

د/ زديرة شرف الدين
د/ زرمان كريم
د/ باديس نبيلة

جودة خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات
دراسة استطلاعية لأراء المرضى
في المؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة - خنشلة-

د/ زرمان كريم - جامعة خنشلة

د/ زديرة شرف الدين - جامعة خنشلة

باديس نبيلة - جامعة خنشلة

عنوان المقال

جودة خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات

دراسة استطلاعية لأراء المرضى في المؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة - خنشلة-

ملخص:

إن تحسين الجودة في المؤسسات الاستشفائية العمومية أو الخاصة، خطوة أساسية لتحسين نوعية خدمات الرعاية الصحية وتطوير مستويات الخدمة فيها. لذا يجب على كل مدير تبني تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مؤسسته كل في مستواه، والهدف منها هو تقديم خدمات ذات جودة ترقى إلى تطلعات المستفيدين منها، ولتحقيق ذلك يجب توفير البيئة اللازمة داخل المؤسسة وجعل العنصر البشري يؤمن بضرورة تبني مبادئ إدارة الجودة الشاملة، لأداء مهامه في أحسن الأحوال وعزل كل العوامل التي تؤثر على أدائه والتي تتسبب في تدني مستوى الخدمة المقدمة داخل المؤسسات الاستشفائية. الكلمات المفتاحية: الجودة، خدمات الرعاية الصحية، العنصر البشري، المؤسسات تانستشفائية.

Abstract :

Improving quality in public or private hospitals is an essential step in improving the quality of healthcare services and improving service levels.

Therefore, each manager must adopt the principles of TQM in his organization in every level. The aim is to provide quality services that meet the aspirations of the beneficiaries.

To achieve this, the necessary environment must be provided within the institution and make the human factor believe in adopting the principles of TQM, Tasks at best and isolate all the factors that affect the performance and cause the low level of service provided within the hospital.

المحور الأول: مفاهيم أساسية

1- ماهية المستشفى:

في العصر الحديث عرفت الهيئة الأمريكية للمستشفيات المستشفى بأنه: "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل على أسرة للمرضى الداخليين وخدمات طبية تشمل خدمات الأطباء والتمريض، وذلك من أجل إعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين"¹. كما يعرف المستشفى بأنه: "تنظيم يقوم بتعبئة المهارات والجهود لعدد كبير من الجماعات المهنية المحترفة وشبه المهنية المحترفة، والجماعات غير المهنية المحترفة من الأفراد، من أجل الحصول على خدمات ذات كفاءة عالية إلى المرضى"².

كما عرفته المنظمة العالمية للصحة بأنه: "جزء أساسي من تنظيم اجتماعي طبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية أو وقائية، وتمتد عياداته الخارجية إلى البيوت، كما يعمل كمركز لتدريب القوى العاملة الصحية والقيام ببحوث اجتماعية حيوية".
ويختلف مفهوم المستشفى حسب الأطراف التي يتعامل معها، فكل طرف له مفهومه الخاص عن المستشفى تبعاً لتلك العلاقة القائمة بينهما، ويتضح ذلك فيما يلي:³

- المرضى: ينظرون إلى المستشفى على أنه الوجهة المسئولة عن تقديم العلاج والرعاية الصحية لهم واستشفائهم.
 - الكادر الصحي: هو الموقع الذي يمارس فيه أعماله ومهامه الإنسانية، وبما يملكه من خبرة ومهارة في القيام بالرعاية الصحية.
 - إدارة المستشفى: منظمة مفتوحة على البيئة المحيطة بها ومتفاعلة مع متغيرات مختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفي وفعال.
 - الدولة: إحدى مؤسساتها الخدمية والمسئولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع، للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن.
 - مصانع الأدوية: سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية مستلزمات طبية وفق اتفاقات مسبقة.
 - الطلبة والجامعة: موقع تدريبي وعملي لإكسابهم المهارة والمعرفة الميدانية عن أسرار المهنة لإجراء التجارب والبحوث المستقبلية في مجال الطب.
- وعليه يمكننا القول في الأخير ومن خلال ما سبق، بأن المستشفى في النهاية هو مجموعة من الإمكانيات البشرية والمالية والفنية، التي تسمح بتقديم خدمات صحية وطبية (تشخيصية وعلاجية وجراحية)، كما تعمل على تدريب القوى العاملة الصحية والقيام بالبحوث والدراسات الطبية.

02 - وظائف المستشفيات:

مرت أهداف المستشفى بتطور دائم وانتقال عبر مسلسل تطور المستشفى نفسه، ويجمع المهتمون على خمسة أهداف أو وظائف للمستشفى الحديث، وحددت في ما يلي:⁴

- تقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضى الداخليين.
- تقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضى الخارجيين.
- القيام بأنشطة التدريب والتعليم للمهنيين الصحيين والعاملين في القطاع الصحي.
- رفد المعرفة الطبية والصحية من خلال ما يقوم به من أنشطة بحثية في هذا المجال.
- الوقاية من الأمراض ويشمل ذلك وقاية المرضى في المستشفى ووقاية أفراد المجتمع.
- كما أوصت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية بضرورة قيام المستشفى بخمس وظائف أساسية هي:
- الوظيفة العلاجية.
- الوظيفة الوقائية.
- التدريب والتعليم.
- الأبحاث الطبية والاجتماعية.
- الخدمات الممتدة والاجتماعية.

03 - ماهية جودة الخدمة الصحية:

- يعد مفهوم جودة الرعاية الصحية مفهوما متعدد الأبعاد والجوانب حيث إنه يرتبط بأحكام تقديرية عن ماهية الجودة ومكوناتها ومن جهتها قدمت منظمة الصحة العالمية في تقريرها لعام 1988م، أن جودة الخدمات والرعاية الصحية هي تطبيق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة، دون زيادة التعرض للمخاطر، وعلى هذا الأساس فإن درجة الجودة تحدد بمدى أفضل موازنة بين المخاطر والفوائد.

- أما الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية فقد قدمت تعريفاً بهذا الشكل: جودة الرعاية الصحية هي الأداء المناسب (وفق المعايير) للتدخلات المعروفة بسلامتها، والتي يمكن تحمل نفقاتها من قبل المجتمع المعني ولها تأثير إيجابي على معدلات الوفيات والإعاقة وسوء التغذية.

- وعرفت منظمة الصحة العالمية الجودة الصحية بأنها: " التماشي مع المعايير والاتجاهات الصحيحة بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع، وبتكلفة مقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية، نسبة الوفيات، الإعاقة وسوء التغذية".⁵

كما عرفت جودة الخدمات الصحية على أنها: مجموعة من الأنشطة والوظائف والعمليات والتي يمثل الشق الرئيسي لنتائجها الجانب غير الملموس، والتي يتزامن وقت قيام طبيب أو مستشفى بإنتاجها مع وقت استهلاك مريض آخر أو مجموعة من المرضى لها من خلال الاتصالات المباشرة بين كل من الطرفين، وذلك سعيا وراء حل مشاكل الطرف الثاني الصحية (المريض)، وتحقيق أهداف الطرف الأول (الطبيب أو المستشفى).⁶

المحور الثاني: أهمية جودة الخدمات الصحية وأبعادها

01 - أهمية الخدمات الصحية:

لقد حددت أربعة أسباب أساسية لأهمية جودة الخدمة الصحية:⁷
- نمو مجال الخدمة: تزايدت أعداد المنظمات الصحية التي تقدم الخدمات أكثر من أي وقت مضى، فعلى سبيل المثال يتعلق نشاط نصف منظمات الأعمال التجارية الأمريكية بالخدمات، إضافة إلى أن نمو المنظمات المتصلة بالخدمات الصحية سريعا ومازال مستمرا بالتوسع.
- ازدياد المنافسة: إن بقاء المنظمات الصحية، يعتمد على حصولها على القدر الكافي من المنافسة، لذلك فإن توفر جودة عالية للخدمة الصحية في هذه المنظمات يوفر لها العديد من المزايا التنافسية.
- الفهم الأكبر للزبائن: أن تتم معاملة الزبائن بصورة جيدة فهم لا يرغبون بالتعامل مع المنظمات التي تركز على الخدمات فقط ولا يكفي تقديم خدمات ذات جودة وسعر معقول بدون توفر المعاملة الجيدة والفهم الأكبر للزبائن وسلوكياتهم.

المدلول الاقتصادي لجودة خدمة الزبون: أصبحت المنظمات الصحية تحرص في الوقت الحالي على ضرورة استمرار التعامل معها وتوسيع قاعدة زبائنهم، وهذا يعني أن المنظمات يجب أن لا تسعى فقط إلى اجتذاب زبائن وعملاء جدد، ولكنه يجب عليها أيضا أن تحافظ على الزبائن الحاليين ومن هنا تظهر الأهمية القصوى لجودة خدمة الزبائن من أجل ضمان ذلك.

02- العوامل المؤثرة في جودة الخدمة الصحية:

في هذا الإطار ذكرت العديد من العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية نذكر منها:⁸
- ازدياد أعداد المسنين من السكان: وهذا يتطلب زيادة حاجتهم للرعاية الصحية، وزيادة أوقات بقائهم بالمستشفيات بسبب الأمراض المزمنة.
- التطور التقني السريع في الأجهزة والمعدات الطبية.
- ازدياد تكلفة اليد العاملة الإجمالية: زيادة هذه التكلفة بسبب زيادة التخصص والحاجة إلى استخدام عاملين ذوي مؤهلات وخبرات عالية.

- اختلاف أنماط الممارسات الطبية: أثبتت الدراسات وجود اختلاف في أنماط وأساليب الممارسات الطبية مما أدى إلى تفاوت درجة الثقة في جودتها.

- زيادة وعي المرضى وتوقعاتهم وطلبهم لمستويات أعلى من جودة الخدمة الطبية: فزائن المستشفيات من المثقفين بصورة خاصة يطلبون إجراء تحسينات في مجالات معينة مثل: فترات انتظار أقل، نسبة أخطاء أقل، دقة وسرعة في الإجراءات ونحو ذلك.

- الرغبة في زيادة الأرباح: فالرغبة في زيادة الأرباح قد أدت إلى زيادة الاهتمام بالجودة لكسب مزيد من المرضى.

- النواحي النظامية: أصبح من الضروري تطبيق نظام إدارة الجودة الصحية في المستشفيات لتسهيل مهمتها في الحصول على الجوائز العالمية، والانضمام إلى الهيئات العالمية على سبيل المثال يتعين على المستشفيات التي ترغب في الانضمام إلى الهيئة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية وكندا أن تطبق أولا أساليب إدارة الجودة الشاملة، وذلك لتحصيل على خدمات هذه الهيئة العالمية المتخصصة.

03 - - أبعاد جودة الخدمات الصحية:

الجودة مفهوم شامل ومتعدد الأشكال والأوجه، وللجودة أبعاد تتباين بالأهمية حسب المتغيرات البيئية والاجتماعية والاقتصادية ومتغيرات أخرى تحيط بالجودة، وتتركز نشاطات الجودة حول أحد الأبعاد التالية أو حول أكثر من بعد من هذه الأبعاد، وعلى أن تتلاءم هذه الأبعاد مع الرعاية الصحية والسريية، والخدمات الإدارية والخدمات الطبية والإدارية المساندة وتشمل أبعاد الجودة ما يلي:⁹

3-1- الكفاءة الفنية:

والكفاءة الفنية تعني المهارات والقدرات الفنية والأداء الفعلي الصحيح والثابت لمقدمي الخدمة الصحية والإداريين وكفاءة الكوادر الطبية المساندة.

وهي بالنسبة للكوادر الطبية تعني القدرة على أداء جميع مستويات الخدمات الطبية وأن يكون مستوى الأداء مطابق للمعايير ومواصفات الفنية المطلوبة.

وهي تعكس أيضا توفر الكوادر الطبية والتمريضية ذات الكفاءة العالية والقادرة على تقديم الخدمة بصورة مميزة وفي هذا السياق فإن الكفاءة الفنية ترتبط بالوصف الوظيفي فمثلا الكفاءة الفنية للتمريض تختلف تماما عن الكفاءة الفنية للصيدلي أو الطبيب.

2-3- سهولة الوصول للخدمة:

ويطلق عليه أيضا بعد المصادقية والثقة، وهي تعني عدم وجود عوائق جغرافية أو اجتماعية أو مالية أو مؤسسية تحول دون وصول الإنسان المحتاج للخدمة الطبية من الوصول إليها.

* الوصول الجغرافي يقاس بتوفر المواصلات وعدم وجود عوائق جغرافية أو طبيعية للوصول للخدمة أو أن تكون المسافة طويلة أو قصيرة وكذلك الوقت اللازم للوصول إلى الخدمة الطبية. بالإضافة إلى أن هذا البعد يعكس مدى التزام الكادر الطبي والتمريضي بمواعيد العمليات والعلاج وإعطاء المريض ما يحتاجه من خدمات تمريضية أو طبية.

* الوصول المالي فهي تقاس بقدرة الإنسان على شراء الخدمة الطبية أو القدرة على الدفع مقابل الخدمة الصحية المقدمة له،

* الوصول الاجتماعي فيعني قبول المراجعين للخدمة الصحية المقدمة التي لا تتعارض مع القيم والمعتقدات والتقاليد، فمثلا بعض الخدمات النسائية والتوليد قد تكون مرفوضة في بعض المجتمعات وهي نفسها مقبولة في مجتمعات أخرى.

* الوصول المؤسسي يعني طبيعة النظام المطبق والمستخدم في المؤسسة الصحية لاستقبال المرضى المراجعين بالنسبة لعدد ساعات العمل أو طبيعة النظام المستخدم للمعالجة والإدخال، وأحيانا يعني وضوح الخدمة وأساليب تقديمها،

* الوصول اللغوي يعني توفير الخدمات الطبية للمرضى والمراجعين بشكل واضح وبأسلوب يمكن المريض من فهم المشكلة التي يعاني منها دون لبس أو غموض.

3-3- الفاعلية والتأثير:

ويطلق عليه أحيانا بعد الاستجابة، ويعكس قدرة المستشفى على تلبية الحاجات المستعجلة بشكل سريع دون أن تؤثر هذه السرعة على نوعية الخدمات المقدمة.

وهي تعني قياس النتائج المراد تحقيقها، أو بمعنى آخر هل الإجراء الطبي المستخدم يحقق فعلا ما نريد تحقيقه من أهداف صحية أو طبية.¹⁰

ويمكن قياس الفاعلية من خلال قسمة الناتج على المدخلات، وكلما كانت النتيجة عالية كلما كانت الفعالية كبيرة والعكس صحيح.

4-3- بعد التعاطف:

ويعني العلاقة الجيدة بين الأفراد، حيث يقيس هذا البعد التفاعل بين المراجعين (المرضى) والفريق الصحي، لأن العلاقة الجيدة بين المجتمع والإداريين والفنيين في المؤسسة الصحية من جانب والفريق الصحي من جانب آخر تبعث على الثقة والاحترام والاستجابة وتساهم في إنجاح المشورة الطبية واستجابة المرضى للتعليمات الطبية، وتضعف فعالية الخدمة الصحية، ويعكس هذا البعد أيضا قدرة الأطباء والمرمضين على التحدث مع المريض بأسلوب جيد يبعث الأمل والطمأنينة في نفس المريض.

5-3- بعد الاعتمادية:

ويعني تقديم أفضل رعاية صحية للمريض من خلال تحقيق أعلى منفعة ممكنة ضمن الموارد المتاحة، وتؤثر الكفاءة على ناتج الخدمة وكلفتها وخاصة أن الموارد الصحية عادة محدودة وتتطلب تقديم الخدمات الضرورية والصحيحة وتجنب أي خدمات ليست ضرورية أو ذات مخاطر عالية، وعلى إدارة المستشفى أو المؤسسة الصحية اختيار برامج الجودة المناسبة لتلك المؤسسة وفي نفس الوقت تحقيق أكبر فائدة بالمقارنة مع التكاليف المدفوعة، وتعني أيضا الخدمات الطبية والتمريضية المقدمة للمريض مع ما يدفعه المريض مقابل تلك الخدمات، بالإضافة إلى إمكانية حصول المريض على بعض المنافع الإضافية نتيجة زيادة الدفع.¹¹

6-3- بعد الاستمرارية:

ويقصد به تقديم جميع الخدمات الطبية الضرورية، دون انقطاع وبشكل مستمر أو إعادة غير ضرورية للتشخيص أو العلاج، وتعني الاستمرارية أيضا مراجعة المريض الواحد نفس الطبيب دائما، وبذلك يكون الطبيب على معرفة تامة بالسيرة المرضية لذلك المريض، وتعني أيضا الاحتفاظ بملفات طبية صحيحة تمكن الطبيب الجديد من معرفة السيرة المرضية للمرضى ومتابعة علاجهم، وتعتبر الاستمرارية ضرورية وانقطاعها يعرض الرعاية الصحية للخطر وتدني مستوى الجودة، مما يؤدي أحيانا إلى سوء فهم في العلاقة بين الطبيب والمريض.

7-3- بعد الأمن والسلامة الصحية:

تعني تقليل خطر التعرض للإصابات والالتهابات وكذلك الأعراض الجانبية أو أي أخطار متعلقة بالخدمات الطبية وتشمل هذه الإجراءات المريض، والطبيب وكافة أعضاء مقدمي الخدمة، وهي تعني أيضا شعور المريض بالأمن وحمايته أثناء وجوده في المستشفى.

8-3- بعد الكماليات:

ويطلق عليه أيضا بعد المحيط المادي، وتعني مقومات الخدمات التي ليس لها علاقة بالإجراءات الطبية ولكنها تزيد من رضا المرضى وإقبالهم على الخدمات الطبية التي تقدمها المؤسسة الصحية وكذلك استعداد المرضى

لدفع الثمن المطلوب لقاء الخدمات الطبية المقدمة وتشمل الكماليات شكل البناء الخارجي، ووسائل الراحة، والخصوصية، وتوفير أجهزة التلفاز والفيديو.¹²

المحور الثالث: أساليب قياس جودة الخدمة الصحية:

بالرغم من التطور الهائل الذي حدث في المقاييس المستخدمة في مجال جودة السلع ما زالت العملية في قطاع الخدمات بما في ذلك الخدمات الصحية غاية في الصعوبة ويرجع ذلك للعديد من الأسباب أهمها:¹³

- انخفاض في مستوى التنافس في سوق الخدمات، خاصة الخدمات الصحية.

- صعوبة قياس جودة الخدمة إذ أن مستواها يختلف من جهة نظر الزبون والإدارة وبالتالي صعوبة الوصول إلى مفهوم موحد لقياس الجودة.

- تتوقف جودة الخدمة على درجة مشاركة الزبون وقدرته على توفير المعلومات الدقيقة التي تساعد مقدمي الخدمة على تحديد احتياجات كل زبون ومحاولة الوفاء بها، لكن عدم وعي بعض الزبائن قد يحول دون ذلك.
- عملية الحكم على جودة الخدمات يتم وفق الأسلوب الذي تؤدي به وليس وفق معايير تتعلق بالخدمات ومكوناتها.

في هذا السياق توجد العديد من المداخل لقياس جودة الخدمة الصحية، أهمها:

1- أسلوب قياس جودة الخدمة الصحية من منظور المرضى:

من الطرق الشائعة لقياس جودة الخدمات في هذا المدخل ما يلي:

1-1- مقياس عدد الشكاوى:

يمثل عدد الشكاوى التي يتقدم بها المرضى خلال فترة زمنية معينة مقياسا هاما يعبر على أن الخدمات الصحية المقدمة دون المستوى أو أن ما يقدم لهم من خدمات لا يتناسب مع توقعاتهم لها، وهذا المقياس يمكن المؤسسات الصحية من اتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب حدوث المشاكل، وتحسين مستوى جودة ما تقدمه من خدمات للمرضى.

ومما تجدر الإشارة إليه أن المؤسسات التي يكون لديها توجه بالعميل تتجاوب بشدة مع شكاوى عملائها، بل وتذهب إلى أبعد من ذلك، إذ أنها تحاول البحث عن شكاوى لأن عدم وجود شكاوى من العملاء لا يعني بالضرورة وجود مستوى عالي من رضا العملاء، وذلك أن الوسائل المتبعة لإعطاء العملاء فرص تثبيت رضاهم عن الخدمة قد لا تكون كافية، كما أنه ينبغي الأخذ بالاعتبار أن هناك ما يسمى بالأغلبية الصامتة من العملاء والذين ليسوا على استعداد لتقديم أي شكوى مهما كانت الظروف.¹⁴

وينقسم العملاء من حيث الشكاوى إلى العديد من الأنواع أهمها:¹⁵

- العميل الصامت: بشكل عام هذا النوع من العملاء لا يشتكي بغض النظر عن معاناته من الأخطاء، ولا ينبغي العمل على إغرائه من أجل تقديم الشكوى.
 - العميل دائم الشكوى: يشكو دائما بحق أو بدون حق، ولا يكون راضيا أبدا عن الخدمة، وهناك دائما من وجهة نظره أخطاء.
 - العميل الموضوعي: هذا العميل لا يشكو إلا إذا كان هناك مبررا لشكواه، فهو يهتم بالنتائج وحل المشاكل ولا تهمه الأعدار.
 - العميل المستقل: يهدف إلى الحصول على مزايا إضافية من تقديم شكواه، فهدفه، الرئيسي ليس حل المشاكل.
- 2-1- مقياس الرضا:

وهو أكثر المقاييس استخداما لقياس اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم خاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات، وذلك من خلال جمع المعلومات عن المريض، وهناك طرق عديدة لجمع المعلومات منها، المقابلة والاستمارة والملاحظة، إلا أن الاستمارة تعتبر من أهم الأدوات المستخدمة في قياس مستوى رضا المرضى. وقد يتحقق الرضا لدى المريض الخارج من المستشفى بعد تلقيه العلاج الطبي المناسب وقد لا يتحقق لذلك المريض المصاب بمرض مستعص مهما كان الاهتمام والرعاية التي بذلت من أجله، ومع ذلك يجب أن يقوم مقدم الخدمة بالالتزام بالمعايير والأبعاد النوعية التي من شأنها أن تحقق الرضا أو حتى الحد الأدنى من الرضا لدى المريض، ويتضمن ذلك اهتماما ورعاية لاحتياجات المريض ورغباته من اللحظة الأولى لدخوله المستشفى واستقباله، مروراً بالإجراءات الخاصة بتدوين المعلومات واستيفاء الرسوم ورعاية الطاقم التمريضي له، فضلا عن نوعية الخدمات الفندقية المقدمة، وانتهاء بإجراءات تصفية حسابات المريض و الأمانات، وإعطائه التعليمات والإرشادات الصحية وخروجه من المستشفى.

وعليه فإن جوهر الجودة يتمثل هنا في مقابلة احتياجات ومتطلبات المرضى من الخدمة الصحية المقدمة لهم، والتي يستوجب توافرها مع الاستخدام المسبق الذي يريده المريض، وهذا التوافق يرتبط إلى حد كبير مع القيمة التي يتحسسها من الخدمة الصحية وما يعقبها من رضا ويمكن التعبير عن هذه العلاقة بالاتي:

الرضا ≤ الإدراك - التوقع

فدرجة الرضا تمثل الفرق بين ما يمكن أن يدركه أو يحصل عليه المريض من الخدمة، وما كان يتوقع أن يحصل عليه قبل تلقيه الخدمة.¹⁶

3-1- مقياس الفجوة (نموذج Servqual):

يستند إلى توقعات المرضى لمستوى الخدمة وإدراكاتهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل ومن ثم تحديد الفجوة أو التطابق بين هذه التوقعات والإدراكات، وذلك باستخدام الأبعاد الثمانية الممثلة لمظاهر جودة الخدمة والمشار إليها سابقا.

عند التحدث عن هذا المدخل لا بد من التطرق إلى مفهومين أساسيين يتقابلان لتحديد الفجوة في جودة الخدمة الصحية وهما:

- توقعات المريض: وهي المعايير أو النقطة المرجعية للأداء الناتجة عن خبرات التعامل مع الخدمة والقابلية للمقارنة، والتي تصاغ في شروط يعتقد المريض أن تكون في الخدمة أو سوف يحصل عليها.
 - إدراكات المريض: وهي النقطة التي يدرك بها المريض الخدمة فعليا كما قدمت له.
- وعليه فإن هذا النموذج يقوم على معادلة أساسية ذات طرفين هما الإدراكات والتوقعات ويمكن التعبير عنها بما يلي:¹⁷

جودة الخدمة الصحية = الخدمة المدركة - توقعات المريض

وذلك لقياس خمس فجوات هامة تتعلق بكل من مؤسسة الخدمة الصحية، وبالمريض وبالاثنين معا، وتتلخص هذه الفجوات في التالي:¹⁸

- الفجوة الأولى: وتنتج عن الاختلاف بين توقعات المرضى لمستوى الخدمة وبين تقديرات الإدارة لهذه التوقعات، أي عجز الإدارة عن معرفة احتياجات ورغبات المرضى المتوقعة ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة نذكر:

- عدم اهتمام مؤسسات الخدمات الصحية الاهتمام الكافي بالتعرف المستمر على توقعات المرضى.
- التقليل من شأن المرضى والإدعاء بأنهم أنفسهم لا يعرفون تماما ما الذي يجب أن يتوقعوه.
- الفجوة الثانية: وتنتج عن الاختلاف بين تقديرات الإدارة لتوقعات المرضى من الخدمة والمواصفات الخاصة بالخدمة المقدمة بالفعل، ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة ما يلي:
 - عدم الالتزام بتطبيق مواصفات جودة الخدمة الصحية من قبل مقدميها.
 - اعتقاد الإدارة في عدم جدوى تقديم جودة عالية للمرضى.

- الفجوة الثالثة: وتنتج عن الاختلاف بين مواصفات جودة أداء الخدمة والأداء الفعلي لهذه المواصفات، ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة ما يلي:
 - تدني مستوى مهارات الأفراد القائمين على خدمة المريض.
 - عدم وضوح دور مقدمي الخدمة الصحية.
 - الفجوة الرابعة: وتنتج عن الخلل في مصداقية مؤسسة الخدمة الصحية بين ما تعلنه من مستويات أداء الخدمة وما تقدمه فعليا، ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة نذكر:
 - قلة الاتصالات الجانبية بين أقسام مؤسسة الخدمة الصحية.
 - المبالغة في الوعود عن المستويات العالية للجودة.
 - الفجوة الخامسة: وتنتج عن الاختلاف بين ما أدركه المرضى من مستويات أداء الخدمة وتوقعاتهم المسبقة لهذه المستويات، وهي نتاج واحد أو أكثر من الفجوات الأربعة السابقة.
- 4-1- مقترحات لتقليص الفجوات:

- تعلم ماذا يتوقع المرضى، تحويل المعلومات إلى عمل حقيقي، تحسين الاتصالات بين المستويات الإدارية ومقدم الخدمة.
- تحديد المعايير الدقيقة لنوعية الخدمة من خلال الالتزام بالنوعية، تدريب المدراء لجودة الخدمة والقيادة، الاستجابة للطرق الجديدة والحديثة لتقديم الخدمة، واستخدام التكنولوجيا، وبيان أهمية الخدمات التي يقدمها الأفراد العاملين وتحفيزهم.
- توضيح الأدوار، زيادة مهارة العاملين وقدراتهم في انجاز الأعمال المطلوبة منهم وتطوير اساليب وطرق جذب واستقطاب العاملين من المهن الطبية والتمريضية.
- البحث عن مدخلات جديدة، وتطوير برامج ترويجية، وتحسين الثقافة التنظيمية ومصداقية الإعلان عن الخدمة المقدمة.¹⁹

2- الأسلوب الهيكلي:

- ويتضمن استعمال مقاييس هيكلية تعود إلى الخصائص الثابتة للمؤسسة الصحية مثل عدد وفئات ومؤهلات منتجي ومقدمي خدمات الرعاية الطبية، والأجهزة والمعدات والتسهيلات المتوفرة، وأسلوب تنظيمها وإدارتها.
- ويعتبر مدخل القياس هذا جذابا وميسرا للإداريين بسبب سهولة توفير المعلومات المطلوبة لتقييم من سجلات المؤسسة أو من خلال الملاحظة البسيطة، ويستند مدخل القياس هذا على افتراض أساسي وهو (إذا كان

هيكـل الرعايـة جيداً فإن العمليات الملائمة سوف تتبع لهيكل، كما إن النتائج ستكون جيدة) وهذا ليس بالضرورة صحيحاً ورغم إن الاعتماد على المقاييس الهيكلية إذا ما أردنا حدوث عمليات جيدة.

3- أسلوب العمليات:

ويشير هذا المدخل إلى الأنشطة والخدمات التي تم تقديمها لمريض أو محتوى الرعاية كعملية، ويتضمن ذلك تسلسل الأنشطة وتنسيقها، وقد تطور هذا المفهوم حيث فصل بين النواحي الفنية للرعاية والمهارات المرتبطة بالشخصية، في التعامل والتفاعل مع المرضى أو ما يسمى فن الرعاية.

ويعتبر هذا المدخل لقياس الجودة من المداخل الأكثر استعمالاً لسهولة تحديد المقاييس العملية بالمقارنة مع المقاييس النتيجة النهائية حيث يعتمد هذا المدخل على البيانات المدونة في السجلات الطبية للمرضى، ويقوم هذا المدخل على تحديد قائمة مسبقة بالعناصر التي يعتقد أنها تشكل الرعاية الجيدة، ومن ثم مقارنتها مع الأنشطة العملية التي تم القيام بها أثناء رعاية المرضى كما هي موثقة في السجلات الطبية للمرضى، والافتراض الأساسي الذي يقوم عليه هذا المدخل هو (إذا كانت العمليات صحيحة فيتوقع أن تكون النتائج النهائية للرعاية جيدة) ويؤخذ على هذا المدخل استعماله لما يسمى القائمة المحددة للأنشطة والإجراءات التي تشكل الرعاية الجيدة دون الأخذ بالاعتبار شدة المرض ونتائج الفحوصات المخبرية والتشخيصية الأخرى، ووجود أو غياب الأعراض المرضية، وبالتالي فإن هذا المدخل قد لا يعتبر الوسيلة الملائمة لقياس عملية الرعاية، كما أن الدراسات والأبحاث التي أشارت إلى وجود علاقة قوية بين عملية الرعاية والنتائج النهائية للرعاية هي قليلة جداً.

4- أسلوب النتيجة النهائية:

حيث تعكس النتائج النهائية للرعاية الطبية التغيرات الصافية التي تحدث للمستوى الصحي الفردي أو المجتمعي الآن ومستقبلاً كنتيجة لخدمات الرعاية الطبية، وهذه المقاييس لها جاذبية بسبب الصدق الظاهري لها، وحقيقة الأمر أن هنالك عوامل كثيرة تؤثر على المستوى الصحي بجانب الرعاية الطبية كعوامل البيئة والوراثة والقيم والسلوك، ويستعمل هذا المدخل مجموعتين من مقاييس المخرجات وهي مؤشرات الوضع الصحي العام ومؤشرات الوضع الصحي الخاص بمرض محدد، ومن الأمثلة على المجموعة الأولى من المقاييس تحسن الأداء الجسدي المادي للشخص، والأداء العاطفي والأداء الاجتماعي، ومواقف المرضى والتغير في السلوك المرتبط بالصحة، وهذه المقاييس يمكن أن تركز على إدراك الشخص (المريض) مستوى صحته، أو على الرأي المهني للأطباء.²⁰

تجدر الإشارة إلى أن تقييم الأداء على مستوى وحدات العمل بالمستشفى يعتبر من المفاهيم الحديثة في إدارة المستشفيات، فلم يعد الأمر قاصراً على تقييم أداء العاملين، ذلك أن النظام المتكامل لإدارة المستشفيات يتطلب

قياس مدى كفاءة وفعالية وحداتها الطبية والفنية والإدارية في القيام بالمهام المنوطة بها وتحقيق الأهداف أو القيام بالمسؤوليات الملقاة على عاتقها.

ومما لا شك فيه أن تقييم أداء مختلف وحدات العمل بالمستشفى يتطلب صياغة مجموعة من المؤشرات والمقاييس لكل وحدة من هذه الوحدات في ضوء تحليل عمل كل منها واختصاصاتها الوظيفية. ومن الجدير بالذكر أن مؤشرات الأداء هذه ليست بمعايير مباشرة لقياس جودة الأداء بقدر ما هي عدسات فاحصة وموضوعية تساعد في التعرف على ما إذا كان العمل الفعلي في مختلف وحدات العمل بالمستشفى يسير وفقا للمسارات المرسومة لكل تخصص وظيفي.

ويهدف هذا الجزء إلى تزويد القيادات المسئولة عن إدارة المستشفيات بنماذج وأمثلة لمؤشرات الأداء في مختلف الجوانب الطبية والمالية والإدارية بالمستشفى، ونظرا لاختلاف الهياكل التنظيمية ومكوناتها من مستشفى لآخر تبعا لنوع المستشفى وجهة ملكيتها وتخصصها وحجمها، فسوف يتم ذكر هذه المؤشرات بشكل عام (طبي/ مالي/ إداري) دون تخصيص لوحدات العمل أو مسمياتها التي قد تختلف من مستشفى لآخر، وبصفة خاصة في المجالات المالية والإدارية.²¹

المحور الرابع: دراسة استطلاعية لأراء المرضى في المؤسسة الاستشفائية علي بوسحابة - خنشلة-

من خلال هذا المحور، نحاول باختصار تسليط الضوء على واقع جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المرضى بصفتهم الزبون الأساسي للمؤسسات الاستشفائية، من خلال التركيز على بعض من أبعاد الجودة في المجال الصحي -المذكورة في ما سبق- وهذه الأبعاد هي:
-بعد الكفاءة الفنية، - بعد إمكانية الوصول للخدمة، بعد الاستجابة، بعد التعاطف، بعد الاعتمادية، بعد الاستمرارية، بعد الصحة والسلامة، بعد الكماليات.

1- عينة الدراسة وحجمها.

تم تطبيق هذه الدراسة التطبيقية في مختلف المصالح الاستشفائية للمؤسسة الاستشفائية علي بوسحابة -خنشلة-، هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والذمة المالية المستقلة، أنشئت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 140-2007 المؤرخ في 13 ماي 2007 والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، ذات طاقة استيعاب بـ 162 سرير، تقع المؤسسة العمومية علي بوسحابة بقلب مدينة خنشلة وسط نسيج عمراني كثيف.

نظرا لاستحالة الاتصال بكافة المرضى داخل المستشفى والمشكين لمجتمع الدراسة، تم اختيار عينة المرضى بطريقة عشوائية دون تحيز أو معرفة مسبقة والمقدر عددهم بحوالي 120 مريض، موزعة على المصالح بالتناسب وذلك وفقا للجدول التالي:

جدول رقم (01): توزيع عينة الدراسة حسب الكليات

خصائص العينة								العدد الإجمالي للمرضى	المصالح الاستشفائية
المستوى العلمي			العمر			الجنس			
جامعي	أساسي	أمي	40+	[20،40]	20-	أنثى	ذكر		
04	15	01	03	15	02	12	8	20	مصحة الجراحة العامة
07	13	00	03	14	03	04	16	20	مصحة الأشعة
06	12	02	06	10	04	07	13	20	الطب الداخلي
02	17	01	07	08	05	09	11	20	أمراض الصدر والرئة
08	12	00	11	08	01	06	14	20	أمراض الأذن، الأنف والحنجرة
09	10	01	03	10	07	03	17	20	مصحة الاستعجالات
36	79	05	33	65	22	41	79	120	المجموع
120			120			120			

المصدر: من إعداد الباحثين

الجدول أعلاه، يلخص لنا بوضوح توزيع إجمالي العينة على الخصائص المتعلقة بها والتي تتمثل في: الجنس، العمر، المستوى العلمي.

حيث يتضح من خلال الجدول أن أغلب أفراد العينة الخاضعة للفحص من جنس ذكر، ويتضح كذلك أن أغلبية أفراد العينة المدروسة تتراوح أعمارهم بين (20 و40) سنة وعددهم 65 شخص، كما يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه، أن غالبية أفراد العينة الخاضعة للدراسة ينتمون لطور أو مستوى التعليمي الأساسي (من الابتدائي إلى غاية الثانوي)، حيث بلغ عددهم 79 شخص.

3- اختبار الاتساق الداخلي

يتضح من خلال الجدولين أسفله، أن قيمة معامل ألفا كرونباخ لجميع أسئلة الدراسة في حدود 86.2% تقريبا، ما يدل على أن ثبات (الاتساق) جيد بالنسبة لجميع الأسئلة المدرجة في محاور الاستبيان، ومنه لا يوجد تأثير الصدفة،

جدول رقم (2) الاتساق الداخلي

الأسئلة	قيمة الفاكرونباخ
X ₁	,915
X ₂	,834
X ₃	,827
X ₄	,838
X ₅	,841
X ₆	,831
X ₇	,823
X ₈	,827
الاستبيان ككل	,862

المصدر: مخرجات SPSS

- التحليل الإحصائي لإجابات أفراد العينة

يحتوي الاستبيان المتعلق بإبعاد الجودة في مؤسسة الصحة العمومية علي بوسحابة علة 08 أسئلة، كل سؤال يعنى أو يرتكز على أحد أبعاد الجودة والدور الذي يلعبه هذا الأخير في تحقيق الجودة الصحية وقدمت هذه الأسئلة لـ 120 مريض موزعين على 06 مصالح استشفائية خلال شهر فيفري 2018. ويهدف معالجة البيانات الأولية التي تم التحصل عليها من خلال الاستبيان الذي تم توزيعه على عينة الدراسة، تم استخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS.15) للحصول على نتائج أكثر دقة. كما قمنا بإدخال البيانات وفق مقياس ليكرت الخماسي والمقسم إلى خمس اختيارات، أعطيت الدرجات من (1) إلى (5)، حيث أن (1) أدنى درجة أي غير موافق تماما، و(5) هي أعلى درجة أي موافق تماما مثلما يوضحه الجدول التالي:

د/ زديرة شرف الدين
د/ زرمان كريم
د/ باديس نبيلة

جودة خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات
دراسة استطلاعية لأراء المرضى
في المؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة - خنشلة-

التصنيف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما
الدرجة	1	2	3	4	5

كما قمنا بحساب الحدود الدنيا والقصى للفئات عن طريق حساب المدى الذي يساوي (4=5-1) ومن ثم

قمنا بتقسيمه على عدد الفئات والتي تساوي 5، حيث (0.8 = 4/5) فأصبح لدينا طول الفئة كما يلي:

- من] 1.80-1.00 : غير موافق تماما؛

- من] 2.60-1.80 : غير موافق؛

- من] 3.40-2.60 : محايد؛

- من] 4.20-3.40 : موافق؛

- من] 5.00-4.20 : موافق تماما.

ويخلص الجدول التالي، الأسئلة المطروحة حول أبعاد جودة الخدمة الصحية، مقرونة بمجموعة من المعلومات الإحصائية الهامة، المرتبطة بأسئلة الاستبيان، علما إن هذه الأبعاد هي: -بعد الكفاءة الفنية، - بعد إمكانية الوصول للخدمة، بعد الاستجابة، بعد التعاطف، بعد الاعتمادية، بعد الاستمرارية، بعد الصحة والسلامة، بعد الكماليات.

الجدول رقم (04): نتائج إحصائية لبيانات الاستبيان وفق تحليل ليكارت الخماسي

المتغير	المحور	الأبعاد	الأسئلة/العبارات	الحسابي الوسط	المعياري الانحراف	الجواب: اتجاه النسبة	التوجه
X ₁	أبعاد جودة الخدمات الصحية	الكفاءة الفنية	يتميز القائمين على المريض من أطباء وممرضين بكفاءة مهنية عالية	3,675 0	,89970	موافق	8
X ₂		سهولة الوصول	إمكانية الوصول والحصول على الخدمة الصحية بسيطة وسهلة	4,250 0	,85258	موافق تماما	5
X ₃		سرعة الاستجابة	هناك سرعة كبيرة في استجابة القائمين على المريض	4,025 0	,99124	موافق	6
X ₄		التعاطف	هناك تعاطف مع حالت المرضى من قبل القائمين عليه	4,025 0	,92093	موافق	6

1	موافق تماما	,79282	4,400 0	أنت راض بما تدفعه مقابل الخدمة الصحية	الاعتمادية	X ₅
3	موافق تماما	,89783	4,275 0	هناك متابعة دورية ومستمرة لصحة المريض	الاستمرارية	X ₆
4	موافق تماما	,82973	4,235 0	لا يوجد أي خطر أو تخوف على صحة المريض عند تواجده بالمستشفى	الصحة والسلامة	X ₇
2	موافق تماما	,83410	4,291 7	أنت راض على وسائل الراحة الموجهة للمريض	الكماليات	X ₈

المصدر: من إعداد الباحثين اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS

- يضم الجدول قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، بحيث توزعت إجابات أفراد العينة على أسئلة الاستبيان في المتوسط بين الموافق والموافق تماما، فمن أصل 08 أسئلة هناك 03 سؤال موافقين عليه أفراد العينة وباقي الأسئلة المطروحة وعددها 05 موافقين عليها بشكل تام.
- يبين الجدول كذلك التوجه النسبي لكل محور من محاور الاستبيان، حيث كانت أهم فقرة في الاستبيان هو السؤال الخامس، الذي يعنى الاعتمادية (أنت راض بما تدفعه مقابل الخدمة الصحية) ما يدل على رضا المرضى بشكل تام بين العلاقة سعر-خدمة صحية، وفي المرتبة الثانية السؤال الثامن الذي يركز على بعد الكماليات وكانت فقرة السؤال: (أنت راض على وسائل الراحة الموجهة للمريض)، وفي المرتبة الثالثة السؤال السادس الذي يعكس الاستمرارية وكان كما يلي (هناك متابعة دورية ومستمرة لصحة المريض)، وفي المرتبة الثامنة والأخيرة في الاستبيان، جاء بعد الكفاءة الفنية والمرضى موفقين فقط على السؤال المطروح عليهم وهو (يتميز القائمين على المريض من أطباء وممرضين بكفاءة مهنية عالية).
- تجدر الإشارة فقط إلى أنه لا يمكن تعميم نتائج هذا الاستبيان على جودة الخدمة الصحية على جميع مؤسساتنا الاستشفائية، بل لابد من إجراء دراسات تحليلية معمقة تشمل عينات عشوائية وعنقودية غير متحيزة وبأعداد متناسبة مع حجم المجتمع بما يضمن تحقق نظرية أو قانون الأعداد الكبيرة.

خاتمة:

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

وللوصول إلى أقصى درجات تحسين الجودة في القطاع الصحي يمكن تطبيق جودة الرعاية الصحية من منظور إدارة الجودة الشاملة، الذي يشمل:

- جودة الرعاية الفنية المقدمة للمريض، أي الجانب التقني، المعارف والمهارات التي تساهم في تقديم العلاج من أطباء وممرضين ومشغلي الأشعة والتحاليل وغيرها.
- الحرص الشديد على أن لا يعرض المريض لأية خطر محتمل خاصة ما تعلق الأمر بالعدوى الاستشفائية،
- الاهتمام بجودة وفن الرعاية المقدمة للمريض
- العلاقات الإنسانية بين الطاقم العلاجي والمريض ومرافقيه أي قبول الخدمات من طرف المريض وأهله والرضا التام وإشباع حاجة المريض،
- العدالة في تقديم الخدمات وفعالية الأطراف المشتركة في العملية العلاجية وسهولة الحصول على الخدمات الصحية، دون إهمال التوازن في تخصيص الموارد والإمكانيات المتاحة،
- لا يمكن أن نتكلم عن جودة الخدمات الصحية دون الاهتمام بجودة المظهر الخارجي للمستشفى من بنايات وهيكل ومرافق ونظافة وتغذية وغيرها.

الملاحق:

الملحق رقم: 01

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	120	100,0
Exclus(a)	0	,0
Total	120	100,0

a Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques d'item

	Moyenne	Ecart-type	N
X1	3,6750	,89970	120
X2	4,2500	,85258	120
X3	4,0250	,99124	120
X4	4,0250	,92093	120
X5	4,4000	,79282	120
X6	4,2750	,89783	120
X7	4,2350	,82973	120
X8	4,2917	,83410	120

Statistiques de total des éléments

	Alpha de Cronbach
X1	,915
X2	,834
X3	,827
X4	,838
X5	,841

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach basé sur des éléments normalisés	Nombre d'éléments

قائمة الهوامش:

- ¹ - غازي فرحان، خدمات الإيواء في المستشفى، دار الزهران، عمان، الأردن، 1999، ص06.
- ² - عرابية الحاج، ازدواجية السلطة في المستشفيات (المفهوم والإشكالية)، مجلة الباحث، العدد 7، جامعة ورقلة، 2009-2010، ص234.

- 3 - تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2005، ص21.
- 4 - فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2014، ص 67.
- 5 - غازي علي متروك البدينة، إطار مقترح لتقييم نظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجامعية الحكومية (دراسة مقارنة بين مصر والأردن)، رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال، كلية التجارة، جامعة عين شمس، مصر، 2011، ص 28.
- 6 - أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، مصر، 2006، ص 336.
- 7 - مأمون سليمان الدرادكة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006، ص 194.
- 8 - غازي علي متروك البدينة، مرجع سبق ذكره، ص 34.
- 9 - صلاح محمود ذياب، إدارة خدمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان، الأردن، 2010، ص 40.
- 10 - ياسر المنصور، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الأردني –دراسة ميدانية مقارنة، أطروحة دكتوراه، جامعة بغداد، 1997، ص 56.
- 11 - خيضر حمود، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2000، ص 87.
- 12 - نداء الشاهين، المواصفات الدولية ISO9000، الطبعة الأولى، دار الرضا للنشر، دمشق، سوريا، 2001، ص 75.
- 13 - عائشة واله، أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون، مذكرة ماجستير، كلية الاقتصاد، جامعة الجزائر، 2011، ص 73.
- 14 - نبيلة كحيل، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، مذكرة ماجستير، كلية الاقتصاد، جامعة قسنطينة، 2009، ص 94.
- 15 - قاسم نايف علوان المحيوي، إدارة الجودة في الخدمات – مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006، ص 97.
- 16 - تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص 215.
- 17 - سوسن شاكر مجيد، محمد عواد الزيادات، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات في الصناعة والتعليم، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2007، ص 19.
- 18 - نبيلة كحيل، مرجع سبق ذكره، ص 96.
- 19 - صلاح محمود ذياب، عبد الإله سيف الدين الساعاتي، إدارة المستشفيات (منظور شامل)، دار الفكر، الأردن، الطبعة الأولى، 2012، ص 373.
- 20 - فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص 398.
- 21 - عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، الطبعة الثانية، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، بحوث ودراسات، مصر، 2014، ص 98.