافية لتوضيح المفاهيم التسويقية في مجال الخدمات و أهميتها على الصعيد الأكاديمي ، حيث إقتصرت معالجة تسويق الخدمات على بعض الكتابات السطحية و غير المنتظمة التي كانت غالبًا ما تدرج

ضمن فصول من كتب التسويق و المبيعات[53]ص22. هذا فضلا عن عدم الإتفاق على تعريف موحد للخدمة ، بحيث أن تعريف الخدمة كنشاط بشكل واضح سيضع الحدود التي يسير عليها المدراء في ممارسة هذا النشاط .

و من بين التعاريف التي قدمت للتسويق في مجال الخدمات ، ما جاء به Yves Le Golvan[54]ص122 ، حيث عرفه على أنه " جميع النشاطات التي تلبي حاجات الأسواق بدون عرض تجاري يتحمل منتجات مادية". حيث يتبين من هذا التعريف أن تسويق الخدمات يشمل عرض جميع الأنشطة الغير ملموسة.

في حين عرفه البصري[55]ص85 على أنه " منظومة من الأنشطة المتكاملة و البحوث المستمرة التي يشترك فيها كل العاملين في المنشأة و تختص بإدارة مزيج تسويقي متكامل و مستمر من خلال البناء و الحفاظ على تدعيم علاقات مستمرة و مربحة مع العملاء، تهدف إلى تحقيق انطباع ايجابي في الأجل الطويل ، و تهدف إلى تحقيق المنافع و الوعود المتبادلة لكل أطراف تلك العلاقات". فبالنظر إلى هذا التعريف ، يمكن القول بأن تسويق الخدمات هو تكامل و تفاعل مختلف الأنشطة نحو تلبية حاجات العملاء و ضمان ولائهم و هذا بمشاركة مختلف الأطراف العاملة عن طريق إدارة مزيج تسويقي متكامل.

1-3-1-2 تحديات التسويق بقطاع الخدمات :

تتسم الخدمات بالعديد من المشكلات التسويقية ، أو بالأحرى هي تحديات تواجهها المؤسسة الخدمية ألا و هي مثلث : الجودة، الإنتاجية ، و التمييز[26]ص470-475.

- **الجودة:**

أصبحت الجودة بالنسبة لمديري التسويق صخرة الدفاع الأولى بالنسبة لمؤسساتهم في مواجهة المنافسة كونها تعد السبيل الرئيسي لتحقيق الأرباح و النمو. و هو ما سنتطرق إليه بشيء من التفصيل من خلال الفصل الثاني.

- **الانتاجية:**

تعرف الإنتاجية على أنها العلاقة النسبية بين المخرجات و المدخلات ، و نظرًا لكون هذين العنصرين متداخلين في مجال الخدمات ، فإنه يصعب قياسها أو التنبؤ بها ، و على إثر ذلك باتت إنتاجية الخدمات من العناصر الهامة التي يجب أن توليها المؤسسة عناية خاصة ، لأنه إذا إرتفعت أسعار الخدمات معنى ذلك أن الإنتاجية منخفضة ، و هذا يؤثر على العميل من ناحية ، و بالتالي ينعكس على النشاط الإقتصادي الوطني من ناحية أخرى.

- **التميز:**

يكون التميز عن طريق الإبداع ، كإدخال تجديدات على الخدمات المعروضة ، أو زيادة سرعة أدائها أو إختيار علامة تجارية ملائمة. و بالتالي يمكن القول أن الجودة تؤدي بالمؤسسة الخدمية إلى دخول الأسواق في حين أن التميز هو مفتاح النجاح في هذه الأسواق.

1-3-1-3 معوقات تطبيق التسويق في المجال الخدمي:

يترتب عن الخصائص المميزة للخدمات و التي سبق و أن تطرقنا إليها جملة من المشاكل المتعلقة بتطبيق التسويق في هذا المجال ، نذكرها فيما يلي[56]ص243-247:

- **عدم إمكانية التخزين** :إذ تعتبر من أصعب المشاكل التي تواجهها المؤسسات الخدمية ، و بالتالي فإن مشكلة تحقيق التوازن بين الإنتاج بشكل دائم و منتظم و بين تقلبات الطلب يمكن أن تواجه وفق طريقتين ، حيث تعتمد الطريقة الأولى على الإحتفاظ بطاقة إنتاجية إذا قامت المؤسسة بتحديد حجم طاقتها وفقا لأعلى مستوى للطلب. أما الطريقة الثانية ، فتقوم على قيام المؤسسة بتحديد حجم طاقتها الإنتاجية بناء على أدنى مستوى طلب ، إلا أنها قد تتعرض أيضا إلى مشكلة الفرصة الضائعة و هذا إذا زاد الطلب.
- **مشاكل الإتصالات** : تكمن هذه الأخيرة في صعوبة تقديم صورة جيدة عن الخدمة سواء كان هذا موجها لعامة العملاء أو إلى المحتملين منهم ، و عليه لبد من التركيز على إظهار الفوائد المحتملة و التي يمكن الحصول عليها من الخدمة المؤداة.
- **صعوبة التسعير** : حيث يكمن التعقيد هنا في حساب التكاليف المباشرة و التي يفترض سهولة حسابها لعدم وجود خامات أو مواد أولية و صعوبة ضبط الوقت الذي يستغرقه إنتاج الخدمة في كل مرة أداء ، إضافة إلى الأثر النفسي للسعر.
- **براءات الإختراع** : نظرا لعدم ملموسية الخدمة فإنه يصعب جدا حماية براءة إختراعها ، و الحاجز الوحيد لمنع التقليد في هذه الحالة هو حماية الإسم التجاري.
- **صعوبة التوفيق بين الابتكار و سلوك العميل** : إن معدل الإبتكار في مجال الخدمات يعتبر أبطأ مما هو عليه في مجال إنتاج السلع ، فنظرا للتفاعل المباشر القائم بين المؤسسة الخدمية و العميل فإن الإبتكار و التطوير في الخدمة مرتبط و بشكل حساس بسلوك هذا الأخير، فلا يمكن تغيير الإسم التجاري مع الابقاء على نفس الخدمة مثلا دون تهيئة العميل لذلك مسبقا.

- **مشكلة الثقة** :إن الثقة من أهم العناصر التي يمكن أن تساهم في نجاح مؤسسة الخدمة نظرا لعنصر المخاطرة المدركة و الذي ينطوي على حالتين : فأما الأولى فهو متعلق بالمهارات الشخصية في أداء الخدمة مثل ما هو الحال عند الأطباء و المستشارين عموما. و أما الثاني فهو ينطوي على المخاطرة المالية و مثل ذلك ما نجده عند مؤسسات التأمين.
- **مشكلة البحث** :نظرا لمشكلة الثقة و كذا عدم قدرة العميل على تجربة الخدمة قبل الشراء إلا إذا كانت الخدمة تقدم مجانا، و لهذا ظهرت مشكلة البحث عن الأداء الجيد للخدمة و التي أعتبرت مشكلة نتيجة تعدد المصادر التي يلجأ إليها العميل لإختيار الخدمة إلى رأي الآخرين مثلا ، و عليه فإن عملية الشراء العفوي يعتبر نادر الحدوث في حالة الخدمات.
- **صورة الخدمة في ذهن العميل** :نتيجة لعدم ملموسية الخدمة فإن صورتها عبارة عن فكرة مائعة و غير محددة ، فكل منا لديه تصور معين عن العلامات المختلفة للسلع المادية ، في حين يختلف الأمر بالنسبة للخدمات مما يؤخر قرار الشراء نظرا لعدم آلية طريقة أداء الخدمات.

1-3-2 مفهوم و أهمية التسويق الصحي.

أصبح نطاق المعاملات يشمل ما هو أكثر من شراء و تبادل أو مقايضة السلع و الخدمات ، حيث توسعت دراسات التسويق خارج عالم المؤسسات و إهتمت مثلا بتسويق الأفراد ، المدن ، و حتى تسويق الأمم . و يرى Kotler أن أعماله في هذه المجالات تبرز مساهمته في التسويق ،حيث تتجلى أهم مساهماته في مقاله الذي نشره بالمشاركة مع Sedney Levey تحت عنوان " Broadening The Marketing Scope " سنة 1969 في مجلة Journal of Marketing .و أحدث المفاجاة مرة أخرى عام 1971 بالإشتراك مع Gerald Zaltman في نقل التسويق إلى الساحة السياسية من خلال مقال نشر في نفس المجلة تحت عنوان « Social to Planned Social Change »

Marketing : An Approach و منه إنتقل التسويق إلى عدة مجالات مثل التربية ، السياحة ، و حتى المجال الصحي ، حيث أصبحت المنظمات الصحية تسعى من خلال تبنيها لمفهوم التسويق الصحي إلى خلق و تحقيق قيمة تبادلية تهدف من خلالها إلى تحديد إحتياجات مستهلكيها الحاليين و المرتقبين ، و تقصي رغباتهم ، و إظهار منافعها ، ليقوم مستهلكوها بدورهم بالبحث عن تلك الخدمات و إختيارها.

و من بين الأسباب التي دفعت بهذه المنظمات للإهتمام بالتسويق لخدماتها الصحية [57]ص285، إرتفاع تكاليف الرعاية الصحية، بحيث قد يكون من المفيد لإداري المنظمات الصحية الإستفادة من التسويق بهدف التمكن من إحتواء التكاليف . بالإضافة إلى زيادة المسؤولية أمام المراكز المختصة، فقد أصبحت مفاهيم التسويق و أساليبه مفيدة في تطوير المعلومات المطلوبة من مقدمي الخدمات و التي تدعم متطلباتهم .

هذا و يرى البعض أن أهم هذه الأسباب يرجع إلى تزايد أعداد المرافق الطبية ذات الملكيات المختلفة، حيث أحدث هذا التزايد نوعا من التنافس بين المنظمات الصحية ، و بالتالي ينبغي زيادة الإهتمام بأسواق الخدمة التابعة لكل منهم. في حين يرجع البعض الاخر هذه الأسباب إلى تزايد الإهتمام بالوقاية ،الأمر الذي دفع إلى إيجاد جهود تسويقية للحد من تكاليف الرعاية الصحية و هذا لما يوفره التسويق من معلومات تساعد متخذي القرار على تحقيق إستخدام فعال للموارد المالية و البشرية و الموارد المادية الأخرى مثل الأجهزة و الأدوات ، هذا فضلا عن أن أساليب التسويق مفيدة في التعرف على خيارات المريض في تحديد نوع الخدمة الصحية المطلوبة و مكانها.

1-3-2-1 مفهوم التسويق الصحي:

أصبح التسويق يعد أداة هامة لإدارة نشاطات المنظمات الصحية ، سواء كانت تهدف إلى الربح أو لا تهدف ، و ذلك بتطبيق المفاهيم التسويقية في ممارسة أنشطة تلك المنظمات مما يؤدي إلى رفع فعالية و كفاءة أدائها[58]ص29. هذا و قد تعرض مفهوم التسويق الصحي لسوء فهم كبير من قبل مديري المنظمات الصحية، إذ كان ينظر إليه كصورة موسعة أو معظمة للعلاقات العامة . كما كان يعرّف على أنه البيع و الإعلان و الترويج للخدمات الصحية.

فقد عرف التسويق الصحي على أنه " خلق إتصال ، و تسليم المعلومات الصحية و إستخدام تفاعلات محورها المستهلك و أساسها التفكير الإستراتيجي لحماية و ترقية صحة مختلف السكان"[59]ص1. حيث يظهر من خلال هذا التعريف أن المنظمات الصحية تعتمد على عملية التبادل في إجراء معاملاتها و التي يحصل من خلالها الأفراد و الجماعات على ما يحتاجونه من خدمات صحية .كما يعرف بأنه "نمط للتبادل و الإتصال ، يهدف إلى زيادة جودة الخدمات الصحية المقدمة ، و الوصول الى رضا المرضى و المساهمة في تحسين الصحة العمومية"[60]ص2. نلاحظ أن هذا التعريف لم يختلف عن سابقه ، إلا أنه حدد الهدف الرئيسي للتسويق في مجال الخدمات الصحية و المتمثل في تحقيق رضا المرضى من خلال رفع جودة الخدمات المقدمة لهم.

أما التعريف الأكثر شمولا ، هو ذلك التعريف الذي قدمه Kotler [61]ص5 ،حيث عرف التسويق الصحي على أنه: " التحليل و التخطيط و التنفيذ و الرقابة على البرامج المعدة بدقة نحو تحقيق قيمة تبادلية إختيارية (طوعية) مع الأسواق المستهدفة بهدف بلوغ ما تسعى إليه المنظمات الصحية من أهداف ، معتمدة في ذلك على ملاقاة حاجات تلك الأسواق المستهدفة و رغباتها، و من خلال الإستخدام الفاعل للتسعير و الإتصالات و التوزيع ، من أجل إعلام السوق و إيجاد الدافع لدى الأفراد و خدمتهم".

أشار تعريف Kotler إلى جملة من القضايا[62]ص6-8 ، حيث عرف التسويق كوظيفة إدارية تتضمن التحليل و التخطيط و التنفيذ و الرقابة ، كما أن رجال التسويق في المنظمات الصحية يسعون إلى تكوين حزمة من المنافع للسوق المستهدف من خلال التبادل الطوعي بين المنفعة و الكلفة التي يتحملها الطرفان المتبادلان. كما يرى أن الغرض من التسويق هو مساعدة المنظمات الصحية في تحقيق أهدافها في البقاء و الإستمرار و تزودها بالمرونة اللازمة في بيئة متغيرة من خلال أسواقها بصورة أكثر فعالية و أنه يعنى بإختيار السوق المستهدف أكثر مما يعمل في سوق شامل.

كما أشار إلى أن التسويق يعتمد في تصميم خدمات المنظمة الصحية على وفق حاجات و رغبات الأسواق المستهدفة أكثر من تلك الصيغ المرتبطة بأذواق البيع الشخصي. و أنه يساعد المنظمات الصحية من خلال البرامج و الخطط المصاغة بموضوعية و دقة على رفع فاعليتها ، حيث تتضمن خمسة أبعاد و التي حددها Kotler في دراسته التي قام بها سنة 1977 تحت عنوان «Financial Performance of Acute care Hospitals » من خلال جملة من الأسئلة كما يلي[58]ص30:

- **<u>فلسفة العميل</u>** : هل تعترف الإدارة بأولوية السوق و إحتياجات العميل و متطلباته عند تحديد خطط المظمة و عملياتها التشغيلية؟
- **<u>التكامل التسويقي للمنظمة</u>** : هل تم تعزيز المنظمة بموظفين بحيث تكون قادرة على القيام بالتحليل التسويقي للأنشطة و تخطيطها و تنفيذها و الرقابة عليها؟
- **<u>كفاية و دقة المعلومات التسويقية</u>** : هل تتلقى الإدارة نوعية و جودة المعلومات اللازمة لإجراء التسويق الفعال؟
- **<u>التوجه الإستراتيجي</u>** : هل تقوم إدارة التسويق بخلق إستراتيجيات مبتكرة و خطط من أجل تحقيق أهدافها طويلة الأجل؟

- **<u>الكفاءة التشغيلية</u>** : هل يتم التعامل مع الأنشطة التسويقية وفق منظور التكلفة و الفاعلية ؟ و هل يتم مراقبة النتائج و كشف الأخطاء لإتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة؟

1-3-2-2 المزيج التسويقي الصحي:

يدعي Borden [63]ص3، أنه أول من إستخدم مصطلح المزيج التسويقي ، حيث أشار في إحدى مقالاته إلى وصف Culliton من خلال كتابه « The Managment of Marketing costs » سنة 1948 له على أنه " مازج العناصر ".

إقترح Borden سنة 1964 مزيج مكون من إثني عشر عنصر يضم[64]ص9 : "تخطيط المنتج ، التسعير، العلامة التجارية ، قنوات التوزيع ، البيع الشخصي ،الإعلان ، الترويج ، التغليف ، العرض، تقديم الخدمات ، الإستعمال المادي ، البحث و التحليل". هذا و قد تعرض هذا المزيج إلى إنتقادات شديدة من طرف الباحثين و المفكرين و الكتاب ، حيث إقترحوا عدة عناصر و تقسيمات للمزيج التسويقي إلى أن جاء McCarthy في كتابه « Basic Marketing » ، و قام بصقل و تجميع العناصر السابقة إلى أربعة عناصر و أطلق عليها تسمية 4Ps و التي تضم: "المنتج Product ، السعر Price ، التوزيع Place و الترويج Promotion". و تبعا للإنتقادات الشديدة التي تعرض لها المزيج التقليدي ، قام العديد من الباحثين في مجال تسويق الخدمات بتعديل المزيج التسويقي التقليدي بإضافة عناصر جديدة تتناسب و طبيعة القطاع الخدمي (أنظر الملحق رقم 02) و من بينهم Binter Booms and من خلال دراستهما « Marketing Strategies and Organizations Structures for Service Firms» سنة 1981 ، حيث وضحا بأن المؤسسة الخدمية بحاجة إلى

إضافة ثلاث عناصر جديدة إلى جانب عناصر المزيج التقليدي و المتمثلة في : "الأفراد ، الدليل المادي ، عملية تقديم الخدمة "[65]ص47.

و بالتالي ، و بإعتبار المؤسسات أو المنظمات الصحية مؤسسات خدمية ، فإنها تطبق نفس المزيج التسويقي الخدمي المطور ، و عليه يتمثل المزيج التسويقي الصحي في:

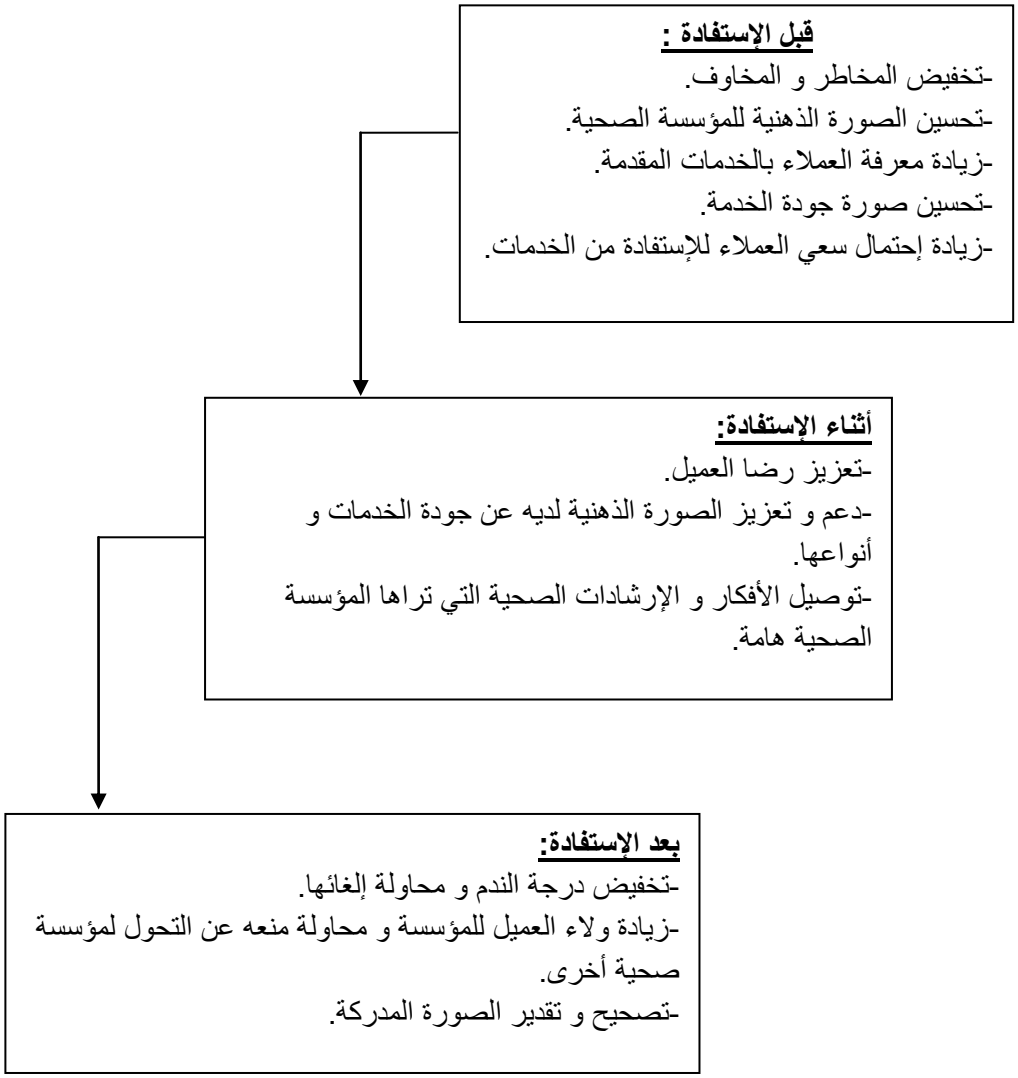
أولا- المنتج الصحي: و يشمل جميع أنواع الخدمات الصحية المقدمة من طرف المنظمات الصحية، كالخدمات العلاجية و الجراحية ، خدمات الفندقة و النقاهة ، الخدمات الإدارية. إن المنتجات الصحية حالها حال المنتجات الأخرى مادية كانت أم خدمية تحتاج إلى التخطيط الجيد بهدف تقديمها بالشكل المناسب ، في الوقت الملائم و بالنوعية المطلوبة[46]ص91 .

ثانيا - السعر: و يتعلق بتحديد أسعار الخدمات الصحية ، و ما يرتبط بها من خصومات و طرق الدفع و البيع بالإتمان[66]ص72. و يمثل السعر بالنسبة للخدمات الصحية المقابل المادي أو التعويض عن القيمة المقابلة للخدمة، و تتصف عملية التسعير الصحي بجملة من الخصائص، أهمها التدخل الحكومي في تحديد أسعار الخدمة الصحية.

ثالثا - التوزيع: و هو يقوم بوصف الموقع الجغرافي و الطريقة التي تقدم فيها الخدمات الصحية، و يتضمن منافذ مثل المنتجين أو شركات تصنيع الأدوية مثلا إلى تجار الجملة ، فالمستودعات إلى تجار التجزئة ، الصيدليات الخاصة و الحكومية بالمستشفيات ، وصولا إلى المستهلك[67]ص244.

رابعا - الترويج: يمثل مجموعة جهود الإتصال التي تقوم بها المنظمة الصحية لتزويد الزبائن بالمعلومات عن مزايا و خصائص المنتج الصحي و إثارة إهتمامهم و إقناعهم على إتخاذ قرار

الشراء[46]ص132.و تسعى المؤسسات الصحية من خلال إتصالها بالعملاء إلى تحقيق جملة من الأهداف ، و التي يمكن تلخيصها حسب مراحل تلقي الخدمة الصحية في الشكل التالي:



شكل رقم(1-7) : أهداف الترويج الصحي[68]ص122.

خامسا - الأفراد : و هم كافة المشاركين في تقديم الخدمة للمستفيد منها ، و العمل على التأثير فيه من خلال تقديم خدمات ذات جودة عالية و ترك إنطباع جيد لديه عن مختلف الخدمات المقدمة ، و تشمل كل من : طاقم موظفي المؤسسة الصحية ، العملاء المستفيدين من الخدمة، العملاء الآخرون المتواجدون في بيئة الخدمة[69]ص43.

سادسا – <u>العمليات</u>: تعرف العمليات على أنها : "كل الأنشطة و الأفعال التي تؤدى أثناء تقديم الخدمة و إدارة التفاعل بين مقدم الخدمة و مستقبلها"[62]ص8، و بالتالي فإن العمليات هي العنصر الرئيسي لأي خدمة تحدث و تسلم للعميل من خلال المزيج التسويقي لخدمات العميل و الذين سيدركون بأنفسهم إلى حد ما أن تسليم الخدمة هو جزء من الخدمة نفسها ، و عليه فإن قرار إدارة العمليات هو القرار الأكثر أهمية لتحقيق نجاح تسويق الخدمة.

سابعا – <u>الدليل المادي</u>: تسعى المؤسسات الصحية إلى تقديم برهان و دليل مادي يؤكد إرتفاع مستوى جودة خدماتها ، و كمثال على ذلك ، ما تقدمه بعض المؤسسات الصحية من مظاهر جذابة في مبانيها و تسهيلاتها ، مما يخلق الثقة لدى المرضى ، و تتمثل أهمية الإظهار أو الدليل المادي في[70]ص351 إضافة قيمة لخدمة العميل و تسهيل عملية الخدمة بتقديم المعلومات من خلال الرموز و اللافتات فضلا عن بناء التصور الذهني المطلوب لدى العملاء المحتملين . هذا إضافة إلى تحقيق التعاون بين مقدمي الخدمات الصحية فيما بينهم من جهة و بينهم و بين المريض من جهة أخرى من خلال المعلومات و التقنيات الطبية المستخدمة.

<u>1-3-2-3 أهمية التسويق في القطاع الصحي:</u>

جذب التسويق إهتمام العديد من المنظمات الهادفة و غير الهادفة للربح و من بينها المنظمات الصحية التي تسعى إلى تحقيق خدمة المصلحة العامة و الخاصة على حد سواء ، و هذا من خلال رفع المستوى الصحي و تقديم خدمات متميزة و رفع كفاءة أدائها[1]ص51 ،و بذلك تبرز أهمية التسويق في المنظمات الصحية من خلال تحسين الرضا في السوق المستهدف ، حيث أن التسويق

يشدد على أهمية قياس رضا الزبون ، و تلبية حاجات و رغبات المرضى و يتجه نحو تقديم تحسين مستمر في خدمتهم و رضاهم، كما أن التسويق يجهز الإدارة بمدخل علمي يجعلها تنفذ الحد الأعلى من الكفاءة و الفاعلية في الأنشطة التسويقية فضلا عن التنسيق المستمر فيما بينها. هذا و للتسويق دور مهم في تحسين جذب و إستغلال الموارد التسويقية ، فمن خلال إستخدامه كمفهوم و عملية إدارية ، فإن المنظمات الصحية ستعمل جاهدة في محاولة إرضاء عملائها و حتى الأسواق الصحية التي تتعامل معها ، بهدف جذب مختلف الموارد كالأطباء ، الممرضين ، المستخدمين ، المعلومات، الأموال ، دعم المجتمع...الخ. أي يمكن القول أن التسويق في مجال الرعاية الصحية يعمل على جذب الإستثمارات سواء مالية أو بشرية. هذا و قد تتجلى أهمية التسويق من خلال جعل المنظمات الصحية أكثر تحسسا لحاجات المجتمع الصحية من خلال إندماجها مع الجمهور ، إذ أن عملية إستقصاء آراء المرضى و قياس درجة رضاهم هي من صلب عمل وظيفة التسويق ، فهي العنصر الرئيسي لعملية تسيير التغذية العكسية بين المرضى و المنظمات الصحية.

هذا ، و يعمل التسويق على تحسين صورة المنظمة الصحية و جعلها في وضع متميز و لائق في السوق الصحي، من خلال توجيه أفكارها نحو المستفيدين من خدماتها ، كما يمكن إدارة المنظمات الصحية من خلال خلق أنظمة أكثر فاعلية في تقديم و توزيع الخدمات ، و وضع سياسة تسعيرية مناسبة لخدماتها المقدمة. فضلا عن قدرته على إتمام عمليات التبادل بين المرضى و المنظمة الصحية من خلال إدارة عمليات الشراء و البيع للخدمة المؤداة ، و هو ما يتطلب جمع المعلومات و تقدير حجم الطلب باستخدام مختلف الأساليب فضلا عن تقدير الطاقة اللازمة من العمالة لخدمة المرضى [57]ص299.

1-3-3 مراحل التطور الفكري للتسويق الصحي.

سنحاول و من خلال هذا المطلب التطرق إلى أهم المراحل التي مر بها التسويق ، علما أن كل مرحلة تمثل فلسفة من الفلسفات التي تحكم عمل المنظمات الصحية. فضلا عن ذلك ، سنحاول التعرف على واقع التسويق في هذه المنظمات حاليا ، مع محاولة استنتاج رؤية مستقبلية لهذا الواقع.

1-3-3-1 التطور الفكري للتسويق الصحي:

شأنها شأن أي منظمة أعمال، فإن المنظمات الصحية ممكن أن تكون متبنية أحد التوجهات الإدارية المعروفة ، و عليه يمكن توضيح مختلف المراحل التي من خلالها تم تبني التسويق من قبل هذه المنظمات كما يلي[1]ص38-43:

أولا - التوجه نحو الإنتاج : يقود هذا التوجه المنظمات الصحية إلى التعامل مع المرضى بمدخل كمي بحيث يفترض هذا التوجه أن المهمة الرئيسية للمنظمة هي تحقيق كفاءة في الإنتاج و التوزيع عن طريق تقليل الكلف، في حين يفترض أن يتم الإهتمام بكل مريض بصورة منفردة ، و كمثال على ذلك "قضاء المرضى وقتا طويلا في صالات الإنتظار بسبب إعطائهم مواعيد مسبقة دون مراعاة الجدولة الزمنية ، مما يضطر الأطباء إلى مضاعفة قدرتهم في فحص المريض و بالتالي تقليل الوقت الضائع أثناء الفحص ليتم بسرعة أكبر بما يوافق إستمرار العملية الإنتاجية حتى لو تجاهل حاجات المرضى.

ثانيا - التوجه نحو المنتج : تتبنى العديد من المنظمات الصحية هذا التوجه ، حيث أشار Levitt[71]ص2، إلى أن الكثير من المنظمات الصحية لديها إلتزام قوي بمنتجاتها و قيمتها حتى لو كان العميل في الدرجة الثانية في فلسفة و أفكار تلك المنظمة. فالتوجه نحو المنتج يقول : " نحن المجهزون و نحن نعلم ما هو الأفضل لك" ، كما جسد Kotler هذا التوجه في قوله : " نحن

نعلم أكثر منك فيما هو الأفضل لك"، حيث يرى أن التوجه نحو المنتج يفترض بأن المهمة الرئيسية للمنظمة هي تقديم المنتجات التي تعتقد المنظمة أنها جيدة للسوق.

ثالثا – <u>التوجه نحو المبيعات</u> : إن التوجه نحو المبيعات هو توجه نحو المنتج مستند إلى البيع و الترويج، يهدف إلى تحقيق معدلات عالية من المبيعات ، إذ تؤمن بعض المنظمات الصحية بأنها تستطيع زيادة حصتها السوقية من خلال زيادة الجهود البيعية أكثر من إيمانها بتغيير هذه المنتجات لجعلها أكثر جاذبية ، و إن مثل هذه المنظمات تزيد من ميزانية الإعلان و البيع الشخصي و الأشكال الأخرى من الترويج ، مما قد يوفر أكبر عدد ممكن من المرضى في الأجل القريب و لكن لا يضمن توفير نفس العدد في المستقبل البعيد.

رابعا – <u>التوجه التسويقي:</u> عرف التوجه التسويقي على أنه "ذلك التوجه الذي تكون فيه المهمة الرئيسية للمنظمة الصحية هي تحديد حاجات الأسواق المستهدفة ورغباتها ، وإشباع تلك الحاجات و الرغبات من خلال تصميم المنتَجات ، الإتصالات، التسعير، و تسليم المنتَجات و الخدمات المنافسة و المناسبة"، و هذا التوجه يختلف كثيرا عن التوجهات السابقة ، حيث أشارت أدبيات الرعاية الصحية إلى أن تبني هذا التوجه هو الشيء الأفضل للمنظمات الصحية ، و عليه فإن التوجه التسويقي موجه أساسا نحو المستهلك بإعتباره محورا للعملية التسوقية و محركها الرئيسي.

خامسا – <u>التوجه الإجتماعي للتسويق:</u> إن التوجه الإجتماعي للتسويق يعبر عن الأفكار التي يؤمن بها رجال التسويق و المنعكسة آثارها على الأنشطة التي يزاولونها و المنصبة نحو تحقيق الصالح العام للمجتمع، و دون تقيدها بفئة معينة من الأفراد. حيث يفترض المفهوم الإجتماعي للتسويق بأن مهمة المنظمة هي تحديد حاجات و رغبات و إهتمامات الأسواق المستهدفة ، و تقديم الرضا المرغوب بأكثر كفاءة و فاعلية من المنافسين ، و بالطريقة التي من شأنها أن تدعم الفرد و

المجتمع و تحقق الرفاهية لكليهما. و عليه فإن المنظمات الصحية بتطبيقها المفهوم الإجتماعي للتسويق تضغط وتكبت على بعض رغبات وحاجات المريض من أجل المصلحة العامة .

1-3-3-2 واقع التسويق الصحي في الوقت الراهن:

إن المنظمات الصحية اليوم ، سواءا كانت تهدف إلى الربح أم لا ،تتطلع إلى التسويق على أمل وجود طريقة جديدة توصلها إلى حل المشكلات للحفاظ على مستوى إجتذاب الأطباء و الموارد و إقامت علاقات إجتماعية قوية ، توضح مقدراتها و إمكاناتها المتعددة[39]ص14. و مما لا شك فيه أن نوعية الخدمات المقدمة من طرف المتخصصين في هذا المجال قد تحسنت و بشكل ملحوظ ، و هذا راجع إلى مختلف البيانات المتاحة و التقنيات التحليلية ،و الجهود التسويقية التي تعتمد على التكنولوجيا المعاصرة (كإدارة العلاقة مع العميل ، النمذجة الخطية...)، و التي أصبحت توفر قدرات لم تكن متوافرة في بدايات ظهور التسويق الصحي[72]ص427.

إن التطبيقات العملية للتسويق في جانب القطاع الصحي في العالم المتقدم اليوم ، قد إنتشرت وبشكل كبير جداً بين المنظمات الصحية ، إذ تشير الدراسات المرجعية المعاصرة إلى أن ما لا يقل عن نصف عدد المستشفيات في أمريكا تملك مشرفاً أو مسؤولاً عن إدارة الأنشطة التسويقية كحد أدنى. كما تبين أن التطبيقات العملية للتسويق الصحي ، بدأت تنحو منحاً مختلفاً عن طرق و أساليب التسويق المعروفة ، حيث أصبح التسويق للخدمات الصحية عبر البريد الإلكتروني و الإنترنت أحد النهوج أو الإتجاهات التي تتبعه العديد من المنظمات[62]ص18.

و عليه يمكن القول أن التسويق الصحي أصبح أداة من الأدوات التي تعتمد عليها المنظمات الصحية في إنسياب منتجاتها و خدماتها في ظل المنافسة الشديدة التي أفرزتها التطورات المتلاحقة

التي تشهدها الساحة و التي ألقت بظلالها على نشاط المنظمات الصحية ، مما دفع بهذه المنظمات إلى تبني التكنولوجيا و الإستفادة من الثورة المعلوماتية في مجال العمل الصحي. و هذا لا يستثني أن بعض المنظمات لها نظرة تشاؤمية ، حيث ترى أن إدراج التسويق يعد تكلفة زائدة .

1-3-3-3 رؤية مستقبلية للتسويق في المنظمات الصحية.

في بداية هذا العقد الميلادي إجتمع أكثر من 100 عالماً في مجال التسويق في العاصمة البريطانية لندن للتباحث حول المقولة الشهيرة التي أطلقها عالم التسويق Richard Forsyth و التي تنبأت بزوال التسويق. و أخذ الحاضرون يتحاورون بقلق عن مستقبل التسويق وماذا سيؤول إليه مصيره، حيث ابتدأ الملتقى باستفتاء كانت نتيجته أن 48% من الحضور يعتقدون أن التسويق لم يعد أسلوباً عملياً ، في حين يعارض هذه المقولة حوالي 52% من الحضور ، مما يعكس عمق القلق حول مستقبل التسويق[73]ص1.

إن التوقع للمستقبل في أي مجال يوجب الأخذ بعين الإعتبار الماضي و الحاضر و ذلك للقدرة على رؤية المستقبل من منظور جيد. و عليه، و تبعا لما سبق، تشير الدلائل إلى أن الإتجاه نحو قبول التسويق كوظيفة أساسية في المنظمات الخدمية عموما سيتزايد عن ما هو عليه حاليا، و أن دوره في مجال خدمات الرعاية الصحية سيلقى نطاقا أكبر، حيث تزايد الإعتراف بأن التسويق ليس بنشاط إختياري و إنما واجب على كل منظمة أن تأخذ به [72]ص429.

و عليه ، يمكن أن يصبح التسويق وظيفة حاسمة لا غنى عنها في معظم المنظمات الصحية مستقبلا من خلال[62]ص19، تبني المنظمات الصحية أسس المفهوم التسويقي الحديث و المستند إلى الأساليب العلمية ، و تحديد مدى الحاجة إلى الخدمات الصحية في ضوء بحوث السوق.

بالإضافة إلى ضرورة الإطلاع و الإنفتاح على تجارب العالم المتقدم بهدف إقتباس و تعلم تلك الأساليب و الطرق الجديدة و المبتكرة في مجال تسويق الخدمة الصحية، فضلا عن إعتماد برامج إدارة العلاقة مع الزبائن بهدف تطوير القدرة على جذب المزيد و أفضل العملاء، و التركيز على تحقيق رضاهم و بناء و تطوير نظام لتفعيل عملية الإتصال و التغذية العكسية مع البيئة الخارجية لاسيما مع المرضى. و هذا لا يتحقق إلا من خلال إلتزام الإدارات العليا و إيمانها بوظيفة التسويق، و العمل على جعل تلك الوظيفة مسؤولية جميع العاملين.

خلاصة:

من خلال دراستنا لماهية الخدمات و الخدمات الصحية و خصائصها التسويقية التي تميزها عن باقي الخدمات، نستنتج أن الخدمات الصحية تعد من الأعمال الخدمية بالغة الأهمية في المجتمع لإرتباطها بأهم وأنفس شيء وهي صحة الإنسان و بالتالي حياته .هذا ما أوجب الإهتمام بهذه الخدمات و بكيفية تطويرها و تحسينها لتلبية إحتياجات مستهلكيها.

لذلك تسعى الكثير من المنظمات الصحية للإرتقاء بمستوى الخدمات التي تقدمها حتى تصل لدرجة التميز الذي يعد مثالا يتوق إليه كل من مقدمي الخدمات و المستفيدين منها على حد سواء ، و عليه تقوم تلك المنظمات باللجوء إلى التسويق لخدماتها و هذا بوضع العديد من الإستراتيجيات من أجل تحسين مستوى أدائها، حيث تتضمن تحديد الأهداف الإستراتيجية للمنظمة مع التركيز على دراسة و تحليل العملاء الحاليين منهم و المستهدفين ، و تسيير مزيجها التسويقي ، إلى جانب الإهتمام بالجودة بوصفها إستراتيجية مهمة تساعد على توفير خدمات تشبع الرغبات الكاملة للعملاء، و تلبي متطلباتهم و إحتياجاتهم و توقعاتهم المعلنة و غير المعلنة ، و هو ما سنتطرق إليه بشيء من التفصيل من خلال الفصل الموالي.

الفصل 2

جودة الخدمات الصحية و أساليب تقييمها

تمهيد :

أصبحت جودة الخدمات جزءا لا يتجزأ من إستراتيجيات و فلسفة التغيير التي بدأت تتبناها أغلب المنظمات الخدمية و على رأسها المنظمات الصحية ، باعتبارها أكثر حساسية لموضوع الجودة كونها تعنى بتقديم خدمات لأكثر العناصر حيوية و الفاعل الأول في عمليات التنمية (العميل أو المستفيد) ، حيث أصبح هو سيد الموقف و الذي يسعى الجميع لإرضائه و تحقيق رغباته. و عليه ، و بهذا المعنى أصبحت الجودة وظيفة أو مسؤولية كل فرد في المنظمة بصرف النظر عن موقعه و طبيعة عمله ، و هذا طمعا في زيادة الحصة السوقية لهذه المنظمات ضمانا لبقائها و إستمراريتها في ظل التحديات الشرسة و المستجدات المتلاحقة. و من هنا جاءت حتمية التوجه نحو اعتماد جملة من الأبعاد و المؤشرات التي يمكن من خلالها تحديد و تقييم و ضبط مستوى جودة الخدمات الصحية ، و هذا بالتطبيق العملي لأسلوب إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية.

و عليه ، سنقوم من خلال دراستنا لهذا الفصل باستعراض ثلاث مباحث حيث ، يمثل المبحث الأول مدخل لموضوع الجودة و جودة الخدمات ، و هذا من خلال إبراز إطارها النظري بهدف إسقاطه على الخدمات الصحية و هذا من خلال المبحث الثاني الذي سنتناول من خلاله مختلف المفاهيم و أهمية موضوع الجودة في قطاع الخدمات الصحية، وصولا إلى تحديد العلاقة بين الجودة و رضا المريض ، باعتبار هذا الأخير مؤشر أو مقياس هام لتقييم جودة الخدمات الصحية. لننتقل بعد ذلك

إلى آخر مبحث ، و الذي سنستعرض من خلاله أهم الأبعاد و المعايير التي تعتمد عليها المنظمات الصحية لقياس جودة خدماتها من وجهة نظر المستفيدين منها ، لنخلص في النهاية بعرض مدخل من مداخل التحسين التي يمكن اللجوء إليها ، ألا و هي إدارة الجودة الشاملة.

2-1 الإطار المفاهيمي لجودة الخدمات.

يرجع إهتمام الباحثين بجودة الخدمة إلى التأثير المباشر لمستوى هذه الجودة على ربحية المؤسسة ومركزها التنافسي و حصتها السوقية .حيث أجريت دراسة قامت بها الجمعية الأمريكية للإدارة في عام 1992 إتضح من خلالها أن % 78 من مديري منشآت الخدمات في كل من أمريكا ، كندا ، اليابان و أوروبا الغربية يعتقدون أن تحسين الخدمة هو أهم عناصر الميزة التنافسية[74]ص7.

2-1-1 مفاهيم نظرية حول الجودة.

يرجع مفهوم الجودة إلى الكلمة اللاتينية Qualitas و التي تعني طبيعة الشخص أو طبيعة الشيء و درجة الصلابة ، و قديما كانت تعني الدقة و الإتقان من خلال قيامهم بتصنيع الآثار التاريخية و الدينية عبر تشييد تماثيل و قلاع و قصور لأغراض التفاخر بها ، أو لاستخدامها لأغراض الحماية[75]ص3. و عليه سنقوم من خلال هذا المطلب باستعراض بعض المفاهيم المتعلقة بالجودة و أهميتها.

2-1-1-1 مفهوم الجودة :

إستخدم مفهوم الجودة و لأول مرة في شريعة "حمورابي" ، التي دونها في مسّلته المشهورة ، و التي يمتد تاريخها إلى القرن الثامن عشر قبل الميلاد ، حيث ألزم التاجر أن يقدم سلعة جيدة ، و أن يتفادى أي نقص فيها و أن يصلح عيوبها[76]ص6. هذا و قد تعددت و إختلفت التعاريف المتعلقة بالجودة بسبب تعدد المداخل من أجل تحديد مفهومها ، الأمر الذي أدى إلى إستحالة وضع تعريف موحد و مقبول عالميا[77]ص2. و من بين التعاريف التي فرضت نفسها على الفكر الإداري تعريف Crosby في كتابه "La Qualité c'est gratuit " حيث عرف الجودة على أنها « المطابقة مع المتطلبات»[78]ص23. ليعرفها Juran من خلال كتابه « gestion de la qualité » بأنها « مدى ملاءمة المنتج للإستخدام »[79]ص20. كما عرفها Deming بأنها « توقع إحتياجات الزبون الحالية و المستقبلية و ترجمة هذه الإحتياجات إلى سلعة أو خدمة بأقل سعر ممكن ، و هذا ما يمثل قيمة جديدة للزبون و الأرباح بالنسبة للمنظمة»[80]ص40.

هذا و قد كان لمختلف الجمعيات الفضل في تحديد مفهوم الجودة ، فقد عرفتها الجمعية الأمريكية لضبط الجودة على أنها « مجموعة مزايا و خصائص المنتج أو الخدمة القادرة على تلبية حاجات المستهلكين »[81]ص16. كما عرفتها الجمعية الفرنسية للتقنيين ضمن المواصفات القياسية الدولية الإيزو 9000 طبعة 2000 بأنها «قدرة مجموعة من الخصائص و المميزات الجوهرية على إرضاء المتطلبات المعلنة أو الضمنية لمجموعة من العملاء »[82]ص21.

و جراء هذا التعدد و التنوع في تعاريف الجودة ، قام "David Garvin" من خلال مقاله الذي صدر سنة 1984 تحت عنوان « What Does Product Quality Really Mean ? » بحصر التعاريف المختلفة للجودة في خمسة مداخل تضم داخلها هذه التعاريف و هذا كما يلي[83]ص52:

- **مدخل الإمتياز**: ويعني أن الجودة هي عبارة عن مجموعة من المعايير الخاصة بالأداء الممتاز والتي لا تقبل المناقشة. و يشير هذا المدخل إلى أن الأفراد يتعلمون من خلال خبراتهم أن يميزوا بين الجودة العالية و الجودة الرديئة وفق معايير محددة مسبقا.
- **مدخل يعتمد على المنتج:** الجودة هي مجموعة من الصفات و الخصائص يمكن قياسها و تحديد كميتها ، أي مطابقة المنتج للمواصفات الموضوعة من قبل المؤسسة.
- **مدخل يعتمد على العميل** : الجودة هي ملاءمة المنتج للإستعمال ، أي قدرة أداء المنتج للإستخدام وفقا للمواصفات التي تحقق رضا العميل و تشبع رغباته. فكلما كانت درجة رضا العميل عالية بمنتج المؤسسة كلما كان ذو جودة عالية.
- **مدخل يعتمد على التصنيع**: الجودة هي صنع منتجات خالية من العيوب و هذا من خلال مطابقتها للمواصفات الموضوعة مسبقا من قبل المؤسسة.
- **مدخل يعتمد على القيمة** : يتحدد تعريف الجودة على أساس التكلفة و السعر و عدد من الخصائص الأخرى ، فالجودة هي الإمتياز الذي يمكن للعميل أو المؤسسة أن تتحمله. أي أن إرتفاع السعر أفضل دليل على الجودة.

كما أن تباين تعاريف الجودة و تنوعها أعرب عن ظهور إتجاه آخر ، حيث تم تصنيفها في مجموعات رئيسية وفقا للأساس الذي ينطلق منه التعريف[84]ص67 . فقد عرفت خلال مرحلة التصميم بأنها تعبير عن وجهة نظر المصمم للسلعة أو الخدمة و تندرج تحت عنوان " **جودة التصميم**". أما تعريفها خلال مرحلة الإنتاج فهو يعبر عن وجهة نظر المنتج للسلعة أو الخدمة حيث تندرج تحت عنوان" **جودة المطابقة**". كما أنها عرفت خلال مرحلة إستعمال المستهلك الأخير أو المنتفع من السلعة أو الخدمة على أنها وجهة نظر المستهلك حيث تندرج تحت عنوان" **جودة الأداء**".

من خلال التعريفات و المداخل و التوجهات السابقة لتعريف الجودة ، نلاحظ أنها تركز على عدة إتجاهات ، فبالرغم من إختلاف الأصول الفكرية للمهتمين بهذا الموضوع إلا أن الجودة تعبر عن كل ما سبق ذكره. و بهذا فإن مفهوم الجودة هو محصلة الأنشطة و الجهود للوصول إلى المطابقة للمواصفات بهدف تحقيق أقصى رضا للعميل. و عموما يمكن إعتبار الجودة كعامل أساسي في التأثير على درجة رضا العميل من جهة و في خلق القيمة من جهة أخرى[85]ص24.

2-1-1-2 تطور مفهوم الجودة :

إن تطور مفهوم الجودة و بلورة أفكاره وصولا إلى فلسفة إدارة الجودة الشاملة لم يأتي دفعة واحدة بل إستلزم ردحا من الزمن ، و كان ذلك نتيجة لإضافات علمية كبيرة على المستويين الفكري و التطبيقي ، حيث تميز أغلب الأدبيات الإدارية بين خمسة مراحل تاريخية لتطور الجودة إذ توجت المرحلة الأخيرة بإدارة الجودة الشاملة[74]ص9. إلا أنه و من خلال دراسة عمق الحضارة الإنسانية للبشر في البحث عن الجودة نجد أن لها جذور تاريخية قديمة جدا ، و أن الإفتراض الذي جاءت به الكتابات الحديثة و الذي يرجع الجودة إلى أيام الثورة الصناعية أو قبلها بفترة قصيرة ليس صحيحا ، لأن المتفحص في التاريخ و الحضارات البشرية يتضح له جليا بأن الجودة هي وليدة الحضارات الإنسانية القديمة التي دعت إليها و ساهمت في تطور فلسفتها ، و في مقدمتها تأتي الحضارة البابلية و على يد ملكها حمورابي (حوالي 1700 سنة قبل الميلاد)[86]ص8 ،وخير تجسيد لذلك هو ما نص عليه قانون حمو رابي*. كما أن بناء الأهرامات و المعابد المصرية القديمة و طريقة طلائها تؤكد على وجود عمليات فحص و رقابة لأنشطة البناء ، بهدف التأكد من مستوى جودة الأداء[81]ص50. و عليه يمكن عرض محتوى مراحل تطور مفهوم الجودة و المتعارف عليها كما يلي :

* المادة 229 من مسلة حمورابي" إذا قام أحدهم بإنجاز مهمة بناء بيت غير مطابق للمواصفات وتسبب البيت في وفاة المالك أو ابنه فإن العقوبة هي الحكم بالموت للشخص الذي قام بعملية البناء أو ابنه أيضا"

أولا – مرحلة الفرز : بدأ مفهوم الجودة بعملية فرز المنتجات ، حيث يقوم بعض العمال التابعين لملاحظي خط الإنتاج بفرز المنتج النهائي لإستبعاد الوحدات المعيبة منها[38]ص5.

ثانيا – مرحلة فحص الجودة : يطلق عليها أحيانا مرحلة التفتيش ، و هي نظام يستعمل لإكتشاف الأخطاء في المنتجات ثم تصحيحها[74]ص9. ما يمكن ملاحظته ، أنه و من خلال هذه المرحلة أنها لا تمنع وقوع الأخطاء لأنه في الأساس قد وقع حقا ، و إنما من أجل إكتشاف الخطأ و إستبعاده.

ثالثا – مرحلة مراقبة "ضبط" الجودة : تتضمن مراقبة الجودة تسجيل و تحليل و كتابة التقارير المتعلقة بالمعلومات المتصلة بالجودة و إتخاذها كأساس لإتخاذ القرارات السليمة بالإضافة إلى إستعمالها لأساليب إحصائية تساعد في أداء أنشطة مراقبة الجودة و التي تعتبر حلقة مهمة للتغذية العكسية مع إحتمال التأثر في التصميم و التخطيط[87]ص17.

رابعا – مرحلة ضمان الجودة : مع تطور الفكر الإداري أصبح مدخل مراقبة الجودة بمفرده غير كاف لتحقيق الجودة ، الشيء الذي أدى إلى التفكير في تبني مفهوم جديد هو ضمان الجودة. و يقصد بضمان أو تأكيد الجودة، تصميم و تنفيذ نظام يتضمن سياسات و إجراءات للتأكد من الوفاء بمتطلبات الجودة ، ليس فقط على نطاق و مراحل عملية الإنتاج ، بل على نطاق أشمل يضم مراقبة الجودة على مستوى وظائف المؤسسة ككل[88]ص69. و عليه يمكن القول بأن هذه المرحلة تركز على الإنحرافات و تسعى إلى تصحيحها قبل وقوع الخطأ.

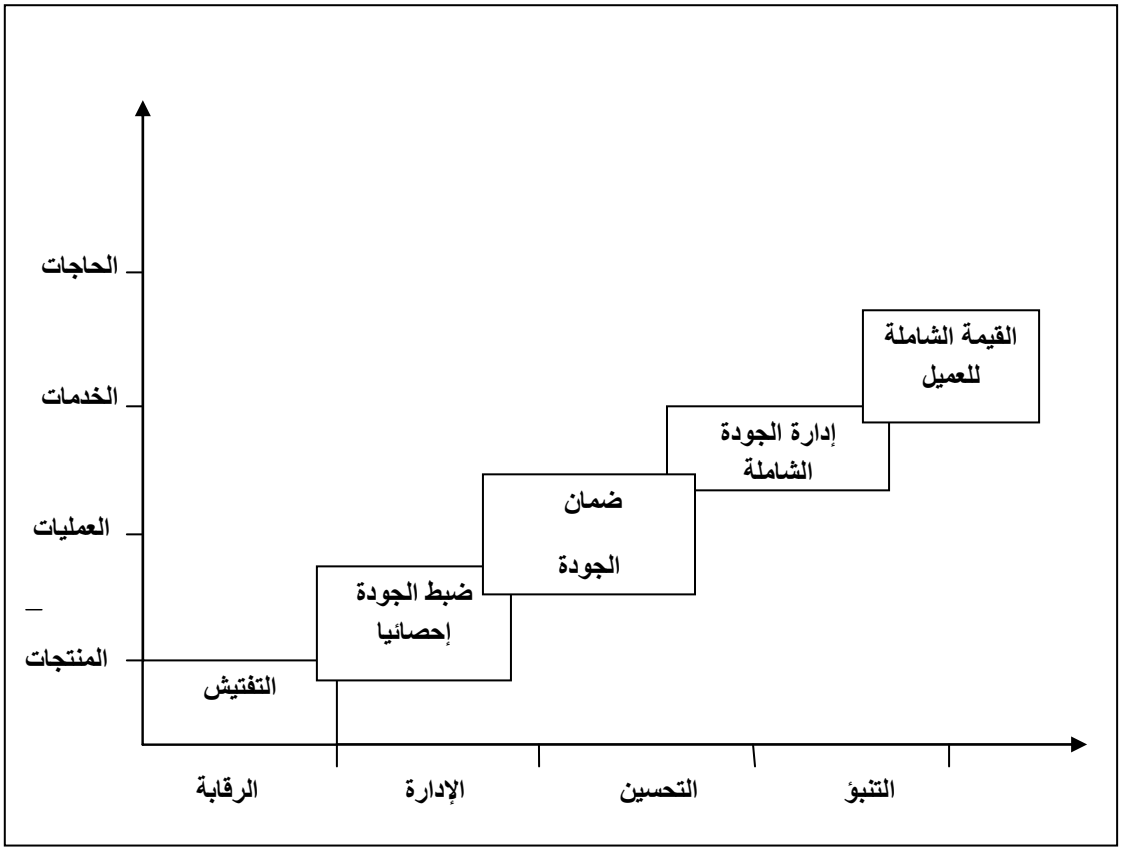
خامسا – مرحلة إدارة الجودة الشاملة : ظهرت كمدخل إداري يركز على الجودة التي تعتمد على مساهمة جميع أفراد المنظمة بهدف تحقيق رضا العميل ، حيث تعرف على أنها " ثقافة محددة

من المؤسسة تؤيد التحقيق المتواصل لرضا العميل عبر نظام متكامل بأدواته و تقنياته و تستلزم التحسين المستمر للعمليات التنظيمية التي ينتج عنها جودة عالية للسلع و الخدمات "[89]ص98.

إن المراحل التي مرت بها الجودة تعكس صورة متسلسلة ، بدأت بأهمية إكتشاف الخطأ وصولا إلى منع حدوثه سعيا لتحسين و الحفاظ على جودة المنتجات و الخدمات المقدمة بهدف إرضاء العميل.

فضلا عن ما سبق ، يضيف الدكتور "**قاسم نايف علوان**" مرحلة أخرى إلى مراحل تطور مفهوم الجودة ألا و هي مرحلة القرن الواحد و العشرين ، و هي المرحلة مستقبلية تنبؤية و التي تشير إليها الأبحاث العلمية في هذا الميدان بأنها ستكون مرحلة الإهتمام بالعميل من خلال تقديم و إنتاج ما يرغب فيه ، من حيث سهولة و سرعة الحصول عليه عند الطلب[79]ص25.

و عليه ، يمكن توضيح ما سبق ذكره من خلال الشكل التالي :



شكل رقم (2-1): تقسيم مراحل التطور التاريخي للجودة بشكل عام[90]ص29

2-1-1-3 أهمية و أهداف الجودة :

إن تطور مفهوم الجودة عبر الأزمنة يبرز مدى تزايد الإهتمام بهذا الموضوع ، و هذا لما تحتله الجودة من أهمية إستراتيجية سواء على مستوى المنظمة أو على مستوى المجتمع ككل. و عليه سنقوم بالتطرق إلى أهمية الجودة مع إبراز أهم أهدافها.

- أهمية الجودة :

لعل أبرز مثال يمكن أن نقدمه عن مدى أهمية الجودة من الناحية الإقتصادية الكلية ، تبني اليابان منذ عام 1950 للجودة كهدف أساسي لبناء إقتصاده و تحقيق التميز على المستوى العالمي. حيث لم تمض سوى عشرون سنة حتى تحقق له ذلك ، لتتحدى و تتخطى بذلك أعظم القوى الإقتصادية ألا و

هي الولايات المتحدة الأمريكية ، و تصبح بذلك اليابان أقوى و أشرس دولة إقتصاديا في العالم. أما على مستوى المنظمة ، فتتجلى أهمية الجودة فيما يلي[91]ص58-59:

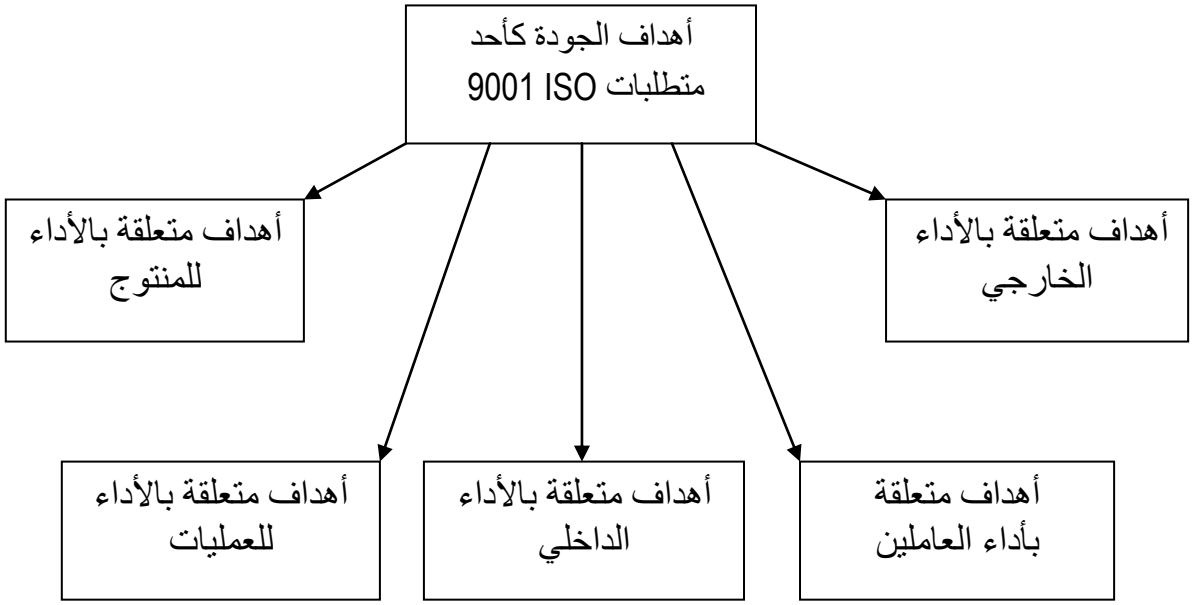
- **<u>شهرة أو سمعة المؤسسة</u>** : تستمد المؤسسة شهرتها من جودة المنتجات التي تقدمها لزبائنها إضافة إلى الخدمات المرفقة لها. و عليه ، على المؤسسة أن تولي إهتماما أكبر بالجودة بهدف كسب سمعة حسنة في السوق التي تشغله.
- **<u>المسؤولية القانونية للجودة</u>** : أي مؤسسة صناعية كانت أم تجارية أو خدماتية مسؤولة قانونيا عن ما يلحق الصحة العامة من أضرار جراء إستخدام أو إستهلاك منتجات غير مطابقة للمواصفات المطلوبة من قبل الدولة أو الجهات الوصية.
- **<u>زيادة الفاعلية التنظيمية للمنظمة</u>** : إن إدارة الجودة تولي أهمية أكبر للعمل الجماعي في حل المشاكل و تحسين العلاقة بين الإدارة و الموظفين و بالتالي التقليل من دوران العمل.
- **<u>التكاليف و حصة السوق</u>** : تساعد الجودة على إكتشاف الأخطاء و بالتالي تجنب التكاليف الإضافية المتعلقة بالصيانة ، و كذا التقليل من الوقت المخصص للعملية الإنتاجية الأمر الذي يؤدي إلى خفض التكلفة النهائية للمنتج مما يؤدي إلى جذب أكبر عدد من المستهلكين ، و عليه زيادة الحصة السوقية.
- **<u>حماية العميل أو المستهلك</u>:** إن تطبيق الجودة في مختلف الأنشطة التي تقوم بها المؤسسة و وضع مواصفات محددة و معروفة تساهم في حماية العميل من الغش التجاري خاصة تقليد المنتجات[83]ص53.

- **<u>المنافسة العالمية</u>:** تكتسب الجودة أهمية متميزة و بالغة في ظل المعلومات و العولمة[83]ص53. و عليه، على المؤسسات الوطنية أن تتبنى مفاهيم إدارية ترتكز على الجودة إذا أرادت أن تستمر في نشاطاتها في ظل منافسة عالمية لا ترحم.

<u>- أهداف الجودة :</u>

عموما ، هناك نوعان من أهداف الجودة[92]ص206 ، أهداف تخدم ضبط الجودة و هي التي تتعلق بالمعايير التي ترغب المؤسسة في المحافظة عليها ، حيث تصاغ تلك المعايير على مستوى المؤسسة ككل و ذلك باستخدام متطلبات ذات مستوى أدنى تتعلق بصفات مميزة مثل: الأمان و رضا العميل...إلخ. و أهداف تحسين الجودة ، و هي غالبا تنحصر في الحد من الأخطاء و تطوير منتجات جديدة ترضي حاجات العملاء بفعالية أكبر.

هذا و يمكن تصنيف أهداف الجودة بنوعيها إلى خمس فئات كما يوضحها الشكل الموالي :



شكل رقم (2-2): أهداف الجودة[93]ص207

حيث تتناول أهداف الأداء للمنتج حاجات العملاء و المنافسة ، في حين تتضمن أهداف الأداء الخارجي للمؤسسة الأسواق، البيئة و المجتمع. كما تتناول أهداف العمليات مقدرة العمليات و فاعليتها و قابليتها للضبط. أما أهداف الأداء الداخلي فتتناول مقدرة المؤسسة و فاعليتها و مدى إستجابتها للتغيرات ومحيط العمل.كما تتضمن أهداف الأداء للعاملين كل من المهارات و القدرات و التحفيز و تطوير العاملين.

3-1-2 أساسيات في جودة الخدمات.

تكمن المشكلة الأساسية و المتعلقة بموضوع الجودة في الصناعات الخدمية في صعوبة تحديد مفهوم واضح و دقيق للخدمة نفسها ، و هذا الموضوع بالذات يعد أساسيا بإعتبار أن من شأن أي مفهوم دقيق و واضح للجودة أن يعمل بمثابة نقطة مرجعية حيوية للحكم على جودة الخدمة. و عليه و من خلال هذا المطلب ، سنقوم باستعراض أهم المفاهيم الخاصة بموضوع جودة الخدمة و كذا أهميتها.

3-1-2-1 مفهوم جودة الخدمة .

لقد تعددت التعاريف المتعلقة بجودة الخدمة ، إلا أن هذا الإختلاف يكمن في الصياغة فقط. فعادة ما ينظر إليها من خلال الفرق بين توقع و إدراك العملاء للخدمة[94]ص89. و عليه ، و قبل التطرق إلى مختلف التعاريف في هذا الصدد لبد من التفرقة بين مختلف مستويات جودة الخدمة[95]ص25. فجودة الخدمة المتوقعة تمثل توقعات العميل لمستوى جودة الخدمة المقدمة ، و تعتمد على إحتياجات العميل ، و خبراته ، و تجاربه السابقة ، و ثقافته ، و إتصاله بالآخرين . أما جودة الخدمة الفعلية فهي تتمثل في المستوى الفعلي لأداء الخدمة ، إذن هي الجودة التي يشعر بها العميل أثناء تجربة حصوله الفعلي على الخدمة. في حين أن جودة الخدمة المدركة هي الجودة التي

يدركها العميل عند قيامه بالمقارنة بين الجودة المتوقعة و الجودة المجربة. كما يجمع الباحثون في مجال الجودة على أن جودة الخدمة المعيارية تعني مستوى الجودة الذي يتوافق و المواصفات المحددة للخدمة محليا أو دوليا.

هذا و قد بدأت أولى الدراسات المتعلقة بجودة الخدمة في ثمانينيات القرن الماضي ، عندما قام Gronroos سنة 1984 من خلال دراسته التي أجراها تحت عنوان « A Service Quality Model and its Marketing Implication » بتطوير أول نموذج لقياس جودة الخدمة ، حيث قام بتحديد ثلاث عناصر لجودة الخدمة و المتمثلة في[96]ص963 ،"الجودة الفنية" و التي تشير إلى مستويات الأداء الناتجة عن إستخدام الوسائل التكنولوجية و المادية في تقديم الخدمات. و الأخرى "وظيفية" حيث تمثل التفاعل بين مقدم الخدمة و المستفيد منها، و هنا تبرز خاصية الجودة الوظيفية و التي تعتمد بالأساس على العنصر البشري. أما العنصر الثالث فيتمثل في " الصورة الذهنية للمنظمة" و التي تعبر عن الصورة المنقولة عن الجودة إلى الزبائن من خلال وسائل الترويج المختلفة ، كما تعكس إنطباعات العملاء عن المنظمة و التي تتوقف بدورها على تقييمهم للجوانب الفنية و الوظيفية للخدمة.

هذا و قد عرف كل من Lewis and Boom جودة الخدمة من خلال دراستهما التي قاما بها سنة 1983 تحت عنوان « The Marketing Aspects of Service Quality » على أنها "معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات العملاء لهذه الخدمة"[97]ص104. ليعرفها بعد ذلك STEBBING سنة 1986 بأنها "مجموعة الخصائص و الصفات الإجمالية للخدمة ، و التي تكون قادرة على تحقيق رضا العميل و إشباع حاجاته و رغباته[98]ص9.أما في دراستهم التي قدموها سنة 1988 فقد عرفها Parasuraman and al[99]ص13،على أنها " الفرق بين توقعات العملاء للخدمة و إدراكهم للأداء الفعلي لها[100]ص110". و يرى كل من Cronin and Taylor

[101]ص126 بأنها "تتحدد في ضوء المقارنات التي يجريها العميل بين ما يتوقع الحصول عليه من المنظمة الخدمية و بين ما حصل عليه فعليا من خدمات[102]ص3 " . و في تعريف حديث لها قام Dehghan سنة 2006 و من خلال دراسته المعنونة بـ « Relationship between service quality and customer satisfaction »بتعريفها على أنها "المقارنة الموضوعية التي يقوم بها العميل بين نوعية الخدمة التي يرغب في الحصول عليها و الخدمة الفعلية التي تحصل عليها"[100]ص111.

تبعا للتعاريف السابقة نلاحظ وجود شبه إتفاق بين العديد من الباحثين على أن جودة الخدمة تتمثل في تحقيق رغبات العميل ، أي أن متلقي الخدمة يحكم على مستوى جودتها عن طريق مقارنة ما حصل عليه مع ما توقعه من تلك الخدمة.

و عليه ، يمكن أن نخلص إلى أن جودة الخدمة تمثل أهم مؤشر على رضا العملاء ، إذ تعد كمعيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي و توقعات العملاء للخدمة المقدمة. و بالتالي ، فإن الحرص على جودة المنظمة لخدماتها يكسبها ميزة تنافسية دائمة.

3-1-2-2 أهمية جودة الخدمات.

تشكل أهمية الجودة في خدمة العملاء ، مركز الصدارة لدى كافة المنظمات .و عليه تكمن أهمية جودة الخدمة في خمسة أسباب رئيسية[103]ص194 ، أهمها نمو مجال الخدمة، فمن الملاحظ أن عدد المنظمات أو المؤسسات الخدمية قد زاد بشكل ملفت أكثر منه من أي وقت مضى. و على سبيل المثال ، فإن أكثر من نصف المؤسسات الأمريكية يتعلق نشاطها بتقديم الخدمات. فضلا عن ذلك ، فإن نمو أو تزايد المؤسسات الخدمية مستمر بشكل سريع و ملفت يوما بعد يوم. كما أن إعتماد المؤسسات على الجودة في تقديم خدماتها سوف يكسبها مزايا تنافسية متعددة ، فضلا عن ضمان و

إستمرار بقائها و هذا في ظل المنافسة الشديدة بسبب تزايد عدد المؤسسات الخدمية.هذا و لابد للمؤسسات الخدمية من توفير معاملة جيدة لعملائها فضلا عن سعيها على فهمهم و تقدير إحتياجاتهم بصفة أكبر، حيث أن تقديم خدمة ذات جودة و بسعر منخفض يعد أمرا غير كافيا بالنسبة للعميل لأنه يفضل حسن معاملته .

هذا و قد أصبحت المؤسسات الخدمية في الوقت الحالي تركز على توسيع حصتها السوقية لذلك لا يجب على المؤسسات السعي من أجل إجتذاب عملاء جدد ، و لكن يجب كذلك المحافظة على العملاء الحاليين ، و لتحقيق ذلك لابد من الإهتمام أكثر بجودة الخدمة. كما لا يخفى علينا أن رفع أرباح المؤسسة يعد من أهم الأسباب التي تدفع بالمؤسسة الخدمية بالإهتمام أكثر بجودة خدماتها، حيث أن تقديم خدمات ذات جودة عالية يعمل على تحسين سمعة المؤسسة و نظرة العملاء إليها ، كما تعمل على تحسين قدرة المؤسسة على الإحتفاظ بعملائها و زيادة قدرتها على جذب عملاء جدد ، و هذا بطبيعة الحال سيؤدي إلى تحسين الأداء المالي للمؤسسة و زيادة مبيعاتها و أرباحها[104]ص78.

3-1-3 خطوات تحقيق الجودة في تقديم الخدمات.

إن خطوات تحقيق الجودة في تقديم الخدمات هي خطوات تؤكد على مدى نجاح المؤسسة في تحقيق أهدافها في إستقرار و إستمرار ولاء العملاء لها ، و لخدماتها المقدمة مما يخطو بها نحو مسعى آخر و هو تحقيق تطوير في خدماتها ، و الوصول إلى ميزة تنافسية[76]ص17،و تشمل هذه الخطوات ما يلي[105]ص217 :

3-1-3-1 جذب الإنتباه و إثارة الإهتمام بالعملاء:

إن جذب إنتباه العملاء و إظهار الإهتمام بهم من خلال المواقف الإيجابية التي يبديها مقدم الخدمة من خلال الإستعداد النفسي و الذهني لملاقاة العملاء و حسن المظهر و الإبتسامة الجذابة و السلوك الإيجابي الفعال و الثقة بالنفس...إلخ ، تعتبر كلها بمثابة مثير يؤدي إلى إيقاظ الرغبة لدى العملاء من أجل الحصول على الخدمة التي يريدها، إلى جانب ذلك أنها تعزز الولاء الدائم للعملاء من أجل الحصول على الخدمة و تكرار الحصول عليه بإستمرار.

3-1-3-2 خلق الرغبة لدى العملاء و تحديد حاجاتهم :

حيث تعتمد على المهارات البيعية و التسويقية لمقدم الخدمة ، كترك فرصة للعميل لكي يفسر عن كافة الأمور التي يجب أن يستوضحها و أن يكون مقدم الخدمة مستعدا للرد على تلك الإستفسارات بموضوعية ودقة مما يجعل العميل مستعدا لإستكمال إجراءات إقتناء الخدمة . فضلا عن التركيز على الجوانب الإنسانية للخدمة في التعامل كالترحيب و الإبتسامة و الشعور بأهمية توفير الحاجات الحالية و المستقبلية للعملاء ، و العرض السليم لمزايا الخدمة بالتركيز على خصائصها و وفرتها مع الإلتزام بالموضوعية في التعامل.

3-1-3-3 إقناع العميل و معالجة الإعتراضات لديه :

إن عملية إقناع العميل بإقتناء تلك الخدمة ليست بالأمر السهل و إنما تتطلب من مقدم الخدمة العديد من الجهود السلوكية القادرة على خلق القناعة لدى العملاء عند تقديم الخدمات و كذلك معالجة الإعتراضات التي يبدونها عند الشراء في بعض الأحيان ، إذ يرى البعض أن عملية البيع لن تتم دون وجود إعتراض من قبل العميل لذلك فطريقة الرد على الإعتراض تختلف من موقف لآخر، لذلك فهناك مجموعة من القواعد التي يمكن الإعتماد عليها في الرد على إعتراضات العملاء كإلتزام مقدم الخدمة بالقاعدة الذهنية في فن التعامل مع العملاء و التي مفادها أن العميل دائما على حق. كما يجب أن

يكون مقدم الخدمة مستمعا جيدا و أن يظهر الإهتمام و اليقظة مع تدوين الآراء و الملاحظات التي يبديها العميل حتى يتم إرضاء كبرياءه ، و عليه أن لا يأخذ إعتراضات العميل قضية مسلم بها ، كما يجب عليه في المقابل أن لا يجعل العميل يشعر بإنهزامه في المناقشة و أنه قد إنتصر عليه.

3-1-3-4 التأكد من إستمرارية تعامل العملاء مع المؤسسة :

إن عملية التأكد من إستمرارية التعامل مع المؤسسة و خلق الولاء لدى العملاء يأتي من خلال بعض الخدمات البيعية و التسويقية التي تشكل ضمانا لولاء العملاء للمنظمة و منها ، الإهتمام بشكاوي العملاء و ملاحظاتهم ، بحيث يجب على مقدمي الخدمات أن يكونوا على درجة عالية من الصبر في إستيعاب شكاوي العملاء و إتخاذ الإجراءات التي يمكنها معالجة ذلك من خلال الإعتذار و الشكر. بالإضافة إلى توفير خدمات ما بعد البيع بعد إتمام عملية البيع و التعاقد ، فتقديم هذه الخدمات بكفاءة عالية يساعد على إستمرار العملاء في التعامل مع المؤسسة و بالتالي إستمرار وجود هاته الأخيرة و إستقرارها.

3-2 جودة الخدمات الصحية و رضا المرضى.

لقد كانت الخدمة الصحية الوطنية مبادرة لرؤية مثالية أطلقها "بيفان Bevan" سنة 1948 ، فقد وصف هذه الخدمة بأنها نتاج أعمال رجال و نساء ذوي مهارات عالية كرسوا أنفسهم لتقديم رعاية ذات جودة عالية لمرضاهم الكثر . و في هذه المرحلة المبكرة من ولادة الخدمة الصحية ، كان موضوع الجودة في قمة أولويات البرنامج الصحي[106]ص3 نظرا لإرتباطه بالحياة البشرية . و عليه ، سنحاول من خلال هذا المبحث التعرف على أهم التعاريف التي قدمت لموضوع الجودة في مجال

الخدمات الصحية بالإضافة إلى محاولة تحديد ماهية علاقتها برضا المريض مرورا بمختلف الصعوبات التي تواجهها الجودة في هذا القطاع.

3-2-1 مفهوم و أهمية الجودة في قطاع الخدمات الصحية.

قبل التطرق إلى مفهوم و أهمية جودة الخدمات الصحية ، إرتأينا أنه لبد و من المفيد أن نعرج على أهم المحطات التاريخية للإهتمام المتزايد بموضوع الجودة في مجال خدمات الرعاية الصحية.

3-2-1-1 الخلفية التاريخية للجودة في قطاع الخدمات الصحية:

كانت الولايات المتحدة الأمريكية من أوائل الدول التي قامت بتطبيق فلسفة الجودة على القطاع الصحي.لكن ، أول من إستخدم هذا المفهوم في مجال الطب ممرضة بريطانية تدعى "فلورنس نايتغيل" و التي قامت بتقييم جودة الرعاية المقدمة في المستشفيات العسكرية الإنجليزية خلال حرب القرم حيث وضعت مجموعة من المعايير و التي أدت إلى خفض كبير في معدلات الوفيات [107]ص13. لكن، إذا ألقينا نظرة تاريخية سريعة سنجد أن الإلتزام بتقويم و تحسين مستوى جودة الرعاية الصحية له تاريخ عريق تشهد به السجلات التاريخية الطبية.

فتاريخ الجودة يرجع إلى 2000 سنة قبل الميلاد و إلى قانون "حمورابي" ،حيث جمع هذا القانون بين الجودة و تكلفة الرعاية الصحية[106]ص8.و في القرن الخامس قبل الميلاد ، إحتوت كتب "توث" في الحضارة المصرية القديمة على بعض المعايير المتعلقة بالممارسات الطبية ، و أي إنحراف عن هذه المعايير يعد جريمة تستوجب العقاب. هذا و قد وضع " أرسطو " في القرن الرابع قبل الميلاد قانونا يؤكد أنه لا يسمح للأطباء بتغيير طريقتهم الإعتيادية في معالجتهم للمرضى إلا في الحالات

الإستثنائية . أما في عصر الإغريق ، طلب "أبوقراط" من تلاميذه أن يقسموا يمينا على أن يقدموا أفضل رعاية صحية لمرضاهم[108]ص116.

و في الحضارة الغربية ، و تحديدا في المملكة المتحدة قام المسؤولون عن الكليات الملكية بلندن سنة 1518م بتوثيق فكرة أن إحدى مهام الكلية تكمن في دعم مستوى الطب لشرف المهنة بحد ذاتها و لفائدة الجمهور ، بمعنى الإهتمام بجودة الخدمات الصحية المقدمة[106]ص9. كما تطرقت "إيزابيل ستيوارت" في مطلع هذا القرن إلى طرق قياس جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى و الإستخدام الفعال للموارد ، و قد طورت لائحة من ثماني نقاط عرفت باسمها "معايير ستيوارت".

و في عام 1910 قامت الجمعية الطبية الأمريكية بالتعاون مع مؤسسة "كارنجي" بتبني عملية تقويم المدارس الطبية، حيث نتج عن هذا التعاون إصدار "تقرير فلكيسنر" الذي أكد على أهمية تحسين الأداء و رفع مستوى الجودة النوعية للخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين. أما في عام 1915م ، قامت الكلية الأمريكية للجراحين بتطوير برنامج لمعايير معينة على أداء المنشات الصحية، و كان أحد أهداف ذلك البرنامج يكمن في وضع طريقة رسمية لإعتماد المستشفيات و التحقق من جودة الرعاية الصحية[109]ص15. و قد أعقب هذه الحقبة تشكيل هيئة مشتركة لإعتماد المستشفيات عام 1952م و التي يطلق عليها في الوقت الحالي إسم " اللجنة المشتركة لإعتماد مؤسسات الرعاية الصحية" و منذ ذلك الوقت و هي تتابع تحسين الممارسات الرائدة لإعتماد مستوى جودة الخدمات الصحية و ذلك بوضع ضوابط محددة للأداء في المؤسسات الصحية[110]ص24.

أما في عام 1966 قام Donabedian [111]ص693 بإدخال نموذجه لقياس الجودة القائم على "نظرية النظم البسيطة" حيث و صف جودة الرعاية الصحية بأنها نظام ذو ثلاث مكونات مماثلة و هي : البنية أو هيكل الخدمة ، عملية الخدمة و النتائج أو مخرجات الخدمة.

هذا و قد تتابعت جهود تحسين الجودة في القطاع الصحي تحركها إتجاه المؤسسات الحكومية و الخاصة و الجمعيات المهنية في فترتي السبعينيات و الثمانينيات ،حيث تبلورت أهم أعمال تلك الحركات في فكرة معايير و ضمان الجودة . و حسب Walter و من خلال الدراسة التي أجراها في مستشفى باريس سنة 2000 تحت عنوان «L'assurance qualité, clé de l'accréditation en santé »، فقد خلص إلى أن برامج ضمان الجودة قامت على مبدأين أساسيين و هما [112]ص4، القيام بإجراءات المراقبة بصفة روتينية دورية ، و إعداد نموذج لتنفيذ العمل حيث يخضع لمبدأ المطابقة مع المعايير الموضوعة مسبقا.

لقد تعرضت برامج التحسين المستمر للجودة لإنتقادات عديدة لحقبة من الزمن ، حيث رأى بعض الباحثين في مجال الجودة الصحية أن العيب في برامج تحسين الجودة هو صعوبة الوصول إلى التطابق مع المعايير و ذلك لعدم إمكانية التحديد الدقيق لهذه الأخيرة ، الأمر الذي أسفر عن إنتشار مفاهيم إدارة الجودة الشاملة سنة 1987 و التي إهتمت بدرجة أكبر بتسيير الموارد البشرية فيما يتعلق بالتكوين و التحفيز.

3-2-1-2 مفهوم جودة الخدمة الصحية :

إن تعريف الجودة في الخدمات الصحية تعد عملية في غاية التعقيد لأن العديد من أوجه الخدمة الصحية تبدو في الغالب غير واضحة المعالم لبعض الأطراف المعنية بها ، و بالتالي فإن محاولة تعريف الجودة في الخدمات ستعكس وجهة نظر الشخص أو الطرف القائم بالتعريف[113]ص72.

و يبدو الأمر واضحا من خلال تعريف الجودة في الرعاية الصحية بأنها السعي المستمر نحو تحقيق متطلبات المريض بأقل تكلفة ممكنة[114]ص6 ، بحيث تشمل ثلاث وجهات نظر أساسية[115]ص121، فالأولى تشمل تحقيق الجودة من وجهة نظر المريض، ويمكن التحقق من ذلك

عن طريق قياس رضا المريض.أما وجهة النظر الثانية فتشمل تحقيق الجودة من وجهة نظر مهنية ، و هي تحقيق ما يحتاجه المريض بناءا على ما هو مقبول طبيا ، من حيث التشخيص و الإجراءات و العلاج. في حين تتركز الثالثة على جودة العمليات المتعلقة بجودة تصميم و تقديم الخدمات الصحية ، و ذلك على أساس الإستخدام الأمثل لموارد المنظمة الصحية.

و من وجهات النظر الأخرى المتعددة حول مفهوم جودة الخدمة الصحية تحتل وجهة نظر المريض أو المستفيد من الخدمة أهمية بالغة ، حيث أن مستوى تلك الجودة يعتمد إلى حد كبير على إدراك المريض و تقييمه لها و بالتالي ستكون الخدمة الصحية ذات جودة أعلى لو جاءت متلائمة مع توقعات المرضى و لبت إحتياجاتهم[116]ص16 ،و في هذا المعنى عرفت جودة الخدمة الصحية بأنها "درجة تمكن الرعاية الصحية من تلبية جميع إحتياجات المريض ، على أن تكون هذه الرعاية سهلة المنال ، منخفضة التكاليف و موثوقة جدا"[117]ص218. و في تعريف آخر أورده خبيري الصحة العالمية "ميلتون روم و كارلوس مونتويا": "الجودة هي رضا المريض عما قدم له من خدمات صحية و الذي يتوقف على مدى التطابق بين مستوى هذه الخدمات من ناحية و توقعات و إحتياجات المريض من ناحية أخرى"[118]ص13.كما أكد "Donabedian" بأن جودة الخدمة الصحية هي " تطبيق العلوم و التقنيات الطبية لتحقيق أقصى إستفادة للصحة العامة دون زيادة التعرض للمخاطر ، و على هذا الأساس فإن درجة الجودة تحدد بأفضل موازنة بين المخاطر و الفوائد"[107]ص14.

و عليه، يتضح من خلال التعاريف المقدمة بأنها تتفق على أن جودة الخدمات الصحية تشير إلى مدى مطابقة المعايير القياسية للخدمات الصحية المقدمة و مستوى الخدمات المتوقعة و المطلوبة و السعي إلى تحسينها بهدف تحسين صحة المجتمع.

هذا و كان لمختلف الهيئات و المنظمات العالمية دورا كبيرا في تعريف جودة الخدمة في مجال الرعاية الصحية. فقد عرفتها الهيئة الأمريكية المشتركة لإعتماد مؤسسات الرعاية الصحية على أنها " درجة الإلتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة و معرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة"[117]ص218. في حين عرفها المعهد الطبي الأمريكي بأنها " المستوى الذي تصل إليه المؤسسات الصحية فيما يتعلق بإرتفاع إحتمال الحصول على النتائج المرغوبة من قبل الأفراد و المجتمع ، و النتائج المحاسبية و المالية على حد سواء "[119]ص14. كما عرفتها منظمة الصحة العالمية على أنها " التوافق مع المعايير و الأداء الصحيح بطريقة آمنة و مقبولة من المجتمع ، و بكلفة مقبولة ، بحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على نسبة الحالات المرضية و نسبة الوفيات و الإعاقة و سوء التغذية"[120]ص3.

يتضح من خلال التعاريف السابقة أن الجودة تحدد و تقاس من خلال الإلتزام بجملة المعايير المحددة مسبقا سعيا لتحقيق متطلبات المرضى و بأقل تكلفة ممكنة و هذا بهدف التحسين و التطوير المستمر. و بشكل عام فإن أي تعريف لجودة الخدمة الصحية لابد أن يتوافق مع جملة من الأبعاد و التي تتمثل في[121]ص16 "المطابقة مع المواصفات ، المواءمة مع الاستخدام ، الدعم و الاهتمام أو التأثير السيكولوجي (النفسي) ".

و على كل حال يمكن الجزم بأنه ليس من السهل إيجاد مفهوم موحد للجودة خاصة في المؤسسات الصحية، و هذا لكون الصحة موضوع شخصي يخص المريض وحده ، و يختلف حوله الأفراد بإختلاف توقعاتهم و تقديراتهم الشخصية.

3-2-1-3 أهمية جودة الخدمة الصحية:

تظهر أهمية الجودة في قطاع الخدمات الصحية من خلال كثرة الدراسات المتعلقة بهذا الموضوع، حيث تؤكد دراسة Kanji et al سنة 1999 و المعنونة تحت « Total quality management in UK hospitals » ، أن تبني إستراتيجية فعالة للجودة يعتبر أحد العوامل الأساسية لتحسين و ترقية الأداء العام في المؤسسة الخدمية عموما و الصحية على وجه الخصوص[122]ص31. و في نفس السياق ، أسفرت الدراسة التي أنجزها Baldwin على مستوى بعض المستشفيات البريطانية غير الهادفة للربح أن الإهتمام ببرامج تحسين الجودة قد ساهم في تخفيض معدل دوران العمالة إلى أقل من 4% ،حيث كان المعدل يتراوح بين 15% و 20% .

هذا و يمكن القول أنه تبرز أهمية جودة الخدمة في قطاع الخدمات الصحية أو في أي قطاع خدماتي آخر من خلال التقليل من البيروقراطية ،زيادة مردود المستخدمين ، خفض حجم المصاريف و النفقات إلى جانب كسب تأييد الرأي العام بسبب الوفاء بإحتياجات المواطنين و رفع مستوى الرضا لديهم[123]ص199.

كما أنه يمكننا الإستدلال على أهمية الجودة في الخدمات بصفة عامة و الصحية على وجه الخصوص من خلال عدد من المؤشرات[124]ص8 ،كإرتباط الخدمة بالجودة ، حيث أصبح من الضروري إعتماد جملة من المقاييس لقياس مستوى الرضا المحقق لدى المرضى من خلال الربط بين الخدمة المقدمة و الجودة. و هو ما أدى إلى إعتماد مقياس أطلق عليه تسمية Servqual من طرف « Parasuraman, Zeithaml and Berry,1985 » و هو ما سنتطرق إليه بشيء من التفصيل من خلال المبحث الثالث. كما أصبح للجودة أبعاد رئيسية و التي يتم إعتمادها كأساس لقياس مستوى الجودة ، و تتمثل هاته الأبعاد في : الملموسية ، الإعتمادية ، الإستجابة ، الأمان و التعاطف. و عليه، تعد الجودة في الخدمة الصحية كمؤشر مهم لقياس مستوى الرضا المحقق لدى المرضى عن

الخدمة المقدمة لهم من طرف المنظمة الصحية كما أنها تبقى خاضعة للتحسين المستمر بهدف تحقيق الشمولية* و التكاملية♣ في الأداء.

3-2-2 صعوبة تحديد جودة الخدمات الصحية و العوامل المؤثرة فيها.

سنحاول و من خلال هذا المطلب التطرق إلى أهم الأهداف التي تحققها الجودة في مجال الخدمات الصحية فضلا عن العوامل أو العناصر التي تؤثر في جودة الخدمات الصحية وصولا إلى أهم الصعوبات التي تواجهها الجودة في قطاع الخدمات الصحية.

3-2-2-1 أهداف جودة الخدمة الصحية:

تعتبر الجودة كأسلوب تتبعه المؤسسات الصحية بغرض التحقق من حسن أداء العمل من مختلف جوانبه ، و إتخاذ التدابير و الإجراءات اللازمة من أجل ضمان حسن إستمراريته ، و ذلك في إطار تحقيق جملة من الأهداف[125]ص128، كتلبية حاجات و رغبات المرضى على النحو الذي يتطابق و توقعاتهم ، و يحقق رضاهم التام عن الخدمات المقدمة لهم بالإضافة إلى تأمين أساليب الرعاية التي تتناسب مع ظروف المستفيدين من الخدمات الصحية المقدمة. هذا و تعمل الجودة أيضا على ضمان تبني العاملين لأشكال السلوك الإيجابي عند تعاملهم مع المرضى بما يضمن لهم كرامتهم الشخصية ، و العمل على إشراكهم في خطط الرعاية المبرمجة لهم من قبل أطبائهم مع ضمان الإستخدام الأمثل للموارد المستهدفة .

---

* الشمولية: التوسع في مستوى جودة الخدمات التي يتوقعها المرضى من الخدمة المقدمة لهم بكافة جوانبها.

♣التكاملية: بمعنى تكامل برامج الأنظمة الفرعية المكونة للنظام الصحي.و على سبيل المثال: تكامل الخدمات الطبية و التمريضية بلاضافة اللى الخدمات الساندة الأخرى كالأشعة، المختبر...الخ.

إضافة إلى هذا ، يرى بعض الباحثين و المهتمين بهذا الموضوع أن أهداف جودة الخدمات الصحية تتمثل في[107]ص14، تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المريض و زيادة ولائه للمنظمة الصحية و الذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لها. بالإضافة إلى تحقيق مستويات إنتاجية أفضل ، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المرضى الهدف الأساسي من تطبيق الجودة و تطوير و تحسين قنوات الإتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية و مقدميها ، فضلا عن تحسين معنويات العاملين ، إذ أن المنظمة الصحية الخاصة هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها و جعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم و بالتالي الحصول على أفضل النتائج.

3-2-2-2 العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية:

هناك مجموعة من العوامل و التي من شأنها أن تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر في جودة الخدمات الصحية المنتجة و المقدمة لطالبيها ، حيث تتمثل تلك العوامل في:

- **تحليل توقعات المريض:**

يحتاج منتجوا الخدمات الصحية إلى فهم إتجاهات المرضى عند تصميمهم للخدمة الصحية بحيث يكون هذا التصميم متفوقاً على توقعات المريض لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة المقدمة. كما يمكن للمرضى أن يحققوا إدراكاتهم للخدمة المقدمة من خلال التمييز بين المستويات المختلفة للجودة و التي سبق و أن تطرقنا اليها[1]ص204.

- **تحديد جودة الخدمات:**

حالما تفهم إدارة المستشفى حاجات المرضى فإنه يجب أن تضع التحديد أو التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة . و هذا التوصيف عادة ما يكون مرتبطا بأداء العاملين في المستشفى و بمستوى و كفاءة الأجهزة و المعدات المستخدمة في إنجاز الخدمة الطبية[121]ص19.

- **أداء العاملين :**

عندما تضع إدارة المستشفى معايير الجودة للخدمة الصحية المقدمة و يتحقق الإلتزام في تنفيذها من قبل الكادر الطبي في المستشفى فإنها في المقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب ، و يكون من المهم أن تتوقع إدارة المستشفى تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية المقدمة لهم ، و أن تكون هذه التوقعات عقلانية و يمكن تحقيقها ،و هنا يكون من الضروري أن لا تقدم الإدارة وعودا لا تستطيع الوفاء بها لأي سبب كان[113]ص74.

- **إدارة توقعات الخدمة:**

إن إدارة توقعات الخدمة تتم من خلال إعتماد أنظمة الإتصالات الداخلية في المستشفى و الترويج و الإعلان في خارجها .و يكون من الضروري على إدارة المستشفى أن لا تقدم وعودا لا تستطيع تحقيقها نظرا لضخامتها أو عدم تجانسها مع قدراتها في التنفيذ أو الضعف في التدريب أو الكفاءة اللازمة في إتصالاتها الداخلية لتحقيق ذلك .و هذا سينعكس بالتالي على عدم رضا المستفيد عن الخدمة الصحية المتوقع حصولها[126]ص337.

3-2-2-3 صعوبة تحديد ، تقييم و قياس جودة الخدمة الصحية :

ترجع صعوبة تحديد ، تقييم و قياس جودة الخدمات الصحية لطبيعة الخدمة المقدمة و إرتباطها بحياة الإنسان. و هذا كما يلي[39]ص25:

- **صعوبة تحديد جودة الخدمة الصحية :**

يتعذر تحديد جودة الخدمة التي تقدم للمستفيد بسبب عدم التنبؤ بجودة أدائها قبل تقديمها ، و هذا راجع في الأساس لكون الخدمات الصحية غير ملموسة. و لمواجهة هذه المشاكل الخاصة بتنميط الخدمة فإنه ينبغي أن تعطي المنظمات الصحية إهتماما خاصا لمرحلة تخطيط خدماتها ، و على الإدارة أن تبذل ما في وسعها لكي تضمن نوعا من التناسق في الأداء مع توافر الجودة العالية فيه. و على هذا يمكن أن تكسب منظمات الخدمات الصحية ثقة المستفيد ، فتكون بذلك سمعة حسنة للإستمرار و النمو.

- **صعوبة تقييم جودة الخدمة الصحية:**

لنفس الإعتبار السابق يصعب تقييم نوعية الخدمة و جودتها ، لأن التقييم يتم على أساس مقارنة ما تم شفاؤهم من المرضى في مدة معينة ، أي ناتج الأداء بين ما حققه النشاط في المنظمة الصحية و بين الأهداف الموضوعة .و قد إعتادت المنظمة الصحية عند تقييم خدماتها أن تقيم الكفاءة أي تقييم كفاءة الإمكانات سواء كانت إمكانات بشرية كالأطباء و الممرضين و المساعدين الفنيين و العاملين،أو إمكانات مادية كالمستشفيات و العيادات و الأسرة و التجهيزات و الأموال ، و تقييم الفعالية بين ما تم أداؤه فعلا من مدخلات و بين ما كان متوقعا تقديمه في مدة محددة و علاقته بما كان يهدف إليه ، بالإضافة إلى تقييم التكلفة.

- **صعوبة قياس جودة الخدمة الصحية:**

قد يكون من السهل قياس ما تم إستخدامه من إمكانات مادية كعدد الأسرة و عدد الأطباء . إنما ليس من السهل قياس جودة الخدمة المقدمة بطريقة القياس المباشر ، و لكن يمكن قياسها بالتغيرات الإجتماعية و الإقتصادية للمجتمع و إرتفاع المستوى الصحي وفق تصورين. إما وفق طريقة القياس المباشر حيث يتم قياس الناتج الفعلي للخدمة. أو وفق طريقة القياس غير المباشر، إذ يتم قياس جودة الخدمة عن طريق المقارنة مع نتائج أخرى (دولية ،محلية ، تاريخية...).

3-2-3 رضا المريض و علاقته بالجودة.

تهتم المنظمات الخدمية عموما بمعرفة الخصائص و المؤشرات التي يقع في ضوئها حكم العميل لتتحدد نتيجة الرضا أو عدم الرضا حول أعمالها و خدماتها .و في الإطار العام فإن مؤشرات الجودة و سرعة التسليم و الثقة المتبادلة بين المنظمة من خلال خدماتها و بين العملاء هي من يقرر هذا الرضا و مستواه. تبعا لهذا سوف نقوم من خلال هذا المطلب التطرق إلى جملة من التعاريف المتعلقة برضا العميل (المريض) و أهميته بالإضافة إلى إستعراض العلاقة بين رضا المريض و جودة الخدمة الصحية المقدمة.

3-2-3-1 مفهوم رضا المريض :

يحتل مفهوم رضا المرضى عن الخدمة الصحية موقعا هاما في مجال الصحة العامة كونه إشارة و مقياس هام تقاس به كفاءة العمل و الأداء داخل المنظمات الصحية إضافة إلى قياس جودة الخدمات التي تقدمها ، و مدى تمكنها بشكل عام من الوصول لأعلى درجات التنافسية في عالم الخدمات الصحية. و عليه ترى إحدى التعاريف بأن تحقيق رضا المريض يعكس ثلاث متغيرات أساسية هي:

التفضيلات الشخصية للمريض ، توقعات المريض ، و واقع الخدمة المتلقاة[127]ص384.كما يرى بعض المؤلفين بأن رضا المرضى يعد كنتيجة من النتائج الأولية للرعاية الصحية[128]ص465.

كما يعرف كل من Meredith and Wood[129]ص68 رضا المريض بأنه "الشعور الإيجابي أو السلبي النابع من وجهة نظر المريض تجاه الخدمات المقدمة له" . و يشير Keegan and al [130]ص10 أن رضا المريض يعبر عن " موقف شخصي نحو تجربته مع المؤسسة الصحية التي يتعامل معها .و هذا الرضا يتضمن كلا من الجوانب المعرفية و العاطفية و المرتبطة بالتجارب السابقة". كما يعرفه كل من Asadi,lari and al على أنه "مدى إدراك الفرد بالمقارنة مع ما لديه من توقعات"[131]ص131.

هذا و يعرف "الدكتور أسامة الفراج" رضا المرضى على أنه :" شعور المريض بالراحة عن مجمل الخدمات التي تلقاها خلال مدة إقامته في المستشفى :و تشمل :الخدمات الطبية و التمريضية و الخدمات المرافقة (فندقة، إطعام ، نظافة ، خدمات إجتماعية و نفسية) ، مما يولد إحساساً بإهتمام الأطر الطبية و الخدمية به، و يمنحه الثقة بالإجراءات التي يتبعها الأطباء ، و يخلق لديه شعوراً إيجابياً يساعده على تقبل العلاج و التجاوب معه ، و هذا ما يؤدي بدوره إلى تحصيل نتائج علاجية أفضل مما ينعكس على جودة خدمات الرعاية الصحية"[132]ص64.

و عليه ، يمكن القول أنه إذا كان الرضا عن الخدمات المقدمة عاليا و يلبي متطلبات إيجابية فإنه ينتقل إلى ولاء و أحكام مرضية عن التعامل مع هذه المؤسسة . أما في حالة ما إذا تولد عدم الرضا و الشعور السلبي فإن توقيف التعامل أو العلاقة مع المؤسسة سيكون أمرا طبيعيا لا محال منه.

تبعا للتعاريف السابقة يمكن أن نخلص لتعريف رضا المريض على أنه ما يمكن أن ينتج من خلال مقارنة المريض بين الخدمة المدركة التي تحصل عليها فعلا و الخدمة المتوقعة و هذا على النحو التالي:

- الإدراك < التوقع ← شعور بالإستياء و عدم الرضا و التوجه إلى مؤسسة صحية أخرى.
- الإدراك ≤ التوقع ← شعور بالرضا و زيادة الولاء للمؤسسة الصحية.

كما أن هذه التوقعات تبنى من قبل المريض نتيجة لتفاعل جملة من المتغيرات و المتمثلة في إحتياجات المريض و خبرته السابقة ، الأنشطة الترويجية التي تقدمها المنظمة الصحية بالإضافة إلى تأثير الأصدقاء و الزملاء من خلال إتصالات الكلمة المنقولة أو العكس.

3-2-3-2 أهمية رضا المرضى :

على مر السنوات الماضية ، تزايدت أهمية موضوع رضا المرضى بإعتباره واحدًا من المؤشرات الأساسية لقياس جودة الرعاية الصحية[133]ص336. بالإضافة إلى أن تقييم المريض من شأنه أن يساعد على توعية الطاقم الطبي عن إنجازاتهم أو فشلهم في تقديمهم لخدماتهم فضلا عن مساعدتهم على الإستجابة أكثر لإحتياجات مرضاهم [134]ص10.

كما يؤكد Baker في دراسته التي أجراها سنة 1991 حول « Audit and standardsin new general practice» أن موضوع رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة أحد المواضيع التي تزايدت أهميتها، باعتباره مؤشرا أساسيا لقياس جودة خدمات الرعاية الصحية. كما بين البعض أن قياس رضا المرضى يمكن من المقارنة بين جودة مختلف برامج الرعاية الصحية ، بالإضافة إلى تحديد الجوانب التي تحتاج إلى عملية التحسين.

هذا و بين Fitzpatrick[135]ص887، أن هناك ثلاثة أسباب رئيسية للإهتمام برضا المرضى و التي لابد من أن تؤخذ على محمل الجد من قبل العاملين في مجال الصحة ، حيث أكد أن هناك أدلة مقنعة على أن الرضا يعتبر كمقياس مهم جدًا .إذ أن مؤشر رضا المرضى يعبر عن جودة خدمة الرعاية الصحية المقدمة ، و في حالة عدم الرضا فإن المريض يقوم بتغيير مكان إستلام الخدمة. كما أن رضا المرضى قد أصبح يعتبر كمؤشر أو مقياس مهم و مفيد في تقييم أنماط الإتصالات و المعلومات المتداولة بين الطبيب و المريض و هو ما يبعث الثقة و الطمأنينة في المريض مثل النجاح في إعطاء المعلومات ، إشراك المريض في إتخاذ القرارات بشأن الرعاية. هذا فضلا عن إمكانية إستخدام ردود فعل المريض (أو ما يعرف بالتغذية العكسية) بإنتظام للإختيار بين أساليب بديلة بهدف تنظيم أو توفير الرعاية الصحية.

بالإضافة إلى ما سبق، هناك إتفاق بين بعض الباحثين أمثال Crow و Williams على وجود مجموعة من العوامل المهمة و التي تؤثر في رضا المريض، كتوقعاته تجاه الخدمات المقدمة فضلا عن تجربته السابقة و إختياره الدقيق لمقدم الخدمة. و يضيف البعض الاخر جملة من العوامل و المتعلقة أساسا بالجنس ،العمر ، العرق و الحالة الاقتصادية و الاجتماعية ، حيث أن مختلف الدراسات و نتائجها السابقة تؤكد أهمية هذه العوامل في رضا المرضى.

3-3-2-3 علاقة جودة الخدمة برضا المرضى:

أثبتت البحوث في مجال الرعاية الصحية على مر العقود القليلة الماضية أن رضا المرضى هو أحد الإستراتيجيات الهامة لتحسين جودة الخدمات التي تقدمها المنظمات الصحية[136]ص48، فعلى الرغم من أن رضا المريض هو حكم شخصي إلا أنه و مع ذلك يعتبر عنصرا حاسما في نتائج خدمات الرعاية الصحية[137]ص95.

فمن أجل توضيح العلاقة بين كل من جودة الخدمة و رضا العميل قام العديد من الباحثين في هذا المجال بالعديد من الأبحاث. ففي دراسة قام بها كل من Sprengh and Singh سنة 1993 و التي كانت تحت عنوان «An Empirical assessment of the Servqual scale and the relationship between service quality and satisfaction » ، توصلا فيها إلى أنه لا يوجد إختلاف أو تمايز بين مفهومي الرضا و الجودة[138]ص 391، في حين يرى بعض الباحثيين أمثال[139]ص35 Carman و Mackoy [140]ص203 أن هناك إختلاف بين هذين المفهومين. و على الرغم من كثرة هاته الإستنتاجات و الإختلافات إلا أنهم لم يتفقوا حول من يسبق الاخر ، إن كان الرضا أم الجودة. و هذا التناقض في الاراء جاء في الدراسة التي قام بها كل من Cronin and Taylor سنة 1994، حيث إفترضا أن الرضا يؤدي إلى تقديم خدمات ذات جودة إلا أن نتائج هذه الدراسة آلت إلى عكس ما أفترض بداية ، أي أن جودة الخدمة هي التي تحقق رضا العميل.

إضافة لما سبق ، يرى كل من Mittal and lassaer في دراستهما سنة 1998 « Why do customers switch ? the dynamics of satisfaction versus loyalty » أن هناك علاقة بين جودة الخدمة و رضا العملاء. تلتها بعد ذلك دراسة كل من Elnan and Anderson سنة 1999 «Measuring and monitoring service quality in the bus industry » حيث توصلا إلى وجود علاقة إيجابية بين جودة الخدمة و رضا العملاء في قطاع النقل بالنرويج ، و هو ما أكدته الدراسة الحديثة التي أجرتها Ojo[94] ص99 في مجال الإتصالات السلكية و اللاسلكية [141]ص206.

في نفس السياق ، و فيما يخص مجال خدمات الرعاية الصحية ، فقد أكدت الدراسات الحديثة و خاصة في جامعة ديوك في كاليفورنيا بأن رضا المرضى يرتبط إرتباطا وثيقا بجودة الخدمة الصحية

أكثر من إرتباطها بالأداء الطبي عند الأطباء. و في هذا الصدد يقول "Richard Staline" الباحث و المساعد و أستاذ إدارة الأعمال في كلية فيكوا: "يشعر المرضى مباشرة إذا كانت المستشفى تقوم بعملها على أكمل وجه ، فإذا أردت التعرف على جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المشفى يجب أن تبحث عن مستوى الرضا لدى المرضى تجاه الخدمات و الرعاية الطبية المقدمة ، و يعد هذا المؤشر الأفضل لقياس الجودة".

كما أن نجاح المؤسسة الصحية في خدمة أسواقها يعتمد في الأساس و بدرجة كبيرة على مدى قدرتها على خدمة مرضاها و تحقيق رضاهم ، حيث أثبتت الدراسات أنه في حالة الرضا عن الخدمات المقدمة فإن المريض الراضي سيتحدث عن مدى رضاه إلى أربع أشخاص على الأكثر، أما في حالة ما إذا كان غير راضي فإنه سيتحدث عن عدم رضاه إلى عشرين شخصا على الأقل. و هو دليل على أهمية و مدى تأثير رضا المريض الواحد. و عليه لبد لكل مؤسسة أن تقوم و بصفة دورية من قياس هذا الرضا، إما من خلال نظام الشكاوي و المقترحات ، أو من خلال القيام ببحوث قياس رضا العميل عن خدماتها و رغبته في الاستمرار في التعامل معها مستقبلا من عدمه.

و بالتالي ، نخلص من كل ذلك إلى أن رضا العملاء عن جودة الخدمة شغل بال إهتمام الكثير من المنظمات الصحية سواء على المستوى المحلي أو الدولي ، و أن الرضا بقي بالنسبة لها مقابلة حاجات و رغبات و توقعات العملاء الظاهرة منها و المخفية [142]ص8. و لذلك ، يجب أن تكون جميع أنشطة المؤسسة الصحية موجهة نحو تحقيق هذا الرضا.

2-3 أساليب تقييم جودة الخدمات الصحية و مداخل تحسينها.

إن قياس جودة الخدمة مازال وليد العصر و موضع جدل بين الباحثين في مجال تسويق الخدمات، فقبل عام 1985 لم يكن هناك إلا عدد محدود من الدراسات التي تناولت مفاهيم جودة الخدمة و أبعادها دون أن تتطرق إلى أساليب قياسها و تقييمها.إلا أنه و بعد تلك الحقبة توالت البحوث حول تحديد تلك الأساليب و تكييفها ، إضافة إلى محاولات تحديد المعايير أو الأبعاد التي يلجأ إليها العملاء للحكم على جودة الخدمة المقدمة لهم فضلا عن البحث عن مداخل تحسينها.

2-3-1 مؤشرات و أبعاد جودة الخدمات الصحية.

قبل التطرق إلى أبعاد جودة الخدمة و التي سنقوم بإعتمادها في الفصل التطبيقي ، إرتأينا أنه من المهم التعريج على مؤشرات جودة الخدمات الصحية و أهم العوامل التي تؤدي إلى صعوبة قياس الجودة في المجال الخدماتي.

2-3-1-1 عوامل صعوبة قياس جودة الخدمة:

تعتبر عملية القياس أحد المحاور الأساسية لتطوير جودة الخدمات حيث أصبح لزاما على المنظمات باختلاف أنواعها أن تقيس نتائج أعمالها بهدف تحسين أدائها و تجويد خدماتها ،حيث يرى Pearson من خلال كتابه « Market leadr » سنة 1999 بأن وجود نظام محكم للقياس هو الخطوة الأولى للتكامل و الإبداع في تطوير جودة الخدمات ، و في نفس السياق يؤكد Oakland من خلال كتابه «Total Quality Management »سنة 1995 أن ما لا يمكن قياسه لا يمكن تطويره. كما يرى كل من Parasuraman and al[143]ص48 أن عملية قياس الجودة في قطاع الخدمات في غاية الصعوبة قياسا بما هو سائد في المؤسسات الإنتاجية ، و يرجع ذلك إلى العديد من العوامل

أهمها[118]ص31، صفة اللاملموسية الملازمة للخدمات خصوصا الخدمات الصحية نظرا لحساسيتها ، حيث لا يمكن الحكم عليها إلا بعد الحصول عليها. بالإضافة إلى إختلاف إحتياجات المستفيدين من الخدمة و مدى إدراكهم لها يتطلب ضرورة تنويع أساليب القياس و بما يتلاءم و ظروف كل مستفيد على حدى.

هذا و تتسم الخدمات عموما ببعض الجوانب المهنية و التي تسمح للشخص المتخصص من سهولة تقييمها أكثر من الشخص العادي ، كما أن درجة تعاون المستفيد من خلال ما يقدمه من معلومات دقيقة تفيد مقدمي الخدمة بهدف التعرف على حاجات كل مستفيد و العمل على تلبيتها.

2-3-1-2 مؤشرات جودة الخدمات الصحية:

إن فعالية المؤشرات الممكن إستخدامها في المجال الصحي تعتمد و بشكل كبير على متطلبات و إحتياجات المريض من جهة و المؤسسة الصحية من جهة أخرى ، حيث أن هذه المؤشرات تبنى أساسا على الأهداف المرجو تحقيقها و على الرسالة التي حددت من قبل القائمين على شؤون المنظمة الصحية[144]ص10.

و عليه ، هناك مبادئ أو مؤشرات بسيطة يمكن من خلالها الحكم على جودة الأداء أو النظام الصحي ، بعضها يمكن قياسه بشكل موضوعي و يبقى البعض الاخر خاضعا لوجهات النظر الشخصية و الخلفية التي منها ينطلق التقييم. و من بين هذه المؤشرات ، نذكر على سبيل المثال[108]ص120 التقليل من الإختلافات في الممارسة الطبية و تقليل الأخطاء الطبية و قصر أوقات الإنتظار بين المواعيد و أوقات الإنتظار لإجراء العمليات الإختيارية . بالإضافة إلى توفير الخدمات الصحية بشكل مقبول لجميع فئات المجتمع بشكل عادل و متوازن و الإلتزام بالمعايير و الأخلاقيات الطبية و الإدارية. هذا بالإضافة إلى ضرورة توفر الخدمة الصحية الفعالة في الوقت و

المكان المناسب للمريض كونها تمثل أفضل دليل على مدى جودة النظام الصحي. و لعل أفضل دليل يتم من خلاله الحكم على جودة النظام الصحي ، إنطباع المريض و رأيه عن مختلف الخدمات الصحية التي يقدمها هذا النظام.

2-3-1-3 أبعاد جودة الخدمات الصحية:

تعد جودة الخدمة مفهوما مركبا ينطوي على مجموعة من الأبعاد التي تشكل محتواه المفاهيمي .و يقصد بهذه الأبعاد ، المعايير المستخدمة من طرف العملاء للحكم على جودة الخدمة أو التي تشكل إدراكاتهم.

و عليه ، مثل ما هو الحال بالنسبة لإيجاد مفهوم موحد للجودة عموما و جودة الخدمات الصحية على وجه الخصوص ، فإنه لا يوجد إتفاق بين الباحثين حول تحديد و توحيد الأبعاد التي تحدد مستوى الخدمة التي تقدمها المنظمات الصحية[144]ص8.حيث يرى Swan and Comb من خلال دراستهما سنة 1976 و التي كانت تحت عنوان «Product Performance and Consumer Satisfaction : A New Concept » أن لجودة الخدمة بعدان أساسيان هما : الجودة المادية الملموسة و التي يتعرض لها العميل حال حصوله على الخدمة، أما البعد الثاني فيتمثل في الجودة التفاعلية بين العاملين و العملاء[122]ص44.بالإضافة للأبعاد السابقة ، يضيف كل من Lehtinen.J.R and Lehtinen.U في دراستهما سنة 1982 « Service Quality : A study of quality dimensions » ، بعدا ثالثا و هو جودة المنظمة المتعلقة بالإنطباع الذهني عنها. فضلا عن ذلك ، فقد ميز كل من Sasser and al في كتابهم « The Service Managment Cours » سنة 1991 بين ثلاثة أبعاد لجودة الخدمة و هي : الجوانب المادية ، التسهيلات و

الأفراد[145]ص118. كما أكد Gronroos على وجود ثلاث أبعاد رئيسية تكمن في الجودة الفنية و الجودة الوظيفية و أخيرا الانطباع الذهني عن المنظمة[146]ص35.

هذا و توصل Parasuraman and al في بداية دراستهم « A conceptual model of service quality and its implications for future research » سنة 1985 الى تطوير عشرة أبعاد رئيسية لقياس جودة الخدمة [147]ص26 و هي الأبعاد التي تضمنها الجدول الموالي كما يلي:

جدول رقم(2-1): أبعاد جودة الخدمة [148]ص4.

الأبعاد العشرة لجودة الخدمة	التعريف
1-الملموسية (Tangibles)	مظهر العناصر المادية :التسهيلات المادية ،المعدات ،مظهر الأفراد
2-الاعتمادية (Reliability)	القدرة على إنجاز الخدمة بالإعتمادية و الدقة الموعودة.
3-الاستجابة (Responsiveness)	الرغبة في مساعدة المستهلكين و تقديم خدمة فورية.
4-الأهلية (Competence)	حيازة المهارات و المعرفة المطلوبة لإنجاز الخدمة.
5-المصداقية (Credibility)	جدارة مقدم الخدمة بالثقة ،و التصديق ، و الأمانة.
6-الأمان (Security)	الخلو من الأخطار و المخاطر و ما يريب.
7-اللياقة (Courtesy)	الأدب والإحترام و التقدير و الودية التي يظهرها الأفراد مقدمي الخدمة للمستهلكين
8-الاتصال (Communication)	الإستماع للعملاء و إبقائهم على إطلاع باللغة التي يمكن أن يفهموها
9-فهم الزبون (understanding customer)	بذل الجهد لمعرفة المستهلكين و حاجاتهم.
10-الوصول (Access)	إمكانية و سهولة الإتصال للحصول على الخدمة.

في دراسة لاحقة و في سنة 1988 تمكن Parasuraman and al [149]ص23 من دمج الأبعاد العشرة في خمسة أبعاد فقط و هي[150]ص281 : الملموسية ، الإعتمادية ، الإستجابة ، الأمان و التعاطف.و فيما يلي بيان لهذه الأبعاد و المتغيرات التي تحتويها فضلا عن الأهمية النسبية التي يكتسيها كل بعد:

جدول رقم (2-2): أبعاد و معايير تقييم جودة الخدمات الصحية [151]

البعد	التعريف	معايير التقييم
الملموسية	تعرف بوصفها مظهرا خارجيا للتسهيلات المادية و المستلزمات و الأشخاص و موارد الاتصال و كل ما يتعلق بالتجهيزات المادية اللازمة لأداء الخدمة.	-جاذبية المباني و التسهيلات المادية. -التصميم و التنظيم الداخلي. -حداثة المعدات و الأجهزة الطبية. -مظهر العاملين و الأطباء.
الاعتمادية	هي القدرة على تقييم الخدمة في الوقت المحدد و بالدقة المطلوبة و مدى الوفاء بالالتزامات	-الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة -الدقة في الفحص أو التشخيص أو العلاج. -توافر التخصصات المختلفة. -الثقة في الأطباء و الأخصائيين. -الاحتفاظ بسجلات و ملفات دقيقة.
الاستجابة	هي القدرة على التعامل الفعال مع الشكاوي و الاقتراحات و المبادرة في تقديم الخدمة بصدر رحب.	-السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة. -الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض. -الرد الفوري على الاستفسارات و الشكاوي. -اخبار المريض بالضبط عن وقت تقديم الخدمة و الانتهاء منها.
الأمان	هو الاطمئنان النفسي و المادي ، أي الخلو من الأخطاء أو الشك.	-الشعور بالأمان في التعامل. -الأدب و حسن الخلق لدى العاملين. -استمرارية متابعة حالة المريض. -سرية المعلومات الخاصة بالمريض.
التعاطف	هو ابداء روح الصداقة و الحرص على العميل و اشعاره بأهميته و الرغبة في تقديم الخدمة حسب احتياجاته.	-تفهم احتياجات المريض. -وضع مصالح المريض في المقدمة اهتمامات الادارة و العاملين. -ملاءمة ساعات العمل و الوقت المخصص للخدمة المقدمة. -العناية الشخصية بالمريض. -تقدير ظروف المريض و التعاطف معه. -الروح المرحة و الصداقة في التعامل مع المريض.

هذا و قد أثبتت مختلف الدراسات أنه على الرغم من النظر إلى الأبعاد الخمسة على أنها ضرورية، إلا أنه تتفاوت أهميتها النسبية من منظمة خدمية لأخرى، فقد أعطى kotler

[152]ص478، من خلال كتابه « Marketing Management » لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة أهمية نسبية و هذا

كالتالي (الملموسية 11%، الاعتمادية 32% ، الاستجابة 22% ، الضمان 19% ، و التعاطف 16%). فبالرغم من هذا التفاوت غير أن البعد الخاص بالإعتمادية يظل في جميع الأحوال يحتل الصدارة كأهم بعد لجودة الخدمة بصرف النظر عن طبيعة الصناعة [153] ص 21.

2-3-2 نماذج قياس و تقييم جودة الخدمات الصحية.

يعتبر توفر مقياس يتسم بالدقة و الموضوعية أمرا ضروريا لتقييم الأداء و قياس جودة الخدمات المقدمة حيث أصبح هذا الأمر ضرورة لازمة لا سبيل لتجاهلها. و عليه ، فقد وضع عدد من الباحثين العديد من النماذج لقياس و تقييم جودة الخدمات ، عددها كل من « Nitin Seth and Deshmukh,2005 » [154] ص 915 ، بـ 19 نموذجا إلا أن أهم هذه النماذج و أشهرها و أكثرها تطبيقا ، نموذج جودة الخدمة و نموذج الأداء ، و هما نموذجان يمكن التعامل معهما من خلال أحد المداخل الرئيسية لقياس الجودة ألا و هو قياس جودة الخدمة من منظور المرضى.

2-3-2-1 نموذج جودة الخدمة « SERVQUAL »:

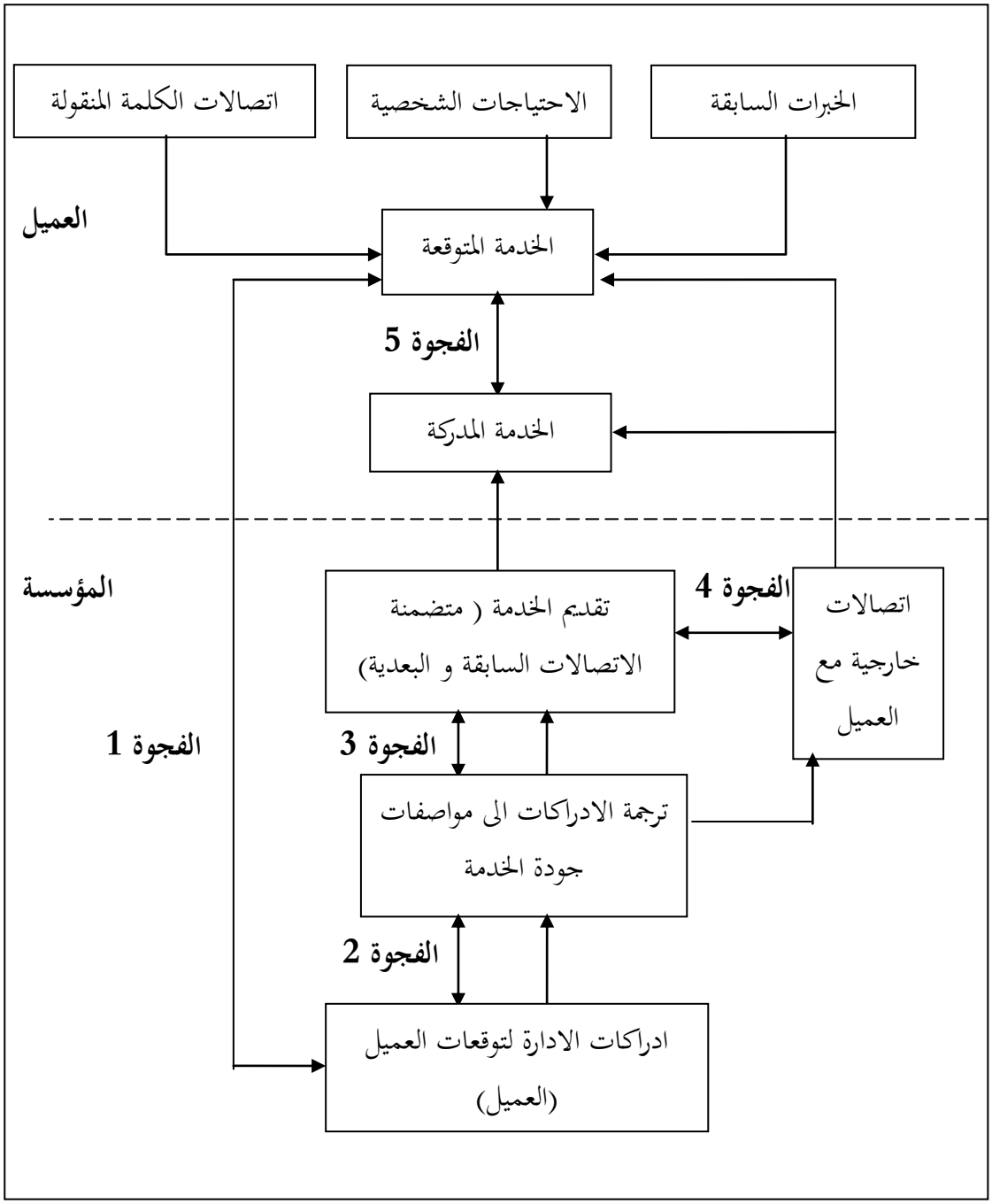
لقد تعددت الدراسات التي ساهمت في وضع أطر و معايير علمية و عملية لقياس جودة الخدمة، و لعل أهم تلك المساهمات و أبرزها تلك التي قام بها كل من Parasuraman,zeithaml and berry سنة 1985 حيث قاموا بإجراء دراسة إستطلاعية شملت أربع قطاعات خدمية و هي "بنوك التجزئة، بطاقات الائتمان ، وسطاء الأوراق المالية و الصيانة و التصليح " [155]ص 43 ، و من أهم نتائج تلك الدراسة وضع الإطار النظري لجودة الخدمة أو ما يعرف بنظرية الفجوة. كما خلصت

هذه الدراسة إلى جملة من النتائج أهمها تحديد مفهوم جودة الخدمة و الذي يقوم على أساس تقديم خدمة تقابل أو تتجاوز توقعات العملاء حول الخدمة المقدمة. بالإضافة إلى تحديد عشرة أبعاد أو معايير يستخدمها العملاء لتقييم جودة الخدمة و هي الأبعاد التي سبق و أن تطرقنا اليها. كما توصلت هذه الدراسة إلى أن حكم العملاء على جودة الخدمة المقدمة مرتبط بكيفية إدراك العملاء للأداء الفعلي للخدمة و مقارنته لما كان متوقعا.

و عليه ، و بناءا على النتائج التي سبق و أن توصل إليها الباحثون ، قاموا بإجراء دراسة كمية تهدف أساسا إلى إستحداث أداة أو نموذج لقياس و تقييم جودة الخدمات من طرف العملاء ، لذا قاموا بمقابلة مجموعة من عملاء خمس قطاعات خدمية "بنوك التجزئة ، خدمات الهاتف الدولية ، خدمات التصليح و الصيانة ،خدمات بطاقات الإئتمان و وسطاء الأوراق المالية "، و قد نتج عن هذه الدراسة الكمية إستحداث أداة قياس لجودة الخدمة Servqual و الذي أعتبر كنقطة تحول في أدبيات جودة الخدمة.

إن مقياس Servqual قائم على إستمارة إستبيان مؤلفة من مجموعتين تضم كل مجموعة منها إثنان و عشرون (22) بندا لتغطي بذلك أبعاد الجودة الخمسة (و التي كانت عشرة أبعاد قبل تنقيح النموذج) ، حيث تقييس المجموعة الأولى توقعات العملاء نحو الخدمة المقدمة ، في حين تقيس المجموعة الثانية إدراكاتهم ، و الفرق بين تلك الإدراكات و التوقعات يمثل جودة الخدمة. و بالتالي فإن المحور الأساسي في مقياس جودة الخدمة هو الفجوة (الخامسة) بين إدراك العميل لمستوى الأداء الفعلي للخدمة و توقعاته حول جودة هذه الخدمة [156] ص 18. و من أجل تحديد سبب هذه الفجوة (الخامسة) و الناتجة عن فشل المؤسسة الخدمية في تقديم خدمات ترقى إلى توقعات العملاء، قام الباحثون بإجراء الجزء الثاني من دراستهم (1988) و التي شملت موظفي و مسؤولي مؤسسات أربع قطاعات خدمية، و هي القطاعات الأربعة التي قام الباحثون بإجراء الجزء الأول من دراستهم عليها ،

حيث تم من خلال هذه الدراسة تقليص أبعاد جودة الخدمة إلى خمسة أبعاد ، كما أظهرت الدراسة أن هناك أربع أسباب أو فجوات إضافة إلى الفجوة الخامسة و التي تتسبب في تقديم خدمة لا ترقى إلى توقعات العملاء و التي يمكن أن نستعرضها من خلال الشكل و الشرح التالي:



شكل رقم(2-3):نموذج جودة الخدمة أو نموذج الفجوات [157] ص 232

يمثل الجزء العلوي من النموذج الفجوة المتعلقة بالعميل ، بينما يمثل الجزء السفلي الفجوات الأربع المتعلقة بمقدم الخدمة. و هي كما يلي [158] ص 162 :

<u>الفجوة الأولى</u> : بين توقعات العميل و إدراك الإدارة لهذه التوقعات "فجوة البحث ".

و تنتج عن الإختلاف بين توقعات العملاء لمستوى الخدمة و بين إدراك الإدارة لتوقعات العملاء، أي عجز الإدارة عن معرفة إحتياجات و رغبات العملاء المتوقعة.

<u>الفجوة الثانية</u> : بين إدراك الإدارة و مواصفات الخدمة المقدمة " فجوة التصميم ".

و هذا يعني أنه لم يتم ترجمة حاجات العملاء المتوقعة إلى مواصفات محددة في الخدمة المقدمة حتى و لو كانت معروفة من قبل الإدارة ، و هذا بسبب قيود متعلقة بموارد المنظمة أو عدم قدرة الإدارة على تبني فلسفة الجودة.

<u>الفجوة الثالثة</u> : بين مواصفات جودة الخدمة و التسليم الفعلي للخدمة "فجوة التقديم"

كما يطلق عليها إسم فجوة أداء الخدمة الفعلي ، و هي تنتج بسبب كون مواصفات الخدمة المقدمة بالفعل لا تتطابق مع ما تدركه الإدارة بخصوص هذه المواصفات. و يرجع ذلك إلى تدني مستوى مهارة القائمين على أداء الخدمة ، و الذي يرجع بدوره إلى ضعف القدرة و الرغبة لدى هؤلاء العاملين.

<u>الفجوة الرابعة</u> : بين تسليم الخدمة و الإتصالات الخارجية "فجوة الإتصال ".

و تنتج عن الخلل في مصداقية منظمة الخدمة ، بمعنى أن الوعود التي تقدمها المنظمة حول مستوى الخدمة من خلال الإتصال بالعملاء (البيع الشخصي و المجهودات الترويجية الأخرى) تختلف عن مستوى الخدمة المقدمة و مواصفاتها بالفعل و ذلك لوجود ضعف التنسيق بين العمليات و التسويق الخارجي للمؤسسة الخدمية.

<u>الفجوة الخامسة</u> : بين الخدمة المدركة و الخدمة المتوقعة "الفجوة الحقيقية ".

و هي نتاج واحد أو أكثر من الفجوات الأربعة السابقة حيث تمثل الفرق بين الخدمة المتوقعة و الخدمة المدركة.

هذا و في دراسة لاحقة قام كل من Mohd and al [159] ص 68 سنة 2013 ، بإضافة فجوتين ، فالفجوة السادسة تتمثل في الفرق بين الخدمة المتوقعة و إدراكات الموظفين لتوقعات العميل. في حين تتمثل الفجوة السابعة في الفرق بين كل من إدراكات الادارة لتوقعات العميل و إدراكات الموظفين لتوقعاته.

لقد تعرض هذا المقياس للعديد من الإنتقادات و لذلك قدم Parasuraman and al [160]ص424 ، سنة 1991 تنقيحا له ، و ذلك بإضافة الأهمية النسبية لوزن جودة الخدمة في كل بعد من الأبعاد الخمسة من أجل تحقيق دقة أكبر للمقياس [161] ص 7. و من أهم و أبرز تلك الإنتقادات التي وجهت لنظرية الفجوة و نموذج القياس Servqual الخاص بها أشار Carman [162] سنة 1990 إلى أن النموذج بحاجة إلى إضافة بعض التعديلات لتناسب القطاعات التي قام بإختيارها في دراسته ، حيث خلص إلى أنه لا يمكن تطبيق نموذج Servequal على جميع القطاعات الخدمية. كما أشار أيضا إلى أن الأبعاد الخمسة غير كافية لتلبية إحتياجات قياس جودة الخدمة. كما يرى كل من Bouman and Van der wiele [163] أن ضرورة الإجابة على أسئلة إستبيان جودة الخدمة بشقيه، التوقعات و الإدراكات يؤدي إلى ملل العملاء و خلط إجاباتهم ، الأمر الذي سيؤثر على جودة البيانات المحصل عليها. أما وفقا لـ Peter, Churchill and Brown [164]ص131 فإن اللجوء إلى الفروقات بين الخدمة المتوقعة و المدركة يسبب عددا من المشاكل الإحصائية في النموذج و المتعلقة أساسا بمعامل الإرتباط و التباين.

هذا و يرى Teas [165] ص 19، أن التعريف التقليدي للجودة هو مكمن الضعف الأساسي في نموذج Berry و زملائه، و هو ما أكده Yong سنة 2000 من خلال دراسته حيث ذكر أن توقعات العملاء تتقلب بشكل كبير عبر الوقت ، و بالتالي فإن إستخدام الفرق بين ما كان متوقعا و ما أدرك من خدمة لقياس الجودة لا يخضع لشرط الصحة و الثبات. كما أشار كل من Vandamme and Leunis [166] ص 35 ،إلى أنه لا يمكن تطبيق نموذج جودة الخدمة على جميع خدمات المستشفى أو خدمات الرعاية الصحية ، بسبب تغلب الطابع الشخصي في تقديم الخدمات [96] ص 964.

و لعل أهم الإنتقادات التي جاءت في هذا الصدد ، تلك التي قدمها كل منCornin and taylor [167] ص 66 ، حيث رأوا أنه من غير الضروري إدماج توقعات العملاء عند قياس جودة الخدمة و إنما يمكن الإكتفاء بإدراكاتهم ،و هو ما أيده العديد من الباحثين و من بينهم [168] ص 484 lacobucci and al من خلال دراستهم التي كانت حول «The calculus of service quality and customer satisfaction» سنة 1994، و على هذا الأساس إقترحوا نموذجا إتجاهيا لقياس جودة الخدمة و أطلقوا عليه إسم "نموذج أداء الخدمة ".

فضلا عن ما سبق ، قام Mcalexandr et al [169] ص 36 ، بمقارنة أربع طرق مختلفة لقياس جودة الخدمة من خلال التطبيق في العناية الصحية ، و قد طابقت نتائج هذه الدراسة ما حدده Cronin and Taylor سنة 1994 و خصوصا النتائج التي أظهرت أن النماذج تقيس جودة الخدمة كأداء بدون إعتبار للتوقعات [170] ص 6. و في دراسة أخرى قام بها Ramsan,Fowdar [171]ص5 سنة 2005 بعد أن تم إجراء بعض التعديلات في نموذج جودة الخدمة و تطبيقه لقياس

رضا المرضى ، أشارت نتائج البحث أن أبعاد جودة الخدمة لا يمكن تطبيقها بشكل كامل على خدمات الرعاية الصحية [172] ص 154.

هذا ، و بالرغم من الإنتقادات التي وجهت لهذا النموذج إلا أنه ظل الأكثر شيوعا ، قبولا و إستخداما بين الباحثين و الأكاديميين حول العالم ، حيث يوفر هذا النموذج أداة لقياس و إدارة جودة الخدمة . و تأكيدا على ذلك فقد قام Mangkolrat في دراسته التي قام بها سنة 2008 تحت عنوان « Foreign patient customer satisfaction with private hospital service » باستخلاص سبعة فوائد لنموذج Servqual في قياس رضا المريض[172] ص 153،حيث تمثلت هذه الفوائد في قدرة النموذج الجيدة في إستنباط وجهات نظر الزبائن فيما يتعلق بمقدمي الخدمات كالأهمية النسبية للمرضى ، التوقعات و الرضا . بالاضافة إلى قدرته على تنبيه الإدارة للأخذ بعين الإعتبار إدراكات الإدارة و المرضى على حد سواء. كما يرى الباحث أن معالجة فجوات الخدمة يمكن لها أن تكون بمثابة أساس أو قاعدة لصياغة إستراتيجيات وتكتيكات من أجل ضمان تحقيق التوقعات. هذا و قد خلص في دراسته أيضا إلى أن لنموذج Servqual القدرة على تحديد مجالات معينة للتميز و كذا تحديد نقاط الضعف فضلا عن قدرته على تحديد المناطق التي لها الأولوية في تحسين نقاط ضعفها ، بالإضافة إلى تقديمه لتحليل المقارنة المرجعية Benchmarking * للمؤسسات التي تعمل في نفس القطاع . كما أن تطبيق هذا النموذج بشكل دوري، يمكن المؤسسة من تتبع التوجهات الخاصة بـ : الأهمية النسبية للزبائن ، التوقعات و الإدراكات.

* Benchmarking : قدمت عدة مصطلحات لهذا المفهوم منها "المقارنة المرجعية، القياس المقارن، المعايرة، مقارنة الأداء، العلامات المرجعية"، و هي عملية مستمرة لتقييم أداء المؤسسة مقارنة مع المؤسسات ذات الأداء العالمي الأفضل.

2-3-2-2 نموذج أداء الخدمة أو نموذج الإتجاه « SERVPERF » :

يمكن القول أن نموذج الإتجاه هو عبارة عن عصارة لجملة الإنتقادات التي تعرض لها مقياس Servqual من قبل عدة باحثين و من أبرزهم [173] ص 125 Cronin and taylor ،حيث رأى كلاهما أنه من غير المناسب الإعتماد على الفرق بين توقعات و إدراك العملاء في قياس جودة الخدمة ، و عليه قدما نموذجهما Servperf الذي يقوم أساسا على رفض فكرة الفجوة في تقييم جودة الخدمة [154] ص 920. و يركز على أن جودة الخدمات تمثل مفهوما إتجاهيها يتصل بالرضا و لكنه ليس مرادفا له ، كما أنه يرتبط بادراك العملاء للأداء الفعلي للخدمة المقدمة و الذي يمكن التعبير عنه من خلال المعادلة التالية [159] ص 69:

$$SQ_i = \sum_{j=1}^{k} Pij$$

SQ_i : تمثل جودة الخدمة المدركة للعميل i ، k: تمثل عدد البنود أو العبارات

Pij:و يمثل إدراك العميل فيما يتعلق بأداء الخدمة نحو كل عبارة

يستند هذا المقياس إلى التقييم المباشر للأساليب و العمليات المصاحبة لأداء الخدمة إعتمادا على الأبعاد الخمسة للجودة و الإثني عشر عبارة التي إقترحها Parasuraman and al. هذا و قد توصل Cronin and Taylor إلى أن مقياس الأداء (غير المرجح) يعد أفضل مقياس لجودة الخدمة و أكثرها مصداقية [174] ص 134، و ذلك بعد الدراسة التي قاموا من خلالها باختبار أربع بدائل من مقاييس جودة الخدمة كما يلي [175] ص 3 :

- مقياس جودة الخدمة : الأداء الفعلي – التوقعات.
- مقياس جودة الخدمة المرجح : الأهمية × (الأداء الفعلي – التوقعات).
- مقياس أداء الخدمة : جودة الخدمة = الأداء الفعلي.

- مقياس أداء الخدمة المرجح : جودة الخدمة = الأهمية × الأداء الفعلي.

هذا و يرى Brady and al [176] ص 19 أن هذا المقياس لم يلق العناية التي يستحقها من طرف كتاب التسويق ، و يؤكد أن دراسة Cronin and taylor الميدانية و التي شملت قطاعات خدمية مختلفة ، أظهرت أفضليته و مصداقيته و حتى واقعيته [177] ص 96، و هو ما أكدته الدراسة الحديثة لـ Brochado [178] ص 189، سنة 2009 حيث قامت بمقارنة خمسة نماذج لقياس جودة الخدمة « Servqual, Servperf, Importance_Weighted Servqual,Importance_Weighted Servperf , Hedperf »، و توصلت إلى أن لمقياس Servperf قدرة أكبر على القياس ، إذ يتفوق على بقية النماذج في كل من المصداقية و العيارية و المفاهيمية و كذا القدرة التفسيرية . و لعل أفضل دليل لـ Cronin and Taylor و الذي يدعم أفضلية نموذجهم المقترح ، الدراسة التي أجراها عدد من الباحثين Boulding,kalra,Staeli [179] ص 24-26 ، و من بينهم الباحثة Zeithaml أحد الباحثين اللذين قاموا باقتراح نموذج جودة الخدمة ، حيث توصلوا إلى أن جودة الخدمة تحددها إدراكات العملاء فقط [173] ص 126.

بالرغم من أن نموذج أداء الخدمة أو نموذج الإتجاه حظي بقبول واسع لدى العديد من الباحثين ، إلا أنه لم يسلم من الإنتقادات ، حيث يرى Coulthard and Morisson [168] ص 484 أن مقياس جودة الخدمة أكثر منطقية و ذلك بسبب كون العملاء عند تقييمهم للأداء ، سيقومون بحساب الفرق بين الإدراكات و التوقعات بصرف النظر لفهمهم لمدلول التوقعات من عدمه .كما يرى Parasuraman and al [180] ص 114، أيضا أن نموذج جودة الخدمة يتفوق على نموذج الأداء في قيمته التشخيصية ، حيث يسمح للمؤسسة الخدمية من إكتشاف مواطن الضعف في الخدمة من وجهة نظر العملاء و العمل على تصحيحها.

هذا و بالرغم من المزايا التي يتمتع بها نموذج Servperf في تقييم جودة الخدمة إلا أنه لا يقلل من أهمية و ملاءمة نموذج Servqual في هذا الصدد [181] ص 17 . بهذا يعتبر كلا المقياسين أكثر و أوسع المقاييس تطبيقا في قياس جودة الخدمة حتى الان ، إلا أن الجدل ما يزال قائما حول الوصول إلى تفضيل قطعي لأي منهما ، الأمر الذي أدى إلى انقسام الباحثين بين مؤيد و معارض. و الجدول الموالي يوضح بعض الدراسات التي قارنت بين المقياسين على أساس معامل التحديد R^2.

جدول رقم (2-3) : مقارنة مقياس جودة الخدمة و أداء الخدمة على أساس معامل التحديد [182] ص 185.

الدراسة	طبيعة الخدمة	R^2 لمقياس جودة الخدمة	R^2 لمقياس أداء الخدمة	النتائج
Cronin and Taylor,1992	الخدمات المصرفية مكافحة الآفات التنظيف الجاف للملابس الوجبات السريعة	0.47 0.37 0.42 0.35	0.48 0.39 0.45 0.48	كان تفسير التغير لمقياس أداء الخدمة أكبر و هذا في كل القطاعات
Babakus and Boller,1992	المرافق السكنية	0.35	0.44	توصلت الدراسة الى أن تفسير التغير لجودة الخدمة الكلية كان أكبر في مقياس أداء الخدمة.
Brown,Curchill and Peter,1992	المؤسسات المالية	0.45	0.40	بينت الدراسة أن مقياس جودة الخدمة فسر تغير أكثر في جودة الخدمة الكلية من نموذج أداء الخدمة
PZB,1994	صناعة الحواسيب سلاسل التجزئة التأمين على السيارات التأمين على الحياة	0.51 0.55 0.54 0.60	0.74 0.73 0.72 0.86	توصلت الدراسة الى أن مقياس أداء الخدمة فسر تغير أكثرمن مقياس جودة الخدمة
Dabholkar,Shepherd And Thorpe,2000	دليل الكنيسة	0.48	0.81	توصل الباحثون من خلال هذه الدراسة الى أن مقياس أداء الخدمة قد تفوق على مقياس جودة الخدمة، حيث تم استخدام أربعة أبعاد فقط

2-3-3 تحسين جودة الخدمات الصحية ضمن مدخل إدارة الجودة الشاملة.

بعد أن تقوم المؤسسة الصحية بقياس جودة الخدمات التي تقدمها من خلال إختيار أحد المقاييس ، ثم تقييمها إستنادا على المعايير التي سبق و أن تطرقنا إليها ،يتم إكتشاف النقائص و عليه تقوم المؤسسة بالعمل على تحسين جودة خدماتها من خلال تبني أحد مداخل التحسين و من أهم و أشهر هذه المداخل، مدخل " إدارة الجودة الشاملة ".

2-3-3-1 مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

إن مفهوم إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية لا يختلف عن ما قدمه كل من روادها في باقي القطاعات الأخرى إلا أن له خصوصيته في المؤسسات الصحية ، فقد عرفها كل من Robbins and Coulter من خلال كتابهما « Management » سنة 2005 على أنها "فلسفة إدارية موجهة على أساس التحسين المستمر ، و الإستجابة لإحتياجات و توقعات العميل " [183] ص 149. في حين يرى كل من Haar and Spell على أنها " الإلتزام التنظيمي في التحسينات المستمرة و الإيفاء بإحتياجات العميل " [184] ص 6. فمن الملاحظ أن هذا التعريف لم يختلف عن سابقه ، فكلا التعريفين إتفق على أن إدارة الجودة الشاملة هي فلسفة تلتزم بها الإدارة و توجهها بهدف إحداث تحسينات مستمرة ، إستجابة لحاجات العملاء.

هذا و تعرف "حنان عبد الرحيم الأحمدي [108] ص 413" إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية على أنها " إطار تلتزم من خلاله المنظمات الصحية و العاملون فيها بمراقبة و تقويم جميع جوانب نشاط هذه المنظمات (المدخلات و العمليات إضافة الى المخرجات) لتحسينها بشكل مستمر ". فما يمكن ملاحظته من خلال هذا التعريف أن الكاتبة إعتبرت التحسين المستمر كمفهوم مرادف لإدارة الجودة الشاملة. كما عرفت بأنها " فلسفة واسعة و عريضة في كيفية جعل مجاميع مختلفة من الأفراد

تجتمع معا لإنجاز غرض عام ، و تسمح لهم بفهم طبيعة و أهمية ما يقدمونه من خدمات ، و أن يضعوا طاقاتهم و إمكانياتهم في تحقيق التحسين المستمر " [185] ص 238.

تبعا لما تم رصده من تعاريف ، يمكن أن نخلص إلى تحديد رباعية مفاهيمية لمفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ، إذ يمكن القول أنها فلسفة إدارية تعتمد على إلتزام الإدارة العليا و تقوم على مفهومي الشمولية و التكاملية بهدف الإرتقاء بمستوى الخدمات الصحية المقدمة، هدفها الأسمى جعل المريض (حاجاته و رغباته) المركز الذي تدور حوله أنشطة المستشفى و تسعى في جميع أعمالها على تعظيم الرضا لديه.

2-3-3-2 مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

إن إختلاف الكتاب و الباحثين حول عدد هذه المبادئ إنما هو أمر ظاهري فقط ، إذ يرجع في الأساس إلى دمج بعضها أو التركيز على البعض منها. أما فيما يخص هذه المبادئ في المؤسسات الصحية فإنها لا تختلف في الجوهر عن ما هو معروف و معتمد ، و التي يمكن أن ندرجها فيما يلي:

- **التركيز على العميل (المريض):**

يرتكز هذا المبدأ أساسا على بناء الأهداف المتعلقة بعملية تحسين الجودة على متطلبات و توقعات المرضى و القيام بتحسين نشاطات إدارة الجودة الشاملة لمقابلة متطلباتهم و توقعاتهم. بالإضافة إلى إعتبار رضا المريض إحدى الأدوات المهمة لإدارة الجودة في جميع أنشطة المؤسسة الصحية. كما أنه يتم تحليل البيانات المجمعة من خلال الإجابة على أسئلة إستبيانات بهدف تحديد مدى الرضا[114] ص 9.

- **الإلتزام بمبدأ التحسين المستمر:**

إن التحسين المستمر للأداء الكلي للمنظمة الصحية يجب أن يكون هدفا ثابتا و مستمرا. هذا و قد أثبتت نتائج الدراسات التطبيقية على أن نجاح مبادرات إدارة الجودة الشاملة يتطلب التغيير في أسلوب الموظفين في ترجمة عملهم ، الأمر الذي يتوجب على المنظمات القائمة على أساس الجودة أن تكافح من أجل تحقيق الإتقان التام و ذلك من خلال الإستمرار في تحسين العمل و العمليات الخدمية [183] ص 153.

- **دعم الإدارة العليا :**

تقع مسؤولية الجودة بالدرجة الأولى على عاتق الإدارة العليا ، حيث أن هناك إتفاق عام على أهمية دعمها و إلتزامها في إنجاح إدارة الجودة الشاملة ، كما يظهر إلتزام و دعم الإدارة العليا في تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في توفير المواد اللازمة لتدريب العاملين على أدوارها و أساليبها ، و كذا تقديم التسهيلات اللازمة لهم. فضلا عن ذلك ، فإن الإدارة تمثل القدوة و المثل الأعلى للإلتزام بمبادئ و أهداف التحسين [116] ص 19.

- **إتخاذ القرارات بناءا على المعلومات :**

يتم تحقيق هذا المبدأ من خلال تحقيق مستوى عال من المشاركة و الذي يتم من خلاله إشراك المرضى و الممرضين في إتخاذ القرارات.كما يتم الإعلان عن أي معلومة جديدة تتعلق بجودة العمل المنجز بالإضافة ضرورة إستخدام أساليب عمليات المراقبة الإحصائية لإكتشاف أي إنحراف عن معايير الجودة. هذا فضلا عن حتمية إتخاذ القرارات بناءا على تحليل جيد للبيانات و التحسين المستمر في عملية التمريض [109] ص 95.

- **التعاون الجماعي بدلا من المنافسة :**

يركز نظام الجودة الشاملة على أهمية التعاون بين مختلف المستويات الإدارية في المؤسسة ، حيث أنه من خلال هذا التعاون تستطيع الأقسام معرفة إحتياجات الأقسام الأخرى من الموارد المادية ، المالية و الفنية و غيرها من المستلزمات الأخرى التي تساعد على دعم عملية التحسين المستمر [109] ص 95.

- **مشاركة العاملين و تمكينهم :**

و تعني ضرورة مشاركة كافة العاملين بهدف تحسين الجودة و إدارتها و تفويض إتخاذ القرارات و السلطات و المسؤوليات لهم ، و كذا تشجيع الثقة و الإبداع و المجازفة لدى كافة العاملين [116]ص19.

2-3-3-3 مزايا تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

لعل من أهم الأسباب الداعية لتطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي ، هو قدرته على تجنيبها التكلفة المترتبة عن تقديم الخدمات الصحية بجودة متدنية ، و قدرته على تحسين الأداء المالي و تخفيض مصروفات الرعاية الصحية ، و كذا تقليل الأخطاء و تحسين العمليات [106] ص10.

هذا و تحقق المؤسسات الصحية بعض المزايا جراء تطبيقها لمبادئ إدارة الجودة الشاملة ،و التي يمكن أن نستعرضها فيما يلي [108] ص 418-420 :

- **تبسيط إجراءات العمل** : و هذا من خلال إختصارها أو تحسينها ، حيث تمكن مستشفى جامعة " ميشغن " بالولايات المتحدة الأمريكية من تخفيض تكلفة و مدة الإقامة و كذا أجور

العاملين بما قيمته 500.000 دولار أمريكي سنويا ، و هذا نتيجة لتبسيط بعض إجراءات الدخول و تخفيض فترة إنتظار المرضى قبل تحويلهم إلى غرفهم الخاصة.

- **تحسين الإجراءات** : حيث أن الهدف الأساسي من تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة هو السعي نحو تحسين الإجراءات من خلال تقصي فرص التحسين و إغتنامها ، و تبعا لهذا تمكن مستشفى جامعة "ميشغن" أيضا من رفع معدل تشغيل غرف العمليات بنسبة 30% نتيجة تحسين جدول إستخدامها.
- **رفع الكفاءة التشغيلية** : و تعد من أهم المزايا التي يحققها تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة ، ذلك نتيجة للقضاء على الهدر في أداء العمليات و إرتفاع مستوى مهارة العاملين . هذا و قد تمكن مستشفى "سنترال دوبيج" بولاية إلينوي الأمريكية من توفير 73.000 دولار أمريكي سنويا من خفض إستهلاك الإبر الوريدية في وحدة الطوارئ ، نتيجة لتدريب العاملين على إستخدامها بشكل أفضل.
- **القضاء على إختلافات الممارسات الإكلينيكية** :إن إختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم يعد مشكلا في حد ذاته بالنسبة للمؤسسات الصحية ، حيث ينعكس ذلك بالسلب على مستوى الجودة و الكفاءة. و بالتالي فإن تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة سوف يسهم في القضاء على هذه الإختلافات في الممارسات الإكلينيكية ، فضلا عن إختيار أفضل الطرق لأداء العمل وفقا للأدلة و الحقائق العلمية.
- **الحد من تكرار العمليات** : حيث يساعد تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة على تحديد أفضل الطرق لأداء العمل و بالتالي الحد من تكراره و ما لذلك من تأثير سلبي على مستوى الجودة و رضا المرضى على حد سواء.

تبعا لما سبق و تأكيدا على أهمية تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة و المزايا التي يحققها للمؤسسات الصحية ، فقد قامت اللجنة الأمريكية المشتركة للإعتراف بالمستشفيات بتبني هذا المفهوم و وضعته كمعيار أساسي من معايير الإعتراف بالمستشفيات منذ سنة 1994، الأمر الذي دعى معظم مستشفيات الولايات المتحدة الأمريكية و بعض الدول المتقدمة الأخرى من تبني مفهوم إدارة الجودة الشاملة [118] ص 8.

خلاصة :

من خلال دراستنا لمختلف المفاهيم المتعلقة بالجودة عموما و جودة الخدمات الصحية على وجه الخصوص ، يمكن أن نخلص إلى أن المتتبع لموضوع جودة خدمات الرعاية الصحية سيدرك أن الإهتمام بهذا الموضوع ليس وليد العهد ، و إنما قديم قدم الرعاية الصحية نفسها ، و أن موطن الإختلاف يكمن في تحديد مفهوم دقيق و موحد لهذا الموضوع ، و الذي يرجع في الأساس إلى موقع الفرد من النظام الصحي الذي تعددت زواياه. و عليه ، فقد تبلور الإهتمام بجودة الخدمات الصحية بقيام المهتمين بهذا المجال ، بتحديد أبعادها و التي تعد بمثابة معايير أو مؤشرات لقياس و تقييم جودة الخدمات التي تقدمها الجهات المعنية. هذا و لكي يتم الوصول إلى جودة الخدمة الصحية كمنتج نهائي للمريض ، لا بد من العمل على تخفيض الفوارق بين الخدمة الصحية المنجزة و تلك المرغوب فيها من قبل المريض أو قياس الأداء الفعلي للخدمة المقدمة و العمل على تحسينها بهدف تحقيق أعلى رضا ، و هذا من خلال إعتماد أحد المقاييس و من أهمها و أكثرها شيوعا ، نموذج جودة الخدمة و نموذج الأداء الفعلي ، إلا أن الجدل لا يزال قائما حول تحديد أفضلية أحدهما على الاخر.

و عليه ، فإن تحقيق مستويات الجودة المطلوبة و ضمان إستمراريتها يتوقف على تبني أحد مداخل التحسين ، و من بينها مدخل إدارة الجودة الشاملة الذي يعد مدخلا واسع التنظيم ، يهدف إلى تحقيق التحسين المستمر للجودة في كل العمليات الخاصة بالخدمات الصحية التي يقوم المستشفى بتقديمها.

الفصل 3

دراسة ميدانية حول تقييم جودة الخدمات الصحية

في المؤسسات العمومية الإستشفائية

لولاية عين الدفلى

تمهيد :

إن دراسة جودة الخدمات الصحية تهدف في الأساس إلى تقديم صورة تحليلية لواقع تقديم هذه الخدمة و مدى جودتها بأوجه مختلفة و بالإعتماد على بعض الأساليب الكمية و الإحصائية. هذا و بناءا على استعراضنا للإطار النظري لموضوع جودة خدمات الرعاية الصحية و نماذج قياسها و مداخل تحسينها، سنحاول و من خلال هذا الفصل تطبيق ما سبق من مفاهيم على مجموعة المؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية عين الدفلى لتكون محلا للدراسة الميدانية. و عليه، تم تقسيم هذا الفصل إلى ثلاث مباحث.حيث قمنا و من خلال المبحث الأول بتقديم نظرة عامة حول المؤسسات العمومية الإستشفائية قيد الدراسة. لننتقل بعد ذلك و من خلال المبحث الثاني إلى استعراض أهم الإجراءات المنهجية المعتمدة في تطبيق هاته الدراسة ، من أساليب جمع البيانات و مختلف أدوات التحليل الإحصائي و هذا من خلال الإستعانة ببرنامج الحزم الإحصائية للعلوم الإجتماعية. كما تم توظيف بعض الأدوات الإحصائية ،كالمتوسط الحسابي، تحليل التباين لمعيار واحد، إختبار t للمقارنات الثنائية و للعينة الواحدة و غيرها. هذا و قد لجأنا إلى معامل ألفا كرونباخ

للتأكد من مدى ثبات الإستبيان. لنقوم في الأخير باجراء المعالجة الإحصائية للمعلومات المستمدة و إختبار فرضيات البحث ،و هذا من خلال المبحث الثالث.

1.3 واقع المؤسسات الصحية الجزائرية.

عرف النظام الصحي في الجزائر عدة تحولات و إصلاحات خاصة الهيكلية منها بهدف جعله أكثر نجاعة و أكثر فاعلية، و هذا من خلال جملة من السياسات التي تبنتها الدولة . و عليه، و بناء على هذا الطرح سنقوم بعرض موجز لأهم المراحل التي مرت بها المنظومة الصحية الجزائرية ،وصولا إلى اخر التقسيمات مع إلقاء نظرة عامة حول المؤسسات العمومية الإستشفائية قيد الدراسة.

1.1.3 مراحل تطور النظام الصحي الجزائري.

عملت الجزائر إبان الإستقلال على وضع جملة من المبادئ الأساسية و التي تقوم عليها السياسة الصحية سعيا منها لتجسيد حق المواطن في العلاج ، و عليه فقد مر النظام الصحي في الجزائر بداية من الإستقلال إلى غاية يومنا هذا عبر ثلاث مراحل أساسية و التي تمثلت في :

- **المرحلة الأولى: و هي المرحلة الإنتقالية الأولى (1962 – 1965)**

عرف قطاع الصحة خلال الحقبة الممتدة من الاستقلال إلى غاية منتصف الستينيات و ما بعدها، تطورات كبيرة من حيث المستخدمين و الهياكل القاعدية[186] ص 10، لكن بمستوى تميز بالبطء مقارنة مع التطور السكاني ، و كذا بجملة من النصوص و القوانين لتوحيد النظام الموروث عن المستعمر. كما تميزت هذه المرحلة من جهة، بطب الدولة من خلال المؤسسات

الإستشفائية التي تضمن العلاج و الاستشفاء، و التي تسيّر من طرف وزارة الصحة و المراكز الصحية التي تضمن المساعدة الطبية المجانية في المدن و البلديات [187] ص 139.

- **المرحلة الثانية: مرحلة مجانية العلاج (1966-1980) .**

ما ميّز هذه المرحلة ناحية الهياكل القاعدية، هو مضاعفة قاعات العلاج بين سنتي 1969 و 1979 محاولة من المسؤولين منح الأولوية للعلاج الأولي، كما صدر في هذه الأثناء مرسوم رقم 69 -96، المؤرخ في 9 جويلية سنة 1969 و القاضي بإلزامية التلقيح و مجانيته. كما تم إقرار التكفل الشامل من طرف الدولة لمكافحة بعض الأوبئة من خلال التطعيم المجاني لخمسة أمراض (السل ، التيتانوس ، السعال الديكي ، شلل الأطفال و الجدري) [188] ص 52. وما ميز هذه المرحلة التاريخية كذلك، هو تطبيق قانون الطب المجاني على كامل القطاعات الصحية سنة 1974 [189] . و عليه كان هذا القرار كخطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي و توحيد نظامه.

- **المرحلة الثالثة: المرحلة الإنتقالية الجديدة (من 1981 إلى يومنا هذا)**

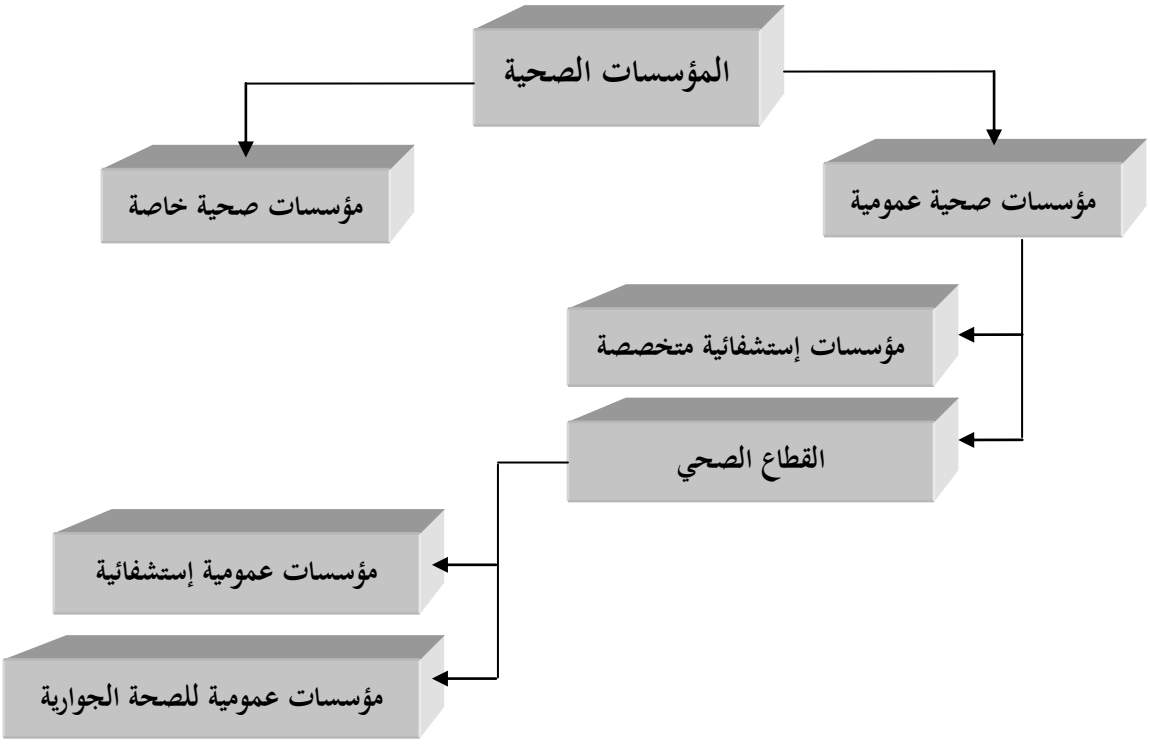
ما ميز هذه المرحلة هو إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986، و هي المراكز الإستشفائية الجامعية [190] ص 241-242 ،كما عرفت هذه المرحلة إعادة تنظيم المؤسسات الصحية من حيث التنظيم و التسيير و ذلك سنة 1997 [191] ، من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة و القطاعات الصحية و المراكز الاستشفائية الجامعية، و في سنة 2007، أعيد تنظيم القطاعات الصحية لتنقسم إلى المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، و تم تطبيقه إبتداءا من الفاتح جانفي 2008. هذا و قد تواصلت الاصلاحات من خلال وضع عدة برامج للإصلاح المؤسسات الصحية ، و من بينها

"المخطط التوجيهي للصحة في الجزائر" بين 2009 و 2025، مما سيكلف الخزينة العمومية 20 مليار أورو. و هو عباة عن جملة من الاصلاحات الخاصة بتحديث نظام المنشاَت الصحية فضلا عن بناء منشاَت أخرى.

رغم التغيرات التي شهدتها المؤسسات الصحية الجزائرية منذ الاستقلال، إلا أنها عرفت بعض الصعوبات التي حالت دون تحقيق جملة الأهداف التي وجدت من أجلها خاصة في ظل المستجدات الحالية كالعولمة و منافسة القطاع الخاص.

2.1.3 أنواع المؤسسات الصحية في الجزائر.

عرف القطاع الصحي بالجزائر عدة تطورات و إصلاحات هيكلية إنبثقت عنها عدة تقسيمات. و الشكل و الشرح الموالي يعطيان اختصارا لآخر ما آلت إليه هذه التقسيمات :



شكل رقم (3-1): أنواع المؤسسات الصحية الجزائرية.

المصدر : من إعداد الطالبة تبعا للجرائد الرسمية

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن المؤسسات الصحية في الجزائر مقسمة إلى مؤسسات صحية خاصة [192] (تبعا للمرسوم التنفيذي 88-204) و الأخرى عمومية ، حيث تم تقسيم هذه الأخيرة إلى مؤسسات إستشفائية متخصصة و إلى القطاع الصحي و الذي قسم بدوره إلى نوعين من المؤسسات (حسب المرسوم التنفيذي رقم 07-140 و المؤرخ في 19 مايو 2007) ، و هي:

- **<u>المؤسسة العمومية للصحة الجوارية « EPSP »</u>** :و هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي، و توضع تحت وصاية والي الولاية التابعة لها،و هي تتكون من مجموعة من العيادات متعددة الخدمات و قاعات العلاج.
- **<u>المؤسسات العمومية الإستشفائية « EPH »</u> [193]ص10-22** : عرفت المادة الثانية و الثالثة من المرسوم المذكور أعلاه المؤسسة العمومية الاستشفائية على أنها مؤسسة

عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي، و توضع تحت وصاية والي الولاية التابعة لها، و هي مكونة من هيكل للتشخيص و العلاج و الاستشفاء و إعادة التأهيل الطبي تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات.كما حددت المادة الرابعة من المرسوم نفسه المهام الموكلة للمؤسسة العمومية الاستشفائية و هي التكفل بصفة متكاملة و متسلسلة بالحاجات الصحية للسكان . و التي كانت محل دراستنا التطبيقية.

3.1.3 تقديم عام للمؤسسات العمومية الإستشفائية محل الدراسة.

تعتبر المؤسسات الصحية من أكثر الأنظمة انفتاحا على المجتمع بحيث تؤثر و تتأثر به و هذا هو حال بالنسبة لمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية عين الدفلي، حيث نجد أن هناك أطراف عدة تتعامل مع هذا الكيان من أهمها المرضى و التي تعد الشريحة الرئيسية في المجتمع الذين تسعى المستشفيات لخدمتهم.

و للإشارة ، فإن المستشفيات الأربع قيد الدراسة كانت تحت إسم "القطاع الصحي" ليتحول إسمها بعد ذلك الى "مؤسسات عمومية إستشفائية" ، و هذا بناء على المرسوم التنفيذي رقم 07-140 و المؤرخ في 19 مايو 2007 و الذي يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها.

هذا و كما ذكرنا سابقا ، تتمتع المؤسسات الإستشفائية قيد الدراسة بالشخصية المعنوية و الإستقلال المالي و هذا وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 07-173 و المؤرخ في 04 جوان 2007، كما تستقطب

هاته المؤسسات مختلف الحالات المرضية من أنحاء متفرقة من داخل الولاية و خارجها و التي يبلغ عدد سكانها حوالي 777264 نسمة.

كما يمكن تلخيص بعض المعلومات العامة عن المستشفيات الأربعة من خلال الجدول الموضح في الملحق رقم (03) .فمن خلال قراءتنا للجدول ، نلاحظ أن أقدم مستشفى من حيث النشأة هو مستشفى "فارس يحي" بمدينة مليانة ، ليليها بعد ذلك مستشفى "سيدي بوعبيدة" بمدينة العطاف و اللذان تم تشييدهما خلال الحقبة الإستعمارية ، ليتم بعد ذلك و مباشرة بعد الإستقلال إنشاء مستشفى "مكور حمو" بعين الدفلى، لتستفيد بعد ذلك الولاية من إنشاء مستشفى آخر و هو مستشفى خميس مليانة.

يمكننا أن نلاحظ أن مستشفى فارس يحي يتوفر على أكبر عدد من الأسرة في حين يتوفر مستشفى مكور حمو على أكبر عدد من الأطباء و الممرضين بالإضافة إلى باقي العمال من تقنيين و إداريين ، ليليها بعد هذا كل من مستشفى خميس مليانة و مستشفى سيدي بوعبيدة.

أما فيما يخص المصالح الإستشفائية و الأخرى الغير إستشفائية فقد إشتركت المستشفيات الأربعة قيد الدراسة في معضمها و هو ما يوضحه الجدول من خلال الملحق رقم (04)، و الذي نلاحظ من خلاله أن أكبر عدد من المصالح الإستشفائية و غير الإستشفائية موجود على مستوى مستشفى فارس يحي ، بحيث يضم مصلحتين لا تتوفر في باقي المستشفيات قيد الدراسة و المتمثلة في "مصلحة أمراض التنفس و الصدر" و مصلحة "الأمراض المعدية".

هذا و حسب المرسوم التنفيذي رقم 11-160 و المؤرخ في 17 أبريل [194] ص 6 2011،المتضمن توزيع إيرادات و نفقات المؤسسات العمومية الإستشفائية ،المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و المؤسسات الإستشفائية المتخصصة لكل ولاية و المراكز الإستشفائية الجامعية، إرتأينا أنه من المهم إستعراض توضيح مبسط لإيرادات و نفقات المؤسسات العمومية الإستشفائية

لولاية عين الدفلى لسنة 2012 ، و هذا حسب الملحقين رقم (5 و 6) ، حيث يتبين أن أكبر الإيرادات التي تتحصل عليها المؤسسات العمومية الإستشفائية هي مساهمات الدولة تليها بعد ذلك مساهمة الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية. هذا و يتلقى مستشفى مكور حمو بمدينة عين الدفلى أكبر جزء من هاته الإيرادات .في حين نلاحظ أن أكبر عدد من النفقات موجه في الأساس إلى تسديد مستحقات الموظفين في المؤسسات الإستشفائية لتأتي بعدها النفقات الموجهة لإقتناء الأدوية و المواد الأخرى ذات الإستعمال الطبي، كما نلاحظ إنعدام النفقات الموجهة للبحث الطبي لإنعدام الأبحاث في هذا المجال. هذا و تبقى النفقات الخاصة بمستشفى مكور حمو هي الأعلى بين نفقات المؤسسات الإستشفائية الأخرى.

2.3 الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

سنحاول من خلال استعراضنا لهذا المبحث التطرق إلى أهم الاجراءات المنهجية المعتمدة في تطبيق الدراسة الميدانية و المتمثلة في :

- تحديد مجتمع الدراسة و عينتها.
- أسلوب جمع البيانات و أدوات التحليل الاحصائي.
- صدق و ثبات أداة الدراسة.

1.2.3 مجتمع الدراسة و عينتها

يتمثل مجتمع الدراسة في جميع المرضى المقيمين و الموزعين على المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية عين الدفلى. هذا و نظرا لصعوبة تحديد فترة الدراسة و عدم استقرار المرضى ، تم الاعتماد على المرضى المقيمين بالمستشفى خلال الفترة الممتدة بين شهري ماي و جوان 2013، و عليه تم

توزيع قوائم الاستبيان عبر مصالح المستشفيات على عينة قصدية غير احتمالية من المرضى المقيمين و الذي بلغ عددهم 200 مريض ، حيث تم استثناء بعض المصالح نظرا للحالة الصحية الحرجة للمرضى.

تم الاعتماد على طريقة توزيع الاستبيان بالمقابلة ، حيث ارتأينا اتباع هذه الطريقة نظرا للحالة الصحية للمرضى التي لا تسمح لهم بملء الاستبيان، و حرصا منا على عدم استبعاد أي من الاستمارات الموزعة ،حيث كان توزيع الإستمارات بين المستشفيات الأربعة بالتساوي (50 إستمارة لكل مستشفى) مع إسترجاعها كاملة.

2.2.3 أسلوب جمع البيانات و أدوات التحليل الاحصائي

سنحاول من خلال هذا المطلب استعراض أساليب جمع البيانات المعتمدة في البحث بالإضافة تبيان أدوات التحليل الاحصائي المتبعة.

1.2.2.3 أساليب جمع البيانات:

بحكم طبيعة و خصوصية موضوع البحث و المتعلق أساسا بتقييم جودة خدمات الرعاية الصحية، استوجب علينا اللجوء إلى أدوات جمع البيانات و التي تمثلت في :

أولا – المقابلة : إنصبت مقابلتنا في إستجواب المرضى عن محتوى الاستبيان نظرا للحالة الصحية التي لا تسمح لهم بملء الاستمارة. إضافة إلى مقابلة موظفي إدارات المستشفيات ، حيث تضمنت مقابلتنا بهم جملة من الأسئلة التي دارت حول مختلف الأنشطة و المصالح التي تتوفر عليها المستشفيات و بعض المعلومات العامة و التي سبق و أن تطرقنا اليها من خلال المبحث الأول.

ثانيا – الاستبيان : يعتبر الاستبيان من أكثر وسائل جمع البيانات الأولية ، حيث تم الاعتماد عليه من خلال هذه الدراسة بهدف جمع البيانات الأولية اللازمة. و عليه قمنا بتطوير و تصميم الاستبيان. و لهدف قياس جودة الخدمات الصحية ، فقد اعتمدنا على كل من مقياسي جودة الخدمة Servqualبأبعاده الخمسة (الملموسية ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان و التعاطف) و عباراته الاثنين و العشرين ، و مقياس أداء الخدمة Servperf (بنفس المعايير و عدد العبارات). (أنظر الملحق رقم 07).

أما فيما يتعلق بتصميم استمارة الاستبيان فقد تم تقسيمها إلى ثلاثة أجزاء بالإضافة إلى الجزء الخاص بالتقديم و طلب التعاون ، و هذا كما يلي :

الجزء الأول : بيانات خاصة بالمريض

و يشمل هذا الجزء الخصائص الديمغرافية الخاصة بالعينة قيد الدراسة و المتمثلة في : الجنس ، السن، الحالة الاجتماعية ، المستوى التعليمي ، المهنة ، نوع المرض ، إسم المستشفى ، المصلحة ، مدة الإقامة بالمستشفى و ولاية الإقامة.

الجزء الثاني : الخدمة الصحية المتوقعة

و يتعلق هذا الجزء بتوقعات المرضى عن جودة الخدمات التي يستوجب تقديمها من قبل المستشفى، و هذا من خلال اثنين و عشرين عبارة تعكس الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة ، كما يلي :

- العبارات من 1 إلى 4 تشير الى بعد الملموسية.
- العبارات من 5 إلى 9 تشير الى بعد الاعتمادية.
- العبارات من 10 إلى 13 تشير الى بعد الاستجابة.

- العبارات من 14 إلى 17 تشير الى بعد الأمان.
- العبارات من 18 إلى 22 تشير الى بعد التعاطف.

الجزء الثالث : الخدمة الصحية الفعلية

و يتعلق هذا الجزء بإدراكات المرضى لمستوى الأداء الفعلي للخدمة الصحية المقدمة ، و هذا أيضا من خلال اثنين و عشرين عبارة تعكس نفس أبعاد جودة الخدمة، كما يلي :

- العبارات من 1 إلى 4 تشير الى بعد الملموسية.
- العبارات من 5 إلى 9 تشير الى بعد الاعتمادية.
- العبارات من 10 إلى 13 تشير الى بعد الاستجابة.
- العبارات من 14 إلى 17 تشير الى بعد الأمان.
- العبارات من 18 إلى 22 تشير الى بعد التعاطف.

هذا و قد تم قياس متغيرات كل من الجزء الثاني و الثالث باستخدام مقياس ليكرت الخماسي المتدرج من "غيرموافق بشدة" إلى " موافق بشدة" ، و الذي يتكون من الأوزان التالية :

الرأي	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
الوزن	1	2	3	4	5

إضافة لما سبق، لابد من الاشارة أنه تم الاعتماد على مستوى دلالة أو أهمية 0.05 و الذي يقابل مستوى ثقة 0.95 لتفسير نتائج إختبار الفرضيات.

كما قمنا بتقسيم السلم إلى ثلاث مجالات لتحديد درجة التقييم ، كما يلي :

- من [1 – 2.49] يمثل درجة الموافقة متدنية.
- من [2.50 – 3.49] يمثل درجة الموافقة متوسطة.
- من [3.50 – 5] يمثل درجة الموافقة عالية .

2.2.2.3 أدوات التحليل الاحصائي.

بهدف تحليل البيانات المجمعة من خلال قوائم الاستبيان ، تمت الاستعانة ببرنامج الحزم الاحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for Social Sciences ; Version19) ، كما تم توظيف الأدوات الاحصائية التالية :

- التكرارات و النسب المئوية لغرض وصف الخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة ؛
- المتوسط الحسابي بهدف معرفة درجة موافقة المرضى عن كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية (الملموسية ، الإعتمادية ، الإستجابة ، الأمان و التعاطف). المتوقعة و المقدمة فعليا.
- الإنحراف المعياري لقياس درجة تشتت قيم إستجابات المرضى عن المتوسط الحسابي.
- إختبار كاي تربيع (X^2) للاستقلالية .
- إختبار t للمقارنات الثنائية .
- إختبار t للعينة الواحدة.
- إختبار Kolmogrov-smirnov للتأكد من أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي مما يسمح بتطبيق مختلف الإختبارات الإحصائية المعلمية.

- أسلوب التحليل العاملي KMO (Factor Analysis) لملاءمة المعاينة MSA و إختبار بارتليت BTS للتحقق من مدى صلاحية البيانات للتحليل العاملي.
- معامل الثبات ألفا كرونباخ Cronbach Alpha .

3.2.3 ثبات صدق الاستبيان.

قبل تحديد ثبات أداة الدراسة ، قمنا في بادئ الأمر بتحديد ما إذا كانت إجابات أفراد عينة الدراسة على عبارات الاستبيان الأربعة و الأربعين (الخاصة بكل من التوقعات و الإدراكات) تتبع التوزيع الطبيعي أم لا.

1.3.2.3 إعتدالية توزيع البيانات.

قمنا بإستخدام إختبار كولموجروف_سميرنوف لتوقعات و إدراكات المرضى ، و هذا لمعرفة فيما إذا كانت إجابات المرضى على عبارات الاستبيان تتبع التوزيع الطبيعي أم لا. و من ثم إمكانية تطبيق الاختبارات المعلمية عليها. ففي حالة ما إذا كانت قيمة z المحسوبة أكبر من قيمة z الجدولية فيمكننا القول أنها تتبع توزيع طبيعي و العكس صحيح .و الجدول الموالي يبين نتائج هذا الإختبار.

جدول رقم(3-1) : إختبار كولموجروف_سميرنوف لتوقعات و إدراكات المرضى

البعد	التوقعات	قيمة Z لكولموجروف سميرنوف	مستوى المعنوية	الادراكات	قيمة Z لكولموجروف سميرنوف	مستوى المعنوية
الملموسية	1	24.089	0.071	1	18.399	0.074
	2	17.947	0.063	2	17.928	0.065
	3	24.597	0.094	3	17.397	0.063
	4	24.498	0.093	4	18.584	0.076
الاعتمادية	5	24.647	0.094	5	18.905	0.078
	6	24.505	0.094	6	19.150	0.082
	7	24.000	0.090	7	18.486	0.074
	8	19.678	0.071	8	18.033	0.071
	9	24.629	0.094	9	17.324	0.061
الاستجابة	10	24.644	0.094	10	19.041	0.081
	11	24.641	0.094	11	17.921	0.068
	12	24.641	0.094	12	18.651	0.076
	13	24.406	0.093	13	18.279	0.074
الأمان	14	18.324	0.072	14	18.254	0.074
	15	24.327	0.092	15	18.754	0.077
	16	23.812	0.085	16	18.260	0.074
	17	24.647	0.094	17	18.639	0.076
التعاطف	18	24.414	0.093	18	17.893	0.067
	19	24.363	0.093	19	18.234	0.074
	20	24.458	0.093	20	18.591	0.076
	21	24.536	0.094	21	17.786	0.066
	22	24.561	0.094	22	17.527	0.062

المصدر : من اعداد الطالبة على ضوء نتائج الاستبيان و مخرجات ال SPSS .

نلاحظ من خلال الجدول أن قيم مستوى المعنوية الخاصة بكل من التوقعات و الادراكات لكل عبارة من كل بعد كانت كلها أكبر من المستوى المعتمد في المعالجة الاحصائية 0.05،كما أن قيمة Z المحسوبة كانت أكبر من قيمة Z الجدولية و التي تقابل 15.48 ، مما يؤكد أن جميع الإجابات المتعلقة بالتوقعات أو الادراكات تتبع توزيعا طبيعيا بالشكل الذي يمكننا من تطبيق الإختبارات الإحصائية المعلمية.

2.3.2.3 ثبات الاستبيان:

و يقصد به أن يعطي نفس النتيجة إذا ما تم توزيع الإستبيان أكثر من مرة ، تحت نفس الظروف و الشروط. و تبعا لهذا ، قمنا بالتحقق من ثبات الاستبيان من خلال الاستعانة باختبار ألفا كرونباخ من أجل التحقق من ثبات أداة القياس، إذ تكون القيمة المتحصل عليها ذات دلالة إحصائية عالية إذا فاقت القيمة التي تقبل عندها درجة الإعتمادية البالغة 0.6 ، في حين تكون مقبولة عموما إذا ما كانت محصورة بين 0.5 و 0.6 . و الجدول الموالي يوضح معامل الإتساق الداخلي لألفا كرونباخ* لكل من توقعات و إدراكات المرضى لعبارات أبعاد جودة الخدمة الصحية:

* تجدر الإشارة إلى أننا قمنا بحساب معامل كرونباخ ألفا بالاستعانة ببرنامج Spss ، و الذي يحسب أيضا وفق المعادلة التالية :

$$\alpha = \frac{k}{k-1}\left(1 - \frac{\sum_{i=1}^{k} \sigma_{Y_i}^2}{\sigma_X^2}\right)$$

حيث: α: يمثل كرونباخ ألفا ، k: يمثل عدد العبارات ،

$\sum_{i=1}^{k} \sigma_{Yi}^2$: يمثل مجموع الانحراف المعياري لكل عبارة.

σ_x^2 : و يمثل الانحراف المعياري الكلي.

جدول رقم(3-2): معامل ألفا كرونباخ لتوقعات و إدراكات المرضى.

البعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ للتوقعات	معامل ألفا كرونباخ للإدراكات
الملموسية	1	0.783	0.942
	2	0.776	0.943
	3	0.782	0.945
	4	0.783	0.943
الإعتمادية	5	0.778	0.940
	6	0.778	0.941
	7	0.772	0.943
	8	0.771	0.939
	9	0.779	0.947
الإستجابة	10	0.785	0.940
	11	0.785	0.940
	12	0.782	0.939
	13	0.780	0.941
الأمان	14	0.765	0.939
	15	0.778	0.942
	16	0.765	0.943
	17	0.779	0.941
التعاطف	18	0.776	0.941
	19	0.772	0.943
	20	0.777	0.939
	21	0.779	0.940
	22	0.781	0.941
الإجمـــالي		0.786	0.944

المصدر : من اعداد الطالبة على ضوء نتائج الاستبيان و مخرجات ال SPSS .

نلاحظ من خلال نتائج الجدول أعلاه بأن قيم معامل ألفا كرونباخ لكل من توقعات و إدراكات المرضى بالنسبة لكل فقرة أو عبارة من أبعاد جودة الخدمة و إجمالي الأبعاد قد فاقت النسبة المقبولة إحصائيا 60% ، إذ تراوحت بين 76% و 78% بالنسبة للتوقعات و بين 93% و 94% بالنسبة للادراكات ، في حين بلغ معامل ألفا كرونباخ لإجمالي التوقعات **78.6**% و إجمالي الإدراكات

94.4% ، و هذا يعني ثبات الأداة المستخدمة و بالتالي إمكانية الإعتماد عليها في قياس جودة الخدمة الصحية.

3.3 المعالجة الاحصائية ، تحليل النتائج و تفسيرها.

سنحاول من خلال هذا المبحث التركيز على ثلاث نقاط رئيسية كما يلي :

- وصف خصائص عينة الدراسة
- المعالجة الاحصائية لإجابات أفراد العينة
- إختبار الفرضيات و مناقشتها.

1.3.3 وصف خصائص عينة الدراسة.

تناول الجزء الأول من الإستبيان بعض البيانات الشخصية لأفراد العينة، و هذا قصد التعرف على مختلف الخصائص الديمغرافية للأفراد المشاركين في الدراسة الميدانية ، و هذا كما يلي :

1.1.3.3 توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس :

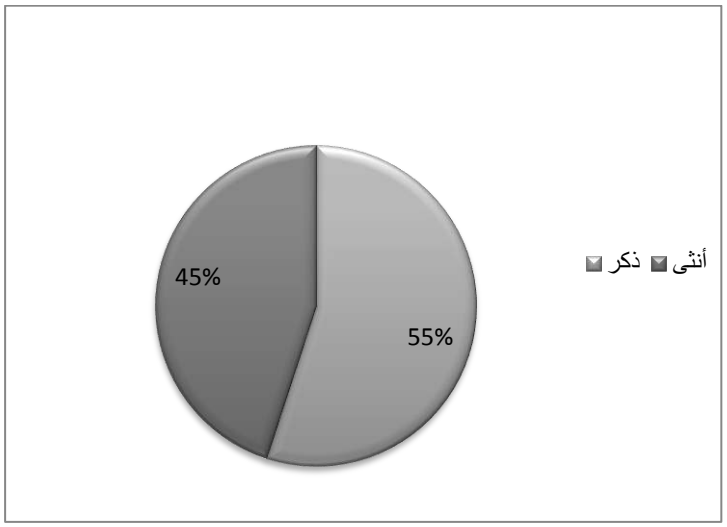
يرصد الجدول الموالي كل من التكرارات و النسب المئوية لتوزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس كما يلي :

جدول رقم(3-3): توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية
ذكر	110	%55
أنثى	90	%45
المجموع	200	%100

المصدر : من اعداد الطالبة تبعا لنتائج الاستمارة

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه ، أن النسبة العالية من أفراد العينة هم من الذكور حيث بلغ عددهم 110 فردا ما يعادل نسبة 55% ، في حين بلغ عدد الإناث 90 فردا بنسبة مئوية قدرت بـ 45% من أفراد العينة.



شكل رقم(3-2): توزيع أفراد العينة حسب الجنس

المصدر: من اعداد الطالة تبعا لنتائج الاستمارة

2.1.3.3 توزيع أفراد العينة حسب متغيرالسن :

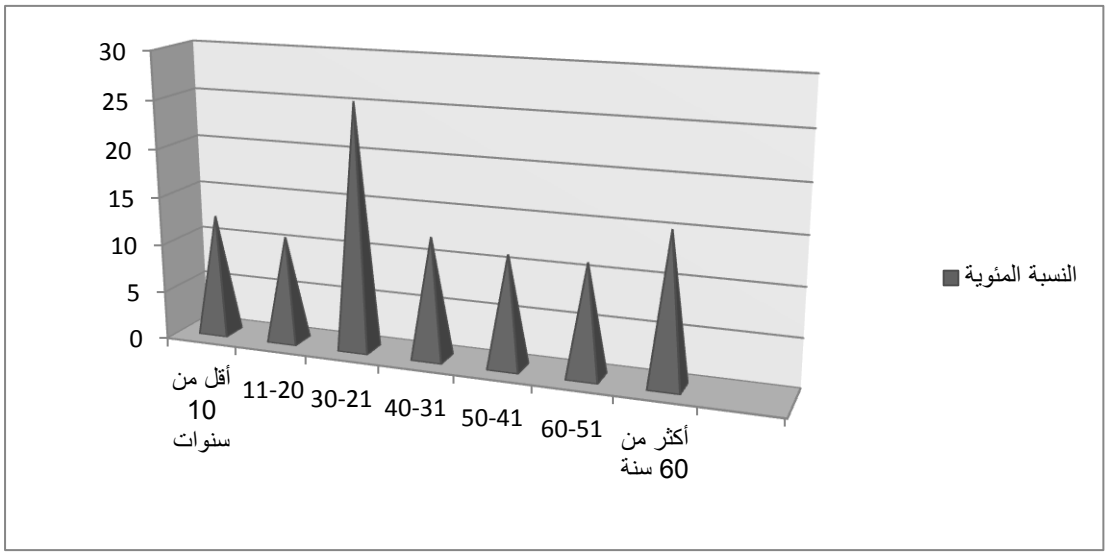
يشير الجدول أدناه إلى توزيع المرضى المقيمين بالمستشفيات الأربع قيد الدراسة حسب متغير السن كما يلي :

جدول رقم(3-4): توزيع أفراد العينة حسب متغير السن

السن	التكرارات	النسبة المئوية
أقل من 10 سنوات	25	%12.5
بين 11 و 20سنة	22	%11
بين 21 و 30 سنة	51	%25.5
بين 31 و 40 سنة	25	%12.5
بين 41 و 50 سنة	23	%11.5
بين 51 و 60 سنة	23	%11.5
أكثر من 61 سنة	31	%15.5
المجموع	200	%100

المصدر : من إعداد الطالبة تبعا لنتائج الإستمارة

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 25% من أفراد العينة تتراوح أعمارهم بين 21 و 30 سنة و هي أعلى نسبة بعدد أفراد قدر بـ 51 فردا و هي تمثل الفئة الشابة ، تليها 15.5% (31 فردا) و هي نسبة الأفراد الذين فاق سنهم 61 سنة، لتبلغ بعد ذلك نسبة الأفراد الذين يقل عمرهم عن 10 سنوات 12.5% (25 فرد)، في حين تساوت نسبة الأفراد الذين تراوحت أعمارهم بين 41 و 50 سنة و بين 51 و 60 سنة و التي قدرت بـ 11.5% لكل فئة ، و في الأخير شكل المرضى الذين هم من الفئة العمرية التي تتراوح بين 11 و 20 سنة نسبة 11% (22 فردا).



شكل رقم(3-3): توزيع أفراد العينة حسب السن

المصدر: من إعداد الطالبة تبعا لنتائج الإستمارة

3.1.3.3 توزيع أفراد العينة حسب الحالة الإجتماعية :

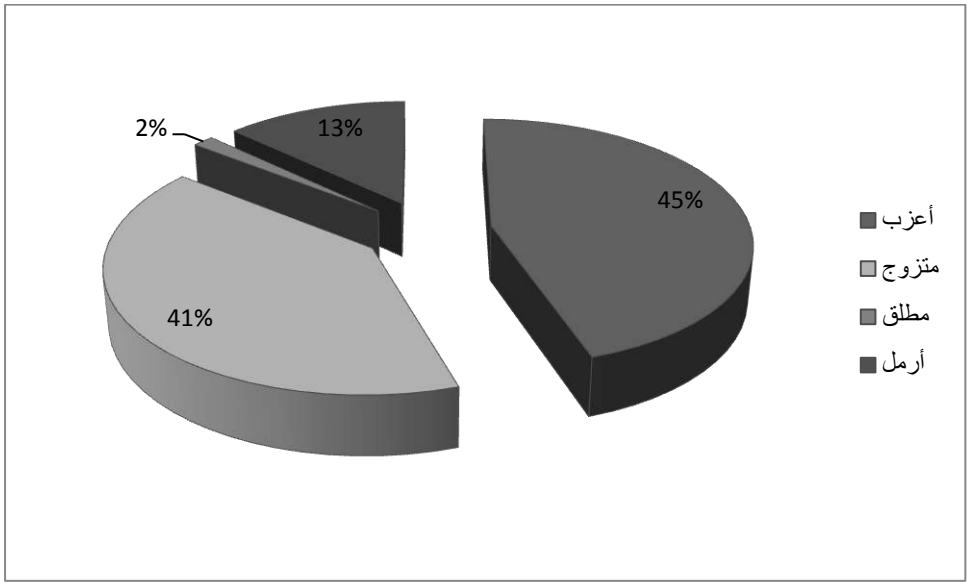
يوضح الجدول الموالي ، توزيع أفراد العينة (المرضى) حسب حالتهم الاجتماعية و هذا كما يلي :

جدول رقم(3-5): توزيع أفراد العينة حسب الحالة الإجتماعية

الحالة الإجتماعية	التكرارت	النسبة المئوية
أعزب	91	%45.5
متزوج	80	%40
مطلق	3	%1.5
أرمل	26	%13
المجموع	200	%100

المصدر : من إعداد الطالبة تبعا لنتائج الاستمارة

نلاحظ من خلال الجدول أن أكبر نسبة من أفراد العينة المدروسة غير متزوجين (عزاب) بنسبة بلغت 45.5% (91 فردا)، في حين بلغت فئة المتزوجين نسبة 40% (80 فردا) ، هذا و قد بلغت نسبة الأرامل 13% (26 فردا) ، في حين لم تمثل نسبة المطلقين سوى 1.5% من أفراد العينة بـ 3 أفراد فقط.



شكل رقم(3-4): توزيع أفراد العينة حسب الحالة الإجتماعية

المصدر: من إعداد الطالة تبعا لنتائج الإستمارة

4.1.3.3 توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي :

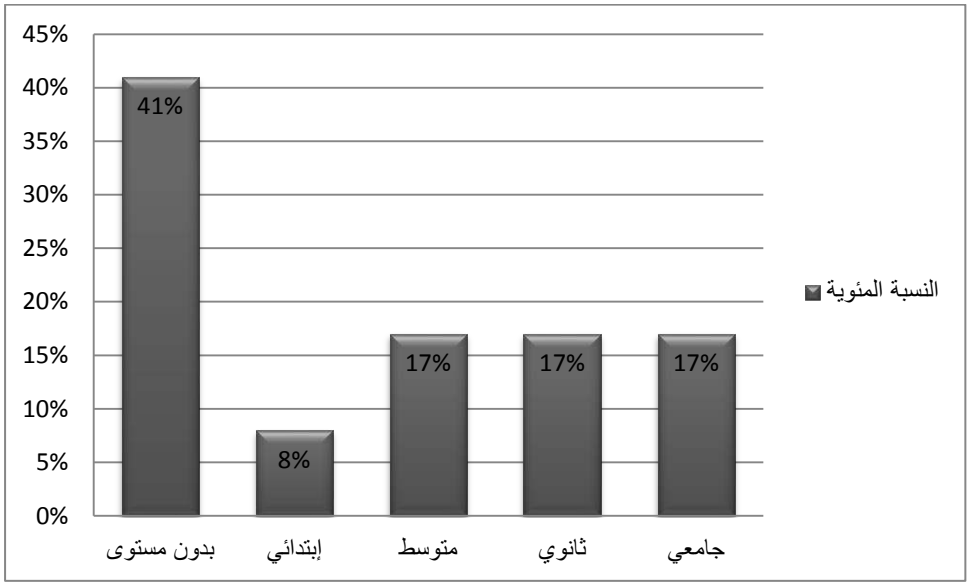
يوضح الجدول أدناه التكرارات و النسب المئوية لأفراد العينة حسب المستوى التعليمي كما يلي:

جدول رقم(3-6): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	بدون مستوى	إبتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
التكرارات	82	16	34	34	34	200
النسبة المئوية	41%	8%	17%	17%	17%	%100

المصدر : من إعداد الطالبة تبعا لنتائج الإستمارة

ما يمكن ملاحظته من خلال الجدول أعلاه أن أعلى نسبة من أفراد العينة بدون مستوى ، حيث بلغ عددهم 82 فردا بنسبة قدرت بـ 41%، لتليها بعد ذلك نسبة 17% إشترك فيها الأفراد ذوي المستوى المتوسط و الثانوي و الجامعي بعدد أفراد قدر بـ 34 فردا لكل مستوى ، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين لديهم مستوى تعليمي إبتدائي 8% لتمثل بذلك 16 فردا من أفراد العينة.



شكل رقم(3-5): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

المصدر: من إعداد الطالة تبعا لنتائج الإستمارة

5.1.3.3 توزيع أفراد العينة حسب المهنة :

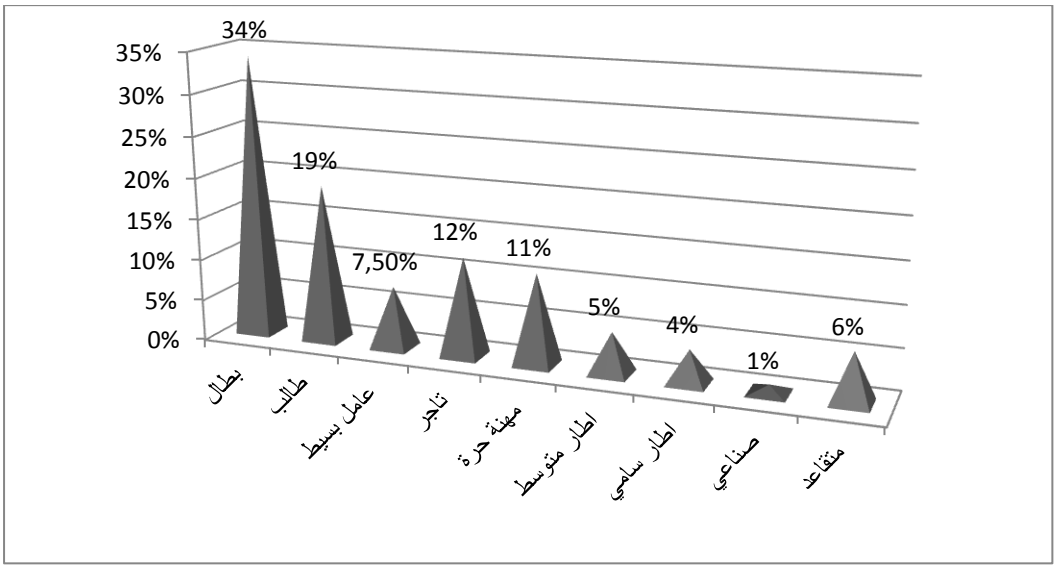
يوضح الجدول الموالي، توزيع أفراد العينة حسب متغير المهنة التي يزاولونها ، و هذا كما يلي:

جدول رقم(3-7): توزيع أفراد العينة حسب المهنة

المهنة	التكرارت	النسبة المئوية
بطال	68	%34
طالب	39	%19
عامل بسيط	15	%7.5
تاجر	24	%12
مهنة حرة	22	%11
اطار متوسط	10	%5
اطار سامي	8	%4
صناعي	2	%1
متقاعد	12	%6
المجموع	200	%100

المصدر : من إعداد الطالبة تبعا لنتائج الاستمارة

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن فئة البطالين إحتلت المرتبة الأولى من بين أفراد الدراسة حيث بلغ عددهم 68 فردا بنسبة مئوية تقدر بـ 34% ، تليها بعد ذلك فئة الطلاب الذي بلغت نسبتهم 19% (39 فردا) ، تليها فئة التجار و أصحاب المهن الحرة بنسبة 12% و 11% على التوالي لتمثل بذلك 24 و 22 فردا من أفراد العينة. أما نسبة 7.5% فقد مثلت 15 فردا من العمال البسطاء ، لتليها بعد ذلك نسبة المتقاعدين الذين بلغت نسبتهم 6% (12 فردا) لتمثل بعد ذلك 5% و 4% نسبتي أفراد العينة الذين يشغلون منصب إطار متوسط و إطار سامي على التوالي ، هذا و قد مثلت فئة الصناعيين أقل نسبة قدرت بـ 1% بفردين فقط من أفراد العينة.



شكل رقم(3-6): توزيع أفراد العينة حسب المهنة

المصدر : من إعداد الطالبة تبعا لنتائج الاستمارة

6.1.3.3 توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض :

يرصد الجدول أدناه ، توزيع أفراد العينة من خلال التكرارات و النسب المئوية حسب نوع المرض، أي حالة ما إذا كان المرض مزمنا أو غير مزمن و هذا كما يلي :

جدول رقم(3-8): توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض

نوع المرض	التكرارات	النسبة المئوية
مزمن	85	%42.5
غير مزمن	115	%57.5
المجموع	200	%100

المصدر : من إعداد الطالبة تبعا لنتائج الإستمارة

نلاحظ من خلال الجدول أن غالبية المرضى لا يعانون من أي مرض مزمن حيث بلغت نسبتهم 57.5% لتمثل بذلك 115 فردا من أفراد العينة ، في حين بلغت نسبة المرضى ذوي الأمراض المزمنة 42.5% بـ 85 فردا.

7.1.3.3 توزيع أفراد العينة حسب المستشفى :

لقد تم توزيع إستمارات الاستبيان بنسب متساوية قصدا بين الأربع مستشفيات قيد الدراسة، و التي مثلت نسبة 25% ما يقابل 50 فردا من كل مستشفى .

8.1.3.3 توزيع أفراد العينة حسب المصلحة التي عولجوا فيها :

يوضح الجدول الموالي ، توزيع أفراد العينة حسب المصلحة التي عولجوا فيها ، و هذا كالأتي:

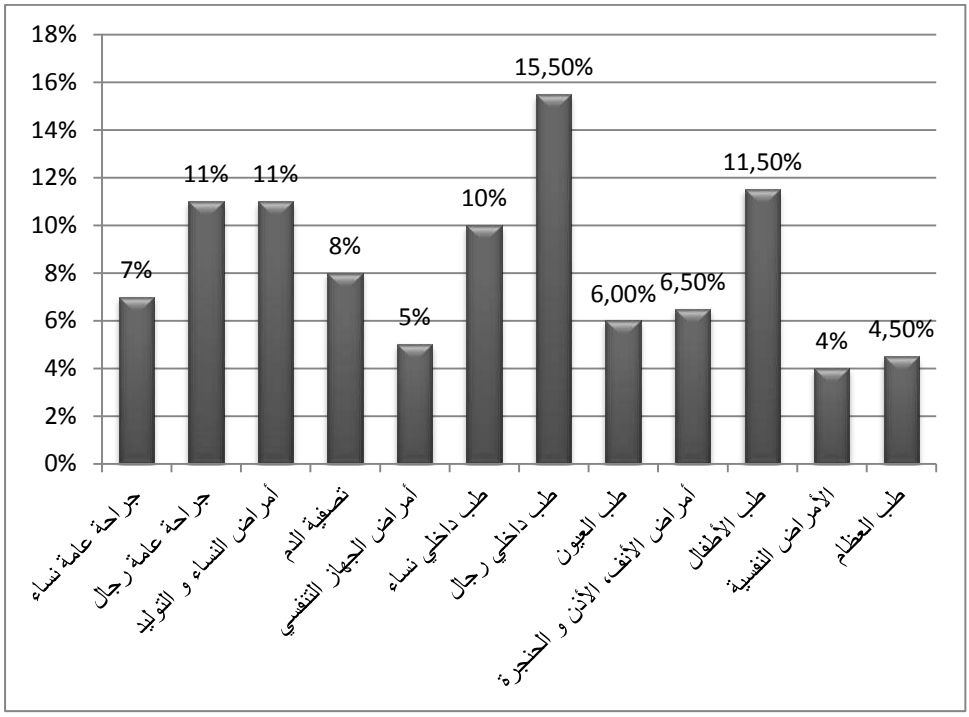
جدول رقم(3-9): توزيع أفراد العينة حسب المصلحة

اسم المصلحة	التكرارات	النسبة المئوية
جراحة عامة (نساء)	14	%7
جراحة عامة (رجال)	22	%11
أمراض النساء و التوليد	22	%11
تصفية الدم	16	%8
أمراض التنفس و الصدر	10	%5
طب داخلي (نساء)	20	%10
طب داخلي (رجال)	31	%15.5
طب العيون	12	%6
طب العظام	9	%4.5
أمراض الأنف،الأذن و الحنجرة	13	%6.5
طب الأطفال	23	%11.5
الأمراض النفسية	8	%4
المجموع	200	%100

المصدر : من إعداد الطالبة تبعا لنتائج الاستمارة

نلاحظ من خلال الجدول المبين أعلاه أن أكبر نسبة لأفراد العينة تضمنتها مصلحة الطب الداخلي (وحدة الرجال) و هذا بنسبة 15.5% ، لتليها بعد ذلك مصلحة طب الأطفال و التي إحتوت نسبة 11.5% من أفراد العينة، ثم تلتها بالتساوي مصلحتي جراحة عامة (رجال) و أمراض النساء و التوليد بنسبة قدرت بـ 11% لكل منهما. هذا و قد إحتوت مصلحة الطب الداخلي (وحدة النساء) نسبة 10% من أفراد العينة، في حين تضمنت كل من مصلحة تصفية الدم و مصلحة الجراحة العامة (وحدة النساء) نسبتي 8 % و 7% على التوالي، تليها بعد ذلك مصلحة أمراض الأذن، الأنف و الحنجرة بنسبة 6.5 % ، لتليها كل من مصلحتي طب العيون و

أمراض الجهاز التنفسي بنسبة 6% و 5% على التوالي من أفراد العينة. و في الأخير تضمنت مصلحة الأمراض النفسية أقل نسبة قدرت ب 4% من أفراد العينة.



شكل رقم(3-7): توزيع أفراد العينة حسب اسم المصلحة

المصدر : من إعداد الطالبة تبعا لنتائج الاستمارة

9.1.3.3 توزيع أفراد العينة حسب مدة الاقامة بالمستشفى :

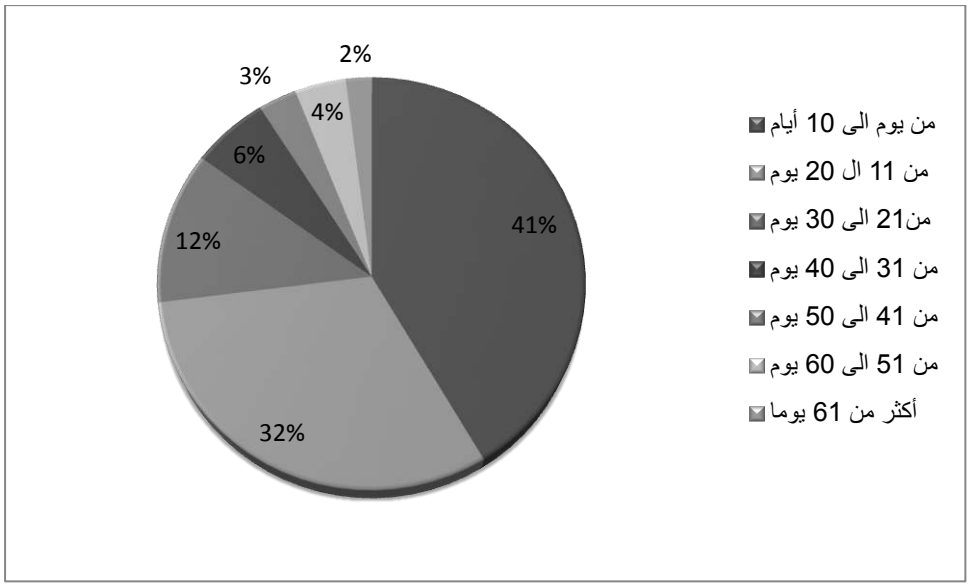
يوضح الجدول الموالي، توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مدة إقامتهم بالمستشفى ، و هذا كما يلي :

جدول رقم(3-10): توزيع أفراد العينة حسب مدة إقامتهم بالمستشفى

مدة الاقامة	التكرارات	النسبة المئوية
من يوم الى 10 أيام	83	%41.5
من 11 الى 20 يوم	63	%31.5
من 21 الى 30 يوم	24	%12
من 31 الى 40 يوم	12	%6
من 41 الى 50 يوم	6	%3
من 51 الى 60 يوم	8	%4
أكثر من 61 يوما	4	%2
المجموع	200	%100

المصدر : من إعداد الطالبة تبعا لنتائج الاستمارة

نلاحظ من خلال الجدول أن أفراد العينة التي بلغت فترة إقامتهم من يوم إلى 10 أيام تمثل النسبة الأكبر ،حيث بلغ عددهم 83 فردا بنسبة 41.5% ، يليهم أفراد العينة الذين بلغت فترة إقامتهم من يوم إلى 20 يوما بنسبة 31.5% (63 فردا) في حين بلغت نسبة الأفراد التي إمتدت إقامتهم بالمستشفى بين 21 و 30 يوما 12% (24 فردا)، لتليها بعد ذلك نسبة الأفراد الذين تراوحت مدة إقامتهم بين 31 و 40 يوما و بين 51 و 60 يوما و بين 41 و 50 يوما بـ 6 %، 4% و 3% على التوالي ، أما المرضى الذين طالت فترة إقامتهم أكثر من 61 يوما فبلغت نسبتهم 2% من أفراد العينة.



شكل رقم(3-8): توزيع أفراد العينة حسب مدة الاقامة بالمستشفى

المصدر : من إعداد الطالبة تبعا لنتائج الإستمارة

10.1.3.3 توزيع أفراد العينة حسب ولاية الإقامة :

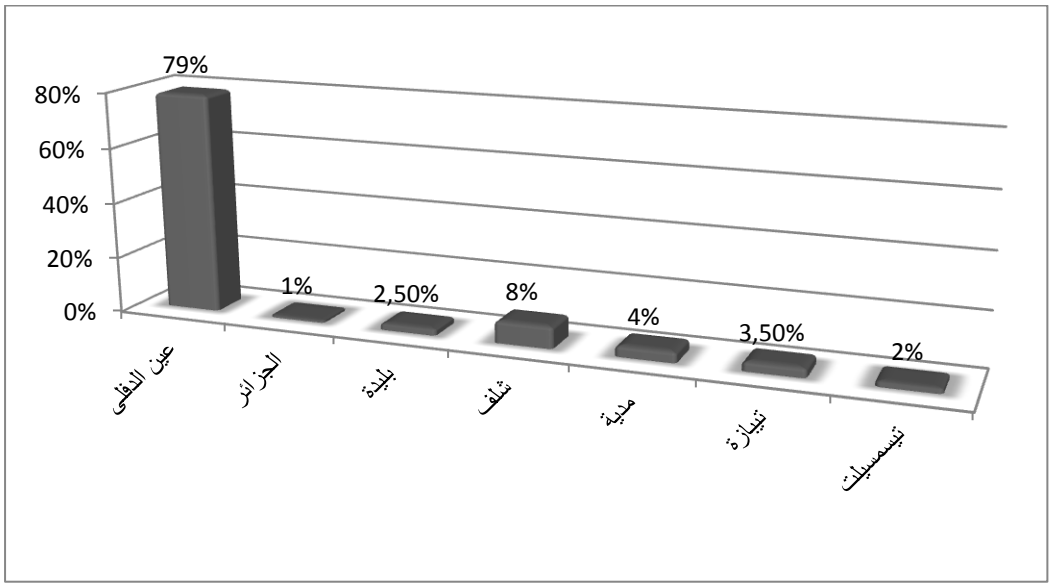
يوضح الجدول الموالي ، توزيع أفراد العينة حسب ولاية إقامتهم كالأتي :

جدول رقم(3-11): توزيع أفراد العينة حسب ولاية الاقامة

الولاية	التكرارات	النسبة المئوية
عين الدفلى	158	%79
الجزائر	2	%1
بليدة	5	%2.5
شلف	16	%8
مدية	8	%4
تيبازة	7	%3.5
تيسمسيلت	4	%2
المجموع	200	%100

المصدر : من إعداد الطالبة تبعا لنتائج الاستمارة

نلاحظ من خلال الجدول أن أكبر نسبة من أفراد العينة يقطنون بولاية عين الدفلى و هذا بنسبة قدرت بـ 79% ، تلتها بعد ذلك نسبة 8% من أفراد العينة يقطنون بولاية الشلف، في حين بلغت نسبة القاطنين بولاية المدية 4% ،ثم تلتها ولاية تيبازة بنسبة 3.5% ، ثم ولايتي البليدة و تيسمسيلت بنسبتي 2.5% و 2% على التوالي من أفراد العينة ، هذا و لم تفق نسبة القاطنين بولاية الجزائر العاصمة نسبة 1% من أفراد العينة.



شكل رقم(3-9): توزيع أفراد العينة حسب ولاية الاقامة

المصدر : من إعداد الطالبة تبعا لنتائج الاستمارة

2.3.3 المعالجة الإحصائية لإجابات أفراد العينة.

سنركز من خلال هذا المطلب ، على التحليل الوصفي للبيانات المتعلقة بتقييم المرضى لأبعاد جودة الخدمات الصحية المتوقعة و المدركة فعلا.

1.2.3.3 تحليل البيانات المتعلقة بتقييم المرضى لمعايير جودة الخدمة الصحية المتوقعة.

سنقوم باستعراض المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية* لإجابات أفراد العينة (المرضى) عن العبارات المتعلقة بتوقعاتهم حول جودة الخدمات الصحية.

جدول رقم (3–12): إجابات المرضى عن العبارات المتعلقة بتوقعاتهم حول جودة الخدمة الصحية

البعد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الموافقة	الترتيب
الملموسية	4.462	0.665	عالية	5
الإعتمادية	4.822	0.430	عالية	3
الإستجابة	4.940	0.230	عالية	1
الأمان	4.71	0.351	عالية	4
التعاطف	4.90	0.346	عالية	2
المتوسط العام	4.766	0.473	عالية	

المصدر : من إعداد الطالبة على ضوء نتائج الإستبيان و مخرجات ال SPSS

نلاحظ من خلال نتائج الجدول السابق (إضافة إلى الملحق رقم 08) أن المتوسطات الحسابية للعبارات الإثنين و العشرين بأبعادها الخمسة و التي تمثل توقعات المرضى حول مستوى جودة الخدمات الصحية ، تقع ضمن درجة الموافقة العالية و هذا بمتوسطات حسابية إجمالية بلغت (4.462،لبعد الملموسية) ، (4.822،لبعد الإعتمادية) ، (4.94، لبعد الإستجابة) ، (4.71، لبعد

*تجدر الإشارة إلى أنه يمكن حساب كل من المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري حسب المعادلتين التاليتين :

- **المتوسط الحسابي** : $\bar{x} = \frac{1}{n}\sum_{i=1}^{n} x_i = \frac{1}{n}(x_1 + \cdots + x_n).$ حيث n هو حجم العينة
- **الانحراف المعياري** : $\sigma = \sqrt{\frac{1}{N}\sum_{i=1}^{N} (\mathcal{X}i - \bar{\mathcal{X}})^2}$ حيث N هو عدد المتغيرات

الأمان) ، و (4.90 ، لبعد التعاطف) ، و بمتوسط حسابي عام قدر بـ 4.766 (و الذي تحصلنا عليه من خلال جمع المتوسطات الحسابية لكل بعد و قسمتها على عدد الأبعاد) ، حيث يعبر هذا المتوسط عن مستوى جودة الخدمة الصحية المتوقعة و التي يعتقد المرضى أن المستشفى يجب أن يقدم خدماته وفقا لهذا المستوى .

فبالرغم من أن توقعات المرضى حول مستوى جودة الخدمات الصحية كانت ضمن الموافقة العالية، إلا أنها تفاوتت في الدرجة. حيث يتضح و من خلال الجدول أعلاه و (الملحق رقم08) أن توقعات المرضى لبعد الاستجابة بكافة عباراته كانت في المقدمة و في المرتبة الأولى. أي أن توقعات المرضى فيما يخص الإستعداد الدائم للعاملين للمساعدة و الإستجابة لطلباتهم و سرعة الرد على شكاويهم بالاضافة إلى إبلاغهم بمواعيد تقديم الخدمة بدقة كانت عالية.ليليها بعد ذلك و في المرتبة الثانية بعد التعاطف، حيث أن المرضى يولون إهتماما كبيرا لتفهم إحتياجاتهم من قبل العاملين بالإضافة إلى العناية الشخصية و تقدير ظروف المريض و التعاطف معه. ليليها بعد ذلك و في المرتبة الثالثة بعد الإعتمادية ، حيث كانت توقعات المرضى حول قدرة العاملين بالمستشفى على أداء الخدمة الصحية الموعود بها بشكل يمكن من الإعتماد عليها و بدرجة عالية من الدقة و الصحة ضمن درجة الموافقة العالية. أما فيما يخص بعد الأمان فقد كان ضمن المرتبة الرابعة، حيث أن توقعات المرضى فيما يخص الشعور بالأمان و الثقة في الخدمة المقدمة و بمن يقدمها كانت عالية و لكن بدرجة أقل.ليليها في الأخير بعد الملموسية ، حيث يتضح أن توقعات المرضى حيال الجوانب المادية الملموسة كانت عالية غير أنها كانت في آخر اهتمامات المرضى مقارنة بباقي الأبعاد.

2.2.3.3 تحليل البيانات المتعلقة بتقييم المرضى لمعايير جودة الخدمة الصحية المدركة فعلا.

سنستعرض فيما يلي ، إجابات أفراد عينة الدراسة (المرضى) حول عبارات نموذج الأداء الفعلي و هذا حسب كل بعد من الأبعاد الخمسة لتقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم.

أولا- الملموسية :

يوضح الجدول أسفله إتجاهات المرضى حول جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من ناحية بعد الملموسية.

جدول رقم(3-13): تقييم جودة الخدمة الصحية المدركة من ناحية بعد الملموسية

الرقم	العبـــارة	التكـــرارات					المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الموافقة	الترتيب
		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة				
1	يتلاءم المظهر الخارجي للمستشفى مع نوع الخدمات المقدمة.	1	38	48	102	11	3.42	0.876	متوسط	2
2	تتوفر المستشفى على تصميم داخلي منظم يسهل الإتصال مع مقدمي الخدمات	0	24	97	68	11	3.33	0.758	متوسط	3
3	تمتلك المستشفى تجهيزات و أجهزة طبية م معدات تقنية حديثة.	2	51	55	77	15	3.26	0.958	متوسط	4
4	يحرص العاملون على درجة عالية من النظافة و حسن المظهر	3	63	8	97	29	3.43	1.123	متوسطة	1
المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري الإجمالي							3.36	0.928	متوسطة	

المصدر : من إعداد الطالبة على ضوء نتائج الإستبيان و مخرجات ال SPSS.

نلاحظ من خلال الجدول المبين أعلاه أن إتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل الفقرات كانت ضمن الموافقة المتوسطة [2.50–3.49]، حيث تقاربت المتوسطات الحسابية للفقرات الأربع إلا أن أعلاها كان ضمن الفقرة الرابعة و التي تؤكد أنه لم يتفق المرضى في المجمل حول حرص العاملين في المستشفى على درجة عالية من النظافة و حسن المظهر و هذا بمتوسط حسابي قدر بـ 3.43 ، لتليها بعد ذلك الفقرة الأولى و الخاصة بعدم تلاءم المظهر الخارجي للمستشفى مع نوع الخدمات المقدمة بمتوسط حسابي قدر بـ 3.42 و إنحراف معياري مقدر بـ 0.876 لتلي بعد ذلك كل من الفقرة االثانية و الثالثة على التوالي و المتعلقتين بعدم توفر المستشفى على تصميم داخلي منظم يسهل الإتصال مع مقدمي الخدمات و قلة التجهيزات و الأجهزة الطبية و المعدات التقنية الحديثة التي تمتلكها المستشفى. و هذا بمتوسط حسابي قدر بـ 3.33 و 3.26 و بانحراف معياري قدر بـ 0.758 و 0.958 بهذا الترتيب.

أما بالنسبة للمتوسط الحسابي الإجمالي فقد قدر بـ 3.36 مما يعكس درجة موافقة متوسطة بمعنى أن غالبية أفراد العينة توافق بدرجة متوسطة على جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المستشفيات قيد الدراسة من ناحية بعد الملموسية و هذا بإنحراف معياري قدر بـ 0.928.

ثانيا– الإعتمادية :

يوضح الجدول أدناه إتجاهات المرضى حول جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من ناحية بعد الإعتمادية.

جدول رقم(3-14): تقييم جودة الخدمة الصحية المدركة من ناحية بعد الإعتمادية

الرقم	العبـــارة	التكـــرارات					المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الموافقة	الترتيب
		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة				
5	إهتمام المستشفى بتقديم الخدمات في الوقت المحدد و بشكل سريع.	4	49	4	104	39	3.63	1.114	عالية	2
6	إلتزام المستشفى بوعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات الصحية و العلاجية.	3	47	6	113	31	3.61	1.055	عالية	3
7	يتعاطف الموظفون في المستشفى مع المرضى عند تقديمهم للشكاوي.	3	20	9	99	69	4.06	0.963	عالية	1
8	تحظى المستشفى بثقة المرضى.	4	59	19	85	33	3.42	1.136	متوسطة	4
9	تهتم المستشفى بالسجلات الخاصة بالحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق.	6	20	91	66	17	3.34	0.882	متوسطة	5
	المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري الإجمالي						3.61	1.030	عالية	

المصدر : من إعداد الطالبة على ضوء نتائج نتائج الإستبيان و مخرجات ال SPSS.

يتضح من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول أعلاه أن العبارات الثلاثة (5 ،6 و 7) وقعت ضمن الموافقة العالية [3.50-5]، حيث بلغ أعلى متوسط 4.06 و هو المتوسط الخاص بتعاطف الموظفين في المستشفى مع المرضى عند تقديمهم للشكاوي و هذا بانحراف معياري قدر بـ 0.963، يليها اهتمام المستشفى بتقديم الخدمات في الوقت المحدد و بشكل سريع بمتوسط حسابي

قدر بـ 3.63 و إنحراف معياري مقدر بـ 1.114، لتليها بعد ذلك إجماع المرضى على أن المستشفى ملتزم بوعوده في مجال تقديم الخدمات الصحية و العلاجية للمرضى، حيث بلغ متوسطها الحسابي 3.61 و بانحراف معياري قدر بـ 1.055. أما الفقرتين الثامنة و التاسعة فقد كانتا ضمن التقييم المتوسط بمتوسط حسابي قدر بـ 3.42 و 3.34 على التوالي و بانحراف معياري قدر بـ 1.136 و 0.882 على الترتيب ، حيث تبين أن المستشفيات لا تحضى بثقة كل أفراد العينة بالإضافة إلى أنهم يرون أن المستشفى لا يهتم بالسجلات الخاصة بحالتهم الصحية بشكل دقيق.

أما بالنسبة للمتوسط الحسابي العام أو الإجمالي فقد قدر بـ 3.61 الأمر الذي يعكس درجة موافقة عالية إجمالا من قبل المرضى على جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الإعتمادية ، و بإجماع أفراد عينة الدراسة كما يدل عليه الانحراف المعياري الذي قدر بـ 1.03.

ثالثا – الإستجابة :

يوضح الجدول الموالي إتجاهات المرضى حول جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من ناحية بعد الإستجابة.

جدول رقم(3-15): تقييم جودة الخدمة الصحية المدركة من ناحية بعد الإستجابة

الرقم	العبـــارة	التكـــرارات					المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الموافقة	الترتيب
		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة				
10	ان العاملين في المستشفى دائمي الاستعداد للمساعدة و الاستجابة لطلبات المرضى.	1	38	5	111	45	3.81	1.011	عالية	1
11	تقوم المستشفى بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة.	3	83	9	77	28	3.22	1.174	متوسطة	3
12	تقوم المستشفى بالرد بسرعة على شكاوي و استفسارات المرضى.	3	50	6	97	44	3.65	1.125	عالية	2
13	يتجاوب الموظفون مع طلبات المرضى مهما كانوا مشغولين.	13	90	8	72	17	2.95	1.189	متوسطة	4
المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري الإجمالي							3.40	1.124	متوسطة	

المصدر : من إعداد الطالبة على ضوء نتائج الإستبيان و مخرجات ال SPSS.

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول أعلاه ، إتضح أن العبارتين رقم (10 و 12) وقعت ضمن مجال الموافقة العالية ، إذ بلغت متوسطاتها الحسابية 3.81 و 3.65 عل التوالي بانحرافات معيارية قدرت بـ 1.011 و 1.125 على الترتيب ، ما يدل على أن العاملين في المستشفى دائمي الإستعداد للمساعدة و الإستجابة لطلبات المرضى و كذا قيام المستشفى بالرد السريع على شكاوي و إستفسارات المرضى . في حين وقعت العبارتين رقم (11 و 13) ضمن مجال الموافقة

المتوسطة، بمتوسط حسابي قدر بـ 3.22 و 2.95 على التوالي و بإنحراف معياري قدر بـ 1.174 و 1.189 عل الترتيب ، مما يدل على أن المستشفيات لا تقوم بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة بشكل دقيق بالإضافة إلى أن الموظفين لا يتجاوبون مع طلبات المرضى في حال ما كانوا مشغولين.

أما فيما يخص المتوسط الحسابي الإجمالي فقد بلغ 3.40 مما يعكس درجة موافقة متوسطة من قبل أفراد عينة الدراسة على جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية بعد الإستجابة و هذا بإنحراف معياري قدر بـ 1.124.

رابعا – الأمان :

يوضح الجدول أدناه إتجاهات أفراد العينة (المرضى) حول جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من ناحية بعد الأمان.

جدول رقم(3-16): تقييم جودة الخدمة الصحية المدركة من ناحية بعد الأمان

الرقم	العبـــارة	التكـــرارات					المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الموافقة	الترتيب
		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة				
14	يشعر المرضى بالأمان و الثقة عند التعامل مع موظفي المستشفى.	1	60	15	91	33	3.48	1.102	متوسطة	4
15	يحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.	0	7	111	55	27	3.51	0.770	عالية	3
16	يتعامل الطاقم الطبي و العاملين مع المرضى بلطف و لباقة.	0	14	4	106	76	4.22	0.797	عالية	1
17	يتمتع العاملون في المستشفى بالمعرفة و المهارة و الخبرة المناسبة.	0	14	30	117	39	3.91	0.787	عالية	2
المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري الإجمالي							3.78	0.864	عالية	

المصدر : من إعداد الطالبة على ضوء نتائج الإستبيان و مخرجات ال SPSS.

يشير الجدول أعلاه ، أن إتجاهات أفراد العينة نحو العبارات (15،16 و17) كانت ضمن درجة الموافقة العالية ، حيث كان أعلى متوسط خاص بتعامل الطاقم الطبي و العاملين مع المرضى بلطف و لباقة و الذي قدر بـ 4.22 و بانحراف معياري مقدر بـ 0.797، أما العبارة رقم (14) فكانت ضمن التقييم المتوسط ، بمتوسط حسابي يقدر بـ 3.48 و إنحراف معياري يساوي 1.102، حيث تبين أنه ليس كل أفراد العينة يشعرون بالأمان و الثقة عند تعاملهم مع موظفي المستشفى.

أما بالنسبة للمتوسط الحسابي الإجمالي لهذا البعد فقد قدر بـ 3.78 مما يعكس درجة موافقة عالية على جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المستشفيات من ناحية بعد الأمان ، و هو ما يؤكده الإنحراف المعياري الذي قدر بـ 0.864.

خامسا – التعاطف :

يوضح الجدول أسفله إتجاهات المرضى حول جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من ناحية بعد التعاطف.

جدول رقم(3-17): تقييم جودة الخدمة الصحية المدركة من ناحية بعد التعاطف

الرقم	العبـــارة	التكـــرارات					المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الموافقة	الترتيب
		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة				
18	يمتلك العاملون في المستشفى المعرفة و الدراية باحتياجات و رغبات المرضى.	0	21	59	95	25	3.62	0.836	عالية	2
19	يوضح العاملون في المستشفى للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة مبسطة و مفهومة.	1	13	4	103	79	4.23	0.819	عالية	1
20	يمتلك العاملون في المستشفى القدرة على تقديم العناية الشخصية للمرضى.	1	55	18	101	25	3.47	1.041	متوسطة	3
21	تضع المستشفى مصلحة المرضى في مقدمة اهتماماتها.	2	47	39	85	24	3.38	1.049	متوسطة	5
22	تعمل ادارة المستشفى بساعات عمل حسب حاجات المرضى.	1	27	73	84	15	3.43	0.835	متوسطة	4
المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري الإجمالي							3.62	0.916	عالية	

المصدر : من إعداد الطالبة على ضوء نتائج نتائج الإستبيان و مخرجات ال SPSS.

من خلال نتائج الجدول أعلاه ، يتضح لنا أن تقييم العبارتين (18 و 19) كان ضمن منطقة القبول العالي و هذا بمتوسطات حسابية قدرت بـ 3.62 و 4.23 على التوالي و بانحرافات معيارية قدرت بـ 0.836 و 0.819 على الترتيب ، بمعنى أن أفراد عينة الدراسة و المتمثلين في المرضى يوافقون

على أن العاملين بالمستشفيات يمتلكون المعرفة و الدراية باحتياجاتهم و رغباتهم، كما أنهم يقومون بتوضيح المشاكل الصحية التي يعاني منها المرضى بطريقة مبسطة و مفهومة . في حين جاءت العبارات رقم (22،21،20) ضمن مجال الموافقة المتوسطة بمتوسطات حسابية قدرت بـ 3.74 ، 3.38 و 3.43 على التوالي و بانحرافات معيارية قدرت بـ 1.041 ، 1.049 و 0.835 على التوالي، و هو ما يعكس عدم موافقة المرضى على قدرة موظفي المستشفيات على تقديم العناية الشخصية للمرضى بالإضافة الى أن المستشفيات قيد الدراسة لا تضع مصلحة المرضى في مقدمة اهتماماتها حيث أنها لا تعمل بساعات عمل حسب حاجاتهم.

هذا و نلاحظ أن تقييم الزبائن لبعد التعاطف للخدمات الصحية المقدمة كان ضمن مجال الموافقة العالية ، حيث بلغ المتوسط الحسابي الإجمالي 3.626 و هذا بإنحراف معياري قدر بـ 0.916.

3.3.3 إختبار فرضيات البحث

سنقوم و من خلال هذا المطلب بإختبار الفرضيات المقترحة من خلال هذه الدراسة

1.3.3.3 إختبار الفرضية الأولى بتطبيق نموذج الأداء الفعلي Servperf.

"يقيم المرضى مستوى الخدمات المقدمة لهم فعلا من ناحية كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية تقييما عاليا".

و لغرض إختبار هذه الفرضية ، سنقوم باللجوء إلى كل من المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية لكل بعد من أبعاد جودة الخدمات الصحية .حيث تم استخراج المتوسط الحسابي لدرجات إجابات كافة المرضى لكل بعد من أبعاد الجودة الخمسة ، (جدول رقم 17،16،15،14،13) لنقوم

بعد ذلك بجمع المتوسطات الحسابية لكل بعد و قسمتها على عدد أبعاد الجودة الخمسة لنصل بذلك إلى المتوسط العام. و النتائج يبينها الجدول الموالي :

جدول رقم(3-18) : تقييم جودة الخدمات الصحية الفعلية من ناحية كل بعد من أبعاد التقييم

البعد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الموافقة	الترتيب
الملموسية	3.36	0.928	متوسطة	5
الإعتمادية	3.61	1.030	عالية	3
الإستجابة	3.40	1.124	متوسطة	4
الأمان	3.78	0.864	عالية	1
التعاطف	3.62	0.916	عالية	2
المتوسط العام	3.554	1.972	عالية	

المصدر : من إعداد الطالبة على ضوء نتائج الإستبيان و مخرجات ال SPSS.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن إتجاهات أفراد عينة الدراسة تقع ضمن مجال الموافقة العالية و المتوسطة، حيث كان كل من بعد الأمان ، التعاطف و الإعتمادية الأكثر توفرا في جودة الخدمة الصحية المقدمة بمتوسط حسابي قدر بـ 3.78 ، 3.62 و 3.61 على التوالي، و بإنحراف معياري مقدر بـ 0.864 ، 0.916 و 1.03 ، على الترتيب مما يعكس أن غالبية أفراد عينة الدراسة توافق و بدرجة عالية على جودة الخدمات الصحية من ناحية هاته الأبعاد. و في المقابل كانت بقية أبعاد (الإستجابة و الملموسية) أقل توفرا في جودة الخدمة الصحية و هذا بمتوسط حسابي قدر على التوالي بـ (3.40 و 3.36) و بانحراف معياري مقدر بـ (1.124 و 0.928) على الترتيب ، مما يدل على

أن أفراد العينة يوافقون لكن بدرجة أقل على جودة الخدمات الصحية من ناحية كل من بعد الملموسية و الإستجابة ضمن المستشفيات قيد الدراسة.

في حين يعبر المتوسط 3.554 عن مستوى المرضى العام أو الاجمالي لجودة الخدمات الصحية المقدمة فعليا من قبل المستشفيات قيد الدراسة. حيث نلاحظ أنه يقع ضمن مجال الموافقة العالية [3.50–5] ، مما يعني أن تقييم المرضى للخدمات الصحية المقدمة لهم من قبل المستشفيات الأربع كان إيجابيا إجمالا.

هذا و على ضوء هاته النتائج ، **نرفض الفرضية الأولى** و التي مفادها "**يقيم المرضى مستوى الخدمات المقدمة لهم فعلا من ناحية كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية تقييما عاليا**".

2.3.3.3 إختبار الفرضية الثانية بتطبيق نموذج جودة الخدمة Servqual.

" **لا توجد فجوة سلبية بين مستوى جودة الخدمة الصحية المتوقعة من قبل المرضى و مستوى جودة الخدمة المقدمة لهم فعلا** ".

سنقوم باختبار هاته الفرضية على أساس معادلة الفجوة الخامسة (جودة الخدمة من وجهة نظر العملاء) لنظرية الفجوة و التي تنص على أن" **جودة الخدمة = الخدمة المدركة – الخدمة المتوقة**"، أي أن مستوى جودة الخدمة هو الفرق بين مستوى الجودة الفعلية للخدمة المقدمة و مستوى الجودة المتوقعة للخدمة ، و الجدول الموالي يوضح ذلك :

جدول رقم(3-19): الفرق بين توقعات و إدراكات المرضى حول جودة الخدمة الصحية

البعد	متوسط الإدراكات (p)	متوسط التوقعات(E)	فرق المتوسطات (P-E)	قيمة t	مستوى المعنوية
الإستجابة	3.40	4.94	-1.540	-46.991	0.000
التعاطف	3.626	4.90	-1.274	-23.790	0.000
الإعتمادية	3.61	4.822	-1.212	-22.884	0.000
الملموسية	3.36	4.462	-1.102	-18.766	0.000
الأمان	3.78	4.71	-0.930	-17.407	0.000
المتوسط الحسابي للفرق الكلي			-0.770	-30.796	0.000

المصدر : من إعداد الطالبة على ضوء نتائج نتائج الإستبيان و مخرجات ال SPSS.

نلاحظ من خلال نتائج الجدول أعلاه (و الملحق رقم 09)أن قيمة الفرق بين إدراكات أفراد العينة و توقعاتهم نحو جودة الخدمات الصحية كان سالبا لكل العبارات ، حيث بلغت قيمة متوسط الفرق الإجمالي -0.770 حيث تمثل هذه القيمة نتيجة القياس حسب نموذج جودة الخدمة Servqual ، ما يعني أن تقييم أفراد عينة الدراسة (المرضى) لجودة الخدمات الصحية كان سلبيا، فبالرغم من أن إدراك المرضى لجودة الخدمة الصحية المقدمة لهم فعليا (أي نتيجة القياس حسب نموذج الأداء) كانت عالية نسبيا، إلا أن توقعاتهم حول جودة الخدمات الصحية كانت أعلى مما يدل على وجود فجوة سالبة.

كما نلاحظ من خلال الجدول أعلاه (و الملحق 09) أن أكبر متوسط فرق كان من نصيب بعد الاستجابة، مما يدل على أن توقعات المرضى حيال إبلاغهم عن موعد تقديم الخدمة و تجاوب الموظفين مع طلباتهم كانت أكبر بكثير عن ما قدم لهم فعلا، مما يدل على وجوب إهتمام إدارة

المستشفيات أكثر بهذا البعد. ليأتي بعده كل من بعدي التعاطف ثم الاعتمادية بمتوسط فرق متقارب، حيث سجلنا ضعفا من ناحية ساعات العمل و التي لم تناسب المرضى ككل بالاضافة نقص إهتمام المستشفيات بالسجلات الصحية الخاصة بهم. ثم بعد الملموسية ، حيث أجمع المرضى عن وجود نقص في التجهيزات الطبية و غياب النظافة، و في الاخير بعد الأمان، حيث أن أكبر فرق كان حول إنعدام سرية المعلومات الخاصة بالمرضى. و عليه، فبالرغم من أن هناك إختلاف في فروق المتوسطات بين أبعاد جودة الخدمة ، إلا أنه يبقى و من الضروري على المستشفيات قيد الدراسة تحسين و الاهتمام أكثر بما تقدمه من خدمات لمرضاها حتى تلرقى إلى مستوى توقعاتهم أو حتى لتفوقها

و من أجل التأكد من الدلالة الإحصائية لنتائج الفروق بين توقعات المرضى و إدراكاتهم ، فقد لجأنا إلى إستخدام إختبار t للمقارنات الثنائية ، و هذا كما يوضحه الجدول أعلاه (بالإضافة إلى الملحق رقم09) ، حيث عند مستوى الدلالة 0.05 بينت النتائج أن قيمة t لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية بالإضافة للقيمة الكلية كلها وقعت ضمن منطقة الرفض ، أي خارج منطقة القبول و المحددة بالمجال [1.965+ ; 1.965-] ، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى جودة الخدمة الصحية المتوقعة و المدركة فعلا ، و هو ما يؤكد النتيجة السابقة.

و بناء على هذا **نرفض الفرضية الثانية** و التي تنص على "**عدم وجود فجوة سلبية بين مستوى جودة الخدمة الصحية المتوقعة من قبل المرضى و مستوى جودة الخدمة المقدمة لهم فعلا**".

3.3.3.3 إختبار الفرضية الثالثة بتطبيق أسلوب التحليل العاملي.

" توجد أبعاد أخرى لجودة خدمات الرعاية الصحية تختلف عن تلك التي يحتويها نموذج الأداء الفعلي".

لغرض إختبار هذه الفرضية و بهدف التأكد من أبعاد جودة خدمات الرعاية الصحية لإجابات أفراد عينة الدراسة، قمنا باللجوء إلى أسلوب التحليل العاملي و الذي يهدف إلى الكشف عن المتغيرات المشتركة و تلخيصها في عدد من العوامل ، لتفسر هذه الأخيرة أكبر نسبة من التباين في مجموعة من المتغيرات. و لهذا الغرض لجأنا إلى طريقة المكونات الأساسية لإدراكات المرضى كونها أكثر طرق التحليل العاملي إستخداما في إستخلاص العوامل. كما تجدر الاشارة إلى أن إجراء التحليل العاملي لقائمة الادراكات فقط دون التوقعات ، سببه أن قائمة توقعات العملاء لا تصلح لأن تستعمل لاستخراج أبعاد جودة الخدمة الصحية بدقة ، لأن إجابات المرضى في هذه الحالة كانت تتراوح بين الموافقة و الموافقة بشدة فقط. هذا و قبل إجراء التحليل العاملي قمنا في بادئ الأمر باستخدام كل من معامل « KMO « Kaiser-Meyer-Olkin » ، لملاءمة المعاينة « Measure of Sampling « MSA Adequacy ، و كذا إختبار بارتليت « Bartlett's Test of Spherucuty »، و ذلك من أجل التحقق من مدى صلاحية البيانات للتحليل العاملي. و الجدول الموالي يوضح نتائج هاذين الاختبارين.

جدول رقم(3-20): نتائج إختبار Bartlett و معامل KMO لإدراكات المرضى

مقياس KMO لملاءمة المعاينة		0.936
إختبار Barlett	كاي مربع التقريبية	2638.295
	درجة الحرية	231
	مستوى المعنوية	0.000

المصدر : من إعداد الطالبة تبعا لنتائج الاستبيان.

يتضح من خلال الجدول المبين أعلاه أن نتائج قيمة معامل KMO كانت مرتفعة إذ بلغت 0.936 و هي تفوق الحد الأدنى لهذا المعامل 0.6 كما حدده Kaiser سنة 1974 من خلال دراسته « An Index of Factorial simplicity » ، مما يدل على كفاية العينة موضوع الدراسة و التحليل. أما فيما يخص إختبار Bartlett فقد كان ذو دلالة إحصائية ، حيث بلغت قيمة مستوى المعنوية 0.000 و هي أقل من المستوى المعتمد في هذه الدراسة 0.05. و هو يعبر عن مؤشر إختلاف مصفوفة الارتباط عن مصفوفة الوحدة ، بمعنى أنها ليست من نوع المصفوفات التي تكون فيها قيم العناصر القطرية مساوية للواحد الصحيح و بقية العناصر مساوية للصفر، هذا بالإضافة إلى أن أغلبية الارتباطات كانت معنوية (مصفوفة الارتباط في الملحق رقم10). و عليه يمكن القول أن نتائج هاذين الاختبارين تؤكد صلاحية البيانات للتحليل العاملي.

تبعا لهذا قمنا باجراء التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية Principal Component » « Analysis لإدراكات المرضى ، و ذلك باستخدام التدوير المتعامد للمحاور بطريقة Varimax، بالإضافة إلى إستخدام محك Kaiser و الذي يقبل العوامل التي تزيد قيمتها الذاتية عن الواحد الصحيح.

و الجدول الموالي يوضح القيم الذاتية ، نسبة التباين المفسرة، نسبة التباين التراكمية التي تفسرها العوامل المعتمدة و جودة تمثيل المتغيرات على المستوى العاملي.

جدول رقم(3-21): نسب التباين المفسرة من قبل العوامل.

المتغيرات	القيم الذاتية	نسبة التباين المفسرة	نسبة التباين التراكمية	جودة تمثيل المتغيرات
1	10.289	46.769	46.769	0.587
2	1.617	7.350	54.119	0.564
3	1.190	5.409	59.528	0.711
4	1.016	4.616	64.144	0.518
5	0.851	3.867	-	0.617
6	0.733	3.333	-	0.569
7	0.716	3.254	-	0.664
8	0.648	2.946	-	0.653
9	0.592	2.689	-	0.698
10	0.537	2.440	-	0.636
11	0.507	2.305	-	0.691
12	0.449	2.042	-	0.696
13	0.432	1.962	-	0.793
14	0.415	1.885	-	0.654
15	0.337	1.531	-	0.459
16	0.301	1.369	-	0.688
17	0.273	1.239	-	0.599
18	0.268	1.216	-	0.713
19	0.244	1.110	-	0.677
20	0.222	1.007	-	0.708
21	0.206	0.935	-	0.639
22	0.159	0.725	-	0.576
	22	100	64.144	-

المصدر : من إعداد الطالبة تبعا لنتائج الاستبيان.

تبعا للنتائج الواردة في الجدول أعلاه ، فقد تبين أن المتغيرات الخاصة بمقياس تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظر المرضى قد تم تلخيصها في أربعة عوامل تضم 22 متغيرا و هذا

باستخدام طريقة المكونات الاساسية ذات التدوير المتعامد ، و وفقا للقيمة الذاتية على التوالي. حيث أنه يجب أن لا تقل القيمة الذاتية للعامل المستخلص عن الواحد الصحيح، حتى لو كات هناك تشبعات ذات دلالة عل ذلك العامل. هذا و قد ساهمت العوامل الأربعة معا في تفسير نسبة 64.14 % من التباين الكلي. و الجدول الموالي يبين لنا خلاصة نتائج التحليل العاملي في أربعة عوامل رئيسية و هذا بعد عملية التدوير.

جدول رقم(3-22): تشبع العوامل بعد عملية تدوير المحاور

المتغيرات / العوامل	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع
1	–	–	**0.641**	–
2	–	–	–	**0.548**
3	–	–	**0.822**	–
4	–	–	**0.523**	–
5	–	–	–	–
6	**0.613**	–	–	–
7	**0.632**	–	–	–
8	–	**0.768**	–	–
9	**0.572**	–	–	–
10	–	–	–	**0.828**
11	**0.696**	–	–	–
12	**0.789**	–	–	–
13	**0.702**	–	–	–
14	**0.867**	–	–	–
15	**0.637**	–	–	–
16	–	–	–	–
17	–	–	–	–
18	–	**0..777**	–	–
19	–	**0.574**	–	–
20	**0708**	**0.618**	–	–
21	**0.647**	**0.753**	–	–
22	**0.621**	–	–	–

المصدر : من إعداد الطالبة تبعا لنتائج الاستبيان

و بهدف الوصول إلى درجة عالية من المصداقية في استخراج المركبات الأساسية ، قمنا باستبعاد أي متغير معامل تحميله أقل من 0.5. و عليه كانت التشبعات على النحو التالي :

العامل الأول : و يعد من أهم العوامل المستخلصة إذ يفسر لوحده نسبة 46.769% من التباين، و قد إستقطب هذا العامل أكبر عدد من المتغيرات حيث بلغ عددها إحدى عشر (11) متغيرة كما يبين الجدول أعلاه، حيث تشير هذه المتغيرات إلى مدى إهتمام المستشفى بتقديم الخدمات في الوقت المحدد و بشكل سريع و دقيق ، بالاضافة إلى إلتزام المستشفى بوعودها في مجال تقديم الخدمات الصحية و العلاجية و مدى ثقة المرضى بهاته الخدمات هذا فضلا عن الاستعداد الدائم للعاملين في المستشفى للمساعدة و الاستجابة لطلبات المرضى و إبلاغهم بموعد تقديم الخدمة بدقة و سرعة الرد على شكاويهم و إستفساراتهم . كما تشير إلى تجاوب الموظفين مع طلبات المرضى مهما كانوا منشغلين، إضافة إلى ضرورة الشعور بالأمان و الثقة عند التعامل مع موظفي المستشفى. كما تضمن هذا العامل إمتلاك العاملين في المستشفى القدرة على تقديم العناية الشخصية للمرضى و أن تضع الادارة مصلحتهم في مقدمة إهتماماتها . هذا فضلا عن عمل المستشفى بساعات عمل تتناسب و حاجات المرضى. و عليه يمكننا القول بأن هذا العامل قد ضم المتغيرات التي تشير في المجمل إلى الكفاءة المهنية لمقدمي الخدمة.

العامل الثاني : و يأتي في المرتبة الثانية من حيث الأهمية في تفسير العلاقة بين المتغيرات إذ يفسر حوالي 7.35% من التباين الكلي. و يحتوي هذا العامل على خمس متغيرات و التي تمثلت في: تعاطف الموظفين في المستشفى مع المرضى عند تقديمهم للشكاوي، بالاضافة إلى تعامل الطاقم الطبي و العاملين مع المرضى بلطف و لباقة و تمتعهم بالمعرفة و المهارة و الخبرة المناسبة، كما يحتوي العامل ضرورة توضيح العاملين بالمستشفى للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها

بطريقة مبسطة و مفهومة. و عليه نلاحظ أن هذا العامل يعبر في المجمل عن الأخلاقيات المهنية لمقدمي الخدمات الصحية.

العامل الثالث : و يفسر حوالي 5.409% من إجمالي التباين و يضم ثلاث متغيرات و تتمثل في : ملاءمة المظهر الخارجي للمستشفى مع نوع الخدمات المقدمة ، بالإضافة إلى إمتلاك المستشفى تجهيزات و أجهزة طبية و معدات تقنية حديثة ، هذا فضلا عن حرص المستشفى و العاملين فيه على درجة عالية من النظافة و حسن المظهر. و بالتالي يعبر هذا العامل بمجمل متغيراته عن المظهر و التسهيلات المادية. (الدعم المادي)

العامل الرابع : و يفسر 4.616%من إجمالي التباين ، و يضم متغيرين إثنين و المتمثلة في: إهتمام المستشفى بالسجلات الخاصة بالحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق و توفير تصميم داخلي منظم يسهل الاتصال مع مقدمي الخدمات.و عليه ، نلاحظ أن هذا العامل قد ضم مجموعة من المتغيرات لها نفس الخصائص و التي تهدف إلى تسهيل الإتصال الداخلي.

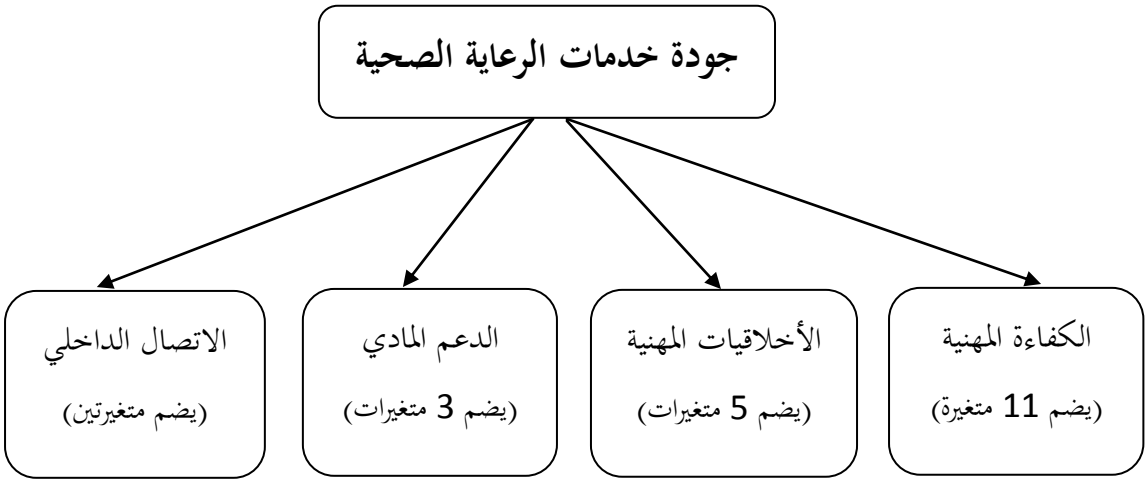
كما نلاحظ أنه قد تم إستبعاد المتغيرة رقم (15) و المتمثلة في محافظة المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى، باعتبارها ليس لها تأثير كبير في تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرضى.

هذا و بعد حذف المتغيرة رقم (15) و الخاصة بمحافظة المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى و إعادة إجراء التحليل العاملي للبيانات ، تبين لنا أن نسبة التباين المفسرة الكلية قد إرتفعت إلى 65.172%، و هي النسبة التي ساهمت العوامل الأربعة في تفسيرها، في حين لم نلحظ أي تغير

في تشبع العوامل ، حيث إستقطب كل عامل من العوامل الأربعة نفس المتغيرات التي كانت قبل قيامنا بحذف المتغيرة الخامسة عشر.

تبعا لما سبق ، و بعد إجراء التحليل العاملي للمتغيرات الواحد و العشرين من خلال الأبعاد الخمسة للجودة (الملموسية، الإعتمادية، الاستجابة، الأمان و التعاطف) ، توصلنا إلى تلخيص نفس البيانات أو المتغيرات في أربع عوامل (أبعاد) رئيسية تفسر معا نسبة 65.172% من نسبة التباين، و هي نسبة عالية نسبيا ، بمعنى أن هذا المستوى العاملي يعطي تفسيرا جيدا للمتغيرات و هذا كما يبينه النموذج التالي و الذي خلصت إليه دراستنا:

شكل النموذج الذي خلص إليه إختبار الفرضية بتطبيق أسلوب التحليل العاملي:



هذا و على ضوء النتائج السابقة ، نقبل الفرضية الثالثة و التي مفادها " توجد أبعاد أخرى لجودة خدمات الرعاية الصحية تختلف عن تلك التي يحتويها نموذج الأداء الفعلي".

4.3.3.3 إختبار الفرضية الرابعة: تأثير المتغيرات الديمغرافية على تقييم المرضى لجودة الخدمات الصحية

" لا تؤثر المتغيرات الديمغرافية في تحديد إتجاهات المرضى و تقييمهم لجودة الخدمات الصحية المدركة".

و لغرض إختبار هذه الفرضية ، قمنا بالاستعانة باختبار كاي تربيع (X^2) للاستقلالية ، و هذا بهدف التحقق من وجود علاقة بين المتغيرات الديمغرافية للمرضى و مستوى تقييمهم لجودة الخدمات الصحية المدركة، أو عدمها . و عليه ، ففي حالة ما إذا كانت القيمة المحسوبة لـ (X^2) أكبر من القيمة الجدولية (مستوى المعنوية أقل من مستوى الدلالة 0.05) ، فهذا يعني عدم وجود إستقلالية ، أي أن تقييم المرضى لجودة الخدمات الصحية له علاقة أو يختلف باختلاف المتغيرات الديمغرافية.

تبعا لما سبق ، و بعد إجراءنا لإختبار كاي تربيع للاستقلالية بين كل متغيرة من المتغيرات الديمغرافية و المتغيرات الاثنين و العشرين و المتعلقة بتقييم مستوى جودة الخدمات الصحية، تبين لنا عدم وجود علاقة أو بالأحرى لا يختلف تقييم المرضى لمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم باختلاف المتغيرات الديمغرافية إلا فيما يخص بعض المتغيرات و هذا كما يلي :

أولا: تأثير متغير الجنس في تحديد إتجاه المرضى و تقييمهم لجودة الخدمات الصحية المدركة.

أظهرت النتائج الواردة في الجدول أن القيم الخاصة بالمتغيرات كلها كانت غير معنوية (مستوى المعنوية كان أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في هذه الدراسة 0.05)، بمعنى أن تقييم أفراد عينة الدراسة لمجمل المتغيرات ليس له علاقة أو لا يختلف باختلاف الجنس كونه ذكرا أو أنثى إلا فيما

يخص المتغيرة المتعلقة بتلاؤم المظهر الخارجي للمستشفى مع نوع الخدمات المقدمة ، و هذا كما يبنه الجدول الموالي :

جدول رقم(3-23) :نتائج إختبار (X^2) لاختبار العلاقة بين جنس المرضى و مستوى تقييمهم لمدى تلاءم المظهر الخارجي للمستشفى مع نوع الخدمات المقدمة

الجنس	المتغيرات					المجموع	كاي تربيع (X^2)	مستوى المعنوية
	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة			
1	يتلاءم المظهر الخارجي للمستشفى مع نوع الخدمات المقدمة.							
ذكر	0	28	20	53	9	110	13.607	0.009
أنثى	1	10	28	49	2	90		
المجموع	1	38	48	102	11	200		

المصدر : من إعداد الطالبة تبعا لنتائج الاستبيان.

يتضح من خلال الجدول المبين أعلاه أن قيمة (X^2) المحسوبة بلغت 13.607 و هي قيمة أكبر من القيمة الجدولية (9.4877) و هو ما يؤكده مستوى المعنوية الذي بلغ 0.009 و الذي كان أقل من مستوى الدلالة المعتمد من خلال دراستنا 0.05، و عليه يمكن القول بأن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية أو يوجد إختلاف في تقييم المرضى لمدى ملاءمة المظهر الخارجي باختلاف الجنس. حيث لاحظنا من خلال إجراء التحليل التوافقي وجود إختلاف واضح فيما يخص عدم موافقة المرضى لمدى تلاءم المظهر الخارجي للمستشفى و نوع الخدمات المقدمة، حيث لاحظنا أن فئة الذكور كانت أكثر ميلانا لعدم الموافقة عن فئة الإناث في حين كان عدد الاناث اللاتي كان لهم رأي محايد أكثر من فئة الذكور.

ثانيا: تأثير الحالة الاجتماعية في تحديد إتجاه المرضى و تقييمهم لجودة الخدمات الصحية المدركة.

أظهرت نتائج إختبار كاي تربيع (X^2) أن هناك إختلاف في إتجاهات المرضى و تقييمهم للمتغيرة رقم (17) و المتعلقة بمدى تمتع العاملين في المستشفى بالمعرفة و المهارة و الخبرة المناسبة و هذا باختلاف حالتهم الاجتماعية، و هو كما يبينه الجدول الموالي :

جدول رقم (3-24): نتائج إختبار (X^2) لاختبار العلاقة بين الحالة الاجتماعية للمرضى و مستوى تقييمهم لمدى تمتع العاملين في المستشفى بالمعرفة و المهارة و الخبرة المناسبة.

الحالة الاجتماعية	المتغيرات					المجموع	كاي تربيع (X^2)	مستوى المعنوية
	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة			
17	يتمتع العاملون في المستشفى بالمعرفة و المهارة و الخبرة المناسبة.							
أعزب	0	2	18	55	16	91	16.986	0.049
متزوج	0	11	6	45	18	80		
مطلق	0	0	0	3	0	3		
أرمل	0	1	6	14	5	26		
المجموع	0	14	30	117	39	200		

المصدر : من إعداد الطالبة تبعا لنتائج الاستبيان

يتضح من خلال الجدول المبين أعلاه أن قيمة (X^2) المحسوبة بلغت 16.986 و هي قيمة أكبر من القيمة الجدولية (16.919) و هو ما يؤكده مستوى المعنوية الذي بلغ 0.049 والذي كان أقل من مستوى الدلالة المعتمد من خلال دراستنا 0.05، و عليه يمكن القول بأن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية أو يوجد إختلاف في تقييم المرضى لمستوى تمتع العاملين بالمعرفة و المهارة و الخبرة

المناسبة باختلاف حالتهم الاجتماعية . و بالتالي فإن توزيع التكرارات لدى كل فئة على مستوى من مستويات التقييم يختلف عن توزيعها لدى باقي الفئات ، حيث لاحظنا بعد إجرائنا للتحليل التوافقي أن فئة العزاب تميل أكثر إلى الموافقة و الحياد، في حين تميل الفئة المتزوجة إلى الموافة و الموافقة بشدة. كما نلاحظ أن الفئة المطلقة أجمعت على الموافقة على مدى توفر هذه المتغيرة في المستشفيات قيد الدراسة.

ثالثا: تأثير المستوى التعليمي في تحديد إتجاه المرضى و تقييمهم لجودة الخدمات الصحية المدركة.

أظهرت نتائج إختبار كاي تربيع (X^2) لاختبار العلاقة بين المستوى التعليمي للمرضى و مستوى تقييمهم لمجمل المتغيرات كانت غير معنوية (مستقلة) ، إلا فيما يخص تقييمهم لمدى توضيح العاملين المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة مبسطة و مفهومة، و هو ما يوضحه الجدول الموالي :

جدول رقم (3-25): نتائج إختبار (X^2) لاختبار العلاقة بين المستوى التعليمي للمرضى و مستوى تقييمهم لمدى توضيح العاملين المشاكل الصحية التي يعنون منها بطريقة مبسطة و مفهومة

المستوى التعليمي	المتغيرات					المجموع	كاي تربيع (X^2)	مستوى المعنوية
	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة			
19	يوضح العاملون في المستشفى للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة مبسطة و مفهومة.							
بدون مستوى	1	8	1	49	23	82	26.380	0.049
إبتدائي	0	0	1	6	9	16		
متوسط	0	2	0	16	16	34		
ثانوي	0	0	2	11	21	34		
جامعي	0	3	0	21	10	34		
المجموع	1	13	4	103	79	200		

المصدر: من إعداد الطالبة تبعا لنتائج الاستمارة

يتضح لنا من خلال النتائج المبينة أعلاه أن قيمة كاي تربيع (X^2) المحسوبة بلغت 26.380 و هي قيمة أكبر من القيمة الجدولية و التي حددت بـ 26.296 مما يدل على وجود إختلاف في تقييم المرضى لمدى توضيح العاملين المشاكل الصحية التي يعنون منها بطريقة مبسطة و مفهومة تبعا لاختلاف مستواهم الدراسي ، و هو ما يؤكده مستوى الدلالة الذي بلغ 0.049 و هي قيمة أقل من مستوى الدلالة المعتمد من خلال دراستنا. حيث أظهر التحليل التوافقي أن المرضى الذين ليس لهم مستوى دراسي و الذين لهم مستوى جامعي يميلون أكثر في تقييمهم إلى الموافقة ، في حين يميل المرضى ذوي المستويات المتبقية إلى الموافقة بشدة في تقييمهم لهذه العبارة.

رابعا: تأثير متغير المهنة في تحديد إتجاه المرضى و تقييمهم لجودة الخدمات الصحية المدركة.

أظهرت النتائج أن القيم الخاصة بأغلبية المتغيرات كانت غير معنوية (مستقلة) و هو ما يؤكده مستوى المعنوية الذي كان أكبر من مستوى الدلالة المعتمد ، إلا فيما يخص المتغيرات رقم (5 ، 7، 14 و 21)، حيث تبين وجود علاقة أو إختلاف في تقييم المرضى لهذه المتغيرات باختلاف مهنتهم و هو ما يؤكده مستوى المعنوية الذي كانت قيمته أقل من مستوى الدلالة المعتمد من خلال دراستنا 0.05 ، نتائج إختبار كاي تربيع (X^2) لمجمل هذه المتغيرات يبينها الملحق رقم (11)

و عليه، نلاحظ وجود إختلاف في تقييم المرضى لمدى إهتمام المستشفى بتقديم الخدمات في الوقت المحدد و بشكل سريع و دقيق ، و هذا باختلاف المهنة التي يزاولونها. حيث يتبين لنا أن البطالين و المتقاعدين و التجار و أصحاب المهن الحرة كانوا موافين ، في حين مال كل من العمال البسطاء و الأطر و الطلاب إلى درجة الموافقة العالية أو الموافقة بشدة.

كما يتضح لنا جليا وجود إختلاف في إتجاهات المرضى و تقييمهم لمدى تعاطف الموظفين في المستشفى معهم عند تقديمهم للشكاوي. حيث نلحظ أن كل من الطلاب و المتقاعدين و أصحاب الأطر و الأطر السامية يميلون في تقييمهم إلى الموافقة. ليبقى التجار غير موافقين على عكس البطالين و العمال البسطاء و الذين كانوا موافقين بشدة على مدى تعاطف الموظفين معهم عند تقديمهم للشكاوي.

و من جهة أخرى ، فقد إختلفت إتجاهات المرضى حول تقييمهم لمدى شعورهم بالأمان و الثقة عند تعاملهم مع موظفي المستشفى . حيث إختلف توزيع التكرارات بين الطلاب و المتقاعدين و العمال البسطاء و أصحاب المهن الحرة و الذين أجمعوا بالموافقة ، في حين مال التجار إلى عدم الموافقة.

أما فيما يخص المتغيرة المتعلقة بمدى وضع المستشفى لمصلحة المرضى في مقدمة إهتماماتها، فقد إختلف أيضا توزيع التكرارات على كل مستوى من مستويات التقييم و هذا تبعا لاختلاف مهنة

المرضى. حيث نلاحظ أن الأطر و المتقاعدين و العمال البسطاء يميلون في تقييمهم إلى الموافقة بشدة، ليوافق الطلاب أيضا على ذلك. في حين يبقى البطالون و أصحاب الأطر السامية حياديين لهذا الأمر. ليميل في الأخير كل من أصحاب المهن الحرة إلى عدم الموافقة و الصناعيون إلى عدم الموافقة و بشدة لمدى توفر هذه المتغيرة في المستشفى.

خامسا: تأثير المصلحة الاستشفائية في تحديد إتجاه المرضى و تقييمهم لجودة الخدمات الصحية المدركة

أظهرت النتائج أن هناك إختلاف في إتجاهات المرضى و تقييمهم للمتغيرة رقم (9) و المتعلقة بمدى إهتمام المستشفى بالسجلات الخاصة بالحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق و هذا باختلاف المصلحة التي عولجوا فيها ، و هو كما يبينه الجدول الموالي :

جدول رقم(3-26): نتائج إختبار (X^2) لاختبار العلاقة بين المصلحة التي عولج فيها المرضى و تقييمهم لمستوى إهتمام المستشفى بالسجلات الخاصة بالحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق

المصلحة	المتغيرات					المجموع	كاي تربيع (X^2)	مستوى المعنوية
	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة			
9	تهتم المستشفى بالسجلات الخاصة بالحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق.							
جراحة.ع.ن	2	3	2	4	3	14		
جراحة.ع.ر	1	3	13	4	1	22		
أمراض.ن.التوليد	0	1	6	13	2	22		
تصفية الدم	0	3	6	4	3	16		
الأمراض التنفسية	0	0	3	5	2	10		
طب داخلي.ن	1	2	11	6	0	20	63.439	0.029
طب داخلي.ر	1	3	13	12	2	31		
طب العيون	0	1	10	8	1	12		
طب العظام	1	1	3	3	1	9		
أ.الاذ.الان.الحنجرة	0	0	11	2	0	13		
طب الأطفال	0	3	7	12	1	23		
الأمراض النفسية	0	0	6	1	1	8		
المجموع	6	20	91	66	17	200		

المصدر: من إعداد الطالبة تبعا لنتائج الاستمارة

يتضح من خلال الجدول المبين أعلاه أن قيمة (X^2) المحسوبة بلغت 63.439 و هي قيمة أكبر من القيمة الجدولية ، و هو ما يؤكده مستوى المعنوية الذي بلغ 0.029 والذي كان أقل من مستوى الدلالة المعتمد من خلال دراستنا 0.05، و عليه يمكن القول بأن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية أو

يوجد إختلاف في تقييم المرضى لمدى إهتمام المستشفى بالسجلات الخاصة بالحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق باختلاف المصلحة الاستشفائية . حيث لاحظنا من خلال إجرائنا للتحليل التوافقي أن المرضى الذين عولجوا في كل من مصلحة طب الأطفال ، أمراض النساء و التوليد، طب داخلي رجال و مصلحة الأمراض التنفسية ، كانوا يميلون في تقييمهم لدرجة الموافقة على مدى إهتمام المستشفى بالسجلات الخاصة بالحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق. في حين مال تقييم المرضى الذين عولجوا في كل من مصلحة الطب الداخلي للنساء ، مصلحة الامراض النفسية ، مصلحة أمراض الأذن الأنف و الحنجرة ، طب العيون و مصلحة الجراحة العامة للرجال ، إلى الحياد. كما إنقسم المرضى الذين عولجوا في كل من مصلحة تصفية الدم و مصلحة طب العظام في تقييمهم بين الحياد و عدم الموافقة.

هذا و تبعا للنتائج السابقة ، يتضح لنا وجود فوارق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين إتجاهات أفراد العينة (المرضى) و تقييمهم لجودة الخدمات الصحية و التي تعود إلى المتغيرات الديمغرافية ،و بالتالي نقوم برفض الفرضية الرابعة و التي مفادها : " **لا تؤثر المتغيرات الديمغرافية في تحديد إتجاهات المرضى و تقييمهم لجودة الخدمات الصحية المدركة** ".

5.3.3.3 إختبار الفرضية الخامسة : تباين مستوى توفر أبعاد جودة الخدمة الصحية المدركة بين المستشفيات.

" **تتباين المؤسسات العمومية الإستشفائية قيد الدراسة من حيث مستوى توفر أبعاد جودة الخدمات الصحية المدركة**".

و لغرض إختبار هذه الفرضية و الوقوف على المستشفى الأكثر توفرا لمستوى أبعاد جودة الخدمات الصحية،قمنا بحساب نسبة توفر الأبعاد من خلال قسمة عدد المتغيرات الدالة لكل بعد على

مجموع المتغيرات للبعد الواحد ، حيث أن المتغيرات الدالة معنويا هي المتغيرات التي تكون فيها قيمة t المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية و المقدرة في كل الحالات بـ 2.009. و عليه ، كانت النتائج كاتالي :

أولا : بالنسبة لمستشفى "مكور حمو" :

يوضح الملحق رقم (12) نتائج إختبار t للعينة الواحدة ، أي مدى توفر المستشفى لأبعاد جودة الخدمات الصحية. حيث نلاحظ من خلاله أن نسبة توفر بعد الملموسية بلغت 25% حيث كانت قيمة t المحسوبة بالنسبة للمتغيرات (2،3 و4) غير معنوية أي أن قيمة t المحسوبة كانت أقل من قيمة t الجدولية و التي بلغت 2.009 و هذا عند مستوى معنوية 0.05. كما يتضح أن نسبة توفر هذه المستشفى لبعد الإعتمادية كان 60% حيث كانت قيمة tللمتغيرات (5،8 و9) معنوية أما الباقية فكانت غير معنوية. هذا و قد تساوت نسبة توفر المستشفى لبعدي الإستجابة و الأمان حيث بلغت هذه النسبة 50% ، أي أن قيم t لنصف المتغيرات من كل بعد لم تكن معنوية .في حين أن بعد التعاطف قد حقق نسبة توافق عالية بلغت 80% حيث كانت جميع قيم t لمتغيرات هذا البعد معنوية باستثناء متغيرة واحدة (20) .

ثانيا: بالنسبة لمستشفى "سيدي بوعبيدة" :

يوضح الملحق رقم (13) ، نتائج إختبار t للعينة الواحدة ، أي مدى توفر المستشفى لأبعاد جودة الخدمات الصحية، حيث بينت هاته النتائج أن نسبة التوافق عل بعد الإستجابة كانت 75% ،حيث كانت قيمة t المحسوبة لغالبية المتغيرات الخاصة بهذا البعد أكبر من القيمة الجدولية و التي قدرت بـ 2.009 عند مستوى معنوية 0.05، أما نسبة توفر المستشفى لبعد الملموسية فقد بلغ 50% ، مما يعني أن قيمة t لنصف متغيرات هذا البعد كانت غير معنوية . كما أن نسبة توفر بعد الإعتمادية في

هذه المستشفى كانت 40% حيث كانت قيم t لثلاثة متغيرات من أصل خمسة غير معنوية. لتليها بعد ذلك نسبة بعد الأمان و الذي بلغت 33.33% ، حيث كانت قيمة t لجميع المتغيرات غير معنوية باستثناء متغيرة واحدة (15) . و في الأخير حقق بعد التعاطف أقل نسبة إستجابة من قبل المستشفى و هذا بنسبة 20% ، حيث أن أغلبية المتغيرات التابعة لهذا البعد كانت غير دالة إحصائيا، و هو ما أكدته قيمة t المحسوبة و التي كانت أقل من قيمة t الجدولية و هذا عند مستوى معنوية 0.05.

ثالثا: بالنسبة لمستشفى "خميس مليانة" :

أشارت نتائج الجدول الموضحة من خلال الملحق رقم (14) أن نسبة إحتواء هذا المستشفى لكل من بعدي الإعتمادية و التعاطف بلغت 80% ،و هي أعلى نسبة حيث كانت قيمة t المحسوبة لأغلبية المتغيرات ذات دلالة إحصائية إذ أنها فاقت قيمة t الجدولية و التي قدرت ب 2.009 عند مستوى معنوية 0.05، أما نسبة التوافق لباقي الأبعاد (الإستجابة و الأمان) فقد تساوت و بلغت نسبة 75% ، حيث كانت قيمة t لأغلبية المتغيرات أكبر من القيمة الجدولية، بمعنى أنها كانت دالة إحصائيا. و في الأخير حقق بعد الملموسية أقل نسبة إستجابة من قبل المستشفى و هذا بنسبة 25 %، حيث أن أغلبية المتغيرات التابعة لهذا البعد كانت غير دالة إحصائيا، و هو ما أكدته قيمة t المحسوبة و التي كانت أقل من قيمة t الجدولية و هذا عند مستوى معنوية 0.05.

رابعا: المؤسسة العمومية الإستشفائية "فارس يحي" :

أظهرت نتائج الإختبار t الموضح من خلال الملحق رقم (15) أن نسبة التوافق من قبل هذا المستشفى على متغيرات كل من بعدي الإعتمادية و التعاطف بلغت 60% لكل بعد ، و هو ما أكدته قيمة t المحسوبة و التي كانت في الأغلب أكبر من قيمة t الجدولية أيضا قيمة 2.009 عند مستوى

معنوية 0.05، في حين تساوت نسبة الإستجابة لباقي الأبعاد من قبل المستشفى و التي بلغت 50% ، و هذا يؤكد أن نصف المتغيرات لكل بعد من الأبعاد كانت غير دالة إحصائيا، حيث كانت قيمة t لنصف المتغيرات غير معنوية ، أي أقل من القيمة الجدولية و التي سبق و أن حددنا قيمتها.

أما بالنسبة لمجمل نتائج هذا الإختبار و المتعلق بمستوى توفر أبعاد جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الأربعة قيد الدراسة ، فيمكن أن نلخصها من خلال الجدول الموالي :

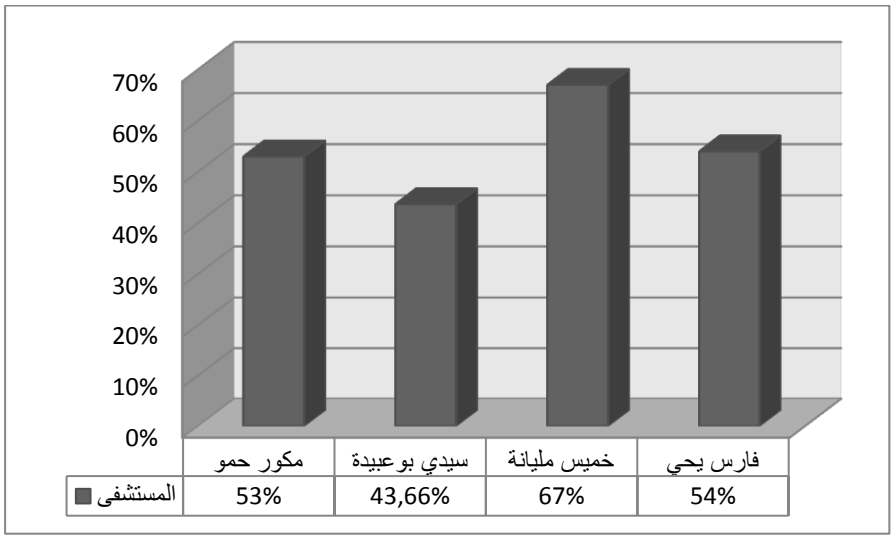
جدول رقم(3-27): نسب تباين أبعاد جودة الخدمة الصحية المدركة بين المستشفيات قيد البحث

المستشفى / الأبعاد	مكور حمو	سيدي بوعبيدة	خميس مليانة	فارس يحي
الملموسية	25%	50%	25%	50%
الإعتمادية	60%	40%	80%	60%
الإستجابة	50%	75%	75%	50%
الأمان	50%	33.33%	75%	50%
التعاطف	80%	20%	80%	60%
النسبة الكلية	53%	43.66%	67%	54%

المصدر : من إعداد الطالبة على ضوء نتائج الإستبيان و مخرجات ال SPSS.

يتبين من خلال هذا الجدول و من خلال ما تم إستخلاصه من النتائج السابقة ، أن نسبة توفر المستشفيات لأبعاد جودة الخدمات الصحية كانت متباينة بين المستشفيات الأربعة قيد الدراسة ، حيث أوضحت النتائج أن مستشفى خميس مليانة هو أكثرها توفرا لمجمل الأبعاد و هذا بنسبة كلية قدرت بـ 67%، بالرغم من أن نسبة الإستجابة لبعد الملموسية في هذا المستشفى كانت ضئيلة و هذا بنسبة 25% فقط ، ليليها بعد ذلك مستشفى فارس يحي بنسبة 54% حيث كانت نسبة توفر كافة أبعاد

الجودة متوسطة. ثم مستشفى مكور حمو بنسبة 53%، حيث سجل هذا المستشفى ضعفا في الإستجابة لبعد الملموسية و قوة في الإستجابة لبعد التعاطف، في حين كانت باقي الأبعاد متوسطة الحضور على وجه العموم .و أخيرا مستشفى سيدي بو عبيدة و التي قدرت نسبة توفره الكلية لأبعاد جودة الخدمات الصحية بـ 43.66%، حيث سجل هذا المستشفى ضعفا في مستوى توفر مجمل الأبعاد إلا بعد الإستجابة و الذي كان مصدر قوة له بحيث سجلت نسبة توفر هذا البعد بـ 75%.



شكل رقم (3-10): نسب تباين مستوى أبعاد جودة الخدمة الصحية بين المستشفيات

المصدر : من إعداد الطالبة

مما سبق و تبعا للنتائج السابقة، نقوم بقبول الفرضية الخامسة و التي تنص على أنه " **تتباين المؤسسات العمومية الإستشفائية قيد الدراسة من حيث توفر أبعاد جودة الخدمات الصحية المدركة**".

خلاصة :

لقد استهلينا هذا الفصل بعرض واقع المؤسسات الصحية الجزائرية من خلال تبيان أهم المراحل التي مرت بها ، لننتقل بعد ذلك إلى إستعراض أنواع المؤسسات العمومية الإستشفائية بالجزائر و هذا تبعا لما نصت عليه مختلف المراسيم التشريعية . فضلا عن هذا، قمنا بتقديم موجز للمؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية عين الدفلى و التي جرت عليها الدراسة الميدانية بغرض إختبار فرضيات البحث و المتعلقة بتقييم جودة الخدمات الصحية التي تقدمها هاته المؤسسات من ناحية كل بعد من الأبعاد الخمسة و المعتمدة في قياس جودة الخدمة.

هذا و قد إقتصرت الدراسة على 200 إستمارة كلها صالحة للتحليل الإحصائي و هذا من خلال تطبيق مقياس الأداء الفعلي Servperf و مقياس جودة الخدمة Servqual . كما أفضت المعالجة الإحصائية للبيانات ، و التي تمت بالاستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية (SPSS) إلى أن تقييم المرضى المقيمين بالمؤسسات العمومية الإستشفائية حسب نموذج الأداء للخدمات المقدمة لهم فعلا من ناحية كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية تراوح بين درجة الموافقة العالية و المتوسطة ،و هو ما أكدته نتائج نموذج جودة الخدمة التي دلت على وجود فجوة سالبة بين مستوى جودة الخدمة الصحية المتوقعة من قبل المرضى و مستوى جودة الخدمة المقدمة لهم فعلا. كما تأكدنا من وجود أبعاد أخرى لجودة الخدمات الصحية غير تلك التي يحتويها نموذج الأداء. هذا و قد أفضت النتائج على وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين إتجاهات المرضى نحو أبعاد جودة الخدمة الصحية المدركة تبعا لبعض المتغيرات الديمغرافية. كما تبين أيضا وجود تباين بين المؤسسات العمومية الإستشفائية قيد الدراسة من حيث مستوى توفر أبعاد جودة الخدمات الصحية.

الخاتمة العامة

أضحى جليا أن عالمنا اليوم هو عالم الخدمات لكونه ارتبط بالعديد من مفردات الحياة اليومية لإنسان القرن الواحد و العشرين ، و من أبرز الخدمات التي زادت الحاجة إليها عما سبق تلك المتعلقة بالسلامة الصحية للإنسان ألا و هي الخدمات الصحية ، و هو ما أوجب زيادة الإهتمام بها من قبل المنظمات الصحية ، لذلك كان لابد أن يلعب النشاط التسويقي الدور المهم و الحيوي في تلك الإستجابة الدقيقة و الواضحة لتلك الحاجات الإنسانية. و عليه ،فإن تنامي دور قطاع الخدمات الصحية في الاقتصاديات العالمية و الإدراك بضرورة التوجه بالعميل جعل من الإهتمام بموضوع جودة الخدمة الصحية و نماذج قياسها ضرورة ملحة و مطلبا هاما لا يمكن تجاهله.

و من هذا المنطلق ، و اعتمادا على الاطار النظري في الفصلين الأول و الثاني من هذا البحث، يمكن القول أن نجاح المؤسسات الصحية في تدعيم بقائها و استمرارها من منطلق الجودة في خدماتها يعد مرتكزا أساسيا تسعى لبلوغه ، و تعتمد في هذا السعي على تقييم المرضى لمستوى جودة الخدمات المقدمة لهم من أجل تشخيصها و العمل على تحسينها بما يحقق رغبات و حاجات العملاء إلى أن يفوق توقعاتهم.

و قد استهدف الجزء التطبيقي من البحث قياس و تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية عين الدفلى، و هذا من وجهة نظر المرضى من أجل الكشف عن درجة رضاهم عنها من خلال تقييمهم لها و التعرف على مدى توفر مختلف الأبعاد الخاصة بالجودة في كل

مستشفى، و بالتالي تزويد المستشفيات قيد الدراسة بمقترحات لتطوير و تحسين جودة خدماتها بهدف التميز في تقديمها.

و فيما يلي، سنحاول شمل النتائج التي توصلنا إليها لنتبعها بذلك باقتراح بعض أفاق الدراسات و الأبحاث المستقبلية.

أولا: أهم نتائج البحث :

من خلال الدراسة الميدانية و التي جرت على مجموعة المؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية عين الدفلى ، تم التوصل إلى النتائج التالية :

1. النتائج المستخلصة من وصف خصائص عينة الدراسة:

رصدت النتائج المستخلصة من وصف خصائص عينة الدراسة أن أغلبية أفراد عينة الدراسة (المرضى) كانوا ذكورا، حيث بلغت نسبتهم 55% مقابل 45% من الإناث.كما أن أغلبية أفراد العينة ينتسبون إلى فئة الشباب و الذين تراوحت أعمارهم بين 21 و 30 سنة، و هذا بنسبة 25.5% و هو ما يعكس أن أكبر نسبة كانت لفئة العازبين ، حيث بلغت هذه النسبة 45.5% لتليها بعد ذلك مباشرة الفئة المتزوجة و بنسبة 40% .

هذا و قد أكدت النتائج أن نسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة (المرضى) 41% ليس لهم مستوى تعليمي، و هذه النتيجة بدورها عكست أكبر نسبة من البطالين و الذي تراوحت نسبتهم

34% .في حين جمعت الدراسة بين المرضى ذوي الأمراض المزمنة و غير المزمنة ، حيث بلغت نسبة الفئة الثانية 57.5% و هي الفئة الغالبة.

أكثر مصالح المستشفيات إحتواءا لأفراد العينة هي مصلحة الطب الداخلي لوحدة الرجال ، حيث بلغت نسبتهم 15.5%. كما أن نسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة تراوحت مدة إقامتهم بالمستشفى بين يوم و 10 أيام ، حيث بلغت هذه النسبة 41.5%.كما أشارت النتائج في الأخير إلى أن أغلبية أفراد العينة كان مقر إقماتهم هو نفس مقر تواجد المستشفيات التي أجريت عليها الدراسة (ولاية عين الدفلى بنسبة 79%). في حين كان مقر إقامة باقي أفراد عينة الدراسة من الولايات المجاورة و بالأخص الولايات الحدودية.

2. النتائج المستخلصة من تحليل إجابات أفراد عينة الدراسة و إختبار الفرضيات:

لقد خلصت دراسة و تحليل إجابات أفراد عينة الدراسة حول محتوى الإستبيان إلى ما يلي :

بينت الدراسة أن توقعات المرضى حول مستوى جودة الخدمات الصحية كانت جد عالية بمتوسط حسابي إجمالي بلغ 4.766. فقد بنى المرضى امالا و توقعات عالية حول ضرورة توفر كل أبعاد جودة الخدمة الصحية بمتغيراتها، حيث كانوا أكثر حرصا على ضرورة توفر بعد الاستجابة و الذي إحتل بذلك المرتبة الأولى و هذا بمتوسط حسابي قدر بـ 4.94 و هو ما يعكس حرصهم على مدى توفر القدرة على التعامل الفعال للموظفين مع الشكاوي و الاقتراحات و المبادرة في تقديم الخدمة بصدر رحب.في حين إحتل بعد التعاطف المرتبة الثانية بمتوسط حسابي قدر بـ 4.90 و هو ما يشير إلى ضرورة إبداء روح الصداقة و الحرص على المريض و إشعاره بأهميته و الرغبة في تقديم الخدمة

حسب إحتياجاته .هذا فضلا عن ضرورة القدرة على تقديم هاته الخدمة في الوقت المحدد و بالدقة المطلوبة و هذا من خلال بعد الاعتمادية و الذي كان ضمن المرتبة الثالثة و بمتوسط حسابي 4.822. في حين كانت توقعات المرضى حيال الجوانب المادية الملموسة عالية ، غير أنها كانت في اخر إهتماماتهم مقارنة بباقي الأبعاد و هذا بمتوسط حسابي مقدر بـ 4.462.

و قد أفضت الدراسة أيضا من خلال إختبار الفرضيتين ، الأولى و الثانية إلى أن مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من قبل المستشفيات الأربع قيد الدراسة كانت بين درجة الموافقة العالية و المتوسطة. حيث كان تقييم مستوى الجودة الفعلي للخدمات المقدمة 3.626 في حين كان متوسط توقعهم لجودة هذه الخدمات 4.90، بفارق قدر بـ −0.770 حسب ما أكده تطبيق نموذج جودة الخدمة ، و هذا يشير إلى وجود مجال لتحسين جودة الخدمات المقدمة لترقى بذلك إلى مستوى توقعات المرضى و ذلك كإستراتيجية للتمييز.

هذا و قد بينت نتائج الدراسة إلى أن هناك أبعاد كان لها دور إيجابي في الحكم على مدى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات، حيث وقع بعد الإعتمادية ضمن مجال درجة الموافقة العالية بمتوسط حسابي قدر بـ 3.61 ، و هو ما يؤكد إلتزام المستشفيات قيد الدراسة بتقديم الخدمات الصحية في مواعيدها المحددة و بشكل سريع ، فضلا عن تعاطف الموظفين عند تقديم المرضى لشكاويهم. و بالرغم من هذا إلا أن المستشفيات لم تحض بالثقة الكاملة للمرضى بسبب إهمال السجلات الخاصة بالحالة الصحية للمرضى.

كما أن تعامل الطاقم الطبي و العاملين مع المرضى بلطف و لباقة ، و تمتعهم بالمعرفة و المهارة و الخبرة المناسبة بالإضافة إلى حفاظهم على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى ، أفضل دليل على

أن بعد الأمان متوفر و بقوة في المستشفيات قيد الدراسة ، و هو ما أكدته إجابات المرضى من خلا المتوسط الحسابي و الذي بلغ 3.78.

هذا و قد تبين أن البعد الجوهري في جودة الخدمة الصحية كان بعد التعاطف ، الذي كان ضمن درجة الموافقة العالية بمتوسط حسابي قدر بـ 3.62 و هو ما يؤكده إمتلاك الموظفين المعرفة و الدراية باحتياجات و رغبات المرضى. و بالرغم من هذا إلا أنه لم يمتلك الموظفون القدرة على تقديم العناية الشخصية للمرضى، كما أن إدارة المستشفى لا تعمل بساعات عمل حسب الحاجة. و هو ما يستدعي من المستشفيات قيد الدراسة الإهتمام أكثر بهذا البعد و الحرص على جوانب القصور فيه.

كما أظهرت النتائج أيضا أن باقي الأبعاد لم يكن لها أثر سلبي كبير في تحديد مستوى جودة الخدمة في الاجمال، كما أنها تضل بحاجة إلى بعض التحسينات حتى ترقى إلى مستوى باقي الأبعاد ، فقد إتضح لنا أن المرضى غير راضين نوعا ما عن الخدمات المقدمة من ناحية بعد الملموسية حيث بلغ المتوسط الحسابي لهذا البعد 3.36 ، و يعزز ذلك النقص الواضح في عامل النظافة و عدم توفر الأجهزة الطبية و المعدات التقنية الحديثة من جهة ، و سوء التصميم الداخلي للمستشفيات من جهة أخرى.

في حين تبين من النتائج أن المرضى غير راضين عن جودة الخدمات الصحية المقدمة من ناحية بعد الاستجابة و هو ما أكده المرضى من خلال تصريحهم عن عدم إبلاغ المستشفيات بموعد تقديم الخدمة بدقة ، بالإضافة إلى بعض الإهمال الناتج عن إنشغال الموظفين و هو ما يؤكده المتوسط الحسابي الذي بلغ 3.40. فبالرغم من هذا إلا أن شعور المرضى بالأمان في التعامل مع موظفي المستشفى تممتعهم بالمهارات اللازمة أفضل دليل على أن بعد الأمان متوفر في المستشفيات الأربعة قيد الدراسة و هذا بمتوسط حسابي قدر بـ 3.78.

أكدت النتائج من جهة مصداقية نموذج أداء الخدمة Servperf و قدرته العالية على تفسير التباين في جودة الخدمة الصحية ، و هي محاولة إضافية للتحقق من ثباته و مصداقيته بتطبيقه على قطاع الخدمات الصحية. و من جهة أخرى أثبتت الدراسة أيضا مصداقية نموذج جودة الخدمة Servqual و قدرته على تشخيص مكامن الضعف في الخدمات التي تقدمها المستشفيات قيد الدراسة و تأكيد النتائج المتوصل إليها من خلال نموذج الأداء.

أظهرت نتائج تطبيق أسلوب التحليل العاملي (من خلال إختبار الفرضية الثالثة) على البيانات المتعلقة بإدراكات المرضى فقط وجود أربعة عوامل أو أبعاد لجودة الخدمات الصحية ، و هي غير تلك التي جاء بها نموذج الأداء الفعلي Servperf(الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان و التعاطف) ،كما أوضحت نتائج التحليل العاملي أنه تم إستبعاد فقرة من فقرات الاستبيان و المتعلقة بمحافظة المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى، ليصبح بذلك عدد متغيرات التقييم واحد و عشرون متغيرة أو بند. هذا و قد تم إعادة إدماج هذه الفقرات (المتغيرات) تحت أربع أبعاد أخرى تفسر معا 65.172% من نسبة التباين، و هي نسبة تعطي تفسيرا جيدا للمتغيرات. فقد ضم البعد الأول إحدى عشر متغيرة لها نفس الخصائص و التي تشير إلى الكفاءة المهنية لمقدمي الخدمات الصحية. أما البعد الثاني فقد إحتوى خمس متغيرات و التي تعبر في المجمل عن الأخلاق المهنية لمقدمي الخدمة. في حين يشمل البعد الثالث ثلاث متغيرات و التي تشير إلى الدعم المادي. كما ضم البعد الرابع و الأخير متغيرين إثنين لهما نفس الخصائص و التي تهدف في الأساس إلى تسهيل الاتصال الداخلي. و بالتالي، يمكننا القول أنه يمكن تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية من خلال هذه الأبعاد الأربعة و التي تكون مجتمعة نموذجا للقياس.

كما أشارت نتائج إختبار الفرضية الرابعة أن إتجاهات المرضى نحو تقييم كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية المدركة يختلف حسب كل من جنسه ، حالته الاجتماعية ، مستواه التعليمي ، مهنته و المصلحة التي عولج فيها. كما تجدر الإشارة إلى أن هذا الاختلاف في تقييم المرضى تبعا لإختلاف المتغيرات الديمغرافية خص جودة بعض المتغيرات فقط و ليس الجودة الكلية للخدمات الصحية.

هذا و قد سجلنا في الأخير و من خلال إختبار الفرضية الخامسة وجود تباين في نسب إتفاق المرضى على توفر أبعاد جودة الخدمات الصحية المعتمدة من خلال بحثنا، حيث جاء مستشفى خميس مليانة بالمرتبة الأولى بنسبة 67% ، ليليها مستشفى فارس يحي في المرتبة الثانية بنسبة مئوية بلغت 54% ، ثم في المرتبة الثالثة مستشفى مكور حمو بـ 53% و في الأخير مستشفى سيدي بوعبيدة بنسبة 43.66%.

على ضوء ما توصلت إليه النتائج السابقة فإننا يمكن أن نقدم إقتراح حول ضرورة الأخذ بتوقعات العملاء و تطلعاتهم بعين الإعتبار عند تقييم الخدمات الصحية أو وضع المعايير لتقديمها، و هذا من خلال إستحداث وحدة إدارية متخصصة تعنى بشؤون الجودة و أبعادها و الاهتمام أكثر بأبعاد جودة الخدمة الصحية و خاصة تلك التي سجلنا نقصا في توفرها (الملموسية و الاستجابة).

ثانيا : آفاق البحث :

إن النتائج التي توصلنا إليها من خلال دراستنا لها أبعاد و مضامين تسويقية هامة لواضعي السياسات و البرامج التسويقية ، و عليه فإن إجراء دراسات مثل هذا النوع يبقى كأحد مجالات البحوث المستقبلية و هذا بالتركيز على أبعاد و متغيرات مختلفة . لذا يمكن أن نقترح في الأخير بعض المواضيع و التي لها صلة بموضوع بحثنا ، و التي يمكن أن تكون عناوينا لبحوث مستقبلية، كإجراء دراسة حول كيفية تطوير النموذج الذي توصلنا إليه من خلال تطبيق أسلوب التحليل العاملي، و بالتالي إستحداث نموذج قياس خاص بجودة خدمات الرعاية الصحية. أو القيام بدراسة حول باقي الفجوات الأربعة و المتعلقة بجودة الخدمات الصحية. فضلا عن القيام بدراسة مقارنة لنتائج القياس قبل و بعد القيام بعملية التحسين المستمر و معالجة مكامن الضعف و غيرها.

قائمة المراجع

1- ثامر ياسر البكري : تسويق الخدمات الصحية ، دار اليازوري للنشر و التوزيع، عمان ، الأردن، 2005.

2- حميد الطائي و آخرون ،الأسس العلمية للتسويق الحديث ،دار النشر اليازوري العلمية للنشر والتوزيع عمان الأردن،2002 .

3- Lovelock and Wright,K.Lauren,Principles of Service Marketing and Management, 2nd Ed, Prentice, C.H.,Hill, 1999.

4- P. kotler , K.keller, D.manceau, B.dubois : marketing management ,12eme édition, édition spéciale, publié par Pearson éducation ,paris ,2006.

5- شفيق حداد، نظام سويدان: أساسيات التسويق، الطبعة الأولى، دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع، الجبيهة- عمان،1998 .

6- D.pettigrews,N.turgeon, ''marketing'',2éme édition,MC GRAWS-HILL ,Canada,1990.

7- محمد ريحان:التسويق لخدمة الرعاية الصحية، بحث مقدم من خلال المؤتمر العربي الثالث، الإتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات: تقنية نظم المعلومات،القاهرة، جمهورية مصر العربية، 5-6 ديسمبر 2004.

8- Frederic Bielener, Christophe Semples," les fondements du marketing des services : examen critique et evolution" , Revue française du marketing, n°212,Avril 2007.

9- زكي خليل المساعد: تسويق الخدمات وتطبيقاته ، دار المناهج ، عمان الأردن،2003 .

10- عبد الجبار منديل:أسس التسويق الحديث،الدار العلمية الدولية ،عمان،2002 .

11- حمد محمود مصطفى،التسويق الإستراتيجي للخدمات،دار المناهج عمان،2001.

12- محمود جاسم الصميدعي :تسويق الخدمات ، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان، الاردن ، 2010.

13- ثامر ياسر البكري: التسويق:أسس ومفاهيم معاصرة .دار اليازوري:العلمية للنشر و التوزيع، عمان،الأردن، 2006 .

14- مجدي عبد الفتاح عبد الرحمان: دور إدارة الجودة الكلية في زيادة فعالية إدارة العمليات في صناعة الخدمات بالتطبيق على إدارة المستشفيات،بحث مقدم لكلية التجارة،جامعة القاهرة للحصول على درجة دكتور الفلسفة في إدارة الأعمال،2001.

15- نجم عبود نجم :إدارة الجودة الشاملة ،دار صفاء للنشر والتوزيع ،عمان ، 2010

16- نظام موسى سويدان، الشفيق ابراهيم حداد: التسويق :مفاهيم معاصرة .دار الحامد :عمان، الأردن، 2006 .

17- Christopher H.Lovelock : « Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights » , Journal of Marketing, Vol 47, Summer 1983

18- هاني حامد الضمور ، تسويق الخدمات ، دار وائل للنشر ، عمان ، 2002

19- Beatrice Bréchignac- Roubaud : le marketing des services : du projet an plan marketing, 5ème tirage, édition d'organisation, Paris, 2001.

20- Samii Kmayab Alexandre, stratégie de service :E.business,supply chain, édition Donod, paris, 2001.

21- جميلة مديوني: تسويق الخدمات، مذكرة ماجستير، تخصص تسويق، قسم العلوم التجارية، جامعة البليدة، 2004.

22- مؤتمر الامم المتحدة للتجارة و التنمية، منتدى الخدمات العالمي، الدورة الثالثة عشرة، الدوحة،قطر، 21-26 ابريل 2012.

23- صالح صالحي:الأثار المتوقعة لانضمام الجزائر إلى المنظمة العالمية للتجارة ودور الدولة في التأهيل الاقتصادي،مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير،جامعة فرحات عباس،سطيف،العدد الاول، 2002 .

24- نايلي الهام: تطوير المنتوج المصرفي، مذكرة ماجستير، تخصص تسويق، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة منتوري، قسنطينة، 2008.

25- عبد الحميد نعيجات:جودة الخدمات البنكية وتأثيرها على رضا الزبائن ، رسالة ماجستير، جامعة الأغواط، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير،2004-2005 .

26- Kotler & Dubois, Markerting Mangement, Paris: Publi Union, 10 eme édition, 2000

27- Jean-Michel Tardien, et autre : Marketing et gestion des services" , Chiron, paris , 2004.

28- شركة المواساة للخدمات الطبية الدمام– المملكة العربية السعودية ،منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ،المؤتمر العربي السادس في الأساليب الحديثة لإدارة المستشفيات . "تمويل الخدمات الصحية والطبية في المستشفيات العربية " ،المنعقد في القاهرة، نوفمبر. 2002 .

29- عبد المحي محمود حسن صالح : الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي،دار المعرفة الجامعية،الأزاريطة،مصر، 2003 .

30- Alfred Marshall. principles of economics, Eighth ed. London: the Macmillan Press LTD, 1977.

31- Daniel Benamouzig.. La Santé au miroir de l'économie. Presse Universitaire de France. Paris. 1ere Edition .2005.

32- إقبال إبراهيم مخلوف:الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين،المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية،دون ذكر سنة النشر.

33- تشارلز فيليبس، ترجمة جلال البنا، نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة، المجلسس الاعلى للثقافة، القاهرة ، 2003.

34- فريد النجار ، إدارة المستشفيات و شركات الأدوية ، الدار الجامعية ،الإسكندرية ، 2007.

35- عن منظمة الصحة العالمية:

http://www.who.int/features/qa/28/ar/index.html

36- فريد توفيق نصيرات: إدارة منظمات الرعاية الصحية ، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2008.

37- علي عبد القادر علي: اقتصاديات الصحة، المعهد العربي للتخطيط، جسر التنمية،الاصدار الثاني و العشرون، المجلد الثاني، الكويت، 2003،

38- عدمان مريزق: واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، اطروحة دكتوراه، تخصص تسيير، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008.

39- زكي خليل مساعد : تسويق الخدمات الصحية، الأردن ، دار حامد للنشر، 1998.

40- محمد محمد إبراهيم: طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، جامعة أسيوط، جمهورية مصر العربية، العدد الرابع، السنة الثالثة، ديسمبر، 1983.

41- فوزي مدكور: تسويق الخدمات الصحية، ، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 1998.

42- Talbot.L , Verrinder.G , Promoting Health : Teh Primary Health Care Approach, Elsevier Australia, 4th Edition, 2010.

43- بحدادة نجاة: تحديات الامداد في المؤسسة الصحية، مذكرة ماجستير ، تخصص بحوث العمليات و تسيير المؤسسات، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة بكر بالقايد، تلمسان، 2011.

44- Sheila Twinn and al, Community Health Care Nursing : Principles for Practice, Elsevier Health Sciences, 2002.

45- حسن أمين عبد العزيز: الطلب على الخدمة الصحية ونظم تسويقها ، مجلة الإدارة، ، اتحاد جمعيات التنمية الإدارية، القاهرة، يناير، المجلد الخامس والعشرون، العدد الثالث ، 1993 .

46- ردينة عثمان يوسف : التسويق الصحي و الاجتماعي، دار المناهج للنشر و التوزيع، الردن، 2008.

47- حوالف رحيمة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان ، أطروحة دكتوراه ،جامعة تلمسان 2009-2010.

48- Renaot Peleman, A quoi ressemblent les soins de santé en 2020 ? , Revue Hospital.be , Vol 08, N°01, 2010.

49- Résultats globaux du rapport national sur le développement humain, CNES, 2008.

50- Laure Thomas: La demande du soins de santé – modèle théorique et empirique , Centre de documentation , université Montréal canada, février 2001.

51- براحو فافة سهيلة: إصلاح المنظمة الصحية في الجزائر– واقع وآفاق، مجلة الاقتصاد المعاصر ، جامعة عنابة، العدد 04 أكتوبر 2008 .

52- محمد فريد الصحن: قراءات في إدارة التسويق، الدار الجامعية، الإسكندرية، 1996.

53- بشير عباس العلاق وحميد عبد النبي الطائي: تسويق الخدمات: مدخل إستراتيجي،وظيفي، تطبيقي، ، دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن ، 1999.

54- Yves Le Golvan : Marketing Bancaire & Planification, Edition Banque, Paris, 1985.

55- سعيد محمد المصري: ادارة وتسويق الانشطة الخدمية: المفاهيم و الاستراتيجيات، الدار الجامعية، الاسكندرية، مصر،2002.

56- محمد عبد الله عبد الرحيم : التسويق المعاصر ، مطبعة جامعة القاهرة، مصر، 1998.

57- طلال بن عابد الاحمدي : ادارة الرعاية الصحية، معهد الادارة العامة ، المملكة العربية السعودية، 2004.

58- Mohammad Abdelkarim Raggad, and al, Marketing Effectiveness and Health Care Performance:A Study of Private Hospitals in Jordan, European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences - Issue 46 ,2012.

59- Jay.M.BENHARDT,Improving health through health marketing, Centers for disease control and prevention, Vol. 3, N°3, Atlanta, USA, July 2006.

60- Jean-Claude ANDREANI et autres, Tendances du marketing des services et implication pour les secteurs de santé, 5eme congrès des tendances du marketing en Europe, Venise, France, 20-21/1/ 2006.

61- Kotler Philip and N.Clarke Roberta; Marketing for Health Care Organizations, New Jersey, Prentice Hall, 1987.

62- ثامر ياسر البكري ، غسان عبد الرزاق العبيدي: التسويق الصحي في ظل المتغيرات المعاصرة، بحث مقدم إلى المؤتمر العلمي الأول لكلية الاقتصاد و العلوم الادارية،جامعة العلوم التطبيقية الاهلية،الاردن.

63- Chai Lee Goi, A Review of Marketing Mix, 4Ps or More ? International Journal of Marketing Studies, Vol 1,N° 1, may 2009.

64- Borden,Neil ,The Concept of Marketing Mix, Journal of Advertising Research, Classics,Vol. II, 1984.

65- James Henry .Donnelly and William R , George , In Marketing Of Services, eds , Chicago : American marketing Association, 1981.

66- A.Beresniak et G.Duru: Economie de la Santé, 5eme Edition,Masson, Paris, 2001.

67- محمود جاسم الصميدعي: مداخل التسويق المتقدم، دار زهران للنشر و التوزيع،عمان، الاردن، 2000.

68- محمد عباس ديوب و هنادي عطية ،إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية و مشفى الباسل ببطرس ، مجلة جامعة تشرين للدراسات و البحوث العلمية، المجلد 27، العدد 2، سوريا، 2005.

69- ميلود تومي، حبيبة قشي: اليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية، ابحاث اقتصادية و ادارية ، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، العدد الثاني، ديسمبر 2007.

70- فريد كورتل : تسويق الخدمات، دار كنوز المعرفة للنشر ، عمان، الاردن ،2009.

71- Theodore Levitt : « Marketing Success Through Differentiation of Anything » , Harvard Business Review, January-February 1980.

72- Richard K.Thomas : MARKETING HEALTH SERVICES, Health Administration Press , Chicago,2004.

73- أحمد بن عبد الرحمن الشميمري: مستقبل التسويق، جامعة الملك سعود، الرياض،2001.

74- أحمد بن عيشاوي : إدارة الجودة الشاملة (TQM) في المؤسسات الخدمية ، مجلة الباحث العدد 4،كلية الحقوق و العلوم الاقتصادية، جامعة ورقلة، 2006 .

75- حاتم عبد النبي طاهر، محمد محجوب الحداد: قياس جودة أداء التعليم الجامعي في ليبيا، مجلة علوم إنسانية، العدد42 ، ليبيا ،2009 .

76- زينب حوري : جودة الخدمة لإرضاء العميل وأثرها في نجاح ونمو المؤسسات الصغيرة والمتوسطة، بحث مقدم إلى الملتقى الدولي حول ادارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات، يومي 10-11 ماي 2011، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة منتوري ، قسنطينة.

77- Soudabe Saraei, Amir M..Amini : Astudy of service quality in rural ICT renters of Iran by SERVQUAL, TelecommunicationsPolicy,

Department of Agriculture, University of Technology, Isfahan, Iran ,2012.

78- Bertrand Louapre: La qualité s'il vous plaît !, les éditions d'organisation, Paris, 1992.

79- قاسم نايف علوان : إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الإيزو 9001 : 2000 ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان، 2005.

80- رعد حسن الصرف : عولمة جودة الخدمة المصرفية ، دار التواصل العربي ، عمان الأردن ، 2007.

81- سليمان مأمون الدرادكة ، طارق شبلي : الجودة في المنظمات الحديثة ، دار صفاء للنشر و التوزيع ، عمان،2002.

82- Daniel Duret , Maurice pillet : qualité en production : de Iso 9000 à Six sigma , 2eme édition , édition d'organisation, Paris 2002 .

83- محمد خثير: المداخل الحديثة في التطوير الإداري وإمكانية تطبيقها في قطاع الصحة – دراسة حالة إعادة هندسة نظم العمل والجودة الشاملة في المؤسسة الإستشفائية العمومية الجزائرية، مذكرة دكتوراه في علوم التسيير، فرع إدارة أعمال ، المدرسة العليا للتجارة ، الجزائر، 2010.

84- رعد الطائي و اخرون: تقويم جودة الدراسات العليا في احدى كليات جامعة بغداد في ضوء بعض العوامل المؤثرة فيها، المجلة العربية لضمان جودة التعليم الجامعي، المجلد 6، العدد 11، 2012.

85- Siew-Phaik Loke, and al : Service Quality and Customer Satisfaction in a Telecommunication Service Provider,International

Conference on financial Management and Economics, IPEDR ,vol.11, Singapore,2011.

86- سكر فاطمة الزهراء : أهمية تعزيز الجودة في رفع رضا العميل، مذكرة ماجستير،تخصص تسوق، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2006-2007 .

87- Michel Cattan: Maîtriser les processus de l'entreprise , guide opérationnel, les éditions d'organisation, Paris, 2000.

88- خضير كاظم محمود: إدارة الجودة وخدمة العملاء، دار المسيرة، عمان، الطبعة الثانية ، 2007.

89- رفاه جميل أحمد، أحمد عبد الوهاب: دور إدارة الجودة الشاملة في تغيير ثقافة الجودة في المؤسسات الصناعية دراسة حالة إحدى المصانع العراقية، مجلة التنمية الصناعية العربية، مجلة فصلية تصدر عن المنظمة العربية للتنمية الصناعية والتعدين، المغرب، العدد43، أبريل 2001.

90- مؤيد عبد الحسين ، يوسف جحيم الطائي ، إدارة الجودة الشاملة : من المستهلك إلى المستهلك، منهج كمي ، الوراق للنشر و التوزيع ، عمان ، 2004 .

91- يوسف حجيم الطائي و آخرون: إدارة الجودة الشاملة في التعليم الجامعي،دار الوراق للنشر و التوزيع ،عمان الأردن2008 .

92- محمد عبد الفتاح الصيرفي: الإدارة الرائدة، دار الصفاء ، عمان، الأردن، 2003 .

93- محمد عبد الفتاح الصيرفي،الإدارة الرائدة ، دار الصفاء :عمان ، الأردن، 2003 .

94- Olu Ojo :The Relationship Between Service Quality and Customer Satisfaction in the Telecommunication Industry: Evidence From Nigeria, Broad Research in Accounting, Negotiation, and Distribution, Volume 1, Issue 1, 2010.

95- بريش عبد القادر :جودة الخدمات المصرفية كمدخل لزيادة القدرة التنافسية للبنوك ، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، الجزائر :ديوان المطبوعات الجامعية، العدد 3، ديسمبر 2005 .

96- Figen Yesilada, Ebru Direktör : Health care service quality: A comparison of public and private hospitals, African Journal of Business Management, Vol 4, N°6 ,2010.

97- يوسف حسين عاشور، طلال عثمان العبادلة: قياس جودة الخدمات التعليمية في الدراسات العليا، مجلة جامعة الأقصى، المجلد 11 ، العدد 1، يناير 2007 .

98- دهان محمد: قياس الجودة في التعليم:عامل أساسي لنجاح مسار إدارة الجودة الشاملة في قطاع التعليم ، بحث مقدم من خلال ملتقى دولي حول ادارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات ،جامعة منتوري قسنطينة ، 14و 15 ديسمبر 2010

99- Parasuraman,A.,Zeithaml, Valarie A.,and Berry, Leonard L : Servqual: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality , Journal of Retailing, Vol.64, N°.1, 1988.

100- Dr. Abdelmoti Suleiman Aburoub and al : Relationship between Internal Marketing and Service Quality with Customers' Satisfaction, International Journal of Marketing Studies, Vol. 3, No. 2; May 2011.

101- Cronin,J.Joseph, and Taylor, Steven A : Servperf Versus Servqual : Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality , Journal of Marketing, Vol.58,1994.

102- Ishfaq Ahmed and al : Impact of Service Quality on Customers Satisfaction : Empirical evidence from telecom sector of Pakistan,

Interdisciplinary Journal Of Contemporary Research In Business, Vol 1, N°12, 2010.

103- سليمان مأمون الدراركة :إدارة الجودة الشاملة و خدمة العملاء ، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان ، الأردن ، 2006 .

104- Yonggui Wang, Hing-P. Lo, Yer V. Hui : The antecedents of service quality and product quality and their influences on bank reputation: evidence from the banking industry in China, Managing Service Quality, Vol13, Iss1, 2003.

105- حضير كاظم حمود: إدارة الجودة ،دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة ،عمان، 2002 .

106- يوسف بودلة،سيد أحمد حاج عيسى : تطبيقات ادارة الجودة الشاملة على مؤسسات الخدمات الصحية العمومية، بحث مقدم من خلال ملتقى وطني حول إدارة الجودة الشاملة و تنمية أداء المؤسسة، جامعة د الطاهر مولاي،سعيدة، 13-14 ديسمبر 2010.

107- أكرم أحمد الطويل و آخرون: إمكانية اقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية،دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، مجلة تكريت للعلوم الادارية و الاقتصادية، المجلد 6، العدد 19 ، جامعة تكريت، 2010 .

108- حنان الأحمدي: تحسين الجودة: المفهوم و التطبيق في المنظمات الصحية ،دورية الادارة العامة، مركز البحوث بمعهد الادارة العامة، المجلد 40، العدد 2، الرياض،2000.

109- خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد: ادارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي، مكتبة الملك فهد ، الرياض، 1997.

110- ردينة عثمان يوسف: التسويق الصحي و الاجتماعي ، دار المناهج للنشر و التوزيع، الأردن ، 2008 .

111- Avedis Donabedian : Evaluating the Quality of Medical Care , the Milbank Quarterly , vol 83 , N°4, 2005, Reprinted from The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 1966.

112- Husser Jocelyn : Le Management stratégique de la Qualité Hospitalière Par L'Encadrement Intermédiaire, Conférence Internationale de Management Stratégique,Genève, 13-16 Juin 2006.

113- صلاح محمود ذياب: قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من وجهة مظر المرضى و الموظفين ، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد 20، العدد 1، كليةالعلوم الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة،عمان ، الأردن، يناير 2012.

114- ثورين حاج قويدر،رضوان أنساعد: أثر رأس المال الفكري على تطبيق ادارة الجودة الشاملة بالمنظمات الصحية، بحث مقدم في الملتقى الدولي حول رأس المال الفكري في منظمات الأعمال العربية في الاقتصاديات الحديثة، يومي 13 و 14 ديسمبر 2011،جامعة شلف.

115- نجم العزاوي، د.فراس ابوقاعود: أثر توقعات الزبون على أبعاد الخدمة الصحية، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد 23 ، كلية الأعمال، جامعة الشرق الأوسط للد راسات العليا، 2010.

116- معزوز نشيدة، بن عبد العزيز فطيمة: التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية، بحث مقدم من خلال المؤتمر الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة: دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية، يومي 18 و 19 ماي 2011، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سعد دحلب، البليدة.

117- دبون عبد القادر: دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية (حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة)، مجلة الباحث، العدد الحادي عشر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2012.

118- بن نافلة قدور، مزريق عاشور: ادارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية، بحث مقدم في الملتقى الوطني حول ادارة الجودة الشاملة و تنمية أداء المؤسسة ، يومي 13 و 14 ديسمبر،2010، جامعة الدكتور الطاهر مولاي ، سعيدة.

119- Claude Vilcot, Hervet Leclet : Indication Qualité en Santé : Certification et Evaluation des Pratiques Professionnelles ,AFNOR , France, 2006.

120- وفيق حلمي الاغا: الجودة الشاملة و طرق اداعها بالقطاع الصحي الفلسطيني، بحث مقدم من خلال المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد و العلوم الادارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة ، الأردن ، يومي 26 و 27 أفريل 2006.

121- صفاء محمد هادي الجزائري و اخرون: قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية (دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام – البصرة)، مجلة الدراسات الادارية ، العدد 4، جامعة البصرة، 2001.

122- توفيق محمد عبد المحسن:قياس الجودة و القياس المقارن : أساليب حديثة في المعايرة و القياس، دار الفكر العربي،القاهرة، 2006.

123- COUNT Michael A. et al : Issue in the assessment of continuous quality improvement implementation in health care organization, Department of Health Administration and Doctoral Program in Health Services Research, , International Journal for

Quality in Health Care, Saint Louis University, USA, vol. 13, N° 3, 2001.

124- France, K. R. and Grover, R: What is the Health Care Product?, Journal of Health Care marketing, Vol 12, N° 2, 1992.

125- طلال بن عايد الأحمدي: ادارة الرعاية الصحية ، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض ، 2004 .

126- Pride William M , O.C Ferrell: Marketing, 2nd Ed , Houghton Mifflin Co, New York, 2000 .

127- Zhihua Yan, Dai Wan and LILI : Patient Satisfaction in Two Chinese provices : rural and urban differences, International Journal of Quality in Health Care, Vol23, N°4, 2011.

128- Nerea Gonzalez and al : Development and Validation Questioannaire, International Journal for Quality in Health Care , Vol 17,N°6, 2005.

129- Meredith J and Wood N : The development of the Royal College of Surgeons of England's patient satisfaction audit service, Journal Quality in Clinical Practice, Vol 15, 1995.

130- Keegan, O and al : Community involvement in A/E satisfaction survey. By The Health Board Executive, Measurement of Patient Satisfaction Guidelines ,Health Strategy Implementation Project, 2003.

131- Asadi-Lari M and al : Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model, Health and Quality of Life Outcomes, Vol.2 ,2004.

132- أسامة الفراج : تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى: نموذج لقياس رضا المرضى، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية و القانونية ، المجلد 25 ، العدد 2 ، 2009 .

133- Haya. R.Rubin and al :Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings: Results from the Medical Outcomes Study, Journal of the American Medical Association JAMA, Vol.270,N°7, 1993.

134- Ibrahim S Al-Eisa and al : Patients' Satisfaction with Primary Health Care Services at Capital Health Region, Kuwait , Middle East Journal of Family Medicine,; Vol. 3 (3) , 2005.

135- Fitzpatrick, R : Surveys of patient satisfaction 1: important general considerations, British Medical Journal, Vol.302, 1991.

136- Reichheld : The One Number You Need To Grow , Harvard Business Review , Vol 81, N°12, 2003.

137- Koichiro Otani : Patient Satisfaction : Focusing on « Excellent » ,Journal of Healthcahre Management , Vol 54, N°2 ,2009.

138- Namkung,Young, Jang,SooCheong (Shawn): Does Food Quality Really Matter in Restaurants ? Its Impact on Customer Satisfaction and Behavioural Intentions, Journal of Hospitality and Tourism Research,Vol 31,N°3,2007 .

139- Carman, James M. : Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL dimensions, Journal of Retailing, Vol 66, N°1, 1990.

140- Spreng, Richard A. and Robert D. Mackoy , : An Empirical Examination of a Model of Perceived Service Quality and Satisfaction, Journal of Retailing, Vol 72, N°2, 1996.

141- Gloria K.Q Agyapong : The Effect of Service Quality on Customer Satisfaction in the Utility Industry – A Case of Vodafone (Ghana), International Journal of Business and Management, Vol. 6, No. 5; May 2011.

142- مروان جمعة درويش: أثر جودة الخدمات التي تقدمها البلديات في فلسطين على رضا المستفيدين ، بحث مقدم من خلال المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية حول "نحو أداء متميز للقطاع الحكومي"، يومي 1 و 4 نوفمبر 2009، معهد الإدارة العامة، الرياض،المملكة العربية السعودية.

143- Parasuraman and al : The Behavioural Consequences of Service Quality,Journal of Marketing,Vol 60,N°2,1996.

144- بديسي فهيمة، زويوش بلال: جودة الخدمات الصحية:الخصائص، الأبعاد و المؤشرات، بحث مقدم من خلال الملتقى الدولي حول ادارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات، يومي 10-11 ماي 2011، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة منتوري ، قسنطينة.

145- أزهار نعمة أبو غنيم: قياس جودة خدمات التعليم العالي في جامعة الكوفة من وجهة مظر المستفيدين،دراسة تطبيقية في كلية الاداب، مجلة الكلية الاسلامية الجامعة، العدد 14 ،النجف الأشرف، 2012.

146- Gronroos, C. :A service quality model and its marketing implication, European Journal of Marketing, Vol.18, N°4 ,1984.

147- فتيحة أبو بكر إدريس، قاسم نايف علوان المحياوي: قياس جودة أداء الخدمات الصحية وتأثيرها على رضا المرضى، بحث مقدم من خلال المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن،26-27 نيسان 2006.

148- الطائي ، رعد عبد الله ، أبعاد جودة خدمة التعليم العالي في الجامعة الخاصة(دراسة ميدانية) ، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية ، كلية الإدارة والاقتصاد بجامعة بغداد ، المجلد 16،العدد 58 ، 2010 .

149- Parasuraman,A.,Zeithaml, Valarie A.,and Berry, Leonard L. : Servqual : A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, Journal of Retailing, Vol.64, N°.1, 1988 .

150- أحمد بن عبد الرحمن الشميمري ،جودة الخدمات البريدية في المملكة العربية السعودية، مجلة الإدارة العامة ، المجلد 41 ، العدد 2 ، معهد الإدارة العامة ، الرياض ، يوليو،2001 .

151- تبعا للمصادر التالية :

- أحمد حمزة خليفة و اخرون: أثر جودة الخدمة على ولاء العملاء :دراسة تطبيقية على الخدمات الفندقية بمدينة عدن، مجلة جامعة الخرطوم للدراسات الادارية، المجلد الرابع،العدد الثاني، 2011.

- صفاء محمد هادي الجزائري و اخرون: قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية (دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام – البصرة)، مجلة الدراسات الادارية ، العدد الرابع، جامعة البصرة، 2001.

-حنان الأحمدي: تحسين الجودة :المقهوم و التطبيق في المنظمات الصحية، دورية الادارة العامة، مركز البحوث بمعهد الادارة العامة، المجلد الأربعون، العدد الثاني، الرياض، 2000.

152- KOTLER Philip & CLARKE Roberta N, Marketing for Health Care Organization, New Jersey, Prentice Hall, 1987.

153- عطية مصلح: قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين و المرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث و الدراسات ،المجلد الثاني، العدد السابع و العشرون ، جوان 2012.

154- Nitin Seth ,S.G. Deshmukh : Service quality models: a review, International Journal of Quality & Reliability Management , Vol. 22 No. 9, 2005.

155- A.Parasuraman et al : A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research , Journal of Marketing , Vol.49 , 1985 .

156- Hollis Landrum and others : Measuring IS System Service Quality with SERVQUAL: Users' Perceptions of Relative Importance of the Five SERVPERF Dimensions, International Journal of an Emerging Transdiscipline, Vol 12, 2009.

157- C.N. Krishna Naik and al : Service Quality (Servqual) and its Effect on Customer Satisfaction in Retailing, European Journal of Social Sciences , Vol 16, N° 2 ,2010.

158- R. Renganathan : Service Quality in Hospitality Services: Gap Model and Factor Analysis, European Journal of Social Sciences , Vol.26, No.2, 2011.

159- Mohd. Adil and others : SERVQUAL and SERVPERF: A Review of Measures in Services Marketing Research , Global Journal of Management and Business Research Marketing, Vol13, Issue 6, Version 1.0 ,2013.

160- Parasuramn,A., Berry,L.L., and Zeithaml,V.A , Refinement and Reassessment of the Servqual Scale , Journal of Retailing,Vol.67,N°.4, 1991.

161- مروان جمعة درويش: أثر جودة الخدمات التي تقدمها البلديات في فلسطين على رضا المستفيدين، بحث مقدم من خلال المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية " نحو أداء متميز للقطاع الحكومي"، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، يومي 1 و 4 نوفمبر 2009.

162- Carman J. Consumer perceptions of service quality : an assessment of the SERVQUAL dimensions , *Journal of Retailing,* Spring, 1990.

163- Bouman M. et Van der Wiele T. Measuring Service Quality in the car service industry, Builidng and testing an instrument , International Journal of Service Industry management,1992, vol 3.

164- Tom.J.Brown, Gilbert.A.Churchill Jr , J.Paul Peter : Improving the measurement of Service Quality, Journal of Retailing, Vol.69, Issuue.1 , 1993.

165- R.Keneth Teas : Expectation, Performance Evaluation and Consumers' Perceptions of Quality , Journal of Marketing , Vol.59 , October 1993.

166- R.Vandamme, J.Leunis : Development of a Multiple ItemScale for Measuring Hospital Service Quality , International Journal of Service Industry Management, Vol.4 , N°3 ,1993.

167- Cronin,J.Joseph, ,Taylor Steven A. : Measuring service quality : A Re-examination ,, Journal of Marketing, Vol.56, N°3, 1992 .

168- Coulthard,Lisa J.Morisson :Measuring Service Quality: A Review and Critique of Research Using Servqual,International Journal of Market Research,Vol.46,N° 4,.2004

169- McAlexander, J. H., Kaldenberg, D. O., & Koenig, H. F. : Service quality measurement: Examination of dental practices sheds more light on the relationships between service quality, satisfaction, and purchase intentions in a health care setting . Journal of Health Care Marketing, Vol14, N°1, 1994.

170- رعد حسن الصرن : تطوير نموذج الفجوة في قياس جودة الخدمات المصرفية الى المستوى العالمي، مجلة العلوم الانسانية، العدد 6 ، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2004 .

171- Ramsaran Fowdar : Investiating service quality dimonsions through exploratory factor analysis in a Health care setting , paper presented to the international conference on services management, New Delhi , 11-12 march ,2005.

172- Dr. Ranajit Chakraborty, Anirban Majumdar : MEASURING CONSUMER SATISFACTION IN HEALTH CARE SECTOR: THE APPLICABILITY OF SERVQUAL, Journal of Arts, Science & Commerce, Vol. II, Issue 4, 2011 .

173- Cronin,J.Joseph, ,Taylor Steven A. : Servperf versus Servqual : Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality, Journal of Marketing, Vol.58, 1994.

174- Kalthom Abdullah et al : A Strucural Equation Modelling Approach To Validate The Dimensions Of Servperf In Airline

Industry Of Malysia, International Journal of Engineering and Management Sciences , VOL.3, N°.2, 2012.

175- Miguel Morales et al, La Validité De La Mesure De La Qualité Des Services : Une Évaluation De 10 Ans D'Utilisation De Servqual, Document De Travail 014, Université Laval, Québec, Canada1998.

176- Michael.K.Brady,and al : Performance-only measurement of service quality : A replication and extension , Journal of Business Research, Vol.55, Iss.1, 2002 .

177- صالح بو عبد الله : قياس أبعاد جودة الخدمة :دراسة تطبيقية على بريد الجزائر ، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، العدد 10، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2010 .

178- Brochado Ana, ; Rui Cunha Marques : Comparing alternative instruments to measure service quality in higher education, Quality Assurance in Education, Vol. 17, N°2, 2009 .

179- Boulding Willam and al : « A Dynamic Process Model of Service Quality : from expectations to behavioral intentions », Journal of Marketing Research, 30 February 1993 .

180- Parasuraman,A. et al : Reassessement of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research, Journal of Marketing,Vol.58, 1994a.

181- Michael K. Brady, J. Jr. Cronin, Richard R. Brand : Performance-only measurement of service quality: a replication and extension, Journal of Business Research, Vol 55, N°1, Elsevier, 2002.

182- Thomas J. Page Jr , Richard A. Spreng : Difference Score versus Direct Effects in Service Quality Measurement, Journal of Service Research,Vol.4,N°.3,2002 .

183- فالح عبد القادر الحوري: تشخيص واقع تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية " دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الخاصة"، مجلة البصائر العلمية، المجلد 12 ، العدد 1 ، 2008.

184- Mohamed Noor et al : The effect of total equality management implementation on employees performance to achieve competitive advantage, *International Journal of Management and Business Studie, Vol 5 ,Issue December, 2012.*

185- سعد علي العنزي : الادارة الصحية ، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان، 2009.

186- Oufriha. F.Z. : la difficile restructuration du système de santé en Algérie , Centre de recherche en fonomie appliquée pour le développement, N°35-36, Alger, 1993.

187- بن لوصيف زين الدين، "تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة" ، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد الأول، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سكيكدة، ديسمبر 2003 .

188- Mostapha Khiati : Quelle Santé Les Algériennes? Edition Maghreb Relation , Alger , 1990 .

189- الأمر رقم 73-65 ، الصادر في 03 ذو الحجة 1393هـ ، الموافق ل 28 ديسمبر 1973م، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، العدد 104 ،يتضمن قانون المالية لسنة 1974 المتعلق بتأسيس الطب المجاني.

190- Saihi .A, le système de santé publique en Algérie, Revue"Gestions hospitalières", la revue des décideurs hospitaliers, n° 455, Avril 2006.

191- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، العدد 81، المرسوم التنفيذي رقم 97 -466، المؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق لـ 2 ديسمبر سنة 1997 و المتضمن قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وتسييرها.

192- JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 11, décret n° 88-204 du 18 octobre 1988, modifié et complété, fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées .

193- المرسوم التنفيذي رقم 07-140 ، المؤرخ في 19 ماي 2007، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، العدد 33 ، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها.

194- مرسوم تنفيذي رقم 11-160، المؤرخ في 17 أبريل 2011، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،المؤرخة في 20أبريل 2011، المتعلق بتعديل نفقات ميزانية الدولة للتجهيز سنة 2011، حسب كل قطاع.

قائمة الملاحق

ملحق رقم 01 : تصنيف الخدمات

المؤلف	الفئات/المجوعات
Judd,R.C.,1964	-خدمات السلع المستأجرة ، خدمات السلع المملوكة ، الخدمات غير السلعية
Rathmell,J.M.,1974	-نوع البائعين ، نوع المشترين ، دوافع الشراء ، ممارسات الشراء ، درجة التقيد بالمعلومات (النظام)
Shostack,G.L.,1977; Sasser,W.E.Jr,Olsen,R. P., and Wyckoff,D.D.,1978	-سلعة منتج حزمة تحتويها التي الملموسة غير الخدمات و المادية السلع نسبة
Hill,T.P.,1977	-الخدمات المؤثرة على الأفراد مقابل الخدمات المؤثرة على السلع -التأثير الدائم مقابل التأثير المؤقت للخدمة -التأثير العكسي مقابل عدم التأثير العكسي للخدمة -الآثار المادية مقابل الآثار المعنوية للخدمة -الخدمات الفردية مقابل الخدمات الجماعية
Chase,R.B.,1978,1981	درجة الاتصال بالزبون
Kotler,P.,1980	-الخدمات التي تعتمد على الأفراد مقابل الخدمات التي تعتمد على المعدات -درجة حضور العميل -الخدمات العامة مقابل الخاصة، و الموجهة للربح مقابل عدم الربح
Lovelock,C.H.,1983	خمس مصفوفات من التصنيفات الثنائية و التي تقوم على ما يلي: - طبيعة عمل الخدمة -العلاقة بين مورد الخدمة و الزبون -التوجه للعميل بصورة فردية (Customisation) -نمط العرض و الطلب -نمط تسليم الخدمة
Schmenner,R.W.,1986	مصفوفة عملية تقديم الخدمة (Service Process Matrix) تقوم على بعدين: -درجة الاتصال بالزبون و التوجه له بصورة فردية -درجة كثافة العمل
Mersha,T.,1990	درجة الاتصال بالزبون (إن تحديد درجة الاتصال بالزبون اتسع ليشمل الاتصال الإيجابي و السلبي)
Chase,R.B., and Hayes,1990	يقوم على المرحلة التنافسية
Kellogg,and Nie,1995	مصفوفة منتج خدمة -عملية تقديم الخدمة

Source : Rohit,Verma, and Boyer,Kenneth,K, Service Classification Challenges,Journal of Business Strategies Management,Vol.7,Issue1,2000,P.6.

ملحق رقم 02 : العناصر المضافة للمزيج التسويقي الخدمي

الكاتب	الحجج	الاقتراحات
Booms and bitner (1981)	بسبب خصائص الخدمات تمت اضافة ثلاث متغيرات جديدة للمزيج التسويقي التقليدي	اضافة الى المزيج التسويقي التقليدي 4Ps: الافراد، العناصر المادية، العمليات.
Cowell (1984)	المزيج التسويقي وضع مكيف مع الصناعة المهنيون و البحوث الكنية تؤكد وجود نقائض بالمزيج التقليدي في مجال التسويق الخدمي.	اضاف نفس العناصر الذي قام كل من Booms و Binter من اضافتها.
Brunner (1989)	يجب ان توسع عناصر المزيج التسويقي التقليدي لتشمل المزيد من العوامل التي تؤثر على تسويق الخدمات.	مفهوم المزيج، السعر، قنوات التوزيع و الاتصالات.
Ruston and Carson (1989)	ان الخصائص المميزة للخدمات، عدم الملموسية،قابلية التلف،التلازم،و التباين،جعل الرقابة على العمليات التسويقية باستخدام الادوات المعممة غير كاف.	يجب تطوير المفاهيم و الادوات بهدف تفسير و ادارة الخدمات.
Fryar (1991)	التجزئة و التمايز هو اساس تحديد تموقع ناجح للخدمات ،علاوة على ذلك يجب بناء علاقات شخصية مع العملاء اضافة الى ان جودة الخدمة تعد احد العناصر المهمة في التسويق الخدمي.	يتطلب التسويق الخدمي: التميز على اساس التجزئة و التموقع الجيد التواصل مع العملاء رؤية مبتكرة للجودة.
Heuvel (1993)	العلاقة بين المستهلك وعمال المكتب الأمامي مهمة جدا ولها أثر على إدراك الزبون للخدمة ومنه وجب تطوير المزيج التسويقي إلى: الموظفون، المنتوج، التوزيع، السعر، الترويج .	المزيج التسويقي الخدمي: الموظفون ، المنتج، التوزيع، السعر، الترويج.
Doyle (1994)	مع الاقرار بان مضمون المزيج التقليدي في قطاع الخدمات يختلف الى حد ما عن ما هو عليه في المنتجات الملموسة، الا انها تقبل كعنصر من عناصر المزيج التسويقي الخدمي.	المزيج التسويقي الخدمي: المنتج (الخدمة)، السعر الاتصال و التوزيع.
English (2000)	المزيج التسويقي التقبيدي لم يكن ابدا اداة فعالة لتسويق الخدمات الصحية.	بروز مزيج جديد و الذي يتمثل في R4: الصلة،الاستجابة، العلافات، النتائج.
Grove and al (2000)	كيفية تنفيذ الخدمة لا تقل اهمية عن ما يقوم به ،و بالتالي تعد خبرة العميل عاملا حاسما.فالمزيج التقليدي لا يعبر بدرجة كافية عن الظروف الخاصة للتسويق الخدمي.	يجب اضافة : العناصر الفاعلة،الحضور و الاداء الى نموذج المزيج التسويقي الخدمي الموسع ل Booms and Binter.
BecKWith (2001)	إن تسويق الخدمات في عالم متغير يحتاج للتركيز على رضا العميل، ورفض النموذج القديم للمنتج.	المفاتيح الأربعة لتسويق الخدمات الحديث هي :السعر، العلامة، التغليف، العلاقات

Source : Chai Lee Goi, A Review of Marketing Mix, 4Ps or More ? International Journal of Marketing Studies, Vol 1,N° 1, may 2009.p 10-11.

ملحق رقم 03 : معلومات عامة عن المؤسسات التي جرت بها الدراسة الميدانية

	مكور حمو	فارس يحي	خميس مليانة	سيدي بوعبيدة
سنة النشأة	1968	1838	1982	1876
المساحة/ كلم^2	1783	1448	1281	1073
عدد الأسرة	314	384	220	200
عدد سيارات الإسعاف	10	11	8	6
عدد السك الطبي	108	98	96	32
عدد السلك الشبه طبي	259	241	219	238
عدد التقنيين	66	53	38	49
عدد المتعاقدين	53	38	39	23
عدد الطاقم الإداري	47	50	49	41

المصدر: من إعداد الطالبة إعتمادا على الوثائق الخاصة بكل مؤسسة.

ملحق رقم 04 : المصالح الإستشفاية و الغير الإستشفائية للمؤسسات قيد الدراسة

المصلحة		الوحدة	عدد الأسرة بكل مستشفى			
			مكور حمو	فارس يحي	خميس مليانة	سيدي بوعبيدة
1	علم التشريح المرضي	-علم أمراض النساء -أمراض المعدة				
2	جراحة عامة	-إستشفاء رجال -إستشفاء نساء -جراحة العظام -أمراضالمسالك البولية -جراحة الأعصاب -جراحة الأطفال	64	60	54	48
3	علم الأوبئة	-معلومات صحية -نظافة المستشفيات				
4	أمراض النساء و التوليد	-وحدة الولادة -وحدة النساء و التوليد	70	65	48	36
5	الفحص بالأشعة المركزي	-الفحص بالأشعة -الفحص بالأشعة X				
6	المختبر المركزي	-علم الجراثيم -الكيمياء الحيوية				
7	طب داخلي	-إستشفاء رجال -إستشفاء نساء -طب الأورام	50	65	48	40
8	أمراض الكلى	-أمراض الكلى -تصفية الدم	18	20	09	08
9	الطب الشرعي	-تقرير الطب الشرعي الطب الإصلاحي	04	6		
10	طب العيون	-الإستشفاء -الفحص و المتابعة	16	15		
11	أمراض الأذن الأنف و الحنجرة	-الإستشفاء -الفحص و المتابعة	16	15		

12	طب الأطفال	-طب الأطفال -وحدة حديثي الولادة	48	40	46	56
13	الصيدلية	-تسيير المواد الصيدلية -توزيع المواد الصيدلية				
14	الأمراض النفسية	-إستشفاء رجال -إستشفاء نساء	10	20		
15	أمراض التنفس و الصدر	-إستشفاء رجال -إستشفاء نساء		25		
16	الأمراض المعدية	-إستشفاء رجال -إستشفاء نساء		25		
17	الإستعجالات الجراحية	-الاستقبال: الفحص و المراقبة -الإنعاش.	18	28	15	12

المصدر: من إعداد الطالبة إعتمادا على الوثائق الخاصة بكل مؤسسة.

ملاحظة :

- تشير المنطقة المضللة في الجدول أعلاه إلى المصالح الغير إستشفائية.
- في حين تشير المنطقة المشطبة إلى إنعدام تلك المصلحة في المستشفى.

ملحق رقم 05: الإيرادات العامة للمؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية عين الدفلى لسنة 2012

	مكور حمو	فارس يحي	خميس مليانة	سيدي بوعبيدة
مساهمة الدولة	930390000	662845000	681160000	639785000
مساهمة الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية	90000000	70000000	70000000	70000000
تسديدات الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية بعنوان الخدمات الخاضعة لإتفاقيات	1000000	-	-	-
موارد أخرى	1500000	1000000	1500000	500000
رصيد السنوات السابقة	41000000	46000000	30000000	51000000
المجموع	1063890000	779845000	782660000	761285000

المصدر : وثاق خاصة بالمؤسسات العمومية الإستشفائية قيد الدراسة

ملحق رقم 06: النفقات العامة للمؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية عين الدفلى لسنة 2012

	مكور حمو	فارس يحي	خميس مليانة	سيدي بوعبيدة
نفقات الموظفين	757900000	637000000	593525000	609700000
نفقات التكوين	1605000	880000	1025000	880000
التغذية	35000000	20000000	20000000	19000000
الأدوية و المواد الأخرى ذات الاستعمال الطبي	121500000	45500000	79500000	54500000
نفقات الأعمال الوقائية النوعية	11460000	4040000	6035000	4330000
العتاد و الأدوات الطبية	31000000	16000000	20000000	19000000
صيانة الهياكل الصحية	32000000	16500000	20000000	16500000
نفقات أخرى للتسيير	66625000	34625000	36875000	31375000
الخدمات الإجتماعية	6800000	5300000	5700000	6000000
نفقات البحث الطبي	-	-	-	-
المجموع	1063890000	779845000	782660000	761285000

المصدر : وثاق خاصة بالمؤسسات العمومية الإستشفائية قيد الدراسة

ملحق رقم 07: إستمارة الدراسة الميدانية .

أخي المريض ، أختي المريضة . تحية طيبة ،

في إطار تحضير رسالة ماجستير تحت عنوان " تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظر المرضى " و بهدف المساهمة في إعداد تقييم لهذا الموضوع و ذلك من خلال التعرف على مدى رضا المستهلك الجزائري للخدمات المقدمة من طرف المؤسسات الصحية ،لكم جزيل الشكر مسبقا على مساهمتكم القيمة و على مشاركتكم الفعالة في إثراء هذا الموضوع بأجوبتكم على أسئلة هذا الإستبيان ، مع العلم أن إجاباتكم ستعامل بسرية تامة و لن يتم إستخدامها إلا لأغراض البحث العلمي.

الرجاء وضع علامة (×) في الخانة المناسبة و هذا عند الاجابة على الأسئلة التالية.

أولا: معلومات عامة عن المريض.

الجنس : ذكر ☐ أنثى ☐

السن : أقل من 10 سنوات ☐ من 11 الى 20 ☐ من 21 الى 30 ☐ من 31 إلى 40 ☐
من 41 إلى 50 سنة ☐ من 51 إلى 60 سنة ☐ أكثر من 61 سنة ☐

الحالة الاجتماعية: أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل ☐

المستوى التعليمي :
بدون مستوى ☐ إبتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐

المهنة: بطال ☐ طالب ☐ عامل بسيط ☐ تاجر ☐ مهنة حرة ☐
اطار ☐ اطار سامي ☐ صناعي ☐ متقاعد ☐

نوع المرض : مزمن ☐ غير مزمن ☐

اسم المستشفى :.....

المصلحة التي تعالج فيها:.....

مدة الإقامة بالمستشفى :.....يوم.

ولاية الاقامة : .....

ثانيا: أبعاد جودة الخدمة المتوقعة: الرجاء أن تشير إلى مدى موافقتك على توفر المميزات في العبارات التالية وذلك بوضع علامة X في المكان المناسب.

	العبارات	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
		1	2	3	4	5
أولا	الملموسية Tangibles					
1	من الضروري أن يتلاءم المظهر الخارجي للمستشفى مع نوع الخدمات المقدمة					
2	ضرورة توفر المستشفى على تصميم داخلي منظم يسهل الاتصال مع مقدمي الخدمات.					
3	ضرورة امتلاك المستشفى تجهيزات و اجهزة طبية و معدات تقنية حديثة.					
4	من الضروري أن يحرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من النظافة و حسن المظهر.					
ثانيا	الاعتمادية Reliability					
5	من الضروري أن تهتم المستشفى بتقديم الخدمات في الوقت المحدد و بشكل سريع و دقيق.					
6	ضرورة التزام المستشفى بوعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات الصحية و العلاجية.					
7	ضرورة تعاطف الموظفين في المستشفى مع المرضى عند تقديمهم للشكاوي.					
8	من الضروري أن تحظى المستشفى بثقة المرضى.					
9	من الضروري أن تهتم المستشفى بالسجلات الخاصة بالحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق.					
ثالثا	الاستجابة Responsiveness					
10	ضرورة الاستعداد الدائم للعاملين في المستشفى للمساعدة و الاستجابة لطلبات المرضى.					
11	ضرورة أن تقوم المستشفى بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة.					
12	ضرورة سرعة الرد على شكاوي و استفسارات المرضى.					
13	ضرورة تجاوب الموظفين مع طلبات					

	المرضى مهما كانوا مشغولين.					
رابعا	الامان Assurance					
14	ضرورة الشعور بالأمان و الثقة عند التعامل مع موظفي المستشفى.					
15	من الضروري أن يحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.					
16	من الضروري أن يتعامل الطاقم الطبي و العاملين مع المرضى بلطف و لباقة.					
17	ضرورة تمتع العاملين في المستشفى بالمعرفة و المهارة و الخبرة المناسبة.					
خامسا	التعاطف Empathy					
18	ضرورة امتلاك العاملين في المستشفى المعرفة و الدراية باحتياجات و رغبات المرضى.					
19	من الضروري أن يوضح العاملون في المستشفى للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة مبسطة و مفهومة.					
20	من الضروري أن يمتلك العاملون في المستشفى القدرة على تقديم العناية الشخصية للمرضى.					
21	من الضروري أن تضع المستشفى مصلحة المرضى في مقدمة اهتماماتها.					
22	يجب أن تعمل ادارة المستشفى بساعات عمل حسب حاجات المرضى.					

ثالثا: أبعاد جودة الخدمة الفعلية المدركة: بعد تلقيك العلاج في هذه المستشفى نرجو أن تشير الى حقيقة ادراكك من خلال مدى موافقتك على توفر المميزات في العبارات التالية الموضحة في الجدول التالي وذلك بوضع علامة X في المكان المناسب أمام كل عبارة.

	العبارات	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
أولا	الملموسية Tangibles					
1	يتلاءم المظهر الخارجي للمستشفى مع نوع الخدمات المقدمة.					
2	تتوفر المستشفى على تصميم داخلي منظم يسهل الاتصال مع مقدمي الخدمات.					
3	تمتلك المستشفى تجهيزات و أجهزة طبية و معدات تقنية حديثة.					
4	يحرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من النظافة و حسن المظهر.					

ثانيا	الاعتمادية Reliability					
5	تهتم المستشفى بتقديم الخدمات في الوقت المحدد و بشكل سريع و دقيق.					
6	تلتزم المستشفى بوعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات الصحية و العلاجية.					
7	يتعاطف الموظفون في المستشفى مع المرضى عند تقديمهم للشكاوي.					
8	تحظى المستشفى بثقة المرضى.					
9	تهتم المستشفى بالسجلات الخاصة بالحالة الصحية للمرضى بشكل دقيق.					
ثالثا	الاستجابة Responsiveness					
10	ان العاملين في المستشفى دائمي الاستعداد للمساعدة و الاستجابة لطلبات المرضى.					
11	تقوم المستشفى بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة.					
12	تقوم المستشفى بالرد بسرعة على شكاوي و استفسارات المرضى.					
13	يتجاوب الموظفون مع طلبات المرضى مهما كانوا مشغولين.					
رابعا	الامان Assurance					
14	يشعر المرضى بالأمان و الثقة عند التعامل مع موظفي المستشفى.					
15	يحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.					
16	يتعامل الطاقم الطبي و العاملين مع المرضى بلطف و لباقة.					
17	يتمتع العاملون في المستشفى بالمعرفة و المهارة و الخبرة المناسبة.					
خامسا	التعاطف Empathy					
18	يمتلك العاملون في المستشفى المعرفة و الدراية باحتياجات و رغبات المرضى.					
19	يوضح العاملون في المستشفى للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة مبسطة و مفهومة.					
20	يمتلك العاملون في المستشفى القدرة على تقديم العناية الشخصية للمرضى.					
21	تضع المستشفى مصلحة المرضى في مقدمة اهتماماتها.					
22	تعمل ادارة المستشفى بساعات عمل حسب حاجات المرضى.					

شكرا

ملحق رقم 08: إجابات المرضى عن العبارات المتعلقة بتوقعاتهم حول جودة الخدمة الصحية

البعد	رقم العبارة	التكرارات					المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الموافقة	الترتيب
		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة				
الملموسية	1	2	47	14	84	53	3.70	1.131	عالية	3
	2	1	10	16	77	96	4.29	0.853	عالية	2
	3	1	0	1	9	189	4.93	0.374	عالية	1
	4	0	1	0	10	189	4.93	0.302	عالية	1
	الإجمـــــــالي						4.462	0.665	عالية	
الإعتمادية	5	0	0	0	9	191	4.96	0.208	عالية	1
	6	0	1	0	9	190	4.94	0.295	عالية	2
	7	0	1	0	33	166	4.82	0.422	عالية	3
	8	0	24	0	38	138	4.45	0.986	عالية	4
	9	0	0	0	12	188	4.94	0.238	عالية	2
	الإجمـــــــالي						4.822	0.430	عالية	
الإستجابة	10	0	0	0	10	190	4.95	0.218	عالية	2
	11	0	0	0	7	193	4.97	0.184	عالية	1
	12	0	0	0	7	193	4.97	0.184	عالية	1
	13	0	0	0	12	176	4.88	0.336	عالية	3
	الإجمـــــــــــــــالي						4.94	0.230	عالية	
الأمان	14	0	30	3	60	107	4.22	1.052	عالية	4
	15	0	0	4	19	177	4.87	0.397	عالية	2
	16	0	1	2	36	161	4.79	0.469	عالية	3
	17	0	0	0	9	191	4.96	0.208	عالية	1
	الإجمـــــالي						4.71	0.351	عالية	
التعاطف	18	0	0	1	21	178	4.89	0.335	عالية	3
	19	0	1	3	15	181	4.88	0.408	عالية	4
	20	0	0	1	19	180	4.89	0.323	عالية	3
	21	0	0	3	10	187	4.92	0.323	عالية	2
	22	0	1	3	3	193	4.94	0.342	عالية	1
	الإجمـــــالي						4.90	0.346	عالية	

المصدر : من إعداد الطالبة على ضوء نتائج الإستبيان و مخرجات ال SPSS

ملحق رقم 09: الفرق بين توقعات و إدراكات المرضى حول جودة الخدمة الصحية

البعد	رقم العبارة	متوسط الإدراكات (p)	متوسط التوقعات (E)	فرق المتوسطات (P-E)	قيمة (t)	مستوى المعنوية
الملموسية	1	3.42	3.70	-0.275	-2.717	0.000
	2	3.33	4.29	-0.955	-11.940	0.000
	3	3.26	4.93	-1.665	-23.693	0.000
	4	3.43	4.93	-1.505	-18.205	0.000
الاجمالي		3.36	4.462		-1.102	
الإعتمادية	5	3.63	4.96	-1.330	-16.707	0.000
	6	3.61	4.94	-1.330	-17.337	0.000
	7	4.06	4.82	-0.765	-10.902	0.000
	8	3.42	4.45	-1.030	-10.175	0.000
	9	3.34	4.94	-1.600	-25.235	0.000
الاجمالي		3.61	4.822		-1.212	
الإستجابة	10	3.81	4.95	-1.145	-15.443	0.000
	11	3.22	4.97	-1.745	-21.031	0.000
	12	3.65	4.97	-1.320	-17.087	0.000
	13	2.95	4.88	-1.930	-22.757	0.000
الاجمالي		3.40	4.94		-1.540	
الأمان	14	3.48	4.22	-0.745	-7.507	0.000
	15	3.51	4.87	-1.355	-21.798	0.000
	16	4.22	4.79	-0.565	-8.935	0.000
	17	3.91	4.96	-1.050	-18.267	0.000
الاجمالي		3.78	4.71		-0.930	
التعاطف	18	3.62	4.89	-1.265	-19.649	0.000
	19	4.23	4.88	-0.650	-10.399	0.000
	20	3.47	4.89	-1.425	-19.129	0.000
	21	3.38	4.92	-1.540	-20.012	0.000
	22	3.43	4.94	-1.515	-25.548	0.000
الاجمالي		3.626	4.90		-1.274	
المتوسط الحسابي للفرق الكلي					-0.770	

المصدر : من إعداد الطالبة على ضوء نتائج الإستبيان و مخرجات ال SPSS.

ملحق رقم (10) : مصفوفة الإرتباط الخاصة بالمتغيرات الاثنين و العشرين

	Tp1	Tp2	tp3	tP.4	R1	R2	R3	R4	R5	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	As1	As2	As3	As4	E1	E2	E3	E4	E5
Tang.p.1	1	,419	,444	,423	,425	,379	,253	,478	,048	,337	,437	,427	,440	,526	,441	,241	,379	,397	,243	,444	,454	,428
Tang.P.2	,419	1	,241	,411	,314	,281	,189	,358	,275	,281	,359	,345	,331	,323	,330	,179	,297	,318	,161	,407	,335	,325
Tang.P.3	,444	,241	1	,344	,360	,335	,268	,398	,091	,250	,266	,315	,303	,349	,235	,214	,286	,212	,077	,290	,366	,263
Tang.P.4	,423	,411	,344	1	,515	,418	,238	,453	,105	,419	,385	,404	,471	,419	,291	,253	,336	,341	,149	,488	,500	,393
Relia.P.1	,425	,314	,360	,515	1	,627	,455	,630	,095	,577	,540	,543	,559	,588	,447	,422	,498	,505	,304	,577	,535	,529
Relia.P.2	,379	,281	,335	,418	,627	1	,397	,531	,105	,531	,601	,598	,537	,592	,339	,413	,445	,492	,401	,515	,529	,503
Relia.P.3	,253	,189	,268	,238	,455	,397	1	,461	,108	,409	,358	,496	,244	,411	,348	,541	,465	,532	,539	,370	,377	,396
Relia.P.4	,478	,358	,398	,453	,630	,531	,461	1	,238	,562	,571	,597	,536	,731	,501	,458	,489	,571	,404	,631	,616	,579
Relia.P.5	,048	,275	,091	,105	,095	,105	,108	,238	1	,154	,160	,107	,035	,128	,158	,065	,177	,265	,176	,192	,147	,198
Resp.P.1	,337	,281	,250	,419	,577	,531	,409	,562	,154	1	,549	,743	,610	,552	,412	,521	,533	,483	,400	,574	,525	,515
Resp.P.2	,437	,359	,266	,385	,540	,601	,358	,571	,160	,549	1	,676	,688	,598	,481	,281	,512	,536	,386	,593	,588	,514
Resp.P.3	,427	,345	,315	,404	,543	,598	,496	,597	,107	,743	,676	1	,614	,595	,471	,542	,558	,529	,400	,598	,583	,530
Resp.P.4	,440	,331	,303	,471	,559	,537	,244	,536	,035	,610	,688	,614	1	,597	,483	,224	,446	,385	,177	,611	,555	,512
Assur.P.1	,526	,323	,349	,419	,588	,592	,411	,731	,128	,552	,598	,595	,597	1	,554	,493	,504	,573	,374	,623	,595	,538
Assur.P.2	,441	,330	,235	,291	,447	,339	,348	,501	,158	,412	,481	,471	,483	,554	1	,431	,528	,537	,307	,495	,543	,489
Assur.P.3	,241	,179	,214	,253	,422	,413	,541	,458	,065	,521	,281	,542	,224	,493	,431	1	,514	,496	,500	,377	,410	,342
Assur.P.4	,379	,297	,286	,336	,498	,445	,465	,489	,177	,533	,512	,558	,446	,504	,528	,514	1	,671	,510	,582	,549	,459
Empa.P.1	,397	,318	,212	,341	,505	,492	,532	,571	,265	,483	,536	,529	,385	,573	,537	,496	,671	1	,583	,633	,578	,549
Empa.P.2	,243	,161	,077	,149	,304	,401	,539	,404	,176	,400	,386	,400	,177	,374	,307	,500	,510	,583	1	,468	,442	,415
Empa.P.3	,444	,407	,290	,488	,577	,515	,370	,631	,192	,574	,593	,598	,611	,623	,495	,377	,582	,633	,468	1	,714	,659
Empa.P.4	,454	,335	,366	,500	,535	,529	,377	,616	,147	,525	,588	,583	,555	,595	,543	,410	,549	,578	,442	,714	1	,640
Empa.P.5	,428	,325	,263	,393	,529	,503	,396	,579	,198	,515	,514	,530	,512	,538	,489	,342	,459	,549	,415	,659	,640	1

ملحق رقم 11: تأثير متغير المهنة في تحديد إتجاه المرضى و تقييمهم لجودة الخدمات الصحية المدركة.

المهنة	المتغيرات					المجموع	كاي تربيع	المعنوية
	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة			
5	تهتم المستشفى بتقديم الخدمات في الوقت المحدد و بشكل سريع و دقيق.					المجموع	60.127	0.002
بطال	2	15	2	42	7	68		
طالب	0	9	0	21	9	39		
عامل بسيط	0	7	0	3	5	15		
تاجر	0	5	0	14	5	24		
مهنة حرة	1	5	0	9	7	22		
إطار	0	2	0	4	4	10		
إطار سامي	1	3	1	3	0	8		
صناعي	0	1	1	0	0	2		
متقاعد	0	2	0	8	2	12		
المجموع	4	49	4	104	39	200		
7	يتعاطف الموظفون في المستشفى مع المرضى عند تقديمهم للشكاوي.					المجموع	57.905	0.003
بطال	0	10	6	31	21	68		
طالب	1	2	1	23	12	39		
عامل بسيط	0	1	0	6	8	15		
تاجر	0	4	1	7	12	24		
مهنة حرة	1	1	1	10	9	22		
إطار	0	0	0	7	3	10		
إطار سامي	0	1	0	0	1	8		
صناعي	1	0	0	1	0	2		
متقاعد	0	1	0	8	3	12		
المجموع	3	20	9	99	69	200		
14	يشعر المرضى بالأمان و الثقة عند التعامل مع موظفي المستشفى.					المجموع	47.116	0.041
بطال	0	21	4	32	11	68		
طالب	0	10	4	18	7	39		
عامل بسيط	0	4	2	8	1	15		
تاجر	0	10	2	7	5	24		
مهنة حرة	0	5	1	12	4	22		
إطار	0	3	0	3	4	10		
إطار سامي	1	4	1	2	0	8		
صناعي	0	0	1	1	0	2		
متقاعد	0	3	0	8	1	12		
المجموع	1	60	15	91	33	200		
21	تضع المستشفى مصلحة المرضى في مقدمة اهتماماتها.					المجموع	48.361	0.032
بطال	1	13	20	29	5	68		
طالب	2	8	3	20	6	39		
عامل بسيط	0	5	1	6	3	15		
تاجر	1	6	6	9	2	24		
مهنة حرة	0	4	5	10	3	22		
إطار	0	2	1	4	3	10		
إطار سامي	0	5	2	1	0	8		
صناعي	1	0	0	1	0	2		
متقاعد	0	4	1	5	2	12		
المجموع	5	47	39	85	24	200		

ملحق رقم 12 : مدى إستجابة مستشفى مكور حمو لأبعاد جودة الخدمات الصحية.

البعد	الرقم	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة t المحسوبة	نسبة الإستجابة♣
الملموسية	1	3.46	0.838	2.142	4/1 = 25%
	2	3.32	0.819	*1.481	
	3	3.04	0.781	*1.678	
	4	3.48	0.953	*1.870	
الإعتمادية	5	4.02	0.795	2.760	5/3 = 60%
	6	3.94	0.913	*1.595	
	7	4.20	0.904	*1.408	
	8	3.44	1.091	2.356	
	9	3.34	0.658	2.858	
الإستجابة	10	4.08	0.966	*1.406	4/2 = 50%
	11	3.62	1.105	2.523	
	12	3.84	1.113	2.372	
	13	3.36	1.120	*1.666	
الأمان	14	3.60	1.088	*1.559	4/2 = 50%
	15	3.42	0.810	2.251	
	16	4.20	0.756	*1.683	
	17	3.96	0.699	2.164	
التعاطف	18	3.56	0.861	2.041	5/4 = 80%
	19	4.22	0.887	2.418	
	20	3.68	0.935	*1.753	
	21	3.30	1.055	2.810	
	22	3.58	0.358	2.256	

(*) : قيمة t غير معنوية (غير دالة)

المصدر : من إعداد الطالبة على ضوء نتائج الإستبيان و مخرجات ال SPSS.

♣ نسبة الإستجابة = عدد المتغيرات الدالة لكل بعد / مجموع المتغيرات للبعد الواحد.

ملحق رقم 13: مدى إستجابة مستشفى سيدي بوعبيدة لأبعاد جودة الخدمات الصحية.

البعد	الرقم	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة t المحسوبة	نسبة الإستجابة
الملموسية	1	3.82	0.850	2.181	4/2 = 50%
	2	3.58	0.906	*1.209	
	3	3.42	1.090	*1.674	
	4	4.16	1.076	2.188	
الإعتمادية	5	4.14	1.178	*1.116	5/2 = 40%
	6	4.06	0.956	*1.434	
	7	3.94	1.077	2.352	
	8	3.88	1.154	*1.298	
	9	3.16	1.330	2.509	
الإستجابة	10	4.24	0.938	2.132	4/3 = 75%
	11	3.72	1.179	2.391	
	12	4.18	1.101	*1.169	
	13	3.80	1.050	2.148	
الأمان	14	4.18	0.962	*1.125	4/1 = 33.33%
	15	3.90	0.839	2.176	
	16	4.44	0.733	*1.150	
	17	4.16	0.889	*1.463	
التعاطف	18	3.84	0.912	2.167	5/1 = 20%
	19	4.22	0.887	*1.148	
	20	3.94	1.018	*1.143	
	21	4.10	0.931	*1.442	
	22	3.66	1.042	*1.587	

المصدر : من إعداد الطالبة على ضوء نتائج الإستبيان و مخرجات ال SPSS.

ملحق رقم 14: : مدى إستجابة مستشفى خميس مليانة لأبعاد جودة الخدمات الصحية.

البعد	الرقم	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة t المحسوبة	نسبة الإستجابة
الملموسية	1	3.12	0.824	∗2.003	4/3 = 25%
	2	3.14	0.572	∗2.005	
	3	3.24	0.960	∗2.002	
	4	3.06	1.038	2.033	
الإعتمادية	5	3.12	1.003	2.030	5/4 = 80%
	6	3.14	0.990	2.042	
	7	3.82	0.983	∗1.567	
	8	2.84	1.076	2.076	
	9	3.30	0.614	3.107	
الإستجابة	10	3.28	0.991	∗1.941	4/3 = 75%
	11	2.56	0.972	2.501	
	12	2.98	1.040	2.053	
	13	2.26	0.803	3.176	
الأمان	14	2.72	0.882	2.630	4/3 = 75%
	15	3.18	0.560	3.559	
	16	3.88	0.872	∗1.718	
	17	3.56	0.787	2.193	
التعاطف	18	3.32	0.794	2.387	5/4 = 80%
	19	4.04	0.727	∗1.905	
	20	2.86	0.881	2.520	
	21	2.98	0.845	2.527	
	22	3.06	0.652	3.189	

المصدر : من إعداد الطالبة على ضوء نتائج الإستبيان و مخرجات ال SPSS.

ملحق رقم 15: مدى إستجابة مستشفى فارس يحي لأبعاد جودة الخدمات الصحية.

البعد	الرقم	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة t المحسوبة	نسبة الإستجابة
الملموسية	1	3.28	0.585	2.241	4/2 = 50%
	2	3.28	0.640	3.004	
	3	3.34	0.961	∗1.957	
	4	3.02	1.059	∗1.989	
الإعتمادية	5	3.22	1.075	2.019	5/3 = 60%
	6	3.30	1.074	2.010	
	7	4.26	0.828	∗1.485	
	8	3.52	0.995	∗1.763	
	9	3.56	0.705	2.449	
الإستجابة	10	3.62	0.878	∗1.916	4/2 = 50%
	11	2.98	1.059	2.016	
	12	3.58	0.906	∗1.889	
	13	2.38	1.008	2.539	
الأمان	14	3.40	0.969	∗1.897	4/2 = 50%
	15	3.54	0.676	2.571	
	16	4.36	0.722	∗1.606	
	17	3.94	0.652	2.234	
التعاطف	18	3.76	0.687	2.305	5/3 = 60%
	19	4.44	0.733	∗1.505	
	20	3.40	1.030	∗1.784	
	21	3.14	1.01	2.011	
	22	3.40	0.728	2.523	

المصدر : من إعداد الطالبة على ضوء نتائج الإستبيان و مخرجات ال SPSS.