

جامعة سعد دحلب البلدية  
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير  
قسم العلوم التجارية

## مذكرة ماجستير

تخصص: تسويق

قياس أثر محددات جودة الخدمة المدركة على رضا المستفيد  
-دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة-

من طرف:  
بوعمرة فتحي

رئيسا.	جامعة البلدية	أستاذ التعليم العالي	أمام اللجنة المشكلة من:
مشرفا ومقررا.	جامعة البلدية	أستاذ محاضر (أ)	أ.د.سويسي عبد الوهاب
عضوا مناقشا.	جامعة الجزائر 3	أستاذ التعليم العالي	د.مسعداوي يوسف
عضوا مناقشا.	جامعة البلدية	أستاذة التعليم العالي	أ.د.غول فـرحات
			أ.د.خضراوي ساسية

البلدية: جوان 2013

جامعة سعد دحلب البلدية  
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير  
قسم العلوم التجارية

## مذكرة ماجستير

تخصص: تسويق

قياس أثر محددات جودة الخدمة المدركة على رضا المستفيد  
-دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة-

من طرف:  
بوعمرة فتحي

رئيسا.	جامعة البلدية	أستاذ التعليم العالي	أمام اللجنة المشكلة من:
مشرفا ومقررا.	جامعة البلدية	أستاذ محاضر (أ)	أ.د.سويبي عبد الوهاب
عضوا مناقشا.	جامعة الجزائر 3	أستاذ التعليم العالي	د.مسعداوي يوسف
عضوا مناقشا.	جامعة البلدية	أستاذة التعليم العالي	أ.د.غول فـرحات
			أ.د.خضراوي ساسية

البلدية: جوان 2013

## شكر وتقدير

أحمد الله على سوابغ آلائه وجزيل نعمائه وواقر عطائه، وله الشكر على توفيقه وإحسانه، وخيراته وإفضاله، حمدا وشكرا يبلغنا رضاه، وأصلي وأسلم على المبعوث رحمة للعالمين، محمد عليه أفضل الصلاة وأزكى التسليم، وبعد:

أتقدم بالشكر الخالص للأستاذ المشرف: الدكتور مسعداوي يوسف على مساهمته القيمة في إتمام هذا العمل، بالنصح والإرشاد والتوجيه أولا.

وكل الامتنان والعرفان لأعضاء لجنة المناقشة على التكرم والتفضل بالقبول بمناقشة هذه الرسالة.

كما أتوجه بالشكر إلى الأساتذة الأفاضل:

- سويسي عبد الوهاب، صالح صافي خالص، عنابي بن عيسى، غول فرحات، بريش عبد القادر، عدمان مريزق، قشتولي محمد، برصالي محمد، صواليي عبد النور، علاش أحمد، نذير بوسهوة، .... والقائمة طويلة جدا، على نصائحهم، وتوجيهاتهم، ودعمهم.

- الطاقم الإداري العامل بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة، وأخص بالذكر السيد: جمعي أحمد، حميد محجوبي، حميد نابي، حميدة عدنان، حميد، ناصر، .... على دعمهم وتعاونهم.

- وكل من ساهم من قريب أو بعيد في إتمام هذا العمل المتواضع.

## الإهداء

أهدي ثمرة جهدي المتواضع، وأقف وقفة شكر وعرقان وامتنان إلى:

اللذين قال فيهما عز وجل: "... وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا"، أمي، وأبي، "... وَقُلْ رَبِّ ارْحَمُهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا".

إلى التي ملأت حياتي فرحة وسعادة، فكانت منبع همتي "زوجتي".

إلى قرة عيني "ابني: عبد الله".

إلى كل إخوتي: رشيد، يحي، سيدعلي، جمال، حمزة.

إلى كل أخواتي: يمينة، فاطمة الزهراء، رتيبة.

إلى كل زملاء الدراسة.

بوعمرة فتحي.

## ملخص الدراسة:

استهدفت هذه الدراسة التعرف على الجودة المدركة لمتلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المدية من خلال مجموعة محدداتها وأثرها في تحقيق رضا المرضى، وقد شملت الدراسة 128 مريض من المتلقين للعلاج، وتم التحليل الإحصائي باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS، حيث جرى استخدام عدد من الأدوات والأساليب الإحصائية منها، التكرارات، النسب المئوية، المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، اختبار ستودنت، اختبار فيشر، وقد أظهرت نتائج التحليل عدد من النتائج المهمة يأتي في مقدمتها الأثر المتوسط والعلاقة الإيجابية المتوسطة بين محددات الجودة المدركة للخدمة الصحية على رضا المرضى متلقي العلاج بمستشفى محمد بوضياف بالمدية، ووجود أثر ذي دلالة إحصائية لمحددات جودة الخدمة الصحية على رضا المريض، وتباين في درجة أهمية هذه المحددات بالنسبة لهذا الأخير حيث كانت كالتالي: الاعتمادية، الاستجابة، الملموسية، الأمان، التعاطف على التوالي، كما أكدت هذه الدراسة على عدم اعتبار غياب سلوك الشكوى كدليل على جودة ما تقدمه المؤسسة من خدمات، وقد خلصت الدراسة إلى ضرورة تعزيز مستوى جودة الخدمات التي تقدمها من خلال تفهم احتياجات المرضى وتلبيتها بالسرعة والدقة المطلوبة، والالتزام بمواعيد تقديم الخدمات، وزيادة الثقة المتبادلة، ومتابعة شكاوى واحتجاجات الزبائن فهي السبيل لتحقيق الرضا، بالإضافة إلى التعامل باللباقة والود، وإشعار المرضى بأهميتهم، والذي ينعكس بالإيجاب على مستويات الرضا لديهم.

## **RESUME:**

Cette étude a pour but d'identifier la qualité perçue par le patient traité au sein de l'établissement public hospitalier de Médéa à travers ses multiples déterminants et leur impact sur la satisfaction du patient. On a étudié 128 patients, en appliquant le logiciel statistique SPSS et d'autres outils et méthodes statistiques tels que l'effectifs, les pourcentages, les moyennes géométriques, les écarts types, le test Student, le test de Fisher.

L'analyse a abouti à plusieurs résultats importants entre autre: l'impact moyen et la relation moyenne positive parmi les déterminants de la qualité perçue du service sanitaire offert au sein de l'établissement suscité. Les résultats montrent l'existence d'un effet portant une signification statistique sur les déterminants de la satisfaction du patient vis-à-vis la qualité du service sanitaire. Ils signalent aussi que chez le patient, l'importance de ces déterminants varient comme suit: la Fiabilité, la Réactivité, la Tangibilité, l'Assurance, l'Empathie. Par ailleurs, cette étude ne considère pas l'absence du comportement plaintif comme étant un indice de la bonne qualité du service offert.

Cette étude souligne la nécessité d'améliorer la qualité des services à travers: la compréhension des besoins des patients et leur satisfaction de manière précise et immédiate, le respect des rendez-vous, le renforcement de la confiance mutuelle, le suivi des plaintes et doléances des patients car cela mènerait à leur satisfaction, le traitement des gens par politesse, gentillesse et respect de manière à gagner leur appréciation.

## الفهرس:

### أولاً: فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
-	شكر وتقدير.
-	الإهداء.
-	ملخص الدراسة باللغة العربية.
-	ملخص الدراسة باللغة الأجنبية.
-	فهرس المحتويات .
-	فهرس الجداول.
-	فهرس الأشكال.
-	فهرس الملاحق.
-	فهرس رموز المصطلحات .
11	مقدمة.
20	1 الإطار النظري: المفاهيم الأساسية حول الخدمات الصحية وجودتها.
20	تمهيد .
21	1.1. ماهية الخدمة والخدمة الصحية.
21	1.1.1 مفهوم الخدمة والخدمة الصحية.
27	2.1.1 عناصر إنتاج الخدمة وتصنيف الخدمات.
30	3.1.1 خصائص الخدمة .
33	2.1 مداخل الجودة حسب روادها .
33	1.2.1 تعريف الجودة وإدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية.
39	2.2.1 مراحل تطور إدارة الجودة الشاملة .
40	3.2.1 أهمية الجودة وأهدافها .
41	3.1 جودة الخدمة الصحية.
42	1.3.1 مفهوم جودة الخدمة وجودة الخدمة الصحية.
45	2.3.1 أهمية جودة الخدمة الصحية والعوامل المؤثرة فيها .
47	3.3.1 خطوات تحقيق الجودة في تقديم الخدمة ومبررات قياسها .
50	خلاصة الفصل الأول .
51	2 الإطار النظري: الجودة المدركة ورضا المستفيد.
51	تمهيد .
52	1.2 الجودة المدركة محدداتها ونماذجها.
52	1.1.2 مفهوم جودة الخدمة المدركة.
55	2.1.2 محددات جودة الخدمة المدركة.
58	3.1.2 نماذج جودة الخدمة المدركة.
66	2.2 رضا وعدم رضا الزبون وطرق قياسه.
66	1.2.2 مفهوم رضا الزبون.
72	2.2.2 السلوكيات الناجمة عن حالة الرضا وعدم الرضا.
76	3.2.2 قياس رضا الزبون.
78	3.2 العلاقة السببية بين الجودة بالإدراك ورضا المستفيد.
78	1.3.2 الفرق بين الرضا والجودة المدركة.

81	2.3.2 العلاقة الترابطية والسببية بين الجودة المدركة والرضا.
84	3.3.2 الجودة المدركة والرضا: حكم معرفي أو شعوري.
86	خلاصة الفصل الثاني .
87	3. قياس تأثير محددات الجودة المدركة على رضا المستفيد- الدراسة الميدانية- تمهيد .
87	
88	1.3 واقع القطاع الخدمي الصحي بالجزائر.
88	1.1.3 مراحل تطور النظام الخدمي الصحي بالجزائر.
91	2.1.3 إصلاحات النظام الصحي بالجزائر.
93	3.1.3 تشكيلة النظام الصحي بالجزائر.
95	2.3 مدخل للمؤسسة العمومية الاستشفائية بولاية المدية.
95	1.2.3 نشأة المؤسسة العمومية الاستشفائية بولاية المدية، ومهامها .
97	2.2.3 الامكانيات المتاحة والخدمات المقدمة من قبل المؤسسة .
101	3.2.3 الهيكل التنظيمي للمؤسسة.
104	3.3 منهج البحث الميداني.
104	1.3.3 مجتمع وعينة الدراسة.
105	2.3.3 أدوات البحث والدراسة الميدانية.
108	3.3.3 الوصف الإحصائي، واختبار الفرضيات .
136	خلاصة الفصل الثالث .
137	خاتمة.
140	المراجع.
-	الملاحق.

#### ثانيا: فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
29	بعض الأمثلة لتصنيف الخدمات.	(01.1)
32	بعض التطبيقات الناتجة عن خصائص الخدمات وأساليب معالجتها.	(02.1)
35	مفاهيم الجودة وفقا لبعض روادها الأوائل.	(03.1)
38	مقارنة بين رؤى كبار المفكرين حول العناصر الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة.	(04.1)
55	أبعاد قياس جودة الخدمة المدركة.	(01.2)
58	أبعاد الجودة في الخدمات الصحية.	(02.2)
77	قياس منطقة التحمل لـ RODRIGUES.	(03.2)
77	قياس الرضا بواسطة سلم LIKERT.	(04.2)
80	عناصر التفرقة ما بين الجودة المدركة والرضا.	(05.2)
98	تطور نفقات التسيير بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة خلال الفترة (2009-2011)	(01.3)
104	عينة الدراسة.	(02.3)
107	معامل الاتساق الداخلي لـ ALPHA CRONBACH.	(03.3)
109	توزيع أفراد العينة حسب الجنس.	(04.3)
109	توزيع أفراد العينة حسب السن.	(05.3)
110	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.	(06.3)
111	توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة.	(07.3)
111	توزيع أفراد العينة حسب الدخل.	(08.3)

112	الجودة المدركة للخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المرضى من خلال محدد الملموسية.	(09.3)
115	الجودة المدركة للخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المرضى من خلال محدد الاعتمادية.	(10.3)
118	الجودة المدركة للخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المرضى من خلال محدد الالتزام.	(11.3)
120	الجودة المدركة للخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المرضى من خلال محدد الأمان.	(12.3)
123	الجودة المدركة للخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المرضى من خلال محدد التعاطف.	(13.3)
125	الأهمية النسبية لمحددات جودة الخدمة الصحية بالنسبة للمرضى.	(14.3)
126	توزيع أفراد العينة حسب مدى رضا المرضى عن الخدمات المقدمة من قبل المؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة.	(15.3)
127	توزيع أفراد العينة حسب نوع السلوكيات الناتجة عن حالة عدم الرضا.	(16.3)
128	توزيع أفراد العينة حسب طريقة التعبير عن الشكوى.	(17.3)
129	معامل الارتباط واختبار ستودنت لمحددات الجودة .	(18.3)
132	تحليل الانحدار المتعدد لتحديد درجة تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع.	(19.3)
134	السلوكيات الناتجة عن حالة عدم رضا عن الخدمات الصحية المقدمة لهم في المستشفى.	(20.3)
135	طريقة تعبير المرضى عن شكواهم في حالة عدم رضا.	(21.3)

### ثالثا: فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
28	عناصر إنتاج الخدمة.	(01.1)
53	مفهوم جودة الخدمة.	(01.2)
54	أوجه الجودة.	(02.2)
59	نموذج جودة الخدمة المدركة لـ: Grönroos.	(03.2)
62	نموذج مفاهيمي لجودة الخدمة (نموذج تحليل الفجوات).	(04.2)
63	العوامل التي تؤثر على توقعات العملاء.	(05.2)
68	البعد الموضوعي والنفسي للرضا.	(06.2)
69	درجات توقع الزبائن.	(07.2)
70	نموذج تأكيد-إبطال التوقعات لـ Oliver (1980).	(08.2)
71	الخصائص الأساسية للرضا.	(09.2)
78	قياس التحمل لـ Parasuraman, Berry, Zeithamal (1991).	(10.2)
79	تسلسل تعبيرات الرضا حسب Oliver (1997).	(11.2)
83	العلاقة السببية بين الجودة المدركة والرضا.	(12.2)
109	توزيع أفراد العينة حسب الجنس.	(01.3)
110	توزيع أفراد العينة حسب السن .	(02.3)

- 110 (03.3) توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي .
- 111 (04.3) توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة.
- 112 (05.3) توزيع أفراد العينة حسب الدخل .
- 113 (06.3) توزيع أفراد العينة حسب مدى توفر المستشفى على أحدث المعدات والأجهزة الطبية  
التقنية المتطورة الخاصة بالعلاج والكشف.
- 113 (07.3) توزيع أفراد العينة حسب مدى تمتع المستشفى بموقع ملائم يسهل الوصول إليه.
- 114 (08.3) توزيع أفراد العينة حسب مدى تمتع العاملين بالمستشفى بالنظافة وحسن وأناقة  
المظهر.
- 114 (09.3) توزيع أفراد العينة حسب مدى تمتع مرافق المستشفى بالنظافة والجاذبية وسهولة  
الاستعمال.
- 115 (10.3) توزيع أفراد العينة حسب مدى وفاء إدارة المستشفى بالوعد التي تقطعها على نفسها  
اتجاه المرضى.
- 116 (11.3) توزيع أفراد العينة حسب مدى اهتمام المستشفى بحل المشاكل التي يعاني منها  
المرضى.
- 116 (12.3) توزيع أفراد العينة حسب مدى حرص المستشفى على تقديم الخدمة بالشكل الصحيح  
ولأول مرة.
- 117 (13.3) توزيع أفراد العينة حسب مدى التزام المستشفى بالتوقيت المحدد لتقديم الخدمات  
للمرضى.
- 117 (14.3) توزيع أفراد العينة حسب مدى احتفاظ المستشفى بسجلات طبية دقيقة وموثقة عن  
المرضى.
- 118 (15.3) توزيع أفراد العينة حسب مدى إخبار العاملين بالمستشفى مرضاهم بدقة كيفية تنفيذ  
الخدمة ومواعيدها.
- 119 (16.3) توزيع أفراد العينة حسب مدى استعداد ورغبة العاملين لتلبية طلبات المرضى  
وبسرعة.
- 119 (17.3) توزيع أفراد العينة حسب مدى سرعة ومرونة العاملين في الرد على شكاوى  
واستفسارات المرضى.
- 120 (18.3) توزيع أفراد العينة حسب مدى تبسيط الإجراءات التي من شأنها تسهيل تقديم الخدمة  
الصحية.
- 120 (19.3) توزيع أفراد العينة حسب فترة انتظار المريض الحصول على الخدمة.
- 121 (20.3) توزيع أفراد العينة حسب مدى شعور المريض بأن صحته في أيادي موثوقة من  
حيث الخبرة والمهارات والمؤهلات للطاقم الطبي.
- 121 (21.3) توزيع أفراد العينة حسب مدى شعور المرضى بالأمان عن تعاملهم مع العاملين  
بالمستشفى.
- 122 (22.3) توزيع أفراد العينة حسب مدى امتلاك العاملين بالمستشفى المعرفة الكافية للإجابة  
على أسئلة واستفسارات المرضى.
- 122 (23.3) توزيع أفراد العينة حسب مدى وجود نوع من الخصوصية والسرية عن المعلومات  
الخاصة بالمرضى.
- 123 (24.3) توزيع أفراد العينة حسب مدى الاهتمام الكافي والشخصي بالمرضى من قبل  
العاملين بالمستشفى.
- 124 (25.3) توزيع أفراد العينة حسب مدى ملائمة أوقات دوام المستشفى للمرضى متلقي العلاج.
- 124 (26.3) توزيع أفراد العينة حسب مدى تغليب مصلحة المريض وجعل صحته صلب اهتمام  
المستشفى.
- 124

125	(27.3)	توزيع أفراد العينة حسب مدى اتسام سلوك العاملين بالمستشفى باللباقة والاحترام والتقدير في تعاملهم مع المرضى.
127	(28.3)	مدى رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة من قبل المستشفى.
128	(29.3)	توزيع أفراد العينة حسب نوع السلوكات الناتجة عن حالة عدم الرضا.
128	(30.3)	توزيع أفراد العينة حسب طريقة التعبير عن الشكوى.
134	(31.3)	السلوكات الناتجة عن حالة عدم رضا عن الخدمات الصحية المقدمة لهم في المستشفى.
135	(32.3)	طريقة تعبير المرضى عن شكواهم في حالة عدم الرضا .

#### رابعاً: فهرس الملاحق

الرقم	عنوان الملحق
01	المرسوم التنفيذي رقم 97/07 المحدد لقواعد إنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها.
02	المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية.
03	المصالح والوحدات الصحية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة.
04	الموارد البشرية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة.
05	توزيع العاملين على مختلف المصالح بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة.
06	قائمة الإطعام الأسبوعية والخاصة بالأسبوع الأول لشهر جانفي 2013.
07	الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة.
08	حركة المرضى لشهر جانفي 2013.
09	الاستمارة .

#### خامساً: فهرس رموز المصطلحات

باللغة الفرنسية	باللغة العربية	الرمز
Pharmacie CentraleAlgérienne.	الصيدلية المركزية الجزائرية.	PCA
LaboratoireNationaldeContrôle des ProduitsPharmaceutiques.	المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية	LNCP
PharmacieCentrale des Hôpitaux.	الصيدلية المركزية للمستشفيات.	PCH
Agence NationaleduSang.	الوكالة الوطنية للدم.	ANS
Agence Nationale de DocumentationSanitaire.	الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي.	ANDS
Centres HospitaliersAlgériens.	المراكز الاستشفائية الجزائرية.	CHU
ÉtablissementsHospitaliers Spécialisés	المؤسسات الاستشفائية المتخصصة.	EHS
Tangibilité	الملموسية.	TAN
Fiabilité	الاعتمادية.	FIA
Réabilité	الالتزام.	REA
Assurance	الأمان.	ASS
Empathie	التعاطف.	EMP
Satisfaction	الرضا.	SAT

## مقدمة

شهد القرن العشرين تحديات عالمية واسعة النطاق في إطار عولمة الاقتصاد، وبروز منظمات المواصفات العالمية واتفاقية منظمة التجارة العالمية وغيرها من المنظمات الإنسانية الفاعلة، مما دفع بالعديد من المؤسسات إلى أن تحذو حذو التطوير المستمر والتحسين في جودة ما تعرضه من خدمات ومنتجات، خاصة إذا كنا بصدد الحديث عن قطاع الخدمات الذي يشهد منافسة شرسة، الأمر الذي حتم على المؤسسات المزاولة لهذا النوع من النشاط البحث عن سبل تمكنها من التميّز في عرض خدماتها، وهذا لا يكون إلا من خلال تقديم خدمة ذات جودة عالية.

كما أدى تزايد أعداد المنظمات الخدمية وتنامي حدة المنافسة بينها إلى الاهتمام بجودة خدماتها والتميّز في خدمة زبائنها كأحد المداخل الرئيسية لزيادة وتطوير قدراتها التنافسية لضمان استمراريتها وبقائها في السوق، ومنه باتت الجودة فلسفة إدارية ونمط وأسلوب تسييري حديث يمكّن المؤسسات اليوم من البقاء في ظلّ الظروف والمتغيّرات البيئية السريعة والمتلاحقة، وارتفاع مستوى تطلعات المستفيدين من الخدمات المقدمة لهم.

فالجزائر كغيرها من الدول اهتمت بقطاع الخدمات وبالأخص قطاع الصحة العمومية باعتباره شريان اقتصادي حساس، والذي أضحي هو الآخر تطبيق واحترام نظم الجودة فيه من الضروريات الملحة، فالمؤسسات الصحية تولي أهمية بالغة لرأي متلقي العلاج ومستوى الرضا لديه، إدراكا منها بأهمية التحسين والتطوير المستمرين في تقديم الخدمات الصحية، خاصة مع ازدياد وجود تباين في المرود والنتائج الصحي الخدمي من جهة، وكثرة الشكاوى عن سوء الخدمات من قبل المرضى من جهة أخرى.

إن المستفيد من الخدمات الصحية سواء كان مريضا محتملا أو مريضا حقيقيا يعد مصدرا للمعلومات أو الحكم عن مستوى جودة الخدمة الصحية، وبالتالي أصبحت الجودة المدركة من قبل الزبون ذات أهمية بالغة عنيت بالدراسة والتحليل من قبل الكثير من الباحثين في مجال الخدمات أمثال: Parasuraman و Taylor et Cronin والذين استخدموا الطرق العلمية والأساليب الإحصائية للتعرف على درجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات المستفيد، أو الفرق بين توقعات الزبائن وإدراكهم للأداء الفعلي للخدمة، في نماذجهم المشهورة: Servqual و Servperf ، فقد اعتبروا أن حقيقة الجودة هو الحكم أو التقدير الشخصي للزبون، ويعني ذلك أنه لا بد من تعريف جودة الخدمة من منظور المستفيد، ورغبة منا في إبراز أهمية محددات الجودة المدركة ودورها المؤثر في تحقيق رضا المستفيد قمنا بالاستعانة بنموذج Servperf الشهير للباحثين Taylor et Cronin واختباره في المؤسسة الخدمية الصحية بالجزائر لمعرفة مدى ملائمة هذا المقياس في تحقيق الهدف من دراستنا هذه.

### إشكالية الدراسة:

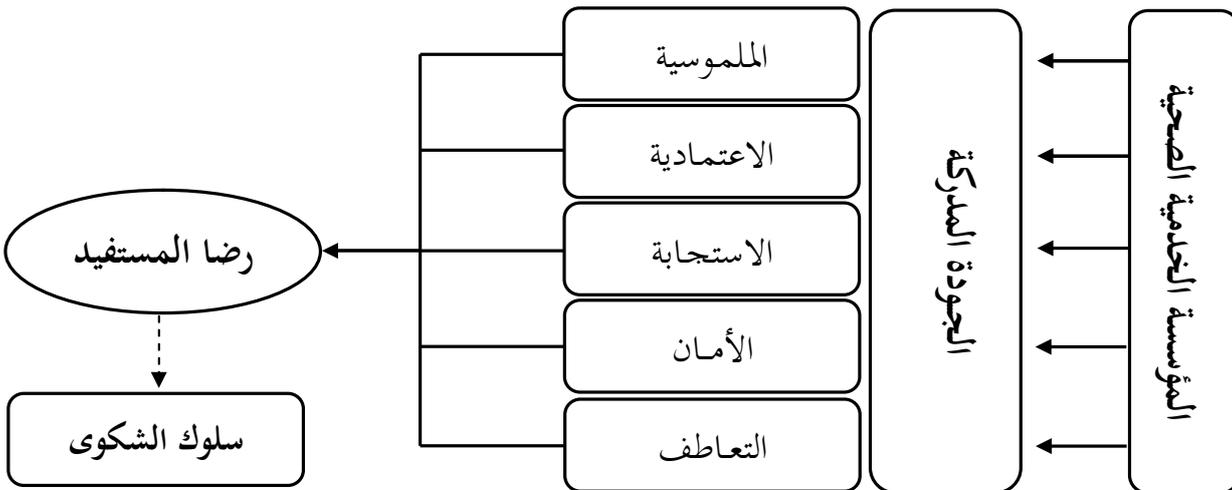
من خلال هذا العرض المقدم، ولأن جودة الخدمة الصحية أصبحت ضرورة وحتمية تزداد أهميتها بازدياد قدراتها على إشباع حاجات ورغبات المرضى، وذلك من خلال تلبية متطلباتهم واحتياجاتهم وتوقعاتهم الظاهرة والكامنة، جاء هذا البحث ليتناول بالتحليل والدراسة قياس أثر الجودة المدركة للخدمة الصحية والتي تقدمها المؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة على رضا المستفيدين (المرضى) من خلال محددات نموذج Servperf، وفي هذا السياق نطرح التساؤل الجوهري التالي:

- ما مدى تأثير محددات الجودة المدركة للخدمة الصحية التي تقدمها المؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة على رضا المستفيدين من هذه الخدمات؟.

حيث يتفرع من هذه الإشكالية الرئيسية مجموعة من الأسئلة الفرعية:

- ما المقصود بالجودة، وهل تعرف من منظور المؤسسة أو المستفيد؟
  - ما أهم الأبعاد والمحددات التي يعتمد عليها الزبون في تقييم جودة الخدمة الصحية؟.
  - هل هناك علاقة أثر ذو دلالة إحصائية لأبعاد مقياس الجودة المدركة للخدمة الصحية المستعمل والمتمثلة في: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف، على مستوى رضا المستفيدين من الخدمات التي تقدمها المؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة؟.
  - ما هي مختلف السلوكيات الناجمة عن حالة الرضا وعدم الرضا؟
- ولقد ضمت هذه الدراسة متغيرين أساسيين أحدهما **المتغير المستقل** والمتمثل أساسا في الجودة المدركة للخدمة الصحية وهو يتفرع إلى مجموعة من المتغيرات المستقلة والمتمثلة في: - الملموسية - الاعتمادية - الاستجابة - الأمان - التعاطف. والآخر **المتغير التابع** وهو يمثل رضا المستفيد (المريض). ومن ثم إضافة متغير ثانوي يمثل شكوى الزبون كرد فعل ناتج عن حالة عدم رضا المستفيد عن جودة الخدمة الصحية المقدمة.

وكان نموذج الدراسة كالتالي:



### فرضيات الدراسة:

رغبة منا في الإجابة على هذه التساؤلات قمنا بصياغة الفرضيات التالية، والتي سنحاول إثبات صحتها أو نفيها:

الفرضية الأولى: مفهوم الجودة يكمن في إدراك المريض، وليس من منظور المؤسسة. الفرضية الثانية: لا توجد علاقة أثر ذو دلالة إحصائية للجودة المدركة للخدمة الصحية من خلال محدداتها، والمتمثلة في (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف)، ومستويات رضا المرضى متلقي العلاج عند مستوى دلالة (0.05).

ويتفرّع من هذه الفرضية الرئيسية مجموعة من الفرضيات الفرعية والمتمثلة في:

- لا توجد علاقة ارتباط وتأثير بين محدد الملموسية ومستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة؛
- لا توجد علاقة ارتباط وتأثير بين محدد الاعتمادية ومستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة؛
- لا توجد علاقة ارتباط وتأثير بين محدد الاستجابة ومستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة؛
- لا توجد علاقة ارتباط وتأثير بين محدد الأمان ومستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة؛
- لا توجد علاقة ارتباط وتأثير بين محدد التعاطف ومستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة.

الفرضية الثالثة: لا يمكن الحكم بالجودة على الخدمات الصحية المقدمة بغياب سلوك الشكوى لدى المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة.

### مبررات اختيار الموضوع:

يمكن أن نوجز الأسباب التي دفعتنا لاختيار هذا الموضوع في النقاط التالية:

- تسليط الضوء على الأهمية البارزة لموضوع جودة الخدمة وفق إدراك الزبون، وأثرها على رضاه؛
- الرغبة في التخصص في قطاع الصحة والذي يمثل أحد القطاعات الخدمية الذي له من الخصوصية ما يميزه عن باقي القطاعات الأخرى، بغض النظر من أن تقييم الجودة من قبل الزبون فيه أمر صعب؛
- التعرف وعن كثب على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من قبل المستشفى محل الدراسة؛

- قلة الأبحاث والدراسات التي تناولت هذا الموضوع خاصة في مكتبة الكلية؛
- ارتفاع الشكاوى والاحتجاجات عن سوء الخدمات المقدمة للمرضى ومتلقي العلاج بمختلف المؤسسات الإستشفائية العمومية للدولة، جعلنا نحاول معرفة أسباب الخلل بالرجوع إلى الأسباب الحقيقية لها؛
- اعتبار موضوع الصحة العمومية موضوع الساعة والذي يترجمه مجموع الإصلاحات التي غني بها هذا القطاع، وكذا الاستثمارات الموجهة لخدمته من خلال المخططات التنموية للدولة.

### أهداف الدراسة:

- يتمثل الغرض الرئيسي من هذه الدراسة في النقاط التالية:
- التعرف على مستوى رضا المرضى متلقي الخدمة في المستشفى العمومي بالمدينة، وإلى أي مدى تؤثر جودة الخدمة الصحيّة كما يدركها المستفيد على مستوى الرضا لديه؛
- التعرف على الأهميّة النسبيّة للعوامل التي يستخدمها الزبائن في تقييمهم لجودة الخدمات المقدّمة لهم؛
- توفير معلومات تساعد مسؤولي اتخاذ القرار بالمؤسسة محل الدراسة في قياس وتقييم جودة ما تقدّمه من خدمات، وتحديد أهمّ العوامل التي تؤدي إلى تحقيق رضا المستفيدين من الخدمات لمعرفة أولويّات التحسين والتطوير؛
- تحديد مدى القدرة على استخدام مقياس SERVPERF لقياس مستوى رضا المستفيدين من الخدمات الصحيّة للمؤسسة العموميّة الإستشفائية.

### أهميّة الدّراسة:

- تتجلى أهميّة هذه الدراسة بإبراز العناصر التالية:
- جودة الخدمات الصحيّة وتسويقها أصبحت من القضايا الرئيسيّة التي تهتمّ الفرد والمجتمع والدولة معاً؛
- ارتباطها بجانب مهمّ يتعلق بالمرضى والصحة العموميّة، لأن رضاهم يمثل أحد الموجهات الرئيسيّة لعمل المؤسسات الإستشفائية والتي يقوم عليها اهتمام الحكومات بشكل عام؛
- معرفة توجهات المستفيدين من الخدمات الصحيّة نحو الخدمة التي تقدمها هذه المؤسسات والمدركة فعلاً، بهدف تطويرها من أجل زيادة الرضا عن هذه الخدمات؛
- من المتوقع أن تساعد النتائج المتوصل إليها من خلال هذه الدراسة في تحسين وتطوير خدمات هذه المؤسسات بصفة مستمرّة بما يتناسب مع حاجات ورغبات وتطلّعات المستفيدين؛
- توضيح طبيعة العلاقة القائمة بين جودة الخدمة الصحيّة بالإدراك ورضا المستفيد، الأمر الذي يمكّن المؤسسات الصحيّة من تقديم خدمات مفصّلة حسب إدراكات المستفيد للجودة المطلوبة من الخدمة ومقدّمها.

### حدود الدّراسة:

- تمثلت حدود الدراسة فيما يلي:
- الحدود البشريّة: الحدود البشريّة لهذه الدراسة تتمثّل في فئة المرضى الذين يتلقّون العلاج والمستفيدين من الخدمات الصحيّة للمستشفى محلّ الدراسة سواء كانوا مقيمين أو مراجعين بالمستشفى.
- الحدود الزمّنيّة: المدّة الزمّنيّة التي استغرقها إعداد هذا البحث وجمع مختلف المعلومات النظرية تمثّلت في مرحلتي: الإعداد النظري والإعداد للدراسة الميدانية، فالأولى تمثّلت في عملية مسح أكاديمي لمختلف المراجع بدءاً من 01 سبتمبر 2012 إلى غاية 15 مارس 2013، أما فيما يخص الثانية فقد تم جمع مختلف المعلومات والمعطيات العددية ذات الصلة بموضوع البحث بغرض التحليل، والمنقاشة والتي شملت المجال الزمني ما بين ديسمبر 2009 إلى الأسبوع الأول من شهر جانفي 2013.

الحدود العلميّة: سيتمّ التّطرق في هذا البحث إلى كافة الجوانب المتعلقة بالخدمة وجودة الخدمة، وبالأخصّ محدّدات جودة الخدمة الصحيّة المدركة حسب النّمودج المطبق في الدراسة: SERVPERF لـ Taylor et Cronin (الملموسيّة، الاعتماديّة، الاستجابة، الأمان، التّعاطف)، دون التّطرق إلى كافة وبقية المحدّدات الأخرى (كالاتّصال، درجة فهم الزبون، وصول الخدمة، ...). الحدود المكانيّة: تتمثّل الحدود المكانية لهذه الدراسة، بأنها أجريت بأحد المستشفيات التابعة للدولة، واقتصرت على مؤسسة خدمية صحية واحدة، تم أخذها كنموذج لقياس رضا المرضى من خلال بحوث الرضا باستعمال نموذج الجودة المدركة المعروف بمقياس الأداء الفعلي. ومن هذا المنطلق فإن إمكانية تعميم نتائج هذه الدراسة ترتبط بالحدود السابقة الذكر.

### منهج البحث والأدوات المستعملة:

استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، والذي سنحاول من خلاله وصف وتقييم وقياس جودة الخدمة الصحية المدركة وأثرها على رضا المريض، حيث يعرف المنهج الوصفي بأنه محاولة الوصول إلى المعرفة الدقيقة والتفصيلية لعناصر المشكلة أو ظاهرة قائمة للوصول إلى فهم أفضل وأدق، أو وضع السياسات والإجراءات المستقبلية الخاصة بها، وهذا ينطبق على طبيعة الدراسة.

وقد تم استخدام مصدرين أساسيين للمعلومات:

المصادر الثانوية: حيث تمت معالجة الإطار النظري للبحث بواسطة مصادر البيانات الثانوية وباللغات الثلاثة العربية، الفرنسية والانجليزية، والمتمثلة أساسا في الكتب، المقالات، الدوريات والمجلات، مختلف التقارير، المراسيم، الأبحاث والدراسات السابقة التي تناولت الموضوع، الملتقيات والأيام الدراسية، الأطروحات ورسائل الماجستير، بالإضافة إلى مجموعة من المواقع الإلكترونية. المصادر الأولية: لمعالجة الجوانب التحليلية لموضوع البحث لجأ الباحث إلى جمع البيانات الأولية من خلال الإستبانة كأداة رئيسية للبحث، صممت خصيصا لهذا الغرض، ووزعت على عينة مكونة من 150 مريض، سواء كان راقدا بالمستشفى أو وافدا لتلقي العلاج، أو مجريا لمختلف الفحوص أو الكشوفات أو التحاليل بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة "مستشفى محمد بوضياف".

### الحدود المصطلحاتية: وهي تتمثل في:

إدارة الجودة الشاملة: فلسفة وأسلوب حديث لإدارة المنظمات، ووهي تركز أساسا على تعاون جميع أقسام المؤسسة لتحسين والحفاظ على جودة الخدمات وبأقل تكلفة ممكنة من أجل إرضاء العميل.

المؤسسات الصحية: وهي تمثل مجموع الهياكل التي مهمتها الأساسية الوقاية، والتشخيص، العلاج والاستشفاء، وإعادة التأهيل الصحي، والمتمثلة في المستشفيات، العيادات والمراكز الصحية، والعيادات الخاصة.

المستشفى: يعتبر الركيزة الأساسية للنظام الصحي، يضم مختلف فئات الأطباء والمرضى والعاملين الصحيين من مختلف الاختصاصات والعلوم الطبية، لتقديم الخدمات الضرورية للمرضى الداخليين، والمرضى الذين يراجعون العيادات الخارجية وقسم الاستعجال، وفيه تتكامل الخدمات العلاجية مع خدمات تعزيز الصحة والخدمات الوقائية والتأهيلية.

الملموسية: وتشير إلى البيئة المادية التي تقدم من خلالها الخدمة، والطريقة التي يظهر بها

مكان تقديم الخدمة.

الاعتمادية: وهي تشير إلى إمكانية وقدرة المستشفيات من وجهة نظر متلقي الخدمة على تقديم الخدمة بالوقت المحدد، وأن تكون الخدمة بمستوى يتحقق معه التوازن بين ما يدفعه المستفيد من ثمن لها، وما يحصل عليه من منافع، ويتم ذلك بجعلها ذات خصائص تتصف بالمبادرة في أساليب التقديم التي تساهم في إيجاد حالات طلب جديدة.

الاستجابة: وتشير إلى القدرة على التعامل الفعال مع كل متطلبات المرضى وتلبية احتياجاتهم الجديدة أو الطارئة، والاستجابة لشكاويهم، والعمل على حلها بكفاءة وفاعلية، وذلك من خلال المرونة في الإجراءات ووسائل تقديم الخدمة برحابة صدر.

الأمان: ويشير إلى مدى التزام المواعيد التي تقدمها الإدارة للمرضى فيما يخص الخدمات المقدمة وتحسيناتها مما يترتب عليه الثقة المتبادلة.

التعاطف: وتشير إلى مقدرة العاملين على التعامل مع المرضى بأسلوب ودي يجعلهم يشعرون بالراحة والطمأنينة أثناء الحوار أو أثناء تقديم الخدمة لهم.

رضا المرضى: وهي تمثل مجموع المشاعر الإيجابية التي تتكون لدى المرضى نحو ما يقدم لهم من خدمات صحية داخل المستشفى ولحين خروجهم منها، بافتراض توافر كل المستلزمات الراحة النفسية والبدنية والعلاج وإدراك ما ينبغي أن يحصل عليه المريض فعلا من رعاية صحية، وقد تم استعمال مرادفات له كرضا الزبون، ورضا المستفيد.

جودة الخدمة المدركة: هي كل ما يلمسه المستفيد فعلا من خدمات ويلاحظه في الواقع بالمؤسسة التي يتفاعل معها، وفي دراستنا هذه يقصد به الحكم الذي يعطيه المريض عن الامتياز أو التفوق المدرك للخدمة الصحية المقدمة من قبل المؤسسات الصحية.

#### الدراسات السابقة:

##### الدراسات العربية

**دراسة (المحياوي، وإدريس; 2006) بعنوان "قياس جودة أداء الخدمات الصحية وتأثيرها على رضا المرضى":** وكانت في إطار بحث مقدم في المؤتمر العلمي الثاني، بجامعة العلوم التطبيقية الخاصة بعنوان الجودة المدركة، حيث هدفت هذه الدراسة إلى محاولة قياس جودة أداء الخدمة وتحديد أبعادها الرئيسية في المستشفى سرت التعليمي بالجمهورية العربية الليبية، وقد تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي لتحقيق أهداف الدراسة، وتوصلت الدراسة إلى أن مقياس الفجوات الخمس يعتبر طريقة ووسيلة مثالية لجمع المعلومات من المرضى المستفيدين من الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى، وأن أهم أبعاد جودة الخدمات الصحية هي الجوانب المادية الملموسة، التعاطف، والاستجابة، والثقة والاعتمادية على الترتيب. كما أظهرت النتائج فعالية المقياس وتمتعه بدرجة عالية من الثبات والمصدقية في تفسير تباين في الجودة الكلية المدركة للخدمات الصحية، وأوصى بضرورة وضع معايير لقياس إدراكات وتوقعات المرضى المستفيدين من الخدمات التي يقدمها المستشفى.

**دراسة (نعساني وآخرون; 2007) بعنوان "قياس مدركات العملاء لجودة الخدمات الصحية وأثرها في رضاهم وتطبيق ذلك على المشافي الجامعية السورية":** والتي نشرت بمجلة بحوث جامعة حلب، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، حيث هدفت هذه الدراسة إلى

تقييم أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الجامعية، بالإضافة إلى الكشف عن مستوى رضا العملاء عن جودة الخدمات التي تقدمها المشافي الجامعية، وبيان أثر أبعاد الجودة في رضا المرضى ودراسة العوامل التي تؤثر في مدركات العملاء لجودة الخدمة المقدمة. وقد توصلت الدراسة إلى أنه لا بد من التركيز على جودة الخدمة المقدمة في الأقسام المأجورة في المشافي الجامعية، إذ لا بد من تأثر المريض بالجانب المادي الملموس للخدمة أولاً والذي يجسده وجود أحدث المعدات والتجهيزات الطبية، وتوفير التسهيلات المادية والمطبوعات المناسبة عن المشفى والمظهر الأنيق لجميع أفرادها، كما أنه من الضروري توفر درجة عالية من المصداقية والثقة أثناء تقديم الخدمة الصحية لكسب رضا المريض وتتجسد بقدرة المستشفى على أداء الخدمات الصحية التي وعدت بها عملائها بدرجة عالية من الدقة والثقة، وأن من أهم العوامل المؤثرة على رضا المريض أيضاً البعد الجوهري والمتمثل في التعاطف وكون غالبية مرضى الأقسام المأجورة في المستشفيات الجامعية محل الدراسة من النساء فأشعار العميل بالاهتمام والعناية الذاتية به تولد لديه قدراً كبيراً من الرضا والولاء والانتماء للمستشفى الذي يعالج فيه.

**دراسة (أحمد عباس يوسف بوعباس; 2010) بعنوان "أثر جودة الرعاية الصحية والاتصالات على رضا المريض-دراسة تحليلية مقارنة في مستشفى الأميري الحكومي ومستشفى السلام الدولي الخاص في دولة الكويت-":** وكانت في إطار الحصول على شهادة الماجستير تخصص إدارة أعمال بجامعة الشرق الأوسط، الكويت، هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الجودة المدركة ورضا المرضى المتلقين للعلاج في المستشفيات الحكومية والخاصة بدولة الكويت، كما سعت إلى التعرف على الدور الذي يلعبه الاتصالات والمعلومات كمتغير وسيط ما بين الجودة والرضا، وقد شملت الدراسة 386 مريض. وتم التحليل الإحصائي باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS حيث جرى استخدام عدد من الأدوات والأساليب الإحصائية منها تحليل المسار وتحليل الانحدار البسيط والمتعدد، وقد أظهرت نتائج التحليل بأن هناك ارتفاع مستوى جودة الخدمة المدركة وكذلك رضا المرضى في مستشفى السلام الدولي الخاص قياساً بالمستشفى الأميري الحكومي والذي تأكد من خلال معنوية الفرق الإحصائية ما بين المستفيين، كما أكدت الدراسة أهمية الاتصالات والمعلومات كمتغير وسيط في تعزيز أثر الجودة المدركة للخدمة الصحية على رضا المرضى متلقي العلاج، مما يستدعي الاهتمام أكثر بالبيئة المادية وتطوير أداء العاملين فيما يخص أسلوب التعامل مع المرضى ومستوى الاستجابة لحاجاتهم وإشعارهم بالتعاطف والأمان.

**دراسة (عتيق عائشة; 2012) بعنوان "جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية-دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية سعيدة-":** وكانت في إطار الحصول على شهادة الماجستير تخصص تسويق دولي بجامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، حيث هدف هذا البحث إلى دراسة واقع جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية سعيدة ومدى تأثيرها على رضا المرضى، بالاعتماد على أبعاد جودة الخدمات الصحية، وقد تمكنت هذه الدراسة من التوصل إلى أن المريض راض على الأبعاد الأربعة والمتمثلة في: الاعتمادية والاستجابة والضمان، والتعاطف، إلا أنه غير راض على بعد الملموسية، مما يستوجب تطوير الخدمات الصحية بما يتناسب مع احتياجات المرضى، وذلك بمواكبة التطور التكنولوجي عن طريق تحسين جانب البعد المادي.

## الدراسات الأجنبية:

**دراسة (Lam et Tang; 2000) بعنوان "A study of Patients Expectations and satisfaction in Singapore hospitals"**: هدفت هذه الدراسة إلى تحديد توقعات ورضا المرضى من خلال استخدام مقياس SERVQUAL، تكونت عينة الدراسة من 252 مريض في مستشفيات سنغافورة، وقد توصلت الدراسة إلى أن هناك فجوة بين توقعات وتصورات المرضى لجودة الخدمة الكلية، وأن التحسين يتطلب ضروري لكافة أبعاد جودة الخدمة والتي حددت بستة أبعاد رئيسية، وهي (الملموسية، الثقة، الاستجابة، الأمان، التعاطف، إمكانية الوصول).

**دراسة (Pakdil et Harwood; 2005) بعنوان "Patient Satisfaction in A Preoperative Assessment Clinic: An Analysis Using SERVQUAL Dimensions"**: إدارة الجودة الشاملة، المجلد 16، العدد 01، حيث هدف هذا البحث إلى دراسة الفجوة بين توقعات المرضى وإدراك مستوى الخدمة المقدمة، باستخدام نموذج SERVQUAL تبين أن المرضى يتوقعون وبدرجة كبيرة الحصول على معلومات كافية حول طريقة التخدير وأن هناك ود ومجاملة كافية من قبل الممرضين والأطباء العاملين في المستشفى، بالإضافة إلى أن هناك فجوة كبيرة موجودة بين وقت الانتظار العيادات والجودة الكلية المدركة، وأن نموذج SERVQUAL يعد مفيدا في الكشف عن الاختلافات بين تفضيلات المرضى وتجاربهم الفعلية.

**دراسة (Al Sharif; 2008) بعنوان "Patient's Satisfaction With Hospital Services At Nablus"**: في إطار الحصول على شهادة الماجستير في الصحة العامة، كلية الدراسات العليا، في جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، حيث هدفت هذه الدراسة إلى قياس مستوى رضا المرضى عن الخدمات الرعاية الصحية التي تقدمها المستشفيات العامة والخاصة في مدينة نابلس بفلسطين، وتحديد العوامل المؤثرة على رضا المرضى. تكونت العينة من 365 مريضا تم اختيارهم بطريقة عشوائية، وقد توصلت الدراسة إلى أن المرضى في المستشفيات الخاصة أكثر رضا من المرضى في المستشفيات الحكومية، وأن المرضى من كبار السن هم أكثر رضا من المرضى صغار السن، بالإضافة إلى أن الإناث هم أكثر رضا من الذكور.

**دراسة (Ramsaran-Fowdar; 2008) بعنوان "The Relative Importance of Service Dimensions in a Healthcare Setting"**: والتي نشرت بالمجلة الدولية للرعاية الصحية لضمان الجودة، المجلد 21، العدد 01، حيث هدفت إلى التركيز على استخدام مقياس SERVQUAL لقياس توقعات وتصورات المرضى نحو مستوى الخدمات المقدمة لهم، وقد تم استخدام أسلوب العينة الملائمة بتوزيع 750 استبانة على طلاب الدراسات العليا والبيكالوريوس في جامعة Mauritius بالولايات المتحدة الأمريكية، وقد تم استرجاع ما مجمله 255 استبانة صالحة لعملية التحليل، وقد توصلت الدراسة إلى أن هناك آلية جديدة لجودة الخدمة تسمى PRIVHEALTHQUAL بالاستناد إلى التحليل العملي والثبات. بالإضافة إلى أن الثقة والعدالة وحسن المعاملة هي أكثر العوامل أهمية لجودة خدمة الرعاية الصحية.

من خلال الدراسات السابقة نلاحظ بأن هناك تعدد في الاتجاهات البحثية من حيث محددات

وعوامل التأثير على رضا المرضى، وأن جل هذه الدراسات استخدمت نموذج SERVQUAL لقياس أثر جودة الخدمة الصحية على رضا المرضى، في حين تطلعنا من خلال دراستنا هذه إلى استخدام المحددات الخمسة الأكثر استعمالاً في معظم هذه الدراسات والمتمثلة في الاعتمادية، الملموسية، الالتزام، الأمان، التعاطف، لكن بتطبيق مقياس آخر يتميز بالسهولة والبساطة في الاستخدام، وكذلك بزيادة درجة مصداقيته وواقعيته، وتفوقه على مقياس الفجوات من حيث الدلالات العملية الناتجة عن عمليات وإجراءات القياس والتقييم، والمتمثل في SERVPERF. أما من الناحية المنهجية فقد تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي كونها تأخذ وجهة نظر المرضى الراقيين أو المراجعين للمؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية المدية.

### صعوبات البحث:

- تمثلت الصعوبات المتعلقة بهذه الدراسة في:
- نقص المراجع بالكلية المتناولة لموضوع الدراسة، خاصة بالقطاع الصحي؛
- موضوع الجودة وفق إدراك الزبون من المفاهيم التي لقت اختلافاً كبيراً من حيث وجهات نظر الباحثين والدارسين فيما يتعلق بالمفهوم والتطبيقات؛
- صعوبة الحصول على المعلومات من المؤسسة قيد الدراسة إن لم نقل كانت مستحيلة في بعض الأحيان، والتي كانت تقدم لنا بطريقة شفوية؛
- عدم تجاوب المرضى، خاصة في عملية الإجابة على استمارة البحث، وهذا راجع للحالة الصحية لهؤلاء.

### هيكلية البحث:

لمعالجة الموضوع حاولنا قدر الإمكان المحافظة على التسلسل المنطقي والتدرج في طرح الأفكار، حيث قسمنا بحثنا هذا إلى ثلاثة فصول، خصصنا فصلين للجانب النظري وفصلاً واحداً للجانب التطبيقي، تناولنا في الفصل الأول والمعنون بالمفاهيم الأساسية حول الخدمة الصحية وجودتها، بالتطرق بالدرجة الأولى لمفهوم الخدمة، ثم الخدمة الصحية، والتعريف على أهم رواد الجودة وإسهاماتهم، بالإضافة إلى تحديد مفهوم جودة الخدمة الصحية. بينما في الفصل الثاني والذي تضمن الجودة المدركة ورضا المستفيد، والذي افتتحنا بمبحثه الأول بتحديد مفهوم الجودة المدركة ومختلف محدداتها ونماذج قياسها، لنلج إلى موضوع رضا وعدم رضا الزبون وطرق قياسه، لنختم هذا الفصل بالعلاقة السببية بين متغيري الدراسة والمتمثلين في الجودة المدركة ورضا المستفيد. أما الفصل الثالث فاهتم بدراسة تحليلية لتبيان أثر الجودة المدركة للخدمة الصحية على رضا المستفيد بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محل الدراسة، والذي عرضنا في مبحثه الأول واقع القطاع الخدمي الصحي بالجزائر، بالإضافة إلى تسليط الضوء على المؤسسة العمومية الإستشفائية "مستشفى محمد بوضياف" بالمدية، ليتم الاستعانة في الأخير ببعض النماذج الإحصائية من خلال برنامج الحزم الإحصائية SPSS للإجابة على فرضيات الدراسة والتوصل إلى النتائج ووضع الاقتراحات.

## الفصل 1:

### الإطار النظري: المفاهيم الأساسية حول الخدمات الصحية وجودتها

#### تمهيد:

إنّ الخدمات اليوم تمثّل الحلول للعديد من مشاكلنا سواء تعلّق الأمر بالخدمات الصحيّة، أو النّقل، أو المواصلات، أو التّعليم، أو غيرها من الخدمات، وهذا التنوّع إنّما كان محصّلة ونتيجة حتميّة لتمكّن الأفراد من إشباع حاجاتهم الماديّة إلى حدّ ما، وانتقالهم ضمن سلّم الحاجات لإشباع تلك الحاجات غير الماديّة، وتطوّر مستوى معيشة الأفراد وازدياد متطلّباتهم، حتّى أصبح من الممكن القول بأننا نعيش بحقّ في عالم الخدمات.

ولعلّ من أبرز الخدمات التي أصبح الإنسان بحاجة ماسّة إليها اليوم قياسا لما هو عليه في مراحل سابقة الخدمات الصحيّة والتي عُنيّت باهتمام واضح ومتزايد من قبل المنظّمات الصحيّة العامّة منها والخاصّة، كما ساهم العديد من الباحثين وكان لهم الدور الكبير في تطوير فلسفة إدارة الجودة الشاملة أمثال ديمينج، وجوران، وكروسبي، وإيشيكاوا وغيرهم من المساهمين البارزين والذين قدّموا العديد من الأعمال المبكّرة لظهور وتطوير إدارة الجودة الشاملة وتطبيقها في القطاع الخدمي الصّحي.

وحظيت جودة الخدمات الصحيّة باهتمام كبير من الأفراد والمنظّمات على حدّ سواء من حيث الدّراسات وتوضيح المفاهيم، وكافة الجوانب النظريّة لهذا الموضوع، ومعرفة الأبعاد المستخدمة في تقديمها وبيان الأسباب التي تكون حائلا أمام تقديم مستوى جيّد من الخدمات الصحيّة.

وسنحاول في هذا الفصل التّظري توضيح بعض المفاهيم الأساسية عن الخدمات الصحيّة من حيث المفهوم، وعناصر إنتاجها، وخصائصها، إلى جانب التّعرض لمفهوم الجودة وإدارتها ومداخل روادها، لنلج في الأخير إلى جودة الخدمات عامة وجودة الخدمات الصحيّة خاصة، وإبراز أهميّتها ومبررات قياسها وفق المحاور الثلاثة التّالية:

- ماهية الخدمة والخدمة الصحيّة.
- مداخل الجودة حسب روادها.
- جودة الخدمة الصحيّة.

## 1.1. ماهية الخدمة والخدمة الصحية.

لقد تعددت التعاريف المقدمة للخدمة وهذا الاختلاف راجع أساسا إلى طبيعة ونوع الخدمة، وكذا الخصائص المميزة لها إذا ما قورنت بالمنتج المادي الملموس، مما أضفى عليها بعض الغموض، وسنسلط الضوء في هذا المبحث على بعض التعاريف الخاصة بالخدمة والخدمة الصحية وعناصر إنتاجها وأصنافها وخصائصها.

### 1.1.1 مفهوم الخدمة والخدمة الصحية.

باعتبار الخدمات الصحية أحد أنواع الخدمات، كان لابد علينا التمييز بين المفهومين كل على حدى، وبالتالي تحديد مفهوم الخدمة ومن ثم المرور إلى تحديد مفهوم الخدمة الصحية.

#### 1.1.1.1 مفهوم الخدمة

لقد أظهرت أدبيات التسويق العديد من التعاريف المتعلقة بالخدمة، لكن من الصعب في بعض الأحيان إعطاء تعريف ومفهوم محدّد لنشاط إنساني وفكري متعدّد الاتجاهات والأبعاد، والخدمات لا تبتعد عن هذا المضمون كثيرا لذلك يمكن إيراد العديد من التعاريف للخدمة، إلا أنّ كلّ واحد منها يمكن أن يعطي اتجاها محدّدا وإن كانت تشترك في معنى أو أكثر في تلك المفاهيم في بعض الأحيان، وسنورد بعض هذه التعاريف فيما يلي:

عرّفت الجمعية الأمريكية للتسويق الخدمة بأنّها: "النشاطات أو المنافع التي تعرض للبيع أو التي تعرض لارتباطها بسلعة معيّنة" [01] ص 20.

عرّف Ramaswamy الخدمة على أنّها: "مجموعة إجراءات أو معاملات تقع بين صاحب العمل (مقدّم الخدمة) وبين متلقي الخدمة (الزبون) وذلك لإنتاج مخرجات تعمل على إرضاء الزبون" [02] ص 03.

أمّا Stanton فيعرّفها على أنّها: "النشاطات غير المحسوسة والتي تحقّق منفعة للزبون أو المستفيد منها، والتي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة أخرى، أي أنّ إنتاج خدمة معيّنة أو تقديمها لا يتطلّب استخدام سلعة ماديّة" [03] ص 196.

ويرى كل من Kotler and Armstrong بأنّ الخدمة: "تمثّل نشاطا أو منفعة يستطيع أيّ طرف تقديمها إلى طرف آخر وهي غير ملموسة ولا ينتج عنها ملكيّة لأيّ شيء ملموس" [04] ص 98.

أمّا الباحث Grönroos فقد عرّفها بأنّها: "هي كل نشاط أو مجموعة من الأنشطة التي تتمتع بطبيعة غير ملموسة أو غير ماديّة سواء بقدر قليل أو كبير، والتي من العادة -ولكن ليس بالضرورة- يتمّ من خلالها تفاعل بين الزبون وبين الموظّف المسؤول عن تآدية الخدمة أو مجموعة من الأنظمة التّابعة لمقدّم الخدمة، والتي ينتج عنه (التفاعل بين الزبون ومقدّم الخدمة) حلول لمشاكل الزبون أو تلبية احتياجاته" [01] ص 20.

كما تعرّف على أنّها: "نشاط أو منفعة غير ملموسة يستطيع أن يقدّمها طرف (المنتج) إلى طرف آخر (زبون) لإشباع حاجة غير مشبعة لديه دون أن يترتّب عن ذلك نقل للملكيّة من المنتج إلى الزبون، ويمكن أن يرتبط إنتاج الخدمة بمنتج مادي ملموس" [05] ص 147.

أما kotler فقد عرّفها على أنّها: "كل نشاط أو إنجاز منفعة تكون محلّ تبادل بين طرفين، وتكون أساسا غير ملموسة ولا ينتج عنها أية ملكيّة، وأنّ إنتاجها أو تقديمها قد يكون مرتبطا بمنتج مادي ملموس أو لا يكون" [06] ص 475.

كما تعرّف على أنّها: "نشاط الإنسان الموجه إلى إشباع الحاجات بحيث لا يكون ملموسا" [07] ص 35.

كما تعرّف على أنّها: "أي فعل أو أداء يمكن أن يقدمه طرف ما لطرف آخر يكون جوهره غير ملموس، ولا ينتج عنه أي تملك وإنتاجية" [08] ص 44.

وبالتالي يمكن القول بأنّ الخدمة تمثّل نشاط غير ملموس يهدف أساسا لتحقيق رضا الزبون وحلّ مشاكله، ويحدث هذا عن طريق التفاعل بين المقدّم والمستفيد، وقد يقترن تقديمها بمنتج مادي ملموس، ولا يترتب عنها أيّ نقل للملكيّة، فالعديد من الخدمات تنطوي وتقع ضمن نطاق هذه التعاريف كالتعليم، والصيانة، والحماية، والاتصالات، والاستشارة، والنقل، والصحة، والإسكان،... الخ.

كما يمكن أن نلاحظ اتّفاق وتشارك التعاريف السابقة في مجموعة من النقاط يمكن حصرها في:

- الخدمات هي عبارة عن أداء أو إنجاز يتضح من خلال التفاعل بين الزبون ومقدم الخدمة؛
- الخدمات هي عبارة عن منافع معروضة للبيع؛
- الخدمات تتميز بعدم الملموسية و يمكن أن ترتبط بمنتج مادي ملموس، أو لا ترتبط؛
- الخدمات لا يمكن تملكها وإنما يمكن الاستفادة من عرضها؛
- الخدمات تتألف من جوهر تدعمه خدمات تكميليّة؛
- الخدمة تمثل في ذاتها حلول لمشاكل الزبائن، يسعى مقدّمها من خلالها لإشباع حاجاتهم وكسب رضاهم.

### 2.1.1.1 مفهوم الصحة، النظام الصحي والخدمة الصحيّة

إن مفهوم الخدمة بشكل عام ينطبق مع مفهوم الخدمة الصحيّة لأنّ الخدمات متماثلة من حيث الخصائص والمضمون، وعليه فإنّ الخدمة الصحيّة لا تخرج عن مضمون هذا التعريف والتي يكون جوهرها غير ملموس ولا يمتلكها، ولكن يمكن استخدام أدوات وأجهزة ومعدّات مختلفة لتقديم الخدمة للمريض ومن ثمّ شفاؤه، وقد تستغرق فترة زمنيّة بسيطة أو طويلة، وقبل التّطرق إلى مفهوم الخدمة الصحيّة لابدّ من إعطاء مفهوم للصحة، ثم النظام الصحي، وأخيرا الخدمة الصحيّة.

#### • مفهوم الصحة

فقد عرّفت منظمة الصحة العالميّة الصحة بأنّها: "حالة سويّة (حسنة) تماما أو كاملاً جسمانيّاً وعقليّاً أو ذهنيّاً ورفاه اجتماعي، وليست فقط غياب المرض أو التّشوه أو الضّعف" [09] ص 26-27، كما عرّفتها العالم نيومان بأنّها: "حالة التّوازن النسبي لوظائف الجسم وأنّ حالة التّوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها" [09] ص 27.

إنّ التعرّف بمفهوم الصّحة يقودنا إلى التّفريق بينه وبين مفهوم المرض، فالعديد منّا ينظر إلى المفهومين بأنّهما متضادّان، ولكن في الحقيقة هما اصطلاحان نسبويان، فالصّحة هي حالة حسنة أو سويّة جسميًّا وعقليًّا أو ذهنيًّا، ولكن أيضا بعيدا أو حرّة من النّشوة أو الألم أو المرض.

#### • مفهوم النظام الصحي

أما فيما يخصّ النّظام الصّحيّ فقد عرفه Tarimo بأنّه: "العناصر المعقّدة والمتداخلة التي تساهم في الصّحة، في البيت، والمؤسسة التعليميّة، ومكان العمل، والمجتمع المحليّ، وفي البيئة الماديّة والنفسيّة والصّحة والقطاعات ذات العلاقة"، وفي عام 2007 اعتمدت منظمة الصّحة العالميّة تعريفًا آخر أضيّق نطاقا يعرف من خلاله النّظام الصّحيّ بأنّه: "جميع المنظّمات والأشخاص والإجراءات التي تهدف في المقام الأوّل النّهوض بالصّحة أو استعادتها أو الحفاظ عليها" [10] ص 10.

كما يعرف النّظام الصّحيّ بأنّه: "الإطار الذي من خلاله يتمّ التّعرف على احتياجات السّكان من الخدمات الصحيّة والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللّازمة وإدارتها على أسس صحيحة تُؤدّي في النّهاية إلى المحافظة على صّحة المواطن، وتعزيزها وتقويم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسّكان وبتكلفة معقولة وبطريقة ميسّرة" [11] ص 16.

وبالتّالي ومن خلال التعاريف السابقة الذكر للنّظام الصّحيّ، فهو يمثل مجموعة من الأساليب والإجراءات التي ترمي لتحقيق الأهداف الصحيّة من خلال مختلف المؤسسات والأقسام والقطاعات الصحيّة المختلفة.

#### • مفهوم الخدمة الصحيّة

من خلال هذا العرض المبسّط لمفهوم كل من الصّحة والنّظام الصّحيّ، كان لزاما وبالضّرورة الإحاطة بمختلف التعاريف المتعلّقة بالخدمة الصحيّة من قبل الباحثين في هذا المجال، والتي كانت على النّحو التّالي:

تُعرف الخدمة الصحيّة بأنّها: "النّشاط الذي يقدم للمنتفعين (المرضى)، والذي يهدف بصورة أساسية لإشباع حاجاتهم ورغباتهم" [12] ص 97.

وتُعرف الخدمة الصحيّة بأنّها: "مزيج متكامل ومتناسق من العناصر الملموسة وغير الملموسة، والتي تحقّق إشباعًا ورضا معيّنًا للمريض" [13] ص 22.

وتُعرف الخدمة الصحيّة في المستشفى بأنّها: "العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصًا أو إرشادًا أو تدخلًا طبيًّا، ينتج عنه رضا أو قبول وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤوّل لأن يكون بحالة صحيّة أفضل" [14] ص 168.

كما تُعرف على أنّها: "مجموع الخدمات العلاجيّة أو الإستشفائيّة أو التّشخيصيّة التي يقدّمها أحد أعضاء الفريق الطّبيّ إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع، كمعالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في عيادته الخاصّة أو في العيادات الخارجيّة للمستشفى الحكومي، أو العناية التمريضيّة التي تقدّمها الممرضة للمريض، أو التّحاليل التّشخيصيّة التي تقدم في المختبر لشخص ما

أو لعدة أشخاص غير أن الرعاية الطبيّة قد تقدم في شكل رعاية صحية وقائيّة، حيث أن الطبيب يعالج شخصا ما يمكن أن يقدم له توضيحات ومعلومات حول مرض ما، وطرق انتشاره والوقاية منه لتجنب الوقوع فيه في المستقبل" [15] ص 11.

وتعرّف الخدمة الصحيّة على أنّها: "عبارة عن جميع الخدمات التي يقدّمها القطاع الصحيّ على مستوى الدّولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد، أو وقائيّة موجهة للمجتمع والبيئة، أو إنتاجيّة مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبيّة والأجهزة التّعويضية وغيرها، بهدف رفع المستوى الصحيّ للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية" [16] ص 23.

فهذه التعاريف يمكن أن تشير في مضمونها إلى ثلاثة أبعاد للخدمة المقدمة في المستشفى

وهي:

- الصفة المميزة للخدمة: وترتبط أساسا بجوهر الخدمة المقدمة، والتي تتكوّن من عدة إجراءات مختلفة تشخيصيّة وعلاجيّة.
- المنافع المرجوة من الخدمة: وهي تضمّ مختلف العناصر التي يحصل عليها المريض أو غيره من المراجعين للمستشفى لمقابلة احتياجاتهم الصحيّة، والتي يطلق عليها في بعض الحالات بحزمة الرضا المتحقّق للزبون، والمتضمّنة الإدراك الحقيقي لكفاءة العمل المؤدى بشكله الملموس وغير ملموس وبما يؤدي إلى شعوره بالاطمئنان لذلك العمل المؤدى.
- الخدمات المساندة: تمثّل كافة العناصر المضافة والتي يقدمها المستشفى إلى جوهر الخدمة الصحيّة المقدمة للمرضى، وتتضمن نظام حجز المواعيد، خدمات الاتصال الهاتفي، استقبال المرضى، وغيرها من الخدمات الأخرى.

إذن يمكن القول أن الخدمة الصحيّة شيء يمكن أن يقدم إلى السوق لتحقيق إرضاء الحاجات ومتضمنة الأشياء الطبيّة، والخدمات، والأفراد والمكان، والتنظيم والأفكار، وبذلك تنقسم الخدمة الصحيّة إلى نوعين من الخدمات:

أ- الخدمات الوقائيّة: وهي مجموع الخدمات التي تهدف للحفاظ على صحة وسلامة الإنسان ووقايته من المرض، وهي الخدمات التي ترتبط بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة، وتشمل على:

- \*خدمات التطعيم ضد الأمراض الوبائية؛
- \*خدمات رعاية الأمومة والطفولة؛
- \*خدمات الرقابة الصحيّة على متاجر تقديم الغذاء والمشروبات وغيرها؛
- \*خدمات الرقابة البيئية على وحدات الإنتاج الصناعي؛
- \*خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي؛
- \*خدمات الحجر الصحي؛
- \*خدمات الحماية ومنع انتقال العدوى بين المرضى والعاملين داخل وحدات الخدمات

الصحية.

ويمكن تصنيف هذه الخدمات إلى ثلاثة مستويات [11] ص 31-32:

■ الخدمات الوقائية الأولية: وهي خدمات محددة ومباشرة ويجري التخطيط لها وتقديمها لوقاية الأفراد من مرض معين، ومن الأنماط المعروفة الشائعة في هذا المجال نجد: حملات التطعيم الجماعي، والموجهة إلى فئات معينة، أو شريحة عمرية خاصة، كما هو الحال في حملات تطعيم الأطفال حديثي الولادة من الشلل ومختلف الأمراض الأخرى.

■ خدمات الوقاية الثانوية: وتشمل خدمات التشخيص والكشف المبكر للأمراض قبل استفحالها، وتشمل خدمات المسح الصحي الشامل، أو المسح بالعينات لبعض المواطنين من أرباب العمل أو الشرائح السكانية المعنية التي يتوقع أن تكون لها قابلية للإصابة، أو الاستجابة لها أكثر من غيرها.

■ خدمات الوقاية من الدرجة الثالثة: وهي خدمات متخصصة تهدف إلى إعادة تأهيل المرضى والمصابين لتمكينهم من ممارسة حياة طبيعية نشطة إلى حد ما، كتأهيل أصحاب الشلل النصفي الناتج عن ارتفاع ضغط الدم، أو الحوادث المرورية.

ب- الخدمات العلاجية: وهي مجموع الخدمات التي تقدّم للتخلّص من المرض بعد حدوثه، من خلال فحص المريض وتشخيص مرضه، وإحاقه بإحدى المنظمات الإستشفائية، وتقديم الدواء والغذاء الملائمين لحالته الصحية، فضلا عن حسن المعاملة لمساعدته لاستعادة صحته وعافيته، وتنقسم هذه الخدمات إلى قسمين هما:

■ خدمات الرعاية الطبية المقدمة للمرضى الخارجيين: إذا تقوم المستشفيات الحديثة بدور كبير في هذا المجال من خلال العيادات الخارجية التي يديرها المستشفى، ومن خلال المراكز الطبية وقاعات العلاج المرتبطة به.

■ خدمات الرعاية الطبية المقدمة للمرضى الداخليين: ويكمن تصنيفها من حيث درجتها إلى ثلاثة مستويات:

#### \*المستوى الأول: الرعاية الصحية الأولية

وهي تتمثل في الرعاية الصحية الأساسية والهامة الميسرة لكافة أفراد المجتمع، معتمدة على وسائل وتقنيات صالحة عمليا وسليمة علميا ومقبولة اجتماعيا، وبمشاركة تامة من المجتمع وأفراده وبتكاليف يمكن للمجتمع وللبلد توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطوره، وهي جزء لا يتجزأ من النظام الصحي للبلد والتي هي نواته ومحوره الرئيسي.

#### \*المستوى الثاني: الرعاية الصحية الثانوية

ويمكن تعريفها على أنها: المستوى الذي يشمل على التخصصات الطبية الرئيسية وتقدم هذه الخدمات في المستشفى مع اشتغالها على أقسام الإسعاف والاستعجالات والعيادات الخارجية والداخلية، وكذلك خدمة جميع المرضى المحولين من المراكز الصحية للمستشفى سواء بالعلاج المكثف أو بالمداخلات الجراحية.

### \*المستوى الثالث: الرعاية الصحية التخصصية

وهذا المستوى لا يختلف كثيراً في تعريفه عن الخدمات الرعاية الصحية الثانوية، سوى أن هذه الخدمات تكون في مجال التخصصات الطبية الفرعية بمعنى كل التخصصات الطبية، ومن أهم مميزات هذا المستوى من الخدمات التكلفة العالية وطول مدة الإقامة والحاجة إلى إشارات طبية متميزة.

ت-خدمات إنتاجية: وتتضمن إنتاج الأمصال واللقاحات والدّم، كما تتضمن إنتاج الأدوية وأيضاً العتاد والأجهزة الطبية الأخرى [17] ص 19.

ث-خدمات الارتقاء بالصحة: تركز هذه الخدمات على الارتقاء بصحة الفرد من خلال العوامل غير الطبية، كالتركيز على أهمية الغذاء الصحي المتوازن، وأهمية الرياضة البدنية والراحة والنظافة الشخصية، والسلوك الصحي السليم للفرد.

ف نجاح المؤسسة الصحية في هاته الأنواع من الخدمات مرتبط بمدى التعاون والاتصال الفعال بين مقدم الخدمة (الطبيب، الممرض) ومتلقي الخدمة (المريض). وتحدد أسباب ودوافع الاهتمام المتزايد والمطرد لدراسة الخدمات الصحية بما يلي: [18] ص 20-21

- ندرة الموارد والإمكانيات وتزايد الطلب عليها، يحتاج إلى التعرف على أساليب إدارة تلك الموارد النادرة وضرورة توفيرها لتحقيق الأهداف، وبالتالي تقديم الخدمات الطبية المتوقعة والمطلوبة حسب خصائصها؛
- الاهتمام الحالي القائم على تقديم خدمات ذات جودة جيدة، والتخطيط للمرضى الحاليين والمرتقبين وليس فقط الربح، والاهتمام المنصب على توفير الأجهزة والمعدات؛
- لم تعد المشكلة في المنظمات الصحية مسألة نقص توفير الموارد المادية والبشرية، وإنما كيفية إدارة هذه الموارد بشكل فعال هو المشكلة، فالعنصر البشري هو الأساس والإدارة الفاعلة هي أساس نجاح المنظمات الصحية، وذلك لسعيها للاستخدام الأفضل للموارد سواء كانت مادية أم بشرية؛
- تغيير المفهوم القديم للخدمة الصحية، والذي كان يعني تقديم خدمات صحية وزيادة معدلات الخدمة لتحقيق الهدف إلى المفهوم المعاصر، والذي يعني مرضى حاليين ومرتقبين ونظام متكامل لتقديم الخدمات الصحية وتحقيق الأهداف عن طريق إرضاء حاجات المرضى؛
- وجود مؤثرات جديدة على المريض مثل: الأدوية، والبيئة، وهذه كانت تؤخذ كل منها بشكل منفرد ومستقل، ولكن النظر إليها يكون بشكل شمولي، أي ننظر إليها مجتمعة لا منفردة، ولهذا يجب على إدارة الخدمات الصحية مراعاة إشباع حاجات المرضى، وتحديد المزيج الصحي المطلوب كالوقاية والعلاج وخدمات مكملة تأهيلية وتخطيط وتنظيم وتوظيف وتنسيق الأنشطة المختلفة والمتعددة وضرورة تحديد التفاعلات بين النظام الصحي والبيئة.

## 2.1.1 عناصر إنتاج الخدمة وتصنيف الخدمات

بعد التطرق لكل من مفهومي الخدمة والخدمة الصحية، سنحاول إبراز عناصر إنتاج الخدمة، ومختلف التصنيفات التي تناولها الباحثون في هذا المجال.

### 1.2.1.1 عناصر إنتاج الخدمة

نظام إنتاج الخدمة يشمل جميع العناصر المادية والبشرية التي تكون محلّ اتصال وتفاعل مع الزبون، فمن الضروري على المؤسسات تحقيق عرض للخدمة وفق الخصائص التجارية ومستوى جودة محدد [19] ص 159، فالنظام الخدماتي يشتمل على مجموعة العناصر التالية:

الزبون: وهو العنصر الأساسي والجوهري للنظام، فحضوره ضروري ولا جدوى من توفير خدمة بدونه، فالزبون يلعب دور مهم من خلال المشاركة في إنتاج الخدمة، وحلقة وصل حتى نتمكن من تقديم وعرض وتحقيق المنفعة من الخدمة، فالعميل من جهة هو منتج ومن جهة أخرى مستهلك للخدمة [20] ص 188. فالمرضى مثلاً هو منتج مشترك للخدمة الصحية (co-producteur) وهذا ما ذهب إليه Toffler عندما استحدث مصطلحاً يصف فيه هذا الدور وهو (Prosumer) مشتق من كلمتي المنتج (Producer) والمستخدم (Consumer) كنتيجة لتبلور ظاهرة التكامل بين الإنتاج والاستهلاك [21] ص 43.

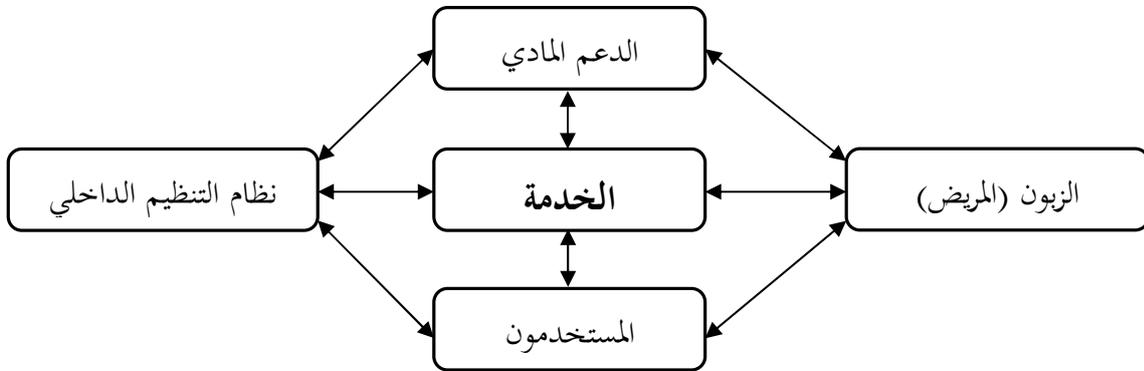
الحامل المادي: وهو يمثل عنصر ضروري هو الآخر لإنتاج الخدمة، وهو يمثل الجانب الملموس في الخدمة، بمعنى العنصر الجزء الذي يمكن مشاهدته والمرئي والمحسوس في الخدمة، فالمبنى والديكور، والأثاث والآلات والتجهيزات الموضوعات تحت تصرف المستخدمين والزبائن كلّها تمثل الدعم المادي الذي يستعمل لإنتاج الخدمة، كما يعرف الدعم المادي بأنه: "العنصر الضروري لإنتاج الخدمة والذي يستخدمه إما عون الأتصال، وإما الزبون، وإما الاثنين معاً" [22] ص 96، وبالتالي فالدليل المادي هو كل ما يستخدمه عون الأتصال (الطبيب، الممرض، ...) والمرضى أثناء الإنتاج المشترك للخدمة الصحية، والذي ينقسم إلى جزئين أساسيين هما:

- الأدوات والأجهزة الضرورية لتقديم الخدمة (الآلات المستعملة من قبل المريض أو الطبيب كأجهزة التشخيص، الأجهزة الطبية داخل غرف العمليات، أثاث غرفة التمريض، الأسرة، المقاعد، ...).
- المحيط والبيئة التي تقدم فيها الخدمة (موقع المنظمة، محيط المنظمة، المباني، موقف السيارات، ...).

المستخدمون المباشرون: ويتعلق الأمر بالأشخاص والموظفين الذين يعملون في المنظمة الخدمية، والذين هم محلّ اتصال مباشر مع الزبون [23] ص 44، فالمستخدمون المباشرون يمثلون بعداً بالغ الأهمية في الحكم على جودة الخدمة وصورة المنظمة، ومتغير مهم في إدارة جودة الخدمة، فطريقة الاستقبال، واللباقة في الحديث، وسهولة الاتصال والتواصل مع الزبون وإعطاء التوجيهات كلها مظاهر المستخدم الفعال، والعديد من الباحثين في ميدان الجودة يرون بأن الزبون حساس جداً لعرض الخدمة من قبل المستخدمين والموظفين بالمؤسسة.

الخدمة: تمثل هدف ونتيجة النظام الخدمي، وهو محصلة التفاعل بين العناصر الثلاثة السابقة (الزبون، الحامل المادي، والمستخدمون المباثرون)، وهي تشمل الفائدة التي يشبع بها الزبون حاجاته ورغباته من جهة وتحقق بها المؤسسة أهدافها الخاصة، فالخدمة الصحية تمثل تضافر جهود كل من الطبيب، التجهيز الطبي، أعوان التمريض.

نظام التّنظيم الداخلي: ويتعلق الأمر بالجانب التسييري للمؤسسة الخدمية، والذي يتحكم في بقية العناصر الأخرى، بمعنى الأهداف المسطرة، الهيكلية المتبعة، ... الخ، ويشمل جميع الوظائف الإدارية للمؤسسة من تسويق، مالية، موارد بشرية، ... الخ، إذن نظام التّنظيم الداخلي يمثل الجزء الغير مرئي من قبل الزبون في المؤسسة الخدمية، والذي هو ضروري لتحقيق الخدمة، ويمكن إيضاح عناصر إنتاج الخدمة في الشكل الموالي:



الشكل رقم (01.1): عناصر إنتاج الخدمة [01] ص 411.

### 2.2.1.1 تصنيف الخدمات

يصنف Gooffrey الخدمات استناداً لمجموعة من المؤشرات، وهذا التّصنيف ينطبق على الخدمات الصحية وفق النحو التالي: [04] ص 99-101.

● من حيث الاعتمادية: إن الخدمات الصحية تتنوع استناداً على السلع الملموسة مثل: التّحاليل المخبرية، الأشعة، الجراحة، ... الخ، وخدمات يعتمد تقديمها على العنصر البشري مثل: العلاج النفسي، تشخيص المرض، تحديد نوع العلاج، ... الخ.

● من حيث أهمية حضور كل من المستفيد إلى مكان تقديم الخدمة: حيث تتطلب بعض الخدمات حضور الزبون ومشاركته للحصول على الخدمة، بينما توجد خدمات لا تتطلب إلا مشاركة رمزية أو بسيطة من قبل الزبون فيها، فخدمات الرعاية الصحية تحتاج ليس فقط إلى الوجود المادي للزبون من الخدمة وإنما أيضاً مشاركته الفعالة في عملية إنتاج الخدمة. [24] ص 75.

● من حيث نوع الحاجة: قد تشبع الخدمات حاجة فردية مثل: الفحص الشخصي في عيادة الطبيب أو حزمة من المنافع مثل: الإقامة في المستشفى والذي يضم كل من خدمات الإطعام، العناية، الفحص الصباحي، ... الخ.

● من حيث أهداف مقدمي الخدمات الصحية: حيث يختلف مقدموا الخدمات الصحية في أهدافهم (الربحية واللاربحية)، ومن حيث ملكية المؤسسات الصحية (خاصة وعامة)، من حيث البرامج التسويقية والأهداف لمستشفى خاص، والتي تختلف عن تلك البرامج التي يطبقها مستشفى عام والأهداف التي يسعى لتحقيقها.

- من حيث درجة الأتصال بالمستفيد: حيث نميّز بين:
- الخدمات ذات الأتصال الشخصي العالي، مثل خدمات الطبيب، والمحامي، وخدمات السّكن، وخدمات النّقل الجوّي، وخدمات التّأمين وغيرها؛
  - وخدمات ذات أّتصال شخصي منخفض مثل خدمات الصّراف الآلي، خدمات مواقف السيّارات الآليّة، والخدمات البريديّة وغيرها؛
  - وخدمات ذات أّتصال شخصي متوسّط مثل خدمات المطاعم، وخدمات المسرح، وغيرها.

وتدرج في الجدول التّالي بعض تصنيفات الباحثين في مجال الخدمات حسب المعايير التّالية:  
الجدول رقم(01.1): بعض الأمثلة لتصنيف الخدمات [25] ص 26

المعيار حسب المؤلف:	تصنيف الخدمات:
انطلاقاً من الإنتاج V.R-FUCHS	- الخدمات التوزيعية (النقل، الاتصال). - منتجو الخدمات (كالبنوك، شركات التأمين). - الخدمات الاجتماعية (الصحة، التعليم، الخدمات العمومية والخدمات ذات الطابع غير الربحي). - الخدمات الشخصية (الفنادق، المطاعم، الإصلاح).
انطلاقاً من أهمية ومكانة الخدمة A.BARCET & J.BANAMY(1990)	- الخدمات المصاحبة للسلع والمكملة للسلع وعملياتاً تنتج بنفس الطريقة. - الخدمات الناتجة عن تصميم وإعداد لمنتج غير مادي. - الخدمات المحملة مباشرة للشخص (استهلاك نهائي)، الإنتاج المشترك (Coproductio) يتدخل في هذا المستوى.
انطلاقاً من مفهوم الإنتاجية J-GADREY (1986)	- خدمات شبه إنتاجية (Para Productifs) منعزلة ومتماثلة ومطبقة على السلع المادية،كالنقل، الإصلاح، الفنادق. - خدمات (Péri-Productifs) لا مادية، مطبقة على معارف إنتاجية منظمة،كالهندسة، خدمات مالية. - خدمة مطبقة على معارف وقدرات الأفراد في الاستهلاك النهائي كالصحة، التكوين.

كما يمكن تصنيف الخدمة إلى ثلاثة أصناف حسب طبيعة الخدمة وهي: [26] ص 20.

● الخدمة الخالصة: وهنا تقوم المؤسسة بتقديم خدمة وحيدة دون أن يكون ذلك مرتبطاً بمنتج مادي أو خدمات أخرى مرافقة مثل: خدمات التأمين، التعليم، دور الحضانة، وغيرها كما تتطلب هذه الخدمات الحضور الشخصي للزبون.

● الخدمة المرفقة بمنتج مادي: يمكن للمؤسسة تقديم خدمة أساسية لكي تكتمل ببعض المنتجات أو الخدمات مثل خدمات المواصلات الجوية التي تقدمها خدمة أساسية، والمتمثلة في النقل لكنها تتضمن عدّة منتجات وخدمات مثل: الجرائد، المجالات، المشروبات، والتغذية وغيرها، كذلك الطبيب الذي يحتاج إلى تجهيزات لتقديم خدمات التمريض كالضمادة، المطهرات، المسكنات،... الخ.

● المنتج المرفق بعدة خدمات: في هذه الحالة تعرض المؤسسة منتجاتها مرفقة بعدة خدمات مثل: بيع أجهزة التلفزيون وآلات الغسيل مرفقة بالضمان لمدة معينة، أو النقل، فكلما كان المنتج متطوراً تكنولوجياً مثل أجهزة الإعلام الآلي، السيارات الساعات، كلما كان بيعه يتطلب خدمات مرفقة مثل النقل، الصيانة، الضمان.

### 3.1.1 خصائص الخدمة.

للخدمات أربعة خصائص رئيسية والتي لها تأثير مباشر في تصميم البرامج التسويقية، وهي: لاملموسية الخدمة، عدم الانفصال (التلازمية)، عدم التجانس (عدم التماثل)، تلاشي (فناء) الخدمة المقدمة [06] ص 456.

#### 1.3.1.1 عدم ملموسية الخدمة:

بمعنى أن الخدمة لا يمكن رؤيتها أو تذوقها أو شمها أو سماعها قبل شرائها، وهذا أهم ما يميزها عن السلع المادية، وأن الخدمة تمثل جهداً أو عملاً يمكن أن يقدمه فرد لآخر أو منظمة لآخرى، أو منظمة لشخص، لذلك نجد بأن المستفيد يقوم بجمع المعلومات بهدف الحصول على مؤشرات جيدة عن نوعية وجودة الخدمة، وللتغلب على هذه الصعوبات وتحويل حالة اللاملموسية إلى ملموسية يلجأ مسوقو الخدمة إلى إضفاء أشياء أو رموز ملموسة للتعبير عن جودة الخدمة كالاهتمام بالبيئة المادية التي تقدّم من خلالها الخدمة (الاهتمام بالتصميم الداخلي والخارجي للمستشفى، أو إيلاء عناية بديكورات الفنادق مثلاً)، وهذه جميعها أشياء ملموسة تعبّر عن مدى اهتمام القائمين على تقديم الخدمة لزبائنهم، ويترتب على لاملموسية الخدمات العديد من النتائج أهمّها:

- صعوبة تخزينها قياساً بالسلعة، فهي مستهلكة لحظة إنتاجها؛
- استحالة المقارنة بين الخدمات لاختيار أفضلها كما هو الحال في السلع؛
- عدم إمكانية استخدام الأساليب التقليدية في الرقابة على الجودة، ولهذا توجد أساليب أخرى مبتكرة لقياس جودة الخدمات كقياس ولاء الزبائن ومستويات الرضا لديهم؛
- تعطيل وظيفة النقل في البرامج التسويقية (خصوصاً في مجال التوزيع المادي)، وهذا يترتب عليه فقدان المؤسسة الخدمية لقدرتها على خلق المنافع المكانية في الخدمات.

### 2.3.1.1 عدم الانفصال (التلازمية):

تمثل التلازمية ثاني خاصية من خصائص الخدمات، والتي تعني الترابط الوثيق بين الخدمة ذاتها وبين الشخص الذي يتولى عملية تقديمها، الأمر الذي يترتب عليه ضرورة حضور طالب الخدمة إلى مكان تقديمها لأن وقت إنتاجها هو نفسه وقت استهلاكها، فمن الضروري مثلا حضور المريض إلى المستشفى لتلقي العلاج من قبل الطبيب أو الممرض. كما يشارك الزبون في عملية إنتاج الخدمة لأنه لا يمكن تقديم الخدمة إلا بحضور الزبون، أي أنه يوجد اتصال شخصي بين الزبون ومقدم الخدمة، فالطرفان عليهما القيام بأدوار معينة حتى يتعرف كل طرف على ما يتوقعه منه الطرف الآخر، ويترتب على خاصية التلازمية ما يلي: [27] ص 24-25.

- وجود علاقة مباشرة بين مؤسسة الخدمة والمستفيد، وتعتبر هذه الخاصية مشاركة بين جميع الخدمات، والتي تستدعي نشوء اتصال بين الزبون ومقدم الخدمة؛
- ضرورة مساهمة ومشاركة الزبون في إنتاجها، فدقة تشخيص الطبيب لحالة المريض الصحية تتوقف جزئيا على دقة المعلومات الإجابات التي يعطيها المريض؛
- زيادة درجة الولاء إلى حد كبير، أي أن المستفيد (الزبون) يصرّ على طلب الخدمة من شخص معين أو مجموعة من الأشخاص طالما أن موردي الخدمات لا يغني أحدهم على الآخر، كما هو الحال في الخدمات التي يعتمد تقديمها على الآلات والتجهيزات بشكل كبير.

### 3.3.1.1 عدم التجانس (عدم التماثل):

الخاصية الأخرى التي تتصف بها الخدمات هي عدم القدرة على تنميط الخدمات، وخاصة تلك التي يعتمد تقديمها على الإنسان بشكل كبير وواضح، وهذا يعني أنه يصعب على مقدم الخدمة أن يقدم خدمات متماثلة أو متجانسة في كل مرة، وبالتالي فهو لا يستطيع ضمان مستوى جودة معين لها [28] ص 12، هذه الخاصية تحتم على المؤسسات الخدمية الصحية اليوم تدريب وتأهيل العاملين لديها، وتقييم عمليات أداء الخدمة وذلك من خلال الاستعانة بالأجهزة والمعدات لمساعدة الأفراد في تقديم الخدمات الصحية ومتابعة ردود أفعال المستفيدين ومستوى الرضا المحقق لديهم [04] ص 101.

كما يلعب المستفيد من الخدمة هو الآخر دورا هاما في تباينها لأنه يختلف من حيث المزاج والسلوك ومستوى الاستجابة والتفاعل، فقد يعالج الطبيب مرضاه بطرق مختلفة ولا يقدم نفس المستوى من الخدمات وهذا يرتبط بمدى استجابة المريض وتعاونيه وقت تقديم الخدمة، كما أن لحالة الطبيب (متعب، مرتاح، سعيد،...) أثرا فعّالا على اختلاف وتباين ناتج الخدمة الصحية.

### 4.3.1.1 تلاشي وفناء الخدمة:

العديد من الخدمات ذات طبيعة هلامية غير قابلة للتخزين، وبالتالي فهي تتلاشى وتنتهي سواء إن تمت الاستفادة منها أو لم تتم، وهذه الخاصية بالنسبة للمؤسسات الخدمية ليست مشكلة مادام هناك طلب مستمر على خدماتها، ولكن المشكلة تثار عندما لا يكون هناك طلب [06] ص 461.

وبالنظر إلى ما تناولناه من خصائص رئيسية فيما سبق يمكن إضافة ما يلي:

- عدم انتقال الملكية: هي ميزة خاصة بالخدمات مقارنة بالسلع الملموسة، فالمستفيد يحصل من الخدمة على مجموع المنافع، وله الحق في الاستفادة من الخدمة لفترة زمنية معينة

دون أن يمتلكها (غرفة في فندق، مقعد في طائرة،...)، أما في حالة الخدمات الصحية فإن المريض يستطيع تحقيق انتقال ملكية السلع المساعدة على العلاج مثل: الحبوب، الشراب، أدوات التضميد، الحقن، وغيرها من السلع التي تعزز كفاءة الخدمات الطبية وتحقق الشفاء للمريض.

● **تذبذب الطلب:** يتميز الطلب على الخدمات عامة والصحية منها خاصة بالتذبذب وعدم الاستقرار، وذلك استنادا إلى الظروف البيئية وحاجة المريض للعلاج، فعلى سبيل المثال نجد بأن هناك طلبا عاليا على الخدمات الصحية فيما يتعلق بالزكام في فصل الشتاء، وفي فترة أخرى من السنة وبالأخص في بداية الصيف يكون هناك طلب على الأدوية والعناية الصحية واللقاح الخاص بالأوبئة التي تخشى إدارة الصحة العامة انتشارها [04] ص 103. وفي الجدول الموالي عرض لمخلص خصائص وسمات الخدمات وما تتضمنه من مشكلات وبعض الطرق التسويقية لمعالجتها:

الجدول رقم (02.1): بعض التطبيقات الناتجة عن خصائص الخدمات وأساليب

معالجتها [01] ص 20.

الخصائص	بعض التطبيقات	بعض طرق المعالجة
اللاملموسية	<ul style="list-style-type: none"> <li>- صعوبة توفير عينات.</li> <li>- وجود قيود كثيرة على عنصر الترويج في المزيج التسويقي.</li> <li>- صعوبة تحديد السعر والنوعية مقدما.</li> <li>- استخدام السعر كمؤشر للجودة.</li> <li>- صعوبة تقييم الخدمات المتنافسة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- التركيز على الفوائد.</li> <li>- زيادة إضفاء الملموسية للخدمة.</li> <li>- استخدام الأسماء التجارية.</li> <li>- استخدام التوصية الشخصية كمدخل لبيع الخدمة.</li> <li>- تطوير الشهرة.</li> <li>- تخفيض تعقيدات الخدمة.</li> </ul>
التلازمة	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تتطلب تواجد مقدم الخدمة.</li> <li>- البيع المباشر.</li> <li>- محدودية نطاق العمليات.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعلم العمل في مجموعات كبيرة.</li> <li>- العمل بسرعة.</li> <li>- تحسين أنظمة تسليم الخدمات.</li> </ul>
عدم التجانس	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعتمد المعايير على من يقدمها؟ ومتى تقدم؟</li> <li>- صعوبة التأكد من الجودة.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تدريب عدد أكبر من الموظفين الأكفاء.</li> <li>- الحرص على اختيار تدريب الموظفين.</li> <li>- توفير مراقبة مستمرة ومؤسسية.</li> </ul>
التلاشي والفاء	<ul style="list-style-type: none"> <li>- لا يمكن تخزينها.</li> <li>- مشاكل التذبذب في الطلب.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أتمتة العمليات قدر المستطاع.</li> <li>- المحاولة المستمرة لإيجاد توافق بين العرض والطلب (كتخفيض الأسعار في حالة انخفاض الطلب أو استخدام نظام الحجوزات).</li> </ul>
عدم انتقال الملكية	<ul style="list-style-type: none"> <li>- يسمح للزبون باستخدام الخدمة لكن دون امتلاكها.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- التركيز على مميزات عدم الملكية مثل توفير نظام الدفع.</li> </ul>

يلاحظ من الخصائص التي تتمتع بها الخدمات صعوبة تحديد وقياس جودة الخدمة وذلك بعكس السلع المادية، والتي يمكن لمسها أو رؤيتها أو تذوقها أو شمها، أيضا فالسلع المادية تعتمد بشكل كبير على التجهيزات والآلات في عملية إنتاجها مما يسمح بالتحكم في درجة الجودة التي تتمتع بها، وذلك عكس الخدمة والتي تعتمد على العنصر البشري في إنتاجها وتقديمها، وبالتالي لا يمكن التحكم في مستوى جودتها.

## 2.1 مداخل الجودة حسب روادها

تسعى العديد من المؤسسات لتبني مبادئ ومفاهيم إدارة الجودة الشاملة في عملياتها التصنيعية والخدمية حتى تتمكن من مواجهة التحديات الجديدة المرتبطة بشدة المنافسة، فمفهوم الجودة من المفاهيم التي يعترها بعض الغموض ويختلف مفهومها من سياق لآخر، إذ لا يوجد إجماع بين المختصين في الجودة حول تعريف محدد وواضح على اعتبار أن الجودة مرتبطة بمتطلبات وتوقعات المستفيدين منها وهي متغيرة، وعلى الرغم من اختلاف الباحثين والمختصين حول هذا المفهوم إلا أن الجميع يتفق على أن الهدف الذي تصبو إليه الجودة هو إرضاء المستفيد. وسنحاول من خلال هذا المبحث إبراز مختلف التعاريف لمصطلح الجودة، ثم المرور إلى أهم روادها وتباين واختلاف وجهات نظرهم، وفي الأخير تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الخدمية الصحية.

### 1.2.1 تعريف الجودة وإدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية.

تعتبر الجودة طموحا وهدفا تسعى جميع المنظمات إلى تحقيقه في ظل الإمكانيات المادية والبشرية المتاحة لديها، ومفهوما وفلسفة إدارية حديثة ظهرت ملامحها من خلال تبني مفهوم إدارة الجودة الشاملة، وارتأينا في هذا المطلب أن نحدد مفهوم الجودة ثم التعرّيج على إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي.

#### 1.1.2.1 تعريف الجودة

لقد اختلفت التعاريف الخاصة بالجودة وهذا نتيجة التحولات الاقتصادية عبر التاريخ، ولما كان مفهوم الجودة متعدد الأبعاد لم يتفق المفكرون والباحثون على إعطاء مفهوم موحد ودقيق، وقبل البدء في عرض هذه التعاريف لابد من المرور على المعنى الاصطلاحي وأصل كلمة الجودة.

تعرف الجودة اصطلاحاً: Quality هي كلمة مشتقة من الكلمة اللاتينية Qualitas التي يقصد بها ما طبيعة الشخص أو الشيء ودرجة صلابته، وكانت قديماً تعني الدقة والإتقان [29] ص 28.

أما القاموس Petit Larousse فيعرف الجودة على أنها: "طبيعة الشيء الذي يكون أكثر أو أقل تميزاً بمعنى جيد أو سيء" [30] ص 518.

كما تعرفها الجمعية الأمريكية للجودة والذي أشار إليه الباحثان Heizer et Render بأنها: "الهيئة أو الخصائص الكلية للمنتج (خدمة أو سلعة) التي تظهر وتعكس قدرته على إشباع حاجات صريحة وأخرى ضمنية" [31] ص 26.

وتعرف الجودة على أنها: "مجموعة الخصائص والمواصفات للمنتج أو الخدمة، والتي تولد القدرة على إشباع الحاجات المعلنة أو الضمنية، أو هي درجة تطابق الخصائص للمنتج أو الخدمة مع

متطلبات الموضوعه لذلك المنتج متضمنا المعولية (الاعتمادية)، الصيانة، وسلامة الاستخدام [32] ص 23.

وتعرف الجودة حسب مداخل روادها كما يلي:

● مدخل التفوق: ويقصد بالجودة وفق هذا المدخل بأنها ملائمة المنتج للاستخدام، أي قدرة أداء المنتج للاستخدام وفقا للمواصفات التي تحقق رضا المستهلك من خلال تقديم أداء أفضل وأدق صفات تشبع رغبات المستهلك، وهذا المدخل يتفق مع تعريف *Feigenbaum\** للجودة على أنها تحقيق رغبة المستهلك.

● مدخل يعتمد على المنتج: ينظر للجودة من خلاله على أنها الدقة والقدرة في قياس المفردات، أو الخصائص المطلوبة في المنتج، والتي هي قادرة على تحقيق رغبات المستهلك، وهذا المفهوم يتطابق مع مفهوم مبادئ وفلسفة إدارة الجودة الشاملة والتي تؤكد على دقة مطابقة المواصفات الموضوعه.

● مدخل يعتمد على المستخدم: ويقصد بالجودة من خلاله بأنها ملائمة المنتج للاستخدام، وهذا يتفق مع ما ذهب إليه *Jauran\** بأن الجودة ملائمة المنتج للاستخدام.

● مدخل يعتمد على التصنيع: تعني الجودة من خلاله صنع منتجات خالية من العيوب من خلال مطابقتها لمواصفات التصميم المطلوبة، وهذا يتفق مع مفاهيم الجودة في اليابان "اعمل الشيء من أول مرة"، وكذلك مفهوم التلف الصفري الذي جاء به *Crosby\**، ويمتاز هذا المدخل بتحقيق معايير قياس الجودة المستهدفة بأقل تكلفة ممكنة.

● مدخل يعتمد على القيمة: يهدف هذا المدخل إلى تحقيق الجودة من خلال تحديد عناصر السعر، أي مدى إدراك المستهلك لقيمة المنتج الذي يرغب في الحصول عليه من خلال مقارنة خصائص المنتج، ومدى ملائمتها مع سعر الشراء، ومتى تحقق ذلك للزبون فإن المنتج يصبح بنظره ذا قيمة عالية، فالجودة يعبر عنها بدرجة التمايز بالسعر المقبول ويحقق السيطرة على متغيراتها بالكلفة المقبولة.

ومهما تعددت التعاريف والمداخل لمفهوم الجودة إلا أنها تشترك في أربعة عناصر رئيسية وهي: [18] ص 33-34.

● الجودة "درجة التفضيل": فالجودة تعني لمعظم الناس التفوق، وهي مرادف للرفاهية والتميز، فاقتناء سيارة مرسيدس أو ساعة رولكس، أو الإقامة في فندق خمسة نجوم هي أمثلة لجودة متاحة للقادرين على الدفع.

\* *Feigenbaum*: أمريكي عمل في شركة جنرال إلكتريك عام 1944، ثم أستاذًا في جامعة ماساشوتس التكنولوجية، أول من طور مفهوم السيطرة الشاملة للجودة عام 1950.

\* *Jauran*: عالم أمريكي يعد المعلم الأول للجودة في العالم ساهم في تعليم اليابانيين كيفية تحسين الجودة، في عام 1951، جاء بمفهوم السيطرة على الجودة في كتابه الشهير *The Quality Control Hand Book*.

\* *Crosby*: عمل مهندسًا مختصًا بالمعولية في شركة *Martin Maritta* وفي عام 1965 نائبًا لرئيس وحدة الجودة في شركة *ITT* وفي عام 1979 أسس منظمة استشارية متخصصة في الجودة، دعا إلى جعل المنتج خالي من العيوب (*Zero Defects*).

● **الجودة "المطابقة للاستعمال":** تعرف الجودة بأنها الملائمة للاستعمال، وذلك لأهمية الجودة في التصميم والإنتاجية من حيث المستلزمات الضرورية للعمل بما يحقق الأمان للعاملين عند إنجازهم أعمالهم، بالإضافة إلى مشاركة الزبون في وضع متطلبات جودة السلع والخدمات التي يحصل عليها.

● **الجودة "المطابقة مع المتطلبات":** تحقيق الجودة يتم إذا كان المنتج أو الخدمة يشبع كافة المتطلبات المحددة من الزبائن سواء حددت في عقد الشراء، أو حددت بموجب المواصفات المعلنة والمحددة، أو حددت بموجب قانون أو غير ذلك، وضمن نظام الجودة في المؤسسات فإن المتطلبات تُحدد من خلال الوثائق، فإذا تضمن العقد بين الزبون والمورد مطابقة وثناق نظام الجودة فإن متطلبات النظام تصبح هي متطلبات الزبون.

● **الجودة "التركيز على الزبون":** يصبح تعريف الجودة في هذه الحالة مجموع الخصائص الشاملة في السلع والخدمات المؤثرة في تلبية حاجات الزبون الظاهرية والضمنية. إذن تقديم المنظمة لخدمة بمستوى عالٍ من الجودة المتميزة تكون قادرة من خلالها على الوفاء باحتياجات ورغبات زبائنهم، بالشكل الذي يتفق مع توقعاتهم، وتحقيق الرضا والسعادة لديهم [33] ص 17.

نستنتج مما سبق أن الجودة يجب توافرها في الخدمات المقدمة للمرضى والمراجعين في المستشفيات، ويجب تقديمها ضمن مواصفات وشروط معينة وفي الأوقات المطلوبة لها، ومدى رضا وقبول المريض لهذه الخدمة يشكل دليلاً على جودتها. والجدول الموالي يلخص مفاهيم الجودة وفقاً لبعض روادها الأوائل:

الجدول رقم (03.1): مفاهيم الجودة وفقاً لبعض روادها الأوائل [34] ص 23.

رواد الجودة:	تعريف الجودة:	التوجه:
جوران (Jauran)	الملائمة للاستخدام.	المستهلك.
ديمنج (*Deming)	الملائمة للغرض.	المستهلك.
جارفين (Garvin)	حسب خصوصية المستخدم.	المستهلك والمورد.
كروسبي (Crosby)	المطابقة للمواصفات.	المورد.
اشيكاوا (*Ishikawa)	حسب خصوصية المستخدم.	المورد.
فيجنوم (Feigenbaum)	رضا المستهلك عند أقل تكلفة.	المورد.
تاجوكي (*Taguchi)	حسب خصوصية المستخدم.	المورد.

\* **Deming**: أمريكي عمل مستشاراً ولقب بأب الجودة، ساهم في تطوير الجودة في اليابان، وأهم ما قدمه هو ما يعرف بدائرة ديمنج.

\* **Ishikawa**: ياباني عرف بأنه الأب الحقيقي لحلقات الجودة (Quality Cycles).

\* **Taguchi**: مهندس ياباني أكد على الجانب الهندسي للجودة حاز على جائزة ديمنج للجودة ثلاثة مرات متتالية، أدخل تصميم التجارب كوسيلة للسيطرة الإحصائية على جودة المنتج.

### 1.1.2.1 إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية

قبل أن نتطرق إلى مفهوم الجودة الشاملة في الخدمات الصحية وأهم مبادئها ومركزاتها، لابد من إعطاء مفهوم إدارة الجودة الشاملة كمدخل تنظيمي حديث.

#### ● إدارة الجودة الشاملة

لقد انتهجت معظم المنظمات منهج إدارة الجودة الشاملة والذي يعدّ مدخل واسع التنظيم يهدف إلى التحسين المستمر للجودة في كلّ العمليات الخاصة بالخدمة التي تقدمها مختلف المؤسسات، فإدارة الجودة الشاملة هي أفضل ضمان للإدارة باتجاه الحفاظ على زبائنها، وهي أقوى دفاع لها ضدّ المنافسين، فضلاً على زيادة الربحية للمؤسسات الخدمية، وقد تعددت وتنوعت التعاريف فيما يخص هذا المفهوم على النحو التالي:

عرف مصطلح إدارة الجودة الشاملة وذلك بتجزئة مفرداته على النحو التالي: [35] ص 21.

إدارة: تعني التطور والمحافظة على إمكانيات المنظمة لتحسين الجودة بشكل مستمر.  
الجودة: تعني تلبية وتجاوز توقعات الزبون.

الشاملة: وتتضمن البحث عن الجودة في كل جوانب العمل، بدءاً من تحديد احتياجات الزبون، وانتهاءً بالتقويم لمعرفة ما إذا كان الزبون راضياً أم لا".

فالجودة الشاملة تعرّف على أنّها: "التكيّف المستمر مع حاجات الزبائن والمستعملين، وتطوراتها بواسطة التحكم في جميع نشاطات ووظائف المؤسسة، وهي تميز السلعة أو الخدمة في تلبية كافة مطالب الزبون وتوقعاته كحسن المعاملة، السعر، الوفرة، الخدمات الإضافية، تقديم السلعة في الوقت المناسب" [33] ص 35.

وتعرف بأنها: "الطريقة أو الوسيلة الشاملة للعمل التي تشجع العاملين للعمل ضمن فريق واحد، مما يعمل على خلق قيمة مضافة لإشباع حاجات المستهلكين" [36] ص 75.

#### ● الجودة الشاملة في الخدمات الصحية

أما في قطاع الخدمات الصحية فهي بمثابة مفتاح تقييم الإبداع وإرضاء المرضى [14] ص 227، وهي: "عملية تركز على منع وقوع الأخطاء أو الاختلافات في مستوى وأسلوب تقديم الخدمة بالقضاء على مسببات هذه الأخطاء والاختلافات مسبقاً. وتعرف على أنّها إطار تنظيمي تلتزم من خلاله المنظمات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقويم جميع جوانب نشاط هذه المنظمات (المدخلات والعمليات والمخرجات) لتحسينها بشكل مستمر" [37].

كما تعرف إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية بأنّها: "خلق وتطوير قاعدة من القيم والمعتقدات التي تجعل كلّ موظف يعلم أن الجودة في الخدمة المستفيد هي الهدف الأساسي للوحدة الصحية، وأن طريق العمل الجماعي وفرق العمل هي الأسلوب الأمثل لإحداث التغيير المطلوب في المستشفى" [38] ص 193.

#### ● مبادئ إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية

ومن المفيد الإشارة إلى المبادئ أو المفاهيم الرئيسية التي تقوم عليها إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية باعتبارها أحد أنواع الخدمات: [14] ص 226.

- نجاح المؤسسة الصحية يكون من خلال فهم وإرضاء حاجات المرضى والعمل على تنفيذها؛
  - قيادة الجودة تكون من مسؤولية الإدارة العليا؛
  - النتائج الإحصائية مع البيانات الحقيقية تكون أساس مهم في تجاوز المشكلات وتحقيق التحسين المستمر؛
  - جميع الوظائف وفي كل المستويات يجب أن تركز على إجراء التحسين المستمر لتحقيق الأهداف العامة للمؤسسة الصحية؛
  - تجاوز المشكلات وتطوير العمليات يتحقق من خلال التفاعل المشترك بين الوظائف وتكوين فرق العمل؛
  - التعليم المستمر، والتدريب مسؤولية كل عامل في المنظمة الصحية.
- وقد ذكر كل من الدرادكة وشلبي مجموعة من الأفكار التي تعتبر من وجهة نظرهما أساسية للتعبير عن إدارة الجودة وهي كما يلي: [39] ص 18.
- التميز: وهذا يعني أن المؤسسات تأخذ رغبات الزبائن واحتياجاتهم وتوقعاتهم على شكل معلومات مرتدة.
  - التركيز على الجودة بمعناها الشامل: وهذا يتطلب معرفة الخصائص الممكن قياسها للسلع والخدمات التي تقدمها المؤسسة، والطريقة التي يدرك بها الزبائن تلك السلع والخدمات.
  - التحسينات المستمرة: وهذا يتطلب ابتعاد المؤسسات عن التحسينات على فترات متباعدة والتركيز على التحسين المستمر.
  - التعاون بين العاملين والمؤسسة: وإقناع هؤلاء العاملين بأن نجاحهم على المستوى الفردي سيؤدي إلى نجاح المؤسسة.
  - اعتماد عملية اتخاذ القرارات على البيانات: ويتطلب ذلك التسجيل الدائم للأحداث التي تتم في المؤسسة.
  - الاعتماد على العمل الجماعي: من خلال استغلال جماعات العمل الفعالة وتدريبها على الأساليب الخلاقة في عملية اتخاذ القرار بالشكل الذي يضمن ترسيخ التعاون الفعال داخل المنظمة.
  - إعطاء العاملين سلطات أكبر: وخصوصا في مجالات تصميم الوظائف والسياسات التنظيمية المتعلقة بهم.
  - الاهتمام بالتدريب وتقدير جهود الأفراد العاملين.
  - الرؤية المشتركة لكل من العاملين والمديرين: يجب أن تكون واضحة وتمثل توجهها محددًا للمنظمة بشكل يضمن التنسيق وتوحيد الجهود وتلاشي التكرار والتعارض في جهود العاملين.
  - وجود قيادة فعالة تمثل القدوة بالنسبة للعاملين، وتمتاز بالموضوعية وتهتم بالإنجازات أكثر من الشعارات.
- وقد أسهم كل من الرواد السابق ذكرهم في مجال إدارة الجودة الشاملة ووضع أطر لها كما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (04.1): مقارنة بين رؤى كبار المفكرين حول العناصر الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة [40] ص 29.

المفكر	رؤيته حول أهم العناصر الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة
ديمنج Deming	ركز ديمنج على: - التوجه نحو تقييم عملية تقديم الخدمات أو الوظائف. - استخدام الإحصاءات. - شروعة طرد أو إزالة الخوف من مخيلة الموظفين. - خفض درجات الانحراف عن المستويات القياسية لأداء الخدمة.
جوران Jauran	ركز جوران على: - إشراك جميع الطاقم الإداري في موضوع الجودة. - التخطيط للجودة. - الرقابة على الجودة. - تحسين الجودة.
فيجنباوم Feigenbaum	ركز فيجنباوم على: - نظام الجودة الشاملة. - تصميم الجودة. - التوجه نحو العميل (المستفيد).
إيشيكوا Ishikawa	ركز إيشيكوا على: - استخدام الإحصاءات. - حلقات الجودة. - إشراك الموظفين.
كروسبي Crosby	ركز كروسبي على: - العيوب الصفرية. - تكلفة الجودة. - شعارات الجودة.

● مبدأ التلّف الصفري في تقديم الخدمات الصحية

وقد ركزت المنظمات الصحية على عنصر ومبدأ التلّف الصفري في تبني نظم إدارة الجودة الشاملة بدرجة كبيرة كون أن عملية تحقيقه في الخدمة المقدمة ينبع أساساً من مسؤوليتها في تقديم خدمة صحيّة عالية الجودة، وبالتالي أمكن القول بأنّ التلّف الصفري هو بمثابة مرشد لمساعدة الإدارة العليا في المستشفى في عمليّة التطوير والاستمرار في تحقيق ما هو أفضل (التحسين المستمر)، كما هو يحدد بذات الوقت النّجاح المتحقّق من الخدمة التي يدركها المريض وما ينعكس بالتالي على تقييمه للخدمة المقدمة، وبفضل اعتماد هذا المبدأ يمكن تحقيق النتائج التّالية للمنظمة

الصحية: [14] ص 225

- يعد بمثابة مؤشر مهم على جودة الخدمة الطبية المقدمة، وخلق الاطمئنان المبكر لدى المرضى في تقبل العلاج وبخاصة الحالات الصحية المعقدة والكبيرة؛
- يحقق سمعة ومكانة كبيرة للمستشفى بين المنافسين تعكسها درجة نوعية الخدمة الصحية المقدمة؛
- زيادة ولاء المرضى للمستشفى على الأمد الطويل؛
- أخيرا يمكن القول بان التآلف الصفري هو هدف يسعى لتحقيقه كل فرد في المستشفى وعلى اختلاف مستوياتهم.

وما يمكن استخلاصه مما سبق هو أن تطبيق مبادئ ومفاهيم الجودة الشاملة في القطاع الصحي ضرورة جدا، خاصة بعد النجاح الكبير المحقق في المؤسسات التجارية والصناعية والخدمية، وهذا بهدف تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة والارتقاء بها إلى مستوى طموحات المرضى.

### 2.2.1 مراحل تطور إدارة الجودة الشاملة .

لقد تطور مفهوم الجودة الشاملة إلى كافة القطاعات الإنتاجية والخدمية، بعد إن كانت النشأة الأولى له في القطاع الصناعي في اليابان ثم امتدت إلى الولايات المتحدة الأمريكية، الأمر الذي أسهم في زيادة الكفاءة الإنتاجية لهذه القطاعات وتحقيق رضا العملاء عن الخدمات المقدمة لهم.

وقد قام Garvin بتقسيم تطور الجودة الشاملة إلى ستة مراحل كما يلي: [41] ص 31-33.

#### 1.2.2.1 مرحلة ضبط الجودة

وقد امتدت هذه المرحلة ما بين (1900 – 1920) وتميزت هذه المرحلة بأن مسؤولية تحديد الجودة تقع على مشرفين متخصصين بعمل الرقابة على الجودة ومتابعة قياسها والتحقق منها على المنتجات التي تقوم المؤسسات بإنتاجها.

#### 2.2.2.1 مرحلة الضبط الإحصائي للجودة

امتدت هذه المرحلة خلال (1920 – 1940) وتميزت باستخدام وظيفة التفتيش ومقارنة النتائج بالمطلوبات المحددة لتحديد درجة التطابق بين المنتج والمواصفات المطلوبة للجودة.

#### 3.2.2.1 مرحلة ظهور منظمات متخصصة في الجودة

وكانت هذه المرحلة خلال (1940 – 1960) وامتازت هذه المرحلة بعدة تغيرات في بيئة الصناعات وخاصة بعد فترة الكساد الاقتصادي الرأسمالي في سنة (1929 – 1933)، فقد صمم Harry Roming و Harold Dodge أسلوبا إحصائيا لفحص عينات من الإنتاج بدلا من فحصه كله، وهذا يعني وجود احتمالية وصول وحدات من الإنتاج إلى السوق وفيها أخطاء، الأمر الذي يؤثر سلبا في سمعة المؤسسة في السوق ورضا زبائنهم [33] ص 24.

### 4.2.2.1 مرحلة تحسين الجودة

امتدت هذه المرحلة من (1960 – 1980) والتي تميزت بتطور مفهوم حلقات الجودة في اليابان إلى مفهوم إدارة الجودة الشاملة، وكذلك ظهور التلّف الصفري في اليابان إلى جانب مفاهيم أخرى كتوكيد الجودة والذي يعتبر نظام متكامل يتضمن عدد من السياسات والإجراءات اللازمة لتحقيق الجودة في المؤسسات الصناعية.

### 5.2.2.1 مرحلة إدارة الجودة

امتدت هذه المرحلة ما بين (1980 – 2000) وتميزت هذه المرحلة بعدد من مفاهيم الجودة التي تمخضت عن المرحلة السابقة كمفاهيم العولمة، الإيزو، وظهور برامج الحاسوب في تصميم المنتج وإنتاجه، وظهور فكرة الإنتاج المتكامل وأنظمة الإنتاج المرن وغيرها.

### 6.2.2.1 المرحلة الراهنة

وهي المرحلة المستقبلية التي تشير إليها الأبحاث العلمية في هذا الميدان بأنها ستكون مرحلة الاهتمام بالزبون من خلال تقديم وإنتاج ما يرغب فيه هذا الأخير، من حيث سهولة وسرعة الحصول عليه عند الطلب [34] ص 25.

### 3.2.1 أهمية الجودة وأهدافها .

من خلال العرض السابق يتّضح لنا جلّياً الأهمية البالغة التي تكتسبها الجودة في المنظمات باختلاف أنواعها، وكذا تركيزها على تحقيق مجموعة من الأهداف، والتي سنوردها في العنصرين المواليين.

### 1.3.2.1 أهمية الجودة

لا بد أن تحقيق الجودة في الأداء هو حلم يراود جميع المنظمات بغض النظر عن انتمائها إلى القطاع العام أو الخاص، فللجودة أهمية إستراتيجية كبيرة سواء على مستوى الزبائن أو مستوى المنظمات على اختلاف أنشطتها، فهي تمثل أحد أهم العوامل الأساسية التي تحدد الطلب على خدمات المؤسسة، ويمكن تناول هذه الأهمية في النقاط التالية: [34] ص 32-33.

- سمعة المؤسسة: تستمد المؤسسة شهرتها من خلال مستوى جودة خدماتها ويتضح ذلك من خلال العلاقات التي تربط المؤسسة مع المجهزين وخبرة العاملين ومهاراتهم ومحاولة تقديم خدمات تلبي رغبات وحاجات الزبائن.

- المسؤولية القانونية للجودة: وهذا يعكسه عدد القضايا الناشئة بين المؤسسات الخدمية وزبائنهم نتيجة تقديم خدمات غير جيدة أو ذات عيوب لذا تسعى المؤسسات لأن تكون مسؤولة قانونياً عن كل ضرر يصيب الزبون من جراء استخدامه واستفادته من خدماتها.

- المنافسة: تسعى كل مؤسسة إلى تحقيق الجودة العالية في مخرجاتها والتي تمكنها من تحقيق المنافسة العالمية وتحسين الاقتصاد بشكل عام، والحصول على مكانتها في الأسواق

العالمية بمستوى جودة يضاهاى كبريات المؤسسات العالمية الخدمية.

● حماية الزبون: إن تطبيق الجودة في المؤسسات ووضع مواصفات قياسية محددة تساهم في حماية الزبون من العش التجاري ويعزز الثقة في خدمات المؤسسة، فعندما يكون مستوى الجودة منخفض فسيؤدي إلى امتناع الزبون وإعراضه عن الطلب على خدمات المؤسسة، إذ أن عدم رضا الزبون هو فشل الخدمة من القيام بالوظيفة التي يتوقعها الزبون.

● التكاليف وحصة السوق: التنفيذ والتقييد بالجودة في جميع مراحل وعمليات إنتاج الخدمة يتيح فرصة اكتشاف الأخطاء وتفاديها لتجنب تكاليف إضافية، وبالتالي تخفيض التكلفة وزيادة ربح المؤسسة.

### 2.3.2.1 أهداف الجودة

نميز وبشكل عام بين نوعين من أهداف الجودة وهما: [42] ص 103.

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

● أهداف تحسين الجودة: وهي غالبا ما تنحصر في الحد الأدنى من الأخطاء وتطوير منتجات وخدمات جديدة ترضي العملاء بفاعلية أكبر.

ومن هنا يمكن تصنيف أهداف الجودة بنوعيتها إلى خمسة فئات تتمثل في:

- أهداف الأداء الخارجي للمؤسسة ويتضمن الأسواق والبيئة والمجتمع.
- أهداف الأداء للمنتج أو الخدمة وتتناول حاجات الزبائن والمنافسة.
- أهداف العمليات وتتناول مقدرة العمليات وفعاليتها وقابليتها للضبط.
- أهداف الأداء الداخلي وتتناول مقدرة المؤسسة وفعاليتها ومدى استجابتها للتغيرات ومحيط العمل.

- أهداف الأداء للعاملين وتتناول المهارات والقدرات والتحفيز وتطوير العاملين.

### 3.1 جودة الخدمة الصحية.

بالرغم من الاهتمام المتزايد بموضوع الجودة إلا أنه يلاحظ بأن هناك اختلافات في تعريف الجودة وفقا لاختلاف وجهات النظر في هذا الموضوع، بالإضافة إلى أن عملية تعريف الجودة ومراقبتها تختلف كثيرا في قطاع الخدمات قياسا إلى القطاع الإنتاجي المتمثل بالسلع الملموسة، ثم إن الجودة في الخدمات الصحية بالأخص قد أخذت موقعا مهما في مجال البحث والتطوير، إذ أنها لم تعد خاضعة إلى الاعتبارات أو الاجتهادات الشخصية البحتة في قياسها، فالمؤسسات الصحية من أكثر المؤسسات حساسية للجودة، وأصبح للجودة أبعاد رئيسية يتم اعتمادها كأساس في القياس والتأثير لتحديد مستوى الجودة، وسنحاول من خلال هذا المبحث تسليط الضوء على مختلف التعاريف التي تناولت جودة الخدمة، والجودة في الخدمات الصحية، وأهميتها ودور العاملين في تحسينها، لنحدد في الأخير خطوات تحقيق الجودة ومبررات قياسها.

### 1.3.1 مفهوم جودة الخدمة وجودة الخدمة الصحية.

قبل إعطاء مفهوم لجودة الخدمات الصحية لابد من التطرق لمفهوم جودة الخدمة.

#### 1.1.3.1 جودة الخدمة

إن محاولة إعطاء تعريف لجودة الخدمة أمر ليس بالسهل بل هو بالغ التعقيد والصعوبة إذا ما حولنا تحديد تعريف دقيق وواضح، ويرجع ذلك إلى خصائص الخدمة وطبيعتها، والتي كان لها الدور والتأثير الواضح على قضية الجودة، وفي المقابل انعكست أوجه نظر الباحثين وتباينت وتعددت تعاريفهم للجودة في الخدمة، وسنورد بعض هذه التعاريف:

عرف **Parasuraman\*** جودة الخدمة بأنها: "الفرق بين توقعات المستفيد من الخدمة وإدراكه للأداء الفعلي لها" [43] ص 106.

كما تعرّف بأنها: "نتيجة عملية تقييم، بحيث يقارن المستفيد بين توقعاته للخدمة وطبيعة الخدمة المستلمة" [44] ص 974.

وتعني جودة الخدمة: "أن تقوم المؤسسة بتصميم وتسليم الخدمة بشكل صحيح من أول مرة على أن تؤدي بشكل أفضل في المرة الموالية وتحقق رضا الزبون في الوقت نفسه، شريطة أن تتمتع بمزايا تنافسية مقارنة بالخدمة التي تقدمها المؤسسات التي تعمل في نفس النشاط" [28] ص 13.

وتعرف أيضا بأنها: "التزام الإدارة بإشباع حاجات ورغبات المستفيد أو درجة التطابق مع المواصفات من وجهة نظر المستفيد وليس من وجهة نظر الإدارة" [45] ص 05.

وفي ضوء ما سبق يمكن تصور ثلاثة مستويات للخدمة وهي: [34] ص 90-91.

- الخدمة العادية: وهي تلك الخدمة التي تتحقق عندما يتساوى إدراك الزبون للأداء الفعلي مع توقعاته المسبقة لها.
- الخدمة الرديئة: وهي تلك الخدمة التي تتحقق عندما يتدنى الأداء الفعلي للخدمة عن مستويات التوقعات بالنسبة إليها.
- الخدمة المتميزة: وهي تلك الخدمة التي تتحقق عندما يفوق أو يتجاوز الأداء الفعلي للخدمة توقعات الزبون بالنسبة إليها.

ويرى **Walsh & Stewart** أن جودة الخدمات لابد وأن تعكس ما إذا كانت هذه الجودة تشبع متطلبات المستخدمين لها، وإلى أي مدى يتحقق مثل هذا الإشباع، وكذلك قد حققت الهدف الذي من أجله وجدت الخدمة، وإلى أي مدى تم تحقيق ذلك.

\* **Parasuraman**: بروفيسور ونائب عميد كلية الإدارة بجامعة ميامي بأمريكا، أحد الشخصيات العشرة الأكثر تأثيرا في علم جودة الخدمة على مستوى العالم - تصنيف جمعية الجودة الأمريكية 1988.

ويمكن التمييز مما سبق بين خمسة مستويات لجودة الخدمة، وهذه المستويات هي كما يلي:  
[46] ص 165.

- الجودة المتوقعة من قبل الزبون وتتمثل في الجودة التي يعتقد الزبائن أنها يجب أن تتوفر فيما يحصلون عليه من خدمات.
- الجودة المدركة من قبل إدارة المؤسسة الخدمية.
- الجودة القياسية المحددة بالموصفات النوعية للخدمة.
- الجودة الفعلية التي تؤدي بها الخدمة (الجودة المدركة من قبل الزبون).
- الجودة المروجة (المدعاة) للزبائن والمنقولة لهم من خلال وسائل الاتصال الترويجي المختلفة.

وبتبني المفهوم الحديث في تسويق الخدمات فإن المؤسسة الخدمية موجهة نحو الزبون **Customer-Oriented** وهو مفهوم يدعم جودة الخدمة كما يدركها الزبائن أكثر من الجودة التي تراها إدارة المؤسسة فيما تقدمه من خدمات، وذلك لعدة أسباب أهمها: [47] ص 134.

- إدارة المؤسسة الخدمية قد لا يكون لديها معرفة بالمعايير المحددة لاختيار الزبائن أو نوايا الشراء لديهم، أو حتى الأهمية النسبية التي يولونها لكل معيار من هذه المؤسسة الخدمية اهتماما قليلا لموضوع الخصوصية والسرية، فإن الزبائن يولون ذلك أهمية كبيرة؛
- إدارة المؤسسة الخدمية ربما تخطئ في تقديرها للكيفية التي يدرك الزبائن بها أداء خدماتها؛
- إدارة المؤسسة الخدمية قد لا تعترف بحقيقة أن الحاجات الزبائن قد تتطور استجابة للتطور في الخدمات المقدمة لهم، وهو ما يجعلها تعتقد أن ما تقدمه يعتبر مناسباً.

كخلاصة لمجموع التعاريف التي تطرقنا إليها سابقاً يمكن القول بأن:

- مفهوم جودة الخدمة ذو أبعاد متعددة، وبالتالي فهو مفهوم مركب؛
- مفهوم جودة الخدمة يكمن في إدراك الزبائن، وبالتالي فإن تقييمهم لجودة الخدمة يخضع للنفقات الإدراكي فيما بينهم؛
- تقييم الزبائن لجودة الخدمة لا يتم فقط على أساس معايير ترتبط بمضمون الخدمة نفسها، بل تمتد إلى الأسلوب الذي تؤدي به هذه الخدمة؛
- جودة الخدمة يجب أن تقاس بمقاييس ترتبط بإدراكات الزبائن، وتعبّر عنها وليس بإدراكات المؤسسة الخدمية؛
- جودة الخدمة هي محصلة تفاعل بين الزبون وبين عناصر تتعلق بالمؤسسة الخدمية نفسها؛
- جودة الخدمة هي المحدد الرئيسي لرضا أو عدم رضا الزبائن، وهو المفهوم الذي تبناه العديد من الباحثين المتخصصين في مجال الجودة مثل Parasuraman وزملاؤه Taylor & Cronin وآخرين وغيرهم.

### 2.1.3.1 الجودة في الخدمات الصحية

إن تعريف الجودة في الخدمات الصحية تعدّ عملية تتسم بالتّعقيد والغموض، لأنّ العديد من أوجه الخدمة الصحية تبدو دائماً غير واضحة المعالم لبعض الأطراف المعنية بها، وبالتالي فإن محاولة تعريف الجودة ستعكس وجهة نظر الشخص أو الطرف القائم بالتعريف. فمن خلال تعريف Palmar لجودة الخدمة الصحية والتي ينظر إليها من الزوايا التالية: [14] ص 72.

- المريض: على أنها ما يوفره المستشفى من معالجة تتسم بالعطف والاحترام.
- الطبيب: بوضع المعارف والعلوم الأكثر تقدماً والمهارات الطبية في خدمة المريض.
- المالكين: الحصول على أحسن العاملين وأفضل التسهيلات لتقديم الخدمة للزبائن.
- إدارة المستشفى: تحقيق الكفاءة في تقديم الخدمة الطبية.

ويقصد بالجودة من المنظور المهني الطبي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، وتحكمها أخلاقيات الممارسة الصحية، والخبرات ونوعيتها، والخدمة الصحية المقدمة، والتعامل المثالي مع المريض والإداري والالتزام بالمعايير والأخلاقيات التي تحكم المهنة الصحية، والتأهيل والممارسة والخبرة [48] ص 72.

وتعرف منظمة الصحة العالمية جودة الخدمات الصحية بأنها: "التماسي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع وبكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تأثير في نسبة الحالات المرضية والوفيات والإعاقة وسوء التغذية" [49] ص 25-26.

ويمكن تعريف الجودة في الخدمات الصحية بأنها: "السعي الدائم والمستمر نحو تحقيق متطلبات المريض بأقل تكلفة ممكنة بحيث تشمل ثلاثة نقاط أساسية:

- تحقيق الجودة من وجهة نظر المريض، ويمكن التحقق من ذلك عن طريق قياس رضا المريض؛

- تحقيق الجودة من وجهة النظر المهنية وهو تحقيق ما يحتاجه المريض بناء على ما هو مقبول طبياً من حيث التشخيص والإجراءات والعلاج؛

- تركز حول جودة العمليات المتعلقة بجودة تصميم وتقديم الخدمات الصحية، وذلك على أساس الاستخدام الأمثل لموارد المؤسسة الصحية. " [50] ص 311.

كما تعرف بأنها: "تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه، وما يمكن أن يفيض عنها قياساً بما يتوقع" [14] ص 199.

وبشكل عام يمكن القول بأن جودة الخدمة الطبية تركز على تطوير الخدمة وتحسين الأداء في العمل والممارسة الطبية، بحيث يعتبر المستشفى (المريض) محطّ اهتمام وتوجه استراتيجي حديث في كافة المؤسسات الخدمية الصحية لمقابلة احتياجاته ومتطلباته، وتحسين مستوى الخدمات المقدمة له والتي تتوافق مع تطلعاته.

وينظر الباحثون إلى جودة الخدمات من زاويتين واتجاهين مختلفين، فمنهم من يراها من وجهة نظر داخلية على أنها الالتزام بالموصفات التي تكون الخدمة قد صُممت على أساسها، ومنهم

من يراها تركز على جودة الخدمة المدركة من قبل المرضى فالأولى تُعبّر عن موقف الإدارة، أما الثانية فهي تُعبّر عن موقف المرضى واتجاهاتهم إزاء ما يُقدم لهم من خدمات صحية.

لذلك ووفقا لمفهوم وأدبيات التسويق الحديث فإننا نرجح ونبني فكرة ومنطلق المنظور الثاني والذي يرى بأن مفهوم جودة الخدمة الصحية يكمن في إدراك المريض.

### 2.3.1 أهمية جودة الخدمة الصحية والعوامل المؤثرة فيها .

سنحاول من خلال هذا المطلب تسليط الضوء وإبراز العديد من المفاهيم النظرية المرتبطة بأهمية جودة الخدمات الصحية ومختلف العوامل المؤثرة فيها، بالإضافة إلى دور العاملين في تحسينها.

#### 1.2.3.1 أهمية جودة الخدمات الصحية

هناك عدد من المؤشرات الرئيسية والتي يمكن من خلالها الاستدلال على أهمية الجودة في الخدمات الصحية، ومن أبرزها ما يلي:

- هناك ارتباط كبير بين الخدمة والجودة إلى حد كبير حتى أصبح من الضرورة اعتماد عدد من المعايير لتقييم مستوى الرضا المتحقق لدى المرضى، من خلال الربط بين الخدمة والجودة، وهذا ما دفع إلى اعتماد مقاييس من قبل الباحثين لمعرفة رأي المستهلك بما يتوقعه من أداء في الخدمة المقدمة له من مقدمها، وعليه أمكن القول بأن جوهر الخدمة الصحية يتركز في درجة الجودة التي تتميز بها عن غيرها من الخدمات الأخرى.

- تعد الجودة في الخدمة الصحية مؤشر مهم في قياس مستوى الرضا المتحقق لدى المريض عن الخدمة المقدمة له من قبل المستشفى أو أية منظمة صحية أخرى، كما تحدد مستوى الاستجابة لما كان يتوقعه المريض من تلك الخدمة.

- الجودة في الخدمة الصحية لا تعبر عن حالة سكون لما يقدم للمريض، بل هي تخضع للتحسين المستمر عبر إدارة متخصصة ضمن الهيكل التنظيمي للمستشفى، وهادفة إلى تحقيق الشمولية والتكاملية في الأداء.

فالشمولية تعني التوسع في مستوى جودة الخدمات التي يتوقعها المرضى من الخدمة الطبية والسريرية المقدمة لهم بكافة جوانبها الأخرى، أما التكاملية فهي كون المستشفى نظام مكون من أنظمة فرعية يعتمد بعضها على البعض الآخر، ولكل نظام فرعي برامجه الخاصة إلا أنه يتكامل مع البرامج الأخرى، وكمثال على ذلك فإن الهيئة الطبية لا تستطيع ممارسة وظائفها الطبية السريرية من دون وجود التكامل مع الهيئة التمريضية أو الخدمات المساندة الأخرى كالمختبر، الأشعة، الصيدلانية،... الخ.

- أخذت الجودة موقعا هاما ومهما في مجال البحث والتطوير، إذ أنها لم تعد خاضعة إلى اعتبارات أو اجتهادات الشخصية البحتة في قياسها، بل أصبح للجودة أبعاد رئيسية يتم اعتمادها

كأساس في القياس والتأثير لتحديد مستوى الجودة. وتتمثل في: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الالتزام، والتعاطف.

### 2.2.3.1 العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية

هناك عدّة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية وتتمثل هذه العناصر في التالي: [48] ص 73.

● تحليل توقّعات المريض: تحتاج المستشفيات إلى فهم اتجاهات المرضى عند تصميمهم للخدمة الصحية بحيث يكون هذا التصميم متوقفاً على توقّعات المريض لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكّنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة الصحية المقدّمة.

ويمكن للمرضى أن يحقّقوا إدراكاتهم للخدمة المقدّمة من خلال التّمييز بين المستويات المختلفة للجودة وهي:

- الجودة المتوقّعة: وهي تلك الدرجة من الجودة التي يرى المريض وجوب وجودها، وهذا المستوى من الجودة يصعب تحديده في الغالب إذ يختلف باختلاف خصائص المرضى وحالاتهم العلاجية فضلاً عن اختلاف الخدمات التي يتوقّعون وجودها في المستشفى.

- الجودة المدركة: وهي إدراك المريض لجودة الخدمة الطبيّة المقدّمة له من قبل المستشفى، أي تصوّر المريض لجودة الخدمات الصحية المقدّمة له.

- الجودة القياسية: ذلك المستوى من الخدمة المقدّمة والتي تتطابق مع المواصفات المحدّدة أساساً للخدمة والتي تمثّل بذات الوقت إدراكات إدارة المستشفى.

- الجودة الفعلية: وهي تلك الدرجة من الجودة والتي اعتاد المستشفى تقديمها للمرضى.

● تحديد جودة الخدمات: عندما يطّلع المستشفى بمختلف حاجات المرضى فإنّه لا بدّ من التصميم المناسب للخدمة الصحية، وهذا ضماناً لتحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدّمة، وهذا التّوصيف عادة ما يكون مرتبطاً مع أداء العاملين في المستشفى ومستوى وكفاءة والمعدّات المستخدمة في إنجاز الخدمة الطبيّة.

● أداء العاملين: عندما تضع إدارة المستشفى معايير الجودة للخدمات الصحية المقدّمة ويتحقّق الالتزام في تنفيذها من قبل الكادر الطّبيّ والفنّي في المستشفى، فإنّها في المقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطّرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب للكادر الطّبيّ والتّمرضي والخدمي المتّصل بالمرضى بأنّ أدائهم سيكون بالمستوى المناسب والمطلوب [14] ص 208.

● إدارة توقّعات الخدمة: ويكون من المهمّ أن تتوقّع إدارة المستشفى تقييم المرضى لجودة الخدمات الصحية المقدّمة لهم، ولا بدّ أن تكون هذه التوقّعات عقلانية ويمكن تحقيقها، وهنا يكون من الضّروري والمناسب أن لا تقدّم الإدارة وعوداً لا تستطيع الوفاء بها لأي سبب كان، والذي ينعكس على عدم رضا الزّبون أو المرضى عن الخدمة الصحية المتوقّعة حصولها [51] ص 11.

### 3.2.3.1 دور العاملين في تحسين الجودة

يعتبر سلوك مقدم الخدمة الصحية داخل المستشفى من أهم العوامل التي يعتمد عليها المرضى في تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة، لذا فإن المؤسسة الخدمة بشكل عام والصحية بشكل خاص تعتمد بشكل كبير على هؤلاء العاملين في السلك الطبي لتحسين جودة الخدمة المقدمة من قبل المستشفى [52] ص 256.

فهنالك علاقة تفاعلية بين المرضى وبين مقدمي الخدمات الطبية كالأطباء، الجراحين، المرضين، أعوان الأمن، إلى غيره من موظفي المؤسسة الصحية والذين يشكلون الخطوط الأمامية ويلعبون دورا مهما في التأثير على جودة الخدمة المدركة من قبل المرضى.

كما أن نجاح المؤسسة الخدمية يتوقف بدرجة كبيرة على مدى نجاحها في استقطاب وتشغيل وتنمية كوادر متميزة قادرة على التنفيذ الفعال لمنظومة العلاقات المستهدفة مع العملاء، وأن تلك الكوادر والإطارات يجب أن تكون مسلحة بمعارف ومهارات تسويقية وفنية رفيعة المستوى عن المزيج الخدمي وأبعاده ومحتواه ولديها الولاء والقدرة على التعامل مع العملاء بسهولة وصدق دائما [53] ص 42.

فعندما تضع إدارة المستشفى المعايير النوعية للخدمات الصحية المقدمة، ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الأطقم الطبية والفنية في المستشفى، فإنها بالمقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب للملاك الطبي والتمريض والخدمي المتصل بالمرضى بأن أدائهم سيكون بالمستوى المناسب والمطلوب، ولا شك بأن نظام التقييم للرواتب والحوافز الذي يستخدمه المستشفى يلعب دورا كبيرا في أداء العاملين، العمل بروح الفريق الواحد، الجهد المبذول اتجاه المرضى، اللطف والأدب في الرد على استفسارات المرضى، الاستجابة السريعة لطلبات المرضى وتنفيذها وغيرها، لها أثر مضاف في تحديد مستوى التقييم والحوافز الممنوحة للعاملين ودون أن تخضع لاجتهادات شخصية [54] ص 336.

### 3.3.1 خطوات تحقيق الجودة في تقديم الخدمة ومبررات قياسها .

قبل تحديد أسباب ومبررات قياس الجودة باعتبارها مرجع للمنظمات لمعرفة مدى فعالية نظام إنتاجها الخدمي، والوقوف على أسباب الفشل في تقديم خدمة ذات نوعية عالية، لا بد من تحديد مراحل وخطوات تحقيق الجودة في تقديم الخدمة.

#### 1.3.3.1 خطوات تحقيق الجودة في تقديم الخدمة

لتحقيق الجودة في تقديم الخدمة يجب إتباع الخطوات التالية: [36] ص 217.

● جذب الانتباه وإثارة الاهتمام بالعملاء: إن جذب انتباه العملاء وإظهار الاهتمام بهم يتم من خلال المواقف الإيجابية التي يبديها مقدم الخدمة، فالاستعداد النفسي والذهني لملاقاة العملاء وحسن المظهر، والابتسامة والسلوك الإيجابي الفعال والثقة بالنفس، وغيرها من المواقف الأخرى

تعتبر بمثابة سبب يؤدي إلى إيقاظ الرغبة لدى الزبائن من أجل الحصول على الخدمة التي يريدها. ويمكن تحقيق ذلك من خلال المواقف الإيجابية التالية:

- الاستعداد النفسي والذهني لمقابلة العملاء والاهتمام بهم والرغبة في تقديم الخدمة لهم؛
- حسن المظهر، والابتسامة والبرقة والدفء في التعامل مع العملاء، وإظهار روح الود والمحبة في مساعدتهم؛
- الدقة التامة في إعطاء الموصفات عن الخدمة دون اللجوء إلى المبالغة؛
- إشعار العملاء بالسعادة في تقديم الخدمة وأن المؤسسة التي يتعامل معها تمثل أفضل المؤسسات تأكيداً للجودة والاهتمام بتقديمها؛
- عدم التصنع في المقابلة والحديث، والتخلص من الصور السلبية في التعامل؛
- التركيز على أن المؤسسة تبدأ بالعميل وتنتهي به في توفير الخدمة.

- خلق الرغبة لدى العميل وتحديد حاجاته: إن خلق الرغبة وتحديد احتياجات العميل تعتمد على مهارات وكفاءات عالية لمقدم الخدمة ومن المتطلبات الأساسية لذلك ما يلي:
  - العرض السليم لمزايا الخدمة المقدمة بالتركيز على خصائصها ووفرتها؛
  - التركيز على نواحي القصور في الخدمات التي يعتمد عليها العميل مع الالتزام بالموضوعية في إقناع العميل بالتعامل في خدمة أخرى لتفادي القصور؛
  - ترك الفرصة للعميل لكي يستفسر عن كافة الأمور التي يجب أن يستوضحها، وأن يكون مقدم الخدمة مستعداً للرد على تلك الاستفسارات بموضوعية ودقة مما يجعل الزبون مستعداً لاستكمال إجراءات اقتناء الخدمة؛
  - التركيز على الجوانب الإنسانية في التعامل كالترحيب والابتسامة والشعور بأهمية توفير الحاجات الحالية والمستقبلية للعملاء.

- إقناع العميل ومعالجة الاعتراضات لديه: إن عملية إقناع العميل باقتناء الخدمة ليس بالأمر السهل، وإنما يتطلب من مقدم الخدمة العديد من الجهود السلوكية القادرة على خلق القناعة لدى العملاء عند تقديم الخدمات وكذلك معالجة الاعتراضات التي يبديها العميل عند اقتناء الخدمة.

- التأكد من استمرارية العملاء بالتعامل مع المؤسسة: إن عملية التأكد من استمرارية التعامل مع المؤسسة وخلق الولاء لدى العملاء يكون بالدرجة الأولى من خلال الاهتمام بشكاوى العملاء وملاحظاتهم، بحيث يجب على مقدمي الخدمات أن يكونوا على درجة عالية من الصبر في استيعاب شكاوى العملاء، واتخاذ الإجراءات التي يمكنها معالجة ذلك.

### 2.3.3.1 مبررات قياس جودة الخدمة

إن المؤسسات الخدمية تحتاج إلى أداة أو معيار تستطيع من خلاله الحكم على فعالية الأنشطة والعمليات اللازمة لتحقيق الأهداف المنشودة، والتوصل إلى ما قد يكون هناك من تباين بين النتائج المخطط لها وبين النتائج التي تحققت فعلاً، ومقارنة المحقق بالمخطط له على أساس المعايير المحددة مسبقاً، ولذا فإن توافر مقياس للجودة يتسم بالدقة والموضوعية يعتبر ضرورة وحنمية لتقييم الأداء

وتحليل الانحرافات عن المعايير الموضوعية، ومن ثمّ اتّخاذ الإجراءات اللازمة لتحسين الجودة في الأجل القصير والطّويل [55] ص 42.

فالصّعوبة في قياس جودة الخدمة ترجع إلى كون الخدمة في مضمونها غير ملموسة، فعند اتّخاذ قرار الشراء لمنتج معيّن من أحد المحلّات يستطيع المشتري تقييمه وتحديد جودته بسهولة من خلال النّظر إليه، وعقد المقارنة التي تمكّنه من اتّخاذ قرار الشراء، وحتّى في المحلّات التي يصعب عليه إصدار حكم بشأنها فإنّه يستطيع الاستعانة بأهل الخبرة في هذا الصّدّد، أمّا في الخدمات لا يستطيع الشّخص طالب الخدمة أن يعرف طبيعة هذه الخدمة قبل اتّخاذ قرار الشراء، بالإضافة إلى أنّ العنصر البشري يلعب دوراً هاماً في إنتاج الخدمة، كما أن جودة الخدمة أيضاً تعتمد على درجة مشاركة المستفيد في عمليّة إنتاجها، والتي تعتبر هامة لنجاحها، وتشير الدراسات إلى صعوبة قياس أداء الجودة في بعض المؤسسات الخدميّة لصعوبة تحديد مكّونات المدخلات والمخرجات في مثل هذه المنظمات، كذلك اختلاف مراحل الخدمة من صناعة خدميّة إلى أخرى، وبالتالي لا يمكن وضع معايير ثابتة لقياس جودة الخدمات وتعميمها على جميع المؤسسات الخدميّة، خاصّة إذا كنا بصدد الحديث عن الخدمة الصحيّة والتي لها من الخصوصيّة ما يميّزها عن غيرها من الخدمات، فهي تمتلك بدلاً عن ذلك مواصفات نوعيّة تجريبية أو موثوقيّة تعتمد على التّجربة والخبرة كالرضاء، السّعادة، السّرور، الحزن، الألم، وغيرها، وهي صفات يمكن تقييمها فقط من خلال الشراء أو الاستخدام أو الاستهلاك للخدمة الصحيّة، كما هو حاصل في التّداوي وتضميد الجروح، قلع الأسنان، تجبير كسور العظام، الفحوص المخبريّة، والشعاعيّة [14] ص 211.

لذلك فإنّ هناك حاجة ماسة لأن يقوم كلّ قطاع من القطاعات الخدميّة بتطوير المقاييس المناسبة لقياس جودة الخدمة المقدّمة، في ضوء الظروف البيئيّة والثّقافيّة والتنظيميّة التي يعمل من خلالها، على أن تتضمّن هذه المقاييس تحقيق نوع من التّوازن بين أهداف طالب الخدمة والمؤسسة في نفس الوقت.

## خلاصة الفصل الأول:

من خلال هذا الفصل يظهر لنا بأن الخدمات بصفة عامة والخدمات الصحية بصفة خاصة تمثل تلك الأنشطة غير الملموسة، والتي تهدف أساساً تحقيق رضا الزبون (المريض) وحلّ مشاكله، وهي محصلة التفاعل بين العناصر المنتجة لها والمتمثلة في الزبون، الحامل المادي، والمستخدمون، وهي تشمل الفائدة التي يشبع بها الزبون حاجاته ورغباته من جهة وتحقق بها المؤسسة أهدافها الخاصة. فالخدمات تتسم بالعديد من الخصائص والتي ميّزتها عن غيرها من المنتجات، مما جعل الأنشطة التسويقية الخاصة بها أكثر تعقيداً.

وبتبنى المفهوم الحديث في تسويق الخدمات فإن المؤسسة الخدمية موجهة نحو الزبون باعتباره حجر الزاوية واللبننة الأساسية التي تحقق من خلالها المؤسسة البقاء والاستمرارية، وهو مفهوم يدعم جودة الخدمة كما يدركها الزبائن أكثر من الجودة التي تراها إدارة المؤسسة فيما تقدّمه من خدمات. وبشكل عام يمكن القول بأن جودة الخدمة الصحية تركز على تطوير الخدمة وتحسين الأداء في العمل والممارسة الطبية، بحيث يعتبر المستشفى (المريض) محطّ اهتمام وتوجّه استراتيجي تسعى المؤسسات الخدمية الصحية لمقابلة احتياجاته ومتطلباته، وتحسين مستوى الخدمات المقدمة له والتي تتوافق مع تطلّعاته. وهذا ما يترجمه تبني أسلوب وفلسفة إدارية متطورة، وثقافة تنظيمية جديدة تعرف بإدارة الجودة الشاملة تهدف بالدرجة الأولى إلى التحسين المستمر في العمليات من خلال إشراك جميع العاملين في المؤسسة والقيام بالنشاط الصحيح خالياً من العيوب لأول مرة.

لذلك ووفقاً لمفهوم وأدبيات التسويق الحديث فالمؤسسة الخدمية قد لا يكون لديها معرفة بالمعايير المحددة لاختيار الزبائن ولا الكيفية التي يدركون بها الخدمات المؤداة لهم، وهذا ما يرجح صحة الفرضية الأولى والتي مفادها أن: **مفهوم الجودة يكمن في إدراك المريض، وليس من منظور المؤسسة.** وبالتالي أصبح واضحاً أن جودة الخدمة الصحية أمر ملح يواجه المؤسسات الصحية، فلم يعد يكفي مجرد الإيمان بأهمية تقديم خدمة ذات جودة متميزة، وإنما يتطلّب سعي الإدارة إلى الاهتمام بشكاوى العملاء واقتراحاتهم، ومعرفة انطباعاتهم عن الخدمة المقدّمة، وتطوير جودة الخدمة والارتقاء بمستواها حتى تصل إلى التميّز الذي يطمح إليه مقدّمو الخدمة والمستفيدون منها على حدّ سواء.

## الفصل 2: الإطار النظري: الجودة المدركة ورضا المستفيد

### تمهيد:

إنّ جودة الخدمة الصحيّة المدركة تعتبر من المفاهيم والأساسيات التي تسبق عمليّة إرضاء الزبائن، وفي المقابل فإنّ رضا المرضى يُؤثر على قرارات الاستفادة من الخدمة في المستقبل، كذلك فإنّ جودة الخدمات الصحيّة تعتبر شرطاً أساسياً لإشباع رغبة المريض والاحتفاظ به، فمنظّمات الأعمال ومنها الصحيّة تهتمّ بمعرفة الخصائص والمؤشرات التي يقع من خلالها حكم المرضى لتتحدّد نتيجة الرضا أو عدم الرضا حول خدماتها الصحيّة.

إنّ قياس مستوى رضا المرضى يعتبر مهمّاً بالنسبة لأيّ منظمة صحيّة، لأنّه يعبر عن مدى نجاح إدارة هذه الأخيرة في التّعامل مع زبائنها وفي تسويق خدماتها، فعمليّة القياس هي أحد المحاور الأساسيّة لتطوير جودة الخدمات، وما لا يمكن قياسه لا يمكن تطويره، ونجاح المنظّمة الصحيّة في خدمة أسواقها يعتمد بدرجة كبيرة على مدى قدرتها على خدمة مرضاها وتحقيق رضاهم، وأن رضا المريض أصبح الآن معياراً أساسياً لتقييم جودة الخدمات الصحيّة.

كما أنّ العلاقة القائمة بين جودة الخدمات الصحيّة وفق إدراك المستفيد (المريض) ودورها في تحقيق الرضا، تعدّ من أكثر المواضيع التي لقيت اهتماماً بالغا من حيث الدّراسة من قبل الباحثين، حيث تناولنا بالعرض والتّحليل في هذا الفصل مفاهيم وأبعاد جودة الخدمة المدركة ومختلف العوامل المؤثّرة في توقعات المرضى، ثمّ عرّجنا على مفهوم الرضا، ومختلف ردود الأفعال عن حالة الرضا وعدم الرضا، وطرق قياسه، لنحدّد في الأخير العلاقة بين الجودة المدركة ورضا المستفيد (المريض) وفق ثلاثة محاور كانت كالتّالي:

- الجودة المدركة محدداتها، ونماذجها.
- رضا وعدم رضا الزبون وطرق قياسه.
- العلاقة السببيّة بين الجودة بالإدراك ورضا المستفيد.

## 1.2 الجودة المدركة محدداتها ونماذجها.

عكس المؤسسة الصناعية، فالمؤسسة الخدمية لا يمكنها مراقبة جودة ما تعرضه من خدمات لزبائنها، وهذا بسبب مشاركة هذا الأخير في إنتاج الخدمة (أي عملية التفاعل بين مقدم الخدمة والمستفيد منها)، بالإضافة إلى باقي خصائص المنتج الخدمي الأخرى والتي لها من التأثير ما يجعل عملية تقييم الزبون لجودة الخدمة أمراً بالغ الصعوبة، وبالأخص إذا تكلمنا على الخدمات الصحية التي لها من الخصائص ما يميزها عن باقي الخدمات. لذلك أصبح موضوع الجودة من منظور المرضى من أهم الأبحاث الحيوية التي اهتم بها رجال التسويق من أجل الوصول بالخدمات الصحية المقدمة إلى المستوى الذي يرغبه المريض، لذا دعت الضرورة والحاجة إلى إبراز مفهوم الجودة المدركة ومختلف نماذج قياسها، ومحدداتها، ومختلف العوامل المؤثرة على توقعات الزبائن.

### 1.1.2 مفهوم جودة الخدمة المدركة.

عندما نتكلم عن الجودة المدركة لخدمة معينة، فإننا نصادف العديد من التعاريف التي تناولت هذا المفهوم، بالإضافة إلى مفهوم الجودة المدركة للخدمة الصحية والتي تمثل جزءاً من الكل في القطاع الخدمي، والتي سندرجها كما يلي:

#### 1.1.1.2 تعريف جودة الخدمة المدركة

عرّف Grönroos جودة الخدمة المدركة بأنها: "نتيجة عملية تقييم يقارن فيها الزبون توقعاته بالخدمة المقدمة له والتي قُدمت له فعلاً" [56] ص 37.

كما عرّفها كل من Parasuraman, Zeithaml, Berry بأن: "جودة الخدمة تعني الفرق بين توقعات الزبائن للخدمة وإدراكاتهم للأداء الفعلي لها" [57] ص 42.

ويُعرّف كل من Lovelock & Wright جودة الخدمة المدركة كما يلي: "هي تقييم إدراكي طويل المدى يقوم به الزبون لعملية تقديم الخدمة لمنظمة ما" [58] ص 87.

كما تعرّف الجودة المدركة بأنها: "حكم أو تقدير شخصي للزبون، بمعنى أنه إذا توافقت إدراكات العملاء للنتائج مع توقعاتهم له، فإنهم سيكونون راضين عن الخدمة، أما إذا فاق النتائج التوقعات أو تجاوزها فإن الخدمة تعتبر متميزة، وأما إذا تحقّق العكس وهو أن النتائج لم يرق إلى مستوى التوقعات فإن الخدمة تصبح رديئة، ومن ثمّ فإنّ الزبون سيكون غير راضي عن الخدمة" [60] ص 69.

كما عرّفت بأنها: "حكم الزبون المأخوذ عن الامتياز أو التفوق الإجمالي للخدمة" [23] ص 47، أو كما عرّفها Oliver بأنها: "التقييم لامتياز المنتج أو الخدمة" [61] ص 130.

وبالتالي تميل غالبية التعريفات الحديثة لجودة الخدمة المدركة على أنها معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات الزبائن لهذه الخدمة، والذي يمكن عرضه في الشكل الموالي:



الشكل رقم (01.2): مفهوم جودة الخدمة [59] ص 337.

### 2.1.1.2 تعريف الجودة المدركة للخدمة الصحية

عرّفها البكري بأنّها: "تلك الدرّجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدّمة إليه، وما يمكن أن يفرض عنها قياساً بما يتّوقّع" [14] ص 199.

وفي تعريف آخر يشار إلى أنّها: "تمثّل مستوى الإدراك المتحقّق من نتائج الأداء عن الخدمة الصحية قياساً بما كان عليه في مرحلة سابقة" [62] ص 87.

كما عرّفها كل من Lewis & Boom على أنّها: "معيّار لدرجة التّطابق الفعلي للخدمة الصحية مع توقّعات المرضى لهذه الخدمة" [43] ص 104.

وتعرّف على أنّها: "كلّ ما يلمسه المريض فعلاً من خدمات، ويلاحظه في الواقع في المؤسسة الصحية التي يتفاعل معها (المستشفى)، وهي كل ما يتلقّاه المريض المتوجّه للمستشفى من خدمات طبيّة فعليّة" [64] ص 09.

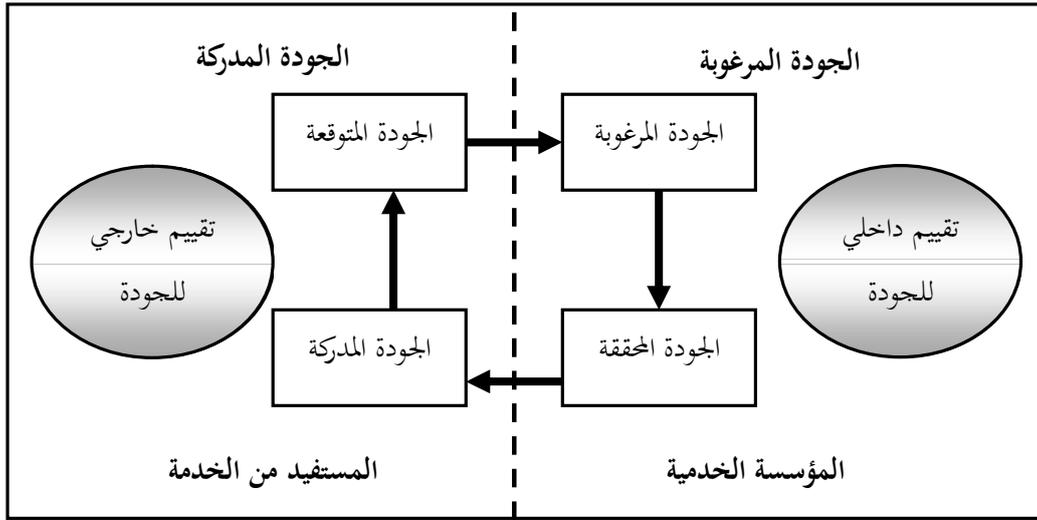
إذن الجودة المدركة للخدمة الصحية تعبّر عن الرّأي الذي يبديه المريض اتّجاه مختلف الخدمات الصحية عند مقارنته بين الجودة التي حصل عليها فعلاً وبين المنافع التي كان ينتظرها، فإذا كانت الجودة التي حصل عليها الزّبون أكبر من الجودة التي كان يتوقّعها، فإنّ الجودة المدركة هنا تكون إيجابيّة، وعلى العكس إذا كانت الجودة المتحصّل عليها أقلّ ممّا كان ينتظره الزّبون، فإنّ في هذه الحالة تكون الجودة المدركة منخفضة [65] ص 09. وتشمل الجودة المدركة جميع العناصر التي تُميّز عمليّة تقديم الخدمات الصحية من الجانب المادي الملموس، والصّورة الذهنيّة، والمصادقيّة، وربح الوقت، والأمان، واللبّاقة، ... الخ، وبالتالي فجودة الخدمات الصحية المدركة:

- تعتمد على تقييم المرضى الذين يحكمون عليها عن طريق المقارنة بين ما حصلوا عليه فعلاً وبين ما كانوا يتوقّعون الحصول عليه؛

- تركز على وجهة نظر المرضى، وهو ما يجعل قياس جودة الخدمات نسبيّ يختلف من شخصٍ لآخر؛

- تقديم خدمات صحيّة تقابل حاجات وتوقّعات المرضى أو تتجاوزها.

إذن تختلف الجودة من وجهة نظر المؤسسة عن وجهة نظر الزبون (المستفيد)، والشكل الموالى يبين مختلف أوجه الجودة:



الشكل رقم (02.2): أوجه الجودة [63] ص 02

### 3.1.1.2 أهمية تطبيق التسويق بالعلاقات في القطاع الصحي

نظراً لطبيعة الخدمة الصحية، وأتسامها بالجانب الإنساني والعلائقي بين المرضى ومقدمي الخدمات الصحية فقد شكّل التسويق بالعلاقات أحد المداخل الحديثة التي اهتمت بالجودة من منظور المريض، فمن خلال الدراسة التي قام بها كل من Falvo et Tippy والتي حدّدوا من خلالها الأسباب الجوهرية التي تجعل بناء علاقة جيّدة بين الطبيب والمريض هدف يستحقّ بذل الجهد لتحقيقه، وتشمل هذه الأسباب على ما يلي: [66] ص 645

#### ● مصلحة المريض من العلاقة الجيدة بينه وبين الطبيب: وتشمل على:

- الوصول إلى التشخيص السليم: فالعلاقة الجيدة تسهّل على الطبيب معرفة التفاصيل الحقيقية والشاملة لمشكلة المريض، فتقّة المريض في طبيبه تجعله يبوح عن مكنون نفسه، عن مخاوفه ومعتقداته بصراحة وصدق ويتحدّث عن مشكلاته النفسية أو الاجتماعية المصاحبة لمشكلته العضوية وبالتالي يسهّل على الطبيب الوصول إلى التشخيص السليم والشامل للمشكلة.

- حماية المريض: لو لم يستطع الطبيب بناء علاقة جيّدة بمريضه، ولم يصل إلى التشخيص السليم، لا شكّ بأنّه سيتبع ذلك معالجة غير صحيحة، مثل وصف أدوية تكون لها في الكثير من الحالات مضاعفات جانبية ضارة، أو طلب فحص قد يكون مزعجاً أو حتّى فيه درجة من الخطورة بسبب مضاعفاته الجانبية، ويتعرض لها المريض دون مبرر، أضف إلى ذلك الضرر الذي سيعاني منه المريض بسبب عدم وصول الطبيب إلى التشخيص السليم وبالتالي حرمان المريض من العلاج المناسب الضروري لحالته المرضية.

- ضمان فعالية المعالجة: المريض لا يطمئنّ إلا للطبيب الذي يثق به، ولا يلتزم إلا بعلاج الطبيب الذي يحترمه، فالمعالجة الفعّالة تحتاج إلى علاقة جيّدة بين الطبيب والمريض، مفعمة بالمشاعر الإيجابية والثقة والاحترام، وإذا فاقت هذه العلاقة فلن يحترم المريض نصائح الطبيب ولن يستعمل دواءه.

● مصلحة الطبيب من العلاقة الجيدة بينه وبين المريض وتضمن:

- جعل العمل أكثر إمتاعاً: باعتبار أن الطبيب يقضي معظم وقته اليومي في مقابلة المرضى والتحدث إليهم أكثر من الوقت الذي يقضيه مع أسرته وأصدقائه، وبالتالي فالطبيب الذي يكون سلوكه المهني جافاً وخالي من المشاعر الإنسانية العميقة قد تتحول حياته العملية إلى جحيم من الروتين والملل والانعاج والإرهاق النفسي، وإذا لم يستطع أن يتفاعل بشكل إيجابي مع الذين يتعامل معهم معظم ساعات اليوم، ويصعب علاقته مع مرضاه بالتعاطف والاهتمام وبشيء من الود.

- رفع معنويات الطبيب ودرجة رضاه عن نفسه: عندما يستطيع الطبيب التخلص من فكرة أن العمل هو القيام بالواجب فقط، في هذه الحالة الشعور بالمحبة والاحترام والأهمية من خلال بناء علاقة جيدة مع مرضاه، الأمر الذي يؤدي إلى مزيد من رفع المعنويات والرضا عن الذات.

- اتقاء شرّ المرضى: إن وجود علاقة جيدة بين المريض والطبيب يشكّل درعاً واقياً للطبيب من مختلف مظاهر الإزعاج الشديد للأطباء والمتمثل في رفع الشكاوى الرسمية أو غير الرسمية، أو التهجم المباشر بالقول أو بالفعل على الطبيب.

### 2.1.2 محددات جودة الخدمة المدركة.

من الصعوبات الكبيرة التي يواجهها المستفيد من الخدمات هو عملية تقييمه للخدمة، فهناك الكثير من الأدبيات التي تناولت وأخذت محلّ التحليل والدراسة لبعض الباحثين محددات جودة الخدمة بشكل عام والأبعاد الصحية منها بشكل خاص، حيث يرى كل من Berry, Zeithamal, Parasuraman "أن المعايير الوحيدة التي يُعتمد عليها في تقييم جودة الخدمة هي تلك التي حددها المستفيد من الخدمة" [57] ص 41، ومن جهتهم قالوا عن الأبعاد بأنها تمثل الميزة التي تكتسبها المنتجات وخاصة الخدمات، والتي بإمكانها تحقيق الغرض الأساسي من تقديم الخدمة.

مكّنت الدراسات والأبحاث التجريبية من طرف Eiglier و Langeard في فرنسا، وأبحاث كل من Zeithaml وآخرين بالولايات المتحدة من تعيين عشرة أبعاد أو مكونات محددة لإدراكات جودة الخدمة [61] ص 12 يمكن تمثيلها في الجدول التالي:

الجدول رقم (01.2): أبعاد قياس جودة الخدمة المدركة [26] ص 232.

التعريف:	البعد:
وتعني التزام الصدق مع المرضى مما يوّد لديهم روح الثقة بينهم وبين المستشفى، مما يعطي صورة حسنة عن هذا الأخير.	المصداقية
أي توفير الأمن من المخاطر المتعلقة بالعمليات والخدمات الصحية مثل المحافظة على سرية المعلومات المتعلقة بالمرضى وتوفير الأمن داخل وخارج المستشفى.	الأمن

سهولة الوصول للشيء	إمكانية الوصول إليه، وسهولة الاتصال.
الاتصالات	الاستماع للمرضى وتقبّل مختلف ردود الأفعال والشكاوى، وإيصال المعلومات إليهم بطريقة مقبولة.
فهم ومعرفة الزبون	عن طريق تفهم رغبات واحتياجات المرضى بشكل دقيق.
الملموسية	وتشمل التصميم الداخلي للمستشفى، وحدثة الأجهزة والمعدّات المستعملة في عمليّات التشخيص والعلاج ومختلف الخدمات الطبيّة.
الاعتمادية	إنجاز الخدمة بطريقة صحيحة من أول مرّة، وتنفيذ الوعود بدقّة تفصيليّة.
الاستجابة	أي الرغبة في مساعدة المرضى وتقديم خدمات فوريّة لهم.
الكفاية	وتعني قيام المستشفى بتوظيف العاملين الذين يتوفّرون على قدر كبير من المعرفة والمهارات.
الكياسة	مراعاة مشاعر الاحترام واللطف في المعاملة للمرضى وإظهار روح الصداقة والوديّة.

فيرى Lambin بأن Parasuraman وآخرين قد أدخلوا بعض التّعديلات على الأبعاد السابقة الذكر، وهذا بعد تجزئتها إلى ما يقارب 100 مؤشّر، وقيامهم بمجموعة من الإجراءات المتنوّعة التي تعلّقت بتدنية وتصفيّة السلم، تمكّنوا من خلالها من تحديد خمسة أبعاد مقاسة ومستقلّة من خلال 22 بند، تتكوّن هذه الأبعاد من مكّونات التّوقعات اتّجاه الخدمة، ومن معايير الحكم على تقديم الخدمة [67] ص 485، ولقد انتهى الباحثون بأنّه لا يمكن وضع محدّدات ثابتة لقياس جودة الخدمة وتعميمها على جميع المنظمات الخدميّة، بل أن هناك حاجة هامّة إلى ضرورة أن يقوم كلّ قطاع من القطاعات الخدميّة بتطوير المقاييس المناسبة لقياس جودة الخدمة المقّمة في ضوء الظروف المحيطة، على أن تتضمن هذه المقاييس تحقيق نوع من التوازن بين أهداف الزّبون ومقدّم الخدمة والمنظمة الخدميّة في الوقت نفسه [68] ص 46، إلّا أنّ ذلك لا يمنع من وجود معايير مشتركة يمكن تطبيقها على بعض المنظمات الخدميّة المتشابهة أو المتماثلة، والمتمثّلة في:

### 1.2.1.2 الاعتمادية (المعولية)

يرى Cronin بأنّ الاعتمادية تعني قدرة مقدّم الخدمة الصحيّة على أداء الخدمة التي وعد بها بشكل يمكن الاعتماد عليها، وبدرجة عالية من الدقّة [69] ص 55، وأوضح Lovelock بأنّ الاعتمادية تشير إلى قدرة مقدّم الخدمة على الإيفاء والالتزام بتقديم الخدمة باعتماد الدقّة والثبات [70] ص 465، كما تعني القدرة على الأداء في إنجاز ما تمّ تحديده مسبقاً وبشكل دقيق، ويمثّل هذا البعد 32 % كأهميّة نسبيّة في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى [14] ص 212، فالاعتمادية في مجال الخدمات الطبيّة تعني الالتزام بالمواعيد المحدّدة للمرضى وتسليم نتائج الفحوصات المخبريّة والأشعّة إليهم حسب المواعيد المحدّدة وأنّ الاعتمادية في الخدمات الصحيّة تُعتبر حلاً أو إيجاد الحلول للمشاكل المتوقّعة.

### 2.2.1.2 الاستجابة

وهي تتعلّق بمدى قدرة ورغبة واستعداد مقدّمي الخدمة في أن يكونوا بشكل دائم في خدمة الزبائن، وقدرتهم على أداء الخدمة لهم عند احتياجهم لها [01] ص 511، وتعني كذلك قدرة مقدّم الخدمة وسرعة استجابته بالردّ على طلبات المستفيدين واستفساراتهم، فهي تعكس الرّغبة أو الرّضا بمساعدة الزّبون وتقديم الخدمة بشكل أسرع، ففي مجال الخدمات الطبيّة فإنّ تقديم خدمات علاجية فورية، والاستجابة لنداءات الطوارئ الخارجيّة، والعمل على مدى ساعات نهار اليوم كلّها تعتبر معايير تقييم من قبل المريض لهذا البعد، ويمكن القول بأنّ الاستجابة تتمثّل في قيام العاملين في المستشفيات بالاستجابة السريعة في جميع الأوقات للحالات المرضيّة وتقديم المساعدة للمرضى على جميع استفساراتهم والشكاوى المقدّمة من قبلهم وكذلك سرعة إنجاز وتقديم الخدمات الصحيّة لهم عند احتياجهم لها، ويمثّل هذا البعد 22 % كأهميّة نسبيّة في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى [14] ص 213.

### 3.2.1.2 التأكيد (الضمان)

ويقصد به معلومات القائمين على تقديم الخدمة وكياستهم، وقدراتهم على إجابة أسئلة المرضى بكلّ ثقة، فالضمان في مجال الخدمة الطبيّة ناتج عن اعتماد أو ثقة المرضى بالأطباء وكوادر المستشفى، والثقة بمؤهلاتهم وقدراتهم، وتمثّل أيضا السمات التي يتّسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة، ويمثّل هذا البعد 19 % كأهميّة نسبيّة في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى [48] ص 76، فمن أمثلة المعايير التي يقيم بها المرضى المستشفى من خلال هذا البعد سمعة ومكانة هذا الأخير، والمعرفة والمهارات المتميّزة للأطباء والطاقم التمريضي، إلى غير ذلك من معايير التقييم.

### 4.2.1.2 الملموسية

تشير الملموسية إلى التسهيلات الماديّة المتاحة لدى المؤسسة المقدّمة للخدمة والمعدّات الماديّة والبشريّة، والمظهر الخارجي للعمّال، ومعدّات الاتّصال، والمباني والتكنولوجيا المستخدمة، والتسهيلات الداخليّة للأبنية والتجهيزات اللّازمة لتقديم الخدمة، وديكورات صالات الانتظار للمرضى، ومكاتب الأطباء، والزيّ الرسميّ، والأجهزة المستعملة بغرض تقديم الخدمة الطبيّة، ومن معايير التقييم لهذا البعد الأدوات المستخدمة في التّشخيص والعلاج، المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة سواء كانوا أطباء أو ممرضين، أو جرّاحين، وكذا أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة، كما تشير إلى الأخذ بعين الاعتبار النّظافة في التّسهيلات الصحيّة، واستعمال الأدوات النّظيفة والإجراءات القياسية في التّسهيلات وأخيرا الوصفة الطبيّة التي ينبغي أن تكون سهلة الفهم من قبل المرضى. ويمثّل هذا البعد 16 % كأهميّة نسبيّة في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى [25] ص 93.

### 5.2.1.2 التّعاطف

والذي نعني به اهتمام العاملين في المستشفى بالمرضى اهتماما شخصيّا، وتفهمهم لحاجات المرضى، وهو إبداء روح الصّدّاقة والحرص على الزّبون وإشعاره بأهميته والرّغبة في تقديم الخدمة حسب حاجاته [55] ص 15، ويشير أيضا إلى درجة العناية بالمستفيد بشكل خاص، والاهتمام

بمشاركته والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية وبكلّ ممنونية [71] ص 247. فمن ضمن مجموعة المعايير التي يستعملها المريض لتقييم هذا البعد نجد الاهتمام الشّخصي بالمريض، الإصغاء الكامل لشكوى المريض، تلبية حاجات المريض بروح من الودّ واللّطف والإنسانية. يوضّح الجدول التّالي أبعاد جودة الخدمة الصحيّة وما يقابلها من معايير لتقييم كل بعد من الأبعاد والأمثلة التي يمكن أن تقابل ذلك البعد في التّطبيق لتقديم الخدمة الصحيّة: الجدول رقم (02.2): أبعاد الجودة في الخدمات الصحيّة [14] ص 213.

الأبعاد:	معايير التّقييم:	الأمثلة:
الاعتمادية	- دقة السّجلات المعتمدة في إدارة المستشفى. - صحّة القوائم الماليّة. - المواعيد الدّقيقة في الإجراءات الطبيّة.	- ثقة عالية لدى المريض بأنّ حساباته الماليّة صحيحة عند ومغادرته المستشفى. - له ثقة بأنّ حياته بين أيدي أمينة.
الاستجابة	- تقديم خدمات علاجية فورية. - استجابة لنداءات الطوارئ الخارجيّة. - العمل على مدار ساعات اليوم.	- وصول سيّارات الإسعاف خلال دقائق معدودة. - صالة العمليّات جاهزة كليّاً ولكلّ حالة.
التّأكيد	- سمعة ومكانة المستشفى عاليّة. - المعرفة والمهارة المتميّزة للأطباء والملاك التّمريضي. - الصّفات الشخصيّة للعاملين.	- المعاملة الطيّبة للمرضى من قبل الأطباء. - تدريب ومهارة عاليّة في الأداء.
التّعاطف	- اهتمام شخصي بالمريض. - الإصغاء الكامل لشكوى المريض. - تلبية حاجات المريض بروح من الودّ واللّطف.	- الممرضة بمثابة الأمّ الحنون للمريض. - النّظر للمريض بأنّه دائماً على حق.
الملموسية	- الأدوات المستخدمة في التّشخيص والعلاج. - المظهر الخارجي لمقدّمي الخدمة. - أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة.	- نظافة عيادة الطّبيب وكونها ذات مظهر تخصّصي. - نوعيّة الطّعام المقدّم للراقيدين في المستشفى.

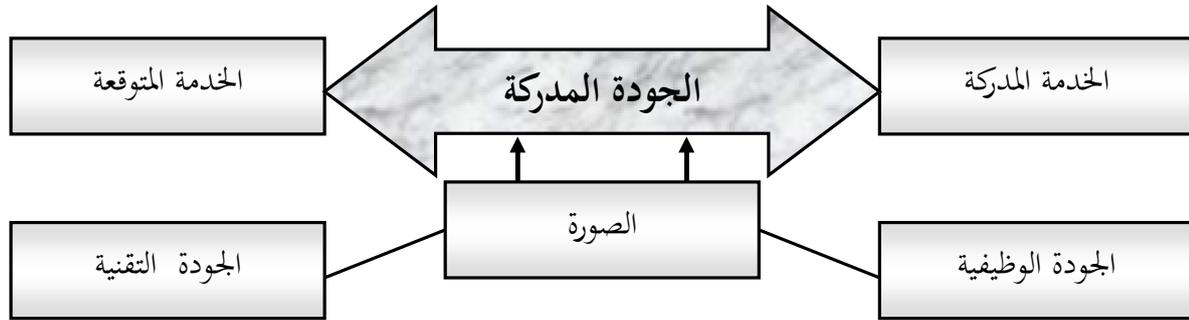
### 3.1.2 نماذج جودة الخدمة المدركة.

لفهم طبيعة معايير التّقييم المستعملة من قبل المستفيد وقياس عرض الخدمة، لا بدّ من التّطرق لمختلف النّماذج المتناولة لهذا الموضوع، فعملية تقييم الخدمة تتضمّن بصفة عامّة العديد من الصّعوبات حسب كل من Robert Fey و Jean-Marie Gogue والتمثّلة في كون مفهوم الجودة متعدّد الأبعاد، وغياب وحدة قياس مشتركة لكلّ الخدمات، وكذا تنوع طرق القياس ونسبيّة سلالم القياس، والتّفاوت الإدراكي للزّبائن واختلاف طريقتهم للحكم على الجودة، بالإضافة إلى أنّ مستوى جودة الخدمات يختلف من وجهة نظر الزّبون أو الإدارة، وبالتالي صعوبة التّوصل إلى مفهوم موحّد لقياس جودة الخدمة [23] ص 48، ومن أبرز النّماذج التي تناولت موضوع قياس وتقييم الجودة المدركة أو ما يسمّيه البعض جودة الخدمة من منظور المستفيد نجد:

- نموذج الجودة المدركة لـ: Christian Grönroos.
- نموذج تقييم الجودة الخدمة لـ: Berry & Zeithamal & Parasuraman.
- نموذج الأداء الفعلي لـ: Cronin & Taylor.

### 1.3.1.2 نموذج الجودة المدركة لـ Christian Grönroos

كما تبينه الأبحاث في تسويق الخدمات حول موضوع جودة الخدمة، فإن إدراك الجودة يمرّ عامّة وبالضرورة بجودة العمليّات، والتي تعني وتتضمّن إدراك جودة الخدمة الكلية، حيث شكّلت أول الدراسات والأبحاث كمحاولة لوضع مفهوم وأطر لجودة الخدمة المدركة من طرف Christian Grönroos، والذي يرى بأنّ جودة الخدمة المدركة تمثّل نتيجة عمليّة مقارنة ما بين الخدمة المتوقّعة من طرف الزبّون والخدمة المدركة فعلاً، وأنّ جودة الخدمة المدركة تابعة لمتغيّرين أساسيين هما: الخدمة المتوقّعة والخدمة المدركة، فالباحث طوّر مدخلاً سنة 1990 الذي أبرز فيه أهميّة الأبعاد الثلاثة للجودة المدركة والمتمثلة فيما يلي: الجودة التقنيّة، والجودة الوظيفيّة، وصورة المؤسسة، كما يوضّحه الشّكل الموالي:



الشّكل رقم (03.2): نموذج جودة الخدمة المدركة لـ: Grönroos [23] ص 49.

- الجودة التقنيّة (الفنيّة): تتعلّق بكلّ ما قدّم أو عُرض للمستفيد (مضمون عرض الخدمة)، وهي تشير إلى الجوانب الكميّة للخدمة، بمعنى الجوانب التي يمكن التّعبير عنها بشكل كمّي [72] ص 46، هذا النّوع من الجودة من السّهل قياسه وتقييمه، مثلاً: يمكن للإدارة المؤسسة الاستشفائية أن تشتت شرط على العاملين لديها الحيّزة على شهادات عليا في الطّب، أو التّمرّيز، أو استعمال أجهزة الكشف الطّبي، فالأجهزة والمعدّات الطبيّة المستعملة في التّشخيص والعلاج الصّحي وكذا مهارات وخبرات مقدّمي الخدمات، كلّها عناصر يتمّ تحديدها بهدف تقييم الجودة الفنيّة.

- الجودة الوظيفيّة: تمثّل الطريقة التي يتلقّى بها الزّبون الخدمة، وهي أكثر ذاتيّة وأكثر صعوبة في القياس، في هذه الحالة شروط الزبون تدخل ضمن الاهتمامات الكبرى للمؤسسة من أجل تلبية رغباته وتحقيق ولائه، وهذا يعتبر أمراً معقّداً. أو بعبارة أخرى تمثّل سلوك العاملين في المؤسسة الخدميّة (المستشفى) ومظهرهم وطريقة تعاملهم مع المستفيد، وهي أمور يصعب قياسها بدقة مقارنة مع العناصر المكوّنة للجودة الفنيّة.

- صورة الذهنيّة للمؤسسة: ويتعلّق الأمر هنا بصورة المؤسسة المدركة من قبل الزّبون،

وهي تمثل مجموع التصورات الذهنية الشخصية والذاتية والمدرّكة من خلال العناصر المادية والمعنوية، هذه الصورة المدركة مختلفة عن الصورة التي تكونها المؤسسة عن نفسها [73] ص 18، فهي تعكس انطباعات الزبائن عن المؤسسة والتي تتوقف بدورها على تقييمهم للجوانب الفنية والوظيفية للخدمة [55] ص 40. فالصورة هي مفهوم ديناميكي معقد، وقد بين الباحثون بأن الصورة يمكن أن تكون مؤلفة من مجموعة من العناصر التي تنتج من الإدراك المختلف للأفراد، وبناءً عليه يقترح البعض أن صورة المؤسسة هي النتيجة النهائية من كل التجارب والانطباعات والاعتقادات والشعور والمعرفة التي تتكوّن لدى الأشخاص عن المؤسسة، فالصورة تعرف على أنها موضوع غير ملموس وتكون مدركة فقط من خلال كل فرد بطريقته، ولذلك فإن إدراك فرد معين للصورة لا يمكن أن يكون نفسه لدى فرد آخر Worchester.

أثبتت نتائج هذه البحوث والدراسات بأن الجودة الوظيفية هي بمثابة بعد بالغ الأهمية كعنصر من عناصر الجودة، ومن جهة أخرى بعد أكثر أهمية من بعد الجودة التقنية، فهذه النوعين من الجودة (الوظيفي، التقني) ليسا مستقلين. فالجودة الوظيفية العالية والتميّزة تستطع في بعض الأحيان أن تغطّي عن النقص والضعف في الجودة التقنية (الفنية). هذا النموذج أو المدخل مهاد للعديد من الدراسات الأخرى لتناول موضوع تقييم جودة الخدمة، وأن كل من الجودتين الوظيفية والتقنية تساهمان في رفع وتحسين البعد الثالث والتمثّل في صورة المؤسسة.

### 2.3.1.2 نموذج تقييم الجودة الخدمة لـ Berry & Zeithamal & Parasuraman

هؤلاء الباحثين قاموا بتطوير هذا النموذج والمسمى SERVQUAL\* والذي يعتبر أحد المرتكزات التي أسندت إليها نظرية الفجوة في تفسيرها للعمليات النفسية التي يقوم من خلالها الزبائن بتقييم جودة الخدمة والحكم عليها.

● مبدأ نموذج القياس: تُعرّف من خلاله جودة الخدمة على أنها: الانحراف بين توقّعات الزبائن لمستوى الخدمة وإدراكهم الفعلي لها، فحسب Frédérique Perron فإن التوقّعات مرتبطة برغبات وحاجات المستهلكين [23] ص 49، أي معرفة وتحديد مدى التّطابق بين الخدمة المتوقّعة والخدمة المدركة، والتي تنتج عنها ثلاثة حالات، إما المطابقة، أو فجوة سلبية، أو الفجوة الإيجابية [74] ص 381، ويمكن التعبير عنها بالعلاقة التالية:

جودة الخدمة الصحية (SERVQUAL) = إدراك المريض - توقّعات المريض

كما يرى كل من Vandarmne & Leunis بأن هذا النموذج ركّز أيضا على عمليات تسليم الخدمة، والعلاقة التفاعلية بين مقدّم الخدمة والزبائن [75] ص 45. حيث يشير هذا النموذج

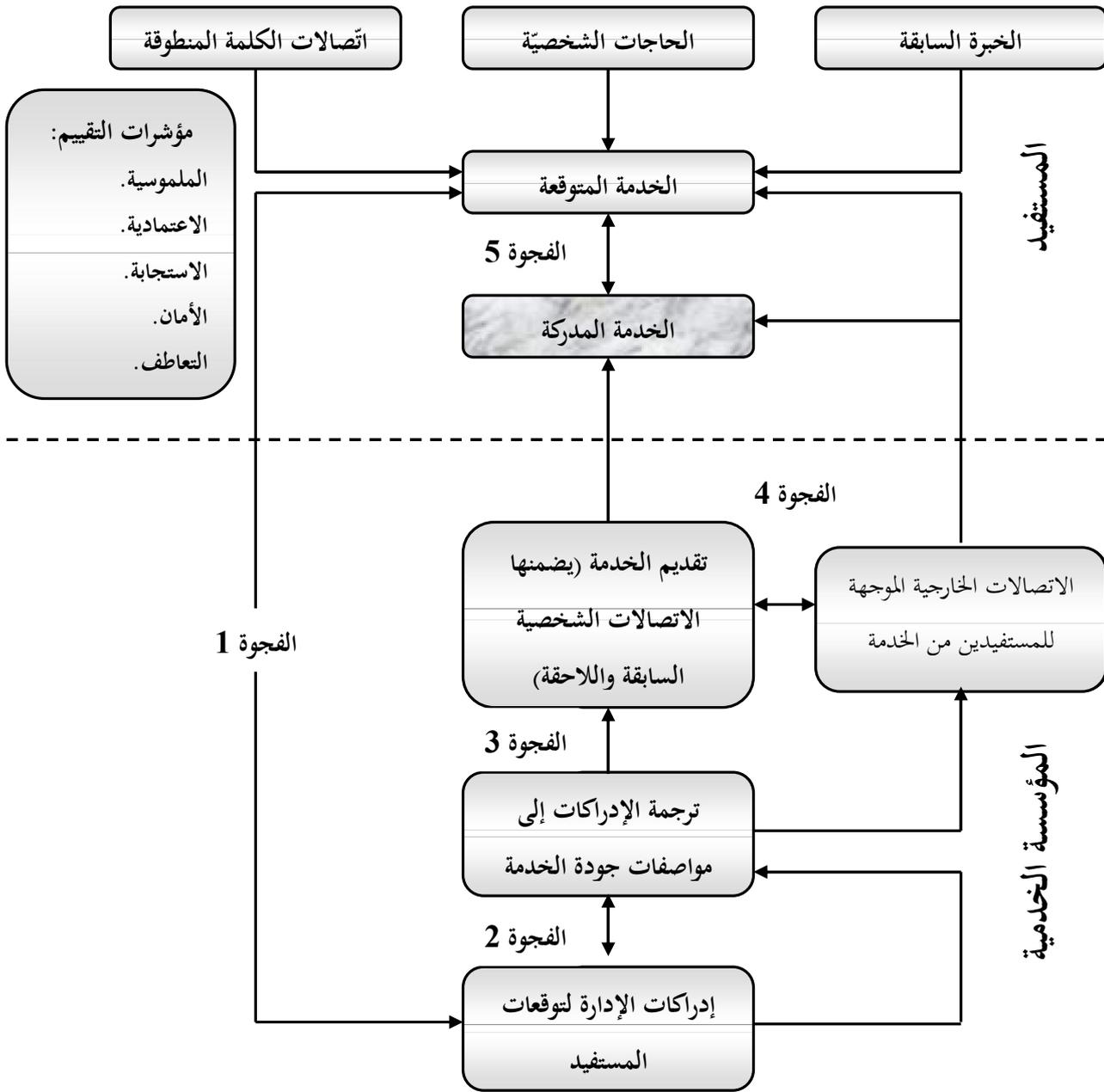
\* SERVQUAL: وهي اختصار لكلمتين service الجودة و qualité.

إلى وجود خمس فجوات تُؤدي منفردة أو مجتمعة إلى حدوث ما يسمّى بمشكلات الجودة، وتساهم هذه الفجوات في وجود فارق بين التوقعات ورغبات الزبائن لمستوى الخدمة من ناحية، وتقييمهم للأداء الفعلي من ناحية أخرى، كما أنه قائم على استمارة استبيان مؤلفة من 22 بنداً مصممة لتغطي خمسة أبعاد لجودة الخدمة (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف)، ويتكوّن المقياس من مجموعتين يتضمّن كل منها 22 جملة، تهدف المجموعة الأولى إلى تحديد إدراكات العملاء لجودة الخدمات المقدّمة، وتهدف المجموعة الثانية إلى تحديد توقعات العملاء لجودة الخدمات، وبناء عليه فإنّ جودة الخدمات تقاس على النحو التالي: [55] ص 52.

- إذا كانت جودة الخدمة المتوقعة أكبر من جودة الخدمة المدركة (الأداء الفعلي) فإنّ جودة الخدمة تكون أقلّ من مرضية؛
- إذا كانت جودة الخدمة المتوقعة متساوية مع جودة الخدمة المدركة فإنّ جودة الخدمة تكون مرضية؛
- إذا كانت جودة الخدمة المتوقعة أقلّ من جودة الخدمة المدركة فإنّ جودة الخدمة تكون أكثر من مرضية، وبالتالي تتجه نحو الجودة المثالية.

إنّ الارتقاء بالجودة إلى مستوى تطلّعات المستفيدين من الخدمات الصحية من أهمّ الأهداف التي تسعى لتحقيقها المؤسسات الصحية كونه ورقة رابحة في لعبة المنافسة، فالخدمة التي تتميز بمستوى عالٍ من الجودة تسمح لها بتحقيق رضا زبائنها، وفي هذه الحالة لا بدّ على المؤسسة الصحية التأكيد من أن المراحل التي تمرّ بها عملية إنتاج الخدمة تتمّ بالشكل الصحيح، والعمل على تحديد مواطن الخلل إن وجدت من أجل التصحيح السريع لها [76] ص 14.

وقد أطلق Parasuraman وزملاؤه عام 1989 نموذجاً بهدف استخدامه في تحليل وتحديد مصادر ومشاكل الجودة ومساعدة المديرين في كيفية الرقابة وتحسين جودة الخدمة المقدّمة، ويمكن تلخيص هذه الفجوات في الشكل الموالي:



الشكل رقم (04.2): نموذج مفاهيمي لجودة الخدمة (نموذج تحليل الفجوات) [06] ص 471.

- العوامل المؤثرة على التوقعات: نلاحظ بأن المريض يبني توقعاته حول مستوى جودة الخدمات التي يمكن أن يحصل عليها انطلاقاً من العناصر التالية: [77] ص 39.

- اتصالات الكلمة المنطوقة: أي أنّ الشخص قد يبني توقع معين عن المؤسسة الخدمية التي ينوي التعامل معها، أو عن خدمة معينة تقدمها المؤسسة الخدمية التي يتعامل معها، من خلال نقل انطباعات الآخرين عن هذه المؤسسة أو الخدمة له، فالجماعات القريبة من هذا الشخص، والتي سبق لها التعامل مع هذه المؤسسة أو شراء تلك الخدمة مثل الأسرة والأصدقاء، وزملاء العمل، سينقلون انطباعاتهم أو تجربتهم من خلال عملية التعامل أو الشراء لهذا الشخص، وبالتالي فإنّ هذا الشخص سيكون انطباع أو توقع مسبق عن هذه المؤسسة أو الخدمة. فمثلاً خضوع شخص ما

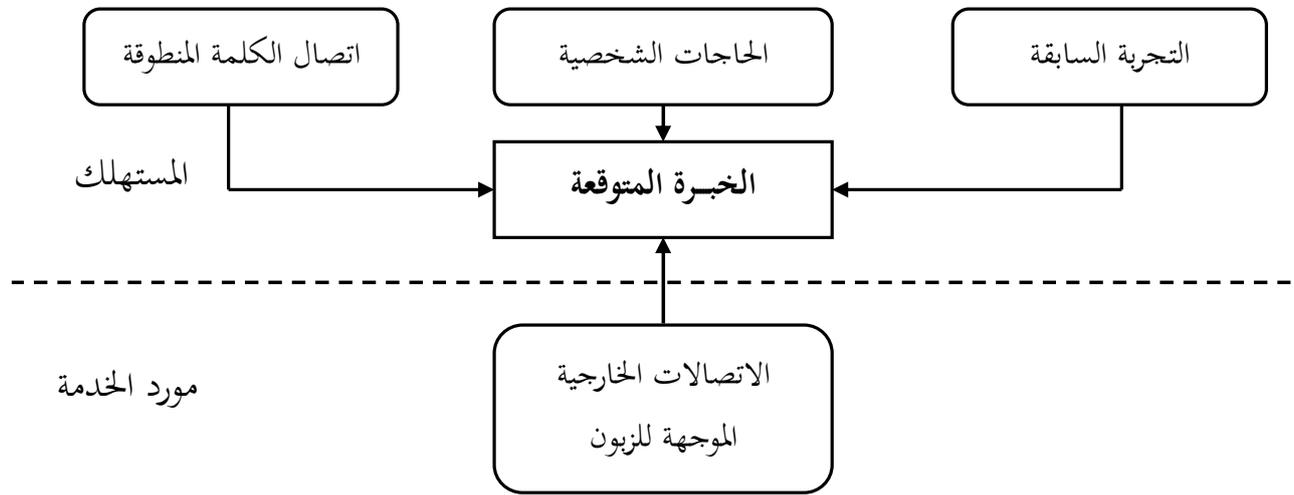
عملية جراحية وتلقيه الرعاية والاهتمام الكبير والبالغ الذي ساهم في نجاح العملية سيؤدي إلى نقل تجربته وانطباعه الجيد إلى أشخاص آخرين يعانون من نفس المرض، مما يبعث فيهم الطمأنينة والارتياح لتلقي الخدمة الصحية من طرف هذا المستشفى.

- الحاجات الشخصية: وهي تشير إلى المطالب الشخصية للزبون والتي قد تتحدد وتتأثر بالسمات الشخصية والنفسية والاجتماعية للفرد وكذلك موارده الشخصية، وتختلف الاحتياجات الشخصية من شخص لآخر، ويرجع السبب في ذلك لاختلاف الأشخاص في أعمارهم، وأذواقهم، وثقافتهم، ودخلهم، وأجناسهم،... الخ، فمثلا ترتفع توقعات المرضى ذوي المستوى المادي العالي بالنسبة للخدمات الفندقية، والإطعام المقدمة من قبل المستشفى.

- الخبرة السابقة: كلما كان للمستفيد خبرة سابقة في التعامل مع مؤسسة معينة، كلما أثر ذلك على تكوين توقعاته نحو الخدمة أو الخدمات التي تقدمها، فمثلا إذا كان شخص ما مصاب بمرض معين ويتلقى العلاج في المستشفى فإنه بإصابته بمرض آخر (جديد)، فإن توقعاته نحو جودة الخدمة العلاجية لهذا الأخير ستكون مختلفة عن مريض آخر يتلقى علاجه لأول مرة بهذا المستشفى نتيجة هذا المرض الجديد.

- الاتصال الخارجي: ويقصد بالاتصال الخارجي تلك الرسائل التي تقوم المؤسسة بإرسالها إلى جمهور العملاء بواسطة وسائل الاتصال المختلفة، كالإعلانات أو الدعاية العامة، والتي من خلالها يكون العملاء قد كوّنوا توقع معين عن مستوى جودة الخدمة المقدمة في تلك المؤسسة.

والشكل الموالي يوضح العوامل التي تؤثر على توقعات الزبائن:



الشكل رقم (05.2): العوامل التي تؤثر على توقعات الزبائن [78] ص 37.

• تحليل فجوات النموذج:

أما فيما يخص الفجوات فقد أوضحها البكري في خمسة عناصر والتي نوردتها كما يلي:

[14] ص 217-246.

- الفجوة بين توقع المريض وإدراك الإدارة (فجوة البحث): تحصل الفجوة عندما لا تدرك الإدارة بصورة صحيحة ما يرغبه المريض، فربما تفكر الإدارة بأن المريض يرغب في الحصول

على طعام أفضل، لكن حقيقة الأمر أن المريض يرغب في الحصول على عناية أفضل من قبل الممرضات.

- الفجوة بين إدراك الإدارة وجودة الخدمة المعيارية (فجوة التصميم): ربما تدرك إدارة المستشفى وبصورة صحيحة رغبات المريض ولكنها لا تحدد معايير أداء واضحة. كما هو في قيام الإدارة بإخبار الملاك التمريضي بضرورة اتخاذ الإجراء السريع في تقديم الخدمة الصحية للمرضى، إلا أنها لا تضع مقاييس معيارية لذلك الإجراء.

- الفجوة بين جودة الخدمة المعيارية وتقديم الخدمة (فجوة التسليم): قد يكون الأفراد القائمين على خدمة المريض غير مدربين بصورة صحيحة، أو غير قادرين أو غير راغبين في الأداء بما يوازي المقاييس المعيارية المحددة، كضرورة الإصغاء للمريض ومن ثم إنجاز الخدمة بسرعة مثلاً.

- الفجوة بين الخدمة المستلمة والاتصالات الخارجية (فجوة الاتصال): وتمثل الاختلاف أو التباين ما بين الخدمة الصحية المستلمة من قبل المرضى وما تم الاتفاق عليه مسبقاً وعبر الاتصالات التي تمت بين إدارة المستشفى والمرضى، كما هو حاصل في الاتفاق بين المريض وإدارة المستشفى في حصوله على غرفة نظيفة وأنيقة وأسرة مريحة في ضوء الاتصال الحاصل بين الطرفين، ولكن عند وصوله للمستشفى يجد العكس في ذلك، أو دون الاتفاق المسبق بين الطرفين.

- الفجوة بين الخدمة المستلمة والخدمة المتوقعة (الفجوة الحقيقية): هذه الفجوة تحصل عندما لا يحصل المريض على الخدمة الصحية بالجودة المتوقعة. كمحاولة الطبيب الحفاظ على زيارة المريض باستمرار كجزء من واجبه، ولكن المريض يفسر ذلك بأن هناك شيء ما في حالته الصحية، وبدون شك فإن هذه الفجوة هي ناتج لوقوع أو ظهور أحد الفجوات السابقة الذكر أو جميعها، وعلاج هذه الأخيرة سيؤدي إلى عدم ظهور الفجوة الخامسة، الأمر الذي ينتج عنه تقدير عالي للجودة من وجهة نظر المريض.

وبالرغم من قبول والانتشار الواسع لهذا المقياس، فقد واجه العديد من الانتقادات على المستوى التطبيقي والعملي من قبل العديد من الباحثين أمثال Carman سنة 1990، و Cronin & Taylor سنة 1992، و Brown, Churchill, Peter لسنة 1993، ومن أشهر هذه الانتقادات أنه لا يناسب مع جميع القطاعات الخدمية، وأن الأبعاد الخمسة في نموذج القياس غير كافية لتلبية احتياجات قياس جودة الخدمة، وأن عملية قياس توقعات العملاء في نموذج القياس أمر غير واضح ومشكوك فيه [77] ص 70. بالإضافة إلى أن استخدام فروقات النتائج الخدمة المتوقعة والخدمة الفعلية يسبب عدداً من المشاكل الإحصائية في النموذج، مثل الاعتمادية والصحة والتباين ومعامل الارتباط والتباين، وأن نظرية الفجوة تعمل على قياس رضا العملاء عوض قياس جودة الخدمة، وبالتالي فإن هذا النموذج غير ملائم للقياس، وقد قام كل من Cronin & Taylor في سنة 1992 بتطوير نموذج قياس يعتمد على قياس الأداء الفعلي لجودة الخدمة سمي بنموذج الأداء الفعلي.

### 3.3.1.2 نموذج الأداء الفعلي لـ Cronin & Taylor

جاء على انقاذ مجموعة المشاكل والسلبيات التي احتواها النموذج السابق ويعرف هذا النموذج باسم \*SERVPERF\* وظهر سنة 1992 نتيجة للدراسات التي قام بها كل من الباحثين Cronin & Taylor والمعروف باسم مقياس الأداء الفعلي.

• مبدأ نموذج القياس: ويقوم هذا المقياس بالتقييم المباشر للأساليب والعمليات المصاحبة لأداء الخدمة بمعنى أنه يعتمد على قياس جودة الخدمة على اعتبار أنها تمثل شكلا من أشكال اتجاهات الزبائن نحو الأداء الفعلي للجودة، بعدما قاموا بإجراء اختبار لأربعة نماذج لقياس جودة الخدمة:

- جودة الخدمة = الأداء - التوقعات. "SERVQUAL".

- جودة الخدمة = الأهمية \* (الأداء - التوقعات). "SERVQUAL Weighted".

- جودة الخدمة = الأداء. "SERVPERF".

- جودة الخدمة = الأهمية \* الأداء. "SERVPERF Weighted".

وقد خلاصا بأن المقياس SERVPERF بأنه أفضل المقاييس والذي يمكن التعبير عنه بالمعادلة التالية:

جودة الخدمة الصحية = الأداء الفعلي.

ولم يختلف هذا الأسلوب عن مقياس الفجوات في الأبعاد المستخدمة، والمتمثلة في الملموسية، الإعتماضية، الاستجابة، الأمان، التعاطف، وهو يتميز بأكثر سهولة وبساطة في الاستخدام، وكذلك بزيادة درجة مصداقيته وواقعيته، وأن مقياس الأداء الفعلي ربما يتفوق على مقياس الفجوات من حيث الدلالات العملية الناتجة عن عمليات وإجراءات القياس والتقييم [79] ص 17.

• مرتكزات نموذج القياس: يقوم نموذج الاتجاه على أساس رفض فكرة الفجوة في تقييم جودة الخدمة، ويركز على تقييم الأداء الفعلي للخدمة الصحية، أي التركيز على جانب الإدراكات الخاصة بالمرضى فقط، ذلك أن جودة الخدمة الصحية يتم التعبير عنها كنوع من الاتجاهات وهي دالة لإدراكات المرضى السابقة وخبرات وتجارب التعامل مع المؤسسة الصحية، فالرضا حسب هذا النموذج يعتبر عاملا وسيطا بين الإدراكات السابقة للخدمة والأداء الحالي لها، وضمن هذا الإطار تتم عملية تقييم جودة الخدمة الصحية من قبل المريض، فالمرضى يقيمون الخدمة الصحية على أساس خبراتهم السابقة وإذا ما انعدمت هذه الخبرة فإنهم يعتمدون على توقعاتهم خلال مرحلة ما قبل الاستفادة من الخدمة، وأن توقعاتهم المستقبلية حول الخدمة الصحية هي دالة لعملية تقييمية للأداء الحالي، بمعنى أن الاتجاه أو موقف المريض من الخدمة يتكيف طبقا لمستوى الرضا الذي يكون قد حققه خلال تعامله مع المستشفى.

وتتضمن عملية تقييم الجودة وفق هذا النموذج الافتراضات التالية: [80] ص 362.

- في غياب خبرة المريض السابقة في التعامل مع المؤسسة الصحية، فإن توقعاته حول الخدمة الصحية تحدد بصورة أولية لمستوى تقييمه لجودتها؛
- بناء على خبرة المريض السابقة المتراكمة كنتيجة لتكرار التعامل مع المستشفى، فإن عدم رضاه عن مستوى الخدمة المقدمة يقوده إلى مراجعة المستوى الأولي للجودة؛
- إن الخبرات المتعاقبة مع المؤسسة الصحية ستقود إلى مراجعات إدراكية أخرى لمستوى الجودة، وبالتالي فإن تقييم المريض لمستوى الخدمة يكون محصلة لكل عمليات التعديل الإدراكي التي يقوم بها المريض فيما يتعلق بجودة الخدمة الصحية، وهكذا فإن رضا المريض عن مستوى الأداء الفعلي للخدمة له تأثير مساعد في تشكيل إدراكات المريض للجودة، وعند تكرار تلقي الخدمة فإن الرضا يصبح أحد المدخلات الرئيسية في عملية التقييم.

وبالتالي فإن هذا الاتجاه كأسلوب لتقييم جودة الخدمات الصحية يتضمن الأفكار التالية: [28] ص 19.

- أن الأداء الحالي للخدمة له دور كبير في تقييم المريض لجودة الخدمة الصحية المقدمة فعليا من قبل المستشفى؛
- ارتباط الرضا بتقييم المريض لجودة الخدمة الصحية أساسه الخبرة السابقة في التعامل مع المستشفى، أي أن التقييم عملية تراكمية طويلة الأجل نسبيا؛
- تعتبر الأبعاد أو المؤشرات المحددة لمستوى الجودة (الملموسية، الإعتماضية، الاستجابية، الأمان، التعاطف) ركيزة أساسية لتقييم مستوى الخدمة وفق نموذج SERVPERF.

وقد ارتأينا تبني هذا المقياس (مقياس الأداء الفعلي) بأبعاده الخمسة والمتمثلة في: الملموسية، الإعتماضية، الاستجابية، الأمان، التعاطف، في دراستنا هذه لملائمته بأغراض الدراسة وسهولة تطبيقه وبساطته ودقته في القياس، كما أنه استخدم في قياس جودة الخدمة الصحية من قبل عدد لا بأس به من الباحثين.

## 2.2 رضا وعدم رضا الزبون وطرق قياسه.

إن رضا الزبون ذو أهمية بالغة تزايدت باعتباره من المؤشرات الأساسية لقياس جودة الخدمات المقدمة من قبل المؤسسات الصحية، كما أن هذا الموضوع أثار اهتمام الكثير من الباحثين والمهتمين بهذا موضوع، باعتبار أن لكل مريض الحق في خدمات ورعاية طبية نوعية آمنة تشمل تقديم خدمات علاجية على درجة عالية من المهارة والمهنية، وسنحاول من خلال هذا المبحث التطرق لمفهوم رضا الزبون، ومختلف السلوكيات وردود الأفعال الناجمة عن حالة الرضا وعدم الرضا، وأخيرا طرق قياسه.

### 1.2.2 مفهوم رضا الزبون.

تسعى أي منظمة إنتاجية كانت أم خدمية إلى تحقيق رضا زبائننها، ذلك لأنها وجدت أصلاً من أجل تلبية حاجاتهم ورغباتهم من خلال ما تعرضه من منتجات أو خدمات، فجوهر عمل المنظمات الصحية هو المريض فمن دونه لن تكون هناك منظمة أصلاً، وهذا ما يدفعها إلى أن تجعل

معظم عملياتها التشغيلية وبرامجها باتجاه تحقيق رضاه، ولقد أخذ مفهوم رضا الزبون حصة الأسد في أدبيات التسويق الحديث من خلال العديد من الأبحاث والدراسات التي أعنت الزبون أهمية بالغة لتوجهاتها الإستراتيجية الكبرى.

### 1.1.2.2 تعريف رضا الزبون.

ترى Vanhamme بأنه من الصعب وضع تعريف محدد وشامل لهذا المفهوم إلا أن ذلك لا يمنع إمكانية التعرف والاستدلال عليه من خلال استعراض وجهات نظر بعض المفكرين والباحثين في هذا المجال، وسنبداً بالمعنى اللغوي للكلمة والذي احتواه القاموس الفرنسي كما يلي:

يُعرّف القاموس الفرنسي Le petit Larousse الرضا على أنه: "الحالة النفسية التي تنتج من خلال تلبية الشيء الذي نطلبه أو نرغب فيه" [30] ص 874.

تُعرّف Vanhamme الرضا بأنه: "حالة بسلوكية ناتجة عن تجربة شراء و/أو استهلاك" [81] ص 173.

كما عرّف رضا الزبون على أنه: "درجة إدراك الزبون مدى فاعلية المنظمة في تقديم الخدمات التي تلبي احتياجاته ورغباته" [82] ص 08.

وعرّفه Kotler بأنه: "أثر إيجابي أو سلبي يشعر به الزبون من خلال تجربة شراء و/أو استهلاك، وهو يمثل نتيجة لعملية مقارنة ما بين توقعات الخدمة والأداء المدرك" [06] ص 169.

أما فيما يخص تعريف الرضا عن الخدمة الصحية، فيمكن الإشارة إليه من خلال مجموعة من التعاريف نوجزها في:

يُعرّف أسامة الفراج رضا المريض بأنه: "هو شعور المريض بالراحة عن مجمل الخدمات التي تلقاها خلال مدة إقامته في المستشفى، وتشمل: الخدمات الطبية والتأهيلية والخدمات المرافقة (فندقية، إ طعام، نظافة، خدمات اجتماعية، ونفسية)، مما يوّد إحساساً باهتمام الأطر الطبية والخدمية به، ويمنحه الثقة بالإجراءات التي يتبعها الأطباء، ويخلق لديه شعوراً إيجابياً يساعده على تقبل العلاج والتجاوب معه، وهذا ما يؤدي بدوره إلى تحصيل نتائج علاجية أفضل مما ينعكس على جودة خدمات الرعاية الصحية" [83] ص 64.

فمثلاً يعد التواصل الجيد بين المريض وطاقم التمريض والأطباء، وجودة الطعام المقدم وخدمة الغرف، والجودة النوعية والفنية للفحوصات الطبية ونوعية التدريبات لدى الطاقم التمريضي وسهولة الوصول للخدمات العامة وتوفرها وقلة وقت الانتظار، واستخدام المستشفى للوسائل التكنولوجية، كل تلك العوامل تساعد عند تحقيقها على رفع مستوى رضا المرضى عن الخدمات الصحية، وهو ما يؤدي لرفع مستوى المستشفى طبياً ومهنياً وخدمياً.

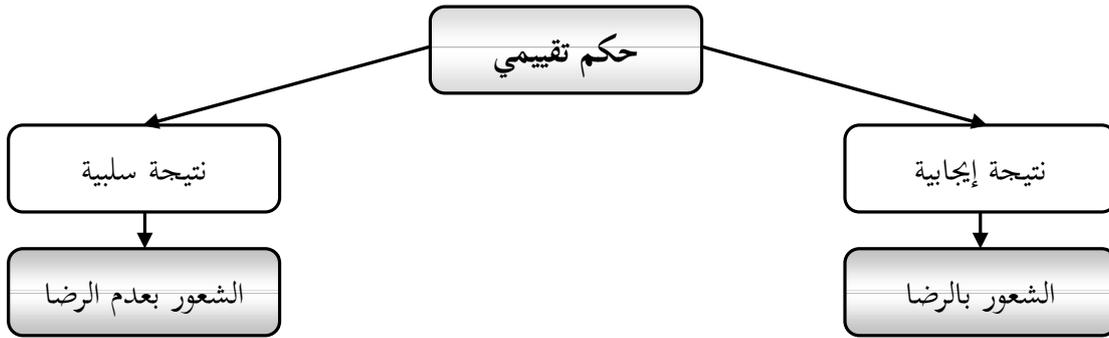
فحسب Keegan وآخرين يُعرّف رضا المريض بأنه: الاتجاه العام للمريض نحو تجربته للرعاية الصحية، ويشمل كل من المظاهر المعرفية والإدراكية والشعورية من خلال التجارب

السابقة، وحدد Wood و Meredith رضا المريض بأنه المشاعر الإيجابية أو السلبية النابعة من وجهة نظر المريض اتجاه الخدمات المقدمة له. وبين Asadi-Lari وآخرين أنّ رضا المرضى يشير إلى مدى إدراك الفرد بالمقارنة مع ما لديه من توقعات، وأشار Keegan, et al أنّ الرضا المريض يعبر عن موقف شخصي نحو تجربته مع المؤسسة الصحية التي تعامل معها، وهذا الرضا يتضمن كلاً من الجوانب المعرفية والشعورية المرتبطة بالتجارب السابقة [18] ص 34.

من خلال ما تقدّم يتّضح بأنّ رضا الزبون دالة لمستويات نسبية من التوقعات والأداء المدرك، أي أنّ الفرد لديه ثلاثة حالات من الإشباع:

- إذا فاقت النتائج توقعات المريض فإنه سيؤدي إلى شعوره بالرضا العالي.
- إذا تساوت النتائج مع توقعات المريض فسيؤدي إلى شعور المريض بالرضا.
- إذا لم تصل النتائج لمستوى توقعاته فسيؤدي ذلك إلى شعور المريض بعدم الرضا.

فمن خلال عملية تقييم الأداء الفعلي للخدمة الصحية يقوم المريض بإصدار حكم إما إيجابي أو سلبي عن نتيجة التقييم والتي تولّد لديه شعوراً بالرضا أو عدم الرضا كما يوضحه الشكل الموالي:



الشكل رقم (06.2): البعد الموضوعي والنّفسي للرضا [84] ص 68.

### 2.1.2.2 أهمية رضا الزبون

لقد ازداد مفهوم الرضا بروزاً مع أواسط السبعينات، كنتيجة للأعمال التي قام بها Day et Hunt ، وبعد ذلك أصبح من المواضيع الرئيسية في دراسة سلوكيات بعد الشراء /أو الاستهلاك حسب كلّ من Oliver et Wesbrook ، كما استقطب هذا الموضوع اهتمام العديد من الباحثين، وهذا ما أثبتته مختلف الدراسات التي أكدت على اعتباره أهم وأكثر المعايير فاعلية للحكم على أداء المنظمات عامة والصحية منها خاصة، حيث يرى الطائي بأنّ لرضا المريض أهمية كبيرة تتجلى في النقاط التالية: [85] ص 223.

- رضا المريض عن الخدمات المقدّمة إليه من قبل المنظمة الصحية سيقبّل من احتمال توجّهه إلى منظمات أخرى منافسة؛
- إذا كان المريض راضياً عن أداء المنظمة فإنّه سيتحدّث إلى الآخرين ممّا يعطي صورةً حسنةً عن المؤسسة، إشهار شفويّ إيجابي؛ [65] ص 19.
- يعدّ رضا المريض مقياس لجودة الخدمات المقدّمة؛
- يمثّل رضا المريض تغذية عكسية للمنظمة فيما يتعلّق بالخدمات المقدّمة إليه ممّا يقود المنظمة الصحية إلى تطوير وتحسين خدماتها؛

- حالة الرضا تعتبر مزية في حد ذاتها كونها تعبر عن حالة من الاستقرار النفسي اتجاه موضوع معين [87] ص 56.

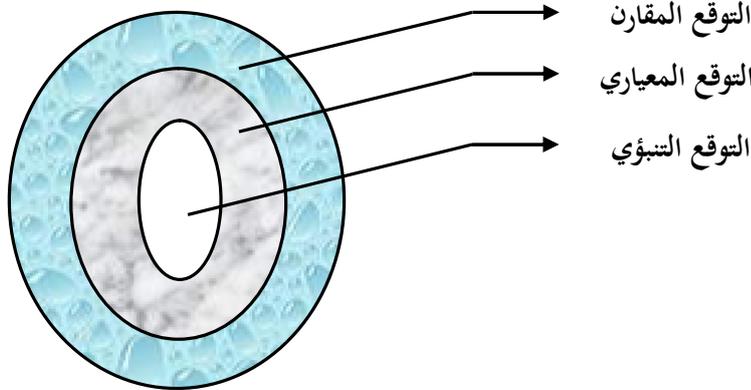
### 3.1.2.2 محددات وخصائص الرضا

للرضا مجموعة من الخصائص والمحددات، سنحاول إبرازها من خلال العنصرين التاليين:

#### • محددات الرضا:

من خلال التعاريف السابقة الذكر، والتي تصبّ معظمها حول عنصر التوقعات والأداء بعد استهلاك واقتناء الخدمة، واللذين يشكّلان أكثر المحددات أهمية، حيث تتعدّد وتختلف هذه الأخيرة باختلاف طبيعة الزبائن والعوامل المؤثرة فيهم، ويمكن أن نوجز هذه العناصر فيما يلي: [86] ص 31.

أ- التوقع: هو ذلك التصور العقلي الذي يتكوّن لدى الزبون قبل الاقتناء والاستفادة من الخدمة، والمرتبب أساساً بالمنافع التي يرغب في الحصول عليها، وكذا المعلومات التراكمية الناجمة عن خبراته الاستهلاكية السابقة، أو عن طريق نقل تجارب الآخرين له. ويعرّف أيضاً بأنه: "اعتقاد الزبون المتعلق بالخدمة قبل عملية الشراء، وبالاعتماد على معايير وعناصر مرجعية التي يقارن من خلالها أداء الخدمة" [88] ص 73، فقد عرض كل من Pitts et Woodside ثلاث أنواع من التوقعات والمتمثلة في الشكل الموالي:



الشكل رقم (07.2): درجات توقّع الزبائن [86] ص 32.

\*التوقع التنبؤي: وهو يوضح معتقدات الزبون عن الخصائص والصفات التي يتوقع وجودها في الخدمة.

\*التوقع المعياري: يركز على المستويات المثالية التي يجب أن تكون عليها أداء الخدمة.

\*التوقع المقارن: وهو يمثل معتقدات الزبون حول أداء الخدمة المقدمة من قبل المؤسسة بالمقارنة بخدمات المؤسسات الأخرى.

فمن خلال هذه المستويات لدرجة التوقعات التي تتشكل لدى الزبون حول الخدمة المستفاد منها، نجد بأنّ التوقع المعياري هو الأنسب والذي يترجم ردود الأفعال التقييمية الناتجة عن

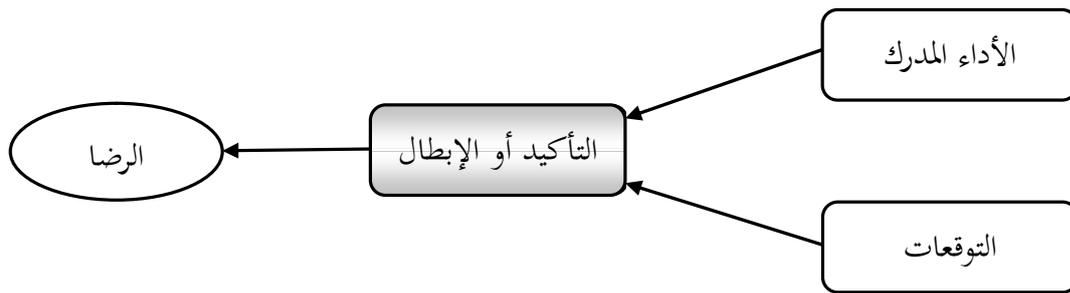
الاستهلاك، الذي ينجرّ عنه الإحساس إمّا الايجابي والمتمثل في الرضا، أو السلبي والمتمثل في عدم الرضا.

ويبنى المرضى توقعاتهم وفق ثلاثة مستويات رئيسية وهي:

- الخدمة المرغوبة: وهي التوقع المثالي، والذي يعكس ما يأمل أو يتمنى المريض أن يحصل عليه، فهو مزيج مما يعتقد أنه يمكن أو يجب تحقيقه.
- الخدمة الملائمة: وهو يعكس ذلك المستوى من الخدمة ما قد يقبله المريض ويعتقد أنه كاف، فهو يمثل مقدار ما يمكن أن يتنازل عنه المريض نحو مستوى الخدمة الصحية المقدمة وتعتمد هذه الخدمة على الخبرات التي تتطور بمضي الوقت.
- ما بين الخدمة المرغوبة والملائمة (منطقة التسامح): وتعكس منطقة التسامح المدى أو النطاق من الأداء الذي قد لا يسبب إزعاج للمرضى أو يقودهم إلى الحكم على مستوى الخدمة بأنها غير مقبولة.

**ب- الأداء المدرك:** وهو يمثل مستوى الأداء الذي يدركه الزبون عند الحصول على الخدمة بالإضافة إلى الخصائص الفعلية لها، ويعتقد أن الأهمية الأساسية للأداء المدرك حسب **Permant et Churchill** تكمن في كونه مرجعا لتحديد مدى تحقق التوقعات التي كونها الزبون بخصوص الخدمة التي كانت محل الاختيار بين مجموع البدائل ويعتبر الإدراك من بين المعايير المعتمدة في نظرية مقاييس المقارنة لقياس الرضا والمتمثلة في الأداء المثالي، والأداء المتوسط، والأداء الرديء.

فحسب **Oliver** يعرف الأداء المدرك بأنه: "مستوى يصل إليه منتج أو خدمة، يتمّ تقييده عادة على حسب سلم موضوعي محدّد بمستويات معيّنة، تبدأ من الأداء الأحسن وتنتهي إلى الرديء" [89] ص 63، لقد تمّ تناول نتيجة الأداء المدرك من خلال نموذج تأكيد أو إبطال التطلعات الذي اعتبره الكثير من الباحثين بأنّه من السوابق المحدّدة لرضا الزبون، والشكل الموالي يوضح هذا النموذج.



الشكل رقم (08.2): نموذج تأكيد-إبطال التوقعات لـ **Oliver (1980) [90]** ص 24.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك تشابه كبير بين الأداء المدرك والجودة المدركة من الناحية التصوريّة، إلا أنّ الأوّل يخصّ عمليّة الحكم قبل الاستفادة من الخدمة حول نتيجة الأداء الشاملة، في حين تتعلّق الجودة المدركة ورضا الزبون بالحكم بعد عمليّة الاستفادة من الخدمة.

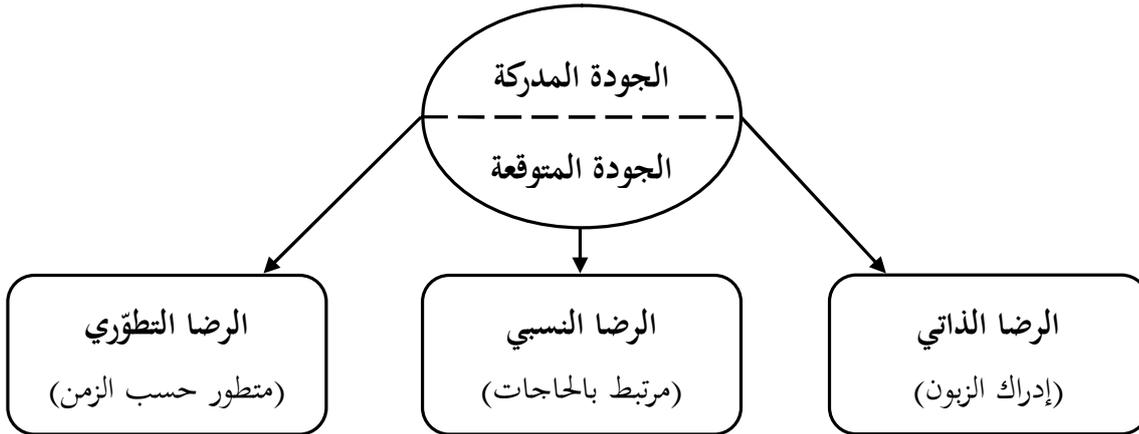
وبالتالي فالمرضى عتبات متباينة من الإدراك، هذا ما يثبت إدراك نفس العرض بمستويات مختلفة فيما يتعلّق بالأداء، وهذا ناتج عن الاختلافات الفرديّة، والوضعيّة المؤثّرة على الخطوات

الإدراكية للمريض، كما يمكن أن يدرك نفس الأداء على شكل مستويات مختلفة من المنافع، ويكون هذا نتيجة الاختلافات الموجودة بين الرغبات الفردية للمرضى خلال عملية الاستفادة من الخدمة [61] ص 109.

**ت- المطابقة:** وتُعرّف المطابقة بأنها: "المستوى من الإحساس الناتج عن عملية المقارنة بين الأداء المدرك للزبون وبين توقعات هذا الأخير"، فحسب النموذج السابق، كلما كانت نتيجة الأداء مساوية مع ما كان ينتظره الزبون تنشأ لدى هذا الأخير حالة الرضا، وإذا كانت هذه النتيجة أفضل بكثير ممّا كان ينتظره الزبون تنتج عن ذلك ابتهاج وسعادة، أما في حالة العكس بطبيعة الحال يكون الزبون غير راضي.

#### • خصائص الرضا:

يمكن أن نميّز بين ثلاثة خصائص أساسية للرضا، تتمثل في فحواها المعايير اللازمة لإدراك الرضا والمتمثلة في الذاتية، المرتبطة والمتطورة [91] ص 24، هذه الثلاث خصائص تشارك في تكوين حكم الزبون الذي يقيم المنتج أو الخدمة، والتي يمكن إبرازها من خلال الشكل التالي:



الشكل رقم (09.2): الخصائص الأساسية للرضا [91] ص 24.

أ. الرضا الذاتي (الشخصي): يتكوّن الرضا لدى الزبون وفق إدراكه الشخصي للسلعة أو الخدمة، فالزبون لا يحكم على جودة الخدمة بواقعية وموضوعية، فهو يحكم على الجودة من خلال ما يتوقعه من الخدمة، فمريض ما يرى بأن الخدمات الصحية المقدمة من قبل المستشفى جيدة، في حين يراها مريض آخر بأنها أقلّ جودة من الخدمات المقدمة من قبل المؤسسات المنافسة (الخواص مثلاً)، أي أنّ هناك اختلاف في الإدراك وهذا حسب شخصية كل فرد، أي لكل مريض وجهة نظره.

ب. الرضا النسبي: يتعلّق الرضا في هذه الحالة بتقدير نسبي يرتبط بحاجات الزبون، ففي بعض الحالات نجد زبونين يتلقيان نفس الخدمة وفي نفس الشروط، لكن ردود أفعالهما تختلف تماماً، وهذا راجع إلى اختلاف الحاجات، وهذا يفسّره الدور المهم لتقسيم السوق في مجال التسويق، الذي لا يكون هدفه تحديد القطاعات السوقية في الأساس قدر ما يكون هدفه تحديد التوقعات المتجانسة للزبائن من أجل تقديم خدمات تتوافق مع هذه التوقعات.

ت. الرضا التطوري: يتغير رضا الزبون من خلال تطور هذين المعيارين: مستوى التوقع من جهة، ومستوى الأداء المدرك من جهة أخرى، فمع مرور الزمن يمكن لتوقعات الزبون أن تعرف تطوراً نتيجة لظهور خدمات جديدة أو تطوّر المعايير الخاصة بالخدمات المقدّمة، وذلك بسبب زيادة المنافسة، ونفس الشيء بالنسبة لإدراك الزبون لجودة الخدمة الذي يمكن أن يعرف هو أيضاً تطوراً خلال عملية تقديم الخدمة.

## 2.2.2 السلوكيات الناجمة عن حالة الرضا وعدم الرضا.

أصبحت الدراسات الحديثة تعتمد وبشكل كبير على دراسة وتحليل عدم الرضا والحلول التسويقية التي يمكن أن تساهم في علاج حالة عدم الرضا لدى المستفيد من الخدمات الصحية، باعتبارها مشكلة تواجه المنظمات بمختلف أنواعها، والوقوف على أوجه وأسباب احتجاجات وشكاوى المرضى، وما هي مختلف النتائج المترتبة عنها، لتضع المنظمة في الأخير الإستراتيجية اللازمة للتعامل معها.

### 1.2.2.2 من دراسة حالة الرضا إلى تحليل حالة عدم الرضا

إنّ السعي الدائم لمعظم الباحثين في تحديد العلاقة المنطقية بين جودة الخدمة وفق إدراك العميل ومستويات الرضا لديه، أدى بهم إلى الاهتمام أكثر بعدم الرضا ونتائج المتعلقة بتحوّل تعامل الزبون مع المؤسسة الخدمية إلى مؤسسات منافسة، أو إلى بروز سلوك الشكوى، إنّ أعمال Lassar et Mittal أدت إلى التوصل إلى أنّه إذا لم يعالج عدم الرضا فإنّه يؤدي إلى خسارة الزبائن، وتأكيداً على ما قاله Mittal، فإنّ Forester et Maut أكدوا أيضاً على أنّ الفشل هو ناتج عن عدم إرضاء ما يتطلّع وينتظره الزبون، حيث تكون الخدمة بجودة غير مناسبة أو مشكوك فيها، أو عن طريق زبائن غير راضين والذين لم تؤخذ شكاويهم واحتجاجاتهم بعين الاعتبار، ويركّزان على أنّ إعداد برامج تسويق علائقي يمكن أو يحدّ من هذه المشاكل [92] ص 07-08.

إن الأخطاء المرتكبة في تقديم الخدمة الصحية لا بد أن تصحّ بإعداد برامج مراقبة ومتابعة وإصلاح، والتي تسمح بإعادة تحقيق الرضا، كما إنّ الفشل في تقديم الخدمة ينتج دائماً عن عرض لا يتوافق مع متطلّبات الزبون، وبالتالي يكون له تأثير سلبي على الرضا، حيث أنّ الخدمة غير الجيدة تتطلّب برنامج إصلاح يهدف إلى استرجاع الزبون غير راضي، فحسب الطائي يجب على المؤسسة أن تصنّف متطلّبات (حاجات ورغبات وتوقعات) الزبائن لتباين تأثيرها في رضا الزبائن، وعلى المنظمة أن تتدرّج في تلبية المتطلّبات فتبدأ بالأساسية التي لا يجوز إغفالها وتضيف ما تستطيع من متطلّبات الأداء وصولاً إلى القمة عندما تتمكن من تلبية المتطلّبات الجاذبة أو المبهجة، ويمكن تصنيف هذه المتطلّبات إلى: [93] ص 157.

● المتطلّبات الأساسية أو الواجب توفرها: هذه المجموعة لا يعبر عنها الزبون لافتراضه ضمناً حتمية توافرها، وعند عدم تلبية هذه المتطلّبات فإنّها تؤدي إلى شعور الزبون بعدم الرضا في حين لا يؤدي تلبيةها وتوفرها إلى تحسين مستوى الرضا.

● متطلبات الأداء: هذه مجموعة يطلبها الزبون ويعبر عنها بصراحة، وهناك علاقة تناسب طردية بين تلبية هذه المتطلبات في الخدمة ومستوى الرضا لديه.

● المتطلبات الجاذبة أو المبهرة: هذه المجموعة لا يتوقعها الزبون لذلك لا يعبر عنها، وتوفر هذه المتطلبات يرفع من مستوى مشاعر رضا الزبائن وغيابها لا يشعرهم بعدم الرضا نحوها.

### 2.2.2.2 النتائج المترتبة عن حالة الرضا

يترتب عن حالة وشعور الزبون بالرضا مجموعة من ردود الأفعال والمتمثلة في: [87] ص 62.

● سلوك تكرار الشراء: هناك نوع من الغموض ما بين سلوك تكرار الشراء وسلوك الولاء، فعرف البعض سلوك الولاء على أنه تكرار الشراء، ولكن للتفرقة بين المفهومين علينا أن نميز بين تكرار الشراء بدون التزام بنفس المنتج في كل مرة شراء وبين الولاء الذي هو التزام بشراء نفس المنتج في كل مرة شراء [94] ص 09. ويرى البعض أن مكرري الشراء هم من يستمرون في شراء نفس العلامة على الرغم من عدم وجود ارتباط عاطفي بينهم وبينها، بينما أصحاب الولاء هم من لديهم ارتباط عاطفي بالعلامة. فقد أجمع الباحثون على أن سلوك تكرار الشراء من أهم السلوكيات لما بعد الشراء المترتبة على الرضا، فأكدت نتائج كل من Woodside وآخرين على وجود علاقة ارتباط قوية بين الرضا عن الخدمة المقدمة والعودة للشراء مرة أخرى، كما توصل Cronin et Taylor سنة 1992 إلى أن تأثير الرضا على تكرار الشراء يعد أقوى من تأثير جودة الخدمة على تكرار الشراء.

● الإشهار الشفوي الإيجابي: يعد سلوك التحدث بكلام إيجابي أحد ردود الأفعال لما بعد الشراء المترتبة عن حالة الرضا، فالرضا يعتبر مقدمة هامة لسلوك التحدث الإيجابي عن الخدمة الصحية، إن رضا المريض ينتج عنه إحساس إيجابي من خلاله تتم عملية التخزين في الذاكرة، والتي تستخدم في عمليات التأثير في السلوك الشرائي للأفراد المحيطين بالمريض من خلال التأثير في معتقداتهم واتجاهاتهم وقيمهم وسلوكهم بالإيجاب.

● الولاء: يعد سلوك الولاء أحد السلوكيات المترتبة عن الرضا، وهو يتميز بأنه التزام عميق بتكرار الشراء أو إعادة التعامل مع المؤسسة الخدمية الصحية في المستقبل، مهما كانت المؤثرات الخارجية المحيطة أو الجهود التسويقية التي تهدف لتحويل المريض لمؤسسات صحية أخرى، فالمريض في هذه الحالة مرتبط ارتباطاً عاطفياً.

### 3.2.2.2 النتائج المترتبة عن حالة عدم الرضا

يترتب في غالب الأحيان مجموعة من ردود الأفعال الناتجة عن الإخفاق في تقديم الخدمة لأي سبب من الأسباب، سواء تعلق الأمر بخطأ ارتكبه الزبون نفسه، أو نتيجة خلل في عملية تقديم الخدمة من قبل المؤسسة الصحية، والتي كانت نتائج الأبحاث والدراسات التي قام بها كل من Ring، Richins، Day، Hirshman، والمتمثلة فيما يلي:

• التحول إلى المنافسين (المقاطعة): يمثل تحوّل الزبون إلى المؤسسات المنافسة للتعامل معها ردّ فعل سلوكي ناتج عن حدوث عدم الرضا، وقد أقرّت الدراسة التي أجراها كل من Fingh و Pandya والتي أقيمت على الخدمات الماليّة المتعلقة بالخواص على وجود علاقة غير خطيّة بين مستوى عدم الرضا واستجابات الزبائن، معنى ذلك أن سلوك المقاطعة لا ينتج إلا في الحالة التي يكون فيها حالة عدم الرضا القصوى، وبالتالي على المؤسسة الصحيّة تفادي مختلف الأسباب المؤدّية إلى ذلك والتي نذكر منها: [95] ص 78.

- عدم إظهار الاهتمام بالمريض من قبل العاملين بالمستشفى والذين هم محلّ تفاعل مستمر ودائم معه؛
- استغراق وقت طويل للاستجابة لمتطلبات المرضى؛
- عدم توفر بعض الخدمات الصحيّة بالمستشفى؛
- عدم الإنصات لشكاوى ومقترحات المرضى بطريقة فعالة ومرضية؛
- تقديم اعتذارات بشكل مستمر حول الأخطاء المرتكبة أثناء تقديم الخدمة.

• سلوك الشكوى (الاحتجاج): تُعرّف الشكوى بأنّها: "كلّ اتّصال شفهيّ أو كتابيّ، هاتفيّ، عفويّ أو مُحرّض، مباشر أو عبر وسيط من خلاله يعبّر المريض عن عدم رضاه" [96] ص 07. وبالتالي تشكّل مجموعة هذه السبل والطرق الإمكانات المتاحة للمريض للتعبير عن حالة عدم الرضا، فمصلحة التّسويق هي المكلفة بإدارة العلاقات مع المرضى من خلال نظام تسيير الشكاوى، فالشكاوى ما هي في الواقع إلا ترجمة لعدم الرضا عن مستوى أداء المؤسسة، والتي ترجع للأسباب التالية:

- عدم تقديم الخدمة حسب الوعد بتوفيرها من حيث التوقيت، السلوك، أنماط الاتّصال، الخ... مما يتسبّب في وجود مشاكل لدى المريض؛
- ضعف المصداقية أو الثقة في المؤسسة الصحيّة نتيجة لضعف مهارة الكادر الطبي أو عدم قدرتهم على فهم احتياجات المرضى؛
- مقاومة التغيير من طرف المرضى فقد تقوم المؤسسة بتغيير السياسات أو الإجراءات أو أنظمة العمل أو شروط ومتطلبات الحصول على الخدمة، ما يؤدي إلى تدمير المريض ورفضه للتغيير؛
- الحالة المزاجية للمريض والتي تؤثر على تفاعلاته ودرجة استجابته؛
- التمييز بين المرضى فيما يتعلق بزمن أو أسلوب أو طريقة الحصول على الخدمة؛
- نقص الوعي وعدم توافر المعلومات لدى المرضى.

• الإشهار الشفوي السلبي: إنّ المريض غير الراضي قد لا يصرّح بأسباب عدم رضاه، وهذا ما يعتبره Goderis زبونا متكتّمًا يسبّب العديد من المشاكل للمؤسسة الصحيّة كون أنّه لا يحتجّ ويخفي عدم رضاه [97] ص 150، فمن خلال الإشهار الشفوي ينتقد المريض بكل صراحة مقدمي الخدمة الصحيّة، ولا يقف الأمر عند هذا الحدّ بل يبوح بها إلى مرضى آخرين مثل الأصدقاء، الأقارب، والجيران، حيث تؤكد الدراسات بأنّ المريض الراضي عن الخدمات المقدّمة إليه ينقل رضاه في المتوسط من ثلاثة إلى خمسة أشخاص، بينما المريض غير الراضي فينقل خبراته السيئة من إحدى عشر إلى ثلاثة أو خمسة عشر شخصا آخر.

أما Prion فيرى بأنّ الأنواع المختلفة للاستجابات المتعلقة بعدم الرضا ليست خاصة ببعضها البعض، لأنّ المريض يمكن أن يوجّه العديد من الاستجابات إلى نفس حالة عدم الرضا، وأن عدم بروز أحد هذه الاستجابات ليس بالضرورة ناجم عن حالة الرضا أو وجود مستوى عالي من الرضا، لأن العديد من المرضى ليسوا على استعداد لتقديم الشكوى مهما كانت الظروف، وفي بعض الأحيان ينتظرون التريث إلى أن تتحسن الأمور فيما يخصّ الخدمات المقدّمة لهم.

#### 4.2.2.2 إستراتيجية التّعامل مع الشّكاوى

تسعى المنظمة الصحيّة جاهدة إلى تشخيص حالات شكوى زبائنها، واتّخاذ كلّ ما يلزم لضمان رضاهم وولائهم بالرّغم من أنّ هذه الشكاوى لا تمثّل إلّا نسبة ضئيلة من الزبائن غير الراضين، فأصبح موضوع التّعامل مع شكاوى المرضى من المواضيع التي يرتبط نجاح المنظّمات الصحيّة بها.

• نظام التّعامل مع الشّكاوى: يُعرّف نظام التّعامل مع الشكاوى بأنّه استجابة المنظمة لأيّ خلل أو فشل في عمليّة إنتاج أو تقديم الخدمة، والتي تسبّب للزبائن أيّ مستوى من الإزعاج المادي أو النفسي الذي قد يؤثر سلباً على مستوى الرضا لديهم [67] ص 09، وقد اعتبر Lovelock المعلومات الواردة من شكاوى الزبائن بأنّها مدخل لإدارة الجودة، لما تنتج من معلومات حول النّقاط التي يهتمّ بها الزبائن وتسبّب حالة من عدم الرضا لديهم مما يعني مصدر للتّغذية العكسيّة التي تعمل على تحسين العمل ومعالجة أسباب وانحرافات التي تتضمنها عمليّة تقديم الخدمة [68] ص 113.

• إستراتيجية التّعامل مع الشّكاوى وأهدافها: حيث يرى كل من Bell و Zemke أن وجهات نظر الزبائن حول الكيفية التي ينبغي على مورد الخدمة الصحية اتّباعها للتّعامل مع شكاوهم تختلف باختلاف الزبائن، فكلّ مجموعة وجهات نظر متباينة حول وسائل معالجة الشّكاوى، وعليه فإنّ توقعات التّعامل مع الشكاوى تكون متباينة أيضاً، فأفضل طريقة للاستجابة لشكاوى الزبائن في هذه الحالة تكون في تصميم إستراتيجية تعامل مع الشكاوى تلبّي من خلالها حاجات وتوقعات كلّ زبون [27] ص 106. تهدف إلى تحقيق النّقاط التّالية:

- القيام بالعمل الصحيح وللمرة الأولى؛
- تشجيع المرضى للإدلاء بشكواه في حالة الفشل في تقديم الخدمة له؛
- التّصرف السريع في حالة وجود شكوى؛
- العدالة في التّعامل مع المرضى، لأنّ المريض يتوقّع من خلال نظام التّعامل مع الشكاوى النتيجة العادلة، والتّعامل بلطف، والاستفادة من التّجربة السابقة في مجال التّعامل مع شكواه.

حيث تمثّل مختلف هذه الإستراتيجيات آليّة من آليات تحقيق التّسويق بالعلاقات، محاولة في تمديد العلاقة مع المرضى، وتحسين صورة المؤسسة، ودفع المريض غير الراضي عند معالجة شكواه بطريقة فعّالة ليصبح راضياً ووفياً للمنظمة الصحيّة، بالإضافة إلى كلامه الإيجابي للأخريين [74] ص 396.

### 3.2.2 قياس رضا الزبون.

من الضروري على المنظمات اليوم قياس رضا زبائنها بصفة دائمة ومستمرة ومنتظمة وبالأخصّ مختلف العوامل المؤثرة فيها، لأنّ هذا يجعلها تقف على مختلف نقاط الاختلال في تقديم خدماتها، ومن هنا تبرز أهمية القياس بالنسبة للمنظمات الصحية.

#### 1.3.2.2 أسباب الاهتمام بقياس رضا الزبائن

حيث يؤكد كل من Bowers و Lutz أسباب الاهتمام بقياس رضا المرضى في العناصر التالية: [98] ص 165.

- الاتجاه العام نحو الاهتمام وبشكل شمولي لاحتياجات ومتطلبات المريض؛
- زيادة التكاليف التي تتحملها المؤسسات الصحية وبشكل مضطرب؛
- التركيز على تحسين نتائج الرعاية الصحية وإجراءاتها؛
- زيادة إمكانية وصول المريض للمعلومات عن حالته الصحية والخيارات المتاحة.

ويشير John Pratt إلى أنّ ما يمكن قياسه يمكن عمله، فمع عدم قياس النتائج يصبح من الصعب تحديد النجاح من الفشل، ومن ثمّ لن نستطيع أن نتعلم من الخطأ ونعالجه أو أن نستفيد من النجاح ونكافئه، ومن ثمّ لا نستطيع كسب تأييد العامة.

ويرى J.Monin بأن عملية قياس رضا المرضى تسمح للمنظمة الصحية بـ: [99] ص 108.

- الحصول على تغذية مرتدة حول مدى رضا المرضى على مختلف الخدمات، وأساليب التعامل معهم؛
- توفير أساليب الحوار المفتوح والبناء حول مجالات القوّة والضعف في الخدمة؛
- التعرف والتشخيص الجيد لاحتياجات المرضى وتوقعاتهم لمستويات أداء الخدمة الصحية؛
- توفير مقياس لاستقرار مجالات وفرص التطور المستقبلي؛
- وضع أساس موضوعي لأنظمة التحفيز، وتقييم الأداء والتدريب.

#### 2.3.2.2 أساليب قياس رضا الزبائن

ومن ضمن الأساليب العديدة التي تستعملها المنظمات الصحية اليوم لقياس رضا المرضى والمراجعين، نوعين أساسيين وهما: القياسات الموضوعية والقياسات الذاتية.

فالقياسات الموضوعية تستعمل بكثرة من قبل المؤسسات، بحيث تقوم من خلالها هذه الأخيرة بإحصاء شكاوى المرضى، الوفاء للمنظمة الصحية، ... وغيرها، بحيث تستعمل هذه القياسات في إطار الدراسات المتعلقة بعدم رضا المرضى، ويتم من خلالها تصوره أنّه من تبعات الرضا.

أما القياسات الذاتية على عكس الموضوعية حاولت الإلمام بالخبرات الذاتية للأفراد، فقد استحدث Hansknecht بإحصاء ما يقارب 34 سلم (ذات أشكال مختلفة: شكلية أو حرفية) استعملت لقياس الرضا، اهتم البعض منها بالجانب الشعوري والبعض الآخر بالجانب المعرفي، حيث يرى كل من Aurier و Evrard بأن أغلب مقاييس الرضا هي مقاييس وحيدة الأسئلة تتميز هذه

الأسئلة بأنها متعدّدة الأجوبة، وهناك البعض منها متعدّدة الأسئلة على غرار المقاييس التي أتى بها Oliver. [100] ص 188.

لقياس رضا الزبون يمكن للباحث أن يختار ما بين سلالم من نوع Likert، الدلالات المتغيرة، الأيقونة أو الصورة Icone، مجالات ذات محور دلالي،... الخ، مع ذلك لا تتلائم كل أنواع السلالم هذه مع جلّ إشكاليات البحث، ويبقى الشيء المميّز هو أنّ قياسات الرضا لا تتمتع بالجودة التي تسمح لها بأن تكون دقيقة.

لقد ميز كل من Chandon و Bartikowski بين أربعة أنواع من القياسات كل واحد منها مكمل للآخر، تتمثل في:

• القياس عن طريق مجال التحمل لـ Rodrigues (1995)

يلقب هذا السلم بالسلم الدلالي، فعلى الرغم من عدم تمتع كل السلالم بالنعوية أو الجودة، إلا أن هذا لم يمنع الباحثين من أن يقبلوا ضمناً فرضية تساوي المسافة بين الدرجات السلمية مثل: "ضعيف"، "ردئ"، "ردئ للغاية"، واعتبار المسافة بينه ثابتة، وذلك حسب الجدول الموالي:

الجدول رقم (03.2): قياس منطقة التحمل لـ Rodrigues [100] ص 188.

06	05	04	03	02	01
المستوى الذي يعتبر بأنه الممتاز	مستوى جيد جداً أقل من المستوى الذي يعتبر بأنه الممتاز	مستوى جيد أقل من المستوى الذي يعتبر بأنه الممتاز	مستوى مرضي بعيد عن المستوى الذي يعتبر بأنه الممتاز	مستوى نوعاً ما مرضي، لكن أقل بكثير عن المستوى الذي يمكن اعتباره الممتاز	مستوى ضعيف أقل بكثير عن المستوى الذي يعتبره الممتاز

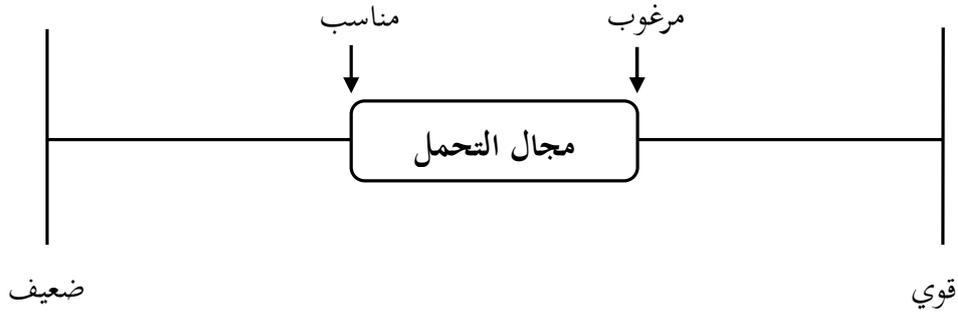
• القياس عن طريق سلم Likert

إن استعمال سلم Likert يكون في بعض النماذج المتعلقة بالرضا، حيث يعتقد العديد من الباحثين بأن الفرضية تساوي المسافة بين الدرجات السلمية على غرار "بالتأكيد موافق"، "موافق"، "نوعاً ما موافق"، هي في الكثير من الأحيان محترمة أكثر من احترام السلالم الدلالية الأخرى، لكن على الرغم من ذلك يرى الباحثان Chandon و Bartikowski بأنه ليس من الضروري أن يكون لنفس الإجابة نفس المدلول بالنسبة لسلم معين، فهو سلم متدرج يهدف إلى قياس درجة القبول أو عدم القبول بخمس درجات مرتبة بشكل تصاعدي كالتالي: [101] ص 266.

الجدول رقم (04.2): قياس الرضا بواسطة سلم Likert [100] ص 187.

- هل أنت راض عن أداء المؤسسة؟					
05	04	03	02	01	
غير راضٍ مطلقاً	غير راضٍ	نوعاً ما راضٍ	راضٍ	راضٍ جداً	المجيب

• القياس عن طريق مجال التحمل لـ Parasuraman, Berry, Zeithaml (1991) يكون الزبون غير راضي عندما يكون إدراكه للأداء أكبر من الحد الأعلى للمنطقة التي لا يبالي فيها، كذلك يكون الزبون غير راضي إذا كان إدراكه للأداء أصغر من الحد الأدنى للمنطقة التي لا يبالي فيها، أما إذا أسقط إدراك الزبون للأداء داخل منطقة اللامبالاة يكون الزبون في هذه الحالة غير مبالي. وإذا كان الزبون غير مبالي بالشيء المدرك في هذه الحالة لا يمكننا أن نتنظر منه تبعات إيجابية أو سلبية متعلقة بسلوكه، كما هو الشأن بالنسبة للاتصال الشفوي، وبالتالي نميز بين الحد الأدنى لمنطقة اللامبالاة والتي توصف بعبارة "الأداء المناسب"، أما الحد الأقصى منها فيعرف بـ "الأداء المرغوب"، هذا القياس الذي يسمى أيضا بالطرح، ينصّ على أن الفرق بين المستوى الأداء المرغوب والمناسب يمكننا من معرفة طول منطقة التحمل، لذلك نرى الباحثين يطلبون من المجيبين بأن يشيروا (عن طريق سلم Likert) إلى أي حد يمكن أن ينتظروا الأداء المناسب وإلى أي حد يتوقعون الأداء المرغوب.

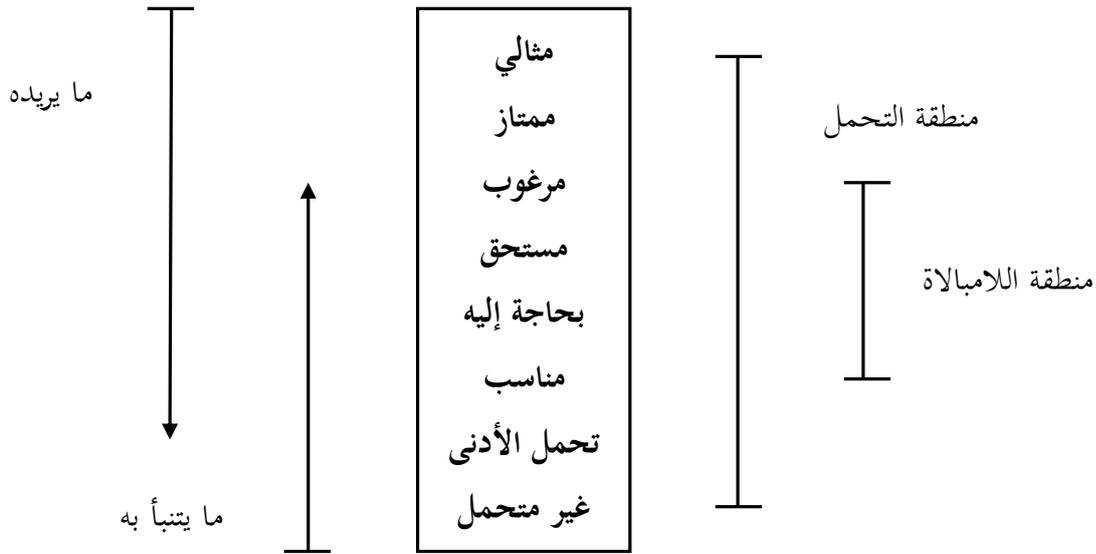


الشكل رقم (09.2): مجال التحمل لـ Parasuraman, Berry, Zeithaml (1991) [100] ص 187.

على الرغم من التبريرات التي سبقت إلا أننا نجد نتائج أبحاث أخرى قد برهنت عن عدم صحة هذه المقاربة عندما يتعلق الأمر بصلاحية مفهوم الرضا، وذلك كون أن مستويات الأداء "المناسب" و"المرغوب"، تم اعتبارها تعسفياً بأنهما حدود منطقة مجال التحمل، يعد هذا الأخير من الانتقادات النادرة الموجهة لهذا النوع من القياس.

• تسلسل المتغيرات المعبرة عن الرضا حسب Oliver (1997)

اعتبر كل من Parasuraman, Berry, Zeithaml سنة 1991 بأن الأداء الذي يفوق الأداء المرغوب يؤدي إلى تحقيق الرضا، بينما الذي يكون أقل من الأداء المناسب يتمخض عنه حالة عدم الرضا، ويرى Johnson أيضاً بأن الأداء المناسب يقع ضمن منطقة اللامبالاة والأداء المثالي يعبر عن حده الأقصى، أما فيما يخص أداء "التحمل الأدنى" فيعبر عن الحد الأدنى، والشكل الموالي يوضح ذلك:



الشكل رقم (10.2): تسلسل تعبيرات الرضا حسب Oliver (1997) [100] ص 189.

نظرا لعدم تمكن طريقة قياس منطقة اللامبالاة وفق الطريقة السابقة نتج هذا المقياس والمتمثل في مجال التحمل، والذي دفع بدوره إلى التفكير في إمكانية استعمال العبارات السابقة التي تتضمن الأداء "المناسب" و"المرغوب" لقياس الرضا وفق هذا المقياس.

### 3.2 العلاقة السببية بين الجودة بالإدراك ورضا المستفيد.

خلال العقد الماضي، المنظمات بجميع أنواعها، وباختلاف أحجامها أصبحت أكثر إدراكا لأهمية رضا الزبون، الذي أصبح حجر الزاوية والهدف الرئيسي للعديد من المؤسسات. فالدراسات والبحوث التسويقية حول رضا الزبون، أثبتت بأنه " مصطلح معقد ومفهوم صعب متعدد الأوجه". وليومنا هذا، فإن معظم الباحثين يعتبرون الرضا بأنه مركب معرفي وشعوري على حد سواء [102] ص 08.

وفي الواقع ركزت أعمال كل من Parasuraman, Berry et Zeithamal سنة 1985 على تحديد الفرق بين الجودة المدركة ورضا الزبون. وسنحاول في هذا المبحث تسليط الضوء على بعض الأعمال النظرية التي تناولت هذا الموضوع من أجل فهم العلاقة الترابطية بين هذين المفهومين، بدءاً بالترقية بين المفهومين للتوصل لتحديد العلاقة السببية بينهما وأي منهما يسبق الآخر.

### 1.3.2 الفرق بين الرضا والجودة المدركة.

على الرغم من وجود علاقة واضحة وأكيدة بين الجودة المدركة ورضا المستفيد إلا أن العديد من الباحثين لم يضعوا الأطر والقواعد اللازمة للتفريق بين المفهومين والمصطلحين، ومختلف نقاط التداخل والترابط بينهما.

هذا ما دلّت عليه نتائج الأبحاث التي قام بها كل من Oliver, Rust, Baker والتي توصلوا من خلالها إلى أنّ الجودة المدركة تنتج أساسا بالمواصفات والمحددات النسبية للجودة، كالجانب الجمالي، والديكور مثلا، في حين الرضا ينتج عن المواصفات والأبعاد غير المرتبطة بالجودة، كالإحساس بالراحة، والتميز، ونظرة الآخرين مثلا [103] ص 175-195. وهذا ما أكدّه Zeithaml et Bitner، حيث يعرفون الرضا بأنه تقييم الزبائن للمنتج أو الخدمة في تلبية حاجاتهم وتوقعاتهم، أي أن عدم الرضا ناتج عن فشل المنتج أو الخدمة في تلبية حاجات الزبائن وتوقعاتهم، أما الجودة المدركة فتركز على أبعاد محددة، فالخدمة هي تقييم مركز يعكس إدراك الزبون لأبعاد محدّدة مثل الاعتمادية والاستجابة والضمان والتعاطف، والعناصر الملموسة، ومنه فإنّ جودة الخدمة المدركة هي أحد مكونات الرضا.

كما أن الجودة المدركة هي حكم مرتبط بمقياس الامتياز، الشيء الذي لا نجده في الرضا، فالرضا يرتبط بمقاييس أخرى على غرار التطلعات، بالإضافة إلى أن الرضا ذو بعدين شعوري ومعرفي، بينما الحكم على الجودة يكون فقط معرفي.

ويرى باحثون آخرون Taylor و Cronin أن جانب الاختلاف بين الجودة المدركة ورضا المستفيد يكمن في كيفية تعريف أو تحديد معنى التوقعات، حيث يؤكد هؤلاء أنه عند قياس جودة الخدمة المدركة، فإن مستوى المقارنة يصب في بوتقة "ما الذي ينبغي على المستفيد توقعه؟"، بينما في قياس الرضا يكون مستوى المقارنة على أساس "ما قد يتوقعه المستفيد؟" [69] ص 58. فالموقف حسب Lambin هو تلك الحالة الذهنية للفرد والتي تشكلت من خلال الخبرة والمعلومات المكتسبة التي تمكنه من هيكلة إدراكاته للبيئة وتفضيلاته وتوجهاته نحو الكيفية التي يحبها.

ميز Bateson ما بين الجودة المدركة ورضا المستفيد، حيث ذكر بأن الجودة هي موقف يكونه المستفيد من خلال تقييمه لعرض الخدمة، وأن هذا الموقف غالبا ما يكون مبنيا أو مستندا على سلسلة من الخبرات التقييمية السابقة، وعليه فإن الجودة هي أقل ديناميكية قياسا إلى الرضا. أما الرضا فهو عبارة عن الناتج النهائي للتقييم الذي يجريه المستفيد لعملية تبادل معينة [105] ص 331. ويمكن إبراز أهم الفروقات بين الجودة المدركة والرضا في الجدول الموالي:

الجدول رقم (05.2): عناصر التفرقة ما بين الجودة المدركة والرضا [104] ص 67.

عناصر التفرقة	الجودة المدركة	الرضا
خبرة استهلاك الخدمة	يمكن تقييمها دون توفر عنصر خبرة الاستهلاك الخدمة (مثلا: يتم التقييم عن طريق الإشهار الشفوي).	استخدام المنتج أو الخدمة ليس ضروريا.
المواقف حول المنتج أو الخدمة	هي موقف يكونه المستفيد من خلال تقييمه لعرض الخدمة نتيجة خبرات تقييمية سابقة.	هو الناتج النهائي للتقييم لعملية تبادلية.
البعد المعرفي أو الشعوري	توجه ذو بعد معرفي	توجه ذو بعدين شعوري ومعرفي.

### 2.3.2 العلاقة الترابطية والسببية بين الجودة المدركة والرضا.

تجدر الإشارة اليوم إلى أن هناك إجماع على توفر وجود علاقة قوية ما بين الجودة المدركة والقيمة المدركة من قبل الزبون والرضا، وهذه الرؤية كانت نتيجة العديد من الأبحاث والدراسات من أجل إنشاء وابتكار نموذج السببية، والذي يسمح بتوضيح العلاقة ما بين جودة الخدمة المدركة ورضا الزبون [106] ص 408.

فالعديد من الباحثين لا يملكون رؤية واضحة ودقيقة حول طبيعة وماهية وكيفية الترابط أو التداخل ولا حتى أي من المتغيرين يدخل ضمن سوابق المتغير الآخر [107] ص 89، فيرى كل من Paraturaman et Zeithaml et Berry أن العلاقة السببية التي تربط المتغيرين (الجودة المدركة ← الرضا)، تبدأ بالرضا كمتغير تابع للجودة المدركة، في حين يرى بعض الباحثين أمثال Bitner et Drew et Bolton أن العلاقة السببية تعتبر الجودة المدركة كمتغير تابع للرضا (الرضا ← الجودة المدركة).

وفي محاولة لفك النزاع والاختلاف القائم حول العلاقة بين المتغيرين قام بعض الباحثين أمثال Taylor et Cronin، و Gotlieb, Grewal, Brown بعض الدراسات حول مجموعة من الأنشطة بهدف معرفة أيهما يدخل ضمن سوابق المتغير الآخر، حيث رجحوا الكفة لصالح العلاقة السببية الأولى.

لقد أشار Jack Welch إلى أن أهمية الجودة تعتبر سندا قويا لضمان رضا وصدقة زبانتها، وسندا قويا للدفاع ضد المنافسين الخارجيين وكذلك لنبقي على تحقيق النمو وتحقيق أفضل النتائج [108] ص 156. هذا يعني أن الرضا يعتمد بالأساس على مستوى جودة الخدمة المدركة من قبل المريض ومدى إشباعها لرغباته وحاجاته التي يسعى لسدها وأن درجة الإشباع ستحدد درجة الرضا. أي أنّ مستوى الرضا المتحقق يتحدد من خلال مقارنته بمستوى التوقعات التي كان يحملها والعوامل التي أثرت بها مع الناتج الفعلي، سيؤدي هذا إلى رضا عالٍ عن الخدمة والعكس صحيح، إذن رضا المريض وعدم رضاه يصفان طبيعة الشعور السلبي والإيجابي والذي يمكن أن يحصل عليه المستفيد بعد عملية اقتناء الخدمة، وشكوى الزبون هي دليل على عدم الرضا [26] ص 353.

ويمكن أن نحدد طبيعة العلاقة بين الجودة المدركة والرضا من منظورين مختلفين يمكن إبرازهما في:

### 1.2.3.2 وجهة النظر المستندة على تبادل تجاري

وفق هذه الواجهة فإن الرضا هو مستوى من إحساس الفرد الناجم عن المقارنة بين أداء الخدمة وبين توقعات هذا الفرد، وبعبارة أخرى فالرضا هو دالة الفرق بين الأداء والتوقع [109] ص 71. وأما Lendrevie فيرى الرضا بأنه الإحساس بالسعادة والذي يتولد من خلال المقارنة بين التوقعات المسبقة وتجربة الاستهلاك [110] ص 911. من خلال هذه التعاريف المقدمة نصل إلى نتيجة مفادها أن الرضا هو ناتج نهائي للتقييم الذي يجريه المريض لعملية تبادل معينة تتمثل في تلقي العلاج من المنظمة الصحية، ويصف الرضا أو عدم الرضا الشعور الطبيعي الذي يحدث بعد تلقي

الخدمات، وأن شكوى المريض ما هي إلا تعبير صريح عن حالة عدم الرضا والحكم بالرضا وعدم الرضا ناتج من المقارنات التي تكون بين التوقعات بخصوص جودة الخدمة الصحية المقتناة وأداء الخدمة، ومن خلال مقارنة الأداء بالتوقعات التي يجريها المريض نتحصل على النتائج التالية:

الأداء < التوقعات ← المريض راضي وسعيد.  
الأداء = التوقعات ← المريض راضي.  
الأداء > التوقعات ← المريض غير راضي.

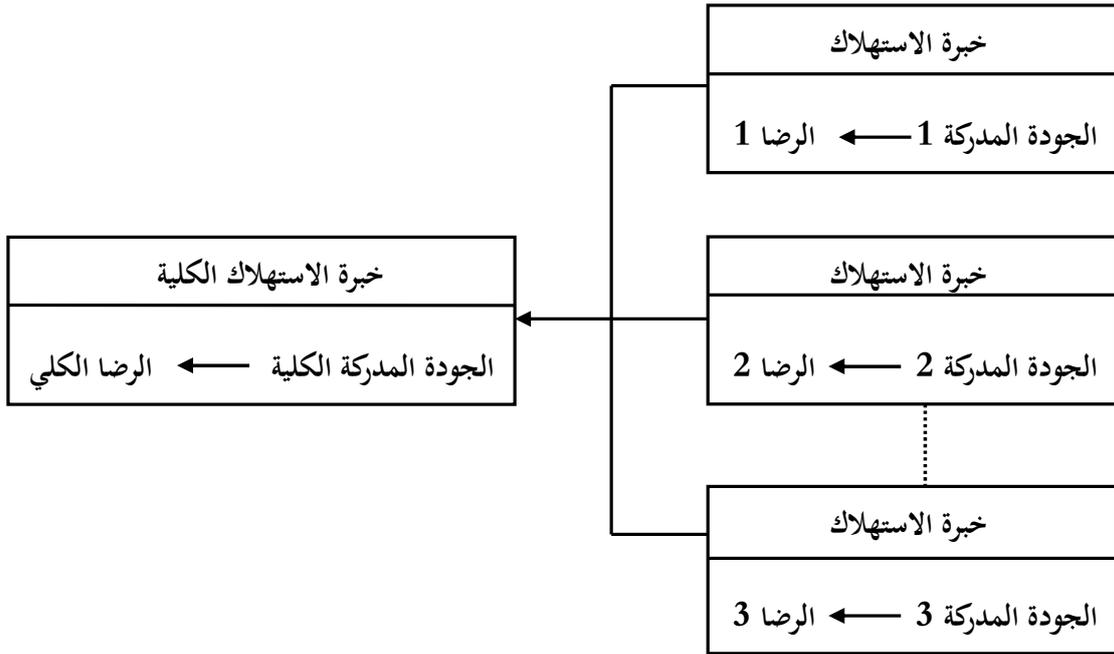
وقد اصطلح على هذا النوع من الرضا بالرضا المستند على تبادل تجاري. فإذا استطاعت المنظمة الصحية تقديم خدمات جودتها الفعلية تتطابق مع جودتها المتوقعة فإن المريض سيصبح راض عن تجربة الاستهلاك ويتكون لديه شعور إيجابي، أما إذا كان أداء الخدمة التي تحصل عليها أقل من النتائج المتوقع فإن ذلك يعطي شعورا سلبيا وعدم رضا لديه.

### 2.2.3.2 وجهة نظر المستندة على تبادلات تراكمية [26] ص 352.

يقوم هذا المفهوم على ما يسمى إجمالي خبرة أو تجربة الشراء والحصول على الخدمة عبر فترة زمنية، أي أن الشعور بالرضا عن الخدمات التي يقدمها المستشفى لا يمكن تحديده من مجرد عملية واحدة، بل لابد من أن تكون عملية تكرار للشراء من أجل تحديد درجة الرضا، خاصة أن الخدمة الصحية تستدعي مثل هذا التكرار من خلال التشخيص والفحص وإعادة الفحص، ثم المواعيد المتكررة للكشف الطبي، فحسب هذا الاتجاه فالرضا يعتمد على القيمة التي تتكون من الجودة والسعر، والتي يتم التعبير عنها بالنظر إلى المنافع المدركة والتضحيات المدركة، ويمكن الاستفادة من هذا المؤشر في تقييم أداء الخدمة في المنظمة الصحية في الماضي والحاضر والمستقبل.

فهذا المفهوم يعد مؤشرا هاما لتقييم أداء مورد الخدمات الصحية في الماضي والحاضر والمستقبل، وإذا ما اعتبرنا أن الجودة تستند في تقييمها على حكم شامل لكل الخدمات التي تقدمها المؤسسة الصحية، فإن علينا في الحالة هذه أن نقر بوجود اختلاف ما بين الرضا التراكمي للمريض وجودة الخدمة المدركة، وذلك للأسباب التالية: [27] ص 153.

- يحتاج المريض إلى خبرة مع الخدمة لكي يحدد الرضا، بينما يمكن إدراك الجودة من دون خبرة فعلية؛ والشكل الموالي يوضح إدراج عنصر الخبرة في العلاقة السببية بين الجودة المدركة والرضا.



الشكل رقم (12.2): العلاقة السببية بين الجودة المدركة والرضا [102] ص 11.

- يعتمد رضا المريض على القيمة، عندما تكون القيمة مركبا من السعر والجودة، وعليه فإن الرضا (وليس الجودة) هو الذي يعتمد على السعر؛
- أن الجودة ترتبط بالإدراكات الحالية، بينما الرضا يستند إلى الخبرات السابقة والمتوقعة في المستقبل.

إن مفهوم الرضا أكثر شمولاً من مفهوم الجودة، لأنه يتضمن محددات أخرى غير الخدمة، والتي عبر عنها بمصطلح القيمة المدركة، فحسب Fornell وزملاؤه، الجودة المدركة والقيمة المدركة خلال خبرة الاستهلاك يعتبران الموجهان الرئيسيان لرضا الزبون، فالجودة المدركة تتأثر بالإيجاب وفق خصائص عرض الخدمة، وكذا السعر المتعلق بها، والتي تؤثر بدورها هي الأخرى على القيمة المدركة، أي وجود علاقة طردية بينهما، فالمريض لديه سلم قياس موضوعي محدد بطريقة مسبقة، يُعتبر مرجع لعملية تقييم الأداء المدرك من الخدمة الصحية التي تقدمها المنظمة الصحية (المستشفى)، هذا السلم قمته الأداء المثالي، وأدناه الأداء السيء، والأداء المدرك ما هو في الحقيقة إلا محصلة الأداء الشامل لعرض الخدمة الصحية، والمكوّن من المعتقدات والمواقف، ومستوى المواصفات المتعلقة بالخدمة، والتي تشكل في مجموعها نواحي تشير وتوحي بمستوى الجودة المدركة التي بدورها تؤثر على رضا المريض [111].

أما Vanhamme فتري بأن مصطلح الرضا أوسع من مصطلح الجودة المدركة وذلك بسبب أن الرضا يترجم الحالة النفسية للمريض بالنظر إلى خبراته مع الخدمة الصحية، في حين الجودة المدركة تتعلق بإدراك تلك المحددات أو المتغيرات المرتبطة بالخدمة المعروضة (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف، الأمان)، والتي تدخل كعنصر مشكّل للخبرة التي يعتمد عليها تقييم الرضا، فالخبرة عند الاقتناء والاستفادة من الخدمة التي تقدمها المنظمات الصحية هي جزء لا يتجزأ في عملية تقييم الرضا، والتي لا نجدها في عملية الحكم على الجودة لتلك الخدمات.

### 3.3.2 الجودة المدركة والرضا: حكم معرفي أو شعوري.

يستند الفصل بين الجودة المدركة والرضا على العوامل المعرفية والشعورية فحسب كل من Dabholkar, Iacobucci et al. فإن تقييمات الجودة هي معرفية أكثر منها شعورية، في الواقع يستند إدراك الجودة الخدمة الصحية على المواقف المخزنة في ذاكرة المرضى، فجودة الخدمة هو تقييم من حيث التميز أو التفوق، وتبعاً لذلك التقييم بطريقة معرفية أو موضوعية يكون من خلال عملية المقارنة المنطقية ما بين التطلعات والأداء المدرك.

فحسب الباحثان Notebaert et Audrain أنه ضمن مفهوم الرضا يمكننا التمييز بين نوعين من الأبعاد لمفهوم الرضا هما البعد المعرفي والبعد الشعوري:

#### 1.3.3.2 البعد المعرفي لرضا الزبون:

استعان الباحثان بمجموعة من التعاريف التي جاء بها كتاب وباحثين آخرين على غرار Cardozo، الذي عرف الرضا بأنه: "لا ينحصر فقط على تقييم المنتج أو الخدمة، وإنما يخضع لتوقعات الزبون، وإلى المجهودات المبذولة للحصول على المنتج أو الخدمة". أما Howard Sheth من وجهة نظرهما قالاً بأن الرضا هو: "الحالة التي يكافئ فيها الزبون بطريقة ملائمة أو غير ملائمة في ظرف الشراء لقاء التضحيات التي تحملها" [112].

أما Hunt وفي نفس السياق يرى بأن الرضا هو عبارة عن: "تقييم لمستوى التجربة من قبل الزبون والتي تكون على الأقل أفضل من المستوى الذي كان ينتظره" [113] ص 22. كما يعتبر Oliver الرضا بأنه "نتيجة المقارنة الذاتية للمنتج أو الخدمة المنتظرة، والمتحصل عليها من قبل الزبون". ومن خلال هذه التعاريف يتضح بأن الرضا في إطار هذا البعد المعرفي هو محصلة عملية المقارنة بين التوقعات والفوائد والنتائج المحصل عليها فعلاً.

#### 2.3.3.2 البعد الشعوري لرضا الزبون:

حسب Notebaert و Vanhamme فإن مجموعة الانفعالات والمؤثرات الناتجة عن العملية التفسيرية للاستهلاك تلعب دوراً كبيراً، والتي لا غنى عنها في كل حالة من حالات اقتناء الخدمات، فالنظرة التي يراها كل من Fournier و Glen Mick للرضا بأنه انفعال خالص خاص بكل عملية معرفية، وكذا Westbrook بأنه استجابة انفعالية، تقودنا إلى تأكيد الفكرة التي أشارت إليها Vanhamme بأنه لا يجب النظر إلى الزبون على أنه آلة تحلل وتقرن بين مجموعة المواصفات التي يكتسبها المنتج أو الخدمة المقدمة، وإنما يجب إدراكه على أنه شخص يُعبّر عن أحاسيسه وانفعالاته وحالات أخرى من المشاعر، والتي تُعتبر مصدر مهم في التأثير على عملية أخذ القرار. كما أن الشعور مثله مثل المعرفة يجب أن يُؤخذ بعين الاعتبار في تحليل رضا الزبون. لأنه إذا لم يكن كذلك فلا يصبح التعريف شامل لكل الجوانب التي تؤثر على الرضا.

فمن خلال هذين البعدين (المعرفي والشعوري) واللذين ينتج من خلالها الرضا فإن Oliver يرى بأنه تقييم نسبي ناتج عن المؤثرات والعوامل المعرفية لما بعد الاستهلاك، وبنفس الكيفية يرى كل من Aurier و Evrard بأن الرضا ظاهرة غير ملاحظة بصفة مباشرة، وبالتالي فهي حالة نفسية لا بد من تمييزها من خلال النتائج السلوكية والحكم التقييمية.

فعلى ضوء ما سبق يمكن أن نستنتج بأن الرضا يُعبّر عن حكم شامل، كونه يعتمد على تجربة الاستهلاك، ويتميز بخاصيته النسبية وذلك لأنّ التقييم هو عبارة عن عملية مقارنة بين التجربة الذاتية التي عاشها الزبون وبين قاعدة مرجعية ابتدائية، وبهذا يمكن اعتباره محصلة وناتج مزدوج للأبعاد الشعورية والمعرفية.

فعندما يقوم المريض بتقييم مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من قبل المستشفى مثلا، فإنه يركز أساسا على مجموعة المنافع المنتظرة كالاستقبال، الوجبات، احترام مواعيد الفحوص والعمليات، طوابير الانتظار، الأمان، ... الخ، وفي المقابل الرضا وعلى الرغم من توفر الجوانب المعرفية (عملية المقارنة)، يحتوي على عناصر شعورية، خاصة المشاعر الناتجة عن عنصر المفاجأة، الدهشة. فحسب Oliver المتغيرات النسبية لردات الفعل الشعورية سواء كانت الإيجابية أو السلبية منها لا تفسر الحكم على الجودة، بالإضافة إلى ذلك لا يتطلب بالضرورة هذا النوع من الحكم أن تكون هناك خبرة مع المنتج أو الخدمة، هذا عكس الرضا الذي يشترط ذلك.

في الواقع يعتقد كل من Iacobucci, Grayson et Ostrom بأن نتائج أخرى يمكن الحصول عليها إذا ما أخذنا بعين الاعتبار إدراك الجودة كحكم وتقييم معرفي أكثر منه شعوري، ورضا الزبائن كتقييم شعوري. فقد أكدت نتائج العديد من الأبحاث والدراسات على الأهمية التي يكتسبها إدماج المتغيرات الشعورية في نماذج تشكيل الرضا، فالتأثيرات الانفعالية الإيجابية والسلبية المرتبطة بخبرات الاستهلاك، دور في الرفع من القدرة التفسيرية للنموذج المعرفي (إبطال أو تأكيد التوقعات)، وأن لها أهمية في تفسير أحكام وآراء الرضا أكثر من هذه الأخيرة، فحسب Oliver والتي أوضح من خلالها بأن التأثيرات الإيجابية والسلبية تمثلان أحسن المتغيرات التنبؤية للرضا وأكثر بكثير من نموذج (إبطال أو تأكيد التوقعات)، فالرضا هو استجابة مزدوجة "شعورية ومعرفية" بينما الحكم على الجودة يكون فقط "معرفي".

## خلاصة الفصل الثاني:

من خلال قراءتنا لهذا الفصل يتضح لنا جلياً بأن الجودة المدركة للخدمة الصحية تعبر عن الرأى والحكم الذي يبديه المريض اتجاه مختلف الخدمات الصحية التي تلقاها عند مقارنته بين الجودة التي حصل عليها فعلاً وبين المنافع التي كان ينتظرها، حيث يتضمن عرض الخدمة مجموعة من المحددات التي من خلالها يتم الحكم على الجودة والتمثلة في الملموسية، الاعتمادية، الالتزام، الأمان، التعاطف، كما أن مفهوم الجودة يختلف من وجهة نظر المؤسسة عن مفهومه حسب وجهة نظر المستفيد، هذا الأخير الذي يعطيه أكثر دلالة ومصداقية في عملية التقييم والقياس، من خلال مجموعة من النماذج الأكثر شهرة واستعمالاً من قبل الباحثين والتمثلة في نموذج الجودة المدركة لـ: Christian Grönroos. ونموذج تقييم الجودة الخدمة (الفجوات) لـ: Berry & Zeithamal & Parasuraman، بالإضافة إلى نموذج الأداء الفعلي لـ: Cronin & Taylor، والذي ارتأينا تبنيه كألية قياس في دراستنا هذه بالاعتماد على المحددات السابقة الذكر نظراً لملائمته لأغراض الدراسة وسهولة تطبيقه وبساطته ودقته في القياس، كما أنه استخدم في قياس جودة الخدمة الصحية عند الكثير من الباحثين.

وباعتبار الرضا المؤشر الأفضل لقياس والحكم على الجودة، خلصنا من خلال الجزء الثاني من هذا الفصل إلى أن الرضا يُعبر عن حكم شامل، كونه يعتمد على تجربة وخبرة الاستهلاك، وبهذا يمكن اعتباره محصلة وناتج مزدوج للأبعاد الشعورية والمعرفية. له محدّدات كالتوقع، والأداء، والمطابقة. وكذا التعرف على مختلف ردود الأفعال الناجمة عن حالة كل من الرضا وعدم الرضا، واستنتاج أنّ الشكاوى والاحتجاجات ما هي في الواقع إلا ترجمة لعدم الرضا عن مستوى أداء المؤسسة، لكن بالمقابل لا تُجسد حالات عدم الرضا بهذا السلوك لدى العديد من المرضى في أغلب الحالات، بمعنى آخر إذا لم تتلق المؤسسة الخدمية الصحية أية شكوى هذا ليس دليلاً كافياً على تحقّق مستويات عالية من الرضا لدى مرضاها، لنخرج في الأخير إلى أساليب وطرق قياس الرضا من خلال القياسات الموضوعية والقياسات الذاتية.

أمّا في الجزء الثالث من هذا الفصل ولفهم العلاقة السببية بين الجودة المدركة والرضا والذي بيّنا من خلالها بأن الرضا هو متغيّر تابع لعنصر الجودة المدركة، وقمنا بالتفريق بين المفهومين فالرضا هو استجابة مزدوجة "شعورية ومعرفية" بينما الحكم على الجودة يكون فقط "معرفي". فالرضا يعتمد بالأساس على مستوى جودة الخدمة المدركة من قبل المريض ومدى إشباعها لرغباته وحاجاته التي يسعى لسدّها وأن درجة الإشباع ستحدّد درجة الرضا. لنحدّد طبيعة العلاقة بين الجودة المدركة والرضا من منظورين مختلفين الأول المستند على تبادل تجاري والذي يرى بأن الرضا هو دالة الفرق بين الأداء والتوقع، والثاني المستند على تبادلات تراكمية والذي يعتمد على خبرة وتجربة الاستهلاك في الماضي والحاضر والمستقبل.

### الفصل 3:

## قياس تأثير محددات الجودة المدركة على رضا المستفيد - الدراسة الميدانية-

### تمهيد:

يشكل قطاع الصحة ركيزة أساسية وموقعا متميزا ضمن باقي القطاعات الخدمية الأخرى، وأحد الاهتمامات الكبرى التي تُولى له الأولوية والتكفل التام، نظرا للأهمية التي تفرضها طبيعة الخدمات التي يقدمها هذا القطاع واتصالها المباشر بصحة أفراد المجتمع وحياتهم، وباعتبار المرضى نقطة الانطلاق والنهاية لأي نشاط تسويقي فلا بد من معرفة درجة رضاهم عن الخدمات الصحية ومستوى الرعاية التي يتلقونها من تلك المنظمات الصحية.

فالخدمات الصحية بالجزائر والتي تقدمها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تشهد تطورا ملحوظا في جميع الجوانب سواء الوقائية منها أم العلاجية أو ما تعلق بالأمومة والطفولة وغيرها، خاصة بعد عزم الدولة على تطبيق سياسة الإصلاحات بدءاً من سنة 2002، وتبني الوزارة إعداد البرامج الصحية الكفيلة بتحسين مستوى جودة خدماتها المقدمة للمرضى، وعلى الرغم من جميع هذه المساعي والجهود الحثيثة للنهوض بهذا القطاع، إلا أنّ القطاع الصحي بالجزائر يواجه العديد من التحديات تتمثل في أهمية الاستمرار في رفع كفاءة الخدمات الصحية، وطرق تمويل القطاع، والعدالة الصحية... وغيرها من المشاكل التي باتت تؤرق كل من المؤسسات الصحية والمرضى على حد سواء.

وبعد التطرق في الفصلين السابقين إلى أهم المحطات النظرية التي تناولنا فيها المفاهيم القاعدية المتعلقة بالخدمات الصحية والجودة، ثم الجودة المدركة ونماذج قياسها ورضا المريض وأساليب قياسه، سنسعى من خلال هذا الفصل إلى إسقاط تلك المعلومات النظرية على المؤسسة الاستشفائية العمومية بولاية المدية كدراسة حالة للتعرف على أثر محددات جودة الخدمة المدركة على مستويات رضا المرضى وفق المحاور الثلاثة التالية:

- واقع القطاع الخدمي الصحي بالجزائر.
- مدخل للمؤسسة العمومية الاستشفائية بولاية المدية.
- منهج البحث الميداني.

### 1.3 واقع القطاع الخدمي الصحي بالجزائر.

يعتبر القطاع الصحي أحد أهم القطاعات الحيوية والتي مستها العملية الإصلاحية خلال السنوات القليلة الماضية، وهذا تأكيدا لمبدأ حق الصحة لكل مواطن، وقد عملت الجزائر على وضع سياسة صحية متكاملة وشاملة اهتمت بتطوير البنية الأساسية ودعم الموارد البشرية والمادية، والعناية بالبحث العلمي، والتكوين، والتأطير، من أجل تقديم الخدمات الصحية بالجودة المطلوبة، والسعي الدائم للارتقاء بأداء المؤسسات الاستشفائية.

وقد سعت الجزائر بعد الاستقلال إلى إدخال بعض التعديلات على تنظيم الهياكل الصحية للوصول إلى وضع منظومة صحية وطنية ناجعة وفاعلة وإرساء نظام صحي حديث ومتطور يضاهي في مستوى خدماته ما هو موجود بالبلدان المتقدمة.

وسنحاول من خلال هذا المبحث تسليط الضوء على مختلف المراحل التي مر بها النظام الصحي بالجزائر بعد الاستقلال وصولا لوقتنا الراهن، ثم الولوج لموضوع الإصلاح الذي شهده النظام الصحي، والتطرق لأهم أهدافه وملفاته، ومستوى جودة الخدمات الصحية، واستعراض تشكيلة النظام الصحي في الأخير.

#### 1.1.3 مراحل تطور النظام الخدمي الصحي بالجزائر.

مرّ النّظام الصحيّ بالجزائر غداة الاستقلال بمجموعة من التّحولات، كانت نتيجة لقرارات سياسية وأزمات اقتصادية، حيث عمدت الجزائر على وضع مبادئ أساسية تقوم عليها السياسة الصحية، سعيا منها لتجسيد حق المواطن في العلاج كما نصّت عليه الدساتير والمواثيق، ويمكن تقسيم المراحل التي مرّ بها النّظام الصحيّ في الجزائر إلى أربعة مراحل أساسية كما يلي:

##### 1.1.1.3 المرحلة الأولى [1963-1973]

تميّزت هذه المرحلة بما يلي: [114] ص 04.

بلغ عدد الأطباء بالجزائر في هذه المرحلة 5000 طبيب (50% منهم جزائريون) من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان الذين بلغ عددهم 12 مليون ساكن، وتميزت المؤشرات الصحية في هذه الفترة بمعدل وفاة مرتفع للأطفال تجاوز 1000/180 نسمة، وتوقع حياة لا يصل إلى 50 سنة، وانتشار الأمراض المتنقلة، كل هذه الظروف كانت السبب الرئيسي في الوفاة والإعاقة، ولمواجهة هذه الوضعية وفي ظل الظروف المحدودة ركزت وزارة الصحة على هدفين أساسيين هما:

- تخفيض اللامساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي (العام والخاص) لتسهيل الحصول على العلاج.

- مكافحة الأمراض والتقليل من الوفيات، وخاصة الأمراض المعدية.

كما تميزت هذه الفترة بوضع العديد من برامج الصحة الموجهة من أجل حماية طبقة السكان المحرومين، وضمان الوقاية من الأمراض المستعصية، وفرض التطعيم الإجباري لكل طفل، وفي نفس الفترة كان الإنتاج الصيدلاني، الاستيراد، والتوزيع بالجملة مضمونا من طرف الصيدلية المركزية الجزائرية (PCA) على الخصوص، ويمكن تقسيم النظام الصحي المعتمد آنذاك إلى ما يلي: [115] ص 139.

- المستشفيات التابعة للدولة.
- مصحات خاصة يملكها الأفراد.
- المراكز والمستوصفات الصحية كانت تدار من قبل البلديات، وقد ألحقت بالمستشفيات بين عامي 1967-1968.
- كما عرفت هذه المرحلة تطور كبير في عدد المستخدمين والهيكل القاعدية لكن بمستوى بطيء مقارنة مع التطور السكاني الذي عرفته البلاد.

### 2.1.1.3 المرحلة الثانية [1974-1989]

- تميزت هذه المرحلة على مستوى السياسة الصحية بما يلي: [116] ص 241-242.
- تقرير مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية انطلاقا من جانفي 1974 حسب الأمر رقم 65-73 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 من أجل تجسيد شعار الصحة للجميع المواطنين مهما كان دخلهم ووضعيتهم الاجتماعية [117] ص 11. فكان قرار مجانية الطب خطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل، ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشاكل الاجتماعية والاقتصادية للأفراد، وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها وتعميم مجانية العلاج الصحي؛
  - إصلاح الدراسات في المجال الصحي، من أجل تحسين جودة التعليم وتدعيم التأطير، مما يسمح بوجود عدد كبير من الممارسين الطبيين في كل التخصصات؛
  - إنشاء القطاع الصحي، حجر الزاوية لتنظيم النظام الوطني للصحة، والذي ارتبطت به كل وحدات العلاج الأساسية.

كما شهدت هذه المرحلة ما يلي: [17] ص 169.

- إنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية، خاصة المستشفيات العمومية والهياكل الأخرى (العيادات المتعددة الاختصاصات والمراكز الصحية، والمراكز الاستشفائية الجامعية) من أجل زيادة التغطية الصحية في الوطن، مما انعكس إيجابا على تطور عدد المستخدمين في قطاع الصحة من 57872 عامل عام 1973 إلى 124728 عامل عام 1987، وهذا بفضل الاستثمارات الضخمة التي قامت بها الدولة، حيث ارتفع عدد الأسرة من 42450 سرير عام 1973 إلى 62500 سرير عام 1987، وارتفع عدد المراكز الصحية من 558 عام 1974 إلى 1147 عام 1986؛

أما على مستوى المؤشرات الصحية ف سجل تراجع معدلات الوفاة، وهذا راجع لتحسن مستوى معيشة الأفراد من جهة، وإلى وضع البرامج الوطنية للصحة حيز التطبيق (مكافحة مرض السل، سوء التغذية، وفاة الأطفال، البرامج الموسعة للتطعيم، ...) من جهة أخرى، بالإضافة إلى ذلك القيام بمجموعة من النشاطات هدفها التحكم في الخصوبة وتدعيم الانتقال الديمغرافي، كما لوحظ تراجع ملحوظ لبعض الأمراض المتنتقلة، كما جاء دستور 23 فيفري 1989 ليحدد تدخل الدولة في مجال الوقاية ومكافحة الأمراض المعدية.

ومع كل هذه الجهود المبذولة في هذه المرحلة بقي التوازن الصحي غير محقق بين مختلف المناطق في الجزائر.

### 3.1.1.3 المرحلة الثالثة [1990-2001]: [114] ص 06.

- تميزت هذه المرحلة بتراكم المشاكل، والتي تطورت منذ نهاية الثمانينات، والتي أدت إلى إعادة هيكلة تدريجية للنظام الصحي، رغم إدخال مسار التكيف مع التطور الاجتماعي والاقتصادي للوطن، وترجم هذا الأخير بما يلي:
- مشروع الجهوية الصحية، والذي شرع فيه في الثمانينات، كإطار للوساطة والتحكيم لتجسيد القطاعية، اللامركزية، وتحقيق تنمية اجتماعية وصحية متوازنة؛
  - إنشاء ووضع حيز التنفيذ هيكل الدعم لنشاط وزارة الصحة، والتي تمثلت فيما يلي:
    - المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية (LNCPP): مكلف بالمراقبة القبلية لكل دواء قبل إدخاله إلى السوق؛
    - الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH): مكلفة بضمان تمويل الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية (1994)؛
    - الوكالة الوطنية للدم (ANS): مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم (1995)؛
    - الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي (ANDS): مكلفة بتطوير التوثيق والمعلومة والاتصال؛
    - المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد (CNPM): وهو مكلف بمراقبة الآثار الناجمة عن استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية.

### 4.1.1.3 المرحلة الرابعة [2002-2012]

تميزت هذه المرحلة بما يلي:

- بمحدودية الخدمة بسبب معاناة المؤسسات من عدة اختلالات هيكلية وتنظيمية، مما دفع بالسلطات العمومية إلى اتخاذ مبادرة سياسة إصلاح المستشفيات التي تهدف إلى تخطيط وتنظيم العلاج بها، كما تهدف السياسة الجديدة إلى أنسنة وتأمين الخدمات وعصرنة النشاطات تماشياً مع متطلبات المرضى الجديدة، مما يسمح بتقديم خدمات ذات جودة عالية، مع المحافظة على مبدئي العدالة والتضامن المكرسين من طرف الدولة.
- تعزيز العلاج الجوارحي من أجل تقريب الصحة من المواطن في إطار تطبيق نظام جديد للمؤسسات الصحية في عام 2007، يهدف إلى فصل مهام المستشفيات الجامعية عن تلك التي تضمن علاجاً قاعدياً أسفر عن تأسيس الطب الجوارحي.
- بروز تقسيم جديد للمؤسسات الصحية والمتمثل في قاعات العلاج والعيادات متعددة الخدمات.
- تعميم التغطية اللقاحية بنسبة (90%) مما ساهم في القضاء على عدة أمراض خطيرة، وتراجع عدد الوفيات لدى الأطفال.
- تعزيز القطاع بتجهيزات طبية عصرية لعبت دوراً هاماً في الكشف المبكر والتشخيص الدقيق للأمراض المزمنة التي سجلت ظهورها خلال السنوات الأخيرة.

### 2.1.3 إصلاحات النظام الصحي بالجزائر.

بعد عرض مختلف المراحل التاريخية، والتي شكلت في مضمونها سيرورة وتطور النظام الصحي بالجزائر، وكذا ذكر أهم مميزاتها وإنجازاتها، سنقوم باستعراض موضوع إصلاح النظام الصحي بالجزائر كونه مؤشر من مؤشرات الجودة الصحية وأحد اهتمامات الدولة للسعي الدائم إلى رفع وتحسين المستوى الصحي للمجتمع.

حيث تعتبر سنة 2002 نقطة تحول في مجال الصحة العمومية بالجزائر، وذلك بعد تغيير اسم وزارة الصحة والسكان إلى اسم وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في إطار سياسة الإصلاحات التي مست العديد من القطاعات، وسنبدأ بذكر أهداف سياسة الإصلاح، ثم التطرق إلى مختلف الملفات التي شملها.

#### 1.2.1.3 أهداف سياسة الإصلاح

لقد تضمن التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات\* مجموعة من الأهداف التي كانت من ضمن اهتمامات هذا المشروع والمتمثلة فيما يلي: [17] ص 204-205.

- إحصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال؛

- ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية؛
- التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين وحماية المرضى على وجه الخصوص؛
- إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن؛
- توفير الإمكانيات الضرورية لمحترفي الصحة، مهما كانت مسؤولياتهم، وذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية والاجتماعية؛
- تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الجماعة في أي شكل كان للمؤسسات الصحية.

#### 2.2.1.3 ملفات الإصلاح

شملت ملفات الإصلاح ستة محاور وركائز أساسية نستعرضها فيما يلي: [118].

- ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج: يهدف هذا الملف إلى كفيّات وطرق التنسيق بين النظام الوطني للصحة ومنظومته الاستشفائية الفرعية، وذلك بتفادي عزل إصلاح المؤسسات الاستشفائية عن طريق، الإطار الاجتماعي، الوبائي، المالي والتنظيمي، وتمّ التطرق بشمولية إلى كفيّات التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع من جهة، وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع والمستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى.

- ملف الهياكل الاستشفائية: يهدف هذا الملف إلى إصلاح الهياكل الصحية من خلال جملة من التوجّهات:

\* تم إثراء هذا التقرير باستغلال مساهمات الاجتماعات الجهوية الإثني عشر التي نظمت بين 10-17 ديسمبر 2002، والتي سبقها عدة لقاءات ولائمة حضرها عدد من أعضاء المجلس، وسجلت أعمال هذه الاجتماعات في الموقع: <http://www.reformaster@santé.dz>

- تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية والخاصة؛
- الحرص على تنظيم محكم للمؤسسات العمومية من خلال إدخال أدوات التخطيط والضبط المالي؛
- إدراج فكرة التكامل بين القطاع العمومي والخاص؛
- مشاركة المواطن في تنظيم العلاج مع أخذ حقوقه وواجباته بعين الاعتبار؛
- المساهمة الفعالة للمريض ولجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج، وجودة أدائها؛
- استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعدّ ركيزة أساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

● ملف الموارد البشرية: لقد غُني المستخدمون في القطاع الصحي بأهمية بالغة من خلال هذا الملف، من حيث مراجعة أحوالهم الشخصية، شروط التوظيف، العلاوات والأجور، والترقية وعمليات التكوين، خاصة أن هذه الأخيرة تعتبر ضرورية وإلزامية بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين، شبه الطبيين، والمسيرين والتقنيين على حدّ سواء.

● ملف الموارد المادية: هذا الملف سلط الضوء على ضرورة وحتمية إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، هذا الأخير الذي يتطلب إحداث توازن بين الوسائل ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج وتقييم الوسائل، والهدف من ذلك تحقيق العقلانية في توزيع الوسائل الضرورية لشبكة العلاج، والتي تشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية والخاصة بالأمن والنوعية وتعيين الطواقم الفنية.

● ملف التمويل: تناول هذا الملف سبل توسيع موارد تمويل المستشفيات، وإعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، كما عمل على تكييف القوانين الأساسية التي تسيّر المؤسسات الصحية حالياً مع التعديلات الجارية، خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تحقق المساواة في الحصول على العلاج لكل مريض.

● ملف اشتراك القطاعات: نظرا للترابط والتداخل بين وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات مع العديد من القطاعات الأخرى، كالمالية، الضمان الاجتماعي، التعليم العالي، التكوين المهني، الصناعة والفلاحة،... الخ، فإن ذلك يستدعي نوع من التناسق والانسجام بين الصحة ومختلف القطاعات ذات الصلة في إطار الإستراتيجية العامة للوزارة.

### 3.2.1.3 مستويات جودة الخدمات الصحية بالجزائر.

وبخصوص جودة الخدمات الصحية وتسيير المصالح الاستشفائية، فبالرغم من الإقرار بالتفاوت الذي لا مفرّ منه الموجود بين حجم الاستثمارات في القطاع وانعكاساتها على مستوى الجودة.

ففيما يخص استقبال المرضى، انتهج القطاع مجموعة من الإجراءات بهدف تحسين نوعية التكلّف بهم، غير أنّ ذلك يتطلّب مزيداً من الجهود المدعومة قصد وضع حدّ لأسباب عدم الرضا المسجل خاصة على مستوى أقسام الاستعجالات ومصالح الأمومة.

من جهة أخرى، أظهرت حصيلة قطاع الصحة لسنة 2010 تطورا واعدا في العلاج ذو النوعية الراقية الذي يقدم، لاسيما على مستوى زرع الأنسجة والأعضاء، و أهم الأمراض التي تستدعي التنقل قصد العلاج بالخارج. في هذا الإطار، فإن العلاج ذو النوعية الراقية عرف تقدما معتبرا، إذ أنه مدعوم للاستمرار والتعميم بشكل محكم وتدرجي، بالاستفادة من تأهيل المجالات التقنية مما سمح لأغلبية هياكل الصحة العمومية باقتناء تجهيزات بيولوجية-طبية حديثة.

أما في مجال الأدوية، فقد تم إنشاء وكالة وطنية للمنتجات الصيدلانية، إذ تكمن مهمتها في التسجيل والتصديق ومراقبة الجودة. ومن جهة أخرى تزويد المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية بمصلحة للكيمياء المتخصصة، مهمتها تدعيم مراقبة المواد الفعالة ومكافحة التقليد. كما سيُحوّل لهذا المخبر صلاحيات السلطة العمومية [119] ص 203.

ورغم التقدم المعتبر فقد لوحظ ضعف الحصص من الأدوية الجينية في السوق الوطنية وضعف تغطية الإنتاج الوطني لهذه السوق، ولذلك فإن ترقية الأدوية الجينية شكلت محور تحديد نسبة مئوية أدنى للأدوية الجينية عند استيراد الأدوية، في الوقت الذي شُرع فيه في دراسات حول المطابقة البيولوجية للأدوية الجينية من أجل توسيع استعمالها، كما أُتخذت عدة إجراءات قصد تشجيع الإنتاج المحلي للأدوية الجينية، موازاة مع إجراءات تحفيزية جديدة تجاه الصيدليات قصد ترقية هذه الأدوية.

ويتوخى من هذه الأهداف المرسومة تحسين التغطية من حيث أسرة المستشفيات، ومن حيث الموارد البشرية والسهل على أمن عمليات حقن الدم وإيصال الأدوية الجينية إلى مستوى 80% من الاستهلاك الإجمالي، والنهوض بعمليات زرع الأعضاء وجراحة القلب الخاصة بالأطفال وتدعيم صحة الأم والطفل.

وتسعى المخططات والبرامج الموضوعية من قبل الدولة إلى تطوير تسيير المستشفيات ومقاييس التسيير، وتنظيم التمويل وتحسين نوعية الخدمات والتكفل براحة المريض وبأمنه، إضافة إلى إزالة الفوارق الصحية على مستوى الولايات 48، من خلال استكمال إقامة نظام المتابعة الصحية.

### 3.1.3 تشكيلة النظام الصحي بالجزائر.

يضم القطاع الصحي بالجزائر تشكيلة من التنظيمات الفرعية التي تكون في مجملها المنظومة الصحية، والمتمثلة في الهياكل التالية:

#### 1.3.1.3 المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU)

أول نص قانوني يتضمن المستشفى الجامعي صدر سنة 1976 ويذكر في مادته الأولى: "ينشأ على مستوى المدن الكبرى، التي توجد بها معاهد للعلوم الطبية مؤسسات تسمى مراكز استشفائية جامعية" [120] ص 24.

وفي 11 فيفري 1986 وبموجب المرسوم [121] ص 115، رقم 25/86 تم إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية، وكذلك حسب المرسوم التنفيذي رقم 97/467 المحدد لقواعد إنشاء المراكز

الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها. (انظر الملحق رقم 01).

- يتم إنشاؤها باقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي ووفقاً لشروط محددة؛
- تكلف بمهام التشخيص والكشف والعلاج والوقاية والتكوين والبحث العلمي، فهو يجمع ما بين ميدان الصحة والبحث العلمي؛
- يديره مجلس إدارة ويسيره مدير عام، ومزود بجهاز استشاري يسمى بالمجلس العلمي، إضافة إلى لجنة استشارية؛
- تتواجد هذه المراكز في الشمال وخاصة في المدن الكبرى.

### 2.3.1.3 المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS)

- حدد المرسوم التنفيذي رقم 97/465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، والتي تنشأ باقتراح من وزير الصحة بعد استشارة الوالي، الذي توضع تحت وصايته وتتكون من هيكل واحد أو عدة هياكل متخصصة للتكفل بمرض معين كأعراض النساء والتوليد، الأمراض العقلية. تتمثل مهمتها الأساسية في:
- التشخيص، الوقاية، العلاج، إعادة التكييف والاستشفاء؛
  - تطبيق البرامج الوطنية والجهوية للصحة؛
  - المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهم.
- يدير هذه المؤسسات مجلس الإدارة ويسيرها مدير، ومزودة بمجلس طبي استشاري، وهي متواجدة بالمدن الشمالية وخاصة الكبرى منها.

### 3.3.1.3 القطاعات الصحية.

- نشأتها الأولى كانت بصدور المرسوم رقم 81/242 المؤرخ في 05 سبتمبر 1981 والمتضمن إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها، المعدل والمتمم لمقتضى الأمر 79/76 المؤرخ في 23 أكتوبر 1976 المتضمن قانون الصحة العمومية. وفي 02 ديسمبر 1997 صدر المرسوم التنفيذي رقم 97/466 المحدد لقواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها والذي ألغى المرسوم رقم 81/242 المذكور سابقاً، بمقتضى القانون 85/08 المؤرخ في 16 فيفري 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها، المعدل والمتمم.
- "القطاع الصحي هو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية، والاستقلالية المالية ويوضع تحت تصرف الوالي" [122] ص 21.

- أصناف القطاعات الصحية: ترتب القطاعات الصحية إلى ثلاثة أصناف على أساس معايير يحددها التنظيم المعمول به:
  - قطاع صحي صنف "أ"؛
  - قطاع صحي صنف "ب"؛
  - قطاع صحي صنف "ج".

حدد المرسوم التنفيذي رقم 97/466 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها، تنشأ وتحل القطاعات الصحية باقتراح من وزير الصحة بعد استشارة

الوالي، ويتكون من مجموع هياكل صحية عمومية خاصة بالوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء.

- مهمهما : تتمثل مهام القطاعات الصحية في النقاط التالية:
- الوقاية، التشخيص والعلاج والاستشفاء؛
- تنظيم وتوزيع الإسعافات؛
- السهر على تطبيق وتنفيذ البرامج الوطنية؛
- المساهمة في ترقية المحيط (النظافة والوقاية من الآفات الاجتماعية)؛

عموما هذه هي الأشكال الثلاثة التي تمثل المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر، والتي تندرج ضمن المؤسسات ذات الطابع غير الربحي في القطاع العام، تسير وفق نفس القواعد القانونية والتنظيمية، ليبقى الاختلاف بينها تناسيبا مع الحجم ومهام كل منها.

### 4.3.1.3 مصلحة الاستعجالات الطبية (SAMU)

طبقا للمرسوم التنفيذي [123] ص 11 المتعلق بإنشاء مصلحة الاستعجالات الطبية بالقرب من المركز الاستشفائي الجامعي والقطاع الصحي، حيث توجد خمسة منها عبر التراب الوطني، ويمكن القول أن مهمة مصلحة الاستعجالات الطبية تكمن في ضمان الطب الاستعجالي خارج المستشفى، مع كل المستلزمات الأساسية لذلك (التحديد والإنذار بالحالة الاستعجالية، القيام بالنجدة الأولية، تسهيل وتحضير عملية نقل المريض إلى المؤسسات الاستشفائية العمومية أو الخاصة، ... الخ). وهي موزعة عبر التراب الوطني كما يلي:

- مصلحة الاستعجالات الطبية: المركز الاستشفائي الجامعي الجزائر وسط "مصطفى باشا"؛
- مصلحة الاستعجالات الطبية: المركز الاستشفائي الجامعي البليدة "بن بولعيد"؛
- مصلحة الاستعجالات الطبية المركز الاستشفائي الجامعي وهران؛
- مصلحة الاستعجالات الطبية المركز الاستشفائي الجامعي قسنطينة "ابن باديس"؛
- مصلحة الاستعجالات الطبية المركز الاستشفائي الجامعي عنابة "ابن رشد".

### 2.3 مدخل للمؤسسة العمومية الاستشفائية بولاية المدية.

تعتبر المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية أحد أقطاب الصحة للولاية، والتي تعمل جاهدة لحماية سكان هذه الأخيرة من العديد من الأوبئة والأمراض، وتضمن لهم التكفل التام بكافة انشغالاتهم وحاجاتهم ومتطلباتهم، والتي تمخض عنها استحداث وتقديم شتى الخدمات الصحية بهدف الرقي بمستوى الصحة العمومية بالولاية إلى درجة الرفاهية والسلامة والأمن الصحي. وسنحاول من خلال هذا المبحث تسليط الضوء على نشأة وتأسيس المؤسسة، ومن ثم إبراز هيكلها التنظيمي، وعرض مختلف الخدمات والمصالح والاختصاصات الطبية المتوفرة بها.

#### 1.2.3 نشأة المؤسسة العمومية الاستشفائية بولاية المدية، ومهامها.

سيكون اهتمامنا منصبا في هذا المطلب حول نشأة المستشفى ومراحل تطوره، بالإضافة إلى المهام التي يتولى إنجازها.

### 1.1.2.3 نشأة المؤسسة.

تعتبر المؤسسة العمومية الاستشفائية "محمد بوضياف" لولاية المدية من أهم المرافق الحيوية وأعرقها بالولاية، وجاءت تسميتها نسبة للرئيس الجزائري الراحل محمد بوضياف أو كما يسميه رفقائه في العمل المسلح بسي الطيب الوطني، حيث يعود تأسيسها بالأمر الصادر في إطار برنامج البناء لسنة 1958 تحت اسم المستشفى المدني بالمدية إبان الاحتلال الفرنسي، ليتم تدشينه سنة 1959 حيث كان يحوي آنذاك طاقما طبييا يتشكل من مجموعة من الأطباء والجراحين الأجانب ومن مختلف الجنسيات.

تقع المؤسسة جنوب شرق العاصمة على بعد 88 كلم وعلى ارتفاع 950 م على سطح البحر، وبالتحديد وسط بلدية المدية، ويتربع على مساحة تقدر بـ 07 هكتارات، يشكل الجزء المبني منها على ثلثي المساحة.

فهو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي مع بقائها عمليا خاضعة للرقابة الوصائية الممارسة من قبل وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات، لتتحول إلى تسمية المؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدية بموجب أحكام المرسوم 140/07 الصادر في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها [124] ص 10 (انظر الملحق رقم: 02).

### 2.1.2.3 مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية وأهدافها.

لقد حدد المرسوم التنفيذي رقم 140/07 السابق ذكره المهام المنوطة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بنوع من التفصيل، والتي سنحاول إبرازها وتحديد أهدافها فيما بعد.

#### • مهام المؤسسة:

تتمثل مهمتها الأساسية في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية لسكان الولاية، حيث سعى المستشفى منذ نشأته على الحفاظ على صحة أفراد المجتمع، والقضاء على مختلف الأمراض المنقولة والمعدية، بالإضافة إلى العمل على جعل التلقيح ضد الأوبئة والأمراض ضرورية وحتمية وثقافة في ذهن المواطنين من خلال عمليات التحسيس والتوعية الصحية، سواء على مستوى المستشفى أو من طرف الوصاية، وبالتالي فهو يقوم بدور حيوي وفعال في معالجة ومتابعة الحالات المرضية مهما كان نوعها في حدود التخصصات المتاحة بالمستشفى وفي هذا الإطار تتولى المؤسسة الاستشفائية بالمدية على الخصوص المهام التالية: [124] ص 11.

- ضمان تنظيم وبرنامج توزيع العلاج الاستشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء؛

- تطبيق البرامج الوطنية للصحة؛

- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية؛

- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

كل هذه المهام تستدعي تضافر الجهود بين مختلف المصالح في المؤسسة، والتي يرتبط كل منها بالآخر، أو التعاون مع المؤسسات الصحية الأخرى ذات الصلة.

### ● أهداف المؤسسة:

تهدف المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة وتطمح لتحقيق أهداف إستراتيجية تمكنها من تحسين جودة خدماتها الصحية التي تقدمها للوافدين للعلاج بها، والتي تعمل جاهدة على تطبيق النقاط التالية:

- تضمن تنظيم توسيع الإسعافات وبرمجتها؛
- تطبق النشاطات الوقائية والتشخيصية والعلاج، وإعادة التكييف والتأهيل الوظيفي والاستشفاء؛
- تضمن النشاطات المتعلقة بالصحة التناسلية والتخطيط العائلي؛
- تساهم في إعادة تأهيل المستخدمين للمصالح الصحية وتحسين مستواهم؛
- استعمال التكوين كأداة لتحسين الخدمات الصحية والتسيير الاستشفائية.

وعليه فالمؤسسة لتحقيق أهدافها تعمل على إحداث التنسيق بين مختلف المصالح الصحية، والسرعة في إنجاز المهام والخدمات مع مراعاة الدقة العالية في الإنجاز، فتنظيمها الإداري يسمح بتحقيق كل هذه الأهداف.

### 2.2.3 الامكانيات المتاحة والخدمات المقدمة من قبل المؤسسة.

يتضح لنا من خلال ما سبق حول نشأة المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة، بأنها من أكبر الأقطاب الصحية بالولاية، وهذا لم يكن محض صدفة وإنما احتوائه على هياكل صحية معتبرة بالمقارنة مع باقي المؤسسات الصحية الأخرى، وكذا توفره على كادر وطاقم طبي متميز وضخم، وطاقات بشرية هائلة، الأمر الذي سمح له بتقديم تشكيلة متنوعة من الخدمات الصحية، والتغطية الصحية لـ 11 بلدية مجاورة.

#### 1.2.2.3 الهياكل الصحية بالمستشفى.

تستقطب المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المدينة العديد من الحالات المرضية والتي تأتيها من مختلف دوائر وبلديات الولاية والناجمة عن ضعف الطاقة الاستيعابية لهذه الأخيرة، أو عدم توفر مختلف الاختصاصات الطبية بها، أو نقص التجهيزات ومواد العلاج، وكونه أكبر المؤسسات الصحية بالولاية الأمر الذي استدعى وعلى الفور نقل مختلف الحالات المرضية من باقي المستشفيات بالولاية إليه، خاصة وأن طاقة استيعابها الإجمالية تقدر بـ 480 سرير.

هذا يترجم حجم وتنوع الخدمات الصحية المقدمة من قبل المؤسسة، حيث تتكون من مجموعة الهياكل الصحية للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي الوظيفي، فهي تضم 21 مصلحة توفر الخدمات الصحية اللازمة لمراجعي المؤسسة في معظم الاختصاصات الداخلية والجراحية، ويمكن توضيح هذه المصالح في (انظر الملحق رقم 03).

#### 2.2.2.3 الإمكانيات البشرية والمادية

يتوفر لدى المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة مجموعة من الكوادر الطبية المؤهلة وذات الكفاءة العالية لممارسة المهنة الطبية، وفي جميع التخصصات المحددة في الملحق المذكور آنفاً، والتي تسهر على تلبية الحاجات الصحية والعمل على راحة المرضى سواء الراقيدين بها، أو الذين

يلتحقون قصد الكشف أو تلقي الفحوصات، والتخفيف من معاناة المرضى وتقديم الرعاية الصحية من العلاجات الأولية، والفحوصات العامة والمتخصصة أو التحاليل المخبرية والتصوير بالأشعة، حيث قدر عدد العاملين بالمؤسسة بـ 1069 عامل بجميع الأصناف، (انظر الملحق 04).

من خلال الجداول المتعلقة بتعداد العاملين بالمؤسسة الاستشفائية "محمد بوضياف" بالمدينة، يتضح بأن المؤسسة تحتوي على طاقم ضخم من الإطارات العليا والممارسين الطبيين بما يشكل نسبة 31.32% بالإضافة إلى ما يشكل نسبة 68.68% من عمال الشبه الطبي والأسلاك المشتركة من المجموع العام، والذي يسعى ويسهر على تحسين وتسهيل تقديم الخدمات الصحية بالمستوى النوعي المطلوب والذي يرغبه المريض، وقد كان توزيع هذه الأطر الطبية على مختلف المصالح بما يفي وحاجات المرضى والتغطية الصحية الخدمية بها، (انظر الملحق رقم 05).

فالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة تعمل على تطوير مواردها البشرية والعاملة في مجال تقديم الخدمات الصحية (الأطباء والتمريض) باعتبارهم أحد محددات نجاح مجهوداتها لتطوير الخدمات الصحية، بالإضافة إلى تقديم الحوافز المالية لتحفيزهم على تحسين الأداء، وانتهاج أسلوب الاختبارات الدورية لتقويم الأداء الطبي.

ويمكن عرض نفقات التسيير بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المدينة كما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (01.3): تطور نفقات التسيير بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة خلال الفترة (2009-2011) بالاعتماد على وثائق مكتب الميزانية والمحاسبة التابع للمديرية الفرعية للمالية والوسائل بالمؤسسة. الوحدة: دج

الرقم	بعنوان	2009	2010	2011
01	نفقات المستخدمين.	459929814.04	507999598.42	1179785094.35
02	نفقات التكوين.	4254691.01	1518922.00	1797337.69
03	نفقات التغذية.	28499636.24	33490771.59	33999531.19
04	نفقات الأدوية وغيرها من المنتجات ذات الاستعمال الطبي.	219992477.75	231906026.40	249970972.54
05	نفقات الإجراءات الوقائية النوعية.	12999051.38	12722731.27	12692766.92
06	معدات والأدوات الطبية	31999858.88	37999196.25	38997150.72
07	نفقات صيانة الهياكل الصحية.	14998036.75	18959897.37	19999622.81
08	نفقات التسيير أخرى.	49995820.64	53987660.16	52961033.12
09	نفقات على الخدمات الاجتماعية.	6000000.00	10200000.00	10300000.00
10	نفقات البحث الطبي.	0.00	0.00	0.00
	المجموع	828671395.69	908786813.46	1600505520.34
	نسبة التغيير	-	09.66	76.11

يتبين من خلال الجدول أن نسبة نفقات التسيير بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة ارتفعت في سنة 2010، بمعدل بلغ 09.66% مقارنة بسنة 2009، ويعود ذلك إلى زيادة

كل من نفقات التسيير الأخرى بنسبة 70.00 % وتليها المعدات والأدوات الطبية بنسبة 26.42 %، وانخفاض في نفقات المستخدمين بنسبة 64.30 % ونفقات الأدوية والمنتجات الأخرى ذات الاستعمال الطبي بنسبة 02.13 %، وأما ما ميّز سنة 2011 فهو الارتفاع الكبير في حجم نفقات التسيير للمؤسسة الاستشفائية بالمدينة، والتي بلغت 76.11 % مقارنة بسنة 2010، ويعود ذلك إلى ارتفاع كل من نفقات المستخدمين ونفقات التغذية، ونفقات المعدات والأدوات الطبية بنسب 18.33 % و 07.79 % و 05.48 % على التوالي، وانخفاض في كل من نفقات الأدوية وغيرها من المنتجات ذات الاستعمال الطبي ونفقات صيانة الهياكل الصحية.

ويرجع سبب انخفاض نفقات الأدوية أساسا إلى الاستغناء على بعض الأدوية من خلال تصنيع الأدوية الجنيصة التي كانت فاتورتها عبء على خزينة الدولة، أما ارتفاع نفقات التغذية فيرجع إلى عملية التحسين النوعي للوجبات الغذائية المقدمة للمرضى من خلال تقديم قائمة طعام غنية ومتوازنة.

### 3.2.2.3 عرض الخدمات المقدمة من قبل المؤسسة.

تشارك كل أنواع المؤسسات الصحية التابعة للمنظومة الصحية بولاية المدينة في عدد من الخصائص المشتركة التي يمكن إجمالها في الأنشطة العلاجية والخدمات الطبية (التي تتمثل في الخدمات الطبية الخارجية والخدمات الطبية الداخلية وخدمات الصيدلة والتمريض) والخدمات العامة.

● الأنشطة العلاجية: تتمثل هذه الأنشطة في وحدات الاستعجال، ووحدات أقسام الأمراض الباطنية، ووحدات أقسام الجراحة العامة ووحدات أقسام أمراض النساء والتوليد... الخ، مع العلم أن المستشفى دعم ببنائية خاصة بالعمليات الجراحية (Bloc Opératoire) ليصبح تعداد قاعات هذه الأخيرة 10 قاعات كاملة التجهيز، وبأطقمها الطبية المتخصصة، بعدما كانت في الماضي تعاني من ضعف وتأخير في عملية برمجة العمليات الجراحية وذلك لتوفر 4 قاعات جراحية فقط، وتتمثل نشاطات قسم العمليات في: العمليات الجراحية الاستعجالية ( urgences chirurgicales) والعمليات الجراحية المبرمجة (Programme à froid)، كما تمت عملية توسعة لقسم الاستعجال الطبي بأحدث المعدات والوسائل وبديكور متميز وفضاء رحب، وتتمثل أنشطة هذه الوحدات في القيام بأعمال الرعاية الطبية للمرضى طبقا للسياسة التي تضعها الوصاية، وكذلك العمل على رفع مستوى هذه الرعاية، كما يشهد قسم أمراض النساء والتوليد بالمستشفى اكتظاظ والذي يمثل مجموعة الحالات الخاصة بالولاية وفي بعض الأحيان حالات من الولايات المجاورة، والتي تستدعي في غالب الأحيان إجراء العمليات الجراحية القيصرية، حيث بلغ عدد الولادات خلال شهري جانفي وفيفري من سنة 2013 على التوالي 673، 607 مولود، أي بمعدل 23 مولود يوميا.

● الخدمات الطبية: تهدف الخدمات الطبية إلى تقديم المعاونة لوحدة الأنشطة العلاجية في مجالات التشخيص والعلاج والرعاية الطبية، وتتمثل الخدمات الطبية في الوحدات التالية:

- الخدمات الطبية في الوحدات: وتتمثل هذه الخدمات في استقبال المرضى المترددين على

الوحدات الخارجية مباشرة أو المحولين إليها من جهات أخرى، وفي استقبال الحالات الطارئة على مدار اليوم 24 ساعة/ 24 ساعة، مثل الحوادث، والإصابات المفاجئة، والكوارث العامة، وتقديم الإسعافات الأولية لهم، وإحالة الحالات الجسيمة إلى الأقسام الداخلية المختصة بالمستشفى.

- الخدمات الطبية الداخلية: وتتمثل هذه الخدمات في مجالات الأشعة، والتخدير، والعناية المركزة ... الخ؛ مع العلم أن هناك ضغط كبير على قسم الاستعجال، وكذلك قسم الأشعة والمخبر، والتي من المفروض أن هذه الأقسام (الأشعة والمخبر) تقدم خدماتهما بالدرجة الأولى للمرضى الداخليين بالمستشفى وليس للمرضى الخارجيين، وهذا الضغط يؤثر تأثيراً سلبياً على نوعية وجودة الخدمات المقدمة بهذه المصالح، وهذا يرجع إلى الأسباب التالية:

- معظم الوحدات الصحية الجوارية لا تعمل ابتداءً من الساعة الرابعة والنصف مساءً؛
- قلة الإمكانيات والوسائل المادية والبشرية بها؛
- اقتناع المرضى وذويهم أن المستشفى هو المكان الأمثل من حيث الإمكانيات والكفاءات.

▪ مجانية إجراء مثل هذه الأشعة والتحليل مقارنة بالمخابر ووحدات الكشف الخارجية ذات التكلفة الباهضة.

- خدمات الصيدلة والتموين الطبي: وتهدف هذه الخدمات إلى توفير الأدوية اللازمة لعلاج مرضى الأقسام الداخلية، وكذلك في صرف الأدوية للمرضى وقيدها وفقاً للنظم والقواعد المقررة، وكذلك في حفظ الأدوية والمستلزمات الطبية وفقاً للمقاييس المعمول بها، ومتابعة تزويد الصيدلة بكافة الأدوية اللازمة والضرورية.

• خدمات التمريض: وتتمثل في تقديم خدمات التمريض للمرضى والعناية بهم وتوفير جو من الهدوء والراحة لهم، وتقديم العلاج اللازم للمرضى وفقاً لتعليمات الطبيب المعالج، وكذلك توفير أحدث الأجهزة والمعدات الطبية، والخاص ببعض التجهيزات والمعدات الطبية المستعملة بالمستشفى)، والعمل على تعقيمها وتطهيرها، وكذلك تقديم المساعدة الطبية والفنية والمعاونة في جميع الأقسام الطبية.

• الخدمات العامة: تهدف هذه الخدمات إلى القيام بالأعمال العامة التي تتمثل في مجالات: - الخدمات الفندقية: والتي تضم كل من خدمات التغذية والإقامة والنظافة والخدمات الاجتماعية، مع العلم أن المؤسسة العمومية الاستشفائية تحتوي على 480 سرير كما سبق ذكره بمختلف المصالح وبمعدل أربع أسرة في كل غرفة، باستثناء بعض الغرف ذات طاقة استيعاب ستة أسرة لانتساع مساحتها، مما يعطي راحة وهدوء في فضاء الإقامة، أما فيما يخص الإطعام، فالمستشفى يسهر على تقديم وجبات غذائية مراعية فيها الحماية المخصصة لكل نوع من أنواع المرضى (كأمراض السكري والكلية، وفقر الدم، ... الخ)، وكذا مراعاة التوازن الغذائي (انظر الملحق رقم 06)، والخاص بقائمة الإطعام الأسبوعي والخاص بالأسبوع الأول من شهر جانفي 2013، بالإضافة إلى احتواء المستشفى على موقف للسيارات بطاقة استيعاب تقدر بـ 300 سيارة مخصصة للعاملين بالمستشفى وكذا الزوار، مما يمنح أريحية وأمان على ممتلكات الوافدين للعلاج والزيارة، هذه الأخيرة التي خصص لها ساعتين من كل يوم من أيام الأسبوع ابتداءً من الساعة الواحدة إلى غاية الساعة الثالثة زوالاً، ... وغيرها من الخدمات التي تسهر على حسن راحة المريض وذويه.

- الخدمات الإدارية: وتشمل تسيير شؤون المستخدمين، من أطباء وممرضين وأخصائيين، وأعوان الأمن والوقاية، والعمل على تلبية متطلباتهم الإدارية، بالإضافة إلى استقبال كل حالات الشكوى واحتياجات المرضى عن سوء الخدمات المقدمة إليهم.
- الخدمات المالية: والتي تشمل أعمال الحسابات والمراجعة، والمشتريات ... الخ.

### 3.2.3 الهيكل التنظيمي للمؤسسة.

يتضمن الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة "مستشفى محمد بوضياف"، والذي هو تحت السلطة المباشرة للمدير على ما يلي:

#### 1.3.2.3 المدير

وهو يمثل قمة الهرم التنظيمي، وتتمثل مختلف مسؤولياته في تمثيل المستشفى أمام مختلف الهيئات المحلية مثل العدالة، يرفع مختلف التقارير السنوية إلى السلطة الوصية وذلك بموافقة أعضاء مجلس الإدارة، كما يسهر على فرض النظام الداخلي وتنفيذ مداورات مجلس الإدارة، وهو يمثل الأمر بالصرف بالنسبة للمستشفى فيما يخص مجمل نفقات هذا الأخير، له سلطة التعيين والتسيير لمختلف مستخدمي المؤسسة العمومية باستثناء المستخدمين الذين خصص لهم شكل آخر من أشكال التعيين، بالإضافة إلى أنه يشرف على إبرام جميع الصفقات والاتفاقيات في التنظيم المعمول به.

#### 2.3.2.3 مكتب الاتصال

وتتمثل مختلف مهامه في السهر على تطبيق مختلف قرارات المدير، ومعالجة الشكاوى، وهو مكلف بأمانة المجلس الطبي والإداري، بالإضافة إلى استقبال المجلس الإداري وتأسيس الميزانية السنوية لمختلف النشاطات.

#### 3.3.2.3 مكتب التنظيم

وهو يمثل همزة وصل بين مختلف المصالح الطبية والإدارية والمؤسسات العمومية الخارجية والخاصة، من خلال عملية المتابعة للبريد الصادر والوارد.

#### 4.3.2.3 المديرية الفرعية للمالية والوسائل

تتولى هذه المديرية عملية إعداد الأجور ومختلف المنح الخاصة بالموظفين، ودفع مستحقاتهم المالية في حالة عدم توفر الاعتمادات المالية والتكفل بالعمال والمستخدمين والاهتمام بوضعيتهم المالية وتسيير شؤونهم الإدارية، والاحتفاظ بملفاتهم الخاصة ضمن أرشيف يضمن السرية، والتي تضم ثلاثة مكاتب فرعية تتمثل في:

- مكتب الميزانية والمحاسبة: يسهر على تنفيذ بنود الميزانية ومراقبة احترام الاعتمادات الممنوحة، واستلام الفواتير الموقعة من طرف المقتصد، وإعداد حوالات الدفع الخاصة بها بعد مراقبتها والتأكد من مطابقة أرقام الميزانية، والإشراف على كل أعمال المحاسبة العمومية من خلال التسجيل في سجل النفقات المصنفة حسب أبواب الميزانية، وإعداد وتنفيذ الميزانية لاستكمال السنة المالية، وإعداد الحالة لكل ثلاثة أشهر.

- مكتب الصفقات العمومية: مهمته الأساسية عقد مختلف الصفقات التي تهدف إلى تمويل

المؤسسة بالمواد والعتاد الضروري لممارسة النشاط الصحي، أو توريد مختلف الخدمات لصالحها، واختيار الموردين الأكفاء للتعامل معهم.

● مكتب الوسائل والهيكل: مهمته الأساسية تتلخص في توريد مختلف المصالح بمستلزمات الضرورية لسير العمل الطبي كسيارات الإسعاف، التجهيز الطبي، ... الخ، وكذا العمل على تهيئة وترميم البنى والطرق التي يحتويها المستشفى.

### 5.3.2.3 المديرية الفرعية للمصالح الصحية.

تهتم هذه المديرية الفرعية بكل ما يتعلق بالنشاطات والأعمال الصحية (الوقائية والعلاجية) التي تقوم بها المصالح الطبية داخل المؤسسة حيث يختص مكتب تنظيم نشاطات العلاج، ويتكفل بمكتب الطب الوقائي وكذا مكتب الدخول الذي يسهر على تنظيم حركة المرضى داخل المؤسسة، وتضم هي الأخرى ثلاثة مكاتب فرعية تتمثل في:

● مكتب الوقاية ونظافة المحيط: يعمل على حماية والحفاظ على المحيط فيما يخص الوقاية والنظافة والصحة، حيث عمل المستشفى على استحداث غرفة خاصة مهتمها التخلص من النفايات الصحية وعينات الدم المحللة، وغيرها من النفايات والتي تشكل خطر العدوى على العاملين أو المرضى، عن طريق الحرق بدرجة حرارة 1000° مئوية.

● مكتب التنظيم ومتابعة النشاطات الصحية: يطبق نشاطات التشخيص والعلاج وإعادة التكيف الطبي والاستشفاء، وتطبيق التعليمات الصادرة من وزارة الصحة والخاصة بتنظيم النشاط العمومي، كما يتابع وقيم النشاطات الصحية من خلال جمع المعلومات والإحصائيات حول حجم النشاط الصحي والسهر على مراقبة هذه المعلومات للتأكد منها، والعمل على السير الحسن لنشاط المؤسسة وتنسيق عملها، وتنظيم العمليات الجراحية وحسن سيرها، وتسيير صيدلية المؤسسة ومتابعتها وتنظيمها ومراقبتها.

● مكتب القبول والتقاعد وحساب التكاليف: يلعب هذا المكتب دورا هاما وفعالا في تنظيم حركة المرضى داخل المؤسسة من القبول إلى الخروج لاسيما وأنه الأداة الأولية لتجسيد الإصلاحات المعلن عنها في المنظومة الوطنية للصحة، وينقسم إلى عدة أقسام:

- قسم القبول والاستقبال: ويهتم بتسجيل المرضى الذين يقدمون طلب الاستشفاء الممنوح لهم من قبل طبيب المستشفى في سجل خاص، وتثبيت كل المعلومات الخاصة بهم كالاسم واللقب، تاريخ ومكان الميلاد، .. الخ، كما يسهر على استقبال وتوجيه الزوار وتزويدهم بالمعلومات اللازمة ولهذا نجده مجندا ليلا ونهارا، وفق نظام المناوبة، فهو أكثر المكاتب حيوية ونشاطا.

- قسم حركة المرضى والإحصائيات: يهتم بجمع المعلومات والإحصائيات وتسجيلها آليا، ومن أهم التسجيلات: دخول المرضى المقبولين في سجل الترقيم بعد 24 ساعة على دخول المرضى اعتمادا على بطاقة المتابعة المستلمة من مكتب الاستقبال، تسجيل خروج المرضى في سجل الحركة، إعداد التقارير اليومية حول تعداد المرضى، إعداد إحصائيات مختلفة للمرضى المنقولين لأسباب الوفيات وغيرها، وجمع المعلومات حول نشاطات المصالح الطبية.

- قسم الحالة المدنية: يقوم هذا القسم بتنسيق مع مكتب الحالة المدنية المتواجد على مستوى البلدية يشرف على تسجيل المواليد بتقديم تصريح بميلاد من طرف قابلة المستشفى كما يقوم بتسجيل الوفيات في سجل خاص وإرسال إثبات إلى البلدية من أجل التسجيل.

- قسم الأرشفة: يسهر على الملفات والسجلات التي تخص المرضى وهذا من أجل ضمان

تقديم المعلومات التي يطلبها المريض أو المؤسسة كما يخزنها للرجوع إليها في حالة المنازعات والتحقيقات القضائية.

### 6.3.2.3 المديرية الفرعية للموارد البشرية

من أجل ضمان السير الحسن لنشاط المؤسسة وتحقيق أهدافها تعمل المديرية الفرعية للموارد البشرية على توظيف، وتأطير ومتابعة مختلف المستويات الوظيفية بها، من ممارسين طبيين متخصصين، وعامين، شبه طبيين، قابلات، مستخدمين إداريين ومتعاقدين، وتسعى لتحقيق ذلك من خلال المهام المنوطة بها والمتمثلة في تلبية احتياجات التوظيف، وتنسيق العمليات التنظيم الإدارية للمستخدمين، إعداد الميزانية الخاص بالموارد البشرية، عمليات التحفيز وتقييم المردودية، الوقاية من النزاعات، حل مشاكلهم ومتابعة حوادث العمل والعطل طويلة المدى، وتسطير برامج التكوين ومتابعة تنفيذها.

- مكتب الموارد البشرية والمنازعات: تتمثل مهمته الأساسية في التكفل والعمل على إيجاد الحلول لكافة الخلافات والمنازعات التي تكون الإدارة طرفاً فيها، وتوظيف الموارد وفقاً لمخطط التسيير السنوي للموارد البشرية، ومتابعة المسار المهني للموظفين.
- مكتب التكوين: يتولى عملية تنمية وتطوير أداء الموارد البشرية من خلال تحسين مهاراتهم وكفاءاتهم، ويلعب التكوين الدور الرئيسي في هذا المجال.

### 7.3.2.3 المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية

يتمثل دورها أساساً في إحصاء جميع التجهيزات الطبية وغير الطبية، والعمل على صيانتها سواء من طرف تقنيي المؤسسة أو من طرف المؤسسات المبرم معها عقد الصيانة، والعمل على الصيانة الوقائية التلقائية لمختلف التجهيزات الطبية والخاصة لعمليتي التشخيص والكشف الطبي، والتي تضم مختصين وتقنيين في ميدان الصيانة والتشغيل، وهي تضم مكتبين:

- مكتب التجهيزات الملحقة: يعمل على ضمان تمويل المؤسسة الاستشفائية بكافة اللوازم المكتبية والمستلزمات الضرورية المتعلقة بكافة الأنشطة المختلفة: النظافة، الفندقية، الإطعام، الأثاث... وغيرها.

- مكتب التجهيزات الطبية: يعمل على ضمان تعزيز المستشفى بكافة التجهيزات الطبية ومعدات الكشف والرعاية الصحية، والحرص على سلامتها من خلال القيام بعمليات الصيانة، وجرد التجهيز غير الصالح للاستعمال، والتمويل بالتجهيزات الحديثة.
- ونستعرض باختصار هذه المديرية المكونة للهيكل التنظيمي للمؤسسة. (انظر الملحق رقم 07).

### 3.3 منهج البحث الميداني.

لقد تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي والذي يهدف إلى وصف وقياس أثر محددات الجودة المدركة للخدمة الصحية على رضا المرضى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المدية، حيث سيتم التركيز في هذا المبحث على تحديد مجتمع البحث وكيفية اختيار عينة الدراسة وأهم خصائص أفرادها، ثم استعراض أداة الدراسة والإجراءات التي تم استخدامها للتأكد من صدقها وثباتها وأهم الأدوات الإحصائية المستخدمة في تحليل بياناتها واختبار فرضيات البحث، للوصول إلى النتائج، وتقديم الاقتراحات.

#### 1.3.3 مجتمع وعينة الدراسة.

يمكن عرض كل من مجتمع الدراسة وعينته فيما يلي:

##### 1.1.3.3 مجتمع الدراسة

نظرا للحجم الكبير لمجتمع الدراسة والمتمثل في عدد المرضى الذين تلقوا أو قاموا بمراجعة خدمات المنظمة الصحية "مستشفى محمد بوضياف بالمدية"، خاصة وأن معظم - إن لم نقل كل المرضى بـ 11 بلدية والتي يتم تغطيتها صحيا من قبل هذا الأخير- استفادوا من خدمات هذا الأخير، فقد اعتبرنا أن مجتمع الدراسة يتمثل في جميع المرضى سواء كانوا من الراقدين بالمستشفى، أو الذين جاءوا بغرض تلقي العلاج أو نتيجة مواعيد فحص مع أطبائهم خلال شهر جانفي 2013 فقط، والذين بلغ عددهم 2922 متلقي علاج، حسبما ورد في سجلات حركة المرضى (انظر الملحق رقم 08)، وقد تزامن وقت تقديم الاستمارة مع وقت الانتهاء من تقديم الخدمات لهؤلاء المرضى، وذلك لتحري الدقة والمصادقية من حيث تقييمهم لجودة الخدمات الصحية التي استفادوا منها.

##### 2.1.3.3 عينة الدراسة.

لتحديد عينة الدراسة تم اعتماد أسلوب العينة العشوائية الطبقية لمرضى المستشفى، وتم استبعاد مفردات بعض المصالح نظرا لحالتهم الصحية التي لا تسمح باستقصائهم كقسم الأمراض المعدية، الإنعاش، تصفية الكلى، وبعض أقسام الطب الداخلي، وتم توزيع 170 استبانة، في أوقات المداومة (نهارا)، والمناوبة الليلية (ليلا)، تم استرجاع 150 بنسبة استرجاع بلغت 88.23 %، وتم استبعاد 22 منها لعدم استيفائها لمتطلبات التحليل الإحصائي، وبقي ما مجمله 128 استبانة أي بنسبة بلغت 75.29 % والتي قمنا بتحليلها ودراستها، والجدول الموالي يوضح أعداد الاستبيانات الموزعة والمسترجعة والصالحة للتحليل بالمستشفى قيد الدراسة.

الجدول رقم (02.3): عينة الدراسة.

عدد الاستبيانات المجموع	الموزعة	المسترجعة	المستبعدة	المستردة الصالحة
170	150	22	128	
%100	% 88.23	%12.94	% 75.29	

### 2.3.3 أدوات البحث والدراسة الميدانية.

تم استخدام المعلومات المتعلقة بالجانب النظري من الدراسات والمقالات والرسائل الجامعية، والكتب العلمية العربية والأجنبية المتخصصة وذات الصلة بموضوع البحث، كما تم استخدام الاستبيان كأداة لجمع البيانات اللازمة للدراسة، وذلك لكون الاستبيان وسيلة فعالة لجمع المعلومات عندما تتوفر معرفة دقيقة بالمطلوب وبكيفية قياس المتغيرات المرغوب دراستها، واعتمدنا المقابلة لتكون الإجابات أكثر مصداقية، وكذا لمساعدة المبحوثين في الإجابة على كافة محاور الاستبيان، وفيما يلي توضيح لكيفية بناء أداة الدراسة والإجراءات المستخدمة في التحقق من صدقها وثباتها.

#### 1.2.3.3 الاستمارة

بعد الاطلاع على الأدبيات التي تطرقت لموضوع البحث والمتمثل في قياس أثر محددات الجودة المدركة للخدمة الصحية على رضا المرضى ومحاولة منا للوصول إلى النتائج المتوقعة تم تصميم استبانة حسب فقرات نموذج SERVPERF المتعلقة بجودة الخدمة المدركة، والتي تضمنت خمسة أبعاد أساسية للجودة والمتمثلة في: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف، وتم تغيير بنود هذه الأبعاد بما رأيناه مناسباً لغرض الدراسة، وطبيعة عمل المنظمات الصحية، حيث ضمت عدد فقرات النموذج 22 فقرة (انظر الملحق رقم 09)، وتم تقسيم استبانة الدراسة إلى خمسة أجزاء رئيسية، تمثلت في:

الجزء الأول: ويتعلق هذا الجزء بالخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة والتي جسدت في العناصر (السن، الجنس، المستوى التعليمي، الوظيفة، الدخل الشهري).

الجزء الثاني: وهو يتعلق بتحديد إدراكات المرضى لمستوى الأداء الفعلي للخدمة الصحية المقدمة من قبل المستشفى، من خلال إثنين وعشرين فقرة تعكس الأبعاد الرئيسية الخمسة لتقييم جودة الخدمة الصحية والمتمثلة في: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف، تتراوح على مدى سلم استجابة من (1-5)، وكان المقياس كالتالي:

الرأي	اتفق جداً	اتفق	محايد	لا اتفق	لا اتفق جداً
الدرجة	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

وقد تم تقسيم مستويات ودرجات التأثير إلى ثلاثة مجالات رئيسية، وفق العلاقة التالية:

الأهمية النسبية = (الحد الأعلى للبدل - الحد الأدنى للبدل) / عدد المستويات.

$$3/(1-5) =$$

$$1.33 =$$

وبذلك يكون:

- المجال الأول [1 - 2.33]: مستوى تأثير ضعيف.
- المجال الثاني [2.34 - 3.67]: مستوى تأثير متوسط.
- المجال الثالث [3.68 - 5.00]: مستوى تأثير قوي.

وقد وزعت هذه الفقرات كالتالي:

- تشير الفقرات من 01 إلى 04 إلى محدد الملموسية للخدمة الصحية المقدمة من المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المدية، والذي عبرنا عنه من خلال توفّر المستشفى على أحدث المعدات،

والأجهزة الطبيّة التّقنيّة المتطوّرة الخاصّة بالعلاج والكشف (TAN 1)، ومدى تمّتع المستشفى بموقع ملائم يسهل الوصول إليه بسرعة (TAN 2)، ونظافة وحسن وأناقة المظهر الموظّفون في المستشفى من الكادر الطّبي والإداريين (TAN 3)، واتسام مرافق المستشفى بالنّظافة والجاذبيّة وسهولة الاستعمال (TAN 4).

- تشير الفقرات من 05 إلى 09 إلى محدد الاعتمادية للخدمة الصحية المقدمة من قبل المستشفى، والتي عبرنا عنها بوفاء الإدارة بالوعود فيما يخصّ تقديم الخدمات التي تقطعها على نفسها اتّجاه المرضى (FIA 1)، وإظهاره اهتماما عالي بحلّ المشاكل التي يعاني منها المرضى (FIA 2)، وحرصه على تقديم الخدمة بالشكل الصّحيح (بدون أخطاء) ولأوّل مرّة (FIA 3)، والتزامه بالتّوقيت المحدّد لتقديم خدماته للمرضى (FIA 4)، واحتفاظه بسجّلات طبيّة دقيقة وموثّقة عن المرضى ومتلقّي العلاج (FIA 5).

- تشير الفقرات من 10 إلى 14 إلى محدد الالتزام للخدمة الصحية المقدمة من قبل المستشفى، والتي عبرنا عنها بإخبار العاملين لمرضاهم بدقّة كفيّة تنفيذ الخدمة ومواعيدها (REA 1)، واستعدادهم ورغبتهم لتلبية طلبات المرضى بسرعة وبدون تأخير (REA 2)، والمرونة والسّعة في الرّد على شكاوى واستفساراتهم (REA 3)، وتبسيط الإجراءات التي من شأنها تسهيل تقديم الخدمة الطبيّة للمرضى (REA 4)، وفترة انتظار المرضى للحصول على الخدمة (REA 5).

- تشير الفقرات من 15 إلى 18 إلى محدد الأمان للخدمة الصحية المقدمة من قبل المستشفى، والتي عبرنا عنها بثقة المرضى في خبرة ومهارة ومؤهلات الطاقم الطبي من أطباء ومرضى (ASS 1) وشعورهم بالأمان عند تعاملهم معهم (ASS 2)، ومدى امتلاك العاملين في المستشفى المعرفة الكافية للإجابة عن أسئلة المرضى واستفساراتهم (ASS 3)، وتوفير الخصوصية والسرية فيما يخص المعلومات الخاصة بالمرضى (ASS4).

- تشير الفقرات من 19 إلى 22 إلى محدد التعاطف للخدمة الصحية المقدمة من قبل المستشفى، والتي عبرنا عنها بالاهتمام الكافي والشخصي لكل مريض من قبل العاملين بالمستشفى (EMP 1)، ومدى ملائمة أوقات دوام المستشفى (EMP 2)، وتغليب مصلحة المريض وجعلها صلب اهتمامه (EMP 3)، واتصاف العاملين بالمستشفى باللباقة، والاحترام، والتقدير في تعاملهم مع المرضى (EMP 4).

الجزء الثالث: وهو يتعلّق بالأهمية النسبية للمعايير التي يستخدمها المرضى عند تقييمهم لجودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المستشفى، وقد تضمن كل بعد من الأبعاد الخمسة مجموعة من الفقرات المحددة في الجزء الثاني من الاستبيان، بحيث يتمّ إعطاء المعايير ترقّيا من 1 إلى 5، ترتيبا تصاعديا من الأكثر أهمية إلى الأدنى أهمية على الترتيب.

الجزء الرابع: ويتمثل في تحديد درجة الرضا الكلي عن مستوى جودة الخدمات المقدمة من قبل المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المدية (SAT). وقد تمّ قياس المتغير التابع (الرضا) باستخدام مقياس LIKERT الخماسي، وقد تكوّن المقياس من (5) فقرات تراوحت على مدى سلم استجابة من (5-1)، وكان المقياس كالتالي:

الرأي الدرجة	راضٍ جدًا (5)	راضٍ (4)	إلى حد ما (3)	غير راضٍ (2)	غير راضٍ جدًا (1)
-----------------	------------------	-------------	------------------	-----------------	----------------------

الجزء الخامس: اهتم الجزء الخامس من الاستبيان بتحديد أهم ردود الأفعال أو الاستجابات الناجمة عن حالة عدم الرضا بالنسبة للمرضى، كالمقاطعة، أو الإشهار السلبي، أو سلوك الشكوى، ومن ثم أوجه التصريح بالشكوى من قبل المرضى عن سوء تقديم الخدمات الصحية من قبل المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المدية، والذي يكون إما شفهي، كتابي.

### 2.2.3.3 صدق أداة الدراسة وثباتها

كان لزاما علينا اختبار صدق وثبات أداة الدراسة من خلال الصدق الظاهري ودرجة الثبات:

- **الصدق الظاهري:** لقد تم عرض الاستمارة على عدد من أساتذة الاختصاص لكل من كلية سعد دحلب للعلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير بالبلدية، والمدرسة العليا للتجارة بالجزائر، وجامعة الدكتور يحيى فارس بالمدية، وقد تم التقيد بكل ملاحظاتهم واقتراحاتهم وآرائهم، وإجراء التعديلات اللازمة من حيث الشكل والمضمون.

- **ثبات أداة الدراسة:** يقصد بثبات الاستبانة أن تعطي نفس النتائج لو تم إعادة توزيعها أكثر من مرة تحت نفس الظروف والشروط، وللتحقق من ثبات أداة الدراسة تم استخدام معامل  $\alpha$  cronbach على درجات أفراد عينة الثبات، والبالغ عددهم 18 مفردة، والذي يشير إلى مدى تمثيل العبارات التي يتضمنها المقياس المستخدم للموضوع محل القياس، فمعامل  $\alpha$  المنخفض يشير إلى أن أداء العبارات المستخدمة في القياس يعتبر ضعيف من حيث قدرته على قياس الخاصية موضوع البحث أو العكس صحيح، ولاعتبار قيم  $\alpha$  cronbach والتي تبين أن معامل الاتساق الداخلي مقبول والذي بلغ (0.885) حسب الجدول المبين أدناه:

عدد البنود	ALPHA CRONBACH
22	.885

أما فيما يخص معامل  $\alpha$  cronbach والخاص ببنود النموذج كل على حدا فقد كان كالتالي:

الجدول رقم (03.3): معامل الاتساق الداخلي لـ  $\alpha$  cronbach.

البنود	معامل	معامل
EMP4	.857	.925
EMP3	.854	.924
EMP2	.858	.926
EMP1	.849	.921
ASS4	.856	.925
ASS3	.842	.917
ASS2	.844	.918
ASS1	.840	.916
REA5	.849	.921
REA4	.854	.924
REA3	.846	.919
REA2	.848	.920
REA1	.851	.922
FIA5	.864	.929
FIA4	.859	.926
FIA3	.848	.920
FIA2	.848	.920
FIA1	.850	.921
TAN4	.849	.921
TAN3	.853	.923
TAN2	.865	.930
TAN1	.867	.931

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة معاملات alpha cronbach كانت مرتفعة وتراوحت على مجال [ 0.840 – 0.867 ] وهي معاملات مقبولة جداً، في حين كانت معاملات الثبات لكل محدد من محددات الجودة المدركة من قبل المريض ضمن المجال [ 0.916 – 0.931 ] وهي معاملات مرتفعة، تدل على ثبات أداة الدراسة، والاتساق الداخلي الجيد لعباراتها.

وبذلك تكون الاستبانة في صورتها النهائية قابلة للتوزيع، بعد التأكد من صدقها وثباتها، مما يجعلنا على ثقة تامة بصلاحياتها لتحليل النتائج والإجابة عن أسئلة وفرضيات البحث.

### 3.2.3.3 المعالجة الإحصائية المستخدمة.

لقد تم استخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS النسخة 19 للتحليل الإحصائي، وذلك باعتماد مستوى دلالة 0.05 والذي يقابله مستوى ثقة 0.95 لتفسير نتائج الاختبارات، بالاعتماد على الأساليب الإحصائية التالية:

- معامل Alpha Cronbach: للتأكد من درجة ثبات المقياس المستخدم، فهو يشير إلى مدى تمثيل العبارات التي يتضمنها المقياس المستخدم للموضوع محل القياس.
- التكرارات والنسب المئوية: وذلك لوصف بيانات عينة الدراسة من حيث خصائصها الديمغرافية كالجنس، والسن، والدخل، والمستوى التعليمي، والدخل، والسلوكيات الناجمة عن حالة عدم الرضا... الخ.
- المتوسطات الحسابية: لمعرفة درجة موافقة مرضى المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المدية على كل محدد من محددات جودة الخدمة والتمثلة في (الملموسية، الاعتمادية، الالتزام، الأمان، التعاطف)، ودرجة رضاهم عن الجودة الكلية للخدمة الصحية الفعلية، بالإضافة إلى تحديد الأهمية النسبية للمؤشرات التقييمية لجودة الخدمة الصحية.
- الانحراف المعياري: لقياس درجة تشتت قيم استجابات المرضى عن المتوسط الحسابي.
- نموذج الانحدار الخطي المتعدد، اختبار ستودنت، اختبار فيشر، واختبار معامل التحديد: لتحديد نوع العلاقة وقوتها بين أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة كمتغيرات مستقلة، ورضا المرضى عنها كمتغير تابع.

### 3.3.3 الوصف الإحصائي، واختبار الفرضيات.

قبل البدء في اختبار فرضيات الدراسة سنقوم بالوصف الإحصائي لعينة الدراسة وفق الخصائص الديمغرافية، والمتعلقة بتحليل بيانات تقييم المرضى لمحددات جودة الخدمات الصحية المقدمة من قبل المؤسسة العمومية الاستشفائية بولاية المدية، ومعرفة رضا المرضى عن الجودة الكلية للخدمات الصحية، والسلوكيات الناجمة عن حالة عدم الرضا لأفراد عينة الدراسة.

#### 1.3.3.3 الوصف الإحصائي لعينة الدراسة

سنحاول التعرف على مختلف خصائص مفردات عينة الدراسة بالدرجة الأولى والمتعلقة بالجنس، السن، المستوى التعليمي، الوظيفة، الدخل، ومن ثم سنتطرق لتحليل البيانات المتعلقة بتقييم المرضى لمحددات جودة الخدمات الصحية للمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المدية.

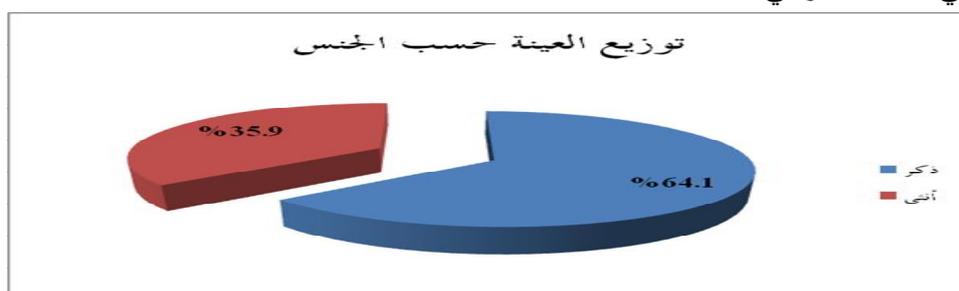
● وفق الخصائص الديمغرافية:

يهدف معرفة خصائص مفردات عينة الدراسة، تناول هذا الجزء من الاستبيان أسئلة حول بعض البيانات الشخصية، والمتمثلة في: الجنس، السن، المستوى التعليمي، الوظيفة، الدخل.

- حسب الجنس: تم توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس إلى فئتين ذكر، وأنثى، يلخصها الجدول التالي:  
الجدول رقم (04.3): توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

التكرارات	النسبة المئوية	النسب التراكمية
82	64.1	64.1
46	35.9	100.0
128	100.0	
ذكر		
أنثى		
المجموع		

يلاحظ من الجدول بأن معظم أفراد العينة المستقصاة هم من جنس ذكر، حيث بلغ عددهم 82، أي بنسبة 64.1%، أما جنس الإناث فقد شكل ما نسبته 35.9%، أي ما يعادل 46 مفردة. ويمكن تمثيل هذا ذلك في الشكل الموالي:



الشكل رقم (01.3): توزيع العينة حسب الجنس

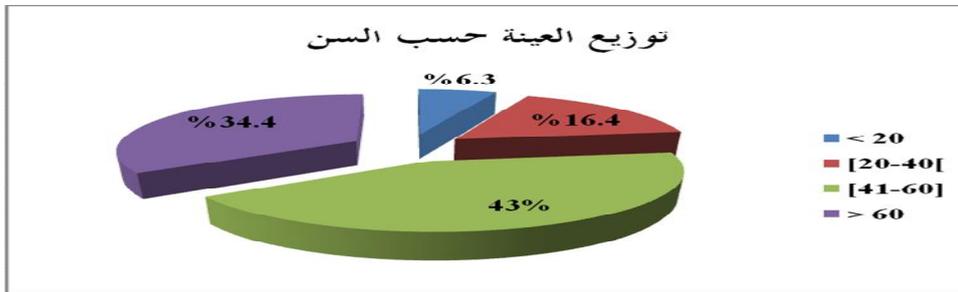
- حسب السن: تم توزيع مفردات عينة الدراسة إلى أربعة فئات، يمكن تلخيصها في الجدول التالي:

الجدول رقم (05.3): توزيع أفراد العينة حسب السن.

التكرارات	النسبة المئوية	النسب التراكمية
8	6.3	6.3
21	16.4	22.7
55	43.0	65.6
44	34.4	100.0
128	100.0	
< 20		
[20-40[		
[41-60]		
> 60		
المجموع		

يلاحظ من الجدول بأن معظم أفراد العينة هم من فئة [41-60] سنة، حيث بلغ عددهم 55 مفردة، بنسبة 43.0%، ويليهما فئة أكبر من 60 سنة، بنسبة 34.4%، ثم فئة [20-40] سنة، والذين بلغ عددهم 21 مفردة، بنسبة 16.4%، أما أدنى نسبة فقد سجلتها فئة أقل من 20 سنة، وهذا أمر

طبيعي كون الأشخاص كبار السن أكثر عرضة للإصابة ببعض الأمراض المزمنة كارتفاع ضغط الدم، السكري، البروستاتا، أمراض القلب،... الخ، وفي المقابل الفئات العمرية الصغيرة الفتية والتي تتميز بجانب وقائي كبير. ويمكن توضيح ذلك في الشكل الموالي:



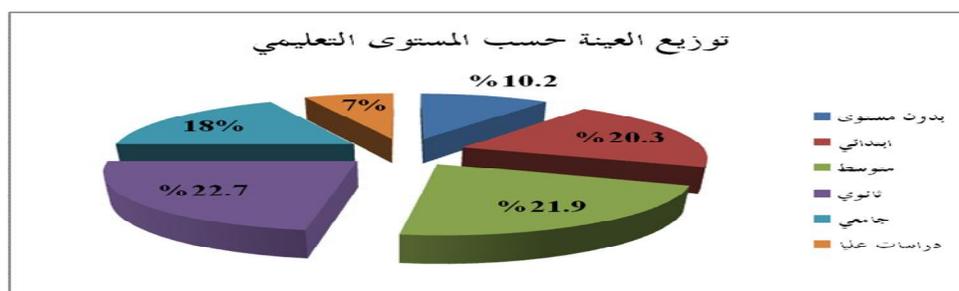
الشكل رقم (02.3): توزيع العينة حسب السن

- حسب المستوى التعليمي: يوضح الجدول رقم (06.3) الوارد أدناه، توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي:

الجدول رقم (06.3): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.

التكرارات	النسبة المئوية	النسب التراكمية	
13	10.2	10.2	بدون مستوى
26	20.3	30.5	ابتدائي
28	21.9	52.3	متوسط
29	22.7	75.0	ثانوي
23	18.0	93.0	جامعي
9	7.0	100.0	دراسات عليا
128	100.0		المجموع

يلاحظ أن أغلب مفردات العينة من ذوي المستوى الثانوي بعدد بلغ 29 مفردة، أي بنسبة 22.7%، ويليه كل من ذوي المستوى المتوسط والابتدائي، والذين هم بدون مستوى بنسب متقاربة على التوالي: 21.9%، 20.3%، 10.2%، ليأتي في الأخير ذوي الدراسات العليا بعدد بلغ 9، بنسبة 7.0%، ويعود ذلك إلى الإلمام بالجانب الوقائي من قبل هذا الأخير، ويمكن توضيح ذلك في الشكل الموالي:



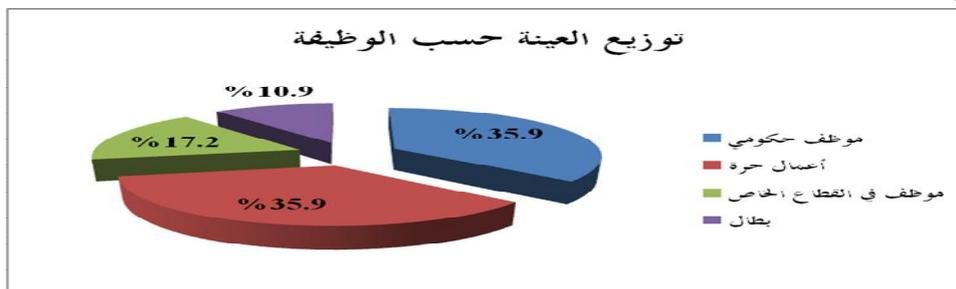
الشكل رقم (03.3): توزيع العينة حسب المستوى التعليمي.

- حسب الوظيفة: تم توزيع مفردات عينة الدراسة حسب متغير الوظيفة إلى أربعة وظائف تمثلت في: الموظفين الحكوميين، ذوي الأعمال الحرة، الموظفين في القطاع الخاص، والبطالين، كما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (07.3): توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة.

النسب التراكمية	النسبة المئوية	التكرارات	
35.9	35.9	46	موظف حكومي
71.9	35.9	46	أعمال حرة
89.1	17.2	22	موظف في القطاع الخاص
100.0	10.9	14	بطل
	100.0	128	المجموع

يتضح من الجدول السابق أن ما نسبته 35.9% من أفراد العينة يمثلون كل من الموظفين الحكوميين وذوي الأعمال الحرة، بعدد بلغ 46 مفردة، ويليه الموظفون في القطاع الخاص بنسبة 17.2%، ليأتي في الأخير البطالون بنسبة 10.9%، أي ما يعادل 14 مفردة، ويمكن توضيح ذلك في الشكل الموالي:



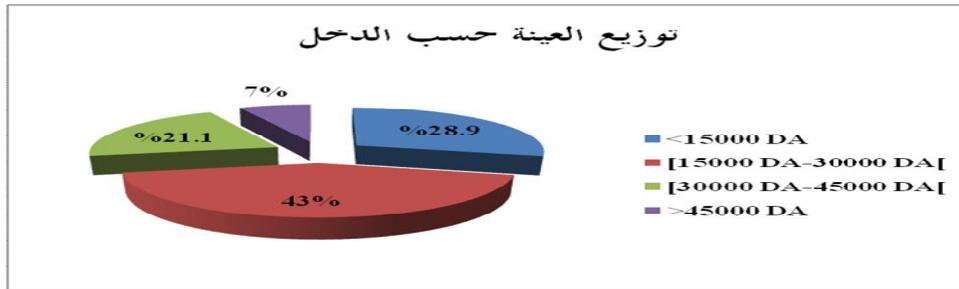
الشكل رقم (04.3): توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة.

- حسب الدخل: يوضح الجدول رقم (10.3) توزيع مفردات عينة الدراسة حسب متغير الدخل، والذي ارتأينا تقسيمه إلى أربعة فئات، تمثلت في: أقل من 15000 دج، و [15000 - 30000] دج، و [30000 - 45000] دج، وأكبر من 45000 دج.

الجدول رقم (08.3): توزيع أفراد العينة حسب الدخل.

النسب التراكمية	النسبة المئوية	التكرارات	
28.9	28.9	37	<15000 DA
71.9	43.0	55	[15000 DA-30000 DA[
93.0	21.1	27	[30000 DA-45000 DA[
100.0	7.0	9	>45000 DA
	100.0	128	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلب مفردات عينة الدراسة من ذوي الدخل دون المتوسطة والمتمثلة في فئة [ 30000 - 15000]، بنسبة 43.0%، ويليهما ذوي الدخل الضعيفة بأقل 15000 دج، بنسبة 28.9% وهو ما يعادل 55 و37 مفردة على التوالي، ليأتي في الأخير ذوي الدخل المتوسطة والمرتفعة والمحددة بفئتي [ 30000 - 45000] وأكبر من 45000 دج، بنسبة 21.1% و7.0% على التوالي، وهذا ما يترجمه ميول أصحاب هاتين الفئتين الأخيرتين إلى مراجعة المؤسسات الصحية الخاصة والعيادات المتخصصة لتوفر الموارد المالية لديهم، ومواقفهم السلبية عن سوء الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية، ويمكن توضيح ذلك في الشكل الموالي:



الشكل رقم (05.3): توزيع أفراد العينة حسب الدخل.

● تحليل البيانات المتعلقة بتقييم المرضى لمحددات جودة الخدمات الصحية للمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المدية.

لقد تم الاعتماد على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاختبار مدى موافقة أفراد عينة الدراسة على توفر الجودة في الخدمات الصحية المقدمة من قبل المؤسسة الاستشفائية بالمدية، وتم التحليل لكل محدد من المحددات بنوع من التفصيل (الملموسية، الاعتمادية، الالتزام، الأمان، التعاطف).

1. محدد الملموسية:

يبين الجدول أدناه المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية حسب مدى موافقة أفراد عينة الدراسة على توفر الجودة في الخدمة الصحية المقدمة إليهم من ناحية محدد الملموسية. الجدول رقم (09.3): الجودة المدركة للخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المرضى من خلال محدد الملموسية.

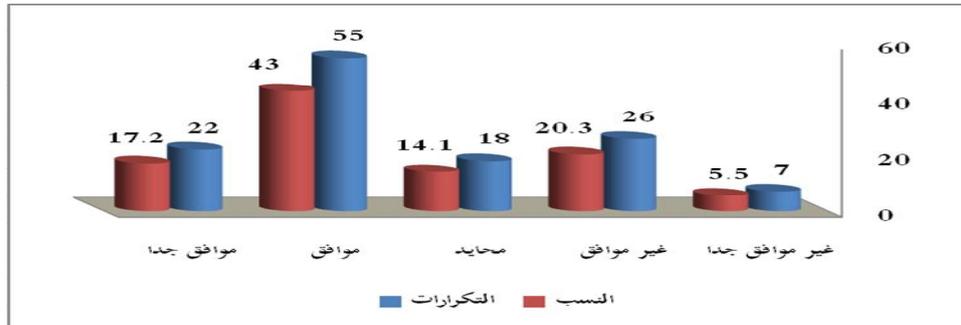
التأثير	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	موافق جدا		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق جدا		الدرجة	
				%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار		
				مؤشر الملموسية											
متوسط	03	1.156	3,46	17.2	22	43	55	14.1	18	20.3	26	05.5	07	TAN1	
قوي	01	,977	3,92	25.8	33	56.3	72	04.7	06	10.9	14	02.3	03	TAN2	
قوي	02	,956	3.75	17.2	22	56.3	72	14.1	18	09.4	12	03.1	04	TAN3	
متوسط	04	1.141	2,79	03.9	05	32	41	15.6	20	35.9	46	12.5	16	TAN4	
متوسط	-	1.0625	3.48	المجموع:											

يتبين من الجدول رقم (09.3) أن استجابات عينة الدراسة نحو الدليل المادي الملموس كانت متوسطة على كل الفقرات وعلى الدرجة الكلية، بمتوسط بلغ 3.48، وبانحراف معياري بلغ 1.0625،

وقد كان هناك تأثير قوي لكل من الفئتين "تمتع المستشفى بموقع ملائم يسهل الوصول إليه"، و"نظافة وحسن وأناقاة مظهر العاملين بالمستشفى" بمتوسط حسابي مرجح بلغ 3.92، و3.95، و بانحراف معياري قدره 0.954 و0.913 على التوالي، في حين كانت باقي الفقرات الخاصة بمحدد الملموسية والمتمثلة في "توفر أحدث المعدات والتجهيزات الطبية، ونظافة وأناقاة مظهر العاملين بالمشفى"، على درجة متوسطة بلغت 3.46، و2.79، و بانحراف معياري قدره 1.156، و1.141 على التوالي، وفيما يلي عرض وتحليل لاستجابة المرضى لكل فقرة من فقرات محدد الملموسية على حدا.

السؤال (01): توفر المستشفى على أحدث المعدات والأجهزة الطبية التقنية المتطورة الخاصة بالعلاج والكشف.

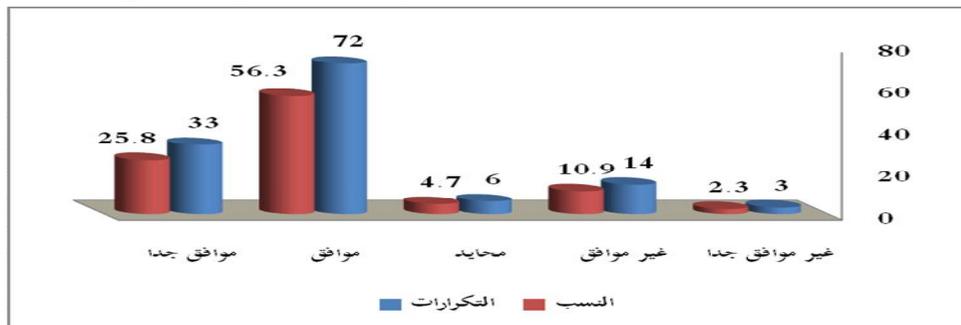
يلاحظ من خلال الجدول رقم (09.3)، أن أغلبية العينة المستقصاة توافق على أن المستشفى يتوفر على معدات وأجهزة طبية متطورة خاصة بالكشف والعلاج بعدد إجمالي قدر بـ 77 مفردة، أي بنسبة إجمالية بلغت 60.20%، في حين ما يشكل نسبة 25.8% لا ترى بأن المستشفى يتوفر على هذه الأخيرة، والتزام نسبة 14.1% الحياد فيما يخص هذا السؤال، وفيما يلي الشكل البياني الموضح لذلك.



الشكل رقم (06.3): توزيع أفراد العينة حسب مدى توفر المستشفى على أحدث المعدات والأجهزة الطبية التقنية المتطورة الخاصة بالعلاج والكشف.

السؤال (02): تمتع المستشفى بموقع ملائم يسهل الوصول إليه بسرعة.

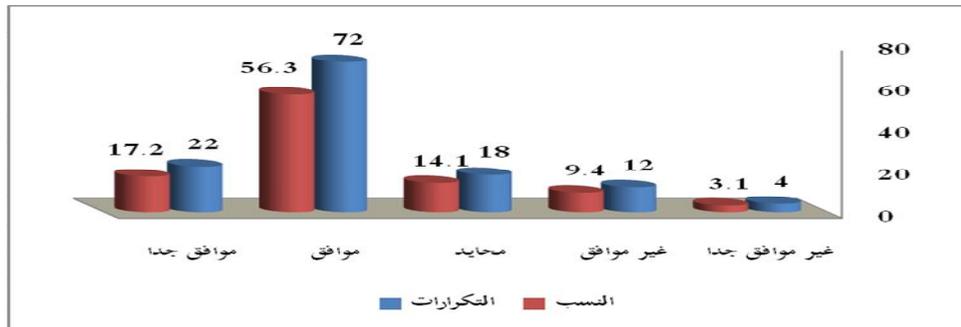
يتبين من خلال الجدول رقم (11.3)، أن مجمل العينة المستقصاة توافق على أن المستشفى يتمتع بموقع ملائم يسهل الوصول إليه وبسرعة بنسبة 82.1% (56.3% موافق، و25.8% موافق جدا)، وهذا راجع إلى تمركز المستشفى وسط المدينة، أما الفئة التي كانت ترى بعدم مناسبة موقعه فقد كانت أقلية تمثل نسبة 13.2% أغلبهم من السكان الذين لا يقطنون الولاية وهم من بلديات مجاورة، أما نسبة الحياد فقد بلغت 4.7%، وفيما يلي الشكل البياني الموضح لذلك.



الشكل رقم (07.3): توزيع أفراد العينة حسب مدى تمتع المستشفى بموقع ملائم يسهل الوصول إليه.

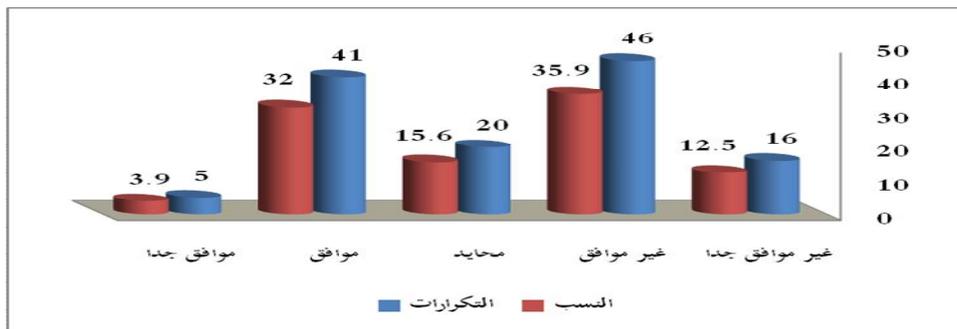
السؤال (03): يبدو الموظفون في المستشفى على درجة عالية من النظافة وحسن وأناقة المظهر.

أجمعت أغلبية العينة المدروسة على اتسام العاملين بدرجة كبيرة من النظافة وحسن وأناقة المظهر، بنسبة بلغت 73.7% (بين الموافقين والموافقين جدا)، وكان هذا نتيجة للقواعد والتنظيمات التي تفرضها طبيعة المهنة الطبية، مترجمة في تعليمات كل من الوصاية وإدارة المستشفى، خاصة وأنه خصص هندام موحد لكل من الممرضين والجراحين والأطباء على حد سواء، في المقابل نسبة ضئيلة لم تتفق على ذلك بنسبة 12.5%، وأخرى بالحياد بنسبة 14.1%، وفيما يلي مختلف استجابات المرضى موضحة في الشكل رقم (08.3).



الشكل رقم (08.3): توزيع أفراد العينة حسب مدى تمتع العاملين بالمستشفى بالنظافة وحسن وأناقة المظهر.

السؤال (04): تمتع مرافق المستشفى بالنظافة والجاذبية وسهولة الاستعمال. ارتأت أغلبية عينة الدراسة عدم تمتع المستشفى ومرافقه بالنظافة والجاذبية وسهولة الاستعمال، وهو ما يمثل نسبة 48.4%، مما يعني أن المستشفى يعاني مشكلة في هذا الأخير، تتطلب منه احترام معايير ومقاييس النظافة وعلى الوجه المقبول من قبل المرضى، في حين بلغت نسبة كل من المؤيدين لذلك والمحايدين على التوالي 35.9%، و15.6%، والشكل الموالي يبين ذلك.



الشكل رقم (09.3): توزيع أفراد العينة حسب مدى تمتع مرافق المستشفى بالنظافة والجاذبية وسهولة الاستعمال.

## 2. محدد الاعتمادية:

يبين الجدول أدناه المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية حسب مدى موافقة أفراد عينة الدراسة على توفر الجودة في الخدمة الصحية المقدمة إليهم من ناحية محدد الاعتمادية.

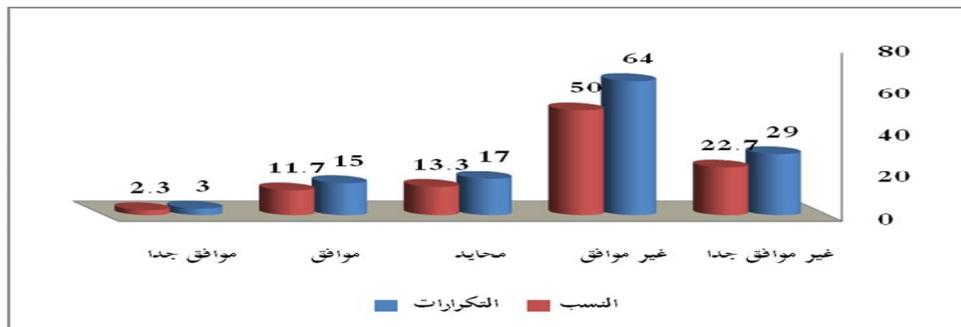
الجدول رقم (10.3): الجودة المدركة للخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المرضى من خلال محدد الاعتمادية.

التأثير	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	موافق جدا		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق جدا		الدرجة
				%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	
				مؤشر الاعتمادية										
ضعيف	05	1,001	2.21	02.3	03	11.7	15	13.3	17	50	64	22.7	29	FIA1
متوسط	04	1,118	2.40	03.1	04	17.2	22	19.5	25	36.7	47	23.4	30	FIA2
قوي	02	,965	3.67	15.6	20	51.6	66	21.1	27	07.8	10	03.9	05	FIA3
متوسط	03	1,136	2,52	04.7	06	18.8	24	18.8	24	39.1	50	18.8	24	FIA4
قوي	01	1,060	3.80	26.6	34	43	55	18.8	24	07	09	04.7	06	FIA5
متوسط	-	1.056	2.92	المجموع:										

يتبين من الجدول رقم (10.3) السابق أن استجابات عينة الدراسة نحو محدد الاعتمادية كانت متوسطة على كافة فقرات المحور بدلالة متوسط الاستجابات والذي بلغ 2.92 بانحراف معياري بلغ 1.056 حسب الميزان المستخدم، باستثناء الفقرة رقم 05 والتي كانت الاستجابات فيها ضعيفة بمتوسط بلغ 2.21 والخاصة "بوفاء إدارة المستشفى بالوعود فيما يخص تقديم الخدمات التي تقطعها على نفسها اتجاه المرضى"، وكل من الفقرتين 07، 09 والتي كانت الاستجابات فيها قوية بمتوسط بلغ 3.67، 3.80 على التوالي والمتعلقة "بحرص المستشفى على تقديم الخدمة بالشكل الصحيح ولأول مرة، واحتفاظ المستشفى بسجلات دقيقة وموثقة عن المرضى ومتلقي العلاج"، مما يدل على وجود كفاءات عالية في ميدان التوثيق والمحفوظات دعمت وساهمت في إنشاء وإقامة نظام أرشيف ممتاز بالمؤسسة، أما باقي الفقرات فقد كانت ذات تأثير متوسط على المرضى متلقي العلاج، وفيما يلي عرض وتحليل لاستجابة المرضى لكل سؤال من أسئلة محدد الاعتمادية على حدا.

السؤال (05): تقي إدارة المستشفى بالوعود التي تقطعها على نفسها اتجاه المرضى فيما يخص تقديم الخدمات.

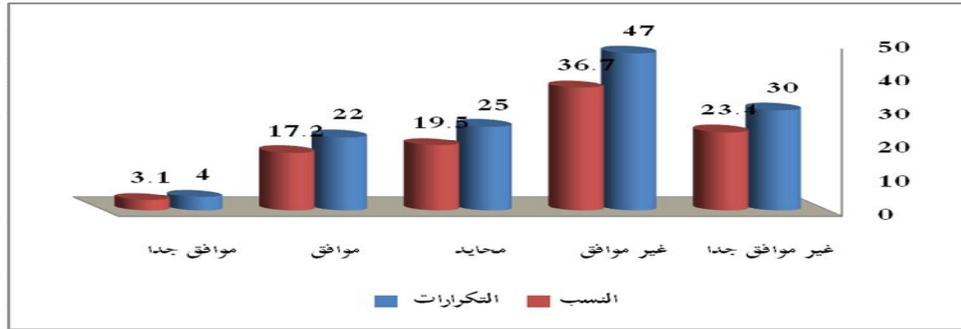
يؤكد الجدول رقم (10.3) عدم تمكن المستشفى من الوفاء بمختلف الوعود اتجاه مرضاه وهو ما يمثل نسبة تراكمية بلغت 72.7%، في حين أقلية هي الفئة التي ترى بأنه يلتزم ويفي بالوعود التي يقطعها على نفسه، وهي ما تشكل نسبة 14%، من مجموع عينة الدراسة، أما البقية فقد كانت محايدة، ويمكن توضيح ذلك في الشكل رقم (10.3).



الشكل رقم (10.3): توزيع أفراد العينة حسب مدى وفاء إدارة المستشفى بالوعود التي تقطعها على نفسها اتجاه المرضى.

السؤال (06): يبدي المستشفى اهتمام عالي بحل المشاكل التي يعاني منها المرضى.

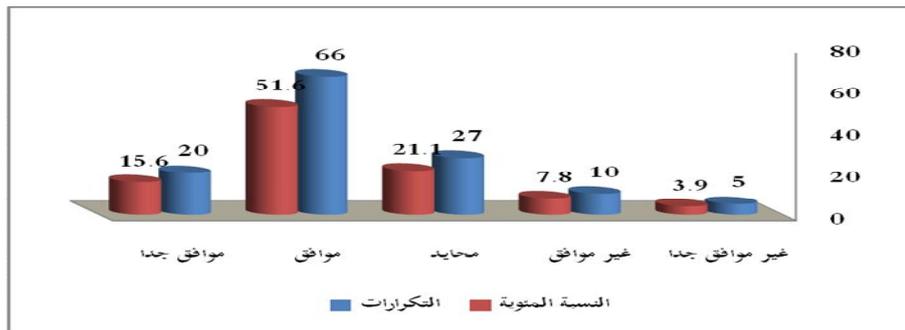
من خلال بيانات الجدول الموضح أعلاه نلاحظ أن معظم أفراد العينة ترى بأن هناك لا مبالاة من قبل العاملين بالمستشفى اتجاه المرضى، مما يعطي لنا صورة من التهميش وانطباع بعدم اكتراث المستشفى بحل مشاكلهم وانشغالاتهم، وهو ما يشكل نسبة 60.1% (غير موافق جدا 23.4% + غير موافق 36.7%)، بينما كانت نسبة الموافقة ضئيلة بنسبة 20.4%، وفيما يلي عرض بياني حول تقييم المرضى لهذه العبارة:



الشكل رقم (11.3): توزيع أفراد العينة حسب مدى اهتمام المستشفى بحل المشاكل التي يعاني منها المرضى.

السؤال (07): يحرص المستشفى على تقديم الخدمة وبالشكل الصحيح ولأول مرة.

كانت استجابات المرضى حول هذه الفقرة قوية، واتجهت معظمها إلى التأييد والموافقة على حرص المستشفى على تقديم الخدمات بالشكل المطلوب ومن غير أخطاء، وبنسبة تراكمية بلغت 67.2%، ويرجع ذلك إلى أن الضمير المهني الطبي يستدعي تبني مثل هذا المبدأ، بالإضافة إلى تفادي الوقوع في بعض الأخطاء الطبية التي تكلف في بعض الحالات حياة أشخاص ومتابعات قضائية إن ثبت ذلك، وبالمقابل كانت كل من الحيادية وعدم الموافقة لهذه الفقرة بنسب ضئيلة بلغت 21.1%، و11.7% على الترتيب، كما يوضحه الشكل الموالي:

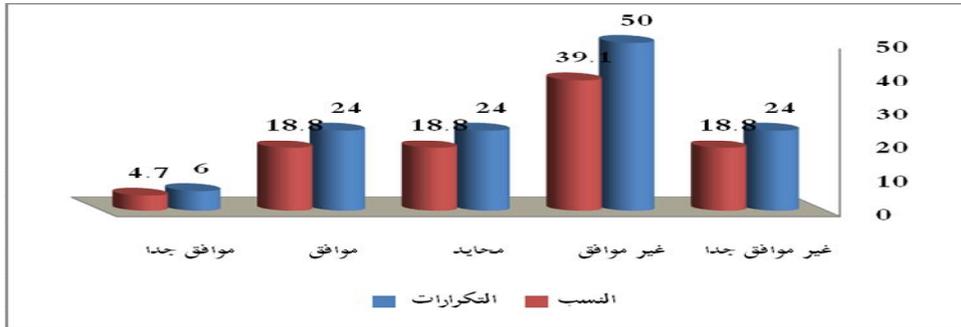


الشكل رقم (12.3): توزيع أفراد العينة حسب مدى حرص المستشفى على تقديم الخدمة بالشكل الصحيح ولأول مرة.

السؤال (08): يلتزم المستشفى بالتوقيت المحدد لتقديم الخدمات للمرضى.

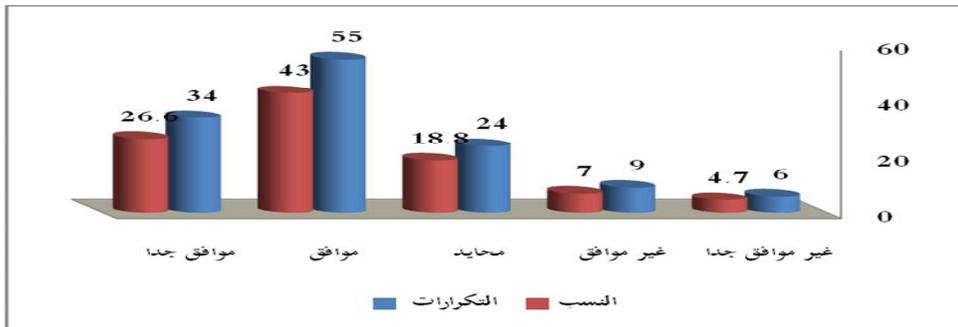
يُقيم المرضى عينة الدراسة التزام المستشفى بالتوقيت المحدد لتقديم خدماته تقييماً سلبياً، وهو ما تفسره نسبة 57.9%، فيما يتعلق بمواعيد الفحص، وإجراء العمليات الجراحية، وبرمجة مختلف مواعيد إجراء الأشعة والتحاليل الطبية، مما يعطي صورة ذهنية سلبية لدى المرضى والمراجعين للمستشفى،

ويؤثر سلباً على مستويات الرضا لديهم وهو ما يوضحه الشكل رقم (13.3).



الشكل رقم (13.3): توزيع أفراد العينة حسب مدى التزام المستشفى بالتوقيت المحدد لتقديم الخدمات للمرضى.

السؤال (09): يحتفظ المستشفى بسجلات طبية دقيقة وموثقة عن المرضى متلقي العلاج. هناك استجابة عالية لهذه الفقرة، والسبب يرجع إلى أن المستشفى يستخدم سجلات طبية ومحفوظة وموثقة بطريقة جيدة، بحيث يمكن الرجوع إلى أي ملف بسهولة ويُسر إن استدعى الأمر لذلك، بنسبة بلغت 69.6%، وهو ما يقابل 89 مفردة من أصل 128 مفردة، ويمكن توضيح ذلك في الشكل الموالي:



الشكل رقم (14.3): توزيع أفراد العينة حسب مدى احتفاظ المستشفى بسجلات طبية دقيقة وموثقة عن المرضى.

### 3. محدد الالتزام:

يبين الجدول أدناه المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية حسب مدى موافقة أفراد عينة الدراسة على توفر الجودة في الخدمة الصحية المقدمة إليهم من ناحية محدد الالتزام.

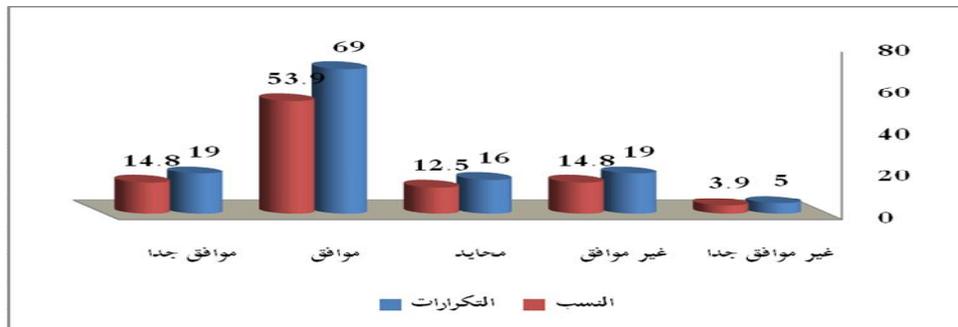
الجدول رقم (11.3): الجودة المدركة للخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المرضى من خلال محدد الالتزام.

التأثير	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	موافق جدا		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق جدا		الدرجة
				%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	
				مؤشر الالتزام										
متوسط	02	1.037	3,61	14.8	19	53.9	69	12.5	16	14.8	19	03.9	05	REA1
ضعيف	04	1.170	2.32	04.7	06	14.8	19	16.4	21	35.9	46	28.1	36	REA2
ضعيف	05	1.039	2,23	01.6	02	13.3	17	18.8	24	39.8	51	26.6	34	REA3
قوي	01	,996	3,68	10.9	14	46.9	60	14.8	19	18.0	23	09.4	12	REA4
متوسط	03	1.155	2.43	01.6	02	23.4	30	17.2	22	32	41	25.8	33	REA5
متوسط	-	1.0794	2.85	المجموع:										

يتبين من الجدول رقم (11.3) أنف الذكر أن استجابات عينة الدراسة كانت متوسطة على كافة فقرات هذا المؤشر بمتوسط بلغ 2.85 وانحراف معياري 1.0794، باستثناء الفقرة رقم 14 ذات التأثير القوي بمتوسط بلغ 3.68 وانحراف معياري بلغ 996، مما يدل على فعالية إدارة المستشفى في تبسيط الإجراءات التي من شأنها تسهيل تقديم الخدمات الطبية، وشهدت أضعف استجابة الفقرة رقم 13، 12 والمتعلقة "باستعداد ورغبة العاملين بالمشفى لتلبية طلبات المرضى بسرعة"، "والمرونة والسرية في الرد على شكاوى واستفسارات المرضى"، وفيما يلي عرض لكل سؤال على حدا.

السؤال (10): يخبر العاملون بالمستشفى مرضاهم بدقة كيفية تنفيذ الخدمة ومواعيدها.

يمكن ملاحظة إجماع عينة الدراسة على استعداد العاملين بالمستشفى من الطواقم الإدارية والطبية والتمريضية لإخبار المرضى كيفية تنفيذ والتقييد بإجراءات تنفيذ الخدمة وبالشكل الصحيح وفي مواعيتها المحددة بنسبة بلغت 68.7%، خاصة وأن المريض لا يفهم ولا يعي شيئا عن طريقة العلاج وتعاطي الأدوية والسبل الكفيلة بالوقاية وعدم تفاقم الحالة الصحية له، والشكل الموالي يوضح ذلك.

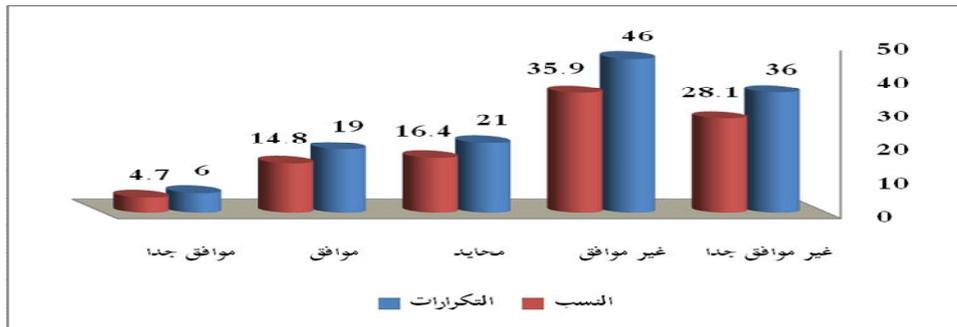


الشكل رقم (15.3): توزيع أفراد العينة حسب مدى إخبار العاملين بالمستشفى مرضاهم بدقة كيفية تنفيذ الخدمة ومواعيدها.

السؤال (11): استعداد ورغبة العاملين لتلبية طلبات المرضى وبسرعة.

هناك استجابة ضعيفة لهذه الفقرة، والسبب يرجع إلى بطء كبير في تلبية طلبات المرضى والتأخر في الاستجابة لرغباتهم وطلباتهم، وهو عكس ما تقتضيه ضروريات هذه

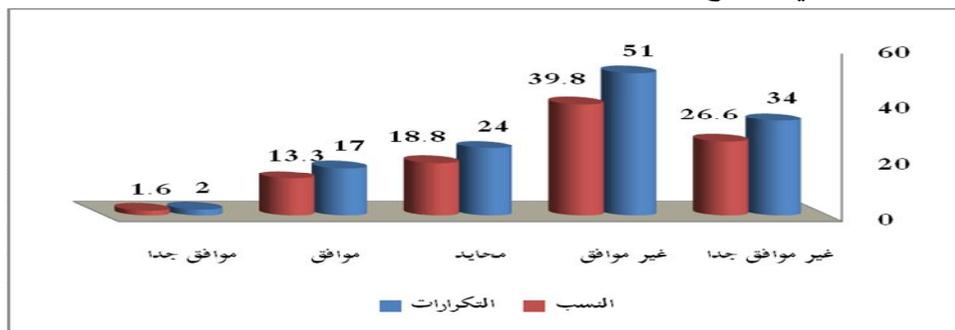
المهنة، مما يؤدي في غالب الأحيان إلى حدوث مضاعفات في حالة المرضى، وقد ظهرت الاستجابات كما يوضحه الشكل الموالي:



الشكل رقم (16.3): توزيع أفراد العينة حسب مدى استعداد ورغبة العاملين لتلبية طلبات المرضى وبسرعة.

السؤال (12): العاملون في المستشفى لهم مرونة وسرعة في الرد على شكاوى واستفسارات المرضى.

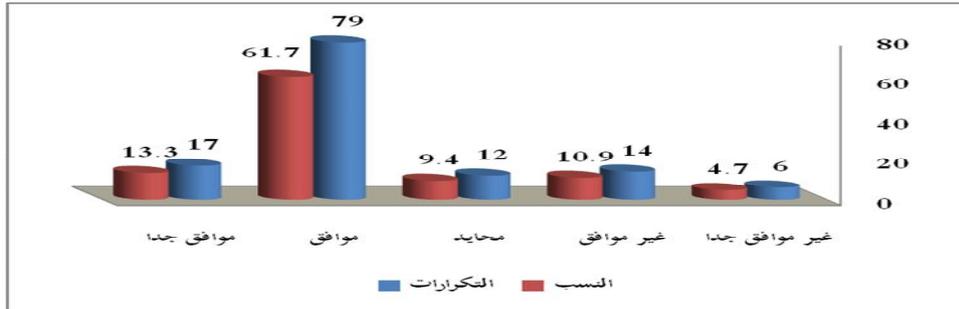
هذه الفقرة هي الأخرى تشهد تقييم ضعيف جدا للأداء الفعلي والخاص بسرعة الرد على شكاوى واستفسارات المرضى بنسبة بلغت 66.4%، مما يؤدي إلى استياء وزيادة نسب الشكاوى من قبل المرضى، والشكل الموالي يوضح ذلك:



الشكل رقم (17.3): توزيع أفراد العينة حسب مدى سرعة ومرونة العاملين في الرد على شكاوى واستفسارات المرضى.

السؤال (13): يقوم المستشفى وبشكل مستمر في تبسيط الإجراءات التي من شأنها تسهيل تقديم الخدمة الطبية.

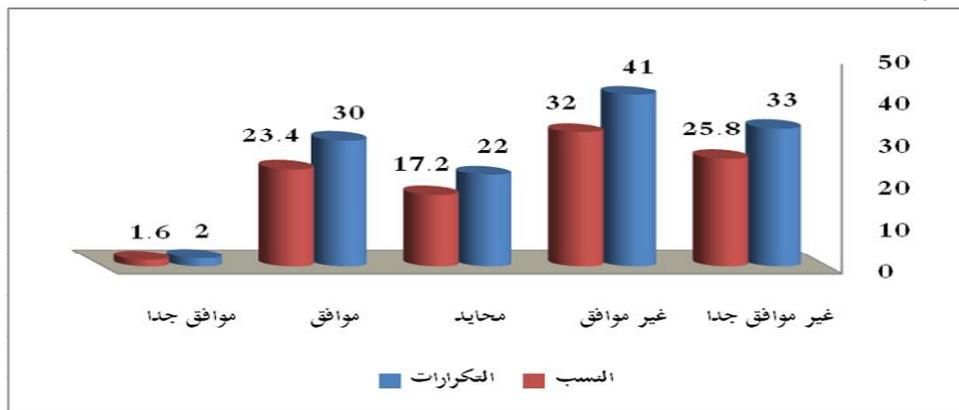
أجمعت غالبية الفئة المدروسة بنسبة 75.0% على أن المستشفى من خلال آليات وإجراءات سيرورة العملية العلاجية لديه، يتميز بالبساطة والسهولة مما يجعل عملية تقديم الخدمة في أحسن الظروف أمرا ممكنا، خاصة أن هذا الأخير جعل العملية العلاجية سواء تعلق الأمر بالتمريض أو الدخول أو الخروج من المستشفى، حزمة من العمليات المتسلسلة والمتتابعة، وفيما يلي عرض بياني لمختلف الاستجابات فيما يخص هذه العبارة.



الشكل رقم (18.3): توزيع أفراد العينة حسب مدى تبسيط الإجراءات التي من شأنها تسهيل تقديم الخدمة الطبية.

السؤال (14): ينتظر المريض وقتا قصيرا للحصول على الخدمة.

يتفق أكثر من نصف حجم عينة الدراسة بأن فترة انتظارهم للحصول على الخدمة سواء تعلق الأمر بالعلاج أو الفحص أو إجراء التحاليل الطبية طويلة جدا بنسبة بلغت 57.8%، مما يزيد في نسبة قلقهم وانفعالاتهم واستيائهم، وتكوين معتقد سلبي إزاء مقدمي الخدمات الصحية، على خلاف نسبة 25.0% الذين أبدوا عكس هذه الفكرة، وحايدها ما نسبته 17.2% هذه الأخيرة، ويمكن إبراز ذلك في الشكل رقم (19.3).



الشكل رقم (19.3): توزيع أفراد العينة حسب فترة انتظار المريض للحصول على الخدمة.

4. محدد الأمان:

يبين الجدول أدناه المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية حسب مدى موافقة أفراد عينة الدراسة على توفر الجودة في الخدمة الصحية المقدمة إليهم من ناحية محدد الأمان.

الجدول رقم (12.3): الجودة المدركة للخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المرضى من خلال

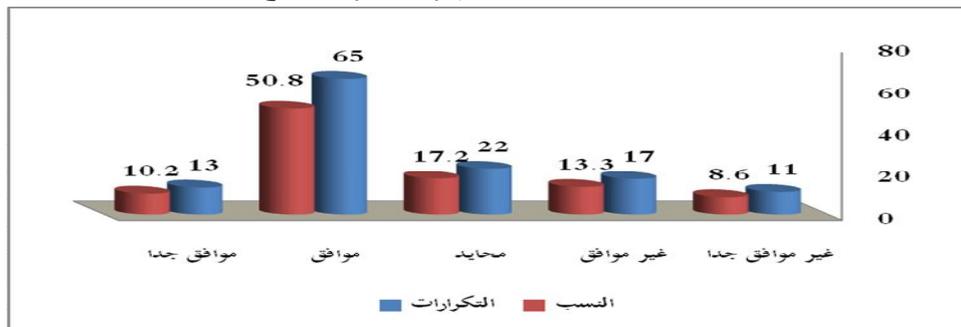
محدد الأمان.

التأثير	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	موافق جدا		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق جدا		الدرجة
				%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	
				مؤشر الأمان										
متوسط	03	1.111	3.41	10.2	13	50.8	65	17.2	22	13.3	17	08.6	11	ASS1
متوسط	04	1,170	3.28	10.2	13	46.1	59	14.8	19	19.5	25	09.4	12	ASS2
متوسط	02	,944	3,35	04.7	06	50.8	65	22.7	29	18.8	24	03.1	04	ASS3
قوي	01	,936	3,79	19.5	25	52.3	67	18.8	24	06.3	08	03.1	04	ASS4
متوسط	-	,8322	3.45	المجموع:										

يتبين من الجدول رقم (12.3) السابق أن استجابات عينة الدراسة نحو محدد الأمان كانت متوسطة على كل الفقرات وعلى الدرجة الكلية، بمتوسط بلغ 3.45، وقد كان هناك تأثير عالي لفقرة "وجود خصوصية وسرية عن المعلومات الخاصة بالمرضى" بمتوسط حسابي مرجح بلغ 3.79، وبانحراف معياري قدره 0,936 مقارنة بباقي الفقرات والمتمثلة في الفقرة 15، 16، 17، والتي كانت الاستجابة فيها متوسطة، ويؤكد ذلك حصولها على متوسطات بلغت 3.41، 3.28، 3.35، وانحرافات معيارية قدرت بـ 1.111، 1.170، 0,944 على التوالي، وفيما يلي عرض وتحليل لاستجابة المرضى لكل سؤال من أسئلة محدد الأمان على حدا.

السؤال (15): تشعر بأن صحتك في أيادي موثوقة من حيث الخبرة والمهارة والمؤهلات للطاقم الطبي بالمستشفى.

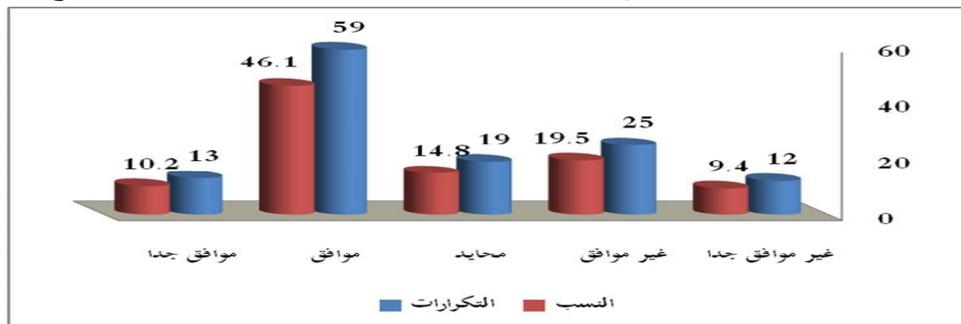
من خلال التحليل الإحصائي لهذه الفقرة نرى بأن غالبية المرضى أيدوا ثقتهم بخبرات ومؤهلات الطاقم الطبي والتمريضي بنسبة بلغت 61%، في حين أقلية من المرضى من عارضوا الفكرة، واعتبروا أن هناك نقص خبرة لهذه الأخيرة بنسبة بلغت 21.9% هذا من جهة، ومن جهة أخرى التزم ما يعادل 22 مفردة الحياد إزاء هذا البند، والشكل رقم (20.3) يوضح ذلك.



الشكل رقم (20.3): توزيع أفراد العينة حسب مدى شعور المريض بأن صحته في أيادي موثوقة من حيث الخبرة والمهارة والمؤهلات للطاقم الطبي.

السؤال (16): تشعر بالأمان عند تعاملك مع العاملين بالمستشفى.

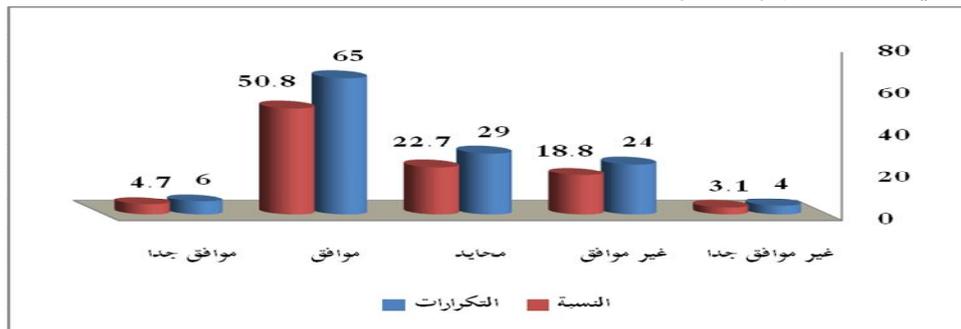
نلاحظ أن المرضى يضعون ثقة كبيرة في الطواقم التي يتعاملون معها، وأن درجة الشعور بالمخاطرة متدني لديهم، وهو عامل بسلوكي يساهم بدرجة كبيرة في استعادة المرضى عافيتهم، ويقلل من مخاوفهم، ويحقق درجة عالية من الرضا لديهم بنسبة بلغت 56.3% (الموافقون جدا 10.2%، والموافقون 46.1%)، أما الذين امتنعوا عن الإجابة فقد مثلوا ما يعادل 14.8%، وأقلية هي التي عارضت الفكرة، وكانت استجاباتهم ضعيفة لهذا البند بنسبة بلغت 28.9%، ونوضح ذلك فيما يلي:



الشكل رقم (21.3): توزيع أفراد العينة حسب مدى شعور المرضى بالأمان عند تعاملهم مع العاملين بالمستشفى.

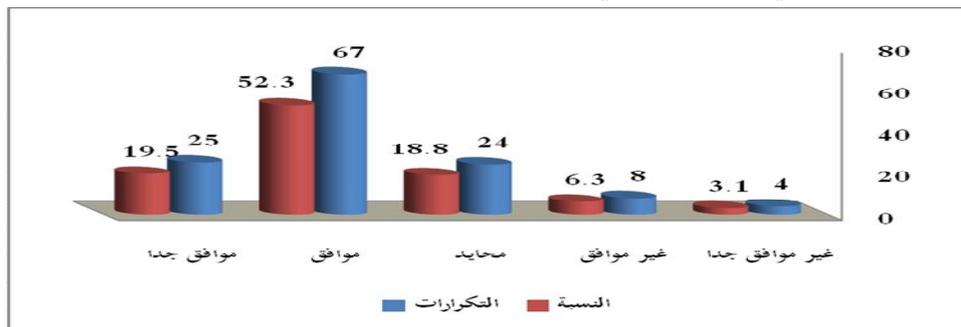
السؤال (17): يمتلك العاملون بالمستشفى المعرفة الكافية للإجابة على أسئلة واستفسارات المرضى.

يؤكد ويترجم هذه الفقرة وبدرجة كبيرة السؤال رقم 15 السابق الذكر، حيث أن خبرة ومؤهلات الطاقم العامل بالمستشفى تجعل منه مصدر معلومات ووسيلة فعالة للإجابة عن كل استفسارات وأسئلة المرضى، خاصة وأن المريض يجهل الكثير عن الاختصاص الطبي من الطرق والوسائل والأدوية الخاصة بالعلاج بنسبة بلغت 55.5% من المؤيدين للفكرة، فيما عارضت أقلية هذه الأخيرة بنسبة قدرت بـ 21.9%، وامتنع البقية عن الإجابة بالموافقة أو المعارضة، ويمكن توضيح ذلك في الشكل رقم (22.3).



الشكل رقم (22.3): توزيع أفراد العينة حسب مدى امتلاك العاملين بالمستشفى المعرفة الكافية للإجابة على أسئلة واستفسارات المرضى.

السؤال (18): توجد نوع من الخصوصية والسرية عن المعلومات الخاصة بالمرضى. رجحت الأغلبية من الفئة محل الدراسة فكرة توفر الخصوصية والسرية عن المعلومات الخاصة بالمرضى بنسبة بلغت 71.8% كيف لا؟، وهي ضرورة من ضروريات وأخلاقية من أخلاقيات المهنة الطبية، والتي تستدعي مثل هذا الإجراء، فمثلا عملت الإدارة على وضع بعض القواعد التنظيمية لدى مكتب الدخول، ومختلف المصالح الصحية بالمشفى، تستدعي إظهار هوية طالب المعلومات عن المرضى فيما يخص مدة الإقامة، أو نوع الحالة المرضية،... الخ، حتى ونحن بصدد الدراسة الميدانية وطلبنا للمعلومات لزمنا الأمر إظهار بطاقة التربص للحصول على المعلومات، ويمكن إبراز استجابات المرضى نحو هذه الفقرة في الشكل الموالي:



الشكل رقم (23.3): توزيع أفراد العينة حسب مدى وجود نوع من الخصوصية والسرية عن المعلومات الخاصة بالمرضى.

##### 5. محدد التعاطف:

يبين الجدول أدناه هو الآخر المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية حسب مدى موافقة أفراد عينة الدراسة على توفر الجودة في الخدمة الصحية المقدمة إليهم من ناحية محدد التعاطف.

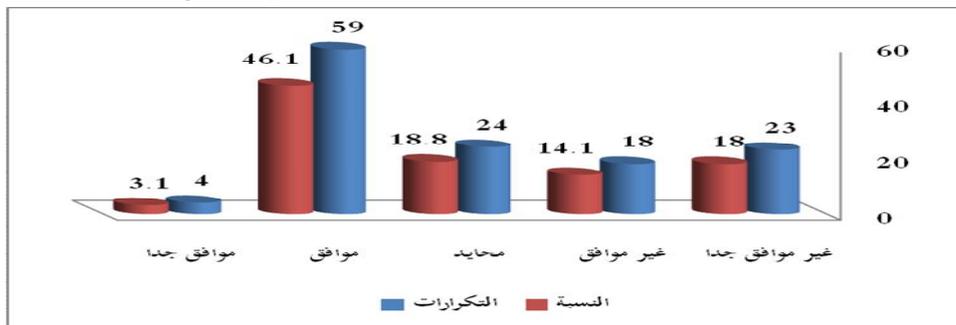
الجدول رقم (13.3): الجودة المدركة للخدمة الصحية وتأثيرها على رضا المرضى من خلال محدد التعاطف.

التأثير	التكرار	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	موافق جدا		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق جدا		العينات
				%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	
				مؤشر التعاطف										
متوسط	04	1.207	3.02	03.1	04	46.1	59	18.8	24	14.1	18	18.0	23	EMP1
قوي	01	,747	4.02	19.5	25	71.1	91	03.1	04	04.7	06	01.6	02	EMP2
متوسط	02	,948	2,91	03.9	05	24.2	31	35.9	46	31.3	40	04.7	06	EMP3
متوسط	03	1,247	2,43	05.5	07	18.0	23	21.1	27	25.0	32	30.5	39	EMP4
متوسط	-	1.0372	3.09	المجموع:										

يتبين من الجدول رقم (13.3) السابق أن استجابات عينة الدراسة نحو محدد التعاطف كانت متوسطة على كافة فقرات المحور بدلالة متوسط الاستجابات والذي بلغ 3.09 بانحراف معياري بلغ 1.0372 حسب الميزان المستخدم، باستثناء الفقرة الثانية منه والتي كانت الاستجابات فيها قوية وعالية جدا بلغت ذروة الاستجابات الكلية بمتوسط بلغ 4.02 والخاصة "بملائمة أوقات دوام المستشفى للمرضى متلقي العلاج"، أما باقي الفقرات فقد كانت ذات تأثير متوسط على المرضى متلقي العلاج بمجال متوسط تراوح بين 2.43 – 3.02، وفيما يلي عرض وتحليل لاستجابة المرضى لكل فقرة من فقرات محدد التعاطف على حدا.

السؤال (19): يولي العاملون بالمستشفى الاهتمام الكافي والشخصي لكل مريض.

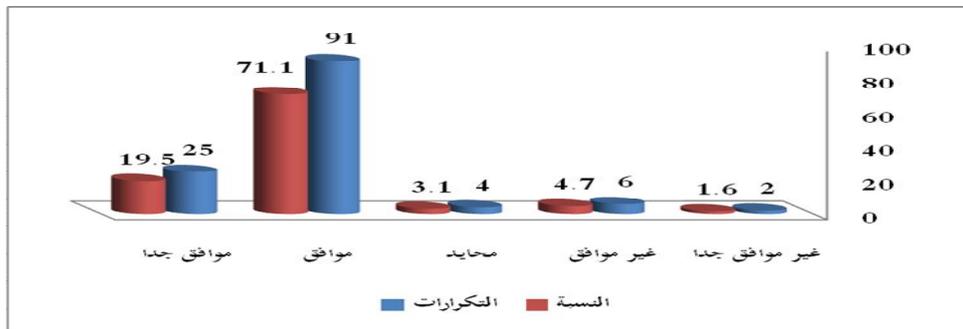
يرى ما يقارب نصف حجم العينة المدروسة أن هناك اهتمام كافي وشخصي لهم من قبل العاملين بالمستشفى سواء كانوا أطباء أو ممرضين بنسبة بلغت 49.2%، في حين ترى ما يشكل نسبة 32.1% أن هناك ممارسة بيروقراطية من قبل العاملين بالمستشفى، ونوع من العنصرية والتمييز تستدعي إيلاء اهتمام عالي ببعض المرضى على حساب مرضى آخرين، نتيجة توصيات خارجية لذوي النفوذ أو العلاقات الشخصية بالأطباء، والممرضين أو حتى الإداريين في تلقي العلاج أو حتى إجراء التحاليل، والأشعة، وغيرها من العمليات هذا من جهة، ومن جهة أخرى لم يعارض أو يؤيد ما نسبته 18.8% من حجم العينة الفكرة أصلا، والشكل الموالي يوضح استجابات هؤلاء المرضى.



الشكل رقم (24.3): توزيع أفراد العينة حسب مدى الاهتمام الكافي والشخصي بالمرضى من قبل العاملين بالمستشفى.

السؤال (20): أوقات دوام المستشفى ملائمة للمرضى متلقي العلاج.

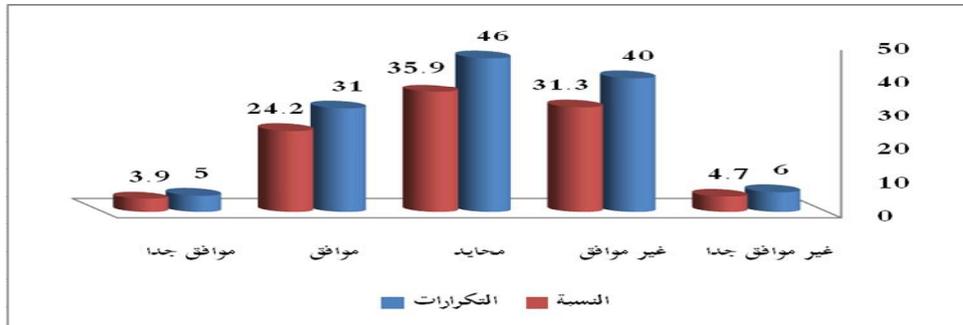
تمثل هذه الفقرة أكبر مستوى استجابة على كافة فقرات المحور بنسبة بلغت 90.6%، وهذا لم يكن محض صدفة وإنما السعي الدائم للمستشفى لاستقبال كافة الحالات المرضية، وتخصيصه لأيام محددة لإجراء الفحوص والمعاينة للمراجعين وفي كل الاختصاصات المتوفرة، فمثلا مصلحة الاستعجالات الطبية تستقبل المرضى ليلا ونهارا وعلى مدار 24 ساعة/24 ساعة، بنظام مناوبة يسمح بالتدخل السريع لكافة الحالات المرضية وتحويلها إلى بالمصالح المختصة بالمستشفى أو مستشفيات خارج الولاية إن لزم الأمر، حتى إن المستشفى قد خصص وقتا كافيا لزيارة أقارب وذوي المرضى بتوقيت يومي فُدر بساعتين، واستثناء في أيام العيد بيوم كامل، أما الذين لم يروا بملائمة أوقات الدوام فقد كانوا أقلية بلغت 6.3%، ونسبة حياد بلغت 3.1% كما يوضحه الشكل المحدد أدناه.



الشكل رقم (25.3): توزيع أفراد العينة حسب مدى ملائمة أوقات دوام المستشفى للمرضى متلقي العلاج.

السؤال (21): يضع المستشفى مصلحة المريض وصحته في صلب اهتمامه.

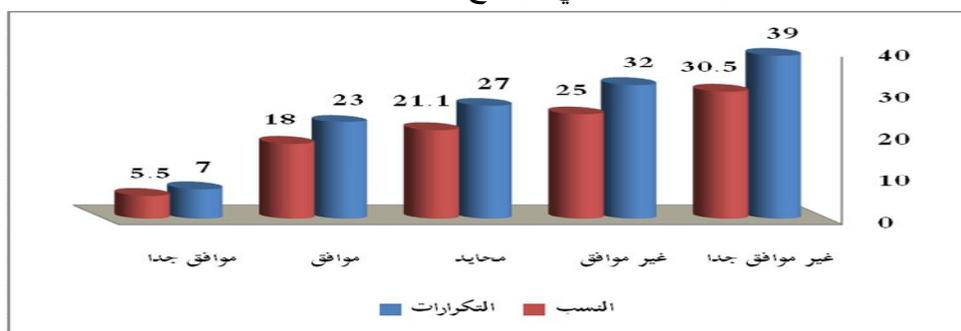
لقد كان هناك انعكاس كبير للسؤال رقم 19 على استجابات المرضى لهذه الفقرة، والمتعلقة بتغليب مصلحة المريض وجعلها على قمة اهتمامات العاملين بالمشفى، فقد شهدت نسبة الحياد في هذا السؤال أكبر نسبة (35.9%)، وأكد غالبية المرضى غير المؤيدين لهذه الفكرة بنسبة بلغت 36.0% أن حركة الإضرابات التي شهدتها القطاع مؤخرا أكبر دليل ذلك، والذي انجر عنه تأخير مواعيد الفحص والعمليات الجراحية لبعض الحالات، وهذا يتنافى وصلب الفكرة، في حين كانت الاستجابات الإيجابية لعينة الدراسة بنسبة 28.1%، وفي ما يلي عرض بياني لذلك.



الشكل رقم (26.3): توزيع أفراد العينة حسب مدى تغليب مصلحة المريض وجعل صحته صلب اهتمام المستشفى.

السؤال (22): يتسم سلوك العاملين بالمستشفى باللباقة والاحترام، والتقدير في تعاملهم مع المرضى.

توضح بيانات الجدول المذكور أعلاه أن ما يشكل نسبة 55.5% من عينة الدراسة تلحظ بأنهم يتلقون نوعاً من التهميش، وسوء المعاملة، والذي يؤثر في كثير من الأحيان وبصورة سلبية على الحالة النفسية للمريض، بالمقابل ترى ما تشكل نسبة 23.5% من عينة الدراسة عكس ذلك، وهو ما يؤثر بالإيجاب ويلعب دور كبير في تعجيل شفاء لدى المرضى، هذا يؤكد أن هناك من العاملين سواء كانوا أطباء أو ممرضين أو جراحين على مستوى عالي من اللباقة والاحترام والتقدير، وهو أمر مهم لتحقيق مستويات عالية من الرضا لدى المرضى، ورفع العامل المعنوي لديهم، وبالمقابل نجد عكس هذه الفئة من الموظفين والذين يسيئون لسمعة ومكانة المهنة الطبية، بالفضاضة واللامبالاة، وسوء التصرف، والشكل الموالي يوضح ذلك.



الشكل رقم (27.3): توزيع أفراد العينة حسب مدى اتسام سلوك العاملين بالمستشفى باللباقة والاحترام، والتقدير في تعاملهم مع المرضى.

#### 6. ترتيب المحددات حسب الأهمية بالنسبة للمرضى متلقي العلاج:

يوضح الجدول المبين أدناه توزيع أفراد العينة حول الأهمية النسبية التي يولونها لكل محدد من المحددات الخمسة للجودة المدركة للخدمة الصحية، والتي اعتمدنا فيها الترتيب من الرقم 1 والذي يمثل درجة الأهمية القصوى إلى الرقم 5 والذي يمثل درجة الأهمية الدنيا بالنسبة للمرضى متلقي العلاج بالمستشفى محل الدراسة.

الجدول رقم (14.3): الأهمية النسبية لمحددات جودة الخدمة الصحية بالنسبة للمرضى.

الترتيب	الملموسية		الاعتمادية		الاستجابة		الأمان		التعاطف	
	النسب	التكرارات	النسب	التكرارات	النسب	التكرارات	النسب	التكرارات	النسب	التكرارات
01	10,9	48	37,5	27	21,1	17	13,3	17	17,2	22
02	27,3	25	19,5	36	28,1	24	18,8	24	7,0	9
03	29,7	31	24,2	34	26,6	29	22,7	29	14,8	19
04	19,5	12	9,4	15	11,7	38	29,7	38	29,7	38
05	12,5	16	9,4	16	12,5	20	15,6	20	31,3	40
المجموع:	100,0	128	100,0	128	100,0	128	100,0	128	100,0	128
MAX %	الترتيب 03	الترتيب 01	الترتيب 02	الترتيب 04	الترتيب 05					

نلاحظ من خلال بيانات الجدول المذكور أعلاه أن أكبر نسبة للترتيب الأولى كان لمحدد الاعتمادية والممثل "بالقدرة على أداء الخدمات الصحية بالشكل المطلوب، وبالذقة المطلوبة وفي

التوقيت المناسب، وكذا احترام المواعيت الموعدود بها، واحتفاظ المستشفى بالسجلات موثقة عن المرضى"، له أهمية كبيرة بالنسبة للمرضى واحتل المرتبة الأولى في سلم التقييم لديهم بنسبة 37.5 %، ليأتي في المرتبة الثانية والثالثة والرابعة على الترتيب كل من محدد الاستجابة، الملموسية، والأمان بنسب 28.1%، 29.7%، 29.7%، والممثل "بقدره العاملين بالمستشفى ومدى استعدادهم ورغبتهم في مساعدة المرضى، والرد على استفساراتهم وشكواهم وتسهيل عملية تقديم الخدمة الصحية" بالنسبة لمحدد الاستجابة، "ومظهر العاملين، وجاذبية مرافق المستشفى ونوع الأجهزة والمعدات والمواد الطبية المستخدمة في التشخيص والعلاج لمحدد الملموسية، والشعور بالثقة والأمان في التعامل مع العاملين بالمستشفى، وتوفر خبرات وكفاءات طبية عالية ومتخصصة" فيما يخص محدد الأمان، ليحتل التعاطف المرتبة الأخير بنسبة 31.3%، والممثل "بتعاطف ودعم العاملين بالمستشفى أثناء تقديم الخدمات للمرضى وتغليب مصلحتهم بالدرجة الأولى"، وبالتالي فترتيب الأهمية لمحددات بالنسبة للمرضى عند تقييم جودة الأداء الطبي من قبل المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة تكون وفق الترتيب التالي: الاعتمادية-الاستجابة-الملموسية-الأمان-التعاطف.

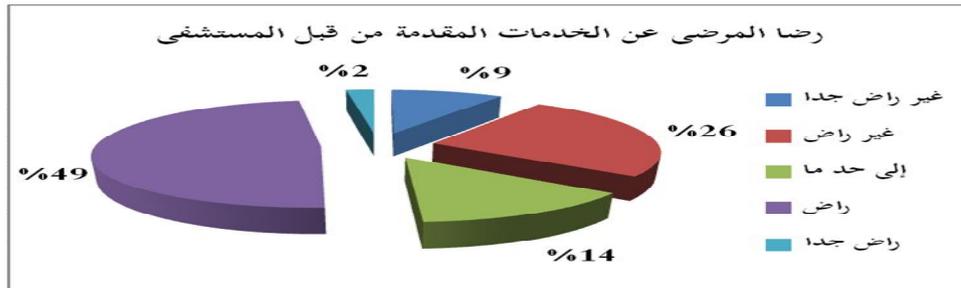
7. مدى رضا المرضى عن الخدمات المقدمة من قبل المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المدية:

يبين الجدول رقم (15.3) توزيع أفراد عينة الدراسة حول مدى رضاهم عن الخدمات المقدمة من قبل المستشفى محمد بوضياف بالمدية.

الجدول رقم (15.3): توزيع أفراد العينة حسب مدى رضا المرضى عن الخدمات المقدمة من قبل المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية

النسب التراكمية	النسب	التكرارات	
09.4	09.4	12	غير راض جدا
35.2	25.8	33	غير راض
49.2	14.1	18	إلى حد ما
97.7	48.4	62	راض
100.0	02.3	03	راض جدا
	100.0	128	المجموع

نلاحظ من الجدول السالف الذكر بأن أغلب مفردات العينة وهو ما يعادل 50.7%، راضون عن مستوى الخدمات المقدمة من قبل المؤسسة العمومية الاستشفائية من خلال المؤشرات السابقة الذكر، في حين بلغت نسبة المرضى الغير راضين بـ 35.2% (09.4% غير راضين جدا، و25.8% غير راضين)، رغم الاستجابات المتباينة لمختلف هذه المحددات والتي تم تناولها وتحليلها فيما سبق، وبالتالي فرضا المرضى كان فوق المتوسط على العموم، والدليل على هذا المتوسط الحسابي البالغ 03.09، والانحراف المعياري البالغ 1.101، والشكل الموالي يوضح درجة الرضا عن الجودة الكلية للخدمات التي تقدمها المؤسسة الاستشفائية بالمدية.



الشكل رقم (28.3): توزيع أفراد العينة حسب مدى رضا المرضى عن الخدمات المقدمة من قبل المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة

### 8. السلوكيات الناتجة عن حالة عدم الرضا:

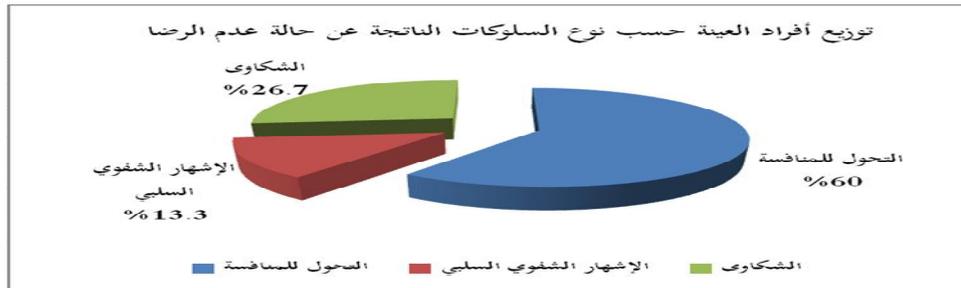
لقد تم تحديد مختلف النتائج المترتبة عن حالة عدم الرضا من أدبيات التسويق، والتي ضمت ثلاثة حالات تمثلت في التحول للتعامل مع المؤسسات الصحية المنافسة سواء العامة منها أو الخاصة، والإشهار السلبي عن طريق الحوار من الفم إلى الأذن (الإشهار السلبي)، ونقل التجربة السيئة للأصدقاء والأقارب، والجيران، بالإضافة إلى التصريح بالشكوى بطريقة شفوية أو كتابية، كما يبرزه الجدول الموالي:

الجدول رقم (16.3): توزيع أفراد العينة حسب نوع السلوكيات الناتجة عن حالة عدم الرضا.

النسب التراكمية	النسب	التكرارات	السلوكيات الناتجة عن حالة عدم الرضا
60.0	60.0	27	التحول للمنافسة
73.3	13.3	06	الإشهار الشفوي السلبي
100.0	26.7	12	الشكاوى
	100.0	45	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول المبين أعلاه أن التحول للتعامل مع المؤسسات الصحية المنافسة يمثل أكبر سلوك ملاحظ لمفردات العينة في حالة عدم الرضا عن الخدمات المقدمة من قبل المؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة بنسبة بلغت 60.0%، ليحتل سلوك التقدم بالشكوى المرتبة الثانية بنسبة قدرت بـ 26.7%، ومن ثم نقل التجربة السيئة للآخرين سواء كانوا من الأقارب أو الأصدقاء، وغيرها ممن يحتك بهم المريض بنسبة بلغت 13.3%.

وبالتالي تدل النتائج الموضحة أعلاه أنه ليس من الضروري تقديم الشكوى لنستدل عن وجود حالة من عدم الرضا، إذا يمكن للمريض الخروج من المستشفى نتيجة إخفاق وفشل في تقديم الخدمات وإشباع ما كان ينتظره أو يتطلع إليه المريض، والتوجه لمؤسسات صحية أخرى بغية الحصول على خدمة أفضل، دون أن يستدعي ذلك التقدم بشكوى كتابية كانت أم شفوية، والشكل الموالي يوضح بيانات الجدول أعلاه.

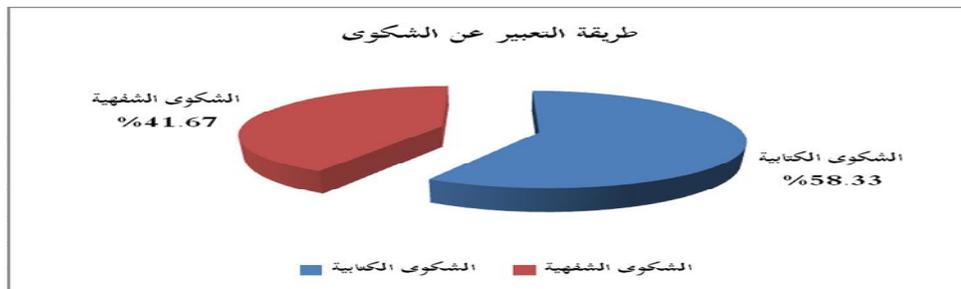


الشكل رقم (29.3): توزيع أفراد العينة حسب نوع السلوكيات الناتجة عن حالة عدم الرضا. ومن ضمن حالات التقدم بالشكاوى والممثلة بالنسبة 26.7%، نجد أن ما يشكل 58.33% من الشكاوى يكون التعبير عنها بطريقة كتابية، حيث يحبذ العديد من أفراد العينة هذه الطريقة كونها أكثر فعالية وتلقى صدى وتجاوب من قبل إدارة المستشفى، بالمقابل ما يمثل باقي النسبة (41.67%) يفضلون الإفصاح والتعبير عن شكاويهم واحتجاجاتهم بطريقة شفوية ضانين بذلك أن التغيير والرد عليها سيكون أنسب وفق هذه الطريقة، والجدول الموالي يبين ذلك:

الجدول رقم (17.3): توزيع أفراد العينة حسب طريقة التعبير عن الشكاوى.

طريقة التعبير عن الشكاوى	التكرارات	النسب	النسب التراكمية
الشكاوى الكتابية	07	58.33	58.33
الشكاوى الشفهية	05	41.67	100.0
المجموع:	12	100.0	

والذي يمكن تمثيله كما يلي:



الشكل رقم (30.3): توزيع أفراد العينة حسب طريقة التعبير عن الشكاوى.

### 2.3.3.3 اختبار فرضيات الدراسة

على ضوء أهداف الدراسة، والفرضيات المشكلة لها، ومتغيراتها، وأساليب القياس، تم الاعتماد على أسلوب الارتباط لتحديد نوع العلاقة وقوتها بين مختلف محددات الجودة المدركة للخدمة الصحية ورضا المرضى متلقي العلاج، وتم استخدام الانحدار البسيط لتحديد أثر كل متغير مستقل على المتغير التابع على حدة، والانحدار المتعدد لقياس أثر المتغيرات المستقلة الخمسة مجتمعة لمقياس SERVPERF على المتغير التابع والمتمثل في رضا المرضى، وذلك لاختبار فرضيات الدراسة. وفيما يلي خلاصة هذه الاختبارات كما يوضحه الجدول الموالي:

الجدول رقم (18.3): معامل الارتباط، التحديد، واختبار ستودنت لمحددات الجودة

المحددات	معامل الارتباط (R)	معامل التحديد ( $R^2$ )	القيمة الإحصائية (T)	درجة الحرية (Df)	Sig* مستوى الدلالة
الملموسية	0.564	0.318	5.59	127	,036
الاعتمادية	0.834	0.695	4.22	127	,000
الاستجابة	0.782	0.611	8.24	127	,000
الأمان	0.486	0.236	9.51	127	,000
التعاطف	0.646	0.417	4.76	127	,008

#### • الفرضية الثانية

باعتبار أن الفرضية الأولى تم الإجابة عليها من خلال الجانب النظري للفصل الأول، سنبدأ بإثبات الفرضية الثانية والتي كان مفادها:

لا توجد علاقة أثر ذو دلالة إحصائية للجودة المدركة للخدمة الصحية من خلال محدّداتها، والمتمثلة في (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف)، على مستويات رضا المرضى متلقي العلاج عند مستوى دلالة (0.05). والتي تفرعت منها الفرضيات الفرعية التالية:

H<sub>01</sub>- لا توجد علاقة ارتباط وتأثير بين محدّد الملموسية ومستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة؛

H<sub>02</sub>- لا توجد علاقة ارتباط وتأثير بين محدّد الاعتمادية ومستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة؛

H<sub>03</sub>- لا توجد علاقة ارتباط وتأثير بين محدّد الاستجابة ومستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة؛

H<sub>04</sub>- لا توجد علاقة ارتباط وتأثير بين محدّد الأمان ومستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة؛

H<sub>05</sub>- لا توجد علاقة ارتباط وتأثير بين محدّد التعاطف ومستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة.

اختبار الفرضية الفرعية الأولى:

للتأكد من صحة الفرضية الفرعية الأولى فقد تم اعتماد قاعدة القرار التالية:

ترفض فرضية العدم H<sub>0</sub> إذا كانت T المحسوبة أكبر من T الجدولية عند مستوى المعنوية  $0.05 \geq \alpha$ .

ومن خلال الجدول (18.3) أظهرت النتائج أن هناك علاقة ارتباط موجبة ومتوسطة بين محدّد الملموسية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة ورضا المرضى متلقي العلاج بمعامل ارتباط بلغ:  $R=0.564$ ، أي أن هناك علاقة طردية بين محدّد الملموسية ورضا المرضى، بمعنى آخر أنه مع زيادة جودة محدّد الملموسية المقدمة من قبل المستشفى تزداد بذلك مستويات رضا المرضى والعكس صحيح، في حين بلغ معامل التحديد  $R^2=0.318$ ، وهو ما يبين أن 31.80% من التغيرات الحاصلة في رضا المرضى تفسر من خلال هذا المؤشر، ويبقى ما يشكل نسبة 68.20% من التغير الحاصل في رضا المرضى مرتبط بمتغيرات أخرى لم يشملها النموذج.

ومن جهة أخرى بلغت قيمة  $T$  المحسوبة (5.59) وهي قيمة أكبر من قيمة  $T$  الجدولية والبالغة (1.645) وكانت دالة إحصائياً عند مستوى المعنوية المحسوبة (0.036) والتي كانت أقل من (0.05) وبذلك نرفض فرض العدم ( $H_01$ ) القائل بأنه: لا توجد علاقة ارتباط وتأثير بين محدّد الملموسية ومستوى رضا متلقي الخدمة الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة، ونقبل الفرض البديل ( $H_11$ ) القائل بأنه:

توجد علاقة ارتباط وتأثير بين محدّد الملموسية ومستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة.

#### - اختبار الفرضية الفرعية الثانية:

للتأكد من صحة الفرضية الفرعية الثانية فقد تم اعتماد قاعدة القرار التالية:

ترفض فرضية العدم  $H_0$  إذا كانت  $T$  المحسوبة أكبر من  $T$  الجدولية عند مستوى المعنوية  $0.05 \geq \alpha$ .

ومن خلال الجدول (18.3) أظهرت النتائج أن هناك علاقة ارتباط موجبة وقوية بين محدّد الاعتمادية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة ورضا المرضى متلقي العلاج بمعامل ارتباط بلغ:  $R=0.834$ ، أي أن هناك علاقة طردية بين محدّد الاعتمادية ورضا المرضى، أي أنه بزيادة جودة محدّد الاعتمادية المقدمة من قبل المستشفى تزداد بذلك مستويات رضا المرضى والعكس صحيح، في حين بلغ معامل التحديد  $R^2=0.695$ ، وهو ما يبين أن 69.50% من التغيرات الحاصلة في رضا المرضى تفسر من خلال هذا المؤشر، ويبقى ما يشكل نسبة 30.50% من التغير الحاصل في رضا المرضى مرتبط بمتغيرات أخرى لم يشملها النموذج.

ومن جهة أخرى بلغت قيمة  $T$  المحسوبة (4.22) وهي قيمة أكبر من قيمة  $T$  الجدولية والبالغة (1.645) وكانت دالة إحصائياً عند مستوى المعنوية المحسوبة (0.000) ومنه نرفض فرض العدم ( $H_02$ ) القائل بأنه: لا توجد علاقة ارتباط وتأثير بين محدّد الاعتمادية ومستوى رضا متلقي الخدمة الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة، ونقبل الفرض البديل ( $H_12$ ) القائل بأن:

توجد علاقة ارتباط وتأثير بين محدّد الاعتمادية ومستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة.

#### - اختبار الفرضية الفرعية الثالثة:

للتأكد من صحة الفرضية الفرعية الثالثة فقد تم اعتماد نفس قاعدة القرار السابقة:

برفض فرضية العدم  $H_0$  إذا كانت  $T$  المحسوبة أكبر من  $T$  الجدولية عند مستوى المعنوية  $0.05 \geq \alpha$ .

ومن خلال الجدول (18.3) السابق الذكر نلاحظ أن هناك علاقة ارتباط موجبة وقوية بين محدّد الاستجابة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة ورضا المرضى متلقي العلاج بمعامل ارتباط بلغ:  $R=0.782$ ، أي أن هناك علاقة طردية بين محدّد الاستجابة ورضا المرضى، بمعنى آخر أنه مع زيادة جودة محدّد الاستجابة المقدمة من قبل المستشفى تزداد بذلك مستويات رضا المرضى والعكس صحيح، في حين بلغ معامل التحديد  $R^2=0.611$ ، وهو ما يبين أن 61.10% من التغيرات الحاصلة في رضا المرضى تفسر من خلال هذا المحدد، ويبقى ما يشكل نسبة 38.90% من التغير الحاصل في رضا المرضى مرتبط بمتغيرات أخرى لم يشملها النموذج.

ومن جهة أخرى بلغت قيمة T المحسوبة (8.24) وهي قيمة أكبر من قيمة T الجدولية والبالغة (1.645) وكانت دالة إحصائياً عند مستوى المعنوية المحسوبة (0.000) ومنه نرفض فرض العدم ( $H_0$ ) القائل بأنه: لا توجد علاقة ارتباط وتأثير بين محدّد الاستجابة ومستوى رضا متلقي الخدمة الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة، ونقبل الفرض البديل ( $H_1$ ) القائل بأنه: توجد علاقة ارتباط وتأثير بين محدّد الاستجابة ومستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة.

#### - اختبار الفرضية الفرعية الرابعة:

للتأكد من صحة الفرضية الفرعية الرابعة فقد تم اعتماد قاعدة القرار التالية:  
ترفض فرضية العدم  $H_0$  إذا كانت T المحسوبة أكبر من T الجدولية عند مستوى المعنوية  $0.05 \geq \alpha$ .  
نرى بأن بمعامل ارتباط بلغ:  $R=0.486$  والذي يبرزه الجدول رقم (18.3) يؤكد وجود علاقة ارتباط موجبة ومتوسطة بين محدّد الأمان بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة ورضا المرضى متلقي العلاج، أي أن هناك علاقة طردية بين محدّد الأمان ورضا المرضى، والتي تعني أنه بزيادة جودة محدّد الأمان المقدمة من قبل المستشفى تزداد بذلك مستويات رضا المرضى والعكس صحيح، في حين بلغ معامل التحديد  $R^2=0.236$ ، وهو ما يبين أن 23.60% من التغيرات الحاصلة في رضا المرضى تفسر من خلال هذا المؤشر، ويبقى ما يشكل نسبة 76.40% من التغير الحاصل في رضا المرضى مرتبط بمتغيرات أخرى لم يشملها النموذج.

ومن جهة أخرى بلغت قيمة T المحسوبة (9.51) وهي قيمة أكبر من قيمة T الجدولية والبالغة (1.645) وكانت دالة إحصائياً عند مستوى المعنوية المحسوبة (0.000) ومنه نرفض فرض العدم ( $H_0$ ) القائل بأنه: لا توجد علاقة ارتباط وتأثير بين محدّد الأمان ومستوى رضا متلقي الخدمة الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة، ونقبل الفرض البديل ( $H_1$ ) القائل بأنه: توجد علاقة ارتباط وتأثير بين محدّد الأمان ومستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة.

#### - اختبار الفرضية الفرعية الخامسة:

للتأكد من صحة الفرضية الفرعية الخامسة فقد تم اعتماد قاعدة القرار التالية: نرفض فرضية العدم  $H_0$  إذا كانت T المحسوبة أكبر من T الجدولية عند مستوى المعنوية  $0.05 \geq \alpha$ .

ومن خلال الجدول (18.3) السابق الذكر نلاحظ أن هناك علاقة ارتباط موجبة ومتوسطة بين محدّد التعاطف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة ورضا المرضى متلقي العلاج بمعامل ارتباط بلغ:  $R=0.646$ ، أي أن هناك علاقة طردية بين محدّد التعاطف ورضا المرضى، بمعنى آخر أنه مع زيادة جودة محدّد التعاطف المقدمة من قبل المستشفى تزداد بذلك مستويات رضا المرضى والعكس صحيح، في حين بلغ معامل التحديد  $R^2=0.417$ ، وهو ما يبين أن 41.70% من التغيرات الحاصلة في رضا المرضى تفسر من خلال هذا المؤشر، ويبقى ما يشكل نسبة 58.30% من التغير الحاصل في رضا المرضى مرتبط بمتغيرات أخرى لم يشملها النموذج.

ومن جهة أخرى بلغت قيمة T المحسوبة (4.76) وهي قيمة أكبر من قيمة T الجدولية والبالغة (1.645) وكانت دالة إحصائياً عند مستوى المعنوية المحسوبة (0.008) والتي كانت أقل من (0.05) وبذلك نرفض فرض العدم ( $H_0$ ) القائل بأنه: لا توجد علاقة ارتباط وتأثير بين محدّد الاستجابة ومستوى رضا متلقي الخدمة الصحيّة في المؤسسة العموميّة الاستشفائية بالمدينة، ونقبل الفرض البديل ( $H_1$ ) القائل بأنه: توجد علاقة ارتباط وتأثير بين محدّد التعاطف ومستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العموميّة الاستشفائية بالمدينة.

ولاختبار الفرضية الرئيسية الثانية، والتي تنص على: لا توجد علاقة أثر ذو دلالة إحصائية للجودة المدركة للخدمة الصحية من خلال محدّداتها، والمتمثلة في (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف)، على مستويات رضا المرضى متلقي العلاج عند مستوى دلالة (0.05).

تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد، والذي يستخدم لاختبار الفروض المتعلقة بالعلاقة بين متغير تابع وأكثر من متغير مستقل. ويمكن استخلاص نموذج الانحدار المتعدد من الجدول الموالي:

الجدول رقم (19.3): تحليل الانحدار المتعدد لتحديد درجة تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع

المتغير التابع	معامل الارتباط (R)	معامل التحديد ( $R^2$ )	F المحسوبة	Df درجة الحرية	$\beta$ معامل الانحدار	Sig* مستوى الدلالة
رضا المرضى	,6624	,4554	5.122	127	الملموسية	,387
				127	الاعتمادية	,182
				127	الالتزام	,148
				127	الأمان	,179
				127	التعاطف	,192

الثابت = 0.312

من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه يتبين أن معامل الارتباط بلغ 0.6624 بين محدّدات الجودة المدركة للخدمة الصحية ورضا المرضى متلقي العلاج مجتمعة، مما يدل على وجود علاقة ارتباط موجبة بين المتغيرين، وفي المقابل بلغ معامل التحديد  $R^2=0.4554$ ، وهو ما يبين أن 45.54% من التغيرات الحاصلة في رضا المرضى ناتج عن التغير في الاهتمام بمحدّدات جودة الخدمة المدركة من قبل المؤسسة، والمتمثلة في الملموسية والاعتمادية، والالتزام، الأمان، التعاطف، ويبقى ما يشكل نسبة 54.46% من التغير في رضا المرضى مرتبط بمتغيرات أخرى لم يشملها النموذج.

وتكون معادلة الانحدار على الشكل الموالي:

$$Y = \alpha + \beta_1 \text{TAN} + \beta_2 \text{FIA} + \beta_3 \text{REA} + \beta_4 \text{ASS} + \beta_5 \text{EMP}$$

حيث:

Y: رضا المرضى. TAN: الاعتمادية. FIA: الاعتمادية.

REA: الالتزام. ASS: الأمان. EMP: التعاطف.

واعتمادا على نتائج الجدول المبين أعلاه يمكن صياغة المعادلة التالية:

$$Y = 0.312 + 0.387 \text{TAN} + 0.182 \text{FIA} + 0.148 \text{REA} + 0.179 \text{ASS} + 0.192 \text{EMP}$$

ويعبر النموذج أعلاه عن العلاقة بين محددات الجودة المدركة للخدمة الصحية (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف) ومستوى رضا المرضى متلقي العلاج، ويمكن تفسير العلاقة بين محددات الجودة ورضا المرضى كما يلي:

- كلما زاد الاهتمام بمحدد الملموسية بوحدة واحدة، سيؤدي ذلك إلى الزيادة في مستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة بنسبة 0.387 أي 38.70%.
- كلما زاد الاهتمام بمحدد الاعتمادية بوحدة واحدة، سيؤدي ذلك إلى زيادة في مستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة بنسبة 0.182 أي 18.20%.
- كلما زاد الاهتمام بمحدد الاستجابة بوحدة واحدة، سيؤدي ذلك إلى زيادة في مستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة بنسبة 0.148 أي 14.80%.
- كلما زاد الاهتمام بمحدد الأمان بوحدة واحدة، سيؤدي ذلك إلى زيادة في مستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة بنسبة 0.179 أي 17.90%.
- كلما زاد الاهتمام بمحدد التعاطف بوحدة واحدة، سيؤدي ذلك إلى زيادة في مستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة بنسبة 0.192 أي 19.20%.

من خلال استعراض معاملات الانحدار (beta) نلاحظ أن محددات الجودة المدركة للخدمة الصحية كان لها تفاوت في التأثير على رضا المرضى، وجاء ترتيب هذا التأثير كالتالي: الملموسية، التعاطف، الاعتمادية، الأمان، الاستجابة، بمعاملات (0.387، 0.192، 0.182، 0.179، 0.148).

يمكن اختبار المعنوية الكلية لنموذج الانحدار الخطي من خلال اختبار F، فإذا تجاوزت قيمة F المحسوبة قيمة F الجدولية عند مستوى معنوية  $0.05 \geq \alpha$ ، نقبل الفرض البديل ( $H_1$ ) الذي ينص على أنه: توجد علاقة أثر ذو دلالة إحصائية للجودة المدركة للخدمة الصحية من خلال محدداتها والمتمثلة في (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف)، ومستويات رضا المريض متلقي العلاج عند مستوى دلالة (0.05).

ونرفض فرض العدم ( $H_0$ ) والذي ينص على لا توجد علاقة أثر ذو دلالة إحصائية للجودة المدركة للخدمة الصحية من خلال محددات، والمتمثلة في: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف، ومستويات رضا المريض متلقي العلاج عند مستوى دلالة (0.05).

من خلال نتائج الجدول الموضح أعلاه، يمكن ملاحظة أن قيمة F المحسوبة تساوي 5.122 وهي أكبر من قيمة F الجدولية  $F_{(n-k, k-1, \alpha)}$  والبالغة 2.44، وبمستوى معنوية  $0.008 = \alpha$  أقل 0.05، وبالتالي نرفض فرضية العدم، ونقبل الفرض البديل الرئيسي القائل بأنه: توجد علاقة أثر ذو دلالة إحصائية للجودة المدركة للخدمة الصحية من خلال محدداتها،

والمتمثلة في (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف)، ومستويات رضا المريض متلقي العلاج عند مستوى دلالة (0.05).

#### • الفرضية الثالثة

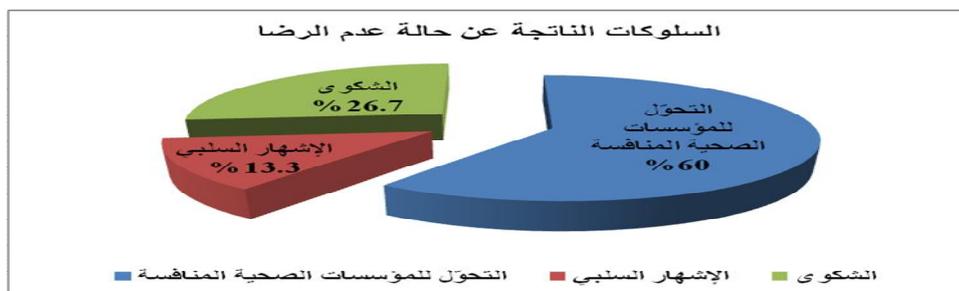
لا يمكن الحكم بالجودة على الخدمات الصحية المقدمة بغياب سلوك الشكوى لدى المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة.

للتأكد من صحة هذه الفرضية، اعتمدنا على تحليل مختلف السلوكيات الناتجة عن حالة عدم الرضا، وكذا طريقة تعبير المرضى عن شكاوهم، من خلال التكرارات والنسب المئوية لمفردات عينة الدراسة كما يبرزه الجدول الموالي:

الجدول رقم (20.3): السلوكيات الناتجة عن حالة عدم رضا عن الخدمات الصحية المقدمة لهم في المستشفى:

السلوكيات الناتجة عن حالة عدم الرضا	التكرارات	النسب المئوية	النسب المترابطة
التحول للمؤسسات الصحية المنافسة	27	60,0	60,0
الإشهار السلبي	6	13,3	73,3
الشكوى	12	26,7	100,0
المجموع	45	100,0	

يتضح من الجدول المذكور أعلاه أن أكبر سلوك شهده عينة الدراسة في حالة عدم الرضا تمثل في التحول إلى المؤسسات الصحية المنافسة بنسبة 60.0%، ليأتي في المرتبة الثانية سلوك الشكوى والاحتجاج بنسبة 26.7%، ليحتل الإشهار السلبي أو ما يسمى بالحوار من الفم إلى الأذن عن طريق نقل التجارب السيئة للأصدقاء، والأهل، والأقارب بنسبة 13.3%، فأغلب المرضى الذين تم استقصاؤهم يرون بأن كل من الشكوى والإشهار السلبي لا يأتي بالبدائل خاصة إذا تعلق الأمر بالأمن والسلامة والحفاظ على صحتهم، بل إنه من الضروري اللجوء إلى المؤسسات الصحية الأخرى لتلقي العلاج حتى وإن كلف المريض سعر علاج أكبر، وهذا كبديل للإخفاق وال فشل في الاستفادة من خدمات ذات نوعية، وفيما يلي عرض بياني يوضح ذلك:



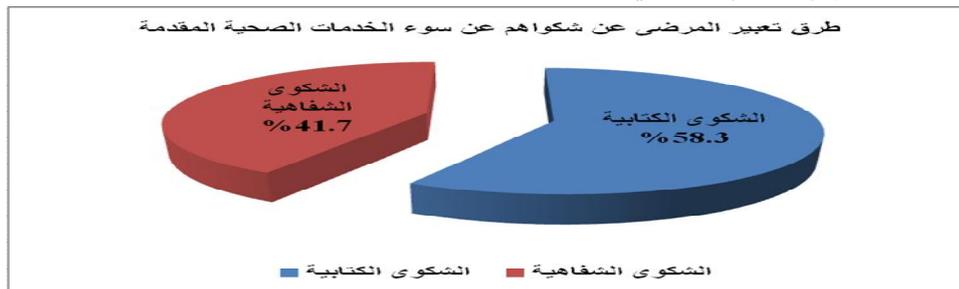
الشكل رقم (31.3): السلوكيات الناتجة عن حالة عدم رضا عن الخدمات الصحية المقدمة لهم في المستشفى:

أما فيما يخص طريقة تعبير المرضى عن الشكوى الناتجة عن تقديم الخدمات الصحية التي لا ترقى إلى مستوى تطلعاتهم ولا تحقق مستويات رضا مرغوبة لديهم، فقد تم حصرها في الشكاوى الكتابية، أو الشفهية كما يظهره الجدول رقم (21.3) المبين أدناه.

الجدول رقم (21.3): طريقة تعبير المرضى عن شكواهم في حالة عدم رضا:

طريقة التعبير عن الشكوى	التكرارات	النسب المئوية	النسب المتراكمة
الشكوى الكتابية	7	58,3	58,3
الشكوى الشفهية	5	41,7	100,0
المجموع	12	100,0	

نلاحظ أنه من ضمن نسبة 26.7% من المرضى غير الراضين عن مستوى جودة خدمات المستشفى والذين يفضلون إبداء الشكوى كسلوك ناتج عن حالة عدم رضاهم، أكثر من نصف هذه الفئة وهو ما يشكل نسبة 58.3% يميلون إلى التعبير عن شكواهم بطريقة كتابية، أما البقية فيفضلون الطريقة الشفهية، ويعود السبب في ذلك إلى نجاعة هذه الطريقة وفعاليتها كآلية لدفع إدارة المستشفى للاستجابة لمتطلبات ورغبات المرضى المراجعين لمختلف مصالحه، ولأنها طريقة تلقى صدى كبير من قبل صانعي القرار بالمؤسسة الصحية للرفع من مستويات الرضا لدى مرضاهم، ويمكن توضيح ذلك في الشكل رقم (32.3) الموالي.



الشكل رقم (32.3): طريقة تعبير المرضى عن شكواهم في حالة عدم رضا:

من خلال العرض السابق لمختلف السلوكيات الناتجة عن حالة عدم رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة من قبل المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة، نستنتج بأن الشكوى ما هي في الحقيقة إلا أحد السلوكيات الناتجة عن حالة عدم الرضا، وبالتالي لا يمكن الحكم على الخدمات الصحية بالجودة من خلال غياب سلوك الشكوى لدى المرضى متلقي العلاج، وهو ما أثبتته النسبة الكبيرة للمرضى الذين يتحولون للمؤسسات الصحية الأخرى لتلقي العلاج سواء كانت تابعة القطاع العام أو الخاص، أو نقل تجاربهم السيئة لتلقيهم الخدمة للأهل والأقارب والأصدقاء، بنسبة تراكمية بلغت 73.3% بدلا من التقدم بالشكوى كتابيا أو شفويا، فإذا لم تتلق المؤسسة الصحية أية شكوى هذا ليس دليلا كافيا على تحقق مستويات عالية من الرضا لدى مرضاهم، أو تقديمها لخدمات ذات نوعية عالية، وهو ما يؤكد صحة الفرضية العدمية، وخطأ الفرض البديل، وبالتالي:

لا يمكن الحكم بالجودة على الخدمات الصحية المقدمة بغياب سلوك الشكوى لدى المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة.

### خلاصة الفصل الثالث:

حاولنا تسليط الضوء على واقع النظام الصحي بالجزائر من خلال التطرق لتشكيلته، ومراحل تطوره، والإصلاحات التي شهدتها، ثم التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة، وعرض وتحليل ما توصلنا إليه من نتائج ميدانية والمتعلقة بقياس أثار محددات الجودة المدركة للخدمة الصحية المقدمة من المؤسسة محل الدراسة على رضا المرضى والمتمثلة في الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، والتعاطف، بالاعتماد على نموذج جودة الأداء الفعلي والمسمى SERVPERF ، وتم التحليل باستخدام البرنامج الإحصائي المعروف بالحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS<sub>VER19</sub> محاولة منا للإجابة على فرضيات الدراسة.

وبناء على التحليل لمستوى استجابة وموافقة المرضى عينة الدراسة على جودة محددات الخدمة الصحية المقدمة لهم من قبل المستشفى تبين لنا أن أفراد عينة الدراسة يقيمونها تقييما متوسطا على كافة مؤشراتهما، والذي برهنته مختلف المتوسطات الحسابية لها والبالغة 3.48 بالنسبة لمحدد الملموسية، و2.92 للاعتمادية، و2.85 للالتزام، و3.45 للأمان، وأخيرا 3.09 لمحدد التعاطف. كما أن هناك تباين لتأثيرات جودة هذه المحددات على مستويات رضا المرضى، والتي كانت وفق الترتيب التالي: الملموسية، الأمان، التعاطف، الاعتمادية، والالتزام، أما فيما يخص درجة أهمية هذه الأخيرة بالنسبة لعينة الدراسة فقد كانت وفق الترتيب التالي: الاعتمادية، الاستجابة، الملموسية، الأمان، والتعاطف.

وبالتالي سجل تحليل مستوى الرضا الكلي عن جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى من قبل المستشفى رضا فوق المتوسط بنسبة بلغت 50.70% عن مجمل خدمات هذه المؤسسة، وهي نسبة يجب أن تدفع بإدارة هذا الأخير إلى اتخاذ كل الإجراءات والتدابير اللازمة لتحسين وتدعيم جودة المحددات السابقة الذكر، والتي تؤثر على الجودة الكلية للمنتج الخدمي الصحي للمؤسسة.

وأخيرا فيما يتعلق بسلوكات المرضى في حالة عدم الرضا عن الجودة الكلية لخدمات المستشفى، فقد انقسمت بين التحول للمؤسسات الصحية المنافسة بالدرجة الأولى، ثم التقدم بالشكوى، وأخيرا الحوار السلبي من الفم إلى الأذن.

## خاتمة:

مع تنمة بحثنا هذا والذي تمحور حول إشكالية مدى تأثير محددات جودة الخدمة المدركة التي تقدمها المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة على رضا المستفيد (المريض)، والذي تمحورت معالجة مضمونه من خلال ثلاثة فصول، اثنان منهما نظريين والآخر تطبيقي، وهذا اعتمادا على الفرضيات التي تطرقنا إليها سابقا في المقدمة، وبذلك ضمت هذه الخاتمة مختلف نتائج اختبار الفروض، وأهم نتائج الدراسة النظرية والتطبيقية، لنعرج على وضع بعض التوصيات والتي نرجو أن تؤخذ بعين الاعتبار من طرف المؤسسة وذلك محاولة منا رفع وتحسين مستوى جودة خدماتها الصحية المقدمة للمرضى.

### نتائج اختبار الفروض

- الفرضية الأولى والتي كان مفادها أن مفهوم الجودة يكمن في إدراك المريض، وليس من منظور المؤسسة، تم تأكيد صحة هذه الفرضية.  
الفرضية الثانية والتي كان مفادها أنه لا توجد علاقة أثر ذو دلالة إحصائية للجودة المدركة للخدمة الصحية من خلال محدداتها، والمتمثلة في (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف)، ومستويات رضا المرضى متلقي العلاج عند مستوى دلالة (0.05)، تم رفضها وتأكيد وجود علاقة أثر ذو دلالة إحصائية للجودة المدركة للخدمة الصحية من خلال محددات، والمتمثلة في الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف، ومستويات رضا المرضى متلقي العلاج عند مستوى دلالة (0.05).

وهذا أكدته أيضا الفرضيات الفرعية لها:

- وجود علاقة ارتباط وتأثير بين محدد الملموسية ومستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة؛
- وجود علاقة ارتباط وتأثير بين محدد الاعتمادية ومستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة؛
- وجود علاقة ارتباط وتأثير بين محدد الاستجابة ومستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة؛
- وجود علاقة ارتباط وتأثير بين محدد الأمان ومستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة؛
- وجود علاقة ارتباط وتأثير بين محدد التعاطف ومستوى رضا المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة؛

الفرضية الثالثة والتي نصت على أنه لا يمكن الحكم بالجودة على الخدمات الصحية المقدمة بغياب سلوك الشكوى لدى المرضى متلقي العلاج بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة، تم رفضها والتأكيد بأن سلوك الشكوى لا يعتبر المقياس الوحيد لتعبير المرضى عن رداءة نوعية الخدمات الصحية المقدمة إليهم، وإنما يمكن أن تكون هناك حالة من اللارضا يعبر عنها بسلوكات غير الشكوى، كالتحول للمنافسين، أو الإشهار السلبي عن الخدمة المقدمة لهم.

### النتائج العامة للدراسة:

خلصت كل من الدراستين النظرية التطبيقية إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- نتائج الدراسة النظرية: خلصت الدراسة النظرية إلى النتائج التالية:
  - جودة الخدمة الصحية تركز على تطوير الخدمة وتحسين الأداء في العمل والممارسة الطبية، وجعل المريض محطّ اهتمام وتوجّه استراتيجي المؤسسات الخدمية الصحية؛
  - لا بد من تبني مفهوم الجودة للخدمة الصحية وفق إدراك المريض في ظل المفهوم التسويقي الحديث؛
  - يختلف مفهوم الجودة من وجهة نظر المؤسسة عن مفهومه من وجهة نظر المستفيد، هذا الأخير الذي يعطيه أكثر دلالة ومصداقية في عملية التقييم والقياس؛
  - الجودة المدركة للخدمة الصحية تعبّر عن الرأى والحكم الذي يبديه المريض اتجاه مختلف الخدمات الصحية التي تلقاها عند مقارنته بين الجودة التي حصل عليها فعلاً وبين المنافع التي كان ينتظرها؛
  - ينظر للجودة من المنظور الطبي تقديم أفضل الخدمات وفوق أحدث التطورات العلمية، أما الجودة من منظور المستفيد (المريض)، فتركز على طريقة الحصول الخدمة ونتيجتها النهائية؛
  - الشكاوى والاحتجاجات ما هي في الواقع إلا ترجمة لعدم الرضا عن مستوى أداء المؤسسة الصحية؛
  - يعتبر الرضا من أهم المؤشرات وأفضلها لقياس والحكم على الجودة، فهو محصلة ونتاج مزدوج للأبعاد الشعورية والمعرفية؛
  - يرتبط الرضا ارتباط وثيق بمستوى جودة الخدمة المدركة من قبل المريض ومدى إشباعها لرغباته وحاجاته، والنتائج المترتبة عن ذلك.
- نتائج الدراسة التطبيقية: خلصت الدراسة التطبيقية إلى مجموعة من النتائج، والتي شكلت بعض أوجه القصور نوردها فيما يلي:
  - هناك نوع من الاهتمام من قبل إدارة المستشفى بجاذبية ونظافة مرافق المستشفى إلى حد ما بغض النظر عن بعض المصالح التي تشهد عكس ذلك؛
  - إخلاف المستشفى بالمواعيد التي يقطعها على نفسه اتجاه مرضاه، خاصة فيما يتعلق بمواعيد الفحص، الكشف، التحاليل، والعمليات الجراحية، مما يزيد حالة المرضى سوءاً، وتدهوراً؛
  - لا مبالاة بعض الأطعم الطبية، والتمريضية بالمرضى واحتياجاتهم، وانشغالهم، مما يثير استيائهم، وبصفة خاصة الطاقم التمريضي؛
  - البطء الشديد في الرد على شكاوى واستفسارات المرضى، وطول فترة انتظار المرضى الحصول على الخدمات التي يطلبونها أو يحتاجون إليها؛
- الاقتراحات: انطلاقاً من النقاط السالفة الذكر والتي كانت بمثابة معوقات تحول دون تقديم خدمات ترقى إلى المستوى المطلوب، يمكن تقديم الاقتراحات التالية:
  - تعزيز مستوى جودة الخدمات التي تقدمها المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المدية من خلال التركيز على الأبعاد الخمسة للجودة، والتي تتضمن ما يلي:

- ضرورة العناية بالبيئة المادية للخدمة الصحية من خلال الاهتمام بالنظافة والجاذبية وسهولة الاستعمال، والتوعية المستمرة للمرضى والزوار والأطباء وجميع الفئات العاملة بالمستشفى بالحفاظ على مستوى النظافة، فالمسؤولية مسؤولية الجميع وليس فرد بذاته؛
  - تدريب وتأهيل الموظفين بالمستشفى حول آليات تفهم احتياجات المرضى وتلبيتها بالسرعة والدقة المطلوبة؛
  - الحرص والسعي الدائم والدؤوب على الالتزام بمواعيد تقديم الخدمات وزيادة الثقة المتبادلة؛
  - العمل على تكوين العاملين بالمستشفى لرفع كفاءاتهم ومهاراتهم وخبراتهم، والتي تنعكس بالإيجاب على مستوى الخدمات المقدمة للمرضى؛
  - ضرورة تعزيز إدارة المستشفى التعامل الفعال مع كل متطلبات المرضى، والعمل على تلبيتها بكفاءة وفاعلية وبرحابة صدر؛
  - استحداث مصلحة خاصة، أو خلية معنية بمتابعة شكاوى واحتجاجات الزبائن، حتى يتسنى للمستشفى الرد عليها؛
  - العمل على تفعيل أسلوب حوار ودي يبعث الراحة والطمأنينة أثناء تقديم الخدمة بين العاملين والمرضى؛
  - العمل على استحداث فرق خاصة بمتابعة جودة ما تقدمه المؤسسة الاستشفائية من خدمات لزبائنها وفي شتى المصالح؛
  - محاولة غرس ثقافة الجودة لدى العاملين بالمستشفى والعمل على التحسين المستمر لشتى خدماته؛
  - وضع نظام إداري لتحديد المسؤوليات واختصاصات كل فرد، والرقابة على الإنجاز بصفة دورية؛
  - محاربة شبح البيروقراطية والذي يخلق الطبقيّة في وسط المجتمع؛
  - إنشاء هيئة وطنية لاعتماد الجودة ووضع المعايير الخاصة بالخدمات؛
- آفاق البحث:

إن ما توصلنا إليه من نتائج في دراستنا هذه له مضمون تسويقي هام، إن أخذ بعين الاعتبار في مختلف المؤسسات وفي شتى القطاعات، خاصة قطاع الصحية وما يترتب عليه من وضع البرامج والسياسات التسويقية للرفع من مؤشرات الرعاية الصحية، والنهوض بمستوى الصحة العمومية للأفراد بما يحقق السلامة والأمان، ويضمن تحقيق مستويات رضا عالية لدى مراجعي المؤسسة الصحية، وعيه وإكمال لموضوع بحثنا هذا تقترح بعض المواضيع التي تكمل دراستنا هاته:

- أثر الجودة والقيمة والمدرسة للخدمات الصحية على ولاء المرضى.
- رضا المريض والجودة المدركة، والدور الوسيط للقيمة المدركة.
- تحقيق الرضا الداخلي وأثره في تحقيق الرضا المريض.
- تسيير الشكاوى والاحتجاجات من اللارضا إلى الرضا.
- دراسة مقارنة لجودة الخدمات الصحية بين القطاعين العام والخاص.

### قائمة المراجع

1. هاني أحمد الضمور، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، الطبعة 04، 2008.
2. R.Ramaswamy, Design and Management of service Processes: keeping Customers for Life, Reading, Ma: Addison-Wesley Publishing Co, 1996.
3. محمود الصميدعي وآخرون ، الأسس العلمية للتسويق الحديث، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة 2، 2007.
4. ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008.
5. P.Kotler and Armstrong, Principles of marketing, 7<sup>th</sup> édition, Prentice Hall, New jersey, 1991.
6. P.Kotler, et Autres, marketing management, 13<sup>eme</sup> édition, Pearson éducation, paris, 2009, P 475.
7. François Caby, Claude Jambart, la qualité dans les services, 2<sup>eme</sup> édition, édition économique, Paris, 2002.
8. P.Kotler and C.Clark Reporta, Marketing for healthcare organization, Pentair hall, New jersey, 2006.
9. عبد المهدي بواعنه، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية: مفاهيم-نظريات-وأساسيات في الإدارة الصحية، الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة 01، 2004.
10. بول هانت، تقرير حول حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية، مجلس حقوق الإنسان، الجمعية العامة للأمم المتحدة، الدورة السابعة، 31 جانفي 2008.
11. سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر-آفاق 2010، أطروحة دكتوراه غير منشورة في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2010.
12. مدكور شعبان فوزي، تسويق الخدمات الصحية، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، 1998.
13. الدمرداش إبراهيم طلعت، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، القاهرة، 2006.
14. ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية، 2005.
15. عبد المجيد الشاعر وآخرون، الرعاية الصحية الأولية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة 01، 2000.
16. محمد محمد إبراهيم، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، جامعة أسيوط، جمهورية مصر العربية، العدد 4، السنة 3، ديسمبر 1983.
17. عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية-دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة-، أطروحة دكتوراه (غير منشورة) في علوم التسيير،

- كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، الجزائر، 2008.
18. أحمد عباس يوسف بوعباس، أثر جودة الرعاية الصحية والاتصالات على رضا المرضى دراسة تحليلية مقارنة في مستشفى الأميري الحكومي ومستشفى السلام الدولي الخاص في دولة الكويت، رسالة ماجستير (غير منشورة)، إدارة أعمال جامعة الشرق الأوسط كلية الأعمال، عمان، الأردن، 2010.
19. Eiglier Pierre, Langeard Eric, Servuction, Le Marketing Des Services ; stratégie et management, Paris, Mc Graw-Hill, 1987.
20. Tocquer Gérard, Langlois Michel, Marketing des services; le défi Relationnel, Gaëtan Morin éditeur, 1992.
21. ميلود تومي، حبيبة قشي، آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية، أبحاث اقتصادية وإدارية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير بجامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، العدد 02، ديسمبر 2007.
22. Eric Vogler, management stratégique des services, édition Dunod, Paris, 2004.
23. André Boyer et Ayoub Nefzi, la perception de la qualité dans le domaine des services : ver une clarification des concepts, la revue des sciences de gestion, PP 43-54, Mars 2009.
24. قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم-عمليات-تطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة 01، 2006.
25. عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية سعيدة، رسالة ماجستير (غير منشورة)، تخصص تسويق دولي، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أوبكر بلقايد تلمسان، 2012.
26. العجارمة تيسير، التسويق السياحي، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة 01، 2005.
27. حميد الطائي، بشير العلق، إدارة عمليات الخدمة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية، 2009.
28. إِيَاد فَتْحِي الْعَالُول، قِيَاس جُودَةِ الْخِدْمَاتِ الَّتِي تُقَدِّمُهَا شَرِكَةُ جُوالِ مِنْ وَجْهَةِ نَظَرِ الزَّبَائِنِ فِي مَحَافِظَاتِ قِطَاعِ غَزَّة، مَذَكْرَةٌ مَاجِسْتِير (غَيْرُ مَنشُورَةٍ)، كَلِيَّةُ الْاِقْتِصَادِ وَالْعُلُومِ الْإِدَارِيَّة-جَامِعَةُ الْأَزْهَر-غَزَّة، فِلَسْطِين، 2011.
29. بومدين يوسف، إدارة الجودة الشاملة والأداء المتميز، مجلة الباحث، جامعة ورقلة، الجزائر، العدد 05، 2007.
30. Le petit Larousse, Librairie Larousse, 1991.
31. يوسف حجيم الطائي وآخرون، إدارة الجودة الشاملة في التعليم العالي، الوراق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008.
32. مؤيد عبد الحسين الفضل، يوسف حجيم الطائي، إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك، الوراق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2004.

33. العقيلي عمر وصفي، المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة: وجهة نظر، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2001.
34. قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة 01، الإصدار 02، 2009.
35. إسماعيل محمد عبد الرحمن، الرقابة الإحصائية على العمليات، معهد الطباعة العامة للطباعة والنشر، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2006.
36. خضير كاظم حمود، إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة 01، 2000.
37. معزوز نشيدة، بن عبد العزيز فطيمة، التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية، مداخلة مقدمة في المؤتمر الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، دراسة وتحليل تجارب وطنية دولية، يومي 18 و19 ماي 2011، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سعد دحلب البليدة.
38. محمد الطعمانة، عبد العزيز مخيمر، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم- والتطبيقات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2003.
39. الدرادكة مأمون وشلبي طارق، الجودة في المنظمات الحديثة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة 01، 2002.
40. هيو كوش، ترجمة طلال بن أحمد الأحمدي، إدارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، مكتبة الملك فهد للنشر، مركز البحوث، الرياض، 2002.
41. مأمون سليمان الدرادكة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة 01، 2008.
42. مأمون السلطي، سهيل إلياس، دليل عملي لتطبيق أنظمة إدارة الجودة الإيزو 9000، دار الفكر المعاصر، عمان، الأردن، الطبعة 01، 1999.
43. يوسف عاشور، طلال العبادلة، قياس جودة الخدمات التعليمية في الدراسات العليا حالة برنامج MBA في الجامعة الإسلامية بغزة، مجلة جامعة الأقصى، فلسطين، المجلد 11، العدد 1، 2007.
44. Linda(C.U) et al, Is there really an Asian connection ?, Professional service quality perception and customer satisfaction, journal of Business Research, Vol 02, 2009.
45. مروان جمعة درويش، أثر جودة الخدمات التي تقدمها البلديات في فلسطين على رضا المستفيدين دراسة مقارنة، المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية نحو أداء متميز في القطاع الحكومي، الرياض، المملكة العربية السعودية، من 1 إلى 4 نوفمبر 2009.
46. معلا ناجي، الأصول العلمية للتسويق المصرفي، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة 02، 2001.
47. العلاق بشير، الطائي حميد، تسويق الخدمات، دار العقل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1999.
48. صلاح محمود زياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات

- الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد 20، العدد 1، ص ص 69-104، يناير 2012.
49. الطائي، عادل محمد عبد الله، الخدمات الصحية ونوعيتها باعتماد مدخل التقسيم السوقي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصل، العراق، 1999.
50. بدران عبد الرحمن العمر، مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات، مجلة دورية، الإدارة العامة، المجلد 42، العدد 2، 2002.
51. السمراي منير جاسم، تسعير الخدمات الصحية بالتركيز على خدمات طب الأسنان، بحث دبلوم عالي لإدارة المستشفيات، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد، العراق، 2000.
52. Farrell, Andrew and Souehon, Anne and Durden Geoffery, service quality Enhancement: the role of employees' behaviors, Aston Business School Research Institute, Aston University, Birmingham, UK, 2001.  
[http://tourism.wu.wien.ac.at/lehrv/iven/05ws/lv4/perf\\_only\\_brady\\_cronin.pdf](http://tourism.wu.wien.ac.at/lehrv/iven/05ws/lv4/perf_only_brady_cronin.pdf)
53. المصري سعيد محمد، إدارة وتسويق الأنشطة الخدمية: المفاهيم والاستراتيجيات، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2002.
54. Pride. William and Ferrell, Marketing, 2<sup>ème</sup> Ed, Houghton Mifflin Co, New York, 2000.
55. أيمن فتحي فضل الخالدي، قياس مستوى جودة خدمات المصارف الإسلامية العاملة في فلسطين -من وجهة نظر العملاء- رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم إدارة الأعمال، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين، 2006.
56. C.Grönroos, A Service Quality Model and Its Marketing Implications, European journal of Marketing, 1996, Vol 18, n°: 04.
57. A.Parasuraman, Valerie. A. Zeithamal, Et Leonard. Berry, A Conceptual Model of Services Quality and its Implications for Future Research, Journal of Marketing, Vol 49, 1985.
58. Christopher Lovelock, and Wright, K.Lauren, Principles of service Marketing and Management, 2<sup>nd</sup> Ed, Prentice Hall, New jersey, 1999.
59. عوض البدير، تسويق الخدمات المصرفية، البيان للطباعة والنشر، القاهرة، الطبعة 01، 1999.
60. Saif Ullah Malik, Customer Satisfaction, Perceived Service Quality and Mediating Role of Perceived Value, International Journal of Marketing Studies, Vol: 4, N0: 1, February 2012, PP: 68-76. [www.ccsenet.org/ijms](http://www.ccsenet.org/ijms)
61. بن أشنهو سيدي محمد، دراسة المكونات المؤثرة على ولاء الزبون بالعلامة Djezzy:

دراسة تجريبية باستعمال نموذج المعادلات المهيكلية، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، تخصص تسويق، كلية العلوم الاقتصادية، التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2010.

62.P.Kotler and N.Clarke Roberta, Marketing for Health Care Organizations, New Jersey, Prentice Hall, 1987.

63.Sylvie Rolland, L'impact De L'utilisation D'Internet Sur La Qualité Perçue Et Satisfaction Du Consommateur, thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Paris 9, 2003.

64. زياد بركات، الفجوة بين الإدراكات والتوقعات لقياس جودة الخدمات التي تقدمها جامعة القدس المفتوحة من وجهة نظر الدارسين فيها، جامعة القدس المفتوحة بطولكرم، فلسطين، 2010.

65.R.Chumpitaz, Valérie Swaen, La Qualité Comme Déterminant De La Satisfaction Des Clients En Business-to-business. Une Application Dans Le Domaine De La Téléphonie, dans l'acte du congrès de l'association Française de Marketing, Lille, 2009, P01-36,.

66.D.Falvo, P.Tippy, Communicating information to Patients-Patient satisfaction and adherence as associated with resident skill, Journal of Family Practice, Vol 26, 1988, PP 643-647.

67.J-J Lambin et Autre, Marketing Stratégique et Opérationnel, 6<sup>ème</sup> édition, Dunod, Paris, 2005.

68. مزيان عبد القادر، أثر محددات جودة الخدمات على رضا العملاء -دراسة حالة: الصندوق الوطني للتعاون الفلاحي CNMA-، مذكرة ماجستير (غير منشورة) في التسيير الدولي للمؤسسات تخصص تسويق دولي، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2012.

69.Jr.Cronin, and S.Taylor, Measuring Service Quality; Reexamination and Extension, Journal of Marketing, n° 56, July, PP 55-68, 1999.

70.Christopher Lovelock, Service Marketing, Prentice Hall International, New York, 3<sup>rd</sup> Ed, 1996.

71. حميد الطائي، بشير العلق، تسويق الخدمات: مدخل استراتيجي، وظيفي، تطبيقي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية، 2009.

72.C.Grönroos, Quality and Customer Satisfaction, Journal of Marketing, Vol 6, 1996.

73.Bouchiba Soumeiya, La Qualité Perçue et Fidélisation Dans L'hôtellerie -cas d'une chaîne hôtelière Algérienne: CHAINE EDEN, Mémoire de Magister en Management De La

Technologie Et De L'innovation non publie, école normale supérieure de l'enseignement technologique d'Oran, 2011.

74. Richard Ladwein, Le Comportement Du Consommateur, 2<sup>ème</sup> édition, economica, Paris, 2003.

75. Christopher Lovelock et autre, Marketing Des Services, édition Pearson, Paris, 2004.

76. نجاح بولودان، بحث مقدم إلى الملتقى الدولي - إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات - المنعقد بكلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر، 10-11 ماي 2010.

77. حاتم غازي شعشاعة، قياس جودة الخدمات المصرفية التي يقدمها بنك فلسطين المحدود في فلسطين من وجهة نظر العملاء، رسالة ماجستير (غير منشورة)، تخصص إدارة الأعمال، قسم إدارة الأعمال، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، فلسطين، 2004، ص 39.

78. A. Parasuraman, Et autres, Servqual: une échelle multi-item de mesure des perceptions de la qualité de service par les consommateurs, Recherche et Applications en Marketing, vol.05, n°:1, PP 19-42, 1990.

79. K. Michael, Brady J, Joseph Cronin, Richard R, Brand, Performance-only measurement of service quality: a replication and extension, Journal of Business Research 55, 2002, consulté le 15/01/2013. sur le site:

80. ناجي معلا، قياس جودة الخدمات المصرفية، مجلة العلوم الإدارية، المجلد 25، العدد 02، جوان، 1998.

81. Riadh Ladhari, La Satisfaction du consommateur, ses déterminants et ses conséquences, Revue de l'Université de Moncton, vol.36, n°:2, 2005, consulté le 23/09/2012. sur le site: <http://www.id.erudit.org/iderudit/014503ar>

82. Joan L. Giese, Joseph A. Cote, Defining Consumer Satisfaction, Academy of Marketing Science Review, 2002.

83. أسامة الفراج، تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سوريا من وجهة نظر المرضى: نموذج لقياس رضا المرضى، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية - دمشق، المجلد 25، العدد 2، ص 53-93، 2009.

84. P. Kotler, B. Dubois, Marketing Management, Public-Union, 10<sup>ème</sup> édition, Paris, 2000.

85. يوسف حجيم الطائي، إدارة العلاقات مع الزبون، دار الوراق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة 01، 2009.

86. Gilbert rock et Marie José-Ledoux, Le Service de la Clientèle,

édition ERPI, Paris, 2006.

**87.** كشيدة حبيبة، استراتيجيات رضا العميل، مذكرة ماجستير (غير منشورة)، تخصص تسويق، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة سعد دحلب البلدية، 2005، ص56.

**88.** Monique Zollinger et Eric Lamarque, Marketing et Stratégie de la Banque, 3<sup>ème</sup> édition, Dunod, Paris, 1999.

**89.** Bouroumana Abdelkader, La valeur perçue et le prix du produit, Mémoire de Magistère soutenu à la faculté des sciences économiques à l'université de Mustapha Stambouli de Mascara, 2005.

**90.** J. Vanhamme, La Surpris et son Influence sur la Satisfaction des Consommateurs, Press Universitaires de Louvain, 2002.

**91.** Daniel Ray, Mesurer et développer le satisfaction client, édition d'organisation, 2<sup>ème</sup> tirage, Paris, 2001.

**92.** ماضي بلقاسم، برجم حنان، توجهات التسويق الفندقي الحديثة في إدارة الجودة: دراسة لوضعية الفنادق الجزائرية، ورقة بحثية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة باجي مختار، عنابة، الجزائر، 2007.

**93.** الطائي رعد، قدارة عيسى، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة العربية، 2008.

**94.** Jean Frisou ، 'Les théories Marketing de la fidélité' Recherche Marketing et Fidélité aux Marques' DEA en marketing soutenu en 1996 à l'Université de Lille، 1997.

**95.** ريم محمد صالح الأدني، قياس رضا العميل عن الخدمة وعلاقته بسلوك ما بعد الشراء، رسالة ماجستير غير منشورة، رسالة ماجستير (غير منشورة)، تخصص إدارة أعمال، جامعة عين شمس، مصر، 2002.

**96.** Laurent Hermel, la gestion des réclamations clients, AFNOR, Paris, 2002.

**97.** J-J.Lambin, C.Chumpitaz, et C.Moerlose, Le Marketing Stratégique et Opérationnel, 6<sup>ème</sup> édition, Dunod, Paris, 2005.

**98.** B.Lutz, and B.Bowers, Patient-Centered Care: Understanding Its Interpretation and Implementation In Health Care, Scholarly Inquiry For Nursing Practice, Vol 14 n<sup>o</sup> 02, 2000.

**99.** J.Monin, La Certification Qualité dans les services , AFNOR, 2001.

**100.** B.Bartikowski, et J.L Chandon, Le problème sémantique de la mesure de la satisfaction des consommateurs, article de

CEROG centre d'étude et de recherche sur les organisations et la gestion, dans L'AFM, 2003.

101. Yves Evard ,Bernard Pras, Market: étude et recherche en marketing, 2<sup>ème</sup> édition ,Nathan, Paris, 2003.

102. J.MOUTTE, La satisfaction du client dans la restauration traditionnelle de luxe: un perspectif consommateur, université Aix-Marseille III, 2005. Consulté le: 17/09/2012 sur le site: [www.grefi.org](http://www.grefi.org)

103. عواد محمد، محددات جودة الخدمات المحاسبية وأثرها على رضا العملاء في الأردن من وجهة نظر تسويقية، المجلة العربية للعلوم الإدارية، مجلد 13، عدد 02، 2006، ص 175-195.

104. P-V.Ngobo, Qualité perçue et satisfaction des consommateurs; un état des recherches, Revue Française du Marketing, n° 163, Mars 1997.

105. J.E.G.Bateson, Managing Services Marketing: Text and Reading, 2<sup>nd</sup> édition, London, The Dryden Press, 1992.

106. R.Lefébure, G. Venturi, Gestion de la relation client, éditions Eyrolles, France, 2005.

107. S.Baron, and K.Harris, Services Marketing, Text and Cases, London, Macmillan Press, 1995.

108. P.Kotler, Les Clés du Marketing, Village mondial, paris, 2003.

109. محمد فريد الصحن، قراءات في إدارة التسويق، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2003.

110. J.Lendrevie et autres, Mercator-théorie et pratique en marketing, 7<sup>ème</sup> édition, Dalloz, Paris, 2003.

111. T.Gao, Effects of relationship quality on customer perceived value in organizational purchasing, Digital and archives, 1998, consulter le: 23/10/2012 sur le site: [www.Shotar-Lib.edu/thèses/available/etd-71798-165714](http://www.Shotar-Lib.edu/thèses/available/etd-71798-165714).

112. J-F.Notebaert, L'influence de la création d'un Lien Social Via Internet Sur La Satisfaction, La Confiance, et L'intention Comportementales, Actes de Congrès de l'association Française de Marketing, 18-20 Mai, Nancy, 2004.

113. J.Vanhamme, L'influence de la surprise sur la Satisfaction des Consommateurs: Une Expérimentation Pilote, Aspirante du fonds National de la recherche scientifique, Laboratoire d'analyse du comportement du consommateur, Dans la Revue

de L'Association Française de Marketing, consulté le 28/08/2012. sur le site: <http://www.AFM.fr>.

**114.** M.chaouch, Développement du Système National de Santé: Stratégies et perspectives, revue le gestionnaire, revue élaborée par l'école national de la santé publique, n° 5, juin, 2001.

**115.** بن لوصيف زين الدين، تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 01، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سكيكدة، ديسمبر، 2003.

**116.** A.Saihi, Le Système de Santé Publique En Algérie, Revue Gestions Hospitalières, La Revue des Décideurs Hospitalier, no: 455, Avril, 2006.

**117.** الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 104، ، الصادرة في 28 ديسمبر 1973، الأمر رقم 65-73 المتضمن قانون المالية لسنة 1974م، المتعلق بتأسيس الطب المجاني.

**118.** Les six dossiers de la reforme hospitalière, consulter le sur le site: <http://www.santemaghreb.com/actualites/0703/0703-27.htm>

**119.** محمد خثير، المداخل الحديثة في التطوير الإداري وإمكانية تطبيقها في قطاع الصحة – دراسة حالة إعادة هندسة نظم العمل والجودة الشاملة في المؤسسة الإستشفائية العمومية الجزائرية-، أطروحة دكتوراه (غير منشورة) في علوم التسيير، فرع إدارة أعمال، المدرسة العليا للتجارة –أغا الجزائر-، 2010.

**120.** يوسف عصام الدين زهير، نظام تسيير المستشفيات في الجزائر، رسالة ماجستير (غير منشورة)، فرع تسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة الجزائر، 1997.

**121.** الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 06، الصادرة بتاريخ 12 ديسمبر 1986، المرسوم التنفيذي رقم 25/86 المؤرخ في 11 فيفري 1986، المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الإستشفائية الجامعية.

**122.** الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 81، الصادرة في 10 ديسمبر 1997، المرسوم التنفيذي رقم 97/466 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، المتضمن قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها.

**123.** الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الصادرة في 13 ديسمبر 1998، المرسوم التنفيذي رقم 98/423 المؤرخ في 13 ديسمبر 1998.

**124.** الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 33، الصادرة في 20 ماي 2007، من المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007

الملحق رقم (03): المصالح والوحدات الصحية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة

المصالح	عدد الأسرة	الوحدات
01. التشريح المرضي.	-	-
02. الإنعاش والتخدير.	14	1. التخدير. 2. الإنعاش والعلاج المكثف.
03. الجراحة العامة.	62	1. استشفاء الرجال. 2. استشفاء النساء.
04. جراحة الأطفال.	30	1. استشفاء. 2. الفحص الخارجية.
05. علم الأوبئة.	-	1. المعلومات الصحية. 2. النظافة الإستشفائية.
06. طب أمراض النساء والتوليد.	70	1. أمراض النساء. 2. التوليد.
07. الأشعة المركزية.	-	1. الأشعة. 2. السكانير.
08. المخبر المركزي.	-	1. علم الأحياء المجهرية. 2. الكيمياء الحيوية.
09. طب الأمراض المعدية.	28	1. استشفاء الرجال. 2. استشفاء النساء.
10. الطب الداخلي.	80	1. استشفاء الرجال. 2. استشفاء النساء. 3. طب أمراض القلب. 4. طب الأورام.
11. طب أمراض الكلى وتصفية الدم.	20	1. طب أمراض الكلى. 2. تصفية الدم.
12. طب أمراض العيون.	36	1. استشفاء. 2. الفحص والكشف.
13. جراحة العظام والرضوض.	54	1. استشفاء الرجال. 2. استشفاء النساء. 3. الجراحة المجهرية وجراحة اليد.
14. طب أمراض الأذن، الأنف، والحنجرة.	30	1. استشفاء. 2. الفحص والكشف.
15. طب الأطفال.	54	1. طب الأطفال. 2. حديثي الولادة.
16. الصيدلية.	-	1. تسير المواد الصيدلانية. 2. توزيع المواد الصيدلانية.
17. طب أمراض الرئة والصدر.	28	1. استشفاء الرجال. 2. استشفاء النساء.
18. طب الأمراض العقلية.	10	1. استشفاء الرجال. 2. استشفاء النساء.
19. الاستجالات الطبية الجراحية.	20	1. الاستجالات الطبية. 2. الاستجالات الجراحية.
20. الطب الشرعي.	-	1. الخبرة الطبية القضائية وطب حفظ الجثث. 2. طب المساجين.
21. طب العمل*.	-	1. الرقابة الطبية لعمال الصحة. 2. فحص دوري لصحة العمل.

المصدر: القرار رقم 2650 المؤرخ في 24 ديسمبر 2007 المتضمن إنشاء المصالح والوحدات المكونة لها على مستوى المؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة.

\*أصبح تابع لمديرية الصحة الجوارية.

الملحق رقم (04): الموارد البشرية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة فيما يخص المناصب العليا والممارسين الطبيين

إلى غاية 2012.12.31

عدد المناصب	الممارسون الطبيون	عدد المناصب	المناصب العليا
06	ممارس متخصص رئيس	01	مدير المؤسسة
06	ممارس متخصص رئيسي	03	نواب المدير
102	ممارس متخصص مساعد	03	رؤساء المكاتب
28	طبيب عام رئيسي في الصحة العمومية	08	ممارس طبي متخصص رئيس مصلحة
56	طبيب عام في الصحة العمومية	10	ممارس طبي متخصص رئيس وحدة
02	جراح أسنان عام رئيسي	01	طبيب عام مسؤول على وحدة قاعدية
04	صيدلي عام	25	إطار شبه طبي
02	جراح أسنان عام	11	منسق نشاطات
272	المجموع العام	01	قابلة رئيسية
		03	عون طبي في التخدير والإنعاش. إطارات

المصدر: من إعداد الباحث حسب الحالة الإحصائية للمناصب المالية الرقمية الصادرة عن مكتب المستخدمين بتاريخ 2012.12.31

تابع الملحق رقم (04): الموارد البشرية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة فيما يخص الشبه طبي والأسلاك

المشتركة إلى غاية 2012.12.31.

عدد العمال	الشبه الطبي	عدد العمال	بيولوجي في الصحة العمومية من الدرجة الأولى.	02
02	نفساني عبادي للصحة العمومية	02	المجموع	427
03	نفساني في تصحيح التعبير اللغوي للصحة العامة	03	الأسلاك المشتركة والأعوان المتعاقدين	عدد العمال
19	ممرض متخصص للصحة العمومية	19	مهندس دولة في الصيانة.	01
02	مخضر في الصيدلة متخصص للصحة العمومية	02	متصرف المصالح الاقتصادية.	06
02	مختص أجهزة التصوير الطبي متخصص للصحة العمومية.	02	متصرف.	13
01	مختص في العلاج الطبيعي والفيزيائي متخصص	01	ملحق رئيسي للإدارة.	03
01	مختص في حفظ الصحة متخصص للصحة العمومية	01	تقني سامي في الإعلام الآلي.	08
01	مخبري متخصص للصحة العمومية.	01	تقني سامي في المخبر والصيانة.	04
04	قابلة رئيسية	04	ملحق إدارة.	03
04	عون طبي في التخدير والإنعاش رئيسي.	04	عون إدارة رئيسي.	07
02	مساعد طبي متخصص للصحة العمومية	02	عون تقني في الإعلام الآلي.	01
173	ممرض للصحة العمومية.	173	عون إدارة.	07
27	مخبري للصحة العمومية.	27	محاسب إداري.	02
01	المداوي بالعمل للصحة العمومية	01	وثائقي أمين محفوظات.	01
02	مختص في حفظ الصحة للصحة العمومية.	02	كاتب.	01
06	مخضر في الصيدلة للصحة العمومية.	06	كاتب مديرية.	01
09	مشغل أجهزة التصوير الطبي للصحة العمومية.	09	عون حفظ البيانات.	03
02	مختص في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية.	02	عون مكتب.	01
01	مقوم البصر للصحة العمومية.	01	عامل مهني خارج الصنف.	03
02	مساعد اجتماعي للصحة العمومية.	02	سائق السيارات الصنف الأول.	04
21	مساعد طبي للصحة العمومية.	21	سائق السيارات الصنف الثاني.	03
11	مقوم الأعضاء الاصطناعية للصحة العمومية.	11	عامل مهني الصنف الأول.	19
20	عون طبي في التخدير والإنعاش.	20	عامل مهني الصنف الثاني.	38
01	مرمم أسنان للصحة العمومية.	01	عامل مهني الصنف الثالث.	42
31	قابلة.	31	المجموع	171
01	مخبري حاصل على شهادة دولة.	01	الأعوان المتعاقدين بالتوقيت الكامل.	عدد العمال
06	ممرض في رعاية المواليد حاصل على شهادة دولة.	06	أعوان الوقاية والحراس.	45
01	مقوم الأعضاء الاصطناعية حاصل على شهادة دولة.	01	العمال المهنيين	20
35	ممرض مؤهل.	35	المجموع	65
04	مشغل أجهزة أشعة مؤهل.	04	الأعوان المتعاقدين بالتوقيت الجزئي.	عدد العمال
04	مساعد تمرير رئيسي للصحة العمومية.	04	أعوان الخدمات	134
23	مساعد تمرير للصحة العمومية.	23	المجموع العام	797
03	بيولوجي في الصحة العمومية من الدرجة الثانية.	03		

المصدر: من إعداد الباحث حسب الحالة الإحصائية للمناصب المالية الرقمية الصادرة عن مكتب المستخدمين بتاريخ 2012.12.31

## الملحق رقم (09): الإستبيان الموجه للمرضى

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

جامعة سعد دحلب بالبليدة

### استبيان

أخي المريض/أختي المريضة

تحية طيبة ملؤها التقدير والاحترام.

في إطار التحضير لإعداد رسالة الماجستير والتي كانت تحت عنوان "قياس أثر محددات جودة الخدمة المدركة على رضا المستفيد - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المدية"، نضع بين أيديكم هذا الإستبيان راجين منكم التفضل بالإجابة على جميع فقراته بكل دقة وموضوعية، وذلك بوضع الإشارة (X) في المربع الذي ترونه مناسباً، مع العلم أن إجاباتكم ستعامل بسرية تامة ولن يتم استخدامها إلا لأغراض البحث العلمي.

فلكم جزيل الشكر مسبقاً على مساهمتكم القيمة وعلى مشاركتكم الفعالة في إثراء هذا الموضوع.

### الباحث

#### أولاً: الخصائص الديمغرافية

- الجنس:  
ذكر  أنثى
- السّن:  
أقل من 20 سنة   
من 20 سنة إلى 40 سنة   
أكبر من 60 سنة
- المستوى التعليمي:  
دون مستوى  ابتدائي   
متوسط  ثانوي   
جامعي   
دراسات عليا
- الوظيفة:  
موظف حكومي   
موظف في القطاع الخاص   
أعمال حرة   
بطل(عاطل عن العمل)
- الدخل الشهري:  
أقل من 15000 دج   
30000-15000 دج   
أكثر من 45000 دج

ثانيا: إدراكات أفراد العينة لمحددات جودة الخدمة الصحية المقدمة من قبل المستشفى:

بدائل الإجابة:					الفقرات:
لا أتفق جداً	لا أتفق	محايد	أتفق	أتفق جداً	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
					01 تتوفّر لدى المستشفى أحدث المعدات، والأجهزة الطبية التّقنيّة المتطورة الخاصة بالعلاج والكشف.
					02 يتمتع المستشفى بموقع ملائم يسهل الوصول إليه بسرعة.
					03 يبدا الموظفون في المستشفى من الكادر الطبي والإداريين على درجة عالية من النظافة وحسن وأناقة المظهر.
					04 تتمتع مرافق المستشفى بالنظافة والجاذبية وسهولة الاستعمال.
					05 ترى بأن إدارة المستشفى تفي بالوعود فيما يخص تقديم الخدمات التي تقطعها على نفسها أتجاهك.
					06 يبدي المستشفى ويظهر اهتماما عالي بحلّ مشاكلك التي تعاني منها.
					07 يحرص المستشفى على تقديم الخدمة بالشكل الصحيح (بدون أخطاء) ولأول مرة.
					08 يلتزم المستشفى بالتوقيت المحدد لتقديم خدماته. (مثل: مواعيد الفحص، مواعيد إجراء العمليات الجراحية، إجراء الأشعة والتحليل، ... الخ).
					09 يحتفظ المستشفى بسجلات طبية دقيقة وموثقة عن المرضى ومتلقّي العلاج.
					10 العاملون في المستشفى يخبرونك بدقّة كيفية تنفيذ الخدمة ومواعيدها.
					11 العاملون في المستشفى في استعداد ورغبة لتلبية طلباتك بسرعة وبدون تأخير.
					12 العاملون في المستشفى لهم مرونة وسرعة في الرد على شكاواك واستفساراتك.
					13 يقوم المستشفى وبشكل مستمر في تبسيط الإجراءات التي من شأنها تسهيل تقديم الخدمة الطبية لك.
					14 تنتظر وقتا قصيرا للحصول على الخدمة الصحية التي تحتاجها.
					15 تشعر بأنّ صحتك في أيادي موثوقة من حيث الخبرة والمهارة والمؤهلات للطاقم الطبي بالمستشفى.
					16 تشعر بالأمان والثقة عند تعاملك مع العاملين في المستشفى.
					17 يمتلك العاملون في المستشفى المعرفة الكافية للإجابة عن أسئلتك واستفساراتك.
					18 توجد نوع من الخصوصية والسرية عن المعلومات الخاصة بالمرضى من قبل المستشفى.
					19 يولي العاملون بالمستشفى من أطباء وممرضين الاهتمام الكافي والشخصي بك.
					20 أوقات دوام المستشفى ملائمة للمرضى متلقي العلاج.
					21 يضع المستشفى مصلحة وصحته في صلب اهتمامه.
					22 يتسم سلوك العاملين في المستشفى باللباقة، والاحترام، والتقدير في تعاملهم معك.

ثالثا: تحديد أهمية المعايير التي يستخدمها المرضى عند تقييمهم لجودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المستشفى

في الجدول الموضح أدناه، يوجد خمسة عبارات تدل على الأبعاد الخمسة لجودة الخدمات الصحية، فالرجاء ترتيب هذه الأبعاد أو المحددات من (01) إلى (05) وذلك حسب أهميتها بالنسبة إليك عند تقييمك لجودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة، بحيث يعطى المعيار أو البعد الأهم رقم (01)، وهكذا ... إلى المعيار الأدنى أهمية رقم (05).

ملاحظة: يجب أن يعطى رقم مختلف لكل عبارة

الرقم	العبارة	الترتيب حسب الأهمية				
		01	02	03	04	05
01	مظهر ومدى جاذبية للمستشفى، ومظهر العاملين، ونوع الأجهزة والمعدات والمواد الطبية المستخدمة في التشخيص والعلاج.					
02	القدرة على أداء الخدمات الصحية بالشكل المطلوب وبالذقة المطلوبة وفي التوقيت المناسب، ومدى احترام المواقيت الموعد بها، و احتفاظ المستشفى بسجلات موثقة عن المرضى.					
03	قدرة العاملين بالمستشفى ومدى استعدادهم و رغبتهم في مساعدة المرضى، والرد عن استفساراتهم وشكواهم، وتسهيل عملية تقديم الخدمات الطبية.					
04	الشعور بالثقة والأمان في التعامل مع العاملين بالمستشفى نظرا لتوفره على خبرات وكفاءات طبية عالية ورفيعة المستوى.					
05	تعاطف ودعم العاملين بالمستشفى في معاملتهم للمرضى عند تقديم الخدمات الصحية، وتغليب مصلحة المريض بالدرجة الأولى.					

رابعا: تحديد درجة الرضا الكلي عن مستوى جودة الخدمات المقدمة

درجة الرضا	راضٍ جدًا (5)	راضٍ (4)	محايد (3)	غير راضٍ (2)	غير راضٍ جدًا (1)
هل أنت راضٍ عن مستوى جودة الخدمات المقدمة من قبل المؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة؟					

خامسا: السلوكيات الناتجة عن حالة عدم الرضا:

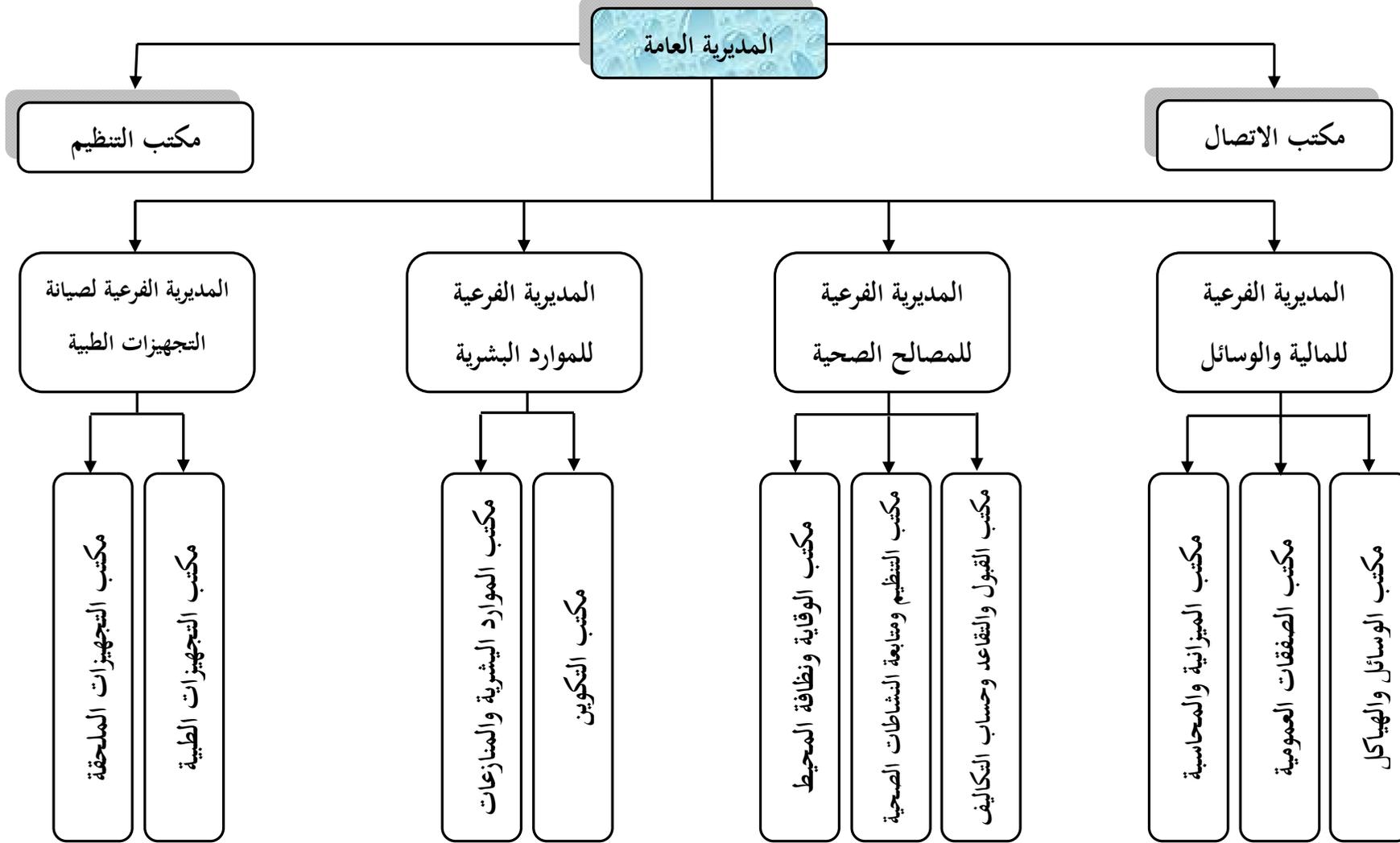
1. في حالة عدم رضاك عن الخدمات المقدمة من قبل المؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة، هل:

- تفضل التحول لتلقي العلاج في مؤسسات صحية أخرى مستقبلا؟
- تقوم بإخبار الآخرين (الأصدقاء، الأقارب، ... الخ) عن سوء الخدمات التي تلقيتها من المستشفى؟
- تقوم بتقديم شكوى عن سوء الخدمات المقدمة؟

2. في حالة تقديمك للشكوى عن سوء الخدمات المقدمة من قبل المستشفى، فما هي طرق تقديمك للشكوى؟

- عن طريق الشكوى الكتابية.
- عن طريق الشكوى الشفهية.

الملحق رقم (07): الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة (مستشفى محمد بوضياف)



المصدر: المؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية المدينة - مديرية الموارد البشرية-حسب القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 03 محرم عام 1431 الموافق 20 ديسمبر سنة 2009 المحدد للتنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الإستشفائية.

الملحق رقم (05): توزيع العاملين بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة على مختلف المصالح.

المناصب	قاعة الجراحة	مصلحة الأشعة	المخبر	الوقاية	التأهيل الوظيفي	الإدارة	المصالح الاقتصادية	مصلحة خ الاجتماعية	مصلحة الاستعجالات
الأطباء المختصون	35	01	09	01	07	-	-	-	01
الأطباء العامين	01	-	01	-	01	-	-	-	30
الصيدالة	-	-	-	-	-	-	03	-	-
نفساني في تصحيح التعبير اللغوي	-	-	-	-	-	-	-	-	01
بيولوجي	-	-	04	-	-	-	-	-	-
القبالات	-	-	-	-	-	01	-	-	-
مساعد طبي للصحة العمومية	23	01	-	-	01	03	-	-	01
مساعد اجتماعي للصحة العمومية.	-	-	-	-	-	-	-	02	-
مختص في حفظ الصحة العمومية.	-	-	-	-	-	02	-	-	-
محضر في الصيدلة متخصص للصحة العمومية.	-	-	-	-	-	-	08	-	-
مخبري للصحة العمومية.	-	-	28	-	-	-	-	-	-
مشغل اجهزة التصوير الطبي للصحة العمومية.	-	15	-	-	-	-	-	-	-
مختص في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية.	-	-	-	-	11	-	-	-	-
مقوم الأعضاء الاصطناعية للصحة العمومية.	-	-	-	-	04	-	-	-	-
مرمم أسنان للصحة العمومية.	-	-	-	-	-	-	01	-	-
ممرض للصحة العمومية.	37	01	01	-	-	08	-	02	38
مساعد تمريض للصحة العمومية.	04	-	-	-	-	-	-	-	01
اداريين.	-	01	-	-	-	34	16	-	01
تقنيين.	-	-	-	-	-	-	05	-	-
أعوان المصالح الاقتصادية.	08	02	08	-	05	52	104	07	29
المجموع:	88	21	51	01	29	100	137	11	102

تابع الملحق رقم (05): الخاص بتوزيع العاملين بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة على مختلف المصالح.

المناصب	تصفية الدم	الفحوصات الخارجية	الأمراض المعدية	الإعانة الطبية المستعجلة	الطب الشرعي	الطب الداخلي	الأمراض الصدرية	جراحة الأطفال	طب الأطفال
الأطباء المختصون	-	05	01	-	04	10	04	-	02
الأطباء العامين	03	01	04	08	-	08	02	04	03
نفساني في تصحيح التعبير اللغوي	-	-	-	-	-	-	-	-	02
مساعد طبي للصحة العمومية	-	-	01	01	-	01	01	-	-
مختص في حفظ الصحة العمومية.	-	-	-	01	-	-	-	-	01
مقوم بصر للصحة العمومية.	-	01	-	-	-	-	-	-	-
ممرض للصحة العمومية.	10	04	08	09	01	20	11	06	21
مساعد تمريض للصحة العمومية.	-	-	-	-	-	-	01	-	-
أعوان المصالح الاقتصادية.	05	05	03	07	01	13	02	08	05
<b>المجموع:</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>26</b>	<b>06</b>	<b>52</b>	<b>21</b>	<b>18</b>	<b>34</b>

تابع الملحق رقم (05): الخاص بتوزيع العاملين بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالمدينة على مختلف المصالح.

المناصب	الأمومة	أمراض النساء والتوليد	الجراحة العامة	جراحة العظام	جراحة الأنف والأذن والحنجرة	طب العيون	جراحة الأسنان
الأطباء المختصون	-	08	-	-	03	02	03
الأطباء العامين	05	-	09	03	-	-	-
جراحي الأسنان	-	-	-	-	-	-	04
نفساني في تصحيح التعبير اللغوي	-	-	-	01	-	-	-
القبالات	32	01	-	-	-	-	-
مساعد طبي للصحة العمومية	02	01	01	02	-	-	-
ممرض للصحة العمومية.	02	06	20	16	03	08	-
مساعد تمريض للصحة العمومية.	01	01	01	-	03	-	-
اداريين.	-	-	01	-	-	-	-
أعوان المصالح الاقتصادية.	19	04	13	05	-	03	02
<b>المجموع:</b>	<b>61</b>	<b>22</b>	<b>45</b>	<b>27</b>	<b>09</b>	<b>13</b>	<b>09</b>

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على وثائق من مصلحة الموارد البشرية بالمؤسسة.

