

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة البليدة2

كلية : علوم الاقتصاد و التسيير

قسم : العلوم التجارية

تأثير جودة الخدمات الصحية على رضا المريض : تطبيق نموذج سرفكوال

- دراسة عينة من المؤسسات الصحية العمومية -

أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في : العلوم التجارية

تخصص : تسويق

إشراف الأستاذة الدكتورة :

- بن عبد العزيز/ بن حمودة فاطيمة

من إعداد الطالبة :

- طيب سليمان مليكة

السنة الجامعية 2016/2015

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة البليدة 2

كلية : علوم الاقتصاد و التسيير

قسم : العلوم التجارية

تأثير جودة الخدمات الصحية على رضا المريض : تطبيق نموذج سرفكوال

- دراسة عينة من المؤسسات الصحية العمومية -

أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في : العلوم التجارية

تخصص : تسويق

إعداد الطالبة :

طبيب سليمان مليكة

أمام اللجنة المشكلة من :

غزالي عمر	أستاذ	جامعة البليدة 2	ئيسا
بن عبد العزيز/ فاطيم	أستاذة	جامعة البليدة 2	مشرفا مقرا
كشاد رابح	أستاذ	المدرسة العليا للتجارة	عضوا مناقشا
غول فرحات	أستاذ	جامعة الجزائر 3	عضوا مناقشا
حاج عيسى سيد أحمد	أستاذ محاضر أ	جامعة البليدة 2	عضوا مناقشا
بركان أمينة	أستاذ محاضر أ	جامعة تيبازة	عضوا مناقشا

السنة الجامعية 2016/2015

الاهداء

إلى والدي و والدتي،

إلى أخواتي و أخي،

إلى زوجي،

إلى وسيم و أمير خاصة ،

إلى جميع الأساتذة المحترمين،

و إلى طلبتي الأعزاء.

أهدي هذا العمل.

الشكر و التقدير

أحمد الله عز و جل و أشكره الذي أنعمني بنعمة العلم و وفقني إلى بلوغ هذه الدرجة و أقول " اللهم لك الحمد حتى ترضى ، و لك الحمد إذا رضيت و لك الحمد بعد الرضى "

تلقيت في انجاز هذا العمل مساعدة ، يسعدني أن أقدم لهم هنا تحية شكر و عرفان و تقدير .
يتوجه شكري خاصة للأستاذة المشرفة الأستاذة الدكتوراه بن عبد العزيز/بن حمودة فاطيمة مشرفة على هذه الدراسة بنصائحها و توجيهاتها و صبرها و تشجيعها ، شكرا استاذتي .

كما اتقدم بجزيل الشكر و التقدير إلى السادة الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بقبول مناقشة هذا العمل و تقييمه ، و على الوقت و الجهد المبذول في مراجعتها .

و أتوجه بالشكر لكل من ساعدني في الدراسة الميدانية أو وافق على منحي رخصة القيام بالمسح على مستوى المؤسسات الصحية ، و هم : مدير المركز الاستشفائي الجامعي حسيبة بن بولعيد و رئيسة قسم جراحة الأطفال ، مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية و مديرة الموارد البشرية ، كما أشكر لعمارة منيرة و مريم من مستشفى فرانتز فانون .

أوجه شكر خاص و تحية خالصة إلى أمي و أخواتي على مساندتي و مساعدتي في انجاز البحث و إلى كل من بذل معي جهدا و وفر لي وقتا ، و نصح لي قولا ، أسأل الله أن تجزيهم عني خير جزاء .

الملخص :

تعد جودة الخدمة من المجالات الأكثر أهمية في قطاع الخدمات الصحية ، و البحث في مستوى جودة الخدمات عامة ، و الخدمات الصحية خاصة يقوم على أسلوب البحث العلمي الذي جرى عن طريق استخدام مقياس جودة الخدمة (Servqual Scale) الذي وضع من قبل (Parasuraman ,Zeithaml and Berry) عام 1985 ، 1988 ، المكون أساسا من خمسة أبعاد رئيسية هي : الملموسية ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان(الثقة) ، التعاطف فضلا عن استمارة الاستبانة المكونة من 22 متغير فرعي ترتبط بالأبعاد الرئيسية المشار إليها و التي تترجم مظاهر جودة الخدمة ، و ذلك لقياس مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية ، يهدف هذا البحث إلى تقييم جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الصحية العمومية في مدينة البليدة من وجهة نظر المرضى ، و ذلك بتطبيق نظرية الفجوة باستخدام مقياس servqual لقياس جودة الخدمات ، حيث تقوم مشكلة الدراسة على محاولة تقييم جودة الخدمات الصحية العمومية من حيث الفرق ما بين ما يتوقعه المرضى من خدمة صحية و بين ما يدركونه فعلا. توصلت الدراسة إلى أن هناك فجوة في جميع أبعاد الجودة الخمسة ، و أن توقع المرضى أعلى مما يدركونه حقيقة من الخدمات الصحية مما يدل على أن هناك مجالا لتحسين الخدمات الصحية العمومية ، كما هناك ضعف واضح في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمريض فضلا عن وجود تفاوت في الأهمية التي يوليها أفراد عينة البحث لكل متغير من المتغيرات الرئيسي الكلمات المفتاحية : جودة الخدمات الصحية ، سرفكوال ، رضا المريض

قائمة المحتويات

الموضوع	رقم الصفحة
أ- الإهداء	1.....
ب- الشكر و التقدير	2.....
ج- الملخص	3.....
د- قائمة المحتويات	4
هـ - قائمة الجداول	10.....
و - قائمة الأشكال	12.....
المقدمة	13.....
الفصل الأول : جودة الخدمات الصحية	32.....
تمهيد	33.....
1-1 مدخل إلى جودة الخدمات	34.....
1-1-1 مفهوم ، أهمية و أبعاد جودة الخدمات	34.....
1-1-1-1 مفهوم جودة الخدمات	34.....
1-1-1-2 أهمية الجودة	39.....
1-1-1-3 أبعاد الجودة	41.....
2-1-1 قياس جودة الخدمات	43.....
1-2-1-1 طرق قياس جودة الخدمات	44.....
2-2-1-1 مفهوم نموذج سرفكوال لقياس جودة الخدمات و مبررات استخدامه	46.....
3-2-1-1 فجوات نموذج سرفكوال لقياس جودة الخدمات و أسبابها	58.....
2-1 جودة الخدمات الصحية	66.....
1-2-1 مفهوم الخدمة ، خصائصها ، نظام تقديم الخدمة و عوائق تحسين الخدمات الصحية في القطاع العمومي	66.....
1-1-2-1 مفهوم الخدمة	66.....
2-1-2-1 خصائص الخدمة و نظام تقديم الخدمة	68.....

73.....	3-1-2-1 عوائق تحسين الخدمات في القطاع العمومي
74.....	2-2-1 مفهوم ، أنواع و خصائص الخدمة الصحية
74.....	1-2-2-1 مفهوم الخدمة الصحية
76.....	2-2-2-1 أنواع الخدمات الصحية
80.....	3-2-2-1 خصائص الخدمات الصحية
86.....	3-2-1 جودة الخدمات الصحية ، مفهومها ، الأهمية ، الأهداف و الأبعاد
86.....	1-3-2-1 مفهوم جودة الخدمات الصحية
90.....	2-3-2-1 أهمية جودة الخدمات الصحية و أهدافها
92.....	3-3-2-1 أبعاد جودة الخدمات الصحية
96.....	3-1 إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية
96.....	1-3-1 مفهوم إدارة الجودة الشاملة للخدمات الصحية ، الأهداف و الأهمية
96.....	1-1-3-1 مفهوم إدارة الجودة الشاملة للخدمات الصحية
98.....	2-1-3-1 أهداف و أهمية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية
100.....	2-3-1 مبادئ ، خطوات و عوامل نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية
100.....	1-2-3-1 مبادئ إدارة الجودة الشاملة
102.....	2-2-3-1 خطوات تطبيق إدارة الجودة الشاملة
103.....	3-2-3-1 عوامل نجاح تطبيق نظام الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية
104.....	3-3-1 إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الحكومية و الصعوبات التي تواجهها
104.....	1-3-3-1 إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية
106.....	2-3-3-1 الصعوبات التي تواجهها المؤسسات الحكومية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة
108.....	خاتمة الفصل الأول
110.....	الفصل الثاني : تسويق الخدمات الصحية
111.....	تمهيد
112.....	1-2 مدخل لتسويق الخدمات الصحية
112.....	1-1-2 مفهوم تسويق الخدمات الصحية
115.....	2-1-2 أهمية و دور التسويق في المؤسسات الصحية

115.....	1-2-1-2 أهمية التسويق في المؤسسات الصحية
117.....	2-2-1-2 دور إدارة التسويق في المؤسسات الصحية
119.....	3-1-2 عوائق تنفيذ التسويق في المؤسسات الصحية
124.....	2-2 إدارة التسويق في المؤسسات الصحية
124.....	1-2-2 أسباب الاهتمام بتسويق الخدمات الصحية
126.....	2-2-2 كيف يتم إضافة وظيفة التسويق لأول مرة في المؤسسة
130.....	3-2-2 أسباب إخفاق إدارة التسويق في المؤسسات الصحية
133.....	3-2 التسويق الاستراتيجي للخدمات الصحية
133.....	1-3-2 التخطيط التسويقي للخدمات الصحية
133.....	1-1-3-2 مفهوم التخطيط التسويقي للخدمات الصحية
135.....	2-1-3-2 مراحل عملية التخطيط
136.....	2-3-2 دراسات سوق الخدمات الصحية
138.....	3-3-2 تجزئة سوق الخدمات الصحية
140.....	4-2 المزيج التسويقي للخدمات الصحية
140.....	1-4-2 تعديل المزيج التسويقي للخدمات الطبية
143.....	2-4-2 المنتج الصحي و تسعيره
144.....	1-2-4-2 المنتج (الخدمة الصحية)
151.....	2-2-4-2 تسعير الخدمة الصحية
153.....	3-4-2 توزيع و ترويج الخدمات الصحية
153.....	1-3-4-2 توزيع الخدمات الصحية
157.....	2-3-4-2 ترويج الخدمات الصحية (التوعية الصحية)
164.....	4-4-2 الدلائل المادية،العمليات و الأفراد
164.....	1-4-4-2 الدلائل المادية
166.....	2-4-4-2 الأفراد (الناس)
168.....	3-4-4-2 العمليات و الإجراءات
171.....	خاتمة الفصل الثاني

173.....	الفصل الثالث : رضا المريض
174.....	تمهيد
175.....	1-3 مدخل لرضا المريض
175.....	1-1-3 مفهوم رضا المريض
177.....	2-1-3 أهمية رضا المريض و السلوكيات الناجمة عنه
177.....	1-2-1-3 أهمية رضا المريض
180.....	2-2-1-3 السلوكيات الناجمة عن حالة الرضا
182.....	3-1-3 العلاقة بين جودة الخدمات و رضا المريض
187.....	2-3 تحليل محددات الرضا
187.....	1-2-3 توقعات المريض
187.....	1-1-2-3 مفهوم توقعات المريض
190.....	2-1-2-3 تصنيفات توقعات المريض و كيفية إدارة توقعاته
196.....	3-1-2-3 العوامل المؤثرة على توقعات الزبائن
199.....	2-2-3 إدراك المرضى
199.....	1-2-2-3 مفهوم إدراكات المريض
202.....	2-2-2-3 الإدراك و نموذج سرفكوال
204.....	3-3 أهداف قياس رضا المريض
204.....	1-3-3 أهداف قياس رضا المريض
207.....	2-3-3 قياس الرضا باستخدام نموذج سرفكوال
211.....	3-3-3 أهمية القياس و الصعوبات التي تواجهه
211.....	1-3-3-3 أهمية القياس في القطاع العمومي
214.....	2-3-3-3 صعوبات قياس الرضا
216.....	خاتمة الفصل الثالث
218.....	الفصل الرابع : دراسة ميدانية لعينة من المؤسسات الصحية العمومية
219.....	تمهيد
220.....	1-4 التعريف العام بميدان الدراسة و الإطار المنهجي

1-1-4	التعريف العام بميدان الدراسة (عينة الدراسة).....	220
1-1-1-4	المؤسسة العمومية الاستشفائية EPH ابراهيم بن عبد الله تيريشين " الفابور سابقا ".....	220
2-1-1-4	المركز الاستشفائي الجامعي حسية بن بوعلي " بن بولعيد سابقا ".....	221
3-1-1-4	مستشفى فرانتز فانون	222
2-1-4	الإطار المنهجي للدراسة و إجراءات الدراسة الميدانية	224
1-2-1-4	منهج الدراسة.....	224
2-2-1-4	أداة الدراسة.....	231
3-2-1-4	صدق و ثبات قائمة الاستقصاء.....	233
2-4	تحليل استمارة الاستبيان.....	234
1-2-4	عرض أسلوب التحليل الإحصائي المستخدم في البحث.....	234
2-2-4	تحليل نتائج الاستبيان.....	236
1-2-2-4	الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة.....	236
2-2-2-4	إجراء اختبار الثبات لأسئلة الاستبيان.....	240
3-2-2-4	حساب المتوسط المرجح لإجابات العينة.....	242
3-4	نتائج اختبار فروض الدراسة.....	255
1-3-4	مقياس الفجوة و اختبار (ت) لعينة واحدة.....	256
2-3-4	إجراء اختبار كاي للاستقلالية.....	264
3-3-4	دراسة العلاقة بين متغيرات الدراسة.....	268
1-3-3-4	حساب معاملات الارتباط بين محاور الخدمة الفعلية.....	268
2-3-3-4	تحليل الانحدار المتعدد بين محددات جودة الخدمات الصحية العمومية و رضا المريض	
270		
4-3-4	إجراء اختبار فرق المتوسطين (ت) و اختبار تحليل التباين الأحادي (ف).....	277
1-4-3-4	إجراء اختبار فرق المتوسطين (ت) (Independent t-test).....	277
2-4-3-4	إجراء اختبار تحليل التباين الأحادي ف "ANOVA"	281
292	خاتمة الفصل الرابع.....	
294	النتائج و المناقشة و التوصيات.....	

306.....	قائمة المراجع
318.....	قائمة الملاحق
362.....	الملخص باللغة الأجنبية

قائمة الجداول

الرقم	البيان	الصفحة
1-1	الأبعاد الأصلية لنموذج سرفكوال لمحددات جودة الخدمات	49
2-1	الأبعاد المختصرة لنموذج سرفكوال لجودة الخدمات	50
3-1	أبعاد جودة الخدمة و العبارات التي تترجم مظاهر جودة الخدمة	53
4-1	فجوات الجودة في الخدمات الصحية	63
5-4	هياكل و أقسام المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية	223
6-4	طرق جمع بيانات الدراسة الميدانية	227
7-4	توزيع العبارات على محددات جودة الخدمات	232
8-4	توزيع عينة الدراسة حسب النوع	236
9-4	توزيع عينة الدراسة حسب السن	237
10-4	توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي	238
11-4	توزيع عينة الدراسة حسب المنطقة الجغرافية	239
12-4	صدق ثبات الاستبيان من خلال معامل ألفا كرونباخ	240
13-4	ثبات و صدق محاور الاستبيان	241
14-4	قيم درجات الموافقة لمقياس ليكارت	242
15-4	اتجاه المتوسط الحسابي لمقياس ليكارت	243
16-4	العوامل كما يتوقعها المريض	244
17-4	العوامل كما يدركها المريض	246
18-4	المحاور كما يتوقعها و يدركها المريض	249
19-4	أهم خمسة عوامل يتوقعها المرضى	250
20-4	الخمس عوامل الأقل أهمية التي يدركها المرضى	250
21-4	أهم خمسة عوامل يدركها المرضى	252
22-4	الخمس عوامل الأقل أهمية التي يدركها المرضى	252
23-4	أكثر العوامل أهمية التي يتوقعها و التي يدركها المرضى	254
24-4	بيانات التوزيع الطبيعي	255
25-4	الفرق بين اجمالي الفعلي و المتوقع لجميع عناصر النموذج و اختبارها	257

257	الفرق بين المتوقع و الفعلي لبعد الملموسية و اختبارها	26-4
258	الفرق بين المتوقع و الفعلي لبعد الاعتمادية و اختبارها	27-4
258	الفرق بين المتوقع و الفعلي لبعد الاستجابة و اختبارها	28-4
259	الفرق بين المتوقع و الفعلي لبعد الأمان و اختبارها	29-4
260	الفرق بين المتوقع و الفعلي لبعد التعاطف و اختبارها	30-4
261	الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمات الصحية و المتوقعة	31-4
262	المتوسطات الحسابية للعبارات 22 المتوقعة و المدركة و الفرق بينهما	32-4
265	الجدول المزدوج بين النوع و المستوى التعليمي	33-4
266	اختبار مربع كاي بين المستوى التعليمي و النوع	34-4
266	الجدول المزدوج بين متغير المستوى التعليمي و متغير المنطقة الجغرافية	35-4
267	اختبار مربع كاي بين المستوى التعليمي و المنطقة الجغرافية	36-4
269	مصفوفة الارتباط	37-4
270	تلخيص نموذج الانحدار	38-4
271	نتائج تحليل التباين	39-4
272	نتائج تحليل الانحدار لبيان أثر أبعاد جودة الخدمات الصحية الفعلية على رضا المريض	40-4
279	اختبار (ت) لفرق المتوسطين على متغير الجنس	41-4
280	اختبار (ت) لفرق المتوسطين على متغير المنطقة الجغرافية	42-4
283	التباين الأحادي لمتغير السن	43-4
284	المقارنات المتعددة لمحور التعاطف	44-4
286	التباين الأحادي لمتغير المستوى التعليمي	45-4
288	المقارنات المتعددة لبعد الملموسية ، الاعتمادية ، الأمان و التعاطف	46-4

قائمة الأشكال

الرقم	البيان	الصفحة
1-1	أهمية الجودة	39
2-1	نموذج سرفكوال لقياس الفجوة بين الخدمة المتوقعة و الخدمة المدركة	60
3-1	طريقة عمل سرفكوال	65
4-1	العناصر الأساسية للنظام الخدماتي	72
6-2	ترابط التخطيط ، التنفيذ و الرقابة	134
7-2	عناصر المزيج التسويقي للخدمات الصحية	143
8-2	دورة حياة الخدمة	149
9-3	مستويات توقعات الزبائن	188
10-3	تحليل منطقة السماح لجودة الخدمة المتوقعة	189
11-3	نموذج كانو لرضا الزبائن	192
12-3	مصادر توقعات الزبون	198
13-4	الهيكل التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي حسيبة بن بوعلي	221
14-4	النموذج الافتراضي للدراسة	230
15-4	توزيع عينة الدراسة حسب النوع	236
16-4	توزيع عينة الدراسة حسب السن	237
17-4	توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي	238
18-4	توزيع عينة الدراسة حسب المنطقة الجغرافية	239
19-4	تقسيم متغير النوع على متغير المستوى التعليمي	265
20-4	تقسيم متغير المنطقة الجغرافية على متغير المستوى التعليمي	267
21-4	التوزيع الطبيعي للبيانات	275
22-4	طبيعة العلاقة بين المتغيرات المستقلة و المتغير التابع و اتباعهما التوزيع الطبيعي	276
23-4	انتشار البواقي	276

المقدمة.

1- إشكالية الدراسة :

هناك العديد من القطاعات الهامة و المؤثرة في الاقتصاد القومي و حتى العالمي أيضا ، و يقع على رأس هذه القطاعات قطاع الخدمات الصحية ذلك أن هذا القطاع يهتم بأعلى و أتمن ما يملك الإنسان و هي الصحة ، و أيضا يهتم بصحة المجتمع و حماية البيئة من التلوث حيث أن المجتمع الصحيح السليم المعافى هو مجتمع قوي اقتصاديا و اجتماعيا و ثقافيا .

و تواجه المؤسسات الصحية عددا كبيرا من المتغيرات البيئية و التحديات الصعبة ، و أصبحت بحاجة إلى إدارة أكثر جدية و أكثر صرامة و ذات تخصص أكثر في مجال عملها و متطلعة بالوقت نفسه إلى المستقبل أكثر من أي وقت مضى و إن ذلك يعني إعادة النظر و التفكير بصورة جوهرية في كيفية إدارة تلك المؤسسات الصحية و حول ماهية الأدوات و التقنيات التي تستخدمها لمواجهة تلك التحديات و المتغيرات ، و من بين تلك الأدوات و أكثرها أهمية هي وظيفة التسويق الصحي و الدور الرئيسي لهذه الوظيفة هو تأسيس المفهوم التسويقي في المؤسسات الصحية و ترسيخه و تحديد ما يجب أن يقوم به التوجه التسويقي في المستشفيات .

و يعتبر محور جودة الخدمات أحد الاهتمامات الحديثة في المؤسسات الخدمية الخاصة منها و العمومية ، و مشكلة الحكم على جودة الخدمة أو تقييمها هي أن هناك جوانب كثيرة غير قابلة للقياس الكمي في الخدمة و بالتالي تعتمد في تقييمها على الآراء و الاتجاهات و الإدراكات و التقدير، فتقييم جودة الخدمات يعتبر خاصا بالمقارنة مع تقييم جودة السلع التي يمكن قياسها موضوعيا بمعايير مثل مدة حياة السلعة أو عدد الأعطاب إلا أن جودة الخدمات صعبة التقييم

خاصة في الميدان الصحي فهذا القطاع جد حساس لأنه موجه للأشخاص المرضى الذين ليس لديهم القدرة الكافية على إدراك جودة الخدمات المقدمة ، فالمريض ككل مستهلك لديه حاجات و رغبات يريد إرضائها لذا فمن المهم للمتخصصين في الصحة الأخذ بعين الاعتبار المحددات التي تؤثر على إدراك الجودة و رضا المريض ، و تعمل الكثير من المستشفيات في بيئة تنافسية معقدة هذا فضلا عن افتقارها للمهارات التسويقية اللازمة لتطوير و تحسين الرضا عن الخدمات المقدمة لأسواقها و مرضاها و هذا ما ينتج عنه نسبة قليلة في عملية تكرار البيع و الاستخدام للخدمات الصحية من قبل المرضى كما أن بعض المستشفيات تعمل في بيئة يكون فيها الطلب على الخدمة الصحية أكثر من العرض و هذا ما يفقدها الدافعية لإرضاء أسواقها و ربما تقوم بتقديم خدمات غير مرضية قد يتقبلها المريض لعدم وجود البديل.

و لجودة الخدمة جملة من الأبعاد أو المحددات التي تعتبر الإطار الذي يساعد مقدمي الخدمة على تحديد و تحليل المشاكل و قياس مدى تطابق الأداء مع المحددات المتفق عليها ، و تتسب أول محاولة لقياس جودة الخدمة إلى باراسورامان و اخرين parasuraman et all حيث تمكنوا من تصميم مقياسهم الشهير servqual لقياس ما يعرف بالفجوات الخمس لجودة الخدمة ، و الذي استحوذ على قبول و تأييد معظم الباحثين بسبب مصداقيته و إمكانية تطبيقه عمليا للوصول إلى الفجوة ما بين توقعات المستهلكين لجودة الخدمة و إدراكاتهم للأداء الفعلي للخدمة التي يحصلون عليها ، حيث تعتبر هذه الدراسة الأكثر قبولا حول تحديد جودة الخدمات وفقا لإدراك المستهلك و تتمثل هذه الأبعاد في: النواحي المادية ، الإعتمادية ، الإستجابة ، الأمان و التعاطف وقد أثبتت الكثير من الدراسات أن الأبعاد الخمسة ضرورية و مهمة لتقديم خدمات جيدة إلا أن الوزن النسبي لها يختلف من مستهلك لآخر، و استنادا لذلك تحرص المؤسسات الصحية على تلبية توقعات

المرضى بشأن خدماتها لتحقيق رضاهم و ذلك من خلال التعرف على المحددات التي يستند إليها المستهلكين من المرضى في الحكم على جودة خدماتها.

و من بين التحديات التي تواجهها إدارة المؤسسات الصحية زيادة و تباين توقعات المرضى ، زيادة الوعي و اتساع مدارك الجمهور بطبيعة عمل المستشفيات نتيجة لزيادة المعرفة و الثقافة العامة للمجتمع فضلا عن تعدد مصادر المعرفة مثل المجلات الطبية و الصحف و برامج التلفزيون و الأنترنت...الخ أدى إلى زيادة التوقعات ، و بغض النظر عن اجبارية العلاج فهذه الخدمات الصحية ليس فقط تحسين الحالة الصحية فقط و إنما ضمان رضاه حولها ، إذ الرضا عبارة عن تقييم موضوعي أثناء و بعد تقديم الخدمة يترجم مستوى تقدير المريض للخدمة بعد تجربتها كما أنه في الميدان الصحي رضا المريض يعتبر كمقياس أساسي لجودة الخدمات ، فهناك العديد من الدراسات التي تتكلم عن رضا المريض و العلاقة بينه و بين جودة الخدمات ، و أيضا في ميدان الخدمات بصفة عامة فمفاهيم جودة الخدمات في الغالب مرتبطة برضا المريض و العكس صحيح و تمثل جودة الخدمة التطور الذي يربط نظرة المستفيد من الخدمة قبل و بعد استخدامه لها و الذي سينجم عنه إما الرضا أو عدم الرضا و بالتالي تعتبر جودة الخدمة بمثابة وسيلة أو أداة قياس لم تم تحقيقه على مستوى الخدمات المعروضة للمستهلك و مدى تقبله أو رفضه لها .

لذا تنصب دراستنا على قياس هذه الفجوة و القيام بالمقارنة بين التوقعات و الإدراكات للحكم على جودة الخدمات الصحية في القطاع العمومي و بالتالي اعتبار رضا المريض مدخلا لتقديم جودة أفضل ، فغالبية المستشفيات لم تحاول قياس جودة خدماتها و لم تتعرف على محددات تلك الجودة و مدى تأثيرها على رضا المريض لذا و من خلال ما سبق يمكن طرح الإشكالية الرئيسية للموضوع كما يلي:

هل توجد فجوة بين توقعات المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية العمومية لأبعاد جودة الخدمات الصحية و إدراكاتهم لهذه الأبعاد (التي حددها Parasuraman في نموذج سرفكوال) ؟
و ما هو مستوى رضاهم عن جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلا؟

2-الأسئلة الفرعية :

- و يمكن تقسيم هذه الإشكالية الرئيسية إلى مجموعة من الأسئلة الفرعية كما يلي :
- ما هو واقع الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية في الجزائر؟
 - هل نموذج محددات جودة الخدمات SERVQUAL الذي يعود ل PARASURAMAN يؤثر على رضا المريض ؟
 - ما هو ترتيب محددات جودة الخدمات الصحية من طرف المرضى؟
 - هل هناك علاقة بين جودة الخدمة الصحية و رضا المريض؟
 - هل يمكن تبني إطار علمي مقترح يمثل خطوات تنفيذية لتطبيق جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية ليكون بمثابة الدليل الإرشادي لإمكانية التطبيق الفعلي الموسع لأسس و قواعد جودة الخدمات الصحية؟

3-فرضيات الدراسة:

و للإجابة على التساؤلات السابقة تم اقتراح الفرضيات التالية التي سيتم تأكيدها أو نفيها من خلال القيام بالدراسة :

الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة احصائية $= 0.05$ بين الخدمة الصحية المدركة من قبل

المرضى و توقعاتهم لهذه الخدمة في المؤسسات الصحية العمومية؛

الفرضية الفرعية الأولى : لا توجد فروق ذات دلالة احصائية $= 0.05$ بين العناصر الملموسة

المدركة و المتوقعة من قبل المرضى في المستشفيات العمومية.

الفرضية الفرعية الثانية : لا توجد فروق ذات دلالة احصائية = 0.05 بين درجة الإعتمادية المدركة و المتوقعة من قبل المرضى في المستشفيات العمومية .

الفرضية الفرعية الثالثة : لا توجد فروق ذات دلالة احصائية = 0.05 بين درجة الإستجابة المدركة و المتوقعة من قبل المرضى في المستشفيات العمومية .

الفرضية الفرعية الرابعة : لا توجد فروق ذات دلالة احصائية = 0.05 بين درجة الأمان المدركة و المتوقعة من قبل المرضى في المستشفيات العمومية .

الفرضية الفرعية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة احصائية = 0.05 بين درجة التعاطف المدركة و المتوقعة من قبل المرضى في المستشفيات العمومية .

الفرضية الثانية : لا تختلف الأهمية النسبية لمحددات الجودة الصحية في التأثير على توقعات المرضى في المؤسسات الصحية العمومية.

الفرضية الثالثة : إن تقييم المرضى لمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم فعليا من قبل المؤسسات الصحية العمومية كان منخفض.

الفرضية الرابعة : إن مستوى جودة الخدمات الصحية العمومية التي يتوقعها المرضى المقيمين في المؤسسات الصحية العمومية منخفض.

الفرضية الخامسة : يوجد ارتباط بين محددات جودة الخدمات الصحية الفعلية عند مستوى دلالة 0.05 .

الفرضية السادسة : توجد علاقة تأثيرية ذات دلالة احصائية = 0.05 بين محددات جودة الخدمات الصحية الفعلية و رضا المريض؛

الفرضية السابعة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية = 0.05 بين المتغيرات الديموغرافية كالسن،الجنس،مستوى الدراسة،المنطقة الجغرافية و إدراك المرضى لجودة الخدمات الصحية.

و تتبثق عن هذه الفرضية الفرضيات الفرعية التالية :

الفرضية الفرعية الأولى : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية = 0.05 بين متغير جنس المرضى وإدراكهم لجودة الخدمات الصحية.

الفرضية الفرعية الثانية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية = 0.05 بين متغير السن و إدراك المرضى لجودة الخدمات الصحية.

الفرضية الفرعية الثالثة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية = 0.05 بين متغير المستوى الدراسي و إدراك المرضى لجودة الخدمات الصحية.

الفرضية الفرعية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية = 0.05 بين متغير المنطقة الجغرافية و إدراك المرضى لجودة الخدمات الصحية.

4- أسباب اختيار الموضوع :

- أصبح موضوع جودة الخدمات الصحية محل اهتمام عالمي متزايد سعيًا من المؤسسات الصحية لتقديم الخدمة الصحية الأفضل التي تحقق أقصى رضا للمريض ، و بما أن أغلب الجزائريون يعالجون في المستشفيات العمومية التي تعاني من ضعف الخدمات الصحية الأمر الذي دفعني إلى اختيار الموضوع كمحاولة لمساعدة هؤلاء المرضى .

- تثبيت الجودة و مكافحة الرداءة قد يكون من أبرز التحديات التي تواجه المجتمع الجزائري ، فثقافة الاتقان و تحقيق الجودة هي أحد أهم الركائز في أي نهضة و على كل المستويات.

- تعتبر المواضيع الخاصة باقتصاد الصحة ، التسويق الصحي ، تمويل الخدمات الصحية و جودة الخدمات الصحية من مجالات اهتمامي التي لها علاقة بمجال تخصصي و هو التسويق.

- نقص البحوث التي تعالج هذا الموضوع في الجزائر خاصة في الجانب الميداني ، و حاجة المكتبات و المؤسسات الخدمية الصحية في الجزائر للدراسات الميدانية التي تعالج هذا الموضوع .

5- أهمية الدراسة :

تأتي أهمية هذه الدراسة لتلقي الضوء على مفهوم يكاد يقتصر تطبيقه على القطاع الخاص دون منحه الاهتمام اللازم من قبل الجهات الحكومية لتكون هذه الدراسة بمثابة دليل إرشادي يمكن من خلاله إعادة النظر في مفاهيم جودة الخدمات و دراسة إمكانية تطبيقها في القطاع الحكومي بما يسهم في رفع مستويات الأداء العام و هو أمر حيوي يمثل مطلباً أساسياً للجميع.

و سنحاول من خلال هذا البحث إظهار العلاقة بين ثلاثة متغيرات فاعلة : الجودة كاستراتيجية ، رضا المريض كنتيجة و القياس كوسيلة لتقييم درجة الرضا ، و تعتبر هذه الدراسة من الدراسات ذات الأهمية على المستويين العملي و العلمي ، فعلى المستوى العلمي فهي من الناحية النظرية استمرار لما يبذله الباحثون من جهود لتأكيد أهمية جودة الخدمات و تطبيق مقياس جودة الخدمة Servqual على الخدمات الصحية للتأكد من مدى مصداقيته و ثباته ، و قد تكون إحدى الإضافات العلمية المرجوة من هذه الدراسة هي مدى مواءمة استخدام هذا المقياس في قياس جودة الخدمات الصحية، فالمستشفيات العمومية في الجزائر تفتقر إلى المنهجية العملية القائمة على قاعدة معرفية ، حيث يهدف هذا البحث إلى إيجاد مقياس مناسب يمكن استخدامه في قياس جودة الخدمة الصحية استناداً إلى تقييمات المرضى أنفسهم ، أما على المستوى التطبيقي (العملي) فللبحث أهمية بالنسبة للمستشفيات و وزارة الصحة و المجتمع؛

بالنسبة للمستشفيات فإنها ستستفيد من خلال ما سيوفره لها هذا البحث من قاعدة معرفية ذات علاقة بمفهوم جودة الخدمة الصحية و أبعادها و مقياس علمي لقياس جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المستفيدين الأمر الذي سيؤدي إلى تحسين أداء المستشفيات ، أما بالنسبة لوزارة الصحة فإنها ستستفيد من خلال ما سيوفره هذا البحث باعتباره الجهة المنفذة لمصالح المجتمع و المشرف على أنشطة و أداء المستشفيات العاملة في الجزائر لذلك فإن وجود مقياس لقياس جودة

الخدمات الصحية في الجزائر من شأنه أن يوفر عليه الكثير من المال و الوقت و الجهد الذي يخصصه لتطوير و تحديث القطاع الصحي و الإرتقاء بخدماته إلى مستويات عالية من الجودة ، أما بالنسبة للمجتمع فإن تقديم المستشفيات لخدمات صحية بجودة عالية فمن شأن ذلك تحقيق مصالحه و تلبية رغباته و حاجاته.

6- أهداف البحث :

- يهدف هذا البحث إلى تحسيس المستشفيات العمومية لحاجات المجتمع الصحية من خلال استقصاء آراء المرضى و قياس درجة رضاهم باختبار نموذج سرفكوال لمحددات جودة الخدمات ؛
- التعرف بشكل دقيق على درجة التطابق أو الفجوة بين توقعات المرضى لأبعاد جودة الخدمات المقدمة و إدراكهم لها؛
- التحقق من ثبات و مصداقية مقياس Servqual في قياس جودة الخدمات الصحية و استخدام هذا المقياس لتشخيص مسببات مشاكل جودة الخدمة وصولا لمعالجتها؛
- توفير قاعدة من المعلومات التي تساعد الإدارة في المستشفيات العمومية في قياس جودة الخدمات الصحية؛
- تحديد الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمات الصحية التي يستخدمها المرضى في تقييمهم لجودة الخدمات الصحية و ذلك لمعرفة أولويات التطوير عند الحاجة إليه؛
- تقديم إطار علمي واضح و محدد و متكامل لقياس جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات العمومية يمكنها من الاعتماد عليه كوسيلة لتطوير و تحسين الجودة بدلا من الاعتماد على الأحكام الشخصية التي تقتصر إلى أي دليل علمي؛
- التعرف على تقييم المرضى لمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم سواء من ناحية توقعاتهم أو إدراكاتهم لمستوى جودة الخدمات المقدمة لهم فعليا؛

- التعرف على مدى تأثير بعض المتغيرات مثل الجنس و السن و المستوى التعليمي...على تقييم المرضى للخدمات الصحية المقدمة لهم.

7- محددات الدراسة : و تتمثل باختصار في المحددات الآتية :

أ- **الحدود العلمية :** اقتصرَت الدراسة على أسلوب تقييم الجودة في المؤسسات الصحية العمومية (المستشفيات)؛

ب- **الحدود المكانية :** طبقت الدراسة على عينة من المؤسسات الصحية العمومية بمدينة البليدة و هي : مستشفى ابراهيم تيريشين، مستشفى فرانتز فانون و المركز الجامعي الاستشفائي حسيبة بن بوعلي؛

ج- **الحدود الزمانية :** تمت الدراسة الميدانية خلال الفترة الممتدة من 2015/05/02 إلى 2015/06/02؛

د- **الحدود البشرية :** شملت الدراسة المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية العمومية؛

هـ - **نوع الخدمات الصحية :** الخدمات العلاجية ؛

و- **الفجوة :** و تركز هذه الدراسة على الفجوة الخامسة من نموذج سرفكوال لتحديد الفرق بين

توقعات المستفيدين من الخدمات الصحية العمومية و إدراكاتهم لهذه الخدمات .

لذا يتوقع أن تكون نتائج الدراسة مختلفة عن الدراسات السابقة.

8- صدق الأداة و ثباتها : للتأكد من صدق أداة القياس تم عرض الاستبانة على محكمين

متخصصين من أساتذة جامعيين أكاديميين و طلب منهم تقييم الاستبانة من حيث دقة الفقرات و

درجة شمولها و اقتراح ما يروونه مناسب لإجراء التعديلات عليها بناءا على اقتراحاتهم ، و لمعرفة

ثبات الفقرات فقد تم استخدام طريقة الاختبار و إعادة الاختبار (test-retest) على مجموعة من

أفراد مجتمع الدراسة غير أفراد العينة بلغ عددهم (50).

9- متغيرات الدراسة و أسلوب القياس : اعتمدت الدراسة بصفة أساسية على قياس الجودة

الكلية الذي اقترحه Parasurman و زملائه و المعروف باسم مقياس جودة الخدمة Servqual و يشمل هذا المقياس اثنين و عشرين مفردة تمثل اثنين و عشرين خاصية صممت لقياس خمسة أبعاد تعكس جودة الخدمة و قد تم تصميم استقصاء من جزئين يعكس الأول توقعات المرضى (ما ينبغي أن تكون عليه الخدمة) بينما يقيس الجزء الثاني إدراك المرضى للأداء الفعلي للخدمة و يمثل الفرق بين إدراك المرضى و توقعاتهم جودة الخدمة المدركة. و قد تم الاعتماد على هذا المقياس لتمتعه بقبول عام من قبل الباحثين و اجتيازه للاختبارات المتكررة للصدق و الثبات ، بالإضافة إلى عمومية تطبيقه على قطاع الخدمات. و تتمثل متغيرات الدراسة في :

أ- المتغير المستقل جودة الخدمات الصحية و تتمثل أبعاده الفرعية في : الملموسية ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان و التعاطف ؛

ب- المتغير التابع : الذي هو رضا المريض عن مستوى هذه الخدمات.

10- أسلوب جمع المعلومات: تم اعتماد أسلوب الاستقصاء من خلال المقابلة الشخصية

حيث قام الباحث باستجواب المرضى و تم شرح الهدف من الدراسة و كيفية ملأ الاستقصاء ، و تحقيقاً لأغراض الدراسة الحالية فقد تم استخدام مقياس سرفكوال لجودة الخدمات المتكون من 22 عبارة تمثل أبعاد جودة الخدمات ، حيث استخدم المقياس مرتين ، الأولى لقياس الجودة المتوقعة من طرف المرضى ، و المرة الثانية لقياس الجودة الفعلية المدركة من طرف المرضى .

و قد ارتبطت العبارات بمقياس ليكرت المكون من 5 نقاط تراوحت بين رقم 1 و يعبر عن عدم الموافقة المطلقة ، و الرقم 5 و يعبر عن الموافقة المطلقة عليها في حين يعبر الرقم 3 عن الموافقة المتوسطة. و بهذا تم تطوير المقياس المكون من ثلاث أقسام:

أ- القسم الأول و الذي يمثل المتغيرات الخاصة بالخدمة الصحية المتوقعة ؛

ب- القسم الثاني و الذي يمثل المتغيرات التي تتعلق بالخدمة الصحية الفعلية ؛

و كلا القسمين يتكونان من 22 عبارة لكل قسم حسب مقياس ليكرت : موافق بشدة ، موافق ، موافق إلى حد ما ، غير موافق ، غير موافق بشدة.

ج- القسم الثالث و يحتوي على معلومات ديموغرافية و ذلك على النحو التالي:

-السن : و هو على أربع مستويات ، أقل من 20 سنة ، من 21 إلى 40 سنة ، من 41 إلى 60 سنة ، أكثر من 61 سنة.

-الجنس : و هو على مستويين : ذكر ، أنثى.

-المستوى الدراسي : و هو على ست مستويات: أمي ، ابتدائي ، متوسط ، ثانوي ، جامعي ، دراسات عليا.

-المنطقة الجغرافية : و هي على مستويين : حضري و شبه حضري.

11-المنهج المتبع :

اعتمدنا في هذا البحث على دراسة مكتبية التي اعتمدنا عليها في الجانب النظري لتكوين القاعدة الفكرية من خلال عدة مراجع كالكتب و المقالات و المجلات المتخصصة و الملتقيات و رسائل الماجستير و الدكتوراه إضافة إلى شبكة الأنترنت.

أما فيما يتعلق بالجانب الميداني فتم الاعتماد على جمع البيانات بواسطة استبانة تم تصميمها لجمع البيانات المتعلقة بمتغيرات الدراسة و التي وجهت إلى عينة البحث ثم جرى تفريغها و تحليلها للتوصل إلى النتائج المرجوة من الدراسة باستخدام أداة (Servqual instrument) التي تعد الطريقة الأحدث لقياس جودة الخدمة ، كما تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي نظرا لملائمته حيث يتم في هذا المنهج جمع البيانات و إجراء التحليل الإحصائي و اختبار الفرضيات لاستخراج النتائج المطلوبة.

12- الدراسات السابقة : تم استعراض عدد من الدراسات ذات العلاقة بجودة الخدمات

الصحية و الاستفادة منها في دراستنا لبناء أداة الدراسة و التأطير النظري و كان من تلك الدراسات ما يلي:

1- دراسة باراشورامان و زملائه **Parsuraman & al 1985** : هدفت هذه الدراسة إيجاد نموذج لقياس جودة الخدمة من خلال تحديد أبعادها و التي يعتمد عليها المستفيدين في الحكم على مستوى جودة الخدمة المقدمة لهم ، و قد توصلت الدراسة إلى تحديد عشرة أبعاد لجودة الخدمة يعتمد عليها المستفيدون من الخدمة عند تكوين توقعاتهم و تحديد إدراكاتهم عن جودة الخدمة و هي : الاعتمادية ، الاستجابة و الكفاءة ، السرعة في تقديم الخدمة ، الاتصال ، اللباقة ، الأمان ، المصادقية ، فهم الزبون و الجوانب المادية ، و تعد هذه الدراسة هي البداية الحقيقية لدراسات قياس جودة الخدمة.

2- دراسة باراشورامان و زملائه **Parsuraman & al 1988** استهدفت هذه الدراسة إلى تحسين جودة الخدمة في المؤسسات و ذلك عن طريق التعرف على الفجوات الخمسة في نموذج جودة الخدمة (نموذج الفجوات) و العوامل التنظيمية المسؤولة عنها.

و توصلت الدراسة إلى أن مقياس الفجوات يقوم على محور أساسي في قياس جودة الخدمة و هي الفجوة الرئيسية بين إدراكات المستفيد لمستوى الأداء الفعلي للجودة و توقعاته حول جودة الخدمات.

3- Gorge Mendoza Aldana, Helga Piechulek et Ahmed Al Sabir, satisfaction des patients et qualité des soins dans des zones rurales du Bangladesh, bulletin of the world health organisation, 79(6), 2001.

حيث حاول الباحثون من خلال هذه الدراسة تقييم توقعات المستفيدين و درجة رضاهم عن جودة الخدمات الصحية في المناطق الريفية لبنغلادش حيث تم استجواب 1913 مريض بعد حصولهم

على خدمات في القطاع العمومي ، و تمثلت أهم العوامل التي تأثر على رضا المرضى في سلوك الأطباء و المساعدين بالدرجة الأولى خاصة الإحترام و الأدب في التعامل معهم و يمثل هذا السلوك بالنسبة لهم أهم من الكفاءة التقنية التي يحصلون عليها من طرف هؤلاء ، و أكدت الدراسة أن رضا المريض هو وظيفة و نتيجة لمفهوم ثقافي فالخدمات المقدمة يجب أن تستجيب للخدمة الطبية ، و البسيكولوجية أيضا لأن الخدمات التي ترضي الحاجات الطبية فقط لا تعبر بالضرورة على الحاجات العاطفية أو الإجتماعية للمرضى و بالمقابل الخدمات التي تستجيب للحاجات البسيكولوجية و تهمل الخدمات الطبية تمثل خطر على المريض و بالتالي يقترح الباحثون على الدول النامية التي تقدم الخدمات الصحية المركزة على المرض فقط أن تقوم بدراسات معمقة لتحديد رضا المرضى من خلال احترام ثقافتهم.

4- حسين منصور، الخدمات الصحية المقدمة للمرضى المنومين في المستشفيات الحكومية بمدينة إربد، "دراسة في جغرافية الخدمات"، المنارة، المجلد 13، العدد 1، جامعة اليرموك، الأردن، 2006.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الحكومية للمرضى المنومين بمدينة إربد. ومدى رضاهم عنها في مجالات الطبيب، والخدمة الفندقية والتمريض والوضع الاجتماعي والواسطة. شملت عينة الدراسة (224) مريضاً في ثلاثة مستشفيات حكومية بمدينة إربد، واستخدم الباحث استبانة خاصة بقياس رضى المرضى مكونه من (33) جملة على مقياس "ليكرت" الخماسين ، و قد أظهرت نتائج الدراسة مستويين لرضى المرضى المنومين أحدهما مرتفع والآخر منخفض. كما أظهرت أن الرضى عن مجال كادر التمريض احتل المرتبة الأولى ثم مجال الوضع الاجتماعي والواسطة، فمجال الطبيب ثم مجال الخدمات الفندقية. كما أظهرت وجود

فروق دالة إحصائياً بين مجال الخدمات الفندقية ومتغير الدخل ومجال الطبيب ومتغير الحالة الاجتماعية مع الرضا. ولم تظهر فروق دالة إحصائياً بين الرضى والمتغيرات المستقلة الأخرى.

5-Dhouha Doghri Fakhfakh,le risque d'influence des variables individuelles et les variables liées au séjour sur la satisfaction et la perception des patients de la qualité des services de santé :le cas de l'hôpital tunisien,le cas de l'hospital tunisien,édition ESKA ?Market Manangement,2007/3,volume7,p49-62,France

حيث من خلال هذا البحث حاولت الباحثة معرفة اثر المتغيرات الشخصية للمريض و المتغيرات المرتبطة بمدة الإقامة على العلاقة إدراك الجودة و الرضا و قامت بدراسة كمية عن طريق استقصاء موجه للمرضى لتقييم مدى إدراك جودة الخدمات الصحية و رضاهم عنها لعينة تحتوي على 200 مريض لمدة إقامة قصيرة و أخرى طويلة الأجل في مؤسسات الصحة العمومية في تونس الكبرى و ركزت على نوعين من الخدمات : الخدمة الجراحية تخصص طب نساء و أخرى تخصص مرضى السكري في 6 مستشفيات.

و قد أظهرت نتائج الدراسة أهمية المتغيرات الشخصية للمريض و المتغيرات المرتبطة بمدة الإقامة في التأثير على العلاقة الجودة المدركة/رضا المريض ، و أن هذه المتغيرات تساهم في تفسير الجودة المدركة و الرضا.

6- عدنان مريزق ، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية: دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة ، أطروحة دكتوراه ، كلية علوم الإقتصاد و التسيير بجامعة الجزائر ، 2008/2007.

و قد خلصت الدراسة إلى أن المريض ليس راض عن بعض جوانب تقديم الخدمة و المتمثلة أساسا في نظام التغذية ، النظافة،التكفل من قبل أفراد الطاقم شبه الطبي و غيرها في حين هو راضي عن التكفل الطبي عن درجة حرارة الغرفة و درجة الإضاءة .

و تتمثل أهم العقبات التي تواجه الطاقم شبه الطبي بظروف العمل بشكل جزئي و توجد عقبات أخرى تتمثل في عدم وضوح المهام و ضعف التأطير ، كما أن العوائق التي تواجه الأطباء للقيام بعمل ذو جودة تتمثل في قلة الوسائل و قلة التكوين و نقص التنظيم .

7- 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 الثاني،سورية،2009.

استقصي رأي 474 مريض في أكبر أربعة مستشفيات تعليمية في سورية و هي الموساة ، الأسد الجامعي ، الأطفال و التوليد و أمراض النساء و التي اتخذت من دمشق مقرا لها ، و احتوت الاستبانة على 39 مفردة تبين الآراء و الانطباعات الشخصية و الموضوعية حول الرضا عن خدمات المستشفيات في المجالات التالية : الرعاية الطبية المهنية ، الرعاية التمريضية المهنية ، الرعاية الصحية السلوكية ، الخصائص التنظيمية ، الفندقية بجوانبها الثلاثة) ، و توصلت الدراسة إلى أن مستوى الرضا العام تجاوز 2.5 نقطة بالمتوسط على مقياس (من 1 إلى 4) ، و عبر 75 بالمئة من المرضى عن رضاهم عن الخدمات التي قدمتها المستشفيات التعليمية.

8- عتيق عائشة ، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية ، رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير ، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ، كلية علوم الاقتصاد و التسيير و التجارة ، جامعة أبو بكر بلقايد ، تلمسان ، 2011/ 2012

يهدف هذا البحث إلى دراسة واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة و مدى تأثيرها على رضا المريض بالاعتماد على أبعاد جودة الخدمات الصحية ، و قد تمكنت الدراسة من التوصل إلى أن المريض راضي على الأبعاد الأربعة (الاعتمادية ، الاستجابة ، الضمان ، التعاطف) إلا أنه غير راض على بعد الملموسية. و ما يميز هذه الدراسة استخدامها لنموذج الفجوة سرفكوال في مؤسسة صحية عمومية و قياس مستوى رضا المستفيدين حول جودة الخدمات الصحية المقدمة.

9- Azizzadeh Fariba, Khalili Karam and Soltani Iraj, service quality measurement in the public sector, Ilam province post office case studies, international journal of economics, finance and management, 1(13), 2013

حيث استعمل الباحثون مقياس الفجوة في هذه الدراسة لقياس جودة الخدمات البريدية في مقاطعة إلام بإيران ، و تم إضافة بعد سادس إلى الأبعاد الخمسة لمقياس سرفكوال و هو بعد التكلفة ، قدرت العينة بـ 180 مفردة و توصلت الدراسة إلى وجود انحرافات سالبة في الأبعاد الخمسة للنموذج الذي تم استعماله.

10- عطية مصلح ، قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين و المرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية ، جامعة القدس المفتوحة ، منطقة قلقيلية التعليمية ، بدون سنة ، فلسطين.

ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة استخدام مقياس سرفكوال من أجل قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المستفيدين من الخدمات الصحية العمومية ، و تتفق مع الدراسات السابقة بأنها طبقت على المرضى و العاملين و تختلف عن بعض الدراسات التي أجريت على العاملين فقط أو على المرضى فقط . و أظهرت النتائج أن استجابات عينة الدراسة نحو قياس جودة الخدمات

الفعلية و المدركة من قبل العاملين و المرضى كانت عالية على محاور الدراسة كافة و على الدرجة الكلية ، و وجد فروق ذات دلالة احصائية على المحاور التالية : الاستجابة ، الأمان و الثقة و التعاطف تعزى لمتغير الجنس و كانت لصالح الذكور .

11- صفاء محمد هادي الجزائري، على غباش محمد، بشرى عبد الله شتيت، قياس و تقييم جودة

الخدمات الصحية، دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام، العراق، بدون سنة.

حيث تم قياس جودة الخدمات الصحية في مستشفى الفيحاء العام بالبصرة باستعمال مقياس جودة الخدمات سرفكوال ، و 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.

- ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة :

إن الاهتمام بجودة الخدمات ليس موضوعا جديدا لكن الجديد في هذا الموضوع يكمن في عملية استخدام الطرق العلمية و الأساليب الإحصائية الحديثة لتطبيق برامج إدارة الجودة و كذلك في وضع المعايير الملائمة و تقويم مستويات الأداء من خلال تطبيق تلك البرامج ، و عليه فإن الدراسة تسعى إلى قياس جودة الخدمات الصحية بتبني مقياس الإدراكات/التوقعات (Servqual Scale) الذي وضع من قبل Berry Parasuraman, Zeithaml and لقياس و تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية العمومية بتطبيق النموذج على الخدمات الصحية العمومية لمعرفة ما إذا كانت محددات هذا النموذج تحقق رضا المريض و ترتيب هذه المحددات حسب أهميتها بالنسبة للمرضى و قياس الفجوة بين توقعات المرضى عن جودة الخدمات الصحية و إدراكهم لها .

13- صعوبات الدراسة :

- واجهتنا خلال عملية البحث الميداني بعض الصعوبات تمثلت في :
- صعوبة الحصول على الموافقة بالقيام بالمسح على مستوى بعض مصالح المؤسسات الصحية
 - عينة الدراسة رغم الحصول على الموافقة من طرف المدير العام ؛
 - الاعتقاد السلبي للمسؤولين في الأقسام الصحية حول عدم جدوى قياس رضا المريض و عدم إمكانية تطبيق الجودة في القطاع العمومي؛
 - رفض بعض المرضى ملئ الاستمارة ؛
 - صعوبة استقصاء عينة الدراسة و هذا للحالة الصحية للمرضى المقيمين ؛
 - محدودية مدة المسح (1 شهر) مما لم يسمح بتوسيع العينة أكثر.

14- هيكل الدراسة : تتمثل خطة الدراسة التي اعتمدناها كمدخل لتحقيق أهدافنا في طرح

- الموضوع من خلال أربعة فصول كما يلي تسبقهم المقدمة و تليهم الخاتمة :
- إذ تطرقنا في المقدمة إلى صياغة الاشكالية الرئيسية و فرضيات البحث ، و تقديم أهمية و أهداف الموضوع ، المنهج و الأدوات المستخدمة في الدراسة ، بالإضافة إلى حدود الدراسة....الخ
- و في خاتمة البحث تناولنا الإجابة على الإشكالية و اختبار الفرضيات ، و أهم النتائج الميدانية و التوصيات الممكنة ، و أخيرا اقتراح بعض الاشكاليات كافاق للدراسة و مكملتها.
- الفصل الأول :** بعنوان جودة الخدمات الصحية حيث نتعرف من خلال هذا الفصل على أهم مفاهيم الجودة و جودة الخدمات و أبعادها و كيفية قياس هذه الجودة ، كما نتعرف على أهم نماذج القياس و هو نموذج سرفكوال المستعمل في هذه الدراسة و الفجوات التي يقيسها و هذا في المبحث الأول من الفصل ، ثم نتطرق لجودة الخدمات الصحية من حيث المفهوم و الخصائص و الأنواع في المبحث الثاني ، و خصصنا المبحث الثالث للجودة الشاملة للخدمات الصحية.

الفصل الثاني: بعنوان تسويق الخدمات الصحية حيث نقسم هذا الفصل إلى مجموعة من المباحث يتمثل المبحث الأول في التعريف بالتسويق الصحي في المستشفيات ،إدارة التسويق في المؤسسات الصحية في المبحث الثاني ، التسويق الاستراتيجي للخدمات الصحية في المبحث الثالث ، و المزيج التسويقي للخدمات الصحية في المبحث الأخير .

الفصل الثالث: يحمل عنوان رضا المريض مقسم على ثلاث مباحث ، المبحث الأول مدخل لرضا المريض نتعرف من خلاله على المفهوم ، الأهمية ، العلاقة بين الخدمات و رضا المريض ، المبحث الثاني تحليل محددات الرضا المتمثلة في التوقعات و الإدراكات ، أما المبحث الثالث فخصصناه لقياس رضا المريض مقسم إلى أهداف القياس ، أساليب القياس ، أهمية القياس و الصعوبات التي تواجه عملية القياس.

الفصل الرابع: بعنوان دراسة ميدانية لعينة من المؤسسات الصحية العمومية بحيث ننقل من خلال هذا الفصل إلى الجزء التطبيقي بدراسة ميدانية لمجموعة من المستشفيات العمومية و إجراء استقصاء لعينة من المرضى لمعرفة توقعات المرضى للخدمات الصحية العمومية و مستوى إدراك هؤلاء لجودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات عينة الدراسة ، و هذا من خلال ثلاثة مباحث الأول خصص للتعريف العام بميدان الدراسة و الإطار المنهجي ، أما المبحث الثاني فخصص لتحليل استمارة الاستبيان من خلال عرض أساليب الاحصاء المستخدمة في البحث أما المبحث الثالث فخصصناه لاختبار فروض الدراسة .

الفصل الأول

الفصل الأول : جودة الخدمات الصحية

تمهيد :

تعتبر الخدمات الصحية مظهرا من مظاهر التنمية الاقتصادية و الاجتماعية في أي بلد من البلدان لأنها تسهم في بناء إنسان قادر على الأداء و العطاء ، و إلى جانب خصوصيتها الإنسانية فإن لها خصوصية شرعية تزيد من أهميتها و قيمتها ، فالشريعة الإسلامية اهتمت كثيرا بسلامة الجسم و المحافظة عليه كما زخرت الشريعة الإسلامية بالكثير من النصائح و الإرشادات الداعية إلى المحافظة على صحة الإنسان لكي يكون قادرا على أداء تكاليفه الشرعية و عليه فإن تقديم الخدمات الصحية سيعين الإنسان على أداء تكاليفه الشرعية ، أما بعدها الاقتصادي فيتمثل بالحفاظ على الإنسان القائم بالعملية الإنتاجية و المنفذ لبرامج التنمية الاقتصادية ، فوجود الإنسان المفعم بالصحة و العافية عنصر هام من عناصر نجاح العملية التنموية في البلاد و في هذا المعنى يعتبر الإنفاق على الخدمات الصحية إنفاق استثماري ، فالخدمة الصحية مطلب أساسي تسعى المجتمعات الإنسانية تحقيقه مهما اختلفت نظمها السياسية و الاقتصادية ، كما تحاول الدول توفير الإمكانات المادية و التقنية و البشرية المناسبة في مؤسساتها الصحية للارتقاء بمستوى جودة الخدمة الصحية ، و يعتبر تقديم الخدمات الصحية بما فيه من وسائل الوقاية و العلاج عنصرا أساسيا في التنمية باعتبار أن المنفق على هذه الخدمات يوجه إلى أحد عناصر الإنتاج و هو العنصر البشري فمما لا شك فيه أن العنصر البشري هو أحد الوسائل اللازمة لنجاح كافة الوحدات إنتاجية كانت أم خدمية في تحقيق أهدافها.

و يحظى موضوع الجودة الآن باهتمام متزايد من كل المؤسسات حيث تنبعت هذه الأخيرة إلى أهمية تطوير و تحسين الجودة كمدخل أساسي لمواجهة التحديات الداخلية و الخارجية التي بدأت في مواجهتها كالتكنولوجية المتلاحقة و الاتجاه نحو العولمة و الاهتمام بقضايا البيئة و التغير المستمر في سلوك الزبون و الذي بدأ ينظر للجودة كمعيار أساسي لتقييم و اختيار ما يشبع حاجاته و رغباته من سلع و خدمات . لذا ارتأينا تقسيم هذا الفصل إلى ثلاث مباحث كما يلي :

- مدخل إلى جودة الخدمات.
- جودة الخدمات الصحية.
- إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

1-1 مدخل إلى جودة الخدمات.

حيث قسمنا هذا المبحث إلى مطلبين ، مفهوم ، أهمية و أبعاد جودة الخدمات في المطلب الأول ، قياس جودة الخدمات في المطلب الثاني كما يلي :

1-1-1 مفهوم ، أهمية و أبعاد جودة الخدمات:

و ينقسم هذا المطلب إلى فرعين ، مفهوم جودة الخدمات في الفرع الأول ، الأهمية و الأبعاد في الفرع الثاني كالآتي:

1-1-1-1 مفهوم جودة الخدمات:

إن تعريف الجودة أو وضع تعريف محدد لها يثير الكثير من المشاكل أمام الباحثين و المهتمين بهذا المجال و يرتبط مفهوم الجودة في الدول النامية بمنتجات بعض المؤسسات العالمية مثل : ناشيونال توشيبا ، سوني وغيرها ، و في مجال الفنادق فإن فنادق الخمسة نجوم (درجة أولى) ترتبط بأسماء ذات شهرة عالمية مثل الشيراتون ، الهيلتون و غيرها و لكن عندما نحاول تعميم هذه الملاحظات و ايجاد تعريفات محددة نجد أن هناك سلسلة متداخلة من المشكلات ، فإذا كان الغرض من السيارة مثلاً هو النقل بين بلدين فإن سيارة رخيصة الثمن يمكنها فعل ذلك مثلما تفعل سيارة مرتفعة الثمن.⁽¹⁾

إن مشكلات الجودة متداخلة و اتجاهاتها متعددة و بعض هذه المشكلات يمكن قياسها و البعض الآخر يترك للحكم و الاجتهاد و التقدير الشخصي خاصة في قطاع الخدمات.

و لكل هذه الصعوبات فإن تعريفات كثيرة للجودة يطرحها الباحثون في هذا المجال و منها :

1- الجودة تقيس التميز؛

2- الجودة تقيس مدى تكيف المنتج للغرض من استعماله؛

3- الجودة تقيس درجة مطابقة أو مقابلة المنتج للمواصفات المخططة أو المصممة.⁽²⁾

و اختصاراً يمكن وضع وجهتي نظر في هذا المجال:

1- و جهة نظر داخلية للمنتج : و الذي يحدد الجودة على أساس أنها المطابقة التامة بين أداء

المنتج و المواصفات المصممة؛

1- سيد جاد الرب، الإتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، مطبعة

العشري، الإسكندرية، 2008، ص 301/303

2- نفس المرجع، ص 305

2- وجهة النظر الخارجية للمستفيد : و الذي يحدد الجودة على أساس قدرة السلعة أو الخدمة على تأدية الوظيفة التي اشتراها من أجلها.

و قديما كان الإتجاه نحو تشجيع وجهة النظر الأولى و لكن التطورات الحديثة خلال السنوات القليلة الماضية جعلت الإتجاه نحو تشجيع وجهة النظر الخارجية ، و يثير هذا التعارض مشكلة كبيرة عند تحديد الجودة لذا فالجودة المقبولة هي التي توازن بين وجهة النظر الداخلية و الخارجية . و الجودة Quality هي كلمة مشتقة من الكلمة اللاتينية Qualities التي يقصد منها طبيعة الشيء و الشخص و درجة صلاحه ، و عرف ابن منظور في معجمه لسان العرب كلمة الجودة بأن أصلها جو و الجيد نقيض الرديء ، و جاد الشيء جوده ، و جوده أي صار جيدا. (1)

و لتتنوع تعاريف الجودة قام ديفيد جارفين بحصر التعاريف المختلفة في خمسة مداخل تتمثل في :

1- مدخل المثالية: و يرى أصحاب هذا المدخل أن الجودة مفهوم مطلق يعبر عن أعلى مستويات التفوق و الكمال و بالتالي فالجودة لا يمكن تعريفها و لكن يمكن الإحساس بها و التعرف عليها؛

2- مدخل المنتج: و يرى أصحاب هذا المدخل أن الجودة يمكن قياسها و تحديدها بدقة فهي تمثل بالنسبة للمنتج مستوى احتوائه على خاصية أو عنصر ما من العناصر و الخواص المكونة؛

3- مدخل المستخدم: وفقا لهذا المدخل فالجودة هي ما يراه و يريد المستفيد في المنتج و يميل إلى الأخذ بهذا المدخل رجال التسويق و لما كانت رغبات و حاجات المستفيد تختلف من شخص لآخر فإن الشيء الجيد هو ما يحقق الأفضليات التي يراها المستفيد و هي نظرية ذهنية شخصية للغاية؛

و ترتكز جودة المنتج من وجهة نظر المستفيد على مايلي :

أ- منتج خالي من العيوب؛

ب- عمر استخدام أطول؛

ج- المحافظة على خصائصه طول فترة الاستخدام؛

د- سعر أقل.

4- مدخل التصنيع: وفقا لهذا المدخل فإن رجال الإنتاج يرون أن الجودة تعني المطابقة للمواصفات و المعايير الموضوعة للمنتج و أن يتم إنتاجها بطريقة صحيحة من أول مرة فنظرة الصانع إلى

1- يوسف حجييم سلطان الطائي، هاشم فوزي دباس العبادي، إدارة علاقات الزبائن، مؤسسة الوراق للنشر

الجودة هي نظرة هندسية تصنيعية و من هنا فالجودة بالنسبة لهم تعني :

أ- التطابق مع المواصفات و المعايير ؛

ب- أن يتم صنع الأشياء بطريقة سليمة. (1)

5- مدخل القيمة: و تعتمد تعاريف الجودة وفقا لهذا المدخل على التكلفة و السعر و تبعا لذلك فالمنتج الجيد هو الذي يحقق المواصفات بتكلفة مقبولة أو هو الذي يوفر أداءا معينا بسعر مقبول. أما بالنسبة للخدمة و لأن الخدمة عادة ما تتضمن عناصر غير ملموسة و أخرى ملموسة فقد جرت محاولات جادة للتمييز بين المعايير الموضوعية لقياس الجودة و تلك المعايير التي تعتمد على الإدراكات الاجتهادية للمستفيدين من الخدمة ، و يقول Gronroos أن لجودة الخدمة بعدان اثنان هما :

1- الجودة الفنية : وتشير إلى الجوانب الكمية للخدمة أي الجوانب التي يمكن التعبير عنها بشكل كمي؛

2- الجودة الوظيفية : تشير إلى الكيفية التي تتم فيها عملية نقل الجودة الفنية إلى المستفيد من الخدمة.

فلو أخذنا على سبيل المثال الخدمة المقدمة من قبل ميكانيكي سيارات ، نجد أن المستفيد من هذه الخدمة قد ينظر إلى المعدات و الآلات و الأدوات التي يستخدمها الميكانيكي في تصليح السيارة ، كما ينظر إلى مهارات و خبرة الميكانيكي و ذلك بهدف تقييم الجودة الفنية للخدمة ، أما سلوك العاملين و مظهرهم طريقة تعاملهم فهي تمثل مكونات الجودة الوظيفية للخدمة. (2)

و تعرف جودة الخدمة على أنها نوع من الاتجاه أو التقييم الشامل حول رفعة و تميز الخدمة ، و لكن الخلاف يتواجد حول طبيعة هذا الاتجاه فيرى البعض أن هذا الاتجاه ينجم عن مقارنة توقعات المستفيدين مع إدراكهم الفعلي للأداء الذي تلقوه فعلا و البعض الآخر يرى أن هذا الاتجاه ينجم عن إدراك الأداء بمفرده دون التوقعات و من مراجعة الدراسات السابقة التي اهتمت بتعريف جودة

1- عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه، كلية علوم الإقتصاد و التسيير، جامعة الجزائر، 2007/2008، ص4

2- حميد الطائي، بشير العلاق، تسويق الخدمات، دار اليازوري، الأردن، 2009، ص242.

الخدمة نستنتج أن هذا الاختلاف في تعريف جودة الخدمة مصدره تنوع النماذج التي تناولت قياس جودة الخدمة.⁽¹⁾

كما عرفها Zeithaml&Berry بأنها تشير إلى مدى التعارض و الفجوات بين توقعات المستفيد و رغباته و بين إدراكه لجودة الخدمة المقدمة ⁽²⁾ ، و ظهرت مجموعة من التعاريف تركز على المستفيد و توقعاته كونه أصبح طرفا رئيسيا في تحديد المعايير و المواصفات التي يجب على المؤسسة مراعاتها في عملية الإنتاج و عليه فقد تم تعريفها بأنها " مجموعة الخصائص و الميزات الخاصة بمنتج و التي تسمح له بإرضاء حاجات ظاهرة أو كامنة.⁽³⁾ فخدمة ذات جودة هي الخدمة التي يرضى عنها المستفيد ⁽⁴⁾ كما يمكن تعريف جودة الخدمة من خلال وجهتي نظر ، وجهة نظر مقدم الخدمة و وجهة نظر المستفيد من الخدمة ، فمقدم الخدمة يرى أن جودة الخدمة هي الجودة الموضوعية المقاسة بمجموعة من العوامل المرتبطة بالعناصر المادية التي تحدد موضعها بالمقارنة مع الخدمات المنافسة ، و بالنسبة للمستفيد قياس جودة الخدمات تتميز بالذاتية و يتعلق الأمر هنا بالجودة المدركة المرتبطة بحكم المستفيد و رضاه .⁽⁵⁾

كما يقصد بجودة الخدمات سواء كانت المتوقعة أو المدركة أنها المحدد الرئيسي لرضا المستفيد أو عدم رضاه و تعتبر في الوقت نفسه من الأولويات الرئيسية التي تزيد تعزيز مستوى النوعية في خدماتها.⁽⁶⁾

1- قاسم نايف علوان، فتحية أبوبكر محمد، قياس و تقويم جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الليبية، مجلة الإداري، العدد 112، عمان، 2007،

2- عز الدين علي محمد سويسي، إدارة الجودة الشاملة و أثرها على مستوى أداء الخدمة الصحية، دراسة حالة مركز طرابلس الطبي في الجماهيرية الليبية، رسالة ماجستير، 2005، ص 44

3- قطاف فيروز، تقييم جودة الخدمة المصرفية و دراسة أثرها على رضا العميل المصرفي، مجلة العلوم الانسانية، العدد 21، بسكرة، 2001، ص 95

4- Caroline Merdinger-Rumpler, la satisfaction du patient hospitalisé : de la mesure au pilotage, une approche empirique basée sur l'expérience d'hospitalisation, université Robert Schuman, France, p2

5- Nha Nguen, un modèle explicatif de l'évaluation de la qualité d'un service : une étude empirique, recherches et application en Marketing, vol Vi ?n2, France, 1991, p

6- مأمون الدراككة، طارق الشبلي، الجودة في المؤسسات الصحية، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان، 2011، ص 181.

فهي " معرفة ماذا يريد المستفيد و تحقيق تلك الرغبة بشكل صحيح يخلو من النقائص و العيوب و من أول مرة بحيث لا يضطر المستفيد إلى العودة إلى الموظف مرة أخرى لتعديل خطأ أو قصور ، إضافة إلى تحقيق الاستمرارية في جودة الخدمة و تحسين الأداء ، فالجودة هي تعريف المستفيد و ليس تعريف الإدارة " (1)

كما عرفت الجودة على أنها الدرجة التي يثمن فيها المستفيد الخدمة و التي تتناسب فيها مع استخداماته(2) و يشير البعض على أنها تمثل انخفاضا في شكاوي المستفيدين ، و يؤكد البعض على أنها انخفاض في نسبة العيوب و التالف و الفاقد أثناء التشغيل .(3)

و تشير الجودة مباشرة إلى " القياس بحيث الموارد المتوفرة أو الخدمات المقدمة تستجيب للمعايير المخططة مسبقاً" و هي مجموع الخصائص المنتظرة من منتج ، علاج أو خدمة ، و هي مجهود مستمر من قبل جميع أعضاء المؤسسة لمواجهة حاجات و توقعات الزبائن(4)

و من خلال مختلف التعاريف السابقة و التي أثبتت الجدول القائم حول تعريف الجودة يمكن أن نستنتج أن مفهوم الجودة مفهوم مختلف عليه لاختلاف الأطراف المسؤولة عنه ، فهي الجودة الفعلية التي تؤدي بها الخدمة (الخدمة الفعلية) ، و هي الجودة المتوقعة من قبل الزبائن (الخدمة المتوقعة) ، و هي مستوى الفجوة بين التوقعات و الإدراكات ، كما هي الجودة التي ترى إدارة المؤسسة أنها مناسبة ، و هي أيضا الجودة القياسية المحددة بالمواصفات ... و يمكن أن نقول أنها كل مجهود مستمر هدفه تحقيق رضا و اشباع الزبون و تقديم الأفضل.

1- عمر محمد رؤوف ،محمود هياجنة،أثر جودة الخدمة على رضا عملاء مجموعة الاتصالات الأردنية،رسالة

ماجستير،جامعة ال بيت،كلية إدارة المال و الأعمال،قسم إدارة الأعمال،الأردن،2007/2008،ص36

2- مالك عدنان علي العمري،أثر تحسين جودة الخدمة على رضا العملاء في قطاع المطاعم الأردني،رسالة

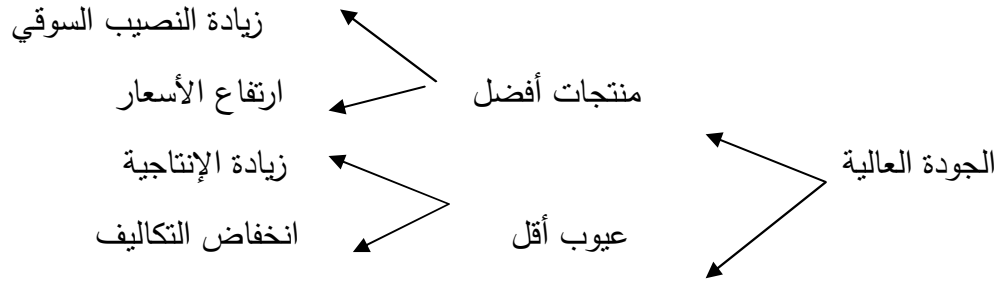
ماجستير،الجامعة الهاشمية،الأردن،2007،ص26

3- نفس المرجع،ص27

4- Slim Haddad,Danièle Roberge ,Raynald Pineault ,comprendre la qualité :en reconnaître la complexité,Ruptures,revue transdisciplinaire en santé4(1) :59-78,1997,p36

2-1-1-1 أهمية الجودة :

و يمكن توضيح أهمية الجودة العالية من خلال الشكل الآتي :



شكل رقم (1-1) : أهمية الجودة.

المصدر : محمد سيد جاد الرب، مرجع سابق، ص 306

و عندما نقول أن الجودة العالية يمكن أن تخفض تكاليف الإنتاج فهذه عبارة صحيحة عمليا و لا يوجد تناقض كما يظن البعض بين الجودة و التكاليف فالبعض يرى أن الجودة العالية تكلف أكثر و هذا قد يكون صحيحا من الناحية النظرية المجردة ، لكن من الناحية العملية نجد خلاف ذلك فالجودة العالية تحتاج إلى :

- وقت أكثر؛
 - تكاليف أكثر؛
 - مواد خام أفضل ؛
 - عمليات تشغيلية دقيقة؛
 - إدارة فعالة؛
 - مهارات بشرية متنوعة... و هكذا.
- إلا أن الجودة العالية أيضا يمكن في النهاية أن تخفض التكاليف و هذا يمكننا حسابه إذا ما شرحنا الخسائر التي تتحملها المؤسسة من جراء إنتاج جودة أقل أو منخفضة مثل إنتاج جزء معيب في منتج ما يتسلمها الزبون و يعود بها لمنزله مما يتطلب أن يرسل المصنع أحد الأخصائيين للكشف و الإصلاح لديه ، و لو تم التدقيق في هذا المنتج و تم إصلاح ما به من عيوب داخل المصنع لكان ذلك أرخص.⁽¹⁾

إن وجود عيوب أو قصور أو مشاكل إنتاجية معينة يعني زيادة الوحدات المرتدة و هذا يؤدي إلى انخفاض المبيعات في الأجل الطويل و تحول الزبائن إلى المنتجات المنافسة مما يقلل من النصيب السوقي للمؤسسة و يضعف من مقدرتها التنافسية.

1- محمد سيد جاد الرب، مرجع سابق، ص 306

و يمكن تأكيد أهمية الجودة باختصار من خلال العوائد أو المنافع التي تترتب عليها مثل :

- 1- زيادة سمعة و شهرة المؤسسة؛
- 2- زيادة القوة التنافسية للمؤسسة ؛
- 3- زيادة الإنتاجية؛
- 4- تخفيض حجم المجهودات التسويقية المطلوبة؛
- 5- تخفيض حجم المسؤولية القانونية على المؤسسة الناتجة عن العيوب؛
- 6- تخفيض التكاليف.

و بالرغم من أنه لا يمكن التأكيد أو الجزم القاطع بأن الجودة العالية تؤدي بالضرورة و في جميع الأحوال إلى نجاح المنتج ، إلا أنه يمكن التأكيد على أن الجودة المنخفضة تؤدي إلى الفشل و هذه الحقيقة تجعل من الصعب تحديد المستوى المقبول و المناسب من الجودة.

إن جودة السلع و الخدمات تعتبر أحد العوامل التي من خلالها تحصل المؤسسة على سمعة و شهرة طيبة مما يؤدي إلى ثقة الزبائن فيها و زيادة مبيعاتها ، و تثبت التجارب أن الزبون مستعد لدفع أسعار عالية للمنتجات ذات الجودة العالية ، كما أن بعض المؤسسات الصناعية و الخدمية تكون مسؤولة بحكم القانون عن أي عطل أو قصور في منتجاتها و هذا ما يشجعها على الجودة العالية مثل الجراح يكون مسؤول عن مضاعفات العملية الجراحية للمريض.⁽¹⁾

و تكتسب جودة الخدمة أهمية بالغة لعدة أسباب من أهمها :

- 1- المحافظة على رضا الزبائن نحو المؤسسة المقدمة للخدمة : لأن ذلك من شأنه المحافظة على تعامل الزبائن في المؤسسة ، و أن الاهتمام برغباتهم و متطلباتهم سيساهم في زيادة الرضا نحو هذه المؤسسة؛
- 2- المحافظة على العاملين : حيث يعتبر العاملون داخل المؤسسة هم زبائن داخليين ، لذلك فإن الاهتمام بهم يحفزهم على تقديم أفضل ما لديهم و ضمان انتمائهم للمؤسسة؛
- 3- تقوم جودة الخدمة على إظهار صورة مشرقة عن المؤسسة المقدمة للخدمة لأنها تعتبر هذه من الوسائل الترويجية الهامة عن الخدمات التي تقدمها؛

4- تقوم جودة الخدمة على تحقيق المنفعة النهائية على مستوى المجتمع ككل ، على أساس أن المنفعة الاجتماعية لجودة الخدمة ستعكس على المجتمع؛

5- تعمل جودة الخدمة على ضمان و استمرار بقاء المؤسسة كون الجودة تعني التحسين المستمر الذي يعطي المؤسسة الاستقرار و الاستقرار في هذا السوق. (1)

1-1-3 أبعاد جودة الخدمات :

يقصد بالأبعاد المعايير المستخدمة من قبل المستفيدين للحكم على جودة الخدمة ، أو الأبعاد التي تشكل إدراكه لجودة الخدمة. (2) و البعد هو متغير يصف حالة معينة أو تطور وجهة نظر كمية ، و هو وسيلة مساعدة لاتخاذ القرار حيث استعماله يجيب عن هدف في سياق معين ، البعد ليس له فائدة إلا من خلال الاختيارات التي يساعد بها في هذا الإطار.

و بصفة خاصة بعد جودة الخدمات الصحية هو وسيلة قياس لحالة صحية ، لممارسة نشأت من حدث يسمح بتقييم و بطريقة أكيدة و موثوق بها جودة الخدمات الصحية و تغيراتها عبر الزمان و المكان. (3)

و تعد أولى المحاولات لتحديد أبعاد جودة الخدمة هي التي قام بها الباحثان سوان و كومب **Swan&Comb** حيث حددا بعدين هامين لجودة الخدمة هما :

أ- الجودة المادية الملموسة التي يتعرض لها المستفيد حال حصوله على الخدمة ، و أثناء تعامله مع المؤسسة التي تقدم الخدمة له؛

ب- الجودة التفاعلية و هي تمثل عملية الخدمة ذاتها أو الأداء الذي يمثل منتج الخدمة مثل سهولة الوصول إلى مكان الخدمة أو طريقة تعامل مقدمي الخدمة مع المستفيدين.

و قد أضاف الباحثان لهتين و لهتين بعدا ثالثا و هو جودة المؤسسة مقدمة الخدمة أو الإنطباع الذهني عنها ، و يرى الباحثان أن هذا البعد أكثر أهمية من البعدين اللذين قدمهما الباحثان سوان و كومب في تفسير جودة الخدمة و في تصنيف اخر للباحثين نفسيهما عن جودة الخدمة ، نجد

1-مالك عدنان علي العمري،مرجع سابق،ص32

2-منير أحمد سعيد شكوكاني،أثر الجودة المدركة على الربحية و النمو،رسالة ماجستير،جامعة عمان العربية

للدراسات العليا،الأردن،ص34

3-Haute Autorité de santé,guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de qualité des soins,septembre 2012,France(online) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-11/guide_methodologique_diffusion_indicateurs.pdf France

أنهما يميزان بين جودة العمليات و التي يحكم عليها المستفيدين أثناء تأدية الخدمة ، و بين جودة المخرجات و التي يحكم عليها المستفيدين بعد الأداء الفعلي للخدمة .⁽¹⁾

و يستخدم جرونروس **Cronroos** نفس الأبعاد الثلاثة في تحديد جودة الخدمة إلا أنه يعطيها مسميات مختلفة عن المسميات السابقة هي:

أ- الجودة الفنية : و التي يمكن التعبير عنها بالسؤال : ما الذي يتم تقديمه؟ و هذه الجودة تشير إلى لب الخدمة التي يلتبسها المستفيد ، و يمكن قياسها بواسطة المستفيد و المؤسسة.⁽²⁾ و تشمل على ما يحصل عليه بالفعل طالب الخدمة (المستفيد) من الخدمة المقدمة ، و هناك إجماع بين هؤلاء الباحثين يقولون فيه بأن الجودة تؤثر على إدراك المستفيدين عند تقييمهم الجودة المقدمة ، لذا فقد عرفت الجودة الفنية بأنها الحالة التي يترك فيها المستفيد عندما يتم الانتهاء من تقديم الخدمة له ، و أيضا عرفت بأنها تمثل مستوى جودة الخدمة النهائية التي يحصل عليها المستفيد.⁽³⁾

ب- الجودة الوظيفية : و التي يمكن التعبير عنها بالسؤال : كيف تتم عملية تقديم الخدمة؟ و يظهر في هذا البعد تأثير و تأثر المستفيد بالتعامل المباشر مع مقدم الخدمة، و لذلك هناك صعوبة في قياسه بموضوعية مقارنة بالبعد الأول⁽⁴⁾ ، فالجودة الوظيفية تتضمن الطريقة التي من خلالها يتم تقديم أو تسليم الخدمة كما أن هذا البعد يمكن أن يتضمن مظاهر عديدة مثل اتجاهات و مظهر و شخصية مقدمي الخدمة من العاملين بالمؤسسة و الوصول إلى المتخصصين و المسؤولين عن الخدمة ، و ملائمة موقع مكان الخدمة و الطرق المستخدمة في التعامل مع هؤلاء المستفيدين. و يتفق الباحثون إلى أن عدم رضا المستفيد عن الخدمة المقدمة يعود إلى سوء الجودة الوظيفية بالمقارنة مع الجودة الفنية ، و يؤكد آخرون أن البعد الوظيفي يمثل أكثر الأبعاد أهمية في الانطباع السريع عن الجودة.⁽⁵⁾

1-قاسم نايف علوان،فتحية أبوبكر محمد،مرجع سابق.

2-نفس المرجع.

3- مالك عدنان علي العمري،مرجع سابق،ص39

4- قاسم نايف علوان،فتحية أبوبكر محمد،مرجع سابق.

5- مالك عدنان علي العمري،مرجع سابق،ص39.

و يرى جرونروس أن هناك دورا هاما لبعد لا يمكن تجاهله و هو الصورة الذهنية للمؤسسة التي تقدم الخدمة و دورها في تحديد إدراك المستفيد للجودة و يعتمد هذا البعد على كل من الجودة الفنية و الجودة الوظيفية.

و من أهم الدراسات التي تناولت أبعاد جودة الخدمة هي الدراسة التي قام بها باراشورامان و اخرون **Parasuraman & al** من خلال إجراء مقابلات باستخدام المجموعة المركزة (البؤرية) مع عينة من مستفيدي أربع مؤسسات ممثلة لأربع صناعات خدمة مختلفة ، و قد راعى الباحث و زملائه في اختيار هذه المؤسسات التنوع في خصائصها الرئيسية ، حيث أن بعضها يمثل خدمات ذات تفاعل عال مع المستفيد دون البعض الآخر ، و البعض يرتبط بمنتجات ملموسة دون الأخرى ، و قد توصلت هذه الدراسة إلى أن هناك عشرة أبعاد رئيسية لجودة الخدمة و هي :
الاعتمادية،الاستجابة،الجدارة،الوصول للخدمة ، المصداقية،الأمان،الاتصال،درجة فهم مقدم الخدمة للمستفيد،الأشياء الملموسة و الكياسة.

و في دراسة قام بها الباحث باراشورامان و زملاؤه وجد أن هناك علاقة ارتباط قوية بين أبعاد :
الاتصال و الجدارة و الكياسة و المصداقية و الأمان لذلك تم دمجها في بعد واحد هو الأمان أو الثقة ، و أيضا كانت هناك علاقة ارتباط بين بعدي سهولة الوصول و تفهم احتياجات المستفيد و اللذين تم دمجهما في بعد واحد هو التعاطف ، و أصبح عدد الأبعاد خمسة بدل عشرة و هي :
الجوانب الملموسة ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان و التعاطف. ⁽¹⁾

1-1-2 قياس جودة الخدمات.

تقييم جودة الخدمات مختلف عن جودة السلع التي يمكن قياسها موضوعيا باستعمال معايير مثل المتانة أو عدد العيوب ، فجودة الخدمات صعبة الفهم خاصة في الميدان الصحي لأنها تقدم في قطاع حساس نوعا ما فهو يقدم خدماته إلى أشخاص مرضى ضعفاء و ليس لديهم المقدرة ، فالمريض مثل أي زبون لديه حاجات و رغبات يريد إرضائها لذا من المهم بالنسبة للمختصين في الصحة الأخذ بعين الاعتبار المتغيرات التي تؤثر على إدراك الجودة و رضا المرضى. ⁽²⁾

1-قاسم نايف علوان،فتحية أبوبكر محمد،مرجع سابق.

2- Dhouha Doghri Fakhfakh,le risque d'influence des variables individuelles et des variables liées au séjour sur la satisfaction et la perception des patients de la qualité des service de santé :le cas de l'hôpital tunisien,édition ESKA ?Market Manangement2007/3,volume7,p49-62,France,http://www.cairn.info/article.php?ID

و يهدف هذا الجزء من الدراسة إلى التعرف على طرق و أدوات قياس جودة الخدمة بصفة عامة و الصحية بصفة خاصة ، فعلى الرغم من تعدد و تنوع الأبحاث التي أجريت حول هذا الموضوع فإن الجدل مازال قائما حول أفضل تلك الأدوات لقياس جودة الخدمة.

1-1-2-1 طرق قياس جودة الخدمات.

تقاس جودة الخدمة-بشكل عام- بمدى إشباعها لحاجات و رغبات المستفيد من حيث توقيت و زمن و دقة الأداء و المؤثرات السيكولوجية المصاحبة ، لذلك يمكن تحديد مستوى جودة الخدمة من خلال مدركات المستفيد و درجة رضائه عنها و / أو بمقارنة مستواها بخدمات أخرى مماثلة منافسة من نفس الرتبة.

و إذا كانت بعض متطلبات الجودة في السلع و تماثل أبعاد وحدات الناتج و شكلها و أدائها الوظيفي ، فالأمر مختلف في الخدمات ، فبعض معايير جودتها يرتبط بالقيم السلوكية الفردية و الاجتماعية السائدة و بالتالي بالمدرجات الشخصية لكل مستفيد .⁽¹⁾

و يمكن التفرقة بين أربعة طرق أساسية لقياس جودة الخدمات من منظور المستفيدين :

أولاً: مقياس عدد الشكاوي : تمثل عدد الشكاوي التي يتقدم بها المستفيدين خلال فترة زمنية معينة مقياساً هاماً يعبر عن أن الخدمات المقدمة دون المستوى أو أن ما يقدم لهم من خدمات لا يتناسب مع إدراكهم لها و المستوى الذي ييغون الحصول عليه ، و هذا المدخل يمكن مؤسسات الخدمة من اتخاذ الإجراءات المناسبة و تحسين مستوى جودة ما تقدمه من خدمات ، و على الرغم من أن هذا المدخل يتميز بالسهولة في إعطاء مؤشر نحو إدراك المستفيدين للخدمة المقدمة لهم إلا أنه وجهت إليه بعض الانتقادات أهمها تمثل في أن عدد قليل من المستفيدين بالخدمة يتقدمون بشكاوهم بينما الغالبية يترددون في القيام بذلك.⁽²⁾

ثانياً: مقياس الأداء الفعلي : و ينسب هذا المقياس إلى الباحثين **Cornan & Taylor** و المعروف باسم **SERVPERF** أو مقياس الأداء الفعلي ، و يقوم هذا المقياس بالتقييم المباشر للأساليب و العمليات المصاحبة لأداء الخدمة بمعنى أنه يعتمد على قياس جودة الخدمة على

1- أحمد سيد مصطفى، نحو إطار لحماية المستفيدين بالخدمات الصحية، مدخل إنتاجي/تسويق، مجلة

الإداري، سلطنة عمان، ص48

2- قاسم نايف علوان، فتحية أبوبكر محمد، مرجع سابق.

اعتبار أنها تمثل شكلا من أشكال اتجاهات المستفيدين نحو الأداء الفعلي للجودة و يتم قياس جودة الخدمة من خلال المعادلة التالية :

جودة الخدمة = الأداء الفعلي

و يرى أصحاب هذا المقياس أنه يتميز بالبساطة و سهولة الاستعمال و كذلك بزيادة درجة مصداقيته و واقعيته إلا أنه يعجز عن مساعدة الإدارة على الكشف عن مجالات القوة و الضعف في الخدمة المقدمة ، و التي تتعلق بجوانب متعددة و ليست فقط بإدراكات المستفيد من الخدمة.⁽¹⁾

ثالثا: مقاييس الرضا : هذه الطريقة من أكثر الطرق استخداما لقياس اتجاهات المستفيدين نحو جودة الخدمة و ذلك باستخدام مقياس ليكرت لقياس درجة أهمية عناصر الخدمة من وجهة نظر المستفيدين ، و غالبا ما يتم توجيه الأسئلة التي تقيس الأهمية بعد حصول المستفيدين على الخدمة و ذلك من خلال قائمة استبيان أو بطاقات تدوين أو المقابلات الشخصية ، و تتميز هذه الطريقة في كونها تمد المؤسسة الخدمية بمعلومات تساعد في تحسين جهودها لمقابلة احتياجات المستفيدين بشكل أفضل.⁽²⁾

رابعا: مقياس الفجوة : ينسب هذا المقياس إلى الباحثين باراشورمان و زملاؤه و يطلق عليه مقياس **Servqual** و هو يعتمد على مقارنة توقعات المستفيدين حول الخدمة و إدراكهم لجودة الخدمة المقدمة لهم بالفعل ، و من ثم يتم تحديد الفجوة بين التوقعات و الإدراكات ، و يلقي هذا النموذج الضوء على الصعوبات التي تواجه مؤسسات الخدمة في سعيها لتحقيق مستويات مرتفعة من الجودة لجميع المستفيدين و في جميع المواقع ، حيث يشير إلى وجود خمس فجوات تؤدي منفردة أو مجتمعة إلى حدوث ما يسمى بمشكلات الجودة و تساهم هذه الفجوات في وجود فارق بين توقعات و رغبات المستفيدين لمستوى الخدمة من ناحية و تقييمهم للأداء الفعلي من ناحية أخرى و يمكن تلخيص الفجوات في الآتي :

1- قاسم نايف علوان، فتحية أبوبكر محمد، مرجع سابق.

2- عز الدين علي محمد سويسي، مرجع سابق، ص49.

1- الفجوة الأولى : و تنتج عن الاختلاف بين ما يرغبه المستفيد و ما تعتقد الإدارة أنها رغبة المستفيد؛

2- الفجوة الثانية : و تنتج عن الاختلاف بين ما تعتقده الإدارة أنها رغبة المستفيد و ما تقوم المؤسسة بأدائه من الناحية الفعلية؛

3- الفجوة الثالثة : و تظهر بسبب الاختلاف بين المواصفات المحددة للجودة و مستوى الأداء الفعلي؛

4- الفجوة الرابعة : و تنتج عن الاختلاف بين الخدمة المقدمة و ما يتم الترويج عنه بخصوص الخدمة؛

5- الفجوة الخامسة : هي نتائج الفجوات السابقة و تمثل الفرق بين الخدمة المدركة و الخدمة الفعلية. (1)

و يقول Edvardse و اخرون أن البداية في تطوير جودة الخدمات هو التحليل و القياس ، و نموذج سرفكوال هو الأسلوب الأكثر شيوعا لقياس جودة الخدمة. (2) و من الواضح أن هناك الكثير من الخلاف حول كيفية قياس جودة الخدمة ، و واحد من أهم نماذج قياس جودة الخدمة التي تطبق على نطاق واسع هو نموذج سرفكوال الذي وضعه باراسورمان و اخرون سنة 1985. (3)

1-1-2 مفهوم نموذج Servqual لقياس جودة الخدمات و مبررات استخدامه.

أولا : تعريف نموذج سرفكوال:

إن قياس جودة الخدمة مازال حديث العهد و موضع جدل بين الباحثين في مجال تسويق الخدمات فما قبل 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.

1- قاسم نايف علوان، فتحية أبوبكر محمد، مرجع سابق.

2- servqual and model of service gaps : a frame work for determining and prioritizing critical factors in delivering quality service,p2

3-ibid,p3.

و تنسب أول محاولة لقياس جودة الخدمة إلى باراسورمان و آخرين **Parasurman et all** حيث تمكنوا من تصميم مقياسهم الشهير **Servqual** لقياس ما يعرف بالفجوات الخمس لجودة الخدمة و الذي استحوذ على قبول و تأييد معظم الباحثين بسبب مصداقيته و إمكانية تطبيقه عمليا للوصول إلى الفجوة ما بين توقعات المستفيدين لجودة الخدمة و إدراكاتهم للآداء الفعلي للخدمة التي يحصلون عليها.

و تتفق الدراسات الحديثة على أن مفهوم جودة الخدمة ينعكس من خلال تقييم المستفيد لدرجة الامتياز و التفوق في أداء الخدمة. ⁽¹⁾ و سرفكوال هي أداة موحدة و موثوقة حددت 5 أبعاد مختلفة لجودة الخدمات ، و قد تم التأكد من صحة هذه الأبعاد في حالات مختلفة من الخدمات ⁽²⁾ ، و يقوم المقياس المتعدد الأبعاد على أساس معرفة الفجوة بين ما يدركه المستفيد من الخدمة و ما يتوقعه ، و بالتالي فإنه لا يمكن تسويق الخدمة الصحية دون اختبار النوعية فيها ، و عليه أمكن القول بأن جوهر الخدمة الصحية يرتكز في درجة النوعية التي تتميز بها عن غيرها من الخدمات الأخرى. ⁽³⁾ و على الرغم من أن المقياس قد تم تطويره و استخدامه و اختباره أصلا في مجال خدمات تجارة التجزئة فقد تعددت و تنوعت استخداماته و تطبيقاته سواء في المؤسسات الربحية أو غير الربحية . ⁽⁴⁾ و أكد كل من Babakus و Mongol أن سرفكوال هو نموذج صحيح و موثوق به في القطاع الصحي ، كما لاحظ O'conner و اخرون (2000) أن سرفكوال هو وسيلة لتحليل الانحراف ما بين إدراكات و توقعات المرضى ، كما أن Pakdil و Harwood (2005) لاحظوا أن سرفكوال هو نموذج جيد لقياس الفروقات بين تفضيلات المرضى و تجاربهم الحقيقية...الخ. ⁽⁵⁾

1- هشام عبد الله، قياس جودة خدمات المكتبات الجامعية، دراسة تطبيقية على خدمات المكتبات، جامعة الملك عبد

العزیز بجدة، مجلة مكتبة الملك فهد الوطنية، مج 1 ع 1، 2005، ص 38

2- Ranajit Chakraborty, anirban Majumdar, measuring consumer satisfaction in health care sector, the application of servqual, researchers world, journal of arts science & commerce, vol2, issue 4 oct 2011

3- شادي محمد القطيفان، التسويق الصيدلاني، رسالة دكتوراه في الإدارة الصحية ، 2007/2008، ص 139

(www.stclements.edu/grad/gradshadi.pdf)

4- هشام عبد الله، مرجع سابق، ص 40

5- Ranajit Chakraborty, anirban Majumdar, opcit, p153

و قد حدد باراسورامان و اخرون سنة 1985 الصفات التي تعتبر مهمة في تقييم توقعات و إدراكات المستفيدين من الخدمة المقدمة و عددها 97 صفة تمثل معايير جودة الخدمة ،هذا الصفات تم تصنيفها و تخفيضها إلى 10 أبعاد في المرحلة الأولى ، ثم خفضت إلى 5 أبعاد في المرحلة الثانية. (1)

و الدراسة الاستكشافية لParasuraman و Zeithaml و Berry أوضحت أن المعايير المستعملة من طرف المستفيدين لتقييم جودة الخدمات محددة في 10 أبعاد متداخلة هذه الأبعاد هي كالآتي: الجوانب الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الاتصال، المصداقية، الأمان، الكفاءة، المجاملة، فهم المستفيد و إمكانية الوصول (2) و بالتالي الشكل الأصلي لنموذج سرفكوال يضم 10 أبعاد لجودة الخدمات ، يمكن توضيحها في الجدول التالي مع الأمثلة :

1- Chingang Nde, Daniel,Lukong Paul Berinyuy,using the Servqual model to assess service quality and customer satisfaction, an empirical study of grocery stores in Umea,spring 2010,p41

2-. A.Parasuraman ,A.Zeithaml,L.Berry,Servqual :a multiple-item scale

For measuring consumer perceptions of service quality,journal of Retailing,volume64,number1,spring1988,p17

جدول رقم (1-1): الأبعاد الأصلية لنموذج سرفكوال لمحددات جودة الخدمات.

أبعاد جودة الخدمة	أمثلة
(accessibilité) إمكانية الوصول بكل سهولة و ملائمة الخدمة	الموقع موجود في الحي ، ساعات العمل مريحة، خدمة التلفون 24/24 ، منفذ انترنت.
الاتصال (communication) إعلام المستفيد بلهجة يفهمها	الكتيبات و المطويات واضحة ، حوامل الاتصال مكيفة مع حاجات بعض المجموعات (الأقليات العرقية، ذوي النظر الضعيف..)، نظام الاعتراضات و الاقتراحات.
الكفاءة و المعرفة المناسبة لتقديم الخدمة (compétence)	العمال الذين يعرفون عملهم يجيدون القيام به.
المجاملة (amabilité) الأدب، الاحترام و لطف العمال	سلوك مآدب و رائع للعمال في كل المستويات
المصداقية (crédibilité) الصدق ، السمعة و الصورة	سمعة الخدمة في المجتمع تتسع إذا وضع المستفيدين ثقتهم في العمال
الاعتمادية (fiabilité) جلب خدمة متجانسة ،دقيقة و موثوق فيها ،تقديم الخدمة الموعد بها.	دقة الوثائق ،خدمة صحيحة من أول مرة ،احترام الوعود و المدة.
الاستجابة (réactivité) الجاهزية لتقديم الخدمة في الوقت المناسب	حل سريع للمشاكل ،اقتراح مواعيد
الأمان (sécurité) الأمان المادي، المالي و السرية	تقديم خدمة في محيط أكيد و أمن.
الجوانب الملموسة (élément tangible)	المعدات و التجهيزات جديدة، لباس موحد للعمال.
فهم المستفيد (compréhension du client) معرفة الحاجات الخاصة للمستفيدين ، التعرف على الأوفياء منهم.	الإستجابة للحاجات الخاصة

المصدر : Institut Européen d'administration publique,document d'orientation européen sur la Gestion de :

la Satisfaction Client,la présidence slovène de l'UE,2008,pays-bas,p20

لكن في وقت لاحق خفضت هذه الأبعاد إلى خمس لأن بعض الأبعاد متداخلة و ترتبط ارتباطا وثيقا ببعضها البعض. (1) و اختصرت هذه الأبعاد فيما يلي :

جدول رقم (1-2) : الأبعاد المختصرة لنموذج سرفكوال لجودة الخدمات

البعد	الوصف
الجوانب المادية élément tangible	التجهيزات و المعدات متوفرة،مظهر العمال،سهولة فهم حوامل الاتصال.
الاعتمادية fiabilité	القيام بطريقة موثوق بها و دقيقة في تقديم الخدمة الموعدود بها
الاستجابة réactivité	مساعدة المسـتفيد و سرعة تقديم الخدمة
الأمان assurance	الثقة
العاطفة ampathie	تقديم خدمة إنسانية شخصية للزبون

هذه الأبعاد الخمسة تم نقلها في 22 سؤال التي تقيم الإدراكات و أيضا التوقعات.

المصدر : Institut Européen d'administration publique,opcit,p21

و يرجع الفضل في تطوير و استخدام مقياس جودة الخدمة إلى باراسورامان و زملائه في الدراسة التي قاموا باجرائها على جودة الخدمة باستخدام ردود فعل المستفيدين في متاجر التجزئة الذين يتلقون هذه الخدمة و يتكون هذا المقياس من خمسة أبعاد يضم كل منها بدوره عددا من العناصر أو المتغيرات و فيما يلي بيان بالأبعاد الخمسة التي يحتوي عليها نموذج سرفكوال :

1- **الجوانب الملموسة:** و تتضمن أربعة متغيرات تقيس توافر حداثة الشكل في تجهيزات المؤسسة و الرؤية الجذابة للتسهيلات المادية و المظهر الأنيق لموظفيها و الجاذبية . (2) و يقاس هذا البعد من خلال تقييم المستفيد لمباني المستشفى و معداتها و أجهزتها ، و الإمكانيات و التسهيلات المادية الأخرى ، و موقع المستشفى و مظهره من الداخل و من الخارج من حيث الديكور و مدى

1- Chingang Nde Daniel,Lukong Paul Berinyuy,opcit,p10

2- معزوز نشيدة، بن عبد العزيز فاطيمة، التغيير التنظيمي و علاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية،المؤتمر الدولي حول الإبداع و التغيير التنظيمي في المؤسسات الحديثة دراسة و تحليل تجارب وطنية و دولية،كلية علوم الاقتصاد و التسيير،جامعة سعد دحلب،البلدية،19/18 ماي 2011،ص17

توافر أماكن انتظار السيارات و مظهر الأطباء و الفنيين و الإداريين و العاملين و طرق و أدوات الاتصال و مصادر المعلومات التي يحصل منها المستفيدين على المعلومات اللازمة .⁽¹⁾

2- الإعتدائية: و يحتوي هذا البعد على خمسة متغيرات تقيس وفاء المؤسسة بالتزاماتها التي وعدت بها المستفيدين و اهتمامها بحل مشاكلهم و حرصها على تحري الصحة و الدقة في أداء الخدمة و التزامها بتقديم خدماتها في الوقت الذي وعدت بتقديم الخدمة فيه للمستفيدين و أخيرا احتفاظها بسجلات دقيقة عن محتوياتها و خدماتها.⁽²⁾ و هي تعبر عن درجة ثقة المستفيد و مدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الطبية التي يتوقعها، و يعكس هذا العنصر مدى قدرة المستشفى على الوفاء بتقديم الخدمات الطبية في المواعيد المحددة و بدرجة عالية من الدقة و الكفاءة و مدى سهولة و سرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات⁽³⁾

3- الإستجابة : و يتضمن هذا البعد أربعة متغيرات تقيس اهتمام المؤسسات بإعلام زائريها بوقت تأدية الخدمة و حرصها على ذلك و حرص موظفيها على تقديم خدمات فورية للمستفيدين و الرغبة الدائمة لموظفيها في معاونتهم و عدم انشغالهم عن الإستجابة الفورية لطلباتهم.⁽⁴⁾ فالخدمات الصحية يجب أن تكون سهلة الحصول أمام الأشخاص (محتاجيها) في الزمن (الوقت) و المكان المناسبين له و حال احتياجها ، و من ناحية ثانية فإن مقدم الخدمة الصحية يجب أن يكون بميسوره و إمكانه الوصول إلى خدمات صحية شاملة من ممارسيها و كذلك سهولة الوصول و الحصول على وسائلها و معداتها و الأدوية و الخدمات الأخرى اللازمة للمستفيد.⁽⁵⁾

4- الأمان : و يحتوي هذا البعد على أربعة متغيرات أساسية تقيس حرص الموظف على غرس الثقة في نفوس المستفيدين و شعورهم بالأمان في تعاملهم مع العاملين و تعاملهم باستمرار بلباقة مع المستفيدين و إلمامهم بالمعرفة و حصولهم على التدريب اللازم ليتمكنوا من أداء أعمالهم و الإجابة على الأسئلة.⁽⁶⁾

1- عدنان مريزق، مرجع سابق، ص37.

2- معزوز نشيدة، بن عبد العزيز فاطمة، مرجع سابق، ص17

3- عدنان مريزق، مرجع سابق، ص38

4- معزوز نشيدة، بن عبد العزيز فاطمة، مرجع سابق، ص17

5- عدنان مريزق، مرجع سابق، ص37

6- معزوز نشيدة، بن عبد العزيز فاطمة، مرجع سابق، ص17

فهو شعور الفرد أنه دائما تحت مظلة من الرعاية الصحية لا نعلم متى سيحتاج إليها ، و يعني كذلك تقليل مخاطر الإصابة بالعدوى و المضاعفات الجانبية.(1)

5- التعاطف: و يتضمن هذا البعد خمسة متغيرات تتعلق باهتمام العاملين بالمستفيدين اهتماما شخسيا و تفهمهم لحاجاتهم بالتحديد و ملائمة ساعات عمل هذه المؤسسات لتتناسب كل المستفيدين . (2)

و يعبر هذا العنصر عن مدى إحساس المستفيد بالتعاطف و الرعاية من جانب المستشفى و حسن استقبالهم و مدى الاهتمام الشخصي لكل منهم و مدى رغبة المستفيد في الحصول على معاملة خاصة و خدمة متميزة من مقدمي الخدمة كما يعكس هذا البعد أثر الثقافة التنظيمية للمستشفى في تكوين شعور لدى العاملين بالمستشفى بأهمية جودة الخدمة المقدمة و ضرورة التطوير المستمر فيها. (3)

و في الممارسة الطبية ، التعاطف يعني قدرة الطبيب على العمل بنشاط بالمشاعر ، حيث تعتبر هذه المهمة الأصعب في التشخيص الطبي، و هي اتجاه عام و ثابت للطبيب يتميز بإعطاء انتباه كبير للمريض و التركيز على التقاني في خدمته، الرغبة في تحمل المسؤولية ، الشعور ببعض الدفء في العلاقة ، الإستماع للمرضى و التواجد الدائم لخدمة المرضى ، كما أن رضا المرضى حول اتجاه الطبيب يظهر كعامل مركزي في التعاطي مع العلاج و بالتالي في تطور المرض نفسه فالعديد من الدراسات أظهرت أن أغلبية المرضى يتمتعون علاقة ذات طابع إنساني مع أطباءهم.(4)

1- عدمان مريزق، مرجع سابق، ص37

2- معزوز نشيدة، بن عبد العزيز فاطمة، مرجع سابق، ص17

3- عدمان مريزق، مرجع سابق، ص37

4- Marco Vannotti ,l'empathi dans la relation médecin-patient,psychologie-positive.org/IMG/PDF/2222_COPIE_FRANCE_L_empathie_dans_la_relation_medecin_patient.pdf

جدول رقم (1-3) : أبعاد جودة الخدمة و العبارات التي تترجم مظاهر جودة الخدمة.

أبعاد جودة الخدمة	المتغيرات الفرعية التي تترجم مظاهر جودة الخدمة
1	الجوانب المادية الملموسة تتضمن أربعة متغيرات: 1- توافر و حداثة التجهيزات المؤسسة(المستشفى) 2- الرؤية الجذابة للتسهيلات المادية 3- المظهر الأنيق لموظفيها 4- تناسب المظهر العام مع الخدمات المقدمة
2	الاعتمادية يحتوي هذا البعد على خمسة متغيرات تقيس : 5- وفاء المؤسسة(المستشفى) بالتزاماتها التي وعدت بها ؛ 6- اهتمامها بحل مشاكلهم؛ 7- حرصها على تقديم خدماتها بشكل دقيق و سريع؛ 8- تقديم الخدمات في المواعيد التي تم تحديدها؛ 9- احتفاظها بسجلات دقيقة عن محتوياتها و خدماتها.
3	الإستجابة و يتضمن هذا البعد أربعة متغيرات تقيس: 10-اهتمام المستشفى بإعلام المستفيدين عن وقت تقديم الخدمة؛ 11-حرص العاملين على تقديم خدمة فورية للمستفيدين؛ 12- الرغبة الدائمة لدى العاملين في مساعدة المستفيدين؛ 13- التجاوب الفوري من قبل العاملين مع طلبات المستفيدين بالرغم من انشغال العاملين.
4	الثقة و يحتوي هذا البعد أربعة متغيرات تقيس: 14- الثقة الكاملة بالعاملين في المستشفى؛ 15-اطمئنان المستفيدين بأنه بأيدي أمينة مع العاملين؛ 16- التفاعل بين الطاقم الطبي و المستفيدين و التعامل معهم بلطف و لباقة؛ 17-مدى توفر المعرفة الكافية لدى العاملين للإجابة على

		أسئلة المرضى.
5	التعاطف	و يتضمن هذا البعد خمسة متغيرات تقيس: 18-اهتمام إدارة المستشفى بالمستفيدين اهتماما شخسيا؛ 19-قدرة العاملين في المستشفى على تقديم العناية الشخصية للمستفيدين؛ 20-معرفة حاجات المستفيدين من قبل العاملين؛ 21-تقديم إدارة المستشفى أفضل ما لديها للمستفيدين؛ 22-العمل بساعات عمل حسب حاجات المستفيدين.

المصدر : صفاء محمد هادي الجزائري، علي غباش محمد، بشري عبد الله شتيت، قياس و تقييم جودة الخدمات

الصحية ،دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام، البصرة، ص32 و

A.Parasuraman ,A.Zeithaml,L.Berry,Servqual ,opcit ,p38

و من خلال العرض السابق للأبعاد الخمسة فإنه يمكن التوصل إلى أن بعد الأشياء الملموسة يمكن معرفته فقط عند قيام المستفيدين بعملية شراء الخدمة ، في حين يمكن معرفة الأبعاد الأخرى كالاقتصادية و الاستجابة و الأمان و التعاطف من خلال الخبرة ، حيث أن المستفيدين ربما يعرفون بعض المعلومات المبنية من الخبرة السابقة أو من تقييمات مستفيدين آخرين ، و على ضوء هذه المعلومات يقوم المستفيدين بإعادة تقييم هذه الأبعاد بعد عملية شراء الخدمة و هذا يأتي نتيجة لعدم تجانس الخدمة.

و هذه الأبعاد الخمسة يتم تطبيقها على توقعات المستفيدين نحو الخدمة ، و كذلك يجري تطبيقها على إدراكهم لمستوى الخدمة الفعلية التي يحصلون عليها ، و التي تتم من خلال قياس جودة الخدمة وفقا لمدرجات المستفيد من هذه الخدمة ذلك أن نموذج Servqual لا يركز فقط على نتائج الخدمة بل أيضا على عمليات تسليم الخدمة و العلاقة التفاعلية بين مقدمي الخدمة و المستفيدين ، و بذلك فإن هذا النموذج و ما يتضمنه من مقاييس أصبح يتمتع بدرجة عالية من الثقة و المصداقية و إمكانية التطبيق لزيادة الفهم المتعمق للنموذج في قياس جودة الخدمة.⁽¹⁾

و يستند هذا المقياس إلى استبيان مكون من 22 عبارة صممت لتغطي 5 أبعاد لجودة الخدمة كما يلي: العناصر الملموسة (تغطيها العبارات 1-4) ، الاعتمادية (تغطيها العبارات 5-9) ، الاستجابة (العبارات 10-13) ، الأمان (العبارات 14-17) و التعاطف (العبارات 18-22).⁽¹⁾

ثانيا :مبررات استخدام Servqual:

إن أداة Servqual تستخدم على نطاق واسع لقياس مستويات تقييم المستفيدين من الخدمات المقدمة لهم من حيث الجودة ، و قد استخدم هذه الآداة عدد كبير من الباحثين في المؤسسات الخدمية العمومية مثل المستشفيات و الأجهزة الشرطة و الوزارات و غيرها من القطاعات ذات النفع العام ، و لكون الوسائل الأخرى و المستخدمة في قياس جودة الخدمات سواء تلك الوسائل المباشرة أو غير المباشرة غير دقيقة من حيث نتائجها و لا تتصف بالشمولية و لكون Servqual ذو أبعاد محددة و شاملة لمختلف أبعاد الجودة ، و لكونه- أيضا- أداة علمية و إحصائية للإدارة فإن نتائجها تكون محددة و واضحة و دقيقة.⁽²⁾

إن طريقة سرفكوال هي محاولة منهجية تفصيلية من أجل تحديد جودة الخدمة بالاعتماد على خمس أبعاد يمكن أن توجد فيها فجوات كبيرة في تقديم الخدمة ، و هذه الطريقة تنطلق من حقيقة أن المؤسسة من جهة و مستفيدي المؤسسة من جهة أخرى يمكن أن يكون كل واحد منهما في واد مختلف عن الآخر، في حين أن الهدف لكل منهما هو أن يكونوا في نفس الوادي، و السؤال لماذا إذن الفجوة و التباعد بين الإثنين؟ و الإجابة ببساطة هو أنهما طرفان لكل منهما تصورات و توقعات مختلفة عن الآخر مادامت العلاقة بينهما لم تحظى بالاتصالات و التحديد على أساس الدراسة لأبعاد الخدمة و التصورات و التوقعات المتعلقة بها.⁽³⁾

إن أهمية دراسة مداخل الجودة تنبع من ضرورة وجود مقياس لتوفير قاعدة من المعلومات عن تقييم المستفيدين لمستوى جودة ما يقدم من خدمات ، و مدى رضاهم عن تلك الخدمات بالإضافة إلى إدراكهم و توقعاتهم بخصوص ذلك . إن توفير هذه القاعدة المعلوماتية من شأنه أن يساعد صانع القرار على تحديث الموقف التنافسي ككل و تحليل الأوضاع النسبية للخدمات المقدمة ، وهذه

1- قطاف فيروز، مرجع سابق، ص 100.

2- هشام عبد الله، مرجع سابق، ص 41

3- نجم عبود نجم، إدارة الجودة الشاملة في عصر الأنترنت، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان، 2010، ص 281

المعلومات ستمكن من وضع اليد على الكثير من الفرص و التحديات و تقوده إلى إعادة صياغة أوضاعه و تشكيله بما يتناسب و طبيعة تلك التحديات و يمكن من مواجهتها .⁽¹⁾

إن الكثير من الباحثين المختصين في مجال إدارة الجودة يستخدمون هذه الآداة في الدول الصناعية الكبرى و خصوصا اليابان و الو.م.أ و بريطانيا ، و يرى الكثير من الباحثين أن السبب الرئيسي للثورة الصناعية و التطور الكبير للاقتصاد الياباني بعد الحرب العالمية الثانية يعزى إلى تطبيق اليابان لمفاهيم الجودة الشاملة في صناعاتها الإنتاجية و يعد ذلك سبب نجاحها و تفوقها على باقي الدول الصناعية الأخرى بالرغم من ظروفها السياسية الحرجة آنذاك.

و لغياب العنصر المادي فإن أفضل طريقة لقياس مستوى جودة الخدمات هي قياس مستوى توقعات و مشاهدات المستفيدين من تلك الخدمات و التعرف إلى مدى التباين بين ما يتوقعه المستفيد من مستوى معين للخدمة المقدمة له و بين ما يحصل عليه فعلا.⁽²⁾ و لقد أثبت نموذج الثغرات لجودة الخدمة نجاحه باعتباره نهجا فعالا قد درس و تم تسليط الضوء على دوره في تحليل الفرق بين توقعات المستفيدين و إدراكاتهم ، و على الرغم من أن سرفكوال يغلق واحدة من أهم الفجوات لجودة الخدمة المرتبطة بالزبائن الخارجيين ، يمكن تمديده لإغلاق الثغرات الرئيسية الأخرى و بالتالي يمكن تطويره من أجل تطبيقها على المستفيدين الداخليين و مقدمي الخدمات.⁽³⁾ و قد اختبر Lam سنة 1997 نموذج سرفكوال و حلل امكانية تطبيقه في قطاع الصحة في هونغ كونغ و استنتج من الدراسة أن سرفكوال نموذج جيد لقياس جودة الخدمات الصحية⁽⁴⁾

و رغم تعدد محاولات قياس جودة الخدمات باستخدام مقياس Servqual إلا أنه لا يوجد اتفاق بين نتائجها فبعضها جاء مؤيد لاستخدام المقياس نظرا لإمكانية تطبيقه على جميع الخدمات و لتمتعه بدرجة عالية من الثبات و الصلاحية بينما جاءت نتائج البعض الآخر غير مؤيدة لاستخدام المقياس للأسباب التالية:

1- ناصر داداي عدون، معراج هواري، مدى إدراك زبائن المصارف التجارية العاملة بالجزائر لجودة الخدمات المصرفية المقدمة، دراسة ميدانية على زبائن المصارف التجارية بمنطقة غرداية، مجلة اقتصاديات شمال افريقيا، عدد 2، الجزائر، 2005

2- هشام عبد الله، مرجع سابق، ص 41

3- servqual and model of service gaps, op.cit, p1

4- Ranajit Chakraborty, anirban Majumdar, op.cit, p155

1- أن نموذج Servqual لم يضع وزن للأهمية النسبية للأبعاد المختلفة ، فهناك احتمال لإعطاء بعض المستفيدين أهمية أكبر لبعض أبعاد الخدمة في نوعيات خدمية مختلفة قياسا ببعض الآخر؛

2- في بيئة تتسم بحدة المنافسة سوف يتغير نوع العنصر و أهميته النسبية بمرور الوقت؛
 3- إن تقييم أبعاد جودة الخدمة سوف يختلف باختلاف مجموع المستفيدين و اختلاف الثقافات في الوقت نفسه بل في بعض المجتمعات قد يصعب استخدام هذا المقياس؛
 4- إن قياس توقعات المستفيدين بعد حصولهم على الخدمة غالبا ما يعكس نوع من عدم الثقة في استخدام المقياس نتيجة لوجود تحيز من جانب المستفيد في حالة عملية التقييم؛
 5- و لذا غالبا ما تكون هناك فجوة سلبية بين التوقعات و الإدراك أضف إلى ذلك أن المستفيدين يقيمون الخدمة خلال أوقات مختلفة و ليس فقط قبل أو بعد تقديم الخدمة. (1)

كما أوضح Brown و اخرون سنة 1993 أن قياس الفرق بين التوقعات و الإدراكات هو غالبا ضعيف الموثوقية، و فسر Paul أن قياس التوقعات و الإدراكات في نفس الوقت يمكن أن يكون محل حيرة و غموض بالنسبة للزبون الذي يكون متأثر بمستوى الأداء المدرك (2)
 6- كما هناك بعض الحدود في استعمال سلم سرفكوال مثل الصفة العامة لعناصر المعلومات المجموعة عن طريق هذا السلم ، مما يعني أن تطبيق هذا النموذج في قطاع معين من الخدمات لا يسمح بتحديد المواصفات الخاصة لهذا القطاع ، كذلك جمع المعلومات من خلال مجموعتين من الأسئلة يمثل بعض الصعوبات في مسار جمعها. (3)

و حسب Pravakaran و Satya (2003) عدم رضا الزبائن ناتج عن 3 أسباب :

- 1- عندما مقدم الخدمة لا يعرف أبعاد الخدمة التي تعتبر هامة للزبون؛
- 2- عندما مقدم الخدمة لا يعرف ترتيب هذه الأبعاد؛
- 3- عندما لا يدرك مقدم الخدمة خصائص الخدمة التي تشكل أبعاد هذه الخدمة. (4)

1- فليسي ليندة، واقع جودة الخدمات في المنظمات و دورها في تحقيق الأداء المتميز، دراسة حالة كلية علوم

الاقتصاد و التجارة و التسيير، جامعة محمد بوقرة ،بومرداس، الجزائر، مذكرة ماجستير، 2010/2011، ص67

2- Ranajit Chakraborty, anirban Majumdar, opcit, p153

3-Paraschivescu Andrei Octavian, Caprioara Florin Michai, la calitate du service-les modeles conceptuels economy tansdisciplinary cognito, volume17, issue1/2014(19-27), Romania

4-Ranjit Chakraborty, anirban Majumdar, opcit, p153

1-1-2-3 فجوات نموذج Servqual و أسبابها:

حيث يتكون النموذج من خمس فجوات تتمثل في :

أولاً : فجوات نموذج Servqual :

إن المحور الأساسي في قياس جودة الخدمات عند باراسورمان هو الفجوة بين إدراك المستفيد لمستوى الأداء الفعلي للخدمة و توقعاته حول جودة هذه الخدمة، و تتلخص هذه الفجوات فيما يلي:

1- الفجوة 1 : و تنتج عن الاختلاف بين توقعات المستفيدين لمستوى الخدمة و بين إدراك الإدارة لتوقعاتهم أي عجز الإدارة عن معرفة حاجات و رغبات المستفيدين المتوقعة،⁽¹⁾ و تنشأ هذه الفجوة من إدراكات الإدارة غير الدقيقة لتوقعات المرضى و السبب في ذلك قد يعود إلى ضعف الإدارة في التركيز على المرضى و السوق أو ضعف الاتصالات الصاعدة لنقل المعلومات الضرورية من المرضى إلى الإدارة أو بسبب زيادة عدد المستويات الإدارية؛⁽²⁾

2- الفجوة 2: و تنتج عن الاختلاف بين الموصفات الخاصة بالخدمة المقدمة بالفعل و بين إدراكات الإدارة لتوقعات المستفيدين بمعنى أنه حتى لو كانت حاجات المستفيدين المتوقعة و رغباتهم معروفة للإدارة فإنه لن يتم ترجمتها إلى موصفات محددة في الخدمة المقدمة بسبب قيود تتعلق بموارد المؤسسة أو التنظيم أو عدم القدرة على تبني فلسفة الجودة؛⁽³⁾

3- الفجوة 3 : تظهر بسبب كون موصفات الخدمة المقدمة بالفعل لا تتطابق مع ما تدركه الإدارة بخصوص هذه الموصفات و قد يرجع ذلك إلى تدني مستوى مهارة القائمين على أداء الخدمة و الذي يرجع بدوره إلى ضعف القدرة و الرغبة لدى هؤلاء العاملين؛

4- الفجوة 4 : تنتج عن الخلل في مصداقية المؤسسة بمعنى أن الوعود التي تقدمها حول مستوى الخدمة من خلال الإتصال بالمستفيدين (البيع الشخصي و المجهودات الترويجية الأخرى) تختلف عن مستوى الخدمة المقدمة و موصفاتها بالفعل،⁽⁴⁾

1- هشام عبد الله، مرجع سابق، ص 40

2- جناة بوقجاني، أثر جودة الخدمات الصحية على درجة ولاء المرضى في مستشفى الجامعة الأردنية (دراسة حالة)، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، الأردن، 2010، ص 22

3- هشام عبد الله، مرجع سابق، ص 40

4- نفس المرجع، ص 40

فالمؤسسات يمكنها إهمال إعلام الجمهور على عروضها الخاصة لضمان الجودة التي تكون غير مرئية لهم و هذا يؤثر على إدراك جودة الخدمة من قبل المستفيدين⁽¹⁾ إذ أن توقعات المرضى تعتمد على الاتصالات الخارجية للمستشفى المقدم للخدمة الصحية ، فالتوقعات الواقعية تبني إدراك ايجابي أكبر لجودة الخدمة ، و لهذا فإنه على المستشفى التأكد من أن مواد التسويق و الترويج تصف بدقة الخدمة الصحية المقدمة فعليا و الطريقة التي تسلم بها الخدمة لأن ذلك يؤثر على إدراك المرضى لجودة الخدمة المقدمة ، فمجرد حصول خلل في مصداقية المستشفى من خلال الإخلال بالوعود التي يعلنها عن مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة و مواصفاتها تنشأ هذه الفجوة.⁽²⁾

5- الفجوة 5 : و تمثل فجوة الإدراكات/التوقعات ، و لقد حظيت كل من الفجوة الأولى و الخامسة باهتمام الباحثين و المهتمين بقياس جودة الخدمة حيث تم تطبيقها على الكثير من الخدمات مثل الخدمة المصرفية و النقل الجوي و التعليم و الوجبات السريعة و الخدمة الصحية و الخدمة الهندسية الاستشارية و خدمة التنظيف الجاف و خدمة المعلومات الفنية المقدمة لمندوبي البيع في الصناعات المتقدمة تكنولوجيا.⁽³⁾ و هي المفتاح للحكم على جودة الخدمة العالية أو المنخفضة ، و تتعلق بكيفية إدراك المستفيد الحقيقي للأداء في ظل ما كان متوقع⁽⁴⁾، و تمثل الفجوة بين توقعات المرضى لجودة الخدمة الصحية المقدمة و بين ادراكاتهم للخدمة المقدمة فعليا ، و يعتمد نشوء هذه الفجوة على حجم و توجه الفجوات الأربعة السابقة و التي لها تأثير على طريقة تسليم الخدمة ، و وجود الفجوات الأربعة السابقة يقود إلى نشوء الفجوة الخامسة.⁽⁵⁾

1- Chingang Nde Daniel,Lukong Paul Berinyuy,p39

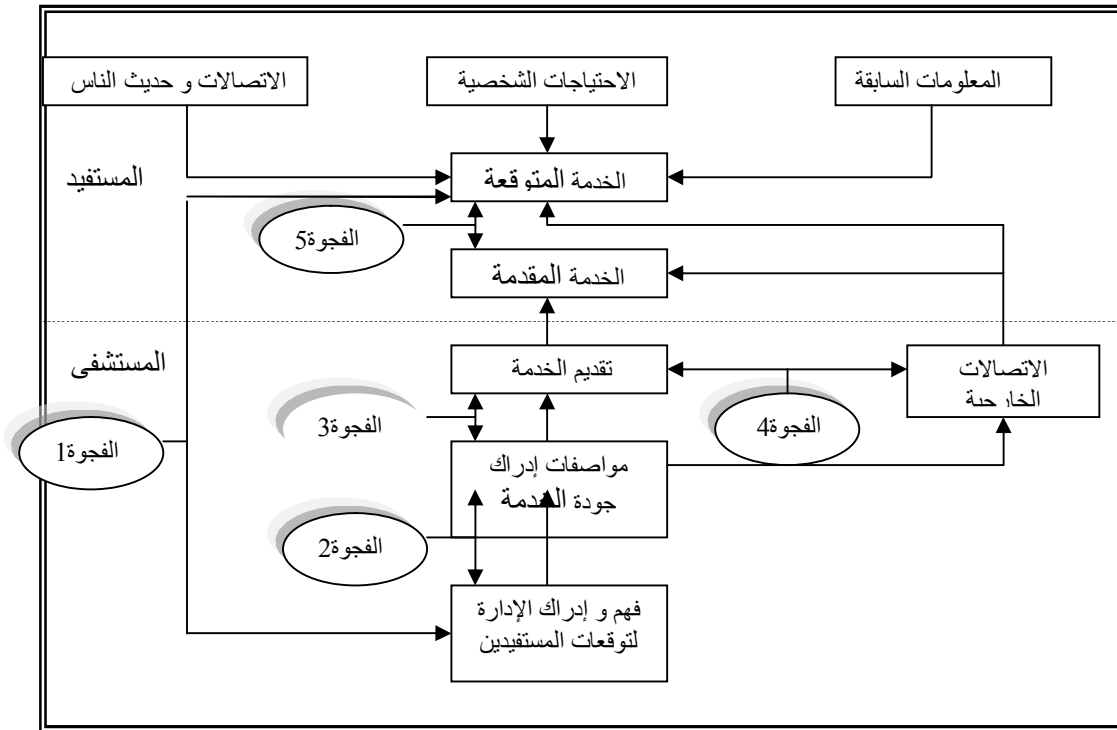
2- جناة بوقجاني،مرجع سابق،ص 22

3- هشام عبد الله،قياس جودة خدمات المكتبات،مرجع سابق،ص 40

4-Chingang Nde Daniel,Lukong Paul Berinyuy,opcit,p39

5- جناة بوقجاني،مرجع سابق،ص 22

و يلاحظ أن الفجوات الأربعة الأولى غالبا ما ينظر لها على أنها من الأسباب الرئيسية لحدوث فجوة الخدمة التي يتعرض لها المستفيد أو الزبون ، و التي تتمثل في الفروق السلبية بين إدراكه للأداء الفعلي للخدمة و بين توقعاته نحو الخدمة الممتازة (حتى يمكن سد الفجوة رقم 5 كان لابد أولا من سد جميع الفجوات (1-4)) حيث وجود أي فجوة سلبية من هذه الفجوات الأربعة سوف يتسبب في إحداث قصور في الخدمة المقدمة بالفعل ومن ثم وجود فروق سلبية بين إدراك المستفيدين للخدمة الفعلية المقدمة لهم و توقعاتهم. ⁽¹⁾ و يوضح الشكل الآتي فجوات نموذج سرفكوال لقياس جودة الخدمات :



شكل رقم (1-2): نموذج سرفكوال لقياس الفجوة بين الخدمة المتوقعة و الخدمة المدركة

Source : Mohammad Mizenur Rahaman, MD Abdullah and Ataur Rahman, Measuring service quality using Servqual Model : a study on PCBs (private commercial banks) in bangladesh ,busiess management dynamics, vol1, n1, july2011, p10.

$$\text{و الفجوة} = \text{الخدمة الفعلية} - \text{الخدمة المتوقعة}$$

ثانيا : أسباب فجوات جودة الخدمات :

يتم تحديد مستوى جودة الخدمة ضمن هذا الأسلوب من خلال إيجاد الفرق بين توقعات المستفيدين بشأن جودة الخدمة المتوقعة و بين جودة الخدمة المدركة (الأداء الفعلي) لهذا فإن مستوى تطابق توقعات المستفيدين للخدمة مع إدراكهم يحدد مستوى جودة الخدمة ، و عليه فإن المؤسسة التي تقوم بتقديم الخدمة عليها متابعة توقعات المستفيدين باستمرار و الارتقاء بالخدمة للوصول إلى رضا المستفيد عن جودة الخدمة المقدمة له ، لذا فإنه توجد عدة حالات عند قياس جودة الخدمة يمكن تحديدها كما يلي :

1- إذا كانت جودة الخدمة المتوقعة أكبر من جودة الخدمة المدركة ، فإن جودة الخدمة تكون ذات مستوى متدن و بالتالي عدم رضا المستفيد عنها و عدم قبولها؛
2- إذا كانت جودة الخدمة المتوقعة مساوية لجودة الخدمة المدركة فإن جودة الخدمة تصبح ذات مستوى مقبول؛

3- إذا كانت جودة الخدمة أقل من جودة الخدمة المدركة فإن جودة الخدمة تكون ذات مستوى عال و مثالي يؤدي ذلك إلى رضا المستفيد⁽¹⁾

و السؤال الذي يطرح نفسه هو : لماذا تظهر هذه الفجوات في جودة الخدمات ؟ و الإجابة لا يمكن أن تتحدد لأن هناك أسباب متعددة لكل فجوة ، و الإطار الموالي يقدم أمثلة عن الأسباب التي يمكن أن تكمن وراء ظهور كل فجوة من الفجوات الخمس⁽²⁾

1-الفجوة الأولى : فجوة المستفيد (توقع و تصور الخدمة)

الوصف : الفرق بين توقعات المستفيد (المواصفات و النقاط المرجعية للخدمات) و تصوراته.

الأسباب : - الصورة النمطية للخدمة؛

- وعود المؤسسة؛

- التسويق غير الملائم (عدم القدرة على تجسيد فجوة التوقعات و التصورات)؛

- الأخطاء الآنية للعاملين أو المستفيدين عند تقديم الخدمة؛

- تركيز المستفيد على جوانب دون أخرى من الخدمة.

1-مالك عدنان علي العمري،مرجع سابق،ص 39

2-نجم عبود نجم،مرجع سابق،ص284

2- الفجوة الثانية : عدم معرفة توقعات المستفيد.

الوصف : الفرق بين توقعات المستفيد من الخدمة و فهم المؤسسة لهذه التوقعات.

الأسباب : - ضعف بحوث التسويق و عدم كفايته؛

- نقص الاتصالات الصاعدة؛

- عدم كفاية التركيز على العلاقات (التركيز على الصفقات بدلا من العلاقات)؛

- معالجة الخدمة غير الملائمة و عدم تدارك الإخفاقات.

3- الفجوة الثالثة : تعميم مواصفات الخدمة غير الملائمة.

الوصف : الفرق بين تصميمات و مواصفات المؤسسة و توقعات المستفيد.

الأسباب : - تعميمات الخدمة الرديئة؛

- الافتقار لمواصفات موجهة للمستفيد؛

- الإخفاق في تطوير ملموسات و نطاق الخدمة المادية.

4- الفجوة الرابعة : فجوة المواصفات و الأداء.

الوصف : الفرق بين مواصفات الخدمة الموجهة للمستفيد و أداء الخدمات المقدمة للمستفيد.

الأسباب : - ضعف سياسات الموارد البشرية الاستقطاب غير الملائم ، حوافز غير منسجمة؛

- عدم الإهتمام بأدوار المستفيدين (تأثير المستفيدين السلبي ، عدم معرفتهم بأدوارهم)؛

- المشكلات مع وسطاء الخدمة؛

- الإخفاق في ملائمة العرض مع الطلب (فترة الذروة ، التركيز على السعر).

5- الفجوة الخامسة : فجوة الأداء و الوعود.

الوصف : الفرق بين تقديم الخدمة و الاتصالات الخارجية لمقدم الخدمة و وعوده عن خصائصها.

الأسباب :- ضعف تكامل إتصالات تسويق الخدمة؛

- الإدارة غير الكفوءة لتوقعات المستفيد؛

- الوعود المفرطة،

- الاتصالات الأفقية غير الملائمة (عدم كفاءة اتصالات العمليات و المبيعات و الإعلان...) (1)

الجدول رقم (1-4): فجوات الجودة في الخدمات الصحية.

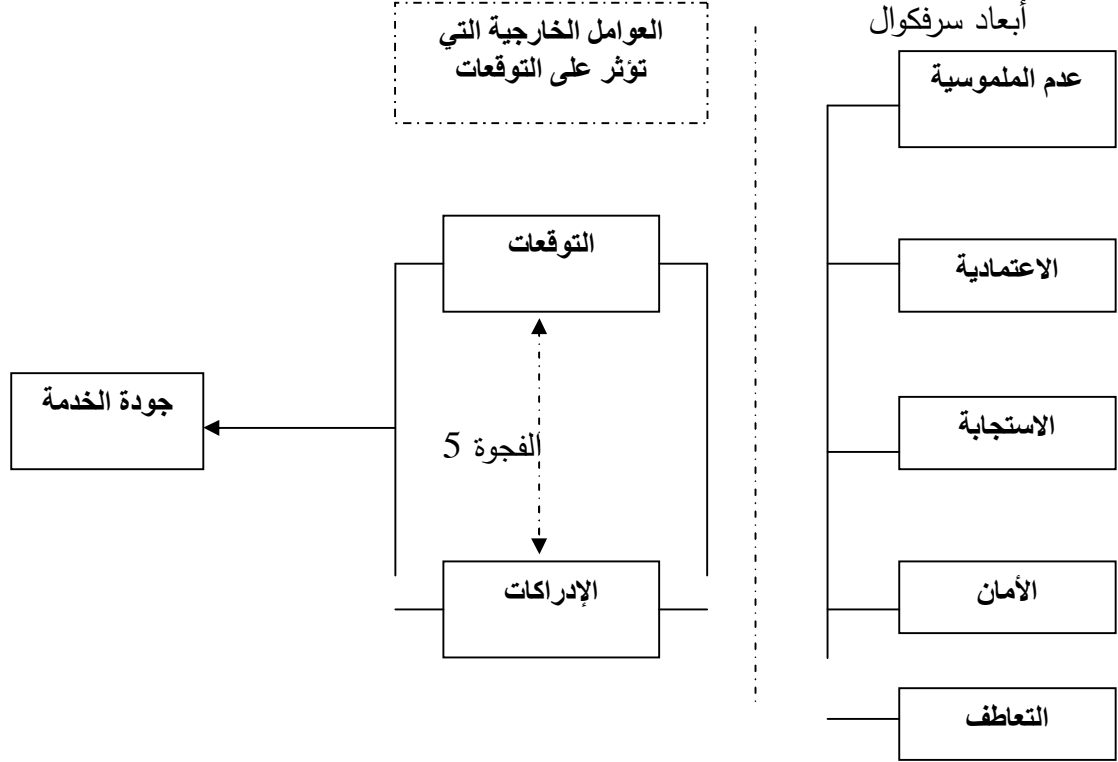
التفصيل	الفجوة
الأولى	- تعلم ماذا يتوقع المرضى؛ - العمل على تحقيق فهم أفضل لتوقعات المستفيدين من خلال البحوث ، تحليل الشكاوى ، آراء المستفيدين؛ - زيادة و تحسين التفاعل المباشر بين المدراء و المرضى باتجاه تحسين الفهم المشترك بين الطرفين؛ - تحويل المعلومات إلى عمل حقيقي؛ - تحديد المعايير الدقيقة للجودة في الخدمة.
الثانية	- التأكد من كون إدارة المستشفى ملتزمة بمستوى الجودة المدركة كما هي من وجهة نظر المرضى؛ - تدريب المدراء لزيادة مهاراتهم في قيادة الرؤوسين نحو تقديم خدمة صحية بنوعية جيدة؛ - الاستجابة للطرق و الأساليب الجديدة في العمل الصحي و التي تقود إلى تقديم خدمة صحية بنوعية أفضل؛ - التحديد الواضح للأهداف للخدمة الصحية و بما يمكنها أن تعبر عن طابع التحدي و الواقعية في التنفيذ لمواجهة توقعات المرضى؛ - ضرورة القيام بقياس الأداء المتحقق و إيجاد أنظمة في مجال التغذية العكسية؛ - مكافأة الأطباء و الإداريين و الممرضين الذين يسعون بجد لتحقيق أهداف الجودة في الخدمة الصحية المقدمة.
الثالثة	- التأكد من كون الأداء المتحقق يتوافق مع المعايير الموضوعية؛ - توضيح الأدوار و المهام لكافة العاملين في الخدمة الصحية بأن ما يؤديه من عمل يصب في تحقيق رضا المريض؛ - زيادة مهارات العاملين و قدراتهم في إنجاز الأعمال المطلوبة منهم؛ - وضع برامج التدريب الفنية لزيادة مهارة العاملين في إنجاز العمل.

- التأكد من كون الخدمة المقدمة تطابق ما تم الاتفاق عليه؛ - البحث عن المدخلات الجديدة في العمليات التشخيصية للأفراد عند القيام ببرامج ترويجية و إعلانية عن الخدمة الصحية المقدمة؛ - تطوير البرامج الترويجية و الوعود التي تتضمنها بما يتوافق مع قدرات و إمكانيات الطاقم الطبي في إنجاز الخدمات الصحية الجديدة؛ - ضرورة إطلاع و إخبار الطاقم الطبي و التمريضي بمضامين البرامج الترويجية المقدمة قبل إطلاقها للمستفيدين؛	الرابعة
- التأكد من مصداقية الإتصال و كونه يعكس حقيقة الخدمة الصحية المقدمة؛ - العمل وفق مبدأ إدارة المرضى و ذلك من خلال إشراكهم في التعرف على ما يمكن تحقيقه من الخدمة الصحية المقدمة و ما لا يمكن تحقيقه؛ - التحديد الدقيق للأفعال أو المجالات التي يمكن السيطرة عليها عند تقديم الخدمة الصحية؛ - تقديم مستويات مختلفة في الخدمات الصحية إلى المستفيدين تتوافق مع الأسعار و الكلف المترتبة على تلك الخدمات؛	الخامسة

المصدر : مجد عارف العساف، اتجاهات المراجعين نحو جودة خدمات العيادات الخارجية في المستشفيات العامة

و الخاصة في مدينة عمان:الأردن،رسالة ماجستير،الجامعة الأردنية،الأردن،2006،ص52

و يسمى الفرق بين التوقعات و الإدراكات بالفجوة و هي المحدد لإدراك المستفيدين لجودة الخدمة
و يوضح الشكل الآتي طريقة عمل سرفكوال :



الشكل رقم (1-3) : طريقة عمل سرفكوال

La source : Chingang Nde Daniel, Lukong Paul Berinyuy, op.cit, p43

و يمثل الشكل السابق طريقة عمل نموذج سرفكوال ، حيث تكون توقعات المستفيدين عوامل خارجية هي تحت سيطرة مقدم الخدمة كما هو موضح في الشكل التخطيطي ، و الفجوة 5 تمثل الفرق بين هذه التوقعات و الادراكات حيث تمثل الفجوة 5 الفرق بينهما ، فكلما تقلصت هذه الفجوة بتطبيق أبعاد جودة الخدمات كلما كانت الخدمة ذات جودة و العكس صحيح.

1-2 جودة الخدمات الصحية.

و يتكون المبحث الثاني من مطلبين أساسيين ، مفهوم ، خصائص و نظام تقديم الخدمة في المطلب الأول ، مفهوم جودة الخدمات الصحية ، أهدافها ، أهميتها ، أبعادها و عوائق تحسينها في القطاع العمومي في المطلب الثاني :

1-2-1 مفهوم الخدمة ، خصائصها ، نظام تقديم الخدمة و عوائق تحسين

الخدمات الصحية في القطاع العمومي :

و نقسم هذا المطلب إلى أربعة فروع متتالية كما يأتي :

1-1-2-1 مفهوم الخدمة:

عرفت الخدمة بأنها "أنشطة أو فعاليات غير ملموسة و نسبيا سريعة الزوال و هي تمثل نشاطا أو أداء يحدث من خلال عملية تفاعل هادفة إلى تلبية توقعات المستفيدين أو إرضائهم إلا أنها عند عملية الإستهلاك الفعلي ليس بالضرورة ينتج عنها نقل الملكية"⁽¹⁾ فالخدمة هي تجربة مؤقتة يعيشها المستفيد من خلال علاقته مع موظفي المؤسسة أو مع دعامة مادية و تقنية.⁽²⁾ و يعرفها P.Kotler et B.Dubois بأنها نشاط أو خدمة مقدمة servuction يمكن تبادلها ، أهم شيء فيها أنها غير ملموسة و لا يمكن نقل ملكيتها ، أيضا الخدمة يمكن أن تكون مرتبطة بسلعة مادية أو لا تكون.⁽³⁾

و عرف Jean Lapeyre الخدمة أنها : ذلك النشاط الذي يشكل قيمة اقتصادية بالاستجابة لحاجات و رغبات المستفيد دون أن يتطلب ذلك الإنتاج شيء مادي ملموس⁽⁴⁾

1- علي سكر عبود و اخرون،تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي،مجلة الفادسية للعلوم

الإدارية و الاقتصادية،المجلد 11،العدد3، 2009،ص56

2- Dominique Phanuel,le temps psychologique en marketing des services :les résultats d'une recherche exploratoire ,Gestion 2000,mars-avril2006 ,France,p154

3-André Boyer,Ayoub Nefzi ,la perception de la qualité dans le domaine des services :vers une clarification des concepts,la revue des sciences de gestion,direction et gestion n237-238-Marketing,mai-aout,France,2009,p44

4-عتيق عائشة،جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية،رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير،دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة،كلية علوم الاقتصاد و التسيير و التجارة،جامعة

أبو بكر بلقايد،تلمسان،2011/2012،ص16

و هي نشاط أو عمل ينجز من أجل غرض معين ، و قد يكون هذا النشاط استشارة طبية أو محاضرة أو حل مشكلة فنية في الإنتاج أو عملا محاسبيا أو صيانة لآلة... الخ لذا فإن الخدمة نشاط معنوي أو سلعة متغايرة و غير نمطية في الغالب و أنها تنتج و تستهلك في نفس الوقت و تتطلب تفاعلا و اتصالا بالمستفيد و أن ملكيتها لا تتغير و لا تنتقل و لا يمكن إعادة بيعها و لا تخزين و لكن نظام الخدمة يمكن أن ينقل أو يصدر. (1)

و تعرف الخدمة في المستشفى على أنها العلاج المقدم للمريض سواء كان تشخيصيا أو إرشاديا أو تدخلا طبيا ينتج عنه رضا أو قبول و انتفاع من قبل المرضى و بما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل ، و هذا التعريف يمكن أن يشير في مضمونه إلى ثلاثة أبعاد للخدمة المقدمة في المستشفى و هي :

- 1- الصفة المميزة للخدمة Service Attributes : و ترتبط أساسا بجوهر الخدمة الصحية المقدمة ذاتها و التي تتكون من عدة إجراءات مختلفة تشخيصية و علاجية؛
- 2- المنافع المرجوة من الخدمة Service Benefits : و تتمثل بالعناصر المختلفة التي يحصل عليها المريض أو غيره من المراجعين للمستشفى لمقابلة احتياجاتهم الصحية و التي يطلق عليها في بعض الحالات بحزمة الرضا المتحقق للمستفيد و المتضمنة الإدراك الحقيقي لكفاءة العمل المؤدى بشكله الملموس و غير الملموس و ما يؤدي إلى شعوره بالإطمئنان لذلك العمل المؤدى؛
- 3- الخدمات السائدة Service Supports: و تتمثل بكافة العناصر المضافة التي يقدمها المستشفى إلى جوهر الخدمة الصحية المقدمة للمرضى و تتضمن نظام حجز المواعيد ، استقبال المرضى ،خدمات الاتصال التليفونية ،التنسيق مع المستشفيات الأخرى و المنظمات الاجتماعية و الإنسانية و غيرها. (2)

1- عطية مصلح، قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين و المرضى في المستشفيات العاملة في مدينة

قلقيلية، جامعة القدس المفتوحة، منطقة قلقيلية التعليمية، بدون سنة، فلسطين، ص8

2- صفاء محمد هادي الجزائري، علي غباش محمد، بشرى عبد الله شتيت، مرجع سابق، ص13

و من خلال مختلف التعاريف السابقة يمكن القول أن الخدمة يتم تعريفها غالبا انطلاقا من خصائصها التي تتميز بها و المتفق عليها في أغلب التعاريف ، فهي بصفة عامة منتجات غير ملموسة لا يتم نقلها أو تخزينها سريعة الزوال أي تنتج و تستهلك في نفس الوقت ، تتضمن مشاركة المستفيد و تفاعله مع مقدم الخدمة ، تهدف إلى تلبية توقعات المستفيد و تحقيق رضاه ، أما على المستوى الصحي فهي العلاج المقدم للمريض ينتج عنه رضا أو قبول من قبل المرضى لأن يكون بحالة صحية أفضل .

1-2-1-2 خصائص الخدمة و نظام تقديم الخدمة:

أولا : خصائص الخدمة:

يمكن تحديد الخصائص الأساسية للخدمات فيما يلي:

1- اللاملموسية: تتصف الخدمات بكونها غير ملموسة أي لا يستطيع المستفيد استخدام حواسه لإدراكها قبل شرائها لذا يصعب شرحها و توضيحها من خلال الإعلان. ⁽¹⁾ فما يميز الخدمة عن السلعة هو أنها غير ملموسة ، بمعنى أنه ليس للخدمة وجود مادي أبعد من السلعة حيث أنها تنتج أو تحضر ثم يتم الانتفاع بها عند الحاجة إليها و يترتب على الخاصية الغير ملموسة صعوبة معاينة أو فحص أو تجربة الخدمة قبل شرائها ، بمعنى آخر أن المستفيد من الخدمة لن يكون قادرا على إصدار قرارات أو إبداء رأي بالخدمة استنادا إلى تقييم محسوس من خلال حواس البصر و التذوق قبل شراء الخدمة مثلما يحصل لو أنه اشترى سلعة مادية ، و لهذا شراء الخدمة أصعب من قرار شراء السلعة. ⁽²⁾

2- غير قابلة للفصل: أي درجة الارتباط بين الخدمة و الشخص الذي يتولى تقديمها إلى الحد الذي يتصور فيه المستفيد بأن الأفراد الذين يقدمون الخدمة هم الخدمة نفسها كما لا يمكن تصور وجود الخدمة إلا بوجود المستفيد فالخدمة الصحية مثلا لا تظهر إلا بوجود المريض. ⁽³⁾ فلذلك نقول إن درجة الترابط أعلى بكثير في الخدمات قياسا إلى السلع المادية ، و تشير هذه الخاصية

1- علي سكر عبود و اخرون، مرجع سابق، ص56

2- مالك عدنان علي العمري، مرجع سابق، ص23

3- علي سكر عبود و اخرون، مرجع سابق.

في هذه الحالة إلى وجود علاقة مباشرة بين مزودي الخدمة و المستفيد ، فغالبا ما يتطلب الأمر حضور المستفيد من الخدمة عند تقديمها و هذا ما يحقق لتسويق الخدمات ميزة خاصة ، حيث يتم إنتاج الخدمة و تسويقها في أن واحد ، و أيضا يترتب على هذه الخاصية ضرورة مساهمة أو مشاركة المستفيد في إنتاجها و هذه السمة تعتبر أساسية حيث لا يمكن أداء الكثير من الخدمات دون توافرها. (1)

و لكي تحقق المؤسسة مستوى رفيع من الأداء الخدمي لابد أن يكون الاهتمام من قبل المؤسسة بمقدمي الخدمة من حيث تحفيزهم و تدريبهم للعمل كفريق واحد للوصول إلى تحقيق درجة عالية من الرضا من قبل المستفيدين حول الخدمات المقدمة إليهم و حتى تستطيع المؤسسة المحافظة على تقديم نوعية جيدة من الخدمات و بشكل مستمر عليها أن تهىء لموظفيها توجهها نحو المستفيد ، و هذا يعني أن نوعية الخدمة تعتمد بشكل كبير على نوعية التفاعل بين البائع و المستفيد خلال المرحلة التي يتم فيها إنشاء الخدمة ، إذا جودة الخدمة تعتمد بشكل كبير على مقدم الخدمة و الكيفية التي يتم بها تقديم الخدمة. (2)

3- الملكية: و تعني عدم انتقال ملكية الخدمات عند شرائها حيث أن المستفيد من الخدمة يستهلك المنفعة دون امكانية تملك الخدمة ذاتها و هذا يمثل الفارق بين السلعة و الخدمة. (3) فعدم انتقال الملكية تمثل صفة واضحة يتم التمييز بها بين الإنتاج السلعي و الإنتاج الخدمي و ذلك لأن المستفيد له فقط الحق باستعمال الخدمة لفترة معينة دون أن يمتلكها فالدفع يكون هنا بهدف الاستعمال أو الإستئجار للشيء ، بينما في حالة شراء السلعة له حق التصرف بها. (4)

4- عدم وجود معايير نمطية لإنتاج الخدمات يستند إليها في تقديم الجودة نفسها. (5)

- فناء الخدمة: بما أن الخدمات غير ملموسة فهي غير قابلة للتخزين و هذا ينعكس على النظام الإنتاجي و يجعل إدارته أكثر تعقيدا خاصة مع تذبذب حجم الطلب. (6)

1- مالك عدنان علي العمري، مرجع سابق، ص 23

2- مالك عدنان علي العمري، مرجع سابق، ص 21

3- علي سكر عبود و اخرون، مرجع سابق

4- مالك عدنان علي العمري، مرجع سابق، ص 24

5- علي سكر عبود و اخرون، مرجع سابق

6- عدنان مريزق، مرجع سابق، ص 18

هذا يعني أن الكثير من الخدمات ذات طبيعة هلامية غير قابلة للتخزين ، فكلما كانت هذه الخدمات غير ملموسة فإن ذلك يعني انخفاض فرصة تخزينها و هذا يدل على أن الخدمات ذات الطبيعة الفئائية من غير الممكن حفظها على شكل مخزون ، و هذا يجعل تكلفة التخزين و الإيداع منخفضة نسبيا. (1)

و يمكن تلخيص أهم أوجه الاختلاف بين الخدمات و السلع المادية بما يأتي :

- 1- طبيعة السلعة : السلع المادية شيء ملموس ، لكن الخدمات غير ملموسة و هذا يصعب من عملية تسويقها كونها تحتاج إلى مجهود كبير في عملية الإقناع لعدم توفر عنصر المادية فيها ، و الذي يؤدي إلى التباين و التفاوت في إدراك الخدمة أو قيمة هذه الخدمة بين الأشخاص؛
- 2- الفصل بين الإنتاج و التسويق : في السلع المادية يمكن فصل الإنتاج عن عملية التسويق ، حيث يتم إنتاج السلعة ثم تبدأ عملية التسويق ، فهما وظيفتين مستقلتين ، بينما في الخدمات لا يمكن الفصل بين الوظيفتين مما يصعب من العملية نفسها و يؤثر على الرقابة و على الجودة ؛
- 3- صعوبة الرقابة على الجودة أو ضبطها : في السلع المادية يمكن الرقابة على الجودة و لا يوجد مشاكل في ضبطها كونها سلعا مادية و أشياء ملموسة و هناك إمكانية لإخضاعها لعمليات الفحص و الرقابة ، أما في الخدمات لا يوجد جودة ثابتة لأن الخدمات ترتبط بالعنصر البشري أو العامل الإنساني ، إضافة إلى عدم وجود تخزين للخدمات مما يصعب من الرقابة على الجودة حيث تتفاوت مستويات الجودة المقدمة باختلاف الظروف و مقتضياته و الذي ينعكس على الانطباعات التي يكونها المستفيد عن الخدمة و جودتها؛ (2)
- 4- دور المستفيد في إنتاج الخدمة : في السلع المادية لا يكون المستفيد جزء و لا يشارك في عملية الإنتاج و غالبا ما يحصل على السلعة جاهزة و يستلمها كنتاج جاهز دون بذل أي جهد ، في حين أن المستفيد من الخدمات غالبا ما يشارك في إنتاج الخدمة ذاتها ، و هذا يعكس مدى أهمية دور المستفيد و خصائصه و الكيفية التي يريد بها الخدمة و أنماط سلوكه؛

1- مالك عدنان علي العمري، مرجع مرجع، ص23

2- منير أحمد سعيد شكوكاني، مرجع سابق، ص32

5- الاختلاف في قنوات التوزيع : بعكس السلع المادية التي تتطلب قنوات توزيع مادية ، و نقل مادي للسلع من أماكن استهلاكها ، فإن الخدمات لا تتطلب قنوات توزيع مادية تشابه تلك التي تتطلبها السلع المادية (و خاصة الاستهلاكية) فهي لا تحتاج إلى قنوات توزيع طويلة جدا ، كما أنها تعتمد على قنوات توزيع الية ، قصيرة في الغالب و تعتمد على الاتصال المباشر و التفاعل؛

6- أبحاث التسويق : القيام بهذه الأبحاث في الخدمات أكثر صعوبة منها في حالة السلع المادية و السبب يعود إلى كثرة العوامل التي تؤثر على الخدمات من السلع المادية ، ففي الخدمات لا يمكن التفريق بين ما تقدمه المؤسسة و بين اسم المؤسسة ، بينما في السلع المادية يمكن الاختباء وراء العلامة التجارية دون أن يؤثر ذلك على اسم المؤسسة ، لذلك فإن فشل السلعة لا يؤثر على المؤسسة ، و درجة الحساسية تكون أكبر أي أن الفشل في تقديم الخدمة قد يؤدي إلى فشل المؤسسة التي تقدمها.(1)

ثانيا : نظام تقديم الخدمة : le system de servuction :

هو نظام متجانس لكل العناصر المادية و الإنسانية الضرورية لتحقيق نظام تقديم خدمة من الخصائص التجارية و مستويات الجودة المحددة ، و بطريقة أخرى نظام تقديم الخدمة هو إنتاج الخدمة لذا يمكن أن يكون هذا الإنتاج : (تشخيص،نقل،خدمات مالية...) أو عملية توزيع (توزيع سلع مادية ، مركز تجاري...)

و العناصر المكونة لهذا النظام هي :

1- المستفيد : و يمثل العنصر الأكثر أهمية في النظام ، حضوره حتمي فالمشاركة و الدور الذي يجب أن يلعبه المستفيد أو المهام التي يجب القيام بها للحصول على الخدمة الصحيحة ضرورية جدا؛

2- الموظفين : و يمثلون صورة المؤسسة ، فهم المصدر الأساسي الذي تستعمله المؤسسة لتقديم الخدمة ، فمشاركة الزبون تجبر الموظفين على ضمان دورين بطريقة انية ، يجب أن يقوم بالمهام الضرورية لإنتاج الخدمة و هذا هو الدور التشغيلي مثله مثل أي عامل في مصنع ، كما عليه أن

يمثل المؤسسة تمثيلاً جيداً فهم مسؤولين عن تسيير جودة الخدمة المقدمة ، فالكثير من الدراسات أثبتت أن المستفيد جد حساس للخدمة المقدمة من طرف الموظفين؛

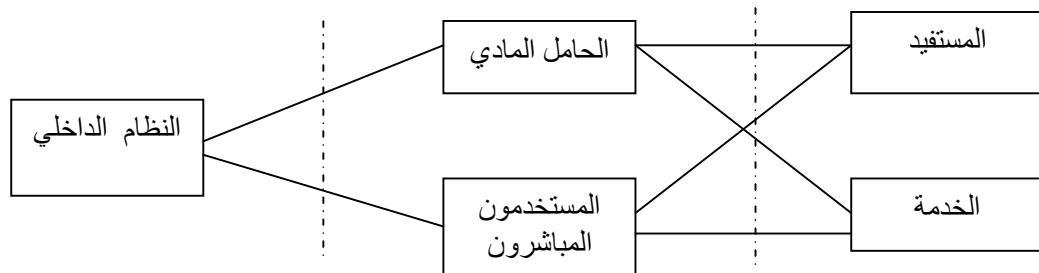
3-الخدمة : و يمثل الهدف الأساسي لنظام تقديم الخدمة فهو يعتبر كنتيجة للعلاقة بين المستفيد الدعامة المادية و الموظفين ، فالخدمة المقدمة للمستفيد هي خدمة عامة مكونة عامة من نوعين من الخدمات الخدمة الأساسية و الخدمات الثانوية :

أ- الخدمة الأساسية : و تمثل السبب الرئيسي الذي لأجله يتوجه المستفيد للمؤسسة مقدمة الخدمة ، فهي الخدمة التي سترضي حاجات المستفيد الأساسية.

ب- الخدمات الثانوية : هي الخدمات التي تحيط بالخدمة الأساسية و التي تسمح بالحصول على قيمة مضافة تميز المؤسسة عن باقي منافسيها.

4- الحامل المادي : و يتعلق بكل ما هو ضروري لإنتاج الخدمة : محيط الاتصال بالمستفيد (أو الفضاء المادي الذي يمثل مكان تقديم الخدمة) ، العناصر المادية الضرورية لتقديم الخدمة و أيضاً التجهيزات المادية لموظفي الإتصال ، و من هذا المنطلق الحامل المادي يمثل الجانب الملموس أي الجزء الذي يتم رأيته و لمسه في الخدمة على عكس بقية عناصر تقديم الخدمة؛

5- النظام الداخلي : و يتعلق بتسيير المؤسسة للخدمة أي الأهداف المتبعة ، هيكل المؤسسة ...الخ. فالنظام الداخلي يمثل الجزء المخفي الذي لا يتم رأيته من طرف المستفيد ، و هو مكون من مجموع الوظائف الإدارية و التسييرية التي تضع عناصر نظام تقديم الخدمة في أماكنها .⁽¹⁾



شكل رقم (1-4) : العناصر الأساسية للنظام الخدماتي .

المصدر : عتيق عائشة، مرجع سابق، ص32

و يمثل الشكل العناصر المكونة لنظام تقديم الخدمة و التي تتشارك فيما بينها لتقديم الخدمة للزبون الذي هو بدوره أحد عناصر هذا النظام ، بالإضافة إلى العاملون بالمؤسسة ، الخدمة نفسها ، العناصر المادية و النظام الداخلي الإداري للمؤسسة .

1-2-1-3 عوائق تحسين الخدمات في القطاع العمومي :

إن مؤسسات القطاع العام تواجه عدة عوائق و صعوبات تحد من فعاليتها عند محاولة تحسين خدمات المستفيدين و تبني مفهوم خدمة المستفيد الذي بدأ في القطاع الخاص و منها :

- 1- الإيديولوجيات السياسية المتعارضة حول الهدف من الحكومة؛
- 2- تنافس جماعات المصالح على الموارد المحدودة للمؤسسات العمومية؛
- 3- مقاومة البيروقراطيين لتطوير مقاييس للمخرجات؛
- 4- تشابك و تداخل الخدمات و تبعثر جهود و مسؤوليات الأجهزة المعنية بها؛
- 5- تعارض القيم و الاتجاهات و التوقعات في المجتمع ؛
- 6- اهتمام الحكومات بالعدالة و المساواة في توزيع الموارد و تقديم الخدمات و في الوقت نفسه محاولة الاستجابة للضغوط المستمرة لتحقيق الكفاءة و الفعالية؛
- 7- هيمنة النموذج الهرمي البيروقراطي على الطريقة التي تدار بها المؤسسات؛
- 8- عدم وجود نظام حوافز يشجع الأداء المتميز؛
- 9- اعتقاد أغلب الإداريين بأن الاهتمام بالمستفيدين و تقديم خدمة متميزة ترقى إلى تطلعات و توقعات المواطنين يؤدي إلى ارتفاع التكلفة؛
- 10- سوء فهم الإداريين لفكرة خدمة المستفيد في القطاع العمومي ، إذ ينظر إليها على أنها قسم يعنى بالعلاقات العامة أكثر من الاهتمام بجودة الخدمة و تلمس حاجات و توقعات المستفيدين.⁽¹⁾

1- معدي بن محمد ال مذهب، توقعات المستفيدين و الأبعاد المحددة لرضاهم عن جودة الخدمات: دراسة على الأجهزة الحكومية المتعاملة مباشرة مع الجمهور بمدينة الرياض، دورية الإدارة العامة، المجلد 49، العدد الثاني، 2009، ص172

11- تقديم الخدمات الصحية مجاناً للمواطنين في الدول النامية ، أدى إلى اختفاء عنصر المنافسة في المؤسسات الحكومية التي تتولى تقديم الخدمات الطبية إلى حد كبير ، الأمر الذي أدى إلى عدم الاهتمام بالتعرف على آراء المرضى حول الخدمات الصحية و عدم الإكتراث برضاهم عنها.⁽¹⁾

1-2-2 مفهوم،أنواع و خصائص الخدمة الصحية:

قسماً المطلوب الثاني إلى ثلاث فروع ، المفهوم ، الأنواع ، و خصائص الخدمات الصحية كما يلي:

1-2-2-1 مفهوم الخدمة الصحية.

أول من استخدم مفهوم الخدمة الصحية هي ممرضة بريطانية تدعى فلورنس نايتجيل و التي كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال حرب القرم و ذلك بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات.⁽²⁾ و تعني الخدمات الصحية الرعاية الطبية التي بدورها تعني الخدمة أو الخدمات العلاجية أو الاستشفائية أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع مثل معالجة الطبيب لشخص مريض ، أو العناية التمريضية التي تقدمها الممرضة للمريض ، أو التحاليل التشخيصية التي يقدمها في المختبر لشخص ما أو لعدة أشخاص غير أن الرعاية الطبية قد تقدم رعاية صحية وقائية حيث أن الطبيب الذي يعالج شخصاً ما يمكن أن يقدم له توضيحات و معلومات حول مرض ما و طرق انتشاره و طرق الوقاية منه لتجنب الوقوع فيه في المستقبل و بذلك يقوم الطبيب بدور الرعاية الصحية إلى جانب الرعاية الطبية.⁽³⁾ و هي كافة الخدمات التي تقدم لإشباع حاجات أو رغبات صحية لطلاب الخدمة الصحية و هذا التعبير يشمل كل حالات عدم الإشباع الصحي لدى الفرد أياً كانت درجته و حتى إن كان وهمياً، و تشمل هذه الخدمات :

1- حسين منصور،الخدمات الصحية المقدمة للمرضى المنومين بمدينة إربد-الأردن "دراسة في جغرافية

الخدمات،مجلة المنارة،المجلد 13،العدد1،الأردن،2006،ص4

2- اكرم أحمد الطويل،الاء حسيب الجليلي و رياض جميل وهاب،إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية،دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى،جامعة تكريت،مجلة تكريت للعلوم الإدارية

و الاقتصادية،المجلد 6،العدد19، 2010

3- عتيق عائشة،مرجع سابق،ص35

خدمات طبية (تشخيص و علاج) - خدمات تمريضية - خدمات الأشعة و التحاليل و المختبرات- خدمات الصيدلة- خدمات عامة مثل الغرف و التغذية و المغسلة. و إذا كانت منافذ تقديم هذه الخدمات متعددة حيث تشمل المستشفى أو العيادة الشاملة أو المستوصف أو عيادة الحي أو عيادة الطبيب أو معمل التحاليل ، إلا أن أهم هذه المنافذ هو المستشفى بإمكانياته الأوسع و استثماراته الأكبر و خدماته الأعم. ⁽¹⁾ فهي 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 غيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين و علاجهم و وقايتهم من الأمراض المعدية ⁽²⁾

و عليه فالخدمة الصحية المقدمة من المستشفى لا تخرج عن مضمون هذا التعريف لكون المريض يتلقى تلك الخدمات التي هو بحاجة إليها و التي يكون جوهرها غير ملموس و لا يمتلكها و لكن يمكن استخدام أدوات و أجهزة و معدات مختلفة لتقديم الخدمة للمريض و من ثم شفاؤه و قد تستغرق فترة زمنية بسيطة أو طويلة. ⁽³⁾

و من التعاريف السابقة نستنتج أن الخدمات الصحية هي الخدمات التي تشمل على الخدمات الطبية و التمريضية ، الأشعة و التحاليل ، خدمات الغرف ...فهي على أنواع ، تقدم لإشباع حاجات صحية الهدف منها رفع المستوى الصحي للمواطنين و شفاؤهم من الأمراض و وقايتهم منها أيضا ، تتضمن عناصر غير ملموسة و أخرى ملموسة ، تتطلب المعاملة الانسانية مع إعطاء العناية اللازمة .

1- أحمد سيد مصطفى، مرجع سابق، ص 50

2- عدنان مريزق، مرجع سابق، ص 19

3- مجد عارف العساف، مرجع سابق، ص 39

1-2-2-2 أنواع الخدمات الصحية.

الخدمات بصفة عامة إما جوهرية أو مساندة ، فالجوهريّة هي الخدمة الأساسية التي تقدمها المؤسسة ، فالمستشفى تقدم خدمة طبية (معالجة،عمليات جراحية،تحاليل و أشعة) ، حيث يصعب مع هذه الخدمات لوحدها تحقيق المستوى المطلوب الذي يحقق الهدف من التعامل مع المستشفى ، ما يتطلب وجود خدمات أخرى تسمى مساندة تجعل الخدمات الكلية متكاملة و محققة للهدف منها ، و من هذه الخدمات مثلا : المعلومات و المواعيد و الخدمات الفندقية و الغرف و التكيف و توفر أجهزة طبية حديثة بدل الطرق اليدوية في تقديم الخدمة ، و سهولة الاتصال مع الطبيب و سهولة الوصول للمستشفى و الحصول على الخدمة بيسر و غيرها الكثير الذي يجعل المريض أكثر شعورا بالرضا و الراحة أثناء تلقي الخدمة الطبية.⁽¹⁾ و يمكن تصنيف الخدمات الصحية إلى:

1- الخدمات العلاجية: تشمل الخدمات المقدمة عبر العيادات الخارجية و المستوصفات و كذلك الخدمات المقدمة من قبل المستشفيات للمرضى الراقدين سواء من قبل أطباء عاميين أو اختصاصيين⁽²⁾ بالإضافة إلى الخدمات المساعدة المتمثلة في الأشعة و التحاليل و خدمات التغذية و النظافة و الإدارة و غيرها.⁽³⁾ و هي الخدمات التي تقدم للتخلص من المرض بعد حدوثه من خلال فحص المريض و تشخيص مرضه و إلحاقه بإحدى المؤسسات العلاجية و تقديم الدواء و الغذاء للملائمين لحالته فضلا عن حسن معاملته لمساعدته على استعادة صحته.⁽⁴⁾

2- خدمات وقائية: تتضمن خدمات التطعيم ضد الأمراض و خدمات المسح الطبي الشامل للكشف عن احتمالات الإصابة و خدمات تأهيل المرضى و المصابين جراء الحوادث⁽⁵⁾

1- فراس أبو قاعود و اخرون،أثر عناصر المزيج التسويقي الخدمي في جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر

المرضى في المستشفيات الحكومية في عمان،مجلة أبحاث اليرموك،المجلد 27،العدد 1ب،الأدن،2011،ص422

2- علي سكر عبود،مرجع سابق،ص57

3- عدنان مريزق،مرجع سابق،ص 20

4- 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

الثاني،2009،دمشق،ص55

5- علي سكر عبود و اخرون،مرجع سابق،ص 57

و هي الخدمات التي تقدم للحفاظ على صحة الإنسان و وقايته من المرض⁽¹⁾ و تعمل هذه الخدمات على تسهيل أداء الخدمات العلاجية فهي مدعمة لها و يتمثل دورها في حماية المجتمع و البيئة من الأمراض المعدية و الأوبئة و مثال على ذلك الرقابة الصحية على الواردات.

3- خدمات إنتاجية: و تتضمن إنتاج الأمصال و اللقاحات كما تتضمن إنتاج الأدوية و أيضا العتاد و الأجهزة الطبية الأخرى. ⁽²⁾ و هي الخدمات التي تقدم للحفاظ على صحة الإنسان و وقايته من المرض⁽³⁾

و لتمكين النظام الصحي من تحقيق الهدف المرسوم له لابد من ضمان توفير و تقديم مجموعتين رئيسيتين من الخدمات تشكلان معا النظام الصحي الكلي و هي مفصلة عن التقسيم السابق : ⁽⁴⁾
أ- خدمات و برامج الصحة العامة : و الموجهة نحو خدمة المجتمع ككل أو مجموعات محددة من السكان و تشمل :

- خدمات الإرتقاء بالصحة : و هي خدمات موجهة نحو بناء سلوكيات صحية ايجابية لدى الأفراد و خاصة فيما يتعلق بأهمية الغذاء الصحي المتوازن ، و ممارسة الرياضة البدنية أي التركيز على العوامل غير الطبية لحفظ صحة الفرد ، كما تشمل خدمات التنقيف الصحي و أهمية النظافة الشخصية للفرد و صحة البيئة المنزلية؛

- خدمات الصحة العامة : و تهتم هذه الخدمات بصحة الأفراد كمجموعات و تتمثل في السيطرة على الأمراض السارية و المعدية و القضاء عليها ، عزل الحالات المصابة بالأمراض و علاجها ، خدمات رعاية الأم و الطفل ، الإحصاءات الحيوية و الصحية ، التنقيف و التوعية الصحية ، تقييم و تنمية الموارد المتاحة و الأبحاث العلمية في المجال الصحي؛

- خدمات صحة البيئة : و ترتبط هذه الخدمات عادة بخدمات الصحة العامة المذكورة أعلاه و هي خدمات موجهة نحو توفير البيئة الصحية السليمة للأفراد و تهتم بشكل رئيسي بقضايا التلوث البيئي و الأمن و السلامة العامة . و تشمل توفير الماء الصالح للشرب و الطرق السليمة لاستعماله

1- أسامة الفراج، مرجع سابق، ص55

2- عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 20

3- أسامة الفراج، مرجع سابق، ص55

4- جناة بوقجاني، مرجع سابق، ص 18

و تخزينه ، التخلص السليم من النفايات الصلبة و السائلة ، صحة الحليب و المأكولات ، توفير المسكن الصحي المناسب ، الاهتمام بالصحة المهنية و أمور السلامة العامة و التفتيش على المرافق الصحية العامة ، مكافحة الحشرات و القوارض و السيطرة على المواد المشعة الخطرة.

ب- خدمات الرعاية الطبية : و تشير إلى الخدمات الصحية الشخصية التي تقدم للفرد فيما يتعلق بصحته و المحافظة عليها و هي لا تقتصر بمفهومها على رعاية المرضى الذين تظهر عليهم الأعراض المرضية أو ما يعرف بخدمات التشخيص و العلاج بل تشمل المدى الكامل من الخدمات الصحية الشخصية ابتداء من خدمات ترقية الصحة ، و الوقاية من الأمراض و الكشف المبكر عنها ، و تشخيصها و علاجها و انتهاء بخدمات إعادة التأهيل الاجتماعي و المهني للمريض . (1)

كما يقسمها فريد كورنل تقريبا حسب أقسام المستشفى و الهيكل التنظيمي إلى :

1- خدمات طبية مرتبطة بصحة الفرد : و تتعلق بالتشخيص و العلاج و تؤدي عبر الأقسام الآتية :

- قسم الأمراض الداخلية و قسم الأمراض الجراحية؛

- قسم الأطفال؛

- قسم التوليد و أمراض النساء؛

- قسم أمراض الرأس؛

- قسم العلاج الطبيعي (المعالجة الفيزيائية)؛

- قسم التخدير و الإنعاش؛

- قسم الإسعاف و الطوارئ؛

- قسم العيادات الخارجية؛

- طبابة العاملين؛

- قسم المختبر و قسم الأشعة.

2- خدمات طبية مساعدة : تشمل كل ما يتعلق بالرعاية السريرية داخل المستشفى و يندرج ضمنها :

- خدمات التمريض؛

- خدمات الصيدلة.

3- الرعاية الصحية : تهدف الرعاية الصحية إلى تعزيز و تشجيع المستوى الصحي للأفراد و الجماعات بالجوانب الجسدية و النفسية و العقلية و الذهنية و الاجتماعية كافة . و لعل من المفيد الإشارة إلى أن هناك خطأ شائع بين الناس و حتى بين الأطباء و المهنيين في حقل الصحة و الطب بالخلط بين مفهومي المعالجة الطبية و الرعاية الصحية ، حيث ينظر إليهما على أنهما متطابقان إلا أن ذلك خطأ لأن المعالجة ما هي إلا فرع أو ميدان من ميادين الرعاية الصحية ، و إذا كانت المعالجة الطبية هي التي تتعامل مع المرضى فإن الرعاية الصحية لا تنتظر حتى وقوع المرض ، بل تعمل على منع حدوثه بوسائل عديدة و إذا ما حدث المرض تتدخل لمعالجته (أي أن نشاط الرعاية يكون فعالا مع المعالجة) ، و لا ينتهي عمل الرعاية عند هذا الحد ، ففي كثير من الأحيان لا يكفي العلاج وحده بل يتطلب مرحلة لتأهيل المريض بعد إجراء العمل الجراحي و العلاج.⁽¹⁾

كما و تصنف الخدمات استنادا إلى مجموعة من المؤشرات على النحو التالي :

1- من حيث الإعتماذية : إن الخدمات الصحية تنتوع استنادا إلى اعتمادها على السلع الملموسة مثل (التحاليل المختبرية،الأشعة،الجراحة...الخ) و خدمات يعتمد تقديمها على العنصر البشري مثل العلاج النفسي، تشخيص المرض ،تحديد نوع العلاج...

2- من حيث حضور المستفيد من الخدمات الصحية و مقدمها مثل (العمليات الجراحية ،الفحص السريري ، سحب الدم ،الأشعة...)

3- من حيث نوع الحاجة : قد تكون الخدمات تشبع حاجة فردية مثل الفحص الشخصي في عيادة الطبيب أو الحاجة إلى حزمة من المنافع مثل الرقود في المستشفى حيث تقدم خدمات الإطعام ،العناية ،الفحص الصباحي لجميع الراقيدين في المستشفى.

4- من حيث أهداف مقدمي الخدمات الصحية : حيث يختلف مقدموا الخدمات الصحية في أهدافهم (الربحية و غير الربحية) و من حيث ملكية المؤسسات الصحية (خاصة و عامة) من حيث البرامج التسويقية و الأهداف لمستشفى خاص و التي تختلف عن تلك البرامج التي يطبقها مستشفى عمومي و الأهداف التي يسعى لتحقيقها. (1)

1-2-2-3 خصائص الخدمات الصحية.

رغم اعتبار الخدمات الصحية شكلا من أشكال الخدمات الأخرى تقاربا في المعنى و المفهوم إلا أن لها خصوصية معينة نظرا لكونها مرتبطة بحياة الإنسان وصحته و هي شئ لا يمكن تقديره بضمن كما أنها تعتبر المدخل الحقيقي لإحداث التنمية الشاملة في أي مجتمع و لا نغالي إذا قلنا أنها تمثل المظهر الاجتماعي للتنمية لأنه لا يمكن تصور تنمية حقيقية مع تفشي الأمراض التي تقتك بالإنسان الصانع للتنمية لذا فإن الإنفاق على الخدمات الصحية سيزيد من إنتاجية الفرد و قدرته على تنفيذ برامج التنمية و يطلق الاقتصاديون على هذا النوع من الإنفاق مصطلح اقتصاديات الصحة ، و في ضوء ما تقدم فإنها إضافة إلى ما تتميز به الخدمات الأخرى من خصائص تتميز بخصائص إضافية أخرى هي :

1- نظرا لكون الخدمة الصحية مرتبطة بصحة الإنسان و حياته فلا يمكن لإدارة المستشفيات أن تعتمد نفس المعايير المطبقة على الخدمات الأخرى لأن ذلك يتناقض مع الرسالة الإنسانية لتلك المستشفيات؛

2- بسبب تذبذب الطلب على الخدمة الصحية خلال اليوم أو الأسبوع أو الموسم فإن الأمر يستدعي حشد كل الطاقات لإنتاج و تقديم الخدمة الصحية لطلابها و لا يمكن التأخر أو الإعتذار عن الإستجابة للطلب لأن في ذلك إخفاقا لمهامها الإنسانية بينما يكون الأمر مقبولا لبقية الخدمات الأخرى؛ (2)

3- قلة التمييز و التوحيد للخدمة الصحية: صناعة الخدمة الصحية تتجه حيث يتواجد الناس ، و نظرا لاختلاف طبيعة الناس و أمراضهم و حالاتهم النفسية فإن الخدمة تتنوع من فرد لآخر ، حتى للفرد الواحد فإنه يحصل على خدمة الجراحة و العيون و القلب و الصدر...الخ. و نفس الشيء

1- مدينة عثمان يوسف، التسويق الصحي و الاجتماعي، دار المناهج للنشر و التوزيع، عمان، 2008، ص 99

2- علي سكر عبود و اخرون، مرجع سابق، ص 56

بالنسبة للوحدات التي تنتج الخدمة فإنها تتنوع باختلاف الأمراض و التخصصات و هذا الأمر يتطلب أن يتم تقدير الطلب على كل تخصص عند تقدير الطلب على الخدمة الصحية، و بالتالي فالخدمات الصحية مثل الخدمات العلاجية هي خدمات فردية بمعنى أنها تقدم لكل فرد على حدى في مجالات تخصص معينة؛

4- التنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية: يؤدي عدم تجانس الخدمة و تباينها من فرد لآخر طبقا لحاجاته الشخصية و الذي يؤدي إلى تفاوت مخرجات المؤسسة الخدمية الواحدة ، و كذلك تباين الخدمات التي يقدمها العاملين بالمؤسسة الخدمية من وقت لآخر إلى صعوبة التنبؤ بالطلب على المؤسسات الخدمية بالإضافة إلى ذلك فإن صعوبة التنبؤ بالطلب على الخدمات تكون نتيجة لما يتميز به هذا الطلب من عدم ثبات فقد يحدث الطلب مرة واحدة في العام أو لفترة زمنية قصيرة خلال العام أو في مواسم معينة (مثل زيادة الإصابة بنزلات البرد في الشتاء و انتشار بعض الأوبئة الأخرى في الصيف) كما قد يتنوع الطلب خلال الشهر أو الأسبوع الواحد أو حتى في اليوم الواحد . و الجدير بالذكر أنه نتيجة هذه الخاصية و بهدف الاستجابة إلى أقصى حد من الخدمات المطلوبة فإن الأمر الذي يستوجب مراعاته هو الاستعداد المبكر لحشد كل الطاقات لإنتاج و تقديم الخدمات الصحية لطالبيها.

5- الخدمة الصحية منتج غير ملموس: الأمر الذي يستوجب ضرورة وجود اتصال مباشر قوي و فعال بين مقدم الخدمة (المؤسسة الصحية) و المستفيد حتى تتحقق الإستفادة الكاملة من هذه الخدمات ،و تملّي هذه الخاصية على الأجهزة المقدمة للخدمات الصحية و المشرفة عليها ضرورة التأكد بصفة مستمرة عن طريق أساليبها الخاصة من تحقيق هذا الاتصال لتضمن تحقيق خدمة فعالة للمستفيدين من خدماتها حيث لا يمكن فصل مقدم الخدمة الصحية عن المستفيد .

6- الخدمة الصحية سلعة عامة: السلع العامة تخضع للتأثيرات الخارجية بدرجة أساسية و تتميز هذه السلع بأنها حساسة للمستفيدين و قد حدد كل من ماسجريف Musgrave و بوسطن Boston سنة 1976 خاصيتين للسلع العامة أو الخدمات العامة أولاها حالة المنافسة ثانيهما الإقصاء أو الابتعاد.

و الخاصية الأولى تعني ببساطة أن الفرد عندما يستهلك سلع أو خدمة عامة فإنه يقف في علاقة تنافسية مع شخص آخر فمثلا عندما يستفيد المريض من الخدمة الطبية في ساعة تشغيل في العيادة الخارجية فإن ذلك قد أوقف فرصة مماثلة في الوقت الذي استغرقه الفرد الآخر المنتظر

للخدمة باعتبار أن الطلب مستمر عن وحدة العمل ، أما الخاصية الثانية و هي خاصية الإقصاء و هو احتمال فني لإقصاء البعض من فوائد الخدمة عندما تكون التكاليف مرتفعة.

7-الخدمات الصحية غير قابلة للتأجيل : تتطلب الخدمات الصحية في غالبيتها السرعة في تقديمها فالإصابة بمرض معين على سبيل المثال يقتضي سرعة علاجه للقضاء عليه عند ظهور الأعراض ، و يترتب على هذه الخاصية بعض الأبعاد المرتبطة بتحقيق حماية المستفيد و هي :
أ-البعد المكاني: و الذي يقضي بضرورة انتشار منافذ تقديم الخدمات الصحية في الأماكن المختلفة التي يتواجد فيها الأفراد و بمعنى اخر ضرورة اتباع سياسة التغطية الشاملة للمناطق الجغرافية المختلفة.

ب-البعد الزمني: و الذي يقضي بضرورة تقديم الخدمات الصحية في الوقت الذي يحتاج إليها فيه سواء كانت خدمات علاجية أو وقائية فتأجيلها يترتب عليه أضرار بالغة.

8- جهل المستفيد نتيجة عدم توفر المعلومات أو قلتها لدى المستفيد من الخدمات الصحية؛⁽¹⁾

9- إضافة إلى عدم ضمان النتيجة النهائية فإن الجودة في الخدمات الصحية هي مفهوم على قدر كبير من الضبابية و الغموض ، كما يتطلب تعاون المريض مع منتج الخدمة إضافة إلى ذلك فالرعاية الصحية هي خدمة على قدر كبير من الذاتية و تخضع لرضا المريض عن الجودة كما يدركها هو؛

10- القوة شبه الاحتكارية للمهنة الطبية فالأطباء هم مصدر المعلومة للمريض و يتحكمون بكم هذه المعلومات و بجهل المستفيد إضافة إلى تعقيد و غموض الرعاية الطبية فالطب هو غموض و جهل لكل من هو ليس طبيباً ، و من ناحية أخرى فإن القوة الاحتكارية للأطباء تجعل منهم مجموعة مهنية تحكم ذاتها من خلال أخلاقيات تفرضها المهنة على أعضائها؛

11- تتميز الرعاية الصحية و مؤسساتها و بشكل خاص الخدمة الاستشفائية بكثافة العمالة و هذا يعني أن الجزء الأعظم من الإنفاق على الرعاية الصحية يذهب للرواتب و الأجور و التي تصل إلى 70% من مجمل الإنفاق بينما تتراوح هذه النسبة في الصناعة ما بين 15-20% فقط.

12- توقعات العلاقة بين الأطباء و مرضاهم حيث تتميز بإذعان المرضى لأطبائهم فيما يتعلق بقرارات العلاج و الرعاية و فيما يتعلق بكم و كيف و مكان و زمان العلاج و الرعاية و هذا يحدث

1-عدمان مريزق، مرجع سابق، ص20

عندما يبادر المريض و يذهب إلى عيادة الطبيب طلباً للرعاية و يطلق على هذه المرحلة مرحلة المصيدة ، بينما المرحلة الأولى و هي المرحلة الطوعية فالمريض هو صانع القرار فيما يتعلق بقرار السعي أو عدم السعي في طلب الخدمة و يفقد حريته و حقه في اتخاذ القرار في مرحلة المصيدة؛

13- صعوبة وضع موازنة للإنفاق على الرعاية بشكل فردي مهما كان مستوى ثراء و غنى الفرد ، فلا يمكن التنبؤ بحدوث المرض و كذلك معرفة كم و كيف الخدمات التي قد يحتاجها و تكلفة الخدمة مما يستدعي تجميع موارد المجتمع على أساس من التضامن و المسؤولية الاجتماعية عن مرض و صحة الفرد (برامج التأمين الصحي)؛

14- التضامن و المسؤولية الاجتماعية عن مرض و صحة الفرد (برامج التأمين الصحي)؛
15- إن قرارات الأطباء فيما يتعلق بإنتاج و تقديم الرعاية الصحية مسؤولة عن 70-80 % من الإنفاق الكلي على الرعاية الصحية ، و هذا يعني أن تعاون الأطباء و ضبط سلوك الممارسة هو مفتاح ترشيد الإنفاق الصحي و ضبط التصاعد في كلفة الرعاية الصحية؛

16- الخدمة الصحية تم تسييسها حيث أن الوصول للخدمة و الانتفاع بها أصبح و بشكل متزايد حق معترف به لكل مواطن مشرع بالقانون؛

17- العرض يخلق الطلب و هذا على عكس السلع و الخدمات الأخرى فالمعروف أن المزيد من الأطباء و أسرة المستشفيات و التكنولوجيا الطبية تخلق مزيداً من الطلب على الخدمة الصحية.⁽¹⁾
18- تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة فهي مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه وليس بأي شيء آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه؛

19- في منظمات الأعمال، تكون قوة القرار بيد شخص واحد، أو مجموعة من الأشخاص يمثلون الإدارة، في حين تتوزع قوة القرار في المشفى بين مجموعة الإدارة ومجموعة الأطباء؛
20- نظراً لتذبذب الطلب على الخدمة الطبية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم وبهدف الاستجابة إلى أقصى حد ممكن من الخدمات، فهذا يستوجب الاستعداد المبكر وحشد الطاقات

الإدارية والفنية لإنتاج الخدمة الطبية لطالبيها وعدم إمكانية التأخر والاعتذار عن الاستجابة للطلب لأن في ذلك إخفاق في مهمة المشفى الإنسانية.⁽¹⁾

21- الطلب على الخدمات الصحية في أغلب الأحيان غير إرادي بل ضروري و ملح ، كما أن المريض غالبا لا يتصرف بطريقة عقلانية ؛

22- العلاقة بين مقدم الخدمات الصحية و المستفيد هي نوعا ما غير متوازنة ، فالمستفيد لا يملك مهارات و معلومات كافية للتقييم الكلي لجودة النشاط الصحي ، كما أن تعدد أشكال الاستهلاك في القطاع الصحي تجعل المقارنة لتقييمات الجودة صعبة⁽²⁾

إضافة إلى هذه الخصائص يضيف بعض الكتاب مجموعة من الخصائص يسمونها **اقتصادية** و التي ينصرف بعضها إلى جانب الطلب و البعض الآخر إلى جانب العرض كما يلي:

الخصائص التي تقتصر إلى جانب الطلب على الخدمات الصحية : و تتمثل فيما يلي:

1- الخدمات الصحية تعد سلعا جماعية : فالسلع الجماعية هي تلك السلع التي يرى المجتمع أنها تقدم منافع لكل أفراد و ليس فقط للفرد الواحد الذي يستهلكها ، و هذا ما ينطبق على الخدمات الصحية إذ أن تحسن صحة الفرد لا يفيد هذا الفرد فقط و لكنه يفيد أسرته أصدقائه و كل شخص يحيط به و هو ما يطلق عليه بأثار الانتشار الخارجية الموجبة للخدمات الصحية و قد يكون من المفيد اقتصاديا تقديم دعم لهذه الخدمات أو حتى تقديمها مجانا ، و لا يكون البديل الوحيد أن تتولى الدولة إنتاج هذه الخدمات بنفسها إذ يمكنها أن تسمح للقطاع الخاص بذلك على أن تقوم بدعّمه و الإشراف عليه و تنظيمه.

2- الطلب على الخدمات الصحية يعد طلبا مشتقا : يطلق مصطلح الطلب المشتق عادة على السلع التي لا تطلب للإستهلاك المباشر و لكنها تستخدم في صناعة منتجات أخرى من أجل الإستهلاك النهائي ، و كذا فإن الطلب على هذه السلع يعتمد على الطلب على السلع و الخدمات

1-محمد عباس ديوب،هنادي رمضان عطية، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومشفى الباسل بطرطوس،مجلة جامعة تشرين للدراسات و البحوث العلمية _ سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية المجلد (27) العدد (2)2005،ص115

2-Ayoub Nefzi,Lassad Ghachem ,la relation entre la perception de la qualité et la fidélité relationnelle :le cas du secteur hospitalier privé en tunisie,Adetem ,française du marketing ,n240,2012 ,p26

التي تساعد على إنتاجها فإذا كانت كل الخدمات الصحية يمكن اعتبارها كمدخلات لإنتاج الصحة يكون الطلب على الخدمات الصحية طلبا مشتقا من الطلب على الصحة ككل ، فالزيارات المنتظمة لطبيب الأسنان تتم من أجل الحصول على أسنان سليمة في المستقبل و بهذا المعنى فإن المريض يستمر في رعاية أسنانه في الحاضر من أجل الحصول على أسنان سليمة في المستقبل.

3- الخدمات الصحية تعد إنفاقا استهلاكيا: تعتبر السلع الاستهلاكية تلك السلع التي يشتريها المستهلك عادة من أجل المنفعة (الإشباع) التي تقدمها إما بصفة مباشرة أو في صورة تدفق خدمات ، و هذا ما ينطبق على الخدمات الصحية إذ أن شراء المستهلك للأدوية و استهلاكها يعط إشباعا مباشرا بينما شراء جهاز لقياس السكر أو لقياس الضغط يقدم خدمات على مدى فترة زمنية ممتدة.

4- الخدمات الصحية تمثل شراء ضغط بالنسبة للمستفيد : يعد تلقي الخدمة الصحية من طرف المستفيد أمرا ضروريا لتخليصه من الآم مرض معين عند الحاجة و يمكن توضيح هذه الخاصية من التطرق إلى المثالين التاليين : إن زيارة طبيب الأسنان قد تكون غير مريحة و تسبب الإنقباض لدى البعض و لكنها تمثل شراء ضروريا للتخلص من الآم الأسنان ، كما أن دخول المريض غرفة العمليات لإجراء جراحة قد يكون أمرا غير مستحب و لكنه ضروري لتخليصه من الامه و استعادة صحته. (1)

أما عن الخصائص التي تنصرف إلى جانب العرض :

فيمكن إدراجها في الآتي:

1- تخضع أسواق الخدمات الصحية إلى جانب كبير من التدخل و التنظيم الحكومي: تؤثر القوانين و الأنظمة الحكومية على عمل المؤسسات الصحية عامة و المستشفيات بصفة خاصة و يتعلق الأمر بتحديد منهج عملها و القواعد المهنية في مجال تقديم الخدمات الصحية ، كما يتسع هذا التدخل لتقوم بالإنتاج المباشر لهذه الخدمات من خلال ملكيتها لأغلب وحدات إنتاج الخدمات الصحية.

2- انخفاض مرونة عرض الخدمات الصحية في الأجل القصير: يتسم عرض الخدمات الصحية بانخفاض المرونة في الأجل القصير و ذلك لأن بناء المستشفيات و تجهيزها بالإضافة إلى تدريب الأطباء و المهنيين يحتاج إلى سنوات عديدة و من ثم فإن العرض غير مرن لبعض مدخلات

إنتاج الخدمات الصحية في الأجل القصير .

3- كثافة استخدام عنصر العمل: من الخصائص الهامة التي تميز الخدمة الصحية كثافة عنصر العمل في صناعتها حيث تعتمد على عقل و أيدي الطبيب المعالج و الممرضة و الفني و الإداري.⁽¹⁾

1-2-3 جودة الخدمات الصحية ، مفهومها ، الأهمية ، الأهداف و الأبعاد.

و نقسم المطلب الثالث إلى ثلاث فروع كما يلي :

1-2-3-1 مفهوم جودة الخدمات الصحية .

يتكون مفهوم الجودة في الرعاية الصحية من شقين الأول : التقنيات الطبية المستخدمة في الفحص و المعالجة و التشخيص و التخطيط و العلاج الطبيعي و العمليات الجراحية و تقاس جودتها بمدى تحقيق منافع صحية للمريض دون زيادة المخاطر التي يتعرض لها ، و الثاني إدارة التفاعل الاجتماعي و النفسي بين مقدم الخدمة الطبية و المرضى وفق القيم و القواعد الاجتماعية التي تحكم التفاعل بين العاملين و المرضى و تقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى تلبية مقدمي الخدمة الطبية لتوقعات المرضى من الناحية الطبية و أيضا من حيث مستلزمات الراحة و الإقامة مثل توافر غرف الانتظار المريحة ، النظافة ، الغذاء ، خدمات الاتصال و غيرها باعتبارها مكملة للجوانب الجوهرية للخدمة الصحية ،⁽²⁾ حيث ربط هذا التعريف جودة الخدمة الصحية بالمنافع الصحية المقدمة للمريض و التفاعل مع مقدمي الخدمة و تلبية توقعات المرضى الطبية من الناحية الطبية و مستلزمات الراحة. و في تعريف ذا منظور اجتماعي هي تعبير عن مسؤولية الوحدة الصحية كمنتج للخدمة اتجاه حقوق المرضى ، و هذا التعريف يشير في مضمونه إلى المسؤولية الاجتماعية التي تضطلع بها الوحدة الصحية في تحقيق التزاماتها تجاه المرضى و رعايتهم و الحفاظ على سلامتهم الصحية .

و بشكل عام فإن أي تعريف للجودة في الخدمة لابد أن يتوافق مع الأبعاد التالية :

1- عدمان مريزق، مرجع سابق، ص23

2- فراس أبو قاعود و اخرون، مرجع سابق، ص423

- 1- المطابقة مع المواصفات : حيث أن المريض يتوقع أن تكون الخدمة الصحية التي يشتريها توازي أو تزيد في مستوى الأداء عما تم الإعلان عنه من قبل منتجها؛
 - 2- الموائمة مع الاستخدام : و يقصد بذلك التوافق و الانسجام ما بين الأداء المتحقق من الخدمة الصحية و الغرض الذي صمم لها ؛
 - 3- الدعم : و هو مقدار الاهتمام الذي توليه المؤسسة الصحية لمستوى الجودة المقدمة في الخدمة الصحية للمرضى و ما يعقب ذلك من رأي أو تصور؛
 - 4- التأثير السيكولوجي (النفسي) : يتم تقييم الخدمة الصحية للكثير من المرضى على أساس التأثير النفسي الذي يمكن أن تخلقه فيهم. (1)
- و يعرفها Donabedian بأنها تعظيم راحة المريض بعد الأخذ بعين الاعتبار العلاقة منفعة/خطر في كل مرحلة من مراحل تقديم الخدمة الصحية، و التعريف الأكثر استعمالا هو تعريف معهد الصحة في الولايات المتحدة الأمريكية الذي يعرف الجودة بأنها " قدرة الخدمات الصحية الموجهة للأفراد و المجتمع لزيادة احتمال تحقيق النتائج الصحية المتوقعة وفقا للمعارف المهنية الموجودة . (2) كما يمكن تعريف الجودة بأنها "إنتاج أحسن صحة و رضا للمجتمع مع الأخذ بعين الاعتبار القيود التكنولوجية ، الموارد و خصائص المستفيدين ، يتم قياسها عن طريق النتائج المحققة فعلا مع الأخذ بعين الاعتبار الموارد المستثمرة و ما هو مقدور و يتمنى تحقيقه في سياق معطى (3)
- ما يعني أن الجودة هي النظام الصحي الجيد الذي يوظف و يستخدم أحدث المعارف و التقنيات المتاحة للعلوم الطبية أو الصحية و أن هدف إدارة الخدمات الصحية من استعمال المعرفة و التقنيات الطبية الحديثة المساهمة للتطور العلمي هو لتحقيق أقصى تأثير مرغوب فيها لصالح المريض. (4)

1- صفاء محمد هادي الجزائري، علي غباش محمد، بشرى عبد الله شتيت، مرجع سابق، ص15

2-Zeynepor, Laure com-Ruelle, la qualité des soins en France : comment la mesure pour l'améliorer ? recherche de documentation en économie de la santé ,dt 18,2008, France, p2.

3-Slim Haddad, Danièle Roberge , Raynald Pineault , opcit, p3

4- صفاء محمد هادي الجزائري، علي غباش محمد، بشرى عبد الله شتيت، مرجع سابق، ص15

و من خلال التعاريف السابقة نستنتج أن جودة الخدمات الصحية هي تعظيم راحة المريض أي تحقيق توقعات المريض وفقا للمعارف المهنية الموجودة و اخر ما توصلت إليه التكنولوجيا في العلوم الطبية لتحقيق رضا المريض ، أي هي مكونة من شقين التقنيات الطبية المستخدمة من جهة ، و إدارة التفاعل الاجتماعي و النفسي من جهة أخرى.

فالجودة هي أولويا ما يبحث عنه المريض بطريقة فردية ، بتوجهه إلى الطبيب أو مؤسسة خدمات صحية فجودة الخدمات الصحية هي في الأساس واحدة من النهايات الطبيعية لمهنة الطب .⁽¹⁾ و حسب المنظمة العالمية للصحة (OMS) الجودة في المؤسسات الصحية هي خطوة تسمح بضمان لكل مريض نطاق من الإجراءات التشخيصية و العلاجية التي تسمح بالحصول على أحسن نتيجة فيما يخص الصحة و بالمطابقة مع تطور العلوم الطبية انذاك ، بأحسن تكلفة لنفس النتيجة و بأقل خطر علاجي مع رضا عالي فيما يخص الإجراءات ، النتائج و العلاقات الإنسانية داخل نظام الخدمات الصحية⁽²⁾

و اتفقت هذه التعاريف على أن جودة الخدمات الصحية هي الوقاية و العلاج و تشخيص الأمراض باستعمال التقنية و تلبية الاحتياجات الإنسانية بأحسن تكلفة .

و يمكن تعريف الجودة في الخدمة الصحية بأنها السعي المستمر نحو تحقيق متطلبات المريض بأقل تكلفة ممكنة بحيث تشمل 3 نقاط أساسية :

الأولى : تحقيق الجودة من وجهة نظر المريض و يمكن التحقق من ذلك عن طريق قياس رضا المريض؛

الثانية : تحقيق الجودة من وجهة نظر مهنية و هي تحقيق ما يحتاجه المريض بناء على ما هو مقبول طبيا من حيث التشخيص و الإجراءات و العلاج؛

1-Magali Robelet, les figures de la qualité des soins :rationalisation et normalisation dans une économie de la qualité, these de doctorat, université Aix-Marseille 2, laboratoire d'économie et de sociologie du travail, France, p5

2-Caroline Merdinger-Rumpler, opcit, p3

الثالثة: تركز على جودة العمليات المتعلقة بجودة تصميم و تقديم الخدمات الصحية و ذلك على أساس الاستخدام الأمثل لموارد المؤسسة. (1)

و بالتالي يمكن إبراز أن الجودة تختلف باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي كما يلي :

1- **الجودة من المنظور المهني الطبي** و يقصد بالجودة من المنظور المهني الطبي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية و المهنية ، و يحكم ذلك ما يلي :

- أخلاقيات الممارسة الصحية؛
- الخبرات و نوعيتها و الخدمة الصحية المقدمة؛
- التعامل المثالي مع المريض و الإداري ؛
- الالتزام بالمعايير و الأخلاقيات التي تحكم المهن الصحية؛
- التأهيل و الممارسة و الخبرة. (2)

2- **الجودة من وجهة نظر المستفيد أو المريض** قد تختلف عن المفهوم المهني بالتركيز على طريقة الحصول على الخدمة و نتائجها النهائية ، و في الخدمة الطبية يجب أن تكون الخطوة الأولى في العلاج معرفة شكوى و احتياج المريض و يجب أن يكون الهدف النهائي هو معالجة أو التغلب على تلك الشكوى و التفاصيل ، و أفضل طريقة لمعرفة تحقق الجودة في هذا الجانب تكمن في قياس مدى رضا المستفيد بطرق يمكن الاستدلال منها على مدى جودة الخدمة؛

3- **الجودة الصحية من الجانب الإداري** تعنى بالدرجة الأولى كيفية استخدام الموارد المتوفرة و القدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة و هذا يشمل أهمية تقديم الخدمة المناسبة في الوقت اللازم و بالتكاليف المقبولة ، و هذا لا يكون على حساب الجودة في الأداء و يتطلب ذلك كفاءة على المستوى الفني و على المستوى الشخصي ، و يتطلب تنظيماً إدارياً داخلياً. (3)

1-نجم العزاوي،فراس أبو قاعود، أثر توقعات الزبون على أبعاد الخدمة الصحية،دراسة تطبيقية في المستشفيات الأردنية،جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا،مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة،العدد23، 2010(على الخط)،www.iasj.net/iasj?func=fulltext&aid=53220 ، تاريخ التحميل 2011/10/11

و من خلال ما سبق نستنتج أن جودة الخدمات الصحية هي مفهوم غير متفق عليه لاختلاف الأطراف المشاركة في تحقيقه و الأطراف المستفيدة منه و التي يجب أن تعمل كلها لتحقيق هذا المفهوم ، فخدمة صحية ذات جودة هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية و المهنية للوقاية من الأمراض أو/و علاجها مع حسن معاملة الفريق العلاجي للمريض لمساعدته على استعادة صحته أي أن جودة الخدمات الصحية تتضمن محورين المحور الفني المتمثل في تطبيق العلم و التقنية الطبية الصحيحة في التشخيص و العلاج و المحور الإنساني المتمثل في تلبية الاحتياجات الإنسانية للمريض و هذان المحوران هما مسؤولية اتجاه حقوق المريض و تعظيم راحته ، و مهما اختلف مفهوم الجودة باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي فإن وجهة النظر المهنية و و جهة النظر الإدارية تؤيدان في النهاية إلى تحقيق وجهة نظر المستفيد بتحقيق متطلباته و الوصول إلى رضاه في الحصول على أحسن نتيجة فيما يخص الصحة و من حيث مستلزمات الراحة.

1-2-3-2 أهمية جودة الخدمات الصحية و أهدافها :

أولاً : أهمية الجودة في الخدمة الصحية :

هناك عدد من المؤشرات الرئيسية التي يمكن من خلالها الاستدلال على أهمية الجودة في الخدمات عامة و الصحية منها خاصة ، و من أبرز هذه المؤشرات ما يلي :

- 1- ارتبطت الخدمة إلى حد كبير مع الجودة حتى أصبح من الضرورة اعتماد عدد من المقاييس لتأشير مستوى الرضا المتحقق لدى المرضى من خلال الربط بين الخدمة المقدمة و الجودة؛
- 2- على الرغم من البعد التاريخي و الرسوخ الفكري لمفهوم الجودة في مجال العمليات الإنتاجية إلا أن ذلك لا يمنع القول بأن الجودة في الخدمات الصحية قد أخذت موقعا مهما في مجال البحث و التطوير إذ أنها لم تعد خاضعة إلى الاعتبارات أو الاجتهادات الشخصية البحتة في قياسها بل أصبح للجودة أبعاد رئيسية يتم اعتمادها كأساس في القياس و التأثير لتشير إلى مستوى الجودة؛
- 3- تعد الجودة في الخدمة الصحية مؤشرا مهما في قياس مستوى الرضا المتحقق لدى المريض عن الخدمة المقدمة له من قبل المستشفى أو أية مؤسسة صحية أخرى. (1)

4- حرمان نظم الخدمات الصحية من تطبيقات نظريات الإدارة و التنظيم و من بناء نظم إدارية متخصصة فيها تحت مفهوم أن هذه النظم ما هي إلا نظم طبية متخصصة و حل مشكلاتها لا يأتي إلا من الطبيب؛

5- ندرة الموارد و الامكانيات و تزايد الطلب عليها يحتاج إلى التعرف على أساليب إدارة تلك الموارد النادرة بما يحقق أهداف المؤسسة الصحية و تقديم الخدمات الطبية المتوقعة و المطلوبة؛

6- الاهتمام الحالي قائم على تقديم خدمات ذات نوعية جيدة و التخطيط للمرضى الحاليين و المرتقبين و ليس فقط لتحقيق الربح؛

7- تغير المشكلة في المؤسسات الصحية حيث كانت تبدو كأنها مسألة نقص في الموارد المادية و البشرية ، و لكن اتضح أن كيفية إدارة هذه الموارد بشكل فعال هو المشكل ، فالعنصر البشري هو الأساس و الإدارة الفاعلة هي أساس نجاح المؤسسات الصحية. (1)

ثانيا : أهداف جودة الخدمات الصحية : و تتمثل أهم أسباب الإهتمام بالجودة في تقديم الخدمات الصحية في :

- 1- ضمان الصحة البدنية و النفسية للمستفيدين؛
- 2- تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المستفيد (المريض) و زيادة وفائه للمؤسسة الصحية و الذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المؤسسة الصحية ؛
- 3- تعد معرفة اراء و انطباعات المستفيدين (المرضى) و قياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية و التخطيط للرعاية الصحية و وضع السياسات المتعلقة بها؛

- 4- تطوير و تحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية و مقدميها؛
- 5- تمكين المؤسسات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة و فاعلية؛
- 6- تحقيق مستويات إنتاجية أفضل إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين (المرضى) الهدف الأساسي من تطبيق الجودة؛

7- كسب رضا المستفيد (المريض) إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لابد من توفرها في أي مؤسسة صحية تسعى لتطبيق نظم الجودة و بالتالي تطوير أداء العمل و بالنهاية كسب رضا المستفيد؛

8- تحسين معنويات العاملين إذ أن المؤسسة الصحية الخاصة هي التي يمكن تعزيز الثقة لدى العاملين لديها و جعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم و بالتالي الحصول على أفضل النتائج؛

9- زيادة الطلب على مختلف أنواع الخدمات الصحية الحديثة ، رافق هذه الزيادة زيادة من نوع آخر في الاهتمام بتلبية حاجات و توقعات المستفيدين؛

10- زيادة التنافس بين المؤسسات الصحية المتشابهة. (1)

1-2-3- أبعاد جودة الخدمات الصحية.

لقد تناولت الكثير من الدراسات حول جودة الخدمات الصحية الكثير من الأبعاد و النماذج التي تعتبر مؤشرات لجودة الخدمات الصحية ، و اختلفت هذه الدراسات فيما بينها من مستشفى لآخر و من بيئة إلى بيئة أخرى ، كما اختلفت الأهمية النسبية لهذه الأبعاد أيضا من مريض لآخر ...و هكذا عبرت كل دراسة على اجتهاد معين يمكن أن يتم تطبيقه في محيط معين و لا يمكن في محيط آخر لأن المستفيدين مختلفين فيما بينهم حول تقييم جودة الخدمات الصحية .

يقول ادم غازي العتيبي أنه من الصعب إن لم يكن من المستحيل حصر جميع العوامل التي تؤثر على نوعية الخدمات الصحية في دراسة واحدة و تتوافر عدد من الدراسات القيمة التي تسلط الضوء على أهم هذه المتغيرات من بينها دراسة كل (Camilleri&Ocallghan 1998) التي ركزت على قياس جودة الخدمة الصحية بين بعض المستشفيات العمومية و الخاصة في مالطا ، و توصلت هذه الدراسة إلى نتيجة مفادها أن عنصري المهنية في الرعاية الصحية و درجة الإهتمام الشخصي التي يوليها جهاز المستشفى للمرضى يعدان أهم مؤشرين لجودة الخدمات الصحية .

و من المثير جدا في هذه الدراسة أن يعطى المرضى في المستشفيات العمومية أهمية أكبر لمتغير السعر للحصول على الخدمة الصحية إذ جاء في المرتبة الثالثة مقارنة بنظرائهم في المستشفيات الخاصة الذين اعتبروا هذا المتغير في المرحلة الأخيرة من بين العناصر المحددة لجودة الخدمات

الصحية ، كما بينت الدراسة أن بعض المرضى في المستشفيات العمومية يشكون من ارتفاع أسعار الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة في حين يرى البعض الآخر أنهم قد دفعوا ضرائب للحكومة و من حقهم التمتع بخدمة الرعاية الصحية مجاناً و بجودة مرضية تكفيهم من عناء التوجه للحصول على هذه الخدمة في المستشفيات الخاصة و حدد (Al-Berrit 1987) في دراسة أعدها لنيل درجة الماجستير أهم الأسباب التي أدت إلى اختيار المرضى للعلاج في المستشفيات الحكومية بقرب موقع هذه المستشفيات من الأحياء السكنية و سهولة الوصول عليها و مجانية العلاج و عدم مقدرتهم على تحمل مصاريف العلاج في المستشفيات الخاصة ، في حين اختار المرضى العلاج في المستشفيات الخاصة بسبب سرعة تقديم الخدمة و توافر وسائل الراحة أثناء الإنتظار في صالات و غرف مكيفة و تلفون و ساعات زيارة مفتوحة.

و كشفت دراسة (Andaleeb 1988) عن أن كفاءة الجهاز الطبي و حسن تعامله مع المرضى و أسعار الخدمة الصحية تعتبر من أهم العوامل التي تؤثر على درجة رضا الزبائن في تعاملهم مع المستشفى ، و تطلعنا نتائج دراسة (Carmel 1985) أن الرضا عن الأطباء و الجهاز التمريضي و الخدمات المعاونة من أهم العناصر المحددة لدرجة الرضا عن جودة خدمة الرعاية الصحية ، و استخلص (Rollins 1994) من نتائج دراسة قام بها أن هناك علاقة قوية بين درجة الرضا العام للمريض عن الخدمة الصحية و اهتمام الجهاز الطبي في المستشفى بخصوصية المريض من جانب و حساسية ذلك الجهاز و تقديره للحالة المرضية غير المريحة للمريض و كرم الضيافة معه.(1)

من جانب آخر لجودة الخدمة الصحية جملة من الأبعاد تعتبر الإطار الذي يساعد مقدمي الخدمة على تحديد و تحليل المشاكل و قياس مدى تطابق الأداء مع المعايير المتفق عليها و يمكن عرض هذه الأبعاد في العناصر التالية : (2)

1- ادم غازي العتيبي، مقارنة جودة الخدمة الصحية للمرضى في غرف التنويم في المستشفيات العامة و الخاصة

في دولة الكويت، مجلة العلوم الاقتصادية و الإدارية، المجلد الثامن، العدد الثاني، ديسمبر 2002 (1-36)، ص 6

2- نفس المرجع، ص 6

1- التمكن الفني : و يعني المهارات و القدرات و مستوى الأداء الفعلي للمدير و مقدم الخدمة و مساعدتهم بالدقة المطلوبة و التوافق و بصفة مستمرة بما يشبع رغبات المرضى و المصابين ، و يشمل هذا البعد المهارات الإكلينيكية المتعلقة بالرعاية الوقائية و التشخيص و العلاج و تقديم المشورة الصحية و الإشراف و التدريب و حل المشاكل.

2- الإمكانيات المادية للمستشفى : و يقاس هذا البعد من خلال تقييم المريض لمباني المستشفى و معداتها و أجهزتها و الإمكانيات و التسهيلات المادية الأخرى و موقع المستشفى و مظهره من الداخل و من الخارج من حيث المظهر و الديكور و مدى توافر أماكن انتظار السيارات و مظهر الأطباء و الفنيين و الإداريين و العاملين و طرق و أدوات الاتصال و مصادر المعلومات اللازمة لهم.

3- سهولة الوصول و الحصول: الخدمات الصحية يجب أن تكون سهلة الحصول أمام الأشخاص (محتاجيها) في الزمن (الوقت) و المكان المناسبين لهم و حال احتياجها ، و من ناحية ثانية فإن مقدم الخدمة الصحية يجب أن يكون بميسوره و إمكانه الوصول إلى خدمات صحية شاملة من ممارستها و كذلك سهولة الوصول و الحصول على وسائلها و معداتها و الأدوية و الخدمات الأخرى اللازمة لمريضه.

4- التعاطف و التفاني : و يعبر هذا العنصر عن مدى إحساس المرضى بالتعاطف و الرعاية من جانب المستشفى لهم و حسن استقبالهم و مدى الإهتمام الشخصي لكل منهم و يعكس هذا العنصر كذلك مدى رغبة المريض في الحصول على معاملة خاصة و خدمة متميزة من مقدمي الخدمة ، كما يعكس هذا البعد أثر الثقافة التنظيمية للمستشفى في تكوين شعور لدى العاملين بالمستشفى بأهمية جودة الخدمة المقدمة و ضرورة التطوير المستمر فيها.

5- الأمان : و يعني أن يشعر الفرد أنه دائما تحت مظلة من الرعاية الصحية لا نعلم متى سيحتاج إليها و يعني كذلك تقليل مخاطر الإصابة بالعدوى و المضاعفات الجانبية سواء تعلق الأمر بمقدم الخدمة أو المستفيد .

6- الإستمرارية : و تعني تقديم الخدمات الصحية دون توقف أو انقطاع على أن تصمم هذه الخدمات على أساس مبدأ الإستمرارية و أن يحصل عليها المريض مباشرة عند الحاجة و أن تتوفر السجلات الطبية التي تسهل لمقدم الخدمة التعرف على التاريخ الصحي للمستفيد و غياب الإستمرارية قد يضعف تأثير و فعالية و كفاءة الخدمة و يقلل من ضمان الجودة.

7- الفعالية و الكفاءة : فالفعالية تعني درجة فعالية تقديم الخدمة للحصول على النتائج المرجوة أي أن هذا البعد يهتم بأن يتم الإجراء بطريقة صحيحة ، أما الكفاءة فتعني تقديم أفضل خدمة في ظل الموارد المتاحة أي أن هذا البعد يهتم بالعلاقة بين مردود الخدمة و التكلفة.

8-الإعتمادية : و هي تعبر عن درجة ثقة المستفيد في المستشفى و مدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الطبية في المواعيد المحددة و بدرجة عالية من الدقة و الكفاءة و مدى سهولة و سرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات.⁽¹⁾

و حسب Kotler فإن لجودة الخدمات خمسة أبعاد حددها Parasuraman في نموذج Servqual كما يلي :⁽²⁾ و هي الأبعاد المعتمدة في الدراسة :

1- الملموسية : و تتمثل في القدرات و التسهيلات المادية و التجهيزات و الأفراد و معدات الاتصال مثل : الأدوات المستخدمة في التشخيص ، المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة ، أماكن الانتظار و الاستقبال....

2- الاعتمادية : و هي القدرة على الأداء في انجاز ما تم تحديده مسبقا و بشكل دقيق مثل : دقة السجلات المعتمدة ، المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية...

3- الاستجابة : المساعدة الحقيقية في تقديم الخدمة إلى المستفيد مثل : تقديم خدمات علاجية فورية كوصول سيارات الاسعاف و جاهزية صالات العمليات....

4- الأمان : و هي السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة و قدرة و ثقة في تقديم الخدمة الصحية..

5- العاطفة : درجة الرعاية و الاهتمام الشخصي بالمستفيد.

1- ادم غازي العتيبي، مرجع سابق، ص 6

2-قاسي ياسين، دور التسويق الاجتماعي في تنمية المراكز الاستشفائية الجامعية، دراسة حالة فرانتر فانون، أطروحة

دكتوراه، جامعة الجزائر 03، 2012/2013، الجزائر، ص 238

3-1 إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية :

حيث تم تقسيم هذا المبحث إلى ثلاث مطالب كما يلي المفهوم ، الأهداف و الأهمية في المطلب الأول المبادئ ، الخطوات و عوامل نجاح تطبيق الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية في المطلب الثاني ، أما المطلب الثالث فيتكون من جزئين إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الحكومية و الصعوبات التي تواجهها :

1-3-1 مفهوم إدارة الجودة الشاملة للخدمات الصحية ، الأهداف و الأهمية:

و ينقسم بدوره هذا المطلب إلى فرعين كما يلي :

1-1-3-1 مفهوم إدارة الجودة الشاملة للخدمات الصحية.

لقد تعددت التعريفات لمفهوم إدارة الجودة الشاملة و إن كانت جميعها تدور حول الكلمات الأساسية المكونة لهذا المفهوم (إدارة-الجودة-الشاملة):

فكلمة إدارة تعني تطوير قدرات تنظيمية و قيادات إدارية قادرة على التحسين المستمر و المحافظة على مستوى عال من جودة الأداء.

أما كلمة الشاملة فتعني إدخال كل عناصر العمل بالمؤسسة في التحديد و التعريف الدقيق لحاجات و رغبات المستفيد لسلع أو خدمات المؤسسة ، و العمل على بذل كل جهد جماعي و فردي ممكن في سبيل تحقيق تلك الغايات.

أما الجودة فقد عرفها روبرت دينهارد على أنها : خلق ثقافة متميزة في مستوى الأداء بحيث يكافح المديرون و الموظفون بشكل مستمر و دؤوب من أجل تحقيق توقعات و رغبات المستفيد و التأكيد على أداء العمل بالشكل الصحيح و من المرة الأولى بأقصى درجة من الفعالية و في اقصر وقت ممكن. (1)

و الجودة الشاملة في قطاع الخدمات هي تحقيق المنتج المطابق للمواصفات عند تنفيذ الأنشطة و بدرجة ضيقة أو صفرية من الأخطاء مع إمكانية الاحتواء الكامل لشكاوي المستفيدين و تقديم المنتج بأسرع وقت و تحسين كفاءة الأداء و جذب المستفيدين و تعزيز المركز التنافسي من خلال

1- نبيل عبد الحافظ عبد الفتاح ،إدارة الجودة الشاملة و دورها المتوقع في تحسين الإنتاجية بالأجهزة الحكومية:

العمل الجماعي للعاملين و التعاون في كافة المجالات و اعتماد المدخل العلمي لاتخاذ القرارات و تنفيذها و معالجة البيانات و المعلومات و تحسين المنتج باستمرار و إفراح المجال للمشاركة الفاعلة للعاملين في التخطيط و تنفيذ و تطوير كفاءة الأداء بالتعليم و التدريب المستمرين و الوصول إلى تحقيق وحدة الهدف و زيادة الأرباح⁽¹⁾

فهي فلسفة أو منهج إداري يسعى لخلق و تطوير قاعدة من القيم و المعتقدات التي تجعل كل موظف في الخدمة الصحية يرى بأن الهدف الأساسي لمؤسسته هو خدمة المستفيد من خلال عمل جماعي يتصف بالتعاون و المشاركة لتحقيق هذا الهدف.⁽²⁾ فهي لا تعبر عن حالة سكون لما يقدم للمريض بل هي تخضع للتحسين المستمر عبر إدارة متخصصة في الجودة ضمن الهيكل التنظيمي للمستشفى و هادفة إلى تحقيق الشمولية و التكاملية في الأداء.⁽³⁾

و بطبيعة الحال فإن ما يقال عن الجودة في مجال المنتجات السلعية يقال أيضا على الخدمات عامة و الصحية منها خاصة ، فالجودة الشاملة للخدمة الصحية هي بمثابة مفتاح تقيم الإبداع و إرضاء المرضى ، و هي واجب يومي تنفيذه مثلما يكون التسويق عملا و واجبا.⁽⁴⁾

و من خلال هذه التعاريف يمكن الاستنتاج أن إدارة الجودة الشاملة للخدمات الصحية تعني تحقيق توقعات و رغبات المستفيدين من الخدمات الصحية بالدرجة الأولى عن طريق آداء العمل بشكل صحيح من المرة الأولى لتقليص أو القضاء على الأخطاء ، تكامل الوظائف التنظيمية ، التزام الموظفين على كافة المستويات و مشاركتهم كافة لضمان تحقيق الجودة ، مراقبة و تقييم جميع نشاطات المؤسسة عن طريق التحسين المستمر و البحث عن أحسن الطرق التي تمكن من خدمة المستفيد و تحقيق رضاه بتقديم الخدمة التي تتطابق و تتسجم مع توقعاته.

1- دريد كامل ال شبيب،مدى فاعلية تطبيق نظام الجودة الشاملة في بنك الإسكان و التمويل الأردني ،اللقاء

للبحوث و الدراسات،جامعة عمان الأهلية،المجلد 13،العدد2،الأردن،2010،ص118

2- محمد طعمانة،إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي حالة وزارة الصحة،أبحاث اليرموك،جامعة اليرموك ، 2001،الأردن،ص88

3-مجد عارف العساف،مرجع سابق،ص 45

4- مجد عارف العساف،مرجع سابق،ص55

1-3-1-2 أهداف وأهمية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

أولاً : أهداف إدارة الجودة الشاملة.

1- يعد هدف زيادة العائد من خلال تخفيض التكاليف و سيادة نمط العيوب الصفيرية أحد أهم أهداف الجودة الشاملة ، و إن تطوير و تحسين جودة المنتج و تحقيق الرضا الشامل للمستفيدين أهم عنصر من عناصر الاستثمار المالي في تطبيق نظام الجودة ، و هنا لابد من الموازنة الدقيقة بين كلفة الجودة و الإيرادات المتحققة عنها .

2- إن الهدف من نظام الجودة الشاملة هو تطوير و تحسين الإنتاج و الخدمات المقدمة بما يتجاوز توقعات المستفيد و يزيد من درجة رضاه و وفائه و زيادة الثقة ، و تهدف الجودة إلى رفع الروح المعنوية للمستفيد من خلال زيادة مشاركته في اتخاذ القرار للوصول إلى هدف الشعور بالرضا و يؤدي إلى تحسين فرص زيادة الربحية من خلال قنوات المستفيد الثابتة بالمنتجات و قبوله بالسعر الأعلى ، كما أن شعار تنفيذ الأعمال بطريقة صحيحة من أول مرة يؤدي إلى تخفيض التكاليف. (1)

- 3- تقوية علاقاتها مع المستفيدين و زيادة رضاهم من خلال تلبية احتياجاتهم المختلفة،
- 4- تحسين مستوى ربحية المؤسسة و تحقيق وفورات مالية لها و تقليل نفقاتها الضائعة؛
- 5- رفع معنويات الموظفين داخل المؤسسة و تحسين اتجاهاتهم و تحفيزهم و تشجيعهم ؛
- 6- تعزيز سمعة المؤسسة و المساعدة على تطوير إدارة فعالة لها تركز على الأولويات بشكل صحيح. (2)

ثانياً : أهمية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

تحقق المؤسسات الصحية بعض الفوائد نتيجة تطبيقها لمبادئ إدارة الجودة الشاملة يمكن عرضها كما يلي: (3)

1- دريد كامل ال شبيب، مرجع سابق، ص 124

2- عبد العزيز أبو نبعة و فوزية مسعد ، إدارة الجودة الشاملة : المفاهيم و التطبيقات ، ، مجلة الإداري، العدد

74، سلطنة عمان، 1998، ص 89

3- عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 41/42

1- **تبسيط الإجراءات** : يساعد تطبيق نموذج إدارة الجودة الشاملة على تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها أو تحسينها ، و قد تمكن مستشفى جامعة "ميتشجن" من تخفيض مدة و تكلفة الإقامة و أجور العاملين بما قيمته 500000 دولار سنويا نتيجة تبسيط إجراءات الدخول و تخفيض فترة انتظار المستفيد.

2- **تحسين الإجراءات** : يهدف نموذج إدارة الجودة الشاملة إلى السعي الدؤوب لتقصي فرص التحسين و اغتنامها و قد تمكن مستشفى "وست باسن فيري" من تقليص معدل العمليات القيصرية البالغ 22% من المعدل السنوي للمواليد بالمستشفى إلى أقل من 10% باستخدام أسلوب المعايرة حيث تم اختيار مستشفيات الدانمارك التي تبلغ فيها نسبة الولادات القيصرية 5 % لتكون معيارا لعملية التحسين و من ثم جرى العمل على تحديد أوجه القصور في طرق العمل و تحسينها لتحقيق المستوى المطلوب من الأداء ، كذلك تمكن مستشفى "ميتشجن" من رفع معدل تشغيل غرف العمليات بنسبة 30% نتيجة تحسين جدولة استخدامها.

3- **كفاءة التشغيل** : و ذلك نتيجة للقضاء على الهدر في أداء العمليات و ارتفاع مستوى مهارة العاملين ، و قد تمكن مستشفى "سنترال دوبيج" في ولاية إلينوى الأمريكية من توفير 73000 دولار أمريكي سنويا بتخفيض استهلاك الإبر الوريدية في وحدة الطوارئ نتيجة لتدريب العاملين على استخدامها بشكل أفضل.

4- **القضاء على الممارسات الإكلينيكية (العيادية):** من أهم المشكلات التي تواجه المؤسسات الصحية اختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم و ماله من انعكاسات على مستوى الجودة و الكفاءة ، و يسهم تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في القضاء على اختلافات الممارسات الإكلينيكية و اختيار أفضل الطرق لأداء العمل وفقا للأدلة و الحقائق العلمية . و في أربعة مستشفيات تابعة لمركز "إنترماونتن" وجدت الاختلافات التالية بين مجموعة متماثلة من المرضى الذين أجريت لهم عملية جراحية معينة من قبل 16 جراحا تابعين للمركز ، تراوحت مدة العملية بين 20 إلى 90 دقيقة و تراوح وزن الأنسجة المستأصلة في العملية بين 13 إلى 45 غراما ، و تراوحت مدة البقاء في المستشفى بين 2.7 إلى 4.9 يوما مما يعكس تفاوت غير مبرر في الأسلوب الإكلينيكي المتبع و قد تمكن فريق التحسين المكون من مجموعة من الجراحين المعنيين من دراسة هذه الاختلافات و من ثم تحديد الأسلوب الأفضل لإجراء هذه العملية الجراحية و القضاء على هذه الاختلافات.

5- الحد من تكرار العمليات : بتحديد الطرق الأفضل لأداء العمل و من ثم الحد من التكرار و ماله من تأثير سلبي على مستوى الجودة و الكفاءة و الإنتاجية و رضا المستفيدين.

1-3-2 مبادئ ، خطوات و عوامل نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

و للتفصيل في مكونات المطلب الثاني قمنا بتقسيمه إلى ثلاث فروع :

1-3-2-1 مبادئ إدارة الجودة الشاملة :

بالرغم من تعدد مبادئ إدارة الجودة الشاملة و نماذجها إلا أنها تتشابه كثيرا ، و في هذه الدراسة تم تحديد العناصر الأساسية لهذا المفهوم و التي يجب تبنيها عند محاولة تطبيقها و هي :

أولا : التزام الإدارة العليا : يتوقف نجاح إدارة الجودة الشاملة و تطبيق منهجيتها على مدى قناعة و إيمان الجهات العليا في المؤسسة بفوائدها و ضرورتها من أجل تحقيق التحسين المستمر في الجودة و إيجاد مركز تنافسي جيد للمؤسسة في السوق ، هذه القناعة يجب أن تترجم على شكل دعم و مؤازرة قوية ، و يتجسد الدعم و المؤازرة بالإعلان عن تطبيق النظام الجديد أمام جميع المستويات الإدارية و مدى أهمية تغيير الفلسفة و النظام القديمين و إشعار الجميع بمدى حماسها لهما و تخصيص الإمكانيات المادية و البشرية اللازمة للتطبيق .⁽¹⁾

ثانيا : مشاركة العاملين : من الضروري النظر إلى الهيكل التنظيمي للمؤسسة على أنه مكون من فرق عمل فالإدارات و الأقسام جميعها فرق عمل و لتتفاعل هذه الفرق مع بعضها البعض و تعمل بشكل متعاون و منسق لابد من كسر الحواجز الإدارية التي تشمل عليها الهياكل التقليدية.

و يركز نظام إدارة الجودة الشاملة على أهمية التعاون بين مختلف المستويات الإدارية في المؤسسة بدلا من المنافسة بينهم ، حيث من خلال هذا التعاون تستطيع الأقسام معرفة احتياجات الأقسام الأخرى من موارد مالية و غيرها من المستلزمات المختلفة التي تساعد على دعم عملية التحسين المستمر للمؤسسة ، كما أن أحد الأسباب الرئيسية للنجاح الياباني يكمن في تطبيقهم مبدأ التعاون الجماعي بدلا من التنافس.⁽²⁾

1- عز الدين علي محمد سويسى ، مرجع سابق ، ص 34

2- نفس المرجع ، ص 35

ثالثا : رضا المستفيد : يعد التركيز على المستفيد و رضاه أولى أولويات منهج إدارة الجودة الشاملة و قد يعتبر البعض أن المستفيد هو من أهم الأصول لأية مؤسسة ، و يرتبط رضاه الدائم بالضرورة بنجاح و تميز المؤسسة ، و هذا الرضا الدائم يمكن أن يستمر لفترة طويلة من الزمن مادامت المؤسسة تقي بمتطلباته و توقعاته على أكمل وجه ، و تعتبر إدارة الجودة الشاملة الأكثر نجاحا فهي تبدأ بتحديد الجودة من منظور المستفيد. (1)

رابعا : التحسين المستمر : أثبتت نتائج الدراسات التطبيقية أن نجاح مبادرات إدارة الجودة الشاملة يتطلب التغيير في طريقة أو أسلوب الموظفين في ترجمة عملهم ، الأمر الذي يتوجب على المؤسسات القائمة على أساس الجودة أن تكافح من أجل الإتقان التام و ذلك من خلال الاستمرار في تحسين العمل و العمليات الإنتاجية من خلال الاهتمام و التركيز على عدد من العناصر من أهمها : النظر إلى جميع الأعمال كعملية واحدة سواء كانت مرتبطة بإنتاج أو بأنشطة أعمال ، و جعل جميع العمليات فعالة و ذات كفاءة و قابلة للتكيف و توقع التغيير في احتياجات المستفيدين...الخ. . (2)

خامسا : التدريب و تأهيل العاملين : يعتبر التدريب أحد العناصر الأساسية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة و حتى يكون التدريب فعال وله دور رئيسي يجب أن يكون مخططا و منظما و يسعى إلى تحقيق أهداف محددة كما أن التدريب على الجودة يجب أن يكون عملية مستمرة و مستقلة. (3)

سادسا : تحفيز العاملين : نجاح إدارة الجودة الشاملة يعتمد بشكل كبير على مساهمة الأفراد في المؤسسة لأنها حصيلة جهود هؤلاء الأفراد و أدائهم ، لذلك و لكي تدفع العاملين لتقديم ما لديهم من التزامات و أفكار و التغلب على مقاومة التغيير لديهم و إثارة القدرة الإبداعية و اكتشاف المشكلات قبل حدوثها و إيجاد الحلول المناسبة و الفعالة لها لابد من تحفيزهم على المساهمة في تحسين الجودة. (4)

1-فالح عبد القادر الحوري،مرجع سابق،ص152

2- نفس المرجع،ص153

3-عز الدين علي محمد سويسبي،مرجع سابق،ص36

4-نفس المرجع،ص37

سابعا : الثقافة التنظيمية : يتطلب التطبيق السليم لمفهوم إدارة الجودة الشاملة جهدا كبيرا فيما يتعلق بثقافة المؤسسة حيث أن بيئة التنظيم في القطاع العمومي تسودها الطابع البيروقراطي لذا فإن الانتقال إلى الجودة الشاملة في القطاع العمومي يتطلب من أصحاب الإدارة مسؤولية تعديل هذه البيئة البيروقراطية الصارمة و المعوقة في كثير من الأحيان لعملية تحسين الجودة حيث أن التجديد في البناء الهيكلي و تطوير نظام للحوافز و معايير للأداء يعد مطلبا أساسيا ، كما يتطلب مفهوم التحسين المستمر للجودة تغيير الثقافة السائدة في المؤسسة و تبني نظرة إيجابية للأفراد و التركيز على العملية و المستفيدين و العمل الجماعي من خلال إيجاد ثقافة الجودة. (1)

1-3-2 خطوات تطبيق إدارة الجودة الشاملة :

و تتمثل أهم مراحل تطبيق الجودة الشاملة فيما يلي :

أولا :المرحلة الصفرية : الإعداد : و في هذه المرحلة التي تسبق بناء النظام تشترك الإدارة العليا للمستشفى و رؤساء الأقسام الطبية و الإدارية بها بالتعاون مع مستشارين أو محترفين في مجال تصميم نظام الجودة الشاملة بالإضافة إلى كبار الموظفين في مختلف التخصصات ، في مناقشة كافة جوانب العمل بالمستشفى و حصر مشكلاتها و استنباط الأفكار و الحلول المثلى لها. و رغم أنه لا توجد آلية محددة لكيفية إنجاز هذه المرحلة فإن هدفها الأساسي يتلخص في توفير كافة البيانات و المعلومات و الأفكار و المقترحات التي تحدد الملامح الأساسية و الأبعاد الرئيسية و المرتكزات التي تتمحور حولها السياسات العامة للمستشفى و الخطط التشغيلية و البرامج التنفيذية و المشروعات الخاصة بتحقيق ما تصبو إليه من طموحات و ما تسعى إلى تحقيقه من غايات. (2)

ثانيا : المرحلة الأولى : التخطيط : تبدأ هذه المرحلة بقيام الأفراد الذين يشكلون المجلس المشترك باستعمال البيانات التي تم تطويرها خلال مرحلة الإعداد لتبدأ مرحلة التخطيط الدقيق بعد ذلك يقوم المجلس المشترك بوضع خطة التنفيذ و الالتزام بإظهارها إلى حيز الوجود و تعتمد عملية التخطيط على نتائج المراحل التالية لتساعد على توجيه إنجازها و تطويره.

ثالثا :المرحلة الثانية : التقديم : و تشمل هذه المرحلة على تبادل المعلومات الضرورية لدعم مراحل الإعداد و التخطيط و التنفيذ و كذلك مراحل التنوع الإنتاجي كما تشمل هذه المرحلة على

1- عز الدين علي محمد سويس، مرجع سابق، ص38

2- عدنان مريزق، مرجع سابق، ص43

أعمال المسح الميداني و التقييم و الإستبيانات و إجراء المقابلات الشخصية على مستوى المؤسسة و على جميع المستويات بالإضافة إلى التقييم الذاتي الذي يوضح انطباعات الفرد و المجموعة فيما يتعلق بعناصر القوة في المؤسسة و عوامل ضعفها.

رابعا :المرحلة الثالثة :التطبيق : و عند هذه المرحلة نجد أن أغلب الاستثمارات التي تم دفعها خلال المراحل السابقة قد تمت الاستفادة منها و في هذه المرحلة تبدأ المبادلات الجادة في عمليات تدريب فعالة للمديرين و العاملين و بدعم كامل من المجلس المشترك تقدم فرق محددة و متخصصة في مجالات مختلفة بتقويم و تطوير العمليات و إحداث المتغيرات اللازمة.

خامسا : المرحلة الرابعة: التنويع : إن عملية تنفيذ المراحل السابقة الذكر (من المرحلة الصفرية إلى المرحلة الثالثة) يمثل للمؤسسة قاعدة بيانات جوهرية و في هذه المرحلة و في ضوء الخبرة المكتسبة حديثا يتم إشراك أقسام المؤسسة الأخرى التي قد تشتمل على منشآت تابعة و أقسام بعيدة عن الموقع و يتم إعداد التوصية اللازمة بالتنويع بعد الحصول على الثقة من قبل المؤسسة الأصلية التي قامت بالتنفيذ. ⁽¹⁾

1-3-2-3 عوامل نجاح تطبيق نظام الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية: (2)

- 1- يجب أن تقتنع الإدارة العليا في المؤسسات الصحية بأهمية مزايا تطبيق نظام الجودة الشاملة؛
- 2- يجب أن تقتنع الإدارة العليا جميع العاملين في المؤسسة بمزايا و فوائد هذا النظام ؛
- 3- يجب أن تتفادى الإدارة بعض القيود و المعوقات و مقاومة بعض الأفراد لتطبيق هذا النظام و كلما تفهم الجميع أهمية النظام كلما انخفضت حدة و حجم المقاومة؛
- 4- يتطلب النظام في كثير من جوانبه تغيير في السياسات و المفاهيم و الإستراتيجيات و الهياكل التنظيمية في المؤسسات الصحية؛
- 5- إن نظام الجودة الشاملة ليس نظاما بديلا للنظم السائدة و لكنه أداة رئيسية و أساسية للبحث عن الأداء العالي المتميز و منع وجود أخطاء أو الحد منها إلى أقصى حد؛

1- عز الدين علي محمد سويسى، مرجع سابق، ص38

2- محمد سيد جاد الرب، مرجع سابق، ص340

6-لنجاح تطبيق النظام تحتاج المؤسسة إلى نظم فعالة و مساندة أهمها:

- أ- الترويج لهذا النظام و تسويقه لدى العاملين في مجال الخدمات الصحية داخل المؤسسة أو المتعاملين معها (مرضى،جمهور خارجي،موردين..)؛
 - ب- نظام فعال للعلاقات الإنسانية يعمق مفهوم أن الجودة العالية هي مسؤولية كل فرد في الوحدة الصحية؛
 - ج- فهم واضح لأساليب و طرق الرقابة الإحصائية و نظام فعال لتشغيل البيانات و نظام كفاء للمعلومات يدعم نظام الجودة و عملية اتخاذ القرارات؛
 - د- نظم فعالة للإتصالات و التنسيق و التكامل بين مختلف الإدارات و الوحدات الفرعية؛
 - هـ- نظام واضح و محدد و معلن للثواب و العقاب فيما يتعلق بتطبيق هذا النظام.
- 7- يمكن للمؤسسة الطبية البدء في تطبيق نظام الجودة الشاملة في أحد أنشطتها الفرعية ثم تتدرج بعد ذلك منها إلى باقي الأنشطة؛
- 8- تظهر الملامح الجيدة لتطبيق هذا النظام بسرعة في المؤسسات الصحية الخاصة حيث الإمكانيات العالية و العناصر البشرية الفعالة و المناخ الملائم و حرية اتخاذ القرارات؛
- 9- يحتاج النظام قبل تطبيقه إلى دورات تدريبية مكثفة و أيضا إلى الاستفادة من تجارب المؤسسات التي نجحت في هذا المجال خاصة المؤسسات المماثلة في تقديم الخدمات مثل شركات الطيران و المؤسسات المتقدمة في أوروبا و أمريكا و اليابان.

1-3-3 إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الحكومية و الصعوبات التي تواجهها :

و للتطرق لهذا المبحث قمنا بتقسيمه إلى فرعين ، الفرع الأول إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الحكومية ، و الفرع الثاني الصعوبات التي تواجهها المؤسسات الحكومية في تطبيق الجودة الشاملة:

1-3-3-1 إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية :

يلعب القطاع الحكومي دورا مهما و مثالا في الاقتصاد القومي القوي من خلال الخدمات المتنوعة التي يقدمها تلبيبة لاحتياجات و رغبات المجتمع ، و قد اختلف العديد من الباحثين في عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة إذ يرى بعضهم إمكانية نقل مفهوم إدارة الجودة الشاملة و تحويله من

المؤسسات الصناعية إلى القطاع الحكومي مع إجراء التعديلات المناسبة ، أما البعض الآخر فيرى ضرورة القيام بتعديلات جوهرية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة تلائم الصفات المميزة للمؤسسات الحكومية.

كما يجادل البعض بأن إدارة الجودة الشاملة حكرا على القطاع الخاص و ذلك لتوفر عنصر المنافسة عند تقديم الخدمة أو السلعة للمستفيد و يضيف البعض أن الخدمات الحكومية المقدمة للمواطن ليست جميعها خدمات مرغوبة فهي ليست فقط معنية بتقديم الخدمات الصحية و التعليمية و الثقافية بل هناك خدمات يشعر المواطن بأنها تتداخل في حياته و حريته الشخصية إلا أن ما يدفع الحكومة لتبني مفهوم إدارة الجودة الشاملة ما يبرره و يمكن تلخيصه بما يلي :

1- إن تركيز النموذج البيروقراطي التقليدي و حرصه على تحقيق الأهداف بغض النظر عن نوعية الإنجاز و جودة الخدمة أو الهدف المحقق يعد أمرا غير مقبول لذا فإن أفضل وسيلة لتحسين مستوى المعيشة و نوعية الخدمة المقدمة للمواطنين هي تبني مفهوم إدارة الجودة الشاملة.

2- ارتباط الجودة بالإنتاجية فالجودة تتطلب عمل الأشياء بطريقة صحيحة و من أول مرة و يرى جلن بأن نسبة 40 إلى 50% من تكاليف الخدمات التي تقدمها وحدات القطاع الحكومي تضيع هدرًا لغياب التركيز على الجودة.

3- ضرورة تجاوب الحكومة مع طلبات المستفيدين من الخدمة و التي تصاعدت بفعل عوامل سياسية و فكرية و ثقافية أدت إلى ارتفاع مستوى الجودة المطلوبة من قبلهم الأمر الذي يعني مزيدا من الاهتمام بمفهوم إدارة الجودة الشاملة كوسيلة ضمان رضا و وفاء المستفيدين.

4- الطلب المتزايد على تحسين الإنتاجية و المشاركة من قبل المستفيدين في عمليات تصميم الخدمة الحكومي.

5- إن الاستمرار في إتباع أسلوب بيروقراطي يحرص على تحقيق الأهداف بغض النظر عن نوعية الإنجاز حيث أن تحقيق الأهداف في حد ذاتها ليست نهاية المطاف بل يجب التركيز على نوعية الأهداف المحققة. (1)

1-3-3-2 الصعوبات التي تواجهها المؤسسات الحكومية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الأجهزة الحكومية يشكل في بعض الأحيان تحدياً لبعض المعوقات و لكي تتجح هذه الأجهزة فإنه لابد من تحديد تلك المعوقات الأساسية و تتمثل في أربعة محاور:

- 1- مشكلة عدم القدرة على التحديد الدقيق لزيائن الحكومة؛
 - 2- صعوبة قياس مستوى أداء الخدمات الحكومية و إنتاجيتها؛
 - 3- مشكلة التركيز على مدخلات النظام و العمليات أكثر من التركيز على المخرجات؛
 - 4- الثقافة العامة التي تتبناها الأجهزة الحكومية.
- كما يرى البعض أن صعوبة قياس الأداء في المشاريع الحكومية يرجع إلى الصعوبات التي ترتبط بطبيعة العمل الحكومي يتمثل أهمها فيما يلي:

- 1- طبيعة الخدمات الحكومية؛
- 2- تعدد و تعارض الأهداف و الأولويات؛
- 3- غياب التحديد الدقيق لمهام الكثير من الأجهزة الحكومية؛
- 4- غلبة الروتين في تسيير العمل الحكومي؛
- 5- غياب المعيار الكمي للمخرجات؛
- 6- عدم دقة القياس. ⁽¹⁾

و يضيف نبيل عبد الحافظ النقاط التالية كمعوقات أساسية لتطبيق مفاهيم الجودة الشاملة :

- 1- احتمال عدم قناعة الإدارة العليا بالفكرة و محاولة تطبيقها ؛
- 2- احتمال إهمال دراسة رغبات المستفيدين و تطلعاتهم ، و مدى استفادتهم من مخرجات المؤسسة ؛

1- علي أحمد ثاني بن عبود، قياس الأداء الحكومي باستخدام نموذج Servqual (على الخط)،

التحميل 2013/08/27 على الساعة 00:45 ص 151. <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/arado/unpan024619.pdf>، تاريخ

- 3- احتمال الفشل في إقناع العاملين بالمشاركة في تبني نموذج الجودة الشاملة ؛
- 4- التسرع في تقديم النموذج دون توفير مقومات نجاحه الأساسية ، و التي يأتي في مقدمتها الاهتمام بالعنصر البشري تدريباً و تنمية و تهيئة لمجاراة ما يستجد من نظم عمل و أساليب متطورة ؛
- 5- استعجال النتائج في أقصر وقت ممكن دون تخطيط مرحلي واضح مما قد يؤدي إلى نتائج عكسية نتيجة للإصابة بالإحباط و الإحساس بالفشل المبكر ، فتطبيق النموذج يقتضي الصبر و الاستمرارية،
- 6- الاهتمام بالشكل فقط أي التركيز على أن الإدارة تحاول إدخال نظم و نماذج حديثة دون دراسة إمكانية التطبيق الفعلي لها. (2)

خاتمة الفصل الأول :

تشهد المؤسسات الصحية اليوم جملة من التغييرات من أبرزها ارتفاع تكلفة الرعاية الصحية و الاعتماد المتزايد على التقنية الطبية المتطورة و المتغيرة بشكل سريع ، إضافة إلى زيادة الضوابط والضغوط الخارجية التي تمارسها جهات التمويل و الترخيص و الاعتماد بهدف تخفيض التكلفة و تحسين الجودة ، كما تشهد هذه المؤسسات تغييرا ملحوظا في سلوك المستفيدين من الخدمات الصحية يتمثل في الرغبة في المشاركة في حيثيات الرعاية الصحية و المطالبة بتحسين جودتها، و في ظل تلك التغييرات تزايد الاهتمام بسبل رفع كفاءة المؤسسات الصحية و تحسين جودة الخدمات التي تقدمها ، و أصبح المستفيد يمثل مركز الصدارة لمفهوم جودة الخدمة ، بل أصبح يمثل الأساس لهذه المؤسسات بحيث يجب ايجاد توازن بين المعايير الفنية و تلك التي تعكس متطلبات المستفيدين من أجل تحسين مستوى جودة الخدمة .

و يعد إدراك مفهوم الجودة في المؤسسات الصحية من الضرورات لنجاحها و تحسين موقفها التنافسي و بناء استراتيجياتها التسويقية ، حيث أولى التوجه الحديث اهتماما متزايدا بمعايير جودة الخدمات الصحية و تسويقها و بدأت الكثير من دول العالم في السنوات الأخيرة اعتماد فلسفة الانفتاح الاقتصادي الأمر الذي حدا بها إلى تبني مداخل تسويق حديثة لتعزيز مستويات الجودة لترقى إلى مستوى يؤهلها إلى استثمار الفرص التي قد تتاح في الأسواق المختلفة .

و قد تبلور الاهتمام بجودة الخدمة الصحية بقيام المهتمين بهذا المجال بتحديد أبعاد جودة الخدمة الصحية و هذه الأبعاد تعد بمثابة مؤشرات لقياس مستوى جودة الخدمة الصحية ، واهتم الكتاب في مجالي الإدارة الصحية و إدارة المستشفيات بأبعاد جودة الخدمات الصحية ، و يعتبر قياس مستوى الخدمات الصحية منهجا علميا مناسباً في حل المشاكل المتعلقة بتقديم الخدمات للمستفيدين و وسيلة فعالة للنهوض بمستوى الإدارة و مساعدتهم في رسم الخطط و البرامج و السياسات الخاصة برفع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من قبل هذه المستشفيات ، لذا ارتبطت الخدمة إلى حد كبير مع الجودة حتى أصبح من الضروري اعتماد عدد من المقاييس لتأثير مستوى الرضا المتحقق لدى المرضى من خلال الربط بين الخدمة المقدمة و الجودة و هذا الأمر قاد Parasuraman,Zeithaml&Berry إلى اعتماد مقياس سرفكوال و هو عبارة عن سلسلة من المقاييس المتكاملة و المترابطة لمعرفة رأي المستفيد بما يتوقعه من اداء في الخدمة

المقدمة له وفق عدد من الخصائص ، و يقوم هذا المقياس المتعدد الأبعاد على أساس معرفة الفجوة بين ما يدركه المستفيد من الخدمة و ما يتوقعه، إذ يحتوي المقياس على أبعاد رئيسية يتم اعتمادها كأساس في القياس و التأثير لتأشير مستوى الجودة و تتمثل هذه الأبعاد بالاتي :

الاعتمادية،الاستجابة،التوكيد،التعاطف و الملموسية و بالتالي فإنه لا يمكن تحليل تسويق الخدمة الصحية دون اختبار الجودة فيها.

و قد أصبح المرضى اليوم لا يقبلون أن تقدم لهم خدمات منخفضة أو متوسطة الجودة فكان لابد للمؤسسات الصحية الراغبة في الاستمرار و البقاء أن تجري التحسين المستمر لنوعية الخدمة المقدمة ، فقد عدت الجودة إحدى الأسبقيات التنافسية في استراتيجية عمل المؤسسات الصحية و التي ترتبط مخرجاتها بحياة الإنسان، فأصبحت إدارة الجودة الشاملة هي أفضل ضمان للإدارة باتجاه الحفاظ على المرضى و هي أقوى دفاع لها ضد المنافسين و السبيل المناسب لإدامة النمو و التطور فضلا عن الاستمرار في فرصة الحصول على إيرادات مجزية.

فالحديث عن الخدمات الصحية ضمن مفهوم إدارة الجودة الشاملة يعني الاستمرار في تحقيق و توفير الجودة من البداية و حتى النهاية من خلال التحسين المستمر ، أي بأن تكون الأنشطة و العمليات التي تساهم في تحقيق الجودة حلقات مرتبطة بعضها مع بعض و تركز على الجودة في إنجاز مهامها و هذا بالطبع يعتبر الضمانة التي ستؤدي إلى تحقيق الجودة التي سترضي المستفيد و تلبي حاجاته و رغباته.

الفصل الثاني

الفصل الثاني : تسويق الخدمات الصحية

تمهيد :

كان للتطورات المتلاحقة في الأنظمة الاقتصادية والاجتماعية الأثر الكبير في جعل أغلب الدول الحديثة تسعى في خططها التنموية والاجتماعية والاقتصادية إلى تحقيق أهداف عديدة والاهتمام بالإنسان وتحسين وضعه الحياتي والاجتماعي ومن بين تلك الأهداف: الارتقاء بالمستوى الصحي للمواطنين.

كما كان للتقدم العلمي المذهل في شتى المجالات بشكل عام وفي صناعة الخدمات بشكل خاص الأثر الكبير في دفع كثير من المؤسسات الخدمية وأبرزها المشافي والمراكز الصحية لتحسين جودة الخدمات الطبية وإشباع حاجات المرضى وتطلعاتهم.

وهذا ما يبرز أهمية وجود إدارة خاصة في المشفى للتعرف على حاجات المواطنين الصحية وتحديد خصائص المرضى وإجراء الدراسات اللازمة كافة واتخاذ السياسات الملائمة في سبيل مواجهة المشاكل وإيجاد الحلول المناسبة لها ، حيث تلقى الأنشطة التسويقية اهتماما من قبل المؤسسات الصحية في الدول المتقدمة بعد أن ثبت أن تبني و تطبيق هذه المفاهيم يزيد من فاعلية و كفاءة و كفاية تلك المؤسسات، فهي لا تختلف عن غيرها من المؤسسات من حيث التنظيم الإداري و الوظائف التي تمارسها ، و إنما الاختلاف في الهدف الأساسي الذي تسعى لتحقيقه ، و هو تحقيق خدمة المجتمع دون الأخذ في الاعتبار تحقيق الأرباح .

و قد قمنا بتقسيم الفصل الثاني إلى أربعة مباحث كما يلي :

- مدخل لتسويق الخدمات.
- إدارة التسويق في المؤسسات الصحية.
- التسويق الاستراتيجي للخدمات الصحية.
- المزيج التسويقي للخدمات الصحية.

2-1 مدخل لتسويق الخدمات الصحية.

و قد قسمنا المبحث الأول إلى ثلاث مطالب ، مفهوم تسويق الخدمات الصحية في المطلب الأول ، الأهمية و الدور في المطلب الثاني ، أما المطلب الأخير فخصصناه للإنقادات و العوائق في تنفيذ التسويق الصحي :

2-1-1 مفهوم تسويق الخدمات الصحية:

لقد كانت المحاولات التقليدية في المؤسسات الصحية هي تقديم الخدمات الصحية التي يرغبها الأطباء و مديرو المستشفيات و ليس التي يبحث عنها المرضى أو الجمهور المتردد ، صحيح أن الطبيب قد يعلم ماذا يحتاج المريض إلا أن مشاركة المريض في ذلك أمر ضروري حتى تكون معلومات الأطباء كاملة عن مرضاهم . (1)

و السؤال الذي يطرح نفسه في هذا الإطار هو كيف يمكن الكلام عن تسويق الخدمات الصحية؟ إن الجمع بين الكلمتين ليس مألوف ، من جهة مصطلح المريض يتعلق بمريض يعاني و يحتاج إلى العناية ، و من جهة أخرى مصطلح التسويق يتعلق بقدرة الزبون على الاختيار حسب حاجاته و إدراكاته ، و بين هذين المصطلحين المتباعدين ظهر قانون kouchner في 2002 و الذي أدخل مصطلح المريض المسؤول الذي يشارك في الخيارات الاستراتيجية العلاجية و الذي بدوره يلعب دور في العلاج .

و في هذا الإطار الجديد ، أصبحت الحاجة إلى التسويق للمرضى موجودة ، و قد أظهرت بعض الأعمال أهمية التسويق الصحي و خلق القيمة المضافة للمريض ، يبقى فقط فتح المجال و أخذ النموذج من تسويق الخدمات فهناك الكثير من التشابه بين تقديم الخدمات الصحية و تقديم الخدمات بشكل عام.(2)

و يعني التسويق في المؤسسات الصحية ماذا يرغب المستفيد (المريض) و ما هي حاجاته و كيف يمكن إشباع هذه الحاجات بأفضل الطرق و في ضوء الإمكانيات البشرية و المادية و الفنية

1- سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص464

2-Jean-Claude Andreani &all ,Tendences du Marketing des services et Implications pour les secteurs de santé, travaux proposés dans le cadre de la Chaire Marketing-Communication a ESCP-EAP, 2006, France, p3

المتاحة ، و من خلال التحليل الفعلي للسوق المحتمل التعرف على حاجات و رغبات المرضى. (1)

فهو اختيار الأسواق الصحية المستهدفة حيث أن لكل سوق أو شريحة سوقية احتياجاتها و رغباتها من الخدمات الصحية ، فتقديم ما يشبع حاجات الجمهور يعتبر الهدف الرئيسي ، و الجمهور هو مجموعة من المستفيدين الذين لهم اهتمام فعلي بالمؤسسة الصحية و لها تأثير عليهم ، إضافة إلى أن التسويق يهدف لتحقيق غرض معين ، فغرض المؤسسات الصحية التي تهدف إلى الربح هو تحقيق الربح أما غرض المؤسسات التي لا تهدف إلى الربح فيختلف الهدف باختلاف نوع المؤسسة ، فقد يكون الهدف هو خدمة المصلحة العامة ، كما هو الحال في رفع المستوى الصحي عن طريق تقديم خدمات صحية لقطاع واسع من المجتمع ، و عليه فالتخطيط التسويقي الفعال يتطلب التحديد الدقيق لأهداف المؤسسة. (1)

و يمكن تعريف التسويق الصحي من خلال نظريات تسويق الخدمات على أنه " نظام للتبادل و الاتصال يستهدف زيادة الجودة المدركة للخدمات الصحية و رضا المرضى بهدف المساهمة في تحسين الصحة العامة." (2) فهو نظام للتبادل و الاتصال يستهدف تطوير الجودة المدركة و رضا المرضى بهدف المساهمة في تحسين الصحة العمومية (3) .

و المفهوم الحديث للتسويق يجب أن يتم تناوله في المؤسسات الصحية من خلال ما يلي :

1- يجب أن لا يقتصر مفهوم التسويق في المؤسسات الصحية على مجرد الانتظار حتى يأتي المرضى للحصول على الخدمات الصحية المطلوبة ، فهذا هو المفهوم الضيق و السائد خاصة في المؤسسات الصحية الحكومية و قد يكون ذلك راجعا لنظم العلاج المجاني في هذه المؤسسات ؛

2- يجب أن يكون هناك إدارة في كل مؤسسة صحية معنية بالتعرف على حاجات المستفيدين من خلال البحوث و الاستقصاءات سواء المرضى الحاليين أو المحتملين؛

1- سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص464

2- زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات و تطبيقاته، دار المناهج، الطبعة الأولى، الأردن، 2006، ص286

3-Jean-Claude Andreani &all ,opcit,p9

4-Ayoub Nefzi,Lassad Ghachem ,op.cit,p20

- 3- يجب أن تشارك المؤسسات الصحية في صحة المجتمع من خلال التنبؤ بالأمراض و درجة انتشارها و توقع حدوثها للمشاركة في مواجهة هذه الأمراض سواء من خلال الإعلام الصحي أو العلاج الفعال؛⁽¹⁾
- 4- إن نجاح تطبيق المفهوم التسويقي كفلسفة في المؤسسات الصحية يتوقف على عدد من الاعتبارات أهمها:
- أ- اقتناع الإدارة العليا بأهمية هذا المفهوم و فائدته؛
- ب- يجب أن يدرك جميع العاملين الصحيين و الإداريين أنهم معنيون بالتسويق و أن التسويق من ضمن نشاطاتهم الأساسية؛
- ج- إن وجود نوع من التكامل و التنسيق بين مختلف الأنشطة خاصة الطبية و الإدارية في المؤسسات الصحية يؤدي إلى تطبيق المفاهيم التسويقية الملائمة؛
- د- إن حساب التكلفة التسويقية المتنوعة و تحليلها مقارنة بالعوائد المتوقعة من النشاط التسويقي سوف يعزز و يساند مختلف الآراء نحو الأخذ بالمفهوم التسويقي الحديث؛
- هـ- إن الاعتماد على الخبراء و المتخصصين بالتسويق و البحوث التسويقية سوف يوفر الدعم الكافي لتطبيق التسويق الصحي في المؤسسات الصحية؛
- و- يجب أن تفهم المؤسسات الصحية أنها لا تعمل فقط في مجال العلاج و الوقاية من الأمراض و لكنها تعمل في مجال أوسع و هو المساهمة في تحقيق الرفاهية الكلية للمجتمع لذلك تخطط أنشطتها على هذا الأساس.⁽²⁾
- و من خلال التعاريف السابقة يمكن أن نقول أن التسويق الصحي هو التوازن بين ما يراه الطبيب/المستشفى مناسباً للحالة الصحية للمريض ، و بين ما يريده هذا الأخير من أجل تحقيق العلاج و تحسين الصحة العامة ، و ذلك بالقيام ببحوث التسويق لتحديد توقعات المرضى و محاولة تحقيقها للوصول إلى الهدف الأساسي للتسويق الصحي و هو رضا المريض في ضوء الإمكانيات المتاحة و لتحسين مستوى الخدمة الصحية سواء في المؤسسات الخاصة أو المؤسسات العمومية.

1- محمد سيد جاد الرب،، مرجع سابق، ص454

2- نفس المرجع، ص455

2-1-2 أهمية و دور التسويق في المؤسسات الصحية :

يمثل التسويق أهمية كبيرة لأي مستشفى يريد أن يبقى ويزدهر، فالمستشفيات اليوم بحاجة إلى مداخل فاعلة في إدارتها، و التسويق هو أحد هذه الأدوات التي تجعل المستشفيات تحقق أهدافها بصورة أكثر كفاءة وفاعلية وبأقل كلفة ممكنة و مشكلات محتملة ، فالتطبيق السليم لمبادئ التسويق يمكن أن يساهم مساهمة كبيرة في استخدام موارد المستشفى الاستخدام الأمثل ، ويحسن إمكاناتها في إشباع حاجات ورغبات جمهورها ويعزز قدرتها في الاستجابة لمتطلبات واهتمامات المجتمع ، وبالتالي تحقيق أهدافها العامة في البقاء والاستمرار والتطور والنمو والمسؤولية الاجتماعية.

2-1-2-1 أهمية التسويق في المؤسسات الصحية: وتبرز أهمية التسويق في

المستشفيات من خلال المزايا والفوائد المتحققة في استخدامه ويمكن حصرها بالآتي:
أولاً: تحسين الرضا في السوق المستهدف.

يعمل عدد كبير من المستشفيات في بيئة تنافسية معقدة ، هذا فضلاً عن افتقارها للمهارات التسويقية اللازمة لتطوير وتحسين الرضا عن الخدمات المقدمة إلى أسواقها ومرضاهم ، وهذا ما ينتج عنه نسبة قليلة في عملية تكرار البيع والاستخدام للخدمات الصحية من قبل المرضى ، كما أن بعض من المستشفيات تعمل في بيئة يكون فيها الطلب على الخدمة الصحية أكثر من العرض (القدرة على التجهيز للخدمة) ، وأن مثل هذه المستشفيات تفقد الدافعية لإرضاء أسواقها وربما تقوم بتقديم خدمات غير مرضية ، قد يتقبلها المرضى إذا ما اعتقدوا بعدم وجود البديل ، في حين أن التسويق وفي كل الأحوال يشدد على أهمية تلبية حاجات ورغبات المرضى ، ويتجه نحو تقديم تحسينا مستمر في خدمة الزبائن ورضاهم .

ثانياً: تحسين كفاءة الأنشطة التسويقية.

يركز التسويق كثيراً في نمط الإدارة العقلانية (Rational Management) ، والتسويق من أجل تطوير المنتج والتسعير والاتصالات والتوزيع، إذ أن كثيراً من المستشفيات غير المتجهة بالتسويق تضع قراراتها بمعرفة غير كافية مما ينتج عنه إما زيادة في الكلف أو أثر ضعيف للخدمة ، وبسبب أن مخرجات المستشفيات تتأثر بكل الأنشطة المباشرة وغير المباشرة المرتبطة بالخدمة

الصحية ، فان التسويق يجهز الإدارة بمدخل علمي يجعلها تنفذ الحد الأعلى من الكفاءة والفاعلية في الأنشطة التسويقية فضلاً عن التنسيق المستمر فيما بينها.

ثالثاً: تحسين جذب واستغلال الموارد التسويقية.

المؤسسات الصحية ومن خلال استخدامها للتسويق كمفهوم وعملية إدارية ، فإنها ستجاهد في محاولة إرضاء زبائنهم والأسواق الصحية التي تتعامل معها لغرض جذب الموارد المختلفة (كالأطباء، الممرضين، المستخدمين ، المعلومات ، الأموال ، دعم المجتمع..الخ).

رابعاً: جعل المؤسسة الصحية أكثر تحسناً لحاجات المجتمع الصحية ، من خلال احتكاكها بالجمهور، إذ أن عملية استقصاء آراء المرضى وقياس درجة رضاهم هي من صلب عمل وظيفة التسويق ، فهي العنصر الرئيس لعملية تسيير التغذية العكسية Feed back بين المرضى والمؤسسات الصحية وهذا ما يمكن المستشفى من أن يكون أكثر تحسناً إلى حالة المنافسة في السوق ، مما يساعده على تطوير خدماته بما يواكب التغييرات والتطورات الحاصلة في البيئة.

خامساً: تحسين صورة المستشفى وجعلها في وضع متميز ولائق في السوق الصحي، فإدخال مفهوم التسويق في عمل المستشفيات فان ذلك يجعلها تنغمس أو تتجه كلياً بأفكارها نحو جميع الأفراد ، مما يجعلها بوضع لائق ومتميز في السوق، فضلاً عن سعيها للبحث عن تلك الميزات التنافسية التي تتمكن من خلالها تقديم أفضل الخدمات للمحتاجين إليها.

سادساً: تمكين المستشفيات من أن تكون مرضية أكثر للمرضى والأطباء وللممرضين والمستخدمين عموماً، ومن ثم زيادة وفائهم للمستشفى.

سابعاً: إيجاد نظام تسويقي يمكن المستشفيات من أن تضع السياسة السعرية المناسبة للخدمات الصحية التي تقدمها.

ثامناً: تمكين إدارة المستشفى من خلق أنظمة أكثر فاعلية في توزيع وتقديم الخدمات ، وإيصالها إلى المستفيدين منها. (1)

و يضيف كورتل أن للتسويق وظيفة هامة و حيوية لجميع المؤسسات ، حيث تبرز أهميته فيما يلي :

1- 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 الأهلية، الأردن، ص14

- 1- حرية المريض في الاختيار بين المستشفيات؛
- 2- انخفاض درجة رضا المستفيدين عن الخدمات الطبية المؤداة في المستشفيات بصفة عامة و الحكومية بصفة خاصة؛
- 3- يعمل التسويق على تحديد السوق المستهدف أي المستفيدين الحاليين و المرتقبين مع إمكانية اختراق الأسواق الحالية أو إضافة أسواق جديدة أو كليهما؛
- 4- إن التسويق يمكن من التنبؤ بالطلب و يساعد في التحديد الأمثل للطاقات و التسهيلات اللازمة ، و يمكن من إشباع حاجات و رغبات الزبائن؛
- 5- فشل المستشفيات في إدارة وظائفها التسويقية بفعالية ، وهذا يعني إضافة تكاليف اقتصادية و اجتماعية و ضياعها ، كما أن المئات من المستشفيات و خصوصا تلك التي لا تهدف إلى الربح غالبا ما نجدها لا تعمل بكفاءة فهناك الأسرة الشاغرة و المرضى الذين يحتاجون للرعاية و لا يحصلون عليها ، مما يعني ضياع موارد هذه المستشفيات و جعلها تذهب نحو المصروفات الإدارية و ليس نحو الأسواق المستهدفة و ضياع الموارد المقدمة لها و تحقيق خسائر اقتصادية و اجتماعية على حد سواء. (1)

2-1-2 دور إدارة التسويق في المؤسسات الصحية :

الدور الرئيسي لإدارة التسويق الصحي يتمثل في تأسيس المفهوم التسويقي في المؤسسات الصحية و ترسيخه و تحديد ما يجب أن يقوم به التوجه التسويقي في المؤسسات ، و هذا ما يتضح من خلال مناقشة جانبين أساسيين هما :

أولا : مهام إدارة التسويق الصحي : إن تقليل الكلف و الذي يعد المحور الرئيسي في تركيز و اهتمام إدارة المؤسسات الصحية هو شيء غير كاف للنجاح و الاستمرار ، و إن النجاح في المستقبل البعيد يكون بفهم الزبائن و إدراك حاجاتهم و استخدام استراتيجية تسويقية مناسبة ، و إن إدارة التسويق تؤدي الدور الأكبر في تحويل تلك الاستراتيجية إلى واقع عمل يومي من خلال مهامها كالاتي :

- 1- تدريب كل مقدمي الخدمة في المؤسسة ليتفهموا بعمق ماذا يعني تبني فلسفة تسويقية متجهة نحو المريض ؛

2- الحصول على المعلومات المتعلقة بخدمات المؤسسة و تحليلها و تفسيرها و تحديد الكيفية التي يجب أن تؤدي بها هذه الخدمات؛

3- تعيين مديرا تنفيذيا يقوم بتنفيذ و تصميم الخطة الاستراتيجية التي تستخدم هذه المعلومات و السعي للحصول على ميزة تنافسية للمؤسسة؛

4- متابعة أداء الأعمال و اقتراح المعالجات و تصحيح الأخطاء و تعديل الإنحرافات أينما وجدت في الأنشطة التسويقية للمؤسسة؛

5- التأكد من أن مهمة التسويق تتكامل مع الاتجاه العام لرسالة و استراتيجية المؤسسة. ⁽¹⁾

ثانيا : أنشطة إدارة التسويق الصحي : لا يقتصر التسويق الصحي على الترويج و البيع و إنما

وظيفة التسويق يجب أن ينظر إليها إلى ما هو أكثر من مجرد قسم إداري في المؤسسة ، فالتسويق يشارك في عملية اتخاذ القرار قبل تصميم المنتج و يستمر إلى ما بعد بيعه بمدى طويل ، فرجال التسويق يحددون حاجات الزبون و التي تمثل بالنسبة لهم فرصة ربحية و يشاركون في تصميم مزيج المنتج ، و يضعون السياسة السعرية للخدمات و يعملون بجد لترويج و إيصال الخدمات إلى أسواق زبائنهم ، و يتابعون بمثابرة عملية تحسين صورة المؤسسة و رضا الزبون. و فيما يأتي شرح موجز للأنشطة الخاصة بإدارة التسويق في المؤسسة :

1- مراقبة البيئة الخارجية؛

2- المساهمة في مناقشة و تحديد طبيعة الاتجاه العام الذي تسير فيه المؤسسة و تحديد الزبائن التي يجب أن تستهدفهم و إقرار الموقف التنافسي الذي ستتبناه المؤسسة؛

3- تحديد عدد الخدمات التي يجب أن تقدمها المؤسسة؛

4- تحديد حاجات السوق؛

5- تطوير الخدمات لملاقاة تلك الحاجات؛

6- إدارة عناصر المزيج التسويقي الصحي بما يتوافق مع أهداف و استراتيجيات المؤسسة؛

7- اتخاذ القرار حول صورة المؤسسة التي تريد الإدارة ترسيخها في أذهان الآخرين؛

8- بناء و تطوير نظام للتغذية العكسية و الرقابة للحصول على صورة واضحة عن كيفية و نوعية الأداء الحالي للمؤسسة. (1)

2-1-3 عوائق تنفيذ التسويق في المؤسسات الصحية.

تقدم المستشفيات خدمات العلاج و الوقاية من المرض ثم الإرتفاع بمستوى الأداء لأقصى حد ممكن ، و عنصر الربح لا يقع في المكان الأول و لا يجب أن يقع في المقام الأول حتى في المؤسسات الصحية الخاصة ، كما أن معاملة الخدمات الصحية معاملة السلع أو الخدمات التي تباع و تشتري فيه شيء من التقليل للمستوى الإنساني الرفيع الذي يجب أن توضع فيه تلك الخدمات. (2)

إن أي عمل مهما بلغت أهميته ممكن أن تكون له معوقاته ومحدداته الخاصة به، ويمكن أن يتعرض إلى انتقادات، وأن التسويق شأنه شأن وظائف الأعمال الأخرى له معوقاته وانتقاداته ، وفيما يأتي عرض لأهم الانتقادات التي تعرض لها التسويق الصحي :

1- ينظر البعض إلى التسويق على أنه مضيعة للأموال وسبب في هدرها، إذ يرى بعض المهتمين بالقطاع الصحي أن عملية إنفاق المؤسسات الصحية أموالاً على الأنشطة الترويجية هي عملية غير صحية، وأن الأموال يجب أن تصرف على الأنشطة التشغيلية الخاصة بالمرضى ، في حين أن رجال التسويق ينظرون إلى التسويق على أنه استثمار بعيد الأمد، ولا يشترط تحقيق عوائد آنية، وعلى المؤسسات الصحية أن لا تنفق أموالها على أي نشاط ما لم تتأكد من أن تلك النفقات تحقق عوائداً للمؤسسة الصحية (مالية ، تكنولوجية ، فائدة اجتماعية...الخ)، فضلاً عن أن الأنشطة الترويجية الهادفة إلى تثقيف المجتمع وزيادة الوعي الصحي لديه لا تشترط تحقيق عائد مالي آني للمستشفى.

2- يعتقد البعض بأن التسويق ممكن أن يقلل من مستوى نوعية الخدمة الصحية المقدمة ، وهذا الاعتقاد نشأ بسبب الخوف من أن تقوم المؤسسات الصحية بالترويج عن معلومات غير دقيقة عن

1-شادي محمد القطيفان،مرجع سابق،ص172

2- محاسب محمد ربحان،التسويق لخدمة الرعاية الصحية،المركز الطبي للمقاولون العرب عثمان أحمد عثمان و

شركائه ،مصر،ص16،<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/arado/unpan020754.pdf>

خدماتها أو عن إمكاناتها الحقيقية المتاحة ، مما يسبب تفاوتاً بين نوعية الخدمة المتوقعة ونوعية الخدمة المدركة ، في حين أن وظيفة التسويق المتخصصة والتي تقوم بالترويج عن خدماتها فإنها من الطبيعي أن تقوم بمتابعة مصداقية وملائمة خدماتها المقدمة والمروج عنها.

3- يرى البعض أن النشاط التسويقي هو نشاط طفيلي Intrusive (متطفل على حياة الناس)، وهذا ما تثيره وظيفة بحوث التسويق التي تتطلب استقصاء آراء الناس والتدخل في حياتهم وسؤالهم عما يرغبون فيه وما لا يرغبون فيه.

4- ينظر البعض إلى التسويق على أنه يدفع المؤسسات الصحية إلى التنافس : يفترض هذا التصور أن المستشفيات يجب أن تعمل كأخوات تساعد بعضها بعضاً ، وأن التسويق هو مدعاة لزيادة حالة المنافسة بين المستشفيات مما ينعكس على الأخلاق المهنية لمهنة الطب ، فمثلاً عندما تمتلئ دار التمريض الخاص أو الجناح الخاص لأحد المستشفيات ، فمن المفترض أن يقوم المستشفى بإحالة المريض الراغب في الرقود في الجناح الخاص حصراً إلى مستشفى آخر ، إلا أن هذا لا ينفي عدم وجود منافسة بين المستشفيات ، وحيث أن التنافس يحصل عندما تقوم مؤسستان أو أكثر بالبحث عن نفس الفرد أو الجماعة لتحقيق تبادل معهم ، فإن التنافس ممكن أن يحدث بين المستشفيات بوجود التسويق أو عدمه.

5- يُنقَد التسويق بأنه يسبب توليد طلب غير مسوغ على الخدمة الصحية.

يحدث الطلب غير المسوغ على الخدمة الصحية بصورة طبيعية وبشكل عام من طرف الأفراد المصابين بالقلق النفسي ، وأن هذا الرأي يفترض أن التسويق والإتصال عن الخدمات الصحية يزيد من طلب أولئك على خدمات صحية غير ضرورية ، مما قد يربك عمل المستشفيات في مواسم ازدياد الطلب الحقيقي على الخدمة الصحية ويمكن معالجة مثل هذه الحالات بأسلوبين :

أ- تسعير الخدمات الصحية بأسعار معقولة تجعل المتمارضين يتحملون مسؤولية مالية معينة لقاء حصولهم على الكشف الطبي.

ب- متابعة حالة المرضى الراقيدين في المستشفى باستمرار ، لإسراع عملية خروج أولئك الذين تحسنت حالتهم الصحية واكتسبت الاستقرار .

ولا بد من الإشارة إلى أن هذه المعوقات والانتقادات لا تحول دون القيام بأنشطة تسويقية في المؤسسات الصحية ، أو تمنع وجود إدارات للتسويق في المستشفيات ، إذ أن أي مؤسسة تنفذ أو تستحدث أي وظيفة لا بد لها دراسة وتخطيط ومقارنة الفوائد والمحددات التي ستنمخض عنها على

وفق منظور الكلفة-الفاعلية ، كما أن الجانب العملي للدراسات العلمية في العالم الغربي أثبتت أن المستشفيات التي تطبق مفاهيم وتقنيات التسويق تكون ذات أداء أعلى في الجوانب التشغيلية والإدارية فضلاً عن دراسات متعددة أثبتت فاعلية التسويق في المستشفيات بجوانب الربحية ، ورضا المريض ، والتزام المستشفى وحيث أن كل عمل معرض للانتقادات كما إشير إليه ، فإن وظيفة التسويق كونها الوظيفة الأحدث في جانب القطاع الصحي ممكن أن تكون معرضة للانتقادات أكثر من غيرها فضلاً عن أن حالة عدم المعرفة المعمقة لمفهوم التسويق ، تكون سبباً آخراً للانتقادات. (1)

بالإضافة إلى ذلك هناك بعض العوائق التي تؤدي إلى صعوبة التسويق للخدمات الصحية تتمثل في:

- 1- النظام في الخدمة الصحية قائم على توصيل الخدمات الصحية للمرضى الحاليين أو المرتقبين و أنه نظام مستمر لخدمة مستمرة خلال كل ساعة من ساعات اليوم و كل أيام الأسبوع و أن الخدمة الصحية تتطلب سرعة في الأداء لأنها غير قابلة للتأجيل أو ما يعرف بالتزامن بين الانتاج و الاستهلاك؛
- 3- الخدمة الطبية قد تكون خدمة علاجية أو تشخيصية أو خدمة يصعب وضعها لتقييم مادي معين كما هو الحال في السلع المادية حيث يستطيع الإنسان قياس المنفعة مقدماً؛
- 4- فشل مبدأ مضاعفة الأرباح و حل محله مبدأ مضاعفة الكفاية الإنتاجية ؛
- 5- زيادة تكلفة الخدمات الصحية بالإضافة إلى أن وراء بناء المؤسسات الصحية اعتبارات اجتماعية و سياسية و إنسانية تفوق اعتبارات تحقيق أقصى ربح و هو أساس المؤسسات الأخرى؛
- 6- قد تستخدم المستشفى أدوات التسويق دون أن تدرك أنها تقوم بأنشطة تسويقية؛
- 7- أن الخدمة الصحية غير ملموسة مما تجعل اختيار المستفيد صعباً لأنه لا يتذوقها و لا يلمسها و لكن يشعر بها مما أدى إلى تعذر القيام ببعض الوظائف التسويقية كالنقل و التعبئة و التغليف؛
- 8- صعوبة تحديد و تقييم و قياس جودة الخدمة الصحية المقدمة بالرغم من وجود ما يطلق عليه المراجعة الطبية للأداء الطبي ؛

9- تذبذب الطلب و صعوبة تقدير الطلب على الخدمة الصحية حيث الطلب متقلب فمواسم الصيف تختلف عن مواسم الشتاء بالإضافة إلى التغيير المفاجئ للطلب أثر تقلبات سياسية أو اجتماعية في مجتمع الخدمة أو تغيرات مفاجئة إثر الكوارث؛

10- ازدياد حجم و طبيعة المخاطر المدركة مع وجود قلق ما قبل الشراء المصاحب لاختيار الخدمة الطبية؛

11- في تسويق الخدمات الصحية نجد دور لأحد الوظائف الأساسية للتسويق و هو التخزين نظرا لطبيعتها كخدمة غير قابلة للاحتفاظ أو التخزين و من هنا يجب على المستشفيات إجراء الدراسات المستمرة على الطلب و تحديد مواسم انخفاض الطلب و تشغيل حجم طاقة المستشفى حسب حجم الطلب. (1)

إن الدليل على مكانة التسويق في قطاع الخدمات متضارب ، فمن ناحية وجد بأن المؤسسات ذات الطبيعة الخدمية هي ذات توجه تسويقي أقل و محدود مقارنة بالمؤسسات ذات الإنتاج السلعي ، و في الواقع اقترح البعض أن النمو المتسارع في قطاع الخدمات لا يعزى للتطويع في التطبيقات التسويقية . إن هذا الإدعاء كان ليس من الضرورة أن ينطبق على جميع المؤسسات الخدمية فهو يعتمد على الأسباب التالية :

1- إن هيمنة صفة اللاملموسية على المنتجات الخدمية قد ينتج عنها مشاكل تسويقية أكثر

صعوبة مقارنة بتسويق السلع المادية (مثل العرض ، بيع فوائد المنتج الخدمي..)؛

2- بعض مؤسسات الخدمات (مثل المؤسسات المهنية) تعارض فكرة التسويق ، فهم يعدون أن

بعض التطبيقات التسويقية للسلع لا تتوافق مع طبيعة مهنتهم (مثال أن ممارسة الإعلان لا يزال

استخدامه مقيدا أو ممنوعا في العديد من المهن كالمهن القانونية و الطبية) كما أنهم مازالوا يعدون

أنفسهم منتجين للخدمات و ليس مسوقين لها؛

3- إن العديد من المؤسسات الخدمية هي صغيرة الحجم على الاتصال المباشر مع زبائنهم و قد

لا تحتاج لطرق التسويق نفسها كما هو مطلوب لنفس الأنواع من المؤسسات المتوسطة و الكبيرة

الحجم ، فالعديد من الأساليب الإدارية و التسويقية قد لا تتناسب مع مثل هذه المؤسسات ؛

- 4- إن بعض المؤسسات الخدمية تواجه طلبا على خدماتها أكبر من قدرة استيعابها أو العرض المتاح لديها (مثل المستشفيات العمومية و الجامعات الحكومية) ليست مضطرة لتحاول جاهدة لتلبية احتياجات الزبائن مثل باقي المؤسسات الأخرى؛
- 5- إن القيود القانونية على بعض الخدمات قد تحد من دور التسويق فيها ؛
- 6- بعض المؤسسات الخدمية تتمتع بقوة احتكارية في حقل الخدمات التي تعمل به و فشلت في إدراك وجود منافسة لها (كالمنافسة بين المؤسسات العمومية)؛
- 7- إن نوعية الإدارة ليست جيدة في العديد من المؤسسات الخدمية حيث يقول أحد الباحثين Stanton "أن الإدارة العليا في مؤسسات الخدمات لم تدرك بعد ماهية التسويق و أهميته لنجاحها فهؤلاء المديرون مازالوا يخلطون بين مفهوم البيع و التسويق و عاجزون عن تحديد العناصر الأخرى لنظام التسويق كما أنهم لا ينسقون جهودهم و نشاطاتهم التسويقية حتى تكون أكثر فعالية و كفاءة فالكثير من المؤسسات الخدمية تقتقر إلى وحدة إدارية تتولى مسؤولية وظائف التسويق"؛
- 8- حتى و لو كان بعض مديري الخدمات مهتمين بتطبيق مفاهيم التسويق فإنهم يجدون أن ما هو منشور من أبحاث في حقل التسويق مازال ذا فائدة محدودة بالنسبة لهم حيث أن معظمها يركز على تسويق المنتجات السلعية ، فبعض الكتاب في مجال تسويق الخدمات يرون أن الأفكار التسويقية المتاحة المطبقة على السلع لا تفيد كثيرا مسوقي الخدمات ، و يرى Donnelly أن المفاهيم التسويقية التي طورت و طبقت أصلا في مجال تسويق الخدمات السلعية تعد ذات قيمة محدودة في تسويق الخدمات ، و قد أشار البعض إلى أن الاختلاف في المشاكل التي تواجهها المؤسسات الخدمية الناتجة عن خصائصها تتطلب طرقا و أساليب تسويقية مختلفة عن تلك التي تطبق في المؤسسات المنتجة للسلع المادية؛
- 9- من ناحية أخرى أصبحت الكثير من مؤسسات الخدمات على درجة عالية من التوجه التسويقي لأنه ليس من المعقول و من الخطأ الاعتقاد بأن جميع هذه المؤسسات تتجاهل دور التسويق ، فبعض المؤسسات الخدمية الناجحة مثل بعض البنوك و الفنادق المشهورة تطبق مفاهيم التسويق ، و حيث أن ازدياد المنافسة محليا و دوليا في العديد من أنواع قطاع الخدمات (مثل الخدمات المصرفية) و سهولة انتقال حركة العديد من الأفراد ممن يمتلكون الخبرة في مجال التسويق غير الخدمي إلى وظائف في قطاع الخدمات ، و محاولات العديد من مؤسسات الخدمات في الحفاظ على مستوى معين من الجودة و زيادة الإنتاجية من أجل مواجهة ضغوط المنافسين و محدودية

الموارد و العوائق القانونية و القيود الأخلاقية التي لا يمكن تجاهلها (مثل الاعتراض على الإعلانات) و نتائج هذه العوامل و غيرها من العوامل الأخرى ستشجع على توسيع الاهتمام بتطبيق مفهوم التسويق على نطاق أوسع في قطاع الخدمات .⁽¹⁾

2-2 إدارة التسويق في المؤسسات الصحية

حيث نبدأ بالتعرف على أسباب الاهتمام بالتسويق ، و كيفية إضافة هذه الوظيفة للمؤسسة الصحية و أهم أسباب إخفاق هذه المؤسسات في تطبيق هذا المفهوم من خلال المطالب الآتية :

2-2-1 أسباب الاهتمام بتسويق الخدمات الصحية :

إن المؤسسات الصحية هي من بين المؤسسات الخدمية المتأخرة نسبياً في تبني ممارسات تسويقية حديثة باعتماد أنشطة إدارية رسمية ، فحتى بداية السبعينات كانت إدارات التسويق لا تمتلك أي حضور واضح في أي مؤسسة صحية في العالم ، و الوظائف التسويقية البسيطة كانت تؤدي ضمن مسؤولية إدارات مختلفة في المؤسسة الصحية تحمل عناوين التطوير أو العلاقات العامة و من أفراد لا يملكون تدريب أكاديمي متخصص أو خبرة سابقة في مجال التسويق الصحي.

إلا أن عدم الإهتمام بإدارة التسويق قد تبدل إلى اهتمام واسع و كبير شمل العديد من المؤسسات الصحية في أمريكا نهاية السبعينات و بداية الثمانينات و خلال فترات زمنية متفاوتة حتى أصبحت معظم المؤسسات الصحية في العالم المتقدم اليوم تقوم بممارسة أنشطتها التسويقية من خلال إدارات للتسويق اكتسبت أهميتها في المواقع التنظيمية للمؤسسات الصحية بصورة تدريجية فاحتلت مواقع تنظيمية متدرجة بدأت بالوحدات و الشعب التنظيمية و استمرت في التوسع و النمو حتى أصبحت أقساماً كبيرة تضم معظم وظائف التسويق التخصصية.

و على الرغم من أن إدارة التسويق الصحي ليست الوظيفة الوحيدة التي شهدت تغيرات جذرية في أدوار إدارات المؤسسات إلا أن دور إدارة التسويق في المؤسسات الصحية هو أكثر إثارة للجدل من بين تلك الوظائف ، و الإداريون عانوا كثيراً في محاولة ترسيخ التسويق الصحي في المؤسسات و تعريف أدائه.⁽²⁾

1- هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر، الطبعة الخامسة، الأردن، 2009، ص 66

2- شادي محمد القطيفان، مرجع سابق، ص 165

فأدوات التسويق لا يجب أن تكون مهمة في وضع الاستراتيجيات في ظل تزايد المنافسة بين المؤسسات الصحية و تطور الوعي الاستهلاكي الطبي ، و المستشفيات العمومية لن تكون قادرة على مواجهة هذه التحديات الجديدة في ضمان جاذبيتها التي تأتي مع استراتيجية التسويق الحقيقية ، فلم يعد من الممكن للمستشفى العمومي تجاهل التسويق أو الاتصالات التي تعتبر في الكثير من الأحيان من خصائص القطاع الذي يهدف إلى الربح و زيادة المبيعات ، يجب على المستشفيات العمومية التحرك مع العصر و عدم التخوف من مفاهيم الإدارة و التسويق ، صحيح أن هذه المفاهيم و المصطلحات بدأت مع القطاع الخاص لكنها مفيدة و ضرورية لحسن سير العمل في المستشفيات العمومية. (1)

و من أهم الأسباب التي دفعت للاهتمام بتسويق الخدمات الصحية منذ مطلع الثمانينات نذكر ما يلي :

- 1- ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية : أدى ذلك إلى اتجاه الدراسات نحو العمل من أجل البحث في الطرق و الأساليب التي يؤدي تنفيذها إلى بقاء معدل زيادة تكاليف الرعاية الصحية و من ثم قد يكون من المفيد الاستفادة من التسويق للتأثير بهدف التمكن من احتواء التكاليف؛
- 2- زيادة المسؤولية أمام المراكز المختصة : أدت التشريعات المختصة بإيجاد اليات لتقييم أداء مقدمي الخدمات الصحية إلى ضرورة أن يتقدم مقدمو الخدمة بالمعلومات التي تدعم متطلباتهم بصدد الخدمات الإضافية و كذا بالنسبة لتخصيص الموارد و تعد مفاهيم التسويق و أساليبه مفيدة في تطوير مثل هذه المعلومات؛
- 3- تزايد أعداد المرافق الطبية ذات الملكيات المختلفة : و قد أحدث هذا التزايد نوعا من التنافس فيما بينها و بالتالي ينبغي زيادة الاهتمام بأسواق الخدمة التابعة لكل منهم؛
- 4- النظر إلى انخفاض معدلات استخدام الخدمات الصحية أو تدنيها على أنه نوع من هدر الموارد المستخدمة : يزود التسويق الإدارة بالمفاهيم و الأساليب الخاصة بفهم أنماط الطلب على الخدمة و مراجعة احتياجات الزبون و تحديد أسواق الخدمة المستهدفة و العمل على الوصول إليها و قياس رضا الزبون عن الخدمة المقدمة؛

5- يوفر التسويق المعلومات التي تساعد متخذي القرار على تحقيق استخدام فعال للموارد المالية و البشرية و الموارد المادية الأخرى مثل الأجهزة و الأدوات؛

6- تعد أساليب التسويق مفيدة في التعرف على خيارات المريض في تحديد نوع الخدمة الصحية المطلوبة و مكانها و وجهات نظره تجاه حسن معاملة المريض؛

7- تزايد الاهتمام بالرقابة يدفع إلى ايجاد جهود تسويقية للحد من تكاليف الرعاية الصحية؛

8- النظر إلى قطاع الرعاية الصحية على أنه قطاع مريح تقدم فيه الخدمات للزبائن كما تقدم في القطاعات الأخرى و بالتالي توظيف عناصر المزيج التسويقي في ذلك. (1)

2-2-2 كيف تتم إضافة وظيفة التسويق لأول مرة في المؤسسة؟: (2) تتم إضافة

وظيفة التسويق لأول مرة في المؤسسة بوحدة من الطرق التالية التي سيتم مناقشة كل منها لمعرفة فوائد كل طريقة و سلبياتها :

أولا : إضافة وظيفة التسويق إلى وظيفة إدارية موجودة حاليا في المؤسسة مثل العلاقات العامة أو التخطيط : إن عملية دمج وظيفة التسويق إلى وظيفة حالية في المؤسسة كالعلاقات العامة مثلا يوفر على المؤسسة الجهد المبذول في استقطاب شخص من خارج المؤسسة و تعيينه مديرا لإدارة التسويق و تجنبها في نفس الوقت استحداث موقع إداري جديد و من ثم تجنب تغيير هيكلها التنظيمي فضلا عن تقليل الكلف المترتبة عن تلك الإجراءات و ربما يزيد من فاعلية وظيفة العلاقات العامة.

و لكن عملية إضافة وظيفة التسويق إلى وظيفة حالية في المؤسسة لا يتم من خلال تهيئة المؤسسة للسوق بصورة صحيحة إذ أن الأشخاص أنفسهم سيقون يمارسون نفس أعمالهم الجوهريّة السابقة و بنفس مهارتهم و خبرتهم السابقة ، و لا يتم تبديل عنوان لوحة الدلالة الخاصة بغرفة مدير العلاقات العامة إلى "مدير العلاقات العامة و التسويق" و سينتج عن مثل هذه مسؤولية من دون صلاحية مناسبة ، كما يترتب على ذلك أن الأنشطة التسويقية ستعتمد كثيرا على خلفية

1-نجاه العامري،تسويق الخدمات الصحية،دراسة حالة مصحة أبو القاسم بسكيكدة،شهادة ماجستير ،2007/

2008 ،الجزائر،ص26

2- شادي محمد القطيفان،مرجع سابق،ص174

الشخص الأكاديمية و الوظيفية الذي تمت إضافة وظيفة التسويق إلى مسؤولياته ، فمثلا إذا ما تم إضافة وظيفة التسويق إلى مسؤولية العلاقات العامة فإن التسويق سيعتمد على الاتصالات و الترويج مع تدهور في تطوير استراتيجية تسويقية مناسبة.

أما إذا أضيفت وظيفة التسويق إلى وظيفة التخطيط ، فإن ذلك سيكون مفيدا لعدم ازدواج و تكرار الأنشطة الخاصة بالتحليل و جمع المعلومات التي تقوم بها كلتا الوظيفتين هذا فضلا عن أن وظيفة التخطيط غالبا ما تتواجد بمستوى إداري أعلى من العلاقات العامة و التي غالبا ما تحتل مستوى إداري منخفض و هذا ما يساعد في توفير الدعم الكافي للأنشطة التسويقية و من ثم بناء و تطوير استراتيجية تسويقية مناسبة إلى حد ما .

و لكن سيكون هناك خلل كبير في عملية التنفيذ و المتابعة و الرقابة و ستصبح وظيفة التسويق وظيفة كتابية إلى حد ما و غير مرتبطة بالجانب العملي .

و إذا ما أرادت المؤسسة أن تتخذ هذا الخيار في إضافة وظيفة التسويق فيجب اتباع الخطوات التالية :

1- تدريب الشخص الذي ستضاف إليه وظيفة التسويق بالمعلومات و التقنيات الخاصة بإدارة التسويق؛

2- توفير ميزانية مالية مناسبة لدعم الأنشطة التسويقية فالميزانية السابقة لإدارة العلاقات العامة أو التخطيط ستكون غير كافية للقيام بالوظيفتين؛

3- منح صلاحيات مناسبة تتمثل بمستوى إداري مناسب للقيام بالأنشطة التسويقية.

و من دون هذه الخطوات إن رجل التسويق الجديد سيكون رجل تسويق بالاسم فقط.

ثانيا : عدم إسناد وظيفة التسويق لأي إدارة في المؤسسة أو لأي شخص محدد في المؤسسة :

و يتم ذلك من خلال واحد من الخيارات الآتية :

1- اختيار خبير للتسويق أو استشاري ليكون عضوا في مجلس إدارة المؤسسة : إن مثل هذا الشخص سيكون ذا فائدة كبيرة في تزويد المؤسسة بنصائح و استشارات حول قضايا تسويقية محددة ، فضلا عن دوره في تعليم أعضاء مجلس الإدارة عن معنى و مفهوم التسويق ، و لكن عادة ما يكون أعضاء مجلس إدارة المؤسسة مشغولين في أعمالهم الخاصة و لا يعطون اهتماما كافيا للأنشطة التسويقية الخاصة بالتحليل ، أو صياغة الإستراتيجية التسويقية و تطويرها ، و بالرغم من أن أعضاء مجلس الإدارة سيحصلون على معلومات مفيدة عن التسويق لكنهم لن

يحصلوا على معلومات تسويقية معمقة ، فضلا عن إمكانية تأثر خبير التسويق بخلفيته التسويقية السابقة التي غالبا ما تتخذ من مدخل الترويج و الإعلان مفتاحا لها في القيام بالأنشطة التسويقية. لذلك يفضل أن يكون هذا الشخص ملما بالتسويق الصحي أو بمجال تسويق الخدمات كحد أدنى أو ذا خلفية في التسويق في المؤسسات غير الربحية كما أن هذا الشخص غالبا ما يقدم حولا لمشكلات قائمة في المؤسسة دون أن تتم دراسة الفرص و التهديدات التي من الممكن أن تواجه المؤسسة فعليا.

2- إرسال العناصر المهمة في المؤسسة إلى جهات متخصصة لتلقي محاضرات في التسويق أو المشاركة في ورش العمل أو الحصول على دورات تدريبية لدراسة التسويق. إن مثل هذه المحاضرات أو الدروس التعليمية ستكون ذات فائدة كبيرة جدا و حلا سريعا لمديري المؤسسة ، و لحين يصبح التسويق درسا أكاديميا يجب أن يتعلمه كل مديري المؤسسة و قبل أن يستلموا مناصبهم الإدارية.

و لكن المشكلة تكمن في أن هذه الدورات أو المحاضرات غالبا ما تكون قصيرة و غير كافية للحصول على معلومات معمقة عن التسويق ، و غالبا ما تكون هذه المحاضرات تركز في الجانب النظري من دون الخوض في تعلم الممارسات العملية للبحث و التحليل و تنفيذ بقية الأنشطة التسويقية. كما أن أولئك الذين سيحصلون على معرفة تسويقية من خلال المحاضرات لن يتغير توصيفهم الوظيفي و إنما ستتغير معرفتهم فقط و سوف يبقون يمارسون نفس أنشطتهم السابقة بعد عودتهم إلى المؤسسة.

3- تأليف لجنة داخل المؤسسة لمتابعة و تنفيذ الأنشطة التسويقية : و من الممكن أن تضم هذه اللجنة (إداريين، أطباء، مديرو أقسام...) فتكون مثل هذه اللجنة مفيدة في جلب المعلومات من خارج المؤسسة عن صورة المؤسسة و حالة الرضا العام عنها ، و من الممكن أن تقوم هذه اللجنة برفع توصياتها إلى إدارة المؤسسة بإنشاء موقع رسمي للتسويق أو توصياتها بأن تعين خبيرا أو استشاريا في التسويق. و لكن أهم مشكلة تواجه مثل هذه اللجنة هو عدم معرفتها التخصصية بمفهوم التسويق و مهاراته ، و افتقارها للخبرة و عدم قدرتها على التحليل و تحديد المشكلات التسويقية و الفرص التي تواجه المؤسسة ، إذ أن ذلك يتطلب جمع معلومات و رفع توصيات تتضمن حولا و مقترحات على الصعيدين القصير و الطويل الأمد.

كما أن كل من المداخل و الطرق السابقة في إضافة وظيفة التسويق إلى المؤسسة هي ذات قيمة قصيرة الأمد و لها سلبياتها التي تم إيجازها.

و ربما يتبادر إلى الذهن لماذا لا تقوم المؤسسات باستخدام الطرق السابقة معا لتلافي سلبيات كل طريقة و الحصول على ايجابيات كل منها مجتمعة ؟ و لعل الجواب ببساطة هو أن كلفة تعيين خبيرا للتسويق في مجلس إدارة المؤسسة ، و إرسال الطاقم الطبي و الصيدلي لتلقي محاضرات في التسويق و تأليف لجنة في المؤسسة لمتابعة أمور و أنشطة التسويق ربما ستكون أكثر من كلفة تصميم وظيفة التسويق رسمية في هيكل المؤسسة في بعض الأحيان ، فضلا عن أن النتائج المتوخاة من هذه الطرق غير مؤكدة إلى حد ما ، و ربما يتم هدر كثير من الوقت ، بالإضافة إلى عدم الاستفادة من مبدأ التخصص الوظيفي ، كما هو الحال في تشكيل اللجان إذ يتم توسيع مهام أعضائها التي تؤثر على مهامهم الأصلية فضلا عن صعوبة التنسيق بين كل من هذه الطرق مجتمعة.

ثالثا : تعيين مدير تسويق متخصص و تصميم موقع وظيفي له ضمن الهيكل التنظيمي : إن المؤسسات الصحية التي ترغب في استحداث إدارة التسويق فيها يجب أن تعير اهتماما إلى سؤاليين مهمين هما :

1- ما هو المستوى الإداري لهذه الوظيفة ؟

2- ما هي الوظائف التي ستضطلع بأدائها هذه الوظيفة؟

للإجابة عن السؤال الأول يجب معرفة أن الموقع التنظيمي لهذه الإدارة يتباين من مؤسسة صحية إلى أخرى تبعا لحجمها و بيئتها و مجال تخصصها ، و هناك ثلاث مستويات إدارية في كل مؤسسة كما هو معروف هي : الإدارة العليا و الإدارة الوسطى ، الإدارة الدنيا .

و أكثر المؤسسات الصحية في دول العالم المتقدم في بداية الثمانينات كانت تفضل وضعها في مستوى الإدارة الوسطى أو في موقع الوظائف الاستشارية و على سبيل التجربة ، كون أن هذا الخيار هو أقل كلفة مادية و أقل مقاومة تنظيمية و التي من الممكن أن تواجه هذه الإدارة كإدارة جديدة في المؤسسة إذا ما وضعت في مستوى الإدارة العليا ، إذ أن العديد من المديرين في المؤسسة سيشعرون بفقدان جزء من صلاحياتهم ، و هذا ما يقودهم إلى عدم التعاون مما قد يسبب إخفاقا و إجهاضا لهذه الإدارة بعد فترة قصيرة من ولادتها إذا لم يتم التهيئة و التخطيط لها بعناية لمثل هذا المستوى الإداري العالي .

في حين أن وضع إدارة التسويق في مستوى الإدارة الدنيا سيقود إلى عدة مشكلات منها أن كثيرا من المتخصصين و من ذوي الخبرة سيكون بعيدا عن إدارة المؤسسة مما يسبب إخفاقا لإدارة التسويق في عملية المشاركة في صياغة استراتيجية المؤسسة ، و هذا ما يقود إلى حصول خلل في وظيفة التسويق فضلا عن أن هذا الموقع سيخلق مسؤولية كبيرة بدون صلاحية مناسبة و ستكون إدارة التسويق ذات سلطة استشارية أكثر من كونها سلطة وظيفية. و على العكس من ذلك فإن وضع إدارة التسويق في مستوى الإدارة العليا سيبعدها عن المشكلات السابقة و سيمكنها من نقل الأفكار و المقترحات إلى إدارة المؤسسة و ستكون ذات سلطة وظيفية و تنفيذية أكبر ، و هذا ما يؤكد **Royce Diener** إذ يقول " أن إدارة التسويق هي الإدارة العليا و أن هناك وظيفتين فقط يجب أن ترتبط مباشرة بمدير المؤسسة هما التخطيط الاستراتيجي و التسويق "

و لكن هناك مشكلة رئيسية في تحديد موقع معاون المدير العام للتسويق في المؤسسة (مدير التسويق في الإدارة العليا) هي ملء هذه الوظيفة بشخص مناسب لهذا الموقع الحساس ، فبينما يوجد هناك عدد من الناس لهم خبرة و معرفة أكاديمية في التسويق ، إلا أن القليل منهم فقط لهم خبرة في مجال تسويق الخدمات الصحية ، و هناك مشكلة المقاومة التنظيمية بسبب أن الإدارات الأخرى ستشعر بفقدان جزء من صلاحياتها ، هذا فضلا عن الكلفة العالية التي ستترتب عن وضع إدارة التسويق في هذا المستوى ، فهناك ميل كبير في المؤسسات الصحية في العالم الغربي بأن تقوم بتعيين موقع وظيفة التسويق في مستوى أدنى من الإدارة العليا ثم تقوم بتحسين هذا الموقع بالتدريج لكي تكسب الوقت الكافي لتقبل هذه الوظيفة و تقليل المقاومة التنظيمية فضلا عن اكتساب الخبرة التراكمية.

2-2-3 أسباب إخفاق إدارة التسويق في المؤسسات الصحية :

يجب أن تدرك المؤسسات الصحية التي تضيف وظيفة التسويق إلى وظائفها الإدارية و من دون معرفة معمقة لدور و مهام و أنشطة التسويق في المؤسسات ، فهي ليست بالضرورة ستصبح ذات توجه تسويقي ، و بالرغم من أن التسويق ممكن أن يكون عنصرا حيويا لأي مؤسسة صحية ، و واحدا من الأدوات الضرورية التي تستخدمها إدارات المؤسسات كمدخل فاعل لمواجهة تحدياتها إلا

أن مثل هذه الإدارة لا يمكن أن تتجح بصورة تلقائية أو عفوية ، إذ يجب أن يخطط لها بعناية و تنفذ و تطور بدقة ، و هناك عدد من الأسباب التي تؤدي إلى إخفاق التسويق في المؤسسات :⁽¹⁾

1 - عدم استناد برامج التسويق الخاصة بإدارة التسويق الصحي إلى تخطيط تسويق رسمي تتم صياغته من أفراد متخصصين ، إذ يتم في هذه المرحلة تحديد أهداف التسويق الصحي و التي يجب أن تكون واضحة ، و قابلة للقياس و التنفيذ ، و أن تتكامل مع الأهداف العامة للمؤسسة الصحية ، و أن التخطيط يتم ممارسته كوظيفة كتابية و لا يتم تنفيذه على صعيد الجانب العملي؛

2- أن أغلبية برامج التسويق التي تؤول إلى الإخفاق قد يتم تصميمها أو توجيهها من أفراد يفتقدون المعرفة التسويقية الجيدة في المجال الصحي ، فضلا عن افتقار مديري المؤسسات إلى تدريب رسمي و تعليم أكاديمي في مجال التسويق و قضايا التسعير و غير ذلك من الأنشطة التسويقية؛

3- عدم امتلاك البرامج التسويقية للدعم الكافي من مجلس إدارة المؤسسة أو مدير المؤسسة و ذلك لسببين :

أ- لا يزال البعض متخوف من التسويق لأنه يبدو ظاهريا بأنه يمثل صراع مع المعايير و الأعراف الاجتماعية للأخلاق المهنية ، و هذا بالطبع تصور غير صحيح تماما فالتسويق في جوهره لا يحمل مثل هكذا رؤية ، فضلا عن أن الإنسان عادة ما يقاوم كل شيء جديد و غير معروف وفقا لمبدأ الارتياح للمألوف و الخوف من المجهول.

ب- ضغوط إدارة المؤسسة على إدارة التسويق حيث أن دور التوجه التسويقي ينصب نحو تحقيق رضا الزبون و تحسين نتائج الأعمال، و لكن سياق عمل إدارة المؤسسة تركز في مجال السيطرة على الكلف و محاولة تقليلها دون مراعاة جدية لتحقيق رضا الزبون لكونه يتعارض مع تخفيض التكاليف في رأيهم مما يخلق صراعا وظيفيا بين إدارة المؤسسة و إدارة التسويق.

4- عدم امتلاك إدارة المؤسسة إلى توقعات مستندة إلى معرفة علمية عما يمكن أن يساعد به التسويق في المؤسسة ، فضلا عن عدم إدراك الإدارة إلى أن التسويق هو جزء من استراتيجية طويلة الأمد و ليس حلا لمشكلات تشغيلية قصيرة الأمد ، لاسيما أن أغلب الأطباء في المؤسسات لا يملكون معرفة في الأمور الإدارية و أن وجود أي جهة إدارية ربما يجعلهم في شك منها و يخشون مشاركتها لهم في المسؤولية أو ربما أن هذا ما لا يرضونه لأنفسهم؛

5- عدم اهتمام المسؤولين في إدارة المؤسسات بوظيفة التسويق بصفة عامة حيث أن اهتمامهم يتركز على تقديم العلاج و مشكلاته التشغيلية لاعتقادهم أن الخدمات العلاجية هي المشكلات الأساسية التي تواجه مؤسساتهم ، و هذا يعني أن التوجه يتم بالإنتاج و ليس بالتسويق و ممكن أن يعزى ذلك إلى عدة مفاهيم غير صحيحة تتجلى في جوهرها بالنظر إلى التسويق بأنه عملية بيع و أن البيع يلي عملية الإنتاج؛

6- الإخفاق في إيصال خطط التسويق إلى كل ملاك المؤسسة المعني بتنفيذها أو بنتائجها ، فالتسويق وظيفة يقوم بها كل العاملين في المؤسسة و ليست مقتصرة على إدارة التسويق . كما يمكن إضافة بعض أسباب إخفاق تسويق الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية على النحو التالي: (1)

- 7- القصور في عملية التخطيط لإنشاء المستشفى و عدم الدراسة الدقيقة للموقع؛
- 8- ضعف الجوانب الإدارية و التنظيمية بالمستشفيات الحكومية يمثل أحد العناصر الرئيسية لفشل المستشفيات الحكومية في تحقيق أهدافها؛
- 9- القصور في الموارد البشرية العاملة بالمستشفيات الحكومية بسبب نقص الخبرات أو انخفاض المهارة أو بسبب القصور في نظام الحوافز؛
- 10- هروب الكفاءة الطبية و التمريضية المتخصصة إلى المستشفيات الخاصة و الاستثمارية أو حتى للسفر إلى دول أخرى للحصول على العوائد و المزايا المادية الأفضل؛
- 11- عدم كفاءة استغلال الإمكانيات و التجهيزات المادية بالمستشفى؛
- 12- قصور و عدم فاعلية نظم المعلومات الإدارية في المستشفيات الحكومية نتيجة لتقادم النظم القائمة و عدم السعي نحو تحديثها؛
- 13- عدم منح الصلاحيات الكافية لمديري المستشفيات فيما يتعلق بالجوانب المالية و التنظيمية؛
- 14- شيوع المسؤوليات في كثير من الأحيان مما يتسبب في إهدار الموارد المالية و المادية بالمستشفيات؛

15- ضعف الصورة الذهنية للمستشفيات الحكومية في أذهان المرضى؛

16 - عدم الدقة في تحديد المزيج المناسب للخدمات الصحية للمرضى؛

17- اتباع سياسة غير مناسبة في تحديد أسعار الخدمات الصحية؛

18- الاعتماد على مزيج ترويجي غير مناسب مما يؤدي إلى جذب نسبة منخفضة من السوق المستهدف .

2-3 التسويق الاستراتيجي للخدمات الصحية :

حيث يتكون هذا المبحث من أربعة مطالب ، التخطيط التسويقي للخدمات الصحية في المطلب الأول ، دراسات سوق الخدمات الصحية في المطلب الثاني ، تجزئة السوق في المطلب الثالث كما يلي :

2-3-1 التخطيط التسويقي للخدمات الصحية :

حيث نتعرف على المفهوم و مراحل العملية التخطيطية للخدمات الصحية :

2-3-1-1 مفهوم التخطيط التسويقي للخدمات الصحية:

يمكن تعريف التخطيط التسويقي بأنه "عملية دراسة الفرص التسويقية الممكنة ، ومن ثم تحديد التصرفات اللازمة والمواد الضرورية لاستغلال هذه الفرص بما يمكن من تحقيق الأهداف المرغوبة ، حيث تحدد أهداف المؤسسة ومن ثم ترسم الاستراتيجيات والبرامج التي تمكن المؤسسة من بلوغ أهدافها ويقسم إلى نوعين :

. تشغيلي *Operational planning* يتعلق بالأعمال اليومية والأنشطة الحالية؛

. استراتيجي *Strategic planning* يتعلق بالأعمال طويلة الأمد.

ويتعدى التخطيط التسويقي تشخيص الوضع الحالي ليتنبأ بالمستقبل، حيث يحدد ما يجب

عمله وفق التنبؤات المتوقعة حول تغيرات السوق.

وبتطبيق ما سبق على المشافي: فإن التخطيط التسويقي في المشافي هو تخطيط تشغيلي،

يومي، أسبوعي، شهري، كما أنه على المشفى وضع خطة تسويقية والعمل على تنفيذها والاهتمام

بما يسمى بالمراجعة التسويقية و نعني بذلك الرقابة على تنفيذ الخطة للتأكد من تأدية أنشطتها

وتقييمها بشكل دوري مع المعايير الموضوعية ومن ثم إقرار التعديل في الخطة أو الاستمرار

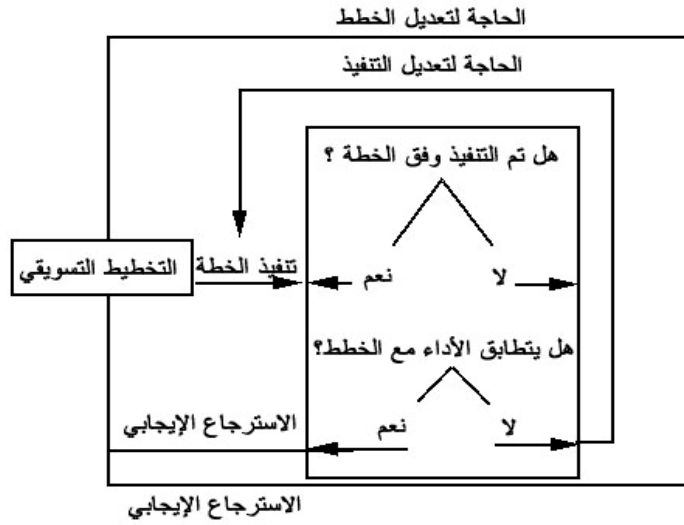
فيها.(1)

1- محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي

باللاذقية ومشفى الباسل بطرطوس، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية _ سلسلة العلوم الاقتصادية

والقانونية المجلد (27) العدد (2) 2005، ص113

ويمكن تلخيص ذلك بالشكل رقم :



الشكل رقم (2-6) : ترابط التخطيط، التنفيذ و الرقابة

المصدر: محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، مرجع سابق، ص 114

و انطلاقاً من مفهوم التسويق الحديث فإن المؤسسات التي تتبنى هذا المفهوم تعتمد تخطيط المنتجات بمرحلة مبكرة قبل البدء بعملية الإنتاج لغرض إنتاج سلع أو خدمات تحقق الإشباع لحاجات و رغبات المستفيدين المختلفة ، و نظراً لتغير حاجات المرضى و الظروف البيئية و التكنولوجيا باستمرار تحتاج الخدمة الصحية إلى التطوير و تحقق الملاءمة للاستعمال الأمر الذي يحتاج إلى الاهتمام بالتخطيط بحصر الحاجات و معرفتها و الموارد البشرية و المادية (الأجهزة و المعدات) اللازمة لإنتاجها و تقديمها لكي تحظى برضا مرضاها و يتحقق لها البقاء و الاستمرار و النمو .

فالتخطيط هو عملية تبدأ قبل الإنتاج و تستمر خلاله و بعده و هي تشمل على نشاطات جميع الأفكار و غريبتها و اختيار أفكار لمنتجات متوقع إنتاجها تتفق و مواصفات و أذواق و رغبات المستفيدين بما يحقق أهداف المؤسسة و التي تتضمن أولاً إشباع الحاجة و تحقيق الربح المنشود ثانياً. (1)

2-3-1-2 مراحل عملية التخطيط :

- 1- وضع الأهداف : و الهدف هو الغاية التي تسعى إليه المؤسسة و تتمنى تحقيقه و توجه كافة الجهود لتحقيق ذلك الهدف و تكون الأهداف على سبيل المثال :
 - أ- تقديم الرعاية الصحية و العلاج للمرضى؛
 - ب- الحفاظ على استمرارية تقديم هذه الخدمات الصحية؛
 - ج- تدريب و تطوير المهارات الفنية الطبية لكافة الكوادر الطبية و الأبحاث العلمية التي تؤدي إلى تطور الخدمات الصحية...

- 2- وضع الخطة و اقرارها : بعد وضع الأهداف و أولوياتها يتم وضع الخطة و هذه الخطة تبين المراحل و المعالجات و السياسات و الاستراتيجيات التي من خلالها تحقق الأهداف العامة للمؤسسة و الخطط الممكن وضعها تختلف حسب الفترات الزمنية ، فهناك تخطيط طويل الأجل كأن نقول مثلاً نريد القضاء على مرض معين خلال 5 سنوات ...مع العلم أنه من الصعب تحديد التخطيط طويل الأجل بفترة زمنية معينة فبعض الناس يعتبره خمس سنوات فأكثر و بعضهم سنة فأكثر ...و المؤسسة هي التي تحدد الفترة الزمنية المناسبة للتخطيط طويل الأجل . أما التخطيط قصير المدى فهو غالباً ما ينبثق عن التخطيط طويل الأجل كبرامج فرعية و أحيانا تكون منفردة و منفصلة عن التخطيط طويل الأجل ، و يمكن تحديد التخطيط قصير الأجل بفترة سنة أو سنتين و سواء كان منبثقاً عن التخطيط طويل الأجل أم منفرداً فيجب أن يحقق في النهاية الأهداف العامة .
- 3- تنفيذ الخطة و متابعتها : حيث يبدأ العمل الفعلي و على أرض الواقع بتنفيذ ما تم وضعه من خطط و استراتيجيات من أجل تحقيق الأهداف التي تم وضعها حسب الأولوية و أهمية الهدف ، و قد يتطلب خلال عملية التنفيذ حصول بعض المتغيرات الأمر الذي يؤدي إلى ضرورة وجود تعديل أو تغيير في الخطط و هذا يتطلب متابعة لعملية تنفيذ الخطط فإذا حققت الأهداف المرجوة تكون جيدة و فعالة و إذا لم تحقق الأهداف فإن بعض الأمور تكون قد حدثت و أدت إلى وجود صعوبات في تحقيق الأهداف. (1)

2-3-2 دراسات سوق الخدمات الصحية :

إن من الضروري في خدمة الرعاية الصحية إجراء دراسات السوق سواء كانت المستشفيات تهدف إلى الربح أو تقديم الخدمة مجاناً ، و ذلك للتعرف على حجم الطلب و معرفة أعداد المرضى و قائمة الانتظار و التعرف على الأمراض الأكثر انتشاراً في السوق ، طرق الوقاية في المجتمع و أساليب تقديم خدمة الرعاية الصحية في المجتمع و عدد المراكز و المستشفيات التي تقدم الخدمات الطبية و مستويات هذه المستشفيات من حيث عدد الأسرة و نسب الأشغال فيها من حيث التجهيزات و مستوى هذه التجهيزات و طرق العلاج المتبعة في هذه المستشفيات ، و مستوى الخدمات الفندقية و الخدمات الأخرى المعروفة. (1)

و تعرف بحوث التسويق بأنها كافة الأنشطة الهادفة إلى جمع البيانات و المعلومات المطلوبة من مصادرها الأساسية ، و تحليلها باستخدام أنسب الأساليب ، و تقديم التقرير النهائي. و يتضح من هذا التعريف أن بحوث التسويق معنية بكافة خطوات البحث بدءاً من تعريف هدف الدراسة موضوع الاهتمام وصولاً إلى كتابة التقرير النهائي الذي يحدد مختلف الخطوات التي يتم اتباعها. و في الواقع الحالي ، مازالت النظرة إلى بحوث التسويق و أهميتها ليست بالقدر المطلوب لدى غالبية المؤسسات في القطاع الطبي في الدول النامية و يرجع السبب في ذلك إلى شيوع التوجه البيعي للتسويق الذي يركز على بيع ما تم انتاجه .

و تجدر الإشارة هنا إلى أن هناك فرق بين بحوث التسويق و نظم المعلومات التسويقية من حيث أن بحوث التسويق تقوم بجمع معلومات أساسية أولية من أجل معالجة مشكلة محددة مرتبطة بموضوع معين ، أما نظم المعلومات التسويقية فتشمل أيضاً المعلومات الثانوية المرتبطة بموضوعات عامة التي يتم جمعها من المصادر الداخلية و الخارجية . لذلك فإن المعلومات التي يتم جمعها بواسطة بحوث التسويق تكون مصداقيتها أعلى بكثير من مصداقية المعلومات التي تم جمعها و تخزينها بأساليب مختلفة بواسطة نظم المعلومات التسويقية ، و في الواقع تحتاج إدارة المؤسسات الصحية كلا النوعين من المعلومات لأنهما يكملان بعضهما البعض (2)

1- محاسب محمد ربحان، مرجع سابق، ص24

2- محمد ابراهيم عبيدات، جميل سمير دبابنه، التسويق الصحي و الدوائي، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، 2006،

و تتمثل المجالات الرئيسية في بحوث التسويق في المجال الصحي و التي قد تختلف نسبيا عن المجالات المعتمدة في مؤسسات الأعمال في :

1- رضا المرضى : يعد هذا المجال الأكثر استخداما في الحصول على المعلومات التي تحتاجها إدارة المؤسسة في الحصول على المعلومات التي تحتاجها و لا تنحصر هذه المعلومات في معرفة قناعة و رضا المرضى بالخدمات الصحية المقدمة لهم فحسب ، بل في مدى استعدادهم و رغبتهم في الحصول على خدمات صحية جديدة و بنوعية أفضل ليتم التخطيط لها فضلا على اعتبار ذلك مؤشر لمدى اهتمام المؤسسة بالمرضى.

2- احتياجات الأطباء : لكون الأطباء هم الأكثر تأثيرا في تقديم و إنجاح الخدمة الصحية فيكون من المناسب أن تجرى عليهم الاستقصاءات و البحوث الدورية المستمرة للكشف عن احتياجاتهم و وجهات نظرهم في الكيفية التي تقدم بها الخدمة الصحية و ما يمكن اعتماده لتطوير ذلك الأداء.

3- آراء العاملين : و يقصد بهم كافة الأطراف الأخرى من منتجي الخدمة الصحية حيث أنهم يشتركون بشكل مباشر و غير مباشر في إنتاج و تقديم الخدمة بالجودة المناسبة ، لذلك يكون من الضروري بمكان أن تتم معرفة آرائهم و وجهات نظرهم في الكيفية و الصورة التي تقدم بها الخدمة الصحية و ما يمكن أن تكون عليه مستقبلا. و هؤلاء يمكن أن يقدموا أفكارا و معلومات مناسبة تساعد على تطوير الخدمة الصحية المقدمة كما تشعرهم بمقدار إسهامهم و مشاركتهم في عملية صنع القرار المتخذ من طرف الإدارة.

4- صورة المؤسسة : و تتمثل بالمكانة الذهنية التي تحتلها لدى المجتمع ، و ذلك من خلال تاريخها الطويل و الأعمال الإنسانية التي أسهمت بها و ما قدمته من خدمات لذلك فإن إدارة المؤسسة لا ترغب في التخلي عن هذه السمعة أو أن يصيبها انحسار، لذا عليها أن تجري البحوث التي تستطيع من خلالها استقصاء آراء المجتمع بما تقدمه و ما تحظى به من مكانة لديهم و فيما إذا كانت بحالة ازدياد أو انحسار و للعمل على تعزيزها أو علاجها إذا كانت الحالة سلبية.

و قد نمت هذه المسألة في السنوات الأخيرة لسببين يتمثل الأول في زيادة المنافسة بين المؤسسات ، و الثاني هو التطور الفكري لدى المستهلك و زيادة إدراكه لمستوى الخدمة الصحية المقدمة.

5- تطوير الخدمة : على المؤسسات الصحية أن تواكب حالة التطور الحاصلة في المجال الطبي لكي تستمر و تبقى قائمة على تقديم خدماتها المقدمة للجمهور ، لذلك يكون من المناسب أن تجرى البحوث و الدراسات حول المجالات التي يمكن من خلالها إجراء تطوير على الخدمة الصحية

المقدمة ، سواء كان ذلك من حيث جوهر الخدمة ذاتها أو ما يرافقها من خطوات لاحقة قد تنعكس سلبا على جودة الخدمة و سلامة تقديمها و ما تحدثه بالتالي من اثار معاكسة و ضارة بالمرضى.

6- الحصة السوقية و الطلب : و تنصب هذه البحوث على الجوانب الاقتصادية و الكفاءة

التشغيلية للمؤسسة و بما يعزز من قدراتها في الأداء المستقبلي ، و يتمثل ذلك بقياس حصتها أو مشاركتها في السوق قياسا إلى أقوى المنافسين من المؤسسات الأخرى ، كما يمكن من خلال هذا النوع من البحث قياس مستوى الطلب على الخدمات الصحية في وقتها الحاضر أو مستقبلا لكي يتم أخذ الاستعدادات اللازمة للتوسع إن دعت الضرورة لذلك. (1)

2-3-3 تجزئة سوق الخدمات الصحية :

و هو يعني أن على المؤسسات الصحية أن تقوم بتجزئة السوق إلى قطاعات متميزة من المستفيدين بحيث يمكن اعتبار كل قطاع بمثابة سوق مستهدفة مثل تقسيم المستشفيات إلى جلدية ، عامة ، مرضى القلب ، الأورام... (2) فأفراد المجتمع يعيشون في ظروف بيئية متباينة ، الأمر الذي يؤدي بهم إلى شخصيات مختلفة و لأسباب وراثية و مكتسبة ، و فيما يتعلق بالأوضاع الصحية العامة فإن الأفراد يختلفون بقدراتهم البدنية و النفسية و بالتالي فإنهم مختلفون في الأمراض التي تصيبهم في أوقات و ظروف و مناطق متباينة ، و بناء على ما تقدم فإن الأسواق الصحية الكلية يمكن تقسيمها أو تجزئتها و ذلك حسب عوامل عديدة.

و يمكن تعريف هذه الأسواق بأنها كافة الأفراد أو الأسر أو الجماعات التي تعيش بهذا السوق الكلي ، أما خصائص الأفراد أو الأسر في هذا السوق الكلي فإنها تختلف و تتسابق وفق مجموعة الظروف البيئية الداخلية و الخارجية المحيطة بهم ، و بالتالي فإن السوق الكلي الصحي هو كافة الأفراد الذين يعيشون في هذا السوق. (3) لذا يمكن للمؤسسات الصحية أن تقسم السوق من خلال:

1- استراتيجية التركيز : و تعني أن توجه المؤسسة مجهوداتها التسويقية من خلال المزيج

التسويقي المتكامل إلى فئة محددة ، فهناك مثلا المستشفيات المتخصصة في مجالات طبية معينة مثل (الصدر،القلب،الأمراض النفسية...)

1- شادي محمد القطيفان، مرجع سابق، ص199

2- سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص458

3- محمد ابراهيم عبيدات، جميل سمير دبابنه، مرجع سابق، ص39

2- استراتيجية التنوع : أي أن المؤسسة الصحية توجه مزيجها و مجهوداتها التسويقية إلى عدة قطاعات من السوق مثل المستشفيات العامة المركزية و المستشفيات الاستثمارية المتنوعة الخدمات إلا أن ذلك يحتاج إلى بحوث و دراسات و تكاليف في التعامل مع مختلف الفئات القطاعية المتنوعة. (1)

و تحديد السوق المستهدف في مجال تقديم الخدمات الصحية يؤدي إلى :

1- معرفة و تحديد خصائص المرضى المحتاجين للخدمات الصحية و تحديد مواصفاتهم مثل الجنس و السن و الوظيفة إلى غير ذلك ؛

2- تحديد المزيج التسويقي الذي يتناسب مع كل فئة و كل سوق و الذي يشبع الرغبات و الاحتياجات المتنوعة للمستفيدين؛

3- تقوية و الحفاظ على المركز التنافسي للمستشفى كمؤسسة صحية اجتماعية و أيضا الحفاظ على الصورة الذهنية لها في المجتمع المحلي؛

4- التعمق في السوق المستهدف و دراسته و تحليله و اختيار الاستراتيجيات التسويقية الملائمة لزيادة الطلب على الخدمات الصحية ، أو إيجاد طلب إضافي على هذه الخدمات . (2)

أما فيما يتعلق بالفوائد الكامنة من وراء تجزئة الأسواق الصحية بسبب عدم التشابه في الخصائص و الرغبات و القدرات و الأذواق بين الأفراد المكونين لهذه الأسواق فيمكن إجمالها إلى ما يلي :

أولا : الفوائد الخاصة بالمستخدم للمنتجات الصحية :

1- اشباع أية حاجات أو أذواق جديدة و يقصد بهذه النقطة الاحتياجات الصحية الجديدة؛

2- حل أي مشكلة أو صعوبات تظهر بين مجموعات المرضى من خلال تقديم معالجات أو أدوية معدلة أو جديدة. و تتحقق هذه الفوائد من خلال الدراسات المعمقة أو التجارب التي تجري من وقت لآخر من قبل المؤسسات الصحية و التي تكشف من خلالها أن هناك مجالات صحية لم يتم التطرق لها من الناحيتين البحثية و التشخيصية أو أن المعالجات الصحية و الأدوية الحالية لا تحل مشاكل الأفراد الصحية بطريقة فعالة. (3)

1- سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص 459

2- نفس المرجع، ص 465

3- محمد ابراهيم عبيدات، جميل سمير دبابنه، مرجع سابق، ص 39

ثانيا : الفوائد الخاصة بالمنتج أو المقدم للمنتجات الصحية : و تشمل هذه الفوائد الخاصة بتجزئة الأسواق الصحية الأمور التالية:

- 1- تساعد دراسات تجزئة الأسواق الصحية في تحديد الأسعار الأكثر مقبولة للخدمات الصحية بمستوياتها المختلفة من جهة و التي تلقى القبول من قبل المرضى المستفيدين؛
- 2- كما تساعد هذه الدراسات أيضا في تحديد أفضل منافذ التوزيع للمستهدفين من المواطنين؛
- 3- تساعد هذه الدراسات في تحديد المزيج الترويجي الأكثر مقبولة من قبل طرفي المعادلة الصحية .(1)

2-4 المزيج التسويقي للخدمات الصحية(التسويق الميداني)

حيث نتعرف على أسباب تعديل المزيج التسويقي في المطلب الأول ، ثم عناصر المزيج التسويقي للخدمات في المطالب اللاحقة و هي : المنتج الصحي و تسعيره في المطلب الثاني ، التوزيع و الترويج الصحي في المطلب الثالث ثم الدلائل المادية ، العمليات و الأفراد في المطلب الأخير .

2-4-1 تعديل المزيج التسويقي للخدمات :

يعني المزيج التسويقي مجموعة من الأنشطة التسويقية المتكاملة و المترابطة و التي تعتمد على بعضها البعض بغرض أداء الوظيفة التسويقية على النحو المخطط لها ، و يعد المزيج التسويقي العنصر الأساسي لأي إستراتيجية تسويقية ، و عملية بناء و توازن المزيج هي عملية فريدة بكل مؤسسة .

إن الفائدة من وجود إطار عام للمزيج التسويقي لطبيعة أوضاع مؤسسات الخدمة كان موضع انتقاد في السنوات الحديثة من قبل كتاب إدارة تسويق الخدمات ، فالبعض يقترح أن مؤسسة الخدمة تحتاج إلى مدخل جديد في المزيج التسويقي و البعض يعتقد أن المفهوم التقليدي للمزيج التسويقي يجب تبنيه لأعمال الخدمة.

و من أكثر نماذج العمل شيوعا المذكورة بأدبيات التسويق تلك التي قدمها مكارثي باسم العناصر الأربعة للمزيج التسويقي و هي المنتج ، السعر ، التوزيع و الترويج ، و تمثل هذه العناصر المحاور الرئيسية لأية استراتيجية تتبناها المؤسسة للتعامل مع السوق و نظرا لدرجة التكامل العالية

و الاعتمادية المتبادلة بين هذه العناصر فإن وضعها مع بعضها في أية معادلة يسمى بالمزيج التسويقي الذي يمكن تطبيقه و تكيفه مع الأوضاع السوقية المختلفة.

و لما كان الغرض الرئيسي من التسويق هو تحقيق مستوى من الإشباع لحاجات و رغبات الزبائن فإن المزيج التسويقي يجب أن تتم صياغته في الإطار الذي يحقق هذا الهدف و يتلاءم مع طبيعة و خصائص السلع و الخدمات التي سيتم تسويقها. (1)

و كما هو معروف فإن المزيج التسويقي التجاري (للمنتجات المادية) يتألف من أربعة عناصر هي و هذا ما يطلق عليه بالمزيج التسويقي التقليدي و نظرا لما تتصف به الخدمات بصفة عامة و الخدمات الصحية بصفة خاصة من خصائص لا يمكن للمزيج السابق من استيعابها ، حيث أن خصائص الخدمات الصحية بشكل خاص تضيف صعوبات متعددة لمزيج التسويق التجاري ، لذلك فإن المزيج التسويقي الصحي لابد أن يتضمن بالإضافة إلى العناصر الأربعة أعلاه عناصر أخرى لتجعله قادرا على الإيفاء لمتطلبات هذه الخدمات. (2)

و هناك ثلاث أسباب لتعديل المزيج التسويقي للخدمات و هي :

1- أن المزيج التسويقي طور أصلا للمؤسسات الصناعية : عندما طور Borden فكرة المزيج التسويقي لأول مرة في الستينات أوضح منذ البداية أن عناصر المزيج التسويقي (المنتج،السعر،التوزيع و الترويج) إنما تختص بالقطاع الصناعي حصرا بدليل أنه تحدث عن المزيج التسويقي للسلع الملموسة.

و في وقت لاحق جاء Mc Carthy بنموذج محدث للمزيج التسويقي عندما ذكر أن على المؤسسة أن تكيفه حسب أوضاعها و إمكانياتها ، و أضاف أن المزيج التسويقي التقليدي قد يصلح في جوانب منه لقطاع الخدمات.و من المفيد الإشارة إلى أن Borden ذكر بصراحة أن المزيج التسويقي التقليدي يصلح فقط للمؤسسات الربحية بينما نجد أن هناك مؤسسات في قطاع الخدمات لا تسعى للربح ، و مما يدل على عدم صلاحية المزيج التسويقي التقليدي في قطاع الخدمات و استبعد Borden من نموذجهِ قطاعات خدمية مهمة مثل القطاع الصحي ، قطاع التعليم و التسهيلات الإئتمانية .

1- هاني حامد الضمور، مرجع سابق، ص 74

2- ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص 90

2- وجود أدلة علمية بعدم قدرة المزيج التسويقي التقليدي على تلبية معظم حاجات النشاط التسويقي في قطاع الخدمات : أثبتت عدد من الدراسات و الأبحاث أن المديرين في مؤسسات الخدمات يستطيعون أن يحددوا و يدركوا بعض الفروقات الأساسية التي عليهم استيعابها مقارنة بمديري المؤسسات الصناعية و من الأمثلة الشائعة لمثل هذه الفروقات هي :

أ- مشاكل تتعلق بالحفاظ على نوعية الخدمة (أي يصعب السيطرة عليها و مقارنتها بالسلعة)؛

ب- إن الأفراد المنجزين للخدمة هم جزء منها و هذا غير وارد في قطاع السلع؛

ج- لا يمكن تسجيل براءة اختراع الخدمة؛

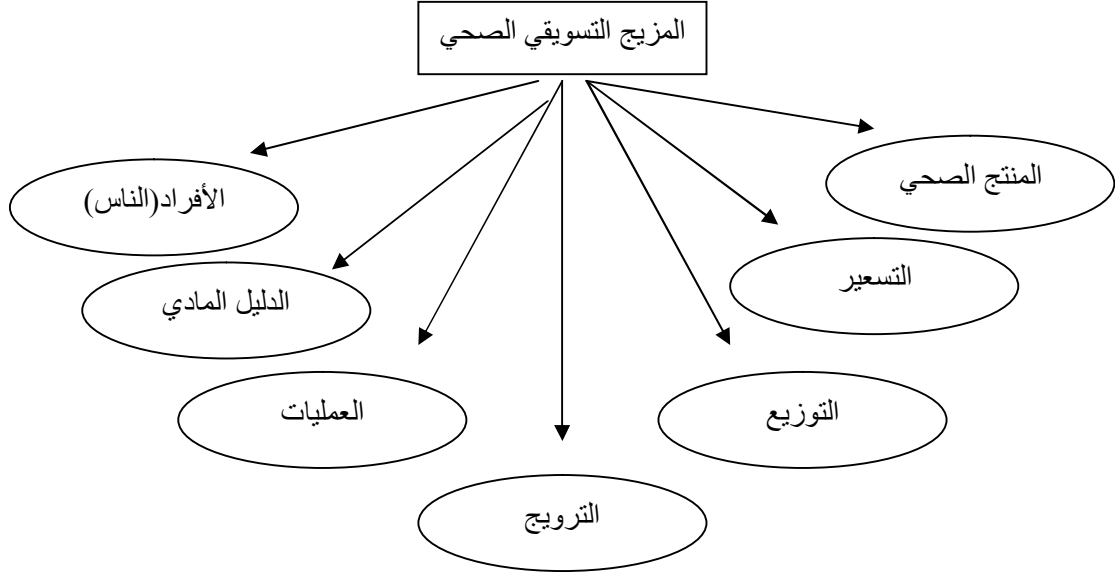
د- أن مؤسسات الخدمة غير قادرة على تخزين الخدمة؛

كما أن عدد المتغيرات في المزيج التسويقي في العادة أكبر في مؤسسات الخدمات منها في المؤسسات الصناعية ، فالعنصر الحقيقي الملموس هو الإنسان و من المعروف أن هذا العنصر لا يمكن السيطرة عليه بقدر ما يسيطر مدير الإنتاج على مواصفات السلعة المنتجة.

3- عدم كفاية الأبعاد الموجودة في المزيج التسويقي التقليدي لتسويق الخدمات : يوجد الآن أكثر من إثبات يقوم على أن المزيج التسويقي التقليدي يحتاج إلى تعديل أو تكييف ليتلاءم مع أوضاع التسويق الخدمي مثل الأفراد الذين ينجزون أو يقومون بتوصيل الخدمات لا يتم أخذهم بالاعتبار في نماذج العمل الحالية (عناصر المزيج التسويقي السلي) ، و كذلك لا يتم اعتبار البيئة المادية التي تقدم الخدمة من خلالها فهي تعد من العوامل المهمة المؤثرة في قرار الشراء لبعض الخدمات ، و في الواقع إن العديد من العناصر في المزيج التسويقي التقليدي غير ملائمة.⁽¹⁾

إن المزيج التسويقي الخدمي يمثل مجموعة المتغيرات التي يمكن ضبطها و تنظيمها و التحكم بها لاستخدامها لاشباع حاجات المستفيدين في السوق المستهدف ، فهو يساعد المؤسسات الصحية في تحقيق أهدافها و تمكينها من العمل في بيئة متغيرة و معقدة لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة ، و تبرز أهمية التسويق في المؤسسات الصحية من أنه يساعد في اتباع الطرق العلمية لتحديد المشكلات التسويقية الصحية لدراساتها و اتخاذ الإجراءات و وضع الحلول المناسبة لها ، كما أن التخطيط لعناصر المزيج التسويقي الخدمي يؤدي إلى تحديد واضح لأهداف التسويق المطلوبة و تخفيض تكاليف تحقيقها ،

و يساعد في استثمار القوى البشرية و المعدات و التسهيلات بشكل فعال و هو بنفس الوقت أداة رقابية على تنفيذ العمل و قياس مستوى الأداء الصحي مما سينعكس إيجابيا على مكانة المؤسسة الصحية.⁽¹⁾



الشكل رقم (2-7): عناصر المزيج التسويقي للخدمات الصحية.

المصدر : درينة عثمان يوسف، مرجع سابق ، ص 91

و يوضح الشكل رقم (2-7) عناصر المزيج التسويقي للخدمات الصحية ، و هي بالإضافة إلى عناصر المزيج التسويقي التقليدي و المتمثلة في المنتج ، التسعير ، التوزيع و الترويج تم إضافة عناصر أخرى للمزيج التسويقي الخدمي و منه الصحي و المتمثلة في : العمليات ، الدليل المادي و الأفراد ، و بالتالي أصبح عدد عناصر المزيج التسويقي للخدمات سبعة بدل خمسة.

2-4-2 المنتج الصحي و تسعيره.

و ينقسم هذا المطلب إلى عنصرين من عناصر المزيج التسويقي للخدمات الصحية و هما الخدمة الصحية في الفرع الأول ، و طرق تسعير الخدمة الصحية في الفرع الثاني :

1- فراس أبو قاعود و اخرون، مرجع سابق ، ص 42

2-4-2 المنتج (الخدمة الصحية):

و يتكون هذا الفرع من ثلاث أقسام : المفهوم ، مزيج الخدمات الصحية و دورة حياة الخدمات الصحية كما يلي :

أولاً : مفهوم المنتج الصحي :

من الصعب أحياناً إعطاء تعريف محدد لنشاط إنساني وفكري متعدد الاتجاهات والأبعاد ، ولا تتعد الخدمات كثيراً عن هذا المضمون ، لذا فقد وردت عدة تعريفات للخدمة فهي "منتج غير مادي يحتوي في مضمونه على عمل وأداء لا يمكن امتلاكه مادياً" .

لقد أعطى هذا التعريف في مضمونه خاصية للخدمة في أنها لا تمتلك مادياً ، إلا أنه يمكن الانتفاع بها حتى دون امتلاكها ، ويمكن أن تحقق الرضا لدى المستفيد ، كما عرّفت أيضاً على أنها: "جميع النشاطات والعمليات التي تحقق الرضا لدى الزبون مقابل ثمن ودون أن يتضمن تقديمها أي خطأ".

ما يميز هذا التعريف هو أن الخدمة لا بد أن تقدم دون خطأ، لكي تحظى برضا المشتري (المستفيد)، وهذا ما يبرز الخدمة الطبية أكثر من أي مجال آخر من الخدمات ، أي لا بد من التأكيد على مسألة الجودة في تقديم الخدمة الطبية كاستراتيجية متقدمة في العمل الإداري للمؤسسات الصحية. (1)

كما أنه مجموعة المنافع غير الملموسة التي يحصل عليها المستفيد لتحقيق مستويات الإشباع المطلوبة ، و يدخل ضمن مفهوم المنتج الخدمي المحيط المادي (البيئة التي تنتج فيها الخدمات من عناصر ملموسة أو مرئية أو مسموعة أو غيرها من العناصر المدركة بالحواس الطبيعية) ، و الأطراف المشاركة و هم الذين يتدخلون في صياغة خصائص الخدمات المطلوبة من العاملين أو المستفيدين ، إضافة إلى الإجراءات و العمليات التي تشير إلى المراحل المترابطة و المتسلسلة التي تتبع لتقديم الخدمة. (2) و يشير هذا التعريف إلى عناصر المزيج التسويقي للخدمات.

1- محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، مرجع سابق، ص114

2- فراس أبو قاعود و اخرون، مرجع سابق، ص424

و لا بد من الإشارة إلى أن المنتج المقدم في المستشفى هو خدمة في الغالب ، و هي بذات الوقت صلة الوصل بين المستشفى و المستفيدين الباحثين عنها ، و لولا وجود هذه الخدمات لما أمكن أن تكون هناك علاقة بين الطرفين و من هنا تبرز أهمية هذا العنصر كجزء أساس من المزيج التسويقي الصحي للمستشفى. (1)

و يعرف المنتج في المستشفيات أو مؤسسات الخدمة الصحية بأنه معالجة المرض و ذلك من خلال التشخيص (الفحوصات) و العلاج الفيزيائي و الخدمات الوقائية كما أنه يمكن أن يوصف من خلال أحد مكونات التعريف الواسع للمنتج و على سبيل المثال العناية العالية ، الجودة و العلاج المركز و العلاج الفيزيائي أو التشخيص الطبي. (2)

من التعاريف السابقة يلاحظ بأن هنالك اتفاق على أن الخدمات :

- منافع تعرض للبيع (مجموعة من المنافع الصحية مثل إزالة الألم ،إزالة التعب ،تخفيض الحرارة ، التخلص من الصداع ، تحقيق الراحة النفسية ،تشخيص الطبيب للمرض و العلاج...)
- خدمات غير ملموسة و لكنها تقدم بمساعدة سلع ملموسة (أخذ حبة للتخلص من الصداع،الاستعانة بجهاز الأشعة لأخذ صورة شعاعية ،استخدام المشروط في الجراحة...)
- خدمات غير ملموسة و لا يتطلب تقديمها الاستعانة بسلع ملموسة مثل خدمات الرعاية النفسية ،مراعاة الحالة النفسية للمريض). (3)

و من خلال التعاريف السابقة يمكن تعريف الخدمة الصحية على أنها مجموعة منافع غير مادية ، غير ملموسة و لا يمكن امتلاكها هدفها معالجة المرض و تحقيق رضا المريض ، لا تتحمل الخطأ أي تتطلب مستوى جودة عالي ، يمكن أن تقدم بمساعدة سلع ملموسة أو بدون ، و تمثل هذه الخدمات صلة الوصل بين المستشفى مقدم الخدمات الصحية و المريض المستفيد من هذه الخدمات .

1- مجد عارف العساف،اتجاهات المراجعين نحو جودة خدمات العيادات الخارجية في المستشفيات العامة و

الخاصة في مدينة عمان:الأردن،رسالة ماجستير،الجامعة الأردنية،الأردن،2006،ص38

2- فريد كورتل،مرجع سابق،ص320

3-ردينة عثمان يوسف،مرجع سابق،ص98

ثانيا : مزيج الخدمات الصحية:

مزيج المنتج هو عبارة عن حزمة من خطوط المنتجات/الخدمات المختلفة المقدمة من طرف مؤسسة ما، و عرفه Kotler & Clarke على أنه مجموع خطوط المنتجات/الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة الصحية و تجعلها متاحة أمام المستفيدين (المرضى).

و يقصد بـخط المنتجات/الخدمات مجموعة المنتجات/الخدمات التي تقدمها مؤسسة و التي يرتبط كل منها بالآخر سواء من حيث خصائصها أو أنها تشيع نفس الحاجات أو تباع لنفس الفئة المستهدفة أو يتم توزيعها عن طريق نفس منافذ التوزيع. (1)

لا يقتصر المشفى على تقديم خدمة وحيدة، فهو يقدم مجموعة من الخدمات (مزيج من الخدمة الصحية)، ومن أبرز القرارات المتعلقة بهذا المزيج :

1 . الاتساع width : أي عدد خطوط الخدمات التي تقدمها المشافي مثل "خدمات جراحية، خدمات ترميمية...إلخ).

2 . العمق depth : أي عدد الخدمات داخل خط الخدمات مثلاً مشفى تقدم خدمات جراحية قد تقدم جراحة القلب، جراحة الأعصاب...إلخ.

3 . الارتباط (الاتساق) Consistency : أي درجة الارتباط القائم بين الخدمات. (2)

و لا يمكن تحديد التشخيص الطبي أو تقديم العلاج في خط من المنتجات دون الاعتماد على ما يقدم من بيانات أو معلومات صحية عن الحالة المطلوب معالجتها في خط خدمة آخر .
و تتبع المؤسسة الصحية عدة استراتيجيات فيما يخص مزيج الخدمة و ذلك سواء بتوسيع مزيج الخدمة الصحية المقدمة من خلال التنوع (زيادة عدد خطوط الخدمات الصحية) أو التشكيل (زيادة عمق خطوط الخدمات) أو عن طريق الحذف (و ذلك بحذف أحد الخطوط أو التقليل من أشكال الخدمات الحالية) أو عن طريق محاولة خلق تمايز في الخدمة المقدمة مقارنة بالمنافسين و ذلك من خلال التغيير الفعلي للتشكيلة و الخصائص أو عن طريق استخدام الترويج و ذلك لإقناع المرضى بوجود تميز في خدمات المؤسسة مقارنة بالمؤسسات الأخرى. (3)

1- نجاة العامري، مرجع سابق، ص 69

2- محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، مرجع سابق، ص 117

3- نجاة العامري، مرجع سابق، ص 70

إضافة لما سبق يمكن ذكر بعض القرارات المتعلقة بمزيج الخدمات في المشافي التي لا تهدف للربح كدراسة الحاجات الصحية للمجتمع و تقديم خدمات متلائمة معها و القيام بحملات توعية صحية لإبعاد الأفراد عن بعض العادات السيئة.⁽¹⁾

و تقوم المؤسسات بإجراء التغييرات في مزيجها الخدمي من حين لآخر من خلال الاختيار من بين الاستراتيجيات الثلاث لتطوير خدماتها في ضوء ظروفها و حاجات أسواقها و أهدافها المستقبلية و هي كالآتي :

1- إضافة (تقديم) خدمة جديدة :إنها جزء من استراتيجية التغيير و نشاط حيوي في تطور المؤسسة و بقائها للتكيف مع البيئة المتغيرة لأنها قد تؤدي أو تتطلب إعادة هيكلة المؤسسة كاستحداث قسم جديد للجراحة التجميلية في المستشفى أو استحداث علاج للعيون بالليزر في المستشفى أو زراعة الكلى أو إقامة جناح للولادة (صالة عمليات و غرف إقامة) في المستشفى أو إنشاء مصعد للاستفادة من الطابق الثاني في رقود المرضى أو تقديم قسم قائم (كالمعمل الاجتماعي) برنامج تعديل السلوك ، أو تحسين أداء وظيفة كتقديم ساعات إرشاد و تثقيف و تعليم (كجلسات التنفس لمرضى الربتين) و غيرها من الخدمات تخلفها الحاجة و التطور التكنولوجي. هذا و تسعى المؤسسة الصحية إلى تحقيق استراتيجية تطوير المنتج و جودة الخدمة بالتغيير في خصائص الخدمة الأساسية و المكملة على حد سواء.

2- تعديل خدمة قائمة (حالية) : تعيد المؤسسة الحيوية لخدماتها بتطوير خصائص جديدة أو تقديمها في أسواق جديدة كاستراتيجية لتوسيع أسواق الخدمة بأكثر قدر ممكن من الخدمات الإضافية (زيادة المنافع) كنتيجة لما تقدم مما يتوجب التعديل في طبيعة و اتجاهات سياسات الترويج إذ يكون التوسع باتجاهات متعددة كتطوير الخدمات الداخلية إلى خدمات خارجية . إن التعديل في الخدمة الصحية أو تحسينها عندما لا تلبي القائمة حاجات المرضى لتقدم التقنيات الطبية المتوافرة أو لتخلف أساليب العلاج نتيجة التطور التكنولوجي و العلمي ، و عليه فإن التعديل أو التغيير لا يحدث في الخدمة نفسها لأنها غير ملموسة بل بإضافة أعداد من الأطباء و توفير الأجهزة الطبية المتطورة أو زيادة عدد الأسرة لزيادة الطاقة الاستيعابية للمستشفى لاستقبال

1- لعجال العمرية، مفهوم التسويق الصحي (على الخط)،

المرضى الراقيدين في ضوء التوقعات المستقبلية ، أو كاستحداث مؤسسة صحية علاجية أو وقائية إلى فئات و مواقع أخرى بحثا عن مستفيدين محتملين ، أو كاستخدام الأشعة في العلاج إلى جانب استخداماتها الأساسية في التشخيص ، أو تقديم خدمة مصاعة بشكل جديد كمناطق انتظار إسعافي أو مواعيد محسنة أو إجراءات فحص سهلة ، و هذا ما يعرف باستراتيجية الاستخدامات الجديدة للخدمة الصحية.

3- استبعاد أو حذف خدمة : تستخدم المؤسسة الصحية هذه السياسة عندما لا تسهم الخدمة القائمة في تحقيق الأهداف التي أنشئت لأجلها أو لانحسار الطلب عليها أو لوجود خدمات منافسة فيكون من الأفضل إلغائها أو تقليصها بما لا يبدد جهود و طاقات المؤسسة المادية و البشرية ، و لتقليل تكاليفها.(1)

هذا و تقوم كل وحدة صحية بتحديد و تخطيط المنتج الصحي و الذي يتوافق مع :

أ- إمكانيات المستشفى بشريا و ماديا؛

ب- احتياجات المستفيدين و قدرتهم على الدفع في الوحدات الخارجية؛

ج- مواصفات و خصائص المستفيدين (السن،الجنس)؛

د- المواقع الجغرافية المراد تغطيتها؛

هـ- طبيعة الأمراض أو الحالات السائدة؛

و- ظروف و إمكانيات و عادات و تقاليد و أنماط المجتمع السائدة اقتصاديا و ثقافيا و اجتماعيا.(2)

ثالثا: دورة حياة الخدمة الصحية:

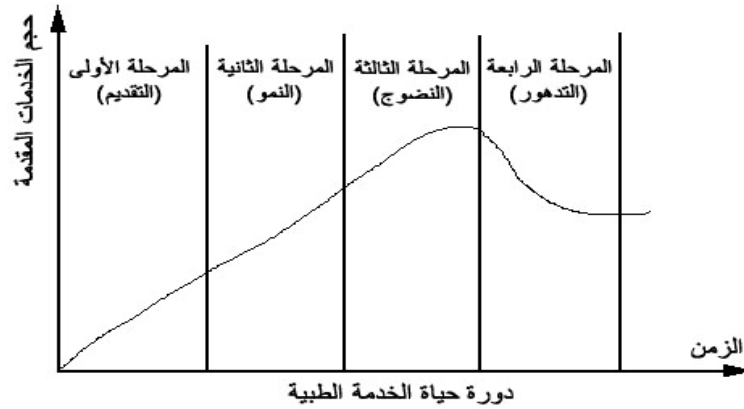
تمثل دورة حياة المنتج الإطار الزمني الذي تحدد فيه هذه المرحلة الزمنية من بداية مرحلة التصميم و تقديمه للسوق إلى حين شطبه و استبعاده ، و تعتبر عملية تحديد المراحل التي تمر بها المنتجات و من ضمنها المنتجات الصحية مؤشرا مهما و قاعدة أساسية يستند عليها في مجال إنتاج و تسويق المنتجات الصحية في تحديد : إستراتيجية المزيج التسويقي ، كمية المخزون ، الحصة السوقية ، كمية المبيعات ، مدى إقبال المستفيدين على هذه الخدمة... (3)

1-فريد كورنيل،مرجع سابق،ص323-326

2- سيد محمد جاد الرب،مرجع سابق،ص 471

3- ردينة عثمان يوسف،مرجع سابق،ص103

تبدأ دورة حياة الخدمة الطبية بتاريخ تقديمها، وكأي منتج آخر تمر دورة حياتها بأربع مراحل، سنأتي على ذكرها بعد تمثيلها بالشكل الآتي:



الشكل رقم (2-8) : دورة حياة الخدمة .

المصدر : ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص104.

1-مرحلة التقديم *Introduction*:

غالباً ما تكون إيرادات الخدمة في هذه المرحلة في حالة انخفاض لأنها غير معروفة، وعلى المشفى أن تسعى لتقصير هذه المرحلة عن طريق إعلام المستفيدين بالخدمة الجديدة والقيام بحملة إتصالية منظمة ومدرسة. ⁽¹⁾ تعتبر هذه المرحلة اكتشافاً للسوق و تبرز فيها مدى قدرة المنتج الصحي على الاستمرار و تحديد المعوقات و التحسينات المناسبة على المنتج استناداً لردود أفعال المستفيدين. ⁽²⁾

2-مرحلة النمو *Growth*:

غالباً ما تتسم هذه المرحلة بارتفاع الأرباح وزيادة حدة المنافسة، وتتطلب من المشفى اتباع سياسة تسويقية تعتمد على تمييز المشفى عن غيرها. ⁽³⁾ و لنجاح الاستراتيجيات الإنتاجية و الترويجية و التوزيعية و السعرية دور مهم في زيادة كمية المبيعات من المنتجات الصحية و أن زيادة المبيعات تعتبر مؤشراً مهماً على انتقال المنتج من مرحلة التقديم إلى مرحلة النمو. ⁽⁴⁾

1- محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، مرجع سابق، ص117

2- ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص106

3- محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، مرجع سابق، ص117

4- ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص106

3- مرحلة النضوج *Maturity*:

تعتبر هذه المرحلة أطول مرحلة من دورة حياة الخدمة وحتى المشفى لإطالة مدة هذه المرحلة التي تتسم بزيادة الإيرادات مع ازدياد حدة المنافسة. ⁽¹⁾ و تتكون هذه المرحلة من ثلاث مراحل متداخلة مع بعضها و هي:

أ- نهاية مرحلة النمو؛

ب- مرحلة الازدهار (أعلى نقطة للمبيعات)؛

ج- بداية مرحلة التدهور.

لذلك تسعى المؤسسات الصحية إلى تبني استراتيجية المحافظة على الوضع القائم لأنها ستدرك بأن فشلها في المحافظة على الاستمرار في هذه المرحلة سوف يقود المنتج الصحي إلى مرحلة التدهور. ⁽²⁾

4- مرحلة الانحدار *Decline*:

بعد أن أخذت إيرادات الخدمة بالانخفاض تصل الخدمة إلى مرحلة التدهور التي تجبر المشفى إما لتحسين الخدمة و مراجعة برنامجها الإنتاجي أو إسقاطها من مزيج الخدمات. ⁽³⁾ و تتصف هذه المرحلة بتراجع كمية المبيعات و ذلك لتراجع كمية الطلب على المنتجات الصحية على الرغم من الجهود التسويقية المبذولة و يكون هذا التراجع نتيجة :

أ- لعدم إمكانية المنتج الصحي من تلبية حاجات المستفيدين و تحقيق الشفاء؛

ب- أن هذا المنتج أصبح مختلفا عن الواقع نتيجة لحصول تطور تكنولوجي و معرفي في البيئة المحيطة أدت إلى تطور حاجات المستفيدين و تطور الأمراض و مقاومتها للأدوية السابقة؛

ج- وجود منافسة قوية؛

د- ظهور منتجات جديدة؛

هـ- عدم إمكانية المؤسسة من الاستمرار في إيصال رسالتها إلى الجمهور المستهدف بها. ⁽⁴⁾

1- محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، مرجع سابق، ص117

2- ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص107

3- محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، مرجع سابق، ص117

4- عتيق عائشة، مرجع سابق، ص57

2-2-4-2 تسعير الخدمة الصحية :

أولاً : مفهوم تسعير الخدمة الصحية :

إن تسعير المنتجات الصحية يعتبر من السياسات التي يخضع قسم كبير منها للقوانين و التشريعات و الخطط الموجهة مركزيا من قبل الدولة و ذلك لإدراك العاملين في الأجهزة الحكومية أهمية حصول الأفراد على المنتجات الصحية و أن الارتفاع في أسعارها سوف يؤثر سلبيا على اتخاذ قرار الشراء، و أن هذه المنتجات منتجات خاصة ذات علاقة بجميع مكونات المجتمع بشكل عام ، لذا فإن حكومات الدول تتدخل في تحديد أسعارها و نسبة الأرباح .⁽¹⁾

و يعتبر التسعير من المشكلات الحساسة التي تواجه الإدارة في المؤسسات الصحية عند قيامها بتسعير خدماتها، خاصة و أن منتجات تلك المؤسسات تتميز بكونها منتجات غير ملموسة ، و أن تلك المنتجات توجه بصورة خاصة لخدمة الجمهور ، لذا فالغرض الأساسي من تسعير تلك الخدمات هو محاولة تغطية التكلفة أو جزء منها ، أو التكلفة مع هامش من الربح . و يعني التسعير عملية تحديد السعر لمنتج معين أو مجموعة من المنتجات في فترة زمنية معينة ، أما السعر فهو انعكاس لقيمة الشيء في فترة زمنية معينة ، و القيمة مسألة مرنة و شخصية فقد تكون ملموسة مثل النقود ، و قد تكون غير ملموسة مثل الشعور بالفخر عند الحصول على منتج معين ، و غالبا ما يكون لمنتج معين أكثر من قيمة . و قد تختلف هذه القيمة بالنسبة للمستفيد الواحد في الأوقات المختلفة ، فقد ينظر الإنسان للخدمة في فترة معينة على أنها حاجة ذات قيمة ، و يتحول هذا الاهتمام إلى حاجة ثانية حيث يعتبرها أكبر من سابقتها بعد أن يرى ما توفر له من الراحة النفسية و الاطمئنان.

و عليه ينبغي أن لا ينظر إلى السعر في المؤسسات الصحية نظرة ضيقة باعتباره يمثل فقط التكاليف المادية المباشرة التي يتحملها المستفيد من الخدمة الصحية بل يجب أن ينظر إليه نظرة أكثر شمولاً باعتبار أن هناك عناصر أخرى للتكاليف من أمثلتها:

- 1- تكاليف الفرص البديلة : و تتمثل في الوقت الذي يستغرقه المستفيد في الحصول على الخدمة الذي كان من الممكن استثماره في بدائل أخرى كالوقت الذي يستغرقه المريض في انتظار دوره لمقابلة الطبيب لإجراء الفحص و تشخيص مرضه أو الوقت الذي يستغرقه المريض للسفر من منطقة إلى أخرى التي يوجد فيها الطبيب الاختصاصي.
 - 2- تكلفة الجهد الذي يبذله المستفيد في الحصول على الخدمة كمراجعة أقسام مختلفة من العيادات للحصول على الخدمة الطبية ، أو الجهد الذي يبذله أثناء انتقاله لمقابلة الطبيب المختص في منطقة ثانية.
 - 3- التكلفة النفسية المرتبطة بالحصول على الخدمة و يمثل الجهد النفسي الكبير الذي يبذله المريض في الحصول على الخدمة نتيجة الانتظار أو المعاملة غير الإنسانية التي يعامل بها من قبل موظفي الاستعلامات قبل أن يعرض على الطبيب.
- و معنى ذلك أن التكلفة المادية المباشرة ليست هي العنصر الوحيد الذي يجب أن يؤخذ في الاعتبار ، بل هناك أيضا عناصر التكاليف الأخرى التي تؤثر جوهريا في قرار المستفيد الخاص بقبول الفكرة أو رفضها.
- و لضمان نجاح البرنامج الصحي لابد من القيام بتحليل كاف لكل من الوقت و الجهد المادي و النفسي الذي يبذله المستفيد في الحصول على الخدمة ، بحيث يؤخذ ذلك في الاعتبار عند تحديد موقع الخدمة و إجراءات الحصول عليها بما يجعل تكلفة هذين العنصرين أقل ما يمكن بالنسبة للمستفيد من الخدمة الصحية .⁽¹⁾
- و تتصف عملية التسعير الصحي بالعديد من الخصائص من أهمها :
- أ- تدخل الحكومات أو الوزارات الوصية في الكثير من الأحيان في تحديد أسعار الخدمة الصحية؛
 - ب- تحديد سعر الخدمة الصحية يكون خارج عن القواعد الكلاسيكية للاستهلاك لأنه في الواقع لا يوجد سوق صحي بالمعنى الكلاسيكي للكلمة ، فالأسعار لا تتوازن بنفسها وفقا لآليات العرض و الطلب لأن جزء من مجال الصحة يكون غني بحالات الاحتكار و الجزء الآخر و هم الأفراد المستفيدون من تقديم الخدمات الصحية لا يملكون معلومات تسمح بتقرير استهلاكهم و لا يدعمون مباشرة بنفقات التأمين.

ج- تأثير التأمين الصحي على تسعير الخدمات الصحية : يترتب على تزايد النسبة التي تدفعها الحكومة و التأمين الصحي (الخاص و العام) من فاتورة الخدمات الصحية تناقص تأثير السعر على استخدام المرضى للخدمات الصحية ، و كذلك على اختيارهم للجهة التي تقدم هذه الخدمات ، و يكون من نتيجة ذلك تهميش و إزالة الحوافز السعريّة من جانب المرضى و زيادة قدرة مقدمي الخدمات الصحية على تحميل الأسعار المرتفعة لطرف ثالث ، و من ثم التوسع في التأمين الصحي و الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية يؤدي إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية.⁽¹⁾ و من الجدير أخذه بعين الاعتبار عند تحديد السعر العوامل المؤثرة في تحديده كالتكلفة ، المنافسة ، المزيج التسويقي ، الموردون ، العرض و الطلب ، تدخل الدولة . و فيما يتعلق بالمشافي غير الهادفة للربح فهي تعمل وفق أسس غير مالية ، فالأموال تتحدد بواسطة الدولة أو المتبرع أو المساهم ، و قد تقوم بعضها بتحديد أسعارها على أساس التوجيه بالتكلفة أو بالأهداف الاجتماعية.

2-4-3 توزيع و ترويج الخدمات الصحية.

و يتكون هذا المطلب من فرعين أساسيين من المزيج التسويقي للخدمات الصحية ، الفرع الأول حول عنصر التوزيع و الفرع الثاني حول عنصر ترويج الخدمات الصحية :

2-4-3-1 توزيع الخدمات الصحية.

حيث نتعرف من خلال هذا الفرع على قنوات التوزيع و كيفية تصميم نظام توزيع الخدمات الصحية و العوامل المؤثرة على اختيار قنوات التوزيع :

أولاً : قناة توزيع الخدمة الصحية:

تتضمن عملية التوزيع توصيل المنتجات من سلع وخدمات إلى الأفراد ويعرف على أنه: " العملية التي يتم بموجبها نقل السلع والخدمات من مكان إنتاجها إلى مكان استهلاكها واستعمالها" و تلجأ المؤسسات إلى وضع سياسات لتوزيع منتجاتها باختيار طرق التوزيع وتحديد منافذه ، فمهما كانت نوعية المنتج وجودته فذلك دون أهمية ما لم يكن متاحاً أمام المستفيدين . وتعرف قنوات التوزيع بمجموعة الأفراد والمؤسسات الذين يشاركون ويسهمون في عملية تحويل ملكية السلع والخدمات، وذلك في حركة تدفقها من المنتجين إلى المستفيد النهائي أو الصناعي .⁽²⁾

1- لجمال العمريّة، مرجع سابق، ص2

2- محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، مرجع سابق، ص120

و المؤسسات الصحية لا تستطيع أن توظف جميع عناصر و مكونات التوزيع المادي ، و ذلك لعدم إمكانية خزن و نقل الخدمة لذلك تعتمد بشكل عام على التوزيع المباشر ، و أن المستفيد من الخدمات الصحية يسعى إلى الحصول على هذه الخدمة في أماكن تقديمها و لا يمكن نقلها له ، و إن تخطيط استراتيجية توزيع الخدمات تعتمد بشكل أساسي على تحديد نطاق العمل و الرقعة الجغرافية التي تعمل فيها المؤسسات الصحية لكي يسهل على المستفيد من الخدمة الوصول بسهولة إلى النقطة التوزيعية و حصوله على الخدمات الصحية ، و بشكل عام تعتمد المؤسسات الصحية على أسلوب التوزيع المباشر⁽¹⁾.

ونتناول عملية التوزيع في المشافي تحديد سوق الخدمة ومن ثم تقسيمها وفقاً لعوامل ديموغرافية وجغرافية ومن ثم توصيل الخدمات تبعاً لأماكن وجود المستفيدين بحيث تقدم الخدمة في الوقت المناسب والمكان والجودة المناسبين. ومن أبرز ما يجب التركيز عليه لضمان توزيع تنافسي:

- 1 . الاهتمام بعدد وأحجام ومواقع منافذ أداء الخدمات الطبية؛
- 2 . ضمان سهولة وصول المستفيدين إلى مواقع الخدمة؛
- 3 . الاهتمام بمؤدي الخدمة الطبية المباشر، حيث يتحتم على الإدارة السعي إلى تأمين جو العمل المهني والنفسي المناسب وتوفير العوامل التي يفضلها الأطباء كتوفير وسائل الاختبارات ووسائل التشخيص الشاملة، جودة الرعاية التمريضية، توفير جو من العلاقات الجيدة بين الإدارة والأطباء⁽²⁾.

و تتضح أهمية التوزيع في كونه مرحلة وسيطة و جوهرية في إنتاج الخدمة و تقديمها للانتفاع بها من خلال :

- 1- توفير الخدمة في المكان و الزمان المناسبين؛
- 2- تخفيض التكاليف برفع مستوى الأداء بالالتزام بالمواعيد و جدولة العمل و التسليم الدقيق و تقادي الأخطاء و التأخير؛

1- ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص114

2- محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، مرجع سابق، ص120

3- تحقيق رضا المستفيد كالعلاقة بين حجم الوقت المنصرف بين الانتظار و الحصول على الخدمة ، حيث كلما طال زمن الانتظار انخفضت درجة الرضا و العكس صحيح.⁽¹⁾

ثانيا : تصميم نظام توزيع الخدمات الصحية :

إن قنوات التوزيع هي مجموعة الأفراد و الأدوات التي توجه انسياب المنتجات إلى المستفيدين ، و عليه فإن المستشفيات هي القنوات أو المنافذ التي تسلكها الخدمات التشخيصية و العلاجية بمجرد حضور المريض للحصول عليها في الوقت و المكان المناسبين و هذا ما يدعم حقيقة أن قناة توزيع معظم الخدمات أقصر و أبسط بكثير (لعدم إمكانية فصلها عن منتجها) عما في توزيع السلع المادية الأمر الذي يستوجب توفير تسهيلات الخدمة لمواجهة تذبذب الطلب ... و عليه فإن هناك أمرين يجب أخذهما في الحسبان في تصميم نظام توزيع المؤسسات الخدمية سواء الهادفة أو غير الهادفة للربح و هما :

1- اختيار قنوات التوزيع (منافذ التقديم): إن لخصائص الخدمة الصحية و إمكانية تقديمها و طول

و اتساع قنواتها يعكس التباين في اختيار المنفذ المباشر أو غير المباشر:⁽²⁾

أ- المنفذ المباشر : هو عندما يتعامل المستفيد (المريض) مع مقدم الخدمة مباشرة ، فهو مكان ايصال (أداء) الخدمة الصحية و الذي قد يكون المستشفى أو العيادة أو سيارة الإسعاف أو الطائرة العمودية المجهزة لنقل الحالات الطارئة ، فهو أي مكان يمكن للمستفيد الوصول إليه مباشرة من دون وسيط كمراجعة المريض لقسم الطوارئ ، و لكي تحقق إستراتيجية التوزيع هدفها يجب أن تبدأ بفهم حاجات المستفيد ، بمعنى آخر أين تباع (تقدم) و الجهد الذي يبذله للوصول (ماديا و معنويا) فتحدد سوقها المستهدف الذي يبحث عن خدماتها ، و هذا ما تركز عليه قرارات إدارة قنوات التوزيع المباشر و من هذه الجوانب الآتي :

- الموقع : إنه العامل الأساسي و القرار الحيوي في تطوير سياسة تسويق الخدمة و الذي ينعكس في نجاح سياسات المزيج التسويقي ، بل إن نجاح المؤسسة يعتمد على اختيار الموقع الجيد الذي يحقق الملائمة الزمانية و المكانية ، و عليه فإن اختيار مستشفى معين يكون ماديا (توفر وسائل النقل، حداثة تسهيلات و ترتيبها ، امتلاك مختبرات و صيدلية...) و معنويا (تقديم خدمة ذات جودة

1- فريد كورتل، مرجع سابق، ص335

2- نفس المرجع، ص338

تلبى حاجاته وترضيه) ، فالمستشفى العمومي الذي يضع في حسابه حاجات المجتمع كله يهدف إلى تعظيم المنفعة الاجتماعية التي يصعب حسابها و قياسها. (1)

ب- المنفذ غير المباشر : بلا شك فإن الانتشار في تقديم الخدمة نتيجة لزيادة القدرة الشرائية للمواطن و تحسن مستويات المعيشة و تغيير الأذواق و اتساع المدن و توفر سبل الانتقال و ارتفاع المستوى التعليمي ساعد ذلك على إقامة العيادات الطبية و المستشفيات الخاصة في المدن و ضواحيها و الأحياء الفقيرة و التي يجري تطويرها من خلال التنوع في قطاع الخدمات لتعدد الوسطاء المتخصصين و لاستمرار المنافسة و النمو الأمر الذي يشجع إلى استخدام الوسطاء . (2)

2- توفير التسهيلات المادية : و هي تلك التسهيلات التي تضيف بعدا جيدا في رضا المرضى و الزوار و في أداء العاملين كالموقع الجيد (الذي يتيح التوزيع المباشر) و التقنيات المعتمدة كالفرق الصحية المتحركة أو سيارة المستشفى ، و كذلك البيئة المادية المحيطة كجو المستشفى و أثاثه و ترتيبه و الصيانة و غرف الاستقبال للزوار (سعة مناسبة ، مقاعد كافية و جيدة ، إضاءة ، تهوية ، تكييف ، تدفئة ، تلفاز ، مواد للمطالعة و ساعات زيارة ، الطعام و الشراب من حيث التوفر و التنوع و السعر ، إضافة إلى أهمية توفر عربات نقل المرضى غير القادرين على الحركة و مصاعد و سلالم و مخارج و منافذ للطوارئ ، مختبرات ، تصوير ، صيدلية ، بنك دم و أجهزة طبية حديثة تحقق الدقة و التكامل في الخدمات التشخيصية. (3)

ثالثا : العوامل المؤثرة على اختيار القناة التوزيعية : إن العوامل التي تؤثر على اختيار القناة التوزيعية يمكن إيجازها كما يلي :

1- طبيعة السوق : إن تصميم و اختيار القناة التوزيعية يختلف باختلاف طبيعة و حجم السوق ، و أن سوق المؤسسات الصحية يعتبر سوقا واسعا و منتشر جغرافيا و أن مفردات هذه الأسواق تتباين في خصائصها مما يتطلب من المؤسسات الصحية تصميم قناة توزيعية تلائم خصائص السوق أو خصائص كل منطقة و حجم الطلب فيه و الذي يؤثر بشكل مباشر على كمية و أنواع الخدمات الصحية المقدمة و أسعارها (مستشفى جراحة ، أطفال ، ولادة...) (مستهلك نهائي ، مستهلك صناعي).

1- فريد كورتيل، مرجع سابق، ص339

2- نفس المرجع، ص341

3- نفس المرجع، ص343

- 2- الإمكانيات المالية و البشرية للمؤسسة الصحية : إن امتلاك المؤسسات الصحية للإمكانيات المالية و البشرية يلعب دورا أساسيا في التأثير على قدرة هذه المؤسسات في فتح نقاط توزيعية مباشرة (المستشفيات ، مراكز صحية ، دور الرعاية...) ، كذلك تمكنها من اقتناء أحدث الأجهزة و المستلزمات الطبية و توظيف أفراد ذوي كفاءة عالية ، و امتلاك البنايات الواسعة و غيرها من العوامل التي تساعد على تقديم أفضل الخدمات.
- 3- طبيعة المنافسة في السوق : يرتبط اختيار قنوات التوزيع و الانتشار الجغرافي لها بطبيعة المنافسة في السوق الذي تعمل فيه المؤسسة أو تود العمل فيه في المستقبل لأن للمنافسة أثرا فعالا في إفشال أو إنجاح السياسات التوزيعية .
- 4- المتطلبات القانونية : تخضع الخدمات الصحية بشكل مباشر إلى الضوابط القانونية و التشريعات لأن هذه القوانين و التشريعات تحدد طبيعة عمل المؤسسات الصحية و المواصفات التي يجب توفرها في المؤسسات الصحية و الخدمات الصحية المقدمة و شروط مزاوله مهنة الطب. (1)

2-3-4-2 ترويج الخدمات الصحية (التوعية الصحية) :

و ينقسم هذا الفرع لمفهوم ترويج الخدمات الصحية ، الأهداف ، الأهمية ، الخصوصية و المزيج الترويجي لخدمات الصحية :

أولا : مفهوم ترويج الخدمات الصحية :

الترويج للخدمات الصحية هو الاتصال بالمستفيد بشكل مباشر أو غير مباشر بشكل شخصي أو غير شخصي للتعريف بالخدمة و خصائصها و الإقناع و التذكير بمنافعها ، للحث و التأثير في قبولها بربطها بخصائص ملموسة لافتقارها الحضور المادي الأمر الذي يعقد مهمة المسوق لصعوبة تخيل أو تصور شيء غير ملموس كالحديث عن الخطوط الجوية أو الفندق أو المستشفى إلا بالحديث عن سعتها و جاذبية موقعها أو تنوع خدماتها و الراحة التي ينعم بها المستفيد أو سرعة الحصول على خدمات الإسعاف أو المهارة و الخبرة التي تمتلكها تلك المؤسسة الصحية مما يؤدي إلى تسهيل عملية التبادل ، و يطلق على ترويج الخدمات الصحية أحيانا بالترويج الصحي أو التوجيه الصحي و هو إحدى العناصر الأساسية في المزيج التسويقي ، و يقصد به كل صور

الاتصال الإقناعي النابعة من مقدم الخدمة عليه فإن السمعة الحسنة للمؤسسة (كالثقة ، الأمان ، الصدق ، التعاطف ، الالتزام بالوعد و الدقة في الأداء) هي أهم عناصر الترويج .⁽¹⁾ و الموجهة نحو المستفيد و التي يتمثل دورها في الإقناع ، أي أنه يقدم الرسالة إلى الجمهور بغرض خلق الاهتمام بالخدمة الصحية و الرغبة فيها .⁽²⁾

فالتوعية الصحية تتطلب الاعتماد على فكرة مبسطة جدا أي فكرة تلقى ترحيبا لدى المستفيد من الخدمة و هذا أساس و جوهر التوعية الصحية في مجال الخدمات الصحية و التأمين الصحي ، فالتوعية الصحية هي توجيه المستفيد و إقناعه و حثه على الحصول على الخدمات الصحية التي من شأنها أن تعيده إلى حالته الطبيعية أو وقايتها من احتمال إصابته بأي مؤثر صحي يغير من طبيعته و سلوكه ، فأغراض التوعية هي :

- 1- تعريف المستفيد المحتمل بوجود الخدمة الصحية و قدرتها على إشباع حاجاته؛
- 2- إقناعه بأن الخدمة مهمة ينبغي الحصول عليها لأنها تمنع حدوث المرض كما هو الحال بإجراء الكشف الدوري لمنع الإصابة بالمرض أو لمنع استفحاله .⁽³⁾

ثانيا : أهداف الترويج:⁽⁴⁾

إن الهدف من أي جهد ترويجي هو تقديم الخدمة وبيعها عن طريق الإعلام، الإقناع، التذكير والرد على الأخبار السلبية التي ييثرها المنافسون ، وقد ترتبط أهداف الترويج بطبيعة المؤسسة ونوعها خاصة في المؤسسات الصحية والمشافي فيما لو كانت خاصة أو عامة، أو قد ترتبط بمراحل تلقي الخدمة الطبية ويمكن تلخيصها في مثل هذه الحالة كما يلي:

- 1- قبل الاستفادة :
- تخفيض المخاطر و المخاوف؛
- تحسين الصورة الذهنية للمستشفى؛
- زيادة معرفة المرضى بالخدمات المقدمة؛
- زيادة احتمال سعي الزبائن للاستفادة من الخدمات.

1- فريد كورتل، مرجع سابق، ص326

2- زكي خليل المساعد، مرجع سابق، ص298

3- زكي خليل المساعد، مرجع سابق، ص299

4- محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، مرجع سابق، ص122

2- أثناء الاستفادة :

- تعزيز رضى المرضى؛
- دعم و تعزيز الصورة الذهنية لديه عن جودة الخدمات و أنواعها؛
- توصيل الأفكار و الإرشادات الصحية الهامة.

3- بعد الاستفادة :

- تخفيض درجة الندم و محاولة إلغاؤها؛
- زيادة وفاء الزبون للمستشفى و محاولة ثنيه عن التحول لمستشفيات أخرى؛
- تصحيح و تقوية الصورة المدركة.

ثالثا : أهمية الترويج الصحي :

تتجلى أهمية الترويج الصحي في أنه يساعد على :

- 1- تعزيز الصحة الجيدة و البنية السليمة للفرد و المجتمع؛
- 2- تثقيف المواطنين صحيا بتزويدهم بالمعلومات الصحية و حمايتهم من خلال التصرف الطبي؛
- 3- التذكير بمواعيد اللقاحات و الإجراءات الطبية الوقائية (كالفحص الدوري و الالتزام بالعلاج و قيمة الأطعمة و نظافتها)؛
- 4- إعلام المواطنين بأعراض الأمراض و الأوبئة المنتشرة و أسبابها و خطورتها (كالكوليرا ، التيفوئيد ، الطاعون ، الإيدز) و تجنبها؛
- 5- التوعية و التعليم الصحي و المعلومات الصحية (كعدم شرب المياه الراكدة أو السباحة فيها أو تناول الأطعمة دون غسلها) من خلال وسائل الإعلام ، المدارس ، المؤسسات؛
- 6- توجيه و إرشاد المواطنين بإجراءات و أهمية تحسين البيئة صحيا؛
- 7- إصدار منشورات تحذر من التدخين و المشروبات الكحولية و المخدرات لخطورتها شخصا و مجتمعا و منعها في الأماكن العامة. ⁽¹⁾

رابعاً : خصوصية الترويج للخدمات الصحية :

يطلب الأفراد الخدمات الصحية نتيجة للحاجة ، و إن الحاجة إلى العلاج لا يمكن تأجيلها و أن الأفراد قد يضطرون إلى طلبها من أي طبيب أو مؤسسة صحية بمجرد التعرف على اختصاص الطبيب أو طبيعة الخدمات التي تقدمها المؤسسة.

فإذا كان المريض يعاني من التهاب الزائدة فإنه يلجأ إلى الطبيب المختص بالطب الباطني و عندما يحدد الطبيب حاجة المريض لإجراء مداخلية جراحية فإنه سوف يقوم بتحويله إلى أحد الأطباء الجراحين و في هذه الحالة يمارس الطبيب الباطني مهمة الترويج للجراح و لكن المريض في حالة امتلاكه للمعلومات عن طبيب جراح و لديه ثقة به و معرفة كافية فإن الترويج الذي قام به الطبيب الباطني سيكون تأثيره ضعيفا و سوف يقوم المريض بطلب خدمة الجراحة من الطبيب الذي لديه معلومات كافية عنه.

توجه المؤسسات الصحية أنشطتها الترويجية إلى الأطباء و الصيادلة و ذلك بهدف تزويدهم بالمعلومات اللازمة عن المنتجات الدوائية و عن الأجهزة و المستلزمات الطبية و ذلك من خلال :

- 1-الاتصال المباشر بالأطباء و الصيادلة و تزويدهم بالمعلومات عن هذه المنتجات من خلال الكاتالوجات ، العينات ، الهدايا كنماذج من الأدوية ، المفكرات ، الدليل الخاص بالمنتجات و ذلك لكون المؤسسة الصحية تدرك بأن للطبيب الدور الأساسي في تحديد الوصفة للمرضى و كذلك هنالك دور مهم للصيدلي في تزويد المريض بجميع المعلومات الضرورية عن الدواء و كيفية استخدامه و الجرعة و الفترة و الدواء البديل...
- 2- لذلك تقوم المؤسسة الصحية بنشر الرسائل الدورية إلى الأطباء و الصيادلة بهدف إدامة الصلة معهم و تزويدهم بالمعلومات المطلوبة عن الأجهزة و المعدات الطبية و الأدوية.
- 3- توزيع النشرات و الملصقات الجدارية في عيادات الأطباء و في الصيدليات و تعتبر هذه النشرات و الملصقات الجدارية من الرسائل الإعلانية الفعالة لأنها تحتوي على رسوم و ألوان و صور تعمل على جذب انتباه المريض ، كذلك تعلمه باسم المنتج الصحي و طريقة الاستخدام و أهمية الاستخدام.

4- القيام بحملات توعية بهدف زيادة الوعي الصحي للأفراد و اطلاعهم على المنتجات الدوائية و توعيتهم إلى الوقاية من الأمراض. (1)

خامسا : المزيج الترويجي :

يعرف المزيج الترويجي بأنه مجموعة من الأدوات المختارة والمستخدمة لتحقيق أهداف المؤسسة الترويجية المحددة ، ومن أبرز عناصر المزيج الترويجي:

1- الإعلان بأنواعه:

يعد أهم صور الاتصال حيث تتم نقل رسالة التوعية من خلال وسائل الإعلان واسعة الانتشار و يجري اختيار وسائل الإعلان في المؤسسات الصحية بحيث يكون ملائما لتوعية المستفيدين من توافر الخدمات و شرح مزاياها ، و تعد التوعية عن طريق الإعلان من الطرق الفعالة في تعريف الجمهور بالخدمة بسبب طبيعة الطلب غير المستقر على الكثير من تلك الخدمات. (2)

و تمنع القوانين المحلية في بعض البلدان الترويج التجاري لأي مؤسسة صحية أو طبيب إذ لا يجوز للأخير القيام بالدعاية لنفسه أو استخدام إسمه في ترويج الأدوية و مختلف أنواع العلاج و لا الإعلان عن طرائق جديدة للتشخيص أو العلاج إلا بعد نشرها بالمجلات المهنية المعتمدة أو اجتذاب المرضى بالإعلان عن أيام محددة للعلاج المجاني أو باستعمال وسطاء بنشر مقالة أو الإحياء للتتويه عن مهاراته الفنية .

فرابطة المستشفيات الأمريكية لم توص و لم تمنع الإعلان شريطة عدم التضليل (الالتزام بالصدق) و أن لا يكون هدفها الربح المادي فقط كما لا تحبذ المقارنة بنوعية المستشفيات الأخرى إذ يحمي الكونغرس المريض من خداع الإعلان كي لا يلحق الضرر الصحي و الاقتصادي بالمواطن. (3)

2- البيع الشخصي (الاتصال الشخصي): ويعطي تعبيراً آخر في مجال الخدمات الطبية وهو

الاتصال الشخصي والذي يعود نتيجة لخصائص الخدمات الطبية وضرورة وجود المستفيد وجهاً لوجه مع مقدم الخدمة ، ويعتبر الاتصال الشخصي العمود الفقري للاتصالات في تسويق الخدمات

1- ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص 135

2- زكي خليل المساعد، مرجع سابق، ص 299

3- فريد كورتل، مرجع سابق، ص 332

الطبية، ويحقق العديد من المزايا بين المقدم والمستفيد: كتوطيد العلاقة الشخصية بين المقدم والمستفيد ، ترسيخ صورة ذهنية جيدة عند المستفيدين من المشفى وخدماتها. (1)

فهو عرض شفوي في محاورة مع مستفيد مرتقب أو أكثر أو أنه التقديم الشخصي و الشفهي لسلعة أو خدمة أو فكرة بهدف دفع المستفيد المرتقب لشرائها للاقتناع بها .

و يعد البيع الشخصي عملية اتصال متكامل يحاول فيها رجل البيع التأثير في المستفيد و إغراءه و إقناعه بالشراء من خلال المعلومات التي يزوده بها إذ يصعب عليه تقدير جودة أو قيمة الخدمة(2)

و يتمثل الهدف الأساسي في التوعية الصحية و ليس زيادة كمية المبيعات ، و في البيع الشخصي يزود رجال البيع (ذوي الاختصاص الطبي) المستفيد من الأدوية أو الخدمات الصحية بكافة المعلومات مع تقديم النصح له بهدف توجيهه و إرشاده و ليس بهدف البيع . فهو عملية اتصال تفاوضي بين رجال البيع (ذوي الاختصاصات الطبية في المؤسسات الصحية) و بين مستفيد أو أكثر من المستفيدين (المستفيدين من المنتجات الصحية) ، و من أجل إتمام عملية التعامل يجب أن يكون دور البيع الشخصي هو إيصال خصائص الخدمة إلى المستفيد في صورة منافع و حثه و إقناعه على شراء الخدمة. (3)

3- تنشيط المبيعات:

و هو استخدام الوسائل المختلفة ذات التأثير الفعال التي تسعى إلى تسريع أو تقوية ردود الأفعال الايجابية للمستفيدين من خلال أدواته المختلفة كإهداء النماذج الطبية(الأدوية) لبعض المرضى أو العلاج مجاناً في أي وقت لبعض المرضى (مراعاة حالتهم المادية و الاجتماعية) أو الإعلان عن أوقات محددة أو معينة للعلاج المجاني أو المعارض المتنقلة للأجهزة و التقنيات الحديثة ، أو تقديم هدايا عند مغادرة المريض المستشفى كمفكرة أو تقويم ، أو الخصم أو الدفع بالتقسيط لتكاليف العلاج.

1- محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، مرجع سابق، ص122

2- فريد كورتل، مرجع سابق، ص329

3- ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص144

و يجدر بالقول أن تنشيط المبيعات يعد عنصرا مهما في التوعية (الترويج) و التثقيف الصحي الذي لم يستخدم في المستشفيات بشكل محدود و ليس بمستوى الأهمية التي يحظى بها و هذا ما أدى إلى تفاوت أثره من منطقة لأخرى. (1)

و بالنسبة إلى الخدمات غير الملموسة فلا تستطيع المؤسسة الصحية توزيع العينات و التعرف عليها و استخدامها ، لذلك تعتمد المؤسسات الصحية على توزيع المفكرات و النشرات و الملصقات. (2) فمن أبرز الوسائل المتبعة في تنشيط المبيعات : توزيع كتب للمستشفى و نشرات التوعية الصحية ، المشاركة في الحملات الصحية سواء في المناطق الريفية أو النائية. (3)

4- العلاقات مع الجمهور: وهي أكثر وسائل الترويج أهمية في المشافي، وتهدف إلى تحسين مناخ تقديم خدمات المشفى وتكون على شكلين :

. خارجية: أي إقامة علاقات جيدة مع البيئة المحيطة بالمشفى كوسائل الإعلام والمؤسسات الحكومية؛

. داخلية: عن طريق إقامة علاقات وثيقة مع العاملين في المشفى بما يكفل إرساء روح التعاون بين الإدارة والعاملين، وبين العاملين أنفسهم. (4)

و هي نشاط ترويجي أو برامج تسعى إلى خلق انطباع جيد عن خدمات المؤسسة من خلال إرضاء و إقناع و تفاهم جمهورها الداخلي و الخارجي و لاسيما مع مؤسسة كالمؤسسات الصحية لاتساع جمهورها من أطباء و مرضى و متبرعين ، الأمر الذي يستدعي التناسق و الانسجام و تمتين العلاقات فيما بينهم كاستعمال التقارير السنوية ، اللقاءات الشخصية للأطباء ، المحاضرات و المؤتمرات و الندوات و الزيارات الميدانية و التثقيفية للمدارس و المؤسسات الحكومية. كما و يعتمد نجاح العلاقات مع الجمهور على حسن النية مع وسائل الإعلام مما يستدعي امتلاك المستشفى لسياسة إعلامية مكتوبة تبث وفقا لها المعلومات إلى هذه الوسائل و أن يكون لأحد

1- فريد كورتل، مرجع سابق، ص334

2- ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص144

3- لعجال العمرية، مرجع سابق، ص11

4- محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، مرجع سابق، ص122

أفرادها صلة أولية بالصحافة لضمان سلامة المعلومة و تعزيز الموقع الاستراتيجي للمؤسسة الصحية و تحديد موقعها نسبة لمنافسيها (1)

و يمكن القول أن العلاقات مع الجمهور في المؤسسات الصحية هي عبارة عن ذلك النشاط أو تلك الإدارة المسئولة عن تكوين سمعة طيبة للمؤسسة (المستشفى أو الوحدة الصحية) لدى العاملين فيها و المتعاملين معها. (2)

2-4-4 الدلائل المادية، العمليات و الأفراد.

و نتطرق في هذا المطلب إلى بقية عناصر المزيج التسويقي للخدمات الصحية و هي الدلائل المادية ، العمليات و الأفراد في الفروع الثلاثة الآتية :

2-4-4-1 الدلائل المادية :

حيث نتعرف من خلال هذا المبحث على مفهوم الدلائل المادية ، أهميتها و العناصر التي يتكون منها :

أولا : مفهوم الدلائل المادية :

نظرا لعدم ملموسية الخدمات فإن الدليل المادي (الأجهزة ، الأبنية ، الأثاث...) يلعب دورا مساعدا في إنتاج و تقديم هذه الخدمات ، كما أن المستفيد من الخدمات الصحية و مستوى إقباله على طلب هذه الخدمات يتأثر بالمظهر الخارجي للمؤسسة الصحية ، الترتيب الداخلي لها ، الأجهزة الحديثة التي تعتمد عليها و غيرها من السلع الملموسة الداعمة لعملية تقديم الخدمات حيث أن الطبيب المختص لا يتمكن من القيام بإجراء عملية الفحص و المداخلة الجراحية إلا من خلال استخدام سلع ملموسة مثل (السماعة الطبية ، صالة العمليات...) أو يقوم مقدمو الخدمات الصحية باعتماد أحدث الأجهزة و المستلزمات الطبية في تقديمها لأنهم يدركون بأن لها دورا مهما في تعزيز الثقة لدى المستفيد و في جودة الخدمة المعتمدة و تميزها. (3)

1-فريد كورنيل،مرجع سابق،ص333

2- سيد جاد الرب،مرجع سابق،ص624

3- ردينة عثمان يوسف،مرجع سابق،ص174

الأجهزة و المعدات أو أنها عوامل المحيط البيئي و جميع البدائل المادية الملموسة ذات العلاقة فهي الدليل المرئي أو الملموس الذي يوفر دليلا لجودة الخدمة. (1) لذا فالأمر يستوجب اكسابها ذلك المستوى أو الدرجة من النوعية التي تجعلها أقرب إلى الملموسية إلى حد ما و ذلك من خلال:

1-الأدوات المستخدمة في العلاج و التشخيص؛

2-المستلزمات الفندقية للمؤسسة الصحية؛

3-الأثاث ، الأبنية ، التكيف...الخ

و لا شك بأن هذه العناصر و غيرها في المؤسسة الصحية يمكن أن تخلق الراحة و الرضا المسبق لدى المريض في تقبله للعلاج سواء كان ذلك أثناء تلقيه للخدمة الصحية أو قبلها و حتى بعدها. (2) فالدلائل المادية هي البيئة التي تنتج فيها الخدمة و تقدم ، و بمعنى اخر هي مظهر المباني ، النظافة ، و يعبر من خلالها عن الخدمة المقدمة و تساهم في بناء انطباعات لدى المرضى ، و لتحقيق انطباعات ايجابية عن الخدمة فإن الأمر يستوجب الربط مع العناصر الملموسة للتعبير عن جودة الخدمة من خلال أدوات العلاج و التشخيص ، و التجهيزات السريرية و المستلزمات الفندقية و مظهر الأثاث و الأبنية و التكيف و لباس العاملين و الأطباء الموحد ، و النظافة في المستشفى. (3)

ثانيا : أهمية العناصر المادية : تكمن أهمية الدلائل المادية الملموسة في أنها تحقق المزايا التالية:

1- يفيد في إضافة القيمة لخدمة المستفيد؛

2- يسهل عملية الخدمة بتقديم المعلومات من خلال الرموز ، اللافتات...؛

3- بناء التصور الذهني المطلوب لدى المستفيد بالتأثير في إدراكه لتكوين تقييم يقلل من مستوى مخاطرة قرار الشراء لدى المستفيدين المحتملين غير القادرين الحكم عليها قبل الإستفادة منها ؛

4- يحقق التعاون بين مقدمي الخدمة فيما بينهم من جهة و بينهم و بين المريض من جهة أخرى عن طريق المعلومات و التقنيات الطبية المستخدمة. (4)

1- نجاة العامري، مرجع سابق ،ص108

2- فريد كورتل، مرجع سابق، ص 350

3- فراس أبو قاعود و اخرون، مرجع سابق، ص424

4- فريد كورتل، مرجع سابق، ص 350

ثالثا : عناصر الدلائل المادية : يتخذ الدليل المادي أشكالا عدة و منها على سبيل المثال مظهر الموظفين و هندامهم ، المعدات المستخدمة ، المظهر الخارجي للمبنى و الداخلي و نظافته ، الموقع ، التقارير...الخ و لقد حدد أهم عناصرها كما يلي :

أ- موقع المستشفى : في أن تكون على أرض متينة (تتحمل عدد الطوابق) و مفتوحة (حركة الهواء) ، بالقرب من المؤسسات الصحية الأخرى ، يمكنها الحصول على الكهرباء و الغاز و الوقود و وسائل النقل و التوسع مستقبلا بعيدا عن أخطار الزلازل و المستنقعات و الضوضاء ، أن لا تكون مهب الرياح الشديدة أو الرطوبة و الحرارة العاليتين...الخ

ب- النظافة : تعد البيئة النظيفة المستخدمة كمنفذ للخدمة عنصرا يسهم في التأكيد للمستفيد المحتمل على أن يتخذ قرار الشراء و لاسيما في خدمة تتعلق بالصحة.

ج- حجم المستشفى : كبيرة أم صغيرة و الذي يتحدد بعدد الأسرة و البحوث المنجزة ، فيكون المستشفى صغيرا عندما يتراوح عدد أسرته بين 50-100 و متوسط بين 100-300 و كبير بين 300-600 على أساس 5 أسرة لكل 1000 نسمة.

د- نوع المستشفى: متخصصة أم عامة ، حكومية أم خاصة ، نسائية أم أطفال أم رجالية أم مختلطة ، مدة العلاج و الرقود طويلة أم قصيرة.

هـ- تقنيات الأجهزة الطبية : التي شهدت تطورا سريعا انعكس ايجابيا على أداء المستشفيات بشرط التوازن بين الموارد المتاحة و الحاجة الفعلية لها نظرا لارتفاع أثمانها و كلف صيانتها . (1)

2-4-4-2 الأفراد (الناس) : نظرا لأهمية العنصر البشري في مزيج التسويق الصحي فقد تم التركيز عليه نظرا لأهميته ليس في دعم المزيج التسويقي للمؤسسة الصحية و العمل على تكامله و تناسقه فقط بل في العملية التسويقية كاملة ، إذ لا يمكن تحقيق أهداف المؤسسة بدون تعبئة لمواردها البشرية ، فالمؤسسات الصحية تتطور بجهود و أفكار موظفيها و لكي يحققوا هذا الدور المنوط بهم ينبغي أن يكونوا على مستوى عال من الكفاءة و الفعالية في أداء وظائفهم. (2)

1- فريد كورتل، مرجع سابق، ص 351.

2- نجا العامري، مرجع سابق، ص 105

فنجاح المؤسسات الصحية في إنتاج و بيع خدماتها يعتمد على استخدام العنصر البشري بشكل مباشر و أن هذا لا يتم إلا من خلال تحقيق الاتصال المباشر بين مقدم الخدمة و المستفيد منها مثل الخدمات الصحية حيث تتطلب عملية الحصول عليها تحقيق درجة عالية من الاتصال الفعال و المتكامل بين مقدم الخدمة الصحية و المستفيد منها لحساسية و أهمية هذه الخدمة و لعدم إمكانية الاتصال غير المباشر في تقديمها أو الاستفادة منها على أن يكون هذا الاتصال مباشرا و فعالا و متكاملا بين المستفيد من الخدمة الصحية (المريض) و مقدمها (الكادر الطبي).⁽¹⁾

و يقصد بهذا العنصر من المزيج التسويقي للخدمة مجموعة الأشخاص المشاركون في تقديم الخدمة الصحية للمستفيد منها و لهم القوة التأثيرية على قبولهم لتلك الخدمة و يتمثلون بالأطباء ، الهيئة التمريضية ، الإدارة ، العاملين في الخدمة... الخ بحيث يسعى هؤلاء الأفراد إلى جعل العلاقة التي تربط المريض بالمؤسسة الصحية هي علاقة إنتماء و وفاء من خلال الخدمة الصحية المقدمة.⁽²⁾ ذلك أن الأطباء الأخصائيين منهم و العاميين و المرضى و درجة تأهيلهم و خبراتهم قد تزيد أو تخفض من مستوى الأداء العام للخدمة الصحية ، كما أن طريقة تعامل الأشخاص المقدمين للخدمة الصحية تؤثر بشكل كبير على نوعية المدركات الحسية للمرضى في المؤسسات الصحية.⁽³⁾ فالخدمات تتصف بكثافة العمل مما يجعل عملية الاتصال و الاحتكاك بين مقدمها و المستفيد منها على درجة عالية و أن أداء الأفراد يشكل مخرجات الخدمة لذلك يتطلب أن يكون مقدمو الخدمات ذوي أداء عال و ذلك من خلال التعزيز التفاعلي و على النحو التالي :

- 1- زيادة المتابعة و الاتصال بالمستفيدين و أن للعلاقات و التفاعل دورا مهما و أساسيا في حث الأفراد على الاستفادة من الخدمات الصحية؛
- 2- تقليل الشعور بالمخاطرة حيث أن الاتصال بين مقدم الخدمة و المستفيد يلعب دورا كبيرا في تقليل الشك و عدم التأكد و المخاطرة لأن المستفيد يضع حياته بين مقدم هذه الخدمة؛
- 3- الاتجاه نحو استخدام الآلات و المعدات المساعدة لأنها توفر للمستفيد جانبا مهما من الثقة في التشخيص و العناية و العلاج الذي سوف يحصلون عليه.⁽⁴⁾

1- ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص1

2- نجاة العامري، مرجع سابق، ص105

3- محمد ابراهيم عبيدات، جميل سمير دبابنة، مرجع سابق، ص2

4- ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص171

و لقد ظهر العنصر البشري في النموذج التقليدي للمزيج التسويقي الذي وصفه بوردين بالبيع الشخصي ، إلا أنه يجب الأخذ بالاعتبار أمرين : أن الأفراد الذين يلعبون دورا مهما في العمليات و الإنتاج في مؤسسات الخدمات (الشيف في مطعم مثلا) يشكلون جزءا مهما من الخدمة ذاتها ، بل يساهمون في إنتاج الخدمة مثلها مثل مندوبي البيع ، فالعاملون في مؤسسات الخدمات يقومون بوظيفتي الإنتاج و البيع معا ، فمن الصفات المميزة في كثير من مؤسسات الخدمة أن الموظفين المنتجين يقومون بأدوار مزدوجة فطريقة إنجاز الخدمة أو تقديمها تعد حاسمة بالنسبة لبيع الخدمة تماما كما هو الحال في نشاط البيع التقليدي ، و هذا يعني أن إدارة التسويق تتخبط بشكل واضح في الجوانب التشغيلية للأداء و بالتالي تؤثر و تراقب على أبعاد العلاقة بين المستفيدين و القائمين على تقديمها فالدور الأساسي للموظفين المقدمي للخدمات يكمن في الخدمات ذات الاتصال العالي و هذا يتطلب من الإدارة حسن اختيار و تدريب و تحفيز الموظفين و رقابتهم.

و الجزء الآخر الذي يرتبط في إنتاج الخدمة هو العلاقة التفاعلية بين المستهلكين المستفيدين ، إذ أن إدراك المستفيد لجودة الخدمة المقدمة يتشكل و يتأثر بنوع المستفيدين الذين تخدمهم المؤسسة ، و المشكلة التي يواجهها المديرون في مثل هذه الحالة تكمن في صعوبة السيطرة على نوعية طبيعة التفاعلات القائمة مع المستفيدين و إدارة مثل هذه العلاقات. (1)

2-4-4-3 العمليات و الإجراءات :_حيث نتطرق لمفهوم العمليات أو الإجراءات و أهميتها:

أولا : مفهوم العمليات و الإجراءات :

هي العمليات المترابطة و المتسلسلة و المتكاملة معا التي تدفع باتجاه إنتاج خدمة ذات مواصفات و خصائص تعمل على إشباع مختلف الحاجات و الرغبات ، أو أنها الأنشطة و العمليات التي تؤدي أثناء تقديم الخدمة و إدارة التفاعل بين مقدمها و مستقبلها ، كما أنها الإجراءات الفعلية و الروتين و تدفق النشاطات التي من خلالها يتم توصيل الخدمة .

و تستحق العمليات تضمينها في المزيج التسويقي الموسع لأنه إذا ما فشلت العمليات المساعدة في توصيل الخدمة إلى المريض فلا يمكن بناء أي علاقة ، فإذا كانت عملية إنتاج السلع غير ذات

أهمية في الخدمة على العكس من ذلك ، فالمستفيدين يتأثرون كثيرا للأسلوب أو الطريقة التي يخدم فيها العاملين و زمن الانتظار و الحدود بين المستفيد و المنتج .⁽¹⁾ و تبدأ العمليات و الإجراءات منذ لحظة دخول المريض إلى المستشفى و في قاعة الاستقبال مروراً بتلقيه العلاج و انتهاء بالخروج من المستشفى.⁽²⁾

فعملية حصول المريض على خدمة الجراحة مثلاً تتكون من مجموعة من المراحل المتسلسلة و المتمثلة في : الاستقبال ، التوجه إلى قسم الأشعة ، التوجه إلى قسم العمليات لإجراء العملية الجراحية...⁽³⁾ فهي الخدمات التي تشمل على الخدمات التمريضية من حيث العناية و المراقبة المناسبة لأحوال المرضى داخل المستشفيات ، كما تمثل الخدمات الصحية أيضاً قضايا السرعة و الدقة و العدالة في الحجز للمرضى بحيث يتم معاملة كافة المرضى بطريقة ودية و إنسانية مع إعطائهم العناية اللازمة .⁽⁴⁾

و يعد سلوك الموظفين في مؤسسات الخدمات عاملاً مهماً ، و كذلك العمليات في كيفية تقديم و توصيل الخدمة فالترحيب و الاستقبال الحسن و اهتمام الموظفين يساعد على التغلب على مشكلة الانتظار للحصول على الخدمة أو غيرها ، إلا أنهم لا يعوضون عن مثل هذه المشاكل . فكيفية عمل النظام الكلي و الإجراءات المعمول بها ، درجة الآلية المستخدمة ، درجة الحرية المعطاة للموظفين ، درجة اشتراك المستهلكين في إنجاز الخدمة ، تدفق المعلومات و أنظمة المواعيد و الحجوزات و الانتظار ، مستوى القدرة المتاحة... كلها جميعاً هي من اهتمامات إدارة العمليات ، إلا أن أهمية هذه الجوانب في توقعات رضا المستفيدين بالخدمة المعروضة يجعلها أيضاً موضع اهتمام إدارة التسويق.⁽⁵⁾

1- فريد كورتل، مرجع سابق، ص356

2- فراس أبو قاعود و اخرون، مرجع سابق، ص424

3- لعجال العمرية، مرجع سابق، ص16

4- محمد ابراهيم عبيدات، جميل سمير دبابنة، مرجع سابق، ص25

5- هاني حامد الضمور، مرجع سابق، ص77

ثانيا : أهمية العمليات : إن تصميم و إدارة العمليات و الإجراءات في المؤسسة تساعد في :

- 1- تحقيق جودة الخدمة المقدمة بتقليل وقت الانتظار؛
- 2- يولد الانطباع الأول لدى (المريض،الزائر) لحظة دخوله المستشفى؛
- 3- تقليل الإجراءات الروتينية لدخول و مغادرة المريض المستشفى؛
- 4- الالتزام بالمواعيد وفقا لجدولة مخططة للعمليات؛
- 5- جذب مستفيدين محتملين و كسب رضا الحاليين و ضمان وفائهم للمؤسسة؛
- 6- تحقيق الكفاية و الفاعلية للمؤسسة باعتماد التخطيط و التدقيق بمراعاة مطابقة المعايير المحددة و عدم تجاوزها سلبا أو إيجابا لأثرها في الاتجاهين. ⁽¹⁾

خاتمة الفصل الثاني :

مما سبق نصل للتأكيد على الدور الهام الذي يلعبه التسويق في المؤسسات الخدمية على اختلاف طبيعة الخدمات التي تقدمها سواء كانت خدمات مصرفية ، فندقية ، سياحية أو صحية ، فالتسويق بات اعتماده من قبل المؤسسات الخدمية أكثر من ضروري في وقتنا الحالي نظرا للتغيرات التي مست سلوك المستفيد و ميولاته من جهة و تزايد رتم المنافسة بين المؤسسات في سوق الخدمات المحلي و الدولي من جهة أخرى ، فالممارسة التسويقية ليست حكرًا على المؤسسات المنتجة للسلع المادية فقط بل تعدت ذلك ، و أصبحت تمارس في كل المؤسسات مهما كان نشاطها.

و قد تمثلت المحاولات التقليدية في المستشفيات و المؤسسات الصحية في تقديم الخدمات الصحية التي يرغبها الأطباء و مديروا المستشفيات و ليس التي يطمع فيها المرضى ، فالمؤسسات الصحية المعاصرة أصبحت بحاجة كبيرة لتبني المفهوم الحديث للتسويق بعناصره و أدواته و استراتيجياته المختلفة ذلك أن المؤسسات الصحية الحالية كالمستشفيات الحكومية و غيرها من المؤسسات الأخرى تعيش مراحل كبيرة من النمو أو النضج أو التراجع و حتى تضمن لنفسها فترات أطول في البقاء في المراحل الأولى - كالتقديم و النمو و النضج - من حياتها و في بيئة كلية و جزئية تتغير بحكم التطورات التكنولوجية

و الفنية الهائلة في المجال الصحي و الدوائي و من ناحية وسائل الاتصال الحديثة كالانترنت و المواقع الالكترونية التي تتطور باستمرار ، وعليه يتوجب على هذه المؤسسات القيام بواجباتها الكبيرة للتكيف مع هذه التطورات و بما يحقق لها البقاء و الربحية و رضا المستفيدين .

و يركز التسويق الصحي على الأنشطة و الفعاليات التي تهدف إلى جعل الأفراد أكثر استجابة للخدمات الصحية و بشكل طوعي و العمل على توعيتهم لمفهوم الصحة و الذي يعني به كمدلول أوسع و أبعد من مفهوم غياب المرض و إنما له أبعاد متعددة أو شمولية لأنه يتضمن أكثر من الصحة الطبيعية و يتضمن السمات الروحية و المهنية و الاجتماعية و الثقافية و العاطفية ،

و يمثل تطبيق عناصر المزيج التسويقي و بطريقة علمية الورقة الراجعة الأساسية للمؤسسات من مختلف الأنواع و الأحجام ، ذلك أن التطبيق العلمي لهذه العناصر هو الضمانة الأكيدة لتحقيق معظم الأهداف التي تحتويها أو تتضمنها الاستراتيجيات التسويقية للمؤسسات العاملة في بيئة متغيرة باستمرار.

الفصل الثالث

الفصل الثالث : رضا المريض .

تمهيد :

يعتبر الاهتمام بدراسة رضا المستفيدين عن خدمات المستشفيات و التعرف على آرائهم حولها حديثا نسبيا ، إذ تركزت معظم هذه الدراسات في الدول التي يكون للقطاع الخاص دور رئيسي في تقديم الخدمات الطبية خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية حيث يتوافر عنصر المنافسة بين مؤسسات الخدمات الطبية لاسيما و أن الربح يلعب دورا حاسما في استمرار هذه المؤسسات و نموها و تحسين مستوى خدماتها.

وإبان العشرين سنة الماضية استقر رأي علماء الاجتماع و النفس على أن حكم المريض على الرعاية الصحية يمكن قياسه بكل دقة من خلال عدة مؤشرات ، و لعل أهم هذه المؤشرات هو درجة رضا المرضى و التي يمكن معرفتها عن طريق استبيانات يعبر المرضى فيها عن احتياجاتهم و توقعاتهم و تصوراتهم لرعاية المستشفى ، و قد أشارت العديد من الدراسات إلى أن رضا المريض لا غنى عنه عند تقييم جودة الرعاية الصحية و تخطيطها و إدارتها .

و قد قمنا بتقسيم الفصل الثالث إلى ثلاث مباحث كما يلي :

- مدخل لرضا المريض

- تحليل محددات الرضا

- قياس رضا المريض.

3-1 مدخل رضا المريض

ينقسم هذا المبحث إلى ثلاثة مطالب ، مفهوم رضا المريض في المطلب الأول ، أهمية الرضا و السلوكيات الناجمة عنه في المطلب الثاني ، فالعلاقة بين جودة الخدمات و رضا المريض في المطلب الثالث .

3-1-1 مفهوم رضا المريض

إن البحوث التي تهتم برضا المريض هي نوعا ما نادرة ، ففي الأغلب الفريق الطبي ، المساعدين و الإداريين هم الذين يحددون توقعات المرضى و من ثم محددات الرضا ، إذ يجد المرضى صعوبة في التعبير عن توقعاتهم الحقيقية بالنسبة للمستشفى ⁽¹⁾ و الرضا بصفة عامة هو حكم عام على كل الخدمة و ليس على أحد مكوناتها (رضا جزئي) ، فتقييم الرضا هو نسبي ، هذه النسبية راجعة للمقارنة بين تجربة ذاتية يعيشها المستفيد و قاعدة مرجعية مبدئية يعود لها المستفيد. ⁽²⁾ فهو نتيجة تقييم آني و ذاتي لاستهلاك الخدمة ، و بعد عدة تجارب يصبح للمستفيد اتجاه لتقييم جودة الخدمات بشكل عام في ضوء مستوى الرضا و إدراكه لمكونات تقديم الخدمة ⁽³⁾ و الرضا عن الخدمات هو عبارة عن شعور أو موقف الزبائن نحو الخدمة و ذلك بعد استخدامها ، بحيث أن الزبون الراضي عن الخدمة سوف يقوم بالإقبال عليها مرة أخرى ، بالإضافة إلى نقل هذه الصورة الجيدة إلى الآخرين و حثهم على تجربة الخدمة . و على النقيض تماما فإن الزبون غير الراضي عن الخدمة سوف يبحث عن خدمة أخرى تلبي حاجاته و رغباته و تحقق له الرضا ، إضافة إلى نقل هذه الصورة السلبية عن الخدمة إلى الآخرين و تحذيرهم منها ، و هذا ينعكس بدوره على صورة المؤسسة في أذهان الآخرين. ⁽⁴⁾ لذلك ينصح بضرورة قياس رضا الزبون مباشرة بعد الاستخدام قبل أن يتحول إلى اتجاه قد لا يعكس حقيقة مستوى رضا الزبون عن المنتج. ⁽⁵⁾

1-Ayoub Nefzi,Lassad Ghachem ,op.cit,p24

2- Nabil Mzouchi,Mourad Touzani,Olf Bouhlel,la mesure de la satisfaction dans le domaine du télé-achat :proposition d'une echelle,Echo-Gestion ,numéros5,tunisie,2005,p2.

3- Nha Nguen,op.cit,p83

4-عمر محمد رؤوف، محمود هياجنة،مرجع سابق،ص47

5- قطاف فيروز،مرجع سابق،ص 103

و لقد عرف مصطلح الرضا الكثير من الصعوبات مثل :

- 1- الرضا غير ثابت فهو يتطور مع الوقت ، تجارب جديدة و مستويات جديدة من الوعي أو المعرفة تعدل مستوى الرضا المحتمل ؛
 - 2- ممكن جدا أن يكون معقد و يكون ناتج عن مجموعة من التجارب السابقة ، الحالية و الظاهرة و في نفس الوقت الذي يتم تقييمه فيه؛
 - 3- يحدث الرضا في سياق اجتماعي متعدد و متقلب ، بحيث لا يمكن أن يكون متوقع أو مفسر؛
 - 4- المستفيد يمكن أن يواجه صعوبات في تفسير لماذا هو راضي ، خاصة إذا كان الأمر يتعلق بالأشياء الغير ملموسة للخدمات؛
 - 5- يمكن بسهولة التعبير عن أسباب عدم الرضا خاصة إذا كانت استثنائية. (1)
- أما رضا المريض فهو شعور المريض بالراحة عن مجمل الخدمات التي تلقاها خلال مدة إقامته في المستشفى و تشمل : الخدمات الطبية و التمريضية و الخدمات المرافقة (فندقية،طعام،نظافة،خدمات اجتماعية و نفسية) ، مما يولد إحساسا باهتمام الأطر الطبية و الخدمية به ، و يمنحه الثقة بالإجراءات التي يتبعها الأطر الطبية و الخدمية به و يخلق لديه شعورا ايجابيا يساعده على تقبل العلاج و التجاوب معه ، و هذا ما يؤدي بدوره إلى تحصيل نتائج علاجية أفضل مما ينعكس على جودة خدمات الرعاية الصحية . (2) فهو ردة فعل المريض حول التجربة الشخصية للخدمات الصحية . (3) و هو توجه يسمح بضمان لكل مريض عقود تشخيصية و علاجية تضمن أحسن نتيجة فيما يخص الصحة وفقا للحالة الحالية لعلم الطب بأحسن تكلفة بأقل خطر علاجي من أجل تحقيق أكبر رضا فيما يخص الإجراءات ، النتائج و العلاقات الإنسانية داخل النظام الصحي. (4)

1- Institut Européen d'administration publique,op.cit,p15.

2-أسامة الفراج،مرجع سابق،ص64

3- Alain Lopez et Pierre-Louis Remy ,Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé,rapport n=RM2007-045P,mars 2007,IGAS,p24

4-Gérard Lairy,la satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé national d'accréditation et dévaluation en santé,revue de la littérature médicale,septembre2006,France,p10

فالمريض الراضي أكثر تعاوناً و قبولاً لتوجيهات الطبيب و توصياته مما ينعكس بشكل ايجابي على التشخيص و المعالجة بعكس المريض الغير راضي الذي يصعب التعامل معه. (1)

و هو الفرق بين ما هو متوقع و ما يتم إدراكه ، إذ يجب الأخذ بعين الاعتبار الدراسات حول ردة فعل المرضى لتقليص الفجوة و مواجهتها ، فلقد أصبح حتمي معرفة توقعات المرضى. (2)

فالدراسات في الميدان الصحي تشير إلى أن مريض من ثلاثة يعتبر انه لم يتم إعلامه جيداً حول مرضه و طريقة علاجه ، و مريض من اثنين يصعب عليه الحصول على معلومات تكميلية للمعلومات التي حصل عليها من الطبيب . المرضى غير الراضيين يمثلون 30 إلى 40% من المرضى المعالجين و أغليبيتهم يبحثون باستمرار عن المعلومات حول طريقة علاجهم. (3)

3-1-2 أهمية رضا المريض و السلوكيات الناجمة عنه:

و يتكون هذا المطلب من فرعين أساسيين ، أهمية رضا المريض في الفرع الأول و السلوكيات الناجمة عن رضا المريض في الفرع الثاني :

3-1-2-1 أهمية رضا المريض.

اكتسب مفهوم رضا المرضى في مجال الخدمات الصحية أهمية خاصة كونها أكثر الخدمات أهمية للإنسان نظراً بالنسبة لارتباطها الوثيق بكيانه النفسي و الجسدي ، و تزداد أهميتها في العالم الثالث حيث الرعاية الصحية في أدنى مستوياتها و ارتباط الأمراض بعوامل إضافية تساعد على انتشاره و تزيد من صعوبة معالجته كالفقر و الجهل و نقص مراكز الرعاية الصحية و عدم توافر الأدوية و الأطباء ، مما جعل الكثير من المؤسسات ذات الصلة (و لا سيما المستشفيات) تقوم ببحوث و دراسات كثيرة و دائمة عن درجة رضا مرضاها عن الخدمات التي قدمت و تقدم لهم و سبل تحسين مستوى هذا الرضا. (4)

و يشير كل من اوسبورن و جابلر في كتابهما إعادة اختراع الحكومة إلى أن تحقيق احتياجات المستفيد هو أفضل أسلوب للبقاء و المنافسة و أن الإدارة الحكومية يجب أن تتبذ الفكر التقليدي

1-محمد طعمانة، أثر مستوى الخدمة على رضا المستفيدين من خدمات المراكز الصحية في محافظة المفرق، مؤتم

للبحوث و الدراسات، المجلد العاشر، العدد السادس، 1995، ص246

2-Gérard Lairy, op.cit, p10

3-Jean-Claude Andreani & all , op.cit , p5

4- أسامة الفراج، مرجع سابق، ص56

البيروقراطي الذي ينظر إلى المستفيد بأنه صاحب حاجة و هذه الحاجة لا يمكن الحصول عليها إلا عن طريق الإدارة الحكومية و بالتالي فلا حاجة إلى الإبداع حيث لا يوجد منافس و أن الخدمة مقبولة من قبل المستفيد مهما كانت صورتها.

كما تتجسد أهمية رضا الزبون في اجتهاد المؤسسات الخدمية على مقابلة احتياجات الزبائن الفعلية و المتوقعة ، كما أن للرضا خمسة عناصر أساسية هي : التوقعات : حيث يضع الزبائن توقعاتهم عن الخدمة التي سوف تقدم لهم، الأداء :يقوم الزبون بتلقي الخدمة و إدراك مستوى أدائها ، المقارنة : يقارن الزبائن بين توقعاتهم التي سبقت تلقي الخدمة و بين الادراكات المختلفة تجاه هذه الخدمة المقدمة، التأكيد/عدم التأكيد: فتكون نتائج المقارنة مؤيدة و مؤكدة للتوقعات (عندما يتساوى الأداء الفعلي مع المتوقع) ، التعارض: و هو إذا ما كانت مستويات الأداء غير متساوية ، و بذلك نجد أن الزبون يقوم بمقارنة الخدمة المقدمة فعلا و مدى تحقيق الجودة في أدائها مع الصورة الذهنية لديه عن هذه المؤسسة الخدمية التي يتعامل معها حتى يستطيع الحكم على الخدمة المقدمة له و من ثم رضاه أو عدم رضاه عن الخدمة.⁽¹⁾

و هذا ما جعل المدراء في القطاع الحكومي يتجاهلون المستفيد خاصة في الخدمات التي لا يمكن الحصول عليها إلا من الحكومة ، كما يرى المديرون بأن رضا المستفيدين لن يؤثر بصورة أو بأخرى فيما تحصل عليه المؤسسة حيث أن المؤسسة في القطاع الخاص يزداد العائد لديها جراء رضا الزبائن. إن الزبائن هم سبب وجود الإدارة الحكومية و يتوقف نجاح أي إدارة في تحقيق الجودة على رضا الزبائن و هو المقياس الذي يجب أن تسترشد به لقياس مدى نجاحها و الإرتقاء بمستوى الخدمة المقدمة إليهم ، فرضا الزبون له دور كبير في تحقيق الكفاءة في الأداء ، و بالتالي فإن هناك أهمية لسماع صوت الزبون سواء من خلال المتابعة أو البحوث المتعلقة بقياس الرضا أو الإتصال بهم أو التقارير أو شكاوى الزبائن أو أي وسائل أخرى ، و من هنا فإنه يمكن القول تجاوزا بأن يتولى الزبون القيادة حيث يعرف الزبون ما هو المهم له و أن يقيم الخدمات التي تحقق رغباته ، و يتميز نظام التوجه بالزبون بأنه:

1- عماد محمد عبد العال و اخرون، قياس جودة خدمة الأغذية و المشروبات و أثرها على رضا العملاء-دراسة

ميدانية بالتطبيق على الفنادق ذات الخمس نجوم في مصر،مجلة اتحاد الجامعات العربية للسياحة و

الضيافة،المجلد الرابع،العدد الأول،مصر،2007،ص101

- 1- يشعر مقدم الخدمة بأنه محاسب من قبل الزبون؛
 - 2- يؤدي إلى تحقيق مقدمي الخدمة لمزيد من الإبداع؛
 - 3- يمنح الزبون حرية الاختيار؛
 - 4- يقلل الفائض أو التالف حيث يتم تقديم الخدمة وفقا للطلب ؛
 - 5- تمكين الزبون من المفاضلة بين الخدمات يخلق مزيدا من الوفاء و الإلتزام من الزبائن. ⁽¹⁾
- و قد أبرزت العديد من الدراسات أهمية و فائدة التعرف على آراء المرضى و أحكامهم الشخصية حول الخدمات الطبية كأحد المؤشرات الهامة على جودة الرعاية الطبية ، و قد أشارت هذه الدراسات إلى بعض أسباب القيام بالدراسات و البحوث المتعلقة بمدى رضا المرضى عن الخدمات الطبية كما بين بعضها أوجه و مجالات الاستفادة من نتائج هذه الدراسات في مجال تطوير الخدمات الطبية و من هذه الأسباب ما يلي :
- 1- أن الهدف النهائي للخدمات الطبية هو ضمان الصحة الجسدية و النفسية للمريض و حيث أن رضا المريض عنصر مهم من عناصر الصحة النفسية فإن تحقيق أعلى معدلات الرضا يكون أحد أهداف الرعاية الطبية؛
 - 2- بجانب كون رضا المريض هدفا للرعاية الطبية في حد ذاته يمكن النظر إليه أيضا باعتباره وسيلة لتحقيق أهداف أخرى فمن المتوقع أن يكون المريض الراضي أكثر تعاونا مع الأطباء و جهاز التمريض و أكثر قبولا و تنفيذا لتوصياتهم من المريض غير الراضي ، الأمر الذي يؤدي إلى الوصول إلى التشخيص السليم و العلاج الملائم ، أما المريض غير الراضي عن الخدمات الطبية المقدمة له فلن يكون متعاوناً بالصورة المطلوبة بل يصعب التعامل معه و كذلك معالجته؛
 - 3- يتطلب تقديم خدمات طبية فعالة وجود مشاركة مسئولة من قبل المتلقين لهذه الخدمات ، حيث يحتاج الأمر وجود قناة اتصال فعالة بين مقدمي هذه الخدمة و المستفيدين منها ، و يمثل استطلاع آراء المرضى حول هذه الخدمة و بصورة دورية الخطوة الأولى الصحيحة و الضرورية لتطوير قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمات الصحية و بين مقدميها؛

4- أن رضا المريض مهم جدا كمقياس لجودة و فعالية الرعاية الطبية و ذلك لأنه يوفر المعلومات حول مدى نجاح مقدمي الخدمات (المستشفيات) في العمل وفق تقييم المرضى و محاولة قياس مستوى رضاهم عن الخدمات وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية و التخطيط للرعاية الصحية و وضع السياسات المتعلقة بها. (1)

3-1-2-2 السلوكيات الناجمة عن حالة الرضا :

يظهر الزبون الراضي مجموعة من الاستجابات تترجم حالة و مستوى الرضا الذي حققه من اقتناء المنتج و تتمثل هذه السلوكيات في :

- 1- سلوك تكرار الشراء : يختلف سلوك تكرار الشراء عن سلوك الوفاء ، فسلوك تكرار الشراء لا يشترط أن تكون الشراءات متتالية في حين أن الوفاء يتطلب ذلك ، إضافة إلى أن الدراسات أثبتت أنه يوجد ارتباط كبير بين مستوى الرضا و ظهور نوايا تكرار الشراء لدى الزبون لاحقا. و يعتبر تأثير الرضا على تكرار الشراء أكبر من تأثير الجودة لأن إدراك جودة مرتفعة لا يقود بالضرورة إلى تكرار الشراء إن لم تؤدي هذه الجودة إلى تحقيق مستوى معين من الرضا ، و هذه العلاقة الأخيرة لا تعتبر قطعية لأن الجودة ليست الضمان الوحيد لرضا الزبون.
- 2- اتصال من الفم إلى الأذن ايجابي : يعد سلوك التكلم بكلام ايجابي عن المنتج (سلعة أو خدمة) من أهم السلوكيات الايجابية الناتجة عن الرضا ، إذ يقوم الزبون بتخزين الشعور و الانطباع الناتج عن تجربته الاستهلاكية في ذاكرته لينقلها إلى الأفراد الذين من حوله ، و يشكل هذا النوع من الاتصال وسيلة إعلامية مجانية و ذات فعالية كبيرة في جذب زبائن جدد للمؤسسة كونه يؤدي إلى :

- أ- إعطاء مصداقية أكبر للمعلومات الايجابية التي يتحصل عليها ؛
 - ب- تشكل خبرة الزبون الراضي من العوامل التي تؤثر في بناء اعتقادات الآخرين؛
 - ج - توجيه سلوكيات الآخرين في اتجاه ايجابي نحو المنتج أو العلامة.
- و قد أثبتت الأبحاث الأثر الكبير للاتصال الايجابي كون الزبون الراضي يحدث ثلاث أفراد على الأقل عن انطباعه الايجابي ، في حين الزبون غير الراضي ينقل استياءه إلى ما لا يقل عن عشر

1-فهاد بن معتاد الحمد،صالح بن عبد الرحمن الشهيبي،خدمات المستشفيات...استطلاع انطباعات و آراء

- أشخاص، و من هنا تجد المؤسسة نفسها ملزمة لبذل كل جهودها لتفعيل رضا الزبون من أجل زيادة الدعم الذي يقدمه اتصال الزبون الايجابي لمصادقية المؤسسة خارج الميزانية الاتصالية؛⁽¹⁾
- 3- الرضا لديه تأثير كبير على المردودية: رضا المستفيد يعتبر من الأهداف الأساسية لكل مؤسسة ، فهذه المؤسسات تعرف أن رضا المستفيدين الحاليين هو أكثر مردودية من البحث عن مستفيدين جدد لتعويض المفقودين فمثلا : إذا أدرك المستفيد خدمة جيدة يقوم عامة بنشر هذا الرضا لحوالي 9 أو 10 أشخاص من محيطه ، كما تعتمد الكثير من المؤسسات اليوم على الكلمة الايجابية بينما المستفيد الغير راضي فينقل عدم رضاه إلى ما بين 15 إلى 20 شخص ، كما أن تكلفة الحصول على زبون جديد هي 10 مرات أكبر من تكلفة المحافظة على زبون حالي، بالإضافة إلى أن التأثير السلبي يمكن أن يبقى مع الشخص سنوات لارتباطه بذكرى مخيبة و تجربة سلبية و قد لاحظت جامعة Michigan أن نسبة زيادة مئوية واحدة للرضا تؤدي إلى زيادة متوسطة تصل إلى 2.37 من المردودية⁽²⁾
- 4- تجنب المصاريف الترويجية الإضافية الموجهة لإعادة تصحيح المعلومات أو الصورة التي تكونت نتيجة الاتصال السلبي لزبون غير راضي ، إذ يعتبر جد صعب لأن الفرد بطبيعته اقل استعدادا لتغيير الأفكار المرسخة في ذاكرته.⁽³⁾
- كما أن الزبون الراضي هو أفضل قناة ترويجية لأنه لا يحمل المؤسسة أي تكاليف مقابل إسهاماته الترويجية فهو يعد بمثابة إعلان غير مدفوع الأجر ، بالإضافة إلى إن رضا الزبون لم يعد من المهام المنوطة بالإدارة التسويقية فقط و إنما امتد إلى كل العاملين⁽⁴⁾
- 5- الوفاء : ما يميز حالة الوفاء عن سلوك تكرار الشراء أنه إضافة إلى عملية الشراء المتتالية لنفس المنتج أو العلامة هو وجود نوع من الارتباط و التعلق ينشأ بين الزبون و العلامة ، في حين يكون سلوك الشراء ناتج فقط عن العادة أو وفرة المنتج بالقرب من الزبون ، إذ أن الزبون الراضي يكون لديه استعداد للوفاء للعلامة أو المؤسسة انطلاقا من :

1- حاتم نجود،تفعيل رضا الزبون كمدخل استراتيجي لبناء ولائه،مذكرة ماجستير،جامعة الجزائر، الجزائر،2005،

2006، ص68/

2-C.N.Krishma Naik,Swapna Bhargavi,Gantasala V.Prabhakar,service quality and its effect on customer satisfaction in retailing,europeen journal of social sciences-volume16, number2,2010,p234

3- حاتم نجود،مرجع سابق،ص68

4- قطاف فيروز،مرجع سابق،ص102

- أ- الرضا حالة من الارتياح النفسي اتجاه منتج معين أو علامة ما تم اختيارها عن إرادة؛
- ب- الرضا بحث عن التناسق الداخلي ينتج من سعي الزبون الدائم لتبرير اختياره و دعمه بالمعلومات حتى لا يحس بالخطأ و الندم على الاختيار و هو ما يولد تناقض و حالة من التوتر غير مرغوب فيها حيث يسعى الزبون دائما لإقناع نفسه بأن اختياره صائب؛
- ج- حالة إعادة الرضا الناتجة عن إجابة المؤسسة و دراستها لشكوى الزبون تكون أعلى مستوى من حالة الرضا الأولية التي كان يحتمل حصولها ، فبالإضافة إلى تحقيق الرضا يترك ذلك اثر في نفسية الزبون و إحساسه بالاعتبار و الأهمية لدى المؤسسة نظرا لاهتمامها بشكواه و دراستها و سعيها الدائم على إرضائه و هذا يولد إلى جانب الرضا حالة من السرور تكون ذات أثر كبير في بناء علاقة بين الزبون و المؤسسة. (1)

3-1-3 العلاقة بين جودة الخدمات و رضا المريض .

إن العلاقة السببية بين الجودة و الرضا تمثل إشكالية غامضة ، فبعض الباحثين يعتبرون الرضا سابق للجودة المدركة يعني أن الرضا ناتج عن تجربة استهلاك تؤدي إلى اتجاه عام حول جودة الخدمات ، و بالمقابل يقول بعض الباحثين أن الجودة المدركة تسبق الرضا بينما ذهب آخرون إلى أن المفهومين يتأثرون ببعضهم البعض بالتبادل ، و تبقى هذه الفرضيات للاختبار في القطاع الذي يهمننا. (2)

فعلى الرغم من وجود علاقة بين الرضا و جودة الخدمة ، إلا أن الباحثين في هذا المجال مازالوا غير متفقين على أرضية مشتركة بخصوص المفهومين و لا يمتلكون رؤية واضحة و دقيقة حول طبيعة و ماهية و كيفية الترابط أو العلاقة الترابطية و التداخلية بين جودة الخدمة و رضا المستفيد. و لقد ميز Baeson ما بين الجودة و رضا المستفيد ، حيث ذكر أن الجودة هي موقف يكونه المستفيد من خلال تقييمه لعرض الخدمة و أن هذا الموقف غالبا ما يكون مبنيا أو مستندا على سلسلة من خبرات تقييمية سابقة و عليه فإن الجودة هي أقل ديناميكية قياسا إلى الرضا ، أما الرضا فهو عبارة عن الناتج النهائي للتقييم الذي يجريه المستفيد لعملية تبادل معينة.

1- حاتم نجود، مرجع سابق، ص 69

تصور مثلاً قيام المستفيد بإيداع سيارته لدى ورشة لإجراء صيانة دورية عليها ، إن مستوى الرضا المتحقق من عملية التبادل هذه سيتحدد في ضوء مستوى توقعات المستفيد السابقة مع الورشة و النهائي الفعلي للخدمة الحالية ، فإذا كانت النتائج الفعلية (المدركة) للخدمة تفوق ما كان الناتج متوقعا مثلاً إتمام عملية صيانة السيارات بسرعة و كفاءة عاليتين دون أن يضطر المستفيد لايجاد وسيلة نقل بديلة فإن المستفيد سيكون راضياً عن الخدمة و سعيداً بها و إلا فإنه يكون غير راض ، و يمكن لنفس المستفيد أن يحكم على جودة الخدمة التي يقدمها الميكانيكي بشكل شامل من خلال قيامه بإجراء مقارنات مع ميكانيكي آخر أو عدد من ورش صيانة السيارات ليقف على جودة الخدمة التي ينبغي لمورد الخدمة الأول أن يقدمها للمستفيد ، و في هذه الحالة فإن تعامله أو تبادل واحد لن يكون كافياً للحكم على جودة الخدمة.

و على الرغم من أن العديد من الباحثين يعترفون ضمناً بأهمية إدراك المستفيد لجودة الخدمة ، إلا أنهم يرون في نفس الوقت بأن لكل من جودة الخدمة و رضا المستفيد مفهومين يختلف أحدهم عن الآخر ، و التفسير الشائع لهذه الاختلافات يتمثل في أن جودة الخدمة بمثابة الموقف أو الاتجاه الذي يمثل تقييم الزبون الشامل للخدمة المقدمة إليه ، و يتم بناء هذا الموقف عبر سلسلة من التجارب ، أما الرضا و الارتياح فيعد النتيجة النهائية للتقييم الذي يجريه الزبون لأي خدمة قدمت له. و بالتالي فإن مجموع الخبرات المتعاقبة و المكتسبة من خلال التعامل مع الزبون الخدمية ستقودنا إلى إعادة تقييم لمستوى جودة الخدمة المقدمة للزبائن ، و بالتالي فإن تقييم الزبون لجودة الخدمة يكون محصلة لكل عمليات التعديل الإدراكي التي يقوم الزبون بإجرائها فيما يتعلق بجودة الخدمة ، و هكذا فإن رضا الزبون عن مستوى الأداء الفعلي له أثر مساعد في تكوين إدراك الزبون حول جودة الخدمة ، و عند تكرار عملية الشراء للخدمة فإن الرضا يصبح أحد المدخلات الرئيسية في عملية تقييم جودة الخدمة. ⁽¹⁾ و تعتبر جودة الخدمة من الأساسيات التي تسبق إرضاء الزبائن و في المقابل فإن رضا الزبائن يؤثر على قرار الشراء المستقبلي للزبون ⁽²⁾

و يرى بعض الباحثين أن الرضا ينحصر في تقييم جودة الخدمة و التأثير الذي تحدثه ، إلا أن اتفاقاً بين الباحثين على أن مفهوم الرضا و الجودة منفصلان و أنهما تراكيب متميزة و مترابطة من

1-مالك عدنان علي العمري، مرجع سابق، ص38

2- فارس محمود أبو معمر، قياس جودة الخدمة المصرفية في البنوك العاملة في قطاع غزة، ص78

حيث أن الرضا متوسط المدركات عن جودة الخدمة السابقة ليؤدي إلى معدل لجودة الخدمة التي يجب بناؤها. (1)

و عليه فإن جوهر الجودة يتمثل هنا في مقابلة احتياجات و متطلبات المرضى من الخدمة الصحية المقدمة لهم و التي يستوجب توافقها مع الاستخدام المسبق الذي يريده المريض ، و هذا التوافق يرتبط إلى حد كبير مع القيمة التي يتحسها من الخدمة الصحية و ما ينتج من رضا، و يمكن التعبير عن هذه العلاقة بالآتي : الرضا = الإدراك - التوقع.

إن درجة الرضا من الخدمة تمثل الفرق بين ما يمكن أن يدركه أو يحصل عليه المريض من الخدمة فعلا و ما كان يتوقع ان يحصل عليه قبل شرائه الخدمة ، أما من وجهة نظر المستشفى فإن جوهر الجودة لا ينحصر في حدود المطابقة للخدمة المقدمة مع المواصفات القياسية المحددة مسبقا أو تقديمها بأقل ما يمكن من الكلف ، بل امتدت إلى ما يحتاجه المريض و ما يتوقع أن يحصل عليه و بالتالي أصبحت جودة الخدمة الصحية المقدمة هي بمثابة ميزة نسبية على المستشفى أن يوظفها لتعزيز مكانته في السوق الصحي ، إن عدم إدراك هذه الميزة يعني وجود فجوة بين المستشفى و المريض عبر الخدمة الصحية المقدمة. (2) و بالتالي :

أ- يجب أن يحتل الزبون الأولوية الأولى لدى المؤسسة لأن بقاء المؤسسة يعتمد على الزبائن و مدى الرضا المتحقق لديهم؛

ب- الزبائن الموثوقين هم زبائن مهمون لأنهم يشترون بشكل متكرر من نفس المؤسسة ، أي أن الزبائن الراضيين عن جودة الخدمات التي يشترونها يصبحون زبائن موثوقين لأن رضاهم هو أساس استمرارهم في الشراء؛

ج- يتم التأكد من رضا الزبائن من خلال إنتاج خدمات ذات جودة عالية تتحسن باستمرار و لا تقف عند حد معين لأن رضا الزبائن ينطوي أيضا على وجود عملية التحسين المستمر. (3)

1- خضير كاظم حمود، روان منير الشيخ، إدارة الجودة في المنظمات المتميزة، دار صفاء للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى ، 2010، الأردن، ص98

2- رسمية أحمد أمين أبو موسى، أثر جودة الخدمة على الربحية و رضا العملاء في المصارف الأردنية (دراسة مقارنة بين بنك الإسكان و البنك الإسلامي الأردني، جامعة ال البيت، كلية الاقتصاد و العلوم الإدارية، قسم التمويل و المصارف، الأردن، 2000، ص66

3- صفاء محمد هادي الجزائري، علي غباش محمد، بشرى عبد الله شتيت، مرجع سابق، ص21

و السبب الرئيسي للتركيز على جودة الخدمات و الرضا هو محاولة تحسين الأداء العام للمؤسسة، و يذكر العديد من الباحثين الذين استخدموا سرفكوال في مختلف الخدمات (البيع بالتجزئة ، المطاعم ، الخدمات المصرفية ، الاتصالات السلكية و اللاسلكية ، تقديم الطعام في شركات الطيران ، الجماعات المحلية ، الفنادق و المستشفيات و التعليم) و يقترح أن جودة الخدمة أصبحت موضوعا هاما بسبب علاقته الواضحة بالتكاليف و الربحية و رضا المستفيدين و المحافظة عليهم و كلمة الفهم الايجابية ، و يعتبر على نطاق واسع محرك للتسويق و المؤسسات و الأداء المالي.

كما ركزت العديد من الدراسات على العلاقة بين الرضا و الجودة و ناقشت مختلف وجهات النظر فيما يخص العلاقة فالبعض يعتقد أن الجودة تؤدي إلى الرضا ، و اخرون يدعمون أن الرضا يؤدي إلى الجودة ، و بعض الباحثين اقترحوا أن الجودة و الرضا محددان بنفس الصفات أي تحدها الصفات ذاتها مثل باراسورامان سنة 1988 حيث حاول ربط المستفيد الراضي بجودة الخدمة و قد ناظر نموذج سرفكوال من أجل قياس هذا الاتجاه حيث أن المستفيد الراضي عن عملية خاصة يعني مستفيد حصل على رضا حول جوانب خاصة للخدمة. (1)

و ذهب باراسورامان إلى أنه كلما كانت الخدمة المدركة عالية سوف يؤدي إلى زيادة في رضا المستفيدين و قال أنه يؤيد ذلك حقيقة و أن جودة الخدمة تؤدي إلى رضا المستفيدين و هذا يتماشى مع كثير من الباحثين مثل Lee سنة 2000 الذين يؤكدون أن رضا المستفيد يستند إلى مستوى من جودة الخدمة المقدمة من طرف منتج الخدمة.

كما ذهب Fen و Lian سنة 2005 على أن كل من جودة الخدمة و رضا المستفيد لها تأثير ايجابي على نوايا إعادة الشراء ، كما لهما دور حاسم في النجاح و البقاء في سوق تنافسية. كما جاء Su و اخرون سنة 2002 بإجراء دراسة لمعرفة العلاقة بينهما ، و جاءوا باستنتاج مفاده أنه توجد تبعية كبيرة بين كل من جودة الخدمة و رضا المستفيدين و أن الزيادة في واحدة من المرجح أن تؤدي إلى الزيادة في الأخرى ، و أشاروا إلى أن جودة الخدمة هي أكثر تجريدا من رضا المستفيد لأن الرضا يعكس مشاعر المستفيد بينما قد تتأثر الجودة بإدراك القيمة (الفائدة نسبة إلى التكلفة) أو بتجارب الآخرين التي قد لا تكون جيدة. (2)

1-Chingang Nde Daniel,Lukong Paul Berinyuy,op.cit,p11

2-ibid,p37

فإذا وجد المريض أن عددا من المستشفيات في المدينة تقدم خدمات ذات جودة عالية جدا ، فإن تقييمه الشامل لجودة الخدمة التي تقدمها المستشفى التي يتعامل معها سيكون مستندا على أساس ما تقدمه المستشفيات الأخرى من الخدمات ، فالمستفيد هنا يكون مطلعا على جودة خدمات هذه المستشفيات و لن يقبل بخدمة طبية أقل مما تقدمه هذه المستشفيات و بعبارة أخرى فإن المستفيد يتوقع أن يحصل من المستشفى الذي يتعامل معها على خدمة متساوية أو أفضل من تلك المقدمة من قبل المستشفيات الأخرى.⁽¹⁾ فجودة الخدمات مرتبطة بمفهوم التوقع و مفهوم الإدراك⁽²⁾ و يلاحظ أنه على مدى العقد الماضي أصبح رضا المستفيد من الخدمة يعتبر أكثر فأكثر علامة على جودة الرعاية ، نظرا لكونه نتيجة مشروعة و مرغوبة فلا يمكن أن تكون الرعاية عالية الجودة ما لم يكن المريض راضيا عنها ، فرضا المريض مؤشر لمختلف جوانب الجودة في الرعاية و يمكن استخدامه كمقياس بديل لهذه الجوانب. كما أنه شرط أساسي للرعاية الجيدة إذ أن الأرجح أن يقدم المريض الراضي تعاوننا فعلا مع مقدم الرعاية الصحية ، و أن يقبل توصياته و يستمسك بها و يمتثل لأوامره ، و يحافظ على المواعيد و يعاود التماس الرعاية الصحية ، و الأرجح كذلك أن يشارك المريض الراضي في معالجته و يتعاون مع مقدم الرعاية الصحية بإفشاء ما يطلبه منه من معلومات طبية ، كما أن المريض الراضي يكون أكثر قناعة ، و قد يؤدي عدم رضاه عن الرعاية المقدمة إليه إلى البحث و التحري عن الأطباء و إلى المقاضاة على سوء الممارسة المهنية. كما يعتبر إرضاء المريض عاملا حاسما من عوامل تسويق الخدمات الصحية ، لاسيما مع تزايد المنافسة في سوق الرعاية الصحية ، فالمستشفيات وسائر المؤسسات الصحية تسعى إلى تحقيق أعلى مستوى ممكن من رضا المريض ، لا للحفاظ على قاعدة مرضاها فحسب بل لتوسيع هذه القاعدة كذلك.⁽³⁾ فرضا المريض هو مؤشر جد مهم لجودة الخدمات الصحية⁽⁴⁾

1- حميد الطائي، بشير العلاق، مرجع سابق، ص 250

2- مجد عارف العساف، مرجع سابق، ص 56

3- C.N.Krishma Naik, Swapna Bhargavi, Gantasala V. Prabhakar, op.cit, p235

4- Caroline Merdinger-Rumpler, op.cit, p2

3-2 تحليل محددات الرضا :

دراسة سلوك الرضا تتحدد ضمن مجال بثلاثة أبعاد أساسية هي **التوقعات** (القيمة المتوقعة) ، **الأداء الفعلي** (القيمة المدركة) ، **المطابقة أو عدم المطابقة** (بين التوقعات و الأداء)⁽¹⁾

3-2-1 توقعات المريض.

و يتكون هذا المطلب من ثلاث فروع ، مفهوم توقعات المريض في الفرع الأول ، تصنيفات توقعات المستفيدين و كيفية إدارة التوقعات في الفرع الثاني و العوامل المؤثرة على توقعات المستفيدين في الفرع الثالث :

3-2-1-1 مفهوم توقعات المريض

توقعات المستفيد بصفة عامة هي المعايير أو النقطة المرجعية للأداء الناتجة عن خبرات التعامل مع الخدمة و القابلة للمقارنة و التي إلى حد ما تصاغ في شروط ما يعتقد الزبون أن تكون في الخدمة أم سوف يحصل عليها.⁽²⁾

حيث تعبر عن الأداء الذي ينتظر أو يتطلع الزبون إلى الحصول عليه من اقتناء منتج أو علامة معينة ، و يعبر عنه بالقيمة المتوقعة قبل تنفيذ قرار الشراء و يمكن أن تحدد الجوانب الأساسية للتوقع الذي يكونه الزبون عن المنتج فيما يلي :

1-توقعات عن خصائص المنتج (الجودة المتوقعة): تتعلق الجودة بمجموع الخصائص التي يملكها المنتج في حد ذاته ، و التي يرى الزبون أنها ضرورية و مناسبة و يمكن أن تحقق له مجموعة من المنافع بعد استعمال المنتج ؛

2-توقعات عن المنافع أو التكاليف الاجتماعية : تتعلق المنافع الاجتماعية التي يمكن للزبون تحصيلها من اقتنائه للمنتج بصورة المنتج أو صورة العلامة ، و ما يمكن أن يمنحه للزبون من أثر ايجابي اجتماعي بمعنى ردة فعل الآخرين تجاه الزبون نتيجة اقتنائه لهذا المنتج سواء كان بالاستحسان أو الرفض؛

1- حاتم نجود، مرجع سابق، ص59

2- فليسي ليندة، مرجع سابق، ص64

3- توقعات عن تكاليف المنتج : يكون الزيتون مجموعة من التوقعات في مقابل المنافع ، و هي توقعات عن التكاليف أو السعر الذي يجد نفسه ملزماً بدفعه مقابل الحصول على المنتج بمجموع المنافع و المقصود بالسعر ليس المبلغ فقط بل يتضمن إضافة إلى السعر كل جهد مادي أو معنوي يبذله في سبيل الحصول على المنتج سلعة كان أو خدمة. (1)

و تشير الأبحاث و الدراسات إلى أن توقعات الزبائن توجد على مستويين مختلفين :

أ. **المستوى المرغوب** : و يتمثل في المستوى من الخدمة الذي يتمنى الزيتون الحصول عليه ، فهو خليط مما يعتقد الزيتون أنه من الممكن حدوثه و ما الذي ينبغي حدوثه؛

ب. **المستوى الملائم من التوقعات** : فهو يمثل ذلك المستوى من الخدمة و الذي يجده الزيتون مقبولا عنده ، و يتكون جزئيا من تقدير الزيتون مقدما لما سيكون عليه مستوى الخدمة؛

و يوجد بين هذين المستويين نطاق يعرف باسم منطقة التحمل و يقصد بها ذلك المدى من مستوى أداء الخدمات الذي يجده الزيتون مرضيا ، فإذا ما وجد الأداء الفعلي أقل من منطقة التحمل فإن الزيتون سيشعر بالإحباط و الندم ، أما إذا وجد مستوى الأداء الفعلي أعلى من منطقة التحمل فإنه سيشعر بالسعادة و الرضا و تزيد درجة وفائه للمؤسسة. (2) و هذا ما يفسره الشكل رقم (3-9) :

التوقعات المرغوبة
منطقة التحمل
المستوى الملائم

الشكل رقم (3-9) : مستويات توقعات الزبائن

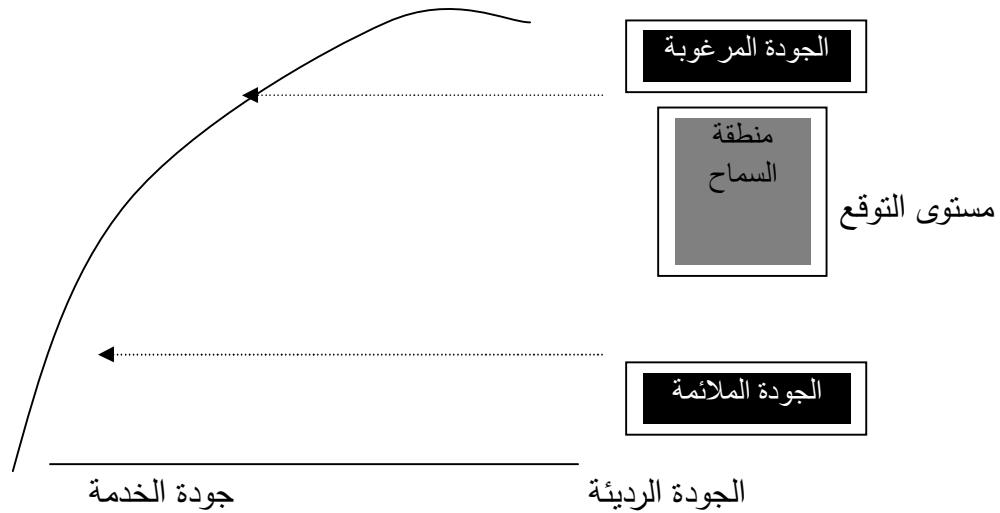
المصدر : هاني حامد الضمور، مرجع سابق، ص519.

و قد تكلم كل من Zeithaml و Parasuraman عن منطقة السماح التي تربط بين الخدمة المرغوب بها و الخدمة المقبولة . فالخدمة المتوقعة يتم مقارنتها مع الخدمة المدركة و التي تؤدي إلى رضا أو عدم رضا المستفيد. (3)

1- هاني حامد الضمور، مرجع سابق، ص518

2- نفس المرجع، ص518

و لتوضيح هذا المفهوم دعنا نأخذ مثالا على فرض أن أحد الزبائن يرغب في دفع قيمة فاتورة الهاتف في مدة لا تتجاوز 10 دقائق فإن هذا يطلق عليه اسم مستوى الخدمة المرغوبة ، و لكنه وفقا لخبرته مع شركة الاتصالات و مع الأخذ بالحسبان عدد الزبائن الآخرين الموجودين قبله الذين جاءوا أيضا لدفع قيمة فواتيرهم ، و وفقا لعوامل أخرى فإن انتظاره يمكن أن يتحمل 20 دقيقة و يعرف هذا المستوى بالمستوى المناسب للخدمة ، فإذا كانت الخدمة الفعلية استغرقت وقت بين 10 دقائق و 20 دقيقة (منطقة التحمل) ، فإن الزبون سوف يكون راضيا عن مؤسسة الاتصالات ، أما إذا كان الوقت الفعلي خارج منطقة التحمل فإن تأثيره سوف يكون أكبر سواء أكان ذلك أقل من 10 دقائق أو أكثر من 20 دقيقة ، و منطقة التحمل بطبيعة الحال تختلف من زبون لآخر ، بل من المحتمل أن تختلف من عملية خدمية إلى نفس العملية الأخرى مرة أخرى و لنفس الزبون ، كما أن منطقة التحمل تختلف باختلاف المؤشر المستخدم في تقييم جودة الخدمة من قبل الزبون مثل الثقة و الجوانب الملموسة و الاستجابة ، و بصفة عامة كلما زادت أهمية المؤشر للزبون قلت منطقة التحمل و الذي يعني الاستعداد المحدود لدى الزبون للتنازل عن المعايير الخاصة بالجودة التي يرغب فيها. و الشكل الآتي يوضح ذلك : (1)



الشكل رقم (3-10) : تحليل منطقة السماح لجودة الخدمة المتوقعة

المصدر : نجم عبود نجم، مرجع سابق، ص 306

إن تحليل منطقة السماح على مستوى الخدمة الكلية أو الخصائص المنفردة يمكن أن يقدم للإدارة وسيلة فعالة في تحليل الجودة المتصورة لدى الزبون و تحديد الفجوة بين المستوى المرغوب و الملائم كأهداف من أجل تضيقها كأساس في تحسين الجودة الكلية أو خصائصها المنفردة. و هذا يعني أن تقليص منطقة السماح يشير إلى تحسين الجودة و اتساعها يشير إلى تراجع الجودة إما بسبب المؤسسة أو بسبب ارتفاع مستوى توقعات الزبون. (1)

إن توقعات الزبائن تعد المحور الأساسي للحكم على جودة خدمة المؤسسة ، فالزبائن يحكمون على جودة الخدمة من خلال مقارنة ما يريدون أو يتوقعون و ما يحصلون عليه فعليا ، و من المهم أن تتوقع إدارة المستشفى تقييم المرضى لنوعية الخدمة الصحية المقدمة لهم أو التي ستقدم في فترة لاحقة لهم و لابد أن تكون هذه التوقعات عقلانية و يمكن تحقيقها. (2) رغم أن مهني الصحة يعتبرون الأكثر معرفة لتوقعات المستفيدين العلاجية لأنهم على علاقة مستمرة معهم و يملكون المؤهلات لتقدير وضعيتهم و تحديد العلاج الملائم. (3)

3-2-1-2 تصنيفات توقعات المستفيدين و كيفية إدارة توقعاته .

أولا : تصنيفات توقعات المستفيدين :

تعكس الأدبيات عدة تصنيفات لتوقعات المستفيدين حيث تتعدد التصنيفات بتعدد الخدمات إلا أنه و بشكل عام تم تصنيفها في أغلب الأدبيات إلى توقعات واضحة تتمثل في ما يتوقعه المستفيد أن يحدث مقارنة بخبراته السابقة حول مستوى الخدمة ، و توقعات ضمنية تتمثل في جانب التفاعل الإنساني بين مقدم الخدمة و المستفيد.

1- نجم عبود نجم، مرجع سابق، ص306

2- نجم العزاوي، فراس أبو قاعود، مرجع سابق، ص6

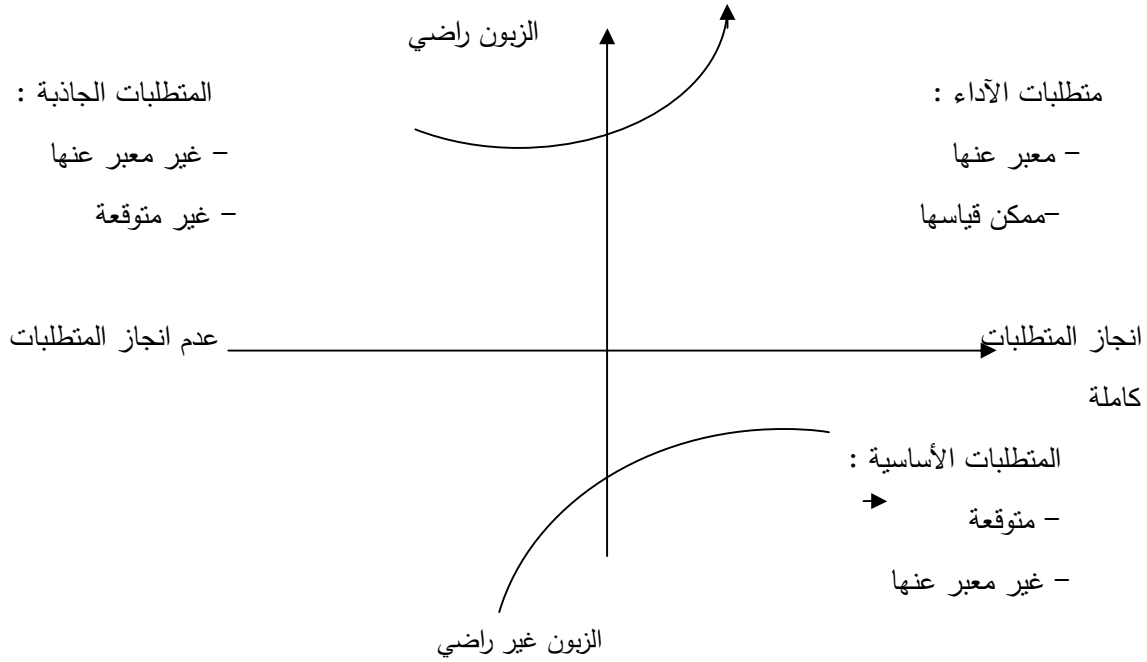
و قد صنفت إحدى الدراسات توقعات المستفيدين في الخدمات المهنية في فنلندا على ثلاثة أنواع : توقعات ضبابية Fuzzy ، و ضمنية Implicit و غير واقعية Unrealistic ، و شددت الدراسة على أن مهمة المؤسسات تتمثل في تحويل هذه التوقعات على التوالي إلى توقعات محددة Precise و صريحة Explicit و واقعية Realistic إلا أن الدراسة لم توضح كيفية التحويل الموصى بها في الدراسة⁽¹⁾

و يقسم نموذج كانو لرضا الزبائن متطلبات المنتج من حيث مدى تأثيرها في رضا الزبائن إلى ثلاثة أنواع و الموضح في الشكل التالي:

- 1- المتطلبات الأساسية : يتوقع أن تكون هذه المتطلبات موجودة في المنتج ، و بالتالي لا حاجة إلى التعبير عنها .إذا لم يتم تلبية هذه المتطلبات فإن الزبون لن يكون راضيا ، و بالمقابل إذا كانت هذه المتطلبات موجودة (من المسلم به أن تكون موجودة) فإن ذلك لن يزيد من مستوى رضا الزبون.
- 2- متطلبات الأداء : و فقا لمتطلبات الأداء و التي هي باتجاه واحد فإن مستوى رضا الزبون يتناسب طرديا مع درجة تلبية هذه المتطلبات ، فكلما كانت درجة تلبية هذه المتطلبات عالية كلما كان مستوى الرضا عالي و العكس بالعكس، و هذه المتطلبات يطلبها الزبون صراحة.
- 3- المتطلبات الجاذبة : إن هذه المتطلبات تحتل درجة من التأثير على درجة رضا الزبون ، و حسب طبيعة هذه المتطلبات فإنها غير معبر عنها من قبل الزبون ، و كذلك فهي غير متوقعة من قبل الزبون.إن الوفاء بهذه المتطلبات بدرجة معينة يعطي الزبون درجة أكبر من الرضا ، أما إذا لم يتم الوفاء بهذه المتطلبات فإن الزبون لن يشعر بعدم الرضا.⁽²⁾ كما يوضحه الشكل التالي:

1-معدني بن محمد ال مذهب،مرجع سابق ،ص170

2-محفوظ أحمد جودة،مرجع سابق،ص80



الشكل رقم (3-11) : نموذج كانو لرضا الزبائن

المصدر : محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص 81

و يصنف باراشورامان 1993 توقعات المستفيدين وفقا لجودة الخدمة المقدمة إلى مستويين : يتمثل الأول في المستوى المرغوب فيه Desired حيث تتحقق توقعات و إدراكات المستفيد حول ما يجب أن تكون عليه جودة الخدمة و يتمثل المستوى الثاني في الكافي أو المناسب Adequate الذي يعكس الحد الأدنى من التوقعات. و تأتي بين هذين المستويين منطقة التسامح e Zone d Tolerance التي يتغاضى فيها المستفيد عن بعض القصور وفقا لشخصيته و طبيعة الخدمة المقدمة و خبراته السابقة و أهمية الخدمة ، و يمكن هنا القول بأن هناك مستوى اخر على طرف النقيض من المستوى الأول و هو المستوى غير المرغوب فيه الذي لا يحقق توقعات المستفيد و يجعل ثقته بالمؤسسة أقل ، بل ربما أثر سلبا في بقية المستفيدين.

- أما على المستوى الصحي ، يمكن التفرقة بين 3 أنواع من التوقعات الصحية للمرضى : (1)
- 1- التوقعات التقنية-الطبية : و التي تمثل الحاجات العضوية الأولية ، فالمريض يحتاج إلى نوع من الأمان فهو مصاب في جسمه و ينتظر استجابة للإضطراب الذي هو فيه و للمعانة التي يعيشها و إعادة تأهيل جزئي أو عام للعمل الطبيعي لنظامه؛
 - 2- التوقعات النفسية و الاجتماعية : المتعلقة بالعلاقات الاجتماعية مع الوسط الجديد ، فالمريض فريسة القلق الناتج من الانقطاع عن وسطه و يتوقع الحصول على المعلومات و العلاقات المضمونة؛
 - 3- التوقعات الفكرية : تترجم الرغبة في الحصول على تقدير الذات رغم المرض . و للتحرر من المرض و خلق السلامة الجسدية و العقلية و الاجتماعية يتطلب تحديد نوعين من الاحتياجات (التوقعات):

- 1- مقدار الخدمات الصحية التي يشعر الفرد بضرورتها بالنسبة لحالته الصحية؛
- 2- مقدار الخدمات الصحية التي يعتقد الطبيب بأنها ضرورية ، و هذا اعتقاد مبني على تشخيص المرض.

- و قد تنشأ الاحتياجات عن متطلبات اجتماعية ، أو عن مرض محتمل أو الرغبة في أن يكون المرء بالفعل بمأمن من أي مرض محتمل و الاحتياجات يمكن تقسيمها إلى قسمين:
- 1- احتياجات تنشأ من المتطلبات الاجتماعية و تشمل أموراً مثل الكشف لأغراض التوظيف ، و الكشف الطبي الذي يسبق الزواج ، و متطلبات التحصين ضد المرض بصفة عامة ، و مثال ذلك الرغبة في الاطمئنان على الصحة كإجراء الكشف السنوي بصورة دورية للوقاية ، أو إجراء فحص سنوي للاطمئنان على عدم التعرض لمخاطر بعض الأمراض مثل السرطان؛
 - 2- احتياجات تنشأ بسبب ملاحظة المرء أعراض المرض و للتأكد منه يحاول المريض زيارة الطبيب لإجراء الفحص ، التشخيص و وصف العلاج ، و حتى إذا كان المريض متيقناً من أسباب مرضه فإنه لا يتردد في اللجوء إلى طبيبه للاستفادة من الخدمة الصحية.

بالإضافة إلى المشاكل الصحية السابقة هناك بعض المشكلات القليلة الأهمية مثل أمراض البرد الشائعة و التي يمكن حل مشكلتها ببساطة عن طريق شراء أدوية معروفة لديه من الصيدلية. (2)

ثانيا : كيفية إدارة توقعات الزبون : قد وضحها باراشورامان بأنها تعني ما يجب على مقدم الخدمة أن يوفره أو يقوم به من وجهة نظر المستفيد بدلا مما يمكن أن يوفره أو يقدمه للمستفيد. و تتشكل التوقعات عادة من خلال عدة مصادر منها على سبيل المثال لا الحصر حاجات و رغبات المستفيد و قيمه و فلسفته حول الخدمة بذاتها و الوعود التي يقرؤها أو يسمعها من مقدم الخدمة أو من الأصدقاء و الأقارب و احتكاكه بمستفيدين آخرين و خبراته السابقة ، و من ثم فإن إدارة هذه التوقعات تعنى جدية المؤسسات في ايجاد الوسائل لتلمسها و فهمها و تلبيةها ، الأمر الذي يزيد من فرص نجاح المؤسسة و زيادة رضا المستفيدين.

و مع أن توقعات المستفيدين قد توصف أحيانا من قبل المؤسسات بأنها غير منطقية ، فإن توقعات المؤسسة من المستفيدين في المقابل قد توصف بأنها غير منطقية أيضا من وجهة نظر المستفيدين ، كما أن المؤسسات المتميزة لا تنتظر المستفيدين لكي يدلوا بتوقعاتهم ، بل يجب أن تبحث عن حاجاتهم و تتلمس المشكلات التي تقابلهم ، ومن ثم حلها من خلال استراتيجيات تثقيف المستفيد و التواصل معه و وضع الحلول لتلبية هذه التوقعات و الاحتياجات.⁽¹⁾

و تذكر katren أن إدارة توقعات المستفيدين تتمحور حول ثلاثة أبعاد : كيفية الاتصال و التفاعل مع المستفيدين لتكوين توقعات منطقية ، و كيفية تطوير سياسات و ممارسات متميزة بهدف إدارة توقعات منطقية ، و كيفية تطوير سياسات و ممارسات متميزة بهدف إدارة هذه التوقعات ، و على الرغم من تعدد التصنيفات و المسميات لتوقعات المستفيدين فإن العنصر الرئيس في ذلك هو الإقرار بأن المستفيدين دائما يريدون شيئا ما و يجب البحث باستمرار وبوضوح عما يتوقعون و العمل على تلبيةه.⁽²⁾

تستطيع مؤسسات الخدمات إدارة توقعات مستفيديها بشكل فعال من خلال الإلتزام بالوعود التي تقطعها على نفسها لهم حول خدماتها و كذلك الاعتماد على الاتصال الفعال معهم و هذا يحتاج منها إلى التأكيد على العوامل التالية :

1- معدي بن محمد ال مذهب، مرجع سابق، ص170

2- نفس المرجع، ص171

1- التأكد من أن الوعود واقعية : و هذا يعني أن على المؤسسة أن لا تغالي في وعودها أو أن لا تعطي وعودا لا تعكس ما تقدم في الواقع فالوعد المحلاة و التي لا تتمكن المؤسسة من تحقيقها سوف تؤدي إلى خلق عدم الثقة بينه و بينها ، و حتى يمكن ضمان أن يتوافق أداء الخدمة الفعلي مع الوعد المعطاة من قبل المؤسسة فلا بد من مراعاة ما يلي :

أ- التعرف على ردة الفعل اتجاه أي حملة اتصالية قبل القيام بها و ذلك من قبل المقدمين للخدمة أنفسهم أو مجموعة من الزبائن و يكون الهدف من هذا هو التأكد من صحة الوعد التي سوف تطلقها هذه الحملة.

ب- القيام بفحص الخدمة و التعرف على العناصر و المفاتيح الرئيسية فيها و التي يمكن أن تركز عليها حملات الترويج للمؤسسة.

ج- القيام ببحوث دورية تهدف إلى تقييم تأثير المزيج التسويقي للمؤسسة على مستوى توقعات الزبائن مثل التعرف على تأثير الأسعار أو التوزيع.

2- التأكيد على عامل الثقة في تقديم الخدمة : الثقة في الخدمة هي معيار مهم في تقييم الجودة ، كما أن وجود درجة عالية من الثقة للزبون بخدمات المؤسسة سيقول من حاجاته لعملية معالجة أخطاء و مشاكل الخدمة.

3- الاتصال الدائم بالزبائن : إن الاتصال العادي مع الزبائن ، و ذلك لفهم توقعاتهم و اهتماماتهم و كذلك قيام المؤسسة بشرح طبيعة خدماتها لهم أو التعبير لهم عن امتنانها و شكرها العميق لهم على اختيارهم لها يؤدي إلى التأثير إيجابيا في منطقة التحمل ، و بالتالي فهي وسيلة ممكنة لإدارة توقعات الزبائن ، و الدراسات تشير إلى أن الإتصال الذي تجريه المؤسسة مع الزبائن و الذي يعكس في طياته مدى الإهتمام و العناية بمشاكلهم و حاجاتهم يؤدي دائما إلى توسيع منطقة التحمل لديهم ، فالخدمة ما هي إلا تفاعل مع الزبون و لو قامت المؤسسة بالإتصال الدائم به لاستطاعت أن تتجنب العديد من المشاكل المحتمل أن تتعرض لها عند تقديم الخدمة.

و الاتصال مع الزبائن في الوقت المناسب يعد أحد الطرق الفعالة في إدارة توقعاتهم ، كما أن المرضى الذين تتصل بهم إدارة المستشفى و تبلغهم عن إلغاء مواعيد عيادة ما لهذا اليوم لسبب أو آخر مثلا يكون نطاق تحملهم و توقعاتهم أفضل بكثير من أولئك المرضى الذين يتم إبلاغهم بهذا الأمر بعد وصولهم إلى العيادة بالفعل ، فالإتصال في الوقت المناسب بالمستفيد يشعره بأنه شريك

و ليس مجرد زبون و مثل هذا الشعور هو الذي يبحث عنه الزبون عند التعامل مع مقدمي الخدمات.⁽¹⁾

إن إدارة توقعات المستفيد و تحقيق رضاه يعدان أهم بكثير في مجال الخدمات من مجال السلع ذلك أن رضا المستفيد من السلعة يتركز في السلعة نفسها ، و يستطيع إعادتها في حالة عدم رضاه عنها مما يساعد مقدم السلعة في التعرف على عيوبها ، في حين أن الرضا في مجال الخدمات يتعلق بإدراك المستفيد للأداء نفسه بدلا من استخدام المنتج ، و من هنا يتوجب على المؤسسات البحث عن طرق لقياس رضا المستفيد عن الخدمات ، فمن الخطأ الافتراض بأن برامج خدمات الزبائن تعمل بفعالية بمجرد معرفة أن الأهداف قصيرة المدى قد تحققت ، كما أن أداء الخدمة قد ينحرف عن مساره إذا لم تكن هناك فلسفة تنظيمية تؤمن بأهمية و إدارة توقعات المستفيدين.⁽²⁾

3-1-2-3 العوامل المؤثرة على توقعات الزبائن .

تلعب التوقعات دور رئيسي إذا تعلق الأمر بالتأثير على رضا الزبائن حول الخدمات ، يمكن القول بأن العوامل المؤثرة على التوقعات هي كالآتي :

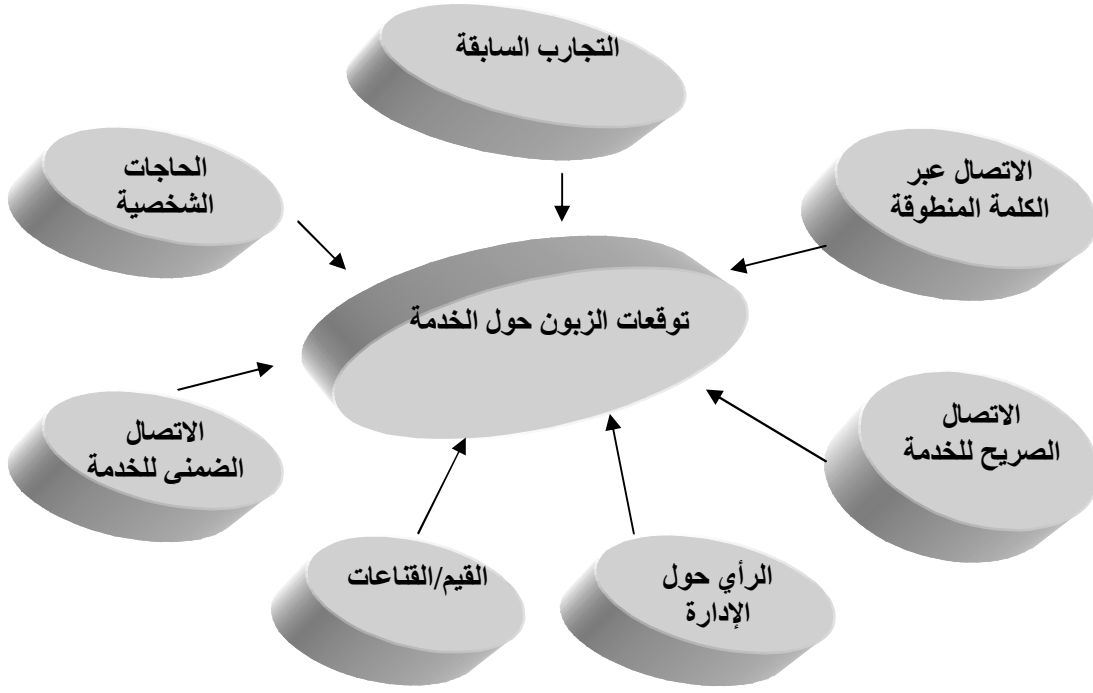
- 1- الحاجات الشخصية : كل زبون أو مستعمل للخدمة لديه ما يمكن اعتباره مجموعة الحاجات الشخصية الأساسية التي يستند عليها في تحديد توقعاته للخدمة ، هذه الحاجات تتنوع حسب الخدمات و الزبائن ، و من الضروري فهم بدقة هذه الحاجات لتحديد الخدمة المناسبة؛
- 2- التجربة السابقة : العديد من الأشخاص لديهم التجربة الأولى مع الخدمة ، هذه التجربة السابقة تؤثر على مستقبل التوقعات حول الخدمات ، و يمكن أن تتدخل التجارب السابقة مع الخدمة المرغوبة و أيضا تجربتهم مع مختلف الخدمات ، فبالنسبة للخدمات العمومية تتأثر التوقعات بالتجارب الشخصية مع الخدمات الخاصة المماثلة؛
- 3- الاتصال الصريح للخدمة : ملابس العمال و البيانات في المطويات أو بعض الحوامل الإعلانية يمكنها أن تؤثر مباشرة على التوقعات مثل بطاقات المستعملين؛
- 4- الاتصال الضمني للخدمة : تغطي بعض العناصر كالمظهر الفيزيائي الديكور، الموقع ، الإضاءة... مثلا ، بحيث يأمل الزبون من خلاله تحسين جودة المظاهر الأخرى للخدمة؛

1-هاني حامد الضمور، مرجع سابق، ص521

2- معدي بن محمد ال مذهب، مرجع سابق ، ص173

- 5- الاتصال عن طريق كلمة الفم : التوقعات تتكون من مصادر أخرى غير المؤسسة المنتجة للخدمة، بحيث يمكن أن تكون هذه المصادر العائلة ، الأصدقاء أو الزملاء ... (1)
- كما أن أثر صورة العلامة أو سمعة الخدمة (جزء من الاتصال عن طريق كلمة الفم) على التوقعات يعتبر عنصر مهم في الكثير من الدراسات في القطاع العمومي و الخاص . و يبدو أكثر أهمية في الخدمات العمومية ، و هذا لسببين رئيسين : الأول غياب المعلومة المفصلة حول الخدمات المنافسة أو غياب الحلول البديلة ، فالصورة تكتسب المزيد من الأهمية أيضا و من المحتمل أن تصبح المظهر الرئيسي للرأي حول العديد من الخدمات العمومية ، فالتوقعات حول الخدمات العمومية يتأثر خاصة برأي الأشخاص حول الدولة و رجال السياسة ، مثلا : لا أحد يمكن أن يدعي " .. التفرقة بين السياسة ، الدولة و الوظيفة العمومي ، لكن يمكن أن يكون مختلط في نظر العديد من الأشخاص " و على هذا إدراكات الجمهور فيما يتعلق بحكوماتهم يأثر على تقييم الخدمات التي يتحصل عليها من هذه المؤسسات ، فالتوقعات حول الخدمات العمومية لا تتأثر فقط بالاتصال المباشر للمؤسسة و لكن أيضا بسمعة الدولة كاملة. (2)
- 6- البدائل المتاحة للخدمة : و تشير إلى إدراك و معرفة الزبون بوجود عدد من البدائل الأخرى للخدمة المتاحة له ، و ذلك بالنسبة للخدمة التي يرغب في الحصول عليها. (3)

1- Institut Européen d'administration publique, op.cit, p16
2- ibid, p17



شكل رقم (3-12) : مصادر توقعات الزبون.

المصدر : Institut Européen d'administration publique, op.cit, p16

إن التعرف على طبيعة مثل هذه العوامل و أهميتها تتيح الفرصة أمام المؤسسات لاستخدام عدد من الاستراتيجيات التسويقية التي تمكنها من إدارة توقعات زبائنهم و تقديم خدمة تفوق مستوى هذه التوقعات و الواقع أن التميز و التفوق على مستوى توقعات الزبائن تعطي الفرصة لأن يدخل الزبون و المؤسسة في علاقة تحكمها درجة عالية من الوفاء من قبل الزبون للمؤسسة. ⁽¹⁾

3-2-2 إدراك المرضى.

و يتكون هذا المطلب من فرعين أساسيين ، مفهوم إدراكات المريض في الفرع الأول ، الإدراك و نموذج سرفكوال في الفرع الثاني :

3-2-2-1 مفهوم إدراكات المريض.

عرف زيثمل و اخرون (1988) الإدراك بأنه : التقييم العام للزبون لمنفعة المنتج استنادا إلى ما تلقاه و ما أعطي له ، و تتكون الصورة المدركة من ثلاثة عناصر متداخلة العلاقة و هي :

1- عنصر الإدراك : يعرف عنصر الصورة الإدراكي بأنه تقييم المميزات المعروفة عن المنتج أو فهم المنتج بطريقة عقلية أي أن العنصر الإدراكي هو مجموعة من المعتقدات عن الشيء الذي يؤدي إلى صورة مقبولة ، و يلعب حجم الحوافز الخارجية عن الشيء دور كبير بتشكيل الصورة المدركة ، قد يقول البعض أن الصورة لدى فرد ما أكثر دقة من صورة فرد آخر في حالة اعتمادها على المزيد من المعلومات الحقيقية كتلك التي يكتسبها من التجارب السابقة .

2- عنصر التأثير : يرتبط العنصر المؤثر للصورة بالحوافز من حيث كيفية تقييم الفرد للموضوع الذي يقيمه كما تحدد الدوافع ما نرغب الحصول عليه و التي بدورها تؤثر على تقييم الشيء.

3- عنصر السلوك و التصرف (الرغبة): إن عنصر الرغبة للصورة يشبه السلوك لأنه الإجراء ، فبعد معالجة الحوافز الخارجية و الداخلية لمكان الإستفادة من الخدمة يتم اتخاذ القرار بالإستفادة من الخدمة أو لا من نفس المكان ، يعتبر هذا الإجراء عنصر الرغبة أن علاقته بالعناصر الأخرى مباشرة حيث أنها تعتمد على الصورة المنشأة خلال مرحلة الإدراك التي يتم تقييمها خلال مرحلة التأثير و جميع العناصر تشكل عملية قرار الإستفادة من الخدمات. (1)

الإدراكات هي نتيجة لمشاهدة أو عدة مشاهدات يمكن أن تؤسس على خبرات حقيقية أو مفترضة ، و هي العملية التي عن طريقها يختار الفرد و ينظم و يفسر مثيرا معيناً ضمن معنى مفيد و في صورة مترابطة(2)

1- هاني حامد الضمور، هدى مهدي عايش، أثر عناصر المزيج التسويقي الخدمي لفنادق الخمس نجوم في الأردن على الصورة المدركة من قبل السياح: دراسة مقارنة، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 1، العدد 1،

و تعني الجودة المدركة الإنطباع الكلي للزبون و التجارب عن مستوى الجودة بعد التحقق من الخدمة و يعطي الإحتمال بين الجودة المدركة و الجودة المطلوبة مقدم الخدمة فرصة هامة لقياس رضا الزبون بناء على صياغة و تشكيل معيار دقيق و فعلي على أساس نتائج تقييم الزبائن للخدمة⁽¹⁾، فهي تمثل حكم المستفيد لخدمة المؤسسة بالاعتماد على تجربته الكلية في تلقي الخدمة ، و أن فهم كيفية توصل المستفيدين لهذا الحكم يعد عملا مهما لإدارة تسويق الخدمات⁽²⁾ أي حكم تقييمي عام للسلعة/الخدمة حول التفوق النسبي لها ، و هي أيضا تقييم نسبي لامتياز السلعة/الخدمة⁽³⁾ فمفهوم الجودة المدركة للخدمة لا يختلف عن مفهوم الجودة المدركة للسلع المادية ، ففي الحالتين تنتج عن المقارنة بين ما يتوقعه الزبائن حول استعمال المنتج الذي يجب أن يقدم لهم و أداء المنتج الحقيقي بعد الاستعمال. ⁽⁴⁾ و الدراسات الأساسية حول تسويق الخدمات تكلمت كثيرا عن الجودة المدركة و عن كيفية قياس الرضا لكن اليوم أوضحت الكثير منها أن عدم الرضا و العيوب المدركة للجودة أصبحت أهم لدراساتها ⁽⁵⁾ فالجودة المدركة تمثل حكم الزبون على درجة الامتياز أو التفوق لمنتج معين ⁽⁶⁾

1- قطاف فيروز، مرجع سابق، ص98

2- منير أحمد سعيد شكوكاني، مرجع سابق، ص35

3- Ruben Chumpitaz, Valérie Swaen, la qualité perçue comme déterminant de la satisfaction des clients en busines-to-business : une étude empirique dans le domaine de la téléphone, recherche et applications en marketing, vol 19, n 2, France, 2004, p34.

4-Muriel Jougleux, Enrichir l'approche théorique de la qualité dans les services : qualité du service et qualité de service, recherche et applications en Marketing, vol 21, n3, France, 2006, p6.

5-Jean-Claude Andreani & all , op.cit, p3

6-A.Parasuraman , A.Zeithaml, L.Berry, op.cit , p15

و من هنا فإن المؤسسة يجب أن تهتم بتقديم منافع و قيم أكبر للزبائن و كلما زاد إدراك الزبائن بالحصول على قيم و منافع تلبي حاجاتهم كلما كانت المؤسسة الخدمية أكثر قدرة على الاحتفاظ بالزبائن و اجتذاب زبائن جدد⁽¹⁾

و من الجوانب المهمة التي تؤثر في إدراك المستفيد لمستوى تقديم الخدمة عملية الاتصال التي تحدث بين مقدم الخدمة و المستفيد ، و بيئة تقديم الخدمة المتمثلة في التهوية و مواقف مركبات المستفيدين و خاصة ذوي الاحتياجات الخاصة ، و مستوى الإنارة و توافر الإرشادات و النماذج اللازمة لتقديم الخدمة و سهولة الوصول إلى الموقع و توافر أماكن مريحة للإنتظار و مظهر الموظفين و تعاملهم مع المستفيدين و ساعات تقديم الخدمة و الإجابة عن أسئلة المستفيدين و الوفاء بالوعود و مدة الانتظار للحصول على الخدمة و كذلك رسوم تقديم الخدمة أو السعر في حالة السلع و أداء الخدمة دون أخطاء و الاستعداد و الاستقبال للمستفيدين و مهارات التعامل⁽²⁾. و يمثل الإشباع الحالة التي يحصل فيها الزبون على ما يريد من منافع لدى شرائه سلعة أو خدمة ، و لذلك فإن مصطلح الإدراكات يعتبر ملازما لمصطلح التوقعات و السبب الأول لأن التوقعات غير ثابتة و متغيرة كما أن التقييم يختلف من وقت لآخر و من شخص لآخر و من ثقافة لثقافة أخرى حيث الذي يعتبر أن الخدمة ذات جودة أو تشبع و ترضي الزبائن اليوم قد تكون مختلفة في المستقبل . إن الجودة و الإشباع و الرضا تستند على مدى إدراكات الزبون للخدمة ، فالزبون يستلم الخدمات و في الواقع يستلم جودة الخدمة ، كما أن تجربة و خبرة الزبائن تعتبر مفصل مهم و أداة لمسألة تقييم جودة الخدمة ، لذلك فإن الخدمة إذا لم تحقق توقعات الزبون فإن الخدمة ليست ذات جودة عالية مثل ما كان يتوقع ، و إن الأساس في التقييم للجودة أو عدم جودة هذه الخدمة أو تلك يستند إلى الفرق بين الجودة المدركة و الجودة المتوقعة ، فإذا كان الفرق لصالح الجودة المدركة فإن هذه الخدمة ترضي الزبون و بالتالي فإن هذه الخدمة تتمتع بجودة عالية حسب هذا الزبون ، أما إذا كانت النتيجة لصالح الجودة المتوقعة فإنها تعكس عدم الإشباع و من ثم عدم الرضا و هذا يعني أن حكم هذا الزبون على هذه الخدمة بأنها ذات جودة منخفضة ليس كما كان يتوقع ، و لتوضيح ذلك فنفترض أن أحد الأفراد كان يشكو من ألم معين و أراد الذهاب إلى أحد

1-منير أحمد سعيد شكوكاني،مرجع سابق،ص29

2-معدى بن محمد ال مذهب،مرجع سابق،ص175

الأطباء ذو الاختصاص و كان يتوقع منه التشخيص الصحيح و العلاج الناجح و لكن ما حدث أن هذا الطبيب لم يستطع تشخيص مرضه بشكل دقيق و بالتالي فالعلاج لم يكن ذو فعالية في الشفاء التام ، و بالتالي هذا الفرد سوف ينظر إلى مقدم الخدمة و ما قدمه من علاج ليس كما كان يتوقع بل هو أقل بكثير مما كان يتوقع و عليه فإن إدراكه للجودة المقدمة فعلا كانت أقل من توقعاته و بالتالي الحكم على هذه الخدمة وفقا لتجربة هذا الفرد أنها ذات جودة منخفضة⁽¹⁾ و يبقى إدراك الخدمات الصحية مجهول كليا من طرف مقدمي الخدمات في الدول النامية ، و في الحقيقة المرضى المقتدرين ماليا في هذه البلدان يبحثون عن الخدمات الصحية في الخارج ، أما البقية فهم مجبرين على العلاج محليا ، و لذا أرائهم تبقى غير معروفة و لا يتم المبالاة بها ، و في دراسة حول إدراك الخدمات الصحية في الدول النامية أظهرت أن المرضى بصفة عامة هم غير راضيين عن الخدمات الصحية المقدمة ، لذا فرأي المريض في الدول النامية يجب أن يأخذ دور أكثر أهمية في تصميم عرض الخدمات الصحية.⁽²⁾

2-2-2-3 الإدراك و نموذج سرفكوال .

سرفكوال هو وسيلة تقييم لجودة الخدمة يقيس إدراكات و توقعات الخدمة باستعمال الخصائص المتنوعة للخدمة. استخدام سرفكوال يسمح بتحليل الانحراف بين التوقعات و الإدراكات و مساعدة المسؤولين على استهداف الجهود و أولويات التحسين للحصول على نتيجة أحسن. و المسوحات حول الرضا عامة لديها اتجاه للتركيز على الطريقة التي يدرك بها الزبون الخدمات المقدمة و ليس توقعاته ، فتوقعات الزبائن حول الخدمة تمثل واحدة من قياسات جودة الخدمة حقيقة ، لكن غالبا الدراسات و المعلومات حول توقعات الزبائن قليلة و هذا يعقد تسيير و تقييم مسوحات الرضا.⁽³⁾ يعبر الأداء المدرك عن مستوى الأداء الذي يحصل عليه فعلا الزبون نتيجة استعماله و استهلاكه للمنتج ، ويرى Churchill و Permant أن الأهمية النسبية للأداء المدرك تكمن في كونه يعتبر مرجعي لتحديد مدى تحقق التوقعات التي كونها الزبون بخصوص المنتج الذي كان محل اختيار من بين مجموع البدائل.⁽⁴⁾

1-عتيق عائشة،مرجع سابق ،ص76

2-Ayoub Nefzi,Lassad Ghachem ,op.cit,p20

3- Institut Européen d'administration publique,op.cit,p17.

4-حاتم نجود،مرجع سابق،ص 61

فإدراك الزبون لجودة الخدمات ينتج عن المقارنة بين توقعاته للخدمة و تجربته الحقيقية للخدمة . و بالتالي فالخدمة ممتازة إذا تجاوزت الإدراكات التوقعات ، تعتبر جيدة أو كافية إذا تساوت التوقعات مع الإدراكات ، و تعتبر سيئة إذا كانت غير كافية. (1)

إن إدراكات الزبون هي النقطة التي يدرك بها الزبون الخدمة فعليا كما قدمت له و يقوم مقياس سرفكوال على معادلة أساسية ذات طرفين هما الإدراكات و التوقعات و يمكن التعبير عنها بما يلي:

$$\text{الجودة} = \text{الإدراكات} - \text{التوقعات}$$

و متى ما شعرت الإدارة بوجود مثل هذه الفجوات فإن الأمر يتطلب التقليل ما أمكن من سعة الفجوة بطرق عديدة و متنوعة و يمكن تناول الأساليب اللازمة لتقليل الفجوات كما يلي :

1- معرفة و إدراك المحددات الرئيسية لجودة الخدمة ، إذ تلعب البحوث الميدانية دورا مهما في معرفة و إدراك المحددات الحقيقية لجودة الخدمة كما يدركها الزبائن؛

2- صياغة و تثبيت معايير الجودة و إبلاغها للعاملين و إفهامهم لها لأن من الضروري عند صياغة معايير الجودة أن تكون هذه المعايير مدونة و أن يفهمها جميع العاملين في مؤسسة الخدمة مع ممارستها ميدانيا في اتصالهم مع الزبائن و تمثيلها تمثيلا حقيقيا لتوقعات الزبائن؛

3- عرض ضمانات محددة لأداء الخدمة ، فقد يتعلق الضمان بالفترة التي تستغرقها إجراءات الحصول على الخدمة و هذه الضمانات تعزز سمعة المؤسسة في أذهان الزبائن إذا ما تم الوفاء بها؛

4- العلاقات التفاعلية بين مفهوم الخدمة و الزبون و ذلك باعتبار أن العلاقات تعد حيوية في تحقيق الرضا و هي إحدى محددات جودة الخدمة كما يدركها الزبون نفسه و إن الضرورة تقتضي تدريب العاملين بشكل مستمر على الأساليب و الطرق الايجابية في التعامل مع الزبون؛

5- تحقيق التميز في الخدمة بمعنى أن تصبح للجودة قيمة تنظيمية بالنسبة للعاملين في مؤسسة الخدمة و هو ما يؤدي إلى تحقيق الإشباع و الرضا . (2)

و تمثل المطابقة عملية ايجاد الفرق بين مستوى التوقعات (الأداء المتوقع) و مستوى الأداء الفعلي الذي حصل عليه الزبون بعد شراء المنتج ، و نميز بين حالتين من الانحراف كما يلي :

- 1- الإنحراف الموجب : يقصد بالانحراف الموجب أن الأداء الفعلي أو المدرك أكبر من التوقعات التي كونها الزبون قبل عملية الشراء ، و تعبر هذه الحالة عن الهدف الذي تسعى المؤسسة إلى تحقيقه من خلال تحسين أدائها باستمرار؛
- 2- الانحراف السلبي : ينشا الانحراف السلبي عندما يكون مستوى الأداء الذي يدركه الزبون أقل من التوقعات .⁽¹⁾

3-3 قياس رضا المريض .

و نتطرق من خلال هذا المبحث إلى أهداف قياس الرضا في المطلب الأول ، قياس الرضا باستخدام نموذج سرفكوال في المطلب الثاني ، أما المطلب الثالث فخصصناه لأهمية القياس و الصعوبات التي تواجهه.

3-3-1 أهداف قياس الرضا.

الإفتراض الذي يكاد أن يصبح مقبولا لدى معظم الباحثين هو أن مقابلة احتياجات الزبون تضمن رضاهم و لا شك أن المحاولة المستمرة للتعرف على مدى جودة الخدمة المقدمة بناء على مدى إدراك متلقي الخدمة لها تجعلنا أقدر على معرفة دائمة بمستوى الخدمة المقدمة و مدى رضائه عنها و هذا القياس يمكن اعتباره نظاما لقياس جودة الخدمة. و لا بد من الإشارة الواضحة إلى أن رضا المستفيدين يعتبر هدفا رئيسيا من أهداف الجودة حيث أن الجودة تهدف للإرتقاء بمستوى الخدمة و الأداء و تحقيقا لرضا المستفيدين ، و أن تحقيق النجاح يعني تحقيق الأهداف. و قد هدفت نظم القياس لمتابعة توقعات الزبائن و زيادة إدراك المؤسسات لتلك التوقعات ، و نسبة لأهمية الزبائن بالنسبة إليها فقد سعت إلى الأخذ بآرائهم في عملياتها و في خدماتها المقدمة إدراكا منها بأهميتهم و تعميقا للصلة بينها و بينهم و عملت بذلك على وضع الزبائن في مقدمة اهتماماتها.⁽²⁾

1-Ayoub Nefzi, Lassad Ghachem, op.cit, p20

2- علي أحمد ثاني بن عبود، مرجع سابق ص 155

إن قياس رضا الزبون ليس دائما سهلا فذلك يتطلب الحصول على المعلومات من خلال سلمات نوعية و كمية لمعرفة آراء الزبائن ، ثم تحليل النتائج لمعالجة البيانات ، فالرضا صعب ملاحظته مباشرة (1)

و إذا أخذ أمر قياس الرضا بالجدية التامة التي يستحقها بالنسبة للمؤسسات ، فذلك يتم من خلال الإتصال المباشر بالزبائن و إجراء الدراسات و الزيارات الميدانية لهم لاستطلاع آرائهم ، و تقوم بعض المؤسسات بهذه العمليات بنفسها و اعتمادا على قدراتها الذاتية و البعض الآخر يوظف مكاتب الخبرة الاستشارية المتخصصة لإجراء الدراسات و قياس رضا الزبائن . و مهما كانت الطريقة المستخدمة فإن القياس و السعي للاستماع للزبائن عمل يستحق الوقت و الجهد الذي يستثمر فيه لما له من مردود إيجابي شريطة الاستفادة منه تعميقا لفكرة الزبون يدير المؤسسة . و لكي نعمق فكرة التوجه بالزبون فإن ذلك يتطلب اتخاذ كافة الوسائل و الأساليب العلمية و الدقيقة لقياس و تقييم رضاه ، و إنشاء نظام معلومات الزبون و الحرص على تحديد و تحليل توقعاتهم و الحرص أيضا على تنمية العلاقات معهم من خلال التواصل معهم حيث يتم ترجمة ذلك إلى استراتيجيات و خطط تحقق التحسين المستمر و الرضا . (2)

و برز ما يسمى بمواثيق المواطنين أو مواثيق الزبائن أو مواثيق تقديم الخدمات و هي مبادرات تم تصميمها بهدف تحسين جودة الخدمات العمومية و مخاطبة احتياجات مستخدمي الخدمات العمومية و تحديد حقوق المواطنين و إلزام مقدمي الخدمات بوضع معايير و التزامات واضحة و إخطار الجمهور بكيفية الوفاء بتلك الإلتزامات و من خلال تجربة المملكة المتحدة التي بدأت في التسعينات من القرن العشرين تبين أن التركيز انصب على الجودة و الاختيار و المعايير و القيمة ، و قضت المعايير بأن تعمل الأجهزة الحكومية على سرعة الرد على المتعاملين معها و إتاحة الفرصة لمقابلتهم و توفير معلومات واضحة و صريحة عن الخدمات ، و مشاوره المستفيدين من تلك الخدمات في الجوانب المتعلقة بتوفير الخدمات و مستوى ادائها و تحديد اجراءات واضحة للشكاوى و التعامل معها و بذل كل جهد ممكن لتوفير الخدمات لكل شخص بما في ذلك ذوي الاحتياجات الخاصة ، وقد حققت هذه الخطوة نجاحات ملموسة في مجال تقديم الخدمات في

1-Nabil Mzouchi,Mourad Touzani,Olfa Bouhlel,op.cit,p2.

2-علي أحمد ثاني بن عبود،مرجع سابق،ص156

بريطانيا و في تحسين مستواها كأثر مباشر مستمد من العلاقة المباشرة بين مقدم الخدمة و الزبائن و التأكيد على رضا الزبون (1)

و يسمح القياس من خلال رأي الزبون بتوجيه المؤسسة في عملية تحسين الجودة بما يحقق لها رضا و وفاء زبائنها ، و من ثم تحقيق استمرارية و ربحية أكبر ، لكن معرفة كيف يقيم الزبون الخدمة المقدمة له ليس بالأمر السهل ، فكثيرا ما تجد مؤسسات الخدمات صعوبة في فهم تجاوب الزبون مع الخدمة و كيفية تقييمه لها ، ولا شك أن فهم الزبون هو نقطة البداية في أي منهجية لتحسين الجودة. (2)

مما سبق يتضح لنا اهتمام المؤسسات ليس في القطاع الخاص فحسب بل في القطاع العمومي بموضوع رضا الزبون و العمل على تحقيقه و تشجيع الإتصال مع الزبائن كوسيلة لجمع بيانات تساعد في تقييم الأداء و يشمل ذلك تشجيع الشكوى من خلال الاعلان عن إجراءات واضحة للتعامل معها و قد نظرت الموانئ للمواطن كمستفيد يستحق مستوى رفيع من الخدمات و توجهت نحو التخلي على النموذج البيروقراطي في تقديم الخدمات في القطاع العمومي و هي و إن حققت بعض النجاحات فمزال المجال متسعا لمزيد من التطوير و مزيد من التحرك إذ أن البيروقراطية مازال أثرها ملموسا في كثير من الأجهزة الحكومية و مازالت مشاركة المواطنين ضعيفة في مجال تقديم الخدمات في العديد من الأجهزة. (3)

1- علي أحمد ثاني بن عبود، مرجع سابق، ص 157

2- بوعبد الله صالح، نماذج و طرق قياس جودة الخدمة، دراسة تطبيقية على مؤسسة بريد الجزائر، أطروحة دكتوراه، كلية علوم الاقتصاد و التسيير، جامعة سطيف، الجزائر، 2013/2014، ص 51

3- علي أحمد ثاني بن عبود، مرجع سابق ص 157

3-3-2 قياس الرضا باستخدام نموذج السرفكوال :

نسبة كبيرة من الدراسات في مجال القياس الذاتي لجودة الخدمة انطلقت من كتابات الثلاثي بيرى ، باراسورامان و زيثامل الذي انتهى عملهم إلى نموذجهم الشهير سرفكوال ، حيث يعتمد هذا النموذج في تعريف الجودة الذاتية للخدمة على مفهوم الجودة ، و يطرح خمس فجوات أبرزها الفجوة بين توقعات و إدراكات الزبون لما يقدم له ، و لقياس هذه الفجوة اعتمد أصحاب هذا النموذج على بنية من خمسة أبعاد ، و يؤكد الكتاب أن هذه البنية الخماسية صالحة - مع تعديلات محدودة - لتلائم كل القطاعات الخدمية و مختلف البيئات الاقتصادية ، و طوروا مقياسا مبنيا على هذه الأبعاد اعتبروه بمثابة عمود فقري يبنى عليه لتكوين مقاييس الجودة المدركة في أي صناعة خدمية تقريبا.⁽¹⁾

و منهج و أداة سيرفكوال Servqual هو أداة و وسيلة لقياس الفرق بين توقعات الزبائن عن الخدمة و الخدمة المقدمة لهم فعلا و لقد صمم النموذج من افتراض مؤداه أن مستوى جودة الخدمة التي يحصل عليها الزبون يمكن تحديدها من خلال الفجوة بين توقعاتهم عن جودة الخدمة و بين جودة الخدمة التي تم الحصول عليها فعلا و كذلك قياس أهمية كل بعد من الأبعاد المكونة لجودة الخدمة.

و لقد استقطب Servqual كثيرا من الاهتمام و الاستخدام منذ أن تم تصميمه من قبل Zeithaml et autres في عام 1985 و التطوير الذي أدخل عليه حتى 1998 و قد بني على خمسة أبعاد تمثل معايير يقيم الزبون جودة الخدمة في ضوئها و هذه الأبعاد هي:

1- الأجهزة و المرافق و الأفراد و الأشياء الملموسة Tangibility

2- الاعتمادية و المصداقية في التعامل Reliability

3- سرعة الاستجابة Responsiveness

4- الثقة في التعامل Assurance

6- الاهتمام و التعاطف Empathy⁽²⁾

1- بوعبد الله صالح، مرجع سابق، ص2

2- علي أحمد ثاني بن عبود ، مرجع سابق ص 158

و قد لخص Mangklrat سنة 2008 في بحثه مزايا استعمال سرفكوال في قياس رضا المرضى:

- 1- من الجيد استقصاء اراء الزبائن حول الخدمة المقدمة ؛
- 2- معالجة الثغرات كأساس لصياغة الاستراتيجيات و التكتيكات من أجل ضمان احترام الزبائن؛
- 3- سرفكوال كنموذج قياس يحدد نقاط القوة و الضعف في الخدمة؛
- 4- يمكن ترتيب نقاط الضعف في الخدمة؛
- 5- يقدم تحليل و مقارنة للمؤسسات التي تنشط في نفس القطاع؛
- 6- سرفكوال يمكنه إعادة تحديد التطور النسبي لتوقعات و إدراكات الزبائن إذا ما تم استعماله بشكل دوري. (1)

و حسب Sohail فإن سرفكوال هو من النماذج الأكثر استعمالا لقياس رضا المرضى. (2) كما أكد الكثير من الباحثين حول أهمية نموذج سرفكوال و أنه نموذج شعبي لقياس رضا المرضى مثل Anderson سنة 1995 و Youssef 1996 ، Lam سنة 1997 ، Angelopoulou و اخرون سنة 1998 ، Wong سنة 2002 ، Jabon و Chaker سنة 2003 ، Boshafi و Gray سنة 2004 ، Kilbourne و اخرون سنة 2008 ، Qin و اخرون سنة 2009.

و لقد بدأت أبحاث الثلاثي الأمريكي بيري ، زيثامل و باراسورامان بدراسة مشهورة سنة 1985 لبحث مكونات جودة الخدمة و وضع نموذج لها ، و قد تأثرت دراسات جودة الخدمة التي جاءت بعد ذلك في معظمها بهذا النموذج و المقياس ، و الكتابات اللاحقة للثلاثي الشهير ، ففي بداية عملهم قام هذا الفريق الأمريكي بدراسة نوعية استكشافية ، هدف الدراسة كان فهما أفضل لطبيعة جودة الخدمة من وجهة نظر كل من الإدارة و المستفيد من أجل تحديد أسباب مشاكل الجودة و اقتراح استراتيجيات لحلها ، المؤسسات المستهدفة كانت أربع مؤسسات معروفة في الولايات المتحدة الأمريكية هي : البنوك ، بطاقات الائتمان ، السمسة و التصليح ، و الغرض من التنوع هو تمثيل التنوع في محددات الجودة. الباحثون قاموا بأربعة عشر مقابلة معمقة (من ساعة إلى ساعتين) مع منفذين ، مدراء تسويق و مدراء مصالح العلاقة مع الزبائن و مدراء تنفيذيين ، و تضمنت

1-Ranajit Chakraborty,anirban Majumdar,op.cit,p153

2- ibid ,p155

المقابلات نفس المجموعة من الأسئلة المفتوحة : ما هي الجودة حسب الزبون ؟ ما هي الخطوات المتبعة لتحسين الجودة ؟ ما هي مشاكل رفع الجودة ؟ الباحثون رتبوا أيضا اثني عشر مجموعة نقاش متجانسة من حيث العمر و الجنس ، ثلاثة من كل قطاع ، المشاركون ناقشوا تجاربهم و ارائهم بصفة عامة دون تسمية مؤسسات معينة فالمؤسسات المشاركة في الدراسة لم تعلن.

و بناءا على نتائج هذه المقابلات و مجموعات النقاش و استنادا إلى مبدأ التأكيد/النفي لأولفر و الذي يعتبر أن الزبون يقيم جودة الخدمة المقدمة له بمقارنتها مع توقعاته التي تكونت لديه بناءا على هذا الأساس المزدوج بين الأدبيات السابقة و البحث الميداني ، بنا بيرري و زملاؤه نموذجا مفاهيميا يعرف جودة الخدمة على أساس خمس فجوات ، أهمها الفجوة بين الأداء الذي يتوقعه الزبون من مؤسسات القطاع عموما و الأداء الفعلي للمؤسسة المدروسة ، الأداء العالي حسب هذا النموذج هو الذي يفاجئ الزبون أو يفوق توقعاته . (1)

و وفقا لهذا المقياس توجد هناك خمس فجوات هي:

الفجوة 1: و تمثل الاختلاف بين توقعات الزبائن و إدراك الإدارة لهذه التوقعات.

الفجوة 2: عبارة عن الفجوة بين إدراك الإدارة لتوقعات الزبائن و مواصفات الخدمة.

الفجوة 3 : عبارة عن الفجوة بين مواصفات الخدمة و بين الخدمة المقدمة فعلا.

الفجوة 4 : عبارة عن الفجوة بين الخدمة المقدمة و بين ما وعدت به الإدارة إعلاميا أو من خلال إعلاناتها.

الفجوة 5: عبارة عن الاختلافات أو الانحراف في جودة الخدمة المقدمة للزبون عن الخدمة المتوقعة(2)

و لكي نقلل من الفجوة 5 و هي الاختلافات أو الانحراف في جودة الخدمة المقدمة للزبون عن الخدمة المتوقعة لابد من السعي لغلق أو حل الفجوة 1 و هي الاختلاف بين توقعات الزبائن و إدراك الإدارة لهذه التوقعات و يعتمد ذلك على قدرة الإدارة - و من خلال استخدام الوسائل المناسبة - في تقدير أهمية عناصر الأبعاد الخمسة للزبون فقد يكون من وجهة نظر الإدارة أن

1- بوعبد الله صالح، مرجع سابق، ص 54

2- علي أحمد ثاني بن عبود، مرجع سابق ص 160

هذا العنصر مهم جدا بينما لا يشكل ذلك أهمية للزبون كذلك التدريب المكثف لمقدمي الخدمة لكن فقط بالتركيز على فهم الإجراءات و القوانين و ليس عن كيفية التعامل و المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة و التجهيزات المبالغ فيها دون النظر إلى ماذا يعني ذلك بالنسبة للزبون.

و كما يتضح من خلال دراسة Zeithaml et autres فإن هناك بعض الاختلافات في مواصفات يعتبرها الزبون كمؤشر للخدمة العادية بينما يراها المدراء من الأمور الهامة للزبون.

إن إغلاق الفجوة 2 و هي الفجوة بين إدراك الإدارة لتوقعات الزبون و مواصفات الخدمة التي تم تصميمها وفقا لذلك يمكن أن يكون من خلال وضع معايير للخدمة المتميزة تعكس توقعات الزبائن كما أن هذا من شأنه أن يقلل الفجوة رقم 5 ، كما أن وسائل الاتصال التي تستخدمها المؤسسة للترويج لخدماتها هي التي ترفع من توقعات الزبون عن الخدمة المتوقعة و بالتالي فإن الفرق بين جودة الخدمة المعلن عنها أو ما تم الوعد به و بين الخدمة التي تم تقديمها هي الفجوة رقم 4 و هي تزيد من الفجوة 5 في حالة عدم الوفاء بما تم الوعد به ، و بالتالي فإن السعي إلى أن يكون ما تم الوعد به مطابقا لما يقدم فعلا للزبائن من شأنه أن يقلل من الفجوة رقم 5.

و قد صمم استبيان السرفكوال على ضوء الأبعاد الخمسة الممثلة للجودة و تمكن نتائجه من شرح توقعات الزبائن عن الخدمة المتميزة التي يتوقعون الحصول عليها و الخدمة التي تم الحصول عليها فعلا من خلال تلك الأبعاد و يحتوي كل بعد على مجموعة من العناصر تمثل أسئلة البحث. ⁽¹⁾ فقياس الرضا يجب أن يتم على الزبائن أنفسهم ، عن طريق بعض الأبعاد أو المعايير و عن طريق المسوحات . ⁽²⁾

1- علي أحمد ثاني بن عبود، مرجع سابق، ص 161

و يتميز إستبيان سرفكوال بعد الانتهاء منه أو جمع المعلومات بواسطته باحتوائه على خطوط عريضة للباحثين الراغبين في تطوير الخدمة في القطاعات الخدمية خاصة و أنه سهل الإجابة بالإضافة إلى عدم الإفصاح عن هوية المستفيد و سهولته و شموليته في محتواه كما يساعد في جمع المعلومات الحقيقية التي تعبر عن الظواهر و تحديد المشكلة أو تحديد الأوضاع الحالية من خلال معرفة أسباب الفجوات و العمل على تلافيها من الممارسات المتعلقة بتقديم الخدمة ، كما يمكن تعديل بعض عناصر الاستبيان لتلائم طبيعة عمل الجهة التي سوف تستخدمه فبدلاً من الجهة الحكومية يمكن أن يستبدل بإدارة أو قسم أو خلافه بالجهة الحكومية و بالتالي تبديل العناصر بما يتفق و طبيعة الخدمة المراد قياسها كما يمكن تعديل عدد العناصر في كل بعد من الأبعاد الخمسة سواء بالزيادة أو النقصان .⁽¹⁾

3-3-3 أهمية القياس و الصعوبات التي تواجهه :

و للتعرف على أهمية القياس و الصعوبات التي تواجهه قسمنا المطلب الثالث إلى فرعين :

3-3-3-1 أهمية القياس في القطاع العمومي.

على المؤسسات أن تقيس نتائج أعمالها أو إدارتها حتى لو لم تحصل من خلال هذه النتائج على عائد أو مكافأة ، إذ أن المعلومات التي يتم الحصول عليها تحول اداء المؤسسة إلى الأحسن ، و يشير فلاسفة الإدارة (وليام تومسون و لورد كيلفن 1894-1896) إلى أنه حين تستطيع قياس ما تتحدث عنه و تعبر عنه بالأرقام فمعنى ذلك أنك تعرف شيئاً عنه و لكن حين تعجز عن قياسه و التعبير عنه بالأرقام فإن معرفتك ستكون ضئيلة و غير مرضية و في تلك الحالة قد يكون بداية معرفة فقط لكنك قلما ستتقدم في أفكارك و تصل إلى مرحلة العلم .

إن ما يمكن قياسه يمكن عمله و يشير جون بيرت إلى أن معدل الأخطاء في الصناعة في ولاية ماساشوتس قد بلغ 23% و يمثل ذلك أعلى معدل بين الولايات و عندما تم قياس هذا المعدل على مستوى الولاية لم يحدث أي تحسن ، و لكن عندما تم تحديد هذه النسبة لكل فرع أصبح بالتالي كل مدير يعرف بأنه سيشار إليه بوصفه صاحب أقل أو أكثر نسبة من الأخطاء و لذلك و خلال اثني عشر شهراً انخفضت نسبة الخطأ من (23% إلى 12%) و بعد ستة أشهر و عندما تم تطبيق القياس على وحدة إشرافية داخل كل فرع انخفضت نسبة الأخطاء إلى 8% مما يعني :

- 1- أهمية قياس الأداء على أساس كل وحدة تنظيمية أو على أساس كل مسئول مباشر .
 - 2- إن عدم قياس النتائج يصبح معه من الصعب تحديد النجاح من الفشل.
 - 3- إن عدم المعرفة بوجود نتائج قد تحققت يؤدي إلى عدم تقدير أو مكافأة من حقق الإنجاز.
 - 4- عندما لا نستطيع مكافأة النجاح فإننا حتما نكافئ الفشل.
 - 5- عندما لا نرى النجاح فإننا لن نستطيع أن نتعلم أو نستفيد منه.
 - 6- عندما لا نستطيع تحديد الفشل أو الخطأ فإننا لن نستطيع معالجته.
 - 7- عندما نستطيع أن نقدم أو نعرض النتائج فإننا بذلك نكسب تأييد العامة.⁽¹⁾
- و عادة ، دراسات تقييم الجودة في المؤسسات الصحية تقيس ثلاثة أنواع من النتائج : النتائج الطبية ، النفقات أو رضا المريض هذا الأخير يعني الطلب من المرضى تقييم ليس فقط حالتهم الصحية بعد معالجتها و لكن رضاهم على الخدمات الصحية بعد الحصول عليها.⁽²⁾
- و تتأكد أهمية قياس الجودة المدركة أكثر في الخدمات ، فالخدمة كمنتج غير ثابت الجودة و يتضمن أبعاد ذاتية مرتبطة بشخصيات الزبائن و تجاربهم السابقة ، ما جعل الباحثين في جودة الخدمة يركزون على الجودة المدركة للخدمة أكثر من الجودة الموضوعية ، فأمام المنتج المادي يستخدم الزبون عدة مؤشرات محسوسة ظاهرة (كاللون ، الملمس ، الرائحة ، الصلابة ، الوزن...) ، لكن أمام الخدمة لا يوجد هذا الكم من المؤشرات الظاهرة إلا ما يظهر من تجهيزات و مظاهر مادية و تسهيلات في مركز الخدمة أو مظهر العاملين يلجأ الزبون لتقييم الخدمة إلى مؤشرات أخرى و هي التي يسعى الباحثون لتحديد.⁽³⁾
- إن حكومات القرن الحادي و العشرين يجب أن تعمل بروح و منهج مؤسسات الأعمال حيث أن تطبيق نماذج أو جوائز الجودة من شأنه أن يلزم الجهات الحكومية انتهاج الية القطاع الخاص في قياس الأداء . و للوصول إلى تحقيق التميز و رضا المتعاملين ينبغي تفهم القيادة الإدارية للمؤسسات الحكومية لاحتمية التغيير و استخدام الوسائل و المداخل الحديثة لتطبيق الجودة من

1-علي أحمد ثاني بن عبود، مرجع سابق، ص 148

2-Jorge Mendoza Aldana, Helga Piechulek , Ahmed Al-Sabir, satisfaction des patients et qualité des soins dans des zones rurales du Bangladesh, bulletin de l'organisation mondiale de la santé, recueil d'article n°5, 2001, p65

3- بوعبد الله صالح، مرجع سابق، ص 51

خلال جوائز الجودة المختلفة و معرفة من هم الزبائن؟ و ما هي متطلباتهم؟ و السعي إلى تحقيقها و ضمان التحسين المستمر و بما أن قياس الأداء الحكومي يواجه كثيرا من الصعوبة بسبب طبيعة و نوعية الخدمة المقدمة فإن الحكم على جودة الأداء ينبع من قدرة هذه الوحدات على القيام بدورها المقرر في تحقيق رضا الزبائن. (1)

و لقد أعطيت الأولوية في الجزائر في الإنفاق على الخدمات العمومية في السنوات الأخيرة لتوصيل الخدمة إلى أكبر شريحة من المواطنين ، هذا الاهتمام بالكم على حساب الجودة تفسره كثافة الطلب الاجتماعي الذي تراكم في سنوات سابقة ، و يؤخذ على هذه السياسة أنها تتسبب في تسخير الموارد أحيانا لتغطية طلب " غير حقيقي " أو غير اقتصادي لا يمثل حاجة حقيقية للسوق ، حيث نلمس هذا في قطاع التعليم العالي الذي يخرج لسوق الشغل أعداد من حاملي الشهادات أكثر مما يستوعب ، إذ يتسبب هذا باختلالات حادة في توجيه موارد البلاد و تترتب عنه فجوات بين الطلب و العرض على الخدمات و السلع و اليد العاملة ، فبينما نشهد بطالة سافرة أحيانا و مقنعة أحيانا أخرى لخريجي الجامعات ، نعاني من نقص اليد العاملة المؤهلة في المهن. نتائج هذه السياسة في تفضيل الكم لها في المقابل أوجه ايجابية و حقيقية تتمثل في تلبية رغبات أكبر عدد من المواطنين ، و دعم تكافؤ الفرص ، و هي سياسة تشجع الإحساس بالتكافل الاجتماعي و اللحمة الوطنية على خلاف الحال لو تم تقديم السلع او الخدمات الأساسية بأسعار مختلفة في المناطق تبعا لاختلاف التكلفة . (2)

و من المتعارف عليه أن القطاع الحكومي وجد لكي يقدم خدمات مختلفة للمواطن الذي يعد زبونا رئيسيا للقطاع الحكومي سواء في تلقي خدمات مباشرة تقدمها أجهزة الدولة له كالخدمات الصحية و التعليمية و البلديات أو يستفيد منها بشكل غير مباشر عن طريق إشراف القطاع الحكومي مثلا على سلامة و صلاحية السلع من خلال الأجهزة الحكومية المختصة ، و بالتالي فإن المواطن يتوقع أن تقوم هذه الأجهزة بدورها بالشكل الذي يحقق الأمان و الصحة و غير ذلك من الخدمات.

1-علي أحمد ثاني بن عبود، مرجع سابق، ص 150

2- بوعبد الله صالح، مرجع سابق، ص 16

إن الاستمرار في اتباع الأسلوب البيروقراطي الحريص على تحقيق الأهداف بغض النظر عن نوعية الإنجاز قد أثار انتباه الكثير من الإداريين و الذين رأوا أن تحقيق الأهداف في حد ذاتها يستلزم التركيز على نوعية أو جودة هذه الأهداف المحققة ، و أن شرعية الحكومة تقوم على الإجراءات و على الفعالية في مخرجات ذات قيمة بالإضافة إلى إدراك مؤسسات القطاع العمومي لحاجتها الماسة لعمليات التحسين المستمرة في مجال تقديم الخدمات و ذلك بسبب العجز المتزايد في الموازنات الحكومية إلى جانب تضائل و ندرة الموارد ، كل ذلك فرض أهمية تبني نظام إدارة الجودة في القطاع العمومي . (1)

3-3-2 صعوبات قياس الرضا :

اختيار مجال و مستوى القياس ليس دائما سهلا أو بديها ، فكثيرا ما تخطئ المؤسسات في تحديد أولويات القياس بما يطابق أولويات و رغبات الزبون ، و تتراوح في ذلك بين الإفراط في قياس كل ما يجري في المؤسسة دون استغلال فعلي للبيانات المجمعة ، و بين التقيصير عن قياس مؤشرات مهمة و متيسرة . و تظهر تاريخيا تجربة القطاع الخدمي في القياس قصيرة إذا قيست إلى تجربة القطاع الصناعي ، بينما تمتد التجربة الصناعية في القياس و مراقبة الجودة على الأقل إلى المدرسة التيلورية في بداية القرن الماضي ، و تعود تجربة القطاع الخدمي في القياس إلى التنامي الحديث نسبيا لدور القطاع الخدمي في الو.م.أ و الدول الصناعية في منتصف الستينات. و بصرف النظر عن الجانب التاريخي تقف حاليا صعوبات حقيقية في وجه تطور هذه التجربة متعلقة بصغر أغلب المؤسسات الخدمية ما يبعدها عن استخدام وسائل قياس معقدة ، و من جهة أخرى لا يشجع ضعف المنافسة في عدد من القطاعات الخدمية - بسبب الاحتكار أو كثافة الطلب - على الاهتمام بالجودة ، فلطالما كانت المنافسة الدافع وراء الابتكار و التغيير و التطور ، حيث تركز المرافق العمومية على الكم على حساب الجودة . (2)

1- علي أحمد ثاني بن عبود، مرجع سابق، ص148

2- بوعبد الله صالح، مرجع سابق، ص50

إن وسائل قياس رضا المرضى معقدة و صعبة المعالجة فالشيء الأول الذي يجب أخذه بعين الاعتبار عند قياس رضا المستفيدين من الخدمات الصحية هي التأكد بأن الوسيلة المستعملة تستجيب فعلا للأهداف المحددة ، و الثانية أن هذه الدراسة سوف نخرج من خلالها بنتائج مهمة. إن تعقد إحساس الرضا يجعل القياس صعب ، فنتائج المسح جد مرتبطة بالأسئلة المطروحة ، وقت جمع آراء المستفيدين ، السياق الذي تم وضع الاستبيان فيه و خصائص المستفيد أيضا . و يظهر بصفة خاصة أن الرضا الذي نقيسه عن طريق الاستبيان هو متغير عبر الزمن ، فهم ليس نفسه عند الخروج ، بعد خمسة عشر يوم ، بعد شهرين... فمن الصعب إذا قياس رضا المرضى لأن إنشاء وسيلة القياس هي عملية طويلة و معقدة و القياس نفسه يمكن أن يكون مكلف نسبيا ، كما أن الوسائل الكمية لقياس رضا المرضى لا تعطي إجابة شاملة و نهائية لمشكل الرضا ، فالوسائل عبارة عن مجموعة أسئلة مغلقة مما يحد المجال أمام الأشخاص المستجوبين للتعبير ، فلا يمكن اكتشاف مشاكل غير متوقعة عن طريق هذه الوسائل.

كما أن مقاييس الرضا يمكن أن تكون وسيلة تحذير ، لكن لا يمكنها أن تحل محل التشخيص كما يعتقد دائما ، بالإضافة إلى أن نتائج قياس الرضا يتم تقديمها بطريقة عامة على شكل نقاط مرتبطة بأبعاد (الاستقبال ، المعلومات ، الفندقية ...) ، هذه النقاط يتم تأسيسها على فكرة أن الإجابات على الأسئلة المطروحة (العبارات) تسمح بتفسير الظاهرة الحقيقية بطريقة مرضية . إن وسائل القياس لا تقيس بطريقة مباشرة لا جودة الخدمات و لا ود العمال و لا المعلومات المعطاة للمرضى ، و بالتالي يتعلق الأمر بقياس غير مباشر الذي يعكس الانطباع الذي يحتفظ به المستفيد عند حصوله على الخدمة في بعض الميادين ، كما أن المستفيدين ليسوا قادرين على تحديد إذا كان عدم الرضا الذي يشعرون به متعلق بسوء تسيير الخدمة ، فشل العمال أو مشكل تنظيم على مستوى المؤسسة.....فصعب فصل النشاطات و الخدمات و الأشخاص. كما يعتقد دائما المختصين في الصحة أنهم أكثر معرفة بتوقعات المستفيدين ، لأنهم في اتصال دائم ، معهم ، و لديهم من الإمكانيات ما يمكنهم من تقدير حالتهم و تحديد العلاج الملائم لها. (1)

خاتمة الفصل الثالث :

اكتسب مفهوم رضا المرضى في مجال الخدمات الصحية أهمية خاصة كونها أكثر الخدمات أهمية للإنسان نظرا بالنسبة إلى ارتباطها الوثيق بكيانه النفسي و الجسدي ، و تزداد أهميتها في العالم الثالث حيث الرعاية الصحية في أدنى مستوياتها و ارتباط الأمراض بعوامل إضافية تساعد على انتشاره و تزيد من صعوبة معالجته كالفقر و الجهل و نقص مراكز الرعاية الصحية و عدم توافر الأدوية و الأطباء ، مما جعل الكثير من المؤسسات ذات الصلة (و لا سيما المستشفيات) تقوم ببحوث و دراسات كثيرة و دائمة عن درجة رضا مرضاها عن الخدمات التي قدمت و تقدم لهم و سبل تحسين مستوى هذا الرضا .

لقد اتفق الباحثون على أن العنصر الهام في جودة الخدمة بغض النظر عن نوعها هو أن جودة الخدمة تعتمد على إدراك المستفيد ، و على المؤسسة أن تبحث عن الطرق و الوسائل لتطوير و تحسين جودة الخدمة التي تتلائم مع توقعات المستفيد و تلبي حاجاته ، فالخدمة الجيدة من وجهة نظر المستفيد هي التي تتفق مع توقعاته ، و تسعى المؤسسة إلى تلبية تلك التوقعات عن طريق التعرف على المعايير التي يلجأ إليها المستفيدين للحكم على جودة الخدمة المقدمة إليهم ، و على إمكانية تلبية تلك التوقعات .

إن التوجه بالزبون من خلال الاهتمام بحاجات و رغبات و توقعات الزبون هو المدخل الحقيقي لنجاح المؤسسة في أداء المهام التسويقية لديها ، و لذا يحتاج الأمر إلى أن تقوم المؤسسة بتحديد حاجات الزبون و رغباته من وجهة نظره هو و ليس من وجهة نظر إدارتها و موظفيها ، و هذا يتطلب منها أن تقوم بإجراء بحوث تسويقية في ميدان العمل لجمع المعلومات و تحليلها و تفسيرها ، و الوصول إلى نتائج و توصيات محددة بشأنها ، فالمستفيد من الخدمات الصحية سواء كان مواطنا (مريضا محتملا) أو كان شخصا يعاني من مشكلة حقيقية (مريضا حقيقيا) يعد مصدرا للمعلومات أو للحكم على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة ، و يعد إشراك المستفيدين من الخدمة الصحية في تقييم تلك الخدمة أحد الروافد التي توفر مصدرا هاما من مصادر المعلومات

المتعلقة بمدى جودة هذه الخدمة و التي يمكن أن تفيد في تطوير عناصرها و ما يرافق ذلك من
تغير في سلوك المستفيد الذي أصبح أكثر وعيا و ثقافة في استهلاكه ، و ذا قدرة أكبر على انتقاء
الخدمة الأفضل بعد اعتماده الجودة كمعيار أساسي للاختيار .

الفصل الرابع

الفصل الرابع : دراسة ميدانية لعينة من المؤسسات الصحية العمومية.

تمهيد:

استقر رأي علماء الاجتماع و النفس إبان العشرين سنة الماضية على أن حكم المريض على الرعاية الصحية يمكن قياسه بكل دقة من خلال عدة مؤشرات ، و لعل من أهم هذه المؤشرات هو "درجة رضا المرضى" و التي يمكن معرفتها عن طريق استبيانات يعبر المرضى فيها عن احتياجاتهم و توقعاتهم و تصوراتهم لرعاية المستشفى ، و قد أشارت العديد من الدراسات إلى أن رضا المريض لا غنى عنه عند تقييم جودة الخدمات الصحية و تخطيطها و ذلك من المقارنة بين ما يتوقعه المريض و ما أدركه فعلا من مستوى جودة الخدمات .

و قد استهدفت الدراسة الحالية القيام بتحليل احصائي لآراء عينة من المستفيدين من الخدمات الصحية العمومية و المقيمين بها للوقوف على جودة هذه الخدمات ، فلا يمكن معرفة إن كانت هذه الخدمات بحاجة إلى تحسين دون تحديد مستويات جودتها و التعرف على تقييم المستفيدين لها ، و بغير ذلك سيبقى الاعتقاد قائما من قبل المستشفى بأن ما يقدم من هذه الخدمات هو جيد و يرضي المستفيدين ، لذا حاولنا من خلال هذه الدراسة التعرف على تقييم المستفيدين من ناحية توقعاتهم و كذا إدراكهم لمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم فعليا في المؤسسات الصحية العمومية و بالتالي تحديد حجم الفجوة ، ثم اختبار صحة مقياس جودة الخدمة الذي تقترحه نظرية الفجوة و تحديد الأهمية النسبية لمعايير جودة الخدمات الصحية و كذلك اختبار مدى تأثير بعض المتغيرات على تقييم المستفيدين للخدمات الصحية المقدمة ، و حتى تكون دراستنا واقعية ارتأينا الاستعانة ببرنامج التحليل الاحصائي للبيانات (spss version19) لبيان مدى صحة النموذج و صدق الفرضيات المقترحة ، لذا قمنا بتقسيم الفصل إلى ثلاثة مباحث أساسية تتمثل فيما يلي :

- التعريف العام بميدان الدراسة و الإطار المنهجي.

- تحليل استمارة الاستبيان

- نتائج اختبار فروض الدراسة

4-1 التعريف العام بميدان الدراسة و الإطار المنهجي

من خلال هذا المبحث سوف نتطرق أولاً للتعريف العام بعينة الدراسة الميدانية بطريقة مختصرة و هذا لإعطاء لمحة بسيطة عن المؤسسات الصحية و الأقسام التي تمت فيها الدراسة الميدانية ، ثم نحدد الإطار المنهجي للدراسة كمجتمع البحث و العينة و المنهج المتبع ...الخ :

4-1-1 التعريف العام بميدان الدراسة(عينة الدراسة).

حيث نقسم المطلب إلى ثلاث فروع ، بحيث كل فرع يضم لمحة تعريفية عن كل مؤسسة صحية من المؤسسات الصحية العمومية عينة الدراسة :

4-1-1-1 المؤسسة العمومية الاستشفائية EPH ابراهيم بن عبد الله تيريشين "الفابور

سابقاً".⁽¹⁾

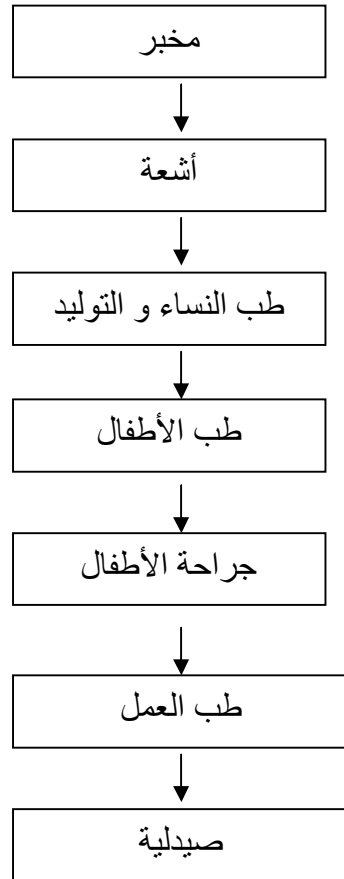
تغطي المؤسسة العمومية الاستشفائية للبلدية L'EPH Blida دائرتين و خمس بلديات نتيجة التقسيم الإداري الجديد و هي : دائرة البلدية (بلدية البلدية و بلدية بوعرفة) ، و دائرة أولاديعيش (بلدية أولاديعيش ، بلدية الشريعة و بني مراد) ، حيث يغطي مساحة تقدر ب 230.45 كلم² أي 50 كلم جنوب غرب الجزائر العاصمة.

و يتمثل تنظيم المصالح و الوحدات وفقاً للمرسوم التنفيذي رقم 2877 الصادر في 06 ماي 2008 إلى:

- 1- قسم الطب الداخلي متخصص في استقبال المرضى المقيمين نساء و رجال .
 - قسم أمراض الروماتيزم متخصص في استقبال المرضى المقيمين نساء و رجال.
 - 2- قسم الأمراض الصدرية متخصص في استقبال المرضى المقيمين نساء و رجال.
 - 3- الاستعجالات الطبية الجراحية تخصصه استقبال و فرز المرضى المقيمين .
 - 4- قسم الجراحة العامة نساء و رجال أيضاً.
- بالإضافة إلى قسم على الأوبئة ، قسم على التشريح و الأمراض ، مخبر ، قسم الأشعة و صيدلية

4-1-1-2 المركز الاستشفائي الجامعي حسيبة بن بوعلي "بن بولعيد سابقا"

تم تأسيس هذا المركز الجامعي الاستشفائي من طرف CNAS الصندوق الوطني لضمان الأجراء و تم تحويله إلى وزارة الصحة ، متخصص في الجراحة و العناية بالأطفال ، و كذلك طب النساء و التوليد ، بالإضافة إلى مهمة أساسية و هي مهمة تكوين الأطباء المساعدين بمعدل 100 مساعد داخلي كل 3 أشهر و 2000 خارجي كل 9 أسابيع و أيضا القابلات و المخدرين ، حيث يستقبل الطلبة في كل التخصصات و على مدار الأسبوع ، كما يعمل المستشفى 24/24 ساعة طيلة أيام الأسبوع يستقبل المرضى من كل البلديات و المناطق المجاورة. يصل العدد المتوسط للولادات إلى 12000 ولادة سنويا ، 5000 عملية جراحية منها 3000 عملية قيصرية ، بالإضافة إلى 60000 تشخيص سنويا. ⁽¹⁾



شكل رقم (4-13): الهيكل التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي حسيبة بن بوعلي

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على معلومات مقدمة من طرف مصلحة الموارد البشرية.

3-1-1-4 مستشفى فرانتز فانون⁽¹⁾

يتكون المركز الاستشفائي الجامعي للبليدة من الهياكل الأربعة التالية:

- أولا : مستشفى فرانتز فانون :** تأسس سنة 1933 بمساحة كلية قدرت بـ 35 هكتار و بقدرة إجمالية حالية تصل إلى 1613 سرير مقسمة على جميع المصالح و الوحدات التي أصبح يتكون منها هذا المستشفى ، حيث كان قديما هذا المستشفى مخصص للأمراض النفسية و العقلية.
- ثانيا : - المركز الاستشفائي الجامعي حسيبة بن بوعلي " عيادة بن بولعيد سابقا" :** تم تأسيس هذا المستشفى من طرف CNAS الصندوق الوطني لضمان الأجراء و تم تحويله إلى وزارة الصحة ، متخصص في الجراحة و العناية بالأطفال ، و كذلك طب النساء و التوليد
- ثالثا : عيادة محمد يزيد :** تأسست سنة 1957 و كانت في الأساس مخصصة للأمومة ، و الآن يضمن تخصصين هما : الجراحة العامة و عيادة العظام.
- رابعا : عيادة الأسنان زعبانة :** تشتغل منذ 1986 و نشاطها يتمثل في نزع و جراحة الأسنان و تكوين جراحي الأسنان أيضا.
- و يتكون المركز الاستشفائي الجامعي من 4 وحدات كما ذكرنا سابقا مقسمة حسب التخصصات التابعة لكل وحدة كما يبينه الجدول رقم (4-5) :

1-<http://www.sante.dz/dsp-blida/sitedsp09/chu.htm>, DSP.Blida, (online)

جدول رقم (4-5): هياكل و أقسام المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية.

المؤسسة	الهياكل	الأقسام
	وحدة محمد يزيد	قسم العظام
		قسم الجراحة العامة
		قسم الأشعة
		قسم نقل الدم
	وحدة حسيبة بن بوعلي	قسم جراحة الأطفال
		قسم أمراض النساء و التوليد
		قسم طب الأطفال
		طب العمل
		مختبر
		صيدلية
	وحدة فرانتز فانون	جراحة المخ و الأعصاب
		الأعصاب
		العيون
		الأذن ، الأنف و الحنجرة
		الطب الداخلي
		التأهيل الوظيفي
		الجراحة العامة
		الإنعاش الطبي
		الطب الشرعي
		مختبر
		الأشعة
		الطب النفسي للأطفال
		علم الأمراض

طب النفس أ		
طب النفس ب		
طب النفس ج		
عيادة زعبانة	وحدة زعبانة	

المصدر: 00:15, 06/08/15 (online) <http://www.sante.dz/dsp-blida/sitedsp09/chu.htm>

4-1-2 الإطار المنهجي للدراسة و إجراءات الدراسة الميدانية.

من خلال هذا المطلب نتطرق لمنهج الدراسة و نتعرف على مجتمع و عينة و نموذج الدراسة كما يلي :

4-1-2-1 منهج الدراسة .

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي لمحاولة وصف و تقييم واقع "جودة الخدمات الصحية العمومية في تحقيق رضا المريض " باستعمال نموذج سرفكوال لمحددات جودة الخدمات ، و يحاول المنهج الوصفي التحليلي أن يقارن و يفسر و يقيم أملا في التوصل إلى تعميمات ذات معنى تزيد من رصيد المعرفة حول الموضوع.

و من المعروف أن الباحث يمكنه استخدام عدة طرق لجمع البيانات و تحليلها ، و قد اختارت الباحثة تجميع بيانات الدراسة الميدانية عن طريق المسح باستعمال قائمة الاستقصاء الموجهة إلى المرضى المقيمين في المؤسسات الصحية العمومية عينة الدراسة ، حيث تعتبر قائمة الاستقصاء من أكثر أدوات البحث العلمي استخداما في ميدان البحوث الاجتماعية بسبب فعاليتها الكبيرة في تجميع البيانات الأولية.

و تم توزيع قائمة الاستقصاء على أفراد عينة الدراسة عن طريق المقابلة الشخصية مع كل مريض لشرح أهداف البحث و التأكيد على استعمال هذه البيانات في البحث العلمي لا غير ، و القيام بتقديم الشروحات حول بعض العبارات إن تم طلب ذلك ، و التأكد من أن المرضى هم فعلا من أجابوا على الأسئلة و لم يتركوا أي سؤال بدون إجابة ، و حتى المساعدة في ملأ الاستبيان في بعض الأحيان إن استصعب الأمر على المريض بسبب الحالة الصحية بعد إعطاء درجات الموافقة طبعا.

أولاً: مجتمع البحث و عينة الدراسة :

إن الإجابة على التساؤلات التي يضعها الباحث أو تحقيق الفروض التي يطرحها في بحثه يتطلب قيامه بجمع بيانات يحصل عليها من ميدان الدراسة ، ثم يقوم بعد ذلك بتحليل هذه البيانات و استخلاص النتائج التي قد تؤكد صحة الفرضيات أو تنفيها ، و الواقع أن البيانات التي يحتاجها الباحث ما هي في الغالب إلا ردود و إجابات الناس على أسئلة توجه إليهم ليكشف الباحث بواسطتها عن قيمهم و اتجاهاتهم إزاء قضايا و مواقف معينة.

و يعرف نافذ محمد بركات مجتمع الدراسة بأنه " مجموعة العناصر أو الأفراد التي ينصب عليهم الاهتمام في دراسة معينة ، و بمعنى آخر هو جميع العناصر التي تتعلق بها مشكلة البحث" ⁽¹⁾ و دراسة المجتمعات الاحصائية تعتمد أساسا على أخذ كل مفردات المجتمع للتعرف على خصائص و معالم هذا المجتمع و التي تعطي لهذا المجتمع صفاته دون غيره ، و نظرا لوجود صعوبات كثيرة تحول دون دراسة جميع مفردات المجتمع بواسطة أسلوب الحصر الشامل فإننا نجري دراستنا على جزء صغير من هذا المجتمع أو ما يسمى بالعينة.

و بالنسبة لدراستنا هذه فيتكون مجتمع الدراسة من جميع المرضى المقيمين فقط لا غير في المؤسسات الصحية العمومية عينة الدراسة و المتمثلة في : المؤسسة الاستشفائية ابراهيم تيريشين ، المركز الاستشفائي الجامعي حسيبة بن بوعلي ، و مستشفى فرانتز فانون ، و المتواجدة بمدينة البليلة حيث تمت هذه الدراسة في الفترة ما بين 02 ماي 2015 و 02 جوان 2015 .

و يعرف مهدي محمد القصاص العينة بأنها " جزء من المجتمع نقوم بدراستها للتعرف على خصائص المجتمع الذي سحبت منه هذه العينة ، و لكي تصلح النتائج التي نحصل عليها للتعبير عن المجتمع لا بد و أن تكون العينة ممثلة للمجتمع تمثيلا صحيحا . ⁽²⁾

1- نافذ محمد بركات، التحليل الاحصائي باستخدام برنامج spss، الجامعة الاسلامية، 2006/2007، ص3

2- مهدي محمد القصاص، مبادئ الاحصاء و القياس الاجتماعي، كلية الآداب، جامعة

المنصورة، مصر، 2007، ص78

ثانيا : طرق جمع البيانات الاحصائية.

يتم جمع البيانات الاحصائية بإحدى الطرق التالية : (1)

- 1- **طريقة المسح الشامل** : و فيها يتم تجميع البيانات من جميع مفردات المجتمع دون استبعاد أي مفردة ، وهذه الطريقة عادة تكون طويلة و مكلفة و تحتاج إلى الكثير من الوقت؛
 - 2- **طريقة العينة** : و فيها يتم اختيار عينة تمثل المجتمع و تجرى عليها الدراسة و تعمم النتائج على المجتمع ، و كلما كانت العينة المختارة بطريقة صحيحة و ممثلة تمثيلا صحيحا كلما كانت النتائج صادقة و دقيقة.
- و في دراستنا هذه اعتمدنا على الطريقتين في جمع المعلومات كما يوضحه الجدول رقم (4-6) :

جدول رقم (4-6) : طرق جمع بيانات الدراسة الميدانية

عدد الاستبيانات الكاملة	عدد الاستبيانات المستبعدة	عدد اللذين تم استجوابهم	عدد المرضى (خلال فترة الدراسة)	طريقة جمع البيانات	عدد الأسرة	الأقسام التي تمت فيها الدراسة	المؤسسة الصحية العمومية
56	5	61	83	المسح الشامل	رجال=18 نساء=18 رجال=12 نساء=12 رجال=10 نساء=10	أ-الأمراض الصدرية ب-الطب الداخلي ج-الروماتيزم	مستشفى ابراهيم تيريشين "الفابور سابقا"
39	4	43	64	المسح الشامل	19	جراحة الأطفال	المركز الاستشفائي الجامعي "حسيبة بن بوعلي"
95	9	104	147				المجموع
69	6	75	/	عينة غير عشوائية بسيطة	/	-الطب الداخلي -الكسور -العيون -الجراحة العامة -الحنجرة الأنف الأنف -أمراض القلب و الشرابين -مركز مكافحة السرطان -جراحة الأعصاب - الأعصاب -إعادة التأهيل الوظيفي	مستشفى "فرانتز فانون"
69	6	75	/				المجموع
164	15	179					المجموع الكلي

المصدر: من إعداد الطالبة

و من خلال الجدول السابق يتضح أنه تم اعتماد طريقة المسح الشامل بالنسبة لمستشفى ابراهيم تيريشين في كل الأقسام التي تعالج المرضى المقيمين و هي: الأمراض الصدرية ، الطب الداخلي و الروماتيزم رجال و نساء ، و أيضا بالنسبة لعيادة حسبية بن بوعلي في قسم جراحة الأطفال فقط و هو القسم الوحيد الذي حصلت فيه على موافقة من هذا المستشفى ، أما مستشفى فرانتز فانون فتم الاعتماد على طريقة المعاينة الغير العشوائية العرضية.

و يعرف نافذ محمد بركات العينة غير العشوائية العرضية بأنها " طريقة انتقائية لا تمثل مجتمع البحث تمثيلا صحيحا و إنما تتم وفق اختيار الباحث و لذلك لا تكون هناك فرصة متساوية لأفراد المجتمع في الظهور في العينة. (1)

و قد تم جمع بيانات الاستبانة عن طريق المقابلة الشخصية و هي " أن تقوم بمقابلة أفراد العينة و التحدث في الموضوع الذي تم إجراء البحث فيه ، و بذلك كمية المعلومات التي تجمع تكون دقيقة إلى حد ما إلا أن تحليلها صعب" (2)

و قد تم توزيع الاستبانات من طرف الباحثة على كل الأفراد المستجوبين و تقديم المساعدة خاصة بالنسبة للذين لا يستطيعون الكتابة بسبب الحالة الصحية أو الذين يستوعبون بصعوبة ، و تم جمع المعلومات خلال الفترة الممتدة من 02 ماي 2015 إلى 02 جوان 2015 بمعدل زيارتين في الأسبوع لكل قسم فيما يخص مستشفى ابراهيم تيريشين و عيادة حسبية بن بوعلي ، حيث تم استجواب أغلبية المرضى في الزيارة الأولى ، ثم في الزيارات الموالية تم استجواب المرضى الجدد فقط ، علما أن عدد الأسرة لا يساوي دائما عدد المرضى بالنسبة لمستشفى ابراهيم تيريشين ، أما قسم جراحة الأطفال فكان عدد المرضى يفوق أحيانا عدد الأسرة ، حيث يتم إضافة كراسي في بعض الأحيان للمرضى لعدم وجود أسرة فارغة ، و كان معدل المرضى الجدد في كل زيارة يصل إلى حوالي 5 مرضى في المتوسط .

1- نافذ محمد بركات، مرجع سابق، ص5

2- نفس المرجع، ص5

و وصل عدد المرضى في مستشفى ابراهيم تيريشين خلال فترة الدراسة إلى 83 مريض ، غير أنه لم يتم استجواب إلا 63 مريض ، و هذا راجع للأسباب التالية :

- الأمية و عدم القدرة على الاستيعاب؛
- الحالة الصحية و عدم القدرة على الإجابة؛
- رفض الإجابة لأسباب شخصية.

أما قسم جراحة الأطفال بعيادة حسية بن بوعلي فقد وصل عدد المرضى خلال نفس الفترة إلى حوالي 64 مريض تتراوح أعمارهم ما بين 0 و 14 سنة و الذين كانوا كلهم برعاية أمهاتهم ، حيث قامت الأمهات بالإجابة نيابة عن أبنائها بنسبة 95% أما النسبة الباقية 5 % فلقد تم الإجابة عليها من طرف الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 12 و 14 سنة و الذين كانت صحتهم تسمح بذلك يوم الزيارة ،

و قد تم توزيع 49 استبيان و استرجاع 43 استبيان لخروج هؤلاء المرضى قبل ارجاع الاستبيان ، أما البقية و الذين لم يجيبوا على قائمة الاستقصاء فكانت الأسباب كما يلي:

- الأمية (و هي كانت العائق الأكبر)؛
- رفض الإجابة (غياب ثقافة الاستبيان)؛
- الحالة الصحية و النفسية للمرضى و أمهاتهم ؛
- تزامن أوقات العلاج و تقديم الدواء و الأشعة و التحاليل بالإضافة إلى أوقات الزيارات و الأكل مع وقت قيام الباحثة بالمسح.

و بالتالي مثل عدد المرضى في هاتين المؤسستين الصحييتين 147 مريض ، تم استجواب 104 مريض منهم أي بنسبة 70.74% ، و وصل عدد الاستبيانات الكاملة الإجابة إلى 95 استبيان أي بنسبة 91.34%. أما بالنسبة لمستشفى فرانتز فانون فقد اخترنا عينة غير عشوائية تقدر بـ 75 مفردة حيث تم رفض 6 استبيانات إجاباتها غير كاملة ، لبقى عدد الاستبيانات الصالحة للتحليل 69 استبيان من مختلف أقسام المركز كآتي : مركز مكافحة السرطان ، الطب الداخلي ، الكسور ، العيون ، الجراحة العامة ، الحنجرة الأنف و الأذن ، أمراض القلب و الشرايين ، جراحة الأعصاب و إعادة التأهيل الوظيفي.

و بالتالي وصل عدد المستجوبين في المؤسسات الصحية العمومية عينة الدراسة إلى 179 مريض تم رفض 15 استبيان منها ليصبح العدد النهائي للاستبيانات الكاملة الإجابة إلى 164 استبيان و التي تم استعمالها في التحليل و الإجابة على الفرضيات.

ثالثاً: نموذج الدراسة :

اعتمد نموذج الدراسة على متغيرين أساسيين هما :

أ- **المتغير المستقل** : و هو جودة الخدمات الصحية بأبعادها الفرعية المتمثلة في :

الملموسية ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان و التعاطف،

ب- **المتغير التابع** : و هو رضا المريض أي رضا المستفيد على جودة الخدمات الصحية

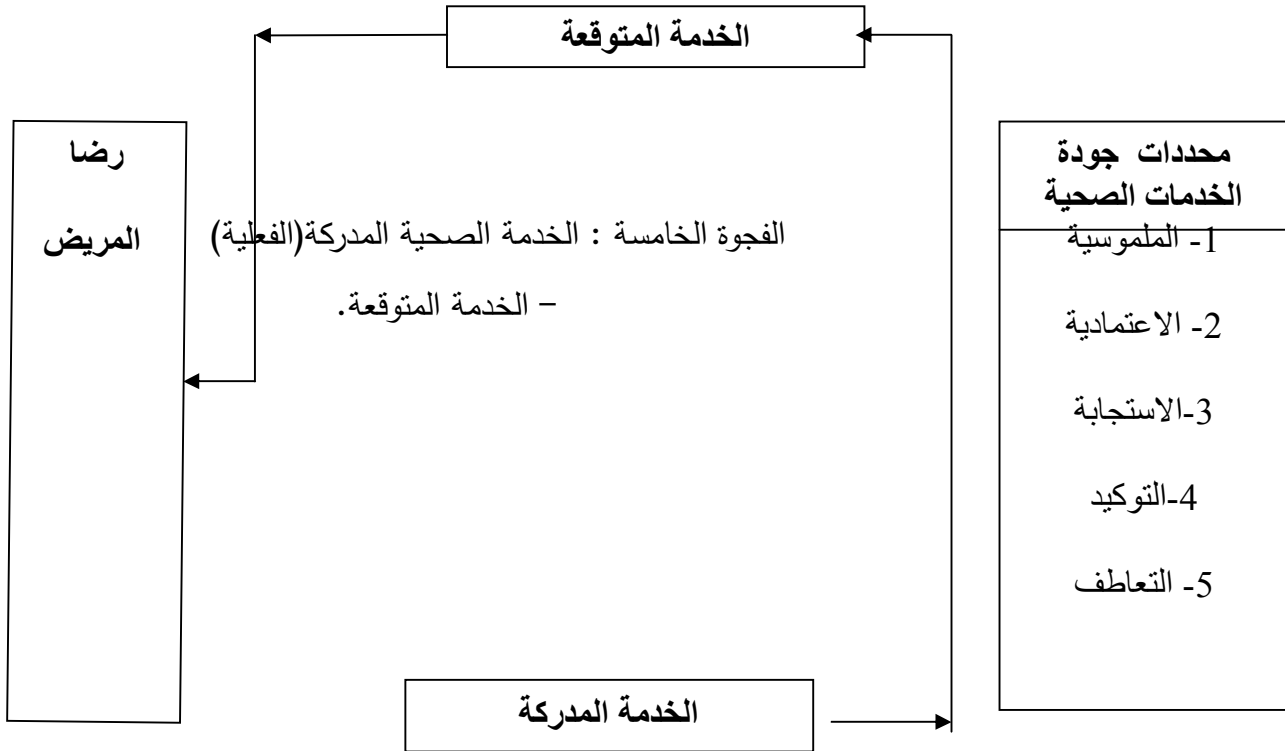
العمومية بحيث مستوى الرضا = الإدراك - التوقع و منه إذا كان :

- التوقع = الإدراك ← مستفيد راض؛

- التوقع < الإدراك ← مستفيد غير راض؛

- التوقع > الإدراك ← رضى مثالي.

و يمثل الشكل التالي النموذج الافتراضي للدراسة :



الشكل رقم (4 - 14): النموذج الافتراضي للدراسة .

المصدر : من إعداد الباحثة.

حيث اعتمدت أبعاد جودة الخدمات من قبل الباحثين Parasuraman,Zeithaml,Berry سنة 1985 و 1988 ، و تم اعتمادها كمؤشرات لقياس جودة الخدمات ، و النموذج يوضح طبيعة العلاقة القائمة بين المتغيرات المستقلة الفرعية الخمسة (الملموسية ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان ، التعاطف)، حيث هذه المتغيرات تبين مظاهر جودة الخدمة من أجل قياس حجم الفجوة بين الخدمة المدركة و الخدمة المتوقعة (الفجوة الخامسة) حيث مقدار الفرق يحدد حجم الفجوة ، فكلما كان حجم الفجوة كبير دل ذلك على أن مستوى جودة الخدمة منخفض و المريض غير راض و العكس صحيح ، و هذا لمحاولة تقليص حجم الفجوة و العمل على غلقها من قبل المؤسسات الصحية العمومية لتقديم خدمة صحية بمستوى عالي يلبي طموح المرضى و توقعاتهم و هو الهدف الأساسي للتسويق الصحي .

4-2-1-2 أداة الدراسة .

أولا : مصادر جمع المادة الأولية :

لقد استخدمت الباحثة مصدرين أساسيين لجمع البيانات تتمثل فيما يلي :

1- المصادر الثانوية : و تتمثل مصادر البيانات الثانوية في المراجع العربية و الأجنبية التي تناولت البحث من كتب ، مقالات ، منشورات ، دوريات ، رسائل الماجستير و أطروحات الدكتوراه بالإضافة إلى مواقع الانترنت التي تناولت موضوع الدراسة؛

2- المصادر الأولية : لمعالجة الجوانب التحليلية لموضوع الدراسة تم جمع البيانات الأولية من

خلال الاستبانة كأداة رئيسية للبحث صممت خصيصا لهذا الغرض و وزعت على المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية العمومية التي تم تطبيق الدراسة الميدانية فيها ، و هذا لتفسير الظاهرة محل الدراسة ، و تعد الاستبانة من أهم طرق جمع المعلومات " فهي وسيلة لجمع البيانات اللازمة للتحقق من فرضيات المشكلة قيد الدراسة أو الإجابة على أسئلة البحث" (1) ثانيا : بناء أداة الدراسة .

و قد تم تصميم قائمة الاستبيان الموجهة إلى المستفيدين من الخدمات الصحية العمومية ، و ذلك للكشف عن درجة التطابق أو الاختلاف بين توقعات المستفيدين لأهمية أبعاد جودة الخدمات و إدراكهم لنفس الأبعاد و التي يحصلون عليها فعلا ، حيث جاءت الأسئلة أو العبارات مغلقة و مصممة وفقا لمقياس ليكارت الخماسي الذي يعد الأنسب لمثل هذه الدراسات ، و قد كانت

الخيارات المتاحة أمام كل عبارة كما يلي : (غير موافق إطلاقاً ، موافق ، موافق إلى حد ما ، موافق ، موافق تماماً) و قد أكدنا على الأفراد المستجوبين ضرورة اختيار إجابة واحدة فقط أمام كل عبارة. و تم استعمال نموذج سرفكوال لمحددات جودة الخدمات لتصميم قائمة الاستبيان ، و قد اشتملت القائمة بالإضافة إلى مقدمتها التعريفية على جزئين رئيسيين هما على التوالي :

الجزء الأول : التوقعات : و هو الجزء الخاص بتوقعات المرضى للخدمات الصحية العمومية و التي يريدون و يرغبون الحصول عليها ، و اشتمل هذا الجزء على 22 سؤال أو عبارة تمثل المحددات الخمس لجودة الخدمات بهدف قياس توقعاتهم لخصائص جودة الخدمات الصحية؛

أما الجزء الثاني : الإدراكات (الخدمة الفعلية): فيضم أيضا 22 سؤال أو عبارة حول إدراك أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلا في المستشفى.

و في الجزئين نفس العبارات و نفس الأبعاد و يكمن الفرق بينهما في الهدف من الجزء الأول و هو تحديد مدى أهمية توقع الحصول على هذه الخصائص في المؤسسات الصحية العمومية (الخدمة المتوقعة) ، أما الجزء الثاني فيهدف إلى تحديد مدى الموافقة على وجود هذه الخصائص فعلا في المؤسسة التي يقيم بها (الخدمة المدركة)، فهي تقريبا نفس العبارات المستخدمة مع اختلاف بسيط في صياغة العبارات بحيث يتلاءم مع ما يتوقع أو يرغب المرضى أن تكون عليه هذه الخدمات من جودة و ما يدركه فعلا ، حيث تعكس العبارات الأبعاد الخمسة الرئيسية لجودة الخدمات كما طورها الباحث Parasuraman في مقياس Servqual و هذه المحاور موضحة في الجدول التالي مع عدد العبارات في كل بعد:

جدول رقم (4- 7) : توزيع العبارات على محددات جودة الخدمات.

المحاور	العبارات
الملموسية	4-1
الاعتمادية	9-5
الاستجابة	13-10
الأمان	17-14
التعاطف	22-18

بالإضافة إلى الأسئلة العامة و التي تتضمن الخصائص الديموغرافية و التي شملت على وجه التحديد: الجنس ، السن ، المستوى التعليمي و المنطقة الجغرافية.

و من خلال الإجابة على أسئلة الاستبيان في جزئها ، و بعد الحصول على درجة الموافقة على 22 عبارة كاملة حول التوقعات و 22 عبارة الخاصة بالإدراكات لكل المستجوبين ، يمكن حساب نتيجة الانحراف لكل عبارة و من ثم لكل محور بحيث (نتيجة الفجوة = الإدراك - التوقع) علما أن الفجوة المراد قياسها هي الفجوة الخامسة أي من وجهة نظر المرضى و الفجوة خاصة بمستوى الرضا ، و بعد القيام بالمقابلات و المسح تم جمع الاستبيانات الموزعة ، ليتم في المرحلة الموالية دراسة و معالجة البيانات إحصائيا من أجل استعمالها كمادة جاهزة لصناعة القرار .

4-1-2-3 صدق و ثبات قائمة الاستقصاء :

أولا : اختبار صدق مقياس الدراسة : للتأكد من أن المقياس المستخدم في هذه الدراسة يقيس بالفعل ما ينبغي أن يقاس ، حيث تم تصميم قائمة الاستقصاء في شكلها الأولي و عرضت على محكمين من هيئة التدريس في كلية علوم الاقتصاد و التسيير بجامعة سعد دحلب لإبداء ملاحظاتهم حول حسن الصياغة و وضوح العبارات ، ما ساعد في إعادة صياغة بعض العبارات و إخراج ثلاث قوائم في شكلها النهائي بدل قائمة واحدة ، علما أنه لم يتم تغيير عبارات المقياس و إنما تم تطبيق النموذج كما هو .

حيث الجزء الأول و الخاص بتوقعات المرضى يحتوي على أسئلة على توقعات المرضى للخدمات الصحية العمومية بصفة عامة (ملحق رقم 1 بالعربية و ملحق رقم 2 بالفرنسية) ، أما الجزء الثاني و الخاص بالإدراكات فيضم نفس الأسئلة مع ذكر اسم المستشفى الذي يعالج به المريض و الذي يحصل منه على الخدمة الفعلية حيث تعمدنا ذكر الأسماء المعروفة بها هذه المؤسسات عند عامة الناس و هذا باللغتين العربية و الفرنسية (الفابور، بن بولعيد و مستشفى فرانتز فانون) و هذا لتسهيل الإجابة على المريض و تحديد مستوى الخدمة المدركة في المستشفى الذي يعالج فيه المريض المقيم.

كما تم توزيع الاستبانة على عينة مختارة من مجتمع الدراسة و هي عينة استطلاعية من خارج عينة البحث و تكون متفقة في خواصها مع عينة البحث ، و قد وزعنا الاستبانة على عينة عددها 30 مفردة استفادت من الخدمات الصحية العمومية سابقا ، و ذلك للتعرف على مدى فهم المستقصى منهم للعبارات التي وردت في الاستبانة و درجة وضوحها ، و تساعد هذه المرحلة في :

- 1- تحديد درجة استجابة المبحوثين للاستبيان؛
- 2- تساعد في التعرف على الأسئلة الغامضة؛
- 3- توضح بعض المشكلات المتعلقة بالتصميم و المنهجية.

ثانيا : ثبات مقياس الدراسة :

استخدم اختبار (كرونباخ ألفا) لاختبار ثبات المقياس الداخلي لأداة الدراسة بشكل عام و فقا لتقديرات أفراد عينة الدراسة ، و يعني الثبات استقرار المقياس و عدم تناقضه مع نفسه ، أي أن المقياس يعطي نفس النتائج باحتمال متساوي لقيمة المعامل إذا أعيد تطبيقه على نفس العينة.

4-2 تحليل استمارة الاستبيان.

لتحليل استمارة جمع المعلومات قسمنا هذا المبحث إلى مطلبين ، الأول لعرض أساليب التحليل المستخدمة في هذه الدراسة ، أما المطلب الثاني فخصصناه لتحليل نتائج الاستبيان.

4-2-1 عرض أسلوب التحليل الاحصائي المستخدم في البحث.

لاختبار صحة الفرضيات تم استخدام أساليب الاحصاء الوصفي و التحليلي كما يلي :

أولا : مقاييس التحليل الاحصائي الوصفي :

تم الاعتماد على تحليل البيانات على الحاسب الآلي من خلال الاعتماد على بعض الأساليب الاحصائية المناسبة لطبيعة العلاقة بين المتغيرات و شروط استخدام الاختبار ، و ذلك باستخدام حزمة التحليل الاحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS win version 19 (statistical package for social science) و ذلك لتحقيق أهداف البحث و تحليل البيانات التي تم جمعها و هي كالتالي :

- 1- أسلوب التكرارات و النسب المئوية و الرسوم البيانية لمتغيرات الاستبيان الديموغرافية؛
- 2- تم استخراج المتوسط الحسابي (للتعرف على مدى توافق إجابات أفراد العينة) ، و الانحراف المعياري (لقياس درجة تشتت قيم أفراد العينة عن المتوسط الحسابي)؛
- 3- حساب إجمالي (أو متوسط) كل محور؛
- 4- حساب المتوسط المرجح لإجابات العينة على الأسئلة الواردة في شكل مشابه لمقياس ليكرت بغرض معرفة اتجاه آراء المستجوبين ، حيث يعتبر مقياس ليكرت من أفضل أساليب قياس الاتجاهات.

ثانيا : مقاييس التحليل الاستدلالي :

- 1- معامل الثبات (الفا كرونباخ)؛
- 2- اختبار كولمجروف- سمنروف Kolmogrov-Smirov ؛
- 3- اختبار (ت) لعينة واحدة one sample t-test ؛
- 4- اختبار مربع كاي² Chi-square؛
- 5 -مصفوفة ارتباط بيرسون correlation pearson ؛
- 6- الانحدار الخطي المتعدد Multiple regression؛
- 7- اختبار فرق المتوسطين (ت) Independent t-test؛
- 8- تحليل التباين الأحادي الاتجاه One Way Anova.

ثالثا : مقياس الفجوة : و الذي يعتمد على طرح المتوسطات لتحديد حجم الفجوة ، و يتم ذلك باستخدام المعادلة التالية :

$$SQ_i = \sum_{j=1}^K W_i (P_{ij} - E_{ij})$$

و يمكن تعريف المكونات الرئيسية لهذه المعادلة كما يلي :

SQ_i = الجودة المدركة للخدمة الكلية البعد (i)

K = عدد العناصر المرتبطة بجودة الخدمة للبعد (i)

W_i = قيم المتوسطات للأبعاد في حالة تباين الأهمية النسبية لكل بعد

P_{ij} = الأداء الفعلي للبعد (i) و الناتجة عن البعد (j)

E_{ij} = توقعات المرضى للجودة للعنصر (j) و الناتجة عن البعد (i)

و بتطبيق هذه المعادلة الرياضية لجميع العبارات و من ثم جميع المحاور يمكن قياس الجودة الكلية للخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات لجميع الأبعاد.

4-2-2 تحليل نتائج الاستبيان :

و هو مقسم إلى ثلاث فروع كما يلي :

4-2-2-1 الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة :

إن السعي نحو الإلمام بجوانب موضوع الدراسة يتطلب عرضاً تفصيلياً لأهم الخصائص

الديموغرافية التي تتميز بها عينة الدراسة :

1- توزيع عينة الدراسة حسب النوع :

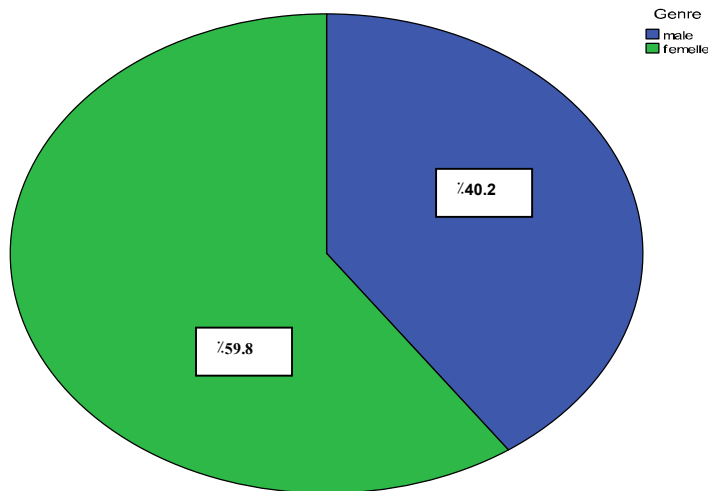
أول مؤشر ندرسه في الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة يتمثل في النوع ، و الموضح في

الجدول و الشكلين المواليين :

جدول رقم (4-8) : توزيع عينة الدراسة حسب النوع

البيان	التكرار	النسبة المئوية
الذكور	66	40.2%
الإناث	98	59.8%
المجموع الكلي	164	100%

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل إحصائي SPSS



الشكل رقم (4-15) : توزيع عينة الدراسة حسب النوع.

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل إحصائي SPSS

حيث مثلت نسبة النساء المريضات المقيمات بالمؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة 59.8% من إجمالي العينة ، بينما مثلت نسبة الذكور 40.2%.

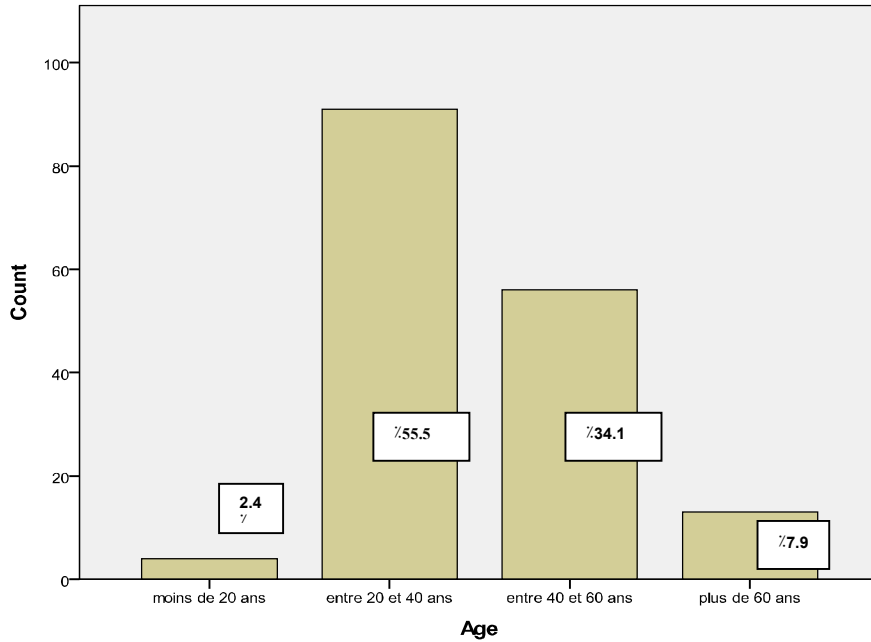
2- توزيع عينة الدراسة حسب السن :

مؤشر السن أيضا نوضحه في الجدول رقم (4-9) و الشكل رقم :

جدول رقم (4-9) : توزيع عينة الدراسة حسب السن .

البيان	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 20 سنة	4	2.4%
بين 20 و 40 سنة	91	55.5%
بين 40 و 60 سنة	56	34.1%
اكثر من 60 سنة	13	7.9%
المجموع الكلي	164	100%

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي SPSS



الشكل رقم(4-16) : توزيع عينة الدراسة حسب السن

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على برنامج احصائي SPSS

و قد مثلت التركيبة العمرية للفئة ما بين 20 و 40 سنة أكبر نسبة من مجموع المستجوبين و التي بلغت 55.5% ، تليها الفئة العمرية ما بين 40 و 60 سنة بنسبة 34.1 % ، ثم تليها فئة الأكثر من 60 سنة و التي مثلت 7.9% ، و قد مثل المستجوبين الأقل من 20 سنة نسبة 2.4% فقط .

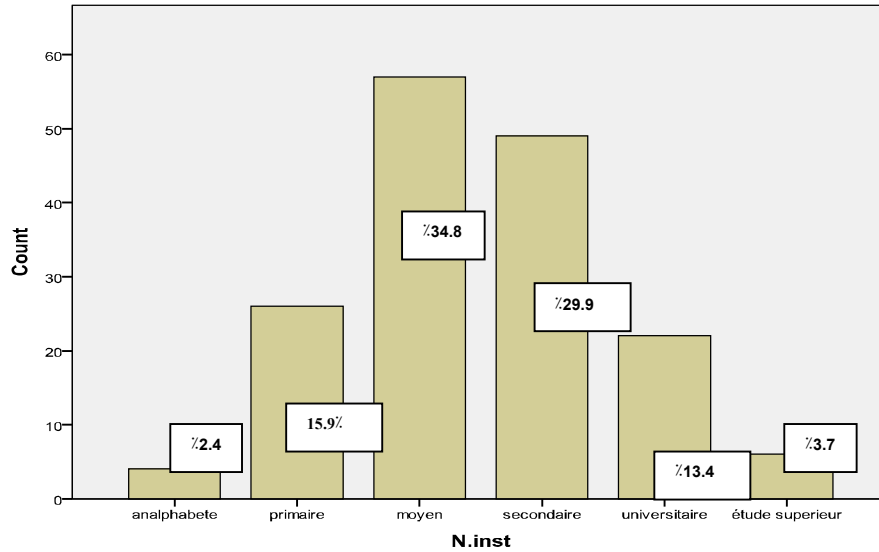
3- توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي :

توزيع عينة الدراسة حسب مؤشر المستوى الدراسي نوضحه في الجدول و الشكل المواليين:

جدول رقم (4- 10) : توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي.

البيان	التكرار	النسبة المئوية
أمي	4	2.4%
ابتدائي	26	15.9%
متوسط	57	34.8%
ثانوي	49	29.9%
جامعي	22	13.4%
دراسات عليا	6	3.7%
المجموع الكلي	164	100%

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي spss



الشكل رقم (4- 17) : توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي.

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي spss

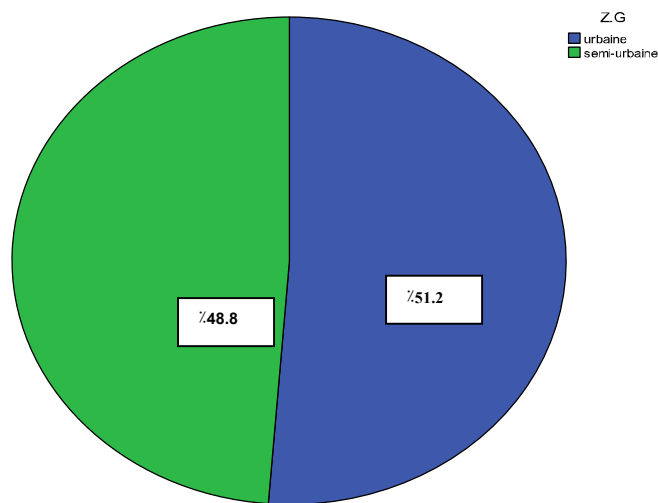
و يظهر من الجدول و الشكل السابقين تباين المستويات التعليمية لعينة الدراسة و اختلافها ، حيث مثل مستوى الأميين 2.4% فقط و هذا لرفض الإجابة إما لعدم القدرة على الاستيعاب أو الحالة الصحية لكبار السن ، 34.8% نسبة المستوى المتوسط و التي كانت أكبر فئة من العينة ، يليها المستوى الثانوي بنسبة 29.9% ثم الابتدائي بنسبة 15.9% فالمستوى الجامعي بـ 13.4% و أخيرا الدراسات العليا بنسبة 3.7%.

4- توزيع عينة الدراسة حسب المنطقة الجغرافية:

و بما أن المرضى المقيمين في المؤسسات الصحية عينة الدراسة هم من مناطق مختلفة مثل : ولاية البليدة بمختلف دوائرها و بلدياتها ، الجلفة ، شلف ، خميس مليانة ، تيسيمسليت ، عين الدفلى ... ولذا الجدول و الشكل المواليين يمثلان تقسيم العينة حسب المنطقة الجغرافية :
الجدول رقم (4-11) : توزيع عينة الدراسة حسب المنطقة الجغرافية.

البيان	التكرار	النسبة المئوية
حضري	84	51.2%
شبه حضري	80	48.8%
المجموع الاجمالي	164	100%

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي spss



الشكل رقم (4-18) : توزيع عينة الدراسة حسب المنطقة الجغرافية

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي spss

من خلال الجدول و الشكل يتضح تقسيم عينة الدراسة حسب المنطقة الجغرافية إلى منطقة حضرية بنسبة 51.2 % و منطقة شبه حضرية بنسبة 48.8 % و هي نسبة متقاربة .

4-2-2-2 إجراء اختبار الثبات لأسئلة الاستبيان :

أولاً : اختبار ثبات الاستبيان :

يقصد بثبات الاستبانة أن تعطي هذه الاستبانة نفس النتيجة لو تم إعادة توزيعها ، أي الاستقرار في نتائج الاستبانة و عدم تغييرها بشكل كبير فيما لو تم إعادة توزيعها على أفراد العينة عدة مرات خلال فترات زمنية معينة. (1)

و للتأكد من ثبات الأداة فقد تم استخراج معامل الاتساق الداخلي لأداة الدراسة وفقاً لإجابات عينة الدراسة و البالغ عددها (164) فرداً ، و باستخدام معامل كرونباخ ألفا (Cronbach–Alpha) لكل أسئلة الاستبيان ، حيث يتم حساب ثبات صدق الاستبيان من خلال معامل الفا كرونباخ الذي يأخذ قيمة تتراوح بين الصفر و الواحد الصحيح ، فإذا لم يكن هناك ثبات في البيانات فإن قيمة المعامل تكون مساوية للصفر ، و على العكس إذا كان هناك ثبات تام في البيانات فإن قيمة المعامل تساوي الواحد الصحيح. (2)

أي أن الزيادة في معامل ألفا كرونباخ تعني زيادة مصداقية البيانات ، و الجدول رقم (4-12) يوضح ذلك :

ف0 : 1] ، 0 ≠ Ac

ف1 : 1] ، 0 = Ac

جدول رقم (4-12): صدق ثبات الاستبيان من خلال معامل ألفا كرونباخ.

عدد الأسئلة	معامل الفا كرونباخ
44	0.931

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي spss

1- امال نمر حسن صيام،تطبيق التخطيط الاستراتيجي و علاقته بأداء المؤسسات الأهلية النسوية في قطاع

غزة،جامعة الأزهر،غزة،2010،ص32

2- عز عبد الفتاح،مقدمة في الاحصاء الوصفي و الاستدلالي باستخدام spss(على الخط)،

http://site.iugaza.edu.ps/mbarbakh/files/2010/02/questionnaire_analyzis.pdf، تاريخ

التحميل2015/09/20على الساعة 18:00

و يوضح الجدول رقم (4-12) أن قيمة ألفا كرونباخ تساوي 0.931 و هي مرتفعة كثيرا و موجبة ، و أن عدد العبارات هو 44 ، و هو ما يدل على ثبات أسئلة الاستبيان و مصداقية البيانات و أن النتائج المأخوذة تنعكس على مجتمع الدراسة.

ثانيا : اختبار ثبات محاور الاستبيان :

بعد حساب معامل الثبات الإجمالي لكل أداة الدراسة ، نحسب الآن معامل الثبات (ألفا) و مؤشر الصدق (الثقة) لكل محور من محاور الدراسة (المتغيرات الرئيسية الخمسة) الخاصة بكل جزء من أجزاء الاستبيان (التوقعات و الإدراكات) كما هو موضح في الجدول الآتي :

جدول رقم (4-13) : ثبات و صدق محاور الاستبيان.

المحور	التوقعات		الادراكات	
	الثبات	الصدق *	الثبات	الصدق *
الملموسية	0.665	0.8154	0.815	0.9027
الاعتمادية	0.755	0.8689	0.926	0.9622
الاستجابة	0.816	0.9033	0.924	0.9612
الأمان	0.749	0.8654	0.927	0.9628
التعاطف	0.819	0.9049	0.905	0.9513

* تم حساب صدق المحك عن طريق جذر معامل الثبات

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي spss

- و تضع أوما سيكاران قاعدة عامة للتعامل مع هذا المعامل مفادها الآتي :
- إذا كان معاما ألفا كرونباخ أقل من (0.6) فهذا يعني أن الدراسة تتمتع بثبات ضعيف ، الأمر الذي يلزم إعادة النظر في بناء أداة الدراسة؛
 - إذا كان معامل ألفا كرونباخ يتراوح بين (0.6 و 0.7) فهذا يعني أن الدراسة تتمتع بثبات مقبول؛
 - إذا كان معامل ألفا كرونباخ يتراوح بين (0.7 و 0.8) فهذا يعني أن الدراسة تتمتع بثبات جيد؛
 - إذا كان معامل ألفا كرونباخ أكبر من (0.8) فهذا يعني أن الدراسة تتمتع بثبات ممتاز. ⁽¹⁾ و من خلال نتائج الجدول رقم (4-13) نلاحظ تباين معاملات الثبات لجزء التوقعات من قائمة

الاستقصاء ، لوجود ثبات مقبول لبعد الملموسية 0.665 و ثبات جيد لبعد الاعتمادية 0.755 و كذلك الأمان 0.749 ، بينما معامل بعد الاستجابة 0.816 و بعد التعاطف 0.819 و هذا يعني ثبات جيد جدا للبعدين ، و منه يمكن أن نقول أن معاملات ألفا كرونباخ تراوحت بين المقبول و الممتاز .

بينما تمتعت الأبعاد الخمسة لجزء الإدراكات من قائمة الاستقصاء بثبات ممتاز حيث فاقت كلها 0.8 ، و منه يمكن القول أن الأداة ذات مصداقية كبيرة و تتمتع بالثبات و الصدق التامين . (1)

3-2-2-4 حساب المتوسط المرجح لإجابات العينة : و ذلك على الأسئلة الواردة في

شكل مشابه لمقياس ليكارت بغرض معرفة اتجاه اراء المستجوبين ، حيث يعتبر مقياس ليكارت من أفضل أساليب قياس الاتجاهات .

و يستخدم المتوسط المرجح إذا كان المتغير يأخذ قيما تختلف من حيث أهميتها ، لذلك يجب أخذ هذه الأهمية في الاعتبار و ذلك بإعطاء كل عبارة الوزن المناسب لأهميتها.

1- مقياس ليكارت الخماسي : إذا كانت الإجابات هي أحد خمسة اختيارات لدرجة الموافقة من خمس اختيارات (غير موافق تماما ، غير موافق ، موافق إلى حد ما ، غير موافق ، غير موافق تماما) فإنه عادة ما تدخل القيم (الأوزان) كما في الجدول التالي : (2)

الجدول رقم (4-14) : قيم درجات الموافقة لمقياس ليكارت

الوزن	الرأي
1	غير موافق تماما
2	غير موافق
3	موافق إلى حد ما
4	موافق
5	موافق تماما

المصدر : عز عبد الفتاح، مرجع سابق، ص540

1- قاسي ياسين، مرجع سابق، ص342

2- عز عبد الفتاح، مرجع سابق، ص540

يتم بعد ذلك حساب المتوسط الحسابي (المتوسط المرجح) ثم يحدد الاتجاه حسب قيم المتوسط المرجح كما في الجدول التالي :

جدول رقم (4-15): اتجاه المتوسط الحسابي لمقياس ليكارت.

المتوسط	المستوى
من 1 إلى 1.79	غير موافق تماما
من 1.80 إلى 2.59	غير موافق
من 2.60 إلى 3.39	موافق إلى حد ما
من 3.40 إلى 4.19	موافق
من 4.20 إلى 5	موافق تماما

المصدر : عز عبد الفتاح، مرجع سابق، ص 541

نلاحظ أن طول الفترة المستخدمة هنا هي $4/5$ أي حوالي 0.80 ، و قد حسبت طول الفترة على أساس أن الأرقام الخمسة 1 ، 2 ، 3 ، 4 و 5 حصرت فيما بينها 4 مسافات.

و الجدول الموالي يوضح قيم المتوسط الحسابي المرجح و الانحراف المعياري بعد حساب الجداول التكرارية للعبارات الخاصة بجزء التوقعات ، و هي ملخصة كما يلي :

جدول رقم (4-16) : العوامل كما يتوقعها المريض.

الترتيب	الاتجاه	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	الرأي					العبارات
				موافق تمام	موافق	موافق إلى حد ما	غير موافق	غير موافق تماما	
				التكرار	التكرار	التكرار	التكرار	التكرار	
				النسبة %	النسبة %	النسبة %	النسبة %	النسبة %	
1	موافق تماما	0.4681	4.7622	128	33	3	0	0	محور: الملموسية العبارة 1
				78%	20.1%	1.8%	0%	0%	
15	موافق تماما	0.7294	4.4207	89	60	10	5	0	العبارة 2
				54.3%	36.6%	6.1%	3%	0%	
19	موافق تماما	0.7827	4.3232	82	56	23	3	0	العبارة 3
				50%	34.1%	14%	1.8%	0%	
22	موافق	0.9695	4.1707	75	58	17	12	2	العبارة 4
				45.7%	35.4%	10.4%	7.3%	1.2%	
5	موافق تماما	0.6851	4.5549	105	48	9	1	1	العبارة 5
				64%	29.3%	5.5%	0.6%	0.6%	
4	موافق تماما	0.6073	4.5732	104	50	10	0	0	العبارة 6
				63.4%	30.5%	6.1%	0%	0%	
7	موافق تماما	0.7208	4.5427	108	39	16	0	1	العبارة 7
				65.9%	23.8%	9.8%	0%	0.6%	
9	موافق تماما	0.6404	4.5305	100	51	13	0	0	العبارة 8
				61%	31.1%	7.9%	0%	0%	
12	موافق تماما	0.6691	4.5122	99	51	13	1	0	العبارة 9
				60.4%	31.1%	7.9%	0.6%	0%	
13	موافق تماما	0.6868	4.4756	92	62	6	4	0	محور: الاستجابة: العبارة 10
				56.1%	37.8%	3.7%	2.4%	0%	
17	موافق تماما	0.5841	4.4024	94	46	20	4	0	العبارة 11
				57.3%	28%	12.2%	2.4%	0%	

2	موافق تماما	0.7966	4.5915	104	54	5	1	0	العبارة 12
				%63.4	32.9%	%3	%0.6	%0	
16	موافق تماما	0.8282	4.414	95	50	12	6	1	العبارة 13
				%57.9	%30.5	%7.3	%3.7	%0.6	
11	موافق تماما	0.6312	4.5183	96	58	9	1	0	محور: الأمان: العبارة 14
				%58.4	%35.4	%5.5	%0.6	%0	
3	موافق تماما	0.6165	4.5793	103	55	5	0	1	العبارة 15
				%62.8	%33.5	%3	%0	%0.6	
6	موافق تماما	0.6295	4.5488	101	53	9	1	0	العبارة 16
				%61.6	%32.3	%5.5	%0.6	%0	
8	موافق تماما	0.6206	4.5366	99	54	11	0	0	العبارة 17
				%60.4	%32.9	%6.7	%0	%0	
20	موافق تماما	0.9475	4.2988	87	53	14	6	4	محور: التعاطف: العبارة 18
				%53	32.3%	8.5%	%3.7	%2.4	
18	موافق تماما	0.7453	4.3354	79	64	18	3	0	العبارة 19
				48.2%	%39	%11	%1.8	%0	
21	موافق تماما	0.9519	4.2378	83	50	20	9	2	العبارة 20
				%50.6	30.5%	%12.2	%5.5	%1.2	
10	موافق تماما	0.6440	4.5305	100	51	13	0	0	العبارة 21
				%61	%31.1	%7.9	%0	%0	
14	موافق تماما	0.7208	4.4573	94	53	16	0	1	العبارة 22
				%53	%32.3	9.8%	%0	%0.6	

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي spss

ما يلاحظ من خلال عمود المتوسط المرجح و مقارنة القيم بمجالات الاتجاه أن جل القيم تنتمي إلى الاتجاه موافق تماما ، ما عدا عبارة واحدة (العبارة الرابعة من محور الملموسية) و هي تناسب المظهر العام للمستشفى العمومي نوع و طبيعة الخدمات المقدمة التي كان اتجاهها موافق ، فكل العبارات تتجه نحو القبول التام من طرف المرضى ، و هذا مهم جدا و يعني أن نموذج سرفكوال لمحددات جودة الخدمات يمكن تبنيه بما أن المرضى وافقوا موافقة مطلقة على هذه العناصر ، أي أن هذه الخصائص تمثل فعلا و بشكل كبير حاجاتهم اتجاه الخدمة الصحية العمومية ، لذا يمكن

الاستناد عليها في تحسين جودة الخدمات الصحية بالانطلاق من حاجات المرضى الحقيقية و تحقيق رضاهم .

جدول رقم (4-17) : العوامل كما يدركها المريض.

الترتيب	الاتجاه	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	الرأي					العبارات
				موافق تماما	موافق	موافق إلى حد ما	غير موافق	غير موافق تماما	
				التكرار	التكرار	التكرار	التكرار	التكرار	
				النسبة %	النسبة %	النسبة %	النسبة %	النسبة %	
5	موافق إلى حد ما	1.2377	3.2622	36	29	56	28	15	محور: الملموسية العبارة 1
				22	17.7	34.1	17.1	9.1	
20	موافق إلى حد ما	1.1038	3.0244	16	53	35	39	21	العبارة 2
				9.8	32.3	21.3	23.8	12.8	
1	موافق	1.1038	3.4512	28	60	43	24	9	العبارة 3
				17.1	36.6	26.2	14.6	5.5	
8	موافق إلى حد ما	1.1627	3.2012	20	56	39	35	14	العبارة 4
				12.2	34.1	23.8	21.3	8.5	
11	موافق إلى حد ما	1.3171	3.1159	30	41	32	40	21	محور: الاعتمادية العبارة 5
				18.3	25	19.5	24.4	12.8	
3	موافق إلى حد ما	1.1901	3.3415	30	50	43	28	13	العبارة 6
				18.3	30.5	26.2	17.1	7.9	
12	موافق إلى حد ما	1.2823	3.1098	25	49	29	41	20	العبارة 7
				15.2	29.9	17.7	25	12.2	

13	موافق إلى حد ما	1.2255	3.0854	19	53	35	37	20	العبارة 8
				11.6	32.3	21.3	22.6	12.2	
-22	موافق إلى حد ما	1.2355	2.9695	15	50	41	31	27	العبارة 9
				9.1	30.5	25	18.9	16.5	
14	موافق إلى حد ما	1.2663	3.0610	23	45	37	37	22	محور: الاستجابة: العبارة 10
				14	27.4	22.6	22.6	13.4	
17	موافق إلى حد ما	1.2627	3.0244	24	37	45	35	23	العبارة 11
				14.6	22.6	27.4	21.3	14	
6	موافق إلى حد ما	1.2499	3.2256	30	41	48	26	19	العبارة 12
				18.3	25	29.3	15.9	11.6	
18	موافق إلى حد ما	1.2408	3.0244	20	47	36	39	22	العبارة 13
				12.2	28.7	22	23.8	13.4	
7	موافق إلى حد ما	1.2308	3.2073	27	45	45	29	18	محور: الأمان: العبارة 14
				16.5	27.4	27.4	17.7	11	
4	موافق إلى حد ما	1.2213	3.3110	29	52	40	27	16	العبارة 15
				17.7	31.7	24.4	16.5	9.8	
2	موافق إلى حد ما	1.1776	3.3659	29	53	45	23	14	العبارة 16
				17.7	32.3	27.4	14	8.5	
10	موافق إلى حد ما	1.1579	3.1646	23	43	49	36	13	العبارة 17
				14	26.2	29.9	22	7.9	

21	موافق إلى حد ما	1.2454	2.9695	17	51	28	46	22	محور: التعاطف: العبارة 18
				10.4	31.1	17.1	28	13.4	
19	موافق إلى حد ما	1.2771	3.1768	28	47	34	36	19	العبارة 19
				17.1	28.7	20.7	22	11.6	
16	موافق إلى حد ما	1.2229	3.0366	20	45	40	39	20	العبارة 20
				12.2	27.4	24.4	23.8	12.2	
18	موافق إلى حد ما	1.2182	3.0244	21	39	48	35	21	العبارة 21
				12.8	23.8	29.3	21.3	12.8	
15	موافق إلى حد ما	1.1971	3.0488	17	50	41	36	20	العبارة 22
				10.4	30.5	25	22	12.2	

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي spss

من خلال المتوسطات الحسابية للخدمة الفعلية تبين أن اتجاهات معظم عبارات الاستبيان هي موافق إلى حد ما ، ما عدا عبارة واحدة (العبارة رقم 03 من محور الملموسية) التي تم الموافقة عليها و هي العاملون بالمستشفيات يتمتعون بحسن المظهر و أناقة الملابس ، و هذا ما يفسر الموافقة المتوسطة أو النسبية على أن الخدمات الصحية العمومية تتميز بالجودة بصفة عامة ، فإجابات المستجوبين كانت متباينة باختلاف المؤسسات الصحية و حتى الأقسام ، حيث في بعض الحالات كان المرضى راضيين عن الخدمات الصحية المقدمة فعلا بينما البعض الآخر كانوا غير راضيين تماما على جودة الخدمات الصحية المقدمة فيها ، و بتجميع بيانات كل المؤسسات و الأقسام أصبح الاتجاه موافق نوعا ما أي عدم توافق الخدمة الصحية الفعلية مع الخدمة الصحية المتوقعة.

و قد تم ترتيب العبارات حسب المتوسطات الحسابية من الأصغر إلى الأكبر ، و في حالة تساوي المتوسطات رتبنا العبارات بواسطة الانحراف المعياري من الأكبر إلى الأصغر.

و يوضح الجدول التالي المتوسط المرجح و الانحراف المعياري لجميع المحاور في جزئها
(التوقعات و الإدراكات) :

جدول رقم (4- 18): المحاور كما يتوقعها و يدركها المريض.

المحاور	التوقعات				الإدراكات		
	المتوسط	الانحراف المعياري	الاتجاه	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاتجاه
الملموسية	4.4192	0.5383	موافق تماما	4	3.2348	0.9471	موافق إلى حد ما
الاعتمادية	4.5427	0.4729	موافق تماما	2	3.1244	1.0984	موافق إلى حد ما
الاستجابة	4.4710	0.5864	موافق تماما	3	3.0838	1.1348	موافق إلى حد ما
الأمان	4.5457	0.4717	موافق تماما	1	3.2622	1.0845	موافق إلى حد ما
التعاطف	4.3720	0.6178	موافق تماما	5	3.0512	1.0484	موافق إلى حد ما
المؤشر العام	4.4690	0.42734	موافق تماما	/	3.1455	0.97258	موافق إلى حد ما

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي spss

و من خلال نتائج متوسطات محاور الخدمة الصحية المتوقعة و الخدمة الصحية المدركة نستنتج الموافقة التامة من طرف المرضى على كل محددات جودة الخدمات الصحية أي أن المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية العمومية يتوقعون الحصول على خصائص الخدمة الصحية تبعا لنموذج سرفكوال و محددات النموذج ، أما فيما يخص الخدمة الفعلية فكانت منحرفة عن الخدمة المتوقعة إذا متوسطات كل المحاور منخفضة ، إي أن الخدمة الصحية لا تتميز بالجودة من وجهة نظر المرضى .

كما بلغت قيم الانحراف المعياري التي تعبر عن مدى اختلاف المرضى حول الخدمة الفعلية أكبر من الانحراف المعياري للخدمة المتوقعة.

و يوضح الجدول التالي أهم خمسة عوامل يتوقعها المرضى :

جدول رقم (4-19) : أهم خمسة عوامل يتوقعها المرضى .

الترتيب	العبرة	الرقم
1	العبرة 1	1
2	العبرة 12	2
3	العبرة 15	3
4	العبرة 6	4
5	العبرة 5	5

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي spss

أما الخمسة عوامل الأقل أهمية التي يتوقعها المرضى نجدها مرتبة في الجدول (4-20) رقم :

جدول رقم (4-20): الخمسة عوامل الأقل أهمية يتوقعها المرضى.

الترتيب	العبرة	الرقم
22	العبرة 4	1
21	العبرة 20	2
20	العبرة 18	3
19	العبرة 3	4
18	العبرة 19	5

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي spss

و ما يمكن قوله من خلال هذين الجدولين أن أهم العبارات أو الخصائص التي يتوقع المريض

الحصول عليها في المؤسسات الصحية العمومية هي بالترتيب كما يلي :

- 1- يجب أن تتوفر لدى المستشفى معدات و أجهزة تقنية متطورة و حديثة (الملموسية)؛
- 2- يجب على العاملين بالمستشفيات العمومية أن يكونوا دائما على استعداد لمساعدة المرضى (الاستجابة)؛

3- يجب أن أشعر بالأمان في تعاملي مع العاملين بالمستشفى (الامان) ؛

4- يجب أن يتعاطف العاملون بالمستشفى مع المرضى عند مواجهتهم لمشكلة معينة و يساعدونهم على حلها (الاعتمادية)؛

5- يجب أن يلتزم المستشفى بتنفيذ الأعمال في الأوقات المحددة و التي تم الوعد بها (الاعتمادية).

و من خلال ترتيب العبارات يمكن استنتاج أن المرضى اختاروا عبارة من كل محور من المحاور الثلاثة (الملموسية، الاستجابة ، الأمان) و عبارتين من محور الاعتمادية ، حيث تعبر هذه العبارات أو الأبعاد عن أهم الخصائص التي يتوقع المريض ايجادها في المؤسسات الصحية العمومية.

أما العبارات الأقل أهمية التي يتوقعها المرضى كانت كما يلي :

1- يجب أن يناسب المظهر العام للمستشفى نوع و طبيعة الخدمات المقدمة (الملموسية)؛

2- يجب على العاملين بالمستشفى القدرة على منحك الإهتمام الشخصي (التعاطف)؛

3- يجب أن يهتم المستشفى اهتماما شخسيا بك (التعاطف)؛

4- يتمتع العاملون بالمستشفى بحسن المظهر و أناقة الملبس (الملموسية)؛

5- ساعات العمل بالمستشفى مناسبة لجميع المرضى (التعاطف).

و ما يمكن قوله أن محور التعاطف مثل المحور الأقل أهمية في ترتيب توقعات المرضى بثلاث عبارات حيث استنتجت من حوار مع المرضى عدم أهمية الاهتمام الشخصي لأن بالنسبة لهم أي مريض يحصل على اهتمام شخصي هو مريض لجأ إلى المحسوبة و هذا ما يضايق المرضى دائما ، و بالتالي يتوقعون الحصول على نفس الاهتمام بشكل جماعي ، كما أن ساعات العمل في هذه المستشفيات هي 24/24 ساعة طيلة الأسبوع لذا لم يعطي المرضى أهمية لهذا العنصر لتوفره أصلا ، أما محور الملموسية فكان أقل أهمية أيضا بعبارتين بحيث لم يمثل مظهر المستشفى و العاملين خصائص مهمة بالنسبة للمرضى ، فالأهم بالنسبة لهم هو العلاج و الخدمات الأساسية .

و كما أوضحنا العوامل المتوقعة ، نرتب من خلال الجدول رقم (4-21) أهم خمسة عوامل يدركها المرضى :

جدول رقم (4- 21) : أهم خمسة عوامل يدركها المرضى.

الترتيب	العبرة	الرقم
1	العبرة 3	1
2	العبرة 16	2
3	العبرة 6	3
4	العبرة 15	4
5	العبرة 1	5

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي spss

جدول رقم (4-22) : الخمسة عوامل الأقل أهمية التي يدركها المرضى.

الترتيب	العبرة	الرقم
22	العبرة 9	1
21	العبرة 18	2
20	العبرة 2	3
19	العبرة 21	4
18	العبرة 13	5

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي spss

و من خلال الجدولين السابقين يمكن ترتيب العبارات الأكثر أهمية و التي أدركها المريض فعلا أي تتوفر في المؤسسات الصحية العمومية التي يعالج بها المريض بدرجة متوسطة هي (حيث اعتمدنا في الترتيب على المتوسطات الحسابية ، و في حال تساوي المتوسطات لجأنا إلى الانحراف المعياري لترتيب العبارات) :

- 1- يتمتع العاملون بالمستشفيات بحسن المظهر و اناقة الملبس (الملموسية) و هو عنصر غير مهم بالنسبة للمرضى ، و هو العنصر الوحيد الذي تم إدراكه فعلا (أي تمت الموافقة على توفره)؛
- 2- يتحلى العاملون بالمستشفى الذي يعالج به بالسلوك المهذب المجامل (الأمان)؛

3- يتعاطف العاملون بالمستشفى مع المرضى عند مواجهتهم لمشكلة معينة و يساعدونهم على حلها (الاعتمادية) و هو عنصر مهم بالنسبة للمرضى؛

4- أشعر بالآمان في تعاملي مع العاملين بمستشفى (الأمان) و هو عنصر مهم بالنسبة للمرضى؛

5- تتوفر لدى المستشفى معدات و أجهزة تقنية متطورة و حديثة (الملموسية) و هو عنصر مهم يتوقعه المرضى.

و بالتالي يدرك المرضى عنصرين من بعد الملموسية و عنصرين أيضا من بعد الأمان بالتالي يمثلان أهم المحاور التي أدركها المرضى ، ثم يلي ذلك بعد الاعتمادية بعنصر واحد فقط ، و هذه هي العناصر الموجودة فعلا في الخدمة الصحية العمومية بدرجة موافق إلى حد ما.

أما العوامل الخمسة الأقل أهمية كما يدركها المرضى تتمثل في :

1- تتوفر لدى المستشفى أنظمة توثيق خالية من الأخطاء (الاعتمادية)؛

2- يهتم المستشفى اهتماما شخسيا بك (التعاطف)؛

3- منظر المرافق و الصالات التي تقدم بها الخدمات بالمستشفيات جذابة (الملموسية)؛

4- يضع المستشفى المصلحة العليا لك في مقدمة اهتماماته (التعاطف)؛

5- العاملون بالمستشفى لا ينشغلوا عنك أبدا و يلبون طلباتك (الاستجابة).

أي أن هذه العناصر غير متوفرة في المؤسسات الصحية العمومية عينة الدراسة ، حيث لم يدرك المرضى وجودها ، فجاء محور التعاطف بعبارتين أي أنه أكثر المحاور الغير متوفرة فلا يوجد استجابة لحاجات المرضى ، أما محور الاعتمادية و الملموسية و الاستجابة فلم يدرك المرضى عبارة واحدة من كل محور .

و إذا قارنا ما بين أهم خمسة عوامل يتوقعها المرضى ، و أهم خمسة عوامل يدركها المرضى ، نتحصل على الجدول رقم (4-23) :

الجدول رقم (4-23) : أكثر العوامل أهمية التي يتوقعها و التي يدركها المرضى.

أهم خمسة عوامل يتوقعها المرضى		أهم خمسة عوامل يدركها المرضى	
العبارة	الترتيب	العبارة	الترتيب
العبارة 1	1	العبارة 3	1
العبارة 12	2	العبارة 16	2
العبارة 15	3	العبارة 6	3
العبارة 6	4	العبارة 15	4
العبارة 5	5	العبارة 1	5

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي spss

و من خلال المقارنة نجد أن من بين أهم خمسة عوامل يتوقع المرضى إيجادها و توفيرها له في المؤسسات الصحية العمومية ثلاث عوامل أو خصائص مهمة تم إدراكها فعلا بدرجة متوسطة ، أي أنها متوفرة نوعا ما (الخدمة الفعلية) من وجهة نظر المرضى المقيمين و ليست بنفس الترتيب هي :

أ- تتوفر لدى المستشفى معدات و أجهزة تقنية متطورة و حديثة (الملموسية)؛

ب- يتعاطف العاملون بالمستشفى مع المرضى عند مواجهتهم لمشكلة معينة و يساعدهم على حلها (الاعتمادية)؛

ج- أشعر بالأمان في تعاملي مع العاملين بالمستشفى (الأمان).

و بالتالي تم إدراك ثلاث عناصر من بين خمسة عناصر الأكثر أهمية التي يتوقعها المرضى بدرجة متوسطة ، و باستعمال مقياس الفجوة (P-E) نجد الفجوة = 3-5 أي بفارق (2-) و هذا دليل على أن إدراك المرضى لمحددات جودة الخدمات أقل من توقعاتهم مما يوحي بوجود فجوة بينهما ، و ما سيأتي من تحليل سيعطي مزيدا من التحليل.

3-4 نتائج اختبار فروض الدراسة.

قبل الشروع في تطبيق الاختبارات المختلفة يجب الشروع في تحديد طبيعة البيانات هل تتبع التوزيع الطبيعي أم لا ، فإذا كانت تتبع التوزيع الطبيعي فإن الاختبارات المعلمية سوف تستخدم و تطبق ، أما إذا كانت البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي فإن الاختبارات غير المعلمية سوف تستخدم.

و لمعرفة نوع التوزيع المتبع نستخدم اختبار كولمجروف-سمنروف kolmogrov-smirov :
ف0 : بيانات الخدمة الصحية المتوقعة و الخدمة الصحية الفعلية لا تتبع التوزيع الطبيعي بمستوى معنوية 0.05؛

ف1 : بيانات الخدمة الصحية المتوقعة و الخدمة الصحية الفعلية تتبع التوزيع الطبيعي.

جدول رقم (4-24) : بيانات التوزيع الطبيعي.

البيانات	الخدمة الفعلية	الخدمة المتوقعة
- المتوسط الحسابي	3.1455	4.4690
- الانحراف المعياري	0.97258	0.42734
- كولمجروف-سمنروف	1.119	1.370
- مستوى المعنوية	0.163	0.47

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي spss

من نتائج الجدول نستنتج أن مستوى المعنوية لبيانات الخدمة الصحية الفعلية = 0.163 و مستوى المعنوية لبيانات الخدمة الصحية المتوقعة = 0.47 ، و بما أن قيمة sig. لكل من المتغيرين هي أكبر من 0.05 لذا نرفض الفرضية المبدئية التي تقول أن البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي ، و نقبل الفرضية البديلة التي تقول أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي.
و بما أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي فإننا سوف نختبر الفرضيات باستعمال الاختبارات المعلمية.

4-3-1 مقياس الفجوة و اختبار (ت) لعينة واحدة :

إن الغرض الأساسي من هذه الدراسة هو تقييم جودة الخدمات الصحية العمومية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية بمدينة البليدة من وجهة نظر المرضى المقيمين ، و التقييم يعني أن هذه الخدمات تتميز بالجودة أو لا و بالتالي المريض راض أو غير راض عن هذه الخدمات ، و ذلك بغرض تحديد نقاط القوة و الضعف من خلال تحديد ما إذا كان هناك فجوة بين ما يتوقعه المرضى و ما يدركونه من الخدمات الصحية المقدمة لهم فعلا.

و تقاس هذه الفجوة بمعرفة مدى الفرق بين إدراك المرضى للخدمة الصحية العمومية

Perceptions و توقعاتهم لهذه الخدمة Expectations بمعنى (P-E) :

فإذا كانت النتيجة ايجابية فهذا يعني أن الجودة من وجهة نظر المرضى أفضل مما كانوا يتوقعون و بالتالي تتجه نحو المثالية ؛

و أما إذا كانت النتيجة صفرا بمعنى لا يوجد فرق فهذا يعني أن الجودة مرضية أو مقبولة؛

و أما إذا كانت النتيجة سالبة فهذا يعني أن الجودة أقل من توقعاتهم أي غير مرضية.

و بمعرفة الفرق بين الإدراك و التوقع لكل مجموعة من العناصر يمكن تقدير النتيجة الإجمالية (الجودة الكلية) ، و نتيجة كل محور (أبعاد جودة الخدمات).

* نتيجة اختبار الفرض الأول: الذي ينص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية = 0.05

بين الخدمة الصحية المدركة من قبل المرضى و توقعاتهم لهذه الخدمة .

و لاختبار هذه الفرضية فقد استخدمنا المعادلة الرياضية لمقياس الفجوة سرفكوال و هذه الفجوة

تتمثل في المعادلة التالية :

الفجوة = المتوسط العام للخدمة الصحية الفعلية - المتوسط العام للخدمة الصحية المتوقعة .

و لاختبار المعنوية استخدمنا اختبار (ت) لعينة واحدة ، و لا شك أن وجود فروقات بين الجودة

الفعلية و الجودة المتوقعة يعني رفض فرضية العدم التي تنص على عدم وجود اختلاف بين

المستوى العام للخدمات الصحية الفعلية كما يدركها المرضى و بين المستوى العام للجودة الكلية

للخدمات الصحية التي يتوقع المرضى الحصول عليها ، و هذا ما يبينه الجدول رقم (4-25) :

جدول رقم (4-25) : الفرق بين إجمالي الفعلي و المتوقع لجميع عناصر النموذج و اختبارها.

الفرق بين إجمالي المتوقع و إجمالي الفعلي لجميع العناصر و اختبارها				
Sig.	T	فرق المتوسط	متوسط إجمالي المتوقع لجميع مفردات العينة	متوسط إجمالي الفعلي لجميع مفردات العينة
0.000	15.233-	-1.3234	4.4690	3.1455

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي Spss

يتبين من الجدول رقم (4-25) أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين الخدمة الصحية الاجمالية المدركة و الخدمة الصحية الاجمالية المتوقعة ما يمكن معه رفض الفرضية القائلة لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الخدمة المدركة من قبل المرضى و توقعاتهم لهذه الخدمة ، و بما أن فرق المتوسط سالب -1.3234- هذا ما يشير إلى أن إدراك جودة الخدمات الصحية أقل من توقعات المرضى.

*نتيجة اختبار الفرض الفرعي الأول : الذي ينص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية = 0.05 بين العناصر الملموسة المدركة و العناصر الملموسة المتوقعة من قبل المرضى المقيمين في المؤسسات الصحية العمومية ، و الجدول رقم (4-26) يوضح الفرق :

الجدول رقم (4-26) : الفرق بين المتوقع و الفعلي لبعد الملموسية و اختبارها.

الفرق بين المتوقع و الفعلي لبعد الملموسية و اختبارها					
المحور	المتوسط الفعلي	المتوسط المتوقع	فرق المتوسط	T	Sig.
الملموسية	3.2347	4.4192	-1.1845	13.772-	0.000

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي Spss

يتبين من خلال الجدول رقم (4-26) أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في محور الملموسية بين العناصر الملموسة المدركة و العناصر الملموسة المتوقعة مما يمكن معه رفض الفرضية القائلة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العناصر الملموسة المدركة و المتوقعة من قبل المرضى

في المؤسسات الصحية العمومية ، و النتيجة السلبية المقدرة بـ 1.1845- تدل على أن هناك فجوة بين ما يتوقعه المريض و ما يدركه فعلا.

* نتيجة اختبار الفرض الفرعي الثاني : الذي ينص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية = 0.05 بين درجة الاعتمادية المدركة و درجة الاعتمادية المتوقعة من قبل المرضى المقيمين في المؤسسات الصحية العمومية كما في الجدول رقم (4-27) :

الجدول رقم (4-27) : الفرق بين المتوقع و الفعلي لبعء الاعتمادية و اختبارها.

الفرق بين المتوقع و الفعلي لبعء الاعتمادية و اختبارها					
المحور	المتوسط الفعلي	المتوسط المتوقع	فرق المتوسط	T	Sig.
الاعتمادية	3.1244	4.5427	-1.4183	-14.548	0.000

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي Spss

يتبين من خلال نتائج الجدول رقم (4-27) أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في بعء الاعتمادية المدركة و المتوقعة مما يمكن معه رفض الفرضية القائلة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجة الاعتمادية المدركة و المتوقعة من قبل المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية العمومية ، و بما أن الفرق سالب 1.4183- فهذا دليل أن المريض لم يدرك فعلا ما يتوقع من جودة .

* نتيجة اختبار الفرض الفرعي الثالث: الذي ينص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية = 0.05 بين درجة الاستجابة المدركة و المتوقعة من قبل المرضى المقيمين في المؤسسات الصحية العمومية كما يوضحه الجدول رقم (4-28) :

الجدول رقم (4-28) : الفرق بين المتوقع و الفعلي لبعء الاستجابة و اختبارها.

الفرق بين المتوقع و الفعلي لبعء الاستجابة و اختبارها					
المحور	المتوسط الفعلي	المتوسط المتوقع	فرق المتوسط	T	Sig.
الاستجابة	3.0838	4.4710	-1.3872	-13.077	0.000

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي Spss

يتبين من الجدول رقم (4-28) أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الاستجابة المدركة و المتوقعة ما يمكن معه رفض الفرضية القائلة لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجة الاستجابة المدركة و المتوقعة من قبل المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية العمومية ، و نتيجة الفرق سالبة تساوي 1.3872- ما يدل على وجود فجوة بين ما يتوقع المريض الحصول عليه و ما أدركه فعلا أثناء فترة العلاج.

* نتيجة اختبار الفرض الفرعي الرابع : الذي ينص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية =0.05 بين درجة الأمان المدركة و المتوقعة من قبل المرضى المقيمين في المؤسسات الصحية العمومية.

الجدول رقم (4-29) : الفرق بين المتوقع و الفعلي لبعد الأمان و اختبارها.

الفرق بين المتوقع و الفعلي لبعد الأمان و اختبارها					
المحور	المتوسط الفعلي	المتوسط المتوقع	فرق المتوسط	T	Sig.
الأمان	3.2622	4.5457	-1.2835	-13.077	0.000

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي Spss

يتبين من الجدول رقم (4-29) أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الأمان المدرك و المتوقع ، مما يمكن معه رفض الفرضية القائلة لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجة الأمان المدركة و المتوقعة من قبل المرضى في المؤسسات الصحية العمومية ، كما أن الفجوة واضحة من خلال الفرق السالب بين ما يتوقع المريض و ما يدرك فعلا و الذي يساوي 1.2835-.

* نتيجة اختبار الفرض الفرعي الخامس : الذي ينص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية =0.05 بين درجة التعاطف المدركة و درجة التعاطف المتوقعة من قبل المرضى المقيمين في المؤسسات الصحية العمومية كما يبينه الجدول رقم (4-30) :

الجدول رقم (4-30) : الفرق بين المتوقع و الفعلي لبعد التعاطف و اختبارها.

الفرق بين المتوقع و الفعلي لبعد التعاطف و اختبارها					
المحور	المتوسط الفعلي	المتوسط المتوقع	فرق المتوسط	T	Sig.
التعاطف	3.0512	4.3719	-1.3207	-14.163	0.000

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي Spss

و يظهر من الجدول رقم (4-30) أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في بعد التعاطف المدرك و المتوقع ، مما يمكن معه رفض الفرضية القائلة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجة التعاطف المدركة و درجة التعاطف المتوقعة من قبل المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية العمومية ، و أيضا النتيجة سالبة في هذا البعد تساوي -1.3207- ما يدل على أن هناك فجوة بين ما يتوقع المريض المقيم و ما يدركه حول بعد التعاطف .

و بما أن الفرق دائما سالب بين ما يتوقع المريض إيجاده في المؤسسات الصحية العمومية ، و بين ما أدركه المرضى المقيمين فعلا ، سواء على المستوى الإجمالي لجودة الخدمات الصحية أو على مستوى كل بعد (محدد) من أبعاد جودة الخدمات الصحية فإن النتيجة سالبة ، و من ثم يمكن القول أن الخدمات الصحية العمومية لا تتميز بالجودة من وجهة نظر المريض المقيم بهذه المؤسسات و بالتالي هو غير راض على مستوى هذه الخدمات.

* نتيجة اختبار الفرضية الثانية : و المتعلقة بأبعاد جودة الخدمة الصحية و هي : لا تختلف الأهمية النسبية لمحددات الجودة في التأثير على توقعات مرضى المؤسسات الصحية العمومية.

جدول رقم (4- 31) : الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمات الصحية المتوقعة.

الترتيب	المتوسط الحسابي المتوقع	المحور
1	4.5457	الأمان
2	4.5427	الاعتمادية
3	4.4710	الاستجابة
4	4.4192	الملموسية
5	4.3719	التعاطف

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي Spss

و تشير نتائج الجدول السابق إلى أن بعد الأمان جاء على قمة الأبعاد من حيث الأهمية ، و قد حصل على متوسط 4.5457 بينما يأتي بعد الاعتمادية في المرتبة الثانية و حصل على متوسط 4.5427 ، بينما جاء بعد الإستجابة في المرتبة الثالثة من حيث الأهمية بمتوسط 4.4710 ، يليه بعد الملموسية بمتوسط 4.4192 ، ثم يأتي في اخر القائمة من حيث الأهمية بعد التعاطف بمتوسط 4.3719.

و يظهر من خلال التحليل عدم وجود أبعاد قليلة الأهمية أو غير هامة تماما ، و أن المقياس المستخدم يتمتع بالثبات و المصدقية على مستوى الأبعاد الخمسة و ذلك في مجال قياس جودة الخدمات الصحية التي يتوقعها المرضى.

* نتيجة اختبار الفرض الثامن و التاسع : حيث ينص الفرض الثامن على أن مستوى جودة الخدمات الصحية التي يتوقعها المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية العمومية منخفض ، كما ينص الفرض التاسع على أن تقييم المرضى المقيمين في المؤسسات الصحية العمومية لمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم فعلا كان منخفض.

و للإجابة على هاتين الفرضيتين اعتمدنا على المتوسطات الحسابية لإجابات المرضى على العبارات 22 و التي استخدمناها في قياس جودة الخدمات الصحية لكل من الجودة الفعلية و المتوقعة ، حيث قمنا باستخراج المتوسط الحسابي لدرجات إجابات المرضى على كل عبارة من العبارات و الفرق بينهما، و الجدول رقم (4-32) يوضح ذلك :

الجدول رقم (4-32) : المتوسطات الحسابية للعبارات 22 المتوقعة و المدركة و الفرق بينهما.

العبارة	متوسط العبارة الفعلي (أ)	متوسط العبارة المتوقع (ب)	الفجوة (أ - ب)
1	3.2622	4.7622	1.5-
2	3.0244	4.4207	1.3963-
3	3.4512	4.3232	0.872-
4	3.2013	4.1707	0.9694-
5	3.1159	4.5549	1.439-
6	3.3415	4.5732	1.2317-
7	3.1098	4.5427	1.4329-
8	3.0854	4.5305	1.4451-
9	2.9695	4.5122	1.5427-
10	3.0610	4.4756	1.4146-
11	3.0244	4.4024	1.0244-
12	3.2256	4.5915	1.3659
13	3.0244	4.4146	1.3902-
14	3.2073	4.5183	1.311-
15	3.3110	4.5793	1.2683-
16	3.3659	4.5488	1.1829-
17	3.1646	4.5366	1.372
18	2.9695	4.2988	1.3293-
19	3.1768	4.3354	1.1586-
20	3.0366	4.2378	1.0366-
21	3.0244	4.5305	1.5061-
22	3.0488	4.4573	1.4085-

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي Spss

و من خلال إجابات المستجوبين على الجزء الأول من قائمة الاستقصاء و هو الجزء الخاص بالتوقعات نلاحظ من خلال الجدول السابق أن المتوسطات الحسابية لكل العبارات و المحاور كان يفوق 4 و بالتالي اتجاه أغلب الإجابات كان موافق جدا على خصائص الخدمات الصحية العمومية و كانت موجبة و مرتفعة ، لذا نرفض الفرضية الثامنة فرضية العدم التي تنص على أن مستوى جودة الخدمات الصحية التي يتوقعها المرضى منخفض ، و نقبل الفرضية البديلة و هو أن مستوى جودة الخدمات التي يتوقعها المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية العمومية جد مرتفع ، و هذا ما يشير إلى ارتفاع مستوى توقعات المرضى ؛

أما فيما يخص الفرضية التاسعة و التي تنص على أن تقييم المرضى المقيمين في المؤسسات الصحية العمومية لمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم كان منخفض ، فمن خلال نتائج المتوسطات الحسابية للجزء الثاني من قائمة الاستقصاء (الخدمة الفعلية) فقد تراوح المتوسط الحسابي للخصائص 22 لجودة الخدمات الصحية الفعلية ما بين 2.9596 و 3.3659 أي اتجاهها موافق إلى حد ما ، ما عدا العبارة رقم 03 التي كان اتجاهها موافق ، أي تم إدراكها من طرف المرضى ، كما أن الفرق بين التوقعات و الإدراكات للخصائص 22 لجودة الخدمات الصحية هو فرق سالب ، أي هناك فجوة بين كل خاصية يتوقع المريض الحصول عليها و نفس الخاصية التي أدركها فعلا.

و من خلال الجدول نلاحظ الفروقات السالبة و الفجوات بين كل العبارات و المحاور فلا يوجد فجوة واحدة موجبة أو تساوي الصفر ، و هذا دليل على وجود انحراف سالب بين توقعات المرضى و إدراكاتهم ، و منه يمكن تأكيد الفرضية الصفرية حيث أن تقييم المرضى المقيمين في المؤسسات الصحية العمومية لمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة هو فعلا منخفض .

و كانت أكبر خمس فجوات بين ما يتوقعه المرضى و بين ما تم إدراكه فعلا متمثلة في العبارات التالية مرتبة من أكبر فجوة إلى الأصغر كما يلي:

1- العبارة رقم 09 : لدى المستشفيات العمومية أنظمة توثيق خالية من الأخطاء بفرق 1.5427- (بعد الاعتمادية)؛

2- العبارة رقم 21 : تضع المستشفيات العمومية المصلحة العليا للمرضى في مقدمة اهتماماتها بفرق 1.5061- (بعد التعاطف)؛

- 3- العبارة رقم 08 : تحرص المستشفيات العمومية على تقديم الخدمات في المواعيد التي تم تحديدها بفرق 1.4451- (بعد الاعتمادية)؛
- 4- العبارة رقم 07 : تؤدي المستشفيات العمومية الخدمة بشكل صحيح من أول مرة بفرق 1.4329- (بعد الاعتمادية) ؛
- 5- العبارة رقم 10 : العاملون بالمستشفيات العمومية يقومون بإعلام المرضى بدقة عن موعد تقديم الخدمة بفرق 1.4146- (بعد الاستجابة).
- و يمكن أن نستنتج أن أكبر الفجوات كانت لبعد الاعتمادية بثلاث عبارات أو خصائص من أصل خمس ، يليه بعدي الاستجابة و التعاطف بعبارة واحدة فقط ، و هذا دليل على اتساع الفجوات بين ما يتوقعه المرضى و ما يدركه فعلا ، و المستوى العالي لتوقعات المرضى و المستوى المنخفض لإدراكات المرضى أيضا .

4-3-2 إجراء اختبار كاي للاستقلالية :

سيتم من خلال هذا الجزء اختبار مربع كاي للاستقلالية بين كل متغيرين من متغيرات الدراسة الوصفية (العوامل الديموغرافية):

أولا : اختبار مربع كاي بين متغير المستوى التعليمي و متغير النوع .

و ذلك بوضع فرض العدم ف0: لا توجد علاقة بين المستوى التعليمي و النوع ؛

أمام الفرض البديل ف1: توجد علاقة بين المستوى التعليمي و النوع.

و يعطي برنامج Spss قيمة احتمال المعنوية (Sig.)

فإذا كانت قيمة الاحتمال أقل أو تساوي (0.05) نرفض فرض العدم ف0 و نقبل الفرض البديل

ف1 أي توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغير الأول و المتغير الثاني.

و العكس إذا كانت قيمة الاحتمال أكبر من (0.05) لا نرفض فرض العدم ف0 و إنما نرفض

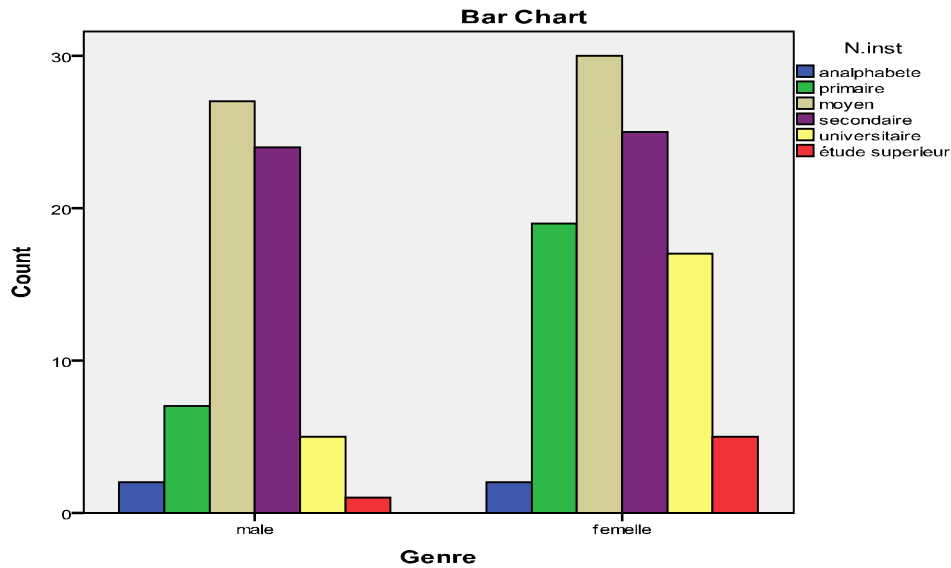
الفرض البديل ف1، أي لا توجد علاقة بين المتغيرين ⁽¹⁾

و يوضح الجدول رقم (4-33) و الشكل رقم (4-19) التقسيمات بين المتغيرين :

جدول رقم (4-33) : الجدول المزدوج بين النوع و المستوى التعليمي.

المستوى التعليمي النوع	أمي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	دراسات عليا	المجموع الكل
ذكر	2	7	27	24	5	1	66
أنثى	2	19	30	25	17	5	98
المجموع الكلي	4	26	57	49	22	6	164

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي Spss



شكل رقم (4-19) : تقسيم متغير النوع على متغير المستوى التعليمي.

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي Spss

و يظهر الجدول رقم (4-34) قراءات مزدوجة بين المتغيرين حيث يوضح تقسيم فئة الذكور على مختلف المستويات التعليمية للعينة و عددها 66 ذكر ، وأيضا تقسيم فئة الإناث على مختلف المستويات التعليمية و عددها 98 أنثى بمجموع 164 مفردة ، و هذا ما يظهره الشكل رقم (4-19) أيضا.

جدول رقم (4-34) : اختبار مربع كاي بين المستوى التعليمي و النوع.

قيمة كا 2	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
9.29	0.108	لا توجد علاقة دالة بين المتغيرين

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي Spss

كما يوضح الجدول الثاني رقم (4-34) قيمة مربع كاي و تساوي 9.29 بدرجة حرية 5 ، و أقل قيمة لمستوى الدلالة 0.108 و هي أكبر من 0.05 ، و بالتالي نقبل الفرضية الصفرية أي لا توجد علاقة دالة بين متغير المستوى التعليمي و متغير النوع.

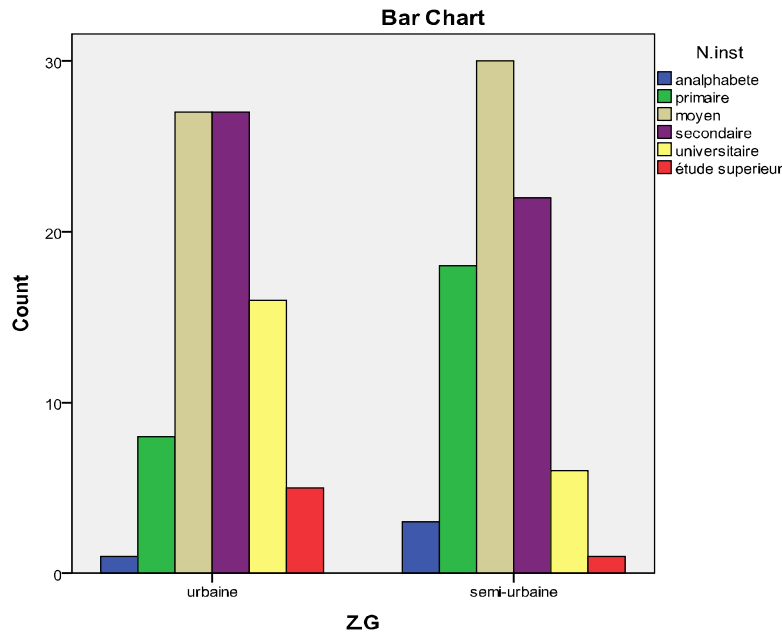
ثانيا : اختبار مربع كاي بين متغير المستوى التعليمي و متغير المنطقة الجغرافية.

و ذلك بوضع فرض العدم ف0: لا توجد علاقة بين المستوى التعليمي و المنطقة الجغرافية ؛ أمام الفرض البديل ف1: توجد علاقة بين المستوى التعليمي و المنطقة الجغرافية. و يبين الجدول رقم (4-35) و الشكل رقم (4-20) التقسيمات بين المتغيرين:

جدول رقم (4-35): الجدول المزدوج بين متغير المستوى التعليمي و متغير المنطقة الجغرافية.

المجموع الكلي	دراسات عليا	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	المستوى التعليمي المنطقة الجغرافية
84	5	16	27	27	8	1	حضرية
80	1	6	22	30	18	3	شبه حضرية
164	6	22	49	57	26	4	المجموع الكلي

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي Spss



شكل رقم (4-20) : تقسيم متغير المنطقة الجغرافية على متغير المستوى التعليمي.

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي Spss

و يظهر من خلال الجدول رقم (4-35) و الشكل رقم (4-20) قراءات مزدوجة بين المتغيرين ، حيث نلاحظ تقسيم مختلف المستويات التعليمية على فئة الأفراد الذين يقطنون في المناطق الحضرية من العينة و عددهم 84 مفردة ، و نفس التقسيم على فئة الأفراد الذين يقطنون في المناطق الشبه حضرية و عددهم 80 مفردة.

أما الجدول الموالي فيوضح اختبار مربع كاي للاستقلالية بين متغير المستوى التعليمي و متغير المنطقة الجغرافية .

جدول رقم (4-36) : اختبار مربع كاي بين المستوى التعليمي و المنطقة الجغرافية.

قيمة كا 2	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
12.636	0.22	لا توجد علاقة دالة بين المتغيرين

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي Spss

نستنتج من خلال الجدول رقم (4-36) أن قيمة مربع كاي تساوي 12.636 بدرجة حرية 5 و أقل قيمة لمستوى الدلالة 0.22 و هي أكبر من 0.05 ، و بالتالي نقبل الفرضية الصفرية أي أنه لا توجد علاقة بين المستوى التعليمي و المنطقة الجغرافية.

4-3-3 دراسة العلاقة بين متغيرات الدراسة :

نستطيع القول بأن تحليل الارتباط و الانحدار هو أداة احصائية نستفيد منها في تحديد العلاقة بين متغيرين أو أكثر للتنبؤ بأحد المتغيرات استناداً إلى قيم المتغير أو المتغيرات الأخرى. (1)

4-3-3-1 حساب معاملات الارتباط بين محاور الخدمة الفعلية : لدراسة وجود علاقة

بين المحاور و معرفة أي المحورين الأقوى ارتباطاً و أيهما الأقل ، و تأخذ نوع العلاقة ثلاث أنواع حسب إشارة معامل الارتباط كما يلي :

- إذا كانت إشارة معامل الارتباط سالبة ($r < 0$) توجد علاقة عكسية بين المتغيرين ، بمعنى أن زيادة أحد المتغيرين يصاحبه انخفاض في المتغير الثاني و العكس؛
- إذا كانت إشارة معامل الارتباط موجبة ($r > 0$) توجد علاقة طردية بين المتغيرين ، بمعنى أن زيادة أحد المتغيرين يصاحبه زيادة في المتغير الثاني و العكس؛
- إذا كانت إشارة معامل الارتباط صفر ($r = 0$) دل ذلك على انعدام العلاقة بين المتغيرين.

قوة العلاقة : يمكن الحكم على قوة العلاقة من حيث درجة قربها أو بعدها عن (± 1) حيث أن قيمة معامل الارتباط في المدى ($-1 \geq r \geq 1$). (2)

من خلال هذا الجزء سنقوم بدراسة العلاقة بين أبعاد جودة الخدمات الصحية الفعلية فيما بينها من خلال مصفوفة الارتباط حيث نستعمل معامل ارتباط بيرسون، و هنا نفرض أنه توجد علاقة ارتباط بين كل محددات جودة الخدمات الصحية و الفعلية و هي : الملموسية المدركة ، الاعتمادية المدركة ، الاستجابة المدركة ، الأمان المدرك ، التعاطف المدرك كما يلي :

ف0 = لا يوجد ارتباط بين محددات جودة الخدمات الصحية المدركة ؛

ف1 = يوجد ارتباط بين محددات جودة الخدمات الصحية المدركة.

1- التحليل الاحصائي للبيانات باستخدام برنامج spss، ص158،

جدول رقم (4-37) : مصفوفة الارتباط.

الاستنتاج	القيمة الاحتمالية	التعاطف المدرک	الأمان المدرک	الاستجابة المدرکة	الاعتمادية المدرکة	الملموسة المدرکة	
توجد علاقة طردية دالة	0.000	0.682	0.684	0.677	0.778	1	الملموسة المدرکة
توجد علاقة طردية دالة	0.000	0.834	0.852	0.851	1	0.778	الاعتمادية المدرکة
توجد علاقة طردية دالة	0.000	0.828	0.844	1	0.851	0.677	الاستجابة المدرکة
توجد علاقة طردية دالة	0.000	0.824	1	0.844	0.852	0.684	الأمان المدرک
توجد علاقة طردية دالة	0.000	1	0.824	0.828	0.834	0.682	التعاطف المدرک

دلالة احصائية عند درجة 0.01

المصدر : من إعداد الطالب بالاعتماد على تحليل احصائي spss

من خلال نتائج معامل الارتباط نستنتج أن العلاقة طردية بين متغيرات الخدمة الصحية المدركة أي أن زيادة في أحد المتغيرات يصاحبه زيادة في المتغيرات الأخرى ، لا سيما مقدار الارتباط بينهم ضمن مصفوفة الارتباط عند دلالة احصائية 0.01 و هذا يدل على أن درجة الثقة القوية التي تمثل 99% من أفراد العينة المدروسة ، حيث تتراوح قيمة r ما بين 0.684 و 0.852 و بالتالي الارتباط قوي بين محددات جودة الخدمات الصحية الفعلية ، أي ارتباط يختلف عن الصفر و منه نقبل الفرض البديل القائل بأنه يوجد علاقة ارتباط طردية قوية و موجبة بين محددات جودة الخدمات الصحية الفعلية العمومية ، و نرفض فرض العدم .

4-3-3-2 تحليل الانحدار المتعدد بين محددات جودة الخدمات الصحية العمومية

و رضا المريض :

يعد الانحدار الخطي المتعدد من الأساليب الإحصائية المتقدمة والتي تضمن دقة الاستدلال من أجل تحسين نتائج البحث عن طريق الإستخدام الأمثل للبيانات في إيجاد علاقات سببية بين الظواهر موضوع البحث .

والانحدار الخطي المتعدد هو عبارة عن إيجاد معادلة رياضية تعبر عن العلاقة بين متغيرين وتستهمل لتقدير قيم سابقة ولتنبؤ قيم مستقبلية ، وهو عبارة أيضاً عن إنحدار للمتغير التابع (Y) على العديد من المتغيرات المستقلة $X_1, X_2, \dots, X_K$ لذا فهو يستخدم في التنبؤ بتغيرات المتغير التابع الذي يؤثر فيه عدة متغيرات مستقلة أي تعتمد فكرته على العلاقات الدالية التي تستخدم ما يعرف بشكل التشتت أو الانتشار⁽¹⁾ و لتحديد تأثير و شكل العلاقة بين المتغيرات المستقلة و هي أبعاد جودة الخدمات الصحية الفعلية المتمثلة في (الملموسية المدركة ، الاعتمادية المدركة ، الاستجابة المدركة ، الأمان المدرك و التعاطف المدرك) و بين المتغير التابع رضا المريض استعملنا نموذج الانحدار المتعدد ، أي نريد تقدير معاملات الانحدار المقدر عند مستوى معنوية 0.05.

ف0: لا توجد علاقة تأثيرية ذات دلالة احصائية = 0.05 بين محددات جودة الخدمات الصحية الفعلية و رضا المريض؛

ف1: هناك علاقة تأثيرية بين محددات جودة الخدمات الصحية الفعلية و رضا المريض.

جدول رقم (4-38) : تلخيص نموذج الانحدار

النموذج	معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	معامل التحديد المصحح- R^2	الخطأ المعياري للتقدير
1	0.926	0.857	0.853	0.42700

المصدر : من إعداد الطالب، بالاعتماد على تحليل احصائي spss

1- ثائر داود سلمان، الانحدار الخطي المتعدد مفهومه و نموذج مطبق باستخدام البرنامج الاحصائي spss، جامعة

فالأول R هو معامل الارتباط البسيط والذي يقيس قوة العلاقة بين متغيرين أو أكثر ، أما R^2 فهو يسمى بمعامل التحديد والذي يستخدم لمعرفة القوة التفسيرية للنموذج المقدر (المعادلة المقدرة) في حالة الانحدار الخطي البسيط (متغير مستقل واحد مع متغير معتمد واحد) ، أما R^{2-} فهو يستخدم لتفسير القوة التفسيرية لنموذج الانحدار الخطي المتعدد (لأنه يأخذ بنظر الاعتبار عدد المتغيرات المستقلة ولذلك يسمى بالمصحح لأنه بالأصل مشتق من R^2)⁽¹⁾ و من خلال الجدول السابق نلاحظ بأن قيمة معامل الارتباط R قد بلغ (0.926) و هي قيمة عالية و موجبة ، بينما بلغ معامل التحديد R^2 (0.857) و يستخدم معامل التحديد في تعيين مدى قدرة البيانات المستخدمة من المتغيرات المستقلة في تقدير المتغير التابع و زيادة هذا المقياس يفسر أن النموذج المقترح ملائم ، في حين كان معامل التحديد المصحح R^{2-} (0.853) مما يعني أن المتغيرات المستقلة التفسيرية استطاعت أن تفسر 85.3% من التغيرات الحاصلة في المتغير التابع (رضا المريض) و الباقي 14.7% يعزى لعوامل أخرى غير داخلية في نموذج الدراسة ، كما أنه لدينا الخطأ المعياري للتقدير في النموذج و هو 0.42700 و كلما قل كلما دل على خطأ أقل للنموذج.

جدول رقم (4-39) : نتائج تحليل التباين .

النموذج	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	مستوى الدلالة
أبعاد جودة	172.979	5	34.596	189.744	0.000
الخدمات	28.808	158	0.182		
الصحية	201.787	163			
الفعالية					

المصدر : من إعداد الطالب، بالاعتماد على تحليل احصائي spss

و تتمثل فرضيات تحليل التباين لاختبار معنوية الانحدار على :

ف0 : الانحدار غير معنوي (لا يختلف عن الصفر)؛

ف1 : الانحدار معنوي (يختلف عن الصفر).

كما يلاحظ من خلال هذا الجدول بأنه يتضمن قيم تحليل التباين و الذي يمكن المعرفة من خلاله على القوة التفسيرية للنموذج ككل عن طريق احصائية F ، و كما يلاحظ من جدول تحليل التباين المعنوية العالية لاختبار F (0.000) مما يؤكد القوة التفسيرية العالية لنموذج الانحدار الخطي المتعدد من الناحية الاحصائية ، و هذا يعني أن المتغيرات المستقلة مجتمعة لها تأثير معنوي في الانحدار أو أن واحدة على الأقل من معالم النموذج لها تأثير معنوي ، و نستنتج أن الانحدار معنوي و بالتالي يوجد علاقة بين المتغيرات المستقلة و المتغير التابع ، و بالتالي نرفض فرض العدم و نقبل الفرض البديل ، و نتيجة قبول الفرض البديل و الذي ينص على معنوية الانحدار هو معامل واحد على الأقل من المعاملات الخمسة يمكن أن يكون معنوي و يمكن تحديد من السبب في المعنوية من خلال الجدول التالي.

جدول رقم (4-40) : نتائج تحليل الانحدار لبيان اثر أبعاد جودة الخدمات الصحية الفعلية على رضا المريض.

المتغيرات المستقلة س						المتغير التابع
التعاطف المدرک	الأمان المدرک	الاستجابة المدرکة	الاعتمادية المدرکة	الملموسية المدرکة	B الحد الثابت غير المعياري	ع
0.168	0.275	0.188	0.210	0.223	-4.689	قيمة المعامل
2.544	4.066	2.895	2.744	3.945	-37.543	قيم اختبار T
0.012	0.000	0.004	0.007	0.000	0.000	المعنوية

المصدر : من إعداد الطالب، بالاعتماد على تحليل احصائي spss

أما في الجدول الأخير فيلاحظ قيمة الثابت و معاملات الانحدار و دلالتها الاحصائية للمتغيرات المستقلة على المتغير التابع ، فبعد التأكد من صلاحية النموذج نقوم بتحليل الانحدار المتعدد لاختبار فرضية الدراسة أي وجود أثر ذو دلالة احصائية بين المتغيرات المستقلة مجتمعة و المتغير التابع عند مستوى دلالة 0.05 كما يلي :

ف0 : لا يوجد تأثير بين أبعاد جودة الخدمات الصحية الفعلية و رضا المريض عند دلالة احصائية 0.05؛

ف1 : توجد تأثير بين أبعاد جودة الخدمات الصحية الفعلية و رضا المريض عند دلالة احصائية 0.05

و نستنتج من الجدول أن المتغيرات المستقلة (الملموسية ، الاعتمادية ، الاستجابة و الأمان) كانت معنوية من الناحية الاحصائية و حسب اختبار T (عند مستوى معنوية $P \leq 0.05$) في حين أن المتغير المستقل التعاطف لم يكن ذو تأثيرا معنويا في نموذج الانحدار المتعدد و حسب اختبار T أي عدم معنوية معامل جزئي واحد للنموذج عند مستوى دلالة 0.05 ، حيث مستوى دلالة متغير التعاطف المدرك 0.012 و هو أكبر من مستوى الدلالة ، و بالتالي متغير التعاطف هو سبب معنوية تحليل الانحدار .

و منه يمكن تقدير معادلة خط الانحدار باستخدام Beta غير المعيارية (الحد الثابت) و التي تتكون من خمسة معالم لنموذج الانحدار المتعدد كما يلي :

$$\text{ع} = 4.689 + 0.223 (\text{الملموسية المدركة}) + 0.210 (\text{الاعتمادية المدركة}) + 0.188 (\text{الاستجابة المدركة}) + 0.275 (\text{الأمان المدرك}) + 0.168 (\text{التعاطف المدرك})$$

أي :

$$\text{ع} = 4.689 + 0.223 \text{س}1 + 0.210 \text{س}2 + 0.188 \text{س}3 + 0.275 \text{س}4 + 0.168 \text{س}5$$

حيث :

ع تمثل رضا المريض

و س1، س2، س3، س4، س5 تمثل أبعاد جودة الخدمات الصحية الفعلية و هي :

$$س0 = -4.689$$

$$س1 = 0.223$$

$$س2 = 0.210$$

$$س3 = 0.188$$

$$س4 = 0.275$$

$$س5 = 0.168$$

و من خلال معادلة خط الانحدار المتعدد يمكن أن نستنتج ما يلي :

- تمثل ع أو y رضا المريض ، و لكن من خلال نتائج البحث ع هي سالبة أي أن المرضى غير

راضيين عن جودة الخدمات الصحية العمومية المقدمة و بالتالي يمكن تفسير النموذج كما يلي :

- أن بعد الملموسية ساهم بنسبة 22.3 % في عدم رضا المريض ؛

- أن بعد الاعتمادية ساهم بنسبة 21 % في عدم رضا المريض ؛

- أن بعد الاستجابة ساهم بنسبة 18.8 % في عدم رضا المريض ؛

- أن بعد الأمان ساهم بنسبة 27.5 % في عدم رضا المريض ؛

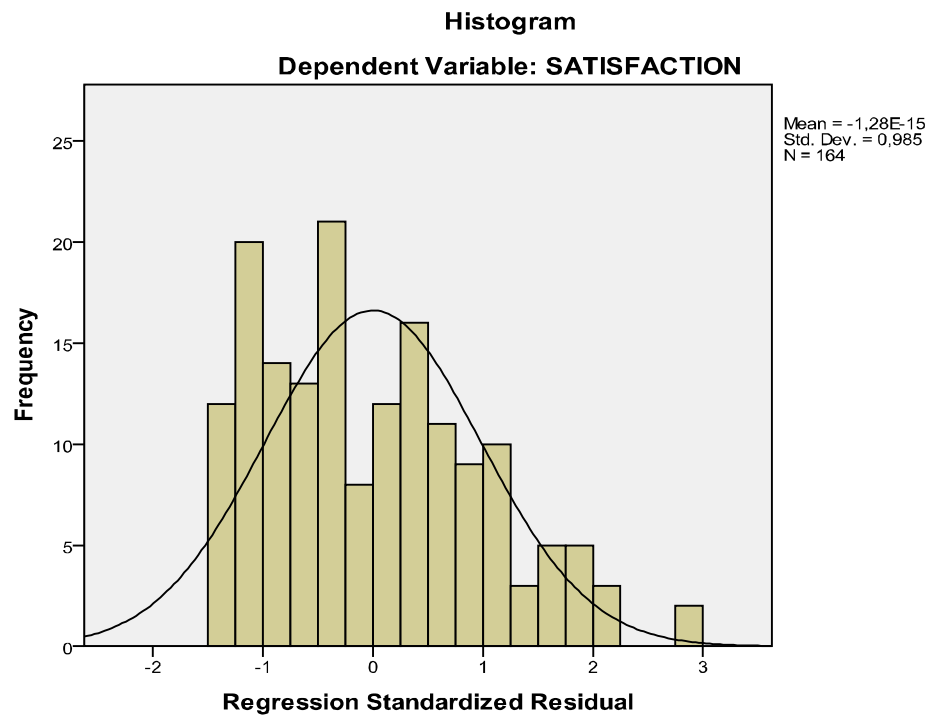
- أن بعد التعاطف ساهم بنسبة 16.8 % في عدم رضا المريض.

و من المهم التنويه إلى أنه لو كان المرضى راضيين عن جودة الخدمات الصحية لعرفنا مدى

مساهمة كل محدد من المحددات الخمسة في تحقيق هذا المستوى من الرضا.

و إذا ما قمنا بترتيبها فنحصل على نفس ترتيب المحاور كما يدركها المرضى في الجدول رقم

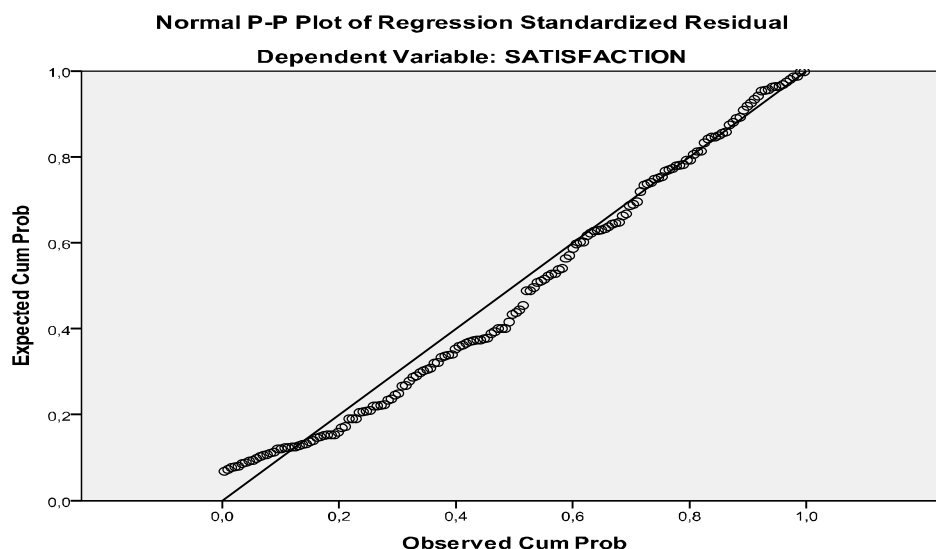
(4-18)



الشكل رقم (4-21): التوزيع الطبيعي للبيانات

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي spss

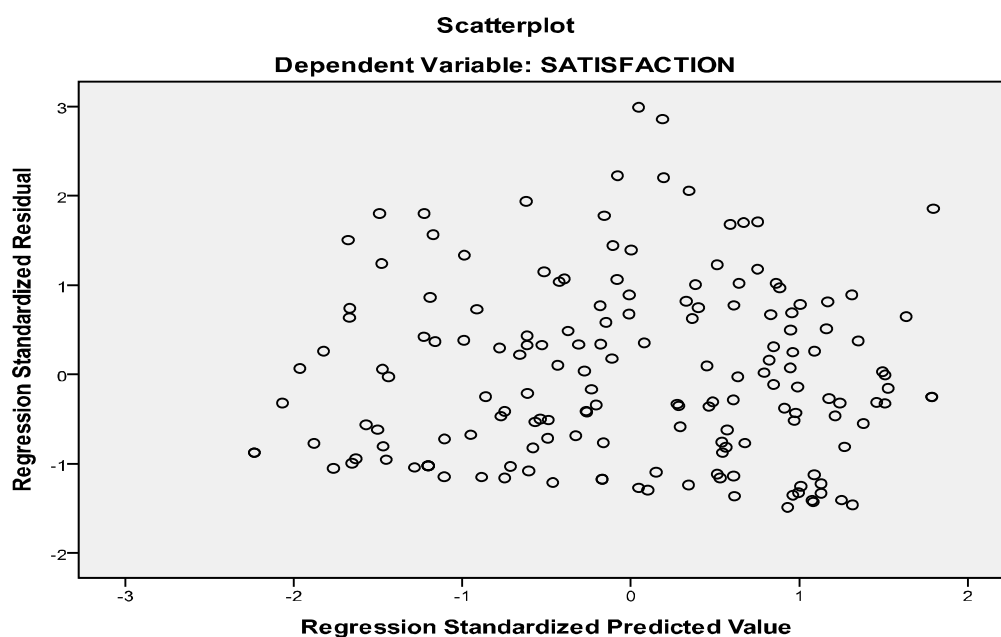
نستطيع القول بأن البيانات تتوزع وفق التوزيع الطبيعي.



الشكل رقم (4-22) : طبيعة العلاقة بين المتغيرات المستقلة و المتغير التابع و اتباعهما التوزيع الطبيعي

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي spss

و من الشكل نجد أن النقاط تتجمع حول الخط و بالتالي فإن البيانات (البواقي) تتوزع حسب التوزيع الطبيعي لأن المشاهدات تنتشر بمحاذاة الخط المستقيم.



الشكل رقم (4-23) : انتشار البواقي

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي spss

و يمثل الشكل انتشار البواقي مع القيم المتوقعة أي أن الانتشار عشوائي و هذا يتفق مع شرط الخطية المطلوب في الانحدار سواء كان بسيطاً أو متعدد.

4-3-4 إجراء اختبار فرق المتوسطين (ت) و اختبار تحليل التباين الأحادي (ف):

حيث تنص الفرضية الخامسة على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات الديموغرافية كالسن، الجنس، مستوى الدراسة، المنطقة الجغرافية و إدراك المرضى لجودة الخدمات الصحية.

و تتبثق عن هذه الفرضية أربعة فرضيات فرعية يتم اختبار الفرضية الفرعية الأولى و الثانية عن طريق اختبار فرق المتوسطين (ت)، أما الفرضية الفرعية الثالثة و الرابعة فيتم اختبارها باستعمال اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) و هذا للأسباب و الشروط التالية :

4-3-4-1 إجراء اختبار فرق المتوسطين (ت) (Independent t-test) : لكل

إجمالي محور من محاور الخدمة الفعلية على متغير النوع ثم على متغير المنطقة الجغرافية (العوامل الديموغرافية ثنائية التقسيم):

يعتمد اختيار الاختبار الإحصائي المناسب على عوامل عدة مثل : نوع البيانات و عدد المجموعات و التوزيع الذي تنتمي إليه البيانات و حجم العينة و غيرها من العوامل .⁽¹⁾ يستخدم اختبار فرق المتوسطين في حالة البيانات الكمية (بيانات الفترة أو النسبية) ، و هم قلة في حالة البيانات الترتيبية (مثل البيانات الناتجة عن مقياس ليكرت) رغم أنها لا تتوفر فيها شروط استخدام هذا الاختبار و في العادة يستخدم هذا الاختبار لمقارنة عينتين (مجموعتين) تكون البيانات فيها موزعة توزيعاً طبيعياً ، و هناك عدة اختبارات تحت هذا الاسم و لها معادلات مختلفة هي : اختبارات المجموعة الواحدة one sample t-test ، اختبارات العينات المستقلة independent t-test ، و اختبار العينات المرتبطة paired t-test.

و يقوم كلا من اختبار العينات المستقلة و اختبار العينات المرتبطة بمقارنة متوسطي المجموعتين لمعرفة ما إذا كان الفرق بينهما فرقاً حقيقياً و ليس نتيجة الصدفة ، و لا يجوز استخدام اختبار

1- استخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية spss في تحليل البيانات،

(ت) في المقارنات المتعددة أي المقارنة بين ثلاث مجموعات مثلاً بحيث تتم مقارنة كل مجموعتين على حدة ، إذ أن ذلك قد يؤدي على ارتكاب خطأ من النوع الأول ، و الاختبار المناسب في هذه الحالة هو تحليل التباين ذو الاتجاه الوحيد (1)

اختبار الفرضية الفرعية الأولى : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية = 0.05 بين متغير الجنس و إدراك المرضى لجودة الخدمات الصحية.

و ذلك بوضع فرض عدم ف0: لا توجد فروق بين متوسطات إجابات العينة تبعا للجنس؛ أمام الفرض البديل ف1 : توجد فروق بين متوسطات إجابات العينة تبعا للجنس.

فإذا كانت قيمة احتمال المعنوية أقل أو تساوي (0.05) نرفض فرض عدم (ف0) و نقبل الفرض البديل (ف1) أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطين. (2)

1- استخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية spss في تحليل البيانات، مرجع سابق، ص8

2- عز عبد الفتاح، ص543

جدول رقم (4-41): اختبار (ت) لفرق المتوسطين على متغير الجنس.

الاستنتاج	الدلالة الاحصائية Sig.	القيمة الاحتمالية Sig.(2- tailed)	قيمة ت t	الانحراف	المتوسط	النوع ذكر أنثى	
لا توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات	0.12	0.70 0.85	1.821 1.736	0.1323 0.8467	3.3977 3.1250	66 98	الموسمية المدرسة
لا توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات	0.990	0.111 0.117	1.601 1.579	0.1402 0.1071	3.2909 3.0122	66 98	الاعتمادية المدرسة
لا توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات	0.323	0.100 0.108	1.653 1.619	0.4757 0.1090	3.2614 2.9643	66 98	الاستجابة المدرسة
لا توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات	0.259	0.492 0.507	0.688 0.666	0.1470 0.1017	3.3333 3.2143	66 98	الأمان المدرسة
لا توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات	0.529	0.078 0.083	1.776 1.747	0.1346 0.1015	3.2273 2.9327	66 98	التعاطف المدرسة

المصدر : من أعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل إحصائي SPSS

يوضح الجدول المتوسط و الانحراف المعياري حسب النوع لكل محور من المحاور الخمسة ، و يوضح اختبار التجانس ليفين leven's test for equality of variance و مقارنة المتوسطات عن طريق اختبار (ت) t-test for equality of means ، و يتضح من الاختبار الأول عدم وجود دلالة ، حيث قيم الدلالة للمحاور الخمسة هي على الترتيب : 0.12 ، 0.990 ، 0.323 ، 0.259 ، 0.529

و جميعها أكبر من 0.05 أي هناك تجانس بين الذكور و الإناث مما يعني الاعتماد لدلالة اختبار (ت) على قيم الدلالة الأولى في العمود القيمة الاحتمالية.

وحيث أننا قبلنا أن هناك تجانس نتعامل مع احتمالات المعنوية لاختبار (ت) للفرق بين المتوسطين هي على الترتيب :

0.70 ، 0.111 ، 0.100 ، 0.492 ، 0.078 و التي بدورها أيضا تؤكد عدم وجود اختلاف

حسب النوع لكل محور .

- قبول أو رفض الفرضية الصفرية : بما أن مستوى الدلالة Sig.(2-tailed) هو أكبر من قيمة الدلالة الاحصائية 0.05 نقبل الفرضية الصفرية أي لا توجد فروق بين متوسطات إجابات العينة تبعا للجنس ، و نستنتج أن الجنس لا يؤثر على إدراك المريض لجودة الخدمات الصحية.

اختبار الفرضية الفرعية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير المنطقة الجغرافية و إدراك المرضى لجودة الخدمات الصحية.

و ذلك بوضع فرض العدم ف0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات العينة تبعا للمنطقة الجغرافية؛

أمام الفرض البديل ف1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات العينة تبعا للمنطقة الجغرافية .

جدول رقم (4-42) : اختبار (ت) لفرق المتوسطين على متغير المنطقة الجغرافية.

البيان	المنطقة الجغرافية	المتوسط	الانحراف	قيمة ت	الدلالة الاحصائية	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
	حضري	شبه حضري			Sig.	Sig.(a-tailed)	
الملموسية	66	3.2470	0.9981	0.169	0.866	0.143	لا توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات
المدركة	98	3.2219	0.8965	0.170	0.865		
الاعتمادية	66	3.0786	1.1206	0.546	0.586	0.424	لا توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات
المدركة	98	3.1725	1.0795	0.547	0.585		
الاستجابة	66	3.1131	1.1957	0.337	0.736	0.163	لا توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات
المدركة	98	3.0531	1.0737	0.338	0.736		
الأمان	66	3.2560	1.1479	-	0.940	0.102	لا توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات
المدرک	98	3.2688	1.0209	0.075	0.940		
				-			
				0.076			
التعاطف	66	3.0762	1.1037	0.312	0.756	0.117	لا توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات
المدرک	98	3.0250	0.9933	0.312	0.755		

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي spss

يوضح الجدول المتوسط و الانحراف المعياري حسب المنطقة لكل محور من المحاور الخمسة ، و يوضح اختبار التجانس ليفين leven's test for equality of variance و مقارنة المتوسطات عن طريق اختبار (ت) t-test for equality of means ، و يتضح من الاختبار الأول عدم وجود دلالة ، حيث قيم الدلالة للمحاور الخمسة هي على الترتيب : 0.143 ، 0.424 ، 0.163 ، 0.102 ، 0.117 و جميعها أكبر من 0.05 أي هناك تجانس بين المنطقة الحضرية و المنطقة الشبه حضرية مما يعني الاعتماد لدلالة اختبار (ت) على قيم الدلالة الأولى في العمود القيمة الاحتمالية.

وحيث أننا قبلنا أن هناك تجانس نتعامل مع احتمالات المعنوية لاختبار (ت) للفرق بين المتوسطين هي على الترتيب : 0.866 ، 0.586 ، 0.736 ، 0.940 ، 0.756 و التي بدورها أيضا تؤكد عدم وجود اختلاف حسب المنطقة الجغرافية لكل محور .

- قبول أو رفض الفرضية الصفرية : بما أن مستوى الدلالة Sig.(2-tailed) هو أكبر من 0.05 ، وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية أي لا توجد فروق بين متوسطات إجابات العينة تبعا للمنطقة الجغرافية ، و نستنتج أن متغير المنطقة الجغرافية لا يؤثر على إدراك المريض لجودة الخدمات الصحية.

4-3-4 إجراء اختبار تحليل التباين الأحادي ف "ANOVA" : لكل إجمالي

محور من محاور الخدمة الفعلية على متغير السن ثم متغير المستوى الدراسي (العوامل الديموغرافية ذات التقسيمات الأعلى من الثنائية) :

يستخدم هذا الاختبار لمقارنة ثلاث مجموعات أو أكثر تكون البيانات فيها من النوع الكمي و موزعة توزيعا طبيعيا ، و نظريا يمكننا مقارنة عدد لا نهائي من المجموعات و هناك أنواع مختلفة من اختبار تحليل التباين و يعتمد استخدام كل نوع منها على نوع البيانات المكونة للمجموعات. يقوم اختبار تحليل التباين بمقارنة متوسطات جميع المجموعات لمعرفة ما إذا كان الاختلاف بينهما هو اختلاف حقيقي أم هو نتيجة للصدفة المحضة ، و في حالة ما إذا توصل الباحث إلى أن هناك فرقا حقيقيا بين المتوسطات (فرق معنوي إحصائي) فإن عملية القيام بإجراء اختبارات إضافية للتعرف على المجموعة أو المجموعات التي تسببت في هذا الفرق ضرورية ، و تسمى هذه

الاختبارات الإضافية الاختبارات اللاحقة post-hoc-test ، و لا يتم إجراؤها إلا بعد إجراء اختبار تحليل التباين و الاستنتاج بأن هناك فرق معنوي إحصائي بين المتوسطات . (1)

ففي هذا النوع من التحليل نختبر تأثير عدة معالجات أو تأثير عامل واحد بعدة مستويات على وحدة تجريبية ، و عند جمع الاستجابات من التجربة من الأفضل تبويبها في جدول لسهولة فهمها و التعامل معها بإجراء عمليات حسابية عليها . (2)

فإذا كانت قيمة الاحتمال أقل من أو تساوي (0.05) نرفض فرض العدم (ف0) و نقبل الفرض البديل (ف1) أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط إجابات العينة حسب هذا العامل. (3)

اختبار الفرضية الفرعية الثالثة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير سن المرضى وإدراكهم لجودة الخدمات الصحية.

و ذلك بوضع فرض العدم ف0 : لا توجد فروق بين متوسطات إجابات العينة تبعا للسن؛ أمام الفرض البديل ف1 : توجد فروق بين متوسطات إجابات العينة تبعا للسن.

1- استخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية spss في تحليل البيانات، مرجع سابق، ص13

2- خان يونس، اياد محمد الهوبي، الاحصاء التطبيقي، الكلية الجامعية للعلوم و التكنولوجيا، الطبعة

الأولى، 2014، ص136

3- عز عبد الفتاح، ص544

جدول رقم (4-43) : التباين الأحادي لمتغير السن .

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الاحصائية sig.	الاستنتاج
الملموسية بين المجموعات	4.565	3	1.522	1.719	0.165	لا توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات
داخل المجموعات	141.647	160	0.885			
المجموعات الكلي	146.212	163				
الاعتمادية بين المجموعات	9.027	3	3.009	2.566	0.056	لا توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات
داخل المجموعات	187.635	160	1.173			
المجموعات الكلي	196.662	163				
الاستجابة بين المجموعات	8.187	3	2.729	2.165	0.094	لا توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات
داخل المجموعات	201.723	160	1.261			
المجموعات الكلي	209.910	163				
الأمان بين المجموعات	8.550	3	2.850	2.489	0.062	لا توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات
داخل المجموعات	183.175	160	1.145			
المجموعات الكلي	191.726	163				
التعاطف بين المجموعات	9.178	3	3.059	2.879	0.038	توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات
داخل المجموعات	169.992	160	1.062			
المجموعات الكلي	179.170	163				

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي spss

يوضح الجدول مستوى الدلالة sig. و هو على الترتيب بالنسبة للمحاور الخمسة : 0.165 ، 0.056 ، 0.094 ، 0.062 و 0.038 ، أي أن مستوى الدلالة للمحاور الأربعة الأولى (الملموسية ، الاعتمادية ، الاستجابة و الأمان) هي أكبر من المستوى المقبول 0.05 ، مما يدل

على عدم وجود فروق أي عدم وجود دلالة و لذا فمتوسطات المجموعات متساوية أي لا يوجد فروق بين متوسطات إجابات العينة تبعا لمتغير السن ، أما بالنسبة للمحور الخامس (التعاطف) فمستوى الدلالة = 0.038 و هي أقل من 0.05 و هذا يدل على وجود فرق بين متوسطات إجابات العينة تبعا للسن في محور التعاطف .

و إذا كان احتمال المعنوية في اختبار تحليل التباين أصغر من 0.05 مما يعني وجود اختلاف ذو دلالة احصائية بالنسبة لأي محور من المحاور فإن ذلك يستدعي عمل أحد اختبارات المقارنة (post hoc).⁽¹⁾

و نظرا لوجود فروق معنوية في متوسطات إجابات العينة على محور التعاطف المدرك ، و لاختبار معنوية الفروق نلجأ إلى المقارنات المتعددة باستخدام طريقة LSD. جدول رقم (4-44): المقارنات المتعددة لمحور التعاطف.

السن " أ "	السن " ب "	فرق المتوسط " أ - ب "	الخطأ المعياري	الدلالة الاحصائية. sig.
أقل من 20 سنة	بين 20 و 40 سنة	0.96429	0.52658	0.69
	بين 40 و 60 سنة	0.71071	0.53346	0.185
	أكثر من 60 سنة	0.26538	0.58935	0.653
بين 20 و 40 سنة	أقل من 20 سنة	-0.96429	0.52658	0.069
	بين 20 و 40 سنة	-0.25357	0.17506	0.149
	أكثر من 60 سنة	-0.69890*	0.30562	0.024
بين 40 و 60 سنة	أقل من 20 سنة	-0.71071	0.53346	0.185
	بين 20 و 40 سنة	0.25357	0.17506	0.149
	أكثر من 60 سنة	-0.44533	0.31733	0.162
أكثر من 60 سنة	أقل من 20 سنة	-0.26538	0.58935	0.653
	بين 20 و 40 سنة	*0.69890	0.30562	0.024
	بين 40 و 60 سنة	0.44533	0.31733	0.162

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي spss

نلاحظ من خلال جدول المقارنات المتعددة أنه باستعمال طريقة LSD فقد ظهرت فروق معنوية بمستوى معنوية 0.05 بين متوسطات المعالجات (ما بين 20 و 40 سنة ، أكثر من 60 سنة) ، حيث كانت قيمة sig. أقل من 0.05 و تساوي 0.024 مع وجود علامة (*) على فروق المتوسطات و وجود تلك العلامة دليل على وجود فروق بين متوسطات إجابات العينات على محور التعاطف تبعا لمتغير السن ما بين فئة 20 و 40 سنة و فئة أكثر من 60 سنة .

اختبار الفرضية الفرعية الرابعة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير المستوى الدراسي و إدراك المرضى لجودة الخدمات الصحية.

و ذلك بوضع فرض العدم ف 0 : لا توجد فروق بين متوسطات إجابات العينة تبعا للمستوى التعليمي؛

أمام الفرض البديل ف 1 : توجد فروق بين متوسطات إجابات العينة تبعا للمستوى التعليمي.

جدول رقم (4-45) : التباين الأحادي لمتغير المستوى التعليمي.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
الملموسية بين المجموعات	14.739	5	2.948	3.543	0.005	توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات
داخل المجموعات	131.472	158	0.832			
المجموعات الكلي	146.212	163				
الاعتمادية بين المجموعات	20.551	5	4.110	3.687	0.003	توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات
داخل المجموعات	176.112	158	1.115			
المجموعات الكلي	196.662	163				
الاستجابة بين المجموعات	11.144	5	2.229	1.772	0.122	لا توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات
داخل المجموعات	198.766	158	1.258			
المجموعات الكلي	209.910	163				
الأمان بين المجموعات	15.485	5	3.097	2.776	0.020	توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات
داخل المجموعات	176.241	158	1.115			
المجموعات الكلي	191.726	163				
التعاطف بين المجموعات	12.777	5	2.555	2.426	0.038	توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات
داخل المجموعات	166.393	158	1.053			
المجموعات الكلي	179.170	163				

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي spss

يوضح الجدول مستوى الدلالة sig. و هو على الترتيب بالنسبة للمحاور الخمسة : 0.005 ، 0.003 ، 0.122 ، 0.020 و 0.038 ، أي أن مستوى الدلالة للمحور الثالث (الاستجابة) هي

أكبر من المستوى المقبول 0.05 ، مما يؤكد عدم وجود فروق أي عدم وجود دلالة و لذا فمتوسطات المجموعات متساوية أي لا يوجد فروق بين متوسطات إجابات العينة تبعا لمتغير المستوى التعليمي بالنسبة لهذا المحور، أما بالنسبة للمحاور الأخرى (الملموسية ، الاعتمادية ، الأمان و التعاطف) فمستوى الدلالة هو أقل من 0.05 و هذا يدل على وجود فرق بين متوسطات إجابات العينة تبعا للمستوى الدراسي في هذه المحاور .

و إذا كان احتمال المعنوية في اختبار تحليل التباين أصغر من 0.05 مما يعني وجود اختلاف ذو دلالة احصائية بالنسبة لأي محور من المحاور فإن ذلك يستدعي عمل أحد اختبارات المقارنة (post hoc).⁽¹⁾

و نظرا لوجود فروق معنوية في متوسطات إجابات العينة على محاور الملموسية ، الاعتمادية ، الأمان

و التعاطف المدرك ، و لاختبار معنوية الفروق نلجأ إلى المقارنات المتعددة باستخدام طريقة .LSD

جدول رقم (4-46): المقارنات المتعددة لبعد الملموسية ، الاعتمادية ، الأمان و التعاطف.

المتغير المستقل	مستوى التعليمي "أ"	مستوى التعليمي "ب"	فرق المتوسط أ - ب	الخطأ المعياري	الدلالة الاحصائية
الملموسية المدركة	أمي	ابتدائي	-,04327	,48993	,930
		متوسط	-,09539	,47183	,840
		ثانوي	-,01913	,47435	,968
		جامعي	,65341	,49583	,189
		دراسات عليا	,97917	,58882	,098
	ابتدائي	أمي	,930	,48993	,930
		متوسط	,840	,21588	,810
		ثانوي	,968	,22133	,913
		جامعي	,189	,26425	,009
		دراسات عليا	,098	,41314	,014
	متوسط	ابتدائي	,09539	,47183	,840
		متوسط	,05213	,21588	,810
		ثانوي	,07626	,17771	,668
		جامعي	,74880*	,22896	,001
		دراسات عليا	1,07456*	,39151	,007
	ثانوي	أمي	,01913	,47435	,47435
		ابتدائي	-,02414	,22133	,22133
		متوسط	-,07626	,17771	,17771
		جامعي	,67254*	,23410	,23410
		دراسات عليا	,99830*	,39454	,39454
	جامعي	أمي	-,65341	,49583	,189
		ابتدائي	-,69668*	,26425	,009
		متوسط	-,74880*	,22896	,001
		ثانوي	-,67254*	,23410	,005
		دراسات عليا	,32576	,42013	,439
	دراسات عليا	أمي	-,97917	,58882	,098
		ابتدائي	-1,02244*	,41314	,014
		متوسط	-1,07456*	,39151	,007
		ثانوي	-,99830*	,39454	,012
		دراسات عليا	-,32576	,42013	,439
الاعتمادية المدركة	أمي	ابتدائي	,10000	,56703	,860
		متوسط	,12456	,54609	,820
		ثانوي	,45102	,54900	,413

			جامعي		
			دراسات عليا		
			أمي	ابتدائي	
			متوسط		
			ثانوي		
			جامعي		
			دراسات عليا		
			أمي	متوسط	
			ابتدائي		
			ثانوي		
			جامعي		
			دراسات عليا		
			أمي	ثانوي	
			ابتدائي		
			متوسط		
			جامعي		
			دراسات عليا		
			أمي	جامعي	
			ابتدائي		
			ثانوي		
			جامعي		
			دراسات عليا		
			أمي	دراسات عليا	
			ابتدائي		
			متوسط		
			ثانوي		
			جامعي		
			أمي	أمي	الأمان المدرك
			متوسط		
			ثانوي		
			جامعي		
			دراسات عليا		
			أمي	ابتدائي	
			متوسط		
			ثانوي		
			جامعي		

			دراسات عليا		
			أمي	متوسط	
			ابتدائي		
			ثانوي		
			جامعي		
			دراسات عليا		
			أمي	ثانوي	
			ابتدائي		
			متوسط		
			جامعي		
			دراسات عليا		
			أمي	جامعي	
			ابتدائي		
			متوسط		
			ثانوي		
			دراسات عليا		
			ابتدائي	أمي	التعاطف المدرك
			متوسط		
			ثانوي		
			جامعي		
			دراسات عليا		
			أمي	ابتدائي	
			متوسط		
			ثانوي		
			جامعي		
			دراسات عليا		
			أمي	متوسط	
			ابتدائي		
			ثانوي		
			جامعي		
			دراسات عليا		
			أمي	ثانوي	
			ابتدائي		
			متوسط		
			جامعي		
			دراسات عليا		

			جامعي	
		أمي		
		ابتدائي		
		متوسط		
		ثانوي		
		دراسات عليا		
		أمي	دراسات عليا	
		ابتدائي		
		متوسط		
		ثانوي		
		جامعي		

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل احصائي spss

و من خلال جدول المقارنات المتعددة توصلنا إلى أن هناك فرق حقيقي بين المتوسطات و يظهر في هذا الجدول المجموعات التي تسببت في هذه الفروق و هي المجموعات التي تحمل العلامة *

خاتمة الفصل الرابع :

لقد حاولنا من خلال هذا الفصل إجراء دراسة ميدانية للتعرف على أثر محددات جودة الخدمات الصحية على رضا المريض ، حيث تمثلت هذه المحددات في بعد الملموسية ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان و بعد التعاطف ، حددت هذه الأبعاد الخمسة لجودة الخدمات من طرف Parasuraman في نموذج Servqual أي Service-quality أو جودة الخدمات بهدف قياس حجم الفجوة بين توقعات المستفيدين من الخدمات و إدراكاتهم للخدمات الفعلية ، و من ثم تقييم رضا المستفيد على مستوى جودة هذه الخدمات.

و استعملنا لذلك قائمة الاستقصاء كأداة للدراسة حيث صممناها وفق مقياس ليكارت الخماسي ، و المتكونة من جزئين أساسيين الجزء الأول يقيس توقعات المرضى لجودة الخدمات الصحية (المستوى الذي يتمنى الحصول عليه)، و الجزء الثاني يقيس إدراكات المرضى لجودة الخدمات الصحية الفعلية (أي التي تحصل عليها فعلا) و قد قمنا باختبار الصدق الظاهري لأداة الدراسة من خلال عرضها على الأساتذة و المتخصصين ، كما قمنا بتجربتها على عينة مصغرة من خارج مجتمع البحث ، ثم أجرينا التعديلات المناسبة عليها ، و عليه انطلقنا بعملية المسح على مستوى المؤسسات الصحية العمومية المتمثلة في مستشفى ابراهيم تيريشين ، المركز الاستشفائي الجامعي حسيبة بن بوعلي و مستشفى فرانتز فانون بمدينة البليدة.

بلغ عدد المفردات بمستشفى ابراهيم تيريشين و عيادة حسيبة بن بوعلي (قسم جراحة الأطفال) 104 مريض مقيم موزعين كما يلي : 61 مريض بمستشفى ابراهيم تيريشين ، و 43 بعيادة حسيبة بن بوعلي حيث تم جمع البيانات في هاتين المؤسستين عن طريق المسح الشامل ، كما اخترنا عينة غير عشوائية عرضية في مستشفى فرانتز فانون و البالغ عددها 75 مريض مقيم ، و بالتالي بلغ العدد الإجمالي للمرضى المقيمين المستجوبين خلال الفترة الممتدة من 02 ماي 2015 إلى 02 جوان من نفس السنة 179 مفردة تم رفض 15 استبيان ليصل العد النهائي للإستبيانات

الصالحة للتحليل و اختبار الفرضيات 164 استبيان ، و بعد ذلك قمنا بتفريغ قائمة الاستقصاء من خلال الاعتماد على البرنامج الاحصائي spss.19 لإجراء الاختبارات الاحصائية و استخلاص النتائج و التوصيات.

و بغية التأكد من سلامة أداة الدراسة قمنا باختبار الصدق البنائي لجميع العبارات و الذي أظهر نتائج ايجابية ، دعمناها من خلال إجراء اختبار ثبات الدراسة بواسطة حساب معامل الفا كرونباخ الذي بلغت قيمته ككل 0.931 و هذا تقدير جيد جدا يرفع من معنوية أداة الدراسة.

و قد استعملنا عدة اختبارات احصائية استدلالية لاختبار فرضيات البحث تمثلت في اختبار التوزيع الطبيعي كولمجروف-سمنروف للتأكد من أن البيانات تتبع فعلا التوزيع الطبيعي أم لا ، ثم استعملنا مقياس الفجوة على مستويين المستوى الاجمالي لتحديد الفجوة الاجمالية ، و على مستوى المحددات الخمسة لجودة الخدمات الصحية و اختبار (ت) لعينة واحدة ، كما استعملنا أيضا اختبار كاي للاستقلالية ، معامل الارتباط لتحديد درجة الترابط بين محددات الخدمة الصحية العمومية ، الانحدار المتعدد حيث استخرجنا نموذج الدراسة ، و لتحديد الفروق في إجابات عينة الدراسة استخدمنا اختبار (ت) و تحليل التباين الأحادي و المقارنات المتعددة ، بالإضافة إلى أساليب التحليل الاحصائي الوصفي من تكرارات ، متوسطات الحسابية و انحرافات معيارية.

و انطلاقا من عرض و تحليل النتائج الخاصة بالدراسة الميدانية توصلنا بصفة عامة إلى أن المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة غير راضيين عن مستوى جودة الخدمات الصحية العمومية و ذلك لوجود فجوة بين توقعاتهم و إدراكاتهم لجودة الخدمات الصحية بفرق متوسط قدر ب 1.3234- و هي نتيجة سالبة .

كما أثبتت الدراسة صلاحية تطبيق نموذج سرفكوال لمحددات جودة الخدمات على الخدمات الصحية العمومية ، خصوصا و أن مستوى توقعات المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية العمومية كان جد مرتفع ، و كانت هناك موافقة تامة على توقع المرضى إيجاد هذه الخصائص فعلا في المستشفيات .

النتائج و المناقشة و التوصيات :

لقد تزايدت اهتمامات الباحثين بقياس جودة الخدمات و يتضح ذلك من خلال تعدد الدراسات التي تمت في السنوات الماضية و التي تبين استمرارية الجدل القائم حول طرق قياس جودة الخدمات و استمرارية الدعوة للقيام بالمزيد من الدراسات في بيئات متنوعة و في خدمات متنوعة بغية التوصل إلى أكثر المقاييس فعالية و مصداقية لقياس جودة الخدمات ، و نسبة كبيرة من الدراسات في مجال القياس الذاتي لجودة الخدمة انطلقت من كتابات الثلاثي Parasuraman, Berry & Zeithaml الذي انتهى عملهم إلى نموذجهم الشهير سرفكوال ، حيث يعتمد هذا النموذج في تعريف الفجوة الذاتية للخدمة على مفهوم الجودة ، و يطرح خمس فجوات أبرزها الفجوة بين توقعات و إدراكات المستفيدين من الخدمة .

و لقياس هذه الفجوة اعتمد الباحثون على بنية من خمسة أبعاد هي : الملموسية ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان و التعاطف و طوروا مقياسا مبنيا على هذه الأبعاد اعتبروه بمثابة عمود فقري يبنى عليه لتكوين مقاييس الجودة في أي صناعة خدمية تقريبا .

و قد حاولت هذه الدراسة المساهمة بجهد متواضع في تطبيق مقياس الجودة في واحدة من أهم أنواع الخدمات حيوية و هي الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات العمومية بالجزائر (مدينة البليدة)، و ذلك للتعرف على مدى صلاحية هذا المقياس (مقياس سرفكوال) للتطبيق على هذا النوع من الخدمات ، و تحديد الأهمية النسبية لعناصر هذا المقياس من وجهة نظر المرضى ، و التعرف على إدراكاتهم لأبعاد جودة الخدمات الصحية و عناصرها التي يتكون منها المقياس ، بهدف تحديد حجم الفجوات الخاصة بكل عنصر من عناصر الجودة و حجم الفجوات الخاصة بكل بعد من الأبعاد الخمسة لهذا المقياس و هي الجوانب الملموسة ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان و التعاطف و ذلك باستخدام عينة الدراسة التي بلغت في عددها النهائي 164 مفردة ، و هذا للاستفادة من تلك النتائج في التعرف على نواحي القوة و الضعف في تلك الخدمات و مساعدة المستشفيات العمومية في وضع البرامج الخاصة بتحسين جودة الخدمات الصحية لتحقيق رضا المرضى المستفيدين من هذه الخدمات الأساسية و الضرورية و الإنسانية خاصة.

أولاً : الإجابة على الإشكالية :

حاولنا من خلال دراستنا لهذا الموضوع الإجابة على السؤال الجوهرى التالي :

هل توجد فجوة بين توقعات المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية العمومية لأبعاد جودة الخدمات الصحية و إدراكاتهم لهذه الأبعاد (التي حددها Parasuraman في نموذج سرفكوال) ؟ و ما هو مستوى رضاهم عن جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً؟

و فعلاً أثبتنا من خلال الدراسة وجود فجوة سالبة بين ما يتوقعه المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية العمومية و بين ما يدركونه فعلاً ، حيث قدرت هذه الفجوة بـ 1.3234- ، و بما أن الفرق سالب على المستوى الإجمالي لجودة الخدمات الصحية و على مستوى كل بعد (محدد) فإن النتيجة سالبة ، و من ثم يمكن القول أن الخدمات الصحية العمومية لا تتميز بالجودة من وجهة نظر المريض المقيم بالمؤسسات الصحية العمومية و هو غير راض على مستوى الخدمات المقدمة.

ثانياً : نتائج اختبار الفرضيات :

حيث جاءت نتائج اختبار الفرضيات كما يلي :

- 1- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الخدمة الصحية الإجمالية المدركة و الخدمة الصحية الإجمالية المتوقعة من قبل المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية العمومية بفارق قدر بـ 1.3234-؛
- 2- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين العناصر الملموسة المدركة و العناصر الملموسة المتوقعة من قبل المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية العمومية بنتيجة سالبة قدرت بـ 1.1844-؛
- 3 - هناك فروق ذات دلالة إحصائية في عناصر بعد الاعتمادية المدركة و العناصر المتوقعة من قبل المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية العمومية بنتيجة سالبة قدرت بـ 1.4183-؛
- 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الاستجابة المدركة و المتوقعة من قبل المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية العمومية بفجوة قدرت بـ 1.3872-؛
- 5- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين درجة الأمان المدركة و درجة الأمان المتوقعة من قبل المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية العمومية بنتيجة سالبة قدرت بـ 1.2835-؛

6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عناصر بعد التعاطف المدركة و عناصر بعد التعاطف المتوقعة من قبل المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية العمومية بنتيجة سالبة قدرت ب 1.3207-؛

7- تختلف الأهمية النسبية لمحددات جودة الخدمات الصحية في التأثير على توقعات مرضى المؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة ، حيث جاء بعد الأمان كأهم بعد من أبعاد الجودة بمتوسط قدر ب 4.5447 ، و احتل بعد الاعتمادية المرتبة الثانية من حيث الأهمية من وجهة نظر المرضى المقيمين بمتوسط 4.5427 ، يليه بعد الاستجابة بمتوسط 4.4710 في المرتبة الثالثة ، ثم المرتبة الرابعة التي كانت من نصيب بعد الملموسية بمتوسط يساوي 4.4192 ، و أخيرا و في المرتبة الخامسة من حيث الأهمية بعد التعاطف بمتوسط 4.3719 ، و هذه المتوسطات دليل على أنه لا توجد أبعاد غير مهمة أو قليلة الأهمية ، و أن هذا النموذج (نموذج سرفكوال) يتمتع بالمصادقية و الثبات و القبول من طرف عينة الدراسة ؛

8- مستوى جودة الخدمات الصحية المتوقعة جد مرتفع و موجب و باتجاه موافق تماما ، أي أن توقعات المرضى المقيمين جد مرتفعة؛

9- مستوى تقييم المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية العمومية لجودة الخدمات الصحية المقدمة فعلا هو منخفض ، و باتجاه موافق إلى حد ما ؛

10- لا توجد علاقة بين متغير المستوى التعليمي و متغير النوع ، حيث قيمة كاي للاستقلالية 9.29 بدرجة حرية 5 و مستوى الدلالة قدر ب 0.108 ؛

11- لا توجد علاقة بين متغير المستوى التعليمي و متغير المنطقة الجغرافية ، حيث قدرت قيمة كاي ب 12.636 بدرجة حرية 5 و مستوى الدلالة الاحصائية 0.27 ؛

12- هناك علاقة ارتباط طردية ، قوية و ايجابية بين محددات جودة الخدمات الصحية الفعلية ؛

13- تفسر نتائج الانحدار المتعدد أن النموذج المقترح ملائم ، كما توجد علاقة تأثيرية لأبعاد جودة الخدمات الصحية العمومية على مستوى رضا المرضى؛

14- لا توجد فروق بين متوسطات إجابات العينة تبعا للجنس ، و بالتالي الجنس لا يؤثر على إدراك المرضى لجودة الخدمات الصحية؛

15- لا توجد فروق بين متوسطات إجابات العينة تبعا للمنطقة الجغرافية ، و بالتالي المنطقة الجغرافية لا تؤثر على إدراك المرضى لجودة الخدمات الصحية؛

16- لا توجد فروق بين متوسطات إجابات العينة تبعا لمتغير السن إلا في محور التعاطف يوجد فرق؛

17- يوجد فرق في متوسطات إجابات العينة تبعا لمتغير المستوى التعليمي في محاور (الملموسية ، الاعتمادية ، الأمان و التعاطف) ، أما محور الاستجابة فلا يوجد فروق بين متوسطات إجابات العينة تبعا لهذا المتغير .

ثالثا : نتائج الدراسة الميدانية :

بعد الدراسة الميدانية للموضوع ، وصلنا إلى النتائج التالية :

- 1- أكدت الدراسات التي جرت في هذا المضمار أن المقياس يمكن أن يستخدم لإظهار جوانب القصور في مستوى جودة الخدمة الصحية من منظور المرضى و يصبح أداة للتقييم الدوري لمستوى الخدمات الصحية المقدمة؛
- 2 - توجد فجوة سالبة بين توقعات المرضى لأبعاد جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الصحية العمومية و بين إدراكهم للأبعاد الخمس لمقياس جودة الخدمات Servqual ، و هذا يعني أن ما يتوقعه المرضى لمستوى جودة الخدمات يفوق ما يدركه المرضى فعلا ؛ و بالنسبة لمختلف الأبعاد الخمسة للمقياس هناك فجوة سالبة بين ما يتوقع المرضى المقيمين الحصول عليه من المؤسسات الصحية العمومية و بين ما يدركونه فعلا من خدمات ؛
- 3- أن توقعات المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية العمومية جد مرتفعة ؛
- 4- أن المرضى المقيمين بالمؤسسات الصحية العمومية غير راضيين عن جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلا ،
- 5- الخدمات الصحية العمومية لا تتميز بالجودة على العموم من وجهة نظر المرضى المقيمين؛
- 6- إن عملية قياس جودة الخدمات الصحية هو المدخل الرئيس لتطوير جودة الخدمات الصحية و تحسينها ، خاصة باستعمال نموذج سرفكوال الذي أثبت فعاليته و قبوله من طرف عينة الدراسة؛
- 7- القصور من جانب الإدارة في معرفة ما يتوقعه المستفيدين من الخدمات الصحية و التي تلبي احتياجاتهم و رغباتهم؛
- 8- قصر نظر الإدارة حيث أنها تسير بالمفاهيم القديمة (الإنتاجية) و ليس بالمفاهيم الحديثة التي تركز على احتياجات المستفيدين بالدرجة الأولى؛

9- كما اتضح من خلال نتائج الدراسة أن هناك اختلافا في تقدير الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمة الصحية المتوقعة من وجهة نظر المرضى ، حيث احتل بعد الأمان المرتبة الأولى يليه بعد الاعتمادية ثم بعد الاستجابة فالملموسية و أخيرا بعد التعاطف ، و منه يمكن القول أنه لا توجد أبعاد غير مهمة أو قليلة الأهمية ؛

10- أثبتت الدراسة أن مقياس جودة الخدمة Servqual يتمتع بدرجة عالية من الصلاحية الداخلية لمكوناته فيما يتعلق بقياس جودة الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة و هذه النتيجة تتفق مع الدراسات التي تمت في نفس الاتجاه؛

11- يوفر المقياس قاعدة من المعلومات عن تقييم المرضى لجودة الخدمات الصحية العمومية في مدينة البليدة ، و بدون شك فإن وجود مثل هذا المقياس سيفيد في تطوير و تحديث الخدمات بما يواكب احتياجات المرضى و رغباتهم بأفضل الأساليب؛

12- أن تقييم المرضى لمستوى جودة الخدمات الصحية المتوقع تقديمها كان عاليا حيث كان المتوسط الحسابي الإجمالي لدرجات إجابات مفردات العينة على العبارات التي تقيس مستوى الجودة المتوقع حوالي 4.46 ؛

13- أن تقييم المرضى لمستوى الخدمات الصحية المقدمة فعلا كان متوسط ، حيث كان المتوسط الحسابي الإجمالي لدرجات إجابات مفردات العينة على العبارات التي تقيس مستوى الجودة الفعلي حوالي 3.14 و هو منخفض على المستوى المتوقع؛

14- أن مستوى الجودة التي يتوقعها المرضى المقيمين في المؤسسات الصحية العمومية كان أعلى من مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلا ، و هو ما يشير إلى ضعف الجهود التسويقية التي تركز على توقعات المرضى لما يجب أن تكون عليه الخدمات الصحية ، كما و يؤكد وجود فجوة واضحة؛

15- أوضحت الدراسة اختلاف آراء المرضى عند تقييمهم للأهمية النسبية لمعايير قياس الجودة المتوقعة 22 المكونة للمقياس العام لجودة الخدمات الصحية بأبعادها الخمسة ، و لعل آراء المرضى تعكس أولوياتهم في كل معيار من معايير المقياس التي يمكن للمؤسسات الصحية الاستفادة منها عند رغبتها في تطوير و رفع كفاءة و جودة ما تقدمه من خدمات صحية ، و ذلك من خلال مراعاة حاجات المرضى و تركيز جهود التطوير و التحديث التي تنفذها بما يعكس تلك الحاجات وفقا للأهمية النسبية و الأولويات التي يراها المريض؛

16- كما بينت نتائج الدراسة أن أهم عناصر يتوقعها المرضى المقيمون بالمؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة مرتبة كما يلي :

أ- يجب أن تتوفر لدى المستشفيات العمومية معدات و أجهزة تقنية متطورة و حديثة (الملموسية)؛
ب- يجب على العاملين بالمستشفيات العمومية أن يكونوا دائما على استعداد لمساعدة المرضى (الاستجابة)؛

ج- يجب أن يشعر المرضى بالأمان في تعاملهم مع العاملين بالمستشفيات العمومية (الأمان)؛
د- يجب أن يتعاطف العاملون بالمستشفيات العمومية مع المرضى عند مواجهتهم لمشكلة ما و يساعدونهم على حلها (الاعتمادية)؛

هـ- يجب التزام المستشفيات العمومية بتنفيذ الخدمات التي تم الوعد بها في الأوقات المحددة (الاعتمادية).

17- و أن أهم عوامل أدركها المرضى بالمؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة بدرجة أوافق إلى حد ما كانت كما يلي :

أ- يتمتع العاملون بالمستشفيات بحسن المظهر و اناقة الملابس (الملموسية) و هو عنصر غير مهم بالنسبة للمرضى؛

ب- يتحلى العاملون بالمستشفى الذي يعالج به بالسلوك المهذب المجامل (الأمان)؛

ج- يتعاطف العاملون بالمستشفى مع المرضى عند مواجهتهم لمشكلة معينة و يساعدونهم على حلها (الاعتمادية) و هو عنصر مهم بالنسبة للمرضى؛

د- أشعر بالأمان في تعاملهم مع العاملين بمستشفى (الأمان) و هو عنصر مهم بالنسبة للمرضى؛

هـ- تتوفر لدى المستشفى معدات و أجهزة تقنية متطورة و حديثة (الملموسية) و هو عنصر مهم يتوقعه المرضى.

18- تباين الفجوات السالبة لعناصر كل بعد و بالتالي تباين درجة مساهمتها في تكوين مجالات الضعف و التقصير في مستوى الأداء الفعلي ، و أكثر العناصر التي مثلت أكبر مجالات الضعف في مستوى جودة الخدمات المقدمة تمثلت في :

أ- تتوفر لدى المستشفى أنظمة توثيق خالية من الأخطاء (الاعتمادية)؛

ب- يهتم المستشفى اهتماما شخويا بك (التعاطف)؛

ج- منظر المرافق و الصالات التي تقدم بها الخدمة بالمستشفى جذابة (الملموسية)؛

- د- يضع المستشفى المصلحة العليا لك في مقدمة اهتماماته (التعاطف)؛
- هـ- العاملون بالمستشفى لا ينشغلوا عنك أبداً و يلبون طلباتك (الاستجابة)؛
- 19- كانت أكبر فجوة سالبة بين توقعات المرضى و إدراكاتهم من نصيب بعد الاعتمادية ، حيث بلغت هذه الفجوة 1.4182- ، يليه بعد الاستجابة بفرق 1.3871- ثم بعد التعاطف بفجوة قدرت بـ 1.3207- ، فبعد الأمان بفارق 1.2835- ، و أخيراً بعد الملموسية بفجوة قدرها 1.1844-؛
- 20- اختلاف درجة مساهمة كل عنصر مكون لكل بعد من أبعاد المقياس من حيث تكوين حجم الفجوة ، و كان أبرز اتساع لبعض عناصر الأبعاد عن غيرها هي :
- أ- العبارة رقم 09 : لدى المستشفيات العمومية أنظمة توثيق خالية من الأخطاء بفرق 1.5427- (بعد الاعتمادية)؛
- ب- العبارة رقم 21 : تضع المستشفيات العمومية المصلحة العليا للمرضى في مقدمة اهتماماتها بفرق 1.5061- (بعد التعاطف)؛
- ج- العبارة رقم 08 : تحرص المستشفيات العمومية على تقديم الخدمات في المواعيد التي تم تحديدها بفرق 1.4451- (بعد الاعتمادية)؛
- د- العبارة رقم 07 : تؤدي المستشفيات العمومية الخدمة بشكل صحيح من أول مرة بفرق 1.4329- (بعد الاعتمادية) ؛
- هـ- العبارة رقم 10 : العاملين بالمستشفيات العمومية يقومون بإعلام المرضى بدقة عن موعد تقديم الخدمة بفرق 1.4146- (بعد الاستجابة).
- 21- تحديد مستوى جودة الخدمات الصحية يحدد مقدار الحاجة إلى التحسين ، و بدون تحديد هذا المستوى لا يمكن إحداث تغيير أبداً؛
- 22- الخاصية الوحيدة التي تم إدراكها بدرجة موافق هي أن العاملون في المؤسسات الصحية العمومية يتمتعون بحسن المظهر و أناقة الملابس (بعد الملموسية)؛
- 23- من بين أهم العناصر التي يتوقعها المرضى 3 منها تم إدراكها فعلاً في المستشفيات عينة الدراسة بدرجة موافق إلى حد ما هي :
- أ - تتوفر لدى المستشفيات العمومية معدات و أجهزة تقنية متطورة و حديثة (الملموسية)؛
- ب- يتعاطف العاملون بالمستشفيات العمومية مع المرضى عند مواجهتهم لمشكلة ما و يساعدونهم على حلها (الاعتمادية)؛

ج- يشعر المرضى بالأمان في تعاملهم مع العاملين بالمستشفيات العمومية (الأمان).

24- هناك علاقة ارتباط قوية بين رضا المرضى و جودة الخدمات الصحية؛

25 - استطاعت المتغيرات المستقلة الفرعية (الملموسية ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان و

التعاطف) تفسير 85.3 % من المتغير التابع رضا المريض ؛

26- هناك علاقة تأثيرية بين محددات جودة الخدمات الفعلية و رضا المريض ؛

27 - يتكون نموذج الدراسة من خمسة معالم لنموذج الانحدار المتعدد كما يلي :

$$ع = 4.689 + 0.223 (الملموسية المدركة) + 0.210 (الاعتمادية المدركة) + 0.188 (الاستجابة المدركة) + 0.275 (الأمان المدرك) + 0.168 (التعاطف المدرك).$$

رابعاً : التوصيات :

تقدم هذه الدراسة مقياساً علمياً لقياس جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى ، و سعياً منا إلى تطبيق المقياس في المؤسسات الصحية ، و بناءاً على ما تم التوصل إليه من نتائج تم اقتراح بعض التوصيات التي يمكن أن تساهم في مساعدة هذه المؤسسات على الارتقاء بتقديم أفضل الخدمات للمرضى و تحقيق رضاهم من أهمها :

1- اقناع إدارة الخدمة الصحية بالعمل على استكشاف توقعات و إدراكات مرضاها من أجل البقاء على تواصل مع حاجاتهم ، و الوصول إلى ما يرغبون به و يفضلونه فعلاً ، و إضافة لمسات التميز بالجودة و جعله طريق العمل الدائم ؛

2- إن تفهم توقعات المريض يعتبر مطلباً ضرورياً لتقديم خدمة صحية أفضل و تحقيق رضا المستفيدين من هذه الخدمات من خلال تصميم أفضل الخدمات؛

3- جودة الخدمة الصحية سلسلة متصلة الحلقات ، و أن قوتها تقاس بأضعف حلقاتها ، فلا يجب السماح لأي تصدع بين الأبعاد الخمسة ينعكس سلباً على مستوى جودة الخدمات المقدمة؛

4- تقديم خدمات تتناسب و توقعات المرضى ؛

5- الهدف الأساسي لتسويق الخدمات الصحية هو تحقيق رضا المريض ، و هذا لا يكون إلا بتحقيق حاجاته و رغباته أي الانطلاق من السوق؛

- 6- ضرورة تبني مقياس هذه الدراسة لتحقيق جودة الخدمات الصحية من أجل تقليص الفجوة السالبة بين الخدمة المتوقعة و الخدمة الفعلية خاصة و أن عينة الدراسة وافقت تمنيتها إيجاد محددات الجودة التي وضعها Parasuraman؛
- 7- فهم معايير جودة الخدمة الصحية التي يحكم من خلالها مستفيدي الخدمات الصحية على جودة الخدمات الصحية ، بحيث يتم التركيز على تلك المعايير لتكون أداة لتطوير الخدمات ؛
- 8- بذل المزيد من الجهد للارتقاء بالخدمات الصحية للوصول إلى مستوى أفضل يحقق رضا المريض؛
- 9- العمل على تحديث و تطوير أساليب التسويق الصحي و التركيز على بحوث التسويق بما من شأنه تصميم المزيج التسويقي الذي يستند بصفة أساسية إلى إشباع حاجات و رغبات المرضى؛
- 10- تبني برامج علمية فعالة لتطوير جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات العمومية بما من شأنه تعزيز إدراكات المرضى بهدف الوصول إلى تلبية رغباتهم و تحقيق رضاهم؛
- 11- يجب أن تدرك إدارات المؤسسات الصحية العمومية أن تطوير الخدمات الصحية لا يعني فقط تقديم العلاج و الشفاء و تقديم الخدمات من وجهة نظر الإدارة ، و إنما يعني إضافة إلى ذلك تلبية رغبات و احتياجات المرضى وفق الأولويات التي يراها مناسبة و ليس كما تراها إدارة المستشفى
- و الأطباء فقط ، ذلك أن فهم و معرفة توقعات المرضى يعد مطلباً أساسياً للوصول إلى خدمات صحية ذات جودة عالية تحقق رضاهم و تلبية رغباتهم؛
- 12- ضرورة القيام بدراسات عملية مستمرة و بصفة دورية ، و القيام بعملية القياس للمستوى الذي وصل إليه المستشفى في تحقيق رضا المريض حتى في المؤسسات العمومية ، للتعرف على مستوى جودة الخدمات المقدمة ، فلا مجال للتهرب من معرفة نتائج هذه الدراسات تحججاً بأن المستفيد من الخدمة العمومية ليس له بديل ، و هو مجبر على تقبل المستوى الموجود؛
- 13- ضرورة الاهتمام بتحقيق رضا المرضى من خلال التركيز على جودة الخدمة الصحية لتساوي أو تفوق توقعات المرضى؛
- 14- إيصال رسالة للمرضى مفادها أن تحسين جودة الخدمات عملية مستمرة و هدف أساسي للمؤسسة الصحية ، و طمأننتهم أن توقعاتهم ستكون محل اعتبار؛

- 15- وضع جودة الخدمات الصحية و رضا المرضى أهداف أساسية و ليست ثانوية لأهم خدمات يستفيد منها الإنسان و هذا في كل المستشفيات؛
- 16- تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية و تحقيق رضا المريض ليست أهداف سهلة التحقيق؛ و لكنها ليست مستحيلة ، هذا يحتاج لإصرار و عزيمة و إرادة من طرف وزارة الصحة ، مديريات الصحة و التفتيش و إدارة المستشفى أيضا؛
- 17- تعزيز الاتصال بين العمال و المرضى حتى تعزز الثقة بينهما و بالتالي تتجح السياسة العلاجية المقترحة مما يساهم في تنمية جودة الخدمات الصحية و تحسين أداء العمال ؛
- 18- مد العاملين بالمؤسسات الصحية و على كل المستويات بالمهارات السلوكية اللازمة (فن الحوار ، التفاوض ، تقديم المعلومات ، الاستقبال..) لتمكينهم من الابتعاد عن التحيز و التمييز... عند تقديم الخدمة؛
- 19- احلال الحوار و السلوك الحضاري بين مقدم الخدمة و متلقيها بواسطة فتح الاتصال بين الاثنين ؛
- 20- الرقابة الوزارية للقطاع الصحي العمومي للوقوف أمام التحديات التي تواجه الجهات المعنية ؛
- 21- القيام بترتيب المستشفيات العمومية باستعمال نموذج سرفكوال لمحددات جودة الخدمات لمعرفة حجم الفجوة ، و من ثم نشر قائمة تتضمن أحسن المؤسسات الصحية و أسوأها ، و هذا ما يسمح بتحسين الجودة في هذه المستشفيات ، رفع معنويات العمال و الطاقم الطبي ، تحفيز المستشفيات للحصول على المراتب الأولى ، القيام بالتحسين المستمر ، و هذه الطريقة معمول بها في الكثير من البلدان و في المستشفيات العمومية؛
- 22- صياغة استراتيجية تعتمد التطوير الدائم لخدمة جودة الخدمات الصحية و القياس المستمر لها لتحديد مقدار التطور أو الاهتزاز الذي قد يلحق بها.

سادسا : افاق الدراسة :

نظرا لشساعة الموضوع و عدم إلمامنا بجميع جوانبه ارتأينا أن نقدم بعض الإشكالات نراها كافاق للدراسة نلخصها فيما يلي :

- تقييم أداء المؤسسات الصحية العمومية بتطبيق نموذج سرفكوال؛
- تقييم جودة الخدمات الصحية الفعلية باستعمال نموذج servperf؛

- قياس جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الإدارة؛
- دور تسويق الخدمات الصحية في تحسين الخدمات العمومية ؛
- تقييم جودة الخدمات الصحية (دراسة مقارنة بين القطاع العام و القطاع الخاص)؛
- افاق تحسين الخدمة الصحية العمومية في الجزائر .

قائمة المراجع

أولا : المراجع باللغة العربية :

أ- الكتب :

- 1- أحمد يوسف دودين، إدارة الجودة الشاملة، الأكاديميون للنشر و التوزيع، الأردن، 2012.
- 2- ثائر داود سلمان، الانحدار الخطي المتعدد مفهومه و نموذج مطبق باستخدام البرنامج الاحصائي spss، جامعة بغداد، العراق.
- 3- ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، الأردن، 2005.
- 4- حميد الطائي، بشير العلق، تسويق الخدمات، دار اليازوري، الأردن، 2009.
- 5- خان يونس، اياد محمد الهوبي، الاحصاء التطبيقي، الكلية الجامعية للعلوم و التكنولوجيا، الطبعة الأولى، 2014، ص136
- 6- خضير كاظم حمود، روان منير الشيخ، إدارة الجودة في المنظمات المتميزة، دار صفاء للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، 2010، الأردن.
- 7- ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي و الاجتماعي، دار المناهج للنشر و التوزيع، عمان، 2008.
- 8- زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات و تطبيقاته، دار المناهج، الطبعة الأولى، الأردن، 2006.
- 9- سيد محمد جاد الرب، الإتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، مطبعة العشري، مصر، 2008.
- 10- صلاح محمود ذياب، إدارة الخدمات الصحية، الأردن، 2005.
- 11- فريد كورتل، تسويق الخدمات، دار كنوز المعرفة، الطبعة الأولى، الجزائر، 2009.
- 12- مأمون الداركة، طارق الشبلي، الجودة في المؤسسات الصحية، دار صفاء للنشر و التوزيع ، عمان ، 2011.
- 13- مهدي محمد القصاص، مبادئ الاحصاء و القياس الاجتماعي، كلية الآداب، جامعة المنصورة ، مصر ، 2007.
- 14- محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة، دار وائل للنشر، الطبعة السادسة، الأردن، 2012.
- 15- محمد ابراهيم عبيدات، جميل سمير دبانه، التسويق الصحي و الدوائي، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى ، 2006، الأردن.

16- نافذ محمد بركات، التحليل الاحصائي باستخدام برنامج spss، الجامعة الاسلامية، السعودية ، 2007/2006

17- نجم عبود نجم، إدارة الجودة الشاملة، في عصر الأنترنت، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان، 2010

18- هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر، الطبعة الخامسة، الأردن، 2009.

19- يوسف حجيم سلطان الطائي، هاشم فوزي دباس العبادي، إدارة علاقات الزبائن مؤسسة الوراق للنشر و التوزيع، عمان، 2008

ب- الرسائل الجامعية :

20- امال نمر حسن صيام، تطبيق التخطيط الاستراتيجي و علاقته بأداء المؤسسات الأهلية النسوية في قطاع غزة، جامعة الأزهر، غزة، 2010

21 - بوعبد الله صالح، نماذج و طرق قياس جودة الخدمة، دراسة تطبيقية على مؤسسة بريد الجزائر، أطروحة دكتوراه، كلية علوم الاقتصاد و التسيير، جامعة سطيف، الجزائر، 2013/2014

22- جناة بوقجاني، أثر جودة الخدمات الصحية على درجة ولاء المرضى في مستشفى الجامعة الأردنية (دراسة حالة)، رسالة ماجستير؛ الجامعة الأردنية، الأردن، 2010.

23- حاتم نجود، تفعيل رضا الزبون كمدخل استراتيجي لبناء ولائه، مذكرة ماجستير، جامعة الجزائر، الجزائر، 2005/2006

24- رسمية أحمد أمين أبو موسى، أثر جودة الخدمة على الربحية و رضا العملاء في المصارف الأردنية (دراسة مقارنة بين بنك الإسكان و البنك الإسلامي الأردني، جامعة ال بيت، كلية الاقتصاد و العلوم الإدارية، قسم التمويل و المصارف، الأردن، 2000.

25- عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، كلية علوم الاقتصاد و التسيير و التجارة، جامعة أوبكر بلقايد، تلمسان، 2011/2012

26- عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه، كلية علوم الإقتصاد و التسيير، جامعة الجزائر، 2007./2008

- 27- عز الدين علي محمد سويسي، إدارة جودة الشاملة و أثرها على مستوى أداء الخدمة الصحية، دراسة حالة مركز طرابلس الطبي في الجماهيرية الليبية، رسالة ماجستير، ليبيا، 2005.
- 28- عمر محمد رؤوف محمود هياجنة، أثر جودة الخدمة على رضا عملاء مجموعة الاتصالات الأردنية، رسالة ماجستير، جامعة ال بيت، كلية إدارة المال و الأعمال، قسم إدارة الأعمال، الأردن، 2007/2008.
- 29- فراس أبو قاعود و اخرون، أثر عناصر المزيج التسويقي الخدمي في جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى في المستشفيات الحكومية في عمان، مجلة أبحاث اليرموك، المجلد 27، العدد 1ب، الأردن، 2011.
- 30- فليسي ليندة، واقع جودة الخدمات في المنظمات و دورها في تحقيق الأداء المتميز، دراسة حالة كلية علوم الاقتصاد و التجارة و التسير، جامعة محمد بوقرة، بومرداس، مذكرة ماجستير، الجزائر، 2011/2001.
- 31- قاسي ياسين، دور التسويق الاجتماعي في تنمية المراكز الاستشفائية الجامعية، دراسة حالة فرانتر فانون البليدة، أطروحة دكتوراه، 2012 جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2012/2013.
- 32- مالك عدنان علي العمري، أثر تحسين جودة الخدمة على رضا العملاء في قطاع المطاعم الأردني، رسالة ماجستير، الجامعة الهاشمية، الأردن، 2007.
- 33- مجد عارف العساف، اتجاهات المراجعين نحو جودة خدمات العيادات الخارجية في المستشفيات العامة و الخاصة في مدينة عمان: الأردن، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، الأردن، 2006.
- 34- منير أحمد سعيد شكوكاني، أثر الجودة المدركة على الربحية و النمو، رسالة ماجستير، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الأردن.
- 35- نجاة العامري، تسويق الخدمات الصحية، دراسة حالة مصحة أبو القاسم بسكيكة، شهادة ماجستير، 2007/2008، الجزائر.

3- المقالات:

- 36- أحمد سيد مصطفى، نحو إطار لحماية المستفيدين بالخدمات الصحية، مدخل إنتاجي/تسويق، مجلة الإداري، العدد 52، 1993، سلطنة عمان.
- 37- ادم غازي العتيبي، مقارنة جودة الخدمة الصحية للمرضى في غرف التنويم في المستشفيات العامة و الخاصة في دولة الكويت، مجلة العلوم الاقتصادية و الإدارية، المجلد الثامن، العدد الثاني، ديسمبر 2002 (1-36)
- 38- 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 الثاني، سورية، 2009
- 39- أكرم أحمد الطويل، الاء حسيب الجليلي و رياض جميل وهاب، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، جامعة تكريت، مجلة تكريت للعلوم الإدارية و الاقتصادية، المجلد 6، العدد 19، العراق، 2010
- 40- حسين منصور، الخدمات الصحية المقدمة للمرضى المنومين بمدينة إربد-الأردن "دراسة في جغرافية الخدمات، مجلة المنارة، المجلد 13، العدد 1، الأردن، 2006.
- 41- حنان عبد الرحمن الأحمد، التحسين المستمر للجودة: المفهوم و كيفية التطبيق في المنظمات الصحية، الإدارة العامة، المجلد الأربعون، العدد 3، الأردن، 2000.
- 42- دريد كامل ال شبيب، مدى فاعلية تطبيق نظام الجودة الشاملة في بنك الإسكان و التمويل الأردني، ، اللقاء للبحوث و الدراسات، جامعة عمان الأهلية، المجلد 13، العدد 2، الأردن، 2010.
- 43- صفاء محمد هادي الجزائري، علي غباش محمد، بشرى عبد الله شتيت، قياس و تقييم جودة الخدمات الصحية ،دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام، البصرة، بدون سنة.
- 44- عبد العزيز أبو نبعة، الامكانيات التطبيقية لمفهوم التسويق الحديث في إدارة المستشفيات الأردني، مجلة تنمية الرافدين، المجلد 15، العدد 40، العراق، 1993.
- 45- عبد العزيز أبو نبعة و فوزية مسعد، إدارة الجودة الشاملة : المفاهيم و التطبيقات، مجلة الإداري، العدد 74، سلطنة عمان، 1998.
- 46- عطية مصلح، قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين و المرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث و الدراسات ،جامعة القدس المفتوحة، منطقة قلقيلية التعليمية، فلسطين. العدد السابع والعشرون، المجلد الثاني، 2012.

- 47- على سكر عبود و اخرون، تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي، مجلة القادسية للعلوم الإدارية و الاقتصادية، المجلد 11، العدد 3، 2009
- 48- عماد محمد عبد العال و اخرون، قياس جودة خدمة الأغذية و المشروبات و أثرها على رضا العملاء-دراسة ميدانية بالتطبيق على الفنادق ذات الخمس نجوم في مصر، مجلة اتحاد الجامعات العربية للسياحة و الضيافة، المجلد الرابع، العدد الأول، مصر، 2007.
- 49- فارس محمود ابو معمر، قياس جودة الخدمة المصرفية في البنوك العاملة في قطاع غزة، مجلة الجامعة الإسلامية، المجلد الثالث عشر، العدد الأول، 77-105، يونيو 2005
- 50- فالح عبد القادر الحوري، تشخيص واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية، دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الخاصة، مجلة البصائر، المجلد 12، العدد 1، جامعة البترا الخاصة، الأردن، 2008
- 51- فهاد بن معتاد الحمد، صالح بن عبد الرحمن الشهيبي، خدمات المستشفيات... استطلاع انطباعات و آراء المستفيدين، الإدارة العامة، العدد 71، 1991
- 52- قاسم نايف علوان، فتحية أبوبكر محمد، قياس و تقويم جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الليبية، مجلة الإداري، العدد 112، عمان، 2007
- 53- قطاف فيروز، تقييم جودة الخدمة المصرفية و دراسة أثرها على رضا العميل المصرفي، مجلة العلوم الانسانية، العدد 21، بسكرة، 2001.
- 54- محمد بن صالح الحارثي، برنامج إعداد العاملين في الحقل الصحي للتدريب على تأسيس و تطبيق الجودة بمستشفيات منطقة القصيم، المديرية العامة للشؤون الصحية بمنطقة القصيم، السعودية.
- 55- محمد طعمانة، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي حالة وزارة الصحة، أبحاث اليرموك، جامعة اليرموك، الأردن، 2001.
- 56- محمد طعمانة، أثر مستوى الخدمة على رضا المستفيدين من خدمات المراكز الصحية في محافظة المفرق، جامعة اليرموك، مؤتمة للبحوث و الدراسات، المجلد العاشر، العدد السادس، الأردن، 1995.
- 57- محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومشفى الباسل بطرطوس، مجلة جامعة تشرين للدراسات و البحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية المجلد (27) العدد (2) 2005.

- 58- معدي بن محمد ال مذهب، توقعات المستفيدين و الأبعاد المحددة لرضاهم عن جودة الخدمات: دراسة على الأجهزة الحكومية المتعاملة مباشرة مع الجمهور بمدينة الرياض، دورية الإدارة العامة، المجلد 49، العدد الثاني، المملكة العربية السعودية، 2009
- 59- ناصر دادي عدون، معراج هوارى، مدى إدراك زبائن المصارف التجارية العاملة بالجزائر لجودة الخدمات المصرفية المقدمة، دراسة ميدانية على زبائن المصارف التجارية بمنطقة غرداية، مجلة اقتصاديات شمال افريقيا، عدد 2، الجزائر، 2005
- 60- نبيل عبد الحافظ عبد الفتاح، إدارة الجودة الشاملة و دورها المتوقع في تحسين الإنتاجية بالأجهزة الحكومية: ملخص بحث مكتبي، مجلة الإداري، العدد 72، سلطنة عمان، سبتمبر 2000
- 61- نجلة يونس محمد، عادل محمد عبد الله، المزيج التسويقي المصرفي و أثره في رضا الزبون، دراسة تحليلية لأراء عينة من المدراء و الزبائن لبعض المصارف العراقية في محافظة نينوى، مجلة الرافدين (26)، العراق، 2004
- 62- هاني حامد الضمور، هدى مهدي عايش، أثر عناصر المزيج التسويقي الخدمي لفنادق الخمس نجوم في الأردن على الصورة المدركة من قبل السياح: دراسة مقارنة، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 1، العدد 1، 2005
- 63- هشام عبد الله، قياس جودة خدمات المكتبات الجامعية، دراسة تطبيقية على خدمات المكتبات، جامعة الملك عبد العزيز بجدة، مجلة مكتبة الملك فهد الوطنية، مج 1 ع، 2005
- 4- الملتقيات و المؤتمرات :**
- 64- 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 الأهلية، الأردن، بدون سنة.
- 65- معزوز نشيدة، بن عبد العزيز فاطمة، التغيير التنظيمي و علاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية، المؤتمر الدولي حول الإبداع و التغيير التنظيمي في المؤسسات الحديثة دراسة و تحليل تجارب وطنية و دولية، كلية علوم الاقتصاد و التسيير، جامعة سعد دحلب، البليدة، 19/18 ماي 2011.
- 66- محمد أديب العسالي، واقع و متطلبات تطوير الواقع الصحي، المؤتمر الوطني للبحث العلمي و التطوير التقني، المحور الرابع، الجزء الثاني، دمشق، 24-26 أيار 2006.

5- مواقع على الشبكة :

- 67- شادي محمد القطيفان، التسويق الصيدلاني، رسالة دكتوراه في الإدارة الصحية، 2007/2008 (على الخط)، www.stclements.edu/grad/gradshadi.pdf
- 68- علي أحمد ثاني بن عبود، قياس الأداء الحكومي باستخدام نموذج Servqual (على الخط)، <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/arado/unpan024619pd>، تاريخ التحميل 2013/08/27 على الساعة 00:45
- 69- عز عبد الفتاح، مقدمة في الاحصاء الوصفي و الاستدلالي باستخدام spss (على الخط)، http://site.iugaza.edu.ps/mbarbakh/files/2010/02/questionnaire_analyzis.pdf تاريخ التحميل 2015/09/20 على الساعة 18:00
- 70- لعجال العمرية، مفهوم التسويق الصحي (على الخط)، <http://itunrws.itu.int/ar/note.aspx?note=2567> تاريخ التحميل 2012/06/12 على الساعة 13:00
- 71- محاسب محمد ربحان، التسويق لخدمة الرعاية الصحية، المركز الطبي للمقاولون العرب عثمان أحمد عثمان و شركائه، مصر، <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/arado/unpan020754.pdf>
- 72- نجم العزاوي، فراس أبو قاعود، أثر توقعات الزبون على أبعاد الخدمة الصحية، دراسة تطبيقية في المستشفيات الأردنية، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد 23، 2010 (على الخط)، www.iasj.net/iasj?func=fulltext&aid=53220 تاريخ التحميل 2011/10/11 على الساعة 22:15
- 73- استخدام الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية spss في تحليل البيانات (على الخط) Classes.uofk.edu/file.php/441/statisticalanalysis.pdf
- 74- التحليل الاحصائي للبيانات باستخدام برنامج spss (على الخط)، Faculty.ksu.edu.sa/6887/interesting/20books/التحليل%20الاحصائي.doc
- ## 6- التقارير :

- 75- أرشيف مصلحة الموارد البشرية، المركز الاستشفائي الجامعي حسيبة بن بوعلي، جوان، 2015

ثانيا : المراجع باللغة الأجنبية:

1- الكتب :

76- Lendrevie-Lévy-Lindon, Mercator théories et nouvelles pratiques du marketing, 9^{em} édition, édition Dunod, paris

2- المقالات :

77- A.Parasuraman ,A.Zeithaml,L.Berry,Servqual :a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality,**journal of Retailing**,volume64,number1,spring1988

78- A.Vannieuse,la satisfaction du patient en orthopédie-traumatologie,e-mémoire de l'academie national de chirurgie,2004,3(4) :9-13,France

79- André Boyer,Ayoub Nefzi ,la percption de la qualité dans le domaine des services :vers une clarification des concepts,**la revue des sciences de gestion**,direction et gestion n237-238-Marketing,mai-aout,France,2009

80- Ayoub Nefzi,Lassad Ghachem ,la relation entre la perception de la qualité et la fidélité relationnelle :le cas du secteur hospitalier privé en tunisie,**Adetem francaise du marketing** ,n240,2012

81- C.N.Krishma Naik,Swapna Bhargavi,Gantasala V.Prabhakar,service quality and its effect on customer satisfaction in retailing,**european journal of social sciences**-volume16, number2,2010

82- Caroline Merdinger-Rumpler,la satisfaction du patient hospitalisé :de la mesure au pilotage,une approche empirique basée sur l'expérience d'hospitalisation,université Robert Schuman,France.

83- Chingang Nde Daniel,Lukong Paul Berinyuy,using the Servqual model to assess service quality and customer satisfaction, an empirical study of grocery stores in Umea,**Umea universitet**,spring 2010

84- Dhouha Doghri Fakhfakh,le risque d'influence des variables individuelles et des variables liées au séjour sur la satisfaction et la perception des patients de la qualité des service de santé :le cas de l'hopital tunisien,édition ESKA ?**Market Manangement**2007/3,volume7,p49-62,France

85- Dominique Phanuel,le temps psychologique en marketing des services :les résultats d'une recherche exploratoire ,**Gestion 2000**,mars-avril ,France,2006

86- Jorge Mendoza Aldana,Helga Piechulek ,Ahmed Al-Sabir,satisfaction des patients et qualité des soins dans des zones rurales du

- Bangladesh, **bulletin de l'organisation mondiale de la santé**, recueil d'article n°5, 79(6), 2001
- 87- Gérard Lairy, la satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé national d'accréditation et dévaluation en santé, **revue de la littérature médicale**, septembre 2006, France.
- 88- Mohammad Mizenur Rahaman, Md Abdullah and Aatur Rahman, measuring service quality using servqual model : a study on PCBs (private commercial banks), **business management dynamics** ; vol1, n1, july 2011, p1-11, Bangladesh
- 89- Muriel Jougleux, Enrichir l'approche théorique de la qualité dans les services : qualité du service et qualité de service, **recherche et applications en Marketing**, vol 21, n3, France, 2006
- 88- Nabil Mzouchi, Mourad Touzani, Olfa Bouhlel, la mesure de la satisfaction dans le domaine du télé-achat : proposition d'une échelle, **Echo-Gestion** , numéros 5, tunisie, 2005
- 89- Nha Nguen, un modèle explicatif de l'évaluation de la qualité d'un service : une étude empirique, **recherches et application en Marketing**, **AFM**, vol Vi ? n2, France, 1991
- 90- Paraschivescu Andrei Octavian, Caprioara Florin Michai, la qualité du service-les modèles conceptuels, **economy tansdisciplinary cognito**, volume 17, issue 1/2014 (19-27), Romania
- 91- Ranajit Chakraborty, anirban Majumdar, measuring consumer satisfaction in health care sector, the application of servqual , researchers world , **journal of arts science & commerce**, vol2, issue 4 oct 2011
- 92- Ruben Chumpitaz, Valérie Swaen, la qualité perçue comme déterminant de la satisfaction des clients en business-to-business : une étude empirique dans le domaine de la téléphonie, **recherche et applications en marketing**, vol 19, n 2, France, 2004
- 93- servqual and model of service gaps : a frame work for determining and prioritizing critical factors in delivering quality service.
- 94- Slim Haddad, Danièle Roberge , Raynald Pineault , comprendre la qualité : en reconnaître la complexité, **Ruptures**, **revue transdisciplinaire en santé** 4(1) : 59-78, 1997,
- 95- Zeynepor, Laure com-Ruelle, la qualité des soins en France : comment la mesure pour l'améliorer ? **ERDES** , recherche de documentation en économie de la santé , dt 18, 2008, France

3- الرسائل الجامعية :

96- Magali Robelet, les figures de la qualité des soins : rationalisation et normalisation dans une économie de la qualité, these de doctorat, université Aix-Marseille 2, laboratoire d'économie et de sociologie du travail, France.

4- مواقع على الشبكة:

97- Alain Lopez , Pierre-Louis Remy, mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé, rapport n RM2007-045P, mars 2007, TGAS, France(online)

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000592.pdf>

98- direction de la santé et de la population de la wilaya de blida(online)<http://www.sante.dz/dsp-blida/sitedsp09/chu.htm> 06/08/15

99 - Jean-Claude Andreani & all , Tendances du Marketing des services et Implications pour les secteurs de santé, Proposition de Communication au 5ème Congrès des Tendances du Marketing en Europe, Venise 20-21, France, 2006(online) http://www.marketing-trends-congress.com/sites/default/files/papers/2006/2006_fr_Andreani_Eleouet_Savart_Conchon.pdf

100- Haute Autorité de santé, guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de qualité des soins, septembre 2012, France(online) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-11/guide_methodologique_diffusion_indicateurs.pdf

-101-Institut Européen d'administration publique, document d'orientation européen sur la Gestion de la Satisfaction Client, la présidence slovène de l'UE, pays-bas, 2008(online) http://www.eupan.eu/files/repository/20111216161838_EU_Primer_French__FINAL_LR.pdf

102-Laetitia Robillard, Marketing Hospitalier : un oxymore qui prend sens, revue hospitalière de France, paris, (online) <http://www.revue-hospitaliere.fr/Revue/517/Reflexions-hospitalieres>

103-Marco Vannotti , l'empathie dans la relation médecin-patient, psychologie-positive.org/IMG/PDF/2222_COPIE_FRANCE_L_empathie_dans_la_relation_medecin_patient.pdf

104-Measuring Service Quality using Servqual, (online) http://www.u-cursos.cl/ingenieria/2010/in71k/1/material_docente/bajar?Id_material=305567, 03/05/2014, 14 :00

105-Measuring Service Quality using Servqual,(online)
<http://www.kinesis-cem.com/pdf/ServQual.pdf>

5-التقارير:

106–archive service ressources humaines ,bilan d'activité,2013

قائمة الملاحق

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة البليدة 2
كلية علوم الاقتصاد و التسيير
قسم العلوم التجارية : تخصص تسويق

استمارة استقصاء :

تقوم الباحثة بإعداد دراسة للحصول على درجة الدكتوراه في العلوم التجارية ، تخصص
تسويق بعنوان "تجربة نموذج سرفكوال لمحددات جودة الخدمات على الخدمات الصحية
العمومية و دوره في تحقيق رضا المريض " .

الغرض من الاستقصاء :

و الغاية من الدراسة هي معرفة رأيك في مستوى الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية و ذلك من خلال مجموعتين من الأسئلة ،تقيس المجموعة الأولى توقعاتك عن الخدمة الصحية المقدمة (ما هو مستوى الخدمات الذي تتوقع الحصول عليه؟) و تقيس المجموعة الثانية جودة الخدمة الفعلية المقدمة من المؤسسة الصحية التي تتعامل معها (ما هو مستوى الخدمات الصحية التي حصلت عليها فعلا؟) .

و يتوجه الباحث بجزيل الشكر لكل من ساهم في تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية من خلال المشاركة في هذا الإستبيان حيث تستعمل إجابتك لأغراض علمية فقط فمشاركتك في غاية الأهمية لإنجاح هذه الدراسة، و سوف نتعامل مع هذه البيانات بسرية لذا نرجو من سيادتكم التكرم بالإجابة على جميع عبارات الاستقصاء مع تقديرنا الكبير لتعاونكم و مساهمتكم الفعالة.

الباحثة :

طبيب سليمان م.

الخدمة المتوقعة: من خلال تجربتك كمستفيد من الخدمات الصحية العمومية ، نرجو توضيح مدى أهمية توافر الخصائص المشار إليها في العبارات التالية في الخدمات الصحية العمومية حتى تعتبر هذه الخدمات العلاجية ذات جودة.

هذه العبارات تتطلب من سيادتكم وضع علامة (X) أمام الإجابات التي تعبر عن وجهة نظركم (درجة الموافقة أو عدم الموافقة) لكل عبارة من العبارات التالية :

العبارات	لا أوافق تماما 1	لا أوافق إلى حد ما 2	أوافق تماما 3	موافق 4	موافق تماما 5
المحور 1 : الملموسية :					
1- يجب أن تتوفر لدى المستشفيات العمومية معدات و أجهزة تقنية متطورة و حديثة					
2- يجب أن يكون منظر المرافق و الصالات التي تقدم بها الخدمات بالمستشفيات العمومية جذابة					
3- يجب أن يتمتع العاملون بالمستشفيات بحسن المظهر و اناقة الملابس					
4- يجب أن يناسب المظهر العام للمستشفيات العمومية نوع و طبيعة الخدمات المقدمة					
المحور 2 : الاعتمادية:					
5- يجب التزام المستشفيات العمومية بتنفيذ الخدمات التي تم الوعد بها في الأوقات المحددة					
6- يجب أن يتعاطف العاملون بالمستشفيات العمومية مع المرضى عند مواجهتهم لمشكلة ما و يساعدونهم على حلها					
7- يجب أن تؤدي المستشفيات العمومية الخدمة بشكل صحيح من أول مرة.					
8- يجب أن تحرص المستشفيات العمومية على تقديم الخدمات في المواعيد التي تم تحديدها					
9- يجب أن يكون لدى المستشفيات العمومية أنظمة توثيق خالية من الأخطاء					
المحور 3 : الإستجابة:					
10- يجب على العاملين بالمستشفيات العمومية إعلام المرضى بدقة عن موعد تقديم الخدمة					
11- يجب على العاملين بالمستشفيات العمومية تقديم الخدمة بشكل فوري					
12- يجب على العاملين بالمستشفيات العمومية أن يكونوا دائما على استعداد لمساعدة المرضى					
13- يجب على العاملين بالمستشفيات العمومية عدم الانشغال أبدا عن تلبية طلبات المرضى					
المحور 4 : الأمان:					
14- يجب أن يولد سلوك العاملين بالمستشفيات العمومية الشعور بالثقة من قبل المرضى					
15- يجب أن يشعر المرضى بالأمان في تعاملهم مع العاملين بالمستشفيات العمومية					
16- ضرورة اتصاف العاملين بالمستشفيات بالسلوك المهذب المجامل					
17- يجب أن يكون لدى العاملين بالمستشفيات العمومية المعرفة الكافية للإجابة على أسئلة المرضى					
المحور 5 : التعاطف:					
18- يجب أن تولي المستشفيات العمومية اهتماما شخسيا بالمرضى					
19- يجب أن تكون ساعات العمل بالمستشفيات مناسبة لجميع المرضى					
20- يجب أن يكون للعاملين بالمستشفيات العمومية القدرة على منح المرضى الإهتمام الشخصي					
21- يجب أن تضع المستشفيات العمومية المصلحة العليا للمرضى في مقدمة اهتماماته					
22- يجب أن يكون العاملين بالمستشفيات العمومية على دراية و علم باحتياجات المرضى					

الخدمة الفعلية : هذه المجموعة من العبارات تعكس أداء الخدمة الصحية التي قدمت لك فعلا في المؤسسات الصحية العمومية ، و المطلوب تحديد مدى وجود الخصائص التالية في الخدمات العلاجية التي تم تقديمها فعلا. حدد إلى أي مدى تتصف المؤسسات الصحية العمومية بهذه الخصائص، هذه العبارات تتطلب من سيادتكم وضع علامة (X) أمام الإجابات التي تعبر عن وجهة نظركم (درجة الموافقة أو عدم الموافقة).

العبارات					لا أوافق تماما 1	لا أوافق 2	أوافق إلى حد ما 3	أوافق 4	أوافق تماما 5
المحور 1 : الملموسية :									
1- تتوفر لدى مستشفى بن بولعيد معدات و أجهزة تقنية متطورة و حديثة									
2- منظر المرافق و الصالات التي تقدم بها الخدمة بمستشفى بن بولعيد جذابة									
3- يتمتع العاملون بمستشفى بن بولعيد بحسن المظهر و أناقة الملابس									
4- يناسب المظهر العام للمستشفى بن بولعيد نوع و طبيعة الخدمات المقدمة									
المحور 2 : الاعتمادية:									
5- يلتزم مستشفى بن بولعيد بتنفيذ الأعمال في الأوقات المحددة و التي تم الوعد بها									
6- يتعاطف العاملون بمستشفى بن بولعيد مع المرضى عند مواجهتهم لمشكلة معينة و يساعدونهم على حلها.									
7- يحرص مستشفى بن بولعيد على تقديم الخدمة بشكل صحيح من أول مرة.									
8- يحرص مستشفى بن بولعيد على تقديم الخدمات في المواعيد التي تم تحديدها									
9- تتوفر لدى مستشفى بن بولعيد أنظمة توثيق خالية من الأخطاء									
المحور 3 : الإستجابة:									
10- يقوم العاملون بمستشفى بن بولعيد بإعلام المرضى بدقة عن موعد تقديم الخدمة									
11- يقدم العاملون بمستشفى بن بولعيد الخدمة بشكل فوري									
12- العاملون بمستشفى بن بولعيد دائما على استعداد لمساعدتك									
13- العاملون بمستشفى بن بولعيد لا ينشغلوا عنك أبدا و يلبون طلباتك									
المحور 4 : الأمان :									
14- تشعرك سلوك العاملين بمستشفى بن بولعيد بالثقة									
15- أشعر بالأمان في تعاملي مع العاملين بمستشفى بن بولعيد									
16- يتحلى العاملون بمستشفى بن بولعيد بالسلوك المهذب المجامل									
17- تتوفر لدى العاملين بمستشفى بن بولعيد المعرفة الكافية للإجابة على أسئلتك									
المحور 5 : التعاطف:									
18- يهتم مستشفى بن بولعيد اهتماما شخسيا بك									
19- ساعات العمل بمستشفى بن بولعيد مناسبة لجميع المرضى									
20- لدى العاملين بمستشفى بن بولعيد القدرة على منحك الإهتمام الشخصي									
21- يضع مستشفى بن بولعيد المصلحة العليا لك في مقدمة اهتماماته									
22- العاملون بمستشفى بن بولعيد على دراية و علم باحتياجاتك									

الرجاء ملأ البيانات التالية :

أ- الجنس:

ذكر ☐ أنثى ☐

ب- السن:

أقل من 20 سنة من 21 إلى 40 سنة من 41 إلى 60 أكثر من 61 سنة

ج- المستوى الدراسي:

ابتدائي متوسط ثانوي جامعي دراسات عليا

د - المنطقة الجغرافية:

حضاري ☐ شبه حضاري ☐

شكرا لتعاونكم

الملحق رقم 02 : الاستبيان باللغة الفرنسية :

**Ministère de l'enseignement supérieur et de la
recherche scientifique
Université de Blida 2
Département des sciences économiques et de
gestion
Spécialité Marketing**

Formulaire d'enquête

Formulaire d'enquête pratique entrant dans le cadre de la préparation d'une thèse de doctorat en marketing sous le thème :

« L'effet de la qualité de service de santé sur la satisfaction des patients ».

L'objectif de questionnaire :

Cette étude vise à connaître votre avis sur le niveau de service de santé fourni par les hôpitaux publics et à travers deux séries de questions, la première série mesure vos attentes pour le service de santé fourni, et la deuxième série mesure la qualité de service de santé rendu.

vos avis et très importants pour le succès de cette étude, et le chercheur tient à remercier tous ceux qui ont contribué à améliorer la qualité des services de santé dans les hôpitaux publics en participant à cette enquête ou vos réponses utilisées seulement pour des buts scientifiques.

remarque :

s'il vous plaît cocher (✓) en face de chaque case qui exprime votre réponse, et ne laissez pas aucune question sans réponse.

Chercheuse :
Taieb Solimane. M

Instruction : cette enquête porte sur vos opinions concernant les services de santé public, veuillez indiquer s'il vous plaît dans quelle mesure vous pensez que les hôpitaux publics devraient posséder les caractéristiques décrites par chaque énoncé. pour ce fait , choisissez l'un des chiffres proposés avec chaque énoncé. Par exemple, si vous êtes tout à fait d'accord pour que ces hôpitaux possèdent telle caractéristique cochez le chiffre 5, dans le cas contraire cocher le chiffre 1, si votre opinion n'est pas clairement départagée, cochez l'un des chiffre intermédiaire. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses tout ce qui nous intéresse est le chiffre qui traduit au mieux vos attentes a l'égard des services de santé public.

Les items	Je n'accepte pas du tout 1	Je n'accepte pas 2	J'accepte à un certain degré 3	J'accepte à grand degré 4	J'accepte fortement 5
La tangibilité :					
1- les équipements qui possède un hôpital public devraient être sophistiqué et récente					
2- les supports matériels et les salles d'un hôpital public devraient être visuellement attractifs					
3- le personnel de l'hôpital public devrait être correctement vêtus et d'apparence soignée					
4- l'aspect général de l'hôpital public devrait être en rapport avec le type et la nature des services offerts					
La fiabilité :					
5- quand l'hôpital public s'engage à réaliser quelque chose dans un délai donné, il devrait s'y tenir					
6- quand les patients rencontrent un problème, le personnel hospitalier de l'hôpital public devrait adopter une attitude sympathique pour résoudre le problème					
7- l'hôpital public devrait assurer le service hospitalier correctement la première fois					
8- l'hôpital public devrait fournir leurs services dans un délai ou il promet de les faire					
9- l'hôpital public devrait avoir un système de documentation exempt d'erreurs.					
La serviabilité :					
10- le personnel de l'hôpital public doit annoncer aux patients avec précision le délai de l'accomplissement du service					
11- le personnel de l'hôpital public doit offrir un service immédiat					
12- le personnel hospitalier doit être toujours disposé à aider les patients					
13- le personnel de l'hôpital public ne devrait j'amaï être préoccupé à répondre aux besoins des patients					

L'Assurance :					
14-le comportement du personnel de l'hôpital public doit générer un sentiment de confiance par les patients					
15-les patients devraient pouvoir effectuer leurs transactions avec le personnel hospitalier en toute sécurité					
16-le personnel de l'hôpital public doit avoir un comportement poli et courtois					
17-le personnel de l'hôpital public doit avoir les connaissances nécessaires pour répondre aux questions des patients					
L'ampathie :					
18- l'hôpital public doit accorder une attention personnelle aux patients					
19-les horaires de travail à l'hôpital public doivent être pratiques à tous les patients					
20-le personnel de l'hôpital public doit avoir la capacité de donner une attention personnelle aux patients					
21-l'hôpital public doit mettre l'intérêt suprême des patients au centre des préoccupations					
22-le personnel de l'hôpital public doit connaître les besoins de leurs patients					

Instruction : l'ensemble des énoncés suivants concerne vos perceptions à l'égard des services de santé public. Pour chaque énoncé veuillez indiquer s'il vous plaît dans quelle mesure vous croyez que les services de santé public possèdent les caractéristiques décrites dans chaque énoncé. Le fait de cocher le chiffre 5 signifie que vous êtes tout à fait d'accord que l'hôpital possède cette caractéristique, et le chiffre 1 signifie que vous êtes fortement en désaccord que l'hôpital possède cette caractéristique.

Vous pouvez cocher n'importe quel chiffre intermédiaire afin d'indiquer le degré de vos sentiments, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous sommes intéressés uniquement par le chiffre qui traduit au mieux vos perceptions au sujet de services de santé public.

Les items	Je n'accepte pas du tout 1	Je n'accepte pas 2	J'accepte à un certain degré 3	J'accepte à grand degré 4	J'accepte fortement 5
La tangibilité :					
1 -l'hôpital Ben boulaïd possède des équipements sophistiqués et modernes					
2- les supports matériels et les salles de l'hôpital Ben boulaïd sont visuellement attractifs					
3-le personnel hospitalier sont correctement vêtus et ont une apparence soignée					
4-l'aspect général de l'hôpital Ben boulaïd est en accord avec le type et la nature de service qu'il assure					
La fiabilité :					
5-lorsque l'hôpital Ben boulaïd s'engage à réaliser					

quelque chose dans un délai donné, il s'y tient					
6-quand vous rencontrez un problème, le personnel hospitalier adopte une attitude sympathique pour résoudre le problème					
7-l'hôpital Ben boulaïd tient à assurer le service correctement la première fois					
8-l'hôpital Ben boulaïd fournit ses services dans les délais sur lesquels il s'y engagé					
9-l'hôpital Ben boulaïd dispose de systèmes de documentation exempt d'erreurs					
La serviabilité :					
10-le personnel de l'hôpital Ben boulaïd informe les patients avec précision les horaires de fourniture de services					
11-le personnel hospitalier de Ben boulaïd vous offre un service immédiat					
12-le personnel hospitalier de Ben boulaïd est toujours disposé à aider les patients					
13-le personnel hospitalier de Ben boulaïd ne sont j'amaïs préoccuper sur vous pour répondre a vos demandes					
L'assurance :					
14-le comportement du personnel hospitalier de Ben boulaïd vous fait vous sentir la confiance					
15-vous effectuez vos transactions avec le personnel hospitalier de Ben boulaïd en toute sécurité					
17-le personnel de l'hôpital Ben boulaïd dispose les connaissances nécessaire pour répondre a vos questions					
L'ampathie :					
18- l'hôpital Ben boulaïd vous accorde une attention personnelle					
19-les horaires de travail sont pratiques pour tous les patients a Ben boulaïd					
20-le personnel hospitalier de Ben boulaïd a la capacité de vous donner une attention personnelle					
21-l'hôpital Ben boulaïd met l'intérêt suprême du patients au centre de ses préoccupations					
22-le personnel de l'hôpital Ben boulaïd connait et conscient de vos besoins					

Veillez remplir les données suivantes :

Sexe : ☐ male ☐ femelle

Age : moins de 20ans ☐ entre 21 et 40ans ☐ entre 41 et
60ans

☐ Plus de 61 ans

Niveau instructif : ☐ primaire ☐moyen ☐secondaire ☐
universitaire

☐ Etude supérieur

Zone géographique : ☐ urbaine ☐ citadine

Merci de votre coopération

الملحق رقم 03: نتائج التحليل الإحصائي باستخدام (spss(19)

Frequencies

Statistics

		Genre	Age	N.inst	Z.G
N	Valid	164	164	164	164
	Missing	0	0	0	0

Genre

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	male	66	40,2	40,2	40,2
	femelle	98	59,8	59,8	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

Age

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	moins de 20 ans	4	2,4	2,4	2,4
	entre 20 et 40 ans	91	55,5	55,5	57,9
	entre 40 et 60 ans	56	34,1	34,1	92,1
	plus de 60 ans	13	7,9	7,9	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

N.inst

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	analphabete	4	2,4	2,4	2,4
	primaire	26	15,9	15,9	18,3
	moyen	57	34,8	34,8	53,0
	secondaire	49	29,9	29,9	82,9
	universitaire	22	13,4	13,4	96,3
	étude superieur	6	3,7	3,7	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

Z.G

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	urbaine	84	51,2	51,2	51,2
	semi-urbaine	80	48,8	48,8	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

Scale: ALL VARIABLES**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	164	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	164	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,931	44

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
inta1	162,7561	490,308	,131	,931
inta2	163,0976	487,561	,156	,931
inta3	163,1951	485,311	,212	,931
inta4	163,3476	485,590	,157	,932
fiab5	162,9634	491,545	,041	,932
fiab6	162,9451	487,831	,188	,931
fiab7	162,9756	490,245	,078	,932
fiab8	162,9878	487,583	,186	,931
fiab9	163,0061	491,552	,042	,932
serv10	163,0427	490,029	,090	,932
serv11	163,1159	489,858	,078	,932
serv12	162,9268	490,436	,095	,931
serv13	163,1037	489,394	,086	,932
assu14	163,0000	489,571	,117	,931
assu15	162,9390	489,113	,138	,931
assu16	162,9695	487,711	,185	,931
assu17	162,9817	491,049	,066	,932
amp18	163,2195	485,804	,157	,932
amp19	163,1829	485,782	,210	,931
amp20	163,2805	481,540	,258	,931
amp21	162,9878	486,552	,222	,931
amp22	163,0610	484,732	,252	,931
int1	164,2561	461,161	,575	,928
int2	164,4939	464,129	,529	,929
int3	164,0671	467,499	,514	,929

int4	164,3171	461,064	,617	,928
fia05	164,4024	449,678	,749	,926
fia06	164,1768	453,496	,756	,926
fia07	164,4085	451,065	,744	,926
fia08	164,4329	452,566	,751	,926
fia09	164,5488	455,881	,679	,927
ser10	164,4573	453,133	,714	,927
ser11	164,4939	450,755	,763	,926
ser12	164,2927	451,902	,749	,926
ser13	164,4939	454,067	,707	,927
ass14	164,3110	450,449	,790	,926
ass15	164,2073	455,515	,695	,927
ass16	164,1524	455,369	,726	,927
ass17	164,3537	458,561	,672	,927
am18	164,5488	455,022	,690	,927
am19	164,3415	452,447	,721	,927
am20	164,4817	453,454	,735	,927
am21	164,4939	455,307	,701	,927
am22	164,4695	459,244	,635	,928

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,665	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
intangibilité1	12,9146	3,931	,262	,697
intangibilité2	13,2561	2,732	,551	,527
intangibilité3	13,3537	2,672	,529	,539
intangibilité4	13,5061	2,264	,491	,583

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,755	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
fiab5	18,1585	3,815	,489	,723
fiab6	18,1402	4,121	,447	,736
fiab7	18,1707	3,517	,575	,690
fiab8	18,1829	3,782	,562	,697
fiab9	18,2012	3,757	,535	,706

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,816	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
serv10	13,4085	3,360	,663	,758
serv11	13,4817	2,951	,700	,738
serv12	13,2927	3,754	,621	,784
serv13	13,4695	3,073	,600	,793

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,749	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
assu14	13,6646	2,077	,597	,661
assu15	13,6037	2,314	,462	,735
assu16	13,6341	2,086	,593	,663
assu17	13,6463	2,205	,527	,701

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,819	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
amp18	17,5610	5,782	,629	,782
amp19	17,5244	6,545	,641	,776
amp20	17,6220	5,549	,689	,761
amp21	17,3293	7,192	,566	,799
amp22	17,4024	6,855	,575	,795

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,815	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
inta01	9,6768	8,122	,666	,753
inta02	9,9146	8,299	,655	,759
inta03	9,4878	9,037	,617	,777
inta04	9,7378	8,820	,605	,782

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,926	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
fia05	12,5061	19,074	,813	,908
fia06	12,2805	20,191	,800	,910
fia07	12,5122	19,037	,847	,900
fia08	12,5366	19,539	,842	,902
fia09	12,6524	20,474	,730	,923

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,924	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ser10	9,2744	12,114	,781	,916
ser11	9,3110	11,467	,882	,882
ser12	9,1098	11,890	,830	,900
ser13	9,3110	12,056	,807	,908

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,927	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ass14	9,8415	10,404	,869	,892
ass15	9,7378	10,514	,860	,895
ass16	9,6829	10,844	,850	,899
ass17	9,8841	11,612	,743	,932

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,905	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
am18	12,2866	17,985	,752	,885
am19	12,0793	17,988	,726	,891
am20	12,2195	17,657	,810	,873
am21	12,2317	18,032	,770	,881
am22	12,2073	18,374	,748	,886

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
intangibilité1	164	3,00	5,00	4,7622	,46816
intangibilité2	164	2,00	5,00	4,4207	,74294
intangibilité3	164	2,00	5,00	4,3232	,78276
intangibilité4	164	1,00	5,00	4,1707	,96953
fiab5	164	1,00	5,00	4,5549	,68510
fiab6	164	3,00	5,00	4,5732	,60733
fiab7	164	1,00	5,00	4,5427	,72086
fiab8	164	3,00	5,00	4,5305	,64040

fiab9	164	2,00	5,00	4,5122	,66911
serv10	164	2,00	5,00	4,4756	,68687
serv11	164	2,00	5,00	4,4024	,79661
serv12	164	2,00	5,00	4,5915	,58419
serv13	164	1,00	5,00	4,4146	,82820
assu14	164	2,00	5,00	4,5183	,63122
assu15	164	1,00	5,00	4,5793	,61659
assu16	164	2,00	5,00	4,5488	,62959
assu17	164	3,00	5,00	4,5366	,62061
amp18	164	1,00	5,00	4,2988	,94758
amp19	164	2,00	5,00	4,3354	,74535
amp20	164	1,00	5,00	4,2378	,95199
amp21	164	3,00	5,00	4,5305	,64040
amp22	164	1,00	5,00	4,4573	,72086
inta01	164	1,00	5,00	3,2622	1,23776
inta02	164	1,00	5,00	3,0244	1,21318
inta03	164	1,00	5,00	3,4512	1,10384
inta04	164	1,00	5,00	3,2012	1,16271
fia05	164	1,00	5,00	3,1159	1,31718
fia06	164	1,00	5,00	3,3415	1,19014
fia07	164	1,00	5,00	3,1098	1,28231
fia08	164	1,00	5,00	3,0854	1,22551
fia09	164	1,00	5,00	2,9695	1,23559
ser10	164	1,00	5,00	3,0610	1,26634
ser11	164	1,00	5,00	3,0244	1,26273
ser12	164	1,00	5,00	3,2256	1,24991
ser13	164	1,00	5,00	3,0244	1,24807
ass14	164	1,00	5,00	3,2073	1,23087
ass15	164	1,00	5,00	3,3110	1,22133
ass16	164	1,00	5,00	3,3659	1,17763
ass17	164	1,00	5,00	3,1646	1,15794
am18	164	1,00	5,00	2,9695	1,24548
am19	164	1,00	5,00	3,1768	1,27715
am20	164	1,00	5,00	3,0366	1,22294
am21	164	1,00	5,00	3,0244	1,21822
am22	164	1,00	5,00	3,0488	1,19716
Valid N (listwise)	164				

intangibilité1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	j'accepte a certain degré	3	1,8	1,8	1,8
	j'accepte	33	20,1	20,1	22,0
	j'accepte fortement	128	78,0	78,0	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

intangibilité2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	je n'accepte pas	5	3,0	3,0	3,0
	j'accepte a certain degré	10	6,1	6,1	9,1
	j'accepte	60	36,6	36,6	45,7
	j'accepte fortement	89	54,3	54,3	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

intangibilité3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	je n'accepte pas	3	1,8	1,8	1,8
	j'accepte a certain degré	23	14,0	14,0	15,9
	j'accepte	56	34,1	34,1	50,0
	j'accepte fortement	82	50,0	50,0	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

intangibilité4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	je n'accepte pas du tout	2	1,2	1,2	1,2
	je n'accepte pas	12	7,3	7,3	8,5
	j'accepte a certain degré	17	10,4	10,4	18,9
	j'accepte	58	35,4	35,4	54,3
	j'accepte fortement	75	45,7	45,7	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

fiab5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	je n'accepte pas du tout	1	,6	,6	,6
	je n'accepte pas	1	,6	,6	1,2
	j'accepte a certain degré	9	5,5	5,5	6,7
	j'accepte	48	29,3	29,3	36,0
	j'accepte fortement	105	64,0	64,0	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

fiab6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	j'accepte a certain degré	10	6,1	6,1	6,1
	j'accepte	50	30,5	30,5	36,6
	j'accepte fortement	104	63,4	63,4	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

fiab7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	je n'accepte pas du tout	1	,6	,6	,6
	j'accepte a certain degré	16	9,8	9,8	10,4
	j'accepte	39	23,8	23,8	34,1
	j'accepte fortement	108	65,9	65,9	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

fiab8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	j'accepte a certain degré	13	7,9	7,9	7,9
	j'accepte	51	31,1	31,1	39,0
	j'accepte fortement	100	61,0	61,0	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

fiab9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	je n'accepte pas	1	,6	,6	,6
	j'accepte a certain degré	13	7,9	7,9	8,5
	j'accepte	51	31,1	31,1	39,6
	j'accepte fortement	99	60,4	60,4	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

serv10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	je n'accepte pas	4	2,4	2,4	2,4
	j'accepte a certain degré	6	3,7	3,7	6,1
	j'accepte	62	37,8	37,8	43,9
	j'accepte fortement	92	56,1	56,1	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

serv11

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid je n 'accepte pas	4	2,4	2,4	2,4
je n'accepte a certain degré	20	12,2	12,2	14,6
je n'accepte	46	28,0	28,0	42,7
je n'accepte fortement	94	57,3	57,3	100,0
Total	164	100,0	100,0	

serv12

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid je n'accepte pas	1	,6	,6	,6
je n'accepte a certain degré	5	3,0	3,0	3,7
je n'accepte	54	32,9	32,9	36,6
je n'accepte fortement	104	63,4	63,4	100,0
Total	164	100,0	100,0	

serv13

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid je n'accepte pas du tout	1	,6	,6	,6
je n'accepte pas	6	3,7	3,7	4,3
je n'accepte a certain degré	12	7,3	7,3	11,6
je n'accepte	50	30,5	30,5	42,1
je n'accepte fortement	95	57,9	57,9	100,0
Total	164	100,0	100,0	

assu14

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid je n'accepte pas	1	,6	,6	,6
je n'accepte a certain degré	9	5,5	5,5	6,1
je n'accepte	58	35,4	35,4	41,5
je n'accepte fortement	96	58,5	58,5	100,0
Total	164	100,0	100,0	

assu15

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid je n'accepte pas du tout	1	,6	,6	,6
je n'accepte a certain degré	5	3,0	3,0	3,7
je n'accepte	55	33,5	33,5	37,2
je n'accepte fortement	103	62,8	62,8	100,0
Total	164	100,0	100,0	

assu16

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid je n'accepte pas	1	,6	,6	,6
j'accepte a certain degré	9	5,5	5,5	6,1
j'accepte	53	32,3	32,3	38,4
j'accepte fortement	101	61,6	61,6	100,0
Total	164	100,0	100,0	

assu17

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid j'accepte a certain degré	11	6,7	6,7	6,7
j'accepte	54	32,9	32,9	39,6
j'accepte fortement	99	60,4	60,4	100,0
Total	164	100,0	100,0	

amp18

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid je n'accepte pas du tout	4	2,4	2,4	2,4
je n'accepte pas	6	3,7	3,7	6,1
j'accepte a certain degré	14	8,5	8,5	14,6
j'accepte	53	32,3	32,3	47,0
j'accepte fortement	87	53,0	53,0	100,0
Total	164	100,0	100,0	

amp19

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid je n'accepte pas	3	1,8	1,8	1,8
j'accepte a certain degré	18	11,0	11,0	12,8
j'accepte	64	39,0	39,0	51,8
j'accepte fortement	79	48,2	48,2	100,0
Total	164	100,0	100,0	

amp20

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid je n'accepte pas du tout	2	1,2	1,2	1,2
je n'accepte pas	9	5,5	5,5	6,7
j'accepte a certain degré	20	12,2	12,2	18,9
j'accepte	50	30,5	30,5	49,4
j'accepte fortement	83	50,6	50,6	100,0
Total	164	100,0	100,0	

amp21

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid j'accepte a certain degré	13	7,9	7,9	7,9
j'accepte	51	31,1	31,1	39,0
j'accepte fortement	100	61,0	61,0	100,0
Total	164	100,0	100,0	

amp22

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid je n'accepte pas du tout	1	,6	,6	,6
j'accepte a certain degré	16	9,8	9,8	10,4
j'accepte	53	32,3	32,3	42,7
j'accepte fortement	94	57,3	57,3	100,0
Total	164	100,0	100,0	

inta01

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid je n'accepte pas du tout	15	9,1	9,1	9,1
je n'accepte pas	28	17,1	17,1	26,2
j'accepte a certain degré	56	34,1	34,1	60,4
j'accepte	29	17,7	17,7	78,0
j'accepte fortement	36	22,0	22,0	100,0
Total	164	100,0	100,0	

inta02

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid je n'accepte pas du tout	21	12,8	12,8	12,8
je n'accepte pas	39	23,8	23,8	36,6
j'accepte a certain degré	35	21,3	21,3	57,9
j'accepte	53	32,3	32,3	90,2
j'accepte fortement	16	9,8	9,8	100,0
Total	164	100,0	100,0	

inta03

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid je n'accepte pas du tout	9	5,5	5,5	5,5
je n'accepte pas	24	14,6	14,6	20,1
j'accepte a certain degré	43	26,2	26,2	46,3
j'accepte	60	36,6	36,6	82,9
j'accepte fortement	28	17,1	17,1	100,0

inta03

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	je n'accepte pas du tout	9	5,5	5,5	5,5
	je n'accepte pas	24	14,6	14,6	20,1
	j'accepte a certain degré	43	26,2	26,2	46,3
	j'accepte	60	36,6	36,6	82,9
	j'accepte fortement	28	17,1	17,1	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

inta04

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	je n'accepte pas du tout	14	8,5	8,5	8,5
	je n'accepte pas	35	21,3	21,3	29,9
	j'accepte a certain degré	39	23,8	23,8	53,7
	j'accepte	56	34,1	34,1	87,8
	j'accepte fortement	20	12,2	12,2	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

fia05

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	je n'accepte pas du tout	21	12,8	12,8	12,8
	je n'accepte pas	40	24,4	24,4	37,2
	j'accepte a certain degré	32	19,5	19,5	56,7
	j'accepte	41	25,0	25,0	81,7
	j'accepte fortement	30	18,3	18,3	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

fia06

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	je n'accepte pas du tout	13	7,9	7,9	7,9
	je n'accepte pas	28	17,1	17,1	25,0
	j'accepte a certain degré	43	26,2	26,2	51,2
	j'accepte	50	30,5	30,5	81,7
	j'accepte fortement	30	18,3	18,3	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

fia07

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	je n'accepte pas du tout	20	12,2	12,2	12,2
	je n'accepte pas	41	25,0	25,0	37,2
	j'accepte a certain degré	29	17,7	17,7	54,9
	j'accepte	49	29,9	29,9	84,8
	j'accepte fortement	25	15,2	15,2	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

fia08

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	je n'accepte pas du tout	20	12,2	12,2	12,2
	je n'accepte pas	37	22,6	22,6	34,8
	j'accepte a certain degré	35	21,3	21,3	56,1
	j'accepte	53	32,3	32,3	88,4
	j'accepte fortement	19	11,6	11,6	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

fia09

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	je n'accepte pas du tout	27	16,5	16,5	16,5
	je n'accepte pas	31	18,9	18,9	35,4
	j'accepte a certain degré	41	25,0	25,0	60,4
	j'accepte	50	30,5	30,5	90,9
	j'accepte fortement	15	9,1	9,1	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

ser10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	je n'accepte pas du tout	22	13,4	13,4	13,4
	je n'accepte pas	37	22,6	22,6	36,0
	j'accepte a certain degré	37	22,6	22,6	58,5
	j'accepte	45	27,4	27,4	86,0
	j'accepte fortement	23	14,0	14,0	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

ser11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	je n'accepte pas du tout	23	14,0	14,0	14,0
	je n'accepte pas	35	21,3	21,3	35,4
	j'accepte a certain degré	45	27,4	27,4	62,8
	j'accepte	37	22,6	22,6	85,4
	j'accepte fortement	24	14,6	14,6	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

ser12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	je n'accepte pas du tout	19	11,6	11,6	11,6
	je n'accepte pas	26	15,9	15,9	27,4
	j'accepte a certain degré	48	29,3	29,3	56,7
	j'accepte	41	25,0	25,0	81,7
	j'accepte fortement	30	18,3	18,3	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

ass13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	je n'accepte pas du tout	22	13,4	13,4	13,4
	je n'accepte pas	39	23,8	23,8	37,2
	j'accepte a certain degré	36	22,0	22,0	59,1
	j'accepte	47	28,7	28,7	87,8
	j'accepte fortement	20	12,2	12,2	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

ass14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	je n'accepte pas du tout	18	11,0	11,0	11,0
	je n'accepte pas	29	17,7	17,7	28,7
	j'accepte a certain degré	45	27,4	27,4	56,1
	j'accepte	45	27,4	27,4	83,5
	j'accepte fortement	27	16,5	16,5	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

ass15

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid je n'accepte pas du tout	16	9,8	9,8	9,8
je n'accepte pas	27	16,5	16,5	26,2
j'accepte a certain degré	40	24,4	24,4	50,6
j'accepte	52	31,7	31,7	82,3
j'accepte fortement	29	17,7	17,7	100,0
Total	164	100,0	100,0	

ass16

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid je n'accepte pas du tout	14	8,5	8,5	8,5
je n'accepte pas	23	14,0	14,0	22,6
j'accepte a certain degré	45	27,4	27,4	50,0
j'accepte	53	32,3	32,3	82,3
j'accepte fortement	29	17,7	17,7	100,0
Total	164	100,0	100,0	

ass17

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid je n'accepte pas du tout	13	7,9	7,9	7,9
je n'accepte pas	36	22,0	22,0	29,9
j'accepte a certain degré	49	29,9	29,9	59,8
j'accepte	43	26,2	26,2	86,0
j'accepte fortement	23	14,0	14,0	100,0
Total	164	100,0	100,0	

am18

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid je n'accepte pas du tout	22	13,4	13,4	13,4
je n'accepte pas	46	28,0	28,0	41,5
j'accepte a certain degré	28	17,1	17,1	58,5
j'accepte	51	31,1	31,1	89,6
j'accepte fortement	17	10,4	10,4	100,0
Total	164	100,0	100,0	

am19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	je n'accepte pas du tout	19	11,6	11,6	11,6
	je n'accepte pas	36	22,0	22,0	33,5
	j'accepte a certain degré	34	20,7	20,7	54,3
	j'accepte	47	28,7	28,7	82,9
	j'accepte fortement	28	17,1	17,1	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

am20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	je n'accepte pas du tout	20	12,2	12,2	12,2
	je n'accepte pas	39	23,8	23,8	36,0
	j'accepte a certain degré	40	24,4	24,4	60,4
	j'accepte	45	27,4	27,4	87,8
	j'accepte fortement	20	12,2	12,2	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

am21

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	je n'accepte pas du tout	21	12,8	12,8	12,8
	je n'accepte pas	35	21,3	21,3	34,1
	j'accepte a certain degré	48	29,3	29,3	63,4
	j'accepte	39	23,8	23,8	87,2
	j'accepte fortement	21	12,8	12,8	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

am22

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	je n'accepte pas du tout	20	12,2	12,2	12,2
	je n'accepte pas	36	22,0	22,0	34,1
	j'accepte a certain degré	41	25,0	25,0	59,1
	j'accepte	50	30,5	30,5	89,6
	j'accepte fortement	17	10,4	10,4	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
mean11	164	4,4690	,42734	3,18	5,00
mean12	164	3,1455	,97258	1,00	4,91

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		mean11	mean12
N		164	164
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	4,4690	3,1455
	Std. Deviation	,42734	,97258
Most Extreme Differences	Absolute	,107	,087
	Positive	,107	,056
	Negative	-,100	-,087
Kolmogorov-Smirnov Z		1,370	1,119
Asymp. Sig. (2-tailed)		,047	,163

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SATISFACTION	164	-1,3234	1,11263	,08688

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
SATISFACTION	-15,233	163	,000	-1,32345	-1,4950	-1,1519

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
deff1	164	-1,1845	1,10140	,08600

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
deff1	-13,772	163	,000	-1,18445	-1,3543	-1,0146

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
deff2	164	-1,4183	1,24847	,09749

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
deff2	-14,548	163	,000	-1,41829	-1,6108	-1,2258

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
deff3	164	-1,3872	1,35843	,10608

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
deff3	-13,077	163	,000	-1,38720	-1,5967	-1,1777

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
deff4	164	-1,2835	1,23892	,09674

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
deff4	-13,267	163	,000	-1,28354	-1,4746	-1,0925

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
deff5	164	-1,3207	1,19418	,09325

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
deff5	-14,163	163	,000	-1,32073	-1,5049	-1,1366

Crosstabs

Genre * N.inst Crosstabulation

Count		N.inst						Total
		analphabete	primaire	moyen	secondaire	universitaire	étude superieur	
Genre	male	2	7	27	24	5	1	66
	femelle	2	19	30	25	17	5	98
Total		4	26	57	49	22	6	164

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,029 ^a	5	,108
Likelihood Ratio	9,476	5	,092
Linear-by-Linear Association	,522	1	,470
N of Valid Cases	164		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,61.

N.inst * Z.G Crosstabulation

Count		Z.G		Total
		urbaine	semi-urbaine	
N.inst	analphabete	1	3	4
	primaire	8	18	26
	moyen	27	30	57
	secondaire	27	22	49
	universitaire	16	6	22
	étude superieur	5	1	6
Total		84	80	164

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,636 ^a	5	,027
Likelihood Ratio	13,193	5	,022
Linear-by-Linear Association	12,191	1	,000
N of Valid Cases	164		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,95.

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
mean11	164	3,18	5,00	4,4690	,42734
mean12	164	1,00	4,91	3,1455	,97258
Valid N (listwise)	164				

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
mean12	164	1,00	4,91	3,1455	,97258
SATISFACTION	164	-4,00	1,32	-1,3234	1,11263
mean11	164	3,18	5,00	4,4690	,42734
Valid N (listwise)	164				

Correlations

Correlations						
		mean6	mean7	mean8	mean9	mean10
mean6	Pearson Correlation	1	,778**	,677**	,684**	,682**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000
	N	164	164	164	164	164
mean7	Pearson Correlation	,778**	1	,851**	,852**	,834**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000
	N	164	164	164	164	164
mean8	Pearson Correlation	,677**	,851**	1	,844**	,828**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000
	N	164	164	164	164	164
mean9	Pearson Correlation	,684**	,852**	,844**	1	,824**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000
	N	164	164	164	164	164
mean10	Pearson Correlation	,682**	,834**	,828**	,824**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	164	164	164	164	164

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

Regression

Variables Entered/Removed ^b			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	mean10, mean6, mean9, mean8, mean7	.	Enter

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	mean10, mean6, mean9, mean8, mean7	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: SATISFACTION

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,926 ^a	,857	,853	,42700

a. Predictors: (Constant), mean10, mean6, mean9, mean8, mean7

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	172,979	5	34,596	189,744	,000 ^a
	Residual	28,808	158	,182		
	Total	201,787	163			

a. Predictors: (Constant), mean10, mean6, mean9, mean8, mean7

b. Dependent Variable: SATISFACTION

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-4,689	,125		-37,543	,000
	mean6	,223	,057	,190	3,945	,000
	mean7	,210	,076	,207	2,744	,007
	mean8	,188	,065	,192	2,895	,004
	mean9	,275	,068	,268	4,066	,000
	mean10	,168	,066	,158	2,544	,012

a. Dependent Variable: SATISFACTION

T-Test

Group Statistics

Genre		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
mean5	male	66	4,4697	,61117	,07523
	femelle	98	4,3061	,61675	,06230
mean6	male	66	3,3977	1,07505	,13233
	femelle	98	3,1250	,83824	,08467
mean7	male	66	3,2909	1,13960	,14027
	femelle	98	3,0122	1,06095	,10717
mean8	male	66	3,2614	1,19890	,14757
	femelle	98	2,9643	1,07933	,10903
mean9	male	66	3,3333	1,19481	,14707
	femelle	98	3,2143	1,00706	,10173
mean10	male	66	3,2273	1,09369	,13462
	femelle	98	2,9327	1,00512	,10153

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
mean5	Equal variances assumed	,000	,999	1,672	162	,097	,16357	,09785	-,02966	,35680
	Equal variances not assumed			1,675	140,458	,096	,16357	,09768	-,02953	,35668
mean6	Equal variances assumed	6,532	,012	1,821	162	,070	,27273	,14975	-,02299	,56844
	Equal variances not assumed			1,736	116,084	,085	,27273	,15710	-,03843	,58388
mean7	Equal variances assumed	,000	,990	1,601	162	,111	,27866	,17407	-,06508	,62241

	Equal variances not assumed			1,579	132,727	,117	,27866	,17653	-,07051	,62784
mean8	Equal variances assumed	,983	,323	1,653	162	,100	,29708	,17975	-,05787	,65203
	Equal variances not assumed			1,619	129,474	,108	,29708	,18348	-,06593	,66009
mean9	Equal variances assumed	1,282	,259	,688	162	,492	,11905	,17298	-,22253	,46063
	Equal variances not assumed			,666	123,182	,507	,11905	,17883	-,23492	,47302
mean10	Equal variances assumed	,398	,529	1,776	162	,078	,29462	,16585	-,03289	,62213
	Equal variances not assumed			1,747	131,471	,083	,29462	,16862	-,03894	,62818

T-Test

Group Statistics					
Z.G		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
mean5	urbaine	84	4,3905	,61539	,06714
	semi-urbaine	80	4,3525	,62378	,06974
mean6	urbaine	84	3,2470	,99811	,10890
	semi-urbaine	80	3,2219	,89654	,10024
mean7	urbaine	84	3,0786	1,12068	,12228
	semi-urbaine	80	3,1725	1,07950	,12069
mean8	urbaine	84	3,1131	1,19575	,13047
	semi-urbaine	80	3,0531	1,07378	,12005
mean9	urbaine	84	3,2560	1,14793	,12525
	semi-urbaine	80	3,2688	1,02096	,11415
mean10	urbaine	84	3,0762	1,10373	,12043
	semi-urbaine	80	3,0250	,99333	,11106

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
mean5	Equal variances assumed	,578	,448	,392	162	,695	,03798	,09678	-,15313	,22909
	Equal variances not assumed			,392	161,367	,695	,03798	,09681	-,15320	,22915
mean6	Equal variances assumed	2,166	,143	,169	162	,866	,02515	,14840	-,26790	,31820
	Equal variances not assumed			,170	161,456	,865	,02515	,14801	-,26714	,31744
mean7	Equal variances assumed	,642	,424	-,546	162	,586	-,09393	,17197	-,43351	,24565
	Equal variances not assumed			-,547	161,978	,585	-,09393	,17181	-,43320	,24534
mean8	Equal variances assumed	1,961	,163	,337	162	,736	,05997	,17776	-,29106	,41100
	Equal variances not assumed			,338	161,451	,736	,05997	,17730	-,29015	,41009
mean9	Equal variances assumed	2,701	,102	-,075	162	,940	-,01280	,16995	-,34839	,32280
	Equal variances not assumed			-,076	161,257	,940	-,01280	,16946	-,34745	,32185
mean10	Equal variances assumed	2,489	,117	,312	162	,756	,05119	,16424	-,27314	,37552

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
mean5	Equal variances assumed	,578	,448	,392	162	,695	,03798	,09678	-,15313	,22909
	Equal variances not assumed			,392	161,367	,695	,03798	,09681	-,15320	,22915
mean6	Equal variances assumed	2,166	,143	,169	162	,866	,02515	,14840	-,26790	,31820
	Equal variances not assumed			,170	161,456	,865	,02515	,14801	-,26714	,31744
mean7	Equal variances assumed	,642	,424	-,546	162	,586	-,09393	,17197	-,43351	,24565
	Equal variances not assumed			-,547	161,978	,585	-,09393	,17181	-,43320	,24534
mean8	Equal variances assumed	1,961	,163	,337	162	,736	,05997	,17776	-,29106	,41100
	Equal variances not assumed			,338	161,451	,736	,05997	,17730	-,29015	,41009
mean9	Equal variances assumed	2,701	,102	-,075	162	,940	-,01280	,16995	-,34839	,32280
	Equal variances not assumed			-,076	161,257	,940	-,01280	,16946	-,34745	,32185
mean10	Equal variances assumed	2,489	,117	,312	162	,756	,05119	,16424	-,27314	,37552
	Equal variances not assumed			,312	161,491	,755	,05119	,16382	-,27231	,37469

Oneway

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
mean5	Between Groups	1,713	3	,571	1,509	,214
	Within Groups	60,518	160	,378		
	Total	62,231	163			
mean6	Between Groups	4,565	3	1,522	1,719	,165
	Within Groups	141,647	160	,885		
	Total	146,212	163			
mean7	Between Groups	9,027	3	3,009	2,566	,056
	Within Groups	187,635	160	1,173		
	Total	196,662	163			
mean8	Between Groups	8,187	3	2,729	2,165	,094
	Within Groups	201,723	160	1,261		
	Total	209,910	163			
mean9	Between Groups	8,550	3	2,850	2,489	,062
	Within Groups	183,175	160	1,145		
	Total	191,726	163			
mean10	Between Groups	9,178	3	3,059	2,879	,038
	Within Groups	169,992	160	1,062		
	Total	179,170	163			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

mean10

LSD

(I) Age	(J) Age	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
moins de 20 ans	entre 20 et 40 ans	,96429	,52658	,069	-,0757	2,0042
	entre 40 et 60 ans	,71071	,53346	,185	-,3428	1,7643
	plus de 60 ans	,26538	,58935	,653	-,8985	1,4293
entre 20 et 40 ans	moins de 20 ans	-,96429	,52658	,069	-2,0042	,0757
	entre 40 et 60 ans	-,25357	,17506	,149	-,5993	,0922
	plus de 60 ans	-,69890 [*]	,30562	,024	-1,3025	-,0953
entre 40 et 60 ans	moins de 20 ans	-,71071	,53346	,185	-1,7643	,3428
	entre 20 et 40 ans	,25357	,17506	,149	-,0922	,5993
	plus de 60 ans	-,44533	,31733	,162	-1,0720	,1814
plus de 60 ans	moins de 20 ans	-,26538	,58935	,653	-1,4293	,8985
	entre 20 et 40 ans	,69890 [*]	,30562	,024	,0953	1,3025
	entre 40 et 60 ans	,44533	,31733	,162	-,1814	1,0720

Multiple Comparisons

mean10

LSD

(I) Age	(J) Age	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
moins de 20 ans	entre 20 et 40 ans	,96429	,52658	,069	-,0757	2,0042
	entre 40 et 60 ans	,71071	,53346	,185	-,3428	1,7643
	plus de 60 ans	,26538	,58935	,653	-,8985	1,4293
entre 20 et 40 ans	moins de 20 ans	-,96429	,52658	,069	-2,0042	,0757
	entre 40 et 60 ans	-,25357	,17506	,149	-,5993	,0922
	plus de 60 ans	-,69890*	,30562	,024	-1,3025	-,0953
entre 40 et 60 ans	moins de 20 ans	-,71071	,53346	,185	-1,7643	,3428
	entre 20 et 40 ans	,25357	,17506	,149	-,0922	,5993
	plus de 60 ans	-,44533	,31733	,162	-1,0720	,1814
plus de 60 ans	moins de 20 ans	-,26538	,58935	,653	-1,4293	,8985
	entre 20 et 40 ans	,69890*	,30562	,024	,0953	1,3025
	entre 40 et 60 ans	,44533	,31733	,162	-,1814	1,0720

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Oneway

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
mean5	Between Groups	,451	5	,090	,231	,949
	Within Groups	61,780	158	,391		
	Total	62,231	163			
mean6	Between Groups	14,739	5	2,948	3,543	,005
	Within Groups	131,472	158	,832		
	Total	146,212	163			
mean7	Between Groups	20,551	5	4,110	3,687	,003
	Within Groups	176,112	158	1,115		
	Total	196,662	163			
mean8	Between Groups	11,144	5	2,229	1,772	,122
	Within Groups	198,766	158	1,258		
	Total	209,910	163			
mean9	Between Groups	15,485	5	3,097	2,776	,020
	Within Groups	176,241	158	1,115		
	Total	191,726	163			
mean10	Between Groups	12,777	5	2,555	2,426	,038
	Within Groups	166,393	158	1,053		

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
mean5	Between Groups	,451	5	,090	,231	,949
	Within Groups	61,780	158	,391		
	Total	62,231	163			
mean6	Between Groups	14,739	5	2,948	3,543	,005
	Within Groups	131,472	158	,832		
	Total	146,212	163			
mean7	Between Groups	20,551	5	4,110	3,687	,003
	Within Groups	176,112	158	1,115		
	Total	196,662	163			
mean8	Between Groups	11,144	5	2,229	1,772	,122
	Within Groups	198,766	158	1,258		
	Total	209,910	163			
mean9	Between Groups	15,485	5	3,097	2,776	,020
	Within Groups	176,241	158	1,115		
	Total	191,726	163			
mean10	Between Groups	12,777	5	2,555	2,426	,038
	Within Groups	166,393	158	1,053		
	Total	179,170	163			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) N.inst	(J) N.inst	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
mean6	analphabete	primaire	-,04327	,48993	,930	-1,0109	,9244
		moyen	-,09539	,47183	,840	-1,0273	,8365
		secondaire	-,01913	,47435	,968	-,9560	,9178
		universitaire	,65341	,49583	,189	-,3259	1,6327
		étude superieur	,97917	,58882	,098	-,1838	2,1421
	primaire	analphabete	,04327	,48993	,930	-,9244	1,0109
		moyen	-,05213	,21588	,810	-,4785	,3742
		secondaire	,02414	,22133	,913	-,4130	,4613
		universitaire	,69668 [*]	,26425	,009	,1748	1,2186
		étude superieur	1,02244 [*]	,41314	,014	,2064	1,8384
	moyen	analphabete	,09539	,47183	,840	-,8365	1,0273
		primaire	,05213	,21588	,810	-,3742	,4785
		secondaire	,07626	,17771	,668	-,2747	,4273
		universitaire	,74880 [*]	,22896	,001	,2966	1,2010

	secondaire	étude superieur	1,07456 ⁺	,39151	,007	,3013	1,8478
		analphabete	,01913	,47435	,968	-,9178	,9560
		primaire	-,02414	,22133	,913	-,4613	,4130
		moyen	-,07626	,17771	,668	-,4273	,2747
		universitaire	,67254 ⁺	,23410	,005	,2102	1,1349
	universitaire	étude superieur	,99830 ⁺	,39454	,012	,2190	1,7776
		analphabete	-,65341	,49583	,189	-1,6327	,3259
		primaire	-,69668 ⁺	,26425	,009	-1,2186	-,1748
		moyen	-,74880 ⁺	,22896	,001	-1,2010	-,2966
		secondaire	-,67254 ⁺	,23410	,005	-1,1349	-,2102
	étude superieur	étude superieur	,32576	,42013	,439	-,5040	1,1555
		analphabete	-,97917	,58882	,098	-2,1421	,1838
		primaire	-1,02244 ⁺	,41314	,014	-1,8384	-,2064
		moyen	-1,07456 ⁺	,39151	,007	-1,8478	-,3013
		secondaire	-,99830 ⁺	,39454	,012	-1,7776	-,2190
		universitaire	-,32576	,42013	,439	-1,1555	,5040
mean7	analphabete	primaire	,10000	,56703	,860	-1,0199	1,2199
		moyen	,12456	,54609	,820	-,9540	1,2031
		secondaire	,45102	,54900	,413	-,6333	1,5354
		universitaire	,97273	,57387	,092	-,1607	2,1062
		étude superieur	1,40000 ⁺	,68149	,042	,0540	2,7460
	primaire	analphabete	-,10000	,56703	,860	-1,2199	1,0199
		moyen	,02456	,24985	,922	-,4689	,5180
		secondaire	,35102	,25616	,173	-,1549	,8570
		universitaire	,87273 ⁺	,30584	,005	,2687	1,4768
		étude superieur	1,30000 ⁺	,47817	,007	,3556	2,2444
	moyen	analphabete	-,12456	,54609	,820	-1,2031	,9540
		primaire	-,02456	,24985	,922	-,5180	,4689
		secondaire	,32646	,20568	,114	-,0798	,7327
		universitaire	,84817 ⁺	,26499	,002	,3248	1,3715
		étude superieur	1,27544 ⁺	,45313	,006	,3805	2,1704
	secondaire	analphabete	-,45102	,54900	,413	-1,5354	,6333
		primaire	-,35102	,25616	,173	-,8570	,1549
		moyen	-,32646	,20568	,114	-,7327	,0798
		universitaire	,52171	,27095	,056	-,0134	1,0569
		étude superieur	,94898 ⁺	,45664	,039	,0471	1,8509
	universitaire	analphabete	-,97273	,57387	,092	-2,1062	,1607
		primaire	-,87273 ⁺	,30584	,005	-1,4768	-,2687
		moyen	-,84817 ⁺	,26499	,002	-1,3715	-,3248
		secondaire	-,52171	,27095	,056	-1,0569	,0134

		étude superieur	,42727	,48625	,381	-,5331	1,3877
	étude superieur	analphabete	-1,40000 ⁺	,68149	,042	-2,7460	-,0540
		primaire	-1,30000 ⁺	,47817	,007	-2,2444	-,3556
		moyen	-1,27544 ⁺	,45313	,006	-2,1704	-,3805
		secondaire	-,94898 ⁺	,45664	,039	-1,8509	-,0471
		universitaire	-,42727	,48625	,381	-1,3877	,5331
mean9	analphabete	primaire	,34135	,56724	,548	-,7790	1,4617
		moyen	,41776	,54629	,446	-,6612	1,4967
		secondaire	,52168	,54921	,344	-,5630	1,6064
		universitaire	,99432	,57408	,085	-,1395	2,1282
		étude superieur	1,68750 ⁺	,68174	,014	,3410	3,0340
	primaire	analphabete	-,34135	,56724	,548	-1,4617	,7790
		moyen	,07642	,24994	,760	-,4172	,5701
		secondaire	,18034	,25625	,483	-,3258	,6865
		universitaire	,65297 ⁺	,30595	,034	,0487	1,2572
		étude superieur	1,34615 ⁺	,47834	,006	,4014	2,2909
	moyen	analphabete	-,41776	,54629	,446	-1,4967	,6612
		primaire	-,07642	,24994	,760	-,5701	,4172
		secondaire	,10392	,20575	,614	-,3025	,5103
		universitaire	,57656 ⁺	,26509	,031	,0530	1,1001
		étude superieur	1,26974 ⁺	,45330	,006	,3744	2,1650
	secondaire	analphabete	-,52168	,54921	,344	-1,6064	,5630
		primaire	-,18034	,25625	,483	-,6865	,3258
		moyen	-,10392	,20575	,614	-,5103	,3025
		universitaire	,47263	,27105	,083	-,0627	1,0080
		étude superieur	1,16582 ⁺	,45681	,012	,2636	2,0681
	universitaire	analphabete	-,99432	,57408	,085	-2,1282	,1395
		primaire	-,65297 ⁺	,30595	,034	-1,2572	-,0487
		moyen	-,57656 ⁺	,26509	,031	-1,1001	-,0530
		secondaire	-,47263	,27105	,083	-1,0080	,0627
		étude superieur	,69318	,48643	,156	-,2676	1,6539
	étude superieur	analphabete	-1,68750 ⁺	,68174	,014	-3,0340	-,3410
		primaire	-1,34615 ⁺	,47834	,006	-2,2909	-,4014
		moyen	-1,26974 ⁺	,45330	,006	-2,1650	-,3744
		secondaire	-1,16582 ⁺	,45681	,012	-2,0681	-,2636
		universitaire	-,69318	,48643	,156	-1,6539	,2676
mean10	analphabete	primaire	,14615	,55117	,791	-,9425	1,2348
		moyen	,18947	,53081	,722	-,8589	1,2379
		secondaire	,34286	,53364	,521	-,7111	1,3968
		universitaire	,84545	,55781	,132	-,2563	1,9472

	étude superieur	1,20000	,66242	,072	-,1083	2,5083
primaire	analphabete	-,14615	,55117	,791	-1,2348	,9425
	moyen	,04332	,24286	,859	-,4363	,5230
	secondaire	,19670	,24899	,431	-,2951	,6885
	universitaire	,69930 [*]	,29728	,020	,1122	1,2865
	étude superieur	1,05385 [*]	,46478	,025	,1359	1,9718
moyen	analphabete	-,18947	,53081	,722	-1,2379	,8589
	primaire	-,04332	,24286	,859	-,5230	,4363
	secondaire	,15338	,19992	,444	-,2415	,5482
	universitaire	,65598 [*]	,25757	,012	,1472	1,1647
	étude superieur	1,01053 [*]	,44045	,023	,1406	1,8805
secondaire	analphabete	-,34286	,53364	,521	-1,3968	,7111
	primaire	-,19670	,24899	,431	-,6885	,2951
	moyen	-,15338	,19992	,444	-,5482	,2415
	universitaire	,50260	,26337	,058	-,0176	1,0228
	étude superieur	,85714	,44386	,055	-,0195	1,7338
universitaire	analphabete	-,84545	,55781	,132	-1,9472	,2563
	primaire	-,69930 [*]	,29728	,020	-1,2865	-,1122
	moyen	-,65598 [*]	,25757	,012	-1,1647	-,1472
	secondaire	-,50260	,26337	,058	-1,0228	,0176
	étude superieur	,35455	,47264	,454	-,5790	1,2881
étude superieur	analphabete	-1,20000	,66242	,072	-2,5083	,1083
	primaire	-1,05385 [*]	,46478	,025	-1,9718	-,1359
	moyen	-1,01053 [*]	,44045	,023	-1,8805	-,1406
	secondaire	-,85714	,44386	,055	-1,7338	,0195
	universitaire	-,35455	,47264	,454	-1,2881	,5790

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

ملحق رقم 04: دليل ترميز الاستبانة :

الرمز جزء الإدراكات	الرمز جزء التوقعات	المتغير
Int1 Int2 Int3 Int4 Fia5 Fia6 Fia7 Fia8 Fia9 Ser10 Ser11 Ser12 Ser13 Ass14 Ass15 Ass16 Ass17 Am18 Am19 Am20 Am21 Am22	Inta1 Inta2 Inta3 Inta4 Fiab5 Fiab6 Fiab7 Fiab8 Fiab9 Serv10 Serv11 Serv12 Serv13 Assu14 Assu15 Assu16 Assu17 Amp18 Amp19 Amp20 Amp21 Amp22	محور الملموسية :intangibilité العبارة 1 العبارة 2 العبارة 3 العبارة 4 محور الاعتمادية : fiabilité العبارة 6 العبارة 7 العبارة 8 العبارة 9 محور الاستجابة :serviabilité العبارة 10 العبارة 11 العبارة 12 العبارة 13 محور الأمان : assurance العبارة 14 العبارة 15 العبارة 16 العبارة 17 محور : التعاطف : amphatie العبارة 18 العبارة 19 العبارة 20 العبارة 21 العبارة 22
/	Genre Age N.inst Z.G	<u>العوامل الديموغرافية :</u> النوع السن المستوى التعليمي المنطقة الجغرافية
Mean6 Mean7 Mean8 Mean9 Mean10 / Mean12 /	Mean1 Mean2 Mean3 Mean4 Mean5 Mean11 / Satisfaction	<u>المحاور :</u> الملموسية الاعتمادية الاستجابة الأمان التعاطف التوقع الاجمالي الإدراك الاجمالي رضا المريض

Abstract :

The quality of service is one of the most important area in healthy services sector in the level of the generel services quality , and search speciality healthy services , wich dependent on scientific research method bu using Servqual Scale, wich adapted by Parasuraman , Zeithaml and Berry in 1985,1988 , his scale contains five dimensions (Tangible , Reliability ,Responsiveness , Assurance and Ampathy) , in addition the a questionnaire involved 22 items contacted wich mean dimensions wich translate aspects of service quality in order to measures health service quality in public hospital .

The aim of this research investigation is to measure public healty service quality in Blida town from patient's pointview .the research investigate the existence of service quality gaps through applying the SERVQUAL model.

the results of this reseach suggest that there is a gap between expectation and performance. therefore, there is a room for improving service quality in weakness clear in level of health service quality , in addition there is some difference in importance wich dependent from research sample to any variables from mean variable.

Key words : quality of health service , servqual , patient satisfaction