

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي -
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم: علوم التسيير
أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، الطور الثالث
الشعبة: علوم التسيير
تخصص: إدارة الأعمال

تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة من
وجهة نظر الزبون
- دراسة حالة عينة من المؤسسات بولاية عنابة.

تحت إشراف:
د. بوبكر نعرورة
أ. د أحمد نصير

إعداد الطالب:
رمزي العباسي

لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة الوادي	أستاذ التعليم العالي	- أ. د منى مسغوني
مشرفا ومقررا	جامعة الوادي	أستاذ محاضر -أ-	- د. بوبكر نعرورة
مشرف مساعد	جامعة الوادي	أستاذ التعليم العالي	- أ. د أحمد نصير
مناقشا	جامعة الوادي	أستاذ محاضر -أ-	- د. أحمد تي
مناقشا	جامعة الوادي	أستاذ محاضر -أ-	- د. عبد الحكيم شاهد
مناقشا	جامعة أم البواقي	أستاذ محاضر -أ-	- د. محمد الأمين عسول
مناقشا	جامعة باتنة 1	أستاذ محاضر -أ-	- د. إسماعيل بن دليمي

الموسم الجامعي: 2021/2020

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي -
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم: علوم التسيير
أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، الطور الثالث
الشعبة: علوم التسيير
تخصص: إدارة الأعمال

تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة من
وجهة نظر الزبون
- دراسة حالة عينة من المؤسسات بولاية عنابة.

تحت إشراف:
د. بوبكر نعرورة
أ. د أحمد نصير

إعداد الطالب:
رمزي العباسي

لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة الوادي	أستاذ التعليم العالي	- أ. د منى مسغوني
مشرفا ومقررا	جامعة الوادي	أستاذ محاضر -أ-	- د. بوبكر نعرورة
مشرف مساعد	جامعة الوادي	أستاذ التعليم العالي	- أ. د أحمد نصير
مناقشا	جامعة الوادي	أستاذ محاضر -أ-	- د. أحمد تي
مناقشا	جامعة الوادي	أستاذ محاضر -أ-	- د. عبد الحكيم شاهد
مناقشا	جامعة أم البواقي	أستاذ محاضر -أ-	- د. محمد الأمين عسول
مناقشا	جامعة باتنة 1	أستاذ محاضر -أ-	- د. إسماعيل بن دليمي

الموسم الجامعي: 2021/2020

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قال الله سبحانه وتعالى:

" إِنْ اللَّهُ لَا يَضِيعُ أَجْرَ الْمُحْسِنِينَ "

سورة التوبة (120).

صدق الله العظيم

شكر وتقدير

بسم الله والحمد لله والصلاة والسلام على سيدي رسول الله
إن الشكر والحمد والفضل لله تعالى الذي وفقنا لطريق العلم والمجد.....
أتقدم بخالص عبارات الشكر والتقدير للأسرة الجامعية "جامعة الشهيد
حمه لخضر. الوادي"، من أساتذة أفاضل وزملاء كان لي الشرف
بمعرفتهم والاستفادة من علمهم...
وأقدم بالشكر والتقدير إلى أستاذي المشرف "دكتور بوبكر نعرورة" على
المجهودات والنصائح التي بذلها في سبيل انجاز هذا العمل العلمي،
فبارك الله فيكم وزادكم من علمه...
وأقدم بالشكر أيضا إلى جميع من كان لي السند ومن منحني الثقة
والأمل، بارك الله فيكم وجزاكم كل خير...

إهداء

الحمد لله رب العالمين

أهدي ثمرة جهدي هذا:

إلى أبي الغالي.....

إلى جدتي الغالية.....

إلى أمي العزيزة.....

إلى إخوتي.....

إلى عائلتي الرائعة.....

إلى من أحبهم "أصدقائي".....

الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسات الاستشفائية الخاصة - بولاية عنابة - من وجهة نظر الزبون، وذلك من خلال الإشكالية التالية: "ما مدى رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسات الاستشفائية الخاصة - بولاية عنابة؟"، ومن أجل معالجة هذه الإشكالية تم تصميم استبانة لجمع المعلومات وتوزيعها على عينة الدراسة المكونة من (400) زبون (مريض) على مستوى (05) مؤسسات استشفائية خاصة بولاية عنابة ومعالجتها احصائيا بالاعتماد على برنامج "الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS" نسخة (26) وبرنامج "MINITAB" نسخة (16)، لمعرفة تقييم المرضى لجودة الخدمات الصحية المقدمة لهم، بالإضافة إلى معرفة فيما إذا كان هناك اختلاف في تقييمهم لأبعاد جودة الخدمة الصحية تعود للعوامل الديمغرافية والشخصية.

توصلت الدراسة إلى جملة من النتائج العملية من أبرزها: وجود رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة - بولاية عنابة - عند مستوى معنوية (0.05)، وكذلك عدم وجود فوارق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى في تقييمهم لأبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى للخصائص الديمغرافية والشخصية.

وتوصي الدراسة على ضوء النتائج المتحصل عليها إلى ضرورة التفاعل مع آراء ومقترحات الزبون (المريض) ووضع نظام فعال للاستماع للزبون وتلقي الشكاوى، والعمل على تطوير الوحدات الإدارية التي تعنى بالجودة داخل المؤسسات الاستشفائية الخاصة ومنح استقلالية وصلاحيات واسعة لها، وكذا التعاون مع مخابر البحث التابعة للمؤسسات الجامعية للاستفادة من جموع الباحثين المختصين سواء في مجال الإدارة الصحية أو مختلف المجالات ذات الصلة، والاستفادة من البرامج التدريبية والمشاركة بالملتقيات العلمية المتخصصة، إضافة إلى توفير الأجهزة والمعدات الحديثة التي تتماشى والتطور التكنولوجي المتسارع وتحديث صالات وردهات المرضى وأماكن الاستقبال ومكاتب الطاقم العامل بالمؤسسات وتوسيعها.

الكلمات المفتاحية: الخدمة الصحية، جودة الخدمة الصحية، أبعاد جودة الخدمة الصحية، المؤسسات الاستشفائية الخاصة، رضا الزبون.

Abstract:

This study aims to identify the level of quality of health services provided by private hospital institutions - in Annaba - from the customer's point of view, through the following research question: "**How satisfied are patients with the quality of health services provided by private hospital institutions – in the state of Annaba**"? In order to address this problem, a questionnaire was designed to collect information and distribute it to the study sample consisting of (400) clients (patients) from (05) private hospitals in Annaba, and address it statistically depending on the "Statistical Package for Social Sciences" version (26) and "MINITAB version (16), in order to know the patients' evaluation of the quality of the health services provided to them, in addition to knowing whether there is a difference between their evaluations of the dimensions of health service quality based on demographic and personal factors.

The study reached a number of results, the most prominent of which are: the satisfaction of patients with the quality of health services provided to them in private hospital institutions - in the state of Annaba - at a significant level (0.05). In addition, there are no statistically significant differences between patients' attitudes in evaluating the dimensions of the quality of health services provided in hospital institutions in the state of Annaba based on demographic and personal factors.

The study recommends, based on the results obtained, the necessity of interacting with the opinions and suggestions of the client (the patient) and establishing an effective system to listen to the customer and receive complaints, and work to develop administrative units concerned with improving service quality within private hospital institutions and accord them autonomy and broad powers, as well as cooperating with research laboratories of university institutions to benefit from the masses of specialized researchers, whether in the field of health administration or various areas of concern, and benefit from training programs and participate in specialized scientific forums, in addition to providing modern devices and equipment in keeping with the rapid technological development, modernizing and expanding patients' lounges and lobbies, reception areas and employees' offices.

Keywords: Health service, Quality of health service, Dimensions of health service quality, Private hospital institutions, Customer satisfaction.

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
IV	شكر وتقدير.....
VII	إهداء.....
VII	الملخص.....
VII	قائمة المحتويات.....
XV	قائمة الجداول.....
XVIII	قائمة الأشكال.....
أ - ح	المقدمة العامة.....
الفصل الأول: الأدبيات النظرية لجودة الخدمة الصحية	
02	تمهيد.....
03	المبحث الأول: النظام الصحي والمؤسسات الاستشفائية بالجزائر.....
18	المبحث الثاني: جودة الخدمة الصحية ورضا الزبون.....
44	المبحث الثالث: أبعاد وأساليب قياس جودة الخدمة الصحية وآليات تحسينها..
65	خلاصة الفصل.....
الفصل الثاني: الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية	
67	تمهيد.....
68	المبحث الأول: عرض الدراسات السابقة.....
91	المبحث الثاني: مراجعة الدراسات السابقة.....
96	خلاصة الفصل.....
الفصل الثالث: الطريقة والأدوات	
98	تمهيد.....
99	المبحث الأول: طريقة الدراسة.....
105	المبحث الثاني: الأدوات المستعملة في الدراسة.....
114	خلاصة الفصل.....

الفصل الرابع: النتائج ومناقشتها	
116	تمهيد.....
117	المبحث الأول: عرض نتائج الدراسة.....
156	المبحث الثاني: مناقشة نتائج الدراسة.....
169	خلاصة الفصل.....
171	الخاتمة العامة.....
176	قائمة المراجع.....
192	الملاحق.....
225	فهرس المحتويات.....

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
47	أبعاد جودة الخدمة بالمؤسسات الصحية	01
105	عدد الاستثمارات الموزعة والمسترجعة	02
109	معاملات الارتباط بين درجات عبارات أبعاد جودة الخدمة الصحية مع الدرجة الكلية لكل بعد	03
110	معامل الثبات لأبعاد جودة الخدمة الصحية طبقا لاختبار ألفا كرونباخ	04
112	الأوزان الممنوحة لخيارات الإجابة في استمارة الاستبيان حسب مقياس ليكرت الخماسي	05
113	إجابات الأسئلة ودلالاتها	06
118	الخصائص الديمغرافية والشخصية لأفراد العينة	07
123	عرض البيانات وفق بعد الاعتمادية	08
125	عرض البيانات وفق بعد الملموسية	09
127	عرض البيانات وفق بعد الاستجابة	10
129	عرض البيانات وفق بعد الأمان	11
131	عرض البيانات وفق بعد التعاطف	12
132	عرض وتحليل بيانات الاستبيان المتعلقة بالأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية	13

133	ملخص نتائج اختبار Z للعينة الواحدة لرضى المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة وفق بعد الاعتمادية	14
134	ملخص نتائج اختبار Z للعينة الواحدة لرضى المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة وفق بعد الملموسية	15
135	ملخص نتائج اختبار Z للعينة الواحدة لرضى المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة وفق بعد الاستجابة	16
136	ملخص نتائج اختبار Z للعينة الواحدة لرضى المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة وفق بعد الأمان	17
137	ملخص نتائج اختبار Z للعينة الواحدة لرضى المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة وفق بعد التعاطف	18
138	ملخص نتائج اختبار Z للعينة الواحدة لرضى المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة وفق أبعاد جودة الخدمات الصحية	19
139	اختبار T لأبعاد جودة الخمة الصحية حسب نوع الجنس	20
142	تحليل التباين الأحادي ANOVA لأبعاد جودة الخدمة الصحية حسب السن	21
145	تحليل التباين الأحادي ANOVA لأبعاد جودة الخدمة الصحية حسب المستوى التعليمي	22
148	لأبعاد جودة الخدمة الصحية حسب الدخل ANOVA تحليل التباين الأحادي الشهري	23
149	نتائج اختبار المقارنات البعدية Scheffè	24
151	اختبار T لأبعاد جودة الخمة الصحية حسب محل السكن	25

154	تحليل التباين الأحادي ANOVA لأبعاد جودة الخدمة الصحية حسب أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة	26
155	نتائج اختبار المقارنات البعدية Scheffè	27

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
36	المؤشر العام لرضا الزبون	01
40	خصائص الرضا	02
43	العلاقة بين جودة الخدمة الصحية ورضا الزبون	03
53	فجوات جودة الخدمة	04
62	علاقة جودة الخدمة مع أشكال التسويق	05
119	توزيع أفراد العينة حسب نوع الجنس	06
119	توزيع أفراد العينة حسب السن	07
120	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	08
120	توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري	09
121	توزيع أفراد العينة حسب محل السكن	10
121	توزيع أفراد العينة حسب أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة داخل أو خارج الوطن	11

مقدمة عامة

مقدمة:

يتميز العالم اليوم بالتحوّلات المتسارعة والنمو المتزايد في مختلف القطاعات خاصة في ظل عصر العولمة واقتصاد المعرفة والانفتاح على الأسواق العالمية، مما يجعل المنافسة والتطور السريع والمتغير لاحتياجات ورغبات الأفراد من أكبر التحديات التي تواجه مختلف المنظمات الساعية إلى المنافسة والريادة في بيئة أعمال تتميز بالديناميكية وحالة عدم التأكد العالية، حيث أصبح اليوم إرضاء الزبون وخلق الرغبة لديه والمحافظة عليه الهدف الأساسي الذي تطمح مختلف المنظمات إلى تحقيقه ويتوقف ذلك بشكل جوهري على مستوى الجودة المقدمة في منتجاتها ومستوى رضا الزبون عنها.

وفي هذا السياق يشهد قطاع الخدمات في وقتنا الراهن اهتماما ملحوظا ونموا كبيرا جعله يشغل مكانة متميزة في اقتصاديات الدول، باعتباره أحد القطاعات المعول عليها في دفع عجلة التنمية الاقتصادية والاجتماعية خاصة في البلدان النامية والسائرة في طريق النمو ومنها الجزائر، ومن بين أهم القطاعات الخدمية نجد قطاع الخدمات الصحية كونه قطاع حيوي وحساس واستراتيجي يرتبط مباشرة بسلامة واستمرارية العنصر البشري، فالوضع الصحي لأي مجتمع يشكل مقياسا لمدى تطوره الاقتصادي، الاجتماعي والثقافي، والارتقاء بالمستوى الصحي للمواطنين يشكل هدفا رئيسيا بالنسبة لأي دولة في خططها التنموية والاجتماعية والاقتصادية.

إن الخدمة الصحية تشكل واحدة من أبرز وأهم الخدمات الأساسية التي تسعى المجتمعات الإنسانية إلى تحقيقها بدرجة جودة عالية، الأمر الذي يستلزم تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة باعتبارها وسيلة مهمة في كسب ثقة الزبائن المستفيدين من هذه الخدمات وهي أحد أسس الإدارة الحديثة التي تساهم في الارتقاء بالعمل في ظل التحديات والمستجدات المتلاحقة، وبالتالي فإن المؤسسات الاستشفائية الجزائرية تواجه كغيرها من المؤسسات الأخرى تحولات ذات أهمية كبرى فيما يتعلق بالبيئة التنافسية والتكنولوجية خاصة المحيطة بها وإن مواكبة مختلف التطورات في المجال الصحي أصبح أمرا ضروريا يسعى إليه الزبون (المريض) ما يحتم على هذه المؤسسات والتي تهدف إلى تحقيق مركز تنافسي أن تعمل باستمرار لتحسين نوعية خدماتها والارتقاء إلى مستوى جودة يتطلع إليه الزبون، لاسيما المؤسسات الاستشفائية الخاصة والتي تشهد اقبالا متزايدا من الزبائن طلبا لخدمات صحية أفضل من الخدمات المقدمة في المؤسسات الاستشفائية العمومية، مما أكسبها طابع المنافسة مع تزايد انتشارها في الجزائر.

لقد أصبح الزبون اليوم يفاضل بين مجموعة الخدمات المقدمة إليه من مختلف الأطراف على عدة أسس في ظل الوتيرة المتسارعة للتكنولوجيا حول العالم، بل وفرض نفسه كطرف مهم يحكم على صورة

ومكانة المؤسسة من منظور جملة من المعايير تأتي في مقدمتها الجودة، التي تعتبر الأهم بالنسبة للمريض، والأصعب من حيث التطبيق بالنسبة للمؤسسة الصحية، حيث أن رضا الزبون يشكل حاليا معيارا أساسيا لتقييم جودة الخدمة الصحية ما يجعل موضوع جودة الخدمة الصحية يحظى باهتمام كبير من الباحثين والمختصين وقد تبلور هذا الاهتمام بتحديد أبعاد جودة الخدمة الصحية والتي تعد بمثابة مؤشرات لقياس مستوى جودة الخدمة الصحية.

إن الدولة الجزائرية وفي منظومتها الدستورية والقانونية تدعو إلى جعل مبدأ حق المواطنين في حماية صحية أمرا ضروريا وحقا مكفولا، وبالرغم من النمو السريع والمتزايد للهياكل الصحية عبر الوطن وتوسيع الأطر التنظيمية والقانونية التي تحكم عمل المؤسسات الاستشفائية العمومية والخاصة والتي تساهم في تسهيل وتحسين ظروف تقديم الخدمات الصحية، فإن الرغبات المتغيرة والمتزايدة للزبون (المريض) تفرض على هذه المؤسسات الاستشفائية بذل المزيد من الجهود لاسيما القطاع الخاص والذي يشكل إرضاء الزبون محور عمله وهو بحاجة إلى تقييم دوري ومستمر لأرائه وتطلعاته بهدف اكتشاف الانحرافات السلبية وتقويمها والعمل على الارتقاء بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

أ- مشكلة الدراسة:

نظرا للأهمية البالغة التي يكتسبها موضوع جودة الخدمات الصحية بالنسبة للفرد والمجتمع والتطورات الحالية المتسارعة في المجال الطبي حول العالم، ومواكبة للمستجدات الحالية فان موضوع جودة الخدمات الصحية يشكل مجالا متجددا للدراسة عبر الزمن ويسع للعديد من المساهمات العلمية الهادفة إلى الارتقاء بالوضع الصحية وتحسين الخدمات المقدمة من طرف المؤسسات الاستشفائية، وبتوسع انتشار القطاع الصحي الخاص من خلال تزايد عدد المؤسسات الاستشفائية الخاصة في الجزائر موازاة مع تزايد الطلب من طرف الزبائن على هذه الخدمات الصحية سعيا لإيجاد الجودة المتوقعة والعالية، فإن جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة تعد دوما بحاجة إلى تقييم مستمر لاسيما في ظل الظروف الوبائية المتقلبة حول العالم وتوجه العديد من المرضى إلى مؤسسات استشفائية خاصة خارج الجزائر طلبا لخدمات صحية أفضل، مما يطرح تساؤلا فعليا حول مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مؤسساتنا الاستشفائية بالقطاع الخاص في ظل المنافسة الشديدة سواء محليا أو دوليا ومدى رضا الزبون (المريض) عنها.

ومن هذا المنطلق جاءت الإشكالية الرئيسية لموضوع دراستنا كآتي:

ما مدى رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسات الاستشفائية الخاصة - بولاية عنابة؟

ومن خلال الإشكالية الرئيسية يمكن صياغة التساؤلات الفرعية التالية:

- هل هناك رضا من طرف المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تبعا للمتغيرات الشخصية والديمغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، محل السكن، أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة)؟

ب- فرضيات الدراسة:

في إطار إنجاز موضوع الدراسة، وللإجابة عن الإشكالية الرئيسية والتساؤلات الفرعية تم صياغة الفرضيات التالية:

- **الفرضية الرئيسية الأولى:** يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة عند مستوى معنوية 5 %.

ويندرج تحت هذه الفرضية الرئيسية خمسة (05) فرضيات فرعية كالتالي:

- **الفرضية الفرعية الأولى:** يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق **بعد الاعتمادية** عند مستوى معنوية 5 %.
- **الفرضية الفرعية الثانية:** يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق **بعد الملموسية** عند مستوى معنوية 5 %.
- **الفرضية الفرعية الثالثة:** يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق **بعد الاستجابة** عند مستوى معنوية 5 %.
- **الفرضية الفرعية الرابعة:** يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق **بعد الأمان** عند مستوى معنوية 5 %.
- **الفرضية الفرعية الخامسة:** يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق **بعد التعاطف** عند مستوى معنوية 5 %.

- **الفرضية الرئيسية الثانية:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى للعوامل الديمغرافية والشخصية.

ويندرج تحت هذه الفرضية الرئيسية خمسة (05) فرضيات فرعية كالتالي:

- **الفرضية الفرعية الأولى:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى لمتغير الجنس.
- **الفرضية الفرعية الثانية:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى لمتغير السن.
- **الفرضية الفرعية الثالثة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.
- **الفرضية الفرعية الرابعة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى لمتغير الدخل الشهري.
- **الفرضية الفرعية الخامسة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى لمتغير محل السكن (داخل أو خارج ولاية عنابة).
- **الفرضية الفرعية السادسة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى لمتغير أسبقية الدخول الى مؤسسة استشفائية خاصة.

ت- مبررات اختيار الموضوع:

هناك مجموعة من الأسباب الموضوعية والذاتية التي أدت لتناول هذه الدراسة دون غيرها، نذكرها

كالتالي:

- الميول الشخصي والرغبة نحو دراسة المجال الصحي وفهم مختلف حيثياته خاصة فيما تعلق بجودة الخدمة الصحية؛
- المكانة المهمة لموضوع الخدمة الصحية نظرا لارتباطها بسلامة حياة الانسان؛

- التوجه الكبير للمرضى نحو الخارج طلبا لخدمات صحية أفضل؛
- توسع القطاع الصحي الخاص بتزايد أعداد المؤسسات الاستشفائية الخاصة عبر الوطن، ما يبرز ضرورة تقييم جودة الخدمات المقدمة بها؛
- المساهمة في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيد منها؛
- الإصلاحات التي تنتجها الدولة الجزائرية لتحسين الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسات الاستشفائية.

ث- أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق ما يلي:

- تقديم إطار معرفي حول مفهوم الخدمة الصحية وأبعادها وطرق قياسها من خلال إبراز أدبيات الدراسة النظرية؛
- التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة؛
- معرفة تقييم المرضى لجودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة من حيث الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية؛
- التعرف على درجة التباين في تقييم الخدمات الصحية والذي يعزى للمتغيرات الديمغرافية والشخصية للمرضى (زبائن المؤسسات الاستشفائية الخاصة)؛
- محاولة تقديم بعض التوصيات والاقتراحات في ضوء نتائج الدراسة والتي تساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة.

ج- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة من كونها تتناول موضوعا بالغ التأثير على الفرد والمجتمع، والدولة على حد سواء، باعتبار موضوع جودة الخدمة الصحية من القضايا التي كانت ولا زالت من أهم القضايا التي يجب الالتفات إليها والبحث فيها لآثارها الكبيرة على الجوانب التنموية، الاجتماعية والاقتصادية لأي بلد، كما يزيد من أهمية هذه الدراسة أنها نابعة من تقييم الزبون (المريض) للخدمات المقدمة بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة في ظل تزايد حجم القطاع الصحي الخاص، وفي ظل ظروف انتشار وباء كورونا (كوفيد 19)، ما يساهم بالتوصل إلى حلول ومقترحات تساهم في تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات الخاصة.

ح- حدود الدراسة:

- **الحدود المكانية:** اقتصرَت الدراسة على خمسة (05) مؤسسات استشفائية خاصة بولاية عنابة: (مصحة الجزائر، مصحة الفرابي، مصحة الياسمين، مصحة ابن نفيس، مصحة المنظر الجميل).
- **الحدود الزمانية:** تمت معالجة الجانب النظري في الفترة الممتدة من شهر ديسمبر 2017 إلى شهر ديسمبر 2019، بينما أنجز الجانب التطبيقي في الفترة الممتدة من 10 / 01 / 2020 إلى 20 / 09 / 2020.
- **الحدود الموضوعية:** اهتمت الدراسة بموضوع تقييم جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة - بولاية عنابة من ناحية الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية (الاعتمادية، الملموسية، الاستجابة، الأمان، التعاطف)، بالاعتماد على مقياس الأداء الفعلي Servperf.

خ- المنهج والأدوات المستخدمة:

بغية تحقيق أهداف الدراسة، تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي القائم على دراسة الأسس النظرية في المراجع العربية والأجنبية، والقيام بدراسة تطبيقية عن طريق توزيع استمارة الاستبيان على عينة الدراسة والمتمثلة في زبائن (مرضى) المؤسسات الاستشفائية الخاصة، وتم تحليل بيانات هذه الاستمارة بالاعتماد على برنامج "الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS" نسخة (26)، وبرنامج "MINITAB" نسخة (16).

ج- مرجعية الدراسة:

لإنجاز الدراسة الحالية تم الاعتماد على مجموعة من الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع البحث وتمثلت هذه الدراسات السابقة في مقالات علمية أكاديمية منشورة، وأطروحات دكتوراه موزعة جغرافيا على المستوى المحلي (الجزائر) والمستوى العربي، والمستوى الأجنبي (خارج الدول العربية)، كما تم الاعتماد على مجموعة من الكتب والجرائد والمواقع الالكترونية، إضافة إلى مناقشة بعض المختصين والأساتذة الباحثين في الموضوع لإثراء الرصيد المعرفي في الجانب النظري.

د - صعوبات الدراسة:

تمثلت صعوبات الدراسة فيما يلي:

- تزامنت فترة الدراسة الميدانية مع انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد 19) حول العالم، مما جعل الدخول إلى المؤسسات الاستشفائية يشكل خطورة على السلامة البشرية وإضافة إلى جملة الصعوبات في التعامل مع المريض احتراماً للبروتوكول الصحي الوقائي المطبق؛
- إجراء الدراسة على عينة حساسة جداً تتمثل في المرضى يشكل تحدي كبير للباحث؛
- دراسة الموضوع في المؤسسات الصحية الخاصة يعتبر أمراً صعباً لتخوف مدراء وأصحاب هذه المؤسسات من مثل هذه البحوث ورفض البعض لها.

ذ - هيكل الدراسة:

للإجابة على الإشكالية المطروحة قمنا بتقسيم الدراسة إلى أربع (04) فصول وفق منهجية **IMRAD**، الفصل الأول تطرقنا فيه إلى الأدبيات النظرية لجودة الخدمة الصحية، في حين تم التطرق في الفصل الثاني إلى الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية، أما الفصل الثالث يتناول الطريقة والأدوات المستخدمة، والفصل الرابع والأخير تطرقنا فيه إلى النتائج ومناقشتها.

الفصل الأول

الأدبيات النظرية لجودة الخدمة
الصحية

تمهيد:

تشكل الخدمة الصحية محور اهتمام كبير من مختلف الفاعلين لارتباطها بصحة وحياة الانسان الذي يمثل القيمة العليا على الأرض، حيث أصبح موضوع جودة الخدمة الصحية هدفا تسعى إليه مختلف المؤسسات الاستشفائية لتلبية رغبات زبائنها وتحقيق رضاهم خاصة مع التطور المستمر في المنظومات الصحية العالمية ما يساهم في الرفع من مستوى توقعات الزبون المواكبة لهذه التطورات، وقد أصبح تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية أمرا ملحا لتحسين جودة هذه الخدمات المقدمة لاسيما خدمات المؤسسات الاستشفائية الخاصة والتي تتسم ببيئتها بالديناميكية والتنافسية ما يجعلها تسعى لكسب رضا الزبون والاقتراب منه باستمرار.

وسنحاول التطرق في هذا الفصل إلى دراسة بعض المفاهيم المتعلقة بالمنظومة الصحية، وجودة الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية وأساليب تقييمها وآليات تحسينها لتحقيق رضا الزبون، وذلك من خلال (03) ثلاثة مباحث على النحو التالي:

المبحث الأول: النظام الصحي والمؤسسات الاستشفائية بالجزائر؛

المبحث الثاني: جودة الخدمة الصحية ورضا الزبون؛

المبحث الثالث: أبعاد وأساليب قياس جودة الخدمة الصحية وآليات تحسينها.

المبحث الأول: النظام الصحي والمؤسسات الاستشفائية بالجزائر

يعتبر الارتقاء والتطور بالوضع الصحي وجودة الخدمة الصحية المقدمة في بعض دول العالم، ما هو إلا انعكاسا "للنظام لصحي" المعتمد بها، فمفهوم النظام الصحي ومضامينه تشكل الأهمية الكبرى لدى معظم دول العالم ولاسيما الجزائر التي تطمح لتحسين نظامها الصحي ومؤسساتها الاستشفائية التي تشهد تغيرات مستمرة عبر مراحل زمنية متتالية، وعليه سنتطرق في هذا المبحث الأول إلى النظام الصحي كمطلب أول، ثم المؤسسات الاستشفائية كمطلب ثاني، ونتطرق إلى المؤسسات الاستشفائية الخاصة بالجزائر كمطلب ثالث.

المطلب الأول: النظام الصحي

أثار موضوع النظم الصحية العديد من الباحثين والمختصين حول العالم، والذين حاولوا بدورهم تشكيل مفهوم عام حول النظام الصحي ومكوناته الأساسية والتي يمكن التطرق إليها في هذا المطلب الأول من خلال تعريف النظام الصحي ومكوناته الأساسية، وتعريف المنظومة الصحية الجزائرية.

الفرع الأول: تعريف النظام الصحي ومكوناته الأساسية

أولا: تعريف النظام الصحي

قبل التعرض للمفاهيم المتعلقة بالنظام الصحي نشير إلى مفهوم "الصحة" حيث عرفت منظمة الصحة العالمية (OMS) بأنها: "السلامة الجسدية التامة والعقلية والصحة الاجتماعية"¹، وعرفت الصحة على أنها: "حالة حسنة أو سوية جسميا أو عقليا أو ذهنيا، أي هي البريء من كل عيب أو ريب فهو صحيح، أي سليم من العيوب والأمراض"²، وعرفت الصحة في جانبها اللغوي في العديد من القواميس بمختلف اللغات حيث عرفت في القاموس العربي بأنها: "زوال العيوب عكس السقم"³، وعرفها القاموس الفرنسي بأنها: "حالة الانسان الذي تكون أعضائه موظفة بشكل منسجم ومنظم وفي حالة فيزيولوجية جيدة"⁴.

ومن الجدير بالذكر الإشارة إلى أن مفهوم الصحة تطرق له مجموعة كبيرة من الباحثين وفي مختلف التخصصات، وقد تطور هذا المفهوم عبر السنوات، والتعريف اللغوي الذي أسند له يركز بشكل أساسي على أن الصحة هي عكس المرض والعلل التي تصيب أعضاء جسم الانسان الحيوية، وبخلاف ذلك

1 - وفاء سلطاني، الهام يحيوي، "استخدام نموذج (Servqual) لتقييم مستوى الخدمات الصحية دراسة ميدانية"، مجلة دراسات وأبحاث، المجلد 07، العدد 19، جامعة زيان عاشور بالجلفة، 2015، الجزائر، ص 223.

2 - عيد المهدي بواعنة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، دار ومكتبة الحامد، الأردن، دون طبعة، 2004، ص 26.

3 - محمد هادي اللحم وآخرون، القاموس، دار الكتب العلمية، الطبعة الأولى، لبنان، 2005.

4 - Jean pierre mével, Noms communs-Noms propres, Dictionnaire Hachette, Paris, 2004, p 17.

فالتعريف الاصطلاحي "للصحة" أخذ اتجاه أوسع متأثرا بالمعطيات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية وعامل الزمان والمكان.

و بالتطرق "لنظم الصحة" فقد تتعدد التعاريف حولها، ومن أهمها تعريف "تاميرو" في منشور صادر عن (منظمة الصحة العالمية) عام (1991) حيث عرف النظام الصحي بأنه: "العناصر المعقدة والمتداخلة التي تساهم في الصحة، في البيت والمؤسسة التعليمية، وفي البيئة المادية والنفسية والصحة والقطاعات ذات العلاقة"، وفي عام (2007) اعتمدت (منظمة الصحة العالمية) تعريفاً أضيق نطاقاً، يعرف النظام الصحي على أنه " جميع المنظمات والأشخاص والإجراءات التي تهدف في المقام الأول إلى النهوض بالصحة أو استعادتها، أو الحفاظ عليها"¹.

كما عرف الباحث "نصيرات" النظام الصحي على أنه: "مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها ضمن شبكة من الاتصالات والتي تعمل على تحقيق هدف النظام الصحي والمتمثل بضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع، والمحافظة عليه وترقيته باستمرار"²، ويلاحظ من خلال تعريف "نصيرات" أنه عرف النظام الصحي بإبراز مفهوم النظام بصفة عامة.

ومن خلال التعاريف السابقة يمكن استخلاص تعريف جامع للنظام الصحي على أنه: تداخل جهود مجموعة من العناصر والتي تهدف إلى الارتقاء بالوضع الصحي للأفراد والمجتمعات من خلال مجموعة من المنظمات والقوانين، والإجراءات التي تدار على أسس مدروسة.

ثانياً: مكونات النظام الصحي

يتكون النظام الصحي شأنه شأن باقي الأنظمة من أربعة عناصر أساسية، وهي³:

- **المدخلات:** وتشمل كل المعدات، والأجهزة والآلات، المرضى، الطاقم الطبي والشبه الطبي، الطاقم الإداري والعمال، المباني، الأسرة... الخ؛
- **العمليات:** وهي تشمل كل ما يتعلق بإجراءات التشخيص والمعالجة والرعاية الصحية، صرف الأدوية، وباقي العمليات الإدارية والرقابية؛

¹ - علي سنوسي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر -أفاق 2010-، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، ص 15.

² - فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة، الأردن، الطبعة الثالثة، 2011، ص 54.

³ - ليلي عياد، أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك دراسة امبريقية على بعض المؤسسات الصحية الاستشفائية بولاية أدرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية (للفترة 2015/2016)، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، قسم العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2015/ 2016، ص 69.

- المخرجات: وتتمثل في كل من معدلات المرضى، الوفيات والشفاء، الرضا والعاملين والمرضى، العدوى... الخ؛
 - **التغذية العكسية:** وهي تتمثل في البيانات والمعلومات عن بيئة المؤسسة الصحية الداخلية والخارجية، ومعلومات عن مدى تطابق خدمات المؤسسة مع المعايير والمقاييس المعتمدة، حيث على ضوء هذه التغذية تغيير نوع الخدمة بما ينسجم ورغبات واحتياجات الجمهور المستفيد.
- إن هذا الطرح العلمي يشكل مكونات النظام الصحي على أساس المقاربة النظامية، وحتى يتمكن النظام من تحقيق الهدف المرسوم له لا بد من توفير مجموعتين رئيسيتين من الخدمات الصحية يشكلان معا النظام الصحي الكلي، وهي "برامج الصحة العامة" و"خدمات الرعاية الطبية" وهناك خمسة عناصر مكونة لمركب الرعاية الصحية في أي نظام للخدمات الصحية وفي أي مجتمع وهذه العناصر هي¹:
- **الإدارة:** تعتبر الإدارة الصحية فرعا متخصصا من العلوم الإدارية والصحية المتميزة وهي علم تطبيقي اجتماعي يضم مزيج من علوم إدارة الأعمال والإدارة العامة والعلوم الطبية والصحة العامة، والسياسات الصحية وعلم الأنظمة الصحية، وعلوم أخرى متخصصة في الإدارة الصحية كالبحوث الصحية أو أنظمة البحوث العلمية والتخطيط الصحي والثقافة الصحية، وتقييم البرامج الصحية؛
 - **العنصر التنظيمي:** ويشمل مجموعة الإجراءات والترتيبات المطلوبة لتنظيم وتنسيق الأنشطة المختلفة لفريق الرعاية الطبية بهدف ضمان تواجد خدمات الرعاية بالكم والكيف الصحيح وضمان الوصول لها والانتفاع بها؛
 - **العنصر المهني:** ويمثل كافة المهنيين الصحيين الذين يقدمون الخدمة الصحية بما في ذلك المهني الصحية المساندة، بل أصبحت عملية تنظيمية تقوم على مجهودات وأنشطة مجموعة متعددة الاختصاصات ومن ميادين معرفية مختلفة مثل الأطباء والمرضى والصيادلة والمدراء الصحيين وأخصائي التغذية والإداريين وغيرهم من المهني المساعدة في المجال الصحي وهو ما يعرف اليوم بفريق الرعاية الطبية؛
 - **العنصر الشخصي:** ويمثل كافة الأفراد والجماعات المنتفعين بالبرنامج الصحي أو الذين يتوقع أن يستخدموا هذه الخدمات عند حاجتهم لها؛

¹ - سعيدان رشيد، روشام بن زيان، "جودة الخدمات الصحية من خلال آراء المرضى بالمؤسسة الاستشفائية 240 سريير بولاية بشار"، مجلة البشائر الاقتصادية، المجلد 04، العدد 02، جامعة طاهري محمد بشار، الجزائر، 2018، ص ص 352-354، بتصرف.

- **العنصر الاجتماعي والمؤسسي:** ويشمل كافة المؤسسات الصحية العامة منها والخاصة والتي تقوم على إنتاج وتقديم خدمات الرعاية الطبية.

الفرع الثاني: المنظومة الصحية الجزائرية

أولاً: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر

عرفت المنظومة الصحية في الجزائر منذ الاستقلال إلى اليوم تغيرات مستمرة، مما يفرض تجديدا في كل مرة سواء على مستوى السياسات المقدمة، أو على مستوى التنظيم والهيكل، أو على مستوى التمويل، ولقد سعت الدولة الجزائرية جاهدة لتحسين الوضعية الصحية للمواطنين ومن أبرز محطات التغيير في النظام الصحي تطبيق مبدأ مجانية العلاج، هذا الأخير الذي كان من وراءه تقسيم جديد للمجال بخلق قطاعات صحية حسب مرسوم فيفري 1973 والقضاء على مركزية العلاج، والتكفل الجيد بصحة السكان وعموما كل دائرة اختيرت لتكون على رأس عدد معين من البلديات باعتبارها مقر القطاع الصحي، وقد اتبعت الجزائر هذا التقسيم من أجل تقريب مختلف الهياكل الصحية من السكان، وكذلك لتسهيل عمل هذه الهياكل¹.

وبداية من سنة 2007 قامت الدولة الجزائرية بإصلاحات جذرية لقطاع المستشفيات بداية من 2007، بموجب الخريطة الصحية الجديدة التي أخذت بعين الاعتبار التغيرات المتسارعة، بالإضافة إلى الأساليب والطرق التنظيمية الجديدة في الإدارة والتشغيل وعلى المستوى اللوجيستي والتطور التقني، فعملت السلطات المعنية على البحث عن الحل المناسب كبديل لتنظيم القطاع الصحي والذي يتمثل في الخريطة الصحية الجديدة التي جاءت وفق المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية².

ويقسم الجانب التاريخي لتطور النظام الصحي الجزائري إلى ثلاثة مراحل أساسية ممتدة من سنة 1963 إلى 2001 كما يلي:

¹ - سعيدة رحمانية، "وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر"، مجلة الباحث الاجتماعي، المجلد 11، العدد 11، جامعة المسيلة، الجزائر، 2015، ص 223، بتصرف.

² - يقاش وليد، فاتح بالواضح، خصائص تنظيم القطاع الصحي في الجزائر وأثره على جودة الخدمات الصحية، مجلة المشكاة في الاقتصاد والتنمية والقانون، المجلد 05، العدد 09، المركز الجامعي بلحاج بوشعيب عيت تموشنت، الجزائر، 2019، ص 144.

أ- المرحلة الأولى (1963 - 1973)¹:

فغداة الاستقلال، كانت الجزائر تملك 500 طبيب (50 % منهم جزائريين)، من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان الذي بلغ عددهم 10.5 مليون ساكن، وتميزت تلك الفترة بسوء المؤشرات الصحية في ظل الموارد المحدودة، وركزت وزارة الصحة على هدفين أساسيين هما:

- تخفيض اللامساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي (العمومي والخاص) من أجل تسهيل الحصول على العلاج؛
- مكافحة الأمراض والتقليل من الوفيات، وخاصة الأمراض المتنتقلة.

وتميزت هذه الفترة بوضع العديد من برامج الصحة الموجهة من أجل حماية طبقة السكان المحرومين، وضمان الوقاية من الأمراض المستعصية، كما فرض التطعيم الإجباري لكل الأطفال، وفي نفس الفترة كان الإنتاج الصيدلاني والاستيراد والتوزيع بالجملة مضمونا من طرف الصيدلية المركزية الجزائرية (PCA) على الخصوص؛

ب- المرحلة الثانية (1947 - 1989)²:

تميزت هذه المرحلة على مستوى السياسة الصحية بثلاثة أمور هي:

- تقرير مجانية العلاج؛
- إصلاح النظام التربوي وبالخصوص الدراسات الطبية، وكان من جهة تحسين جودة التعليم وتدعيم التأطير، مما سمح بوجود عدد كبير من الممارسين الطبيين في كل التخصصات؛
- إنشاء القطاع الصحي، حجر الزاوية لتنظيم النظام الوطني للصحة، الذي ارتبطت به كل وحدات العلاج الأساسية.

ولقد تميزت هذه المرحلة كذلك بما يلي:

- إنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية؛
- تشييد 13 مركز استشفائي جامعي مكلف بثلاثة أدوار هي: العلاج، التكوين، البحث؛

¹ - M.chouch, "**Développement du Système National de Santé :Stratégie et perspectives**", Le gestionnaire revue élaborée par l'école nationale de la santé publique, N 05, Algérie, 2001, p p 4- 5.

² - Saihi, "**Le Système de santé publique en Algérie**", Revue gestions hospitalières, La revue des décideurs hospitaliers, N 455, 2006, Algérie, p p 240- 242.

- تحسن كبير على مستوى المؤشرات الصحية.

ت-المرحلة الثالثة (1990-2001)¹:

تميزت هذه المرحلة بتراكم المشاكل، والتي تطورت منذ نهاية الثمانينيات، والتي أدت إلى إعادة هيكلة تدريجية للنظام الصحي، رغم إدخال مسار التكييف 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 التطبيق هياكل الدعم لنشاط وزارة الصحة، والتي تمثلت فيما يلي: المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية (GNCPP)، الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH)، الوكالة الوطنية للدم (ANS)، المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد (CNPM).

ثانيا: التنظيم العام للنظام الصحي الجزائري

بعد عرض تطور النظام الصحي الجزائري سوف نتناول تنظيمه العام، والذي يشمل ثلاثة مستويات أساسية، تتمثل في²:

أ- المستوى المركزي:

تشمل الوزارة عشر (10) وحدات مؤسسة عن طريق مرسوم، ومنسقة عن طريق السكرتار العام. بالإضافة إلى ذلك توجد لجان وطنية وقطاعية، تستمد سلطتها مباشرة من الوزارة المكلفة بالصحة والسكان، وتقوم هذه اللجان بالفحص لكن تلعب غالبا دورا مهما في تنمية ومتابعة وتقييم البرامج الوطنية للصحة، في المقابل توجد عشر (10) هيئات تحت وصاية الوزارة ومسيرة من طرف مجالس الإدارة؛

ب- المستوى الجهوي:

من أجل تحقيق الملائمة بين عرض العلاج واحتياجات السكان، وضمان مبدأ المساواة والعدالة في مجال الاستفادة من العلاج، أسست الجهوية الصحية سنة 1955.

¹ - M.chaouch, op. cit, p 6.

² - عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، الجزائر، 2008، ص ص 352-345.

ويعتبر المجلس الجهوي للصحة هيئة فاحصة متعددة القطاعات، مكلفة بتدعيم التشاور بين المتدخلين والمجتمع المدني فيما يتعلق بالتوجهات الاستراتيجية، اتخاذ القرار، وعلى الخصوص (تجنيد) تخصيص الموارد، وعلى المستوى القانوني والوظيفي يمكن اعتبار المراقبين الجهويين للصحة كملحقات للمعهد الوطني للصحة العمومية تمارس مهمة خاصة مرتبطة بالمعلومة الصحية. وتوجد خمسة مناطق صحية:

- منطقة الوسط (11 ولاية)؛
- منطقة الشرق (14 ولاية)؛
- منطقة الغرب (11 ولاية)؛
- منطقة جنوب شرق (07 ولايات)؛
- منطقة جنوب غرب (05 ولايات).

والجدير بالإشارة أن المستوى الجهوي يبقى افتراضي، حيث لا توجد استقلالية مالية على مستوى المنطقة، وتبقى غير محددة بصورة جيدة على مستوى الهيكل القانوني؛

ت- المستوى الولائي:

تتكون الجزائر من 48 ولاية. تسير مديرية الصحة والسكان بالمرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997، والمتعلق بتحديد القواعد التنظيمية وتشغيل مديريات الصحة والسكان والوارد بالجريدة الرسمية رقم 47. وتتمثل مهامها في جمع وتحليل المعلومة الصحية، ووضع حيز التطبيق البرامج القطاعية للنشاط الصحي وتقييمها.

فمديرية الصحة والسكان تنسق نشاطات المنشآت والهيكل الصحية، وتمارس وصايتها ومراقبتها على هياكل القطاع الصحي (مكاتب طبية، صيدليات، مخابر، عيادات خاصة...) إلى جانب المنشآت الصحية المتخصصة والقطاعات الصحية، والمراكز الاستشفائية، ويدير المؤسسة الاستشفائية المتخصصة مجلس إدارة ويسيرها مدير، وهي مزودة بجهاز استشاري يسمى المجلس الطبي ويبلغ عددها 32، وتضم مستشفيات الأمراض العقلية، والمستشفيات المتخصصة (أمراض القلب، جراحة الأعصاب، الأمراض المعدية...).

كما يبلغ عدد القطاعات الصحية 185 قطاعا صحيا، ويختلف عددها من ولاية لأخرى ويشمل كل قطاع صحي مصلحة وبائية وطب وقائي مكلفة بجمع المعلومات الوبائية، وتقويم البرامج الوطنية على مستوى القطاع الصحي.

المطلب الثاني: المؤسسات الاستشفائية

تمثل المؤسسة الاستشفائية أحد الأعمدة الأساسية في رقي وتقدم المجتمعات حول العالم، وتعكس التطور الحاصل في المنظومة الصحية في بلد ما حيث تمثل مجموعة وظائفها الأهمية الكبرى لتعلقها بصحة الإنسان، وسنتطرق في هذا المطلب الثاني إلى كل من تعريف المؤسسة الاستشفائية وتطورها، وتصنيف المؤسسة الاستشفائية ووظائفها.

أولاً: تعريف المؤسسة الاستشفائية وتطورها

أ: تعريف المؤسسة الاستشفائية

تعتبر المؤسسة الاستشفائية المحور الرئيسي للخدمات الصحية في مختلف دول العالم، وتمثل أحد الأعمدة الأساسية للنظام الصحي ووضع الصحة في دولة ما، وهناك العديد من التعاريف المقدمة للمستشفى، نذكر من أهمها:

- عرفت منظمة الصحة العالمية المستشفى على أنها: "جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي، تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية كانت أم وقائية، وتمتد خدماته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنها أيضا مركز لتدريب العاملين والقيام ببحوث اجتماعية حيوية"¹.
- وعرف البكري في كتابه المؤسسات الصحية من وجهات نظر (المرضى، الحكومة، إدارة المؤسسة، شركات الأدوية وباقي المؤسسات المعنية)²:
 - من وجهة نظر المرضى: "إنها الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج، والاستشفاء، والرعاية الطبية لهم؛
 - من وجهة نظر الحكومة: "هي إحدى مؤسساتها الخدمية والمسؤولة عن تقديم كل ما يحتاج إليه المجتمع، للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن؛
 - من وجهة نظر إدارة المؤسسة: "هي مؤسسة مفتوحة على البيئة المحيطة بها، ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة، في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفاء؛
 - من وجهة نظر شركات الأدوية وباقي المؤسسات المعنية: "إنها سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاج إليه من أدوية ومستلزمات".

1 - منظمة الصحة العالمية، "إدارة المستشفيات"، سلسلة التقارير الفنية رقم 395، سويسرا، 1980، ص 06.
2 - ثامر ياسر البكري، "إدارة المستشفيات"، دار البيازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان. الاردن، دون طبعة، 2005، ص ص 21- 22.

- وعرفت الهيئة الأمريكية للمستشفيات المستشفى على أنه: "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل على أسرة للمرضى الداخليين وخدمات طبية تشمل خدمات الأطباء والتمريض، وذلك من أجل إعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين"¹.
ومن خلال التعاريف السابقة يمكن استخلاص بعض أهم النقاط المتعلقة بمفهوم المستشفى كما يلي:
 - المستشفى هو مؤسسة تخضع لتنظيم محدد بجملة من القوانين؛
 - المستشفى هي الجهة المسؤولة عن تقديم الخدمات الصحية للمرضى؛
 - المستشفى تهدف بالدرجة الأولى إلى تحسين الوضع الصحي للسكان وتقديم رعاية صحية كاملة لهم.
- ب: نشأة وتطور المؤسسات الاستشفائية**

إتخذت المستشفيات بمفهومها المعاصر أشكالاً متعددة وأطلق عليها مسميات مختلفة عبر العصور السابقة، وقد كانت البداية في الحضارة الإغريقية سنة 1200 قبل الميلاد حيث إتخذت المستشفيات شكل معابد خصصت لرعاية المرضى وللعبادة في وقت واحد، وكان كهنة المعابد يقومون بدور الأطباء، كما تشير الوثائق التاريخية المصرية إلى وجود ما يطلق عليه "معابد لشفاء" في مصر سنة 600 قبل الميلاد حيث أطلق على الأماكن المخصصة لتشخيص أمراض الإنسان وعلاجها إسم "السيكيستا" أي معابد الشفاء، وفي مطلع الرسالة المسيحية بنيت بيوت للكهنة كمستشفيات صغيرة تحت ضغط الكنيسة لإيواء المرضى والمسنين والمحتاجين، وقد كانت الدوافع الرئيسية لبناء هذه البيوت دوافع دينية إنسانية تتلخص فيما يلي:

- علاج المرضى وتقديم الخدمات لهم بغض النظر عن مقدرتهم على دفع مقابل؛
 - الاهتمام بالنواحي النفسية للمرضى وليس فقط تقديم العلاج لهم؛
 - اعتبار هذه البيوت أماكن لإيواء المرضى والمسنين والمحتاجين وتقديم الخدمات لهم.
- وقد أطلق العرب على المستشفيات لفظ "البيمارستانات" أي دور المرضى، والبيمارستان لفظ فارسي يتكون من كلمتين "بيمار" بمعنى مريض أو عليل و"ستان" بمعنى دار، وقد خطا العرب في العصور الإسلامية خطوات واسعة في مجال تنظيم مهنة الطب والصيدلة ووضعوا مجموعة من القواعد التي تلتقي مع النظم المعمول بها في العصر الحديث².

¹ - غازي فرحان، خدمات الإيواء في المستشفى، دار الزهران، عمان. الأردن، دون طبعة، 1999، ص 06.
² - نازك عبد الله حامد على، أثر مهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية (دراسة تطبيقية في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم)، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، تخصص الفلسفة في إدارة الأعمال، كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2019، ص 129.

ولا شك أن أول ما شغل بال الانسان منذ القديم هو صحته وعافيته، وقد سعى من أجل ذلك للعلاج والوقاية حسب ظروفه وإمكانياته وعلمه، وعلى هذا يخطئ من يقول إن الحرص على الرعاية الصحية وجودة خدماتها هي من إنتاج القرن الحالي¹، ومن أهم ما يميز المؤسسات الصحية في هذا العصر، هو²:

- التركيز على العيادات الخارجية؛
- تقديم الخدمات الصحية في منازل المرضى؛
- استخدام التقنيات الطبية الحديثة بشكل واسع؛
- الاهتمام بمعايير الجودة ومدى تحقيقها في المجالات الطبية.

ثانيا: تصنيف المؤسسة الاستشفائية ووظائفها

أ: تصنيف المؤسسة الاستشفائية

إن موضوع تقسيم وتصنيف المستشفيات تشوبه العديد من الاختلافات عبر العالم وباختلاف توجهات الباحثين والمعايير المعتمدة في التصنيف، ويمكن تقسيمها حسب المعايير الأكثر شيوعا كما يلي:

- **نمط الملكية والإشراف³:**

يمكن تقسيم المستشفيات على أساس الملكية والإشراف إلى نوعين رئيسيين: مستشفيات حكومية ومستشفيات خاصة.

- المستشفيات الحكومية: وتعتبر إحدى أهم المؤسسات الصحية، وهي مملوكة للدولة وتديرها أجهزة حكومية من وزارات وهيئات ومؤسسات عامة، وفق تنظيمات ولوائح حكومية تحكم سير إجراءات العمل القطاع العام، ويمكن تصنيف المستشفيات الحكومية إلى ما يلي:

- مستشفيات حكومية عامة وخاصة وتخصصية: بالنسبة للمستشفيات الحكومية العامة فهي تابعة لوزارة الصحة والسكان غالبا، وأما المستشفيات الخاصة فهي تابعة لجهة معينة مثل: المستشفيات العسكرية والشرطة، بالإضافة إلى المستشفيات التابعة لمنشآت وهيئات معينة، وغالبا ما تقدم خدماتها للعاملين وأبنائهم بتلك الجهات، أما المستشفيات التخصصية فتشمل مستشفيات الولادة، العيون، الأنف

¹ - نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان. الأردن، الطبعة الأولى، 2012، ص 166.

² - غنيم أحمد محمد، إدارة المستشفيات: رؤية معاصرة، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، مصر، الطبعة الأولى، ص 20، بتصرف.

³ - شرف الدين زديرة، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية)، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، تخصص مناجمت المنظمات، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2017، ص 67.

- والحجرية، التأهيل والعظام، الأمراض المزمنة، مرضى الاحتياجات الخاصة، القلب، ومستشفيات الأطفال وغيرها وهناك مستشفيات تشمل أكثر من تخصص واحد؛
- المستشفيات الجامعية والتعليمية: وهي مملوكة للدولة، وإن كانت تابعة للجامعات، وتقدم خدمات مجانية أو مقابل رسوم زهيدة تغطي تكاليف ومصاريف الإدارة، ويقوم بإدارتها مجلس إدارة من أطباء وكليات الطب المختلفة، وتحتوي على بعض الأقسام التعليمية التي تتيح فرصة التدريب العلمي لطلاب الطب.
 - المستشفيات الخاصة: وهي تشمل جميع المستشفيات باستثناء تلك التابعة للحكومة المركزية أو المحلية، وهذه المستشفيات تقدم الخدمات مقابل رسوم، وذلك عكس المستشفيات الحكومية التي تقدم الخدمات الصحية مجاناً.
 - **التصنيف حسب الغرض من التشغيل¹:**
 - مستشفيات استثمارية: وهي مستشفيات خصوصية يملكها أفراد أو مجموعات أو هيئات استثمارية، والغرض من تشغيلها تحقيق الربح المادي، وهي تخضع للضرائب كأى مؤسسة اقتصادية تجارية أو صناعية؛
 - مستشفيات لا استثمارية: وهي لا تهدف للكسب المادي، وهذه بدورها يمكن أن تكون حكومية أو خاصة، وفيها يبتغي الأفراد المالكون أو المؤسسات المالكة للمستشفى تقديم الرعاية الصحية للمجتمع بسعر التكلفة دون تحقيق أرباح مادية لأن الغرض الأساسي هو خدمة المجتمع، وإذا حقق تشغيل إحدى هذه المستشفيات أي عائد مادي فيتم استثمار هذا العائد في ذلك المستشفى بتوسيعه أو بإضافة خدمات أخرى، وعلى هذا الأساس نكون هذه المستشفيات معفاة من الضرائب.
 - **التصنيف حسب نوع الخدمة:**
 - يمكن تقسيمها على هذا الأساس إلى مؤسسات صحية عامة وهي التي تحتوي على جميع الأقسام السريرية أي أنه يعالج فيها جميع أنواع الأمراض، ومؤسسات صحية متخصصة وهي مؤسسات صحية تعالج في أقسامها أمراضاً معينة.
 - **التصنيف حسب الحجم:**

1 - إعداد مجموعة من المتخصصين في علم الإدارة الصحية، الكتاب الطبي الجامعي الإدارة الصحية، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، أكاديمية أنترناشيونال، الطبعة العربية، 2007، ص 118.

يمكن تقسيم المؤسسات هنا على حسب المجتمعات السكنية التي تحددها، إلى صغيرة ومتوسطة وكبيرة، هذه الأخيرة التي تتواجد عادة في المدن الكبيرة وتخدم تجمعات سكانية كبيرة¹.

- التصنيف حسب معيار جودة الخدمة الصحية المعتمدة:

تنقسم المؤسسات الصحية حسب هذا المعيار إلى:

- المؤسسات المعتمدة: هي تلك التي تعرف بها بعض الهيئات العلمية التخصصية، حيث تمتثل للشروط والضوابط التي تكفل قيامها بأداء خدماتها الصحية بمستوى أفضل؛
 - المؤسسات غير المعتمدة: هي التي لا تمتثل لأي شروط أو من قبل الهيئات المتخصصة².
- ويتضح مما سبق أن محاولة وصف كامل ودقيق لمستشفى معين يتطلب الاعتماد على أكثر من تصنيف، وبتطور الأنظمة الصحية وطرق إدارتها فمن المرجح ظهور تصنيفات جديدة وفق معايير أخرى تتناسب والتطور المستمر في إدارة الصحة ومؤسساتها.

ب: وظائف المستشفى:

تختلف الوظائف بين المستشفيات تبعا لاختلاف الأهداف من وجودها، ويمكن ذكر أهم الوظائف

الأساسية التي تشترك فيها معظم المؤسسات الاستشفائية كما يلي:

- تحقيق مستوى عال من جودة الرعاية الطبية؛
 - تعليم وتدريب العاملين في المجالات الطبية والتمريضية؛
 - تعزيز البحوث في مجالات العلوم الطبية والعلوم الأخرى ذات العلاقة بالصحة؛
 - توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية اللازمة للنهوض بصحة المجتمع³؛
- وتعددت وظائف المؤسسة خاصة في العصر الحديث حيث نذكر منها⁴:
- **التثقيف الصحي والوقاية من الأمراض:**

إن التثقيف الصحي بين أفراد المجتمع ومشاركة الهيئات الرسمية وغير الرسمية في حملات مكافحة

الأمراض والتلوث البيئي وكيفية الوقاية من الأوبئة والأمراض المعدية تعتبر من الوظائف الحيوية

للمستشفى، بالإضافة إلى قيام المستشفى بجميع الخدمات الصحية ببرامج الرعاية الصحية وصحة

1 - سليم بطرس جلد، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، بدون طبعة، 2007، ص ص 36-41، بتصرف.

2 - غنيم أحمد محمد، مرجع سبق ذكره، ص 40، بتصرف.

3 - علي سنوسي، "تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية"، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، المجلد 05، العدد 07، جامعة حسينية بن بوعلي الشلف، الجزائر، 2009، ص ص 292-293.

4 - علي سنوسي، "دور إدارة الجودة الشاملة في زيادة فعالية إدارة العمليات بالمستشفيات: دراسة حالة مستشفى محمد بوضياف بالبويرة خلال سنة 2011"، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، المجلد 05، العدد 07، جامعة المسيلة، الجزائر، 2012، ص 121.

الأمومة والطفولة وكذلك المشاركة في مختلف الحملات الاعلامية حول الصحة العامة وصحة الفرد والأسرة؛

• إجراء التجارب والبحوث الطبية:

تلعب المستشفيات دورا حيويا في اكتشاف الحالات المرضية ومتابعتها وإيجاد وتطوير العلاجات المناسبة، ومن ضمن الأبحاث والدراسات الذي يقوم بها المستشفى، تحديد وفهم المشاكل الصحية التي تحدث وتحديد أولويات حلها، وتحسين استخدام الموارد المتاحة وإيجاد سياسة خاصة باستخدامها بكفاءة وفاعلية، ومن خلال هذه الوظيفة يتم تشجيع روح الابتكار والتجربة والمساهمة في الابداع والتطوير.

المطلب الثالث: المؤسسات الاستشفائية الخاصة بالجزائر:

أصبحت المؤسسات الاستشفائية الخاصة تشهد اقبالا متزايدا من الزبائن طلبا لخدمات صحية أفضل من الخدمات المقدمة في المؤسسات الاستشفائية العمومية، مما أكسبها طابع المنافسة مع تزايد انتشارها في الجزائر وانفتاح القوانين التي تحكمها، وسنتطرق في هذا المطلب الثالث إلى كل من تعريف المؤسسة الاستشفائية الخاصة بالجزائر، وشروط ومعايير فتحها.

أولا: تعريف المؤسسات الاستشفائية الخاصة الجزائرية

تختلف المؤسسات الاستشفائية الخاصة عن المؤسسات الحكومية في أنها تكون ملك للأفراد أو جمعيات خيرية أو شركات خاصة، ويتم إدارتها وفقا لأسلوب إدارة الأعمال بالقطاع الخاص مع سعيها الدائم لتحقيق الربح ومن أهم أنواعها¹:

أ- مؤسسات بأسماء أصحابها؛

ب- مؤسسات صحية استثمارية؛

ت- مؤسسات الجمعيات غير الحكومية.

وتعرف المؤسسة الاستشفائية الخاصة حسب مقتضيات المادة الثانية من المرسوم التنفيذي 321/07

المؤرخ في 2007/10/22 يتضمن تنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة بما يلي²: "المؤسسة

الاستشفائية الخاصة هي مؤسسة علاج واستشفاء تمارس فيها أنشطة الطب والجراحة بما فيها طب النساء

1 - نجاة بن فريحة، وآخرون، "الممارسات التسويقية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بين الواقع والمأمول"، مجلة التنمية والاقتصاد التطبيقي، المجلد 04، العدد 01، جامعة المسيلة، 2020، ص 40.

2 - رضا عمر شنتير، النظام القانوني للصحة العمومية، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، تخصص الحقوق، قسم القانون العام، كلية الحقوق، جامعة الجزائر 1، الجزائر، 2013، ص 184.

والتوليد وأنشطة الاستكشاف". ويجب عليها بالنسبة للتخصص أو التخصصات التي تمارسها، القيام على الأقل بالأنشطة التالية:

- الفحص الطبي؛
- الاستكشاف والتشخيص؛
- الاستجابات الطبية و / أو الطبية الجراحية بما فيها إزالة الصدمات والإنعاش والمراقبة؛
- الاستشفاء.

ويعتبر تعريف القانون الجزائري للمؤسسة الاستشفائية الخاصة يماثل العديد من تعريف الدول العربية خاصة من ناحية وظائف وأهداف المؤسسة، حيث نجد تعريف المؤسسة الاستشفائية الخاصة في المملكة العربية السعودية تعرف على أنها: "كل مؤسسة صحية يملكها القطاع الخاص معدة للعلاج أو التشخيص أو التمريض أو إجراء التحاليل الطبية أو التأهيل أو لإقامة الناقهين من المرضى وتشمل ما يأتي: المستشفى، المجمع الطبي العام، العيادة، مركز الأشعة، المختبر الطبي، مركز جراحة اليوم الواحد، مراكز الخدمة الصحية المساندة، مركز خدمات النقل الإسعافي¹.

إن ظهور المؤسسات الاستشفائية الخاصة بالجزائر كان متماشيا مع منطلق تحرير الاقتصاد الجزائري، وقد استجابت السلطات بالجزائر للمطالبات الملحة من طرف الأطباء والمرضى بتوسيع وإنشاء المؤسسات الصحية الخاصة، وكان مؤسسو هذه المؤسسات على خبرة ودراية سابقة حيث اجتذبت المؤسسات الاستشفائية الخاصة زبائن يبحثون عن خدمات صحية بشكل أسرع وفي ظروف أفضل، ويعتبر التطوير المستمر للمؤسسات الصحية الخاصة بالجزائر مرتبط بشكل كبير بالتطورات المحتملة في طرق التمويل وبجاجة واضحة إلى تطوير نظام التأمين الصحي الخاص والتعاقدات مع صندوق الضمان الاجتماعي².

ثانيا: شروط ومعايير فتح المؤسسات الاستشفائية الخاصة بالجزائر

يخضع إنجاز المؤسسة الاستشفائية الخاصة إلى ترخيص وزير الصحة على أساس ملف إداري وتقني يودع لدى مديرية الصحة بالولاية المعنية وهو يحتوي بالإضافة إلى الوثائق والمستندات الخاصة بالبناء، المخططات والوصف التفصيلي للمشروع وموطن إقامته للأنشطة والأعمال المزمع القيام بها، ثم

¹ - المملكة العربية السعودية، وزارة الصحة، نظام المؤسسات الصحية الخاصة الصادر بالمرسوم الملكي ولائحته التنفيذية الصادرة بالقرار الوزاري رقم ١٩٣٧٧، بتاريخ (٥-٦٨، ٤٣٩ هـ)، رؤية 2030، ص 02.

² - Ahcen Zehnati, Christine Peyron, "**Les cliniques privées en Algérie : Logique d'émergence et stratégies de développement**", Monde en développement, Vol 43, N 170, France ,2015, P 137.

تتأكد مديرية الصحة الولائية المهنية من صحة الملف الإداري والتقني وترسله إلى الوزير المذكور مرفقا برأي المدير الولائي للصحة المسبب وذلك كله في أجل لا يتجاوز خمسة وأربعين (45) يوما من تاريخ إيداع الملف الخاص بطلب فتح المؤسسة الاستشفائية الخاصة على أن يفصل الوزير في هذا الطلب في أجل ثلاثة (03) أشهر من تاريخ استلامه الملف بسعي من مديرية الصحة الولائية المختصة¹.

ويحدد القرار رقم 11 والمؤرخ في 06 فيفري 2016 (ملحق رقم 03) الشروط والمعايير المعمارية والتقنية والصحية للمؤسسات الاستشفائية الخاصة كما يلي²:

أ- الشروط والمعايير المعمارية:

تضمنت المواد 2، 3، 4 على التوالي في هذا الجانب ما يلي:

- يجب أن يتوافق موقع المؤسسة الاستشفائية الخاصة مع معايير تسهيل الوصول ونوعية البيئة وقرب الحظائر ووسائل النقل العمومية؛
- يجب أن تستجيب المؤسسات الاستشفائية الخاصة مع معايير البناء والراحة وحفظ الصحة والأمن طبقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما.
- ويجب أن تتضمن التهيئات الضرورية التي تسمح بتسهيل وصول الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة إلى مختلف هياكل ومصالح المؤسسة؛
- يجب أن تتجزأ المؤسسات الاستشفائية الخاصة مع احترام المخططات المعمارية التي وافقت عليها المصالح التقنية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات طبقا للشروط والمعايير المعمارية المحددة في دفتر الشروط النموذجي.

ب- الشروط والمعايير التقنية والصحية:

تضمنت المواد 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18 على التوالي

الشروط والمعايير التقنية والصحية الواجب توفرها في المؤسسات الاستشفائية الخاصة، ونذكر من أهم موادها:

- المادة 5: يجب أن توظف المؤسسة الاستشفائية الخاصة مستخدمين طبيين وشبه طبيين دائمين في التخصص أو التخصصات المرخص لها بممارستها، يجب أن يعلق جدول المستخدمين بشكل واضح في مدخل المؤسسة.

¹ - رضا عمر شنتير، مرجع سبق ذكره، ص 188.

² - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، قرار رقم 11 يحدد الشروط والمعايير المعمارية والتقنية والصحية للمؤسسات الاستشفائية الخاصة، الصادر بتاريخ 6 فيفري 2016، ص ص 2- 3- 4، بتصرف.

- المادة 12: يجب أن تضمن المؤسسة الاستشفائية الخاصة مناوبة طبية.
- المادة 13: يجب أن تزود المؤسسة الاستشفائية الخاصة بتجهيزات طبية جراحية تتوافق مع النشاطات المرخص لها بممارستها.
- المادة 15: يجب أن تتوفر المؤسسات الاستشفائية الخاصة على مخبر للتحاليل الطبية. يجب أن تتوافق هذه المخابر مع دفتر الشروط النموذجي.
- المادة 16: يجب أن تمسك المؤسسة الاستشفائية الخاصة سجلا مرقما ومؤشرا عليه من طرف المدير التقني قصد تسجيل كل المرضى الذين يتقدمون إلى المؤسسة مع الإشارة لاسيما، إلى الألقاب والأسماء وتاريخ ومكان الازيداد والجنس والعنوان وتاريخ قبولهم وكذا السبب.
- المادة 18: يجب أن تتوفر المؤسسة الاستشفائية الخاصة على قاعة للأرشيف خاصة بالملفات الطبية والمستندات ذات الطابع الإداري. ونلاحظ من خلال الشروط والمعايير التي تحكم إنشاء وتسيير المؤسسات الاستشفائية الخاصة المعلنة بالجزائر أنها تتوافق مع مفهوم جودة الخدمة الصحية.

المبحث الثاني: جودة الخدمة الصحية ورضا الزبون

تعتبر جودة الخدمة الصحية من أهم القضايا محل الاهتمام في القطاع الصحي العام والخاص باعتبارها تتعلق بحياة الأفراد والمجتمعات، والتي تهدف بالدرجة الأولى إلى تحقيق رضا الزبون (المريض)، وسنتناول في هذا المبحث أهم المفاهيم المتعلقة "بجودة الخدمة الصحية" ورضا الزبون (المريض)، من خلال التطرق الى ثلاثة (03) مطالب متمثلة في الخدمة الصحية كمطلب أول، جودة الخدمة الصحية كمطلب ثاني، ورضا الزبون عن جودة الخدمة الصحية كمطلب ثالث.

المطلب الأول: الخدمات الصحية

تسعى مختلف دول العالم الى تحقيق نظام صحي بمستوى عالي يستجيب لاحتياجات مجتمعاتها المتزايدة عبر الزمن، وباعتبار الخدمة الصحية أحد أبرز الخدمات التي تحتل دورا مهما في حياة الفرد، وسنتطرق في هذا المطلب الأول الى المفاهيم المتعلقة بالخدمة الصحية من تعريف وخصائص، أسس وأنواع الخدمات الصحية.

أولاً: تعريف الخدمات الصحية وخصائصها

يعتبر من الصعب تحديد مفهوم واضح ودقيق للخدمة الصحية والخصائص المتعلقة بها وذلك لعدة اعتبارات متعلقة بخاصية الخدمة، واختلاف اتجاهات وآراء الباحثين والمختصين في الموضوع.

أ- تعريف الخدمات الصحية

قبل التعرض للمفاهيم المتعلقة بالخدمة الصحية نتطرق الى المفاهيم المتعلقة "بالخدمة" عموماً، حيث تتعدد وتختلف التعاريف حولها وتشير أغلب الأدبيات السابقة الى الاختلاف الموجود في مفهوم الخدمة، وتكمن صعوبة تحديد المفهوم الحقيقي لجملة من الأسباب التالية¹:

- إن كلمة "خدمة" توحى بشيء معنوي أكثر منه مادي ولذلك يستخدم لفظ "منتج" للتعبير عن الخدمة كقولنا مثلاً: منتجات سياحية أو فندقية؛
- إن كلمة "خدمة" لا تشمل قطاع نشاط معين وإنما تشمل عدة قطاعات ان لم نقل كلها؛
- لطالما اعتبرت الخدمة متعلقة بالعنصر البشري، ولكن هذا المفهوم أصبح غير صالح في وقت اكتسحت الآلة ميدان الخدمات مثل الغسيل الآلي للسيارات، آلة توزيع بيع القهوة، أي أن الخدمة تتغير بتغير المحيط التكنولوجي؛
- فضلاً على أن كل الخدمة والمنتج المادي يؤديان نفس الغرض وهو إشباع حاجات المستهلكين. وتم تعريف "الخدمة" من قبل العديد من الباحثين، حيث يمكن تقديم التعريف الذي أورده المنجد الفرنسي (Grand Larousse Encyclopédique): "الخدمة هي منتج غير مادي لنشاط الانسان، والموجه لتلبية حاجة ما"²، وعرفها "كوتلر" (Kotler) على أنها: "كل نشاط أو انجاز أو منفعة يقدمها طرف ما لطرف آخر وتكون أساساً غير ملموسة ولا تنتج عنها أي ملكية فكرية وأن إنتاجها أو تقديمها يكون مرتبط بمنتج مادي ملموس أو لا يكون"³، وعرفتها (الجمعية الأمريكية لتسويق الخدمة) على أنها: "النشاطات أو المنافع التي تعرض للبيع أو التي تعرض لارتباطها بسلعة معينة"⁴، ويعرف "لوفلوك" (Loveloek) الخدمة بأنها: "نشاط اقتصادي مقدم من طرف لآخر، غالباً دون انتقال للسلع، يخلق القيمة من خلال تأجير أو استغلال

¹ - سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر -أفاق 2010-، مرجع سبق ذكره، ص 46.

² - Caby François, Jambart Claude, La qualité dans les services: Fadement, témoignage, outils, 2^{ème} édition Economica, Paris, 2002, p 35.

³ - Philip Kotler, Bernard Dubois, Marketing Management, 11^{ème} édition, Pearson, Paris, 2003, p 462.

⁴ - بشير العلاق، حميد عبد النبي الطائي، تسويق الخدمات، دار البازوري للنشر والتوزيع، الأردن، دون طبعة، 2007، ص 32.

سلع، يد عاملة، كفاءات مهنية، تجهيزات أو هياكل، شبكات أو أنظمة، بشكل منفرد أو مجتمع، الأنشطة والمنافع والإشباع التي تقدم للبيع أو تكون مصاحبة للسلع المادية¹.

وما يكن ملاحظته من خلال هذه التعاريف أنه وإن كانت هناك اختلافات في المفاهيم حول مصطلح "الخدمة" على اختلاف توجهات الباحثين، فإنها تشترك في معنى أو أكثر تتضح في المضامين التالية:

- الخدمة في أغلبها غير ملموسة، وقد ترتبط بمنتج ملموس وقد لا ترتبط؛
- تدرك الخدمة من خلال الاستفادة منها ولا يمكن تملكها؛
- تهدف الخدمة الى خلق قيمة ومنافع تقدم من طرف لآخر.

وفي ذات السياق جاءت التعاريف الخاصة "بالخدمة الصحية" وعليه فإنه ليس هناك اتفاق جماعي بين المختصين في هذا المجال على تعريف موحد، فقد يرى البعض أنه لا بد من اعتبار نوع معين من الخدمات كجزء من الخدمات الصحية - بينما يرى البعض نقيض ذلك -، وقدمت العديد من التعاريف المتعلقة بالخدمة الصحية:

- حيث عرفت بأنها: "هي مجموعة من المنافع الصحية التي يحصل عليها المستفيد مقابل دفع ثمن معين، وباستخدام سلع مساعدة، ولكن لا يحول ملكية السلع الى المستفيد من الخدمة"².
- كما تعرف بأنها: "هي التي تشمل الخدمات الطبية والتمريضية من حيث العناية والمراقبة المناسبة لأحوال المرضى داخل المستشفيات كما تمثل أيضا قضايا السرعة والدقة والعدالة في الحجز للمرضى أو المراجعين، بحيث يتم معاملة كافة المراجعين بطريقة ودية وإنسانية مع اعطائهم العناية اللازمة: كما تمثل هذه الخدمات الدقة في المواعيد المعطاة للمراجعين"³.
- وتعرف أيضا بأنها: "العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصيا أو إرشادا أو تدخلا طبيا، ينتج عنه رضا وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل"⁴.

¹ - Lovelock Et al, **Marketing des services**. 6^{ème} edition, Pearson Education, Paris, 2008, p 609.

² - زينب حذمر، مريم يحيوي، "جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى في المؤسسة الاستشفائية"، مجلة الاحياء، المجلد 10، العدد 21، جامعة باتنة 1، الجزائر، 2018، ص 475.

³ - محمد عبيدات وآخرون، **التسويق الصحي والدوائي**، دار وائل للنشر، عمان، دون طبعة، 2006، ص 25.

⁴ - خلود محمد عيسى أبو رحمة، وآخرون، "تأثير تطبيق معايير الاعتماد على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء والمرضى والباحثين الاجتماعيين (دراسة ميدانية في مستشفيات منطقة مكة المكرمة بالمملكة العربية السعودية)"، مجلة الدراسات العليا، المجلد 05، العدد 18، جامعة النيلين، السودان، 2016، ص 9.

ومما سبق يمكن ادراج الاستخلاص التالي للخدمة الصحية: هي مجموعة الخدمات ذات المزيج المتكامل من العناصر الملموسة وغير الملموسة التي تقدمها المؤسسات الصحية والتي تهدف الى تحقيق منافع صحية ورضا معيناً للمستفيد منها.

ب- خصائص الخدمات الصحية

إضافة الى ما تتميز به الخدمات الأخرى فإن الخدمات الصحية وعلى غرار باقي الخدمات تتميز بمجموعة من الخصائص الإضافية، ويمكن تحديدها كالاتي:

- سهولة ويسر الحصول على الخدمات الصحية أي أن تكون بالمتناول ومتوفرة؛
 - الجودة العالية للخدمة الصحية؛
 - الاستمرارية: فإذا ما كانت المستشفيات مطالبة بأن تجعل خدماتها الصحية سهلة الحصول والوصول إليها، فإنها مطالبة أيضاً بإدامة واستمرارية تلك الخدمة واستمرارية علاقة المريض بمقدمي الخدمة الصحية¹؛
 - بسبب تذبذب الطلب الواقع على الخدمة الصحية خلال اليوم أو الأسبوع، أو الموسم فإن الأمر يستدعي حشد كل الطاقات لإنتاج وتقديم الخدمة الصحية لطالبيها، ولا يمكن التأخر أو الاعتذار عن الاستجابة للطلب لأن في ذلك إخفاقاً لمهامها الإنسانية بينما يكون الأمر مقبولاً لبقية الخدمات الأخرى.
- ونظراً لكون الخدمة الصحية مرتبطة بصحة الانسان وحياته فلا يمكن لإدارة المستشفيات أن تعتمد نفس المعايير المطبقة على الخدمات الأخرى، لأن ذلك يتناقض مع الرسالة الإنسانية لتلك المستشفيات²، ويمكن التنويه الى أن الخدمات الصحية تتأثر بالقوانين والأنظمة الحكومية التي تخضع لها المؤسسات الصحية العمومية والخاصة وتتميز بصعوبة قياس وتقييم جودة الخدمات المقدمة للمريض.
- وتتشارك الخدمة الصحية مع باقي الخدمات في مجموعة من الخصائص التالية:
- **اللاملموسية:** يقصد بها عدم رؤية، لمس أو تجريب الخدمة، هذا ما يدفع إلى صعوبة تصورها ذهنياً، كما يؤدي في الغالب لمعرفة غير دقيقة للنتيجة مسبقاً، ولتجاوز هذه الصعوبة يجب البحث عن معايير تدل على جودة الخدمة مثل: مكان أدائها، مقدمها والأجهزة المستقبلية؛

¹ - عيود وآخرون، "تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية"، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 11، العدد 03، جامعة القادسية، العراق، 2009، ص 56، بتصرف.

² - فريد كورتل، محمود بولصباح، "تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية لميلة من وجهة نظر المرضى"، مجلة معارف، المجلد 08، العدد 15، جامعة البويرة، الجزائر، 2013، ص 249.

- **التلازمية أو عدم الانفصال:** التلازمية مفهوم يتكون من بعدين، البعد الأول هو التلازمية بين الإنتاج والاستهلاك، فنجذ الخدمات تباع أولاً ثم تنتج وتستهلك في نفس الوقت، أما البعد الثاني للتلازمية هو أن المستهلك لا يمكن فصله في أغلب الحالات أثناء تقديم الخدمة¹؛
- **عدم التجانس في تقديم الخدمة:** يختلف تقديم الخدمة من شخص إلى آخر، خاصة إذا تعلق الأمر بخدمات تعتمد بالدرجة الأولى على التدخل الإنساني (درجة اللاملموسية للخدمة أكبر من درجة الملموسية)، يصعب على الزبون المقارنة بين نفس الخدمات المعروضة قبل شرائها ويكون من الصعب على مقدم الخدمة إنتاج نفس الخدمة وبنفس الصفات في الوقت والمكان المناسب، ضف الى أن الخدمات تقدم في أماكن عديدة ومن طرف أشخاص يختلفون من مؤسسة إلى أخرى²؛
- **تلاشي الخدمة الصحية:** بما أن الخدمات تمثل نشاطاً فإنها تتلاشى، وتنتهي سواء إن تمت الاستفادة منها أم لا، ولا يمكن تخزينها لحين وقوع الطلب عليها؛
- **تنتج الخدمات الصحية عند وقوع الطلب عليها:** إن ما يميز الخدمات هو إنتاجها عندما يقع الطلب عليها، وأن الطلب يقع عندما يلتقي كل من مقدم الخدمة والمستهلك؛
- **عدم انتقال الملكية:** عدم انتقال الملكية يعتبر ميزة خاصة بالخدمات مقارنة بالسلع الملموسة، وإن ما يحصل عليه المستهلك من الخدمة هو مجموعة من المنافع، ولكن يستطيع المريض تحقيق انتقال ملكية السلع المساعدة مثل الأدوية³.

ثانياً: أسس وأنواع الخدمات الصحية

أ- أسس الخدمات الصحية

هناك العديد من العوامل المختلفة التي تحدد أسس وسمات الخدمات الصحية كالحاجات العامة للسكان وانطباق الطبيب بما هو أفضل بالنسبة لمرضاه، وقد أصبح تخطيط هذه الخدمات يتم في ضوء تقدير للحاجات الملحة وله ارتباط كبير بالبحوث والدراسات الجارية في الرعاية الطبية، ونظم المعلومات الصحية، وتنظيم المؤسسات الطبية كالمستشفيات والمراكز الصحية والعيادات متعددة الخدمات وهذا من أجل تقديم الخدمات الطبية، بشكل كافي ومستوى عالي، أي يجب أن تتوافر فيها الكفاية الكمية والنوعية، ونذكرها فيما يلي⁴:

¹ - Pettigrew et Al, **Le Marketing**, Edition MC Graw –Hill, Canada, 2003, P 385.

² - Roubaud Bréchnac, **Le Marketing des services**, 4^{ème} tirage, Edition d'organisation, Paris, 2000, P 72.

³ - فطيمة عبد الله، "تقييم جودة الخدمات الصحية في المخابر الطبية الخاصة (دراسة عينة من زبائن المخابر الطبية الخاصة في ولاية معسكر)"، مجلة مجاميع المعرفة، المجلد 03، العدد 02، جامعة معسكر، الجزائر، 2017، ص 52.

⁴ - أيمن مزاهرة وآخرون، **الصحة والسلامة العامة**، دار الشروق، الأردن، الطبعة الأولى، 2000، ص ص 79، 80.

- **الكفاية الكمية:** وهي تعني توفير الخدمات الطبية بحجم وعدد كاف يتناسب مع عدد السكان وهذا يشمل:
 - توفير عدد كاف من الموارد البشرية الطبية من أطباء، ممرضين، مختبرات، وغيرهم من المساعدين، حيث أن الطبيب لوحده لا يستطيع القيام بجميع أعمال الخدمات الطبية من تمريضية ومخبرية وإدارية؛
 - توفير عدد كاف من المراكز والمؤسسات الطبية التي تقدم الخدمات الطبية (وحدات صحية، مستشفيات، مختبرات، صيدليات... الخ)، ويشترط أن تكون هناك عدالة ومساواة في توزيعها بين مختلف مناطق البلاد؛
 - توفير الخدمات الطبية في جميع الأوقات، وهذا يعني ضرورة عمل كل أعضاء الفريق الطبي مدة 24 ساعة؛
 - توفير أساليب وسائل التثقيف الصحي بين أفراد المجتمع لتعريفهم بوسائل الرعاية الطبية، وتواجدها، والخدمات التي تقدمها وأهميتها وطرق الاستفادة منها مبكرا؛
 - يجب وضع النظم المالية والإدارية الكفيلة بتوفير الخدمات التي تكفل للفرد الحصول عليها، والسعي للتأمين الطبي الشامل لكافة المواطنين.
- **الكفاية النوعية:** لا يكفي لتوفير الرعاية الطبية زيادة أعضاء الفرق الطبية والوحدات الصحية والمستشفيات فحسب، بل يجب أيضا توفير ظروف رفيعة المستوى للعمل الطبي وهذا يشمل:
 - وضع معايير وأسس تحدد المستوى المطلوب والواجب توفره في كل من أعضاء الفريق الطبي والمعدات والأجهزة، ووسائل التشخيص والعلاج ويجب أن تضع هذه المعايير لجنة عليا من ذوي الاختصاص والخبرة والدراية في مجالات الرعاية الطبية المختلفة؛
 - العمل على رفع كفاءة وحسن تدريب أعضاء الفريق الطبي، سواء كان طبيبا عاما أو اختصاصيا أو ممرضا أو صيدلانيا، وهذا من خلال وضع برامج ثقافية علمية لرفع مستواهم العلمي والاطلاع على أحدث الاكتشافات الطبية، بالإضافة الى البرامج التأهيلية من أجل تجديد معلوماتهم النظرية والعلمية، ويشترط في هذه الدورات أن تكون إجبارية مرتبطة باستمرارية مزاولة المهنة؛
 - تقديم التسهيلات والمساعدات المالية والإدارية والفنية لجميع العاملين في قطاع الخدمات الطبية، سواء كانوا أفرادا أو مؤسسات من أجل الحصول وامتلاك الأدوات والأجهزة والمعدات الطبية اللازمة والمرافق الطبية بأقل التكاليف المالية والجهود، ليستطيعوا تقديم الخدمات الطبية على مستوى عال؛

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

ب- أنواع الخدمات الصحية

تصنف الخدمات الصحية إلى عدة أنواع حسب معايير مختلفة مثل طبيعة الجهة القائمة على تقديم الخدمات الصحية أو طبيعة المتلقي لهذه الخدمات، ويمكن أن نعرض أهم هذه الأنواع كالاتي:

- **الخدمات الصحية التعليمية:** ويقصد بذلك اكتساب المؤهل العلمي الذي يرخص لممارسة هذه المهنة النبيلة، إذ يعتبر متلقي الخدمة هنا شخصا سليما يتمثل في طلبة الكليات والجامعات سواء تعلق ذلك بطلبة الطب، أو التكوين الشبه الطبي ويمكن حتى إضافة المؤهلات العلمية الإدارية المتخصصة في تسيير المرافق الصحية، وفضلا عن التكوين العلمي البيداغوجي يمكننا إضافة التكوينات المهنية والدورية، مما يؤدي في الأخير إلى تحسين الأداء وتقديم خدمات صحية بمستوى مقبول من الجودة؛
- **الخدمات الصحية المهنية:** وهي الخدمات الصحية الموجهة للقطاع المهني، أو ما يعرف بطب العمل والذي يهدف إلى تقديم خدمات صحية إلى موظفي المؤسسات سواء كانت خاصة أو عمومية؛
- **الخدمات الصحية الصيدلانية:** ويتعلق هذا المستوى باستقبال المريض وتوفير الدواء اللازم لحالته المرضية، ويكون ذلك من طرف طبيب صيدلي مختص يقوم بالإشراف على المرضى، توعيتهم وتوجيههم بغض النظر عن تقديم الدواء؛
- **خدمات التأهيل والرعاية الصحية:** وتتمثل في الخدمات الصحية الموجهة لتأهيل المرضى والمصابين جراء الحوادث، ويشرف على هذا النوع من الخدمات الصحية أقسام متواجدة على مستوى المنظمات الصحية؛
- **خدمات الصحة الرياضية:** ويقصد بها الخدمات الصحية الموجهة للرياضيين، وقد يشمل هذا النوع من الخدمات الصحية خدمات علاجية من الإصابة الناجمة عن ممارسة النشاط الرياضي، كما يشمل أيضا مختلف برامج الحميات أو الوقاية والامتناع عن العادات الممنوعة والضارة كالمنشطات¹؛

1 - وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة 1، الجزائر، 2016، ص ص 12- 13، بتصرف

• **الطب عن بعد (الطب الإلكتروني):** ويعرف بأنه "ممارسة الطب عن بعد بواسطة وسائل الاتصال الحديثة"، وتتمثل أهم أنواع الخدمات الصحية التي يقدمها الطب عن بعد في التشخيص التليفوني، العيادات الافتراضية، والخدمات الطبية عن بعد عن طريق الاستعانة بتقنيات الاتصال الحديثة¹.

ويمكن تصنيف الخدمة الصحية من خلال تقسيمها الى ثلاثة أقسام حسب طبيعتها وميادينها²:

- **الخدمات الصحية العلاجية:** وتمثل الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة وتشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل، أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المستشفيات؛
- **خدمات الرعاية الصحية:** حتى يتم الشفاء وهذه الخدمات هي خدمات صحية علاجية تهدف الى تخليص الفرد من اصابته أو تخفيف معاناة الفرد من آلام المرض؛
- **الخدمات الصحية الوقائية:** أو ما يمكن أن تطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية حيث ترتبط تلك الفئات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج من سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة، ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بصورة غير مباشرة وتشمل خدمات التطعيم ضد الأمراض الوبائية وخدمات رعاية الأمومة والطفولة.

وقد ذهب بعض الكتاب إلى تصنيف الخدمات الصحية وفقا لتوجيهين، يمكن عرضهما كما يلي³:

- **التوجه الأول:** وفقا لهذا التوجه تصنف الخدمات الصحية إلى:
 - خدمات الارتقاء بالصحة: وهي الخدمات التي تعنى ببناء سلوكيات صحية إيجابية للفرد والمجتمع؛
 - خدمات الرعاية الصحية الشخصية: وتشمل الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية، وخدمات الصحة النفسية، والخدمات التأهيلية؛
 - خدمات الصحة العامة: وتشمل مكافحة الأمراض المعدية وصحة البيئة، وسلامة الغذاء والتخلص من الحشرات والنفايات؛

¹ - Nathalie Elgrablylévy, Germain Belzile, **La télémédecine, améliorer le système de santé par l'innovation institut économique de Montréal**, collection santé, les notes économique, France, 2010, p 3.

² - طلعت الدمراش، **اقتصاديات الخدمة الصحية**، دار الكتب المصرية، مصر، الطبعة الثانية، 2006، ص ص 25- 26، بتصريف.

³ - جناد مباركة، **"تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء والمرضى بالمستشفيات الجزائرية -دراسة حالة بعض المستشفيات بولاية سطيف-**"، مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية، المجلد 01، العدد 36، جامعة زيان عاشور بالجلفة، الجزائر، 2017، ص ص 198- 199، بتصريف.

- الخدمات الإسعافية: وتشمل خدمات الإسعاف الطبي والجوي، وخدمات سيارات المؤسسات الصحية المجهزة وخدمات جمعيات الإسعافات؛
- خدمات الرعاية الصحية الخاصة: وتشمل خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة، والمسنين وعلاج الحالات النفسية والادمان.
- **التوجه الثاني:** حسب هذا التوجه تصنف الخدمات الصحية إلى:
 - خدمات طبية مرتبطة بصحة الفرد: وتتعلق بالتشخيص والعلاج عبر مختلف أقسام المؤسسات الصحية؛
 - خدمات طبية مساعدة: وتشمل كل ما يتعلق بالرعاية السريرية داخل المستشفى، ويندرج ضمن خدمات التمريض وخدمات الصيدلة؛
 - الرعاية الصحية: تهدف الرعاية الصحية إلى تعزيز وتشجيع المستوى الصحي للأفراد والجماعات بالجوانب الجسدية والنفسية والعقلية والذهنية والاجتماعية كافة، ويجذر الإشارة إلى أن مفهوم "المعالجة الطبية" هو فرع أو ميدان من ميادين مفهوم "الرعاية الصحية" وهذا ما توجه له أغلب الباحثين في الميدان؛
 - الخدمات الصحية البيئية: وتتعلق بصحة المجتمع حيث ترتبط أساسا بالحماية من الأوبئة والأمراض المعدية، والتدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات، وهي خدمات صحة وقائية.
- وتتطوي الخدمات الصحية بجميع أنواعها تحت نظام صحي عام يخضع لإجراءات وقوانين تنظيمية للدولة المعنية.

المطلب الثاني: جودة الخدمات الصحية

نتيجة للتطورات الحاصلة والتقدم الكبير في مجال الخدمات الصحية المقدمة عبر مختلف دول العالم، فقد أصبح موضوع الجودة في الخدمة الصحية مطلباً أساسياً من الزبون وهدفاً محورياً للمؤسسات الصحية العمومية، وبالأخص المؤسسات الصحية الخاصة في ظل اشتداد المنافسة وزيادة المنافسين في السوق، ونتطرق في هذا الفرع الأول إلى أساسيات متعلقة بموضوع الجودة عامة، وجودة الخدمة الصحية خاصة.

الفرع الأول: تعريف الجودة ومراحل تطورها

وسوف يتم التعرض في هذه الجزئية الأولى إلى التعرف على مفهوم الجودة ومراحل تطورها:

أولاً: تعريف الجودة

بداية تعرف كلمة جودة باللاتينية بأنها كلمة مشتقة من (Qualities) ويقصد بها طبيعة الشيء والشخص ودرجة صلاحه، أما كلمة جودة من أصل اللغة تعود إلى (النوع) أخص من الجنس وقد (تنوع) الشيء أنواعاً، وتعبّر كلمة الجودة عن وجود ميزات أو صفات معينة في السلعة أو الخدمة إن وجدت هذه الميزات فإنها تلبّي رغبات من يشتريها أو يستعملها¹، أما في اللغة الإنجليزية فقد عرف قاموس ويبستر (Webster New World Dictionary) الجودة أنها صفة أو درجة تفوق يمتلكها شيء ما²، وقد كان لموضوع الجودة اهتماماً بالغاً في الدين الإسلامي الحنيف وتأكيداً على العمل المتقن والجاد، وقد ذكر في (سورة التوبة، الآية: 105) قوله تعالى: "وقل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون".

تعددت وتباينت الاجتهادات حول تعريف "الجودة"، ويتفق الباحثين والمتخصصين في الموضوع حول أهميتها ودورها والغاية منها، وفي ظل هذا التباين قدمت العديد من المحاولات لتعريف وضبط مصطلح الجودة، نذكر منها أهم الرواد:

- عرف **jurand** "الجودة" على أنها: "مدى ملائمة المنتج للاستخدام" أي القدرة على تقديم أفضل أداء وأصدق الصفات³.

من خلال هذا التعريف نلاحظ تركيزه على استعمال المنتج، ودرجة ملائمته للاستخدام من خلال جودة التصميم، جودة التطابق، سهولة الاستخدام وخدمات ما بعد البيع.

- عرف **crosby** "الجودة" بأنها: "المطابقة مع المتطلبات" وأكد أن الجودة تنشأ من الوقاية وليس من التصحيح أي الاهتمام بالوقاية من الأخطاء قبل وقوعها، وأشار إلى أن درجة تحقيق الجودة يمكن قياسها من خلال تكاليف عدم المطابقة⁴.

من خلال هذا التعريف نلاحظ توجه الباحث إلى متطلبات المنتج الواجب توفرها لتحقيق الجودة من خلال مراحل تصنيعه وعرضه.

1- يوسف حبيب الطائي وآخرون، نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية، دار البازوري للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة العربية، 2009، ص 56.

2- عبد المجيد نزار البراوري، لحسن عبد الله باشوية، إدارة الجودة الشاملة مدخل للتميز والريادة، دار الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2011، ص 137.

3- سليمان زيدان، إدارة الجودة الشاملة - الفلسفة ومدخل العمل، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الجزء الأول، 2010، ص 117.

4- بوبكر نعروزة، دراسة إمكانية تبني إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصناعية الجزائرية - دراسة حالة عينة من المؤسسات المتحصلة على شهادة الأيزو 9001 -، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف المسيلة، الجزائر، 2015، ص 40.

- أما المنظمة الدولية للتقييس فقد عرفت الجودة على أنها: "مجموعة الصفات والخصائص التي تتمتع بها سلعة أو خدمة ما، تؤدي إلى إمكانية تحقيق رغبات معلنه أو مفترضة ضمنا"¹.
- ومن خلال تعريف المنظمة الدولية للتقييس نلاحظ التركيز على تحقيق رغبات وتوقعات الزبون لصفات وخصائص المنتج.
- وتعرف الجمعية الفرنسية AFNOR الجودة بأنها: "قدرة السلعة أو الخدمة على تلبية الحاجات الضمنية والصريحة للمستخدمين"².
- ونلاحظ من خلال هذا التعريف التركيز على الربط ما بين قدرة المنتج على تلبية حاجات المستهلك، وتحقق الجودة.
- ومن خلال عرض مجمل التعاريف السابقة وعلى تنوعها حول مصطلح "الجودة"، يمكن أن نستخلص النقاط التالية:

- ترتبط الجودة ارتباطا وثيقا بمدى رضا الزبون؛

- تهدف الجودة في المنتجات إلى تلبية احتياجات ورغبات الزبون؛

- الجودة تنعكس في مواصفات وخصائص مميزة للمنتج سلعة أو خدمة كان؛

- الجودة تتمثل في تحقيق أكبر المنافع من استخدام المنتج وبأفضل أداء.

ثانيا: مراحل تطور الجودة

رغم الاهتمام بالجودة منذ القدم إلى أن ظهور الجودة كوظيفة رسمية للإدارة جاء متأخرا نسبيا على الرغم من ظهورها منذ زمن بعيد، حيث أصبح ينظر إلى الجودة في الفكر الإداري الحديث على أنها وظيفة كباقي الوظائف مثل: التسويق، المشتريات... الخ، ولقد مرت الجودة وأساليب ضبطها في العصر الحديث بالعديد من المراحل قبل أن تصل إلى ما هي عليه الآن، وقد نجد اختلافا بسيطا في تصنيف هذه المراحل بين الباحثين والمختصين في الموضوع من ناحية (التسمية، عدد المراحل، ضبط تواريخها) ولكنها في المجمل تشترك في جوهر التصنيف، ويمكن توضيح هذه المراحل فيما يلي:

أ- المرحلة الأولى (مرحلة الرقابة من قبل العامل نفسه):

¹ - Nassima terfaya, Démarche Qualité dans l'entreprise et l'analyse des risques, édition houma, Alger, 2004, P 13.

² - Vincent Plauchu, Mesure et Amélioration des Performances des entreprises, Edition campus ouvert, France, 2010, P 17.

ظهرت هذه المرحلة قبل سنة 1900 إلى غاية نهاية القرن التاسع عشر، ويمكن القول بأن هذا الأسلوب من الرقابة ظهر عندما كان يتميز الإنتاج بالبساطة، وكان العامل يقوم بكل مراحل العملية الإنتاجية، أي كان يستطيع مراقبة جودة المنتج من بداية العملية الإنتاجية إلى غاية نهايتها.

ب- المرحلة الثانية (مرحلة الرقابة من قبل المشرف المباشر):

ويقصد بها تلك الفترة الصناعية التي امتدت في منتصف القرن التاسع عشر، أين أحدثت الثورة الصناعية تغييرات جذرية في مجال الصناعة، وفي هذه المرحلة لم تعد الرقابة على الجودة تتم من قبل العامل نفسه، بل من قبل المشرف المباشر الذي عليه مسؤولية التحقق من الجودة.

ت- المرحلة الثالثة: مرحلة فحص الجودة (مرحلة الإدارة العلمية):

ظهرت الإدارة العلمية في مطلع القرن العشرين بريادة "فريدريك تايلور"، والتي ترمي إلى الاستفادة القصوى من الموارد البشرية والمادية بغية تحقيق أعلى مستوى من الكفاءة الإنتاجية من خلال دراسة الحركة والزمن، ومع ظهور الإنتاج الكبير والثورة الصناعية اضطرت المنظمات إلى تطبيق نظام لفحص المنتجات للتأكد من مستوى جودتها، وتهدف عمليات الفحص إلى فصل المنتجات المعيبة عن تلك الموافقة للمواصفات المحددة¹.

ث- المرحلة الرابعة (مرحلة الضبط الإحصائي للجودة):

بدأت هذه المرحلة عمليا مع بداية الحرب العالمية الثانية سنة 1939 فالتوسع الكبير في الإنتاج واعتماد نمط الإنتاج المستمر لتلبية الحاجات المستمرة والمتزايدة للفيالق العسكرية المتحاربة أدى إلى صعوبة ممارسة أسلوب الفحص للإنتاج، ونتيجة لذلك تم اللجوء إلى الفحص بالعينات، وإن أول تطبيق للمناهج الإحصائية الجديدة في مجال الضبط الإحصائي للجودة كانت على يد العالم الإحصائي "Walter Shewhart" الذي يعد من مؤسسي ومطوري نظرية ضبط الجودة الإحصائية فقد قام بتحليل العديد من العمليات في معامل شركة (آبل) للهواتف واستنتج أن جميع العمليات التصنيعية تظهر تغيرات قام بتصنيفها إلى نوعين رئيسيين من الانحرافات:

- النوع الأول: أخطار وانحرافات تحدث بسبب عوامل الصفة البحثة؛

- النوع الثاني: أخطار وانحرافات تحدث بسبب عوامل يمكن معرفتها وبالتالي وضع المعالجات المناسبة لها لمنع تكرار حدوثها.

ج- المرحلة الخامسة (مرحلة الضبط الشامل للجودة):

¹ - بوبكر نعروزة، مرجع سبق ذكره، ص ص 45-46، بتصرف.

بدأت هذه المرحلة بعد الحرب العالمية الثانية من سنة 1945 إلى 1980، ومضمون الأسلوب الذي شاع في هذا المجال هو الاتساع بنشاط الضبط الشامل ليشمل ذلك جميع المراحل الإنتاجية بدءاً من المواد الأولية ومروراً بالعمليات الإنتاجية وانتهاءً بالمنتج الجاهز.

ح- المرحلة السادسة (مرحلة توكيد الجودة):

كان الهدف من هذه المرحلة استمرارية المحافظة على المستويات التي تم تحقيقها وضمان ثباتها، واستخدمت في ذلك التخطيط وإدارة نظم الجودة علاوة على ما قد سبق ذكره في المراحل السابقة، إذ بدأ التفكير بمسألة توكيد الجودة في التصميم، الإنتاج، التركيب والخدمات والتطوير بعد عام 1980 من خلال الأنشطة الخدمية المرتبطة بالفعاليات الهندسية وتحميل مسؤوليات تحقيقها على كافة العاملين في الشركة، وامتدت هذه المرحلة إلى غاية سنة 1987.

خ- المرحلة السابعة (مرحلة إدارة الجودة الشاملة):

وهي المرحلة المعاصرة التي تميزت بالتطور الشامل والمستمر لنظم الجودة ليشمل جميع عناصر التنظيم، وكان من أبرز خصائص هذه المرحلة استخدام معلومات إدارة الشاملة وإصدار منظمة التقييس العالمية (ISO) في شهر آذار سنة 1987 المواصفات القياسية الدولية (ISO- 9000) وتوابعها كمعيار دولي موحد لتوكيد الجودة بتطبيق المواصفات (ISO- 9903-9002-9001) طبقاً لتخصصات الشركات كمرجع قياسي دولي لإدارة الجودة وتطبيق المواصفة (ISO- 9004) كدليل إرشادي¹.

الفرع الثاني: مفهوم جودة الخدمة الصحية

أولاً: تعريف جودة الخدمة الصحية

تعدت التعاريف الخاصة بمفهوم جودة الخدمات الصحية فليس هناك اتفاق عام بين الباحثين في الموضوع على تعريف موحد ومقبول، فمفهوم جودة الخدمة الصحية يختلف من فرد إلى آخر إذ ينظر كل منهم إلى هذا المفهوم من زاوية معينة وحسب موقع الفرد من المؤسسة الصحية، وهو ما نوضحه فيما يلي:

- عرفها المعهد الطبي الأمريكي على أنها: "المستوى الذي تصل إليه المؤسسات الاستشفائية فيما يتعلق بارتفاع احتمال الحصول على النتائج المرغوبة من قبل الأفراد والمجتمع، والنتائج المحاسبية والمالية"².

¹ - العاني وآخرون، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الأيزو 200- 9001، مطبعة الأشقر، بغداد، دون طبعة، 2002، ص ص 12- 15، بتصرف.

² - Vilcat Claude, Lecllet Hervet, **Indicateur Qualité en Santé : Certification et Evaluation des Pratiques Professionnelles**, 2^{émé} édition, AFNOR, France, 2016, P 14.

- وعرفت جودة الخدمة الصحية بأنها: "مقياس لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة الصحية مع توقعات المرضى"¹.
- وقد عرفت الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية والمعروفة باسمها المختصر (JCAH) على أنها: "درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة محددة أو إجراء تشخيصي لمشكلة طبية معينة"².
- وعرفت أيضا بأنها: "حكم وتقدير شخصي للزبائن بالاعتماد على تجربتهم الكلية في تلقي الخدمة"³. من خلال جملة التعاريف السابقة وعلى اختلاف الباحثين نلاحظ تنوع التعاريف المتعلقة بجودة الخدمة الصحية بحيث يختلف التوجه نحو تحديد التعريف من ناحية (التركيز على النتائج، توقعات المريض، الالتزام بالمعايير المحددة... الخ)، فالتطرق لمفهوم "جودة الخدمة الصحية" تختلف باختلاف موقع الباحث منها ويمكن توضيحه كالآتي:
- أ- من وجهة نظر الطبيب: هي وضع المعارف والعلوم الأكثر تقدما والمهارات الطبية في خدمة المريض؛
- ب- من وجهة نظر إدارة المستشفى: هي تحقيق الكفاءة في تقديم الخدمة الطبية والرعاية الطبية؛
- ت- من وجهة نظر المريض: على أنها الخدمات التي يوفرها المستشفى وتتسم بالعطف والاحترام⁴.
- ومن خلال الدراسات العديدة المقدمة حول موضوع "جودة الخدمة الصحية" فإن تحديد مفهوم واضح لها يعتبر أمر بالغ التعقيد، وذلك لطبيعة الصحة حيث تتعلق بالجانب الشخصي للمريض وتخضع لتوقعاته وتقديراته.
- ويمكن من خلال ما سبق القول بأن جودة الخدمة الصحية تعني: مطابقة الخدمات الصحية المقدمة مع توقعات المريض بطريقة آمنة وبتكلفة مقبولة. وبرز من خلال هذا التعريف جانب متلقي الخدمة (الزبون) باعتباره من أهم الفاعلين في تحديد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية والخاصة.

1 - عمر دره، وآخرون، "تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى: دراسة مقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة"، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 24، العدد 105، جامعة بغداد، العراق، 2018، ص 359.

2 - Jan, **Monitoring and Evaluation of the Quality and Appropriateness of Care**, Joint Commission on Accreditation of Hospitals, Quality Review Bukketion, 1987, P 26.

3 - عمر جبلاي، "تحسين جودة الخدمة الصحية من منظور فرق العمل"، مجلة دراسات في الاقتصاد والتجارة والمالية، المجلد 08، العدد 01، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2019، ص 320.

4 - عبد المالك توبي، "تأثير جودة الخدمة الصحية على رضا الزبون دراسة استطلاعية لأراء عينة من الزبائن في عيادة ابن سينا- باتنة"، مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، المجلد 04، العدد 02، جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي، الجزائر، 2017، ص 683-684.

ثانيا: أشكال جودة الخدمات الصحية

يمكن تقديم جودة الخدمات الصحية من خلال ثلاثة أشكال، وهي¹:

- أ- **الجودة التي يمكن قياسها Measurable Quality**: وتتمثل في:
 - الجودة التي تتطابق مع المعايير التي تأخذ شكل أدلة العمل الإكلينيكية؛
 - التوصل إلى معايير مقبولة لمخرجات الخدمة المتوقعة التي تقدمها الوحدة للمنتفع؛
 - المعايير المطبقة في هذا المجال هي الأدلة على التفوق.
- ب- **الجودة التي يمكن تقديرها Appreciative Quality**: وتتمثل في:
 - إدراك وتقدير التفوق فيما وراء الحد الأدنى للمعايير والمقاييس؛
 - تتطلب الحكم من ذوي المهارات والخبرات من الأطباء الممارسين للمهنة والأشخاص ذوي الحساسية والاهتمام؛
 - أن تعتمد على مجالس مراجعة الأداء في الحكم من خلال الفنيين من نفس التخصص لتحديد إذا كان التدخل العلاجي للطبيب مع المريض قد تم بصورة جيدة.
- ت- **الجودة التي يمكن إدراكها Perceptive Quality**: وتتمثل في:
 - درجة التفوق التي يمكن أن يدركها متلقي الخدمة أو المراقب للرعاية الصحية؛
 - تكون مبنية بدرجة أكثر على درجة العناية والرعاية التي يوليها الأطباء والممرضات وباقي العاملين أكثر من توفير بيئة مناسبة أو المنافسة التي تعتمد على التكنولوجيا.

ثالثا: أهمية وأهداف جودة الخدمة الصحية

تمثل جودة الخدمة الصحية محورا لنشاط معظم المؤسسات الصحية العمومية ولاسيما الخاصة، وتشكل الغاية التي يسعى إليها الزبون (المريض)، وتتعدد أهداف جودة الخدمة الصحية وأهميتها بارتباطها بموضوع الصحة والذي يشكل القيمة العليا للمجتمعات، ويمكن التطرق إلى أهم أهداف جودة الخدمة الصحية وأبرز المؤشرات التي يمكن من خلالها الاستدلال على أهمية الجودة في الخدمات الصحية كما يلي:

أ- أهداف جودة الخدمة الصحية

تتمثل الأهداف الرئيسية لجودة الخدمة الصحية في:

- اعتماد الإجراءات السريرية المتميزة للحد من المضاعفات والأحداث التي يمكن تحاشيها أو الوقاية منها؛

¹ - حسين طاهير، الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات العامة، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، دون طبعة، 2004، ص 13، بتصرف.

- تبني العاملين لأشكال السلوك الإيجابي عند تعاملهم مع المرضى على النحو الذي يحفظ لهم كرامتهم الفردية أو العمل على إشراكهم في خطط الرعاية المرسومة لهم من قبل أطبائهم المعالجين؛
- ضمان الاستخدام المناسب للموارد المستهدفة¹؛
- ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين؛
- تقدم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المستفيد (المريض) وزيادة ولائه للمنظمة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية؛
- تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها؛
- تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها؛
- تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية؛
- تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين (المرضى) الهدف الأساس من تطبيق الجودة؛
- كسب رضا المستفيد (المريض) إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لا بد من توفرها في أي منظمة صحية تعمل على تحسين الجودة وتوسيع لتطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب رضا المستفيد؛
- تحسين معنويات العاملين، إذ أن المنظمة الصحية الخاصة هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج².

ب- أهمية جودة الخدمة الصحية

- تبرز أهمية جودة الخدمة الصحية من خلال نتائج العديد من الدراسات في الموضوع وهناك مؤشرات رئيسية يمكن من خلالها الاستدلال على هذه الأهمية، ونذكر من أهمها:
- ارتباط الخدمة بالجودة حتى أصبح من الضروري اعتماد عدد من المقاييس لتأشير مستوى الرضا لدى المرضى؛

¹ - طلال بن عايد الأحمد، إدارة الرعاية الصحية، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، دون طبعة، 2004، ص 128.

² - وفاء سلطاني، مرجع سبق ذكره، ص 20.

- مستوى جودة الخدمات الصحية ليس ثابت، فهو يخضع للتطوير والتحسين المستمرين، وهذا ما يتطلب وجود لجنة متخصصة لها موقع ضمن الهيكل التنظيمي للمؤسسة الصحية مهمتها العمل على تحسين جودة تقديم الخدمات الصحية، وذلك في إطار من التكامل والشمولية.
- التكامل الذي يتجلى في الهياكل الممثلة للمؤسسة الصحية، والتي تعد نظام تكونه مجموعة من الأنظمة الفرعية المترابطة فيما بينها بعلاقات وظيفية، أما الشمولية فتعني أن تكون جودة الخدمات الصحية مسؤولية ومهمة كل فرد، قسم، نشاط، عملية... الخ، فالجميع معني والجميع مسؤول من أجل تقديم خدمات تلقى الرضا والقبول لدى أكبر شريحة ممكنة من المجتمع¹؛
- أصبح للجودة أبعادا رئيسية يتم إعتماها كأساس في القياس والتأثير لتأشير مستوى الجودة؛
- تعد الجودة في الخدمة الصحية مؤشرا مهما في قياس مستوى الرضا المتوقع لدى المريض عن الخدمة المقدمة من قبل أية مؤسسة صحية، كما تؤثر مستوى الاستجابة لما كان يتوقعه المريض من تلك الخدمة².

المطلب الثالث: رضا الزبون عن جودة الخدمة الصحية

يحتل مفهوم رضا الزبون (المريض) موقعا هاما في مجال الصحة كونه إشارة ومقياس أساسي تقاس به جودة الخدمات الصحية المقدمة، ويشكل مفهوم رضا الزبون محور اهتمام الباحثين في المجال الإداري والتسويقي ومختلف التخصصات ذات الصلة باعتبار سعي المؤسسات الصحية للوصول إلى درجات تنافسية وتحقيق التميز يرتبط ارتباطا وثيقا بتحقيق توقعات الزبون (المريض) وإرضائه، ونتطرق في هذا المطلب الثالث إلى أهم المفاهيم المتعلقة "برضا الزبون" متمثلة في تعريف رضا الزبون وأهميته، خصائص رضا الزبون، والعلاقة بين جودة الخدمة الصحية ورضا الزبون.

أولاً: تعريف رضا الزبون وأهميته

أ- تعريف رضا الزبون

بداية يوجد العديد من التعاريف لمصطلح "الزبون" فيعرف على أنه: "ذلك الشخص الطبيعي (الأفراد) أو المعنوي (المؤسسات) القادر على الدفع من أجل الحصول على السلع أو الاستفادة من عدة خدمات من

1 - بديسي فهيمة، "جودة الخدمات الصحية (الخصائص، الأبعاد والمؤشرات)"، مجلة الاقتصاد والمجتمع، المجلد 07، العدد 07، جامعة قسنطينة 2، الجزائر، 2011، ص 142، بتصرف.

2 - صفاء محمد هادي الجزائري وآخرون، "قياس وتقييم جودة الخدمة الصحية - دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام - البصرة"، مجلة دراسات إدارية، المجلد 04، العدد 07، جامعة البصرة، العراق، 2011، ص 17.

قبل المورد أو المنتجين¹، ويعرف أيضا أنه هو من يدفع الثمن، وهو من يستعمل المنتج، أو هو من له علاقة بالمؤمن.... الخ، غير أن هذه التعاريف لا تعبر بشكل دقيق عن الزبون.

وهنا نجد الزبون الكامن كذلك وهو الزبون المحتمل الذي يعتمد على اختياره دون توجيه مسبق وتعتمد المؤسسة هنا على التجزئة السوقية لرسم معامل التعامل مع الزبائن بحسب المعايير المستعملة في التجزئة. وكثيرا ما نشهد تداخل بين مصطلح "المشتري" و"الزبون" و"المستهلك" والسبب يعود في حقيقة الأمر من إمكانية تأدية فرد واحد لكل هذه الأدوار في وقت واحد غير أن الفرق موجود وإن كان يتغير بتغير المنتجات والأوقات، ومنه فإنه يمكن أن نرتب هذه المصطلحات من منظور دورة حياة المنتج انطلاقا من الواسفين ثم الزبون ومن بعد ذلك المشتري ويأتي في المرحلة الأخيرة المستهلك²

ويعرف "المريض" بأنه: "أي شخص يتلقى العناية الطبية أو الرعاية أو العلاج الطبي"، وهذا الشخص غالبا ما يكون عليلا أو مجروحا وفي حاجة للعلاج بواسطة طبيب أو أي مختص طبي آخر ويعتبر الشخص الذي يزور الطبيب من أجل الفحص الدوري "مريض".

ولا يستخدم مصطلح "المريض" دائما للإشارة للشخص الذي يتلقى العناية الصحية لاعتبارات تتعلق "بحقوق الانسان" و"الكرامة"، وتستخدم مسميات أخرى منها "مستهلك صحي" أو "مستهلك الخدمة الصحية" أو "الزبون" أو "العميل" وتستخدم هذه المصطلحات والتسميات الأخرى في العالم الغربي³.

وقد ساهم العديد من الباحثين في وضع مفهوم محدد "لرضا الزبون" لدوره الرئيسي ضمن الخطط الاستراتيجية والتسويقية للمؤسسات لاسيما الصحية منها، وإن ضمان ولاء الزبون إنما أساسه مدى الرضا الذي يشعر به اتجاه منتجات وخدمات المنظمة، وقد دفع بالباحثين والمختصين إلى تكثيف وتوسيع الأبحاث والدراسات لإيجاد مفهوم وإطار دقيق لحالة الرضا، فظهرت نظريات في مختلف علوم الاقتصاد وعلم النفس وعلم الاجتماع تحاول إيجاد تفسير وسببا لرضا الزبون⁴، ويمكن عرض بعض التعاريف الخاصة برضا الزبون كما يلي:

¹ - Claude Demeur, **Marketing, 6^{ème} édition**, Dunod, Paris, 2008, P 348.

² - براهيم عبد الرزاق، تأثير تسيير العلاقة مع الزبون على تصميم المنتج في المؤسسة الاقتصادية الجزائرية - دراسة عينة من المؤسسات الاقتصادية -، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف المسيلة، الجزائر، 2016، ص 3، بتصرف.

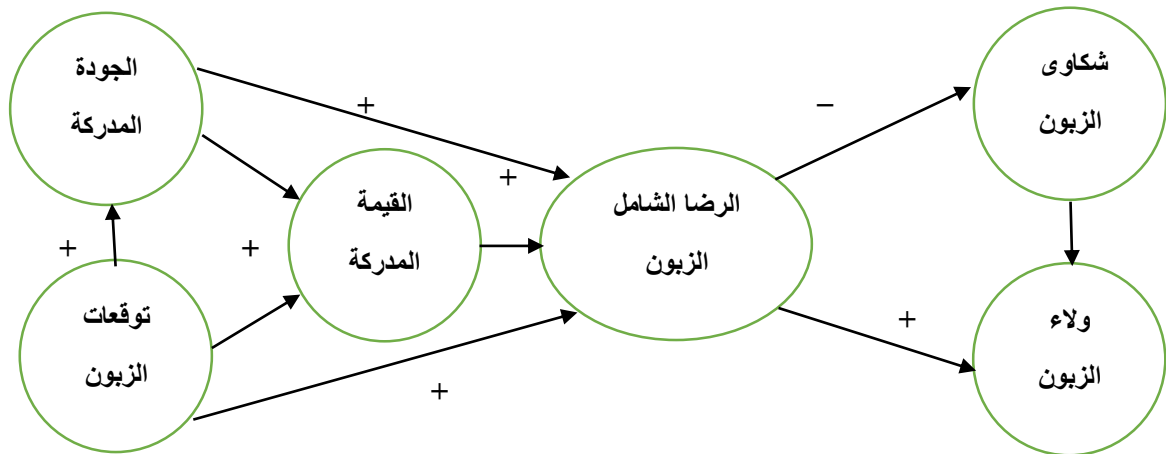
³ - ويكيبيديا، المريض، ص ص 1- 2، 2020/05/07،

<https://ar.m.wikipedia.org/wiki/%D9%85%D8%B1%D9%8A%D8%B6>

⁴ - منى مسغوني وآخرون، "ارتباط رضا الزبائن بمستوى جودة الخدمة وفق نموذج الأداء الفعلي Servperf دراسة استطلاعية لزبائن وكالات السياحة والأسفار ورقلة"، مجلة الابتكار والتسويق، المجلد 06، العدد 01، جامعة الجبالي اليايس سيدي بلعباس، الجزائر، 2019، ص 21، بتصرف.

- عرفها كل من Baston و Pius و Andréas إلى أن الرضا هو: عبارة عن "مشاعر تعبر عن السعادة والسرور الناتجين عن مقارنة الزبائن بين الخدمات المقدمة وتوقعاتهم عنها، والزبون يكون في حالة استياء وخيبة أمل عندما يعجز الأداء عن تخطي التوقعات، أما في حالة التطابق بين الأداء والتوقعات فإن الزبون يشعر بالرضا، ويكون في حالة رضا عال عندما يتجاوز الأداء التوقعات مما ينتج ولاء للمؤسسة"¹.
 - ووفقا لـ Kotler و Killer هو: "مشاعر المستهلكين حيال نتائج المنتج أو الخدمة التي شعر بها. رضا المستهلك هو دالة الأداء والتوقعات"².
 - ويعرف كل من الباحث Ilyas و Javed رضا الزبون على أنه: "نتيجة للخدمة المدركة وهي وظيفة للأداء الملحوظ لخدمة الرعاية الصحية وتوقعات المرضى"³.
- وقد وضعت العديد من المحاولات لتحديد إطار عام لمفهوم رضا الزبون، ويمكن توضيح ذلك من خلال الشكل الموالي:

الشكل رقم (01): المؤشر العام لرضا الزبون



المصدر: C.Formel et Al, The American Customer satisfaction, Journal of marketing, Vol 60, American Marketing Association, USA, 1996, P 08.

¹ - صالح عمر، كرامة الجريبي، أثر التسويق الداخلي وجودة الخدمات في رضا الزبون، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، قسم غدارة الأعمال، كلية الاقتصاد، جامعة دمشق، سوريا، 2006، ص 94.

² - Sekolah Tinggi Pariwisata, "Service Quality, Customer Value and Patient Satisfaction on Public Hospital in Bandung District (Indonesia)", International Review of Management and Marketing, Vol 07, N 02, Turkey, 2017, P 189.

³ - Saad Ahmed javed et al, "Patients satisfaction and public and private sector" health care service quality in Pakistan: Application of grey decision analysis approaches", The international of Health Planning and Management, Vol 34, N 01, university Lisbon, Portuguese, 2018, P 172.

من خلال هذا الشكل السابق نلاحظ أن الزبون تتشكل لديه مجموعة من "التوقعات" حول الخدمة المطلوبة وإذا توافقت هذه التوقعات مع جودة الخدمة المقدمة تتشكل لديه "القيمة المدركة" والتي تدفعه إلى حالة رضا تولد "ولائه" اتجاه المؤسسة، أو حالة "عدم رضا" لعدم توافق توقعاته المسبقة مع إدراكه للخدمة مما يدفعه إلى تقديم "شكاوى" التي قد تكون مفيدة لمقدم الخدمة إذا تم تلبية رغبات الزبون على أساسها بهدف تحقيق حالة رضا عالي وبالتالي ولاء للمؤسسة.

ومن خلال التعاريف السابقة نشير أنه من الصعب تعريف رضا الزبون على نحو موحد، إذ أن الرضا حالة شعور داخلية تخضع لتوقعات الزبون (المريض) للخدمة المقدمة له.

ب- أهمية رضا الزبون

يشكل الزبون اليوم الهدف الأساسي التي تسعى إليه جميع المؤسسات في ظل اقتصاد المعرفة وتنافسية الأسواق، وتسعى المؤسسات الصحية على غرار باقي المؤسسات إلى تلبية رغبات وتوقعات الزبون (المريض) وكسب ولائه والعمل على تحقيق توقعاته ورغباته وإن الجودة في الخدمة الصحية المقدمة له تهدف بالدرجة الأولى إلى إرضاء الزبون (المريض) وتحقيق نتائج مرضية سواء بالنسبة للمؤسسات الصحية الخاصة، والمؤسسات الصحية العمومية والتي تهدف من خلال إرضاء زبائنها إلى تحسين الوضعية الصحية بالبلد وباعتبار مستوى الخدمات الصحية المقدمة في بلاد ما معيارا للرقى والتحضر، فتحقق حالة الرضا جملة من المزايا للزبون والمؤسسة وتبرز أهمية رضا الزبون في كونه:

- إذا كان الزبون راضا عن أداء المؤسسة فإنه سيتحدث إلى الآخرين مما يولد زبائن جدد؛
- إذا كان الزبون راضا عن الخدمة المقدمة إليه من قبل المؤسسة فإن قراره بالعودة إليها يكون سريعا؛
- رضا الزبون عن الخدمة المقدمة إليه من قبل المؤسسة سيقبل من احتمال توجه الزبون إلى مؤسسات أخرى أو منافسة؛
- إن المؤسسة التي تهتم برضا الزبون ستكون لديها القدرة على حماية نفسها من المنافسين ولا سيما فيما يخص المنافسة السعرية؛
- يمثل رضا الزبون التغذية العكسية للمؤسسة فيما يتعلق بالخدمة المقدمة إليه، مما يقود بالمؤسسة إلى تطوير خدماتها المقدمة إلى المستهلك؛
- إن المؤسسة التي تسعى إلى قياس رضا الزبون تتمكن من تحديد حصتها السوقية؛

- يعد رضا الزبون مقياس لجودة الخدمة الصحية¹.

ويؤكد Kotler في هذا المجال أن على المؤسسة التي ترغب في النجاح في أسواق المنافسة اليوم أن تجعل من الزبون النواة التي تدور حولها عملياتها وأن تبتعد عن المفهوم البيعي وتركز على المفهوم التسويقي الحديث الذي يبدأ وينتهي بحاجات ورغبات الزبون وكيفية إشباعها، إذ يستحوذ رضا الزبون على أهمية كبيرة في سياسة أي مؤسسة ويعد من أكثر المعايير فاعلية للحكم على أدائها لاسيما عندما يكون توجه هذه المؤسسة نحو الجودة، وفيما يلي مجموعة من العناصر المعبرة عن أهمية رضا الزبون:

- حدد Kotler في هذا الإطار أربعة حقائق توضح أهمية رضا الزبائن في شكل إحصائيات هي:
- أن الحصول على زبائن جدد يكلف المؤسسة 5 إلى 10 أضعاف تكلفة رضا الزبائن الحاليين؛
- تقليل معدل فقد الزبائن بنسبة 5 يزيد من الأرباح بنسبة 25- 80 حسب نوع الصناعة؛
- معدل ربح الزبون يزداد مع امتداد فترة الشراء².

ثانيا: خصائص رضا الزبون

يصنف الرضا إلى ثلاثة خصائص أساسية متمثلة فيما يلي³:

أ- الرضا الذاتي:

يتعلق رضا العميل هنا بعنصرين أساسيين:

- طبيعة ومستوى التوقعات الشخصية للعميل؛
- الإدراك الذاتي للخدمات المقدمة.

فنظرة العميل هي النظرة الوحيدة التي يمكن أخذها بعين الاعتبار فيما يخص موضوع الرضا، فالعميل لا يحكم على جودة الخدمة بواقعية وموضوعية، فهو يحكم على جودة الخدمة من خلال ما يتوقعه من الخدمة، فالعميل الذي يري أن الخدمات المقدمة له أحسن من خدمات باقي المنافسين، يجدها عميل آخر بأنها أقل جودة من الخدمات الموجودة في السوق. وتبرز من خلال ذلك أهمية الانتقال من النظرة الداخلية التي تركز (الجودة- المطابقة)، إلى النظرة الخارجية التي تعتمد على (الجودة- الرضا)، فالمؤسسة يجب ألا تقدم خدمات وفق مواصفات ومعايير محددة وإنما تنتج وفق ما يتوقعه ويحتاجه العميل.

¹ - يوسف جسيم سلطان الطائي، هاشم فوزي دباس العبادي، إدارة العلاقات مع الزبون، دار الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2009، ص ص 223، 224، بتصرف.

² - محمد خثير، أسماء مرابي، "العلاقة التفاعلية بين أبعاد جودة الخدمة ورضا الزبون بالمؤسسة"، مجلة الريادة لاقتصاديات الأعمال، المجلد 03، العدد 01، جامعة حسينية بن بوعلی الشلف، الجزائر، 2017، ص ص 33- 34..

³ - Jean Michel Monin, La satisfaction qualité dans les services, AFNOR, Paris, 2001, P P 111- 113.

إن الخاصية الذاتية للرضا ينتج عنها ضرورة وجود عناصر مادية خاصة بالأنشطة الخدمية، أي جعل العناصر المعنوية للخدمة ملموسة، حتى نجعل جودة الخدمة مرئية، ومن أجل إظهار الرضا الخفي لدى العميل؛

ب- الرضا نسبي:

لا يتعلق الرضا هنا بحالة مطلقة وإنما بتقدير نسبي فكل عميل يقوم بالمقارنة من خلال نظريته لمعايير السوق، فبالرغم من أن الرضا ذاتي إلا أنه يتغير حسب مستويات التوقع، ففي حالة عميلين يستعملان نفس الخدمة وفي نفس الشروط يمكن أن تختلف آرائهم حولها لأن توقعاتهم الأساسية نحو الخدمة مختلفة، وهذا يفسر لنا أنه ليست الخدمات الأحسن هي التي تباع بمعدلات كبيرة فالمهم ليس أن تكون الأحسن، ولكن يجب أن تكون الأكثر توافقاً مع توقعات العملاء.

ويتضح من خلال ذلك الدور المهم لتقسيم السوق في مجال التسويق، وليس بهدف تحديد القطاعات السوقية وإنما لتحديد التوقعات المتجانسة للعملاء من أجل تقديم خدمات تتوافق مع هذه التوقعات؛

ت- الرضا تطوري:

يتغير رضا العميل من خلال تطوير معيارين:

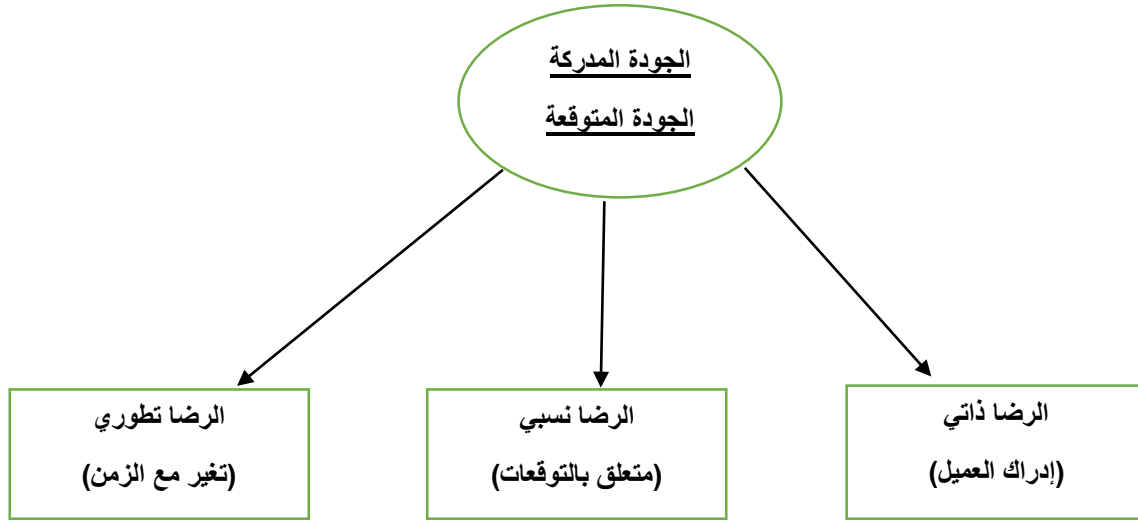
- مستوى التوقع؛

- مستوى الأداء المدرك.

مع مرور الزمن يمكن لتوقعات العميل أن تعرف تطوراً نتيجة لظهور خدمات جديدة أو تطور المعايير الخاصة بالخدمات المقدمة، وذلك بسبب زيادة المنافسة، ونفس الشيء بالنسبة لإدراك العميل لجودة الخدمة والذي يمكن أن يشهد تطوراً خلال عملية تقديم الخدمة، أصبح قياس رضا العميل يتبع نظام يتوافق مع هذه التطورات عن طريق مواكبة جميع التغيرات الحاصلة.

والشكل الموالي يوضح الخصائص الثلاثة للرضا:

الشكل رقم (02): خصائص الرضا



المصدر: 2^{eme} Daniel Ray, Mesurer et développer la satisfaction des clients,

tirage édition d'organisation, Paris, 2001, P 24.

ثالثا: العلاقة بين جودة الخدمة الصحية ورضا الزبون

من الصعب توضيح العلاقة بين جودة الخدمة الصحية ورضا الزبون وتحديد مضمونها بصفة توافقية بين الباحثين والمختصين في الموضوع، نظرا لعامل الرضا والذي يتفاوت حسب توقعات وادراكات الزبون، ويمكن عرض جملة من التوضيحات حول العلاقة المشتركة:

إن العديد من الباحثين لا يملكون رؤية واضحة ودقيقة حول طبيعة وماهية وكيفية الترابط أو التداخل

ولا حتى أي من المتغيرين يدخل ضمن سوابق المتغير الآخر، فيرى كل من Zeithaml و Parasuraman

و Berry أن العلاقة السببية التي تربط المتغيرين (الجودة المدركة - الرضا)، تبدأ بالرضا كمتغير تابع

للجودة المدركة، في حين يرى بعض الباحثين أمثال Bitner و Drew و 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 و Cronin، وأيضا Gotlieb رفقة Grewal

وBrown بإعداد بعض الدراسات حول مجموعة من الأنشطة بهدف معرفة أيهما يدخل ضمن سوابق المتغير الآخر، حيث رجحوا الكفة لصالح العلاقة السببية (الجودة المدركة - الرضا)¹.

وقد قام Anderson بالتمييز بين رضا الزبون وجودة الخدمة حيث استخدم مفهومين لرضا الزبون²:

أ- رضا الزبون المستند على تبادل تجاري محدد: فمستوى الرضا المتحقق من عملية التبادل هذه سيتحدد في ضوء مستوى توقعات الزبون السابقة مع المستشفى مثلا والنتائج النهائي للخدمة العالية نسبيا، فإذا كان النتائج الفعلية للخدمة تفوق ما كان متوقعا فإنه سيكون راض عن الخدمة؛

ب- رضا الزبون المستند على تبادلات تراكمية: يستند هذا المفهوم إلى ما يسمى بإجمالي خبرة شراء واستهلاك خدمة عبر فترة زمنية، وإسنادا لذلك يعد هذا المفهوم مؤشرا مهما لتقييم أداء مورد الخدمة في الماضي والحاضر والمستقبل، وإذا ما تم اعتبار الجودة تستند في تقييمها على حكم شامل لكل الخدمات التي يقدمها مورد الخدمة، فإن عليها الإقرار بوجود اختلاف بين الرضا التراكمي للزبون وجودة الخدمة المدركة، وذلك للأسباب التالية:

- يحتاج الزبون إلى الخبرة مع الخدمة كي يحدد الرضا بينما يمكن إدراك الجودة من دون خبرة فعلية؛
- يعتمد رضا الزبون على قيمة، عندما تكون القيمة مركبة من السعر والجودة وعليه فإن الرضا هو الذي يعتمد على السعر وليست الجودة؛
- الجودة ترتبط بالإدراكات الحالية بينما يستند الرضا على الخبرات السابقة.

وتختلف عملية تحقيق رضا الزبون في تسويق الخدمات كثيرا عما هو عليه في تسويق السلع باعتبار أن الجودة المدركة في الخدمة هي غير الجودة المدركة في السلع الملموسة وذلك من خلال اختلاف الخصائص التسويقية فيما بينها، ويزداد الأمر أكثر خصوصية في الخدمة المقدمة في القطاع الصحي للمرضى والذين يختلفون الواحد عن الآخر تبعا لحالته الصحية، وعليه فإن جوهر الجودة يتمثل في مقابلة احتياجات ومتطلبات المرضى من الخدمة الصحية المقدمة لهم، والتي يستوجب توافرها مع الاستخدام المسبق الذي يريده المريض، وهذا التوافق يرتبط إلى حد كبير مع القيمة التي يتحسسها من الخدمة الصحية وما يعقبها من رضا، ويمكن التعبير عن هذه العلاقة بالتالي: الرضا = الإدراك - التوقع، إن درجة الرضا المتحققة عن الخدمة المقدمة تمثل الفرق بين ما يمكن أن يدركه أو يحصل عليه المريض من الخدمة فعلا

¹ - بوعمره فتحي، "الجودة المدركة للخدمة ورضا الزبون"، مجلة الإبداع، المجلد 06، العدد 06، جامعة البليدة، الجزائر، 2016، ص 124، بتصريف.

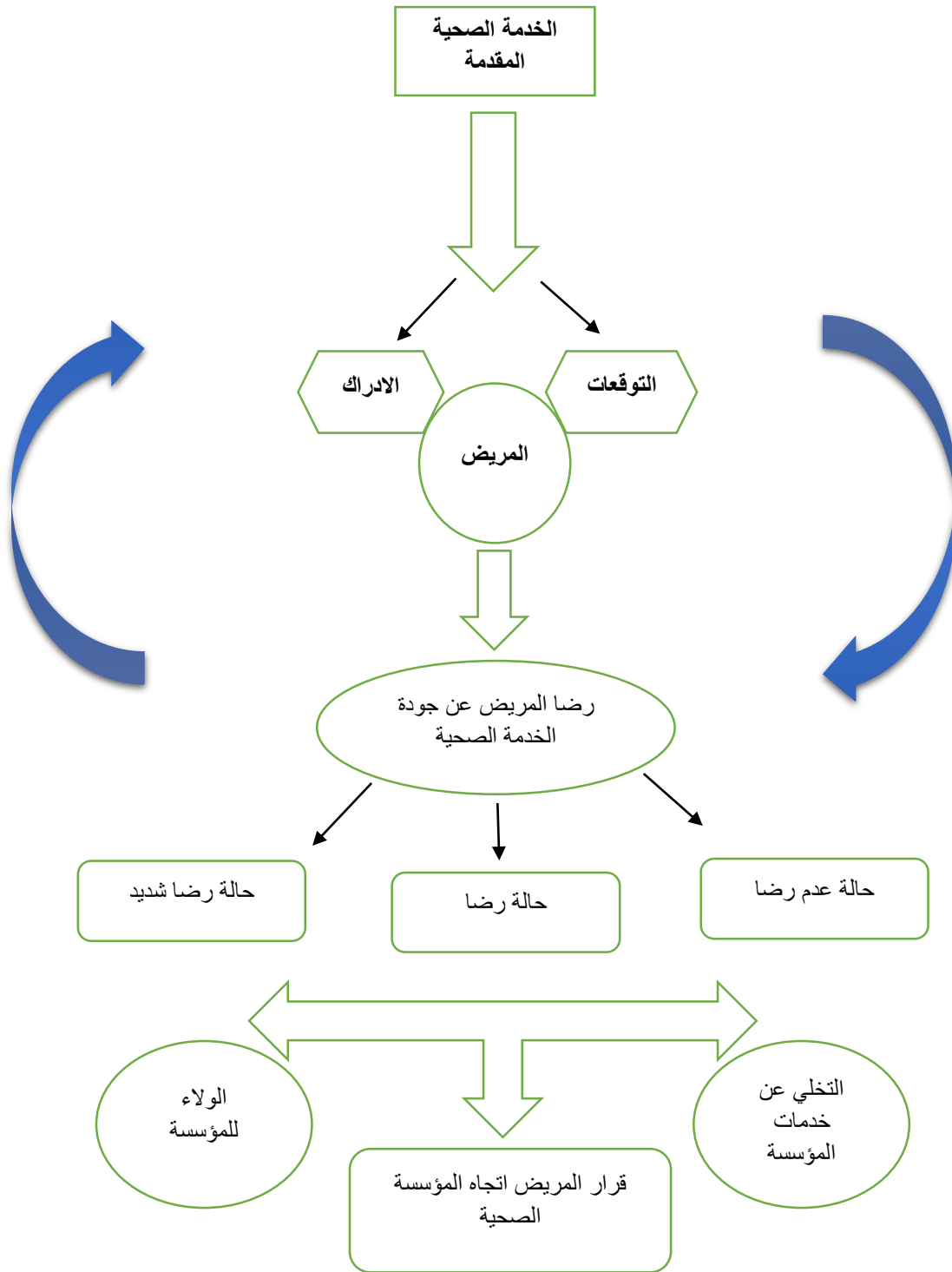
² - يوسف جحيم سلطان الطائي، هاشم فوزي دباس العبادي، مرجع سبق ذكره، ص 242.

وما كان (يتوقع) أن يحصل عليه قبل شراء الخدمة¹، وبشكل عام فإن العلاقة التي تجمع جودة الخدمة الصحية برضا الزبون هي علاقة وطيدة (كبيرة) فالزبون (المريض) تتحقق عنده حالة الرضا في النقطة الذي تتطابق فيها جودة الخدمة الصحية المقدمة مع متطلباته ورغباته الأساسية، إذ يتمتع المرضى بحقوقهم وقراراتهم التي وفي حالة عدم الرضا على مرفقهم العلاجي، فإن لديهم الفرصة للتغيير إلى منشأة علاجية أخرى بالإضافة إلى أنه لا يوجد اتفاق مسبق بين جودة الخدمة الصحية المقدمة ورضا المرضى عنها في ما يخص صناعة المرافق الصحية حيث أن العديد من الوسطان كالتأمين الاجتماعي هم أكثر تأثراً على قياس الجودة المتخصصة والمنفعة على عكس إرضاء المريض².

ونستخلص مما سبق أن جودة الخدمة الصحية تتمتع بميزات خاصة على الجودة في باقي الخدمات، كونها متعلقة بصحة الإنسان ويشكل الانحراف في مضمون الخدمة الصحية خطراً على حياة الأفراد ما يجعل العلاقة بين رضا المستفيد من الخدمة وجودة الخدمة الصحية المقدمة تعنى بالكثير من الاهتمام، فزبون المؤسسة الصحية يتوقع درجة معينة من جودة الخدمات التي تقدم له ويتصورها من خلال إدراكه لها، فعملية الرضا تتعلق بشكل كبير بتوقعات وإدراك الزبون لجودة الخدمات الصحية، وينتج عن الاستفادة من الخدمات المقدمة (حالة عدم رضا، حالة رضا، حالة رضا شديد) ويتخذ الزبون نتيجة لحالة رضاه من عدمه على الخدمة المقدمة له قراره بالتخلي عن خدمات المؤسسة أو الولاء لها، وتعتبر المعلومات المرتدة من الزبون إلى المؤسسة الصحية تغذية عكسية تبني عليها المؤسسة الصحية استراتيجياتها لتحسين جودة خدماتها، وهو ما يوضحه الشكل الموالي:

¹ - رعد حصن الصرن، عبير الغزير، "قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية دراسة تطبيقية في الهيئة العامة لطب العيون في دمشق"، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 39، العدد 01، جامعة تشرين، سوريا، 2017، ص 247.
² - Rehman B, Husnain M, "The Impact of Service Quality Dimensions on Patient Satisfaction in the Private Healthcare Industry in Pakistan", , Vol 04, N 14, Journal of Hospital – Medical Management, London, 2018, P 03.

الشكل رقم (03): العلاقة بين جودة الخدمة الصحية ورضا الزبون



المصدر: من إعداد الطالب بناء على دراسات سابقة.

المبحث الثالث: أبعاد وأساليب قياس جودة الخدمة الصحية وآليات تحسينها

اهتمت العديد من الدراسات بضمون جودة الخدمة الصحية، حيث شكل تحديد أبعادها وأساليب قياسها محور مساهمات جملة من الباحثين وقد شكل تطوير وتحسين جودة هذه الخدمات الصحية المقدمة هدف أساسي لمعظم الباحثين، وعليه نتطرق في هذا المبحث الثالث إلى أبعاد جودة الخدمة الصحية كمطلب أول، وأساليب قياسها كمطلب ثاني، وآليات تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة كمطلب ثالث.

المطلب الأول: أبعاد جودة الخدمة الصحية

تشكل أبعاد جودة الخدمة الصحية المحور الذي يتحدد عليه مستوى الخدمة التي تقدمها المؤسسة الاستشفائية، وقد نجد بعض الاختلافات بين الباحثين والمهتمين بالموضوع حول أبعاد أو معايير محددة لجودة الخدمة الصحية وعلى مدى السنوات الماضية تطورت الأبعاد تبعا للدراسات المتتالية وبرزت الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية كأشهر الأبعاد وأوسعها من حيث الاستخدام، وسنحاول من خلال هذا المطلب الأول تقديم مختلف الأبعاد حول جودة الخدمة الصحية وعرض الأبعاد الخمسة الأكثر استخداما بين الباحثين.

أولا: تقديم الأبعاد المختلفة لجودة الخدمة الصحية

من جملة الأبعاد التي حددها الباحثين لجودة الخدمة الصحية، يمكن الإشارة لبعض أهم هذه الأبعاد حسب الدراسات المنشورة:

ميز **Growoos** بين نوعين من أبعاد الجودة هما الجودة الفنية والجودة الوظيفية كما يلي¹:

أ- **الجودة الفنية**: هي ما يتم تقديمه للزبون فعلا ويتصل بالحاجة الأساسية التي يسعى لإشباعها؛

ب- **الجودة الوظيفية**: هي درجة جودة الطريقة التي يتم بها تقديم الخدمة.

وقد وضع مجموعة من الباحثين جملة من الأبعاد تعتبر الإطار الذي يساعد مقدمي الخدمة على تحديد وتحليل المشاكل وقياس مدى تطابق الأداء مع المعايير المتفق عليها، ويمكن عرضها كالآتي²:

1 - أحمد بن عيشاوي، "إدارة الجودة الشاملة TQM في المؤسسات الخدمية"، مجلة الباحث، المجلد 04، العدد 04، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 2006، ص 09.

2 - زديرة شرف الدين، "دراسة تحليلية لنوعية خدمات الرعاية الصحية باستخدام مؤشرات الجودة من وجهة نظر مقدمي الخدمة بالمستشفى الجامعي ابن باديس - قسنطينة -"، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، المجلد 09، العدد 18، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2015، ص 151، 152، بتصرف.

- أ- **التمكن الفني:** ويعني المهارات والقدرات ومستوى الأداء الفعلي للمدير ومقدم الخدمة ومساعدتهم بالدقة المطلوبة والتوافق وبصفة مستمرة بما يشبع رغبات المرضى والمصابين والمراجعين؛
- ب- **الإمكانات المادية للمستشفى:** ويقاس هذا البعد من خلال تقييم العميل للعوامل المادية بالمستشفى من موقع وبنية تحتية ومعدات وأجهزة، وديكورات ومصادر المعلومات، ومظهر العاملين بها؛
- ت- **سهولة الوصول والحصول:** الخدمات الصحية يجب أن تكون سهلة الحصول أمام الأشخاص (محتاجيها) في الزمن (الوقت) والمكان المناسبين لهم وحال احتياجهم لها، والأمر سواء بالنسبة لمقدم الخدمة يجب أن يكون بمقدوره وإمكانه الوصول على خدمات صحية من ممارستها؛
- ث- **التعاطف والتفاني:** ويعبر هذا العنصر عن مدى إحساس العملاء بالتعاطف والرعاية من جانب المستشفى لهم، وحسن استقبالهم ومدى الاهتمام الشخصي لكل منهم؛
- ج- **الأمان:** ويعني أن يشعر الفرد أنه دائماً تحت مظلة من الرعاية الصحية لا نعلم متى سيحتاج إليها؛
- ح- **الاستمرارية:** وتعني تقديم الخدمة الصحية دون توقف أو انقطاع؛
- خ- **الفعالية والكفاءة:** يهتم هذا البعد بالعلاقة بين مردود الخدمة والتكلفة؛
- د- **الاعتمادية:** وهي تعبر عن درجة ثقة العميل بالمستشفى ومدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الطبية التي يتوقعها؛
- ذ- **الثقة:** في الأطباء والفنيين وكفاءتهم وشهرتهم.
- ويرى **Swand** أن لجودة الخدمة بعدين أساسيين هما¹:
- أ- **الجودة المادية الملموسة:** وهي التي يتعرض لها الزبون أو المستفيد حال حصوله على الخدمة؛
- ب- **الجودة التفاعلية:** وتمثل أداء عملية الخدمة ذاتها أثناء تفاعل العاملين بالمؤسسة مع الزبائن أو المستفيدين.
- وقد حددت منظمة الصحة العالمية لمراكز طب الأسرة تسعة أبعاد أساسية لنظام صحي عالي الجودة، وتمثل هذه الأبعاد في ما يلي²:
- أ- **إمكانية الوصول؛**
- ب- **الفعالية؛**

1 - قاسم نايف علوان المحلوي، **إدارة الجودة في مجال الخدمات - مفاهيم عمليات تطبيقات**، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة العربية، 2006، ص 92.

2 - غني دحام تناي الزبيدي، فائق عباس خليل الشجيري، **"تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية / دراسة حالة في مراكز طب الأسرة في بغداد"**، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 24، العدد 106، جامعة بغداد، 2018، ص 29، بتصرف.

ت- الأمان؛

ث- التركيز على المريض؛

ج- العدالة؛

ح- الكفاءة؛

خ- الموارد المناسبة؛

د- التركيز على الصحة السكانية؛

ذ- التكامل.

وفي سنة 1988 قام كل من (Berry, Zeithaml, Parasuraman) بدمج مختلف الأبعاد المتعددة في خمسة أبعاد على أساس أنها أكثر دلالة في قياس جودة الخدمة الصحية، كما قدم هذا الطرح من طرف العديد من الباحثين أمثال (Kotler and Keller)، وتمثلت هذه الأبعاد في كل من: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان (الضمان)، التعاطف.

ثانيا: تقديم الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية

وتمثل الأبعاد الأكثر تداولاً وانتشاراً في الدراسات حول الخدمات الصحية، ويمكن عرضها كما يلي:

أ- الملموسية:

تمثل المظهر المادي للتسهيلات والمعدات والأفراد ومواد الاتصال، وجميع هذه العناصر المادية تعطي الصورة الذهنية للخدمة التي يستخدمها العملاء، وبخاصة العملاء الجدد لتقويم الجودة؛

ب- الاعتمادية:

يعد هذا البعد من الأبعاد الخمسة الأكثر ثباتاً ويكون الأكثر أهمية في تحديد إدراكات جودة الخدمة عند العملاء، وذلك لارتباطه بقدرات مقدم الخدمة بشكل دقيق¹؛

ت- الاستجابة:

وهي الرغبة والإرادة لمساعدة وتقديم الخدمة للزبائن دون تمييز أو تباطؤ؛

ث- الأمان:

هو خلق الثقة والاطمئنان لدى الزبائن عند التعامل معهم وأثناء تقديم الخدمة؛

ج- التعاطف:

¹ - تيقاوي العربي، "مدى إدراك قياس جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر دراسة مقارنة بين فئة العاملين وبين المستشفيات"، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، المجلد 11، العدد 01، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2017، ص 261.

الفصل الأول..... الأدبيات النظرية لجودة الخدمة الصحية

هو التفاعل العاطفي مع الزبائن وتقدير ظروفهم واشعارهم بإدراك احتياجاتهم¹.
وقدم "البكري" تفسيراً وتلخيصاً شاملاً لأبعاد جودة الخدمة بالمؤسسات الصحية كما يلي:

الجدول رقم (01): أبعاد جودة الخدمة بالمؤسسات الصحية

الأمثلة	معايير التقييم	البعد
<ul style="list-style-type: none"> - ثقة عالية لدى المريض بأن حسابات المالية صحيحة عند مغادرته المستشفى. - لديه ثقة بأن حياته بين أيدي أمينة. 	<ul style="list-style-type: none"> - دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى. - المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية. 	الاعتمادية
<ul style="list-style-type: none"> - وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق معدودة. - غرفة العمليات جاهزة كلياً ولكل الحالات. 	<ul style="list-style-type: none"> - تقديم خدمات علاجية فورية. - استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية. - العمل على مدار ساعات اليوم. 	الاستجابة
<ul style="list-style-type: none"> - المعاملة الطبية للمرضى من قبل الأطباء. - تدريب ومهارة عالية في الأداء. 	<ul style="list-style-type: none"> - سمعة ومكان المستشفى عالية. - المعرفة والمهارات المتميزة للأطباء والطاقم التمريضي. - الصفات الشخصية للعاملين. 	الضمان
<ul style="list-style-type: none"> - الممرضة بمثابة الأم الحنون للمريض. - النظر للمريض بأنه دائماً على حق. 	<ul style="list-style-type: none"> - اهتمام شخصي بالمريض. - الإصغاء الكامل لشكاوى المرضى. - تلبية احتياجات المريض بروح من الود واللفظ. 	التعاطف
<ul style="list-style-type: none"> - نظافة عيادة الطبيب وكونها ذات مظهر تخصصي. - نوعية الطعام المقدم للراقيدين في المستشفى. 	<ul style="list-style-type: none"> - الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج. - المنظر الخارجي لمقدمي الخدمة. - أماكن الانتظار لمقدمي الخدمة. - أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة. 	الملموسية

المصدر: ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة

الأولى، 2005، ص 213.

¹ - قاسم نايف علوان المحياوي، عادل كاصد مفتي الأسدي، "تقييم جودة خدمات الصحة المدرسية باستخدام مقياس الأداء الفعلي Servperf من وجهة نظر مقدم الخدمة دراسة ميدانية لتقييم خدمات الصحة المدرسية المقدمة لطلبة المدارس في مدينة الناصرية"، مجلة الكوت للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 12، العدد 35، كلية الإدارة والاقتصاد جامعة واسط، العراق، 2020، ص 150.

يتبين من الجدول أعلاه الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية (الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، التعاطف، الملموسية) والمعايير التي يمكن من خلالها تقييم كل بعد مع التوضيح بمجموعة من الأمثلة على أرض الواقع، ويجذر الإشارة إلى أن بعد جودة الخدمة الصحية المتمثل في "الأمان" يطلق عليه "الضمان" في بعض المراجع، وفي العديد من المراجع يوضع إسم "الأمان" مرفقا "بالضمان" بين قوسين أو العكس، ويطلق عليه أيضا "الثقة" أو "التوكيد" وهو يرمز لنفس البعد.

وقد أعطى (Kotler) وزنا نسبيا لكل بعد من الأبعاد الخمسة التي من خلالها يحكم الزبائن على جودة الخدمة كالتالي¹:

أ- الاعتمادية (Reliability):

وهي القدرة على تقديم الخدمة في الوقت المحدد وبالذقة المطلوبة ومدى وفائها بالالتزامات، ويمثل هذا البعد 32% كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى؛

ب- الاستجابة (Responsiveness):

هي القدرة على التعامل الفعال مع الشكاوى والاقتراحات والمبادرة في تقديم الخدمة بصدق ورحب، ويمثل هذا البعد 22% كأهمية نسبية في الجودة؛

ت- الضمان (Assurance):

هو الاطمئنان أي خلو الخدمة من الخطأ أو الخطر أو الشك، ويشمل الاطمئنان النفسي والمادي، ويمثل هذا البعد 19% كأهمية نسبية في الجودة؛

ث- التعاطف (Empathy):

هو إبداء روح الصداقة والحرص على العميل وإشعاره بأهميته والرغبة في تقديم الخدمة حسب احتياجاته، ويمثل هذا البعد 16% كأهمية نسبية في الجودة؛

ج- الملموسية (Tangibles):

يرتبط هذا البعد بالجوانب الملموسة والمتعلقة بتقديم الخدمة، ومن ذلك التجهيزات المسهلة لتقديم الخدمة، الحالة العامة للمباني والبيئة، مظهر العاملين وحدثات الآلات، ويمثل هذا البعد 16% كأهمية نسبية في الجودة.

¹ - ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 212، بتصرف.

المطلب الثاني: أساليب قياس جودة الخدمة الصحية

يعد قياس جودة الخدمات الصحية أمرا يثير الكثير من الجدل في أوساط الباحثين، ولكونه ضرورة ملحة وذو أهمية محورية فإن عملية قياس جودة الخدمة يشكل أمرا صعبا حيث يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الغرض من القياس وأنواع القياسات وأنواع المتغيرات التي سوف نقيسها، وبالرغم من التطور في جانب قياس جودة السلع مازالت العملية في قطاع الخدمات وخاصة الخدمة الصحية تشكل أمرا غاية في الصعوبة نظرا للبعد المادي والنمطية في طبيعتها. وفي هذا السياق أوجدت عدة أساليب لقياس جودة الخدمات الصحية وتنوعت النماذج حوله، ويمثل نموذج الفجوات **Servqual** ونموذج الأداء الفعلي **Servperf** أحد أكثر الأساليب المستخدمة في تقييم جودة الخدمة الصحية التي سيتم التركيز عليها في هذا الطرح، وسنوضح أهم الأساليب المستخدمة كالتالي:

أولا: الطريقة التقليدية والطريقة الحديثة:

هناك من يصنف طرق قياس جودة الخدمة الصحية إلى طريقتين الأولى تقليدية والثانية حديثة، تشمل الطريقة التقليدية ثلاث أنواع من المقاييس هي¹:

أ- **المقاييس الهيكلية (قياسات البنية):** إن مقاييس الرعاية الصحية مرتبطة بالأفراد والتسهيلات المقدمة في تقديم وتزويد الخدمات والطريقة التي تنظم بها ولذا فإن أبعاد المقاييس الهيكلية تشمل التنظيم والأفراد والتسهيلات المتاحة في المستشفى.

ب- **مقياس الإجراءات:** تسمى كذلك مقياس العمليات ويدل مفهوم العمليات على تتابع خطوات العمل لتقديم أو وصول الخدمة الصحية وهي التي تتسبب في الوصول إلى النتائج (المخرجات).

ت- **مقياس النواتج:** يعكس التغيرات الصافية في الحالة الصحية كنواتج للرعاية الصحية ومن المؤشرات التي يتم استخدامها في ذلك:

• الحالة الصحية العامة: والتي يعبر عنها بمجموعة من المقاييس مثال معدلات الوفيات أو أحد الأمراض كمقياس ويمكن ذلك في استخدام ملامح تأثير المرض؛

• مؤشرات النواتج لأمراض محددة: وذلك بما تشمله من معدلات الوفيات لأمراض معينة أو وجود أعراض معروفة مصحوبة بالمرض، أو معوقات سلوكية مرتبطة بأمراض معينة

أما المدخل الحديث فيرى:

1 - شبوطي حكيم، خليفة أحلام، "تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات - من طرف متلقي العلاج في بعض مستشفيات ولاية المدية، مجلة الاقتصاد الصناعي"، المجلد 01، العدد 12، جامعة أدرار، الجزائر، 2017، ص ص 74-75.

أن التركيز على الجودة ورقابتها يجب أن يوجه ليس فقط في ملامح محددة للمخرجات والعمليات أو الهيكل ولكن في كل مؤسسة الخدمة الصحية.

ثانياً: القياس من منظور الزبون (المريض)

إن جوهر الجودة يتمثل هنا في مقابلة احتياجات ومتطلبات المرضى من الخدمة الصحية المقدمة لهم والتي يستوجب توافرها مع الاستخدام المسبق الذي يريده المريض، وهذا التوافق يرتبط إلى حد كبير مع القيمة التي يتحسسها من الخدمة الصحية وما يعقبها من رضا، ويمكن التعبير عن هذه العلاقة بالآتي: رضا المريض = جودة الخدمة الصحية¹. ومن الطرق الشائعة لقياس جودة الخدمات الصحية في هذا الإطار نذكر ما يلي:

• مقياس عدد الشكاوى:

يمثل عدد الشكاوى التي يتقدم بها الزبائن خلال فترة زمنية معينة مقياساً هاماً، يعبر على أن الخدمات المقدمة دون مستوى أو ما يقدم لهم من خدمات لا يتناسب مع إدراكهم لها والمستوى الذي يريدون الحصول عليه، ويمكن هذا المقياس المؤسسات الخدمية من اتخاذ الإجراءات لتجنب حدوث مشاكل وتحسين مستوى جودة ما تقدمه من خدمات لزيائنها².

• مقياس رضا الزبائن:

يتم عن طريق وضع استبانة تكشف للمؤسسة طبيعة شعور الزبائن نحو الخدمة المقدمة إليهم وجوانب القوة والضعف، بشكل يمكن هذه المؤسسات من تبني استراتيجية للجودة تتلاءم مع احتياجات الزبائن، وتحقق لهم الرضا.

• مقياس القيمة:

تقوم الفكرة الأساسية لهذا المقياس على أن القيمة التي تقدمها المؤسسة لزيائنها تعتمد على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة من جانب الزبون والتكلفة للحصول على هذه الخدمات، فكلما زادت القيمة المقدمة للزبائن زاد إقبالهم على طلب هذه الخدمات، والعكس صحيح، هذا الأسلوب يدفع المؤسسات إلى تركيز جهودها على تقديم خدمة متميزة للزبائن بأقل تكلفة ممكنة³.

• مقياس الفجوة (نموذج Servqual):

1 - زينب حذمر، مريم يحيوي، مرجع سبق ذكره، ص 479.
2 - يوسف عبد عطية بحر، بلال جمال الجدي، "أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى في المستشفيات الأهلية في محافظات غزة"، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد 27، العدد 03، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين، 2019، ص 09.
3 - ماضي بلقاسم، عفاف بلعرج، "تقييم جودة الخدمات الصحية وقياس رضا المرضى"، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، مجلد 15، عدد 31، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر، 2014، ص 87.

ظهر هذا النموذج سنة 1985 من طرف الباحث **Parasuraman** وآخرون، حيث حاول تحديد المعايير الأساسية الكامنة لتوقعات المستفيدين من الخدمة وتقييم درجة تحقيق هذه التوقعات من خلال الخدمة المقدمة لهم، حيث أجرى الباحثون مشروع بحث مكون من 12 مجموعة قسمت 03 مجموعات لكل مجال من المجالات التالية: الخدمات المصرفية، بطاقات الائتمان، تبادل العقود الآجلة، إصلاح وصيانة الخدمات. وكانت نتائج هذه الدراسة بمثابة الأساس لنموذج "**Servqual**" المستخدم لقياس جودة الخدمة¹.

ويشير نموذج جودة الخدمة إلى أن تصورات الجودة من وجهة نظر المستهلكين والتي تتأثر بسلسلة من فجوات مميزة تحدث في المنظمات، وهذه الفجوات في جانب مقدمي الخدمات تعيق تقديم الخدمات التي يرى المستهلكون أنها ذات جودة عالية، وتتمثل هذه الفجوات في الخدمة الصحية كما يلي²:

- **الفجوة الأولى (الاختلافات بين توقعات المرضى وتصورات الإدارة لتوقعات المرضى):** وتحصل هذه الفجوة عندما لا تعي الإدارة بصورة كاملة وصحيحة ما يرغبه العميل، إذ ترى الإدارة أن المريض يرغب في الحصول على طعام أفضل ولكنه يبحث عن خدمة أفضل.
- **الفجوة الثانية (الاختلافات بين تصورات الإدارة لتوقعات المرضى ومواصفات جودة الخدمة):** وتحدث هذه الفجوة عند الإدراك التام لرغبة المريض ولكن الإدارة لا تضع معايير الأداء بوضوح لتقييمه.
- **الفجوة الثالثة (الاختلاف بين مواصفات جودة الخدمة والخدمة المقدمة بالفعل):** وهذه الفجوة حاصلة عدم قدرة الطواقم الطبية أو عدم رغبتهم في خدمة المريض وفق المعايير والمقاييس المحددة.
- **الفجوة الرابعة (الاختلافات بين تقديم الخدمات وما يتم إبلاغه عن الخدمة للمرضى):** وهذا الاختلاف يكون في الفرق ما بين الخدمة التي تم الاتفاق للحصول عليها وعلى الخدمة التي تلقاها المريض فعلا، كأن يتفق المريض على الجلوس في غرفة نظيفة منفردا ولكنه يجد شريكا في الغرفة أو النظافة ليست بالشكل المطلوب.
- **الفجوة الخامسة (الاختلاف بين توقعات المريض وتصوراتها، والتي بدورها تعتمد على حجم واتجاه الفجوات الأربع المرتبطة بتقديم جودة الخدمة على جانب مقدم الخدمة):** فهذه الفجوة تحصل عندما لا يحصل المريض على الخدمة الصحية بالنوعية والكيفية المتوقعة، ومن الملاحظ أن الفجوة الخامسة

¹ - Stanislaw Manulik et Al, "**Evaluation of health care service quality in Poland with The use of SERVQUAL method at the specialist ambulatory health care center**", Journal Patient preference and adherence, Dove Medical Press, Vol 10, N 01, Poland, 2016, P 1436.

² - يوسف عبد عطية بحر، بلال جمال الجدي، **مرجع سبق ذكره**، ص ص 10-11، بتصرف.

هي الوحيدة التي يشعر بها ويلتمسها المريض كون الفجوات الأخرى تحدث داخل المستشفى كجزء من صياغة ونوعية الخدمات الصحية إلا أنها جميعا تسهم في إظهار الفجوة الخامسة.

وعليه نجد أن مستوى جودة الخدمة يقاس بمدى التطابق بين جودة الخدمة المقدمة فعلا للمريض

وبين ما يتوقعه بشأنها، ويمكن التعبير عن العلاقة بالآتي¹:

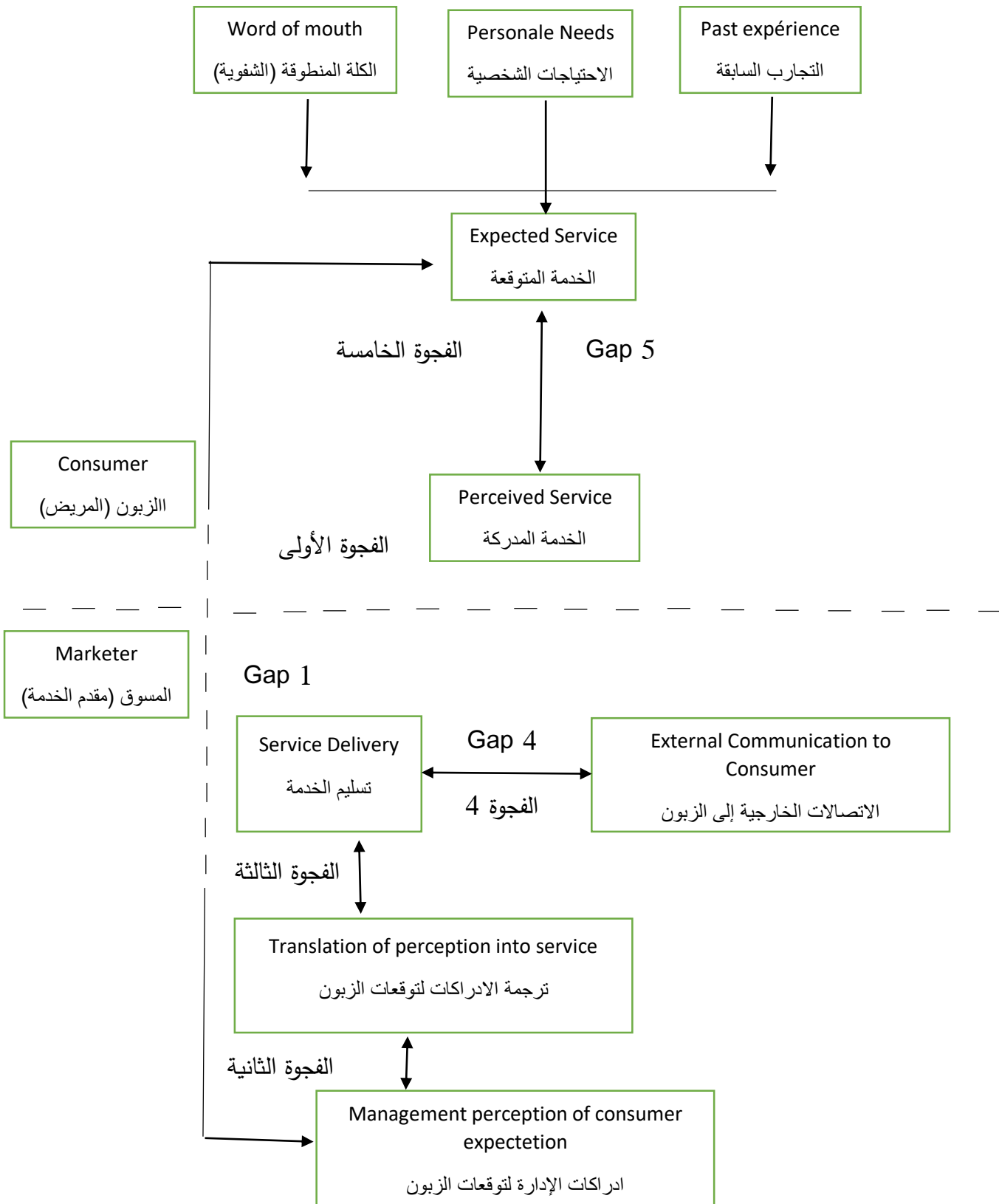
جودة الخدمة = التوقعات - الإدراكات

إذ يستند النموذج لتوقعات المرضى لمستوى الخدمة، وإدراكهم لمستوى أداء الخدمة بالفعل ومن ثم تحديد الفجوة أو التطابق بين هذه التوقعات والإدراكات وذلك باستخدام الأبعاد الخمسة الممثلة في: (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف).

ويمكن توضيح نموذج الفجوات Servqual في الشكل التالي:

¹ - حياة بورناز، حنان برجم، **تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات**، ورقة بحثية مقدمة ضمن "الملتقى الوطني الأول حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية بين إشكالية التسيير ورهانات التمويل (المستشفيات نموذجاً)"، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة 8 ماي 1945 قالمة، يومي 10-11 أفريل 2018، الجزائر، ص 10، بتصرف.

الشكل رقم (04): فجوات جودة الخدمة



المصدر: Mare Shaefer, Methodological approach to extending to measure employer and employee, Business school DBA, anglia, 2002, P 23.

نلاحظ من خلال الشكل رقم (04) الفجوات الخمسة الممثلة لنموذج Servqual وتمثل الفجوة الخامسة 05 الأساس الذي يلمسها المريض من خلال ادراكه للخدمة مقارنة بما كان يتوقعه منها، وتعمل إدارة المؤسسات الاستشفائية قدر المستطاع على تقليص حجم الفجوة كلما كان ذلك ممكنا.

• مقياس الأداء الفعلي Servperf (نموذج الاتجاه):

لقد ثار جدل طويل حول استخدام مقياس "Servqual" من مجموعة من الباحثين أمثال Taylor و Cronin كون هذا المقياس صمم في فترة سابقة لقياس جودة الخدمة والصناعات ووجهت له مجموعة من الانتقادات وخاصة أن هذا المقياس يقوم بقياس توقعات العميل من الخدمة ويركز على الفجوات ولا يقيس جودة الخدمات المدركة والفعلية، لذا تم اعتماد مقياس (Servperf) ويعرف بمقياس الأداء الفعلي كمقياس أفضل لجودة الخدمة المدركة وتم اختياره في العديد من الدراسات من قبل مجموعة من الباحثين¹.

ظهر مقياس الأداء الفعلي خلال 1992 نتيجة للدراسات التي قام بها كل من Cronin و Taylor وتعني "Servperf" أداء الخدمة وهي كلمة مكونة من العبارتين Service أي الخدمة و Performance وهو الأداء، وتعرف الجودة في إطار هذا النموذج مفهوما اتجاهيا يرتبط بإدراك الزبون للأداء الفعلي للخدمة المقدمة ويعرف الاتجاه على أنه تقييم الأداء على أساس مجموعة من الأبعاد المرتبطة بالخدمة، إذ يركز هذا النموذج على الأداء الفعلي للخدمة ويرفض فكرة الفجوة في تقييم جودة الخدمة باعتبار أن جودة الخدمة يتم الحكم عليها من خلال اتجاهات الزبائن، ويمكن التعبير عن ذلك بالمعادلة التالية:

جودة الخدمة = الأداء الفعلي

كما أن أسلوب الأداء الفعلي Servperf لا يختلف عن أسلوب مقياس الفجوة Servqual في المعايير المستخدمة لقياس جودة الخدمة من ناحية الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف)². وتتضمن عملية تقييم الجودة وفق هذا النموذج الافتراضات التالية³:

- في غياب خبرة العميل السابقة في التعامل مع المؤسسة فإن توقعاته حول الخدمة تحدد بصورة أولية لمستوى تقييمه لجودتها؛

1 - عطية مصلح، "قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قفيلية"، مجلة جامعة القدس المفتوحة، المجلد 02، العدد 27، فلسطين، 2012، ص ص 12-13، بتصرف.

2 - فادية جباري وآخرون، "تأثير جودة الخدمة على رضا العميل (دراسة حالة الوكالة أ التابعة للمديرية الجهوية للشركة الجزائرية للتأمينات Saa تلمسان خلال الفترة 2009-2010)"، Les cahiers du MECAS، المجلد 06، العدد 01، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2010، ص ص 181-182، بتصرف.

3 - سامي بليخاري، عبد الرحمان رايس، "نماذج قياس جودة الخدمة الصحية"، ورقة بحثية مقدمة ضمن "الملتقى الوطني الأول حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية بين إشكالية التسيير ورهانات التمويل (المستشفيات نموذجاً)"، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة 8 ماي 1945 قالمة، يومي 10-11 أفريل، الجزائر، 2018، ص 19.

• بناء على خبرة العميل السابقة المتراكمة كنتيجة لتكرار التعامل مع المؤسسة، فإن عدم رضاه عن مستوى الخدمة المقدمة يقودها لمراجعة المستوى الأول للجودة؛

• إن الخبرات المتعاقبة مع المؤسسة ستقود إلى مراجعات إدراكية أخرى لمستوى الجودة، وبالتالي فإن تقييم العميل لمستوى الخدمة يكون محصلة لكل عمليات التعديل الإدراكي التي يقوم بها العميل فيما يتعلق بجودة الخدمة، وهكذا فإن رضا العميل عن مستوى الأداء الفعلي للخدمة لها أثر مساعد في تشكيل إدراكاته للجودة، وعند تكرار الشراء فإن الرضا يصبح أحد المدخلات الرئيسية في عملية التقييم.

وقد ذكر **Cronin و Taylor** سنة 1992 إلى أن مقياس **Servperf** أفضل المقاييس، حيث إن هذا المقياس الكامن للخدمة في تقديم المنافع المطلوبة، وكذلك أشار كل من الباحثين **Hoffman و Bateson** سنة 2001 إلى أن جودة الخدمة المدركة هي محصلة ما يلمسه الزبون من منافع عن طريق الخدمة التي يحصل عليها، وأكد فريق من الباحثين على رأسهم **Sureshchander** سنة 2002 على أن جودة الخدمة المدركة من قبل الزبائن تقيم عن طريق الأداء الفعلي فقط وليس التوقعات¹.

وقد اعتمدت دراستنا الحالية على مقياس الأداء الفعلي **Servperf** نظرا للاعتبارات الأخيرة السالفة الذكر، لكونه المقياس الأكثر مناسبة لقياس جودة الخدمة في مؤسسات استشفائية خاصة تشهد بيئة منافسة ومتغيرة باستمرار، ويعتبر هذا المقياس الأكثر تداول في الدراسات حول العالم لدقة النتائج مقارنة مع باقي المقاييس، مع الإشارة أن قياس جودة الخدمة الصحية من منظور المريض يعتبر من أصعب القياسات في الخدمات عموما كونه يتعلق بجانب الصحة ويتحكم فيه بدرجة كبيرة الجانب النفسي لمتلقي العلاج.

ثالثا: نماذج قياس الجودة الموضوعية للخدمة²:

يقصد بالقياس الموضوعي القياس الذي يعتمد على مؤشرات موضوعية وتقوم به المؤسسة عن طريق احصائيات داخلية، والمؤشرات الموضوعية لقياس جودة الخدمة عديدة منها خاصة تلك المتعلقة بموثوقيتها أو جدارتها أي استمراريتها وتلك المتعلقة بسرعة تقديم الخدمة، وفي السنوات الأخيرة سمح توفر البرمجيات الإحصائية المتخصصة ونذكر منها برامج المحاكاة للعمليات العشوائية بتسهيل استخدام هذه الأدوات وتجاوز صعوبات القياس التي كانت تطرحها سابقا.

1 - عامر علي حسين، أميرة هانف الجنابي، "التوجه نحو الزبون وولائه -تحقيق تجريبي لدور الوسيط لإدراك جودة الخدمة دراسة استطلاعية تحليلية لعينة من زبائن المصارف الأهلية"، مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 02، العدد 09، جامعة الكوفة، العراق، 2008، ص 97، بتصرف.

2 - صالح بو عبد الله، نماذج وطرق قياس جودة الخدمة دراسة تطبيقية على خدمات مؤسسة بريد الجزائر، أطروحة دكتوراه، تخصص العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة سطيف 1، الجزائر، 2014، ص 72، بتصرف.

المطلب الثالث: آليات تحسين جودة الخدمة الصحية

يسعى المريض إلى الحصول على خدمات صحية ذات جودة عالية تحقق له حالة رضا مرتفع، وعليه تسعى المؤسسة الاستشفائية باستمرار إلى تحسين جودة خدماتها الصحية المقدمة لتلبية طلبات الزبون ولا سيما إذا كانت المؤسسات الاستشفائية ذات طابع خاص وتسعى للمنافسة في السوق، وتتعدد الأساليب والاستراتيجيات المستخدمة لتحسين جودة الخدمات الصحية، ويمكن التطرق إلى بعض أهم هذه الأساليب من خلال هذه المطلب.

أولاً: إدارة الجودة الشاملة

أ- تعريف إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية:

تتعدد التعاريف وتتباين حول "إدارة الجودة الشاملة" ويمكن تعريفها بأنها: "فلسفة تسعى الإدارة من خلالها إلى توجيه الممارسات التنظيمية داخل المنظمة نحو التركيز على احتياجات الزبون والأهداف التنظيمية، بالتالي هي مقارنة متعددة الأوجه لخلق تغيير تنظيمي عن طريق عدة مؤشرات مختلفة أهمها الجودة، الزبون، العاملين، الإنتاج التنظيمي، دور الإدارة العليا"¹.

ويمكن القول إن إدارة الجودة الشاملة (TQM) هي ليست أمراً يمكننا فرضه على المؤسسة من الخارج، بل يجب أن تكون المنظمة على استعداد لتبني مفهوم إدارة الجودة الشاملة واستيعابه والمحافظة على الالتزام به في جميع هياكلها، ومنذ ظهور (TQM) لأول مرة وحتى الآن فقد مرت بمراحل عديدة في مختلف المجالات واكتسبت العديد من المفاهيم تجعلها تمثل "فلسفة في إدارة الجودة"²، وتعد مساندة والتزام الإدارة العليا بفلسفة إدارة الجودة الشاملة من أهم عناصر نجاح تطبيقها في المنظمة، لأنها استراتيجية ينبغي أن تتبع من قمة هرم الهيكل التنظيمي، ولا يمكن تصور نجاح أي مشروع بدون دعم وتأييد الإدارة العليا، وينبغي لإدارة المنظمة أن تمتلك صفات قيادية تؤثر وبصورة طوعية على العاملين وتخلق الرغبة لديهم لتحقيق أهداف المنظمة أو تحقيق ما يتجاوز هذه الأهداف وتعتبر مفاهيم (التركيز على العميل، مشاركة العاملين، التحسين المستمر، التخطيط الاستراتيجي للجودة) من أهم مبادئ إدارة الجودة الشاملة³.

¹ - Jose C, Flores Molina, **A Total Quality Management Methodology for universities**, Phd thesis of philosophy in industrial and systems engineering, Florida International University, USA, 2011, P 926.

² - Merih Arikkok, **Total Quality Management (The way to achieve quality excellence)**, <https://www.researchgate.net/publication/312054032>, 07/02/2020, P 9.

³ - بشير بودية، "أثر تبني وتطبيق إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المقدمة بمستشفى ترابي بوجمعة - بشار، مجلة البشائر الاقتصادية"، المجلد 03، العدد 02، جامعة بشار، الجزائر، 2017، ص ص 168-169، بتصرف.

وتعرف إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية بأنها: "الاستراتيجية الشاملة التي تهدف من ورائها المؤسسة الصحية إلى تحقيق التغيرات في الخصائص والصفات التي تجعل الأفراد جميعهم (المهنيون وهم الأطباء وكوادر التمريض والفنيون...الخ) يستخدمون طرق وأساليب الجودة بالشكل الذي يحقق الوفرة بالكلف، بالإضافة إلى تلبية متطلبات المرضى والعملاء الآخرين الذين يطلبون الرعاية الصحية"¹.

ب- دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمة الصحية

منذ أن ظهر وانتشر فكر وأدبيات أسلوب إدارة الجودة الشاملة، وهو يطبق على كافة أنواع المنظمات إنتاجية أو خدمية، وقد أصبح حالياً أحد السمات الرئيسية في منظمات الأعمال المعاصرة التي تهتم بتحقيق مركز تنافسي مميزا على غيرها من المنظمات، ولم تكن المستشفيات استثناء من ذلك، فقد كان تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات على نطاق واسع، فطبيعة الخدمة تتعلق بصحة وحياة البشر وهم أعلى الأشياء لدى الإنسان، فالاهتمام بجودة الأداء والخدمة المقدمة من المستشفيات هو أحد الأهداف الأساسية، وهذا يتوافق مع أسلوب إدارة الجودة الشاملة وعمليات التحسين المستمر للجودة، وقد حققت العديد من المستشفيات مزايا كبيرة من تطبيقها لهذا الفكر الجديد². وبشكل تساهم إدارة الجودة الشاملة بتوفير فوائد ملموسة وغير ملموسة لكل من مقدمي الخدمة والمستفيدين منها بالمؤسسة الصحية، ومن جملة هذه الفوائد نذكر³:

- **مستويات إنتاجية أحسن:** إن الهدف من إدارة الجودة هي تحسين جودة الرعاية الطبية والخدمات الأخرى التي يوفرها المستشفى وكذلك الاستخدام السليم للموارد المالية والاستفادة من النظم الحديثة في المجال الطبي وتقليص نفقات الرعاية الصحية وتشجيع الإدارة على تقويم جودة الإنتاجية وكميتها بدلا من التركيز على كمية الإنتاج حتى تصل إلى المستوى الأمثل المتوافق مع أهداف المستشفى ومعاييره عن طريق التقويم والمتابعة والموضوعية المنهجية للجودة ومدى ملائمة الرعاية المقدمة والبحث الدائم على الفرص التي يمكن من خلالها تحسين مستوى الرعاية وحل ما يتم اكتشافه من مشكلات.
- **الرضا المتزايد للعميل:** من المعروف أنه من الأهداف الأساسية لإدارة الجودة تقديم خدمة أفضل للعميل تتناسب مع متطلباته وتوقعاته، لذا فإن نتيجة عملية تحسين الجودة تكون في نهاية رضا العميل، وتحوز

¹ - أمال العربي بن حورة، علي مكيد، "تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية كمدخل لتحسين جودة خدماتها (دراسة حالة مستشفى محمد بوضياف بالمدينة)"، مجلة الاستراتيجية والتنمية، المجلد 07، العدد 12، جامعة ابن باديس، الجزائر، 2017، ص ص 139-140.

² - رضوان أنساع، محمد فلاق، "دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة مستشفى الجامعة الأردنية نموذجاً"، مجلة الإدارة والتنمية للبحوث والدراسات، المجلد 02، العدد 02، جامعة البليدة، الجزائر، 2013، ص ص 66-67.

³ - زينب مهداوي، عبد القادر بودي، "أثر إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات: دراسة المؤسسة الاستشفائية ترابي بوجمعة بيشار"، مجلة مجاميع المعرفة، المجلد 03، العدد 02، المركز الجامعي بتندوف، الجزائر، 2017، ص ص 242، 243.

المؤسسات على رضا العميل، من خلال الجهود المتמاسكة التي يبذلها كل فرد لكسب العمل إلى زيادة الثقة من قبل العملاء عندما يرون تحقيق رغباتهم فيما يتعلق بجودة الخدمات.

- **تحسين معنويات الموظف:** هناك جانب أساسي في إدارة الجودة الشاملة يتمثل في مشاركة الموظف في صنع القرار المتعلق بالعمل، حيث يتم تشجيع الموظفين على المشاركة في المعلومات والمعارف واقتراح الحلول المناسبة للمشكلات، مما يساعد على انطلاق الطاقة الفنية الخلاقة الكامنة لدى الموظف حيث يكون لديه شعور كبير في تحسين مركز المنشآت.

ثانياً: استراتيجية Six Sigma

أ- تعريف استراتيجية Six Sigma

يعد أسلوب 6 سيجما أو ما يعرف بالحيود الستة (Six Sigma) امتداداً لإدارة الجودة الشاملة ومن المناهج والاستراتيجيات الحديثة نسبياً والتي أثبتت كفاءتها في مساعدة المؤسسات على تلبية رغبات المستفيدين بتوفير خدمات خالية من العيوب، وقد قام الكثير من الكتاب والعلماء الإداريين والإحصائيين بتقديم التعاريف التي تتناسب مع أفكارهم وتوجهاتهم، فتباينت في بعض الجوانب آرائهم واختلفت في جوانب أخرى، ويمكن تعريف Six sigma على أنها:

- **لغويًا يعرف بأنه:** "هو الحرف الثامن عشر في الأبجدية الإغريقية وكان يرمز له بالرمز (O)، وقد استخدم الإحصائيون هذا الحرف للدلالة على الانحراف المعياري، والذي يعد طريقة إحصائية ومؤشراً لوصف الانحراف أو التباين أو التشتت، إن جذور (O) معياراً لقياس الانحراف يمكن إرجاعها إلى كارل فريدريك غاوس (Carl Frederick Gauss) والذي استحدث مفهوم المنحنى الطبيعي"¹.

- **اصطلاحاً هو:** "طريقة لقياس العمليات، وهدف الوصول إلى ما يقارب الكمال إلى 3.4 خطأ لكل مليون فرصة، بل أكثر من ذلك هي نظام شامل ومرن لتحقيق حد أقصى لنجاح العمل، حيث تعتمد على الاستخدام المنطقي للحقائق والبيانات وتحليل إحصائي لها، وتركيز مهم لإدارة وتحسين وإعادة تحديث عمليات العمل"².

- **أما في القطاع الصحي** فقد عرف منهج ستة سيجما على أنه: "عملية تحليل العمليات الفنية لرفع مستوى جودة الرعاية الصحية والخدمات بما يتوافق مع متطلبات المريض"، كما عرف منهج ستة سيجما في القطاع الصحي على أنه: "عملية إحصائية منتظمة لكشف ومعالجة العيوب في الأداء وذلك باستخدام منهجية

¹ - توفيق زباني، خديجة العرابي، "ستة سيجما (six sigma) مدخل متميز بين الجودة والتكلفة في منظمات الأعمال - عرض تجربة موتورولا"، مجلة المقار للدراسات الجامعية، المجلد 01، العدد 02، المركز الجامعي تندوف، الجزائر، 2018، ص 107.

² - راسم بوزان إبيش، العوامل الداعمة لاستخدام ستة سيجما ودورها في تحسين جودة مخرجات خدمة الاتصالات، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، تخصص إدارة الأعمال، قسم إدارة الأعمال، كلية الاقتصاد، جامعة حلب، سوريا، 2014، ص 22.

سيجما ستة لتخفيض الاختناقات السريرية والآلية التي تؤدي إلى إطالة الوقت والتكاليف العالية والنتائج السيئة¹.

ب- تطبيق Six Sigma في المجال الصحي

يعتبر تطبيق six sigma في القطاع الصحي من الاستراتيجيات المهمة والتي تتطلب إشراك جهود كل الموارد البشرية العاملة بالمؤسسات الصحية إلى جانب المختصين للحصول على أعلى النتائج التي تساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية ومجموعة من الفوائد العديدة، نذكر من أهمها ما يلي²:

- تخفيض الأخطاء الطبية؛
- تخفيض الأخطاء في الأدوية الخطرة جدا؛
- تخفيض الأخطاء الإدارية؛
- تحسين وقت طلبات الصيدلة؛
- تخفيض معدل الدوران الوظيفي؛
- رفع الطاقة الإنتاجية لغرف العمليات؛
- تخفيض مدة إقامة المريض في المستشفى؛
- تخفيض فقدان أفلام الرنين المغناطيسي؛
- تخفيض وقت انتظار مرضى الطوارئ.

ثالثا: تسويق الخدمات الصحية

أ- تعريف التسويق في مجال الخدمة الصحية

يمثل مفهوم تسويق الخدمة الصحية (التسويق الصحي) أهمية كبرى في المنظمات الصحية عموما وبالخصوص المؤسسات الاستشفائية الخاصة، وتتشكل هذه الأهمية من الطبيعة الشمولية لوظائف التسويق التي تتضمن جميع مراحل توفير الخدمة وتقديمها للزبون (المريض)، وقد قدمت العديد من التعاريف حول مفهوم "التسويق الصحي"، نذكر منها:

¹ - حبيبة قنسي، أثر أسلوب التوجه بالمريض (الزبون) على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية الجزائرية)، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، تخصص اقتصاد وتسيير مؤسسة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2020، ص 70.

² - Antony and Al, "Six Sigma in the UK Service Organizations, results from a pilot survey", Managerial Auditing Journal, Vol 19, N 08, United Kingdom, 2004, P 69.

- يعرف التسويق الصحي على أنه: "مجموعة من الأنشطة والفعاليات التي تهدف إلى تحقيق الاتصال بالجمهور المستهدف وجمع المعلومات عنهم وتحديد حاجاتهم بهدف تكوين سلوك صحي لدى الأفراد وأن هذا السلوك يتطلب من العاملين في مجال التسويق الصحي"¹.

- كما عرف أيضا على أنه: "عملية تحليل الأنشطة المتكاملة والمترابطة التي تقوم بها المنظمات الصحية لتوفير أنسب الخدمات المطلوبة، والتخطيط السليم لها، والرقابة على حسن تنفيذها، والترويج لها، وذلك لتعزيز عملية التبادل الارادي للمنافع (أو التقييم) مع أسواقها المستهدفة، بما يمكنها من بلوغ أهدافها المرسومة بفعالية وكفاءة عاليتين"².

وقد أصبح تسويق الخدمة الصحية يتم على مستوى ثلاثة (03) أشكال تسويقية:

(التسويق الخارجي، التسويق الداخلي، التسويق التفاعلي)، نعرفهم كما يلي:

• التسويق الخارجي:

يشمل الأنشطة الخارجية للتسويق، كاتصال المؤسسة لجذب انتباه السوق، وغالبا ما يكون الأمر بالنسبة للمستهلكين، الموزعين المستقلين. فالتسويق الخارجي هو تسويق الدراسة والتجديد، والاتصال وتنشيط المستخدمين الذين يمثلون اسم المؤسسة³.

• التسويق الداخلي:

عرفه Barry Parasuraman في كتابهم تسويق الخدمات بأنه: "جذب وتطوير وتحفيز العاملين والمحافظة على كفاءتهم من خلال إشباع رغباتهم واحتياجاتهم"، والتسويق الداخلي هو فلسفة معاملة العاملين كزبائن حقا وتشجيع العاملين واستراتيجية تكييف العمل ليلئم الاحتياجات الإنسانية⁴.

• التسويق التفاعلي:

وهو مرتبط بفكرة أن جودة الخدمات والسلع المقدمة للعملاء تعتمد بشكل أساسي ومكثف على جودة التفاعل والعلاقة بين البائع والمشتري، ويعد التسويق الالكتروني جزء من التسويق التفاعلي حيث يتعلق الأمر بوسيلة الاتصال بالعملاء، أما فيما يخص التسويق التفاعلي بدون وسائط فيسمى تسويق تفاعلي مباشر بين الزبون والمنظمة⁵.

1 - ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، دون طبعة، 2008، ص 81.
2 - طلال بن عابد الأحمد، إدارة الرعاية الصحية، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، دون طبعة، 2004، ص 276.
3 - حليلة السعدية قرشي، عفاف خويلد، تسويق الخدمات، مطبوعة موجهة لطلبة السنة الأولى والثانية ماستر، تخصص تسويق الخدمات، قسم العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 2018، ص 16.
4 - عمر ملوكي، محمد الباي، "أثر التسويق الداخلي على اعتمادية الخدمة الصحية -دراسة حالة على الكادر الطبي والإداري بمصحة ابن حيان الوادي"، مجلة معهد العلوم الاقتصادية، المجلد 22، العدد 02، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2019، ص 446.
5 - رشيدة عداد، عدنان عشاش، "التسويق الداخلي من المفهوم إلى التطبيق"، مجلة التنمية وإدارة الموارد البشرية، مجلد 03، العدد 08، جامعة بليدة، الجزائر، 2017، ص ص 123- 124، بتصرف.

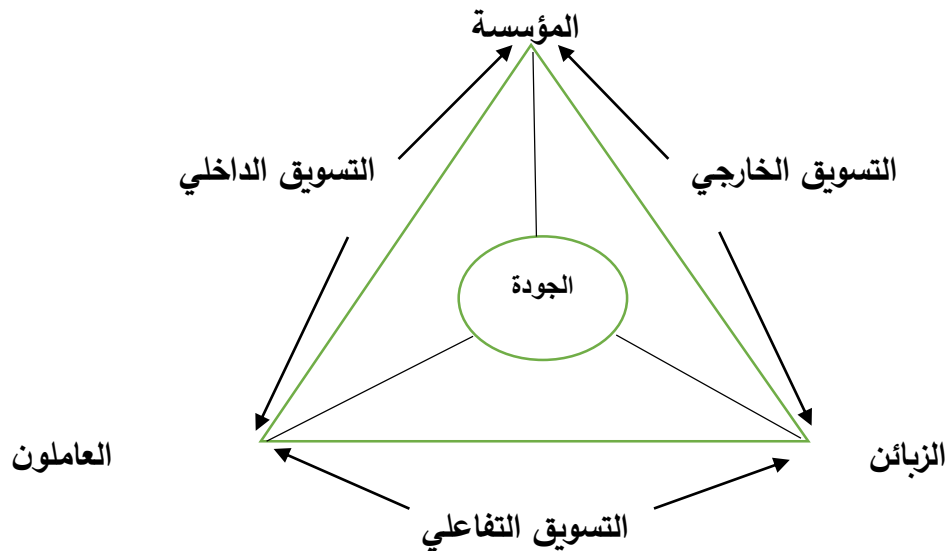
ب- دور التسويق في تحسين جودة الخدمة الصحية:

يلعب التسويق دورا أساسيا في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية سواء كانت تهدف إلى الربح (المؤسسات الخاصة)، أو لا تهدف إلى الربح (المؤسسات العمومية). ويمكن توضيح ذلك بالتطرق لمساهمة التسويق الصحي في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية الخاصة كما يلي¹:

- يعمل التسويق على تحديد السوق المستهدف وهم المستفيدون الحاليون والمرتبون الذين تقدم لهم الخدمات الصحية المختلفة، بما يتلاءم ومشاكلهم الصحية وأمراض البيئة المحيطة؛
 - إن ازدياد أشكال الخدمات الصحية والطبية، وازدياد تكنولوجيا المستشفيات أضاف بعدا جديدا للمنافسة بين المستشفيات، مما أثر على الدور الذي يلعبه التسويق في هذه المنظمات للإشباع رغبات واحتياجات الأفراد (المرضى) في السوق المخدوم؛
 - يعمل التسويق على زيادة اختراق الأسواق الحالية وإضافة أسواق جديدة أو كليهما معا، وأيضا التأثير على نمط الاستخدام الحالي للإمكانيات المتاحة من خلال استخدام عناصر المزيج التسويقي؛
 - يعمل التسويق على قياس اتجاهات المرضى وحاجاتهم، وأيضا اختيار الوسيلة المثلى للبدائل الترويجية الملائمة؛
 - تنمية الوعي الصحي أو التنقيف الطبي لدى المستفيدين من الخدمات الصحية؛
 - توفير الخدمات الصحية للمستفيدين في الوقت المناسب والمكان المناسب وبالجودة المناسبة وفي حدود إمكانيات المستفيد المرتقب.
- ويمكن توضيح العلاقة بين أشكال التسويق وجودة الخدمة من خلال ما يسمى "مثلث تسويق الخدمات" والذي تم تطويره من طرف كوتلر وأرمسترونج، كما يوضحه الشكل التالي:

¹ - فوزي مدكور، تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، دون طبعة، 1998، ص ص 29-30، بتصرف.

الشكل رقم (05): علاقة جودة الخدمة مع أشكال التسويق



المصدر: جميلة بن نبلي، "أثر التسويق الداخلي على جودة الخدمة في المؤسسات الصحية"، دراسات وأبحاث المجلة العربية للأبحاث والدراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 11، العدد 04، جامعة الجلفة، الجزائر، 2019، ص 46.

يوضح من خلال هذا الشكل السابق ثلاثة أشكال تسويقية يعد كل منها عاملا رئيسيا في نجاح المؤسسة.

تتمثل هذه الأشكال فيما يلي¹:

- النوع الأول: التسويق الخارجي ويمثل علاقة المؤسسة بزيائها، ويهتم بالنشاطات التقليدية (الترويج، السعر، التوزيع... الخ)؛
- النوع الثاني: التسويق التفاعلي ويعني أن تحديد جودة الخدمات يعتمد بالدرجة الأولى على تفاعل معيار الجودة من منظور مقدم الخدمة والمستفيد منها؛
- النوع الثالث: التسويق الداخلي ويعني أن تقوم المؤسسات الخدمية بتدريب العاملين وتحفيزهم وبخاصة الذين يعملون بتماس مباشر مع الزبائن.

رابعا: نماذج أخرى لتحسين جودة الخدمة الصحية:

لقد تعددت الأساليب والمناهج المستخدمة بهدف تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للزبون، وبالإضافة إلى الأساليب سالفة الذكر، يمكن التطرق إلى نماذج أخرى متداولة كالتالي:

¹ - بن نبلي جميلة، نفس المرجع السابق، ص 46، بتصرف.

أ- التغيير التنظيمي:

يعرف التغيير التنظيمي على أنه: "ظاهرة لا مفر منها في حياة المؤسسات، تحمل معها استحداث أوضاع تنظيمية (الهيكل التنظيمي)، وأساليب إدارية (الثقافة التنظيمية) وتأثير ذلك على أعضاء المؤسسة سواء كانوا مديرين أو موظفين"¹.

ويمكن أن يقتصر التغيير التنظيمي على مجال معين أو عدة مجالات في المؤسسة الصحية، نتيجة للضغوط التي قد تتعرض لها وبهدف تحسين جودة خدماتها، ومن بين هذه المجالات ما يلي²:

- التغيير على مستوى الهياكل؛
- التغيير على مستوى العنصر البشري؛
- التغيير في جانب المعلومات.

ب- استراتيجية تنمية الموارد البشرية:

تعرف التنمية الاستراتيجية للموارد البشرية على أنها: "الاتجاه طويل المدى لوظيفة تنمية الموارد البشرية، إذ يتم ضمنها إيجاد أنسب خيارات المؤسسة في تنمية مواردها البشرية أخذا بعين الاعتبار طبيعة الأهداف والنظم والعمليات والموارد المتاحة، وكذا وضع المتغيرات البيئية التنافسية"³.

ولقد أصبحت استراتيجية تنمية الموارد البشرية أهم مجالات الاستثمار في العنصر البشري، وترمي هذه الاستراتيجية إلى إحداث قفزة نوعية في الموارد البشرية عن طريق استراتيجيات منها: (التدريب المستمر، تقييم الأداء، تنمية المسار الوظيفي، الخ)، وتساهم استراتيجية تنمية الموارد البشرية في المؤسسات الصحية بشكل رئيسي في التأثير على جودة الخدمة المقدمة للمستفيدين وتحسينها باستمرار⁴.

ت- آلية التحسين المستمر وفق منهج الكايزن

كلمة "Kaizen" أصلها ياباني، تنقسم إلى شقين الشق الأول "Kai" يعني "التغيير"، والشق الثاني "Zen" يعني "الجيد"، ومنه فمعنى كلمة "كايزن" هو "التغيير الجيد"⁵. ويقوم منهج الكايزن على أن كل عمل

¹ - Meir Olivier et Al, **Gestion du changement**, édition Dunod, Paris, 2007, p p 1,2.

² - عبد الله حمادو، أحمد بن عيشاوي، "أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الجزائرية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الصحية العمومية لولاية ورقلة)"، مجلة الإصلاحات الاقتصادية والاندماج في الاقتصاد العالمي، المجلد 12، العدد 26، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر، 2017، ص ص 7- 8، بتصرف.

³ - عبد المجيد قدي، إشكالية تنمية الموارد البشرية في ظل العولمة، ورقة بحثية مقدمة ضمن "الملتقى الدولي حول التنمية البشرية وفرص الاندماج في اقتصاد المعرفة والكفاءات البشرية، المنعقد يومي 09- 10 مارس 2004، كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية، جامعة ورقلة، الجزائر، ص ص 05.

⁴ - نصر الدين بن نذير، فائزة بعلبيش، "أثر استراتيجية تنمية الموارد البشرية على جودة الخدمة الصحية بالمؤسسات العمومية -دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بالمدينة-"، مجلة الاقتصاد والتنمية، المجلد 02، العدد 03، جامعة المدية، الجزائر، 2015، ص 187، بتصرف.

⁵ - Delffy, Grace, **Mudolar Kaizen Continous and Breakthrough Improvement**, Asq quality press, USA, 2013, P 11.

ينفذ يمكن تحسينه، وكل عملية تتم حاليا لا بد وأنها تحتوي على هدر وإسراف، والتقليل منه ينتج قيمة مضافة للعملية وللعميل، وأساس ذلك هو الاقتناع بأنه يوجد مجال للتغيير وأن كل عمل مهما بلغ مستواه من الاتقان يمكن تحسينه ليكون أفضل¹.

وفي هذا السياق فإن المؤسسات الصحية الطامحة إلى تقديم خدمات صحية عالية الجودة يستلزم الأمر منها أن تقوم بانتهاج أساليب حديثة وتغيير ثقافتها واعتماد مداخل وفلسفات، ومن بينها نجد أسلوب التحسين المستمر وفق منهج الكايزن الذي يعتبر أحد المداخل التي يتم الاعتماد عليها في تحسين الخدمة الصحية والرفع من جودتها².

¹ - حمزة هرباجي، فتحة بوحرد، "العوامل المؤثرة على تطبيق منهج التحسين المستمر الكايزن (دراسة حالة بعض المؤسسات الصناعية بولاية سطيف)"، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، المجلد 19، العدد 01، جامعة سطيف 1، الجزائر، 2019، ص 367.

² - سالمى رشيد وآخرون، "الرفع من جودة الخدمة الصحية من خلال تبني أسلوب التحسين المستمر (الكايزن)"، معارف، المجلد 11، العدد 20، جامعة البويرة، الجزائر، 2016، ص 69، بتصرف.

خلاصة الفصل:

تطرقنا من خلال دراستنا في هذا الفصل إلى التعرف على معنى ومضمون جودة الخدمة الصحية والنظام الصحي الذي تمثل فيه المؤسسات الاستشفائية دورا جوهريا تسعى من خلالها إلى تحسين جودة خدماتها الصحية المقدمة للزبون، لا سيما المؤسسات الاستشفائية الخاصة والتي تعمل ببيئة تنافسية محلية ودولية، ما يجعل عملية تقييم جودة الخدمة من وجهة نظر الزبون (المريض) أمرا ضروريا لتحقيق الريادة والمنافسة ورضا الزبون، وقد تناول هذا الفصل أبعاد جودة الخدمة الصحية التي تشكل القاعدة التي تنطلق منها عملية التقييم والتي تعتمد على مجموعة من أساليب القياس وتهدف هذه العملية إلى معرفة آراء المستفيد من الخدمة سعيا لتحسين جودتها وارضاء الزبون، واعتبارا إلى أهمية موضوع جودة الخدمة الصحية فقد تعددت آليات تحسينها وتطويرها وقد أشرنا في هذا الفصل إلى بعض هذه الآليات المساهمة في تحسين جودة الخدمات الصحية.

الفصل الثاني

الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة

تمهيد:

حاز موضوع " جودة الخدمات الصحية " اهتمام كبير من عديد الباحثين سواء في مجال الطب أو الإدارة على المستوى العربي والأجنبي، وتناولته العديد من الدراسات السابقة من زوايا مختلفة، لكون الموضوع يتعلق بالخدمة الصحية وهي أحد أهم متطلبات الانسان، وسوف تستعرض هذه الدراسة جملة من الدراسات السابقة التي تم الاستفادة منها مع الإشارة الى أبرز ملامحها وجوانب الاتفاق والاختلاف وبيان الفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية.

هذا وقد تم تصنيف هذه الدراسات حسب الموقع الجغرافي (مكان الدراسة)، كونها دراسات على المستوى المحلي ودراسات على المستوى العربي، ودراسات على المستوى الأجنبي، وفيما يلي نقدم عرضاً لهذه الدراسات السابقة، ثم مناقشتها وما يميز الدراسة الحالية عنها، وسوف نحاول تغطية هذا الفصل من خلال المباحث التالية:

المبحث الأول: عرض الدراسات السابقة؛

المبحث الثاني: مراجعة الدراسات السابقة.

المبحث الأول: عرض الدراسات السابقة

حظي موضوع "تقييم جودة الخدمة الصحية" باهتمام كبير، وتعددت الدراسات حوله ويتناول هذا المبحث عرض تلك الدراسات المحلية والعربية والأجنبية وفق ترتيب زمني (من الأحدث الى الأقدم) والتي تتوافق مع موضوع الدراسة أو تقترب منه، وقد تناولنا هذا التصنيف لكون الخدمات الصحية في الجزائر لها مميزات وخصوصيات عن مثيلاتها في المنطقة العربية وعلى المستوى الأجنبي.

المطلب الأول: الدراسات المحلية

01- دراسة ريمة أوشن (2018) بعنوان: إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية - دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري¹.

هدفت هذه الدراسة والتمثلة في أطروحة دكتوراه (ل م د) في علوم التسيير من جامعة باتنة الى التعرف على واقع الخدمات الصحية ومدى جاهزيتها لتبني إدارة الجودة الشاملة، وتمثلت عينتها في: الأطباء العاملين في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري وبلغ حجمها (354) طبيب، وشملت الدراسة (04) مراكز استشفائية عمومية بكل من ولاية (باتنة، سطيف، عنابة، قسنطينة)، وتم استخدام العينة العشوائية واعتمدت الدراسة على أدوات جمع البيانات المتمثلة في: الاستمارة، الملاحظة، المقابلة، الوثائق والسجلات.

وشمل الاستبيان الموجه لعينة الدراسة على أبعاد (التزام الادارة العليا، ظروف الموارد البشرية، الجودة، نظام الاتصال والمعلومات المعتمد) ومعالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) نسخة (22) وفق "المنهج الاستكشافي والاختبار" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها: أن ظروف عمل الموارد البشرية تحقق مستويات مقبولة خصوصا ما تعلق بالتكوين رغم أن الإدارة لا توفر الظروف الملائمة لتقديم الخدمات الصحية، ضعف نظام الاتصال والمعلومات وعجزه عن تحقيق الأهداف المرجوة منه، وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها:

- تعزيز دور القطاع العام والمستشفيات الحكومية، وإعطاء أهمية للقطاع الخاص باعتباره سندا لجهود الدولة في المجال الصحي وداعما لها، وتضافر الجهود مع مختلف القطاعات ذات العلاقة لضمان سلامة وصحة السكان؛

¹ - ريمة أوشن، إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية -دراسة حالة المركز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري-، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، تخصص تسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة 1، الجزائر، 2018.

الفصل الثاني..... الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية

- توفير قيادة تمتلك الرؤية والالتزام والقدرة على العمل الهادف من أجل تحسين الجودة في المجال الصحي؛
- الاهتمام بالتأطير والتكوين الصحي والإداري ما تعلق بالأطباء والطاقم الشبه الطبي، وتوفير الموارد المادية الملائمة ومواكبة التحديثات المتجددة والتطور التقني السريع الحاصل في العلوم الطبية؛
- دعم وتنظيم آليات ادراج تكنولوجيا المعلومات والاتصال في المستشفيات وإنشاء نظام معلومات إلكتروني مركزي، وتحقيق التكامل بين مختلف المؤسسات الصحية العمومية والخاصة.

02- دراسة سعيدان رشيد وروشام بن زيان (2018) بعنوان: جودة الخدمات الصحية من خلال آراء المرضى بالمؤسسة الاستشفائية 240 سرير بولاية بشار¹.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من خلال وجهة نظر المستفيدين منها وذلك اعتمادا على الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية (التعاطف، الأمان، الاعتمادية، الجوانب المادية، ظروف الايواء)، تمثلت عينة الدراسة في مرضى مستشفى "تراي بوجمعة" بالجنوب الغربي ببشار وبلغ حجمها (22) فردا، واستخدم الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها: المستشفى محل الدراسة تتبنى فلسفة الجودة بدرجة متوسطة مع تفاوت بين المحاور حسب الترتيب الموالي: (الجوانب المادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف، ظروف الايواء) مع مستوى مرتفع لكل من محور الجوانب المادية، محور الاستجابة ومحور الأمان. وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها:

- تطبيق الجودة بالمستشفى يتطلب أولا توفير الخدمات الصحية وتحسينها ثم التوجه الى الجودة كهدف استراتيجي بعد ذلك نظرا للتحديات التي تواجه المستشفى؛
- ضرورة الاهتمام أكثر بالمرضى بالتركيز على الجوانب المادية من حيث النظافة والتغذية وظروف الإيواء إلى جانب محور الاعتمادية الذي يبقى بحاجة إلى دعم أكثر لمختلف التخصصات من حيث الكفاءات البشرية والمعدات والآلات الطبية التي من شأنها أن تعطي دعما قويا للخدمات الصحية وتقضي على النقص والتفاوت الحاصل بين الشمال والجنوب.

¹ - سعيدان رشيد، روشام بن زيان، مرجع سبق ذكره، ص ص 346- 374.

03- دراسة محمد الهلة (2017) بعنوان: إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر -دراسة حالة عينة من المستشفيات العامة والعيادات الخاصة¹.

هدفت هذه الدراسة والمتمثلة في أطروحة دكتوراه (ل م د) في علوم التسيير من جامعة ورقلة الى التعرف على واقع تطبيق أسلوب (TQM) في إدارة وتنظيم النشاط الصحي من وجهة نظر الزبائن الداخليين (الموظفين) والزيائن الخارجيين (المرضى) بالمؤسسات الاستشفائية العامة والعيادات الخاصة عينة الدراسة في الجزائر، وشملت الدراسة (08) عيادات خاصة موزعة على ولايات: (ورقلة، غرداية، وهران، معسكر، سيدي بلعباس، باتنة، عنابة، الجزائر العاصمة) وبلغ حجم العينة بها (69) فرد. و(07) مؤسسات استشفائية عمومية موزعة على ولايات: (بسكرة، النعامة، أدرار، تمنراست، سطيف، بومرداس، البلدية) وبلغ حجم العينة بها (65) فرد، وتم استخدام العينة العنقودية والاعتماد على أدوات الدراسة والمتمثلة: في المقابلة والاستبيان، وتم معالجة البيانات عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها:

- أغلب المؤسسات الاستشفائية بالجزائر لا تطبق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، مما يدل على أن المستشفيات الجزائرية مازالت تسيير بطرق تقليدية؛

- رغم وجود رابط بين المسافة الجغرافية وجودة الخدمة المقدمة، إلا أن المسافة الجغرافية والبعد الجغرافي للمستشفى لا يعد حائلا أمام خيار المريض للمستشفى الذي يتمتع بمستوى جودة عالية لخدماته؛

- تختلف المعايير التي يعتمدها طالبوا العلاج من المرضى في تقييمهم لمستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات عينة الدراسة في الجزائر، حيث جاء ترتيب أبعادها على التوالي: (الاعتمادية، جوهر الخدمة، الاستجابة، الموثوقية، التعاطف، الملموسية)، ومستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الاستشفائية العامة والخاصة في الجزائر "متوسطة" بشكل عام.

وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها:

- التأكيد على المستشفيات قيد الدراسة بتشكيل فرق العمل لوضع خطط خاصة لمناقشة المشكلات المتعلقة بجودة الخدمات الصحية وتنمية مهارات العاملين في المستشفيات المعنية من خلال التكوين بصفة دورية وتحسين جودة الحياة الوظيفية، والاهتمام أكثر بالعنصر البشري لأن إرضاء الزبائن الخارجيين ينطلق من إرضاء الزبائن الداخليين؛

1 - محمد الهلة، إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر -دراسة حالة عينة من المستشفيات العامة والعيادات الخاصة، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، تخصص اقتصاد وتسيير مؤسسة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 2017.

الفصل الثاني..... الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية

04- دلال السويسي (2017) بعنوان: قياس كفاءة الخدمات الصحية بالمؤسسات الصحية الجزائرية باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات دراسة مقارنة (القطاع العام-القطاع الخاص)¹.

هدفت هذه الدراسة والمتمثلة في أطروحة دكتوراه (ل م د) في علوم التسيير من جامعة ورقلة الى تقييم كفاءة المستشفيات الجزائرية الخاصة والعامة، من خلال قياس الكفاءة النسبية لأربعة عشر (14) مستشفى من الجنوب الشرقي الجزائري طبقا لأسلوب تحليل مغلف البيانات (DEA) بنموذجية لعوائد الحجم الثابتة وعوائد الحجم المتغيرة بالتوجهين الإدخالي والإخراجي، وتوزعت عينة الدراسة بين (07) مستشفيات عامة و (07) مستشفيات خاصة وحيث تم اختيار هذه المؤسسات من نفس جهة الوطن بالجنوبي الشرقي ليكون هناك تماثل في ظروف نشاط هذه المؤسسات وبلغ حجم العينة (286) فرد، واعتمدت الدراسة على أدوات: الملاحظة ودراسة وتحليل مختلف الوثائق والمعطيات الخاصة بهذه المؤسسات واستخدام أسلوب مغلف البيانات وفق المنهج "الوصفي والتحليلي"، وكان من أبرز نتائجه:

- خمسة (05) مؤسسات استشفائية حققت الكفاءة التامة داخليا وخارجيا، ومستشفى واحد (01) كفاء داخليا وغير كفاء خارجيا، وثمانية (08) مؤسسات استشفائية غير كفاء داخليا وخارجيا؛
- تميزت وحدات القطاع الخاص بمستويات كفاءة أعلى نسبيا من وحدات القطاع العام، والسبب يعود إلى الأحجام الكبيرة في مدخلات ومخرجات القطاع العام مقارنة بالأحجام الصغيرة لمدخلات القطاع الخاص. وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها:
- يمكن لمتخذي القرار في المستشفيات محل الدراسة أن يعتبروا خمسة (05) مستشفيات التي أثبتت كفاءة نسبية في الدراسة وحدات نموذجية يقتدى بها من أجل الوصول إلى الكفاءة التامة؛
- على المسؤولين في وزارة الصحة اعتماد أدوات لتقييم أداء المستشفيات والمقارنة بينها بشكل دوري من أجل تحسين كفاءة هذه المستشفيات.

05- دراسة شبوطي حكيم وخليفة أحلام (2017) بعنوان: تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات -من طرف متلقي العلاج في بعض مستشفيات ولاية المدية².

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الجزائرية ورأي المستفيدين منها، وتمثلت عينتها في بعض الأفراد الذين قد زاروا المستشفيات العمومية لولاية

¹ - دلال السويسي، قياس كفاءة الخدمات الصحية بالمؤسسات الصحية الجزائرية لاستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات دراسة مقارنة (القطاع العام- القطاع الخاص)، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، تخصص أنظمة معلومات ومراقبة التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 2017.

² - شبوطي حكيم، خليفة أحلام، مرجع سبق ذكره، ص ص 70- 85.

الفصل الثاني..... الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية

المدية لمعرفة درجة رضاهم على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم وبلغ حجم العينة (60) فردا، وارتكزت الدراسة في تقييمها لرضا المرضى على الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية (الاستجابة، الضمان، التعاطف، الملموسية، الاعتمادية)، واعتمدت على الاستبيان كأداة من أدوات البحث العلمي لجمع البيانات، وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها: عدم رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم من ناحية أبعاد (الاستجابة، الضمان، التعاطف، الملموسية)، في حين بعد (الاعتمادية) تحصل على درجة متوسطة من الموافقة.

وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها:

- رفع مستوى التنسيق بين الجهات المقدمة للخدمات الصحية والعمل على تعميق الوعي الصحي لدى العاملين في المستشفيات حول مفهوم وأهداف وأبعاد جودة الخدمات الصحية؛
- استحداث وحدة إدارية أو تكليف لجنة تهتم وتعنى بمتابعة تبني المستشفى لأبعاد جودة الخدمة الصحية وتحديد مدى الاستجابة لها باستمرار.

06- دراسة حميدة بن حليلة (2017) بعنوان: تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالبوني - عنابة¹.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية الفعلية المدركة من المرضى في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بدائرة البوني ولاية عنابة بالاعتماد على أبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة، تمثلت عينة الدراسة في المرضى المستفيدين من الخدمات التي تقدمها مصلحة طب النساء والتوليد وبلغ حجم العينة (70) فردا، واعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها: أن المرضى يقيمون الخدمات التي تقدمها لهم المؤسسة الاستشفائية المتخصصة "عبد الله نواورية" تقييما إيجابيا، حيث أظهرت إجابات أفراد عينة البحث درجة موافقة عالية على أبعاد جودة الخدمة الصحية وفق الترتيب التالي: (التعاطف، الملموسية، الأمان، الاستجابة، الاعتمادية).

¹ - حميدة بن حليلة، "تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالبوني- عنابة"، التواصل في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 23، العدد 50، جامعة باجي مختار عنابة، الجزائر، 2017، ص ص 151- 168.

الفصل الثاني..... الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية

وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها: مطالبة إدارة المؤسسة الاستشفائية بالعمل على الحفاظ على جودة الخدمة الصحية المقدمة وتحسينها بصفة دورية، ووفق ما تقتضيه التطورات الحاصلة في المجال الطبي والتكنولوجي والتسييري حول العالم لمواكبة تطلعات ورغبات الزبون.

07- دراسة فطيمة عبد الله (2017) بعنوان: تقييم جودة الخدمات الصحية في المخابر الطبية الخاصة -دراسة عينة من زبائن المخابر الطبية الخاصة في ولاية معسكر¹.

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم جودة الخدمات المقدمة من طرف المخابر الطبية الخاصة الناشطة على مستوى ولاية معسكر من خلال الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية، وتمثلت عينة الدراسة في عينة عشوائية بسيطة لزبائن سبعة (07) مختبرات طبية خاصة على مستوى ولاية معسكر وبلغ حجم العينة (66) فردا، واعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها: أن تقييم الزبائن لجودة الخدمات الصحية المقدمة في المخابر الطبية محل الدراسة كان ضمن النطاق "المتوسط"، حيث شكلت كل من أبعاد (الاعتمادية، الأمان، الملموسية) نقاط قوة بالنسبة للمخابر، في حين شكل كل من بعدي (الاستجابة والتعاطف) نقاط تستدعي من المخابر إعادة النظر في سياساتها اتجاه جودة الخدمة المقدمة.

وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها:

- الاهتمام بتقليص أوقات الانتظار وتقديم خدمات استثنائية كالتنقل للمنازل والمشافي لأخذ العينات؛
- زيادة الوعي وتدريب العمال على التعامل مع الجانب النفسي للزبون؛
- تمديد أوقات العمل، واقتناء أجهزة وأدوات طبية متطورة وحديثة.

08- دراسة عياد ليلي (2016) بعنوان: أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك دراسة امبريقية على بعض المؤسسات الصحية الاستشفائية بولاية أدرار لاستخدام نموذج المعادلات الهيكلية للفترة (2016/2015)².

هدفت هذه الدراسة والمتمثلة في أطروحة دكتوراه (ل م د) في علوم التسيير من جامعة تلمسان الى التعرف على مستوى جودة الخدمة الصحية في المؤسسات الاستشفائية العمومية ومدى تأثيرها على رضا المستهلك، تمثلت عينة الدراسة في مرضى المؤسسات الاستشفائية العامة بولاية أدرار والذين أقاموا

1 - فطيمة عبد الله، مرجع سبق ذكره، ص ص 51- 62.

2- عياد ليلي، مرجع سبق ذكره.

الفصل الثاني..... الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية

بالمستشفى لمدة يومين وتمثلت بالعينة الميسرة غير الاحتمالية (المقصودة) وبلغ حجم العينة (450) فرد، واستخدمت أداة الاستبيان وتم معالجة البيانات عن طريق نموذج البيانات البنوية الهيكلية وعن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) نسخة (21) وبرنامج (Amos 21) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها:

- هناك اتفاق عام لأفراد عينة البحث حول مستوى الرضا وعلاقته بأبعاد الجودة، وهناك اختلاف نسبي في أهمية كل بعد من الأبعاد المدروسة وقد قدرت الأهمية النسبية لبعد جودة الطاقم الطبي كأكثر أهمية نسبية من بين كل أبعاد الدراسة؛

- نموذج الخصائص الموضوعية المعتمد في الدراسة وباستخدام المتغيرات الكامنة لم يكن ملائم ملائمة مقبولة للبيانات، كما تبين أن النموذج ذاته كان أكثر ملائمة باستخدام المتغيرات المقاسة وذلك دون اعتماد المتغيرات الكامنة.

وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها:

- حث إدارة المؤسسة الصحية على تبني توجهات علمية حديثة وأساليب إدارية متطورة والسعي نحو تطبيقها من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية؛

- ضرورة الاعتناء بالقطاع الخاص وتفعيل مدخلاته والرفع من مستوى الوعي بضرورة تأصيل هذا القطاع ومشاركته الفعالة إلى جانب القطاع العام، للرفع من مستوى التنافسية في القطاع الصحي بما يخدم المصلحة العامة للفرد والمجتمع.

09- دراسة وفاء سلطاني (2016) بعنوان: تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها - دراسة ميدانية بولاية باتنة¹.

هدفت هذه الدراسة والمتمثلة في أطروحة دكتوراه (ل م د) في علوم التسيير من جامعة باتنة الى تقييم مستوى الخدمات الصحية في ولاية باتنة والمساهمة في تحسينها، وتمثلت عينتها في: القائمين على تقديم الخدمات الصحية (الطاقم طبي وشبه الطبي، الطاقم الإداري) وبلغ حجم العينة (1299)، ومن جهة أخرى متلقي الخدمات الصحية (المرضى) وذلك بالمؤسسات الاستشفائية العمومية وشملت الدراسة (03) مستشفيات عمومية بولاية باتنة وتم استخدام العينة الطبقية، واعتمدت الدراسة على الاحصائيات المجمعة من مختلف المصادر والاستبيان كأداة لجمع البيانات وتم معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية

¹ - وفاء سلطاني، مرجع سبق ذكره.

الفصل الثاني..... الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية

للعلم الاجتماع (Spss) نسخة (19) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها:

- إمكانية تطبيق نموذج (Servqual) لتقييم مستوى الخدمات في المجال الصحي؛
- تقييم أفراد العينة للخدمات الصحية من ناحية كل معيار من معايير التقييم كان إيجابيا؛
- يميل معظم أفراد العينة الى تحسين الخدمات الصحية في عدة جوانب خاصة فيما يتعلق باختيار العاملين وتقييم النتائج.

وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها:

- التركيز على المتلقي كأولوية للخدمة الصحية؛
- ملموسية الخدمة الصحية ووصولها للجميع؛
- اعداد وتكوين المورد البشري المقدم للخدمة الصحية؛
- تطوير نظم المعلومات بما في ذلك تكنولوجيا المعلومات؛
- إدارة الجودة وتكامل الخدمات في النظام الصحي.

10- دراسة إلهام يحيوي وليلى بوحديد (2014)، بعنوان: تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبائن عنها - دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة¹.

تهدف هذه الدراسة الى التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة ومدى رضا الزبائن عنها من خلال الكشف عن الأبعاد والمعايير المستخدمة لتقييمها، تمثلت عينة الدراسة في المرضى المقيمين بأربعة (04) مؤسسات استشفائية خاصة بولاية باتنة، وتم الاعتماد على العينة القصدية الغير احتمالية وبلغ حجم العينة (100) فردا، واستخدم الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) نسخة (19) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها: موافقة أفراد العينة بدرجة عالية على جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من طرف المصحات من ناحية معايير التقييم الخمسة ورضا كبير عن الجودة، وتعتبر كفاءة الطبيب المهنية العامل في المؤسسة الاستشفائية تشكل عاملا أساسيا في تحسين جودة الخدمات الصحية.

وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها:

¹ - إلهام يحيوي، وليلى بوحديد، "تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبائن عنها: دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة، مجلة الباحث"، المجلد 14، العدد 14، جامعة قاصدي مرياح ورقلة، الجزائر، 2014، ص ص 331- 345.

الفصل الثاني..... الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية

- التعرف على حاجات المريض كمنطلق لتحديد مواصفات الخدمة الصحية ومحاولة الاستفادة من تجارب المؤسسات المماثلة في بلدان أخرى في مجال الخدمات الصحية؛
- زيادة الاهتمام بأبعاد جودة الخدمة الصحية المتعلقة بالاعتمادية، الاستجابة، والأمان؛
- تطبيق نظام إدارة الجودة والحصول على شهادة الايزو 9001:2008.

المطلب الثاني: الدراسات العربية

01- دراسة قاسم نايف، عادل كاصد (2020) بعنوان: تقييم جودة خدمات الصحة المدرسية باستخدام مقياس الأداء الفعلي (Servperf) من وجهة نظر مقدم الخدمة - دراسة ميدانية لتقييم خدمات الصحة المدرسية المقدمة لطلبة المدارس في مدينة الناصرية¹.

هدفت هذه الدراسة الى تقييم جودة خدمات الصحة المدرسية التي تقدم من قبل مراكز الصحة المدرسية في مدينة "الناصرية" دولة العراق من وجهة نظر مقدم الخدمة بالاستعانة بمقياس الأداء الفعلي بأبعاده الخمسة (الموثوقية، الاستجابة، الأمان، الجوانب الملموسة، التعاطف)، وتمثلت عينة الدراسة في العاملين في مراكز الصحة المدرسية بمدينة "الناصرية" حيث شملت (الأطباء، معاون طبي، ممرض، مضمّد) وبلغ حجم العينة (214) فردا، واعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) نسخة (21) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها:

- مستوى أبعاد جودة خدمات الصحة المدرسية من وجهة نظر مقدمي الخدمة جاء بمستوى "جيد" وكان أكثر الأبعاد جودة هو بعد "الموثوقية"، أما أقل هذه الأبعاد جودة كان بعد "الجوانب الملموسة"؛
- أظهرت نتائج الدراسة وجود تباين في تحديد الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة. وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها:
- ضرورة تعزيز جوانب "الموثوقية" من خلال توفير الكادر الطبي المتخصص، وضرورة السعي الأجهزة والمعدات والتقنيات الصحية الحديثة من أجل تقديم خدمات صحية بجودة أعلى؛
- الاهتمام أكثر بأبعاد (الاستجابة، والأمان) من خلال ضبط مواعيد وجدول زمنية لتقديم الخدمات بدقة، والتزام السرعة في التدخلات العلاجية عن طريق تجهيز المدارس بمستلزمات العناية الأولية ومواد الإسعافات.

¹ - قاسم نايف علوان المحياوي، عادل كاصد مقفي الأسدي، مرجع سبق ذكره، ص ص 145- 163.

الفصل الثاني..... الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية

02- دراسة غني دحام، فاتن عباس (2018) بعنوان: تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية - دراسة حالة في مراكز طب الأسرة في بغداد¹.

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية العاملة بنظام طب الأسرة في العاصمة العراقية "بغداد" والوقوف على مدى تطبيق هذه المراكز الصحية للمعايير المعتمدة عالمياً، تمثلت عينة الدراسة في أربعة (04) مراكز صحية عاملة بنظام طب الأسرة ببغداد وبلغ حجم العينة (20) فرداً، واعتمدت الدراسة على المقابلة والزيارات الميدانية، واستندت الى البيانات المستخرجة من قائمة الفحص بالمراكز محل الدراسة كأداة أساسية في جمع البيانات، وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) و برنامج (Excel) وفق " منهج دراسة الحالة" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها:

- مستوى تقديم الخدمات الصحية للمستفيدين من تلك الخدمات (المرضى) في مراكز طب الأسرة لم يكن بالجودة والمستوى المطلوب؛

- طبقت المراكز الصحية المؤشرات القياسية تطبيقاً "جزئياً" ووجود ضعف في تطبيق المؤشرات في محوري المريض وسهولة الوصول بفجوات أكبر ووسط حسابي أقل من المحاور الأخرى بسبب ضعف الاهتمام بهذه المحاور.

وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها: المطالبة بوضع استراتيجية واضحة الأهداف تخص تطبيق نظام طب الأسرة وضرورة المتابعة المستمرة لإدارات المراكز الصحية، والرفع من جودة الأداء من خلال توفير الإمكانيات اللازمة وتكثيف الجهود.

03- دراسة عمر دره، وآخرون (2018) بعنوان: تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى - دراسة مقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة².

هدفت هذه الدراسة الى تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في القطاع الصحي العماني من وجهة نظر المرضى، وذلك من خلال المقارنة بين المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة في محافظة "ظفار" بدولة سلطنة عمان، تمثلت عينة الدراسة في المرضى الذين تلقوا الخدمات الصحية في أربعة (04) مستشفيات تنقسم: إلى مستشفى واحد (01) حكومي وثلاثة (03) مستشفيات خاصة وبلغ حجم العينة (360) فرداً موزعين على المؤسسات محل الدراسة، وتناولت الدراسة الأبعاد الخمسة لجودة

¹ - غني دحام تناي الزبيدي، فاتن عباس خليل الشجيري، مرجع سبق ذكره، ص ص 23- 41.

² - عمر دره، وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص ص 352- 367.

الفصل الثاني..... الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية

الخدمة الصحية (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التأكيد، التعاطف)، واعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها:

- مستوى جودة الخدمات الصحية بأبعادها الخمسة (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التأكيد، التعاطف) المقدمة في المستشفيات الخاصة أفضل من تلك المقدمة في المستشفيات الحكومية من وجهة نظر المرضى؛
- إن مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الخاصة كان "مرتفعاً" ووفق الترتيب التالي لأبعاد جودة الخدمة الصحية المعتمدة (الاستجابة، التأكيد، الاعتمادية، التعاطف، الملموسية)، في حين كان مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية "متوسطاً" حسب وجهة نظر المرضى.

وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها: ضرورة الاهتمام أكثر بأبعاد جودة الخدمة الصحية في القطاع الصحي العماني وتوعية الموظفين في المستشفيات الحكومية بالالتزام بالمواعيد والأوقات المحددة لتقديم الخدمات مع تأهيل الطاقم الطبي، وتوسيع عدد الأسرة وتحديث المعدات والأجهزة الطبية.

04- دراسة رعد حسن الصرن، عبيد الغرير (2017) بعنوان: قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية - دراسة تطبيقية في الهيئة العامة لطب العيون بدمشق¹.

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على مدى اهتمام الهيئة العامة لطب العيون بالعاصمة السورية "دمشق" بعامل الجودة والشروط الواجب توفرها لتقديم خدمات بجودة أفضل، وتناولت الدراسة مقياس جودة الخمة الصحية المكون من الأبعاد الخمسة (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التوكيد، التعاطف)، وتمثلت عينة الدراسة في عينة عشوائية طبقية مكونة من (المرضى، الإداريين، الأطباء) في الهيئة العامة لمشفى العيون وبلغ حجم العينة (54) فرداً، واعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها:

- تحقق الهيئة العامة لطب العيون في دمشق أبعاد جودة الخدمة الصحية (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التوكيد، التعاطف) بمستوى جيد، بما يساهم في تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة؛
- يحاول العاملون بالمؤسسة محل الدراسة تقديم الخدمات بسرعة دون تأخير، لكنهم لا ينجحون بذلك في أكثر الأحيان، رغم توفر الرغبة بتقديم المساعدة والخدمات والاستجابة لطلبات المرضى.

¹ - رعد حسن الصرن، عبيد الغرير، مرجع سبق ذكره، ص ص 239 - 258.

الفصل الثاني..... الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية

وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها: تقديم الدعم المادي والمعنوي اللازم للعاملين في الهيئة العامة لطب العيون بدمشق، وضرورة تحديث المعدات والأجهزة المستخدمة مع التدريب المستمر للطواقم العاملة بالمستشفى.

05- دراسة دفع الله محمد (2017) بعنوان: تقييم مستوى جودة الخدمات الطبية بالمستشفيات السودانية لتحقيق الميزة التنافسية بينها - دراسة حالة مستشفى كوستي وربك¹.

هدفت هذه الدراسة والمتمثلة في أطروحة دكتوراه في إدارة الجودة الشاملة والامتياز من جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا الى الكشف عن الأساليب الملائمة لقياس مستوى جودة الخدمات الصحية في مستشفى كوستي وربك في ولاية "النيل الأبيض" بدولة السودان، وهدفت الدراسة الى تحديد مستوى جودة الخدمة من خلال أبعاد رئيسية تم الاعتماد عليها كأساس في القياس متمثلة في (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التوكيد، التعاطف)، وتمثلت عينة الدراسة في الممارسين في الحقل الصحي إداريين وكوادر صحية، والمستفيدين من الخدمات بمستشفى "كوستي، وربك" وبلغ حجم العينة (490) فرداً، واعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها:

- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية مرتفعة وموجبة بين الأبعاد الخمسة وتحقيق جودة الخدمات؛
- مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات محل الدراسة ضعيف من ناحية أبعاد (الاعتمادية والملموسية)؛
- الميزة التنافسية كانت تتحقق أكثر لمستشفى "ربك".

وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها: تحديث العناصر المادية الملموسة وتقديم خدمات صحية في الوقت المحدد وبشكل سريع ودقيق، كما أوصت الدراسة بوضع برامج تدريبية للعاملين بالمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة وإعداد خطة ضمان الجودة بتحديد مشكلات العمل وتحليلها ومعالجتها باستخدام أدوات الجودة.

¹ - دفع الله محمد، تقييم مستوى جودة الخدمات الطبية بالمستشفيات السودانية لتحقيق الميزة التنافسية بينها (دراسة حالة: مستشفى كوستي وربك)، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، تخصص إدارة الجودة الشاملة والامتياز، كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان، 2017.

الفصل الثاني..... الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية

06- دراسة خلود محمد عيسى أبو رحمة، وآخرون (2016) بعنوان: تأثير تطبيق معايير الاعتماد على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء والممرضين والباحثين الاجتماعيين - دراسة ميدانية في مستشفيات منطقة مكة المكرمة بالمملكة العربية السعودية¹.

هدفت هذه الدراسة الى معرفة تأثير نظام الاعتماد على جودة الخدمات الصحية بمنطقة مكة المكرمة في المملكة العربية السعودية، وتمثلت عينة الدراسة في الأطباء والممرضين والباحثين الاجتماعيين والذين تتجاوز مدة عملهم ثلاثة (03) سنوات وشملت الدراسة مؤسسة استشفائية حكومية ومؤسسة استشفائية خاصة وبلغ حجم العينة (345) فردا موزعين على المؤسسات عينة الدراسة، واعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة اعلى أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها: أن حصول المستشفيات على الاعتماد الصحي أدى إلى تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر الأطباء والممرضين والباحثين الاجتماعيين، وأكثر المعايير تأثيرا على جودة الخدمات الصحية هو المعلومات المتعلقة بالمرضى ورضا المريض. وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها:

- إعادة الدراسة بحيث تشمل وجهة نظر المرضى ورضاهم باعتبارهم المستفيد الأول من الخدمات الصحية؛
- تشكيل مجالس اعتماد صحي في كل الدول العربية التي لا يوجد بها مجالس اعتماد خاصة فيها للوصول الى الجودة الصحية التي تؤدي الى الممارسة الآمنة، وتقلل من الأخطاء الطبية.

07- دراسة حسن صالح سليمان القضاة (2015) بعنوان: مستوى رضا المرضى عن الخدمة الصحية المقدمة من قبل المستشفيات الخاصة في العاصمة الأردنية عمان².

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى رضا المرضى عن الخدمة الصحية المقدمة من قبل المستشفيات الخاصة في العاصمة الأردنية عمان، تمثلت عينة الدراسة في عينة عشوائية لمرضى المستشفيات الخاصة بالعاصمة الأردنية عمان موزعين عبر (64) مستشفى خاص وبلغ حجم العينة (299) فردا، واعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة اعلى أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها:

1 - خلود محمد عيسى أبو رحمة، وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص ص 01-28.
2 - حسن صالح سليمان القضاة، "مستوى رضا المرضى عن الخدمة الصحية المقدمة من قبل المستشفيات الخاصة في العاصمة الأردنية عمان"، حوليات جامعة الجزائر 1، المجلد 04، العدد 31، جامعة الجزائر 1، الجزائر، 2015، ص ص 245-271.

الفصل الثاني..... الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية

- بينت الدراسة أن جودة الخدمات المقدمة للمرضى كانت مرتفعة؛
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لرضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة من قبل المؤسسات محل الدراسة تعزى لمتغيرات (الجنس والعمر).

وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها: العمل على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة واقتناء كل ما هو جديد فيما يخص المعدات والأجهزة الطبية، زيادة أعداد الطاقم الطبي العامل وتعيين كوادرات طبية من ذوي الخبرة في المجال، وكما أكدت الدراسة على ضرورة إجراء مزيد من الأبحاث في مجال رضا المرضى عن الخدمات المقدمة لهم من قبل المستشفيات الخاصة.

08- دراسة وفاء علي سلطان (2013) بعنوان: أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين

- دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات الأهلية في محافظة البصرة¹.

هدفت هذه الدراسة الى معرفة وتقييم مستوى الخدمات الصحية المقدمة الى المستفيدين في المستشفيات الاهلية في محافظة "البصرة" بدولة العراق، وذلك من خلال قياس أبعاد جودة الخدمة الصحية المتمثلة في (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف، الفندقة)، وبالنسبة لبعد (الفندقة) فقد كان إضافة من الباحثة في الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية، وتمثلت عينة الدراسة في المرضى المستفيدين من خدمات ثلاثة (03) مستشفيات أهلية بمحافظة "البصرة" وبلغ حجم العينة (79) فرداً، واعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها: - تباين نسب اتفاق أفراد العينة حول توفر أبعاد جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الأهلية؛

- تباين المستشفيات قيد البحث في أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة؛

- هناك قصور في مجال جودة الخدمات الصحية من ناحية أبعاد (الملموسية، الاستجابة، والتعاطف).

وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها:

- نشر ثقافة الجودة في المستشفيات محل الدراسة والنظر إلى جودة الخدمات الصحية على أنها نظام متكامل من الخدمات؛

¹- وفاء علي سلطان، "أبعاد جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المستفيدين -دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات الأهلية في محافظة البصرة"، مجلة كلية الإدارة والاقتصاد، المجلد 05، العدد 10، جامعة البصرة، العراق، 2013، ص ص 74- 118.

الفصل الثاني..... الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية

- ضرورة توفير صيدلانية داخلية ومختبرات للتحاليل الطبية في كل مستشفى أهلي، والعمل على زيادة الكوادر التمريضية والخدمية في المستشفيات لضمان سرعة الاستجابة وتلبية حاجات المريض.

09- دراسة عطية مصلح (2011) بعنوان: قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية¹.

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على مستوى جودة الخدمات الفعلية المدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة بمدينة قلقيلية بدولة فلسطين، وتمثلت عينة الدراسة في الموظفين، والمرضى المقيمين والمراجعين في الطوارئ والعيادات الخارجية في كل من مستشفى "درويش نزال" الحكومي ووكالة غوث الدولية وبلغ حجم العينة (126) فردا، واعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات باستخدام مقياس (Servperf) مقياس الأداء الفعلي كمقياس أفضل لجودة الخدمة المدركة وتمت معالجة البيانات عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها:

- استجابة أفراد العينة نحو قياس جودة الخدمات الفعلية والمدركة من قبل العاملين والمرضى كانت عالية على مجالات الدراسة كافة وعلى الدرجة الكلية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية على المجالات الآتية: قوة الاستجابة، الأمان والثقة، والتعاطف تعزى لمتغير الجنس وكانت لصالح الذكور.

وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها: توفير العدد الكافي من الطواقم الطبية داخل المستشفى وترسيخ ثقافة الجودة بينهم، واقتناء معدات وأجهزة طبية حديثة ومتطورة والاهتمام بأنظمة المعلومات والبرامج المساعدة في سير الإجراءات الطبية، كما أكدت الدراسة بالاهتمام أكثر بالمرأة الفلسطينية سواء كانت عاملة بالمستشفى أو مستفيدة من خدماته.

10- دراسة أسامة الفراج (2009) بعنوان: تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سوريا من وجهة نظر المرضى².

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى رضا المرضى على الخدمات الطبية التي تقدمها مستشفيات التعليم العالي في سوريا من خلال استطلاع الآراء والانطباعات الشخصية للمستفيدين من هذه الخدمات وفق الأبعاد المتكاملة لمفهوم رضا المريض والمتمثلة في: (الرعاية الطبية المهنية، الرعاية التمريضية المهنية، الرعاية الصحية السلوكية، الخصائص التنظيمية، الفندقية)، وتمثلت عينة الدراسة في

¹ - عطية مصلح، مرجع سبق ذكره، ص ص 02-40.

² - 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، المجلد 25، العدد 02، جامعة دمشق، سوريا، 2009، ص ص 53-93.

الفصل الثاني..... الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية

عينة عشوائية من مرضى أربعة (04) مؤسسات استشفائية عامة بالعاصمة السورية دمشق وبلغ حجم العينة (474) فرداً، واعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها:

- عبر (75%) من المرضى عن رضاهم عن الخدمات المقدمة من المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة؛
- لا تقف المسافة الجغرافية التي تفصل مكان سكن المريض عن المشفى حائلاً أمام خيار المريض للمشفى الذي يتمتع بمستوى جودة خدمات عالٍ؛
- كفاءة الطبيب المهنية العامل بالمستشفى تؤدي دوراً أساسياً في تحسين سلسلة جودة خدمات الرعاية الصحية، وتشكل سرعة استجابة المشفى لاحتياجات المريض عاملاً مهماً في خلق رضا عالٍ لدى المريض.

وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها: ترتيب المستشفيات لأولويات تدخلها على الفجوات ذات التباين الكبير بين الوضع المرغوب به والوضع الحالي، والوقوف عليها ومعالجتها، واقترح الباحث مدة قياس لجودة الخدمة الصحية تتم كل أربعة (04) أشهر ما يعني ثلاثة (03) مرات في العام الواحد ومقارنتها بالمرجعية التي أوجدها المقياس المعتمد في هذه الدراسة.

المطلب الثالث: الدراسات الأجنبية

01- دراسة Abid hussain, and Al (2019) بعنوان:

Measuring OPD Patient Satisfaction with Different Service Delivery Aspects at Public Hospitals in Pakistan¹

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى رضا المرضى على خدمات (الأطباء، الممرضين، خدمات التسجيل، ووقت الانتظار) بالعيادات الخارجية للمستشفيات العامة المتواجدة بإقليم "جنوب البنجاب" في دولة باكستان، تمثلت عينة الدراسة في مرضى العيادات الخارجية بالمستشفيات العامة وبلغ حجم العينة (850) فرداً، واعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) برنامج (Amos) نسخة (25) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها:

¹ - Abid Hussain, and Al, "Measuring OPD Patient Satisfaction with Different Service Delivery Aspects at Public Hospitals in Pakistan", International Journal of Environmental Research and public Health, 05/12/2019, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31269722/>.

الفصل الثاني..... الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية

- خدمات التسجيل كان لها تأثير ضئيل على رضا المريض؛
- خدمات الممرضات كانت مؤشرا كبيرا على رضا المريض عينة الدراسة؛
- وجود مشكلات تتعلق بوقت الانتظار ومرتبطة أيضا في العلاقة بين المريض والطبيب، ما يؤثر على مستوى رضا المريض على الخدمات المقدمة بالمستشفيات عينة الدراسة.

وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها: توظيف عدد أكبر من الأطباء والممرضين وتقديم حوافز لهم، وزيادة الاهتمام بالمريض وتخصيص قيمة أكبر له باعتباره المستفيد المباشر من الخدمات لا سيما ترسيخ السلوك التعاوني لموظفي التسجيل ونظام التعامل مع الشكاوى، مع احترام وقت وحالة المريض.

02 - دراسة Rehman, Husnain (2018) بعنوان:

The Impact of Service Quality Dimension on Patient Satisfaction in the Private Healthcare Industry in Pakistan¹.

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على تأثير أبعاد جودة الخدمة الصحية على رضا المريض في قطاع الصحة الخاص بباكستان، واستندت الدراسة على نموذج قياس (Servqual) لجودة الخدمة الصحية من خلال الأبعاد الخمسة، وتمثلت عينة الدراسة في عينة غير احتمالية لمرضى المستشفيات الخاصة الواقعة في منطقة "سارجودا" بدولة باكستان وبلغ حجم العينة (380) فردا، واعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) وبرنامج (Amos) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها:

- أكثر الأبعاد تأثيرا على جودة الخدمة الصحية في المؤسسات محل الدراسة هما أبعاد (الملموسية، التعاطف)؛

- أبعاد جودة الخدمة الصحية المتمثلة في (الموثوقية، والاستجابة) لها تأثير سلبي على رضا المريض.

وأوصت الدراسة الباحثين الى تكرار مثل هذه المواضيع البالغة الأهمية في دراساتهم مع توسيع حجم العينة والتطرق الى مختلف المؤسسات الاستشفائية الخاصة والعامة والأجنبية، وعلى مستوى المقاطعات أو البلدان.

03- دراسة Liga Surydana (2017) بعنوان:

Service Quality, Customer Value and Patient Satisfaction on Public Hospital in Bandung District, Indonesia².

¹ - Rehman B, Husnain M, **Op cit**, p p 01- 08.

² - Liga Surydana, "**Service Quality, Customer Value and Patient Satisfaction on Public Hospital in Bandung District Indonesia**", **International Review of Management and Marketing**, 17/03/2018 <https://econjournals.com/index.php/irmm/article/view/3839>.

الفصل الثاني..... الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على تأثير جودة الخدمة الصحية المقدمة على قيمة الزبون، وكذلك على رضا المرضى في المستشفيات العامة بأندونيسيا، تمثلت عينة الدراسة في مرضى مستشفى المنطقة الحكومية بإقليم "باندونج بأندونيسيا" وبلغ حجم العينة (158) فردا، واستندت الدراسة في تقييمها لرضا المرضى على خمسة أبعاد متمثلة في (جودة المنتجات، جودة الخدمة، العاطفة، السعر، التكلفة)، واعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة اعلى أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها:

- وجود جودة خدمة صحية عالية بالنسبة لقيمة العميل، وأن قيمة العميل تؤثر بشكل كبير على درجة الرضا؛

- رضا المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى محل الدراسة كان عالي التقييم؛
- توفير خدمات صحية عالية الجودة سيزيد، من قيمة العملاء وكذلك الآثار المترتبة على رضا المريض. وأوصت الدراسة الباحثين الى تضمين بعض العوامل المشتبه في تأثيرها على إرضاء العملاء خاصة في البلدان النامية.

04- دراسة Donhee Lee, and Al (2017) بعنوان:

Assessing healthcare service quality: a comparative study of patient treatment types¹.

هدفت هذه الدراسة الى تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية، واختبار عناصر القياس المقترحة باستخدام البيانات التي تم جمعها من مستشفى بدولة كوريا الجنوبية، تمثلت عينة الدراسة في المرضى الداخليين والخارجيين بمستشفى جامعي (K-Hospital) بكوريا الجنوبية وتسمح الدراسة لأفراد عائلة المريض بغرفة الطوارئ بالإجابة نيابة عنه إذا تعذر عليه الأمر لظروفه الصحية، وشملت عينة الدراسة أيضا (الجمهور) ويمثلون الأشخاص الذين قاموا بزيارة أسرهم أو معارفهم في المستشفى ولم يتلقوا العلاج الطبي خلال الأشهر الثلاثة الماضية وبلغ حجم العينة (405) فردا، واعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) وبرنامج (Amos) نسخة (17) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة اعلى أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها:

¹ - Donhee Lee, and Al, "Assessing healthcare service quality: a comparative study of patient treatment types", International journal of Quality Innovation, 23/10/2018, <https://qualityinnovation.springeropen.com/articles/10.1186/s40887-016-0010-5>.

الفصل الثاني..... الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية

- أظهرت عناصر قياس الجودة اختلاف في التصورات بين مجموعات المرضى الثلاثة (المرضى الداخليين، المرضى الخارجيين، أفراد عائلة المرضى المتواجدين بالطوارئ)؛
 - وجود اختلاف في التصورات حول جودة الخدمة المقدمة بين مجموعتي (المرضى، والجمهور)؛
 - لا يوجد فرق كبير في درجات تقييم الخدمات الصحية وفق الأبعاد المعتمدة والمتمثلة في (التعاطف، الملموسية، السلامة، الكفاءة، خدمات الرعاية).
- وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها: ضرورة استكشاف أساليب مختلفة لتحسين رضا العملاء والكفاءة التشغيلية حتى وإن كان نوع المرض هو نفسه، وقدمت الدراسة نموذج لتقييم رضا المرضى وأداء مقدم الخدمة.

05 - دراسة Stanislaw Manulik, And Al (2016) بعنوان:

Evaluation of Health Care Service Quality in Poland with the use of SERVQUAL method at the Specialist ambulatory health care center¹

هدفت هذه الدراسة الى تحديد وتقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في المرافق الصحية العامة والخاصة في دولة "بولندا" ومقارنة جودة الخدمات الصحية المقدمة في المرفق الصحي العام مع نظيرتها في المرفق الصحي الخاص، وفق نموذج قياس (Servqual) لجودة الخدمة الصحية من خلال الأبعاد الخمسة، وتمثلت عينة الدراسة في مرضى منشأة صحية حكومية ومنشأة صحية خاصة بالدولة البولندية وبلغ حجم العينة (412) فردا، واعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها:

- تقييم أفراد عينة الدراسة في المرفق الصحي العام لجودة الخدمة الصحية كان أعلى من تقييمهم للمرفق الصحي الخاص؛
- المرافق الصحية البولندية لا تلبى سواء العامة أو الخاصة لا تلبى توقعات المرضى فيما يتعلق بجودة الخدمات الصحية المقدمة، ونظام الرعاية الصحية البولندي لا يزال في مرحلة مبكرة من تطور السوق حيث تكون القيمة المضافة خلالها قليلة.

¹ - Stanislaw Manulik, And Al, **Op cit**, p p 1435- 1442.

الفصل الثاني..... الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية

وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها: ضرورة تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في القطاع العام والخاص في جميع الأبعاد، ومن خلال العمل على مراقبة تصورات وتوقعات الزبائن عن طريق أداة نموذج (Servqual).

06- دراسة Assa Siddiki, and al (2015) بعنوان:

Quality of healthcare services in public and private hospitals of peshawer, PAKISTAN : à coparative study using servqual¹.

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات مقاطعة "بيشاور" بدولة باكستان، واستندت الدراسة على مقياس (servqual) في قياسها لجودة الخدمات الصحية المقدمة، تمثلت عينة الدراسة في مرضى عشرة (10) مستشفيات موزعين بين القطاع العام والخاص بمقاطعة "بيشاور" وبلغ حجم العينة (500) فردا، واعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها:

- مستشفيات القطاع الخاص لديها نوعية فجوات منخفضة نسبيا مقارنة بمستشفيات القطاع العام؛
- الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات القطاع الخاص أعلى جودة من القطاع العام من ناحية أبعاد جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر أفراد العينة (المرضى)؛
- حددت الدراسة نوعية الفجوة في مختلف أبعاد جودة خدمات الرعاية الصحية.

وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها: مستشفيات باكستان تحتاج الى سد الفجوات القائمة بين توقعات الزبون والخدمات المقدمة من خلال التحسين المستمر للخدمات الصحية في القطاع الصحي العام والخاص، والعمل على توفير الوسائل والتجهيزات اللازمة والحديثة للطاقم الطبي العامل وتوسيع الدورات التدريبية للعاملين بمستشفيات القطاعين العام والخاص.

07- دراسة Ehsan Zarei, and al (2015) بعنوان:

The effect of hospital service quality on patient's trust².

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على تأثير جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الخاصة بدولة إيران على ثقة المريض، باعتبار أن جودة الخدمة هي أحد المحددات الرئيسية لثقة المريض وتم

¹ - Assa Siddiki, and al, " **Quality of healthcare services in public and private hospitals of peshawer, PAKISTAN: à coparative study using Servqual**", City university Research Journal, 12/12/2019, <http://www.cityuniversity.edu.pk/curj/Journals/Journal/jul%202016/04.pdf>.

² - Ehsan Zarei, and al, "**The effect of hospital service quality on patient's trust**", Iranian Red Crescent Medical Journal, Vol 17, N°01, Kowsar Publishing Company, Netherlands, 2015, p p 1-5.

الفصل الثاني..... الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية

الاستعانة في هذه الدراسة بثلاثة (03) أبعاد متمثلة في (جودة البيئة، جودة العملية، جودة التفاعل) وفق مقياس (Servperf)، تمثلت عينة الدراسة في مرضى ثمانية (08) مستشفيات خاصة بإيران وبلغ حجم العينة (969) فردا، واعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها:

- المرضى الذين ليس لهم تأمين صحي درجة ثقتهم أقل من الذين يتمتعون بتغطية صحية؛
 - حجم المستشفى يلعب دورا فعالا في درجة ثقة المريض،
 - الحالة الصحية والبدنية للمريض بعد تلقيه العلاج تأثر على تقييمه لجودة خدمات المستشفى؛
 - جودة التفاعل وجودة العملية يمثلون أقوى العوامل في التنبؤ بثقة المريض.
- وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها: تركيز جهود تحسين الجودة على جوانب تقديم الخدمات مثل الجدولة، والقيام بالخدمة في الوقت المحدد والمناسب، كما أوصت الدراسة بتعزيز الجوانب الشخصية وتحسين أساليب التعامل لمقدمي الخدمات الصحية مع زبائن المستشفيات عينة الدراسة.

08- دراسة (Dijana Mecev, And AL (2015) بعنوان:

Primary Healthcare Service Quality Measurement: SERVQUAL Scal¹.

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على رضا الزبائن لجودة الخدمات الصحية المقدمة والتحقق من وجود اختلاف بين توقعات الزبائن ورضاهم عن الخدمات الطبية في المؤسسات الصحية العامة بمدينة "شيبينيك" بدولة كرواتيا، وذلك استنادا على نموذج (Servqual) لقياس جودة الخدمة الصحية، وتمثلت عينة الدراسة في مرضى المؤسسات الاستشفائية للرعاية الصحية الأولية والذين يفوق سنهم (16) سنة وبلغ حجم العينة (218) فردا، واعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) نسخة (22) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها:

- المؤسسات العامة للرعاية الصحية عينة الدراسة لا توفر مستوى جودة الخدمة الصحية التي يتوقعها الزبون، وهي بحاجة الى تحسين جميع أبعاد جودة الخدمة الصحية؛
- المتغيرات الديمغرافية (الجنس، العمر) لا تولد فروقا كبيرة في إدراك جودة الخدمة الصحية.

¹ - Dijana Mecev, and al, "Primary Healthcare Service Quality Measurement: SERVQUAL Scal", Ekonomski vjesnik/ econviews, Vol 28, N°01, faculty of Economics in Osijek, 2015, p p 161- 177.

وأوصت الدراسة الباحثين بالقيام بدراسات دورية منتظمة حول قياس جودة الخدمة الصحية، وقياس جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر العاملين بالمستشفيات ومقارنتها مع الزبائن من أجل تحديد الاختلافات.

09- دراسة Satvinder Sing Bedi (2014) بعنوان:

Impact of Healthcare services on outpatient Satisfaction in public and private hospitals: A study of Hospitals in Mumbai, Navi Mumbai, Thane, Pune and Surat¹.

هدفت هذه الدراسة والمتمثلة في أطروحة دكتوراه في إدارة الأعمال من جامعة (Navi Mumbai) بدولة الهند إلى التعرف على تأثير خدمات الرعاية الصحية المقدمة على رضا المرضى في المستشفيات الخاصة والعامة وذلك استناداً على مقياس (Servqual) لجودة الخدمة الصحية بأبعاده الخمسة، وتمثلت عينة الدراسة في مرضى (12) مؤسسة استشفائية عامة و(89) مؤسسة استشفائية خاصة موزعين بين مناطق (Mumbai, Navi Mumbai, Thane, Pune and Surat) وبلغ حجم العينة (350) فرداً، واعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة على أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها:

- هناك علاقة ارتباط ما بين نوع المستشفى والدخل الفردي للمريض، وهذا يشير إلى أن المرضى من ذوي الدخل المرتفع يفضلون العلاج بالمستشفيات الخاصة، في حين أصحاب الدخل المنخفض يلجؤون إلى المستشفيات العامة للعلاج؛

- الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية كان تقييمها مرتفع جداً، ما يعني حالة رضا عالية من قبل المرضى على الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها: العمل على تحسين توجيه المرضى وتسهيل فهم الإجراءات المعتمدة بالمستشفيات، واعتماد الكفاءة والسرعة في تقديم الخدمة الصحية، كما أوصت الدراسة المؤسسات الاستشفائية الخاصة بتوسيع دائرة عملها لتشمل جميع الأوقات الزمنية وزيادة سرعة الاستجابة بهذه المؤسسات وتقليل وقت انتظار المريض.

¹ - Satvinder Sing Bedi, **Impact of Healthcare services on outpatient Satisfaction in public and private hospitals: A study of Hospitals in Mumbai, Navi Mumbai, Thane, Pune and Surat**, PHD thesis in Business Management, Departement of Business Management, University Navi Mumbai, India, 2014.

10- دراسة (Victor Lorin, and AL (2013) بعنوان:

The Assessment of Perceived Service Quality of Public Health Care Services in Romania Using the SERVQUAL Scale¹.

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على تطبيق مقياس (SERVQUAL) لجودة الخدمة الصحية في دولة رومانيا، والكشف إذا ما كان تطبيق مقياس (SERVQUAL) مناسب لتقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة أو بحاجة الى تعديلات من وجهة نظر المستفيدين من الخدمات الصحية، وتمثلت عينة الدراسة في أعضاء منتدى الرعاية الصحية النسائية بالعاصمة الرومانية "بوخارست" عبر الأنترنت والذين قد نشروا رسائل حول تجارب الرعاية الصحية مع الأطباء في المؤسسات الاستشفائية العامة ولمدة (03) أشهر قبل الدراسة وبلغ حجم العينة (183) فردا، واعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات وتمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) نسخة (13) وفق "المنهج الوصفي التحليلي" في الإجابة اعلى أسئلة الدراسة، وكان من أبرز نتائجها:

- أثبت تطبيق مقياس (SERVQUAL) لجودة الخدمة الصحية أنه مهم لتحديد إدراكات المرضى وتقييم جودة الخدمات الصحية في سياق خدمات الرعاية المقدمة برومانيا، كما أكدت الدراسة على أن المقياس مثير للجدل خاصة إذا تعلق الأمر بخبرة أفراد العينة وإدراكاتهم؛

- أظهرت الدراسة أن أهمية أبعاد جودة الخدمة الصحية حسب عينة الدراسة كانت وفق الترتيب التالي: (الموثوقية، الضمان، التعاطف، الاستجابة، الملموسية).

وقدمت الدراسة جملة من المقترحات أبرزها: ضرورة استثمار مديري التسويق بالمؤسسات الصحية في أقرب وقت ممكن وخاصة فيما تعلق بجانب التكنولوجيا والتجهيزات الحديثة، ودعت الدراسة مدراء المؤسسات الصحية المعنية بالتزام معايير واضحة وفعالة في التوظيف مبنية على خلفية التواصل والتعامل الجيد مع الزبون، واقترحت الدراسة استخدام بعض الاستراتيجيات في بيئة العمل للرفع من أبعاد جودة الخدمة الصحية كاستخدام الموسيقى.

¹ - Victor Lorin, and AL, "**The Assessment of Perceived Service Quality of Public Health Care Services in Romania Using the SERVQUAL Scale**", Procidia Economics and Finance, Available Online at www.sciencedirect.com.

المبحث الثاني: مراجعة الدراسات السابقة

بعد عرض أهم الدراسات السابقة التي تطرقت الى موضوع الدراسة والمتمثل في "جودة الخدمة الصحية" وذلك بغية تقديم وتكوين نظرة عامة حول جهود ومساهمة الباحثين في الموضوع سواء في القطر "الجزائري، العربي، الأجنبي"، سنقوم في هذا المبحث بمراجعة ومناقشة هذه الدراسات السابقة، وذلك بعرض أهم نقاط التشابه والاختلاف مع الدراسة الحالية، وتقديم جوانب الاستفادة من هذه الدراسات السابقة والفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية، من خلال التطرق إلى مطلبين متمثلين في:

المطلب الأول: أوجه الاتفاق والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة؛

المطلب الثاني: جوانب الاستفادة من الدراسات السابقة والفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية.

المطلب الأول: أوجه الاتفاق والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة

من خلال الطرح السابق لأهم الدراسات السابقة حول الموضوع، نتناول في هذا المطلب استخلاص أهم أوجه الاتفاق والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة من حيث:

"الهدف، العينة، المنهجية، طريقة المعالجة، الاستنتاجات"

1- الهدف:

من حيث الهدف اتفقت الدراسات السابقة على هدف مشترك وهو التعرف على واقع ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية و في القطاع الصحي والعمل على تحسينها، باستثناء دراسة (محمد الهلة، 2017) والتي هدفت الى التعرف على واقع تطبيق أسلوب مبادئ إدارة الجودة الشاملة (TQM) في إدارة وتنظيم النشاط الصحي بالمؤسسات الاستشفائية، ودراسة (دلال السويسي، 2017) والتي هدفت الى تقييم كفاءة المستشفيات الجزائرية الخاصة والعامة من خلال قياس الكفاءة النسبية لمؤسسات استشفائية من الجنوب الشرقي الجزائري طبقا لأسلوب تحليل مغلف البيانات (DEA)، و أيضا دراسة (خلود محمد وآخرون، 2016) والتي هدفت الى معرفة تأثير نظام الاعتماد على جودة الخدمات الصحية بمنطقة مكة المكرمة في المملكة العربية السعودية.

ويشكل اختلافنا مع هذه الدراسات السابقة المذكورة "اختلافا جزئيا" في الهدف المحدد منها، كون الهدف العام لجميع الدراسات السابقة المتتالية يتمثل في "المساهمة لتحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة" والذي تتفق دراستنا الحالية معه.

2- العينة:

هناك نقاط اختلاف وتشابه بين عينة الدراسة الحالية ومجموعة الدراسات السابقة من حيث: العينة

المستهدفة، وحجم العينة.

• العينة المستهدفة:

اتفقت الدراسة الحالية مع عدد من الدراسات السابقة من حيث العينة المستهدفة والمتمثلة في "مرضى

المؤسسات الاستشفائية الخاصة" وتمثلت هذه الدراسات في:

- دراسات محلية: دراسة (الهام يحيوي وآخرون، 2014)؛

- دراسات عربية: دراسة (حسن صالح، 2015)، دراسة (وفاء علي، 2013)، دراسة (أسامة الفراج، 2009)؛

- دراسات أجنبية: دراسة (Rehaman, And AL, 2018)، دراسة (Ehsan Zarei, and al, 2015).

واختلفت دراستنا عن الدراسات السابقة في نوعية المؤسسة الاستشفائية عينة البحث، حيث استهدفت

عدد من الدراسات "المؤسسات الاستشفائية العمومية" كدراسة (شبوطي حكيم وآخرون، 2017)، وتناولت

عدد من الدراسات عينة من "المؤسسات الاستشفائية العمومية والخاصة معا" كدراسة

(Satvinder Sing, 2014)، في حين تمثلت عينة دراسة (فطيمة عبد الله، 2017) في زبائن مختبرات

طبية خاصة.

واختلفت دراستنا الحالية مع عدد من الدراسات السابقة في كون جزء من هذه الدراسات استهدف عينة

بحث من فئة "الأطباء" كدراسة (ريمة أوشن، 2018)، وجزء منها تمثلت عينته في فئة "الموظفين من أطباء

وممرضين والطواقم العامل بالمستشفى" كدراسة (خلود محمد عيسى وآخرون، 2016)، وجمعت بعض

الدراسات "المرضى والموظفين" كعينة بحث مثل دراسة (عطية مصلح، 2011).

• حجم العينة:

تختلف عينة دراستنا من حيث الحجم عن باقي الدراسات السابقة حيث بلغ حجم العينة (400) مريض

بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة لولاية عنابة، ونجد في الدراسات السابقة من يعتمد على حجم عينة أكبر

أو أقل من حجم عينة الدراسة الحالية، وبلغ حجم عينة دراسة (وفاء سلطاني، 2016) "1299" مفردة

صالحة للدراسة كأعلى عدد عينة بحث بين مجموع الدراسات السابقة المتناولة.

3- المنهجية:

من ناحية منهجية البحث العلمي اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، حيث تم الاعتماد على المنهج الوصفي في بعض أجزاء البحث المتعلقة بعرض مفاهيم تمس الموضوع والمنهج التحليلي في التعقيب على ما تم وصفه وتحليل بيانات الاستبيان الموجه لأفراد العينة، وتتوافق دراستنا مع أغلب الدراسات السابقة المعتمدة.

وتختلف دراستنا مع دراسة (ريمة أوثن، 2018) باعتمادها على المنهج الاستكشافي والاختبار في دراستها، وأيضاً دراسة (غني دحام وآخرون، 2018) باعتماد دراسته على منهج دراسة الحالة.

4- طريقة المعالجة:

من حيث طريقة المعالجة المعتمدة في الدراسة تم هيكلة موضوع الدراسة وفق طريقة (IMRAD) وتتفق دراستنا مع بعض الدراسات السابقة التي اعتمدت نفس الهيكلية ونختلف مع جميع هذه الدراسات السابقة خاصة المتمثلة في أطروحات دكتوراه سابقة بتخصيصنا "فصل" يحتوي مراجعة للدراسات السابقة حول الموضوع، وتتفق الدراسة الحالية في استخدامها مقياس الأداء الفعلي (SERVPERF) مع بعض الدراسات السابقة كدراسة (Ehsan Zarei, and al, 2015) وتختلف مع العديد من الدراسات التي استخدمت نماذج قياس أخرى كدراسة (Rehaman, And AL, 2018) والتي اعتمدت على مقياس "الفجوات" (نموذج SERVQUAL).

وتتفق دراستنا الحالية من حيث استخدام "الاستبيان" كأداة أساسية في البحث العلمي مع العديد من الدراسات السابقة، ونختلف مع دراسة (دلال السويسي، 2017) باعتمادها على الملاحظة ودراسة وتحليل مختلف الوثائق والمعطيات الخاصة بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، ونتفق مع معظم الدراسات السابقة والتي استخدمت في معالجة بيانات الدراسة "برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss)".

المطلب الثاني: جوانب الاستفادة من الدراسات السابقة والفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية

نتوجه من خلال هذا المطلب إلى إظهار موقع دراستنا الحالية من الدراسات السابقة والفجوة العلمية المعالجة، وباعتبار دراستنا امتداد لتراكمات علمية سابقة حول الموضوع مما يجعل الدراسة تستفيد من عدة جوانب يمكن التطرق إليها من خلال نقطتين:

- جوانب الاستفادة من الدراسات السابقة؛

الفصل الثاني..... الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية

- الفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية.

1- جوانب الاستفادة من الدراسات السابقة:

مما لا شك فيه أن الدراسة الحالية استفادت كثيرا مما سبقها من دراسات، كون الأساس الذي تنطلق منه مساهمتنا العلمية يبني على تجارب ونظريات باحثين سابقين في الموضوع، حيث حاولنا من خلال دراستنا الحالية أن نوظف كثيرا من الجهود السابقة للوصول الى تشخيص دقيق للمشكلة ومعالجتها بشكل شمولي، ومن جوانب الاستفادة العلمية من الدراسات السابقة ما يلي:

- استفادت الدراسة الحالية من جميع الدراسات السابقة في الوصول إلى صياغة دقيقة للعنوان البحثي الموسوم ب: تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة من وجهة نظر الزبون؛
- استفادت الدراسة الحالية من جميع الدراسات السابقة في الوصول للمنهج الملائم لهذه الدراسة والتمثل في المنهج الوصفي التحليلي؛
- وظفت الدراسة الحالية توصيات ومقترحات الدراسات السابقة في دعم مشكلة الدراسة وأهميتها؛
- استفادت الدراسة الحالية من العديد من الدراسات السابقة في جانب المقياس المستخدم في معالجة الموضوع والتمثل في: مقياس الأداء الفعلي (SERVPERF)؛
- ساهمت الدراسات السابقة بشكل كبير في إثراء الإطار النظري لدراستنا الحالية؛
- شكلت الدراسات السابقة خاصة المحلية منها حافزا لصياغة التصور المقترح لدراستنا الحالية؛
- استفادت الدراسة الحالية من مجموعة الدراسات السابقة في صياغة الإشكالية والفرضيات المعتمدة.
- مساهمة الباحثين وباختلاف أماكن تواجدهم من خلال دراساتهم السابقة وعبر الزمن، حول موضوع "جودة الخدمة الصحية" يبرز الأهمية القصوى لهذا الموضوع مما شكل الرغبة لاستهدافه بدراستنا الحالية.

2- الفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية:

من خلال استعراض أوجه الاختلاف والاتفاق بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة، نشير أن الدراسة الحالية تتفق مع معظم الدراسات السابقة في موضوعها الرئيس وهدفها العام إلا أنها تختلف عنها في عدة جوانب تمثل الفجوة العلمية التي تعالجها هذه الدراسة، ويمكن الإشارة إليها من خلال النقاط التالية:

الفصل الثاني..... الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية

- تضمنت هذه الدراسة ربط للمشكلة البحثية بالمتغيرات المعاصرة، وفي ظل انتشار وباء كورونا المستجد (كوفيد 19) فقد تميزت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة كونها تقيم الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر الزبون (المريض) من ناحية الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية التي احتوت ضمن الاستبيان الموجه للتقييم، أسئلة حول ظروف تقديم الخدمات الصحية موازاتاً مع انتشار الوباء وموزعة على الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية المتمثلة في: (الاعتمادية، الملموسية، الاستجابة، الضمان، التعاطف)؛
 - تقييم الخدمات الصحية من وجهة نظر الزبون في الدراسات المحلية بالجزائر تناولت أغلبها عينة من "المؤسسات الاستشفائية العمومية" وذلك اعتباراً لسهولة الدراسة بمثل هذه المؤسسات مقارنة مع "المؤسسات الاستشفائية الخاصة" والتي يواجه الباحثين صعوبة ومعوقات كثيرة في دراستها لعدة أسباب، ما يجعل الدراسة الحالية تكتسي طابع مهم لدراسة تهدف لتطوير وتحسين الخدمات المقدمة في القطاع الخاص السريع الانتشار في الآونة الأخيرة بالجزائر؛
 - تزايد عدد المؤسسات الاستشفائية الخاصة بالوطن، وتحول شريحة كبيرة من الزبائن لتلقي خدمات هذه المؤسسات الصحية يجعل دراستنا مميزة باستهدافها لمؤسسات استشفائية خاصة بولاية "عناية" لم تطبق عليها دراسات من هذا النوع؛
- ومن العرض السابق يتضح أن هذه الدراسة عالجت فجوة علمية متعددة الجوانب بتطرقها لموضوع بارز الأهمية متمثل في "جودة الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة".

خلاصة الفصل:

تعرضنا من خلال دراستنا في هذا الفصل الى مراجعة للدراسات السابقة ذات العلاقة المباشرة أو القريبة من موضوع الدراسة وباختلاف أنواعها، سواء كانت (أطروحات دكتوراه، أو مقالات أدرجت في مجلات علمية)، وحسب مصدر الدراسات أيضا سواء كانت دراسات محلية أو عربية أو حتى دراسات أجنبية مع الإشارة الى جوانب الاستفادة منها، وتطرقنا إلى نقاط الاختلاف والاتفاق بين دراستنا الحالية والدراسات السابقة وإبراز الفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية.

الطريقة والأدوات

تمهيد:

في إطار الدراسة الميدانية وقصد الالمام بمختلف جوانب الموضوع محل الدراسة، فقد تم التطرق في هذا الفصل إلى الأساليب المستخدمة في جمع المعلومات ومختلف الأساليب الإحصائية المعتمدة، ونتطرق في هذا المقام لطريقة ومنهج الدراسة وكذا الأدوات المستعملة فيها، حيث تم الاعتماد على أداة الاستبيان كأداة رئيسية من أدوات البحث العلمي باعتبارها من أكثر الأدوات ملائمة لإجراء مثل هذه الدراسات.

وفي هذا الفصل سنحاول أن نوضح مجموعة من الأدوات والطرق والأساليب الإحصائية المناسبة لخصائص مجتمع وعينة الدراسة حسب متطلبات الموضوع، بغرض الوصول إلى نتائج ذات دلالة ودقة علمية ما يتطلب اختيار منهج علمي واستخدام أساليب إحصائية وأدوات مناسبة للإجابة على إشكالية الظاهرة المدروسة.

المبحث الأول: طريقة الدراسة

نتطرق في هذا المبحث إلى عرض المنهج العلمي المستخدم، وكذا التعريف بمجتمع وعينة الدراسة وتحديدتها باعتبارها أساس عمل الباحث.

المطلب الأول: منهج الدراسة ومجالاتها

أولاً- المنهج المعتمد في الدراسة:

المنهج العلمي هو الطريقة أو الأسلوب المتبع في البحث الذي يسلكه الباحث لدراسة سلوك ظاهرة معينة قصد الوصول إلى كشف حقيقة تطورها، والبحث عن حلول لمعالجة المشاكل المرتبطة بها، فالبحث العلمي يتميز بقدرته على وصف وتحليل الظاهرة المدروسة، ولذلك فإن استخدام المنهج العلمي مفيد وضروري، فمن خلال المنهج يمكن تحديد المشكلة بشكل دقيق يساعدنا على تناولها بالدراسة والبحث، ويمكن من وضع الفروض (التوقعات) المبدئية التي تساعدنا على حل المشكلة، وأيضا يمكن المنهج من تحديد الإجراءات اللازمة لاختبار الفروض والوصول إلى حل المشكلات والتحقق منها، ويسمح بفهم بناء خطوات البحث، ويساعد على فهم نتائج الدراسة¹، واعتمدنا في دراستنا الحالية على "المنهج الوصفي التحليلي" من خلال:

- الاعتماد في الجانب النظري على مصادر المعلومات الثانوية من كتب ومجلات علمية أكاديمية باللغة العربية والأجنبية؛
- الاعتماد في الجانب التطبيقي على جمع البيانات بواسطة استمارة الاستبيان بهدف التعرف على تقييم المرضى لجودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وتحليلها احصائيا باستخدام برنامج الاعلام الآلي "الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS" نسخة (26) وكذا برنامج "MINITAB" نسخة (16).

¹ - إبراهيم بختي، الدليل المنهجي لإعداد البحوث العننية (المذكرة، الأطروحة، التقارير، المقال) وفق طريقة IMRAD، مخبر الجامعة المؤسسة والتنمية المحلية المستدامة جامعة قاصدي مرباح، الجزائر، الطبعة الرابعة، 2015، ص 03.

ويعرف المنهج الوصفي بأنه: "طريقة لوصف الموضوع المراد دراسته من خلال منهجية علمية صحيحة وتصوير النتائج التي يتم التوصل إليها على أشكال رقمية معبرة يمكن تفسيرها"¹. وقد تم الاعتماد على هذا المنهج لملائمته لموضوع الدراسة.

ثانياً- مجالات الدراسة ومتغيراتها:

أ- مجالات الدراسة:

ويتمثل في المجال المكاني والبشري والمجال الزمني:

- **المجال المكاني:** ويتمثل في عينة من المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة والممثلة بخمسة (05) مؤسسات استشفائية خاصة كالاتي:

- مصحة الجزائر؛
- مصحة الفرابي؛
- مصحة الياسمين؛
- مصحة ابن نفيس؛
- مصحة المنظر الجميل.

- **المجال البشري:** ويتمثل في الأفراد الذين تمت عليهم الدراسة وهم: زبائن (مرضى) المؤسسات الاستشفائية الخاصة على مستوى ولاية عنابة.

- **المجال الزمني:** وهو الفترة التي يتم فيها اجراء البحث وتوزيع الاستبيانات حيث امتدت من تاريخ "12/2017 إلى "10/2020" ويمكن تقسيم المجال الزمني للدراسة إلى فترتين:

- قمنا بإنجاز وجمع المادة العلمية وتحريرها فيما يتعلق بموضوع الدراسة بداية من شهر 12/2017 عن طريق البحث بالجانب النظري؛
- أما فيما يخص الجانب التطبيقي فقد شمل الفترة الممتدة من 10/01/2020 إلى 20/09/2020.

¹ - محمد سرحان علي المحمودي، **مناهج البحث العلمي**، دار الكتب، اليمن، الطبعة الثالثة، 2019، ص 46.

ب- متغيرات الدراسة وطرق قياسها:

تم الاعتماد في تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة على أبعاد جودة الخدمة الصحية والتي قدمها كل من الباحثين (Berry, Zeithaml, Parasuraman) والمتمثلة في (05) أبعاد كالتالي: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف. والتي من خلالها سيقوم الزبون (المريض) جودة الخدمات الصحية المقدمة له وقد اعتمدت دراستنا الحالية على مقياس الأداء الفعلي Servperf، ووفق هذه الأبعاد الخمسة تم استنباط (30) عبارة ممثلة في الفقرات المكونة للاستبيان.

المطلب الثاني: مجتمع وعينة الدراسة

أولاً- مجتمع الدراسة:

يتطلب البحث العلمي تحديدا دقيقا لمجتمع الدراسة الذي يعتبر أحد العوامل الأساسية التي يجب على الباحث تحديدها وحصرها قبل الانطلاق في دراسته، ويعرف مجتمع الدراسة على أنه: " مجموعة منتهية أو غير منتهية من العناصر المحددة مسبقا، تجمعها خاصية أو عدة خصائص مشتركة تميزها عن غيرها من العناصر الأخرى، والتي يجرى عليها البحث والتقصي"¹. وبالنسبة لدراستنا هذه فقد تمثل مجتمع الدراسة في زبائن (مرضى) المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة على مستوى خمس (05) مؤسسات استشفائية خاصة.

• تقديم المؤسسات الاستشفائية الخاصة محل الدراسة²:

- مصحة الجزائر:

الفئة: مصحة- كلينيك/ النوع: جراحية ومتعددة التخصصات/ البلد: الجزائر/ الولاية: عنابة/ البلدية: عنابة.

تعد مصحة الجزائر واحدة من أكبر العيادات في الجزائر، تقدم المصحة أكثر من 20 تخصصا في المجالات الجراحية والطبية والتوليدية، وهي أول مؤسسة حاصلة على شهادة الايزو: 9001-2015. وتشمل المصحة الأقسام الطبية الرئيسية الآتية: التحليل الطبي، تشريح الأمراض، تخدير، أمراض القلب،

¹ - موريس أنجرس، منهجية البحث العلمي في البحوث الإنسانية - تدريبات علمية -، ترجمة: بوزيد صحراوي وآخرون، دار القصب للنشر والتوزيع، الجزائر، 2006، ص 298.

² - esahty24h, [clinique](http://clinique.esahty24h.com), 03/08/2020, esahty24h.com.

الفصل الثالث..... الطريقة والأدوات

جراحة، جلدية، جهاز الهضمي، أمراض النساء، أمراض الدم، الطب العام، الطب الباطني، أمراض الكلى، توليد، عيون، أنف وأذن وحنجرة، تقويم العظام، طب الأطفال، أمراض الرئة، طب إشعاعي، مسالك بولية. وتشمل أيضا الأقسام الفرعية الآتية: جراحة- عام، جراحة- تجميل وجه، جراحة- المخ والأعصاب، جراحة- عظام وصدمات، جراحة- أطفال، جراحة- صدر، جراحة- أوعية دموية، توليد- الولادة بدون ألم، توليد- قيصرية، توليد- طبيعية، طب إشعاعي- أشعة فوق سمعية، طب إشعاعي- تصوير شعاعي للثدي، طب إشعاعي- أشعة تداخلية، طب إشعاعي- أشعة تقليدية، طب إشعاعي الأشعة السينية Scanner.

- مصحة الفرابي:

الفئة: مصحة- كلينيك/ النوع: جراحية ومتعددة التخصصات/ البلد: الجزائر/ الولاية: عنابة/ البلدية: عنابة. تأسست مصحة الفرابي سنة 1966 وهي واحدة من أحدث العيادات على مستوى الوطن، عيادة الفرابي مؤسسة طبية تغطي العديد من الخدمات الطبية الجراحية (الاستشارات والاستكشافات والعلاج في المستشفيات) ولديها منصة تقنية هدفها الرئيسي هو توفير رعاية جيدة للمرضى، مع التنفيذ التدريجي لمنهج الجودة.

وتشمل المصحة الأقسام الطبية الرئيسية الآتية: التحليل الطبي، تخدير، أمراض القلب، جراحة، أمراض النساء، الطب العام، الطب الباطني، طب نووي، أعصاب، توليد، عيون، تقويم العظام، طب الأطفال، طب إشعاعي، مسالك بولية، إنعاش. وتشمل أيضا الأقسام الفرعية الآتية: جراحة- عام، جراحة- جراحة القلب، جراحة- العيون، توليد- طبيعية، توليد- قيصرية، توليد- مساعدة طبية، طب إشعاعي- أشعة فوق سمعية، طب إشعاعي- تصوير شعاعي للثدي، طب إشعاعي- أشعة تداخلية، طب إشعاعي- أشعة تقليدية، طب إشعاعي الأشعة السينية Scanner، طب إشعاعي- التصوير الومضاني، طب إشعاعي- أشعة الرنين المغناطيسي IRM، طب إشعاعي- تصوير الأوعية.

- مصحة الياسمين:

الفئة: مصحة- كلينيك/ النوع: جراحية ومتعددة التخصصات/ البلد: الجزائر/ الولاية: عنابة/ البلدية: عنابة. تم انشاء مصحة الياسمين في 01/01/1990، وهي مؤسسة جراحية وتوليدية وطبية، تضم فرقا طبية وشبه طبية مؤهلة لتقديم الإجابة المناسبة للمريض.

الفصل الثالث..... الطريقة والأدوات

وتشمل المصحة الأقسام الطبية الرئيسية الآتية: حساسية- علم المناعة، التحليل الطبي، تشريح الأمراض، تخدير، أمراض القلب، جراحة، أمراض النساء، الطب العام، الطب الباطني، طب نووي، أمراض الكلى، أنف وأذن وحنجرة، أمراض الرئة، توليد، عيون، طب الأطفال، طب إشعاعي. وتشمل أيضا الأقسام الفرعية الآتية: جراحة- عام، جراحة- المناظير، جراحة- العيون، جراحة- تجميل الوجه، جراحة- المخ والأعصاب، جراحة- عظام وصددمات، جراحة- أوعية دموية، توليد- طبيعية، توليد- قيصرية، توليد- الولادة بدون ألم، طب إشعاعي- أشعة فوق سمعية، طب إشعاعي- تصوير شعاعي للثدي، طب إشعاعي- أشعة تداخلية، طب إشعاعي- أشعة تقليدية، طب إشعاعي الأشعة السينية Scanner، طب إشعاعي- التصوير الومضاني، طب إشعاعي- أشعة الرنين المغناطيسي IRM.

- مصحة ابن نفيس:

الفئة: مصحة- كLINIK / النوع: جراحية ومتعددة التخصصات/ البلد: الجزائر/ الولاية: عنابة/ البلدية: عنابة. تقع مصحة ابن نفيس بولاية عنابة وهي عيادة طبية جراحية، وتشمل المصحة الأقسام الطبية الرئيسية الآتية: التحليل الطبي، تخدير، جراحة، تقويم العظام، طب إشعاعي. وتشمل أيضا الأقسام الفرعية الآتية: جراحة- عام، جراحة- المناظير، جراحة- عظام وصددمات، طب إشعاعي- أشعة فوق سمعية، طب إشعاعي- تصوير شعاعي للثدي، طب إشعاعي- أشعة تداخلية، طب إشعاعي- أشعة تقليدية، طب إشعاعي الأشعة السينية Scanner.

- مصحة المنظر الجميل:

الفئة: مصحة- كLINIK / النوع: جراحية ومتعددة التخصصات/ البلد: الجزائر/ الولاية: عنابة/ البلدية: عنابة. تقع مصحة المنظر الجميل الطبية والجراحية في مدينة عنابة، وتشمل المصحة الأقسام الطبية الرئيسية الآتية: التحليل الطبي، تخدير، جراحة، تقويم العظام، طب إشعاعي، أنف وأذن وحنجرة، إنعاش. وتشمل أيضا الأقسام الفرعية الآتية: جراحة- عام، جراحة- المناظير، جراحة- عظام وصددمات، جراحة- الأعصاب، طب إشعاعي- أشعة فوق سمعية، طب إشعاعي- تصوير شعاعي للثدي، طب إشعاعي- أشعة تداخلية، طب إشعاعي- أشعة تقليدية، طب إشعاعي الأشعة السينية Scanner.

● المنظومة الصحية بولاية عنابة¹:

¹ - جريدة الحرية، مراكز صحية خاصة، ص 03، 01 / 04 / 2020، journal-elhourria.com

تحصي ولاية عنابة في منظومتها الصحية: عشر (10) مصحات خاصة إضافة إلى (797) عيادة طبية خاصة تضاف إلى سبع (07) مستشفيات عمومية و (25) عيادة متعددة التخصصات و (78) مركزا صحيا، ويشرف على تأطير الهياكل الصحية العمومية والخاصة (373) طبيبا مختصا و (610) طبيبا خاصا إضافة إلى (1.500) عون شبه طبي.

ثانيا- عينة الدراسة:

تعرف عينة الدراسة على أنها: " مجموعة الوحدات التي يتم اختيارها من مجتمع البحث لتمثله في الدراسة"¹. وفي دراستنا الحالية تمثلت عينة الدراسة بزبائن (مرضى) المؤسسات الاستشفائية الخاصة على مستوى ولاية عنابة وشملت عينة من خمس مؤسسات استشفائية خاصة ببلدية عنابة، وقد تم الاعتماد على العينة العشوائية البسيطة عن طريق توزيع الاستمارة (الاستبيان) بالمقابلة، حيث توجهنا إلى المصحات الطبية الجراحية محل الدراسة لمقابلة المرضى الذين استقادوا من الخدمات الصحية بهذه المؤسسات، وارتبنا استخدام هذه الطريقة نظرا للحالة الصحية للمريض التي لا تسمح له بملء الاستمارة وحرصا منا على عدم استبعاد أي من الاستمارات الموزعة وخاصة في ظل ظروف انتشار فيروس كورونا (كوفيد 19)، بالإضافة إلى التعرف عن طريق الاستمارة بالمقابلة على قدرة المريض في تقييم جودة الخدمة الصحية فعليا، وشملت عينة الدراسة كافة مصالح المؤسسات الاستشفائية المعنية باستثناء مرضى الإنعاش ومصحة تصفية الكلى نظرا للحالة الصحية للمريض والجانب الإنساني.

وقد تم توزيع مجموعة من الاستمارات على عينة الدراسة والمقدرة ب 400 مفردة، وهي موضحة في الجدول أدناه:

¹ - سعيد سالم القحطاني وآخرون، منهج البحث العلمي في العلوم السلوكية مع تطبيقات SPSS، المكتبة الوطنية، السعودية، 2000، ص

الجدول رقم (02): عدد الاستثمارات الموزعة والمسترجعة

عدد الاستثمارات غير المسترجعة	عدد الاستثمارات المسترجعة	عدد الاستثمارات الموزعة	المصحات
00	80	80	مصحة الجزائر
00	80	80	مصحة الفرابي
00	80	80	مصحة الياسمين
00	80	80	مصحة ابن نفيس
00	80	80	مصحة المنظر الجميل
00	400	400	العدد الكلي
% 100	% 100	% 100	النسبة الكلية

المصدر: من اعداد الطالب.

كما يوضحه الجدول أعلاه تم توزيع 400 استثمارة بعدد 80 استثمارة لكل مصحة من مجموع 05 مصحات وقد تم استرجاعها جميعا، وبالتالي فنسبة الردود شكلت 100 % من العدد الإجمالي للاستثمارات الموزعة، ومنه اشتملت عينة الدراسة على 400 مريضا (زبون) من مرضى (زبائن) المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة.

المبحث الثاني: الأدوات المستعملة في الدراسة

تعتمد دراستنا الحالية على الاستبيان كأداة أساسية لتجميع البيانات وفق المنهج الوصفي التحليلي، وتم تصميم الاستبيان في ضوء أهداف الدراسة وتساؤلاتها استنادا على مجموعة من الأدبيات والدراسات السابقة سواء المحلية أو الأجنبية والتي تم الاطلاع عليها.

المطلب الأول: أدوات جمع البيانات

يعتبر اختيار أدوات البحث العلمي المناسبة لدراسة ما هو أحد أهم المرتكزات التي يصل بها الباحث إلى تحقيق أهدافه في الإجابة على تساؤلاته المطروحة، وتحديد أي من هذه الأدوات هو الأنسب يعود إلى طبيعة المنهج المتبع وحجم العينة، وطبيعة الموضوع المتناول، وتتعدد أدوات جمع البيانات بتعدد الغرض

منها وغالبا ما يستند الباحث على أداة أو أكثر في دراسته العلمية، واعتمدت دراستنا الحالية على أدوات جمع البيانات التالية:

أولاً- الملاحظة العلمية:

قد يتبادر إلى ذهن البعض أن الملاحظة حدث عادي عابر، فكل إنسان يلاحظ ما يدور حوله، وبالتالي لا علاقة لها بالبحث العلمي وهذا ليس صحيحا، ذلك أن هناك فرق بين الملاحظة العادية المعروفة والتي تعنى الانتباه العفوي إلى الظواهر التي يصادفها الانسان خلال ساعات صحو، وبين الملاحظة العلمية التي تحتاج إلى تخطيط مسبق ووعي وتدريب على إجرائه، وتعرف الملاحظة العلمية بأنها: "المشاهدة الدقيقة لظاهرة ما، مع الاستعانة بأساليب البحث والدراسة التي تتلاءم مع طبيعة الظاهرة"¹.

وتم الاستعانة في الدراسة الحالية على الملاحظة البسيطة والمباشرة وذلك بغرض التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة محل الدراسة وكيفية تقييم الزبائن (المرضى) لها.

ثانياً- استمارة الاستبيان:

استمارة الاستبيان (الاستبانة) هي أحد أهم أدوات جمع البيانات والتي يتم تصميمها من قبل الباحث أو الجهات المعنية كأداة أساسية مناسبة لطبيعة موضوع الدراسة وأهدافها. ويمكن تعريف الاستبانة على أنها: "أداة لجمع البيانات/ المعلومات المتعلقة بموضوع البحث عن طريق استمارة معينة، تحتوي على عدد من الأسئلة مرتبة بأسلوب منطقي مناسب، يجرى توزيعها على أشخاص معينين لتعبئتها"².

اعتمدت دراستنا الحالية على أداة الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات نظرا لطبيعة الدراسة وخصائص مجتمع الدراسة فقد تم اختيار وتصميم استمارة استبيان موجه لمرضى المؤسسات الاستشفائية الخاصة عينة الدراسة بولاية عنابة لملائمتها لطبيعة الوضعية الصحية للعينة حيث أنه من الصعب الاعتماد على أدوات أخرى كالمقابلة المطولة والتي لا تساعد في مثل هكذا وضعيات خاصة أن ظروف الدراسة كانت في ظل انتشار فيروس كورونا (كوفيد 19)، واستمارة الاستبيان كما هو معلوم عبارة عن مجموعة من الأسئلة التي يتم اعدادها مسبقا وتوجه إلى الأفراد داخل مجتمع الدراسة من أجل إبداء رأيهم فيها، وقد تكون هذه الأسئلة

¹ - إبراهيم ابراش، المنهج العلمي وتطبيقاته في العلوم الاجتماعية، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة العربية، 2009، ص 261.

² - أحمد سليمان عودة، حسن ملكاوي، أساسيات البحث العلمي في التربية والعلوم الإنسانية، مكتبة المنار، الأردن، الطبعة الأولى، 2000، ص

الفصل الثالث..... الطريقة والأدوات

مغلقة أو مفتوحة، أو مزيجا بينهما، وتعتبر استمارة الاستبيان من أكثر أدوات البحث العلمي استخداما في ميدان البحوث الاجتماعية والإنسانية بسبب تعدد مجالات استخدامها وفعاليتها الكبيرة في تحصيل البيانات، بشرط أن تكون معدة بطريقة علمية تتوافق مع أهداف الدراسة وطبيعة موضوعها وخصائص مجتمع الدراسة.

أ- **هدف استمارة الاستبيان:** نهدف من خلال الاعتماد على استمارة الاستبيان في دراستنا الحالية إلى ما يلي:

- تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة إلى مرضى المؤسسات عينة الدراسة؛
- التعرف على جودة الخدمة الصحية في القطاع الخاص في ظل ظروف استثنائية (كوفيد 19) وتقييم هذه الخدمات الصحية موازاة مع الاحتياطات الوقائية المتخذة؛
- دراسة العلاقة بين مستوى جودة الخدمات المقدمة فعلا في المؤسسة ومستوى جودة الخدمات المتوقعة من قبل المرضى.

ب- **تصميم استمارة الاستبيان:** تكونت استمارة الاستبيان المخصصة لدراستنا الميدانية من محورين رئيسيين:

• **المحور الأول:** يتعلق بالخصائص الديمغرافية والشخصية لعينة مرضى المؤسسات الاستشفائية الخاصة، وتتمثل في: (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، محل السكن بالولاية أو خارجها، الدخول السابق إلى مؤسسة استشفائية خاصة داخل أو خارج الوطن).

• **المحور الثاني:** ويعرض آراء واتجاهات عينة المرضى (الزبائن) حول جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم من طرف المؤسسات الخاصة وتتضمن (30) عبارة تعكس الأبعاد الخمسة الأساسية لجودة الخدمة الصحية والمتمثلة فيما يلي:

- العبارات من 01 إلى 05 تعبر عن بعد "الاعتمادية" للخدمة الصحية والذي يمثل قدرة المؤسسات الاستشفائية الخاصة على تقديم الخدمة في الوقت المحدد وبالذقة المطلوبة ومدى وفائها بالالتزامات نحو زبائنهم؛

- العبارات من 06 إلى 12 تفسر بعد "الملموسية" للخدمة الصحية والذي يمثل الجوانب الملموسة والمتعلقة بتقديم الخدمة، ومن ذلك التجهيزات المسهلة لتقديم الخدمة، الحالة العامة للمباني والبيئة، مظهر العاملين وحادثة الآلات؛

- العبارات من 13 إلى 19 تفسر بعد "الاستجابة" للخدمة الصحية والذي يمثل قدرة المؤسسات الاستشفائية الخاصة على التعامل الفعال مع الشكاوى والاقتراحات والمبادرة في تقديم الخدمة بصدق ورحب؛

- العبارات من 20 إلى 25 تعبر عن بعد "الأمان" للخدمة الصحية وهو يمثل الاطمئنان أي خلو الخدمة من الخطأ أو الخطر أو الشك، ويشمل الاطمئنان النفسي والمادي للمريض اتجاه المؤسسة الصحية المقدمة للخدمة؛
- العبارات من 26 إلى 30 تعبر عن بعد "التعاطف" للخدمة الصحية والذي يمثل روح الصداقة والحرص على الزبون من قبل المؤسسة الاستشفائية الخاصة وإشعاره بأهميته والرغبة في تقديم الخدمة له حسب احتياجاته.

المطلب الثاني: صدق أداة الدراسة وثباتها

لاختبار صدق أداة الدراسة نستخدم في ذلك طريقتين هما:

أ- الصدق الظاهري:

وهو التأكد من صدق الاستبانة ظاهريا بحيث قمنا بعرض هذا الاستبيان على مجموعة من المحكمين من ذوي الخبرة والكفاءة في مجال البحث العلمي، وفي ضوء التوجيهات التي أباها هؤلاء المحكمون قمنا بتعديل الاستبانة وإخراجها في شكلها النهائي القابل للتوزيع على عينة الدراسة.

ب- الصدق البنائي:

وهو استخراج معامل الثبات طبقا لاختبار "ألفا كرونباخ Alfa Cronbach" ودراسة الاتساق الداخلي لعبارات الاستبيان كافة، أما الثبات يعني استقرار المقياس وعدم تناقضه أي من المقياس يعطي نفس النتائج باحتمال مساوي لقيمة المعامل إذا أعيد تطبيقه على نفس العينة، والصدق يقصد به أن المقياس يقيس ما وضع لقياسه.

- صدق الاتساق الداخلي لاستمارة الاستبيان: وذلك عن طريق حساب درجة ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية لجميع عبارات البعد التي تنتمي إليه، ومن أجل القيام بهذا الاختبار قمنا بحساب معامل ارتباط "بيرسون Pearson" بين درجة كل عبارة من عبارات البعد والدرجة الكلية لجميع عبارات هذا البعد، وذلك لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (03): معاملات الارتباط بين درجات عبارات أبعاد جودة الخدمة الصحية مع الدرجة الكلية لكل بعد

أبعاد جودة الخدمة الصحية									
التعاطف		الأمان		الاستجابة		الملموسية		الاعتمادية	
معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
0.328**	26	0.290**	20	0.388**	13	0.341**	06	0.411**	01
0.332**	27	0.244**	21	0.344**	14	0.271**	07	0.435**	02
0.402**	28	0.216**	22	0.339**	15	0.227**	08	0.437**	03
0.389**	29	0.264**	23	0.283**	16	0.344**	09	0.436**	04
0.323**	30	0.286**	24	0.415**	17	0.319**	10	0.376**	05
		0.255**	25	0.428**	18	0.313**	11		
				0.423**	19	0.302**	12		

** دال احصائيا

المصدر: من اعداد الطالب بناء على التحليل الاحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج spss.

يتضح من الجدول رقم (03) أن معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لجميع عبارات البعد الخاص بالاعتمادية موجبة وتراوحت بين (0.437) في حدها الأعلى أمام العبارة رقم (03) وبين (0.376) في حدها الأدنى أمام العبارة رقم (05)، وأن جميع عبارات بعد الاعتمادية دالة احصائيا عند مستوى معنوية (5%)، أما بعد الملموسية فقد جاءت العبارات موجبة وتراوحت بين (0.344) في حدها الأعلى أمام العبارة رقم (09) وبين (0.227) في حدها الأدنى أمام العبارة رقم (08)، وأن جميع عبارات بعد الملموسية دالة احصائيا عند مستوى معنوية (5%)، كما جاءت عبارات بعد الاستجابة موجبة وتراوحت بين (0.428) في حدها الأعلى أمام العبارة رقم (18) وبين (0.283) في حدها الأدنى أمام العبارة رقم (16)، وأن جميع عبارات بعد الاستجابة دالة احصائيا عند مستوى معنوية (5%)، وتراوحت فقرات بعد الأمان بين (0.286) في حدها الأعلى أمام العبارة رقم (24) وبين (0.216) في حدها الأدنى أمام العبارة رقم (22)، وأن جميع عبارات بعد الأمان دالة احصائيا عند مستوى معنوية (5%)، أما بعد التعاطف فقد جاءت العبارات موجبة وتراوحت بين (0.402) في حدها الأعلى أمام العبارة رقم (28) وبين (0.323)

الفصل الثالث..... الطريقة والأدوات

في حدها الأدنى أمام العبارة رقم (30)، وأن جميع عبارات بعد التعاطف دالة احصائيا عند مستوى معنوية (5%).

- ثبات أداة الدراسة: للتأكد من ثبات أداة الدراسة ثم استخراج معامل الاتساق الداخلي لأداة الدراسة، وفقا لإجابات أفراد العينة استخدمنا مقياس "ألفا كرونباخ" من أجل معرفة مدى ثبات أداة القياس على مستوى الاتساق الداخلي، والجدول التالي يوضح مخرجات البرنامج الاحصائي المستخدم:

جدول رقم (04): معامل الثبات لأبعاد جودة الخدمة الصحية طبقا لاختبار ألفا كرونباخ

الأبعاد	الاعتمادية	الملموسية	الاستجابة	الأمان	التعاطف	جودة الخدمة الصحية
معامل ألفا كرونباخ	0.850	0.792	0.767	0.784	0.837	0.806

المصدر: من اعداد الطالب بناء على التحليل الاحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج spss.

من خلال الجدول رقم (04) نلاحظ أن نسبة معامل "ألفا كرونباخ" كبير وبلغت قيمته الاجمالية (0.806) أي 80.6% وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عالية تشير إلى أن هناك ثباتا في الاتساق الداخلي لعبارات الاستبيان. وعليه نستطيع القول أنه في حال إعادة تطبيق الأداة على نفس العينة في ظروف مماثلة فإننا سنحصل على نفس النتائج، وأن جميع أفراد البحث استجاب بصدق عال وثبات على مفردات المقياس.

المطلب الثالث: الأساليب والبرامج الإحصائية المستخدمة في الدراسة

تم الاعتماد في دراستنا الحالية على مجموعة من الأساليب الإحصائية بغرض تحقيق أهداف البحث وتحليل البيانات التي تم تجميعها وهذا بالاستعانة ببرنامج "الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS" نسخة (26)، وكذا برنامج "MINITAB" نسخة (16) لإجراء اختبار Z للعينة الواحدة البسيطة.

أولا: الأساليب الإحصائية

للإجابة عن أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها تم استخدام أساليب الإحصاء الوصفي والاستدلالي والممثلة في:

أ- مقاييس التحليل الاحصائي الوصفي:

وتهدف هذه الإحصاءات إلى وصف الاتجاهات العامة للآراء العينة، بهدف تسهيل المقارنة بين آراء عينة الدراسة، ومن أهم الإحصاءات الوصفية التي تم استخدامها في الدراسة التطبيقية أسلوب التكرارات

وأسلوب النسب المئوية والتي استخدمت بهدف معرفة عدد ونسب الفئات المختلفة من درجات الموافقة وعدم الموافقة، والمتوسطات والانحرافات المعيارية ومعامل الاختلاف لقياس درجة تشتت النسبي لقيم الإجابات عن وسطها الحسابي، والقيمة المعنوية للعنصر¹.

- **التكرارات والنسب المئوية:** للتعرف بالتفصيل على الصفات الشخصية لأفراد عينة الدراسة من أجل تحليلها؛
- **المتوسط الحسابي:** وذلك لمعرفة اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو كل عبارة أو بعد وكذا درجة موافقتهم على جودة الخدمة؛
- **الانحراف المعياري:** وذلك بغية التعرف على مدى انحراف استجابات أفراد الدراسة نحو كل عبارة، ويلاحظ أيضا أن الانحراف المعياري يوضح التشتت في استجابات أفراد الدراسة، فكلما اقتربت قيمته من الصفر، فهذا يعني تركيز الإجابات وعدم تشتتها، أما إذا كانت قيمته تساوي الواحد أو أكبر، فذلك يعني تركيز الإجابات وتشتتها.

ب- **مقاييس التحليل الاحصائي الاستدلالي:** ويتضمن الأساليب التالية:

- **معامل الثبات ألفا كرونباخ:** يستخدم هذا المعامل لاختبار مدى ثبات ومصدقية إجابات مفردات عينة الدراسة التطبيقية على أسئلة قائمة الاستبيان، حيث يركز هذا المعامل على اختبار الصدق للمحتوى أو المضمون، وكذلك الثبات الخاص بالاتساق الداخلي (معامل الارتباط بين إجابات أسئلة القائمة)، ويتراوح معامل الثبات بين الصفر والواحد الصحيح [0 - 1]، ويكون هذا المقياس ذو مصداقية ويمكن الاعتماد عليه إذا كانت القيمة المحسوبة تساوي (60%) فأكثر، حيث يدل ذلك على أن قائمة الاستبيان تتمتع بثبات داخلي، أما معامل الصدق فيتم حسابه على أساس الجذر التربيعي لمعامل الثبات، ويطلق عليه الصدق الذاتي²؛
- **معامل الارتباط بيرسون:** يعتبر معامل ارتباط بيرسون من أكثر معاملات الارتباط شيوعا واستعمالا عندما يكون كلا المتغيرين متغير كمي متصل، ويوضح معامل الارتباط لبيرسون العلاقات الارتباطية بين المتغيرات المستقلة والتابعة في الدراسة وكذلك درجة الارتباط بين المتغيرات المستقلة وبعضها البعض، ولحساب درجة ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية لجميع عبارات المحور الذي تنتمي إليه؛

¹ - سيكاران أوما، **طرق البحث في الإدارة - مدخل لبناء المهارات البحثية**، ترجمة إسماعيل على بسيوني، دار المريخ للنشر، الرياض، المملكة العربية السعودية، الطبعة الثانية، 2009، ص 294، بتصرف.

² - Mohsen tavakol, Reg dennik, **Making sense of cronbach's alpha**, international journal of medical education, VOL 07, N° 06, 2011, P 54.

الفصل الثالث..... الطريقة والأدوات

- اختبار **T** لعينة البسيطة المستقلة: لاختبار الفروقات أو التباينات لمتغير الجنس ومحل السكن؛
- تحليل التباين أحادي الاتجاه **One Way A nova**: لاختبار الفروقات أو التباينات للمتغيرات الديمغرافية والشخصية (السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، دخول سابق إلى مؤسسة استشفائية خاصة)؛
- اختبار شيفيه **Scheffé** للمقارنات البعدية: لإيجاد الفروق بين المتوسطات والتعرف على اتجاه تلك الفروق ودلالاتها؛
- اختبار **(Z) للعينة الواحدة - One-Sample Z**: لتحديد فيما إذا كان هناك رضا من طرف المرضى على جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المؤسسات الاستشفائية الخاصة محل الدراسة بدلالة أبعادها الخمسة.

ثانياً: الطريقة المستخدمة للقياس

صممت استمارة الاستبيان الخاص بالدراسة الحالية وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي الذي يعد الأنسب لمثل هذه الدراسات، وقد كانت الخيارات المتاحة أمام كل عبارة كما يلي: (غير راض بشدة، غير راض، محايد، راض، راض بشدة)، وقد تم التوضيح للأفراد العينة المستجوبين على ضرورة اختيار إجابة واحدة فقط أمام كل عبارة، ويمنح سلم ليكرت الخماسي أوزاناً نسبية محددة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (05): الأوزان الممنوحة لخيارات الإجابة في استمارة الاستبيان حسب مقياس ليكرت الخماسي

الرأي	غير راض بشدة	غير راض	محايد	راض	راض بشدة
الأوزان	1	2	3	4	5

المصدر: عز عبد الفتاح، مقدمة في الإحصاء الوصفي والاستدلالي باستخدام **SPSS**، خوارزم العلمية للنشر والتوزيع، السعودية، 2008، ص، 540، بتصرف.

ولتحديد طول الخلايا مقياس ليكرت الخماسي (الحدود الدنيا والعليا) تم حساب المدى (5-1 = 4) ثم تقسيمه على عدد الخلايا (5/4 = 0.8)، ثم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس وهي الواحد الصحيح وذلك لتحديد الحد الأعلى للخلية، وعليه سيتم تفسير النتائج حسب الجدول التالي:

جدول رقم (06): يوضح إجابات الأسئلة ودلالاتها

الاتجاه	الوزن النسبي	المتوسط الحسابي	الرمز	الإجابة
منخفض جدا	أقل من 36%	من 1 إلى أقل من 1.80	1	غير راض بشدة
منخفض	36% أقل من 52%	من 1.80 إلى أقل من 2.60	2	غير راض
متوسط	52% أقل من 68%	من 2.60 إلى أقل من 3.40	3	محايد
مرتفع	68% أقل من 84%	من 3.40 إلى أقل من 4.20	4	راض
مرتفع جدا	84% فأكثر	4.20 فأكثر	5	راض بشدة

المصدر: عبد الفتاح عز حسن، مرجع سبق ذكره، ص 540، بتصريف.

خلاصة الفصل:

تم من خلال هذا الفصل التطرق إلى أهم الطرق والأدوات والإجراءات الميدانية التي قمنا بها من أجل الإجابة على إشكالية الدراسة وتساؤلاتها الفرعية والتحقق من الفروض على أرض الواقع حيث تم عرض مختلف الأساليب الإحصائية التي تم الاعتماد عليها في دراستنا الحالية، وتوضيح مختلف أدوات البحث العلمي الذي استندت عليه دراستنا، كما تم التأكيد في هذا الفصل من شروط صحة أداة القياس المتمثلة في الصدق والثبات التي بلغت نسبة عالية ومقبولة والتي تسمح بالوثوق في النتائج التي نتوصل إليها.

النتائج ومناقشتها

تمهيد:

نحاول من خلال هذا الفصل الربط بين ما تم تناوله في الإطار النظري العام وبين ما هو ميداني وذلك من خلال عرض ومناقشة الجانب التطبيقي لموضوع للدراسة، حيث تم اختيار عينة من المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة لتكون محل للدراسة، وتم تقسيم هذا الفصل إلى:

المبحث الأول: عرض نتائج الدراسة؛

المبحث الثاني: مناقشة نتائج الدراسة.

المبحث الأول: عرض نتائج الدراسة

نتطرق من خلال هذا المبحث إلى عرض نتائج الدراسة الميدانية التي تم التوصل إليها والتعليق عليها احصائياً، بعد مراجعة قوائم الاستبيان وتبويبها وجدولة النتائج، ويقسم هذا المبحث إلى مطلبين كالتالي:

المطلب الأول: الخصائص الديمغرافية والشخصية لأفراد العينة؛

المطلب الثاني: عرض وتحليل بيانات الاستبيان؛

المطلب الثالث: اختبار الفرضيات.

المطلب الأول: الخصائص الديمغرافية والشخصية لأفراد العينة

نتطرق من خلال هذا المطلب إلى التعرف على خصائص البيانات الديمغرافية والشخصية للعينة المدروسة، من خلال عرض المحور الأول من الاستبيان والذي يضم المتغيرات التالية:

- الجنس؛
- السن؛
- المستوى التعليمي؛
- الدخل الشهري؛
- محل السكن داخل ولاية عنابة أو خارجها؛
- أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة من قبل داخل و/ أو خارج الوطن.

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

- الخصائص الديمغرافية والشخصية لأفراد عينة جميع المؤسسات الاستشفائية الخاصة
المتعامل معها

ويتم توضيح ذلك من خلال الجدول التالي:

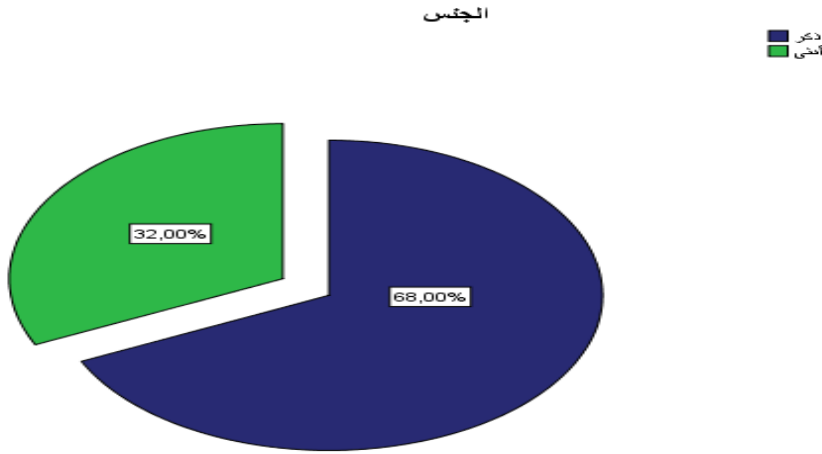
الجدول رقم (07): الخصائص الديمغرافية والشخصية لأفراد العينة

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة	المتغير	الفئة	التكرار	النسبة
الجنس	ذكر	272	68 %	المستوى العلمي	غير متمدرس	31	7.8 %
	أنثى	128	32 %		تكوين مهني	67	16.7 %
	المجموع	400	100 %		غير جامعي	163	40.7 %
					جامعي	131	32.8 %
					دراسات ما بعد التدرج	08	2 %
					المجموع	400	100 %
السن	أقل من 19 سنة	33	8.3 %	الدخل الشهري	دون دخل	55	13.8 %
	من 19 إلى 40 سنة	91	22.7 %		دخل ضعيف	19	4.7 %
	من 41 إلى 62 سنة	181	45.3 %		دخل متوسط	169	42.2 %
	أكثر من 62 سنة	95	23.7 %		دخل حسن	141	35.3 %
	المجموع	400	100 %		دخل جيد	16	4 %
					المجموع	400	100 %
محل السكن داخل ولاية عنابة	نعم	329	82.3 %	دخول سابق إلى مؤسسة استشفائية خاصة	نعم داخل الوطن	169	42.3 %
					نعم خارج الوطن	09	2.3 %
	لا	71	17.7 %		نعم داخل وخارج الوطن	20	5 %
					لا لم أدخل من قبل إلى مؤسسة استشفائية خاصة	202	50.4 %
المجموع	400	100 %	المجموع	400	100 %		

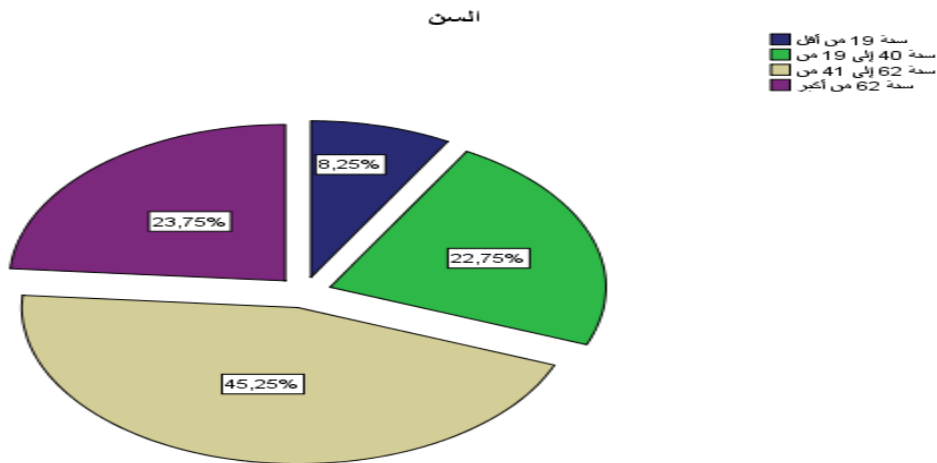
المصدر: من اعداد الطالب بناء على التحليل الاحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج spss.

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

من خلال الجدول رقم (07) يتبين لنا أن نسبة الذكور في عينة الدراسة كانت الأكبر حيث بلغت 68 % بتعداد 272 فردا، في حين كانت نسبة الإناث 32% بتعداد 128 فردا، كما يوضحه الشكل رقم (06):



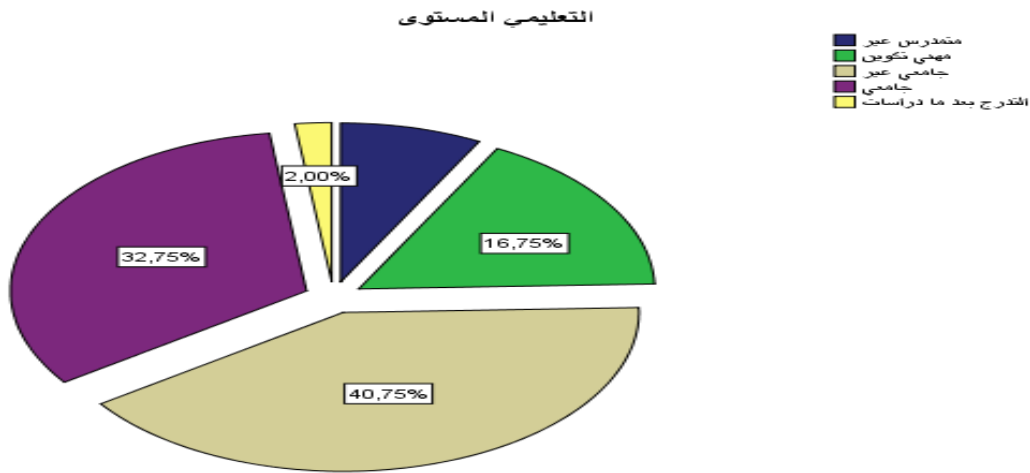
وبالنسبة للسن نلاحظ أن الفئة العمرية من 41 إلى 62 سنة كانت الفئة الأكبر بنسبة 45.5 % وتعداد 181 فردا، ثم تلتها الفئة العمرية الأكثر من 62 بنسبة 23.7 % وتعداد 95 فردا، ثم السن من 19 إلى 40 سنة بنسبة 22.7% وتعداد 91 فردا وأخيرا الفئة العمرية الأقل من 19 سنة بنسبة 8.3 % وتعداد 33 أفراد. كما يوضحه الشكل رقم (07):



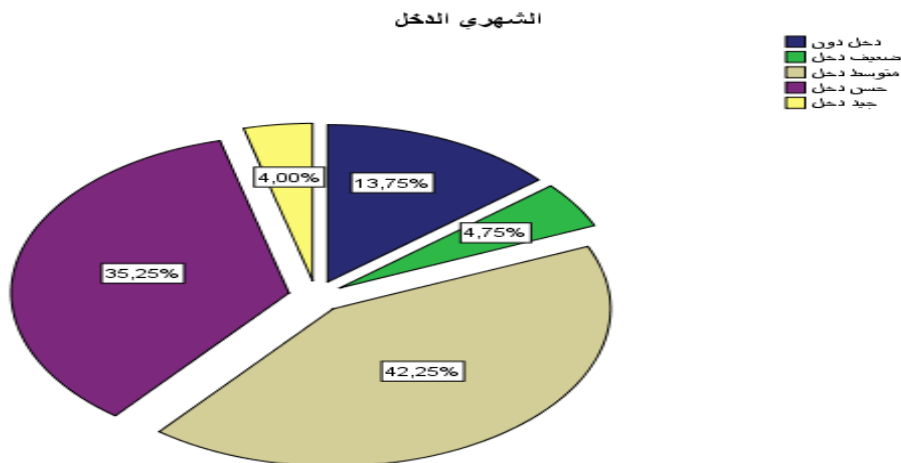
ويتضح من خلال الجدول (07) بالنسبة للمستوى العلمي أن ذوي المستوى الغير جامعي يمثلون النسبة الأكبر ب 40.7 % من حجم العينة بتعداد 163 فردا، تليها ذوي المستوى الجامعي بنسبة 32.8 %

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

وتعداد 131 فردا، ثم مستوى التكوين المهني ما نسبته 16.7 % ويتعداد 67 فردا، تليها فئة الغير متمرسين بنسبة 7.8 % وتعداد 31 فردا، وأخيرا ذوي مستوى دراسات ما بعد التدرج حيث كانت نسبته 2 % وتعداد 2 فردا. كما يوضحه الشكل رقم (08):

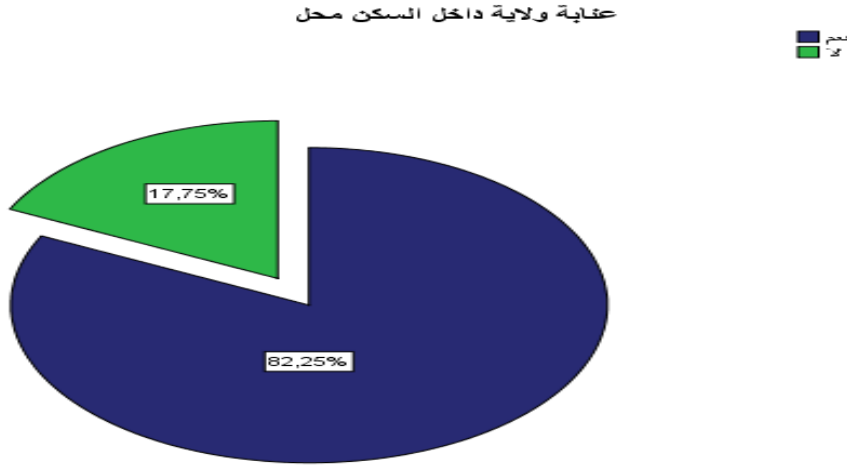


أما بالنسبة للدخل الشهري لأفراد العينة نلاحظ من خلال الجدول أن الفئة ذات الدخل المتوسط كانت الأكبر بنسبة 42.2 % ويتعداد 169 فردا، تليها فئة الدخل الحسن بنسبة 35.3 % ويتعداد 141 فردا، ثم أفراد العينة دون دخل ما نسبته 13.8 % ويتعداد 55 فردا، تليها الأفراد أصحاب الدخل الضعيف بنسبة 4.7 % وتعداد 19 فردا، وأخيرا أصحاب الدخل الجيد بنسبة 4 % من حجم العينة ويتعداد 16 فردا. كما يوضحه الشكل رقم (09):

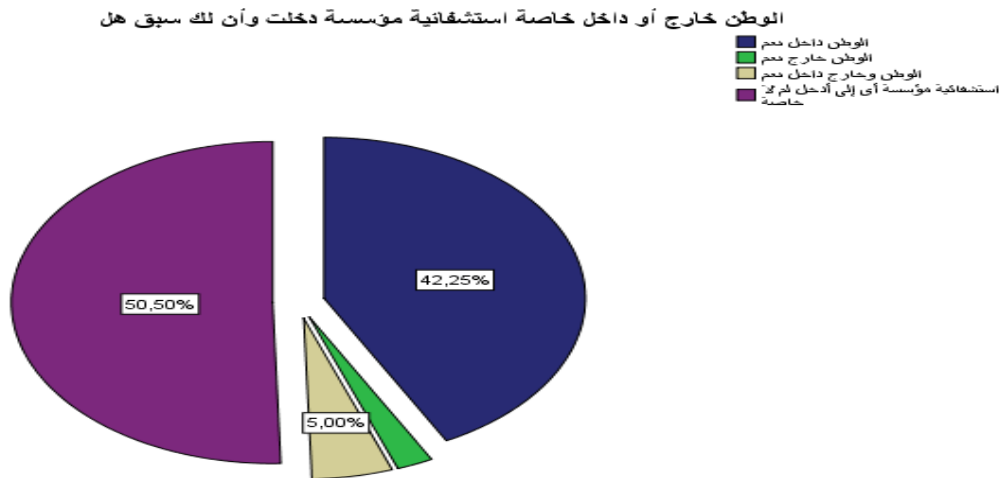


الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

ويتضح من خلال الجدول أعلاه أن ما نسبته 82.3 % من أفراد العينة محل سكنهم بولاية عنابة بتعداد 329 فردا من حجم العينة، في حين ما نسبتهم 17.7 % وتعداد 71 فردا محل سكنهم خارج ولاية عنابة. كما يوضحه الشكل رقم (10):



وبالنسبة لأفراد العينة الذين كان لهم دخول سابق لمؤسسة استشفائية خاصة يتبين لنا أن ما نسبته 50.4 % ويتعداد 202 فردا لم يعالج من قبل بمؤسسة استشفائية خاصة سابقا، وتليها ما نسبته 42.3 % ويتعداد 196 فردا كان له دخول سابق إلى مؤسسة استشفائية خاصة داخل الوطن، ونسبة 5 % كان لهم دخول سابق لمؤسسة استشفائية خاصة داخل وخارج الوطن بتعداد 20 فردا، وأخيرا كانت نسبة 2.3 % وتعداد 9 أفراد عولجوا سابقا بمؤسسة استشفائية خاصة خارج الوطن فقط. كما يوضحه الشكل رقم (11):



المطلب الثاني: عرض بيانات الاستبيان

نتطرق من خلال هذا المطلب إلى التعرف على إجابات عينة الدراسة حول جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم، من خلال عرض المحور الثاني من الاستبيان والذي يضم عرض البيانات المتعلقة باتجاهات مرضى المؤسسات الاستشفائية الخاصة محل الدراسة نحو جودة الخدمة الصحية وفق الأبعاد الخمسة الآتية:

- الملموسية؛
- الاعتمادية؛
- الاستجابة؛
- الأمان؛
- التعاطف؛

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

أولاً- عرض بيانات الاستبيان المتعلقة ببعد الاعتمادية

ويتم توضيح ذلك من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (08): عرض البيانات وفق بعد الاعتمادية

الترتيب	الاتجاه	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرارات					العبارات	الرقم
				راض بشدة	راض	محايد	غير راض	غير راض بشدة		
5	مرتفع	0.819	3.52	23	220	104	49	4	تلتزم المصحة بتقديم الخدمة في الوقت الملائم والمواعيد المحددة	01
3	مرتفع	0.719	3.75	41	240	95	24	/	تتميز خدمات المصحة بالدقة والمهارة العالية	02
4	مرتفع	1.032	3.61	71	188	67	64	10	تتوفر بالمصحة جميع التخصصات الطبية المطلوبة	03
2	مرتفع	0.679	3.92	63	262	59	16	/	تحتفظ المصحة بسجلات دقيقة وموثقة عن المرضى	04
1	مرتفع	0.701	4.08	100	249	35	16	/	تشكل الإجراءات المعتمدة في المصحة للوقاية من فيروس كورونا المستجد محل ثقة وارتياح	05
مرتفع		0.790	3.77	المجموع العام						

المصدر: من اعداد الطالب بناء على التحليل الاحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج spss.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (08) أن اتجاهات أفراد العينة نحو بعد "الاعتمادية" كان ضمن الرضا "المرتفع"، وهذا ما يدل عليه المتوسط الحسابي المرجح العام والذي بلغ (3.77) والانحراف المعياري والذي قدر ب (0.790)، وقد شكلت جميع العبارات (01، 02، 03، 04، 05) درجة رضا "مرتفع"، حيث

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

تحصلت العبارة رقم (05) على أعلى متوسط حسابي قيمته (4.08) وانحراف معياري قدره (0.701)، تلتها العبارة رقم (04) بمتوسط حسابي قيمته (3.92) وانحراف معياري قدره (0.679)، وسجلت العبارات (02، 03، 01) على التوالي متوسطات حسابية بلغت (3.75، 3.61، 3.52) وانحرافات معيارية على التوالي قدرت بـ (0.719، 1.032، 0.819)، في حين كان ترتيب العبارات كالتالي: العبارة رقم (05) كان ترتيبها الأول، تليها العبارة رقم (04) كانت في المرتبة الثانية، ثم العبارة رقم (02) في المرتبة الثالثة، تليها العبارة رقم (03) في المرتبة الرابعة، وأخيرا العبارة رقم (01) في المرتبة الخامسة.

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

ثانياً - عرض بيانات الاستبيان المتعلقة ببعد الملموسية

ويتم توضيح ذلك من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (09): عرض وتحليل البيانات وفق بعد الملموسية

الترتيب	الاتجاه	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرارات					العبارة	الرقم
				راض بشدة	راض	محايد	غير راض	غير راض بشدة		
3	مرتفع	0.829	3.79	65	224	74	36	1	تتميز المصحة ببيئة نظيفة	01
4	مرتفع	0.891	3.74	56	240	58	37	9	تتواجد المصحة في موقع جغرافي ملائم و من السهل الوصول اليه	02
1	مرتفع	0.755	4.06	102	242	34	21	1	مظهر وهندام الطاقم العامل بالمصحة يتوافق وطبيعة الخدمة	03
5	مرتفع	0.856	3.57	39	204	103	52	2	تستخدم المصحة تقنيات وأجهزة طبية حديثة	04
7	متوسط	1.019	3.10	19	147	114	95	25	طبيعة مرافق المصحة (صالات المرضى، قاعات الانتظار، مكاتب الأطباء) جذابة ومريحة	05
2	مرتفع	0.704	4.01	85	250	49	16	/	يلتزم الطاقم العامل بالمصحة بوسائل الحماية من فيروس كورونا المستجد في هندايم وأدواتهم المستخدمة	06
6	متوسط	0.970	3.34	33	170	107	80	10	تتميز المصحة بتهوية عالية في مختلف مرافقها	07
مرتفع		0.860	3.66	المجموع العام						

المصدر: من اعداد الطالب بناء على التحليل الاحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج spss.

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

نلاحظ من خلال الجدول رقم (09) أن اتجاهات أفراد العينة نحو بعد "الملموسية" كان ضمن الرضا "المرتفع"، وهذا ما يدل عليه المتوسط الحسابي المرجح العام والذي بلغ (3.66) والانحراف المعياري والذي قدر ب (0.860)، وقد شكلت العبارات (01، 02، 03، 04، 06) درجة رضا "مرتفع"، حيث تحصلت العبارة رقم (03) على أعلى متوسط حسابي بلغ (4.06) وانحراف معياري قدره (0.755)، تلتها العبارة رقم (06) بمتوسط حسابي بلغ (4.01) وانحراف معياري قدر ب(0.704)، وقد حازت العبارة رقم (01) على متوسط حسابي بلغ (3.79) وانحراف معياري قدر ب(0.829)، أما العبارة رقم (02) فقد كانت بمتوسط حسابي بلغ (3.74) وانحراف معياري قدر ب(0.891)، تلتها العبارة رقم (04) بمتوسط حسابي بلغ (3.57) وانحراف معياري قدر ب(0.856)، بينما كانت اتجاهات أفراد العينة نحو العبارات (07، 05) ضمن الرضا المتوسط حيث تحصلت العبارة رقم (07) على متوسط حسابي بقيمة (3.34) وانحراف معياري بلغ (0.970)، وتلتها العبارة رقم (05) بمتوسط حسابي بلغ (3.10) وانحراف معياري بلغ (1.019)، في حين كان ترتيب العبارات كالتالي: العبارة رقم (03) كان ترتيبها الأول، تليها العبارة رقم (06) كانت في المرتبة الثانية، ثم العبارة رقم (01) في المرتبة الثالثة، تليها العبارة رقم (02) في المرتبة الرابعة، أما العبارة رقم (04) في المرتبة الخامسة، ثم العبارة رقم (07) كان ترتيبها في المرتبة السادسة، وأخيرا العبارة رقم (05) في المرتبة السابعة.

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

ثالثاً- عرض وتحليل بيانات الاستبيان المتعلقة ببعد الاستجابة

ويتم توضيح ذلك من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (10): عرض البيانات وفق بعد الاستجابة

الترتيب	الاتجاه	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرارات					العبارة	الرقم
				راض بشدة	راض	محايد	غير راض	غير راض بشدة		
3	مرتفع	0.682	3.96	70	259	56	15	/	تستجيب المصحة لشكاوى وطلبات المرضى	01
5	مرتفع	0.715	3.83	49	256	71	24	/	يبلغ المريض بطريقة تقديم الخدمة	02
2	مرتفع	0.569	3.99	53	301	36	10	/	يحرص الطاقم العامل بالمصحة على تقديم المساعدة بشكل مستمر	03
7	متوسط	0.977	2.90	17	106	114	147	16	تستمع إدارة المصحة لآراء المرضى حول الخدمات المقدمة	04
6	مرتفع	0.752	3.80	49	252	71	26	2	تعمل مختلف مصالح المصحة وعلى مدار الساعة في ظل انتشار جائحة كورونا المستجد	05
4	مرتفع	0.793	3.95	84	238	53	22	3	يبلغ المريض بالتوقيت المحددة للخدمة	06
1	مرتفع	0.696	4.04	87	256	42	14	1	يتميز الطاقم العامل بالمصحة بالتدخل السريع	07
مرتفع		0.741	3.78	المجموع العام						

المصدر: من اعداد الطالب بناء على التحليل الاحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج spss.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (10) أن اتجاهات أفراد العينة نحو بعد "الاستجابة" كان ضمن الرضا "المرتفع"، وهذا ما يدل عليه المتوسط الحسابي المرجح العام والذي بلغ (3.78) والانحراف المعياري والذي قدر ب (0.741)، وقد شكلت العبارات (01، 02، 03، 05، 06، 07) درجة رضا "مرتفع"، حيث

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

تحصلت العبارة رقم (07) على أعلى متوسط حسابي بلغ (3.78) وانحراف معياري قدره (0.741)، تلتها العبارة رقم (03) بمتوسط حسابي بلغ (3.96) وانحراف معياري قدر ب(0.682)، وقد حازت العبارة رقم (01) على متوسط حسابي بلغ (3.96) وانحراف معياري قدر ب(0.682)، أما العبارة رقم (06) فقد كانت بمتوسط حسابي بلغ (3.95) وانحراف معياري قدر ب(0.793)، تلتها العبارة رقم (02) بمتوسط حسابي بلغ (3.83) وانحراف معياري قدر ب(0.715)، والعبارة رقم (06) بلغ متوسطها الحسابي (3.80) وبانحراف معياري (0.752)، بينما كانت اتجاهات أفراد العينة نحو العبارة (04) ضمن الرضا المتوسط حيث تحصلت العبارة على متوسط حسابي بقيمة (2.90) وانحراف معياري بلغ (0.977)، في حين كان ترتيب العبارات كالتالي: العبارة رقم (07) كان ترتيبها الأول، تليها العبارة رقم (03) كانت في المرتبة الثانية، ثم العبارة رقم (01) في المرتبة الثالثة، تليها العبارة رقم (06) في المرتبة الرابعة، أما العبارة رقم (02) في المرتبة الخامسة، ثم العبارة رقم (05) كان ترتيبها في المرتبة السادسة، وأخيرا العبارة رقم (04) في المرتبة السابعة.

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

رابعا- عرض وتحليل بيانات الاستبيان المتعلقة ببعء الأمان

ويتم توضيح ذلك من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (11): عرض وتحليل البيانات وفق بعء الأمان

الترتيب	الاتجاه	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرارات					الرقم	العبارات
				راض بشدة	راض	محايد	غير راض	غير راض بشدة		
3	مرتفع	0.844	3.89	86	217	65	30	2	01	يتمتع الطاقم العامل بالمصحة باللباقة وحسن الاستماع عند التعامل مع المريض
5	مرتفع	0.801	3.68	61	169	151	17	2	02	تحافظ المصحة على سرية المعلومات والبيانات المتعلقة بالمريض
1	مرتفع	0.500	4.11	73	296	31	/	/	03	تتميز المصحة بطاقم طبي وتمريضي محترف ذو مهارة
6	متوسط	0.920	3.29	23	172	102	102	1	04	يظهر العاملون بالمصحة اهتماما متواصلا بالمرضى
2	مرتفع	0.637	3.93	56	272	60	12	/	05	يقدم الطاقم العامل بالمصحة نصائح وإجابات حول الوقاية من فيروس كورونا المستجد بالمستشفى
4	مرتفع	0.718	3.84	59	235	98	17	/	06	تتميز المصحة بخبرة أفراد طاقمها الطبي
	مرتفع	0.737	3.79	المجموع العام						

المصدر: من اعداد الطالب بناء على التحليل الاحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج SPSS.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (11) أن اتجاهات أفراد العينة نحو بعء الأمان "كان ضمن الرضا المرتفع"، وهذا ما يدل عليه المتوسط الحسابي المرجح العام والذي بلغ (3.79) والانحراف المعياري والذي قدر ب (0.737)، وقد شكلت العبارات (01، 02، 03، 05، 06) درجة رضا "مرتفع"، حيث تحصلت العبارة رقم (03) على أعلى متوسط حسابي بلغ (4.11) وانحراف معياري قدره (0.500)، تلتها العبارة

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

رقم (05) بمتوسط حسابي بلغ (3.93) وانحراف معياري قدر ب(0.637)، وقد حازت العبارة رقم (01) على متوسط حسابي بلغ (3.89) وانحراف معياري قدر ب(0.844)، أما العبارة رقم (06) فقد كانت بمتوسط حسابي بلغ (3.84) وانحراف معياري قدر ب(0.718)، تلتها العبارة رقم (02) بمتوسط حسابي بلغ (3.68) وانحراف معياري قدر ب(0.801)، بينما كانت اتجاهات أفراد العينة نحو العبارة رقم (04) ضمن الرضا المتوسط حيث تحصلت العبارة على متوسط حسابي بقيمة (3.29) وانحراف معياري بلغ (0.920)، في حين كان ترتيب العبارات كالتالي: العبارة رقم (03) كان ترتيبها الأول، تليها العبارة رقم (05) كانت في المرتبة الثانية، ثم العبارة رقم (01) في المرتبة الثالثة، تليها العبارة رقم (06) في المرتبة الرابعة، أما العبارة رقم (02) في المرتبة الخامسة، ثم العبارة رقم (04) كان ترتيبها في المرتبة السادسة.

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

خامسا- عرض وتحليل بيانات الاستبيان المتعلقة ببعد التعاطف

ويتم توضيح ذلك من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (12): عرض وتحليل البيانات وفق بعد التعاطف

الترتيب	الاتجاه	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرارات					الرقم	العبارات	
				راض بشدة	راض	محايد	غير راض	غير راض بشدة			
5	مرتفع	0.898	3.69	71	181	101	47	/	01	يلبي الطاقم العامل بالمصحة احتياجاتي المطلوبة	
2	مرتفع	0.751	3.98	86	244	47	23	/	02	يراعي الطاقم الطبي بالمصحة المستوى المعرفي للمريض أثناء تعامله معه (لغته، لهجته، ثقافته)	
3	مرتفع	0.818	3.93	88	230	49	33	/	03	يحترم العاملون بالمصحة العادات والتقاليد السائدة في المجتمع عند تقديم الخدمة الصحية	
4	مرتفع	0.646	3.91	52	275	58	15	/	04	يسود المصحة الاحترام وروابط الصداقة والأخوة ما بين العاملين والمرضى	
1	مرتفع	0.741	4.02	94	236	55	13	2	05	يصغي العاملون بالمصحة لتخوفات وتسؤلات المريض حول فيروس كورونا المستجد	
				المجموع العام							
مرتفع		0.771	3.91								

المصدر: من اعداد الطالب بناء على التحليل الاحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج spss.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (12) أن اتجاهات أفراد العينة نحو بعد "التعاطف" كان ضمن الرضا "المرتفع"، وهذا ما يدل عليه المتوسط الحسابي المرجح العام والذي بلغ (3.91) والانحراف المعياري والذي قدر ب (0.771)، وقد شكلت جميع العبارات (01، 02، 03، 04، 05) درجة رضا "مرتفع"، حيث تحصلت العبارة رقم (05) على أعلى متوسط حسابي بلغ (4.02) وانحراف معياري قدره (0.741)، تلتها العبارة رقم (02) بمتوسط حسابي بلغ (3.98) وانحراف معياري قدر ب(0.751)، وقد حازت العبارة رقم

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

(03) على متوسط حسابي بلغ (3.93) وانحراف معياري قدر ب(0.818)، أما العبارة رقم (04) فقد كانت بمتوسط حسابي بلغ (3.91) وانحراف معياري قدر ب(0.646)، تلتها العبارة رقم (01) بمتوسط حسابي بلغ (3.69) وانحراف معياري قدر ب(0.898)، في حين كان ترتيب العبارات كالتالي: العبارة رقم (05) كان ترتيبها الأول، تليها العبارة رقم (02) كانت في المرتبة الثانية، ثم العبارة رقم (03) في المرتبة الثالثة، تليها العبارة رقم (04) في المرتبة الرابعة، أما العبارة رقم (01) في المرتبة الخامسة.

سادسا- عرض وتحليل بيانات الاستبيان المتعلقة بالأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية

ويتم توضيح ذلك من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (13): عرض وتحليل البيانات وفق أبعاد جودة الخدمة الصحية

الترتيب	الاتجاه	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	البعد	الرقم
4	مرتفع	0.790	3.77	الاعتمادية	01
5	مرتفع	0.860	3.66	الملموسية	02
3	مرتفع	0.741	3.78	الاستجابة	03
2	مرتفع	0.737	3.79	الأمان	04
1	مرتفع	0.771	3.91	التعاطف	05
	مرتفع	0.780	3.78	الاتجاه العام	

المصدر: من اعداد الطالب بناء على التحليل الاحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج spss.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (13) أن اتجاهات أفراد العينة نحو كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة (الاعتمادية، الملموسية، الاستجابة، الأمان، التعاطف) كان ضمن الرضا "المرتفع" وذلك بقيمة متوسطات حسابية (3.77، 3.66، 3.78، 3.79، 3.91) على الترتيب وبانحراف معياري قدره (0.790، 0.860، 0.741، 0.737، 0.771) على التوالي أيضا، ومثل الاتجاه العام للمرضى نحو أبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة درجة رضا "مرتفعة" وهذا ما يدل عليه المتوسط الحسابي المرجح العام والذي بلغ (3.78) والانحراف المعياري والذي قدر ب (0.780)، في حين كان ترتيب الأبعاد كالتالي: بعد التعاطف شكل المرتبة الأول، يليه بعد الأمان في المرتبة الثانية، ثم بعد الاستجابة في المرتبة الثالثة، يليه بعد الاعتمادية في المرتبة الرابعة، وأخيرا بعد الملموسية في المرتبة الخامسة.

المطلب الثالث: اختبار الفرضيات

الفرع الأول: اختبار الفرضية الرئيسية الأولى

الفرضية الرئيسية الأولى: يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة عند مستوى معنوية 5 %

للتحقق من هذه الفرضية قمنا بإجراء اختبار (Z) للعينة الواحدة - One- Sample Z الذي يهدف إلى معرفة فيما إذا كان هناك رضى من المرضى على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة فعلا بدلالة أبعادها الخمسة، حيث تم استخدام هذا الاختبار نظرا لحجم عينة الدراسة والمقدر 400 فردا، وبعد التأكد من فرضيات الاختبار وشروطه كانت النتائج كالتالي:

أولاً- بالنسبة لرضى المرضى عن كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية:

أ- الفرضية الفرعية الأولى:

H_0 : لا يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق بعد الاعتمادية عند مستوى معنوية 5 %؛

H_1 : يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق بعد الاعتمادية عند مستوى معنوية 5 %.

الجدول رقم (14): ملخص نتائج اختبار Z للعينة الواحدة لرضى المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة وفق بعد الاعتمادية

أبعاد جودة الخدمة الصحية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة Z	مستوى الدلالة
بعد الاعتمادية	3.77	0.790	30.25	0.00

المصدر: من اعداد الطالب بناء على مخرجات برنامج MINITAB 16.

يتضح من خلال الجدول رقم (14)، أن الاختبار دال احصائيا حيث بلغت قيمة (Z) المحسوبة (30.25) ومستوى الدلالة بلغ (0.00) وهو أقل من (0.05) وهذا ما يدل على توفر بعد "الاعتمادية"

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

على مستوى المؤسسات الاستشفائية الخاصة محل الدراسة، كما يتبين أن المتوسط الحسابي بلغ (3.77) والانحراف المعياري بلغ (0.790) وهي درجة رضا مرتفعة حسب الاتجاه العام لسلم ليكرث الخماسي. وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية H_0 ونقبل الفرضية البديلة H_1 التي تنص على أنه: "يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق بعد الاعتمادية عند مستوى معنوية 5 %

ب- الفرضية الفرعية الثانية:

H_0 : لا يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق بعد الملموسية عند مستوى معنوية 5 %؛

H_1 : يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق بعد الملموسية عند مستوى معنوية 5 %.

الجدول رقم (15): ملخص نتائج اختبار Z للعينة الواحدة لرضى المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة وفق بعد الملموسية

أبعاد جودة الخدمة الصحية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة Z	مستوى الدلالة
بعد الملموسية	3.66	0.860	27.59	0.00

المصدر: من اعداد الطالب بناء على مخرجات برنامج 16 MINITAB.

يتضح من خلال الجدول رقم (15)، أن الاختبار دال احصائيا حيث بلغت قيمة (Z) المحسوبة (27.59) ومستوى الدلالة بلغ (0.00) وهو أقل من (0.05) وهذا ما يدل على توفر بعد "الملموسية" على مستوى المؤسسات الاستشفائية الخاصة محل الدراسة، كما يتبين أن المتوسط الحسابي بلغ (3.66) والانحراف المعياري بلغ (0.860) وهي درجة رضا مرتفعة حسب الاتجاه العام لسلم ليكرث الخماسي. وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية H_0 ونقبل الفرضية البديلة H_1 التي تنص على أنه: "يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق بعد الملموسية عند مستوى معنوية 5 %

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

ت-الفرضية الفرعية الثالثة:

H_0 : لا يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق بعد الاستجابة عند مستوى معنوية 5%؛

H_1 : يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق بعد الاستجابة عند مستوى معنوية 5%.

الجدول رقم (16): ملخص نتائج اختبار Z للعينة الواحدة لرضى المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة وفق بعد الاستجابة

أبعاد جودة الخدمة الصحية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة Z	مستوى الدلالة
بعد الاستجابة	3.78	0.741	34.50	0.00

المصدر: من اعداد الطالب بناء على مخرجات برنامج MINITAB 16.

يتضح من خلال الجدول رقم (16)، أن الاختبار دال احصائيا حيث بلغت قيمة (Z) المحسوبة (34.50) ومستوى الدلالة بلغ (0.00) وهو أقل من (0.05) وهذا ما يدل على توفر بعد "الاستجابة" على مستوى المؤسسات الاستشفائية الخاصة محل الدراسة، كما يتبين أن المتوسط الحسابي بلغ (3.78) والانحراف المعياري بلغ (0.741) وهي درجة رضا مرتفعة حسب الاتجاه العام لسلم ليكرت الخماسي. وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية H_0 ونقبل الفرضية البديلة H_1 التي تنص على أنه: "يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق بعد الاستجابة عند مستوى معنوية 5%".

ث-الفرضية الفرعية الرابعة:

H_0 : لا يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق بعد الأمان عند مستوى معنوية 5%؛

H_1 : يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق بعد الأمان عند مستوى معنوية 5%.

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

الجدول رقم (17): ملخص نتائج اختبار Z للعينة الواحدة لرضى المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة وفق بعد الأمان

أبعاد جودة الخدمة الصحية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة Z	مستوى الدلالة
بعد الأمان	3.79	0.737	41.21	0.00

المصدر: من اعداد الطالب بناء على مخرجات برنامج 16 MINITAB.

يتضح من خلال الجدول رقم (17)، أن الاختبار دال احصائيا حيث بلغت قيمة (Z) المحسوبة (41.21) ومستوى الدلالة بلغ (0.00) وهو أقل من (0.05) وهذا ما يدل على توفر بعد "الأمان" على مستوى المؤسسات الاستشفائية الخاصة محل الدراسة، كما يتبين أن المتوسط الحسابي بلغ (3.79) والانحراف المعياري بلغ (0.737) وهي درجة رضا مرتفعة حسب الاتجاه العام لسلم ليكرت الخماسي. وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية H_0 ونقبل الفرضية البديلة H_1 التي تنص على أنه: "يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق بعد الأمان عند مستوى معنوية 5 %

ج- الفرضية الفرعية الخامسة:

H_0 : لا يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق بعد التعاطف عند مستوى معنوية 5 %؛

H_1 : يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق بعد التعاطف عند مستوى معنوية 5 %.

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

الجدول رقم (18): ملخص نتائج اختبار Z للعينة الواحدة لرضى المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة وفق بعد التعاطف

أبعاد جودة الخدمة الصحية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة Z	مستوى الدلالة
بعد التعاطف	3.91	0.771	39.48	0.00

المصدر: من اعداد الطالب بناء على مخرجات برنامج MINITAB 16.

يتضح من خلال الجدول رقم (18)، أن الاختبار دال احصائيا حيث بلغت قيمة (Z) المحسوبة (39.48) ومستوى الدلالة بلغ (0.00) وهو أقل من (0.05) وهذا ما يدل على توفر بعد "التعاطف" على مستوى المؤسسات الاستشفائية الخاصة محل الدراسة، كما يتبين أن المتوسط الحسابي بلغ (3.91) والانحراف المعياري بلغ (0.771) وهي درجة رضا مرتفعة حسب الاتجاه العام لسلم ليكرث الخماسي. وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية H_0 ونقبل الفرضية البديلة H_1 التي تنص على أنه: "يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق بعد التعاطف عند مستوى معنوية 5 %"

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

ثانياً - بالنسبة لرضى المرضى عن المجموع الكلي لأبعاد جودة الخدمة الصحية:

الجدول رقم (19): ملخص نتائج اختبار Z للعينة الواحدة لرضى المرضى على جودة الخدمات

الصحية المقدمة وفق أبعاد جودة الخدمات الصحية

أبعاد جودة الخدمة الصحية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة Z	مستوى الدلالة
الاعتمادية	3.77	0.790	30.25	0.00
الملموسية	3.66	0.860	27.59	0.00
الاستجابة	3.78	0.741	34.50	0.00
الأمان	3.79	0.737	41.21	0.00
التعاطف	3.91	0.771	39.48	0.00
المجموع الكلي للأبعاد	3.78	0.780	53.35	0.00

المصدر: من اعداد الطالب بناء على مخرجات برنامج 16 MINITAB.

يتضح من خلال الجدول رقم (19)، أن الاختبار دال احصائيا حيث بلغت قيمة (Z) المحسوبة (53.35) ومستوى الدلالة بلغ (0.00) وهو أقل من (0.05) وهذا ما يدل على توفر أبعاد جودة الخدمة الصحية على مستوى المؤسسات الاستشفائية الخاصة محل الدراسة، كما يتبين أن المتوسط الحسابي العام لجميع الأبعاد بلغ (3.78) والانحراف المعياري بلغ (0.780) وهي درجة رضا مرتفعة حسب الاتجاه العام لسلم ليكرث الخماسي.

وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية H_0 ونقبل الفرضية البديلة H_1 التي تنص على أنه: "يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة عند مستوى معنوية 5 %"

الفرع الثاني: اختبار الفرضية الرئيسية الثانية

الفرضية الرئيسية الثانية: لا توجد فوارق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى للعوامل الديمغرافية

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

والشخصية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، محل السكن، أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة).

أ- الفرضية الفرعية الأولى:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى لمتغير الجنس؛

H_1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى لمتغير الجنس.

للتحقق من هذه الفرضية قمنا بإجراء اختبار (ت) للعينات المستقلة

Independent Simples T-Test وبعد التأكد من فرضيات الاختبار وشروطه كانت النتائج كالتالي:

الجدول رقم (20): اختبار T لأبعاد جودة الخدمة الصحية حسب نوع الجنس

الأبعاد	الجنس	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	مستوى الدلالة
الاعتمادية	ذكر	272	3.77	0.786	1.574	0.483
	أنثى	128	3.79	0.788		
الملموسية	ذكر	272	3.65	0.849	1.169	0.366
	أنثى	128	3.66	0.879		
الاستجابة	ذكر	272	3.78	0.728	0.815	0.557
	أنثى	128	3.77	0.767		
الأمان	ذكر	272	3.77	0.732	1.448	0.199
	أنثى	128	3.83	0.736		
التعاطف	ذكر	272	3.91	0.763	0.750	0.501
	أنثى	128	3.91	0.785		
المجموع الكلي للأبعاد	ذكر	272	3.78	0.772	1.151	0.421
	أنثى	128	3.79	0.791		

المصدر: من اعداد الطالب بناء على التحليل الاحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج spss.

– بالنسبة لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية:

- بعد الاعتمادية: نلاحظ من خلال نتائج الجدول (20) أن متغير نوع الجنس لم يكشف عن فروقات ذات دلالة إحصائية في بعد الاعتمادية، حيث كانت قيمة T المحسوبة (1.574) وكان مستوى الدلالة

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

(0.483) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية

بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الاعتمادية تعزى لمتغير الجنس؛

• **بعد الملموسية:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (20) أن متغير نوع الجنس لم يكشف عن فروقات

ذات دلالة إحصائية في بعد الملموسية، حيث كانت قيمة T المحسوبة (1.169) وكان مستوى الدلالة

(0.163) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية

بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الملموسية تعزى لمتغير الجنس؛

• **بعد الاستجابة:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (20) أن متغير نوع الجنس لم يكشف عن فروقات

ذات دلالة إحصائية في بعد الاستجابة، حيث كانت قيمة T المحسوبة (0.815) وكان مستوى الدلالة

(0.557) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية

بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الاستجابة تعزى لمتغير الجنس؛

• **بعد الأمان:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (20) أن متغير نوع الجنس لم يكشف عن فروقات ذات

دلالة إحصائية في بعد الأمان، حيث كانت قيمة T المحسوبة (1.448) وكان مستوى الدلالة (0.199)

وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات

المرضى المستجوبين حول بعد الأمان تعزى لمتغير الجنس؛

• **بعد التعاطف:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (20) أن متغير نوع الجنس لم يكشف عن فروقات ذات

دلالة إحصائية في بعد التعاطف، حيث كانت قيمة T المحسوبة (0.750) وكان مستوى الدلالة

(0.501) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية

بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد التعاطف تعزى لمتغير الجنس؛

- بالنسبة للمجموع الكلي لأبعاد جودة الخدمة الصحية:

يتضح من خلال نتائج الجدول (20) أن متغير الجنس لم يكشف عن وجود فروقات ذات دلالة

إحصائية في المجموع الكلي لأبعاد جودة الخدمة الصحية حيث كانت قيمة T الكلية (1.151) وكان

مستوى الدلالة (0.421) وهو أكبر من 0.05 وهذا يدل على أنه لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين

اتجاهات المرضى المستجوبين حول أبعاد جودة الخدمة الصحية تعزى لمتغير الجنس.

وبالتالي نقبل الفرضية الفرعية الصفرية H_0 والتي تنص على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية

بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة

بولاية عنابة تعزى لمتغير الجنس"، ونرفض الفرضية البديلة H_1

ب- الفرضية الفرعية الثانية:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى لمتغير السن؛

H_1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى لمتغير السن.

للتحقق من هذه الفرضية قمنا بإجراء اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA وبعد التأكد من فرضيات الاختبار وشروطه كانت النتائج كالتالي:

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

الجدول رقم (21): تحليل التباين الأحادي ANOVA لأبعاد جودة الخدمة الصحية حسب السن

الأبعاد الخمسة	مصدر التباين	مجموع التباين مربع	درجات الحرية	متوسط مربعات التباين	قيمة F المحسوبة	مستوى الدلالة
الاعتمادية	بين المجموعات	2.371	3	0.790	1.193	0.361
	داخل المجموعات	253.384	396	0.640		
	المجموع	255.755	399			
الملموسية	بين المجموعات	7.17	3	2.392	3.841	0.183
	داخل المجموعات	292.615	396	0.739		
	المجموع	299.785	399			
الاستجابة	بين المجموعات	2.518	3	0.839	1.613	0.281
	داخل المجموعات	221.617	396	0.560		
	المجموع	224.135	399			
الأمان	بين المجموعات	2.682	3	0.894	1.370	0.373
	داخل المجموعات	221.415	396	0.559		
	المجموع	224.097	399			
التعاطف	بين المجموعات	1.336	3	0.445	0.913	0.593
	داخل المجموعات	238.515	396	0.602		
	المجموع	239.851	399			
المجموع الكلي للأبعاد	بين المجموعات	3.215	3	1.072	1.786	0.358
	داخل المجموعات	245.509	396	0.62		
	المجموع	248.724	399			

المصدر: من اعداد الطالب بناء على التحليل الاحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج spss.

- بالنسبة لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية:

- بعد الاعتمادية: نلاحظ من خلال نتائج الجدول (21) أن متغير نوع السن لم يكشف عن فروقات ذات دلالة إحصائية في بعد الاعتمادية، حيث كانت قيمة F المحسوبة (1.193) وكان مستوى الدلالة

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

(0.361) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية

بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الاعتمادية تعزى لمتغير السن؛

• **بعد الملموسية:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (21) أن متغير نوع السن لم يكشف عن فروقات ذات

دلالة إحصائية في بعد الملموسية، حيث كانت قيمة F المحسوبة (3.841) وكان مستوى الدلالة

(0.183) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية

بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الملموسية تعزى لمتغير السن؛

• **بعد الاستجابة:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (21) أن متغير نوع السن لم يكشف عن فروقات ذات

دلالة إحصائية في بعد الاستجابة، حيث كانت قيمة F المحسوبة (1.613) وكان مستوى الدلالة

(0.281) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية

بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الاستجابة تعزى لمتغير السن؛

• **بعد الأمان:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (21) أن متغير نوع السن لم يكشف عن فروقات ذات

دلالة إحصائية في بعد الأمان، حيث كانت قيمة F المحسوبة (1.370) وكان مستوى الدلالة (0.373)

وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات

المرضى المستجوبين حول بعد الأمان تعزى لمتغير السن؛

• **بعد التعاطف:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (21) أن متغير نوع السن لم يكشف عن فروقات ذات

دلالة إحصائية في بعد التعاطف، حيث كانت قيمة F المحسوبة (0.913) وكان مستوى الدلالة

(0.593) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية

بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد التعاطف تعزى لمتغير السن؛

- بالنسبة للمجموع الكلي لأبعاد جودة الخدمة الصحية:

يتضح من خلال نتائج الجدول (21) أن متغير السن لم يكشف عن وجود فروقات ذات دلالة إحصائية

في المجموع الكلي لأبعاد جودة الخدمة الصحية حيث كانت قيمة F الكلية (1.786) وكان مستوى الدلالة

(0.358) وهو أكبر من 0.05 وهذا يدل على أنه لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات

المرضى المستجوبين حول أبعاد جودة الخدمة الصحية تعزى لمتغير السن.

وبالتالي نقبل الفرضية الفرعية الصفرية H_0 والتي تنص على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية

بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة

بولاية عنابة تعزى لمتغير السن"، ونرفض الفرضية البديلة H_1

ت- الفرضية الفرعية الثالثة:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى لمتغير المستوى التعليمي؛

H_1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

للتحقق من هذه الفرضية قمنا بإجراء اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA وبعد التأكد من فرضيات الاختبار وشروطه كانت النتائج كالتالي:

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

الجدول رقم (22): تحليل التباين الأحادي ANOVA لأبعاد جودة الخدمة الصحية حسب المستوى التعليمي

الأبعاد الخمسة	مصدر التباين	مجموع التباين مربع	درجات الحرية	متوسط مربعات التباين	قيمة F المحسوبة	مستوى الدلالة
الاعتمادية	بين المجموعات	1.931	4	0.483	0.693	0.632
	داخل المجموعات	253.834	395	0.643		
	المجموع	255.764	399			
الملموسية	بين المجموعات	4.279	4	1.069	1.422	0.281
	داخل المجموعات	295.513	395	0.748		
	المجموع	299.792	399			
الاستجابة	بين المجموعات	1.734	4	0.433	0.871	0.549
	داخل المجموعات	222.448	395	0.563		
	المجموع	224.182	399			
الأمان	بين المجموعات	3.302	4	0.700	1.183	0.424
	داخل المجموعات	221.296	395	0.560		
	المجموع	224.598	399			
التعاطف	بين المجموعات	2.338	4	0.585	1.062	0.455
	داخل المجموعات	237.512	395	0.601		
	المجموع	239.850	399			
المجموع الكلي للأبعاد	بين المجموعات	2.717	4	0.654	1.046	0.468
	داخل المجموعات	246.121	395	0.623		
	المجموع	248.838	399			

المصدر: من اعداد الطالب بناء على التحليل الاحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج spss.

- بالنسبة لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية:
- بعد الاعتمادية: نلاحظ من خلال نتائج الجدول (22) أن متغير المستوى التعليمي لم يكشف عن فروقات ذات دلالة إحصائية في بعد الاعتمادية، حيث كانت قيمة F المحسوبة (0.693) وكان مستوى

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

الدلالة (0.632) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة

إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الاعتمادية تعزى لمتغير المستوى التعليمي؛

• **بعد الملموسية:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (22) أن متغير نوع المستوى التعليمي لم يكشف عن

فروقات ذات دلالة إحصائية في بعد الملموسية، حيث كانت قيمة F المحسوبة (1.422) وكان مستوى

الدلالة (0.281) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة

إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الملموسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي؛

• **بعد الاستجابة:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (22) أن متغير نوع المستوى التعليمي لم يكشف عن

فروقات ذات دلالة إحصائية في بعد الاستجابة، حيث كانت قيمة F المحسوبة (0.871) وكان مستوى

الدلالة (0.549) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة

إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الاستجابة تعزى لمتغير المستوى التعليمي؛

• **بعد الأمان:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (22) أن متغير نوع المستوى التعليمي لم يكشف عن

فروقات ذات دلالة إحصائية في بعد الأمان، حيث كانت قيمة F المحسوبة (1.138) وكان مستوى

الدلالة (0.424) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة

إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الأمان تعزى لمتغير المستوى التعليمي؛

• **بعد التعاطف:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (22) أن متغير نوع المستوى التعليمي لم يكشف عن

فروقات ذات دلالة إحصائية في بعد التعاطف، حيث كانت قيمة F المحسوبة (1.062) وكان مستوى

الدلالة (0.455) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة

إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد التعاطف تعزى لمتغير المستوى التعليمي؛

- بالنسبة للمجموع الكلي لأبعاد جودة الخدمة الصحية:

يتضح من خلال نتائج الجدول (22) أن متغير المستوى التعليمي لم يكشف عن وجود فروقات ذات

دلالة إحصائية في المجموع الكلي لأبعاد جودة الخدمة الصحية حيث كانت قيمة F الكلية (1.046) وكان

مستوى الدلالة (0.468) وهو أكبر من 0.05 وهذا يدل على أنه لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين

اتجاهات المرضى المستجوبين حول أبعاد جودة الخدمة الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

وبالتالي نقبل الفرضية الفرعية الصفرية H_0 والتي تنص على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية

بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة

بولاية عنابة تعزى لمتغير المستوى التعليمي"، ونرفض الفرضية البديلة H_1

ث- الفرضية الفرعية الرابعة:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى لمتغير الدخل الشهري؛

H_1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى لمتغير الدخل الشهري.

للتحقق من هذه الفرضية قمنا بإجراء اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA وبعد التأكد من فرضيات الاختبار وشروطه كانت النتائج كالتالي:

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

الجدول رقم (23): تحليل التباين الأحادي ANOVA لأبعاد جودة الخدمة الصحية حسب الدخل الشهري

الأبعاد الخمسة	مصدر التباين	مجموع التباين مربع	درجات الحرية	متوسط مربعات التباين	قيمة F المحسوبة	مستوى الدلالة
الاعتمادية	بين المجموعات	6.117	4	1.529	2.241	0.215
	داخل المجموعات	249.646	395	0.632		
	المجموع	255.763	399			
الملموسية	بين المجموعات	7.028	4	1.757	2.566	0.205
	داخل المجموعات	292.763	395	0.741		
	المجموع	299.792	399			
الاستجابة	بين المجموعات	6.475	4	1.619	3.039	0.046
	داخل المجموعات	217.60	395	0.551		
	المجموع	224.075	399			
الأمان	بين المجموعات	15.990	4	0.800	1.283	0.390
	داخل المجموعات	220.896	395	0.559		
	المجموع	236.886	399			
التعاطف	بين المجموعات	1.332	4	0.475	0.670	0.669
	داخل المجموعات	238.519	395	0.604		
	المجموع	239.851	399			
المجموع الكلي للأبعاد	بين المجموعات	7.388	4	1.236	1.960	0.305
	داخل المجموعات	243.885	395	0.617		
	المجموع	251.273	399			

المصدر: من اعداد الطالب بناء على التحليل الاحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج spss.

- بالنسبة لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية:
- بعد الاعتمادية: نلاحظ من خلال نتائج الجدول (23) أن متغير الدخل الشهري لم يكشف عن فروقات ذات دلالة إحصائية في بعد الاعتمادية، حيث كانت قيمة F المحسوبة (2.241) وكان مستوى الدلالة

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

(0.215) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية

بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الاعتمادية تعزى لمتغير الدخل الشهري؛

• **بعد الملموسية:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (23) أن متغير الدخل الشهري لم يكشف عن فروقات

ذات دلالة إحصائية في بعد الملموسية، حيث كانت قيمة F المحسوبة (2.566) وكان مستوى الدلالة

(0.205) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية

بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الملموسية تعزى لمتغير الدخل الشهري؛

• **بعد الاستجابة:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (23) أن متغير الدخل الشهري كشف عن فروقات

ذات دلالة إحصائية في بعد الاستجابة، حيث كانت قيمة F المحسوبة (3.039) وكان مستوى الدلالة

(0.046) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين

اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الاستجابة تعزى لمتغير الدخل الشهري؛

ولمعرفة سبب الفروقات تم استخدام اختبار **Scheffé** للمقارنات البعدية والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول (24): نتائج اختبار المقارنات البعدية Scheffé

الاتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الاستجابة تبعا لمتغير الدخل الشهري	الفرق في المتوسطات	القيمة الاحتمالية	الدلالة الاحصائية
دخل حسن ----- دخل متوسط	0.319	0.002	دالة احصائيا

المصدر: من اعداد الطالب على التحليل الاحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج spss.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن هناك مصادر فروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة من فئة

(دخل حسن) وفئة (الدخل المتوسط) حيث بلغ الفرق في المتوسطات (0.319) وكانت القيمة الاحتمالية

(0.002) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وعليه نستنتج: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين

اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الاستجابة تعزى لمتغير الدخل الشهري وذلك لصالح الفئة العمرية

ذات "الدخل الحسن".

• **بعد الأمان:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (23) أن متغير الدخل الشهري لم يكشف عن فروقات

ذات دلالة إحصائية في بعد الأمان، حيث كانت قيمة F المحسوبة (1.283) وكان مستوى الدلالة

(0.390) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية

بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الأمان تعزى لمتغير الدخل الشهري؛

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

- **بعد التعاطف:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (23) أن متغير الدخل الشهري لم يكشف عن فروقات ذات دلالة إحصائية في بعد التعاطف، حيث كانت قيمة F المحسوبة (0.670) وكان مستوى الدلالة (0.669) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد التعاطف تعزى لمتغير الدخل الشهري؛
- بالنسبة للمجموع الكلي لأبعاد جودة الخدمة الصحية:

يتضح من خلال نتائج الجدول (23) أن متغير الدخل الشهري لم يكشف عن وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في المجموع الكلي لأبعاد جودة الخدمة الصحية حيث كانت قيمة F الكلية (1.960) وكان مستوى الدلالة (0.305) وهو أكبر من 0.05 وهذا يدل على أنه لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول أبعاد جودة الخدمة الصحية تعزى لمتغير الدخل الشهري.

وبالتالي نقبل الفرضية الفرعية الصفرية H_0 والتي تنص على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى لمتغير الدخل الشهري"، ونرفض الفرضية البديلة H_1

ج- الفرضية الفرعية الخامسة:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى لمتغير محل السكن (داخل أو خارج ولاية عنابة)؛
 H_1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى لمتغير السكن (داخل أو خارج ولاية عنابة).

للتحقق من هذه الفرضية قمنا بإجراء اختبار (ت) للعينات المستقلة

Independent Simple T-Test وبعد التأكد من فرضيات الاختبار وشروطه كانت النتائج كالتالي:

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

الجدول رقم (25): اختبار T لأبعاد جودة الخدمة الصحية حسب محل السكن

الأبعاد	محل السكن داخل ولاية عناية	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	مستوى الدلالة
الاعتمادية	نعم	329	3.774	0.799	0.524	0.650
	لا	71	3.806	0.747		
الملموسية	نعم	329	3.650	0.864	0.970	0.385
	لا	71	3.696	0.840		
الاستجابة	نعم	329	3.766	0.750	1.074	0.320
	لا	71	3.847	0.687		
الأمان	نعم	329	3.783	0.733	0.814	0.524
	لا	71	3.810	0.745		
التعاطف	نعم	329	3.902	0.774	1.230	0.299
	لا	71	3.920	0.747		
المجموع الكلي للأبعاد	نعم	329	3.775	0.784	0.922	0.436
	لا	71	3.816	0.753		

المصدر: من اعداد الطالب بناء على التحليل الاحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج spss.

- بالنسبة لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية:

- بعد الاعتمادية: نلاحظ من خلال نتائج الجدول (25) أن متغير محل السكن (داخل أو خارج ولاية عناية) لم يكشف عن فروقات ذات دلالة إحصائية في بعد الاعتمادية، حيث كانت قيمة T المحسوبة (0.524) وكان مستوى الدلالة (0.650) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الاعتمادية تعزى لمتغير محل السكن؛
- بعد الملموسية: نلاحظ من خلال نتائج الجدول (25) أن متغير محل السكن (داخل أو خارج ولاية عناية) لم يكشف عن فروقات ذات دلالة إحصائية في بعد الملموسية، حيث كانت قيمة T المحسوبة (0.970) وكان مستوى الدلالة (0.385) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الملموسية تعزى لمتغير محل السكن؛

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

• **بعد الاستجابة:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (25) أن متغير محل السكن (داخل أو خارج ولاية عنابة) لم يكشف عن فروقات ذات دلالة إحصائية في بعد الاستجابة، حيث كانت قيمة T المحسوبة (1.074) وكان مستوى الدلالة (0.320) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الاستجابة تعزى لمتغير محل السكن؛

• **بعد الأمان:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (25) أن متغير محل السكن (داخل أو خارج ولاية عنابة) لم يكشف عن فروقات ذات دلالة إحصائية في بعد الأمان، حيث كانت قيمة T المحسوبة (0.814) وكان مستوى الدلالة (0.524) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الأمان تعزى لمتغير محل السكن؛

• **بعد التعاطف:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (25) أن متغير محل السكن (داخل ولاية عنابة) لم يكشف عن فروقات ذات دلالة إحصائية في بعد التعاطف، حيث كانت قيمة T المحسوبة (1.230) وكان مستوى الدلالة (0.299) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد التعاطف تعزى لمتغير محل السكن؛

- بالنسبة للمجموع الكلي لأبعاد جودة الخدمة الصحية:

يتضح من خلال نتائج الجدول (25) أن متغير محل السكن (داخل أو خارج ولاية عنابة) لم يكشف عن وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في المجموع الكلي لأبعاد جودة الخدمة الصحية حيث كانت قيمة T الكلية (0.922) وكان مستوى الدلالة (0.436) وهو أكبر من 0.05 وهذا يدل على أنه لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول أبعاد جودة الخدمة الصحية تعزى لمتغير محل السكن.

وبالتالي نقبل الفرضية الفرعية الصفرية H_0 والتي تنص على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى لمتغير محل السكن (داخل أو خارج ولاية عنابة)"، ونرفض الفرضية البديلة H_1

ح- الفرضية الفرعية السادسة:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى لمتغير أسبقية الدخول الى مؤسسة استشفائية خاصة؛

H_1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى لمتغير أسبقية الدخول الى مؤسسة استشفائية خاصة.

للتحقق من هذه الفرضية قمنا بإجراء اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA وبعد التأكد من فرضيات الاختبار وشروطه كانت النتائج كالتالي:

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

الجدول رقم (26): تحليل التباين الأحادي ANOVA لأبعاد جودة الخدمة الصحية حسب أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة

الأبعاد الخمسة	مصدر التباين	مجموع التباين مربع	درجات الحرية	متوسط مربعات التباين	قيمة F المحسوبة	مستوى الدلالة
الاعتمادية	بين المجموعات	5.960	3	1.986	3.319	0.073
	داخل المجموعات	249.803	396	0.631		
	المجموع	255.763	399			
الملموسية	بين المجموعات	5.318	3	1.773	2.304	0.136
	داخل المجموعات	294.473	396	0.744		
	المجموع	299.791	399			
الاستجابة	بين المجموعات	6.700	3	2.233	4.513	0.040
	داخل المجموعات	217.434	396	0.549		
	المجموع	224.134	399			
الأمان	بين المجموعات	2.953	3	0.974	1.671	0.243
	داخل المجموعات	221.144	396	0.558		
	المجموع	224.097	399			
التعاطف	بين المجموعات	2.071	3	0.690	1.174	0.348
	داخل المجموعات	237.779	396	0.600		
	المجموع	239.85	399			
المجموع الكلي للأبعاد	بين المجموعات	4.600	3	1.531	2.596	0.168
	داخل المجموعات	244.127	396	1.616		
	المجموع	248.726	399			

المصدر: من اعداد الطالب بناء على التحليل الاحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج spss.

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

- بالنسبة لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية:

- **بعد الاعتمادية:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (26) أن متغير أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة لم يكشف عن فروقات ذات دلالة إحصائية في بعد الاعتمادية، حيث كانت قيمة F المحسوبة (3.319) وكان مستوى الدلالة (0.073) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الاعتمادية تعزى لمتغير أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة؛
- **بعد الملموسية:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (26) أن متغير أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة لم يكشف عن فروقات ذات دلالة إحصائية في بعد الملموسية، حيث كانت قيمة F المحسوبة (2.304) وكان مستوى الدلالة (0.136) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الملموسية تعزى لمتغير أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة؛
- **بعد الاستجابة:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (26) أن متغير أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة كشف عن فروقات ذات دلالة إحصائية في بعد الاستجابة، حيث كانت قيمة F المحسوبة (4.513) وكان مستوى الدلالة (0.040) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الاستجابة تعزى لمتغير أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة.

ولمعرفة سبب الفروقات تم استخدام اختبار **Scheffé** للمقارنات البعدية والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول (27): نتائج اختبار المقارنات البعدية Scheffé

الدلالة الاحصائية	القيمة الاحتمالية	الفرق في المتوسطات	اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الاستجابة تبعا لمتغير أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة
دالة إحصائية	0.022	0.720	نعم داخل الوطن ----- نعم خارج الوطن
دالة إحصائية	0.003	0.716	لا لم أدخل من قبل ----- نعم خارج الوطن

المصدر: من اعداد الطالب بناء على التحليل الاحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج spss.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن هناك مصادر فروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة من الزبائن الذين كان لهم (دخول سابق لمؤسسة استشفائية خاصة خارج الوطن) والزبائن الذين كان لهم (دخول سابق

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

لمؤسسة استشفائية داخل الوطن) حيث بلغ الفرق في المتوسطات (0.720) وكانت القيمة الاحتمالية (0.022) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وهناك فروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة من الزبائن الذين كان لهم (دخول سابق لمؤسسة استشفائية خاصة خارج الوطن) والذين (لم يدخلوا من قبل للعلاج بمؤسسة استشفائية خاصة إطلاقاً) حيث بلغ الفرق في المتوسطات (0.716) وكانت القيمة الاحتمالية (0.003) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وعليه نستنتج: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الاستجابة تعزى لمتغير أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة وذلك لصالح فئة الزبائن ممن كان لهم "دخول سابق للعلاج بمؤسسة استشفائية خاصة خارج الوطن.

- **بعد الأمان:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (26) أن متغير أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة لم يكشف عن فروقات ذات دلالة إحصائية في بعد الأمان، حيث كانت قيمة F المحسوبة (1.671) وكان مستوى الدلالة (0.243) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الأمان تعزى لمتغير أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة؛
- **بعد التعاطف:** نلاحظ من خلال نتائج الجدول (26) أن متغير أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة لم يكشف عن فروقات ذات دلالة إحصائية في بعد التعاطف، حيث كانت قيمة F المحسوبة (1.174) وكان مستوى الدلالة (0.384) وهو أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد التعاطف تعزى لمتغير أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة؛

- بالنسبة للمجموع الكلي لأبعاد جودة الخدمة الصحية:

يتضح من خلال نتائج الجدول (26) أن متغير أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة لم يكشف عن وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في المجموع الكلي لأبعاد جودة الخدمة الصحية حيث كانت قيمة F الكلية (2.596) وكان مستوى الدلالة (0.168) وهو أكبر من 0.05 وهذا يدل على أنه لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول أبعاد جودة الخدمة الصحية تعزى لمتغير أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة.

وبالتالي نقبل الفرضية الفرعية الصفرية H_0 والتي تنص على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى لمتغير أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة"، ونرفض الفرضية البديلة H_1

المبحث الثاني: مناقشة نتائج الدراسة

نتطرق من خلال هذا المبحث إلى مناقشة نتائج الدراسة الميدانية التي تم التوصل إليها والتعليق عليها احصائيا، ومقارنتها مع نتائج الدراسات السابقة المتتالية في ضوء الفرضيات التي تم الاعتماد عليها في الدراسة بعد أن تم جمع وعرض البيانات باستخدام المقاييس الإحصائية المناسبة، من خلال التقسيم التالي:

- **المطلب الأول:** مناقشة النتائج المتعلقة بالخصائص الديمغرافية والشخصية واتجاهات أفراد العينة نحو أبعاد جودة الخدمة الصحية؛

- **المطلب الثاني:** مناقشة نتائج اختبار فرضيات الدراسة.

المطلب الأول: مناقشة النتائج المتعلقة بالخصائص الديمغرافية والشخصية واتجاهات أفراد العينة نحو أبعاد جودة الخدمة الصحية

أولاً- البيانات الديمغرافية والشخصية للعينة المدروسة

من خلال الجداول رقم (02، 03، 04، 05، 06) والمتعلقة بالبيانات الديمغرافية والشخصية للعينة المدروسة من حيث (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، محل السكن داخل ولاية عنابة أو خارجها، أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة داخل و/ أو خارج الوطن) موزعة على كل مؤسسة من المؤسسات الاستشفائية الخاصة محل الدراسة على التوالي (مصحة الجزائر، مصحة الفرابي، مصحة الياسمين، مصحة ابن نفيس مصحة المنظر الجميل)، يتضح لنا أن توزيع أفراد العينة من ناحية الخصائص الديمغرافية والشخصية كان متقاربا، حيث تواجدت فئة الذكور وفئة الاناث بكل مؤسسة استشفائية خاصة عينة الدراسة وكانت نسبة الذكور الأكبر بجميع المؤسسات محل الدراسة، وسجل تواجد زبائن محل سكنهم

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

خارج ولاية عنابة بكل مؤسسة من المؤسسات محل الدراسة، وهذا ما يدل على أن كل مؤسسة من المؤسسات محل الدراسة لا تواجه مشاكل من ناحية استقطاب نوع الجنس (ذكرا، أنثى)، وتمثل كل من المؤسسات الاستشفائية الخاصة محل ثقة زبائن من خارج ولاية عنابة؛

- يتضح من خلال الجدول رقم (07) المتعلق بالخصائص الديمغرافية والشخصية لأفراد عينة جميع المؤسسات الاستشفائية الخاصة المتعامل معها ما يلي:

أ- توزيع أفراد العينة من ناحية نوع الجنس:

كان أغلبية أفراد العينة من جنس "الذكور"، حيث شكلت نسبة الذكور 68 % بتعداد 272 فردا، في حين شكلت الإناث ما نسبته 32 % وبتعداد 128 فردا، وهذا يدل على أن المؤسسات عينة الدراسة يتواجد بها كل من الجنسين (ذكر، أنثى) والخدمات الصحية المقدمة لا تتميز بالتحيز والتشدد لنوع الجنس، أما عن التفاوت في النسب بين جنس الذكر والأنثى فقد يعود إلى تركيبة المجتمع الجزائري من حيث نسبة الذكور والإناث، ونسبة الأمراض المزمنة التي تصيب أكثر جنس الذكور؛

ب- توزيع أفراد العينة من ناحية السن (الفئة العمرية):

شكلت الفئة العمرية من 41 إلى 62 سنة أغلبية أفراد العينة بنسبة 45.5 % وتعداد 181 فردا ما يفسر انتشار الأمراض وسط هذه الفئة العمرية والتي تصنف من مرحلة الكهولة إلى مرحلة الشيخوخة وذلك اعتبارا للعديد من الأسباب منها تعدد أمراض العصر المزمنة والتغذية الغير صحية وجودة الحياة الوظيفية وظروف المعيشة، ثم تلتها الفئة العمرية الأكثر من 62 بنسبة 23.7 % وبتعداد 95 فردا وهذا يشير بطبيعة الحال إلى أن الفئة المتقدمة في السن والأكثر تحتاج إلى خدمات صحية وعناية أكبر من باقي الفئات العمرية، ثم تليها الفئة العمرية من 19 إلى 40 سنة بنسبة 22.7% وبتعداد 91 فردا، وأخيرا الفئة العمرية الأقل من 19 سنة بنسبة 8.3 % وبتعداد 33 أفراد وهذا ما يدل على أن فئة الشباب هي الأقل طلبا للخدمات الصحية نظرا إلى الصحة والبنية الجسدية الجيدة التي يتمتع بها أفراد هذه الفئة والأقل عرضة للأمراض.

ت- توزيع أفراد العينة من ناحية المستوى التعليمي:

شكل ذوي المستوى الغير جامعي والذي يشمل المرضى ممن درسوا في المؤسسات التعليمية (الابتدائي، المتوسط، الثانوي) النسبة الأكبر ب 40.7 % من حجم العينة بتعداد 163 فردا مما يدل على أن أغلبية

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

أفراد العينة يملكون مستوى تعليمي وغير أميين وهذا يعكس الفئة العمرية الأكبر من أفراد العينة (من 41 سنة إلى 62 سنة) وهي فئة ضمن جيل الاستقلال حيث تحسن المستوى التعليمي وانتشرت المؤسسات التعليمية وأيضاً يمثل فئة الشباب الأقل من 19 سنة والذين مازالوا يزاولون دراستهم ضمن مؤسسات التربية الوطنية، تليها المرضى ذوي المستوى الجامعي بنسبة 32.8 % وتعداد 131 فرداً، ثم مستوى التكوين المهني ما نسبته 16.7 % وتعداد 67 فرداً وهذا ما يشكل نسبة معتبرة من أصحاب الشهادات الجامعية وشهادات التكوين المهني ضمن أفراد العينة، تليها فئة الغير متدرسين بنسبة 7.8 % وتعداد 31 فرداً وتعتبر نسبة هذه الفئة قليلة مقارنة بحجم العينة ونسبة المرضى فوق 62 سنة والذي بلغت 23.7 %، وأخيراً ذوي مستوى دراسات ما بعد التدرج (ماجستير، دكتوراه) حيث كانت نسبته 2 % وتعداد 2 فرداً وهي النسبة الأقل باعتبار حملة الشهادات الأكاديمية العليا يشكلون بصفة عامة نسبة قليلة مقارنة بحجم المجتمع، وتدل هذه البيانات على وجود مستوى تعليمي عند الغالبية العظمى من أفراد العينة بنسبة 92.2 %؛

ث- توزيع أفراد العينة من ناحية الدخل الشهري:

بالنسبة للدخل الشهري يتضح لنا أن الفئة ذات الدخل المتوسط كانت الأكبر بنسبة 42.2 % وتعداد 169 فرداً وهذا يعكس المستوى المعيشي العام بالبلاد والذي يغلبه المستوى المعيشي المتوسط، تليها فئة الدخل الحسن بنسبة 35.3 % وتعداد 141 فرداً وتعكس هذه النسبة ارتفاع الوضع المادي للمريض وتبرر توجهه إلى مؤسسات استشفائية خاصة، ثم أفراد العينة دون دخل ما نسبته 13.8 % وتعداد 55 فرداً تمثل هذه الفئة المرضى دون دخل مادي ودون منصب عمل وتدخل ضمن هذه الفئة أغلب ممن هم دون 19 سنة وأيضاً أغلب ممن يزاولون دراستهم بالجامعات وأفراد من الفئة العمرية الأكبر من 62 سنة من جنس الأنثى نظراً للأعراف والتقاليد الشائعة آنذاك ويتحمل تكاليف المرضى دون دخل عائلة المريض وتعتمد أغلبها على أحد أفراد أسرة المريض العامل بمؤسسة ذات اتفاقية مع المؤسسة الاستشفائية الخاصة يدخل ضمنها المريض في اتفاقيات تخص الجانب الاجتماعي للعمال، يليها الأفراد أصحاب الدخل الضعيف بنسبة 4.7 % وتعداد 19 فرداً، وأخيراً أصحاب الدخل الجيد بنسبة 4 % من حجم العينة وتعداد 16 فرداً ويمثل هذا الدخل أصحاب المستوى المعيشي الأعلى، ما يتبين من خلال ما سبق أن الغالبية من زبائن المؤسسات الاستشفائية الخاصة محل الدراسة دخلهم الشهري يتراوح بين دون دخل إلى دخل متوسط ويفسر هذا بالاتفاقيات المبرمة بين هذه المؤسسات الاستشفائية الخاصة ومؤسسات عمل المريض أو أحد أفراد أسرته والتي تدخل ضمن الاقتطاعات المساهمة بالجانب الاجتماعي.

ج- توزيع أفراد العينة من ناحية محل السكن (داخل ولاية عنابة أو خارجها):

بالنسبة لمحل السكن يتضح لنا أن أغلبية أفراد العينة وبنسبة 82.3 % محل سكنهم بولاية عنابة بتعداد 329 فردا من حجم العينة، في حين ما نسبتهم 17.7 % وتعداد 71 فردا محل سكنهم خارج ولاية عنابة، وتعتبر النسبة المتعلقة بالمرضى خارج ولاية عنابة إلى تحسن الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة بالولاية مما يساهم في استقطاب زبائن من ولايات مختلفة عبر الوطن وقد تزيد هذه النسبة في الظروف العادية حيث في ظل انتشار وباء كورونا (كوفيد 19) قد أعاق تنقل المرضى بين الولايات للظروف المتعلقة بالحجر الصحي.

ح- توزيع أفراد العينة من ناحية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة من قبل داخل و/ أو خارج الوطن:

بالنسبة لأفراد العينة الذين كان لهم دخول سابق لمؤسسة استشفائية خاصة يتبين لنا أن ما نسبته 50.4 % وبتعداد 202 فردا لم يعالج من قبل بمؤسسة استشفائية خاصة سابقا أي لم تكن لهم فكرة حول الخدمات المقدمة في المصحات الخاصة وجودتها، وتليها ما نسبته 42.3 % وبتعداد 196 فردا كان لهم دخول سابق إلى مؤسسة استشفائية خاصة داخل الوطن وتعتبر هذه النسبة عن تجربة سابقة مع المؤسسات الاستشفائية الخاصة الوطنية وقد تشكل حالة رضا عن هذه الخدمات أو تعبر عن أسباب مادية تمنع المريض من اللجوء إلى مصحات خاصة خارج الوطن، ونسبة 5 % كان لهم دخول سابق لمؤسسة استشفائية خاصة داخل وخارج الوطن بتعداد 20 فردا وتمثل هذه الفئة الزبائن الذين يحملون أفكار حول جودة الخدمة الصحية المقدمة داخل الوطن ومقارنة بالخدمات المقدمة خارج الوطن، وأخيرا كانت نسبة 2.3 % وتعداد 9 أفراد عولجوا سابقا بمؤسسة استشفائية خاصة خارج الوطن وتشكل هذه النسبة الأفراد الذين لم يستفيدوا من خدمات صحية بمؤسسات خاصة جزائرية.

ثانيا: مناقشة نتائج إجابات أفراد عينة الدراسة حول أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم

أ- مناقشة نتائج إجابات أفراد عينة الدراسة حول بعد الاعتمادية:

يتضح من خلال نتائج الجدول رقم (08) أن اتجاهات أفراد العينة نحو بعد "الاعتمادية" كان ضمن الرضا "المرتفع"، وهذا ما يدل عليه المتوسط الحسابي المرجح العام والذي بلغ (3.77) والانحراف المعياري والذي قدر ب (0.790)، وقد شكلت جميع العبارات (01، 02، 03، 04، 05) درجة رضا "مرتفع"، حيث تحصلت العبارة رقم (05) على أعلى متوسط حسابي قيمته (4.08) وانحراف معياري قدره (0.701)

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

ويرجع ذلك إلى مدى الارتياح المسجل للإجراءات المعتمدة بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة محل الدراسة لمواجهة فيروس كورونا المستجد وحماية زبائنها وأطقمها العاملة، تلتها العبارة رقم (04) بمتوسط حسابي قيمته (3.92) وانحراف معياري قدره (0.679) ما يعبر عن ثقة المريض بإدارة المؤسسات الاستشفائية الخاصة في ما يتعلق بتسيير الأرشيف الطبي، وسجلت العبارات (02، 03، 01) على التوالي متوسطات حسابية بلغت (3.75، 3.61، 3.52) وانحرافات معيارية على التوالي قدرت بـ (0.719، 1.032، 0.819) وهذا ما يوضح قدرة المؤسسات عينة الدراسة على الوفاء بالتزاماتها نحو زبائنها فيما يتعلق بالدقة والمهارة والالتزام بالوقت المحدد في الخدمات الصحية المقدمة والتي تشمل أغلب التخصصات المطلوبة.

ب- مناقشة نتائج إجابات أفراد عينة الدراسة حول بعد الملموسية:

يتضح من خلال نتائج الجدول رقم (09) أن اتجاهات أفراد العينة نحو بعد "الملموسية" كان ضمن الرضا "المرتفع"، وهذا ما يدل عليه المتوسط الحسابي المرجح العام والذي بلغ (3.66) والانحراف المعياري والذي قدر بـ (0.860)، وقد شكلت العبارات (01، 02، 03، 04، 06) درجة رضا "مرتفع"، حيث تحصلت العبارة رقم (03) على أعلى متوسط حسابي بلغ (4.06) وانحراف معياري قدره (0.755) ويرجع ذلك إلى إلتزام الطاقم العامل بمظهر وهندام يتناسب مع طبيعة العمل بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة، تلتها العبارة رقم (06) بمتوسط حسابي بلغ (4.01) وانحراف معياري قدر بـ (0.704) وهذا ما يدل على أن الطاقم العامل بالمؤسسات عينة الدراسة يستخدم كافة وسائل الوقاية والحماية ضد فيروس كورونا المستجد، وقد حازت العبارة رقم (01) على متوسط حسابي بلغ (3.79) وانحراف معياري قدر بـ (0.829) وهذا يعكس حالة رضا الزبون على نظافة بيئة المؤسسات عينة الدراسة، أما العبارة رقم (02) فقد كانت بمتوسط حسابي بلغ (3.74) وانحراف معياري قدر بـ (0.891) وهذا يدل على الموقع الملائم الذي تتمتع به المؤسسات الاستشفائية الخاصة محل الدراسة حيث تتواجد بعاصمة الولاية وبجوار أغلب البنى التحتية الضرورية خاصة محطات النقل، تلتها العبارة رقم (04) بمتوسط حسابي بلغ (3.57) وانحراف معياري قدر بـ (0.856) ما يدل على حالة رضا من الزبائن نحو حداثة التقنيات والأدوات المستخدمة في التدخلات الطبية، بينما كانت اتجاهات أفراد العينة نحو العبارات (07، 05) ضمن الرضا المتوسط حيث تحصلت العبارة رقم (07) على متوسط حسابي بقيمة (3.34) وانحراف معياري بلغ (0.970) وهذا ما يدل على أن المصحات عينة الدراسة بحاجة لتوفير مزيد من التهوية في مختلف مرافقها، وتلتها العبارة رقم (05) بمتوسط حسابي بلغ (3.10) وانحراف معياري بلغ (1.019) ما يدل على افتقار المؤسسة لهياكل متعلقة بصالات وقاعات للانتظار ومكاتب تجذب الزبون وتوفر له قدر أكبر من الراحة.

ت- مناقشة نتائج إجابات أفراد عينة الدراسة حول بعد الاستجابة:

يتضح من خلال نتائج الجدول رقم (10) أن اتجاهات أفراد العينة نحو بعد "الاستجابة" كان ضمن الرضا "المرتفع"، وهذا ما يدل عليه المتوسط الحسابي المرجح العام والذي بلغ (3.78) والانحراف المعياري والذي قدر ب (0.741)، وقد شكلت العبارات (01، 02، 03، 05، 06، 07) درجة رضا "مرتفع"، حيث تحصلت العبارة رقم (07) على أعلى متوسط حسابي بلغ (3.78) وانحراف معياري قدره (0.741) ويرجع ذلك إلى تميز المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بسرعة تدخلاتها لتقديم العلاج للمرضى، تلتها العبارة رقم (03) بمتوسط حسابي بلغ (3.96) وانحراف معياري قدر ب(0.682) وهذا ما يدل على أن المؤسسات عينة الدراسة تقدم المساعدة الضرورية للمريض وبشكل مستمر يبعث على تحقيق حالة رضا بشكل عام، وقد حازت العبارة رقم (01) على متوسط حسابي بلغ (3.96) وانحراف معياري قدر ب(0.682) وهذا يعكس حالة رضا الزون على التعامل الفعال للمؤسسات الاستشفائية الخاصة عينة الدراسة مع الشكاوى والمبادرة في تقديم الخدمة المطلوبة، أما العبارة رقم (06) فقد كانت بمتوسط حسابي بلغ (3.95) وانحراف معياري قدر ب(0.793) وهذا يدل على دقة المعلومات المقدمة حول مواعيد تقديم الخدمات الصحية للزبون، تلتها العبارة رقم (02) بمتوسط حسابي بلغ (3.83) وانحراف معياري قدر ب(0.715) ما يدل على أن المؤسسات محل الدراسة تقدم المعلومات الضرورية حول طريقة تقديم الخدمات الصحية للزبون، والعبارة رقم (06) بلغ متوسطها الحسابي (3.80) وبانحراف معياري (0.752) ما يفسر عمل هذه المؤسسات الاستشفائية الخاصة بمختلف مصالحها على مدار الساعة في ظل انتشار جائحة فيروس كورونا المستجد، بينما كانت اتجاهات أفراد العينة نحو العبارة (04) ضمن الرضا المتوسط حيث تحصلت العبارة على متوسط حسابي بقيمة (2.90) وانحراف معياري بلغ (0.977) وهذا ما يدل على أن المصحات عينة الدراسة بحاجة للاستماع أكثر لاقتراحات وآراء المرضى حول الخدمات المقدمة لهم والعمل على تحسينها.

ث- مناقشة نتائج إجابات أفراد عينة الدراسة حول بعد الأمان:

يتضح من خلال نتائج الجدول رقم (11) أن اتجاهات أفراد العينة نحو بعد "الأمان" كان ضمن الرضا "المرتفع"، وهذا ما يدل عليه المتوسط الحسابي المرجح العام والذي بلغ (3.79) والانحراف المعياري والذي قدر ب (0.737)، وقد شكلت العبارات (01، 02، 03، 05، 06) درجة رضا "مرتفع"، حيث تحصلت العبارة رقم (03) على أعلى متوسط حسابي بلغ (4.11) وانحراف معياري قدره (0.500) ويرجع ذلك إلى تميز المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة بفريق طبي محترف ذو مهارة، تلتها العبارة رقم (05) بمتوسط حسابي بلغ (3.93) وانحراف معياري قدر ب(0.637) وهذا ما يدل على أن المؤسسات عينة الدراسة

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

تتفاعل مع الزبائن حول موضوع فيروس كورونا المستجد وتقدم الارشادات الضرورية، وقد حازت العبارة رقم (01) على متوسط حسابي بلغ (3.89) وانحراف معياري قدر ب(0.844) وهذا يعكس حالة رضا الزبون على أسلوب التعامل معه من طرف الطاقم العامل بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة محل الدراسة، أما العبارة رقم (06) فقد كانت بمتوسط حسابي بلغ (3.84) وانحراف معياري قدر ب(0.718) وهذا يدل على خبرة الطاقم الطبي والتمريضي العامل بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، تلتها العبارة رقم (02) بمتوسط حسابي بلغ (3.68) وانحراف معياري قدر ب(0.801) ما يدل على أن المؤسسات الصحية عينة الدراسة محل ثقة من قبل الزبون فيما يتعلق بسرية المعلومات والبيانات حول حالته الصحية، بينما كانت اتجاهات أفراد العينة نحو العبارة رقم (04) ضمن الرضا المتوسط حيث تحصلت العبارة على متوسط حسابي بقيمة (3.29) وانحراف معياري بلغ (0.920) وهذا ما يدل وجود حاجة لمزيد من الاهتمام بالمريض في العديد من الجوانب.

ج- مناقشة نتائج إجابات أفراد عينة الدراسة حول بعد التعاطف:

يتضح من خلال نتائج الجدول رقم (12) أن اتجاهات أفراد العينة نحو بعد "التعاطف" كان ضمن الرضا "المرتفع"، وهذا ما يدل عليه المتوسط الحسابي المرجح العام والذي بلغ (3.91) والانحراف المعياري والذي قدر ب (0.771)، وقد شكلت جميع العبارات (01، 02، 03، 04، 05) درجة رضا "مرتفع"، حيث تحصلت العبارة رقم (05) على أعلى متوسط حسابي بلغ (4.02) وانحراف معياري قدره (0.741) ويرجع ذلك إلى حرص المؤسسات محل الدراسة على الاصغاء لتخوفات المرضى حول موضوع فيروس كورونا المستجد، تلتها العبارة رقم (02) بمتوسط حسابي بلغ (3.98) وانحراف معياري قدر ب(0.751) وهذا ما يدل على أن زبائن المؤسسات الصحية عينة الدراسة لا يجدون صعوبة في الاتصال مع طاقم المؤسسة على اختلاف (اللغة، الثقافة، اللهجة)، وقد حازت العبارة رقم (03) على متوسط حسابي بلغ (3.93) وانحراف معياري قدر ب(0.818) وهذا يعكس احترام الطاقم العامل بالمؤسسة للعادات والتقاليد المتعارف عليها في المجتمع الجزائري، أما العبارة رقم (04) فقد كانت بمتوسط حسابي بلغ (3.91) وانحراف معياري قدر ب(0.646) ما يعكس الاحترام المتبادل ما بين مقدمي الخدمات الصحية والمستفيدين منها، تلتها العبارة رقم (01) بمتوسط حسابي بلغ (3.69) وانحراف معياري قدر ب(0.898) ما يدل على وهذا يدل على رد الفعل الإيجابي من طرف المؤسسات محل الدراسة لرغبات وطلبات المريض.

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

ح- مناقشة نتائج إجابات أفراد عينة الدراسة حول الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية مجتمعة:

يتضح من خلال نتائج الجدول رقم (13) أن اتجاهات أفراد العينة نحو كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة (الاعتمادية، الملموسية، الاستجابة، الأمان، التعاطف) كان ضمن الرضا "المرتفع" وذلك بقيمة متوسطات حسابية (3.77، 3.66، 3.78، 3.79، 3.91) على الترتيب وبانحراف معياري قدره (0.790، 0.860، 0.741، 0.737، 0.771) على التوالي أيضا، ومثل الاتجاه العام للمرضى نحو أبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة مجتمعة درجة رضا "مرتفعة" وهذا ما يدل عليه المتوسط الحسابي المرجح العام والذي بلغ (3.78) والانحراف المعياري والذي قدر ب (0.780)، في حين كان ترتيب الأبعاد كالتالي: بعد التعاطف شكل المرتبة الأولى وهذا ما يدل على علاقات الاحترام والتعاون ما بين الزبون (المريض) والطاقم العامل بالمؤسسات الصحية عينة الدراسة والتي تراعي عاداته وتقاليدته ومستواه المعرفي، ما يحقق درجة رضا مرتفعة على بعد "التعاطف" ومرتبطة تصنيفية أولى مقارنة بباقي أبعاد جودة الخدمة الصحية، يليه بعد الأمان في المرتبة الثانية وهو ما يدل على الاطمئنان النفسي والمادي اتجاه الطاقم العامل بالمؤسسات الصحية من ناحية المهارة والثقة واللباقة في التعامل، والتفاعل مع الزبون خاصة في ظل التخوفات حول فيروس كورونا المستجد، ثم بعد الاستجابة في المرتبة الثالثة وهو ما يفسر قدرة المؤسسات الصحية عينة الدراسة على المساعدة والمبادرة في تقديم الخدمة الصحية بشكل يستجيب لطلبات ورغبات الزبون (المريض) مما يشكل حالة رضا بشكل عام على هذا البعد ، يليه بعد الاعتمادية في المرتبة الرابعة وهو يعكس درجة رضا مرتفعة على الخدمة الصحية المقدمة من ناحية الوقت والمهارة والدقة وإدارة السجلات الطبية، وأخيرا بعد الملموسية في المرتبة الخامسة وبدرجة رضا مرتفعة على الجوانب الملموسة والمتعلقة بتقديم الخدمة، ويتبين من خلال إجابات أفراد العينة حول الأسئلة المتعلقة بموضوع فيروس كورونا المستجد (كوفيد 19) موزعين على الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية وجود درجة رضا مرتفعة تشير إلى ارتياح وثقة الزبون (المريض) نحو الإجراءات الوقائية المتخذة والتفاعل الموجود حول الوباء في هذه المؤسسات الاستشفائية الخاصة عينة الدراسة.

المطلب الثاني: مناقشة نتائج اختبار فرضيات الدراسة

أولاً- الفرضية الرئيسية الأولى:

يتضح من خلال من خلال نتائج الجداول رقم (19) أن هناك توفر لأبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة بالمؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة وهناك دلالة إحصائية بالنسبة لجودة الخدمة الصحية عند مستوى معنوية (0.05)، وتوزع حسب الفرضيات المتعلقة بأبعاد جودة الخدمة الصحية كما يلي:

أ- الفرضية الفرعية الأولى: يتضح من خلال نتائج الجدول رقم (14) أنه: "يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق بعد الاعتمادية عند مستوى معنوية 5 %

ب- الفرضية الفرعية الثانية: يتضح من خلال نتائج الجدول رقم (15) أنه: "يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق بعد الملموسية عند مستوى معنوية 5 %

ت- الفرضية الفرعية الثالثة: يتضح من خلال نتائج الجدول رقم (16) أنه: "يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق بعد الاستجابة عند مستوى معنوية 5 %

ث- الفرضية الفرعية الرابعة: يتضح من خلال نتائج الجدول رقم (17) أنه: "يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق بعد الأمان عند مستوى معنوية 5 %

ج- الفرضية الفرعية الخامسة: يتضح من خلال نتائج الجدول رقم (18) أنه: "يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة وفق بعد التعاطف عند مستوى معنوية 5 %

وبالتالي تم رفض الفرضية الصفرية H_0 وقبول الفرضية البديلة H_1 التي تنص على أنه: "يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة عند مستوى معنوية 5 %

- هذه النتائج تتوافق مع العديد من الدراسات السابقة نذكر منها:

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

- الدراسات المحلية: دراسة (حميدة بن حليلة، 2017)، دراسة (وفاء سلطاني، 2016)، دراسة (الهام يحيوي وليلى بوحميد، 2014)، (دراسة عياد ليلي، 2016).
- الدراسات العربية: دراسة (قاسم نايف وعادل كاصد 2020)، دراسة (عمر دره وآخرون، 2018)، دراسة (رعد حسن 2017)، دراسة (حسن صالح سليمان، 2015)، دراسة (عطية مصلح، 2011)، (دراسة أسامة الفراج، 2009)، دراسة (دفع الله محمد، 2017).
- الدراسات الأجنبية: دراسة (Liga Surydana, 2017)، دراسة (Assa Siddiki, 2015).
- كما أنها تختلف جزئياً مع مجموعة من الدراسات نذكر منها:
- الدراسات المحلية: دراسة (سعيدان رشيد وروشام بن زيان، 2018)، دراسة (فطيمة عبد الله، 2017). وتمثلت نتائج هذه الدراسات بوجود درجة رضا من طرف أفراد العينة على جودة الخدمة المقدمة ولكن بدرجة "متوسطة"، ودراسة (محمد الهلة، 2017) أظهرت نتائج متوسطة لجودة الخدمة الصحية المقدمة في عينة من ولايات الوطن وشملت العينة مصحة بولاية "عنابة" ويمكن أن يعود سبب الاختلاف الجزئي إلى البعد الزمني للدراسة وإلى حجم العينة المدروسة.
- الدراسات الأجنبية: دراسة (Rehaman and al, 2018)، دراسة (Donhee Lee and al, 2017)، وتمثلت نتائج هذه الدراسات بوجود درجة رضا من طرف أفراد العينة على جودة الخدمة المقدمة ولكن بدرجة "متوسطة"، في حين كانت نتائج دراسة (Satvinder sig bedi, 2014) تشير إلى وجود حالة رضا "مرتفعة جداً" من قبل المرضى على الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة والعامه محل الدراسة بدولة الهند.
- وتختلف نتائج دراستنا كلياً مع مجموعة من الدراسات نذكر منها:
- الدراسات المحلية: دراسة (شبوطي حكيم وخليفة أحلام، 2017) التي أظهرت نتائج عدم رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة من ناحية أبعاد (الاستجابة، الضمان، التعاطف، الملموسية) بالمؤسسات الاستشفائية العمومية لولاية المدية، وقد يعود سبب الاختلاف في النتائج إلى عينة الدراسة حيث تمت دراستنا على عينة من المؤسسات الاستشفائية الخاصة.
- الدراسات العربية: دراسة (غني دحام وفاتن عباس، 2018) حيث كانت نتائج الدراسة على مستوى الخدمات الصحية المقدمة بمراكز طب الأسرة بدولة العراق ليست بالجودة والمستوى المطلوب، وقد يعود سبب الاختلاف في النتائج إلى محل الدراسة حيث تمت دراستنا على عينة من المؤسسات الاستشفائية الخاصة، أو قد يعود سبب الاختلاف إلى البعد المكاني أو الجغرافي عن دراستنا الحالية.

• **الدراسات الأجنبية:** دراسة (Stanislaw Manulik and al, 2016) بدولة بولندا، دراسة (Dijana Mecev And al, 2015) بدولة كرواتيا، حيث نتجت عن دراستهما عدم وجود مستوى جودة خدمة صحية كما يتوقعها الزبون، وقد يعود سبب الاختلاف إلى البعد المكاني أو الجغرافي عن دراستنا الحالية والذي أدى إلى اختلاف ثقافي وفكري في تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المستفيد.

ثانيا- الفرضية الرئيسية الثانية:

يتضح من خلال من خلال نتائج الجداول رقم (20)، (21)، (22)، (23)، (25)، (26) أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى للعوامل الديمغرافية والشخصية التالية:

أ- الجنس: أظهرت نتائج الجدول رقم (20) أن متغير الجنس لم يكشف عن وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في المجموع الكلي لأبعاد جودة الخدمة الصحية، وهذا يدل على أنه: "لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول أبعاد جودة الخدمة الصحية تعزى لمتغير الجنس. ما يفسر على أن الاختلاف في نوع الجنس (ذكر، أنثى) لم يؤد إلى الاختلاف في تقييم المرضى لأبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة.

- هذه النتيجة تتوافق مع بعض الدراسات السابقة نذكر منها:

• **الدراسات المحلية:** دراسة (وفاء سلطاني، 2016)، دراسة (محمد الهلة، 2017).

• **الدراسات العربية:** دراسة (حسن صالح سليمان القضاة، 2015).

• **الدراسات الأجنبية:** دراسة (Dijana Mecev And al, 2015).

- وتختلف نتيجة الدراسة مع مجموعة من الدراسات نذكر منها:

• **الدراسات العربية:** دراسة (عطية مصلح، 2011) بدولة فلسطين والتي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول أبعاد جودة الخدمة الصحية تعزى لمتغير الجنس وكانت الفروقات لصالح الذكور، وقد يعود سبب الاختلاف في النتيجة إلى الاختلاف في التركيبة الثقافية ووضعية المرأة الفلسطينية في ظل الظروف المعيشية الصعبة.

ب- السن: أظهرت نتائج الجدول رقم (21) أن متغير السن لم يكشف عن وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في المجموع الكلي لأبعاد جودة الخدمة الصحية، وهذا يدل على أنه: "لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول أبعاد جودة الخدمة الصحية تعزى لمتغير

السن، ما يفسر على أن الاختلاف في السن لم يؤد إلى الاختلاف في تقييم المرضى لأبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة.

- هذه النتيجة تتوافق مع بعض الدراسات السابقة نذكر منها:

- الدراسات المحلية: دراسة (محمد الهلة، 2017).
- الدراسات العربية: دراسة (حسن صالح سليمان القضاة، 2015).
- الدراسات الأجنبية: دراسة (Dijana Mecev And al, 2015).

ولا تختلف نتيجة الدراسة مع الدراسات السابقة التي تناولت متغير (السن).

ت- **المستوى التعليمي:** أظهرت نتائج الجدول رقم (22) أن متغير المستوى التعليمي لم يكشف عن وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في المجموع الكلي لأبعاد جودة الخدمة الصحية، وهذا يدل على أنه: "لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول أبعاد جودة الخدمة الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي، ما يفسر على أن الاختلاف في المستوى التعليمي لم يؤد إلى الاختلاف في تقييم المرضى لأبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة. تتوافق هذه النتيجة مع دراسة (وفاء سلطاني، 2016).

ث- **الدخل الشهري:** أظهرت نتائج الجدول رقم (24) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الاستجابة تعزى لمتغير الدخل الشهري وذلك لصالح الفئة العمرية ذات "الدخل الحسن"، وبالنسبة للمجموع الكلي للأبعاد فقد أظهرت نتائج الجدول رقم (23) أنه: "لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول أبعاد جودة الخدمة الصحية تعزى لمتغير الدخل الشهري". ما يفسر على أن الاختلاف في الدخل الشهري لم يؤد إلى الاختلاف في تقييم المرضى لأبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة. تتوافق هذه النتيجة مع دراسة (وفاء سلطاني، 2016).

ج- **محل السكن:** أظهرت نتائج الجدول رقم (25) أن متغير محل السكن لم يكشف عن وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في المجموع الكلي لأبعاد جودة الخدمة الصحية، وهذا يدل على أنه: "لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول أبعاد جودة الخدمة الصحية تعزى لمتغير محل السكن، ما يفسر على أن الاختلاف في محل السكن (داخل ولاية عنابة أو خارجها) لم يؤد إلى الاختلاف في تقييم المرضى لأبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة. تتوافق هذه النتيجة مع دراسة (وفاء سلطاني، 2016).

الفصل الرابع.....النتائج ومناقشتها

ح- أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة: أظهرت نتائج الجدول رقم (27) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول بعد الاستجابة تعزى لمتغير أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة وذلك لصالح فئة الزبائن ممن كان لهم "دخول سابق للعلاج بمؤسسة استشفائية خاصة خارج الوطن، وبالنسبة للمجموع الكلي للأبعاد فقد أظهرت نتائج الجدول رقم (26) أنه: "لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى المستجوبين حول أبعاد جودة الخدمة الصحية تعزى لمتغير أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة". ما يفسر على أن الاختلاف في أوساط الزبائن بين من كان لهم دخول سابق إلى مؤسسات استشفائية خاصة داخل و/ أو خارج الوطن ومن لم يكن لهم دخول سابق للمعالجة بمؤسسة استشفائية خاصة لم يؤد إلى الاختلاف في تقييم المرضى لأبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة. ويجذر الإشارة أنه لم يتم التعرض لهذه الفرضية الجزئية في الدراسات السابقة المتناولة.

وبالتالي تم رفض الفرضية الصفرية H_0 وقبول الفرضية البديلة H_1 التي تنص على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى للعوامل الديمغرافية والشخصية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، محل السكن، أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة)".

خلاصة الفصل:

تم من خلال هذا الفصل اختبار فرضيات الدراسة والمتعلقة بمدى رضا المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة، من ناحية أبعاد جودة الخدمة الصحية المتمثلة في: الاعتمادية، الملموسية، الاستجابة، الأمان، التعاطف. وتم الاعتماد على أسلوب الأداء الفعلي للخدمة الصحية (Servperf) على عينة مكونة من 400 مريض بخمسة مؤسسات استشفائية خاصة.

وانطلاقاً من عرض وتحليل النتائج الخاصة بالدراسة الميدانية والتي تمت معالجتها عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) نسخة (26)، توصلنا إلى النتائج التالية:

- صحة الفرضية الأولى، حيث اتضح وجود رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة؛
- عدم صحة الفرضية الثانية، حيث اتضح عدم وجد فوارق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى للعوامل الديمغرافية والشخصية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، محل السكن، أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة).

الخاتمة العامة

تشكل الخدمات الصحية أحد أبرز القطاعات الحيوية والاستراتيجية باعتبارها معيارا للرفي والتحضر بين المجتمعات والدول، وتبذل الجزائر كغيرها من دول العالم العديد من الجهود لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة لأفراد المجتمع عن طريق المؤسسات الاستشفائية العمومية ودعم وتوفير مناخ عمل يشجع المؤسسات الاستشفائية الخاصة، وهذه الأخيرة ترتبط ارتباطا وثيقا بعامل الجودة كونها تخضع للمنافسة الشديدة داخل وخارج الوطن مقارنة بالمؤسسات الصحية في القطاع العام، ويعتبر الزبون (المريض) الطرف الرئيسي الذي تهدف المؤسسات الاستشفائية الخاصة على تلبية رغباته وتوقعاته حيث أن الخدمات الصحية المقدمة تكون ذات جودة معينة إذا حققت رضا الزبون عنها، ما يجعل عملية تقييم رضا الزبون عن الخدمات المقدمة أمرا ضروريا لتحسين مستوى الخدمات الصحية.

إن تقييم جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة من وجهة نظر الزبون (المريض) يعتبر أحد آليات نجاح هذه المؤسسات في تحسين خدماتها الصحية وتحقيق رضا زبائنها، وتتميز عملية تقييم جودة الخدمة الصحية بالصعوبة مقارنة عن غيرها من الخدمات حيث ترتبط إضافة إلى العوامل المادية الملموسة بجملة من العوامل الغير ملموسة والتي تشكل العوامل النفسية والسلوكية المتعلقة بمقدمي الخدمة، ما يحتم على المؤسسات الاستشفائية القيام بتقييم دوري لخدماتها المقدمة من وجهة نظر الزبون (المريض)، ويمكن الإشارة إلى أن تقييم جودة الخدمات الصحية هي وسيلة تهدف إلى تحديد الانحرافات والنقائص والعمل على تحسينها، وليست هدفا بحد ذاتها.

ومن هذا المنطلق جاءت هذه الدراسة لمعالجة الإشكالية التالية: "ما مدى رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسات الاستشفائية الخاصة - بولاية عنابة؟"

وحاولنا من خلال هذه الدراسة تحليل ومعالجة جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الزبون (المريض) من خلال الدراسة الميدانية التي تم إجراؤها على مستوى خمسة مؤسسات استشفائية خاصة بولاية عنابة، وبالتطرق إلى الأدبيات النظرية والتطبيقية في الفصلين الأول والثاني يتضح مدى أهمية الخدمات الصحية للأفراد والمجتمعات حول العالم، وجودة الخدمات المقدمة في المجال الصحي هي أحد المعايير الحاسمة لاستمرارية القطاع الصحي الخاص في ظل منافسة متزايدة على كافة المستويات، وفيما يلي نستعرض أهم النتائج التي توصلنا إليها من خلال هذه الدراسة، مع تقديم مجموعة من التوصيات وآفاق لدراسات وأبحاث مستقبلية أخرى.

1- أهم نتائج الدراسة:

- شكل الاتجاه العام للمرضى نحو أبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة مجتمعة (الاعتمادية، الملموسية، الاستجابة، الأمان، التعاطف) درجة رضا "مرتفعة" وهو ما تعكسه قيمة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية حسب آراء أفراد العينة؛
- تقدم المؤسسات الاستشفائية الخاصة عينة الدراسة خدمات صحية بمستوى مرتفع نسبيا ووجود رضا من طرف الزبائن على كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة؛
- يتبين من خلال إجابات أفراد العينة حول الأسئلة المتعلقة بموضوع فيروس كورونا المستجد (كوفيد 19) موزعين على الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية وجود درجة رضا مرتفعة؛
- يوجد رضا من طرف المرضى على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة، وهذا ما أثبتته صحة الفرضية الرئيسية الأولى وفق آراء أفراد العينة المختارة، وكذا صحة الفرضيات الفرعية المتعلقة بأبعاد جودة الخدمات الصحية؛
- من خلال مقارنة المتوسطات الحسابية لأبعاد جودة الخدمات الصحية وحسب إجابات أفراد عينة الدراسة فإن ترتيب الأبعاد كان كالتالي: "بعد التعاطف في المرتبة الأولى، يليه بعد الأمان في المرتبة الثانية، ثم بعد الاستجابة في المرتبة الثالثة، يليه بعد الاعتمادية في المرتبة الرابعة، وأخيرا بعد الملموسية في المرتبة الخامسة"؛
- أظهرت نتائج الفرضية الرئيسية الثانية أنه لا توجد فوارق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المرضى حول أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة تعزى للعوامل الديمغرافية والشخصية التالية: (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، محل السكن، أسبقية الدخول إلى مؤسسة استشفائية خاصة)، وأن الاختلاف في هذه العوامل الشخصية والديمغرافية لم يؤد إلى الاختلاف في تقييم المرضى لأبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة.

2- التوصيات:

- الحاجة إلى إنشاء المزيد من المصالح والتخصصات الطبية خاصة فيما يتعلق بالجراحة التجميلية؛
- الاستفادة من تجارب وخبرات المؤسسات الاستشفائية حول العالم في مجال الخدمات الصحية لاسيما بعض دول الجوار؛

- تحسين نظام المواعيد المسبقة والاعتماد أكثر على الحجز الإلكتروني اعتباراً إلى التطور الحاصل في هذا المجال؛
- توسيع البنية التحتية وزيادة عدد الغرف في مختلف المصالح خاصة ما يتعلق بمصلحة الولادة؛
- العمل على ترسيخ ثقافة الجودة لدى الأطعم الطبية من خلال برامج توعية وورشات تدريب؛
- توفير الأجهزة والمعدات الحديثة التي تتماشى والتطور التكنولوجي الكبير الذي يشهده المجال الصحي حول العالم؛
- إن تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة لا يتحقق بدون مشاركة آراء ومقترحات الزبون (المريض)، وعليه فإن وضع نظام فعال للاستماع للزبون وتلقي الشكاوى هو أمر بالغ الأهمية؛
- الاهتمام أكثر بموضوع التسويق الصحي، خاصة استراتيجيات الترويج المنتهجة؛
- الاهتمام أكثر بالجانب الوقائي من خلال تنظيم ملتقيات وندوات تحسيسية؛
- تحديث صالات وردهات المرضى وأماكن الاستقبال ومكاتب الطاقم العامل بالمؤسسة، والاهتمام أكثر بالشكل الجمالي للطابع المعماري والبيئة المحيطة من أجل خلق مناخ عمل طبي مناسب يبعث على الراحة؛
- معرفة رغبات واحتياجات المريض من خلال كسر الحاجز بين الطبيب والمريض والارتقاء بلغة التواصل والحوار؛
- التعاون مع مخابر البحث التابعة للمؤسسات الجامعية للاستفادة من جموع الباحثين المختصين سواء في مجال الإدارة الصحية أو مختلف المجالات ذات الشأن، والاستفادة من البرامج التدريبية والمشاركة بالملتقيات العلمية المتخصصة؛
- القيام بتقييم دوري لوجهة نظر الزبون حول مستوى الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسات محل الدراسة؛
- التركيز المستمر على الجودة وسلامة المرضى وتطوير الوحدات الإدارية التي تعنى بالجودة داخل المؤسسات الاستشفائية الخاصة ومنح استقلالية وصلاحيات واسعة لها؛
- الاطلاع الدائم على حالة المريض واحتياجاته، والعمل على كسب ثقته والتواصل معه بعد نهاية فترة علاجه بالمؤسسة الاستشفائية؛
- التركيز على عملية استقطاب وتوظيف الكوادر البشرية بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة التي تعتبر عامل أساسي في نجاح أو فشل أهداف المؤسسة كونها قطاع حساس يتعلق بصحة الانسان.

3- آفاق الدراسة:

- واقع التسويق الصحي بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة في الجزائر؛
- آفاق إدارة التكنولوجيا الصحية في الجزائر؛
- تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة من وجهة نظر الزبون - دراسة مقارنة بين الجزائر وتونس؛
- مساهمة الثقافة التنظيمية في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة.

قائمة المراجع

أولاً: باللغة العربية

أ- الكتب:

1. إبراهيم ابراش، المنهج العلمي وتطبيقاته في العلوم الاجتماعية، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة العربية، 2009.
2. إبراهيم بختي، الدليل المنهجي لإعداد البحوث العلنية (المذكرة، الأطروحة، التقارير، المقال) وفق طريقة IMRAD، مخبر الجامعة المؤسسة والتنمية المحلية المستدامة جامعة قاصدي مرباح، الجزائر، الطبعة الرابعة، 2015.
3. أحمد سليمان عودة، حسن ملكاوي، أساسيات البحث العلمي في التربية والعلوم الإنسانية، مكتبة المنار، الأردن، الطبعة الأولى، 2000.
4. إعداد مجموعة من المتخصصين في علم الإدارة الصحية، الكتاب الطبي الجامعي الإدارة الصحية، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، أكاديمية أنترناشيونال، الطبعة العربية، 2007.
5. أيمن مزاهرة وآخرون، الصحة والسلامة العامة، دار الشروق، الأردن، الطبعة الأولى، 2000.
6. بشير العلاق، حميد عبد النبي الطائي، تسويق الخدمات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، دون طبعة، 2007.
7. ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان. الاردن، دون طبعة، 2005.
8. حسين طاهير، الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات العامة، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، دون طبعة، 2004.
9. ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، دون طبعة، 2008.
10. سعيد سالم القحطاني وآخرون، منهج البحث العلمي في العلوم السلوكية مع تطبيقات SPSS، المكتبة الوطنية، السعودية، 2000.

11. سليم بطرس جلة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، بدون طبعة، 2007.
12. سليمان زيدان، إدارة الجودة الشاملة - الفلسفة ومداخل العمل -، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الجزء الأول، 2010.
13. سيكاران أوما، طرق البحث في الإدارة - مدخل لبناء المهارات البحثية، ترجمة إسماعيل على بسيوني، دار المريخ للنشر، الرياض، المملكة العربية السعودية، الطبعة الثانية، 2009.
14. طلال بن عايد الأحمد، إدارة الرعاية الصحية، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، دون طبعة، 2004.
15. طلعت الدمراش، اقتصاديات الخدمة الصحية، دار الكتب المصرية، مصر، الطبعة الثانية، 2006.
16. العاني وآخرون، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الايزو 200-9001، مطبعة الأشقر، بغداد، دون طبعة، 2002.
17. عبد المجيد نزار البراوري، لحسن عبد الله باشيوة، إدارة الجودة الشاملة مدخل للتميز والريادة، دار الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2011.
18. عبد المهدي بواعنة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، دار ومكتبة الحامد، الأردن، دون طبعة، 2004.
19. غازي فرحان، خدمات الإيواء في المستشفى، دار الزهران، عمان. الأردن، دون طبعة، 1999.
20. غنيم أحمد محمد، إدارة المستشفيات: رؤية معاصرة، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، مصر، الطبعة الأولى، 2010.
21. فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة، الأردن، الطبعة الثالثة، 2011.
22. فوزي مذكور، تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، دون طبعة، 1998.
23. محمد سرحان علي المحمودي، مناهج البحث العلمي، دار الكتب، اليمن، الطبعة الثالثة، 2019.
24. محمد عبيدات وآخرون، التسويق الصحي والدوائي، دار وائل للنشر، عمان، دون طبعة، 2006.
25. محمد هادي اللحام وآخرون، القاموس، دار الكتب العلمية، الطبعة الأولى، لبنان، 2005.

26. مورييس أنجرس، منهجية البحث العلمي في البحوث الإنسانية - تدريبات علمية -، ترجمة: بوزيد صحراوي وآخرون، دار القصبه للنشر والتوزيع، الجزائر، 2006.
27. نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان. الأردن، الطبعة الأولى، 2012.
28. يوسف حجيم سلطان الطائي، هاشم فوزي دباس العبادي، إدارة العلاقات مع الزبون، دار الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2009.
29. يوسف حجيم الطائي وآخرون، نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة العربية، 2009.
- ب- الرسائل والأطروحات الجامعية:
30. براهيم عبد الرزاق، تأثير تسيير العلاقة مع الزبون على تصميم المنتج في المؤسسة الاقتصادية الجزائرية - دراسة عينة من المؤسسات الاقتصادية -، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف المسيلة، الجزائر، 2016.
31. بوبكر نعرورة، دراسة إمكانية تبني إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصناعية الجزائرية - دراسة حالة عينة من المؤسسات المتحصلة على شهادة الإيزو 9001 -، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف المسيلة، الجزائر، 2015.
32. حبيبة قشي، أثر أسلوب التوجه بالمريض (الزبون) على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية الجزائرية)، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، تخصص اقتصاد وتسيير مؤسسة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2020.
33. دفع الله محمد، تقييم مستوى جودة الخدمات الطبية بالمستشفيات السودانية لتحقيق الميزة التنافسية بينها (دراسة حالة: مستشفى كوستي وربك)، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، تخصص إدارة الجودة الشاملة والامتياز، كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان، 2017.
34. دلال السويسي، قياس كفاءة الخدمات الصحية بالمؤسسات الصحية الجزائرية لاستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات دراسة مقارنة (القطاع العام - القطاع الخاص)، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)،

تخصص أنظمة معلومات ومراقبة التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 2017.

35. راسم بوزان إيبش، العوامل الداعمة لاستخدام ستة سيجما ودورها في تحسين جودة مخرجات خدمة الاتصالات، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، تخصص إدارة الأعمال، قسم إدارة الأعمال، كلية الاقتصاد، جامعة حلب، سوريا، 2014.

36. رضا عمر شنتير، النظام القانوني للصحة العمومية، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، تخصص الحقوق، قسم القانون العام، كلية الحقوق، جامعة الجزائر 1، الجزائر، 2013.

37. ريمة أوشن، إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية -دراسة حالة المرتكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري-، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، تخصص تسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة 1، الجزائر، 2018.

38. شرف الدين زديرة، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية)، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، تخصص مناجمت المنظمات، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2017.

39. صالح بوعبد الله، نماذج وطرق قياس جودة الخدمة دراسة تطبيقية على خدمات مؤسسة بريد الجزائر، أطروحة دكتوراه، تخصص العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة سطيف 1، الجزائر، 2014.

40. عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، الجزائر، 2008.

41. ليلى عياد، أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك دراسة امبريقية على بعض المؤسسات الصحية الاستشفائية بولاية أدرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية (للفترة 2016/2015)، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، قسم العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2016.

42. محمد الهلة، إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر -دراسة حالة عينة من المستشفيات العامة والعيادات الخاصة-، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، تخصص اقتصاد وتسيير مؤسسة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 2017.
43. نازك عبد الله حامد على، أثر مهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية (دراسة تطبيقية في المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم)، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، تخصص الفلسفة في إدارة الأعمال، كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2019.
44. وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة 1، الجزائر، 2016.
- ت-الدوريات والنشريات:
45. - إلهام يحيوي، ليلي بوحديد، "تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبائن عنها: دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة"، مجلة الباحث"، المجلد 14، العدد 14، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 2014.
46. أحمد بن عيشاوي، "إدارة الجودة الشاملة TQM في المؤسسات الخدمية"، مجلة الباحث، المجلد 04، العدد 04، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 2006.
47. 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، المجلد 25، العدد 02، جامعة دمشق، سوريا، 2009.
48. أمال العربي بن حورة، علي مكيد، "تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية كمدخل لتحسين جودة خدماتها (دراسة حالة مستشفى محمد بوضياف بالمدينة)"، مجلة الاستراتيجية والتنمية، المجلد 07، العدد 12، جامعة ابن باديس، الجزائر، 2017.
49. بديسي فهيمة، "جودة الخدمات الصحية (الخصائص، الأبعاد والمؤشرات)"، مجلة الاقتصاد والمجتمع، المجلد 07، العدد 07، جامعة قسنطينة 2، الجزائر، 2011.
50. بشير بودية، "أثر تبني وتطبيق إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المقدمة بمستشفى تراي بوجمة - بشار، مجلة البشائر الاقتصادية"، المجلد 03، العدد 02، جامعة بشار، الجزائر، 2017.

51. بقاش وليد، فاتح بالواضح، خصائص تنظيم القطاع الصحي في الجزائر وأثره على جودة الخدمات الصحية، مجلة المشكاة في الاقتصاد التنمية والقانون، المجلد 05، العدد 09، المركز الجامعي بلحاج بوشعيب عيت تموشنت، الجزائر، 2019.
52. بوعمره فتحي، "الجودة المدركة للخدمة ورضا الزبون"، مجلة الابداع، المجلد 06، العدد 06، جامعة البليدة، الجزائر، 2016.
53. توفيق زياني، خديجة العرابي، "ستة سيغما (six sigma) مدخل متميز بين الجودة والتكلفة في منظمات الأعمال - عرض تجربة موتورولا-"، مجلة المقار للدراسات الجامعية، المجلد 01، العدد 02، المركز الجامعي تندوف، الجزائر، 2018.
54. تيقاوي العربي، "مدى إدراك قياس جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر دراسة مقارنة بين فئة العاملين وبين المستشفيات"، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، المجلد 11، العدد 01، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2017.
55. جميلة بن نبلي، "أثر التسويق الداخلي على جودة الخدمة في المؤسسات الصحية"، دراسات وأبحاث المجلة العربية للأبحاث والدراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 11، العدد 04، جامعة الجلفة، الجزائر، 2019.
56. جناد مباركة، "تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء والمرضى بالمستشفيات الجزائرية - دراسة حالة بعض المستشفيات بولاية سطيف-"، مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية، المجلد 01، العدد 36، جامعة زيان عاشور بالجلفة، الجزائر، 2017.
57. حسن صالح سليمان القضاة، "مستوى رضا المرضى عن الخدمة الصحية المقدمة من قبل المستشفيات الخاصة في العاصمة الأردنية عمان"، حوليات جامعة الجزائر 1، المجلد 04، العدد 31، جامعة الجزائر 1، الجزائر، 2015.
58. حليلة السعدية قريشي، عفاف خويلا، تسويق الخدمات، مطبوعة موجهة لطلبة السنة الأولى والثانية ماستر، تخصص تسويق الخدمات، قسم العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 2018.
59. حمزة هرباجي، فتيحة بوحروود، "العوامل المؤثرة على تطبيق منهج التحسين المستمر الكايزن (دراسة حالة بعض المؤسسات الصناعية بولاية سطيف)"، مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، المجلد 19، العدد 01، جامعة سطيف 1، الجزائر، 2019.

60. حميدة بن حليلة، "تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة باليونى- عناية"، التواصل في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 23، العدد 50، جامعة باجي مختار عناية، الجزائر، 2017.
61. خلود محمد عيسى أبو رحمة، وآخرون، "تأثير تطبيق معايير الاعتماد على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء والممرضين والباحثين الاجتماعيين (دراسة ميدانية في مستشفيات منطقة مكة المكرمة بالمملكة العربية السعودية)"، مجلة الدراسات العليا، المجلد 05، العدد 18، جامعة النيلين، السودان، 2016.
62. رشيدة عداد، عدنان عماش، "التسويق الداخلي من المفهوم إلى التطبيق"، مجلة التنمية وإدارة الموارد البشرية، مجلد 03، العدد 08، جامعة بليدة، الجزائر، 2017.
63. رضوان أنساعد، محمد فلاق، "دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة مستشفى الجامعة الأردنية نموذجا"، مجلة الإدارة والتنمية للبحوث والدراسات، المجلد 02، العدد 02، جامعة البليدة، الجزائر، 2013.
64. رعد حصن الصرن، عبير الغرير، "قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية دراسة تطبيقية في الهيئة العامة لطب العيون في دمشق"، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 39، العدد 01، جامعة تشرين، سوريا، 2017.
65. زديرة شرف الدين، "دراسة تحليلية لنوعية خدمات الرعاية الصحية باستخدام مؤشرات الجودة من وجهة نظر مقدمي الخدمة بالمستشفى الجامعي ابن باديس - قسنطينة -"، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، المجلد 09، العدد 18، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2015.
66. زينب حدر، مريم يحيوي، "جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى في المؤسسة الاستشفائية"، مجلة الاحياء، المجلد 10، العدد 21، جامعة باتنة 1، الجزائر، 2018.
67. زينب مهداوي، عبد القادر بودي، "أثر إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات: دراسة المؤسسة الاستشفائية تراي بوجمة ببشار"، مجلة مجاميع المعرفة، المجلد 03، العدد 02، المركز الجامعي بتندوف، الجزائر، 2017.
68. سالمى رشيد وآخرون، "الرفع من جودة الخدمة الصحية من خلال تبني أسلوب التحسين المستمر (الكايزن)"، معارف، المجلد 11، العدد 20، جامعة البويرة، الجزائر، 2016.

69. سعيد رشيد، روشام بن زيان، "جودة الخدمات الصحية من خلال آراء المرضى بالمؤسسة الاستشفائية 240 سيرير بولاية بشار"، مجلة البشائر الاقتصادية، المجلد 04، العدد 02، جامعة طاهري محمد بشار، الجزائر، 2018.
70. سعيدة رحمانية، "وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر"، مجلة الباحث الاجتماعي، المجلد 11، العدد 11، جامعة المسيلة، الجزائر، 2015.
71. شبوطي حكيم، خليفة أحلام، "تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات - من طرف متلقي العلاج في بعض مستشفيات ولاية المدية -"، مجلة الاقتصاد الصناعي، المجلد 01، العدد 12، جامعة أدرار، الجزائر، 2017.
72. صفاء محمد هادي الجزائري وآخرون، "قياس وتقييم جودة الخدمة الصحية - دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام - البصرة"، مجلة دراسات إدارية، المجلد 04، العدد 07، جامعة البصرة، العراق، 2011.
73. عامر علي حسين، أميرة هاتف الجنابي، "التوجه نحو الزبون وولائه - تحقيق تجريبي لدور الوسيط لإدراك جودة الخدمة دراسة استطلاعية تحليلية لعينة من زبائن المصارف الأهلية"، مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 02، العدد 09، جامعة الكوفة، العراق، 2008.
74. عبد الله حمادو، أحمد بن عيشاوي، "أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الجزائرية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الصحية العمومية لولاية ورقلة)"، مجلة الإصلاحات الاقتصادية والاندماج في الاقتصاد العالمي، المجلد 12، العدد 26، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر، 2017.
75. عبد المالك توبي، "تأثير جودة الخدمة الصحية على رضا الزبون دراسة استطلاعية لآراء عينة من الزبائن في عيادة ابن سينا - باتنة"، مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، المجلد 04، العدد 02، جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي، الجزائر، 2017.
76. عبود وآخرون، "تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية"، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 11، العدد 03، جامعة القادسية، العراق، 2009.
77. عطية مصلح، "قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة ققيلية"، مجلة جامعة القدس المفتوحة، المجلد 02، العدد 27، فلسطين، 2012.

78. علي سنوسي، "تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية"، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، المجلد 05، العدد 07، جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف، الجزائر، 2009.
79. علي سنوسي، "دور إدارة الجودة الشاملة في زيادة فعالية إدارة العمليات بالمستشفيات: دراسة حالة مستشفى محمد بوضياف بالبويرة خلال سنة 2011"، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، المجلد 05، العدد 07، جامعة المسيلة، الجزائر، 2012.
80. عمر جيلالي، "تحسين جودة الخدمة الصحية من منظور فرق العمل"، مجلة دراسات في الاقتصاد والتجارة والمالية، المجلد 08، العدد 01، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2019.
81. عمر دره، وآخرون، "تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى: دراسة مقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة"، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 24، العدد 105، جامعة بغداد، العراق، 2018.
82. عمر ملوكي، محمد الناي، "أثر التسويق الداخلي على اعتمادية الخدمة الصحية -دراسة حالة على الكادر الطبي والإداري بمصحة ابن حيان الوادي"، مجلة معهد العلوم الاقتصادية، المجلد 22، العدد 02، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2019.
83. غني دحام تناي الزبيدي، فانتن عباس خليل الشجيري، "تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية / دراسة حالة في مراكز طب الأسرة في بغداد"، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 24، العدد 106، جامعة بغداد، 2018.
84. فادية جباري وآخرون، "تأثير جودة الخدمة على رضا العميل (دراسة حالة الوكالة أ التابعة للمديرية الجهوية للشركة الجزائرية للتأمينات Saa تلمسان خلال الفترة 2009 - 2010)"، Les cahiers du MECAS، المجلد 06، العدد 01، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2010.
85. فريد كورتل، محمود بولصباح، "تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية لميلة من وجهة نظر المرضى"، مجلة معارف، المجلد 08، العدد 15، جامعة البويرة، الجزائر، 2013.
86. فطيمة عبيد الله، "تقييم جودة الخدمات الصحية في المخابر الطبية الخاصة (دراسة عينة من زبائن المخابر الطبية الخاصة في ولاية معسكر)"، مجلة مجاميع المعرفة، المجلد 03، العدد 02، جامعة معسكر، الجزائر، 2017.

87. قاسم نايف علوان المحياوي، عادل كاصد مفتي الأسدي، "تقييم جودة خدمات الصحة المدرسية باستخدام مقياس الأداء الفعلي Servperf من وجهة نظر مقدم الخدمة دراسة ميدانية لتقييم خدمات الصحة المدرسية المقدمة لطلبة المدارس في مدينة الناصرية"، مجلة الكوت للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 12، العدد 35، كلية الإدارة والاقتصاد جامعة واسط، العراق، 2020.
88. ماضي بلقاسم، عفاف بلعرج، "تقييم جودة الخدمات الصحية وقياس رضا المرضى"، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، مجلد 15، عدد 31، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر، 2014.
89. محمد خثير، أسماء مرايمي، "العلاقة التفاعلية بين أبعاد جودة الخدمة ورضا الزبون بالمؤسسة"، مجلة الريادة لاقتصاديات الأعمال، المجلد 03، العدد 01، جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف، الجزائر، 2017.
90. منى مسغوني وآخرون، "ارتباط رضا الزبائن بمستوى جودة الخدمة وفق نموذج الأداء الفعلي Servperf دراسة استطلاعية لزبائن وكالات السياحة والأسفار ورقلة"، مجلة الابتكار والتسويق، المجلد 06، العدد 01، جامعة الجبالي اليايس سيدي بلعباس، الجزائر، 2019.
91. نجات بن فريحة، وآخرون، "الممارسات التسويقية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بين الواقع والمأمول"، مجلة التنمية والاقتصاد التطبيقي، المجلد 04، العدد 01، جامعة المسيلة، 2020.
92. نصر الدين بن نذير، ب فائزة بعليش، "أثر استراتيجية تنمية الموارد البشرية على جودة الخدمة الصحية بالمؤسسات العمومية -دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بالمدينة-"، مجلة الاقتصاد والتنمية، المجلد 02، العدد 03، جامعة المدينة، الجزائر، 2015.
93. وفاء سلطاني، الهام يحيوي، "استخدام نموذج (Servqual) لتقييم مستوى الخدمات الصحية دراسة ميدانية"، مجلة دراسات وأبحاث، المجلد 07، العدد 19، جامعة زيان عاشور بالجلفة، الجزائر، 2015.
94. وفاء علي سلطان، "أبعاد جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المستفيدين -دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات الأهلية في محافظة البصرة"، مجلة كلية الإدارة والاقتصاد، المجلد 05، العدد 10، جامعة البصرة، العراق، 2013.
95. يوسف عبد عطية بحر، بلال جمال الجدي، "أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى في المستشفيات الأهلية في محافظات غزة"، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد 27، العدد 03، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين، 2019.

ث - الملتقيات والتظاهرات العلمية:

96. حياة بورناز، حنان برجم، "تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات"، ورقة بحثية مقدمة ضمن "الملتقى الوطني الأول حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية بين إشكالية التسيير ورهانات التمويل (المستشفيات نموذجا)"، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة 8 ماي 1945 قالمة، يومي 10-11 أفريل، الجزائر، 2018.
97. سامي بلبخاري، عبد الرحمان رايس، "نماذج قياس جودة الخدمة الصحية"، ورقة بحثية مقدمة ضمن "الملتقى الوطني الأول حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية بين إشكالية التسيير ورهانات التمويل (المستشفيات نموذجا)"، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة 8 ماي 1945 قالمة، يومي 10-11 أفريل، الجزائر، 2018.
98. عبد المجيد قدي، "إشكالية تنمية الموارد البشرية في ظل العولمة"، ورقة بحثية مقدمة ضمن "الملتقى الدولي حول التنمية البشرية وفرص الاندماج في اقتصاد المعرفة والكفاءات البشرية، المنعقد يومي 09-10 مارس، كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية، جامعة ورقلة، الجزائر، 2004.

ج - القوانين والمراسيم:

99. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، قرار رقم 11 يحدد الشروط والمعايير المعمارية والتقنية والصحية للمؤسسات الاستشفائية الخاصة، الصادر بتاريخ 6 فيفري 2016.
100. المملكة العربية السعودية، وزارة الصحة، نظام المؤسسات الصحية الخاصة الصادر بالمرسوم الملكي ولائحته التنفيذية الصادرة بالقرار الوزاري رقم 1019377، بتاريخ (05-68، 439 هـ)، رؤية 2030.

ثانيا: باللغة الأجنبية

A- Les ouvrages :

101. Caby François, Jambart Claude, La qualité dans les services : Fadement, témoignage, outils, 2ème édition Economica, Paris, 2002.
102. Claude Demeur, Marketing, 6ème édition, Dunod, Paris, 2008.

103. Daniel Ray, **Mesurer et développer la satisfaction des clients**, 2eme tirage édition d'organisation, Paris, 2001.
104. Delffy, Grace, **Mudolar Kaizen Continous and Breakthrough Improvement**, Asq quality press, USA, 2013.
105. Jan, **Monitoring and Evaluation of the Quality and Appropriateness of Care**, Joint Commission on Accreditation of Hospitals, Quality Review Bukketion, 1987.
106. Jean Michel Monin, **La satisfaction qualité dans les services**, AFNOR, Paris, 2001.
107. Jean pierre mével, **Noms communs–Noms propres**, Dictionnaire Hachette,
108. lovelock Et al, **Marketing des services**. 6 ème edition, Pearson Education, Paris, 2008.
109. Mare Shaefer, **Methodological approach to extending to measure employer and employee**, Business school DBA, anglia, 2002.
110. Meir Olivier et Al, **Gestion du changement**, édition Dunod, Paris, 2007.
111. Nassima terfaya, **Démarche Qualité dans l'entreprise et l'analyse des risques**, édition houma, Alger, 2004.
112. Nathalie Elgrablylévy, Germain Belzile, **La télémédecine, améliorer le système de santé par l'innovation institut économique de Montréal**, collection santé, les notes économique, France Paris, 2004.
113. Pettigrew et Al, **Le Marketing**, Edition MC Graw –Hill, Canada, 2003.
114. Philip Kotler, Bernard Dubois, **Marketing Management**, 11 ème edition, Pearson, Paris, 2003.

115. Roubaud Bréchignac, **Le Marketing des services**, 4 éme tirage, Edition d'organisation, Paris, 2000.
116. Vilcat Claude, Lecllet Hervet, **Indicateur Qualité en Santé : Certification et Evaluation des Pratiques Professionnelles**, 2émé édition, AFNOR, France, 2016.
117. Vincent Plauchu, **Mesure et Amélioration des Performances des entreprises**, Edition campus ouvert, France, 2010.

B–Les Thèses universitaires :

118. Jose C, Flores Molina, **A Total Quality Management Methodology for universities**, Phd thesis of philosoohy in industrial and systems engineering, Florida International University, USA, 2011.
119. Satvinder Sing Bedi, **Impact of Healthcare services on outpatient Satisfaction in public and private hospitals: A study of Hospitals in Mumbai, Navi Mumbai, Thane, Pune and Surat**, PHD thesis in Business Management, Departement of Business Management, University Navi Mumbai, India, 2014.

C– Les Revues/ publication :

120. – Ehsan Zarei, and al, **“The effect of hospital service quality on patient’s trust”**, Iranian Red Crescent Medical Journal, Vol 17, N°01, Kowsar Publishing Company, Netherlands, 2015
121. Ahcen Zehnati, Christine Peyron, **“Les cliniques privées en Algérie : Logique d’émergence et stratégies de développement”**, Monde en développement, Vol 43, N 170, France
122. Antony and Al, **“Six Sigma in the UK Service Organizations**, results from a pilot survey”, Managerial Auditing Journal, Vol 19, N 08, United Kingdom, 2004.

123. C.Formel, And Al, "**The American Customer satisfaction**", Journal of marketing, Vol 60, American Marketing Association, USA, 1996.
124. Dijana Mecev, and al, "**Primary Healthcare Service Quality Measurement: SERVQUAL Scal**", Ekonomski vjesnik/ econonviews, Vol 28, N°01, faculty of Economics in Osijek, 2015
125. M.chouch, "**Développement du Système National de Santé : Stratégie et perspectives**", Le gestionnaire revue élaborée par l'école nationale de la santé publique, N 05, Algérie, 2001.
126. Mohsen tavakol, Reg dennik, "**Making sense of cronbach's alpha**", international journal of medical education, VOL 07, N° 06, 2011.
127. Rehaman B, Husnain M, "**The Impact of Service Quality Dimensions on Patient Satisfaction in the Private Healthcare Industry in Pakistan**", Vol 04, N 14, Journal of Hospital – Medical Management, London, 2018.
128. Saad Ahmed javed et al, "**Patients satisfaction and public and private sector" health care service quality in Pakistan: Application of grey decision analysis approaches**", The international of Health Planning and Management, Vol 34, N 01, university Lisbon, Portuguese, 2018.
129. Saihi, "**Le Système de santé publique en Algérie**", **Revue gestions hospitalières**, La revue des décideurs hospitaliers, N 455, Algérie, 2006.
130. Sekolah Tinggi Pariwisata, "**Service Quality, Customer Value and Patient Satisfaction on Public Hospital in Bandung District (Indonesia)**", International Review of Management and Marketing, Vol 07, N 02, Turkey ,2017.
131. Stanislaw Manulik et Al, "**Evaluation of health care service quality in Poland with The use of SERVQUAL method at the specialist ambulatory**

health care center", Journal Patient preference and adherence, Dove Medical Press, Vol 10, N 01, Poland, 2016.

ثالثا: المواقع الالكترونية:

132. جريدة الحرية، مراكز صحية خاصة، أطلع عليه يوم 01 /04 /2020، journal-elhourria.com
133. ويكيبيديا، المريض، أطلع عليه يوم 2020/05/07 ، <https://ar.m.wikipedia.org/wiki/%D9%85%D8%B1%D9%8A%D8%B6>
134. Merih Arikkok, **Total Quality Management (The way to achieve quality excellence)**,07/02/2020, <https://www.researchgate.net/publication/312054032>,.
135. Abid Hussain, and Al, "Measuring OPD Patient Satisfaction with Different Service Delivery Aspects at Public Hospitals in Pakistan", International Journal of Environmental Research and public Health, 05/12/2019, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31269722/>.
136. Liga Surydana, "Service Quality, Customer Value and Patient Satisfaction on Public Hospital in Bandung District Indonesia", International Review of Management and Marketing, 17/03/2018 <https://econjournals.com/index.php/irmm/article/view/3839>.
137. Donhee Lee, and Al, "Assessing healthcare service quality: a comparative study of patient treatment types", International journal of Quality Innovation, 23/10/2018, <https://jqualityinnovation.springeropen.com/articles/10.1186/s40887-016-0010-5>.
138. Assa Siddiki, and al," Quality of healthcare services in public and private hospitals of peshawer, PAKISTAN: à coparative study using Servqual", City university Research Journal, 12/12/2019, <http://www.cityuniversity.edu.pk/curi/Journals/Journal/jul%202016/04.pdf>.
139. - Victor Lorin, and AL, "The Assessment of Perceived Service Quality of Public Health Care Services in Romania Using the SERVQUAL Scale", Procidia Economics and Finance, Avilable Online at www.sciencedirect.com.
140. esahty24h, **clinique**, 03/08/2020, esahty24h.com.

الملاحق

الملحق رقم (01): قائمة الأساتذة المحكمين للاستبانة

الجامعة	اسم الأستاذ	الرقم
الشهيد حمه لخضر - الوادي	د. مرزوقي مرزوقي	01
الشهيد حمه لخضر - الوادي	د. بن علي عبد الرزاق	02
الشهيد محمد بوضياف - مسيلة	د. غانم هاجر	03
المركز الجامعي أحمد بن عبد رزاق حمودة - بريكة	د. برسولي فوزية	04
المدرسة العليا لعلوم التسيير - عنابة	د. محبوب يمينة	05
الشهيد حمه لخضر - الوادي	د. مزغني وليد	06
الحاج لخضر - باتنة	د. بن دليمي اسماعيل	07
المركز الجامعي أحمد بن عبد رزاق حمودة - بريكة	د. دعاس عز الدين	08
الشهيد حمه لخضر - الوادي	د. الباي محمد	09

الملحق رقم (02): استمارة الاستبيان الموزعة على المرضى



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة حمه لخضر - الوادي -

كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

استبانة

في إطار انجاز دراسة بعنوان:

تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة من وجهة نظر الزبون

(المريض)

- استبانة موجهة الى مرضى المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية عنابة -

يشرفني أن أطلب من سيادتكم الإجابة على الأسئلة الواردة في الاستبانة لتقديم العون للباحث لإتمام هذه الدراسة.

مع العلم أن المعلومات المقدمة من جهتكم لن تستعمل إلا لأغراض البحث العلمي.

لذا أرجوا من سيادتكم التحلي بالموضوعية والإجابة على جميع الأسئلة مع عدم ذكر الأسماء، والتأكد من الإجابة على كل الاستبانة.

نشكر لكم تعاونكم وتقبلوا منا فائق التقدير والاحترام.

الطالب: العباسي رمزي / دكتوراه (إدارة أعمال)

ملاحظة: تعريف مصطلحات الاستبانة

1- الخدمة الصحية : هي عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية.

2- جودة الخدمة الصحية : هي التوافق مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع، وبتكلفة مقبولة.

يرجى الإجابة على الأسئلة بوضع علامة (x) في المكان المناسب

المحور الأول: الخصائص الديمغرافية والشخصية

01- المؤسسة الاستشفائية الخاصة المتعامل معها

اسم المصحة	
مصحة الجزائر	
مصحة الفارابي	
مصحة الياسمين	
مصحة ابن نفيس	
مصحة المنظر الجميل	

02- نوع الجنس

ذكر	
أنثى	

03- السن

أقل من 19 سنة	من 19 الى 40 سنة	من 41 الى 62 سنة	أكبر من 62 سنة

04- المستوى التعليمي

غير متمدرس	تكوين مهني (متحصل على شهادة تكوين مهني)	غير جامعي (ابتدائي، متوسط، ثانوي)	جامعي	دراسات ما بعد التدرج (ماجستير، دكتوراه)

05- الدخل الشهري

دون دخل	دخل ضعيف	دخل متوسط	دخل حسن	دخل جيد

06- محل السكن داخل ولاية عنابة

نعم	
لا	

07- هل سبق لك وأن دخلت مؤسسة استشفائية خاصة داخل أو خارج الوطن؟

نعم داخل الوطن	نعم خارج الوطن	نعم داخل وخارج الوطن	لا لم أدخل الى أي مؤسسة استشفائية خاصة

المحور الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية

I. الاعتمادية

الفقرة	لا أوافق تماما	لا أوافق	محايد	أوافق	أوافق تماما
01- تلتزم المصحة بتقديم الخدمة في الوقت الملائم والمواعيد المحددة.					
02- تتميز خدمات المصحة بالدقة والمهارة العالية.					
03- تتوفر بالمصحة جميع التخصصات الطبية المطلوبة.					
04- تحتفظ المصحة بسجلات دقيقة وموثقة عن المرضى.					
05- تشكل الإجراءات المعتمدة في المصحة للوقاية من فيروس كورونا المستجد محل ثقة وارتياح					

II. الملموسية

الفقرة	لا أوافق تماما	لا أوافق	محايد	أوافق	أوافق تماما
01- تتميز المصحة ببيئة نظيفة.					
02- تتواجد المصحة في موقع جغرافي ملائم و من السهل الوصول اليه.					
03- مظهر وهندام الطاقم العامل بالمصحة يتوافق وطبيعة الخدمة.					
04- تستخدم المصحة تقنيات وأجهزة طبية حديثة.					
05- طبيعة مرافق المصحة (صالات المرضى، قاعات الانتظار، مكاتب الأطباء) جذابة ومريحة.					
06- يلتزم الطاقم العامل بالمصحة بوسائل الحماية من فيروس كورونا المستجد في هندايم وأدواتهم المستخدمة					
07- تتميز المصحة بتهوية عالية في مختلف مرافقها.					

III. الاستجابة

الفقرة	لا أوافق تماما	لا أوافق	محايد	أوافق	أوافق تماما
01- تستجيب المصحة لشكاوى وطلبات المرضى.					
02- يبلغ المريض بطريقة تقديم الخدمة.					
03- يحرص الطاقم العامل بالمصحة على تقديم المساعدة بشكل مستمر.					
04- تستمع إدارة المصحة لآراء المرضى حول الخدمات المقدمة.					

					05- تعمل مختلف مصالح المصحة وعلى مدار الساعة في ظل انتشار جائحة كورونا المستجد
					06- يبلغ المريض بالوقيت المحددة للخدمة.
					07- يتميز الطاقم العامل بالمصحة بالتدخل السريع.

IV. الأمان

أوافق تماما	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق تماما	الفقرة
					01- يتمتع الطاقم العامل بالمصحة باللباقة وحسن الاستماع عند التعامل مع المريض.
					02- تحافظ المصحة على سرية المعلومات والبيانات المتعلقة بالمريض.
					03- تتميز المصحة بطاقم طبي وتمريضي محترف ذو مهارة.
					04- يظهر العاملون بالمصحة اهتماما متواصلا بالمرضى.
					05- يقدم الطاقم العامل بالمصحة نصائح وإجابات حول الوقاية من فيروس كورونا المستجد بالمستشفى
					06- تتميز المصحة بخبرة أفراد طاقمها الطبي

V. التعاطف

أوافق تماما	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق تماما	الفقرة
					01- أجد عناية واهتمام من الطاقم العامل بالمصحة .
					02- يراعي الطاقم الطبي بالمصحة المستوى المعرفي للمريض أثناء تعامله معه (لغته، لهجته، ثقافته) .
					03- يحترم العاملون بالمصحة العادات والتقاليد السائدة في المجتمع عند تقديم الخدمة الصحية.
					04- يسود المصحة الاحترام و روابط الصداقة والأخوة ما بين العاملين والمرضى.
					05- يصغي العاملون بالمصحة لتخوفات وتساؤلات المريض حول فيروس كورونا المستجد

الملحق رقم (03): قرار محدد للشروط والمعايير المعمارية والتقنية
والصحية للمؤسسات الاستشفائية الخاصة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

مؤرخ في 06 فيفري 2016 ،
يحدد الشروط والمعايير المعمارية والتقنية
والصحية للمؤسسات الاستشفائية الخاصة.



- إن وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات،

- بمقتضى القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق 16 فبراير سنة 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها، المعدل والمتمم؛
- و بمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 15-125 المؤرخ في 25 رجب عام 1436 الموافق 14مايو سنة 2015 والمتضمن تعيين أعضاء الحكومة، المعدل؛
- و بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 93-153 المؤرخ في 8 محرم عام 1414 الموافق 28 يونيو سنة 1993 والمتضمن إنشاء نشرة رسمية لوزارة الصحة والسكان ؛
- وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 07-321 المؤرخ في 10 شوال عام 1428 الموافق 22 أكتوبر سنة 2007 و المتضمن تنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة و سيرها؛
- و بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 11-379 المؤرخ في 25 ذي الحجة عام 1432 الموافق 19 نوفمبر سنة 2011 والذي يحدد صلاحيات وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات؛

يقرر ما يأتي:

المادة الأولى : يهدف هذا القرار إلى تحديد الشروط والمعايير المعمارية والتقنية والصحية للمؤسسات الاستشفائية الخاصة.

الشروط و المعايير المعمارية

المادة 2: يجب أن يتوافق موقع المؤسسة الاستشفائية الخاصة مع معايير تسهيل الوصول و نوعية البيئة و قرب الحظائر و وسائل النقل العمومية.

المادة 3: يجب أن تستجيب المؤسسات الاستشفائية الخاصة إلى كل معايير البناء و الراحة و حفظ الصحة و الأمن طبقاً للتشريع و التنظيم المعمول بهما.

و يجب أن تتضمن التهيئات الضرورية التي تسمح بتسهيل وصول الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة إلى مختلف هياكل و مصالح المؤسسة.

المادة 4: يجب أن تنجز المؤسسات الاستشفائية الخاصة مع احترام المخططات المعمارية التي وافقت عليها المصالح التقنية لوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات طبقاً للشروط و المعايير المعمارية المحددة في دفتر الشروط النموذجي المرفق بملحق هذا القرار.

الشروط و المعايير التقنية و الصحية

المادة 5: يجب أن توظف المؤسسة الاستشفائية الخاصة مستخدمين طبيين و شبه طبيين دائمين في التخصص أو التخصصات المرخص لها بممارستها.
يجب أن يعلق جدول المستخدمين بشكل واضح في مدخل المؤسسة.

المادة 6: يجب أن توظف المؤسسة الاستشفائية الخاصة ذات الطابع الجراحي و طب النساء و التوليد على الأقل مختصاً في طب التخدير و الإنعاش و عونين طبيين في طب التخدير و الإنعاش، بدوام كامل.

المادة 7: يجب أن توظف المؤسسة الاستشفائية الخاصة التي تضمن نشاطات طب النساء و التوليد على الأقل قابلتين، بدوام كامل.

المادة 8: يجب أن يتم إعداد مقررات تعيين المستخدمين المذكورين في المواد 5 و 6 و 7 من طرف مديرية الصحة و السكان للولاية و إرسال نسخة منها إلى المصلحة المختصة لوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات.

يجب أن يتم إعلام المصلحة المختصة لوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات بأي تغيير للمستخدمين خلال الخمسة عشر (15) يوماً الموالية.

المادة 9: تمنع الممارسة في المؤسسات الإستشفائية الخاصة على كل مستخدم موظف في الهياكل العمومية للصحة .

المادة 10: يمكن للمؤسسة الاستشفائية الخاصة أن تبرم اتفاقيات مع ممارسين متخصصين يعملون للحساب الخاص في التخصصات التي تضمنها و التي منح لها ترخيص بشأنها .
يجب ألا يتجاوز عدد المتخصصين المرتبطين بالمؤسسة بموجب إتفاقيات و حسب كل تخصص عدد الممارسين المتخصصين الذين يعملون داخل المؤسسة.

غير أنه يمكن مراجعة هذا العدد بشكل تصاعدي في حالة تقديم خدمات خاصة و محدّدة للمرضى.

المادة 11: يجب إرسال مشاريع الإتفاقيات إلى مديرية الصحة و السكّان للولاية للتصديق عليها قبل تنفيذها من قبل المؤسسة.

يجب أن ترسل المؤسسة نسخ من هذه الإتفاقيات إلى المصلحة المختصة لوزارة الصحة و السكّان و إصلاح المستشفيات بعد التصديق عليها في أجل لا يتعدى خمسة عشر (15) يوما.

المادة 12: يجب أن تضمن المؤسسة الاستشفائية الخاصة مناوبة طبية.

يجب أن تعلق قائمة المناوبة عند مدخل المؤسسة و يجب أن تتضمن ألقاب الممارسين الطبيين و شبه الطبيين و أسمائهم.

يجب أن ترسل قائمة المناوبة الشهرية، عند بداية كل شهر، إلى مديرية الصحة و السكّان للولاية.

المادة 13: يجب أن تتزوّد المؤسسة الاستشفائية الخاصة بتجهيزات طبية جراحية تتوافق مع النشاطات المرخص لها بممارستها.

يتوقف اقتناء هذه التجهيزات على ترخيص من الوزير المكلف بالصحة.

المادة 14: يجب أن يتطابق حيازة و تسليم و استعمال الأدوية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة مع التشريع و التنظيم المعمول بهما.

المادة 15: يجب أن تتوفر المؤسسات الاستشفائية الخاصة على مخبر للتحاليل الطبية. يجب أن تتوافق هذه المخابر مع دفتر الشروط النموذجي المرفق بملحق هذا القرار.

يضمن المخبر خدماته حصريا للمرضى المقبولين داخل المؤسسة.

و يمكنه في حالة استعجالية أن يضمن هذه الخدمات للمرضى الخارجيين .

المادة 16: يجب أن تمسك المؤسسة الاستشفائية الخاصة سجلا مرقما و مؤشرا عليه من طرف المدير التقني قصد تسجيل كل المرضى الذين يتقدمون إلى المؤسسة مع الإشارة لاسيما، إلى الألقاب و الأسماء و تاريخ و مكان الازدياد و الجنس و العنوان و تاريخ قبولهم و كذا السبب.

المادة 17: يجب أن تمسك المؤسسة الاستشفائية الخاصة ذات الطابع الجراحي على مستوى قاعة العمليات الجراحية، سجلا يشير إلى تفاصيل كل عملية لاسيما، المعلومات المتعلقة بالمريض، بروتوكول التخدير والجراحة وكذا أسماء و ألقاب كل من الطبيب الذي قام بالعملية الجراحية و الطبيب المخدر و أعضاء الفريق الطبي و شبه الطبي.

المادة 18: يجب أن تتوفر المؤسسة الاستشفائية الخاصة على قاعة للأرشيف خاصة بالملفات الطبية والمستندات ذات الطابع الإداري.

يجب أن تحفظ هذه الأرشيفات في خزائن تغلق بالمفتاح.

أحكام مختلفة

المادة 19: دون المساس بأحكام المادة 12 من المرسوم التنفيذي رقم 07-321 المؤرخ في 22 أكتوبر سنة 2007 و المذكور أعلاه، يمكن لصاحب المشروع أن يطلب ترخيصا لتمديد آجال الإنجاز في حالة تأخر يحدث في الأشغال مع ذكر أسباب هذا التأخر وهذا ثلاثة (3) أشهر على الأقل قبل تاريخ انتهاء مدة نفاذ مقرر الإنجاز.

المادة 20: تستوجب كل توسعة في هيكل و /أو نشاط المؤسسة الاستشفائية الخاصة و كذا تحويل محلات هذه المؤسسة الحصول على ترخيص مسبق من المصالح المختصة لوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات على أساس ملف تقني يتضمن ما يأتي:

- المخططات المعمارية لإعادة التهيئة الواجب القيام بها في حالة التوسعة،
- البطاقة التقنية التي تحدّد طاقة إستيعاب الهيكل للمحلات والوسائل البشرية والمادية المتوقّعة للتوسعة،
- حصيلة نشاطات المؤسسة.

يجب أن يرفق هذا الملف بالرّأي المبرّر لمدير الولاية المكلف بالصحة المختصّ إقليمياً.

المادة 21: يجب أن يتم التبليغ عن كل توقف عن النشاط للمؤسسة الاستشفائية الخاصة إلى المصالح المختصة لوزارة الصحة و السكّان و إصلاح المستشفيات و إلى مديرية الولاية المكلفة بالصحة في أجل لا يتعدى خمسة عشر (15) يوماً و الذي يجب أن يكون موضوع مقرّر وزاري.

المادة 22: لا يمكن أن تكون المؤسسة الاستشفائية الخاصة محل إيجار.

أحكام نهائية

المادة 23: تلزم المؤسسات الاستشفائية الخاصة بإرسال حصيلة سنوية لنشاطاتها الطبية و/ أو الجراحية إلى المصالح المختصة لوزارة الصحة و السكّان و إصلاح المستشفيات عن طريق مديرية الولاية المكلفة بالصحة.

يجب أن يتم استلام الحصيلة في الثلاثي الذي يلي السنة المعنية .

المادة 24: يلزم كل طالب إنشاء مؤسسة استشفائية خاصّة بسحب نسختين من دفتر الشروط النموذجي المرفق بملحق هذا القرار من مديرية الصحة و السكّان للولاية المتواجد فيها مشروع.

يجب إيداع نسخة موقع عليها من طرف ممثل الشخص المعنوي على مستوى مديرية الصحة السكان للولاية وذلك عند إيداع ملف إنجاز مشروع.

المادة 25: كلّ مخالفة لأحكام هذا القرار تعرض مرتكبها للعقوبات المحددة في التشريع و التنظيم المعمول بهما.

المادة 26: تلغى كلّ الأحكام المخالفة لهذا القرار.

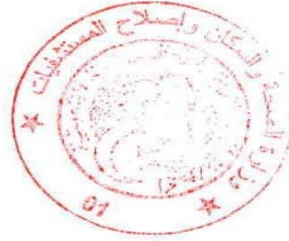
المادة 27: ينشر هذا القرار في النشرة الرسمية لوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات.

وزير الصحة و السكان
وإصلاح المستشفيات

عبد المالك بوضياف

وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

عبد المالك بوضياف



الملحق رقم (04): مخرجات برنامج SPSS V.26

RELIABILITY

```
/VARIABLES=q1 q2 q3 q4 q5 q6 q7 q8 q9 q10 q11 q12 q13 q14 q15 q16 q17 q18  
q19 q20 q21 q22 q23 q24  
q25 q26 q27 q28 q29 q30  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	399	99,8
	Exclue ^a	1	,3
	Total	400	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
0,806	30

FREQUENCIES VARIABLES=G A N P R QQ
/ORDER=ANALYSIS.

Fréquences

		Statistiques					
		الجنس	السن	المستوى التعليمي	الدخل الشهري	محل السكن داخل ولاية عناية	هل سبق لك وأن دخلت مؤسسة استشفائية خاصة داخل أو خارج الوطن
N	Valide	400	400	400	400	400	400
	Manquant	0	0	0	0	0	0

Table de fréquences

		الجنس			
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ذكر	272	68,0	68,0	68,0
	أنثى	128	32,0	32,0	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

		السن			
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	أقل من 19 سنة	33	8,3	8,3	8,3
	من 19 إلى 40 سنة	91	22,8	22,8	31,0
	من 41 إلى 62 سنة	181	45,3	45,3	76,3
	أكبر من 62 سنة	95	23,8	23,8	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

المستوى التعليمي

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير متمدرس	31	7,8	7,8	7,8
	تكوين مهني	67	16,8	16,8	24,5
	غير جامعي	163	40,8	40,8	65,3
	جامعي	131	32,8	32,8	98,0
	دراسات ما بعد التدرج	8	2,0	2,0	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

الدخل الشهري

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	دون دخل	55	13,8	13,8	13,8
	دخل ضعيف	19	4,8	4,8	18,5
	دخل متوسط	169	42,3	42,3	60,8
	دخل حسن	141	35,3	35,3	96,0
	دخل جيد	16	4,0	4,0	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

محل السكن داخل ولاية عنابة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	نعم	329	82,3	82,3	82,3
	لا	71	17,8	17,8	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

هل سبق لك وأن دخلت مؤسسة استشفائية خاصة داخل أو خارج الوطن

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	نعم داخل الوطن	169	42,3	42,3	42,3
	نعم خارج الوطن	9	2,3	2,3	44,5
	نعم داخل وخارج الوطن	20	5,0	5,0	49,5
	لا لم أدخل إلى أي مؤسسة استشفائية خاصة	202	50,5	50,5	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

FREQUENCIES VARIABLES=q1 q2 q3 q4 q5 q6 q7 q8 q9 q10 q11 q12 q13 q14 q15
q16
q17 q18 q19 q20 q21
q22 q23 q24 q25 q26 q27 q28 q29 q30
/STATISTICS=STDDEV MEAN SUM

تحتفظ المصحة بسجلات دقيقة وموثقة عن المرضى

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي	16	4,0	4,0	4,0
	محايد	59	14,8	14,8	18,8
	راضي	262	65,5	65,5	84,3
	راضي بشدة	63	15,8	15,8	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

/ORDER=ANALYSIS.

Fréquences

Table de fréquences

تلتزم المصحة بتقديم الخدمة في الوقت الملائم والمواعيد المحددة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي بشدة	4	1,0	1,0	1,0
	غير راضي	49	12,3	12,3	13,3
	محايد	104	26,0	26,0	39,3
	راضي	220	55,0	55,0	94,3
	راضي بشدة	23	5,8	5,8	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

تتميز خدمات المصحة بالدقة والمهارة العالية

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي	24	6,0	6,0	6,0
	محايد	95	23,8	23,8	29,8
	راضي	240	60,0	60,0	89,8
	راضي بشدة	41	10,3	10,3	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

تتوفر بالمصحة جميع التخصصات الطبية المطلوبة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي بشدة	10	2,5	2,5	2,5
	غير راضي	64	16,0	16,0	18,5
	محايد	67	16,8	16,8	35,3
	راضي	188	47,0	47,0	82,3
	راضي بشدة	71	17,8	17,8	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

تشكل الإجراءات المعتمدة في المصحة للوقاية من فيروس كورونا المستجد محل ثقة وارتياح

مظهر وهندام الطاقم العامل بالمصحة يتوافق وطبيعة الخدمة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي بشدة	1	,3	,3	,3
	غير راضي	21	5,3	5,3	5,5
	محايد	34	8,5	8,5	14,0
	راضي	242	60,5	60,5	74,5
	راضي بشدة	102	25,5	25,5	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي	16	4,0	4,0	4,0
	محايد	35	8,8	8,8	12,8
	راضي	249	62,3	62,3	75,0
	راضي بشدة	100	25,0	25,0	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

تتميز المصحة ببيئة نظيفة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي بشدة	1	,3	,3	,3
	غير راضي	36	9,0	9,0	9,3
	محايد	74	18,5	18,5	27,8
	راضي	224	56,0	56,0	83,8
	راضي بشدة	65	16,3	16,3	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

تتواجد المصحة في موقع جغرافي ملائم و من السهل الوصول اليه

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي بشدة	9	2,3	2,3	2,3
	غير راضي	37	9,3	9,3	11,5
	محايد	58	14,5	14,5	26,0
	راضي	240	60,0	60,0	86,0
	راضي بشدة	56	14,0	14,0	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

-تستخدم المصحة تقنيات وأجهزة طبية حديثة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي بشدة	2	,5	,5	,5
	غير راضي	52	13,0	13,0	13,5
	محايد	103	25,8	25,8	39,3
	راضي	204	51,0	51,0	90,3
	راضي بشدة	39	9,8	9,8	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

طبيعة مرافق المصحة (صالات المرضى، قاعات الانتظار، مكاتب الأطباء (جذابة ومريحة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي بشدة	25	6,3	6,3	6,3
	غير راضي	95	23,8	23,8	30,0
	محايد	114	28,5	28,5	58,5
	راضي	147	36,8	36,8	95,3
	راضي بشدة	19	4,8	4,8	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

يلتزم الطاقم العامل بالمصحة بوسائل الحماية من فيروس كورونا المستجد في هندايم وأدواتهم المستخدمة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي	16	4,0	4,0	4,0
	محايد	49	12,3	12,3	16,3
	راضي	250	62,5	62,5	78,8
	راضي بشدة	85	21,3	21,3	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

تتميز المصحة بتهوية عالية في مختلف مرافقها

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
--	--	-----------	-------------	--------------------	--------------------

يبلغ المريض بطريقة تقديم الخدمة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي	24	6,0	6,0	6,0
	محايد	71	17,8	17,8	23,8
	راضي	256	64,0	64,0	87,8
	راضي بشدة	49	12,3	12,3	100,0
	Total	400	100,0	100,0	
Valide	غير راضي بشدة	10	2,5	2,5	2,5
	غير راضي	80	20,0	20,0	22,5
	محايد	107	26,8	26,8	49,3
	راضي	170	42,5	42,5	91,8
	راضي بشدة	33	8,3	8,3	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

-تستجيب المصحة لشكاوى وطلبات المرضى

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي	15	3,8	3,8	3,8
	محايد	56	14,0	14,0	17,8
	راضي	259	64,8	64,8	82,5
	راضي بشدة	70	17,5	17,5	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

يحرص الطاقم العامل بالمصحة على تقديم المساعدة بشكل مستمر

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي	10	2,5	2,5	2,5
	محايد	36	9,0	9,0	11,5
	راضي	301	75,3	75,3	86,8
	راضي بشدة	53	13,3	13,3	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

-تستمع إدارة المصحة لآراء المرضى حول الخدمات المقدمة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي بشدة	16	4,0	4,0	4,0
	غير راضي	147	36,8	36,8	40,8
	محايد	114	28,5	28,5	69,3
	راضي	106	26,5	26,5	95,8

يتميز الطاقم العامل بالمصحة بالتدخل السريع

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي بشدة	1	,3	,3	,3
	غير راضي	14	3,5	3,5	3,8
	محايد	42	10,5	10,5	14,2
	راضي	256	64,0	64,0	78,3
	راضي بشدة	87	21,8	21,8	100,0
	Total	400	100,0	100,0	
	راضي بشدة	17	4,3	4,3	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

تعمل مختلف مصالح المصحة وعلى مدار الساعة في ظل انتشار جائحة كورونا المستجد

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي بشدة	2	,5	,5	,5
	غير راضي	26	6,5	6,5	7,0
	محايد	70	17,5	17,5	24,6
	راضي	252	63,0	63,2	87,7
	راضي بشدة	49	12,3	12,3	100,0
	Total	399	99,8	100,0	
Manquant	Systeme	1	,3		
	Total	400	100,0		

يتمتع الطاقم العامل بالمصحة باللباقة وحسن الاستماع عند التعامل مع المريض

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي بشدة	2	,5	,5	,5
	غير راضي	30	7,5	7,5	8,0
	محايد	65	16,3	16,3	24,3
	راضي	217	54,3	54,3	78,5
	راضي بشدة	86	21,5	21,5	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

تحافظ المصحة على سرية المعلومات والبيانات المتعلقة بالمريض

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي بشدة	2	,5	,5	,5
	غير راضي	17	4,3	4,3	4,8
	محايد	151	37,8	37,8	42,5
	راضي	169	42,3	42,3	84,8

تتميز المصحة بطاقم طبي وتمريضي محترف ذو مهارة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	محايد	31	7,8	7,8	7,8
	راضي	296	74,0	74,0	81,8
	راضي بشدة	73	18,3	18,3	100,0
	Total	400	100,0	100,0	
	راضي بشدة	61	15,3	15,3	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

يظهر العاملون بالمصحة اهتماما متواصلا بالمرضى

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي بشدة	1	,3	,3	,3
	غير راضي	102	25,5	25,5	25,8
	محايد	102	25,5	25,5	51,2
	راضي	172	43,0	43,0	94,3
	راضي بشدة	23	5,8	5,8	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

يقدم الطاقم العامل بالمصحة نصائح وإجابات حول الوقاية من فيروس كورونا المستجد بالمستشفى

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي	12	3,0	3,0	3,0
	محايد	60	15,0	15,0	18,0
	راضي	272	68,0	68,0	86,0
	راضي بشدة	56	14,0	14,0	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

تتميز المصحة بخبرة أفراد طاقمها الطبي

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي	17	4,3	4,3	4,3
	محايد	89	22,3	22,3	26,5
	راضي	235	58,8	58,8	85,3
	راضي بشدة	59	14,8	14,8	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

أجد عناية واهتمام من الطاقم العامل بالمصحة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي	47	11,8	11,8	11,8
	محايد	101	25,3	25,3	37,0
	راضي	181	45,3	45,3	82,3
	راضي بشدة	71	17,8	17,8	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

يراعي الطاقم الطبي بالمصحة المستوى المعرفي للمريض أثناء تعامله معه) لغته، لهجته، ثقافته)

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي	23	5,8	5,8	5,8
	محايد	47	11,8	11,8	17,5
	راضي	244	61,0	61,0	78,5
	راضي بشدة	86	21,5	21,5	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

يحترم العاملون بالمصحة العادات والتقاليد السائدة في المجتمع عند تقديم الخدمة الصحية

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي	33	8,3	8,3	8,3
	محايد	49	12,3	12,3	20,5
	راضي	230	57,5	57,5	78,0
	راضي بشدة	88	22,0	22,0	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

يسود المصحة الاحترام و روابط الصداقة والأخوة ما بين العاملين والمرضى

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي	15	3,8	3,8	3,8
	محايد	58	14,5	14,5	18,3
	راضي	275	68,8	68,8	87,0
	راضي بشدة	52	13,0	13,0	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

بصفي العاملون بالمصحة لتخوفات وتساؤلات المريض حول فيروس كورونا المستجد

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير راضي بشدة	2	,5	,5	,5
	غير راضي	13	3,3	3,3	3,8
	محايد	55	13,8	13,8	17,5
	راضي	236	59,0	59,0	76,5
	راضي بشدة	94	23,5	23,5	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

T-TEST

/TESTVAL=3
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=q1 q2 q3 q4 q5
/CRITERIA=CI (.95) .

بعد الاعتمادية

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 3

	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
تلتزم المصحة بتقديم الخدمة في الوقت الملائم والمواعيد المحددة	12,756	399	,000	,523	,44	,60
تتميز خدمات المصحة بالدقة والمهارة العالية	20,737	399	,000	,745	,67	,82
تتوفر بالمصحة جميع التخصصات الطبية المطلوبة	11,922	399	,000	,615	,51	,72
-تحتفظ المصحة بسجلات دقيقة وموثقة عن المرضى	27,387	399	,000	,930	,86	1,00
تشكل الإجراءات المعتمدة في المصحة للوقاية من فيروس كورونا المستجد محل ثقة وارتياح	30,868	399	,000	1,082	1,01	1,15

T-TEST

/TESTVAL=3
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=q6 q7 q8 q9 q10 q11 q12
/CRITERIA=CI (.95) .

بعد الملموسية

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 3

	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
تتميز المصحة ببيئة نظيفة	19,054	399	,000	,790	,71	,87
تتواجد المصحة في موقع جغرافي ملائم و من السهل الوصول اليه	16,674	399	,000	,743	,65	,83
مظهر وهندام الطاقم العامل بالمصحة يتوافق وطبيعة الخدمة	27,999	399	,000	1,058	,98	1,13
-تستخدم المصحة تقنيات وأجهزة طبية حديثة	13,202	399	,000	,565	,48	,65
طبيعة مرافق المصحة (صالات المرضى، قاعات الانتظار، مكاتب الأطباء (جذابة ومريحة	1,963	399	,050	,100	,00	,20
-يلتزم الطاقم العامل بالمصحة بوسائل الحماية من فيروس كورونا المستجد في هندايم وأدواتهم المستخدمة	28,678	399	,000	1,010	,94	1,08
تتميز المصحة بتهوية عالية في مختلف مرافقها	7,007	399	,000	,340	,24	,44

T-TEST

/TESTVAL=3
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=q13 q14 q15 q16 q17 q18 q19
/CRITERIA=CI (.95) .

بعد الاستجابة

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 3

	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
-تستجيب المصحة لشكاوى وطلبات المرضى	28,170	399	,000	,960	,89	1,03
يبلغ المريض بطريقة تقديم الخدمة	23,090	399	,000	,825	,75	,90
يحرص الطاقم العامل بالمصحة على تقديم المساعدة بشكل مستمر	34,913	399	,000	,993	,94	1,05
-تستمع إدارة المصحة لأراء المرضى حول الخدمات المقدمة	-1,995	399	,047	-,098	-,19	,00
تعمل مختلف مصالح المصحة وعلى مدار الساعة في ظل انتشار جائحة كورونا المستجد	21,290	398	,000	,802	,73	,88
يبلغ المريض بالوقت المحددة للخدمة	23,839	399	,000	,945	,87	1,02
يتميز الطاقم العامل بالمصحة بالتدخل السريع	29,724	399	,000	1,035	,97	1,10

T-TEST

/TESTVAL=3
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=q20 q21 q22 q23 q24 q25
/CRITERIA=CI (.95) .

بعد الأمان

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 3

	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
-يتمتع الطاقم العامل بالمصحة باللباقة وحسن الاستماع عند التعامل مع المريض	21,041	399	,000	,888	,80	,97
تحافظ المصحة على سرية المعلومات والبيانات المتعلقة بالمريض	16,862	399	,000	,675	,60	,75
تتميز المصحة بطاقم طبي وتمريضي محترف ذو مهارة	44,235	399	,000	1,105	1,06	1,15
يظهر العاملون بالمصحة اهتماما متواصلا بالمرضى	6,198	399	,000	,285	,19	,38
يقدم الطاقم العامل بالمصحة نصائح وإجابات حول الوقاية من فيروس كورونا المستجد بالمستشفى	29,187	399	,000	,930	,87	,99
تتميز المصحة بخبرة أفراد طاقمها الطبي	23,395	399	,000	,840	,77	,91

T-TEST

/TESTVAL=3

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=q26 q27 q28 q29 q30

/CRITERIA=CI (.95) .

بعد التعاطف

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 3

	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
أجد عناية واهتمام من الطاقم العامل بالمصحة	15,372	399	,000	,690	,60	,78
يراعي الطاقم الطبي بالمصحة المستوى المعرفي للمريض أثناء تعامله معه لغته، لهجته، ثقافته)	26,174	399	,000	,982	,91	1,06
-يحترم العاملون بالمصحة العادات والتقاليد السائدة في المجتمع عند تقديم الخدمة الصحية	22,791	399	,000	,933	,85	1,01
يسود المصحة الاحترام و روابط الصداقة والأخوة ما بين العاملين والمرضى	28,152	399	,000	,910	,85	,97
يصغي العاملون بالمصحة لتخوفات وتساؤلات المريض حول فيروس كورونا المستجد	27,476	399	,000	1,018	,94	1,09

GET

FILE='C:\Users\ECT\Documents\المتغيرات الشخصية لجميع أفراد العينة

.sav'. الخاصة بالمصحات المدروسة

DATASET NAME Jeu_de_données1 WINDOW=FRONT.

T-TEST GROUPS=G(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=q1 q2 q3 q4 q5 q6 q7 q8 q9 q10 q11 q12 q13 q14 q15 q16 q17 q18
q19 q20 q21 q22 q23 q24

q25 q26 q27 q28 q29 q30

/CRITERIA=CI(.95).

نوع الجنس

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes					
		F	Sig.	t	ddl	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
								Inférieur	Supérieur
جودة الخدمة	Hypothèse de variances égales	2.433	0.421	1.151	398	,185	,087	-,357	,013
	Hypothèse de variances inégales			1.101	267.882	,162	,086	-,354	,016

ONEWAY q1 q2 q3 q4 q5 q6 q7 q8 q9 q10 q11 q12 q13 q14 q15 q16 q17 q18 q19

q20 q21 q22 q23 q24 q25

q26 q27 q28 q29 q30 BY A

/MISSING ANALYSIS.

السن

Unidirectionnel

ANOVA

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergruppes	3.215	3	1.072	1.786	0.358
Intragruppes	245.509	396	0.62		
Total	248.724	399			

ONEWAY q1 q2 q3 q4 q5 q6 q7 q8 q9 q10 q11 q12 q13 q14 q15 q16 q17 q18 q19
 q20 q21 q22 q23 q24 q25
 q26 q27 q28 q29 q30 BY N
 /MISSING ANALYSIS.

المستوى التعليمي

Unidirectionnel

ANOVA

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergruppes	2.717	4	0.654	1.046	0.468
Intragruppes	246.121	395	0.623		
Total	248.838	399			

ONEWAY q1 q2 q3 q4 q5 q6 q7 q8 q9 q10 q11 q12 q13 q14 q15 q16 q17 q18 q19
 q20 q21 q22 q23 q24 q25
 q26 q27 q28 q29 q30 BY P
 /MISSING ANALYSIS.

الدخل الشهري

Unidirectionnel

ANOVA

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergruppes	7.388	4	1.236	1.960	0.305
Intragruppes	243.885	395	0.617		
Total	251.273	399			

```

T-TEST GROUPS=R(1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=q1 q2 q3 q4 q5 q6 q7 q8 q9 q10 q11 q12 q13 q14 q15 q16 q17 q18
q19 q20 q21 q22 q23 q24
q25 q26 q27 q28 q29 q30
/CRITERIA=CI (.95) .

```

محل السكن

Test T

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes					
		F	Sig.	t	ddl	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
								Inférieur	Supérieur
جودة الخدمة الصحية	Hypothèse de variances égales	2.433	0.436	0.922	398	,002	,107	-,209	,213
	Hypothèse de variances inégales			0.807	102.849	,002	,108	-,212	,216

ONEWAY q1 q2 q3 q4 q5 q6 q7 q8 q9 q10 q11 q12 q13 q14 q15 q16 q17 q18 q19
q20 q21 q22 q23 q24 q25
q26 q27 q28 q29 q30 BY QQ
/MISSING ANALYSIS.

دخول سابق إلى مؤسسة
استشفائية خاصة

ANOVA

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	4.600	3	1.531	2.596	0.168
Intragroupes	244.127	396	1.616		
Total	248.726	399			

الملحق رقم (05): مخرجات برنامج MINITAB V.16

95% Lower						
Variable	N	Mean	SE Mean	Bound	Z	P
A1	400	3.7790	0.0257	3.7365	30.25	0.000
A2	400	3.6578	0.0238	3.6184	27.59	0.000
A3	400	3.7797	0.0226	3.7424	34.50	0.000
A4	400	3.7873	0.0191	3.7558	41.21	0.000
A5	400	3.9065	0.0230	3.8686	39.48	0.000
AA	400	3.7819	0.0147	3.7578	53.35	0.000

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
IV	شكر وتقدير.....
VII	إهداء.....
VII	الملخص.....
VII	قائمة المحتويات.....
XV	قائمة الجداول.....
XVIII	قائمة الأشكال.....
ب-ح	المقدمة العامة.....
الفصل الأول: الأدبيات النظرية لجودة الخدمة الصحية	
02	تمهيد.....
03	المبحث الأول: النظام الصحي والمؤسسات الاستشفائية بالجزائر.....
03	المطلب الأول: النظام الصحي.....
03	الفرع الأول: تعريف النظام الصحي ومكوناته الأساسية.....
03	أولاً: تعريف النظام الصحي.....
04	ثانياً: مكونات النظام الصحي.....
06	الفرع الثاني: المنظومة الصحية الجزائرية.....
06	أولاً: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر.....
08	ثانياً: التنظيم العام للنظام الصحي الجزائري.....
10	المطلب الثاني: المؤسسات الاستشفائية.....
10	أولاً: تعريف المؤسسة الاستشفائية وتطورها.....
12	ثانياً: تصنيف المؤسسة الاستشفائية ووظائفها.....
15	المطلب الثالث: المؤسسات الاستشفائية الخاصة بالجزائر.....

15	أولاً: تعريف المؤسسات الاستشفائية الخاصة الجزائرية.....
16	ثانياً: شروط ومعايير فتح المؤسسات الاستشفائية الخاصة بالجزائر.....
18	المبحث الثاني: جودة الخدمة الصحية ورضا الزبون.....
18	المطلب الأول: الخدمة الصحية.....
19	أولاً: تعريف الخدمات الصحية وخصائصها.....
22	ثانياً: أسس وأنواع الخدمات الصحية.....
26	المطلب الثاني: جودة الخدمة الصحية.....
27	الفرع الأول: تعريف الجودة ومراحل تطورها.....
27	أولاً: تعريف الجودة.....
28	ثانياً: مراحل تطور الجودة.....
31	الفرع الثاني: مفهوم جودة الخدمة الصحية.....
31	أولاً: تعريف جودة الخدمة الصحية.....
32	ثانياً: أشكال جودة الخدمة الصحية.....
33	ثالثاً: أهمية وأهداف جودة الخدمة الصحية.....
34	المطلب الثالث: رضا الزبون عن جودة الخدمة الصحية.....
35	أولاً: تعريف رضا الزبون وأهميته.....
38	ثانياً: خصائص رضا الزبون.....
40	ثالثاً: العلاقة بين جودة الخدمة الصحية ورضا الزبون.....
44	المبحث الثالث: أبعاد وأساليب قياس جودة الخدمة الصحية وآليات تحسينها..
44	المطلب الأول: أبعاد جودة الخدمة الصحية.....
44	أولاً: تقديم الأبعاد المختلفة لجودة الخدمة الصحية.....
46	ثانياً: تقديم الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية.....
49	المطلب الثاني: أساليب قياس جودة الخدمة الصحية.....

49	أولاً: الطريقة التقليدية والطريقة الحديثة.....
50	ثانياً: القياس من منظور الزبون (المريض).....
55	ثالثاً: نماذج قياس الجودة الموضوعية للخدمة.....
56	المطلب الثالث: آليات تحسين جودة الخدمة الصحية.....
56	أولاً: إدارة الجودة الشاملة.....
58	ثانياً: استراتيجية Six Sigma.....
59	ثالثاً: تسويق الخدمات الصحية.....
62	رابعاً: نماذج أخرى لتحسين جودة الخدمة الصحية.....
65	خلاصة الفصل.....
الفصل الثاني: الأدبيات التطبيقية لجودة الخدمة الصحية	
67	تمهيد.....
68	المبحث الأول: عرض الدراسات السابقة.....
68	المطلب الأول: الدراسات المحلية.....
76	المطلب الثاني: الدراسات العربية.....
83	المطلب الثالث: الدراسات الأجنبية.....
91	المبحث الثاني: مراجعة الدراسات السابقة.....
91	المطلب الأول: أوجه الاتفاق والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة.....
93	المطلب الثاني: جوانب الاستفادة من الدراسات السابقة والفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية.....
96	خلاصة الفصل.....
الفصل الثالث: الطريقة والأدوات	
98	تمهيد.....
99	المبحث الأول: طريقة الدراسة.....

99	المطلب الأول: منهج الدراسة ومجالاتها.....
99	أولاً: المنهج المعتمد في الدراسة.....
100	ثانياً: مجالات الدراسة ومتغيراتها.....
101	المطلب الثاني: مجتمع وعينة الدراسة.....
101	أولاً: مجتمع الدراسة.....
103	ثانياً: عينة الدراسة.....
105	المبحث الثاني: الأدوات المستعملة في الدراسة.....
105	المطلب الأول: أدوات جمع البيانات.....
105	أولاً: الملاحظة العلمية.....
105	ثانياً: استمارة الاستبيان.....
107	المطلب الثاني: صدق أداة الدراسة وتبائها.....
110	المطلب الثالث: الأساليب والبرامج الإحصائية المستخدمة في الدراسة.....
110	أولاً: الأساليب الإحصائية.....
112	ثانياً: الطريقة المستخدمة للقياس.....
114	خلاصة الفصل.....
	الفصل الرابع: النتائج ومناقشتها
116	تمهيد.....
117	المبحث الأول: عرض نتائج الدراسة.....
117	المطلب الأول: الخصائص الديمغرافية والشخصية لأفراد العينة.....
122	المطلب الثاني: عرض بيانات الاستبيان.....
123	أولاً: عرض بيانات الاستبيان المتعلقة ببعد الاعتمادية.....
125	ثانياً: : عرض بيانات الاستبيان المتعلقة ببعد الملموسية.....
127	ثالثاً: عرض بيانات الاستبيان المتعلقة ببعد الاستجابة.....
129	رابعاً: عرض بيانات الاستبيان المتعلقة ببعد الأمان.....
131	خامساً: عرض بيانات الاستبيان المتعلقة ببعد التعاطف.....

132	سادسا: عرض وتحليل بيانات الاستبيان المتعلقة بالأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية.....
133	المطلب الثالث: اختبار الفرضيات.....
133	الفرع الأول: اختبار الفرضية الرئيسية الأولى.....
133	أولا: بالنسبة لرضى المرضى عن كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية...
137	ثانيا: بالنسبة لرضى المرضى عن المجموع الكلي لأبعاد جودة الخدمة الصحية.....
138	الفرع الثاني: اختبار الفرضية الرئيسية الثانية.....
157	المبحث الثاني: مناقشة نتائج الدراسة.....
157	المطلب الأول: مناقشة النتائج المتعلقة بالخصائص الديمغرافية والشخصية واتجاهات أفراد العينة نحو أبعاد جودة الخدمة الصحية.....
157	أولا: البيانات الديمغرافية والشخصية للعينة المدروسة.....
160	ثانيا: مناقشة نتائج إجابات أفراد عينة الدراسة حول أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم.....
165	المطلب الثاني: مناقشة نتائج اختبار فرضيات الدراسة.....
165	أولا: الفرضية الرئيسية الأولى.....
167	ثانيا: الفرضية الرئيسية.....
170	خلاصة الفصل.....
171	الخاتمة العامة.....
176	قائمة المراجع.....
192	الملاحق.....
225	فهرس المحتويات.....