

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة
كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية
قسم علم الاجتماع والديموغرافيا
شعبة الديمغرافيا



مذكرة لاستكمال شهادة الماستر أكاديمي
في ميدان: العلوم الإنسانية والإجتماعية
تخصص: التخطيط الديمغرافي والتنمية
من إعداد الطالبة: حنان حرير
الموضوع:

تقييم جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية العمومية لولاية الوادي لسنة 2021
- دراسة ميدانية لعينة من المرضى بالمؤسسات الاستشفائية العمومية بالولاية -

تاريخ المناقشة 2021/06/23

رئيسا	جامعة قاصدي مرباح - ورقلة	أستاذ محاضر ب	يمينة قوارح
مشرفا	جامعة قاصدي مرباح - ورقلة	أستاذ محاضر ب	أحمد شماني
مناقشا	جامعة قاصدي مرباح - ورقلة	أستاذ محاضر ب	خديجة سواكري

الموسم الجامعي 2021/2020

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة
كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية
قسم علم الاجتماع والديموغرافيا
شعبة الديمغرافيا



مذكرة لاستكمال شهادة الماستر أكاديمي
في ميدان: العلوم الإنسانية والإجتماعية
تخصص: التخطيط الديمغرافي والتنمية
من إعداد الطالبة: حنان حرير
الموضوع:

تقييم جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية العمومية لولاية الوادي لسنة 2021
- دراسة ميدانية لعينة من المرضى بالمؤسسات الاستشفائية العمومية بالولاية -

تاريخ المناقشة 2021/06/23

رئيسا	جامعة قاصدي مرباح - ورقلة	أستاذ محاضر ب	يمينة قوارح
مشرفا	جامعة قاصدي مرباح - ورقلة	أستاذ محاضر ب	أحمد شماني
مناقشا	جامعة قاصدي مرباح - ورقلة	أستاذ محاضر ب	خديجة سواكري

الموسم الجامعي 2021/2020





الإهداء

بدأنا بأكثر من يد وقاسينا أكثر من وهم وعانينا الكثير من الصعوبات وهانحن اليوم والحمد لله
نطوي سهر الليالي وتعب الأيام وخالصة مشوارنا بين دفتي هذا العمل المتواضع إلى منارة العلم
والإمام المصطفى إلى الأمي الذي علم المتعلمين إلى سيدنا الخلق إلى رسولنا الكريم سيدنا محمد صلى
الله عليه وسلم

إلى الينبوع الذي لا يمل العطاء إلى من حاكت سعادتي بخيوط منسوجة من قلبها إلى والدتي
العزيزة، إلى من سعى وشقي لأنعم بالراحة والهناء إلى والدي العزيز إلى من حبهم يجري في
عروقي ويلهج بذكراهم فؤادي إلى إخوتي وأخواتي
إلى من سرنا سوياً ونحن نشق الطريق معا نحو النجاح والإبداع إلى من تكاتفنا يدا بيد ونحن
نقطف زهرة، وتعلمنا إلى صديقاتي وزملائي

إلى من علمونا حروفاً من ذهب وكلمات من درر وعبارات من أسمى وأحلى عبارات في العلم إلى من
صاغوا لنا علمهم حروفاً ومن فكرهم منارة تنير لنا سيرة العلم والنجاح إلى أساتذتنا الكرام

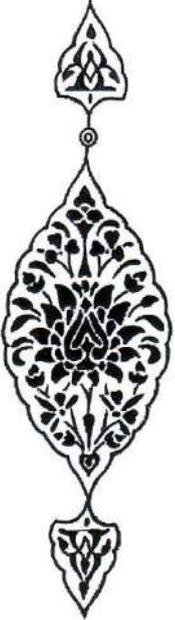
أولاً الحمد لله تعالى وأشكره على توفيقنا في إنجاز هذا العمل المتواضع ثم أتقدم بالشكر

الجزيل الكبير للأستاذ المشرف

شمانى احمد

الذي لم يبخل علينا بنصائحه وتوجيهاته المستمرة، كما أتوجه بجزيل الشكر والامتنان إلى كل من ساعدني من قريب أو من بعيد على إنجاز هذا العمل وفي تذليل ما واجهني من صعوبات، والشكر الموصول إلى جميع أساتذة الديمغرافيا بجامعة الوادي وورقة على جميل نصائحهم وتوجيهاتهم .

المحتويات



فهرس المحتويات

الإهداء

كلمة شكر

فهرس المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

مقدمة..... ب

الفصل الأول: الإطار المنهجي

- 1- الإشكالية 6
- 2- فرضيات الدراسة 7
- 3- أهداف الدراسة..... 8
- 4- أهمية الدراسة 8
- 5- أسباب إختيار الموضوع..... 9
- 6- صعوبات الدراسة..... 9
- 7- تحديد المفاهيم 10
- 8- الدراسات السابقة..... 12
- 9- منهج الدراسة..... 14

الفصل الثاني: جودة الخدمات الصحية

17.....	تمهيد
18.....	1. مفهوم جودة الخدمات الصحية وتطورها التاريخي
18.....	1.1 مفهوم جودة الخدمات الصحية
19.....	2.1 التطور التاريخي لجودة الخدمات الصحية
19.....	3.1 أهداف جودة الخدمات الصحية
20.....	4.1 مستويات جودة الخدمات الصحية
21.....	2. كيفية تقييم جودة الخدمات الصحية
21.....	1.2 ضوابط عامة لجودة الخدمات الصحية
22.....	2.2 العناصر المؤثرة في جودة الخدمات الصحية
23.....	3.2 أساليب قياس جودة الخدمات الصحية
24.....	4.2 أبعاد تقييم جودة الخدمات الصحية
27.....	3. النظام الصحي في الجزائر
27.....	1.3 التطور التاريخي لقطاع الصحة في الجزائر
30.....	2.3 تنظيم وهيكلية الخدمات الصحية في الجزائر
30.....	3.3 إحصائيات الصحة في الجزائر
32.....	4. القطاع الصحي في ولاية الوادي
32.....	1.4 المؤسسات الصحية في ولاية الوادي
32.....	2.4 الموارد البشرية لقطاع الصحة لولاية الوادي
33.....	3.4 المؤشرات الصحية المتعلقة بصحة الأم والطفل بولاية الوادي
36.....	خلاصة الفصل

الفصل الثالث: الإطار التطبيقي

تمهيد.....	39
1. مجتمع الدراسة.....	40
2. العينة وكيفية اختيارها.....	40
3. أدوات جمع البيانات.....	41
4. أساليب المعالجة الإحصائية للبيانات.....	42
5. الخصائص الديموغرافية والاجتماعية لعينة الدراسة.....	42
6. اتجاهات المرضى حول تقييم جودة الخدمات الصحية.....	53-54
7. عرض ومناقشة الفرضيات.....	59
نتائج عامة	70

خاتمة

توصيات

قائمة المراجع

الملحق

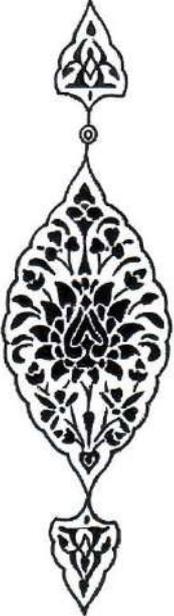
قائمة الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1.2	معايير تصنيف جودة الخدمات الصحية.....	25
2.2	المؤشرات الصحية العالمية في الجزائر.....	31
3.2	الهيكل العمومية لقطاع الصحة بولاية الوادي.....	32
4.2	الموارد البشرية الطبية بالقطاع الصحي لولاية الوادي.....	33
5.2	عدد الولادات الحية.....	34
6.2	عدد الولادات الميتة.....	34
7.2	عدد الولادات أحياء لولاية الوادي.....	35
8.2	عدد الولادات بالعمليات القيصرية والولادات المبكرة.....	35
1.3	توزيع المبحوثين حسب مكان الإقامة.....	42
2.3	توزيع المبحوثين حسب الجنس.....	43
3.3	توزيع المبحوثين حسب السن.....	44
4.3	توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي.....	46
5.3	توزيع المبحوثين حسب الحالة الزوجية.....	47
6.3	توزيع المبحوثين حسب الحالة المهنية.....	48
7.3	توزيع المبحوثين حسب مهنة الزوج(ة).....	49
8.3	توزيع المرضى حسب الدخل الأسري.....	50
9.3	توزيع المرضى حسب مدة الإستشفاء.....	51
10.3	توزيع المرضى حسب سبب الدخول.....	52
11.3	اتجاهات المرضى حول تقييم جودة الخدمات الصحية من ناحية معيار الملموسية....	53
12.3	اتجاهات المرضى حول تقييم جودة الخدمات الصحية من ناحية معيار الإعتمادية.....	55
13.3	اتجاهات المرضى حول تقييم جودة الخدمات الصحية من ناحية معيار الاستجابة.....	56
14.4	اتجاهات المرضى حول تقييم جودة لخدمات الصحية من ناحية معيار الأمان.....	57
15.3	اتجاهات المرضى حول تقييم جودة الخدمات الصحية من ناحية معيار التعاطف.....	58

قائمة الأشكال:

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
20.....	العلاقة بين مستويات الجودة.....	1.2
22.....	نموذج تكاملي لجودة الخدمات الصحية.....	2.2
42.....	دائرة نسبية توضح توزيع المبحوثين حسب وسط الإقامة.....	1.3
44.....	دائرة نسبية توضح توزيع المبحوثين حسب الجنس.....	2.3
45.....	أعمدة بيانية توضح توزيع المرضى حسب العمر.....	3.3
46.....	أعمدة بيانية توضح توزيع المستجوبين حسب المستوى التعليمي.....	4.3
47.....	دائرة نسبية توضح توزيع المبحوثين حسب الحالة الزوجية.....	5.3
49.....	دائرة نسبية توضح توزيع المبحوثين حسب الحالة المهنية.....	6.3
51.....	توزيع المبحوثين حسب مدة الاستشفاء.....	7.3
53.....	توزيع المبحوثين حسب الدخول.....	8.3
58.....	اتجاهات المرضى نحو معيار الأمان.....	9.3
59.....	اتجاهات المرضى نحو معيار التعاطف.....	10.3

المقدمة



مقدمة:

تعد التنمية باختلاف مجالاتها اقتصادية كانت أم ديموغرافيا واجتماعية هدف أساسي تسعى لتحقيقه كل الدول في العالم، فهي أساس تقدم ورفاه المجتمعات، وعند الحديث عن التنمية تظهر مكانة الصحة كمحور أساسي في العملية التنموية، باعتبارها قطاعا مهما من قطاعات التنمية، فهي الكفيلة بحماية الإنسان من الأمراض والوقاية منها، وهذا ما يؤدي بدوره إلى تحسين نمط الحياة والمستوى المعيشي وتحقيق الأهداف التنموية، حيث أن هناك علاقة وثيقة بين صحة الإنسان صانع التنمية، والتنمية كهدف منشود. فقطاع الصحة من بين أهم القطاعات التي أعطيت اهتماما كبيرا من طرف الحكومات والمنظمات الدولية، حيث أنشأت منظمة الصحة العالمية سنة 1948 كإحدى أهم منظمات هيئة الأمم المتحدة، تهدف إلى تحسين الخدمات الصحية وتغطية أكبر نطاق ممكن، وذلك من خلال توصياتها التي تنصح بتقليل الفوارق بين الأفراد في الحصول على الرعاية الصحية وتسهيل الوصول إليها، وهذا ما يعرف بإرساء العدالة الصحية، وتقديم أفضل وأجود مستوى صحي أو ما يصطلح عليه بجودة الخدمات الصحية، وقد اتضح هذا الاهتمام بإنشاء أكبر المؤسسات الخدمية الصحية بجميع تخصصاتها وبأشكالها المختلفة، قصد توفير أكبر قدر من الخدمات الصحية ذات الجودة العالية، ومن أجل تقديم خدمات صحية ذات جودة أصبحت هناك مناهج صحية للتطوير المستمر من أجل ضمان رضا المريض ولأجل تحسين وتطوير قطاع الصحة وتحقيق الجودة في المؤسسات الصحية وفقا لما توصي به وتلميه منظمة الصحة العالمية فقد استوجب على الجزائر إتباع إصلاحات من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لتحقيق الجودة في الخدمات الصحية.

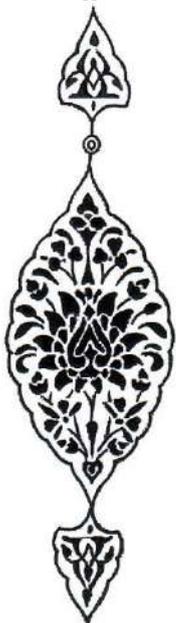
تعتبر الجزائر من بين الدول التي تسعى إلى تحسين وتطوير قطاع الصحة بصفة مستمرة، فهي كباقي دول العالم النامي تعاني من ضغوط كبيرة نتيجة الصعوبات المالية والتحولات الديموغرافية والاقتصادية من جهة، والضغوط الداخلية والرغبة الزائدة في تحسين جودة الخدمات الصحية من جهة أخرى. فقد أصبحت جودة الخدمات الصحية ضرورة حتمية ذات أهمية بالغة، تزداد بازدياد القدرة على إشباع الحاجات وتلبية الرغبات الكاملة للمرضى سواء داخل المستشفى أو خارجه. من هنا حاولنا من خلال هذا البحث الميداني إلقاء الضوء على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية في ولاية الوادي، وقد قسمنا هذا البحث إلى ثلاثة فصول كما يلي:

الفصل الأول: الإطار المنهجي للبحث حيث قمنا فيه بعرض إشكالية الدراسة، ثم فرضيات الدراسة، الدراسات السابقة، والمنهج المعتمد في الدراسة، وكذلك قمنا بتحديد المفاهيم الخاصة بالموضوع.

الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة تطرقنا فيه إلى مفهوم جودة الخدمات الصحية وتطورها التاريخي، أهداف ومستويات جودة الخدمات الصحية، وكذلك تناولنا كيفية تقييم جودة الخدمات الصحية، أساليب قياسها، وأبعادها. وأخيرا تم التطرق إلى النظام الصحي في الجزائر، وقطاع الصحة بولاية الوادي.

الإطار التطبيقي حيث قمنا فيه بالدراسة الميدانية من خلال تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، بالاعتماد على اختبار الانحدار اللوجستي لاختبار فرضيات الدراسة.

الإطار المنهجي



الفصل الأول :

1. الإشكالية
2. فرضيات الدراسة
3. أهداف الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. أسباب اختيار الموضوع
6. صعوبات الدراسة
7. تحديد المفاهيم
8. الدراسات السابقة
9. منهج الدراسة

1. الإشكالية:

يعد القطاع الصحي من أهم القطاعات الخدمية داخل أي دولة، كونه يكفل للإنسان الحياة بصحة جيدة تضمن توازن الفرد والمجتمع، لذا فإن تطوير هذا القطاع بغية الحصول على خدمات طبية ذات جودة عالية، يعد هدفاً استراتيجياً لدى كل بلدان العالم. وتحتل الخدمات الصحية بمجالاتها الواسعة في خدمة الفرد مكانة مميزة باعتبارها محور أي عملية تنموية، حيث تمثل قسماً مهماً في مجالات التنمية. إن الارتقاء بالمستوى الصحي للسكان يستند على ضرورة توفير الخدمة الصحية وتحسين نوعيتها وكفاءتها، حيث شهد هذا الأخير بالجزائر بعض التطورات خلال العقدين الأخيرين من القرن الماضي تزامناً مع التغيرات والتطورات الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية، حيث سطرت الجزائر العديد من البرامج التوجيهية للمنظومة الصحية خاصة داخل القطاع العام الذي يعتبر المقدم الرئيسي للخدمة الصحية في الجزائر.

تعتبر تلبية حاجيات السكان الصحية ومدى الرضا بها، مؤشر يعكس جودة الخدمة الصحية ويعطي إشارات هامة للبحث والتخطيط في مجال تقديم الخدمة الصحية، لقد شهدت الجزائر في السنوات الأخيرة نمواً ملحوظاً في مجال الخدمات الصحية وجودتها، انعكس ذلك في تحسين مختلف المؤشرات الصحية وسط السكان، تجلّى ذلك من خلال تخفيض معدلات وفيات الرضع، وانخفاض عدد الولادات الميتة ووفيات الأمومة، وتقليص حالات سوء التغذية لدى الأطفال، وارتفاع أمل الحياة، وتعزيز تمكين مختلف الشرائح السكانية من الوصول إلى الخدمة الصحية، لكن رغم كل أشكال التقدم الذي عرفته الجزائر في مختلف المؤشرات الصحية وزيادة الإنفاق على القطاع الصحي، لم تشهد تحسناً موازياً في أساليب تقديم الخدمة الصحية اللازمة، بحيث تضمن تحقيق جودة خدمات صحية جيدة.

وبناءً على ما سبق تبادر إلينا طرح التساؤل الرئيسي لهذه الدراسة وفق الصياغة التالية:

ما مدى جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في المؤسسات الصحية الاستشفائية في ولاية الوادي؟

ومحاولة منا للإجابة على هذا الإشكال المطروح سنحاول الإجابة على التساؤلات الفرعية التالية:

- ما هو مستوى جودة الخدمات الصحية حسب معيار الملموسية وكيف تتأثر بالعوامل السوسيوديمغرافية.
- ما مستوى جودة الخدمات وفق معيار الاعتمادية وما كمية تأثير المتغيرات السوسيوديمغرافية في هذا المؤشر.
- ما هو مستوى جودة الخدمات حسب معيار الاستجابة وما مدى تأثيرها بالعوامل الاجتماعية.
- ما مستوى جودة الخدمات حسب معيار الأمان وما مدى تأثير العوامل السوسيوديمغرافية.
- ما مستوى جودة الخدمات حسب معيار التعاطف وما مدى تأثيرها بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية.
- هل توجد فروق دالة لرضا المرضى تبعاً لتغير المؤسسة الإستشفائية.

2. الفرضيات:

الفرضية الأولى: نفترض أن مستوى جودة الخدمات الصحية مقبول حسب معيار الملموسية كما نفترض تأثير العوامل السوسيوديمغرافية فيها.

الفرضية الثانية: نفترض حسن جودة الخدمات الصحية في معيار الاعتمادية مع تأثيرها بالعوامل السوسيوديمغرافية.

الفرضية الثالثة: ارتفاع مؤشر جودة الخدمات الصحية حسب معيار الاستجابة مع افتراض تأثير بعض العوامل الاجتماعية.

الفرضية الرابعة: نفترض توفر معيار الأمان كمًّا وكيفًا مما يحقق جودة خدمات صحية جيدة كما قد تتأثر جوانب هذا المعيار ببعض العوامل السوسيوديمغرافية.

الفرضية الخامسة: نعتبر أن جودة الخدمات الصحية بالنظر إلى معيار التعاطف جد حسنة إلا أنها قد تتأثر ببعض المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية.

الفرضية السادسة: لا توجد فروق بين المؤسسات الإستشفائية بالنظر إلى رضا المرضى وبالتالي جودة الخدمات الصحية.

3. أهداف الدراسة:

حُصرت أهداف الدراسة في النقاط التالية :

- قياس مختلف معايير الجودة في تقديم الخدمات الإستشفائية بالمؤسسات العمومية للصحة في ولاية الوادي.
- تسليط الضوء على واقع جودة الخدمات الصحية المقدمة حسب تقييم المرضى.
- التعرف على مستوى جودة الخدمة الصحية في المؤسسات الإستشفائية العمومية لولاية الوادي.
- تنوير المؤسسات الإستشفائية بالكشف عن المشاكل ومكامن الخلل التي تعيق تحقيق جودة خدماتها الصحية.
- إلقاء الضوء على جودة الخدمات الصحية في ولاية الوادي بغية استدراك المسؤولين في قطاع الصحة للنقائص التي تشوب جودة الخدمات الصحية، قصد تحقيق التنمية والرفاه في المجال الصحي.
- عرض واقع قطاع الصحة في ولاية الوادي.
- لمساهمة في إثراء الدراسات المتعلقة بتقييم جودة الخدمات الصحية في الجزائر باعتبارها قليلة.

4. أهمية الدراسة:

إن أهمية موضوعنا تتوقف من خلال الظاهرة التي نريد دراستها وهي دور الصحة بصفة عامة لدى مختلف بلدان العالم، حيث تمثل جودة تقديم الخدمات الصحية طرفا مهما في معادلة العملية الصحية، من هنا لخصنا بعض النقاط وتتمثل فيما يلي:

- اهتمام مختلف بلدان العالم بالصحة العامة للسكان، باعتبارها أساس أي عملية تنموية.
- أهمية القطاع الصحي وما يمثله من أبعاد ديموغرافية واقتصادية واجتماعية في تطور المنظومة الصحية وإحداث التنمية.
- ضرورة تقييم جودة الخدمات الصحية لإبراز مدى تحقيق الأهداف المسطرة في هذا المجال.
- توفير قاعدة بيانات لاستخدامها في تخطيط التنمية في مجال الصحة والسكان.

5. أسباب اختيار الموضوع:

- الرغبة في الاطلاع على الواقع الصحي والبحث في موضوع تقييم جودة الخدمات الصحية في ولاية الوادي.
- القدرة على الوصول إلى معطيات الدراسة من الميدان، حيث تمثل توفر المعطيات الشرط الأساسي لأي دراسة ديموغرافية.
- قلة الدراسات التي تهتم بموضوع جودة الخدمات الصحية في الجزائر لاسيما في ولاية الوادي.
- ملاحظة عدم رضا البعض من سكان ولاية الوادي بالخدمات الصحية المقدمة للمرضى، مرجعين ذلك لتدني جودة الخدمات الصحية.
- الرغبة في معرفة مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى في ظل الإصلاحات التي مست النظام الصحي.
- محاولة إثراء البحث العلمي الأكاديمي في مجال الدراسات الديموغرافية لاسيما الصحية منها.

6. صعوبات الدراسة: كأي بحث علمي واجهنا جملة من الصعوبات تتمثل في :

- صعوبة الإتصال بالمرضى وذلك بسبب الوضعية الوبائية التي تعيشها البلاد.
- ابتعاد السكان عن المؤسسات الصحية وذلك بسبب الوباء .
- ضيق الوقت المخصص لإنجاز البحث .
- صعوبة الحصول على المعلومات والإحصائيات الحديثة المتعلقة بالموضوع .

7. تحديد المفاهيم:

- **التقييم:** هي عبارة على عملية مرحلية تقدم تحليل معمق لمقارنة ما تم تخطيطه، وما تحقق فهي توفر قاعدة معرفية جديدة للتخطيط والمتابعة المستقبلية. وتستخدم عملية التقييم في مجالات واسعة من الأنشطة الإنسانية بما فيها التعليم، الفنون والأعمال والبرامج والرعاية الصحية وغيرها.¹
- **الجودة:** يرجع مفهوم الجودة Quality إلى الكلمة اللاتينية Qualitas والتي تعني طبيعة الشخص أو طبيعة الشيء ودرجة الصلابة، وتعني الدقة والإتقان.²
تعرف الجودة بأنها "مدى ملائمة المنتج للاستعمال، فالمعيار الأساسي للحكم على جودة المنتج هو هل المنتج ملائم للاستعمال أو لا بغض النظر عن وضع وحالة المنتج".
وعرفتها الجمعية الأمريكية للجودة " مجموعة الخصائص والسمات للمنتج أو الخدمة التي تعتمد في قدرتها على إشباع حاجات محدودة"³
- **الخدمة :** يشير مفهوم الخدمة إلى ذلك النشاط غير الملموس، الذي يهدف أساسا إلى إشباع رغبات ومتطلبات العملاء، بحيث لا يرتبط هذا النشاط ببيع سلعة أو خدمة أخرى، حيث تتضمن الخدمات كلا من الخدمات المهنية: مثل المحاماة، والمحاسبة، والخدمات الصحية، وكذلك الخدمات المالية، النقل، الإسكان، والخدمات التعليمية.....الخ.⁴
كما تعرف الخدمة أيضا على أنها: جميع النشاطات والعمليات التي تحقق الرضا لدى المستهلك مقابل ثمن ودون أن يتضمن تقديمها أي خطأ.⁵

1 - علاء شكر الله، دليل منظمات المجتمع المدني حول التقييم والمتابعة، ط1، مكتب الشرق الأوسط، ص11.

2 - مأمون سليمان الدرارة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، ط2، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2015 ص15.

3- أبو النصر مدحت محمد محمود، إدارة الجودة الشاملة، استراتيجية كايزن اليابانية لتطوير المنظمات، ط1، دار الكتب المصرية، القاهرة، 2015، ص 50.

4 ا.د. عبد الحق احمد باعلوي، تسويق الخدمات، ط1، صنعاء، اليمن، ، 2013 ص14.

5 محمدعباس ديوب، هنادي عطية، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الاسد الجامعي باللاذقية ومشفى الباسل بطرطوس، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، المجلد السابع والعشرون، العدد الثاني، سوريا، 2005، ص8.

- **الصحة:** عرفت منظمة الصحة العالمية بأنها " حالة من المعافاة الكاملة, بدنيا ونفسيا واجتماعيا, وليس مجرد انتقاء المرضى أو العجز ".¹
 - وتعرف بأنها: مؤشر دال على حياة وسير كل الوظائف الدالة على حياة الأعضاء المشكلة للجسم الإنساني بشقيه الفيزيقي والنفسي خلال مدة زمنية كافية تماشيا مع النمط أو النمو العادي الذي تحدده الأصول الطبية والعلمية المتخصصة في هذا المجال.²
 - **الخدمة الصحية:** عرفت الخدمة الصحية على أنها " أوجه النشاط غير ملموس التي تقدم للمريض، والتي تهدف إلى تحسين الصحة وزيادة فرص الشفاء والتقليل من القلق الذي يساور المريض، والتحرر من المرض والسعي نحو السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية ... الخ، يتم الحصول عليها من المؤسسات الصحية سواء كانت بالقطاع العام أو الخاص.³
 - كما تعرف بأنها "العلاج المقدم للمريض سواء كان تشخيصا أو إرشادا أو تدخلا طبيا ينتج عنه رضا أو قبول أو انتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأنه يكون بحالة صحية أفضل ".⁴
 - **جودة الخدمات الصحية:** تعرف على أنها: درجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات المستهلكين(المرضى) لهذه الخدمة.⁵
 - وعرفت منظمة الصحة العالمية جودة الخدمات الصحية على أنها التماشي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة مقبولة من المجتمع، بحيث تؤدي إلى إحداث تغيير على نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية.⁶
-
- ¹ محمد هيثم خياط, الإدارة الصحية, أكاديمية انترناشيونال, بيروت, لبنان, 2007, ص56.
- ² مختار رحاب, الصحة والمرض وعلاقتها بالنسق الثقافي للمجتمع مقارنة من منظور الانترولوجيا الطبية, مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية, العدد15, جوان 2014, ص3.
- ³ وفاء سلطاني, تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر واليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة, تخصص تسيير المنظمات, جامعة باتنة1, 2015-2016, ص4
- ⁴ جوسيب فيجويراس, مارتن مكي, النظم الصحية والصحة والثروة والرفاهية الاجتماعية, ط1, المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية, الكويت, ص74.
- ⁵ رانيا المجني, تسويق الخدمات, منشورات الجامعة الافتراضية السورية, 2020, ص55.
- ⁶ يوسف عبد عطية بحر, بلال جمال الجدي, اثر جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى في المستشفيات الاهلية في محافظات غزة, فلسطين, مجلة الجامعة الاسلامية للدراسات الاقتصادية والادارية, العدد3, 2019, ص6.

من خلال التعريفات السابقة يمكن القول أن جودة الخدمة الصحية تمثل مجموعة من الإجراءات المصممة التي تهدف إلى تقديم الخدمات الصحية للمستهلكين (المرضى)، والعمل على إشباع حاجياتهم ومتطلباتهم من طرف مقدمي هذه الخدمات (أطباء، ممرضين، وفنيي مختبر إداريين... الخ) قصد تحقيق رضاهم.

8. الدراسات السابقة:

- **الدراسة الأولى** بعنوان " تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها، مذكرة تدخل ضمن متطلبات الحصول على شهادة دكتوراه تخصص علوم التسيير، جامعة باتنة، من إعداد وفاء سلطاني 2015 – 2016، التي عالجت إشكالية كيف يمكن تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر و ما هي آليات تحسينها؟ و للإجابة على هذه الإشكالية اقترحت فرضيات وهي:
 - وفقا لنموذج ¹SERVQUAL لا يتوافق مستوى الخدمات الصحية مع المستوى المدرك منها عند تقييمها باستعمال كل بعد على حدا.
 - وفقا لنموذج SERVQUAL لا يتوافق مستوى الخدمات الصحية مع المستوى المدرك منها عند تقييمها باستعمال كل الأبعاد معا.
 - إن تعميم الخدمات الصحية يشير إلى وجود فوارق ذات دلالة إحصائية حسب المتغيرات الشخصية لكل فرد.
- وقد اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي في تجميع المعلومات وتوصلت إلى العديد من النتائج من بينها:
- ✓ يقيم أفراد العينة الخدمات الصحية من ناحية كل المعايير من معايير تقييمها إيجابيا.
 - ✓ يميل معظم أفراد العينة إلى تحسين الخدمات الصحية في عدة جوانب خاصة فيما يتعلق الأمر باختيار العاملين وتقييم النتائج.

¹ يقصد بكلمة servqual جودة الخدمة، و هي ناتجة عن دمج service التي تعني الخدمة و quality التي تعني الجودة.

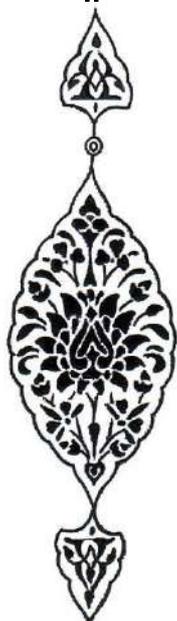
- **الدراسة الثانية بعنوان " تقييم مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات العمومية في الجزائر "** مذكرة تدخل ضمن متطلبات الحصول على شهادة ماستر تخصص تسويق، جامعة البويرة، من إعداد **خامت سعدية وعجو نورة 2011_2012** ، التي عاجلت إشكالية " ما مدى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، في ظل الإصلاحات التي باشرتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح ؟
و للإجابة على هذه الإشكالية اقترحت فرضيات وهي :
 - يتم تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية بالاعتماد على مدى توفرها على الإمكانيات المادية والبشرية (أجهزة ومعدات طبية، أطباء ... الخ).
 - تقوم المؤسسة الإستشفائية العمومية بالأخضرية بتقييم جودة خدماتها الصحية على مستويات محدودة.
 - يمثل نقص الإمكانيات المادية المشكل الأساسي الذي يعرقل الطاقم الطبي وشبه طبي عن تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية في المؤسسة الإستشفائية العمومية بالأخضرية .وقد اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي في تجميع وتوصلت إلى العديد من النتائج من بينها:
 - يرى أغلب أفراد المجتمع المدروس (المرضى) أن موقع المؤسسة الإستشفائية ملائم، هذه النتيجة تتوافق مع آراء الطاقم الطبي وشبه الطبي .
 - صرح أغلب المرضى أنهم سيختارون المؤسسة الإستشفائية محل الدراسة للعلاج في حال توفرت لهم الإمكانيات اللازمة للعلاج في مؤسسة صحيّة خاصة.من خلال لدراستين السابقتين لاحظنا أن الدراسة الأولى اعتمدت في دراستها على نماذج تقييم الخدمات الصحية للتوصل إلى مستوى تقييم الأفراد لهذه الخدمات . أما الدراسة الثانية فاعتمدت على الاستبيان ولكن دراستها كانت وصفية أكثر منها تحليلية وأخذت عينة المرضى والطاقم الشبه الطبي لتقييم جودة الخدمات الصحية. وفي دراستي لهذا الموضوع حاولت تقييم جودة الخدمات الصحي من ناحية تصريح المرضى ودراسة مدى تأثير العوامل السوسيوديموغرافية والاقتصادية على تقديم الخدمات الصحية.

9. منهج الدراسة:

إن مناهج البحث في العلوم الاجتماعية متعددة، وطبيعة الموضوع هي التي تفرض على الباحث اختيار المنهج المستعمل والأدوات التي تساعد على ذلك. ولدراسة موضوع تقييم جودة الخدمات الصحية سنعتمد في دراستنا على المنهج الوصفي التحليلي الذي يقوم على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع. ويهتم بوصفها وصفا دقيقا ويعبر عنها كيفيا بوصفها وبيان خصائصها. وكميا بإعطائها وصفا رقميا من خلال أرقام وجداول توضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها أو درجة ارتباطها مع الظواهر الأخرى¹. حيث يعد هذا المنهج مناسب في التحقق من دراستنا من خلال تحليل البيانات واختبار الفرضيات وتحديد العلاقة بين المتغيرات، من أجل الوصول إلى نتائج تسهم في تحسين وتطوير جودة الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية، وذلك لتحقيق راحة وسلامة المريض نفسيا وجسديا.

¹ عبيدات ذوقان وآخرون، البحث العلمي، مفهومه، أدواته، أساليبه، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، 2001، ص 87.

الإطار النظري



الفصل الثاني:

تمهيد

1. مفهوم جودة الخدمات الصحية وتطورها التاريخي

1.1. مفهوم جودة الخدمات الصحية

2.1. التطور التاريخي لجودة الخدمات الصحية

3.1. أهداف جودة الخدمات الصحية

4.1. مستويات جودة الخدمات الصحية

2. كيفية تقييم جودة الخدمات الصحية

1.2. ضوابط عامة لجودة الخدمات الصحية

2.2. العناصر المؤثرة في جودة الخدمات الصحية

3.2. أساليب قياس جودة الخدمات الصحية

4.2. أبعاد تقييم جودة الخدمات الصحية

3. النظام الصحي في الجزائر

1.3. التطور التاريخي لقطاع الصحة في الجزائر

2.3. تنظيم وهيكلية الخدمات الصحية في الجزائر

3.3. إحصائيات الصحة في الجزائر

4.3. القطاع الصحي في ولاية الوادي

- المؤسسات الصحية في ولاية الوادي

- الموارد البشرية لقطاع الصحة لولاية الوادي

- المؤشرات الصحية المتعلقة بصحة الأم والطفل بولاية الوادي

خلاصة الفصل

تمهيد:

ينال القطاع الصحي اهتمام الكثير من الباحثين في مجال الطب أو تقديم الخدمات نظرا لما له من أهمية كبيرة تتمثل في الاهتمام بصحة الأفراد، فتعتبر المؤسسات الاستشفائية ملاذ المرضى الذين ينشدون العافية والأصحاء الذين يطلبون الوقاية، فهو بحاجة ماسة للخدمات الصحية قياسا لما كان عليه في السابق، وذلك لعدة أسباب منها: الاكتشافات العلمية والتكنولوجية في المجال الطبي، وبالتلازم مع ذلك ظهور عدة أمراض جسدية ونفسية في الوقت نفسه.

لهذا تم إدخال الجودة كآلية حديثة في الخدمات الصحية عند تقديمها نظرا لارتباطها بصحة وحياة الإنسان بغية تحقيق الصحة في المجتمع والتي تعتبر وسيلة هامة لبناء الفرد القادر على الإسهام في التنمية وخدمة مجتمعه في كافة المجالات.

وستتناول في هذا الفصل جودة الخدمات الصحية، من منظور مفاهيمي، وكيفية تقييم جودة الخدمات الصحية، وأخيرا سنتطرق إلى النظام الصحي في الجزائر، وولاية الوادي.

1. مفهوم جودة الخدمات الصحية وتطورها التاريخي:

تحتل الخدمات الصحية أهمية كبيرة ومكانة بارزة كونها تعكس ضرورتها في حماية المرضى والوقاية من الأمراض والرعاية اللازمة لتقديمها لبناء مجتمع قادر على الأداء الأفضل في جميع المجالات.

1.1. مفهوم جودة الخدمات الصحية:

يختلف مفهوم الجودة في الخدمات الصحية من شخص إلى آخر، وذلك حسب موقع الشخص من المنظمة الصحية، فالجودة لدى مقدم الخدمة تعني الالتزام بمعايير الجودة الطبية عند تقديم الرعاية التي يقبلها هو نفسه، كما إن إدارة المنظمة الصحية ترى أن الجودة هي الوصول إلى مستوى مرتفع من رضا المرضى وتكلفة اقل¹⁴.

وعرفت منظمة الصحة العالمية جودة الخدمة الصحية بأنها التماشي مع المعايير والأداء الصحيح و بطريقة آمنة ومقبولة، بحيث تؤدي إلى تغيير في نسبة الحالات المرضية والوفيات والإعاقات وسوء التغذية¹⁵.

في حين اعتبر آخرون أن جودة الخدمات الصحية هي تعظيم رضا المستهلك (المريض) أولاً وأخيراً بغض النظر عن ما إذا كانت المؤسسات الصحية قد حققت الربح أو الخسارة في تطبيقها لأنظمة وفعاليات الخدمات الصحية. حيث اعتبر هذا التعريف أن تعظيم الرضا لدى المستهلك (المريض)، هو أساس جودة الخدمات الصحية والهدف الأول لها¹⁶.

المعهد الطبي الأمريكي يعرف الجودة على أنها: مستوى تقديم الرعاية من طرف المؤسسات الاستشفائية من

اجل¹⁷

¹⁴ أحلام دريدي، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، مذكرة مقدمة للحصول على شهادة الماجستير، تخصص الأساليب الكمية في التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2013-2014، ص24.

¹⁵ يوسف عبد عطية بحر، بلال جمال الجدي، اثر جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى في المستشفيات الاهلية في محافظات غزة، فلسطين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، العدد3، 2019، ص6

¹⁶ رضوان انساعد، اثر رأس المال الفكري على تطبيق إدارة الجودة الشاملة لمنظمات الصحة، مجلة الردة لاقتصاديات الأعمال، العدد1، جامعة الشلف، 2015، ص53.

¹⁷ آكرم احمد الطويل، آلاء حسيب الجليلي، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية العدد، 19، 2010، ص14.

- الرفع من النتائج المحتملة والمنتظرة من طرف الفرد والمجتمع.
- موازنة هذه النتائج مع الإمكانيات والمعرفة الحديثة

من خلال ما سبق يمكن تعريف جودة الخدمة الصحية بأنها السعي المستمر نحو تحسين الخدمات الصحية بهدف تلبية احتياجات المريض وتحقيق متطلباته.

2.1. التطور التاريخي لجودة الخدمات الصحية:

تعتبر الممرضة البريطانية (فلورنس نايتنجيل) هي أول من استخدم هذا المفهوم في مجال الخدمات الصحية ففي عام 1853 وخلال إشرافها على تقديم خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات العسكرية حيث أدخلت بعض معايير الأداء الحديثة، والتي تهدف إلى تحسين عملها الأمر الذي أدى إلى تحسن في نتائج المرضى في ذلك الوقت، فأبعاد جودة الخدمات تهدف إلى تقديم خدمات صحية أكثر كفاءة وأماناً وأسهل منالاً وأكثر إقناعاً للمرضى بما يرفع من مستويات رضاهم عنها.

تعد جودة الخدمات الصحية من المفاهيم المعاصرة وزاد الاهتمام بها في نهاية الثمانينات وبداية التسعينات بسبب كثرة الأزمات الصحية لتحقيق رضا المستفيدين بما يساهم في تحسين الصحة العامة وزيادة ولاء المستفيدين للمنظمة المعنية لأن رضا المستفيد يؤدي دوراً مهماً في الحكم على جودة

الخدمات الصحية¹⁸.

3.1. أهداف جودة الخدمات الصحية:

لجودة الخدمات الصحية عدة أهداف نذكر منها الآتي:

- ضمان الصحة البدنية والنفسية للمريض.

¹⁸ احمد خليفة محمد الدلاييح، جودة الخدمات الصحية المقدمة من مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي من وجهة نظر متلقي الخدمة، رسالة مقدمة للحصول على شهادة الماجستير، تخصص إدارة عامة، جامعة البيت، 2014، 2015، ص12.

- تقديم الخدمة الصحية ذات جودة مميزة من شأنه تحقيق رضا المريض وزيادة ولاؤه للمنظمة الصحية الذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية.
- اعتماد الإجراءات السريرية المتميزة للحد من المضاعفات والأحداث التي يمكن تجنبها أو الوقاية منها.
- تعد معرفة آراء وانطباعات المرضى وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها¹⁹.

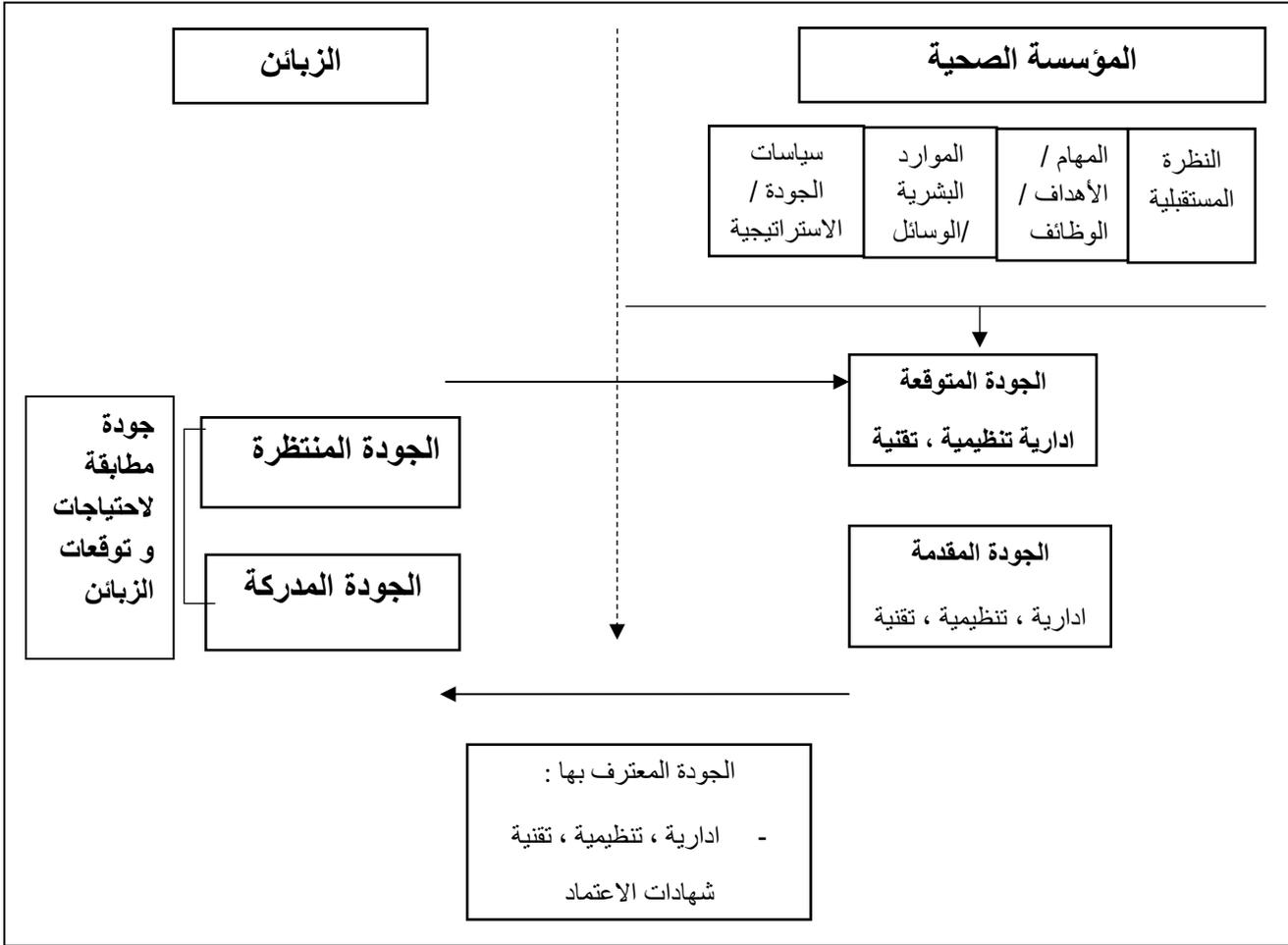
4.1. مستويات جودة الخدمات الصحية:

- من أجل تحقيق الأهداف سابقة الذكر، يجب التمييز بين أربعة مستويات مختلفة للجودة هي:
- **الجودة المتوقعة (la qualité prévue):** هو مستوى الجودة الذي تتمنى المؤسسة الصحية بلوغه.
 - **الجودة المقدمة (la qualité fournie):** تعبر عن مستوى الجودة المحققة فعلا من طرف المؤسسة، في ظل الشروط الطبيعية للعمل.
 - **الجودة المدركة (la qualité perçue):** مستوى الجودة المحسوس من قبل الزبون انطلاقا من رغباته الخاصة، وهو تعبير عن درجة رضاه، وتعتبر أكثر أهمية من الجودة المقدمة في مجال رضا الزبون.
 - **الجودة المنتظرة (la qualité attendue):** تتعلق بمستوى الجودة المرغوبة من قبل الزبون، من خلال مفهومه الخاص (النظافة، الاستقبال، توفر المعدات والأدوية، ...) ويتم الحصول عليها من خلال تحديد الشروط اللازمة لتحقيقها اعتمادا على معايير المريض واهتماماته²⁰.

¹⁹ وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر واليات تحسينها، دراسة ميدانية بولاية باتنة، تخصص تسيير المنظمات، جامعة باتنة 1، 2015-2016، ص20.

²⁰ سعدية خامت، نورة عجو، تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، شهادة الماستر، تخصص تسويق، جامعة البويرة، 2011، 2012، ص87.

وتتضح العلاقة بين مستويات الجودة في الشكل رقم 1.2:



المصدر: نجاة صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير، تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات، جامعة باتنة، 2011-2012، ص41.

2. كيفية تقييم جودة الخدمات الصحية:

للارتقاء بالصحة وضعت عدة معايير وأبعاد لتقييمها، وعليه سنتطرق إلى ضوابط عامة لجودة الخدمات الصحية

وأساليب تقييمها.

1.2. ضوابط عامة لجودة الخدمات الصحية:

هناك مجموعة من العوامل تعتبر ضوابط عامة تحدد جودة الخدمات الصحية، تتمثل هذه الضوابط فيما يلي:

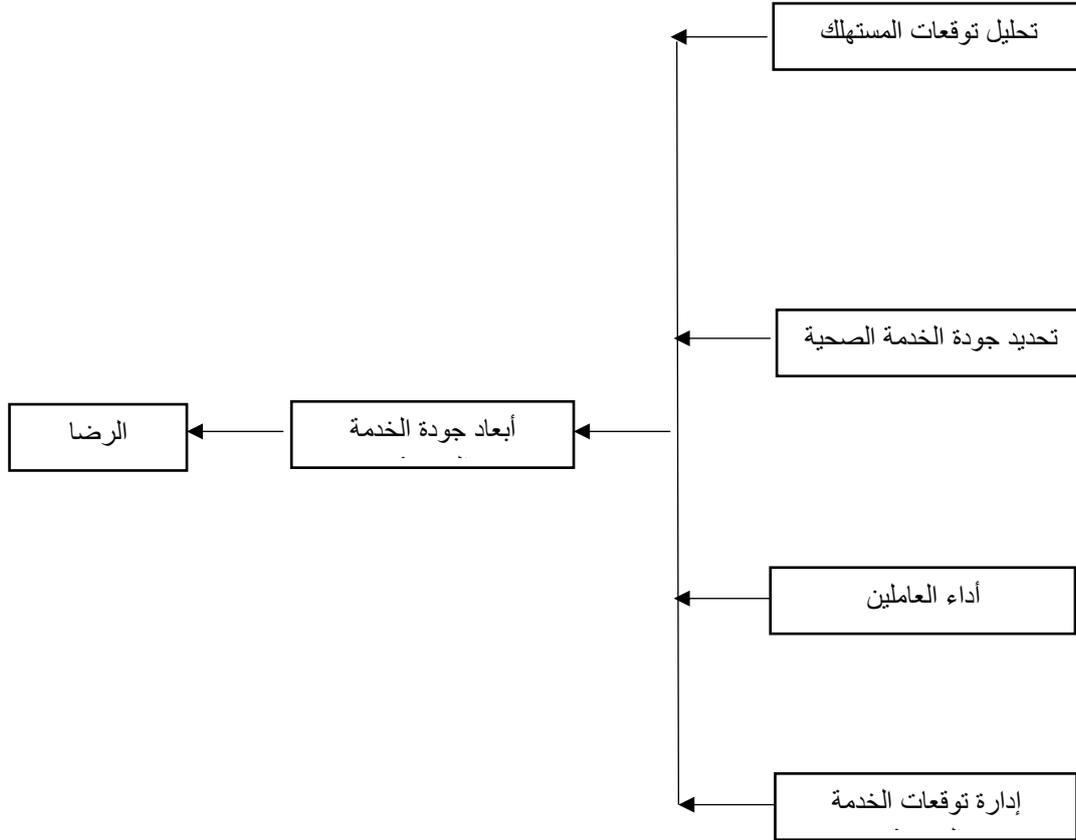
- الإجازة: عادة ما يجاز المهنيون الصحيون كأفراد لمزاولة مهنة ما، من أطباء وممرضين من طرف القوانين والتشريعات، مما يسمح لهم الدخول للمهن وضمان السلوك حسب الأخلاقيات والمعايير المعتمدة، والنقطة الأهم قيام الشخص المؤهل بما بتقديم خدمات صحية جيدة ولمدة طويلة.
- الاعتماد: تقيم المؤسسات الصحية على أساس الهيكل المادي للمؤسسة، والهيكل التنظيمي ومؤهلات العاملين في المؤسسة الصحية، فهذا النظام يعمل على أساسه إذا تحققت المعايير المادية والتنظيمية، فان الخدمات الصحية المقدمة تكون جيدة.
- الشهادات: ويضم هذا المدخل خصائص من المدخلين السابقين، وعند تطبيقه على الأفراد يتم استعمال المعايير التالية: الخبرة، التعليم ونتائج الامتحانات، فهذه المعايير تحدد أهلية الأفراد مقدمي الخدمات الصحية²¹.

2.2. العناصر المؤثرة في جودة الخدمات الصحية:

إن تقديم خدمة صحية عالية الجودة يعد من الأمور الصعبة جدا، خاصة إذا كان مستهلكوها (المرضى) متباينين الإدراك، فالمرضى الذين سبق لهم أن تعاملوا مع المؤسسة الصحية قد لاحظوا أشكال مختلفة من التباين في مستوى الخدمة الصحية المقدمة، كما هو مثلا في تأخر تجهيز قاعة العمليات أو ضعف الخدمات الفندقية، صفوف الانتظار الطويلة، نفاذ أو محدودية الأدوية... الخ، ومن الواضح أنه من الصعب على المؤسسات الصحية أن تضمن تقديم خدمات صحية بجودة تصل إلى 100% على مدار الوقت، نظرا لتعدد المتغيرات البيئية المحيطة بها، والتي من شأنها أن تؤثر سلبيا في تقديم الخدمة لذلك على إدارة المؤسسات الصحية العمل على تتبع ودراسة العناصر الرئيسية، التي من شأنها أن تؤثر على جودة الخدمات الصحية المقدمة، والشكل رقم (2.2) يمثل هذه العناصر:

²¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة، الاردن، 2008، ص 234-236.

الشكل رقم 2.2: نموذج تكاملي لجودة الخدمة الصحية:



المصدر: سعدية خامت ، نورة عجو ، تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، شهادة الماستير، تخصص تسويق، جامعة البويرة، 2011، 2012، ص 85.

3.2. أساليب قياس جودة الخدمات الصحية:

قامت العديد من البحوث والدراسات بالبحث عن أسلوب مناسب لقياس جودة الخدمة من وجهة نظر الزبون (المريض)، من خلال المعايير المعبر عنها، وقد توصلت إلى وجود عدة أساليب للقياس، منها:

- **مقياس عدد الشكاوى:** تمثل عدد الشكاوى التي يتقدم بها الزبائن خلال فترة زمنية معينة مقياسا مهما لقياس جودة الخدمة المقدمة، حيث يمكن المؤسسات من اتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب حدوث المشاكل وتحسين مستوى ما تقدمه من خدمات زبائنها.

● **مقياس رضا الزبائن:** يتم عن طريق وضع استبيان يكشف للمؤسسة طبيعة شعور الزبائن نحو الخدمة المقدمة لهم وجوانب القوة والضعف بها، بشكل يمكن هذه المؤسسات من تبني إستراتيجية للجودة تتلاءم مع احتياجات الزبائن، وتحقق لهم الرضا نحو ما يقدم لهم من خدمات.

ترفض بعض المؤسسات الصحية أخذ هذا المقياس بعين الاعتبار عند تحديد جودة خدماتها للأسباب التالية:

○ غياب المعرفة والثقافة الطبية لدى المريض.

○ تأثر المرضى بالعديد من العوامل الغير طبية .

○ خوف المرضى من الإدلاء بمعلومات حقيقية قد تؤثر بعلاقتهم بالأطباء .

○ عدم قدرة المرضى على قياس عناصر الكفاءة في منظومة توصيل الخدمات الصحية²².

● **مقياس القيمة:** تقوم الفكرة الأساسية لهذا المقياس على أن القيمة التي تقدمها المؤسسة لزيائنها تعتمد على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة من جانب الزبون والتكلفة للحصول على هذه الخدمات فالعلاقة بين المنفعة والسعر هي التي تحقق القيمة، فكلما زادت القيمة المقدمة للزبائن زاد إقبالهم على طلب هذه الخدمات، والعكس صحيح. هذا الأسلوب يدفع المؤسسات إلى تركيز جهودها نحو تقديم خدمة متميزة للزبائن بأقل تكلفة ممكنة²³.

4.2. أبعاد تقييم جودة الخدمات الصحية:

حتى تتمكن المؤسسات الخدمية بصفة عامة والمؤسسات الصحية بصفة خاصة من تقييم جودة خدماتها، فإنه يتعين عليها التعرف على معايير التقييم، والتي حددها عدد من الباحثين سنة 1985 نذكر منهم (Berry, Parasuraman, Zeithmal, Taylor et Cronin) فيما يلي:

²² شرف الدين زديرة، دور ادارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية، اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه، تخصص إدارة المنظمات، جامعة بسكرة، 2016-2017، ص80-81.

²³ ليلي عياد، اثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص تسويق، جامعة تلمسان، 2015-2016، ص56.

* **الاعتمادية (Reliability):** وتعني القدرة على إنجاز وبدقة الخدمة، وتقديمها بالشكل الصحيح ومن المرة الأولى. أي تقليص مجال الخطأ.

* **الاستجابة (Responsiveness):** وتشير إلى سرعة الاستجابة في تقديم الخدمة لمن يطلبها أو يحتاجها.

* **كفاءة مقدمي الخدمة (Competence):** وتعني الكفاءات والقدرات التي يمتلكها من يقدم الخدمة والتي تضمن تقديمها بشكل متميز.

* **القدرة على الوصول (Access):** ويعني سهولة الوصول إلى مقدمي الخدمة.

* **الاتصال (Communication):** وتعني تبادل المعلومات بين مختلف الأقسام والمصالح المقدمة للخدمة وكذا بين الأفراد العاملين بها، وكذا بين المرضى والمتعاملين الخارجيين.

* **المجاملة (Courtesy):** وتتمثل في حسن المعاملة.

* **المصداقية (Credibility):** وتعني توفر درجات عالية من الثقة في مقدمي الخدمة الصحية.

* **الأمان (Security):** ويشير هذا البعد إلى إلمام العاملين بالمؤسسة الصحية بالمهام والوظائف الموكلة لهم، وبشكل يمكنهم من تقديم خدمة خالية من أي مخاطر.

* **العناية والرعاية (Empathy):** أي بذل كافة الجهود لإشعار المرضى بذلك²⁴.

في دراسة لاحقة، تمكن (Berry) وزملاؤه 1988 من دمج هذه المعايير العشرة في خمسة معايير فقط هي: الجوانب الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان والتعاطف .

وقد أثبتت تلك الدراسة، أنه على الرغم من النظر إلى المعايير على أنها ضرورية، إلا أن الوزن النسبي لها يختلف من زبون لآخر ومن مؤسسة خدمية لأخرى.

²⁴ فهمية بديسي، بلال زويوش، جودة الخدمات الصحية الخصائص، الأبعاد والمؤشرات، مجلة الاقتصاد والمجتمع، قسنطينة 2011 ص147.

ومن أجل تقييم جودة الخدمة الصحية، تم تطوير مجموعة من المتغيرات الفرعية بحيث تشرح كل معيار من هذه المعايير، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم 1.2: معايير تقييم جودة الخدمة الصحية.

المعيار	المتغيرات الفرعية
الجوانب الملموسة	<ul style="list-style-type: none"> ▪ جاذبية المباني والتسهيلات المادية. ▪ التصميم والتنظيم الداخلي. ▪ حداثة المعدات والأجهزة الطبية. ▪ مظهر العاملين والأطباء.
الاعتمادية	<ul style="list-style-type: none"> ▪ الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة. ▪ الدقة في الفحص أو التشخيص أو العلاج. ▪ توافر التخصصات المختلفة. ▪ الثقة في الأطباء والأخصائيين. ▪ الاحتفاظ بسجلات وملفات دقيقة.
الاستجابة	<ul style="list-style-type: none"> ▪ السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة. ▪ الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض. ▪ الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوي . ▪ اخبار المريض بالضبط عن وقت تقديم الخدمة والانتهاؤها.
الأمان	<ul style="list-style-type: none"> ▪ الشعور بالأمان في التعامل. ▪ الأدب وحسن الخلق لدى العاملين. ▪ استمرارية متابعة حالة المريض. ▪ سرية المعلومات الخاصة بالمريض.
التعاطف	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تفهم احتياجات المريض. ▪ وضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين. ▪ ملائمة ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة المقدمة. ▪ العناية الشخصية بالمريض. ▪ تقدير ظروف المريض والتعاطف معه. ▪ الروح المرحة والصدقة في التعامل مع المريض.

المصدر: نجاة صغيرو، مرجع سابق، ص50.

من خلال الجدول نلاحظ المعايير الخمسة لتقييم جودة الخدمات الصحية وأهم المتغيرات الفرعية التي تساعد

المؤسسات في تقييم جودة خدماتها.

3. النظام الصحي في الجزائر:

سنقوم بعرض موجز للنظام الصحي في الجزائر، حيث سعت الجزائر على غرار باقي بلدان العالم إلى تحسين أوضاع هذا القطاع من خلال إجراءات إصلاحية عبر فترات زمنية متفاوتة، هدفت في مجملها إلى تحسين جودة الخدمات الصحية، وانتقل الاهتمام من الكم إلى الكيف وذلك لتحقيق مستوى رضا مقبول ومستوى صحي ملائم للمواطن.

1.3. التطور التاريخي لقطاع الصحة في الجزائر:

مر القطاع الصحي في الجزائر بثلاث مراحل منذ الاستقلال إلى غاية السنوات الحالية تتمثل هذه المراحل فيما يلي:

• المرحلة الأولى: (1963-1973)

غداة الاستقلال كانت الجزائر تملك 1500 طبيب، من بينهم 50% فقط جزائريون، من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان، الذين كان يبلغ عددهم 10.5 مليون نسمة، وتميزت المؤشرات الصحية في هذه الفترة بمعدل وفاة مرتفع للأطفال تجاوز²⁵، (180 لكل 1000 طفل وتوقع حياة لا يصل إلى 50 سنة)، وانتشار الأمراض المتنقلة، كل هذه الظروف كانت السبب الرئيسي في الوفيات والإعاقة، ولمواجهة هذه الوضعية، ركزت وزارة الصحة على هدفين أساسيين هما:

• تخفيض اللامساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي العمومي من أجل تسهيل عملية الحصول على العلاج.

• مكافحة الأمراض وخاصة الأمراض المتنقلة، للتقليل من الوفيات.

كما تميزت هذه الفترة بوضع العديد من برامج الصحة الموجهة من أجل حماية طبقة السكان المحرومين وضمان

الوقاية من الأمراض المستعصية.

²⁵عبد الرزاق بن حبيب، اثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص تسويق جامعة تلمسان، 2015-2016، ص125.

• المرحلة الثانية: (1974-1989)

تميزت هذه المرحلة على مستوى السياسة الصحية بثلاثة أمور أساسية وهي:

- 1- تقرير مجانية العلاج في هياكل الصحة العمومية انطلاقا من جانفي 1974 مما يسمح بتعميم الحصول على الخدمات الصحية من طرف الأفراد.
 - 2- إصلاح النظام التربوي، وبالخصوص الدراسات الطبية، وكان ذلك من أجل تحسين جودة التعليم وتدعيم التأطير مما يسمح بوجود عدد كبير من الممارسين الطبيين في كل التخصصات.
 - 3- إنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية، خاصة المستشفيات العامة، والهياكل الأخرى (العيادات المتعددة الاختصاصات والمراكز الصحية).
 - 4- ومن أجل زيادة تغطية الخدمات الصحية في الوطن، تم تشييد 13 مركز استشفائي جامعي مكلف بثلاثة أدوار هي العلاج، التكوين والبحث.
- أما على مستوى المؤشرات الصحية، فسجل تراجع لمعدلات الوفيات وهذا راجع لتحسين معيشة الأفراد من جهة، وإلى البرامج الوطنية للصحة التي وضعت حيز التطبيق (محاربة مرض السل، سوء التغذية، وفاة الأطفال والقيام ببرامج موسعة للتطعيم .. الخ)²⁶.

• المرحلة الثالثة: (1990-2001)

تميزت هذه المرحلة بإعادة هيكلة تدريجية للنظام الصحي الجزائري، والعمل على القيام بعدة مشاريع:

- مشروع الجهوية الصحية، والذي شرع في الثمانينات، كإطار لتجسيد القطاعية اللامركزية وتحقيق تنمية اجتماعية وصحية متوازنة.

²⁶ عبد الرزاق بن حبيب ، مرجع سبق ذكره، ص 126.

ترتكز الجهوية الصحية على المجلس الجهوي للصحة (هيئة تنسيق)، وعلى المرصد الجهوي للصحة لكن الجهوية الصحية لم تتمكن من الاستجابة للمهام التي أسندت لها، نظرا لكون إطارها القانوني والتنظيمي حد من صلاحياتها.

- إنشاء ووضع حيز التطبيق هياكل لدعم نشاط وزارة الصحة، والتي تمثلت فيها يلي:
- المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية: مكلف بالمراقبة القبلية لكل دواء قبل إدخاله إلى السوق.
- الصيدلة المركزية للمستشفيات: مكلفة بضمان تامين الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية (أنشئت سنة 1994).

- الوكالة الوطنية للدم: مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم (أنشأت سنة 1995).
- الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي: مكلفة بتطوير التوثيق والمعلومات.
- المركز الوطني لليقظة الصيدلانية والعتاد: كلف بمراقبة الآثار المترتبة على استهلاك الأدوية واستعمال المعدات

الطبية²⁷

• المرحلة الرابعة: (2002 - 2012)

تميزت هذه الفترة باسترجاع الأمن والاستقرار في الجزائر بعد العشرية الدامية التي أدت إلى أضعاف دور المؤسسات الصحية في حماية المواطن.

من خلال مما سبق نجد أن الجزائر منذ الاستقلال، سعت دوما نحو الارتقاء بالحالة الصحية للمجتمع وذلك من خلال بناء وتشبيد المؤسسات الصحية، وتطوير الدراسات الطبية من خلال إصلاح النظام التعليمي، وإنشاء هياكل تدعيم نشاط وزارة الصحة.

²⁷ بشير بودية، إشكالية تسيير الجودة الشاملة في الخدمات الصحية، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص تسيير، جامعة تلمسان، 2015-2016، ص 168.

2.3. تنظيم وهيكلية الخدمات الصحية في الجزائر:

تعتبر وزارة الصحة والسكان المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية، وتوفير الدواء والعمل على رفع المستوى للأفراد في الجزائر، والقضاء على مشاكلهم الطبية تلبية المستشفيات الجامعية والجهوية، ثم القطاعات الصحية والوحدات القاعدية التابعة لها.

تتمثل مختلف المستويات المشكلة للنظام الصحي في الجزائر فيما يلي:

- **على المستوى المركزي:** الذي يتمثل في وزارة الصحة والسكان.
- **على المستوى الولائي:** والذي نجد فيه: مديرية الصحة والسكان، إضافة إلى المراكز الاستشفائية الجامعية والتي أنشأت في 1974 وهي نتاج اتحاد مركز استشفائي جهوي (660-700) سرير ومعهد طبي، يتولى تقديم الخدمات الصحية وتدريب هيئة فنية في مجال البحث والرعاية، فهو يشرف على ثلاث ميادين هي: الميدان الصحي، ميدان الدراسة والبحث.
- **على المستوى المحلي: (الدائرة والبلدية):** تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية في شكل قطاعات صحية، مؤسسات إستشفائية عمومية، ووحدات إستشفائية متخصصة، ووحدات صحية قاعدية تتولى تحقيق احتياجات الأفراد للحد من الضغط على المراكز الاستشفائية²⁸.

3.3. إحصائيات الصحة في الجزائر:

من الملاحظ أن الوضع الصحي في الجزائر يسير نحو التحسن، مقارنة ما كان عليه في السنوات الماضية وذلك بالاعتماد على بعض الإحصاءات التي تنشر من حين لآخر، سواء في وسائل الإعلام أو منشورات منظمة الصحة العالمية، وفي نفس الوقت نجد أن هناك من يرى أن الوضع الصحي في الجزائر هش، خصوصا مع ظهور بعض أمراض القرون الوسطى كمرض الطاعون مثلا سنة 2003 في وهران وسنتناول فيما يلي بعض المؤشرات الصحية التي نشرتها

²⁸ بشير بودية، مرجع سبق ذكره، ص 172-173.

منظمة الصحة العالمية لوصف الوضع الصحي في بلدان العالم ومنها الجزائر، بالإضافة إلى بعض التقارير الدولية المنشورة في الموضوع.

فقد صنفت الجزائر في تقرير لأحد المعاهد الإحصائية البريطانية أنها تحتل المرتبة 72 دولياً من أصل 110 بلد حول الإنفاق على الصحة، والذي وصف بالمنخفض، في ظل ارتفاع معدل وفيات الأطفال في الجزائر قياساً بالمعايير الدولية المعتمدة²⁹.

• **المؤشرات الصحية في الجزائر:**

يمكن وصف الحالة الصحية في الجزائر بالاعتماد على بعض المؤشرات الصحية العالمية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية، وذلك حسب ما هو موضح في الجدول رقم (2.2) الذي يوضح قيم المؤشرات خلال مجموعة من السنوات.

الجدول رقم 2.2 : المؤشرات الصحية العالمية في الجزائر

40606000	مجموع السكان (2016)
12990	الدخل القومي الإجمالي للفرد (تعاادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي الدولي، 2013)
77/75	متوسط العمر المأمول عند الميلاد بالسنوات (2016)
24	احتمال الوفاة قبل سن الخامسة (لكل 1000 مولود حي 2018)
84/106	احتمال الوفاة بين سن 15 عاماً و سن 60 عاماً (لكل 1000 نسمة 2016)
932	مجموع النفقات الصحية للفرد (بالدولار الأمريكي الدولي، 2014)
7.2	مجموع النفقات الصحية كنسبة مئوية من الناتج القومي الإجمالي (2014)

منظمة الصحة العالمية / الجزائر 11 : 19 / 05-03-2021 www.who.int

²⁹الموقع الإلكتروني لجريدة الفجر. 20/04/2012. www.al_fadjr/ar/dernier2/202898

4. القطاع الصحي في ولاية الوادي:

تضم ولاية الوادي العديد من المؤسسات الإستشفائية العمومية و الخاصة، بحيث تتوفر على الموارد البشرية اللازمة لتقديم الخدمات الصحية المطلوبة تتوزع على كامل تراب المنطقة وسنعرض فيما يلي المؤسسات الصحية في الولاية والموارد البشرية الصحية فيها.

4.1 المؤسسات الصحية في الوادي:

الجدول رقم 3.2: الهياكل العمومية لقطاع الصحة بولاية الوادي:

المؤسسة الاستشفائية المتخصصة EHS عددها 02	المؤسسة الاستشفائية العمومية EPH عددها 01
- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالام والطفل - المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في العيون	- المؤسسة الاستشفائية العمومية عمر الجيلاني بالشط
قاعات العلاج عددها 172	عيادات متعددة الخدمات عددها 28
مصالح الاستعجالات الطبية عددها 13	مصالح الاستعجالات الطبية الجراحية UMC عددها 03
- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالوادي - المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالدبيلة - المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بقمار - المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالطالب العربي	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية EPSP عددها 04

بالإضافة إلى هذه المؤسسات الصحية العمومية نجد المصحات الخاصة وهي: مصحة الرمال ومصحة ابن

حيان، والعيادات الخاصة و 04 مراكز لتصفية الدم ومركز واحد للتشخيص الطبي و 05 مؤسسات إستشفائية غير

جراحية (عيشوش, وجاب الله, بن عمارة, خليف وحساني).

2.4 الموارد البشرية لقطاع الصحة بولاية الوادي:

يوفر قطاع الصحة بالولاية العديد من الأطباء والمرضى في شتى الاختصاصات و ذلك قصد توفير الخدمات

الصحية اللازمة للمرضى, نذكر منهم الآتي:

الجدول رقم 4.2 : الموارد البشرية الطبية بالقطاع الصحي لولاية الوادي:

العدد بالقطاع الخاص	العدد بالقطاع العام	العدد الإجمالي	الصفة
158	418	576	طبيب عام
104	154	258	طبيب خاص
89	134	223	جراح أسنان
03	07	10	ارطفوني
15	64	79	نفساني عيادي
06	140	146	القبالات
174	46	220	صيادلة

بتصرف عن مديرية الصحة والسكان لولاية الوادي .

يمثل الجدول السابق توزيع الموارد البشرية الصحية بين القطاعين العام والخاص ونلاحظ أن عددهم في القطاع العام أكبر مما هي عليه في القطاع الخاص بالنسبة للطب العام والطب الخاص, جراحو الأسنان, الارطفونيين, نفساني عيادي, والقبالات, بينما تكون في القطاع الخاص أكبر من القطاع العام فيما يتعلق بالصيادلة.

3.4 المؤشرات الصحية المتعلقة بصحة الأم والطفل بولاية الوادي:

نتطرق إلى أهم المؤشرات ومقارنتها خلال السنوات الخمس 2016-2020 الخاصة بولاية الوادي كما يلي:

• عدد الولادات الحية :

الجدول رقم 5.2: عدد الولادات الحية

السنة	2016	2017	2018	2019	2020
عدد الولادات حية	26638	27506	28056	30286	28140

المصدر: من إنجاز الطالبة بالاعتماد على بيانات مديرية الصحة والسكان لولاية الوادي

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن مجموع عدد الولادات الحية بلغ خلال سنة 2016 بـ 26638 وهو في تزايد بصفة مستمرة وينسب متفاوتة لغاية 2019، أما في سنة 2020 فنلاحظ انخفاض كبير في عدد الولادات مقارنة بسنة 2019.

• عدد الولايات الميتة

الجدول رقم 6.2: عدد الولايات الميتة

السنة	2016	2017	2018	2019	2020
عدد الولايات الميتة	618	534	346	447	487

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على معطيات مديرية الصحة والسكان لولاية الوادي

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن مجموع عدد الولادات الميتة بلغ سنة 2016 بـ 618 لينخفض سنة 2018 إلى 346 ليرتفع في السنتين الأخيرتين حيث سجل سنة 2020 بـ 487 ولادة ميتة، هذا ما قد يفسر وجود خلل في المنظومة الصحية ويجب البحث عن أسباب ارتفاع معدل الولادات الميتة خلال السنة.

• عدد الأطفال المولودين أحياء ثم ماتوا بعد عام

الجدول رقم 7.2: عدد الولادات أحياء لولاية الوادي

السنة	2016	2017	2018	2019	2020
عدد الأطفال المولودين أحياء ثم ماتوا	523	589	658	783	594

المصدر: عمل خاص بالاعتماد على مديرية الصحة والسكان لولاية الوادي

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن مجموع عدد الأطفال المولودين أحياء ثم ماتوا خلال السنوات الخمس سجلت أقل وفيات بـ 523 سنة 2016 وسجلت أعلاها سنة 2019 بـ 783 وهو عدد مرتفع، وقد يعود ذلك

إلى مشاكل مبكرة أو أخطاء طبية ويجب على المعنيين من طاقم طبي الأخذ بعين الاعتبار هذه المعدلات المرتفعة والبحث في أسباب موت هؤلاء الأطفال الذين ولدوا أحياء وتوعية المعنيين بضرورة المتابعة الطبية.

• عدد الولادات بالعمليات القيصرية والولادات المبكرة :

الجدول رقم 8.2 عدد الولادات بالعمليات القيصرية والولادات المبكرة :

السنة	2016	2017	2018	2019	2020
عدد الولادات المبكرة	602	465	165	458	384
عدد الولادات بعمليات قيصرية	3118	2885	3780	4263	4549

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مديرية الصحة والسكان لولاية الوادي

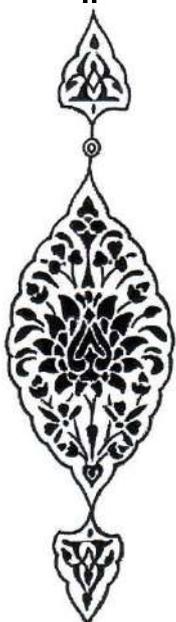
نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن مجموع عدد الولادات المبكرة أي تلك الولادات التي لم تكتمل المدة المحددة لها متذبذبة خلال الخمس سنوات وهذا دليل على غياب المراجعة الدورية وهذا ما يؤدي إلى تراجع في المؤشرات واختلال في المنظومة الصحية، كما نلاحظ أن عدد الولادات بعملية قيصرية في ارتفاع مستمر خلال سنوات الدراسة ويعود ذلك إلى أسباب صحية ونفسية لحالة المريض التي يجب دائما على الطبيب تشخيصها بصفة دورية .

من خلال المؤشرات الرئيسية السابقة والتي تخص صحة الأم والطفل نلاحظ ضعف المنظومة الصحية لولاية الوادي إذ لا يوجد تحسن خلال السنوات محل الدراسة، حيث نلاحظ في كل سنة تراجع بنسب متفاوتة في النتائج، وهذا قد يكون راجع لأسباب خدمتية بسبب غياب الإصلاحات، لذلك يجب البحث في الأسباب الرئيسية من طرف المختصين والمسؤولين على هذا القطاع الحساس .

خلاصة الفصل:

تناولنا في هذا الفصل الجودة في الخدمات الصحية، من خلال التعريف بجودة الخدمات الصحية وأهميتها وكيفية تقييمها من خلال مجموعة من الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية للأفراد بهدف تحقيق حاجياتهم الصحية، بحيث تطرقنا إلى أهم المعايير الخمسة المعتمدة في تقييم جودة الخدمات الصحية وهي: الاعتمادية، الملموسية، الاستجابة، الأمان والتعاطف، وكذلك إلى المؤشرات الصحية المتعلقة بصحة الأم والطفل (عدد الولادات الحية، عدد الولادات الميتة، عدد الأطفال الذين ولدوا أحياء ثم ماتوا بعد عام، عدد الولادات القيصرية والمبكرة)، وفي الأخير عرضنا واقع النظام الصحي في الجزائر عامة وأهم المراحل التي مر بها قطاع الصحة في البلاد، وفي الأخير تم عرض بإيجاز واقع القطاع الصحي في ولاية الوادي.

الإطار التطبيقي



الفصل الثالث

تمهيد

1. مجتمع الدراسة

2. العينة وكيفية اختيارها

3. أدوات جمع البيانات

4. أساليب المعالجة الإحصائية للبيانات

5. الخصائص الديموغرافية والاجتماعية لعينة الدراسة

6. اتجاهات المرضى حول تقييم جودة الخدمات الصحية

7. عرض ومناقشة الفرضيات

نتائج عامة

توصيات

تمهيد:

بعد أن تم التّطرق إلى الجانب النظري لهذه الدراسة والذي يهيئ الأرضية النظرية لموضوع البحث من خلال ما تضمنه، يأتي الجانب الميداني باعتباره المحدد لما تُريد الوصول إليه وتحقيقه، ويوضح ذلك أكثر ماس غولدن بقوله >> يمثل الإطار العملي عنصر هام في البحث باعتباره المحدد لما نَصُبُو إلى تحليله بدقة للتحقق من الفرضيات، سواء تعلق الأمر بالتحقق من الفرضية أو من الاستدلال العلمي، فلا بد من إنجاز بأكبر دقة ومنطق ممكنين << باعتبار أن الجانبين (النظري والعملي) متكاملين ولا يمكن أن يفصل أحدهما عن الآخر لأنه لا تكتمل أهمية أي بحث إلا بعد ربطه بواقع معطى والتأكد من نتائجه من خلال جمع البيانات الخاصة بموضوع الدراسة، حيث يعتبر هذا الجانب كطريق يمر منه الباحث من الجزء النظري إلى الجزء الميداني. حيث سنقوم في هذا الفصل بعرض وتحليل البيانات وذلك لاختبار الفرضيات بغرض تقييم جودة الخدمات الصحية.

1. مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع المرضى المقيمين أكثر من ثلاثة أيام والذين تلقوا العلاج في جميع مصالح المؤسسة الاستشفائية العمومية بن عمر الجيلاني والمؤسسة الصحية المتخصصة بالأُم والطفل بولاية الوادي خلال الفترة الممتدة من 2021/04/1 إلى 2021/04/27 والبالغ عددهم 130 مريض.

- **المجال المكاني للدراسة:** تمت دراسة موضوع تقييم جودة الخدمات الصحية بالمؤسستين الاستشفائيتين العموميتين بن عمر الجيلاني، والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأُم والطفل بولاية الوادي، وذلك بتوزيع استمارة الدراسة على المرضى المقيمين بهاتين المؤسستين.

- **المجال الزمني للدراسة:** امتدت فترة زيارة المؤسستين لتوزيع الاستمارات الخاصة بالموضوع في الفترة من 1-04-2021 إلى 27-04-2021.

2. العينة وكيفية اختيارها:

تم اختيار مؤسستين استشفائيتين بالولاية، المؤسسة الاستشفائية العمومية بن عمر الجيلاني (220 سرير) والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأُم والطفل (70 سرير). باعتبارهما المؤسستين الإستشفائيتين الرئيسيتين الوحيدتين على مستوى الولاية. حيث تم من خلالهما سحب عينة عشوائية من المرضى (مدة استشفائهم < 3 أيام) لاستجوابهم قصد دراسة موضوع جودة الخدمات الصحية بولاية الوادي.

لقد تم سحب عينة عشوائية بمعدل معاينة $\frac{n}{N}=0.45$ ، وبهذا بلغ حجم العينة 130 مريض.

وقد تم سحب أفراد العينة العشوائية من المؤسستين بطريقة تناسبية $(\frac{n}{N} = \frac{n_1}{N_1} = \frac{n_2}{N_2})$ ، أي السحب من داخل

كل مؤسسة يتم وفق الحجم الكلي لعدد الأسرة بها. حيث:

$$N = 290 \text{ سرير} \leftarrow \begin{cases} N_1: 220 \text{ سرير} \\ N_2: 70 \text{ سرير} \end{cases}$$

$$\frac{n_2}{70} = \frac{n_1}{220} = \frac{130}{290} \text{ بحيث: } n = 130 \text{ سرير} \leftarrow \begin{cases} n_1: 74 \text{ سرير} \\ n_2: 56 \text{ سرير} \end{cases}$$

3. أدوات جمع البيانات:

يعتمد الباحث على أداة أو مجموعة من الأدوات لجمع المعلومات والمعطيات عن موضوع دراسته بهدف الوصول إلى نتائج موضوعية تمكنه من حل المشكل المطروح، لهذا الغرض يجب على الباحث أن يلمّ بالأدوات والأساليب المختلفة التي تمكنه من ذلك، لأن نتائج أي بحث تتوقف إلى حد كبير على نوع الأداة المستعملة في جميع البيانات، وقد فرضت علينا طبيعة هذه الدراسة استخدام الأدوات والتقنيات المنهجية التالية:

• المقابلة:

تعد المقابلة من الوسائل الهامة لجمع البيانات والمعطيات في دراسة الأفراد والسلوك الإنساني وتعرف بأنها حوار أو محادثة أو مناقشة موجهة، تكون بين الباحث عادة وبين جهة أخرى تمثل شخص أو مجموعة أشخاص، وذلك بغرض التوصل إلى معلومات تعكس حقائق أو مواقف محددة يحتاج الباحث للتوصل إليها في ضوء أهداف معينة³⁰. تستلزم في منهجيتها استمارة المقابلة التي تضم مجموعة من الأسئلة المغلقة والمفتوحة حسب متطلبات الدراسة. وفي موضوعنا تم الاعتماد على استمارة المقابلة كالاتي:

- **استمارة المقابلة:** تناولت 55 سؤالاً مغلقاً، وسؤال واحد مفتوح، تهدف لرصد المعلومات عن المرضى، بعد تحكيمها من طرف مجموعة من الأساتذة وقد تم تقسيمها إلى ثلاثة أقسام أساسية كما يلي:

³⁰ عامر قديلي، البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات التقليدية والإلكترونية، دار المسيرة للنشر، عمان، الأردن، 2008، ص 169.

القسم الأول: يحتوي على البيانات الشخصية للمريض.

القسم الثاني: يضم معايير تقييم الخدمة الصحية، وذلك بالاعتماد على أبعاد جودة الخدمات الصحية وقد اعتمدنا

فيه على 36 سؤال مقسم على خمسة أبعاد على النحو التالي:

- العبارة من 01 إلى 12 تشير إلى معيار المموسية.
- العبارة من 13 إلى 25 تشير إلى معيار الاعتمادية.
- العبارة من 26 إلى 29 تشير إلى معيار الاستجابة.
- العبارة من 30 إلى 33 تشير إلى معيار الأمان.
- العبارة من 34 إلى 36 تشير إلى معيار التعاطف .

القسم الثالث: تضمن الأسئلة الخاصة بمصلحة الأم والطفل، وتناولنا فيه 10 أسئلة.

4. أساليب المعالجة الإحصائية للبيانات:

من أجل عرض البيانات وتحليل نتائج الدراسة تم استخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) رقم 22، وهو برنامج يقوم بتحليل البيانات، يستخدم عادة في جميع البحوث العلمية التي تشتمل على العديد من البيانات الرقمية، فبعد ملء ومراجعة الاستمارة وترقيمها وترميز أجوبتها تم تفرغها، وذلك للحصول على الجداول الإحصائية، بغية تحليلها واستخراج نتائجها.

5. الخصائص الديموغرافية والاجتماعية لعينة الدراسة:

سنعرض من خلال هذا القسم من الدراسة أهم المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية، المتمثلة أساسا في وسط الإقامة، الجنس، العمر، المستوى التعليمي، نوع المؤسسة الاستشفائية، الحالة الزوجية والحالة الفردية للمرضى

ولأزواجهم. بالإضافة إلى عرض بعض المتغيرات التي لها علاقة مباشرة بالدراسة، حيث سنتطرق إلى سبب الاستشفاء (المرض) ومدة الاستشفاء.

1.5. وسط الإقامة:

يعيش الفرد ويستقر في وسط أو مكان الإقامة، وينقسم وسط الإقامة إلى وسط إقامة حضري ووسط إقامة ريفي، والجدول رقم 1.3 يوضح تقسيم الباحثين حسب هذا المتغير. حيث يساعد وسط الإقامة الباحث في تحديد خصائص عينة الدراسة، وفي موضوعنا سنوضح مدى تأثيره على جودة الخدمات الصحية.

استفسر المستجوبين حول وسط الإقامة حيث رمزت الإجابة حضر بالدليل 1 والإجابة ريف بالدليل 2.

الجدول رقم 1.3: توزيع الباحثين حسب مكان الإقامة

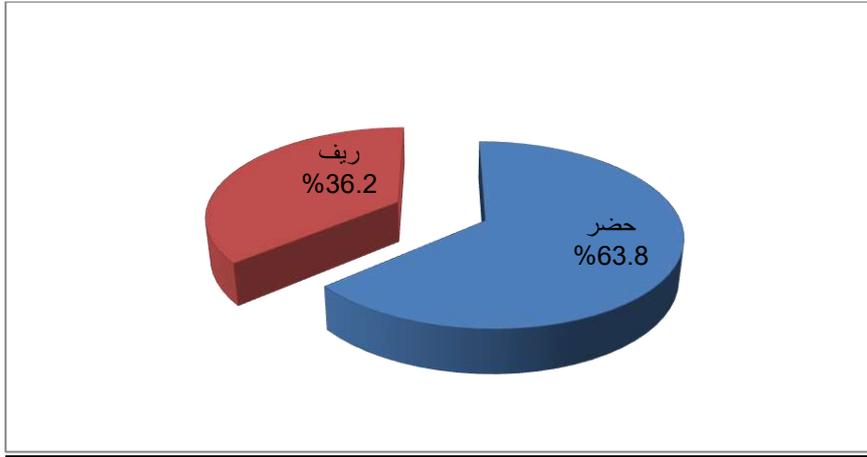
النسبة المئوية %	التكرارات	مكان الإقامة
63.8	83	حضر
36.2	47	ريف
100	130	المجموع

المصدر: عمل خاص بالاعتماد على قاعدة بيانات الدراسة

يشير الجدول رقم 1.3 إلى أن غالبية الباحثين يقيمون بالوسط الحضري (63.8%)، فيما بلغ عدد القادمين من

الريف قصد الاستشفاء بالمؤسسات الملاحظة 47 مريضاً (36.2%). أنظر الشكل رقم 1.3.

الشكل 1.3: دائرة نسبية توضح توزيع الباحثين حسب مكان الإقامة



المصدر: من إعداد الطالبة بالاستناد على معطيات الدراسة

2.5. الجنس: يعد الجنس من أهم المتغيرات الديموغرافية التي تساعد في تحليل المعطيات المتعلقة بالدراسات السكانية، كما يحدد متغير الجنس التركيب النوعي للسكان في مختلف الفئات العمرية، وقد يدخل هذا المتغير في تفسير مختلف الظواهر والأحداث الديموغرافية والصحية. سنوضح من خلال الجدول رقم 2.3 توزيع المبحوثين حسب الجنس. وأخذ المتغير الدليل 0 للإجابة ذكر والدليل 1 للإجابة أنثى.

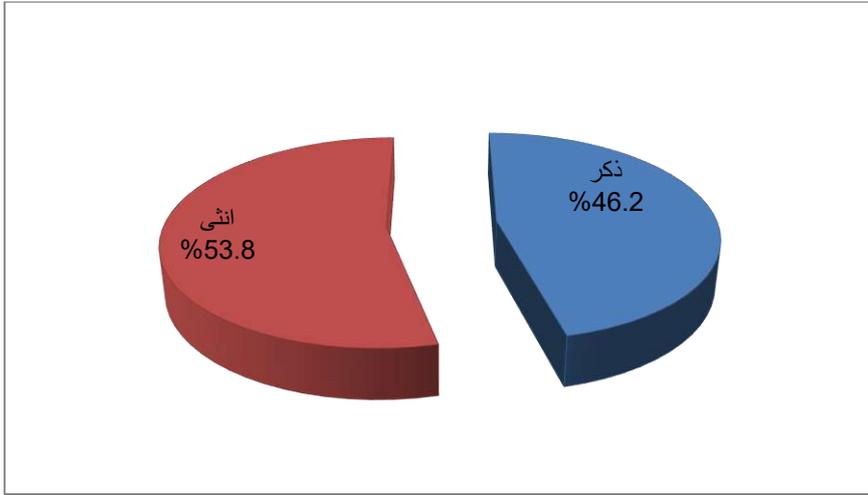
الجدول رقم 2.3: توزيع المبحوثين حسب الجنس

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية %
ذكر	60	46.2
أنثى	70	53.8
المجموع	130	100

المصدر: من إنجاز الطالبة بالاعتماد على بيانات الدراسة

يتضح لنا من معطيات الجدول (رقم 2.3) أن معظم أفراد عينة البحث من فئة " الإناث " حيث بلغت 53.8%، في حين وصلت نسبة الذكور إلى 46.2%، والشكل 2.3 يوضح ذلك.

الشكل 2.3: دائرة نسبية توضح توزيع المبحوثين حسب الجنس



المصدر: من إعداد الطالبة بالاستعانة من معطيات الدراسة

3.5. عمر المبحوثين:

نحاول في دراستنا تحليل بيانات العمر باعتباره من أهم المتغيرات التي تعكس تصنيف السكان، حيث يسمح لنا هذا المتغير بقياس متوسطات الأعمار المتعلقة بمختلف الظواهر الديموغرافية والصحية، والجدول (رقم 3.3) يوضح توزيع المبحوثين حسب السن، وللإجابة على سؤال العمر شملت الاقتراحات الدليل 1 للفئة 0-14 والدليل 2 للفئة 15-29 والدليل 3 للفئة 30-44 والدليل 4 للفئة 45-59 والدليل 5 للفئة من 60 فما فوق.

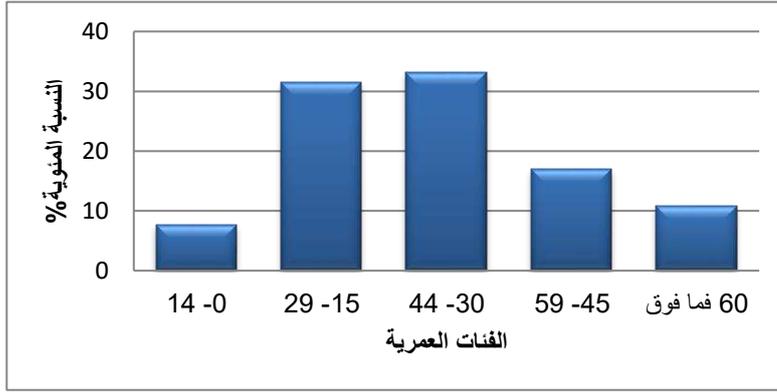
الجدول رقم 3.3: توزيع المستجوبين حسب السن

النسبة المئوية %	التكرار	الفئات العمرية
7.69	10	14 - 0
31.54	41	29 - 15
33.08	43	44 - 30
16.92	22	59 - 45
10.77	14	60 فما فوق
100	130	المجموع

المصدر: من إعداد الطالبة بناءً على معطيات الاستمارة

نلاحظ أن غالبية عينة المرضى من العمر 30-44 بنسبة 33.08%، تليها الفئة من 15-29 حيث بلغ نسبتهم 31.54%، فيما سجلت 7.69% لفئة المرضى أقل من 15 سنة، وأدنى نسبة لأعمار المرضى من 60 سنة فما فوق بنسبة 10.77%. (انظر إلى الجدول رقم 3.3، والشكل 3.3).

الشكل 3.3: أعمدة بيانية توضح توزيع المرضى حسب العمر



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على قاعدة بيانات الدراسة

4.5. المستوى التعليمي للمبحوثين:

بعد المستوى التعليمي من المتغيرات التي تساعد الباحث في تحليل معطيات الدراسة، فينقسم المجتمع إلى أفراد ذو مستوى تعليمي قد يكون مستواه ابتدائي، المتوسط، ثانوي، جامعي، وقد يكون الأفراد بدون مستوى أو أميين، ويساعد المستوى التعليمي موضوع جودة الخدمات الصحية في أن المبحوثين ذوي مستويات أعلى لهم علم بنوعية الخدمات الواجب تقديمها، وبذلك يعطي إجابات أكثر دقة عن واقع تقديم الخدمات الصحية. والجدول رقم 4.3 يوضح توزيع المرضى حسب المستوى التعليمي. واخذ هذا المتغير الدليل 1 في حالة دون مستوى والدليل 2 في حالة مستوى ابتدائي والدليل 3 في حالة المستوى متوسط والدليل 4 للمستوى ثانوي والدليل 5 لدى الجامعيين.

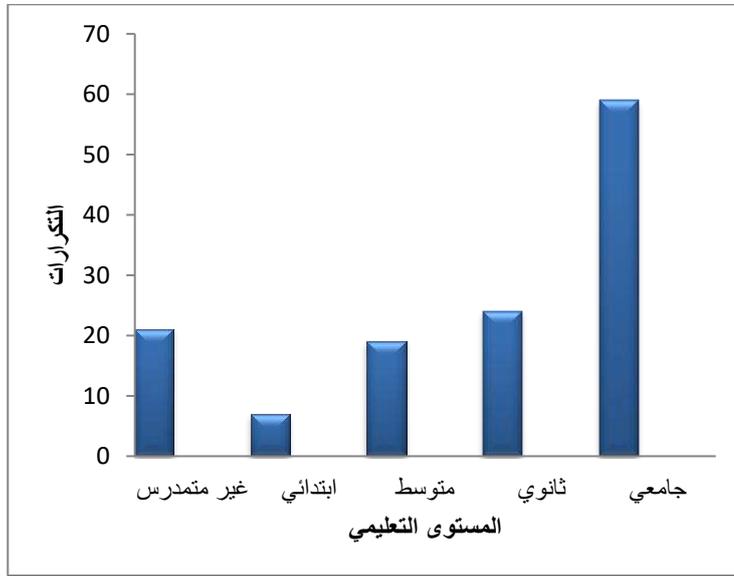
الجدول رقم 4.3: توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي

النسبة المئوية %	التكرارات	المستوى التعليمي
16.2	21	دون مستوى
5.4	7	ابتدائي
14.6	19	متوسط
18.5	24	ثانوي
45.4	59	جامعي
100	130	المجموع

المصدر: عمل خاص بالاعتماد على قاعدة بيانات الدراسة

من خلال قراءتنا للجدول رقم 4.3 نلاحظ أن المبحوثين الذين هم بدون مستوى قد بلغت نسبتهم 16.2%. فيما سجل أصحاب المستوى الجامعي أعلى نسبة (45.4%)، كما بلغت نسبة ذوي المستوى ثانوي المقدار 18.5%، ثم ذوو المستوى متوسط بنسبة 14.6%، في حين سجل المستوى ابتدائي لدى المستجوبين أدنى نسبة (5.4%). للتوضيح انظر إلى الشكل رقم 4.3.

الشكل 4.3: أعمدة بيانية توضح توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على معطيات الدراسة

5.5. الحالة الزوجية:

ويقصد بالحالة الزوجية حالة الفرد اتجاه الزوجية، وتشمل صفات أعزب، متزوج، مطلق، أرمل. وهي أهم المتغيرات الديموغرافية المحددة في تحليل معطيات مختلف الدراسات السكانية. وللإجابة على سؤال الحالة الزوجية شملت الاقتراحات الدليل 1 (أعزب)، الدليل 2 (متزوج)، الدليل 3 (مطلق)، الدليل 4 (أرمل).

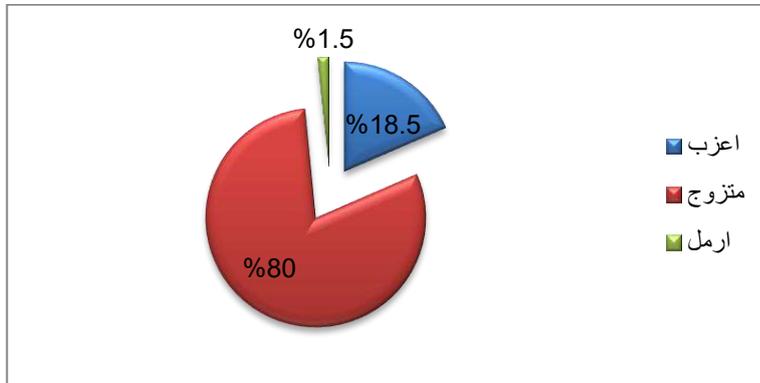
الجدول رقم 5.3: توزيع المبحوثين حسب الحالة الزوجية

النسبة المئوية %	التكرارات	الحالة المدنية
18.5	24	أعزب
80.0	104	متزوج
0	0	مطلق
1.6	2	أرمل
100	130	المجموع

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الدراسة

يوضح الجدول رقم 5.3 أن غالبية المرضى متزوجون، حيث بلغ عددهم 104 متزوج بنسبة 80%، في حين بلغ عدد العزاب 24 مريضا وافق النسبة 18.5%، فيما مثل الأرمال النسبة 1.6%، ولم تشمل العينة على المطلقين. (انظر إلى الشكل رقم 5.3).

الشكل رقم 5.3: دائرة نسبية توضح توزيع المرضى حسب الحالة الزوجية



المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على قاعدة بيانات الدراسة الميدانية

6.5. الحالة المهنية للمبحوثين:

تعتبر الحالة المهنية للمبحوث أحد أهم المتغيرات الديموغرافية التي تساعد الباحث في تحليل بياناته، وتتضمن الحالة المهنية المشتغلين وهم الأشخاص الذين يمارسون نشاط اقتصادي يحصلون من خلاله على فائدة مالية أو عينية، وبطالون وهم الأشخاص في سن العمل (16-59 سنة) ولم يشتغلوا خلال الأسبوع الذي يسبق الملاحظة وهم

يبحثون عن عمل، ومتقاعدون (60 سنة)، والماكنات بالبيت وهن نساء في سن العمل ولا يمارسن أي عمل يحصلن من خلاله على دخل مادي وهن غير مستعدات للعمل.

فالحالة المهنية تؤثر في كثير من الظواهر الديموغرافية فالشخص الذي له منصب عمل يختلف سلوكه الديموغرافي والاجتماعي والنفسي، كما أنها قد تؤثر في تقديم الخدمة الصحية لصاحبها.

استفسر المبحوثين حول الحالة المهنية حيث رمزت الإجابة مشغل بالـ 1، بطل بالـ 2، متقاعد بالـ 3، ماكنة بالبيت بالـ 4.

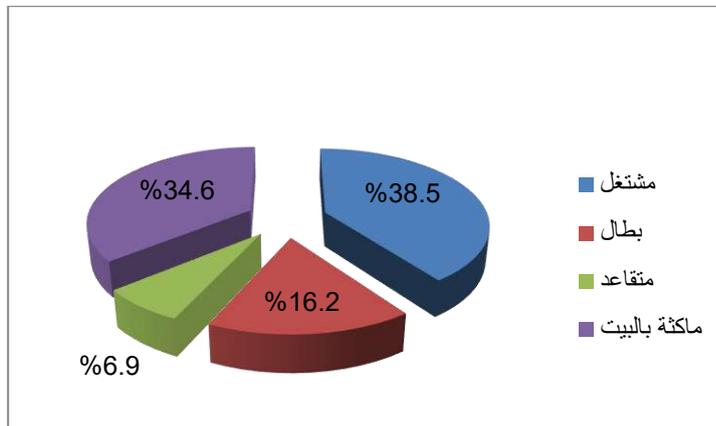
لجدول رقم 6.3: توزيع المرضى حسب الحالة المهنية

النسبة المئوية %	التكرارات	الحالة المهنية
38.5	50	مشغل
16.2	21	بطل
6.9	9	متقاعد
34.6	45	ماكنة بالبيت
100	125	المجموع

المصدر: من انجاز الطالبة استنادا على البيانات المصرح بها

من قراءتنا للجدول رقم 6.3 وبافتراض أن سن العمل في الجزائر يبدأ من 16 سنة فأكثر، نلاحظ أن 125 معيون بسؤال الحالة المهنية (الفئة أكبر من 16 سنة). وتشير البيانات في إلى أن غالبية أفراد العينة مشغلون، حيث بلغ عددهم 50 مشغلا (38.5%)، تليها فئة النساء الماكنات بالبيت بنسبة 34.6%، ثم فئة البطالين 16.2%، في حين سجلت أقل نسبة عند فئة المتقاعدين (6.9%)، كما هو موضح في الشكل (رقم 6.3).

الشكل رقم 6.3: دائرة نسبية توضح توزيع المبحوثين حسب الحالة المهنية



المصدر: من اعداد الطالبة بناء على معطيات الدراسة

تعتبر الحالة المهنية للزوج (ة) مهمة في دراستنا لمعرفة ما مدى تأثيرها على جودة الخدمات الصحية، حيث بلغت نسبة المشتغلين 52.3%، أما عدد البطالون فسجل بنسبة 7.7%، فيما كانت نسبة الماكثات بالبيت 80.8%، ولم نسجل أي مريض متقاعد في عينة دراستنا. أنظر الجدول رقم 7.3.

الجدول رقم 7.3: توزيع المرضى حسب مهنة الزوج (ة)

النسبة %	التكرارات	الحالة المهنية
52.3	68	مشتغل
7.7	10	بطال
0	0	متقاعد
80.8	27	ماكثة بالبيت
100	130	المجموع

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على قاعدة بيانات الدراسة

7.5. الدخل الأسري لدى المرضى:

يؤثر الدخل الأسري في العديد من الظواهر الاجتماعية والديموغرافية، ويعرف على أنه الدخل الإجمالي لجميع الأفراد في أسرة معينة. ويساعد الدخل على تلبية حاجيات الأسرة المختلفة بما فيها الرعاية الصحية. ومن هنا نتوقع أن يؤثر الدخل الأسري في تقديم الخدمات الصحية لمرضى الأسر. وأخذ المتغير الدليل 1 بدون دخل، والدليل 2 بين 15000-30000، والدليل 3 بين 31000-50000، والدليل 4 أكثر من 51000.

الجدول رقم 8.3: توزيع المبحوثين حسب الدخل الأسري:

النسبة المئوية %	التكرارات	الدخل الأسري
13.8	18	بدون دخل
49.2	64	بين 15000 - 30000
28.5	37	بين 31000 - 50000
8.5	11	أكثر من 51000
100	130	المجموع

المصدر: من انجاز الطالبة بالاعتماد على معطيات الدراسة

تراوح دخل غالبية أفراد العينة بين 15000 و30000 دج بنسبة 49.2% كون أن معظمهم مشتغلون وهذا ما يتوافق مع بيانات الجدول السابق. أما الأفراد ذوي الدخل بين 31000 و50000 دج فقد بلغت نسبتهم 28.5%. فيما وصلت نسبة الذين تفوق دخولهم الأسرية 51000 دج إلى 8.5%. كما مثل الذين هم بدون دخل النسبة 13.8% من مجموع المبحوثين. (انظر إلى الجدول رقم 8.3).

8.5. مدة الاستشفاء للمبحوثين:

تعتبر مدة الإستشفاء مهمة في تقييم جودة الخدمات الصحية، فكلما كانت فترة إقامة المريض طويلة داخل المؤسسة الصحية، أدلى المريض بتصريحات أكثر مصداقية، تعكس لنا حالة الخدمات داخل المؤسسات الصحية.

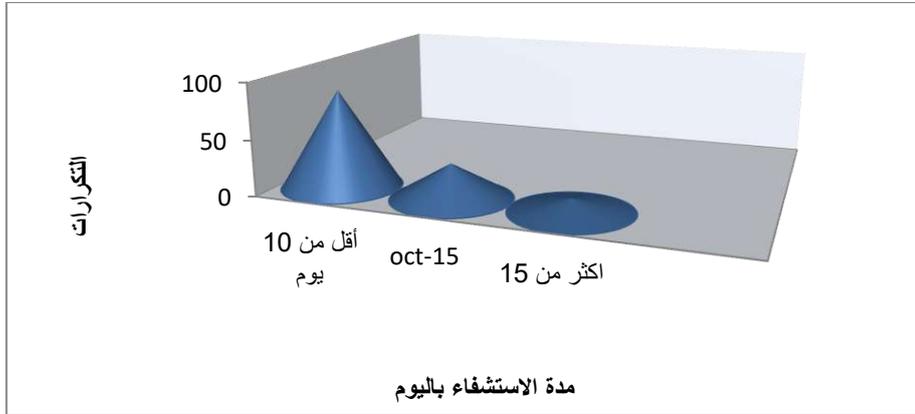
الجدول رقم 9.3: توزيع المرضى حسب مدة الاستشفاء

النسبة المئوية %	التكرار	مدة الإستشفاء
66.92	87	من 3-10 أيام
23.85	31	10-15 يوم
9.23	12	أكثر من 15 يوم
100	130	المجموع

المصدر: عمل خاص بالاعتماد على قاعدة بيانات الدراسة

يشير الجدول (رقم 9.3) إلى أن المرضى المقيمين بالمؤسسة الصحية لمدة أقل من 10 أيام سجلت عندهم نسبة 66.92%، فيما بلغ نسبة المقيمين لمدة بين 10 و15 يوم 23.85%، في حين وصلت مدة إستشفاء المبحوثين أكثر من 15 يوم إلى 9.23% وهذه الفئة هي التي تعكس أكثر واقع الخدمات داخل المؤسسات الصحية غير أنها قليلة وهذا راجع لإدارة المؤسسة الصحية التي تمنع المرضى بالاستشفاء لمدة طويلة إلا لأصحاب الحالات الحرجة وذلك لاستمرار وتزايد حالات كورونا الداخلة للمؤسسة. (أنظر الشكل رقم 7.3).

الشكل رقم 7.3: يوضح توزيع المبحوثين حسب مدة الإستشفاء



المصدر: من إنجاز الطالبة بناء على معطيات الدراسة

9.5. سبب الدخول إلى المؤسسة الصحية:

يتوجه المرضى إلى المؤسسات الاستشفائية قصد الاستشفاء، وذلك لتعدد الأسباب المرضية للمبحوثين، وسنعرض

في الجدول رقم 10.3 توزيع أفراد عينة الدراسة حسب سبب الدخول إلى المؤسسة الاستشفائية.

الجدول رقم 10.3: توزيع المستجوبين حسب سبب الدخول

النسبة المئوية %	التكرار	سبب الدخول
12.3	16	مرض القلب
4.6	6	مرض السكري
6.2	8	أمراض الجهاز التنفسي
10.8	14	أمراض العظام
6.9	9	أمراض الجهاز الهضمي
2.3	3	أمراض ضغط الدم
42.3	55	الولادة
14.6	19	أمراض أخرى
100	130	المجموع

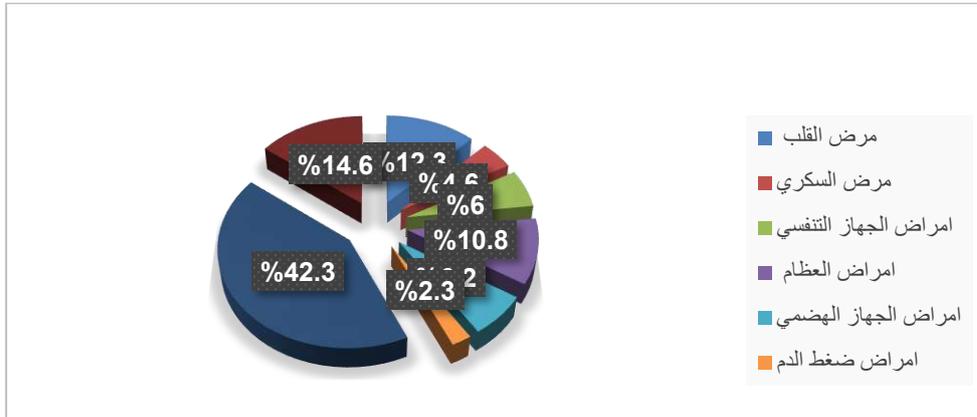
المصدر: من إنجاز الطالبة بالاعتماد على معطيات استمارة الدراسة

نلاحظ من خلال الجدول (10.3)، أن نسبة المرضى المصابين بمرض القلب 12.3%، فيما بلغت نسبة المبحوثين

المصابين بأمراض العظام 10.8%، وسجلت 6.2% للمبحوثين المصابين بأمراض الجهاز التنفسي، في حين بلغت

نسبة الداخلين للمؤسسة الصحية بسبب الولادة 42.3%، وبنسبة 14.6% للمرضى المصابين بأمراض أخرى (أورام سرطانية، أمراض صدرية، وأمراض الأنف والحنجرة). والشكل (رقم 8.3) يوضح ذلك.

الشكل رقم 8.3: دائرة نسبية توضح توزيع المبحوثين حسب سبب الدخول



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على معطيات الدراسة

6. اتجاهات المرضى حول تقييم جودة الخدمات الصحية:

سنتناول في هذا الجزء من الدراسة اتجاهات المرضى حسب كل معيار من المعايير الخمسة التي يستند عليها تقييم

جودة الخدمات الصحية.

- معيار الملموسية:

يوضح الجدول التالي آراء المرضى حول جودة الخدمة الصحية من خلال معيار الملموسية،

شملت إجابات المرضى: الدليل 0 نعم والدليل 1 لا.

الجدول رقم 11.3: اتجاهات المرضى حول تقييم جودة الخدمات الصحية من ناحية معيار الملموسية

الرقم	العبار	التكرار		النسبة المئوية %	
		نعم	لا	نعم	لا
1	موقع المؤسسة يسهل الوصول إليه	83	47	63.8	36.2
2	قاعات انتظار الفحص مهيأة ومريحة	119	15	91.5	8.5
3	تتوفر المؤسسة على كل الأدوية اللازمة	118	12	90.8	9.2
4	يملك المستشفى أحدث تجهيزات التشخيص	115	15	88.5	11.5
5	يتوفر المستشفى على أجهزة هاتف	7	123	5.4	94.6
6	غرفة إقامتك كانت نظيفة	120	10	92.3	7.7
7	الغرفة مجهزة بكل المستلزمات	108	22	83.1	16.9
8	يتم تعقيم الغرفة بشكل دوري	90	40	69.2	30.8

9	مظهر وهندام الطاقم الطبي ملائم	127	3	97.7	2.3
10	نوعية الوجبات الغذائية صحية	74	56	56.9	43.1
11	كمية الوجبات الغذائية المقدمة ملائمة	91	39	70.0	30.0
12	تقدم الوجبات الغذائية في المواعيد	128	2	98.5	1.5

المصدر: من انجاز الطالبة بناء على معطيات الدراسة

يشير الجدول رقم 11.3 إلى رضا غالبية المرضى (<90%) على خدمات تهيئة قاعة الانتظار وظروف الراحة بها، توفر المؤسسة على الأدوية اللازمة، نظافة الغرف، الهندام الملائم لمظهر الطاقم الطبي، الالتزام في مواعيد تقديم الوجبات الغذائية، كما قاربت نسبة المرضى الراضون عن توفر أحدث التجهيزات بالمؤسسة 90%. ما يفسر درجة الجودة العالية في تقديم هذه الخدمات، وبالتالي تحقيق الجودة العالية في حوالي 50% من هذا المعيار.

فيما وصلت نسبة الرضا على خدمة تجهيز الغرفة بكل المستلزمات إلى 83.1%، في حين بلغت النسبة في ملاءمة كمية الوجبات 70%، كما وصلت نسبة الراضين على خدمة تعقيم الغرفة بشكل دوري إلى 69.2%. عموماً، يشير هذا إلى درجة حسنة من جودة هذه الخدمات.

تدنت نسب الرضا على بعض الخدمات كتنوعية الوجبات المقدمة (56.9%)، وسهولة الوصول إلى المؤسسة الإستشفائية (63.8%).

في حين لاحظنا الغياب شبه التام لرضا المرضى لخدمة توفر أجهزة الهاتف للاستعمال عند الضرورة، حيث وصلت إلى 5.4%.

- معيار الإعتمادية:

يوضح الجدول التالي آراء المرضى حول جودة الخدمات الصحية من خلال معيار الإعتمادية.

حيث أخذ المتغير الدليل 0 نعم والدليل 1 لا.

الجدول رقم 12.3. اتجاهات المرضى حول تقييم جودة الخدمات الصحية من ناحية معيار الاعتمادية

رقم العبارة	العبارة	التكرار		النسبة المئوية %	
		لا	نعم	لا	نعم
1	استقبالك عند الدخول كان جيدا	4	126	3.1	96.9
2	مدة انتظار تلقي الفحص كانت قصيرة	31	99	23.8	76.2
3	إمكانية مقابلة الأطباء بسهولة	28	102	21.5	78.5
4	اهتمام الطبيب بحالتك الصحية	13	117	10	90.0
5	الشروحات المقدمة كافية حول مرضك	32	98	24.6	75.4
6	عدد زيارات الطبيب لك مرضية	24	106	18.5	81.5
7	إجراء التحاليل الطبية كان بسهولة	7	123	5.4	94.6
8	إجراء التحاليل الطبية داخل المؤسسة	15	115	11.5	88.5
9	سهولة إجراء فحص الأشعة	24	106	18.5	81.5
10	إجراء فحص الأشعة بالمستشفى	26	104	20	80.0
11	إجراء العملية الجراحية عند الحاجة بالمؤسسة	16	87	12.3	66.9
12	إجراء العملية كان مستعجل	46	52	35.4	40
13	إجراء العملية كان وفق جدول زمني	44	54	33.8	41.5

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الدراسة

من خلال الجدول (رقم 12.3) نلاحظ أن نسبة رضا المرضى خدمات الاستقبال الجيد عند الدخول للمؤسسة، اهتمام الطبيب بالحالة الصحية للمريض، وسهولة إجراء التحاليل الطبية، فاق 90% وهو ما يعكس الجودة العالية في تقديم هذه الخدمات. وزادت نسبة رضا المرضى 80% على خدمات: زيارات الطبيب المعالج، إجراء التحاليل والأشعة الطبية داخل المؤسسة، سهولة إجراء فحص الأشعة. فيما فاق رضا المبحوثين على خدمات مدة انتظار تلقي الفحص، إمكانية مقابلة الأطباء بسهولة، الشروحات المقدمة كافية فيما يخص حالته المرضية، نسبة 70%، كما بلغت نسبة الراضين على خدمة إجراء العملية الجراحية عند الحاجة داخل المؤسسة إلى 66.9%. ونلاحظ ضعف في تقديم خدمة إجراء العملية بشكل مستعجل حيث وصلت نسبة الراضين بها إلى 40% وهو ما يفسر جودة خدمات صحية ضعيفة.

- معيار الاستجابة:

يوضح الجدول التالي آراء المرضى حول جودة الخدمات الصحية من خلال معيار الاستجابة، واستفسر الباحثين حول معيار الاستجابة حيث رمزت الإجابة نعم بالدليل 0 والإجابة لا بالدليل 1.

الجدول رقم 13.3: اتجاهات المرضى حول تقييم جودة الخدمات الصحية من ناحية معيار الاستجابة

رقم العبارة	العبارة	التكرار		النسبة المئوية %	
		نعم	لا	نعم	لا
1	عند طلب طبيبك تجده في أي لحظة	87	43	66.9	33.1
2	المرضى يلبون طلباتك فوراً	97	33	74.6	25.4
3	سرعة رد الإدارة على استفسارات المرضى	105	25	80.8	19.2
4	يتم إخبار المرضى بموعد تقديم الخدمات	125	5	96.2	3.8

المصدر: من إعداد الطالبة استنادا على معطيات الدراسة

يتضح من خلال الجدول رقم (13.3) أن جودة الخدمات في معيار الاستجابة عالية، حيث سجلت

أقل نسبة لرضا المرضى على خدمة إيجاد خدمة الطبيب المعالج في أي لحظة ووصلت 66.9% وهي حسنة، وبلغت

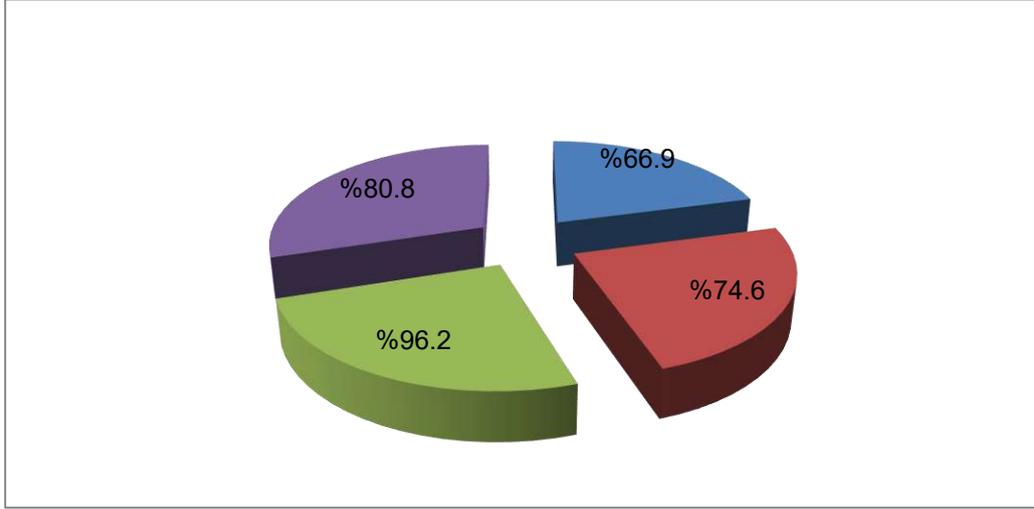
موافقة الباحثين على تلبية المرضى الفورية لطلبات المريض بنسبة 74.6%، وهذا ما يفسر جودة هذه الخدمة،

ووصلت نسبة رضا المستجوبين 80.8% على خدمة الرد السريع لإدارة المؤسسة على استفسارات وشكاوي

المرضى، أما المستجوبين الراضين على خدمة إخبار المرضى بموعد تقديم الخدمات فبلغت نسبتهم 96.2% . (انظر

الشكل رقم 9.3).

الشكل رقم 9.3: دائرة نسبية توضح اتجاهات المرضى حول جودة الخدمات الصحية من خلال معيار الاستجابة



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على البيانات المصرح لها

- معيار الأمان:

يوضح الجدول التالي اتجاهات المرضى حول جودة الخدمات الصحية من خلال معيار الأمان.

حيث أخذت الإجابة نعم الدليل 0 والإجابة لا الدليل 1.

الجدول رقم 14.3: اتجاهات المرضى حول تقييم جودة الخدمات الصحية من ناحية معيار الأمان

رقم العبارة	العبارة	التكرار		النسبة المئوية %	
		نعم	لا	نعم	لا
1	إقبال المرضى بالعلاج في المؤسسة يرجع للسمعة الحسنة لها	102	28	78.5	21.5
2	يتميز طاقم العمل بالخبرة والمهارة	101	29	77.7	22.3
3	الشعور بالثقة اتجاه الطاقم الطبي	113	17	86.9	13.1
4	المؤسسة لها تعاملات سرية اتجاه المرضى وحالتهم الصحية	120	10	92.3	7.7

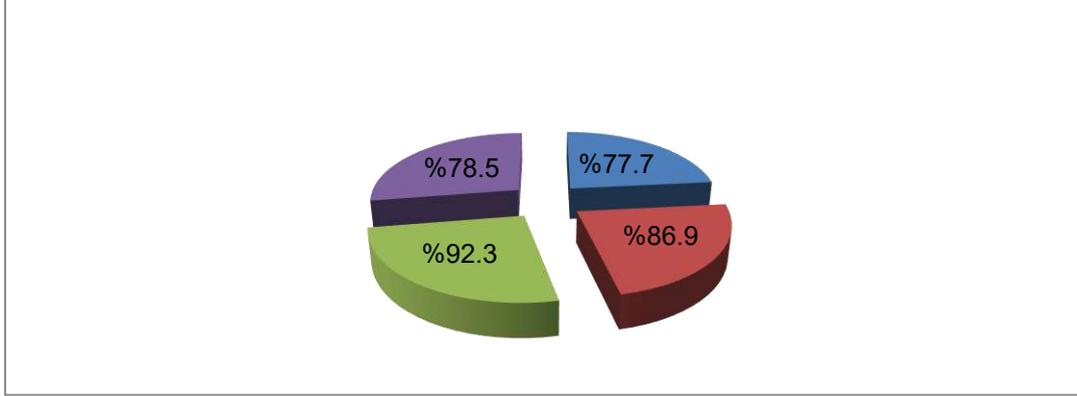
المصدر: عمل خاص استنادا على معطيات الدراسة

يشير الجدول (رقم 14.3) على رضا أغلب المرضى على معيار الأمان، حيث بلغت نسبة الرضا على إقبال

المرضى بالعلاج في المؤسسة يرجع إلى سمعتها الحسنة 78.5%، فيما وصلت نسبة موافقة الباحثين على تميز الطاقم

الطبي بالخبرة والمهارة إلى 77.7%، وسجلت نسبة 86.9% نحو شعور المرضى بالثقة اتجاه الطاقم الطبي، وبنسبة 96.3% حول تعاملات المؤسسة السرية اتجاه المرضى وحالتهم الصحية، (انظر الشكل رقم 10.3):

الشكل رقم 10.3: دائرة نسبية توضح اتجاهات المرضى حول جودة الخدمات الصحية من خلال معيار الأمان



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الدراسة

- معيار التعاطف:

يوضح الجدول التالي اتجاهات المرضى حول جودة الخدمات الصحية من خلال معيار التعاطف. وللإجابة على سؤال الحالة الزوجية شملت الاقتراحات الدليل 0 نعم والدليل 1 لا.

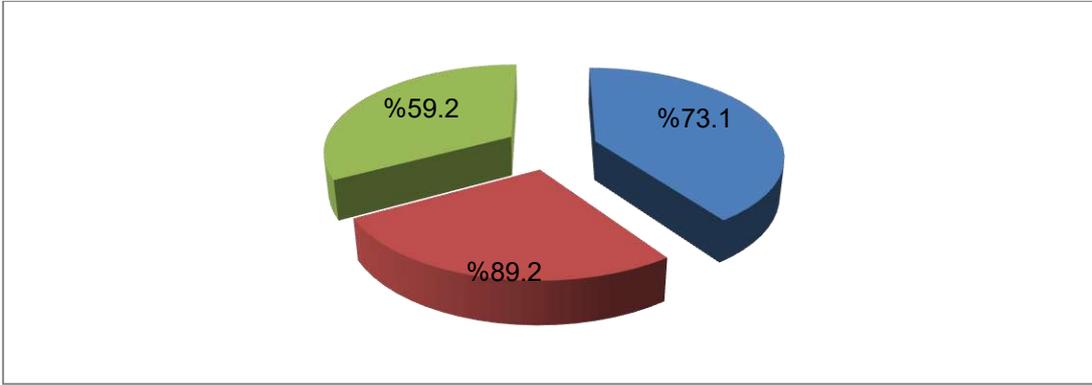
الجدول رقم 15.3: اتجاهات المرضى حول تقييم جودة الخدمات الصحية من ناحية معيار التعاطف

رقم العبارة	العبارة	التكرار		النسبة المئوية %	
		لا	نعم	لا	نعم
1	يترك الطبيب انطباع ايجابي عند معاملته للمريض	13	116	10.0	89.2
2	أسلوب الممرضين تجاهك خلال مدة الإقامة كان جيد	53	77	40.8	59.2
3	الطاقم العامل بالمؤسسة يتصرف بالاحترام والتقدير بينهم وبين المرضى	35	95	26.9	73.1

المصدر: من إعداد الطالبة استنادا على معطيات الدراسة

من خلال الجدول (رقم 15.3) نلاحظ أن موافقة المرضى على خدمة ترك الطبيب انطباع إيجابي عند معاملته للمريض بلغ نسبة 89.2%، فيما وصلت نسبة رضا المبحوثين على الأسلوب الجيد للممرضين اتجاههم 59.2%، أما المبحوثين الراضين على اتصاف الطاقم العامل بالمؤسسة بالاحترام والتقدير بينهم وبين المرضى بلغ نسبة 73.1%. وعموما تشير أجوبة المرضى على الرضا المتوسط في تقديم هذه الخدمات وبالتالي جودة خدمات صحية مقبول. (أنظر الشكل 13.3):

الشكل رقم 13.3: دائرة نسبية توضح اتجاهات المرضى حول جودة الخدمات الصحية من خلال معيار التعاطف



المصدر: من إنجاز الطالبة بالاعتماد على معطيات الدراسة

7. عرض ومناقشة الفرضيات:

بعد عرض البيانات الخاصة بجميع المبحوثين، وتحليلها في شكل جداول بسيطة، نحاول مناقشة الفرضيات واختبار صحتها أو نفيها عن طريق الأساليب الإحصائية، وسنقوم بتطبيق تقنية الانحدار اللوجستي في موضوعنا تقييم جودة الخدمات الصحية

مناقشة الفرضية الأولى:

تبين نتائج معطيات الانحدار اللوجستي بين المتغير التابع مناسبة موقع المؤسسة والمتغيرات المستقلة المتمثلة في الجنس، وسط الإقامة، الدخل الأسري، المؤسسة الاستشفائية.

بهذا نتحصل على نموذج الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة على الشكل التالي:

$$\text{Log}\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4$$

بحيث:

P: احتمال وقوع إجابة الرضا على ملاءمة موقع المؤسسة.

X_1 : المتغير المستقل التوضيحي: الجنس.

X_2 : المتغير المستقل: وسط الإقامة.

X_3 : المتغير المستقل: الدخل الأسري.

X_4 : المتغير المستقل: المؤسسة الإستشفائية.

Exp(B)	Sig.	ddl	Wald	E.S	B		
0.594	0.435	1	0.61	0.667	-.520-	الجنس	Pas 1 ^a
1.713	0.169	1	1.89	0.392	0.538	وسط الإقامة	
1.908	0.01	1	6.579	0.252	0.646	الدخل	
0.611	0.462	1	0.541	0.671	-.493-	إسم المؤسسة	
0.782	0.855	1	0.034	1.341	-.246-	Constante	

يتبين لنا من خلال مخرجات نظام تحليل البيانات (SPSS) خروج ثلاثة متغيرات مستقلة من النموذج لغياب الدلالة الإحصائية لمعلماتها (الجنس: $\text{Sig}=0.435 > 0.05$ ، وسط الإقامة: $\text{Sig}=0.169 > 0.05$ ، مؤسسة الاستشفاء: $\text{sig}=0.462 > 0.05$). فيما كان متغير الدخل دال إحصائياً حيث بلغ مستوى دلالاته $\text{Sig}=0.010 < 0.05$ عند مستوى المعنوية 5%، وهذا ما يفسر تأثير الدخل الأسري في رضا المرضى على مناسبة موقع مؤسسة تقديم الخدمة الصحية.

ومنه يصبح النموذج على الشكل التالي:

$$\text{Log}\left(\frac{p}{1-p}\right) = 0.646(\text{الدخل})$$

وبلغت قيمة $Exp(B)$ المقدار 1.908 أي يتضاعف احتمال حدوث الرضا عن ملاءمة موقع المؤسسة الصحية بالمضاعف $2 \approx 1.908$ ، يعني ذلك أن احتمال الرضا يتضاعف كلما انتقلنا من فئة دخل إلى فئة أعلى. فالرضا يزيد عند الأسر ذوي الدخل المرتفع فإذا كان موقع المؤسسة بعيد فهذه الأسر تكون قادرة على تكاليف الوصول إلى المستشفى، حتى ولو كان وسط إقامتها الريف، على عكس الأسر ميسورة الدخل وان كان وسط إقامتها حضريا فلربما يكون لها مشاكل في الوصول إلى المؤسسة الصحية.

تبين نتائج الانحدار اللوجستي بين المتغير التابع (ملاءمة كمية الوجبات الغذائية) والمتغيرات المستقلة المتمثلة في الجنس، الفئة العمرية، وسط الإقامة، الدخل الأسري.

بهذا نتحصل على نموذج الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة على الشكل التالي:

$$\text{Log}\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1(\text{الجنس}) + \beta_2(\text{الفئة العمرية}) + \beta_3(\text{وسط الإقامة}) + \beta_4(\text{الدخل الأسري})$$

حيث: P هو احتمال رضا المرضى على ملاءمة كمية الوجبات الغذائية

Exp(B)	Sig.	Ddl	Wald	E.S	B	
1.209	0.642	1	0.216	0.409	0.19	وسط_الإقامة
1.14	0.035	1	4.438	0.062	0.131	الفئات
1.22	0.275	1	1.193	0.182	0.199	التعليمي
1.469	0.141	1	2.169	0.261	0.385	الدخل
0.163	0.06	1	3.542	0.964	-1.815-	Constante

خرج من النموذج كل من وسط الإقامة، المستوى التعليمي، والدخل لأن مستوى دلالتهم أكبر من مستوى المعنوية 0.05 أي $(Sig > 0.05)$ وهو ما يدل على عدم تأثير هذه المتغيرات على تقديم وجبات غذائية بكميات ملائمة بالمؤسسة الصحية.

فيما نجد أن متغير الفئات العمرية دال إحصائيا حيث بلغ مستوى دلالتة $(sig = 0.035 < 0.05)$ عند مستوى خطأ 5%، وهذا ما يدل على تأثير العمر على خدمة تقديم كمية وجبات غذائية ملائمة، وبالتالي يصبح النموذج

على الشكل التالي:

$$\text{Log}\left(\frac{p}{1-p}\right) = 0.131 \text{ (الفئات العمرية)}$$

وبلغت قيمة $\text{Exp}(B)$ المقدار 1.140 أي مضاعفة احتمال رضا المرضى على ملاءمة كمية الوجبات الغذائية بأكثر من مرة كلما انتقلنا من فئة عمرية إلى فئة أعلى. ويعني ذلك أن الفئات العمرية الصغرى احتمال رضاها أقل من الفئات الكبرى، والفئات الشبانية في فترة بناء بدني، وهذا ما يزيد من احتمالية عدم الرضا على خدمة الوجبات الغذائية، على عكس الفئات الكبرى التي يزيد احتمال رضاهم وذلك لكفاية الوجبات المقدمة لحاجياتهم الغذائية. مما سبق يتضح أن مستوى معيار الملموسية جد مقبول (الرضا على اغلب الخدمات فاق مستوى 83%)، غير أن خدمة واحدة مستواها متدن جدا (توفر أجهزة هاتف للاستعمال: 5.4%) مما قد يسيء إلى معيار الملموسية. وتأثير العمر والدخل الأسري على بعض الخدمات وبالتالي تحقيق جودة خدمات صحية حسنة. وهذا ما يثبت صحة الفرضية الأولى.

الفرضية الثانية:

تبين نتائج معطيات الانحدار اللوجستي بين المتغير التابع (إجراء العملية الجراحية الاستعجالية) والمتغيرات المستقلة المتمثلة في الجنس، الفئات العمرية، المؤسسة الاستشفائية، سبب الدخول.

بهذا نتحصل على نموذج الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة على الشكل التالي:

$$\text{Log}\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1(\text{الجنس}) + \beta_2(\text{المؤسسة الاستشفائية}) + \beta_3(\text{الفئات العمرية}) + \beta_4(\text{سبب الدخول})$$

حيث: P هو احتمال إجراء العملية الجراحية الاستعجالية

	B	E.S	Wald	Ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 ^a الجنس	-.263-	.694	.143	1	.705	.769
الفئات	-.162-	.068	5.687	1	.017	.850
المؤسسة_إسم	.363	.813	.199	1	.656	1.437
الدخول	-.109-	.118	.856	1	.355	.897
Constante	2.264	1.576	2.065	1	.151	9.625

من خلال جدول مخرجات نظام SPSS للانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، نلاحظ خروج كل من الجنس، وسط الإقامة، المؤسسة الاستشفائية، سبب الدخول، لغياب دلالتهم الإحصائية عند مستوى الخطأ $\alpha=5\%$ (الدلالة أكبر من مستوى المعنوية 0.05)، وبالتالي لا تؤثر هذه المتغيرات على خدمة قيام المؤسسة بعمليات جراحية إستعجالية.

فيما أظهر متغير الفئات العمرية دلالة إحصائية (Sig=0.017<0.05) عند مستوى المعنوية 0.05. وبهذا يصبح النموذج على الشكل التالي:

$$\text{Log}\left(\frac{p}{1-p}\right) = -0.162 \text{ (الفئات العمرية)}$$

وهو ما يفسر تأثير متغير الفئات العمرية على تقديم خدمة إجراء العمليات الاستعجالية داخل المؤسسة. فقد بلغت قيمة $\text{Exp}(B)$ المقدار 0.850 أي مضاعفة احتمال إجراء عمليات جراحية مستعجلة بالمؤسسة الاستشفائية بالمقدار 0.850. فكلما انتقلنا من فئة عمرية إلى فئة أدنى تزيد احتمالية إجراء العمليات الجراحية المستعجلة. قد يعود ذلك إلى طبيعة أقسام الجراحة المتوفرة بالمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، كتوفر قسم الأمومة والتوليد على خدمة إجراء العمليات القيصرية للنساء بصفة كافية، من جهة، وكون غالبية النساء اللواتي يخضعن للعمليات القيصرية ينتمين إلى فئات صغرى من جهة أخرى.

مما سبق توصلنا أن مستوى معيار الاعتمادية جد حسن (رضا المرضى على أكثر من نصف خدمات هذا المعيار (فاق 76%)، في حين وجدنا خدمة الاستعجال بالعمليات الجراحية. منخفض 40% وهو ما أثر سلبا على معيار الاعتمادية، وتحقيق جودة خدمات صحية متوسطة لتأثرها بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية، وهو م يؤكد صحة الفرضية الثانية.

الفرضية الثالثة:

تبين نتائج معطيات الانحدار اللوجستي بين المتغير التابع (إيجاد الطبيب المعالج في أي لحظة عند الحاجة) والمتغيرات المستقلة المتمثلة الدخل الأسري، ووسط الإقامة، المؤسسة الاستشفائية. بهذا نتحصل على نموذج الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة على الشكل التالي:

$$\text{Log}\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1(\text{وسط الإقامة}) + \beta_2(\text{المؤسسة الاستشفائية}) + \beta_3(\text{الدخل الأسري})$$

حيث: P هو احتمال رضا المبحوثين على إيجاد الطبيب المعالج في أي لحظة عند الحاجة.

	B	E.S	Wald	Ddl	Sig.	Exp(B)
الإقامة_وسط	.550	.394	1.947	1	.163	1.733
المؤسسة_إسم	-.742-	.387	3.664	1	.056	.476
الدخل	.304	.246	1.521	1	.217	1.355
Constante	.016	.644	.001	1	.981	1.016

من خلال جدول معاملات الانحدار اللوجستي نلاحظ أن قيم مستوى دلالة المتغيرات المستقلة (وسط الإقامة، المؤسسة الاستشفائية، الدخل الأسري) أكبر من مستوى المعنوية 0.05 ($\text{sig} > 0.05$)، وهذا ما يفسر أن هذه المتغيرات المستقلة لا تؤثر في رضا المرضى نحو خدمة طلب الطبيب المعالج عند الحاجة. تبين نتائج معطيات الانحدار اللوجستي بين المتغير التابع (تلبية الممرضين الفورية لحاجات المرضى) والمتغيرات المستقلة المتمثلة في وسط الإقامة، الفئات العمرية، الحالة المهنية.

بهذا نتحصل على نموذج الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة على الشكل التالي:

$$\text{Log}\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1(\text{وسط الإقامة}) + \beta_2(\text{الفئات العمرية}) + \beta_3(\text{الحالة المهنية})$$

حيث: P هو احتمال تقديم خدمة استجابة الممرضين الفورية لحاجيات المرضى.

	B	E.S	Wald	Ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 ^a الإقامة_وسط	.984	.453	4.724	1	.030	2.676
الفئات	.019	.076	.061	1	.805	1.019
المهنية			10.778	3	.013	
المهنية(1)	1.613	.520	9.607	1	.002	5.017
المهنية(2)	1.098	.649	2.865	1	.091	2.997
المهنية(3)	1.457	1.225	1.416	1	.234	4.293
Constante	-.476-	.697	.465	1	.495	.622

من خلال مخرجات نظام تحليل البيانات (SPSS) يصبح النموذج على النحو التالي:

$$\text{Log}\left(\frac{p}{1-p}\right) = 0.984 (\text{وسط الإقامة}) + 1.613 (\text{الحالة المهنية})$$

وهذا بعد خروج متغير الفئات العمرية من النموذج لأنه غير دال إحصائياً ($\text{Sig} > 0.05$)، فيما كان متغير وسط

الإقامة والحالة المهنية دال إحصائياً، حيث بلغ مستوى دلالة متغير وسط الإقامة $\text{Sig} = 0.030 < 0.05$ عند

مستوى معنوية 0.05، وسجلت معلمة هذا المتغير $B = 0.984$.

وبلغت قيمة $\text{Exp}(B)$ المقدار 0,984 أي يتضاعف احتمال الرضا على تلبية المرضين الفورية لحاجاتهم بالمقدار

0.984 كلما انتقلنا من وسط الإقامة الحضري إلى الريفي.

ونجد أيضاً تأثير الحالة المهنية للمرضى (مشتغل) على خدمة المرضين لحاجاتهم، حيث بلغت مستوى دلالة معلمة

هذا المتغير $\text{Sig} = 0,013 < 0.05$ عند مستوى المعنوية 0,05، وسجلت معلمة هذا المتغير 1,61، فيما بلغت

قيمة $\text{Exp}(B)$ 5,017، أي يتضاعف احتمال تقديم الخدمات، أي كلما كانت الحالة المهنية للمريض مشتغلاً

كلما زاد احتمال تقديم الخدمة بالمعامل 5,017.

عموماً، يتضح أن مستوى معيار الاستجابة مرتفعاً نوعاً ما (الرضا على أغلب الخدمات فاق 80%)، في حين

سجلنا خدمة واحدة مستواها حسن (إيجاد طبيبك المعالج في أي لحظة 66,9%)، وتوصلنا إلى عدم تأثير العمر،

المؤسسة الاستشفائية، والدخل الأسري في هذا المعيار، بالمقابل يؤثر وسط الإقامة والحالة المهنية فيه، وبالتالي تحقيق

جودة الخدمات الصحية متوسطة، وهو ما يؤكد صحة الفرضية الثالثة.

الفرضية الرابعة:

تبين نتائج الانحدار اللوجستي بين المتغير التابع (تميز طاقم العمل بالخبرة والمهارة) والمتغيرات المستقلة المتمثلة في، الجنس، وسط الإقامة، المؤسسة الاستشفائية، المستوى التعليمي.

بهذا نتحصل على نموذج الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة على الشكل التالي:

$$\text{Log}\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1(\text{وسط الإقامة}) + \beta_2(\text{المستوى التعليمي}) + \beta_3(\text{المؤسسة الاستشفائية})$$

حيث: P هو احتمال رضا المرضى على تميز طاقم العمل بالخبرة والمهارة.

	B	E.S	Wald	Ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 ^a الإقامة_وسط	.383	.443	.751	1	.386	1.467
المؤسسة_إسم	-.680-	.439	2.396	1	.122	.507
التعليمي	.371	.196	3.583	1	.058	1.449
Constante	.090	.783	.013	1	.909	1.094

من خلال جدول معلمات الانحدار اللوجستي نلاحظ أن قيم مستوى دلالة متغيرات الجنس ووسط الإقامة المؤسسة الاستشفائية، والمستوى التعليمي أكبر من مستوى المعنوية 0.05 ($\text{sig} > 0.05$)، وهذا ما يفسر أن هذه المتغيرات المستقلة لا تؤثر في رضا المرضى على أن طاقم العمل يتميز بالخبرة والمهارة.

تبين نتائج الانحدار اللوجستي بين المتغير التابع (شعور المرضى بالثقة اتجاه الطاقم الطبي بالمؤسسة) والمتغيرات المستقلة المتمثلة في وسط الإقامة، المؤسسة الاستشفائية، الدخل الأسري.

$$\text{Log}\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1(\text{وسط الإقامة}) + \beta_2(\text{المؤسسة الاستشفائية}) + \beta_3(\text{الدخل الأسري})$$

حيث: P هو احتمال رضا المرضى بالشعور بالثقة اتجاه الطاقم الطبي بالمؤسسة.

	B	E.S	Wald	Ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 ^a الإقامة_وسط	-.112-	.553	.041	1	.840	.894
المؤسسة_إسم	-.473-	.527	.806	1	.369	.623
الدخل	.051	.324	.025	1	.874	1.053
Constante	2.071	.882	5.506	1	.019	7.930

من قراءة جدول معلمات الانحدار اللوجستي يتبين أن متغيرات وسط الإقامة، الدخل الأسري والمؤسسة الاستشفائية غير دالة إحصائياً، لأن (Sig>0,05)، وبالتالي لا تؤثر في رضا المرضى على الشعور بالثقة اتجاه طاقم المؤسسة.

من خلال ما سبق نلاحظ توفر جودة الخدمات الصحية كما وكيفا في معيار الأمان (85%)، وعدم تأثره بالمتغيرات السوسيوديموغرافية في تقديم خدماته، أي تحقيق جودة خدمات صحية عالية، وبالتالي تأكيد جزئي للفرضية الرابعة.

الفرضية الخامسة:

تبين نتائج الانحدار اللوجستي بين المتغير التابع (أسلوب الممرضين الجيد اتجاهك خلال مدة الاستشفاء) والمتغيرات المستقلة المتمثلة في الجنس، وسط الإقامة، المستوى التعليمي، المؤسسة الاستشفائية بهذا نتحصل على نموذج الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة على الشكل التالي:

$$\text{Log}\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1(\text{الجنس}) + \beta_2(\text{وسط الإقامة}) + \beta_3(\text{المؤسسة الاستشفائية}) + \beta_4(\text{المستوى التعليمي})$$

حيث: P هو احتمال رضا المرضى على أسلوب الممرضين الجيد خلال مدة الاستشفاء.

	B	E.S	Wald	Ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 ^a الإقامة_وسط	.052	.383	.018	1	.892	1.053
المؤسسة_إسم	-.130-	.667	.038	1	.845	.878
التعليمي	.210	.170	1.518	1	.218	1.233
الجنس	-.872-	.652	1.788	1	.181	.418
Constante	.949	1.406	.456	1	.500	2.584

خرج من النموذج كل من الجنس، وسط الإقامة، المستوى التعليمي، المؤسسة الاستشفائية لأن مستوى دلالتهم أكبر من مستوى المعنوية 0.05 أي ($Sig > 0.05$)، فهي غير دالة إحصائياً ولم تؤثر في رضا المرضى نحو أسلوب المرضين الجيد خلال مدة الإستشفاء.

تبين نتائج الانحدار اللوجستي بين المتغير التابع (ترك الطبيب انطباع إيجابي عند معاملته للمريض) والمتغيرات المستقلة المتمثلة في الجنس، وسط الإقامة، المستوى التعليمي، المؤسسة الاستشفائية

$$\text{Log}\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1(\text{الجنس}) + \beta_2(\text{المستوى التعليمي}) + \beta_3(\text{المؤسسة الاستشفائية}) + \beta_4(\text{الدخل الأسري})$$

حيث: P هو احتمال رضا المريض على ترك الطبيب انطباع إيجابي عند معاملته له.

	B	E.S	Wald	Ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 ^a المؤسسة_إسم	-1.424-	1.152	1.527	1	.217	.241
الجنس	.610	1.279	.227	1	.634	1.840
الدخل	.401	.395	1.033	1	.309	1.493
التعليمي	-.396-	.338	1.375	1	.241	.673
Constante	2.777	2.794	.988	1	.320	16.077

خرج من النموذج كل من الجنس، المستوى التعليمي، المؤسسة الاستشفائية، الدخل الأسري لأن مستوى دلالتهم أكبر من مستوى المعنوية 0.05 أي ($Sig > 0.05$)، فهي غير دالة إحصائياً ولم تؤثر في رضا المرضى على ترك الطبيب انطباع إيجابي عند معاملته مع المريض.

من خلال ما سبق نلاحظ أن مستوى جودة الخدمات الصحية في معيار التعاطف جد حسنة (74%)، ولم يتأثر معيار التعاطف بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية أي تحقيق حسن لجودة الخدمات الصحية، وهو ما يثبت جزئياً صحة الفرضية الخامسة.

مناقشة الفرضية السادسة:

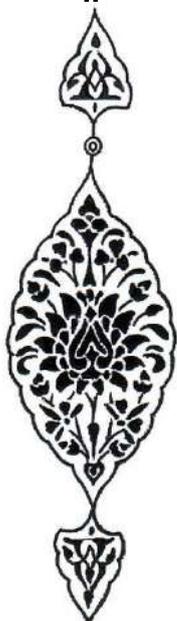
من خلال نتائج الانحدار اللوجستي في الفرضيات السابقة، والتي توضح عدم تأثير متغير المؤسسة الاستشفائية في تقديم الخدمات الصحية سابقة الذكر في المعايير الخمسة لجودة الخدمات، وبالتالي نستنتج انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لجودة الخدمات الصحية تبعا لتغير المؤسسة الاستشفائية الصحية، وهو ما يثبت صحة الفرضية السادسة.

النتائج العامة:

تم التطرق في الجانب الميداني من الدراسة إلى مصادر المعطيات، وذلك بتحديد مجتمع الدراسة وكيفية اختيار العينة، وإلى تفصيل أداة جمع البيانات المستعملة (الاستمارة بالمقابلة)، كما اشرنا إلى الأساليب والاختبارات الإحصائية الموظفة التي تلبي الغرض، ثم عرض وتحليل البيانات في جداول إحصائية مناسبة، وبعد ذلك مناقشة الفرضيات من خلال توظيف الطرق والاختبارات الإحصائية المناسبة، قصد إثبات أو نفي الفرضيات البحثية فتوصلنا إلى النتائج التالية:

- فاق مستوى معيار الملموسية 83%، مع تأثير العمر والدخل الأسري فيه، وبالتالي تقييم حسن لجودة الخدمات الصحية فيه.
- بلغ مستوى معيار الاعتمادية يفوق 76%، مع تأثيرها ببعض العوامل الاقتصادية والاجتماعية، وبالتالي تقييم متوسط لجودة الخدمات الصحية فيه.
- تقييم جودة الخدمات الصحية لمعيار الاستجابة تقييما متوسطا، فيما فاق مستوى معيار الاستجابة 80%.
- توفر معيار الأمان كما وكيفا (85%)، مع تحقيق جودة خدمات صحية عالية فيه.
- مستوى معيار التعاطف جد حسن (74%)، وتحقيق جيد في جودة الخدمات الصحية.
- لا توجد فروق دالة لرضا المرضى تبعا لتغير المؤسسة الاستشفائية وبالتالي جودة الخدمات الصحية.

الخاتمة



خاتمة:

عرفت السنوات الأخيرة نموا كبيرا ومتزايدا في قطاع الخدمات، والذي أصبح يشغل مكانة متميزة في اقتصاديات الدول، لذا كان من الضروري الاهتمام والعناية بكيفية تقديمها وبمستوى جودتها، حيث أصبح مبدأ تحقيق الجودة في المؤسسات الصحية مطلباً أساسياً تحرص عليه جميع الدول وتؤكد عليه توجيهات منظمة الصحة العالمية. والجزائر من بين الدول التي تسعى لتطوير قطاع الصحة وتحسين الخدمات الصحية، من خلال الإصلاحات التي باشرتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لتحقيق الجودة في الخدمات الصحية المقدمة.

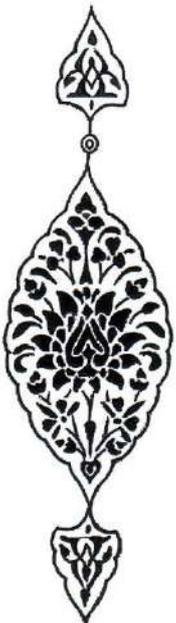
من خلال هذا البحث والاعتماد على الإطار النظري في الفصل الثاني، يتضح أن نجاح المؤسسات الصحية يتطلب التزام الإدارة وكل العاملين بهذا القطاع بسياسة جودة واضحة المحاور ومحددة الأهداف والمهام، لأن هدفها المحوري هو تطوير وترقية الأداء الصحي بما يضمن رضا المريض، لذا لا بد عليها من التعرف على مستوى جودة الخدمات المقدمة للمستفيدين من أجل تحسينها، ومن ذلك أستهدف هذا البحث في الفصل الثالث تسليط الضوء على تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية اعتماداً على إجابات وآراء المرضى نحو الخدمة المقدمة، وبالتالي محاولة معرفة مدى اهتمام هذه المؤسسات بالجودة. وإجمالاً يمكن القول أن التقييم الجيد لأفراد عينة الدراسة يعكس اهتمام هذه المؤسسات بالجودة معبرا عنها بالأبعاد الخمسة، وهي: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف.

كما حاولنا من خلال هذه الدراسة التعرف على تأثير المتغيرات الديموغرافية المتمثلة في: وسط الإقامة، الجنس، السن، المستوى التعليمي، المؤسسة الاستشفائية، الحالة الزوجية، الحالة المهنية، الدخل الأسري على رضا أفراد عينة الدراسة بالمؤسستين الاستشفائيتين بالوادي، بالاعتماد على معايير التقييم الخمسة.

التوصيات

- وبناء على ما توصل إليه البحث من نتائج في الدراسة الميدانية، يتم تقديم التوصيات التالية لمسؤولين المؤسسات الصحية :
- التركيز على كيفية تقديم أفضل الخدمات الطبية لهم، كونهم الفئة الأكبر التي يتم علاجها.
- زيادة الاهتمام بأبعاد جودة الخدمة المتعلقة بالاعتمادية والاستجابة.
- التركيز على جانب التعاطف في التعامل مع المريض، حيث الاهتمام والعناية الذاتية به تولد لديه الرضا والولاء والامتنان للمؤسسة التي يعالج فيها.
- التعرف على حاجات المريض كمنطلق لتحديد مواصفات الخدمة الصحية
- استحداث وحدة متخصصة في إجراء استبيانات على المرضى لمعرفة آرائهم ومقترحاتهم بشأن تحسين مستوى الخدمة الصحية المقدمة لهم .
- الالتزام بجهود التحسين المستمر على جودة الخدمات الصحية المقدمة .
- يجب أن يكون هناك نظام رقابي داخل كل مؤسسة صحية .
- الاهتمام بتطوير الخدمات الصحية و تحسينها بما يتناسب مع الاحتياجات المتجددة .

قائمة المراجع



قائمة المراجع:

القران الكريم

الكتب :

- 1- الدراركة مأمون سليمان, إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء, الطبعة 2, دار الصفاء للنشر والتوزيع عمان 2015.
- 2- المجني رانيا, تسويق الخدمات, منشورات الجامعة الافتراضية السورية, 2020.
- 3- باعلوي عبد الحق احمد, تسويق الخدمات, الطبعة 1, صنعاء, اليمن, 2013.
- 4- جوسيب فيجويراس, مارتن ماكي, النظم الصحية والصحة والثروة والرفاهية الاجتماعية, الطبعة 1, المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية, الكويت.
- 5- خياط محمد هيثم, الإدارة الصحية, أكاديمية انترناشيونال, بيروت, لبنان, 2007.
- 6- ذوقان عبيدات وآخرون, البحث العلمي, مفهومه, أدواته, أساليبه, دار الفكر والتوزيع, عمان, 2001.
- 7- رضوان محمود عبد الفتاح, إدارة الجودة الشاملة, فكر وفلسفة قبل أن يكون تطبيق الطبعة 1, المجموعة العربية للتدريب والنشر, القاهرة.
- 8- شكر الله علاء, دليل منظمات المجتمع المدني حول التقييم والمتابعة, الطبعة 1, مكتب الشرق الأوسط.
- 9- قنديلجي عامر, البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات التقليدية والالكترونية, دار المسيرة للنشر, عمان, الأردن, 2008.
- 10- نصيرات فريد توفيق, إدارة منظمات الرعاية الصحية, دار المسيرة, الأردن, 2008.
- 11- مدحت أبو النصر, محمود محمد, إدارة الجودة الشاملة, إستراتيجية كايزن اليابانية لتطوير المنظمات, الطبعة 1 دار الكتب المصرية القاهرة, 2015.

قائمة المراجع

المذكرات:

- 1- الدلاييج أحمد خليفة محمد، جودة الخدمات الصحية المقدمة من مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي من وجهة نظر متلقي الخدمة، رسالة مقدمة للحصول على شهادة الماجستير، تخصص إدارة عامة، جامعة البيت، 2014 - 2015.
- 2- بن حبيب عبد الرزاق، اثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص تسويق جامعة تلمسان، 2015-2016.
- 3- بودية بشير، إشكالية تسيير الجودة الشاملة في الخدمات الصحية، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص تسيير، جامعة تلمسان، 2015-2016.
- 4- خامت سعدية، عجو نورة، تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر مذكرة لنيل شهادة الماستر، تخصص تسويق، جامعة البويرة، 2011 - 2012.
- 5- دريدي أحلام، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، مذكرة مقدمة للحصول على شهادة الماجستير، تخصص الأساليب الكمية في التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2013-2014.
- 6- زديرة شرف الدين، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه، تخصص إدارة المنظمات، جامعة بسكرة، 2016-2017.
- 7- سلطاني وفاء، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر واليات تحسينها، دراسة ميدانية بولاية باتنة، تخصص تسيير المنظمات جامعة باتنة1، 2015-2016.

قائمة المراجع

8- صغيرو نجاة، تقييم جودة الخدمات الصحية، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير، تخصص

اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات، جامعة باتنة، 2011-2012

9- عياد ليلي، اثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه،

تخصص تسويق، جامعة تلمسان، 2015-2016.

المجلات:

1- الساعد رضوان، اثر رأس المال الفكري على تطبيق إدارة الجودة الشاملة لمنظمات الصحة، مجلة الردة
لاقتصاديات الأعمال، العدد1، الشلف، 2015.

2- الطويل أكرم احمد، الجليلي آلاء حسيب، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، مجلة تكريت للعلوم
الإدارية والاقتصادية العدد، 19، 2010.

3- بحر يوسف عبد عطية، الجدي بلال جمال، اثر جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى في المستشفيات
الأهلية في محافظات غزة، فلسطين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، العدد3، 2019.

4- بديسي فهمه، زويوش بلال، جودة الخدمات الصحية الخصائص، الأبعاد والمؤشرات، مجلة الاقتصاد
والمجتمع، قسنطينة، 2011.

5- رحاب مختار، الصحة والمرض وعلاقتها بالنسق الثقافي للمجتمع مقارنة من منظور الانتروبولوجيا
الطبية، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد15، جوان 2014.

6- ديوب محمد عباس، عطية هنادي، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي،
باللاذقية ومشفى الباسل بطرطوس، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية المجلد السابع والعشرون،
العدد الثاني، سوريا، 2005.

المواقع الالكترونية:

- الموقع الالكتروني لجريدة الفجر. 20/04/2012, www.al_fadjr/ar/dernier2/202898

- منظمة الصحة العالمية /الجزائر 11: 19 / 05-03-2021 www.who.int

- مديرية الصحة والسكان لولاية الوادي.

الملاحق

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة - الجزائر
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم الاجتماع والديمغرافيا



إستمارة الدراسة

في إطار التحضير لمذكرة الماستر الأكاديمي تخصص تخطيط ديموغرافي والتنمية، تحت عنوان: "تقييم جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الإستشفائية العمومية لولاية الوادي لسنة 2021 - دراسة ميدانية لعينة من المرضى بالمؤسسات الإستشفائية العمومية"، نرجو من سيادتكم التكرم بالإجابة على هذا الاستبيان وإبداء رأيكم بكل موضوعية بوضع إشارة (X) في المكان المخصص، كما نحيطكم علما بالأهمية الفائقة للإجابات المقدمة من طرفكم إلى دراستنا، ونؤكد لكم سريتها وعدم استخدامها خارج الأغراض العلمية .

شاكرين لكم حسن تعاونكم

الملاحق

أولاً : خلفية المبحوث

- 1- الجنس: ذكر أنثى
- 2- السن:
- 3- مكان الإقامة: حضر ريف
- 4- هل سبق لك التمدريس: نعم لا
- 5- المستوى التعليمي: ابتدائي متوسط ثانوي جامعي
- 6- الحالة الزوجية: أعزب متزوج مطلق أرمل
- 7- الحالة المهنية: مشغل بطال متقاعد مأكثة بالبيت
- 7- مهنة الزوج(ة): مشغل بطال متقاعد مأكثة بالبيت
- 8- الدخل الأسري: بدون دخل ما بين 15000 و 30000
- بين 31000 - 50000 اكثر من 51000
- 9- مدة الاستشفاء:
- 10- سبب دخولك للمؤسسة الصحية:
- مرض القلب - امراض الجهاز الهضمي
- مرض السكري - امراض ضغط الدم
- امراض الجهاز التنفسي - ولادة
- امراض العظام - امراض أخرى

الملاحق

ثانيا: أسئلة تقييم جودة الخدمات الصحية :

المعيار الأول : معيار الملموسية:

1- موقع المؤسسة الإستشفائية مناسب ويسهل الوصول إليه: نعم لا

2- قاعات انتظار الفحص مهيأة ومريحة: نعم لا

3- تتوفر المؤسسة على كل الأدوية التي يحتاجها المريض: نعم لا

4- يمتلك المستشفى احدث التجهيزات التكنولوجية لتشخيص المرض و مساعدة المرضى:

نعم لا

5- يتوفر المستشفى على أجهزة هاتف للاستعمال عند الضرورة: نعم لا

6- غرفة إقامتك كانت على قدر من النظافة: نعم لا

7- الغرفة مجهزة وبها كل المستلزمات (الأسرة , الأغطية , إنارة , تدفئة , تبريد, دورة

مياه.....): نعم لا

8- يتم تعقيم الغرفة بشكل دوري يوميا: نعم لا

9- مظهر و هندام الطاقم الطبي متلائم مع نوع الخدمة المقدمة: نعم لا

10- نوعية الوجبات الغذائية كانت صحية و بالمستوى المطلوب: نعم لا

11- كمية الوجبات الغذائية المقدمة ملائمة: نعم لا

12- تقدم الوجبات في المواعيد المحددة: نعم لا

الملاحق

المعيار الثاني : معيار الاعتمادية :

- 13- استقبالك عند الدخول للمؤسسة كان جيد: نعم لا
- 14- مدة انتظارك قبل تلقيك الفحص قصيرة: نعم لا
- 15- هل تمكنت من مقابلة الأطباء بسهولة: نعم لا
- 13- هل كان الطبيب مهتم بحالتك الصحية: نعم لا
- 14- الشروحات المقدمة لك عن حالتك الصحية كافية: نعم لا
- 18- عدد زيارات الطبيب لك مرضية: نعم لا
- 19- إذا قمت بالتحاليل الطبية, هل أجريتها بسهولة: نعم لا
- 20 - إجراء التحاليل الطبية كان: داخل المستشفى خارج المستشفى خارج الولاية
- 21- إذا قمت بفحص الأشعة هل أجرته بسهولة : نعم لا
- 22- إجراء فحص الأشعة كان: داخل المستشفى خارج المستشفى خارج الولاية
- 23- إذا احتاجت حالتك الصحية لعملية جراحية تجرى داخل المؤسسة : نعم لا
- 24- أجريت لك عملية جراحية مستعجلة : نعم لا
- 25- أجريت تلك العملية الجراحية وفق جدول زمني : نعم لا

الملاحق

المعيار الثالث : معيار الاستجابة :

26- عند طلب خدمة طبيبك المعالج هل تجده في أي لحظة : نعم لا

27- عند الحاجة إلى الممرضين هل يلبون طلباتك فوراً : نعم لا

28- تقوم إدارة المؤسسة بالرد السريع على استفسارات وشكاوي المرضى : نعم لا

29- يتم إخبار المرضى بموعد تقديم الخدمات الصحية واحترام مواعيدها (مواعيد الزيارة, توقيت حضور الطبيب) : نعم لا

المعيار الرابع : معيار الأمان :

30- إقبال المرضى على العلاج بالمؤسسة يرجع للسمعة الحسنة لها : نعم لا

31- يتميز طاقم العمل بالمؤسسة بالخبرة و المهارة : نعم لا

32- هل تشعر بالثقة اتجاه الطاقم الطبي بالمؤسسة : نعم لا

33- تتميز المؤسسة بتعاملاتها السرية اتجاه المرضى و حالتهم الصحية : نعم لا

المعيار الخامس : معيار التعاطف :

34- يترك الطبيب انطباع ايجابي عند معاملته للمريض : نعم لا

35- أسلوب الممرضين تجاهك خلال مدة الإقامة كان جيد : نعم لا

36- الطاقم العامل بالمؤسسة يتصف بالاحترام و التقدير بينهم و بين المرضى : نعم لا

ثالثاً: أسئلة خاصة بمصلحة الأم والطفل

1- هل تلقيتي فحصاً قبل الولادة مباشرة : نعم لا

الملاحق

2- طبيعة الولادة :

ولادة طبيعية ولادة قيصرية

3- من ساعدك أثناء الولادة :

طبيب مختص قابلة ممرضة

4- تم إجراء العملية بشكل مستعجل : نعم لا

5- تم فحص صحة الطفل بعد الولادة : نعم لا

6- تم فحص صحة الأم بعد الولادة : نعم لا

7- انتهت ولادتك بولادة حية : نعم لا

8- انتهت ولادتك بولادة ميتة : نعم لا

9- تم تقديم إرشادات لكي بشأن الرضاعة الطبيعية : نعم لا

10- تم تقديم إرشادات لكي بشأن اجراء التطعيمات : نعم لا

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الخدمات الصحية المقدمة إلى طالبي هذا النوع من الخدمات، من خلال تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائيتين لولاية الوادي، حيث استخدمنا المنهج الوصفي التحليلي لمعالجة الموضوع، من خلال دراسة ميدانية بالاعتماد على الاستبيان لتقييم جودة الخدمات المقدمة للمرضى بالمؤسسات الاستشفائيتين، بتحكيم معايير جودة الخدمات الصحية المتمثلة في معايير: الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، الملموسية، التعاطف. وتوصلنا إلى تحقيق المؤسسات مستويات جد مقبولة لجودة الخدمات الصحية لمختلف المعايير، غير أننا سجلنا في احد المعايير نقص في مستويات تقديم بعض الخدمات، كما خضعت بعض المعايير لتأثير العوامل الديموغرافية والاجتماعية في خدماتها الصحية، وغياب الفروق في الجودة بالنظر لتغير المؤسسة. **الكلمات المفتاحية:** الخدمة الصحية، الجودة، الاعتمادية، الاستجابة، الملموسية، الأمان، التعاطف.

Summary of the study :

This study aims to find out the level of health services provided to applicants for this type of service, by assessing the quality of health services provided by the two hospital institutions of The State of OUED SOUF

We used the descriptive analytical approach to the subject, through a questionnaire-based field study to assess the quality of services provided to patients in the two hospital institutions, By judging the quality standards of health services: reliability, response, safety, concreteness, empathy we have achieved very acceptable levels of quality of health services to various standards, but in one standard we have recorded a lack of levels of provision of certain services, some standards have been subject to the influence of demographic and social factors in their health services, and the absence of differences in quality due to the change of the institution

Keywords : Health Service, Quality, reliability, response, concrete, security, empathy.