

قياس مؤشرات جودة الخدمات الصحية من منظور المرضى

دراسة استطلاعية لعينة من مرضى المستشفى الجامعي بمدينة باتنة – الجزائر

أ.الطيب جمعة
جامعة الحاج لخضر - باتنة-
salitayeb35@yahoo.fr

ملخص

جودة الخدمات الصحية على مستوى أداء الخدمة المقدمة. وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين مؤشرات جودة الخدمة الصحية ومستوى أدائها، وتختلف قوة هذه العلاقة من مؤشر إلى آخر، كما تم تحديد الأهمية النسبية لكل مؤشر ولأداة الدراسة ككل. وأظهرت النتائج أيضا عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في متوسطات تقديرات أفراد العينة باختلاف العوامل الديموغرافية. وتخلص الدراسة إلى بعض الاقتراحات التي من شأنها رفع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى.

الكلمات المفتاحية: خدمات صحية، مؤشرات الجودة، المرضى، المستشفيات.

رموز JEL: I11, I1, I12, C12, M54.

Résumé:

Mesure les signes qualitatifs des services sanitaires par rapport à les malades

Cette étude a pour objectif de faire reconnaître les réalités de la qualité des services sanitaires au niveau des hôpitaux Algériens, et ce, notamment celle des service rendus

D'abord, ces études ont nettement démontré qu'il n'existe en aucun cas des différences statistiques importantes dans les estimations des membres participants choisis en dépit de leur (âge, sexe, niveau intellectuel) concernant la qualité des services au niveau de l'application. et comme le prouvent également les signes qualitatifs, qu'il existe une nette relation positive entre ces derniers dont le degré de différence varie légèrement d'un signe à un autre.

Pendant, cette étude propose enfin quelques suggestions qui seraient bénéfiques au bon fonctionnement et à l'amélioration positive de la qualité des services au niveau des hôpitaux.

Les mots clés: services sanitaire, les signes qualitatifs, les malades, les hôpitaux

Classification(JEL) : I11, I1, I12, C12, M54.

تمهيد:

إن الاهتمام بتحسين جودة الخدمة الصحية محدود جدا في بلادنا، حيث لا يزال الكثيرون يعتقدون أن هذا المفهوم غير ملائم للتطبيق في قطاع الخدمات، كون الخصائص المميزة لهذا القطاع تختلف عن الخصائص المميزة للقطاع الصناعي الذي يرتبط بهذا المفهوم. غير أن الواقع قد أثبت غير ذلك، إذ أصبح الاهتمام بجودة الخدمات تكافئ أو قد تفوق الاهتمام بالسلع في الكثير من بلدان العالم ولاسيما المتقدمة منها. وقد حظيت جودة الخدمة الصحية باهتمام أكبر عن غيرها من الخدمات نظرا لتعلق الأمر بصحة وحياة الإنسان، هذا ما جعلها ضرورة لازمة تزداد أهميتها بازدياد

قدرتها على إشباع الرغبات الكاملة للمرضى، سواء داخل المستشفى أو خارجه، وذلك عن طريق تلبية متطلباتهم واحتياجاتهم وتوقعاتهم المعلنة وغير المعلنة.

هذا يتطلب من مقدمي الخدمات التعرف على العوامل التي تؤثر على جودة ما يقدمونه وطرق معالجتها مما سيؤدي إلى تحسين الجودة ورفعها إلى المستوى المطلوب. وهذا لا يتأتى إلا من خلال التركيز على الجوانب المعتمدة في تقييمها والتي أوضحها المهتمين بهذا المجال عن طريق تحديد أبعاد جودة الخدمة الصحية، هذه الأبعاد التي تعد بمثابة مؤشرات لقياس مستوى جودة الخدمة الصحية. وبهدف تبيين الطرح السابق، ونظرا لمحدودية الدراسات التي تناولت هذا الموضوع في مستشفياتنا، جاءت هذه الدراسة كمساهمة لتقييم مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة بالمستشفى الجامعي لمدينة باتنة.

أولاً: الإطار العام للدراسة

1. مشكلة الدراسة : شهد قطاع الخدمات الصحية والرعاية الطبية بالجزائر تطورات كبيرة منذ العقدين الأخيرين من القرن الماضي، تزامن مع التغيرات والتطورات الاقتصادية والاجتماعية التي شهدها المجتمع الجزائري بشكل عام. وعلى الرغم من ضخامة ما تنفقه الدولة على الرعاية الصحية وما تبذله من جهود في سبيل رفع مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها القطاعات العامة، إلا أن الاستفادة من ذلك ما زال دون المستوى المطلوب، وبقي القطاع الصحي عرضة للعديد من المشاكل التي كان لها الأثر السلبي على تطور الخدمات الصحية، وتحسين جودة تقديمها للمواطن. وعليه تحاول هذه الدراسة الإجابة على السؤال الجوهرى التالي: كيف يمكن تحسين جودة الخدمة الصحية في المستشفى من خلال قياس مؤشرات الجودة وتقييمها من طرف المريض؟
تتفرع من هذه الإشكالية الأسئلة الفرعية التالية:

- ما هو واقع جودة الخدمات الصحية في المستشفى الجامعي باتنة ؟
- هل هناك علاقة بين مؤشرات جودة الخدمة الصحية (المتغير المستقل) وهي العناصر الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف ومستوى أداء الخدمات الصحية (المتغير التابع)، ومدى قوة تأثير هذه العلاقة في تحسين مستوى جودة الخدمة الصحية؟
- ما هي الأهمية النسبية لمؤشرات جودة الخدمة بالنسبة المرضى في تقييم مستوى أداء الخدمة الصحية المقدمة لهم ؟
- ما مدى تأثير العوامل الديموغرافية (المتغير الوسيط) وهي النوع، العمر، المستوى التعليمي على الأهمية النسبية المعطاة لمؤشرات جودة هذه الخدمات ؟

2. أهمية الدراسة:

ترجع أهمية هذه الدراسة إلى:

- أهمية المؤسسات الصحية بالنسبة للمجتمع، لما لها من تأثير على العنصر البشري، والذي يعتبر أساس التنمية الاقتصادية والمحرك الأساسي لعملية الإنتاج.

- تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في القطاع الحكومي، وبيان جوانب الخلل والضعف إضافة إلى تبيان الجوانب التي يمكن من خلالها تفعيل دور إدارة هذه المستشفيات، والسعي للوصول إلى مستوى خدمات صحية ممتازة.
- إن أهمية هذه الدراسة جاءت كونها من الدراسات القليلة التي تناولت هذا الموضوع في المستشفيات الحكومية.
- يعتبر هذا البحث مقدمة لمجهود آخر يرجى المساهمة من خلاله في تحسين مستوى جودة هذه الخدمات.

ثانياً: الدراسة النظرية

1. مفهوم جودة الخدمة الصحية : يعتبر مفهوم جودة الخدمة الصحية من المفاهيم الغامضة التي يصعب إيجاد تعريف لها وقياسها بدقة. فليس هناك اتفاق عام بين المهتمين بهذا الموضوع على تعريف معياري موحد ومقبول، حيث ينظر كل منهم إلى هذا المفهوم من زاوية معينة وبالتالي يتعامل معه ويركز فيه على نقاط قد يختلف فيها مع غيره¹. فجودة الخدمة الصحية من المنظور الطبي والمهني هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة ونوعيتها وطبيعة الخدمة الصحية المقدمة. أما من المنظور الإداري فيعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، أما من وجهة نظر المريض وهو الأهم فتعني جودة الخدمة الصحية طريقة الحصول عليها ونتيجتها النهائية². أما تعريف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية للجودة بأنها "درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة"³، ويتضح من هذا التعريف أن الجودة تحدد على أساس الالتزام بالمعايير المهنية، وتقاس بأثر رجعي باستخدام المعايير المحددة مسبقاً، وبهدف التحسين والتطوير المستمر.

2. أبعاد (مؤشرات) جودة الخدمة الصحية

1.2. بعد الاعتمادية : أوضح لوفلوك (Lovelock) بأن الاعتمادية تشير إلى قدرة مقدم الخدمة على الوفاء والالتزام بتقديم الخدمة باعتماد ودقة وثبات.⁴ وبين البكري بأن المعولية في الخدمة الصحية تعني القدرة على الأداء في إنجاز ما تم تحديده مسبقاً وبشكل دقيق ويمثل هذا البعد (32%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى. وأن من معايير التقييم لبعد الاعتمادية الآتي : دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى، المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية.⁵

2.2. بعد الاستجابة : يرى لوفلوك (Lovelock) بأن الاستجابة تعني قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم.⁶ وذكر البكري بان الاستجابة تعني المساعدة الحقيقية في تقديم الخدمة إلى المستفيد (المريض)، ويمثل هذا البعد (22%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى.⁷

3.2. بعد الضمان : أشار محمود والعلاق إلى أن هذا البعد هو العهد ويقصد به معلومات القائمين على تقديم الخدمة وكياستهم، وقدرتهم على استلهاث الثقة والائتمان.⁹ أما البكري فقد أطلق عليه تسمية التأكيد ويقصد بها السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة ويمثل هذا البعد (19%) كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى، ومن معايير تقييم جودة الخدمة الصحية بموجب هذا البعد الآتي: سمعة ومكانة المستشفى عالية، المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي، الصفات الشخصية للعاملين.⁹

4.2. التعاطف: يرى كل من باراسيرامان وآخرون (Parasuraman, et.al) بأن بعد التقمص العاطفي يشتمل على المتغيرات التالية: اهتمام العاملين في المستشفى بالمستفيدين اهتماما شخصيا، تفهم العاملين في المنظمة لحاجات المستفيدين، ملائمة ساعات عمل المنظمة لتتناسب جميع المستفيدين، حرص المنظمة على المصلحة العليا للمستفيدين.¹⁰ كما يرى البكري أن التعاطف يعني درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمستفيد، ويمثل هذا البعد (16%) كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى، ومن معايير التقييم لهذا البعد: الاهتمام الشخصي بالمريض، الإصغاء الكامل لشكوى المريض، تلبية حاجات المريض بروح من الود واللفظ.¹¹

5.2. بعد الملموسية : أشار زيتمال وبرايتر (Zeithmal & Britner) إلى أن الجوانب المتعلقة بلملموسية الخدمة هي المباني وتقانة المعلومات والاتصالات المستخدمة فيه، والتسهيلات الداخلية للأبنية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة، والمظهر الخارجي للعاملين، والترتيبات الداخلية للمنظمة الصحية، ومواقع الانتظار للمستفيد من الخدمة، وغير ذلك.¹² وأوضح البكري أن الملموسية تتمثل بالقدرات والتسهيلات المادية والتجهيزات والأفراد ومعدات الاتصال، ويمثل هذا البعد (11%) كأهمية نسبية قياسا بالأبعاد الأخرى، ومن معايير التقييم لهذا البعد : الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج، المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة، وأماكن الانتظار والاستقبال المناسبة.¹³ ومما سبق يتضح أن الدراسات أثبتت أنه على الرغم من النظر إلى الأبعاد الخمسة على أنها ضرورية إلا أن الوزن النسبي لها يختلف من زبون لآخر، ومن منظمة لأخرى. إلا أن بعد الاعتمادية يظل في جميع الأحوال في المرتبة الأولى كأهم عنصر أو بعد يعكس جودة الخدمة، بغض النظر عن طبيعة الخدمة.¹⁴

3. قياس جودة الخدمة:

رغم تعدد مداخل قياس وتقييم جودة الخدمات، إلا أن هناك اتفاقا عاما بين الباحثين في هذا المجال على أنه يوجد نموذجان رئيسيان لقياس جودة الخدمات ينسب أولهما إلى باراسيرامان وآخرون (Parasuraman et al) وهو الذي يستند على توقعات العملاء لمستوى الخدمة وإدراكاتهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل، ومن ثم تحديد الفجوة أو التطابق بين هذه التوقعات والإدراكات وذلك باستخدام الأبعاد الخمس المثلة لمظاهر جودة الخدمات والمشار إليها سابقا، وأطلق على هذا النموذج في قياس جودة الخدمات اسم مقياس الفجوة أو مقياس SERVQUAL.¹⁵ أما النموذج الثاني فقد توصل إليه كل من كرونا وتيلور (Cronin & Taylor) وأطلق عليه نموذج الأداء الفعلي للخدمة SERVPERF،

ويعتبر نموذجا معدلا من سابقه، ويركز على قياس الأداء الفعلي للخدمة المقدمة للعميل على اعتبار أن جودة الخدمة يتم التعبير عنها كنوع من الاتجاهات.¹⁶

فقد تم من خلال هذه الدراسة إجراء اختبار لأربعة نماذج لقياس جودة الخدمة:

♦ SERVQUAL جودة الخدمة = الأداء - التوقعات.

♦ weighted SERVQUAL جودة الخدمة = الأهمية (الأداء - التوقعات)

♦ SERVPERF جودة = الأداء

♦ weighted SERVPERF جودة الخدمة = الأهمية × الجودة

وقد خلص كرونا وتيلور إلى أن مقياس SERVPERF (الأداء فقط) أفضل المقاييس. حيث أن هذا المقياس يستبعد فكرة الفجوة من الأداء والتوقعات ويركز فقط على الأداء لقياس الجودة. لذا فإنه ينصح باستخدام هذا المقياس في العديد من المجالات نظرا لتميزه بالسهولة في التطبيق والبساطة في القياس. كما أنه يركز على قياس الأداء الفعلي للخدمة. وبناء على هذه التوصية تم تبني مقياس SERVPERF واستخدامه في عدد من مجالات الخدمة وفي بيئات مختلفة، من بينها هذه الدراسة.

ثالثا: الدراسة الميدانية

1. فرضيات الدراسة : استهدفت الدراسة تحليل ثلاث قضايا تتعلق بالموضوع متمثلة في :

1.1. القضية الأولى : تتمثل في اختبار مدى وجود علاقة بين مؤشرات جودة الخدمة الصحية ومستوى أداء هذه الخدمة التي تؤثر على رضا المريض، وفي حال وجود هذه العلاقة سنحاول معرفة مدى تأثير وقوة علاقة كل مؤشر على مستوى أداء الخدمة الصحية. ولتحقيق هذا الهدف سوف يتم اختبار خمسة فرضيات تتعلق بمؤشرات الجودة (الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف، الملموسية) كما يلي:

• الفرضية الأولى : وتدرس مدى وجود علاقة بين مستوى أداء الخدمة الصحية ومؤشر الاعتمادية، ثم معرفة مدى قوة تأثير هذه العلاقة إن وجدت، وذلك باختبار الفرضية العدمية التالية :

H_0 : " لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى أداء الخدمة الصحية ومؤشر الاعتمادية ".

• الفرضية الثانية : تختبر مدى وجود علاقة بين مستوى أداء الخدمة الصحية ومؤشر الاستجابة، ثم قوة تأثيرها. من الفرضية العدمية H_0 : "لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى أداء الخدمة الصحية ومؤشر الاستجابة"

• الفرضية الثالثة : تهتم بمعرفة مدى وجود علاقة بين مستوى أداء الخدمة الصحية ومؤشر الأمان، ثم قوة تأثيرها. من الفرضية العدمية H_0 : " لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى أداء الخدمة الصحية ومؤشر الأمان"

• الفرضية الرابعة : وتدرس مدى وجود علاقة بين مستوى أداء الخدمة الصحية ومؤشر التعاطف، ثم قوة تأثيرها. من الفرضية العدمية H_0 : "لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى أداء الخدمة الصحية ومؤشر التعاطف ".

• **الفرضية الخامسة** : تتعلق بمدى وجود علاقة بين مستوى أداء الخدمة الصحية ومؤشر الملموسية، ثم قوة تأثيرها. من الفرضية العدمية H_0 : " لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى أداء الخدمة الصحية ومؤشر العناصر الملموسة".

2.1. القضية الثانية : تحيط بالإجابة على السؤال التالي :

ما مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفى الجامعي باتنة ؟ ويتم ذلك بتحليل البيانات الخاصة بتقييم إجابات المرضى لمؤشرات جودة الخدمة الصحية. حيث تم استخراج المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية ودرجة التقدير لاستجابات أفراد العينة على كل مجال من مجالات أداة الدراسة وعلى الأداة ككل. ومن ثم ترتيب مؤشرات الأداة ككل حسب أهميتها، ثم ترتيب عبارات كل مؤشر من مؤشرات جودة الخدمة الصحية تنازليا حسب أهميتها (متوسطها الحسابي)، وبناء على ترتيب الأهمية النسبية لمؤشرات الجودة كما ورد في الجانب النظري، سيتم اختبار الفرضية العدمية التالية :

H_0 : " إن الأهمية النسبية لمؤشرات جودة الخدمات الصحية كما يلي : (1) الاعتمادية، (2) الاستجابة، (3) الأمان، (4) التعاطف و (5) الملموسية".

3.1. القضية الثالثة : وتتعلق بمدى اختلاف الأهمية النسبية لمؤشرات جودة الخدمة الصحية، من حيث تأثيرها على مستوى أداء الخدمة الصحية وذلك باختلاف المتغيرات المعدلة المتمثلة في النوع، العمر والمستوى التعليمي، من خلال اختبار الفرضية العدمية التالية :

H_0 : " لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمؤشرات جودة الخدمة الصحية من حيث تأثيرها على مستوى أداء الخدمة الصحية، وذلك باختلاف العوامل الديموغرافية".

2. **حدود العينة ومجتمع الدراسة** : يتكون مجتمع الدراسة من جميع المرضى المقيمين في المستشفى الجامعي بولاية باتنة. فقد بلغ عدد أسرة هذا الأخير 636 سرير موزعة على عدة مصالح طبية. ولصعوبة تحديد فترة الدراسة ولعدم استقرار عدد المرضى في المستشفى تم الاعتماد على المقيمين الحاليين بالمستشفى أي أن فترة الدراسة تحددت في شهرين أي فترة البحث وتوزيع الاستبيان، وقد تم توزيع 120 استبيان توزيعا مباشرا على المرضى، وذلك بعد الحصول على موافقة الجهات المختصة، وقد استثيت بعض المصالح كجراحة العيون والحروق نظرا لحالتهم الصحية. وبعد تفريغ مجموع الاستبيانات تم استبعاد 41 استبيان لعدم صلاحيتها بسبب نقص المعلومات الواردة فيها، أو لامتناع البعض الآخر عن الإجابة. وبذلك تمثل العينة ما نسبته 65.83% من إجمالي الاستمارات الموزعة.

3. **أداة الدراسة ووسائل جمع البيانات** : اعتمدت الباحثة في جمع البيانات والمعلومات على نوعين من المصادر هما :

1.3. **المصادر الثانوية الجاهزة** : وذلك بالرجوع إلى الكتب والدوريات والبحوث السابقة، العربية والأجنبية في الموضوع.

2.3. المصادر الأولية : تتمثل في تصميم وتطوير استبيان، وذلك استنادا على الأدب النظري في الموضوع بهدف الحصول على البيانات من أفراد مجتمع الدراسة. وقد تم توزيع هذا الاستبيان على متخصصين للتصحيح ليتم اعتماده بالشكل الأخير. ويتكون هذا الاستبيان من 16 عبارة تغطي أبعاد جودة الخدمة الصحية، وقد تم استنباط عبارات هذه المؤشرات الخمسة من مكونات كل مؤشر. وقد ارتبطت العبارات 16 بمقياس ثلاثي الأوزان، وقد أعطيت كل إجابة وزن بدءا من 3 درجات إلى درجة واحدة. حيث يعبر الرقم (3) على الإيجابية و(2) على الحيادية و(1) على السلبية.

4. المعالجة الإحصائية وتحليل وتفسير نتائج الدراسة الميدانية

1.4. الأساليب الإحصائية المستعملة :

- ◆ النسب المئوية والتكرارات لوصف أفراد مجتمع الدراسة.
- ◆ اختبار كاي² (مربع كاي) حيث تم توظيفه لاختبار فرضيات الدراسة في القضية الأولى لمعرفة مدى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى أداء الخدمة الصحية ومؤشراتها، لأن من بين استعمالات χ^2 اختبار الاستقلال والتجانس بين متغيرين أو ظاهرتين سواء كانت كمية أو وصفية. وذلك عند مستوى دلالة 5% بناء على قاعدة القبول أو الرفض لفرضية العدم، التي تقبل إذا كان الاحتمال المرفق بقيمة الإحصاء المحسوبة أكبر من العتبة أي : $\alpha = 0,05 > \text{Sig.} = \dots$.
- ◆ المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وذلك للحكم على استجابة العينة على متغيرات الدراسة. وقد تم توظيفهما إلى جانب درجة الموافقة لاختبار فرضيات الدراسة في القضية الثانية.
- ◆ معامل التوافق M وهو يستخدم في تفسير الظواهر الوصفية. تم توظيفه لاختبار فرضيات الدراسة في القضية الأولى ليبين مدى قوة العلاقة بين مستوى أداء الخدمة الصحية ومؤشراتها، إن ثبت وجود هذه العلاقة في الاختبار السابق.
- ◆ تحليل التباين الأحادي (فيشرF). لاختبار فرضيات الدراسة في القضية الثالثة لإثبات فيما إذا كانت تختلف استجابات أفراد عينة الدراسة على درجة جودة الخدمات الصحية في المستشفى باختلاف متغيرات النوع، العمر والمستوى التعليمي، عند مستوى دلالة 5% بناء على قاعدة القبول أو الرفض لفرضية العدم، بالاعتماد على قيمة الاحتمال المرفق بقيمة الإحصاء المحسوبة. ويهدف هذا التحليل إلى اختبار الفروق بين متوسطات عدة فئات أو مستويات.

2.4. وصف عينة الدراسة :

يتم وصف العينة عبر ثلاث خصائص من خلال عرض نتائج الدراسة، حيث وجد أن نسبة الإناث تمثل 57.7% حيث بلغ عددهم 46 وهذا يدل على أن النساء أكثر عرضة للأمراض من الرجال في مدينة باتنة. أما فيما يتعلق بالعمر فكان أكبر عدد من التكرارات في الفئة 36- 40 سنة حيث بلغت 27.84%. وفي المقابل كانت أقل نسبة لفئة أقل من 25 سنة بنسبة 7.44%. وبالنسبة للمستوى التعليمي فقد كان أغلب أفراد العينة من المستوى الثانوي حيث بلغت نسبتهم 36.7%. أما ذوي التعليم

الابتدائي أو المتوسط فمثلوا 29.11%، في حين نجد أن النسبة الباقية تتوزع بين المستوى الجامعي والأمين (جدول 1).

الجدول (1): وصف عينة الدراسة

النوع		العمر				المستوى التعليمي	
الفئة	التكرار	%	الفئة	التكرار	%	الفئة	التكرار
ذكر	33	42.3	أقل من 25 سنة	6	7.44	أمي	10
أنثى	46	57.7	30-26	13	16.45	ابتدائي أو متوسط	23
			35-31	9	11.39	ثانوي	29
			40-36	22	27.84		
			45-41	18	22.78		
			أكثر من 46	11	14.10	جامعي	17
المجموع	79	100	المجموع	79	100	المجموع	79

المصدر: من إعداد الباحثة على حسب نتائج الاستمارة.

3.4. التحليل الوصفي واختبار الفرضيات :

1.3.4. القضية الأولى:

تتعلق بمدى وجود علاقة بين مستوى أداء الخدمة الصحية ومؤشرات جودتها، ولدراسة هذه القضية يجب اختبار الفرضيات الخاصة بمؤشرات جودة الخدمة الصحية الخمسة (مؤشر الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف، العناصر الملموسة) والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول (2) : نتائج اختبار X^2 (مربع كاي) للعلاقة بين مستوى أداء الخدمة الصحية والمؤشرات الخمسة

الدالة	X^2_{cal} المحسوبة	التكرارات				العبارات
		المجموع	سلبية (1)	حيادية (2)	إيجابية (3)	
مؤشر الاعتمادية						
0.00	0.0026773	79	13	34	32	1- الثقة في خبرة وكفاءة الأطباء
		79	17	20	42	2- الحصول على الخدمة الصحية في جميع الأوقات
		79	25	38	16	3- إجراءات العلاج والتشخيص حسب الحالة الصحية
		237	55	92	90	المجموع
مؤشر الاستجابة						
0.00	4.3709E-30	79	15	30	34	4- مسارعة الممرضين لخدمة المريض
		79	8	40	31	5- عدم انتظار تلقي العلاج طويلا
		79	75	4	0	6- الاتصال بالمريض وتعريفه بالخدمات والإرشادات الصحية المقدمة في المستشفى
		237	98	74	65	المجموع

مؤشر الأمان						
0.00	4.6894E-06	79	11	39	29	7- الرعاية اللازمة لدى كل مراجعة طبية للمستشفى
		79	41	19	19	8- وجود معلومات حول الخدمات الطبية المقدمة في المستشفى
		79	36	19	24	9- سمعة المستشفى
		237	88	77	72	المجموع
مؤشر التعاطف						
0.00	3.5474E-20	79	36	27	16	10- إمكانية الاتصال والتحدث مع الأطباء والمرضى بسهولة
		79	14	40	25	11- كفاءة استقبال ومعاملة موظف الاستقبال المريض
		79	75	4	0	12- يتفهم العاملون في المستشفى مدى تقبل المريض الأسعار الحقيقية للخدمات الصحية
		237	125	71	41	المجموع
مؤشر الملموسية						
0.00	1.36469E-01	79	42	17	20	13- الاستفادة من الأجهزة الطبية المعقدة
		79	29	27	23	14- وضعية قاعة الانتظار (جيدة، ومريحة)
		79	19	22	38	15- موقع المستشفى
		79	51	3	25	16- مدى اطلاع المريض على البرامج والإعلانات الوقائية
		316	141	69	106	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة على حسب نتائج الاستمارة

لقد بينت نتائج الجدول (2) أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى أداء الخدمة الصحية والمؤشرات الخمسة لأن قيمة الاحتمال المرفق بالإحصاء المحسوبة اصغر من العتبة وبالتالي يتم رفض فرضية العدم. ولمعرفة مدى قوة علاقة هذه المؤشرات بمستوى أداء الخدمة الصحية نستعين بمعامل التوافق الذي وجدناه يساوي $M=0.2874$ بالنسبة لمؤشر الاعتمادية بأعلى تكرار حيادي وإيجابي (90،92) مما يعني أن مؤشر الاعتمادية يؤثر على مستوى أداء الخدمة الصحية تأثير مقبول جدا وبقوة 28.74%. أما معامل توافق مؤشر الاستجابة فهو $M=0.6143$ بأكبر تكرار سلبي (98)، أي أن قوة علاقة هذا الأخير بمستوى أداء الخدمة الصحية تبلغ 61.43% بأثر سلبي على رضا المريض. في حين بلغ معامل توافق مؤشر الأمان $M=0.3352$ وحيث أن جميع التكرارات متقاربة لحد ما (88، 77، 72)، فإن قوة العلاقة هذه لها تأثير مقبول لحد ما على رضا المريض. أما مؤشر التعاطف فقد كانت قوة علاقته $M=0.5386$ بأكبر تكرار سلبي (125)، مما يعني أن قوة العلاقة هذه لها تأثير سلبي يستوجب التصحيح. في حين بلغت قوة علاقة مؤشر العناصر الملموسة $M=0.39$ ، لكن تأثيره غير مقبول (سلبي) لأن أعلى تكرار كان للإجابات السلبية (141).

2.3.4. القضية الثانية:

تتعلق بتحديد مستوى جودة الخدمة الصحية، من خلال ترتيب مؤشرات الجودة حسب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، لاستجابات أفراد العينة على كل مؤشر من مؤشرات الدراسة وعلى الأداة ككل. وفقا للفرضية التالية:

H_0 : "إن ترتيب الأهمية النسبية لمؤشرات جودة الخدمات الصحية كما يلي: (1) الاعتمادية، (2) الاستجابة، (3) الأمان، (4) التعاطف، (5) الملموسية".

1. 2.3.4. ترتيب استجابات أفراد العينة على مؤشرات الدراسة ككل :

جدول (3) : متوسطات وانحرافات مؤشرات الدراسة مرتبة تنازليا

مؤشرات الدراسة	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
الاعتمادية	1	2.16	0.76	متوسطة
الاستجابة	5	1.86	0.79	متوسطة
الأمان	3	1.93	0.81	متوسطة
التعاطف	2	2.04	0.85	متوسطة
الملموسية	4	1.88	0.87	متوسطة

المصدر: من إعداد الباحثة على حسب نتائج الاستمارة

إن مؤشرات الدراسة كانت على درجة من الأهمية حيث كان متوسطها الحسابي أعلى من (1.66)، إلا أنها لم تحتفظ بالترتيب الذي ورد في الفرضية مما يستوجب رفض الفرضية العدمية. باستثناء مؤشر الاعتمادية الذي حافظ على المرتبة الأولى بدرجة موافقة متوسطة (2.16)، يليه مباشرة مؤشر التعاطف الذي احتل المرتبة الثانية وهذا راجع إلى طبيعة وخصوصية هذه الخدمة التي تحتاج هذا المؤشر أثناء التعامل. يليه مؤشر الأمان الذي احتفظ بترتيبه (3)، يليه في الأهمية مؤشر العناصر الملموسة قبل مؤشر الاستجابة، وهذا ما يوضح نقص فعالية هذا الأخير في تحسين مستوى أداء الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى الجامعي بمدينة باتنة. (الجدول 3)

2. 2.3.4. ترتيب استجابات أفراد العينة على كل مؤشر من مؤشرات الدراسة
المؤشر الأول (الاعتمادية):

جدول (4) : متوسطات وانحرافات استجابات أفراد العينة على عبارات مؤشر الاعتمادية مرتبة تنازليا

رقم العبارة	العبارة	ايجابية (3)	%	محايدة (2)	%	سلبية (1)	%	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
2	الحصول على الخدمة الصحية في جميع الأوقات	42	53.16	20	25.32	17	21.52	1	2.35	0.804	متوسطة
1	الثقة في خبرة وكفاءة الأطباء	32	40.51	34	43.04	13	16.45	2	2.24	0.715	متوسطة
3	إجراءات العلاج والتشخيص حسب الحالة الصحية	16	20.25	38	48.10	25	31.65	3	1.886	0.711	متوسطة
	الأداة ككل							-	2.158	0.76	متوسطة

المصدر: من إعداد الباحثة على حسب نتائج الاستمارة

إن عبارات مؤشر الاعتمادية متوسطة الأهمية حيث كان متوسطها الحسابي (2.16) أعلى من (1.66) باعتبار أن المقياس ثلاثي الأبعاد، وهذا يبين مدى أهمية هذا المؤشر في تقييم أداء الخدمة الصحية المقدمة. وتشير نتائج الدراسة إلى أن الحصول على الخدمة الصحية في جميع الأوقات احتلت المرتبة الأولى بدرجة تقدير متوسط (2.35). وقد كان اتجاه إجابات أفراد العينة عليها يميل للمستوى

الإيجابي حيث بلغ عدد الأفراد الذين أجابوا بذلك (42) بنسبة (53.16). وهذا يبين مدى تركيز الإدارة على إرضاء المريض، وذلك من خلال تقديم الخدمة لهم في جميع الأوقات. يليها الثقة في خبرة وكفاءة الأطباء التي كانت مرضية لحد ما للمرضى، مما يبين مدى الجهد الذي يبذله الكادر الطبي في كسب ثقة وولاء المرضى. بعدها إجراءات العلاج والتشخيص حسب الحالة الصحية مقبولة لدى المرضى، مما يعني النجاح المتوسط لهذه الإجراءات في تحقيق أهدافها. (الجدول 4)

المؤشر الثاني (الاستجابة) :

جدول (5) : متوسطات وانحرافات استجابات أفراد العينة على عبارات مؤشر الاستجابة مرتبة تنازلياً

رقم العبارة	العبارة	إيجابية (3)	%	محايدة (2)	%	سلبية (1)	%	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
5	عدم انتظار تلقي العلاج طويلاً	31	39.24	40	50.63	8	10.13	1	2.29	0.639	متوسطة
4	مسارعة المرضين لخدمة المريض	34	43.04	30	37.98	15	18.99	2	2.24	0.749	متوسطة
6	الاتصال بالمريض وتعريفه بالخدمات والإرشادات الصحية المقدمة في المستشفى	0	0	4	5.06	75	94.94	3	1.05	0.22	منخفضة
	الأداة ككل							-	1.86	0.79	متوسطة

المصدر: من إعداد الباحثة على حسب نتائج الاستمارة

إن متوسط أهمية مؤشر الاستجابة (1.86) باستثناء العبارة (6) فقد كانت درجة موافقتها منخفضة (1.05) أي أقل من (1.66) فكانت في المرتبة الأخيرة، وهي تتعلق بالاتصال بالمريض وتعريفه بالخدمات والإرشادات الصحية المقدمة في المستشفى باتجاه يميل للمستوى السلبي. وهذا يبين الإهمال الكلي للإدارة لقنوات الاتصال المباشرة مع المريض ومن ثم التغذية العكسية، على أساس الضغط الذي تواجهه في الطلب على الخدمة الصحية، وأن المريض هو الذي يبحث عن الخدمة التي يحتاجها، عكس عدم انتظار تلقي العلاج طويلاً الذي احتل المرتبة الأولى، كونها الخدمة التي لا يجوز الانتظار طويلاً للحصول عليها. كما أن المريض كان راض عن مسارعة المرضين لخدمته، مما يعني انعكاس البعد الإنساني وترسخه بالنسبة للعاملين حيث أصبح جزء من سلوكهم. (الجدول 5)

المؤشر الثالث (الأمان) :

جدول (6) : متوسطات وانحرافات استجابات أفراد العينة على عبارات مؤشر الأمان مرتبة تنازلياً

رقم العبارة	العبارة	إيجابية (3)	%	محايدة (2)	%	سلبية (1)	%	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
7	الرعاية اللازمة لدى كل مراجعة طبية للمستشفى	29	36.71	39	49.37	11	13.92	1	2.22	0.67	متوسطة
9	سمعة المستشفى	24	30.38	19	24.05	36	45.57	2	1.84	0.85	متوسطة
8	وجود معلومات حول الخدمات الطبية المقدمة في المستشفى	19	24.05	19	24.05	41	51.90	3	1.72	0.825	متوسطة
	الأداة ككل							-	1.926	0.81	متوسطة

المصدر: من إعداد الباحثة على حسب نتائج الاستمارة

إن عبارات مؤشر الأمان متوسطة الأهمية (1.93)، مما يبين اهتمام الإدارة بهذا المؤشر باعتباره العامل الأول لجذب ولاء المستفيد وأحد مسببات نجاح أو فشل تلقي الخدمة الطبية لأنه يؤثر على

الحالة النفسية للمريض، فقد احتلت الرعاية اللازمة لدى كل مراجعة طبية للمستشفى المرتبة الأولى باتجاه محايد، وهذا يبين درجة وعي الإدارة والطواقم الطبي لحاجة المريض لهذه الرعاية. أما سمعة المستشفى فقد احتلت المرتبة الثانية باتجاه يميل للسلبى، هذا ما يوجب على الإدارة البحث في أهم مسببات هذا التأثير السلبى على آراء المرضى، ونفس الشيء بالنسبة لمدى وجود معلومات حول الخدمات الطبية المقدمة في المستشفى مما يوضح الضعف الواضح لنظام المعلومات بالمستشفى، والذي انعكس سلبا على شعور المريض بالأمان ومن ثم على مستوى أداء الخدمة الصحية (الجدول 6).

المؤشر الرابع (التعاطف) :

جدول (7) : متوسطات وانحرافات استجابات أفراد العينة على عبارات مؤشر التعاطف مرتبة تنازليا

رقم العبارة	العبارة	إيجابية % (3)	محايدة % (2)	سلبية % (1)	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
12	يتفهم العاملون في المستشفى مدى تقبل المريض للأسعار الحقيقية للخدمات الصحية	17	51	11	1	2.25	0.719	متوسطة
11	كيفية استقبال ومعاملة موظف الاستقبال المريض	25	40	14	2	2.13	0.688	متوسطة
10	إمكانية الاتصال والتحدث مع الأطباء والمرضى بسهولة	16	27	36	3	1.746	0.77	متوسطة
	الأداة ككل				-	2.042	0.85	متوسطة

المصدر: من إعداد الباحثة على حسب نتائج الاستمارة

مؤشر التعاطف متوسطة الأهمية (2.04)، وهذا يشير إلى أهمية مؤشر التعاطف في تحسين مستوى أداء الخدمة الصحية، حيث احتل تفهم العاملون في المستشفى مدى تقبل المريض للأسعار الحقيقية للخدمات الصحية المرتبة الأولى باتجاه محايد، وهذا يدل على أن الإدارة نجحت في تقليص الهوة بينها وبين المرضى حول الأسعار الحقيقية للخدمات الصحية. والمرتبة الثانية جاءت عن كيفية استقبال ومعاملة موظف الاستقبال المريض باتجاه محايد، وهذا يوضح مدى التعاطف في المعاملة الذي يبديه العاملون للمرضى. أما عن إمكانية الاتصال بالأطباء والمرضى بسهولة فقد كانت سلبية التأثير على المرضى، ما يبين غياب لغة الحوار بين المريض والكادر الطبي مما شكل حاجز أمام المريض لتقبل الخدمة ومن ثم التأثير على مستوى أداء الخدمة الصحية. (الجدول 7).

المؤشر الخامس (العناصر الملموسة) :

جدول (8) : المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على مؤشر العناصر الملموسة مرتبة تنازليا حسب

المتوسط الحسابي

رقم العبارة	العبارة	إيجابية % (3)	محايدة % (2)	سلبية % (1)	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
15	موقع المستشفى	38	22	19	1	2.24	0.184	متوسطة
14	وضعية قاعة الانتظار(جيدة ومريحة)	23	27	29	2	1.92	0.807	متوسطة
13	الاستفادة من الأجهزة الطبية المعقدة	20	17	42	3	1.72	0.707	متوسطة
16	مدى اطلاع المريض على البرامج والإعلانات الوقائية التي تقوم بها المستشفى	25	3	51	4	1.67	0.92	متوسطة
	الأداة ككل				-	1.88	0.87	متوسطة

المصدر: من إعداد الباحثة على حسب نتائج الاستمارة

إن عبارات مؤشر الملموسية متوسطة الأهمية (1.88)، مما يشير إلى اهتمام إدارة المستشفى بتوفير الوسائل المادية المساعدة على تحسين مستوى أداء الخدمة. فكان موقع المستشفى جيد حيث جاء في المرتبة الأولى باتجاه ايجابي، وهذا يبين أن الإدارة العليا نجحت لحد ما في اختيار الموقع المناسب للمستشفى مما كان له وقع ايجابي على مستوى أداء الخدمة الصحية. ثم يليها قضية قاعة الانتظار بمستوى سلبي. كما تبين عدم استفادة المرضى من الأجهزة الطبية المعقدة، مما يضطرهم للاستفادة منها من خارج المستشفى. يليها عدم اطلاع المريض على البرامج والإعلانات الوقائية التي تقوم بها المستشفى، وهذا يبين تقصير إدارة المستشفى في استخدام أساليب ترويجية وتعريفية لاطلاع المستفيد على البرامج والإعلانات الوقائية التي تقوم بها. (الجدول 8).

3.3.4 القضية الثالثة: تتعلق باختبار الفرضية التالية

H_0 : " لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمؤشرات جودة الخدمة الصحية من حيث تأثيرها على مستوى أداء الخدمة الصحية، وذلك باختلاف العوامل الديموغرافية ".

لتحديد ذلك تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات أفراد عينة الدراسة على فقرات أداة الدراسة ككل وحسب متغيرات النوع، العمر والمستوى التعليمي (الجدول 9)،

جدول رقم (9): متوسطات وانحرافات تقديرات أفراد عينة الدراسة على كل مؤشر من المؤشرات وحسب متغيرات النوع، العمر

والمستوى التعليمي

المتغير	المستوى/الفئة	المؤشرات					
		الأول	الثاني	الثالث	الرابع	الخامس	
العمر	أقل من 25 سنة	المتوسط الحسابي	2.90	2.70	2.85	2.15	3.46
		الانحراف المعياري	0.50	0.30	0.39	0.29	0.35
	من 26 - 30 سنة	المتوسط الحسابي	2.83	2.94	2.90	2.09	3.58
		الانحراف المعياري	0.42	0.33	0.43	0.38	0.5
	من 31 - 35 سنة	المتوسط الحسابي	2.83	3.05	2.92	2.18	3.60
		الانحراف المعياري	0.37	0.36	0.38	0.36	0.51
	من 36 - 40 سنة	المتوسط الحسابي	2.93	2.90	2.92	2.06	3.61
		الانحراف المعياري	0.41	0.35	0.43	0.36	0.51
	من 41 - 45 سنة	المتوسط	2.86	2.97	2.96	2.03	3.65

					الحسابي	سنة
0.55	0.42	0.45	0.32	0.45	الانحراف المعياري	
3.30	2.14	2.81	2.85	2.88	المتوسط الحسابي	من 46-50 سنة
0.42	0.42	0.39	0.28	0.41	الانحراف المعياري	
3.54	2.07	2.90	2.90	2.87	المتوسط الحسابي	ذكر
0.48	0.38	0.40	0.30	0.41	الانحراف المعياري	
3.57	2.13	2.90	2.87	2.82	المتوسط الحسابي	أنثى
0.52	0.38	0.41	0.39	0.40	الانحراف المعياري	
3.45	2.05	2.88	2.90	2.84	المتوسط الحسابي	أمي
0.45	0.30	0.40	0.31	0.40	الانحراف المعياري	
3.66	2.15	2.95	2.85	2.80	المتوسط الحسابي	مستوى ابتدائي
0.42	0.39	0.48	0.33	0.42	الانحراف المعياري	
3.50	2.01	2.96	2.98	2.95	المتوسط الحسابي	مستوى ثانوي
0.48	0.35	0.42	0.39	0.32	الانحراف المعياري	
3.58	2.10	2.95	2.89	2.90	المتوسط الحسابي	مستوى جامعي
0.56	0.40	0.42	0.30	0.44	الانحراف المعياري	

المصدر: من إعداد الباحثة على حسب نتائج الاستمارة

حيث بينت النتائج وجود فروقات ظاهرية بين متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة على كل مؤشر من مؤشرات أداة الدراسة حسب متغيرات النوع، العمر والمستوى التعليمي، ولكن هل لهذه الفروقات دلالة إحصائية؟ لمعرفة ذلك تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي، الذي أشارت نتائجه لوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في متوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة على فقرات أداة الدراسة ككل تعزى لمتغير العمر، النوع والمستوى التعليمي لأن الاحتمال المرفق بقيمة الإحصاء المحسوبة أصغر من العتبة، وعليه فإننا نرفض فرضية العدم. (الجدول 10)

جدول (10) : تحليل التباين الأحادي حسب العمر، النوع والمستوى التعليمي

الدلالة	F قيمة المحسوبة	مربع متوسط التباين	مجموع مربع التباين	مصدر التباين	
0.00122794	0.0433244	0.0113	0.0566	بين المجموعات	العمر
		0.2612	6.2682	داخل المجموعات	
0.00473975	3.7559E-05	1E-05	1E-05	بين المجموعات	النوع
		0.26625	2.13	داخل المجموعات	
0.00268379	0.01527	20.0042	70.012	بين المجموعات	المستوى التعليمي
		0.2762	4.4199	داخل المجموعات	

المصدر: من إعداد الباحثة على حسب نتائج الاستمارة

رابعاً: النتائج والتوصيات

1. نتائج الدراسة

أولاً : أظهرت الدراسة أنه فعلاً هناك علاقة بين مؤشرات جودة الخدمة الصحية ومستوى الأداء المطلوب. غير أن قوة هذه العلاقة يختلف تأثيرها من مؤشر لآخر، فنجد قوة هذه العلاقة لها تأثير سلبي على جميع المؤشرات، ما عدا مؤشر الاعتمادية الذي كانت قوة علاقته بمستوى أداء الخدمة مقبولة جداً، ثم مؤشر الأمان كان مقبول لحد ما.

ثانياً : أشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك نوع من الوعي والالتزام لدى الإدارة العليا والطواقم الطبي والفني بتحقيق الجودة من خلال تحقيق رضا المريض.

♦ فقد احتل مؤشر الاعتمادية المرتبة الأولى، حيث أشارت الدراسة إلى أن الخدمات الطبية يتم تقديمها في جميع الأوقات، وأن هناك ثقة كبيرة في خبرة وكفاءة الأطباء، كما حققت إجراءات العلاج والتشخيص نجاحاً متوسطاً.

♦ وأشارت الدراسة إلى أن مؤشر التعاطف احتل المرتبة الثانية، وهذا يؤكد أهمية هذا المؤشر الذي يحتاجه هذا النوع من الخدمات، فقد بينت الدراسة أن الإدارة نجحت في تقليل الفجوة بينها وبين المريض حول أسعار الخدمات المقدمة، كما أبدى العاملين الاستعداد الإيجابي للتعاون مع المريض وحسن استقبالهم. في حين تناقض هذا الموقف مع الأطباء والمرضى الذين انعدم تواصلهم الإيجابي معه.

♦ كما أوضحت الدراسة أن مؤشر الأمان مهم في تحسين مستوى الخدمة المقدمة، فالمرضى يؤكدون وجود الرعاية اللازمة عند كل مراجعة طبية في المستشفى، غير أن الإدارة العليا لا تعمل أبداً على تطوير نظام المعلومات الخاص بها، ناهيك عن سمعة المستشفى التي لم تبلغ المستوى المطلوب.

♦ نجحت إدارة المستشفى في اختيار موقع المستشفى، في حين أنها لم تحقق الدرجة المطلوبة في توفير الأشياء الملموسة كالأجهزة الطبية المعقدة ووضع قاعة الانتظار، ناهيك عن التقصير الكبير في البرامج والإعلانات الوقائية التي تقوم بها المستشفى.

♦ عملت الإدارة على إعطاء الوقت أهمية كبيرة، وذلك من خلال تقليل مدة الانتظار لتلقي العلاج من جهة، ومساعدة المرضى لخدمة المريض من جهة أخرى. كما اتضح من الدراسة أن الإدارة أهملت كلياً قنوات الاتصال المباشرة مع المريض من أجل تعريفه بالخدمات والإرشادات الصحية المقدمة في المستشفى.

ثالثاً : أظهرت نتائج اختبار مدى اختلاف استجابات أفراد العينة على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى باختلاف متغيرات النوع، العمر والمستوى التعليمي عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في متوسطات تقديرات أفراد العينة على فقرات أداة الدراسة ككل تعزى للمتغيرات الديموغرافية.

2. الاقتراحات :

على ضوء ما جاءت به الدراسة الميدانية لتقييم نظام جودة الخدمات الصحية في المستشفى الجامعي لمدينة باتنة كجزء من القطاع الصحي العام الجزائري، وعلى ضوء النتائج التي تم التوصل إليها، فإن الباحثة تقترح ضرورة وعي والتزام الإدارة والفريق الطبي بتحسين مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفى وذلك من خلال :

♦ وضع نظام فعال لتلقي شكاوى المرضى يضمن سرعة الرد عليها وعلاجها، لتحقيق التواصل المستمر بينهم وبين إدارة المستشفى.

♦ كسر الحاجز بين الأطباء والمرضى وخلق لغة الحوار.

♦ بناء قاعدة معلوماتية لبعض الأمراض، ثم الاتصال بالمرضى ممن سبق التعامل معهم لتعريفهم بالخدمات العلاجية والوقائية الجديدة.

♦ تنمية المهارات السلوكية لجميع العاملين في المستشفى لتحسين قدراتهم التعاملية مع المرضى.

♦ التأكيد على التعاون بين الفنيين والإداريين والطاقم الطبي لمصلحة العمل، لأن جميع الأعمال بالمستشفى مكتملة لبعضها البعض.

♦ توفير نظام جيد لمتابعة وتقييم الأداء، مع ضرورة وجود مؤشرات للتقييم الموضوعي لأداء العاملين بالمستشفى.

♦ ضرورة وضع معايير لقياس أداء الخدمات الصحية بالمستشفى، والعمل باستمرار على تقييم إدراك وتوقعات المرضى من الخدمات التي يقدمها المستشفى بما يضع احتياجات ورغبات المرضى في مقدمة اهتمامات إدارة المستشفى.

♦ ضرورة اهتمام إدارة المستشفى بمضامين الفكر الإداري في مجالي الإدارة الصحية وإدارة المستشفيات، وتعميقها فيما يتصل بجودة الخدمات الصحية وأبعادها، لما لذلك من إسهام وتعزيز لقدرة المستشفى في تقديم خدمات صحية بجودة مميزة.

♦ إقامة وتوسيع العلاقة بين إدارة المستشفى وأساتذة الجامعات والمعاهد من خلال إقامة دورات تدريبية وندوات ومؤتمرات في مجال جودة الخدمات الصحية.

الاحالات و المراجع:

- ¹ - فريد توفيق نصيرات. إدارة منظمات الرعاية الصحية. دار إثراء للنشر والتوزيع، عمان. 2008، ص 83.
- ² - عبود على السكري وآخرون، "تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي"، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاجتماعية، مجلد 11، العدد 3، 2009، ص5.
- ³ - عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات(مفاهيم وتطبيقات) ، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جمهورية مصر العربية، 2003، ص 187.
- ⁴ - Lovelock .C. *Service Marketing, 3rd ed. prentice- Hall, international Edition وNew York, 1996, p 465.*
- ⁵ - تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري. عمان. 2005. صص 212 - 231.
- ⁶ - Lovelock .C, op.cit.,p.456.
- ⁷ - البكري. مرجع سابق، صص 212 - 231.
- ⁸ - أحمد محمود. بشير العلق، "العلاقة المنطقية بين جودة الخدمة بالإدراك ورضا المستفيد (دراسة تحليلية)"، مجلة اريد للبحوث والدراسات، المجلد 3، العدد 2، 2001، ص42.
- ⁹ - البكري. مرجع سابق، صص 212 - 231
- ¹⁰ - Parasuraman A, Zeithmal, Valarie A, & Berry Leonard, "SERVQUAL: A multiple-Item Scale Measuring-Customer Perception of Service Quality", *Journal of Retailing*, 1988, Vol 64, No 1, pp12-14.
- ¹¹ - البكري، مرجع سابق، ص 212 .
- ¹² - Zeithmal, Valarie A, and Britner M, *service Marketing Integrating Customer, Focus across the Firm*, New York :McGraw-Hill, International Edition, 2003, p 28.
- ¹³ - البكري. مرجع سابق، ص 212 .
- ¹⁴ - عوض بدير، تسويق الخدمات المصرفية، البيان للطباعة والنشر، القاهرة ، 1999 ، ص 345، نقلا عن قاسم نايف المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وتطبيقات وعمليات، الطبعة الأولى، دار الشروق، عمان، 2006 ، ص 96.
- ¹⁵ - Parasuraman A, Zeithmal, Valarie A, & Berry Leonard, "A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research ", *Journal of Marketing*, 1985, Vol 64, No 4, p 14.
- ¹⁶ - Cronin, Jr & Tylor. S, " Measuring Service Quality: a reexamination & Extension", *Journal of marketing*, No.56, July, 1992, p51.