

جودة الخدمات الصحية من خلال آراء المرضى بالمؤسسة الاستشفائية 240 سرير بولاية بشار
**The Quality of health services through the views of patients
 institution 240 beds in Bachar**

د. روشام بن زيان

جامعة طاهري محمد، بشار، الجزائر

rouchambenziane@yahoo.fr

تاريخ القبول: 2018/08/05

د. سعيدان رشيد

جامعة طاهري محمد، بشار، الجزائر

rechedi70@yahoo.fr

تاريخ الاستلام: 2018/06/22

الملخص:

تهدف الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الخدمات الصحية من خلال الإجابة عن الإشكالية ما مستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفى محل الدراسة من خلال وجهة نظر المستفيدين من الخدمة، وذلك اعتمادا على الأبعاد الخمسة للجودة SERVPERF. فكانت النتائج أن المستشفى تبني فلسفة الجودة بدرجة متوسطة مع تفاوت بين المحور: جاء محور الجوانب المادية في الصدارة بدرجة جيدة، يليه في المرتبة محور الاستجابة ثم محور الأمان، المرتبة الرابعة محور التعاطف ثم محور ظروف الإيواء، ليأتي في المرتبة الأخيرة محور الاعتمادية.

الكلمات المفتاحية: الخدمات الصحية، الجودة الشاملة، جودة الرعاية الصحية، أبعاد الجودة، المستشفيات.

Abstract:

The study aims to know the quality of health services by answering the problem of the quality of services in the hospital under study through the point of view of the beneficiaries of the service, depending on the five dimensions of quality SERVPERF. The results were that the hospital adopts the philosophy of quality and moderately with a difference between the axis: where the axis of the material aspects well followed by the center of the response was the safety axis, the fourth place axis of sympathy was the focus of shelter conditions to come last in the axis of reliability.

Key Words: Health Services, Total Quality, Quality Healthcare, The dimensions of quality, Hospitals.

JEL Classification: I18.

* مرسل المقال: سعيدان رشيد (rechedi70@yahoo.fr).

المقدمة

إن موضوع بحثنا ينطبق من الدور الحيوي الذي يمكن أن تلعبه الجودة الشاملة في مجال الرعاية الصحية في وقت أصبحت فيه إدارة الجودة الشاملة مطلباً ملحا في قطاع الخدمات الصحية وهذا ناتج عن الصعوبات التي واجهت سواء المستشفيات الحكومية أو الخاصة في تحقيق التوازن بين سلبية الأداء ومتطلبات الخدمات الطبية البشرية منها أو المادة. لقد أصبح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية الملاذ الوحيد الذي يمكن من خلاله تحقيق أداء الخدمات المطلوبة بأقل تكلفة وقل وقت مع دوام الاستمرارية لفترة طويلة تتوافق مع مجموعة من الأبعاد التي تساعد المؤسسة الصحية على قياس مدى تطابق الأداء مع المواصفات القياسية، وخاصة توقعات المستفيدين من تعاطف وأمان واستجابة إضافة إلى بعد الاعتمادية والجوانب المادية الملموسة. من هذا المنطلق كانت إشكالية الورقة البحثية كالتالي: **ما مستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفى محل الدراسة من خلال وجهة نظر المستفيدين من الخدمة (رضا المرضى)؟**

الإجابة عن الإشكالية تدفعنا إلى طرح مجموعة من الأسئلة، من أهمها الأسئلة التالية:

- ما مفهوم جودة الرعاية الصحية وأهميتها بالنسبة للقطاع الصحي؟
 - ما هي العناصر المكونة للرعاية الصحية والتي من خلالها يمكن توفير وتقديم جودة الخدمات؟
 - ماهي المبررات التي يركز عليها تطبيق الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية؟
 - كيف يمكن قياس جودة الخدمات الصحية وما هي الأبعاد المعتمدة في ذلك؟
 - ما هي وجهات نظر المستفيدين من الخدمة على جودة الخدمات الصحية من خلال الأبعاد المعتمدة في البحث؟
- الفرضيات:** يمكن صياغة الفرضيات التالية قصد الوصول إلى أهداف البحث.
- تتبنى المؤسسة الاستشفائية فلسفة الجودة بدرجة متوسطة من وجهة نظر المرضى
 - هناك تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية تبعا لمحاور الدراسة.

أسباب اختيار الموضوع:

- المكانة التي يحتلها القطاع الصحي باعتباره مصدر الخدمات الصحية كأحد مؤشرات التنمية.
 - اعتبار الجودة كأحد الخيارات الجديدة والملحة لأجل ضمان العناية الصحية اللازمة لأفراد المجتمع
 - لفت انتباه مسؤولي القطاع لضرورة الاهتمام والعناية بهذا القطاع وخاصة قطاعات الجنوب.
 - الدراسات البحثية القليلة المتوفرة في المكتبات بخصوص القطاعات الصحية.
 - مشاكل واضطرابات القطاع التي تتزايد من سنة إلى أخرى.
- أهمية البحث:** تتبع أهمية هذا البحث من كون أن الجودة في الخدمات أصبحت تمثل أولوية من أولويات المؤسسة الخدمية، وتعد هذه الدراسة محاولة للوقوف على مدى جودة الخدمات المقدمة من قبل المستشفى وبالتالي فإنها

ستساعد المؤسسة على تحسين جودة خدماتها ومن ثم زيادة رضا زبائنها، كما تكتسي هذه الدراسة أهمية بالنسبة للباحث من خلال إثراء معارفه النظرية في موضوع جودة الخدمات.

أهداف الدراسة: الهدف الرئيسي هو الإجابة عن الإشكالية المتمثلة في مستوى تطبيق الجودة الشاملة في المستشفى محل الدراسة من خلال إثبات أو نفي الفرضيات المطروحة والتعرف على مستويات الجودة في الخدمات التي تقدمها المؤسسة الاستشفائية بشار من خلال استقصاء آراء عينة من المرضى المقيمين .

منهج البحث: تم الاعتماد على المنهج الوصفي عن طريق جمع البيانات المتعلقة بالظاهرة محل الدراسة المتمثلة في جودة الخدمات الصحية. أما المنهج التحريبي فتم الاعتماد على الاستبيان المتضمن الخمسة أبعاد الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف، الظروف المادية، ظروف الإيواء.

عينة الدراسة: تشمل العينة جمهور المرضى المستفيدين من الخدمة بمستشفى تراي بوجعة بشار.

حدود البحث: الحدود البشرية تقتصر على مجموع المستفيدين من الخدمة أما الحدود المكانية فتتعلق بأحد المؤسسات الاستشفائية بالجنوب الغربي، مستشفى تراي بوجعة 240 سرير.

الحدود الموضوعية: تتمثل في محاور الجودة المتمثلة في محور الجوانب المادية الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف، ومدى رضا المرضى عن هذه المحاور المعتمدة من طرف المستشفى.

الدراسات السابقة:

— دراسة الحوري 2008: بعنوان (تشخيص واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية) دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الخاصة). هدفت الدراسة إلى تشخيص مدى إدراك العاملين في المستشفيات الأردنية الخاصة لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة التي تمثلت في رضا الزبون (المريض)، والتزام الإدارة العليا ودعمها، والتحسين المستمر، بالإضافة إلى إشراك الموظفين وتمكينهم، كما هدفت إلى بيان مدى وجود فروقات معنوية في إدراك العاملين لأهمية تطبيق هذه المبادئ إضافة إلى بيان العلاقة بين بعض المتغيرات الشخصية (الخبرة، والمستوى التعليمي، والمستوى الوظيفي، والحجم). خلصت الدراسة إلى عدداً من التوصيات والمقترحات كان من بينها ضرورة استمرار دعم الإدارة العليا والتزامها في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، بالإضافة إلى تفعيل عناصر المشاركة وفرق العمل لدى العاملين، وترسيخها في ثقافتهم التنظيمية.

— دراسة بوعباس 2011: بعنوان (أثر جودة الرعاية الصحية والاتصالات على رضا المرضى) دراسة تحليلية مقارنة في مستشفى الأمير الحكومي ومستشفى السلام الدولي في دولة الكويت دراسة في جامعة الشرق الأوسط الأردنية. هدفت الدراسة التعرف إلى الجودة المدركة، ورضا المرضى المتلقين للعلاج في المستشفيات الحكومية، والخاصة في دولة الكويت كما أنها سعت إلى التعرف إلى الدور الذي تلعبه الاتصالات، والمعلومات كمتغير وسيط ما بين الجودة والرضا، . وقد أظهرت نتائج التحليل عدداً من النتائج المهمة يأتي في مقدمتها ارتفاع مستوى جودة الخدمة المدركة، وكذلك رضا المرضى في مستشفى السلام الدولي الحكومي قياساً بالمستشفى الأمريكي الحكومي فقد أظهرت

نتائج التحليل الإحصائي وجود أثر ذي دلالة إحصائية على كل من رضا المرضى، والاتصالات، والمعلومات، وكذلك وجود آثار للاتصالات والمعلومات على رضا المرضى. وقد خلصت الدراسة إلى بعض الاستنتاجات والتوصيات منها ضرورة إعطاء المستشفيات وبصفة خاصة المستشفى الحكومي اهتماماً أكثر في البيئة المادية لخدمة الرعاية الصحية وكذلك الاهتمام بتطوير أداء العاملين وبصفة خاصة فيما يتعلق بأسلوب التعامل مع المرضى، ومستوى الاستجابة لحاجاتهم وإحساسهم بالتعاطف والأمان.

— دراسة عطية مصلح: (قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية جامعة القدس). هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الفعلية المدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية، ومعرفة وجود فروق في استجاباتهم تبعاً لمتغيرات الدراسة. استخدم الباحث المنهج الوصفي ومقياس SERVPERF. أظهرت النتائج أن استجابات عينة الدراسة نحو قياس جودة الخدمات الفعلية والمدركة من قبل العاملين والمرضى كانت عالية على مجالات الدراسة كافة وعلى الدرجة الكلية. ووجد فروق ذات دلالة إحصائية على المجالات الآتية: قوة الاستجابة، الأمان والثقة، والتعاطف تعزى لمتغير الجنس وكانت لصالح الذكور.

— دراسة بن أحسن ناصر الدين 2008-2009: (مكانة الجودة في المؤسسة الخدمية دراسة حالة: مؤسسة خدمية جزائرية) مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير شعبة: التسويق. وقد أفضت الدراسة الميدانية إلى النتائج التالية: يوافق غالبية أفراد عينة الدراسة على حداثة التجهيزات التي تتوفر عليها الوكالة التجارية، مما يدل على وجود اهتمام بالغ من قبل مؤسسة اتصالات الجزائر لتدعيم القدرات التكنولوجية لوكالاتها التجارية من أجل تقديم خدمة أفضل، غير أن التقييم الكلي لبعدها الموسمية كان ضمن المجال المتوسط، وهذا بسبب عدم ملائمة المظهر الخارجي العام للوكالة مع طبيعة الخدمات المقدمة بالإضافة إلى عدم رضی الزبون عن التصميم الداخلي. إن التقييم المتوسط لغالبية أفراد عينة الدراسة لبعدها الاعتمادية، يدل على أن اهتمام الوكالة التجارية بهذا البعد لم يرقى بعد إلى مستوى تطلعات الزبائن. يرى غالبية أفراد عينة الدراسة أن بعد الاستجابة لا يحظى بالاهتمام الكافي من قبل الوكالة التجارية، فهم يرون ضرورة أن تبدي الوكالة التجارية اهتماماً أكبر بتلبية طلبات الزبون ومساعدته، وكذا توفير العدد الكافي من مقدمي الخدمات حتى تسهل عملية إنتاج وتقديم الخدمات.

— دراسة (كحيلة نبيل، 2009): مذكرة ماجستير بعنوان (تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية: دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد الصديق بن يحيى بجيجل). هدفت الدراسة إلى تحديد مدى إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في من خلال تحقيق مجموعة من الأهداف منها معرفة مستوى وعي ممارسي مهنة التمريض بالمؤسسة بالمزايا التي يحققها تطبيق إدارة الجودة الشاملة، إضافة إلى التعرف على مدى إدراك ممارسي مهنة التمريض لأهمية محاور تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد الصديق بن يحيى بجيجل. من أهم نتائج الدراسة أن أفراد العينة يدركون بمستوى مرتفع جداً من الوعي بمبادئ إدارة الجودة الشاملة وأن تطبيق

إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة يحقق مجموعة من المزايا كما ويدرك أفراد عينة الدراسة بمستوى مرتفع من الوعي أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يؤدي إلى زيادة عدد المرضى والمترددین على المستشفى.

اخور الأول: الإطار النظري للدراسة

1. مصطلحات إدارة الجودة الشاملة

الجودة بصورة عامة مفهوم يعبر عن مصطلح يحتمل العديد من الأفكار والتوضيحات وأن عبارة إدارة الجودة الشاملة غدت في يومنا هذا من المصطلحات الشائعة لاسيما في المؤسسات الخدمية وهو مصطلح مبني على مسلمة مفادها أن نجاح أي عمل على المدى العيد مرهونا بالجودة في الإنتاج والمنتوج والقيادة المشرفة عليه. بينما يختلف مفهوم جودة الرعاية الطبية باختلاف الفئات البشرية العاملة فيها والمتعاملة معها ونظرة وتقويم كل منهم لمعنى الجودة ومفهومه الشخصي لها. ونبدأ بأولها الذي تناول توضيح هذا المصطلح على وفق مفرداته الثلاثة.

فالإدارة تقتضي التطوير والحفاظة على إمكانية المنظمة من أجل تحسين الجودة بشكل مستمر وتبدأ الإدارة بالإدارة العليا وتنتهي بكل العاملين. كما انها تخطيط وتنظيم وتوجيه ومراقبة النشاطات المتعلقة بتطبيق الجودة. **والجودة** تعني الوفاء بمتطلبات المستفيد بل تتجاوزها إلى تلافي العيوب والنواقص من المرحلة الأولى للعملية بما يرضي المستفيد. وتضم جودة المنتج وجودة الخدمة وجودة المسؤولية الاجتماعية وجودة السعر وتاريخ التسليم، أما الشاملة: فإنها البحث عن الجودة في أي مظهر من مظاهر العمل إبتداءً من التعرف على احتياجات المستفيد وانتهاء بتقويم رضاه عن الخدمات المقدمة إليه وتضم: كل المؤسسة، مجالات العمل، كل العاملين.

1.1. تعريف الجودة: الجودة لغة أصلها من الجود والجيد نقيض الردى. أما الجودة اصطلاحاً فهي كلمة مشتقة من

الكلمة اليونانية Qualities ويقصد بها طبيعة الشيء. وقد أضح هذا المصطلح معان عديدة منها:

- الجمعية الأمريكية لضبط الجودة ومعهد المقاييس القومي عرفا الجودة بأنها "مجموعة الخصائص والصفات الخاصة بالمنتوج أو الخدمة التي تؤثر قابليتها على إرضاء الزبون المحددة والواضحة والضمنية" (السامرائي، صفحة 82).

- مركز التجارة الدولي عرف الجودة من خلال التركيز على أربعة نقط (السامرائي، صفحة المصدر السليق): التركيز على السلعة المنتجة. التركيز على خصائص المنتج مطابقة للمواصفات المطلوبة، التركيز على الزبون أو المستفيد، التركيز على القيمة المضافة.

- المنظمة الدولية للمواصفات القياسية 'ISO' تعرف الجودة بأنها " الدرجة التي تشبع فيها الحاجات والتوقعات الظاهرية والضمنية من خلال جملة من الخصائص الرئيسية المحددة مسبقاً، وتؤكد المواصفة على ضرورة تحديد تلك الحاجات والتوقعات وكيفية إشباعها".

- تعريف جوران بأنها مواءمة المنتج للاستعمال ودقته لمتطلبات العميل. أما كروسبي فيرى بأنها المطابقة والمتطلبات. أما ديمنج 1986: فهي درجة متوقعة من التنافس والاعتماد يناسب السوق بتكلفة منخفضة.

فمن خلال التعريف السابقة نلاحظ أنها تركز على رضاء الزبون من مختلف النواحي عن طريق تلبية المنتوج، الحاجات والرغبات بما يتطابق والمواصفات الى أقصى حد ممكن.

2.1. مصطلح إدارة الجودة الشاملة: لقد حظي هذا المصطلح بتعاريف كثيرة ومتنوعة، فمنهم من وصفها بأنها فلسفة إدارية شاملة أو عملية تجمع فيها الأدوات والطرائق اللازمة لتنفيذها، أو أنها إطار عمل يخص المنظمات التي تطمح إلى الارتقاء إلى المستوى العلمي.

- إدارة الجودة الشاملة يعد ذلك النظام الناجح والفعال الذي يضم كل عوامل التطوير من أجل التحسن المستمر لجودة المؤسسة بهدف الإشباع التام لرغبات العملاء باستعمال كل الإمكانيات المتاحة (Ichihara، 1996).

- أما تعريف جابلونسكي jablonski فإن إدارة الجودة الشاملة عنده " هي عبارة عن شكل تعوي لإنجاز الأعمال يعتمد على القدرات والمواهب الخاصة بكل من الإدارة والعاملين لتحسين الجودة الإنتاجية بشكل مستمر عن طريق فريق العمل (جابلونسكي، 1996)".

فالتعارف السابقة بلورت مفاهيم فلسفة إدارة الجودة الشاملة فيما يلي (المحياوي، 2006):

- اتساع مفهوم الجودة لأبعد من جودة المنتج من خلال تغطية كل عمليات المؤسسة.

- مشاركة كل فرد في عملية تحسين الجودة.

- التركيز على إرضاء الزبون، المستفيد في الحاضر والمستقبل.

- تقدير العاملين من خلال النظر إليهم داخل المؤسسة نظرة طويلة الأجل.

- الاهتمام بالعمليات من خلال التوجيه للزبون.

- الاعتماد على التحسين المستمر من خلال المرونة والإستجابة السريعة للمتغيرات.

- مشاركة الأطراف كافة (عاملين، إداريين، ممولين، ممثلي سوق العمل) في جهود الجودة الشاملة.

3.1. مزايا وعيوب إدارة الجودة الشاملة:

أ. مزايا إدارة الجودة الشاملة: تحسن كثيرا من جودة المنتج أو الخدمة النهائية، وتؤدي إلى خفض الموارد المهذورة، تحدث طفرة إنتاجية حيث يستخدم العاملون الوقت على نحو أكثر كفاءة، تقود إلى التنافس الشريف في السوق لتحسين المنتجات والخدمات لابد من أن يكون هناك زيادة في السوق تؤدي إلى ميزة التنافس، كما أنها تحقق للقوى العاملة مزيداً من الدعم والدفء ليدرك العاملون إمكانياتهم.

ب. عيوب إدارة الجودة الشاملة:- تسيطر على الكثير من وقت الإدارة والعاملين، لن تفيد إلا إذا كانت المنشأة تسير في الاتجاه الصحيح، فهي ليست أداة لتحويل اتجاه المنشأة، لا تثمر نتائج سريعة فهي تستغرق سنوات وهي في الحقيقة عملية لا تنتهي بل مستمرة، يمكن أن تؤدي إلى اهتمام زائد عن الحد إلى احتياجات العميل النهائي، واهتمام غير كافي باحتياجات العاملين، يمكن أن تسبب اضطراب في مختلف المراحل، فلا بد من معالجة الأمر بعناية. من خلال استعراض العناصر والمعايير التي طرحها المختصون في إدارة الجودة نجد أنها تطابقت في بعض فقراتها واختلفت

أخرى بحسب ثقافة وفلسفة وخبرة كل منهم، وعلى الرغم من عدم اتفاق طروحاتهم بعناصر محددة إلا أن هناك عناصر مشتركة وهي تعبر عن جوهر فلسفة إدارة الجودة الشاملة والجدول التالي يمثل العناصر المشتركة بين ابرز علماء الجودة.

الجدول (1): "عناصر الجودة عند علماء الجودة"

بالدريج	ايشياكو	كروسي	جوران	ديمنج	
●	●	●		*	القيادة
*	*	*	*	*	التخطيط الإستراتيجي
*	*	*	*		نظم المعلومات
*	●	*	●	*	إدارة الموارد البشرية
●			*	*	تصميم العمليات
●	*	*	*		قياس وتقييم الجودة
*	*	*	*	*	التركيز على المستفيد ورضاه

المصدر: السامرائي. مهدي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي، دار جرير للنشر والتوزيع، ص108.

يظهر الجدول بان نموذج جائزة مالكوم بالدريج هو الأكثر شمولاً لذلك يعد وسيلة دقيقة لتحديد متطلبات الجودة.

2. نظام خدمات الرعاية لصحية

يعرف النظام الصحي بمجموعة من العناصر المترابطة والتي عندما تعمل مع بعضها البعض ككل متكامل تنتج عن حدوث شيء ما وبهذا المفهوم يمكن تعريف النظام الصحي بأنه " مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها ضمن شبكة من الإتصالات والتي تعمل معا لتحقيق هدف النظام الصحي والمتمثل بضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع والمحافظة عليه وترقيته باستمرار (نصيرات، 2008).

1.2. خدمات النظام الصحي: حتى يتمكن النظام من تحقيق الهدف المرسوم له لابد من توفير مجموعتين رئيسيتين من الخدمات الصحية يشكلان معا النظام الصحي الكلي.

أ. برامج الصحة العامة: وترتكز على صحة المجتمع بهدف رفع المستوى الصحي على أعلى مستوى ممكن وتشمل ما يلي: اولا خدمات الارتقاء بالصحة وهي خدمات موجهة نحو بناء سلوكيات صحية ايجابية لدى الأفراد وتشمل أهمية الغذاء الصحي المتوازن، ممارسة الرياضة وخدمات التشخيص الصحي. ثانيا خدمات الصحة العامة: تهتم هذه الخدمات بصحة الأفراد كمجموعات وتشمل: السيطرة على الأمراض والقضاء عليها، عزل الحالات المصابة والقضاء عليها، الأبحاث العلمية في المجال، الإحصاءات الحيوية والصحية. ثالثا خدمة صحة البيئة المتمثلة في خدمات موجهة نحو توفير البيئة الصحية السليمة للأفراد وتهتم بشكل رئيسي بقضايا التلوث البيئي والأمن والسلامة العامة وقضايا الإسكان والمسكن الصحي.

ب. **خدمات الرعاية الطبية:** وتشير إلى الخدمات الصحية الشخصية التي تقدم إلى الفرد فيما يتعلق بصحته والحفاظ عليها حيث تركز على صحة الفرد على عكس خدمات الصحة العامة والتي تركز على صحة المجتمع ككل، ابتداءً من خدمات ترقية الصحة والوقاية من الأمراض والكشف المبكر عنها وتشخيصها وعلاجها، و انتهاءً بخدمة التأهيل الاجتماعي والمهني للمرض.

وقد خرجت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية (1959) بالتعريف التالي: "الرعاية الطبية هي برامج للخدمات والتي يجب عليها أن توفر للأفراد كافة المنشآت، العلوم الطبية والعلوم الطبية المساندة الضرورية لتحسين وصيانة الصحة الجسدية والعقلية والاجتماعية وكذلك توفير العلاج للمجتمع. ويجب أن يأخذ البرنامج في الاعتبار المحيط المادي والاجتماعي والأسري مع مراعاة تخفيف العجز" (نصيرات، 2008، صفحة 66).

2.2. العناصر المكونة للرعاية الصحية: تقوم خدمات الرعاية الطبية على مركب من العلاقات الشخصية والتنظيمية والتي من خلالها يجري تقديم هذه الخدمات للأفراد. حيث يتم إنتاجها وتمويلها وتقديمها من خلال مجهودات وأنشطة أطراف متعددة وهو ما يعرف بمركب الرعاية الطبية. وهناك خمسة عناصر مكونة لمركب الرعاية الطبية في أي نظام للخدمات الصحية وفي أي مجتمع وهذه العناصر هي :

أ. **الإدارة:** تعتبر الإدارة الصحية فرعاً متخصصاً 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 والتفافة الصحية، وتقوم البرامج الصحية.

لقد عرفت الجمعية الأمريكية للمستشفيات الإدارة الصحية بما يلي: "الإدارة الصحية هي تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة وتنسيق الموارد والإجراءات والطرق التي بواسطتها يتم تلبية الحاجات والطلب على خدمات الرعاية الصحية والطبية وتوفير البيئة الصحية وذلك من خلال تقديم هذه الخدمات للمستهلكين كأفراد وجماعات والمجتمع ككل (نصيرات، 2008، صفحة 20).

ب. **العنصر التنظيمي:** ويشمل مجموعة الإجراءات والترتيبات المطلوبة لتنظيم وتنسيق الأنشطة المختلفة لفريق الرعاية الطبية بهدف ضمان تواجد خدمات الرعاية بالكفاءة والكيفية الصحيحة وضمان الوصول لها والانتفاع بها.

ت. **العنصر المهني:** ويمثل كافة المهنيين الصحيين الذين يقدمون الخدمة الصحية بما في ذلك المهن الصحية المساندة. بل أصبحت عملية تنظيمية تقوم على مجهودات وأنشطة مجموعة متعددة الاختصاصات ومن مبادئ معرفية مختلفة مثل الأطباء والمرضى والصيادلة والمدراء الصحيين وأخصائيي التغذية والإداريين وغيرهم من المهن المساندة في المجال الصحي وهو ما يعرف اليوم بفريق الرعاية الطبية.

ث. **العنصر الشخصي:** ويمثل كافة الأفراد والجماعات المنتفعين بالبرنامج الصحي أو الذين يتوقع أن يستخدموا هذه الخدمات عند حاجتهم لها.

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

3. مفاهيم إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية

3.1. مفاهيم الجودة في الرعاية الصحية:

يختلف مفهوم جودة الرعاية الطبية في بيئة المنظمة الصحية باختلاف الفئات البشرية العاملة فيها والمتعاملة معها ونظرة وتقوم كل منهم لمعنى الجودة ومفهومه الشخصي لها. فالجودة تعني للمريض معاملته باحترام واهتمام وتعاطف وتفهم من قبل كافة العناصر البشرية التي تحيط ويتصل بها بشكل مباشر وغير مباشر أثناء تواجده وإقامته بالمستشفى. وتعني الجودة للأطباء توافر اعلي مستوى من المعارف والمهارات الطبية والمعدات والأجهزة لرعاية المرضى. وتعني للإدارة توافر أفضل العناصر البشرية والمادية اللازمة لتقديم الخدمة .

بالنسبة للعديد من العلماء والمنظمات فقد قاموا بتعريف الجودة في الرعاية الصحية على النحو التالي:

- أول تعريف لجودة الرعاية الصحية لكل من Lee et Jones 1933: تطبيق وتوفير جميع الخدمات الصحية الضرورية بما يتوافق مع العلوم والتقنيات الحديثة لتلبية جميع حاجات السكان (A.Jacquerye, 1999, p. 247).

- منظمة الصحة العالمية (Lecelet, 2006): "هي العملية التي تسمح بضمان لكل مريض التشخيص والعلاج اللازمين لتحقيق أحسن نتيجة فيما يخص الجانب الصحي، بالاعتماد على أحدث الوسائل والابتكارات الطبية الحديثة وبأحسن كلفة وأقل خطر، إلى جانب قناعة المريض بالنتائج وعلاقاته بالأفراد داخل المنظومة الصحية.

- منظمة الصحة العالمية 1988 م " التمشي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع وبتكاليف معقولة وبحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على معدلات المرضى والوفيات والإعاقة وسوء التغذية".

وتجدر الإشارة هنا إلى أن المنتج أو الخدمة في الرعاية الطبية تتمثل في (Lecelet, 2006):

- الفحوصات المباشرة وغير مباشرة المقدمة للمريض (عملية جراحية، علاج، أشعة، تحليل، تغذية، تدليك. . . الخ).

- الخدمات الداعمة (المطعم، النظافة، التطهير، النقل الداخلي، الإعلام الآلية. . . الخ).

- الخدمات الإدارية (الاستقبال، الدخول، الفاتورة، المواعيد. . . الخ).

- دونا بيديان (Donabedian (Lecelet, 2006, p. 14) تعني الجودة "تطبيق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة، دون زيادة التعرض للمخاطر، وعلى هذا الأساس فإن درجة الجودة تحدد بمدى أفضل موازنة بين المخاطر والفوائد".

- جمع الترتيبات والأنشطة الرامية لتأمين سلامة جودة الرعاية الصحية والحفاظ عليها وتعزيزها".

كما قدم دونا بيديان مبادئ ومواصفات لتعريف جودة الرعاية هي كالتالي (نصيرات، 2008، صفحة 228):

- الرعاية الطبية الجيدة تقتصر على ممارسة الطب العقلاني المبني على العلوم الطبية.

- الرعاية الطبية الجيدة هي التي تركز على الجوانب الوقائية.
 - التعاون بين الأفراد والأطباء.
 - التي تتعامل مع المريض ككل وليس كنظام بيولوجي فقط.
 - التي تحافظ على علاقات شخصية مستمرة ومباشرة بين الطبيب المعالج والمريض.
 - هي التي يتم تنسيقها مع الخدمات الاجتماعية الأخرى.
 - التي تناسق كافة أنواع الخدمات الطبية بمستوياتها المختلفة.
- المعهد الطبي الأمريكي (Lecelet، 2006، صفحة 14) يعرف الجودة على أنها: "مستوى تقديم الرعاية من طرف المؤسسات الإستشفائية من أجل الرفع من النتائج المنتظرة من طرف الفرد والمجتمع، إضافة الى موائمة هذه النتائج مع الإمكانيات والمعرفة الحديثة.
- بالنسبة لأخصائي الصحة فيرتكز تعريف الجودة على نوعية ومميزات النتائج المقدمة للمريض، فيشمل بذلك بعدين: الأول بعد فكري، تعليمي وتقني والمتمثل في فعل الأشياء بطريقة صحيحة بمعنى تقديم الرعاية على الوجه الصحيح من ناحية التشخيص واتخاذ القرار الصحيح وتقديم العلاج المناسب ثم بعد ذلك التطبيق عن طريق توفير جميع الموارد المادية والبشرية من حيث الكفاءات والخبرات الضرورية . البعد الثاني بعد العلاقة بين مقدم الرعاية والمريض من حيث علاقة التعامل، الحساسية الأمانة، النزاهة وكذلك طريقة الإتصال.
- رغم المفاهيم المتعددة للجودة لجميع المتخصصين والمهتمين بهذا الموضوع فإن الرعاية الطبية الجيدة وقياسها وتقييمها يتضمن مفهومين أساسيين هما: جودة الرعاية الفنية، وجودة فن الرعاية.
- تشير الرعاية الفنية إلى مدى ملائمة الأنشطة والإجراءات الهادفة إلى تشخيص ومعالجة المرضى.
 - بينما يشير فن الرعاية إلى البيئة الكلية التي يجري فيها تقديم الخدمات وأسلوب تقديمها وسلوكيات تقديمها وطريقة التعامل والتفاعل مع المريض والتأثير على سلوكيات المريض المؤثرة على صحته وتعزيز السلوك الصحي الإيجابي لديه من حيث خلق الرغبة والاستعداد لدى المريض للإفضاء بمشاكله المؤثرة على صحته ومناقشتها مع فريق الرعاية الطبية، ومن حيث استعماله الخدمات الطبية والانتفاع بها بطريقة تسهم في استرداد صحته بشكل سريع وفعال واتباع التعليمات الطبية المحددة له والهادفة إلى كشف الأمراض المزمنة لديه وعلاجها.

خلاصة لما سبق جودة الرعاية هي الدرجة التي تبلغها الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والجماعات في زيادة الحصيلة الصحية المرغوبة ضمن إطار اقتصادي معين وموازنة للمخاطر بالفوائد بما يتماشى مع المعرفة المهنية الراهنة.

2.3. أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

إن من أهم الأسباب الداعية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية قدرتها على تخفيض التكلفة، تقليل الأخطاء وتحسين العمليات، إضافة إلى تعظيم رضا المرضى، كما أنها تساعد المؤسسات الصحية على الوقوف أمام المنافسة القوية، وتمكنها من الحصول على بعض. كذلك الشهادات الدولية في هذا المجال (العمر، 2002،

صفحة 314) وتحقق المؤسسات الصحية بعض الفوائد نتيجة تطبيقها لمبادئ إدارة الجودة الشاملة، والتي يمكن أن نعرضها (الأحمدي، 2000، الصفحات 418-420).

أ. **تبسيط الإجراءات:** يساعد تطبيق نموذج إدارة الجودة الشاملة على تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها أو تحسينها، وقد تمكن مستشفى جامعة "ميتشجن" بالولايات المتحدة الأمريكية من تخفيض مدة وتكلفة الإقامة وأجور العاملين بما قيمته 500.000 دولار سنويا نتيجة لتبسيط إجراءات الدخول وتخفيض فترة انتظار المريض قبل أن يتم تحويله إلى الغرفة التي تخصه.

ب. **تحسين الإجراءات:** يهدف تطبيق إدارة الجودة الشاملة، إلى السعي لتقصي فرص التحسين واغتنامها. وقد تمكن مستشفى "وست باسن فيري" من تقليص معدل العمليات القيصرية البالغ 22% (من المعدل السنوي للمواليد بالمستشفى إلى أقل من 10%) باستخدام أسلوب المعايرة حيث تم اختيار مستشفيات الدانمارك التي تبلغ فيها نسبة الولادات القيصرية 5% (لتكون معيارا لعملية التحسين، ومن ثم جرى العمل على تحديد أوجه القصور في طرق العمل وتحسينها لتحقيق المستوى المطلوب من الأداء).

ت. **كفاءة التشغيل:** تعتبر كفاءة التشغيل من أهم الفوائد التي يحققها تطبيق إدارة الجودة الشاملة وذلك نتيجة للقضاء على الهدر في أداء العمليات وارتفاع مستوى مهارة العاملين. وقد تمكن مستشفى "سنترال دوبيج" في ولاية "إلينوى" الأمريكية من توفير 73000 دولار أمريكي سنويا بتخفيض استهلاك الإبر الوريدية في وحدة الطوارئ نتيجة لتدريب العاملين على استخدامها بشكل أفضل.

ث. **القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية العميادية:** يسهم تطبيق مفهوم إدارة الجودة في القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية، واختيار أفضل الطرق لأداء العمل وفقا للأدلة والحقائق العلمية.

ج. **الحد من تكرار العمليات:** يساعد تطبيق هذا المفهوم على تحديد الطرق الأفضل لأداء العمل ومن ثم الحد من التكرار، وما له من تأثير سلبي على مستوى الجودة والكفاءة والإنتاجية ورضا المرضى. إن تطبيق نظام إدارة الجودة في المؤسسات الصحية من شأنه مساعدة المؤسسة في التعرف على الموارد المهذرة من الوقت مروراً بالطاقات والقدرات الذهنية المتمثلة في الموارد البشرية بالإضافة إلى الموارد المادية ومن ثم العمل على التخلص منها وفي نفس الوقت. (ساعاتي، 1998، صفحة 107).

ح. **جودة الخدمات الطبية:** إن الهدف الأساسي من إدارة الجودة هو محاولة تحسين جودة الرعاية الطبية والخدمات الأخرى المقدمة للمستفيدين وكذلك الاستخدام السليم والتوظيف المثالي لكل من الموارد المالية والاستفادة المثلى من النظم الطبية الحديثة بالإضافة إلى محاولة تقليص النفقات والمصروفات الخاصة بالرعاية الصحية.

خ. **رضا العميل:** إن من أهم أهداف إدارة الجودة هي تقديم خدمة أفضل لشريحة المستفيدين أو العملاء بما تتناسب مع توقعاتهم واحتياجاتهم فالنتيجة في النهاية الوصول إلى رضا العميل وأن تحوز المؤسسة على زيادة عملائها وتمسكهم بخدماها وعلى رضا العميل.

د. رفع معنويات الموظفين: إن المنشأة الصحية الناجحة هي التي يكون لديها القدرة على تعزيز الثقة في نفس العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم مقدرين كأفراد لحظة تشجيعهم على أداء العمل وأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى رفع معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج والخدمات.

3.3 مبررات تبني فلسفة الجودة للخدمات الصحية:

تبدل الدولة جهود تطوير المستشفيات الحكومية في رفع كفاءة العاملين بها، ويترتب على تلك الجهود نتائج تختلف من دولة لأخرى تبعاً لإختلاف الظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لهذه الدول، الأمر الذي يعني نسبة المبررات التي يمكن تصنيفها على النحو التالي (الإدارة، 1990، الصفحات 33-38).

أ. القوى العاملة: ضعف التوازن في توزيع القوى العاملة التخصصية والفنية والطبية المساعدة بين المستشفيات وبعضها البعض وبين الأقسام الداخلية للمستشفى الواحد، وذلك نتيجة غياب المعايير الأساسية للقوى العاملة ب. التقنيات والتجهيزات الطبية:

— عدم كفاية المعايير القياسية المعمول بها في تحديد حجم ومواصفات التجهيزات الطبية المساعدة اللازمة لكل قسم من أقسام المستشفى حسب طبيعة وحجم العمل.

— تباين كفاءة ومستوى جودة أداء التجهيزات الطبية بالمستشفيات نتيجة غياب المواصفات القياسية لهذه التجهيزات وتنوع مصادرها والتركيز في كثير من الحالات على تكلفة توفيرها وليس كفاءة أداؤها.

— تقادم بعض الأجهزة عن مسايرة التطورات التقنية في مجالها، إضافة إلى كثرة أعطالها وقلة كفاءة أجهزتها

ت. تأمين الإحتياجات الطبية ومستلزمات التشغيل والمتمثل في النقاط التالية:

— قصور التخطيط السنوي لتحديد احتياجات المستشفى من المستلزمات الطبية والخدمات.

— ارتفاع معدلات المستلزمات الطبية والخدمات نتيجة عدم كفاءة النظم المعمول بها ومراقبة الإستهلاك.

— عدم وفاء بعض الموردين بالتزاماتهم التعاقدية، ومواجهة عجز في بعض هذه المستلزمات والاحتياجات الطبية .

ث. نظم التشغيل:

— قصور أنظمة وسياسات التشغيل وإجراءات العمل المكتوبة والموحدة لأقسام المستشفى، وما يتبع ذلك من تباين في أساليب العمل بين الأقسام المختلفة وصعوبات في التقييم والرقابة ومعالجة المشكلات .

— ضعف ونظم المعلومات بالمستشفيات وقصور انظم التغذية المرتدة مما يؤثر سلباً على كفاءة وتوازن الخدمات .

— عدم كفاية المعايير والمواصفات القياسية التي تحكم تقديم مختلف الخدمات الطبية والفنية والإدارية ومما يتبع ذلك من قصور في مستوى جودة وأداء هذه الخدمات وصعوبة تقديمها.

— قصور نظم العمل الداخلية (اللوائح والقرارات التنظيمية)

ح. المستفيدون من خدمات المستشفى: ويشمل

— تزايد الضغط على خدمات وإمكانيات المستشفى نتيجة لقصور الوعي لدى طالبي الخدمة وعدم تفهم لدور

المستشفى الصحيح في تقديم الخدمات الصحية.

- عدم وجود نظام واضح ومفهوم لدى المستفيدين من خدمات المستشفيات وما يترتب على ذلك من تزايد الضغط على العيادات الخارجية في المستشفيات وما يتبع ذلك من إنخفاض مستوى جودة الخدمات المقدمة.
- كثرة الشكاوي المبنية على مفاهيم خاطئة، وما يترتب على ذلك من ردود فعل وتخفيضات من الفريق المعالج تنعكس سلبا على مستوى الخدمات الصحية.

خ. المباني والمرافق:

- قدم بعض المباني وقصورها عن الوفاء بمتطلبات العمل سواء من حيث الحجم أو الحالات الإنشائية.
 - عدم وفاء بعض شركات التشغيل والصيانة بالتزاماتها التعاقدية وانعكاسات ذلك على كفاءة المباني والمرافق.
- 4.3. أركان جودة الرعاية الطبية:** هناك ستة أركان أساسية تشكل جوهرية الجودة في الرعاية الطبية وتشكل هذه الأركان مرتكزات أساسية تقوم عليها جودة الخدمات الطبية كما يلي (نصيرات، 2008):

أ. **تواجد الخدمات:** يشير مفهوم تواجد الخدمات إلى الكفاية الكمية اللازمة لتلبية الاحتياجات الصحية للأفراد المشمولين لهذه الخدمات حيث تعرف الكفاية هنا بالكم الذي يتم معه تلبية الحاجات.

ب. **سهولة منال الخدمة:** يشير مفهوم سهولة الخدمة إلى المدى المتوقع لإستعمال الأفراد للخدمات الموجودة مع الأخذ بعين الاعتبار العوائق التي تحد من استعماليتهم لها. هذه العوائق قد تكون مالية، تنظيمية، مادية أو اجتماعية.

أ. **العائق المالي:** يتمثل في تكلفة الرعاية الطبية الحديثة التي أصبحت مرتفعة جدا وتخرج عن حدود المقدرة المالية للغالبية العظمى للأفراد مما يجعله امتيازاً للقلّة وليس حقاً للغالبية ولعل التأمين الصحي الشامل يعتبر أفضل وسيلة لضمان المساواة والعدالة الاجتماعية .

ب. **العائق التنظيمي:** يشير إلى خلل في تنظيم وتنسيق خدمات الرعاية الطبية مما قد يؤدي إلى عدم معرفة الفرد للمكان الصحيح الذي يتوجب عليه التوجه إليه للحصول ومن هو مزود الخدمة الأفضل لتلبية حاجته الصحية .

ويشير العائق المادي إلى عدم تمكن الفرد من الوصول إلى الخدمة والانتفاع بها لجملة من الأسباب منها:

- عدم توفر الخدمة بالكم الكافي لتلبية الاحتياج إضافة إلى عدم توفر بعضها في جميع الأوقات.
- سوء توزيع الخدمة في المناطق الجغرافية وعدم مراعاة الكثافة السكانية وحجم الاحتياج في هذه المناطق.
- عدم توفر الطرق ووسائل المواصلات المناسبة للوصول إلى مراكز الخدمات.

ت. **العائق الاجتماعي:** فيشير إلى العادات والتقاليد الاجتماعية والمواقف العامة والآراء الفردية والمجتمعية فيما يتعلق بمفاهيم الصحة والمرض والخدمات الصحية.

ث. **شمولية الرعاية:** يتضمن مفهوم شمولية الخدمات توفير خدمات الرعاية الطبية بمستوياتها المختلفة التي تقدم ذكرها وبحيث تعطي هذه الخدمات المدى الكامل للرعاية الطبية بمفهومها الصحيح والمتعارف عليه ويشمل ذلك خدمات ترقية الصحة، وخدمات الوقاية من الأمراض والكشف المبكر للأمراض . . .

ج. استمرارية الرعاية: يشير هذا المفهوم إلى المدى الذي يتم معه تلقي المريض لخدمات الرعاية الطبية بشكل منسق وبتتابع مستمر وبما ينسجم مع حاجة المريض للرعاية بمستوياتها المختلفة ومصادرها المتعددة.

ح. كفاءة الخدمة: يشير هذا المفهوم إلى حسن تنظيم الموارد المتاحة للقطاع الصحي واستخدامها بشكل امثل لتحقيق الأهداف المحددة، مع المحافظة على هذه الموارد والتي تتصف بالحدودية وارتفاع التكلفة، وهذا لا يتسنى إلا بالتخطيط الرشيد والتنظيم السليم والاستخدام الفعال للخدمات الصحية.

خ. جودة الخدمات: هناك اتفاق عام على ان مفهوم الجودة يتضمن جانبين أساسيين هما:

— فنية الرعاية أو الجانب المعرفي والتكنولوجي ويمثل المعارف والمهارات والخبرات ودرجة التقدم العلمي والتكنولوجي المتوفرة للرعاية الطبية والتقنيات والأساليب المستعملة في الرعاية الطبية.

— فن الرعاية أو الجانب السلوكي للرعاية ويشير إلى سلوكيات مزودي الخدمات وفن تعاملهم مع المرضى . يعتبر هذان الجانبين جوهر جودة الرعاية الطبية ويتضمنان كافة العناصر الأساسية للرعاية الطبية الجيدة.

5.3. محاور جودة الخدمات الصحية: تشمل جودة الخدمات الصحية على ستة محاور أساسية يمكن من خلالها الحكم على جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات وهي:

أ. الأمان: هي الدرجة التي تقل فيها مخاطر التدخلات الطبية ومخاطر البيئة التي تقدم فيها الرعاية الصحية للمريض وللأفراد الآخرين متضمنة كل الممارسين للمهنة.

ب. الفعالية: ويقصد بها تحقيق الفائدة المرجوة من العناية الطبية على مستوى المريض أو مستوى المجتمع ككل.

ت. الملائمة: وتعني ملائمة الخدمة للعرض الذي تقدم من أجله من حيث أسلوب وإجراءات ومكان تقديمها ومدى توافقها مع احتياجات المريض وحالته الصحية وقدراته الجسمانية والذهنية.

ث. سهولة الحصول: ويقصد بذلك أن خدمات العناية الطبية يجب أن لا تكون مقيدة لمن يحتاج إليها وقت الحاجة وفي أي مكان يمكن أن تقوم فيه أو تتوافر فيه الإمكانيات اللازمة لتقديمها.

ج. القبول: ويعني أن الرعاية الطبية المقدمة في المستشفى يجب أن تحظى بقبول المرضى وذوهم ومقدمي الخدمة أنفسهم من أطباء وممرضين وفنيين وأفراد المجتمع بشكل عام، فالخدمات الصحية تقدم لإشباع الرغبات وتلبية الحاجات.

ح. الكفاءة: وتعني التوازن في تخصيص الموارد المتاحة بين الخدمات المقدمة والمرضى المستفيدين منها دون أن تطغى خدمة مريض على آخر، أو هي العلاقة بين المخرجات (نتائج الرعاية الصحية) والموارد المستخدمة لتقديم هذه الرعاية بكفاءة.

وهناك محاور أخرى للجودة في مجال الرعاية الصحية في الإطار العام لأنشطة إدارة الجودة الشاملة وهي تعطي التوازن المطلوب بين الجودة والتكلفة والمخاطر وهي (و وزارة الصحة و السكان).

ت. متاحة: هي درجة ملائمة الرعاية الصحية أو التدخلات التي تحصل عليها المريض مع احتياجاته.

- ث. متخصصة: أن تكون القدرة لدى الممارسين للمهنة في أن تساهم خدماته في رفع المستوى الصحي للمريض.
- ج. التواصل: هي حالة تنسيق للخدمات الصحية التي يحتاجها المريض أو الاحتياجات الخاصة للسكان بين كل الممارسين للمهنة عبر كل أقسام المؤسسات الصحية المشتركة في تقديم الخدمة على مدار الزمن.
- ح. مؤثرة: هي درجة تقديم الرعاية الصحية بطريقة صحيحة توائم آخر ما توصل إليه العلم والمعرفة لتحقيق المخرجات المرغوبة وفق ما تم وضعه من مخطط لعلاج المرضى.
- خ. الاحترام والرعاية: هي الدرجة التي يصل إليها مقدموا الخدمة إلى قدر من الحساسية في تحديد احتياجات وتوقعات المستفيدين بالخدمة من خلال إدراك الفروق بين الأشخاص المختلفين.
- د. المساواة: وتعني الحصول جميع المرضى على نصيب عادل وقسط متساوي من الرعاية الطبية وفقاً لاحتياجاتهم بغض النظر على انتماءاتهم السياسية والدينية أو طبقاتهم الاجتماعية أو مراكزهم الوظيفية أو علاقاتهم الشخصية بمقدمي الخدمة أو المسؤولين.
- ذ. في الوقت المناسب: وهي الدرجة التي تقدم فيها الخدمة الصحية التي يحتاجها المريض في التوقيت المناسب.
- ر. الوقاية: هي الدرجة التي تنجح فيها التدخلات الطبية في تحديد عناصر الخطورة وتمنع حدوث المرض .
- إلى جانب هذه المحاور أضاف دوناييدان محاور أخرى (Lecelet, 2006، صفحة 04).
- الرعاية المثلى: الرعاية المثلى هي التي تأخذ في الاعتبار التوازن بين التكاليف والمنافع من الرعاية.
 - الإنصاف: هو توزيع عادل ونزيه للرعاية بين الجميع.
 - الشرعية: يعتبر مقبولاً على المستوى الجماعي للمجتمع وليس على مستوى الفرد فقط.
4. قياس ورقابة جودة الخدمات
- من الضروري لإدارة الجودة أن تضع دائماً نظاماً لقياس مستويات الجودة التي يتم تحقيقها، وقياس التفاوت بين تلك المستويات، ويقوم هذا القياس على الإساليب الإحصائية المناسبة، وتحديد الصفات التي تكون مواصفات للمقياس حتى يكون بالإمكان قياس الأبعاد المتضمنة للظاهرة موضوع الدراسة والسيطرة عليها. و يتضمن هذا اتخاذ صفات هامة للجودة وتحديد المؤشرات اللازمة لذلك.
- إن تعقيد مفهوم الجودة داخل المستشفيات يتطلب دراسة عميقة تعتمد على عدة مقاربات وعلى وسائل قياس فعالة ومدروسة (Bloch, 1980; lang et (Clinton, 1984; lang , wertey, 1980). و قد أثبت ذلك دوناييدان (1975) بأنه يوجد عدة متغيرات متداخلة ومتراطة تحكم عملية قياس الجودة داخل المستشفى أو حتى ظرف معين يحتاج إلى خدمة (A. Jacquerye, 1999، صفحة 92).
- 1.4 عناصر قياس جودة الخدمات الصحية: في مجال الرعاية الطبية والصحية هناك عنصران أساسيين تقاس بهما جودة الخدمات الصحية وهما :

- العنصر التقني: ويتعلق بتطبيق المعارف والمعلومات والتقنيات الطبية وغيرها من العلوم الصحية .

- **العنصر الإنساني:** ويتمثل في إدارة التفاعل الاجتماعي والنفسي بين مقدمي الخدمات الصحية والمرضى وفق القيم والقواعد الاجتماعية التي تحكم التفاعل بين الأفراد بشكل عام وفق مواقف المرض بشكل خاص.
- دراسة وتحديد توقعات العملاء من المرضى والجمهور المتردد والمجتمع المحلي من المؤسسات الصحية.
- وضع مواصفات محددة ودقيقة، معلنة ومدروسة على كل مستوى من المستويات المؤسسات الصحية
- تقييم الأداء الفعلي أولاً بأول للتعرف على مدى مقابلة الخدمة لتطلعات وتوقعات المرضى .
- القيام بالاستقصاءات وذلك لما لها من دور في قياس جانب كبير من كفاءة وجودة الخدمات المقدمة للمرضى وغيرهم، وذلك للتعرف على مدى إدراكهم للخدمة ومدى مطابقتها لاحتياجاتهم وتوقعاتهم.
- ومن خلال ما تقدم يمكن القول أن هناك نوعين من المقاييس المستخدمة لقياس الجودة في مجال تقديم الخدمات :
- **المقاييس الموضوعية:** وتبني على حقائق وأرقام فعلية لا تتدخل فيها وجهات نظر أو آراء شخصية مثل: معدل الوفيات، أو معدل مكافحة العدوى أو نسبة الممرضات للأطباء أو نسبة الأطباء للمرضى، عدد حالات دخول المرضى للمستشفى خلال 48 ساعة، المضغفات الجانبية للعلاج الطبيعي أو العمليات الجراحية.
- **المقاييس الغير موضوعية:** وهي مبنية على أساس أحاسيس المرضى اتجاه الرعاية التي يتلقونها فهي تعمل على تزويد إدارة المستشفى بمعلومات إضافية وقيمة حول مستوى الرعاية الصحية المقدمة.
- 2.4. قياس جودة الخدمات الصحية:** هناك أسلوبان لقياس جودة الخدمة ينسب أولهما إلى (L).Berry ((1985 وهو الذي يستند إلى توقعات العملاء لمستوى الخدمة وإدراكهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل، ومن تم تحديد الفجوة وذلك باستخدام الأبعاد العشر الممثلة لمظاهر جودة الخدمة وهي :

 - الاتصالات Communication أو دقة وصف الخدمة بالغة التي يفهمها العميل.
 - المقدرة Compétence أي إمتلاك العاملين للمهارات والقدرات والمعلومات اللازمة.
 - الثقة Crédibilité: حيث ينظر العاملون في المؤسسة الى العميل بوصفه جديراً بالثقة.
 - الاعتمادية Reliability حيث تقدم الخدمة للعميل بدقة يمكنه الاعتماد عليها.
 - الاستجابة Responsivités: حيث يستجيب العاملون بسرعة وبشكل خلاق لطلبات العميل ومشكلاته.
 - التجسيد Tangibles ويركز على الجانب الملموس زمن الخدمة كالأجهزة والأدوات التي تستخدم في تأديتها.
 - الامان Security بمعنى أن تكون الخدمة خالية من المخاطرة والمغامرة والشك.
 - معرفة العميل Knowing/Understanding أن يبذل العاملون جهداً لتفهم احتياجات العميل
 - المجاملة Courtesy بمعنى التعامل مع العميل بصدقا واحترام وتقدير.

- و في دراسة لاحقة تمكن ((L).Berry, 1985، صفحة 35،38) من دمج هذه الأبعاد العشرة في خمس أبعاد :

 - الجوانب الملموسة: تضم التسهيلات المادية والمعدات في إنتاج وتقديم الخدمة والمظهر الخارجي للعاملين
 - الثقة الاعتمادية: تمثل في القدرة على أداء الخدمة وفقاً للوعود المقدمة، وبدقة خالية من الأخطاء.

- الإستجابة: وتعكس استعداد العاملين بالمؤسسة الخدمية لمعاونة الجمهور أو العملاء وتقديم الخدمة بسرعة.
- الأمان: وتمثل في معرفة وخبرة العاملين بمؤسسة الخدمة، وقدرتهم على كسب ثقة الجمهور والعملاء.
- التعاطف: وتعكس العناية بالجمهور أو العملاء، والاهتمام الشخصي لكل فرد.

كما احتوت هذه الأبعاد على اثنين وعشرين عبارة تترجم مظاهر جودة الخدمة بالنسبة لكل بعد من هذه الأبعاد وهي أبعاد عامة يعتمد عليها العميل في قياس جودة الخدمة بغض النظر على نوعية الخدمة وأطلق على هذا الأسلوب اسم مقياس الفجوة أو مقياس SERVQUAL. وتحدث هذه الفجوات إذا حدث اختلاف بين توقعات العميل وبين إدراك الإدارة لهذه التوقعات. ان الفجوة بين توقعات العميل وبين إدراك الإدارة لهذه التوقعات تتكون في حقيقتها من خمس فجوات هي:

- 1: الفجوة رقم 1: الفجوة بين إدراك الإدارة وبين توقعات العملاء وتنتج هذه الفجوة عن الاختلاف بين إدراك الإدارة لتوقعات العملاء، أي عجز الإدارة عن معرفة احتياجات ورغبات العملاء المتوقعة.
- 2: الفجوة رقم 2: الفجوة بين إدراك الإدارة وبين المواصفات المحددة للجودة وتنتج عن الاختلاف بين المواصفات الخاصة بالخدمة المقدمة بالفعل وبين إدراك الإدارة لتوقعات العملاء.
- 3: الفجوة رقم 3: الفجوة بين المواصفات المحددة للجودة وبين ما يقدم فعلا، وتظهر بسبب كون مواصفات الخدمة المقدمة بالفعال لا تتطابق مع ما تدركه الإدارة بخصوص هذه المواصفات، وقد يرجع ذلك إلى تدني مستوى مهارة القائمين على أداء الخدمة، والذي يرجع بدوره إلى ضعف القدرة والرغبة لدى هؤلاء العاملين.
- 4: الفجوة رقم 4: الفجوة بين الخدمة المقدمة والاتصالات الخارجية، وتنتج عن الخلل في مصادقية مؤسسة الخدمة، بمعنى أن الوعود التي تقدمها المؤسسة حول مستوى الخدمة من خلال الاتصال بالعملاء (البيع الشخصي والمجهودات الترويجية الأخرى) تختلف عن مستوى الخدمة المقدمة ومواصفاتها بالفعل.
- 5: الفجوة رقم 5: الفجوة بين الخدمة المدركة وبين الخدمة المقدمة، وهذه الفجوة هي نتاج حدوث احد أو بعض أو كل الفجوات السابقة.

أما الأسلوب الثاني لقياس جودة الخدمة فيسمى مقياس الأداء الفعلي SERVPERF ويعتبر هذا أسلوبا معدلا من الأسلوب الأول، ويستند الى التقييم المباشر للأساليب والعمليات المصاحبة لأداء الخدمة، بمعنى أنه يعتمد على قياس جودة الخدمة باعتبارها شكلا من أشكال الإتجاهات نحو الأداء الفعلي للجودة والمتمثل في الأبعاد الخمسة وهي: النواحي المادية الملموسة في الخدمة، الإعتمادية، الإستجابة، الأمان، التعاطف، كما تحتوي هذه الأبعاد على اثنين وعشرين عبارة تترجم مظاهر جودة الخدمة بالنسبة لهذه الأبعاد. وعند الانتقال بهذه المقاييس إلى مجال الخدمة الصحية، فإن جودة الخدمات الصحية تقاس بمدى توافر الإبعاد الأربعة في الخدمة الصحية التي يقدمها المستشفى وهي (الرحمان، ادريس،، 2003،، صفحة 15) .

- الجوانب الملموسة وتشمل المتغيرات الآتية: (جاذبية المباني والتسهيلات المادية، التصميم والتنظيم الداخلي للمباني، حداثة المعدات والأجهزة الطبية، مظهر الإطباء والعاملين.

– **الاعتمادية وتشمل:** الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة، الدقة وعدم الأخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج، توافر التخصصات المختلفة، الثقة في المستخدمين (الأطباء والأخصائيين المرضيين)، الحرص على حل مشكلات المريض. الاحتفاظ بسجلات وملفات دقيقة.

– **الإستجابة وتشمل المتغيرات الآتية:** السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة، الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال، الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض، الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوي، إخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤها.

– **الأمان ويشمل المتغيرات التالية:** الشعور بالأمان في التعامل، المعرفة والمهارة المتخصصة للأطباء، الأدب وحسن الخلق لدى العاملين، استمرارية متابعة حالة المريض، سرية المعلومات الخاصة بالمريض، دعم وتأييد الإدارة للعاملين لأداء وظائفهم بكفاءة.

3.4. رقابة جودة الخدمات الصحية: تتطلب مرحلة الحفاظ على الجودة وتحسينها من جهة إيجاد وسائل تعمل على الحفاظ على الجودة المحصل عليها، ومن جهة أخرى البحث عن كيفية تحسين نقاط الضعف التي تم الكشف عنها بوسائل القياس المختلفة. وتعتبر الرقابة على الجودة كأحد الوسائل الهامة في تحسين جودة الخدمات، إلى جانب المتابعة الميدانية والتقنية.

أ. **رقابة جودة الرعاية الطبية:** تعددت أساليب والأدوات المستعملة لرقابة جودة الرعاية الطبية منها ما يتعلق بالأطباء باعتبارهم الراعي الأول للخدمة الصحية ومنها ما يتعلق بالمرضى باعتبارهم أكثر احتكاك واتصال مع المرضى من خلال تواجدهم داخل المستشفى. إضافة إلى مراجعات واحتمالات الأقسام الطبية والجراحية التي تعقد شهريا لمراجعة حالات مختارة من بين الوفيات والمرضى الذين لم يتحسنوا والحالات المرضية المعقدة.

ب. **رقابة جودة خدمات التمريض.** تعتبر خدمات التمريض عاملا رئيسيا وذا تأثير كبير ومباشر على جودة الرعاية الطبية التي يقدمها الأطباء وعلى جودة العناية الإستشفائية التي يقدمها المستشفى ككل، ولغاية ضبط ورقابة جودة هذه الخدمات تعتمد المستشفيات على نوعين رئيسيين من أساليب التقييم والرقابة.

– **أساليب التقييم الغير الرسمية:** هي الأكثر شيوعا وحيث تعتمد إدارة المستشفى على ملاحظات وتقييم الأطباء أنفسهم للخدمات التمريضية بصفتهم الجهة الأكثر احتكاكا بالمرضى والأقدر على الحكم على جودة ومستوى خدمات التمريض من الناحية الفنية. وتعتبر ردود فعل المرضى واستقصاء آرائهم مؤشرا جيدا للتقييم

- **أساليب التقييم الرسمية:** وتشمل هذه الأساليب مراجعات وتدقيق ملفات المرضى فيما يتعلق بالجانب التمريضي ويتم عمل هذا التدقيق على غرار التدقيق الطبي بحيث يتم الكشف عن الانحرافات الغير مقبولة في أداء خدمات التمريض من واقع الملف الطبي ومن ثم يجري تصحيح هذه الانحرافات. كما تشمل أيضا التقارير اليومية التي يتم رفعها للإدارة من قبل المرضيين المسؤولين في الأجنحة الداخلية للمستشفى على مدار 24 ساعة.

وتعتمد الجمعية الأمريكية لاعتماد المستشفيات معايير هيكلية عامة تستعملها لتقويم خدمات التمريض في المستشفيات وهذه المعايير هي (نصيرات، 2008، صفحة 239):

- وجود إدارة خدمات التمريض والإشراف عليها من قبل ممرضة مؤهلة كما يجب أن يكون في المستشفى عدد كاف من الممرضات القانونيات على مدار الأربعة والعشرين ساعة لتخطيط هذه الخدمات
- وجوب وجود خريطة تنظيمية ودليل تنظيمي حديث لدائرة التمريض تبين الهيكل الوظيفي للدائرة وتنظيمها .
- وجوب وجود سياسات وإجراءات مكتوبة تتعلق بأداء خدمات التمريض والسياسات الإدارية المتعلقة بذلك لضمان سلامة الممارسة التمريضية في المستشفى وتحقيق أهداف الدائرة.
- يجب ان يكون هناك دليل على قيام الممرضات بتنفيذ خطط المعالجة بشكل سليم وكفوء وفعال وذلك من خلال احتواء الملف الطبي للمريض على النماذج الخاصة بخدمات التمريض.
- وجوب وجود برامج للتعليم المستمر للمرضين وتوفير فرص التعليم الداخلي والخارجي لتحسين مهارات وخبرات جهاز التمريض.

ت. رقابة جودة الدوائر الأخرى (المدخلات، العمليات، المخرجات):

تكلمنا فيما سبق عن رقابة جدوة الرعاية الطبية التي يقدمها الأطباء والممرضات والأساليب التي تستعملها المستشفيات وأشرنا إلى اللجان المختلفة في قياس وتقييم الجودة. وسبب صعوبة وضع معايير محددة ومتفق عليها في هذا الشأن اتجهت المستشفيات بشكل عام إلى رقابة الجودة بالتركيز على ثلاثة ابعاد: قياس وتقوم المخلات، قياس وتقوم العمليات، قياس وتقوم المخرجات.

تحتاج هذه المرحلة من أجل نجاحها إلى (المتابعة العقلانية، والمتابعة التقنية)

- مساندة معنوية ونفسية من أجل حث الأفراد نحو بذل جهد أكبر وتقوية إرادتهم في العمل .
- مساندة ميدانية تقنية عن طريق استعمال مختلف الوسائل الضرورية لقياس وتحسين الخدمة. ويعد جدول محفظة الأعمال من الوسائل الجدة مستعملة في هذا الميدان كأداة ووسيلة للقيادة ومساعدة على اتخاذ القرار تضم مجموعة مختارة من المؤشرات التي تسمح بتقييم مستوى تحقيق الأهداف. و يعرف على انه " رؤية تحليلية تهدف إلى تحديد أو تمييز وضعية تم وضع مؤشرات الجودة اللازمة لتقييمها " (Lecelet, 2006، صفحة 87).

5. تقييم برنامج الجودة: الحصيلة النهائية تهدف أولاً بضمان بمعرفة مدى الترابط والتنسيق بين الأهداف المسطرة لبرنامج الجودة والنتائج المحصل عليها، والتأكد من أن المرضى قد استفادوا بشكل جيد من الخدمات والرعاية المقدمة. في هذا الشأن يقترح كثير من الكتاب تحليل المدخلات، المخرجات، العمليات (Smeltzer1992). النتيجة النهائية لهذا البرنامج تركز على التأكد من مؤشرات الخدمة المتمثلة في: التكاليف، الكفاءة، الفعالية، والنواتج وبشكل أساسي على مدى تقديم الخدمة الى المرضى بالشكل والطرق المناسبة.

1.5. تكاليف الجودة: يتجه المختصون إلى اعتماد تقسيمات مختلفة للتكاليف، فبالنسبة للمؤسسات الصحية هناك أربعة أقسام للتكاليف (-A.Jacquerye، 1999، صفحة 147))

- **تكاليف الوقاية:** الهدف من هذه التكاليف الوقاية من الفشل dysfunctionnement فتشمل المصروفات التي تنفقها المؤسسة على الجهود التي تبذل لغرض السيطرة على الجودة، ومصروفات التحسن .
- **تكاليف القياس:** وتشمل نفقات القياس والتقييم، الرقابة، الحفاظ على المستلزمات.
- **تكاليف الفشل الداخلية:** هي التكاليف المصاحبة للعيوب (تكاليف عدم الجودة) التي يتم اكتشافها قبل وصول المنتج إلى المستهلك ويحدث هذا عندما تفشل المنتجات من تلبية المواصفات النوعية المحددة مسبقا وتضم: تكاليف البحث عن العيوب والأخطاء، تكاليف ضياع الوقت، تكاليف ضياع الأدوات والمعدات
- **تكاليف الفشل الخارجي:** هذه التكاليف مرتبطة بمتلقي الخدمة النهائي، أي عند تحويل ملكية المنتج إلى المستهلك، فهي توضح العلاقة بين الجودة المحققة في منتوجاتها ورضا الزبون (كلفة شكاوى الزبائن، كلفة المسائل القانونية، نشاطات التسوية، كلفة التأخر أو ضمان الفترة المحدودة.

2.5. تقييم كفاءة وفاعلية برنامج الجودة: الكفاءة والفاعلية، يعبران عن مدى بلوغ أهداف برنامج الجودة.

فالكفاءة تجيب عن السؤال التالي " هل تم فعلا الاستفادة من برنامج الجودة في تحسين الخدمات الصحية ؟ أما الفاعلية فتضيف إلى عامل الكفاءة عامل التكلفة، من حيث ملائمة التكاليف للنتائج المحصل عليها. كما يمكن حسابها أيضا بالعلاقة بين نسبة المشاكل المحلولة أو التي تم تحسينها بنسبة المصاريف المبذولة.

3.5. تقييم النواتج: تعد الحصيلة لبرنامج الجودة ناقصة ما لم تأخذ في الحسبان النواتج التي يمكن التعبير عنها في :

- مدى التأثير الإيجابي لبرنامج الجودة على المريض، مقدمي الخدمة (الإحساس الرضا. . .)
- التأثيرات الثانوية ويمكن معرفتها من خلال بعض المؤشرات كمدة الإقامة مثلا، عدد حالات الفحوصات، معدل غياب الأفراد، ظروف العمل وتنظيمها. . .

إن نجاح برنامج جودة الخدمات يتطلب وجود ثقافة جودة إضافة نظام اتصالات وحتى يتم ذلك يتطلب وضع برامج قاعدية سليمة تتعلق بتدعيم العلاقات الاجتماعية داخل المؤسسات الصحية. في هذا الصدد دومانج وجوران 1983 يقترحان (-A.Jacquerye، 1999، صفحة 157) برامج تكوينية خاصة بالجودة، تبادل الآراء والمشاركة والاستفادة من خبرة الآخرين، تشجيع الاتصال بين مختلف الأطراف وتكوين وعن طريق تطوير نظام اتصال فعال.

المحور الثاني: الدراسة التطبيقية - مستشفى ترابي بوجمعة بالجنوب الغربي ولاية بشار-

من أجل معرفة مستوى جودة الخدمات الصحية في مستشفى ترابي بوجمعة بالجنوب الغربي بشار، حاولنا توضيح ذلك من خلال محاور الجودة المعتمدة في معظم المستشفيات.

1. الإطار المنهجي للدراسة الميدانية

1.1. وصف وتحليل الاستبيان

جدول رقم (2): "معامل الفاكورناخ ومعامل الصدق"

رقم	المحور	معامل الفاكورناخ	معامل الصدق
1	الجوانب المادية	0,730	0,854
2	ظروف الايواء	0,825	0,905
3	التعاطف	0,436	0,660
4	الامان	0,526	0,725
5	الاعتمادية	0,592	0,769
6	الاستجابة	0,704	0,839
	جميع عبارات الاستبيان (40 عبارة)	0,876	0,935

المصدر: من إعداد الباحثين.

استخرج معامل الثبات للأداة بطريقة كرونباخ ألفا حيث وصل معامل الثبات الإجمالي لجميع عبارات الاستبيان إلى 0,876 وهي قيمة مرتفعة تدل على أن عبارات المحاور وعبارات الاستبيان ككل تتسم بالصدق والثبات وبالتناسق الداخلي مما يجعلها قابلة للتحليل والدراسة ويجعلها تفي بأغراض البحث .

- الوصف الإحصائي لعينة الدراسة: جدول رقم (3): "توزيع عينة الدراسة حسب الجنس"

الجنس	العدد	النسب المئوية	النسب التراكمية
ذكر	12	54,5	54,5
أنثى	10	45,5	100,0
المجموع	22	100,0	

المصدر: من إعداد الباحثين.

جدول رقم (4): "توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي"

المستوى	العدد	النسب المئوية	النسب التراكمية
متوسط	2	9,1	9,1
ثانوي	10	45,5	54,5
تكوين مهني	5	22,7	77,3
جامعي	5	22,7	100,0
المجموع	22	100,0	

المصدر: من إعداد الباحثين.

جدول رقم (05): "توزيع عينة الدراسة حسب مدة الإقامة"

مدة الإقامة	العدد	النسب المئوية	النسب التراكمية
أقل من يومين	5	22,7	22,7
من 3 الى 7 أيام	5	22,7	45,5
من 8 الى 15 يوم	10	45,5	90,9
أكثر من 15 يوم	2	9,1	100,0
المجموع	22	100,0	

المصدر: من إعداد الباحثين.

جدول رقم (06): "توزيع عينة الدراسة حسب مستوى العمر"

السن	العدد	النسب المئوية	النسب التراكمية
أقل من 20 سنة	2	9,1	9,1
من 21 الى 40 سنة	9	40,9	50,0
من 41 الى 60 سنة	11	50,0	100,0
المجموع	22	100,0	

المصدر: من إعداد الباحثين.

من خلال الجداول السابقة فيما يتعلق بمتغير الجنس ان 54.5 % من أفراد عينة الدراسة هم من الذكور، وما نسبته 45.5 % من الإناث. و ما يتعلق بمتغير المستوى التعليمي أكبر نسبة للمستوى الثانوي ب 45.5 %، يليه المستوى الجامعي ب 22.7 % . أما المستوى المتوسط فقد بلغ 9.1 بالمائة. أما فيما يخص متغير مدة الإقامة فقد بلغت 45.5 % ما يعادل 10 أيام للمدة ما بين 8 الى 15 يوم. ما يتعلق بمتغير العمر فان أكبر نسبة كانت للفئة العمرية ما بين 41 إلى 60 سنة ب 50 %، اقل نسبة للفئة العمرية اقل من 20 سنة ب 9.1 %.

2.1. المعالجة الإحصائية:

بعد جمع البيانات تم إدخال بياناتها للحاسب لتعالج بواسطة البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS). وقد استخدمت المتوسطات الحسابية الموزونة وتحليل (ت) وتحليل التباين الأحادي ANOVA، وقد حددت درجات الاستجابة حسب ليكرت الخماسي كما في الجدول .

3.1. حساب المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري:

للإجابة عن السؤال الثاني " ما مستوى التزام المؤسسة الاستشفائية لمسؤوليتها الاجتماعية من وجهة نظر المرضى". للإجابة عن السؤال تم الاستعانة بالمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وأهمية الفقرة فكانت الإجابة اعتمادا على المتوسط المرجح مبينة في الجداول .

جدول رقم (07): "المتوسط المرجح"

المستوى	المتوسط المرجح
ضعيف جدا	- من 1 الى 1,79
ضعيف	- من 1,80 الى 2,59
متوسط	- من 2,60 الى 3,39
جيد	- من 3,40 الى 4,19
جيد جدا	- من 4,20 الى 5,00

المصدر: من إعداد الباحثين.

أ. محور الجوانب المادية:

جدول رقم (08) "المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمحور الجوانب المادية"

المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب الاهمية	المستوى
01 الموقع الملائم للمستشفى	4,09	0,61	02	جيد
02 البعد عن الضوضاء والصخب	4,00	0,53	04	جيد
03 المظهر الملائم	3,95	0,65	05	جيد
04 اللوحات الإرشادية	4,27	0,45	01	ممتاز
05 اماكن الانتظار	3,04	0,65	08	متوسط
06 نظافة الاماكن	3,45	0,67	07	جيد
07 الممرات واسعة	4,09	0,75	03	جيد
08 الاستقبال والاجراءات الادارية	3,90	0,526	06	جيد
09 تجهيزات المستشفى	2,77	0,812	09	ضعيف
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمحور	3,803	0,596		جيد

المصدر: من إعداد الباحثين.

يتبين من الجدول ان إجابات عينة الدراسة نحو الجانب المادي الملموس جيدة على معظم الفقرات حيث بلغ المتوسط الحسابي الكلي 0,80 بانحراف معياري 0,59، فقد جاءت في المراتب الأولى كل من الموقع الملائم للمستشفى واحتواءه على الممرات الواسعة المزودة بالوحات الإرشادية التي تمكن العامل والمريض وحتى الزائر من الانتقال بسهولة والوصول إلى مبتغاه في أسرع وقت . جانب آخر يعد ايجابيا هو تواجد المستشفى في مكان بعيد عن الضوضاء ما يضمن الراحة والهدوء الكامل للمرضى بمتوسط حسابي 4,00 وانحراف معياري 0,53. النقطة السلبية للمستشفى هي ضعفه من حيث التجهيزات حيث يبقى دون المستوى وهذا ما يفسر في الكثير من الأحيان لجوء المرضى إلى العيادات الخاصة أو التنقل نحو الشمال لإجراء الفحوصات الغير متوفرة بالمستشفى. عموما الجانب

المادي جيد رغم النقائص ما نلفت من خلاله انتباه السلطات المعنية في العناية أكثر التجهيزات الطبية التي تعتبر من الضروريات التي لا تقوم الخدمات الطبية الا بتوافرها.

ب. محور ظروف الايواء:

جدول رقم (09): "المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لظروف الايواء"

المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
01	3,32	,568	07	متوسط
02	3,09	,526	08	متوسط
03	2,82	,733	09	متوسط
04	2,59	,908	10	ضعيف
05	3,64	,658	05	جيد
06	4,14	,889	02	متوسط
07	3,95	,722	03	جيد
08	3,50	,673	06	جيد
09	3,91	,610	04	جيد
10	4,27	,631	01	ممتاز
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمحور	3,266	0,713		متوسط

المصدر: من إعداد الباحثين.

من نتائج الجدول يتبين تراوح إجابات عينة الدراسة بين الجيد المتوسط والضعيف حيث احتلت المراتب الأولى أوقات الزيارات المناسبة التي تعتبر في رأي المرضى ملائمة جدا بمتوسط حسابي 4,27 وانحراف معياري 0,71، كذلك جانب التهوية والهدوء والرطوبة والحرارة داخل الغرف ما يدعم المكان الملائم للمستشفى بمتوسط حسابي 4,14 و3,95، 3,50. أما جانب التغذية الإجابات جاءت متوسطة لا تلي رغبة كل مريض وهذا يعود لطبيعة الخدمة العمومية المجانية وتكاليفها الباهضة. فعلى العموم تلاقي ظروف الإيواء درجة متوسطة حسب عينة الدراسة (المرضى) بمتوسط حسابي وانحراف معياري 3,26 - 0,71 على التوالي.

ت. محور التعاطف:

جدول رقم (10) المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمحور التعاطف

الرقم	المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب الأهمية	المستوى
01	مصلحة المريض في المقدمة	3,73	,550	02	جيد
02	العناية الشخصية بالمريض	3,36	,658	03	متوسط
03	مراعاة ظروف المريض العلاجية	3,18	,853	05	متوسط
04	التعاطف مع المريض وظروفه	3,36	1,002	04	متوسط
05	الصدقة والمرح في التعامل مع المريض	3,95	,653	01	جيد
	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمحور	3,516	0,7432		جيد

المصدر: من إعداد الباحثين.

حسب النتائج الموضحة في الجدول أعلاه جاءت العبارات على درجات متوسطة سوى العبارة مصلحة المريض والتعامل مع المريض بمعدل درجة جيد 3,95 و 3,73 على التوالي وهذا ما يدل على درجة وعي مقدمي الخدمة بمسؤوليتهم اتجاه مرضاهم في الحرص على تقديم مصلحة المريض قبل كل شيء ومدى معاملتهم وتعاطفهم لرفع معنوياتهم وإدراكهم بأهمية العامل النفسي في علاج المرضى تماشياً مع أخلاقيات المهنة التي تعتبر أخلاقية قبل أن تكون مسؤولية إلزامية. و تعتبر كذلك ميزة من الميزات النادرة للطبقة العاملة بالجنوب.

ث. محور الأمان:

جدول رقم (11): المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمحور الأمان

الرقم	المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب الأهمية	المستوى
01	شغور المريض بالأمان	3,95	,575	01	جيد
02	ادب واخلاق العاملين	3,77	,528	03	جيد
03	المتابعة المستمرة	3,23	,869	06	متوسط
04	المعاملة من قبل العاملين	3,86	,640	02	جيد
05	تقديم الفحوصات في الوقت المناسب	3,05	,950	07	متوسط
06	الادوية في الوقت المناسب	3,41	,734	05	جيد
07	معلومات تخص الحالة المرضية	3,45	,963	04	جيد
08	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمحور	3,531	0,751		جيد

المصدر: من إعداد الباحثين.

الجدول أعلاه يظهر إجابات عينة الدراسة نحو بعد الأمان حيث بلغت الدرجة الكلية للبعد 3,53 بانحراف معياري 0,75 وهي درجة جيدة تعكس مدى ثقة المرضى بالعاملين وشعورهم بالأمان أثناء تعاملهم معهم ويمكن إرجاع ذلك إلى قدرات ومهارات العاملين على مختلف مستوياتهم سواء كانوا أطباء أو ممرضين.
ج. محور الاعتمادية:

جدول رقم (12) المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمحور الاعتمادية

الرقم	المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب الأهمية	المستوى
01	تقديم الخدمة في الوقت المناسب	3,59	,854	02	جيد
02	الاهتمام بحل المشاكل	3,05	,844	04	متوسط
03	صحة تقديم الخدمة لأول مرة	3,23	,813	03	متوسط
04	توفر التخصصات	1,91	,526	05	ضعيف
05	الثقة في العمال	4,32	,568	01	جيد
	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمحور	3,22	0,721		متوسط

المصدر: من إعداد الباحثين.

يتبين من الجدول أن استجابات عينة الدراسة نحو الاعتمادية كانت متوسطة حيث بلغ المتوسط الحسابي والانحراف المعياري 3,22 و 0,721 على التوالي. أعلى استجابة شملت فقرة الثقة في العمال ب 4,32، ثاني درجة شملت تقديم الخدمة في وقتها 3,59، الدرجة المتوسطة شملت كل من صحة تقديم الخدمة والاهتمام بحل مشاكل العمال بمتوسطات حسابية 3,23 و 3,05 على التوالي. اضعف درجة على مستوى المحور تعود لعدم توفر التخصصات بمعدل 1,91 وهذا ما يدعم محور الموارد المادية الملموسة الذي سبق الإشارة إليه في النقصان الحاد في التخصصات التي تعاني منها المؤسسة مما يؤثر سلباً على الخدمات ويعكس تدني مستوى جودة الخدمات للمستشفى في توفير التخصصات اللازمة للخدمات الطبية.

ح. محور الاستجابة:

جدول رقم (13) المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمحور الاستجابة

الرقم	المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
01	الإخبار بموعد الخدمة	3,64	,790	02	جيد
02	الاستجابة الفورية للمريض	3,50	,859	03	جيد
03	الرد الفوري على الاستفسارات	3,14	,990	04	متوسط
04	الاستعداد الدائم للتعاون مع المرض	3,90	,625	01	جيد
	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمحور	3,545	0,816		جيد

المصدر: من إعداد الباحثين.

من مخرجات الجدول أعلاه يتبين مستوى محور الاستجابة الذي بلغ 3,90 بأختراف معياري ضعيف 0,625 ما عاد الفقرة الثالثة للمحور " الرد الفوري على الاستفسارات" حيث بلغت درجة متوسطة بـ 3,14 وأختراف معياري 0,990 . أعلى درجة تمثلت بمستوى الاستعداد الكبير للعاملين في التجاوب والتعاون مع المرضى ومدى الالتزام بمواعيد الخدمات حرصا على تلقي الرعاية في وقتها المحدد حفاظا على صحة المريض أما الرد الفوري على الاستفسارات فقد بلغ درجة متوسطة بمعدل 3,14 ما يفسر بان الخدمات الصحية تتطلب التأني والانضباط وعدم العجلة لخطورة التدخلات في بعض الحالات وكذلك لتداخل الخدمات ببعضها مما يتطلب ضرورة التأكد قبل الرد على الاستفسارات.

خ. خلاصة لمستوى جودة الخدمات الصحية للمؤسسة الاستشفائية لجميع المحاور كانت النتائج:

جدول رقم (14): المتوسطات الحسابية والأختراف المعياري لجميع المحاور

الرقم	المحاور	المتوسط الحسابي	الأختراف المعياري	الترتيب	المستوى
01	محور الجوانب المادية	3,803	0,596	01	جيد
02	محور ظروف الإيواء	3,266	0,713	05	متوسط
03	محور التعاطف	3,516	0,7432	04	جيد
04	محور الأمان	3,531	0,751	03	جيد
05	محور الاعتمادية	3,22	0,721	06	متوسط
06	محور الاستجابة	3,545	0,816	02	جيد
مج	المتوسط والأختراف المعياري الكلي	0333,	0,7233		متوسط

المصدر: من إعداد الباحثين.

بناء على ملخص إجابات عينة الدراسة المبينة في الجدول اعتمادا على الجداول السابقة تبين لنا أن مستوى جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى اتجاه المستشفى متوسط مع تفاوت نسبي حسب كل محور. فهناك مستوى مرتفع لكل من محور الجوانب المادية، محور الاستجابة ومحور الأمان مع محور التعاطف بدرجة متقاربة بمتوسط حسابي وأختراف معياري (0,596-3,803)، (0,816- 3,545)، (0,751- 3,531)، (0,7432-3,516)، (3,266-3,22) على التوالي. أما محور ظروف الإيواء ومحور الاستجابة فجاءت درجة التباين متوسطة بـ (3,266-3,22) ويرجع ذلك كما اشرنا سابقا لطبيعة الخدمة الصحية العمومية.

خاتمة:

تقوم خدمات الرعاية الطبية على مركب من العلاقات الشخصية والتنظيمية والتي من خلالها يجري تقديم هذه الخدمات للأفراد، حيث يتم إنتاجها وتمويلها وتقديمها من خلال مجهودات وأنشطة أطراف متعددة وهو ما يعرف

بمركب الرعاية الطبية. و في ظل التحديات المختلفة أصبحت الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الملاذ الوحيد في تحقيق التوازن بين سلبيات الأداء ومتطلبات الخدمات الصحية ولا يتحقق ذلك إلا بتطبيق المفاهيم النظرية وتحويلها إلى مفاهيم عملية تنفيذية تركز على التأكيد على أفضل نتيجة إكلينيكية للمستفيدين وعلى الاستخدام الأمثل للإمكانيات المتاحة وتحقيق التوجه الخدمي لمقدمي الخدمات المتمثل في الحافز المستمر لكل من الهيئة الطبية والفنية والإدارية، كل هذا بهدف تحقيق العوائد والفوائد التنموية والصحية والاقتصادية والاجتماعية.

النتائج والتوصيات:

- خلصت الدراسة على أن مستوى الجودة متوسط من وجهة نظر المرضى مع تأثير كبير لبعض المحاور فهناك مستوى مرتفع لكل من محور الجوانب المادية، محور الاستجابة ومحور الأمان مع محور التعاطف بدرجة متقاربة بمتوسط حسابي وانحراف معياري على التوالي (3,803-0,596)، (3,545-0,816)، (3,531-0,751)، (3,516-0,7432). أما محور ظروف الإيواء ومحور الاستجابة فجاء مستوى الجودة متوسط بـ (3,266-3,22) ويرجع ذلك كما اشرنا سابقا لطبيعة الخدمة الصحية العمومية.

- هناك تحديات كبيرة تواجه المستشفى بالولاية منها نقص التخصصات ونقص التجهيزات الطبية، إضافة إلى الكفاءات البشرية التي تبقى العائق الأكبر دون حصول طبقة المستفيدين على الخدمات المطلوبة في الوقت المناسب والتكلفة المناسبة، خاصة فئة الأطباء.

- ضرورة التأكيد على الكفاءات التسييرية للمستشفى وترسيخ ثقافة الجودة لدى العاملين.

- تطبيق الجودة بالمستشفى يتطلب أولاً توفير الخدمات الصحية وتحسينها ثم التوجه إلى الجودة كهدف استراتيجي بعد ذلك نظراً 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 دعماً قوياً للخدمات الصحية وتقضي على النقص والتفاوت الحاصل بين الشمال والجنوب.

قائمة المراجع

- إدريس. ثابت عبد الرحمن. (2003). *قياس جودة الخدمة الصحية باستخدام مقياس القجوة بين الإدراكات والتوقعات*، ص 15

- العمر. بدران عبد الرحمن. (2002). *مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض من*

وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض، مجلة الإدارة العامة، المجلد 42 (2)، الرياض: السعودية، ص 314

- المحياوي. قاسم نايف علوان. (2006). *إدارة الجودة الشاملة، دار الشروق، الأردن.*

- جابلونسكي . جوزيف. (1996). تطبيق إدارة الجودة الشاملة، بيملك، مصر.
- الأحدي. حنان عبد الرحيم. (أكتوبر 2000). التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المؤسسات الصحية، مجلة الإدارة العامة، المجلد 40 (3)، معهد الإدارة العامة، الرياض: السعودية، ص ص: 420 – 418.
- ساعاتي. عبد الإله. (1998). مبادئ ادارة المستشفيات، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة: مصر.
- السامرائي. مهدي. إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي، الطبعة الأولى. دار جرير للنشر والتوزيع.
- نصيرات. فريد توفيق. (2008). إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان: الأردن.
- وزارة الصحة والسكان. (تاريخ النشر غير مذكور). الجودة في مجال الرعاية الصحية، الادارة العامة للجودة، جمهورية مصر العربية، متوفر على الموقع: <http://www.mohp.gov.eg/contactinfo.asp>
- Berry.L. (1985). Aconceptuel Model Of Service Quality And Its Implications For Future Research Journal Of Marketing. 41-50.
- Jacquerye. A. (1999). La Qualite Des Soins infirmiers, Implantation, Evaluation, Accreditation (editions Maloine ed.).
- Ichihara, K. (1996). Maitriser la qualité. Nostrum: Edition MAR.
- Lecerlet, C. (2006). indicateurs qualité en santé (2éme Edition, AF ed.).