



أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث في العلوم التجارية
تخصص: إدارة تسويقية

تحت عنوان:

الرضا الوظيفي وأثره على جودة الخدمات الصحية
دراسة مقارنة بين المؤسسات الصحية العمومية والخاصة في الجزائر

تحت إشراف الدكتور:
حميدي عبد الرزاق

من إعداد:
خامت سعدية

لجنة المناقشة

المؤسسة الأصلية	الصفة	الدرجة العلمية	الأستاذ
جامعة البويرة	رئيسا	أستاذ محاضر قسم "أ"	د. وقتوني باية
جامعة البويرة	مشرفا ومقررا	أستاذ محاضر قسم "أ"	د. حميدي عبد الرزاق
جامعة البويرة	عضوا ممتحنا	أستاذ محاضر قسم "أ"	د. بلقاسم رابح
جامعة البويرة	عضوا ممتحنا	أستاذ محاضر قسم "أ"	د. توييزة بلقاسم
جامعة البلدية 2	عضوا ممتحنا	أستاذ	أ.د. حاج عيسى سيد احمد
جامعة المدية	عضوا ممتحنا	أستاذ محاضر قسم "أ"	د. مولوج كمال

السنة الجامعية 2020/2019

كلمة شكر

الحمد لله حمدا كثيرا مباركا فيه الذي وفقني لإتمام هذا العمل

وأتقدم بالشكر الجزيل

إلى

الدكتور حميدي عبد الرزاق لقبوله الإشراف على هذه الأطروحة، ولدعمه ومساندته الكبيرين
الأساتذة الأفاضل: علي زيان محمد واعمر، مولود حشمان، حمزة فيلاي، رزقي خليفي على نصائحهم
وتوجيهاتهم

الأستاذين الكريمين: طحطاح أحمد، البز كلثوم... على إشرافهم ونصائحهم القيمة في مذكرتي
الليسانس والماستر

الأساتذة الكرام أعضاء لجنة المناقشة الذين شرفوا هذا العمل بقبولهم مناقشته
الأسرة الجامعية بجامعة أكلي محمد أوحاج بالبويرة على رأسهم أساتذة كلية العلوم الاقتصادية، التجارية
وعلوم التسيير

كل المرضى الذين تمت مقابلتهم خلال فترة الدراسة على تعاونهم مع أخلص الدعاء لهم ولكل المرضى
بالشفاء العاجل

موظفي مديرية الصحة بولاية البويرة والطاقم الإداري والطبي وشبه الطبي للمؤسسة الاستشفائية محمد
بوضياف، وكل موظفي المؤسسات الصحية الخاصة التي وافقت على إجراء الدراسة الميدانية، أخص بالذكر
المصحة المركزية ومركز تصفية الدم الاحسان.

كل من دعمني من أفراد عائلتي، زملائي في الجامعة وزملائي في العمل على مساندتهم ودعمهم

سعيدة

الإهداء

أهدي هذا العمل

إلى روح أبي الطاهرة، الذي غادرنا ونحن في أمس الحاجة إليه..... من كان دوما

النور الذي يضيء دربي، داعية أن يسكنه الله الفردوس الأعلى من الجنة

إلى من أخصّ الله الجنة تحت قدميها... هي حياتي وعمري كلها أمي الغالية

حفظها الله ورعاها

إلى كل أحبتي... من وسعهم قلبي وتعجز الكلمات عن وصفهم

سعدية

تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على دور موظفي الخط الأمامي في تحسين مستوى جودة الخدمات، عبر اختبار أثر الرضا الوظيفي لهم على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة، من خلال دراسة مقارنة بين المؤسسات الصحية العمومية والخاصة في الجزائر، ومحاولة إبراز مدى وجود اختلاف في ذلك بين كلا المؤسساتين؛

وعليه تنطلق هذه الدراسة من مفهوم اللقاء الخدمي ولحظات التفاعل بين مقدم الخدمة والزبون (المريض)، حيث تعتبر أغلب أبعاد الجودة متعلقة بمقدم الخدمة وسلوكه أثناء اللقاء الخدمي، بالتالي يوجد أثر لعواطفه وشعوره المتمثل في الرضا عن العمل بدلالة أبعاده على مستوى جودة الخدمات الصحية، وهو ما تناولته عدد من الأبحاث أهمها أبحاث Heskett في مفهوم سلسلة ربح الخدمة؛

تتم معالجة الموضوع بإتباع الفلسفة الوضعية والأسلوب الاستنتاجي. يتم جمع البيانات من خلال دراسة ميدانية بتوزيع استبيان على عينتين قصديتين: من مقدمي الخدمات (200 فرد) ومن الزبائن (المرضى) (300 فرد) لمؤسسة صحية عمومية وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بولاية البويرة، تم تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS، توصلت الدراسة إلى وجود أثر للرضا الوظيفي بدلالة أبعاده على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة، مع تفوق المؤسسات الصحية الخاصة في مستوى جودة الخدمات ومستوى الرضا الوظيفي.

الكلمات المفتاحية: الرضا الوظيفي، جودة الخدمة الصحية، اللقاء الخدمي، البيئة المادية.

Abstract :

This study aims to shed light on the level of services quality provided in the public and private health institutions from the viewpoint of their providers and patients, tries to highlight the extent of the difference between public and private institutions, and measures the level of job satisfaction in both institutions, In addition to testing the impact of job satisfaction with service providers on a its quality level.

Accordingly, this study is based on the concept of the service happenstance (service encounter) and the moments of interaction between the service provider and the customer (the patient), where most of the quality dimensions are related to the service provider and his behaviour during the service meeting. Therefore, there is an impact of his emotions of being job satisfaction as a function of its dimensions on the service quality, which is discussed by a number of studies, the most important of which is Heskett's research on the concept of service profit chain.

The subject is studied using the deductive approach. The data is collected through a field study by distributing a questionnaire to two intentional samples: service providers (200 individuals) and patients (300 individuals) to a public and private health institutions in **Bouira**. Data are analysed using the SPSS package. the study finds an effect of job satisfaction in terms of its dimensions on the services quality, with private health institutions outperforming the level of service quality and the level of job satisfaction.

Key words: job satisfaction, service health quality, service encounter, physical environment.

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
1.	مداخل قياس جودة الخدمة الصحية	31
2.	عبارات تقييم جودة الخدمة الصحية	40
3.	محددات البيئة المادية للقاء الخدمة الصحية	119
4.	مستوى الصحة في الجزائر حسب تقرير Legatum (2010-2019)	172
5.	مستوى الصحة في الجزائر حسب مؤشر الأمن الصحي العالمي (GHS)	173
6.	المؤسسات الاستشفائية العمومية في ولاية البويرة	175
7.	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية وقاعات العناية في ولاية البويرة	176
8.	المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية البويرة	176
9.	مراكز تصفية الدم الخاصة بولاية البويرة	177
10.	العيادات الطبية الخاصة والصيديات بولاية البويرة	178
11.	المؤشرات الصحية لولاية البويرة	178
12.	التعريف المفاهيمي والإجرائي لمتغيرات الدراسة	194
13.	مجتمع وعينة الدراسة	197
14.	أوزان مقياس ليكرت الخماسي	201
15.	توزيع قيمة متوسطات الأوزان حسب درجة الموافقة	201
16.	نتائج اختبار ألفا كرونباخ لاختبار ثبات الاستبيان الموجه لمقدمي الخدمة الصحية	203
17.	نتائج اختبار ألفا كرونباخ لاختبار ثبات الاستبيان الموجه للزبائن (المرضى)	204
18.	الخصائص الشخصية لمقدمي الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية محل الدراسة	205
19.	الخصائص الشخصية لعينة الدراسة من زبائن (مرضى) المؤسسة الاستشفائية مُجد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة في مدينة البويرة	207
20.	مستوى الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات الصحية أفراد العينة المدروسة	208
21.	مستوى الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات الصحية في كل من المؤسسة الصحية مُجد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة	209
22.	مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها لدى العينة المدروسة	211
23.	مستوى جودة الخدمة الصحية حسب مقدميها في كل من المؤسسة الصحية العمومية مُجد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة	212
24.	تقييم مشاركة الزبون (المريض) في اللقاءات الخدمية حسب مقدمي الخدمة في المؤسسة العمومية وعدد من المؤسسات الخاصة بمدينة البويرة	213
25.	تقييم مشاركة الزبون (المريض) في اللقاءات الخدمية حسب مقدمي الخدمة	214

214	مستوى لقاءات الخدمة حسب مقدمي الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة	26.
215	مستوى لقاءات الخدمة حسب مقدمي الخدمات الصحية بين المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة	27.
215	تفضيل العمل لدى مقدمي الخدمات أفراد العينة المدروسة بين المؤسسات الصحية العمومية والخاصة	28.
216	أسباب تفضيل العمل في كل من المؤسسات الصحية العمومية أو الخاصة	29.
217	مستوى جودة الخدمة المدركة من طرف الزبائن (المرضى) من العينة المدروسة	30.
217	مستوى جودة الخدمة المدركة من طرف الزبون (المريض) حسب زبائن (مرضى) المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة	31.
219	مستوى القيمة المدركة بالنسبة للزبون (المريض) في المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية بمدينة البويرة	32.
220	مستوى القيمة المدركة بالنسبة للزبون (المريض) في المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية بمدينة البويرة	33.
220	تقييم مشاركة الزبائن في اللقاءات الخدمية من وجهة نظرهم في المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة	34.
221	تقييم مشاركة الزبائن في اللقاءات الخدمية من وجهة نظرهم في المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة	35.
221	تقييم لقاءات الخدمة الصحية حسب وجهة نظر الزبائن (المرضى) في المؤسسة العمومية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة	36.
222	تقييم لقاءات الخدمة الصحية حسب وجهة نظر الزبائن (المرضى) في المؤسسة العمومية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة	37.
222	تفضيل العلاج في مؤسسة صحية عمومية أو خاصة بالنسبة لزبائن (المرضى) المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة	38.
223	أسباب تفضيل العلاج في المؤسسات العمومية أو في المؤسسات الخاصة حسب رأي زبائن المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة	39.
225	الفجوة بين مستوى جودة الخدمة حسب مقدمي الخدمات ومستوى جودة الخدمة المدركة بالنسبة للزبائن (المرضى) في كل من المؤسسة الصحية العمومية والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة	40.
226	الفجوة بين مستوى لقاءات الخدمة حسب مقدمي الخدمات ومستوى لقاءات الخدمة حسب الزبائن (المرضى) في كل من المؤسسة الصحية العمومية والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة	41.
228	مستوى المعنوية لاختبار مان ويتني بين متغير نوع المؤسسة الصحية والقيمة المدركة للزبون (المريض)	42.

229	اختبار Chi-Square	.43
229	اختبار معامل الارتباط spearman لعلاقة بين مستوى الرضا الوظيفي ككل وجودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها	.44
230	اختبار معامل الارتباط spearman لعلاقة بين مستوى الرضا عن الراتب وجودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها	.45
231	اختبار معامل الارتباط spearman لعلاقة بين مستوى الرضا عن جماعة العمل وجودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها	.46
231	اختبار معامل الارتباط spearman لعلاقة بين مستوى الرضا عن سياسات الترقية وجودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها	.47
232	اختبار معامل الارتباط spearman لعلاقة بين مستوى الرضا عن نمط الإشراف وجودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها	.48
232	اختبار معامل الارتباط spearman لعلاقة بين مستوى الرضا عن ساعات العمل وجودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها	.49
233	اختبار معامل الارتباط spearman لعلاقة بين مستوى الرضا عن البيئة المادية وجودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها	.50
235	مستوى المعنوية لاختبار مان ويتني بين متغير الجنس وجودة الخدمات الصحية حسب مقدميها	.51
235	مستوى المعنوية لاختبار كروسكال واليس بين متغير السن وجودة الخدمات الصحية حسب مقدميها	.52
236	مستوى المعنوية لاختبار كاروسكال واليس بين متغير الحالة العائلية وجودة الخدمات الصحية حسب مقدميها	.53
236	مستوى المعنوية لاختبار كروسكال واليس بين متغير الخبرة وجودة الخدمات الصحية حسب مقدميها	.54
237	مستوى المعنوية لاختبار مان ويتني بين متغير الرتبة وجودة الخدمات الصحية حسب مقدميها	.55
238	مستوى المعنوية لاختبار مان ويتني بين متغير نوع المؤسسة وجودة الخدمات الصحية حسب مقدميها	.56

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
09	مكونات نظام المؤسسات الصحية	1.
21	دورة الخدمة الصحية	2.
28	دورة قياس وتقييم وتحسين جودة الخدمة الصحية	3.
32	نموذج Gronroos لجودة الخدمة	4.
35	نموذج الفجوة SERVIQUAL المعدل	5.
37	النموذج الهرمي لقياس جودة الخدمة	6.
42	مخطط السبب والأثر لجودة الخدمة الصحية	7.
45	مكانة موظفي الاتصال بين هرم التنظيم التقليدي والهرم المعكوس	8.
54	نموذج عملية الدافعية	9.
62	هرم ماسلو للحاجات	10.
63	الرضا وعدم الرضا حسب نظرية العاملين	11.
63	نظرية هيرزبرغ	12.
68	نموذج بورتر ولولر للرضا الوظيفي	13.
74	الأعباء المترتبة عن عدم الرضا عن الراتب	14.
82	العوامل المؤثرة في الرضا الوظيفي	15.
91	علاقة جودة الخدمة الصحية برضا الزبون (المريض)	16.
92	نموذج كانو لجودة الخدمة الصحية	17.
98	عمليات سلسلة القيمة للخدمة الصحية	18.
100	العلاقة بين القيمة المدركة ورضا الزبون (المريض)	19.
105	العلاقة بين القيمة، رضا الزبون وولائه	20.
108	العلاقة بين جودة الخدمة الصحية ورضا الزبون (المريض)	21.
120	نموذج (SOR) لـ Mehrabian-Russell	22.
122	نموذج Bitner لأثر البيئة المادية على سلوك الزبائن	23.
126	الحلقة الجزئية في لقاء الخدمة	24.
127	العلاقة بين أبعاد اللقاء الخدمي وتحقيق جودة الخدمة الصحية	25.
130	النموذج البيروقراطي لإدارة الخدمة	26.
131	نموذج إدارة الخدمة الموجهة نحو العاملين والزبائن	27.
133	دائرة فشل الخدمة الصحية	28.
134	دائرة نجاح الخدمة الصحية	29.

قائمة الأشكال:

139	سلسلة ربح الخدمة	.30
142	مرآة الرضا	.31
148	مثلث التسويق الصحي	.32
151	مفهوم التسويق بالعلاقات في المؤسسة الصحية	.33
159	أثر قيمة العلاقة وجودة العلاقة على ولاء الزبون (المريض)	.34
165	العلاقة بين التسويق الداخلي، الرضا الوظيفي وجودة الخدمة الصحية	.35
181	الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية العمومية "مُجد بوضيف" بالبويرة	.36
185	بصلة البحث "the research onion"	.37
188	جودة الخدمة الصحية حسب وجهة نظر مقدم الخدمة ووجهة نظر الزبون (المريض)	.38
189	اللقاء الخدمي الصحي حسب وجهة نظر مقدمي الخدمة والزبائن (المرضى)	.39
190	مدى وجود تباين في مستوى القيمة المدركة للزبون تبعا لنوع المؤسسة الصحية (عمومية أو خاصة)	.40
192	أثر الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات على جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر الزبون (المريض)	.41
193	نموذج الدراسة	.42

قائمة الملاحق

قائمة الملاحق:

الرقم	العنوان
.1	قائمة الأساتذة المحكمين للاستبيان
.2	استمارة الاستبيان الموجه لمقدمي الخدمات الصحية
.3	استمارة الاستبيان الموجه للزبائن (المرضى)
.4	نتائج اختبار ثبات الاستبيان الموجه لمقدمي الخدمات الصحية
.5	نتائج اختبار ثبات الاستبيان الموجه للزبائن (المرضى)
.6	نتائج اختبار التباين في القيمة المدركة تبعاً لنوع المؤسسة الصحية
.7	نتائج اختبار أثر الرضا الوظيفي بدلالة أبعاد على مستوى جودة الخدمات الصحية
.8	نتائج اختبار أثر المتغيرات الشخصية على مستوى جودة الخدمات الصحية

الفهرس

الصفحة	المحتويات
	الشكر
	الإهداء
	الملخص
	قائمة الجداول
	قائمة الأشكال
	قائمة الملاحق
	الفهرس
أ	مقدمة
01	الفصل الأول: الإطار النظري لجودة الخدمة والرضا الوظيفي في المؤسسات الصحية
02	تمهيد الفصل الأول
03	المبحث الأول: أساسيات حول الخدمة الصحية
03	المطلب الأول: ماهية المؤسسات الصحية
12	المطلب الثاني: مفهوم الخدمات الصحية
15	المطلب الثالث: خصائص الخدمات الصحية وأنواعها
20	المطلب الرابع: دورة الخدمة الصحية
22	المبحث الثاني: تحقيق الجودة في المؤسسات الصحية
22	المطلب الأول: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية
25	المطلب الثاني: مفهوم جودة الخدمة الصحية
28	المطلب الثالث: قياس جودة الخدمة الصحية
41	المطلب الرابع: مخطط السبب والأثر للرقابة على جودة الخدمة الصحية
44	المبحث الثالث: ماهية الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية
44	المطلب الأول: مفهوم مقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية
47	المطلب الثاني: مفهوم الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية
53	المطلب الثالث: الدوافع والحوافز ونظريات الرضا الوظيفي
60	المبحث الرابع: أبعاد الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية
60	المطلب الأول: مدخل حول نظريات الرضا الوظيفي
71	المطلب الثاني: العوامل المؤثرة على الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية

80	المطلب الثالث: قياس الرضا الوظيفي في المؤسسات الصحية
83	خلاصة الفصل الأول
84	الفصل الثاني: دور الرضا الوظيفي في تحقيق جودة الخدمة الصحية
85	تمهيد الفصل الثاني
86	المبحث الأول: دور جودة الخدمة الصحية في خلق القيمة المدركة للزبون (المريض) وتحقيق ورضاه
86	المطلب الأول: تحقيق رضا الزبون (المريض) في المؤسسة الصحية
94	المطلب الثاني: دور جودة الخدمة في خلق القيمة المدركة وتحقيق رضا الزبون (المريض) في المؤسسة الصحية
101	المطلب الثالث: دور رضا الزبون (المريض) في بناء ولائه للمؤسسة الصحية
105	المطلب الرابع: الإصغاء لصوت الزبون (المريض) لتحقيق رضاه عن جودة الخدمة الصحية
110	المبحث الثاني: دور مقدمو الخدمة أثناء اللقاء الخدمي في تحقيق جودة الخدمة الصحية
110	المطلب الأول: مفهوم لقاء الخدمة في المؤسسة الصحية
114	المطلب الثاني: أبعاد لقاء الخدمة الصحية
120	المطلب الثالث: أثر البيئة المادية للقاء الخدمة على سلوك الزبائن (المرضى) في المؤسسات الصحية
125	المطلب الرابع: دور تفاعل مقدم الخدمة أثناء اللقاء الخدمي في تحقيق جودة الخدمة الصحية
129	المبحث الثالث: دور الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات في تحقيق رضا الزبائن (المرضى) عن جودة الخدمة الصحية
129	المطلب الأول: العلاقة بين الرضا الوظيفي وجودة الخدمة الصحية وفق مفهوم دائرة فشل الخدمة ودائرة نجاحها
135	المطلب الثاني: العلاقة بين الرضا الوظيفي ورضا الزبون (المريض) عن مستوى جودة الخدمة الصحية وفق نظرية العدوى العاطفية
138	المطلب الثالث: العلاقة بين الرضا الوظيفي وجودة الخدمة الصحية وفق مفهوم سلسلة ربح الخدمة
141	المطلب الرابع: مرآة الرضا بين الرضا الوظيفي ورضا الزبون (المريض)
143	المبحث الرابع: دور التسويق الصحي وإدارة الجودة الشاملة في تحقيق الرضا الوظيفي وجودة الخدمة في المؤسسات الصحية

143	المطلب الأول: دور إدارة الجودة الشاملة في تحقيق الرضا الوظيفي وجودة الخدمة في المؤسسات الصحية
144	المطلب الثاني: التسويق الصحي كأداة لتحقيق الرضا الوظيفي وجودة الخدمة في المؤسسات الصحية
154	المطلب الثالث: إدارة العلاقة مع الزبون (المريض) في المؤسسات الصحية PRM
160	المطلب الرابع: التسويق الداخلي أداة لتحقيق الرضا الوظيفي وجودة الخدمة في المؤسسات الصحية
166	خلاصة الفصل الثاني
167	الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية العمومية وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة
168	تمهيد الفصل الثالث
169	المبحث الأول: نظرة عن النظام الصحي الجزائري وقطاع الصحة بولاية البويرة
169	المطلب الأول: واقع النظام الصحي الجزائري
175	المطلب الثاني: عرض المؤسسات الصحية بولاية البويرة
179	المطلب الثالث: التعريف بالمؤسسات الصحية محل الدراسة
184	المبحث الثاني: إعداد الدراسة الميدانية
184	المطلب الأول: تصميم الدراسة
196	المطلب الثاني: بناء وتنفيذ الدراسة الميدانية وأساليب التحليل المعتمدة
203	المطلب الثالث: اختبار ثبات أداة الدراسة
205	المبحث الثالث: التحليل الوصفي للعينة المدروسة ومتغيرات الدراسة
205	المطلب الأول: وصف عينة الدراسة
208	المطلب الثاني: التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة الخاصة بالاستبيان الموجه لمقدمي الخدمات
217	المطلب الثالث: التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة الخاصة بالاستبيان الموجه للزبائن (المرضى)
224	المبحث الرابع: تحليل نتائج اختبار فرضيات الدراسة
224	المطلب الأول: تحليل نتائج اختبار الفروق بين آراء مقدمي الخدمة والزبائن (المرضى) في مستوى تقييمهم لجودة الخدمة الصحية ولقاءات الخدمة
227	المطلب الثاني: تحليل نتائج اختبار التباين في مستوى القيمة المدركة للزبون (المريض) حسب نوع المؤسسة الصحية

228	المطلب الثالث: تحليل نتائج اختبار أثر الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات الصحية على مستوى جودة الخدمات المقدمة من وجهة نظرهم
234	المطلب الرابع: تحليل نتائج اختبار التباين في مستوى جودة الخدمات الصحية حسب وجهة نظر مقدميها تبعاً للمتغيرات الشخصية
239	خلاصة الفصل الثالث
241	الخاتمة
247	قائمة المراجع
	الملاحق

مقدمة عامة

تمهيد:

ركّزت منظمة الصحة العالمية من خلال مبادئها والتوصيات التي تقدمها في تقاريرها الدورية على حق الأفراد عبر العالم في مستويات مرتفعة من الصحة مع ضرورة الحرص على التحسين المستمر في مستوياتها، وإذا كان تحسين الصحة هو الهدف الأساسي لأي نظام صحي، فإنّ هذا الهدف يتفرع إلى محورين أساسيين، يركّز الأول على العدالة الصحية والتي تعني الحد قدر الامكان من الفوارق بين الأفراد في تسهيل حصولهم على الرعاية الصحية، بينما يتضمن المحور الثاني بلوغ أفضل مستوى صحي وهو ما يصطلح عليه بالجودة في الصحة.

ولتحقيق هذا الهدف أوصت منظمة الصحة العالمية في دليلها الخاص بجودة الرعاية وحقوق الانسان لسنة 2016 بضرورة تقييم نشاط المؤسسات الصحية، محددة ثلاثة أنشطة أساسية للتقييم تتمثل في معاينة المؤسسة الصحية، مراجعة الوثائق إضافة إلى إجراء مقابلات مع الأفراد الممثلين في الزبائن (المرضى) وأسرههم وكذلك العاملين، وبذلك أعطى خبراء المنظمة دورا مهما متوازيا لكل من مقدمي الخدمة والزبائن (المرضى) في عمليات التقييم لما لهم من دور كبير في إنتاج وتقديم الخدمات الصحية.

فتقديم خدمة صحية ذات جودة له جانبين حسب Gronroos، يتعلّق الأول بالجودة التقنية المتعلقة بالجانب الطبي الفني للخدمات الصحية والتي يعد قياسها أمرا صعبا، بينما يتضمن الجانب الثاني الجودة الوظيفية التي تصف الطريقة التي يتم بها نقل الجودة التقنية إلى الزبون (المريض) أو ما تعرف بفن الرعاية، والتي تعوّل المؤسسات الصحية لإيصالها بمستويات مرتفعة للزبائن (المرضى) على التفاعل الاجتماعي لمقدمي الخدمات في الخطوط الأمامية من أطباء وشبه طبيين في ظل البيئة المادية للمؤسسة، وهو ما يصطلح عليه بإنجاح لقاء الخدمة الذي يقوم على ثلاثة عناصر أساسية تتمثل في سلوك مقدم الخدمة، مشاركة الزبون (المريض) والبيئة المادية، وعليه مستوى جودة الخدمات الصحية يعكسه مدى نجاح لقاءات الخدمة بما يتضمنه من مستوى التفاعل الإيجابي بين مقدمي الخدمة والزبون (المريض).

وباعتبار مقدمي الخدمات من أطباء وشبه طبيين من موظفي الاتصال ممثلين للمؤسسة الصحية فهم ناقلون للقيمة من المؤسسة للزبون (المريض) كونهم أحد طرفي لقاء الخدمة، وجب على هذه المؤسسات وفق مفهوم التسويق الخدمي الحديث الاهتمام بهم واعتبارهم زبائن داخليين والعمل على تحقيق رضاهم من خلال توفير مختلف الظروف والتسهيلات المادية والمعنوية اللازمة والتي اتفق الباحثون على تنظيمها وفق عدد من الأبعاد تعرف بأبعاد الرضا الوظيفي.

حيث ينطلق الرضا الوظيفي من تأثير البيئة المادية لمكان العمل ومختلف التسهيلات المصاحبة والحوافز على عواطف مقدمي الخدمات ومشاعرهم، في نفس السياق تؤثر أبعاد جودة الخدمة على مستوى جودة الخدمة الصحية، فكل من الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات ورضا الزبائن عن مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة متغيرات مهمة مرتبطة بطريفي لقاء الخدمة من مقدم الخدمة والزبون (المريض)، وبذلك تعددت الدراسات التي حاولت تفسير العلاقة بينهما أهمها أبحاث Heskett. من خلال مفهوم سلسلة ربح - الخدمة.

وفي الجزائر أكد قانون الصحة المؤرخ في 2018 حماية صحة الأفراد عبر المساواة في الحصول على العلاج وضمان استمرار الخدمة الصحية العمومية، من خلال التركيز على قطاع عمومي قوي بالتشارك مع القطاع الخاص، مع إبراز مساهمة ممتهيي الصحة من أطباء وشبه طبيين على وجه الخصوص في تحسين وتطوير الخدمات المقدمة، وبذلك أقر هذا القانون دور مقدمي الخدمات في تحقيق جودة الخدمات الصحية.

ولتحقيق هذا الهدف تم تسخير هياكل صحية وموارد بشرية ومالية تحت تصرف وزارة الصحة والسكان من خلال مديريات الصحة التابعة لها عبر كل الولايات، لكن من الملاحظ ظهور أصوات وشكاوى مقدمي الخدمات من العاملين في المؤسسات الصحية العمومية من أطباء وشبه طبيين بشكل خاص عبر سلسلة من الاحتجاجات والإضرابات في مختلف ربوع الوطن، التي طالبوا فيها بجملة من الإصلاحات أهمها تحسين ظروف العمل، بالمقابل تُظهر تقارير منظمة الصحة العالمية ترتيب متأخر للجزائر في بعض المؤشرات الصحية، وعليه تظهر اشكالية مدى وجود علاقة بين الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات وجودة الخدمات الصحية المقدمة، وفي هذا السياق جاء هذا البحث ليقف عند موضوع: الرضا الوظيفي وأثره على جودة الخدمات الصحية، دراسة مقارنة بين المؤسسات الصحية العمومية والخاصة في الجزائر، من خلال الإجابة على الإشكالية التالية:

هل يوجد أثر للرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية

والخاصة في الجزائر؟

الأسئلة الفرعية: تندرج تحت هذه الاشكالية مجموعة من الأسئلة الفرعية هي:

1. هل يوجد اختلاف في مستوى جودة الخدمات الصحية بدلالة أبعادها من وجهة نظر مقدميها والزبائن

(المرضى) المستفيدين منها في المؤسسات الصحية العمومية والخاصة؟

2. هل توجد فروق بين تقييم الزبائن (المرضى) وتقييم مقدمي الخدمة لمستوى نجاح لقاءات الخدمة الصحية؟

3. هل يوجد اختلاف في مستوى القيمة المدركة للزبون (المريض) بين المؤسسات الصحية العمومية غير

الربحية والمؤسسات الصحية الهادفة للربح؟

4. كيف يمكن أن يحقق الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات مستويات مرتفعة من الرضا عن مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة؟

5. هل يوجد تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية حسب وجهة نظر مقدميها تعود لمتغيراتهم الشخصية؟

فرضيات الدراسة: في محاولة للإجابة على إشكالية الدراسة تم وضع الفرضيات التالية:

1. الفرضية الأولى: توجد فروق بين مقدمي الخدمات والزبائن (المرضى) في مستوى تقييمهم لجودة الخدمة الصحية في كل من المؤسسة الصحية العمومية والخاصة؛

2. الفرضية الثانية: توجد فروق بين مقدمي الخدمات الصحية والزبائن (المرضى) في مستوى تقييمهم للقاءات الخدمة الصحية في كل من المؤسسات الصحية العمومية والخاصة محل الدراسة؛

3. الفرضية الثالثة: يوجد تباين في مستوى القيمة المدركة بالنسبة للزبون (المريض) يعزى لنوع المؤسسة الصحية (عمومية أو خاصة)؛

4. الفرضية الرابعة: يؤثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها في كل من المؤسسة الصحية العمومية والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة؛

5. الفرضية الخامسة: يوجد تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها تعزى للمتغيرات الشخصية لهم.

أهداف الدراسة: تسعى هذه الدراسة للوصول إلى جملة من الأهداف نذكرها في ما يلي:

- تسليط الضوء على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية والخاصة من وجهة نظر مقدميها ومن وجهة نظر الزبائن (المرضى)، ومحاولة إبراز أوجه الاختلاف بين المؤسسات العمومية والخاصة في حالة وجوده، خصوصا وأنّ مدخل تقييم مستوى جودة الخدمات من وجهة نظر المقدمين لها يعتبر مدخلا هاما من مداخل تحسين مستوى الخدمات الصحية، من خلال معرفة نقاط القوة وتعزيزها، وكشف نقاط الضعف والعمل على معالجتها، وذلك في سبيل إيجاد حلول عملية للوصول إلى مستوى عال من جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية ككل؛

- تقييم لقاءات الخدمة الصحية بدلالة أبعادها المتمثلة في سلوك مقدم الخدمة ومشاركة الزبون (المريض) في ظل البيئة المادية للمؤسسة الصحية، من وجهة نظر طرفي اللقاء المتمثلين في مقدمي الخدمات من أطباء وشبه طبيين وزبائن (مرضى)، ومحاولة معرفة مدى وجود اختلاف بين كلا وجهتي النظر ومدى وجود اختلاف في ذلك بين المؤسسات العمومية والخاصة محل الدراسة؛

- التركيز على مفهوم القيمة المدركة للزبون (المريض) من خلال ارتباطها بالفوائد المستلمة والتكاليف المالية وغير المالية، وبذلك محاولة معرفة مدى وجود دور لمجانبة العلاج في المؤسسات الصحية العمومية والأهداف الربحية للمؤسسات الصحية الخاصة في تشكيل فارق في مستوى القيمة المدركة بالنسبة للزبائن (المرضى) بين كلا المؤسستين؛
- معرفة مستوى الرضا الوظيفي في المؤسسات الصحية الجزائرية محل الدراسة، في ظل سلسلة الاحتجاجات التي تقوم بها نقابات موظفو الصحة من حين إلى آخر في القطاع العمومي، والوقوف على مدى وجود اختلاف في ذلك بين المؤسسات الصحية العمومية والخاصة، وذلك في سبيل معرفة سبل رفع مستوى الرضا لديهم، والوصول إلى أهم العوامل التي يجب الاهتمام بها وتعزيزها لتحقيق الرضا الوظيفي في المؤسسات الصحية الجزائرية؛
- إبراز مدى وجود تأثير للرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات على مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الجزائرية، وذلك في سبيل إيجاد حلول وطرق عملية لتحسين الجودة في المؤسسات الصحية الجزائرية.

أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية هذه الدراسة في أنها تنطلق من مفهوم لقاء الخدمة الذي يرتبط بلحظات التفاعل بين مقدم الخدمة والزبون في ظل البيئة المادية للمؤسسة خلال فترة زمنية معينة، وعليه يرتبط لقاء الخدمة بثلاثة أبعاد هي سلوك مقدم الخدمة، مشاركة الزبون والبيئة المادية، وبناءً على ذلك يتم إبراز علاقة هذه الأبعاد بأبعاد جودة الخدمة، وانطلاقاً من ذلك يتم توضيح العلاقة بين الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات ومستوى جودة الخدمة المقدمة بالاعتماد أساساً على مفهوم سلسلة ربح-الخدمة، وبالتالي أهمية الدراسة من أهمية متغيراتها إضافة إلى إسقاطها على القطاع الصحي في ظل البيئة الجزائرية، من خلال دراسة حالة على مؤسسة صحية عمومية وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة والعمل على إجراء المقارنة بينهم في مختلف متغيرات الدراسة، وذلك في سبيل الوصول لمقترحات لتحسين مستوى الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات في الخطوط الأمامية من أطباء وشبه طبيين إضافة إلى رفع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

أسباب اختيار الموضوع: تعود أسباب اختيار موضوع الدراسة إلى الأسباب التالية:

- ميدان الدراسة والتخصص المتمثل في الإدارة التسويقية، وبشكل شخصي تفضيل مجال تسويق الخدمات الصحية؛

- يعاني قطاع الصحة في الجزائر الكثير من المشاكل وكثرة الشكاوى، سواء من جهة العاملين (أطباء وشبه طبيين بشكل خاص) أو من جهة الزبائن (المرضى بالتحديد)، ومحاولة التركيز أكثر على دور كل منهما في مستوى جودة الخدمات المقدمة من خلال مفهوم لقاء الخدمة، وبالتالي محاولة إيجاد بعض الحلول من وجهة النظر التسويقية نظرا للمكانة التي تأخذها إدارة التسويق في المؤسسات الخدمية، التي اعتبرت من أهم أولوياتها رضا الزبون الداخلي والخارجي؛

منهج الدراسة:

يعرّف المنهج أنه مجموعة القواعد التي يلتزم بها الباحث لتفسير ظاهرة معينة بهدف الوصول إلى حقيقة علمية، وعليه للإجابة على اشكالية الدراسة وتحقيق أهداف البحث، يتم الاعتماد على تصنيف المناهج العلمية حسب ما اقترحه Sanders et al (2016) في كتابه عن منهجية البحث في الدراسات التجارية، حيث قدّم عدد من المراحل والخطوات التي على الباحث الالتزام بها لإجراء بحث وفق منهجية علمية في العلوم التجارية؛ بناء على ما جاء به Sanders et al ولتحقيق أهداف هذه الدراسة يتم الاعتماد على الفلسفة الوضعية، حيث يهتم الباحث بدراسة الظواهر الاجتماعية دراسة وصفية تحليلية، بينما الأسلوب المتبع هو الاستنتاجي الذي يلائم الفلسفة الوضعية، وبخصوص استراتيجيات البحث فقد تم الاعتماد على دراسة الحالة إضافة إلى المقارنة، كما يتم الاعتماد على برنامج spss للتحليل الاحصائي واختبار الفرضيات، وسيتم التفصيل أكثر في المنهج المتبع في المبحث الثاني من الفصل الثالث.

حدود الدراسة: تتمثل حدود هذه الدراسة فيما يلي:

- اقتصرت الدراسة على عينة من مقدمي الخدمات الصحية في الخطوط الأمامية اللذين هم على اتصال مباشر بالزبائن (المرضى) من أطباء وشبه طبيين فقط من مجموع مقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية محل الدراسة؛
- باعتبار الخدمات الصحية متنوعة ومتعددة، اقتصرت الدراسة على خدمات العناية فقط أي أسلوب تقديم الخدمات (فن الرعاية) المقدمة من طرف الأطباء وشبه الطبيين إضافة للبيئة المادية المصاحبة أثناء لقاءات الخدمة، دون التطرق للخدمات الطبية؛
- تمت دراسة أثر الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظرهم، دون التركيز على باقي العوامل المؤثرة التي تم افتراض ثباتها؛

- اقتصرَت الدراسة على المؤسسة الاستشفائية العمومية مُجد بوضياف بمدينة البويرة في ولاية البويرة بالجزائر إضافة إلى عدد من المؤسسات الصحية الخاصة بذات المدينة؛
- امتدت الدراسة الميدانية من 14 فيفري 2019 إلى غاية 30 أفريل 2019.

الدراسات السابقة:

- دراسة hoseong feon, beomjoom choi:

- the relationship between employee satisfaction and customer satisfaction, journal of services marketing, 26(5), 2012

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة ما إذا كانت العلاقة بين الرضا الوظيفي ورضا الزبائن ثنائية، أي متبادلة تأثير وتأثر، باستخدام نمذجة المعادلات الهيكلية على عينة من مقدمي الخدمات وعينة من الزبائن في المؤسسات التعليمية الخاصة في كوريا، توصلت الدراسة إلى وجود أثر للرضا الوظيفي على رضا الزبون في حين لا توجد علاقة للرضا الزبون على الرضا الوظيفي؛

- دراسة: janicigevic et al:

- health care workers satisfaction and patient satisfaction, where is the linkage ?, hippokratia, 17 (2), 2013:

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مستوى الرضا الوظيفي في مجال الرعاية الصحية وأثره على رضا الزبائن (المرضى) ككميَّاس لجودة الخدمة، من خلال توزيع استبيان على 50 مؤسسة صحية في صربيا، افترضت الدراسة وجود أثر للرضا الوظيفي للعاملين في مجال الصحة على رضا المرضى عن جودة الخدمة الصحية. وقد أظهرت النتائج أنّ عامل الارتباط بين المتغيرين منخفض لكن لا يمكن إهمال هذا الارتباط؛

- دراسة: spiros gounris, chilles boukis:

- the role of employee job stisfaction in strengthening customer repurchase intentions, journal of services marketing, 27(4), 2013

هدفت إلى معرفة مدى وجود أثر للرضا الوظيفي لموظفي الخطوط الأمامية في نوايا إعادة الشراء للزبائن، من خلال الانطلاق من نظرية العدوى العاطفية ونظرية التبادل الاجتماعي إضافة إلى سلسلة ربح الخدمة، تم جمع البيانات باستخدام استبيان من طرفي لقاء الخدمة الزبائن ومقدمي الخدمات في بنك في اليونان، توصلت الدراسة إلى وجود أثر غير مباشر للرضا الوظيفي على نوايا إعادة الشراء للزبون من خلال

تأثيره المباشر على جودة الخدمة ورضا الزبون كمتغيرات وسيطة وأوصت بأهمية مقدمي الخدمات كمورد استراتيجي للمؤسسات تهدف من خلاله إلى الاحتفاظ بالزبائن؛

- دراسة alex zablal et al,

- a cross-lagged test of the association between customer satisfaction and employee job satisfaction in relational context, journal of applied psychology, 101(5), 2016 :

حيث تم اختبار العلاقة بين الرضا الوظيفي للعاملين في الخطوط الأمامية برضا الزبائن باستخدام مفهوم مرآة الرضا كجزء من مفهوم سلسلة ربح الخدمة، شملت الدراسة عينة من الزبائن لعدد من المتاجر وقد توصلت لوجود أثر للرضا الوظيفي للعاملين في الخطوط الأمامية على رضا الزبائن؛

- دراسة: شيماء كمال عبد المتعال وآخرون، أثر الرضا الوظيفي لتحقيق جودة الخدمات وتنافسية الشركات السياحية المصرية، مجلة كلية السياحة والفنادق، جامعة الفيوم، 10 (2)، 2016:

هدفت الدراسة إلى التعرف على كيفية الوصول لتنافسية المؤسسات السياحية المصرية عن طريق الرضا الوظيفي للعاملين لتحقيق جودة الخدمات، افترضت الدراسة أنّ متغيرات الرضا الوظيفي تؤثر على تحقيق جودة الخدمات وتنافسية شركات السياحة المصرية، ولاختبارها تم توزيع استبيان على عينة عشوائية من العاملين بالمؤسسات السياحية، توصلت الدراسة إلى أهمية المورد البشري في تحقيق الميزة التنافسية، وأنّ جودة الخدمات تساهم في خلق ميزة للمؤسسة؛

- دراسة paul justin, sunil sahadev:

- service failure and problems : internal marketing solutions for facing the future, journal of retailing and consumer services, 40, 2018 :

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة فشل الخدمة في دار المسنين في فرنسا ودور التسويق الداخلي وفق مفهوم سلسلة ربح الخدمة في تحقيق الرضا الوظيفي وجودة الخدمة بما يحقق رضا الزبائن، من خلال استخدام مقابلة مع المدير ومقابلات مع الزبائن، توصلت الدراسة إلى وجود عدد من العلاقات السببية المتمثلة في: وجود أثر لجودة الخدمة الداخلية على مقدمي الخدمات مما يؤدي إلى بقائهم في المؤسسة وهو ما يؤثر على مستوى القيمة الخارجية المدركة للزبون، التي تؤدي بدورها إلى تحقيق رضا الزبون وولائه؛

- دراسة محمود بولصباغ، تقييم جودة الخدمات الصحية في الجزائر من وجهة نظر المرضى: دراسة ميدانية لبعض المراكز الاستشفائية الجامعية بالشرق، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر3، 2015/2014، طرح الباحث اشكالية واقع جودة الخدمات الصحية في الجزائر وكيف يمكن تحسينها وضمان استمرارها، تم تقييم جودة الخدمات المقدمة من خلال استخدام مقياس servperf عبر توزيع استبانة على عينة من المرضى، توصلت الدراسة إلى وجود مستوى متوسط للخدمات المقدمة، مع وجود فروق تعزى للسن، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، المهنة، مدة الإقامة، بينما لا توجد فروق تعود لجنس المريض ومنطقة إقامته؛
- دراسة بودية بشير، اشكالية تسيير الجودة الشاملة في الخدمات الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية ترابي بوجمة بشار، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان 2016/2015، هدفت الدراسة إلى معرفة مدى توافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر من وجهة نظر الموظفين، وأثرها على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة، من خلال تقديم استمارتي استبيان، وجهت الأولى إلى الموظفين من أطباء وإداريين، ووجهت الثانية إلى الزبائن، توصلت الدراسة إلى وجود أثر لتوافر مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية، مع وجود اختلاف في آراء الموظفين يعود للمؤهل الدراسي، في حين لا يوجد اختلاف في آراء المرضى يعود للمتغيرات الشخصية؛
- دراسة عياد ليلي، أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك، دراسة امبريقية على بعض المؤسسات الصحية الاستشفائية بولاية أدرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية للفترة 2015-2016، أطروحة دكتوراه جامعة تلمسان، 2016/2015، هدفت الدراسة إلى اختبار أثر جودة الخدمات الصحية على مستوى رضا المريض وقياس هذا الأثر باستخدام نمذجة المعادلات الهيكلية، وقد تم قياس جودة الخدمات الصحية باستخدام خمسة أبعاد تتمثل في جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم شبه الطبي، جودة الخدمات الفنية، جودة الخدمات الفندقية، جودة الخدمات الإدارية، وقد توصلت الدراسة إلى وجود أثر لجودة الخدمات الصحية على رضا المريض، وأوصت الدراسة بضرورة تبني مفهوم إدارة الجودة الشاملة وتوحيد مقاييس المهام على مختلف المستويات داخل المؤسسة الصحية؛
- دراسة: مُجدَّ الهلة، إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر، دراسة حالة عينة من المستشفيات العامة والعيادات الخاصة، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير جامعة ورقلة، 2017/2016 طرحت الدراسة اشكالية مدى امكانية تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية

العمومية والعيادات الخاصة، افترضت الدراسة أنّ التطبيق السليم لمبادئ ومتطلبات إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات الاستشفائية من شأنه أن يؤثر إيجاباً على جودة الخدمات الصحية المدركة، توصلت الدراسة إلى وجود فروق كبيرة في مستوى جودة الخدمات المقدمة حسب وجهة نظر زبائنها (المرضى) في العيادات الخاصة مقارنة بالمستشفيات العمومية مما يجعل المرضى يفضلون العلاج في العيادات الخاصة، إضافة إلى أنّ مستوى جودة الخدمات في كلا المؤسساتين متوسطة بشكل عام، وقد كان لبعدها الاعتمادية أعلى درجة أهمية بالنسبة للزبائن (المرضى).

تختلف هذه الدراسة عن الدراسات السابقة في مجموعة من النقاط يمكن تلخيصها فيما يلي:

- ركزت هذه الدراسة على مفهوم لقاء الخدمة لتوضيح دور كل من سلوك مقدم الخدمة ومشاركة الزبون في إنتاج الخدمة، وبالتالي قياس مستواها من خلال مدى نجاح اللقاء الخدمي، وكذلك مستوى جودة الخدمة من وجهتي نظر مختلفتين مقدمو الخدمة والزبائن، إضافة إلى مفهوم القيمة المدركة للزبون لتحقيق أهداف المقارنة بين المؤسسات الهادفة للربح وغير الهادفة للربح في قطاع الصحة، بالتالي جمعت هذه الدراسة ثلاثة متغيرات مهمة من وجهات نظر مختلفة (مقدمو الخدمة والزبائن)، عمدت الدراسات السابقة على دراستها متفرقة من وجهة نظر واحدة؛
- تم في هذه الدراسة قياس مستوى الرضا الوظيفي في المؤسسات الصحية والمقارنة بين المؤسسات العمومية والخاصة في الجزائر، والعمل على اختبار وجود أثر له على مستوى جودة الخدمة المقدمة من وجهة نظر مقدميها، في حين الدراسات السابقة عمدت لدراسة موضوع جودة الخدمات في الجزائر إما في المؤسسات الخاصة أو في المؤسسات العمومية.

خطة الدراسة:

بهدف دراسة موضوع البحث وتحقيق أهداف الدراسة يتم تقسيمها إلى ثلاثة فصول، فصلين نظريين وفصل تطبيقي، يتم التطرق في الفصل الأول إلى الإطار النظري لجودة الخدمة والرضا الوظيفي في المؤسسات الصحية، يتضمن مختلف المفاهيم المتعلقة بجودة الخدمة الصحية وتحقيق الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية؛

بينما يخصص الفصل الثاني لدور الرضا الوظيفي في تحقيق جودة الخدمة الصحية، من خلال التطرق لمختلف العلاقات بين بعض المتغيرات ذات الصلة بجودة الخدمة المتمثلة في القيمة المدركة ورضا الزبون (المرضى) والإصغاء لصوت الزبون (المرضى)، ليتم عرض دور مقدمي الخدمات في تحقيق جودة الخدمات الصحية أثناء اللقاء الخدمي، إضافة إلى إبراز دور الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات الصحية في تحقيق رضا الزبائن (المرضى) عن

جودة الخدمات المقدمة، وكيف يمكن تحقيق ذلك من خلال التسويق وإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية؛

في حين يُخصّص الفصل الثالث للدراسة الميدانية من خلال دراسة حالة على مؤسسة عمومية وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة، حيث يتم عرض واقع قطاع الصحة في الجزائر وفي ولاية البويرة، ثم إعداد الدراسة الميدانية ثم التحليل الوصفي للعينة المدروسة وملتغيرات الدراسة، وفي الأخير تحليل نتائج اختبار فرضيات الدراسة.

صعوبات الدراسة:

أكبر صعوبة تمت مواجهتها هي إجراء الدراسة الميدانية لدى المؤسسات الصحية الخاصة، في ظل رفض مسيري عدد منها إجراء الدراسة الميدانية بمؤسساتهم مع إظهار تخوف كبير من ذلك، إضافة إلى عدم تقديم مسيري المؤسسات الصحية الخاصة التي وافقت على إجراء الدراسة الميدانية المعلومات الكافية واكتفائهم بقبول توزيع الاستمارات فقط للزبائن (المرضى) ولقادمي الخدمة، مع اشتراط عدد منهم عدم ذكر اسم مؤسساتهم في الدراسة خوفا من تشويه سمعة المؤسسة حسبهم، إضافة إلى صعوبة الحصول على كل المعلومات المرغوبة من بعض أقسام المؤسسة الاستشفائية العمومية مُجد بوضياف.

الفصل الأول: الإطار النظري لجودة الخدمة
والرضا الوظيفي في المؤسسات الصحية

تمهيد:

يعد قطاع الخدمات قطاعا هاما في اقتصاديات الدول نظرا لتعاظم وتنامي دوره في تحقيق التنمية، التي تعتبر الصحة من أهم مجالاتها حيث عمدت الدول والمنظمات الدولية عبر العالم للاهتمام بها، وتحقيقا لذلك تم إنشاء منظمة الصحة العالمية سنة 1948 التي من أهم أهدافها بلوغ مستويات عالية من الصحة لكل المجتمعات عبر العالم، مع تحقيق عاملين مهمين هما تحقيق العدالة الصحية بين الأفراد إضافة إلى ضمان تقديم أفضل مستوى صحي من خلال توفير خدمات صحية ذات جودة، والتي يقوم أساس تقديمها على ثلاثة مدخلات هامة تتمثل في الموارد المالية الموارد المادية والبشرية، وقد أدت درجة التخصص العالية في مجال الصحة إلى جعل العنصر البشري وخاصة منه مقدمو الخدمات في الخطوط الأمامية من أطباء وشبه طبيين أهم مورد ضمن مدخلات المؤسسات الصحية، وعليه في سبيل تطوير وتحسين مستوى مخرجاتها وضمان تقديم خدمات صحية ذات جودة، اعتبرت هذه المؤسسات العاملین زبائن داخلين يستلزم تحقيق رضاهم، لذلك تعددت دراسات الباحثين وعلماء النفس لبحث أبعاد تحقيق الرضا الوظيفي للعاملين وطرق قياسه انطلاقا من عدد من النظريات الإدارية عبر مراحل زمنية مختلفة، وفي هذا الإطار سيتم التطرق من خلال هذا الفصل إلى أربعة نقاط أساسية موزعة على أربعة مباحث كما يلي:

- المبحث الأول: أساسيات حول الخدمة الصحية؛
- المبحث الثاني: تحقيق الجودة في المؤسسات الصحية؛
- المبحث الثالث: ماهية الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية؛
- المبحث الرابع: أبعاد الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية.

المبحث الأول: أساسيات حول الخدمة الصحية

فرضت البيئة الديناميكية التي تنشط فيها المؤسسات الصحية والتغير المستمر في حاجات ورغبات الزبائن (المرضى) ضرورة الامام بجوانب الخدمة الصحية المقدمة، لجعلها في مستوى تطلعات الزبائن (المرضى) خاصة لارتباطها بصحتهم وحياتهم، وهو ما أعطى خصوصية للمؤسسات الصحية تميزها عن غيرها من المؤسسات وتميز بالتالي خدماتها عن باقي الخدمات، وفي إطار عملية توصيل هذه الخدمات للزبون (المريض) تتشكل دورة الخدمة الصحية، التي تضمن من خلالها المؤسسة تقديم قيمة للزبون (المريض).

المطلب الأول: ماهية المؤسسات الصحية

1. مفهوم المؤسسات الصحية: قبل التطرق لمفهوم المؤسسات الصحية، لا بد من التعرّيج على بعض المفاهيم

الأساسية المتعلقة بالصحة حتى تتضح الرؤية فيما بعد، ومن بينها نذكر:

- **الصحة والمرض:** منذ القدم، جرت عدّة محاولات للتفريق والتمييز بين الصحة والمرض، فقد اعتقد أطباء اليونان أنّ الصحة هي حالة من التوازن التام أو الكامل،¹ حيث كان الاعتقاد السائد حينها أنّ الصحة حالة من التوازن المثالي.

عُرفت الصحة حسب قاموس merriam-webster أنّها: "حالة السلامة الجسمية والعقلية والنفسية، وأنها التحرر من الأمراض الجسدية أو الألم الذي يعيدهم للصحة".²

كما تم تعريف الصحة في ذات السياق سنة 1890 على أنّها القوة الجسدية والعقلية والقوة المعنوية النفسية للفرد،³ حيث بدأ التفصيل في مفهوم الصحة وعدم اعتبارها حالة توازن تام، لكن ظل مفهومها مقتصرًا على حالة الفرد الجسمية والنفسية والعقلية، وهو نفس ما ذهب إليه كتاب آخرون، حيث اعتبروا الصحة حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم التي تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرّض لها،⁴ فالصحة مفهوم نسبي غير مطلق يختلف من فرد إلى آخر،⁵ فكل فرد تكون صحته في درجة معينة تقع بين طريقي مدرج قياس الصحة، الأول منها الصحة المثالية والطرف الآخر هو انعدام الصحة وهناك درجات متفاوتة من الصحة بين الطرفين، وتكون مستويات الصحة كما يلي:⁶

¹ عبد المهدي بوعنه، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، دار حامد، ط1، الأردن، 2004، ص26.

² <https://www.merriam-webster.com/dictionary/health>, consulter le : 04/09/2017 .

³ طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، ط2، مصر، 2006، ص18.

⁴ بودية بشير، إشكالية تسيير الجودة الشاملة في الخدمات الصحية، دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية ترابي بوجمعة ببشار، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان، 2016/2015، ص123.

⁵ عبد المهدي بوعنه، مرجع سبق ذكره، ص26.

⁶ أحمد محمد بدح وآخرون، الثقافة الصحية، دار وائل، الأردن، 2005، ص ص: 14-13.

- الصحة المثالية وهي درجة من التكامل والمثالية الجسمية والنفسية والاجتماعية؛
 - الصحة الإيجابية والتي تعني توفر طاقات إيجابية تمكن الفرد من مواجهة المشاكل الجسمية والنفسية والاجتماعية دون ظهور أي أمراض أو علامات مرضية؛
 - السلامة المتوسطة حيث لا تتوفر فيها طاقات إيجابية من الصحة، لذلك عند التعرض لأي مؤشرات ضارة يصبح الفرد مريضاً؛
 - المرض غير الظاهر حيث لا يشكو المريض من أعراض وعلامات واضحة، ولكن يمكن اكتشاف المرض؛
 - المرض الظاهر وهو الحالة التي يشكو فيها المريض من أعراض وعلامات يحس بها؛
 - مستوى الاحتضار أين تسوء الحالة الصحية للمريض إلى حد خطير يصعب معها أن يستعيد صحته.
- بينما عُرّف المرض أنه عدم الارتياح أو القلق، وأنّ أي ابتعاد عن الصحة هو المرض،¹ حيث هناك منطقة متغيرة بين الصحة والمرض، فقد يكون الفرد في حالة بدنية جيدة ويكون مريض عقلياً، كما قد يظهر الفرد بصحة جيدة لكن لديه مرض خطير لم يُكشف بعد،² حيث يمكن اعتبار كل من الصحة والمرض على طريقي مدرج قياس، فكل ابتعاد عن الصحة يوصل الفرد إلى حالة المرض، كذلك يبقى مفهوم المرض نسبي يختلف من فرد إلى آخر.
- وضمن إطار شامل تم إعطاء تعريف موسع لكل من الصحة والمرض، حيث تم تعريف الصحة سنة 1978 أنّها: "حالة اكتمال السلامة جسمية وعقلياً واجتماعياً ولا مجرد انعدام المرض أو العجز، وأنّ بلوغ أرفع مستوى صحي ممكن هدف من أهم الأهداف الاجتماعية على الصعيد العالمي، وأنّ تحقيق هذا الهدف يتطلب بذل جهود من جانب العديد من القطاعات الاجتماعية والاقتصادية الأخرى بالإضافة كذلك إلى القطاع الصحي"³، وهو نفس ما ذهب إليه منظمة الصحة العالمية أنّ الصحة هي: حالة سوية تماماً جسمية وعقلياً وذهنياً ورفاه اجتماعي، وأنّها ليست فقط مجرد انعدام وغياب المرض أو الضعف،⁴ كما تم تعريف المرض أنّه الانحراف النسبي عن الحالة الطبيعية للفرد جسمية أو عقلياً أو نفسياً أو اجتماعياً.⁵

¹ عبد المهدي بوعنه، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص27.

² بودية بشير، إشكالية تسيير الجودة الشاملة في الخدمات الصحية، دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية ترابي بوجمعة ببشار، مرجع سبق ذكره، ص123.

³ المنظمة العربية للتنمية الإدارية، تمويل الخدمات الصحية والطبية في المستشفيات العربية، بحوث وأوراق عمل المؤتمر العربي السادس في الأساليب الحديثة لإدارة المستشفيات تحت شعار "تمويل الخدمات الصحية والطبية" المنعقد بالقاهرة نوفمبر 2007، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2008، ص02.

⁴ <https://www.who.int/ar/about/who-we-are/frequently-asked-questions>, consulter le :06/01/2020.

⁵ بودية بشير، إشكالية تسيير الجودة الشاملة في الخدمات الصحية، دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية ترابي بوجمعة ببشار، مرجع سبق ذكره، ص125.

فالصحة تتعدى الجانب الجسمي والنفسي والعقلي للفرد إلى السلامة الاجتماعية، حيث هناك من اعتبر أنّ المستوى الصحي يرتبط للفرد بحالة المسكن ومستوى التعليم ومستوى الغذاء وتنوعه، ومستوى نظافة البيئة والخدمات الصحية المتاحة ومدى إمكانية الحصول عليها.¹

- **الصحة العامة:** تتكوّن من كلمتين إحداهما هدف عام وهو الصحة، وثانيهما أفراد المجتمع، وهذا ما يؤكد على ضرورة تحقيق أعلى مستوى صحي لهم، فالصحة العامة تحتوي على الصحة الشخصية وصحة البيئة والصحة الاجتماعية والعمل على مكافحة الأمراض المعدية، وتنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر للأمراض، مع تعليم أفراد المجتمع وتثقيفهم على كيفية تطوير الحياة الصحية، وذلك بمجهودات منظمة في المجتمع، من أجل الوقاية من الأمراض وترقية الصحة،² فالهدف الأساسي للصحة العامة هو تحقيق مستوى عال من الصحة وسط أفراد المجتمع وتتعدى ذلك إلى عمليات تثقيف وتعليم الأفراد المجتمع العادات الصحية وكيفية تطوير الحياة الصحية بصفة عامة؛

- **الرعاية الصحية:** عُرِفَت الرعاية الصحية حسب قاموس merriam-webster أنّها الجهود المبذولة للحفاظ على أو استعادة العافية والصحة البدنية أو العقلية أو النفسية وذلك من طرف موظفين مدربين ومرخصين وأنّها الحفاظ على الصحة واستعادتها عن طريق العلاج والوقاية من الأمراض من قبل الموظفين المدربين المرخص لهم.³

كما يقصد بها مجموعة الخدمات الطبية والوقائية المقدمة لكافة أفراد المجتمع بهدف رفع مستوى الصحة للمواطنين ومنع انتشار الأوبئة والأمراض وعلى أن تشمل كافة الخدمات التي تساعد على النهوض بالمستوى الصحي،⁴ ومع تطور مفهوم الصحة تم التطرق للرعاية الصحية بمعناها الشمولي على أنّها تهدف إلى تعزيز وتشجيع المستوى الصحي للأفراد والجماعات بكافة الجوانب النفسية والعقلية والجسدية والذهنية والاجتماعية،⁵ فهي تشمل أنشطة رعاية المريض الرعاية الطبية وإعادة التأهيل الاجتماعي، حيث تركز على جودة الحياة بصفة عامة.⁶

¹ المنظمة العربية للتنمية، تمويل الخدمات الصحية والطبية في المستشفيات العربية، مرجع سبق ذكره، ص3.

² أحمد محمد بدح وآخرون، الثقافة الصحية، مرجع سبق ذكره، ص13.

³ <https://www.merriam-webster.com/thesaurus/health%20care>, consulter le : 04/09/2017 .

⁴ غانم رزوقي أنيس، جودة الرعاية الصحية على وفق قياس كفاءة الأداء التمرضي في مستشفى ابن النفيس، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 21، العدد 82، 2015، ص127.

⁵ عبد المهدي بواعنة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص28.

⁶ عثمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر العاصمة، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007-2008، ص35.

وهناك من اعتبر الرعاية الصحية عمليات المعالجة ضمن نظام لإنتاج الخدمات الصحية، حيث عُرفت أُنْها: " الآلية المجتمعية التي يتم بها تحويل الموارد أو المدخلات إلى مخرجات متخصصة في صورة خدمات صحية تستهدف مواجهة المشكلات الصحية في المجتمع"¹، وعليه فمفهوم الرعاية الصحية أشمل من مفهوم الخدمات الصحية التي هي جزء منها ونتاج لعمليات معالجة المدخلات والموارد في المؤسسات الصحية.

- **الرعاية الطبية:** تعمل الرعاية الطبية على التشخيص المبكر وإعادة التأهيل الطبيعي للأفراد عند الحاجة لذلك، فهي تركز على المرض وطرق علاجه،² إذ تتعامل مع المرض عندما يقع بينما الرعاية الصحية لها مدلول أشمل وما الرعاية الطبية إلى مكثون أو فرع من فروع الرعاية الصحية التي لا تنتظر حدوث المرض بل تركز بداية على منع الإصابة بالمرض عن طريق الوقاية، وإذا ما حدث المرض تتدخل الرعاية الطبية لمعالجته،³ وعليه لا بد من عدم الخلط بين مفهومي الرعاية الصحية والرعاية الطبية، حيث أنّ الأولى أشمل تعمل على منع حدوث المرض من خلال عمليات الوقاية، وفي حالة حدوث المرض تتدخل الرعاية الصحية عن طريق الرعاية الطبية التي تعتبر جزء منها على معالجة المرض والعمل على التأهيل إذا اقتضى الأمر، كما لا بد من الإشارة إلى أنّ الرعاية الطبية تقدم للفرد الواحد (المريض) في حين الرعاية الصحية متمثلة في خدمات الوقاية موجهة لجميع أفراد المجتمع، وأنّ الهدف الأساسي لكل منهما هو منع حدوث المرض والشفاء منه في حالة حدوثه وبالتالي تحقيق مستويات من الصحة في المجتمع.

- تعريف المؤسسات الصحية:

تعرف المؤسسة الصحية أنها مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشتمل على أسرة للتويم، وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة، لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين،⁴ يعتبر هذا التعريف ضيق لحصره وظائف المؤسسة الصحية في التشخيص والعلاج فقط، في حين ذهبت تعاريف أخرى إلى أبعد من ذلك بإضافة البعد الاجتماعي لها. حيث عرفت منظمة الصحة العالمية المؤسسة الصحية أنها جزء متكامل اجتماعي وصحي يعمل على تقديم خدمة صحية كاملة في الوقاية والعلاج للأفراد، وتقديم خدمات العيادة الخارجية للعائلات حسب حاجاتها، إضافة إلى أنها مركز لتدريب العاملين في المجال الصحي، وإجراء البحوث الطبية.⁵

¹ زاير وافية، سراي أم السعد، التسيير الفعال لنفايات خدمات الرعاية الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية، مجلة الأبحاث الاقتصادية لجامعة البليدة 2، العدد 12، 2015، ص 106.

² عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر العاصمة، مرجع سبق ذكره، ص 35.

³ فريد كورتل، تسويق الخدمات، كنوز المعرفة للنشر، الأردن، 2008، ص 319.

⁴ حسان محمد نذير حريستاني، إدارة المستشفيات، الإدارة العامة للبحوث، المملكة العربية السعودية، 1990، ص 34.

⁵ عبد المهدي بواعنة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 141.

المؤسسة الصحية عبارة عن تجميع اجتماعي انساني يستهدف تحقيق وتلبية أهداف محددة، وهو يتكون من أفراد متخصصون بميادين صحية وطبية متنوعة، يقدمون خدمات الرعاية الصحية، قد تكون هذه المؤسسات عامة أو خاصة تنظم أسلوب تقديم الخدمات الصحية، وأسلوب التمويل وال شراء وتقنين وتشريع الخدمات والتخطيط والتنسيق ورسم الأهداف لتحسين الخدمات الصحية المقدمة. ومراقبة ذلك،¹ اعتبر هذا التعريف المؤسسة الصحية نظام مكون من عدد من الأفراد هدفهم تقديم وتحسين الخدمات الصحية، من خلال وظائف متعددة كتنظيم أساليب التمويل والشراء، تحديد الأهداف والعمل على الرقابة على كل ذلك، فقد اقتصر هذا التعريف على الجانب الوظيفي للمؤسسة الصحية باعتبارها نظام.

- **خصائص المؤسسات الصحية:** تتميز المؤسسات الصحية عن باقي المؤسسات من خلال مجموعة من الخصائص تتمثل في:²

- تعدد أهداف المؤسسات الصحية، حيث أنّ هدفها الأساسي تقديم أفضل مستوى من الرعاية الصحية بأقل تكلفة، إضافة إلى العديد من الأهداف الأخرى كتدريب الأطباء والمرضى والفنيين والعاملين في الإدارة الصحية، إضافة إلى الأبحاث الصحية؛
- يتصف العمل في المؤسسات الصحية بالتخصص والتميز، مما ينشأ عنه اختلاف في التركيبة الاجتماعية للعناصر البشرية العاملة فيها، وبذلك اختلاف خلفياتها العلمية، وخبراتها ومهاراتها وقيمها وتطلعاتها واحتياجاتها، مما قد ينشئ حالات من الصراع بينهم، ليرز دور المدير في تحقيق التنسيق بينهم وتوجيههم نحو أهداف المؤسسة الصحية، وضرورة مشاركة العديد منهم في اتخاذ القرارات، خاصة مع أهمية عمل ومعلومات كل عنصر في قسم معين على عمل وقرارات عنصر آخر؛
- العمل بالمؤسسة الصحية ذو طبيعة طارئة وغير قابل للتأجيل في كثير من الأحيان، فلا يمكن للعاملين فيه التنبؤ بالحالات المرضية أو توقع حجم العمل، مما يستوجب عمل المؤسسات الصحية دون انقطاع، مع جاهزية واستعداد كافة العاملين لمواجهة الظروف الطارئة، مع ضرورة العمل بأسلوب الإدارة بالأزمات، وضرورة التعبئة واستخدام الموارد المتاحة لمواجهة الأزمات والطوارئ. حيث تحتاج المؤسسات الصحية لقدر كبير من الانضباط وتحديد خطوط السلطة والمسؤولية بشكل واضح، خاصة وأنها تتعامل مع قضايا الموت والحياة ولا مجال لقبول الخطأ؛

¹ عبد المهدي بواعنة، مرجع سبق ذكره، ص25.

² فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، دار المسيرة، الأردن، 2013، ص ص:50-56.

- تعد المؤسسات الصحية تنظيمات رسمية تشبه كثيرا التنظيمات البيروقراطية، فهي تعتمد على سياسات وقواعد ولوائح وخطوط رسمية للسلطة تضبط سلوكيات العاملين فيه وتعمل على تنظيم علاقات العمل بينهم، فتركيز المؤسسات الصحية على التنظيم الرسمي والإجراءات المحددة للعمل والرقابة المباشرة تعطيها شخصية بيروقراطية تسلطية، تتضح من خلال العلاقات الحادة بين الرئيس والمرؤوسين المقيدة باللوائح والقوانين بغرض فرض النظام، الذي تزيد أهميته نظرا لتعامل الأفراد العاملين بقضايا الحياة والموت حيث مجال احتمال أو قبول الخطأ محدود جدا، مع ضرورة الإشارة إلى أن الانحراف عن هذه اللوائح من وقت لآخر ضروري لمواجهة الظروف الاستثنائية؛
- المؤسسة الصحية تنظيم إنساني باعتبار أهم مدخلاته هو الانسان (العاملين والمستفيدين)؛
- غياب خط السلطة المنفرد بالمؤسسات الصحية، مما ينتج عنه عدد من المشاكل منها صعوبة التنسيق بين الأقسام ووجود أكثر من رئيس للعامل الواحد مما ينشئ حالة من الغموض والتداخل خطوط السلطة والمسؤولية، فغالبا ما يكون الممرضون مثلا أمام المسؤول الرسمي لهم (الإدارة التمريضية) إضافة للأطباء (سلطة مهنية)، إضافة إلى أنّ المدير يمتلك سلطة أقل في ظل وجود سلطة غير رسمية للأطباء؛

- أنواع المؤسسات الصحية: يتم تصنيف المؤسسات الصحية حسب عدة اعتبارات منها:

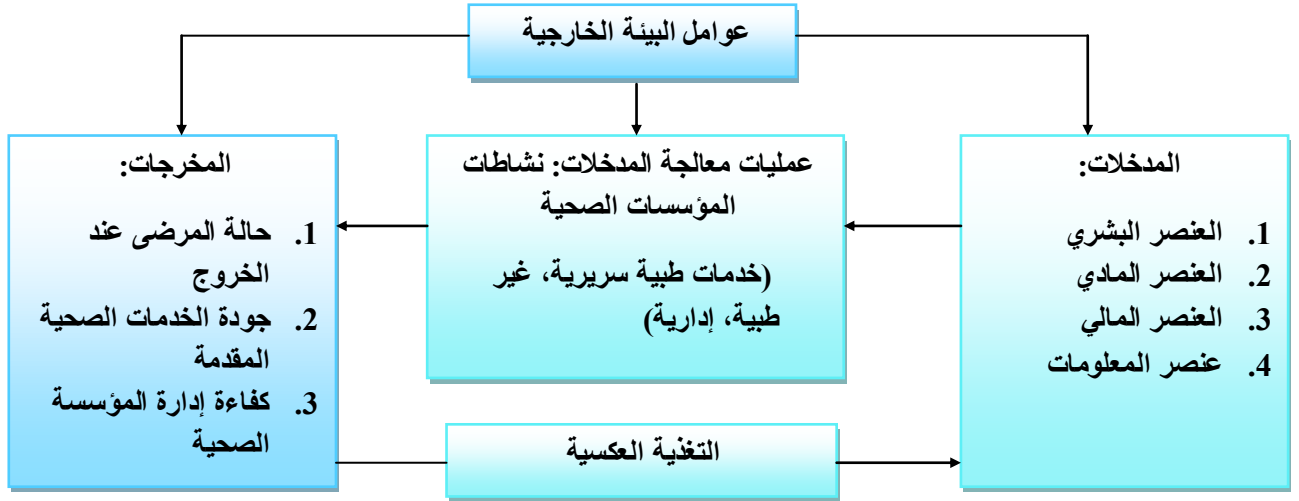
- حسب تخصصها هناك مؤسسات صحية متخصصة في علاج أمراض معينة، ومؤسسات صحية عامة تعالج فيها أمراض متعددة؛¹
- إضافة للأنواع التالية:²
- حسب طبيعة الملكية: مؤسسات صحية حكومية ومؤسسات صحية غير حكومية والتي قد تكون خاصة غير ربحية او خاصة هدفها الربح؛
- حسب عدد الأسرة: مؤسسات صحية صغيرة بأقل من 100 سرير، متوسطة من 100-300 سرير، كبيرة أكثر من 300 سرير.

2. المؤسسات الصحية كنظام مفتوح: المؤسسات الصحية نظام يتألف من العديد من الأنشطة والفعاليات المختلفة والمتكاملة لتحقيق أهداف النظام المختلفة، التي تعتبر معالجة المريض ورعايته في مقدمة هذه الأهداف، فالمؤسسة الصحية نظام مفتوح يتفاعل مع بيئته الخارجية يصب فيها مخرجاته ويأخذ منها

¹ نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة، ط1، الأردن، 2012، ص52.
² مضر زهران، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، مؤسسة زهران للنشر، مصر، 2006، ص114.

مدخلاته،¹ فهي نظام مفتوح يتفاعل مع بيئته الخارجية فيؤثر ويتأثر بها، وعليه على غرار أي نظام يتكوّن نظام المؤسسة الصحية من مدخلات، عمليات وأنشطة معالجة هذه المدخلات، مخرجات، تغذية عكسية مع تأثير كل هذه العناصر بعوامل البيئة الخارجية، والشكل رقم (1) يوضح المؤسسات الصحية كنظام مفتوح.

الشكل رقم (1): مكونات نظام المؤسسات الصحية



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

- فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص90.
- حسان مُجّد نذير حرستاني، مرجع سبق ذكره، ص55.
- Agence de la santé et des services sociaux de Laurentides, gestion intégrée de la qualité des soins et service, Québec, 2011, p8.

➤ المدخلات: وتتمثل في العوامل والعناصر اللازمة لقيام المؤسسات الصحية بنشاطاتها المختلفة،² ويمكن

تجميع مدخلات نظام المؤسسات الصحية في ثلاث عناصر أساسية:

1- **العنصر البشري:** ويشمل المستفيدين من خدمات المؤسسات الصحية بالإضافة إلى القوى العاملة فيها،³ فالقوى العاملة سواء الإدارية أو الفنية بما لديها من معرفة متخصصة ومهارات فنية لوصف العلاج ووضع خطة المعالجة تؤثر على عملية تقديم الخدمات الصحية كما ونوعا بدرجة أكبر من أي عامل آخر،⁴ فهي من أهم العناصر المكونة للمؤسسات الصحية تساهم بمجهوداتها في إيصال الخدمات

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص89.

² حسان مُجّد نذير حرستاني، مرجع سبق ذكره، ص55.

³ طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة المدينة، ط2، مصر، 2000، ص27.

⁴ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص92.

الصحية للمستفيدين،¹ ويمكن تصنيف عنصر العمل في مجموعات هي الأطباء، المرضى، عمال المساندة (مهام التمريض الأقل مهارة، فنيي الأجهزة الطبية، الإداريين)، عمال الخدمات المعاونة (عمال النظافة، عمال أقسام التغذية، عمال أقسام الغسيل والتنظيف، السائقين، عمال الصيانة والأمن...)² إضافة إلى القوى العاملة يعد المستفيدون من الخدمات الصحية (المرضى) أحد أهم العناصر البشرية المشاركة في نظام المؤسسات الصحية وأهم مدخلاته، حيث أن لكل من الجانب النفسي والاجتماعي والبيولوجي للمريض يؤثر على سلوكه وطريقة معالجته وعلى الحصلة النهائية أو نتيجة معالجته بالمؤسسة الصحية؛³

2- **العنصر المادي:** ويشمل البناء والتجهيزات الطبية، أسرة ومستلزماتها، أغذية وأدوية... كما تشمل أيضا كفاية الأموال وتنوع مصادرها واستمرارية تدفقها بالشكل المناسب للإنفاق على نشاطات المؤسسة الصحية،⁴ كما يظهر دور التكنولوجيا كأهم عنصر من العناصر المادية في المؤسسة الصحية، فالتكنولوجيا الطبية المتقدمة لها أثر كبير على أهداف المؤسسات الصحية، إضافة لهذه العناصر نجد المواد الطبية (أدوية، محاليل، حقن...)، ومواد غير طبية (تشمل التزويد الفندقية من أغذية، ملابس، شراشف...)⁵

3- **عنصر المعلومات:** وتنقسم إلى نوعين، معلومات عن البيئة الداخلية للمؤسسة الصحية، وهي ضرورية للتعرف على نتائج النظام من حيث تقييم جودة الخدمات الطبية المقدمة للمرضى، والوقوف على نشاطات العاملين، رصد اتجاهات التكاليف ومدى استغلال الموارد بصورة مناسبة، إضافة إلى معلومات عن البيئة الخارجية للمؤسسة الصحية، وهي مفيدة للتعرف على الاحتياجات الصحية لمنطقة الخدمة وعلى أوضاعها الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية، فهذه المعلومات مهمة لإدارة المؤسسة الصحية كونها تعطيها فكرة عن المدخلات وعن عمليات تحويلها إلى مخرجات.⁶

➤ **النشاطات:** هي مرحلة تحويل المدخلات إلى مخرجات، وتتمثل في مختلف خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرضى،⁷ تشمل جميع عمليات الأقسام المختلفة بالمؤسسة الصحية، وتشمل نشاطات التشخيص (سريري، مخبري، إشعاعي نفسي...)، نشاطات العلاج (الجراحي، الطبيعي، التأهيلي...)

¹ حسان محمد نذير حرساني، مرجع سبق ذكره، ص 56.

² طلعت الدمرداش إبراهيم، مرجع سبق ذكره، ص 27.

³ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 91.

⁴ حسان محمد نذير حرساني، مرجع سبق ذكره، ص 56.

⁵ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 95.

⁶ حسان محمد نذير حرساني، إدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص 56.

⁷ زاير وافية، سراي أم السعد، التسيير الفعال لنفايات خدمات الرعاية الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية، مرجع سبق ذكره، ص 106.

نشاطات التدريب والبحوث وتعزيز صحة المجتمع، وذلك حسب أهداف وإمكانيات المؤسسات الصحية، إضافة إلى النشاطات المساعدة المتعلقة بتسهيل تقديم الخدمات الصحية وتطويرها (خدمات الوحدات الإدارية، خدمات التمريض، خدمات عامة كالصيانة، الإطعام، الأمن...)¹.

➤ **المخرجات:** تتمثل مخرجات أو نتائج عمليات المؤسسات الصحية في مختلف نتائج الرعاية الصحية على الحالة الصحية للأفراد كمعدل الوفيات، معدل الشفاء، رضا المرضى وراحته، كما تتمثل أيضا في النتائج المالية والمحاسبية للمؤسسة الصحية،² ويمكن توضيح أهم مخرجات المؤسسات الصحية فيما يلي:³

- المخرجات المتعلقة بحالة المرضى عند الخروج وتصور حالتهم الصحية بعد العلاج في المؤسسة الصحية وتندرج حالة المرضى بعد العلاج في (التحسن، الشفاء، الوفاة، الإحالة إلى مركز أكثر تخصصا)؛
- المخرجات المتعلقة بجودة الخدمات الصحية المقدمة: متمثلة في انخفاض معدلات الإصابة، نجاح عمليات التشخيص والعلاج، اكتشاف أساليب وقائية وعلاجية جديدة؛
- المخرجات المتعلقة بكفاءة إدارة المؤسسة الصحية: وتتمثل في عائد زيارات المرضى للمؤسسة الصحية (حالة المؤسسات الصحية الخاصة)، متابعة تكاليف المؤسسة الصحية نتيجة ممارسة نشاطات التشخيص والعلاج وضبط نفقات التشغيل.

➤ **التغذية العكسية:** تعبر عن المعلومات التي تصور نتائج نشاطات العاملين في المؤسسة الصحية وفق الخطط والبرامج المرسومة له، ويتم الاستفادة منها في تشخيص وتقييم ومواجهة المشكلات المتعلقة بتقديم الخدمات الصحية.⁴

➤ **البيئة الخارجية للمؤسسة الصحية:** وتمثل مجموعة الظواهر والمؤثرات المحيطة بالمؤسسة الصحية والتي تؤثر فيها وتتأثر بها، وتتمثل هذه المؤثرات في: المؤثرات المتعلقة بمصادر مدخلات المؤسسة الصحية (القوى العاملة، الموارد المالية، الموردين، المؤسسات العامة، المستفيدين...)، المؤثرات المتعلقة بخصائص المجتمع وتشمل احتياجات المجتمع الصحية وخصائصه السكانية (الفئات العمرية، نوعية المهنة، مستويات الدخل، سلوكهم نحو طلب الخدمات الصحية، الأمراض السائدة في المجتمع...)⁵ إضافة إلى النظام

¹ حسان محمد نذير حريستاني، مرجع سبق ذكره، ص58.

² زاير وافية، سراي أم السعد، مرجع سبق ذكره، ص106.

³ حسان محمد نذير حريستاني، مرجع سبق ذكره، ص: 59-60.

⁴ حسان محمد نذير حريستاني، إدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص60.

⁵ المرجع نفسه، ص63.

الصحي الكلي، التشريعات الصادرة من الجهات الرسمية، المؤسسات الصحية الأخرى، الاحتياجات الصحية الحالية والمستقبلية، مقدار الطلب والعرض على الخدمات الصحية.¹

المطلب الثاني: مفهوم الخدمات الصحية

يعد مفهوم الخدمات الصحية غير مختلف عن مفهوم الخدمات بصفة عامة، حيث تتضمن الخدمات كل الأنشطة الاقتصادية التي مخرجاتها ليست منتجات مادية، وهي بشكل عام تستهلك وقت إنتاجها وتُقدّم قيمة مضافة مثل الراحة والصحة وغيرها،² تحدث من خلال تفاعل معين تهدف إلى تلبية حاجات الزبائن (المريض) وإرضائهم، كما لا ينتج عنها نقل للملكية،³ فهي منتجات غير ملموسة تهدف أساساً إلى إشباع حاجات ورغبات الزبون (المريض) وتحقيق له المنفعة،⁴ فعدم الملموسية من أهم خصائص الخدمات حيث يعتبر جوهرها إشباع حاجات الزبون (المريض)، كما يعد من أبرز الطرق الشائعة لتعريف الخدمة هي طريقة التمييز بين الخدمة الجوهر وعناصرها التكميلية الداعمة.⁵

وعليه فالخدمة المقدمة في المؤسسات الصحية لا تخرج عن مضمون تعريف الخدمة كون المريض يتلقى تلك الخدمات التي هو بحاجة إليها، والتي يكون جوهرها غير ملموس ولا يمتلكها، ولكن يمكن استخدام أدوات وأجهزة ومعدات مختلفة لتقديم الخدمة للمريض، وعليه هو يشير إلى ثلاثة أبعاد للخدمة الصحية متمثلة في:⁶

- جوهر الخدمة الصحية والتي تتكون من الإجراءات التشخيصية والعلاجية؛
- المنافع التي يحصل عليها الزبون (المريض) من الخدمة الصحية، وقد يطلق عليها حزمة الرضا المتحقق له ومدى إدراكه للخدمة المقدمة بجوانبها الملموسة وغير الملموسة؛
- الخدمات المساندة الإضافية لجوهر الخدمة الصحية المقدمة كنظام حجز المواعيد، الاستقبال، الإطعام...

حيث تتكون الخدمة الصحية من مجموعة من العناصر مثل المباني وفريق العمل الطبي، معلومات المريض ومناخ تقديم الخدمة، الطريقة التي يتم التحدث بها مع الزبائن (المريض)، الاحساس بالأمان والثقة، كلها عناصر ملموسة وغير ملموسة تعتبر هامة بالنسبة للزبون (المريض) ومقدمي الخدمة على حد سواء، وهي مرتبطة بتوقعات

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص90.

² هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، ط3، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص18.

³ علي سنوسي، نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، مجلة معارف، قسم1، العدد12، 2012، ص226.

⁴ زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج للنشر والتوزيع، ط1، الأردن، 2006، ص35.

⁵ بشير العلق، حميد عبد النبي الطائي، تسويق الخدمات، دار زهران، الأردن، 2007، ص30.

⁶ ثامر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري، الأردن، 2008، ص167.

الزبون (المريض) لجودة الخدمة الصحية المقدمة له،¹ تم ربط مفهوم الخدمة الصحية بالجودة نظرا لأهميتها في المجال الصحي، وارتباطها بمجموعة من العناصر المادية والغير المادية ذات الأهمية بالنسبة للزبون (المريض). كما لا بد من الإشارة إلى أنّ هناك من يفضل استخدام مصطلح "المنتج الصحي" بدل الخدمة الصحية ويعتبر المنتج مزيج متكامل من العناصر المادية الملموسة والأخرى غير الملموسة والتي تحقق اشباعا ورضا لزبون،² في حين تعتبر المنتجات الصحية منتجات ملموسة وغير الملموسة التي تقدمها المؤسسات الصحية بغرض المحافظة على سلامة الفرد الجسمية والعقلية،³ لكن ونظرا لغلبة صفة اللاملموسة عليها يفضل استخدام مصطلح الخدمة الصحية، فمن أبرز الطرق الشائعة لتعريف الخدمة هي طريقة التمييز بين الخدمة الجوهر وعناصرها التكميلية الداعمة،⁴ إذ يعد جوهر الخدمة الصحية ما يرغب فيه المستفيد من فحص وشفاء من المرض وما العوامل المادية المصاحبة لها إلا عناصر مكملة لجوهر الخدمة الصحية، مع ضرورة الإشارة إلى أنّ مصطلح المنتج أشمل ويتضمن مصطلح الخدمة، حيث يعد المنتج مجموعة معقدة من الخصائص المادية والمعنوية تشمل منافع ومزايا، والذي يمكن أن يكون فكرة أو خدمة أو سلعة أو أي مزيج من هؤلاء.⁵

تعرف الخدمات الصحية كذلك أنّها عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة، سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة وغيرها، بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض⁶ يظهر من خلال هذا التعريف الهدف الذي تسعى إليه الخدمات الصحية متمثلا في رفع المستوى الصحي للأفراد مع الإشارة إلى أنواع الخدمات الصحية: الخدمات الصحية العلاجية، الخدمات الصحية الوقائية، الخدمات الصحية الإنتاجية، وهو نفس ما ذهب إليه تعريف آخر اعتبر الخدمة الصحية مجموعة الوظائف التي تعمل على إشباع الحاجات الإنسانية المرتبطة بالبقاء بشكل مباشر.⁷

كما تعرف الخدمات الصحية أنّها كافة الخدمات المقدمة للوقاية من أخطار الأمراض وما يتطلب ذلك من متطلبات طبية وفنية وإدارية تساهم في الوقاية من الأمراض، وهي مسؤولية تقع على عاتق المؤسسات الصحية

¹ أنفوس لينغ وآخرون، ترجمة صلاح محمود ذياب، عابد المعلا، إدارة وتسويق الخدمات الصحية، دار الفكر، ط1، الأردن، 2013، ص60.

² فوزي مذكور، تسويق الخدمات الصحية، ط1، ايتراك للنشر والتوزيع، مصر، 1998، ص198.

³ رضوان أنساع، التسويق الصحي كمدخل لتدعيم الميزة التنافسية للمؤسسات الصحية الخاصة، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسويق، جامعة الشلف، 2014-2015، ص58.

⁴ بشير العلاق، حميد عبد النبي الطائي، تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص30.

⁵ بالمر أدريان، ترجمة بهاء شاهين وآخرون، مبادئ تسويق الخدمات، مجموعة النيل العربية، ط1، مصر، 2009، ص70.

⁶ عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر العاصمة، مرجع سبق ذكره، ص19.

⁷ عبد الرحمان مصطفى الملا، تقييم الخدمات الصحية المقدمة في الأجنحة الخاصة للمستشفيات الحكومية من منظور المرضى، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 22، العدد، 91، 2016، ص117.

المختلفة،¹ اقتصر هذا التعريف على اعتبار الخدمات الصحية خدمات وقائية من الأمراض تعمل المؤسسات الصحية على تقديمها للأفراد.

وبتوجه تسويقي يركز على رضا الزبون، تم تعريف الخدمة الصحية أنها العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصيا أو إرشاديا أو تدخلا طبيا ينتج عنه رضا وقبول وانتفاع من قبل الزبون (المريض) حتى يكون بحالة صحية أفضل،² حيث كان مفهوم تقديم الخدمة الصحية هو توصيلها للزبون، بينما المفهوم الحديث ركّز على الزبون (المريض) واعتبر هدف وأساس تقديم الخدمات الصحية هو إرضاء حاجاته،³ فرضا الزبون غاية وهدف تسعى المؤسسات الصحية لتحقيقه عن طريق خدماتها المقدمة.

الخدمة الصحية مجموع الخدمات المقدمة للزبون (المريض) منذ وصوله إلى المؤسسة الصحية أو المركز الصحي إلى غاية خروجه منه، والتي يهدف من ورائها إلى تحسين صحة الفرد وإعادةها إلى حالتها الطبيعية،⁴ ركّز هذا التعريف على أنّ الخدمات الصحية تقتصر على الأنشطة والعمليات داخل المؤسسات الصحية، أي كل ما يستفيد منه الزبون (المريض) منذ دخوله إليها إلى غاية خروجه منها في سبيل تحسين حالته الصحية.

وضمن مفهوم واسع تم تعريف الخدمات الصحية أنها جميع الخدمات التي تقدمها المؤسسة الصحية، سواء كانت علاجية موجهة للفرد، أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات والأجهزة الطبية وغير ذلك، بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد وتلبية الرغبات المرتبطة بهذه الخدمة،⁵ ولكن في هذه الدراسة سوف يتم التركيز على اعتبار الخدمات الصحية بمفهومها الضيق والذي يعد أكثر انتشارا وسط الكتاب والباحثين، الذي يعتبرها تقتصر على خدمات الفحص والتشخيص والعلاج والوقاية.

وعليه أهم ما يمكن التركيز عليه عند تعريف الخدمات الصحية، أنها مجموعة المنافع غير الملموسة التي يمكن أن تتضمن عناصر مادية ملموسة، تهدف إلى إشباع حاجات الزبون (المريض) المتمثلة في تحسين صحته أو وقايته من الأمراض داخل المؤسسات الصحية، تتضمن خدمات الفحص والتشخيص والعلاج والوقاية إضافة إلى خدمات التأهيل إذا اقتضى الأمر.

¹ وسام عبود درجال، كفاءة الخدمات الصحية في قضاء المجر الكبير، مجلة البحوث الجغرافية، العدد 21، 2013، ص 499.

² رضوان أنساع، التسويق الصحي كمدخل لتدعيم الميزة التنافسية للمؤسسات الصحية الخاصة، مرجع سبق ذكره، ص 59.

³ عبد المهدي بوعنة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 70.

⁴ بشري عبد إبراهيم، قياس جودة الخدمة الصحية دراسة استطلاعية في مستشفى ابن بلدي للنسائية والأطفال، مجلة الكويت للعلوم الاقتصادية والإدارية، جامعة واسط، العدد 12، 2014، ص 4.

⁵ دبون عبد القادر، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية، حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة، مجلة الباحث، العدد 11، 2012، ص 216.

المطلب الثالث: خصائص الخدمات الصحية وأنواعها

للخدمات الصحية نفس خصائص الخدمات بصفة عامة، إضافة إلى عدد من الخصائص التي تميزها عن غيرها من الخدمات باعتبارها متعلقة بقطاع الصحة، كما تم تصنيفها وتقسيمها إلى عدة أنواع حسب عدد من الاعتبارات.

1. خصائص الخدمات الصحية: تتعدد خصائص الخدمات الصحية، فهناك خصائص باعتبارها ضمن قطاع الخدمات، وخصائص تميزها باعتبارها ضمن القطاع الصحي، إضافة إلى خصائصها الاقتصادية المتعلقة بالعرض والطلب.

➤ خصائص التسويقية للخدمات الصحية:

عند الحديث عن خصائص الخدمات الصحية تبرز أهمية التطرق إلى مجموعة خصائصها التي تميزها عن السلعة، هذه الخصائص التي تؤثر على أنشطة التسويق، فتجعلها المؤسسات الصحية ضمن أولوياتها عند صياغة مزيجها التسويقي، إذا ما أرادت تحقيق أهدافها في السوق.

- **اللاملموسية:** تعد الخدمة الصحية جهداً أو عملاً يمكن أن يقدمه فرد لآخر، فليس لها جانب مادي يمكن رؤيته أو معاينته أو لمسه أو تذوقه قبل اتخاذ قرار الشراء، لذلك يعد ضرورياً أن يجمع الزبون المعلومات الضرورية للحصول على مؤشرات حول جودة الخدمة، مقدمي الخدمات الأسعار للتقليل من حالة التردد وعدم التأكد...¹ كما يعتمد تكرار الشراء على الخبرة السابقة للزبون.

ولدعم الزبون وتقليل حالة الشك والتردد لديه نتيجة لخاصية الملموسية في الخدمات بصفة عامة والخدمات الصحية بشكل خاص، تلجأ المؤسسات لتقديم رسالة لجمهور المهتمين بخدماتها أنها تمتاز بالسرعة في التقديم، والعمل على إضافة منتجات ملموسة كتهينة مكان تقديم الخدمة، الترتيب والتنظيم الجيدين لتوزيع الوظائف بالمؤسسات الصحية، الاهتمام بمظهر مقدمي الخدمات.²

- **التلازمية (عدم الانفصال):** وتعني عدم فصل الخدمة عن مقدمها، أي تزامن العرض والطلب،³ فأهم ما يميز الخدمة وجود مقدمها والمستفيد منها في آن واحد عند التقديم، أي أنّ الخدمات الصحية تقدم وتستهلك في نفس الوقت، مما يؤثر حتماً على النتائج المتوقعة للخدمة،⁴ فمن يقوم بعملية تقديم الخدمات يتكامل مع المستفيد في العملية المقدمة ويصبح طرفاً في تكوين جودة الخدمة.⁵

¹ محمود جاسم الصميدعي، ردينة عثمان يوسف، تسويق الخدمات، دار المسيرة، الأردن، 2007، ص38.

² زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج، الأردن، 2010، ص42.

³ Greyaudigier, marketing et action commercial, 5^{eme} édition, gualina editeur, France, 2007, p158.

⁴ محمود جاسم الصميدعي، ردينة عثمان يوسف، مرجع سبق ذكره، ص39.

⁵ زكي خليل المساعد، مرجع سبق ذكره، ص42.

حالة التزامن بين الإنتاج والاستفادة (الاستهلاك) وبالتالي عدم إمكانية التخزين، قد ينتج عنها ظهور مشاكل كزيادة الطلب الفجائي على الخدمة، ونلاحظه كثيرا في مجال الخدمات الصحية عند حدوث الحوادث والكوارث الطبيعية كالحرائق والزلازل مثلا أو في مواسم معينة كفصل الشتاء الذي تكثر فيه أمراض الانفلونزا، مما قد يشكل حالة من الإرباك في سير عملية التقديم والاستفادة من الخدمة، ويتم معالجة ذلك من خلال زيادة الفريق العامل، والعمل على تقديم الخدمات بسرعة عالية.¹

- **التباين (عدم التماثل):** تعتمد الخدمات على مهارة وأسلوب وكفاءة مقدمها ومكان وزمان تقديمها، والتي قد تختلف باختلاف ظروف تقديم الخدمة، لذلك تعد الخدمات متباينة وغير متماثلة حتى وإن كان مقدمها نفس الشخص، الذي يتأثر تقديمه للخدمة باختلاف مزاجه، خبرته وحالته النفسية.² كما ينتج عن هذه الخاصية تعقد عملية تقييم الخدمة من طرف الزبون، حيث تدخل رغباته الشخصية ويستخدم معايير شخصية وموضوعية لتقييم نوعية الخدمة وعملية إنتاجها الذي يعد طرفا فيها، مما يستوجب على المؤسسة الخدمية فهم وإدراك جيد لما يريده الزبون وسلوكه وكيفية إرضائه.³ نظرا لهذه الخاصية تسعى المؤسسات الخدمية لتقليل التباين في خدماتها إلى أدنى حد ممكن من خلال ثلاث عناصر مهمة متمثلة في:⁴

- الاختيار والتدريب الجيد لمقدمي الخدمات؛
- تقييس عمليات تقديم الخدمة، والاستعانة بالأجهزة والمعدات بدلا من الأفراد للمحافظة على تجانس الخدمة المقدمة؛
- متابعة رضا الزبون عن الخدمات من خلال مقترحاته وشكاويه.

- **القابلية للتلاشي (الفناء):** تعبر خاصية الفناء عن عدم إمكانية تخزين الخدمة الصحية، حيث إذا تجاوز الطلب على العرض الخدمي الصحي لا يمكن الوفاء به، كذلك الحال في حال تجاوز العرض الطلب، فهو يشكل خسارة نتيجة لعدم إمكانية التخزين،⁵ وبما أنّ الخدمة تمثل فعل أو تصرف، فإنها تتلاشى وتنتهي سواء تم الاستفادة منها أو لم يتم ذلك، لعدم التمكن من تخزينها والاستفادة منها لاحقا، تؤدي هذه الخاصية إلى عدم استقرار الطلب، ولتقليل آثاره على المؤسسة تقوم بما يلي:⁶

¹ زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، مرجع سبق ذكره، ص 43.

² محمود جاسم الصميدعي، ردينة عثمان يوسف، تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص 39.

³ هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص 30.

⁴ محمود جاسم الصميدعي، ردينة عثمان يوسف، مرجع سبق ذكره، ص 40.

⁵ Peter mudie, angela pirri , services marketing, copyrigh ,3^{ed} ed, usa, 2006, p5.

⁶ محمود جاسم الصميدعي، ردينة عثمان يوسف، مرجع سبق ذكره، ص 40.

- استخدام أنظمة الحجز المسبق لإدارة ومواجهة التغير في مستوى الطلب؛
 - تطوير أساليب الخدمات المشتركة، أي تقديمها لمجموعة من الأفراد؛
 - التسعير المختلف الذي ينقل الطلب من فترات متزايدة إلى فترات أخرى يقل فيها الطلب، كالحجز المسبق بأسعار أقل.
- **عدم التملك:** حيث وعكس السلع الملموسة أين يتم انتقال ملكيتها من البائع للمشتري، ففي الخدمات الزبون قادر فقط على الحصول على الخدمة والاستفادة منها واستخدامها شخصيا لوقت محدد في كثير من الأحيان، وما يدفعه يكون عادة لقاء منفعة يحصل عليها من الخدمة.¹
- **اشترك الزبون:** حيث تتميز الخدمات الصحية بوجود اتصال وتفاعل عال بين مقدمي الخدمة والزبون (المريض)، الذي يعتبر أحد المدخلات الرئيسية لنظام تقديم الخدمات، وهو في ذات الوقت أحد المخرجات منها بعد تغير حالته (في حالة الشفاء)،² لذا لا بد من وجود قناة اتصال فعالة بين مقدم الخدمة والزبون (المريض) تنشط بصورة دورية مع ضرورة العمل على تطويرها، فلتقديم خدمة صحية ذات جودة عالية تحقق رضاه لا بد من تعاونه مع الطاقم الطبي والتمريضي وقبوله وتنفيذه لتوصياتهم مما يؤدي إلى تشخيص سليم وعلاج ملائم له.³

➤ خصائص الخدمات الصحية باعتبارها ضمن قطاع الصحة:

- تعتمد الكثير من الخدمات الصحية على الوسائل الآلية داخل العيادات والمختبرات، مع تزايد استخدام التكنولوجيا الحديثة التي تضمن التشخيص والعلاج إلى حد ما، مع الأهمية الكبيرة للعنصر البشري في ذلك؛⁴
- تتميز الخدمات الصحية بأن تكون على درجة عالية من الجودة لارتباطها بحياة الانسان وشفائه،⁵ ونظرا لذلك ولاختلاف حاجات ورغبات الزبائن تعد عملية تقييم وقياس جودة الخدمات الصحية عملية صعبة،⁶ فلعدم تمكن الزبون (المريض) من قياس مستوى جودة الخدمة الصحية التي استفاد منها تدفعه للاعتماد على وكيل الذي هو في العادة الطبيب للحصول على النصيحة والإرشاد؛⁷

¹ محمود جاسم الصميدعي، ردينة عثمان يوسف، تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص40.

² دبون عبد القادر، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص216.

³ محمد فلاق وآخرون، تفعيل ثقافة الجودة في المستشفيات الجزائرية، مجلة الدراسات المالية المحاسبية والإدارية، العدد السابع، 2017، ص624.

⁴ أنفوس لينغ وآخرون، ترجمة صلاح محمود ذياب، عابد المعلا، إدارة وتسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص60.

⁵ فريد كورتل، تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص315.

⁶ فوزي منكور، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص197.

⁷ فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص46.

- تتوزع قوة اتخاذ القرار في المؤسسات الصحية بخصوص خدماتها بين مجموعة الإدارة ومجموعة الأطباء، في حين تقتصر في باقي المؤسسات على الإدارة فقط؛¹
- الخدمات الصحية غير قابلة للتأجيل مما يبرز أهمية السرعة في تقديمها؛²
- صعوبة تحديد المنفعة عند استهلاك أو عدم استهلاك الخدمة الصحية، فلا يمكن معرفة نتيجة استهلاكها أو عدم استهلاكها بسبب قدرة الجسم على إصلاح ذاته دون تدخل طبي، إضافة إلى صعوبة التيقن من النتيجة النهائية عند استهلاك الخدمة الصحية، هذه النتيجة التي تختلف باختلاف مهارات مقدميها والإجراءات الطبية المعمول بها، كما أنها ترتبط بدرجة كبيرة بالانطباعات والإدراكات المختلفة للزبائن (المرضى)؛³
- تكمن حاجات ورغبات (الزبون) المريض في تقليل القلق والتوتر الذي يشعر به، وزيادة فرص شفائه وتحسين صحته، لذلك على الخدمة الصحية أن تشبع هذه الحاجات، فالمؤسسات الصحية تقدم الاستفادة أو الرضا الناتج عن تقديم هذه الخدمات؛⁴
- تتميز الخدمة الصحية بالتسارع الكبير في تطورها وتنوعها نظرا للاكتشافات العلمية المتلاحقة للحد من الأمراض المستعصية ومعالجتها، أو التي ظهرت حديثا ولم تكن معروفة في السابق، مما يستوجب مواكبة الخدمة الصحية المقدمة مع مختلف الحاجات المستجدة لدى أفراد المجتمع.⁵
- **الخصائص الاقتصادية للخدمات الصحية:** وهي خصائص متعلقة بعرض الخدمات الصحية والطلب عليها.
- **الخصائص المتعلقة بالعرض:** تتمثل فيما يلي:⁶
 - تدخل الحكومة في أسواق الخدمات الصحية من خلال قوانين وأنظمة حكومية تسيرها، إضافة إلى أن أغلب المؤسسات الصحية تعود ملكيتها للدولة؛
 - انخفاض مرونة عرض الخدمات الصحية في الأجل القصير لأنّ بناء مؤسسات صحية وتجهيزها يحتاج لوقت، إضافة إلى كثافة عنصر العمل؛

¹ فريد كورتل، مرجع سبق ذكره، ص315.

² دبون عبد القادر، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص216.

³ فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص45.

⁴ فوزي منكور، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص197.

⁵ ثامر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص171.

⁶ اعتمادا على:

- عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، مرجع سبق ذكره، ص23.
- المعهد العربي للتخطيط، اقتصاديات الصحية، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد22، الكويت، 2002، ص08.

- عادة ما يتم تقديم الخدمات الصحية من منافذ محدودة، مما أدى إلى امكانية التحكم بالأسعار؛
- قد ينعدم حافز الربح بالنسبة للمؤسسات الصحية العمومية.
- **الخصائص المتعلقة بالطلب:** تتمثل خصائص الخدمات الصحية المتعلقة بالطلب فيما يلي:¹
 - تمثل الخدمات الصحية ضغطا بالنسبة للزبون (المريض)، فقد تكون عملية جراحية مثلا خدمة غير مريحة له لكنها ضرورية بالنسبة له؛
 - تعد الخدمات الصحية منتجات جماعية تقدم لجميع أفراد المجتمع وليس لفرد واحد، بينما تحسن صحة هذا الفرد تفيد من يحيط به، وهو ما يطلق عليه بآثار الانتشار الخارجية الموجبة للخدمات الصحية، لذلك تعمل الدول على دعمها وتنظيم عمليات تقديمها؛
 - الطلب على الخدمات الصحية طلب مشتق أي أنها لا تطلب للاستهلاك المباشر وإنما تستخدم في صناعة منتجات أخرى، فالطلب على الخدمات الصحية يعد طلبا مشتقا من الطلب على الصحة ككل، إذا اعتبرنا الخدمات الصحية مدخلات لإنتاج الصحة.

2. أنواع الخدمات الصحية: تم تقسيم الخدمات الصحية إلى أنواع حسب عدة اعتبارات نذكر منها:

➤ أنواع الخدمات الصحية حسب تخصصها: تتمثل في:²

- خدمات طبية مرتبطة بصحة الفرد: وتعلق بالتشخيص والعلاج، وتؤدي عبر أقسام معينة (الأمراض الداخلية، الجراحة، أمراض الأطفال، التوليد أمراض النساء...);
- خدمات طبية مساعدة: تشمل كل ما يتعلق بالرعاية السريرية داخل المؤسسة الصحية، ويندرج ضمنها خدمات التمريض، خدمات الصيدلة...);
- الرعاية الصحية: تهدف إلى تعزيز وتشجيع المستوى الصحي للأفراد والجماعات، المتعلقة بالجوانب الجسدية، النفسية، العقلية، الذهنية والاجتماعية؛
- الخدمات الصحية البيئية: ترتبط بالحماية من الأوبئة والأمراض المعدية، التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمؤسسات، وهي أساسا خدمات وقائية، كاللقاحات، خدمات الرقابة على متاجر الغذاء ومكافحة الحشرات...

¹ اعتمادا على:

- ابراهيم طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص29.
- عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، مرجع سبق ذكره، ص22.

² فريد كورتل، تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص319.

➤ أنواع الخدمات الصحية حسب طبيعتها وميادينها: تتمثل في ثلاثة أنواع هي:¹

- الخدمات الباطنية: سواء كانت علاجية أو وقائية، كالطب العام، طب الأطفال، الطب النفسي، طب أمراض القلب...
- الخدمات الجراحية: وتتضمن العديد من الميادين، كالجراحة العامة، جراحة الأسنان، جراحة العظام...
- الخدمات الطبية المساعدة: تتضمن عدد من الخدمات الطبية والرعاية الصحية، مثل الخدمات التمريضية والخدمات التشخيصية، خدمات المختبرات الطبية، الخدمات الدوائية، خدمات الرعاية التأهيلية...

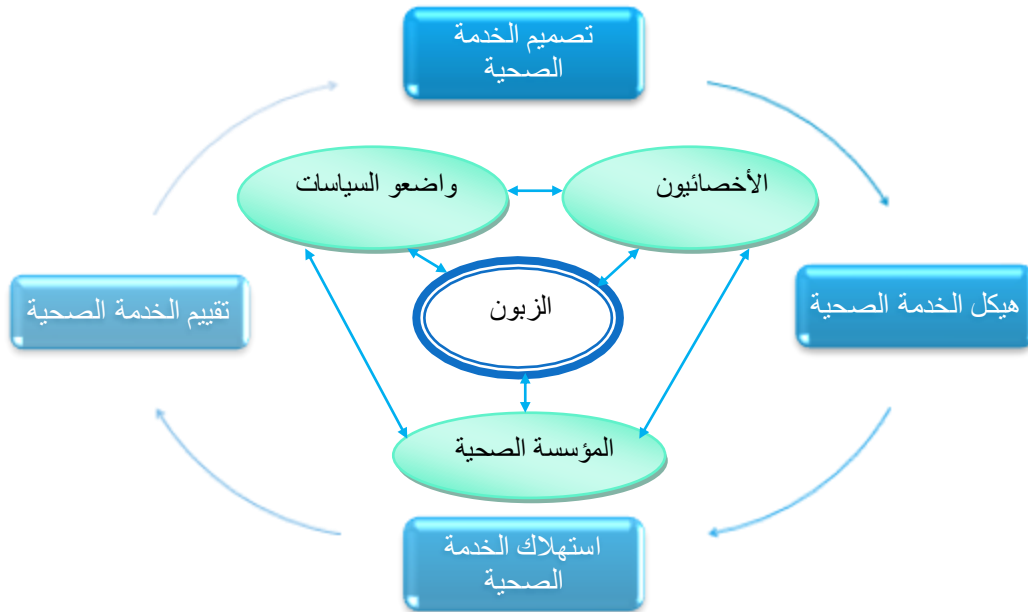
المطلب الرابع: دورة الخدمة الصحية

يتضمن توصيل الخدمات الصحية تدفقا دوريا لعمليات مترابطة من خلال عمليات الاتصال والعلاقات التي توجد بين عملية تصميم الخدمة، هيكل الخدمة، استهلاك الخدمة وتقييم الخدمة، وكل تغيير قد يطرأ على عملية من هذه العمليات يكون له أثر مباشر على العمليات الأخرى، فالتغيرات على مستوى هيكل الخدمة الصحية تؤثر على أنماط سلوك الزبون (المريض) من خلال تفاعله ضمن لقاء الخدمة، وبالتالي على عملية تقييمه للخدمة الصحية، وتتمثل مهمة المؤسسة الصحية في البحث عن طرق لتعزيز تقديم قيمة للزبون (المريض) بالتركيز على كيفية التنسيق بين كل عنصر من عناصر دائرة الخدمة، فكل عنصر منها يعمل على تقديم قيمة للزبون،² والشكل رقم (02) يبرز عناصر دورة الخدمة الصحية.

¹ عبد المهدي بواعنة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص90.

² أنقوس لينغ وآخرون، ترجمة صلاح محمود ذياب، عابد المعلا، إدارة وتسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص217.

الشكل رقم (02): دورة الخدمة الصحية



المصدر: أنقوس لينغ وآخرون، ترجمة صلاح محمود ذياب، عابد المعلا، إدارة وتسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 217.

يتمثل دور المتخصصون في دور الهيئة الطبية والتمريضية والفنية من تشخيص للحالات، وضع خطط المعالجة، عمليات التقييم إضافة للأبحاث والدراسات الطبية لتطوير الخدمات المقدمة، ويتمحور دور واضعو السياسات في دور الحكومة التنظيمي من خلال التشريعات والقوانين والسياسات الصحية لتحسين عمليات تقديم الخدمة، بينما دور المؤسسة الصحية ممثلة بمختلف إدارتها كإدارة الأفراد، الإدارة المالية، الخدمات الفندقية ونظام المعلومات،¹ كلها أدوار تتركز حول الزبون (المريض) في سبيل تلبية حاجاته وإرضائه من خلال مشاركة الأخصائيين إضافة لواجبي السياسات الصحية بالبلد والمؤسسة الصحية في هيكله الخدمات الصحية، وتصميمها حسب حاجات الزبون (المريض) والعمل على تقديمها له من خلال علاقات وتنسيق بين مختلف هؤلاء الأطراف مع التركيز على الزبون (المريض) كمحور ونقطة البداية في دورة الخدمة الصحية من أجل خلق قيمة له.

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص 98.

المبحث الثاني: تحقيق الجودة في المؤسسات الصحية

تعد الجودة في المؤسسات الصحية من مجالات البحث المهمة سواء بالنسبة للممارسين أو الباحثين، ونظرا لخصوصية خدماتها وارتباطها بحياة الأفراد ظهرت الحاجة إلى أهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، ومع ظهور مشاكل الجودة فيها برزت الحاجة لأساليب الرقابة وتحليل أسباب هذه المشاكل.

المطلب الأول: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

1. مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية:

تعود نشأة إدارة الجودة الشاملة إلى بدايات القرن الماضي في الولايات الأمريكية المتحدة تزامنا مع دراسات الزمن والحركة التي نادى بها تايلور (1911)، إلا أنها ازدهرت في اليابان بعد نهاية الحرب العالمية الثانية، حيث انهار اقتصادها، وقد استقبلت حينها عدد من الباحثين والمفكرين منهم جوران وديمغ اللذان دعا اليابان لتبني مفهوم إدارة الجودة الشاملة،¹ وقد لقي هذا المفهوم اهتماما متزايدا في السنوات الأخيرة من القرن العشرين وبداية القرن الواحد والعشرين من قبل المؤسسات الساعية نحو التميز وتحقيق رضا الزبون بما فيها المؤسسات الصحية، فقد أثبتت الدراسات أنّ أغلب مشاكل الجودة التي تواجهها المؤسسات الصحية هي نتيجة للنظم بشكل عام وليس لأخطاء مقدمي الخدمات الصحية من إداريين وأطباء وممرضين،² وعليه تظهر أهمية إدارة الجودة الشاملة كأسلوب إداري حديث للمؤسسات الصحية للاستفادة من مختلف الموارد.

- **تعريف إدارة الجودة الشاملة:** لا يمكن تقديم تعريف محدد لإدارة الجودة الشاملة، فمختلف التعاريف المتداولة هي آراء وتصورات الباحثين والكتاب كل من وجهة نظره في الموضوع، ومن بين التعريفات نذكر: تعرف إدارة الجودة الشاملة أنها جميع أنشطة الإدارة التي تحدد سياسة الجودة والأهداف والمسؤوليات، وتعمل على تطبيقها بوسائل معينة كتخطيط الجودة، مراقبة الجودة، تأكيد الجودة، تحسين الجودة ضمن نظام الجودة،³ يعتبر هذا التعريف أنّ إدارة الجودة الشاملة أنشطة إدارية تخطط للجودة وتعمل على تطبيقها ضمن نظام كلي للجودة.

تم تعريف إدارة الجودة الشاملة أيضا أنها الاسهام الفعال للنظام بكافة عناصره في تحقيق الكفاءة الاستثمارية للموارد المتاحة، من مادة أولية، معدات، قوى بشرية ومعلوماتية، بحيث تسهم جميعا في السعي لتحقيق هدف المؤسسة الذي يتركز على تحقيق الإشباع الأمثل للزبون من خلال تقديم خدمات

¹ عبد الله حسين مسلم، إدارة الجودة الشاملة، معايير الإيزو، دار معتز، ط1، الأردن، 2015، ص16.

² Abdulsattar mohamed al-ali, developing a total quality management framework for healthcare organizations, proceedings of the international conference on industrial engineering and operations management, january 7-9, indonesia, 2014, p891.

³ عطا الله علي الزبون، خالد بنى حمدان، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، دار اليازوري، الأردن، 2015، ص10.

ذات جودة وسعر تتلاءم مع توقعاته،¹ ذهب هذا التعريف إلى اعتبار إدارة الجودة الشاملة نظام تسهم فيه كل موارد المؤسسة المختلفة كمدخلات له سعياً لتحقيق رضا الزبون.

تعرف إدارة الجودة أيضاً أسلوباً منهجياً يعتمد على العمل الجماعي ومشاركة العاملين في التحسين المستمر للعمليات المختلفة للمؤسسة، والاستغلال الأمثل لكل الموارد المتاحة لتحقيق رضا الزبون،² ركّز هذا التعريف على أهمية مشاركة العاملين والعمل الجماعي ضمن إدارة الجودة الشاملة لتحقيق رضا الزبون.

عرّف معهد المقاييس البريطاني إدارة الجودة الشاملة أنها فلسفة إدارية تشمل كافة نشاطات المؤسسة التي يتم من خلالها تحقيق حاجات وتوقعات الزبون، إضافة إلى أهداف المؤسسة بأقل تكلفة عن طريق الاستخدام الأمثل لطاقت جميع العاملين بدافع مستمر للتطوير،³ أضاف هذا التعريف سعي المؤسسة ضمن إطار إدارة الجودة الشاملة لتحقيق الجودة ورضا الزبون بأقل تكلفة.

تعرف إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية أنها تعظيم رضا المرضى مع الأخذ بالاعتبار الأرباح والخسائر التي يمكن أن تواجهها المؤسسة الصحية، ركّز هذا التعريف على رضا المريض كأساس لإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، ليتم تطويره فيما بعد لتعرف أنها استراتيجية شاملة للتغيير التنظيمي وتمكين العاملين تعلم واستخدام أساليب الجودة بهدف تقليل التكاليف وتلبية حاجات الزبائن (المرضى) وغيرهم،⁴ فقد أضاف هذا التعريف حاجات الزبائن الآخرين من غير المرضى، الذين يقصد بهم مرافقيهم، إضافة إلى الزبائن الداخليين للمؤسسة الصحية.

في نفس السياق قدّم التعريف الذي اعتبر إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لتعزيز رضا التبادل بين طرفي التبادل.⁵

بناء على ما سبق يمكن القول إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية أسلوب ووفي نفس الوقت منهج عمل، يتضمن الأنشطة التي تعمل ضمن نظام متكامل لاستغلال موارد المؤسسة المختلفة وأهمها العنصر البشري لتخطيط وتنفيذ والرقابة على الجودة والسعي للتحسين المستمر بهدف تحقيق رضا الزبون (المريض).

¹ محمد عبد الفتاح محمد، إدارة الجودة الشاملة وبناء قدرات المنظمات الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2012، ص180.

² فتحة بوحرد، إدارة الجودة الشاملة في منظمات الأعمال النظرية والتطبيق، دار المسيرة، ط1، الأردن، 2015، ص67.

³ محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة مدخل استراتيجي تطبيقي، إثناء للنشر والتوزيع، ط1، الأردن، 2010، ص29.

⁴ Balasubramanian, total quality management in the healthcare industry, science journal of public health, 4(4), 2016 , p272.

⁵ Abdulsattar mohamed al-ali, developing a total quality management framework for healthcare organizations, op cit, p890.

- مبادئ إدارة الجودة الشاملة: تقوم إدارة الجودة الشاملة على مجموعة من المبادئ هي:¹
 - التشجيع على العمل الجماعي وإزالة العوائق التي تفرق بين الإدارات وجعل العاملين يتعاونون بدلا من المنافسة؛
 - التخلص من الأخطاء كليا وعدم الاعتماد على الفحوصات والاختبارات لكشف الأخطاء؛
 - بناء علاقات طويلة الأمد مع العاملين، الشركاء والزبائن قائمة على المصلحة المتبادلة؛
 - تدريب العاملين والمدبرين للمشاركة الكاملة في عملية تحسين الجودة؛
 - التركيز على حاجات وتوقعات الزبائن الداخليين والخارجيين.

2. المشاكل التي تواجه تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية: توصلت عدد من الدراسات الميدانية إلى وجود عدد من المشاكل التي تعيق تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية تتمثل في:²

- الاختلاف والمشاكل بين الأطباء والمدبرين وعدم وجود رؤية مشتركة بين الطرفين؛
- الارتفاع الحاد لتكلفة الخدمات الصحية؛
- عدم وجود دعم واضح من قبل الإدارة العليا؛
- عدم وجود نظام معلومات بالمؤسسة الصحية، مما يعيق نشر المعلومات واستخدامها؛
- الجهل بشروط وقضايا الجودة من قبل المدبرين والأطباء الناتج عن نقص التثقيف المناسب لهم بشأن قضايا إدارة الجودة الشاملة؛
- نقص العاملين أو عدم كفايتهم في المؤسسات الصحية مما يخلق مشاكل في تقديم الخدمات الصحية؛
- عدم وجود الانسجام والتناغم سواء بين أعضاء فريق العمل أو بين فرق العمل مع بعضها؛
- عدم وجود نظام فعال للاتصالات والتغذية العكسية في المؤسسة الصحية؛
- الأسلوب التقليدي في الإدارة الذي يظهر في المؤسسات الصحية العمومية، إضافة إلى طبيعة العلاقة فيها بين الأطباء والإدارة العليا، حيث يتميز القطاع العام بمرونة أقل في تخصيص الموارد وإدارة الموارد البشرية.

¹ اعتمادا على:

- عبد الله حسين مسلم، إدارة الجودة الشاملة، معايير الإيزو، مرجع سبق ذكره، ص20.
- محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة منخل استراتيجي تطبيقي، مرجع سبق ذكره، ص38.

² اعتمادا على:

- سوسن شاكر مجيد، محمد عياد الزبيدات، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات في الصناعة والتعليم، دار صفاء، ط1، الأردن، 2008، ص53.
- Balasubramanian, total quality management in the healthcare industry, op cit, p892.
- Prabha ramseook et al, total quality management adoption in a public hospital, global journal of business research, volume 5, nu3, 2011, p68.

المطلب الثاني: مفهوم جودة الخدمة الصحية

1. تعريف جودة الخدمات الصحية: يعتبر تعريف جودة الخدمات الصحية من المفاهيم التي اختلفت حولها وجهات نظر الباحثين والممارسين، فكل يراها من منظور خاص به، ومن أبرز تعريفات جودة الخدمة الصحية نذكر:

تعتبر منظمة الصحة العالمية جودة الخدمة الصحية مفهوم متعدد الأبعاد، حيث اعتبرتها تطبيق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة، أي تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية والوقائية للزبون (المريض) بشكل متجانس بما يضمن أفضل النتائج الصحية وفقا للوضع الحالي لعلم الطب بأقل تكلفة،¹ دون زيادة التعرض للمخاطر، فمستوى الجودة يتحدد بمدى الموازنة بين المخاطر والفوائد التي يحصل عليها الزبون (المريض) نتيجة الاستفادة من الخدمات الصحية،² وعليه فمنظمة الصحة العالمية ركزت على الجانب الفني الطبي لجودة الخدمات الصحية، مع مراعاة آثاره على الزبون (المريض).

كما عرفت جودة الخدمات الصحية أيضا أنها عملية تقديم الخدمات الصحية للشخص المناسب في الوقت المناسب من المرة الأولى،³ بينما هناك من اعتبر أنّ الجودة في الخدمات الصحية تتعلق بالفاعلية والأمان اللذان يوفران للزبون (المريض) خبرة إيجابية، وترتبط هذه الفاعلية بثلاثة عناصر أساسية تتمثل في:⁴

- سلامة الزبون (المريض): وهي متعلقة بآثار الخدمات الصحية ونتائجها على صحة الزبون (المريض) كمضاعفات العلاج والأدوية، السلامة من العدوى داخل المؤسسة الصحية، ويتحقق ذلك من خلال توفير بيئة عمل نظيفة وآمنة؛
- الفاعلية الطبية: وهي متعلقة بالجانب الفني (الطبي) للخدمات الصحية لتحقيق أفضل النتائج، وتحقيق ذلك يتطلب تقييما مستمرا لمستوى الخدمات الصحية المقدمة، سواء باستخدام مقاييس النتائج كنسبة الوفيات خلال فترة معينة، أو المقاييس المعتمدة على رأي الزبون (المريض)؛
- خبرة الزبون (المريض): هو جانب من الخدمات الصحية المتعلقة بمستوى معاملة الزبون (المريض) المتمثل في الإحترام، سرعة التعامل، السرية... مما قد يدفعه بأن يوصي بالمؤسسة الصحية للآخرين.

¹ عادل محمد عبد الله، إدارة جودة الخدمات، دار الوراق، ط1، الأردن، 2016، ص96.

² نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص168.

³ Caitlin morris, measuring health care quality , consuler le : 23/04/2018, http://familiesusa.org/sites/default/files/product_documents/HSI%20Quality%20Measurement_Brief_final_w eb.pdf , p3.

⁴ نيل غوبن جو غلواي، ترجمة شاكر بن أحمد صالح، القيادة والإدارة في المنظمات الصحية، دار الفكر، ط1، الأردن، 2017، ص126.

في حين هناك من فصل في مفهوم جودة الخدمة الصحية وفرّق بين الجانب التقني الفني (الطبي) الذي يصعب قياسه وتقييمه، والجانب الوظيفي الذي يعد تقييمه ممكناً إلى حد ما،¹ وعليه جودة الخدمة الصحية تتكون من عنصرين مهمين هما جودة الرعاية الفنية، وجودة فن الرعاية، إضافة إلى أهمية البيئة المادية المتمثلة في مكان تقديم الخدمة الصحية كعنصر مهم من عناصر جودتها:²

- **جودة الرعاية الفنية:** ترتبط بمختلف المعارف والمهارات التي تساهم في تقديم العلاج للزبائن (المرضى) من أطباء، ممرضين، فنيي الأشعة والتحليل وغيرهم، مع أهمية سلامة الزبون (المريض) من أي خطر نتيجة لحصوله على هذه الخدمات (الآثار الجانبية أو العدوى)؛

- **جودة فن الرعاية:** وهي متعلقة بالعلاقات الانسانية بين مقدمي الخدمات الصحية (الطاقم العلاجي) والزبون (المريض) عند تفاعلهم معه، وحتى من خلال تفاعلهم مع مرافقيه، فهي تشير إلى مدى الاستجابة لحاجات الزبون (المريض) وتوقعاته، المعاملة الحسنة، العدالة في الحصول على الخدمة الصحية وسهولة ذلك؛

- **المكونات البيئية والهيكلية:** حيث تعد ذات أهمية كبيرة في تحديد مستوى جودة الخدمة الصحية وتتضمن جاذبية المؤسسة الصحية، مظهرها الخارجي، خصائصها الهيكلية والتنظيمية، النظافة، التغذية... من وجهة نظر اجتماعية، تعبر جودة الخدمة الصحية عن مسؤولية المؤسسة الصحية كمنتج للخدمة تجاه حقوق الزبائن (المرضى)، وتحقيق التزاماتها تجاههم ورعايتهم والحفاظ على سلامتهم.³

ومن منظور تسويقي يركز على الزبون، تم تعريف جودة الخدمات الصحية أنها التجاوب المستمر من قبل مقدمي الخدمات الصحية مع حاجات ورغبات الزبون (المريض)،⁴ أو هي تلك المستوى من الخدمة التي يراها الزبون (المريض) في الخدمة الصحية المقدمة له من خلال مقارنته بين ما حصل عليه وبين ما كان يتوقع الحصول عليه.⁵

2. **جوانب جودة الخدمة الصحية:** تم تحديد ثلاث جوانب للجودة تتمثل في:⁶

¹ بالمر أدريان، ترجمة بهاء شاهين وآخرون، مبادئ تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص537.

² بالاعتماد على:

- فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص388.

- نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص:168،169.

³ يوسف بوكرون، أثر التسيير على جودة الخدمة الصحية بالمؤسسات الاستشفائية الجزائرية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر3، 2017/2016، ص55.

⁴ هيو كوش، ترجمة طلال بن عايد الأحمد، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، المكتبة الوطنية، المملكة العربية السعودية، 2002، ص18.

⁵ آلاء نبيل عبد الرزاق، استخدام تقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية، حالة دراسية في عينة من مستشفيات مدينة بغداد، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد90، 2011، ص288.

⁶ محمد عاصي العجيلي، نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية، دار اليازوري، الأردن، 2009، ص72.

- جودة التصميم: وتعني قدرة المؤسسة الصحية على تصميم خدماتها وفق مواصفات معينة على أساس اهتمامات وحاجات الزبائن (المرضى)؛
 - جودة المطابقة: مدى مطابقة الخدمات المقدمة مع التصميم المحدد حسب حاجات الزبائن (المرضى)؛
 - جودة الأداء: وتعني مدى قدرة الخدمة المقدمة على تحقيق الهدف الذي صممت من أجله، أي مدى قدرة الخدمة الصحية المقدمة للزبون (المريض) على تحقيق الفائدة له من نواحي متعددة، مثل الوقت والأمن...
3. أهمية الجودة في الخدمات الصحية: تظهر أهمية جودة الخدمة الصحية بالنسبة للزبون (المريض) من خلال السعي لتعظيم وإبراز فوائد الجودة بالنسبة له:
- التركيز على حاجات الزبائن (المرضى) وتحقيق متطلباتهم؛
 - الفحص المستمر لجميع عمليات تقديم الخدمات؛
 - التحقق من حاجة المشاريع للتحسين المستمر وتطوير مقاييس الأداء.
4. أهداف جودة الخدمة الصحية: سعي المؤسسات الصحية إلى تحقيق الجودة في خدماتها المقدمة من شأنه أن يحقق الأهداف التالية:¹
- ضمان الصحة النفسية والبدنية للزبائن (المرضى)؛
 - تقديم خدمات صحية ذات جودة من شأنه تحقيق رضا الزبون (المريض) وكسب ولائه ومن ثم الاستفادة منه للتعريف بالمؤسسة الصحية (من الفم إلى الأذن)؛
 - الاهتمام بقياس وتقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الزبون (المريض) وسيلة مهمة للتخطيط للخدمات الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها؛
 - تطوير قنوات اتصال بين مقدمي الخدمات الصحية والزبائن (المرضى)؛
 - تمكين المؤسسات الصحية من الاستمرار والنمو.
5. مستويات الخدمة الصحية: يمكن تصنيف مستويات الخدمة إلى أربع مستويات، تتمثل في:²
- الخدمة الرديئة: هي تلك الخدمة التي تتحقق عندما يتدنى الأداء الفعلي للخدمة الصحية عن مستويات التوقعات بالنسبة لها؛

¹ عادل محمد عبد الله، إدارة جودة الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص101.

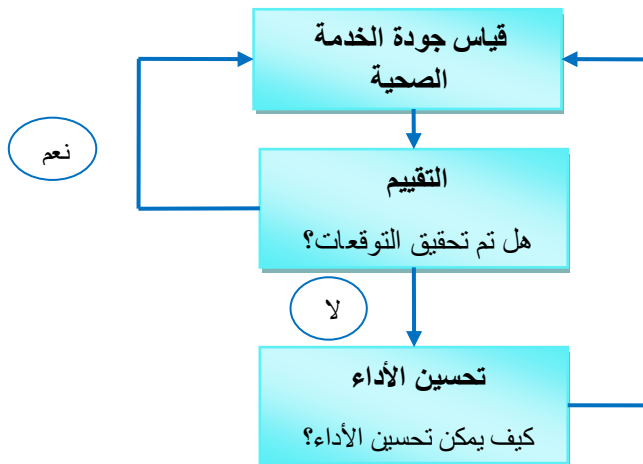
² محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة مدخل استراتيجي تطبيقي، مرجع سبق ذكره، ص ص: 71، 72.

- الخدمة العادية: هي تلك الخدمة حيث يتساوى إدراك الزبون (المريض) لأداء الخدمة مع توقعاته المسبقة عنها، وهي خدمة تتميز بإجراءات بطيئة، ووجود سلوكيات ومواقف غير مناسبة للزبون (المريض)، وهناك من يطلق عليها الخدمة التي تفي بالعرض؛
 - الخدمة المتميزة: تتمثل في خدمات صحية تتجاوز بها المؤسسة الصحية توقعات الزبون (المريض)، وتجعلها البديل الأفضل لديه، فهو يشعر أنها أعدت خصيصاً من أجله (على طلبه) وأن قيمتها تفوق سعرها؛
 - الخدمة الفريدة أو فائقة التميز: وهي خدمات صحية يعجز المنافسون عن مجاراتها، تتمتع بسميزات فريدة كسرعة التسليم ودقته والاعتمادية العالية.
- نظراً لحساسية قطاع الصحة وارتباط نشاط المؤسسات الصحية بصحة الزبائن (المرضى) وحياتهم، يعد من غير المقبول المستويات الرديئة للخدمة، ورغم إيفاء الخدمة العادية للعرض منها إلا أنها غير كافية، لذا لا بد للمؤسسات العمل على خدمة متميزة أو فريدة تحقق رضا الزبون (المريض) وتشبع حاجاته وتتوافق مع توقعاته في ذات الوقت.

المطلب الثالث: قياس جودة الخدمة الصحية

تعد عملية قياس جودة الخدمات الصحية من الأمور المهمة بالنسبة للمؤسسة الصحية لمعرفة مستوى أدائها، حيث أنها تهدف إلى تحقيق التميز في عمليات تقديم الخدمات، إذ تشمل عملية القياس إيجاد معايير يمكن أن تشكل صفات لجودة الخدمة الصحية بالتركيز على جوانب معينة منها، والشكل رقم (03) يوضح دورة عملية قياس الجودة في المؤسسات الصحية.

الشكل رقم (03): دورة قياس وتقييم وتحسين جودة الخدمة الصحية



Source : Patrice spath, introduction to healthcare quality management, aupha press, USA, 2009, p65.

ف عند قياس جودة الخدمة الصحية يتم الاعتماد على نتائج عمليات تقديم الخدمة، سواء الاعتماد على الحالة الصحية للزبون (المريض) أي نتيجة عمليات الخدمة على صحته، أو بالاعتماد على مدى رضاه عن الخدمة المقدمة له، وهذا الأخير الأكثر استخداما ففي الولايات المتحدة الأمريكية تستخدم المؤسسات الصحية مقياس جودة الخدمة من وجهة نظر الزبون (المريض)، وكذلك في إيطاليا بإجراء مسوحات حول رضا الزبائن (المريض)،¹ حيث يتم قياس جودة الخدمات الصحية المقدمة لتحديد مدى تحقيق ما كان متوقعا، ليتم بعدها تقييم نتائج القياس، من خلال خطوات تتمثل في عرض بيانات القياس ثم مقارنة الأداء الفعلي مع التوقعات ليتم تحديد ما إذا كانت هناك ضرورة لاتخاذ إجراءات لتحسين الأداء،² وعليه عملية قياس الجود الخدمة الصحية هي عملية مستمرة وغير منقطعة في إطار عمليات التحسين المستمر.

1. مداخل قياس جودة الخدمة الصحية:

قدم Gronroos ثلاث مداخل لقياس جودة الخدمة وقد أقر Donabedian بإمكانية

استخدامها في مجال الخدمات الصحية، تتمثل هذه المداخل في:

- **المدخل الهيكلي:** يركز هذا المدخل على دور مكونات الخدمة الصحية مثل مدى توفر التخصصات الطبية بالمؤسسة الصحية، توفر الأطباء (مقدمي الخدمات) ومدى توفر الأدوات اللازمة حسب عدد الزبائن (المريض)،³ أي يتم قياس جودة الخدمة حسب هذا المدخل اعتمادا على الموارد المتاحة المادية والتنظيمية لتقديم الخدمة في المؤسسة الصحية، وعليه يعد هذا المقياس غير مباشر للأداء فقد تكون البيئة المادية ومختلف عناصرها متوفرة في المؤسسة، لكن هذا لا يعني أنها تقدم خدمات ذات جودة؛⁴
- **مدخل العمليات:** ويعني قياس مدى القدرة على تحويل المدخلات إلى مخرجات، ومدى قدرة المؤسسة الصحية على تنظيمها وتسلسلها والوقت اللازم لأدائها،⁵ فهو مدخل مرتبط بإجراءات تقديم الخدمة الصحية ومدى قيام مقدمو الخدمات بذلك وفق ما يرضي الزبون (المريض)، لكن يعد هذا المقياس غير

¹ Tommaso grillo ruggieri et al, patient satisfaction, patient leaving hospital against medical advice and mortality in italian university hospitals, BMC health services research, vol18, no1, 2018, p02.

² Patrice spath, introduction to healthcare quality management, op cit, p66.

³ عطا الله علي الزبون، خالد بني حمدان، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، مرجع سبق ذكره، ص242.

⁴ Patrice spath, introduction to healthcare quality management, op cit, p36.

⁵ عطا الله علي الزبون، خالد بني حمدان، مرجع سبق ذكره، ص242.

كافيا لقياس جودة الخدمة الصحية فأداء العمليات الجيد لا يعكس جودة الخدمات الصحية بشكل عام، وإنما لا بد من عنصر آخر للقياس وهو النتيجة؛¹

- **مدخل النتيجة:** يقوم على تقييم صحة الزبائن (المرضى) نتيجة للخدمات الصحية التي تلقوها ومختلف تأثيراتها سواء كانت مقصودة أو غير مقصودة، كعدد الوفيات مثلا،² فهو يقيس نتائج تقديم الخدمة الصحية بعد تأثير كل من الهيكل والعمليات، ومن مقاييس النتائج الشائعة الاستخدام نجد:³

■ مقياس رضا الزبون (المريض)، فهو مؤشر عن مدى تلبية المؤسسة الصحية لتوقعات الزبائن (المرضى)؛

■ قياس الحالة الصحية للزبائن (المرضى) أي مدى نجاح العلاج، معدل الوفيات بالمؤسسة الصحية، متوسط مدة الإقامة في المؤسسة الصحية وغيرها؛

■ مقياس القيمة: يعد أحد المقاييس الحديثة بحيث بما أن العلاقة بين المنفعة والتضحية هي التي تحدد القيمة، فكلما زادت المنافع من الخدمة زادت القيمة المدركة للزبون (المريض)، فمن مصلحة المؤسسة الصحية تعظيم المنافع بالشكل الذي يؤدي إلى تقليل التكاليف المدركة للزبون (المريض).⁴

وقد تم انتقاد مدخل النتيجة لقياس جودة الخدمة الصحية نظرا للآثار التي يمكن أن تسبب فيها بعض العوامل الاجتماعية على نتيجة الخدمات الصحية المقدمة وبالتالي على جودتها،⁵ وبالتالي لا بد من الأخذ بالاعتبار بالاعتبار هذه العوامل أثناء القيام بعملية القياس كمتغيرات وسيطة، والجدول رقم (01) يوضح مجالات قياس جودة الخدمات الصحية ومصادر البيانات .

¹ Patrice spath, op cit, p37.

² Caitlin morris, measuring healthcare quality , op cit, p6.

³ Patrice spath, op cit, p37.

⁴ بن نافلة قدور، مزريق عاشور، إدارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية في المستشفيات، مداخلة ضمن الملتقى الوطني الأول حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر: بين اشكاليات التسيير ورهانات التمويل، جامعة قالم، 11/10/2018، ص14.

⁵ Caitlin morris, measuring healthcare quality , op cit, p6.

الجدول رقم (01): مداخل قياس جودة الخدمة الصحية

مدخل القياس	مجالات القياس	مصادر البيانات
الهيكل	- البنية التحتية للمؤسسة الصحية	- السجلات التنظيمية
	- مقدمو الخدمات	- الاستطلاعات بالمؤسسة
	- الأدوية	- حسابات الصحة
	- الإدارة	
العمليات	- الجودة الفنية (الرعاية الفنية)	- السجلات الطبية
	- تجربة الزبون (المريض)	- الملاحظة المباشرة
		- استطلاع رأي الزبائن (المريض)
النتيجة	- رضا الزبون (المريض)	- متابعة حالة المريض الصحية
	- النتائج الصحية	- الاستطلاعات
		- الاحصاءات على مستوى المؤسسة الصحية

المصدر: معد اعتماد على:

- Yako akachi, margaret E kruk, quality of care measuring a neglected driver of improved health', Bulletin of the World Health Organization, http://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.16.180190.pdf , 03/04/2018, p16.

- مقياس تجربة الزبون (المريض): يوفر هذا المقياس تغذية مرتدة عن تجربة الزبون (المريض) المستفيد من الخدمات الصحية، وهو يمس عدد من جوانب الخدمة الصحية بدءاً بسهولة الحصول عليها، المعلومات التي يقدمها الأطباء، سرعة الحصول على الخدمة، فقد أثبتت الدراسات وجود علاقة بين التجارب الإيجابية للزبائن (المريض) ومدى مساهمتهم والتزامهم بخطط العلاج ودرجة تقبلهم للمشورة الطبية.¹ إذ يعد رأي الزبون (المريض) من أهم ما يتم الاعتماد عليه لقياس جودة الخدمة الصحية، لكن تشكك المعتقدات المهنية الطبية في قدرة الزبائن (المريض) على ذلك خاصة تقييم الجودة الفنية، لذلك اعتبرته بعض الدراسات مقياساً غير ملائماً نظراً لتوصلها لنتائج مختلفة بين آراء الأطباء كمتخصص والزبائن (المريض)، وقد دافع أنصار مقياس رضا الزبون (المريض) عليه نظراً لحاجة مقدمي الخدمات لإدراك الاختلاف بين تقييمهم للجودة وتقييم الزبائن (المريض)، كما أرجعوا التباين في تقييم جودة

¹ Caitlin morris, measuring health care quality , op cit, p7.

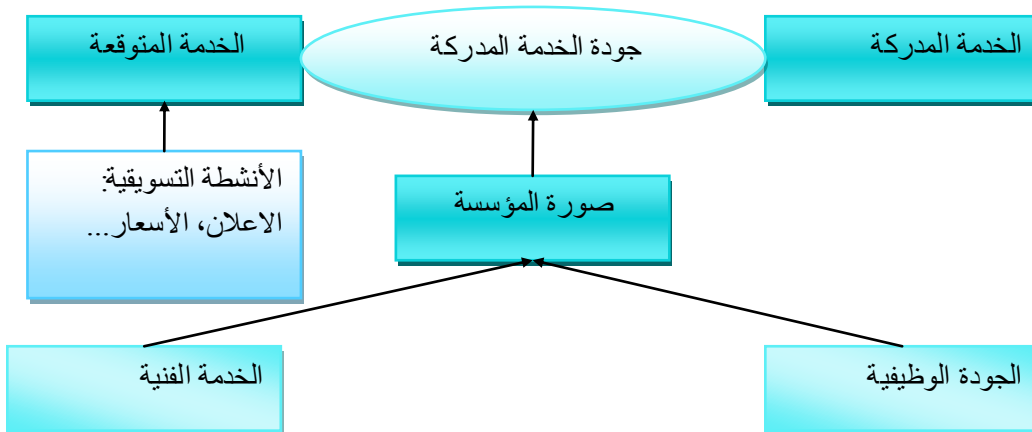
الخدمة الصحية يعكس خصائص الزبائن (المرضى) وبالتالي كيفية استقبالهم لمستوى مختلف من الجودة بدلا من أنه يعكس اختلافا في جودة الخدمة ذاتها.¹

2. نماذج قياس جودة الخدمة الصحية: قدم الباحثون عدد من نماذج لقياس جودة الخدمة بما فيها الخدمات الصحية، بتقديم عدد من الأبعاد الواجب توفرها، ومن أكثرها شهرة واستخداما ما يلي:

- نموذج **Gronroos (1984)**: اعتبر الباحثان Lehitnen, Lehitnen (1982) أنّ جودة الخدمة تكون من خلال ثلاثة أبعاد مهمة تتمثل في الجودة المادية والتي تتعلق بالبيئة المحيطة أثناء تقديم الخدمة، جودة المؤسسة (صورة المؤسسة) وتعلق بصورة المؤسسة الخدمية لدى الزبائن، الجودة التفاعلية والتي تمثل مختلف تفاعلات مقدمو الخدمة مع الزبون وهي نتاج عمليات تقديم الخدمة.²

ليُقدم فيما بعد Gronroos (1984) النموذج الأول لجودة الخدمة، فقد اعتبر أنّ نجاح المؤسسة يكون من خلال فهم إدراكات الزبائن عن الخدمة المقدمة، فجودة الخدمة تعني مطابقة الجودة المدركة مع الجودة المتوقعة، وضرورة الحفاظ على صغر المسافة بينهما قدر الإمكان، وقد اقترح ثلاث أبعاد لجودة الخدمة، وهي: النتيجة، العمليات وصورة المؤسسة،³ يمكن استخدام هذا النموذج لقياس جودة الخدمة الصحية لأهمية توقعات وإدراكات الزبون (المريض) حول جودة الخدمة، والشكل رقم (04) يبرز نموذج Gronroos في مجال الخدمة الصحية.

الشكل رقم (04): نموذج Gronroos لجودة الخدمة



Source : Ali ramazani et al, service quality measurements, op cit, p271.

¹ أنغوس لانغ وآخرون، ترجمة صلاح محمد ذياب، عايد المعلا، إدارة وتسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص179.

² Parasuraman et al, a conceptual model of service quality and its implications for future research, journal of marketing, vol49, 1985, p43.

³ Ali ramazani et al, service quality measurements, international journal of acadimic reseach in business and social sciences, vol5, no2, 2015, p271.

وإذا ما تم الاعتماد على هذا النموذج لقياس جودة الخدمة الصحية فإنه يتم استخدام الأبعاد الثلاثة التي اقترحها Gronroos حيث يتم قياس جودة الخدمة من خلال المقارنة بين الخدمة الصحية المدركة والخدمة المتوقعة من طرف الزبون (المريض)، تتمثل هذه الأبعاد في:¹

- **الجودة الوظيفية:** تشير إلى الكيفية التي تتم بها عملية تقديم الخدمة الصحية، وهي أكثر أهمية بالنسبة للزبون (المريض)، ولها تأثير كبير على إدراكاته لجودة الخدمة الصحية؛
 - **الجودة الفنية:** تشير إلى الجوانب التقنية لتقديم الخدمة الصحية وهي تعني مدى المطابقة للمواصفات والمعايير المهنية؛
 - **صورة المؤسسة الصحية:** تعبر عن كيفية رؤية الزبون (المريض) للمؤسسة الصحية وخدماتها فهي مبنية على الجودة الوظيفية والجودة الفنية للخدمات الصحية.
- إضافة إلى الأنشطة التسويقية للمؤسسة الصحية التي تعد هي الأخرى عوامل يمكن أن تؤثر على الخدمة المتوقعة، فالإعلانات، تسعيرات المؤسسة الصحية، العلاقات العامة... كلها أنشطة تسويقية تؤثر على توقعات الزبون (المريض) وبالتالي على الجودة المدركة للخدمة الصحية.

- **نموذج الفجوة SERVQUAL:** بناء على ما جاء به Gronroos في نموذج جودة الخدمة قدم Parasuraman وآخرون سنة 1985 نموذج الفجوة لقياس جودة الخدمة، واعتبروا جودة الخدمة فجوة بين توقعات الزبون وإدراكاته لها،² وقد اعتُبر صالحاً للاستخدام على عدد من الخدمات بما فيها الخدمات الصحية،³ فقد قام (Taylor, cronin) سنة 1994 بتجريبه لقياس جودة الخدمات الصحية، وقد أثبت نجاحه في ذلك، رغم وجود بعض المشككين في تطبيقه في القطاع الصحي الذين دعوا إلى ضرورة إسقاط بعض الأبعاد غير الملائمة وإدراج أبعاد تخص الخدمات الصحية، أي العمل على تكييف نموذج الفجوة،⁴ الذي يقوم على خمسة فجوات تتمثل في:⁵
- الفجوة الأولى (فجوة المعلومات): ناتجة عن الاختلاف بين ما يتوقعه الإدارة العليا عما يتوقعه الزبائن؛

¹ Emel kursunleuglu yarimoglu, a riview on dimensions of service quality models, journal of marketing management, vol2, no2, 2014, p82.

² Balasubramnian, total quality management in health care industry, op cit, p273.

³ Faisal talib et al, service quality in healthcare establishments, behavioural and health care research, vol5, no1, 2015, p13.

⁴ Aditi naidu, factors offecting patient satisfaction and health care quality, international journal of healthcare, vol22, no4, 2009, p373.

⁵ عطا الله علي الزبون، خالد بن حمدان، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، مرجع سبق ذكره، ص228.

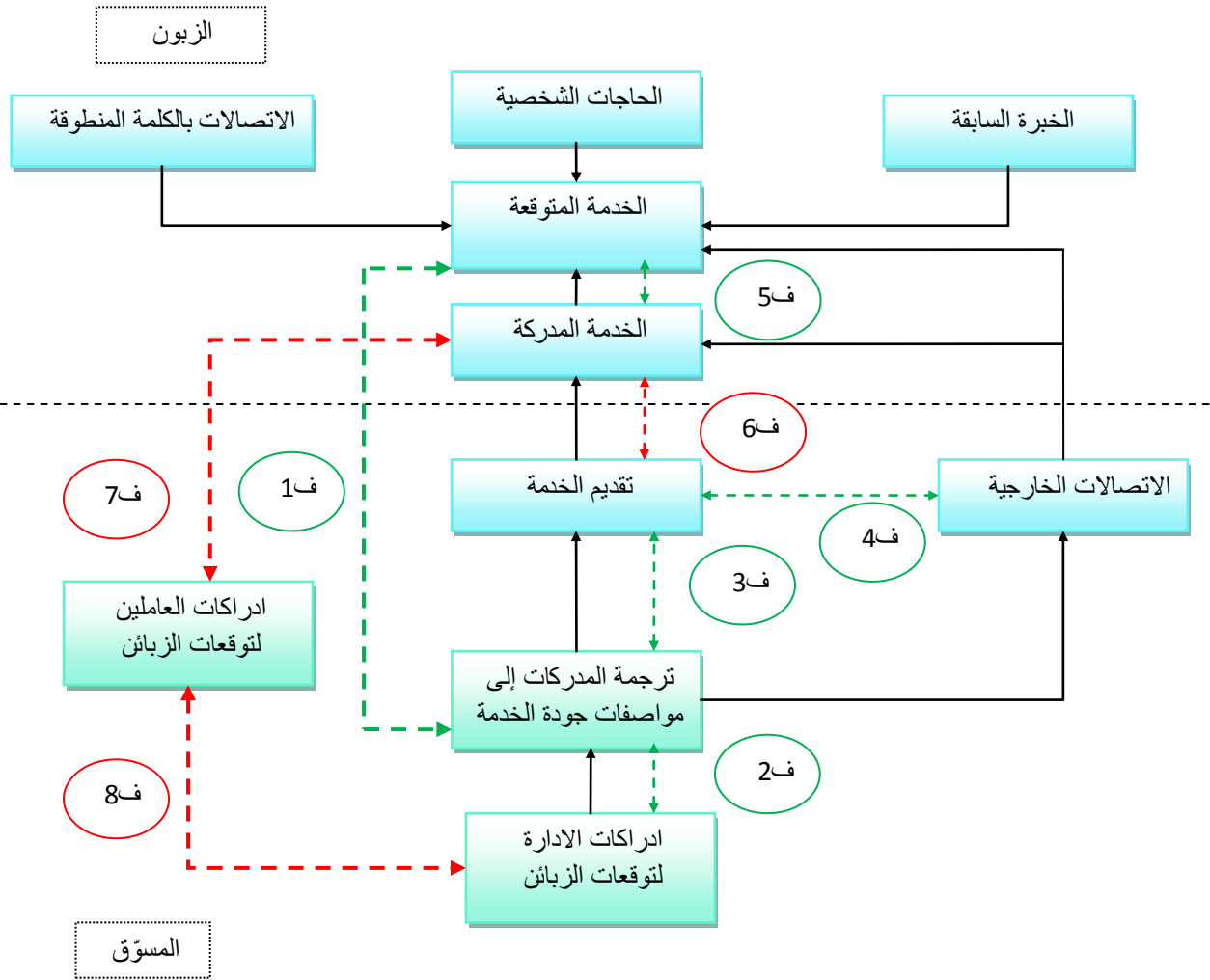
- الفجوة الثانية (فجوة السياسات): ناتجة عن الاختلاف بين المعايير المقدمة من قبل الإدارة العليا للمؤسسة وبما يتوقعه الزبون من مستويات في الخدمة، مما يوجد فجوة فهم بين ما هو مطلوب من الزبون وما هو مقدم من الإدارة؛
- الفجوة الثالثة (فجوة التسليم): وهي الفجوة بين الخدمة الصحية المعيارية حسب المواصفات الموضوعية وتقديمها، فقد يكون مقدم الخدمة غير مدرب أو غير راغب أو غير قادر على تقديمها وفق المواصفات الموضوعية؛
- الفجوة الرابعة (فجوة الاتصالات): تتمثل في الفرق بين ما تهدف إليه المؤسسة من خلال رسائلها الإعلانية وبين فهم الزبون لها، ويرجع ذلك إلى التشويه في أجزاء الرسالة أو طرق نقلها أو فهمها من قبل الزبائن؛
- الفجوة الخامسة: الفجوة والاختلاف بين الخدمة المدركة والخدمة المتوقعة، وهي تظهر نتيجة لوحدة أو عدد من الفجوات السابقة.¹
تمت إضافة ثلاث فجوات بعد تعديل النموذج وهي:
- الفجوة السادسة (فجوة التصورات): فجوة بين الخدمة المدركة والخدمة المقدمة للزبون.²
كما قام كل من (Luk, layton) بتعديل نموذج الفجوة بإضافة فجوتين للنموذج التقليدي سنة 2002، فقد اعتبرا أنّ العاملين يشاركون بشكل منفصل عن المديرين في قياس جودة الخدمة ونتيجة لذلك فهما يضيفان إدراكات العاملين لتوقعات الزبائن، ووجدت بذلك فجوتين، الفجوة السابعة بين إدراكات الزبائن وتوقعات العاملين بشأن إدراكات الزبائن، والفجوة الثامنة بين ادراكات العاملين لتوقعات الزبائن وإدراكات الإدارة لتوقعات الزبائن،³ والشكل رقم (05): يمثل نموذج الفجوة المعدل بإضافة الفجوات السادسة السابعة والثامنة.

¹ عبد الله حسن مسلم، إدارة الجودة الشاملة معايير الإيزو، مرجع سبق ذكره، ص227.

² Emel kursunleuglu yarimoglu, a riview on dimensions of service quality models, op cit, p83.

³ Ali ramazani et al, service quality measurements, op cit, p274.

الشكل رقم (05): نموذج الفجوة SERVQUAL المعدل



المصدر: معد اعتمادا على:

- Parasuraman et al, a conceptual model of service quality and its implications for future research, p46.
- Ali ramazani et al, service quality measurements, op cit, p275.

فنظرا لأهمية العاملين (مقدمو الخدمات) في عمليات تقديم الخدمة في المؤسسات الصحية، يعد من الأحسن إدراج توقعاتهم واعتماد الفجوات المتعلقة بهم في قياس جودة الخدمات الصحية، فحسب Parasuraman وآخرون جودة الخدمة المدركة هي الفرق بين الخدمة المتوقعة والخدمة المدركة من طرف الزبون (المريض)، ولقياس مستواها قدموا مجموعة من الأبعاد يعتمد عليها الزبون (المريض) لتقييم الخدمة الصحية.

ولقياس مستوى جودة الخدمة حسب نموذج الفجوة يتم الاعتماد على أبعاد جودة الخدمة المحددة

وفق هذا النموذج حسب المعادلة التالية:¹

$$SQ = \sum_{j=1}^k (P_{ij} - E_{ij})$$

▪ SQ: جودة الخدمة؛

▪ K: عدد الأبعاد؛

▪ P: إدراك الفرد (i) فيما يتعلق ببعد الجودة (j)؛

▪ E: توقعات الفرد (i) فيما يتعلق ببعد الجودة (j).

حيث يتم تحديد جودة الخدمة من خلال حساب الفرق بين التوقعات والادراكات لكل بعد

من أبعاد الجودة، وقد تم انتقاد هذا النموذج لوجود دراسات واجهت توقعات عالية جدا من طرف

الزبائن في عدد من أنواع الخدمات.²

- نموذج الاتجاه **SERVPERF***: أو ما يعرف بنموذج الأداء، بعد انتقاد نموذج الفجوة

SERVQUAL واعتباره غير ملائم لبعض أنواع الخدمات، اقترح كل من Taylor و

Gronin سنة 1992 نمودجا جديدا مبني على أسس النموذج السابق، غير أنه اعتبر جودة الخدمة

مفهوما اتجاهيا مرتبطا بإدراك الزبون للأداء الفعلي للخدمة المقدمة، ويعرّف الاتجاه وفق هذا المفهوم أنه

تقييم الأداء على أساس مجموعة من الأبعاد المرتبطة بالخدمة المقدمة، وعليه فهذا النموذج رفض فكرة

الفجوة في قياس جودة الخدمة.³

تبين أنّ مقياس **SERVPERF** ملائم لعدد من الخدمات بما فيها الخدمات الصحية وأنه

أكثر دقة من المقياس السابق، في حين تم الاعتماد في عمليات القياس على نفس الأبعاد الخمسة لمقياس

الفجوة لجودة الخدمة،⁴ كما أثبتت الدراسات أنّه أفضل من **SERVQUAL** في شرح رضا الزبون

(المريض).⁵

¹ Sanjay k jain, garima gupta, measuring service quality : serviqual vs serveperf scales, vikalpa, vol29, no2, 2004, p28.

² Fogarty, G et al, Measuring Service Quality with SERVPERF, Journal of Outcome Measurement, 4 (1), 2000, p4.

* يقصد بكلمة **SERVPERF** أداء الخدمة، وهي ناتجة عن مزج كلمتي service و performance (الأداء).
³ فتحة بوحرد، إدارة الجودة الشاملة في منظمات الأعمال النظرية والتطبيق، مرجع سبق ذكره، ص290.

⁴ Ali ramazani et al, service quality measurements, op cit, p274.

⁵ Faisal talib et al, service quality in healthcare establishments, op cit, p16.

وقد تم تطبيق مقياس الاتجاه في مجال الخدمات الصحية، حيث أثبتت الدراسات أنّ الأداء أي الخدمة الصحية المدركة من طرف الزبون (المريض) هو المقياس الأنسب لقياس جودة الخدمة، بالاعتماد على نفس الأبعاد الخمسة السابقة وإسقاطها على طبيعة الخدمات الصحية.

يتم قياس جودة الخدمة وفق نموذج الاتجاه SERVPERF بعد استقصاء آراء الزبائن

حول الخدمة المدركة بالنسبة لهم، استنادا للأبعاد الخمسة لجودة الخدمة وفق المعادلة التالية:¹

$$SQ = \sum_{j=1}^k P_{ij}$$

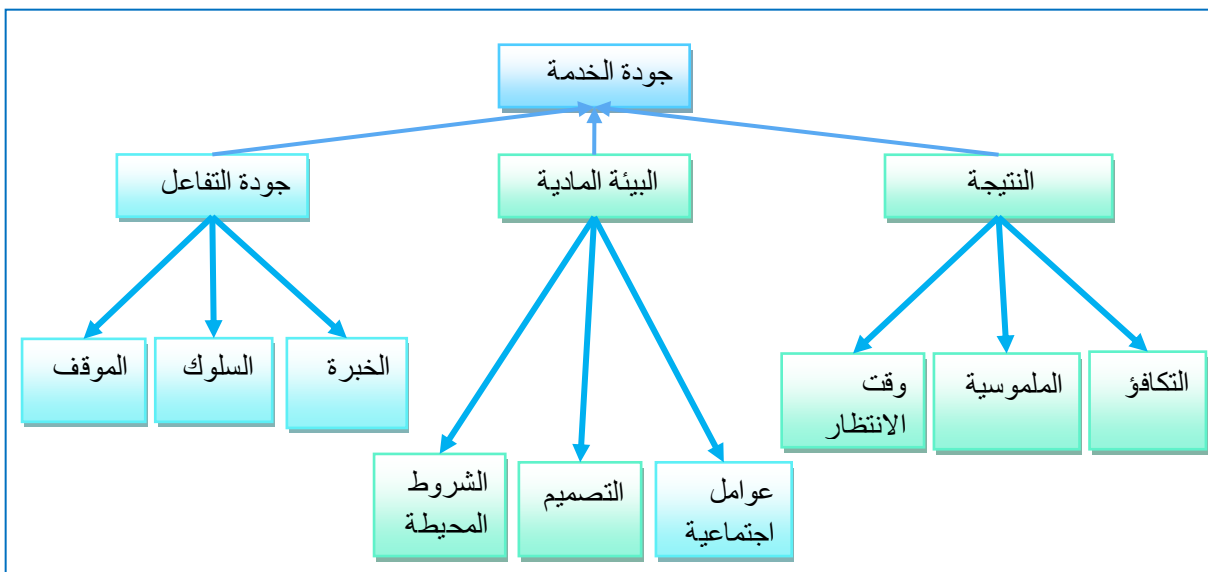
▪ SQ: جودة الخدمة؛

▪ K: عدد الأبعاد؛

▪ P: ادراكات الفرد (i) فيما يتعلق ببعد الجودة (j).

- النموذج الهرمي: على الرغم من استمرار استخدام نموذج SERVQUAL في الدراسات الميدانية لقياس جودة الخدمة، وقد أثبت صلاحيته في عدد من القطاعات الخدمية بما فيها القطاع الصحي، إلا أنّ كل من Cronin و Brady اقترحوا نموذجا هيكليا هرميا لجودة الخدمة بناء على النماذج والدراسات السابقة، وقد اعتبروا أنه لا بد من أن تكون الأبعاد أكثر وضوحا، والشكل رقم (06) يوضح النموذج الهرمي.

الشكل رقم (06): النموذج الهرمي لقياس جودة الخدمة



¹ Dyah R et al, assessing service quality : a combination of servperf and Importance performance analysis, the 3rd international conference on industrial engineering application, EDP science, indonesia, 2016, p2.

Source : Ali ramazani et al, service quality measurements, op cit, p278.

تم قياس الجودة حسب النموذج الهيكلي وفق ثلاثة أبعاد رئيسية مستمدة من أفكار Gronroos، البعد الأول متعلق بتفاعل مقدمي الخدمات مع الزبائن وهو مرتبط بالجودة الوظيفية وهو ما يعرف بفن الرعاية في مجال الخدمات الصحية، البعد الثاني متمثل في النتيجة أي الجودة الفنية وبعد ثالث متعلق بالبيئة المادية ودورها في تحديد مستوى جودة الخدمات المقدمة.

3. أبعاد جودة الخدمة الصحية:

فيما يخص أبعاد جودة الخدمات بصفة عامة، قدّم Parasuraman وآخرون اعتماداً على نموذج الفجوة SERVQUAL سنة 1985 عشرة أبعاد تتمثل في: الوصول، الاتصال، المهارة واللفظ، المصادقية، الثقة، الاستجابة، الأمان، الملموسية وفهم الزبون.¹

ليقوموا باختصارها سنة 1988 في خمسة أبعاد تتمثل في: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة

والضمان والتعاطف،² وقد رتبها Kotler حسب الأهمية بالنسبة للزبون كما يلي:

- **الإعتمادية:** وتعني مدى القدرة على أداء الخدمة الموعودة بشكل يُعتمد عليه وبدقة، فالزبون (المريض) ينتظر أن تقدم له خدمة صحية جيدة حسب الوعد الذي تلقاه وفي الوقت المناسب؛³
- **الاستجابة:** الرغبة في مساعدة الزبائن (المرضى) وتوفير الخدمة السريعة، وهي تعكس مدى إعلام المؤسسة لزبائنها (المرضى) بوقت تأدية الخدمة، كما أنها تشير إلى المبادرة لمساعدة الزبائن (المرضى) والرد السريع على استفساراتهم، أي مدى حرص موظفيها على تقديم الخدمات الفورية لهم؛⁴
- **الضمان (الأمان):** ففي تقرير لجنة الرعاية الصحية الأمريكية لعام 2001 "عبور فجوة الجودة: نظام صحي جديد للقرن 21"، اعتبر الأمان والسلامة في الرعاية الصحية بمفهومها الواسع الذي يشمل سلامة مقدمي الخدمات الصحية والزبائن (المرضى) من أبعاد جودة الخدمة الصحية، من خلال توفير بيئة يتم فيها إزالة المخاطر أو تقليلها إلى الحد الأدنى من خلال التأهب للطوارئ، تسيير المواد الخطرة بالمؤسسة الصحية، النظافة... الخ عملياً تم تكليف مقدمي الخدمات (أطباء وممرضين وفنيين) لتحقيق ذلك، كما لا

¹ Parasuraman et al, a conceptual model of service quality, op cit, p48.

² Parasuraman et al, serviquaL : a multiple item scale for measuring consumer perceptions of services quality, journal of retailing, vol64, nu1, 1988 , p23.

³ عمر دره وآخرون، تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى: دراسة مقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد24، العدد104، 2018، ص11.

⁴ محمد خير، أسماء مرايمي، العلاقة التفاعلية بين جودة الخدمة ورضا الزبون في المؤسسة، مجلة الريادة لاقتصاديات الأعمال، المجلد3، العدد04، 2017، ص33.

بد من الإشارة إلى دور عنصر عمليات تقديم الخدمة الصحية في تحقيق بعد الأمن والسلامة،¹ وقد تم إدراج دور الزبائن (المرضى) وضرورة مشاركتهم في تحقيق هذا البعد من طرف الجمعية الطبية الأمريكية وجمعيات أخرى؛²

- **التعاطف:** توفير العناية والاهتمام الشخصي بالزبون (المريض)،³ وهو يشير إلى مدى قدرة مقدم الخدمة الصحية على فهم حاجات الزبون (المريض) وتحديدتها وتزويده بالرعاية اللازمة، فأساس التفاعل العاطفي بينهما هو الوصول للزبون (المريض) من خلال علاقة شخصية وتقديم الخدمة بطريقة انسانية راقية؛⁴
- **الملموسية:** تشير إلى التسهيلات المادية المتاحة لدى المؤسسة الصحية، مثل المعدات والأجهزة ومظهر مقدمي الخدمة الصحية، إضافة إلى مظهر المرافق المادية بشكل عام، فقد يلجأ الزبون (المريض) لها للحكم على الجودة.

يتم الاعتماد على هذه الأبعاد سواء حسب نموذج الفجوة أو نموذج الاتجاه، باستخدام اثنان وعشرون (22) عبارة، فقط الاختلاف في كونها مضاعفة في نموذج الفجوة باعتبار (22) عبارة تكون حول إدراكات الزبون، و(22) عبارة حسب توقعاته عن الخدمة، في حين يتم استخدام (22) عبارة فقط عند استخدام نموذج الاتجاه خاصة بإدراكات الزبون حول الخدمة المقدمة فعلا، والجدول رقم (02) يوضح العبارات الخاصة بقياس جودة الخدمات الصحية.

¹ committee on quality of health care in america. institute of medicine, a new health system for the 21st century, national academy of sciences, united states of america, 2001, p45.

² Patrice spath, introduction to healthcare quality management, op cit, p197.

³ Philip kotler kevin lane keller, marketing management, prentice hall, 14th ed, usa, 2012, p374.

⁴ عمر دره وآخرون، تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى: دراسة مقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة، مرجع سبق ذكره، ص12.

الجدول رقم (02): عبارات تقييم جودة الخدمة الصحية

عبارات التقييم	أبعاد جودة الخدمة الصحية
1. تقديم الخدمات الصحية حسب الوعود	الاعتمادية
2. للعاملين المعرفة للاجابة على أسئلة الزبائن (المرضى)	
3. الموثوقية في التعامل مع مشاكل الخدمة الصحية	
4. الحفاظ على سجلات خالية من الأخطاء	
5. تقديم الخدمات الصحية في الموعد المحدد	
6. تقديم الخدمة الصحية بشكل صحيح من المرة الأولى	
1. إعطاء الزبائن (المرضى) اهتمام وعناية فردية	التعاطف
2. يفهم العاملون حاجات الزبائن (المرضى)	
3. يتعامل العاملون مع الزبائن بطريقة احترافية	
4. لدى العاملين ساعات عمل ملائمة للزبائن (المرضى)	
5. المعرفة باهتمامات الزبون (المريض) الأساسية	
1. ابقاء الزبون (المريض) على علم بموعد تقديم الخدمة الصحية	الاستجابة
2. خدمة سريعة للزبائن (المرضى)	
3. الرغبة في مساعدة الزبائن (المرضى)	
4. الاستعداد للرد والاستجابة لطلبات الزبائن (المرضى)	
1. المعدات الحديثة	الملموسية
2. المرافق الجذابة	
3. المظهر الأنيق للعاملين	
4. ملاءمة مظهر المرافق المادية مع الخدمة الصحية	
1. عاملون ينشرون الثقة لدى الزبائن (المرضى)	الضمان
2. جعل الزبائن (المرضى) يشعرون بالأمان في تعاملاتهم	
3. عاملون يتمتعون باللطف في تعاملهم مع الزبائن (المرضى)	

Source : Philip kotler kevin lane keller, marketing management, op cit, p374.

المطلب الرابع: مخطط السبب والأثر للرقابة على جودة الخدمة الصحية

في سبيل الرقابة على جودة الخدمات المقدمة وكشف أسباب مشاكلها، هناك عدد من الأساليب المعتمدة في ذلك تهدف لتحليل أسباب المشكلة والوصول للسبب الجذري من أجل التحسين المستمر للجودة ومن بين هذه الأساليب: مخططات التقارب لتنظيم الأفكار الناتجة عن العصف الذهني، طريقة "5 whys" أي الاستمرار في سؤال "لماذا؟" خمس مرات عن كل سبب من أسباب المشكلة للوصول للسبب الجذري لها إضافة إلى مخطط السبب والأثر،¹ الذي يعد الأكثر استخداماً في المجال الصحي.

فقد قدم كاورو ايشيكواوا* (kaoru ishikawa) في الأربعينيات من القرن الماضي مخطط السبب والأثر أو ما يعرف بمخطط عظم السمكة كأداة للرقابة على الجودة، يساعد على تحديد العلاقة السببية التي تؤدي إلى مشكلات الجودة في المؤسسة،² يعرض هذا المخطط العوامل التي تؤثر على مخرجات الجودة والوقوف على أسباب حدوثها الموجودة فعلاً والأسباب المحتملة وتحليلها،³ وأهم مبادئ كاورو ايشيكواوا بهذا الخصوص:⁴

- تبدأ الجودة بالتعليم والتدريب؛

- الخطوة الأولى لتحقيق الجودة هي معرفة متطلبات الزبون؛

- عملية مراقبة الجودة مسؤولية جميع العاملين بالمؤسسة؛

- إزالة الأسباب الجذرية لمشكلة الجودة وليس الأعراض؛

- التسويق هو مدخل ومخرج الجودة.

اختلفت آراء الباحثين في تحديد مجالات الأسباب الرئيسية للمشاكل الجودة في المؤسسات

الصحية، وذلك نظراً لاختلاف قطاع نشاطها، ومن أهم المجالات التي تم اعتبارها كأسباب رئيسية

لمشاكل الجودة نذكر:

- هناك من اعتبرها ستة مجالات متمثلة في الجمهور، العمليات، الأجهزة، الإدارة، البيئة، والموارد؛⁵

- تم وضع سبعة مجالات متمثلة في موظفو الخط الأمامي، العاملون خلف الكواليس، العمليات، الزبائن

والمعلومات، اللوازم المادية ومعدات المرافق؛⁶

¹ Patrice spath, introduction to healthcare quality management, op cit, pp :125-127.

* كاورو ايشيكواوا: (1989-1915) ياباني، رائد عمليات إدارة الجودة في أحواض السفن في اليابان، أهم ما جاء به مخطط السبب والأثر (عظم السمكة).

² مجيد الكرخي، إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات، دار المناهج، الأردن، 2015، ص33.

³ محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة مدخل استراتيجي تطبيقي، مرجع سبق ذكره، ص160.

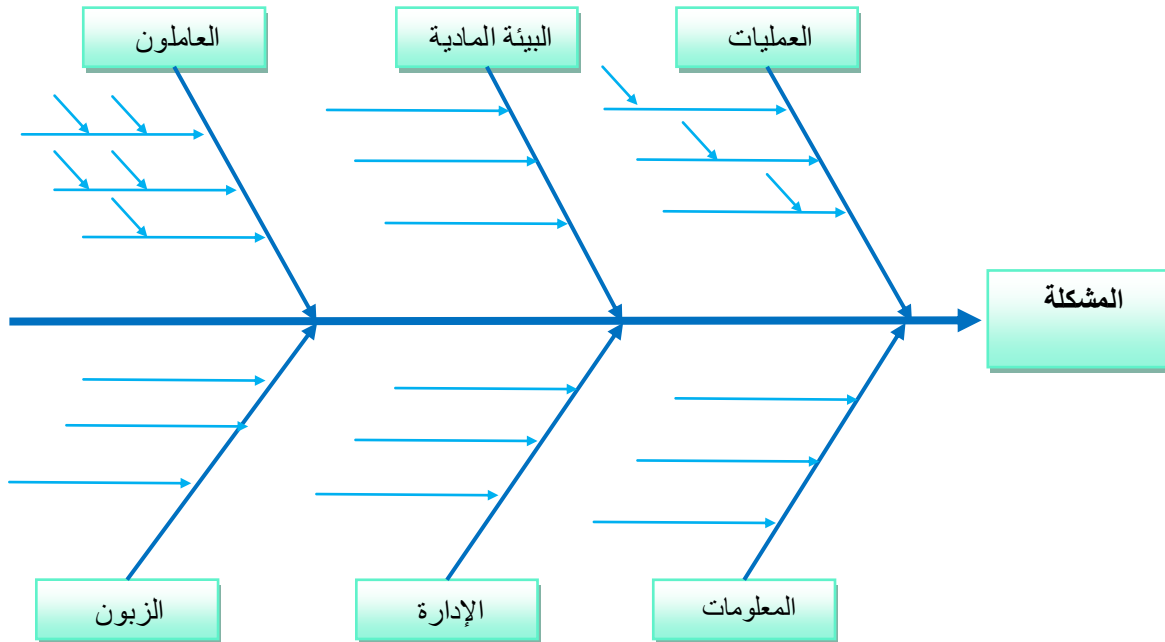
⁴ مجيد الكرخي، مرجع سبق ذكره، ص33.

⁵ المرجع نفسه، ص33.

⁶ Jochen wirtz, service quality and productivity management, winning in service markets, vol12, 2018, p38.

- بينما هناك من اعتبر أنّ أغلب مشاكل الجودة في المؤسسات مصدرها من: الإدارة، العاملين، المعدات والأجهزة، البيئة، الطريقة أو الأداء؛¹
 - توصلت دراسة إلى أنّ مديري المؤسسات الصحية والأطباء يعتبرون عوامل تحقيق جودة الخدمات الصحية تتمثل في: أعداد العاملين، مدى توفر الأجهزة والمعدات إضافة إلى حجم التمويل؛² بينما اقترحت أبحاث أخرى أنّ ما بين سبعون وتسعون بالمائة (70%-90%) من مشكلات الجودة الخدمة قد يصعب حلها لتأصلها داخل الخدمات التي يتم تقديمها كنتيجة لضعف عمليات تصميمها وتطوير.³
- وعليه في مجال المؤسسات الصحية وبناء على ما اتفق عليه أغلب الباحثون، نظرا لخصوصية الخدمات الصحية تعتبر كل من الأفراد، البيئة المادية والمعلومات مدخلات لنظام المؤسسة، إضافة إلى العمليات تعد عوامل مؤثرة على جودة الخدمات المقدمة، وباعتبار خاصية تلازمية الخدمة الصحية يعتبر الزبون (المريض) عنصر مؤثر على جودتها باعتباره مشاركا في إنتاجها، إضافة إلى أهمية إدارة المؤسسة الصحية كعامل يمكن أن يؤثر على جودة الخدمات الصحية المقدمة، والشكل رقم (07) يوضح مخطط السبب والأثر لجودة الخدمة الصحية.

الشكل رقم (07): مخطط السبب والأثر لجودة الخدمة الصحية



Source : Jochen wirtz, service quality and productivity management, winning in service markets, vol12, 2018, p38.

¹ محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة مدخل استراتيجي تطبيقي، مرجع سبق ذكره، ص160.
² World health organization, report of quality and accreditation in health care services, switzerland, 2003, p54.
³ أنغوس لينغ وآخرون، ترجمة صلاح محمد نيايب وعائيد المعلا، إدارة وتسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 47.

ففي سبيل الرقابة على الجودة وتحليل مشكلاتها وأسبابها باستخدام مخطط السبب والأثر تم وضع مجموعة من الخطوات، يمكن الاستفادة منها لتحليل مشكلات جودة الخدمات الصحية، تتمثل هذه الخطوات في:¹

- تحديد المشكلة (الأثر) والأسباب بدقة ووضوح؛
 - وضع الأثر في الجهة اليمنى ثم رسم العمود الفقري المركزي؛
 - يستخدم العصف الذهني لتحديد الأسباب المحتملة بداية بتحديد الأسباب الرئيسية التي تتفرع عنها مجموعة من الأسباب الفرعية، وقد اختلف الباحثون في تحديد مجالات هذه الأسباب الرئيسية؛
 - تحديد الأسباب الفرعية المحتملة لكل سبب رئيسي حتى يتم الوصول إلى جذر السبب، والسبب الجذري يتميز بالخصائص التالية:
- هو سبب المشكلة الرئيسية إما مباشرة أو عبر سلسلة من الأسباب الوسيطة؛
 - إزالة السبب الجذري ينتج عنه حذف أو إنقاص أثر المشكلة المراد حلها.
- فحص مدى المصادقية المنطقية لكل سلسلة سببية.

¹ محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة مدخل استراتيجي تطبيقي، مرجع سبق ذكره، ص ص: 162-264.

المبحث الثالث: ماهية الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية

لطالما حاز موضوع الرضا الوظيفي على اهتمام الباحثين والكتاب وقد زاد الاهتمام بدراسته لدى العاملين منذ مطلع القرن العشرين، مع مناداة مدرسة العلاقات الانسانية بأهمية ظروف العمل والروح المعنوية للعاملين لزيادة الإنتاج، ومع انتشار المؤسسات الخدمية وتنامي دور مقدمي الخدمة في تحقيق أهدافها وإشباع حاجات الزبون، ظهرت الحاجة للاهتمام بهم وبشكل خاص موظفو الاتصال في الخطوط الأمامية، ونظرا لخصوصية المؤسسات الصحية وخصوصية ظروف عمل مقدمي الخدمة فيها توجهت الدراسات للتركيز على ضرورة تحقيق رضاهم الوظيفي.

إذ مع تعدد الدراسات اختلف الدارسون للرضا الوظيفي حول تحديد مفهوم واضح ومحدد له، فهو موضوع يرتبط بدرجة كبيرة بمشاعر العاملين التي غالبا ما يصعب تفسيرها كونها متغيرة بتغير مواقفهم، حيث تمت دراسة الرضا الوظيفي كمؤشر لسلوكيات معينة للعاملين، كالأداء والتغيب ودوران العمل، ثم تحول الاهتمام نحو تحديد العوامل التي تؤثر أو تُحدث الرضا الوظيفي، وبعد ذلك تنوعت الدراسات حوله فيما يتعلق بآثاره ونواتجه. قبل التطرق لتعريف الرضا الوظيفي في المؤسسات الصحية لابد من الإشارة أولا إلى خصائص مقدمي الخدمة فيها وخصوصية عملهم، ثم التطرق لجذور وبدايات دراسة الرضا الوظيفي عبر التاريخ، من خلال عرض لبعض الأبحاث والدراسات الرائدة في هذا المجال.

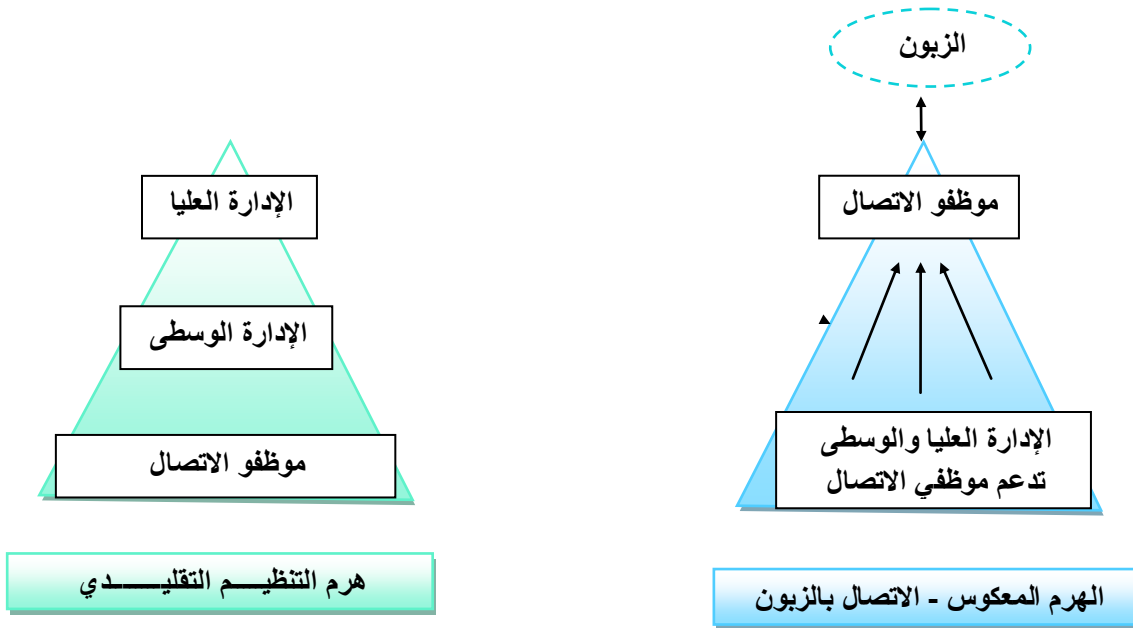
المطلب الأول: مفهوم مقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية

يعتبر لمقدمي الخدمات في الخطوط الأمامية (أي موظفو الاتصال بالزبون) أهمية كبيرة بالنسبة للمؤسسة الصحية وذلك لثلاثة أسباب رئيسية، فهم جسر نظام تقديم خدمات المؤسسة للزبون (المريض)، كما يقومون بتوصيل قيم المؤسسة للزبائن (المرضى)، وتقديم التغذية الراجعة المباشرة لتجربة الزبون (المريض) إلى المؤسسة الصحية.¹

كما يعتبر أداء مقدمو الخدمة الصحية العنصر غير الملموس المؤثر على إدراك الزبائن (المرضى) لجودة الخدمات المقدمة ما يؤثر بالتالي على رضا الزبائن (المرضى) وولائهم، ويوضح الشكل رقم (08) مكانة موظفي الاتصال بين الهرم التقليدي والهرم المعكوس الذي يركز على الزبون.

¹ Spiros gounaris, achilleas boukis, the role of employee job satisfaction in strengthening customer repurchase intentions, journal of services marketing, vol27, no4, 2013, p322.

الشكل رقم (08): مكانة موظفي الاتصال بين هرم التنظيم التقليدي والهرم المعكوس



Source : Christopher Lovelock et al, marketing des services, Pearson, 7^{ème} ed, France, 2014, p354.

مع التوجه نحو الزبون (المريض) أصبح هرم التنظيم التقليدي معكوساً، حيث تعمل كل من الإدارة العليا والوسطى بالمؤسسة الصحية على دعم موظفي الاتصال (مقدمو الخدمة الصحية) الذين لهم اتصال وتفاعل مباشر مع الزبائن (المريض) خلال لقاءات الخدمة الصحية.

1. تعريف وأهمية مقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية: يتمثل مقدمو الخدمة في المؤسسات الصحية في مجموعة الأشخاص المشاركين في تقديم الخدمة الصحية للزبون (المريض) ولهم القوة التأثيرية على قبولهم لتلك الخدمة، وهم يتمثلون في الأطباء، الممرضين، الإدارة، العاملون في الخدمة،¹ فهم يمتلكون موارد غير مادية في شكل معارف ومعلومات وتعلم تراكمي وخبرة، فنجاح المؤسسات الصحية وقدرتها على تطوير خدمات جديدة يعتمد بدرجة كبيرة على قدرتها على استثمار واستغلال تلك الموارد.²

حيث أنّ لسلوك هؤلاء الأفراد وطريقة تعاملهم ومظهرهم الشخصي تؤثر على طريقة إدراكات الزبون (المريض) وطريقة تقييمه للخدمة الصحية،³ وتبرز أهمية مقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية من خلال ما يلي:⁴

¹ محمد الصيرفي، التسويق الصحي، دار الفجر للنشر والتوزيع، مصر، 2016، ص301.
² أنغوس لينغ وآخرون، ترجمة صلاح محمود ذياب وعابد المعلا، إدارة وتسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص51.
³ رضوان أنساع، التسويق الصحي بين النظريات والتطبيق، ألفا للوثائق، الجزائر، 2019، ص158.
⁴ فريد كورتل، تسويق الخدمات، دار كدوز المعرفة، الأردن، 2009، ص312.

- يعتبرون عنصرا أساسيا في عرض الخدمة الصحية، كما أنهم مسؤولون عن بناء وإدامة علاقة طويلة الأمد مع الزبون (المريض)؛
 - يعتبر مقدمو الخدمات عنصر التماس المباشر والحيوي مع الزبائن (المرضى) في المؤسسة الصحية مع قدرتهم على التأثير في مستوى رضاهم؛
 - لهم دور كبير في تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.
2. خصائص مقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية: تتمثل في بعض العوامل المرتبطة بطبيعة عمل مقدمي الخدمة في المؤسسات الصحية والتي يجب أخذها بالاعتبار عند الحديث عن الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات الصحية وتتمثل أهم هذه الخصائص في:¹
- يتميز مقدم الخدمة الصحية بقوة شبه احتكارية للمعلومات الصحية، فهم مصدر للمعلومات بالنسبة للزبون (المريض) إذ يتحكمون بكم هائل منها وسط جهل الزبون (المريض) بها، هذه القوة الاحتكارية تجعل منهم مجموعة مهنية تحكم ذاتها من خلال أخلاقيات تفرضها مهنة الطب على أصحابها؛
 - يعمل مقدمو الخدمات الصحية في ظروف غير عادية في المؤسسات الصحية نتيجة تعاملهم مع حالات الحياة والموت، الصحة والمرض، فهم يعملون في جو يسوده القلق والتوتر وعدم الارتياح من طرف الزبائن (المرضى) وعائلاتهم، مما ينعكس على العاملين ويضع عبئا ثقيلا وإرهاقا نفسيا على عائقهم، باختلاف مستوياتهم ووظائفهم، بسبب ضغوط ومفاجآت العمل ودقة المسؤولية؛
 - يصعب استبدال مقدمو الخدمات الصحية (الموارد البشرية) بالتكنولوجيا التي تعتبر خالقة لليد العاملة في القطاع الصحي؛
 - تتميز العلاقة بين مقدمي الخدمات الصحية والزبائن (المرضى) في الغالب بإذعان وخضوع الزبون (المريض) لمقدم الخدمة فيما يتعلق بقرارات العلاج وكيفية ذلك؛
 - تعتبر قرارات مقدمو الخدمات الصحية فيما يتعلق بإنتاج وتقديم الخدمات الصحية مسؤولة عن 70-80% من الانفاق الكلي على الخدمات الصحية، وهو ما يعكس دورهم في ترشيد الإنفاق الصحي وضبط التصاعد في كلف الخدمات الصحية؛

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص 47.

- تتعدد توقعات المجتمع من جهة والحكومة من جهة أخرى بخصوص دور مقدمي الخدمات، ففي حين ينتظر المجتمع منه عمل كل ما بوسعه من أجل الزبون (المريض)، كذلك تتوقع منه الحكومة احتواء التكلفة المتصاعدة للخدمات الصحية.

3. المواصفات النموذجية لمقدمي الخدمات العاملين في المؤسسات الصحية: هي عبارة عن عدد من

الصفات التي من المهم أن يتصف بها مقدمو الخدمات الصحية، تتمثل هذه المواصفات في:¹

- الاتصال: وتعني مدى قدرتهم على التعبير بوضوح شفاهة أو كتابة عند اتصالهم بالزبائن (المرضى) والتعامل معهم؛
- الحساسية تجاه الزبون (المريض): من خلال إظهار الاهتمام بمشاعر وأحاسيس ووجهات نظر الزبون (المريض)؛
- المرونة: أي مدى قدرتهم على تغيير نمط وأسلوب تقديم الخدمة وتكييفها بما يتناسب مع احتياجات وميول الزبائن (المرضى)؛
- المعرفة الوظيفية: متعلقة بمدى فهمهم للخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة ومختلف الإجراءات المتعلقة بالتعامل مع الزبائن (المرضى)؛
- حسن المظهر بما من شأنه أن يترك انطباعاً إيجابياً لدى الزبائن (المرضى)؛
- الكرامة والنزاهة: بمعنى التزامهم بالمعايير والقيم الأخلاقية والأعراف الاجتماعية عند التعامل مع الزبائن (المرضى)؛
- الالتزام بالوقت والاستجابة السريعة لمطالب الزبائن (المرضى) والوفاء بالالتزامات المقدمة لهم.

المطلب الثاني: مفهوم الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية

1. جذور دراسة الرضا الوظيفي:

بدأت دراسة الرضا الوظيفي من قبل فلاسفة الإغريق، حيث كان يُنظر للأفراد على أنهم يركزون جهودهم سعياً للمتعة وتجنب الألم، لكن لم يتم تحديد ما هي الأحداث التي تسبب الألم أو المتعة، كما لم يكن لهذا الافتراض أي محتوى تجريبي وأنها فرضية غير قابلة للاختبار،² حيث كانوا أول من طرح فكرة أنّ الأفراد

¹ رضوان أنساع، التسويق الصحي بين النظرية والتطبيق، مرجع سبق ذكره، ص158.

² Richard m.steers et al, the future of work motivation theory, academy of management review, vol29, no3, p379.

يسعون للحصول على المكافآت وتجنب العقاب،¹ ففلاسفة الإغريق أول من تطرق لمفهوم الدافع الذي يحدد ويوجه سلوك الأفراد.

ثم بدأ في القرن التاسع عشر الانتقال من كون الرضا الوظيفي فلسفة إلى كونه متعلق بالجانب النفسي،² حيث يعد فريدريك تايلور (1856-1915) أول من اهتم بكفاءة العمل وبالعامل من خلال الإدارة العلمية (1900-1920)، حيث قام بدراسة تصميم العمل ليكون أكثر فعالية، والحركات المطلوبة للأداء والوسائل والأدوات المستخدمة والزمن اللازم لذلك، إذ تُعرف دراسته باسم "الحركة والزمن"، كما كانت مدرسته الرائدة في استخدام الحوافز من خلال رصد أجور تشجيعية للعمال الذين يحققون إنتاجا يفوق المعايير المحددة،³ فقد اقترح تايلور التركيز على العلاقة بين معدلات الأجور وإنتاجية العمال، كما اعتبر ارتفاع الأجور وزيادة نوعية العلاقة بين العمال يؤدي إلى تحقيق الرضا الوظيفي مما يزيد من الإنتاجية،⁴ كما استخدمت هذه النظرية الحوافز لإغراء العمال ودفعهم إلى تأدية العمل بالطريقة المطلوبة وبالسرعة والمعدل المطلوب،⁵ وعليه فنظرية الإدارة العلمية أول من تطرق إلى أهمية كل من الحوافز، العلاقات الإجتماعية بين العمال في تكوين الرضا لديهم وبالتالي انعكاس ذلك على الإنتاجية.

ثم جاءت دراسات هاوثورن (1923) لتثبت أهمية جماعات العمل التي كانت لها آثار إيجابية على معنويات العاملين وأن الرضا يقرره بعض الجوانب المتميزة من الوظيفة بالإضافة إلى أهمية بيئة العمل، حيث ولدت دراسات هاوثورن بداية البحث في الرضا الوظيفي من خلال مدرسة العلاقات الانسانية القائمة على أفكار التون مايو (E.mayo 1880-1949)،⁶ إذ وجد مايو أنّ إنتاجية العمال كانت مرتبطة بالتفاعل غير الرسمي بين أعضاء المجموعة بدلا من الظروف المادية للعمل أو الحوافز المادية فحسب،⁷ فقد بنى مايو أبحاثه على دراسات مدرسة الإدارة العلمية وأكد على أهمية جماعات العمل إلى جانب دور الحوافز المادية وبيئة العمل في تشكيل رضا العاملين.

¹ Hamood nasser alrasbi, tha motivation of omani school teachers, doctoral disseration, university of edinburgh, 2013, p38.

² Mechael jerome spring, examining organizotonal conflict managment style climate : moderator of job satisfaction and intent to leave a management consulting organization, doctoral disseration, northcentral university, 2015, p35 .

³ علي غربي، اسماعيل فيرة، تنمية الموارد البشرية، دار الفجر للنشر والتوزيع، ط1، مصر، 2007، ص 33.

⁴ Muhammed ghafoor, antecedents and consequences of job satisfaction : evidence from pakistani universities, doctoral disseration of philosophy, university of dundee, 2014, p30.

⁵ idem

⁶ Gene lynn forsythe, spirituality and job satisfaction : acorrelational study of elementary school teachers, doctoral disseration, university of la verne, 2016, p19.

⁷ Muhammed ghafoor, antecedents and consequences of job satisfaction : evidence from pakistani universities, op cit, p30.

بعد تجارب هاوثورن قام هبوك (Hoppock) (1935) بدراسة عن العمل والرضا، والتي تعتبر أول دراسة احصائية للرضا الوظيفي أظهر من خلالها وجود علاقة إحصائية للرضا الوظيفي كمجموع الحاجات الفسيولوجية والنفسية والبيئية،¹ فهبوك تطرق للجانب الإحصائي للرضا الوظيفي وأنه محصلة للرضا عن عدد من الحاجات الإنسانية المتعلقة بالعامل في حد ذاته وبالعمل الذي يشغله. لتم بعدها محاولات لدراسة وقياس الرضا الوظيفي من خلال أبحاث ونظريات مختلفة، مثل ليكرت (1961)، هيرزبرغ، لوك، فروم وغيرهم ممن اعتبروا الرضا الوظيفي سلوك إنساني تتدخل في تحقيقه مجموعة من العوامل، وسيتم التطرق لمختلف هذه النظريات لاحقاً.

2. تعريف الرضا الوظيفي:

أثبتت الدراسات المتعلقة بالرضا الوظيفي عدم وجود تعريف واحد محدد متفق عليه، ذلك لعدم وجود اتفاق بين الباحثين حول المكونات الأساسية التي تسبب رضا العامل عن عمله، ومن بين التعاريف الأكثر شيوعاً نذكر:

يُنظر للرضا الوظيفي في علم النفس أنه الحالة الشعورية التي تصاحب بلوغ العامل لغاية ما، أو وصوله إلى هدف معين يصف الحالة النهائية من الشعور التي توافق بلوغ الغاية وتعقب إشباع الحاجات وكذا الرغبات لديه، فمفهوم الرضا يتضمن عدد من المحاور تشمل الشعور والتقبل وإشباع الحاجة،² فهو يصف الحالة الشعورية للعامل نتيجة إشباعه لحاجاته، وفي ذات السياق عُرّف الرضا الوظيفي أنه يعبر عن قدرة عمل الفرد على إشباع الحاجات الأساسية لديه والتي من شأنها أن تشعره بتحقيق ذاته، كما يتضمن التقدير والإنجاز والإبداع واحترام الذات وتحمل المسؤولية والمنفعة التي تعود عليه من جراء القيام بالعمل نفسه،³ فهو الشعور النفسي بالقناعة والارتياح والسعادة لإشباع الحاجات والرغبات والتوقعات من خلال العمل نفسه، وبيئة العمل الداخلية وعوامل البيئة الخارجية ذات العلاقة،⁴ وعليه فالرضا الوظيفي يتشكل نتيجة إشباع العامل من خلال وظيفته لعدد من الحاجات لديه.

وهناك من يعتبر الرضا الوظيفي أنه يعبر عن مشاعر الفرد تجاه وظيفته والناجمة عن الإدراك الحالي لما تقدمه الوظيفة إليه، وإدراكه لما ينبغي أن يحصل عليه من الوظيفة،⁵ فالرضا الوظيفي يعتبر شعور الفرد الناتج عن المقارنة بين إدراكه لما يفضله وينبغي أن يحصل عليه من وظيفته وبين إدراكه للموقف الحالي له فيها، وهو ما ذهب إليه

¹ Muhammed ghafoor, op cit, p32.

² فايزة محمد رجب بهنسي، الرضا الوظيفي للعاملين من منظور الخدمة الاجتماعية، ط1، دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر، مصر، 2011، ص40.

³ فاروق عبده فليح، السيد محمد عبد المجيد، السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسات التعليمية، دار المسيرة، ط1، الأردن، 2005، ص259.

⁴ صلاح الدين محمد عبد الباقي، السلوك الفعال في المنظمات، دار الجامعة الجديدة للنشر، مصر، 2002، ص211.

⁵ فاروق عبده فليح، السيد محمد عبد المجيد، مرجع سبق ذكره، ص259.

تعريف آخر اعتبر الرضا الوظيفي تعبير عن مشاعر السعادة الناتجة عن تصور الفرد في العمل،¹ حيث يحدث الرضا الوظيفي عندما يتم الوفاء بتوقعات العامل من خلال وظيفته التي يشغلها، فهو رد فعل عاطفي على الوظيفة ينتج من خلال مقارنة الفرد العامل للنتائج الفعلية مع النتائج المرجوة،² فهو الحالة المتصورة للعامل نتيجة تقييمه لما يحتاج إليه من عمله وما الذي يرى أنه قد حصل عليه فعلا أو ما يحتويه عمله،³ كما يتضمن مختلف مشاعر العامل فيما يتعلق بجوانب عمله،⁴ وعليه يتحقق الرضا الوظيفي نتيجة حصول العامل لما كان يتوقع الحصول عليه من وظيفته وذلك بعد عملية المقارنة بين ما كان يتوقعه وما حصل عليه فعلا من خلال وظيفته.

حسب لوك (1976) يعرف الرضا الوظيفي أنه مجموع أو مزيج العوامل النفسية، الفيسيولوجية والظروف البيئية التي تدفع الفرد العامل ليقول بصدق: "أنا راض عن وظيفتي"،⁵ فلوك ذهب إلى تعريف الرضا الوظيفي من خلال العوامل المسببة له، والتي تشمل عوامل داخلية ذاتية متعلقة بالعامل، وعوامل خارجية.

في حين يرى فروم (1982) أن الرضا الوظيفي هو مواقف إيجابية نحو الوظيفة، وأنّ المواقف السلبية تعادل عدم الرضا عن العمل،⁶ حيث يُنظر للرضا الوظيفي على أنه موقف مرتبط بالعمل مع وجود ظروف أولية من المحتمل أن تؤدي إلى تحقيقه، فهو عبارة عن تجميع معقد من العواطف والمشاعر، ناتج عن مزيج من الظروف النفسية والفيسيولوجية والبيئية،⁷ فبناء على تعريف لوك للرضا الوظيفي ومجموع العوامل المشكلة له، اعتبر فروم الرضا الوظيفي موقف إيجابي للعامل مرتبط بالعمل الذي يشغله.

وإذا ما تم النظر للرضا الوظيفي من خلال العوامل التي تحققه فهو يعد شعورا ضمنيا يتحدد بمجموعة من المؤشرات كالرضا عن الأجر وطبيعة العمل، العلاقة بين العامل وزملائه، فكلما انخفضت درجة رضا العامل عن أجره وعلاقاته الرأسية والأفقية سوف تنخفض درجة الرضا الوظيفي لديه ويظهر عدم الرضا الوظيفي وما له من تأثيرات على الأداء، والذي يقصد به عدم تقبل الفرد لطبيعة ونوع العمل والعلاقات الرأسية والأفقية أو عدم الرضا

¹ سهيلة محمد عباس، إدارة الموارد البشرية مدخل استراتيجي، دار وائل، ط2، الأردن، 2006، ص 175.

² Dana martin arnold, an examination of job satisfaction among full-time faculty in a selected mississippi community college, doctoral dissertation, mississippi state university, 2016, pp19-20.

³ Iglesias rutishauser et al, la satisfaction ou travail : une conséquence du choix des outils statistiques et des instruments de mesure en GRH, revue internationale de psychosociologie, vol 16, no40, p12.

⁴ Gilles giard et normand therrien, la satisfaction au travail chez les professeurs, prospectives montréal, vol14, nu3, 1978 , p122.

⁵ Jutta green, job satisfaction of community college chairpersons, doctoral disseration virginia polytechnic institute and state university, 2000, p6.

⁶ Dana martin arnold, an examination of job satisfaction among full-time faculty in a selected mississippi community college, op cit , p20.

⁷ فتيحة ونوغي، أثر الرواتب على الرضا الوظيفي والرضا عن التعويضات والحفز الذاتي لأساتذة التعليم العالي، أطروحة دكتوراه علوم، جامعة فرحات عباس، سطيف، 2014-2015، ص63.

عن الأجر،¹ فالرضا الوظيفي نتيجة لعدد من العوامل التي تكون مسؤولة عن حدوثه تنظم هذه العوامل في نسق من التفاعلات تتمثل في:²

- الحاجات التي يسعى العامل لإشباعها، ويعد العمل أحد مصادر الإشباع؛
 - الدافعية: تولد الحاجات قدرا من الدافعية التي تحث العامل على التوجه نحو المصادر المتوقع إشباع تلك الحاجات من خلالها؛
 - الأداء: تتحول الدافعية إلى أداء نشط للعامل بشكل خاص في عمله، اعتقادا منه أنّ الأداء وسيلة لإشباع حاجاته؛
 - الإشباع: يؤدي الأداء الفعال إلى إشباع حاجات العامل؛
 - الرضا: بلوغ العامل مرحلة الإشباع من خلال الأداء في عمله يجعله راضيا عنه.
- كما لا بد من الإشارة إلى أن التعرض لمفهوم الرضا الوظيفي كمتغير واحد يمثل أحد أطرافه حالة السعادة التي يشعر بها العامل تجاه عمله، ويمثل الطرف الثاني حالة الإستياء تجاه العمل، وأتّهما يختلفان في الدرجة بمعنى تزايد الرضا من خلال تزايد مشاعر السعادة لديه معناه قلة مشاعر الاستياء أي عدم الرضا، لكن عدد من الباحثين وعلى رأسهم هيرزبرغ يرى أن كل من مشاعر الرضا تختلف عن مشاعر عدم الرضا في العوامل المؤثرة فالعوامل المسببة للرضا تُعرف بالعوامل الدافع، وأنّ عوامل المسببة للإستياء تُعرف بالعوامل الوقائية، وعليه فكل من الرضا الوظيفي وعدم الرضا الوظيفي ليسا طرفي نقيض لمتغير واحد وإنما هما متغيران مستقلان عن بعضهما البعض.³

3. أهمية تحقيق الرضا الوظيفي في المؤسسات الصحية:

- تظهر أهمية الرضا الوظيفي في المؤسسات الصحية في أنه يعمل على:⁴
- يساعد الرضا الوظيفي بصورة كبيرة في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لمقدمي الخدمة، الذي بدوره يؤدي إلى النجاح في العمل، وقد استجابت المؤسسات لهذه الحقيقة فكانت أولى مهامها

¹ فايزة محمد رجب بهنسي، الرضا الوظيفي للعاملين من منظور الخدمة الاجتماعية، مرجع سبق ذكره، ص: 40-41.

² إيد قنحي العالول، أثر التسويق الداخلي على الولاء التنظيمي من خلال الرضا الوظيفي لدى مشركي شركة جوال في قطاع غزة، رسالة دكتوراه، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2016، ص47.

³ فاروق عبده فليح، السيد محمد عبد المجيد، السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسات التعليمية، مرجع سبق ذكره، ص 264.

⁴ معد اعتمادا على:

- موسى السعودي، أثر الحوافز المادية على الرضا الوظيفي لدى العاملين في مؤسسة الضمان الاجتماعي الأردنية، مجلة دراسات العلوم الإدارية، المجلد 40، العدد1، 2013، ص22.

- فتيحة ونوغي، أثر الرواتب على الرضا الوظيفي والرضا عن التعويضات والحفز الذاتي لأساتذة التعليم العالي، مرجع سبق ذكره، ص: 66-67.

إدارة القوى البشرية وذلك من خلال توجيه العاملين وحفزهم والتنسيق بينهم لكي تضيف نشاطاتهم أهداف المنظمة؛

- فهم دوافع العاملين في أعمالهم يساعد الإدارة على توفير بيئة تعمل على الاستغلال الأمثل لطاقتهم، بحيث يمكن للإدارة التوفيق بين أهداف العاملين وشعورهم بالرضا والتغلب على شعور الاستياء؛

- يؤثر الرضا الوظيفي على الأداء ويرتبط معه ارتباطا إيجابيا، فهو محرك قوي للأداء في المؤسسة؛

- للرضا الوظيفي آثار على قوة التماسك داخل المؤسسة، حيث أنه يعمل على زيادة المواطنة والولاء التنظيمي بين الأفراد العاملين؛

- تتعدى آثار الرضا الوظيفي على أداء العاملين إلى نواحي أخرى من حياته، فهو يساعد على تحسين صحة الفرد العامل، ويساعده على امتلاك قدرة أفضل على إدارة حياته.

4. خصائص الرضا الوظيفي: للرضا الوظيفي مجموعة من الخصائص تتمثل في:¹

- تعدد تعريفات الرضا الوظيفي، حيث أشار العديد من الباحثين في ميدان الرضا الوظيفي إلى تعدد التعريفات الخاصة به وتباينها، وذلك لاختلاف مداخل وجهات النظر في دراسته؛

- موضوع الرضا الوظيفي موضوع فردي: فما قد يشكل رضا لفرد معين، قد يشكل عدم رضا لفرد آخر، فالإنسان بطبيعته تختلف حاجاته ودوافعه من وقت لآخر، مما انعكس على اختلاف طرق قياسه؛

- يتعلق الرضا الوظيفي بالعديد من الجوانب المتداخلة للسلوك الإنساني: نظرا لتعدد وتداخل جوانب السلوك الإنساني، تتباين أنماطه من موقف لآخر، لذلك نجد اختلافات في نتائج دراسة الرضا الوظيفي لاختلاف ظروف إجراء هذه الدراسات؛

- رضا الفرد العامل عن عنصر معين في العمل لا يعني رضاه عن العناصر الأخرى، كما أنه ما قد يؤدي إلى رضا فرد معين لا يعني بالضرورة أنه قد يكون له نفس قوة التأثير على رضا فرد آخر وذلك لاختلاف حاجات الأفراد وتوقعاتهم.

¹ خالد محمود عزيز العبادي، صفد مظفر مجد الدباغ، الرضا الوظيفي لدى العاملين في الاتحادات الرياضية الفرعية لكرة السلة في العراق، مجلة الرافدين للعلوم الرياضية، المجلد 19، العدد 21، 2013، ص ص: 388-385.

المطلب الثالث: الدوافع والحوافز ونظريات الرضا الوظيفي

تطرق الباحثون إلى عدد من الأبحاث والدراسات حول ضرورة فهم وتفسير ظاهرة الرضا أو عدم الرضا الوظيفي للعاملين بالمؤسسات، من خلال عدد من النظريات التي اهتمت بالدوافع والحوافز وذلك وفق اتجاهين اثنين، الاتجاه الأول يركز على محتوى الدافع من خلال العوامل الذاتية والخارجية المؤثرة في سلوك العامل، والاتجاه الثاني يتمثل في نظريات العملية التي تحاول تحديد المتغيرات الرئيسية التي تفسر وتوضح سلوك العاملين،¹ فهذه النظريات تساعد في فهم العمليات والتفاعلات الداخلية للعاملين من خلال فهم الدوافع والحوافز، وعليه قبل التطرق لهذه النظريات لابد من الوقوف على مفهوم الدوافع والحوافز.

1. مفهوم الدوافع: يعود أصل كلمة الدافع (motivation) إلى الكلمة اللاتينية (mover) والتي تعني

الحرك، سواء كان جسدياً أو نفسياً، كما تعني الحركة، الإثارة والتأثير،² حيث يتحدد الأداء الإنساني بمستوى الدافعية والقدرة، وتفاعلهما معاً، فلو تساوى عدد من الأفراد في المهارات والخبرات اللازمة لأداء عمل معين، فإنه قد يوجد اختلاف وتفاوت في مستوى أدائهم نتيجة تفاوت درجة الاهتمام والرغبة في العمل الموكل لهم، بمعنى الأداء = الدوافع X القدرة،³ فقدرات الفرد مهما تعددت فإنها غير كافية وحدها لتحقيق الأداء المطلوب، ما لم ترافقها دوافع كافية لذلك.

كما يعني الدافع حسب علم النفس أنه مصطلح عام، وقد تحمل ألفاظ كثيرة نفس معنى الدافع، مثل الحافز، الباعث، الرغبة، الحاجة، ... لكن يجب التمييز وعدم الخلط بينها، فالدافع قوة محركة وموجهة في آن واحد، فهو يثير السلوك إلى غاية أو هدف يرضيه، وعندما تحدث إثارة للدافع وتتم إعاقة بلوغه هدفه يظل الفرد في حالة من التوتر، ويعرّف الدافع بهدفه، مثلاً نقول دافع التماس الطعام بدلاً من قول دافع الجوع.⁴

حيث يعتبر الدافع أحد خصائص السلوك الإنساني ويعرّف على أنه قوى أو طاقات نفسية داخلية توجه وتنسق بين تصرفات الأفراد وسلوكياتهم أثناء استجابتهم للمواقف والمؤثرات البيئية المحيطة بهم،⁵ بينما تعني دوافع العمل العوامل المحركة التي تنبع من داخل الفرد وتثير فيه الرغبة للعمل والانجاز، فهو حالة أو قوة داخلية كامنة في الفرد العامل تنشّط وتحرك سلوكه باتجاه أهداف معينة،⁶ وعليه فالدافع استجابة لمؤثرات خارجية من البيئة المحيطة على شكل سلوك موجه نحو تحقيق هدف محدد مسبقاً، هذا الهدف قد يكون شخصي خاص بالعامل أو خاص

¹ منير نوري، فريد كورتل، إدارة الموارد البشرية، مكتبة المجتمع العربي، الأردن، 2010، ص272.

² Hamood nasser alrasbi, tha motivation of omani school teachers, op cit , p35 .

³ محمد سعيد أنور سلطان، السلوك التنظيمي، دار الجامعة الجديدة، الأردن، 2003، ص119.

⁴ أحمد عزت راجح، أصول علم النفس، دار الكتاب العربي للطباعة والنشر، ط7، مصر، 1968، ص ص: 61-62.

⁵ سامر جلدة، السلوك التنظيمي والنظريات الإدارية الحديثة، دار أسامة، الأردن، ط1، 2008، ص99.

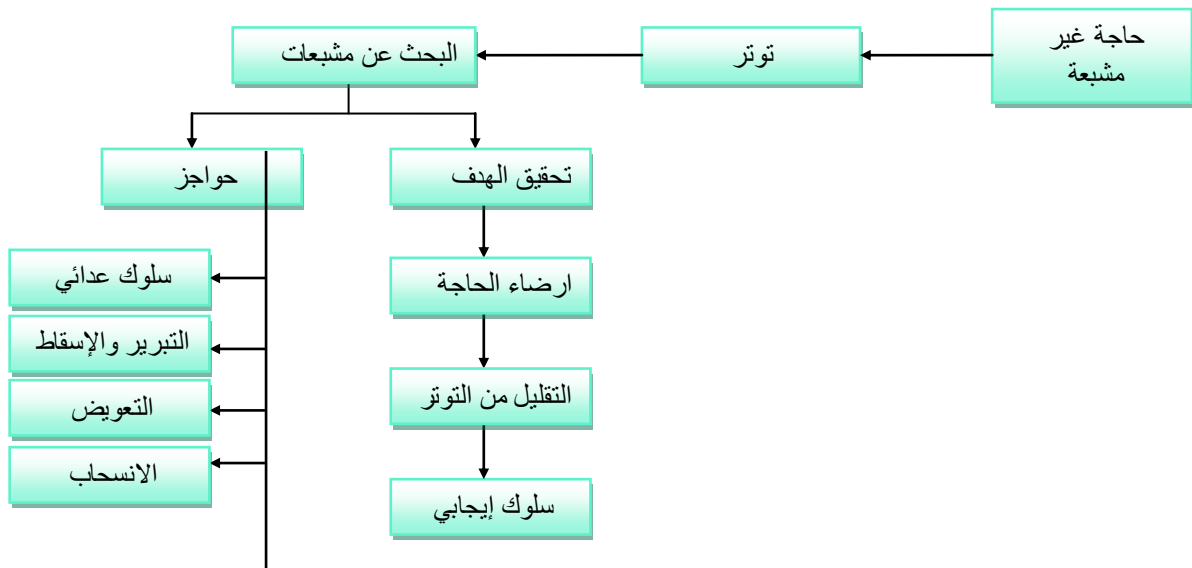
⁶ صالح مهدي محسن العامري، طاهر محسن منصور الغالبي، الإدارة والأعمال، دار وائل للنشر والتوزيع، ط2، الأردن، 2008، ص 490.

بالمؤسسة،¹ لذلك لا بد من التنسيق بين أهداف المؤسسة وأهداف العاملين فيها، والعمل على إقامة علاقة وثيقة بينهما.²

وهناك من يربط بين الدافع والحاجة، ويرى أنه مجموعة من الرغبات والحاجات والقوى الداخلية المحركة والموجهة للسلوك الإنساني نحو أهداف معينة، فالدوافع كل ما ينشط السلوك الإنساني ويحافظ عليه، أو يغير اتجاه السلوك وشدته وطبيعته،³ وأنّ الدافع شعور وإحساس داخلي يوجه سلوك الفرد لسد حاجة معينة يشعر الفرد بعدم إشباعها، هذه الحاجة تولد عنده نوع من التوتر يدفعه إلى سلوك معين لسد هذا النقص.⁴

- **الحاجة:** هي حالة من النقص والعوز والافتقار تقترن بنوع من التوتر والضيق لا يلبث أن يزول متى قُضيت الحاجة وزال النقص،⁵ وقد يكون هذا النقص أكثر إلحاحاً أو أقل وفق سلم أولويات يحدده الفرد ذاته،⁶ كما قد يكون هذا النقص فيسيولوجياً أو نفسياً، مما يدفع الفرد للقيام بسلوك من شأنه إشباع هذه الحاجة وبالتالي يزول التوتر، فالحاجة غير المشبعة توجد لدى الفرد نقطة البداية في عملية الدافعية، وهي أول حلقة تؤدي في النهاية إلى قيام الإنسان بسلوك معين لإشباع الحاجة.⁷

الشكل (09): نموذج عملية الدافعية



المصدر: من إعداد الطالبة اعتماداً على:

- منير نوري، فريد كورتل، إدارة الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص 269.

¹ Jide ibetan, theories of personnel motivation in organisations multidisciplinary journal of research development, valume 15, no2, 2010, p9.

² سامر جلدة، السلوك التنظيمي والنظريات الإدارية الحديثة، مرجع سبق ذكره، ص 102.

³ فيصل حسونة، إدارة الموارد البشرية، دار أسامة، ط1، الأردن، 2008، ص 79.

⁴ سامر جلدة، مرجع سبق ذكره، ص 108.

⁵ أحمد عزت راجح، مرجع سبق ذكره، ص 67.

⁶ صالح مهدي محسن العامري، طاهر محسن منصور الغالبي، الإدارة والأعمال، مرجع سبق ذكره، ص 490.

⁷ عبد الله بن عبد الغني الطجم، طلق بن عوض الله السواط، السلوك التنظيمي، دار حافظ، ط4، مصر، 2003، ص 123.

- عبد الله بن عبد الغني الطجم، طلق بن عوض الله السواط، مرجع سبق ذكره، ص 109.

- محمد سعيد أنور سلطان، السلوك التنظيمي، مرجع سبق ذكره، ص 133.

حيث يعمل الشعور بالحاجة على شعور الفرد بحالة من التوتر تدفعه للبحث عن مشبعات لتحقيق هدف معين وهذا ما يعرف بالدافع، سواء كان هذا الهدف خاص بالفرد أو بالمؤسسة، فإذا ما تم إيجاد المشبعات وتحقيق الهدف وإرضاء الحاجة يتم تقليل التوتر وبالتالي يكون سلوك إيجابي للفرد.

في حين إذا صادف عملية البحث عن مشبعات حواجز تمنع إشباع الحاجة وبالتالي يبقى الفرد في حالة من التوتر، مما يقود الفرد إلى سلوك عدائي بدني أو لفظي، أو سوء استخدام الأدوات والأجهزة مثلاً أو يقوده إلى سلوك دفاعي يتمثل في تبرير أو إسقاط عدم قدرته على إشباع حاجته على الآخرين أو على ظروف العمل، كما يمكن أن يقوم الفرد الذي يعاني من عدم إشباع حاجته داخل العمل يقوم بإشباعها بالتعويض خارج العمل كالعلاقات الاجتماعية مثلاً، كما يمكن أن يقوم بسلوك الانسحاب من خلال تغيير سلوكه،¹ وهذا ما تتجنبه المؤسسات وتسعى لعدم الوقوع فيه من خلال العمل على إشباع حاجات الأفراد العاملين والعمل على التنسيق بين أهدافها وأهدافهم.

➤ **أنواع الدوافع:** يمكن تقسيم الدوافع إلى ثلاث أنواع، دوافع أولية، دوافع عامة ودوافع ثانوية، تتمثل في:²

- **الدوافع الأولية:** وهي دوافع فسيولوجية فطرية غير متعلمة، وقد تم الإشارة إليها في نظرية ماسلو والعديد من النظريات الأخرى، وتتمثل هذه الدوافع في الجوع والعطش وغيرها؛

- **الدوافع العامة:** وهي الدوافع غير متعلمة ولكنها تختلف عن الدافع الأولي، من حيث عدم استنادها لجانب فسيولوجي للفرد، فقد ترتبط هذه الدوافع بالسلوك التنظيمي أكثر من ارتباطها بالدوافع الأولية، وتتمثل هذه الدوافع في دافع الجدارة حيث يسعى الفرد للتحكم في البيئة التي يعيش فيها ولإثبات مقدرته داخلها، دافع حب الاستطلاع والنشاط، دافع العاطفة الذي يعد ذو أهمية كبيرة في المؤسسة؛

- **الدوافع الثانوية:** تعتبر أهم أنواع الدوافع عند دراسة السلوك الإنساني، حيث ترتبط الدوافع الثانوية بمفاهيم التعلم، ومن أهمها، دافع السلطة، دافع الإنتماء، دافع المركز الاجتماعي، حيث أنه لهذه العناصر آثار على السلوك التنظيمي للأفراد.

¹ محمد سعيد أنور سلطان، السلوك التنظيمي، مرجع سبق ذكره، ص 133.

² المرجع نفسه، ص ص: 123-128.

2. الحافز: حسب كُتاب علم النفس يعتبر الحافز موقف خارجي مادي أو اجتماعي يستجيب له الدافع فالطعام حافز يستجيب له دافع الجوع،¹ فهو مؤثر بيئي غرضه إثارة الدافع وتحقيق الاستجابة له، فهو نابع من بيئة العمل، كما أنّ المدير يمكن أن يقدمه للعاملين مراعيًا في ذلك سياسات وتقاليد العمل بالمؤسسة،² فالحافز هو مثير خارجي يشبع الحاجة والرغبة المتولدة لدى الفرد من أدائه لعمل معين.³ إذ تعتبر الحوافز الامكانيات المتاحة التي توفرها البيئة المحيطة بالفرد والتي يمكنه الحصول عليها واستخدامها لتحريك الدوافع نحو سلوك معين، وإشباع الحاجات لأداء نشاط معين أو مجموعة من الأنشطة بالشكل والأسلوب الذي يشبع حاجاته أو توقعاته وتحقيق أهدافه،⁴ فهي عبارة عن فرص ووسائل توفرها الإدارة للأفراد العاملين لتخلق لديهم الدافع من أجل الحصول عليها، عن طريق العمل والسلوك السليم وذلك لإشباع حاجاتهم،⁵ كما يجب أن يكون الحافز كافيًا لإشباع الحاجة لدى الفرد حسب توقعاته حتى تزداد درجة الرضا لديه.⁶

وتعرّف الحوافز أيضًا أنها مجموعة العوامل التي تعمل على التأثير على سلوك الفرد من خلال إشباع حاجاته، وعليه التوافق بين حاجات الفرد التي تحركه على شكل دوافع وبين وسائل إشباع تلك الحاجات هو الذي يحدد عدد من الأمور منها درجة الرضا الوظيفي لديه، الحالة المعنوية للأفراد، مدى استقرار الفرد في المؤسسة، مستوى أداء الفرد وإنتاجيته.⁷

بينما التحفيز يعبر عن ممارسة إدارية للمدير للتأثير على العاملين من خلال تحريك الدوافع والرغبات والحاجات بغرض إشباعها وجعلهم أكثر استعدادًا لتقديم أفضل ما عندهم بهدف تحقيق مستويات عالية من الأداء والإنجاز في المؤسسة.⁸

تختلف الدوافع عن الحوافز فالأولى محركات داخلية للسلوك الإنساني تنبع من ذات الفرد لإشباع حاجة معينة،⁹ والتي تتباين بتباين المكونات الشخصية للأفراد كالصفات الذهنية والجسمية والقيم والاتجاهات، وحتى تباين البيئة المادية المحيطة بهم،¹⁰ بينما الحوافز محركات خارجية للفرد تعمل على إثارة

¹ أحمد عزت راجح، أصول علم النفس، مرجع سبق ذكره، ص66.

² صالح مهدي محسن العامري، طاهر محسن منصور الغالبي، الإدارة والأعمال، مرجع سبق ذكره، ص 490.

³ فيصل حسونة، إدارة الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص 73.

⁴ سامر جلد، السلوك التنظيمي والنظريات الإدارية الحديثة، مرجع سبق ذكره، ص 100.

⁵ مصطفى نجيب شاويش، إدارة الموارد البشرية إدارة الأفراد، دار الشروق للنشر والتوزيع، ط3، الأردن، 2005، ص208.

⁶ مصطفى كامل أبو العزم عطية، مقدمة في السلوك التنظيمي، المكتب الجامعي الحديث، مصر، بدون سنة النشر، ص195.

⁷ زاهد محمد ديربي، إدارة الموارد البشرية، دار الثقافة، الأردن، 2011، ص300.

⁸ صالح مهدي محسن العامري، الإدارة والأعمال، مرجع سبق ذكره، ص491.

⁹ كامل محمد المغربي، السلوك التنظيمي مفاهيم وأسس سلوك الفرد والجماعة في التنظيم، دار الفكر، ط3، الأردن، 2004، ص120.

¹⁰ سهيلة محمد عباس، علي حسين علي، إدارة الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص167.

الحاجة وتقوية شدة حدتها، والتي قد تكون مادية أو غير مادية،¹ كما يعد شعور العاملين بعدالة وموضوعية نظام الحوافز وارتباطها بمعدلات الأداء يعمق في نفوسهم الثقة والانتماء للعمل، ويشجع جهودهم المبدعة ويجد من سلوكياتهم السلبية ويشجعهم على تحمل المسؤولية.²

تتعدد أنواع الحوافز حسب عدة اعتبارات، منها حسب طبيعة الجزاء الحوافز الإيجابية تحمل للفرد مزايا معينة عند قيامه بأداء عمل مُكَلَّف به على أكمل وجه، بينما الحوافز السلبية تحمل لمن تقع عليه نوعا من الحرمان من المزايا المرتبطة بأداء العمل،³ كالتهديد بفقدان العمل مثلا، وتنقسم الحوافز حسب طبيعتها إلى حوافز مادية كالراتب، المكافآت... وحوافز معنوية كفرص الترقية والنمو الوظيفي والاعتراف والتقدير بالجهد والأداء، المشاركة في اتخاذ القرارات وفرص التعبير عن الذات،⁴ وتمثل الحوافز الإيجابية التي يمكن أن تعتمد عليها المؤسسات لتحفيز عمالها في:⁵

- الحوافز النقدية: التي تعتبر حوافز فاعلة؛
 - الأمن والاستقرار في العمل: يسعى معظم الأفراد إلى الأمان والاستقرار في العمل، كالأمن من مخاطر فقدان العمل؛
 - المدح والثناء: يهتم الأفراد بالتقدير والاحترام الذي يلقونه نتيجة قيامهم بعمل متميز؛
 - المنافسة: كثيرا ما تستخدم المنافسة كحافز لحث الأفراد على السلوك المرغوب، حيث يمكن أن يتنافس الفرد مع نفسه لتحسين أدائه، أو مع جماعة أخرى؛
 - المشاركة: وتعتبر من الحوافز المفضلة لحث الفرد على العمل وتحقيق نوع من الرضا الوظيفي لديه فالمشاركة في القرارات يمكن أن تدني المقاومة إزاء التغيير المطلوب في العمل.
- يمكن القول أنّ درجة التوافق بين حاجات الفرد العامل والدوافع والحوافز التي تعمل على إشباعها هي التي تحدد حالة الفرد العامل المعنوية، مستوى رضاه الوظيفي ومستوى أدائه إذا توفر شرط القدرة طبعاً،⁶ فعلى الإدارة الإلمام بمختلف هذه الأمور والتنسيق بينها وتحقيق التوافق اللازم حتى تؤدي الحوافز الغرض منها، فقد تأثر الحوافز المعنوية على أداء فرد عامل في حين لا تأثر على فرد عامل آخر، وذلك لاختلاف حاجة ودافع كل منهما.

¹ كامل محمد المغربي، مرجع سبق ذكره، ص 120.

² فاروق عبده فليح، السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسات التعليمية، مرجع سبق ذكره، ص 303.

³ مصطفى كامل أبو العزم عطية، مقدمة في السلوك التنظيمي، مرجع سبق ذكره، ص 160.

⁴ سامر جلدة، السلوك التنظيمي والنظريات الإدارية الحديثة، مرجع سبق ذكره، ص 101.

⁵ كامل محمد المغربي، السلوك التنظيمي، مرجع سبق ذكره، ص 134.

⁶ علي السلمي، إدارة الأفراد لرفع الكفاءة الإنتاجية، دار المعارف، مصر، 2007، ص 215.

3. أهمية الدوافع والحوافز:

- تتوقف فاعلية الحوافز على توافقها مع هدف الفرد وحاجته ورغبته،¹ كما تكمن أهميتها في ضرورة تحديد نوعها وطبيعتها وقوة فاعليتها أثناء تقريرها في مجال العمل، بالإضافة إلى أهمية اختيار الوقت المناسب لأدائها ومدى ارتباطها بأهداف العاملين والعمل على تغييرها حسب تغير حاجاتهم بما يخدم أهداف المؤسسة؛²
- كما تكمن أهمية الدافع في علاج السلوك المنحرف للأفراد أو العمل على الوقاية منه؛³
- تكمن أهمية الدوافع والحوافز في أثرها على السلوك الانساني كونها عاملا مهما في تحديد سلوك الأداء الفردي في العمل، ومهما تساوت أو تقاربت خبرات الأفراد وقدراتهم إلا أن أحد أسباب الاختلاف في الأداء تعود إلى قوة الدافعية لأداء العمل؛⁴
- تشكل الدوافع العامل الأساسي لأداء الأفراد، وعليه تعتبر عملية تشخيصها والعمل على إشباعها باستخدام الحوافز المناسبة مهمة جدا بالنسبة للمؤسسة.⁵

4. نظريات الدافع:

خلال دراسة الدوافع، نجد منهجين الأول افتراض مؤيدوه أن الفرد كائن ذو تفكير محدود وأن سلوكياته تعتبر ردود أفعال للبواعث البيئية بدون تفكير منه، وتكون السيطرة على سلوكه من خلال التحكم في البواعث البيئية، وهو منهج النظرية العلمية للإدارة، بينما بني المنهج الثاني على افتراض أن الأفراد كائنات مفكرة لها أهداف ومشاعر ومقدرة على التعلم والنمو، وفي إطار هذا المنهج هناك مجموعة من نظريات الدافع،⁶ وفي إطار المداخل الإدارية القديمة منها والحديثة، فإن هذه الافتراضات قد تختلف، وقد تكمل بعضها البعض، كما هناك العديد من النظريات التي تحاول تفسير السلوك الانساني وفهم سبل تحقيق الرضا الوظيفي من خلال تفسير الدافعية، حيث تم تجميع هذه النظريات في مجموعتين أساسيتين، نظريات المحتوى ونظريات العملية، ومهما اختلفت هذه النظريات في تفسير الدوافع إلا أنها تتفق على اعتبار الدوافع تثير سلوك الفرد لأداء عمل معين لإشباع حاجات معينة تشكل حالة عدم توازن أو توتر بالنسبة له، وتتمثل هذه المداخل في:

¹ فيصل حسونة، إدارة الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص 73.

² سامر جلد، السلوك التنظيمي والنظريات الإدارية الحديثة، مرجع سبق ذكره، ص 101.

³ أحمد عزت راجح، أصول علم النفس، مرجع سبق ذكره، ص 60.

⁴ فيصل حسونة، إدارة الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص 78.

⁵ زاهد مجد ديري، إدارة الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص 298.

⁶ عبد الله بن عبد الغني الطجم، طلق بن عوض الله السواط، السلوك التنظيمي، مرجع سبق ذكره، ص 108.

➤ **المدخل التقليدي:** خير ما يمثل هذه المدخل التقليدي ما عرضته الإدارة العلمية في أبحاث تايلور الذي وضع نظام الأجور التفاضلية، ودور المكافآت المادية في الارتقاء بمستوى الأداء، وفي إطار مفهوم الرجل الاقتصادي الذي يبحث على أعلى عوائد اقتصادية، فقد اعتبرت هذه المدخل أنّ الفرد يعمل بجد لغرض الحصول على عائد عال، لذلك اهتمت بوضع أنظمة أجور مرتبطة بأداء الفرد؛¹

➤ **مدخل العلاقات الإنسانية:** يعتبر حركة تصحيحية للمفاهيم التقليدية فيما يتعلق بكيفية الاستفادة من العاملين، فقد ركزت على العوامل البشرية الاجتماعية والنفسية، وأهمية التنظيم غير الرسمي² واستبدال مفهوم الرجل الاقتصادي بمفهوم الرجل الاجتماعي أو الرجل الإداري، والذي يرى أنّ أداء الفرد لا يرتبط بزيادة عوائده المادية فقط، بل بتحسين شروط العمل والعلاقات الإنسانية وقد بدأت هذه الأبحاث بدراسات هاوثورن، التي أولت أهمية كبيرة للعلاقات والحاجات الاجتماعية كمحفزات للسلوك في العمل؛³

➤ **مدخل الموارد البشرية:** تضمن مفهوم الفرد المتكامل بدلا من مفهوم الرجل الاقتصادي أو الرجل الاجتماعي، حيث يُنظر للفرد على أنه نظام متكامل معقد، وأنّ العوامل المؤثرة في تحفيزه هي كثيرة وليست اقتصادية أو اجتماعية فقط،⁴ بدأ استخدام هذا المدخل في بداية السبعينات من القرن العشرين، حيث أكدت الدراسات على اعتبار الأفراد العاملين كموارد وليسوا أفرادا يتحركون على أساس مشاعرهم فقط، وفي حين اعتبرت المدخل السابقة كل من أهداف الفرد والمؤسسة منفصلين اعتبرها مدخل الموارد البشرية متكاملين فكلاهما يسعى لتحقيق أهداف الآخر؛⁵

➤ **المدخل المعاصر:** المدخل الحديثة لتحفيز العاملين تضم نظريات المحتوى التي تركز على تحليل الحاجات الانسانية للأفراد وكيفية إشباعها في بيئة العمل، ونظريات العملية التي تركز على الأسباب التي تؤدي إلى أن يختار الفرد سلوكا معيناً بدلا من مسارات سلوكية أخرى بديلة.⁶

¹ صالح مهدي محسن العامري، طاهر محسن منصور الغالبي، الإدارة والأعمال، مرجع سبق ذكره، ص 492.

² كامل مجد المغربي، السلوك التنظيمي، مرجع سبق ذكره، ص 51.

³ صالح مهدي محسن العامري، طاهر محسن منصور الغالبي، مرجع سبق ذكره، ص 492.

⁴ المرجع نفسه، ص 492.

⁵ علي غربي وآخرون، تنمية الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص 41.

⁶ صالح مهدي محسن العامري، مرجع سبق ذكره، ص 492.

المبحث الرابع: أبعاد الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية

تعددت وجهات نظر الباحثين حول تحديد الأبعاد المشكلة للرضا الوظيفي، والتي تم التطرق لها انطلاقاً من عدد من نظريات الإدارة التي تناولت الرضا الوظيفي من جوانب مختلفة، كما تعددت طرق قياس مستوياته، ونقف من خلال هذا المبحث على مختلف النظريات التي تطرقت للرضا الوظيفي ومسبباته، ثم مختلف العوامل المؤثرة على الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية، وفي الأخير طرق قياس الرضا الوظيفي.

المطلب الأول: مدخل حول نظريات الرضا الوظيفي

1. نظريات المحتوى:

تركز نظريات المحتوى على محتوى الدوافع والعوامل المؤثرة في السلوك، سواء كانت هذه العوامل داخلية (ذاتية) أو خارجية، حيث تعمل على تحديد عوامل تحفيز الأفراد على العمل،¹ فهي تركز على تحديد الحاجات الدوافع والحوافز،² وقد اعتمدت نظريات المحتوى في جزء منها على أفكار تايلر* الذي اعتبر الفرد عنصراً كسولاً ولا بد من دفعه للعمل بواسطة الحوافز المالية، وجاء التون مايو** بعد تايلور بعدد من الدراسات (1923-1947) ليقدّم نتائج تشير إلى دور العوامل الاجتماعية والنفسية على سلوك الفرد،³ وتعددت بعدها الدراسات والنظريات، ومن أبرز نظريات المحتوى: نظريات الحاجات الانسانية لماسلو، نظرية العاملين لهيرزبرغ، نظرية الحاجة للإنجاز لماكلياند، ونظرية الهدف لأدلفر.

➤ نظرية الحاجات الانسانية لماسلو (abraham maslow):

طوّر ماسلو*** نظريته سنة 1943 بعد دراسات متعددة توصل إلى أنّ الاحتياجات الانسانية تنظم نفسها حسب نظام أولويات معين، فإذا ما أشبع الفرد حاجاته الدنيا فإنه يرتقي لإشباع حاجات كامنة على المستويات الوسطى والعليا،⁴ واعتبر ماسلو أنه يمكن تجميع هذه الحاجات في تسلسل هرمي،⁵ حيث

¹ سهيلة محمد عباس، إدارة الموارد البشرية مدخل استراتيجي، مرجع سبق ذكره، ص168.

² Saifuddin khan et al, syntyesizing theories of job satisfaction across the cultural, attitudinal dementions, interdisciplinary journal of contemporary research in business, vol3, No9, 2012, p1384 .

* فريديريك تايلور: مهندس ميكانيكي أمريكي (1856-1915)، يعتبر أب الإدارة العلمية، عمل في أحد مصانع الحديد وقد لاحظ حينها انخفاض الإنتاجية وضياح الوقت والجهد والمواد دون تحقيق فائدة، ليقوم بإجراء التجارب الميدانية لزيادة الإنتاجية، نشر تجاربه على شكل نظرية في كتابه "مبادئ الإدارة العلمية عام 1911.

** التون مايو: عالم نفس أمريكي (1880-1949)، اهتم بدراسات علم النفس الاجتماعي، خصص جزء كبيراً من أبحاثه لتحليل الظروف المادية المؤثرة في العمل ضمن التنظيمات الإنتاجية، خاصة العلاقة بين ظروف العمل البيئية والحالة النفسية للعاملين وأثر ذلك كله على إنتاجية العمل.

³ سهيلة محمد عباس، إدارة الموارد البشرية مدخل استراتيجي، مرجع سبق ذكره، ص168.

*** ابراهام ماسلو: عالم نفس أمريكي (1908-1970)، اشتهر بنظريته تدرج الحاجات، حاول من خلالها أن يصيغ العلاقة الترابطية يفسر من خلالها طبيعة الدوافع والحاجات التي تحرك السلوك الإنساني.

⁴ كامل محمد المغربي، السلوك التنظيمي مفاهيم وأسس سلوك الفرد والجماعة في التنظيم، مرجع سبق ذكره، ص124.

⁵ Saifuddin khan et al, syntyesizing theories of job satisfaction across the cultural, op cit, p1385.

بمجرد شعور الفرد بالحاجة في مستوى معين يعتبر دافعا له بوجه سلوكه وطاقته لتحقيق هذه الحاجة، ثم بمجرد إشباعها وتحقيق الرضا عنها تتوقف عن كونها دافعا، فينتقل إلى مستوى أعلى من الحاجات، حيث ينتهي دور الحاجة المشبعة في التحفيز.

كما لا بد من الإشارة إلى أنّ نظرية ماسلو للحاجات كانت النظرية التي وضعت الأساس لنظريات الرضا الوظيفي، وقد اقترحت العديد من النظريات لكن كلها تقريبا تبدأ بأفكار ماسلو،¹ وتمثل الحاجات الانسانية حسب سلم ماسلو فيما يلي:

- **الحاجات الفسيولوجية أو الأساسية:** وتشمل المأكل والمشرب والملبس والسكن وغيرها، والوسيلة الأساسية التي يمكن للمؤسسة أن تشبع بها هذه الحاجات هي طرق الدفع المختلفة كالرواتب الأجور والمكافآت؛²
- **حاجات الأمن والسلامة:** وتعبر عن حاجة الفرد للأمن والطمأنينة وتجنب المخاطر، وكل ما يتعلق بالأمن المادي والمعنوي وضمن المستقبل،³ ويمكن للمؤسسات الاستجابة لها من خلال الرواتب التقاعدية، البرامج الصحية...⁴
- **الحاجات الاجتماعية:** عندما يتمكن الفرد من إشباع حاجاته الفسيولوجية ويحقق مستوى معين من الطمأنينة والضمن، فإنه يتطلع إلى إشباع حاجاته الاجتماعية، وتمثل في شعور الفرد بالانتماء للآخرين، وتقبلهم له،⁵ وتم الاستجابة لهذه الحاجات من قبل المؤسسة من خلال فترات الاستراحة والفرق الرياضية، السفرات العائلية لعوائل العاملين؛⁶
- **حاجات تقدير الذات:** ويقصد بها حاجة الفرد للمكانة الاجتماعية المرموقة والشعور باحترام الآخرين وحاجته للثقة بالنفس والقوة والمقدرة والكفاءة؛⁷
- **حاجات تحقيق الذات:** تظهر هذه الحاجات بعد أن تكون بقية الحاجات قد أشبعت بصفة أساسية، وتعبر عن رغبة الفرد في أن يصبح أكثر تميزا عن غيره،⁸ ويمكن للمؤسسة الاستجابة لهذه الحاجات للأفراد العاملين من خلال المواقع القيادية، ومنحهم الصلاحيات والاستقلالية.⁹

¹ Saifuddin khan et al, syntyesizing theories of job satisfaction across the cultural, op cit, p1386.

² نادر أحمد أبو شيخة، إدارة الموارد البشرية، دار صفاء للنشر والتوزيع، ط2، الأردن، 2013، ص209.

³ خضير كاضم حمود، موسى سلامة اللوزي، مبادئ إدارة الاعمال، إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص322.

⁴ منير نوري، فريد كورتل، إدارة الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص275.

⁵ خضير كاضم حمود، موسى سلامة اللوزي، مرجع سبق ذكره، ص322.

⁶ سهيلة محمد عباس، إدارة الموارد البشرية مدخل استراتيجي، مرجع سبق ذكره، ص196.

⁷ كامل بربر، إدارة الموارد البشرية اتجاهات وممارسات، دار المنهل اللبناني، لبنان، 2008، ص159.

⁸ كامل محمد المغربي، السلوك التنظيمي مفاهيم وأسس سلوك الفرد والجماعة في التنظيم، مرجع سبق ذكره، ص125.

⁹ سهيلة محمد عباس، إدارة الموارد البشرية مدخل استراتيجي، مرجع سبق ذكره، ص170.

ويشير الشكل (10) إلى هرم ماسلو للحاجات.

الشكل (10): هرم ماسلو للحاجات



المصدر: خضير كاظم حمود، موسى سلامة اللوزي، مبادئ إدارة الأعمال، مرجع سبق ذكره، ص 323.

ترتبط نظرية الحاجات لماسلو بالرضا الوظيفي باعتبار الرضا عن الأجر يرتبط بصورة غير مباشرة بالحاجة إلى الأمن والاستقرار لدى مقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية، كما ترتبط حاجات الانتماء بالرضا عن العلاقات مع الزملاء أو مع الرؤساء، كما نجد أنّ الحاجة للاحترام والتقدير ترتبط أيضا بالعلاقات على المستوى الأفقي والرأسي داخل المؤسسة الصحية.

➤ نظرية العاملين لفردريك هيرزبرغ* (herzberg) :

تهدف هذه النظرية لشرح الرضا والدافع، وهي تركز على الرضا وعدم الرضا بالمؤسسة، توصلت النظرية إلى أنّ بعض العوامل تسبب الرضا وبالتالي الدافع، في حين البعض الآخر تسبب عدم الرضا الوظيفي وأوضح هيرزبرغ أنّها عوامل مختلفة عن بعضها،¹ حيث أجرى هيرزبرغ دراسة قام خلالها بمقابلات مع 200 عامل نشرها في كتاب سنة 1959، وقد استخدم طريقة الحادث الحرج لجمع البيانات لنوعين من الأسئلة حول المواقف الإيجابية والسلبية،² إذ طلب منهم وصف الحالات التي رأوا أنّها جيدة أو سيئة بشأن وظائفهم فكانت ردودهم التي قدموها عندما شعروا بالرضا تختلف عن الردود المقدمة عندما شعروا بالسوء.³ وقد اعتمدت هذه النظرية على نظرية الحاجات لماسلو كأساس لدراسة الرضا الوظيفي، فالرضا عن العمل ليس عكس عدم الرضا عن العمل، والأسباب التي تؤدي إلى عدم الرضا تختلف عن الأسباب التي

* هيرزبرغ: عالم نفس أمريكي (1923-2000)، يُعد من أكثر الأسماء تأثيراً في إدارة الأعمال، وقد أجرى أبحاثاً واسعة حول الدوافع البشرية في العمل.

¹ Stephen I, dugguh, ayaga dennis, job satisfaction théories : traceability to employee performance in organizations, journal of business and management, vol16, 2014, p12.

² Saifuddin khan et al, syntyesizing theories of job satisfaction across the cultural, op cit, p1386.

³ Hamood nasser alrasbi, the motivation of omani school teachers, op cit, p45.

تسبب الرضا،¹ وعليه حسب هيرزبرغ هناك عوامل دافعة أو عوامل الرضا تدفع لتحقيق الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية، وعوامل وقائية، حافزة تمنع عدم الرضا عن العمل، فمن أجل تحسين مستوى الرضا الوظيفي بشكل عام، لا يكون كافيا إزالة عوامل عدم الرضا الناجم عن العوامل الوقائية، وإنما لا بد من توفر عوامل دافعة تحقق الرضا، ويمثل الشكل رقم (11) تمثيلا لنظرية العاملين.

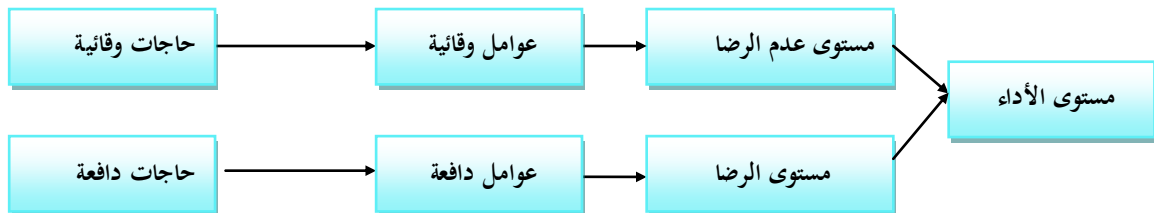
الشكل رقم (11): الرضا وعدم الرضا حسب نظرية العاملين



المصدر: كامل مُجد المغربي، السلوك التنظيمي مفاهيم وأسس سلوك الفرد والجماعة في التنظيم، مرجع سبق ذكره، ص 128.

- **العوامل الوقائية (الإشباعية/ خارجية):** تتمثل في محتويات العمل وبيئته وتمثل مجالاتها في سياسات المؤسسة وإدارتها، نمط الإشراف، العلاقات بين الأفراد، ظروف العمل المادية، الراتب والمركز الاجتماعي والأمن الوظيفي،² فهي بمثابة توجيه للرؤساء في خلق بيئة عمل مواتية حيث يشعر الأفراد العاملين بالراحة أثناء العمل؛³
- **العوامل الدافعة (الحافزة/ الإشباعية/ داخلية):** وهي تلك العوامل المرتبطة بالعمل، وهي تعمل في حال وجودها على بناء درجة عالية من الرضا والحفز لدى العاملين، تتمثل في الشعور بالإنجاز في العمل، الإدراك الشخصي لقيمة العمل نتيجة لإتقانه، طبيعة الوظيفة ومحتواها، المسؤولية، فرص التقدم في الوظيفة، التطور والنمو الشخصي.⁴

الشكل (12): نظرية هيرزبرغ



¹ فائزة مجد رجب بهنسي، الرضا الوظيفي للعاملين من منظور الخدمة الاجتماعية، مرجع سبق ذكره، ص 52.

² علي غربي، اسماعيل قيرة، تنمية الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص 214.

³ Shen kian tan, herzberg's two factor theory on work motivation : does it works for todays environment ?, global journal of commerce and management perspective, vol2 (5), 2013, p19.

⁴ علي غربي، اسماعيل قيرة، تنمية الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص 214.

Source : Xinying yu, job satisfaction of university academics china, doctoral disertation, newcastle university, 2009, p48.

وعليه حسب هرزبيرغ فإن العوامل الوقائية تؤثر على الحاجات الوقائية، فهي تسبب درجة عالية من عدم الرضا عندما لا تكون موجودة، لكنها لا تؤدي للتحفيز والرضا عند وجودها، ولا تسبب الكثير من عدم الرضا عند عدم توفرها، كما أنّ العوامل الحافزة التي تؤثر على الحاجات الدافعة لدى مقدمي الخدمات تركز على محتوى العمل، في حين العوامل الوقائية تتعلق بالظروف المحيطة للعمل، وكل منهما تؤثر في مستوى الرضا ومستوى عدم الرضا لمقدم الخدمة الصحية، وهو بدوره ما يؤثر على مستوى الأداء بشكل عام.

➤ نظرية الدافع للإنجاز (الحاجة للإنجاز) لمكلياند (David McClelland*):

كما يطلق عليها أيضا نظرية الحاجات الثلاث، افترض مكلياند أنّ بعض الأفراد لديهم محرك مقنع للنجاح ورغبة أفضل من ذي قبل، لذلك يحبون ويميلون إلى الوظائف الصعبة ويتصرفون على أنّهم متفوقون،¹ حيث ضمن نفس سياق نظرية ماسلو للحاجات صاغ الباحث مكلياند نظريته (1961) على مقياس لتحديد الحاجات الانسانية، بعد أن عرض مجموعة كبيرة من الصور والرسوم غير الواضحة المعالم على عدد من الأفراد، وكان يعتقد أنّ هؤلاء الأفراد سيسقطون حاجاتهم المهمة والأساسية وهم يقومون بتفسير هذه الصور، وقد استنتج أنّ هناك ثلاثة حاجات أساسية تتفاوت في قوتها وأهميتها لدى الأفراد،² وتمثل هذه الحاجات في:

- الحاجة للإنجاز: وتعني حاجة الفرد للتمكن من العمل الذي يؤديه وكفاءته فيه، إضافة إلى بحثه المستمر عن المهام المتجددة والصعبة،³ حيث يُظهر الأفراد ذوو الدافعية العالية للإنجاز اندفاعا قويا للعمل للوصول إلى النتائج، في حين الأفراد الأقل دافعية للإنجاز هم أقل اهتماما بالنتائج، كما أنّ درجة تحملهم للأخطار تكون منخفضة،⁴ وقد أشارت الدراسات إلى إمكانية تنمية هذه الحاجة من خلال برامج التدريب،⁵ ويرى مكلياند أنّ رضا الأفراد الذين يملكون الحاجة للإنجاز يكمن في مدى تحقيقهم لأهدافهم؛

* دافيد ماكلياند: باحث أمريكي في مجال علم النفس (1917-1998)، اشتهر بتطويره لنظرية الدافع للإنجاز المعروفة بنظرية الحاجة للإنجاز.

¹ Saifuddin khan et all, , herzberg's two factor theory on work motivation : does it works for todays environment ?, op cit, p1387.

² صالح مهدي محسن العامري، طاهر محسن منصور الغالبي، الإدارة والأعمال، مرجع سبق ذكره، ص 496.

³ سهيلة محمد عباس، إدارة الموارد البشرية مدخل استراتيجي، مرجع سبق ذكره، ص 171.

⁴ علي غربي، اسماعيل قيرة، تنمية الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص 212.

⁵ منير نوري، فريد كورتل، إدارة الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص 277.

- الحاجة للانتماء: تكون لدى الأفراد الذين يفضلون حالات التعاون بدل المواقف التنافسية والرغبة في تكوين علاقات تنطوي على درجة عالية من التفاهم المتبادل،¹ وتعكس الرغبة في تكوين علاقات مع الآخرين والاحتفاظ بها؛²

- الحاجة إلى السلطة: وتشير إلى الرغبة في التحكم والسيطرة على الآخرين، بمعنى رغبة الفرد في أن تكون له قدرة وقوة على السيطرة على ما يحيط به.³

➤ نظرية البقاء، الانتماء والنمو لألدلفر (Alderfer):*

انتقد ألدلفر ماسلو واعتبر أنه لا يمكن تصنيف الحاجات البشرية في تسلسل هرمي، ولكن يمكن أن تكون نفسها مرتبطة على طول سلسلة متصلة،⁴ فهو لا يفترض أنه يجب الوفاء بمستوى أداء من الحاجات قبل مستوى أعلى واعتبر أنّ التحفيز أو الحرمان هو السبيل الوحيد لتفعيل الحاجة،⁵ وتشير النظرية إلى مبدأ مهم وهو مبدأ الإحباط أو التراجع، حيث يعمل الفرد على إشباع حاجات مشبعة فعلا عندما يفشل في إشباع حاجات غير مشبعة، وهو يمثل سلوك تعويضي قد يكون مرضيا في بعض الأحيان وغير مرضي في أحيان أخرى،⁶ حاول ألدلفر (1969) إجراء تعديل على نظرية التسلسل الهرمي للحاجات في محاولة لتبسيطها ومعالجة النقائص الموجودة فيها، وبالتالي قام بتقليص مستويات الحاجات إلى ثلاث مستويات فقط،⁷ وتمثل هذه الحاجات في:⁸

- الحاجة للبقاء (الوجود): تصير إلى الحاجات الفسيولوجية عند ماسلو؛

- حاجة الانتماء: تمثل العلاقات الاجتماعية والمكانة؛

- الحاجة للنمو: وتمثل حاجة تحقيق الذات عند ماسلو.

2. نظريات العملية والرضا الوظيفي:

تتضمن نظريات العملية (نظرية المسار) 1963 العوامل الرئيسية التي تفسر سلوك الأفراد العاملين، فهي تركز على كيفية حصول الدافع والعوامل التي تدفع الأفراد لسلوك معين،⁹ فهي توضح كيفية اختيار سلوكيات معينة

¹ Mechael jerome spring, examining organizotonal conflict managment style climate : moderator of job satisfaction and intent to leave a management consulting organization, op cit, p51.

² صالح مهدي محسن العامري، طاهر محسن منصور الغالبي، مرجع سبق ذكره، ص497.

³ كامل بربر، إدارة الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص162.

* ألدلفر: باحث في علم النفس، عُرف بتطويره لنظرية الحاجات لماسلو وتعديله لها.

⁴ Jide ibietan, theories of personnel motivation in organisations, multidisciplinary journal of research development, op cit, p8.

⁵ Saifuddin khan et all, syntyesizing theories of job satisfaction across the cultural, op cit, p1388.

⁶ صالح مهدي محسن العامري، طاهر محسن منصور الغالبي، الإدارة والأعمال، مرجع سبق ذكره، ص495.

⁷ فتيحة ونوغي، أثر الرواتب على الرضا الوظيفي والرضا عن التعويضات والحفز الذاتي لأساتذة التعليم العالي، مرجع سبق ذكره، ص32

⁸ صالح مهدي محسن العامري، طاهر محسن منصور الغالبي، مرجع سبق ذكره، ص495.

⁹ سهيلة محمد عباس، علي حسين علي، إدارة الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص173.

معينة من قبل العاملين من بين مجموعة من البدائل، فهي تركز على أسلوب تفكير العامل عندما يحس بالرغبة في إشباع حاجة معينة،¹ ومن بين هذه النظريات نجد: نظرية العدالة لآدمز، نظرية التوقع لفروم، نظرية تحديد الهدف للوك ونظرية X وY لماك غريغور.

➤ نظرية العدالة لآدمز (Adams):*

قامت هذه النظرية على افتراضين أساسيين هما: أنّ الفرد في علاقته مع الآخرين يتوقع عائدا منهم لقاء ما يبذله من جهد، والافتراض الثاني أنّ الفرد يقوم بمقارنة ما يحصل عليه من عوائد مع ما يحصل عليه الآخرين،² تقترح هذه النظرية أن العاملين يقارنون نسبة النتائج التي يتلقونها من وظائفهم إلى نسبة المدخلات الخاصة بهم، ومقارنتها بمدخلات ونتائج فرد آخر الذي اعتبره آدمز "مرجع"، فتخلق النسب غير المتساوية عدم الرضا عن العمل، وعندما تكون النسب متساوية يشعر الفرد بالرضا.³

حسب هذه النظرية، يتم الربط بين الرضا الوظيفي للفرد العامل وشعوره بأنّ ما يحصل عليه من عائد هو عادل ومتكافئ مع ما يبذله من جهد وما يعتقد أنه يستحقه من عائد،⁴ فالرضا الوظيفي بهذا المفهوم يرتبط بمدى إدراك مقدم الخدمة في المؤسسة الصحية لعدالة العائد الذي تحصل عليه، مقارنة بما قدمه من جهد من جهة ومقارنته بما قدمه وما حصل عليه أقرانه من العاملين، فهو لا يرتبط بالعائد نفسه.

وعليه تظهر أهمية تحقيق العدالة في المؤسسة الصحية في توفير حالة الاستقرار والثبات فيها، من خلال وضع أنظمة عادلة للحوافز والأجور لتحقيق نسبة عالية من الدوافع والأداء، والعمل على معرفة مدخلات كل فرد من جهود مبدولة ونسبتها إلى المخرجات التي يتحصل عليها.

➤ نظرية التوقع لفروم (Victor vroom):*

طور فكتور فروم سنة 1964 نظريته التي تعمل على تفسير سبب قيام الفرد باختيار سلوك معين دون غيره، وترى هذه النظرية أنّ دافعية الفرد للقيام بسلوك معين تتحدد باعتقاد الفرد بأنّ لديه القدرة على القيام بذلك السلوك، وأنّ القيام بذلك السلوك سيؤدي إلى نتيجة معينة، وأنّ هذه النتيجة ذات أهمية بالنسبة للفرد، وعليه فإنّ حفز الفرد يعتمد على مستوى توقعاته،⁵ حيث تشير هذه النظرية إلى أنّ ميل الفرد العامل للعمل بطريقة معينة يعتمد على قوة التوقع بأنّ ذلك العمل ستنبهه نتائج معينة،⁶ فالفرد يسلك سلوك معين

¹ صالح مهدي محسن العامري، طاهر محسن منصور الغالبي، مرجع سبق ذكره، ص498.

* آدمز: طرح نظرية العدالة في بيئة العمل سنة 1963، واعتبرها واحدة من الحوافز التي تدفع الفرد للعمل.

² نادر أحمد أبو شيخة، إدارة الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص222.

³ Jutta green, job satisfaction of community college chairpersons, op cit, p9.

⁴ محمد سعيد أحمد سلطان، السلوك التنظيمي، دار الجامعة الجديدة، الأردن، 2003، ص197.

* فيكتور فروم: باحث كندي (1932)، طوّر نظرية التوقع من خلال دراسته لدوافع صنع القرار.

⁵ سامر جلد، السلوك التنظيمي والنظريات الإدارية الحديثة، مرجع سبق ذكره، ص115.

⁶ فائزة محمد رجب بهنسي، الرضا الوظيفي للعاملين من منظور الخدمة الاجتماعية، مرجع سبق ذكره، ص53.

بناء على توقعه لنتائج هذا السلوك، وأنّ قوة تفضيل الفرد لنتيجة معينة دون أخرى يدعى بالتكافؤ، كما أنّ قوة اعتقاد الفرد بأنّ تصرف معين يؤدي إلى النتائج المحددة يدعى بالتوقع، حيث تعتبر هذه النظرية نوع من تحليل (تكلفة / عائد) لتحديد فيما إذا كانت العوائد مساوية للتكاليف، فإذا كانت العوائد مساوية للتكاليف، وكانت الفوائد كافية لتغطية الكلف فإنّ الأفراد يسعون إلى بذل جهد أكبر.¹

وتتضمن هذه النظرية ثلاث فرضيات، تتمثل في:

- التوقع: هو درجة الثقة لدى الفرد في قدرته على أداء عمل معين بنجاح،² وهو الإعتقاد الذاتي للفرد أنّ اتجاهها معيناً في العمل سيتبعه نتيجة إيجابية عالية أو تحقيق جيد للهدف؛³
- المنافع: هو اعتقاد الفرد أنّ الأداء الناجح سوف يتبعه مكافأة مناسبة،⁴ أي النتائج المتوقعة من طرف طرف الفرد نتيجة لسلوكه؛
- القيمة (التكافؤ): هو درجة الجاذبية التي يعطيها الفرد للمكافأة، لأنّ الأفراد يضعون قيماً مختلفة للحوافز، مثل النقود، وظروف العمل الجيدة،⁵ فهي تعبر عن مدى جاذبية النتائج المتعلقة بالعمل بالنسبة للفرد.

تعتبر هذه العناصر المحدد الرئيسي حسب فروم لتحفيز الفرد ودفعه نحو الإنجاز، وقد تمت صياغة هذه النظرية وفق المعادلة التالية:⁶

$$\text{الدافع} = \text{التوقع} \times \text{المنافع} \times \text{القيمة}$$

يأخذ التوقع قيمة من (0 إلى 1)، يكون التوقع مساوياً للصفر إذا كان الفرد لا يعتقد بوجود علاقة بين العمل والنتيجة، ويأخذ قيمة 1 إذا كان الفرد متأكداً من أنّ سلوكه سوف يقوده إلى نتيجة، أما المنافع فقيمتها تتراوح بين (-1، +1)، فقيمتها تساوي 1 عندما يمنحها الفرد قيمة كبيرة، ويساوي -1 عندما لا تعني له شيئاً وتأخذ قيمة (0) عندما لا يكون الفرد مهتماً بالنتيجة (العائد)،⁷ كما تعتبر أي قيمة صفرية لأي عنصر من العناصر الثلاثة تؤدي إلى كون الدافع معدوماً.⁸

¹ سهيلة محمد عباس، علي حسين علي، إدارة الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص174.

² Jutta green, job satisfaction of community college chairpersons, op cit, p90.

³ سالم تيسير الشرايدة، الرضا الوظيفي أطر نظرية وتطبيقات عملية، دار صفاء للنشر والتوزيع، ط1، الأردن، 2008، ص92.

⁴ صالح مهدي محسن العامري، طاهر محسن منصور الغالبي، الإدارة والأعمال، مرجع سبق ذكره، ص499.

⁵ سالم تيسير الشرايدة، الرضا الوظيفي أطر نظرية وتطبيقات عملية، مرجع سبق ذكره، ص92.

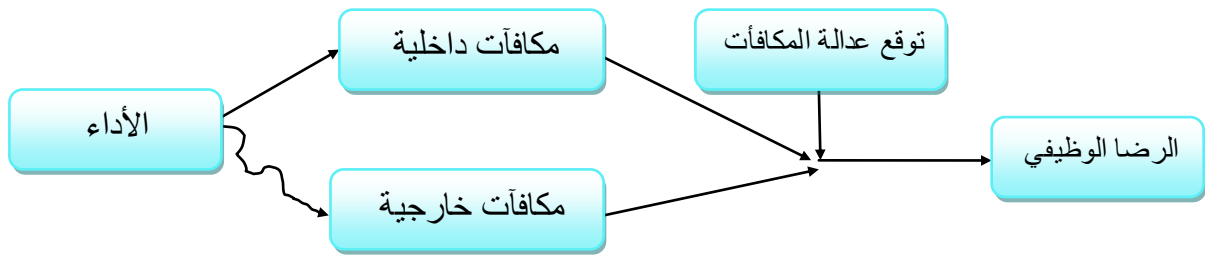
⁶ صالح مهدي محسن العامري، طاهر محسن منصور الغالبي، مرجع سبق ذكره، ص499.

⁷ فتيحة ونوغي، أثر الرواتب على الرضا الوظيفي والرضا عن التعويضات والحفز الذاتي لأساتذة التعليم العالي، مرجع سبق ذكره، ص39.

⁸ صالح مهدي محسن العامري، طاهر محسن منصور الغالبي، مرجع سبق ذكره، ص499.

والشكل رقم (13) يبرز نموذج بورتير ولولر للرضا الوظيفي انطلاقاً من نظرية التوقع لفرورم.

الشكل رقم (13): نموذج بورتير ولولر للرضا الوظيفي



Sources : Hamood nasser alrasbi, the motivation of omani school teachers, op cit, p55.

➤ نظرية الهدف للوك* (locke):

نظرية الهدف من بين النظريات التي حاولت تفسير الدافع، والتي طُورت من قبل لوك سنة 1968، الذي أوضح بأنّ الدافع والأداء يكونان مرتفعين عندما يحدد الأفراد أهدافهم، وعندما تكون هذه الأهداف مقبولة وواضحة،¹ وعليه لحفز العامل يكفي تشجيعه على تحديد أهداف أداء عالية المستوى أو على الأقل جعله يتقبل الأهداف المقترحة عليه،² إذ تقوم هذه النظرية على عدد من الافتراضات هي:³

- هدف الفرد يحرك دافعيته لبذل الجهد من أجل تحقيقه؛
- تتأثر دافعية الفرد لتحقيق الهدف بدرجة تحديد الهدف، فالأهداف المحددة تحرك الدافعية أكثر من الأهداف المبهمة والغامضة؛
- كلما زادت درجة تحدي الهدف كان أكثر إثارة للدافعية؛
- كلما زادت درجة جاذبية الهدف وانسجامه مع حاجات الفرد كلما كان أكثر إثارة للدافعية؛
- كلما زادت درجة قبول الهدف بمشاركة الفرد في وضعه زاد الأثر الدافعي له؛
- كلما تلقى الفرد معلومات مرتدة واقعية وصحيحة عن مستوى إنجاز الهدف كلما زاد الأثر الدافعي له؛
- رضا الفرد هو الفرق بين الإنجاز المتحقق والهدف المحدد، فكلما تساوى مستوى الإنجاز مع الهدف المحدد أو فاقه زاد مستوى الرضا، والعكس صحيح.

* جون لوك: (1704-1632) فيلسوف انجليزي ومفكر سياسي.

¹ سهيلة محمد عباس، علي حسين علي، إدارة الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص175.

² فتيحة ونوغي، أثر الرواتب على الرضا الوظيفي والرضا عن التعويضات والحفز الذاتي لأساتذة التعليم العالي، مرجع سبق ذكره، ص44.

³ ثامر أحمد أبو شيخة، إدارة الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص223.

فطبيعة الهدف من حيث الوضوح، مستوى الصعوبة، ودرجة التحديد وتصور مقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية أنهم يساهمون في عمل هادف يعزز دافع العمل لديهم.

➤ نظرية X و Y لدوغلاس ماك غريغور* (Mcgregor):

قدم ماك غريغور وجهة نظره الخاصة بطبيعة البشر، حيث قام باختبار افتراضات أساسية عن السلوك البشري، وقد عرض نظريتين مختلفتين للطبيعة البشرية في كتابه "الجانب الانساني للمؤسسات" سنة 1960¹، ومن خلال أبحاثه توصل إلى وجود فئتين من المديرين، رمز لكل منهما "X" "Y" لأنه لا يريد أن يحكم على المضمون بوصفه جيد أو رديء، أو أنه متشدد أو متساهل، فكلا النظريتين يمثلان موقفين متعارضين²، حيث تركز على السلوك الذي يمارسه أي مدير في أي مستوى تنظيمي، أي أنّ المدير في إطار إدارته للمؤسسة التي يعمل بها يستند إلى فكر فلسفي معين، وهذا السلوك الإداري يتأثر به العاملون في مختلف مستوياتهم التنظيمية، وقد حاول ماك غريغور تأطير هذا الاتجاه من خلال هاتين النظريتين، حيث تشير الأولى إلى الفكر الكلاسيكي التقليدي وفلسفته في التعامل مع الأفراد، ونظرية "Y" تعبر عن الفكر الإنساني السلوكي³.

- نظرية "X": المؤشرات التي تؤكد لها هذه النظرية تنطلق من الفكر الكلاسيكي التقليدي، الذي تتمحور أبعاده الفكرية في إطار الرشد والعقلانية والرجل الاقتصادي، والنزعة المادية التي استندت إليها الأفكار التقليدية آن ذاك⁴.

تقوم هذه النظرية على الافتراضات التالية:⁵

- عدم رغبة الأفراد في العمل موروثه وهو يقوم بتجنب العمل قدر الإمكان، ولمواجهة ذلك على الإدارة وضع حوافز للإنتاج، فالأجر والمزايا المادية أهم حوافز العمل؛
- نظرا لكون الأفراد يكرهون العمل ويتجنبون المسؤولية فإنّ ذلك يدعو إلى ضرورة رقابة سلوكهم وتوجيه أدايمهم في الإنجاز وفق أسلوب التهديد والعقاب، وتركيز كافة الجهود في إطار الرقابة المحكّمة في توجيه سلوك الأفراد نحو الإنجاز المستهدف؛

* ماك غريغور: عالم نفس أمريكي (1906-1964)، من أشهر كتبه "الجوانب الإنسانية في المؤسسات" الذي أصدره سنة 1960.

¹ نادر أحمد أبو شيخة، إدارة الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص216.

² علي غربي، اسماعيل فيرة، تنمية الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص212.

³ خضير كاضم حمود، موسى سلامة اللوزي، مبادئ إدارة الأعمال، مرجع سبق ذكره، ص81.

⁴ المرجع نفسه، ص82.

⁵ اعتمدا على:

- نادر أحمد أبو شيخة، مرجع سبق ذكره، ص216.

- خضير كاضم حمود، موسى سلامة اللوزي، مرجع سبق ذكره، ص81.

- يحاول الأفراد تجنب المسؤولية وعدم تحملها إذ أنهم يرغبون في الاستقرار والأمن، ويرغبون بتحقيق أهدافهم الذاتية من خلال قبول توجيه ورقابة الآخرين عليهم، كما أنّ الأفراد لا يملكون أي طموحات ذاتية يرغبون بتحقيقها؛
- هذه الافتراضات تتطلب التدخل النشط من جانب الإدارة لتوجيه طاقات الأفراد وتحفيزهم والرقابة عليهم بما يتوافق وأهداف المؤسسة وذلك باستخدام القوة في مواجهة سلوك الأفراد¹، إذ يستخدم المديرون النمط التسلسلي لإدارة العمل²، كما تصبح الإدارة مرغمة على التدخل لتوجيه طاقات الأفراد وتحفيزهم ومتابعة ومراقبة أعمالهم وتغيير سلوكهم بما يتفق وأهداف المؤسسة³ وبعد العقاب والتهديد بالعقاب من الوسائل الأساسية لدفع الفرد للعمل، مع ضرورة الرقابة الشديدة والدقيقة على الأفراد العاملين، كما تعتبر المزايا المادية أهم الحوافز لدفعهم للعمل.

- نظرية "Y":

- استمد ماك غريغور نظريته من مدرسة العلاقات الانسانية بعد تجارب هاوثورن، التي تعتبر الفرد كائن اجتماعي يتعامل مع غيره وفق معطيات هادفة وإيجابية في تحقيق أهدافه وأهداف المؤسسة التي يعمل بها⁴، فالفرد وفقا لهذه النظرية فعال قادر على العمل وراغب فيه، مستعد لتنمية أهداف المؤسسة لذلك فهم محررون من الرقابة المباشرة، ولهم حرية لتوجيه أنشطتهم ولتحمل مسؤولياتهم وإشباع حاجاتهم للإنجاز والاحترام وتحقيق الذات، وعلى الإدارة تفويض سلطاتها للعاملين ومشاركتهم في اتخاذ القرارات⁵ وأهم الافتراضات التي قامت عليها هذه النظرية هي:⁶
- بذل الجهد الجسمي والعقلي في العمل أمر طبيعي كالراحة واللعب، فالفرد العادي لا يتجنب العمل ويعتبره مصدر اطمئنان ورضا؛
 - الرقابة الخارجية والتهديد بالعقاب ليس الأسلوب الوحيد للحصول على الجهد، فالفرد يستطيع توجيه ومراقبة ذاته في سبيل تحقيق الأهداف التي يلتزم بها؛
 - الفرد العامل يعرف كيف يبحث على المسؤولية وليس فقط يقبلها؛
 - يعمل الفرد أملا في الحصول على المكافآت لا خوفا من العقاب.

¹ زاهد محمد ديربي، إدارة الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص309.

² رولا نايف المعايطة، صالح سليم الحموري، إدارة الموارد البشرية، دار كدوز المعرفة، الأردن، 2012، ص133.

³ فايزة محمد رجب بهنسي، الرضا الوظيفي للعاملين من منظور الخدمة الاجتماعية، مرجع سبق ذكره، ص49.

⁴ خضير كاضم حمود، موسى سلامة اللوزي، مبادئ إدارة الأعمال، مرجع سبق ذكره، ص82.

⁵ زاهد محمد ديربي، إدارة الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص310.

⁶ فايزة محمد رجب بهنسي، مرجع سبق ذكره، ص50.

لذلك على إدارة المؤسسة الصحية العمل على تفويض سلطاتها لمقدمي الخدمات الصحية وإشراكهم في اتخاذ القرارات إذا ما أرادت تحقيق رضاهم.

المطلب الثاني: العوامل المؤثرة على الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات الصحية

يعتبر الرضا الوظيفي متغير يمثل محصلة لمختلف المشاعر التي تكونت لدى العامل تجاه عمله، فيمكن من خلالها الإشارة إلى درجة الرضا التي يشعر بها اتجاه عمله بصفة عامة، فدرجة الرضا العام تعبر عن الناتج النهائي لدرجات رضا العامل عن مختلف الجوانب التي يتصف بها العمل الذي يشغله،¹ فالرضا عن العمل يمثل الإشباع الذي يحصل عليه العامل من مصادر مختلفة والتي ترتبط في تصوره بالعمل الذي يؤديه،² وقد تعددت وجهات النظر المحددة للعوامل المؤثرة على الرضا الوظيفي لكثرتها وتنوعها من جهة، ولعدم ثباتها من جهة أخرى لتعلقها بمتغيرين هما العامل والبيئة اللذان يتسمان بالتغير المستمر، وقد تم تقسيمها إلى مجموعات كعوامل جماعية أو على شكل عناصر كعوامل فرعية محددة للرضا.³

فهناك من رأى تجميع العوامل المحددة للرضا الوظيفي في أربع مجموعات تشكل عوامل أساسية، تتمثل في:

- **عوامل ذاتية:** تتعلق بالأفراد وقدراتهم ومدة الخدمة والخبرة، مستوى الدافعية، العمر، مستوى الطموح، المؤهل العلمي...⁴ والتي تتفاعل مع بعضها لتشكيل مستوى الرضا للعامل عن عمله؛
- **عوامل تنظيمية:** تتمثل في ظروف العمل، العلاقة بالرؤساء، نظم وأساليب وإجراءات العمل الوظيفية، وما تنتجه من إشباعات وما تعكسه من مسؤولية،⁵ فهي كل ما يتعلق بالمنظمة وظروف العمل وشروطه وما يسود من أوضاع وعلاقات وظيفية ترتبط بالعامل ومحتوى الوظيفة، والعلاقة مع الزملاء والرؤساء؛⁶
- **عوامل بيئية:** مثل الانتماء الاجتماعي وقدرة العامل على التكيف مع عمله،⁷ بالإضافة إلى الخدمات والتسهيلات المتوفرة بمكان ومحيط العمل، كما تشمل كذلك نظرة المجتمع إلى العامل ومدى تقديره لدوره؛⁸

¹ فاروق عبده فليح، السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسات التعليمية، مرجع سبق ذكره، ص 260.

² سهيلة محمد عباس، إدارة الموارد البشرية مدخل استراتيجي، مرجع سبق ذكره، ص 177.

³ عادل مفتاح محمد بالعبد، صلاح محمد زكي، تأثير الرضا الوظيفي على الانتاجية بشركة الخليج العربي للنفط بليبيا، مجلة العقبري، جامعة العلوم

الإسلامية، ماليزيا، العدد 5، 2015، ص 123.

⁴ ثابت احسان أحمد، الرضا الوظيفي على وفق بعض المتغيرات الشخصية لأعضاء الهيئة التدريسية والموظفين الإداريين في أقسام وكليات

التربية الرياضية جامعة الموصل، مجلة الراافدين للعلوم الرياضية، المجلد 17، العدد 57، 2011، ص 66.

⁵ منى رسول سلمان، الرضا الوظيفي لدى المشرفين الاختصاصيين وعلاقته بأدائه الوظيفي، دراسات تربوية، العدد 5، 2011، ص 67.

⁶ ثابت احسان أحمد، مرجع سبق ذكره، ص 66.

⁷ منى رسول سلمان، الرضا الوظيفي لدى المشرفين الاختصاصيين وعلاقته بأدائه الوظيفي، مرجع سبق ذكره، ص 68.

⁸ ثابت احسان أحمد، الرضا الوظيفي على وفق بعض المتغيرات الشخصية لأعضاء الهيئة التدريسية والموظفين الإداريين في أقسام وكليات

التربية الرياضية جامعة الموصل، مرجع سبق ذكره، ص 66.

- عوامل وظيفية: هي تلك العوامل المؤثرة في العامل كونه يعمل في وظيفة معينة، مثل الأجر النقدي الحوافز، فرص الترقية...¹

وسيتم التطرق فيما يلي إلى عدد من هذه العوامل:

1. العوامل المتعلقة بالعمل:

➤ العوامل الذاتية (الشخصية): أشارت العديد من الدراسات إلى أهمية العناصر الشخصية في رضا الفرد عن العمل، ومن أهم هذه العوامل:²

- احترام الذات: كلما كان هناك ميل لدى الأفراد للاعتداد برأيهم، واحترام ذاته والعلو بقدره، كلما كان أقرب إلى الرضا عن العمل، في حين الأفراد العاملون الذين يشعرون بعدم احترام ذاتهم يكونون غير راضين عن عملهم؛

- تحمل الضغوط: كلما استطاع الفرد العامل تحمل ضغوط العمل وتمكن من التعامل والتكيف معها، كلما كان أكثر رضا، في حين الأفراد الذين لا يستطيعون الصمود وسط ضغوط العمل وينهارون بسرعة أمام العقبات التي تواجههم فعادة ما يكونون غير راضين عن عملهم؛

- المكانة الاجتماعية: كلما ارتفعت المكانة الاجتماعية أو المكانة الوظيفية والأقدمية، كلما زاد رضا الفرد عن عمله، أما إذا قلت مكانة الفرد وظيفيا واجتماعيا، وقلت أقدميته زاد استيأؤه وعدم رضاه عن العمل؛

- الرضا عن الحياة: يميل الأفراد السعداء في حياتهم إلى أن يكونوا سعداء وراضين في وظائفهم، في حين الأفراد الغير راضين عن نمط حياتهم الاجتماعية بشكل عام، فإنهم عادة ما يكونون غير راضين عن عملهم، فهم ينقلون عدم رضاهم عن حياتهم إلى العمل.

➤ العوامل الخارجية: أو العوامل المتعلقة بالتنظيم (التنظيمية) وتتمثل في:

- الراتب: يعتبر الراتب العائد الذي يُعطى للفرد العامل مقابل الوظيفة التي يشغلها،³ ويعتبر الراتب محصلة لتفاعل عدد من العوامل منها طبيعة العمل نفسه ودرجة صعوبته، العرض والطلب للقوى

¹ عادل مفتاح محمد بالعيد، صلاح محمد زكي، تأثير الرضا الوظيفي على الانتاجية بشركة الخليج العربي للنفط بليبيا، مرجع سبق ذكره، ص122.

² محمد سعيد أنور سلطان، السلوك التنظيمي، مرجع سبق ذكره، ص ص: 202، 203.

³ محمد أحمد عبد النبي، إدارة الموارد البشرية، زمزم للنشر، الأردن، 2010، ص 164.

- العاملة، أقدمية العامل ومستوى أدائه إضافة للقواعد القانونية المنظمة لعملية دفع الرواتب،¹ فمن أهم العوامل المؤثرة في تحديد مستوى الراتب ما يلي:²
- مستوى الإنجاز أو مستوى الأداء الوظيفي الذي يقوم به العامل وفقا للمهام والمسؤوليات والواجبات المكلف بها؛
 - الجهد المبذول والذي يقصد به مقدار الجهد الذهني والفيزيائي المبذول من قبل الفرد العامل، وهو يختلف من فرد إلى آخر، وهما ما يتناسبان مع مستوى الأجر المدفوع؛
 - عدد سنوات الخدمة: حيث كلما زادت سنوات الخدمة زاد مستوى الراتب؛
 - المؤهل العلمي: تتناسب متطلبات الوظيفة مع المؤهلات العلمية من حيث الدرجة أو التحصيل الدراسي، وهو ما يتناسب مع مستوى الراتب؛
 - درجة صعوبة العمل: حيث تمتاز قسم من الوظائف بالصعوبة ودرجة من المخاطرة، حيث كلما زادت درجة الصعوبة يزداد مستوى الراتب؛
 - سوق العمل: قد تواجه المؤسسة منافسة في استقطاب اليد العاملة المتميزة في سوق العمل، هذه المنافسة تقضي بضرورة دفع رواتب عالية للعاملين أصحاب القدرات العالية بهدف الحفاظ عليهم؛
 - الإمكانيات المالية للمؤسسة: كل العوامل السابقة تبقى مرهونة بمستوى القدرات المالية للمؤسسة حيث كلما زادت هذه الأخيرة كلما زادت قدرتها على تعويض عاملها برواتب مرتفعة.
- يعتبر الراتب أحد المحفزات الخارجية للرضا الوظيفي، حيث اعتبره كل من ماسلو(1943) وهيرزبرغ (1966) وأدلفر (1969) ضمن الحاجات الأساسية الفيزيولوجية (الحاجة للبقاء على قيد الحياة)،³ فالراتب وسيلة هامة لإشباع الحاجات الإنسانية للعامل، وقد أشارت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة طردية بين مستوى الدخل والرضا الوظيفي، حيث كلما زاد الدخل للعاملين، زاد مستوى رضاهم عن العمل والعكس،⁴ ويشمل هذا العامل مدى تناسب الراتب مع ظروف العمل وتناسبه مع تكاليف المعيشة،⁵ لكن هناك من عارض هذا واعتبر الراتب لا يتسبب في الرضا الوظيفي وإنما يمنع فقط مشاعر الاستياء،⁶ وهو ما ذهب إليه

¹ علي السلمي، إدارة الأفراد لرفع الكفاءة الإنتاجية، مرجع سبق ذكره، ص217.

² مجيد الكرخي، إدارة الموارد البشرية، دار المناهج، الأردن، 2016، ص ص: 190-191.

³ Mechael jerome spring, examining organizational conflict management style climate : moderator of job satisfaction and intent to leave a management consulting organization, op cit, p40.

⁴ سهيلة محمد عباس، إدارة الموارد البشرية مدخل استراتيجي، مرجع سبق ذكره، ص178.

⁵ سالم تيسير الشرايدة، الرضا الوظيفي أطر نظرية وتطبيقات عملية، مرجع سبق ذكره، ص103.

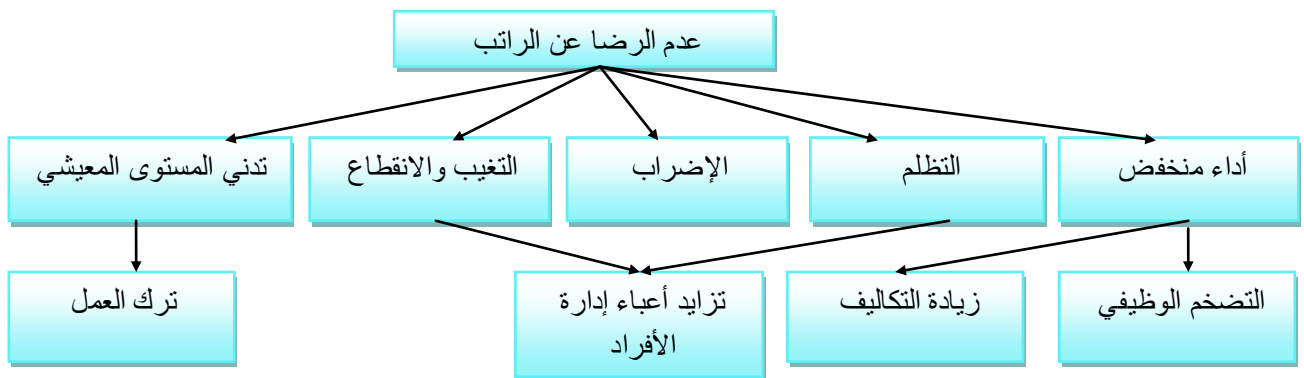
⁶ فاروق عبده فليح، السيد محمد عبد المجيد، السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسات التعليمية، مرجع سبق ذكره، ص261.

هيرزبرغ في نظريته عندما اعتبر الراتب من الحاجات الدنيا التي لا تؤدي إلى الرضا وإنما تمنع فقط عدم الرضا، وقد واجه رأي هيرزبرغ بعض التحفظات فيما يخص هذه النقطة، منها:¹

- أنّ الأفراد العاملين يختلفون في درجة تفضيلهم للحاجات، كما أنّ المجتمعات تؤثر هي الأخرى على العاملين وحاجاتهم نحو العمل، حيث تبرز أهمية الأجور في المجتمعات الرأسمالية بدرجة أكبر منها في المجتمعات النامية، نظرا لأهمية الجانب الاقتصادي في حياة الأفراد في تلك المجتمعات؛
- أنّ الرواتب تعد إحدى المشبعات لحاجات مختلفة أخرى كالحاجة للتميز أو أنها رمز للتفوق والنجاح.

كما يعتبر عدم الرضا عن الراتب مسببا لعدم الرضا الوظيفي، وله آثار مختلفة بالنسبة للمؤسسة والشكل رقم (14) يبرز الأعباء المترتبة عن عدم الرضا عن الراتب.

الشكل رقم (14): الأعباء المترتبة عن عدم الرضا عن الراتب



المصدر: محمد أحمد عبد النبي، إدارة الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص 183.

حيث يعتبر عدم الرضا عن الراتب مسببا لعدد من المشاكل بالنسبة للمؤسسة، مثل انخفاض مستوى الأداء، الذي يؤدي إلى زيادة التكاليف، إضافة إلى تزايد أعباء إدارة الأفراد نتيجة لكثرة الغيابات والتظلمات، أما بالنسبة للفرد العامل عدم الرضا عن الراتب قد يدفعه لترك العمل والبحث عن عمل آخر.

- **جماعة العمل:** تعرف جماعة العمل على أنها كيان يضم فردين أو أكثر من الأفراد المتفاعلين مع بعضهم البعض، والذين تربطهم علاقات معينة يسعون لتحقيق أهداف مشتركة، فهم يعملون مع بعض ويكون لكل منهم دور محدد في هذه الجماعة،² وتشير جماعة العمل إلى مدى قيام علاقات ودية بين زملاء العمل، فهي ضمن العوامل الوقائية حسب هيرزبرغ بينما يعتبرها ماسلو وألدنفر

¹ سهيلة محمد عباس، مرجع سبق ذكره، ص ص: 176-178.

² زاهد محمد ديري، السلوك التنظيمي، مرجع سبق ذكره، ص 205.

ضمن الحاجة للانتماء،¹ توفر العلاقة الإيجابية للعامل مع مجموعة العمل اشباعا لحاجاته الاجتماعية وتحقيق تبادل المنافع بينهم، لذلك فالعمل والمنظمة ككل التي تتيح للعاملين فرصة التفاعل والاتصال مع بعض فإنّ رضا العاملين عن عملهم سيكون مرتفعا، والعكس صحيح،² كما يعتبر انتماء الفرد لجماعة عمل معينة يحقق له بعض المزايا منها:³

■ إشباع الفرد لبعض الحاجات الاجتماعية والنفسية: كالحاجة للانتماء وتنمية علاقات اجتماعية مع أفراد يشاركونه نفس القيم والأفكار والأهداف، والحاجة إلى الأمن من خلال اعتماده على حماية الجماعة عند تعبيره عن أفكاره مثلا، الحاجة إلى التقدير من داخل الجماعة ومن خارجها، الحاجة إلى تحقيق الذات من خلال تنمية مهاراته ومعارفه وتبادل الآراء والأفكار مع أعضاء الجماعة؛

■ الحصول على معلومات: حيث توفر الجماعة فرصة للفرد للحصول على المعلومات والإلمام بما يجري حوله، كما تشير الدراسات أنّ الأفراد يميلون للالتفاف حول الفرد الذي يعتبر مركزا للمعلومات؛

والجدير ذكره أيضا أنّ قوة العلاقة بين رضا العامل عن عمله وعلاقته بالآخرين تعتمد على درجة تفضيله للانتماء وقوة الحاجة الاجتماعية لديه،⁴ فزيادة هذه الحاجة لها أثر قوي في التفاعل مع جماعة العمل، مما يؤثر تأثيرا كبيرا على درجة الرضا، فالمنافع الناتجة عن التفاعل مع جماعة العمل تكون كبيرة والتوتر الناشئ عن هذا التفاعل يكون كبيرا عندما تكون حاجة العامل للانتماء قوية، أما في حالة كون هذه الحاجة ضعيفة فإنّ أثر التعامل مع جماعة العمل على العامل يكون ضعيفا.⁵

- **فرص الترقية:** يعد طموح وتوقعات العامل في فرص الترقية، العامل المحدد لأثر فرص الترقية على الرضا لديه، فكلما كان طموح العامل أو توقعات الترقية لديه أكبر مما هو متاح فعلا كلما قل مستوى رضاه عن العمل والعكس،⁶ فالمنظمة التي تتيح للعامل فرص الترقية وفقا للكفاءة، تساهم في تحقيق الرضا،⁷ وتمثل أهم الأهداف التي تسعى إليها المؤسسة من خلال الترقية في:⁸

¹ Mechael jerome spring, examining organizotonal conflict managment style climate : moderator of job satisfaction and intent to leave a management consulting organization, op cit, p40.

² سهيلة محمد عباس، علي حسين علي، إدارة الموارد البشرية، دار وائل للنشر، ط1، الأردن، 2000، ص79.

³ كامل محمد المغربي، السلوك التنظيمي، مرجع سبق ذكره، ص ص: 181-182.

⁴ سهيلة محمد عباس، علي حسين علي، مرجع سبق ذكره، ص79.

⁵ فاروق عبده فليح، السيد محمد عبد المجيد، السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسات التعليمية، مرجع سبق ذكره، ص263.

⁶ المرجع نفسه، ص262.

⁷ سهيلة محمد عباس، إدارة الموارد البشرية، مدخل استراتيجي، مرجع سبق ذكره، ص177.

⁸ أحمد سيد مصطفى، إدارة الموارد البشرية، مطابع الدار الهندسية، ط2، مصر، 2008، ص485.

■ تهيئة الحافز لإشباع حاجات الأفراد إلى الأمن والتقدير وإثبات الذات بإتاحة فرص التطور والتقدم الوظيفي؛

■ زيادة فرص تحسين الانتاجية عندما يتم ترقية الفرد المناسب للعمل المناسب؛

■ التكامل مع آليات تخطيط الموارد البشرية وتخطيط المسار الوظيفي في المؤسسة.

كما يعد عامل توقع الترقية متغير مهم في تحقيق الرضا الوظيفي، فحصول العامل على ترقية لم يتوقعها تحقق له سعادة أكبر من حالة كون هذه الترقية متوقعة والعكس، فعدم حصول العامل على ترقية كان توقعه لها كبيرا يحدث له استياء أكبر من حالة كون هذه الترقية غير متوقعة.¹

- **نقط الإشراف:** عرفه هيرزبرغ بأنه قدرة المشرف (المدير) على الاهتمام بشؤون العاملين، فهو من العوامل الوقائية التي تمنع حدوث عدم الرضا، كما اعتبر ماسلو الإشراف في المستوى الرابع (تحقيق الذات) ضمن هرم الحاجات،² فهي تشمل إظهار روح الصداقة في العمل، مساندة المرؤوسين وتقديم المعونة عند الطلب، عدالة الرؤساء في معاملة المرؤوسين.³

حيث أنه بالدرجة التي يكون المدير عارفاً بحاجات مرؤوسيه ومشاعرهم فإنه يكسب ولاءهم له ورضاهم عن عملهم،⁴ كما أنّ تحقيق أهداف المنظمة يرتبط بالجانب الإشرافي والعلاقة بين العمال والمدير ومدى المعلومات المتاحة عن طبيعة ونوع العمل، لذا لا بد من أن تكون الاتصالات ما بين العمال والرؤساء واضحة ومحددة بعيدة عن التعسف والإهمال،⁵ كما لا بد من الإشارة إلى أنّ تأثير المدير المدير على الرضا الوظيفي للعاملين يتوقف على درجة سيطرته على الحوافز ووسائل الإشباع التي يعتمد عليه العمال، ويتوقف أيضاً على الخصائص الشخصية للمرؤوسين أنفسهم، فوسائل الإشباع والحوافز التي تحت سيطرته تزيد من تأثير سلوك المدير إزاء مرؤوسيه على رضاهم الوظيفي، فقد يُفوّض المدير سلطات ويمنح حريات واسعة لمرؤوسين يفضلون الاستقلال في العمل ويتمتعون بقدرات عالية تشبع احتياجاتهم وتحقق رضاهم الوظيفي، أما إذا فوض المدير حريات واسعة لأفراد يفضلون المسؤولية المحدودة بقدرات منخفضة، فهو يخلق ارتباكاً لدى المرؤوسين ويثير استياءهم اتجاه العمل.⁶

¹ فاروق عبده فليح، السيد محمد عبد المجيد، السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسات التعليمية، مرجع سبق ذكره، ص263.

² Mechael jerome spring, examining organizotinal conflict managment style climate : moderator of job satisfaction and intent to leave a management consulting organization, op cit, p40.

³ سالم تيسير الشرايدة، الرضا الوظيفي أطر نظرية وتطبيقات عملية، مرجع سبق ذكره، ص103.

⁴ فاروق عبده فليح، السيد محمد عبد المجيد، مرجع سبق ذكره، ص263.

⁵ فايزة محمد رجب بهنسي، الرضا الوظيفي للعاملين من منظور الخدمة الاجتماعية، مرجع سبق ذكره، ص58.

⁶ فاروق عبده فليح، السيد محمد عبد المجيد، السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسات التعليمية، مرجع سبق ذكره، ص263.

- **ساعات العمل:** يمكن الافتراض أنه بالقدر الذي توفر ساعات العمل حرية استخدام وقت الراحة وتزيد من هذا الوقت بالقدر الذي يزيد من الرضا عن العمل لدى العامل، وبالقدر الذي تتعارض ساعات العمل مع وقت الراحة والحرية في استخدامه بالقدر الذي ينخفض به الرضا، وتجدر الإشارة إلى تأثير ساعات العمل على الإجهاد بالنسبة للعامل، فالإطالة في وقت العمل يؤدي إلى الإجهاد وبالتالي انخفاض معنويات العامل، كما أنه كلما زادت كثافة الجهد المبذول في كل وحدة زمن، كلما كان أثر وقت العمل على الإجهاد وعلى درجة الاستياء أكبر؛¹
- **محتوى العمل:** يمثل محتوى العمل ما يتضمنه من مسؤولية وصلاحيات ودرجة التنوع في المهام التي يتضمنها ودرجة أهمية هذه المهام بالنسبة للعامل، إذ أنه كلما كان العمل ذا محتوى عالي أي أنه يتضمن عناصر إثراء، كلما شعر الفرد بأهميته وهو يؤدي العمل وبالتالي يزداد رضاه عنه،² حيث يشعر العامل بأهميته عندما يُمنح صلاحيات لإنجاز عمله ولذلك يرتفع مستوى رضاه عن العمل؛³ لذلك بدأ الاهتمام بدراسة أثر محتوى العمل على الرضا، فالتغيرات المتصلة بمحتوى العمل تمثل متغيرات مسببة لمشاعر الرضا الوظيفي، وتمثل بعضها في:⁴
- درجة تنوع مهام العمل: كلما كانت درجة تنوع مهام العمل عالية وقل تكرارها، كلما زاد الرضا عن العمل؛
- درجة السيطرة الذاتية المتاحة للعامل: تتفاوت الأعمال في درجة السيطرة الذاتية التي تتيحها للفرد في أدائه للعمل، فكلما زادت الحرية في اختيار طرق أداء العمل وفي اختيار السرعة التي يؤدي بها العمل زاد رضاه عن العمل، حيث أنّ زيادة الحرية في هذا المجال تتيح له تكييف الأداء بما يتناسب مع قدراته وكيفية تأديته للعمل؛
- استغلال الفرد لقدراته: فاستخدام الفرد العامل لقدراته يمثل اشباع حاجة تحقيق الذات، وهو ما أشار إليه ماسلو في هرم الحاجات؛
- خبرات النجاح والفشل في العمل: فتحقيق العامل لمستوى أداء يقل عن مستوى طموحه يثير لديه الإحساس بالفشل، وتحقيقه لمستوى أداء يزيد عن مستوى أداء يزيد عن مستوى طموحه أو يعادله

¹ المرجع نفسه، ص264.

² سهيلة محمد عباس، علي حسين علي، إدارة الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص178.

³ المرجع نفسه، ص176.

⁴ فاروق عبده فليح، السيد محمد عبد المجيد، مرجع سبق ذكره، ص262.

يثير لديه الإحساس بالنجاح، وأثر خبرات النجاح والفشل على الرضا الوظيفي لدى العامل يتوقف على درجة تقديره واعتزازه بذاته.

إضافة إلى أهمية تصميم العمل، من حيث التنوع والمرونة والتكامل والأهمية، والاستقلال، وتوافر معلومات كاملة يكون هناك ضمان نسبي للرضا الوظيفي للعامل.¹

- **البيئة المادية للعمل:** تؤثر ظروف البيئة المادية للعمل المتمثلة في التهوية، الإضاءة المناسبة الرطوبة والحرارة، مستوى الضوضاء والنظافة ومدى قرب مكان العمل لمقر سكنهم... على درجة تقبل العاملين لبيئة العمل ورضاهم عنها، بحيث يريدون أن يكونوا مرتاحين في عملهم،² حيث تسهم ظروف العمل المادية الجيدة في تحديد درجة الشعور بالرضا عن العمل، فيتأثر أداء الفرد بانطباعاته عن بيئة عمله وتفاعله معها، لذلك تسهم بيئة العمل الجيدة في تنمية الدافع للعمل وتقليل أخطائه ورفع مستويات الجودة،³ كما تؤثر هذه الظروف على بعض الظواهر السلوكية للعامل كمعدلات الدوران، الغيابات، معدلات الحوادث والأمراض...⁴

- **سياسات المؤسسة:** والتي تشير إلى وجود أنظمة عمل ولوائح وإجراءات، وقواعد تنظم العمل وتوضح التصرفات وتسلسلها بشكل ييسر العمل ولا يعيقه.⁵

2. **العوامل الشخصية:** غالبا ما يتم تضمين العوامل الشخصية في الدراسات المتعلقة بالرضا الوظيفي لوصف الأفراد العاملين ولتحديد العلاقة بين العوامل الشخصية كالسن، الجنس، المستوى التعليمي ومتغيرات الدراسة، وعليه مختلف ما توصلت إليه هذه الدراسات نتائج نسبية لا يمكن تعميمها وهي تختلف من مجتمع دراسة إلى آخر، ومن بين أهم هذه النتائج ما يلي:

- **السن:** توجد آراء مختلفة فيما يخص العلاقة بين السن والرضا الوظيفي، حيث تم وصفها على أنها على شكل حرف U، حيث يكون الرضا الوظيفي للفرد في البداية مرتفع ثم ينخفض بعدها ليرتفع مرة أخرى مع تقدم الفرد في السن، فكبار السن يميلون إلى أن يكونوا أكثر رضا عن وظائفهم باعتبار لديهم حاجات أقل من العمال الأصغر سنا،⁶ في حين توصلت دراسات أخرى إلى وجود

¹ محمد سعيد أنور سلطان، السلوك التنظيمي، مرجع سبق ذكره، ص203.

² Jutta green, job satisfaction of community college chairpersons, op cit, p14.

³ أحمد سيد مصطفى، إدارة الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص461.

⁴ سهيلة محمد عباس، علي حسين علي، إدارة الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص179.

⁵ محمد سعيد أنور سلطان، السلوك التنظيمي، مرجع سبق ذكره، ص202.

⁶ Jutta green, job satisfaction of community college chairpersons, op cit, p11.

علاقة طردية بين السن ومستوى الرضا الوظيفي، فكلما تقدم الفرد في السن زاد رضاه عن عمله¹ وتشترك مختلف هذه الدراسات في أنّ الأفراد العاملين الأكبر سناً يكونون أكثر رضا عن غيرهم من الأفراد؛

- **الجنس:** كشفت البحوث والدراسات المتعلقة بدراسة العلاقة بين الجنس والرضا الوظيفي عن ثلاث احتمالات، الأول الإناث أكثر ارتياحاً من الذكور، الثاني الذكور أكثر ارتياحاً من الإناث والاحتمال الثالث لا يوجد فرق بين الذكور والإناث فيما يتعلق بالرضا الوظيفي،² حيث لم تشر الأدبيات إلى وجود علاقة ثابتة بين الجنس والرضا الوظيفي إلا أنه قد أشارت بعض نتائج الدراسات أنّ العاملات أكثر رضا عن وظائفهم من العمال الذكور، في حين توصلت دراسات أخرى إلى عكس ذلك،³ فمصدر الرضا لدى الرجال يتركز حول إثبات الذات من خلال عمل يتميز بالاستقلال والتحدي، أما مصدره عند النساء يأتي نتيجة إشباع الحاجات الاجتماعية من خلال علاقات عمل طيبة وتوافر مظاهر مادية جيدة في العمل،⁴ كما لا بد من الإشارة إلى أنّ هذه النتائج تختلف من مجتمع إلى آخر؛

- **المستوى التعليمي:** أشارت الدراسات إلى وجود علاقة بين مستوى الرضا الوظيفي والمستوى التعليمي للأفراد العاملين، حيث توصلت إلى أنّ الأفراد المتعلمون أكثر رضا عن عملهم، كما أنّ الموظفون المدربون تدريباً جيداً يميلون إلى الرضا أكثر من غيرهم؛⁵

- **مدة العمل (الخبرة):** اختلفت الدراسات حول أثر مدة العمل على الرضا الوظيفي، حيث توصلت عدد منها إلى أنّه كلما زادت خبرة العامل وطالت مدة عمله بالوظيفة كلما مكنه ذلك من تعلم كل ما يتعلق بها، بما يمكن أن يُعزز لديه مستوى الرضا الوظيفي، في حين توصلت دراسات أخرى إلى عكس ذلك، فطول مدة العمل بالوظيفة يكون مصدراً لعدم الرضا الوظيفي؛⁶

¹ عبدي بن عبد الله العمري، الولاء التنظيمي والرضا الوظيفي وضغوط العمل على الأداء الوظيفي والفعالية التنظيمية، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والانسانية، المجلد 16، العدد 1، 2004، ص128.

² Jutta green, op cit, p12.

³ Mohammed ghafoor, antecedents and consequences of job satisfaction : evidence from pakistani universities, op cit, P52 .

⁴ فاروق عبده فلييه، السيد محمد عبد المجيد، السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسات التعليمية، مرجع سبق ذكره، ص287.

⁵ Mechael jerome spring, examining organizotinal conflict managment style climate : moderator of job satisfaction and intent to leave a management consulting organization, op cit, p43.

⁶ Xinying yu, job satisfaction of university academics china, op cit, p63.

المطلب الثالث: قياس الرضا الوظيفي في المؤسسات الصحية

تتعدد طرق قياس مستوى الرضا الوظيفي للعاملين، إذ هناك مجموعتين من المقاييس، مقاييس موضوعية ومقاييس ذاتية:

1. المقاييس الموضوعية: ومن أهم هذه المقاييس معدل الغياب وترك العمل:

- **معدل الغياب:** حيث يعد الغياب والتأخر عن العمل دالا على احتمال ترك العمل نهائيا ذلك أثبتت الدراسات أنّ العامل الذي يتأخر عن عمله، سوف يتغيب عن عمله ثم يتطور ذلك إلى ترك العمل نهائيا، فبالرغم من تعدد أسباب الغياب رغم رضا العامل عن عمله كمشكلات المواصلات ومختلف ظروف العامل، إلا أنّ العديد من الدراسات أرجعت أسباب الغياب استجابة لظروف العمل السيئة وغير المواتية أي لعدم رضا العامل،¹ ويمكن قياس معدل الغياب خلال فترة معينة من خلال:²

معدل الغياب خلال فترة ما = مجموع أيام الغياب للأفراد / (عدد أيام العمل x متوسط عدد العاملين) $100x$

- **ترك العمل:** تم افتراض أنّ العمال الذين يتركون العمل يفعلون ذلك نتيجة لعدم رضاهم عن عملهم، وقد أكدت العديد من البحوث هذه الفرضية، وقد أشارت الدراسات إلى ارتباط كل من السن والخبرة بترك العمل، فكلما كان العامل صغير السن وحديث الالتحاق بالعمل، كان ارتباطه قليل بمجتمع العمل مما يشجعه على ترك العمل، على العكس من ذلك العامل كبير السن ولديه علاقات عمل جيدة نتيجة سنوات الخبرة يكون من الصعب عليه ترك العمل، مع ضرورة الإشارة إلى وجود أسباب أخرى لترك العمل رغم رضا العامل عن عمله، كرهبته في الحصول على عمل أفضل،³ ويتم حساب معدل دوران العمل من خلال:⁴

معدل الانفصال = عدد الأفراد تاركي العمل خلال الفترة / متوسط عدد العاملين خلال نفس السنة $100 x$

معدل الانضمام = عدد الأفراد الذين يتم تعيينهم خلال فترة / متوسط عدد العاملين خلال نفس الفترة $100 x$

معدل دوران العمل = (عدد الأفراد اللذين تم تعيينهم خلال الفترة + عدد الأفراد تاركي العمل خلال الفترة) /

متوسط عدد العاملين خلال نفس الفترة $100 x$

¹ محمد شحاته ربيع، علم النفس الصناعي والمهني، دار المسيرة، ط1، الأردن، 2010، ص242.
² سارة مولاي مصطفى، الرضا الوظيفي وأثره على تحسين وتطوير أداء العاملين بالمصارف الجزائرية، مجلة الاقتصاد والتنمية، العدد6، 2016، ص177.
³ محمد شحاته ربيع، علم النفس الصناعي والمهني، مرجع سبق ذكره، ص244.
⁴ سارة مولاي مصطفى، الرضا الوظيفي وأثره على تحسين وتطوير أداء العاملين بالمصارف الجزائرية، مرجع سبق ذكره، ص177.

2. المقاييس الذاتية: باعتبار الرضا الوظيفي اتجاه العامل عن عمله، فليس من الممكن قياس الاتجاهات بطريقة مباشرة، لذلك يتم اللجوء إلى أسلوب التقرير الذاتي للعاملين، الذي يعتمد على المقابلات الفردية والجماعية، الاستبانة،¹ فالأساس في المقاييس الذاتية هو اعداد استبيان يضم أسئلة توجه إلى العمال هدفه معرفة مستوى رضا العامل عن عمله، ويخضع تقسيم أسئلة الاستبيان إلى طريقتين رئيسيتين، هما:²
- **تقسيم الحاجات:** يتم تصميم قائمة الأسئلة على أساس تقسيما عاما للحاجات الانسانية، غايتها الحصول على معلومات من العامل عن ما يتيح العمل من إشباع لمختلف حاجاته، فكل نوع من الحاجات تخصص له عينة من الأسئلة؛
 - **تقسيم الحوافز:** تحتوي قائمة الأسئلة تقسيما للحوافز التي يتيحها العمل، والتي تمثل العوامل المؤثرة على الرضا كالمحتوى العمل، فرص الترقية، الاشراف...
- كما تعمل المؤسسات عند رغبتها في قياس مستوى الرضا الوظيفي على تطوير أساليب القياس لتأخذ بالاعتبار مشكلاتها وأوضاعها الخاصة، وهناك مقياسان يستخدمان لقياس الرضا الوظيفي على نطاق واسع هما استبانة مينيسوتا (minnesota satisfaction questionnaire MSQ)، واستبانة وصف الوظيفة³ وهما:
- **استبانة مينيسوتا للرضا الوظيفي:** تعتبر مقياس تقديري حيث يطلب من العاملين أن يحددوا ويقدروا مستويات رضاهم أو عدم رضاهم عن عشرين جانب من جوانب الوظيفة،⁴ وتتمثل هذه الأبعاد في: القدرة على الإنجاز، القدرة على الاستخدام، النشاط والتقدم، السلطة، سياسات المؤسسة، التعويض، زملاء العمل، الإبداع والاستقلالية، الأمان، الخدمة الاجتماعية، الحالة الاجتماعية، القيم الأخلاقية، الاعتراف، المسؤولية، العلاقات الانسانية، الإشراف التقني، التنوع وظروف العمل، حيث يقسم استبيان مينوسوتا إلى مقاييس فرعية لقياس الرضا الوظيفي العام، الذي هو محصلة مقياسين فرعيين هما الرضا الوظيفي الداخلي والرضا الوظيفي الخارجي، التي تم استنباطها من أفكار هيرزبرغ في نظرية العاملين، حيث يقيس اثنا عشر (12) بعد تمثل العوامل الداخلية وستة أبعاد تشكل العوامل الخارجية البيئية، إضافة إلى عاملي زملاء العمل وظروف العمل، فيتم جمع قيم هذه الأبعاد لقياس الرضا الوظيفي العام.⁵

¹ رونالد. ي ريجيو، ترجمة فارس حلمي، علم النفس الصناعي والتنظيمي، دار الشروق، الأردن، 2013، ص270.

² سارة مولاي مصطفى، مرجع سبق ذكره، ص177.

³ رونالد. ي ريجيو، ترجمة فارس حلمي، علم النفس الصناعي والتنظيمي، مرجع سبق ذكره، ص270.

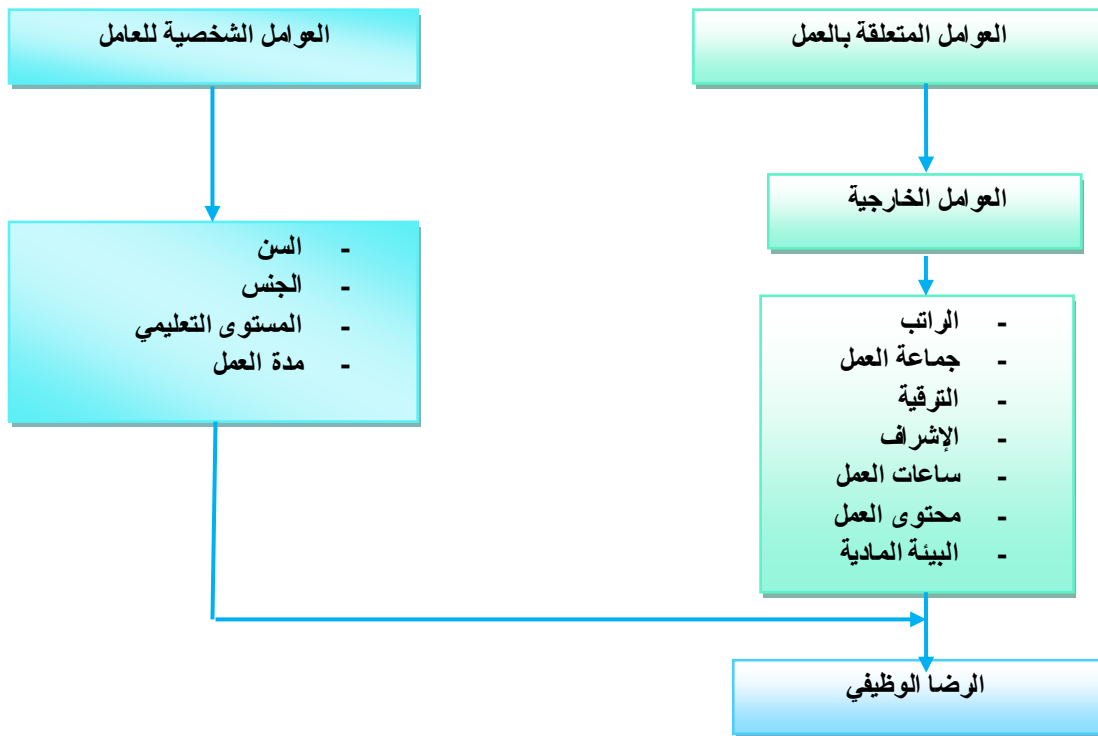
⁴ المرجع نفسه، ص271.

⁵ فتيحة ونوغي، أثر الرواتب على الرضا الوظيفي والرضا عن التعويضات والحفز الذاتي لأساتذة التعليم العالي، مرجع سبق ذكره، ص77.

- استبانة وصف الوظيفة: هي صيغة مختصرة لاستبانة مينيوستا للرضا الوظيفي، غير أنها تقيس مستوى الرضا الوظيفي لخمسة أبعاد للوظيفة، هي: الوظيفة نفسها، الإشراف، الرواتب، الترقية وزملاء العمل، وضمن كل بعد قائمة من كلمات أو جمل قصيرة، وعلى العامل أن يحدد ما إذا كانت تعبر عن الوظيفة، ولكل جملة أو كلمة قيمة رقمية توضح مستويات الرضا الوظيفي، ويعبر حاصل جمع التقديرات للأبعاد الخمسة على مستوى الرضا الوظيفي العام.¹

بناء على ما سبق، يمكن تجميع مختلف العوامل المؤثرة في الرضا الوظيفي إلى مجموعتين رئيسيتين، عوامل شخصية وعوامل متعلقة بالعمل، ويمكن تلخيصها وفق الشكل التالي:

الشكل (15): العوامل المؤثرة في الرضا الوظيفي



المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على:

- Xinying yu, job satisfaction of university academics china, op cit, p59.

فمستوى الرضا الوظيفي لمقدم الخدمة يكون نتاج العوامل الخارجية المتمثلة في الراتب، جماعة العمل سياسات الترقية، نمط الإشراف، ساعات العمل، محتوى العمل والبيئة المادية، وتعمل المتغيرات الشخصية على التأثير في مستوى الرضا الوظيفي ككل.

¹ رونالد. ي ريجيو، ترجمة فارس حلمي، مرجع سبق ذكره، ص271.

خلاصة:

- بناء على ما تم التطرق له في الفصل الأول من خلال الإطار النظري لجودة الخدمة والرضا الوظيفي للمؤسسة الصحية، يمكن تلخيص أهم ما جاء فيه في النقاط التالية:
- إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية أسلوب ومنهج عمل، يتضمن الأنشطة التي تعمل ضمن نظام متكامل لاستغلال موارد المؤسسة المختلفة وأهمها العنصر البشري لتخطيط وتنفيذ والرقابة على الجودة والسعي للتحسين المستمر بهدف تحقيق رضا الزبون (المريض)؛
 - اعتبرت منظمة الصحة العالمية "جودة الخدمة الصحية" تطبيق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة، أي تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية والوقائية للزبون (المريض) بشكل متجانس بما يضمن أفضل النتائج في مجال الصحة وفقا للوضع الحالي لعلم الطب بأقل تكلفة؛
 - يمكن التفريق بين الجانب التقني الفني (الطبي) لجودة الخدمة الصحية الذي يصعب قياسه وتقييمه والجانب الوظيفي الذي يعد تقييمه ممكنا إلى حد ما، فجودة الخدمة الصحية تتكون من عنصرين مهمين هما جودة الرعاية الفنية، وجودة فن الرعاية؛
 - قدم Gronroos ثلاث مداخل لقياس جودة الخدمة وقد أقرّ Donabedian بإمكانية استخدامها في مجال الخدمات الصحية تتمثل في: المدخل الهيكلي، مدخل العمليات، مدخل النتيجة ومن أهم نماذج قياسها: نموذج الفجوة SERVQUAL ل Parasuraman وآخرون سنة 1985، ونموذج الاتجاه SERVPERF الذي اقترحه كل من Gronin و Taylor سنة 1992؛
 - يعتبر لمقدمي الخدمات في الخطوط الأمامية (أي موظفو الاتصال بالزبون) أهمية كبيرة بالنسبة للمؤسسة الصحية فهم جسر نظام تقديم خدمات المؤسسة للزبون (المريض) كما أنّ قراراتهم فيما يتعلق بإنتاج وتقديم الخدمات مسؤولة عن 70% حتى 80% من الإنفاق الكلي على الخدمات الصحية؛
 - تم النظر للرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات الصحية من خلال العوامل التي تحققه فهو يعد شعورا ضمينا يتحدد بمجموعة من المؤشرات كالرضا عن الراتب وطبيعة العمل، العلاقة بين العامل وزملائه؛
 - يتعلق الرضا الوظيفي بالعديد من الجوانب المتداخلة للسلوك الإنساني الذي تتعدد وتداخل جوانبه وتتباين أنماطه من موقف لآخر، لذلك نجد اختلافات في نتائج دراسة الرضا الوظيفي لاختلاف ظروف إجراء هذه الدراسات.

الفصل الثاني: دور الرضا الوظيفي في تحقيق
جودة الخدمة الصحية

تمهيد:

تعددت الدراسات في مجال جودة الخدمات الصحية من خلال البحث في مسبباتها وآثارها، فقد ارتبطت بعدد من المفاهيم كالقيمة المدركة، رضا الزبون (المريض) والولاء للمؤسسة الصحية، ودور الإصغاء لصوت الزبون (المريض) في تحقيق كل ذلك في إطار التوجه التسويقي الحديث نحو خدمة الزبون.

وفي ظل خصوصية بيئة العمل الداخلية للمؤسسات الصحية وباعتبار العنصر البشري أهم مدخلاتها تأثيراً على نوعية مخرجاتها التي من أهمها جودة الخدمات المقدمة، تعمقت الدراسات أكثر في سلوك هذا العنصر البشري ممثلاً بمقدمي الخدمات في الخطوط الأمامية الذين هم على اتصال مباشر بالزبائن (المرضى) ومختلف التفاعلات بينهم أثناء اللقاءات الخدمية، مع ضرورة الإشارة إلى دور كل من البيئة المادية ومشاركة الزبون (المريض) في لقاء الخدمة لتحقيق جودة الخدمات الصحية المقدمة.

وبالتركيز أكثر في سلوك مقدم الخدمة وعواطفه أثناء اللقاء الخدمي عمد العديد من الباحثين وعلى رأسهم HESKETT إلى محاولة إيجاد وتفسير العلاقة بين الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات ورضا الزبائن عن مستوى جودة الخدمات المقدمة عبر عدد من الأبحاث، التي سيتم اسقاطها على مجال الخدمات الصحية.

وفي إطار محاولة تقديم حلول تسويقية عملية للمؤسسات الصحية لتحقيق كل من الرضا الوظيفي لمقدمي خدماتها وكذا جودة خدماتها المقدمة تم التطرق لدور كل من إدارة الجودة الشاملة وخصوصية التسويق في المؤسسات الصحية، وعليه من خلال هذا الفصل يتم الوقوف عند النقاط التالية:

- المبحث الأول: دور جودة الخدمة الصحية في خلق القيمة المدركة للزبون (المريض) وتحقيق رضا؛
- المبحث الثاني: دور مقدمو الخدمة أثناء اللقاء الخدمي في تحقيق جودة الخدمة الصحية؛
- المبحث الثالث: دور الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات في تحقيق رضا الزبائن (المرضى) عن جودة الخدمة الصحية؛
- المبحث الرابع: دور التسويق وإدارة الجودة الشاملة في تحقيق الرضا الوظيفي وجودة الخدمة في المؤسسات الصحية.

المبحث الأول: دور جودة الخدمة الصحية في خلق القيمة المدركة للزبون (المريض) وتحقيق رضاه

لتوضيح العلاقة بين جودة الخدمة الصحية ورضا الزبون (المريض) من المهم التطرق لمجموعة من المفاهيم ذات العلاقة المترابطة والمتداخلة فيما بينها، والتي تشكل في مجموعها التوجه الحديث للتسويق نحو خدمة الزبون (المريض)، وتبني هذا التوجه من طرف المؤسسات الصحية حتم عليها ضرورة معرفة هذه المفاهيم، فكل من تجربة الزبون (المريض)، القيمة المدركة من طرف الزبون (المريض)، صوت الزبون (المريض) عناصر مهمة على المؤسسات الصحية فهمها وإدراك العلاقة بينها لضمان إشباع حاجات الزبائن (المرضى) من جهة وتحقيق أهدافها من جهة أخرى.

المطلب الأول: تحقيق رضا الزبون (المريض) في المؤسسة الصحية

يعد رضا الزبون (المريض) مركز اهتمام المؤسسات الصحية العمومية منها والخاصة الهادفة للربح وغير الهادفة له، وذلك نظرا لخصوصية الزبون وحالته الصحية وارتباط الخدمات المقدمة له بحياته، لذلك تهتم العديد من المؤسسات الصحية ذات التوجه التسويقي بمعرفة مستوى رضا زبائنها (المرضى) عن جودة خدماتها المقدمة وتعتبره يعكس مستوى جودة خدماتها الصحية.

حيث يعتبر رضا الزبون (المريض) كمقياس لمستوى جودة الخدمة الصحية، وقد اعتبر الباحثون أن قياس رضا الزبون (المريض) في المؤسسة الصحية عملية صعبة، فالمرضى يقيّمون مدى رضاهم عن طريقة المعاملة، ومدى سرعة الاستجابة لمعالجة مخاوفهم، حيث واجهت الدارسون لرضا الزبون (المريض) في المؤسسات الصحية ثلاثة تحديات أساسية تتمثل في صعوبة تحديد مفهوم رضا المريض، صعوبة تفسيره وصعوبة تحديد الجوانب التي يتم قياسها.¹

1. تعريف رضا الزبون (المريض):

يستمد تعريف رضا المريض من المفهوم العام لرضا الزبون، مع الإشارة إلى الفرق الهام بين الزبون (المريض) وغيره من الزبائن الآخرين هو حالة الانزعاج وعدم التوازن النفسي أو البدني أو كلاهما التي يعاني منها،² مما يستوجب التركيز عليه وعلى خصوصيته لتحقيق حاجاته، حيث تم تقديم عدد من التعاريف تختلف باختلاف وجهات نظر الباحثين لكنها تصب في معنى واحد يركز على الزبون، ومن أهم هذه التعاريف نذكر:

¹ Billiter patric flanagan, hospital health care executives attitudes and beliefs on the impact that the health care providers and systems survey has on services quality and hospital reimbursement, doctoral theses, pepperdine university, 2011, p31.

² Mayuri duggirala et al, provider-perceived dimensions of total quality management in healthcare, international journal, vol15, no6, 2008, p697.

يعرّف رضا الزبون أنه رد فعل إدراكي يظهر كاستجابة للقاء خدمة واحد أو مجموعة من اللقاءات الخدمية،¹ وعليه فقد تم اعتبار رضا الزبون مرتبط باللقاءات الخدمية وكيف يدرك الزبون تجربة الشراء واستفادته من الخدمة الصحية، كما يعرّف رضا الزبون أنه الشعور بالمكافئة لقاء التضحيات التي يتحملها عند الشراء.²

إذ يعد رضا الزبون (المريض) شعور داخلي يتولد لدى الزبائن (المرضى) بعد تفاعلهم مع مقدمي الخدمات الصحية وحصولهم على الخدمات التي تشبع حاجاتهم وتحقق رغباتهم، فالزبون (المريض) يقيّم مستوى الأداء بعد عملية استهلاك الخدمة الصحية من خلال مدى تحقيق توقعاته بعد عملية السلوك التفاعلي لمقدمي الخدمة الصحية،³ وعليه فرضا الزبون (المريض) مرتبط بشكل كبير بعملية التفاعل بينه وبين مقدم الخدمة أثناء اللقاء الخدمي.

يمكن فهم رضا الزبون (المريض) من خلال المقارنة بين تجربة الزبون (المريض) وتوقعاته التي كان يحملها حول جودة الخدمة الصحية، مما ينتج عن هذه المقارنة فجوة تحدد مدى رضاه عن الخدمة الصحية المقدمة،⁴ إذ يرتبط رضا الزبون (المريض) بشعوره بالسعادة أو خيبة الأمل الناتجة عن مقارنة أداء الخدمة مع توقعاته عن المنافع التي يحصل عليها، فإذا انخفض مستوى الأداء عن توقعات الزبون (المريض) يكون غير راضي، وإذا تساوى مستوى الأداء مع التوقعات فسيكون الزبون (المريض) راضي، أما إذا زاد مستوى الأداء عما هو متوقع فسيكون الزبون (المريض) راضيا وسعيدا.⁵

تسعى المؤسسات الصحية على اختلاف أهدافها سواء العمومية غير الهادفة للربح أو الخاصة الهادفة للربح لتحقيق رضا الزبون (المريض)، فرغم عدم هدفها للربح تسعى المؤسسات الصحية العمومية للبقاء والاستمرار من خلال تغطية التكاليف، فعدم رضا الزبون (المريض) عن الخدمات الصحية التي تقدمها يجعله يبحث عن بديل في القطاع الخاص أو حتى خارج البلد،⁶ لذلك تعمل المؤسسات الصحية التي ترغب في تخفيض التكاليف وزيادة الربحية على الاستماع لزيائنها (المرضى) فالمرافق ذات النظافة الجيدة، وذات مقدمي خدمات ماهرين واستجابة

¹ بالمر أدريان، ترجمة بهاء شاهين وآخرون، مبادئ تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص540.

² حاكم الجبوري الخفاجي، رضا الزبون كمتغير وسيط بين جودة الخدمة وولاء الزبون، العزى للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد8، العدد 25، 2012، ص84.

³ نادية لطفي عبد الوهاب، محمد مخيلف حاوي التميمي، تقييم رضا الزبون عن الخدمات التمريضية باعتماد النموذج التفاعلي لسلوك المريض، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 23، العدد97، 2017، ص198.

⁴ علي بسام محمود، نموذج مقترح للعلاقة بين رضا المريض والرضا الوظيفي والأمن الوظيفي وسلوكيات المواطنة التنظيمية ونوايا ترك العمل لدى الممرضين، أطروحة دكتوراه في علوم الإدارة، المعهد العالي لإدارة الأعمال، سوريا، 2013، ص28.

⁵ أنيس أحمد عبد الله، إدارة التسويق وفق منظور قيمة الزبون، دار جنان، ط1، الأردن، 2016، ص14.

⁶ شهاب الدين حمد النعيمي، حسين غازي زيدان، قياس تباين مستوى رضا المرضى عن جودة الخدمة الطبية في الأجنحة الخاصة للمستشفيات العراقية الحكومية والخاصة، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد22، العدد90، 2016، ص82.

سريعة لا يحدث فيها معدلات عالية للعدوى،¹ كما تنقص فيها شكاوى الزبائن (المرضى) بالتالي تنخفض فيها تكاليف الأخطاء الطبية وتكاليف معالجة الشكاوى.

كما يتأثر رضا الزبون (المريض) بمجموعة من المحددات الأساسية والتي تشكل في مجموعها توقعاته ونقطة الانطلاق التي يبني عليها الزبون (المريض) تقييمه مقارنة بمستوى الأداء المحقق، تتمثل هذه المحددات في:²

- الكلمة المنطوقة الإيجابية أو السلبية عن الخدمة؛
- حاجات الزبون (المريض) التي يرغب في إشباعها؛
- تجربة الزبون (المريض) السابقة عن الخدمة؛
- الجهود الاتصالية للمؤسسة مع زبائنها (المرضى).

كما أنه لتحقيق رضا الزبون (المريض) لا بد من توفر مجموعة من العناصر المهمة بالنسبة له، والتي تتمثل في:³

- مدى سهولة الوصول والحصول على الخدمة الصحية؛
 - مدى توفر المعلومات الصحية المتعلقة بالزبون (المريض)؛
 - التفاعل والعلاقة بين الزبون (المريض) ومقدمي الخدمات الصحية، وبشكل خاص مدى تعاطفهم معه؛
 - مدى رضاه عن مستوى العلاج المقدم، أي ما يتعلق بمستوى الخدمات الفنية المقدمة.
- من خلال ما سبق يمكن التوصل لمجموعة من الجوانب المهمة المتعلقة برضا الزبون (المريض) وخصوصيته في المؤسسات الصحية تتمثل في:

- رضا الزبون (المريض) حالة شعورية متعلقة بالفرد نفسه ومدى الاستجابة لحاجاته من طرف المؤسسة الصحية؛
- رضا الزبون (المريض) هو تقييم للقاء الخدمة الصحية والتفاعل بينه وبين مقدم الخدمة؛
- يُبنى رضا الزبون (المريض) على تجاربه السابقة مع الخدمة الصحية؛
- لكل من الكلمة المنطوقة والتجارب السابقة والجهود التسويقية للمؤسسة الصحية إضافة إلى حاجات الزبون (المريض) دور في تشكيل مستوى رضاه عن جودة الخدمات الصحية المقدمة؛

¹ Billiter patric flanagan, hospital health care executives attitudes and beliefs on the impact that the health care providers and systems survey has on services quality and hospital reimbursement, op cit, p38.

² Jacques lendrevie, julien lévy, mercator, dunod, 11^{eme} édition, France, 2014, op cit, p529.

³ Graeme hawthorne et al, measuring patient satisfaction with health care treatment using the short assessment of patient satisfaction measure deliverde superior and robust satisfaction estimates, journal of clinical epidemiology, 67, 2014, p528.

- يعد عنصر التفاعل بين مقدم الخدمة (أطباء، ممرضين، فنيين، إداريين) والزبون (المريض) أهم ما يتحكم في مستوى رضاه عن الخدمة المقدمة، نظرا لأهمية العنصر البشري في عمليات تقديم الخدمات الصحية.
- 2. أهمية تحقيق رضا الزبون (المريض): تتمثل أهم الفوائد المحققة من رضا الزبائن (المرضى) بالنسبة للمؤسسة الصحية وبالنسبة للزبون (المريض) فيما يلي:¹
- الاحتفاظ بالزبائن (المرضى) وتحقيق ولائهم خاصة في ظل تنامي شدة المنافسة، فقد توصلت الدراسات إلى أنّ الاحتفاظ بالزبون (المريض) أسهل من استقطاب زبون جديد؛
- الكلمة المنطوقة الإيجابية عن المؤسسة الصحية: فقد لا يكون للزبون (المريض) سبب للعودة للمؤسسة الصحية في وقت قريب لكن خلال هذه الفترة يقوم بإيصال كلمة منطوقة إيجابية عن المؤسسة، التي تعد من أقوى وسائل التأثير على الزبائن (المرضى) الآخرين، فقد توصلت الدراسات أنّ الزبون (المريض) الراضي يتحدث عن تجربته لخمسة أشخاص، بينما الزبون (المريض) غير الراضي يتحدث عن تجربته لتسعة أشخاص؛
- يؤثر رضا الزبون (المريض) على الأرباح الحالية فمن المرجح أن يستجيب الزبائن (المرضى) الراضين بشكل إيجابي للعلاج وتكون لديهم مضاعفات أقل، وهذا يعني قلة استهلاك الموارد، كذلك إذا ما تمكنت المؤسسة الصحية من تجنب الشكاوى فتحقيق رضا الزبائن (المرضى) أقل تكلفة من الاستجابة للشكاوى؛
- تحقيق الربح سواء بالنسبة للمؤسسات الصحية الهادفة للربح أو غير الربحية: حيث تسعى المؤسسات الصحية الهادفة للربح لقياس ربحيتها بالأرقام المالية، بينما تسعى المؤسسات الصحية غير الهادفة للربح المالي لتحقيق أرباحها من خلال عدد من المعايير الخاصة بها، كتحسين مستوى الصحة العامة بالنسبة للمؤسسات الصحية العمومية، وباعتبار ارتباط هذه الأرباح برضا الزبائن (المرضى) تسعى هذه المؤسسات لتحقيق رضا زبائنها؛
- تعزيز ثقة إدارة المؤسسة الصحية: حيث يساعد تحقيق المستويات الجيدة من رضا الزبائن (المرضى) عمل إدارة المؤسسة الصحية ويعزز الثقة لدى مقدمي الخدمات الصحية والتزامهم بالقواعد الموضوعية؛

¹ معد اعتمادا على:

- رائد عبد العزيز المهديب، رضا العملاء والمستفيدين، مركز استراتيجيات التربية، ط1، 2017، ص ص: 25-34.
- علي بسام محمود، نموذج مقترح للعلاقة بين رضا المريض والرضا الوظيفي والأمن الوظيفي وسلوكيات المواطنة التنظيمية ونوايا ترك العمل لدى الممرضين، مرجع سبق ذكره، ص ص: 40-41.
- Press irwin, patient satisfaction : understanding and managing the experience of care, health administration press, 2nd ed, 2006, USA, p p :26,27.

- تعزيز أثر العلاج على الزبائن (المرضى): حيث أثبتت الدراسات أنّ رضا المرضى عن الخدمات الصحية عامل نفسي مهم يزيد من الأثر الإيجابي للعلاج.

3. العلاقة بين جودة الخدمة الصحية ورضا الزبون (المريض):

تتفق الدراسات حول وجود علاقة بين جودة الخدمة ورضا الزبون بشكل عام، لكن اختلف بعض الباحثين في طبيعة هذه العلاقة وأيهما يؤثر على الآخر، حيث اعتبر بعضهم أنّ الجودة تسبق الرضا في حين اعتبر آخرون عكس ذلك،¹ مبدئياً هناك اختلاف بين رضا الزبون (المريض) وجودة الخدمة الصحية، حيث يحتاج الزبون إلى خبرة مع الخدمة لكي يحدد الرضا، بينما يمكن إدراك الجودة دون خبرة مسبقة، كما ترتبط الجودة بالإدراكات الحالية بينما الرضا يستند إلى الخبرات السابقة والمتوقعة.²

باتّباع المؤسسات الصحية التوجه التسويقي بدأ يُنظر للمريض أنه زبون، وعليه يُعد رضاه أهم مؤشر لاختبار مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة، ونظراً لعدم امكانية ضمان العلاج وصعوبة تقييمه من طرف الزبون (المريض)، فإنّ تجربته الشخصية بعد استفادته من الخدمة الصحية يتم الاعتماد عليها لمعرفة مستوى رضاه الذي يعد مؤشراً واضحاً إلى حد ما على مدى جودة الخدمات المقدمة،³ إذ يعتبر رضا الزبون (المريض) المقياس الأساسي الذي يتم من خلاله تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة،⁴ باعتباره صوت الزبون (المريض) فهو المصدر الوحيد للمعلومات المتعلقة بطريقة علاجهم ومدى الإيفاء بتوقعاتهم،⁵ فقد تم تعريفه باعتباره تقييمات الزبون (المريض) الإيجابية لأبعاد جودة الخدمة الصحية،⁶ أي مدى إدراك الزبون (المريض) لأبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة من خلال عملية تقييمه لها، وعليه حسب هذا التعريف تكون الجودة سابقة للرضا وهو يعكس مستواها، والشكل رقم (16) يبرز علاقة جودة الخدمة الصحية برضا الزبون (المريض).

¹ Kazi omar siddiqi, interrelations between service quality attributes customer satisfaction and customer loyalty in the retail banking sector in bangladesh, international journal of business and management, vol6, no3, 2011, p17.

² محمد خثير، أسماء مرابي، العلاقة التفاعلية بين أبعاد جودة الخدمة ورضا الزبون في المؤسسة، مجلة الريادة لاقتصاديات الأعمال، المجلد3، العدد4، 2017، ص34.

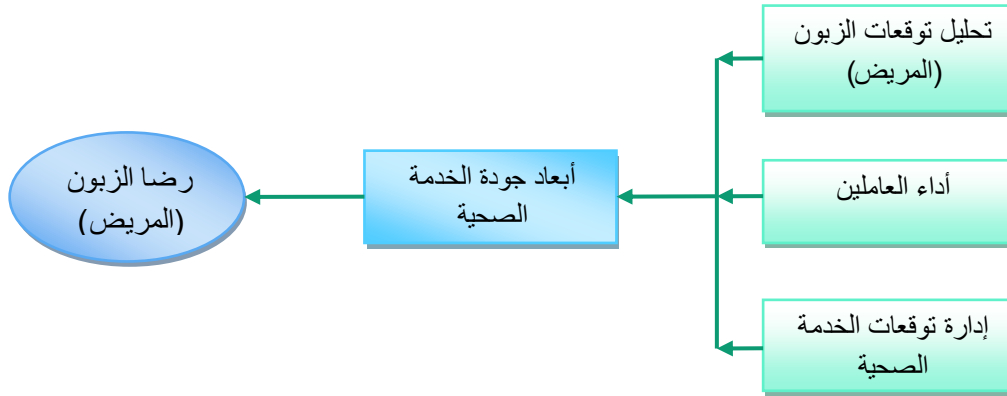
³ Press irwin, patient satisfaction : understanding and managing the experience of care, op cit, p12.

⁴ نادية لطفي عبد الوهاب، محمد مخليل حاوي التميمي، تقييم رضا الزبون عن الخدمات التمريضية باعتماد النموذج التفاعلي لسلوك المريض، مرجع سبق ذكره، ص198.

⁵ Clemens scott kruse, telehealth and patient satisfaction : a systematic review and narrative analysis, BMJ open, vol7, no8, 2017, p02.

⁶ علي بسام محمود، نموذج مقترح للعلاقة بين رضا المريض والرضا الوظيفي والأمن الوظيفي وسلوكيات المواطنة التنظيمية ونوايا ترك العمل لدى الممرضين، مرجع سبق ذكره، ص28.

الشكل رقم (16): علاقة جودة الخدمة الصحية برضا الزبون (المريض)



المصدر: ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري، الأردن، 2005، ص 203.

ففي الإطار العام لتحقيق جودة الخدمة الصحية تظهر أهمية مجموعة من العناصر بالنسبة للمؤسسة الصحية، بداية بتحليل توقعات الزبون (المريض) وتصميم الخدمة الصحية حسبها، وضمان الأداء المناسب من قبل مقدمي الخدمات من خلال نظم التحفيز والتقييم والتدريب، إضافة إلى إدارة توقعات الخدمة الصحية من خلال الجهود الاتصالية للمؤسسة الصحية بزبائنها، هدفها تحقيق أبعاد جودة الخدمة الصحية والتي بدورها تؤدي إلى رضا الزبون (المريض).

4. قياس رضا الزبون (المريض): تعد عملية قياس رضا الزبون (المريض) من الأمور المهمة بالنسبة للمؤسسة الصحية لتحقيق أهدافها من جهة وتلبي حاجات الزبائن (المرضى) من جهة أخرى، حيث تظهر أهمية قياس مستوى الرضا لدى الزبائن (المرضى) من خلال معرفة مدى رضا الزبائن (المرضى) عن الخدمات المقدمة، وتشخيص أسباب عدم تحقيق أهداف المؤسسة الصحية، إضافة إلى معرفة أخطاء عمليات تقديم الخدمة الصحية لتجنب تكرارها مستقبلاً.¹

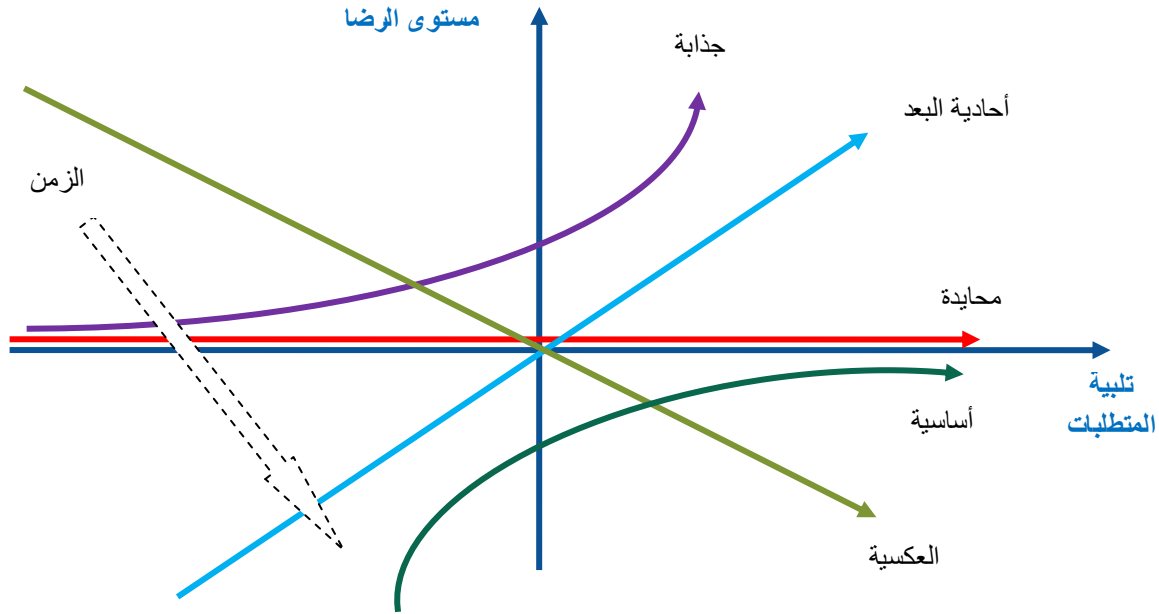
وقد اعتمدت العديد من الدراسات رضا الزبون (المريض) كأحد المقاييس المهمة لجودة الخدمة الصحية، حيث يتحقق رضا الزبون (المريض) عندما يكون شعوره إيجابياً نحو جودة الخدمات المقدمة،² فرأي الزبون (المريض) أهم ما يمكن أن تعتمد عليه المؤسسات الصحية لمعرفة مستوى جودة خدماتها المقدمة يتم قياس رضا الزبائن (المرضى) من خلال الاتصال المباشر بهم وإجراء الدراسات والزيارات الميدانية لاستطلاع آرائهم، وإنشاء نظام معلومات الزبون (المريض) مع العمل على تحديد وتحليل احتياجاتهم وتوقعاتهم، وقد استخدمت عدة أساليب لقياس رضا الزبون (المريض) منها ما يلي:

¹ حاكم الجبوري الخفاجي، رضا الزبون كمتغير وسيط بين جودة الخدمة وولاء الزبون، مرجع سبق ذكره، ص 84.
² شهاب الدين حمد النعيمي، حسين غازي زيدان، قياس تباين مستوى رضا المرضى عن جودة الخدمة الطبية في الأجنحة الخاصة للمستشفيات العراقية الحكومية والخاصة، مرجع سبق ذكره، ص 82.

- استقصاء آراء الزبائن (المرضى):

من أهم نماذج قياس رضا الزبائن (المرضى) نموذج كانو* (Kano)، هو أحد نماذج إدارة الجودة الشاملة اقترحه كانو في الثمانينات لفهم حاجات الزبائن وتصنيفها ومعرفة تأثيرها على رضاهم، يوضح هذا النموذج أنّ الزبائن يكونون أكثر رضا عندما تتحقق الحاجات الضمنية لهم، بينما يزداد مستوى الاستياء لدى الزبائن إذا لم تنجز الحاجات المعلنة لهم¹، حيث ركّز هذا النموذج على ثلاث فئات أساسية من متطلبات الزبائن ذات الأثر الأكبر على رضاهم هي: متطلبات يجب أن تكون، متطلبات أحادية البعد ومتطلبات جذابة، فصّلها كانو إلى مجاميع لصفات الجودة المرتبطة بالزبون والتي يمكن اسقاطها على جودة الخدمات الصحية، والشكل رقم (17) يظهر نموذج كانو للخدمات الصحية.

الشكل رقم (17): نموذج كانو لجودة الخدمة الصحية



المصدر: من أعداد الطالبة بالإعتماد على:

- يوسف بوكدر، أثر ترشيد التسيير على جودة الخدمة الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية، مرجع سبق ذكره، ص 177.
- سمير كامل الخطيب، نادية عبد الله محمد، استخدام نموذج kano لبناء مصفوفة الزبون في أداة (QFD)، مجلة التقني، المجلد 30، العدد 4، 2017، ص: 328.

* Noriaki kano: عالم ياباني قام بوضع مخطط لمتطلبات جودة المنتجات المرتبطة برضا الزبون في دراسة نشرها سنة 1984.
¹ عفاف حسن هادي الساعاتي، عبير أسعد داود الساعدي، دور نشر وظيفة الجودة في تقييم المنتج، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 21، العدد 84، 2015، ص 154.

- عفاف حسن هادي الساعاتي، عبير أسعد داود الساعدي، مرجع سبق ذكره، ص 153.
- كما لا بد من الإشارة إلى عامل الزمن في هذا النموذج، حيث مع مرور الوقت تصبح الصفات الجذابة أحادية البعد وهكذا، مما يلزم المؤسسات الصحية العمل على البحث وتطوير وتحديد صفات خدماتها المقدمة لإرضاء زبائنها (المريض)، وتمثل صفات جودة الخدمة الصحية وعلاقتها بالرضا حسب نموذج كانو فيما يلي:¹
- صفات جودة الخدمة الصحية التي يجب أن تكون (الأساسية): حيث أنّ توفرها لا يزيد رضا الزبون (المريض) بينما غيابها يؤدي إلى الاستياء الشديد، مثل خدمة التحاليل الطبية أو التصوير الاشعاعي لتشخيص الأمراض؛
- صفات جودة الخدمة الصحية أحادية البعد: رضا الزبون (المريض) يتناسب طرديا مع مستوى الوفاء بهذه الصفات، فكلما ارتفع مستوى تلبية هذه الصفات زاد رضا الزبون (المريض)، والتي يقوم بالتعبير عنها صراحة، كما قد يؤدي غيابها إلى بعض الاستياء؛
- صفات جودة الخدمة الصحية الجذابة: والتي تُظهر مستويات عالية من رضا الزبائن (المريض) وتساهم في إبعاده وإسعاده إذا ما توفرت في الخدمة الصحية، بينما غيابها لا يؤدي إلى عدم الرضا أو الاستياء؛
- صفات جودة الخدمة الصحية المحايدة: حيث أنّ وجودها أو عدم وجودها في الخدمة الصحية لا يؤثر على مستوى رضا الزبون (المريض)؛
- صفات الجودة العكسية: حيث وجودها يؤدي إلى عدم الرضا وغيابها يؤدي إلى رضا الزبون (المريض) كخدمة توفير قيم على المرضى يعوّض مرافق المريض المعمول به في بعض المؤسسات الصحية؛
- **شكاوى الزبائن (المريض):** في ظل نظام شكاوى الزبائن (المريض) تشجع المؤسسة الصحية الزبائن (المريض) على التقدم بمقترحاتهم فيما يخص الخدمة الصحية المقدمة وكذا فيما يخص مختلف عناصر المزيج التسويقي الأخرى، بما من شأنه أن يحقق رضاهم، فمن خلال معالجة الشكاوى والإصغاء لاقتراحات الزبائن (المريض) يتم تحويل الزبائن (المريض) غير الراضين إلى زبائن لديهم ولاء للمؤسسة من خلال خلق احساس لديهم بالاهتمام.²

¹ سمير كامل الخطيب، نادية عبد الله محمد، استخدام أنموذج kano لبناء مصفوفة الزبون في أداة (QFD)، مرجع سبق ذكره، ص ص: 327-328.

² يوسف بوكرون، أثر ترشيد التسيير على جودة الخدمة الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية، مرجع سبق ذكره، ص 177.

المطلب الثاني: دور جودة الخدمة في خلق القيمة المدركة وتحقيق رضا الزبون (المريض) في المؤسسة الصحية بتوجه المؤسسات الصحية نحو الزبون (المريض) وتركيزها عليه وسعيها لتحقيق رضاه من خلال الاستجابة لحاجاته والعمل على تلبيتها، بدأت تستخدم أيضا مفهوم القيمة في سعيها لتعظيم منافع الزبون (المريض) وتقليل تضحياته، ونتطرق فيما يلي لخصوصية القيمة في المؤسسات الصحية وعلاقتها برضا الزبون (المريض).

1. مفهوم القيمة المدركة في المؤسسة الصحية:

تطرق بيتر دراكر (1954) لمفهوم القيمة واعتبر أنّ على المؤسسات التركيز على خلق قيمة للزبون من خلال الاجابة على السؤال التالي: ما هي القيمة التي يحصل عليها الزبون نتيجة استفادته من الخدمة؟¹ ليتم التطرق بعدها لمفهوم القيمة عند الكثير من الباحثين، وقد امتد استخدام هذا المفهوم ليشمل المؤسسات الصحية مع توجهها للتركيز على الزبون (المريض).

فقد أثار في البداية مفهوم "القيمة" شكوك الأطباء باعتبارهم أهم عنصر في تقديم الخدمات الصحية الذين اعتبروها رمزا لتخفيض التكاليف مما قد يخفض من مستوى الخدمات، لكن رغم ذلك العديد من المؤسسات الصحية عبر العالم (على غرار بريطانيا) تستخدم مفهوم القيمة حسب ما جاء به M.porter لتعزيز القيمة للزبون (المريض)،² لذا جاءت البحوث والدراسات فيما بعد لتبديد هذه الشكوك وتثبت أهمية القيمة في تحسين الخدمات الصحية والتوجه نحو الزبون (المريض).

تعد القيمة المدركة بالنسبة للزبون (المريض) مزيج من المنافع التي يتسلمها من المؤسسة الصحية، والتي تظم جودة الخدمة، السعر الملائم، سرعة التسليم، وغيرها من المنافع لإشباع حاجاته ورغباته، مقابل التكاليف أو التضحيات التي يتحملها في سبيل الحصول على تلك المنافع، والتي تشمل السعر، الجهد المبذول، الوقت المستغرق للحصول على المنافع، فالزبون (المريض) يسعى للحصول على أكبر قدر من المنافع بأقل تكلفة ممكنة،³ وتظهر القيمة بالنسبة للزبون (المريض) من خلال عملية المقارنة بين المنافع المحصل عليها والتضحيات التي يدركها ضمن العرض الخدمي للمؤسسة الصحية.

كما تعتبر القيمة المدركة بناء معرفي مبني على معرفة الزبون، يتم إدراكها قبل وبعد عملية الشراء من طرف الزبائن الحاليين والمرتبين، يكون لعرض المؤسسة وعرض المؤسسات المنافسة دور في إدراكها،⁴ فالزبون

¹ علي أحمد عبد القادر أحمد، تحليل محددات ونواتج قيمة العميل، دراسة تطبيقية على عملاء قطاع التليفون المحمول في مصر، أطروحة دكتوراه، المنظمة العربية للتنمية، جامعة الدول العربية، مصر، 2016، ص33.

² Michael, E.porter, what is the value in health care, the new england journal of medicine, 2010, p2477.

³ أنيس أحمد عبد الله، إدارة التسويق وفق منظور قيمة الزبون، مرجع سبق ذكره، ص14.

⁴ عبد الرزاق براهيم، تأثير تسيير العلاقة مع الزبون على تصميم المنتج في المؤسسة الاقتصادية الجزائرية، دراسة عينة من المؤسسات الاقتصادية، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة بسكرة، 2016/2015، ص152.

(المريض) يقوم بحساب القيمة الافتراضية قبل اتخاذ قرار الشراء وكذا عند المفاضلة بين العروض المختلفة استنادا للمعلومات المتاحة من مصادرها المختلفة،¹ وهناك ثلاث طرق تستطيع المؤسسة الصحية من خلالها أن توصل قيمة أكبر لزيائنها تتمثل في: فرض سعر منخفض لخدماتها، مساعدة الزبون (المريض) في تخفيض التكاليف الأخرى، كما يمكنها أن تضيف فوائد تجعل العرض الخدمي أكثر جاذبية كشخصنة العروض للزبون (المريض).²

استنادا لما سبق يمكن الوصول لمجموعة من النتائج فيما يخص القيمة المدركة من طرف الزبون (المريض) في المؤسسة الصحية، تتمثل في:

- تعد القيمة المدركة من طرف الزبون (المريض) نتاج عملية التقييم التي يقوم بها بين المنافع المحصل عليها والتكاليف النقدية وغير النقدية التي ضحى بها للحصول على الخدمة الصحية؛
- تعد جودة الخدمة الصحية أحد أهم المنافع التي يعتمد عليها الزبون (المريض) في تقييمه للقيمة وعليه فالقيمة مفهوم أشمل من الجودة؛
- لعروض المؤسسات الصحية المنافسة دور في تحديد القيمة المدركة من طرف الزبون (المريض)؛
- القيمة مفهوم نسبي يختلف من زبون (مريض) لآخر، وحتى بالنسبة للزبون (المريض) نفسه باختلاف المواقف التي يتعرض لها أثناء استفادته من الخدمة الصحية خلال لقاءات الخدمة، وذلك نظرا لارتباطها بتفضيلات الزبون (المريض) وحاجاته.

- أنواع القيمة المدركة من طرف الزبون (المريض) في المؤسسة الصحية: تتمثل في:³

- قيمة الصفة: هي الراحة والرضا النفسي المكتسب من الصفة أثناء لقاء الخدمة؛
- قيمة الكفاءة: متعلقة بمدى خبرة مقدمي الخدمة الصحية، مهارات التشخيص، الأداء...
- قيمة التفاعل الاجتماعي: ترتبط بتفاعل الزبون (المريض) مع الأصدقاء، العائلة، مقدمي الخدمات، الزبائن (المرضى) الآخرين أثناء الاستفادة من الخدمة الصحية، مما يؤدي إلى شعوره بالراحة؛

¹ علي أحمد عبد القادر أحمد، مرجع سبق ذكره، ص37.

² كوتلر فليب، ترجمة فيصل عبد الله بابكر، كوتلر يتحدث عن التسويق، مكتبة جرير، المملكة العربية السعودية، 2015، ص164.

³ Hardeep Chahal, Neetu Kumari, Consumer perceived value The development of a multiple item scale in hospitals in the Indian context, International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing, Vol6 , No2, 2012, p170.

- القيمة المكتسبة: تشير إلى المكاسب الصافية للزبون (المريض)، وهي نتاج المقارنة بين الفوائد المكتسبة والتضحيات النقدية وغير النقدية المقدمة؛
- القيمة الجمالية: تتعلق بمدى جاذبية تصميم المؤسسة الصحية، النظافة، التهوية... البيئة المادية بشكل عام، قيمة الاشباع الذاتي للزبون (المريض).
- **مصادر القيمة بالنسبة للزبون (المريض):** باختلاف هدف المؤسسة سواء كان تحقيق الربح أو جذب الزبائن (المرضى) والحفاظ عليهم أو تقليل التكاليف، تعد معرفة مصادر القيمة التي توفرها خدماتها بالنسبة للزبون (المريض) مهمة في صياغة وتحديد القرارات التسويقية، وقد تم تحديد ثلاث مصادر مهمة تتمثل في:¹
- **القيمة الاقتصادية:** أحد المصادر الأساسية للقيمة هي الفائدة الاقتصادية التي يجنيها الزبون (المريض) عند استفادته من الخدمة، فهي تمثل الميزة النقدية للخدمة، رغم أهميتها لا تعد القيمة الاقتصادية العامل الوحيد أو العامل الأهم في اتخاذ قرار شراء الخدمة الصحية؛
- **القيمة الوظيفية:** وهي القيمة التي توفرها مزايا الخدمة الصحية؛
- **القيمة النفسية:** تعكس القيمتان الاقتصادية والوظيفية الجانب الملموس للخدمة الصحية، في حين تركز القيمة النفسية على الجوانب غير الملموسة كالصورة الذهنية، حيث يظهر أثر الفوائد النفسية كعوامل تمييز رئيسية بالنسبة للزبون (المريض) عند اشتداد المنافسة.
- **أبعاد القيمة المدركة من طرف الزبون (المريض):** تؤثر القيمة المدركة على رضا الزبون (المريض) ونواياه السلوكية، لذلك توفر معرفة أبعادها من طرف مقدمي الخدمات الصحية فهم الزبائن (المرضى) للحفاظ على علاقة طويلة الأمد معهم، وقد اختلف الباحثون في تحديد أبعاد القيمة المدركة من طرف الزبون (المريض) في مجال الخدمات الصحية، بينما قام باحثون آخرون بحصر أبعاد القيمة المدركة من طرف الزبون (المريض) في المؤسسات الصحية في ثلاثة أبعاد تتمثل في:²
- قيمة وظيفية متعلقة بالتكاليف النقدية والغير النقدية؛
- جودة الخدمة الصحية، احترافية ومهنية مقدمي الخدمة الصحية، إضافة إلى قيمة عاطفية متعلقة بمدى راحة الزبون (المريض) عند استفادته من الخدمة؛

¹ سونيك غوبتا، دونالد ليهمان، ترجمة أمين الأيوبي، إدارة العملاء كاستثمارات طويلة الأمد، الدار العربية للعلوم، ط1، لبنان، 2006، ص176.

² Leyla Özer et al, The association between perceived value and patient loyalty in public university hospitals in Turkey, Total Quality Management, vol28, no7, 2017, p784 , p785.

• والبعد الثالث يتمثل في القيمة الاجتماعية.

2. مشاركة الزبون (المريض) في خلق القيمة: نظرا لخاصية تلازمية الخدمة الصحية وضرورة تواجد الزبون

(المريض) مع مقدم الخدمة وتفاعله معه أثناء عملية تقديم الخدمة، تظهر أهمية مشاركة الزبون (المريض) في خلق القيمة المدركة، ويقصد بمشاركة الزبون (المريض) في خلق القيمة بأخذ الظروف الخاصة به في عمليات العلاج وتقديم الخدمة الصحية من طرف مقدم الخدمة،¹ حيث يُمكن مفهوم خلق القيمة المؤسسة الصحية من اعتبار الزبائن (المرضى) كمشاركين وبالتالي العمل على تخصيص العروض، فالمشاركة في خلق القيمة تعني أيضا تعاون كل من مقدم الخدمة والزبون (المريض) في خلق القيمة.²

حيث يفترض منطق هيمنة الخدمة* فرضية مفادها أنّ المؤسسات لا تقدم قيمة بل مقترحات قيمة والزبائن (المرضى) هم اللذين يشاركون بشكل فردي في خلق القيمة وهو ما يؤكد ضرورة مشاركة الزبون (المريض) في تجربة الخدمة من أجل خلق القيمة، فالزبون يشارك مع مقدم الخدمة في إنشاء الخدمة كما يشارك في انشائها للزبائن الآخرين،³ وهو ما نلمسه في مجال الخدمات الصحية في مدى التزام الزبون (المريض) بالعلاج ونصائح مقدم الخدمة (الطبيب)، إضافة إلى مشاركته في إنشاء الخدمة للزبائن (المرضى) الآخرين من خلال الهدوء في الغرف المشتركة مثلا.

وباعتبار الزبائن (المرضى) مشاركين في عملية خلق القيمة يكون رضاهم عنها نتيجة لذلك، فمن خلال مشاركة الزبون (المريض) يمكن الحصول على خدمة تلائم حاجاته تماما،⁴ وهو ما يحقق رضا الزبون (المريض) عن الخدمة الصحية.

3. سلسلة قيمة الخدمة الصحية: تعد سلسلة القيمة مجموعة الأنشطة التي تسهم في تحقيق رضا الزبون

وخلق قيمة له، وتكوين قيمة للمؤسسة، والاستفادة من قدراتها وعناصر النجاح المتمثلة في الجودة وتقليل

¹ Antonio Sergio da Silva et al, A Model of Antecedents for the Co-Creation of Value in Health Care: An Application of Structural Equation Modeling, brazilian business review, vol12, no6, 2015, p127.

² Anita zatori, exploring the value co-creation process on guided tours (the AIM model) and the experience-centric management approach, international journal of culture, tourism and hospitality research, vol10, no4, 2016, p380.

* منطق هيمنة الخدمة: تم انشاء هذا المفهوم من قبل كل من (vargo & lusch (2008)، حيث قدما مجموعة من الافتراضات من بينها أنّ كل الاقتصادات هي اقتصادات خدمات والسلع ما هي إلا آليات لتوزيع الخدمات فهي واجهة تغطي خلفها خدمات، إضافة إلى اشتراك مقدم الخدم والزبون في انتاج الخدمة فهو مشارك في خلق القيمة، للمزيد يمكن الاطلاع على:

Yazdanparast, Atefeh, et al, "Co-creating logistics value: a service-dominant logic perspective." The International Journal of Logistics Management 21.3 (2010): 375-403.

³ Manuela Vega-Vazquez et al, The value co-creation process as a determinant of customer satisfaction, Management Decision, Vol 51, No10, 2013, p1946.

⁴ Manuela Vega-Vazquez et al, The value co-creation process as a determinant of customer satisfaction, op cit, p1948.

التكلفة في سبيل تحقيق أهدافها،¹ ويتعلق مفهوم سلسلة القيمة في الخدمات الصحية بمختلف الأنشطة والتفاعلات والعلاقات بين المؤسسة الصحية ممثلة بمقدمي الخدمات والزبون (المريض)، والتي تؤثر بدورها على الإيرادات والتكاليف.²

تم التطرق لمفهوم سلسلة القيمة من قبل Porter خلال سنة 1985، والذي يشير من خلاله إلى طريقة التفكير في كيفية التنظيم الأمثل لكافة أنشطة المؤسسة من أجل إضافة قيمة للمنتج وتقديم قيمة للزبون، وقد تم تطبيق هذا المفهوم في مجال الخدمات الصحية في سبيل تركيز أنشطة المؤسسة الصحية على الزبون (المريض) ومحاولة خلق قيمة له، من خلال مشاركة عناصر فاعلة في دورة الخدمة الصحية.

إذ يعبر مفهوم سلسلة القيمة للخدمة الصحية عن تحديد طرق تحسين المؤسسة الصحية لعمليات تقديم خدماتها للزبائن (المريض)، والعمل على تقديم قيمة لهم، ففي إطار سلسلة القيمة يتم رؤية المؤسسة الصحية كمجموعة من الأنشطة التي يتم أداؤها لإنتاج وتقديم خدماتها الصحية.³

فأصحاب المصالح في مجال الخدمات الصحية يسعون لتحقيق أهداف متعددة منها: تحقيق الربح في حالة المؤسسات الصحية الخاصة المهادفة للربح، تقديم خدمات ذات جودة عالية، تقليل التكاليف، التركيز على الزبون (المريض) وتحقيق رضاه من خلال تقديم قيمة عالية له، فالقيمة بالنسبة للزبون تعبر عن النتائج الصحية المحققة له مقابل ما قام بإنفاقه،⁴ إذ تشمل عملية خلق القيمة مشاركة كل من مقدم الخدمة الصحية والزبون (المريض) في إنتاجها، والشكل رقم (18) يبرز عمليات خلق القيمة.

الشكل رقم (18): عمليات سلسلة القيمة للخدمة الصحية



¹ عماد صبيح الصفار، علاء محمد عبيد، دور تحليلات سلسلة القيمة في إدارة العلاقة وتخفيض التكلفة، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد 108، 2016، ص 239.

² philipe callot, Marketing des services, vuibert, france, 2007, p45.

³ أنفوس لينغ وآخرون، ترجمة صلاح محمود ذياب، عابد المعلا، إدارة وتسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 216.

⁴ Michael, E.porter, what is the value in health care, op-cit, p2477.

Source : Manfred burhn, dominik georgi, services marketing managing, the services value chain, pearson education, england, 2006, p17.

حيث من خصائص الخدمة الصحية مشاركة الزبون (المريض) في إنتاجها، وبالتالي من أجل خلق القيمة يتعيّن على مقدم الخدمة دمج الزبون (المريض) في عملية الإنتاج، وتحقيق التكامل بينهما ضمن لقاء الخدمة، مع الحرص على عدم الاخفاق في تقديم وإيصال الخدمات، وهذا في إطار عمليات وأنشطة التفاعل بين الزبون ومقدم الخدمة، وفي نفس الوقت، يتم كسب الزبائن (المرضى) من خلال أنشطة التسويق، والعمل على خلق وتعزيز علاقات معهم والاحتفاظ بهم واستعادتهم في حال فقدانهم، فكل من عمليات التفاعل وعمليات خلق والحفاظ على العلاقات مع الزبائن (المرضى) تؤدي إلى خلق القيمة والحفاظ على مستواها.¹

4. علاقة القيمة المدركة بجودة الخدمة الصحية ورضا الزبون (المريض):

باعتبار جودة الخدمة الصحية انطباع الزبائن (المرضى) عن مدى قدرة الخدمة على تلبية الغرض منها، كما أنّ المستوى العالي لجودة الخدمة الصحية يضيف قيمة للزبون (المريض) ويعطيه السبب الذي يدفعه لإعادة الشراء، فجودة الخدمة أحد أبعاد القيمة المدركة،² لذلك بدأت العديد من المؤسسات بالتوجه نحو السوق بقيمة أكبر، من خلال تحويلها من مفهوم الجودة إلى مفهوم القيمة بالتركيز على تقليل التكاليف ورفع مستوى المنافع المدركة مع الحفاظ على مستوى الجودة العالية.³

تتعلق كل من القيمة المدركة من طرف الزبون (المريض) ورضا الزبون (المريض) عن الخدمة الصحية بمدى تلبية المؤسسة الصحية لحاجات الزبائن (المرضى)، لكن هناك اختلاف بينهما، ففي حين تتشكل القيمة في المراحل المختلفة للقاء الخدمة بما في ذلك قبل عملية الشراء والاستفادة من الخدمة، أي قد تتشكل القيمة لدى الزبون (المريض) دون استفادته من الخدمة، في حين رضا الزبون (المريض) يعد تقييماً لما بعد شراء الخدمة واستفادته منها أي أنه مرتبط بتجربته معها،⁴ وبالتالي ادراك القيمة هو سابق للرضا.

كما ترتبط قيمة الخدمة الصحية بالنتائج المحققة من خلال الخدمات الصحية، وليس من خلال حجم هذه الخدمات، إذ تم التحول من التركيز على خفض التكاليف لخلق القيمة، إلى التركيز على تعظيم حجم القيمة من خلال تعظيم حجم الفائدة بالنسبة للزبون (المريض) خلال فترة حصوله على

¹ Manfred burhn, dominik georgi, services marketing managing, the services value chain, Pearson Education, 2006 , pp :16-21.

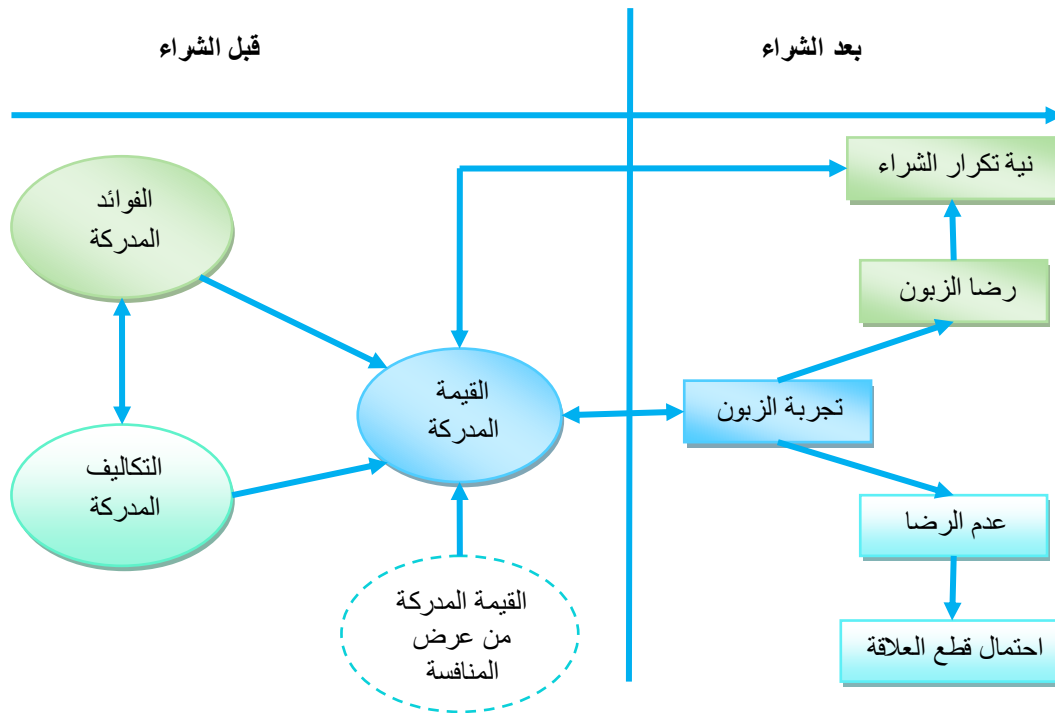
² محمد صالح الألفي، نموذج مقترح لبناء قيمة العلامة التجارية بالتطبيق على خدمات تكنولوجيا المعلومات، المنظمة العربية للتربية الإدارية، جامعة الدول العربية، مصر، 2016، ص111.

³ محمودي أحمد، زيدان محمد، فعالية القيمة المدركة في تحقيق ولاء الزبون في سوق الهاتف النقال، الاكاديمية للدراسات الاجتماعية والانسانية، العدد15، 2016، ص56.

⁴ Jillian c sweeney, geoffrey n soutar, consumer perceived value : the development of a multiple item scale, journal of retailing, vol77, no2, 2001, p206.

الخدمة (علاجه) والتي قد تطول، أو قد تمتد إلى مضاعفات حصوله على الخدمة (أمراض قد تسببها الخدمة الصحية)، ومختلف التدخلات المستمرة خلال ذلك،¹ حيث يصبح الزبون (المريض) راضيا عندما يتلقى القيمة الكافية من الخدمة التي يستفيد منها، وتكشف تجربة ما بعد الشراء مستوى القيمة المتراكمة لدى الزبون (المريض)، وعندما تتجاوز القيمة المدركة لديه توقعاته يحدث رضاه عن الخدمة الصحية، وهو ما قد يؤدي إلى تحقيق الولاء للمؤسسة الصحية فيما بعد،² وقد تم توضيح العلاقة بين كل من القيمة المدركة بالنسبة للزبون، تجربة الزبون ورضاه عن الخدمة المقدمة من خلال الشكل رقم (19).

الشكل رقم (19): العلاقة بين القيمة المدركة ورضا الزبون (المريض)



Source : jacques lendrevie, julien lévy, Mercator, op cit, p8.

فمن خلال مقارنة الزبون (المريض) قبل عملية شراء الخدمة الصحية للتكاليف المدركة المتمثلة في التكاليف المالية، النفسية، الجهد، الوقت وغيرها مع الفوائد المدركة من مزيج الخدمة للمؤسسة الصحية، مع الأخذ بالاعتبار القيمة المدركة من عرض المؤسسات الصحية المنافسة، وبعد عملية الشراء يكون لتجربة الزبون (المريض) دور مهم لتحديد مستوى رضا الزبون (المريض) عن الخدمة الصحية أو عدم رضاه، وبالتالي احتمال قطع العلاقة أو ظهور نية تكرار الشراء التي يكون للقيمة المدركة دور في تشكيلها لدى الزبون (المريض).

¹ Michael, E.porter, what is the value in health care, op-cit, p2478.

² Hardeep Chahal, Neetu Kumari, Consumer Perceived value and Consumer Loyalty in the Healthcare Sector, Journal of Relationship Marketing, vol. 10, no 2, 2011, p08.

كما لا بد من الإشارة إلى أنّ المفهوم العام لتجربة الزبون مهم لفهم أسباب ارتداد وقطع الزبائن للعلاقة،¹ فتجربة الزبون (المريض) الناتجة عن التعلم* لا تكون دائما ايجابية، فقد تكون سلبية وتحتاج إلى جهود مضيئة من جانب رجال التسويق لتغيير الانطباع كما قد تكون إيجابية،² فرضا الزبون (المريض) مفهوم معقد يتضمن المكونات المعرفية والعاطفية، وهو استجابة لحكم القيمة الذي يتخذه الزبون (المريض) حول تجاربه السابقة بخصوص لقاءات الخدمة الصحية.³

المطلب الثالث: دور رضا الزبون (المريض) في بناء ولائه للمؤسسة الصحية

من أهم نواتج جودة الخدمة في المؤسسات الصحية وتقديم قيمة للزبون (المريض) بما يحقق رضاه عنها، يتم بناء ولائه لها، فبناء ولاء الزبائن (المريض) هدف تسعى لتحقيقه المؤسسات الصحية في الوقت الحالي في سبيل ضمان استمرارها.

1. مفهوم ولاء الزبون (المريض) في المؤسسة الصحية: لا يختلف مفهوم الولاء بشكل عام عن مفهومه لدى زبائن المؤسسات الصحية، إذ يُعرف الولاء أنه التزام عميق من قبل الزبون (المريض) بإعادة شراء خدمة معينة مفضلة لديه، وقيامه بتوصية الآخرين بشرائه، مع وجود اتجاه قوي لعدم التحول عن المؤسسة، حتى في حال وجود جهود تسويقية لمؤسسات منافسة.⁴

حيث هناك مدخلان رئيسيان لفهم ولاء الزبون (المريض)، يستند الأول إلى السلوك والثاني إلى الموقف فالولاء السلوكي يشير إلى سلوك الزبون (المريض) في إعادة شراء الخدمة،⁵ حيث عُرف على أنه تكرار عملية الشراء لنفس الخدمة على حساب خدمات المؤسسات المنافسة، لكن تبين للباحثين أنّ جزء من هؤلاء الزبائن لا يتأثرون بالعروض الجديدة والجهود التسويقية للمنافسة، لذلك اعتبروا تكرار الشراء مفهوم بسيط عشوائي لا يمكن التنبؤ به وهو يختلف عن الولاء،⁶ مما دفع الباحثين للأخذ بالاعتبار البعد الموقف كأحد العوامل المفسرة لولاء الزبون.

¹ بالمر أدريان، ترجمة بهاء شاهين وآخرون، مبادئ تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص468.
* التعلم: هو التغييرات في سلوك الزبون نحو الاستجابة تحت تأثير تجاربه أو نتيجة تعرضه للأنشطة التسويقية، لمزيد من المعلومات يمكن الاطلاع على: ملود حواس، اليز كلثوم، مقدمة في سلوك المستهلك، دار أسامة، ط1، الأردن، 2018، ص90.

² طلعت أسعد عبد الحميد، التسويق الفعال، كيف تواجه تحديات القرن 21، تنوير للترجمة والنشر والتوزيع، ط18، مصر، 2013، ص115.

³ Alrubaiee laith, al kaaida feras, the mediating effect of patient satisfaction in the patients' perceptions of healthcare quality-patient trust relationship, International Journal of Marketing Studies, vol3, no1, 2011, p106.

⁴ محمد منصور أبو جليل وآخرون، المفاهيم التسويقية الحديثة وأساليبها، دار غيداء، ط1، الأردن، 2014، ص76.

⁵ رونق كاظم حسين شبر، دور القيمة المدركة، جودة الخدمة، السعر والصورة الذهنية في تعزيز ولاء الزبون، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد16، العدد2، 2014، ص73.

⁶ Latifa ayoubi, l'influence de la fidélité à la marque et de la fidélité au programme relationnel sur l'attitude des clients (cas des banques), thèse de doctorat université Nice, Sophia Antipolis, 2016, France, p25, p27.

حيث يشير الولاء الموقفي إلى نية الزبون لإعادة الشراء والالتزام، وهي مؤشرات الزبون الموالي رغم التأثيرات الجغرافية والجهود التسويقية التي بإمكانها أن تسبب تحوّل السلوك، فهؤلاء الزبائن يدركون أنهم يستلمون قيمة ملائمة لهم،¹ حيث اعتبر الباحثون أنّ الولاء الحقيقي يكون بدافع داخلي يطلق عليه الاتجاه،* لذلك تم تعريف الولاء أنه استجابة سلوكية غير عشوائية لاختيار وتكرار الشراء من بين عدد من البدائل،² وعليه يعدّ الزبائن الموالون مجموعة زبائن يحملون مواقف إيجابية نحو مؤسسة ما والتزامهم بإعادة شراء الخدمة والتوصية للآخرين،³ وبالأخذ بالاعتبار خصوصية الخدمة والخدمة الصحية بشكل خاص يتحقق ولاء الزبون (المريض) من خلال ثلاثة شروط تتمثل في:⁴

- الرغبة القوية للزبون (المريض) نحو الخدمة الصحية بشكل مستمر أو دوري، مع الإشارة إلى ضرورة ظهور الحاجة لها عنده؛
- حرية الزبون (المريض) في اختيار الخدمة الصحية أو مقدم الخدمة أو المؤسسة الصحية، مع الأخذ بالاعتبار مشاركة ومساهمة مقدم الخدمة (الطبيب) في اختيار الخدمة الصحية أو مقدم الخدمة وحتى المؤسسة الصحية؛
- توفر البدائل والخيار بالنسبة للزبون (المريض)، أي أكثر من مؤسسة صحية، وأكثر من مقدم خدمة صحية.

للولاء في المجال الصحي خصوصية أنه يمكن أن يقوم الزبون (المريض) بالتقدم لنفس المؤسسة الصحية لجميع مشاكله الصحية، وهو ما يعرف بالولاء العام، أو أن يلجأ إلى مؤسسة صحية معينة في كل مرة يريد الاستفادة من خدمة صحية معينة، وهو الولاء القائم على الخدمة، كما قد يختار طبيب معين في مؤسسة صحية ويعرف بالولاء للطبيب،⁵ كما للولاء في الخدمة الصحية خصوصية ارتباطه بمقدم الخدمة، إضافة إلى أهمية الخصائص غير الملموسة لها (الثقة، الاستجابة، التعاطف) عوامل هامة للحفاظ على ولاء الزبون (المريض).⁶

¹ رونق كاظم حسين شبر، دور القيمة المدركة، جودة الخدمة، السعر والصورة الذهنية في تعزيز ولاء الزبون، مرجع سبق ذكره، ص73.
* **الاتجاهات:** هي الميول الناتجة عن التعلم أو الخبرات السابقة التي تجعل الزبون يتصرّف بطريقة معينة إيجابية أو سلبية نحو منتج معين، للمزيد يمكن الإطلاع على: محمد إبراهيم عبيدات، سلوك المستهلك، مدخل استراتيجي، دار وائل، ط4، الأردن، 2004.

² Latifa ayoubi, op cit, p32.

³ حاكم الجبوري الخفاجي، رضا الزبون كمتغير وسيط بين جودة الخدمة وولاء الزبون، مرجع سبق ذكره، ص87.

⁴ غسان قاسم داود اللامي، إدارة التسويق، دار الصفاء، الأردن، 2013، ص118.

⁵ Gamze bayin, ömer rıfki önder, determination of the effect of corporate image of health institutions on patient loyalty, ege akademik bakis, vol. 15, no 4, 2015, p578.

⁶ Omar siddiqi kazi, interrelations between service quality attributes, customer satisfaction and customer loyalty in the retail banking sector in bangladesh, international journal of business and management, vol6, No3, 2018, p18.

ويعد الولاء ارتباط نفسي دائم من الزبون (المريض) تجاه مقدمي الخدمة مع وجود التفضيل لمقدم الخدمة على المنافسين الآخرين،¹ حيث نتيجة لزيادة شدة التنافس بين المؤسسات الصحية تعمل على تعزيز قدراتها التنافسية من خلال تلبية حاجات الزبائن (المريض) وتعظيم القيمة لديهم، ويؤدي تعزيز علاقات مقدمي الخدمات الصحية معهم إلى تحقيق ولائهم، خاصة مع خصوصية زبائن (المريض) المؤسسات الصحية الذين يعانون من ضعف جسدي أو نفسي، مما يتطلب مزيداً من الاهتمام والخدمات المتخصصة، لتلبية حاجاتهم وكسب رضاهم وتحقيق ولائهم.²

2. أهمية ولاء الزبون (المريض): تبرز أهمية ولاء الزبون من خلال التحكم في التكاليف بالنسبة للمؤسسات الصحية الهادفة للربح أو العمومية غير الهادفة للربح، حيث تعد تكلفة الاحتفاظ بالزبائن ذوي الولاء أقل مقارنة مع تكاليف جذب زبائن (المريض) جدد، فعملية كسب الزبون (المريض) والاحتفاظ به عملية مهمة بالنسبة للمؤسسة ولا يتحقق ذلك إلا بتقديم قيمة ذات مستوى عالي للزبون (المريض)،³ كما أنّ الزبائن (المريض) الموالين يمنحون المؤسسة الصحية الهادفة للربح مصدراً ثابتاً للدخل مع تقليل التكاليف وهو ما يؤدي إلى زيادة ربحيتها، إضافة إلى سعي المؤسسات بشكل عام بما فيها المؤسسات الصحية لتخفيض التكاليف وتحسين جودة خدماتها بما يزيد من القيمة المدركة من طرف الزبون (المريض).⁴

3. القيمة المدركة، رضا الزبون (المريض) والولاء للمؤسسة الصحية: تؤثر أبعاد القيمة على رضا الزبون (المريض)، وعليه حسب نظرية السلوك المخطط^{**} فإنّ المتغيرات المعرفية تؤثر على العواطف^{***} وتؤثر بدورها العواطف على السلوكيات، وبالتالي القيمة المدركة من طرف الزبون هي متغير إدراكي باعتبارها تعكس المقارنة العقلانية بين تضحيات الزبون (المريض) والمنافع، في حين أنّ رضا الزبون (المريض) هو

¹ حاكم الجبوري الخفاجي، رضا الزبون كمتغير وسيط بين جودة الخدمة وولاء الزبون، مرجع سبق ذكره، ص86.

² Maryam yaghoubi et al, modeling the brand loyalty of medical services in iran's military hospitals, annals of tropical medicine and public health, volume 10, issue 4, 2017, p841.

* **الاحتفاظ بالزبون:** يقصد به مدى امتلاك الزبون لنية شراء الخدمة في أي فرصة شراء قادمة، ويتضمن الاحتفاظ بالزبون: التزام الزبون، ثقة الزبون، الرغبة في التوصية للآخرين، نوايا إعادة الشراء، لمزيد من المعلومات يمكن الإطلاع على: نظام موسى سويدان، تقييم تأثير تطبيق إدارة الجودة الشاملة في تحقيق رضا الزبون والمحافظة عليه، مجلة جامعة الأزهر بغزة، سلسلة العلوم الانسانية، المجلد13، العدد01، 2011، ص664.

³ علي عبد الرضا الجياشي، شفيق ابراهيم حداد، نمذجة العلاقة بين إدراك جودة الخدمة وولاء الزبون، مجلة دراسات العلوم الإدارية، المجلد37، العدد2، 2010، ص312.

⁴ رونق كاظم حسين شبر، دور القيمة المدركة، جودة الخدمة، السعر والصورة الذهنية في تعزيز ولاء الزبون، مرجع سبق ذكره، ص74.

** نظرية السلوك المخطط: نظرية من علم النفس تم تطويرها من قبل icek ajzen عن نظرية الفعل المعقول عام 1985.

*** **العواطف:** حالة نفسية تنشأ من تقييمات إدراكية لحدث أو فكرة معينة، فالعواطف الإيجابية أو السلبية اتجاه الخدمة تنشأ من التقييمات المعرفية (الإدراكية) لأحداث الخدمة، للمزيد من المعلومات يمكن الإطلاع على:

Terje slatten, antecedents and effects of emotional satisfaction on employee perceived service quality, managing service quality, vol18, no4, 2008, p372.

متغير عاطفي والولاء هو متغير سلوكي، وعليه يمكن القول أنّ رضا الزبون (المريض) هو متغير وسيط بين القيمة المدركة والولاء.¹

تظهر حاجة المؤسسات الصحية لرضا الزبون (المريض) وولائه بنفس الأهمية عند المؤسسات الأخرى، حيث تعد جودة الخدمة الصحية سابقة للقيمة واحدى المتغيرات المهمة لتحقيقها، وتعتبر القيمة سابقة لرضا الزبون ونية تكرار الشراء التي تعد مظهر من مظاهر الولاء، مع ضرورة الإشارة إلى أنّ حدوث سلوك تكرار الشراء في المؤسسات الصحية لا يكون دليلاً على ولاء الزبون (المريض) للمؤسسة الصحية نظراً لخصوصية هذا القطاع فقد يكون ذلك ناتج لعدم وجود بدائل فالزبون (المريض) قد لا يملك حق الاختيار.²

يعد رضا الزبون (المريض) من المخرجات ذات الأهمية البالغة بالنسبة للمؤسسة ذات التوجه التسويقي، وفي القطاع الصحي توصلت الدراسات إلى أنّ رضا الزبائن (المرضى) وجودة الخدمة الصحية لهما تأثير على نوايا الشراء المستقبلية وعلى السلوك الشرائي للزبائن (المرضى).³

كما تعد التجربة الايجابية الناتجة عن تعامل الزبون (المريض) مع المؤسسة الصحية بحصوله على قيمة متميزة تولد لديه موقفاً إيجابياً ونية التعامل المستقبلي معه، وإذا ما تحقق ذلك لأكثر من مرة يمكن اعتبار حينها الزبون (المريض) موالياً للمؤسسة الصحية، حيث هناك علاقة قوية بين القيمة المدركة، رضا الزبون (المريض) وولائه،⁴ وفيما يخص العلاقة السببية بين جودة الخدمة الصحية، ورضا الزبون (المريض) وولائه، أثبتت الدراسات أنّ جودة الخدمة سابقة للرضا والولاء، كما أثبتت الدور الوسيط لرضا الزبون (المريض) بين الجودة والولاء، حيث أنّ لجودة الخدمة الصحية ورضا الزبون (المريض) أثر كبير على نوايا الشراء، كما تؤثر جودة الخدمة الصحية على الولاء بشكل مباشر أو من خلال الرضا كمتغير وسيط،⁵ والشكل رقم (20) يبين العلاقة بين كل من القيمة ورضا الزبون وولائه.

¹ Leyla Özer et al, The association between perceived value and patient loyalty in public university hospitals in Turkey, op cit, p786.

² Miguel moliner, loyalty, perceived value and relationship quality in healthcare services, journal of service management, vol20, No1, 2009, p78.

³ سلام جاسم حمود العارضي، دور الرضا وصورة المؤسسة في تحقيق ولاء الزبون في صناعة المستشفيات، دراسة تحليلية في عدد من المستشفيات الأهلية، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد8، العدد3، 2006، ص46.

⁴ أنيس أحمد عبد الله، إدارة التسويق وفق منظور قيمة الزبون، مرجع سبق ذكره، ص15.

⁵ Annamdevula Subrahmanyam, relationship between service quality, satisfaction, motivation and loyalty, quality assurance in education, vol25, no2, 2017, p175.

الشكل رقم (20): العلاقة بين القيمة، رضا الزبون وولائه



المصدر: أنيس أحمد عبد الله، إدارة التسويق وفق منظور قيمة الزبون، مرجع سبق ذكره، ص15.
 ففي سبيل إيصال قيمة ملائمة للزبون (المريض) ونظرا لخصوصية كل من المؤسسات الصحية العمومية الغير هادفة للربح والمؤسسات الصحية الخاصة الهادفة للربح، لا بد من أن تعمل المؤسسات الصحية العمومية على تحسين إدارة التكاليف أو التضحيات غير النقدية بالنسبة للزبون (المريض) كإدارة قوائم الانتظار مثلا، في حين تعمل المؤسسات الصحية الخاصة من خلال سياساتها الاتصالية التسويقية بإبراز الحجم المنخفض للتكاليف غير النقدية والفوائد المقدمة للزبون (المريض) في مقابل التكاليف النقدية التي يدفعها.¹

المطلب الرابع: الإصغاء لصوت الزبون (المريض) لتحقيق رضاه عن جودة الخدمة الصحية

في إطار المفهوم الحديث للتسويق الذي يركز على الزبون ويعتبره نقطة البداية لأي نشاط تسويقي، تظهر أهمية الإصغاء لصوت الزبون (المريض) في سبيل تحقيق المعرفة المستمرة عن حاجاته ورغباته، الأمر الذي يساهم بشكل كبير في تقديم خدمات صحية ذات جودة تحقق الرضا لديه.

1. مفهوم الإصغاء لصوت الزبون (المريض) في المؤسسة الصحية:

لا يوجد تعريف ثابت لصوت الزبون (المريض)، فقد تعددت التعاريف حسب تعدد وجهات نظر الباحثين، فقد عُرّف صوت الزبون (المريض) أنه الكلمات والعبارات التي يستخدمها الزبون (المريض) ليصف بها طلباته واحتياجاته، يقابلها استجابة المؤسسات لتلبي هذه الاحتياجات، فهي وسيلة لتطوير الخدمات بناء على حاجات الزبون (المريض) وإعطائها الأولوية حسب أهميتها، فصوت الزبون يعكس الاستجابة الفورية في الزمان والمكان المناسبين لحاجات الزبائن (المرضى)، من خلال المسح الميداني للسوق،² فصوت الزبون (المريض) هو حاجات ورغبات الزبون (المريض) التي يعبر عنها بلغته الخاصة عبر الوسائل المختلفة التي توفرها المؤسسة الصحية، فهو يصف متطلبات الزبون (المريض) المعلنة وغير المعلنة التي يصعب عليها التنبؤ بها، يتم

¹ Miguel moliner, perceived value and relationship quality in healthcare services, op cit, p91.

² سعدون حمود وآخرون، أثر تحليل صوت الزبون في تحسين صورة المنظمة الصحية، دراسة استطلاعية لأراء عينة من الأطباء العاملين في مستشفيات بغداد الخاصة، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد92، 2012، ص154.

التقاط صوت الزبون (المريض) عبر مجموعة من الوسائل كالمقابلات والمسوحات وجماعات التركيز ومراقبة الزبائن (المرضى).¹

في حين يعتبر الاصغاء لصوت الزبون (المريض) عملية جمع البيانات عنه وتحليلها لتحديد ما يطلبونه وما يرغبون به، والاستجابة له مما يشعر الزبون (المريض) بقيمة عالية، فالإصغاء لصوت الزبون (المريض) ليس مجرد طريقة لجمع البيانات عن الزبون بل والاستجابة له، كما يعد أداة مهمة لقياس المستويات المختلفة من رضا الزبون (المريض) وولائه،² حيث يضمن الاصغاء لصوت الزبون (المريض) وجود علاقة مفتوحة معه والحفاظ عليها بشكل مستمر بما يمكن أن يمد المؤسسة بالمعلومات التي تحتاجها عن الزبون (المريض)، وعن ما يرغب الحصول عليه من خدمة وعن المشاكل التي تواجه المؤسسة في الوصول للمواصفات الجديدة.³

2. أهمية الإصغاء لصوت الزبون (المريض): تبرز أهمية الاصغاء لصوت الزبون (المريض) من طرف المؤسسة الصحية فيما يلي:⁴

- تحديد أسباب عدم رضا الزبون (المريض) وكيفية حل هذا المشكل؛
- يعرف صوت الزبون (المريض) المؤسسة ويساعدها على إزالة العوائق التي قد تحول دون تحقيقها لرضاه؛
- يساعد صوت الزبون (المريض) المؤسسة الصحية في الإجابة على التساؤلات التالية: ماذا يسعد الزبون (المريض)؟ ما هو مستوى جودة الخدمات المقدمة له؟
- إسعاد الزبون (المريض) يعتمد أساسا على الإصغاء لصوت الزبون (المريض) من حيث مدى الاستجابة لحاجاته ومدى تقديم المؤسسة لجودة تفوق توقعاته.
- 3. أبعاد صوت الزبون (المريض): تتمثل أبعاد صوت الزبون (المريض) في المتغيرات التي يمكن جمعها من الزبائن (المرضى)، وقد اختلف الباحثون في تحديدها، في حين كان هناك نوع من الاتفاق على كل من حاجات الزبون ورغباته وتوقعاته، ويمكن ذكرها فيما يلي:⁵
- الحاجات: هي شعور الزبون (المريض) بالحرمان، وهي تمثل نقص ما لديه ما يسبب له قلقا أو توترا يسعى لتلبيته أو إشباعه من خلال الخدمة الصحية المقدمة، ويعد تحقيق رضا الزبون (المريض) فهم ثلاثة

¹ سعدون حمود جثير، سارة علي سعيد العامري، أثر سماع صوت الزبون في تحقيق التفوق التنافسي، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 18، العدد 68، 2012، ص 123.

² سعدون حمود جثير، سارة علي سعيد العامري، أثر سماع صوت الزبون في تحقيق التفوق التنافسي، مرجع سبق ذكره، ص 124.

³ علاء فرحان طالب، علياء حسين عبد العلي، إعادة هندسة العمليات التسويقية ودورها في تحقيق الريادة الاستراتيجية، مجلة الإدارة والاقتصاد، المجلد 3، العدد 12، 2013، ص 10.

⁴ نجلة يونس محمد آل مراد، هاني أحمد حسن الحرباوي، صوت الزبون ودوره في تحقيق المزايا التنافسية، دراسة لآراء العاملين في عينة من المنظمات الصناعية في مدينة الموصل، مجلة تكريت للعلوم الادارية والاقتصادية، المجلد 9، العدد 28، 2013، ص 99.

⁵ نجلة يونس محمد آل مراد، هاني أحمد حسن الحرباوي، صوت الزبون ودوره في تحقيق المزايا التنافسية، مرجع سبق ذكره، ص 102.

أنواع من الحاجات، حاجات أساسية تمثل متطلبات طبيعية ظاهرية واجب توفرها، وحاجات الأداء وهي متطلبات يطلبها الزبون صراحة، مستوى رضاه عنها يتناسب طردياً مع درجة تلبيتها، الحاجات المثيرة والمبهجة والتي تكون بعيدة عن توقعات الزبون (المريض) غيابها لا يؤدي على عدم رضاه ووجودها يُبهجه،¹ كما لا تشكل الحاجات دوافع* إلا عندما تكون مثارة وذات مستوى كاف من القوة والضغط لتدفع الزبون (المريض) لاتخاذ سلوك معين.²

ويعد فهم حاجات الزبون (المريض) أمراً مهماً في تحديد القيمة المقدمة له، فقد تم تقسيم الحاجات حسب عدد من الأسس لتسهيل ذلك، فحسب موضوع وأهمية الحاجة وضع ماسلو الحاجات الانسانية متسلسلة في شكل هرم فتقوم المؤسسة ببناء مركز ذهني لخدماتها لدى الزبون (المريض) بتركيزها على مدى أهميتها لديه، وللحاجات ثلاثة أبعاد حسب الجوانب الوقتية المرتبطة بها، إلحاح الحاجة الذي يشير إلى الوقت الذي يعتبره الزبون (المريض) ضرورياً لإشباع الحاجة، تكرارية الحاجة تتعلق بالكيفية التي غالباً ما تحدث بها نفس الحاجة (كل ثلاثة أشهر تظهر حاجة الزبون (المريض) لخدمة صحية معينة) استمرارية الحاجة المرتبطة بطول المدة الزمنية التي تبقى فيها الحاجة موجودة قبل إشباعها (إشباع حاجة الجوع قد تتطلب دقائق، إشباع حاجة التعافي من مرض تتطلب فترة العلاج وما قبلها)، كما تصنف الحاجات حسب متطلبات المعلومات المرتبطة بها إلى حاجة جديدة تتطلب بحث الزبون (المريض) للمعلومات عن طرق إشباعها، حاجة معقدة تتطلب استشارة الآخرين والبحث عن المعلومات، مدى وضوح الحاجة كلما كانت غير واضحة يبحث الزبون (المريض) عن المعلومات ويهتم بالمعلومات التسويقية التي يتلقاها،³ فكلما أخذت المؤسسة الصحية هذه الأبعاد بعين الاعتبار في عرضها الخدمي ساعدها ذلك في تحديد القيمة التي يبحث عنها الزبون (المريض)؛

- **الرغبات:** هي عبارة عن تعبير عن حاجات الزبون (المريض) يتأثر تشكيلها بثقافته وشخصيته، فالحاجة عندما تتجه نحو شيء ما يشبعها تصبح رغبة؛⁴

- **التوقعات:** يمثل التوقع تنبؤ الزبون (المريض) حول مدى قدرة الخدمة على تلبية أهدافه وحاجاته ورغباته كما تعرف التوقعات أنها تصور ذهني لدى الزبون للقيمة التي سيحصل عليها من عرض خدمي معين.⁵

¹ المرع نفسه، ص102.

* الدوافع: هي قوى داخلية تدفع الزبون لاتخاذ سلوك ما في سبيل اشباع حاجة معينة.

² حسام فتحي أبو طعيمة، الإعلان وسلوك المستهلك بين النظرية والتطبيق، دار الفاروق، ط1، الأردن، 2014، ص175.

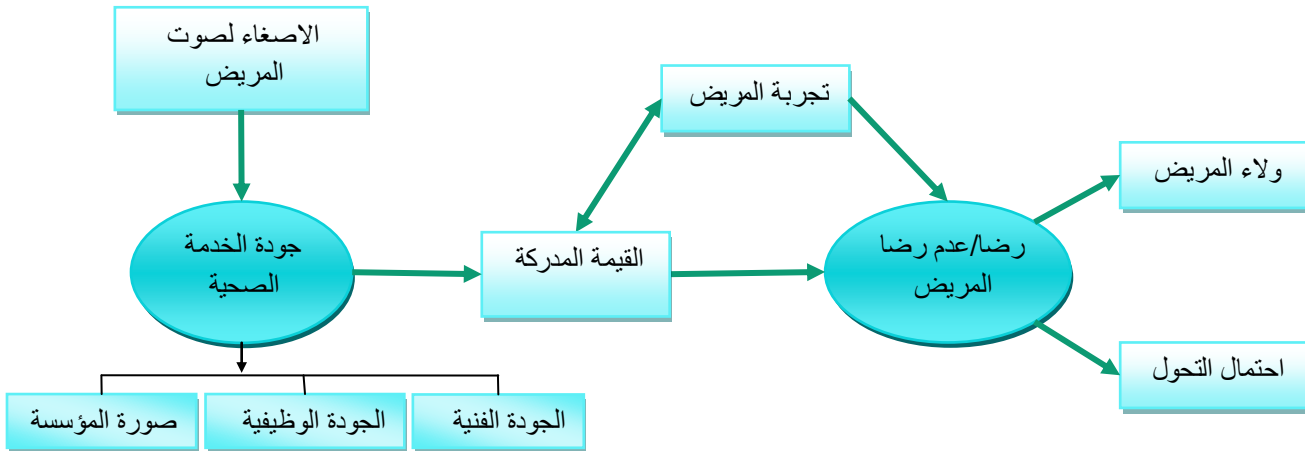
³ محمد عبد العظيم أبو النجا، إدارة العلاقات مع العملاء، الدار الجامعية، ط1، مصر، 2013، ص180.

⁴ نجلة يونس محمد آل مراد، هاني أحمد حسن الحرباوي، صوت الزبون ودوره في تحقيق المزايا التنافسية، مرجع سبق ذكره، ص102.

⁵ المرجع نفسه، ص102.

4. أساليب الإصغاء لصوت الزبون (المريض): تعتمد المؤسسات الصحية في سبيل الإصغاء لصوت الزبون (المريض) من خلال عدد من الأساليب منها:¹
- المقابلات الشخصية: تفاعلات لفظية بين شخصين أو أكثر، يكون وجهها لوجه أو من خلال وسائل كالهاتف؛
 - الاستبانات: تحتوي على مجموعة من الأسئلة أو العبارات يجيب عنها الزبون (المريض)؛
 - مشاركة الزبون (المريض) ضمن فرق الجودة: قد تقوم المؤسسة الصحية بإتاحة الفرصة أمام الزبون للانضمام في فرق الجودة لسماع آرائه بخصوص وسائل تحسين الجودة؛
 - نظام الاقتراحات: قد يختلف نظام الاقتراحات من مؤسسة إلى أخرى، لكنه يركز على حث الزبائن (المرضى) على تقديم آرائهم واقتراحاتهم.
- انطلاقاً مما سبق يمكن تلخيص العلاقة بين جودة الخدمة الصحية، القيمة المدركة ورضا الزبون (المريض) كما هو موضح في الشكل رقم (21).

الشكل رقم (21): العلاقة بين جودة الخدمة الصحية ورضا الزبون (المريض)



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

- Jacques lendrevie, julien lévy, mercator, op cit, p544.
- Rula Al-damen, health care services quality and its impact on patient satisfaction, case of al-bachir hospital, international journal of business and management, vol12, no9, 2017, p139.

¹ محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة، دار وائل للنشر، ط7، الأردن، 2014، ص73.

- مُجّد خثير، أسماء مرابي، العلاقة التفاعلية بين أبعاد جودة الخدمة ورضا الزبون في المؤسسة، مرجع سبق ذكره، ص32.
- رائد عبد العزيز المهيدب، رضا العملاء والمستفيدين، مرجع سبق ذكره، ص21.
- تشكل جودة الخدمة الصحية من خلال الجودة الفنية والجودة الوظيفية وصورة المؤسسة، يتم العمل على تحسينها وفقا لمتطلبات الزبون (المريض) والإصغاء لصوته، وهو ما يحقق أهم منفعة يحصل عليها الزبون (المريض) التي تؤدي بدورها لرفع مستوى القيمة المدركة لديه، وبالتالي يحقق تجربة إيجابية للمريض تساهم في تشكيل مستويات مرتفعة من الرضا لديه، وهو ما يؤثر على سلوكه الشرائي وبالتالي يساهم في خلق الولاء لديه.

المبحث الثاني: دور مقدمو الخدمة أثناء اللقاء الخدمي في تحقيق جودة الخدمة الصحية

تعتبر الخدمات الصحية خدمات ذات اتصال عالي بين مقدم الخدمة والزبون (المريض)، لذلك يعد لمقدمي الخدمة الصحية دور كبير في إيصال قيمة عالية للزبون (المريض)، من خلال عمليات التفاعل بينهم أثناء لقاءات الخدمة، كما يُعد للبيئة المادية في المؤسسة الصحية دور كبير أثناء هذه التفاعلات، فلكل من سلوك مقدم الخدمة والبيئة المادية دور في تحقيق مستويات عالية من جودة الخدمة الصحية وبالتالي تحقيق رضا الزبون (المريض).

المطلب الأول: مفهوم لقاء الخدمة في المؤسسة الصحية

عند الحديث عن الخدمات الصحية تبرز أهمية لقاء الخدمة أو ما يعرف بلحظة الحقيقة أو الحدث الخدمي أو المواجهة الخدمية، كوصف للحظات الاتصال والعلاقة بين مقدم الخدمة الصحية والزبون (المريض) الناتج عن خصائص الخدمة الصحية المتمثلة في اللاملموسية ومشاركة الزبون (المريض) في إنتاجها.

1. مفهوم لقاء الخدمة الصحية:

من أهم ما تطرق إليه تسويق الخدمات مفهوم لقاء الخدمة للتعبير عن التفاعل بين مقدم الخدمة والزبون، حيث عُرِفَ أنه يشمل جميع التفاعلات بين الزبون (المريض) مع مقدمي الخدمات وجميع العناصر الملموسة وغير الملموسة خلال فترة معينة من الزمن،¹ أي أنه يشمل إضافة للتفاعلات البشرية العوامل الملموسة وغير الملموسة،² إذ أخذ بالاعتبار هذا التعريف أهمية التفاعل في ظل عناصر بيئة الخدمة الملموسة وغير الملموسة.

يعرّف لقاء الخدمة أيضا أنه العملية التي تحصل في فترة زمنية معينة، يتم خلالها تفاعل الزبائن (المرضى) مع الخدمة المقدمة، فهو يشمل الأحداث والسلوكيات والتفاعلات بين الزبائن (المرضى) وأبعاد الخدمة، كما يعبر عن المهارات المطلوبة من مقدمي الخدمات الصحية لإنجاح عمليات التفاعل بين طرفي اللقاء وهي أهم من المهارات التقنية، وقد أطلق عليها اسم المهارات الناعمة عند تقديم الخدمة،³ ركّز هذا التعريف على الأخذ بالاعتبار عنصر الزمن، فلقاء الخدمة يكون خلال فترة معينة، إضافة إلى أهمية المهارات الناعمة لمقدمي الخدمات في نجاح لقاء الخدمة، لذلك عوضا أن يُقال أنّ الخدمات بما فيها الخدمات الصحية

¹ Bitner.m.j , evaluating service encounters : the effects of physical surroundings and employee responses , journal of marketing , vol54, 1990, p70.

² Hsien-lun wong, mei-chi tasai, the effects of service encounter and experiential value on consumer purchasing behavior, WSEAS Transactions on Business and Economics, iss2, 2010, p60.

³ يوسف حجيم الطائي، حاكم جبوري الخفاجي، علاقة وأثر اللقاء الخدمي في سلوك مواطنة الزبون، دراسة استطلاعية لأراء عينة من مقدمي الخدمة والزبائن في القطاع الخدمي لمحافظة النجف، مجلة العزى للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 13، العدد36، 2015، ص109.

هي خدمات ذات كثافة أفراد عالية، أصبح من خلال مفهوم اللقاء الخدمي يقال أنّها خدمات ذات كثافة شخصية عالية،¹ في سبيل إبراز دور العلاقات والاتصال الشخصي بين طرفي اللقاء الخدمي في اتمام عملية تقديم الخدمة الصحية.

حيث تعتبر معظم الخدمات الصحية نتيجة لأفعال اجتماعية تحدث عن طريق الاتصال المباشر بين الزبون (المريض) وممثلي المؤسسات الصحية، فالجودة تتحقق من خلال هذا اللقاء ولا تستطيع المؤسسة أن تؤثر على النتيجة بعد ذلك، فمهاارة ودافعية مقدم الخدمة وكذا الأدوات التي يستخدمها إضافة إلى توقعات وسلوك الزبون (المريض) تشكل مجتمعة عملية تسليم الخدمة الصحية.²

وعليه يُعد لقاء الخدمة تفاعلات اجتماعية يحكم من خلالها الزبائن على جودة الخدمات، اعتماداً على تجاربهم الشخصية فيها،³ فهو يُعبّر عن القيمة المحققة لطرفي التفاعل بين مقدم الخدمة الصحية بمهاراته وخبرته ومعارفه والزبون (المريض)، بهدف كسب رضا الزبون وولائه، من خلال تقديم خدمات له في الوقت المناسب وبالجودة العالية.⁴

كما لا بد من الإشارة إلى وجود فرق بين لقاء الخدمة وعلاقة الخدمة، حيث قد تتطور سلسلة من لقاءات الخدمة إلى علاقة خدمة مع مقدم الخدمة، إذ في علاقة الخدمة يكون هناك معرفة شخصية بين مقدمي الخدمة والزبائن نتيجة لتفاعلات سابقة، كما أثبتت الدراسات أنّ الزبون خلال علاقة الخدمة يميل إلى إسناد نجاح الخدمة إلى مقدم الخدمة، بينما لا ينسب له فشلها (نتيجة وجود علاقة شخصية بينهما)، بينما يكون عكس ذلك في لقاء الخدمة حيث لا تكون هناك علاقة شخصية بين الزبون (المريض) ومقدم الخدمة فهو ينسب فشل الخدمة إلى مقدمها،⁵ وعليه في مجال الخدمة الصحية ونظراً لخصوصية الزبون (المريض) لا بد من بناء علاقات خدمة خاصة مع اللذين تتكرر زيارتهم للمؤسسة الصحية بهدف تحقيق رضاهم.

بناء على ما سبق يمكن تعريف لقاء الخدمة الصحية أنه مجموعة التفاعلات الاجتماعية خلال فترة زمنية معينة بين مقدمي الخدمات الصحية والزبون (المريض) ضمن البيئة المادية للمؤسسة الصحية، يشمل الأحداث والسلوكيات التي تتم بينهما، وكأهم عنصر في لقاء الخدمة تظهر مهارات مقدمي الخدمة ومشاركة

¹ رينشارد نورمان، ترجمة عمرو الملاح، إدارة الخدمات، العبيكان للنشر، المملكة السعودية، 2005، ص56.

² المرجع نفسه، ص54.

³ Swati singh, positive encounter : a tool for customer loyalty in retail, journal of business, vol1, no2, 2013, p24.

⁴ يوسف حجيّم الطائي، حاكم جبوري الخفاجي، علاقة وأثر اللقاء الخدمي في سلوك مواطنة الزبون، دراسة استطلاعية لأراء عينة من مقدمي الخدمة والزبائن في القطاع الخدمي لمحافظة النجف، مرجع سبق ذكره، ص110.

⁵ Jones peter, handbook of hospitality operation and IT, elsevier, 1st ed, USA, 2008, p112.

الزبون (المريض) والتي لها دور في إدراك جودة الخدمة الصحية ومدى تحقق رضا الزبون وولائه للمؤسسة الصحية.

2. خصائص لقاء الخدمة الصحية: تتميز لقاءات الخدمة الصحية بمجموعة من الخصائص تتمثل في:¹

- تعتبر لقاءات الخدمة الصحية هادفة: حيث أنّ زيارة الزبون (المريض) للمؤسسة الصحية (الطبيب) تكون لسبب ما، فكل لقاء خدمة يحتوي على نوعين من التفاعلات وتفاعلات المهمة التي تعبر عن الهدف الرئيسي من الزيارة، وتفاعلات خارج المهمة والتي تشير للمظاهر والتفاعلات الاجتماعية والعاطفية بين مقدم الخدمة الصحية والزبون (المريض)؛
 - ضرورة التواء في التواصل بين طرفي لقاء الخدمة الصحية الذي يعبر عن فهم كل من مقدم الخدمة الصحية والزبون (المريض) لبعضهما البعض جيداً، فأى تفسير خاطئ من مقدم الخدمة لما يريده الزبون (المريض) يؤدي إلى تشخيص خاطئ لحالته، بينما التفسير الخاطئ من جانب الزبون (المريض) يؤدي إلى عدم رضاه عن مقدم الخدمة؛
 - أثناء لقاء الخدمة يكتسب كل من مقدم الخدمة الصحية والزبون (المريض) دوراً سلوكياً معيناً، حيث عادة ما يسيطر مقدمو الخدمة على مجريات ومسار اللقاء باعتبارهم أخصائيين وأصحاب معرفة؛
 - الاستجابة السريعة والمتزامنة مع تقديم الخدمة الصحية أثناء لقاء الخدمة، خاصة عند حدوث فشل في تقديم الخدمة أو عند الطلبات الاستثنائية للزبائن (المرضى)، حيث المطلوب من مقدم الخدمة التعامل مع هذه المواقف؛
 - أهمية عنصر العفوية أثناء لقاء الخدمة من طرف مقدم الخدمة، حيث يمكن لمقدم الخدمة الصحية الابتعاد قليلاً عن المعايير الثابتة المحددة من طرف المؤسسة الصحية والتصرف بتصرفات عفوية؛
 - ضرورة التكيف ويتمثل في قدرة مقدم الخدمة الصحية على تقديم خدمات وفق ما يريده الزبون (المريض)، وحسب تغير المواقف وسلوكيات الزبائن (المرضى) والتكفل بالحاجات الخاصة والاستثنائية لهم.
- ## 3. عناصر لقاء الخدمة الصحية:

تتمثل عناصر لقاء الخدمة الصحية في مختلف الأطراف ذات العلاقة المباشرة بتقديمها، حيث يعتبر مقدمو الخدمات الصحية من أهم هذه العناصر إضافة إلى مشاركة الزبون (المريض) باعتبار تلامزية

¹ اعتماداً على:

- أنقوس لينغ وآخرون، ترجمة صلاح محمود زياب، عابد المعلا، إدارة وتسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص: 143-144.
- يوسف حبيب الطائي، حاكم جبوري الخفاجي، علاقة وأثر اللقاء الخدمي في سلوك مواطنة الزبون، دراسة استطلاعية لآراء عينة من مقدمي الخدمة والزبائن في القطاع الخدمي لمحافظة النجف، مرجع سبق ذكره، ص: 111.

- الخدمة الصحية ومشاركته في إنتاجها، إضافة إلى كل من دور الزبائن (المرضى) الآخرين في حالة تشاركتهم في لقاء الخدمة وكذا دور منتجي الطرف الثالث، ويتمثلون في:
- مقدمو الخدمات الصحية: يعتبر مقدم الخدمة الصحية مدير اللقاء الخدمي باعتباره يمتلك موارد غير مادية في شكل معارف ومعلومات وخبرة متراكمة؛¹
 - مشاركة الزبون (المريض): وتعكس أهمية مشاركة الزبون (المريض) في إنتاج الخدمة الصحية؛²
 - دور الزبائن (المرضى) الآخرين: تستلزم أنواع من الخدمات الصحية تقديم خدماتها لعدد من الزبائن (المرضى) في نفس الوقت، كعمليات التوعية الصحية لمرض معين (المرضى السكري مثلا) أو اشتراك فردين أو أكثر غرفة واحدة في المؤسسة الصحية طيلة مرحلة العلاج، حيث يؤثر سلوك أحد الزبائن (المرضى) تأثيرا مباشرا على استفادة الزبائن (المرضى) الآخرين، لذلك على المؤسسات الصحية إدارة التفاعلات بين الزبائن (المرضى) بطرق مختلفة كاختيار الزبائن (المرضى) على أساس قدرتهم على التفاعل بشكل إيجابي مع بعضهم بأن يتم تصنيفهم حسب السن، الجنس... أو العمل على وضع قواعد للسلوك المتوقع من الزبائن (المرضى) على شكل لوائح تنظيمية؛³
 - دور منتجي الطرف الثالث: يتمثلون في مقدمي الخدمات الذين لا ينتمون للمؤسسة الصحية، لكنهم يشاركون في اللقاء الخدمي ويؤثرون على جودة الخدمة الصحية المدركة، وهم أنواع: وسطاء المؤسسات كأن تتعامل مع مؤسسة أخرى للأشعة أو التحاليل الطبية، شراء المؤسسة الصحية لخدمات مؤسسات متعاقدة من الباطن كأن تتعاقد مع مؤسسة لتوريد الطعام.⁴
4. أهمية اللقاء الخدمي في المؤسسة الصحية: تتمثل أهمية اللقاء الخدمي في المؤسسة الصحية من خلال ما يلي:⁵

¹ أنفوس لينغ وآخرون، ترجمة صلاح محمود ذياب، عابد المعلا، إدارة وتسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص51.
² نيل غوبي، جو غلواي، ترجمة شاكر بن أحمد صالح، القيادة والإدارة في المنظمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص229.
³ بالمر أدريان، ترجمة بهاء شاهين وآخرون، مبادئ تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص181.
⁴ المرجع نفسه، ص182.
⁵ معد اعتمادا على:

- حسين علي عبد الرسول، فائق جواد كاظم، تقييم تجريبي لتأثير اللقاء الخدمي في السلوك التطوعي للزبون، دراسة استطلاعية لآراء عينة من زبائن مصرف التجارة العراقي، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 19، العدد 70، 2013، ص133.
- يوسف حبيب الطائي، حاكم جبوري الخفاجي، علاقة وأثر اللقاء الخدمي في سلوك مواطنة الزبون، دراسة استطلاعية لآراء عينة من مقدمي الخدمة والزبائن في القطاع الخدمي لمحافظة النجف، مرجع سبق ذكره، ص: 110-111.

- تكمن أهمية لقاء الخدمة من عدم امكانية فصل عملية انتاج الخدمة عن استهلاكها، وهذا ما يُبرز دور الرقابة على طبيعة اللقاء الخدمي، لأنّ الزبون (المريض) يهتم بالنتيجة النهائية أكثر منها اهتمامه بعمليات إنتاج الخدمة الصحية ؛
- يوفر اللقاء الخدمي التفاعل الاجتماعي المعقد بين مقدم الخدمة الصحية والزبون (المريض)، فخلال هذه التفاعلات تبرز أهمية لغة الجسد والعاطفة والمزاج من طرف مقدم الخدمة ؛
- يُعبّر لقاء الخدمة الصحية عن التفاعلات الاجتماعية التي لها نتائج وآثار على طرفي اللقاء، حيث أنّ نتيجة لقاء الخدمة الصحية على الزبون (المريض) تؤدي به إلى تكوين صورة عن المؤسسة وبالتالي أثر ذلك على ولائه إضافة إلى الكلمة المنطوقة عن المؤسسة سواء في حالة الرضا أو حالة الاستياء، بينما يظهر أثر لقاء الخدمة على مقدمي الخدمة الصحية من خلال التوتر والضغط وما ينجم عنهما من تغيّب ودوران العمل، وفي كلا الحالتين تكون هناك آثار على ربحية المؤسسة.

المطلب الثاني: أبعاد لقاء الخدمة الصحية

اختلفت الدراسات والأبحاث حول تحديد أبعاد لقاء الخدمة لكن مجملها تعتبرها مهمة خاصة بالنسبة للمؤسسة الصحية، فمن المعروف أنّ الخدمة بما فيها الصحية تتضمن إدارة الأفراد، إدارة الأشياء (البيئة المادية) وإدارة المواقع والاتجاهات، إضافة إلى إدارة المعلومات، وقد تم تحليل اللقاء الخدمي من خلال جانبين، هما التفاعل البشري (مقدم الخدمة) والتسهيلات المادية أو ما تُعرف بالبيئة المادية،¹ وعليه يمكن اعتماد أبعاد لقاء الخدمة الصحية في كل من سلوك مقدم الخدمة الصحية، مشاركة الزبون (المريض) وعناصر البيئة المادية المحيطة بلقاء الخدمة الصحية، وتتمثل هذه الأبعاد فيما يلي:

1. سلوك مقدمي الخدمات الصحية:

يملك مقدمو الخدمات الصحية سواء كانوا أطباء أو إداريين أو ممرضين أو فنيين موارد غير مادية في شكل معارف ومعلومات وتجارب وخبرة تراكمية، فنجاح المؤسسة الصحية يعتمد على قدرتها في استثمار واستغلال تلك الموارد على أكمل وجه،² حيث تعتمد عملية تقديم خدمات ذات جودة عالية على مستوى الاتصال المباشر بين مقدمي الخدمة والزبائن، إذ تتكوّن عمليات تقديم الخدمة من عاملين أساسيين هما

¹ حسين علي عبد الرسول، فائق جواد كاظم، مرجع سبق ذكره، ص133.

² أنقوس لينغ وآخرون، ترجمة صلاح محمود ذياب، عابد المعلا، إدارة وتسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص51.

إجراءات* الخدمة وسلوك مقدم الخدمة الذي يرتبط بشخصيته، والذي له دور كبير على مستوى جودة الخدمات يعبر عن مدى قدرة مقدم الخدمة على التعامل مع الزبائن وتلبية حاجاتهم، وقد تم تحديد مجموعة من العناصر الأساسية التي تكوّن سلوك مقدم الخدمة والتي يمكن إسقاطها على مقدمي الخدمة الصحية كما يلي:¹

- الموقف أو الاتجاه: عندما يُظهر مقدم الخدمة موقفاً إيجابياً تجاه الزبائن (المرضى) فإنهم ينجذبون إليه؛
- لغة الجسد: تعد ذات أهمية في نقل رسالة الخدمة من مقدم الخدمة الصحية إلى الزبون (المرضى) من خلال تعابير الوجه، النظر، الابتسامة، حركات الجسد المختلفة... الخ
- اللهجة ونبرة الصوت: حيث ينقل كل من أسلوب الكلام ونبرة الصوت الرسالة أكثر من الكلمات ويتطلب مستوى جودة الخدمة الصحية أسلوباً ودياً؛
- اللباقة في الكلام: تعد معرفة مقدم الخدمة للكلام اللازم قوله في الوقت الصحيح وفي ظروف مختلفة مهارة فائقة وقدرة متميزة لمقدم الخدمة الناجح؛
- المخاطبة بالأسماء لإظهار الاهتمام الشخصي بالزبائن (المرضى)، إضافة إلى أهمية المجاملة والملاطفة؛
- الإرشاد والتوجيه وتقديم المقترحات والنصائح للزبائن (المرضى) وحل مشاكلهم التي تعد ذات أهمية كبيرة في مجال الخدمات الصحية، ذات التخصص العالي مع احتكار مقدمي الخدمات للمعلومات إلى حد كبير.

2. مشاركة الزبون (المرضى):

وتعكس أهمية مشاركة الزبون (المرضى) في إنتاج الخدمة الصحية، وتختلف درجة أهمية ذلك حسب نوع الخدمة الصحية وحالة الزبون (المرضى) الصحية ومدى الحاجة لمشاركته؛²

3. البيئة المادية للقاء الخدمة الصحية:

تعتبر البيئة المادية للخدمة من المواضيع التي لقت اهتمام العديد من الباحثين في مجال الخدمات، نظراً لأهميتها في إنجاح لقاءات الخدمة وابتكارها عنصراً مهماً ضمن عناصر المزيج التسويقي الخدمي الموسع، وتظهر أهميتها أكثر ضمن الخدمات ذات الاتصال الشخصي المرتفع حيث يحتاج مقدم الخدمة لدلائل مادية تدعم جهوده وتساهم في إنجاح لقاء الخدمة الصحية.

* البعد الإجرائي: يتعلق بمقاييس الخدمة الإجرائية مع الأنظمة التقنية والفنية لتقديم الخدمة، يشمل تسلسل الإجراءات، التوقيت الملائم، تكييف الخدمة... الخ

¹ سليمان أحمد آل خطاب، أثر العلاقة بين جودة الخدمة الداخلية والخارجية، رضا الزبون الداخلي كمتغير معدل، دراسة على عينة من المطاعم ذات الخدمات الكاملة في عمان، مجلة دراسات العلوم الإدارية، المجلد 43، العدد 1، 2016، ص 52.

² نيل غوبي، جو غلواي، ترجمة شاكر بن أحمد صالح، القيادة والإدارة في المنظمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 229.

- مفهوم البيئة المادية للخدمة الصحية:

يُعد KOTLER (1974) أول من تطرق لمفهوم جو الخدمة "atmospherics" مجموعة الجهود المسخرة لتصميم محيط شرائي قادر على خلق تأثير شعوري مميّز عند الزبائن، تكون نتيجته رفع مستويات الشراء،¹ حيث اعتبر للبيئة المادية للخدمة خمسة أبعاد مرتبطة بالحواس الخمس للإنسان.² لتستخدم BITNER (1992) للتعبير عن بيئة الخدمة مصطلح servicescape الذي ترجم بالفرنسية servicesène أي مسرح الخدمة الذي يعبر عن الجو الذي تُقدم فيه الخدمة، والذي يؤثر على استجابات المتواجدين فيه (مقدمو الخدمة والزبائن)،³ وبالتالي يؤثر على مستوى رضاهم وعلى سلوكهم الشرائي.

تُعبّر البيئة المادية أو الدليل المادي عن جميع الجوانب المادية المحسوسة التي تُسهّل استخدام خدمة معينة والتعامل معها، حيث تكون معظم الخدمات مصحوبة بدليل مادي يكون له دور مهم في التأثير على رضا الزبائن عن المؤسسة،⁴ كما تعرّف البيئة المادية للقاء الخدمة أمّا المناخ أو البيئة التي تقدّم فيها الخدمة، والتي يتفاعل فيها الزبون مع مقدم الخدمة، وتتضمن المكونات الملموسة التي تسهل عملية إيصال الخدمة،⁵ أي هي مجموعة العناصر المدركة من خلال الحواس الخمسة التي لها أثر على الراحة النفسية والجسدية للزبون وعلى إدراكاته ومواقفه وسلوكياته.⁶

وبناء على ما سبق يمكن تعريف البيئة المادية للخدمة الصحية أمّا مجموعة العناصر الملموسة وغير الملموسة المتواجدة في المؤسسة الصحية والتي يتفاعل فيها الزبون (المرضى) مع مقدمو الخدمة، تكون مدركة من خلال الحواس الخمسة، تعمل على تسهيل تأدية وإيصال الخدمة الصحية، والتي لها أثر على راحة الزبائن (المرضى) ومقدمو الخدمات في ذات الوقت وعلى إدراكاتهم، مواقفهم وسلوكياتهم.

- أهمية البيئة المادية في الخدمة الصحية: نظرا لخصوصية الخدمات الصحية سواء بخصائص الخدمات بشكل عام كعدم ملموسيتها وتلازميتها، أو لخصوصيتها باعتبارها مرتبطة بصحة الزبائن (المرضى) وارتباطها بمجموعة من المخاطر كاحتمال إصابة الزبائن (المرضى) بالعدوى، توترهم، شعورهم بالملل، عدم

¹ سعدي طارق، دراسة سلوك الوفاء عند المستهلك الجزائري، أطروحة دكتوراه في التسويق غير منشورة، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2016/2015، ص11.

² Kotler philips, atmospherics as a marketing tool, journal of retailing, vol49, nu4, winter 1973-1974, p51.

³ سعدي طارق، مرجع سبق ذكره، ص13.

⁴ سامر المسطفي، ماهر حبيب زيد، أثر الدليل المادي في تحقيق رضا العملاء، مجلة جامعة البعث، المجلد39، العدد21، 2017، ص168.

⁵ فرج علي جسام، البيئة المادية للقاء الخدمي ودورها في إعادة الشراء للخدمة المصرفية، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد18، العدد2، 2016، ص63.

⁶ سعدي طارق، مرجع سبق ذكره، ص13.

- راحتهم نظرا لخصوصية حالتهم الصحية، فقد أظهرت الدراسات أنّ زيادة الاهتمام بتصميم بيئة خدمات صحية تقلل من هذه المخاطر،¹ فبيئة الخدمة تحقق أربع وظائف أساسية للمؤسسة الصحية تتمثل في:²
- تشكيل تجربة الزبائن (المرضى) والتأثير على سلوكياتهم، حيث تساعد البيئة المادية على بناء ردود فعل مناسبة لهم ولقدمو الخدمات، مما يساهم في تحقيق الولاء للمؤسسة الصحية؛
 - تساهم البيئة المادية في تشكيل صورة المؤسسة الصحية وتمييزها؛
 - تعد البيئة المادية عنصرا مهما في عرض القيمة المقدمة من طرف المؤسسة الصحية؛
 - تسهيل البيئة المادية في المؤسسة الصحية لقاء الخدمة وتعزيز جودة الخدمات المقدمة.
- من أهم ما تم تقديمه من قبل الدراسات كتوصيات للمؤسسات الصحية بخصوص البيئة المادية بما يحقق رضا الزبائن (المرضى) ويحقق شفاءهم، ما يلي:³
- توفير غرف منفردة للزبائن (المرضى) مما يقلل من الإصابة بالعدوى في المؤسسة الصحية، وتوفير الراحة لهم والنوم الجيد بتقليل عدد الزبائن (المرضى) في الغرفة، وتوفير خصوصية له وتسهيل الدعم من قبل العائلات، إضافة إلى تحسين التواصل بين الزبائن (المرضى) ومقدمو الخدمات؛
 - تقليل الضوضاء بالمؤسسة الصحية مما يؤدي إلى تخفيض مستوى التوتر لدى مقدمي الخدمات وتحسين الراحة للزبائن (المرضى)؛
 - توفير التسلية للزبائن (المرضى) من خلال المساحات الخضراء بالمؤسسة، توفير تلفاز شخصي ومجلات، صحف، انترنت... الخ؛
 - تحسين الإضاءة خاصة الوصول إلى الضوء الطبيعي مما يوفر راحة للزبون (المريض) ومقدم الخدمة؛
 - تحسين التهوية مما يساهم في الحد من انتقال الفيروسات (يقلل العدوى)؛
 - تصميم وتخطيط وحدات العناية بالزبائن (المرضى) وموقع غرف التمريض للحد من التنقل والمشى غير الضروري داخل المؤسسة الصحية، وما ينتج عنه من إضاعة الوقت، كما يعزز ذلك من اتصالات مقدمي الخدمة ويحسن أنشطتهم.
- **محددات البيئة المادية في المؤسسة الصحية:** اختلف الباحثون في تحديد عناصر البيئة المادية في المؤسسات الخدمية بشكل عام بما فيها المؤسسات الصحية، فقد قدّم الباحثون عدة تصنيفات تختلف

¹ Jochen wirtz, christopher lovelock, essentials of services marketing, op cit, p305.

² Christopher lovelock et al, marketing des services, op cit, p300.

³ Jochen wirtz, christopher lovelock, op cit, p305.

باختلاف وجهات نظرهم، ومن أهم هذه التصنيفات ما جاء به كل من: Kotler (1973) Baker (1987)، Bitner (1992).

● **محددات البيئة المادية حسب (Kotler 1973):** اعتبر كوتلر البيئة متعددة الأبعاد متعلقة بالحواس الخمسة للإنسان، تتمثل هذه الأبعاد في: البعد المرئي، الذي يضم اللون، الحجم والأشكال...، البعد السمعي المتعلق بحجم الصوت، نبرة الصوت...، البعد المتعلق بحاسة الشم يتضمن الروائح، البعد المتعلق بحاسة اللمس والذي يضم درجة الحرارة، النعومة...، والبعد المتعلق بحاسة الذوق،¹ وعليه فقد استبعد كوتلر البعد الاجتماعي لبيئة الخدمة الذي اعتبره عدد من الباحثين عنصرا مهما فيها؛

● **محددات البيئة المادية حسب (Baker 1987):** بناء على ما جاء به كوتلر قَدّم Baker تصنيفا يضع فيه محددات البيئة المادية للخدمة في ثلاث مجموعات هي:²

- **عوامل التصميم:** التي تتضمن البعد المرئي للبيئة المادية الداخلية والخارجية للمؤسسة الخدمية؛
- **العوامل المحيطة:** تشمل العوامل الحسية التي حددها Kotler والتي لا تكون مرئية من طرف الزبون؛
- **العوامل الاجتماعية:** تتضمن عدد مقدمي الخدمات، مظهرهم وسلوكهم في البيئة المادية للخدمة.

تعرف البيئة المادية حسب ما جاء به Baker في أنها فضاء التفاعل والتبادل الاجتماعي حيث الزبون مشارك فاعل فيها، في حين عارض عدد من الباحثين ذلك واعتبروا البيئة المادية للخدمة متعلقة بكل ما هو ملموس فقط حول الزبون خلال لقاء الخدمة،³ وهو ما اتجهت إليه Bitner باستبعادها للعوامل الاجتماعية كأحد محددات البيئة المادية.

● **محددات البيئة المادية حسب (Bitner 1992):** في نفس الإطار الذي جاء به Baker قَدّمت Bitner محددات البيئة المادية للخدمة في ثلاث مجموعات تتمثل في:

¹ Kotler philips, atmospherics as a marketing tool, op cit, p51.

² Manar Ibraheem, L'influence de la perception de l'environnement de service sur la fidélité du client, application au secteur de l'hôtellerie de luxe en Région PACA, thèse de doctorat en Gestion et management, Université Côte d'Azur, France, 2017, p73.

³ Manar Ibraheem, L'influence de la perception de l'environnement de service sur la fidélité du client, application au secteur de l'hôtellerie de luxe en Région PACA, op cit, pp : 75,76.

- الظروف المحيطة: وتُعرف بالعوامل الملطفة فهي تمثل خصائص البيئة المادية التي تؤثر على الحواس الخمس للزبون؛¹
 - التخطيط المكاني والوظيفي: يُعبّر التخطيط المكاني عن الطريقة التي يتم بها ترتيب المعدات، الأثاث والأجهزة في البيئة المادية للخدمة، حجم وشكل هذه العناصر، بينما يمثل التخطيط الوظيفي مدى قدرة هذه العناصر على تسهيل الأداء وتحقيق الأهداف؛²
 - العلامات والرموز والتحف: يتضمن الإشارات الخارجية والداخلية (العلامة، اسم المؤسسة والديكور) وله دور كبير في عملية الاتصال وتكوين صورة لدى الزبون عن الخدمة.³
- لم تذكر Bitner عامل من عوامل البيئة المادية اعتبره العديد من الباحثين عاملا مهما يتمثل في العناصر الخارجية للمؤسسة الخدمية، إضافة إلى عنصر التفاعل الاجتماعي حيث تعتبره تابع للبعد الأول من أبعاد لقاء الخدمة والمتمثل في سلوك مقدم الخدمة.
- وبناء على ما سبق يمكن اعتبار محددات البيئة المادية للقاء الخدمة الصحية كما هو موضح في الجدول رقم (03) الذي يبرز محددات البيئة المادية للقاء الخدمة الصحية.

الجدول رقم (03): محددات البيئة المادية للقاء الخدمة الصحية

المحددات	العناصر المكونة لها
المرافق الخارجية	شكل البناء، حجمه، لون الجدران، الحقائق، المداخل، المناطق المحيطة، الموقع، موقف السيارات... الخ
الترتيب الداخلي	الأرضية، الألوان، الإضاءة، الهدوء، درجة الحرارة، النظافة، مستويات الأسعار، المعدات والتكنولوجيا المتوفرة... الخ
تصميم المؤسسة الصحية	الترتيبات داخل الإدارة، قاعات الإنتظار، سهولة الحركة داخل المؤسسة وبين المصالح... الخ
العرض الداخلي	الملصقات (منع التدخين)، لوحات التوجيه والإرشاد، الصور والأعمال الفنية، زخارف الجدران... الخ
العوامل الاجتماعية	خصائص مقدمي الخدمة (الأطباء، الممرضين، الفنيين...)، لباسهم، احترام خصوصية الزبون (المريض)... الخ

المصدر: معد اعتمادا على:

¹ فرج علي جسام، البيئة المادية للقاء الخدمي ودورها في إعادة الشراء للخدمة المصرفية، مرجع سبق ذكره، ص64.

² Manar Ibraheem, op cit, p73.

³ سعدي طارق، دراسة سلوك الوفاء لدى المستهلك الجزائري، مرجع سبق ذكره، ص16.

- Jochen wirtz, christopher lovelock, essentials of services marketing, op cit, p309.

المطلب الثالث: أثر البيئة المادية للقاء الخدمة على سلوك الزبائن (المرضى) في المؤسسات الصحية

تعددت الدراسات حول أثر البيئة المادية على سلوك الزبائن الداخليين والخارجيين للمؤسسة

الخدمية، وقد تم وضع عدة نماذج تفسر استجاباتهم لعناصرها، من أهمها نموذج (SOR) لـ Mehrabian-Russell، المستمد من علم النفس البيئي*، إضافة إلى نموذج Bitner، تتمثل

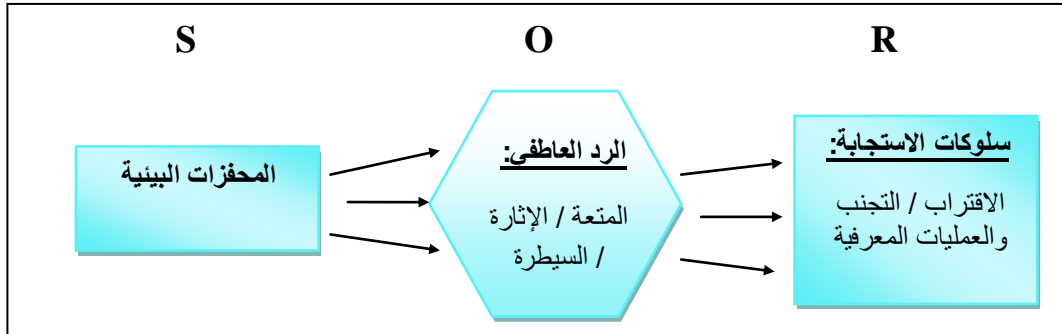
هذه النماذج في:

1. نموذج (SOR) لـ Mehrabian-Russell:

يعد هذا النموذج من أهم النماذج التي تطرقت لتفسير سلوك الزبائن بعد تعرضهم للبيئة

المادية في المؤسسة الخدمية، وقد استمد من علم النفس البيئي، يحتوي هذا النموذج على ثلاثة مكونات رئيسية هي الحافز (stimuli)، الكائن (الزبائن) (organism) والاستجابة (response)، والشكل رقم (22) يبرز هذا النموذج.

الشكل رقم (22): نموذج (SOR) لـ Mehrabian-Russell



source : donovan robert et al, store atmosphere and purchasing behavior, journal of retailing, vol70, nu3, 1994, p284.

يقترح هذا النموذج أنّ استجابات الزبائن تكون في قسمين هما الاستجابة الشعورية العاطفية

والاستجابة السلوكية، كما يلي:¹

* علم النفس البيئي: أحد فروع علم النفس الحديث، يهتم بدراسة العلاقة بين البيئة والسلوك والخبرة من خلال العلاقة المتبادلة، تشمل البيئة الطبيعية والصناعية، ومن أهم موضوعاته دراسة أثر المباني وغيرها من العناصر على سلوك الانسان وعلى إدراكه، لمزيد من الإطلاع يمكن الرجوع ل: عبد الرحمان محمد عيسى، علم النفس البيئي، منشأة المعارف، مصر، 1997، ص28. اعتمادا على:

- صالح عياد، تأثير البيئة اللونية داخل المتجر على نية تحقيق الشراء الاندفاعي عند المستهلكين الجزائريين، تطبيق نموذج (SOR)، أطروحة دكتوراه في التسويق الدولي غير منشورة، جامعة أبي بكر بلقايد بتلمسان، الجزائر، 2015/2014، ص ص: 151، 152.

- Jochen wirtz, christopher lovelock, essentials of services marketing, op cit, p307.

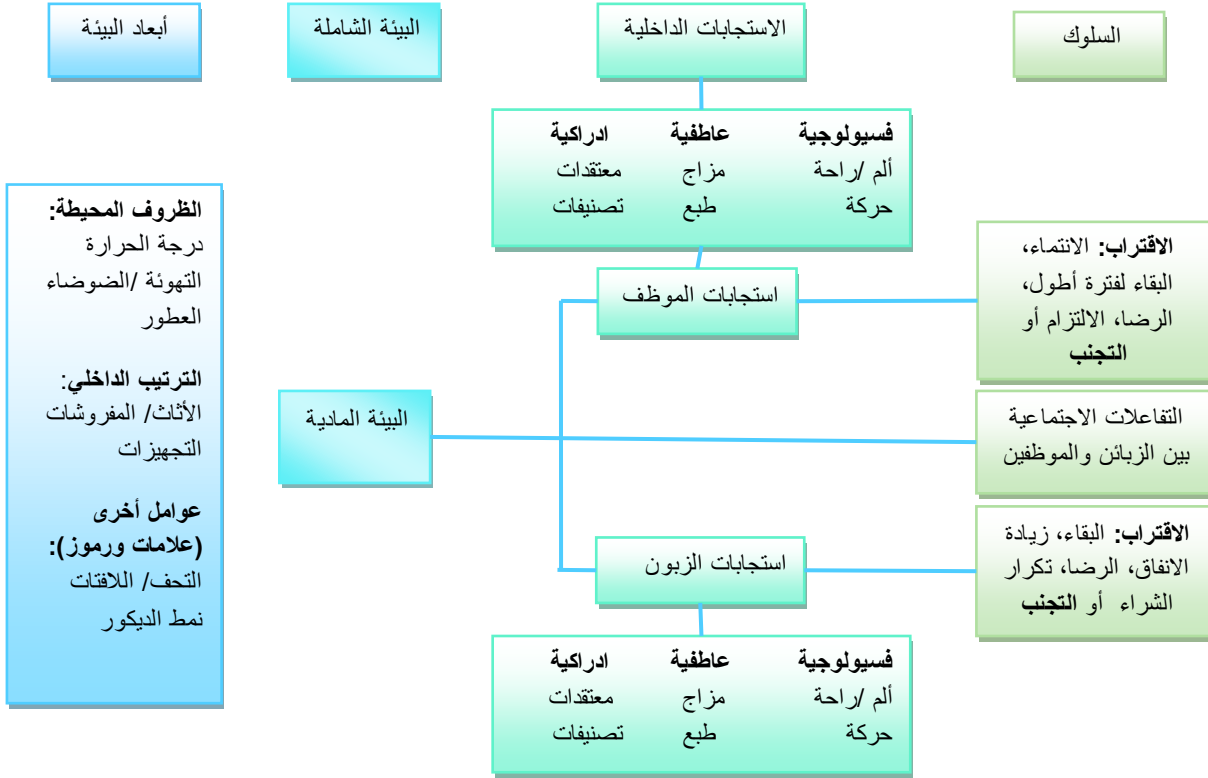
- الاستجابة الشعورية العاطفية: والتي تكون في ثلاثة أبعاد أساسية هي المتعة أي حالة المرح والرضا الذي يشعر بها الزبون، فهي استجابة ذاتية ومباشرة للزبون نحو البيئة، اعتمادا على مدى إعجابه أو عدم إعجابه بعناصرها، والإثارة التي تترجم مستوى التحفيز واليقظة عند الزبائن، فهي تعتمد على معدل المعلومات المتوفرة حول البيئة خاصة المعقدة منها، إضافة إلى السيطرة والتي تترجم قدرة الزبون على التحكم في ذاته أثناء التعرض لحافز خارجي من البيئة المادية؛
 - الاستجابة السلوكية: يتم تحويل الاستجابة الشعورية إلى سلوك، إذ تتعلق الاستجابة السلوكية بسلوك الاقتراب أو التجنب، حيث يعكس سلوك الاقتراب نية ورغبة الزبون في البقاء داخل المؤسسة، وكذا الاستكشاف والتفاعل مع العناصر البشرية والمادية المتواجدة بها، أما سلوك التجنب فهو ترجمة لشعور الزبون بعدم الرضا على الوضع والقلق والرغبة في ترك المؤسسة، وحتى الرغبة في عدم تنفيذ قرار الشراء.
- أثبتت الدراسات في مجال الخدمات الصحية أهمية البيئة المادية للقاء الخدمة في جعل المؤسسات الصحية أكثر قدرة على تعزيز الشفاء لدى الزبائن (المرضى) وتوفير الراحة لعائلاتهم، كما تؤثر على مقدمي الخدمات وبالتالي على عمليات تقديم الخدمة والتفاعل بينهم وبين الزبائن (المرضى)، وقد استخدمت عدد من هذه الدراسات نموذج (SOR) لتفسير أثر البيئة المادية للخدمة الصحية "healthscapes" على سلوك الزبائن (المرضى).¹

2. نموذج Bitner: في نفس إطار العلاقة (مثير-استجابة) الذي قدمه كل من Mehrabian-

Russell قدمت Bitner (1992) نموذجا تفسيريا لأثر البيئة المادية للمؤسسة الخدمية على سلوك الزبائن ومقدمي الخدمات في ذات الوقت، مما يؤثر بالتالي على مستوى رضا الزبائن عن جودة الخدمة ومستوى الرضا الوظيفي للعاملين، ويمثل الشكل رقم (23) هذا النموذج.

¹ Sues courtney, hospitality healthscapes : a conjoint analysis approach to understanding patient responses to hotel-like hospital rooms, international journal of hospitality management, vol61, 2017, p11.

الشكل رقم (23): نموذج Bitner لأثر البيئة المادية على سلوك الزبائن



المصدر: معد اعتمادا على:

- Bitner mary jo, Servicescapes: The Impact of Physical Surroundings on Customers and Employees, Journal of Marketing, Vol 56, 1992, p60.

- فرج علي جسام، البيئة المادية للقاء الخدمي ودورها في إعادة الشراء للخدمة المصرفية، مرجع سبق ذكره، ص70.

يقوم نموذج Bitner على أساس العلاقة (مثير- استجابة) لتفسير استجابات الزبائن لعناصر البيئة المادية بالمؤسسة الخدمية، وإسقاطا على بيئة الخدمة الصحية التي تعد معقدة وتحتاج للدقة في تصميمها، إذ تعتبر عناصر البيئة المادية في المؤسسة الصحية كحواجز (مثيرات) بالنسبة للزبائن (المرضى) وحتى لمقدمي الخدمات من أطباء وممرضين وفنيين وإداريين، حيث تعتبر مساهمة هذا النموذج في الأخذ بالاعتبار استجابة مقدمي الخدمة الصحية، الذين يقضون وقت أطول بكثير من الزبائن (المرضى) في المؤسسة الصحية وسط البيئة المادية لها، لذلك لا بد أن يكون لمصممي بيئة الخدمة الدراية الكافية بكيفية قيامها بتعزيز إنتاجية موظفي الخطوط الأمامية وتحسن جودة الخدمات التي يقدمونها.¹

¹ Jochen wirtz, christopher lovelock, essentials of services marketing, op cit, p307.

استبعد نموذج Bitner السيطرة كاستجابة عاطفية الذي جاء في نموذج (SOR) حيث تم اعتباره متغير سلوكي وليس عاطفي،¹ ومن أهم ما أضافته Bitner المتغيرات الوسيطة بين عناصر البيئة المادية (المحفزات) والأفراد (مقدمي الخدمة، زبائن)، والتي تتمثل في الخصائص الشخصية والعوامل الظرفية لهم والتي لا يمكن السيطرة عليها من طرف المؤسسة بينما لها تأثير على استجاباتهم الداخلية وبالتالي على سلوكياتهم اتجاه المؤسسة،² وهو ما يجب مراعاته في دراسة البيئة المادية للقاء الخدمة الصحية، إضافة إلى مراعاة خصوصية الزبائن (المرضى) أي حالتهم الصحية كمتغير وسيط يمكن أن يؤثر على استجاباتهم، فالحالة الصحية الجسدية أو النفسية تؤثر على العلاقة بين محفزات البيئة المادية للقاء الخدمة الصحية وسلوك الزبائن (المرضى).³

- مراحل استجابة الزبائن (المرضى) لعناصر البيئة المادية للخدمة الصحية حسب نموذج Bitner:

تم وضع مراحل استجابة الزبائن (المرضى) ومقدمي الخدمات حول البيئة المادية للخدمة في مجموعة من المراحل يمكن إسقاطها على البيئة المادية للخدمة الصحية كما يلي:⁴

- **أبعاد البيئة المادية:** تتكون البيئة المادية في المؤسسات الخدمية بما فيها المؤسسات الصحية حسب هذا النموذج من ثلاث عناصر تتمثل في الظروف المحيطة المتعلقة بالحواس الخمس للإنسان، كدرجة الحرارة، جودة الهواء، مستوى الضوضاء، الأصوات، الروائح كلها عوامل تشكل جزء من بيئة لقاء الخدمة تؤثر على الزبائن (المرضى) ومقدمي الخدمات بنفس الشكل؛
- **البيئة الشاملة:** تعمل أبعاد البيئة المادية للخدمة الصحية على تشكيل تصورات للبيئة الشاملة للمؤسسة لدى الزبائن (المرضى) ومقدمو الخدمات، فالبيئة الشاملة هي النظرة العامة أو الصورة المدركة للمؤسسة الصحية المبنية على أساس أبعاد البيئة المادية؛
- **الاستجابات الداخلية:** والتي تصف كيفية استجابة الزبائن (المرضى) ومقدمو الخدمة لمؤثرات البيئة المادية للمؤسسة الصحية، وقد تم تحديدها في ثلاثة مستويات مختلفة هي:

¹ Sues courtney, hospitality healthscapes : a conjoint analysis approach to understanding patient responses to hotel-like hospital rooms, op cit, p11.

² Manar Ibraheem, L'influence de la perception de l'environnement de service sur la fidélité du client, application au secteur de l'hôtellerie de luxe en Région PACA, op cit, p99.

³ Sues courtney, hospitality healthscapes : a conjoint analysis approach to understanding patient responses to hotel-like hospital rooms, op cit, p11.

⁴ اعتمادا على:

- Douglas.k haffman, john. Eg bateson, services marketing, cengage learning, 4th ed, USA, 2008, pp :210-213.
- Jochen wirtz, christopher lovelock, essentials of services marketing, op cit, p307.

- **الاستجابات المعرفية:** أو الاستجابات الإدراكية المتعلقة بتفكير الزبائن (المرضى) وتشمل المعتقدات والتصنيفات، حيث تعمل بيئة الخدمة الصحية كشكل من أشكال التواصل غير اللفظي على التأثير في معتقداتهم حول قدرة مقدم الخدمة على الأداء الجيد لها، فقد ينسب زبون (مريض) انخفاض مستوى جودة الخدمة الصحية التي تلقاها إلى مقدم الخدمة (طبيب) إذا ما لاحظ أنّ مكتبه غير منظم أو غير مجهّز، فعناصر البيئة المادية تساعد في تشكيل المعتقدات المتعلقة بنجاح مقدم الخدمة وكذا مدى قبوله لسعر الخدمة، إضافة إلى أنّ للبيئة المادية أثر على تشكيل معتقدات مقدمو الخدمة حول المؤسسة الصحية العاملين بها؛
- **الاستجابات العاطفية:** يستجيب الزبائن (المرضى) للبيئة المادية في المؤسسة الصحية على المستوى العاطفي، فللروائح ومستوى الأصوات (الضوضاء أو الهدوء) دور في إشعارهم بالسعادة أو الحزن، لذلك يقع على عاتق المؤسسة الصحية العمل على حسن إدارة الأدلة المادية من أجل تحفيز العواطف الإيجابية سواء للزبائن (المرضى) أو لمقدمي الخدمة من خلال خلق أجواء تشجعهم على الاستمرار والعمل؛
- **الاستجابات الفسيولوجية:** تتعلق بالمتعة الجسدية أو راحة الزبائن (المرضى) أو الألم، فعناصر البيئة المادية كمستوى الإضاءة مثلا قد تسبب راحة أو ألم بالنسبة للزبون (المريض) مما يؤثر على سلوكهم بعد ذلك في الاستمرار مع المؤسسة أو تجنبها، وكذلك بالنسبة لمقدمي الخدمات.
- **الاستجابات السلوكية:** تعمل الاستجابات الداخلية للزبائن (المرضى) وللمقدمي الخدمات على تشكيل استجابات سلوكية سواء للزبائن (المرضى) أو مقدمي الخدمات، تكون وفق حالتين هما:
 - **سلوك الاقتراب:** ويعني رغبة الزبون (المريض) في البقاء في المؤسسة الصحية، إنفاق ماله ووقته بها مع مزيدا من الرغبة في الاستكشاف والتفاعل مع بيئة المؤسسة، إضافة إلى الرغبة في التواصل مع مقدمي الخدمات، وكذا الشعور بالرضا عن جودة الخدمات المقدمة وتكرار الشراء؛
 - **سلوك التجنب:** ويقصد به الابتعاد أي عكس السلوك السابق، من خلال ميل الزبون (المريض) تجاهل المؤسسة وعدم رغبته في إنفاق ماله ووقته به، وعدم رضاه عن مستوى الخدمات بها وبالتالي عدم تكراره لعملية الشراء منها.

● **التفاعلات الاجتماعية:** تعمل المؤسسات الصحية على تشجيع التفاعل الاجتماعي بين طرفي اللقاء

الخدمي، وللبيئة المادية للخدمة الصحية دور في تسهيل وتشجيع هذا التفاعل، كترتيبات جلوس واستقبال الزبائن (المرضى) وعائلاتهم مثلا.

مع ضرورة الإشارة إلى أنّ كل من الزبائن (المرضى) ومقدمو الخدمات الصحية يشتركون في البيئة المادية للخدمة الصحية، خاصة وهي تعد من الخدمات ذات الاتصال العالي بين مقدم الخدمة والزبون (المريض)، لذلك يتأثر كلا طرفي اللقاء الخدمي بعناصر البيئة المادية بنفس الشكل، مع الاختلاف في درجة التأثير بينهما، خاصة وأنّ مقدمو الخدمات يقضون فترة أطول فيها، مما يستلزم تطوير بيئة خدمة تتلاءم مع احتياجات كل طرف بما يسهل التفاعل بينهما، وبالتالي تحقيق رضا الزبائن (المرضى) من جهة والرضا الوظيفي لمقدمي الخدمة من جهة أخرى بهدف تشكيل سلوك الاقتراب نحو المؤسسة الصحية.

وعليه فالبيئة المادية للقاء الخدمة الصحية تؤثر كذلك على أحكام الزبائن (المرضى) حول مستوى رضاهم عن جودة الخدمات المقدمة وحتى على ولائهم للمؤسسة الصحية، فقد أثبتت الدراسات أنّ مدى جاذبية غرف الزبائن (المرضى) كأحد عناصر البيئة المادية تؤثر على تقييماتهم الإيجابية للمؤسسة الصحية ولمقدمي الخدمة، كما تساهم في تكوين نوايا أقوى لإعادة الشراء، وكذلك التوصية بالمؤسسة للآخرين.¹

المطلب الرابع: دور تفاعل مقدم الخدمة أثناء اللقاء الخدمي في تحقيق جودة الخدمة الصحية

يعد تفاعل مقدم الخدمة الصحية والزبون (المريض) عنصرا مهما في لقاء الخدمة الصحية، حيث في الخدمات ذات الاتصال العالي كما هو الحال في الخدمات الصحية لا بد أن يتميز مقدموها بالمهارات العالية للتعامل مع الزبائن (المرضى)، حيث يجعلهم التفاعل المباشر مع الزبون (المريض) جزءا من الخدمة، ولهذا فأنماطهم السلوكية تؤثر على وجهة نظر الزبون (المريض) للخدمة.²

إذ تعتمد اللقاءات الخدمية على مجموعة من المهارات المطلوبة من مقدمي الخدمة (أطباء، ممرضين، فنيين وإداريين) بهدف نجاح عملية التفاعل بين طرفي اللقاء، والتي يُطلق عليها بالمهارات الناعمة التي ترتبط بالعنصر البشري وتفاعله المباشر مع الزبون (المريض)، وتعد أهم من المهارات التقنية والفنية، لأنّ الزبون (المريض) يعتمد عليها لتقييم الخدمة الصحية،³ وذلك نظرا لمحدودية ثقافته ومعرفته بالجانب التقني من الخدمة الصحية.

¹ Swan JE et al, do appealing hospital rooms increase patient evaluations of physicians nurses and hospital services ?, health care management review, vol28, iss3,2003, p254.

² أحمد إبراهيم عبد الهادي، المنافسة والتميز السلعي والخدمي، مركز التعليم المفتوح، جامعة بنها، مصر، 2009، ص81.

³ يوسف حجيم الطائي، حاكم جبوري الخفاجي، علاقة وأثر اللقاء الخدمي في سلوك مواطنة الزبون، دراسة استطلاعية لأراء عينة من مقدمي الخدمة والزبائن في القطاع الخدمي لمحافظة النجف، مرجع سبق ذكره، ص110.

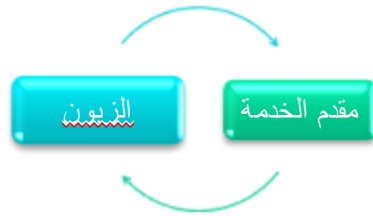
للأداء الإيجابي أو السلبي لمقدمي الخدمة بما فيها الخدمة الصحية له تأثير كبير وفوري على كيفية إدراك الزبائن (المرضى) لجودة الخدمة التي يتلقونها، فانطباعاتهم وآرائهم كتغذية عكسية تكون فورية.¹

يحتاج مقدمو الخدمات الصحية لأبعاد جودة الخدمة أثناء اللقاء الخدمي حينما يكونون وجها لوجه مع الزبائن (المرضى)، هذه الأبعاد المتمثلة في الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، التعاطف، والملموسية تعتبر مهمة في لقاء الخدمة،² فالتفاعلات الاجتماعية فيها هي أمر حيوي لجودة الخدمة، حيث تعتبر مهارات مقدم الخدمة الصحية ركيزة أساسية لتحقيق معايير جودة الخدمة الصحية، فأغلب أبعاد جودة الخدمة تعود لسلوك مقدم الخدمة، كالاتمادية والاستجابة والتعاطف تكون إلى حد ما من خلال سيطرة مقدمي الخدمة على خط الخدمة واستعدادهم لتقديم الخدمة للزبون (المريض) حسب ما يلائمه،³ حيث يوجد تداخل بين سلوك مقدم الخدمة ومفهوم جودة الخدمة الصحية، إذ أنّ أغلبية أبعاد جودة الخدمة الصحية تتعلق بعنصر التفاعل البشري من مقدم الخدمة.⁴

يتم تحليل دور التفاعل في لقاء الخدمة الصحية في تحقيق جودة الخدمات المقدمة من خلال مفهوم حلقات التفاعل ضمن عمليات تقديم الخدمة الصحية للزبون، التي تنشأ بين الزبون (المريض) ومقدم الخدمة وتمثل الحلقة الجزئية في:

- **الحلقة الجزئية في اللقاء الخدمي:** يبدأ تحليل عمليات الخدمات من خلال لقاء الخدمة والتفاعل بين مقدم الخدمة والزبون (المريض) حيث تُخلق الجودة وفق تصوره، فتنشأ الحلقة الفعالة بين مقدم الخدمة الصحية والزبون (المريض) من خلال عملية التشارك في إنتاج الخدمة الصحية، فبعد لقاء خدمي ناجح يشعر كل من مقدمة الخدمة والزبون (المريض) أنه خاض تجربة إيجابية،⁵ والشكل رقم (24) يبرز هذه الحلقة من التفاعل.

الشكل رقم (24): الحلقة الجزئية في لقاء الخدمة



¹ بالمر أدريان، ترجمة بهاء شاهين وآخرون، مبادئ تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص56.

² يوسف حجيم الطائي، حاكم جبوري الخفاجي، مرجع سبق ذكره، ص 111.

³ حسين علي عبد الرسول، فائق جواد كاظم، تقييم تجريبي لتأثير اللقاء الخدمي في السلوك التطوعي للزبون، دراسة استطلاعية لآراء عينة من زبائن مصرف التجارة العراقي، مرجع سبق ذكره، ص133.

⁴ Andrew M et al, service encounter conceptualisation : employees service behaviours and customers services quality perceptions, journal of marketing management, 17, 2001, pp :07-11.

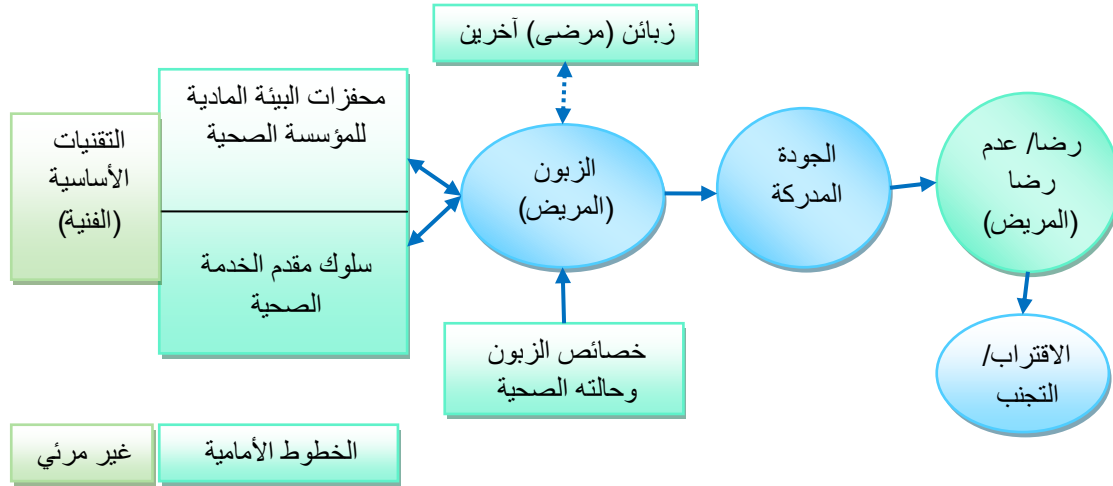
⁵ ريتشارد نورمان، ترجمة عمرو الملاح، إدارة الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص129.

المصدر: ريتشارد نورمان، ترجمة عمرو الملاح، إدارة الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص 129.

تعد التفاعلات الاجتماعية في لقاء الخدمة بين مقدم الخدمة الصحية والزبون (المريض) أمر حيوي لجودة الخدمة المقدمة، إذ أنّ هذه التفاعلات تشكل جزءاً كبيراً من الخدمة المقدمة،¹ فقد توصلت عدد من الدراسات أنّ الزبائن (المرضى) اللذين عوملوا بشكل غير ملائم أقل رضا بشكل كبير عن الخدمات، حيث للسلوكيات العاطفية المتمثلة في المشاركة، الاستماع، المرافقة، الود، التعاطف، مجاملة الزبائن (المرضى) وعائلاتهم أثر على مستوى رضاهم، لذلك تبرز أهمية تدريب مقدمي الخدمة على مهارات الاتصال والتعاطف مع الآخرين.²

كما لا بد من الإشارة إلى أهمية التفاعل بين مقدمي الخدمات الصحية أنفسهم، حيث يمكن أن يعيق سوء التواصل بينهم (أطباء وممرضين مثلاً) العمل الجماعي مما يؤثر على جودة الخدمات الصحية المقدمة، من خلال فقدان ثقة الزبون (المريض) واستيائه وغضبه من مقدمي الخدمة.³ وبناء على ما سبق يمكن تلخيص دور اللقاء الخدمي في المؤسسة الصحية ببعديه البيئية المادية وسلوك مقدم الخدمة في تحقيق جودة الخدمة الصحية ومنه تحقيق رضا الزبون (المريض)، وما قد ينجر عن ذلك من سلوك كتكرار الشراء أو ولاء أو تغيير المؤسسة، في الشكل رقم (25)

الشكل رقم (25): العلاقة بين أبعاد اللقاء الخدمي وتحقيق جودة الخدمة الصحية



¹ حسين علي عبد الرسول، فائق جواد كاظم، تقييم تجريبي لتأثير اللقاء الخدمي في السلوك التطوعي للزبون، دراسة استطلاعية لآراء عينة من زبائن مصرف التجارة العراقي، مرجع سبق ذكره، ص 110.

² Enkhjargal batbaatar, determinants of patient satisfaction : a systematic review, perspectives in public health, vol137, no, 2017, p92.

³ Akram ghahramanian et al, Quality of healthcare services and its relationship with patient safety culture and nurse-physician professional communication, health promotion perspectives, vol7, no3, 2017, p169.

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

- Bitner mary jo, Servicescapes, the impact of physical surroundings on customers and employees, op cit, p60.
- Jacques lendrevie, julien lévy, mercator, op cit, p860.
- Suess courtney, hospitality healthscapes : a conjoint analysis approach to understanding patient responses to hotel-like hospital rooms, op cit, p09.
- Douglas pugh, service with a smile : emotional contagion in the service encounter, academy of management journal, vol44, no5, 2001, p1025.

في لقاء الخدمة بمفهومه الواسع، تتفاعل كل من عناصر البيئة المادية وسلوك مقدم الخدمة في الخطوط الأمامية إضافة إلى مشاركة الزبون (المريض) متأثراً بخصائصه وحالته الصحية، مع تأثير الزبائن الآخرين، حيث تؤثر كل هذه العناصر في مستوى جودة الخدمة المدركة للزبون (المريض) وبالتالي تؤثر على مستوى الرضا لديه، وبناء على ذلك يتم بناء سلوك الاقتراب أو التجنب اتجاه المؤسسة الصحية.

المبحث الثالث: دور الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات في تحقيق رضا الزبائن (المرضى) عن جودة الخدمة الصحية

تحاول المؤسسات عند سعيها لتحسين مستوى جودة خدماتها تقديم المزيد من التسهيلات للزبائن، من خلال التركيز على تحسين أبعاد جودة الخدمة، لكن إعادة النظر فيما يتعلق بالعاملين ومستوى رضاهم تبقى هي الخطوة الأولى، حيث يبذل مقدمو الخدمة الذين يشعرون بالرضا المزيد من الجهد لتحسين جودة الخدمة،¹ تشير الدراسات إلى أنّ رضا العاملين يؤدي إلى رضا الزبائن، وكذلك الحال بالنسبة لمقدمي الخدمات الصحية، اللذين يُعدّون أساس الخدمة الصحية لاعتمادها على العنصر البشري بشكل كبير، خاصة منهم موظفو الخط الأمامي من أطباء وممرضين وفنيين.

في ذات الإطار تعددت الأبحاث حول مقدمي الخدمات على الخطوط الأمامية في سبيل إنجاح اللقاءات الخدمية، باعتبارهم على اتصال مباشر بالزبائن (المرضى)، ومن أهم المواضيع المرتبطة بذلك العلاقة بين الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمة في الخطوط الأمامية ورضا الزبائن (المرضى) في المؤسسات الصحية عن مستوى جودة الخدمات المقدمة، ويُعد heskett وآخرون أهم من قدم العديد من الدراسات والأبحاث في هذا المجال بدءاً بدائرة نجاح وفشل الخدمة (1991)، نظرية العدوى العاطفية (1994)، سلسلة ربح الخدمة (1994) ومرآة الرضا (1997).

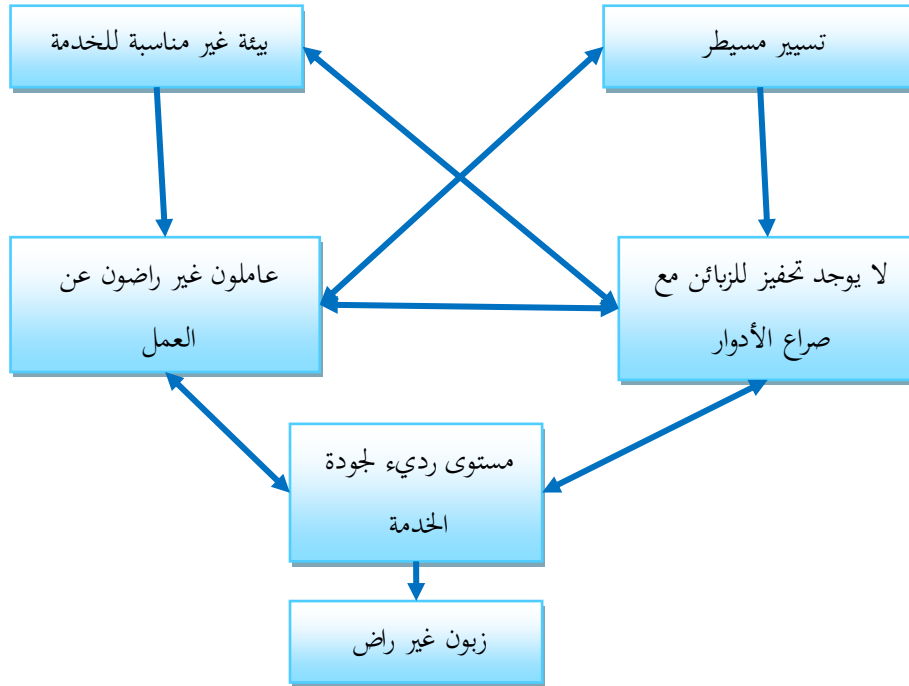
المطلب الأول: العلاقة بين الرضا الوظيفي وجودة الخدمة الصحية وفق مفهوم دائرة فشل الخدمة ودائرة نجاحها

حيث يؤثر أداء موظفي الخطوط الأمامية على رضا الزبائن (المرضى) من خلال تأثيرهم الكبير على تجربة الزبون (المريض) نحو الخدمة الصحية،² فقد أوضح Jacques lendrevie, julien lévy أهمية موظفي الخط الأمامي في تحقيق جودة الخدمات المقدمة من خلال نموذجين متعاكسين لإدارة وتسويق الخدمة الأول متعلق بالإدارة البيروقراطية التي تضع مقدمي الخدمة في أسفل الهرم التنظيمي، والنموذج الثاني الذي يركز على مقدمي الخدمة والزبائن ويضعهم في أعلى الهرم التنظيمي وكيف يحقق ذلك جودة الخدمات المقدمة، ويبرز كل من الشكل رقم (26) (27) النموذج البيروقراطي لإدارة الخدمة، ونموذج إدارة الخدمة الموجه نحو العاملين والزبائن.

¹ Masoud amoopour et al, job satisfaction of employee and customer satisfaction, arabian journal of business and management review, vol3, no6, 2014, p04.

² Billiter patric flanagan, hospital health care executives attitudes and beliefs on the impact that the health care providers and systems survey has on services quality and hospital reimbursement, op cit, p52.

الشكل رقم (26): النموذج البيروقراطي لإدارة الخدمة

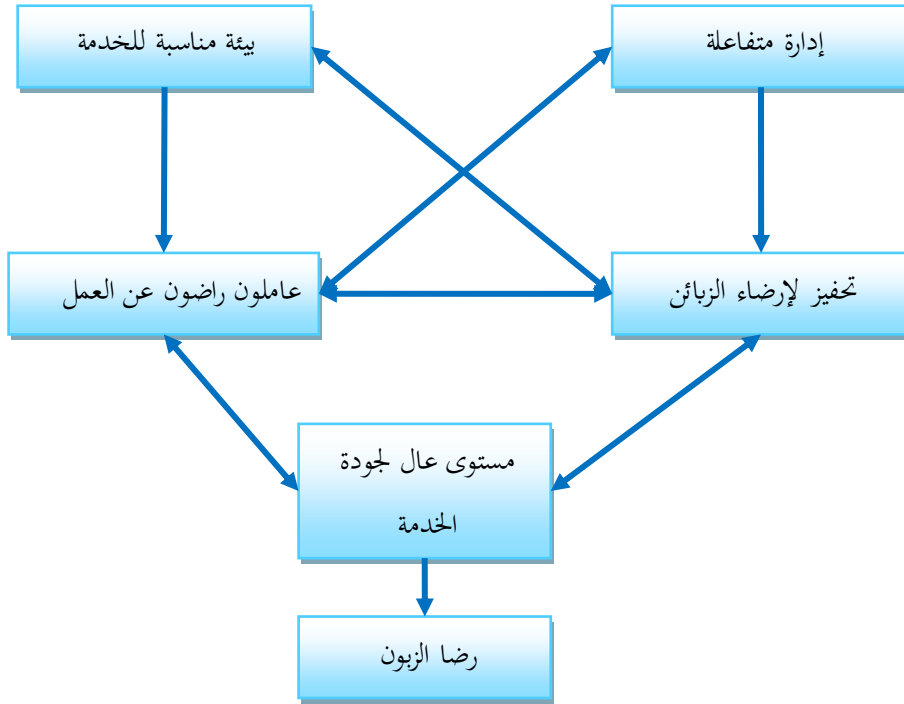


La sources : Jacques lendrevie, julien lévy, mercator, op cit, p870.

في النموذج البيروقراطي يركز المناخ التنظيمي على الامتثال للمعايير والإجراءات المعدة مسبقا لتقديم الخدمة، ويكون التركيز أكثر على التنفيذ الصارم للمهام الموكلة لمقدمي الخدمة دون الاهتمام بتحقيق رضا الزبائن الداخليين والخارجيين، فيتم تأسيس العلاقات الهرمية من أعلى إلى أسفل، حيث يمارس المسؤولون المباشرون ضغوطا على مرؤوسيههم لتحقيق الأهداف الداخلية للمؤسسة وهو ما يعتبر مناخ غير مناسب لتقديم الخدمة، بما من شأنه أن يولد عدم الرضا لمقدمي الخدمة وبالتالي تقديم خدمات ذات مستويات جودة منخفضة تؤدي إلى عدم رضا الزبائن.¹

¹ Jacques lendrevie, julien lévy, mercator, op cit, pp :896,870.

الشكل رقم (27): نموذج إدارة الخدمة الموجهة نحو العاملين والزبائن



Jacques lendrevie, julien lévy, mercator, op cit, p871.

يتمثل النموذج الثاني في مناخ عمل موجه للزبائن الداخليين والخارجيين، وهو يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالإدارة بالفريق من خلال الدعم والاستماع للعاملين من قبل المديرين، بما يحقق رضا مقدمي الخدمة وبالتالي تحقيق مستويات عالية من الجودة بما يحقق رضا الزبائن الخارجيين.¹

وعليه يُعد لموظفي الاتصال في المؤسسة الصحية دور مهم في جودة الخدمات الصحية المقدمة وبالتالي أثر ذلك على رضا الزبائن (المرضى) عن مستوى جودة الخدمات المقدمة، لكن لا بد من الإشارة إلى دور بيئة العمل في المؤسسة على عمل مقدمي الخدمة، حيث غالباً ما يكون لظروف العمل السيئة تأثير سلبي على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة، وفي هذه الحالة تكون دورة فشل الخدمة، في حين إذا تم توفير ظروف عمل مريحة لمقدمي الخدمة وبالتالي تحقيق رضاهم، تكون المؤسسة تمتلك إمكانيات دورة نجاح الخدمة.²

ويمكن توضيح العلاقة بين الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات الصحية وجودة الخدمات المقدمة وفق مفهوم دائرة فشل الخدمة الصحية ودائرة نجاحها حسب ما جاء به heskett (1991) كما يلي:

1. دائرة فشل الخدمة الصحية: توضح دورة فشل الخدمة حسب ما جاء به heskett (1991) وإسقاطا

على المؤسسات الصحية، انعكاس آليات التسيير المعتمدة في المؤسسة تبعاً لنمط الإدارة التقليدية على

¹ Jacques lendrevie, julien lévy, mercator, op cit, p871.

² Jochen wirtz, christopher lovelock, essentials of services marketing, op cit, p335.

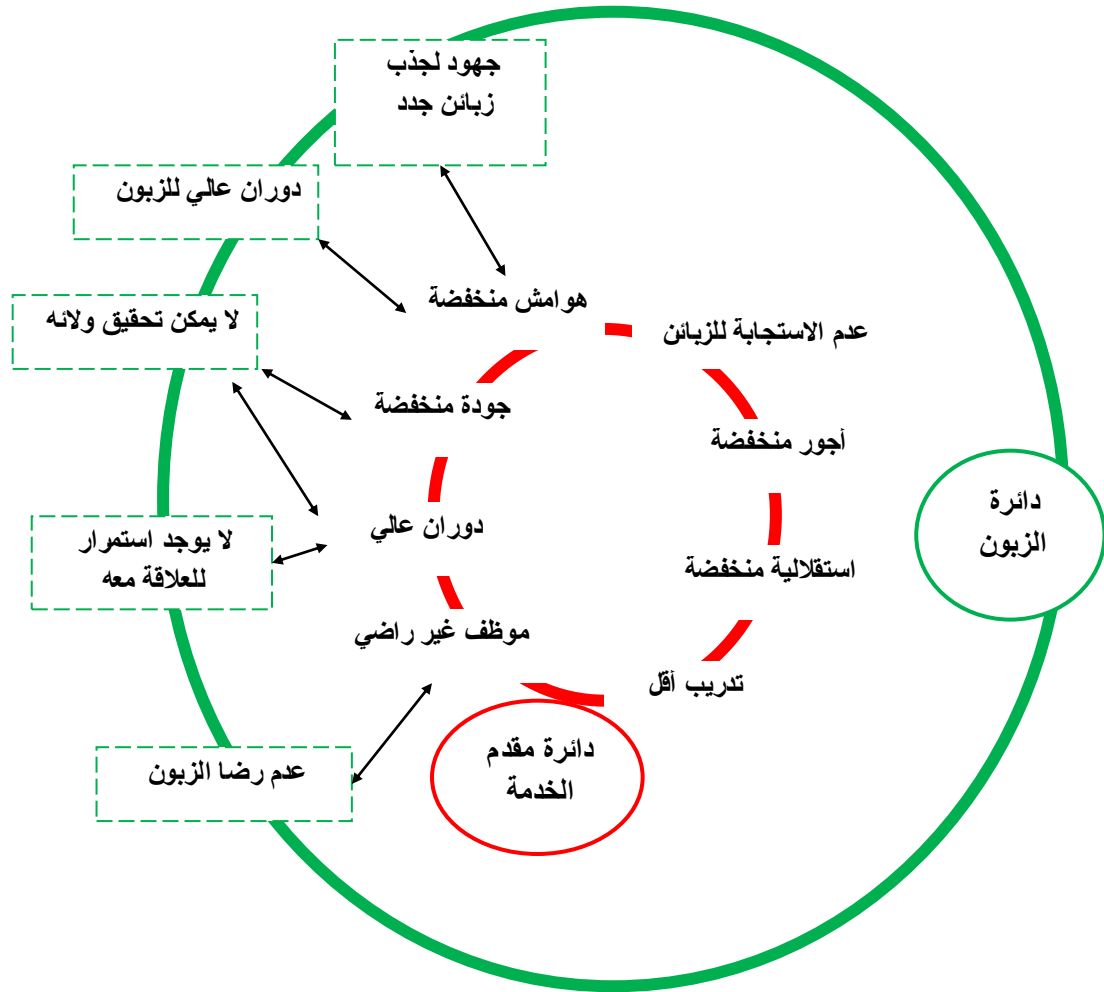
دورتين متراكبتين ومتفاعلتين، تتضمن الدورة الأولى الفشل مع العاملين والثانية الفشل مع الزبائن¹ ويوضح الشكل رقم (28) دائرة فشل الخدمة، التي تحتوي على مجموعة من العوامل تؤدي إلى مستويات منخفضة من الرضا الوظيفي وهو ما ينتج عنه مستويات أقل من جودة الخدمة الصحية، وبالتالي فشل الخدمة.

حيث تنشأ كلا الدورتين من تركيز إدارة المؤسسة الصحية على تنفيذ قواعد العمل الموضوعية بدلا من التركيز على جودة الخدمة المقدمة، مع العمل على دفع أجور منخفضة واستثمار قليل في اختيار وتدريب العاملين، بما من شأنه خفض مستويات الرضا لديهم، وهو ما يؤدي إلى فقدانهم للقدرة على الاستجابة لمشاكل الزبائن (المرضى) بما يخفض من مستوى جودة الخدمة المدركة لديهم ويخفض مستويات رضاهم، إذ أنه يتم التركيز على جذب زبائن جدد بدلا من الحفاظ على الحاليين لذلك لا يتم الاهتمام بتحقيق الرضا لديهم، وبالنسبة للمؤسسة الصحية تكون من نتائج هذا النوع من الإدارة التقليدية ارتفاع معدل دوران مقدمي الخدمة وبالتالي ارتفاع معدل دوران الزبائن (المرضى)، الناتج عن تحول ولاء الزبائن من المؤسسة الصحية إلى الولاء لمقدمي الخدمة من أطباء وممرضين وبالتالي يتم فقدان الزبائن (المرضى) بتحول وفقدان مقدمي الخدمة.²

¹ Jochen wirtz, christopher lovelock, essentials of services marketing, op cit, p333.

² ibid, p334.

الشكل رقم (28): دائرة فشل الخدمة الصحية



Source : schelesinger leonard, heskett james, breaking the cycle of failures in services, sloan management review, vol32, no3, 1991, p18.

تتكوّن دورة فشل الخدمة الصحية على غرار باقي الخدمات من دورتين أساسيتين تؤثر كل منهما على الأخرى، تتعلق الأولى بالزبون (المريض)، والثانية بمقدمي الخدمة الصحية اللذين هم على اتصال مباشر بالزبون (المريض).

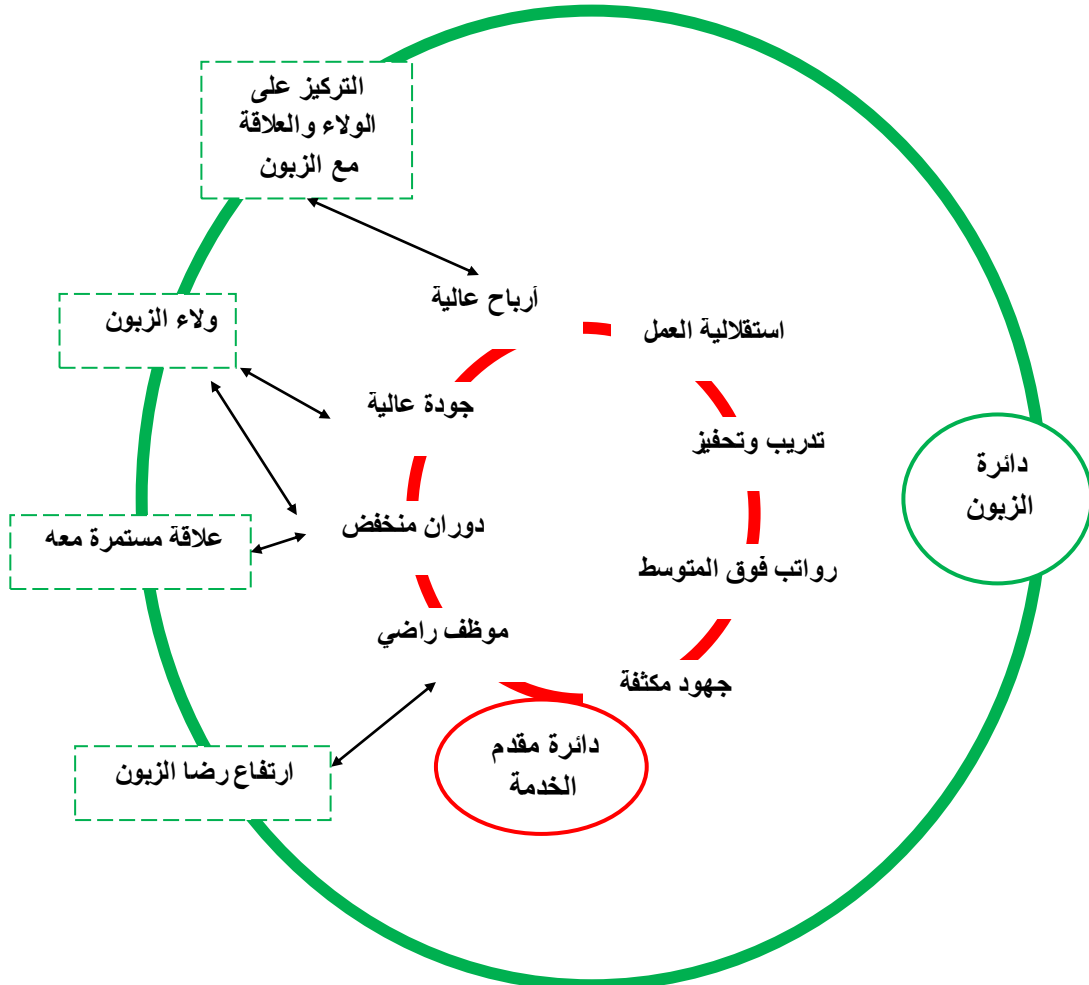
حيث في مثل بيئة العمل هذه، تخضع معايير تقديم الخدمة لقواعد ثابتة موجهة نحو توحيد الخدمة، يتم تحديد المسؤوليات بشكل ضيق، مما ينتج عنه قلة مبادرة مقدمو الخدمة الصحية لحل مشاكل الزبائن والاستجابة لهم، مع قلة التدريب في ظل تقديم رواتب غير مجزية مما ينتج عن ذلك عدم رضا مقدمي الخدمة الصحية، بما يجعلهم غير قادرين على الاستجابة لشكاوي الزبائن (المرضى) وانشغالهم، وبالتالي تقديم خدمات بمستويات منخفضة للجودة، مما ينتج عنه عدم رضاهم، وبالتالي احتمال عدم استمرارهم في العلاقة مع المؤسسة الصحية

وهو ما يؤدي إلى تحقيق هوامش ربح منخفضة بالنسبة للمؤسسة الصحية الهادفة للربح، خاصة مع الجهود المتكررة لجذب زبائن جدد، وزيادة التكاليف بالنسبة للمؤسسات الصحية غير الهادفة للربح.

وقد يتجاهل المديرون في المؤسسات الصحية أثر الإدارة التقليدية والاستراتيجيات المالية ذات الأجور المنخفضة مع ارتفاع مستوى الدوران، حيث جزء من المشكلة هو عدم قياس جميع التكاليف ذات الصلة، إذ يتم حذف ثلاثة متغيرات رئيسية للتكاليف: تكلفة التعيين المستمر والتوظيف والتدريب، انخفاض إنتاجية العاملين الجدد عديمي الخبرة، تكاليف جذب زبائن جدد، كما يتم تجاهل متغيرين للإيرادات تدفقات الإيرادات المستقبلية التي قد تستمر لسنوات لكنها تفقد عندما يتحوّل مقدمو الخدمة، والدخل المحتمل المفقود من الزبائن المحتملين الذين يُفقدون نتيجة تعرضهم للكلمة المنطوقة السلبية من الزبائن غير الراضين.¹

2. دائرة نجاح الخدمة الصحية: يوضح الشكل رقم (28) دائرة نجاح الخدمة في المؤسسة الصحية، بمكوناتها الأساسية المتمثلة في دائرة الزبون (المريض) ودائرة مقدمي الخدمة.

الشكل رقم (29): دائرة نجاح الخدمة الصحية



¹ Jochen wirtz, christopher lovelock, essentials of services marketing, op cit, p335.

Source : schelesinger leonard, heskett james, breaking the cycle of failures in services, op cit, p19.

على عكس ما جاء في دائرة فشل الخدمة، تسود بيئة العمل في هذا النوع من المؤسسات استقلالية عالية لمقدمي الخدمة الصحية، برواتب مجزية، مع وجود دورات تدريبية لهم، مما يحقق رضاهم ويدفعهم لبذل جهود أكبر لخدمة الزبون (المريض)، وبالتالي تقديم خدمة صحية ذات جودة ويقل دوران العاملين، بما يرفع مستوى رضا الزبائن (المرضى)، ويحقق ولاءهم واستمرار علاقتهم مع المؤسسة الصحية، وهو ما يحقق لها مستويات عالية من الأرباح.

حيث يمكن القول أنّ ولاء الكثير من الزبائن (المرضى) لا يكون للمؤسسة الصحية بقدر ما هو ولاء لمقدمي الخدمة، وعليه خسارة العاملين الأكفاء هو خسارة للزبائن (المرضى) الموالين لهم، وعليه لا بد لأي برنامج تسويقي يهدف لاستبقاء الزبائن (المرضى) أن يبدأ في الأول من الاهتمام والتركيز على رضا مقدمي الخدمة والاحتفاظ بهم،¹ كما يؤدي تحسين مستوى الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمة الصحية والاهتمام بمشاكلهم إلى زيادة مشاركتهم وزيادة الاحتفاظ بهم، مما يقلل تكاليف دوران العمل، كما يؤثر رضاهم على رضا الزبائن (المرضى)² عن مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

المطلب الثاني: العلاقة بين الرضا الوظيفي ورضا الزبون (المريض) عن مستوى جودة الخدمة الصحية وفق

نظرية العدوى العاطفية

تطرق العديد من الباحثين لدراسة العلاقة بين رضا مقدمي الخدمة ورضا الزبائن من خلال العديد من الدراسات، وقد حاول عدد منهم توضيح هذه العلاقة بالاستفادة من بعض نظريات علم النفس الاجتماعي كنظرية العدوى العاطفية، والتي سيتم الاعتماد عليها لتفسير العلاقة بين الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمة الصحية ورضا الزبائن (المرضى).

1. العمل العاطفي والعلاقة بين الرضا الوظيفي ورضا الزبون (المريض) في المؤسسات الصحية:

يُعد لفريق خط العمل الأمامي من مقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية دور وأثر كبيرين على مستوى جودة الخدمة الصحية المدركة من طرف الزبون (المريض)، إذ يعود لهم الفضل في إحداث الفرق بين المؤسسات الصحية المتنافسة فيما يخص التعامل مع الزبون (المريض)، باعتبارهم أول من يجري الاتصال

¹ محمد عبد العظيم أبو النجا، إدارة العلاقات مع العملاء، مرجع سبق ذكره، ص253.

² Billiter patric flanagan, hospital health care executives attitudes and beliefs on the impact that the health care providers and systems survey has on services quality and hospital reimbursement, op cit, p49.

بالزبائن (المرضى) فهم ممثلون عن المؤسسة الصحية في أعين الزبائن (المرضى)، وعليه لا بد من تشجيعهم والاهتمام بهم وتحقيق رضاهم،¹ كما يُعد لهذا النوع من العمل أي تقديم الخدمات في الصفوف الأمامية في مواجهة الزبائن (المرضى) خصوصية هامة، باعتباره عمل عاطفي يؤثر على مستوى رضاهم الوظيفي من جهة، كما يؤثر على رضا الزبائن (المرضى) من جهة أخرى.

إذ تطرقت العديد من الدراسات لدور العمل العاطفي في لقاءات الخدمة بين مقدمو الخدمة والزبائن، وذلك لمحاولة فهم كيف يمكن للمؤسسة الخدمية تقديم خدمة أفضل للزبائن عن طريق إدارة العرض العاطفي لمقدمي الخدمة بشكل جيد، وقد توصلت لوجود أثر للعرض العاطفي الإيجابي لمقدم الخدمة خلال لقاء الخدمة كالابتسامة مثلا على رضا الزبائن، مع الإشارة إلى وجود متغيرات وسيطة أخرى كبيئة العمل فالرضا الوظيفي يتوسط العلاقة بين العمل العاطفي ورضا الزبائن، وقد تطرقت كل من نظرية العدوى العاطفية وكذا مفهوم سلسلة ربح الخدمة لتوضيح ذلك.²

يُعتبر العمل العاطفي أنّ مقدمي الخدمة الصحية سيديرون حالة عاطفية خاصة بهم، حيث يضطرون غالبا إلى إخفاء عواطفهم الحقيقية ليُظهروا عواطف أخرى لتلبية متطلبات الوظيفة، كما يرتبط مفهوم العمل العاطفي بمفهوم العدوى العاطفية،³ فالعمل العاطفي هو إدارة الشعور من خلال انشاء عرض الوجه والجسم الذي يمكن ملاحظته من طرف الآخرين (الزبائن)، بهدف إنشاء حالة ذهنية معينة لديهم، حيث يضيف العمل العاطفي قيمة للتبادل فهو يعتبر جزء من العمل.⁴

يعد للعمل العاطفي في المؤسسات الصحية علاقة وأثر على سلوك الزبائن (المرضى)، حيث تحقّر العروض العاطفية المتميزة سلوك الزبائن (المرضى)، كما له دور مهم في التأثير على تقييم الزبون (المرضى) للخدمة، فقد أثبتت البحوث أنّ العروض العاطفية الإيجابية كالاتصال البصري، تحية الزبائن، والابتسامة ترتبط بالردود الإيجابية نحو جودة الخدمة المقدمة وكذا نحو النوايا السلوكية الإيجابية كتكرار الشراء والتوصية للآخرين.⁵

¹ بول تيم، ترجمة هالة صرفي، خمسون طريقة للاحتفاظ بعملائك للأبد، مركز الخبرات المهنية للإدارة، مصر، 1997، ص22.

² Won-moo hur et al, customer response to employee emotional labor : the structural relationship between emotional labor, job satisfaction, journal of service marketing, vol29, no1, 2015, p71.

³ Sparks Beverley, Karin Weber, The service encounter, Handbook of hospitality operations and IT, Routledge, 2008, p120

⁴ Mary guy et al, emotional labor, putting the service in public service, MF sharpe, england, 2008, p06.

⁵ Grandey licia et al, emotional labor in the 21st century, routledge, england, 2013, pp : 129,190.

2. نظرية العدوى العاطفية (1994) والعلاقة بين الرضا الوظيفي ورضا الزبون (المريض):

اقترح الباحث Hatfield (1993) الإطار النظري للعدوى العاطفية من خلال افتراض أن بعض التفاعلات عبر الوجه وطريقة الكلام يمكن أن تنقل مشاعر من شخص إلى شخص آخر، وقد استخدمت هذه النظرية لشرح تأثير التواصل بين العاملين والزبائن،¹ كما استخدمت لتفسير وشرح أثر الرضا الوظيفي على رضا الزبون من خلال الاعتماد على هذه النظرية المستقاة من علم النفس الاجتماعي.

حيث تشير العدوى العاطفية إلى أن هناك فرد متلقي للعاطفة من شخص آخر مرسل لها، وقد تمت دراسة مفهوم العدوى العاطفية في سياق تفاعل موظفي المؤسسة مع الزبائن، فمقدمو الخدمة الذين يتمتعون بمستوى عال من الرضا الوظيفي أكثر توازنا وسعادة في بيئتهم، في هذه الحالة تؤدي عملية العدوى العاطفية إلى إحداث تأثير إيجابي على مستوى رضا الزبائن،² حيث يتأثر الزبون بخصائص وسلوكيات مقدم الخدمة، فمقدمو الخدمة الذين لديهم مستويات أعلى من الرضا الوظيفي يكونون قادرين على تقديم خدمات جيدة، ومن المتوقع أن يكون مقدمو الخدمة الراضون أكثر ميلا لمشاركة هذه المشاعر الإيجابية مع الزبائن،³ فيتحقق بذلك رضاهم أيضا.

كما توضح هذه النظرية العلاقة بين مواقف مقدمو الخدمة واستجابات الزبائن، حيث تتمثل العدوى العاطفية في مجال علم النفس الاجتماعي في ميل الفرد إلى محاكاة سلوكه لسلوك الآخرين، حينما يدخل فرد في مجموعة فإنه يتعرض لعواطف أفرادها، مما يُنتج تجربة عاطفية مقابلة له، وعليه عندما يتعرض زبون (المريض) للعرض العاطفي لمجموعة من مقدمي الخدمة الصحية في الخطوط الأمامية، من المحتمل أن تُصبح الحالة العاطفية له متوافقة مع الحالة العاطفية لمقدمي الخدمة، كما أنه عادة ما ينتج عن الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمة عواطف إيجابية وبذلك يقومون بعملهم بشكل أكثر حماسا، ينتقل هذا الحماس إلى الزبون مما يؤدي إلى مستويات أعلى من الرضا لديه، من خلال لقاء خدمي سار وتعاوني.⁴

¹ Shilpa sharma bhaskar, shikha nkhera, employee satisfaction-customer satisfaction link : a literature review of theoretical explanations, interdisciplinary journal of contemporary research in business, vol4, no11, 2013, p629.

² Homburg christian, stock ruth, the link between salespeople's job satisfaction and customer satisfaction in a business-to-business context, journal of the academy of marketing science, 2004, vol32, no2, pp :6,7.

³ Jeon hoseong, beomjom choi, the relationship between employee satisfaction and customer satisfaction, journal of services marketing, vol26, no5, 2012, p333.

⁴ Spiros gounaris, achilleas boukis, the role of employee job satisfaction in strengthening customer repurchase intentions, op cit, p323.

فيما يخص العلاقة بين مقدمي الخدمة الصحية (الأطباء، الممرضين، الفنيين الصحيين) مع الزبائن (المرضى)، فقد أثبتت الدراسات أنه عندما يتحقق رضا مقدمي الخدمة ينعكس ذلك على عمليات تقديم الخدمة من طرفهم (تقديم معلومات كافية للزبون (المريض)...)، بحيث يشعر الزبون بذلك مما يؤدي إلى رضاه، كما لا بد من الإشارة إلى أن مقدمي الخدمة الصحية يتأثرون برضا الزبائن (المرضى)، من خلال تعاونهم وتقديمهم للمعلومات الضرورية والتزامهم بالعلاج ونصائح مقدم الخدمة، وهو ما يسهل عملهم ويؤثر بالتالي على النتيجة الصحية،¹ أي أن هناك علاقة تبادلية بين الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمة الصحية ورضا الزبائن (المرضى).

كما لا يُعد أثر الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمة الصحية مباشرا على رضا الزبائن (المرضى)، مع وجود متغيرات وسيطة، كسياسات إدارة المؤسسة الصحية، وخصائص المؤسسة الصحية ومختلف التسهيلات المتوفرة لتسهيل عمليات تقديم خدمة صحية ذات جودة،² لذلك وضمن نفس الإطار قدّم Heskett مفهوم سلسلة ربح الخدمة التي تربط الأثر بين عدة متغيرات هامة أهمها رضا العاملين، القيمة المدركة ورضا الزبائن في سبيل تحقيق ولائهم وبالتالي زيادة ربحية للمؤسسة.

المطلب الثالث: العلاقة بين الرضا الوظيفي وجودة الخدمة الصحية وفق مفهوم سلسلة ربح الخدمة

يعد مفهوم سلسلة ربح الخدمة ضمن الإطار العام لنظرية العدوى العاطفية (1994)، إذ تعمل على تفسير سلسلة التأثيرات التي تؤدي في النهاية إلى رضا الزبائن من خلال مناخ الخدمة، حيث يعود تطوّر مفهوم سلسلة ربح الخدمة إلى نظرية العدالة الاجتماعية*، إذ يقوم العاملون بتقييم عدالة وظائفهم من خلال مقارنة مدخلاتهم كالوقت والجهد مع المخرجات المتعلقة بالوظيفة كالمكافآت، حيث يؤدي مقدمو الخدمة أداء أفضل عندما يجردون مستوى المخرجات يتجاوز مستوى المدخلات، وبالتالي فمقدمو الخدمة الذين يشعرون بالرضا اتجاه مؤسستهم وكوسيلة للمعاملة بالمثل يصبحون أكثر التزاما بتقديم مستوى أداء عالي عند تفاعلهم مع الزبائن.³

إذ تشرح سلسلة ربح الخدمة مختلف الروابط السببية التي توضح كيف يساهم الرضا الوظيفي في تحقيق جودة الخدمة ورضا الزبون، وكيف يمكن أن يؤثر ذلك على العائدات والأرباح، إذ تم تقديم هذا المفهوم من قبل

¹ Press irwin, patient satisfaction : understanding and managing the experience of care, op cit, p19.

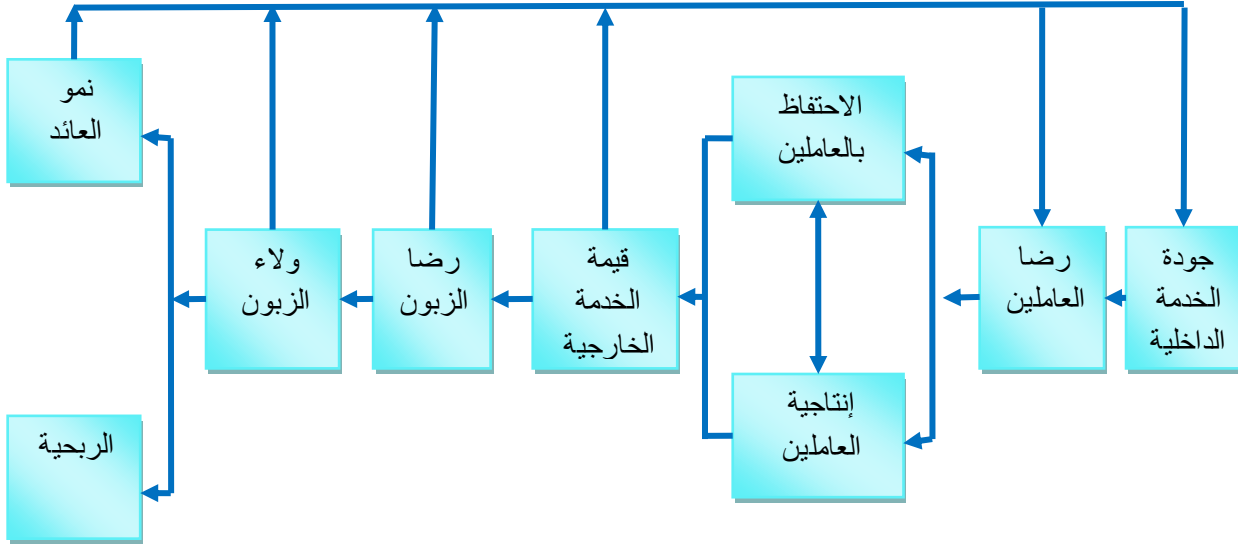
² ibid, pp : 17, 19.

* تم التطرق لها في الفصل الأول.

³ Spiros gounaris, achilleas boukis, the role of employee job satisfaction in strengthening customer repurchase intentions, op cit, p324.

Heskett (1994)، حيث يقوم مفهوم سلسلة ربح الخدمة على منطق بسيط وهو: "اعتني بموظفيك جيدا وسوف يعتنون بزبائنك بما يحقق إيرادات أكثر"،¹ والشكل رقم (30) يوضح سلسلة ربح الخدمة.

الشكل رقم (30): سلسلة ربح الخدمة



Source : heskett james et al, putting the service-profit chain to work, harvard business review, vol72, no2, 1994, p166.

يبدأ مفهوم نموذج سلسلة ربح الخدمة من جودة الخدمة الداخلية التي تسير إلى مدى قدرة المؤسسة على تقديم الدعم لمقدمي الخدمة، من خلال عدة عوامل كتصميم الوظائف، بيئة العمل، أنظمة المكافآت، أنظمة التدريب والدعم... حيث المستويات العالية من جودة الخدمة الداخلية تؤدي إلى مستويات أعلى من الرضا الوظيفي وزيادة نسبة الاحتفاظ بمقدمي الخدمة، فالعاملون اللذين يشعرون بالرضا الوظيفي يعملون على تقديم جودة عالية للزبائن، التي تعد أساس تقديم قيمة عالية لهم بما من شأنه زيادة رضاهم.²

يقوم مفهوم سلسلة ربح الخدمة على أنّ كل من ربحية المؤسسة والعائد مرتبطة بمدى رضا الزبائن وولائهم كما يرتبط كل من مستوى رضا الزبائن ومدى ولائهم بالقيمة المدركة من الخدمة المستلمة من طرفهم، والتي تتكوّن نتاج عملية التقييم بين المنافع المستلمة والتكاليف النقدية وغير النقدية، وتعد جودة الخدمة من أهم المنافع التي يعتمد عليها الزبون في عملية التقييم هذه.³

¹ Christine ennew, the services -profit chain, wiley encyclopedia of management, vol9, 2015, p1.

² ibid, p03.

³ Rhett walker et al, re-thinking the conceptualization of customer value and service quality within the service-profit chain, managing service quality : an international journal, vol16, no1, 2006, p23.

حيث تشير العلاقات في سلسلة ربح الخدمة إلى أهمية تحقيق جودة خدمة داخلية عالية من أجل تحقيق الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمة، وهو ما يقلل نسبة دوران العمل ويعزز الاحتفاظ بهم، هذا ما يزيد من قيمة الخدمة ورضا الزبائن وولائهم، وقد عزز ذلك مفهوم مرآة الرضا،¹ حيث ينعكس رضا العاملين على رضا الزبائن كما تؤدي المستويات العالية من الرضا الوظيفي إلى مستويات أعلى من الجودة،² تسعى المؤسسة لتحقيق ذلك من خلال إدارة تفاعلات مقدمي الخدمة والزبائن بعناية من أجل التخفيف من احتمال وجود لقاءات خدمة غير ناجحة، من خلال مقدمي خدمات يشعرون بالرضا ويتمتعون بحماس كبير لتقديم خدمات خالية من الأخطاء للزبائن.³

باختصار يمكن اعتبار دوران العمل في المؤسسة وضمان الجودة أهم ما يحقق نجاح الروابط في سلسلة ربح الخدمة، تتمثل هذه الروابط في:⁴

- ولاء الزبائن يولد الربحية ونمو العائد؛
- رضا الزبائن يقود إلى تحقيق ولاءهم؛
- القيمة تحقق رضا الزبائن؛
- جودة الخدمة تزيد من مستوى القيمة المدركة؛
- ولاء مقدمي الخدمة يحقق جودة الخدمة؛
- الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمة يحقق ولاءهم للمؤسسة الخدمية؛
- الجودة الداخلية تحقق الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات.

يمكن تطبيق مفهوم سلسلة ربح الخدمة في مختلف المؤسسات الخدمية، الحكومية وغير الحكومية، الربحية وغير الربحية،⁵ بما فيها المؤسسات الصحية الهادفة للربح أو غير الهادفة للربح، فبنفس العلاقات تتشكل سلسلة ربح الخدمة الصحية من خلال بيئة عمل تضمن جودة الخدمة الداخلية لمقدمي الخدمة، بما يحقق رضاهم الوظيفي وبالتالي يضمن الاحتفاظ بهم، حيث أنّ معدل دوران العمل يخلق تكلفة أكثر فيما يخص التوظيف والتدريب في

¹ Pritchard michael, rhian silvestro, applying the services profit chain to analyse retail performance : the case of the managerial strait-jcket, international journal of service industry management, vol16, no4, 2005, p340.

² Rhian silvestro, stuart cross, applying the service profit chain in a retail environment : challenging the satisfaction mirror, international journal of service industry management, vol11, no3, 2000, p245.

³ Jyoti jeevan et al, impact of total quality services on financial performance : role of service profit chain, total quality management and business excellence, vol28, 2017, p908.

⁴ Jochen wirtz, christopher lovelock, essentials of services marketing, op cit, p26.

⁵ Frennea carly et al, the satisfaction profit chain, handbook of service marketing research, 2014, p192.

مؤسسات الرعاية الصحية،¹ من جهة أخرى رضا مقدمي الخدمة يحقق رضا الزبائن (المرضى) من خلال القيمة المدركة الناتجة عن تقييم جودة الخدمة الصحية، وهو ما يؤدي إلى تحقيق ولاء الزبائن (المرضى) بما يحقق تقليل للتكلفة بالنسبة للمؤسسات غير الهادفة للربح، وكذا تحقيق الربحية للمؤسسات الصحية الساعية للربح.

المطلب الرابع: مرآة الرضا بين الرضا الوظيفي ورضا الزبون (المريض)

في نفس إطار الأبحاث السابقة، شبه Heskett العلاقة بين الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمة والزبائن بالمرآة لوصف انعكاس أثر أحدهما على الآخر وقدم مصطلح مرآة الرضا (1997)، التي تعتبر أنّ نجاح المؤسسة في إرضاء العاملين ينعكس على مستوى رضا الزبائن، وفشلها في إرضاء عامليها يؤدي إلى خفض مستوى رضا زبائنها فيما عبّر عنه Heskett (1991) بدائرتي فشل ونجاح الخدمة،² فمرآة الرضا امتداد لدائرتي فشل ونجاح الخدمة.

فقد أثبتت العديد من الدراسات أنّ مستوى الرضا الوظيفي المرتفع يرتبط بالأداء العالي، وتماشيا مع ذلك أظهرت دراسات أخرى وجود علاقة إيجابية بين رضا مقدمي الخدمة ورضا الزبون، وفي هذا السياق تم تقديم مرآة الرضا لإبراز العلاقة بين الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات ورضا الزبون في بيئة الخدمة من خلال لحظات الاتصال بينهما أثناء اللقاء الخدمي، حيث إذا كان مقدمو الخدمة راضون عن وظائفهم فإنهم يُعطون تجارب إيجابية للزبون،³ وقد تم تحديد مفهوم مرآة الرضا في شقين، مرآة الرضا الخارجية ومرآة الرضا الداخلية، وتمثل في:⁴

- **مرآة الرضا الخارجي:** يتم تقديم الخدمة من خلال لحظات الاتصال بين مقدمي الخدمة في الخطوط الأمامية والزبائن، وعليه تعتمد عملية تقييم الزبائن للخدمة المقدمة بناء على كيفية تقديم الخدمة من طرف مقدمو الخدمة، وعليه فإذا كانوا راضين عن عملهم يقدمون تجارب إيجابية للزبائن؛
- **مرآة الرضا الداخلي:** يعتبر مقدمو الخدمة في الخطوط الأمامية زبائن داخليين للخدمات المقدمة داخل المؤسسة ولزيادة الأداء التنظيمي يُعد من المهم ليس فقط تلبية احتياجات الزبائن ولكن أيضا تلبية احتياجات العاملين، حيث يتأثر الرضا الوظيفي لهم بخصائص بيئة العمل إضافة إلى قيمهم وحاجاتهم.

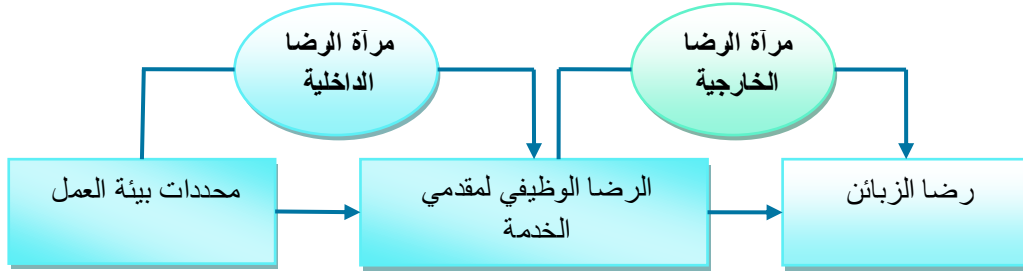
¹ Paul justin, sunil sahaddev, service failure and problems : internal marketing solutions for facing the future, journal of retailing and consumer services, vol40, 2018, p307.

² Shilpa sharma bhaskar, shikha nkhera, employee satisfaction-customer satisfaction link : a literature review of theoretical explanations, , interdisciplinary journal of contemporary research in business, vol4, no11, 2013, p246.

³ Vermeeren brenda et al, two faces of the satisfaction mirror : a study of work environment, job satisfaction and customer satisfaction in dutch municipalities, review of public personnel administration, vol31, no2, 2011, p3.

⁴ ibid, p4.

الشكل رقم (31): مرآة الرضا



Source : Vermeeren brenda et al, two faces of the satisfaction mirror : a study of work environment, job satisfaction and customer satisfaction in dutch municipalities, op cit, p4.

حيث تعمل محددات بيئة العمل على التأثير في مستوى الرضا لدى مقدمي الخدمات الصحية، وهي ما تعرف بمرآة الرضا الداخلية، بينما يؤثر الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات بدوره على مستوى رضا الزبائن (المرضى).

المبحث الرابع: دور التسويق الصحي وإدارة الجودة الشاملة في تحقيق الرضا الوظيفي وجودة الخدمة في المؤسسات الصحية

عمدت المؤسسات في الوقت الحديث إلى السعي والتوجه نحو الزبون وتحقيق حاجاته ورغباته ووضعه على رأس أولوياتها، من خلال تبنيتها للمفهوم التسويقي الحديث الذي يهدف إلى بناء علاقات مميزة مع الزبائن، وهو ما يتوافق مع ما جاءت به إدارة الجودة الشاملة بالتوجه بالزبون، الذي يمثل عنصراً أساسياً تسعى المؤسسات إلى تحقيقه.¹

المطلب الأول: دور إدارة الجودة الشاملة في تحقيق الرضا الوظيفي وجودة الخدمة في المؤسسات الصحية

1. أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية: تتمثل أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية من خلال ما يلي:²

- تحقيق جودة الخدمات الصحية المقدمة: فالهدف الأساسي من تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية هو تحقيق مستويات مرتفعة من الجودة في خدماتها الصحية، مع الاستخدام الأمثل لمواردها المادية والبشرية وترشيد النفقات؛

- رضا الزبائن (المرضى): تستهدف إدارة الجودة الشاملة تقديم خدمة صحية عالية الجودة بما يتفق مع حاجات ورغبات الزبائن (المرضى)، وذلك من خلال عمليات التحسين المستمر لجودة الخدمات المقدمة بما يتوافق وتوقعاتهم أو يفوقها؛

- تحقيق رضا العاملين بالمؤسسة الصحية: تعتبر عملية مشاركة العاملين في قرارات المؤسسة من أساسيات إدارة الجودة الشاملة، فهم يعتبرون زبائن داخليين يجب إرضائهم ورفع معنوياتهم.

2. عوامل نجاح إدارة جودة الشاملة في المؤسسات الصحية: يتطلب نجاح إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية تغييرات في النظام والعمليات كشرط ضروري لتحقيق أداء أفضل للمؤسسة، فقد تم تحديد عدد من العوامل التي تعتبر حاسمة لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية تتمثل في:³

- التزام الإدارة العليا: يعتبر أهم عامل يعبر عن مساهمة الإدارة العليا في دعم أنشطة التدريب ووضع معايير الجودة وتحديد مجالات تحسينها؛

¹ فتيحة بوحورد، إدارة الجودة في منظمات الأعمال النظرية والتطبيق، دار المسيرة، ط1، الأردن، 2015، ص186.

² نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة، ط1، الأردن، 2012، ص179.

³ بالاعتماد على:

- عادل محمد عبد الله، إدارة جودة الخدمات، دار الوراق، ط1، الأردن، 2016، ص ص: 97-99.

- Prabha ramseook et al, total quality management adoption in a public hospital, op cit, pp : 69,70.

- مشاركة العاملين: من خلال ضمان اندماجهم في ثقافة العمل ضمن إدارة الجودة الشاملة، مع أهمية ضمان تدفق المعلومات لتحقيق ذلك، من خلال مشاركتهم في إعداد الخطط واتخاذ القرارات وتحمل المسؤولية في تنفيذها؛
- رضا الزبون (المريض): يعد أولوية المؤسسة الصحية حيث يتم التركيز على تلبية أو تجاوز توقعات الزبون (المريض)، مع ضرورة وجود علاقة وثيقة معهم لتحديد متطلباتهم وتحقيق مشاركتهم في تقديم الخدمات الصحية؛
- العمل الجماعي: يعتبر عامل حاسم في إدارة الجودة الشاملة، فالعمل الجماعي ضروري لتحسين عمليات تقديم الخدمات الصحية التي تتطلب تعاون جميع الأقسام ذات الصلة؛
- العمليات: يتم تحسين العمليات عن طريق الحد من التباين الموجود داخلها، حيث تحتاج المؤسسات الصحية لمجموعة من العمليات المحددة والمصممة جيدا لتلبية متطلبات الجودة في الخدمات الصحية المقدمة؛
- التحسين المستمر: من خلال البحث عن أساليب تحسين العمليات مع ضرورة مساهمة كل العاملين في المؤسسة الصحية في ذلك؛
- التدريب: يعد أداة مهمة لتطوير مهارات العاملين بالمؤسسة الصحية؛
- اتخاذ القرارات بناء على حقائق ووقائع ومعلومات دقيقة مبنية على معلومات مؤكدة وتحليل دقيق للعوامل المؤثرة على جودة الخدمات الصحية؛
- تغيير الثقافة: تتطلب عملية غرس ثقافة الجودة تغيير المواقف وأنظمة القيم والمعتقدات وتوجيهها نحو ثقافة تنظيمية متوجهة نحو الجودة.

المطلب الثاني: التسويق الصحي كأداة لتحقيق الرضا الوظيفي وجودة الخدمة في المؤسسات الصحية

لا يختلف دور التسويق في المؤسسات الصحية عنه في المؤسسات الأخرى، إلا أن له أهمية وضرورة خاصة تنبع من خصوصية قطاع الصحة بشكل عام، وخصائص الخدمات الصحية بشكل خاص.

1. ضرورة التسويق في المؤسسات الصحية: ساد لفترة اعتقاد أن التسويق يقتصر على مؤسسات الأعمال

الهادفة للربح، لينتشر استخدامه في القطاع الصحي مع تطور مفهوم التسويق، ويشمل المؤسسات

الصحية هادفة للربح وغير الهادفة للربح، وتظهر ضرورة الاستفادة من ممارسات التسويق لدى المؤسسات الصحية من خلال ما يلي:¹

- ارتفاع تكاليف انتاج الخدمات الصحية: مع الارتفاع المتسارع في كلف تقديم الخدمات الصحية ظهرت الحاجة للبحث عن الطرق والأساليب للحد من هذه الزيادة، وعليه يمكن الاستفادة من التسويق لاحتواء هذه التكاليف؛
- زيادة المسؤولية: حيث تسير التشريعات القانونية المعمول بها عبر العالم إلى مطالبة المؤسسات الصحية بتقديم المزيد من المعلومات لدعم ما يمكن تقديمه من خدمات، ويُعد التسويق الوظيفة المناسبة لذلك بالاعتماد على التقنيات التي يمكن استخدامها للاتصال وإيصال هذه المعلومات للزبائن (المرضى)؛
- شدة المنافسة ورغبة المؤسسات الصحية في تقديم خدمات متميزة للزبائن (المرضى)، وهو ما جعل للتسويق دور في اكتشاف الفرص التسويقية؛
- اعتبار انخفاض معدلات الاستفادة من الخدمات الصحية أو تدني مستوياتها على أنه نوع من هدر الموارد المستخدمة، وعليه يعمل التسويق على فهم أنماط الطلب على الخدمات الصحية، معرفة حاجات الزبائن (المرضى)، وقياس مستوى رضاهم عنها؛
- التغير في طبيعة العلاقة بين الزبائن (المرضى) ومقدمي الخدمات الصحية (الأطباء والمرضى بشكل خاص): حيث أصبح الزبون (المريض) أكثر تأثيراً وإسهاماً في القرارات المتعلقة بكيفية ومكان الاستفادة من الخدمة، ويُعد التسويق مهماً في بناء علاقات مستمرة بين الزبائن (المرضى) ومقدمي الخدمات، بما يزيد من إدراكهم ووعيهم عن الخدمات المقدمة لهم.

2. مفهوم التسويق الصحي وتطوره:

يعرّف التسويق الصحي حسب مفهوم القيمة أنه يعتمد أساساً على تقديم القيم وتبادلها مع الأطراف المختلفة لتحقيق أهداف طرفي التبادل، حيث يركّز رجال التسويق على بحث وفهم حاجات الزبائن (المرضى) لتصميم قيمة لتلبية هذه الحاجات وتقديمها في الوقت والمكان المناسبين،² إذ يمثل التسويق الصحي مجموعة الأنشطة والفعاليات التي تهدف إلى تحقيق الاتصال بالزبائن (المرضى)، وجمع

¹ معد اعتماداً على:

- ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص:48،49.

- محمد الصيرفي، التسويق الصحي، دار الفجر، ط1، مصر، 2016، ص:22،23.

² ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص:29.

المعلومات عنهم، وتحديد حاجاتهم بهدف تكوين سلوك صحي لديهم، وهذا السلوك يتطلب من العاملين في المجال الصحي ما يلي:¹

- جمع المعلومات والبيانات عن السوق المستهدف وتحديد الحاجات الفعلية للزبائن (المرضى)؛
- تكوين سلوك صحي طوعي لدى الزبائن (المرضى)، وانتشار وعي صحي يساهم في توجيه هذا السلوك؛
- تحديد مدى فعالية الخدمات الصحية في تقليل الأمراض، وجعل الزبائن (المرضى) أكثر قدرة للوقاية منها؛
- تحديد مدى نجاح أنشطة التسويق الصحي.

كما عرّف التسويق الصحي أنه نمط للتبادل والاتصال، يهدف إلى زيادة جودة الخدمات الصحية المقدمة والوصول إلى رضا الزبائن (المرضى) بهدف المساهمة في تحسين الصحة العمومية،² ركّز هذا التعريف على هدف التسويق الصحي المتمثل في رفع مستويات جودة الخدمات الصحية لتحسين الصحة العمومية. وعليه فالتسويق الصحي من خلال أنشطته يركّز على تهيئة المناخ المناسب لتحقيق الصحة العامة ومنع أو تقليل المشاكل الصحية والمحافظة على البيئة، من خلال توعية الأفراد وحثهم على الابتعاد عن أنماط الاستهلاك التي قد تؤثر سلباً على الصحة.³

يعرّف التسويق الصحي كذلك أنّه مجموعة الأعمال والأنشطة المتكاملة التي تقوم بها المؤسسة الصحية، تهدف أساساً إلى إقامة وتدعيم العلاقات بينها وبين المجتمع، بالإضافة إلى توفير الخدمات الصحية للزبائن (المرضى)، وذلك بالجودة المناسبة وبالقدر الكافي وفي المكان والزمان المناسبين، بما يتلاءم وحالاتهم المرضية بأيسر الطرق وأسهلها وأقل التكاليف.⁴

وعلى اختلاف أهدافها، سواء المؤسسات الصحية الهادفة للربح أو المؤسسات العمومية غير الهادفة للربح، يعتبر التسويق ضروري لكل منهما، على عكس ما كان رائجاً أنّ التسويق الصحي يجد قبولا لدى المؤسسات الصحية الهادفة للربح،⁵ فحتى لو كانت هادفة للربح تسود فيها أهداف أخرى غير ربحية، مثل تحسين جودة الخدمات الصحية، فالمؤسسات الصحية هي مؤسسات أعمال والربح جزء من أهدافها إلا أنه ليس هدفاً رئيسياً.⁶

¹ محمد الصيرفي، التسويق الصحي، مرجع سبق ذكره، ص13.

² رضوان أنساع، التسويق الصحي بين النظريات والآليات، ألفا للوثائق، ط1، الجزائر، 2019، ص42.

³ محمد الصيرفي، مرجع سبق ذكره، ص14.

⁴ رضوان أنساع، مرجع سبق ذكره، ص42.

⁵ المرجع نفسه، ص43.

⁶ محمد الصيرفي، مرجع سبق ذكره، ص17.

وعليه يمكن القول أنّ التسويق الصحي هو تخطيط وتنظيم وتوجيه والرقابة على الأنشطة المتعلقة بإقامة وتدعيم العلاقات بين المؤسسة الصحية والزبائن (المرضى)، بما من شأنه معرفة حاجات الزبائن (المرضى) وطرق إشباعها، من خلال تقديم قيمة تبادلية عبر مزيج خدمي صحي بمستوى جودة ملائمة في الزمان والمكان المناسبين، وخلق سلوك صحي لدى الزبائن (المرضى)، وجعلهم أكثر قدرة للوقاية من الأمراض وذلك بالموازاة مع بلوغ المؤسسة الصحية لأهدافها، مع الاستخدام الفاعل للتسعير والاتصالات والتوزيع، مساهما بذلك في تحقيق الصحة العامة وسط أفراد المجتمع.

وقد تطوّر مفهوم التسويق الصحي تماشياً مع تطور مفهوم التسويق بصفة عامة، حيث مرّ بمراحل أساسية تتمثل في:¹

- **التوجه بتقديم الخدمة الصحية:** يقود هذا المفهوم المؤسسات الصحية إلى تقليل التكاليف، فهو يركّز على الخدمة الصحية أكثر من تركيزه على حاجات الزبائن (المرضى)، وقد عبّر كوتلر عن مضمون هذا التوجه بقوله: "نحن نعلم أفضل منك فيما هو أفضل لك"، حيث تعمل المؤسسة الصحية على تقديم خدمات تعتقد أنّها جيدة للزبون (المريض)، مع تركيزها على الاستغلال الجيد للطاقات المتاحة والاستفادة من اقتصاديات الإنتاج الكبير؛
- **التوجه نحو تعظيم الطلب على الخدمات الصحية:** يركّز مفهوم التسويق الصحي حسب هذا التوجه على زيادة الجهود البيعية والترويجية لزيادة حجم الطلب على الخدمات الصحية، حيث يفترض هذا التوجه أنّ المؤسسة الصحية تهدف أساساً لتحفيز اهتمام الزبائن المحتملين على الخدمات الصحية الموجودة حالياً؛
- **التوجه بالزبون (المريض):** حسب هذا التوجه تعتبر المهمة الأساسية للمؤسسة الصحية على تقديم خدمات صحية تشبع حاجات ورغبات الزبائن (المرضى)، من خلال وضع مزيج تسويقي صحي متكامل، مع تركيزها على تحقيق الأرباح، وهو المفهوم الذي لقي قبولا واسعا لدى المؤسسات الصحية الخاصة الهادفة للربح؛
- **المفهوم الاجتماعي للتسويق الصحي:** بعد ظهور حقوق الزبون (المريض) وتأسيس جمعيات حمايته وبروز ما يسمى بحصانة* المريض والتحوّل نحو سيادته، ظهر المفهوم الاجتماعي للتسويق الصحي، الذي تسعى من خلاله المؤسسة الصحية إلى تحديد حاجات ورغبات واهتمامات الأسواق المستهدفة، وبالتالي

¹ معد اعتمادا على:

- محمد الصيرفي، مرجع سبق ذكره، ص ص: 30-33.

- رضوان أنساع، مرجع سبق ذكره، ص ص: 43، 44.

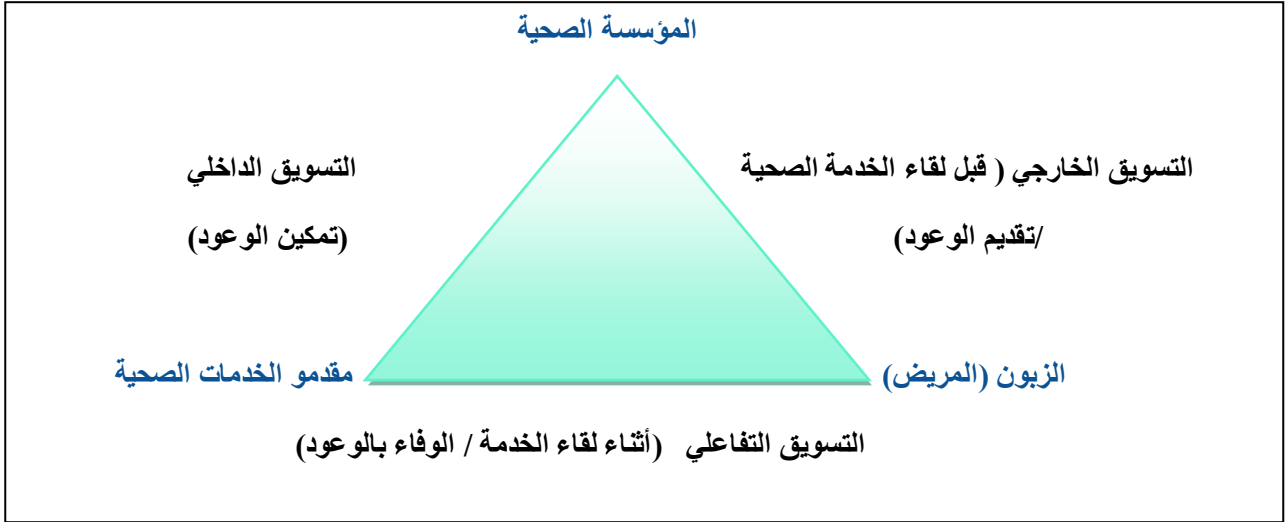
* **حصانة المريض:** تمثل التحوّل الأساسي باتجاه سيادة المريض، فكل مريض يتمتع بمجموعة من الحقوق منها: أن يتلقى الخدمة حسب حاجته دون النظر للإمكانيات المادية للمريض، وذلك في أي وقت، وإعطائه التفسير الواضح لكل معالجة طبية وتقديم المخاطر المحتملة والبدائل العلاجية، حق المريض في الإطلاع على سجلاته الطبية، حصول المريض على معلومات تفصيلية عن الخدمات الصحية المقدمة، الحق في الاستجابة والرد على شكاوى المريض... الخ

تحقيق الصالح العام والوفاء بالمسؤوليات الاجتماعية للمؤسسات الصحية، أي يركّز المفهوم الاجتماعي على الاهتمام بالزبون (المريض) والاهتمام بالمجتمع.

كما ويرتبط مفهوم التسويق الصحي بثلاثة مجالات رئيسية تتمثل في التسويق الخارجي، التسويق

التفاعلي والتسويق الداخلي، كما هو ممثل في الشكل رقم (32).

الشكل رقم (32): مثلث التسويق الصحي



Sources : Sparks Beverley, Karin Weber, The service encounter, op cit, p274.

حيث يرتبط ويتكامل كل من التسويق الخارجي (قبل لقاء الخدمة الصحية) والتسويق الداخلي، إضافة إلى التسويق التفاعلي بين مقدمو الخدمات الصحية والزبائن (المرضى) أثناء لقاء الخدمة في المؤسسة الصحية بهدف تقديم والوفاء بالوعود المقدمة من خلال التسويق الخارجي.

- **التسويق الخارجي:** مختلف الأنشطة التسويقية المرتبطة بتصميم الخدمة الصحية، تسعيرها، توزيعها والترويج لها للزبائن الخارجيين.
- **التسويق الداخلي:** يشير إلى تصميم السياسات والبرامج الموجهة إلى العاملين بالمؤسسة (الزبائن الداخليين)، بهدف تحقيق مستويات عالية من الرضا لديهم، الذي يعتبر له دور كبير في الارتقاء بمستوى جودة الخدمة المقدمة للزبائن الخارجيين.¹
- **التسويق التفاعلي:** يقوم التسويق التفاعلي على التعامل الواقعي والاتصال مع الزبون (المريض) وتلقي التغذية الراجعة منه،² فهو فلسفة تسويقية جديدة تتضمن التفاعل طويل الأجل بين المؤسسة الصحية

¹ منى شفيق، التسويق بالعلاقات، المنظمة العربية للتنمية، مصر، 2005، ص38.
² محمد مصور أبو جليل وآخرون، المفاهيم التسويقية الحديثة وأساليبها، مرجع سبق ذكره، ص81.

والزبون (المريض) بالاعتماد على تكنولوجيا المعلومات، بما من شأنه تعزيز قيمة وولاء الزبون (المريض) إضافة إلى بناء وتطوير علاقات مع جميع المشاركين والمؤثرين على نشاط المؤسسة،¹ فالتسويق التفاعلي يضمن استخدام وسائل غير تقليدية للاتصال بالزبائن (المريض) في سبيل تحقيق استجابة سريعة بأقل جهد،² فجودة الخدمة الصحية تعتمد بشكل كبير على جودة التفاعل بين مقدم الخدمة والزبون (المريض) أثناء اللقاء الخدمي بما يحقق رضا الزبون (المريض).³

3. أهمية التسويق في المؤسسات الصحية: تتمثل أهمية التسويق الصحي في المؤسسة الصحية فيما يلي:⁴

- الموازنة بين العرض والطلب للخدمات الصحية: فالمؤسسات الصحية باستخدام بحوث التسويق تستطيع أن تحدد أفضل الخدمات الممكن تقديمها، وتحديد الفئة المستهدفة وأماكن تواجدها، فهو يسمح بتحديد الفرص التسويقية التي يمكن الاستفادة منها، ويحسن إمكانياتها في إشباع حاجات زبائنها (المريض) والاستجابة لحاجات المجتمع بشكل عام؛
- التسويق الصحي يخلق المنافع: حيث تسعى الجهود التسويقية لإزالة الفجوات والفواصل الإدراكية والزمنية والمكانية، من خلال خلق مجموعة من المنافع المكانية والزمنية؛
- على الرغم من دعم الدولة للمؤسسات الصحية العمومية إلا أنّ هذه المساعدات تتجه نحو الانخفاض نتيجة تزايد حدة التضخم كظاهرة اقتصادية عالمية، وما قد يصاحبها من تدهور الأحوال الاقتصادية للبلاد، مما شكّل ضرورة اتجاه المؤسسات نحو الأسواق المستهدفة وترشيد استخدام الموارد المتاحة، مع ضرورة الوصول إلى المتبرعين والمساهمين والشركاء وتدعيم العلاقات معهم لتحفيزهم على دعم أنشطة المؤسسات الصحية، ولا يتحقق ذلك إلا من خلال ممارسات التسويق الصحي؛
- تحسين مستوى الرضا في السوق المستهدف: مع تعقد البيئة التنافسية التي تنشط فيها المؤسسات الصحية، إضافة إلى افتقارها لمهارات كافية لتطوير وتحسين الخدمات الصحية وتحقيق رضا الزبائن (المريض)، مما ينتج عنه انخفاض الطلب على خدماتها، كما أنّ هناك مؤسسات صحية أخرى تعمل في بيئة يكون فيها الطلب على الخدمة الصحية أكثر من العرض، مما يُفقد هذه المؤسسات الدافعية لإرضاء أسواقها، وقد يتقبل زبائنها (المريض) هذه الخدمات لعدم وجود البديل، وفي كلا الحالتين تظهر أهمية

¹ الشيماء المشاد، أثر أبعاد التسويق التفاعلي على نية إعادة الشراء، دراسة تطبيقية على عملاء التسويق الإلكتروني في مصر، المجلة المصرية للدراسات التجارية، 2017، ص3.

² نادية هيمه، أثر تطبيق الأساليب الحديثة للإدارة التسويقية على تفعيل الحصة السوقية ورفع الأداء، مرجع سبق ذكره، ص36.

³ الشيماء المشاد، مرجع سبق ذكره، ص3.

⁴ معد اعتمادا على:

- فريد توفيق نصيرات، تسويق خدمات الرعاية الاستشفائية والطبية، دار المسيرة، ط1، الأردن، 2014، ص ص:29،30.
- فريد كورتل، تسويق الخدمات، كنوز المعرفة، الأردن، 2009، ص314.
- ثامر ياسر البكر، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص51.

التسويق في تلبية حاجات الزبائن (المرضى) مع السعي للتحسين المستمر في مستوى الجودة وتحقيق رضا الزبائن (المرضى)؛

- جذب وتحسين استغلال الموارد: حيث تسعى المؤسسات الصحية من خلال استخدامها للتسويق لإرضاء زبائنها الداخليين والخارجيين وزيادة ولائهم لها، بغرض جذب الموارد المختلفة (أطباء، ممرضين، معلومات وأموال، دعم اجتماعي... الخ).

4. خصوصية التسويق بالعلاقات في المؤسسة الصحية

تعمل المؤسسات على بناء علاقات مع الزبائن عبر إمدادهم بالقيمة وإشباع حاجاتهم، بالمقابل تستفيد من عدة منافع ناتجة عن تكرار الشراء من طرفهم، أهمها تحقيق الربح وتخفيض التكاليف، وذلك من خلال تبنيتها لمفهوم التسويق بالعلاقات.

يُرجع العديد من الباحثين ظهور مفهوم التسويق بالعلاقات إلى بداية الثمانينات (Berry) 1983 والذي عرفه بأنه عملية جذب الزبائن وتعزيز العلاقات معهم، إضافة إلى أنه عملية اجتماعية تتم بين عدة أطراف فهو استراتيجية جذب الزبائن وتطوير العلاقات معهم،¹ إذ يُعد نشاط يشترك فيه كافة الأفراد في المؤسسة مع التركيز على إرساء وإدامة العلاقات بينهم على المدى البعيد، فالعلاقات الشخصية والتفاعلات والعلاقات الاجتماعية تُعتبر من العناصر الجوهرية المكونة للتسويق بالعلاقات،² وفي ذات السياق يُعرف التسويق بالعلاقات أنه ذلك التواصل المستمر مع الزبائن المربحين للمؤسسة، من خلال محاولة بناء تطوير علاقات شخصية معهم. يكون الهدف منها تحقيق ومعرفة تطور سلوك الزبائن بغية الاحتفاظ بهم، وبالتالي هو آلية تعتمد على مجموعة من الأنشطة المستمرة، التي تسعى للاحتفاظ بالزبائن، وهو ما يتطلب تطوير برامج خاصة بكل زبون أو مجموعة متشابهة نسبياً، وتكوين قاعدة بيانات خاصة بهم.³

يمتد التسويق بالعلاقات ليشمل تنمية وبناء علاقات مميزة مع العديد من الأطراف التي ترتبط بالمؤسسة كالموزعين، الموردين والعاملين، ويستفيد الزبائن من تلك العلاقات المستقرة بين مختلف الأطراف،⁴ حيث تم تعريفه أنه عملية بناء وتعزيز علاقات طويلة الأجل مع الزبائن وأصحاب المصلحة الآخرين والشركاء من أجل المنفعة

¹ كريم بيشاري، عابر سليم، المرنكات الفكرية للتسويق بالعلاقات وأثرها في إرساء فرص نجاح المنتجات الجديدة لتعظيم أداء المؤسسات، ورقة بحثية مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الوطني حول التسويق بالعلاقات ودوره في الرفع من أداء المنظمات، جامعة سكيكدة، 15-16 ديسمبر 2014، ص04.

² درقاوي أسماء، إدارة العلاقات مع الزبون كمصدر لتحقيق الميزة التنافسية في المؤسسة الجزائرية، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة حسنية بن بوعلي بالشلف، 2018/2017، ص89.

³ حكيم بن جروة، خليفة دلهوم، امكانية تطبيق أبعاد تسويق العلاقات مع الزبون في الرفع من أداء المؤسسة التنافسية، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، العدد2، 2015، ص94.

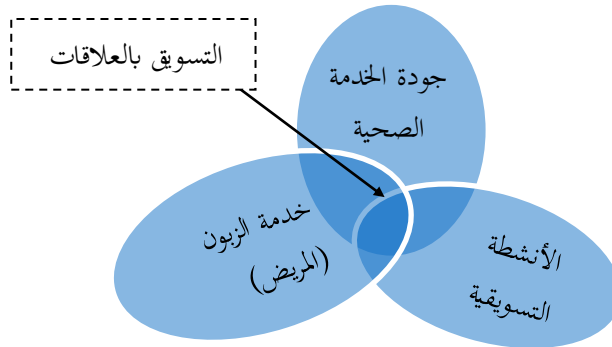
⁴ محمد عبد العظيم أبو النجا، أسس التسويق الحديث، الدار الجامعية، ط1، مصر، 2010، ص39.

المبادلة،¹ كما يتضمن التسويق بالعلاقات إضافة إلى عمليات تحديد وبناء والحفاظ وصيانة العلاقات، عند الضرورة إنهاء العلاقات مع الزبائن وأصحاب المصلحة.²

وعليه يمكن القول أنّ التسويق بالعلاقات في المؤسسة الصحية هو فلسفة وطريقة تفكير خاصة، تتضمن مختلف الأنشطة الإدارية والاجتماعية الساعية لبناء والحفاظ على علاقات طويلة ومرجحة لجميع الأطراف، سواء بين المؤسسة الصحية والزبائن (المرضى) من خلال عرضها لخدمات صحية ذات قيمة للزبون (المرضى)، أو بين المؤسسة الصحية ومختلف شركائها وأصحاب المصالح.

يعتبر الباحثون أنّ التسويق بالعلاقات يركز على كل من الجودة، خدمة الزبون والتسويق ككل وكيفية إدارتهم لسد الفجوة بين ما يتوقعه الزبون (المرضى) وما يحصل عليه،³ والشكل رقم (33) يوضح ذلك.

الشكل رقم (33): مفهوم التسويق بالعلاقات في المؤسسة الصحية



المصدر: بعيّطش شعبان، أثر التسويق بالعلاقات في تحقيق الميزة التنافسية، مرجع سبق ذكره، ص24.

فالتسويق بالعلاقات في المؤسسة الصحية على غرار باقي أنواع المؤسسات يأخذ ثلاثة جوانب مكملّة لبعضها البعض، تتمثل في أهمية الاحتفاظ بالزبون (المرضى) وتعزيز العلاقات الداخلية والخارجية بالمؤسسة الصحية، إضافة إلى تقريب المسافات ما بين الأنشطة التسويقية وخدمة الزبون والجودة.⁴

¹ Deborak aka et al, relationship marketing and customer satisfaction : a conceptual perspective, binus business review, vol7, nu2, 2016, p187.

² Johanna gummerus, relationship marketing : past, present and future, journal of services marketing, vol31, issue1, 2017, p8.

³ بعيّطش شعبان، أثر التسويق بالعلاقات في تحقيق الميزة التنافسية، أطروحة دكتوراه في علوم التسويق، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر، 2016/2015، ص24.

⁴ درقاوي أسماء، إدارة العلاقات مع الزبون كمصدر لتحقيق الميزة التنافسية في المؤسسة الجزائرية، مرجع سبق ذكره، ص90.

5. أهمية التسويق بالعلاقات بالنسبة للمؤسسات الصحية والزبون (المريض): تتمثل أهمية التسويق

بالعلاقات في المؤسسات الصحية فيما يلي:¹

- تعمل ممارسات التسويق العلائقي في تكوين الصورة الذهنية* للمؤسسة الصحية لدى الفئات المستهدفة، من خلال تبادل مختلف المعلومات المتعلقة بالزبائن الداخليين والخارجيين (المريض)؛
- تقليل التكاليف بالنسبة للمؤسسة الصحية سواء الهادفة للربح أو غير الهادفة للربح، إذ تتحمل المؤسسة العديد من التكاليف الترويجية تعادل أو قد تفوق الربح المتوقع من الزبون الجديد، حيث أثبتت الدراسات أنّ معظم الميزانية التسويقية (60-80)% يتم إنفاقها على غير زبائن المؤسسة؛
- يمكن التسويق بالعلاقات المؤسسة الصحية من الاستجابة السريعة لحاجات ورغبات الزبائن (المريض) وتقديم خدمات صحية جديدة تلائم خصوصية كل زبون (المريض)، من خلال عمليات التفاعل والاتصال المباشر بينهما، وما ينتج عنه من سرعة في نقل المعلومات عن حاجات الزبون؛
- تكوين روابط اجتماعية بين المؤسسة الصحية والزبائن (المريض) نتيجة لعملية التفاعل بينهم وبين مقدمو الخدمات، وبالتالي إقامة حواجز تجعل من الصعب على الزبائن (المريض) قطع العلاقة مع المؤسسة؛
- تحقيق الثقة والالتزام وتبادل المعلومات بين المؤسسة الصحية وزبائنها (المريض)، مع الإشارة إلى أهمية هذه العناصر في تحقيق حاجات الزبون (المريض) نظرا لخصوصية الخدمة الصحية وأهمية كل من الثقة والالتزام وتبادل المعلومات بين مقدم الخدمة والزبون (المريض) في تسهيل تحديد حاجات الزبون وتطلعاته وبالتالي إنجاح عملية تقديم الخدمة؛
- تقديم خدمات صحية ذات مستوى جودة مدركة مرتفعة بالنسبة للزبون (المريض) وبالتالي تعظيم منفعته وتحقيق قيمة مرتفعة بالنسبة له، بما يحقق رضاهم وولائه للمؤسسة الصحية ويقلل من احتمال قطع العلاقة؛

¹ معد اعتمادا على:

- صادق زهران، دور التسويق بالعلاقات في بناء صورة ذهنية إيجابية للمؤسسة، مجلة التنظيم والعمل، المجلد 5، العدد 4، 2016، ص 144.
 - نادية هيمة، أثر تطبيق الأساليب الحديثة للإدارة التسويقية على تفعيل الحصة السوقية ورفع الأداء، دراسة ميدانية لمتعاملي الهاتف النقال في الجزائر، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة أحمد بوقرة بومرداس، 2016/2015، ص ص: 29، 30.
 - كريم بيشاري، عابر سليم، المرتكزات الفكرية للتسويق بالعلاقات وأثرها في إرساء فرص نجاح المنتجات الجديدة لتعظيم أداء المؤسسات، مرجع سبق ذكره، ص 07.
 - أيمن العشاب، التسويق بالعلاقات كأداة لكسب ولاء الزبون، دراسة حالة القرض الشعبي الجزائري، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير جامعة الجزائر 3، 2018/2017، ص ص: 7-10.
- * الصورة الذهنية للمؤسسة: هي مجموعة من المعارف والمعتقدات والأفكار التي تتكوّن لدى الزبائن حول المؤسسة إضافة إلى الخبرات السابقة، لاستحضارها عند الحاجة.

- تحقيق الكلمة المنطوقة الإيجابية التي تجعل من الزبون (المريض) أحد أعضاء شبكة التسويق للمؤسسة الصحية، من خلال عملية التوصية للآخرين؛
 - تدعيم المركز التنافسي للمؤسسة الصحية من خلال تركيزها على دعم وبناء علاقات جيدة مع زبائنها (المرضى)، مما يشكل قيود وعوائق أمام المنافسين للتوسع على حساب حصتها السوقية؛
 - للتسويق بالعلاقات أهمية بالنسبة للزبون (المريض) في تخفيض تكاليف البحث والمفاضلة والاختيار التي يقوم بها لاختيار المؤسسة الصحية التي تلي حاجاته، وكذا اختصار الوقت الذي يُعد حاسماً ومهماً في مجال الخدمات الصحية لارتباطه بحالة الزبون الصحية (المريض) وحياته؛
 - تعمل ممارسات التسويق بالعلاقات على تقليل مخاطرة الزبون (المريض) أثناء عملية شراء والاستفادة من خدمة صحية جديدة قد تحمل مخاطر الفشل؛
 - يشجع التسويق بالعلاقات مشاركة الزبون (المريض) في اتخاذ القرارات المتعلقة به، وكذا مشاركته في عملية إنتاج وتقديم الخدمة الصحية، وهو ما يُعد ذو أهمية كبيرة في تحقيق جودة الخدمة.
6. **متطلبات تطبيق التسويق بالعلاقات في المؤسسات الصحية:** حتى تتمكن المؤسسة الصحية من النجاح في تطبيق التسويق بالعلاقات وبالتالي تحقيق أهدافها لا بد من توفر مجموعة من المتطلبات تتمثل في:¹
- عاملون موجهون بالزبون (المريض) باعتبارهم ممثلين عن المؤسسة الصحية؛
 - تدريب العاملين على خدمة الزبائن (المرضى) وبناء علاقات جيدة معهم، وتكوين فرق عمل متكاملة تساهم في تحقيق مشاركة جماعية لخدمة الزبائن (المرضى)؛
 - تمكين العاملين ومنحهم الصلاحيات اللازمة لسرعة الاستجابة وحل مشاكل الزبائن (المرضى) وتنمية الشعور بالانتماء للمؤسسة الصحية لديهم، مما يساهم في تحقيق شعورهم بالرضا الوظيفي، وبالتالي تحقيق رضا الزبائن (المرضى).
7. **أنواع العلاقات بالنسبة للمؤسسة الصحية:** تسعى المؤسسة الصحية المتبنية لفلسفة التسويق بالعلاقات إلى بناء وتشكيل والحفاظ على علاقات متينة وطويلة المدى مع عدد من الأطراف ذات العلاقة بنشاطها، فهي تنشط في ظل التفاعل مع مجموعة من الزبائن (المرضى)، والعاملين وكذلك الموردين وأصحاب المصلحة الآخرين، اللذين يشتركون معها في إنتاج الخدمات الصحية وتوصيلها للزبائن (المرضى).²

¹ محمد عبد العظيم أبو النجا، أسس التسويق الحديث، مرجع سبق ذكره، ص42.

² أنغوس لينغ وآخرون، ترجمة صلاح محمود نياي، عابد المعلا، إدارة وتسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص58.

تتمثل هذه العلاقات في:¹

- العلاقة مع الزبائن الداخليين: تُبنى هذه العلاقة بين المؤسسة الصحية والعاملين بها، يكون أساسها التوقعات المشتركة بينهم، تتشكل عندما يلتزم كل طرف بتحقيق أهداف وطموحات الطرف الآخر؛
- العلاقة مع الزبائن الخارجيين (المرضى)؛
- العلاقة مع الموردين: حيث تُعد العلاقة بينهم علاقة دعم ومصلحة متبادلة وتعاون لتحقيق أهداف كل طرف من أطراف العلاقة، حيث تكوّن المؤسسة الصحية علاقات طويلة المدى مع عدد محدد من الموردين، مع تجنب السلوك الانتهازي قصير المدى لصالح المنفعة المتبادلة طويلة المدى المحققة جراء هذه العلاقات، وهو ما يؤدي إلى تخفيض تكاليف الصفقات؛
- العلاقة مع المنافسين: بين المؤسسات الصحية في القطاع العام وفي القطاع الخاص، أو حتى بين المؤسسات في القطاع الخاص، وفي المشاريع المشتركة كتقديم خدمة صحية معينة، لذلك فإنّ قدرة المؤسسة الصحية على تكوين العلاقات من خلال هذه الشراكات يُعدّ أمراً مهماً في تحقيق أهدافها.

8. التسويق بالعلاقات وجودة الخدمة في المؤسسات الصحية:

للتسويق بالعلاقات دور كبير في تحقيق جودة الخدمات لمقدمة في المؤسسات الصحية، فاستمرار وتواصل العلاقة مع الزبون (المريض) تعتبر عملية تحسين مستمر لجودة الخدمة، نتيجة التقييم المستمر والتغذية الراجعة من الزبون (المريض) حول الخدمة، ونتيجة أيضاً للتقييم الداخلي الذي تقوم به المؤسسة الصحية لضمان توافق مواصفات الخدمة المقدمة مع متطلبات الزبون (المريض)،² فمساهمة التسويق بالعلاقات في تحقيق جودة الخدمات الصحية تكون من خلال بناء علاقات دائمة مع الزبائن (المرضى) عبر إدارة العلاقة معهم وجعل هذه العلاقة شخصية.

المطلب الثالث: إدارة العلاقة مع الزبون (المريض) في المؤسسات الصحية PRM

يُعدّ التسويق بالعلاقات فلسفة وتوجه المؤسسة نحو الحفاظ على زبائنها وتعمل إدارة العلاقة مع الزبون على تنفيذ تلك الفلسفة ميدانياً، فإدارة العلاقة مع الزبون تتمثل في البنى التحتية المكونة من البرمجيات والأجهزة

¹ معد اعتماداً على:

- نادية بوشاشية، تحسين جودة الخدمات السياحية كمدخل لبناء ولاء العملاء، أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية، جامعة حسيبة بن بوعلي، الشلف، 2018/2017، ص90.
- أنغوس لينغ، ترجمة بهاء شاهين وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص88.
- المرجع نفسه، ص58.

² دحدوح منية، حمدي بوثينة، دور إدارة العلاقة مع الزبون في تحسين الخدمة الصحية، مداخلة ضمن الملتقى الوطني الأول حول التسيير الصحي، جامعة 08 ماي 1945، قالملة، 11/10 أبريل 2018، ص09.

لإدارة بيانات الزبائن، لكن لن تنجح دون فهم حاجات وأذواق الزبائن،¹ موضوع إدارة العلاقة مع المريض * PRM في المؤسسات الصحية من المواضيع ذات الأهمية البالغة في الوقت الحالي في مجال إدارة المؤسسات الصحية، مع ظهور الحاجة إلى معرفة كيفية إدارة العلاقة بين مقدم الخدمة الصحية والزبون (المريض). في سبيل تحقيق تفاهم وخلق ثقة ومشاركة للزبون (المريض)، في سبيل رفع مستوى الرضا عن جودة الخدمات.

1. مفهوم إدارة العلاقة مع الزبون (المريض) في المؤسسة الصحية:

تُعرّف إدارة العلاقة مع الزبون على أنها الاستخدام المتكامل لكل من الأفراد، العمليات والتقانة لبناء والحفاظ على علاقات مربحة طويلة الأجل مع الزبائن،² كما تُعرّف إدارة العلاقة مع الزبون أنها عملية شاملة لبناء علاقات زبون مربحة والحفاظ عليها عن طريق تقديم قيمة وتحقيق رضا للزبون،³ وعليه فإدارة العلاقة مع الزبون تركز على بناء والحفاظ على علاقات طويلة المدى مع الزبائن، تكون مربحة للطرفين، وذلك بالاعتماد على ثلاثة عناصر مهمة تتمثل في العنصر البشري، العمليات والتقانة من قواعد بيانات وبرمجيات.

حيث في مجال الخدمات الصحية، يتم استخدام مصطلح PRM بدلا من CRM للتركيز على المريض وخصائصه، وتحديد وتلبية حاجاته وهي تختلف عن إدارة العلاقة مع الزبون CRM في مجال الأعمال التي تركز على الاحتفاظ بالزبون لتحقيق الربح،⁴ لكن هذا لا يمنع أن يكون لإدارة العلاقة مع الزبون (المريض) في المؤسسة الصحية أهدافا ربحية بالنسبة للمؤسسات الخاصة، التي أدت شدة المنافسة بينها للحصول على أكبر حصة سوقية للاهتمام بالتسويق بصفة عامة وإدارة العلاقة مع الزبون (المريض) بشكل خاص، بما يتماشى مع مصلحة الزبون (المريض).⁵

مع الإشارة إلى أنّ مفهوم العلاقة مع الزبون (المريض) تعني إقامة علاقة تفاعلية بين المؤسسة

الصحية والزبون (المريض) تعتمد على ركيزتين أساسيتين هما:⁶

- سير المعلومات في اتجاهين زبون (المريض) - مؤسسة صحية؛

¹ بلال جاسم القيسي، خلق القيمة المستدامة للزبون عبر تكامل العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة وتسويق العلاقة، دراسة استطلاعية على عدد من المصارف العراقية الخاصة، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 21، العدد 85، 2015، ص 212.

* Patient Relationship Management.

² ثائر أحمد السمان، خالد زيدان عبد الهادي، دور التجارة الالكترونية في تعزيز إدارة علاقات الزبائن، مجلة جامعة الأنبار للعلوم الاقتصادية والإدارية، العدد 06، 2014، ص 167.

³ لجلط إبراهيم، دور قاعدة بيانات الزبائن في تحليل الحصة السوقية، مجلة اقتصاديات شمال افريقيا، العدد 11، 2013، ص 114.

⁴ Mahsa ghazi asgar, somayah shahri, customer relationship management in healthcare, science journal, vol36, no3, 2015 , pp :1004 ,

⁵ Laohasirichaikul bunthuwun, effective customer relationship management of health care, journal of management and marketing research, vol6, 2011, p2.

⁶ دراج نبيلة صليحة، خلق المؤسسة للقيمة لدى الزبون لتحقيق ولائه، مكتبة الوفاء القانونية، ط1، مصر، 2016، ص 47.

- معالجة هذه المعلومات من الطرفين (الزبون (المريض) - مؤسسة الصحية).

فحتى تكون هناك علاقة حقيقية بين الطرفين لا بد أن يتم تبادل المعلومات في نفس الوقت في

الاتجاهين وبوجود معالجة خاصة.

2. أهمية تطبيق إدارة العلاقة مع الزبون (المريض) في المؤسسة الصحية:

تبرز أهمية تطبيق أساليب إدارة العلاقة مع الزبون (المريض) في المؤسسات الصحية من خلال

جانبيين أساسيين، أهميتها بالنسبة للمؤسسة الصحية وكذا أهميتها بالنسبة للزبون (المريض) كما يلي:¹

➤ بالنسبة للمؤسسة الصحية:

- تعتبر عملية تطبيق أساليب إدارة العلاقة مع الزبون (المريض) عاملاً رئيسياً للتفوق على المنافسة إذا ما كانت تسعى للربح، حيث تعمل على تقليل التكاليف من جهة وتحسين عمليات تقديم الخدمات الصحية من جهة أخرى، وهو ما يؤدي إلى تحقيق رضا الزبون (المريض) وبالتالي زيادة ولائهم للمؤسسة الصحية؛

- تسمح عمليات إدارة العلاقة مع الزبون (المريض) للمؤسسة الصحية والقائمين بتقديم الخدمات الصحية (الأطباء والمرضى) من جمع المعلومات الأساسية حول الزبائن (المرضى) وبالتالي تكوين قاعدة معلومات مهمة تمكنهم من استخدامها بشكل فعال عند الحاجة لها؛

- يضمن تطبيق أساليب التسويق العلائقي في المؤسسات الصحية غير الهادفة للربح ولا سيما إدارة العلاقة مع الزبون (المريض) التحكم في التكاليف ودعم نظام المعلومات، وكذا دعم نظام الجودة فيها.

➤ بالنسبة للزبون (المريض):

- يشجع الاتصال المباشر عبر ممارسات إدارة العلاقة مع الزبون (المريض) زيادة التواصل مع الزبائن لتقديم الخدمات الصحية الوقائية، وتشجيع أنماط الحياة الصحية لهم، إضافة إلى تحقيق اتصالات خاصة بالزبون (المريض) لتلبية الحاجات الفريدة والاستثنائية الخاصة بهم؛

- تظهر أهمية استخدام إدارة العلاقة مع الزبون (المريض) في المؤسسات الصحية من خلال خصوصية الخدمات الصحية بشكل عام، فاستمرار الزبون (المريض) في التنقل بين عدد من المؤسسات الصحية ليس في صالحه، كما يجعل هذا الأمر سجله الطبي موزع على عدد من المؤسسات الصحية، في حين إذا

¹ معد اعتماداً على:

- Mahsa ghazi asgar, somayah shahri, op cit, pp :1004 ,1005.
- Mathew higgins et al, exploring the development of relationship marketing in the national health services, journal of management and marketing in health care, vol4, no3, 2011, p201.

استمر في التوجه لمؤسسة صحية واحدة تطبق إدارة العلاقة مع الزبون (المريض) وتحاول توطيد العلاقة معه، فهي تحتفظ ببياناته وملفاته ضمن نظام المعلومات الخاص بها، بما يُمكنه من متابعة علاجه عند نفس مقدم الخدمة (الطبيب أو الممرض) إذ يكون لهذا الأخير دراية أكثر لحاجات الزبون (المريض) ومشكلاته الصحية وبالتالي طرق علاجه؛

- كما تظهر أهمية إدارة العلاقة مع الزبون في المؤسسات الصحية في تقليل التكاليف بالنسبة للزبون (المريض)، من خلال تقليل التنقل بين عدد من المؤسسات الصحية، وبالتالي تقليل تكاليف الفحوصات والتحليل من البداية في كل مرة يغير فيها المؤسسة الصحية؛
- تظهر أهمية الاستغلال الأمثل للوقت بالنسبة للزبون (المريض) الذي يعتبر مهما جدا فيما يخص صحته وحياته، حيث أنّ وجود ملف طبي للزبون (المريض) بالمؤسسة الصحية ضمن قاعدة معلوماتها حول زبائنها يغنيه عن إجراء فحوصات جديدة قد تطول في كل مرة يغير فيها الزبون (المريض) المؤسسة الصحية التي يعالج فيها.

3. جودة العلاقة وقيمة العلاقة بين المؤسسة الصحية والزبون (المريض) وأثرها على ولائه:

تشير العلاقة مع الزبون (المريض) إلى مجموعة التفاعلات الاجتماعية والنفسية التي تنشأ من اتصال المؤسسة الصحية ممثلة بمقدمي الخدمات والزبائن (المرضى)، إذ تُمثل نموذج يعكس الأبعاد الشخصية والاجتماعية بينهم، ولذلك تُعطي عملية تحليل هذه العلاقة فهما واضحا للسلوك الانساني وطبيعة المشكلات المتعلقة بها،¹ وتسعى المؤسسات الصحية إلى إنشاء علاقة طويلة الأمد مع الزبون (المريض) وليس ذلك فحسب، بل لتكوين علاقة ذات جودة مبنية على الثقة والالتزام والرضا.

وتنشأ جودة العلاقة من مدى قدرة المؤسسة الخدمية على تخفيض حجم عدم التأكد، وهو ما أكدته بعض الدراسات التسويقية المرتبطة بإدارة العلاقات والتي تشير إلى أنّ حجم عدم التأكد يُختزل نتيجة وجود تاريخ متواصل بالعلاقة وتجربة مستمرة من قبل الزبون، في التعامل الإيجابي مع المؤسسة. وعليه تمثل جودة العلاقة مدى نجاح المؤسسة الصحية في تقليل درجة عدم التأكد التي يواجهها الزبون (المريض)، ومدى ثقته بالأداء المستقبلي للمؤسسة الصحية.²

كما تعبر جودة العلاقة عن الطبيعة الكلية لعلاقة التبادل بين مقدم الخدمة الصحية والزبون (المريض)، فهي تعكس نوعية التفاعل بينهما، إذ هناك من يعتبر جودة العلاقة درجة الراحة والرضا التي

¹ نادية بوشاشية، تحسين جودة الخدمات السياحية كمدخل لبناء ولاء العملاء، مرجع سبق ذكره، ص87.

² حيدر حمزة صالح، قياس أثر جودة علاقات الزبون المصرفي على ولائه للمصرف، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد19، العدد1، 2017، ص102.

توفرها العلاقة للزبون (المريض) عند تلبية حاجاته،¹ وقد عُرفت جودة العلاقة أيضا أنها العلاقة التسويقية الموجهة نحو تحقيق رضا الزبون (المريض) وثقته بما يضمن استقرار العلاقة وديمومتها على مبدأ فائز-فائز،² وعليه تتمثل أبعاد جودة العلاقة فيما يلي:³

- **الرضا:** يعتبر الرضا تراكمي، بحيث يشمل جميع تعاملات الزبون (المريض) مع المؤسسة الصحية فهو مرتبط بخبرته معها، ويعبر عن حالة عاطفية تتكوّن نتيجة قيام الزبون (المريض) بتقييم كلي لعلاقته بالمؤسسة الصحية، إذ تتحقق جودة العلاقة من خلال وجود مستوى من الرضا بين الطرفين، كما أنه كلما زاد رضا الزبون (المريض) زادت ثقته في المؤسسة الصحية؛
- **الثقة:** تعبر عن الاعتقاد الراسخ لدى الزبون (المريض) بأنّ مقدم الخدمة الصحية يمكن الاعتماد عليه بشكل يمكن من بناء علاقة طويلة المدى تتحقق من خلالها مصالح الزبون (المريض)، فالثقة أساس استمرار العلاقة من خلال أنها تعكس النوايا الحسنة لمقدم الخدمة اتجاه الزبون (المريض) ومدى الاهتمام برفاهيته في المؤسسة الصحية، كما أنها ترتبط بمستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة ومصداقية الوعود المطروحة، ولكسب ثقة الزبون (المريض) تحتاج المؤسسة الصحية لتكوين وتقديم قيمة للزبون (المريض) كقيمة الأداء المتعلقة بمدى تلبية الخدمة الصحية لحاجات الزبون (المريض)، وقيمة السعر وقيمة سهولة التعامل المتعلقة بمدى سهولة الحصول على الخدمة وسهولة الاتصال بالمؤسسة الصحية وسرعة الاستجابة وروح التعامل الشخصي مع الزبون (المريض)؛
- **الالتزام:** يعبر عن الرغبة في استمرار العلاقة في المستقبل مع القيام بالتضحيات قصيرة المدى للحفاظ على العلاقة، فهو حالة نفسية يتولد عنها وعد صريح أو ضمني من الزبون (المريض) بتطوير علاقته مع المؤسسة الصحية يُترجم من خلال استقرار في سلوكه اتجاه المؤسسة مع إلغائه امكانية التحول لمؤسسة أخرى، فالالتزام مرتبط بالوفاء بالوعد، حيث يعتقد كل طرف في العلاقة أنّ علاقته بالطرف الآخر مهمة للغاية بحيث يستحق تكريس أقصى جهد للحفاظ عليها إلى أطول فترة ممكنة، كما يرتبط الالتزام بتحقيق الولاء.

¹ Miguel a moliner, loyalty, perceived value and relationship quality in healthcare services, op cit, p80.

² حيدر حمزة صالح، مرجع سبق ذكره، ص102.

³ معد اعتمادا على:

- بعبطش شعبان، أثر التسويق بالعلاقات في تحقيق الميزة التنافسية، مرجع سبق ذكره، ص: 107-114.

- مدحت أبو النصر، أساسيات إدارة الجودة الشاملة، دار الفجر، ط1، مصر، 2008، ص147.

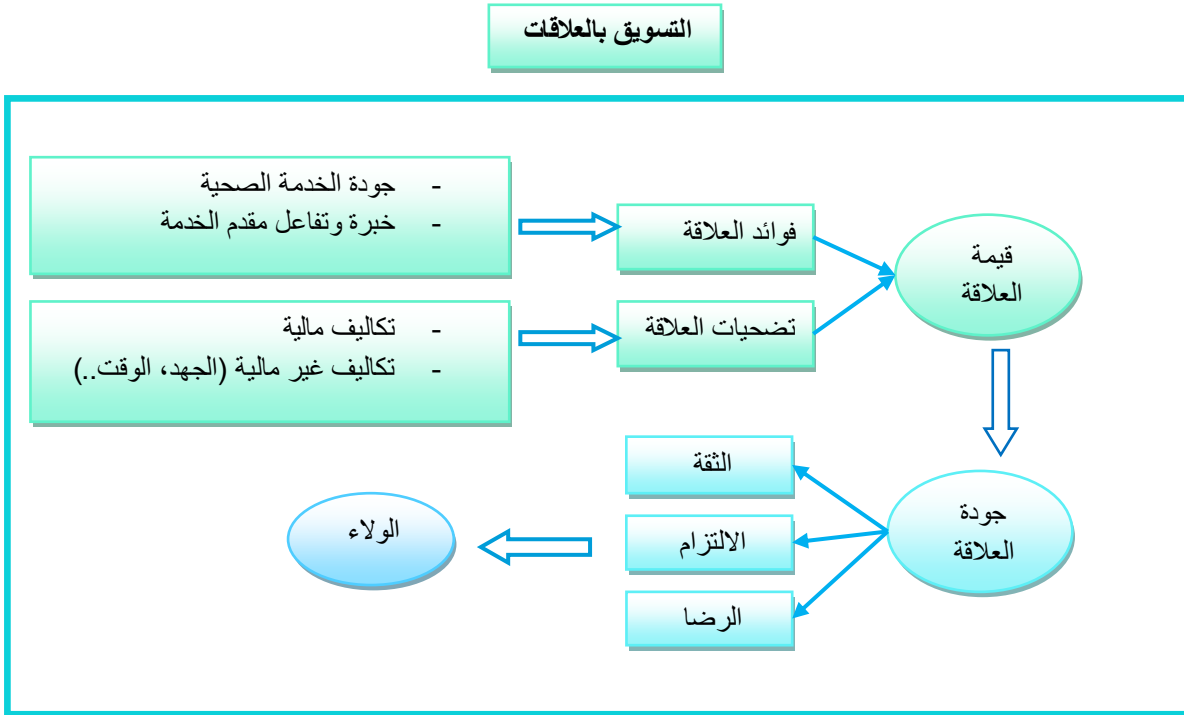
- Miguel a moliner, op cit, pp :80,81.

- David cahill, customer loyalty in third logistics relationship, Springer Science & Business Media, USA, 2007, pp :87,88.

لابد من الإشارة إلى أهمية ودور مقدمي الخدمات الصحية في بناء والحفاظ على علاقات ذات جودة، حيث يُعتبر السلوك العلائقي من مقدم الخدمة الصحية سبيل تحقيق الاندماج بين الزبون (المريض) والمؤسسة الصحية، والعمل على إدامة العلاقة وتنميتها بما يساعد على بناء روابط نفسية واجتماعية بين المؤسسة الصحية والزبون (المريض)، تولّد مع الوقت رأسمال علائقي مستدام صعب التقليد من طرف المنافسة.¹

حيث تعبّر قيمة العلاقة عن إدراك الزبون (المريض) للفرق بين الفوائد التي تحصل عليها من العلاقة كجودة الخدمة الصحية المقدمة، تفاعل مقدم الخدمة مع الزبون (المريض) وخبرته أثناء اللقاء الخدمي، وبين التضحيات التي يقدمها سواء كانت تكاليف مالية أو غير مالية متمثلة في الجهد والوقت وغيرهما،² وقيمة العلاقة أثر على جودة العلاقة وبالتالي على ولاء الزبون (المريض) للمؤسسة الصحية، والشكل رقم (34) يبرز أثر قيمة العلاقة وجودة العلاقة على ولاء الزبون (المريض).

الشكل رقم (34): أثر قيمة العلاقة وجودة العلاقة على ولاء الزبون (المريض)



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

- David cahill, customer loyalty in third logistics relations ship, op cit, p15.

¹ حيدر حمزة صالح، قياس أثر جودة علاقات الزبون المصرفي على ولائه للمصرف، مرجع سبق ذكره، ص103.

² Anil keskar, more pranay, relationship value, india journal of commerce and management studies, vol 9, issue2, 2018, p99.

- Anil keskar, more pranay, relationship value, india journal of commerce and management studies, vol ix, issue2, 2018, p108.
- Nasrin tahmasbizadeh et al, impact of relationship quality with customer on customer loyalty in customer oriented strategy, kuwait chapter of arabian journal of business and management review, vol6, no1, 2016, p45.

حيث في إطار فلسفة التسويق بالعلاقات، لقيمة العلاقة أثر على التزام الزبون (المريض) تجاه المؤسسة الصحية،¹ ويعد الالتزام إضافة إلى الرضا والثقة أبعاد جودة العلاقة التي تؤدي إلى تحقيق ولاء الزبون (المريض)، وعلى المؤسسة الصحية المتبنية لمفهوم التسويق بالعلاقات الاهتمام بتعظيم قيمة العلاقة المدركة من طرف الزبون (المريض) من خلال تعظيم منفعه المدركة مقابل تدنئة تضحياته المدركة، وبالتالي تحسين مستوى جودة العلاقة المدركة بالنسبة له، وهو ما يحقق لديه مستويات عالية من الرضا تؤدي في غالب الأحيان إلى بناء ولاءه للمؤسسة الصحية.

المطلب الرابع: التسويق الداخلي أداة لتحقيق الرضا الوظيفي وجودة الخدمة في المؤسسات الصحية

يعد التسويق الداخلي من مفاهيم التسويق الحديثة التي لاقت اهتماما كبيرا خاصة لدى المؤسسات الخدمية بصفة عامة والمؤسسات الصحية بشكل خاص، وذلك لما له من آثار إيجابية على الرضا الوظيفي للعاملين وجودة الخدمات الصحية.

1. مفهوم التسويق الداخلي في المؤسسات الصحية:

تقوم فكرة التسويق الداخلي على أنه هناك نوعان من الزبائن، زبائن داخليين متمثلين في العاملين بالمؤسسة وزبائن خارجيين يتم السعي للوصول إليهم، ولتحقيق ذلك لابد من الاهتمام بالزبائن الداخليين،² حيث ظهر مفهوم التسويق الداخلي في منتصف الخمسينات على يد مديري الجودة اليابانيين، وقد تم تفعيله في أواخر القرن الماضي، ركز على الاهتمام بالعاملين وإكسابهم اتجاهات إيجابية في طبيعة تعاملهم مع الزبائن الخارجيين، من

¹ Anil keskar, more pranay, relationship value, op cit, p99.

² نجية زيان وآخرون، التسويق الداخلي كمدخل لإدارة الموارد البشرية في المنظمات الخدمية، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، العدد2، ص245.

خلال تبني المؤسسة لفلسفة إدارية قائمة على الاستثمار في الموارد البشرية والاهتمام بها، عبر ممارسة الإجراءات الصحيحة لتعيينهم، تدريبهم، تحفيزهم، وتوفير البيئة المناسبة لهم.¹

يعرّف التسويق الداخلي أنه استراتيجية لتطوير العلاقات بين العاملين داخل المؤسسة بهدف بناء نشاطات داخلية تحسّن نوعية العلاقات التسويقية الخارجية، من خلال إثارة دافعية العاملين وتحقيق رضاهم، وتحقيق التعاون والتكامل الوظيفي، والتوجه بالزبون والسعي لإرضائه.²

كما يعرّف التسويق الداخلي أنه فلسفة لإدارة الموارد البشرية من منظور تسويقي، أي أنها تستخدم أساليب التسويق الحديث لإقناع العاملين بأهمية الاهتمام بكل من الزبائن الداخليين والخارجيين، ينعكس دوره في ضمان امتلاك العاملين المهارات والقدرات والوسائل والتحفيز اللازم من أجل تسليم القيمة التي وعدت بها المؤسسة للزبائن.³

عرّف التسويق الداخلي أيضا أنه أسلوب لأنظمة الحوافز والمكافآت الموجهة للعاملين بغية تحسين جودة الخدمة المقدمة للزبائن وتنمية العلاقات التفاعلية بينهم،⁴ حيث يعمل التسويق الداخلي على التنسيق الداخلي بين المؤسسة الصحية والعاملين لتحقيق النجاح في التسويق الخارجي، فعلى الرغم من أنّ التسويق الداخلي يقع ضمن أدبيات إدارة التسويق، إلا أنّ تركيزه على العاملين ورضاهم وعلى جودة الخدمة المقدمة إليهم أدى إلى تأثيره بالاتجاهات الخاصة بإدارة الموارد البشرية وإدارة الجودة.⁵

وقد أرجع عدد من الباحثين سبب فشل تطبيق التسويق الداخلي في المؤسسات إلى الجانب المالي، بينما يرجعه آخرون إلى سبب آخر يعتبرونه أهم وهو عدم الوعي الكافي بمفهوم التسويق الداخلي من طرف المؤسسات بما يعيق تطبيقه.⁶

¹ مالك محمد المجالي وآخرون، تأثير أبعاد التسويق الداخلي على رضا العاملين وأثره على أدائهم في البنوك التجارية العاملة في محافظة الكرك، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 12، العدد 3، 2016، ص 599، 600.

² بودي عبد القادر، بن جيمة نصيرة، أثر التسويق الداخلي على الرضا الوظيفي، دراسة تطبيقية على مستوى الصندوق الوطني للتقاعد، مجلة الابتكار والتسويق، المجلد 5، العدد 1، 2018، 194.

³ فريد كورتل، حلوز فاطمة، أثر تطبيق التسويق الداخلي على اداء المصارف التجارية العاملة في الجزائر، مجلة معارف، العدد 22، 2017، ص 396، 395.

⁴ بيداء ستار لفته، هالة فاضل حسين، تحقيق التفوق التسويقي في ظل تبني مفهوم التسويق الداخلي، مجلة دراسات محاسبية ومالية، المجلد 12، العدد 38، 2017، ص 35.

⁵ نجية زيان وآخرون، التسويق الداخلي كمدخل لإدارة الموارد البشرية في المنظمات الخدمية، مرجع سبق ذكره، ص 247.

⁶ Azedo daniela et al, internal marketing in portuguese health care, viesoji politika ir administravimas, vol11, no4, 2012, p643.

2. خصائص التسويق الداخلي في المؤسسات الصحية: تتمثل أهم خصائص التسويق الداخلي في المؤسسات الصحية فيما يلي:¹

- هو توجه مستقبلي وطريقة تفكير يعمل على تحقيق أرباح للمؤسسة على المدى البعيد من خلال التوجه نحو الزبون الداخلي والخارجي معا؛
- يعد التسويق الداخلي عملية اجتماعية يتجاوز إشباع الحاجات المادية للعاملين، ويعمل على توفير الأمن والاستقرار الوظيفي لهم، وإقامة علاقات متبادلة فيما بينهم كمجموعات عمل وبين الزبائن؛
- يساهم التسويق الداخلي في إدارة وتحسين مستوى الرضا الوظيفي وتحقيق ولاء العاملين للمؤسسة الصحية، كما يعمل على خلق ميزة تنافسية من خلال زبائن أكثر رضا وولاءً، مما يؤدي إلى زيادة الحصة السوقية وتحقيق الأرباح.

3. أهمية تطبيق التسويق الداخلي في المؤسسات الصحية: على غرار باقي المؤسسات الخدمية، تتمثل أهمية تبنيه من طرف المؤسسة الصحية فيما يلي:²

- إدارة التغيير في حال أرادت المؤسسة الصحية إحداث تغييرات كبيرة كأن تقرر الدخول في أسواق جديدة، أو طرق جديدة لتقديم الخدمات، للتسويق الداخلي دور في قبول وإنجاح هذه التغييرات بين العاملين؛
- بناء وتطوير ميزة تنافسية للمؤسسة الصحية؛
- يساعد في بناء صورة المؤسسة الصحية: حيث تُعد صورة المؤسسة وسيلة تأثير على العاملين وسوق التوظيف والزبائن الخارجيين، إضافة إلى المتدخلين الآخرين كحاملة الأسهم والمالكين الآخرين؛
- تحقيق جودة الخدمات الصحية المقدمة؛
- يعد مصدرا لتطوير وتحسين قدرات العاملين وإدراكهم للفرص التسويقية، ويجعلهم يعملون وفق رسالة المؤسسة وأهدافها؛
- تحسين العلاقات بين مقدمي الخدمات وإدارة المؤسسة الصحية؛

¹ بالاعتماد على:

- ببداء سنار لفتة، هالة فاضل حسين، تحقيق التفوق التسويقي في ظل تبني مفهوم التسويق الداخلي، مرجع سبق ذكره، ص36.
- عبد الرضا فرج بدر اوي الخماس، رأفت عواد موسى التميمي، العلاقة بين التسويق الداخلي وجودة الخدمة، دراسة استطلاعية لعينة من الزبائن والعاملين في المصارف التجارية العراقية، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد19، العدد73، 2013، ص37.

² بالاعتماد على:

- نجبة زيان وآخرون، التسويق الداخلي كمدخل لإدارة الموارد البشرية في المنظمات الخدمية، مرجع سبق ذكره، ص251.
- ببداء سنار لفتة، هالة فاضل حسين، مرجع سبق ذكره، ص36.

4. أبعاد التسويق الداخلي في المؤسسات الصحية: تعددت آراء الباحثين في تحديد أبعاد التسويق الداخلي، لكن أغلبهم ركّز على أربعة عناصر مهمة، تتمثل في:
- **التحفيز والمكافآت:** تعتبر الامتيازات التي يحصل عليها العاملون أحد الأبعاد الرئيسية للاحتفاظ بهم وتحقيق ولائهم للمؤسسة الصحية، حيث يرجع فشل العديد من المؤسسات في تقديم خدمة ذات جودة عالية إلى عدم وجود نظام حوافز فعال؛¹
 - **التفاعل الداخلي:** ويعني ضمان اتصال تفاعلي متبادل بين الإدارة والعاملين، لتوفير معلومات كافية ودقيقة بهدف زيادة الفهم والوعي بين العاملين وتقليص الصراع بينهم، بحيث تصبح عملية إقناع الزبائن وإيصال المعلومات لهم سهلة؛²
 - **تدريب وتطوير العاملين:** استخدام العمليات التعليمية قصيرة الأجل للعاملين غير الإداريين لتزويدهم بالمعارف المهنية، بينما يخص التطوير الإداريين لتزويدهم بالمفاهيم والأساليب الإدارية الحديثة؛³
 - **التمكين:** هو أسلوب إدارة يشترك من خلاله المدراء والعاملين للتأثير في عملية اتخاذ القرار، أي تمكين العاملين وتشجيع مشاركتهم في اتخاذ القرار بما يساهم في تحقيق رضاهم الوظيفي،⁴ ومن أسباب اللجوء إلى التمكين تطوير وتوفير المهارات اللازمة للعاملين من خلال تفويض السلطة لهم، بهدف تحقيق أهدافهم وإثبات ذاتهم.⁵

5. علاقة التسويق الداخلي بالرضا الوظيفي وجودة الخدمة الصحية:

يعد الرضا الوظيفي من أهم نتائج التسويق الداخلي والذي يدل على مدى وعي الإدارة بارتباط هذا المفهوم بمستوى جودة الخدمة المقدمة من قبل العاملين للزبائن (المريض)، مما دفع المؤسسات للاهتمام بتحقيق الرضا الوظيفي.⁶

يعتبر التفاعل بين مقدم الخدمة الصحية والزبون (المريض) أساس عملية تقديم الخدمات الصحية، كما يعد هذا التفاعل والاتصال أهم ما تقوم عليه عملية التقييم من طرف الزبون (المريض) لمستوى الخدمة المقدمة، حيث

¹ فؤاد حمودي العطار، حوراء ثامر مهدي حسين، التسويق الداخلي وجودة الخدمة وتأثيرهما في تحقيق رضا الزبون، مجلة جامعة كربلاء العلمية، المجلد 33، العدد 1، 2015، ص 323.

² بيداء ستار لفته، هالة فاضل حسين، تحقيق التفوق التسويقي في ظل تبني مفهوم التسويق الداخلي، مرجع سبق ذكره، ص 38.

³ شاكر تركي اسماعيل، التسويق الداخلي كمفهوم لإدارة الموارد البشرية وأثره على جودة الخدمة التعليمية، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، العدد 23، 2011، ص 190.

⁴ أيمن عبد الله محمد أبو بكر، أثر ممارسات التسويق الداخلي على رضا العاملين، مجلة العلوم الاقتصادية، العدد 16، 2015، ص 14.

⁵ فؤاد حمودي العطار، حوراء ثامر مهدي حسين، التسويق الداخلي وجودة الخدمة وتأثيرهما في تحقيق رضا الزبون، مجلة جامعة كربلاء العلمية، مرجع سبق ذكره، ص 323.

⁶ مالك محمد المجالي وآخرون، تأثير أبعاد التسويق الداخلي على رضا العاملين وأثره على أدائهم في البنوك التجارية العاملة في محافظة الكرك، مرجع سبق ذكره، ص 603.

يساهم نجاح لقاء الخدمة في تحقيق مستوى عال من جودة الخدمة الصحية المقدمة، وتؤثر المؤسسة الصحية على مواقف وسلوكيات مقدمي الخدمات أثناء لقاءات الخدمة من خلال سياسات إدارة الموارد البشرية، التي غالباً ما يتم تفسيرها من قبل العاملين كوسيلة لتكريمهم ومكافأتهم من طرف المؤسسة الصحية، وهي تعكس مدى التزام المؤسسة اتجاههم، وهو ما يؤثر على سلوكهم مع بعضهم البعض ومع الزبائن (المرضى).¹

حيث توصلت عدد من الدراسات إلى أنّ نجاح لقاء الخدمة الصحية يؤثر بشكل إيجابي على رضا الزبائن (المرضى)، كما أنّ لممارسات التسويق الداخلي أثر على إنجاح لقاءات الخدمة الصحية،² من خلال تأثيره على مقدمي الخدمات وتحقيقه للرضا الوظيفي لهم، إذ تعتبر وظائفهم خدمات داخلية تلي احتياجاتهم، كما أنّ التسويق الداخلي لا يؤدي إلى تحقيق الرضا الوظيفي فحسب، بل يؤثر على سلوكيات العاملين أيضاً خلال اللقاءات الخدمية أثناء تفاعلهم مع الزبائن (المرضى).³

كما يعتمد نجاح الخدمة الصحية على خلق مناخ تسويقي مناسب داخل هذه المؤسسات الصحية من قبل العاملين فيها، والعمل على تحقيق المزيد من الاتساق والانسجام بين الإدارة والعاملين، باعتبار العاملين زبائن داخليين يتلقون الخدمات من أعضاء آخرين في المؤسسة الصحية للقيام بعملهم، إذ تعتبر الخدمة الداخلية بأنها الخدمة المقدمة بين مختلف أقسام المؤسسة، فالتسويق الداخلي يحقق جودة الخدمة الداخلية، كما أنّ تقديم خدمة أفضل للزبائن الداخليين سيؤدي إلى تقديم خدمة عالية الجودة للزبائن الخارجيين (المرضى).⁴

تتمثل أبعاد التسويق الداخلي في مجموعة العناصر التي تشكل وتؤدي إلى تحقيق جودة الخدمة الداخلية من خلال تحفيز العاملين والاستماع إلى شكواهم ومعرفة احتياجاتهم، والعمل على تدريبهم وتنمية قدراتهم، إضافة إلى تمكينهم والسماح لهم باتخاذ القرارات،⁵ فالتسويق الداخلي هو مفتاح تقديم الخدمة المتميزة وأداة مهمة لنجاح التسويق الخارجي،⁶ والشكل رقم (35) يبرز العلاقة بين التسويق الداخلي، الرضا الوظيفي وجودة الخدمة الصحية.

¹ Wong hui-ching et al, internal marketing and its moderating effects between services-oriented encounter and patient satisfaction, acta paulista de enfermagem, vol29, no5, 2016, p507.

² ibid, p509.

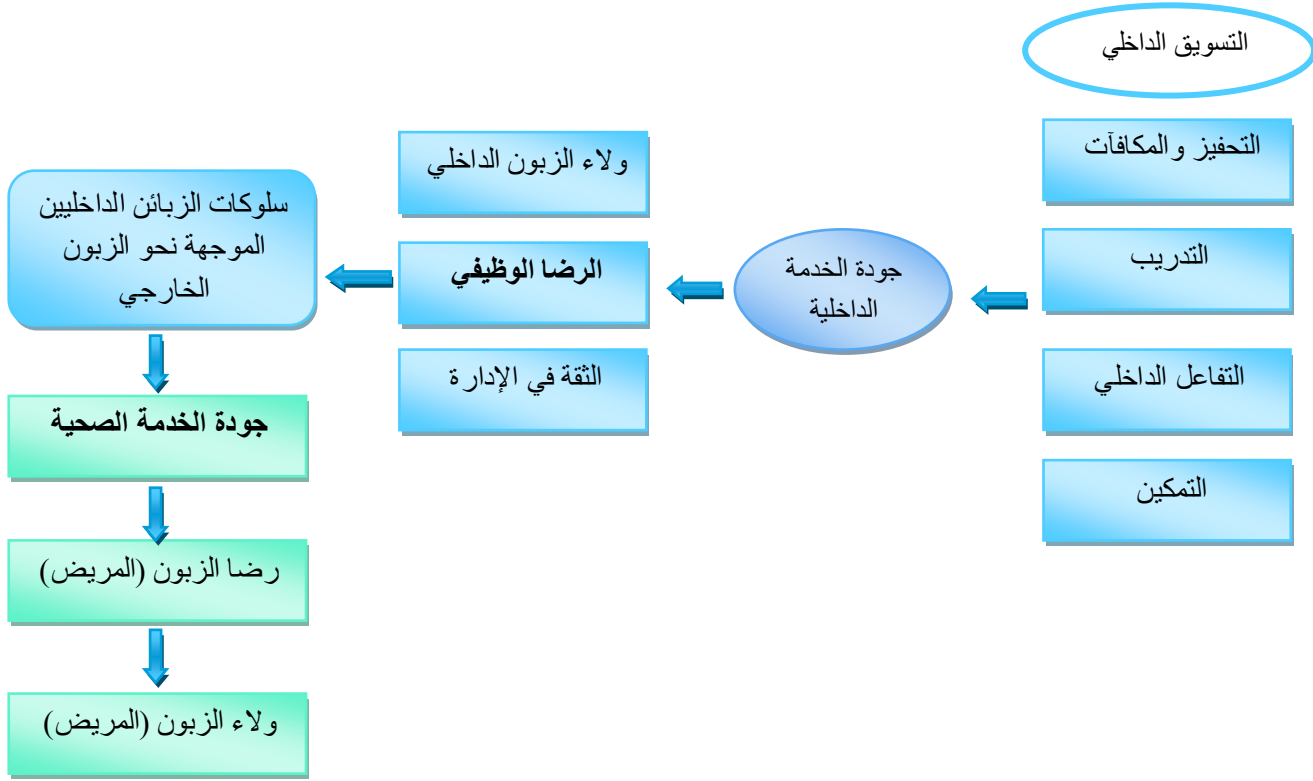
³ Ting shueh-chin, the effect of internal marketing on organizational commitment : job involvement and job satisfaction as mediators, educational administration quarterly, vol47, no2, 2011, pp :355, 359.

⁴ Nsour lyad et al, examine the relationship between external marketing and external service quality in saudi public hospitals, hospitals, vol3, no19, 2013, p30.

⁵ ibid, p30.

⁶ Frost frederick, kumar mukesh, intservqual an internal adaptation of the gap model in a large service organisation, the journal of services marketing, vol14, no5, 2000, p2.

الشكل رقم (35): العلاقة بين التسويق الداخلي، الرضا الوظيفي وجودة الخدمة الصحية



- من إعداد الطالبة اعتمادا على:

- Bansal harvir et al, the impact of internal marketing activities on external marketing outcomes, journal of quality management, vol6, no1, 2001, p65.

- سليمان أحمد آل الخطيب، أثر العلاقة بين جودة الخدمة الداخلية والخارجية، رضا الزبون الداخلي كمتغير معدل، دراسة على عينة من المطاعم ذات الخدمات الكاملة في عمان، مجلة دراسات للعلوم الإدارية، المجلد43، العدد1، 2016، ص49.

وعليه للتسويق الداخلي في المؤسسات الصحية هادفة للربح كانت أو غير هادفة للربح دور مهم في دعم العاملين وتلبية احتياجاتهم، بما يحقق رضاهم الوظيفي ويقلل بذلك دوران العمل لديهم، وعليه يرفع مستوى ولائهم اتجاه المؤسسة، وبالتالي هذا ما يضمن التزام العاملين بتقديم خدمات أفضل للزبائن (المرضى) بمستويات جودة عالية، تضمن قيمة مدركة مرتفعة للزبائن (المرضى) بما يشبع حاجاتهم ويحقق رضاهم. ويدفعهم لتكرار الشراء والولاء للمؤسسة الصحية وللمقدمي الخدمات العاملين فيها.

خلاصة:

من خلال الفصل الثاني، الذي تضمن الحديث عن دور الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات في تحقيق جودة الخدمة الصحية، يمكن تلخيص أهم ما جاء فيه كما يلي:

- ✓ يتأثر رضا الزبون (المريض) عن مستوى جودة الخدمة الصحية بمجموعة من المحددات الأساسية والتي تشكل في مجموعها توقعاته ونقطة الانطلاق التي يبني عليها الزبون (المريض) تقييمه، تتمثل هذه المحددات في: الكلمة المنطوقة الإيجابية أو السلبية عن الخدمة، حاجات الزبون (المريض) التي يرغب في إشباعها، تجربة الزبون (المريض) السابقة عن الخدمة، الجهود الاتصالية للمؤسسة مع زبائنها (المرضى)؛
- ✓ آثار مفهوم "القيمة" شكوك الأطباء الذين اعتبروها رمزا لتخفيض التكاليف مما قد يخفض من مستوى الخدمات، لكن رغم ذلك العديد من المؤسسات الصحية عبر العالم (على غرار بريطانيا) تستخدم مفهوم القيمة لتعزيز القيمة المدركة للزبون (المريض) ليس من خلال تقليل التكاليف وإنما من خلال تعظيم الفوائد بالنسبة للزبون (المريض)؛ ففي ظل مجانية العلاج في بعض المؤسسات الصحية وربحية مؤسسات أخرى تبقى القيمة أهم ما يمكن أن يخلق التمايز بينهم؛
- ✓ تعتبر مهارات مقدم الخدمة الصحية ركيزة أساسية لتحقيق معايير جودة الخدمة الصحية، فأغلب أبعاد جودة الخدمة تعود لسلوك مقدمها، كالاتمادية والاستجابة والتعاطف والأمان، التي تكون من خلال سيطرة مقدمي الخدمة على خط الخدمة واستعدادهم لتقديم الخدمة للزبون حسب ما يلائمه، إذ يوجد تداخل بين سلوك مقدم الخدمة ومفهوم جودة الخدمة الصحية، إذ أن أغلبية أبعاد جودة الخدمة الصحية تتعلق بعنصر التفاعل البشري من مقدم الخدمة؛
- ✓ في سبيل إنجاح لقاءات الخدمة، وتقديم خدمات ذات جودة تعددت الأبحاث حول العلاقة بين الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمة في الخطوط الأمامية ورضا الزبائن (المرضى) في المؤسسات الصحية عن مستوى جودة الخدمات المقدمة، ويُعد heskett وآخرون أهم من قدم العديد من الدراسات والأبحاث في هذا المجال بدءا بدائرة نجاح وفشل الخدمة، (1991)، نظرية العدوى العاطفية (1994)، سلسلة ربح الخدمة (1994) ومرآة الرضا (1997).
- ✓ يبدأ مفهوم نموذج سلسلة ربح الخدمة في إطار توضيح أثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمة من المستويات العالية من جودة الخدمة الداخلية التي تؤدي إلى مستويات أعلى من الرضا الوظيفي وزيادة نسبة الاحتفاظ بمقدمي الخدمة، فالعاملون اللذين يشعرون بالرضا الوظيفي يعملون على تقديم جودة عالية للزبائن، التي تعد أساس تقديم قيمة عالية لهم بما من شأنه زيادة رضاهم.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة
الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية العمومية وعدد
من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة

تمهيد:

عرف قطاع الصحة في الجزائر تحولات عديدة في هيكله منذ الاستقلال إلى يومنا هذا من خلال عدد من الإصلاحات خلال فترات زمنية مختلفة، عبر تشييد المنشآت الصحية العمومية وتسخير الموارد البشرية وإحداث إصلاحات قانونية آخرها سنة 2018، في ظل كل ذلك شهد القطاع العمومي عدة احتجاجات من طرف العاملين فيه وبشكل خاص الأطباء وشبه الطبيين، هذا وقد أعطت عدد من التقارير الدولية المتعلقة بالصحة تصنيفات ضعيفة عن قطاع الصحة ككل في الجزائر، وهو ما يطرح اشكالا بخصوص مستوى رضاهم عن ظروف العمل في المؤسسات الصحية وانعكاس ذلك على مستوى الخدمات الصحية المقدمة، باعتبارهم جسر توصيل القيمة من المؤسسة للزبون (المريض).

ولتحقيق أهداف هذه الدراسة ومعرفة مدى وجود أثر لمستوى الرضا الوظيفي على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة، تم إجراء دراسة ميدانية لاختبار الفرضيات الموضوعية على مؤسسة صحية عمومية وعدد من المؤسسات الخاصة في ولاية البويرة (الجزائر)، ومن خلال هذا الفصل سيتم التطرق إلى المباحث التالية:

- المبحث الأول: لمحة عن النظام الصحي الجزائري وقطاع الصحة بولاية البويرة؛
- المبحث الثاني: اعداد الدراسة الميدانية؛
- المبحث الثالث: التحليل الوصفي للعينة المدروسة وملتغيرات الدراسة؛
- المبحث الرابع: تحليل نتائج اختبار فرضيات الدراسة.

المبحث الأول: لمحة عن النظام الصحي الجزائري وقطاع الصحة بولاية البويرة

تم إجراء الدراسة الميدانية على عدد من المؤسسات الصحية بولاية البويرة، مؤسسة عمومية متمثلة في المؤسسة الاستشفائية "محمد بوضياف"، وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة الربحية بذات الولاية، وسيتم إعطاء لمحة بسيطة عن النظام الصحي الجزائري وعرض بعض نتائج التقارير الدولية المتعلقة بمستوى الصحة في الجزائر، ثم تسليط الضوء على واقع قطاع الصحة في ولاية البويرة من خلال التطرق للمؤسسات الصحية في كل من القطاع العام والخاص، بعدها يتم التعرّيج للتعريف بالمؤسسة العمومية وبعض المؤسسات الخاصة محل الدراسة.

المطلب الأول: واقع النظام الصحي الجزائري

يتم التطرق فيما يلي إلى مستويات النظام الصحي الجزائري ومختلف الهياكل المشكلة له على المستوى الوطني والجهوي، الولائي والمحلي، ثم الوقوف على خصائص هذا النظام مع تسليط الضوء على بعض الأرقام حول قطاع الصحة في الجزائر حسب إحصائيات ومؤشرات بعض التقارير الصادرة عن عدد من المنظمات الدولية.

1. هيكل النظام الصحي العمومي في الجزائر:

في إطار تحقيق الصحة وسط المجتمع تم وضع هيكل للنظام الصحي العمومي الجزائري يتكون من عدد من المؤسسات، وتعد وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية، من خلال إشرافها على عدد من المؤسسات والهيئات الصحية وذلك وفق أربع مستويات كما يلي:¹

- على المستوى المركزي: وزارة الصحة والسكان؛
- على المستوى الجهوي: ويضم مناطق صحية عددها خمسة مناطق، وهي عبارة عن هيئات استشارية مكلفة بالتنسيق والإسناد، تتمثل في المنطقة الصحية للشرق (14 ولاية)، المنطقة الصحية للغرب (11 ولاية)، المنطقة الصحية للوسط (11 ولاية)، المنطقة الصحية للجنوب الشرقي (07 ولايات)، المنطقة الصحية للجنوب الغربي (05 ولايات)؛
- على المستوى الولائي: مديريات الصحة والسكان وعددها 48 مديرية تتوزع على كامل ولايات الوطن تخضع للمرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997، الذي يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية ويسيرها، إضافة إلى القطاعات الصحية التي توضع تحت

¹ سيد احمد حاج عيسى، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية، جامعة الجزائر 3، 2012/2011، ص ص: 145، 146.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية العمومية وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة

وصاية الوالي تخضع للمرسوم التنفيذي رقم 97-466 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المحدد لقواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها، يتكوّن القطاع الصحي من الهياكل الصحية العمومية المكلفة بالوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التكييف الطبي، من أهم مهامه ضمان تنظيم توزيع الاسعافات وبرمجتها، تطبيق نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكييف الطبي والاستشفاء كما يطبق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة والسكان، ويساهم في ترقية المحيط وحمائته في مجال الوقاية والنظافة... الخ؛

- المؤسسات الاستشفائية الجامعية : Établissements hospitaliers universitaires (EHU) وهي مؤسسة واحدة متواجدة بوهران، أنشأت بمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 03-270 المؤرخ في 13 أوت 2003 المتضمن إنشاء المؤسسة الاستشفائية الجامعية بوهران وتنظيمها وتسييرها؛

- المراكز الاستشفائية الجامعية: Centres hospitaliers universitaires (CHU) عددها 14 مركزا استشفائيا جامعيًا؛

- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة: Établissements hospitalières spécialisées (EHS) تخضع للمرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 الذي يحدد قواعد انشائها وتنظيمها، تتخصص هذه المؤسسات في مرض معين أو فئة عمرية معينة؛

- المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية:

Établissements publics hospitaliers (EPH), Établissements publics de santé de proximité (EPSP)

التي تخضع للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها، تكون تحت وصاية الوالي، تتمثل مهامها في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بما يلي: الوقاية والعلاج القاعدي، تشخيص المرض، العلاج الجوّاري، الفحوص المتعلقة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي... الخ إضافة إلى المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتحديد معارفهم؛

- المؤسسات الاستشفائية: عددها خمسة مؤسسات استشفائية متواجدة بعين تموشنت، سكيكدة، عين الترك بوهران، عين آزال بسطيف، ديدوش مراد بقسنطينة.

2. خصائص المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر: يتكون هيكل النظام الصحي الجزائري من مؤسسات صحية عمومية ومؤسسات صحية خاصة، فالمؤسسات الصحية العمومية تنتمي إلى القطاع العام غير الربحي المدعوم من قبل الدولة، له مهام اجتماعية يعمل على تقديم خدمات صحية عمومية للأفراد،¹ من أهم خصائصها ما يلي:

- تعدد السلطات بين السلطة الإدارية والسلطة الفنية (الطبية)، حيث يمتلك السلطة الإدارية أصحاب الإدارة العليا في المؤسسة والمستمدة من الهيكل التنظيمي وهي أكبر سلطة من حيث نطاق العمل والإشراف، بينما السلطة الفنية الطبية هي السلطة التي يملكها القائمون على إدارة العمل الطبي في المؤسسة الصحية، وهم الأطباء بمختلف اختصاصاتهم، وهو ما يخلق وضعاً معقداً داخل هذه المؤسسات بفعل التقاطع والاصطدامات المتوقع حدوثها بين هاتين السلطتين؛²
- منافسة المؤسسات الصحية في القطاع الخاص: حيث بدأ ينمو في الجزائر قطاع صحي خاص يحرص على جذب واستقطاب أحسن الموارد البشرية التي تتوفر عليها المؤسسات الصحية العمومية بسبب إغراءاته المالية وظروف العمل الملائمة؛³
- إيرادات ميزانية المؤسسات الصحية العمومية مرتبطة بالضمان الاجتماعي وتمويل الدولة، إضافة إلى الإيرادات المتعلقة بالخدمات الصحية المقدمة والتي تبقى أسعارها رمزية وضعيفة لا تتعدى (02%) من إجمالي إيراداتها.⁴

3. واقع قطاع الصحة في الجزائر حسب عدد من التقارير الدولية:

في سبيل الحديث عن واقع قطاع الصحة في الجزائر ومحاوله إعطاء صورة عنه، تم اللجوء إلى عدد من التقارير الدولية التي أعطت وصفاً للأنظمة الصحية للعديد من دول العالم، من خلال عدد من المؤشرات الصحية يصنّف على أساسها المستوى الصحي للبلدان، ومن أهم هذه التقارير: تقرير الرفاهية العالمي Legatum وتقرير مؤشر الأمن الصحي العالمي (GHS).

¹ مهري عبد المالك، حوكمة المستشفيات في الجزائر، هل هي الوصفة السحرية لعلاج جميع مشاكلها؟ مداخلة ضمن الملتقى الوطني الأول حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات ورهانات التمويل، المستشفيات نموذجاً، جامعة قلمة، 10-11 أفريل 2018، ص06.

² المرجع نفسه، ص08.

³ خريف نادية، حرنان سمية، تسيير المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، المعوقات والمتطلبات، مداخلة ضمن الملتقى الوطني الأول حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات ورهانات التمويل، المستشفيات نموذجاً، جامعة قلمة، 10-11 أفريل 2018، ص08.

⁴ المرجع نفسه، ص07.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية العمومية وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة

- تصنيف قطاع الصحة حسب تقرير الرفاهية العالمي Legatum: من أهم التقارير الدولية التي تعنى بترتيب وتصنيف دول العالم في مجالات مختلفة نجد تقرير الرفاهية (الازدهار) العالمي الذي يصدره معهد Legatum، يتضمن التقرير عدة مجالات منها الصحة، من خلال ستة مؤشرات فرعية يتم على أساسها تصنيف المستوى الصحي للدول، تتمثل هذه المؤشرات في: طول العمر والصحة الجسدية، الصحة النفسية للأفراد، نظم الرعاية، التدخلات الوقائية وعوامل الخطر السلوكية،¹ والجدول رقم (04) يوضح ترتيب مستوى الصحة في الجزائر حسب هذا المؤشر من 2010 إلى 2019.

الجدول رقم (4): مستوى الصحة في الجزائر حسب تقرير Legatum (2010-2019)

السنوات	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
الرتبة/	/67	/72	/75	/71	/89	/63	/53	/74	/80	/73
مجموع الدول	110	110	142	142	142	142	149	149	149	167

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

- Legatum institute, The legatum prosperity index, 2010-2019,
<https://www.prosperity.com/about/resources>, consulter le : 06/01/2020.

من خلال الجدول يظهر ترتيب متأخر لمستوى الصحة الجزائرية بعد الخمسين نظاما صحيا الأولى، خلال كل سنوات الدراسة، وقد سجل أحسن ترتيب سنة 2016 في المرتبة 53 عالميا من بين 149 نظاما صحيا ليزداد الواقع الصحي الجزائري تأخرا خلال السنوات 2017، 2018، ليتحسن نوعا ما بعدها سنة 2019 في المرتبة 73، لكن تبقى نتيجة متأخرة مقارنة بالعديد من الدول العربية كالإمارات العربية بالمرتبة 47، وقطر في المرتبة 48.²

¹ Legatum institute, the legatum prosperity index, 2019,
https://www.prosperity.com/download_file/view_inline/3690, 06/01/2020, p35.

² Legatum institute, the legatum prosperity index, op cit, p14.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية العمومية وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة

- تصنيف قطاع الصحة الجزائري حسب مؤشر الأمن الصحي العالمي* (GHS): يعد هذا المؤشر تقييم شامل وقياس مرجعي للأمن الصحي للدول وقدراتها الصحية لـ 195 دولة، يتم هذا التصنيف من خلال بيانات من الدول ومنشوراتها الحكومية، بيانات منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي وغيرها، يرتب المستوى الصحي للدول بناء على ستة مؤشرات فرعية¹، ويمكن توضيح مستوى الأمن الصحي الجزائري لسنة 2019 من خلال الجدول رقم (05).

الجدول رقم (05): مستوى الصحة في الجزائر حسب مؤشر الأمن الصحي العالمي (GHS)

المؤشرات الفرعية	قيمة المؤشر من 100	الترتيب من 195 دولة
01 الوقاية	25.7	184
02 الكشف المبكر والإبلاغ عن الأوبئة	12.0	174
03 الاستجابة السريعة لمنع انتشار الأوبئة	19.6	181
04 نظام صحي معالج للمرضى وحامي للعاملين الصحيين	13.1	139
05 الالتزام بمعايير الصحة العالمية	29.1	184
06 المخاطر (السياسية، الاجتماعية، الأمنية، الاقتصادية...) التي تؤثر على انتشار الأمراض	51.4	113
قيمة مؤشر الأمن الصحي ككل	23.6	173

Source : center for health security, global health security index, 2019, p119:

<https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2019/10/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>, 06/01/2020.

من خلال الجدول رقم (05) يمكن ملاحظة مدى ضعف مستوى الأمن الصحي الجزائري حسب مؤشر الأمن الصحي العالمي لسنة 2019، حيث بلغت قيمة المؤشر 23.6 من 100 وترتيب جد متأخر في الرتبة 173 دوليا، ويمكن إرجاع ذلك إلى ضعف المؤشرات الفرعية للمستوى الصحي الجزائري، حيث تم تسجيل مستويات ضعيفة جدا في كل من بُعد الكشف المبكر والإبلاغ عن الأوبئة وبُعد نظام صحي معالج للمرضى وحامي للعاملين بقيم مؤشر جد منخفضة في حدود 12 و 13 من 100، إضافة إلى ضعف عنصر الوقاية والاستجابة السريعة لمنع انتشار الأوبئة، وقلة الالتزام بمعايير الصحة العالمية، وهو ما يعكس مدى ضعف مستوى

* (GHS) global health security index: تقرير سنوي يصدره مركز الأمن الصحي Johns Hopkins بلومبيرغ بالولايات المتحدة الأمريكية، وهو يهتم بدراسة الفوارق الصحية بين المجتمعات عبر العالم.

¹ <https://www.ghsindex.org/about/>, 06/01/2019.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية العمومية وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة

الصحة الجزائرية ككل، في حين تم تسجيل أحسن قيمة في المؤشر الفرعي الخاص بالمخاطر (السياسية، الاجتماعية والأمنية، الاقتصادية...) التي تؤثر على انتشار الأمراض في الجزائر، حيث أخذ قيمة مؤشر أكثر من 50 من 100، والتي هي الأخرى لا ترقى للمستوى المطلوب باعتبار تفوق أغلب دول العالم في هذا البعد واحتلال الجزائر للمرتبة 113 دوليا فيه.

من خلال نتائج التقريرين يظهر مدى ضعف المستوى الصحي الجزائري وبقائه في ذات المستوى رغم مخططات إصلاح القطاع، وتخصيص ميزانية فاقت نسبتها 7% من مجموع النفقات لسنة 2016،¹ وتجاوزت نسبة 9% من مجموع النفقات سنة 2017،² لتقدر نسبتها بـ 8.34% من مجموع النفقات للسنة الجارية 2020،³ بالتالي يظهر أنّ المشكل في قطاع الصحة الجزائرية يتجاوز المشاكل المالية إلى مشاكل في التسيير والنظام الصحي بشكل عام، كما اعتبرت منظمة الصحة العالمية أنّ نسبة التغطية الصحية في الجزائر لم تتعدى 76% سنة 2015، ومتوسط تنفيذ اللوائح الصحية الدولية في حدود 76% بين سنتي 2010 و2017.⁴ وهو ما تؤكدده قيمة المؤشر الفرعي الرابع لمؤشر الأمن الصحي الجزائري الذي يضمن مدى قدرة النظام الصحي للبلد على حماية العاملين الصحيين، حيث سجلت قيمة جد ضعيفة في حدود 13 من 100، وهو ما يفسر الشكاوى المتكررة والإضرابات التي يقوم بها موظفو القطاع منذ سنوات، وكما هو معروف الإضراب نتيجة من نتائج المستويات المنخفضة للرضا الوظيفي، وبالتالي قيمة هذا المؤشر الفرعي تعطي صورة عن وجود مشاكل سواء بالنسبة للعاملين أو للمرضى على حد سواء.

¹ محسوبة اعتمادا على: قانون المالية 2016، الجريدة الرسمية رقم 72، المؤرخة في 2015/12/31، ص 73.

² محسوبة اعتمادا على: قانون المالية 2017، الجريدة الرسمية رقم 77، المؤرخة في 2016/12/29، ص 66.

³ محسوبة اعتمادا على: قانون المالية 2020، الجريدة الرسمية رقم 81، المؤرخة في 2019/12/30، ص 51.

⁴ World health organization, world health statistics 2018, p37, p46 :

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>,

07/01/2020.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية العمومية وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة

المطلب الثاني: عرض المؤسسات الصحية بولاية البويرة

يُشكل النظام الصحي في ولاية البويرة كل من القطاع العمومي والخاص تحت إشراف مديرية الصحة والسكان، هدفه الأساسي توفير الخدمات الصحية في عدد من التخصصات لسكان الولاية والحفاظ على الصحة العامة لهم، تتمثل هذه المؤسسات فيما يلي:

1. المؤسسات الصحية العمومية في ولاية البويرة: تمثل وزارة الصحة في ولاية البويرة على غرار باقي ولايات الوطن مديرية الصحة والسكان، التي تشرف على عدد من المؤسسات الصحية بالولاية، منها المؤسسات الاستشفائية العمومية الموضحة في الجدول رقم (06).

الجدول رقم (06): المؤسسات الاستشفائية العمومية في ولاية البويرة

عدد البلديات التي تغطيها	عدد الأسرة	المؤسسة الاستشفائية العمومية
09	375	المؤسسة الاستشفائية العمومية بالبويرة
09	240	المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية
10	309	المؤسسة الاستشفائية العمومية بسور الغزلان
10	92	المؤسسة الاستشفائية العمومية بعين بسام
07	88	المؤسسة الاستشفائية العمومية بمشدالة
كامل الولاية	120	المؤسسة الاستشفائية العمومية للأمراض العقلية بسور الغزلان
45	1224	المجموع

Source : Direction de la sante et de la population de la wilaya de BOUIRA, Fiche technique du secteur de la santé, 2019, pp :6,7.

حيث تتواجد بالولاية خمسة مؤسسات استشفائية عمومية متعددة الاختصاصات موزعة على أهم مناطق الولاية (الأخضرية، سور الغزلان، عين بسام، مشدالة) تغطي مجتمعة بلديات الولاية المتمثلة في 45 بلدية، إضافة إلى مؤسسة استشفائية عمومية متخصصة في الأمراض العقلية متواجدة بسور الغزلان، إضافة إلى هذه المؤسسات الاستشفائية توجد في الولاية عدد من المؤسسات الصحية الأخرى متمثلة في المؤسسات الصحية العمومية للصحة الجوارية وقاعات العناية موضحة في الجدول رقم (07).

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية العمومية وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة

الجدول رقم (07): المؤسسات العمومية للصحة الجوارية وقاعات العناية في ولاية البويرة

قاعات العناية	المجموع	08سا	12 سا	24سا	
29	09	06	00	03	البويرة
32	06	0	04	02	الأخضرية
32	07	04	00	03	سور الغزلان
24	07	00	04	03	عين بسام
27	05	01	01	03	احنيف
144	34	11	09	14	المجموع

Source : Direction de la sante et de la population de la wilaya de BOUIRA, Fiche technique du secteur de la santé, op cit, p13.

تتوزع المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (34 مؤسسة) على مختلف مناطق الولاية في ثلاثة أنواع مؤسسات بدوام 24 ساعة وأخرى بدوام 12 ساعة و08 ساعات، تدعم المؤسسات العمومية للصحة الجوارية عدد من قاعات العناية يصل عددها إلى 144 قاعة.

2. القطاع الصحي الخاص في ولاية البويرة: يدعم القطاع الصحي الخاص في ولاية البويرة القطاع العمومي في تقديم الخدمات الصحية للأفراد، من خلال عدد من المؤسسات الاستشفائية ومراكز تصفية الدم عيادات خاصة ووحدات النقل الصحي... ويمكن توضيحها أكثر فيما يلي:

- المؤسسات الاستشفائية الخاصة في ولاية البويرة: تدعم المؤسسات الصحية العمومية في عمليات تقديم الخدمات الصحية لسكان الولاية عدد من المؤسسات الاستشفائية الخاصة، تتمثل في الجدول رقم (08).

الجدول رقم (08): المؤسسات الاستشفائية الخاصة بولاية البويرة

عدد الأسرة	المؤسسة الاستشفائية الخاصة
48	ابن سينا
21	لالة خديجة
17	المصحة المركزية G10
20	ليغوندا
106	المجموع

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية العمومية وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة

Source : Direction de la sante et de la population de la wilaya de BOUIRA, Fiche technique du secteur de la santé, op cit, p14.

إضافة إلى هذه المؤسسات الاستشفائية الخاصة تتواجد بولاية البويرة عدد من مراكز تصفية الدم الخاصة تدعم المراكز العمومية المتواجدة على مستوى المؤسسات الاستشفائية العمومية الخمسة.

- مراكز تصفية الدم الخاصة بولاية البويرة:

تتواجد في ولاية البويرة أربعة مراكز خاصة لتصفية الدم تتوزع على ثلاث مناطق في الولاية كما هو موضح في الجدول رقم (09).

الجدول رقم (09): مراكز تصفية الدم الخاصة بولاية البويرة

الرقم	مركز تصفية الدم	البلدية	عدد الأجهزة
01	مركز الإحسان	البويرة	08
02	مركز لالة خديجة	مشدالة	08
03	مركز مريم ديال	الأخضرية	13
04	مركز الدكتور مازوني	الأخضرية	16
	المجموع		45

Source : Direction de la sante et de la population de la wilaya de BOUIRA, Fiche technique du secteur de la santé, op cit, p14.

يساهم القطاع الخاص بخمسة وأربعون جهاز تصفية الدم، موزعة على أربعة مراكز صحية خاصة متواجدة في كل من بلدية البويرة، الأخضرية ومشدالة.

- وحدات النقل الصحي بولاية البويرة:

يتواجد في ولاية البويرة تسعة وحدات للنقل الصحي (06 بلدية البويرة، 01 بلدية مشدالة 01 بلدية الأخضرية، 01 بلدية اغبالو)، بمجموع ستة وعشرون (26) سيارة اسعاف تابعة للقطاع الخاص.¹

¹ Direction de la sante et de la population de la wilaya de BOUIRA, Fiche technique du secteur de la santé, op cit, p15.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية العمومية وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة

- العيادات الطبية الخاصة والصيدليات بولاية البويرة:

إضافة للمؤسسات الاستشفائية الخاصة ومراكز تصفية الدم، تتواجد في ولاية البويرة عدد من العيادات خاصة بأطباء عموميون ومتخصصون وجراحو الأسنان، إضافة إلى عدد من الصيدليات، والجدول رقم (10) يظهر عددها.

الجدول رقم (10): العيادات الطبية الخاصة والصيدليات بولاية البويرة

العدد	التعيين	الرقم
119	أطباء عامون	01
185	أطباء متخصصون	02
112	جراحو الأسنان	03
178	الصيدليات	04

Source : Direction de la sante et de la population de la wilaya de BOUIRA, Fiche technique du secteur de la santé, op cit, p16.

3. **المؤشرات الصحية لولاية البويرة:** في سبيل معرفة مستوى الصحة بشكل عام في ولاية البويرة يتم عرض عدد من المؤشرات الصحية ومقارنتها بالمؤشرات الوطنية، والجدول رقم (11) يوضح ذلك.

الجدول رقم (11): المؤشرات الصحية لولاية البويرة

المؤشرات الصحية على المستوى الوطني	المؤشرات الصحية في ولاية البويرة
1.75 لكل 1000 نسمة	1.08 سرير لكل 1000 نسمة
عيادة لكل 24118 نسمة	عيادة لكل 24288 نسمة
قاعة عناية لكل 6913 نسمة	قاعة عناية لكل 5695 نسمة
طبيب متخصص واحد لكل 1366 نسمة	طبيب متخصص واحد لكل 1668 نسمة
طبيب واحد عام لكل 1268 نسمة	طبيب واحد عام لكل 1606 نسمة
جراح أسنان لكل 3020 نسمة	جراح أسنان لكل 3637 نسمة
صيدلي لكل 3470 نسمة	صيدلي واحد لكل 4416 نسمة
شبه طبي واحد لكل 323 نسمة	شبه طبي واحد لكل 409 نسمة

Source : Direction de la sante et de la population de la wilaya de BOUIRA, Fiche technique du secteur de la santé, op cit, p17.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية العمومية وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة

من خلال المؤشرات الصحية لولاية البويرة المعروضة في الجدول السابق، وعند مقارنتها بالمؤشرات الصحية الوطنية نلاحظ أنّ أغلبها أضعف من المؤشرات الوطنية باستثناء المتعلقة بقاعات العناية، وهو ما يعكس نوعا ما ضعف قطاع الصحة بالولاية، مما يستدعي العمل على تحسين وتطوير هذا القطاع مبدئيا من خلال الرفع من قيمة هذه المؤشرات، وذلك بتوفير الهياكل المادية والموارد البشرية الكافية حسب عدد السكان وتوفير الظروف الملائمة لتقديم خدمات صحية ذات جودة.

المطلب الثالث: التعريف بالمؤسسة الصحية محل الدراسة

شملت الدراسة الميدانية عددا من المؤسسات الصحية في ولاية البويرة، ولتحقيق أهداف الدراسة المقارنة تم إجراء الدراسة في المؤسسة الاستشفائية العمومية "مُجَّد بوضياف" بمدينة البويرة إضافة إلى عدد من المؤسسات الصحية الخاصة بذات المدينة منها المصحة المركزية ومركز الاحسان لتصفية الدم، في حين تحفظت ثلاثة مؤسسات أخرى عن ذكر أسمائها في الدراسة، ويتم إعطاء لمحة تعريفية عن المؤسسة الصحية العمومية محل الدراسة فيما يلي:

1. تقديم المؤسسة الاستشفائية العمومية "مُجَّد بوضياف" بالبويرة: على غرار باقي المؤسسات الاستشفائية العمومية في الجزائر، ووفق المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى 1428 الموافق لـ 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوية وتنظيمها وتسييرها، تعتبر المؤسسة الصحية العمومية "مُجَّد بوضياف" مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي توضع تحت وصاية الوالي، تتكوّن من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي خدماتها الصحية سكان بلدية البويرة وعدد من البلديات المجاورة،¹ تقع هذه المؤسسة في منطقة "حركات" في مدينة البويرة، تم تدشينها في 26 جوان 1994 كأكبر مؤسسة استشفائية عمومية بالولاية من حيث عدد الأسرة، إذ تحتوي على 375 سرير.² تتكوّن المؤسسة الاستشفائية العمومية "مُجَّد بوضياف" بالبويرة من 18 مصلحة طبية، من أهمها: قسم تصفية الدم، مركز الأشعة الطبية؛ قسم الأورام، مصلحة الاستعجال، مصلحة طب الأطفال؛ مصلحة

¹ المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى 1428 الموافق لـ 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوية وتنظيمها وتسييرها.

² Direction de la sante et de la population de la wilaya de BOUIRA, Fiche technique du secteur de la santé, op cit.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية العمومية وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة

طب وجراحة العظام، مصلحة طب العيون، جراحة الأنف والحنجرة وجراحة الوجه والفك، مصلحة الإنعاش، مصلحة الجراحة العامة، مصلحة الطب الداخلي، مصلحة أمراض النساء والتوليد.

- مهام المؤسسة الاستشفائية العمومية "مُجد بوضيف" بالبويرة: حسب المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى 1428 الموافق لـ 19 ماي 2007، تتمثل مهام المؤسسة الاستشفائية "مُجد بوضيف" في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، وفي ذلك الإطار تتمثل مهامها في:¹

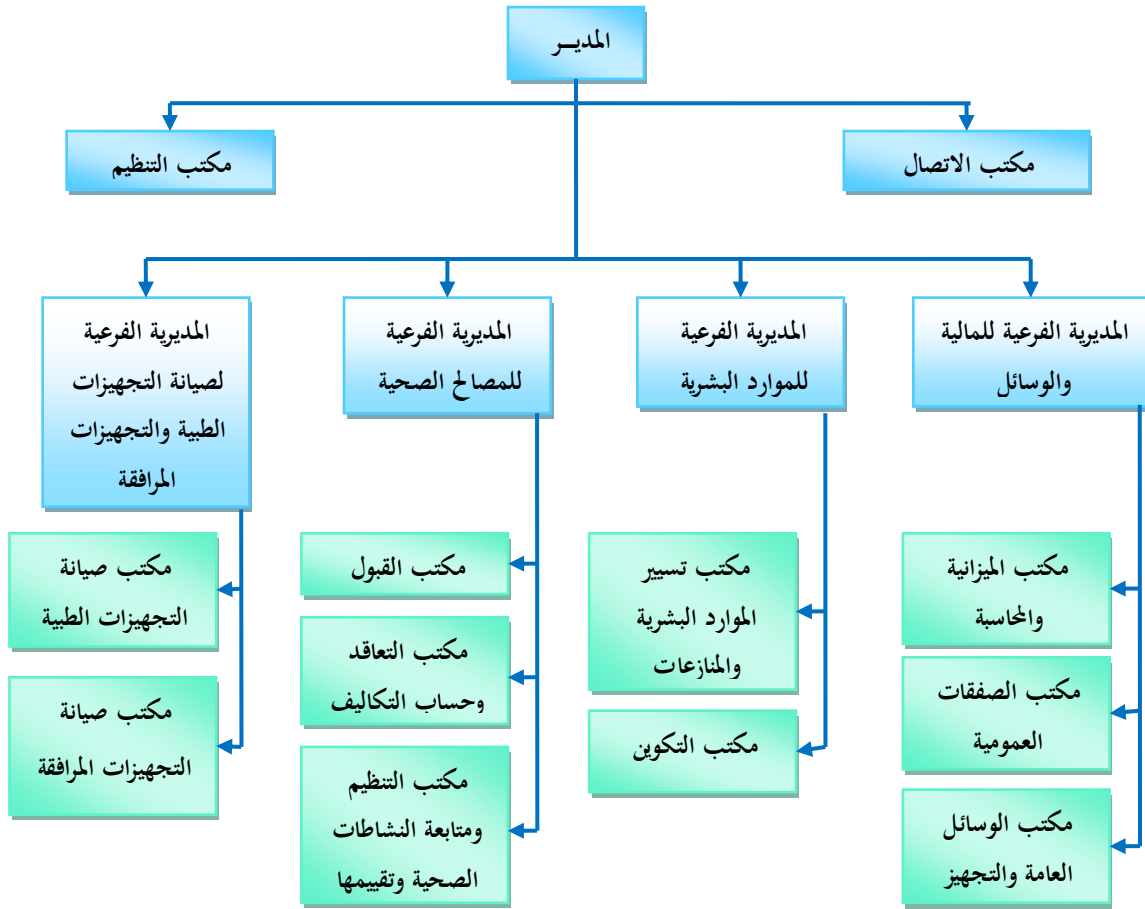
- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء؛
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة؛
- ضمان حفظ الصحة النقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية؛
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتحديد معارفهم؛
- تستخدم للتكوين الطبي وشبه الطبي إضافة إلى التكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

- التنظيم الداخلي للمؤسسة الاستشفائية العمومية "مُجد بوضيف" بالبويرة: يتم تنظيم هذه المؤسسة وفق القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 ديسمبر 2009 المتضمن والمحدد للتنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، وذلك من خلال هيكل تنظيمي يُظهر الوظائف ويحدد المسؤوليات، والشكل رقم (36) يوضح الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية العمومية "مُجد بوضيف" بالبويرة.

¹ المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى 1428 الموافق لـ 19 ماي 2007 المتضمن لإنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوية وتنظيمها وتسييرها.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية العمومية وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة

الشكل رقم (36): الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية العمومية "مُجد بوضياف" بالبويرة



المصدر: معد اعتمادا على:

- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 ديسمبر 2009، المحدد للتنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، الجريدة الرسمية، العدد 15، الصادرة بتاريخ 07 مارس 2010، ص ص: 20، 21.

حيث يسير المؤسسة الاستشفائية العمومية "مُجد بوضياف" على غرار باقي المؤسسات الاستشفائية العمومية بالجزائر "مجلس إدارة" ويديرها مدير مزود بهيئة استشارية هي "المجلس الطبي"، تتمثل مهام هاذين المجلسين في:¹

- **مجلس الإدارة:** وهو مجلس يضم ممثل عن الوالي رئيسا، ممثل عن إدارة المالية، ممثل عن التأمينات الاقتصادية، ممثل عن هيئات الضمان الاجتماعي، ممثل عن المجلس الشعبي الولائي، ممثل عن المجلس الشعبي البلدي مقر المؤسسة، ممثل عن المستخدمين الطبيين، ممثل عن المستخدمين شبه الطبيين

¹ المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى 1428 الموافق 19 ماي 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية العمومية وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة

وممثل عن جمعيات مرتفقي الصحة، ممثل عن العمال، رئيس المجلس الطبي، مدير المؤسسة الاستشفائية، يجتمع هذا المجلس في دورة عادية مرة كل ستة أشهر.

- **المجلس الطبي:** يضم المجلس الطبي مسؤولي المصالح الطبية، الصيدلي المسؤول عن الصيدلية، جراح أسنان، شبه طبي منتخب، ممثل عن المستخدمين الاستشفائيين الجامعيين عند الاقتضاء، يجتمع المجلس الطبي بناء على استدعاء من رئيسته في دورة عادية مرة كل شهرين، يكلف هذا المجلس بدراسة كل المسائل التي تهم المؤسسة وإبداء رأيه التقني والطبي فيها ولاسيما التنظيم والعلاقات الوظيفية بين المصالح الطبية، مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية وبناء وإعادة تهيئة المصالح الطبية، برامج الصحة والسكان، برامج التظاهرات العلمية والتقنية... الخ

2. تعريف المصحة المركزية بالبويرة (G10):

المصحة المركزية بالبويرة (G10) هي شركة ذات مسؤولية محدودة موضوعها النشاطات الخاصة بالاستشفاء، المصحات والمراكز الصحية المتخصصة، تم إنشاؤها في سنة 2008، مقرها حي زمر مجد أعراب بالبويرة مركز ولاية البويرة بالجزائر، متخصصة بتقديم الخدمات الصحية المتعلقة بالجراحة في التخصصات التالية: الجراحة العامة، جراحة العظام، جراحة الأطفال، طب وجراحة العيون، جراحة الوجه والفك، تمتلك المؤسسة 17 سرير.¹

- **البيئة التنافسية للمصحة المركزية:** تعمل المصحة باعتبارها مختصة في الجراحة بأنواعها في بيئة تنافسية نظرا لوجود عدد من المؤسسات الصحية العمومية والخاصة بالولاية، حيث توجد خمسة مؤسسات استشفائية عمومية (البويرة، الأخضرية، سور الغزلان، عين بسام مشدالة)، إضافة إلى عدد من المؤسسات الصحية الخاصة متمركز بعاصمة الولاية (إبن سينا، لالة خديجة، ليغوندال).
- **الميزة التنافسية للمصحة:** يعتبر مسير المصحة محل الدراسة لأنها تمتلك ميزة تنافسية تميزها عن باقي المنافسين من المؤسسات الصحية سواء العمومية أو الخاصة من خلال تخصصها في مجال الجراحة عبر عدد من التخصصات، وأهم تخصص (خدمة صحية) هو تخصص تابع للجراحة التجميلية وهو جراحة الوجه والفك، الذي تتفرد به المصحة في ولاية البويرة.²

¹ Direction de la sante et de la population de la wilaya de BOUIRA, Fiche technique du secteur de la santé, op cit, p14.

² مقابلة مع السيد عبدوش بلقاسم، مسير المصحة المركزية بالبويرة، مقر المصحة المركزية بالبويرة، الجزائر، 07 نوفمبر 2017.

3. مركز تصفية الدم "الاحسان": مؤسسة صحية مختصة بتصفية الدم "hémodialyse"، الكائن مقرها في حي عمر خوجة بالبويرة، أنشأت سنة 2007 وبدأت نشاطها بستة أجهزة لتصفية الدم لتتدعم بعدها بجهازين جديدين، بمجموع ثمانية أجهزة حاليا، يقدم المركز خدماته للمرضى في حدود 1900 حصة لكل ثلاثي خلال سنة 2018،¹ فيما يخص المنافسة، يعد المركز الخاص الوحيد على مستوى مدينة البويرة إضافة إلى قسم تصفية الدم بالمؤسسة الاستشفائية العمومية مُجد بوضياف.

¹ Direction de la sante et de la population de la wilaya de BOUIRA, Fiches Technique et bilans des centres d'hémodialyse Privés, 2019, p2.

المبحث الثاني: إعداد الدراسة الميدانية

يتم التطرق في هذا المبحث لشرح منهج الدراسة، ثم عرض متغيرات ونموذج الدراسة ومختلف الفرضيات المراد اختبارها، ثم العمل على شرح مراحل بناء وتنفيذ الدراسة، مجتمع الدراسة والعينة المدروسة، أسلوب جمع البيانات والأساليب التحليلية المستخدمة، وفي الأخير اختبار ثبات أداة الدراسة واختبار التوزيع الطبيعي لمعرفة أي الاختبارات (المعلمية أو اللامعلمية) الملائمة للدراسة.

المطلب الأول: تصميم الدراسة

سيتم التطرق من خلال هذا المطلب لشرح منهج الدراسة والأسلوب المتبع والأدوات المستخدمة بعدما تمت الإشارة إليها فقط بإيجاز في المقدمة العامة، ثم العمل على بناء فرضيات ونموذج الدراسة، ل يتم في الأخير إعطاء التعريف المفاهيمي والإجرائي لمتغيرات الدراسة.

1. منهج الدراسة:

يعرّف المنهج أنه مجموعة القواعد التي يلتزم بها الباحث لتفسير ظاهرة معينة بهدف الوصول إلى حقيقة علمية، وقد اعتبره موريس أنجرس أنه كيفية الوصول إلى أهداف البحث،¹ من خلال مجموعة منظمة من العمليات،² وقد تعددت آراء الباحثين في تصنيف مناهج البحث العلمي، حيث لم يكن هناك جدل في هذه التصنيفات بين الباحثين بقدر ما هو اجتهاد من أجل استخدام الأسلوب والطريقة المثلى التي تلائم خصوصية موضوع البحث ومجال التخصص.³

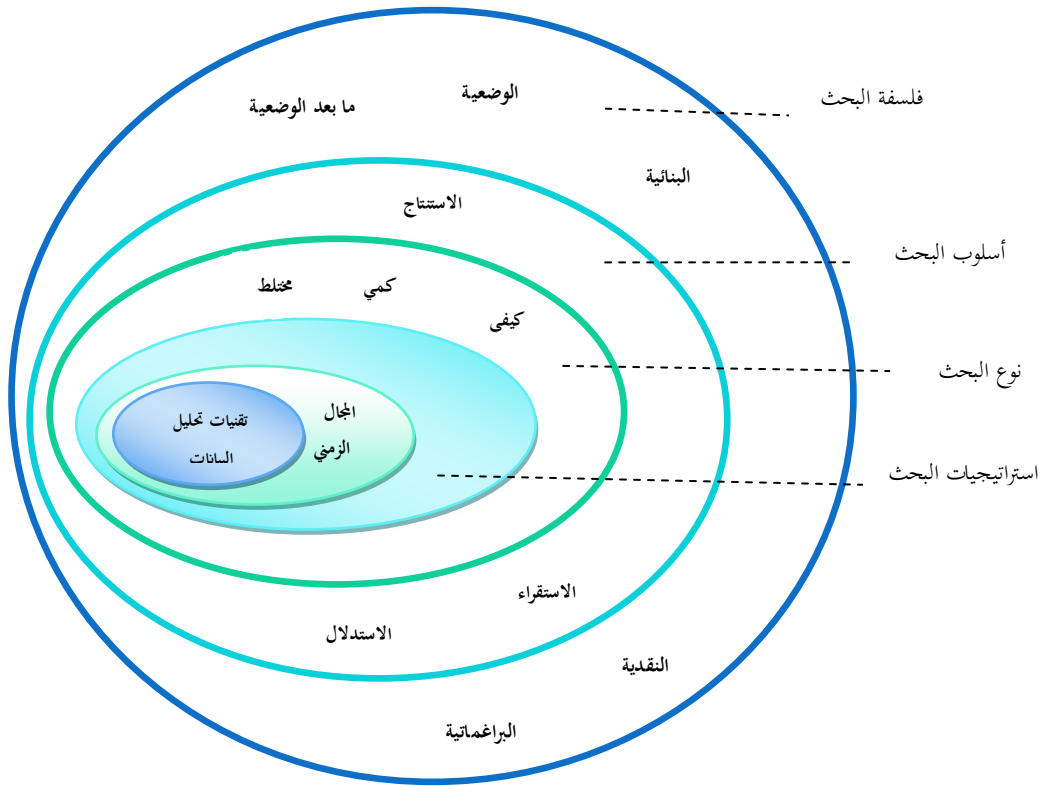
وعليه للإجابة على اشكالية الدراسة وتحقيق أهداف البحث، يتم الاعتماد على تصنيف المناهج العلمية حسب ما اقترحه (Saunders et al 2016) في كتابهم عن منهجية البحث في الدراسات التجارية، حيث قدّموا عددا من المستويات تعبر في مجموعها عن المراحل والخطوات التي على الباحث الالتزام بها لإجراء بحث وفق منهجية علمية في العلوم التجارية، وقد لخصوها في شكل أطلقوا عليه اسم "بصلة البحث" "the research onion"، والشكل رقم (37) يوضح بصلة البحث.

¹ كتاب جماعي، منهجية البحث العلمي وتقنياته في العلوم الاجتماعية، المركز الديمقراطي العربي للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية، ألمانيا، 2019، ص14.

² نادية سعيد عيشور وآخرون، منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، مؤسسة حسين راس الجبل، الجزائر، 2017، ص211.

³ المرجع نفسه، ص112.

الشكل رقم (37): بصلة البحث " the research onion "



Source : Mark saunders et al, research methods for business students, pearson, 7th ed, 2016, p124.

فقد اعتبر أنه على الباحث تحديد فلسفة البحث أولاً "research philosophy" والتي تعني طريقة التفكير المتبعة لتحقيق أهداف الدراسة، ومن أهم فلسفات البحث العلمي الفلسفة الوضعية "positivisme"، ثم بناءً على الفلسفة التي اختارها الباحث يتم تحديد "research approaches" وتعني المقاربة أو أسلوب البحث، وهي تضم الاستنتاج (الاستنباط) "deductive" والاستقراء "inductive"، ليتم بعدها تحديد نوع البحث إن كان كميًا أو كيفيًا أو المزج بينهما، وانطلاقًا من تحديد أسلوب البحث يتم تحديد استراتيجيات البحث "research strategies" التي هي عبارة عن عدد من أدوات البحث، يختارها الباحث وفق ما يحقق أهداف بحثه، إضافة إلى ذلك تتضمن بصلة البحث مستويين آخرين يتعلق الأول منهما بالإطار الزمني للبحث والأخير بطرق جمع البيانات وتحليلها.¹

¹ Mark saunders et al, research methods for business students, pearson, 7th ed, 2016, p124.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

بناء على ما جاء به Saunders et al ولتحقيق أهداف هذه الدراسة يتم الاعتماد على الفلسفة الوضعية، والذي يعد Auguste conte (1798-1857) أول من تطرق لها، حيث اعتبر أنّ في هذا التوجه يهتم الباحث بدراسة الظواهر الاجتماعية دراسة وصفية تحليلية ودراسة الواقع كما هو،¹ والبحث في العلاقات السببية لشرح وتوقع سلوك الظواهر المدروسة في المؤسسات،² في ظل حياد الباحث وانفصاله عن البحث لتجنب التأثير على النتائج.³

بينما الأسلوب المتبع هو الاستنتاجي الذي يلائم الفلسفة الوضعية حيث يقوم على جمع الأدلة والحقائق العامة وتصنيفها وترتيبها للوصول إلى حقيقة جزئية، أي الانتقال من العام إلى الخاص،⁴ إذ يستند إلى إطار تفسيري لفهم الظاهرة من خلال مفاهيم خاصة بها عبر صياغة إشكالية وتحديد الفرضيات ثم الانتقال إلى الميدان للتأكد من صحتها،⁵ يتم اتباع الأسلوب الاستنتاجي من خلال مجموعة من المراحل تتمثل في: وضع الباحث لفرضيات عبارة عن اقتراحات للعلاقة بين متغيرات الدراسة، وذلك بالاعتماد على الأدبيات السابقة لاستنتاج اقتراحات قابلة للاختبار، ثم العمل على اختبار هذه الفرضيات في الميدان من خلال جمع البيانات المناسبة لقياس المتغيرات وتحليلها، ليتم في ظل نتائج التحليل تأكيد أو نفي الفرضيات الموضوعية.⁶

تعتبر بيانات المتغيرات المدروسة كيفية (نوعية) ولتسهيل قياسها يتم تحويلها إلى بيانات كمية، وعليه يعد نوع البحث مزيج بين الكيفي والكمي، وبخصوص استراتيجيات البحث فقد تم الاعتماد على دراسة الحالة والتي تهدف إلى دراسة الظاهرة الاجتماعية من خلال تحليل معمق لحالة واحدة أو جزء من المجتمع،⁷ إضافة إلى المقارنة وهي أداة بحثية تمكن من تحليل البيانات عن طريق الكشف عن أوجه الشبه والاختلاف للظواهر محل الدراسة بين مجتمعين أو أكثر،⁸ كما يتم الاعتماد على برنامج SPSS للتحليل الإحصائي واختبار الفرضيات.

¹ ابراهيم ابراش، المنهج العلمي وتطبيقاته في العلوم الاجتماعية، دار الشروق، ط1، الأردن، 2009، ص72.

² Mark saunders et al, research methods for business students, op cit, p136.

³ ibid, p138.

⁴ كتاب جماعي، منهجية البحث العلمي وتقنياته في العلوم الاجتماعية، مرجع سبق ذكره، ص120.

⁵ لمياء مرتاض نفوسي، ديناميكية البحث في العلوم الانسانية، دار هومة، الجزائر، 2015، ص ص: 35-36.

⁶ Mark saunders et al, op cit, p146.

⁷ كتاب جماعي، مرجع سبق ذكره، ص134.

⁸ المرجع نفسه، ص126.

2. بناء فرضيات ونموذج الدراسة:

في موضوع دراسة جودة الخدمات بشكل عام والخدمات الصحية بشكل خاص، اختلف الباحثون في كيفية تقييم مستوى الجودة وبالتحديد عن القائم بالتقييم، فبينما يرى البعض من أصحاب التوجه نحو الزبون أنّ الزبون هو من يقوم بعملية التقييم والحكم على مستوى الجودة المدركة، سواء من خلال مفهوم رضا الزبون أو من خلال مفهوم القيمة المدركة حيث كلاهما ينطلق من رأي الزبون للحكم على الجودة، ذهب آخرون خاصة في مجال الخدمات الصحية إلى أنّ المستوى الفني الدقيق والعالي لهذا النوع من الخدمات يجعل عملية التقييم من وجهة نظر الزبون غير كافية، لذلك اعتبروا أنّ مقدمي الخدمات الصحية في الخط الأمامي (أطباء، شبه طبيين) هم من يملكون الدراية الكافية لتقييم مستوى جودتها¹ وعليه يتم الاعتماد في هذه الدراسة على قياس جودة الخدمة من كلا وجهتي النظر، من وجهة نظر الزبون (المريض) باستخدام مقياس SERVPERF وهو المقياس الذي يعتمد على مدى رضا الزبون (المريض) عن مستوى جودة الخدمات المستلمة فعلياً والمدركة من طرفه أي تقييمه للأداء الفعلي للخدمة الصحية، كما يتم قياسها من وجهة نظر مقدميها، وباختلاف وجهات النظر (بين مقدم الخدمة والزبون (المريض)) تُطرح إشكالية مدى وجود فروق بين رأي كل منهما، وعليه يتم طرح الفرضية الأولى:

الفرضية الأولى: توجد فروق بين مقدمي الخدمات والزبائن (المرضى) في مستوى تقييمهم لجودة الخدمات الصحية المقدمة في كل من المؤسسات الصحية العمومية والخاصة محل الدراسة.

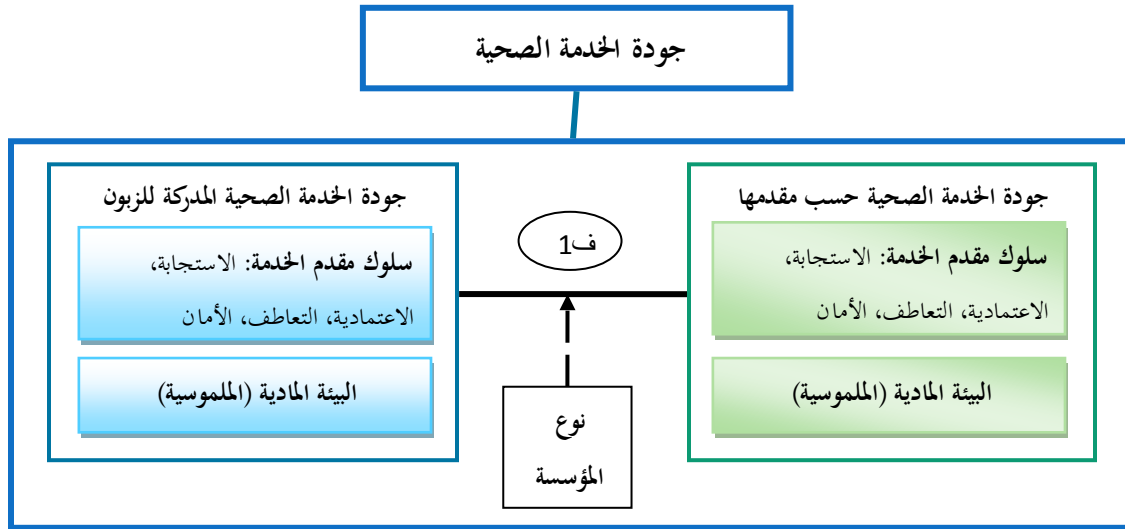
وعليه الهدف من اختبار هذه الفرضية هو قياس جودة الخدمة الصحية من مدخلين مختلفين، من وجهة نظر الزبون (المريض) ومن وجهة نظر مقدم الخدمة في الخطوط الأمامية، وبالتالي المقارنة بين كلا وجهتي النظر أي قياس الفجوة بين ما يعتقد مقدم الخدمة الصحية تقديمه للزبون (المريض) وبين ما يدركه الزبون (المريض) فعلياً. وذلك وفق ما تم طرحه في نموذج الفجوة المعدل من طرف (2004) laylon & luk واللذان اعتبروا أنه من المهم حساب فجوة سابعة تضاف للفجوات السابقة حسب نموذج parasuraman (1985) وهي تمثل الفرق بين ما يعتقد مقدمو الخدمة تقديمه وبين ما يدركه الزبائن فعلياً، كما أنه سيتم قياس مستوى جودة الخدمة الصحية المدركة للزبائن باستخدام نموذج الأداء الفعلي servperf الذي يعتمد على رأي الزبون (المريض) فعلياً عن مستوى الجودة، ولتحقيق أهداف المقارنة وتسهيلها تم استخدام نفس الأبعاد الخمسة التي قدمها kotler مع تصنيفها إلى بعدين أساسيين هما سلوك مقدم الخدمة ويشمل الاستجابة، الاعتمادية، التعاطف والأمان إضافة إلى بعد البيئة المادية (الملموسية)، وذلك بهدف التوضيح بشكل أفضل تقييم كل من مقدمي الخدمات والزبائن

¹ صلاح محود ذياب، ترجمة عايد المعلا، إدارة وتسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 178.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

(المريض) لسلوك مقدم الخدمة كبعد أساسي يجمع أربعة أبعاد مهمة لجودة الخدمة الصحية، وبالتالي التركيز أكثر على مقدمي الخدمات وفق ما تصبو إليه أهداف الدراسة ككل، كما سيتم دراسة مدى وجود اختلاف في ذلك حسب نوع المؤسسة الصحية (عمومية كانت أو خاصة)، وبالتالي تنقسم هذه الفرضية إلى فرضيتين فرعيتين والشكل رقم (38) يوضح الفرضية الأولى.

الشكل رقم (38): جودة الخدمة الصحية حسب وجهة نظر مقدم الخدمة ووجهة نظر الزبون (المريض)



المصدر: من اعداد الطالبة.

في نفس الإطار العام للفرضية الأولى، وبالاعتماد على مفهوم لقاء الخدمة للتعبير عن لحظات المواجهة والتفاعل بين مقدم الخدمة الصحية والزبون (المريض) أثناء تقديم الخدمة، اعتبر عدد من الباحثين أنّ أبعاد جودة الخدمة المتمثلة في الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف والأمان مجتمعة تعبر عن سلوك مقدم الخدمة الذي يعد بعدا من أبعاد لقاء الخدمة إضافة لبعدي البيئة المادية ومشاركة الزبون (المريض)، إذ تعتبر عناصر مهمة لها دور في إنجاح لقاء الخدمة وتحقيق النتائج الصحية ككل، فعدم التزام الزبون (المريض) بتقديم المعلومات الكافية لمقدم الخدمة الصحية أو عدم التزامه بنصائح مقدم الخدمة (طبيب أو شبه طبي) يؤثر على النتائج الصحية وهو ما ينعكس على مستوى جودة الخدمة المدركة لديه، وقد اعتبر بالمر أدريان أنّه يمكن الاعتماد على لقاء الخدمة لتقييم مستوى جودة الخدمة،¹ فمستوى نجاح لقاء الخدمة يعكس مستوى جودة الخدمة المقدمة مع الأخذ بالاعتبار مشاركة

¹ بالمر أدريان، ترجمة بهاء شاهين وآخرون، مبادئ تسويق الخدمات، مرجع سبق ذكره، ص172.

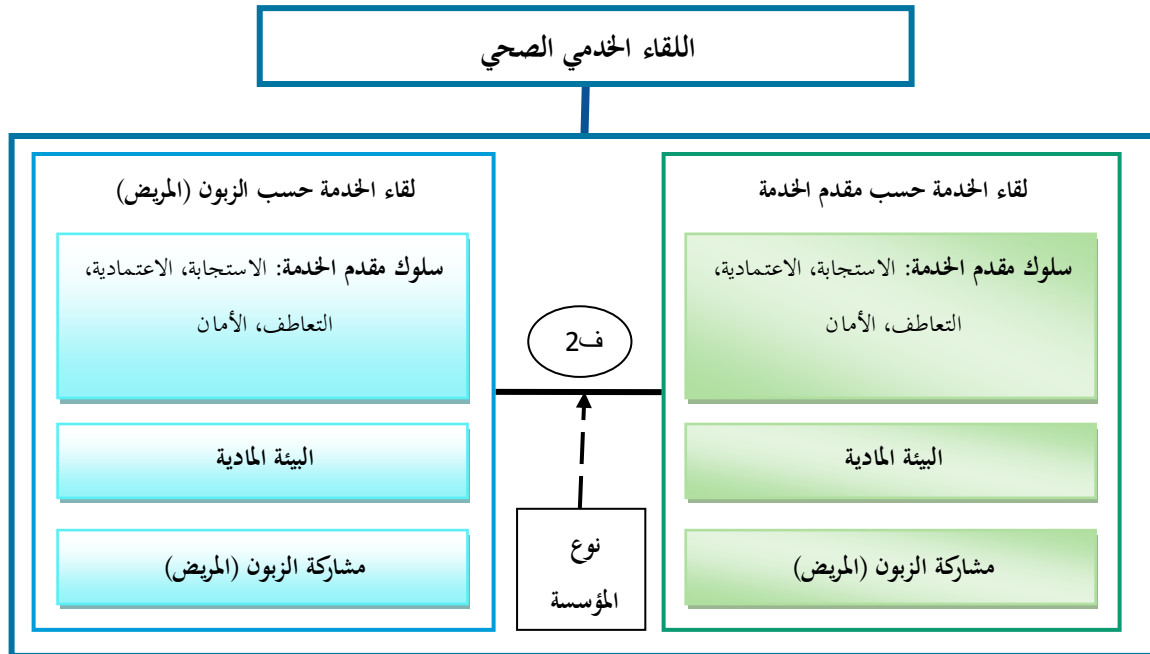
الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

الزبون (المريض)، وعليه تختلف نتيجة تقييم مدى نجاح لقاءات الخدمة باختلاف القائم بالتقييم سواء مقدمو الخدمة أو الزبائن (المرضى)، وبناء على ذلك يمكن طرح الفرضية الثانية.

الفرضية الثانية: توجد فروق بين مقدمي الخدمات الصحية والزبائن (المرضى) في مستوى تقييمهم للقاءات الخدمة الصحية في كل من المؤسسات الصحية العمومية والخاصة.

حيث أنّ الهدف من اختبار هذه الفرضية هو المقارنة بين تقييم مقدمي الخدمات في الخطوط الأمامية (أطباء وشبه طبيين) في المؤسسات الصحية سواء عمومية أو خاصة وتقييم الزبائن (المرضى) للقاءات الخدمة الصحية، وذلك باستخدام ثلاثة أبعاد تتمثل في سلوك مقدم الخدمة، مشاركة الزبون (المريض) والبيئة المادية للمؤسسة الصحية، وبالتالي معرفة رأي كلا طرفي اللقاء الخدمي لكل بعد من هذه الأبعاد، مع دراسة مدى وجود اختلاف في ذلك حسب نوع المؤسسة الصحية عمومية أو خاصة، وبالتالي تنقسم هذه الفرضية إلى فرضيتين فرعيتين، والشكل رقم (39) يوضح الفرضية الثانية.

الشكل رقم (39): اللقاء الخدمي الصحي حسب وجهة نظر مقدمي الخدمة والزبائن (المرضى)



المصدر: من اعداد الطالبة.

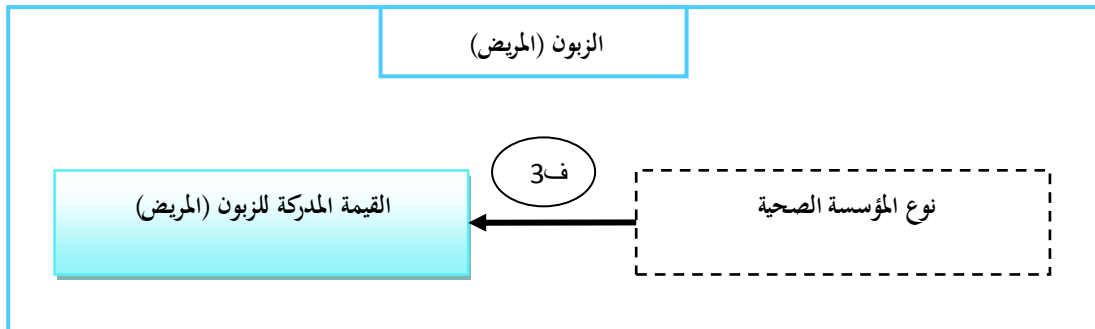
الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

في إطار الدراسة المقارنة، وفيما يخص القيمة المدركة للزبون (المريض) هناك ثلاث طرق تستطيع المؤسسة الصحية من خلالها أن توصل قيمة أكبر لربائنها تتمثل في: فرض سعر منخفض لخدماتها، مساعدة الزبون (المريض) في تخفيض التكاليف الأخرى، كما يمكنها أن تضيف فوائد تجعل العرض الخدمي أكثر جاذبية كشخصنة العروض للزبون (المريض)¹، فالقيمة المدركة للزبون (المريض) تمثل نتاج عملية التقييم التي يقوم بها بين المنافع المحصل عليها والتكاليف النقدية وغير النقدية التي ضحى بها للحصول على الخدمة الصحية، وبالتالي عنصر التكاليف النقدية وبالتحديد سعر الخدمة الصحية عامل ذو دور مهم في تحديد مستوى القيمة المدركة للزبون (المريض)، والذي يعد أيضا أهم عامل اختلاف بين المؤسسة الصحية العمومية ذات مجانية العلاج والمؤسسات الصحية الخاصة الهادفة للربح، بالتالي لنوع المؤسسة الصحية أثر في مستوى القيمة المدركة للزبون (المريض)، وعليه يمكن صياغة الفرضية الثالثة:

الفرضية الثالثة: يوجد تباين في مستوى القيمة المدركة للزبون (المريض) حسب نوع المؤسسة الصحية عمومية أو خاصة.

الهدف من اختبار هذه الفرضية هو معرفة مدى وجود فروق في إجابات العينة المدروسة المتمثلة في الزبائن (المرضى) فيما يخص تقديرهم لمستوى القيمة المدركة حسب نوع المؤسسة الصحية التي تمت الاستفادة من الخدمة الصحية فيها، وبالتالي تم التركيز على متغير القيمة نظرا لارتباطها بالتكاليف المالية (سعر الخدمة الصحية) الذي يعد أهم عامل اختلاف بين المؤسسة الصحية العمومية المجانية والمؤسسات الخاصة الهادفة للربح، ويمكن توضيح هذه الفرضية في الشكل رقم (40).

الشكل رقم (40): مدى وجود تباين في مستوى القيمة المدركة للزبون تبعا لنوع المؤسسة الصحية (عمومية أو خاصة)



¹ كوتلر فليب، ترجمة فيصل عبد الله بابكر، كوتلر يتحدث عن التسويق، مرجع سبق ذكره، ص164.

المصدر: من اعداد الطالبة.

ضمن دائرة نجاح الخدمة أشار كل من schelesinger leonard, heskett games إلى العلاقة الإيجابية لمستوى الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات على جودة الخدمة،¹ وقد اعتبر Naim rassa أنّ الموارد البشرية هي أساس تقديم خدمات صحية ذات جودة،² كما أنّ عدم الرضا الوظيفي يؤدي إلى انخفاض مستوى جودة الخدمات، وهو ما تطرق له كل من avinandan makherjee & Neeru malhotra في دراسة أشارا فيها إلى أنّ مقدمو الخدمات من الخط الأمامي يؤثرون بشكل مباشر على تصورات وإدراكات الزبون لجودة الخدمة،³ أوضح Jacques lendrevie, julien lévy أهمية موظفي الخط الأمامي في تحقيق جودة الخدمات المقدمة إذا ما تم التركيز على مقدمي الخدمة والزبائن ووضعهم في أعلى الهرم التنظيمي، وذلك ما تطرقت له نظرية العدوى العاطفية ل Hatfield (1993) الذي اعتبر أنه عندما يتعرّض زبون (المريض) للعرض العاطفي لمجموعة من مقدمي الخدمة الصحية في الخطوط الأمامية، من المحتمل أن تُصبح الحالة العاطفية له متوافقة مع الحالة العاطفية لمقدمي الخدمة، حيث في سياق التفاعل أثناء اللقاء الخدمي، مقدمو الخدمة الذين يتمتعون بمستوى عالٍ من الرضا الوظيفي يؤثرون على مستوى رضا الزبائن (المرضى) عن مستوى جودة الخدمة،⁴ كما تشرح سلسلة ربح الخدمة التي قدمها Heskett (1994) مختلف الروابط السببية التي توضح كيف يساهم الرضا الوظيفي في تحقيق جودة الخدمة ورضا الزبون،⁵ وعليه نطرح الفرضية التالية:

الفرضية الرابعة: يؤثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها في كل من المؤسسة الصحية العمومية والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة.

الهدف من اختبار الفرضية الرابعة هو معرفة أثر كل بعد من أبعاد الرضا الوظيفي على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية محل الدراسة، من جهة أخرى وفيما يخص قياس جودة الخدمة والقائم بالتقييم، اعتبر عدد من الباحثين أنّ جودة الخدمة الصحية من الأحسن أن يتم قياسها حسب وجهة نظر مقدميها نظرا للمستوى الفني العالي الذي تتميز به، لذلك سيتم اختبار هذه الفرضية بقياس مستوى الرضا

¹ Schelesinger leonard, Heskett james, breaking the cycle of failures in services, op cit, p19.

² Naim rassa, afghanistan public health facilities staffs job satisfacti on and factors affecting the job satisfaction, international journal of advanced research, vol5, no5, 2017, p976.

³ Neeru malhotra, avinandau makherjee, the relative influence satisfacti on service quality of customer - contact employees in banking call centres, journal of services marketing, vol18, nu3, 2004, p162.

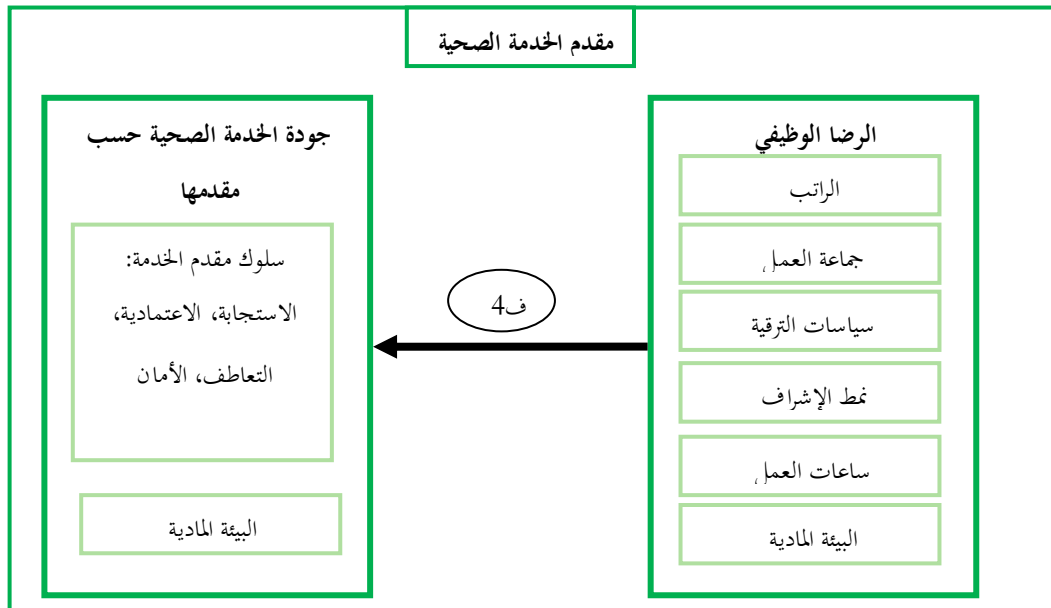
⁴ Homburg christian, stock ruth, the link between salespeople's job satisfaction and customer satisfacti on in a business-to-business context, op cit, pp :6,7.

⁵ Christine ennew, the services –profit chain, wiley encyclopedia of management, op cit, p1.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

الوظيفي ومستوى جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر مقدمي الخدمات في الخطوط الأمامية للمؤسسات الصحية محل الدراسة من أطباء وشبه طبيين، وعليه يمكن توضيح الفرضية الرابعة في الشكل رقم (41).

الشكل رقم (41): أثر الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات على جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر الزبون (المريض)



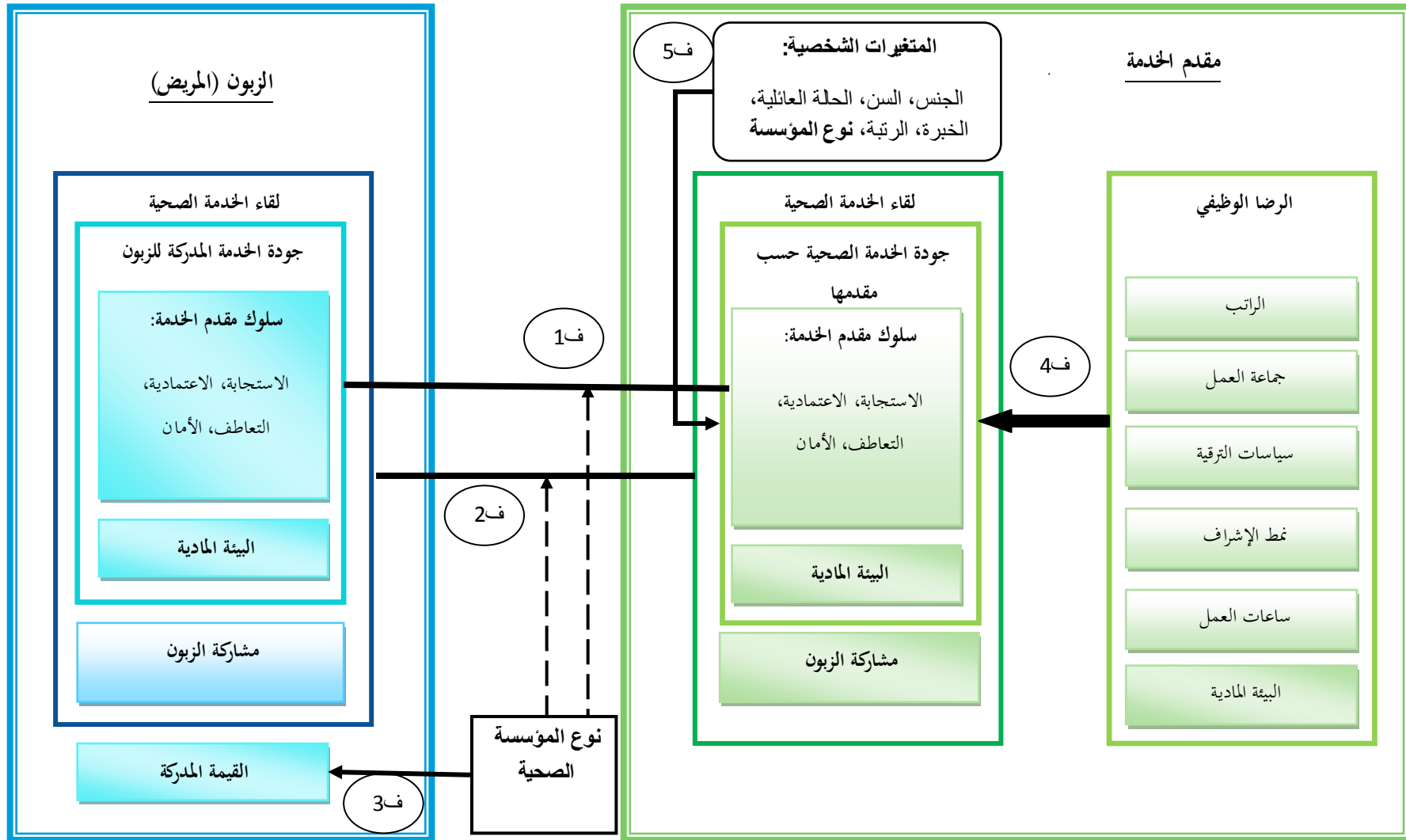
المصدر: من اعداد الطالبة.

تعتبر المتغيرات الشخصية لمقدمي الخدمات الصحية (أطباء وشبه طبيين) متغيرات معدلة يتم اختبار مدى وجود أثر لها في أحداث تباين في آراء العينة حول المتغير التابع وهو جودة الخدمة الصحية حسب مقدميها تتمثل هذه المتغيرات في: الجنس، الحالة العائلية، الخبرة، الرتبة، نوع مؤسسة العمل (مؤسسة عمومية أو مؤسسة صحية خاصة)، وعليه يمكن صياغة الفرضية الرابعة التي تنقسم إلى خمسة فرضيات فرعية كما يلي.

الفرضية الخامسة: يوجد تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية حسب وجهة نظر مقدميها تعزى للمتغيرات الشخصية.

وبناء على ما سبق يمكن توضيح مختلف متغيرات وفرضيات الدراسة في الشكل رقم (42).

الشكل رقم (42): نموذج الدراسة



الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على دراسات سابقة .

3. التعريف المفاهيمي والإجرائي لمتغيرات الدراسة:

يمكن تلخيص متغيرات الدراسة تسلسليا حسب فرضيات الدراسة وطريقة قياسها في الدراسة التطبيقية من خلال الجدول رقم (12).

الجدول رقم (12): التعريف المفاهيمي والإجرائي لمتغيرات الدراسة

المتغير	التعريف المفاهيمي	التعريف الاجرائي
جودة الخدمة الصحية	يرتبط مفهوم جودة الخدمة الصحية بالجانب التقني الفني (الطبي) الذي يصعب قياسه وتقييمه، والجانب الوظيفي الذي يعد تقييمه ممكنا إلى حد ما، فجودة الرعاية الفنية ترتبط بمختلف المعارف والمهارات التي تساهم في تقديم العلاج للزبائن (المرضى) من أطباء، ممرضين، بينما جودة فن الرعاية متعلقة بالعلاقات الانسانية بين مقدمي الخدمات الصحية (الطاقم العلاجي) والزبون (المرضى) عند تفاعلهم معه، وحتى من خلال تفاعلهم مع مرافقيه، فهي تشير إلى مدى الاستجابة لحاجات الزبون (المرضى) وتوقعاته، المعاملة الحسنة، العدالة في الحصول على الخدمة الصحية، وسهولة ذلك، إضافة إلى المكونات البيئية والهيكليّة، وتتضمن جاذبية المؤسسة الصحية، مظهرها الخارجي، والتنظيمية، النظافة، التغذية... فريد توفيق نصيرات (2013)، نور الدين حاروش (2012)، بالمر أدریان (2009).	يتم قياس مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها بالتركيز على جودة الفن الرعاية فقط دون التركيز على الجودة الفنية (التقنية)، وذلك من خلال الأبعاد الخمسة لكوتلر، والتي تم تجميعها في بعدين رئيسيين: - تقييم سلوك مقدم الخدمة: الاستجابة، الاعتمادية، التعاطف، الأمان؛ - البيئة المادية (الملموسية).
لقاء الخدمة الصحية	يتمثل لقاء الخدمة في جميع التفاعلات بين الزبون (المرضى) مع مقدمي الخدمات وجميع العناصر الملموسة وغير الملموسة خلال فترة معينة من الزمن، وعليه تتمثل أبعاده في ثلاثة عناصر أساسية هي سلوك مقدم الخدمة، مشاركة الزبون والبيئة المادية: (1973) Kotler ، Btner (1990.1992)، بالمر ادريان 2009 - سلوك مقدم الخدمة: مستوى الاتصال المباشر بين مقدمي الخدمة والزبائن، إذ تتكوّن عمليات تقديم الخدمة من عاملين أساسيين هما إجراءات	يتم قياس مستوى لقاء الخدمة الصحية من وجهتي نظر مختلفتين، من وجهة نظر الزبون (المرضى) ومن وجهة نظر مقدم الخدمة، وذلك باستخدام نفس الأبعاد لتسهيل عملية المقارنة، باستخدام ثلاثة أبعاد رئيسية تتمثل في: - سلوك مقدم الخدمة (الاستجابة، الاعتمادية، التعاطف، الأمان)؛ - البيئة المادية ؛ - مشاركة الزبون (المرضى).

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

	<p>الخدمة وسلوك مقدم الخدمة الذي يرتبط بشخصيته، والذي له دور كبير على مستوى جودة الخدمات يعبر عن مدى قدرة مقدم الخدمة على التعامل مع الزبائن وتلبية حاجاته</p> <p>- البيئة المادية: يمكن تعريف البيئة المادية للخدمة الصحية أنّها مجموعة العناصر الملموسة وغير الملموسة المتواجدة في المؤسسة الصحية والتي يتفاعل فيها الزبون (المريض) مع مقدمو الخدمات، تكون مدركة من خلال الحواس الخمسة، تعمل على تسهيل تأدية وإيصال الخدمة الصحية، والتي لها أثر على راحة الزبائن (المرضى) ومقدمو الخدمات في ذات الوقت وعلى إدراكهم، مواقفهم وسلوكياتهم؛</p> <p>- مشاركة الزبون (المريض): تعكس أهمية مشاركة الزبون (المريض) في إنتاج الخدمة الصحية، وتختلف درجة أهمية ذلك حسب نوع الخدمة الصحية وحالة الزبون (المريض) الصحية ومدى الحاجة لمشاركته.</p>	
<p>يتم قياس مستوى القيمة المدركة للزبون (المريض) من خلال عبارات يتم تسجيل درجة الموافقة عليها من طرف الزبون (المريض) على سلم ليكرت خماسي الأبعاد.</p>	<p>تعد القيمة المدركة بالنسبة للزبون (المريض) مزيج من المنافع التي يتسلمها من المؤسسة الصحية، والتي تظم جودة الخدمة، السعر الملائم، سرعة التسليم، وغيرها من المنافع لإشباع حاجاته ورغباته، مقابل التكاليف أو التضحيات التي يتحملها في سبيل الحصول على تلك المنافع، فالزبون (المريض) يسعى للحصول على أكبر قدر من المنافع بأقل تكلفة ممكنة. أنيس أحمد عبد الله (2016)، Leyla Özer et al (2017)</p>	<p>القيمة المدركة للزبون (المريض)</p>
<p>يتم قياس مستوى الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات الصحية في الخطوط الأمامية (أطباء وشبه طبيين فقط) من خلال ستة أبعاد تتمثل في:</p> <ul style="list-style-type: none"> - الراتب؛ - جماعة العمل؛ - سياسات الترقية؛ - نمط الاشراف؛ - ساعات العمل؛ - البيئة المادية. 	<p>يعرّف الرضا الوظيفي أنه الشعور النفسي لمقدم الخدمة بالقناعة والارتياح والسعادة لإشباع الحاجات والرغبات والتوقعات من خلال العمل نفسه، وبيئة العمل الداخلية وعوامل البيئة الخارجية ذات العلاقة، حيث يحدث الرضا الوظيفي عندما يتم الوفاء بتوقعات العامل من خلال وظيفته التي يشغلها. صلاح الدين محمد عبد الباقي (2002)، Dana martin arnold (2016)</p>	<p>الرضا الوظيفي</p>

المطلب الثاني: بناء وتنفيذ الدراسة الميدانية وأساليب التحليل المعتمدة

يتم التطرق فيما يلي إلى تحديد مجتمع وعينة الدراسة، أسلوب جمع البيانات والأساليب التحليلية المتبعة في الدراسة.

1. تحديد مجتمع وعينة الدراسة:

سعيًا لتحقيق أهداف الدراسة وللإجابة على الإشكالية واختبار الفرضيات، تم تحديد مجتمع وعينة الدراسة بما يتلاءم مع ذلك وبما هو متاح أثناء إجراء الدراسة الميدانية، حيث تم اختيار مؤسسة صحية استشفائية عمومية واحدة متمثلة في المؤسسة الاستشفائية العمومية مُجَّد بوضياف، وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة والتي عددها خمسة مؤسسات في مدينة البويرة وذلك لإجراء الدراسة المقارنة بينها، وقد تمت مراعاة شروط الدراسات المقارنة من خلال ما يلي:

- المؤسسات محل الدراسة تتواجد في نفس الولاية ونفس المنطقة مدينة البويرة، وذلك حتى تكون أغلب متغيرات البيئة الخارجية لهذه المؤسسات سواء العمومية أو الخاصة نفسها؛
- إجراء الدراسة في نفس الوقت، أي نفس الحدود الزمانية.

➤ مجتمع الدراسة:

تم تصميم استمارتي استبيان، الأولى تم توجيهها لمقدمي الخدمات في الخطوط الأمامية (أطباء وشبه طبيين) في كل من المؤسسة الصحية العمومية (مُجَّد بوضياف بالبويرة) وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة في مدينة البويرة، وعليه يتمثل مجتمع الدراسة الأول في مقدمي الخدمات الصحية في الخطوط الأمامية (أطباء وشبه طبيين فقط) في المؤسسة العمومية الاستشفائية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة في مدينة البويرة خلال فترة الدراسة، ونظرًا لعزوف المؤسسات الصحية الخاصة عن تقديم العدد الدقيق لمقدمي الخدمات لديها من أطباء وممرضين استحال التحديد الدقيق لحجم المجتمع المدروس وبالتالي اضطررنا لاعتبار حجم المجتمع غير معلوم.

بينما يتمثل مجتمع الدراسة الثاني في زبائن (مرضى) المؤسسة الاستشفائية العمومية مُجَّد بوضياف وزبائن (مرضى) عدد من المؤسسات الصحية الخاصة في مدينة البويرة خلال فترة الدراسة، واللذين يتوفر فيهم شرط أهم أكبر من 18 سنة، إضافة إلى شرط استفادتهم من خدمة صحية ما أي بعد مشاركتهم في لقاء خدمي صحي

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

واحد أو عدد من اللقاءات الخدمية، ونظرا لعدم التمكن من التحديد الدقيق لعدد المرضى في المؤسسات الخاصة نظرا لعدم توفر المعلومات تم اعتبار حجم مجتمع الدراسة أيضا غير معلوم.

➤ نوع عينة الدراسة وحجمها:

باعتبار حجم مجتمع مقدمي الخدمات الصحية (أطباء وشبه طبيين) في المؤسسات الصحية محل

الدراسة غير معلوم، تم اختيار العينة غير الاحتمالية الميسرة.

وكذلك الحال فيما يخص حجم مجتمع زبائن (مرضى) المؤسسات الصحية محل الدراسة الذي

يعتبر غير معلوم، ونظرا لخصوصية مجتمع الدراسة (المرضى وحالتهم الصحية) مع احتمال كبير لوجود

حالات صحية صعبة لعدد من المرضى الذين يعتبرون ضمن مجتمع الدراسة، وحالتهم الصحية تحول دون

التمكن من استجوابهم تم اللجوء للعينة غير الاحتمالية المتمثلة في العينة الميسرة، وعليه تم توجيه الاستبيان

للعناصر الذين يتمكنون فعليا من الاجابة على أسئلة الاستبيان.

وفيما يخص حجم العينة فقد اعتبر *Uma sekaran* أنّ حجم العينة المناسب لمعظم

الدراسات هو بين 30 و500 مفردة، كما اعتبر أنه لا بد أن يتجاوز حجم العينة عشرة أضعاف

متغيرات الدراسة،¹ وقد اعتبر *Malhotra* وآخرون أنه في الدراسات التسويقية أدنى حد لحجم العينة

فيما يخص الدراسات المتعلقة بإيجاد حل لمشكلة معينة هو 200 مفردة،² وبناء على ذلك تم تحديد

حجم العينة لمجتمع مقدمي الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة بـ 200 مفردة، بينما تم تحديد

حجم العينة لمجتمع الزبائن (المرضى) بـ 300 مفردة، والجدول رقم (13) يلخص مجتمع وعينة الدراسة.

الجدول رقم (13): مجتمع وعينة الدراسة

نوع العينة	حجم العينة	المؤسسات المدروسة	الجمهور المستهدف
عينة ميسرة	200	المؤسسة الاستشفائية العمومية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة	مقدمو الخدمات في الخطوط الأمامية (أطباء وشبه طبيين)
عينة ميسرة	300	المؤسسة الاستشفائية العمومية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة	الزبائن (المرضى)

¹ أحمد حسين الرفاعي، مناهج البحث العلمي تطبيقات إدارية واقتصادية، دار وائل، ط4، الأردن، 2005، ص ص157، 158.

² Naresh malhotra et al, marketing research an applied approach, pearson education, slovakia, 2017, p418.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على معطيات الدراسة.

2. أسلوب جمع البيانات:

لمعرفة ودراسة أثر الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات الصحية في الخطوط الأمامية من أطباء وشبه طبيين على جودة الخدمات المقدمة في كل من المؤسسة الاستشفائية العمومية "مُجد بوضياف" وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة في مدينة البويرة، تم الاعتماد على قائمتي استقصاء، وجهت الأولى إلى مقدمي الخدمات (أطباء وشبه طبيين) والثانية إلى الزبائن (المرضى)، كما تم عرض قائمتي الاستبيان على عدد من الأساتذة المحكمين.¹ وقد تم بناءهما كما يلي:

✓ استبيان خاص بمقدمي الخدمات الصحية في الخطوط الأمامية² (أطباء وشبه طبيين): تم تقديم

استبيان لعينة من قدمي الخدمات في الخطوط الأمامية (أطباء وشبه طبيين) في المؤسسات الصحية محل الدراسة، وذلك بهدف معرفة مستوى الرضا الوظيفي لهم وكذا تقديراتهم لمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرفهم للزبائن (المرضى) ومعرفة تقييمهم للقاءات الخدمة، وقد تم عرض أسئلة الاستبيان على عدد من الأطباء ورؤساء المصالح الصحية في المؤسسة الاستشفائية العمومية "مُجد بوضياف". بهدف التأكد من مدى أداء محاور وعبارات الاستبيان للأهداف المرجوة منها، وكذا اختباره على عينة أولية من الأطباء وشبه الطبيين للتأكد من وضوح العبارات، وقد شمل الاستبيان المحاور التالية:

- المحور الأول: تضمن عبارات باستخدام سلم ليكرت خماسي الأبعاد حول الرضا الوظيفي

مقسمة ضمن ستة أبعاد تتمثل في الرضا عن الراتب، الرضا عن جماعة العمل، الرضا عن سياسات الترقية، الرضا عن نمط الإشراف، الرضا عن ساعات العمل والرضا عن البيئة المادية لمكان العمل، تم اعتماد هذه الأبعاد بناء على ما جاءت به نظريات الرضا الوظيفي وكذا عدد من الدراسات السابقة، وعليه يتم استخدام هذا المحور (الرضا الوظيفي) لاختبار الفرضية الرابعة كمتغير مستقل؛

- المحور الثاني: باستخدام سلم ليكرت خماسي الأبعاد، تضمن المحور الثاني عبارات حول جودة

الخدمة الصحية حسب وجهة نظر مقدميها، وقد تضمن خمسة أبعاد حسب ما جاء به kotler³، تم تجميع هذه الأبعاد في مجموعتين بالاعتماد على مفهوم لقاء الخدمة الصحية

¹ الملحق رقم: 01.

² الملحق رقم: 02.

³ Philip kotler, kevin lane keller, marketing management, op cit, p374.

الذي يتكوّن من ثلاثة أبعاد هي سلوك مقدم الخدمة (يشمل بعد الإعتمادية، التعاطف والاستجابة والأمان) وذلك وفق ما أشار إليه حسين علي عبد الرسول وفائق جواد كاظم¹ وكذلك Andrew M et al² وبعد البيئة المادية التي تعكس بعد الملموسية حسب kotler، وعليه يتم استخدام هذا المحور لقياس مستوى جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر مقدميها وذلك لاختبار الفرضية الأولى، إضافة إلى استخدام هذا المحور رفقة المحور الثالث (مشاركة الزبون) كثالث بعد من أبعاد لقاء الخدمة لقياس مدى وجود فروق في مستوى لقاءات الخدمة باختلاف وجهات نظر كل من مقدمي الخدمة والزبائن لاختبار الفرضية الثانية والفرضية الرابعة كمتغير تابع؛

- **المحور الثالث:** متعلق بمشاركة الزبون (المريض)، حيث في إطار مفهوم لقاء الخدمة وبهدف معرفة مدى نجاح أو مستوى لقاءات الخدمة الصحية والتي تمثل عمليات التفاعل بين مقدمي الخدمات والزبائن (المرضى) تم إضافة محور خاص بمشاركة الزبون (المريض) كبعد ثالث من أبعاد لقاء الخدمة يضاف إلى كل من بعدي سلوك مقدم الخدمة والبيئة المادية، أي كيف يقيم مقدمو الخدمات في الخطوط الأمامية (أطباء وشبه طبيين) مشاركة الزبون (المريض) أثناء عمليات تقديم الخدمة، لمعرفة أثر ذلك على مدى نجاح لقاء الخدمة حسب وجهة نظر مقدمي الخدمات، وذلك من خلال عدد من العبارات يتم وضع درجة الموافقة عليها باستخدام سلم ليكرت خماسي الأبعاد، يستخدم هذا المحور لاختبار الفرضية الثانية؛
- **المحور الرابع:** يتمثل في المتغيرات الشخصية المتعلقة بمفردات العينة المدروسة المتمثلة في السن والجنس، سنوات الخبرة، الحالة العائلية، الرتبة، مؤسسة العمل عمومية أو خاصة، العمل في مؤسسة ثانية (سواء عمومية كانت أو خاصة)، إضافة إلى سؤال متعلق بتفضيل العمل في مؤسسة صحية عمومية أو خاصة، وسؤال مفتوح مرتبط به حول سبب تفضيل العمل في كل نوع من المؤسسات (عمومية أو خاصة)، وقد تم تبويب هذه الأسباب حسب أبعاد الرضا الوظيفي، يستخدم هذا المحور لاختبار الفرضية الخامسة.

¹ حسين علي عبد الرسول، فائق جواد كاظم، تقييم تجريبي لتأثير اللقاء الخدمي في السلوك التطوعي للزبون دراسة استطلاعية لآراء عينة من زبائن مصرف التجارة العراقي، مرجع سبق ذكره، ص133.

² Andrew M et al, services encounter conceptualisation : employees services behaviours and customers services quality perceptions, op cit, p7.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

✓ استبيان خاص بالزبائن (المرضى):¹ لاختبار كل من الفرضيات الأولى والثانية تمت صياغة استمارة استبيان وُجهت للزبائن (المرضى) في المؤسسة الاستشفائية العمومية مُجدّ بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة، وقد تم عرض هذه الاستمارة على عدد من الأساتذة المحكمين، كما تم اختبارها على عدد من الزبائن (المرضى) لاختبار مدى وضوح العبارات، تتكون هذه الاستمارة من المحاور التالية:

- **المحور الأول:** متعلق بسلوك مقدم الخدمة، حيث حسب مفهوم لقاء الخدمة يقيّم الزبون (المريض) مدى نجاح لقاءات الخدمة من خلال أبعاده المتمثلة في كل من سلوك مقدم الخدمة والبيئة المادية، وعليه للوصول إلى هذا التقييم تم تخصيص المحور الأول لقياس سلوك مقدم الخدمة من خلال أبعاد جودة الخدمة الصحية المتعلقة بسلوك مقدميها، والمتمثلة في كل من (الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف، الأمان)، وذلك من خلال عدد من العبارات يتم تأشير درجة الموافقة عليها حسب سلم ليكرت خماسي الأبعاد، يتم استخدام هذا المحور لاختبار الفرضية الأولى والثانية؛

- **المحور الثاني:** متعلق بالبيئة المادية أي البعد الخامس من أبعاد جودة الخدمة الصحية حسب kotler (الملموسية)، حيث استكمالا لأبعاد جودة الخدمة من جهة وبعد البيئة المادية للقاء الخدمة من جهة أخرى، تمت صياغة عدد من العبارات يتم تحديد درجة الموافقة عليها باستخدام سلم ليكرت خماسي الأبعاد، ويستخدم لاختبار الفرضية الأولى والثانية؛

- **المحور الثالث:** يقيس مشاركة الزبون (المريض) حسب وجهة نظره أثناء لقاءات الخدمة الصحية، ومدى التزامه ومشاركته في إنجاح لقاء الخدمة، يستخدم هذا المحور لاختبار الفرضية الثانية؛

- **المحور الرابع:** يتعلق هذا المحور بقياس مستوى القيمة المدركة بالنسبة للزبون (المريض) من خلال عدد من العبارات باستخدام سلم ليكرت خماسي الأبعاد، وهو يستخدم لاختبار الفرضية الثالثة؛

- **المحور الخامس:** متعلق بالمتغيرات الشخصية لمفردات العينة، والمتمثلة في الجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة العائلية، إضافة إلى سؤال متعلق بتفضيل العلاج في مؤسسة عمومية أو خاصة

¹ الملحق رقم: 03.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

وسؤال مفتوح تابع له متعلق بأسباب تفضيل العلاج في المؤسسة الصحية العمومية أو الخاصة. هذه الأسباب التي تم تبويبها حسب أبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة.

بما أنه تم استخدام مقياس ليكرت خماسي الأبعاد لتحديد درجة الموافقة على عبارات الاستبيان، فإن توزيع أوزان مقياس ليكرت الخماسي يكون كما هو موضح في الجدول رقم (14).

جدول رقم (14): أوزان مقياس ليكرت الخماسي

الرأي	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما
الوزن	1	2	3	4	5

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على دراسات سابقة.

بعد حساب طول الفترة ($0.80 = 4/5$) يصبح توزيع قيمة متوسطات الأوزان حسب درجة الموافقة كما يلي:

الجدول رقم (15): توزيع قيمة متوسطات الأوزان حسب درجة الموافقة

التقييم	درجة الموافقة	قيمة متوسط الأوزان
منخفض جدا	غير موافق تماما	من 01 إلى 1.79
منخفض	غير موافق	من 1.80 إلى 2.59
متوسط	محايد	من 2.60 إلى 3.39
مرتفع	موافق	من 3.40 إلى 4.19
مرتفع جدا	موافق تماما	من 4.20 إلى 05

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على دراسات سابقة.

3. الأساليب التحليلية المعتمدة في الدراسة:

بهدف تحليل البيانات المجمعة من مختلف المؤسسات المدروسة وتمشيا مع تحقيق أهداف البحث، تم الاعتماد على كل من برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS V20، وذلك للاستفادة من الأساليب التحليل الوصفي لوصف وتحليل متغيرات الدراسة، إضافة إلى اختبار فرضيات الدراسة، وباعتبار بيانات الدراسة رتيبة كان اختيار الأساليب الإحصائية كما يلي:

- اختبار ألفا كرونباخ **Cronbach's Alpha** لاختبار ثبات أداة الدراسة، وهو من

أشهر مقاييس ثبات الاستبيان يعتمد على حساب الارتباط الداخلي بين إجابات الأسئلة.

فهو يعني أنه إذا تمت إعادة توزيع الاستبيان على عينة أخرى من نفس المجتمع وبنفس حجم العينة فإن النتائج تكون متقاربة مع نتائج العينة الأولى؛¹

- التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص العينة المدروسة؛
- متوسطات الأوزان لمعرفة اتجاهات إجابات مفردات العينة المدروسة، وكذا تقدير مستويات تحقق الأبعاد ومتغيرات الدراسة؛

● اختبار مربع كاي Chi square: هو أحد الاختبارات اللامعلمية يستخدم في حال كانت البيانات رتيبة؛²

● معامل الارتباط سبيرمان Spearman correlation coefficient : لاختبار العلاقة الارتباطية بين متغيرات الدراسة وفق الفرضيات المطروحة، وهو يستخدم لاختبار العلاقة في حالة المتغيرات غير الكمية والتي تكون في شكل رتب تكون قيمته بين (1) و (-1)، حيث تكون قيمه مرتبطة بنوع العلاقة كما يلي: (1 علاقة طردية تامة)، (بين 1-0.9 علاقة طردية شبه تامة)، (بين 0.6 و 0.9 علاقة طردية قوية)، (بين 0.4 و 0.6 علاقة طردية متوسطة) (بين 0 و 0.4 علاقة طردية ضعيفة)، (0 لا توجد علاقة)، (بين 0 و -0.4 علاقة عكسية ضعيفة)، (بين -0.4 و -0.6 علاقة عكسية متوسطة)، (بين -0.6 و -0.9 علاقة عكسية قوية)، (بين -0.9 و -1 علاقة عكسية شبه تامة)، (-1 علاقة عكسية تامة)؛³

● اختبار كروسكال واليس kruskal-wallis: وهو أحد الاختبارات اللامعلمية يستخدم في حال بيانات غير كمية رتيبة لا تتبع التوزيع الطبيعي، فهو اختبار بديل لاختبار تحليل التباين (anova)، يختبر التباين للمتغيرات ذات التقسيمات الأعلى من الثنائية؛⁴

● اختبار مان ويتني mann-whitney: وهو أحد الاختبارات اللامعلمية يستخدم في حالة بيانات رتيبة، وهو اختبار بديل لاختبار (t) لعينتين مستقلتين.⁵

¹ غيث البحر، معن التنجي، التحليل الاحصائي للاستبيانات باستخدام برنامج spss ، مركز سير للدراسات الاحصائية والسياسات العامة، 2014، ص14.

² رجاء محمود أبوعلام، التحليل الاحصائي للبيانات باستخدام برنامج spss، دار النشر للجامعات، ط1، مصر، 2003، ص237.

³ غيث البحر، معن التنجي، التحليل الاحصائي للاستبيانات باستخدام برنامج spss ، مرجع سبق ذكره، ص: 89-90.

⁴ أسامة ربيع امين، التحليل الاحصائي باستخدام برنامج spss الجزء الأول، المكتبة الأكاديمية، ط2، مصر، 2007، ص169.

⁵ المرجع نفسه، ص157.

المطلب الثالث: اختبار أداة الدراسة

يتم اختبار أداة الدراسة من خلال اختبار ثبات وصدق الاستبيان، حيث يعني ثبات الاستبيان أنه إذا تم توزيع نفس الاستبيان على عينة أخرى من نفس المجتمع وبنفس حجم العينة فإنّ النتائج تكون مقاربة لنتائج العينة الأولى،¹ وذلك باستخدام معامل ألفا كرونباخ (cronbach alpha)، الذي يتعلق بمدى التوافق والاتساق في نتائج الاستبيان إذا تم تطبيقه أكثر من مرة في ظروف مماثلة، فهو يقيس مدى التناسق في إجابات المستجوبين. يدل ارتفاع قيمته على درجة الثبات وتكون قيمته مقبولة عند 60% وأكثر.

بينما صدق الاستبيان يعني مدى تمثيله للمجتمع المدروس بشكل جيد، أي مدى إعطاء الأسئلة للمعلومات التي وضعت لأجلها، يتم احتساب معامل الصدق من خلال الجذر التربيعي لمعامل الثبات ألفا كرونباخ،² كما يتم اختبار الصدق الظاهري للاستبيان من خلال عرض الاستمارة على عدد من الأساتذة المحكمين، وبناء على آرائهم تم تعديل عبارات الاستمارة، وسيتم فيما يلي اختبار ثبات أدوات الدراسة المتمثلة في الاستبيان الموجه لمقدمي الخدمات الصحية والاستبيان الموجه للزبائن (المرضى).

1. اختبار ثبات وصدق الاستبيان الموجه لمقدمي الخدمات الصحية:

يتم اختبار ثبات الاستبيان الموجه لمقدمي الخدمات بالاعتماد على اختبار ألفا كرونباخ، والجدول رقم (16) يظهر النتائج.

الجدول رقم (16): نتائج اختبار ألفا كرونباخ لاختبار ثبات الاستبيان الموجه لمقدمي الخدمة

الصحية

المحاور	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	معامل الصدق
كل عبارات الاستبيان	46	0.837	0.914

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج برنامج spss

بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ قيمة 0.837³ وهي قيمة مقبولة وعليه هذا الاستبيان صالح للدراسة، أي أنه في حال تمت إعادة توزيع نفس الاستبيان على عينة أخرى من نفس المجتمع وبنفس حجم العينة فإنّ النتائج ستكون مقاربة لنتائج العينة الأولى.

¹ غيث البحر، معن التنجي، مرجع سبق ذكره، ص14.

² المرجع نفسه، ص14.

³ الملحق رقم: 04.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

بأخذ جذر معامل الثبات يتم الحصول على معامل الصدق والذي بلغت قيمته 0.914 مما يدل على أنّ الاستبيان صادق، أي أنه يمثل المجتمع الذي سحبت منه العينة.

2. اختبار ثبات وصدق الاستبيان الموجه للزبائن (المرضى):

يتم اختبار ثبات الاستبيان الموجه للزبائن بالاعتماد على اختبار ألفا كرونباخ، والجدول رقم (17) يظهر النتائج.

الجدول رقم (17): نتائج اختبار ألفا كرونباخ لاختبار ثبات الاستبيان الموجه للزبائن (المرضى)

المحاور	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	معامل الصدق
كل عبارات الاستبيان	34	0.926	0.962

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج برنامج spss.

بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ قيمة ¹0.926 وهي قيمة مقبولة وعليه الاستبيان صالح للدراسة، بأخذ جذر معامل الثبات يتم الحصول على معامل الصدق والذي بلغت قيمته 0.962 مما يؤكد فعالية المقياس للدراسة.

¹ الملحق رقم 05.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

المبحث الثالث: التحليل الوصفي للعينة المدروسة ولتغيرات الدراسة

يتم من خلال هذا المبحث التطرق لعرض نتائج التحليل الوصفي للعينتين المدروستين (مقدمي الخدمات الصحية والزبائن) في كل من المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة.

المطلب الأول: وصف عينة الدراسة

يتم التطرق في هذا المطلب إلى عرض الاحصاءات الوصفية المتعلقة بالخصائص الشخصية لعينة الدراسة من مقدمي الخدمات لعينة الدراسة ككل، ومقدمي الخدمات من المؤسسات الخاصة وكذا من المؤسسة العمومية مُجَّد بوضياف، إضافة إلى عرض الاحصاءات الوصفية المتعلقة بالتغيرات الشخصية لعينة الزبائن ككل، وكذلك الزبائن (المرضى) من المؤسسات الخاصة والمؤسسة العمومية بالتفصيل.

1. الخصائص الشخصية لعينة الدراسة من مقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية محل الدراسة:

الجدول رقم (18): الخصائص الشخصية لمقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية محل الدراسة

المجموع		المؤسسات الصحية الخاصة		المؤسسة العمومية		الخصائص الشخصية	
النسب %	التكرارات	النسب %	التكرارات	النسب %	التكرارات		
72.5	145	58.6	41	80	104	أنثى	الجنس
27.5	55	41.4	29	20	26	ذكر	
100	200	100	70	100	130	المجموع	
12.5	25	00	00	19.20	25	أقل من 25 سنة	السن
44.5	89	50	35	41.50	54	[25-35] سنة	
24	48	18.6	13	26.90	35	[36-46] سنة	
19	38	31.4	22	12.30	16	أكبر من 47 سنة	
100	200	100	70	100	130	المجموع	
28.5	57	18.6	13	33.80	44	أعزب	الحالة العائلية
71.5	143	81.4	57	66.20	86	متزوج	
0	0	0	0	0	0	مطلق	
0	0	0	0	0	0	أرمل	
100	200	100	70	100	130	المجموع	
42.5	85	67.1	47	29.20	38	أقل من خمس سنوات	الخبرة
26	52	15.7	11	31.51	41	[05-10] سنة	
10	20	0	0	15.40	20	[11-16] سنة	
21	43	17.0	12	23.80	31	أكثر من 17 سنة	
100	200	100	70	100	130	المجموع	
16.5	33	10	07	20.00	26	طبيب	الرتبة
83.5	167	90	63	80.00	104	شبه طبي	
100	200	100	70	100	130	المجموع	

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

18	36	21.4	15	16.2	21	نعم	العمل في مؤسسة صحية ثانية (عمومية أو خاصة)
82	164	78.6	55	83.8	109	لا	
100	200	100	70	100	130	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول نلاحظ فيما يخص عينة مقدمي الخدمات الصحية في كل من المؤسسة الصحية العمومية مُجد بوضياف وعدد من المؤسسات الخاصة أغلبية أفراد العينة من الإناث بنسبة 72.5%، وهو ما يعكس واقع موظفي قطاع الصحة من أطباء وشبه طبيين بيميننة العنصر النسوي، مع ملاحظة أنه كانت نسبة الإناث في المؤسسة العمومية أكبر بكثير من نسبة الإناث في المؤسسات الخاصة محل الدراسة، وفيما يخص أعمار العينة المدروسة فقد كانت أعلى نسبة للفئة العمرية [25-35] سنة بنسبة 44.5% تليها الفئة العمرية [36-46] سنة بنسبة 24% وهو ما يُظهر سيطرة فئة الشباب على عينة الدراسة في كل من المؤسسة العمومية مُجد بوضياف والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة.

فيما يخص الخبرة تشكل أكبر نسبة الفئة أقل من خمس سنوات بنسبة 42.5% من العينة المدروسة وتعد الفئة ذات الخبرة أقل من 10 سنوات أكثر من 60%، وهي نتيجة تعكس سيطرة فئة الشباب على العينة المدروسة، مع ضرورة الإشارة إلى أنّ في حدود 40% من المستجوبين في المؤسسة الصحية العمومية لديهم خبرة أكثر من 11 سنة، في حين في المؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة تتمثل هذه الفئة في 17% فقط مع سيطرة الفئة ذوي الخبرة أقل من خمس سنوات أكثر من 67%، وهو ما يعتبر نقطة قوة بالنسبة للمؤسسة الصحية العمومية بوجود عدد كبير من مقدمي الخدمات ذوي الخبرة كبيرة.

فيما يخص الرتبة الوظيفية للعينة المدروسة فقد شملت الدراسة كل من الطاقم الطبي وشبه الطبي فقط. حيث شكلت نسبة الأطباء 16.5% بينما نسبة الشبه طبي بلغت 83.5%، في حين أظهرت النتائج أنّ أغلب أفراد العينة المدروسة بنسبة 82% لا يعملون في مؤسسة صحية ثانية (سواء كانت عمومية أو خاصة)، بينما 18% من هم فقط يعملون في مؤسسة صحية ثانية، كما يمكن ملاحظة أنّ نسبة مقدمي الخدمات (أطباء وشبه طبيين) العاملون في المؤسسات الخاصة محل الدراسة والذين يعملون في مؤسسة ثانية (عمومية أو خاصة) أكبر من نسبة العاملين في المؤسسة العمومية مُجد بوضياف ويعملون في مؤسسات أخرى.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

2. الخصائص الشخصية لعينة الدراسة من زبائن (مرضى) المؤسسة الاستشفائية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الخاصة في مدينة البويرة:

الجدول رقم (19): الخصائص الشخصية لعينة الدراسة من زبائن (مرضى) المؤسسة الاستشفائية مُجَّد

بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة في مدينة البويرة

المجموع		المؤسسات الخاصة		المؤسسة العمومية		الخصائص الشخصية	
النسب %	التكرارات	النسب %	التكرارات	النسب %	التكرارات		
70.7	212	69.3	104	72	108	أنثى	الجنس
29.3	88	30.7	46	28	42	ذكر	
100	300	100	150	100	150	المجموع	
6.3	19	6	9	6.7	10	أقل من 20 سنة	السن
20.3	61	21.3	32	19.3	29	[20-30] سنة	
28.7	86	26.7	40	30.7	46	[31-40] سنة	
15.3	46	18.7	28	12.00	18	[41-50] سنة	
29.3	88	27.3	41	31.3	47	أكبر من 51 سنة	
100	300	100	150	100	150	المجموع	
22.3	67	31.3	47	13.3	20	أعزب	الحالة العائلية
77	231	68.7	103	85.3	128	متزوج	
0	00	00	00	00	00	مطلق	
0.7	2	00	00	1.3	2	أرمل	
100	300	100	150	100	150	المجموع	
40	120	42	63	38	57	متوسط وأقل	المستوى التعليمي
34	102	32	48	36	54	ثانوي	
24	72	25.3	38	22.70	34	جامعي	
02	06	0.7	1	3.30	5	دراسات عليا	
100	300	100	150	100	150	المجموع	

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج برنامج spss.

من خلال النتائج المعروضة في الجدول نلاحظ فيما يخص عينة زبائن (مرضى) المؤسسة الاستشفائية "مُجَّد بوضياف" وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة، أنه حسب الجنس أكبر نسبة من العينة المدروسة هي نسبة الإناث بنسبة 70.7%، وحسب السن أكبر نسبة هي الفئة أكبر من 51 سنة بنسبة 29.30% تليها فئة [31-40] سنة بنسبة 28.70%، وعليه نلاحظ تنوع الفئات العمرية للعينة المدروسة. بينما نلاحظ أنّ أغلب أفراد العينة من المتزوجين بنسبة 77%، وفيما يخص المستوى التعليمي أكثر من 70% من أفراد العينة المدروسة مستواهم التعليمي بين الثانوي، المتوسط وأقل.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

المطلب الثاني: التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة الخاصة بالاستبيان الموجه لمقدمي الخدمات

تتمثل المتغيرات التي يتم تحليلها في الاستبيان الموجه لعينة مقدمي الخدمات في كل من المؤسسة الصحية العمومية والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة في ثلاثة متغيرات هي: الرضا الوظيفي، جودة الخدمة الصحية حسب مقدميها، تقييم مشاركة الزبون حسب مقدمي الخدمة، مع الإشارة إلى بعض الإختصارات في عبارات درجات الموافقة ودرجات التقييم التي تعذر كتابتها كاملة في الجداول الاحصائية كما يلي: (غير موافق: غ م، غير موافق تماما: غ م ت، منخفض جدا: منخ جدا، موافق تماما: م ت) ويتم عرض نتائج التحليل الوصفي لهذه المتغيرات للعينة ككل، كما يلي:

1. مستوى الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات الصحية بالمؤسسة الصحية مُجد بوضياف وعدد من

المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة:

الجدول رقم (20): مستوى الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات الصحية أفراد العينة المدروسة

كل المؤسسات محل الدراسة (عمومية+ خاصة)			العبارة
التقييم	درجة الموافقة	متوسط الأوزان	
منخفض	غ م	2.22	الرضا عن الراتب
مرتفع	موافق	3.76	الرضا عن جماعة العمل
متوسط	محايد	2.60	الرضا عن سياسات الترقية
متوسط	محايد	3.27	الرضا عن نمط الاشراف
متوسط	محايد	2.73	الرضا عن ساعات العمل
متوسط	محايد	2.64	الرضا عن البيئة المادية
متوسط	محايد	2.87	المستوى العام للرضا الوظيفي للعينة المدروسة

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

بشكل عام وبخصوص كل العينة المدروسة من مقدمي الخدمات في المؤسسة الصحية العمومية مُجد بوضياف ومقدمي الخدمات في عدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة، تم تسجيل درجة متوسط من مستوى الرضا الوظيفي إذ بلغ متوسط الأوزان قيمة 2.87، نتيجة لتسجيل تقييم متوسط في أغلب أبعاده، حيث تم تسجيل عدم موافقة عينة الدراسة على بعد الراتب بمتوسط أوزان منخفض بلغت قيمته 2.22، مع تسجيل موافقتهم على بعد الرضا عن جماعة العمل بمتوسط أوزان بلغ 3.76. ويمكن التفصيل في كل بعد من أبعاد الرضا الوظيفي ومختلف الفروق في ذلك بين مفردات العينة من المؤسسة العمومية ومفردات العينة من المؤسسات الخاصة محل الدراسة في الجدول رقم (21).

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

الجدول رقم (21): مستوى الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات الصحية في كل من المؤسسة الصحية

مُجد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة

الرقم	العبارة	المؤسسة العمومية			المؤسسات الخاصة		
		متوسط الأوزان	درجة الموافقة	التقييم	متوسط الأوزان	درجة الموافقة	التقييم
1.	الراتب الذي أتقاضاه يتناسب وأهمية وظيفتي	1.69	غ م ت	منخ جدا	2.60	محايد	متوسط
2.	الراتب الذي أتقاضاه يتناسب ومتطلبات المعيشة	1.60	غ م ت	منخ جدا	2.60	محايد	متوسط
3.	الراتب الذي أتقاضاه عادل مقارنة بزملائي في العمل	2.54	غ م	منخفض	2.70	محايد	متوسط
4.	الراتب الذي أتقاضاه ملائم مقارنة برواتب العاملين في قطاعات أخرى	2.10	غ م	منخفض	2.70	محايد	متوسط
الرضا عن الراتب		1.98	غ م	منخفض	2.65	محايد	متوسط
5.	لدي علاقات اجتماعية جيدة مع زملائي في العمل	3.84	موافق	مرتفع	4.21	م ت	مرتفع جدا
6.	أجد الاحترام والتقدير من قبل زملائي في العمل	3.96	موافق	مرتفع	4.07	موافق	مرتفع
7.	أجد الدعم والمساندة من طرف زملائي في العمل	3.19	محايد	مرتفع	3.90	موافق	مرتفع
8.	أشارك مع زملائي نفس الأهداف المتعلقة بالعمل	3.41	موافق	مرتفع	4.07	موافق	مرتفع
الرضا عن جماعة العمل		3.60	موافق	مرتفع	4.06	موافق	مرتفع
9.	أجد سياسات الترقية التي تمنحها المؤسسة توافقا طموحاتي	2.00	غ م	منخفض	3.08	محايد	متوسط
10.	أملك فرص الترقية في المؤسسة التي أعمل فيها	2.56	غ م	منخفض	2.91	محايد	متوسط
11.	أجد سياسات الترقية في المؤسسة عادلة بين العاملين	2.37	غ م	منخفض	3.02	محايد	متوسط
12.	رتبتي الحالية ملائمة مع سنوات الخبرة التي أملكها	2.68	محايد	متوسط	2.88	محايد	متوسط
الرضا عن سياسات الترقية		2.40	غ م	منخفض	2.97	محايد	متوسط
13.	علاقتي مع المسؤولين بالمؤسسة جيدة	3.30	محايد	متوسط	4.14	موافق	مرتفع
14.	معاملة المسؤولين لي عادلة مقارنة بالزملاء	3.09	محايد	متوسط	4.14	موافق	مرتفع
15.	يساعدني المسؤولون في حل المشكلات التي أواجهها في عملي	2.73	محايد	متوسط	3.90	موافق	مرتفع
16.	يستمتع المسؤولون لأرائي واقتراحاتي لتطوير العمل	2.52	غ م	منخفض	3.58	موافق	مرتفع
الرضا عن نمط الإشراف		2.91	محايد	متوسط	3.94	موافق	مرتفع
17.	أشعر بالرضا عن ساعات العمل التي أعملها بالمؤسسة	2.53	غ م	منخفض	3.84	موافق	مرتفع
18.	أرى أن عدد ساعات العمل يتوافق والراتب الذي أتقاضاه	1.83	غ م	منخفض	3.84	موافق	مرتفع
19.	أرى أن توزيع ساعات العمل عادل بين العاملين	2.45	غ م	منخفض	3.75	موافق	مرتفع
20.	لدي أوقات راحة كافية بعد ساعات العمل	1.78	غ م ت	منخ جدا	3.75	موافق	مرتفع
الرضا عن ساعات العمل		2.15	غ م	منخفض	3.80	موافق	مرتفع
21.	أرى أن مكان عملي مناسب لمقر سكني	2.86	محايد	متوسط	3.64	موافق	مرتفع
22.	تتوفر المؤسسة على الوسائل الضرورية لعملي	1.88	غ م	منخفض	3.64	موافق	مرتفع

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

23.	تتوفر المؤسسة على الأجهزة والمعدات الضرورية لعملية	1.76	غ م ت	منح جدا	3.55	موافق	مرتفع
24.	تشجعي البيئة المادية المتوفرة في المؤسسة على أداء أحسن في عملي	1.93	غ م	منخفض	3.64	موافق	مرتفع
	الرضا عن البيئة المادية للعمل	2.11	غ م	منخفض	3.62	موافق	مرتفع
	المستوى العام للرضا الوظيفي	2.53	غ م	منخفض	3.50	موافق	مرتفع

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

فيما يخص بعد الرضا عن الراتب، تسجيل مستوى منخفض جدا للرضا الوظيفي في المؤسسة العمومية محل الدراسة بلغ متوسط الأوزان قيمة 1.98 وهي أقل من المسجلة لدى أفراد العينة من المؤسسات الصحية الخاصة التي بلغت 2.65، مع الإشارة إلى أنّ العينة المدروسة من المؤسسة الصحية العمومية ترى أنّ الراتب لا يتناسب ومتطلبات المعيشة بتسجيل درجة موافقة منخفضة جدا حيث بلغت قيمة متوسط الأوزان 1.60. كما تم تسجيل موافقة مرتفعة لأفراد العينة المدروسة في كل من المؤسسة العمومية والمؤسسات الخاصة محل الدراسة على أغلب العبارات المتعلقة ببعدها عن الرضا عن جماعة العمل، مع الإشارة إلى تفوق المؤسسات الخاصة في هذا البعد بقيمة 4.06 لمتوسط الأوزان.

فيما يخص البعد الثالث من أبعاد الرضا الوظيفي المتعلق بالرضا عن سياسات الترقية، تم تسجيل درجات موافقة منخفضة لمختلف العبارات المشكلة لهذا البعد في المؤسسة الصحية العمومية، وهو ما أدى لتحقيق قيمة منخفضة لمستوى الرضا في هذا البعد حيث بلغت قيمة متوسط الأوزان 2.40، في حين اختار أغلب المستجوبون العاملون في المؤسسات الصحية الخاصة الحياد على أغلب عبارات بعد الرضا عن سياسات الترقية. وذلك نظرا لكون أغلبهم من شبه الطبيين من أصحاب عقود ما قبل التشغيل الذين لا يملكون فرص ترقية واضحة في هذه المؤسسات.

تم تسجيل تفوق المؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة فيما يخص بعد الرضا عن نمط الإشراف بدرجة موافقة مرتفعة بلغت قيمة متوسط الأوزان 3.94، في حين تم تسجيل مستوى متوسط لهذا البعد في المؤسسة العمومية، حيث اختار المستجوبون من المؤسسة العمومية مُجَّد بوضياف الحياد على أغلب عبارات هذا البعد، مع عدم الموافقة على عبارة "يستمتع المسؤولون لآرائهم واقتراحاتهم لتطوير العمل" وهو ما يعكس سيادة النموذج التقليدي البيروقراطي لتسيير هذه المؤسسة.

فيما يخص البعد الخامس من أبعاد الرضا الوظيفي المتعلق بالرضا عن ساعات العمل تم تسجيل فروق واضحة في آراء المستجوبين بين المؤسسة العمومية والمؤسسات الخاصة محل الدراسة، حيث مستوى الرضا عن ساعات العمل منخفض في مؤسسة مُجَّد بوضياف، في حين تم تسجيل درجة موافقة مرتفعة لهذا البعد في المؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة بلغت قيمة متوسط الأوزان 3.80.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

بخصوص البيئة المادية للعمل كبعد من أبعاد الرضا الوظيفي هناك فروق واضحة بين آراء المستجوبين في كل من المؤسسة العمومية والمؤسسات الخاصة محل الدراسة، حيث هناك درجة موافقة مرتفعة بالنسبة للعاملين في المؤسسات الخاصة في حين تم تسجيل مستوى منخفض من الرضا عن البيئة المادية في المؤسسة العمومية مُجد بوضياف.

وبشكل عام، فيما يخص مستوى الرضا الوظيفي ككل تم تسجيل مستوى منخفض في المؤسسة العمومية مُجد بوضياف إذ بلغ متوسط الأوزان قيمة 2.53، بينما تم تسجيل درجة موافقة مرتفعة في المؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة بمتوسط أوزان قيمته 3.50.

2. مستوى جودة الخدمة الصحية حسب مقدم الخدمة في المؤسسة الصحية العمومية مُجد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة:

الجدول رقم (22): مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها لدى العينة

المدرسة

في كل المؤسسات محل الدراسة (عمومية+ خاصة)			العبارة
التقييم	درجة الموافقة	متوسط الأوزان	
مرتفع جدا	موافق تماما	4.35	الاعتمادية
مرتفع جدا	موافق تماما	4.27	التعاطف
مرتفع	موافق	4.06	الاستجابة
مرتفع	موافق	4.01	الأمان
متوسط	محايد	2.93	الملموسية
مرتفع	موافق	3.92	المستوى الكلي لجودة الخدمة الصحية حسب مقدميها

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج برنامج SPSS.

اعتبر أفراد العينة المدرسة من مقدمي الخدمات الصحية (أطباء وشبه طبيين) في كل من المؤسسة الصحية العمومية وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة أنّ المستوى الكلي لجودة الخدمة الصحية المقدمة مرتفع بمتوسط أوزان قيمته 3.92، مع تسجيل مستوى مرتفع جدا لكل من بعد الاعتمادية والتعاطف، في حين اعتبروا مستوى الملموسية متوسط بمتوسط أوزان قيمته 2.93، ويمكن التفصيل أكثر في مستوى جودة الخدمة الصحية حسب مقدميها في كل من المؤسسات العمومية والخاصة محل الدراسة من خلال الجدول رقم (23).

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

الجدول رقم (23): مستوى جودة الخدمة الصحية حسب مقدميها في كل من المؤسسة الصحية

العمومية مُجد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة

الرقم	العبارة	المؤسسة العمومية			المؤسسات الخاصة		
		متوسط الأوزان	درجة الموافقة	التقييم	متوسط الأوزان	درجة الموافقة	التقييم
25	أنا قادر على الوفاء بالوعود المقدمة مسبقا للمرضى	3.86	موافق	مرتفع	4.32	م ت	مرتفع جدا
26	أبدي اهتماما كبيرا بمشاكل المرضى	4.02	موافق	مرتفع	4.42	م ت	مرتفع جدا
27	أحرص على حفظ سجلات دقيقة وكاملة عن المريض	3.96	موافق	مرتفع	4.32	م ت	مرتفع جدا
28	أحرص على تقديم الخدمات الطبية صحيحة من المرة الأولى	4.29	م ت	مرتفع جدا	4.42	م ت	مرتفع جدا
الاعتمادية							
29	أقدم عناية واهتمام شخصي بالمرضى	4.13	موافق	مرتفع	4.31	م ت	مرتفع جدا
30	أملك الدراية والمعرفة باحتياجات ورغبات المرضى	3.77	موافق	مرتفع	4.31	م ت	مرتفع جدا
31	ساعات عملي وأوقات عملي ملائمة للمرضى	3.43	موافق	مرتفع	4.21	م ت	مرتفع جدا
32	أنا أبدي اهتماما كافيا بتلبية حاجات المرضى الطبية	4.23	م ت	مرتفع جدا	4.24	م ت	مرتفع جدا
التعاطف							
33	أحرص على إعلام المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة	3.90	موافق	مرتفع	4.21	م ت	مرتفع جدا
34	أبدي الرغبة في مساعدة المرضى	4.20	م ت	مرتفع جدا	4.30	م ت	مرتفع جدا
35	لدي استعداد للرد والاستجابة لطلبات المرضى	4.06	موافق	مرتفع	4.11	موافق	مرتفع
36	أستجيب لشكاوى المرضى بسرعة	3.83	موافق	مرتفع	4.02	موافق	مرتفع
الاستجابة							
37	أعتقد أنّ المرضى لديهم ثقة في خبراتي ومؤهلاتي	3.89	موافق	مرتفع	4.00	موافق	مرتفع
38	أعتقد أنّ المرضى يشعرون بالأمان عند تعاملهم معي	4.07	موافق	مرتفع	4.08	موافق	مرتفع
39	أعتقد أنّ المرضى يرون أنني أتعامل معهم بلطف	4.06	موافق	مرتفع	4.01	موافق	مرتفع
الأمان							
40	موقع المؤسسة الصحية ملائم للمرضى	3.26	محايد	متوسط	3.87	موافق	مرتفع
41	تتوفر المؤسسة الصحية على الأجهزة والمعدات اللازمة	2.12	غ م	منخفض	3.85	موافق	مرتفع
42	تتوفر المؤسسة على قاعات انتظار لائقة	2.06	غ م	منخفض	3.62	موافق	مرتفع
43	محلات المؤسسة الصحية نظيفة	2.44	غ م	منخفض	3.78	موافق	مرتفع
الملموسية							
	المستوى الكلي لجودة الخدمة الصحية حسب مقدميها	3.68	موافق	مرتفع	4.12	موافق	مرتفع

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

اعتبر أفراد العينة المدروسة في كل المؤسسات الصحية محل الدراسة سواء العمومية أو الخاصة أنهم يقدمون خدمات صحية ذات اعتمادية عالية للزبائن (المرضى)، مع الإشارة إلى تفوق المؤسسات الخاصة في قيمة متوسط الأوزان الذي بلغ قيمة 4.37.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

نفس الشيء فيما يخص بعد التعاطف حيث اعتبر مقدمو الخدمة المستجوبون أنهم يقدمون خدمات صحية بمستوى تعاطف مرتفع مع الزبائن (المرضى)، مع تفوق المؤسسات الصحية الخاصة في ذلك بقيمة متوسط الأوزان 4.27، مقابل 3.89 في المؤسسة العمومية مُجَّد بوضياف.

بالنسبة لبعد الاستجابة، اعتبر مقدمو الخدمات في كل من المؤسسة الصحية العمومية وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة أنهم يعملون على تقديم مستوى مرتفع من الاستجابة أثناء تقديمه للخدمات الصحية للزبائن (المرضى)، في حين أنهم يعتقدون أنّ الزبائن (المرضى) يحصلون على خدمات صحية بمستوى أمان وثقة مرتفعين.

وكأهم بعد من أبعاد جودة الخدمة سجل فروقا واضحة في آراء المستجوبين بين مقدمي الخدمات في المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد بوضياف ومقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة، تشكل الملموسية أهم فارق بين الفئتين، حيث اعتبر مقدمو الخدمات في المؤسسة العمومية مُجَّد بوضياف أنّ مستوى الملموسية منخفض بمتوسط أوزان بلغت قيمته 2.47، بينما اعتبر مقدمو الخدمات في المؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة أنّ مستوى الملموسية في هذه المؤسسات مرتفع بمتوسط أوزان قيمته 3.78.

كل هذه النتائج المتعلقة بكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية أدت إلى أن يكون المستوى الكلي لجودة الخدمة الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها تكون مرتفعة في كلا الفئتين من المستجوبون (مقدمو الخدمات في المؤسسة العمومية وفي المؤسسات الخاصة)، مع تسجيل تفوق لصالح المؤسسات الخاصة محل الدراسة بمتوسط أوزان قيمته 4.12.

3. تقييم مشاركة الزبون (المريض) في اللقاءات الخدمية حسب مقدمي الخدمة الصحية في كل من المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة:

بهدف تقييم مشاركة الزبائن (المرضى) في اللقاءات الخدمية تم توجيه مجموعة من العبارات لعينة الدراسة من مقدمي الخدمات في كل من المؤسسة العمومية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة، ويمكن توضيح النتائج المتعلقة بمفردات العينة ككل في الجدول رقم (24).

جدول رقم (24): تقييم مشاركة الزبون (المريض) في اللقاءات الخدمية حسب مقدمي الخدمة في

المؤسسة العمومية وعدد من المؤسسات الخاصة بمدينة البويرة

الرقم	العبارة	في كل المؤسسات محل الدراسة (عمومية+ خاصة)	
		متوسط الأوزان	درجة الموافقة
44	يحترم المرضى المواعيد التي أقدمها لهم	2.74	محايد
45	يلتزم المرضى بالنصائح والتوجيهات الطبية التي أقدمها لهم	2.88	محايد
46	يحترم المرضى قوانين النظام والانضباط داخل المؤسسة الصحية	2.36	غير موافق
	مشاركة الزبون (المريض) حسب مقدم الخدمة	2.66	محايد

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج برنامج spss.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

اعتبر أفراد العينة المدروسة من مقدمي الخدمات في كل من المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد بوضياف والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة ككل أنّ مستوى مشاركة الزبون (المريض) متوسطة، حيث بلغت قيمة متوسط الأوزان 2.66، كما يمكن ملاحظة أنّ أقل قيمة لمتوسط الأوزان كانت للعبارة المتعلقة بمدى احترام الزبائن (المريض) لقوانين النظام والانضباط داخل المؤسسة، ويمكن التفصيل في مستوى مشاركة الزبون (المريض) بين المؤسسة العمومية والمؤسسات الخاصة محل الدراسة كل على حدة في الجدول رقم (25).

جدول رقم (25): تقييم مشاركة الزبون (المريض) في اللقاءات الخدمية حسب مقدمي الخدمة

الرقم	العبارة	المؤسسة العمومية			المؤسسات الخاصة	
		متوسط الأوزان	درجة الموافقة	التقييم	متوسط الأوزان	درجة الموافقة
44	يحترم المرضى المواعيد التي أقدمها لهم	2.66	محايد	متوسط	2.90	محايد
45	يلتزم المرضى بالنصائح والتوجيهات الطبية التي أقدمها لهم	2.83	محايد	متوسط	2.97	محايد
46	يحترم المرضى قوانين النظام والانضباط داخل المؤسسة الصحية	2.03	غ م	منخفض	2.97	محايد
	مشاركة الزبون (المريض) حسب مقدم الخدمة	2.51	غ م	منخفض	2.94	محايد

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج برنامج SPSS.

توصلت النتائج إلى تقييم منخفض لمشاركة الزبائن (المريض) في اللقاءات الخدمية حسب وجهة نظر مقدمي الخدمات في المؤسسة العمومية مُجَّد بوضياف بمتوسط أوزان قيمته 2.51، في حين اعتبر مقدمو الخدمة في المؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة أنّ مستوى مشاركة الزبون (المريض) في اللقاءات الخدمية متوسط.

4. تقييم مستوى لقاءات الخدمة حسب مقدمي الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد

بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة:

الجدول رقم (26): مستوى لقاءات الخدمة حسب مقدمي الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية

العمومية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة

في كل المؤسسات محل الدراسة (عمومية+ خاصة)			أبعاد اللقاء الخدمي
التقييم	درجة الموافقة	متوسط الأوزان	
مرتفع	موافق	4.17	سلوك مقدم الخدمة
متوسط	محايد	2.93	البيئة المادية
متوسط	محايد	2.66	مشاركة الزبون (المريض)
متوسط	محايد	3.25	مستوى لقاءات الخدمة حسب مقدمي الخدمات الصحية

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

بخصوص تقييم مستوى لقاءات الخدمة حسب كل أفراد العينة من مقدمي الخدمات في كل من المؤسسة العمومية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة، تم تسجيل مستوى متوسط له حيث

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

بلغت قيمة متوسط الأوزان 3.25، وهو نفس المستوى لكل من بعديه البيئة المادية ومشاركة الزبون (المريض)، في حين كان تقييم مستوى سلوك مقدم الخدمة مرتفع، ويمكن التفصيل أكثر بين مستوى لقاءات الخدمة في كل من المؤسسة العمومية والمؤسسات الخاصة محل الدراسة في الجدول رقم (27).

الجدول رقم (27): مستوى لقاءات الخدمة حسب مقدمي الخدمات الصحية بين المؤسسة الصحية

العمومية مُجد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة

المؤسسات الخاصة		المؤسسة العمومية			أبعاد اللقاء الخدمي	
التقييم	درجة الموافقة	متوسط الأوزان	التقييم	درجة الموافقة		
مرتفع جدا	م ت	4.21	مرتفع	موافق	3.98	سلوك مقدم الخدمة
مرتفع	موافق	3.78	منخفض	غ م	2.47	البيئة المادية
متوسط	محايد	2.94	منخفض	غ م	2.51	مشاركة الزبون (المريض)
مرتفع	موافق	3.64	متوسط	محايد	2.99	مستوى لقاءات الخدمة حسب مقدمي الخدمات الصحية

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

تُظهر نتائج الجدول رقم (27) مستوى تقييم متوسط للقاءات الخدمية بالنسبة لمقدمي الخدمة أفراد العينة المدروسة من المؤسسة الصحية العمومية مُجد بوضياف، حيث بلغ متوسط الأوزان قيمة 2.99 مع الإشارة إلى تسجيل درجة موافقة مرتفعة لسلوك مقدم الخدمة في حين اعتبروا مستوى كل من البيئة المادية ومشاركة الزبون (المريض) منخفضة.

فيما يخص مفردات العينة من مقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة، أظهرت النتائج مستوى مرتفع للقاءات الخدمية من وجهة نظر مقدميها في هذه المؤسسات، حيث بلغ متوسط الأوزان قيمة 3.64، وبخصوص الأبعاد فقد تم تسجيل مستوى مرتفع جدا لمستوى سلوك مقدم الخدمة ومستوى مرتفع للبيئة المادية في ظل مشاركة زبون (مريض) متوسطة حسبهم.

5. تفضيل العمل في مؤسسة صحية عمومية أو مؤسسة صحية خاصة من طرف مقدمي الخدمات أفراد العينة المدروسة:

يمكن عرض نتائج السؤال المتعلق بتفضيل العمل في المؤسسات الخاصة وفي المؤسسة العمومية كما هو موضح في الجدول رقم (28).

الجدول رقم (28): تفضيل العمل لدى مقدمي الخدمات أفراد العينة المدروسة بين المؤسسات الصحية

العمومية والخاصة

المجموع		المؤسسات الصحية الخاصة		المؤسسة الصحية العمومية		تفضيل العمل بالنسبة لمقدمي الخدمات
النسب %	التكرارات	النسب %	التكرارات	النسب %	التكرارات	
83	166	65.70	46	92.30	120	في مؤسسة صحية عمومية
17	34	34.30	24	7.70	10	في مؤسسة صحية خاصة

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

100	200	100	70	100	130	المجموع
-----	-----	-----	----	-----	-----	---------

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

بشكل عام أغلب المستجوبين بنسبة 83% من أفراد العينة المدروسة يفضلون العمل في مؤسسة صحية عمومية، حيث أكثر من 92% من المستجوبين العاملين في المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد بوضياف يفضلون العمل في القطاع العمومي، بينما بنسبة أقل بلغت 65.7% من المستجوبين العاملين في المؤسسات الصحية الخاصة يفضلون العمل في القطاع العمومي و34% يفضلون العمل في القطاع الخاص، وهي نسبة مهمة تدل على رغبة هذه النسبة في الاستمرار في العمل لدى مؤسسات صحية خاصة، ويلخص الجدول رقم (29) أسباب تفضيل العمل في كل نوع من المؤسسات (العمومية أو الخاصة) مبوبة حسب بعض أبعاد الرضا الوظيفي.

الجدول رقم (29): أسباب تفضيل العمل في كل من المؤسسات الصحية العمومية أو الخاصة

أسباب تفضيل العمل في المؤسسة	في المؤسسات الصحية العمومية	في المؤسسات الصحية الخاصة
الراتب	20%	100%
سياسات الترقية	80%	00
ساعات العمل	60%	00

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

تم تبويب مختلف إجابات مفردات العينة المدروسة حول أسباب تفضيل العمل في كل مؤسسة يقومون باختيار العمل فيها ضمن ثلاثة أبعاد للرضا الوظيفي، حيث أنّ أفراد العينة المدروسة المفضلون للعمل في المؤسسات العمومية يفضلونها لثلاثة أسباب رئيسية تتمثل بنسبة كبيرة في سياسات الترقية بنسبة 80%، تليها ساعات العمل بنسبة 60% والرواتب بنسبة 20%، بينما كل مقدمي الخدمات الصحية أفراد العينة المدروسة المفضلين للعمل في المؤسسات الصحية الخاصة يفضلونها لسبب واحد وهو الراتب.

من خلال هذه النتائج يمكن القول أنّه، رغم تسجيل مستوى منخفض من الرضا الوظيفي في المؤسسة العمومية إلا أنّ أغلب أفراد العينة المدروسة يفضلون العمل في المؤسسات العمومية عن العمل في المؤسسات الخاصة، فهم يرون أنّ سياسات الترقية وساعات العمل إضافة للراتب عوامل تتفوق فيها المؤسسة العمومية عن الخاصة.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

المطلب الثالث: التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة الخاصة بالاستبيان الموجه للزبائن (المرضى)

ويتم عرض نتائج التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة الخاصة بالاستبيان الموجه للزبائن (المرضى) كما يلي:

1. مستوى جودة الخدمة المدركة من طرف الزبون (المريض) حسب زبائن (مرضى) المؤسسة الصحية العمومية مُجد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة:

الجدول رقم (30): مستوى جودة الخدمة المدركة من طرف الزبائن (المرضى) من العينة

المدروسة

كل المؤسسات محل الدراسة (عمومية+ خاصة)			العبارة
التقييم	درجة الموافقة	متوسط الأوزان	
مرتفع	موافق	3.74	الاعتمادية
مرتفع	موافق	3.74	التعاطف
مرتفع	موافق	3.72	الاستجابة
مرتفع	موافق	3.84	الأمان
مرتفع	موافق	3.66	الملموسية
مرتفع	موافق	3.74	المستوى الكلي لجودة الخدمة الصحية المدركة بالنسبة للزبون (المريض)

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

بشكل عام وبخصوص كل أفراد العينة المدروسة من زبائن (مرضى) المؤسسات الصحية محل الدراسة، تُظهر النتائج اتجاههم لتقييم مرتفع لمستوى جودة الخدمات المستلمة بمتوسط أوزان قيمته 3.74، أعلى قيمة سجلت بعد الأمان وأقلها بعد الملموسية، ويمكن توضيح مختلف الفروق بين مفردات العينة في كل من المؤسسة الصحية العمومية والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة من خلال جدول رقم (31).

الجدول رقم (31): مستوى جودة الخدمة المدركة من طرف الزبون (المريض) حسب زبائن (مرضى)

المؤسسة الصحية العمومية مُجد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة

الرقم	العبارة	المؤسسة العمومية			المؤسسات الخاصة		
		متوسط الأوزان	درجة الموافقة	التقييم	متوسط الأوزان	درجة الموافقة	التقييم
01	يفي العاملون في المؤسسة الصحية (أطباء وشبه طبيين) بعودهم المقدمة مسبقا	3.26	محايد	متوسط	3.69	موافق	مرتفع
02	يبدى العاملون في المؤسسة الصحية اهتماما كبيرا بمشاكل المرضى	3.54	موافق	مرتفع	3.69	موافق	مرتفع
03	يحرص العاملون في المؤسسة الصحية على حفظ سجلات دقيقة وكاملة عن المريض	3.98	موافق	مرتفع	3.83	موافق	مرتفع
04	يحرص العاملون في المؤسسة على تقديم الخدمات الطبية صحيحة من المرة الأولى	3.92	موافق	مرتفع	3.78	موافق	مرتفع
05	للعاملين (الأطباء وشبه الطبيين) القدرة على الإجابة على	3.90	موافق	مرتفع	3.79	موافق	مرتفع

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

أسئلة المرضى						
					3.72	الاعتمادية
مرتفع	موافق	3.76	مرتفع	موافق	3.72	06
مرتفع	موافق	3.40	مرتفع	موافق	3.75	يقدم العاملون بالمؤسسة عناية واهتمام شخصي بالمرضى
مرتفع	موافق	3.72	مرتفع	موافق	3.91	07 يمتلك العاملون في المؤسسة الدراية والمعرفة باحتياجات ورغبات المرضى
مرتفع	موافق	3.76	مرتفع	موافق	3.86	08 يتعامل العاملون في المؤسسة باحترام مع المرضى
مرتفع	موافق	3.87	مرتفع	موافق	3.60	09 لدى العاملين بالمؤسسة ساعات عمل وأوقات عمل ملائمة للمرضى
مرتفع	موافق	3.81	مرتفع	موافق	3.70	10 يبدي العاملون بالمؤسسة اهتماما كافيا بتلبية حاجات المرضى الطبية
					3.76	التعاطف
مرتفع	موافق	3.71	مرتفع	موافق	3.76	11 يحرص العاملون بالمؤسسة على إعلام المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة
مرتفع	مرتفع	3.94	مرتفع	موافق	3.76	12 يسعى العاملون بالمؤسسة إلى السرعة في تقديم الخدمة للمرضى
مرتفع	موافق	3.79	مرتفع	موافق	3.56	13 يبدي العاملون بالمؤسسة الرغبة في مساعدة للمرضى
مرتفع	موافق	3.75	مرتفع	موافق	3.69	14 لدى العاملين بالمؤسسة استعداد للرد والاستجابة لطلبات المرضى
مرتفع	موافق	3.80	مرتفع	موافق	3.76	15 يستجيب العاملون بالمؤسسة لشكاوى المرضى بسرعة
					3.60	الاستجابة
مرتفع	موافق	3.83	مرتفع	موافق	3.60	16 أثق في خبرات ومؤهلات العاملين بالمؤسسة الصحية
مرتفع	موافق	3.96	مرتفع	موافق	3.67	17 أشعر بالأمان عند تعاملي مع العاملين بالمؤسسة
مرتفع	موافق	4.11	مرتفع	موافق	3.82	18 أرى أنّ العاملون بالمؤسسة يتعاملون بلطف مع المرضى
مرتفع	موافق	3.52	مرتفع	موافق	3.99	الأمان
مرتفع	موافق	3.86	مرتفع	موافق	3.83	19 تتوفر المؤسسة الصحية على الأجهزة والمعدات الطبية اللازمة
مرتفع	موافق	3.49	متوسط	محايد	2.83	20 تتوفر بالمؤسسة الصحية الأدوية والتحاليل الطبية اللازمة
مرتفع	موافق	3.40	متوسط	محايد	2.82	21 تملك المؤسسة الصحية قاعة انتظار مريحة
مرتفع	موافق	3.96	متوسط	محايد	3.38	22 الروائح بالمؤسسة الصحية ملائمة
مرتفع	موافق	3.96	متوسط	محايد	3.30	23 فضاءات المؤسسة الصحية نظيفة
مرتفع	موافق	3.96	متوسط	محايد	3.06	24 هندام ولباس العاملين بالمؤسسة ملائم
مرتفع	موافق	3.96	مرتفع	موافق	4.11	البيئة المادية (الملموسة)
مرتفع	موافق	3.84	متوسط	محايد	3.25	المستوى الكلي لجودة الخدمة الصحية المدركة للزبون (المرضى)
مرتفع	موافق	3.80	مرتفع	موافق	3.63	

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج spss.

فيما يخص بعد الاعتمادية أظهرت النتائج تقييم مرتفع من طرف الزبائن (المرضى) في كل من المؤسسة الصحية العمومية والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة بقيم متقاربة لمتوسط الأوزان بلغت 3.72، 3.76 على التوالي، ونفس الشيء بالنسبة لبعده التعاطف الذي تم تقييمه بدرجة موافقة مرتفعة في كل المؤسسات محل

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

الدراسة حيث بلغ متوسط الأوزان قيمة 3.76 في المؤسسة العمومية و 3.71 في المؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة، وكذلك الحال بالنسبة لبعده الأمان حيث بلغ متوسط الأوزان قيمة 3.83 في المؤسسة العمومية و 3.86 في المؤسسات الصحية الخاصة.

بالنسبة لبعده الاستجابة، هناك فروق واضحة بين آراء المستجوبين في كل من المؤسسة العمومية مُجَّد بوضياف والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة، حيث كان تقييم زبائن (مرضى) المؤسسات الصحية الخاصة مرتفعا (3.83) عن تقييم مستوى الاستجابة في المؤسسة الصحية العمومية (3.60).

وكذلك الحال فيما يخص بعده الملموسية، هناك فروق واضحة بين آراء المستجوبين بحيث تم تسجيل مستوى تقييم متوسط في المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد بوضياف (3.25)، في حين اعتبر زبائن (مرضى) المؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة مستوى بعده الملموسية مرتفع لديها (3.84).

مختلف النتائج السابقة بخصوص أبعاد جودة الخدمة المدركة للزبون (المريض) توضح تقييم مرتفع لمستوى جودة الخدمات المقدمة في كل من المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد بوضياف والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة (3.63، 3.80 على التوالي) حسب وجهة نظر الزبائن (المريض)، مع عدم وجود اختلاف كبير في تقييم كلا الفئتين (زبائن المؤسسة العمومية وزبائن المؤسسات الخاصة) لمستوى الجودة الكلي.

2. القيمة المدركة بالنسبة للزبون (المريض) في المؤسسات الصحية محل الدراسة:

الجدول رقم (32): مستوى القيمة المدركة بالنسبة للزبون (المريض) في المؤسسات الصحية محل

الدراسة مجتمعة

الرقم	العبارات	كل المؤسسات محل الدراسة (عمومية+ خاصة)	
		متوسط الأوزان	درجة الموافقة
25	السعر الذي دفعته يلائم الخدمة التي استفدت منها	3.81	موافق
26	حصلت على الخدمة الصحية دون جهد كبير	3.70	موافق
27	لم أستغرق وقتا طويلا في الانتظار للحصول على الخدمة	3.75	موافق
28	أنا راض عن مستوى جودة الخدمة التي استفدت منها	3.85	موافق
29	أرى أنّ الخدمة التي استفدت منها أفضل من خدمات المؤسسات الأخرى	3.80	موافق
30	أشعر بالارتياح بعد تعاملي مع العاملين بالمؤسسة الصحية	3.77	موافق
31	أرى أنّ معاملة العاملين وتفاعلهم معي كان ملائما	3.77	موافق
	مستوى القيمة المدركة بالنسبة للزبون (المريض)	3.78	موافق

المصدر: من اعداد الطالبة اعتمادا على نتائج برنامج spss.

تظهر نتائج الجدول أنّ مستوى القيمة المدركة بالنسبة للزبون (المريض) مرتفع بالنسبة لعينة المدروسة المتمثلة في عينة من زبائن (مرضى) المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

البويرة، ويمكن التفصيل في مستوى القيمة المدركة للزبون (المريض) بين المؤسسة العمومية والمؤسسات الخاصة محل الدراسة في الجدول رقم (33).

الجدول رقم (33): مستوى القيمة المدركة بالنسبة للزبون (المريض) في المؤسسة الصحية العمومية

مُجد بوضياف وفي عدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة

الرقم	العبارات	المؤسسة العمومية			المؤسسات الخاصة		
		متوسط الأوزان	درجة الموافقة	التقييم	متوسط الأوزان	درجة الموافقة	التقييم
25	السعر الذي دفعته يلائم الخدمة التي استفدت منها	4.10	موافق	مرتفع	3.52	موافق	مرتفع
26	حصلت على الخدمة الصحية دون جهد كبير	3.44	موافق	مرتفع	3.96	موافق	مرتفع
27	لم أستغرق وقتا طويلا في الانتظار للحصول على الخدمة	3.52	موافق	مرتفع	3.99	موافق	مرتفع
28	أنا راض عن مستوى جودة الخدمة التي استفدت منها	3.80	موافق	مرتفع	3.90	موافق	مرتفع
29	أرى أن الخدمة التي استفدت منها أفضل من خدمات المؤسسات الأخرى	3.72	موافق	مرتفع	3.88	موافق	مرتفع
30	أشعر بالارتياح بعد تعاملي مع العاملين بالمؤسسة الصحية	3.67	موافق	مرتفع	3.77	موافق	مرتفع
31	أرى أن معاملة العاملين وتفاعلهم معي كان ملائما	3.77	موافق	مرتفع	3.77	موافق	مرتفع
	مستوى القيمة المدركة بالنسبة للزبون (المريض)	3.73	موافق	مرتفع	3.82	موافق	مرتفع

المصدر: من اعداد الطالبة اعتمادا على نتائج برنامج spss.

بهدف الأخذ بالاعتبار مجانية العلاج وأسعار الخدمات المقدمة في كل من المؤسسة الصحية العمومية والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة، تم قياس مستوى القيمة المدركة بالنسبة للزبائن (المرضى)، حيث تم تسجيل مستويات متقاربة للقيمة المدركة بين المؤسسة الصحية العمومية والمؤسسات الصحية الخاصة بلغت قيمة متوسط الأوزان 3.73 و 3.82 على التوالي، رغم مجانية العلاج في المؤسسة العمومية مُجد بوضياف والأهداف الربحية للمؤسسات الصحية الخاصة إلا أنه لا توجد فروق واضحة بين القيمة المدركة للزبائن (المرضى) في المؤسسة الصحية العمومية والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة.

3. مشاركة الزبون (المريض) في لقاءات الخدمة حسب رأي عينة من زبائن (المرضى) المؤسسات

الصحية محل الدراسة:

الجدول رقم (34): تقييم مشاركة الزبائن في اللقاءات الخدمية من وجهة نظرهم في المؤسسات

الصحية محل الدراسة مجتمعة

الرقم	العبارات	كل المؤسسات محل الدراسة (عمومية+ خاصة)		
		متوسط الأوزان	درجة الموافقة	التقييم
32	أحترم المواعيد التي يقدمها لي مقدمو الخدمات الصحية	4.07	مرافق	مرتفع
33	أحترم قوانين النظام والانضباط داخل المؤسسة الصحية	3.89	موافق	مرتفع
34	ألتزم بالنصائح والتوجيهات الطبية المقدمة لي من طرف مقدمي الخدمة	4.03	موافق	مرتفع

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

			الصحية
مرتفع	موافق	3.99	مستوى مشاركة الزبون (المرضى)

المصدر: من اعداد الطالبة اعتمادا على نتائج برنامج spss.

تظهر النتائج درجة موافقة مرتفعة لمستوى مشاركة الزبون (المرضى) في لقاءات الخدمة حسب وجهة نظر الزبائن (المرضى)، حيث بلغ متوسط الأوزان قيمة 3.99.

الجدول رقم (35): تقييم مشاركة الزبائن في اللقاءات الخدمية من وجهة نظرهم في المؤسسة

الصحية العمومية مُجد بوضياف وفي عدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة

الرقم	العبارات	المؤسسة العمومية			المؤسسات الخاصة		
		متوسط الأوزان	درجة الموافقة	التقييم	متوسط الأوزان	درجة الموافقة	التقييم
32	أحترم المواعيد التي يقدمها لي مقدمو الخدمات الصحية	3.67	موافق	مرتفع	4.02	موافق	مرتفع
33	أحترم قوانين النظام والانضباط داخل المؤسسة الصحية	3.82	موافق	مرتفع	4.01	موافق	مرتفع
34	ألتزم بالنصائح والتوجيهات الطبية المقدمة لي من طرف مقدمي الخدمة الصحية	3.99	موافق	مرتفع	4.05	موافق	مرتفع
	مستوى مشاركة الزبون (المرضى)	3.96	موافق	مرتفع	4.02	موافق	مرتفع

المصدر: من اعداد الطالبة اعتمادا على نتائج برنامج spss.

فيما يخص تقييم الزبائن (المرضى) لمشاركتهم في اللقاءات الخدمية تم تسجيل تقييم مرتفع في كل من المؤسسة الصحية العمومية مُجد بوضياف وفي المؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة، وذلك بقيم متقاربة دون وجود فروق واضحة بين الفئتين بمتوسط أوزان قيمته 3.96، 4.02 على التوالي.

4. تقييم لقاءات الخدمة الصحية حسب وجهة نظر الزبائن (المرضى) في المؤسسات الصحية محل

الدراسة:

الجدول رقم (36): تقييم لقاءات الخدمة الصحية حسب وجهة نظر الزبائن (المرضى) في

المؤسسات الصحية محل الدراسة مجتمعة

كل المؤسسات محل الدراسة (عمومية+ خاصة)			أبعاد اللقاء الخدمي
التقييم	درجة الموافقة	متوسط الأوزان	
مرتفع	موافق	3.76	سلوك مقدم الخدمة
مرتفع	موافق	3.66	البيئة المادية
مرتفع	موافق	3.99	مشاركة الزبون
مرتفع	موافق	3.80	مستوى لقاءات الخدمة من وجهة نظر الزبائن (المرضى)

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج spss.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

بالنسبة لمستوى لقاءات الخدمة من وجهة نظر الزبائن (المرضى) للعينة المدروسة ككل من زبائن المؤسسة العمومية مُجَّد بوضياف والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة، تم تسجيل مستوى مرتفع بمتوسط أوزان قيمته 3.80، ويمكن توضيح الفرق بين المؤسسة العمومية والمؤسسات الخاصة في مستوى لقاءات الخدمة في الجدول رقم (37).

الجدول رقم (37): تقييم لقاءات الخدمة الصحية حسب وجهة نظر الزبائن (المرضى) في المؤسسة

العمومية مُجَّد بوضياف وفي عدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة

المؤسسات الخاصة		المؤسسة العمومية			أبعاد اللقاء الخدمي	
التقييم	درجة الموافقة	متوسط الأوزان	التقييم	درجة الموافقة	متوسط الأوزان	
مرتفع	موافق	3.79	مرتفع	موافق	3.73	سلوك مقدم الخدمة
مرتفع	موافق	3.84	مرتفع	موافق	3.25	البيئة المادية
مرتفع	موافق	4.02	مرتفع	موافق	3.96	مشاركة الزبون
مرتفع	موافق	3.89	مرتفع	موافق	3.65	مستوى لقاءات الخدمة من وجهة نظر الزبائن (المرضى)

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

اعتبر الزبائن (المرضى) المستجوبون في المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد بوضياف وفي عدد من المؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة أنّ مستوى تقييمهم لقاءات الخدمة مرتفع بمتوسط أوزان قيمته 3.65 بالنسبة للمؤسسة العمومية و 3.89 بالنسبة للمؤسسات الخاصة، مع تسجيل تفوق للمؤسسات الخاصة، بحيث أنّ تقييم زبائن (مرضى) المؤسسات الصحية الخاصة للقاءات الخدمة مرتفع عنه في المؤسسة العمومية محل الدراسة.

5. تفضيل العلاج في مؤسسة صحية عمومية أو خاصة بالنسبة لزبائن (المرضى) المؤسسة الصحية

العمومية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة:

الجدول رقم (38): تفضيل العلاج في مؤسسة صحية عمومية أو خاصة بالنسبة لزبائن (المرضى)

المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة

المجموع		زبائن المؤسسات الصحية الخاصة		زبائن المؤسسة الصحية العمومية		تفضيل العلاج بالنسبة للزبائن (المرضى)
النسب %	التكرارات	النسب %	التكرارات	النسب %	التكرارات	
34	102	8	12	60	90	في مؤسسة صحية عمومية
66	198	92	138	40	60	في مؤسسة صحية خاصة
100	300	100	150	100	150	المجموع

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

فيما يخص تفضيل العلاج في المؤسسات العمومية أو في المؤسسات الخاصة، اتجهت آراء أغلب مفردات العينة من زبائن المؤسسة العمومية وزبائن المؤسسات الخاصة محل الدراسة إلى تفضيل العلاج في المؤسسات الخاصة بنسبة بلغت 66%.

في حين يفضل 60% من زبائن (المرضى) المؤسسة العمومية المستجوبون العلاج في المؤسسات العمومية، ويفضل 92% من زبائن (المرضى) المؤسسات الخاصة المستجوبون العلاج في المؤسسات الصحية الخاصة، ولمعرفة أسباب تفضيل العلاج في كل نوع من المؤسسات الصحية، تم توجيه سؤال مفتوح متعلق بذلك يتم تلخيص نتائجه في الجدول رقم (41).

الجدول رقم (39): أسباب تفضيل العلاج في المؤسسات العمومية أو في المؤسسات الخاصة حسب رأي زبائن المؤسسة الصحية العمومية مُجد بوضياف وعدد من المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة البويرة

أسباب تفضيل العلاج في المؤسسة	في المؤسسات العمومية	في المؤسسات الخاصة
مجانية الخدمات الصحية	60%	0
الاعتمادية	40%	70%
الاستجابة	30%	77.36%
الأمان	0	40%
الملموسية	0	66.31%

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

اعتبر الزبائن أفراد العينة المدروسة في كل من المؤسسة العمومية مُجد بوضياف وفي عدد من المؤسسات الصحية الخاصة (160 مجيب من أصل 166 زبون يفضلون العلاج في المؤسسات العمومية) أنّ ذلك يرجع لثلاثة أسباب رئيسية: في المركز الأول اعتبر 60% منهم أنّ مجانية العلاج هي سبب تفضيلهم للعلاج فيها، إضافة لاعتبار 40% منهم أنّ الاعتمادية في تقديم الخدمات هي سبب تفضيلهم للعلاج في المؤسسات العمومية، ويرى 30% منهم أنّ الاستجابة سبب تفضيلهم للعلاج في هذه المؤسسات.

بينما اعتبر الزبائن أفراد العينة المدروسة ككل المفضلون للعلاج في المؤسسات الخاصة (190 فرد أجاب على السؤال من أصل 198 زبون يفضلون العلاج في المؤسسات الخاصة) أنّ سبب تفضيلهم يرجع إلى أربعة أسباب رئيسية، حيث أرجع أكثر من 77.36% منهم ذلك لعنصر الاستجابة في تقديم الخدمات الصحية، كذلك اعتبر 70% منهم الاعتمادية في تقديم الخدمات سبب تفضيلهم للعلاج في المؤسسات الصحية الخاصة، تليها الملموسية ومدى توفر البيئة المادية الملائمة (أجهزة ومعدات...) في المؤسسات الصحية الخاصة بنسبة 66.31% من المفضلين للعلاج في هذه المؤسسات، ثم عنصر الأمان والثقة بنسبة 40% منهم.

المبحث الرابع: تحليل نتائج اختبار فرضيات الدراسة

يتم من خلال هذا المبحث التطرق إلى تحليل نتائج اختبار فرضيات الدراسة من خلال أربع مطالب يتعلق الأول منها بتحليل نتائج اختبار الفروق بين آراء مقدمي الخدمات والزبائن (المرضى) فيما يخص مستوى جودة الخدمات الصحية وكذا تقييمهم للقاءات الخدمية، ليتم التطرق في المطلب الثاني لتحليل نتائج اختبار التباين في مستوى القيمة المدركة بالنسبة للزبون (المريض) تبعا لنوع المؤسسة الصحية عمومية أو خاصة، بينما يتم تناول تحليل نتائج اختبار أثر الرضا الوظيفي على مستوى جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر مقدميها في المطلب الثالث، وتحليل نتائج اختبار التباين في مستوى جودة الخدمات الصحية حسب مقدميها تبعا للمتغيرات الشخصية في المطلب الرابع.

المطلب الأول: تحليل نتائج اختبار الفروق بين آراء مقدمي الخدمة والزبائن (المرضى) في مستوى تقييمهم لجودة الخدمة الصحية ومستوى لقاءات الخدمة

لمعرفة مدى وجود اختلاف بين آراء مقدمي الخدمة والزبائن (المرضى) فيما يخص مستوى جودة الخدمة الصحية ومستوى لقاءات الخدمة، يتم الاستعانة بمتوسطات الأوزان لهذه المتغيرات ثم حساب الفرق أو الفجوة بين كلا وجهي النظر.

1. اختبار الفروق بين آراء مقدمي الخدمة والزبائن (المرضى) في مستوى تقييمهم لجودة الخدمة الصحية:

✓ الفرضية الرئيسية الأولى: توجد فروق بين مقدمي الخدمات والزبائن (المرضى) في مستوى تقييمهم لجودة الخدمة الصحية في كل من المؤسسة الصحية العمومية والخاصة.

الفرضية الفرعية الأولى: توجد فروق بين مقدمي الخدمات والزبائن (المرضى) في مستوى تقييمهم لجودة الخدمة الصحية في المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد بوضياف.

- H_{10} : لا توجد فروق بين مقدمي الخدمات والزبائن (المرضى) في مستوى تقييمهم لجودة الخدمة الصحية في المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد بوضياف.

- H_{11} : توجد فروق بين مقدمي الخدمات والزبائن (المرضى) في مستوى تقييمهم لجودة الخدمة الصحية في المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد بوضياف.

الفرضية الفرعية الثانية: توجد فروق بين مقدمي الخدمات والزبائن (المرضى) في مستوى تقييمهم لجودة الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة.

- H_{20} : لا توجد فروق بين مقدمي الخدمات والزبائن (المرضى) في مستوى تقييمهم لجودة الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة.

- H_{21} : توجد فروق بين مقدمي الخدمات والزبائن (المرضى) في مستوى تقييمهم لجودة الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

تم العمل على حساب الفرق بين تقييم مقدمي الخدمة وتقييم الزبائن (المرضى) لمستوى جودة الخدمة الصحية لمعرفة مدى وجود فارق بينهما وحجم هذا الفارق أو ما يعرف بالفجوة، ويوضح الجدول رقم (40) الفجوة بين مستوى جودة الخدمة المقدمة حسب مقدمي الخدمات ومستوى جودة الخدمة المدركة بالنسبة للزبائن (المرضى).

الجدول رقم (40): الفجوة بين مستوى جودة الخدمة حسب مقدمي الخدمات ومستوى جودة

الخدمة المدركة بالنسبة للزبائن (المرضى) في كل من المؤسسة الصحية العمومية والمؤسسات الصحية

الخاصة محل الدراسة

المؤسسات الصحية الخاصة			المؤسسة الصحية العمومية			أبعاد جودة الخدمة
الفجوة	الجودة المدركة للزبون (المرضى)	جودة الخدمة حسب مقدم الخدمة	الفجوة	الجودة المدركة للزبون (المرضى)	جودة الخدمة حسب مقدم الخدمة	
0.61	3.76	4.37	0.31	3.72	4.03	الإعتمادية
0.45	3.71	4.16	0.13	3.76	3.89	التعاطف
0.19	3.84	4.03	0.40	3.60	4.00	الاستجابة
0.44	3.83	4.27	0.18	3.83	4.01	الأمان
-0.06	3.84	3.78	-0.78	3.25	2.47	الملموسية
0.32	3.80	4.12	0.05	3.63	3.68	جودة الخدمة الصحية

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على النتائج السابقة.

تم حساب الفجوة من خلال طرح جودة الخدمة الصحية الفعلية المدركة من طرف الزبون (المرضى) من جودة الخدمة الصحية حسب مقدمي الخدمات، أول ما يمكن ملاحظته من خلال نتائج الجدول وجود فجوة صغيرة في تقييم مستوى جودة الخدمة الصحية بين مقدمي الخدمات وزبائن (المرضى) المؤسسة الصحية العمومية مُجَّد بوضياف، أي وجود فارق صغير جدا بين آرائهم بخصوص مستوى جودة الخدمات المقدمة في هذه المؤسسة لصالح مقدمي الخدمات، وقد سُجلت أكبر فجوة في هذه المؤسسة في بعد الملموسية إذ بلغ الفارق بين المتوسطات قيمة 0.78 لصالح الزبائن (المرضى)، حيث كان تقييم الزبائن (المرضى) أكبر من تقييم مقدمي الخدمة وذلك نظرا لامتلاك مقدمي الخدمة المعرفة التقنية أكثر من الزبائن (المرضى) لتقييم مستوى هذا البعد، وعليه نقبل الفرضية البديلة أي أنه توجد فروق بين تقييم الزبائن (المرضى) وتقييم مقدمي الخدمة لمستوى جودة الخدمة المقدمة في المؤسسة العمومية مُجَّد بوضياف. وفيما يخص المؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة تم تسجيل فجوة مرتفعة نوعا ما بين آراء مقدمي الخدمة والزبائن (المرضى) في هذه المؤسسات في تقييمهم لمستوى جودة الخدمة المقدمة ككل لصالح مقدمي الخدمة، أي أنهم يعتبرون مستوى جودة الخدمة مرتفع عما يراه الزبائن (المرضى) في كل الأبعاد باستثناء بعد الملموسية، وبخصوص أبعاد جودة الخدمة تم تسجيل فجوات كبيرة نوعا ما في كل

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

من بعد الاعتمادية والتعاطف والأمان، وعليه نقبل الفرضية البديلة أي أنه يوجد فرق بين مستوى جودة الخدمة الصحية حسب مقدميها وحسب الزبائن (المرضى) في المؤسسات الخاصة. وعليه يمكن القول أنّ نتائج الدراسة بهذا الخصوص تتوافق مع ما جاء به (2004) luk & laylon اللذان اعتبرا أنّ هناك اختلاف بين تقييم كل من مقدمي الخدمات والزبائن لمستوى جودة الخدمات المدركة.

2. اختبار الفروق بين آراء مقدمي الخدمة والزبائن (المرضى) في مستوى تقييمهم للقاءات الخدمة الصحية:

✓ الفرضية الرئيسية الثانية: توجد فروق بين مقدمي الخدمات الصحية والزبائن (المرضى) في مستوى تقييمهم للقاءات الخدمة الصحية في كل من المؤسسات الصحية العمومية والخاصة محل الدراسة.

الفرضية الفرعية الأولى: توجد فروق بين مقدمي الخدمات الصحية والزبائن (المرضى) في مستوى تقييمهم للقاءات الخدمة الصحية في المؤسسة الصحية العمومية مُجد بوضياف.

- H_{10} : لا توجد فروق بين مقدمي الخدمات والزبائن (المرضى) في تقييمهم للقاءات الخدمة الصحية في المؤسسة الصحية العمومية مُجد بوضياف.

- H_{11} : توجد فروق بين مقدمي الخدمات والزبائن (المرضى) في تقييمهم للقاءات الخدمة الصحية في المؤسسة الصحية العمومية مُجد بوضياف.

الفرضية الفرعية الثانية: توجد فروق بين مقدمي الخدمات الصحية والزبائن (المرضى) في مستوى تقييمهم للقاءات الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية الخاصة.

- H_{20} : لا توجد فروق بين مقدمي الخدمات والزبائن (المرضى) في تقييمهم للقاءات الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية الخاصة.

- H_{21} : توجد فروق بين مقدمي الخدمات والزبائن (المرضى) في تقييمهم للقاءات الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية الخاصة.

الجدول رقم (41): الفجوة بين مستوى لقاءات الخدمة حسب مقدمي الخدمات ومستوى لقاءات الخدمة حسب الزبائن (المرضى) في كل من المؤسسة الصحية العمومية والمؤسسات الصحية الخاصة محل

الدراسة

المؤسسات الصحية الخاصة		المؤسسة الصحية العمومية				
الفجوة	حسب الزبائن (المرضى)	حسب مقدمو الخدمة	الفجوة	حسب الزبائن (المرضى)	حسب مقدمو الخدمة	
0.42	3.79	4.21	0.25	3.73	3.98	سلوك مقدم الخدمة
0.06-	3.84	3.78	0.78-	3.25	2.47	البيئة المادية
0.08-	4.02	3.94	1.45-	3.96	2.51	مشاركة الزبون

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

0.25-	3.89	3.64	0.66-	3.65	2.99	لقاء الخدمة
-------	------	------	-------	------	------	-------------

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

تم حساب الفجوة بين تقييم مقدمي الخدمات الصحية للقاءات الخدمة وتقييم الزبائن (المرضى) من خلال طرح متوسط الأوزان لتقييم الزبائن (المرضى) من متوسط أوزان تقييم مقدمي الخدمة للقاءات الخدمية، وقد تم التوصل لوجود فجوة وفرق بين كلا وجهتي النظر في المؤسسة العمومية مُجد بوضياف لصالح الزبائن (المرضى) أي أنّ الزبائن (المرضى) يرون أنّ مستوى لقاءات الخدمة أعلى مما يراه مقدمو الخدمة وعليه نقبل الفرضية البديلة الأولى، كما يمكن ملاحظة أنه فيما يخص تقييم سلوك مقدم الخدمة من طرف مقدمي الخدمة أعلى من تقييم الزبائن (المرضى)، إضافة إلى أنّ أكبر فجوة كانت في بعد مشاركة الزبون (المريض).

فيما يخص الفروق بين تقييم مقدمي الخدمة وتقييم الزبائن (المرضى) للقاءات الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية الخاصة تم تسجيل فجوة، حيث أنّ تقييم الزبائن (المرضى) أعلى من تقييم مقدمي الخدمة وعليه يتم قبول الفرضية البديلة الثانية، كما يمكن ملاحظة أنّ أكبر فجوة تم تسجيلها في هذه المؤسسات هي بين بعد سلوك مقدم الخدمة، حيث أنّ تقييم مقدمو الخدمة كان أعلى من تقييم الزبائن (المرضى)، بينما الفجوات في بعدي مشاركة الزبون (المريض) والبيئة المادية كانت صغيرة ومتقاربة.

إضافة إلى أنه يمكن ملاحظة أنّ حجم الفجوة بين تقييم لقاءات الخدمة حسب مقدمي الخدمة وحسب الزبائن (المرضى) في المؤسسة العمومية أكبر من حجم هذه الفجوة في المؤسسات الصحية الخاصة.

المطلب الثاني: تحليل نتائج اختبار التباين في مستوى القيمة المدركة للزبون (المريض) حسب نوع المؤسسة الصحية

لاختبار التباين والاختلاف في مستوى القيمة المدركة للزبون (المريض) حسب نوع المؤسسة الصحية، يتم استخدام اختبار مان ويتني (لاختبار الفروق بين مجموعتين مستقلتين).

✓ الفرضية الرئيسية الثالثة: يوجد تباين في مستوى القيمة المدركة بالنسبة للزبون (المريض) يعزى لنوع المؤسسة الصحية (عمومية أو خاصة) عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

- H_0 : لا يوجد تباين في مستوى القيمة المدركة للزبون (المريض) يعزى لنوع المؤسسة الصحية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

- H_1 : يوجد تباين في مستوى القيمة المدركة للزبون (المريض) يعزى لنوع المؤسسة الصحية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

الجدول رقم (42): مستوى المعنوية لاختبار مان ويتني بين متغير نوع المؤسسة الصحية والقيمة

المدركة للزبون (المريض)

مستوى المعنوية	متوسط الرتب	
	المؤسسات الصحية الخاصة	المؤسسة العمومية
0.25	155.77	145.23

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

مستوى المعنوية لاختبار مان ويتني بين نوع المؤسسة الصحية ومستوى القيمة المدركة للزبون (المريض)¹ تساوي 0.25 وهي أكبر من 0.05 وعليه نقبل الفرضية الصفرية، أي أنه لا يوجد تباين في مستوى القيمة المدركة للزبون (المريض) تعزى لنوع المؤسسة الصحية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ ، أي رغم مجانية العلاج في المؤسسة العمومية ورغم الأهداف الربحية للمؤسسات الخاصة إلا أنّ هذا البعد من القيمة المدركة (التكاليف المالية) لم يؤثر على مستوى القيمة المدركة ككل بالنسبة للزبون (المريض)، كما يوحي بأنّ مستوى المنافع المدركة بالنسبة لزبائن (مرضى) المؤسسات الخاصة أكبر من التضحيات المالية وغير المالية.

ويمكن تفسير ذلك بأنّه ومن خلال ملاحظة مستوى جودة الخدمة الصحية المدركة للزبائن في المؤسسات الخاصة كان أعلى من مستوى جودة الخدمة الصحية المدركة في المؤسسة العمومية، بالتالي حجم المنافع في المؤسسة الخاصة غطى حجم التضحية المالية المقدمة من طرف الزبائن (المرضى)، وهو يتفق مع ما جاء به kotler الذي اعتبر أنّ على المؤسسة رفع مستوى المنافع بشكل يسمح بتخفيض مستوى ادراك التضحيات خاصة منها المالية، كما توحي هذه النتيجة أيضا أنّ مستوى التضحيات غير المالية (باعتبار انعدام التضحيات المالية نظرا لمجانبة العلاج) المدركة من طرف زبائن (مرضى) المؤسسة العمومية يوازي حجم التضحيات المالية وغير المالية المدركة لدى زبائن (مرضى) للمؤسسات الخاصة، بما يستوجب على المؤسسة العمومية العمل على تقليل هذه التضحيات من خلال توفير التسهيلات اللازمة (تقليل الجهد والوقت للاستفادة من الخدمة)، والعمل على رفع مستوى الفوائد.

المطلب الثالث: تحليل نتائج اختبار أثر الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات الصحية على مستوى جودة

الخدمات المقدمة من وجهة نظرهم

يتم أولا عرض نتائج اختبار أثر الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات بشكل عام على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة، ثم اختبار فرضيات فرعية متعلقة بأثر كل بعد من أبعاد الرضا الوظيفي على مستوى جودة الخدمة الصحية.²

¹ الملحق رقم: 06.

² الملحق رقم: 07.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

✓ الفرضية الرئيسية الرابعة: يؤثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها في كل من المؤسسة الصحية العمومية والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة.

- H_0 : لا يوجد أثر ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ للرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها في المؤسسات الصحية محل الدراسة.
- H_1 : يوجد أثر ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ للرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (43): اختبار Chi-Square

درجة الحرية	اختبار كاي مربع	مستوى المعنوية
2166	4669.74	0.00

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج spss.

يوضح الجدول قيمة اختبار كاي مربع 4669.74 وقيمة مستوى المعنوية 0.000 أقل من 0.05 وعليه نرفض الصفرية ونقبل الفرضية البديلة، أي أنه توجد علاقة بين الرضا الوظيفي ومستوى جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر مقدميها.

ولمعرفة اتجاه العلاقة وشدتها بين مستوى الرضا الوظيفي ومستوى جودة الخدمات المقدمة، يتم استخدام

اختبار معامل الارتباط spearman، والجدول رقم (46).

الجدول رقم (44): اختبار معامل الارتباط spearman للعلاقة بين مستوى الرضا الوظيفي ككل

وجودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها

علاقة الرضا الوظيفي بجودة الخدمة	قيمة معامل الارتباط سبيرمان	مستوى المعنوية
علاقة الرضا الوظيفي بجودة الخدمة	0.52	0.000

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج spss.

معامل الارتباط بين مستوى الرضا الوظيفي ككل ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة هو 0.52 عند مستوى معنوية يساوي 0.00، وعليه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي أنه توجد علاقة طردية متوسطة بين مستوى الرضا الوظيفي ككل وجودة الخدمة المقدمة، أي كلما زاد مستوى الرضا الوظيفي زاد مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة، وعليه يتم اثبات صحة الفرضية الرئيسية الرابعة.

ولمعرفة طبيعة العلاقة وشدتها بين كل بعد من أبعاد الرضا الوظيفي وجودة الخدمة المقدمة، وبالتالي مدى

وجود أثر لكل بعد على مستوى الجودة يتم اختبار الفرضيات الفرعية الستة التالية:

الفرضية الفرعية الأولى: يؤثر الرضا عن الراتب على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها في كل من المؤسسة الصحية العمومية مُجد بوضياف والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة بمدينة البويرة.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

- H_{10} : لا يوجد أثر ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ للرضا عن الراتب على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها في المؤسسات الصحية محل الدراسة.
- H_{11} : يوجد أثر ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ للرضا عن الراتب على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها في المؤسسات الصحية محل الدراسة.
- الجدول رقم (45): اختبار معامل الارتباط spearman للعلاقة بين مستوى الرضا عن الراتب وجودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها

مستوى المعنوية	قيمة معامل الارتباط سبيرمان	
0.05	0.13	علاقة الرضا عن الراتب بجودة الخدمة

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

معامل الارتباط بين مستوى الرضا عن الراتب ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة هو 0.13 عند مستوى معنوية يساوي 0.05 وعليه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي أنه توجد علاقة طردية ضعيفة بين مستوى الراتب وجودة الخدمة المقدمة.

رغم اعتبار كل من ماسلو وهيرزبرغ وأدلفر للراتب كأحد المحفزات الخارجية للرضا الوظيفي باعتباره ضمن الحاجات الأساسية للفرد، ورغم تسجيل مستوى متوسط للرضا الوظيفي لمفردات العينة، إلا أنه تم تسجيل علاقة ضعيفة بين الرضا عن الراتب ومستوى الجودة، ويمكن تفسير ذلك أنّ أكثر من 70% من أفراد العينة من الإناث اللواتي لا يعطين أهمية كبيرة للراتب مقارنة بالذكور، الذين يعطون أهمية أكبر للراتب، لذلك كانت علاقته ضعيفة بمستوى جودة الخدمة الصحية، كما تؤكد هذه النتيجة ما تم تناوله في العديد من الدراسات حول اعتبار الراتب ذو أهمية أكبر في المجتمعات الرأسمالية عكس المجتمعات في الدول النامية.

الفرضية الفرعية الثانية: يؤثر الرضا عن جماعة العمل على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها في كل من المؤسسة الصحية العمومية مُجد بوضياف والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة بمدينة البويرة.

- H_{20} : لا يوجد أثر ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ للرضا عن جماعة العمل على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها في المؤسسات الصحية محل الدراسة.
- H_{21} : يوجد أثر ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ للرضا عن جماعة العمل على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

الجدول رقم (46): اختبار معامل الارتباط spearman للعلاقة بين مستوى الرضا عن جماعة العمل وجودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها

مستوى المعنوية	قيمة معامل الارتباط سبيرمان	
0.000	0.32	علاقة الرضا عن جماعة العمل بجودة الخدمة

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

معامل الارتباط بين مستوى الرضا عن جماعة العمل ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة هو 0.32 عند مستوى معنوية يساوي 0.00 وعليه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي أنه توجد علاقة طردية ضعيفة بين مستوى الرضا عن جماعة العمل وجودة الخدمة المقدمة. الفرضية الفرعية الثالثة: يؤثر الرضا عن سياسات الترقية على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها في كل من المؤسسة الصحية العمومية مُجَد بوضياف والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة بمدينة البويرة.

- H_0 : لا يوجد أثر ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ للرضا عن سياسات الترقية على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها في المؤسسات الصحية محل الدراسة.
- H_1 : يوجد أثر ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ للرضا عن سياسات الترقية على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (47): اختبار معامل الارتباط spearman لعلاقة بين مستوى الرضا عن

سياسات الترقية وجودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها

مستوى المعنوية	قيمة معامل الارتباط سبيرمان	
0.020	0.16	علاقة الرضا عن سياسات الترقية بجودة الخدمة

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

معامل الارتباط بين مستوى الرضا عن سياسات الترقية ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة هو 0.16 عند مستوى معنوية يساوي 0.02 وعليه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي أنه توجد علاقة طردية ضعيفة بين مستوى الرضا عن سياسات الترقية وجودة الخدمة المقدمة، أي أنّ العلاقة ضعيفة بين مستوى جودة الخدمات والحوافز المتعلقة بإشباع حاجات مقدمي الخدمات المتعلقة بالتقدير وإثبات الذات عبر فرص التقدم والتطور الوظيفي.

الفرضية الفرعية الرابعة: يؤثر الرضا عن نمط الإشراف على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها في كل من المؤسسة الصحية العمومية مُجَد بوضياف والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة بمدينة البويرة.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

- H4₀: لا يوجد أثر ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ للرضا عن نمط الإشراف على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها في المؤسسات الصحية محل الدراسة.
- H4₁: يوجد أثر ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ للرضا عن نمط الإشراف على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (48): اختبار معامل الارتباط spearman للعلاقة بين مستوى الرضا عن نمط

الإشراف وجودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها

مستوى المعنوية	قيمة معامل الارتباط سبيرمان	
0.000	0.55	علاقة الرضا عن نمط الإشراف بجودة الخدمة

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

معامل الارتباط بين مستوى الرضا عن نمط الإشراف ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة هو 0.55 عند مستوى معنوية يساوي 0.00 وعليه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي أنه توجد علاقة طردية متوسطة بين مستوى الرضا عن نمط الإشراف وجودة الخدمة المقدمة.

اعتبر هيرزبرغ نمط الإشراف وقدرة المشرف على الاهتمام بشؤون المرؤوسين ضمن العوامل الوقائية التي تمنع حدوث عدم الرضا الوظيفي، بينما صنّفه ماسلو ضمن المستوى الرابع في هرم الحاجات أي تحقيق الذات، وقد أثبتت النتائج وجود علاقة متوسطة بين مستوى الرضا عن نمط الإشراف لدى مقدمي الخدمات الصحية ومستوى جودة الخدمة، وهو ما يبرز أهمية هذا البعد مقارنة ببعد الراتب وجماعات العمل بالنسبة لمفردات العينة المدروسة.

الفرضية الفرعية الخامسة: يؤثر الرضا عن ساعات العمل على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها في كل من المؤسسة الصحية العمومية مُجد بوضياف والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة بمدينة البويرة.

- H5₀: لا يوجد أثر ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ للرضا عن ساعات العمل على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها في المؤسسات الصحية محل الدراسة.
- H5₁: يوجد أثر ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ للرضا عن ساعات العمل على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (49): اختبار معامل الارتباط spearman للعلاقة بين مستوى الرضا عن

ساعات العمل وجودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها

مستوى المعنوية	قيمة معامل الارتباط سبيرمان	
0.000	0.53	علاقة الرضا عن ساعات العمل بجودة الخدمة

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

معامل الارتباط بين مستوى الرضا عن ساعات العمل ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة هو 0.53 عند مستوى معنوية يساوي 0.00 وعليه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي أنه توجد علاقة طردية متوسطة بين مستوى الرضا عن ساعات العمل وجودة الخدمة المقدمة.

لمستوى الرضا عن ساعات العمل بالنسبة لمقدمي الخدمات من العينة المدروسة علاقة متوسطة بمستوى جودة الخدمة الصحية، وذلك نظرا لتأثيرها على مستوى الإجهاد لديهم بما ينعكس على سلوكهم أثناء تقديم الخدمة، كما تجدر الإشارة إلى أهمية هذا البعد إضافة للرضا عن نمط الإشراف مقارنة ببعدي الراتب وجامعة العمل بالنسبة لمقدمي الخدمة.

الفرضية الفرعية السادسة: يؤثر الرضا عن ساعات العمل على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها في كل من المؤسسة الصحية العمومية مُجد بوضياف والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة بمدينة البويرة.

- H_0 : لا يوجد أثر ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ للرضا عن البيئة المادية على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

- H_1 : يوجد أثر ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ للرضا عن البيئة المادية على جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (50): اختبار معامل الارتباط spearman للعلاقة بين مستوى الرضا عن البيئة

المادية وجودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها

مستوى المعنوية	قيمة معامل الارتباط سبيرمان	علاقة الرضا عن البيئة المادية بجودة الخدمة
0.000	0.48	

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

معامل الارتباط بين مستوى الرضا عن ساعات العمل ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة هو 0.48 عند مستوى معنوية يساوي 0.00 وعليه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي أنه توجد علاقة طردية متوسطة بين مستوى الرضا عن البيئة المادية وجودة الخدمة المقدمة.

تعمل البيئة المادية لمكان العمل على تحفيز مقدمي الخدمات وتسهيل عملهم، وهو ما يحقق مستويات من الرضا لديهم، وقد أثبتت نتائج الدراسة وجود علاقة متوسطة بين مستوى الرضا عن البيئة المادية ومستوى جودة الخدمة الصحية، وهو ما فسرتة bitner بوجود علاقة بين الدلائل المادية وسلوك العاملين على أساس علاقة (مثير - استجابة)، حيث كلما زاد مستوى رضاهم عن البيئة المادية كلما تحسّن سلوكهم أثناء تقديم الخدمة وهو ما يؤثر على مستوى جودة الخدمة.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

بناءً على نتائج اختبار الفرضية الرابعة ومختلف الفرضيات الفرعية التي تتضمنها، تبين وجود أثر للرضا الوظيفي بدلالة أبعاده على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة من وجهة نظر مقدميها، وهو ما يتفق مع ما جاء به كل من: schelesinger leonard, heskett games في دائرة نجاح وفشل الخدمة، Naim Jacques lendrevie, julien lévy, avinandan makherjee & Neeru malhotra, rassa اللذين أشاروا إلى دور الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات في الخطوط الأمامية في تشكيل تصورات وإدراكات الزبائن لمستوى جودة الخدمات، وكذلك اتفق مع العلاقات السببية التي قدمها Heskett (1994)، والنتائج الدراسات لكل من: (2012) hoseong feon, beomjoom choi، janicigevic et al، (2013) spiros gounris, chilles boukis، alex zablah et al (2016). كما أنّ هناك أثر متوسط لكل من البيئة المادية، ساعات العمل ونمط الاشراف على مستوى جودة الخدمة المقدمة، في حين تم تسجيل أثر ضعيف لكل من سياسات الترقية، جماعة العمل والراتب، وبذلك كان أثر الرضا الوظيفي ككل على مستوى جودة الخدمات المقدمة متوسط.

المطلب الرابع: تحليل نتائج اختبار التباين في مستوى جودة الخدمات الصحية حسب وجهة نظر مقدميها تبعا للمتغيرات الشخصية

سيتم عرض نتائج اختبار مدى وجود تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية حسب مقدميها تعود للمتغيرات الشخصية.¹

✓ **الفرضية الرئيسية الخامسة: يوجد تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها تعزى للمتغيرات الشخصية لهم عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.**

يتم استخدام كل من اختبار kruskal-wallis (لاختبار الفروق لأكثر من مجموعتين) واختبار Mann-whitney (لاختبار الفروق بين مجموعتين) لاختبار الفرضيات الفرعية المشكلة لها كما يلي:

1. التباين في مستوى جودة الخدمات الصحية حسب وجهة نظر مقدميها تبعا لمتغير الجنس:

الفرضية الفرعية الأولى: يوجد تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها تعزى لمتغير الجنس عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

- H_0 : لا يوجد تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها تعزى لمتغير الجنس عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

- H_1 : يوجد تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها تعزى لمتغير الجنس عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

¹ الملحق رقم: 08.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

الجدول رقم (51): مستوى المعنوية لاختبار مان ويتني بين متغير الجنس وجودة الخدمات الصحية

حسب مقدميها

مستوى المعنوية	متوسط الرتب	
	ذكر	أنثى
0.000	127.54	90.24

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

مستوى المعنوية لاختبار مان ويتني بين متغير الجنس ومستوى جودة الخدمة الصحية حسب مقدميها تساوي 0.00 وعليه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي أنه توجد فروق في مستوى جودة الخدمات تعود لمتغير الجنس، لصالح الذكور.

2. التباين في مستوى جودة الخدمات الصحية حسب وجهة نظر مقدميها تبعا لمتغير السن:

الفرضية الفرعية الثانية: يوجد تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها تعزى لمتغير السن عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

- H_{20} : لا يوجد تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها تعزى لمتغير السن عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

- H_{21} : يوجد تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها تعزى لمتغير السن عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

الجدول رقم (52): مستوى المعنوية لاختبار كروسكال واليس بين متغير السن وجودة الخدمات الصحية

حسب مقدميها

مستوى المعنوية	اختبار كاي مربع	متوسط الرتب			
		أقل من 25 سنة	[25-35] سنة	[36-46] سنة	أكبر من 47 سنة
0.00	31.60	74.08	105.37	75.07	138.61

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

مستوى المعنوية لاختبار كروسكال واليس بين متغير السن ومستوى جودة الخدمة الصحية حسب مقدميها تساوي 0.00 وعليه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي أنه توجد فروق في مستوى جودة الخدمات تعود لمتغير السن، الفروق ذات الدلالة كانت تعزى بشكل أكبر للفئة العمرية أكبر من 47 سنة، وذلك باستخدام اختبار مان ويتني.¹

¹ الملحق رقم: 08.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

3. التباين في مستوى جودة الخدمات الصحية حسب وجهة نظر مقدميها تبعاً لمتغير الحالة العائلية:

الفرضية الفرعية الثالثة: يوجد تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها تعزى للحالة العائلية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

- H_{30} : لا يوجد تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها تعزى للحالة العائلية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

- H_{31} : يوجد تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها تعزى للحالة العائلية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

الجدول رقم (53): مستوى المعنوية لاختبار كروسكال واليس بين متغير الحالة العائلية وجودة الخدمات الصحية حسب مقدميها

مستوى المعنوية	اختبار كاي مربع	متوسط الرتب	
		متزوج	أعزب
0.42	0.63	98.44	105.67

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

مستوى المعنوية لاختبار كروسكال واليس بين متغير الحالة العائلية ومستوى جودة الخدمة الصحية حسب مقدميها تساوي 0.42 وعليه نقبل الفرضية الصفرية أي أنه لا توجد فروق في مستوى جودة الخدمات تعود لمتغير الحالة العائلية.

4. التباين في مستوى جودة الخدمات الصحية حسب وجهة نظر مقدميها تبعاً لمتغير الخبرة:

الفرضية الفرعية الرابعة: يوجد تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها تعزى لمتغير الخبرة عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

- H_{40} : لا يوجد تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها تعزى لمتغير الخبرة عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

- H_{41} : يوجد تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها تعزى لمتغير الخبرة عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

الجدول رقم (54): مستوى المعنوية لاختبار كروسكال واليس بين متغير الخبرة وجودة الخدمات الصحية حسب مقدميها

مستوى المعنوية	اختبار كاي مربع	متوسط الرتب			
		أقل من خمس سنوات	[10-05] سنة	[16-11] سنة	أكثر من 17 سنة
0.018	10.03	112.21	89.56	72.83	103.47

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

مستوى المعنوية لاختبار كروسكال واليس بين متغير الخبرة ومستوى جودة الخدمة الصحية حسب مقدميها تساوي 0.018 وعليه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة، أي أنه توجد فروق في مستوى جودة الخدمات تعود لمتغير الخبرة، والفروق ذات الدلالة تعزى بشكل أكبر للفئة أقل من خمس سنوات خبرة حسب اختبار مان ويتني¹.

5. التباين في مستوى جودة الخدمات الصحية حسب وجهة نظر مقدميها تبعاً لمتغير الرتبة:

الفرضية الفرعية الخامسة: يوجد تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها تعزى لمتغير الرتبة عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

- H_0 : لا يوجد تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها تعزى لمتغير الرتبة عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

- H_1 : يوجد تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها تعزى لمتغير الرتبة عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

الجدول رقم (55): مستوى المعنوية لاختبار مان ويتني بين متغير الرتبة وجودة الخدمات الصحية حسب مقدميها

مستوى المعنوية	متوسط الرتب	
	شبه طبي	طبيب
0.58	101.51	95.41

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

مستوى المعنوية لاختبار مان ويتني بين متغير الرتبة ومستوى جودة الخدمة الصحية حسب مقدميها تساوي 0.58 وعليه نقبل الفرضية الصفرية أي أنه لا توجد فروق في مستوى جودة الخدمات تعود لمتغير الرتبة (طبيب أو شبه طبي).

6. التباين في مستوى جودة الخدمات الصحية حسب وجهة نظر مقدميها تبعاً لمتغير نوع مؤسسة العمل (عمومية أو خاصة):

الفرضية الفرعية السادسة: يوجد تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها تعزى لنوع المؤسسة الصحية (عمومية أو خاصة) عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

¹ الملحق رقم: 08.

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

- H_0 : لا يوجد تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها تعزى لنوع المؤسسة الصحية (عمومية أو خاصة) عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.
- H_1 : يوجد تباين في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها تعزى لنوع المؤسسة الصحية (عمومية أو خاصة) عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.
- الجدول رقم (56): مستوى المعنوية لاختبار مان ويتني بين متغير نوع المؤسسة وجودة الخدمات

الصحية حسب مقدميها

مستوى المعنوية	متوسط الرتب	
	المؤسسات الخاصة	المؤسسة العمومية
0.000	143.14	77.54

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

مستوى المعنوية لاختبار مان ويتني بين متغير نوع المؤسسة الصحية ومستوى جودة الخدمة الصحية حسب مقدميها تساوي 0.00 وعليه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة، أي أنه توجد فروق في مستوى جودة الخدمات تعود لمتغير نوع المؤسسة، والفروق ذات الدلالة تعود للمؤسسات الخاصة. هذه النتيجة تتفق مع ما توصل له مُجَد الهلة (2017) توصلت الدراسة إلى وجود فروق كبيرة في مستوى جودة الخدمات المقدمة حسب وجهة نظر زبائنها (المرضى) في العيادات الخاصة مقارنة بالمستشفيات العمومية مما يجعل المرضى يفضلون العلاج في العيادات الخاصة، وهو ما يستوجب على المؤسسة العمومية إعادة النظر في طريقة تقديم خدماتها الصحية (الجودة الفنية) من خلال التركيز في كل بعد من الأبعاد المتمثلة في: الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف، الأمان وخاصة بعد الملموسية.

خلاصة:

ويمكن تلخيص أهم ما جاء في هذا الفصل فيما يلي:

- أغلب المستجوبون من مقدمي الخدمات الصحية العاملون في المؤسسات الصحية العمومية والخاصة محل الدراسة يفضلون العمل في المؤسسات العمومية، رغم تسجيل مستوى رضا وظيفي منخفض لدى العاملين في المؤسسة العمومية محل الدراسة، وهم يفضلونها لثلاثة أسباب رئيسية ساعات العمل وسياسات الترقية بنسبة كبيرة، إضافة إلى الراتب بنسبة أقل، التي يتوقعون أنها أسوأ في المؤسسات الخاصة، بينما كل المستجوبون المفضلون للعمل في المؤسسات الصحية الخاصة يفضلونها بسبب الراتب؛
- مستوى الرضا الوظيفي لكل أفراد العينة متوسط، وهو ما يعكس المستوى المتوسط لأغلب أبعاده المتمثلة في: سياسات الترقية، نمط الإشراف، ساعات العمل والبيئة المادية، بينما مستوى الرضا عن الراتب منخفض، في حين مستوى الرضا عن جماعة العمل مرتفع؛
- مستوى جودة الخدمات الصحية حسب وجهة نظر مقدميها من أفراد العينة ككل من المؤسسات الصحية الخاصة والمؤسسة الصحية العمومية محل الدراسة مرتفع، وقد لقي كل من بعد الاعتمادية والتعاطف درجة أعلى من الموافقة حسب وجهة نظرهم؛ مع تسجيل تفوق لدى المؤسسات الخاصة في كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة، بينما كان بعد الملموسية أقل بعد من حيث درجة الموافقة حسب وجهة نظر مقدمي الخدمات في كل من المؤسسة الصحية العمومية والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة؛
- اعتبر مقدمو الخدمات في المؤسسة العمومية والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة مشاركة الزبون (المريض) في لقاءات الخدمة متوسطة نوعاً ما، مع تسجيل تقييم أقل لمشاركة الزبون (المريض) في المؤسسة العمومية؛ كما كان مستوى تقييم لقاءات الخدمة حسب وجهة نظر مقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة مرتفع عن مستوى تقييم لقاءات الخدمة في المؤسسة العمومية مُجد بوضياف؛
- مستوى جودة الخدمات الصحية المدركة حسب الزبائن (المرضى) لدى العينة المدروسة من زبائن المؤسسة العمومية والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة مرتفع، بينما مستوى تقييم الزبائن (المرضى) للأبعاد: الإعتدادية، الاستجابة، التعاطف والأمان مرتفع ومتقارب لدى زبائن (مرضى) المؤسسة العمومية مُجد بوضياف ولدى المؤسسات الصحية الخاصة، في حين هناك فروق في مستوى تقييمهم لبعدي الاستجابة والأمان مع تفوق المؤسسات الخاصة في كلا البعدين؛

الفصل الثالث: دراسة مقارنة لأثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية بين المؤسسة الاستشفائية بالبويرة وعدد من المؤسسات الخاصة بالولاية

- تم تسجيل مستوى مرتفع للقيمة المدركة للزبون (المريض)، رغم مجانية العلاج في المؤسسة العمومية مُجَّد بوضياف والأهداف الربحية للمؤسسات الصحية الخاصة إلا أنه لا توجد فروق بين القيمة المدركة بالنسبة للزبون (المريض) بين المؤسسة الصحية العمومية والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة؛
- تم تقييم مرتفع للقاءات الخدمة الصحية من وجهة نظر الزبائن (المرضى) في كل المؤسسات الصحية محل الدراسة؛ في حين تم تسجيل فروق واضحة بين زبائن (مرضى) المؤسسة العمومية والمؤسسات الخاصة فيما يخص تقييمهم للقاءات الخدمة، بحيث أنّ تقييم زبائن (مرضى) المؤسسات الصحية الخاصة للقاءات الخدمية مرتفع عنه في المؤسسة العمومية محل الدراسة؛
- أغلب أفراد العينة المدروسة من زبائن المؤسسة العمومية مُجَّد بوضياف وعدد من المؤسسات الخاصة بولاية البويرة يفضلون العلاج في المؤسسات الخاصة؛
- وجود فروق في مستوى لقاءات الخدمة بين وجهة نظر مقدمي الخدمة والزبائن (المرضى) في كل من المؤسسة العمومية مُجَّد بوضياف والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة، بينما حجم الفجوة بين تقييم لقاءات الخدمة حسب مقدمي الخدمة وحسب الزبائن (المرضى) في المؤسسة العمومية أكبر من حجم هذه الفجوة في المؤسسات الصحية الخاصة؛
- يوجد أثر للرضا الوظيفي بدلالة أبعاده على مستوى جودة الخدمة المقدمة حسب وجهة نظر مقدميها، حيث يوجد أثر ضعيف لكل من الرضا عن الراتب، الرضا عن جماعة العمل، الرضا عن سياسات الترقية، بينما هناك علاقة طردية متوسطة بين الرضا عن نمط الاشراف، الرضا عن ساعات العمل، الرضا عن البيئة المادية للعمل؛
- فيما يخص التباين في مستوى جودة الخدمة الصحية حسب وجهة نظر مقدميها تبعا للمتغيرات الشخصية، حيث توجد فروق في مستوى جودة الخدمات تعود لمتغير الجنس، لصالح الذكور، كما توجد فروق في مستوى جودة الخدمة الصحية حسب المتغيرات الشخصية تعود لمتغير السن، كما توجد فروق في مستوى جودة الخدمة تعود لمتغير الخبرة ونوع المؤسسة الصحية لصالح المؤسسات الخاصة، بينما لا توجد فروق في مستوى جودة الخدمة تعزى لمتغير الرتبة والحالة العائلية.
- توجد علاقة طردية ضعيفة بين مستوى الراتب، جماعة العمل، سياسات الترقية وجودة الخدمة المقدمة. توجد علاقة طردية متوسطة بين مستوى الرضا عن نمط الإشراف، ساعات العمل، البيئة المادية وجودة الخدمة المقدمة، وعليه توجد علاقة طردية متوسطة بين مستوى الرضا الوظيفي ككل وجودة الخدمة المقدمة.

الخاتمة

في إطار مساعي الدول لتحسين مستويات الصحة وسط أفراد المجتمع ومع تنامي دور قطاع الخدمات في تحقيق التنمية، ظهرت أهمية تبني المفهوم التسويقي للخدمات لدى المؤسسات الصحية من خلال التركيز على الزبون (المريض)، وجعل حاجاته الصحية في مركز اهتماماتها خاصة في ظل ارتباط نشاطها بحياته بما يجعل احتمال الخطأ غير مقبول، من هذا ظهرت أهمية تبني هذه المؤسسات لمفهوم إدارة الجودة الشاملة كسبيل لتقليل هامش الخطأ بل والوصول إلى انعدامه، ولتحقيق كل ذلك لزم الاهتمام بمقدمي الخدمات وجعلهم في رأس هرم أولويات المؤسسة من خلال بحث سبل توفير المناخ المناسب لعملهم وبالتالي تحقيق رضاهم باعتبارهم أساس عمليات تقديم الخدمة الصحية، وقد تناولت الدراسة الاشكالية التالية: هل يوجد أثر للرضا الوظيفي على جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية والخاصة في الجزائر؟

وبناءً على ما تم تناوله سابقاً تم التوصل للنتائج التالية:

- مستوى الرضا الوظيفي لكل أفراد العينة ككل متوسط، وهو ما يعكس المستوى المتوسط لأغلب أبعاده المتمثلة في: سياسات الترقية، نمط الإشراف، ساعات العمل والبيئة المادية، بينما مستوى الرضا عن الراتب منخفض، في حين مستوى الرضا عن جماعة العمل مرتفع؛
- وجود فروق في مستوى الرضا الوظيفي الكلي بناءً على أبعاده بين المؤسسات الصحية الخاصة والمؤسسة الصحية العمومية محل الدراسة، حيث مستوى الرضا الوظيفي لمقدمي الخدمات في المؤسسات الخاصة أعلى منه في المؤسسة العمومية محل الدراسة؛
- أغلب أفراد العينة المدروسة من مقدمي الخدمات الصحية سواء العاملين في المؤسسة العمومية مُجَّد بوضياف أو في المؤسسات الصحية الخاصة لا يعملون في مؤسسة ثانية إضافة للعمل في المؤسسة محل الدراسة، كما أنّ أغلب المستجوبون من مقدمي الخدمات الصحية العاملين في المؤسسات الصحية العمومية والخاصة محل الدراسة يفضلون العمل في المؤسسات العمومية رغم انخفاض مستوى الرضا الوظيفي في المؤسسة العمومية مقارنة بمستواها في المؤسسات الخاصة، ويعود ذلك لساعات العمل وسياسات الترقية بشكل أكبر، في حين مقدمو الخدمات المفضلون للعمل في المؤسسات الخاصة يفضلونها بسبب الراتب؛
- مستوى جودة الخدمات الصحية حسب وجهة نظر مقدميها من أفراد العينة ككل من المؤسسات الصحية الخاصة والمؤسسة الصحية العمومية محل الدراسة مرتفع، وقد لقي كل من بعد الاعتمادية

- والتعاطف درجة أعلى من الموافقة حسب وجهة نظرهم، وذلك يعود لارتباط هذه الأبعاد بمقدمي الخدمة أنفسهم ومختلف سلوكياتهم أثناء لقاءات الخدمة، في حين كان لبعدها الملموسية مستوى منخفض؛
- مستوى تقييم لقاءات الخدمة حسب وجهة نظر مقدمي الخدمات في المؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة مرتفع عن مستوى تقييم لقاءات الخدمة في المؤسسة العمومية مُجد بوضياف؛
 - مستوى جودة الخدمات الصحية المدركة حسب الزبائن (المرضى) لدى العينة المدروسة من زبائن المؤسسة العمومية والمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة مرتفع، وذلك يعود حسب نموذج الفجوة لانخفاض مستوى توقعاتهم في ظل انخفاض مستوى الوعود المقدمة في المؤسسات العمومية والخاصة على حد سواء (لانعدام نشاط تسويقي بشكل عام والترويجي بشكل خاص لهذه المؤسسات)، بالتالي كان الفرق بين التوقعات والادراكات إيجابياً؛
 - في المؤسسة العمومية مُجد بوضياف تم تسجيل فجوة صغيرة بين تقييم مقدمي الخدمات وتقييم الزبائن (المرضى) لمستوى جودة الخدمات الصحية، حيث أنّ تقييم الزبائن (المرضى) أكبر من تقييم مقدمي الخدمة، في حين تم تسجيل أكبر فجوة في بعد الملموسية حيث أنّ تقييمات الزبائن (المرضى) أكبر من تقييم مقدمي الخدمة، ويمكن تفسير ذلك بالمستوى الفني (التقني) العالي لمقدمي الخدمات الصحية في ظل خصوصية الخدمات الصحية، إضافة إلى بعد الاستجابة حيث أنّ توقعات مقدمي الخدمة أكبر من إدراك الزبائن (المرضى)؛
 - في المؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة تم تسجيل فجوة مرتفعة بين تقييم مقدمي الخدمات وتقييم الزبائن (المرضى) لمستوى جودة الخدمات الصحية، حيث أنّ تقييم مقدمي الخدمة أكبر بكثير من تقييم الزبائن (المرضى)، في حين تم تسجيل أكبر فجوة في الأبعاد: الإعتمادية، التعاطف والأمان حيث أنّ توقعات مقدمي الخدمة أكبر بكثير من إدراك الزبائن (المرضى)؛
 - تم تسجيل قيمة مرتفعة لمستوى القيمة المدركة للزبون (المريض)، كما أنه لا توجد فروق بين مستوى القيمة في المؤسسة العمومية والمؤسسات الخاصة، رغم مجانية العلاج في المؤسسة العمومية مُجد بوضياف والأهداف الربحية للمؤسسات الصحية الخاصة محل الدراسة، وهو ما يدل على أنّ حجم المنافع المدركة للزبون (المريض) في المؤسسات الخاصة أكبر من حجم التضحيات المالية وغير المالية؛
 - تم تقييم مرتفع للقاءات الخدمة الصحية من وجهة نظر الزبائن (المرضى) في كل من المؤسسات الصحية محل الدراسة، كما أنّ هناك فروق واضحة بين زبائن (مرضى) المؤسسة العمومية والمؤسسات الخاصة فيما

- يخص تقييمهم للقاءات الخدمة، بحيث أنّ تقييم زبائن (مرضى) المؤسسات الصحية الخاصة للقاءات الخدمية مرتفع عنه في المؤسسة العمومية محل الدراسة؛
- أغلب أفراد العينة المدروسة من زبائن المؤسسة العمومية مُجّد بوضياف وعدد من المؤسسات الخاصة بولاية البويرة يفضلون العلاج في المؤسسات الخاصة، وذلك بسبب الاعتمادية في تقديم الخدمات ثم الاستجابة والسرعة في تقديم الخدمات الأمان والملوسية (توفر الأجهزة الطبية والمعدات)، بينما عدد كبير من زبائن (المرضى) المؤسسة العمومية يفضلون العلاج في المؤسسات العمومية، وذلك لثلاثة أسباب رئيسية تتمثل في: مجانية العلاج بشكل أكثر أهمية؛
 - يوجد أثر للرضا الوظيفي بدلالة أبعاده على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية محل الدراسة حسب وجهة نظر مقدميها، حيث يوجد أثر ضعيف لكل من الرضا عن الراتب والرضا عن جماعة العمل والرضا عن سياسات الترقية على مستوى جودة الخدمة المقدمة، بينما هناك علاقة طردية متوسطة بين الرضا عن نمط الاشراف، الرضا عن ساعات العمل، الرضا عن البيئة المادية للعمل على جودة الخدمة الصحية.
- ✓ نتائج اختبار الفرضيات:
- تم إثبات الفرضية الأولى: حيث أنه توجد فروق بين تقييم الزبائن (المرضى) وتقييم مقدمي الخدمة لمستوى جودة الخدمة المقدمة في المؤسسة العمومية مُجّد بوضياف وفي المؤسسات الخاصة محل الدراسة؛
 - تم إثبات الفرضية الثانية: حيث تم التوصل لوجود فجوة وفرق بين كلا وجهتي النظر في المؤسسة العمومية مُجّد بوضياف لصالح الزبائن (المرضى) أي أنّ الزبائن (المرضى) يرون أنّ مستوى لقاءات الخدمة أعلى مما يراه مقدمو الخدمة، فيما يخص الفروق بين تقييم مقدمي الخدمة وتقييم الزبائن (المرضى) للقاءات الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية الخاصة تم تسجيل فجوة، حيث أنّ تقييم الزبائن (المرضى) أعلى من تقييم مقدمي الخدمة؛
 - تم نفي الفرضية الثالثة: حيث لا يوجد تباين في مستوى القيمة المدركة للزبون (المريض) تعزى لنوع المؤسسة الصحية، أي رغم مجانية العلاج في المؤسسة العمومية ورغم الأهداف الربحية للمؤسسات الخاصة إلا أنّ هذا البعد من القيمة المدركة (التكاليف المالية) لم يؤثر على مستوى القيمة المدركة ككل بالنسبة للزبون (المريض)؛
 - تم إثبات صحة الفرضية الرابعة: حيث تم التوصل لوجود علاقة طردية متوسطة بين مستوى الرضا الوظيفي ككل وجودة الخدمة المقدمة؛

- تم إثبات جزئي للفرضية الخامسة: حيث تم التوصل لوجد فروق في مستوى جودة الخدمات تعود لمتغير الجنس والسن والخبرة ونوع المؤسسة الصحية، في حين لا توجد فروق في مستوى جودة الخدمات تعود لمتغير الحالة العائلية والرتبة (طبيب أو شبه طبي).
- ✓ الاقتراحات: في ضوء ما تم التوصل اليه من نتائج، يمكن تقديم الاقتراحات التالية:
 - زبون المؤسسات الصحية (المريض) ونظرا لحالته الصحية سواء الجسمية أو النفسية تجعل له خصوصية هامة، لذلك من الأهمية بمكان تكوين الطاقم الطبي وشبه الطبي (مقدمو الخدمات في الخطوط الأمامية بشكل خاص) على الاهتمام بالجانب النفسي له أكثر فأكثر، وهو ما يعبر عنه ببعد التعاطف من جودة الخدمة الصحية؛
 - يعمل مقدمو الخدمات الصحية بشكل عام وموظفو الخطوط الأمامية بشكل خاص من أطباء وشبه طبيين في ظروف خاصة نابعة من طبيعة وخصوصية بيئة العمل الداخلية للمؤسسة الصحية وحالات المرض والوفاة، والضغط التي يمكن أن تواجههم من طرف المرضى وعائلاتهم، ما يجعل على عاتق إدارة المؤسسات الصحية سواء العمومية أو الخاصة الاهتمام بالجانب العاطفي لهم والمتمثل أساسا في تحقيق مستويات عالية من الرضا الوظيفي لهم من خلال توفير ظروف عمل وأوقات راحة ملائمة لهم؛
 - البيئة المادية عنصر أساسي في جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية، لذا من الضروري توفير مختلف أبعاد البيئة المادية اللازمة بالنسبة لمقدمي الخدمة وبالنسبة للزبائن (المرضى)، وحتى وإن اقتضى الأمر اللجوء لإشراك القطاع الخاص فيما يخص ذلك؛
 - عنصر النظافة في المؤسسات الصحية مهم جدا فهو من عناصر بعد مهم من أبعاد جودة الخدمة الصحية ألا وهو الملموسية خاصة لارتباطه بمكان تقديم الخدمات الصحية وما يطرح من مشاكل بخصوص الوقاية والعدوى.. الخ، لذا من المهم جدا إعطاء هذه المهمة لموظفين متخصصين ذوي تكوين خاص، سواء من خلال العاملين بالتنظيف في هذه المؤسسات أو اللجوء للمقاوله من الباطن واللجوء للقطاع الخاص؛
 - نجاح لقاءات الخدمة الصحية مرتبط بعاملين أساسيين سلوك مقدم الخدمة ومشاركة الزبون، فإنشاء القيمة يتوقف على مدى مشاركة كل طرف في خلقها، حيث أهمية المشاركة الفاعلة للزبون (المريض) في نجاح عمليات تقديم خدمات ذات جودة لا تقل أهمية عن سلوك مقدمي الخدمة في هذه اللقاءات، لذا من الضروري بناء الوعي والتثقيف الصحي لدى أفراد المجتمع بأهمية الالتزام بالنصائح الطبية وقوانين والنظم التنظيمية داخل المؤسسات الصحية، وهو ما يمكن تحقيقه من خلال التسويق؛

- من الضروري تبني مفهوم القيمة من طرف المؤسسات الصحية، من خلال محاولة تعظيم الفوائد وتقليل التضحيات المدركة بالنسبة للزبون (المريض)؛
- ضرورة فتح أقسام للتسويق في المؤسسات الصحية العمومية والخاصة، نظرا لأهميته الكبيرة في تحقيق رضا الزبون الداخلي والخارجي بما ينعكس أثره على رفع مستوى الصحة العامة للمجتمع، إضافة إلى تخفيض التكاليف بشكل عام، فتكاليف حملات مكثفة للتوعية بالكشف المبكر لسرطان الثدي مثلا تكون أقل بكثير من تكاليف علاج المرضى في مراحل متقدمة من المرض، وذلك من خلال مفهوم التسويق بالعلاقات والتسويق الداخلي إضافة إلى إدارة الجودة الشاملة، وبالتالي الانتقال من النموذج التقليدي البيروقراطي لإدارة المؤسسات الصحية إلى النموذج الحديث المتوجه نحو الزبون الداخلي والخارجي؛
- ضرورة الاهتمام بإدارة العلاقة مع الزبائن (المرضى) بالنسبة للمؤسسات الصحية العمومية، بتكوين قاعدة معلومات حول الملفات الصحية للزبائن (المرضى) ورقمنتها وجعلها متاحة للاستخدام عند الحاجة، الأمر الذي من شأنه تخفيض التكاليف بالنسبة للمؤسسة العمومية وللزبائن (المرضى)؛
- تفعيل الشراكة بين القطاعين العمومي والقطاع الخاص في الجزائر حسب ما جاء في قانون الصحة 2018 لتحقيق التكامل بينهما، وتغطية النقص المسجل في كل قطاع منهما سواء فيما يخص توفر مقدمي الخدمة ذوي الخبرة أو فيما يخص الوسائل والأجهزة اللازمة.

✓ آفاق الدراسة:

- نمذجة العلاقة السببية بين الرضا الوظيفي وجودة الخدمة الصحية من خلال الولاء التنظيمي كمتغير وسيط؛
- أثر كل من مشاركة الزبون وسلوك مقدم الخدمة الصحية على جودة الخدمة الصحية من خلال لقاء الخدمة كمتغير وسيط؛
- تطبيق نظرية السلوك المخطط على سلوك المرضى في المؤسسات الصحية؛
- أثر البيئة المادية من خلال أبعادها على سلوك الزبون (المريض)، المتغيرات الشخصية كمتغيرات وسيطة؛
- تطبيق مفهوم سلسلة ربح الخدمة في المؤسسات الصحية غير الهادفة للربح؛
- تطبيق أساليب إدارة العلاقة مع الزبون (المريض) في المؤسسات الصحية غير الهادفة للربح.

قائمة المراجع

➤ قائمة الكتب باللغة العربية:

1. ابراهيم ابراش، المنهج العلمي وتطبيقاته في العلوم الاجتماعية، دار الشروق، ط1، الأردن، 2009.
2. أحمد إبراهيم عبد الهادي، المنافسة والتميز السلعي والخدمي، مركز التعليم المفتوح، جامعة بنها، مصر، 2009.
3. أحمد حسين الرفاعي، مناهج البحث العلمي تطبيقات إدارية واقتصادية، دار وائل، ط4، الأردن، 2005.
4. أحمد سيد مصطفى، إدارة الموارد البشرية، مطابع الدار الهندسية، ط2، مصر، 2008.
5. أحمد عزت راجح، أصول علم النفس، دار الكتاب العربي للطباعة والنشر، ط7، مصر، 1968.
6. أحمد محمد بدح وآخرون، الثقافة الصحية، دار وائل، الأردن، 2005.
7. أسامة ربيع امين، التحليل الاحصائي باستخدام برنامج spss الجزء الأول، المكتبة الأكاديمية، ط2، مصر، 2007.
8. اسماعيل الفقي وآخرون، التحليل الاحصائي باستخدام SPSS - WIN، مكتبة الملك فهد الوطنية، المملكة العربية السعودية، 2013.
9. أنقوس لينغ وآخرون، ترجمة صلاح محمود ذياب، عابد المعلا، إدارة وتسويق الخدمات الصحية، دار الفكر، ط1، الأردن، 2013.
10. أنيس أحمد عبد الله، إدارة التسويق وفق منظور قيمة الزبون، دار جنان، ط1، الأردن، 2016.
11. بالمر أدريان، ترجمة بهاء شاهين وآخرون، مبادئ تسويق الخدمات، مجموعة النيل العربية، ط1، مصر، 2009.
12. بشير العلاق، حميد عبد النبي الطائي، تسويق الخدمات، دار زهران، الأردن، 2007.
13. بول تيم، ترجمة هالة صرقي، خمسون طريقة للاحتفاظ بعملائك للأبد، مركز الخبرات المهنية للإدارة، مصر، 1997.
14. ثامر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري، الأردن، 2008.
15. حسام فتحي أبو طعيمة، الإعلان وسلوك المستهلك بين النظرية والتطبيق، دار الفاروق، ط1، الأردن، 2014.
16. حسان محمد نذير حرساني، إدارة المستشفيات، الإدارة العامة للبحوث، المملكة العربية السعودية، 1990.
17. خضير كاسم حمود، موسى سلامة اللوزي، مبادئ إدارة الاعمال، إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
18. دراج نبيلة صليحة، خلق المؤسسة للقيمة لدى الزبون لتحقيق ولائه، مكتبة الوفاء القانونية، ط1، مصر، 2016.
19. رائد عبد العزيز المهيدب، رضا العملاء والمستفيدين، مركز استراتيجيات التربية، ط1، 2017.
20. رجاء محمود أبوعلام، التحليل الاحصائي للبيانات باستخدام برنامج spss، دار النشر للجامعات، ط1، مصر، 2003.
21. رضوان أنساعد، التسويق الصحي بين النظريات والآليات، ألفا للوثائق، ط1، الجزائر، 2019.
22. رولا نايف المعاينة، صالح سليم الحموري، إدارة الموارد البشرية، دار كنوز المعرفة، الأردن، 2012.
23. رونالد. ي ريجيو، ترجمة فارس حلمي، علم النفس الصناعي والتنظيمي، دار الشروق، الأردن، 2013.
24. ريتشارد نورمان، ترجمة عمرو الملاح، إدارة الخدمات، العبيكان للنشر، المملكة السعودية، 2005.
25. زاهد محمد ديري، إدارة الموارد البشرية، دار الثقافة، الأردن، 2011.
26. زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج للنشر والتوزيع، ط1، الأردن، 2006.
27. زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج، الأردن، 2010.
28. سالم تيسير الشرايدة، الرضا الوظيفي أطر نظرية وتطبيقات عملية، دار صفاء للنشر والتوزيع، ط1، الأردن، 2008.
29. سامر جلدة، السلوك التنظيمي والنظريات الإدارية الحديثة، دار أسامة، الأردن، ط1، 2008.
30. سهيلة محمد عباس، إدارة الموارد البشرية مدخل استراتيجي، دار وائل، ط2، الأردن، 2006.
31. سهيلة محمد عباس، علي حسين علي، إدارة الموارد البشرية، دار وائل للنشر، ط1، الأردن، 2000.

32. سوسن شاكر مجيد، مُجد عياد الزيادات، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات في الصناعة والتعليم، دار صفاء، ط1، الأردن، 2008.
33. سونيك غوبتا، دونالد ليهمان، ترجمة أمين الأيوبي، إدارة العملاء كاستثمارات طويلة الأمد، الدار العربية للعلوم، ط1، لبنان، 2006.
34. الشيماء المشاد، أثر أبعاد التسويق التفاعلي على نية إعادة الشراء، دراسة تطبيقية على عملاء التسويق الإلكتروني في مصر، المجلة المصرية للدراسات التجارية، 2017.
35. صالح مهدي محسن العامري، طاهر محسن منصور الغالي، الإدارة والأعمال، دار وائل للنشر والتوزيع، ط2، الأردن، 2008.
36. صلاح الدين مُجد عبد الباقي، السلوك الفعال في المنظمات، الدار الجامعية الجديدة للنشر، مصر، 2002.
37. طلعت أسعد عبد الحميد، التسويق الفعال، كيف تواجه تحديات القرن 21، تنوير للترجمة والنشر والتوزيع، ط18، مصر، 2013.
38. طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة المدينة، ط2، مصر، 2000.
39. طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، ط2، مصر، 2006.
40. عادل مُجد عبد الله، إدارة جودة الخدمات، دار الوراق، ط1، الأردن، 2016.
41. عبد الرحمان مُجد عيسى، علم النفس البيئي، منشأة المعارف، مصر، 1997.
42. عبد الله بن عبد الغني الطجم، طلق بن عوض الله السواط، السلوك التنظيمي، دار حافظ، ط4، مصر، 2003.
43. عبد الله حسين مسلم، إدارة الجودة الشاملة، معايير الإيزو، دار معتز، ط1، الأردن، 2015.
44. عبد المنعم أحمد الدرير، الاحصاء البارامتري واللابارامتري في اختبار فروض البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية، عالم الكتب، ط1، مصر، 2006.
45. عبد المهدي بوعنه، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، دار حامد، ط1، الأردن، 2004.
46. عطا الله علي الزبون، خالد بني حمدان، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، دار اليازوري، الأردن، 2015.
47. علي أحمد عبد القادر أحمد، تحليل محددات ونواتج قيمة العميل، دراسة تطبيقية على عملاء قطاع التليفون المحمول في مصر، أطروحة دكتوراه، المنظمة العربية للتنمية، جامعة الدول العربية، مصر، 2016.
48. علي السلمي، إدارة الأفراد لرفع الكفاءة الإنتاجية، دار المعارف، مصر، 2007.
49. علي غربي، اسماعيل قيرة، تنمية الموارد البشرية، دار الفجر للنشر والتوزيع، ط1، مصر، 2007.
50. غسان قاسم داود اللامي، إدارة التسويق، دار الصفاء، الأردن، 2013.
51. غيث البحر، معن التنجى، التحليل الاحصائي للاستبيانات باستخدام برنامج spss، مركز سير للدراسات الاحصائية والسياسات العامة، 2014.
52. فاروق عبده فليه، السيد مُجد عبد المجيد، السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسات التعليمية، دار المسيرة، ط1، الأردن، 2005.
53. فائزة مُجد رجب بهنسي، الرضا الوظيفي للعاملين من منظور الخدمة الاجتماعية، ط1، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، مصر، 2011.
54. فتيحة بوحروود، إدارة الجودة الشاملة في منظمات الأعمال النظرية والتطبيق، دار المسيرة، ط1، الأردن، 2015.
55. فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، دار المسيرة، الأردن، 2013.
56. فريد توفيق نصيرات، تسويق خدمات الرعاية الاستشفائية والطبية، دار المسيرة، ط1، الأردن، 2014.
57. فريد كورتل، تسويق الخدمات، دار كنوز المعرفة، الأردن، 2009.

58. فريد كورتل، تسويق الخدمات، كنوز المعرفة للنشر، الأردن، 2008.
59. فوزي مذكور، تسويق الخدمات الصحية، ط1، ايتراك للنشر والتوزيع، مصر، 1998.
60. فيصل حسونة، إدارة الموارد البشرية، دار أسامة، ط1، الأردن، 2008.
61. كامل بربر، إدارة الموارد البشرية اتجاهات وممارسات، دار المنهل اللبناني، لبنان، 2008.
62. كامل مُجد المغربي، السلوك التنظيمي مفاهيم وأسس سلوك الفرد والجماعة في التنظيم، دار الفكر، ط3، الأردن، 2004.
63. كتاب جماعي، منهجية البحث العلمي وتقنياته في العلوم الاجتماعية، المركز الديمقراطي العربي للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية، ألمانيا، 2019.
64. كوتلر فليب، ترجمة فيصل عبد الله بابكر، كوتلر يتحدث عن التسويق، مكتبة جرير، المملكة العربية السعودية، 2015.
65. لمياء مرتاض نفوسي، ديناميكية البحث في العلوم الانسانية، دار هومة، الجزائر، 2015.
66. مجيد الكرخي، إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات، دار المناهج، الأردن، 2015.
67. مجيد الكرخي، إدارة الموارد البشرية، دار المناهج، الأردن، 2016.
68. محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة، دار وائل للنشر، ط7، الأردن، 2014.
69. مُجد إبراهيم عبيدات، سلوك المستهلك، مدخل استراتيجي، دار وائل، ط4، الأردن، 2004.
70. مُجد الصيرفي، التسويق الصحي، دار الفجر، ط1، مصر، 2016.
71. مُجد سعيد أحمد سلطان، السلوك التنظيمي، دار الجامعة الجديدة، الأردن، 2003.
72. مُجد شحاته ربيع، علم النفس الصناعي والمهني، دار المسيرة، ط1، الأردن، 2010.
73. مُجد صالح الألفي، نموذج مقترح لبناء قيمة العلامة التجارية بالتطبيق على خدمات تكنولوجيا المعلومات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جامعة الدول العربية، مصر، 2016.
74. مُجد عاصي العجيلي، نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية، دار اليازوري، الأردن، 2009.
75. مُجد عبد العظيم أبو النجا، إدارة العلاقات مع العملاء، الدار الجامعية، ط1، مصر، 2013.
76. مُجد عبد العظيم أبو النجا، أسس التسويق الحديث، الدار الجامعية، ط1، مصر، 2010.
77. مُجد عبد الفتاح مُجد، إدارة الجودة الشاملة وبناء قدرات المنظمات الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2012.
78. مُجد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة مدخل استراتيجي تطبيقي، إثراء للنشر والتوزيع، ط1، الأردن، 2010.
79. مُجد منصور أبو جليل وآخرون، المفاهيم التسويقية الحديثة وأساليبها، دار غيداء، ط1، الأردن، 2014.
80. محمود جاسم الصميدعي، ردينة عثمان يوسف، تسويق الخدمات، دار المسيرة، الأردن، 2007.
81. مدحت أبو النصر، أساسيات إدارة الجودة الشاملة، دار الفجر، ط1، مصر، 2008.
82. مصطفى كامل أبو العزم عطية، مقدمة في السلوك التنظيمي، المكتب الجامعي الحديث، مصر، بدون سنة النشر.
83. مصطفى نجيب شاويش، إدارة الموارد البشرية إدارة الأفراد، دار الشروق للنشر والتوزيع، ط3، الأردن، 2005.
84. مضر زهران، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، مؤسسة زهران للنشر، مصر، 2006.
85. ملود حواس، البر كلثوم، مقدمة في سلوك المستهلك، دار أسامة، ط1، الأردن، 2018.
86. منى شفيق، التسويق بالعلاقات، المنظمة العربية للتنمية، مصر، 2005.
87. منير نوري، فريد كورتل، إدارة الموارد البشرية، مكتبة المجتمع العربي، الأردن، 2010.
88. نادر أحمد أبو شيخة، إدارة الموارد البشرية، دار صفاء للنشر والتوزيع، ط2، الأردن، 2013.
89. نادية سعيد عيشور وآخرون، منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، مؤسسة حسين رلس الجبل، الجزائر، 2017.

90. نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة، ط1، الأردن، 2012.
91. نيل غوبن جو غلواي، ترجمة شاكر بن أحمد صالح، القيادة والإدارة في المنظمات الصحية، دار الفكر، ط1، الأردن، 2017.
92. هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، ط3، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2005.
93. هيو كوش، ترجمة طلال بن عايد الأحمد، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، المكتبة الوطنية، المملكة العربية السعودية، 2002.

➤ قائمة الكتب باللغات الأجنبية:

94. David cahill, customer loyalty in third logistics relationship, Springer Science & Business Media, USA, 2007.
95. Douglas.k haffman, john. Eg bateson, services marketing, cengage learning, 4th ed, USA, 2008.
96. Frennea carly et al, the satisfaction profit chain, handbook of service marketing research, 2014.
97. Grandey licia et al, emotional labor in the 21st century, routledge, england, 2013.
98. Grey audigier, marketing et action commercial, 5^{eme} édition, gualina editeur, France, 2007.
99. Jones peter, handbook of hospitality operation and IT, elsevier, 1^{rst} ed, usa, 2008.
100. Manfred bruhn, dominik georgi, services marketing managing, the services value chain, Pearson Education, France, 2006.
101. Mark saunders et al, research methods for business students, pearson, 7th ed, France, 2016.
102. Mary guy et al, emotional labor, putting the service in public service, MF sharpe, england, 2008.
103. Peter mudie, angela pirrie , services marketing, copyrigh, Routledge ,3^{ed} ed, usa, 2006.
104. Philip kotler kevin lane keller, marketing management, prentice hall, 14th ed, usa, 2012.
105. philipe callot, Marketing des services, vuibert, France, 2007.
106. Press irwin, patient satisfaction : understanding and managing the experience of care, health administration press, 2^{end} ed, usa, 2006.
107. Sparks Beverley, Karin Weber, The service encounter, Handbook of hospitality operations and IT, Routledge, 2008.

➤ قائمة الأطروحات:

108. إياد فتحي العالول، أثر التسويق الداخلي على الولاء التنظيمي من خلال الرضا الوظيفي لدى مشترك شركة جوال في قطاع غزة، رسالة دكتوراه، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2016.
109. أيمن العشاب، التسويق بالعلاقات كأداة لكسب ولاء الزبون، دراسة حالة القرض الشعبي الجزائري، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير جامعة الجزائر3، 2017/2018.
110. يعيطش شعبان، أثر التسويق بالعلاقات في تحقيق الميزة التنافسية، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر، 2015/2016.
111. بودية بشير، إشكالية تسيير الجودة الشاملة في الخدمات الصحية، دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية ترابي بوجمعة ببشار، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان، 2015/2016.
112. درقاوي أسماء، إدارة العلاقات مع الزبون كمصدر لتحقيق الميزة التنافسية في المؤسسة الجزائرية، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة حسسبة بن بوعلي بالشلف، 2017/2018.
113. رضوان أنساعد، التسويق الصحي كمدخل لتدعيم الميزة التنافسية للمؤسسات الصحية الخاصة، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، جامعة الشلف، 2014-2015.
114. سعدي طارق، دراسة سلوك الوفاء عند المستهلك الجزائري، أطروحة دكتوراه في التسويق غير منشورة، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2015/2016.
115. سيد احمد حاج عيسى، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية، جامعة الجزائر 2011، 2012/3.
116. صالح عياد، تأثير البيئة اللونية داخل المتجر على نية تحقيق الشراء الاندفاعي عند المستهلكين الجزائريين، تطبيق نموذج (SOR)، أطروحة دكتوراه في التسويق الدولي غير منشورة، جامعة أبي بكر بلقايد بتلمسان، الجزائر، 2014/2015.
117. عبد الرزاق براهيم، تأثير تسيير العلاقة مع الزبون على تصميم المنتج في المؤسسة الاقتصادية الجزائرية، دراسة عينة من المؤسسات الاقتصادية، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة بسكرة، 2015/2016.
118. عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر العاصمة، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007-2008.
119. علي بسام محمود، نموذج مقترح للعلاقة بين رضا المريض والرضا الوظيفي والأمن الوظيفي وسلوكيات المواطنة التنظيمية ونوايا ترك العمل لدى الممرضين، أطروحة دكتوراه في علوم الإدارة، المعهد العالي لإدارة الأعمال، سوريا، 2013.
120. فتيحة ونوغي، أثر الرواتب على الرضا الوظيفي والرضا عن التعويضات والحفز الذاتي لأساتذة التعليم العالي، أطروحة دكتوراه علوم، جامعة فرحات عباس، سطيف، 2014-2015.
121. نادية بوشاشية، تحسين جودة الخدمات السياحية كمدخل لبناء ولاء العملاء، أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية، جامعة حسيبة بن بوعلي، الشلف، 2017/2018.
122. نادية هيمة، أثر تطبيق الأساليب الحديثة للإدارة التسويقية على تفعيل الحصة السوقية ورفع الأداء، دراسة ميدانية لمعامل الهاتف النقال في الجزائر، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة أحمد بوقرة بومرداس، 2015/2016.
123. يوسف بوكدر، أثر التسيير على جودة الخدمة الصحية بالمؤسسات الاستشفائية الجزائرية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر3، 2016/2017.

124. Billiter patric flanagan, hospital health care executives attitudes and beliefs on the impact that the health care providers and systems survey has on services quality and hospital reimbursement, doctoral theses, pepperdine university, 2011.
125. Dana martin amold, an examination of job satisfaction among full-time faculty in a selected mississippi community college, doctoral dissertation, mississippi state university, 2016.
126. Gene lynn forsythe, spirituality and job satisfaction : a correlational study of elementary school teachers, doctoral dissertation, university of la verne, 2016.
127. Hamood nasser alrasbi, the motivation of omani school teachers, doctoral dissertation, university of edinburgh, 2013.
128. Jutta green, job satisfaction of community college chairpersons, doctoral dissertation virginia polytechnic institute and state university, 2000.
129. Latifa ayoubi, l'influence de la fidélité à la marque et de la fidélité au programme relationnel sur l'attitude des clients (cas des banques), thèse de doctorat université Nice, Sophia Antipolis, France, 2016.
130. Manar Ibraheem, L'influence de la perception de l'environnement de service sur la fidélité du client, application au secteur de l'hôtellerie de luxe en Région PACA, thèse de doctorat en Gestion et management, Université Côte d'Azur, France, 2017.
131. Mechael jerome spring, examining organizational conflict management style climate : moderator of job satisfaction and intent to leave a management consulting organization, doctoral dissertation, northcentral university, 2015.
132. Muhammed ghafoor, antecedents and consequences of job satisfaction : evidence from pakistani universities, doctoral dissertation of philosophy, university of dundee, 2014.
133. Naresh malhotra et al, marketing research an applied approach, pearson education, slovakia, 2017.

➤ قائمة النشريات والمقالات:

134. آلاء نبيل عبد الرزاق، استخدام تقانة المعلومات من اجل ضمان جودة الخدمة الصحية، حالة دراسية في عينة من مستشفيات مدينة بغداد، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد90، 2011.
135. أيمن عبد الله محمد أبو بكر، أثر ممارسات التسويق الداخلي على رضا العاملين، مجلة العلوم الاقتصادية، العدد16، 2015.

136. بشرى عبد إبراهيم، قيس جودة الخدمة الصحية دراسة استطلاعية في مستشفى ابن بلدي للنسائية والأطفال، مجلة الكويت للعلوم الاقتصادية والإدارية، جامعة واسط، العدد12، 2014.
137. بلال جاسم القيسي، خلق القيمة المستدامة للزبون عبر تكامل العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة وتسويق العلاقة، دراسة استطلاعية على عدد من المصارف العراقية الخاصة، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد21، العدد85، 2015.
138. بودي عبد القادر، بن جيمة نصيرة، أثر التسويق الداخلي على الرضا الوظيفي، دراسة تطبيقية على مستوى الصندوق الوطني للتقاعد، مجلة الابتكار والتسويق، المجلد5، العدد1، 2018.
139. بيداء ستار لفتة، هالة فاضل حسين، تحقيق التفوق التسويقي في ظل تبني مفهوم التسويق الداخلي، مجلة دراسات محاسبية ومالية، المجلد12، العدد38، 2017.
140. ثابت احسان أحمد، الرضا الوظيفي على وفق بعض المتغيرات الشخصية لأعضاء الهيئة التدريسية والموظفين الإداريين في أقسام وكليات التربية الرياضية جامعة الموصل، مجلة الرافدين للعلوم الرياضية، المجلد17، العدد57، 2011.
141. نائر أحمد السمان، خالد زيدان عبد الهادي، دور التجارة الالكترونية في تعزيز إدارة علاقات الزبائن، مجلة جامعة الأنبار للعلوم الاقتصادية والإدارية، العدد06، 2014.
142. حاكم الجبوري الخفاجي، رضا الزبون كمتغير وسيط بين جودة الخدمة وولاء الزبون، العزى للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد8، العدد25، 2012.
143. حسين علي عبد الرسول، فائق جواد كاظم، تقييم تجريبي لتأثير اللقاء الخدمي في السلوك التطوعي للزبون، دراسة استطلاعية لآراء عينة من زبائن مصرف التجارة العراقي، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد19، العدد70، 2013.
144. حكيم بن جرورة، خليدة دلهوم، امكانية تطبيق أبعاد تسويق العلاقات مع الزبون في الرفع من اداء المؤسسة التنافسي، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، العدد2، 2015.
145. حيدر حمزة صالح، قيس أثر جودة علاقات الزبون المصرفي على ولاءه للمصرف، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد19، العدد1، 2017.
146. خالد محمود عزيز العبادي، صفد مظفر محمد الدباغ، الرضا الوظيفي لدى العاملين في الاتحادات الرياضية الفرعية لكرة السلة في العراق، مجلة الرافدين للعلوم الرياضية، المجلد19، العدد21، 2013.
147. خريف نادية، حرنان سمية، تسيير المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، المعوقات والمتطلبات، مداخلة ضمن الملتقى الوطني الأول حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات ورهانات التمويل، المستشفيات نموذجاً، جامعة قلمة، 10-11 أبريل 2018.
148. دبون عبد القادر، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية، حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة، مجلة الباحث، العدد11، 2012.
149. دحدوح منية، حمدي بوئينة، دور إدارة العلاقة مع الزبون في تحسين الخدمة الصحية، مداخلة ضمن الملتقى الوطني الأول حول التسيير الصحي، جامعة 08 ماي 1945، قلمة، 10/11 أبريل 2018.
150. رونق كاظم حسين شبر، دور القيمة المدركة، جودة الخدمة، السعر والصورة الذهنية في تعزيز ولاء الزبون، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد16، العدد2، 2014.
151. زاير وافية، سراي أم السعد، التسيير الفعال لنفايات خدمات الرعاية الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية، مجلة الأبحاث الاقتصادية لجامعة البليدة2، العدد12، 2015.

152. سارة مولاي مصطفى، الرضا الوظيفي وأثره على تحسين وتطوير أداء العاملين بالمصارف الجزائرية، مجلة الاقتصاد والتنمية، العدد6، 2016.
153. سامر المسطفي، ماهر حبيب زيد، أثر الدليل المادي في تحقيق رضا العملاء، مجلة جامعة البعث، المجلد39، العدد21، 2017.
154. سعدون حمود جنير، سارة علي سعيد العامري، أثر سماع صوت الزبون في تحقيق التفوق التنافسي، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد18، العدد68، 2012.
155. سعدون حمود وآخرون، أثر تحليل صوت الزبون في تحسين صورة المنظمة الصحية، دراسة استطلاعية لآراء عينة من الأطباء العاملين في مستشفيات بغداد الخاصة، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد92، 2012.
156. سلام جاسم حمود العارضي، دور الرضا وصورة المؤسسة في تحقيق ولاء الزبون في صناعة المستشفيات، دراسة تحليلية في عدد من المستشفيات الأهلية، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد8، العدد3، 2006.
157. سليمان أحمد آل خطاب، أثر العلاقة بين جودة الخدمة الداخلية والخارجية، رضا الزبون الداخلي كمتغير معدل، دراسة على عينة من المطاعم ذات الخدمات الكاملة في عمان، مجلة دراسات العلوم الإدارية، المجلد43، العدد1، 2016.
158. شاكر تركي اسماعيل، التسويق الداخلي كمفهوم لإدارة الموارد البشرية وأثره على جودة الخدمة التعليمية، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، العدد23، 2011.
159. شهاب الدين حمد النعيمي، حسين غازي زيدان، فيلس تباين مستوى رضا المرضى عن جودة الخدمة الطبية في الأجنحة الخاصة للمستشفيات العراقية الحكومية والخاصة، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد22، العدد90، 2016.
160. صادق زهراء، دور التسويق بالعلاقات في بناء صورة ذهنية إيجابية للمؤسسة، مجلة التنظيم والعمل، المجلد5، العدد4، 2016.
161. عادل مفتاح مُجد بالعيد، صلاح مُجد زكي، تأثير الرضا الوظيفي على الانتاجية بشركة الخليج العربي للنفط بليبيا، مجلة العبقري، جامعة العلوم الاسلامية، ماليزيا، العدد5، 2015.
162. عبد الرحمان مصطفى الملا، تقييم الخدمات الصحية المقدمة في الأجنحة الخاصة للمستشفيات الحكومية من منظور المرضى، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد22، العدد91، 2016.
163. عبد الرضا فرج بدرراوي الخماس، رأفت عواد موسى التميمي، العلاقة بين التسويق الداخلي وجودة الخدمة، دراسة استطلاعية لعينة من الزبائن والعاملين في المصارف التجارية العراقية، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد19، العدد73، 2013.
164. عبيد بن عبد الله العمري، الولاء التنظيمي والرضا الوظيفي وضغوط العمل على الأداء الوظيفي والفعالية التنظيمية، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والانسانية، المجلد16، العدد1، 2004.
165. عفاف حسن هادي الساعاتي، عيبر أسعد داود الساعدي، دور نشر وظيفة الجودة في تقويم المنتج، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد21، العدد84، 2015.
166. علاء فرحان طالب، علياء حسين عبد العلي، إعادة هندسة العمليات التسويقية ودورها في تحقيق الريادة الاستراتيجية، مجلة الإدارة والاقتصاد، المجلد3، العدد12، 2013.
167. علي سنوسي، نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، مجلة معارف، قسم1، العدد12، 2012.

168. علي عبد الرضا الجياشي، شفيق ابراهيم حداد، نمذجة العلاقة بين إدراك جودة الخدمة وولاء الزبون، مجلة دراسات العلوم الإدارية، المجلد 37، العدد 2، 2010.
169. عماد صبيح الصفار، علاء مُجّد عبّيد، دور تحليلات سلسلة القيمة في إدارة العلاقة وتخفيض التكلفة، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد 108، 2016.
170. عمر دره وآخرون، تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى: دراسة مقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 24، العدد 104، 2018.
171. غانم رزوقي أنيس، جودة الرعاية الصحية على وفق قياس كفاءة الأداء التمريضي في مستشفى ابن النفيس، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 21، العدد 82، 2015.
172. فرج علي جسام، البيئة المادية للقاء الخدمي ودورها في إعادة الشراء للخدمة المصرفية، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 18، العدد 2، 2016.
173. فريد كورتل، حلوز فاطمة، أثر تطبيق التسويق الداخلي على اداء المصارف التجارية العاملة في الجزائر، مجلة معارف، العدد 22، 2017.
174. فؤاد حمودي العطار، حواء ثامر مهدي حسين، التسويق الداخلي وجودة الخدمة وتأثيرها في تحقيق رضا الزبون، مجلة جامعة كربلاء العلمية، المجلد 33، العدد 1، 2015.
175. كريم بيشاري، عابر سليم، المرتكزات الفكرية للتسويق بالعلاقات وأثرها في إرساء فرص نجاح المنتجات الجديدة لتعظيم أداء المؤسسات، ورقة بحثية مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الوطني حول التسويق بالعلاقات ودوره في الرفع من أداء المنظمات، جامعة سكيكدة، 15-16 ديسمبر 2014.
176. جليل إبراهيم، دور قاعدة بيانات الزبائن في تحليل الحصة السوقية، مجلة اقتصاديات شمال افريقيا، العدد 11، 2013.
177. مالك مُجّد المجالي وآخرون، تأثير أبعاد التسويق الداخلي على رضا العاملين وأثره على أدائهم في البنوك التجارية العاملة في محافظة الكرك، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 12، العدد 3، 2016.
178. مُجّد خثير، أسماء مرايمي، العلاقة التفاعلية بين أبعاد جودة الخدمة ورضا الزبون في المؤسسة، مجلة الريادة لاقتصاديات الأعمال، المجلد 3، العدد 4، 2017.
179. مُجّد فلاق وآخرون، تفعيل ثقافة الجودة في المستشفيات الجزائرية، مجلة الدراسات المالية المحاسبية والإدارية، العدد السابع، 2017.
180. محمودي أحمد، زيدان مُجّد، فعالية القيمة المدركة في تحقيق ولاء الزبون في سوق الهاتف النقال، الاكاديمية للدراسات الاجتماعية والانسانية، العدد 15، 2016.
181. المعهد العربي للتخطيط، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد 22، الكويت، 2002.
182. منى رسول سلمان، الرضا الوظيفي لدى المشرفين الاختصاصيين وعلاقته بأدائه الوظيفي، دراسات تربوية، العدد 5، 2011.
183. موسى السعودي، أثر الحوافز المادية على الرضا الوظيفي لدى العاملين في مؤسسة الضمان الاجتماعي الأردنية، مجلة دراسات العلوم الإدارية، المجلد 40، العدد 1، 2013.
184. نادية لطفي عبد الوهاب، مُجّد مخيلف حاوي التميمي، تقييم رضا الزبون عن الخدمات التمريضية باعتماد النموذج التفاعلي لسلوك المريض، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 23، العدد 97، 2017.

185. نجلة يونس مُحمد آل مراد، هاني أحمد حسن الحرباوي، صوت الزبون ودوره في تحقيق المزايا التنافسية، دراسة لآراء العاملين في عينة من المنظمات الصناعية في مدينة الموصل، مجلة تكريت للعلوم الادارية والاقتصادية، المجلد9، العدد28، 2013.
186. نجية زيان وآخرون، التسويق الداخلي كمدخل لإدارة الموارد البشرية في المنظمات الخدمية، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، العدد2.
187. نظام موسى سويدان، تقييم تأثير تطبيق إدارة الجودة الشاملة في تحقيق رضا الزبون والمحافظة عليه، مجلة جامعة الأزهر بغزة، سلسلة العلوم الانسانية، المجلد13، العدد01، 2011.
188. وسام عبود درجال، كفاءة الخدمات الصحية في قضاء المجر الكبير، مجلة البحوث الجغرافية، العدد21، 2013.
189. يوسف حجيم الطائي، حاكم جبوري الخفاجي، علاقة وأثر اللقاء الخدمي في سلوك مواطنة الزبون، دراسة استطلاعية لآراء عينة من مقدمي الخدمة والزبائن في القطاع الخدمي لمحافظة النجف، مجلة العزى للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد13، العدد36، 2015.
190. Aditi naidu, factors affecting patient satisfaction and health care quality, international journal of healthcare, vol22, no4, 2009.
191. Akram ghahramanian et al, Quality of healthcare services and its relationship with patient safety culture and nurse-physician professional communication, health promotion perspectives, vol7, no3, 2017.
192. Ali ramazani et al, service quality measurements, international journal of acadimic reseach in business and social sciences, vol5, no2, 2015.
193. Alrubaiee laith, al kaaida feras, the mediating effect of patient satisfaction in the patients' perceptions of healthcare quality-patient trust relationship, International Journal of Marketing Studies, vol3, no1, 2011.
194. Andrew M et al, service encounter conceptualisation : employees service behaviours and customers services quality perceptions, journal of marketing management, 17, 2001.
195. Anil keskar, more pranay, relationship value, india journal of commerce and management studies, vol 9, issue2, 2018.
196. Anita zatori, exploring the value co-creation process on guided tours (the AIM model) and the experience-centric management approach, international journal of culture, tourism and hospitality research, vol10, no4, 2016.
197. Annamdevula Subrahmanyam, relationship between service quality, satisfaction, motivation and loyalty, quality assurance in education, vol25, no2, 2017.
198. Antonio Sergio da Silva et al, A Model of Antecedents for the Co-Creation of Value in Health Care: An Application of Structural Equation Modeling, brazilian business review , vol12, no6, 2015.

199. Azedo daniela et al, internal marketing in portuguese health care, viesoji politika ir administravimas, vol11, no4, 2012.
200. Balasubramanian, total quality management in the healthcare industry, science journal of public health, 4(4), 2016.
201. Bitner.m.j , evaluating service encounters : the effects of physical surroundings and employee responses , journal of marketing , vol54, 1990.
202. Christine ennew, the services –profit chain, wiley encyclopedia of management, vol9, 2015.
203. Clemens scott kruse, telehealth and patient satisfaction : a systematic review and narrative analysis, BMJ open, vol7, no8, 2017.
204. committee on quality of health care in america. institute of medicine, a new health system for the 21st century, national academy of sciences, united states of america, 2001.
205. Deborak aka et al, relationship marketing and customer satisfaction : a conceptual perspective, binus business review, vol7, nu2, 2016.
206. Direction de la sante et de la population de la wilaya de BOUIRA, Fiches Technique et bilans des centres d'hémodialyse Privés, 2019.
207. Emel kursunleuglu yarimoglu, a riview on dimensions of service quality models, journal of marketing management, vol2, no2, 2014.
208. Enkhjargal batbaatar, determinants of patient satisfaction : a systematic review, perspectives in public health, vol137, 2017.
209. Faisal talib et al, service quality in healthcare establishments, behavioural and health care research, vol5, no1, 2015.
210. Fogarty, G et al, Measuring Service Quality with SERVPERF, Journal of Outcome Measurement, 4 (1), 2000.
211. Frost frederick, kumar mukesh, intservqual an internal adaptation of the gap model in a large service organisation, the journal of services marketing, vol14, no5, 2000.
212. Gamze bayin, ömer rıfkı önder, determination of the effect of corporate image of health institutions on patient loyalty, ege akademik bakis, vol. 15, no 4, 2015.
213. Gilles giard et normand therrien, la satisfaction au travail chez les professeurs, prasppectives montréal, vol14, nu3, 1978 .

214. Graeme hawthorne et al, measuring patient satisfaction with health care treatment using the short assessment of patient satisfaction measure delivered superior and robust satisfaction estimates, journal of clinical epidemiology, 67, 2014.
215. Hardeep Chahal, Neetu Kumari, Consumer Perceived value and Consumer Loyalty in the Healthcare Sector, Journal of Relationship Marketing, vol. 10, no 2, 2011.
216. Hardeep Chahal, Neetu Kumari, Consumer perceived value The development of a multiple item scale in hospitals in the Indian context, International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing, Vol6 , No2, 2012.
217. Homburg christian, stock ruth, the link between salespeople's job satisfaction and customer satisfaction in a business-to-business context, journal of the academy of marketing science, vol32, no2, 2004.
218. Hsien-lun wong, mei-chi tasai, the effects of service encounter and experiential value on consumer purchasing behavior, WSEAS Transactions on Business and Economics, iss2, 2010.
219. Iglesias rutishauser et al, la satisfaction ou travail : une conséquence du choix des outils statistiques et des instruments de mesure en GRH, revue internationale de psychosociologie, vol 16, no40.
220. Jeon hoseong, beomjom choi, the relationship between employee satisfaction and customer satisfaction, journal of services marketing, vol26, no5, 2012.
221. Jide ibietan, theories of personnel motivation in organisations multidisciplinary journal of research development, volume 15, no2, 2010.
222. Jillian c sweeney, geoffrey n soutar, consumer perceived value : the development of a multiple item scale, journal of retailing, vol77, no2, 2001.
223. Jochen wirtz, service quality and productivity management, winning in service markets, vol12, 2018.
224. Johanna gummerus, relationship marketing : past, present and future, journal of services marketing, vol31, issue1, 2017.
225. Jyoti jeevan et al, impact of total quality services on financial performance : role of service profit chain, total quality management and business excellence, vol28, 2017.

226. Kazi omar siddiqi, interrelations between service quality attributes customer satisfaction and customer loyalty in the retail banking sector in bangladesh, international journal of business and management, vol6, no3, 2011.
227. Kotler philips, atmospherics as a marketing tool, journal of retailing, vol49, nu4, winter 1973–1974.
228. Leyla Özer et al, The association between perceived value and patient loyalty in public university hospitals in Turkey, Total Quality Management, vol28, no7, 2017.
229. Manuela Vega–Vazquez et al, The value co–creation process as a determinant of customer satisfaction, Management Decision ,Vol 51, No10, 2013.
230. Maryam yaghoubi et al, modeling the brand loyalty of medical services in iran’s military hospitals, annals of tropical medicine and public health, volume 10, issue 4, 2017.
231. Masoud amoopour et al, job satisfaction of employee and customer satisfaction, arabian journal of business and management review, vol3, no6, 2014.
232. Mathew higgins et al, exploring the devlopment of relationship marketing in the national health srevices, journal of management and marketing in health care, vol4, no3, 2011.
233. Mayuri duggirala et al, provider–perceived dimensions of total quality management in healthcare, international journal, vol15, no6, 2008.
234. Michael, E.porter, what is the value in health care, the new england journal of medcine, 2010.
235. Miguel moliner, loyalty, perceived value and relationship quality in healthcare services, journal of service management, vol20, No1, 2009.
236. Naim rassa, afghanistan public health facilities staffs job satisfaction and factors affecting the job satisfaction, international journal of advanced research, vol5, no5, 2017.
237. Neeru malhotra, avinandau makherjee, the relative influence satisfaction on service quality of customer–contact employees in banking call centres, journal of services marketing, vol18, nu3, 2004.
238. Nsour lyad et al, examine the relationship between external marketing and external service quality in saudi public hospitals, hospitals, vol3, no19, 2013.

239. Omar siddiqi kazi, interrelations between service quality attributes, customer satisfaction and customer loyalty in the retail banking sector in bangladesh, international journal of business and management, vol6, No3, 2018.
240. Parasuraman et al, aconceptual model of service quality and its implications for future research, journal of marketing, vol49, 1985.
241. Parasuraman et al, serviqual : a multiple item scale for measuring cunsumer perceptions of services quality, journal of retailing, vol64, nu1, 1988 .
242. Paul justin, sunil sahadev, service failure and problems : internal marketing solutions for facing the future, journal of retailing and consumer services, vol40, 2018.
243. Prabha ramseook et al, total quality management adoption in a public hospital, global journal of business research, volume 5, nu3, 2011.
244. Pritchard michael, rhian silvestro, applying the services profit chain to analyse retail performance : the case of the managerial strait-jcket, international journal of service industry management, vol16, no4, 2005.
245. Rhett walker et al, re-thinking the conceptualization of customer value and service quality within the service-profit chain, managing service quality : an international journal, vol16, no1, 2006.
246. Rhian silvestro, stuart cross, applying the service profit chain in a retail environment : challenging the satisfaction mirror, international journal of service industry management, vol11, no3, 2000.
247. Richard m.steers et al, the future of work motivation theory, academy of management review, vol29, no3.
248. Saifuddin khan et al, syntyesizing theories of job satisfaction across the cultural, attitudinal dementions, interdisciplinary journal of contemporary research in business, vol3, No9, 2012.
249. Sanjay k jain, garima gupta, measuring service quality : serviqual vs serveperf scales, vikalpa, vol29, no2, 2004.
250. Shen kian tan, herzberg's two factor theory on work motivation : does it works for todays environment ?, global journal of commerce and management perspective, vol2 (5), 2013.
251. Shilpa sharma bhaskar, shikha nkhera, employee satisfaction-customer satisfaction link : a literature review of theoretical explanations,

- interdisciplinary journal of contemporary research in business, vol4, no11, 2013.
252. Shilpa sharma bhaskar, shikha nkhera, employee satisfaction–customer satisfaction link : a literature review of theoretical explanations, , interdisciplinary journal of contemporary research in business, vol4, no11, 2013.
253. Spiros gounaris, achilleas boukis, the role of employee job satisfaction in strengthening customer repurchase intentions, journal of services marketing, vol27, no4, 2013.
254. Stephen I, dugguh, ayaga dennis, job satisfaction théories : traceability to employee performance in organizations, journal of business and management, vol16, 2014.
255. Suess courtney, hospitality healthscapes : a conjoint analysis approach to understanding patient responses to hotel–like hospital rooms, international journal of hospitality management, vol61, 2017.
256. Swan JE et al, do appealing hospital rooms increase patient evaluations of physicians nurses and hospital services ?, health care management review, vol28, iss3, 2003.
257. Swati singh, positive encounter : a tool for customer loyalty in retail, journal of business, vol1, no2, 2013.
258. Terje slatten, antecedents and effects of emotional satisfaction on employee perceived service quality, managing service quality, vol18, no4, 2008.
259. Ting shueh–chin, the effect of internal marketing on organizational commitment : job involvement and job satisfaction as mediators, educational administration quarterly, vol47, no2, 2011.
260. Tommaso grillo ruggieri et al, patient satisfaction, patient leaving hospital against medical advice and mortality in italin university hospitals, BMC health services research, vol18, no1, 2018.
261. Vermeeren brenda et al, two faces of the satisfaction mirror : a study of work environment, job satisfaction and customer satisfaction in dutch municipalities, review of public personnel administration, vol31, no2, 2011.
262. Wong hui–ching et al, internal marketing and its moderating effects between services–oriented encounter and patient satisfaction, acta paulista de enfermagem, vol29, no5, 2016.

263. Won-moo hur et al, customer response to employee emotional labor : the structural relationship between emotional labor, job satisfaction, journal of service marketing, vol29, no1, 2015.
264. World health organization, report of quality and accreditation in health care services, switzerland, 2003.
265. World health organization, world health statistics 2018, switzerland, 2018.
266. Yazdanparast Atefeh et al, Co-creating logistics value: a service-dominant logic perspective, The International Journal of Logistics Management, 21.3, 2010.

➤ قائمة المداخلات:

267. بن نافلة قدور، مزريق عاشور، إدارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية في المستشفيات، مداخلة ضمن المنتدى الوطني الأول حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر: بين إشكاليات التسيير ورهانات التمويل، جامعة قلمة، 11/10/2018/ أبريل 2018.
268. المنظمة العربية للتنمية الإدارية، تمويل الخدمات الصحية والطبية في المستشفيات العربية، بحوث وأوراق عمل المؤتمر العربي السادس في الأساليب الحديثة لإدارة المستشفيات تحت شعار "تمويل الخدمات الصحية والطبية" المنعقد بالقاهرة نوفمبر 2007، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2008.
269. مهري عبد المالك، حوكمة المستشفيات في الجزائر، هل هي الوصفة السحرية لعلاج جميع مشاكلها؟ مداخلة ضمن المنتدى الوطني الأول حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات ورهانات التمويل، المستشفيات نموذجاً، جامعة قلمة، 10-11 أبريل 2018.
270. Abdulsattar mohamed al-ali, developing a total quality management framework for healthcare organizations, proceedings of the international conference on industrial engineering and operations management, january 7-9, indonesia, 2014.
271. Dyah R et al, assessing service quality : a combination of servperf and Importance performance analysis, the 3^{ed} international conference on industrial engineering application, EDP science, indonesia, 2016.

➤ القوانين:

272. المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى 1428 الموافق لـ 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها.

➤ قائمة المراجع الالكترونية:

273. www.merriam-webster.com/dictionary/health, consulter le : 04/09/2017 .
274. <https://www.who.int/ar/about/who-we-are/frequently-asked-questions>, consulter le :06/01/2020.

275. Caitlin morris, measuring health care quality , consulter le : 23/04/2018,
http://familiesusa.org/sites/default/files/product_documents/HSI%20Quality%20Measurement_Brief_final_web.pdf.
276. Legatum institute, the legatum prosperity index, 2019,
https://www.prosperity.com/download_file/view_inline/3690, 06/01/2020.
277. <https://www.ghsindex.org/about/>, 06/01/2019.
278. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>,
07/01/2020.

الملاحق

قائمة الأساتذة المحكمين للاستبيان:

الجامعة	التخصص	الدرجة العلمية	اسم ولقب المحكم
جامعة البويرة	تسويق	أستاذ محاضر أ	كلثوم البز
جامعة بومرداس	تسويق	أستاذ محاضر أ	رزقي خليفي
جامعة الجزائر 3	تسيير	أستاذ محاضر أ	حمزة فيلاي
جامعة البويرة	اقتصاد	أستاذ محاضر أ	ميلود وعيل

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة العقيد أكلبي محند أولحاج بالبويرة

الموضوع: استقصاء ضمن متطلبات بحث بعنوان: الرضا الوظيفي وأثره على جودة الخدمات الصحية، دراسة مقارنة بين المؤسسات الصحية العمومية والخاصة بالجزائر

أختي/أخي الفاضل (ة): تحية طيبة وبعد

يشرفني أن أطلب من سيادتكم المحترمة الإجابة على أسئلة هذه القائمة، والتي تدخل ضمن عملية استقصاء خاص بدراسة جامعية، علما أن البيانات التي سوف تدلون بها تستخدم حصرا لأغراض علمية، شكرا مسبقا على تعاونكم...

الطالبة: خامت سعديّة

- الرجاء وضع علامة (X) في الخانة التي تراها مناسبة لكل عبارة من العبارات التالية المتعلقة بكل محور من المحاور التالية:

1. بمستوى الرضا الوظيفي:

العبارة	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما
الرضا عن الراتب					
1. الراتب الذي أتقاضاه يتناسب وأهمية وظيفتي					
2. الراتب الذي أتقاضاه يتناسب ومتطلبات للعيشة					
3. الراتب الذي أتقاضاه عادل مقارنة بزملائي في العمل					
4. الراتب الذي أتقاضاه ملائم مقارنة برواتب العاملين في قطاعات أخرى					
الرضا عن جماعة العمل					
5. لدي علاقات اجتماعية جيدة مع زملائي في العمل					
6. أجد الاحترام والتقدير من قبل زملائي في العمل					
7. أجد الدعم والمساندة من طرف زملائي في العمل					
8. أنشارك مع زملائي نفس الأهداف المتعلقة بالعمل					
الرضا عن سياسات الترقية					
9. أجد سياسات الترقية التي تمنحها المؤسسة توافق طموحاتي					
10. أملك فرص الترقية في المؤسسة التي أعمل فيها					
11. أجد سياسات الترقية في المؤسسة عادلة بين العاملين					
12. رتبتي الحالية ملائمة مع سنوات الخبرة التي أملكها					
الرضا عن نمط الاشراف					
13. علاقتي مع المسؤولين بالمؤسسة جيدة					

					14. معاملة المسؤولين لي عادلة مقارنة بالزملاء
					15. يساعدني المسؤولون في حل المشكلات التي أواجهها في عملي
					16. يستمع المسؤولون لآرائني واقتراحي لتطوير العمل
الرضا عن ساعات العمل					
					17. أشعر بالرضا عن ساعات العمل التي أعملها بالمؤسسة
					18. أرى أنّ عدد ساعات العمل يتوافق والراتب الذي أتقاضاه
					19. أرى أنّ توزيع ساعات العمل عادل بين العاملين
					20. لديّ أوقات راحة كافية بعد ساعات العمل
الرضا عن البيئة المادية للعمل					
					21. أرى أنّ مكان عملي مناسب لمقر سكاني
					22. تتوفر المؤسسة على الوسائل الضرورية لعملي
					23. تتوفر المؤسسة على الأجهزة والمعدات الضرورية لعملي
					24. تشجعي البيئة المادية المتوفرة في المؤسسة على أداء أحسن في عملي

2. جودة الخدمة الصحية حسب مقدم الخدمة:

العبارة					غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما	
الاعتمادية										
										25. أنا قادر على الوفاء بالوعود المقدمة مسبقا للمرضى
										26. أبدي اهتماما كبيرا بمشاكل المرضى
										27. أحرص على حفظ سجلات دقيقة وكاملة عن المريض
										28. أحرص على تقديم الخدمات الطبية صحيحة من المرة الأولى
التعاطف										
										29. أقدم عناية واهتمام شخصي بالمرضى
										30. أملك الدراية والمعرفة باحتياجات ورغبات المرضى
										31. ساعات عملي وأوقات عملي ملائمة للمرضى
										32. أنا أبدي اهتماما كافيا بتلبية حاجات المرضى الطبية
الاستجابة										
										33. أحرص على إعلام المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة
										34. أبدي الرغبة في مساعدة المرضى
										35. لدي استعداد للرد والاستجابة لطلبات المرضى

					36. أستجيب لشكاوى المرضى بسرعة
الأمان					
					37. أعتقد أنّ المرضى لديهم ثقة في خبراتي ومؤهلاتي
					38. أعتقد أنّ المرضى يشعرون بالأمان عند تعاملهم معي
					39. أعتقد أنّ المرضى يرون أنني أتعامل معهم بلطف
البيئة المادية					
					40. موقع المؤسسة الصحية ملائم للمرضى
					41. تتوفر المؤسسة الصحية على الأجهزة وللمعدات اللازمة
					42. تتوفر المؤسسة على قاعات انتظار لائقة
					43. محلات المؤسسة الصحية نظيفة

3. مشاركة الزبون (المريض):

العبارة					
موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما	
مشاركة الزبون (المريض)					
					44. يحترم المرضى المواعيد التي أقدمها لهم
					45. يلتزم المرضى بالنصائح والتوجيهات الطبية التي أقدمها لهم
					46. يحترم المرضى قوانين النظام والانضباط داخل المؤسسة الصحية

4. المعلومات الشخصية:

الجنس: أنثى ذكر

السن: أقل من 25 سنة [25-35] سنة [36-46] سنة أكبر من 47 سنة

سنوات الخبرة: أقل من 05 سنوات [05-10] سنة [11-15] سنة أكثر من 16 سنة

الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج مطلق أرمل

الرتبة: طبيب شبه طبي خاصة

مؤسسة العمل: عمومية خاصة

العمل في مؤسسة ثانية: خاصة لا أعمل في مؤسسة ثانية

أفضل العمل في: مؤسسة صحية عمومية مؤسسة صحية خاصة

السبب:

.....

.....

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة العقيد أكلبي محند أولحاج بالبويرة

الموضوع: استقصاء ضمن متطلبات بحث بعنوان: الرضا الوظيفي وأثره على جودة الخدمات الصحية، دراسة مقارنة بين المؤسسات الصحية العمومية والخاصة بالجزائر

أختي/أخي الفاضل (ة): تحية طيبة وبعد

يشرفني أن أطلب من سيادتكم المحترمة الإجابة على أسئلة هذه القائمة، والتي تدخل ضمن عملية استقصاء خاص بدراسة جامعية، علما أن البيانات التي سوف تدلون بها تستخدم حصرا لأغراض علمية، شكرا مسبقا على تعاونكم...

الطالبة: خامت سعدية

- الرجاء وضع علامة (X) في الخانة التي تراها مناسبة لكل عبارة من العبارات التالية لكل محور من المحاور التالية:

1. سلوك مقدم الخدمة:

العبارة	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما
الإعتمادية					
1. يفني العاملون في المؤسسة الصحية (أطباء وشبه طبيين) بوعودهم المقدمة مسبقا					
2. يبدي العاملون في المؤسسة الصحية اهتماما كبيرا بمشاكل المرضى					
3. يحرص العاملون في المؤسسة الصحية على حفظ سجلات دقيقة وكاملة عن المريض					
4. يحرص العاملون في المؤسسة على تقديم الخدمات الطبية صحيحة من المرة الأولى					
5. للعاملين (الأطباء وشبه الطبيين) القدرة على الإجابة على أسئلة المرضى					
التعاطف					
6. يقدم العاملون بالمؤسسة عناية واهتمام شخصي بالمرضى					
7. يمتلك العاملون في المؤسسة الدراية والمعرفة باحتياجات ورغبات المرضى					
8. يتعامل العاملون في المؤسسة باحترام مع المرضى					
9. لدى العاملين بالمؤسسة ساعات عمل وأوقات عمل ملائمة للمرضى					
10. يبدي العاملون بالمؤسسة اهتماما كافيا بتلبية حاجات المرضى					

الطبية				
الاستجابة				
				11. يحرص العاملون بالمؤسسة على إعلام المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة
				12. يسعى العاملون بالمؤسسة إلى السرعة في تقديم الخدمة للمرضى
				13. يبدي العاملون بالمؤسسة الرغبة في مساعدة للمرضى
				14. لدى العاملين بالمؤسسة استعداد للرد والاستجابة لطلبات للمرضى
				15. يستجيب العاملون بالمؤسسة لشكاوى المرضى بسرعة
الأمان				
				16. أتق في خبرات ومؤهلات العاملين بالمؤسسة الصحية
				17. أشعر بالأمان عند تعاملي مع العاملين بالمؤسسة
				18. أرى أنّ العاملون بالمؤسسة يتعاملون بلطف مع المرضى

2. البيئة المادية (الملموسية):

العبارة				
موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما
				19. تتوفر المؤسسة الصحية على الأجهزة والمعدات الطبية اللازمة
				20. تتوفر بالمؤسسة الصحية الأدوية والتحاليل الطبية اللازمة
				21. تملك المؤسسة الصحية قاعة انتظار مريحة
				22. الروائح بالمؤسسة الصحية ملائمة
				23. فضاءات المؤسسة الصحية نظيفة
				24. هندام ولباس العاملين بالمؤسسة ملائم

3. مشاركة الزبون (المريض):

العبارة				
موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما
				25. أحترم المواعيد التي يقدمها لي مقدمو الخدمات الصحية
				26. أحترم قوانين النظام والانضباط داخل المؤسسة الصحية
				27. ألتزم بالنصائح والتوجيهات الطبية المقدمة لي من طرف مقدمي الخدمة الصحية

4. القيمة المدركة من طرف الزبون (المريض) في المؤسسة الصحية:

موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما	العبارة
					28. السعر الذي دفعته يلائم الخدمة التي استفتت منها
					29. حصلت على الخدمة الصحية دون جهد كبير
					30. لم أستغرق وقتا طويلا في الانتظار للحصول على الخدمة
					31. أنا راض عن مستوى جودة الخدمة التي استفتت منها
					32. أرى أنّ الخدمة التي استفتت منها أفضل من خدمات المؤسسات الاخرى
					33. أشعر بالارتياح بعد تعاملي مع العاملين بالمؤسسة الصحية
					34. أرى أنّ معاملة العاملين وتفاعلهم معي كان ملائما

5. المعلومات الشخصية:

- الجنس: ذكر أنثى
- السن: أقل من 20 سنة [20-30] سنة [31-40] سنة [41-50] سنة أكبر من 50 سنة
- المستوى التعليمي: متوسط وأقل ثانوي جامعي دراسات عليا
- نوع المؤسسة التي أعالج فيها: خاصة عمومية
- الحالة العائلية: أعزب متزوج مطلق أرمل
- أفضل العلاج في: مؤسسة صحية خاصة مؤسسة صحية عمومية

السبب:

.....

Scale: ALL VARIABLES**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	200	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	200	100,0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,837	46

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
V1	149,5000	649,789	,501	,831
V2	149,5550	651,816	,486	,832
V3	148,9100	664,374	,207	,836
V4	149,1950	656,449	,333	,834
V5	147,5350	670,843	,159	,837
V6	147,5050	672,884	,149	,837
V7	148,0700	646,297	,501	,831
V8	147,8650	658,399	,362	,833
V9	149,1300	650,154	,509	,831
V10	148,8200	661,204	,312	,834
V11	148,9050	658,036	,350	,834
V12	148,7550	667,613	,188	,836
V13	147,9100	652,273	,542	,831
V14	148,0500	639,394	,722	,828
V15	148,3700	637,440	,703	,827
V16	148,6150	640,117	,640	,828
V17	148,5150	641,437	,589	,829
V18	148,9700	634,552	,694	,827
V19	148,6000	647,256	,557	,830
V20	149,0350	636,687	,713	,827
V21	148,3700	653,370	,361	,833
V22	149,0100	638,734	,623	,828
V23	149,1200	639,885	,601	,829
V24	148,9750	635,040	,705	,827
V25	147,4800	656,472	,495	,832
V26	147,3450	665,735	,343	,835
V27	146,6200	621,101	,096	,873
V28	147,1700	673,026	,199	,836
V29	147,3150	668,528	,276	,835
V30	147,5450	657,636	,502	,832
V31	146,8000	638,633	,003	,891

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
V32	147,2700	674,268	,168	,837
V33	147,4950	661,347	,395	,834
V34	147,2700	669,575	,284	,836
V35	147,4300	669,271	,314	,835
V36	147,6050	664,130	,377	,834
V37	147,5800	666,456	,345	,835
V38	147,4300	667,965	,297	,835
V39	147,4650	670,602	,223	,836
V40	148,0350	652,536	,504	,832
V41	148,7800	632,052	,747	,826
V42	148,8950	636,617	,689	,827
V43	148,5950	638,755	,683	,828
V44	148,7650	654,663	,391	,833
V45	148,6250	659,019	,345	,834
V46	149,1500	653,887	,478	,832

Scale: ALL VARIABLES**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	300	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	300	100,0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,926	34

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
V1	123,6867	150,330	,816	,919
V2	123,5433	153,908	,783	,920
V3	123,2567	162,004	,544	,923
V4	123,3067	162,340	,595	,923
V5	123,3133	161,166	,624	,923
V6	123,5833	158,003	,619	,922
V7	123,3467	159,960	,687	,922
V8	123,3500	160,636	,584	,923
V9	123,4267	157,530	,696	,921
V10	123,4033	158,221	,685	,922
V11	123,3100	160,308	,709	,922
V12	123,4867	153,722	,769	,920
V13	123,4400	155,792	,727	,921
V14	123,3767	157,894	,690	,922
V15	123,5933	159,627	,535	,923
V16	123,3467	161,572	,465	,924
V17	123,1933	159,695	,579	,923
V18	123,4067	161,072	,439	,924
V19	124,0000	162,595	,242	,929
V20	124,0500	161,720	,255	,929
V21	123,4900	161,930	,497	,924
V22	123,5300	159,113	,486	,924
V23	123,6500	157,620	,491	,924
V24	123,1267	168,432	,179	,926
V25	123,3500	166,509	,156	,928
V26	123,4633	160,557	,369	,926
V27	123,4067	161,975	,292	,927
V28	123,3133	162,102	,659	,923
V29	123,3633	162,707	,516	,924
V30	123,3933	158,447	,763	,921
V31	123,3900	156,827	,780	,921

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
V32	123,0933	168,152	,112	,927
V33	123,2733	166,393	,180	,927
V34	123,1267	167,201	,162	,927

Mann-Whitney Test

Ranks			
نوع المؤسسة	N	Mean Rank	Sum of Ranks
عمومية	150	145,23	21784,50
خاصة القيمة المدركة	150	155,77	23365,50
Total	300		

Test Statistics ^a	
	القيمة المدركة
Mann-Whitney U	10459,500
Wilcoxon W	21784,500
Z	-1,151
Asymp. Sig. (2-tailed)	,250

a. Grouping Variable: نوع المؤسسة

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4669,746 ^a	2166	,000
Likelihood Ratio	1196,951	2166	1,000
Linear-by-Linear Association	37,327	1	,000
N of Valid Cases	200		

Nonparametric Correlations

Correlations

		الرضا الوظيفي	جودة الخدمة الصحية
الرضا الوظيفي	Correlation Coefficient	1,000	,526
	Sig. (2-tailed)	.	,000
	N	200	200
جودة الخدمة الصحية	Correlation Coefficient	,526 ^{**}	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	.
	N	200	200

Correlations

		جودة الخدمة الصحية
الراتب	Correlation Coefficient	,135
	Sig. (2-tailed)	,056
	N	200
جماعة العمل	Correlation Coefficient	,326
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	200
الترقية	Correlation Coefficient	,165
	Sig. (2-tailed)	,020
	N	200
الإشراف	Correlation Coefficient	,559 ^{***}
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	200
ساعات العمل	Correlation Coefficient	,536
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	200
البيئة المادية	Correlation Coefficient	,485 ^{***}
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	200
الرضا الوظيفي	Correlation Coefficient	,526
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	200
جودة الخدمة الصحية	Correlation Coefficient	1,000 ^{***}
	Sig. (2-tailed)	.
	N	200

Mann-Whitney Test

Ranks			
الجنس	N	Mean Rank	Sum of Ranks
انثى	145	90,24	13085,50
جودة الخدمة الصحية ذكر	55	127,54	7014,50
Total	200		

Test Statistics^a

	جودة الخدمة الصحية
Mann-Whitney U	2500,500
Wilcoxon W	13085,500
Z	-4,071
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: الجنس

Kruskal-Wallis Test

Ranks			
السن	N	Mean Rank	
اقل من 25	25	74,08	
35-25	89	105,37	
جودة الخدمة الصحية 46-36	48	75,07	
أكبر من 47	38	138,61	
Total	200		

Test Statistics^{a,b}

	جودة الخدمة الصحية
Chi-Square	31,604
df	3
Asymp. Sig.	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: السن

Mann-Whitney Test

Ranks			
السن	N	Mean Rank	Sum of Ranks
اقل من 25	25	40,22	1005,50
جودة الخدمة الصحية 35-25	89	62,35	5549,50
Total	114		

Test Statistics^a

	جودة الخدمة الصحية
Mann-Whitney U	680,500
Wilcoxon W	1005,500
Z	-2,963
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003

a. Grouping Variable: السن

Mann-Whitney Test

Ranks			
السن	N	Mean Rank	Sum of Ranks
اقل من 25	25	40,62	1015,50
جودة الخدمة الصحية 46-36	48	35,11	1685,50
Total	73		

Test Statistics^a

	جودة الخدمة الصحية
Mann-Whitney U	509,500
Wilcoxon W	1685,500
Z	-1,054
Asymp. Sig. (2-tailed)	,292

a. Grouping Variable: السن

Mann-Whitney Test

Ranks

السن	N	Mean Rank	Sum of Ranks
اقل من 25	25	19,24	481,00
جودة الخدمة الصحية اكبر من 47	38	40,39	1535,00
Total	63		

Test Statistics^a

	جودة الخدمة الصحية
Mann-Whitney U	156,000
Wilcoxon W	481,000
Z	-4,492
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: السن

Mann-Whitney Test

Ranks

السن	N	Mean Rank	Sum of Ranks
35-25	89	76,39	6799,00
جودة الخدمة الصحية 46-36	48	55,29	2654,00
Total	137		

Test Statistics^a

	جودة الخدمة الصحية
Mann-Whitney U	1478,000
Wilcoxon W	2654,000
Z	-2,972
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003

a. Grouping Variable: السن

Mann-Whitney Test

Ranks

السن	N	Mean Rank	Sum of Ranks
35-25	89	56,62	5039,00
جودة الخدمة الصحية اكبر من 47	38	81,29	3089,00
Total	127		

Test Statistics^a

	جودة الخدمة الصحية
Mann-Whitney U	1034,000
Wilcoxon W	5039,000
Z	-3,463
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001

a. Grouping Variable: السن

Mann-Whitney Test

Ranks

السن	N	Mean Rank	Sum of Ranks
46-36	48	33,67	1616,00
جودة الخدمة الصحية اكبر من 47	38	55,92	2125,00
Total	86		

Test Statistics^a

	جودة الخدمة الصحية
Mann-Whitney U	440,000
Wilcoxon W	1616,000
Z	-4,110
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: السن

Kruskal-Wallis Test

Ranks

الحالة العائلية	N	Mean Rank
أعزب	57	105,67
جودة الخدمة الصحية متزوج	143	98,44
Total	200	

Test Statistics^{a,b}

	جودة الخدمة الصحية
Chi-Square	,636
df	1
Asymp. Sig.	,425

- a. Kruskal Wallis Test
b. Grouping Variable: الحالة العائلية

Kruskal-Wallis Test

Ranks

الخبرة	N	Mean Rank
أقل من 5	85	112,21
5-10	52	89,56
جودة الخدمة الصحية 11-16	20	72,83
أكثر من 17	43	103,47
Total	200	

Test Statistics^{a,b}

	جودة الخدمة الصحية
Chi-Square	10,031
df	3
Asymp. Sig.	,018

- a. Kruskal Wallis Test
b. Grouping Variable: الخبرة

Mann-Whitney Test

Ranks

experience	N	Mean Rank	Sum of Ranks
أقل من 5	85	75,35	6405,00
جودة الخدمة الصحية 5-10	52	58,62	3048,00
Total	137		

Test Statistics^a

	جودة الخدمة الصحية
Mann-Whitney U	1670,000
Wilcoxon W	3048,000
Z	-2,398
Asymp. Sig. (2-tailed)	,016

- a. Grouping Variable: الخبرة

Mann-Whitney Test

Ranks

الخبرة	N	Mean Rank	Sum of Ranks
أقل من 5	85	57,06	4850,50
جودة الخدمة الصحية 11-16	20	35,73	714,50
Total	105		

Test Statistics^a

	servicesquality
Mann-Whitney U	504,500
Wilcoxon W	714,500
Z	-2,824
Asymp. Sig. (2-tailed)	,005

- a. Grouping Variable: الخبرة

Mann-Whitney Test

Ranks

الخبرة	N	Mean Rank	Sum of Ranks
أقل من 5	85	65,79	5592,00
جودة الخدمة الصحية أكثر من 17	43	61,95	2664,00
Total	128		

Test Statistics^a

	جودة الخدمة الصحية
Mann-Whitney U	1718,000
Wilcoxon W	2664,000
Z	-,553
Asymp. Sig. (2-tailed)	,580

a. Grouping Variable: الخبرة

Mann-Whitney Test

Ranks			
الخبرة	N	Mean Rank	Sum of Ranks
10-5	52	38,79	2017,00
جودة الخدمة الصحية 16-11	20	30,55	611,00
Total	72		

Test Statistics^a

	جودة الخدمة الصحية
Mann-Whitney U	401,000
Wilcoxon W	611,000
Z	-1,498
Asymp. Sig. (2-tailed)	,134

a. Grouping Variable: الخبرة

Mann-Whitney Test

Ranks			
الخبرة	N	Mean Rank	Sum of Ranks
10-5	52	45,15	2348,00
جودة الخدمة الصحية اكثر من 17	43	51,44	2212,00
Total	95		

Test Statistics^a

	جودة الخدمة الصحية
Mann-Whitney U	970,000
Wilcoxon W	2348,000
Z	-1,108
Asymp. Sig. (2-tailed)	,268

a. Grouping Variable: الخبرة

Mann-Whitney Test

Ranks			
الخبرة	N	Mean Rank	Sum of Ranks
16-11	20	27,55	551,00
جودة الخدمة الصحية اكثر من 17	43	34,07	1465,00
Total	63		

Test Statistics^a

	جودة الخدمة الصحية
Mann-Whitney U	341,000
Wilcoxon W	551,000
Z	-1,316
Asymp. Sig. (2-tailed)	,188

a. Grouping Variable: الخبرة

Mann-Whitney Test

Ranks			
الرتبة	N	Mean Rank	Sum of Ranks
طبيب	33	95,41	3148,50
جودة الخدمة الصحية شبه طبي	167	101,51	16951,50
Total	200		

Test Statistics^a

	جودة الخدمة الصحية
Mann-Whitney U	2587,500
Wilcoxon W	3148,500
Z	-,553
Asymp. Sig. (2-tailed)	,580

a. Grouping Variable: الرتبة

Mann-Whitney Test

Ranks

نوع المؤسسة	N	Mean Rank	Sum of Ranks
عمومية	130	77,54	10080,50
جودة الخدمة الصحية خاصة	70	143,14	10019,50
Total	200		

Test Statistics^a

	جودة الخدمة الصحية
Mann-Whitney U	1565,500
Wilcoxon W	10080,500
Z	-7,648
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: نوع المؤسسة