جامعة يحي فارس– المدية–

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم:علوم التسيير

التخصص:إدارة وتسيير المؤسسة

نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية

(دراسة حالة المركز الاستشفائي الجامعي اسعد حساني ببني مسوس)

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر

من إعداد الطالبة:

يسرى عنان

إشراف الأستاذة:

خيرة شريفي

لجنة المناقشة

د/ لويزة قويدر	رئيسا
د/خيرة شريفي	مشرفا ومقررا
د/نعيمة شلابي	عضوا ممتحنا

السنة الجامعية :2016-2015


بسم الله الرحمن الرحيم

كلمة شكر وتقدير

قال رسول الله عليه الصلاة والسلام:

(من لم يشكر الناس لم يشكر الله)، الحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه ملء السموات والأرض وما بينهما الذي أمدنا بعونه و توفيقه لإنجاز هذا البحث. ويطيب لي بعد شكر الله سبحانه وتعالى أن أتقدم بجزيل الشكر لكل من ساهم ومد لي يد العون بشكل مباشر أو غير مباشر.

أقدم جزيل الشكر والعرفان إلى الأستاذة الفاضلة المشرفة على هذا العمل الأستاذة شريفي خيرة على جميل صبرها وعظيم جهدها وحنكة توجيهاتها.

و كما أشكر كل أساتذة كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير ولا أنسى كل عمال مكتبة جامعة المدية والمكتبة الوطنية الجزائرية على تعاونهم معي، ونخص بالذكر أيضا كل فرد من أفراد المركز الاستشفائي الجامعي لبني مسوس على مدهم لي بالمعلومات الضرورية.

إهــداء

إلى الينبوع الذي لا يمل العطاء إلى من حاكت سعادتي بخيوط منسوجة من قلبها والتي علمتني أن أرتقي سلم الحياة بحكمة وصبر إلى والدتي العزيزة.

إلى من سعى وشقى لأنعم بالراحة والهناء الذي لم يبخل بشيء من أجل دفعي في طريق النجاح إلى والدي العزيز.

إلى أمي الثانية ثريا وأختي الكبرى التي لم تلدها أمي سليمة.

إلى من حبهم يجري في عروقي ويلهج بذكراهم فؤادي

إلى أخي أحمد وأختي منيرة.

إلى جدي وجدتي أطال الله عمرهما وخالتي هناء وعمتي زليخة.

إلى كل خالتي وعماتي وأزواجهم وأخوالي وأعمامي

و زوجاتهم وأبنائهم.

إلى كل عائلة عنان وبن رمول.

إلى صديقاتي وزميلاتي عائشة، فاطمة الزهراء، زهور.

إلى كل من كان له يد في إتمام هذا العمل بنجاح من قريب

أو من بعيد.

ملخص الدراسة:

تعمل المؤسسات الصحية في ظل بيئة سريعة التطور يتطلب منها التوافق بين مختلف إمكانياتها وقدراتها المتاحة وما فرضته تلك البيئة (الخارجية والداخلية) من تغيير في تلبية الاحتياجات والخدمات الصحية للزبائن(المرضى) بما يحقق الأهداف بكفاءة وفاعلية عالية.

لذا فإن المؤسسات الصحية تسعى دائما إلى تحسين جودة خدماتها لمواجهة تلك المتغيرات ا لحاصلة في البيئة حيث يمكن تحسين جودة خدماتها من خلال بناء نظم معلومات محوسب وتكمن أهمية الدراسة في إيجاد نظام يساعد على تقديم الخدمات الصحية بشكل كفء ،حيث تم اختيار أحد المؤسسات العمومية الصحية وهي مستشفى اسعد حساني ببني مسوس فوزعت أربعون استبانة لاختبار فرضية البحث.

ومن أبرز نتائج الدراسة، يعد استخدام نظم المعلومات عاملا في تحفيز العاملين على تسهيل عملية الخزن والاسترجاع وبث واستخدام المعلومات.وكانت أهم مقترحات الدراسة هي ضرورة توجه المؤسسات الصحية نحو استخدام نظم المعلومات المحوسب.

الكلمات المفتاحية:المؤسسة الصحية، الخدمة الصحية، المعلومات الصحية، نظام المعلومات الصحية.

Abstract :

Health organizations work in environment of rapid changes which requires consistency in their different abilities and limits imposed by the environment (internal and external)in order to meet the health needs and services required by the customers (the patients)to achieve the goals effective .

Hence, Health Organization tend always To improve the quality of its services in order to meet changes in the quality of its services can be improved through construction of data bases assist in evolution of health performance .The importance of this research rely on establishing a system assists in introducing health services efficiently.

" Issad Hassani Beni Messous" was selected as sample for this study and (40)questioner sheets were distributed among the staff of research is the different levels and specialty. The most important conclusions of the importance of using information systems induce the staff in to facilitate the process of storing, transferring, and using the information, The recommendations included the importance of instructing the health organization towards the use of The computerized information system.

Key words : Health organization, Health srvices, Health information, Health information system.

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
كلمة شكر	I
الإهداء	II
ملخص الدراسة	IV_III
الفهرس	VIII_VI
قائمة الأشكال	X_IX
قائمة الجداول	XIII_XI
قائمة الملاحق	XIII
مقدمة	أ_ث
الفصل الأول:الإطار النظري لنظام المعلومات ونظام المعلومات الصحي	51_01
توطئة الفصل الأول	02
المبحث الأول:عرض عام حول النظام	10_03
المطلب الأول: تعريف النظام وخصائصه	04_03
المطلب الثاني: عناصر النظام وأهدافه	07_04
المطلب الثالث:وظائف النظام وأنواعه	10_07
المطلب الرابع:بيئة وحدود النظام	10_09
المبحث الثاني:مفاهيم أساسية حول المعلومات	23_11
المطلب الأول:تعريف البيانات والمعلومات والعلاقة بينهما	_11
المطلب الثاني:خصائص وأنواع المعلومات	13
المطلب الثالث:مصادر جمع المعلومات ومراحل إنتاجها	17
المطلب الرابع:جودة وأهمية المعلومات	20
المبحث الثالث:مضامين نظام المعلومات	24
المطلب الأول:تعريف نظام المعلومات ومراحل تطوره	24
المطلب الثاني:خصائص نظام المعلومات ومكوناته	26
المطلب الثالث:فوائد وموارد نظام المعلومات	28
المطلب الرابع:أهمية نظام المعلومات وأنواعه	30
المبحث الرابع:نظام المعلومات في المؤسسات الخدمية الصحية	45

المطلب الأول:المعلومات الصحية والمعلوماتية الصحية	45
المطلب الثاني: نظام المعلومات الصحي وأهم أهدافه	46
المطلب الثالث: مكونات نظام المعلومات الصحي العوامل التي ساعدت على تطبيقه	47
خلاصة الفصل الأول	51
الفصل الثاني:الجودة في الخدمات لدى المؤسسات العمومية الصحية	52
توطئة الفصل الثاني	53
المبحث الأول:ماهية الجودة	54
المطلب الأول:مفهوم الجودة ومراحل تطورها	54
المطلب الثاني: خصائص الجودة وأهدافها	57
المطلب الثالث:أشكال وأبعاد الجودة وأهميتها	58
المطلب الرابع:محددات الجودة وأدواتها	64
المبحث الثاني:الخدمات الصحية	69
المطلب الأول:مفاهيم في الخدمة	69
المطلب الثاني:مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها	77
المطلب الثالث:أهداف الخدمات الصحية وأنواعها	83
المطلب الرابع:دورة حياة الخدمات الصحية	85
المبحث الثالث:مسار الجودة في المؤسسات الصحية	89
المطلب الأول:مفهوم المستشفى وخصائصها	89
المطلب الثاني:تصنيف المستشفيات وتقييم أدائها	91
المطلب الثالث:مفهوم جودة الخدمة الصحية وأهدافها	95
المطلب الرابع:أبعاد جودة الخدمة الصحية وقياس جودتها	97
المبحث الرابع:واقع القطاع الصحي في الجزائر	101
المطلب الأول: التطور التاريخي لقطاع الصحة في الجزائر	101
المطلب الثاني: تنظيم وهيكلة الخدمات الصحية في الجزائر	104
المطلب الثالث: مدخلات القطاع الصحي المادية والبشرية	109
خلاصة الفصل الثاني	112
الفصل الثالث: واقع الخدمة الصحية ونظام المعلومات بالمؤسسة الإستشفائية الجامعية اسعد حساني	113

توطئة الفصل الثالث	114
المبحث الأول: الخدمات المقدمة بالمؤسسة الإستشفائية الجامعية بني مسوس	115
المطلب الأول: تعريف عام بمستشفى بني مسوس وهيكلها التنظيمي	115
المطلب الثاني: القدرة الإستعابية وتعداد العمال بمستشفى بني مسوس	115
المبحث الثاني: نظام المعلومات بمستشفى بني مسوس	120
المطلب الأول:نظام المعلومات الصحي لمستشفى بني مسوس	120
المطلب الثاني: مشروع الرعاية الصحية عن بعد وواقع استخدام شبكات (Intranet) و(Extranet) بمستشفى بني مسوس	125
المبحث الثالث:تحليل نتائج الدراسة الميدانية	126
المطلب الأول:مجتمع وعينة الدراسة	126
المطلب الثاني:أداة ومنهج الدراسة	126
المطلب الثالث:صدق وثبات أداة الدراسة	127
المطلب الرابع:عرض وتحليل نتائج الاستبيان	132
خلاصة الفصل الثالث	160
الخاتمة	161
قائمة المراجع	165
الملاحق	172

قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
1_1	المدخلات عن طريق التغذية العكسية	05
2_1	المدخلات العشوائية	05
3_1	المدخلات التتابعية	06
4_1	النموذج الأساسي لعناصر النظام	07
5_1	حدود النظام وبيئته	10
6_1	مخطط يوضح كيفية تحويل البيانات إلى معلومات لاتخاذ قرار بصددها	20
7_1	نموذج مبسط لنظام المعلومات	25
8_1	التغذية الراجعة كجهاز تحكم	28
9_1	نموذج لنظام معالجة المعاملات	33
10_1	المكونات الأساسية لنظام دعم القرار	37
11_1	نموذج لنظام معلومات المسيرين	39
12_1	العلاقة التبادلية بين نظم معلومات	41
13_1	نموذج (KOTLER) لنظام المعلومات التسويقية	42
14_1	نظام المعلومات المالي والمحاسبي	43
15_1	نظام معلومات الموارد البشرية	44
1_2	نظام الجودة المبني على أساس الفحص	56
2_2	مراحل تطور إدارة الجودة	57
3_2	أهداف الجودة	58
4_2	أوجه الجودة الثلاثة	59
5_2	تحسين الجودة وأثرها في زيادة الأرباح	63
6_2	كيفية رسم منحنى باريتو	67
7_2	مخطط عظمة السمكة لإيشكاو	98

8_2	عملية الرعاية حسب نموذج (Donabedian)	80
9_2	دورة حياة المنتج	86
10-2	سلمية الخدمات العمومية في النظام الجزائري	105
1_3	الهيكل التنظيمي للمؤسسة الإستشفائية لبني مسوس	116
2_3	آلية عمل نظام المعلومات بمكتب الدخول	124
3_3	عدد الاستبانات الموزعة والمستردة والمستبعدة والصالحة للتحليل الإحصائي	132
4_3	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس	133
5_3	توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر	134
6_3	توزيع عينة الدراسة حسب متغير طبيعة العمل	135
7_3	توزيع عينة الدراسة حسب متغير قسم العمل	136
8_3	توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	137
9_3	مخطط يوضح إجابات أفراد العينة حول إن كانت هناك سهولة في استرجاع المعلومات المخزنة	141
10_3	إجابات أفراد العينة حول عدم ضياع البيانات المتعلقة بالمرضى	143
11_3	إجابات أفراد العينة حول عدد المرضى الذين يزورون المستشفى	147
12_3	إجابات أفراد العينة حول إن كانت المؤسسة تخصص مكاتب استقبال وتوجيه	155
13_3	إجابات أفراد العينة حول إن كانت المؤسسة تخصص أرقام هاتفية خصيصا للإعلام والتوجيه	156

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1_1	مقارنة بين البيانات والمعلومات	13
2_1	الإختلاف بين المعلومات حسب المستوى الإداري	17
3_1	خصائص ومميزات الأنواع المختلفة لنظم المعلومات(حسب المستوى الإداري)	40
1_2	بعض تعاريف الجودة من قبل رواد أوائل للجودة الشاملة	55
2_2	الفروقات الأساسية بين السلعة والخدمة	71
3_2	خصائص الخدمات وما تتضمنه من مشكلات وبعض الطرق التسويقية لمعالجة هذه المشكلات	74
4_2	أبعاد الجودة للخدمة الصحية	99
5_2	الإنجازات المحققة في المجال الصحي خلال الفترة1962/1973	102
6_2	تطور عدد المؤسسات الصحية 1979/1982	103
7_2	تطور الهياكل الصحية العمومية في الجزائر 1996/2000	104
1_3	تعداد العمال بمستشفى بني مسوس	118
2_3	معامل ألفا –كورنباخ لأبعاد الاستبانة	128
3_3	معاملات الارتباط بين درجة كل سؤال من أسئلة محور "نظام المعلومات المستخدم" ودرجته الكلية	129
4_3	معاملات الارتباط بين درجة كل سؤال من أسئلة محور "الخدمة الصحية" ودرجته الكلية	130
5_3	يبين معاملات الارتباط بين درجة كل سؤال من أسئلة محور "العلاقة بين نظام المعلومات المستخدم والخدمة الصحية" ودرجته الكلية	131
6_3	قيم معاملات الارتباط بين درجة كل مجال والدرجة الكلية للمقياس	131
7_3	عدد الاستبانات الموزعة والمستردة والمستبعدة والصالحة للتحليل الإحصائي	132
8_3	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس	133
9_3	توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر	134
10_3	توزيع عينة الدراسة حسب متغير طبيعة العمل	135
11_3	توزيع عينة الدراسة حسب متغير قسم العمل	136
12_3	توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	137
13_3	إجابات أفراد العينة حول الطريقة المستعملة لديك في معالجة البيانات	138

14_3	الجدول المتقاطع بين الطريقة المستعملة في معالجة البيانات وتوفر أجهزة الحواسيب في قسم العمل	139
15_3	إجابات أفراد العينة حول تناسب أجهزة الحواسيب مع احتياجات أقسام العمل	139
16_3	إجابات أفراد العينة حول امتلاك المؤسسة لنظام معلومات محوسب	140
17_3	إجابات أفراد العينة حول إن كانت هناك سهولة في استرجاع المعلومات المخزنة	140
18_3	الجدول المتقاطع بين امتلاك المؤسسة لنظام معلومات محوسب و إيجاد السهولة في استرجاع المعلومات المخزنة لدى العمال	141
19_3	إجابات أفراد العينة حول نوع الإجراءات التي يحسنها نظام المعلومات المستخدم في المؤسسة	142
20_3	الجدول المتقاطع بين امتلاك المؤسسة لنظام معلومات ووجود عملية اتصال بين الأقسام الداخلية	142
21_3	إجابات أفراد العينة حول ضياع البيانات المتعلقة بالمرضى من خلال نظام المعلومات المستخدم	143
22_3	الجدول المتقاطع بين امتلاك المؤسسة لنظام معلومات محوسب وإمكانية الوصول إلى السجل الطبي	144
23_3	إجابات أفراد العينة حول مساهمة نظام المعلومات المستخدم في الاستغناء عن الملف الطبي الورقي	144
24_3	إجابات أفراد العينة حول سماح نظام المعلومات المستخدم للمؤسسة باستخراج المؤثرات والتنبؤات	145
25_3	إجابات أفراد العينة حول سماح نظام المعلومات المستخدم للمؤسسة بتوفير مخزون من المعلومات جغرافيا	145
26_3	إجابات أفراد العينة حول إن كانت المؤسسة تكون موظفيها على البرمجيات لتسيير نظام المعلومات	146
27_3	الجدول المتقاطع بين امتلاك المؤسسة لشبكة اتصال محلية ومساهمة نظام المعلومات المستخدم في عملية الاتصال	146
28_3	إجابات أفراد العينة حول إن كان المريض يحصل على الخدمة في الوقت المناسب	147
29_3	الجدول المتقاطع بين عدد المرضى الزائرين للمستشفى ومدى تكفل المؤسسة بجميع المرضى	148
30_3	إجابات أفراد العينة حول إن كانت المؤسسة تتوفر على الأجهزة الطبية لعلاج المرضى	148
31_3	إجابات أفراد العينة حول إن كانت المؤسسة تتوفر على عدد كافي من الإطار الطبي	149
32_3	إجابات أفراد العينة حول سبب مواجهة المرضى للصعوبات	149
33_3	الجدول المتقاطع بين توفر الأجهزة الطبية الحديثة ومستوى الخدمة المقدمة في المؤسسة	150
34_3	الجدول المتقاطع بين توفر الإطار الطبي الكافي للتكفل بالمرضى ومستوى الخدمة المقدمة في المؤسسة	151

35_3	إجابات أفراد العينة حول كفاءة ومهارة العمال	151
36_3	إجابات أفراد العينة حول طريقة التواصل بين المريض والطبيب	152
37_3	إجابات أفراد العينة حول اعتماد نظام رقابي صارم ودقيق	152
38_3	إجابات أفراد العينة حول تقديم المؤسسة للتحفيز جراء مجهودات الإطار الطبي	153
39_3	إجابات أفراد العينة حول إن كان العمال راضين عن الأجر والمستوى الاجتماعي	153
40_3	إجابات أفراد العينة حول إن كان نظلم المعلومات المستخدم يسمح بالحصول على المعلومات المتعلقة بالاحتياجات اليومية في المجال الإداري	154
41_3	إجابات أفراد العينة حول إن كان نظلم المعلومات المستخدم يسمح بالحصول على المعلومات المتعلقة بتدابير الرعاية الصحبة	154
42_3	إجابات أفراد العينة حول إن كان نظلم المعلومات المستخدم يسمح بالحصول على المعلومات الطبية	155
43_3	إجابات أفراد العينة حول الطريقة المستخدمة في الوصول إلى بيانات المرضى الذين لديهم تاريخ طبي	157

قائمة الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
الملحق رقم 1	القدرة الاستعابية لمستشفى بني مسوس	173
الملحق رقم 2	البطاقة المتنقلة للمريض	174
الملحق رقم 3	شهادة إقامة بالمستشفى	176
الملحق رقم 4	شهادة التصريح بالوفاة	177
الملحق رقم5	الاستبيان	178
الملحق رقم6	الملاحق الخاصة ببرنامج SPSS	184

مقدمة

يعتبر الإنسان هو هدف التنمية، كما أنه وسيلتها، والصحة هي أول متطلبات الإنسان وأهم مقومات الحياة، والواقع أن صحة المواطن هي أغلى ما تملكه المجتمعات، وهي ثروة يجب الحفاظ عليها، لذا يسعى الإنسان منذ القديم إلى تطوير العلاج والبحث عن الشفاء حتى وصل الطب إلى ما نحن عليه الآن من تقدم ومازال الباحثون يبحثون عن المزيد من التطور في الطب مستخدمين كل وسائل العلم المتاحة وأهمها تكنولوجيا ونظم المعلومات، وبالتالي فالمؤسسات الصحية من أكثر المؤسسات التي تحتاج إلى ضمان وتحسين خدماتها، خاصة بعد التقدم في العلوم والمعارف الطبية والاكتشافات العلمية المتلاحقة من تطور الأجهزة والتقنيات، انتشار تكنولوجيا التشخيص والطب عن بعد انتشار المنافسة في الخدمات الصحية ما بين المراكز البحثية والطبية وظهور المؤسسات المانحة للاعتماد والتي تضع معايير لتحسين الخدمة الصحية وبالتالي تصبح مسألة تحسين الخدمة وتطويرها أو البحث عن خدمات جديدة من السمات البارزة في عمل المؤسسة الصحية لمواكبة سرعة التغير العلمي والتكنولوجي في مجال الطب الذي يجعل بعض الخدمات الصحية المقدمة متقادمة بمرور الزمن.

ومع زيادة عدد المرضى والمطالبة بالاستجابة السريعة لمتطلباتهم واحتياجاتهم بالإضافة إلى الزيادة في تحسين الخدمات الصحية والطبية المقدمة لهم، كل ذلك حتم على القائمين على إدارة الخدمات الصحية إيجاد الوسائل والسبل لمقابلة هذه الطلبات والاستجابة لها، الشيء الذي أدى إلى تبني استعمال نظم معلومات في هذه المؤسسات الصحية، إذ أصبحت أجهزة الحاسب الآلي ونظم المعلومات وسيلة أساسية من وسائل العمل والإدارة خاصة في مجال إدارة المعلومات الصحية وتخزينها ومعالجتها واستعادتها، مما يساعد على توفير معلومات في غاية الأهمية لمتخذي القرار.

ومن خلال هذا الطرح، قمنا بصياغة الإشكالية التالية:

ما مدى مساهمة نظام المعلومات في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية؟

وللإجابة على هذه الإشكالية قمنا بطرح الأسئلة الفرعية التالية:

1) ما المقصود بنظام المعلومات الصحي، وما هي أهميته؟

2) ما المقصود بجودة الخدمات الصحية، وفيما تتمثل أهدافها؟

3) ما هو تأثير نظام المعلومات على الخدمة الصحية المقدمة بمستشفى اسعد حساني ببني مسوس؟

وسعيا للإجابة على هذه التساؤلات ارتأينا وضع الفرضيات التالية:

1) يمتلك مستشفى اسعد حساني ببني مسوس نظام معلومات فعال؛

2) الخدمة المقدمة من قبل مستشفى اسعد حساني ببني مسوس في مستوى تطلعات المرضى؛

3) نظام المعلومات المستخدم من قبل مستشفى اسعد حساني ببني مسوس يسمح بالحصول على المعلومات المتعلقة بالاحتياجات اليومية في المجال الإداري؛

4) نظام المعلومات المستخدم من قبل مستشفى اسعد حساني ببني مسوس يسمح باستخراج المؤثرات والتنبؤ بالنتائج.

⟸ **أهمية الدراسة:** تمثلت أهمية الدراسة في ما يلي:

1) الأهمية التي اكتسبتها المعلومات في هذا العصر، إذ أصبحت موردا استراتيجيا تعتمد عليه المؤسسة في اتخاذ قراراتها؛

2) أهمية الخدمات الصحية لما لها من أثر مباشر على صحة الإنسان؛

3) الانتشار والاستخدام الواسع لتكنولوجيا المعلومات والاتصال لما له من أثر على عامل الوقت والتكلفة.

⟸ **أهداف الدراسة:** إن التطرق لهذا الموضوع واختياره كان من أجل:

1) محاولة إبراز الأسلوب الأمثل للتعامل مع المعلومات والعمل على تدنية تكاليف المؤسسات الصحية؛

2) محاولة دراسة وتقييم مدى تبني قطاع الخدمات العمومية الصحية لمفاهيم نظام المعلومات أي دراسة الوضعية الحالية للمؤسسة العمومية الاستشفائية الجزائرية ؛

3) محاولة الوقوف على أهم نقائص المؤسسات الصحية الجزائرية فيما يتعلق بالخدمة الصحية قصد التمكن من تقديم توصيات واقتراحات تساعد في تحسين جودتها،من خلال تعزيز نظم المعلومات بالمؤسسات الإستشفائية.

⟸ **مبررات الدراسة:** من بين الأسباب التي دفعتنا لاختيار هذا الموضوع:

1) اهتمام الطالبة بالمشكلات المتعلقة بالمجال الصحي؛

2) قلة الدراسات التي تناولت تأثير نظم المعلومات على جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الجزائرية؛

3) ازدياد حجم النفقات الموجهة للقطاع الصحي، ما يحتاج إلى التفكير في سبل ترشيدها من خلال تقديم خدمة جيدة وبأقل تكلفة ممكنة؛

4) ملاحظة عدم رضى المواطنين بسبب تدني الخدمة الصحية رغم أهميتها ورغم التجهيزات المادية والمعلوماتية المتوفرة.

⟸ **حدود الدراسة**:وقد تمثلت حدود الدراسة في ما يلي:

1) الحدود المكانية: اقتصرت على مستشفى أسعد حساني ببني مسوس باعتباره مؤسسة عمومية استشفائية مستخدمة لبعض هذه التقنيات؛

2) الحدود البشرية:فتمثلت في عينة من الإطار الطبي والطاقم الإداري؛

3) الحدود الزمانية:لإتمام الموضوع قامت الباحثة بدراسة ميدانية فترة شهر من 07مارس2016 إلى 07أفريل 2016.

⟸ **منهج الدراسة**: من أجل دراسة مختلف عناصر الموضوع وتبيان أهمية أنظمة المعلومات في المؤسسات الصحية وتأثيرها على تحسين الخدمات المقدمة بها، فإن الدراسة تعتمد على المنهج الوصفي وذلك بتحديد الإطار النظري ومختلف المفاهيم الأساسية حول ماهية نظم المعلومات وجودة الخدمات الصحية والمنهج التحليلي المتمثل في دراسة الحالة الذي تمكن من التعمق في مختلف جوانب الموضوع وكشف أبعاده من خلال الزيارة الميدانية للمؤسسة محل الدراسة إضافة إلى الملاحظة والمقابلة الشخصية ودراسة وتحليل نتائج الاستبيان.

⟸ **الدراسات السابقة**:

دراسة حنان يحي الشريف، **تأثير نظم المعلومات على جودة خدمات المؤسسات الصحية(دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر)**، رسالة ماجستير، كلية العلوم التجارية والعلوم الإقتصادية وعلوم التسيير تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، جامعة بسكرة، 2007.

حاولت الباحثة الإجابة على إشكالية تبين فيها تأثير نظام المعلومات على جودة خدمات المؤسسات الصحية وللإجابة على هذه الإشكالية اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي وذلك لتحديد الإطار النظري و منهج دراسة حالة في الجانب التطبيقي والاعتماد على تحليل استبيان مقسم إلى ثلاثة وعشرون سؤالا في استمارة خاصة بالإداريين، وخمسة وعشرون سؤالا في الاستمارة الخاصة بالطبيين أما أفراد العينة يمثلون أربعة عشر فردا بالنسبة للكادر الإداري وتسعة أفراد بالنسبة للكادر الطبي.

⟺**اختلاف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:**

و بمقارنة نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدراسات السابقة نجد أن: الدراسات السابقة بينت أن لنظام المعلومات تأثير على بعض المتغيرات الأخرى مثل اتخاذ القرار، وظيفة التسويق **و**غيرها كما أن بعضها الآخر بينت بأن الخدمات المقدمة يمكن تحسينها من خلال عوامل أخرى مثل: اختيار أسلوب تمويل أمثل، إدارة

التغيير، اختيار المسير الكفأ، إلا أن هذه الدراسة توصلت إلى أن الخدمات الصحية يمكن تحسينها من خلال نظام المعلومات.

⟸ **صعوبات الدراسة:** معظم الصعوبات كانت تتعلق بالجانب التطبيقي وأهمها ما يلي:

1) صعوبة الحصول على المعلومات من المستشفى محل الدراسة بسبب عدم التنظيم الجيد لأرشيف المؤسسة؛

2) اعتبار عدد من الموظفين بالمستشفى محل الدراسة أن كل المعلومات سرية ولا يمكن تقديمها؛

3) صعوبة الحصول على معلومات من وزارة الصحة والسكن، باعتبارها معلومات سرية ولا يمكن تقديمها.

⟸ **خطة وهيكل الدراسة:** تجاوبا مع الإجابة على التساؤلات الفرعية الواردة في الإشكالية تم تقسيم الدراسة إلى ثلاثة فصول مفتتحة بالمقدمة ومنتهية بالخاتمة.

➢ **الفصل الأول:** يعالج هذا الفصل الجانب النظري لأنظمة المعلومات، حيث يتناول كل من ماهية النظام وكذا المعلومات، بالإضافة إلى مفهوم كل من أنظمة المعلومات ونظام المعلومات الصحي.

➢ **الفصل الثاني:** يتناول تعريف المؤسسة العمومية الإستشفائية والخصائص التي تميزها بالإضافة إلى الخدمات الصحية المقدمة بها من خلال تقديم تعريف الخدمة الصحية العمومية وخصائصها وكذا عرض مصطلح الجودة في هذا النوع من الخدمات، وفي الأخير بين واقع القطاع الصحي بالجزائر.

➢ **الفصل الثالث:** يحلل تأثير نظام المعلومات على تحسين الخدمة بمستشفى اسعد حساني، وذلك من خلال تقديم المؤسسة محل الدراسة والخدمات المقدمة بها، مع تناول واقع نظام المعلومات بها وتأثيره على مستوى الخدمات.

الفصل الأول
الإطار النظري لنظام المعلومات ونظام المعلومات الصحي

توطئة الفصل الأول:

إننا نعيش في عصر يمكن أن نطلق عليه بحق عصر المعلومات، فأهم ما يميز هذا العصر هو حجم الاتصالات التي تحققت بين أفراده وشعوبه، ولا تعدو هذه الاتصالات أن تكون نقلا للمعلومات من جهة إلى أخرى ولذا كانت مشكلة العصر هي توفير المعلومات ونقلها والتصرف فيها بسرعة ودقة، وكلما زادت قدرة الإنسان على ذلك كلما زادت قدرته الحضارية ولذلك لم يكن غريبا أن تكون الحاسبات الآلية والأقمار الصناعية هي سمة هذا العصر، ومن المعروف أن الحاسبات الآلية والأقمار الصناعية إنما تتعلق بتوفير الأجهزة اللازمة للتصرف في المعلومات على نحو أكبر، حيث تمثل عملية إعداد البيانات واستخدام المعلومات عصب المجتمعات المعاصرة، بل أصبحت تشكل جزءا هاما من الوقت الذي يقضيه الفرد في أداء عمله وبالتالي أصبحت أحد العوامل التي تحدد أداء المنظمات.

مما أدى إلى ظهور الحاجة لأدوات تساعد المنظمات على التعامل مع بيئتها من خلال الاستفادة من تكنولوجيا المعلومات، ولقد بدأ ذلك الأمر بالتشغيل الإلكتروني للبيانات إلى أن تطور إلى ما نشاهده اليوم من الأنواع المختلفة لنظم المعلومات.

ولتبيان ذلك قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى أربعة مباحث وكل مبحث إلى أربعة مطالب كالتالي:

المبحث الأول: عرض عام حول النظام.

المبحث الثاني: مفاهيم أساسية حول المعلومات.

المبحث الثالث: مضامين نظام المعلومات.

المبحث الرابع: نظام المعلومات في المؤسسات الخدمية الصحية.

المبحث الأول: عرض عام حول النظام

يعود أصل كلمة نظام "systèmep" إلى اليونان، وهو مشتق من كلمتين "systema" وتعني "togather"أي معا، ومن كلمة "histimi"والتي تعني "tost"أي يجمع، وقد استعملت لأول مرة سنة 1552 للدلالة على توالي العمليات بين مجموعة من الأجزاء.

المطلب الأول: تعريف النظام وخصائصه

سنتطرق في هذا المطلب إلى تعريف النظام لاستخلاص أهم خصائصه.

أولا: تعريف النظام حظي مفهوم النظام بالعديد من التعاريف نذكر منها:

التعريف الأول: يعرف النظام على أنه " ذلك الكل المكون من عناصر وأجزاء مترابطة ومتكاملة فيما بينها، فالنظم بصفة عامة سواء كانت نظم اجتماعية، إنسانية بيولوجية، أو ميكانيكية تتكون من عناصر متفاعلة ومترابطة فيما بينها، وكل نظام يحتوي على عنصرين كحد أدنى يربط بينهما تفاعل مشترك وعلاقة اعتمادية يتشكل في إطارها النظام كوحدة متكاملة".[1]

التعريف الثاني: يعرف النظام على أنه "مجموعة من المكونات التي تربطها ببعضها البعض، وبيئتها علاقات تفاعلية تمكنها من تكوين كل متكامل".[2]

التعريف الثالث: كما عرفه بأنه "مجموعة من الأجزاء المترابطة التي تتفاعل مع بعضها البعض لتحقيق هدف ما عن طريق قبول مدخلات وإنتاج مخرجات من خلال إجراء تحويلي منظم كما أن هذه الأجزاء تكون بحالة تفاعل مع بيئتها. "[3]

ومن خلال هذه التعاريف نجد أن أغلبية المؤلفين يتفقون على أن النظام هو عبارة عن مجموعة من الأجزاء أو العناصر المترابطة والمتفاعلة فيما بينها وذلك من أجل تحقيق هدف مشترك.

---

[1] سعد غالب ياسين، **أساسيات نظم المعلومات الإدارية وتكنولوجيا المعلومات**، الطبعة الأولى، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، 2008 ص25.

[2] منال محمد الكردي، جلال ابراهيم العيد، **مقدمة في نظم المعلومات الإدارية(النظرية، الأدوات، التطبيقات)**، بدون طبعة، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، بدون سنة نشر، ص49.

[3] كمال مصطفى الدهراوي، سمير كامل محمد، **نظم المعلومات المحاسبية**، بدون طبعة، الدار الجامعية الجديدة للنشر والتوزيع، الإسكندرية 2000، ص28.

ثانيا: خصائص النظام من خلال التعاريف السابقة للنظام يمكن أن نستنتج خصائص النظام المتمثلة في الآتي:[1]

1. إن النظام يتكون من مجموعة من الأفراد أو العناصر؛

2. وجود علاقة وثيقة ما بين هذه العناصر المكونة للنظام، وتلك من شروط النظام، إذ أن إدخال أي عنصر جديد يؤدي إلى بروز علاقات وتفاعلات جديدة مع العناصر الجديدة التي تحاول التأقلم والتكيف معها؛

3. تسعى هذه العناصر أو الأجزاء قصد تحقيق هدف معين وشامل؛

4. الاحتفاظ والتحكم أكثر فلا بد من إجراءات تسمح بمتابعة ومراقبة مختلف العلاقات وشبكات الاتصال لنقل المعلومات الضرورية إلى الوحدات الأخرى.

المطلب الثاني: عناصر النظام وأهدافه

من المطلب السابق استنتجنا أن للنظام عناصر وأهداف والتي سنعرضها في هذا المطلب.

أولا: عناصر النظام يتمثل النموذج العام لأي نظام بالعناصر الأربعة الرئيسية وهي: المدخلات، عمليات المعالجة المخرجات، التغذية العكسية، وفيما يأتي توضيحا لهذه العناصر:

1) المدخلات: (Inputs) يعتمد كل نظام على مدخلات معينة هي تلك التي ينصب عليها نشاط النظام وعملياته وتكون حصرا على نوعين في جميع الأنظمة هما المادة فقط أو البيانات فقط أو الإثنان معا، وتأتي هذه المدخلات من مصادر مختلفة ومتنوعة من البيئة المحيطة بالنظام، أو قد تكون مخرجات لنفس النظام عندما تستخدم كمدخلات جديدة من خلال عمليات التغذية العكسية.[2]

ويمكن تقسيم المدخلات إلى ثلاثة أنواع:

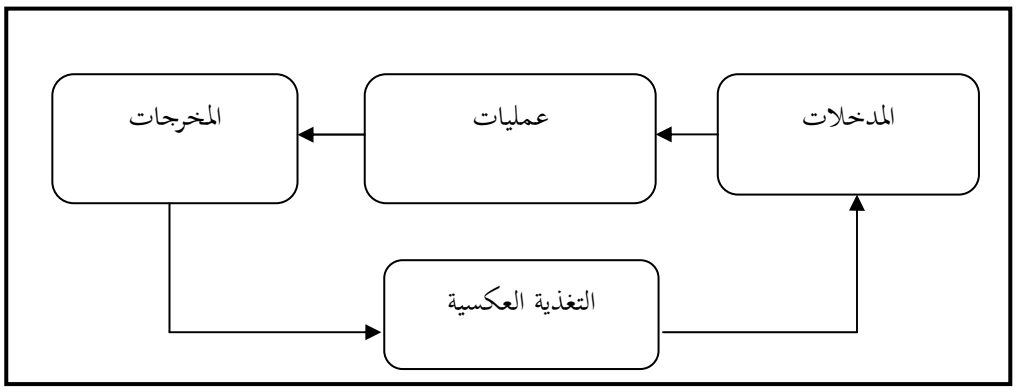
1-1) المدخلات عن طريق التغذية العكسية: (Input the rough feedback) وتتمثل المدخلات عن طريق التغذية العكسية في إعادة استخدام جزء من مخرجات النظام كمدخلات له عادة ما تتمثل مدخلات من التغذية العكسية نسبة ضئيلة من مخرجات النظام[3] والشكل التالي يوضح ذلك.

[1] خالد قاشي، **نظام المعلومات التسويقية(مدخل اتخاذ القرار)**، بدون طبعة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2014، ص ص49، 50.

[2] محمد عبد حسين آل فرج الطائي، **المدخل إلى نظم المعلومات الإدارية**، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص19.

[3] ابراهيم السلطان، **نظم المعلومات الإدارية(مدخل النظم)**، بدون طبعة، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2005، ص23.

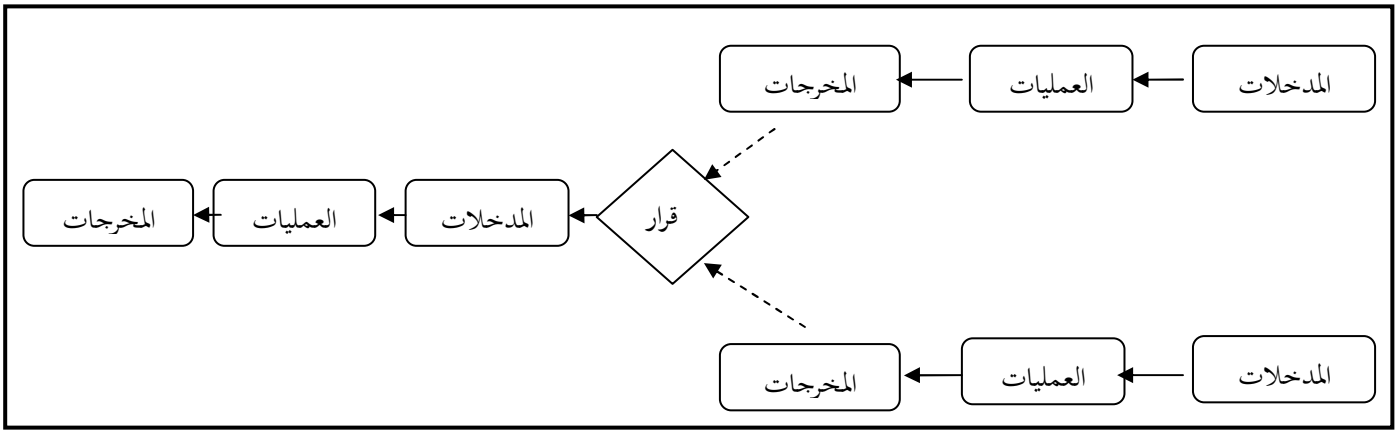
الشكل رقم (1-1): المدخلات عن طريق التغذية العكسية



المصدر: ابراهيم السلطان، ،مرجع سابق، ص23

1-2)المدخلات العشوائية: (**Random Inputs**) وهي المدخلات التي تسلمها النظام بطريقة غير منظمة، وهي عبارة عن مدخلات يتم احتمالها، وهي تعبر على مجموعة من البدائل بشأن قرار ما ويتم دراسة مختلف البدائل واستعمال نتائج الدراسة كمدخلات للنظام الذي يدرس القرار المطلوب.[1] والشكل التالي يوضح ذلك.

الشكل رقم (1-2): المدخلات العشوائية



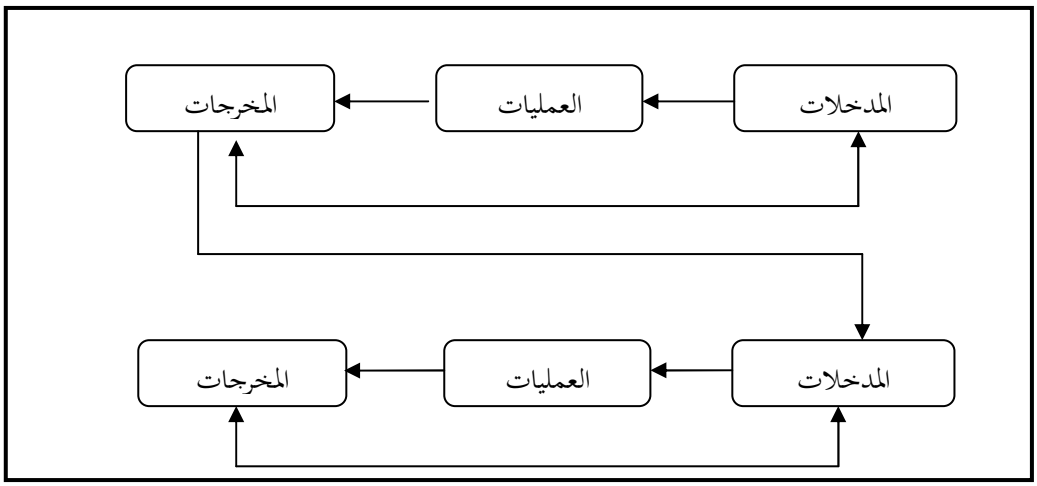
المصدر: ابراهيم السلطان، مرجع سابق، ص23.

1-3)المدخلات التتابعية: (**Serial Inputs**) هي مدخلات تتكامل وتتفاعل مع بعضها لينتج عنها نظام وهذا النظام يتكامل ويتفاعل بدوره مع أنظمة جزيئية أخرى، كعلاقة نظام المشتريات بنظام الإنتاج، لو

[1] عبد الرحمان الصباح، **نظم المعلومات الإدارية**، بدون طبعة، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 1998، ص152.

لا تتابعهما لما كان هناك نظام كلي وعادة ما تسمى هذه المدخلات محددة المسار، كما أنها قد تأتي من البيئة الخارجية للنظام.[1] والشكل التالي يوضح ذلك.

الشكل رقم (1-3): المدخلات التتابعية



المصدر: عبد الرحمان الصباح، مرجع سابق، ص153.

2) العمليات التحويلية: (**Transformation Processes**) تتضمن إجراءات المعالجة التي تحول المدخلات إلى مخرجات، أي القيام بمعالجتها عن طريق الآلة أو الإنسان أو معا، وقد تكون هذه العمليات غير واضحة لذلك يطلق عليها تسمية العلبة السوداء، مثل العمليات التصنيعية والحسابات الرياضية.[2]

3) المخرجات: (**Outputs**) تمثل المخرجات ناتج عملية تحويل المدخلات، وتعد المخرجات الأداة التي يمكن من خلالها التحقق من أداء النظام أي قدرته على تحقيق أهدافه، فهناك مخرجات تستخدمها أنظمة أخرى كمدخلات وهناك مخرجات يستخدمها النظام نفسه، وأخيرا هناك مخرجات يتخلص منها النظام.[3]

التغذية العكسية: (**Feedback**) لأجل تحقيق الانتظام في فعاليات النظام والرقابة عليه لابد من وجود عنصر التغذية العكسية الذي يتولى مهمة المقارنة بين مخرجات النظام الفعلية وبين المخرجات المخططة والمحددة مسبقا إذ أن وجود أية اختلافات بينهما يحتم استخدام مدخلات جديدة أو إجراء تعديلات في عمليات

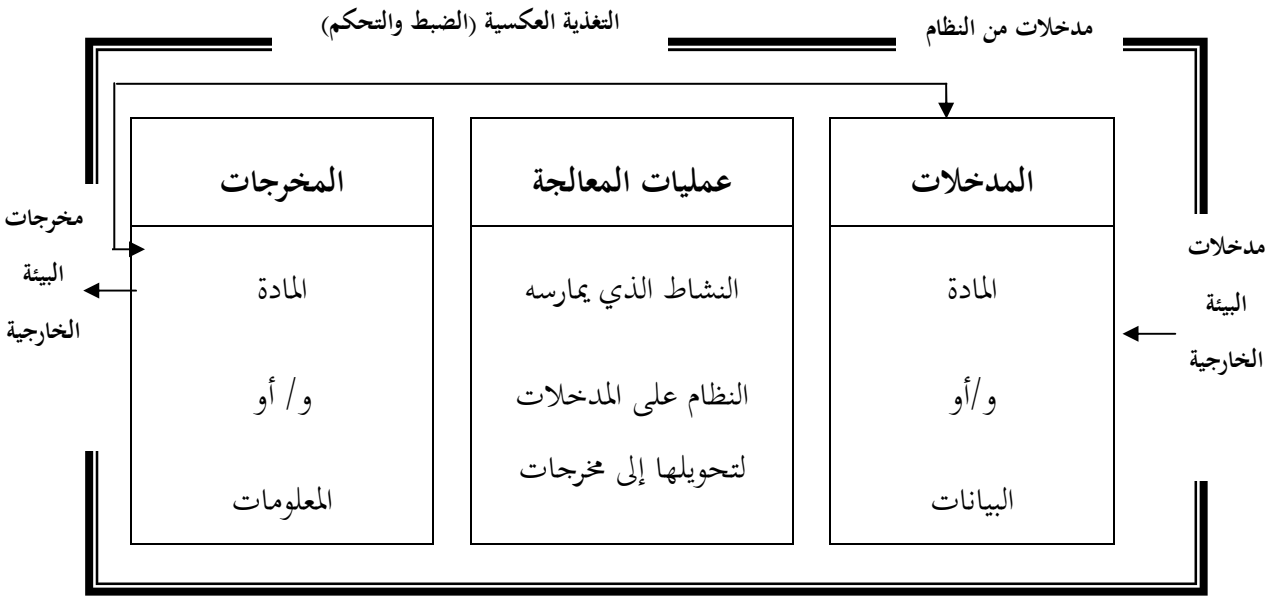
[1] عبد الرحمان الصباح، نفس المرجع، ص153.

[2] فايز جمعة صالح النجار، **نظم المعلومات الإدارية**، بدون طبعة، دار الجامد للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص18.

[3] العثماني مصطفى، **نظم المعلومات ودوره في تفعيل الرقابة الجبائية(دراسة حالة الجزائر)**، رسالة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص مالية ومحاسبة، جامعة المدية، أكتوبر2008، ص25.

المعالجة أو إعادة النظر في المخرجات المخططة للحصول على المخرجات المرغوبة.[1] والشكل التالي يوضح ذلك.

الشكل رقم (1– 4): النموذج الأساسي لعناصر النظام



المصدر: محمد عبد حسين آل فرج الطائي، مرجع سابق، ص20.

ثانيا: أهداف النظام يرتبط وجود أي نظام، بوجود هدف معين أو مجموعة من الأهداف يراد تحقيقها من وجود النظام فأهداف النظام هي المبرر الأساسي لاستمرار وجوده، كما أنها من أهم العوامل المحددة لكيفية تنسيق وتشغيل الموارد وإدارة واستخدام الموارد فمثلا يتمثل الهدف الأساسي للشركات الصناعية والتجارية في مجال الأعمال في تحقيق أفضل مستوى ممكن من الأرباح لذلك يتم استخدام كل الموارد المتاحة لهذه الشركات من آلات وأجهزة وأجزاء وأموال بتنظيم وتنسيق معين لتحقيق أكبر زيادة ممكنة في المبيعات بأقل تكاليف ممكنة بما يحقق أفضل ربح ممكن، وتستخدم الأهداف أيضا في تحديد مدى نجاح أو فشل النظام، فالنظام الناجح هو ذلك النظام الذي يحقق الأهداف المتوقعة منه.[2]

المطلب الثالث: وظائف النظام وأنواعه

يقوم النظام بمجموعة من الوظائف، ويضم مجموعة من الأنواع والتي سنتطرق إليها بالتفصيل مع إعطاء أمثلة.

[1] محمد عبد حسين آل فرج الطائي، مرجع سابق، ص20

[2] أحمد حسين علي حسين، **دليلك في تحليل وتصميم النظم**، بدون طبعة، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2003، ص32.

أولا: وظائف النظام يعتبر النظام ديناميكيا عند قيامه بالوظائف التالية: [1]

1. الإدخال: ينطوي على تجميع العناصر اللازمة لتشغيل النظام، فمثلا لا بد من تجميع المواد الخام والأفراد والبيانات قبل أن يتم التشغيل.

2. التشغيل: ينطوي عل عملية تحويل المدخلات إلى مخرجات مثلا القيام بعمليات حسابية على البيانات.

3. المخرجات: تنطوي على نقل المخرجات الناتجة عن عملية التحويل إلى مقرها النهائي، مثل توزيع التقارير على المستخدمين.

4. التغذية العكسية: وهي تمثل معلومات حول أداء النظام، مثل: صدور معلومات حول أداء الموردين لمدير المبيعات.

ثانيا: أنواع النظام يعد تصنيف النظم أمرا ضروريا وهاما للقيام بتحليل ودراسة النظم ولقد تعددت المعايير والأسس المستخدمة في تصنيف النظام فيمكن استخدام معيار التعقد أو استخدام معياري التعقد والتنبؤية أو استخدام خصائص النظم ومجالاتها، وفيما يلي عرض لأنواع النظم اعتمادا على خصائصها ومجالات وجودها.[2]

1) حسب مصدر التكوين: تقسم حسب هذا المصدر إلى النظم الطبيعية وهي من خلق المولى عز وجل فالكائنات الحية والكون تعتبر أمثلة واضحة للأنظمة الطبيعية.

أما النظم الاصطناعية فهي التي تم تصميمها وتشغيلها بواسطة الإنسان، مثل: نظم الحاسوب.[3]

2) حسب علاقة النظم مع البيئة: تقسم إلى النظام المفتوح ويعرف بأنه ذلك النظام الذي يتفاعل مع بيئة خارجية يؤثر فيها ويتأثر بها تأثرا فاعلا، ويستمد هذا النوع مدخلاته من البيئة لاستمراره وقيامه بتأدية وظيفته والمدخلات الإحلالية كذلك لاستمرار أدائه وتطويره فضلا عن المدخلات البيئية التي تؤثر خارجيا على عملياته، ومن ناحية أخرى فإن النظام المفتوح تؤثر مخرجاته على البيئة التي تحتويه، فمخرجات النظام تمثل مدخلات البيئة، ومن أمثلة النظام المفتوح مؤسسة إنتاجية.

---

[1] سونيا محمد البكري، إبراهيم سلطان، **نظم المعلومات الإدارية**، بدون طبعة، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2001، ص87.

[2] أحمد فوزي ملوخية، **نظم المعلومات الإدارية**، بدون طبعة، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2002، ص 29.

[3] فايز جمعة صالح النجار، مرجع سابق ، ص 08.

أما النظام المغلق فهو ذلك النظام الذي لا يتفاعل مع البيئة الخارجية ولا يؤثر فيها ولا يتأثر بها ومن ثم فإنه ليس له مخرجات إليها أو مخلات منها، وهو يندر وجوده في الحياة مثال على ذلك الساعة.[1]

3) حسب المنشأة: من خلال هذا المعيار يمكننا تقسيمها إلى النظم المحسوسة التي تتكون من مجموعة من العناصر الطبيعية أو الاصطناعية المحوسبة، مثل: نظم الحاسوب، نظم الري...إلخ

أما النظم المجردة فهي النظم التي لا يمكن لمسها إنما يمكن تصورها عقليا، مثل: نظام العد المعادلات الجبرية الإجراءات النظرية النسبية...إلخ

4) النظم الثابتة والمتغيرة: إن النظام الثابت هو النظام الذي يعمل ضمن آليات محددة سلفا وبشكل شبه مطلق، ويمكن التنبؤ بسلوكه مستقبلا بدقة، مثل: النظام الكوني، نظام البرنامج الحاسوبي...الخ.

أما النظام المتغير فهو النظام الذي يعمل وفق آلية معينة ثابتة وبشكل مستمر ولا يمكن التنبؤ بسلوكه مستقبلا بشكل حتمي، مثل: النظم الإدارية والمالية والاجتماعية. [2]

المطلب الرابع: بيئة وحدود النظام

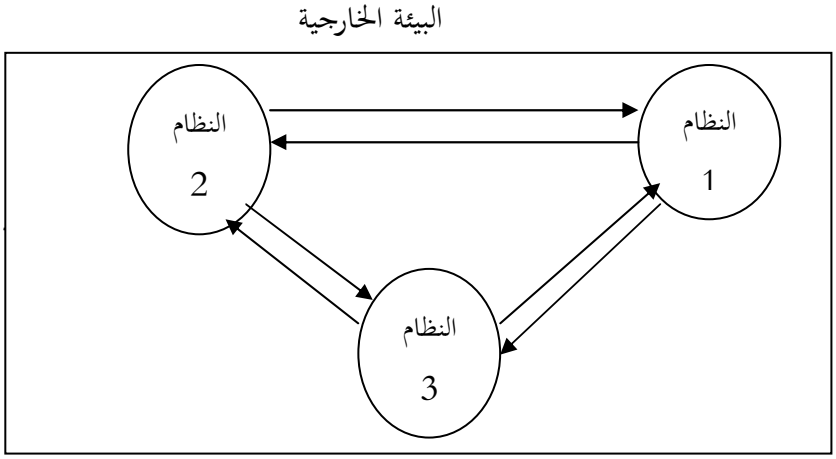
تتمثل بيئة النظام في المجال المحيط بالنظام والمجتمع الذي يعمل فيه النظام ويتفاعل مع وحداته ونظمه الأخرى أما حدود النظام فتتمثل في الخطوط المحددة للنظم وتفصله عن البيئة التي يعمل فيها، وبصفة عامة غالبا ما يصعب تحديد حد فاصل بين بيئة النظام وبين حدوده لأنه لا يمكن التحديد القاطع للنقاط التي ينتهي عندها النظام(الحدود) وبداية البيئة التي يعمل فيها، إلا أنه من ناحية أخرى، لابد من وجود حدود واضحة للنظام تظهره كوحدة متميزة في البيئة التي يعمل فيها وعادة ما يتم تحديد حدود النظام بالرجوع إلى الأهداف التي يراد تحقيقها من وجوده فمثلا، هدف تحقيق أفضل ربح ممكن يجعل حدود النظام ممثلة في الإطار أو الحيز الذي يسمح ويتسع لوجود كل الموارد المطلوبة لتحقيق هذا الهدف.[3] و في الشكل الموالي توضيح لذلك.

[1] حكمت أحمد الراوي، **نظم المعلومات المحاسبية والمنظمة**، بدون طبعة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2000، ص38.

[2] فايز جمعة صالح النجار، مرجع سابق ، ص 08.

[3] أحمد حسين علي حسين، **دليلك في تحليل وتصميم النظم**، مرجع سابق، ص34

الشكل رقم (1-5): حدود النظام وبيئته



المصدر: سيد محمد جاد الرب، **نظم المعلومات الإدارية (الأساسيات والتطبيقات الإدارية)**، بدون طبعة، بدون دار نشر ، مصر، 2014 ص27.

المبحث الثاني: مفاهيم أساسية حول المعلومات

تمثل المعلومات عنصر هاما في حياتنا المعاصرة، فقد أصبحت موردا استراتيجيا تعتمد عليه المنظمات في مواجهة ظروف المنافسة ولهذا يجب على أي منظمة إن يتوافر لديها نظام يمكن من خلاله توفير ما تحتاج إليه من معلومات تساعد في صنع القرارات وهذا يزيد من فاعلية المنظمات ويساعدها في الاستمرار وكذلك يزيد من إمكانية المنظمة في التعامل الخارجي.

المطلب الأول: تعريف البيانات والمعلومات والعلاقة بينهما

كثيرا ما يقع الخلط بين مفهومي المعلومات (Information) والبيانات (Data) مما يستدعي ضرورة توضيح مفهوم كل منهما وتحديد طبيعة العلاقة بينهما.

أولا: تعريف البيانات

التعريف الأول: تعرف البيانات على أنها: "أي شيء يمكن أن يعطي معنى فيمكن أن تكون الأرقام، ملامح الوجه، الألوان، الأحداث والكلمات بيانات لأنها إذا عولجت بطريقة معينة يمكن أن نعطيها معنى."[1]

التعريف الثاني: كما أضاف آخر بأن البيانات عبارة عن: "مواد وحقائق خام أولية ليست ذات قيمة بشكلها الأولي هذا ما لم تتحول إلى معلومات مفهومة ومفيدة".[2]

[1] علاء فرج الطاهر، **إدارة المعلومات والمعرفة**، الطبعة الأولى، دار الراية للنشر والتوزيع، عمان، 2010، ص36.

[2] عامر إبراهيم قنديلجي، **نظم المعلومات الإدارية**، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص35.

التعريف الثالث: البيانات هي: "عبارة عن الحروف، الجمل، العبارات، الأرقام والرموز غير المنظمة وغير المرتبطة بموضوع واحد، والتي لا يستفاد منها في شكلها الحالي إلا بعد تطويرها من خلال عمليات التحليل والشرح، والتي إذا فرزت وصنفت وبوبت ونظمت فإن هذه البيانات تحولت إلى معلومات. "[1]

التعريف الرابع: "قد نجد البيانات في أشكال مختلفة (كلمات، أعداد، صور، أصوات...)[2]

من خلال هذه التعاريف نرى أن البيانات هي مواد خام غير معالجة وليست ذات قيمة بهذا الشكل.

ثانيا: تعريف المعلومات

المعلومات لفظ مشتق من مادة "علم"و تدور مشتقاتها في نطاق العقل ووظائفه، والمفرد منها "المعلومة".[3]

قد حظي مصطلح المعلومات بمجموعة من التعاريف والتي سنوجزها في ما يلي:

التعريف الأول: تعرف المعلومات بأنّها: "بيانات تم تصنيفها وتنظيمها بشكل يسمح باستخدامها والاستفادة منها أي أنها بيانات معالجة."[4]

التعريف الثاني: كما عرفت: "البيانات التي خضعت للمعالجة والتحليل والتفسير بهدف استخراج المقارنات والمؤشرات والعلاقات التي تربط الحقائق والأفكار والظواهر بعضها ببعض"[5]

التعريف الثالث: المعلومات هي "ناتج تشغيل البيانات التي تصف أحداث العمليات التي تقع في المنظمة وإخراجها في شكل له معنى للمستفيد، وبما يتفق مع احتياجاته والفائدة المنتظرة من هذه المعلومات."[6]

التعريف الرابع: المعلومات هي كمية قابلة للقياس يقيس المعلومات احتمال وجود رسالة وفقا لدرجة من احتمال كل عنصر يشير إلى هذه رسالة.[7]

من خلال هذه التعاريف نرى أن أغلبية المؤلفين يتفق في هذا المجال أن المعلومات هي بيانات تمت معالجتها لكي تصبح ذات منفعة لطرف ما.

---

[1] إيمان فاضل السمرائي، هيثم محمد الزعبي، **نظم المعلومات الإدارية**، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص24.

[2] Annelise couleau_dupont,**système d'information de gestion**,3 éme édition,nathan ,paris,2012,p10.

[3] جمال يوسف، **اتجاهات حديثة في إدارة المعرفة والمعلومات**، الطبعة الأولى، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، عمان، 2010، ص123.

[4] محمد عبد العليم صابر، **نظم المعلومات الإدارية**، بدون طبعة، دار الفكر الجامعي للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2006، ص36.

[5] سليم ابراهيم الحسنية، **نظم المعلومات الإدارية**، الطبعة الثانية، دار الوراق للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2002، ص39.

[6] أيمن أحمد، إبراهيم العمري، **أثر نظم المعلومات الإدارية المحوسبة على أداء العاملين**، رسالة الماجستير، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية غزة، 2009، ص13.

[7] Patrick Hubert ,**système d'information de gestion**, l'extenso ,paris,2009,p24.

ثالثا: العلاقة بين البيانات والمعلومات

تعتبر البيانات المادة الخام لإنتاج المعلومات، وإذا طبقنا مفهوم النظام على تلك العلاقة، فإن البيانات تمثل مدخلات يتم معالجتها للحصول على المخرجات التي هي عبارة عن المعلومات التي ينتجها النظام، [1] ويتم التفريق بين البيانات والمعلومات حسب معيارين أساسيين هما: [2]

1. معيار الإضافة المعرفية: إذا أدت البيانات إلى إضافة معرفية لدى الشخص المتلقي(المستفيد) تحولت إلى معلومات، وإلا فهي تصنف في إطار البيانات، كذلك ما يعتبره شخص ما بيانات يمكن أن يعتبره شخص آخر معلومات والعكس؛

2. معيار الإرتباط: حتى تتحول البيانات إلى معلومات يجب أن ترتبط هذه البيانات بمشكلة معينة أو حدث معين يتم اتخاذ القرار بشأنه من قبل المتلقي فالبيانات تعد معلومات إذا كانت تؤثر في القرار المتخذ، فهي إما أن تؤدي إلى اتخاذ قرار سليم، أو تؤدي إلى تغيير القرار وتعديله، لذلك ما يعتبر بيانات في فترة زمنية معينة يمكن أن يصبح معلومات في أوقات أخرى.

ما يمكن استنتاجه من خلال هذين المعيارين أنه بإمكاننا التفرقة بين البيانات والمعلومات من خلال عدة مجالات، وهذا ما يوضحه الجدول التالي.

الجدول رقم (1-1): جدول يوضح مقارنة بين البيانات والمعلومات

مجال التفرقة	البيانات	المعلومات
الترتيب	غير منظمة في الهيكل التنظيمي	منظمة في الهيكل التنظيمي
درجة التفسير	تمثل أرقاما أو أعدادا غير مفسرة	تمثل أرقاما وأعدادا مفسرة
موقعها في النظام	تمثل مدخلات النظام	تمثل مخرجات النظام
اعتمادها في اتخاذ القرارات	لا يمكن اتخاذ قرار بناء عليها	يمكن اتخاذ قرار بناء عليها
المعالجة	أرقاما غير تامة المعالجة	أرقام تامة المعالجة بواسطة النظام
مصادرها	متعددة المصادر	محدودة المصادر
الدقة	منخفضة الدقة	عالية الدقة

المصدر: محمد الصيرفي، **مبادئ التسويق"دراسة نظرية وتطبيقية"**، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2005، ص10

[1] هاشم أحمد عطية، **نظم المعلومات المحاسبية**، بدون طبعة، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2000، ص10.

[2] قاسم عبد الرزاق محمد، **تحليل وتصميم نظم المعلومات المحاسبية**، بدون طبعة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص 12.

المطلب الثاني: خصائص وأنواع المعلومات

من التعاريف المقدمة سابقا نستنتج أن للمعلومات خصائص وأهمية، ولكل مستوى إداري نوع من المعلومة لذا سنعرضها في هذا المطلب.

أولا: خصائص المعلومات

من المؤكد أن المعلومات تدعم عملية صنع القرارات في المنظمة، وتقلل من درجة عدم التأكد ولكي تحقق الفائدة المرجوة منها يجب أن تتصف بالخصائص التالية:

1. الدقة (Accuracy): تتحدد درجة دقة المعلومة بمدى تمثيلها للموقف والحدث الذي يصفه فتكون خالية من الأخطاء ومستندة إلى حقائق وثوابت، حيث لا تتوقف درجة الدقة المطلوبة في المعلومات على احتياجات المستخدم وطبيعة المشكل؛[1]

2. الملائمة (Relevance): بمعنى أن تتلاءم المعلومات مع الغرض الذي أعدت من أجله ويمكن الحكم على مدى ملائمة أو عدم ملائمة المعلومات بكيفية تأثير هذه المعلومات على سلوك مستخدميها، فالمعلومات الملائمة هي تلك التي ستؤثر على متخذ القرار وتجعله يعطي قرار يختلف عن ذلك القرار الذي كان يمكن اتخاذه؛ [2]

3. الوضوح (Clarity): وهي عبارة عن خلو المعلومة من الغموض بحيث تكون واضحة ومنسقة دون تعارض أو تناقض؛[3]

4. التوقيت المناسب (Suitable Time): بمعنى أن تكون المعلومات متاحة للمستخدم عند الحاجة إليها فعلا في اتخاذ قرار معين، أو عند الرغبة في استخدامها، أي التمكن من توفير المعلومات بسرعة كافية، ومن المظاهر التي تدل على عدم وقتية المعلومات ما يلي: [4]

- ✓ تراكم البيانات غير المعالجة؛
- ✓ طول الفترة الزمنية بين طلب المعلومات والحصول عليها؛
- ✓ تزايد الشكاوى من تأخر وصول التقارير التي يجب أن يعدلها النظام.

---

[1] إيمان فاضل السامرائي، هيثم محمد الزعبي، مرجع سابق ، ص27

[2] أحمد حسين علي حسين، **نظم المعلومات المحاسبية**، بدون طبعة، مكتبة الإشعاع الفنية للنشر والتوزيع، مصر، 2004، ص26

[3] عدنان عواد الشوابكة، **دور نظم وتكنولوجيا المعلومات في اتخاذ القرارات الإدارية**، بدون طبعة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان 2011، ص93

[4] إيمان فاضل السامرائي، هيثم محمد الزعبي، مرجع سابق ، ص 28.

5. الشمولية (Comprehensiveness): بمعنى أن تكون المعلومات المقدمة معلومات كاملة تغطي كافة جوانب اهتمامات مستخدميها أو جوانب المشكلة المراد أن يتخذ بشأنها قرار، كما يجب أن تكون هذه المعلومات في شكلها النهائي، بحيث لا يضطر مستخدمها إلى إجراء بعض عمليات تشغيل إضافية حتى يحصل على معلومات إضافية؛[1]

6. الموضوعية (Objectivité): وتشير الموضوعية في المعلومات إلى الخلو من التحيز؛

7. القابلية للتعبير الكمي (Quantifiable): أي إمكانية التعبير عن المعلومات بالأرقام والنماذج الكمية إذا لزم الأمر؛[2]

8. **المرونة (Flixibility)**: تعتبر المعلومة متميزة بناءا على مدى قابليتها للاستخدام من قبل أكثر من مستفيد وفي أكثر من تطبيق، وقابليتها لتلبية الاحتياجات المختلفة لجميع المستخدمين النهائيين؛

9. مبررة إقتصاديا (Economically justified): أن تكون تكلفة الحصول المعلومات الخاصة باتخاذ القرار أقل من المردود الفعلي لنتائج الحصول على المعلومات أي أن العائد المتوقع من المعلومات يجب أن يكون أكبر من تكلفة الحصول عليها والتكاليف المعنوية؛[3]

ثانيا: أنواع المعلومات

يختلف تصنيف المعلومات من مستخدم لآخر ومن منظمة إلى أخرى لذا وردت عدة تقسيمات للمعلومات إذ يمكن تصنيف المعلومات وفقا للمعايير التالية:

1. درجة الرسمية: وفقا لدرجة الرسمية فهناك معلومات رسمية وغير رسمية، فالمعلومات الرسمية هي كل المعلومات التي تخرجها وتقدمها نظم المعلومات داخل المنظمة(كالقوائم المالية، الفواتير...).

أما المعلومات غير الرسمية فهي التي تأتي من خارج نظم المعلومات الخاصة بالمنظمة وتتضمن الآراء والأفكار والخبرات الشخصية والإشاعات وغير ذلك؛[4]

---

[1] العيد فراحتية، **دور نظم المعلومات التسويقية في التخطيط للنشاط التسويقي والرقابة عليها(دراسة حالة مطاحن الحضنة بالمسيلة)** رسالة الماجستير، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، فرع التسويق، جامعة المسيلة، 2006/2005، ص21.

[2] إدريس ثابت عبد الرحمان، **نظم المعلومات في المنظمات المعاصرة**، بدون طبعة، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2005 ص81.

[3] عدنان عواد الشوابكة، مرجع سابق ، ص ص93، 94.

[4] إبراهيم سلطان، مرجع سابق ، ص57.

2. مصدر المعلومة: هناك مصدرين للمعلومات فأما أن تكون داخلية أو خارجية فالمعلومات عن عملية المنشأة تعد معلومات داخلية، أما المعلومات من البيئة الخارجية فهي معلومات خارجية؛

3. معلومات أولية وثانوية: فالمعلومات الأولية هي التي جمعت لأول مرة، أما المعلومات الثانوية فهي تلك التي قامت المنظمة أو أي طرف آخر بجمعها وتخزينها مسبقا؛[1]

4. درجة التغير: فالمعلومات قد تكون ثابتة أي أنها دائمة ولا تتغير، فمثلا مصلحة الأحوال المدنية لديها معلومات عن أسماء المواطنين وتواريخ ميلادهم تعتبر ثابتة لا تتغير، في حين قد تكون المعلومات متغيرة مع مرور الزمن أي مؤقتة نتيجة لعدة عوامل، مثل عدد السكان وعناوين السكن والحالة الاجتماعية والوظيفة للمواطنين؛ [2]

5. حسب المستوى الإداري: تنقسم الإدارة في الغالب إلى ثلاث مستويات وهي الإدارة الإستراتيجية (الإدارة العليا)، الإدارة التكتيكية (الإدارة الوسطى)، الإدارة التشغيلية (الإدارة الدنيا)، حيث يتطلب كل مستوى إداري نوع خاص به من المعلومات وهي: [3]

✓ **المعلومات الإستراتيجية:** المعلومات التي تغطي فترة زمنية مستقبلية طويلة نسبيا، حيث تصف أهداف المؤسسة واستراتيجيها والموارد اللازمة لبلوغ هذه الأهداف، تحديد الفعاليات والسياسات...إلخ.

تتضمن التنبؤات والتقديرات المستقبلية لمختلف المتغيرات الاقتصادية، وتكون عادة ذات طبيعة عامة وملخصة وتمثل الاتجاه العام، وهي ليست بالضرورة تفصيلية ودقيقة، ومن الأمثلة على هذه المعلومات تلك الخاصة بتحديد مواقع المشروعات مصادر رأس المال، أنواع المنتجات...إلخ

✓ **المعلومات التكتيكية:** هي المعلومات التي تغطي فترة زمنية متوسطة، وتتعلق بتنفيذ مختلف الأنشطة الوظيفية في المؤسسة، كالإنتاج، المشتريات، المبيعات وذلك حسب الاستراتيجيات الموضوعة من قبل الإدارة

---

[1] السالمي علاء، عثمان الكيلاني، البياني هلال، **أساسيات نظم المعلومات الإدارية**، الطبعة الثانية، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، 2003 ص16.

[2] فيصل سايغي، **أنظمة المعلومات استخداماتها، فوائدها وتأثيرها على تنافسية المؤسسة(دراسة حالة مؤسسة منطقة تبسة)**، رسالة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص إدارة أعمال، جامعة باتنة، 2009/2008، ص47

[3] مرمى مراد، **أهمية نظم المعلومات الإدارية كأداة للتحليل البيئي في المؤسسات الصغيرة والمتوسطة(دراسة حالة شركة Chiali Profiplast بسطيف)**، رسالة الماجستير، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسات الصغيرة والمتوسطة، جامعة فرحات عباس، سطيف 2010/2009، ص ص21، 22.

العليا؛أي أنها تتركز حول وصف الخطط التكتيكية الضرورية لتنفيذ إستراتيجية معينة؛ ومن الأمثلة على ذلك المعلومات الخاصة باختيار وتدريب الأفراد، جدولة الإنتاج.

✓ **المعلومات التشغيلية:** هي المعلومات التي تتعلق بالعمليات اليومية التي تتم داخل المؤسسة، حيث يجب توفير معلومات تفصيلية ودقيقة وبصفة مستمرة ومتكررة عن جميع أوجه النشاط في المؤسسة، مثال ذلك المعلومات المتعلقة بحضور وانصراف الأفراد، أنواع وكميات السلع المنتجة والمباعة...إلخ

والجدول الموالي يبين الإختلاف بين المعلومات حسب المستوى الإداري وفقا لعدة معايير.

الجدول رقم (1-2): الإختلاف بين المعلومات حسب المستوى الإداري

الأبعاد / نوع المعلومة	نوع القرار	المستفيد	مصادر المعلومة	درجة التعقيد	البعد الزمني	درجة الوضوح	السرعة	الإستخدام
المعلومة الإستراتيجية	استراتجي	الإدارة الإستراتيجية	البيئة الخارجية بالدرجة الأولى+البيئة الداخلية	معقدة	المستقبل	قليلة الوضوح	بطيئة	صياغة وتطبيق إستراتيجية الأعمال
المعلومة التكتيكية	تكتيكي	الإدارة التكتيكية	البيئة الداخلية بالدرجة الأولى	أقل تعقيدا	الحاضر+المستقبل القريب	واضحة نسبيا	أكثر سرعة	الإستراتيجيات الوظيفية
المعلومة التشغيلية	تشغيلي	الإدارة التشغيلية	البيئة الداخلية	غير معقدة	الحاضر	واضحة	سريعة	الخطط التشغيلية

المصدر: مرمى مراد، مرجع سابق، ص 22

المطلب الثالث: مصادر جمع المعلومات ومراحل إنتاجها

من خلال هذا المطلب سنتطرق إلى كل من مصادر جمع المعلومات ومراحل إنتاجها

أولا: مصادر جمع المعلومات تحصل المؤسسة على المعلومات من عدة مصادرها والتي يمكن توضيحها كما يلي:

1. المصادر الثانوية: هي البيانات التي يتم تجميعها وتحضيرها في أوقات سابقة من قبل جهات أخرى وتم تعميمها لتكون جاهزة للاستخدام من قبل الأفراد والمؤسسات في أي وقت، والتي تشمل ما يلي: [1]

[1] عبد الرحمان توفيق، **بحوث التسويق ودراسة السوق**، الطبعة الخامسة، مركز الخبرات المهنية للنشر والتوزيع، القاهرة، 2008، ص49.

1-1)الحكومة: تقوم الحكومات بعمل دراسات ونشر معلومات كثيرة تفيد الباحثين في مجالات مختلفة ومن أمثلة ذلك الإحصاءات التجارية وتعداد السكان والعمالة والنشاط الزراعي والأجور والأسعار...إلخ، ويعتبر هذا المصدر من أقل مصادر المعلومات تكلفة؛

1-2)الإتحادات المهنية والتجارية والإدارية: وتعتبر هذه الاتحادات من أحسن مصادر المعلومات لأعضائها ولغيرهم من المهتمين بمجالات نشاطهم؛

1-3)المؤسسات الخاصة: مثل الهيئات الخاصة بالبحوث والهيئات الإستشارية العلمية والبنوك وشركات التأمين؛

1-4)وسائل الإعلام: تقوم عديد من المجلات والجرائد ومحطات الراديو والتليفزيون بنشر بعض المعلومات التي قد لا يجدها الباحث في أي مكان آخر؛

2. المصادر الأولية: بعد استعراض جميع مصادر المعلومات الثانوية يجد الباحث أن المعلومات التي حصل عليها ليست كافية ولهذا فإنه يلجأ إلى جمع البيانات الناقصة من مصادرها الأولية وهذه المصادر تتمثل أساسا في وحدات العينة التي يختارها لتمثل مجتمع البحث الذي يقوم بدراسته، وذلك باستخدام طريقة أو أكثر من الطرق لجمع البيانات والتي تتمثل في: [1]

2_1طريقة المقابلة الشخصية: أي يتم جمع البيانات من وحدات المجتمعات الإحصائية الذين تشملهم الدراسة بشكل مباشر وبموجب استمارات إحصائية (إستبيان) أعدت لهذا الغرض ؛

2_2طريقة التجربة والتسجيل: أي القيام بالتجربة ومن ثم تسجيل النتيجة التي تم توصل إليها؛

2_3طريقة استخدام وسائل الاتصال: أي استخدام الهاتف أو البريد مثلا لجمع المعلومات؛

2_4طريقة المشاهدة الحية(الملاحظة): تعتمد الملاحظة على الحدس والخبرة وكذا اليقظة وأيضا على الترصد لكل ما يحيط بالمؤسسة وذلك لتحصيل كل المعلومات الضرورية لمواجهة مشكلة ما أو اتخاذ قرار معين.

3. المصادر الداخلية: حيث يمكن الحصول على البيانات من السجلات الداخلية بالمنشأة والدفاتر والمستندات والتقارير ومحاضر الجلسات والمذكرات والخطابات المتبادلة بين الإدارات بالإضافة إلى أنه يمكن تجميع البيانات عن طريق مقابلة المديرين والأشخاص المسؤولين بمختلف الإدارات ودراسة نظم المراقبة الداخلية، وعمل قائمة استقصاء داخلية لاستطلاع رأي العاملين بالمنشأة؛

[1] زياد محمد الشرمان، **مقدمة في نظم المعلومات الإدارية**، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص 16.

4. المصادر الخارجية: حيث يمكن الحصول على البيانات من العملاء والموردين ورجال الأعمال المتعاملين مع المنشأة وكذلك البنوك والهيئات والأجهزة الحكومية...إلخ.[1]

ثانيا: مراحل إنتاج المعلومات

يمكن حصر مراحل تحويل البيانات إلى معلومات في عشرة مراحل وهي كالتالي: [2]

1) الحصول على البيانات وتسجيلها (Copturing): تشير هذه العملية إلى تسجيل البيانات التي قد تأتي إما من مصادر داخلية مثل عدد الموظفين، حجم الضرائب، أو من مصادر خارجية مثل أسعار المنافسين أسعار الفائدة...إلخ؛

2) مراجعة البيانات (Verifying): تهدف عملية مراجعة البيانات إلى التأكد من مطابقة البيانات التي تم تسجيلها، للمستندات الأصلية التي تم الحصول على البيانات منها. وتزداد أهمية هذه الخطوة إذا كان تشغيل البيانات يتم باستخدام الحاسب الآلي؛

3) التصنيف (Classifying): تتعلق عملية التصنيف بوضع البيانات بشكل مجموعات متجانسة استنادا إلى معيار معين، كأن يتم تصنيف العاملين في منظمة معينة وفقا لمستوى تعليمهم إلى تعليم متوسط أو عالي؛

4) الترتيب (Arranging): تتعلق هذه العملية بوضع البيانات في ترتيب معين، أو محدد مقدما وبغض النظر عن المعيار المستخدم في الترتيب فإنه إما أن يكون تصاعديا، أو تنازليا. كترتيب أسماء العملاء وفقا لحجم تعاملاتهم؛

5) التلخيص (Summarizing): تهدف عملية التلخيص إلى دمج وجمع مجموعة من البيانات لكي تتوافق واحتياجات مستخدميها. وعادة ما يتم استخدام البيانات الملخصة في المستويات العليا للتنظيم مثل الميزانية العمومية التي تعد تلخيصا لكافة عمليات المنظمة؛

6) العمليات الحسابية والمنطقية (Calculating): تتراوح العمليات الحسابية بين البسيطة والمعقدة، فالعمليات الحسابية البسيطة لا تخرج عن عمليات الجمع والطرح والضرب والقسمة

كاحتساب أجر أحد العمال، في حين تتضمن العمليات الحسابية المعقدة بحوث العمليات والمعادلات الرياضية المعقدة.

[1] هاشم أحمد عطية، مرجع سابق، ص 12.

[2] إدريس ثابت عبد الرحمان، مرجع سابق، ص 42.

أما العمليات المنطقية فهي أيضا بسيطة ومعقدة، فحساب نسبة العمال المستفيدين من دورات تكوينية بسيطة، أما معاملات الارتباط بين مختلف الظواهر فهي معقدة:

7) التخزين (Storing): تهدف عملية التخزين إلى الاحتفاظ بالبيانات بحيث يمكن استرجاعها عند الحاجة إليها؛

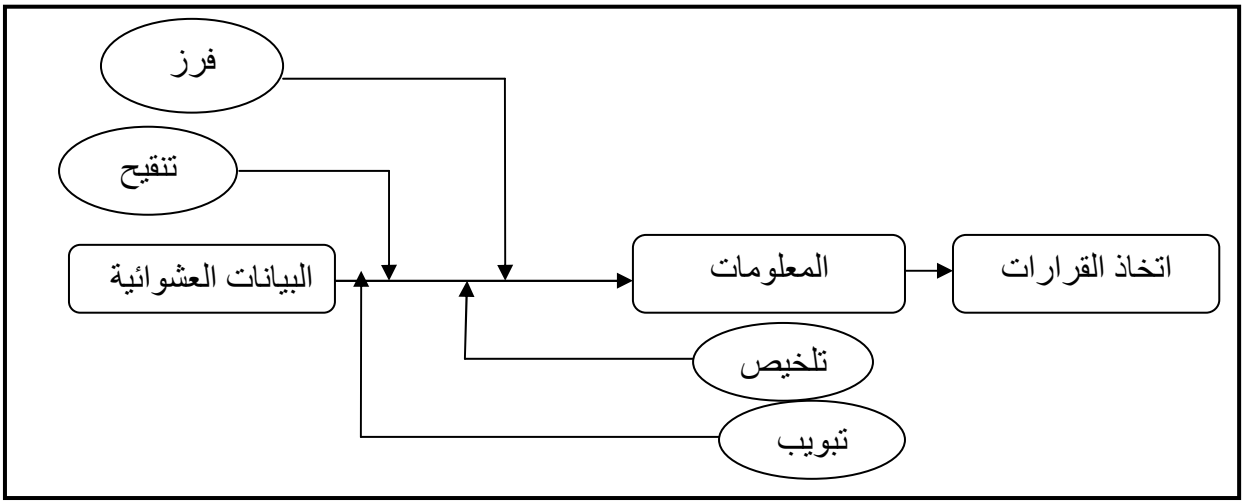
8) الاسترجاع (Retrieving): يقصد بالاسترجاع تنشيط البيانات المخزنة لاستدعائها، وترتبط هذه العملية أصلا باستخدام الحاسب الآلي؛

9) إعادة الإنتاج (Reproducing): تعني هذه العملية نسخ البيانات من وسيلة لأخرى لضمان سلامتها إذا تلفت إحدى وسائل التخزين، كنسخ البيانات من ذاكرة الحاسب إلى الأقراص الليزرية، كما تسير عملية إعادة الإنتاج إلى تقديم البيانات في شكل جديد يساعد على فهمها

فقد يتم تقديم البيانات في شكل تقرير مكتوب أو في شكل رسوم بيانية أو هندسية؛

10) التوزيع والاتصال (Distribution/Communication): يتعلق التوزيع والاتصال بالهدف من تشغيل البيانات ألا وهو تقديم المعلومات لمن يحتاجها. ومن ثم فإن هدف التوزيع والاتصال هو توصيل المعلومات لمستخدميها بالوقت والشكل المناسبين، والشكل التالي يوضح ذلك.

الشكل رقم (1-6): مخطط يوضح كيفية تحويل البيانات إلى معلومات لاتخاذ قرار بصددها



المصدر: العثماني مصطفى، مرجع سابق، ص 28.

من خلال هذا الشكل أو بالأحرى ما نستنتجه من مراحل إنتاج المعلومات هو أنها تمثل دورة حياة البيانات.

المطلب الرابع: جودة وأهمية المعلومات

من خلال هذا المطلب سنتطرق إلى كل من جودة المعلومات وأهميتها.

أولا: جودة المعلومات تتحدد جودة المعلومات بواسطة متخذ القرار وهناك مجموعة من العوامل التي تحدد جودة المعلومات هي: منفعة المعلومات لمستخدميها ودرجة رضا متخذ القرار من المعلومات ومدى وجود أخطاء بالمعلومات وفيما يلي شرح لكل عامل من العوامل التالية:

1) منفعة المعلومات: (**Information Utility**)

يمكن تقييم المعلومات من ناحية المنفعة الناتجة عنها وهناك أربع منافع للمعلومات نوضحها على النحو التالي:[1]

1-1) المنفعة الشكلية (**Form Utility**): تزداد قيمة المعلومات كلما تطابق شكل المعلومات مع متطلبات متخذ القرار في تلك المعلومات؛

1-2) المنفعة الزمنية (**Time Utility**): ترتفع قيمة المعلومات إذا توافرت لدى مستخدميها في الوقت المناسب؛

1-3) المنفعة المكانية (**Place Utility**): تزيد قيمة المعلومات إذا أمكن الحصول عليها بسهولة؛

1-4) الملكية (**Possession**): كلما أمكن لمستخدم المعلومات ممارسة الرقابة على عملية توزيع ونشر هذه المعلومات كلما ازدادت قيمة هذه المعلومات.

حيث أن الحصول على المعلومات يحتاج إلى تكلفة ولذا فإنه عندما تزيد تكلفة الحصول على المعلومات عن قيمة هذه المعلومات فإنه يكون أمام المنظمة بديلين:

- ✓ تستطيع المنظمة زيادة قيمة المعلومات من خلال زيادة درجة صحتها أو من خلال زيادة المنافع المتحصل عليها من المعلومات؛
- ✓ تقليل التكلفة من خلال تخفيض درجة صحة المعلومات أو من خلال التقليل من المنافع المستمدة من هذه المعلومات.

[1] معالي فهمي حيدر، **نظم المعلومات مدخل لتحقيق الميزة التنافسية**، بدون طبعة، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2002 ص20.

2) درجة الرضا عن المعلومات: (Information Satisfaction)

عادة ما يكون من الصعب أن نحكم على المدى الذي ساهمت به المعلومة في تحسين القرار المتخذ، ومن هنا فإن البديل لقياس كفاءة المعلومات هو استخدام مقياس الرضا عن هذه المعلومات من قبل متخذ القرار ويمكن معرفة الرضا أو عدمه من خلال متخذ القرار فإذا كان متخذ القرار يدرك أن نظام المعلومات الموجود لابد وأن يوفر له قدرا معينا من المعلومات ووجدها فإن رضاه عن النظام يتم تدعيمه، أما إذا لم يوفر له النظام المعلومات المطلوبة وجب عليه أن يبحث عنها ويجمعها بنفسه فإن عدم رضائه عن النظام يتم تدعيمه. [1]

3) مدى وجود أخطاء وتحيز: (Errors and Bias)

تتفاوت جودة المعلومات باختلاف حجم الأخطاء، ودرجة التحيز الموجودة بتلك المعلومات ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى وجود أخطاء في المعلومات: [2]

- ✓ استخدام طريقة غير دقيقة في جمع المعلومات؛
- ✓ الفشل في إتباع طريقة سليمة لإعداد البيانات في صورة معلومات؛
- ✓ فقد أجزاء من البيانات أو ترك بعضها دون تشغيل؛
- ✓ استخدام الملف الخاطئ لحفظ المعلومات؛
- ✓ الخطأ في البرامج المستخدمة مع الحاسب لإعداد البيانات؛
- ✓ التزوير المتعمد في البيانات؛
- ✓ الخطأ في عملية تسجيل البيانات.

هذا ويمكن التقليل من الأخطاء التي تحدث في البيانات عن طريق: [3]

- ✓ استخدام أساليب للرقابة والمراجعة الداخلية لاكتشاف الأخطاء في المعلومات؛
- ✓ وضع درجة معينة من الثقة حول صحة البيانات؛
- ✓ وضع مجموعة من القواعد المتعلقة بعمليات القياس والتجميع والإعداد للبيانات.

[1] محمد أحمد حسان، **نظم المعلومات الإدارية**، بدون طبعة، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2008، ص 124.

[2] محمد أحمد حسان، نفس المرجع، ص125.

[3] معالي فهمي حيدر، مرجع سابق، ص 21.

ثانيا:أهمية المعلومات

لم يعد هناك أي شك في أن المعلومات أصبحت في عصرنا الحالي مورداً جديداً ورئيسياً لأي منظمة بغض النظر عن طبيعة نشاطها أو حجمها أو ملكيتها. فالمعلومات هي في الواقع إما موارد بشرية أو موارد مادية.

ولقد أصبحت المعلومات بالنسبة لمنظمات الأعمال المعاصرة والناجحة بمثابة القاعدة الأساسية التي تعتمد عليها لممارسة أعمالها في ظل بيئة الأعمال المتغيرة والمعقدة والتي تحيط بالمنظمة حالياً أو مستقبلاً.

ولقد أكد Fairholm في السنوات المبكرة لعصر المعلومات في عالم الأعمال أهمية المعلومات للمنظمة وذلك عندما أشار إلى أن (تدفق المعلومات هو السبيل للحياة والبقاء والاستمرار بالنسبة للمنظمات، شأنها في ذلك شأن تدفق الدم في جسم الإنسان كضرورة للحياة.) وتمثل المعلومات الأساس المنطقي لعملية اتخاذ القرارات بالنسبة للإدارة الحديثة فلم تعد القرارات التي تتخذها الإدارة على جميع مستوياتها تعتمد فقط على الخبرة أو الحدس أو التخمين. وفى هذا الصدد يرى البعض أن حوالي 90% من القرار الجيد يتمثل في معلومات دقيقة وحوالي 10% فقط أو أقل يتمثل في الخبر، أو الطموحات أو التقديرات الشخصية فالمعلومات هي بمثابة الوقود أو الطاقة اللازمة للإدارة عند أداء وظائفها الإدارية الأساسية من تخطيط وتنظيم وقيادة ورقابة، وعند ممارسة أنشطة المنظمة الأساسية مثل الإنتاج والتسويق والتمويل والموارد البشرية وغيرها.[1]

المبحث الثالث: مضامين نظام المعلومات

يعد بناء نظام المعلومات أمرا حيويا وهاما لعمل المؤسسة، حيث أصبح يقاس به مدى تقدم هذه المؤسسات بمدى جديتها في تطبيق هذه النظم، لذلك فالمشكل المطروح أمام المؤسسات هو كيفية استخدام وتفعيل هذه النظم بحيث تسمح لها بالتماشي مع التطورات الحديثة، لذلك سوف نتطرق في هذا المبحث إلى مفهوم نظم المعلومات، كما سنحاول التعرف على بعض الجوانب التاريخية لظهور هذا المفهوم، وبعدها سنعرض مختلف وظائفه وفي الأخير سنتطرق إلى مختلف أنواع نظم المعلومات.

[1] إسماعيل مناصرية، **دور نظام المعلومات الإدارية في الدفع من فعالية اتخاذ القرارات الإدارية (دراسة حالة الشركة الجزائرية للألمنيوم)** رسالة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، تخصص إدارة أعمال جامعة محمد بوضياف، مسيلة، 2004، ص31.

المطلب الأول: تعريف نظام المعلومات ومراحل تطوره

لقد مر نظام المعلومات بمجموعة من المراحل لذا سنذكر كل مرحلة وما ميزها، بالإضافة إلى ذكر تعريفات هذا المصطلح

أولا: تعريف نظم المعلومات

لا يوجد تعريف واحد لنظام المعلومات، ولا يوجد نظام واحد لكل مؤسسة، فقد يختلف تعريف هذا المصطلح من مؤسسة إلى أخرى كما قد يختلف مضمونه حسب الأهداف المنتظرة منه، لذلك هناك العديد من التعاريف والمفاهيم التي قدمت لنظم المعلومات، ونذكر منها ما يلي:

التعريف الأول: يعرف نظام المعلومات بأنه: "يمكن فهم نظم المعلومات من خلال تفكيك المصطلح إلى عنصرين فرعيين هما: النظم والمعلومات، فالنظام هو كل متكامل من مكونات أو عناصر. والمعلومات هي نتاج معالجة البيانات، أي أنها بيانات تم تنظيمها ولها معنى وقيمة."[1]

التعريف الثاني: يعرف من الناحية الفنية بأنها: " مجموعة من الإجراءات التي تقوم بجمع واسترجاع وتشغيل وتخزين وتوزيع المعلومات لتدعيم اتخاذ القرارات والرقابة في التنظيم."[2]

التعريف الثالث: نظام المعلومات هو: "ارتباط منظم للمكونات التالية (الأفراد، المعدات البرمجيات، شبكة الإتصال، مصادر البيانات، السياسات والإجراءات والتي تخزن، تسترجع، تنقل البيانات ضمن المؤسسة الواحدة."[3]

التعريف الرابع: عرف **Robert Reix** نظام المعلومات أنه: "التجمع المنظم للموارد والأجهزة والبرامج والأفراد والبيانات، والإجراءات التي تمكن من الحصول، معالجة وتخزين ونقل المعلومات."[4]والشكل الموالي يوضح ذلك.

---

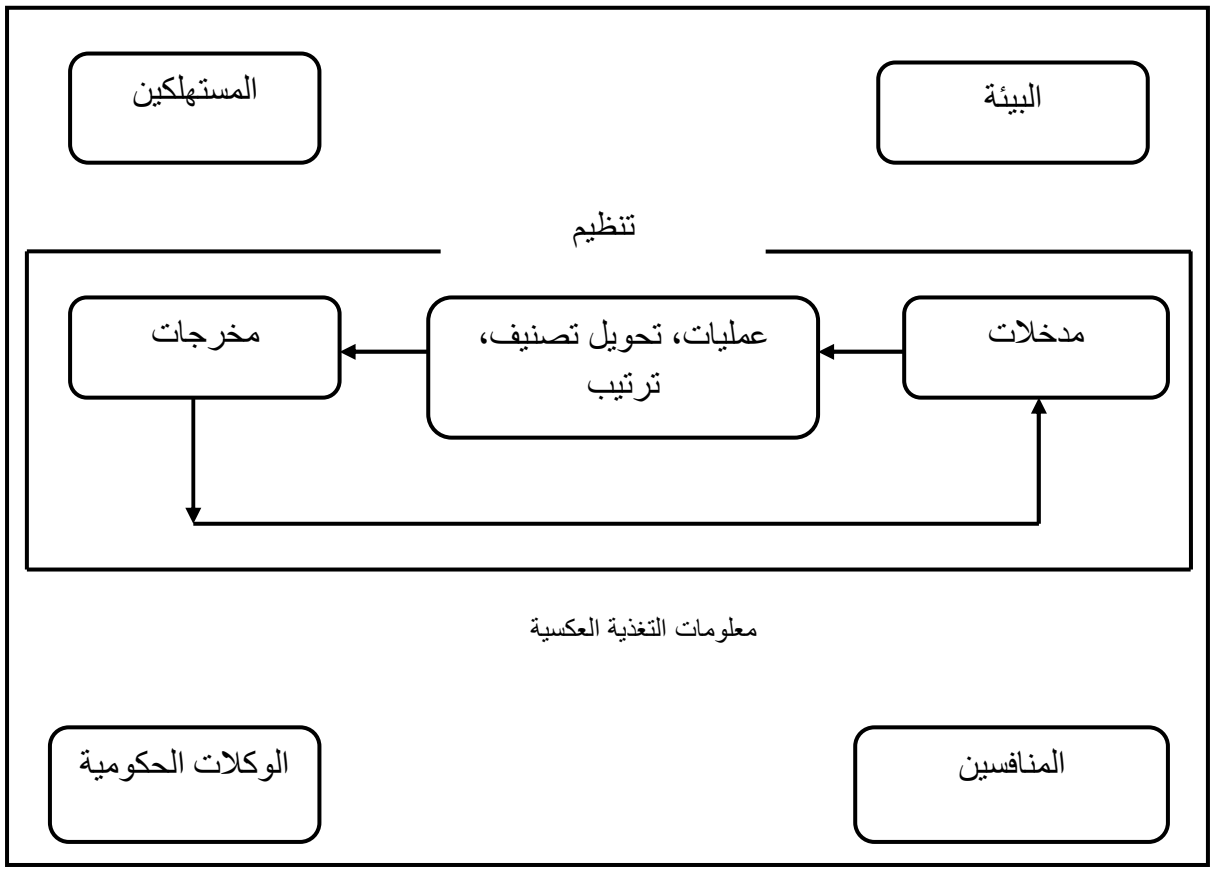
[1] سعد غلب ياسين، **نظم المعلومات الإدارية**، بدون طبعة، دار البازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص21.

[2] سونيا محمد البكري، **نظم المعلومات الإدارية (مفاهيم أساسية)**، بدون طبعة، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2004، ص14.

[3] زياد عبد الكريم القاضي، محمد خليل أبوزلطة، **تصميم نظم المعلومات الإدارية والمحاسبية**، الطبعة الأولى، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، 2010، ص32.

[4] Chantal Morley**, management d'un projet système d'information,** sixième édition, dunod, paris2008, p19

الشكل رقم (1-7): نموذج مبسط لنظام المعلومات



المصدر: محمد الفيومي، أحمد حسين علي حسين، تصميم **وتشغيل نظم المعلومات الإدارية**، دار المعارف للنشر والتوزيع، مصر، 2000 ص09.

ثانيا: مراحل تطور نظام المعلومات مرت نظم المعلومات في تطورها بثلاث مراحل أساسية حيث رافق كل مرحلة تغير واضح في الدور الذي أصبحت تؤديه تلك النظم داخل المؤسسات وفيما يلي نذكر هذه المراحل:[1]

المرحلة الأولى: والتي شهدت أول ظهور للإعلام الآلي امتدت من 1955 إلى نهاية الخمسينات، وقد لوحظ أول استعمالات الإعلام الآلي خاصة في المهام المرتبطة بخزينة المؤسسة كحساب الأجر أو إدخال تعديلات فيما يتعلق بالمزايا الإجمالية للعمال، وكذا أنظمة المعاشات؛

المرحلة الثانية: شملت هذه المرحلة سنوات الستينات والسبعينات، وفيها بدأت المؤسسات في استعمال الإعلام الآلي كنظام معلومات لأغراض الرقابة والتسيير؛

[1] كميليا يزغش، **أثر تكنولوجيا المعلومات والإتصال على التوجهات الإستراتيجية للمؤسسات الصغيرة والمتوسطة(دراسة حالة المطاحن الكبرى لجنوب بسكرة)**، رسالة الماجستير، كلية العلوم التجارية والعلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، فرع علوم التسيير، جامعة بسكرة، 2009 ص69

المرحلة الثالثة: والتي شملت سنوات الثمانينات والتسعينات، حيث شمل نظام المعلومات كل النشاطات الأساسية للمؤسسة.

و لقد شهد نظم المعلومات تطورا عبر الزمن إلى أن تحولت المؤسسات إلى مؤسسات أعمال إلكترونية قائمة على الانترنيت والتجارة الإلكترونية، وهذا النموذج الجديد من المؤسسات يتميز بممارسات تجارية جديدة خلافا لمفهوم التجارة التقليدية التي تقوم على التبادل.

المطلب الثاني: خصائص نظام المعلومات ومكوناته

بعد التطرق لتعريف نظام المعلومات وعرض مراحل تطوره، سنقوم بعرض أهم خصائصه ومكوناته الرئيسة.

أولا: خصائص نظام المعلومات

يمكن إجمال خصائص نظام المعلومات في العناصر التالية: [1]

1) شبكة الاتصال: يشبه نظام المعلومات حالة شبكة الاتصال في أنه يزود بمسارات معلوماتية إلى الكثير من النقاط وهو يساعد المعلومات على التدفق في كل مكان بالمشروع وربما إلى أماكن خارج المشروع؛

2) مراحل تحويل وتوظيف البيانات: تقوم نظم المعلومات بتحويل المدخلات إلى مخرجات وهنا توجد ثلاث مراحل أساسية في هذا التحويل وهي مرحلة الإدخال ومرحلة التشغيل ومرحلة الإخراج، وترتبط هذه المراحل بعدة وظائف أخرى هي الرقابة وإدارة البيانات؛

3) إدخال البيانات وإخراج المعلومات: يتم إدخال البيانات خلال مرحلة الإدخال بينما يتم الحصول على المعلومات في مرحلة الإخراج، وعليه فإن البيانات هي الخامات التي تتحول إلى منتجات معلوماتية كما تنتج المعلومات لمختلف الأهداف والمسمى طرف المستخدمين؛

4) مستخدمو المعلومات: يتم إنتاج المعلومات من نظام المعلومات بالمشروع، وذلك لاستخدامه من طرف المستخدم الداخلي أو الخارجي ويشمل المستخدم الداخلي المديرين والموظفين بالمشروع أما المستخدم الخارجي يشمل كافة الجهات المهتمة خارج المشروع مثل: الدائنين، الموردين وأغلب المنظمات والمؤسسات التي يتم إيصال المعلومات الضرورية لها.

[1] سونيا محمد البكري، مرجع سابق ، ص33.

ثانيا: مكونات نظام المعلومات يتضمن نظام المعلومات على مجموعة من المكونات وهي: [1]

1) المدخلات(Inputs): حيث أن البيانات تشكل مدخلات النظام ولأنها متعلقة بعمليات الوحدة الإقتصادية وبقية الأحداث فيجب أن تجمع وتدخل إلى النظام من أجل عمليات المعالجة اللاحقة، فمثلا نظام المعلومات المحاسبية مدخلاته تتمثل في المستندات والوثائق التي تصور العمليات المالية بين الوحدة الاقتصادية والوحدة المحيطة؛

2) المعالجة (Processing): وهي تمثل الجانب الفني من النظام وهي مجموعة من العمليات الحسابية والتلخيص، التصنيف والفرز التي تجرى على البيانات المدخلة بهدف تحويلها إلى معلومات تقدم للمستفيد النهائي؛

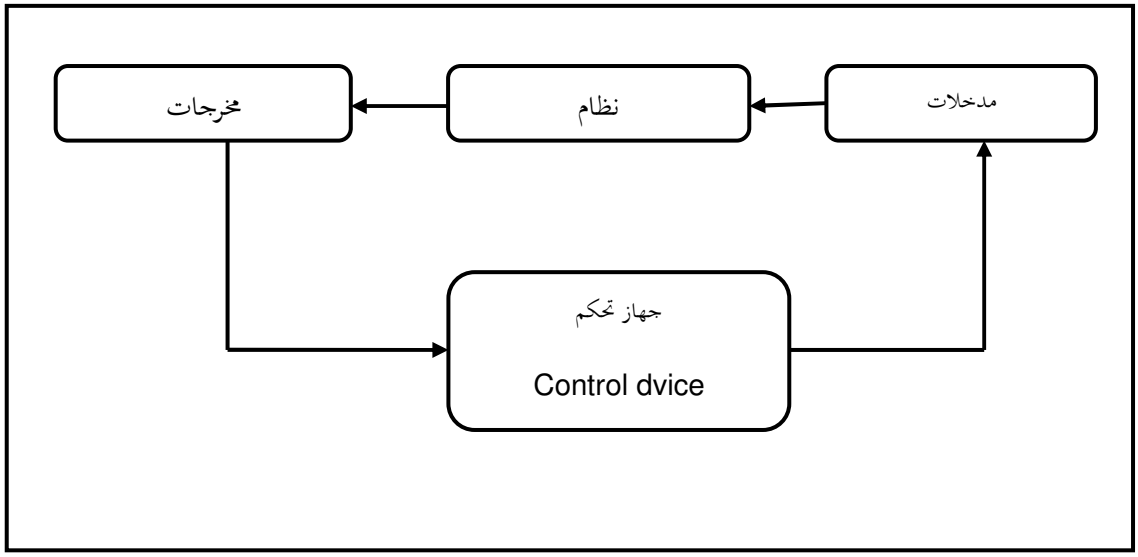
3) الرقابة (control): إن المدخلات والعمليات والمخرجات خاضعة في النظام لعملية الرقابة الداخلية وكذلك إلى عملية الرقابة الخارجية؛

4) المخرجات (Outputs): يتم إيصال المعلومات إلى المستفيدين وفق أشكال متعددة كالتقارير الجداول، القوائم والأشكال البيانية وهذه المعلومات يطلق عليها مخرجات نظام المعلومات حيث أن الهدف الرئيسي لأي نظام معلومات هو إنتاج المعلومات المناسبة للمستفيدين؛

5) التغذية العكسية (Feedback): هي عملية قياس رد فعل المستفيدين على عمل النظام أو أنها نظام تحكم ينظم معدل إدخال المدخلات إلى النظام، ومعدل إخراج المخرجات من النظام، وكذلك معدل إجراء العمليات داخل النظام، حيث تستخدم المدخلات بعض أو المخرجات القادمة عبر جهاز التحكم ويسمى الجزء العائد من المخرجات إلى المدخلات بهذه الطريقة بالتغذية العكسية (التغذية الراجعة). والشكل الموالي يوضح ذلك

[1] إبراهيم الجزراوي، عامر الجنابي، **أساسيات نظم المعلومات المحاسبية**، بدون طبعة، اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص21.

الشكل رقم (1-8): التغذية الراجعة كجهاز تحكم



المصدر: إبراهيم الجزراوي، عامر الجنابي، مرجع سابق، ص22.

المطلب الثالث: فوائد وموارد نظام المعلومات

لكي يقوم نظام المعلومات بوظائفه ينبغي أن يحتوي على مجموعة من الموارد، وعند استخدامه لهذه الموارد، أكيد سيعود على المؤسسة بمجموعة من الفوائد.

أولا: فوائد نظام المعلومات يمكن حصر فوائد نظم المعلومات في النقاط التالية: [1]

1. تقديم المعلومات إلى المستويات الإدارية المختلفة لمساعدتها في اتخاذ القرار؛

2. تقديم المعلومات لجميع العاملين لمساعدتهم في أداء أنشطتهم الوظيفية؛

3. المساعدة في تقديم أنشطة المنظمة وإجراء عملية الرقابة؛

4. مساعدة المدراء على التنبؤ بالمستقبل بالنسبة لجميع أنشطة المنظمة؛

5. تحديد قنوات الإتصال الأفقية والعمودية بين الوحدات الإدارية المختلفة لتسهيل عملية استرجاع البيانات؛

6. حفظ البيانات لغرض إتاحتها عند الحاجة لمستخدميها.

ثانيا: موارد نظام المعلومات يوجد أربع موارد أساسية لنظم المعلومات وتتمثل في الأفراد، الأجهزة، البرمجيات والبيانات وشبكة الاتصال.

1) موارد الأفراد: تشمل هذه الموارد المستفيدين والمختصين في نظم المعلومات

[1] رائد محمد عبد ربه، **نظم المعلومات الإدارية**، الطبعة الأولى، الجنادرية للنشر والتوزيع، الأردن، 2014، ص19.

1-1)المستفيدين أو المستخدمين: وهم الأفراد الذين يستعملون نظام المعلومات أو المستفيدين من المعلومات التي ينتجها هذا النظام، ويمكن أن يكونوا محاسبين، أو مندوبي المبيعات أو المهندسين أو الموظفين أو الزبائن؛

1-2)المختصون في نظام المعلومات: وهم المسؤولون عن تطوير وتشغيل نظم المعلومات بما فيهم محللي النظم وخبراء البرمجيات ومشغلي الحاسوب وغيرهم من الأفراد ذوي الوظائف الإدارية والفنية والكتابية والعاملين في نظم المعلومات.

2) موارد الأجهزة: وهي كل الأجهزة المستخدمة في معالجة البيانات ومن أهم الأجهزة نذكر منها:

2-1)أجهزة الحاسوب: وهي وحدات المعالجة المركزية للحواسب المستخدمة في معالجة البيانات سواء كانت حواسيب عملاقة أو كبيرة أو شخصية؛

2-2)الأجهزة الملحقة بالحاسوب: وهي تشمل:

- ✓ أجهزة الإدخال مثل: لوحة المفاتيح، الفأرة لإدخال البيانات إلى الحاسوب؛
- ✓ أجهزة الإخراج مثل: الشاشة والطابعة لإخراج المعلومات؛
- ✓ أجهزة التخزين مثل: الأقراص الممغنطة أو الليزرية أو البصرية المستخدمة في تخزين البيانات والمعلومات؛

2-3)شبكة الاتصال عن بعد: وهي كل الأجهزة التي تتيح إمكانية استخدام الحاسوب للمستخدمين في أي مكان هم فيه كشبكات الهاتف؛

3) موارد البرمجيات: ويمكن تقسيمها إلى برمجيات نظم وبرمجيات تطبيقات وهي:

3-1)نظم التشغيل: وهي المسؤولة عن تشغيل الحاسوب والتحكم فيه وتوفير البيئة المناسبة لاستثماره من المستخدمين؛[1]

3-2)البرامج التطبيقية والإجراءات: ضمن الفرضية (الأكثر تواترا)حيث يتألف نظام المعلومات من حواسيب، يتعلق البرنامج بمجموعة برامج التطبيق والخدمات الضرورية لتشغيلها.وتكون هذه المراحل الأوتوماتكية للمعالجة، بوجه عام منفصلة مع المراحل اليدوية من خلال الإجراء الذي يصف تشغيل مجموعة (من يعمل ماذا؟ وكيف؟وأين؟ومتى؟).وتكون الإجراءات في ظل غياب الأجهزة المعلوماتية، يدوية بحيث لا يجري تحضير البرمجيات.[2]

---

[1]نجم عبد الله الحميدي، **نظم المعلومات الإدارية(مدخل معاصر)**، بدون طبعة، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص ص22، 23.

[2]علي مصطفى، **نظم المعلومات وإدارة المؤسسات**، الطبعة الأولى، دار الرضا للنشر والتوزيع، دمشق، 2006، ص 150.

4)موارد البيانات: تحتوي على بيانات كافة المعاملات المرتبطة بنشاط المنظمة بالإضافة إلى البيانات الأساسية؛

تنظم موارد البيانات في نظم المعلومات عادة على النحو التالي:

4-1)قواعد البيانات: وهي تحفظ بيانات المنظمة تمت معالجتها؛

4-2)قواعد النماذج: وهي تحفظ نماذج منطقية تمثل علاقات أو برامج فرعية حسابية أو التقنيات التحليلية؛

4-3)قواعد المعرفة: وهي تحفظ علوما مختلفة مثل: الحقائق وقواعد الاستنتاج.[1]

المطلب الرابع: أهمية نظام المعلومات وأنواعه

يحظى نظام المعلومات بأهمية بالغة في المؤسسات وطبعا لكل منها أنواع مختلفة لذا سنقوم في هذا المطلب بالتطرق إلى كل من أهمية نظام المعلومات وأنواعه.

أولا: أهمية نظم المعلومات تتمثل أهمية نظم المعلومات في ما يلي: [2]

1. تزايد نفوذ المعرفة والمعلومات في المجتمعات الحديثة؛

2. تنمية وتطوير شبكات الاتصال والمعالجة الدقيقة؛

3. تغيير مفهوم ودور المعلومات وتنامي هذا الدور في المنظمات الحديثة؛

4. المعلومات أساس بناء الهياكل التنظيمية؛

5. المعرفة والمعلومات هما المصدران الحقيقيان للسلطة في المنظمة الحديثة؛

6. أصبحت المعلومات أحد عناصر مخرجات المنظمة الجديدة، وليس مجرد مدخلات تستخدم في الأنشطة الإدارية؛

7. الإستخدام المكثف لتقنيات الحاسب الآلي في تطبيقات متعددة وشاملة لمختلف مجالات العمل الإداري؛

8. التطوير المتسارع للبرمجيات لتسيير انتشار استخدام الحاسبات الآلية في كافة فروع النشاط الإداري؛

9. يؤدي التوظيف الفعال للمعلومات إلى تزايد الفرص وإمكانية التنوع وعدم الانحصار في دائرة التخصص.

ثانيا: أنواع نظم المعلومات نظرًا لما تشهده المؤسسات في الوقت الراهن من تزايد وتنوع احتياجاتها من المعلومات، فقد ظهرت عدة أنواع من نظم المعلومات بغرض تلبية تلك الاحتياجات ودعم مستويات إدارية

[1] معالي فهمي حيدر، مرجع سابق ، ص 87.

[2] محمد إسماعيل بلال، **نظم المعلومات الإدارية**، بدون طبعة، دار الجامعية الجديدة للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2005، ص27.

محددة في المؤسسة، كما أن التطورات المتسارعة في تكنولوجيا المعلومات والاتصالات ساهم بشكل كبير في تطوير النظم القائمة وإيجاد نظم جديدة مستندة أساسًا على هذه التكنولوجيا الحديثة، والتي تستخدم في مجالات تطبيقية حيوية داخل المؤسسة.

لذلك سنحاول دراسة وتحليل بعض الأنواع الرئيسية لنظم المعلومات من خلال قسمين أساسيين حيث نتناول في القسم الأول الأنواع الرئيسية لنظم المعلومات حسب المستوى الإداري والمتمّثلة أساسًا في نظم معالجة المعاملات، نظم معلومات التسيير، نظم دعم أو مساندة القرار ونظم معلومات المسيرين. أما القسم الثاني فنتطرق فيه إلى نظم المعلومات الوظيفية وذلك حسب الوظائف الأساسية في المؤسسة، وهي نظام المعلومات التسويقية، نظام معلومات الإنتاج، نظام المعلومات المالي والمحاسبي وأخيرًا نظام معلومات الموارد البشرية.

1) أنواع نظام المعلومات حسب المستوى الإداري:

توجد ثلاث تصنيفات رئيسية لنظم المعلومات تدعم المستويات الإدارية المختلفة في المؤسسة وهي:نظم المستوى التشغيلي، نظم المستوى الإداري، ونظم المستوى الإستراتيجي.

فنظم المستوى التشغيلي تعمل على دعم النشاطات الروتينية المتكررة ومتابعة سير المعاملات داخل المؤسسة والمرتبطة بالوظائف الأساسية من تسويق ومبيعات، إنتاج وتصنيع، مالية ومحاسبة، موارد بشرية وهي تجيب على الأسئلة المختلفة المتعلقة بهذه الوظائف.

أما نظم الإدارة الوسطى، فهي تعمل على مساندة مسؤولي الأنشطة في اتخاذ القرارات شبه الهيكلية وتسيير الأنشطة في الإدارة الوسطى، كما تخدم تخطيط الوظائف عن طريق تقديم ملخص روتيني يهدف إ لى تحقيق السرعة في انجاز التقارير المطلوبة، والتساؤل الرئيسي الذي تحاول هذه النظم الإجابة عليه هو: ما هو وضع المؤسسة مقارنة بالتوقعات؟ وما هي أهدافها التشغيلية؟

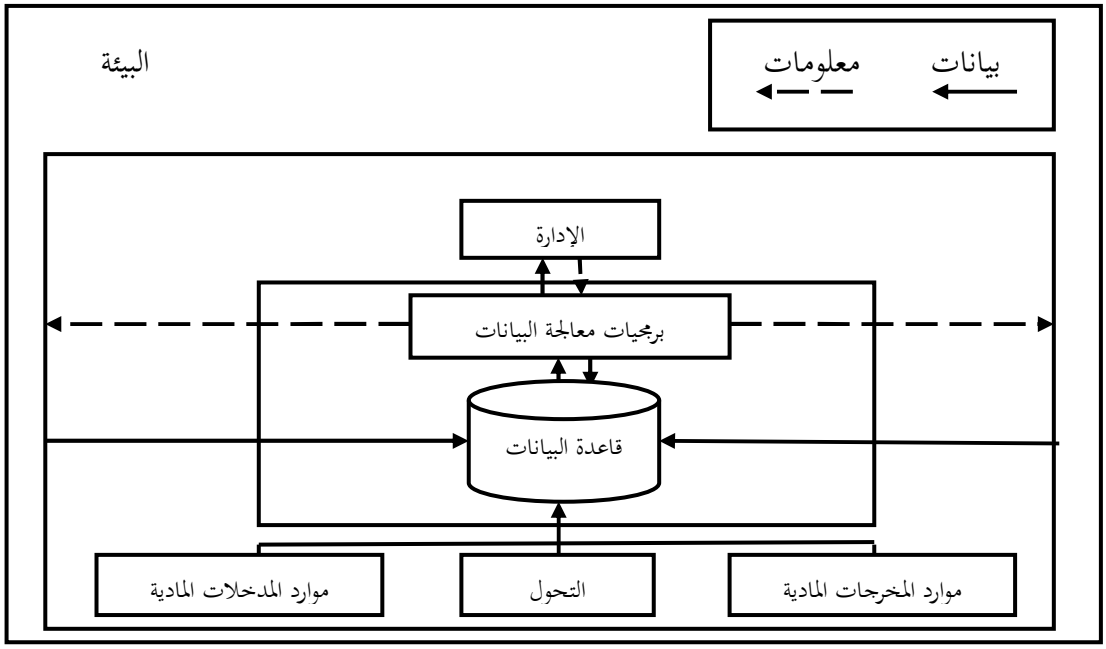
وأخيرًا، نظم المستوى الإستراتيجي، التي تمكن المسيرين في الإدارة العليا من القيام بالنشاطات ذات البعد الإستراتيجي، وتسمح لهم بتحديد الأهداف طويلة الأجل، واختيار الوسائل الضرورية لتحقيقها فالهدف من هذه النظم هو إحداث التوافق بين التغيرات التي تحدث في البيئة الخارجية للمؤسسة مقارنة بقدراتها الحالية والمستقبلية وتساعد هذه النظم في الإجابة على عدة تساؤلات منها: كيف ستكون مستويات العمالة في الخمس سنوات المقبلة؟ ما هو اتجاه تكاليف الصناعة مستقبلا ؟ ما هي المنتجات التي يجب تقديمها خلال الخمس سنوات المقبلة؟...الخ.

1-1) نظم معالجة المعاملات(Transaction Processing Systems):

1_1_1)تعريف: تعرف نظم معالجة المعاملات (TPS)بأنها "نظم مبنية على استخدام الحاسوب، تقوم بجمع وتسجيل ومعالجة البيانات الخاصة بالأحداث اليومية لأنشطة وعمليات المؤسسة، مثل: المبيعات المشتريات، العمليات المالية، التغيرات في حجم الإنتاج والمخزون...الخ بالإضافة إلى جمع وتسجيل الأحداث في البيئة الخارجية للحصول على معلومات، وبثّها في شكل تقارير روتينية لمستخدميها سواء داخل أو خارج المؤسسة"

من خلال هذا التعريف نستنتج أن نظم معالجة المعاملات هي نظم محوسبة تدعم المستوى التشغيلي في المؤسسة، عن طريق استخدامها في جمع وتسجيل ومعالجة الوقائع والأحداث وتفاصيل الأنشطة الروتينية اليومية الخاصة بالمجالات الوظيفية المختلفة وذلك فور حدوثها أو عن طريق تخزينها في قاعدة بيانات، كما تدعم هذه النظم علاقات المؤسسة مع محيطها الخارجي، بالإضافة إلى أنها تنتج حجم كبير من المعلومات والتي تستخدمها الأنواع الأخرى من نظم المعلومات.[1] ولمزيد من التوضيح نعرِض من خلال الشكل الموالي، نموذجًا لنظام معالجة المعاملات.

الشكل رقم (1-9): نموذج لنظام معالجة المعاملات



المصدر: فايز جمعة صالح النجار، مرجع سابق، ص55.

[1] فايز جمعة صالح النجار، **نظم المعلومات الإدارية**، الطبعة الثانية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2007، ص54.

يلاحظ من خلال الشكل أعلاه، أنه يتم جمع البيانات المتعّلقة بالمعاملات اليومية التي تحدث داخل المؤسسة وخارجها في قاعدة بيانات (Data base) ثم يتم تحويلها إلى معلومات يستخدمها الأفراد داخل المؤسسة ومن المهم كذلك تنظيم تدّفق هذه المعلومات إلى البيئة لأنها قد تستخدم من قبل أشخاص أو أطراف خارج إطار المؤسسة.

1_1_2)أهداف نظم معالجة المعاملات: تسعى نظم معالجة المعاملات إلى تحقيق جملة من الأهداف نذكر منها ما يلي: [1]

- ✓ ضمان فعالية وكفاءة العمليات في المؤسسة؛
- ✓ حفظ وتخزين البيانات لحين طلبها على شكل تقارير، لزيادة الميزة التنافسية للمؤسسة؛
- ✓ مراقبة أوضاع التشغيل الداخلي، وملائمة المؤسسة مع البيئة الخارجية؛
- ✓ تزويد نظم المعلومات التي تخدم المستويين الإداري والإستراتيجي بالبيانات الضرورية، للتأكد من الدقة والأمانة في البيانات والمعلومات، ولوقاية الأصول المختلفة في المؤسسة، ولتأمين أمن المعلومات.

1-2) نظم معلومات التسيير (Management information Systems):

1_2_1)تعريف: تعرف نظم معلومات التسيير (MIS)بأنها "نظم تعتمد على الحاسوب الآلي تقدم المعلومات للمدراء في المستوى الإداري في شكل تقارير دورية وتقارير استثنائية أو خاصة لتدعيم العملية الإدارية من تخطيط ورقابة، وتدعيم أنشطة اتخاذ القرارات."[2]

من هذا التعريف يظهر أن نظم معلومات التسيير تزود المسيرين بالمعلومات الضرورية في شكل مؤشرات وتقارير عن الأنشطة الخاصة بالمؤسسة في المجالات الوظيفية المختلفة، وعن الأحداث البيئية الخارجية بما يساعدهم على أداء وظائفهم الإدارية من تخطيط ورقابة، بالإضافة إلى تدعيم عملية اتخاذ القرارات وذلك بتغذيتها بالبيانات الضرورية.

1_2_2)خصائص نظم معلومات التسيير: تتميز نظم معلومات التسيير بأهم الخصائص التالية: [3]

- ✓ تدعيم القرارات الهيكلية وشبه الهيكلية في المستويات التشغيلية والرقابة الإدارية، كما تفيد في أغراض التخطيط للإدارة العليا؛

[1] فايز جمعة صالح النجار ، المرجع نفسه، ص57.

[2] سونيا محمد البكري، **نظم المعلومات الإدارية(المفاهيم الأساسية)**، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2004، ص61.

[3] معالي فهمي حيدر، مرجع سابق ، ص53.

✓ إعداد التقارير خاصة الرقابية، وبذلك فهي تساعد في توفير الرقابة والمتابعة اليومية للعمليات في المؤسسة؛

✓ تساعد في اتخاذ القرارات باستخدام البيانات عن الأحداث الماضية والحالية؛

✓ تملك قدرات تحليلية محدودة، كما أنها قليلة المرونة نسبيًا؛

✓ تركز على العمليات والأحداث الداخلية أكثر من الخارجية.

1-3)نظم دعم القرار(Decision Support Systems):

1_3_1)تعريف: تعرف نظم دعم القرار (DSS) بأنها " نظم حاسوبية تفاعلية تساعد الإدارة على اتخاذ القرارات غير الهيكلية وشبه الهيكلية، وذلك من خلال استخدام النماذج وقاعدة البيانات وواجهة مساعدة للمستفيد." [1]

من خلال هذا التعريف نستنتج أن نظم دعم القرار هي نظم تعتمد على الحاسوب الآلي حيث تساعد متخذ القرار على اتخاذ القرارات خاصة منها شبه الهيكلية وغير الهيكلية، وذلك من خلال تفاعل المستخدم مع الحاسوب الآلي واستخدامه لما يحتويه الحاسوب من قواعد للبيانات والنماذج للحصول على حلول للمشكلات المطروحة.

2_3_1)مكونات نظم دعم القرار: يتكون نظام دعم القرار من ثلاثة عناصر أساسية هي: [2]

- قاعدة بيانات مع نظام لتسيير قاعدة البيانات؛
- قاعدة النماذج مع نظام لتسيير قاعدة النماذج؛
- وظيفة تسيير الحوار، إنسان -آلة.

✓ **تسيير البيانات:** يتم من خلالها حفظ وتهيئة البيانات التي تستخدم في حل المشكلات، هذه البيانات التي يتم الحصول عليها من مصادر داخلية وخارجية، تكون مخزنة في قواعد للبيانات، والتي تنظَّم في شكل ملفات وعلاقات.

[1] منال محمد الكردي، جلال ابراهيم العيد، مرجع سابق ، ص192.

[2] مرمي مراد، مرجع سابق، ص 37.

وفي كل الحالات، لا يمكن استعمال هذه البيانات إلا بواسطة برنامج متخصص يسمى نظام تسيير قاعدة البيانات (Datta bases) والذي يسمح ب: تحديث قواعد البيانات الموجودة (من خلال إضافة بيانات جديدة، أو حذف بيانات قديمة...الخ)، السماح للمستخدم باسترجاع البيانات بشكل سريع وسهل...الخ.

✓ **تسيير النماذج**: النموذج هو أداة تسمح بمعالجة البيانات، وتوجد العديد من النماذج ذات الطبيعة الإحصائية والرياضية، منها نماذج عامة تستخدم مع مختلف التطبيقات المتكررة مثل: فرز البيانات، حساب المتوسط، البرمجة الخطية، القيمة الصافية لاستثمار معين...الخ .ونماذج خاصة تخص نوع معين من المشكلات المدروسة.

كما يتم من خلال هذه النماذج ضمان أتمتة بعض المهام الحيوية في سيرورة القرار؛ وهي تحليل البيانات، التنبؤ والمحاكاة، بالإضافة إلى أن هذه النماذج تكون مصنفة حسب احتياجات المستويات الإدارية وذلك إلى: نماذج إستراتيجية، تكتيكية وتشغيلية.

فالنماذج الإستراتيجية؛ تفيد في دعم مهام الإدارة العليا كالتخطيط الإستراتيجي، اختيار الموقع تحليل التأثير البيئي...الخ، بينما تستخدم النماذج التكتيكية في مساعدة الإدارة في توزيع الموارد والرقابة عليها وتشمل النماذج الخاصة بالاحتياجات من الموارد البشرية، خطط التسويق، التخطيط الداخلي للمصنع...الخ

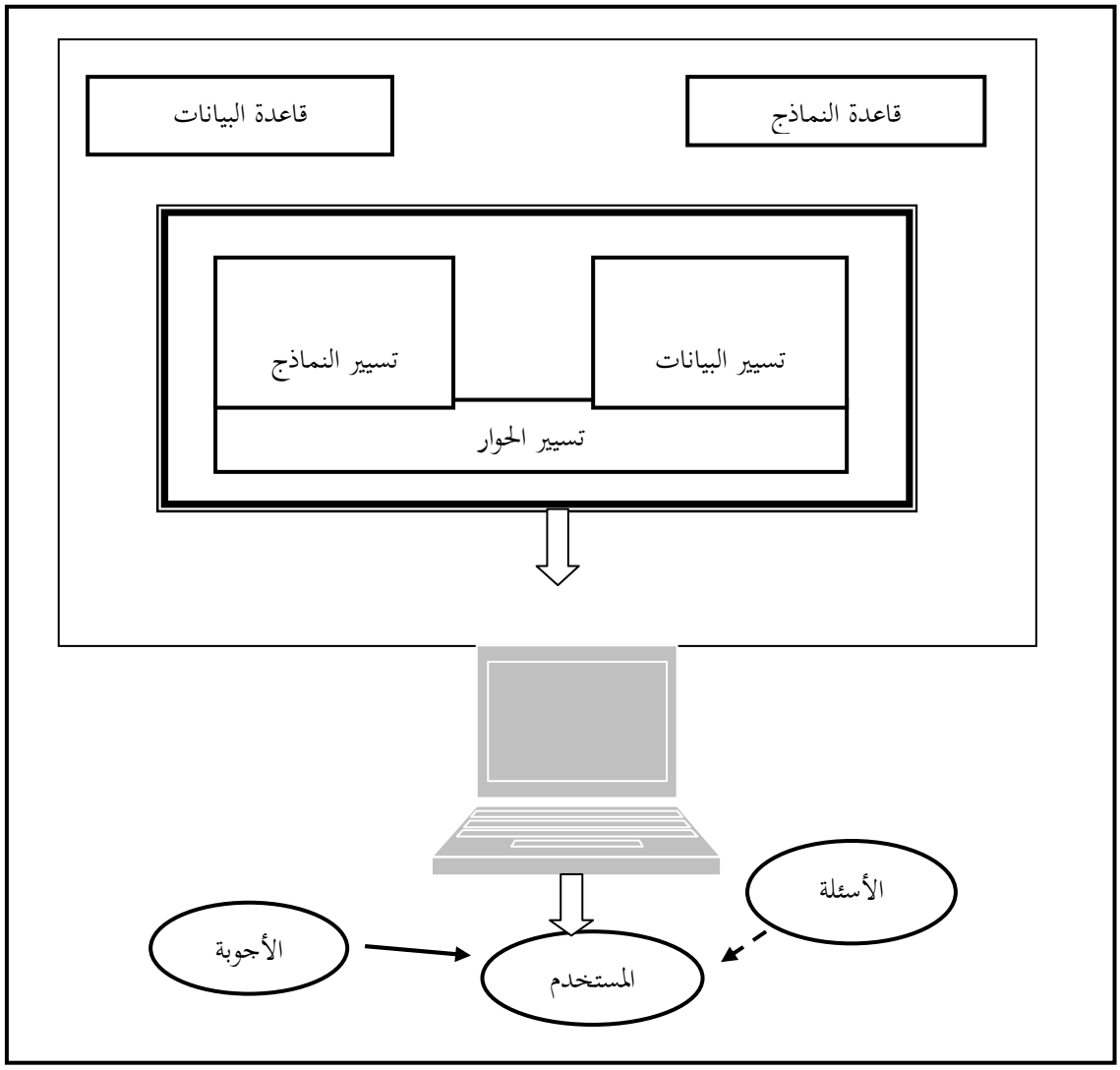
أما النماذج التشغيلية؛ فتقوم بدعم أنشطة العمل اليومي للمؤسسة مثل: جدولة الإنتاج، الرقابة على المخزون الرقابة على الجودة، الصيانة وغيرها.

إن مختلف هذه النماذج تكون مخزنة تحت شكل قوالب برامج، وعن طريق وجود نظام لتسيير قاعدة النماذج فإنه يتم حفظ واسترجاع النماذج المراد استعمالها بطريقة سهلة وكذلك استعراض النتائج المحصلة عن طريق تنفيذ النموذج، وذلك بواسطة تسيير الحوار.

✓ **تسيير الحوار**: يسمح تسيير الحوار بالاتصال بالمستخدم النهائي وذلك من خلال التفاعل بين المستخدم والآلة، **و**يعتبر تسيير الحوار الوسيلة التي تمكن المستخدم من معالجة الأسئلة من خلال الأجوبة التي تعرضها الآلة ويمكن أن يتم هذا الحوار في عدة أشكال منها: السؤال والجواب، لغة الأمر، القوائم المتسلسلة...إلخ.

ومنه فإن تفاعل وترابط هذه المكونات الثلاثة (بيانات، نماذج، حوار) يشكل هيكل نظام دعم القرار كما هو مبين في الشكل الموالي.

الشكل رقم (1-10): المكونات الأساسية لنظام دعم القرار



Source: Robert Reix, **Systèmes d'information et management des organisation**, 4 éme édition, Vuibert, Paris, 2002, p192.

1_3_3)مزايا نظم دعم القرار: يتحّقق عن تطبيق نظم دعم القرار في المؤسسات العديد من المزايا نذكر منها ما يلي: [1]

✓ الاستجابة السريعة للمواقف غير المتوّقعة التي ينتج عنها ظروف متغيرة، وتمكن نظم دعم القرار من إجراء التحليلات الكمية في وقت قصير جدا؛

✓ دعم حل المشكلات المعّقدة؛

✓ توفير إمكانية تجربة العديد من الإستراتيجيات المختلفة للحلول المقترحة بسرعة وموضوعية؛

[1] معالي فهمي حيدر، مرجع سابق ، ص ص 146،147.

✓ تسهيل الاتصالات، فتتم عملية جمع البيانات وبناء النموذج مع المساهمة النشطة للمستخدمين ويعمل ذلك على تسهيل الاتصالات بين المدراء،

✓ تحسين الأداء من خلال تحسين رقابة الإدارة للتكاليف؛

✓ ينتج عن تطبيق نظم دعم القرار تقليل كبير للتكاليف، وذلك بتقليل أو إلغاء تكلفة القرارات الخطأ؛

✓ تحسين الفعالية الإدارية والسماح للمسيرين بأداء المهام في زمن أقل و/أو بجهد أقل وتخصيص مزيد من الوقت للتحليل والتخطيط والتنفيذ.

1-4) نظم معلومات المسيرين (Information systems managers):

1_4_1)تعريف: يعرف نظم معلومات المسيرين (ISM) بأنها " ذلك النوع من نظم المعلومات التي تحاذي إستراتيجية المؤسسة وهرمها ومستوياتها على نحو يزيد من جاهزية المؤسسة للاستجابة السريعة للتغير البيئي وتساهم في تحقيق ا لميزتين الإستراتيجية والتنافسية."[1]

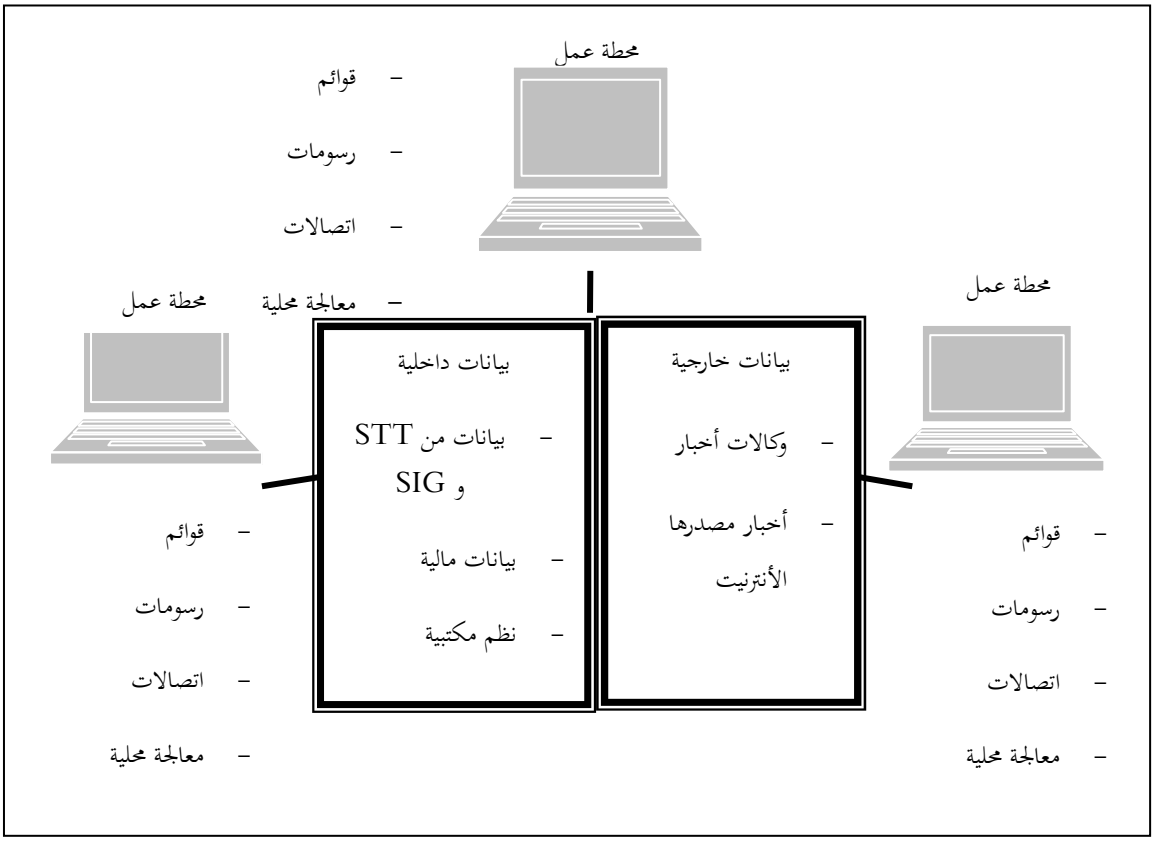
إذن فنظم معلومات المسيرين هي نظم تخدم المستوى الاستراتيجي في المؤسسة وتتعامل مع القرارات غير الروتينية، وتعمل على خلق بيئة اتصالات بدلا من التطبيقات الثابتة والقدرات المحدودة لتزويد المسيرين في الإدارة العليا بالمعلومات عن الأحداث الخارجية مثل: القوانين الجديدة في الضرائب دخول منافسين جدد..الخ، كما تقوم بالاستعانة أيضًا بمعلومات ملخصة من نظم معلومات التسيير ونظم دعم القرار.

1_4_2)مكونات نظم معلومات المسيرين: يظهر من خلال الشكل أدناه، أن هذه النظم تتكون من محطات عمل (*Postes de travail*) تتضمن قوائم تفاعلية ووظائف اتصالية يمكن من خلالها الحصول على البيانات السابقة حول المؤسسة والتي توّفرها النظم الداخلية، وبيانات عن البيئة الخارجية، والتي يتم الحصول عليها من مصادر خارجية فهذه النظم تشكِّل لوحات قيادة الكترونية تسمح بعرض المعلومات في شكل رسومات وجداول بسيطة، بشكل يمكن المسيرين، حتى ولو كانوا غير متخصصين في الإعلام الآلي من المتابعة والمراقبة الجيدة لنشاط المؤسسة.[2]و من خلال الشكل الموالي يمكن توضيح ذلك.

[1] محمد عبد حسين الطائي، نعمة عباس خضير الخفاجي، **نظم المعلومات الإستراتيجية (منظور الميزة الإستراتيجية)**، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص18.

[2] مرمي مراد، مرجع سابق،ص 39.

الشكل رقم (1-11): نموذج لنظام معلومات المسيرين



المصدر: مرمي مراد، مرجع سابق، ص40.

وكخلاصة لما سبق، فإنه يمكن إبراز أهم خصائص ومميزات الأنواع المختلفة لنظم المعلومات المذكورة سابقًا من خلال الجدول الموالي.

الجدول رقم (1–3): خصائص ومميزات الأنواع المختلفة لنظم المعلومات(حسب المستوى الإداري)

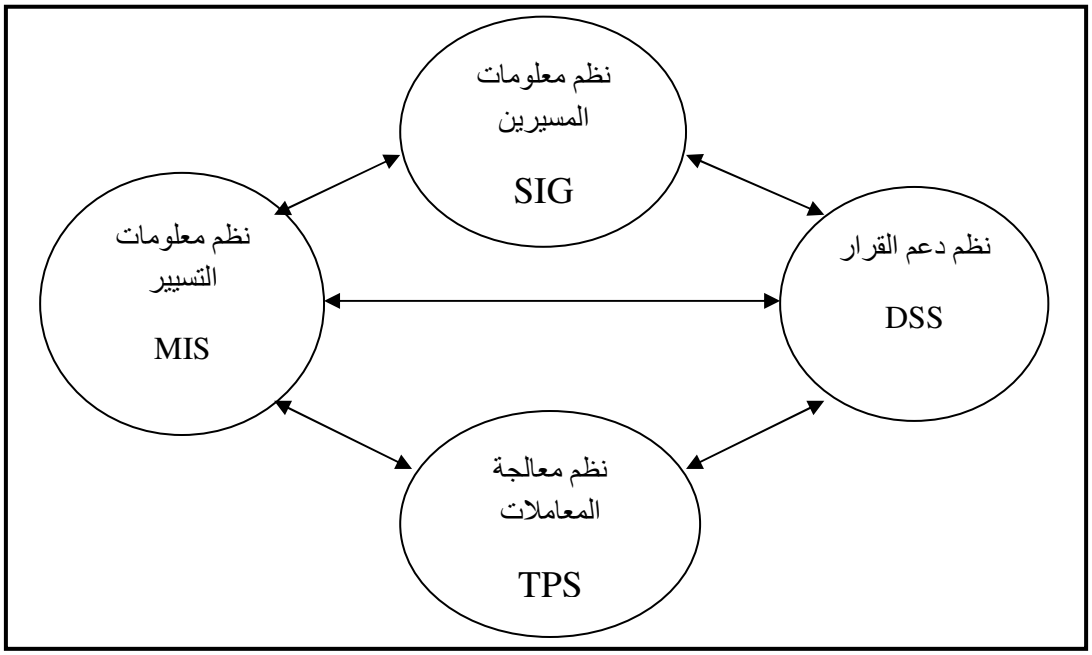
نوع النظم	المدخلات	عمليات التشغيل	المخرجات	المستفيدون
نظم معلومات المسيرين	البيانات الجوهرية عن البيئة الداخلية والخارجية	التشابك والتداخل والعرض البياني والمحاكاة	قرارات إستراتيجية	مديرو الإدارة العليا
نظم دعم القرار	بيانات أساسية ولكنها أقل من سابقتها تأثيرًا	– التفاعل – المحاكاة والتحليل	– تقارير خارجية – تحليل القرارات – الرد على التساؤلات	المتخصصون ومديرو الأفراد
نظم معلومات التسيير	بيانات عن الوظائف الإدارية بمختلف صورها	تحليل التقارير الروتينية واستخدام النماذج المختلفة في التحويل والتشغيل	تقارير مخصصة ومحددة الأطر في مجالات إدارية	مديرو الإدارة الوسطى
نظم معالجة البيانات	بيانات العمليات التشغيلية وتفصيلات الأنشطة الجزئية	تخزين، تسجيل، إدماج تشغيل وتحديث	تقارير تفصيلية قوائم وملخصات	المشرفون وموظفو العمليات التشغيلية

المصدر: مرمي مراد، مرجع سابق، ص41.

وللإشارة، فإن هذه النظم تربطها علاقات متداخلة، وهذا ما يجعلها متكاملة فيما بينها بحيث تنتقل المعلومات بكل سهولة بين مختلف أجزاء المؤسسة، كما أن هناك جدل بين المؤيدين لوجود نظام معلومات كلي يخدم التنظيم بمختلف مستوياته وبين وجود عدة أنواع من نظم المعلومات يخدم كل منها المستوى الإداري وفقًا لاحتياجاته، حيث تختلف هذه الاحتياجات ليس فقط في المؤسسة الكبيرة، ولكن في المؤسسة الصغيرة كذلك.[1] ويمكن توضيح ذلك من خلال الشكل الموالي.

[1] سونيا محمد البكري، مرجع سابق ، ص77.

الشكل رقم (1-12): العلاقة التبادلية بين نظم معلومات



المصدر: فايز جمعة صالح النجار ، مرجع سابق، ص52.

2) نظم المعلومات الوظيفية: تقوم المؤسسة بمجموعة من الوظائف، لذا تحتاج لنظام فعال للنجاح في ذلك ومنه يمكن تقسيم هذه الأنظمة إلى أربعة نظم.

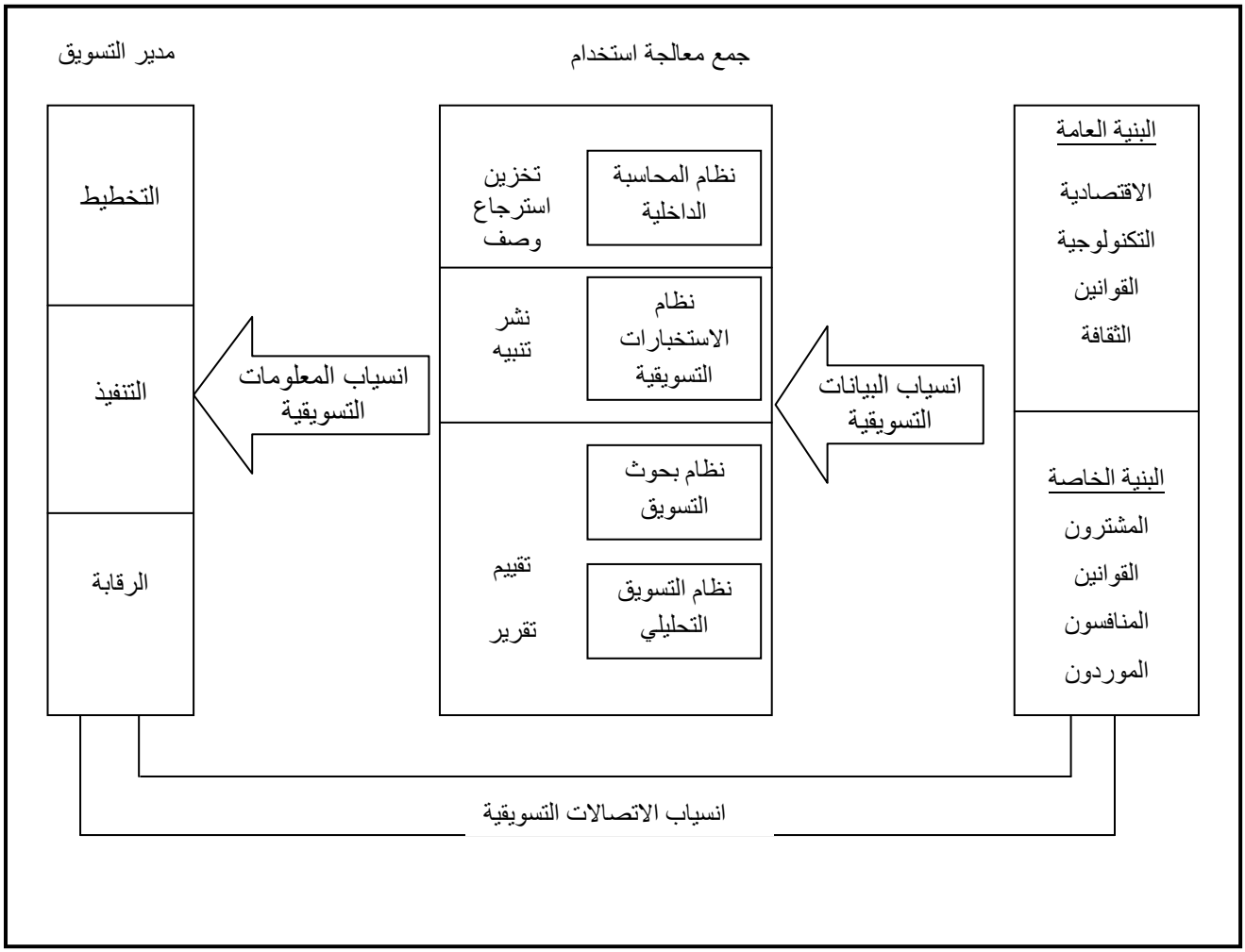
2-1) نظام المعلومات التسويقية (Marketing information system): يعرف نظام المعلومات التسويقية بأنه "هيكل متداخل من الأفراد والأجهزة والإجراءات أُلمصممة لتوليد تدفق المعلومات المجمعة من المصادر الداخلية والخارجية لكي تستخدم كأساس لاتخاذ القرارات في مجالات محددة في ميدان التسويق."[1]

إذن، فنظام المعلومات التسويقية كأي نظام معلومات آخر في المؤسسة، يشتمل على المكونات الأساسية من الأشخاص والآلات والإجراءات، والتي تساعد على توفير المعلومات من مصادرها الداخلية والخارجية بهدف حل المشكلات، واتخاذ القرارات المتعلقة بوظيفة التسويق في المؤسسة.

من خلال التعريف السابق يمكن وضع نموذج لنظم المعلومات التسويقية في الشكل الموالي.

[1] علي فلاح الزعبي، **إدارة التسويق(منظور تطبيقي إستراتيجي)**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص183.

الشكل رقم (1-13): نموذج (Kotler) لنظام المعلومات التسويقية



المصدر: معالي فهمي حيدر، مرجع سابق ، ص315.

بناءً على هذا النموذج، فإنه يتم جمع مختلف البيانات التسويقية من مصادر داخلية وخارجية من خلال اعتماد أنظمة إدخال فرعية والمتمثلة في: نظام المحاسبة الداخلية، نظام الاستخبارات التسويقية، نظام بحوث التسويق ونظام التسويق التحليلي، ثم يتم معالجة هذه البيانات للحصول على معلومات تفيد مدير التسويق في دعم واتخاذ القرارات التسويقية، سواء كانت متعّلقة بالتخطيط أو التنفيذ أو الرقابة.

2-2) نظام معلومات الإنتاج (Production information system): يمكن تعريف نظم معلومات الإنتاج بأنه " نظام مبني على الحاسوب يوفر المعلومات الخاصة بالعمليات الإنتاجية بهدف دعم متخذي القرارات داخل المؤسسة."[1]

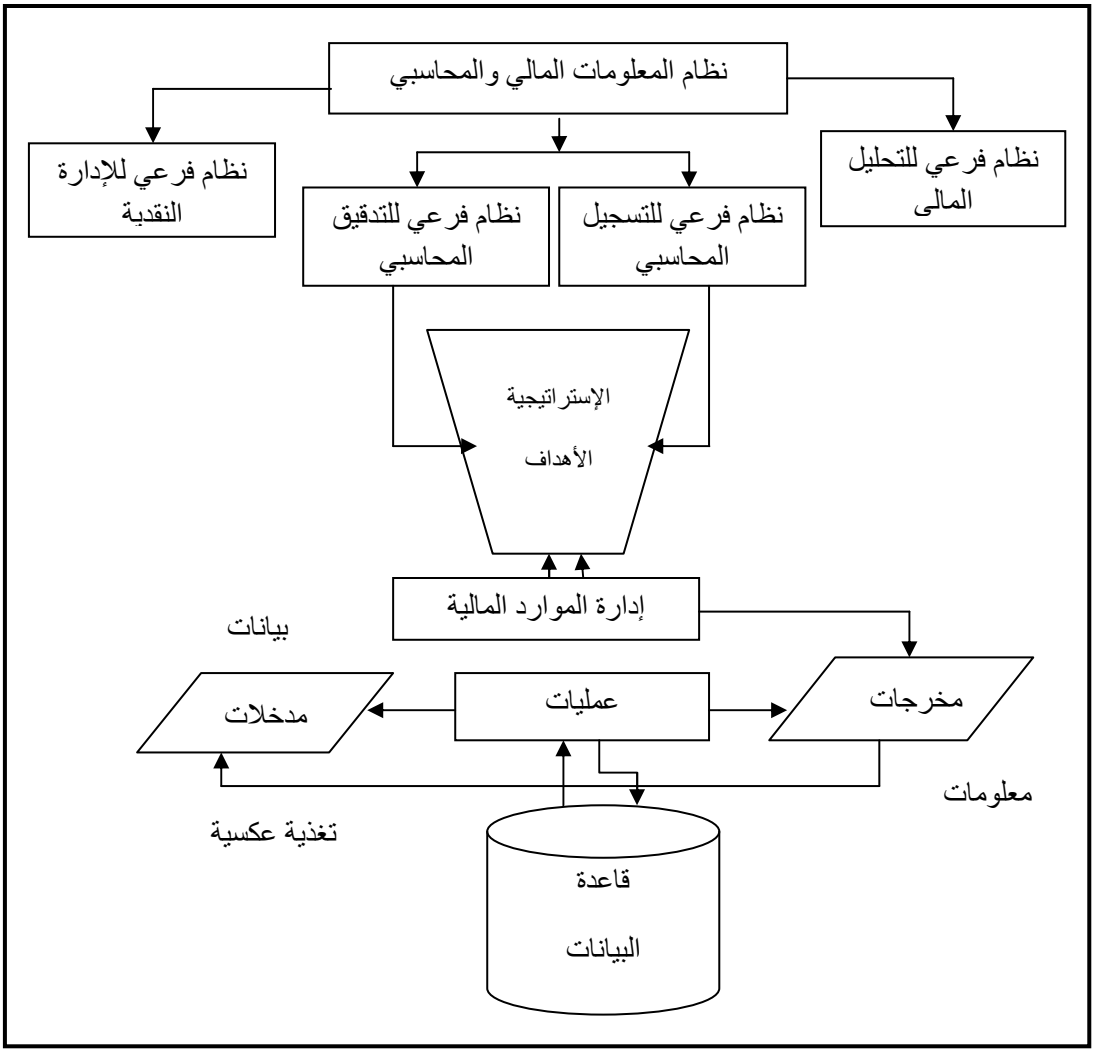
[1] معالي فهمي حيدر، مرجع سابق ، ص354.

إذن، فنظام معلومات الإنتاج له دور كبير في توفير المعلومات التي تمكِّن القائمين على إدارة الإنتاج من التخطيط للعمليات الإنتاجية، والتعرف على جوانب القوة وجوانب الضعف في جهاز الإنتاج وذلك من أجل محاولة دعم واستغلال جوانب القوة وإزالة أو معالجة جوانب الضعف.

2-3) نظام المعلومات المالي والمحاسبي(Financial and accounting information system)

يعرف نظام المعلومات المالي والمحاسبي بالتالي: " هو أحد مكونات تنظيم إداري يختص بجمع وتبويب ومعالجة وتوصيل المعلومات المالية الملائمة لاتخاذ القرارات وإلى الأطراف الخارجية والجهات الحكومية والدائنين والمستثمرين وإدارة المؤسسة."[1] كما يوضحه الشكل التالي.

الشكل رقم (1- 14): نظام المعلومات المالي والمحاسبي



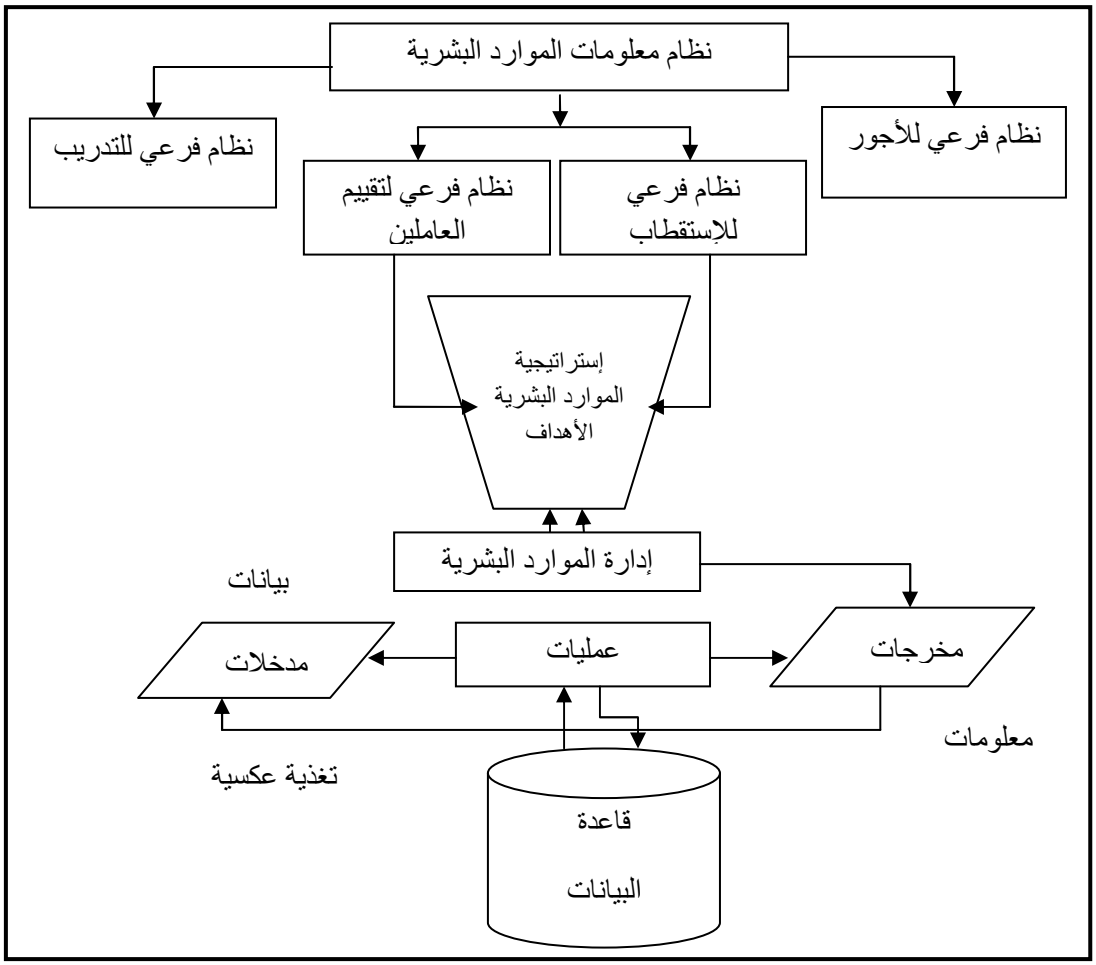
المصدر: رائد محمد عبد ربه، **نظم المعلومات الإدارية**، مرجع سبق ذكره، ص64.

[1] حسين بلعجوز، **نظام المعلومات المحاسبي ودوره في إتخاذ القرارات الإنتاجية**، مؤسسة الثقافة الجامعية، الإسكندرية، 2009،ص205.

2-4) نظام معلومات الموارد البشرية (Human resources information system):يقوم نظام معلومات الموارد البشرية بتخزين ومعالجة المعطيات اللازمة لعمليات تخطيط وتنظيم الوظائف التنفيذية المتعلقة باستخدام وتطوير العنصر البشري في المؤسسة والمحافظة عليه. بالتالي فإن هناك مجموعة من الوظائف تمارسها إدارة الموارد البشرية ويعمل نظام معلومات الموارد البشرية على مساعدتها في أدائها منها: [1]

- ✓ تحديد الاحتياجات من العاملين؛
- ✓ تأمين العمال والمحافظة عليهم؛
- ✓ استخدام العاملين؛
- ✓ تطوير مهارات العاملين. وهذا ما يوضحه الشكل التالي.

الشكل رقم (1-15): نظام معلومات الموارد البشرية



المصدر: رائد محمد عبد ربه، مرجع سابق، ص67.

[1] أحمد حسين علي حسين، **نظم المعلومات المحاسبية**، مرجع سبق ذكره، ص 110.

المبحث الرابع: نظام المعلومات في المؤسسات الخدمية الصحية

يتطلع المرضى والأطباء والعملاء إلى الحصول على خدمات مميزة من المستشفيات التي يتعاملون معها، مما يتطلب تطوير وتحسين مستمر من هذه المستشفيات لإجراءات العمل فيها، حيث أصبح من الضروري إضافة المزيد من الخدمات الالكترونية التي من شأنها توفير خدمات للمرضى وإدارة المستشفى والارتقاء بالخدمات المقدمة فيه.

المطلب الأول: المعلومات الصحية والمعلوماتية الصحية

يختلف مصطلح المعلومات الصحية عن المعلوماتية الصحية لذا سنقوم بتعريف المعلومات الصحية والمعلوماتية الصحية لاستنتاج الفروقات.

أولا: المعلومات الصحية (Health Information)

قبل التطرق لتعريف المعلومات الصحية يمكن شرح مصطلح البيانات الصحية (Health Data) التي عرفت بأنها: "أي معلومة خاصة بمريض أو بحالته، وتتنوع تلك البيانات فتتراوح بين أرقام بسيطة تمثل نتائج بعض الفحوصات كقراءة حرارة الجسم أو عدد كرات الدم الحمراء أو جملاً لغوية تصف شكوى المريض أو تاريخ تطور المرض لديه أو انتشاره لدى أسرته وحتى تلك البيانات المعقدة كصور الأشعة التشخيصية أو دراسات وظائف الأعضاء، كما تختلف البيانات الطبية في طبيعتها عن الكثير من أنواع البيانات الأخرى التي يتعامل معها الإنسان وذلك لاختلاف دورها الذي تقوم به واختلاف أهميتها في اتخاذ قرارات."

أما مصطلح المعلومات الصحية (Health Information) يشمل" المعلومات التي تستهدف إحداث تقدم كلي في التعليم الطبي لتسهيل الأبحاث البيولوجية وتحسين الرعاية الإكلينيكية، من خلال تصميم نظام معلومات يعمل بالحاسبات الإلكترونية لدعم القرارات الطبية."[1]

ويمكن تقسيم المعلومات الصحية إلى ست أنواع وهي كالتالي: [2]

[1] فريد راغب النجار، **إدارة المستشفيات وشركات الأدوية**، الطبعة الأولى، الدار الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2007 ص479.

[2] رأفت محمد سعيد العوضي، دور شبكات نظام المعلومات الصحي في تطوير قدرات العاملين الوظيفية في المستشفيات الحكومية، مداخلة ضمن ملتقى تنمية الموارد البشرية في القطاع الصحي الفلسطيني، جامعة القدس المفتوحة، فلسطين، بدون سنة، ص ص09،10.

1. المعلومات الإدارية: أي المعلومات المتعلقة بالاحتياجات اليومية في المجال الإداري، والمتعلقة كذلك بالتخطيط والبرمجة والميزانية والرصد؛

2. المعلومات السريرية: أي البيانات والمعلومات الداعمة للوظائف السريرية (الإكلينيكية) كالتشخيص والمعالجة وهي تشمل التصوير الشعاعي؛

3. المعلومات الترصدية والوبائية: أي المعلومات المتعلقة بأنماط الأمراض واتجاهاتها والمتعلقة كذلك بتدابير الرعاية الصحية؛

4. المطبوعات: أي الوثائق والتقارير والمنشورات الرسمية والمطبوعات غير الرسمية، المنشورة أو المطبوعة أو الصادرة في شكل إلكتروني على أقراص مضغوطة للقراءة فقط أو على شبكة الإنترنت؛

5. المعارف: أي المعلومات الجاهزة للاستخدام من أجل دعم إحدى المهام التقنية، كتشخيص مشكلة طبية ما، أو إجراء فحص مختبري، وما يتصل بذلك من معالجة مقترحة؛

6. المعلومات الشخصية والمجتمعية: أي المعلومات المتعلقة بالصحة والموجهة إلى جمهور الناس مباشر.

ثانيا: المعلوماتية الصحية (Health Informatics)

إن مصطلح المعلوماتية الصحية يعتبر امتدادا لنمو المعلومات الصحية والذي يركز على الجوانب الإكلينيكية وتطبيقات التكنولوجيا في توصيل العناية الصحية ويغطي هذا المصطلح مجالات متنوعة منها معالجة الإشارات الفيزيولوجية، الأشعة والتصوير المقطعي والموجات فوق الصوتية والتصوير الفوتوغرافي. [1]

المطلب الثاني: نظام المعلومات الصحي وأهم أهدافه

في هذا المطلب سوف نتطرق إلى مفهوم مصطلح نظام المعلومات داخل المؤسسات الصحية مع ذكر أهم أهدافه.

أولا: تعريف نظم المعلومات الصحية يمكن تعريفها بأنها عبارة عن نظم معلومات تتكون من أجهزة حواسيب وبرمجيات وإجراءات وعمليات صممت على وجه التحديد لتجميع، ومعالجة، وتخزين، وإدارة المعلومات المرتبطة بمجال تقديم الرعاية الصحية وذلك بهدف دعم القرارات الطبية والإدارية.[2]

[1] دلال السويسي، **نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية (دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستفائية محمد بوضياف ورقلة)**، مذكرة الماجستير، تخصص نظام المعلومات ومراقبة التسيير، جامعة ورقلة، سنة 2012/2011، ص56

[2] عادل طالب سالم، «نظم المعلومات وعلاقتها في تقويم الأداء الإستراتيجي للمنظمات الصحية»، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة العدد السابع والثلاثون، سنة 2013، ص201.

ثانيا: أهداف نظم المعلومات الصحية

يسعى نظام المعلومات الصحية إلى تحقيق الأهداف التالية: [1]

✓ تحديد مقاييس أساسية لموارد واستخدامات جميع المستشفيات والنتائج النهائية لأنشطتها بالاعتماد على تحليل أو تشغيل البيانات الصادرة منها، مع تحديد أو توحيد الحصول على تلك البيانات تسهيلا لتحليلها أو تشغيلها بهدف الحصول على مؤشرات أو مقاييس ذات مضامين موحدة لجميع المستشفيات؛

✓ توفير مخزون المعلومات عند الطلب على الخدمات الصحية جغرافيا واجتماعيا؛

✓ توفير بيانات عن معدلات الأداء لكل مهنة من العاملين بالمستشفيات المنافسة والمكملة، مثال ذلك تخزين بيانات عن مستشفيات الولادة يساعد في تخطيط الخدمة الصحية لمستشفيات الأطفال؛

✓ استخدام الحاسبات الالكترونية في تحليل البيانات وتشغيلها لاستخراج المؤشرات والتنبؤ بالنتائج؛

✓ توفير البيانات والمعلومات عن الأنشطة المتخصصة والاختصاصات النادرة ومدى توفرها في بعض أو كل المستشفيات.

المطلب الثالث: مكونات نظام المعلومات الصحي و العوامل التي ساعدت على تطبيقه

أولا: مكونات نظام المعلومات الصحي يتكون نظام المعلومات الصحي من المكونات التالية:

1. السجل الصحي (Health Records): تعد السجلات الطبية أو ما نسميه بملف المريض أحد النقاط المحورية التي تعتمد عليها عملية تقديم الرعاية الصحية داخل المستشفيات وبين مختلف المؤسسات الطبية، وتنبع أهمية السجلات من أهمية دورها في حفظ كافة معلومات المريض من بيانات رئيسية وطبية شاملة لكل ما تم إجراءه من فحوصات وتشخيصات وعلاج وتقارير متابعة.

ولعقود طويلة من الزمن ظلت طبيعة السجلات الطبية ثابتة في شكل ملف أو مجموعة من الأوراق التي كتبت عليها المعلومات بخط اليد .حتى حدثت خلال الأعوام الماضية القليلة تطورات هائلة في تكنولوجيا المعلومات قادت تلك التطورات العلماء والمتخصصين في مجال الرعاية الصحية وتكنولوجيا المعلومات معا إلى

[1] دلال السويسي، مرجع سابق ، ص57.

تصميم واختراع سجلات طبية الكترونية تعتمد على الحاسوب بكل إمكانياته المتطورة من تخزين معلومات ومعالجة ونقل بيانات عن طريق ما نعرفه اليوم من شبكات ووسائل اتصال حديثة.

ولقد عرفت **الجمعية الأمريكية لمعلومات ونظم إدارة الرعاية الصحية** السجل الصحي بأنه" سجل طبي بالصيغة الرقمية، ويحتوي السجل الالكتروني على جميع المعلومات الشخصية والإدارية للمريض ومعلومات التشخيص والسوابق المرضية والإجراءات العلاجية المتخذة والموافقات على هذه الإجراءات وبيانات المختبر والأشعة."[1]

يمكن تلخيص أهم مزايا السجل الصحي الإلكتروني في النقاط التالية: [2]

- ✓ التخلص من الورق الذي أصبح يهدد المنظمات الصحية بسبب السلبيات المتعددة مثل بطء الحركة وصعوبة استرجاع معلوماته؛
- ✓ تحتوي السجلات الصحية الالكترونية على العديد من المعلومات التي تساهم في تطوير البحث العلمي كما تقوم بتزويد التقاريرو الإحصائيات الطبية والإدارية التي تخدم أنشطة المستشفى؛
- ✓ يوفر إمكانية ربط المستشفيات مع بعضها البعض؛
- ✓ يساعد على تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة للمريض عن طريق توفير المعلومات اللازمة في الوقت المناسب؛
- ✓ رفع كفاءة الخدمات الصحية وتوفير التكاليف عن طريق السرعة في تبادل المعلومات وتوفير العمالة والجهد المبذول من طرف الموظفين؛
- ✓ يعتبر السجل الصحي الالكتروني نقطة التقاء جميع الأنظمة، لأن الملف الصحي الالكتروني هو الذي يخزن فيه النتائج الطبية والتشخيصات والعلاجات والأدوية التي أجريت للمريض؛
- ✓ تعزيز التنسيق واستمرارية الخدمة، وتحسين الاتصالات في نقل المعلومات الصحية من خلال تضمنها جميع البيانات الصحية.

2. نظام معلومات المخبر (Laboratory Information System):يعرف بأنه "برنامج يعمل على تنظيم عمل مختبرات التحاليل الطبية ابتدءا من استقبال طلبات التحاليل إلى تحصيل ومعالجة النتائج ومن ثم

[1] دلال السويسي، مرجع سابق ، ص62.

[2] مصباح عبد الهادي حسن الدويك، **نظم المعلومات الصحية المحوسبة وأثرها على القرارات الإدارية والطبية(دراسة تطبيقية على مستشفى غزة الأوروبي)**، مرجع سابق ، ص59.

طباعتها، وقد يعالج هذا النظام عملية تحديد العينات اللازمة للتحليل وتوجيهها إلى الأقسام المختلفة للمختبر بحسب الاختصاص"[1]

إن لنظام معلومات المخبر فوائد كثيرة منها: [2]

- ✓ تطوير النظم المخبرية بشكل إلكتروني لأخذ العينات وتحليلها؛
- ✓ تبسيط الإجراءات وسرعة تسليم النتائج والمحافظة على البيانات من الفقدان؛
- ✓ رفع كفاءة وإنتاجية العمل في المختبرات؛
- ✓ سرعة الحصول على أي معلومات مطلوبة سواء إلكترونياً أو عن طريق طباعتها؛
- ✓ إمكانية تتبع سير العينات بدقة وسهولة؛
- ✓ يساعد على الحصول على الاعتماد الدولي للمركز الصحي.

3. نظام معلومات الأشعة (Radiology Information System): يمكن تعريفه بأنه "عبارة عن أنظمة حاسوبية متكاملة تستخدم من قبل قسم الأشعة، ويقوم هذا النظام بتخزين الصور الطبية المختلفة ومعالجتها وتوزيعها وعرضها على مزودي الخدمة الصحية ذوي الاختصاص بشكل رقمي، ويرتبط هذا النظام بالأجهزة الطبية الموجودة من جهة ويتكامل مع الأنظمة الأخرى بالمستشفى من جهة أخرى."[3]

4. نظام معلومات الصيدلة (Pharmacy Information System):يمكن تعريف نظام معلومات الصيدلة على أنه نظام معلومات مكون من مجموعة من النظم الحاسوبية المعقدة وهذه النظم تعمل على تحسين فعالية هذه الأقسام وسلامة المرضى وتخفيض التكاليف والتفاعل الكامل مع نظام معلومات المستشفى.

ولنظام معلومات الصيدلة فوائد عديدة نذكر منها ما يلي: [4]

- ✓ إمكانية معرفة رصيد الأدوية والمقدار المنصرف منه وجهته في أي قسم من الأقسام؛
- ✓ إمكانية الصرف والبيع عن طريق اسم الدواء أو الرمز الرقمي مع مراعاة تاريخ الصلاحية؛
- ✓ يساعد على تحسين الرعاية الصحية للمريض عن طريق إصداره تنبيهات إذا قام الطبيب بطلب أدوية يحصل بينها تفاعلات كيميائية سلبية، أو إذا كان المريض يعاني من حساسية عند استخدام دواء محدد؛

[1]Beaver Kevin, **Healthcare Information Systems**, second Edition, Auerbach publication, Florida, USA, 2003, p 339.

[2] Beaver Kevin, **op cit, p400.**

[3] دلال السويسي، مرجع سابق ، ص59.

[4]مصباح عبد الهادي حسن الدويك، مرجع سابق ، ص ص 65،66.

✓ سهولة الجرد على الأدوية للصيدلي المسؤول عن جرد الأدوية؛

✓ سهولة إصدار بعض الإحصائيات والتقارير الهامة للجهات المعنية مثل ارتفاع استهلاك دواء معين.

5. نظام إدخال الأوامر إلكترونيا (Computerized Physician Order Entry):يمكن تعريفه بأنه عبارة عن" نظام آلي محوسب متكامل يتيح للأطباء إرسال وصفاتهم الدوائية التحليلية والأشعة إلى الأقسام ذات الصلة كالصيدلة، المخبر والأشعة، وهذا النظام يشمل كل الأوامر التي يقوم الطبيب بتسجيلها في السجل الطبي للمريض مثل: طبيعة الغذاء للمريض، الأدوية والمحاليل والجرعات، مواعيد التحاليل والفحوصات الطبية، وأي إجراءات طبية مطلوبة، مع السماح بالإضافة والتعديل لهذه الأوامر مثل إيقاف بعض الأوامر والأدوية، ترسل الأوامر تلقائيا إلى الجهة المختصة مثل المخبر وقسم الأشعة والأقسام الداخلية الأخرى." [1]

ثانيا: العوامل التي ساعدت على تطبيق نظام المعلومات الصحي

تتمثل العوامل التي ساعدت على تطبيق نظام المعلومات في المؤسسات الصحية في النقاط التالية:[2]

✓ انخفاض تكلفة أجهزة الحاسوب، وتوفير عدد كبير من الأيدي العاملة المدربة بالإضافة إلى الدقة والسرعة وارتفاع درجة إتاحة المعلومات؛

✓ سهولة برمجة العديد من الأنشطة الصحية باستخدام الحاسب الالكتروني؛

✓ سهولة مقارنة بيانات مستشفى مع أخرى أو مع منظمات صحية أخرى؛

✓ سهولة تخزين المعلومات بوسائط التخزين الموجودة بالحاسب الآلي.

[1] مصباح عبد الهادي حسن الدويك، نفس المرجع ، ص67.

[2] مصباح عبد الهادي حسن الدويك، نفس المرجع، ص56.

خلاصة الفصل الأول:

مع تزايد أحجام المنظمات وضرورة تعاملها مع البيانات أصبحت نظم معالجة البيانات غير قادرة على توفير احتياجات متخذي القرارات من المعلومات ولذلك اتجهت المنظمات الكبيرة إلى استخدام نظم المعلومات الإدارية لتوفير معلومات تصف كافة الأنشطة أو بعض أنشطتها ومجالاتها بشأن استعراض إحداث الماضي والحاضر وما يتوقع حدوثه مستقبلا وتوفر هذه النظم تقارير دورية وتقارير استثنائية تمكن المسؤولين من استخدامها في معالجة المشكلات وحلها.

نتيجة لمزايا نظام المعلومات في المؤسسات، سعت بدورها المؤسسات الصحية على امتلاك هذه النظم والتي تمكنها من تحقيق أهدافها، لأن المعلومات سواءا كانت طبية أو إدارية تمثل موردا مهما على المؤسسة الصحية استغلاله لتحسين خدماتها، و دلك عن طريق الحصول عليها في الوقت المناسب ثم معالجتها ثم حسن توظيفها، هذا ما يسمح بالارتقاء في الخدمات المقدمة للمستهلكين أي المرضى.

الفصل الثاني
الجودة في الخدمات لدى المؤسسات العمومية الصحية

توطئة الفصل الثاني:

تعتبر الخدمة التي تقدمها المؤسسات الصحية مخرجات غير ملموسة، مما يدفعها باستمرار لتقييم خدماتها المقدمة إلى المجتمع قبل ظهور الحاجة إليها وفي معظم الحالات تقدم الخدمات آنيا حين الطلب عليها، وهذا ما يجعل عملية تقديم الخدمة تتطلب السرعة والدقة والجودة وخاصة في المستشفيات، وكل مؤسسات القطاع العام تهدف لتحقيق النجاح. ولتحقيق مثل هذا النجاح يتوجب على المؤسسات الصحية بناء حساباتها المتوازنة والصحيحة التي تشمل التكلفة المعقولة ومفردات الخدمة المتميزة، مع التركيز الشديد على تأمين العلاقات الحميمة مع الزبائن أي المرضى.

ولتبيان ذلك قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى أربعة مباحث وكل مبحث إلى أربعة مطالب كالتالي:

المبحث الأول: ماهية الجودة

المبحث الثاني: الخدمات الصحية

المبحث الثالث: مسار الجودة في المؤسسات الصحية

المبحث الرابع: واقع القطاع الصحي في الجزائر

المبحث الأول: ماهية الجودة

إن أهمية الجودة تحتم ضرورة توضيحها والوقوف على جوانبها المختلفة، وهذا ما سنتطرق إليه في هذا المبحث من خلال عرض مفهومها، تطورها التاريخي، خصائصها وأهميتها بالإضافة إلى أبعادها.

المطلب الأول: مفهوم الجودة ومراحل تطورها

في هذا المطلب سنحاول التطرق إلى مجموعة من تعاريف الجودة وكذلك مراحل تطور الجودة إلى أن أصبحت ما عليه الآن.

أولا: تعريف الجودة

تعددت وتباينت التعاريف التي أوردها رجال الإدارة في هذا الموضوع، ولهذا من الصعب أن نجد تعريفا شاملا ويظهر ذلك جليا من خلال التعريف التي سنعرضها فيما يلي:

التعريف الأول: يرجع مفهوم (Qualité)إلى الكلمة اللاتينية (Qualitas) والتي تعني طبيعة الشخص أو الشيء ودرجة صلاحيته، كما كانت تعني قديما الدقة والإتقان.[1]

التعريف الثاني: تعريف **الجمعية الأمريكية للجودة**، الذي أشار إلى أن الجودة هي: "الهيئة والخصائص الكلية للمنتج (خدمة أو سلعة)، التي تظهر وتعكس قدرة هذا المنتج على إشباع حاجات صريحة Explicit وأخرى ضمنية Implicit"[2]

التعريف الثالث: عرفت على أنها: "الالتزام بالمواصفات والشروط بما يحقق تطابق الإنتاج مع تلك المواصفات بشرط تحقيق توقعات ورغبات المستهلك(المستخدم)."[3]

بالإضافة إلى هذه التعاريف يمكن تلخيص بعض التعاريف للرواد الأوائل لإدارة الجودة في الجدول التالي:

---

[1] مأمون الدرادكة، طارق شلبي، **الجودة في المنظمات الحديثة**، الطبعة الأولى، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2002، ص15.

[2] سلمان زيدان، **إدارة الجودة الشاملة(الفلسفة ومداخل العمل)**، بدون طبعة، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، 2010، ص92.

[3] فريد النجار، **إدارة الجودة الشاملة والإنتاجية والتخطيط التكنولوجي للتميز والريادة والتفوق**، بدون طبعة، الدار الجامعية للنشر والتوزيع الإسكندرية، 2007، ص217.

الجدول رقم (2–1): بعض تعاريف الجودة من قبل رواد أوائل للجودة الشاملة

اسم الرائد	تعريف الجودة
Juran(1974)	إن الجودة هي الملائمة للإستعمال
Crosby(1979)	إن الجودة هي المطابقة للمتطلبات أو للمواصفات
Deming(1986)	إن الجودة يجب أن ترضي حاجات العميل الحالية والمستقبلية
Fisher(1996)	إن الجودة مفهوم مجردة يعني أشياء مختلفة للأفراد المختلفين، وأنها في مجال الأعمال والصناعة تعني كم يكون الأداء أو خصائص معينة ممتازة خصوصا عند مقارنتها مع معيار موضوع من قبل العميل أو المنظمة

المصدر: رعد عبد الله الطائي، عيسى قدادة، **إدارة الجودة الشاملة**، بدون طبعة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن 2008، ص29.

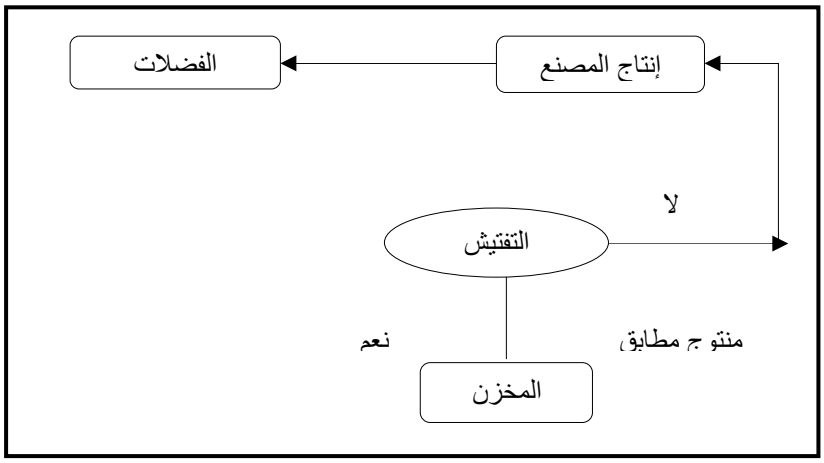
ثانيا: مراحل تطور مفهوم الجودة

بدأ التركيز على مفهوم الجودة في اليابان في القرن العشرين ثم انتشر بعدها في أمريكا والدول الأوروبية ثم باقي دول العالم، وإجمالا فقد مر المفهوم بأربعة مراحل رئيسية: [1]

1. مرحلة فحص الجودة(من عام 1950م إلى بداية عام 1960م): وفي هذه المرحلة كان التركيز على التحديد الواضح لمواصفات المنتوج بالإضافة إلى تحديد الخطوات اللازمة لصنع المنتوح وبالتالي فإن المنتجات المطابقة للمواصفات الفنية يمكن تسليمها إلى العميل، أما المنتجات غير المطابقة للمواصفات الفنية فإنها إما أن تتلف أو يعاد العمل عليها أو يتم بيعها بأسعار أقل، إن عملية فحص المنتج كانت تركز فقط على اكتشاف الأخطاء والقيام بتصحيحها، فالخطأ أو العيب أو التلف قد حدث فعلا، إذن عملية الفحص تكتشف الخطأ لكنها لا تقوم بمنع الخطأ من الأساس؛وهذا ما يوضحه الشكل الموالي.

[1] اعمر عزاوي، أحمد علماوي، **الثقافة التنظيمية مدخل لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في منظمات الأعمال**، مداخلة ضمن ملتقى إدارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسة، جامعة الدكتور الطاهر مولاي بسعيدة، 14/13 ديسمبر2010، ص8.

الشكل رقم (2-1): نظام الجودة المبني على أساس الفحص



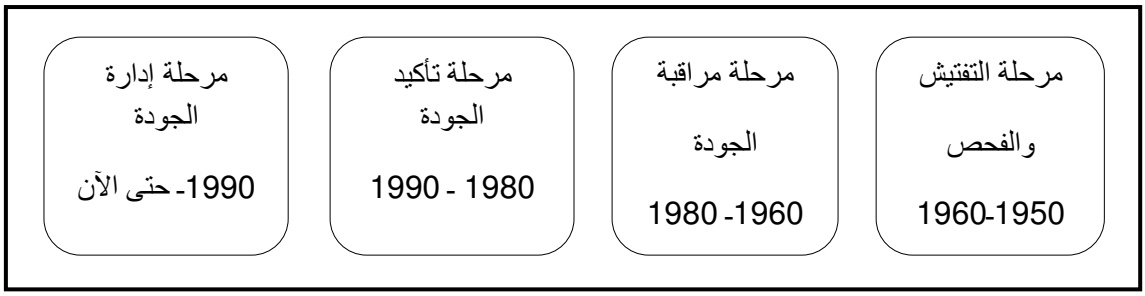
المصدر: بومدين يوسف، **دور إدارة الجودة في تحسين الأداء الحالي للمؤسسة**، مداخلة ضمن إدارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسة جامعة الجزائر3 بدالي إبراهيم، 14/13 ديسمبر 2010، ص06

2. مرحلة مراقبة الجودة (من عام1960إلى بداية 1980): في هذه المرحلة ظهرت طرق مراقبة الجودة من خلال الطرق الإحصائية والمراقبة عن طريق العينة، فعوض مراقبة كل الكميات المنتجة أصبحت المراقبة تتم على عينة ممثلة لكل الإنتاج، ليتم اتخاذ قرار قبول أو رفض كل المنتج بناء على المراقبة التي تتم على العينة، وكان لهذا التطور الكبير على خفض التكاليف؛

3. مرحلة توكيد الجودة (من عام 1980إلى عام 1990): نظرت هذه المرحلة إلى مفهوم الجودة بنظرة أوسع، مركزة على المنع والوقاية من خلال المراقبة الإحصائية، ومفاهيم أخرى جديدة من قبل تكلفة الجودة والرقابة الكلية للجودة والعيوب الصفرية، ولم تعد مسئولية الجودة من مهام القسم الواحد المسؤول عن الجودة ولكن المسؤولية أصبحت من مهام المنظمة ككل، فهي جزء لا يتجزأ من خطط المنظمة وتصميم المنتج وأصبح تنسيق الجودة بين الأقسام والإدارات والوظائف المختلفة من أولويات المنظمة لتحقيقها؛

4. مرحلة إدارة الجودة الشاملة (من عام 1990إلى الآن): انتقل مفهوم الجودة بعد التطورات والتحولات الكبيرة ليصبح وظيفة أساسية للإدارة بدءا من الإدارة العليا والإدارة الوسطى والإدارة التنفيذية وانتهاء العاملين كما يغطي كل المجالات الوظيفية بالمنظمة لتعرف الإدارة بعد ذلك بإدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management)

الشكل رقم (2-2): مراحل تطور مفهوم الجودة



المصدر: من إعداد الطالبة.

المطلب الثاني: خصائص الجودة وأهدافها

في المطلب السابق تطرقنا إلى مجموعة من التعاريف والتي يمكن استنتاج منها مجموعة من الخصائص وكذا أهداف الجودة، وهذا ما سنتطرق إليه في هذا المطلب.

أولا: خصائص الجودة للجودة عدة خصائص تميزها وأهم هذه الخصائص هي كالتالي: [1]

1. فائقة: حيث الجودة تعني التفوق؛

2. قائمة على المنتج: التعامل مع اختلاف خصائص المنتج وجودتها؛

3. قائمة على المستخدم: قدرة المنتج على إرضاء توقعات ورغبات الزبائن؛

4. قائمة على التصنيع: تعني الجودة مطابقة لمواصفات المنتج؛

5. قائمة على القيمة: فالمنتج الأكثر جودة يلبي حاجة الزبائن بالسعر الملائم.

ثانيا: أهداف الجودة هناك نوعان من أهداف الجودة هما: [2]

1. أهداف تخدم ضبط الجودة وهي التي تتعلق بالمعايير التي ترغب المنظمة في المحافظة عليها وهي تصاغ على مستوى المنظمة ككل وذلك باستخدام متطلبات ذات مستوى أدنى تتعلق بصفات مميزة مثل الأمان ورضا الزبائن؛

2. أهداف تحسين الجودة وهي غالبا ما تنحصر في الحد من الأخطاء وتطوير منتجات جديدة ترضي الزبائن بفاعلية أكبر.

هذا ويمكن تصنيف أهداف الجودة بنوعيها إلى خمس فئات هي: [3]

---

[1] محمد عبد العال النعيمي وآخرون، **إدارة الجودة المعاصرة**، بدون طبعة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص39.

[2] قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات**، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص38.

[3] قاسم نايف علوان المحياوي، نفس المرجع ، ص39.

✓ أهداف الأداء الخارجي للمنظمة ويتضمن الأسواق والبيئة والمجتمع؛

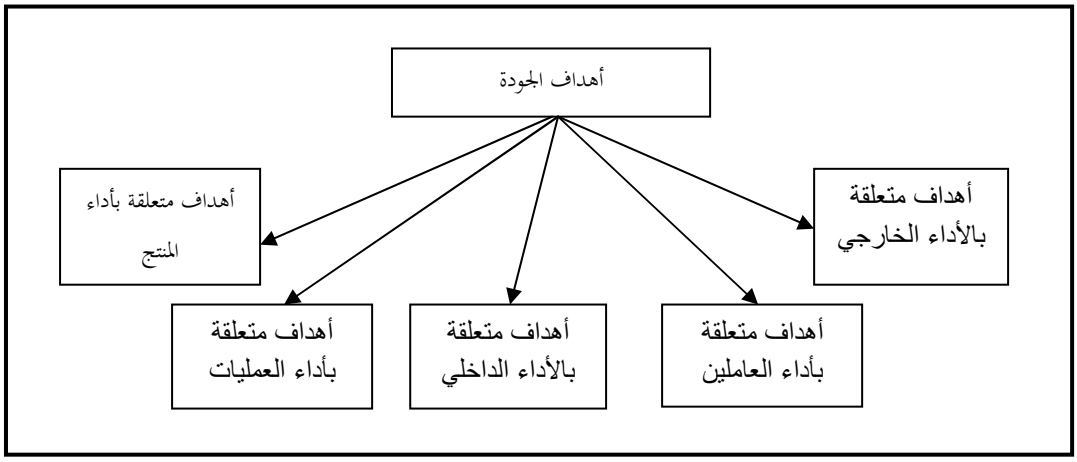
✓ أهداف أداء المنتج وتتناول حاجات الزبائن والمنافسة؛

✓ أهداف العمليات وتتناول مقدرة العمليات وفاعليتها وقابليتها؛

✓ أهداف الأداء الداخلي وتتناول مقدرة المنظمة وفاعليتها ومدى استجابتها لتغيرات ومحيط العمل؛

✓ أهداف الأداء للعاملين وتتناول المهارات والقدرات وتحفيز وتطوير العاملين، والشكل الموالي يوضح أهداف الجودة.

الشكل رقم (2-3): أهداف الجودة



المصدر: قاسم نايف علوان المحياوي، نفس المرجع ، ص39.

المطلب الثالث: أشكال وأبعاد الجودة وأهميتها

لكي نفهم أكثر مفهوم الجودة يمكن التطرق في هذا المطلب إلى أشكال وأبعاد الجودة وكذلك إلى أهميتها.

أولا: أشكال الجودة إن تعاريف الجودة المشار إليها سابقا قد تذهب للتركيز على وجه من أوجه الجودة، فمثلا تعريف Crosby (1979) كان يركز على "جودة المطابقة" وهو المنطلق الذي ينطلق منه القائم بعملية الصنع، بينما في تعريف Juran (1974) كان التركيز على "جودة الأداء وهو المنطلق الذي ينطلق منه القائم بالتسويق الذي يهتم بوجهة نظر العميل ويركز من يعمل في الهندسة على "جودة التصميم" وما يرتبط بها من مواصفات تصميمية.

من خلال هذين التعريفين نلاحظ أن للجودة ثلاثة أوجه أو ثلاثة أشكال:

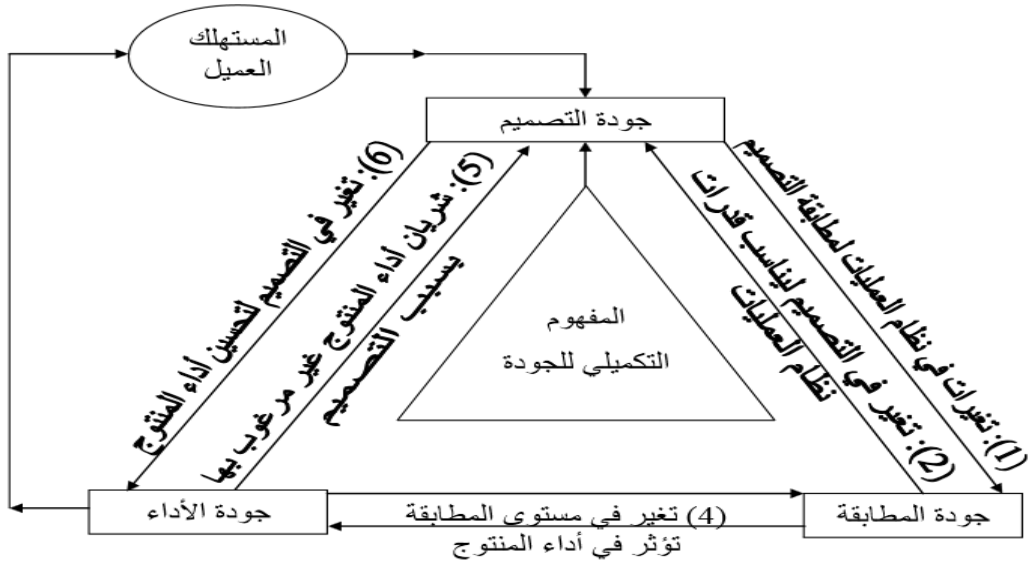
✓ جودة المطابقة

✓ جودة الأداء

✓ جودة التصميم

مما يعني الإتجاه الحالي والحديث هو "المفهوم التكاملي للجودة"الذي يجمع أو يربط بين الأوجه الثلاثة إنما وذكرها للتأثير المتبادل فيما بينها الذي ينعكس في محصلته النهائية على ما يستلمه العميل (مستهلك أو مستعمل)والذي يترتب عليه موقف العميل الإيجابي أو السلبي، والشكل الموالي يوضح هذه الأوجه الثلاثة للجودة.[1]والشكل التالي يبين أوجه الجودة الثلاثة.

الشكل رقم (2–4): أوجه الجودة الثلاثة



المصدر: رعد عبد الله الطائي، عيسى قدادة، **إدارة الجودة الشاملة**، مرجع سبق ذكره، ص 31.

يلاحظ من الشكل ما يلي: [2]

ينطلق تصميم المنتوج من استطلاع حاجات ورغبات وتوقعات العملاء وقد يتناسب هذا التصميم مع المنظمة أو لا يتناسب وعندها:

(1) يجري التغيير والتعديل في نظام الإنتاج والعمليات ليتناسب مع متطلبات التصميم حسب السهم (1) في الشكل (4/2)

(2) أو يجري التعديل في التصميم حتى يتلاءم مع قدرات نظام الإنتاج والعمليات.

[1]رعد عبد الله الطائي، عيسى قدادة، مرجع سابق، ص30.

[2]رعد عبد الله الطائي، عيسى قدادة ،نفس المرجع ، ص ص29، 30.

ويتضح من الشكل أن هناك علاقة تأثير وتأثر مستمر بين أوجه الجودة الثلاثة لتقديم إلى العميل وهذا ما أدى إلى الإهتمام أكثر بالمفهوم الحديث أو المفهوم التكميلي للجودة.

1. جودة التصميم (Quality Of Design): تشير "جودة التصميم"إلى الخصائص المحددة للمنتوج أو العملية بكلفة معينة ولقطاع سوقي معين، وهي مقياس لمدى حسن ملائمة التصميم للمتطلبات(الخصائص)المتفق عليها.وأهم جانب في التصميم، الذي يؤثر في مستوى الجودة له هي المواصفاتوالمواصفات على نوعين هما:

- ✓ **المواصفات الوظيفية (Funetional Specifications)**: وتتعلق بالكيفية التي يعمل بها المنتوج ويؤدي الوظيفة التي يطلب لأجلها؛
- ✓ **مواصفات المنتوج (Product S pecifications)**: وتتعلق بكيفية صنع المنتوج.

2. جودة المطابقة (Quality Of Conformance): تشير جودة المطابقة إلى مدى مطابقة المنتوج الفعلي لمتطلبات(خصائص)التصميم(ويضمنها الكلفة) وهي تعبير عن مدى تحقيق مستوى جودة التصميم في المنتوج الفعلي، وللشركة وموردیها دورا في جودة المطابقة حيث أن جودة المطابقة انعكاس لكل من العمليات في الشركة، ولمدى ملائمة ما يقدمه موردوها لتحقيق المستوى المقرر للجودة، تعتمد المنظمات على العديد من الأساليب للسيطرة على جودة المطابقة مثل منع المعيب، أو إيجاد والكشف عن المعيب وإصلاحه أو تحليل الأسباب واتخاذ الإجراءات التصحيحية أو مزيج من عدة أساليب وأن ما تعتمده المنظمة في السيطرة على جودة المطابقة يلعب دورا في التأثير على كلفة المنتوج ومن هنا فإن مناهج الجودة خلال مراحل تطورها المختلفة كانت تسعى لتحقيق جودة المطابقة للتصميم دون زيادة في الكلفة المحددة للمنتوج بموجب التصميم.

3. جودة الأداء (Quality Performance): تشير جودة الأداء إلى حسن أداء المنتوج في السوق، أو مدى حسن إدراك وقبول المنتوج من العميل عند استعماله، وهي تعبير عن درجة رضا العميل عن المنتوج عند استعماله بعد شراءه.

وتعتبر جودة الأداء دالة لكل من جودة التصميم وجودة المطابقة، من هنا فإن توفر التغذية العكسية بين جوانب الجودة الثلاثة أمرا ضروريا وقد ينتج عن جودة الأداء المدركة (المتصورة) لدى العملاء بروز الحاجة إلى التعديل والتطوير في مستوى جودة التصميم، وجودة المطابقة أو كلاهما.

ثانيا: أبعاد الجودة

حرصت منظمات الأعمال التي ترغب بتحقيق الرضى لزبائنها المستهدفين بالتوسع في مفهوم الجودة وفي نفس الوقت طورت قابليتها على إنتاج منتجات أو خدمات تحتوي عددا كبيرا من أبعاد الجودة، وبسبب اختلاف خصائص المنتوج عن خصائص الخدمة.لذا سنورد فيما يأتي مجموعتين من الأبعاد:

1)أبعاد جودة الخدمة:بناء على ما تتمتع به الخدمة من خصائص يمكننا أن نضع عشرة أبعاد تقاس من خلالها جودة الخدمة هي: [1]

1-1)المعولية (Reliability): تتضمن أتساق الأداء والاعتمادية وتعني أن الشركة تقدم الخدمة بشكل صحيح ومن المرة الأولى وبذلك توفي بوعودها؛

1-2)الاستجابة (Responsiveness): رغبة وجاهزية (أو استعداد) العاملين لتقديم الخدمة؛

1-3)الكفاية أو المقدرة (Competence): تعني امتلاك المهارات المطلوبة والمعرفة اللازمة لتقديم الخدمة؛

1-4)إمكانية الوصول للخدمة (Acess): تتضمن سهولة الوصول وسهولة الإتصال؛

1-5)المعاملة (Courtesy): تتضمن اللياقة أو الأدب والاحترام والتقدير والصداقة التي يبديها العاملون الذين تتطلب أعمالهم الاتصال بالزبائن مثل العاملين في أقسام الاستقبال أو الذين يردون على الاتصالات الهاتفية ؛

1-6)الاتصال (Communication): تعني إعلام الزبائن بالمعلومات التي يبحثون عنها باللغة التي يفهمونها والإصغاء لطلباتهم، وقد يتطلب ذلك قيام الشركة بتكييف لغتها للزبائن المختلفين؛

1-7)الموثوقية أو المصداقية (Credibility): تتضمن جعل الشركة جديرة بالثقة والاعتماد وتتمتع بالصدق والأمانة والاستقامة وتدافع عن مصالح الزبائن من الصميم؛

1-8)الأمان (Security): **التحرر من الخطر أو الشك؛**

1-9)فهم/معرفة الزبون (Understanding /Knowing Customer): بذل الجهود لفهم حاجات الزبائن؛

1-10)الملموسية (Tangibles): الجوانب المادية للخدمة.

[1]عواطف إبراهيم الحداد، **إدارة الجودة الشاملة**، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر التوزيع، الأردن، 2009، ص24.

2) أبعاد جودة المنتج:يمكن إيجاز أبعاد جودة المنتج في النقاط التالية: [1]

2-1)الأداء (Performance): وتعني قدرة المنتج على أداء ما متوقع أن يؤديه؛

2-2)الخصائص (Characteristics): الخواص الثانوية المضافة للمنتج كالتحكم عن بعد؛

2-3)المطابقة (Conformance): مطابقة المواصفات ومعايير الصنع لما أعلن للزبون؛

2-4)الموثوقية (Reliability): استمرار الأداء عبر الزمن؛

2-5)مدة الصلاحية (Durability): مدة الإستخدام قبل الاحتياج للإصلاح بها في ذلك تصحيح أداء المنتج؛

2-6)القابلية للخدمة (Sevice): الصيانة وحل المشاكل والشكاوي وسهولة التصليح؛

2-7)الإستجابة (Response): التعامل الإنساني مثل لياقة البائع؛

2-8)الجماليات (Acsthetics): حس الإنسان بالخصائص المفضلة، أي كيف يبدو مظهره ومذاقه ورائحته؛

2-9)السمعة (Reputation): الأداء السابق للمنتج حسب ما هو معروف لدى المستهلك.

ثالثا: أهمية الجودة يمكن القول بأن الاهتمام بالجودة وتطبيقها يمكن أن يحقق مزايا هامة للمنظمة منها: [2]

1. تحسين سمعة المنظمة(Organization's Reputation)؛

2. تحسين الإنتاجية (Productvity)؛

3. تقليل الهدر(West)في الموارد؛

4. تفعيل الكلف(Cost)؛

5. زيادة الحصة السوقية (Market Share)؛

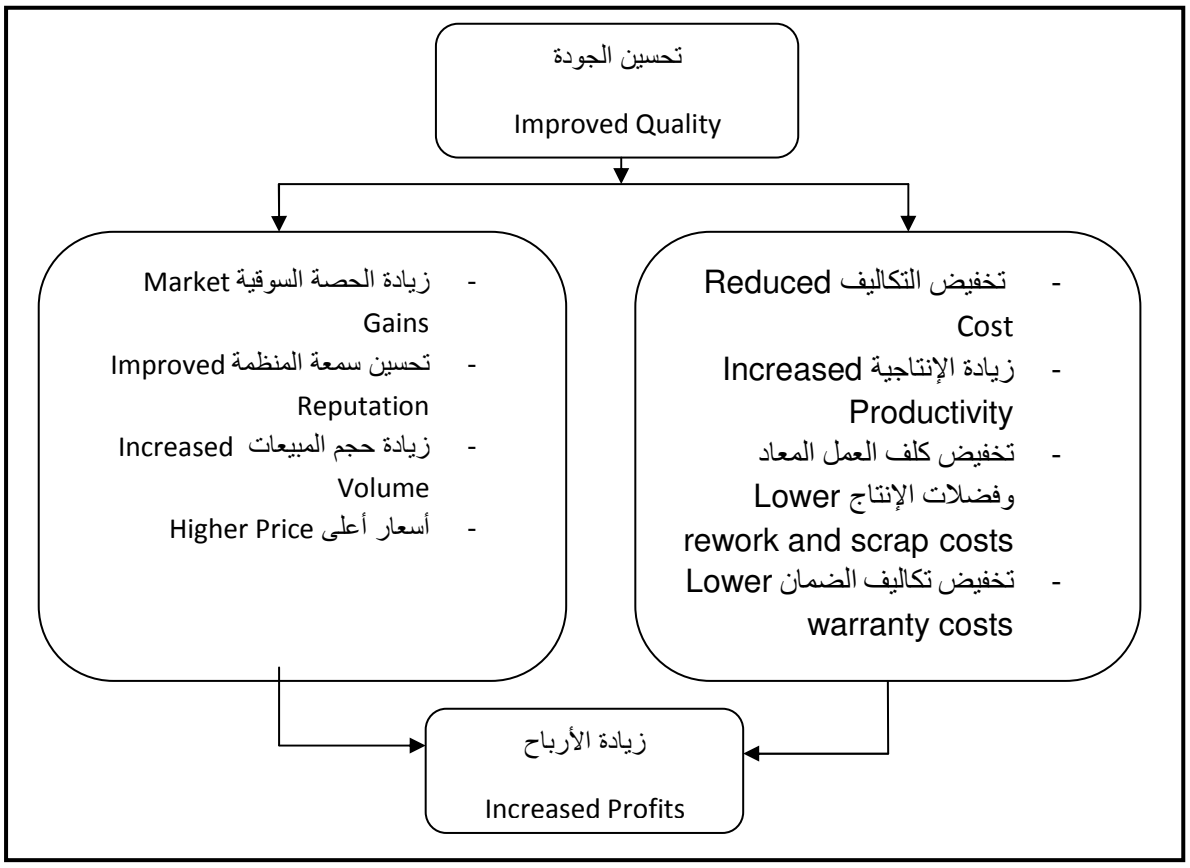
6. تحسين الربحية (Profitability).

وفيما يلي توضيح لذلك من خلال الشكل الموالي.

[1] محمد عبد العال النعيمي وآخرون، مرجع سابق ، ص38.

[2] عواطف إبراهيم الحداد، مرجع سابق، ص22.

الشكل رقم (2-5): تحسين الجودة وأثرها في زيادة الأرباح



المصدر: يوسف حجيم الطائي، **نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية**، بدون طبعة، دار اليازوري للنشر والتوزيع الأردن2007، ص74.

رابعا: التأثيرات السلبية للجودة الرديئة

وهناك تأثيرات سلبية للجودة الرديئة في المنظمة وهي: [1]

1. فقدان العمل (Work Loss): تؤدي الجودة الرديئة للمنتجات أو الخدمات إلى خسارة المنظمة وفقدانها القدرة على الإستمرار فعادة تؤثر في سمعة الشركة وتشويه صورتها في ذهن الزبائن وتناقص حصتها السوقية وترك مجال العمل؛

2. المسؤولية عن الأخطاء المحتملة: هناك جانب مهم يتعلق برداءة الجودة يختص بالمسؤولية المالية للمنظمة عن أية أخطاء تحدث نتيجة الإصابات أو الحوادث الناجمة عن استخدام منتجات معينة، سواء كان هذا راجعا إلى التصميم الرديء أو إلى رداءة الصناعة لذلك ظهرت الجماعات حماية المستهلك، زيادة على

[1] يوسف حجيم الطائي، مرجع سابق، ص76.

العديد من المنظمات الرسمية وغير الرسمية المحلية منها والعالمية والتي تهتم بشؤون الجودة ومن ذلك تنشيط عمل المنظمة الدولية للتوجيه القياسي ISO؛

3. الإنتاجية (Productivity): الجودة لها صلة وثيقة بالإنتاجية على أن هناك رأيا يقول بأنها وجهان لعملة واحدة، حيث أن المحافظة على الجودة وصيانتها يؤديان إلى التأثير إيجابيا في الإنتاجية، وبالمقابل فإن الجودة الرديئة تؤثر في الإنتاجية وذلك من خلال الاستخدام غير الكفء لموارد الإنتاج؛

4. التكاليف (The Costs): تؤدي الجودة الرديئة إلى زيادة أنواع معينة من التكاليف التي تتحملها المنظمة خاصة تلك التكاليف كالوحدات المعيبة، وتكاليف إعادة الإنتاج وتكاليف الفحص وغيرها.

المطلب الرابع: محددات الجودة وأدواتها

في هذا المطلب سنتطرق إلى محددات الجودة والأدوات المستخدمة فيها.

أولا: محددات الجودة إن الدرجة التي تستطيع بواسطتها المنتجات أو الخدمات تحقيق الغرض الأساسي من تقديمها تعتمد على المحددات التالية: [1]

1. التصميم (The Design): يمثل الخطوات التي تحدد مستوى الجودة، ويقصد بالتصميم جميع القرارات التي تتعلق بتحديد خصائص السلعة أو الخدمة، ويسمى الأسلوب المستخدم في تحويل متطلبات الزبون إلى مصطلحات هندسية وطنية لنشر الجودة "Quality Deployment"ويجب أن يأخذ قرار التصميم لمتطلبات الزبون في الحسبان زيادة على القرارات الإنتاجية وهذا يعني اعتماد مبدأ الدقة في التصميم من أجل الوصول بالمنتوج إلى مستوى الإتقان المطلق؛

2. جودة التطابق (Qality Conformance): تعني جودة المطابقة إنتاج سلعة أو خدمة تتوافق مع المواصفات المحددة في التصميم ويتم هذا التأكد من المنتج النهائي الذي يقابل مواصفات التصميم، حيث أن مطابقة تعد واجبة ومهمة لكي يكون المنتج جيدا، ولكن ذلك أيضا لا يكفي لوجود عوامل تؤثر فيها مثل القدرات الإنتاجية للتسهيلات المستخدمة (كالآلات والمعدات ومهارات العاملين والتدريب والحوافز).فالتصميم الجيد وحده لا يكفي لتحقيق مستوى مناسب من الجودة أي يكون التصميم جيدا ولكن إنتاج السلعة أو الخدمة يكون رديئا، نتيجة الآلات والمعدات أو تلف المواد بعد تسلمها، أو يرتكب عمال الإنتاج بعض الأخطاء في التنفيذ ومن هنا تظهر أهمية المطابقة؛

[1] يوسف حجيم الطائي، مرجع سابق، ص 81.

3. سهولة الإستخدام (Easy of use): إن لسهولة الإستخدام والإرشادات للزبون عن كيفية استخدام المنتجات، أهمية قصوى في زيادة قدرتها على الأداء بطريقة سليمة وآمنة على وفق ما هو مصمم لها، فإذا لم يتم إرشاد الزبائن نحو ما يجب عمله عند استخدام السلعة، فمن المتوقع أن تتخذ بعض الإجراءات من جانبهم بما يؤثر تأثير ا سلبيا في جودة المنتج نتيجة سوء الاستخدام ويتم إرشاد الزبون حول كيفية الاستخدام على شكل تعليمات وتوجيهات تكون مطبوعة على عبوة السلعة وترشد إلى الاستخدام الصحيح لها، وكيفية معالجة المشكلات التي تحدث في أثناء الاستخدام، ويجب أن تكون الإرشادات بمكان واضح وبصيغة يفهمها الزبون العادي؛

4. خدمات ما بعد التسليم (Service After Dlivery): هناك أسباب كثيرة تؤدي اختلاف الأداء عما هو متوقع منه وبغض النظر عن تلك الأسباب فإن من المهم معالجتها، سواء عن طريق سحب المنتجات المعيبة من السوق أو عن طريق الإصلاح (الصيانة أو الاستبدال).

ثانيا: أدوات الجودة هناك أدوات تساعد الأفراد على فهم العمليات والأنشطة من جوانب عدة مثل التعريف، التنظيم التتابع بينها العلاقات التي تترابط بها، الأهمية والأولوية لكل منها، وإن التدريب على تلك الأدوات واستخدامها يشكل جانبا من "التمكين"الذي يتم لهم في المنظمة.

1) المدرج التكراري: شكل بياني يحتوي مجموعة من المستطيلات حيث يمثل كل منها تكرار حدوث فئة معينة للمتغير أو خاصية معينة من مجموعة الخصائص، وفي مجال الجودة يستخدم المدرج التكراري لعرض وتمثيل البيانات المتعلقة بحالة معينة لإعطاء تصور واضح عنها لا يمكن أن تعطيه البيانات الرقمية، ويمكن أن يستعمل لتمييز أو تحديد الأسباب الرئيسية للمشكلة؛[1]

2) تحليل أو منحنى باريتو (Pareto Diagram): يستخدم تحليل باريتو في مجال الجودة لتحديد المشاكل التي يجب إعطائها الأولوية والأهمية في المعالجة والحل قبل غيرها، لتأثيراتها الكبيرة، يشير البعض إلى تحليل باريتو بمبدأ أو قاعدة (20/80)، التي تعني أن 80% من المشكلات تعود إلى 20% من الأسباب وهذه الأسباب هي القلة الحيوية التي تعود إليها معظم المشاكل والتي يجب الاهتمام بها ومعالجتها أولا.لاستخدام هذه الأداة نعتمد الخطوات التالية: [2]

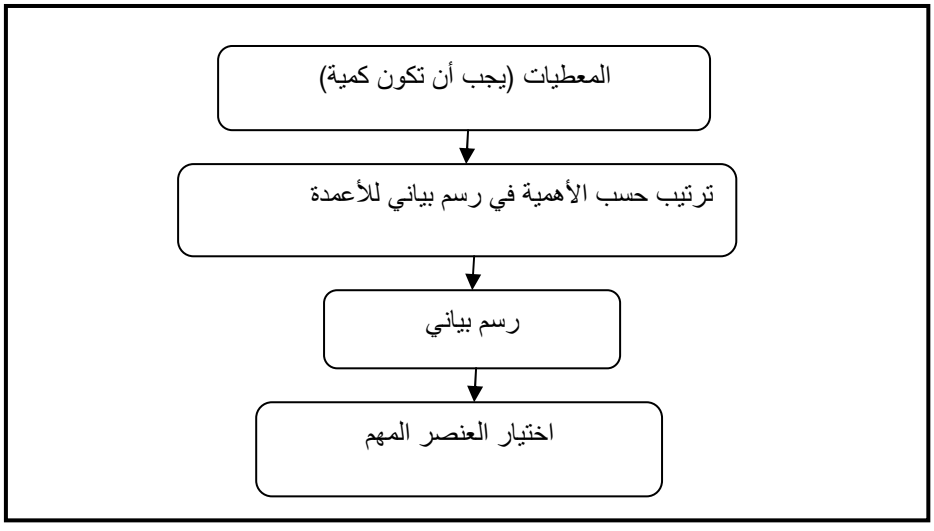
[1] بن حميد محمد، حريق خديجة، إدارة ونظام الجودة الشاملة، مداخلة ضمن ملتقى إدارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسة، جامعة الدكتور الطاهر مولاي بسعيدة، 14/13 ديسمبر 2010، ص05.

[2] رعد عبد الله الطائي، عيسى قدادة، مرجع سابق، ص209.

- ✓ وضع قائمة من الأسباب المحتملة لحدوث المشكلة موضوعة البحث؛
- ✓ تحديد مقياس نمطي (التكرار، الزمن، الكلف، الفترة) التي تجمع خلالها البيانات؛
- ✓ ترتيب الأسباب(الصفات) تنازليا (من الأعلى إلى الأسفل) وفقا لنتيجة القياس خلال الفترة؛
- ✓ يخصص المحور الأفقي للأسباب (الصفات مثل: أنواع العيوب) والمحور العمودي الأيسر لقيم المقياس (تكرار وقت، كلف)، والمحور العمودي الأيمن للنسب المئوية المتجمعة؛
- ✓ يرسم المستطيل لكل سبب يتناسب ارتفاعه مع القيم المناظرة له؛
- ✓ يتم إيجاد النسب المئوية لكل سبب أو خاصية؛
- ✓ تحديد النقطة الأولى أعلى المستطيل الأول في المنتصف؛
- ✓ تحدد النقطة الثانية عند تقاطع المنتصف للمستطيل الثاني مع القيمة التراكمية الثانية وهكذا حتى آخر مستطيل وآخر قيمة؛
- ✓ يتم تحليل الرسم وتحديد الأسباب التي تلعب دور كبير في المشكلة، من خلال ملاحظة نقطة الانكسار التي يبدأ بعدها بالتسارع في انحرافه، وإن لم تتضح مثل تلك النقطة أوجد تلك الأسباب التي تحقق نسبة التراكم 50% أو أكثر.

الرسم البياني لباريتو يمكن أن يكون بسيط بالتطرق لأسباب مشكل واحد، أو مركبا لتحليل أسباب مشكلين معا، فهو يعتبر أداة فعالة للعمل ضمن حلقات الجودة

الشكل رقم (2–6): كيفية رسم منحنى باريتو



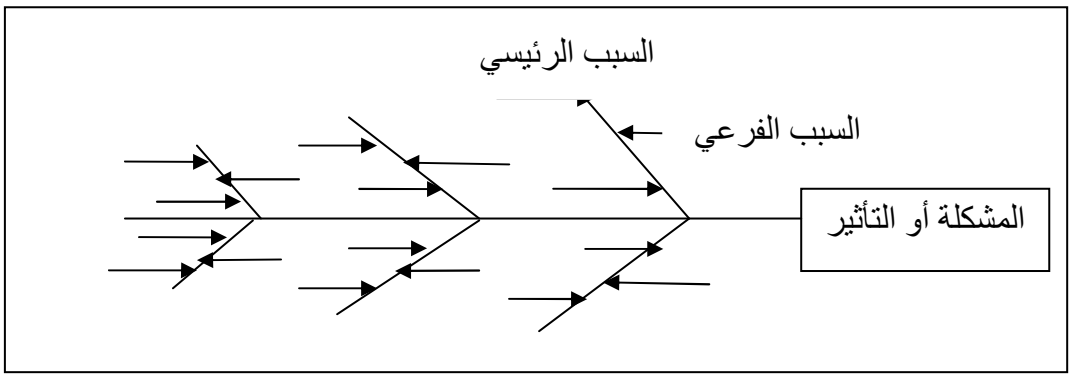
المصدر: أوغيدني هدى، **اتجاهات العملاء نحو جودة الخدمة(دراسة حالة بالمؤسسة المينائيةE.P.S بسكيكدة)** رسالة الماجستير، كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية، تخصص: تنمية العلاقات العامة للمؤسسة، جامعة باجي مختاربعنابة، 2009/2008، ص 90.

3) تحليل السبب والتأثير (Cause and Effect Diagram): إن تحليل السبب والتأثير طريقة منظمة للتعبير عن أسباب المشكلة لكنه لا يمكن أن يكون بديلا عن الفحص والاختبار العلمي لتلك الافتراضات كما أنه لا يقود إلى تحديد السبب الرئيسي أو الجذري للمشكلة من بين الأسباب المحتملة، وهناك أسلوبين من التمثيل والتنظيم البياني للأفكار في تحليل السبب والتأثير: [1]

✓ الأول منها يعتمد على أساس الفئات أو المجاميع، ويطلق عليه"مخطط عظمة السمكة" (بسبب شكل المخطط)، أو مخطط إيشكاو(نسبة إلى العالم الذي ابتكره)؛

✓ الثاني يجري فيه التنظيم على أساس السلسلة للأسباب، ويطلق عليه "مخطط الشجرة" لكن الأسلوب السائد هو النوع الأول، والشكل الموالي يوضح مخطط عظمة السمكة لإيشكاو.

الشكل رقم (2–7): مخطط عظمة السمكة لإيشكاو



Source: http: //edara-eg.net/new-page-10.htm ,op cit, 18/03/2016

[1] http: //edara-eg.net/new_page_10.htm , 18/03/2016

المبحث الثاني: الخدمات الصحية

تعد الصحة حجر الزاوية لبناء المجتمعات فهي من بين أهم مجالات التنمية التي تسعى من خلالها الدول إلى تحقيق التقدم والرقي في كل القطاعات بما في ذلك القطاع الاقتصادي، لذلك فهي تولي أهمية كبرى بالمؤسسات الصحية والخدمات التي تقدمها.

وسنتطرق في هذا المبحث إلى ماهية الخدمات وكذا مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية وخصائصها، ثم نتعرض إلى أنواعها ومستوياتها.

المطلب الأول: مفاهيم في الخدمة

سنقوم في هذا المطلب بالتعرف على مصطلح الخدمة وأهم خصائصها وأهدافها وتصنيفاتها.

أولا: مفهوم الخدمات وخصائصها قبل التطرق لمفهوم الخدمات الصحية، يجب أولا عرض تعريف الخدمات بصفة عامة، ومن خلال التعاريف نستنتج الخصائص.

1. مفهوم الخدمة: هناك فرق شاسع بين مصطلح الخدمة والمنتج لذا سنتطرق إلى كل منها ونستنتج هذه الفروقات.حسب **كوتلر Kotler** فإن المنتج "هو كل ما يمكن عرضه في السوق ويشبع حاجة ويلبي رغبة وقد يكون المنتج سلع مادية، خدمات، أفراد، مناطق، منظمات، أفكار".[1]

ويعرف المنتج أيضا بأنه " خليطا من الخصائص الملموسة وغير الملموسة ومجموعة من المنافع المادية والغير المادية التي تهدف إلى إشباع حاجات ورغبات المستهلك".[2]

– نلاحظ من خلال التعريفين السابقين أن مصطلح المنتج واسع ويشمل في معناه مصطلح الخدمة إذ يمكن تقديم مجموعة من التعاريف لهذه الأخيرة أي لمصطلح الخدمة الموجزة فيما يلي:

التعريف الأول: عرفت **جمعية التسويق الأمريكية** الخدمات بأنها " منتجات غير ملموسة، يتم تبادلها مباشرة من المنتج إلى المستعمل ولا يتم نقلها أو خزنها، هي تقريبا تفنى بسرعة، وهي أيضا النشاطات أو المنافع التي تعرض للبيع أو التي تعرض لارتباطها بسلعة معينة".[3]

يلاحظ من هذا التعريف بأن جمعية التسويق الأمريكية للخدمات قد ركزت على خصائص السلعة من حيث كونها غير ملموسة ولا يتم نقلها أو خزنها، كما أن هذا التعريف لا يميز بصورة كافية بين السلعة والخدمة.

---

[1] Philip kotler, Bernard Dubois, marketing **management** ,Pearson Education, France – paris ,2003,p424.

[2] نزار عبد المجيد البراوري، أحمد محمد فهمي البرزنجي، **استراتيجيات التسويق(المفاهيم، الأسس، الوظائف)**، بدون طبعة، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2004، ص153.

[3] نظام موسى سويدان، شفيق إبراهيم حداد، **التسويق مفاهيم معاصرة**، بدون طبعة، دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن2003 ، ص226.

التعريف الثاني: عرفها **زكي خليل المساعد** بأنها "هي منتجات غير ملموسة تهدف أساسا إلى إشباع حاجات ورغبات المستهلك وتحقق له المنفعة".[1]

التعريف الثالث: كما يمكن تعريفها بأنها " هي النشاط الاقتصادي الذي يخلق القيمة ويوفر مزايا للمستهلكين في وقت ومكان معين، لتحقيق التغيير المنشود للمستفيد من الخدمة".[2]

التعريف الرابع:عرفت الخدمة على أنها" أي نشاط أو سلسلة من الأنشطة ذات طبيعة غير ملموسة في العادة، ولكن ليس ضروريا أن تحدث عن طريق التفاعل بين المستهلك ومقدمي الخدمة." [3]

و لتوضيح كل من مصطلحي السلعة والخدمة أكثر، قمنا بوضع أو توضيح مجموعة من الفروقات في الجدول الموالي.

[1] زكي خليل مساعد، **تسويق الخدمات وتطبيقاته**، الطبعة الأولى، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، 2003، ص39.

[2] Denis Lapert, Annie Munos, **Marketing des services**, 2e édition, Dunod édition, paris,2009, p18.

[3] هاني حامد الضمور، **تسويق الخدمات**، الطبعة الثالثة، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص18.

الجدول رقم (2-2): الفروقات الأساسية بين السلعة والخدمة

السلعة	الخدمة
تصنع قبل أن يتم عرضها في السوق	لا توجد من قبل بل تخلق في نفس سياق تقديمها
يتحكم المنتج في النتيجة وهو المسؤول عنها	لا يمكن للمنتج التحكم في النتيجة ولا يستطيع التعهد عليها
تتبادل السلع في أسواق وأماكن معينة	السوق ليس مكان لتحديد السعر والكمية فالتفاوض والمعلومة هي المحددات الرئيسية
السلعة ملموسة، لديها أشكال وأحجام	الخدمة غير ملموسة
إمكانية التداول وتحويل الملكية عبر عمليات التبادل	عدم إمكانية الإمتلاك أو الحيازة وإنما الإستفادة منها
قابلية الخزن والحفظ	لا تخزن لذا فهي مرنة في عرضها
يمكن إعادة بيعها	لا يمكن إعادة بيعها
تنتج وتباع وتستهلك في أماكن وأوقات مختلفة	الإنتاج والإستهلاك وأيضا البيع في نفس المكان وفي أن واحد
ضعف تماس البائع بالمشتري، أي اتصال غير مباشر بين المؤسسة والزبون	شدة تماس وتفاعل مجهز الخدمة والمستفيد منها، أي الإتصال مباشر وضروري بين المنتج (مجهز الخدمة) والزبون(المستفيد)
سهولة تقويم الجودة أي مدى تطابق المخرجات مع المواصفات	صعوبة تقويم جودة الخدمة (نوعية الخدمة)
قابلة للنقل، الصيانة والتصليح	عدم قابلية النقل والتصليح، لكن (مقدموا الخدمة) هم الذين يتنقلون
إمكانية فصل السلعة عن مقدميها (البيع الآلي و الإلكتروني)	صعوبة فصل الخدمة عن مقدمها

المصدر: زكي خليل مساعد، مرجع سابق، ص53.

2. خصائص الخدمة:تتميز الخدمات بجملة من الخصائص التي تميزها عن السلع المادية، وفيما يلي استعراض لأهمها:

- عدم ملموسية الخدمات؛
- قابلية الخدمات للتلف؛
- عدم تماثل الخدمة؛
- عدم إنفصالية الخدمات.

2-1)عدم ملموسية الخدمات (L'intangibilité): الخدمات غير ملموسة، بمعنى يستحيل لمس، ذوق الإحساس، الإستماع، ورؤية الخدمة قبل شرائها.فالمريض في عيادة الطبيب أو الزبون في محل الحلاقة لا يمكنها معرفة النتيجة مسبقا وبسبب هذه الصفة فإن أغلب الخدمات أصبحت تنتج وتستهلك في آن واحد، وبسبب كونها غير مادية فإنه لا يمكن تخزينها، لذلك فالمشاكل والمزايا المرتبطة بالتخزين، وأيضا بمفهوم تسيير المخزون لا يمكن أن تتواجد أبدا.

وبما أنه لا يمكن تخزين الخدمات فإن القدرة على توفيرها يجب أن تحصل قبل أن يحدث التحويل وبما أنه لا يوجد تحويل الملكية، فإن المشتري ليس باستطاعته امتلاك الخدمة.

ولذلك لا يركز ترويج الخدمات على خصائص الخدمات بل على المزايا التي تحملها هذه الخدمات لأن المشتري في سبيل تقليصه من نسب عدم التأكد فيبحث عن إشارات تعبر على نوعية الخدمة، هذه الإشارات يمكن أن تكون: المحلات، الموظفين... إلخ

لذلك فإن تشخيص الغرض غير الملموس وتنمية ملموسية الخدمة هي من أهم الإجراءات التسويقة المتخذة في ميدان الخدمات.[1]

2-2) عدم انفصالية الخدمات (L'indivisibilité): الخدمات غير قابلة للانفصال على من يقدمها فإذا مرض جراح في الأمراض القلبية في آخر لحظة فلا يمكن تعويضه بجراح في طب الأطفال مثلا وهذا يعني أن قدرة الإنتاج محددة في قدرات هذا الجراح فقط.وأيضا فإن زمان ومكان إنتاج خدمة واستهلاكها لا يمكن فصلهما في أي حال من الأحوال، ومن هنا تتبع مشاكل عديدة، تتعلق في أغلبها بمشكلة تخزين الخدمات

[1] برينيس عبد القادر، **تسويق الخدمات والخدمات العمومية**، الطبعة الأولى، مكتبة الوفاء القانونية، الإسكندرية، 2014، ص 101.

وتكييف العرض مع الطلب ولذلك في مجال الخدمات يجب أن يكون المكان والزمان (صالحان) للإنتاج والبيع والاستهلاك معا.[1]

2-3)عدم تماثل(تجانس) الخدمة (la variabilité): تتميز الخدمات بخاصية التباين أو عدم التجانس لذلك فمن الصعب إيجاد معايير نمطية للإنتاج فكل نوع من أنواع الخدمات لها طرق مختلفة في كيفية قياسها . وعلى الرغم من محاولة العديد من المؤسسات الخدماتية وضع معايير لمستوى مخرجاتها إلا أنه من الصعب عليها التأكد والاطمئنان من تقديم مستوى الجودة نفسه لمخرجاتها وذلك لأن جودة الأداء تعتمد إلى حد كبير على مهارة وأسلوب وكفاءة مقدمها وزمان ومكان تقديمها، كما أن مقدم الخدمة يقدم خدماته بطرق مختلفة في ظروف معينة وبذلك تتباين الخدمة المقدمة من قبل نفس الشخص أحيانا.[2]

2-4) قابلية الخدمة للتلف (La périssabilité): قابلية الخدمة للتلف نابعة من عدم قدرتها على التخزين لذلك فإن الكميات غير المستخدمة خلال فترة العرض ستختفي للأبد، تذكرة السينما التي لا تباع هي تذكرة مفقودة للأبد، ومقعد في الطائرة يستحيل تعويضه إذا لم يشترى، لذلك غالبا ما تفرض شركة الطيران عقوبات على المسافرين عند تأجيل رحلاتهم، لأنها تدرك أن الكميات غير المستخدمة أثناء غرض الخدمة هي كميات ضائعة لا تعوض وربما قد تكلفها أغلى من الكميات المستخدمة.

ومن هنا يكمن سر الأهمية الممنوحة لمشكل الخدمات غير المستخدمة أو غير المباعة، خاصة في حالة كون الطلب غير مستقر (متغير حسب الظروف والزمن) وفي هذا الشأن قام العديد من الكتاب باقتراح استراتيجيات متعددة لمواجهة هذا المشكل، سنتطرق إليها في الفصول المقبلة.[3]

2-5) الملكية: إن عدم انتقال الملكية تمثل صفة واضحة تميز بين الإنتاج السلعي والإنتاج الخدمي، وذلك لأن المستهلك له فقط الحق باستعمال الخدمة لفترة معينة دون أن يمتلكها فالدفع يكون بهدف استعمال الشيء، فالمستهلك له حق التصرف بها.[4]

والجدول الموالي يعطي ملخص لخصائص الخدمات وما تتضمنه من مشكلات وبعض الطرق التسويقية لمعالجة هذه المشكلات.

---

[1] Philip Kotler, Kevin Keller, Bernard Dubois, **Marketing Management**, 13 éme édition, Pearson éducation paris, 2009, p459.

[2] Philip Kotler, Kevin Keller, Bernard Dubois,op cit, p460 .

[3] برينيس عبد القادر ، مرجع سابق، ص 102.

[4] هاني حامد الضمور،مرجع سابق ، ص32.

الجدول رقم (2-3): خصائص الخدمات وما تتضمنه من مشكلات وبعض الطرق التسويقية لمعالجة هذه المشكلات

الخصائص	المشكلات	بعض طرق معالجتها
عدم الملموسية	• و جود قيود كثيرة على عنصر الترويج في المزيج التسويقي • صعوبة تحديد السعر والجودة مقدما • استخدام السعر كمؤشر للجودة • صعوبة تقييم الخدمات المنافسة	• زيادة إضفاء الملموسية للخدمة • استخدام التوصية الشخصية كمدخل لبيع الخدمة • تطوير الشهرة • تخفيض تعقيدات الخدمة
عدم الانفصال	• تتطلب تواجد مقدم الخدمة • البيع المباشر	• الحرص على اختيار وتدريب الموظفين • توفير مراقبة دائمة
عدم التماثل	• صعوبة التأكد من الجودة	• تدريب أكبر عدد من مقدمي الخدمات الأكفاء • الحرص على اختيار الموظفين الأكفاء • توفير مراقبة مستمرة
القابلية للتلاشي	• لا يمكن تخزين الخدمة • مشكل التذبذب في الطلب	• المحاولة المستمرة لإيجاد توافق بين العرض والطلب كتخفيض الأسعار في حالة انخفاض الطلب
الملكية	• يسمح للمستهلك باستخدام الخدمة لكن دون امتلاكها	• التركيز على مميزات عدم الملكية مثل توفير نظام الدفع

المصدر: هاني حامد الضمور، مرجع سابق ، ص33

ثانيا: أهمية الخدمات وأنواعها

للخدمات أهمية بالغة، وكما يمكن تصنيف الخدمات حسب عدة معايير هذا ما سنحاول التعرف عليه من خلال هذا العنوان.

1. أهمية الخدمات: إن أهمية الخدمات يستمد من تزايد الطلب عليه نتيجة العوامل التالية: [1]

1-1) ظهور منتجات جديدة ارتبطت بها خدمات كثيرة تيسر من الأداء الوظيفي لها، مثل خدمات الكمبيوتر، ووسائل الاتصالات...إلخ؛

2-1) ارتفاع الدخل الفردي للكثير من أفراد المجتمع وما ترتب عليه من تزايد درجات الرفاهية لهذه الفئات ومن ثم استخدام أنواع معينة من الخدمات المتميزة، مثل خدمات التنظيف الآلي للملابس؛

3-1) تزايد التعقيد والتنوع في قطاع الخدمات المقدمة، دفع الكثير من المنشآت إلى البحث عن شركة متخصصة أو توظيف أخصائيين لأداء تلك الخدمة.

2. أنواع الخدمات: بسبب تداخل التنوع فيما بين الخدمة والسلعة، فإن مزيدا من الفهم لطبيعة الخدمة يمكن أن يتحقق من خلال إستعراض تصنيفات الخدمة كما يلي:

1-2)التصنيف حسب النوع: يتم الإعتماد على أساسه على المعايير التالية:

✓ **من حيث الإعتمادية:** حيث تتنوع الخدمات على أساس اعتمادها إما على المعدات أو على الأفراد كما تتنوع حسب أداءها من قبل عمال ماهرين أو غير ماهرين.[2]

✓ **من حيث مشاركة الزبون أو المستفيد:** حيث تتطلب بعض الخدمات حضور الزبون ومشاركته للحصول على الخدمة اللائقة مثل العلاج الطبي، السياحة والإطعام، بينما لا تتطلب خدمات أخرى مشاركة الزبون أو حضوره طوال الوقت مثل خدمة تصليح أو صيانة السيارات خدمات الإستشار.

✓ **حسب نوع الزبون / نوع الحاجة:** حيث تتباين الخدمات فيما إذا كانت موجهة للأفراد(خدمات فردية مثلا) فهي تقدم لإشباع أو تحقيق رغبة شخصية صرفة مثل التأمين على الحياة أو فيما إذا كانت موجهة لغير الأفراد (خدمات المنشآت مثلا) فهي تقدم لتلبية حاجات منظمات الأعمال كما هو الحال في خدمات الاستشارات (الإدارية، القانونية والمالية).[3]

---

[1] زاهر عبد الرحيم عاطف، **تسويق الخدمات**، بدون طبعة، دار الراية للنشر والتوزيع، الأردن، 2012، ص42.

[2] قاسم نايف علوان المحياوي، ، مرجع سابق ، ص74 .

[3] حميد الطائي، محمود الصميدعي، بشير العلاق، **الأسس العلمية للتسويق الحديث (مدخل شامل)**، دار البازوري للنشر والتوزيع، الأردن 2006، ص ص 192،193.

✓ **حسب أهداف ودوافع مقدم الخدمة:** وقد قسم كوتلر وأرمسترونغ هذا الصنف من الخدمات إلى ثلاثة أنواع هي: [1]

أ .الخدمات الحكومية: تقدم من طرف الدولة إلى الأفراد ليس بدافع الربح، مثل المستشفيات الحكومية والبريد والمدارس والجامعات الحكومية؛

ب .الخدمات الخاصة غير الربحية: وهي خدمات تقدم من طرف مجموعة من الأفراد أو منظمات أو جمعيات إلى مختلف الأفراد وليس بدافع الربح مثل الجمعيات الخيرية، المساجد؛

ت .الخدمات الربحية: تقدم بدافع الربح مثل المنظمات الخاصة كالمستشفيات والمدارس و الجامعة الخاصة خطوط النقل (البري، البحري والجوي)، شركات السياحة والسفر.

2-2)تصنيف حسب الطبيعةّ: يقسم هذا التصنيف وفق المعايير التالية:

✓ **حسب نوع السوق أو حسب الزبون:** وهي كالأتي: [2]

أ .خدمات إستهلاكية: تقدم لإشباع حاجات شخصية صرفة مثل الخدمات السياحية والصحية، النقل والإتصال، وخدمات الحلاقة والتجميل.....إلخ؛

ب .خدمات أعمال: تقدم لإشباع حاجات منظمات الأعمال، كما هو الحال في الإستشارات الإدارية والخدمات المالية والمحاسبية.

✓ **حسب درجة كثافة قوة العمل:** و هي كالأتي: [3]

أ. **خدمات تعتمد على قوة عمل كثيفة:** ومن أمثلتها خدمات تربية ورعاية الأطفال، وخدمات البناء وخدمات التدريس، والخدمات التي يقدمها الطبيب في عيادته وغيرها؛

ب .خدمات تعتمد على المستلزمات والمعدات المادية: ومن أمثلتها خدمات الإتصالات السلكية واللاسلكية، وخدمات النقل العام، وخدمات الإطعام، وخدمات الصراف الآلي.

✓ **حسب درجة الإتصال بالمستفيد:** وهي كالآتي: [4]

أ .خدمات ذات إتصال شخصي عالي: مثل خدمات المحامي، وخدمات السكن، وخدمات النقل الجوي

---

[1] نظام موسى سويدان، شفيق إبراهيم حداد، مرجع سابق، ص232.

[2] حميد الطائي وآخرون، مرجع سابق ،ص 194.

[3] حميد الطائي وآخرون، نفس المرجع، ص 195.

[4] حميد الطائي وآخرون، نفس المرجع، ص 196.

وخدمات الرعاية الصحية الشخصية المباشرة وغيرها؛

ب .خدمات ذات إتصال شخصي منخفض: مثل خدمات الصراف الآلي، التسوق عبر الإنترنت؛

ت .خدمات ذات إتصال متوسط/معتدل: مثل خدمات مطاعم الوجبات السريعة وخدمات المسرح.

✓ **حسب الخبرة المطلوبة في أداء الخدمات:** وهي كالآتي:

أ .خدمات مهنية: مثل خدمات الأطباء والمحامين والمستشارين الإداريين والصناعيين؛

ب .خدمات غير مهنية: مثل خدمات حراسة العمارات ومواقف السيارات، تنظيف الحدائق.

2-3) **التصنيف حسب الوجهة:** هذا التصنيف يعتمد على إعتبار الخدمة بمثابة عملية موجهة حسب الأتي:

✓ **خدمات معالجة الناس:** خدمة موجهة إلى المستفيد كشخص مادي، ومن أمثلتها خدمات الطبيب الموجهة إلى المريض شخصيا.

✓ **خدمات معالجة الممتلكات:** خدمات موجهة إلى ممتلكاته المادية مثل صيانة السيارة، أو المسكن، أو أي شيء مادي لأن الأمر لا يتطلب مشاركة المستفيد بشكل مباشر تقديم الخدمة.

✓ **خدمات المثير العقلي:** وهي تتضمن مجموعة من الخدمات المؤلفة أو أعمال غير محسوسة موجهة إلى عقول المستفيدين أو أذهانهم، ومن أمثلتها، خدمات الإذاعة والتلفزيون والإنترنت وغيرها.

و هناك من قسم أو صنف الخدمات حسب معيار وجهة النظر التسويقية إلى صنفين: [1]

أ .خدمات سهلة المنال: يحصل عليها الزبون بشكل سهل مثل: النقل والحلاقة؛

ب .خدمات خاصة: مثل إستئجار بعض الأشخاص لحماية وحراسة بعض الشخصيات الهامة.

المطلب الثاني: مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها

قبل التطرق لمفهوم الخدمات الصحية يجب التطرق لمفهوم الصحة، وهي تعرف على أنها: "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وهي علم وفن الوقاية من المرض والارتقاء بالصحة من خلال مجموعة من مجهودات المنظمة قبل المجتمع وتشمل العديد من المجالات والميادين ". [2]

[1] حميد الطائي وآخرون، نفس المرجع، ص 197.

[2] سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، **الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2004 ص 23.

أما منظمة الصحة العالمية فقد عرفت الصحة على أنها: "حالة السلامة والكفاءة البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليست مجرد خلو من المرض أو العجز ". [1]

أولا: مفهوم الخدمات الصحية يعتبر تحديد مخرجات المؤسسات الصحية عملية ضرورية وذات أهمية بالغة، فمن غير الممكن تثمين المنتج الصحي وقياس جودته دون تعريفه وتحديد مجاله أولا، حيث يعتبر فهم الخدمة الصحية وعناصر تقديمها متطلب أساسي لتطويرها وتحسين جودتها.

التعريف الأول: إن مفهوم الخدمة الصحية ينبع أساسا من المفهوم العام للخدمات، وهي لا تبتعد عن مضامين التعاريف السابقة للخدمة، إلا أنه يمكن تقسيم الخدمة الصحية إلى قسمين رئيسيي: [2]

- ✓ الخدمات الصحية العلاجية.
- ✓ الخدمات الصحية الوقائية.

1) الخدمة الصحية العلاجية:

تشتمل على الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة، والتي تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج، سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المراكز الصحية، أو تم ذلك بالتدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر ويهدف هذا النوع من الخدمات إلى تخليص الفرد من مرض أصابه أو تخفيف معانات الفرد من آلام المرض.

2) الخدمة الصحية الوقائية:

وهي الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع أو ما يمكن أن نطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية، حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة، ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بصورة غير مباشرة.

هذه الخدمات هي خدمات صحية مانعة، تهدف إلى وقاية الفرد من التعرض للمرض، وهي تشتمل على خدمات التطعيم من الأمراض الوبائية، وخدمات رعاية الأمومة والطفولة، وخدمات الرقابة الصحية على متاجر تقديم الغذاء ووحدات الإنتاج الصناعي والزراعي، إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي.

---

[1] نور الدين حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**، الطبعة الأولى، بدون دار نشر، الجزائر، 2009، ص59.

[2] إبراهيم طلعت الدمرداش، **اقتصاديات الخدمة الصحية**، الطبعة الثانية، مكتبة القدس، 2006، ص ص 25،26.

من خلال هذا التعريف نجد أن الخدمات الصحية إما علاجية أو تشخيصية أي (وقائية) أي أنها تشمل كل الخدمات الصحية التي يؤديها فرد من الفريق الطبي إلى فرد من المجتمع، وتتضمن فحوص المريض وتشخيص مرضه، تقديم الدواء اللازم لعلاجه والغذاء الجيد والملائم لحالته، وحسن معاملة القوى العاملة له لمساعدته على استعادة صحته ومعالجة أية مشكلة تعترض راحته النفسية والجسمية داخل المؤسسة الصحية.

التعريف الثاني: تعرف الخدمة الصحية بأنها "جميع الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة الطبية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد وتلبية الرغبات المرتبطة بهذه الخدمة".[1]

التعريف الثالث: تعرف كذلك باستعمال لفظ "المنتج الصحي" على أنها " مزيج متكامل من العناصر المادية الملموسة والتي تحقق مستوى من الإشباع للمستفيد".[2]

من خلال تعريف كل من الصحة والخدمات الصحية، نستنتج أنه تربطهما علاقة إذ تعتبر الخدمات الصحية كمخرجات لإنتاج الصحة حيث يتطلب إنتاجها مدخلات عديدة يمكن حصرها في: [3]

1. الموارد البشرية: وتتمثل في عنصر العمل والذي يشتمل على مجموعات فرعية عديدة تبدأ بالمهارات رفيعة المستوى المتمثلة في الأطباء المتخصصين وتنتهي بالعمالة غير الماهرة ويمكن تصنيف عنصر العمل في قطاع الخدمات الصحية إلى:

- ✓ الأطباء، الممرضين؛
- ✓ عمال المساندة الذين يتولون مهام التمريض الأقل مهارة؛
- ✓ فني الأجهزة الطبية الذين يتولون تشغيل وصيانة الأجهزة الطبية المتخصصة من المهندسين أو الفنيين...إلخ؛
- ✓ الإداريين؛
- ✓ عمال الخدمات المعاونة: مثل عمال النظافة وعمال أقسام التغذية وعمال أقسام الغسيل، عمال الصيانة الأمن...إلخ.

---

[1] دبون عبد القادر، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة»، مجلة الباحث العدد11، الجزائر، 2012، ص216.

[2] فريد كورتل، **تسويق الخدمات**، دار كنوز المعرفة، بدون طبعة، الأردن، 2009، ص 64.

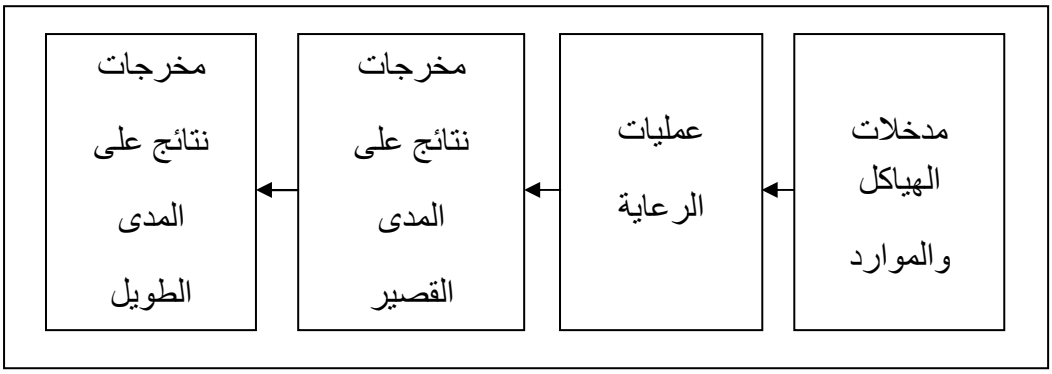
[3] إبراهيم طلعت الدمرداش، مرجع سابق، ص 37.

1. مدخلات رأسمالية ثابتة: تتمثل في جميع الأصول الرأسمالية الثابتة المستخدمة في إنتاج الخدمات الصحية مثل: الأرض، المباني، التأثيث الطبي، الأجهزة والأدوات الطبية، معدات مساندة، وسائل النقل...إلخ.

2. مدخلات جارية: تشمل جميع مدخلات الإنتاج الجارية المستخدمة في إنتاج الخدمات الصحية مثل: مستلزمات العلاج الطبي الجارية، التغذية، الطاقة، مستلزمات النظافة اليومية، المستلزمات الجارية لوحدات الأشعة ومستلزمات المعامل من كيمياويات...إلخ.

وقد بين دونابيدين**Donabedian** مراحل إنتاج وتقديم الخدمة في ثلاثة مستويات للتحليل كما هو موضح بالشكل التالي:

الشكل رقم (2–8): عملية الرعاية حسب نموذج (Donabedian)



Source: Claude Vilcot, Hervé Leclet, **Les Indicateurs qualité en santé,** 2eme édition Afnor, France, 2006, p3.

وفق الشكل تتمثل مراحل إنتاج وتقديم الخدمة الصحية في: [1]

✓ **الهياكل والموارد (المدخلات)**: وتتمثل في مختلف الوسائل التي تسمح للمؤسسة الصحية القيام بمهامها مثل: المورد البشري، الموارد المالية، مباني، تجهيزات، نظام المعلومات...إلخ؛

✓ **العمليات**: وتتضمن جميع العمليات التي تقوم بها الأقسام المختلفة بالمؤسسة الصحية في ضوء التنظيمات المعدة لها، من أجل الوصول إلى تحقيق الأهداف العامة لهذه المؤسسة؛

✓ **المخرجات**: تمثل نتائج الخدمات المقدمة على الوضعية الصحية للفرد) أو المجتمع (مثل: معدل الوفيات معدل الشفاء ...وتمثل أيضا: مستوى الرضى، جودة الحياة والجوانب المالية والمحاسبية للمؤسسة...إلخ.

نستنتج من هذه التعاريف أن الخدمات تتمتع بمجموعة من الخصائص والتي تميزها عن باقي الخدمات.

[1] Claude Vilcot, Hervé Leclet, op.cit, p3.

ثانيا: خصائص الخدمات الصحية

لا تبتعد الخدمة الصحية عن الخصائص العامة للخدمات كما تنفرد بخصائص مميزة لها ترجع إلى طبيعتها حيث تتمثل خصائص الخدمة الصحية التي تشترك فيها مع باقي الخدمات في:

1. عدم ملموسية الخدمة الصحية: فالخدمة الصحية ليس لها كيان مادي، حيث يفقد متلقيها القدرة على إصدار قرارات وأحكام بناءا على تقييم محسوس لها من خلال لمسها أو تذوقها أو شمها أو إدراكها أو رؤيتها قبل شراءها.[1]

2. عدم الانفصال بين وقت الإنتاج ووقت الاستهلاك (التلازمية): يتم إنتاج الخدمة الصحية واستهلاكها في وقت واحد فالخدمة الصحية ليست منتج يركب ويخزن ثم يباع فيما بعد، ومن سلبيات هذا التزامن التحدي الذي يشكله ضبط الجودة أو ضمان فعالية الخدمة فلا يمكن استرجاع خدمة بجودة متدنية واستبدالها.[2]

3. عدم تجانس الخدمات الصحية(التباين): تتسم الخدمات الصحية بالتغير والتقلب المستمرين حيث توجد اختلافات كثيرة عند أداءها، ويشيرStanton بأن خاصية التباين في تقديم الخدمات تجعل من الصعوبة تحديد وقياس إنتاجها وتحديد مستوى جودتها.[3]

4. عدم قابلية الخدمات الصحية للتخزين (التلاشي): الخدمة الصحية لا يمكن تخزينها بهدف البيع أو الاستخدام اللاحق حيث يتم استهلاكها بمجرد إنتاجها، وفي ضوء ذلك تتعرض المؤسسات الصحية إلى خسائر كبيرة نتيجة عدم قيامها بالإستفادة الكاملة من الإمكانات المتاحة لديها في كل مرة تقدم فيها هذه الخدمات.[4]

5. تذبذب الطلب: يتميز الطلب على الخدمات الصحية بالتذبذب وعدم الاستقرار حيث يختلف من يوم إلى آخر ومن ساعة إلى أخرى.[5]

---

[1] سعاد حمدية، **إستخدام نظام محاسبة التكاليف على أساس الأنشطة (ABC) في تحديد تكلفة الخدمة الصحية (دراسة حالة: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة)**، رسالة الماجستير، كلية العلوم التجارية والعلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، تخصص محاسبة، جامعة بسكرة 2011/2010، ص19.

[2] ريشار أوزجان، **الأساليب الكمية في إدارة الرعاية الصحية**، ترجمة عبد المحسن الحيدر، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2008، ص30.

[3] ردينة عثمان يوسف، **التسويق الصحي والاجتماعي**، بدون طبعة، دار المناهج، الأردن، 2008، ص101.

[4] زكي خليل المساعد، مرجع سابق ، ص53.

[5] إياد عبد الفتاح النسور، أسس **تسويق الخدمات الصحية (مدخل مفاهيمي)**، بدون طبعة، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن،2011،ص57.

و من بين خصائص الخدمة الصحية التي تنفرد بها عن باقي الخدمات ما يلي: [1]

✓ ترتبط الخدمة الصحية بحياة الأفراد لذا يجب أن تكون على درجة عالية من الجودة وأن تخضع لرقابة إدارية وطبية واضحة؛

✓ وجود اتصال مباشر بين المؤسسة الصحية والمستفيد من الخدمة الصحية، حيث تتطلب الخدمة الصحية غالبا وجود المريض للفحص والتشخيص والعلاج...إلخ؛

✓ إرتباطها بصحة الإنسان، لذلك تجد المؤسسات الصحية في كثير من الأحيان صعوبة في الاعتماد على نفس المعايير والمفاهيم الاقتصادية التي تطبق في خدمات أخرى، لأن ذلك قد يتعارض مع الرسالة والأهداف التي وجدت المؤسسة الصحية من أجلها؛

✓ تذبذب الطلب على الخدمة الصحية يستوجب الاستعداد المبكر لحشد كل الطاقات الإدارية والطبية لإنتاجها وتقديمها لطالبيها، ولا يمكن التأخر أو الاعتذار عن الاستجابة للطلب خلافا عن المؤسسات الخدمية الأخرى لأن ذلك يخص واجباتها ومهمتها الإنسانية؛

✓ يختلف طالبوا الخدمات الصحية عن طالبي المنتجات الأخرى في كونهم أقل معرفة بطبيعة الخدمات المتوفرة وأساليب العلاج المطلوبة وكيفية إشباعها لحاجاتهم؛

✓ يختلف منظور الحاجة والطلب على الخدمة الصحية من جانب المريض والطبيب المعالج، فبينما المريض يرى التوقف عن العلاج بعد بداية تحسن صحته فان الطبيب المعالج يرى عكس ذلك؛

✓ المريض لا يعرف مراحل وأساليب العلاج المختلفة التي تعد من اختصاص طبيبه والذي يحدد الفعالية والكفاءة لتلك الأساليب.

المطلب الثالث: أهداف الخدمات الصحية وأنواعها

مما لا شك فيه أن لكل نوع من الخدمات أهداف خاصة، لذا في هذا المطلب سنتطرق إلى تصنيفات الخدمات الصحية، وكذا أهدافها.

أولا: أهداف الخدمات الصحية بالرغم من تباين أهداف نظم الرعاية الصحية بين دولة وأخري، بسبب اختلاف الظروف الصحية والسياسية والاقتصادية والثقافية في كل منها إلا أن هناك أهداف عامة مشتركة بينهم ومن بين هذه الأهداف مايلي: [2]

[1] سعاد حمدية، مرجع سابق، ص19.

[2] زكي خليل المساعد، مرجع سابق ، ص338.

- ✓ الارتقاء بالأوضاع الصحية للسكان إلى مستويات أعلى؛
- ✓ السعي المستمر نحو إطالة الحياة والوقاية من الموت المبكر؛
- ✓ خفض معدل الوفيات الناجمة عن الأمراض؛
- ✓ خفض مستوى القلق الناجم عن المرض؛
- ✓ خفض نسبة الإعاقة وخاصة حالات العجز؛
- ✓ تحصين المجتمع ضد الأمراض التي تتوافر لها اللقاحات؛
- ✓ تأمين خدمات الرعاية الصحية المتوازنة لجميع أفراد المجتمع.

ثانيا: أنواع الخدمات الصحية يصنف جروفراي (Groffrey) الخدمات استنادا إلى مجموعة من المؤشرات وإن هذا التصنيف ينطبق على الخدمات الصحية وذلك على النحو التالي: [1]

1. من حيث الاعتمادية: إن الخدمات الصحية تتنوع استنادا إلى اعتمادها على السلع الملموسة مثل (التحاليل المخبرية، الأشعة، الجراحة...إلخ) وخدمات يعتمد تقديمها على العنصر البشري مثل العلاج النفسي تشخيص المرض، تحديد نوع العلاج...إلخ.

2. من حيث حضور كل من المستفيد من الخدمات الصحية ومقدمها: مثل العمليات الجراحية والفحص السريري، سحب الدم...إلخ

3. من حيث نوع الحاجة: فقد تكون الخدمات تشبع حاجة فردية مثل الفحص الشخصي في عيادة الطبيب أو الحاجة إلى حزمة من المنافع مثل الرقود في المستشفي حيث تقدم خدمات الإطعام العناية والفحص الصباحي...إلخ لجميع الراقدين في المنظمة الصحية.

4. من حيث أهداف مقدمي الخدمات الصحية: حيث يختلف مقدموا الخدمات الصحية في أهدافهم (الربحية وغير الربحية)من حيث ملكية المؤسسات الصحية (خاصة وعامة)، أو من حيث البرامج التسويقية الخاصة بمنظمة صحية خاصة والتي تختلف عن تلك البرامج التي تطبقها منظمة صحية عامة.

5. تصنيف حسب النظم الصحية العالمية: يمكن وضع تصنيف آخر للخدمات في المؤسسات الصحية وفقا لأغلب النظم الصحية العالمية إلى نوعين: [2]

[1] ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص99.

[2] طلال بن عايد الأحمدي،مرجع سابق ، ص24.

5-1)الخدمات الصحية التشخيصية: هي تلك الخدمات الصحية الوقائية أو العلاجية أو التأهيلية التي تقدم للفرد من قبل الطبيب أو من قبل المؤهلين للتشخيص والعلاج والرعاية الشخصية وخدمات المخبر والأشعة والرعاية النفسية والتمريض ...وتتضمن أنواعا مختلفة منها:

- ✓ **خدمات الرعاية الخارجية**: وهي الخدمات التي لا تشتمل أي رعاية إيوائية للمستفيدين.
- ✓ **خدمات الرعاية الداخلية**: وتتمثل في خدمات الرعاية الإيوائية أو الإستشفائية التي تقدم للمرضى الذين تقتضي حالتهم الصحية الإقامة في المؤسسة الصحية بقصد التشخيص والعلاج لفترات معينة.
- ✓ **خدمات الرعاية طويلة الأجل**: هي خدمات صحية تجمع بين نمطي الرعاية السابقتين وتتجاوز مدة الرعاية غالبا ثلاثين يوما وأغلب المستفيدين من هذه الخدمات هم الأشخاص الذين يعانون من أشكال الإعاقة والأمراض المزمنة من أمثلتها: الخدمات المقدمة في مستشفيات الصحة النفسية ودور النقاهة ومراكز الرعاية الإيوائية الشاملة الخاصة بالمعوقين والمسنين.

5-2)خدمات الصحة العامة: هي الخدمات التي تستهدف حماية صحة المواطنين والارتقاء بها وتتولى الدولة عادة مسؤولية تقديمها، ومن بين الأنشطة التي تشتمل عليها:

- ✓ مكافحة الأمراض المعدية؛
- ✓ مراقبة الجوانب المهمة في صحة البيئة كسلامة الهواء والغذاء والماء ومكافحة الحشرات والتخلص من النفايات...إلخ؛
- ✓ الإشراف المباشر على رعاية الأمومة والطفولة مع التركيز بصفة خاصة على برامج التحصين؛
- ✓ القيام بالفحوصات المخبرية ذات الصلة بميدان الصحة العامة؛
- ✓ توعية المواطنين بالمشكلات الصحية السائدة وبأوجه الإستفادة المثلى من الخدمات الصحية المتاحة.

المطلب الرابع: دورة حياة الخدمات الصحية

تمر المنتجات على اختلاف أنواعها بمراحل عديدة، وهذا ما يطلق عليه بدورة حياة المنتج، وتمثل دورة حياة المنتج الإطار الزمني الذي تتحدد فيه هذه المرحلة الزمنية والممتدة من بداية مرحلة بعث المنتج وتقديمه إلى السوق إلى حين شطبه واستبعاده، وهنا لا نعني بعملية الشطب موت المنتج أو الخدمة الصحية لأن الآداء يبقى مستمر بل نقصد به تقادم الأجهزة والوسائل الطبية المستخدمة وهنا يكون أمام المنظمة الصحية الخيار بين التخلي عن تقديم هذا النوع من الخدمات وخاصة إذا كانت إمكانياتها محدودة أو تطويرها وذلك من خلال إعادة تموين القسم بالأجهزة والوسائل الحديثة.

وتعتبر عملية تحديد المراحل التي تمر بها المنتجات ومن ضمنها المنتجات الصحية، مؤشرا مهما وقاعدة أساسية يستند إليها العاملون في مجال إنتاج وتسويق الخدمات الصحية في تحديد:

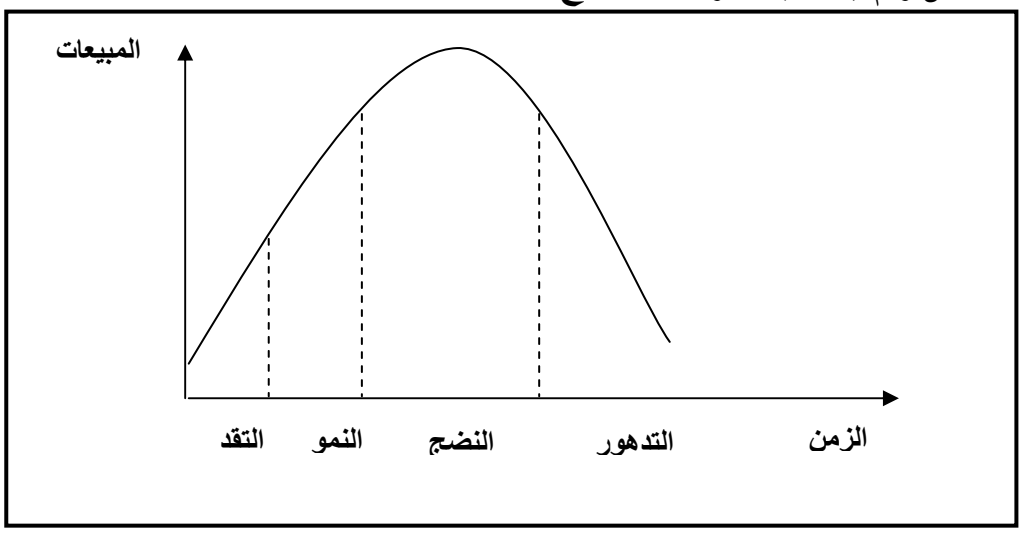
- ✓ كل من الإستراتيجية الإنتاجية، التوزيعية، الترويجية، السعرية ؛
- ✓ حجم الطلب على هذه الخدمات؛
- ✓ كمية المبيعات ؛
- ✓ ضغوط المنافسة.

وبشكل عام هناك اتفاق على أن دورة حياة المنتج تمر بالمراحل التالية:

- مرحلة التقديم (Introduction Stage)
- مرحلة النمو(Grawth Stage)
- مرحلة النضج (Maturity Stage)
- مرحلة (الانحدار) التدهور(Decline Stage)

ويمكن توضيح هذه المراحل من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (2–9): دورة حياة المنتج



المصدر: ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص101.

1. مرحلة التقديم: تعتبر هذه المرحلة اكتشافا للسوق وتبرز فيه مدى قدرة المنتج الصحي على الاستمرار وتحديد المعوقات والتحسينات المناسبة على المنتج استنادا لردود أفعال المستفيدين.[1]

[1] ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق ، ص102.

وتتميز هذه المرحلة ب: [1]

✓ عدم وجود معلومات كافية عن المنتج الصحي، لذلك يجب استخدام إستراتيجية الإعلان الإخباري الإرشادي، والتعليمي بهدف إخبار المستفيدين من الخدمة بتقديمها إلى السوق كذلك إرشاد المستفيد وتعليمه كيفية الحصول عليها وكيفية الاستفادة منها؛

✓ استخدام سياسة سعرية مناسبة تمكن المنتج الصحي من اختراق السوق وخلق طلب أولي عليه؛

✓ استخدام نقاط توزيعية محدودة مختارة استنادا لظروف تقررها المنظمة الصحية ؛

✓ القيام بعرض وتقديم تجريبي للمنتج الجديد.

2. مرحلة النمو: إن لنجاح الاستراتيجيات الإنتاجية، الترويجية، التوزيعية والسعرية دور مهم في زيادة كمية المبيعات من المنتجات الصحية، وزيادة المبيعات تعتبر مؤشرا مهما على انتقال المنتج من مرحلة التقديم إلى مرحلة النمو فقد استطاع المنتج أن يلبي حاجات المستفيدين منه .وخلال هذه الفترة والتي تمثل المرحلة الأجدى اقتصاديا ترغب إدارة المنظمة الصحية في إطالة عمر هذه المرحلة لكونها في نمو مستمر ومحققة عوائد متزايدة.[2]

وتتميز هذه المرحلة بما يلي: [3]

✓ السعي لتطوير الخدمة الصحية المقدمة بما يضفي عليها خصائص جديدة ؛

✓ زيادة كمية الإنتاج؛

✓ زيادة عدد النقاط التوزيعية ؛

✓ استخدام سياسات سعرية تنسجم وطبيعة القدرات الشرائية للمستفيدين والأهداف الربحية للمنظمة الصحية ؛

✓ التأكيد على إستراتيجية الإعلان التذكيري وذلك لامتلاك المستفيد معلومات كافية عن الخدمة؛

✓ وفي نهاية هذه المرحلة تلجأ المنظمة إلى استخدام الإعلان التنافسي ؛

✓ تأكيد تبني إستراتيجية البناء.

---

[1] فريد راغب النجار، مرجع سابق، ص296.

[2] ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص 102.

[3] ثامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، بدون طبعة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، ، الأردن، 2005، ص191.

إلا أن هذه المرحلة تمتاز أيضا بدخول منافسين جدد للمنتج الجديد في السوق، مما يجعل المنتج الجديد يقاد للانتقال إلى مرحلة لاحقة إذا ما اشتدت المنافسة.

3. مرحلة النضج: تمثل المرحلة الأطول من بين المراحل الأربعة، وتكون معظم المنتجات في هذه المرحلة في ذروتها .وما يحصل في هذه المرحلة هو أن الأرباح المتحققة تبدأ بالانخفاض النسبي قياسا بالمرحلة السابقة، رغم الارتفاع الحاصل في المبيعات، وذلك نتيجة لدخول منافسين جدد إلى السوق وعلى إدارة التسويق في المنظمة الصحية أن تفكر جديا في كيفية إبقاء المنتج الصحي لأطول فترة ممكنة في السوق، شريطة أن يكون ذلك البقاء ناجحا .وأن تتمكن بذات الوقت من استثمار الجوانب الموجبة من المنافسة من خلال إدخال بعض التعديلات على المنتج .أو تقديمه بسعر أقل جراء القدرة على تخفيض التكاليف.

وخلال هذه المرحلة تبدأ ظواهر استقرار المبيعات وتشبع السوق من المنتجات الصحية وأن هذا الاستقرار يعتبر من المؤشرات غير الايجابية لأن عدم إمكانية المنظمة زيادة كمية المبيعات والاحتفاظ بحصتها السوقية يقودها إلى بداية مرحلة التدهور.[1]

4. مرحلة التدهور (الانحدار): وهي تمثل المرحلة الأخيرة من دورة حياة المنتج والتي تؤول في نهايتها إلى خروج المنتج الصحي من السوق .وتبدأ ملامح هذه المرحلة بالانخفاض الشديد في مستوى المبيعات، وارتفاع واضح في التكاليف ينعكس سلبيا على الإيرادات النهائية المتحققة .كما أن التقدم التكنولوجي في المجال الطبي الذي يؤول إلى إفراز منتجات طبية جديدة مناسبة تكون سببا آخرا في بروز هذه المرحلة والتي قد تكون سريعة أو متباطئة، فضلا عن التغير الحاصل في سلوك المستهلك وتحولهم إلى المنتجات الجديدة المنافسة.

إن إدارة المنظمة الصحية ستكون أمام حالتين في هذه المرحلة: الأولى تتمثل في إبقاء المنتج ومحاولة تطويره نحو الأحسن سواء كان ذلك التطوير جزئي أو كلي .وهذا الأمر قد يؤدي إلى تأخير البحث عن منتج جديد آخر غيره ويكون أفضل من هما .أو قد يؤدي إلى خلق مزيج سلعي غير مناسب يؤدي إلى تقليل التدفق النقدي أو يضعف مكانة وقوة المنظمة الصحية في السوق.

وقد تلجأ المنظمة الصحية إلى استراتيجيات لمعالجة مرحلة التدهور والتي تعمل على: [2]

- ✓ شطب المنتج الذي لا يوجد عليه طلب لتركيز الجهود على المنتجات الأخرى وتقليل التكاليف غير المبررة؛
- ✓ تطوير المنتج من خلال شطب بعض خصائصه وإضافة خصائص جديدة تلبي حاجات المستهلك ؛

[1] ردينة عثمان يوسف، مرجع سابق، ص103.

[2] ردينة عثمان يوسف، نفس المرجع، ص.104

✓ تقديم منتج جديد يلبي حاجات المستهلكين؛

✓ إيجاد أسواق جديدة فيها طلب على هذا المنتج.

المبحث الثالث: مسار الجودة في المؤسسات الصحية

تلعب جودة الخدمات الصحية دورا مهما في تصميم الخدمات الصحية وتقديمها، فهي ذات أهمية كبيرة لكل من مقدمها(المؤسسات الصحية) ومستهلكيها(المرضى)، نظرا لتعلقها بصحة الإنسان كما أن تحقيق الجودة في الخدمات الصحية بشكل مستمر يضمن نجاح المؤسسة الصحية على المدى الطويل، رغم أن هناك من يرى أن الجودة العالية تحتاج إلى وقت أكبر وتكاليف أكثر ومهارات بشرية متنوعة، مستلزمات طبية أفضل وإدارة فعالة إلا أ ن الجودة العالية يمكن أن تؤدي في النهاية إلى تخفيض التكاليف نظرا للخسائر التي تتحملها المؤسسات الصحية، وقد تبلور هذا الاهتمام بجودة الخدمات الصحية بقيام الباحثين في هذا المجال بتحديد أبعادها وهذه الأبعاد تعد بمثابة مؤشرات لتقييم مستوى جودة الخدمات الصحية، وهذا بالتحديد ما سنتطرق إليه في هذا المبحث.

المطلب الأول: مفهوم المستشفى وخصائصه

في هذا المطلب سنتطرق إلى مجموعة من التعاريف واستنتاج الخصائص المتعلقة بالمستشفى.

أولا: مفهوم المستشفى

التعريف الأول: عرفت **الهيئة الأمريكية للمستشفيات** المستشفى بأنه"مؤسسة تحتوي على «جهاز طبي» منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشتمل على«أسرة للتنويم» و«خدمات طبية»تتضمن «خدمات الأطباء» وخدمات التمريض المستمرة، وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين."[1]

التعريف الثاني: ويتباين مفهوم المؤسسة الصحية تبعا للأطراف المتعاملة معها والعلاقة فيما بينهما حيث تعتبر لدى: [2]

✓ **المرضى:** الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج والرعاية الطبية.

✓ **الحكومة:** إحدى المؤسسات الخدمية المسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن.

---

[1] عبد المهدي بواعنه، **إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية(مفاهيم، نظريات، وأساسيات في الإدارة الصحية)**، الطبعة الأولى، دار الجامد للنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص141.

[2] ثامر ياسر البكري، **إدارة المستشفيات**، بدون طبعة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص ص21،22.

✓ **الإطار الطبي**: المكان الذي يمارسون فيه أعمالهم ومهامهم بما يملكونه من خبرة ومهارة وقدرة.

✓ **إدارة المؤسسة**: مؤسسة مفتوحة على البيئة المحيطة بها ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفء وفعال.

✓ **شركات الأدوية وباقي المؤسسات المعنية**: سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية ومستلزمات طبية...

✓ **الطلبة والجامعة**: موقع تدريبي وعملي لإكسابهم المهارة والمعرفة الميدانية ولإجراء التجارب والبحوث.

التعريف الثالث: عرفت **منظمة الصحة العالمية** المستشفى من منظور وظيفي على أنه "جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجية كانت أو وقائية، وتمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنه أيضا مركز لتدريب العاملين الصحيين، وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية."[1]

انطلاقا من تعريف منظمة الصحة العالمية للمستشفى بأنه جزء من تنظيم اجتماعي وطبي، يمكن إيجاز الوظائف الأساسية للمستشفيات في ثلاث وظائف وهي: [2]

1) الرعاية الطبية والصحية: ويقصد بها "الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية والاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام الطبية المساندة وما يرتبط بها من فحوصات عادية ومتخصصة، الإسعاف، الطوارئ، خدمات التمريض، الخدمات الصيدلانية والغذائية، ومما لا شك فيه أن الرعاية الطبية تمثل الوظيفة التي تحظى بالاهتمام الأكبر في جميع المستشفيات الخاصة منها والحكومية على السواء.

2) التعليم والتدريب: يفرض التطور المستمر في التقنيات والعلوم الطبية ضرورة تطوير مهارات وخبرات العاملين في مختلف مجالات المهن الصحية من خلال التعليم والتدريب المستمر، ومن بين المؤسسات الصحية المساعدة على ذلك المستشفيات التعليمية والجامعية من خلال ما تملكه من إمكانيات وتجهيزات، حيث تمثل مراكز تدريب عملية للإطار الطبي لتنمية معلوماته عن الأمراض المختلفة وطرق علاجها.

---

[1] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات(المفاهيم والتطبيقات)**، بدون طبعة، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2003، ص07.

[2] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، نفس المرجع، ص 08.

3) البحوث الطبية والاجتماعية: تساهم المؤسسات الصحية في توفير بيئة مناسبة لإجراء البحوث والدراسات الطبية والاجتماعية المتخصصة في مختلف مجالات التشخيص والعلاج والتطوير الذاتي لخدمات المؤسسة ومهارات الأفراد وأساليب العمل، من خلال ما تحتويه من: مختبرات تجهيزات سجلات طبية وحالات مرضية متنوعة وإطارات متخصصة مهنيا، ما يساهم في تقدم العلوم الطبية وتطوير الوسائل والأساليب العلاجية.

ثانيا: خصائص المستشفى

هناك عدد من الخصائص التي تميز المستشفى عن غيره من المؤسسات الاجتماعية الأخرى وأهم هذه الخصائص ما يلي: [1]

✓ تعدد الفئات العاملة داخل المستشفى فهناك الطبيب والإداري وعضو هيئة التمريض والمساعد ولكل منهم اهتماماته الخاصة به، ويهتم كل فرد بأداء وظيفته بصرف النظر عن الآخرين ولذلك نرى أن المتخصص داخل المستشفى أشبه بالعامل على خط الإنتاج لا يهتم إلا بالعملية التي يؤديها عند النقطة التي يقف عندها على الخط الإنتاجي؛

✓ صعوبة التنبؤ بحجم العمل في المستشفى نظرا لصعوبة التنبؤ بحالات المرض المتوقعة ولذلك على عمال المستشفى أن يكون جاهزين بصفة مستمرة لاستقبال الحالات المتوقعة وغير المتوقعة؛

✓ صعوبة تقييم نشاط المستشفى بالمقاييس العادية التي تستخدم في الوحدات الإنتاجية نظرا لأن أطراف الخدمة في المستشفى هم الأطباء ومعاونيهم بالإضافة إلى مستهلك الخدمة وهو الفرد هذا إلى جانب صعوبة تقييم الخدمات بصفة عامة؛

✓ يمتاز العمل داخل المستشفى بالدقة المتناهية والحذر الشديد في أداء الخدمة حيث أن الأمر يتعلق بصحة الإنسان وأي خطأ قد يؤدي بحياة المريض أو يؤدي إلى عجز دائم.

[1] ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص23.

المطلب الثاني: تصنيف المستشفيات وتقييم أدائها

باعتبار المستشفى المؤسسة التي تعمل على تقديم الخدمات الصحية للمريض، ونظرا لأهمية سنقوم في هذا المطلب بتصنيف المستشفيات وكيفية تقييم أدائها.

أولا: تصنيف المستشفيات

تتعدد المعايير التي يمكن على أساسها تصنيف المستشفيات منها:

1. التصنيف على أساس الملكية: وتصنف إلى: [1]

1-1)مستشفيات حكومية: وهي التي تملكها وتديرها الأجهزة الحكومية وتأخذ عدة أشكال أهمها:

✓ **المستشفيات الحكومية العامة:** وتكون مملوكة للدولة أو إحدى الهيئات أو المؤسسات الرسمية التي تقوم على توفير متطلباتها ورعاية شؤونها وتنظيم عملها وفق نظم ولوائح حكومية محددة، وتتبع غالبا وزارة الصحة.

✓ **المستشفيات الحكومية الخاصة بفئات معينة:** وتسمى أيضا بالمؤسسات الفئوية وتتميز بأنها تتبع وزارة محددة أو هيئة عامة، وتقتصر في تقديم خدماتها على العاملين في هذه الجهات وأسرهم كالمستشفيات العسكرية ومستشفيات الشرطة...

✓ **المستشفيات الحكومية التخصصية:** تتميز في أنها تتخصص في تشخيص وعلاج حالات معينة مثل مستشفيات أمراض العيون.

✓ **الوحدات العلاجية أو المستوصفات:** وهي مؤسسات صغيرة الحجم إذا ما قورنت بالمستشفيات العامة وتنتشر في القرى والمناطق الريفية وغالبا ما تقتصر الخدمة فيها على الكشف الطبي ووصف العلاج للمريض أو إحالته للمؤسسات الصحية الأخرى.

✓ **المستشفيات الجامعية والتعليمية:** وتتبع هذه المؤسسات الجامعات أو كليات الطب في المناطق المتواجدة بها، وتقدم نفس خدمات المستشفيات العامة كما تحتوي على بعض الأقسام التعليمية التي يمكن من خلالها ممارسة التدريب العلمي لدارسي العلوم الطبية.

1-2)مستشفيات خاصة: وتكون مملوكة للأفراد والهيئات الخاصة، وتأخذ عدة أشكال:

✓ **مستشفيات بأسماء أصحابها:** وهي مؤسسات يملكها ويديرها أصحابها من الأطباء وتقدم خدماتها في مجال تخصص أصحابها، ويعتمد هذا النوع من المؤسسات على خبرة ومهارة وسمعة أصحابها وجودة

[1] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات(المفاهيم والتطبيقات)**، مرجع سبق ذكره، ص ص11،12.

الخدمات الصحية المقدمة بها.

✓ **مستشفيات الجمعيات غير الحكومية:** كالجمعيات الدينية والجمعيات الخيرية، تقدم خدماتها لمختلف الأفراد مقابل رسوم محدودة نسبيا فهي لا تسعى إلى تحقيق الربح وتقدم خدمات عامة ومتخصصة.

✓ **مستشفيات إستثمارية:** وهي التي يملكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة.

2. التصنيف على أساس الربحية: بالرغم من أن الهدف العام من إنشاء المستشفيات هو عادة تقديم الخدمات الطبية إلى المواطنين إلا أن هناك أهداف أخرى قد تكون أساسية من وراء تأسيس المستشفيات ومن بين الأهداف سعي المستشفى لتحقيق الأرباح وفي هذا السياق نميز بين ثلاثة أنوع من المستشفيات لا تهدف للربح وهي المستشفيات الحكومية وهي التي تقوم الدولة بتأسيسها بهدف تقديم الخدمات الطبية للمواطنين دون مقابل أو مقابل أجور رمزية زهيدة والنوع الثاني هو المستشفيات الخيرية التي تدار من قبل إحدى الجهات الخيرية ويكون الهدف من إنشاء هذه المستشفيات عادة هو هدف خيري من دون أن يكون لهم أي غرض مادي أو تفكير في الربح والفائدة من وراء عملهم أما النوع الثالث فهو مستشفيات تهدف للربح تعود ملكيتها عادة إلى أفراد.

3. التصنيف على أساس نوع الخدمة: يمكن تقسيمها على هذا الأساس إلى مستشفيات عامة وهي التي تحتوي على جميع الأقسام السريرية أي أنه يعالج فيها جميع أنوع الأمراض عدا الأمراض التي قد يحدث فيها عدوى التي يجب أن يخصص لها مستشفيات خاصة بها، ومستشفيات متخصصة تعالج في أقسامها أمراضا معنية.

4. التصنيف على أساس الحجم: ويمكن تقسيم المستشفيات هنا على حسب المجتمعات السكنية التي تحدها إلى صغيرة ومتوسطة وكبيرة، هذه الأخيرة التي تتواجد عادة في المدن الكبيرة وتخدم تجمعات سكانية كبيرة. [1]

ثانيا: معايير تقييم أداء المستشفيات

1) مفهوم تقييم الأداء في المستشفيات:

وردت تعاريف كثيرة لتقييم الأداء، منها على سبيل التوضيح لا الحصر: « تقييم الأداء هو إيجاد مقياس يمكن من خلاله معرفة مدى تحقيق المنظمة للأهداف التي أقيمت من أجلها ومقارنة تلك الأهداف بالأهداف

[1] سليم بطرس جلدة، **إدارة المستشفيات والمراكز الصحية**، بدون طبعة، الشروق للنشر والتوزيع، 2007، ص ص 37، 38.

المتحققة وتحديد مقدار الانحرافات عن ما تم التخطيط له مسبقا، مع تحديد الأسباب وأساليب معالجتها»[1] بالنسبة لتقييم الآداء في المؤسسات الصحية، فإن هذا المفهوم سيرتبط إلى حد كبير بمدى قدرة هذه الأخيرة على تحسين البرامج والخدمات الصحية المقدمة، لذلك يمكن تعريف تقييم الأداء الصحي بأنه« البرنامج الذي يستهدف التأكد من تحقيق أهداف البرنامج الصحي كخفض معدلات الوفاة وزيادة معدلات الإستشفاء» [2]

2)معايير تقييم أداء المستشفيات:

تتباين وجهات النظر حول قياس الأداء في المؤسسات الصحية بتباين الجهات ذات العلاقة فالمريض يبحث عن أفضل الخدمات والإطار العامل يقيس الأداء من خلال مقدار الأجر وعدد ساعات العمل وإدارة المؤسسة تنظر إلى الموضوع من زاوية تحقيق مصالح جميع المرضى في حدود الموارد المتاحة كما أن الغايات الجوهرية للمؤسسات الصحية تتصف بالصفة المعنوية التي تحكمها العوامل الإنسانية أكثر من الربح والمنافسة يضاف إلى هذا تعذر تضمين الجوانب النوعية في تقديم الخدمة فعند قياس أداء العاملين نجد العناصر الملموسة وغير الملموسة، إذ يمكن اعتماد المقياس الكمي لقياس أداء هيئة التمريض من خلال تحديد مستوى الرعاية التمريضية الملائمة(مثلا ممرضة واحدة لكل مريضين) لكن مثل هذا المقياس الكمي يهمل القياس النوعي كما أن أي محاولة للوصول إلى قياس أداء الأطباء عن طريق التركيز على ما هو ملموس ويمكن قياسه فقط تبقى ناقصة إذا لم تراعى العوامل الأخرى غير الملموسة في خضم هذه الصعوبات بذلت منظمة الصحة العالمية بصفتها الراعية الأولى للموضوع وكذا الباحثون المتخصصون في إدارة المؤسسات الصحية جهودا حثيثة أثمرت عن إيجاد بعض المقاييس أهمها: [3]

2-1)مؤشرات تقييم أداء الموارد البشرية:

2-1-1)المؤشرات الخاصة بالأطباء:

- ✓ عملية/طبيب= عدد العمليات الجراحية خلال السنة / عدد الأطباء الجراحين خلال السنة
- ✓ مراجع/طبيب= عدد المراجعين للعيادة الخارجية / عدد الأطباء

[1]قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 358.

[2]فريد راغب النجار، مرجع سابق، ص44.

[3]ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص 204.

✓ طبيب مقيم/إجمالي الأطباء= عدد الأطباء المقيمين / عدد الأطباء الكلي

✓ طبيب مقيم/إجمالي الأطباء= عدد الأطباء المقيمين / عدد الأطباء الكلي

✓ إختصاص/طبيب= الأطباء الإختصائيين / مجموع الأطباء الكلي

2-1-2)المؤشرات الخاصة بالطاقم الطبي:

- ممرضة/طبيب = عدد الممرضات / عدد الأطباء

ممرضة/مريض = عدد الممرضات / عدد المرضى المقيمين

2-2)مؤشرات تقييم الأداء للموارد المادية والمالية:

- **عدد الأيام التي يخلو فيها السرير من المرضى =**

عدد الأسرة * 360 يوما -(مجموع أيام البقاء في المؤسسة / عدد المرضى المقيمين)

ويقيس هذا المؤشر كفاءة استغلال الأسرة خلال مدة زمنية محددة

- **مريض راقد في السرير خلال الفترة** = عدد المرضى المقيمين / عدد الأسرة المهيأة للإقامة

2-3)مؤشرات تقييم جودة الخدمات الصحية:

- **نسبة وفيات الراقدين** = عدد الوفيات من المرضى المقيمين / عدد المرضى المقيمين
- **معدل بقاء المريض في المستشفى(يوم)** =مجموع أيام الرقود في المستشفى / عدد المرضى المقيمين
- **متوسط عدد أيام الإنتظار على قائمة العمليات** = مجموع أيام الانتظار للمرضى /عدد المنتظرين للعلاج

المطلب الثالث: مفهوم جودة الخدمة الصحية وأهدافها

في هذا المطلب سنقوم بالربط بين مصطلح الجودة والخدمة الصحية.

أولا: مفهوم جودة الخدمة الصحية قبل التطرق لمفهوم جودة الخدمة الصحية يمكن تعريف مصطلح جودة الخدمة على أنه: "مفهوم يعكس مدى ملائمة الخدمة المقدمة بالفعل لتوقعات المستفيد منها." [1]

[1] إدريس ثابت عبد الرحمان، **كفاءة وجودة الخدمات اللوجستية(مفاهيم أساسية وطرق القياس والتقييم)**، بدون طبعة، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2006، ص276.

ومن هذا التعريف يتبين لنا أن الذي يحكم على جودة الخدمة هو المستفيد الفعلي منها، وهذا من خلال مقارنته بين توقعاته وبين الأداء الفعلي للخدمة التي يحصل عليها.

وكتعريف شامل فجودة الخدمة هي تقديم خدمة تتفق مع احتياجات الزبائن وتوقعاتهم أو تتجاوزها.

وعند إسقاط مصطلح الجودة على الخدمات الصحية نحصل على التعاريف التالية:

التعريف الأول: تعريف قدمه (**Donabedion,1980**) الذي حدد فيه ثلاث مكونات لجودة الخدمات الصحية وهي: [1]

✓ المكونات الفنية (الرعاية الفنية): والتي تعني درجة حسن تطبيق العلوم والمعارف الطبية لأغراض تشخيص ومعالجة المشاكل الصحية؛

✓ المكونات المرتبطة بالعلاقات الشخصية (فن الرعاية): وتشير إلى الاستجابة لحاجات وتوقعات المستهلكين (المرضى)، المعاملة الودية، والاهتمام من قبل مقدمي الخدمات الصحية عند تعاملهم وتفاعلهم مع المستهلكين(المرضى)؛

✓ المكونات البيئية والهيكلية: وتشير إلى البيئة الكمية التي يتضمنها تقديم الخدمات

الصحية، ويتضمن ذلك جاذبية المؤسسة الصحية، مدى توفر مستلزمات الراحة والاطمئنان لمستهلكين (المرضى)، في هذه المؤسسة والخصائص الهيكلية والتنظيمية لها.

التعريف الثاني: جودة الخدمات الصحية هي" تعظيم رضا المستهلك (المريض)، أولا وأخيرا بغض النظر عن ما إذا كانت المؤسسات الصحية قد حققت الربح أو الخسارة في تطبيقها لأنظمة وفعاليات الخدمات الصحية".[2]

اعتبر هذا التعريف أن رضا المستهلك (المريض)هو الهدف الأسمى لها إذا ما أرادت تحقيق الجودة في خدماتها الصحية.

التعريف الثالث: كما عرفت جودة الخدمات الصحية على أنها" تلك الدرجة التي يراها المستهلك (المريض) في الخدمة الصحية المقدمة له، وما يمكن أن ينتج عنها قياسا بما كان متوقعا."[3]

---

[1] فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، بدون طبعة، دار إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص388.

[2] عبد الستار العلي، **تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة**، بدون طبعة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص302.

[3] هيو كوش، **تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها**، ترجمة طلال بن عايد الأحمدي، الإدارة العامة للطباعة والنشر، الرياض، 2002، ص19.

مما سبق يمكن تعريف جودة الخدمات الصحية بأنها السعي المستمر نحو تحقيق متطلبات المريض بأقل تكلفة ممكنة.

ثانيا: أهداف جودة الخدمة الصحية

إن الجودة هي أسلوب تتبعه المؤسسة الصحية للتحقق من حسن إتقان العمل المؤدى من مختلف جوانبه، واتخاذ ما يلزم من تدابير وإجراءات من أجل النهوض به على نحو مستمر، وذلك في إطار الأهداف التالية: [1]

- ✓ تلبية رغبات المستفيدين على النحو الذي يتطابق مع توقعاتهم ويحقق رضاهم التام عن الخدمات المقدمة لهم؛
- ✓ ملائمة العلاج والرعاية لمختلف الحالات المرضية؛
- ✓ تبني العاملين لأشكال السلوك الإيجابي عند تعاملهم مع المرضى على النحو الذي يضمن لهم كرامتهم الفردية، والعمل على إشراكهم في خطط الرعاية المرسومة لهم من قبل أطبائهم المعالجين؛
- ✓ تأمين أساليب الرعاية التي تتناسب مع ظروف المستفيدين من الخدمات الصحية المقدمة؛
- ✓ ضمان الاستخدام المناسب للموارد المستهدفة.

المطلب الرابع: أبعاد جودة الخدمة الصحية وقياس جودتها

يجب التعرف على أبعاد جودة الخدمات، وكذا العناصر الواجب قياسها لمعرفة إن كانت جودة هذه الخدمة جيدة أو رديئة.

أولا: أبعاد جودة الخدمة الصحية

من الصعوبات الكبيرة التي يواجهها المرضى هو مدى تقبلهم للخدمة كونها غير ملموسة بحيث يعتمدون على مواصفات نوعية تجريبية أو موثوقية تعتمد على التجربة والخبرة، وهي صفات يمكن تقييمها فقط من خلال الشراء أو الاستخدام للخدمة الصحية، كما هو حاصل في تضميد الجروح وتجبير كسور العظام، والفحوص المختبرية والشعاعية... الخ والأمر يتسع لما هو أبعد من ذلك في الخدمات الصحية عندما ترتبط أو تعتمد المواصفات النوعية على الثقة والمصداقية .فهي مواصفات قد لا يستطيع المريض تقييمها حتى بعد الحصول عليها كما هو مثلا في التشخيص الطبي بالاعتماد على الأجهزة المتقدمة والمعتمدة على الكمبيوتر، وعمليات

[1] طلال بن عايد الأحمدي، مرجع سابق، ص128.

زراعة القلب والأعضاء البشرية الأخرى ولا شك بأن الأغلبية يفتقدون إلى المعرفة أو المهارة لتقييم نوعية هذه الخدمات، لذلك فهم يضعون ثقتهم في مهارة وقدرة منتجي هذه الخدمات.

وعلى الرغم من ذلك فان المرضى يعتمدون في تقييمهم للخدمة الصحية المقدمة لهم على خمسة أبعاد رئيسية وهي كالتالي: [1]

1. **المعولية (Reliability)**: القدرة على الأداء في إنجاز ما تم تحديده مسبقا وبشكل دقيق ويمثل هذا البعد32 % كأهمية نسبية في النوعية قياسا بالأبعاد الأخرى.

2. **الاستجابة (Responsiveness)**: المساعدة الحقيقية في تقديم الخدمة إلى الزبون، ويمثل هذا البعد22 % كأهمية نسبية في النوعية.

3. التأكيد(Assurance): هي السمات التي يتسم بها العاملين في معرفة وقدرة وثقة تقديم الخدمة ويمثل هذا البعد 19%كأهمية نسبية.

4. الكياسة /اللطف(Empathy): درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمريض، ويمثل هذا البعد 16 % كأهمية نسبية.

5. الملموسية (Tangibles): وتتمثل بالقدرات والتسهيلات المادية والتجهيزات والأفراد ومعدات الاتصال، ويمثل هذا البعد16% كأهمية نسبية.

ويظهر الجدول الموالي توضيح لأبعاد الجودة في الخدمة الصحية وما يقابلها من معايير لتقييم كل بعد من هذه الأبعاد والأمثلة التي يمكن أن تقابل ذلك البعد في التطبيق لتقديم الخدمة الصحية.

[1] عبد المهدي بواعنه، **إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية(مفاهيم، نظريات، وأساسيات في الإدارة الصحية)**، الطبعة الأولى، دار الجامد للنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص212.

الجدول رقم (2-4): أبعاد الجودة للخدمة الصحية

البعد	معايير التقييم	الأمثلة
المعولية	- دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى - صحة القوائم المالية - المواعيد الدقيقة في الإجراءات	- ثقة عالية لدى المريض بأن حساباته المالية صحيحة عند مغادرته المستشفى - له ثقة بأن حياته بين أيدي أمينة
الاستجابة	- تقديم خدمات علاجية فورية - الاستجابة لنداءات الطوارئ الخارجية - العمل على مدار ساعات اليوم	- وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق معدودة - صالة العمليات جاهزة كليا ولكل الحالات
التأكيد	- سمعة ومكانة المستشفى عالية - المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء - الصفات الشخصية للعاملين	- المعاملة الطبية للمريض من قبل الأطباء - تدريب ومهارة عالية في الأداء
الكياسة/اللطف	- اهتمام شخصي بالمريض - الإصغاء الكامل لشكوى المريض - تلبية حاجات الزبون بروح من الود واللطف	- الممرضة بمثابة الأم الحنون للمريض - النظر للمريض بأنه دائما على حق
الملموسية	- الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج - المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة - أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة	- نظافة عيادة المريض - نوعية الطعام المقدم للمقيمين في المستشفى

المصدر: عبد المهدي بواعنه، مرجع سابق، ص213.

من خلال الجدول السابق، يتبين أن جودة الخدمات الصحية لها بعدين، بعد فني يتعلق بتطبيق العلم والتقنية الطبية، وبعد إنساني يتعلق بمقدمي الخدمات الصحية وتعاملهم مع المستهلكين (المرضى) على إشباع وتلبية حاجاتهم ومتطلباتهم.

ثانيا: قياس جودة الخدمات الصحية

في مجال الرعاية الصحية يرى المختصون في هذا المجال أن هناك عنصرين أساسيين تقاس بهما جودة الخدمة الصحية هما: [1]

1. **العنصر التقني**: ويتعلق بتطبيق المعارف والمعلومات والتقنيات الطبية وغيرها من العلوم في معالجة المشكلات الطبية، وتقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى القدرة على توفير أقصى حد من المنافع الصحية للمريض دون أن يؤدي ذلك إلى زيادة المخاطر التي يتعرض لها ؛

[1] حنان يحي الشريف، مرجع سابق، ص41.

2. **العنصر الإنساني:** ويتمثل في إدارة التفاعل الاجتماعي والنفسي بين مقدمي الخدمات الصحية والمرضى وفق القيم والقواعد الاجتماعية التي تحكم التفاعل بين الأفراد بشكل عام وفي مواقف المرض بشكل خاص، وتقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى تلبية مقدمي الخدمة الصحية لتوقعات واحتياجات المرضى، وأيضا من ناحية مستلزمات الراحة والمتعة في الإقامة باعتبارها مكملة لجوانب الاجتماعية والنفسية.

ويمكن قياس الخدمة في الجوانب غير القابلة للقياس، وذلك من خلال توجيه قوائم الاستقصاء للمستهلكين (المرضى) مثلما يحدث في المطاعم الكبيرة أو الفنادق ويجب أن تكون الأسئلة سهلة وبسيطة ومحدده ووثيقة الصلة بموضوع الخدمة حيث يمكن تحليلها تحليلا ملائما وقد تكون جودة الخدمة أو ضمان جودة الخدمة أكثر صعوبة من ضمان الجودة بالنسبة للسلع والمنتجات الملموسة، وذلك راجع لخصائص الخدمات والتي سبق توضيحها.

إن تحقيق جودة عالية في مجال الخدمات الصحية أمر هام وعنصر جوهري في أي مؤسسة صحية، إلا أن هناك صعوبة في قياس الجودة والرقابة عليها في مجال الخدمات مقارنة بمجال الإنتاج، وذلك راجع للعوامل أو الخصائص التي يصعب قياسها كميا في الخدمة.[1]

المبحث الرابع: واقع القطاع الصحي في الجزائر

يعد قطاع الصحة من أهم القطاعات التي تقوم عليها المجتمعات، فهي أساس التنمية ونقطة انطلاقها الأولى في مختلف مجالاتها، كما يعد المستوى الصحي للمجتمع مقياسا لدرجة تقدمه، ولتحقيق ذلك تسعى الجزائر على غرار باقي دول العالم إلى تحسين هذا القطاع من خلال زيادة الاهتمام به والمتمثل في مجموعة من الإصلاحات عبر فترات مختلفة، وذلك بزيادة عدد المؤسسات الصحية عبر ربوع الوطن وزيادة الإنفاق عليها، بهدف تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للأفراد، سعيا منها لتحقيق رضاهم وتوفير مستوى صحي ملائم لهم وسنحاول في هذا المبحث تقديم صورة عن واقع القطاع الصحي في الجزائر بصفة عامة.

[1] دبون عبد القادر، مرجع سابق، ص219.

المطلب الأول: التطور التاريخي لقطاع الصحة في الجزائر

عرف نظام تمويل المنظومة الصحية في الجزائر عدة تحولات، يمكن تقسيمها إلى أربعة مراحل أساسية هي: [1]

⟸ المرحلة الأولى: من 1962 الى1973

ورثت الجزائر غداة الاستقلال منظومة صحية قائمة على أسس وتنظيمات المنظومة الفرنسية آنذاك.

ابتداء من 1963 عملت الحكومة للحد من مختلف التشريعات القائمة وإدخال نوع من الاستقلالية في التسيير، ظهرت في هذه المرحلة ثلاث مصادر لتمويل النفقات الصحية وهي:

✓ التكفل بالنسبة الكبرى من النفقات الصحية من طرف الدولة والجماعات المحلية وقد وصلت هذه النسبة إلى % 60 يستفيد من هذا التمويل الأشخاص المحرومين، عديمي الدخل، أصحاب الحقوق...إلخ؛

✓ يقوم الضمان الاجتماعي بتغطية % 30 من النفقات العامة للهياكل العمومية التابعة لقطاع الصحة عن طريق صناديقه الجهوية والتي تغذى بواسطة اشتراكات العمال الأجراء؛

✓ الجزء المتبقي مصدره المساهمة المالية للأفراد الميسورين وأصحاب المهن الحرة.

الجدول رقم (2-5): الإنجازات المحققة في المجال الصحي خلال الفترة1962-1973

الإنجازات / السنوات	أطباء	جراحو أسنان	صيادلة	مستشفيات	مراكز صحية
1962	75	33	49	156	188
1973	423	286	353	263	588

المصدر: كساي نجوى، مرجع سابق، ص88.

⟸ المرحلة الثانية: من 1974 إلى1993

هذه المرحلة التي سميت بمجانية العلاج، حيث أصبح العلاج مجانا في كل المؤسسات العمومية بالإضافة إلى التغيرات التي مست نسبة مساهمة التمويل في تغطية النفقات الصحية، مست أيضا تغييرات في طرق تسيير الهياكل الصحية القائمة، حيث عرفت تعويض سعر اليوم بالميزانية الجزافية الشاملة.وقد قسمت الهياكل الصحية في هذه الفترة إلى:

[1] بحدادة نجاة، **تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لمغنية)**، رسالة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص: بحوث العمليات وتسيير المؤسسات، جامعة تلمسان، 2011، ص163_165.

✓ الهياكل العمومية للصحة: التي تضمنت القطاعات الصحية، المراكز الصحية الجامعية والمتخصصة التي تمثل القاعدة الأساسية في توزيع العلاج؛

✓ القطاع الشبه عمومي: وهو يمول من طرف صندوق الضمان الاجتماعي بالاشتراك مع مؤسسات عمومية ويستفيد من خدماته العمال وعائلاتهم؛

✓ القطاع الخاص: في هذه الفترة لم يكن حجمه كبيرا واقتصر دوره في بعض عيادات التشخيص للأطباء العامين أخصائيون، أطباء أسنان...إلخ؛

لم تظهر مشاكل التمويل في بداية هذه المرحلة نظرا لليسر المالي آنذاك، وصولا إلى سنة 1986 وبظهور أزمة مالية خانقة ناتجة عن انهيار أسعار البترول التي أدت إلى انكماش الموارد المالية الممنوحة من طرف الدولة وخاصة ابتداء من 1988 انخفضت الموارد المالية في صناديق الضمان الاجتماعي لانخفاض اشتراكات العمال مع بداية التسريحات العمالية من المؤسسات العمومية، مما أدى ذلك إلى التفكير في تخفيف الضغط على الموارد المالية العمومية وإيجاد موارد مالية أخرى.

والجدول الموالي يوضح تطور عدد المؤسسات الصحية خلال هذه الفترة.

الجدول رقم (2-6): تطور عدد المؤسسات الصحية 1979-1982

السنوات / المؤسسات الصحية	1979	1980	1981	1982
القطاعات الصحية والمؤسسات الخاصة	183	183	196	196
المجتمعات الصحية	161	175	214	260
المراكز الصحية	622	741	810	867
وحدات العلاج والكشف	1344	1368	1474	1598

المصدر: كساي نجوى، مرجع سابق، ص89.

⟸ المرحلة الثالثة: ابتداء من 1994 إلى2006

مضمون هذه المرحلة هو التخلي التدريجي للدولة عن تمويل الخدمات الصحية تاركة المجال للتمويل الشخصي للخدمة الصحية من طرف المستفيد.وقد تم في هذه المرحلة إدراج سعر رمزي للفحوصات الطبية: الطب العام ب 50 دج، الطب المتخصص ب 100 دج وذلك كمرحلة أولية. وفي مرحلة موالية توسع ذلك ليشمل الإيواء، الإطعام، التحاليل الطبية.

تتكون المنظومة الصحية في هذه المرحلة من القطاع العمومي، القطاع الشبه العمومي والقطاع الخاص.هذا الأخير الذي بدأ يرى النور ابتداءا من 1990 أين فتح المجال أمام المستثمرين بإنشاء مراكز صحية خاصة وما يؤخذ على هذه المرحلة عدم وجود تشريع واضح ينظم نشاط الممارسين الخواص من حيث اختلاف تسعيرة الخدمة من ممارس إلى آخر هذا من جهة، من جهة أخرى عدم مسك وثائق محاسبية تبرز التكاليف والإيرادات الناتجة عن نشاطاتهم.

الجدول رقم (2-7): تطور الهياكل الصحية العمومية في الجزائر1996_2000

الهياكل الصحية	1996	1997	1998	1999	2000
مراكز استشفائية	13	13	13	13	13
القطاعات الصحية	185	177	187	217	224
مؤسسات استشفائية متخصصة	21	25	31	31	31
عيادات متعددة الخدمات	446	642	478	482	488
مراكز صحية	1098	1110	1126	1186	1210
قاعات العلاج	3748	3601	3780	3851	3975

المصدر: كساي نجوى، مرجع سابق، ص90.

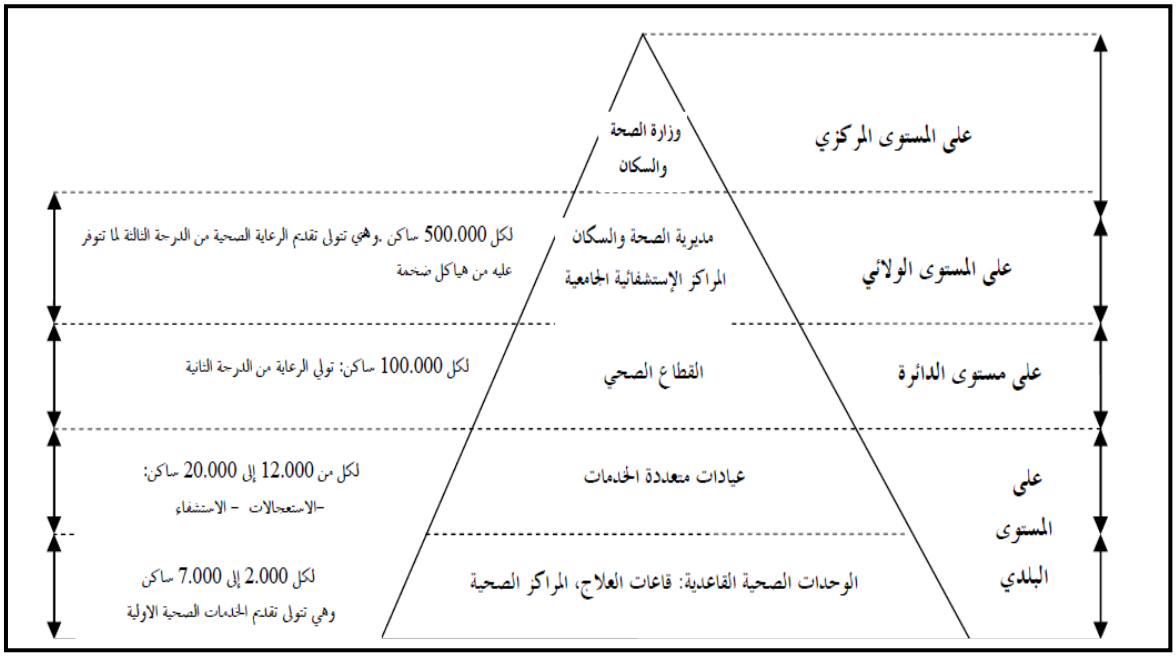
⟸ المرحلة الرابعة: من 2006 إلى يومنا هذا

و تمثل هذه المرحلة بداية تجسيد النظام التعاقدي للعلاج في المستشفيات، وذلك عبر مراحل تدريجية حتى تم تطبيقه بصفة نهائية في أواخر سنة 2009 حيث توزع النفقات العمومية على الصحة العمومية بالنسبة للمرضى الأجراء عن طريق الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية(CNAS) والمرضى غير الأجراء عن طريق الصندوق الوطني لغير الأجراء(CASNOS) ، أما عديمي الدخل فتكون بمساهمة الدولة عن طريق مديرية الضمان الاجتماعي(DAS) وذلك من أجل تخفيف العبء على خزينة الدولة، والتحكم المحاسبي الدقيق لتكاليف العلاج.

المطلب الثاني: تنظيم وهيكلة الخدمات الصحية في الجزائر

تعتبر وزارة الصحة والسكان المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية، وتوفير الدواء، والعمل على رفع المستوى الصحي للأفراد في الجزائر، والقضاء على مشاكلهم الطبية تليها المستشفيات الجامعية والجهوية، ثم القطاعات الصحية والوحدات القاعدية التابعة لها، ويوضح الشكل التالي الصورة السلمية لنظام الخدمات الصحية في الجزائر.

الشكل رقم (2-10): سلمية الخدمات الصحية العمومية في النظام الجزائري



المصدر: خامت سعدية، **تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحيّة العمومية في الجزائر(دراسة حالة على المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية)**، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص تسويق، جامعة البويرة 2012/2011، ص109.

ولكي يتضح الأمر أكثر يتم شرح وتحليل مختلف المستويات المشكلة لهذا الهرم على النحو التالي:

أولا: على المستوى المركزي: يتمثل المستوى المركزي في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وتتكون من: [1]

1. الوزير: يقوم وزير الصحة والسكان بوضع إستراتيجية لتنمية أعمال قطاعه في مجال:

-وقاية صحة السكان ورعايتها؛

-التحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي؛

-التنظيم الصحي والخريطة الصحية؛

-العلاج الطبي في الهياكل الصحية؛

-تحديد أنماط تكوين الممارسين الطبيين والشبه طبيين؛

- العمل على تنمية الموارد البشرية المؤهلة في ميدان التكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات؛

[1] خامت سعدية، نفس المرجع ، ص109.

-ينظم المهن ويعد التنظيم الخاص بها عن طريق التدابير التنظيمية والتشريعية التي تخضع لها الأعمال التابعة لميدان اختصاصه والسهر على تطبيقها؛

-دعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستديمة؛

-التزويد بالأدوية والمعدات الطبية وتوزيعها؛

-الحماية الصحية في الوسط التربوي والعائلي والعملي.

2. ديوان الوزير: يكلف مدير الديوان الذي يساعده مكلفون بالدراسة وعددهم سبعة وملحقون بالديوان وعددهم أربعة، بجميع أشغال الدراسات والأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم وتحضيرهم مشاركة الوزير في أعمال الحكومة وفي علاقته مع الخارج.

3. الأمانة العامة: تكلف الأمانة العامة التي يشرف على إدارتها مدير عام يساعده اثنان (02) من مديري الدراسات ويلحق بهما مكتب البريد والاتصال والتنسيق بين الهياكل المركزية والمصالح التابعة لها وتقييمها وتوجيهها.

4. المفتشية العامة: يشرف عليها ستة (06) مفتشين يقومون بالمهام التالية:

-الوقاية من كل أنواع التقصير وتسيير المصالح الصحية ؛

-توجيه المسيرين وإرشادهم لمراعاة القوانين والأحكام التنظيمية؛

-العمل على الاستعمال المحكم للوسائل والموارد.

5. المديريات المركزية: وتشمل ثمانية مديريات لكل منها اختصاص معين وهي: مديرية الوقاية مديرية المصالح الصحية، مديرية الصيدلية والدواء، مديرية السكان، مديرية التكوين مديرية التخطيط، مديرية التقنين والمنازعات.

ثانيا: على المستوى الولائي والجهوي: يتمثل المستوى الولائي في ما يلي: [1]

1. مديرية الصحة والسكان:

يكلف مدير الصحة والسكان بعدة مهام أهمها تمثيل وزير الصحة والسكان على مستوى الولاية بكل ما يتعلق بالصحة والسكان، والعمل على توزيع الموارد الصحية توزيعا منسجما ومتوازنا ومتابعة تحضير ميزانيات القطاعات الصحية وتنفيذها، بالإضافة إلى مراقبة وتوزيع الأدوية والمواد الصيدلانية ومتابعة ظروف تخزينها

[1] خامت سعدية، ، نفس المرجع، ص110.

وإعداد التلاخيص لتحديد الاحتياجات الصحية في الولاية في مجال الوقاية والعلاج والأدوية والموارد البشرية والمنشآت الأساسية والتجهيز والتكوين وتطبيق التنظيم الخاص بالنظافة العمومية والوقاية العامة، كما أنها تهتم بدراسة المنازعات والمشاكل المرتبطة بأعمال تسيير ممارسي الصحة، بالإضافة إلى الاتصال بالمصالح المعنية بتحديد احتياجات موظفي الصحة وإعداد برامج العمل الخاصة بميدان التكوين.

2. المراكز الاستشفائية الجامعية: أنشأت المستشفيات الجامعية بموجب قانون74 -100 الصادر ب 13 جوان 1974 وهي نتاج لاتحاد مركز استشفائي جهوي (660 إلى 700سرير) ومعهد طبي.يعتبر المركز الإستشفائي منشأة عمومية ذاتطابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويتم إنشائها بموجب مرسوم بناءا على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي بحيث يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز الإستشفائي الجامعي، ويمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية.

بصفة عامة يمكن أن يوصف المركز الإستشفائي الجامعي على أنه ذلك النوع من المستشفى الذي عادة ما يكون كبير ويقع بمنطقة حضرية، والذي يتولى تقديم مجموعة من الخدمات الفنية ويستقبل مرضاه من بين قاعدة السكان العريضة، ويهتم بتدريب هيئة فنية في مجال البحث والرعاية على السواء، بمعنى أنه يشرف على ثلاث ميادين أساسية هي:

-الميدان الصحي؛

-الميدان التكويني؛

-ميدان الدراسة والبحث.

يدير المركز الإستشفائي مجلس إدارة، ويسيره مدير عام ويزود بجهاز استشاري يسمى المجلس العلمي.

ثالثا: على المستوى المحلي (الدائرة والبلدية)

تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية في شكل قطاعات صحية، وحدات إستشفائية متخصصة ووحدات صحية قاعدية، تتولى هذه المنشآت تحديد احتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية، وهذا بالاستعمال الأمثل للموارد المادية والبشرية.وللحد من الضغط على المراكز الإستشفائية وتطبيقا لسلمية العلاج تم إنشاء قطاعات صحية فرعية المسماة قاعدية أو أولية أوكلت لها مهمة انتقاء

الحالات المرضية بعد كشفها وتوجيه الخطير منها نحو المستشفى والرعاية البسيطة منها ذاتيا، إلى جانب إسهامها في الحملات الوقائية والتطعيم لسكان منطقة معينة وهي تتكون على الترتيب من: [1]

1. عيادة متعددة الخدمات: مهمتها ما يلي:

-تقديم مختلف الخدمات الصحية والإستعجالية والفحوصات العامة المتخصصة؛

-الإشراف الفني والإداري على المراكز الصحية البلدية؛

-تقوم بدور الوساطة بين المركز الصحي والمستشفى.

2. المركز الصحي: ينشأ في كل قرية أو كل تجمع سكاني، وتوكل له مهمة الوقاية الصحية، وحماية الأمومة والطفولة والتطعيم والعلاجات والفحوصات العامة.

3. قاعات العلاج: وهي التي تتولى تقديم العلاجات البسيطة لكل 1000-2000 ساكن.

ولكن المرسوم التنفيذي لسنة 2007 تضمن تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى:

- المؤسسات العمومية الإستشفائية؛

-المؤسسات العمومية للصحة الجوارية؛

- المؤسسات الإستشفائية المتخصصة.

وقد ألغيت المراكز الصحية (Centres de santé)لتتحول بدورها إلى عيادات متعددة الخدمات (Polycliniques) أو إلى قاعات للعلاج (Salles de soins).

إن المؤسسة العمومية الإستشفائية حسب المرسوم التنفيذي رقم07 -140 هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، وهي تتكون من هياكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي حاجة سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات.

تحدد المشتملات المادية للمؤسسة العمومية الإستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة وتوكل إليها عدة مهام بموجب المادة4 و 5من المرسوم07 -140 منها:

- التكفل بالحاجات الصحية للسكان ضمان نشاطات العلاج والتشخيص والاستشفاء والاستعجالات الطبية الجراحية؛

- ضمان تقديم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء؛

[1] خامت سعدية، نفس المرجع ، ص111.

- تطبيق البرامج الوطنية للصحة؛
- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية؛
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتحديد معارفهم؛
- كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية الإستشفائية كميدان للتكوين الطبي والشبه الطبي والتكوين في التسيير الإستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

أما المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الإستشفائية حسب نفس المرسوم لها نفس تعريف المؤسسة العمومية إلا أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج.تحدد المشتملات المادية والحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

أما مهامها حسب المادة 8 من هذا المرسوم فهي التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بما يلي:

-الوقاية والعلاج القاعدي؛

-تشخيص المرض؛

-العلاج الجواري؛

-الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي؛

-الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي؛

-تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.

وتكلف على الخصوص بالمساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية والصحة المدرسية.

المطلب الثالث: مدخلات القطاع الصحي المادية والبشرية

سجل السلك الطبي نموا قدرت نسبته بحوالي% 70 خلال السنوات الأخيرة في الهياكل العمومية بتسجيل ارتفاع في عدد الأطباء الممارسين من 21000 (منهم 4000 أخصائيون في سنة 1999)إلى35000 طبيب ممارس(منهم 13000 أخصائيون) في سنة2007 ، وقد تم تعزيز هذه الموارد البشرية عام2009 ب 15000 طبيب، 5000طبيب متخصص وكذا 15000 عامل شبه طبي .

إن تسيير المنشآت الطبية يبقى يشكل أيضا أولوية من خلال التسيير المختص بالمستشفيات وذلك من خلال برامج تكوين أولي ومتواصل للمسيرين الذين استفاد نحو 1000 منهم من تكوين في مجال تسيير

إدارة المستشفيات، في حين أن حوالي 400 آخرون يتابعون حاليا تكوينا.في هذا الخصوص، ستحول المدرسة الوطنية للصحة العمومية إلى مدرسة لتسيير إدارة المؤسسات الإستشفائية.

وتجدر الإشارة إلى أن عدد أسرة المستشفيات العمومية ارتفع بشكل محسوس من أقل من 54000 في سنة1999، إلى قرابة 68000 في سنة2007 .وفي المقابل، فإن قطاع الصحة مازال يعاني من نقص في أعوان الطبي الذي يتعين استدراكه، حيث بلغت عدد مدارس التكوين الشبه الطبي 35مدرسة لسنة 2007.[1]

وبهدف تلبية طلبات المواطنين، تمت مرافقة سياسة الصحة العمومية بجهود هامة للاستثمار من طرف الدولة، بغية توسيع وتدعيم شبكة المنشآت الصحية من أجل تكفل أفضل بالمريض وتحقيق تغطية طبية أفضل فقد سمح برنامج تنمية الصحة للفترة الممتدة من 2005 إلى 2009 من إنشاء 65 مستشفى عام ومتخصص، 76عيادة متعددة الخدمات، 168مركز صحي، 40قاعة علاج، 06مراكز للمراقبة الصحية عند الحدود، 04مراكز لتصفية الدم ومعهد للتكوين الشبه طبي.

كما عمل قطاع الصحة العمومية على تنظيم العلاج على عدة مستويات لتقريب العلاج القاعدي والعلاج المتخصص من المرضى، وتقليص الضغط على مصالح الاستعجالات.وهذا ما أدى إلى المبادرة ببرنامج لتكثيف مصالح المناوبة، كما تم إنشاء 168 وحدة خاصة بطب الأورام على مستوى المستشفيات العامة التي ستجنب المرضى التنقل والانتظار، وستتخفف الطلب على مستوى المراكز المتخصصة.

بالإضافة إلى تعميم الوقاية على كافة الأصعدة من بعض الأمراض التي تراجعت، والتكفل بالصحة المدرسية والجامعية، ولاسيما التكفل بصحة الأمهات والأطفال .أضف إلى ذلك تعزيز الوسائل من خلال إنجاز16 مصلحة، و 185وحدة إضافية لصحة المولود الجديد، وإبقاء تعميم التطعيم ضد أبرز الأمراض التي يمكن التحكم فيها من خلال التطعيم.

ولم تهمل الدولة السن المتقدم للسكان (معدل أمل الحياة عند الولادة كان يبلغ 47 سنة خلال 1962مقابل 67سنة خلال 2008)، وكذا التغيير الذي طرأ على النمط المعيشي حيث أنها علاوة على الوقاية، فقد عززت وسائل مكافحة بعض الأمراض كالسرطان، وأمراض القلب والشرايين، وداء السكري والربو، وبعض أمراض العيون، علاوة على الصحة العقلية.

[1] بحدادة نجاة، مرجع سابق، ص162.

مما سبق يتضح أن هناك اهتمام كبير بالقطاع الصحي من طرف الدولة، وهذا ما يترجمه التقدم الكبير الذي سجلته البلاد في ميدان الهياكل الطبية ومواردها المادية والبشرية بشتى أنواعها، بالإضافة إلى التحسن الذي سجلته مؤشرات الصحة التي أضحت تقارب تلك المسجلة في البلدان المتقدمة (بدليل التراجع المحسوس لنسبة الوفيات في شتى الفئات، والارتفاع المحسوس للأمل في الحياة عند الولادة.)[1]

[1] بحدادة نجاة، نفس المرجع ، ص163.

خلاصة الفصل الثاني:

تنفرد الخدمات بجملة من الخصائص التي تميزها عن السلع الملموسة، تتمثل في خاصية التلازم بين الخدمة ومقدمها، عدم التجانس إذ لا يمكن إعادة إنتاجها وتقديمها بنفس الدقة فهي متغيرة دائما إلى حد ما، بالإضافة إلى عدم ملموسيتها وهو ما ينتج عنه صعوبة في قياس وتقييم جودتها.

ولما كانت الخدمات الصحية هي العلاج المقدم للمرضى، سواء كان علاجا أو تشخيصا أو تداخلا بينهما يحقق في النهاية القبول للمريض، فإنها تنطوي على أهمية كبيرة نابعة من أهمية الخدمات في حد ذاتها، فهي لا تختلف في مضمونها عن الخدمات الأخرى، لكنها تكتسي خصوصية، لذلك من الصعوبة في الكثير من الأحيان على المؤسسات الصحية اعتماد ذات المعايير والمفاهيم المطبقة في الخدمات الأخرى، لأن ذلك قد يتعارض مع الأهداف التي خططت لها، كما أن ارتباطها بحياة الإنسان وشفاءه وليس بأي شيء مادي آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه، يجعلها تنفرد بخصائص ومميزات تزيد من تعقيد وصعوبة تقديمها.

فالخدمة الصحية يجب أن تكون متوفرة متى طلبها الزبون عكس بعض الخدمات، كما أن بيئة المؤسسة ومكان وجودها وسهولة الوصول إلى أقسامها وتوفرها على الكوادر الطبية والفنية المؤهلة والمعدات والأجهزة الأكثر تطور وحداثة، وسعيها لنشر الوعي الصحي بين جمهور متعامليها، كلها عوامل يجب توفرها حتى يكون تقديم الخدمة الصحية في الوقت المناسب وبالتطلع المرغوب فيه لدى المريض أي الوصول إلى رضاه وذلك عن طريق تطبيق الجودة في المؤسسات الصحية.

الفصل الثالث

واقع الخدمات الصحية ونظام المعلومات بالمؤسسة الاستشفائية الجامعية

اسعد حساني ببني مسوس _ الجزائر العاصمة_

توطئة الفصل الثالث:

يعد مستشفى اسعد حساني ببني مسوس من صنف المؤسسات العمومية الإستشفائية التي تسهر على تقديم خدمات صحية لمواطنيها وبشكل مستمر، ما دفع به إلى امتلاك أنظمة معلومات سواءا في الجانب الطبي أو الإداري، واستعماله لأساليب للحصول على بيانات ومن ثم معالجتها لاتخاذ القرار المناسب سواءا كانت هذه الأساليب آلية أو يدوية، والسعي وراء تحسينها بغرض تحسين الخدمة المقدمة والوصول إلى تطلعات وطموحات المرضى، والأهم من ذلك الحفاظ على صحة الأفراد.

و سوف نحاول تغطية هذا الفصل من خلال العناصر التالية:

1) الخدمات المقدمة بمستشفى اسعد حساني.

2) نظام المعلومات بمستشفى اسعد حساني وتحسينه لجودة الخدمة.

3) تقديم إستبيان لكل من الطاقم الطبي والإداري مع تحليل هذا الإستبيان عن طريق برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS.

المبحث الأول: الخدمات المقدمة بالمؤسسة الإستشفائية الجامعية بني مسوس

يعد مستشفى اسعد حساني من المؤسسات العمومية الإستشفائية التي تسهر على تقديم خدمات صحية بصورة مستمرة سعيا وراء إرضاء المرضى المتوجهين إليه والذين يطلبون العلاج.

المطلب الأول: تعريف عام بمستشفى بني مسوس وهيكلها التنظيمي

أولا: تعريف عام بمستشفى بني مسوس

يعتبر المركز الإستشفائي الجامعي لبني مسوس مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي.وذلك طبقا للأمر التنفيذي رقم 467-97، وقد أنشأ من طرف الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي.

يقع مستشفى بني مسوس في غرب ولاية الجزائر تحديدا في مقاطعة بوزريعة وبلدية بني مسوس، فوق مساحة قدرها 25 هكتار يضم بنايات جديدة المنشأ وبنايات قديمة تعود لعهد القرن العشرين.

يقع على بعد 4كلم من الطريق السيار شرق غرب وعلى 15 كلم تقريبا من ولاية الوسط ذو مدخل سهل للمرضى والزبائن ولجميع من يريد الاستفادة من جميع خدماته.

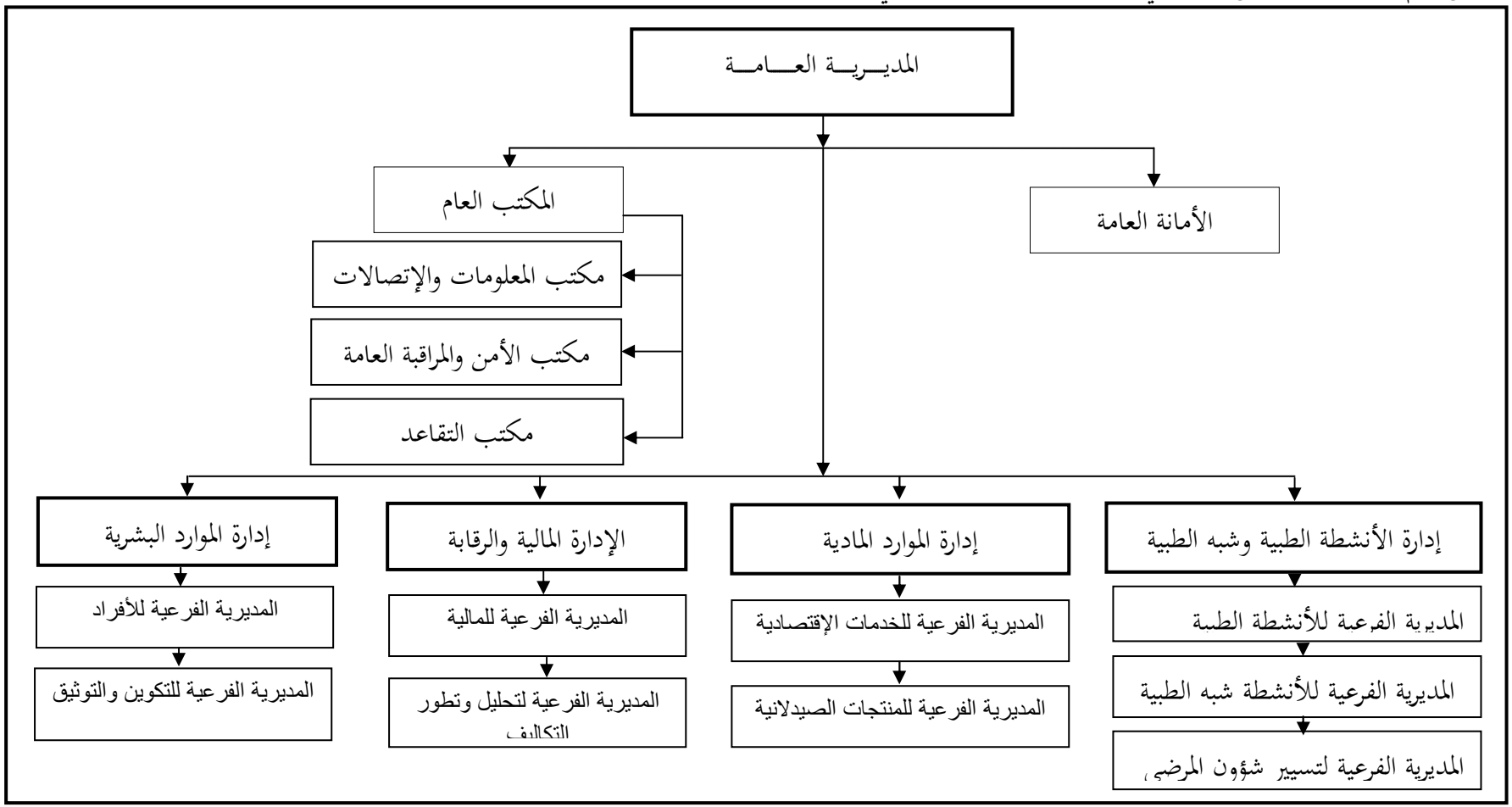
التسمية الجامعية للمستشفى تحققت فعليا في 1972 بعد إعادة الهيكلة ودمج المستشفيين (مستشفى الأطفال ومستشفى الراشدين)، وذلك طبقا للأمر التنفيذي 297-86 في 16ديسمبر 1986.[1]

ثانيا: الهيكل التنظيمي لمستشفى بني مسوس

يعد الهيكل التنظيمي للمؤسسات من أهم العوامل التي تؤدي إلى تحقيق أهدافها فهو يظهر الوظائف ويحدد المسؤوليات، وسنوضح فيما يلي الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية الجامعية ببني مسوس من خلال الشكل التالي.

[1] وثائق رسمية لمديرية الموارد البشرية بالمستشفى.

الشكل رقم (3-1): الهيكل التنظيمي للمؤسسة الإستشفائية لبني مسوس



المصدر: وثائق رسمية لمديرية الموارد البشرية بالمستشفى.

1. المدير: يعين مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار صادر عن وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وباعتباره المسؤول الأول عن تسيير المؤسسة فهو بذلك: [1]

- ✓ يمثل سلطة التعيين على مجموع مستخدمي المركز الاستشفائي الجامعي باستثناء أولئك الخاضعين لكيفية تعيين أخرى؛
- ✓ هو الآمر بالصرف فيما يخص نفقات المركز الاستشفائي الجامعي؛
- ✓ يعد مشاريع الميزانية التقديرية ويضبط حسابات المؤسسة؛
- ✓ يضع مشروع الهيكل التنظيمي والنظام الداخلي للمركز الاستشفائي الجامعي؛
- ✓ يقوم بتنفيذ مداولات مجلس الإدارة؛
- ✓ يقوم بإبرام جميع العقود والصفقات والإتفاقيات في إطار التنظيم المعمول به؛
- ✓ يفوض إمضاءه على مسؤوليته، لصالح مساعديه.

ويساعد المدير أربعة نواب مديرين مسؤولين من الإدارات التالية: إدارة الموارد البشرية، الإدارة المالية والرقابة إدارة الموارد المالية، إدارة الأنشطة الطبية والشبه الطبية وهي كاتالي: [2]

2. إدارة الموارد البشرية: وتشمل:

- ✓ المديرية الفرعية للأفراد؛
- ✓ المديرية الفرعية للتكوين والتوثيق.

3. الإدارة المالية والرقابة: وتشمل:

- ✓ المديرية الفرعية للمالية؛
- ✓ المديرية الفرعية لتحليل وتطور التكاليف.

4. إدارة الموارد المادية: وتشمل:

- ✓ المديرية الفرعية للخدمات الإقتصادية؛
- ✓ المديرية الفرعية للمنتجات الصيدلانية؛
- ✓ المديرية الفرعية للمعدات والصيانة.

[1] وثائق رسمية لمديرية الموارد البشرية بالمستشفى.

[2] من إعداد الطالبة بالاعتماد على الهيكل التنظيمي للمستشفى

5. إدارة الأنشطة الطبية وشبه الطبية: وتشمل:

- ✓ المديرية الفرعية للأنشطة الطبية؛
- ✓ المديرية الفرعية للأنشطة شبه الطبية؛
- ✓ المديرية الفرعية لتسيير شؤون المريض.

المطلب الثاني: القدرة الإستعابية وتعداد العمال بمستشفى بني مسوس

سنتطرق في هذا المبحث إلى عدد المصالح في المستشفى وقدرة استيعاب كل مصلحة بالإضافة إلى عدد العمال المتواجدين في المؤسسة الاستشفائية اسعد حساني.

أولا: القدرة الإستعابية لمستشفى بني مسوس

إن المؤسسة العمومية الاستشفائية اسعد حساني لبني مسوس تضم كقدرة استيعاب إجمالية (859) سرير ويضم(22) مصلحة وكل مصلحة لها قدرة استيعاب مختلفة عن المصلحة الأخرى، الملحق رقم (01).[1]

ثانيا: تعداد العمال للمؤسسة لمستشفى بني مسوس

ما يميز المصالح السابقة الذكر أنها تعمل بشكل دائم ومستمر 24/24 ساعة، وهذا للسهر على راحة المريض من خلال مجموعة من الإداريين والأطباء المشار إليها في الجدول الموالي.

الجدول رقم (3-1): تعداد العمال بمستشفى بني مسوس

الصنف	العدد
الموظفون الإداريون	350
الشبه الطبيون	1000
الأطباء	1050
المجموع	2400

المصدر: المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر1957

[1] وثائق رسمية لمديرية الموارد البشرية بالمستشفى.

المبحث الثاني: نظام المعلومات بمستشفى بني مسوس

في هذا المبحث سنقوم بإسقاط أنواع نظام المعلومات الصحي على مستشفى اسعد حساني ببني مسوس لمعرفة آلية عمل كل نظام.

المطلب الأول: نظام المعلومات الصحي لمستشفى بني مسوس

يتكون نظام المعلومات الصحي لمستشفى بني مسوس من العناصر التالي ذكرهم: [1]

1. السجل الصحي: عند دخول أي مريض لمستشفى اسعد حساني سوف يتم تشخيص حالته ويأمر الطبيب إما بمكوثه لفترة معينة للعلاج أو خروجه إذا رأى ذلك مناسبا لحالة المريض ففي حالة مكوث المريض سوف يوجه إلى القسم المناسب لحالته وسوف تتبع المريض بطاقة تدعى(Fiche Navette) (البطاقة المكوكية)الملحق رقم (02)، حيث تحتوي هذه البطاقة معلومات حول المريض مثل الاسم واللقب السن، الزمرة الدموية، تاريخ الدخول، ساعة الدخول المصلحة، اسم الطبيب المعالج، وعند انتقال المريض لقسم آخر سوف تتبعه هذه البطاقة أيضا، أي أنها ترافق المريض فترة مكوثه بالمستشفى، وفي كل قسم يعالج فيه المريض سوف يسجل في هذه البطاقة التاريخ، المصلحة، العمليات والفحوصات، وعند نقل المريض إلى مؤسسة استشفائية خارجية أخرى سوف يتم أيضا تسجيل نفس المعلومات التي تسجل حين انتقاله من قسم لآخر، وبهذه البطاقة أيضا جزء مخصص للأدوية بحيث يتم فيه تسجيل تاريخ الوصفة، نوع الأدوية، الكمية الموصوفة الكمية المقدمة اسم ولقب واصف الوصفة وحين أمر الطبيب بخروج المريض سوف يسجل هذا أيضا بهذه البطاقة في إطار مخصص للطبيب به تاريخ الخروج، توقيت الخروج، طريقة الخروج، تشخيص الخروج، رمز تشخيص الخروج كما يوجد إطار مخصص لإدارة المستشفى به رقم الفاتورة، التاريخ، المبلغ النهائي للخدمة رقم وثيقة الدفع، حصة الضمان الاجتماعي، حصة المريض، رقم الملف.

كل هذا يتم يدويا أي لا يتم تسجيل كل هذه المعلومات آليا، وبالمستشفى يوجد سجل مقسم حسب الأقسام، وفي كل قسم يسجل اسم المريض، تاريخ الدخول والخروج، أي أن المريض لا يسجل إلا في الأقسام التي دخلها وذلك بعد تسلمهم للبطاقة المتنقلة التي تحتوي معلومات المريض وبذلك يتم الحفظ اليدوي لملف كل مريض لأنه ما يسجل آليا هو فقط ما سجل في السجل الخاص بكل الأقسام أي أن المعلومات التي سوف تبقى آلية هي فقط اسم المريض، تاريخ الدخول والخروج وذلك باستخدام برنامج يدعى

[1] مقابلة شخصية مع السيدة حايد سعاد مسؤولة إدارة الموارد البشرية.

(PATIENT) وكان ذلك منذ عام 2006، دون الحفظ الآلي لما قام به من علاجات سواء بين الأقسام أو في مؤسسة إستشفائية خارجية، أو أدوية بالكميتين الموصوفة والمقدمة واسم الدواء، أي أنه آليا سوف نستفاد فقط من معرفة عدد المرضى والأقسام التي دخلوها أي إمكانية معرفة قدرة استيعاب المصالح للمرضى.

2. آلية عمل نظام معلومات المخبر بالمستشفى: عند مكتب الاستقبال الخاص بالمخبر يجرى جمع طلبات إجراء تحليل يدويا أي عند قدوم أي مريض سواءا خارجي أو مريض ماكث بالمستشفى سوف يقدم الورقة المحررة من طرف طبيبه التي تحتوي اسم المريض، سنه والتحليل المراد إجراؤه ويتم جمع لهذه الأوراق ومن ثم الحصول على العينات وبعدها إجراء تحاليل وصدور النتائج دون اتصال بالأقسام الأخرى للتبليغ بنتائج التحليل.

3. آلية عمل نظام معلومات الأشعة بالمستشفى: يتم عمل نظام معلومات الأشعة بمثل طريقة عمل نظام معلومات المختبر بحيث يتم جمع طلبات إجراء الأشعة ومن ثم إجراء هذه الأشعة على المرضى كل حسب حالته وعند الحصول على الصور المراد إجراؤها سوف يقوم العمال القائمين على الأشعة بحفظ اسم المريض رمز الأشعة، دون الربط مع نظم المعلومات الأخرى بسبب عدم توفر شبكة بين الأقسام.

4. آلية عمل نظام معلومات الصيدلة بالمستشفى: يهدف مسيري مستشفى اسعد حساني من استخدام نظام معلومات الصيدلة إلى ما يلي:

- ✓ صرف الأدوية؛
- ✓ مراقبة المخزون ومراعاة تاريخ الصلاحية للأدوية؛
- ✓ معرفة رصيد الأدوية وإصدار أوامر الشراء.

إلا أنه كغيره من الأنظمة يعاني نظام معلومات الصيدلة من عدم اتصاله بنظم المعلومات الأخرى المتواجدة في المستشفى ولذلك نجد الغرض النهائي هو فقط توفير الأدوية المطلوبة ذات الصلاحية دون التسريع في عملية الحصول عليها فمثلا لو كان ذو علاقة مع الأنظمة الفرعية الأخرى بالمستشفى سوف يستطيع الصيدلي الوصول إلى ملفات المرضى يوميا وتحديد ما يلزمهم من أدوية دون توجه الممرضين له.

5. نظام إدخال الأوامر الطبية إلكترونيا بالمستشفى: إن هذا النظام يحتاج كليا إلى استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصال، وبما أن المستشفى يفتقر لاستعمال الشبكة المحلية سوف يحتاج الطبيب لاستخدام أساليب يدوية للاتصال مع الأقسام الأخرى لإرسال وصفاتهم الدوائية، التحليلية، فعند تحديد الطبيب مثلا

لطبيعة الغداء، الأدوية والجرعات، التحاليل والفحوصات الطبية سوف يقوم بتسجيل ذلك يدويا للمريض وهو بدوره يتصل بالأقسام الأخرى فمثلا لو توفر الاتصال بين الطبيب مع الأقسام الأخرى سوف لن نحتاج لذلك ويقوم الطبيب بالاتصال مباشرة مع الصيدلي العامل في المخبر أو العامل في الأشعة وهم بدورهم يقدمون نتائجهم.[1]

6. نظام تسيير المرضى (مكتب القبول)بالمستشفى: يعد مكتب الدخول من أهم المكاتب في المستشفى بحيث له علاقة مع المصالح الطبية وله علاقة مع المصالح الإدارية فيتصل مع المصالح الطبية لمعرفة الوفيات، المواليد، تحويلات بين الأقسام وغيرها ويتصل مع المصالح الإدارية للتصريح بالتكاليف وبعض الإحصائيات الأخرى، كما له اتصال خارجي أيضا مع البلدية ووكيل الجمهورية والشرطة.

فعند دخول أي مريض للمستشفى سوف يتصل أولا بهذا المكتب سواء كان المريض في حالة استعجالات أو محول من مستشفى آخر أو له موعد مسبق وبذلك يملأ المريض بطاقة دخول تدل على دخوله للمستشفى بها معلومات عن الحالة المدنية للمريض، ثم بعد ذلك يعرض على الطبيب فإن كانت حالة المريض تستوجب مكوثه في المستشفى سوف يأمر الطبيب بإنشاء ملف للمريض ويقوم مكتب الدخول بمنح المريض البطاقة المكوكية (Fiche Navette) التي تتبع المريض فترة مكوثه بالمستشفى والتي يسجل فيها معلومات عن المريض وكل إجراء طبي لابد أن يسجل فيها إلى أن يأمر الطبيب بخروجه وكذا توجيه المريض إلى المصلحة التي أمر الطبيب بتوجيهه إليها، كما يقوم هذا المكتب بتحرير شهادة إقامة بالمستشفى (Certificat de séjour) الملحق رقم (03) التي تحوي المعلومات التالية: الاسم واللقب، تاريخ ومكان الازدياد، تاريخ دخول المستشفى، تاريخ الخروج من المستشفى، أو تترك مفتوحة إذا كان المريض سيقيم فترة طويلة، وهذه الشهادة تحرر لتبرير الغياب في مقر العمل أو الدراسة وكذا الضمان الاجتماعي.

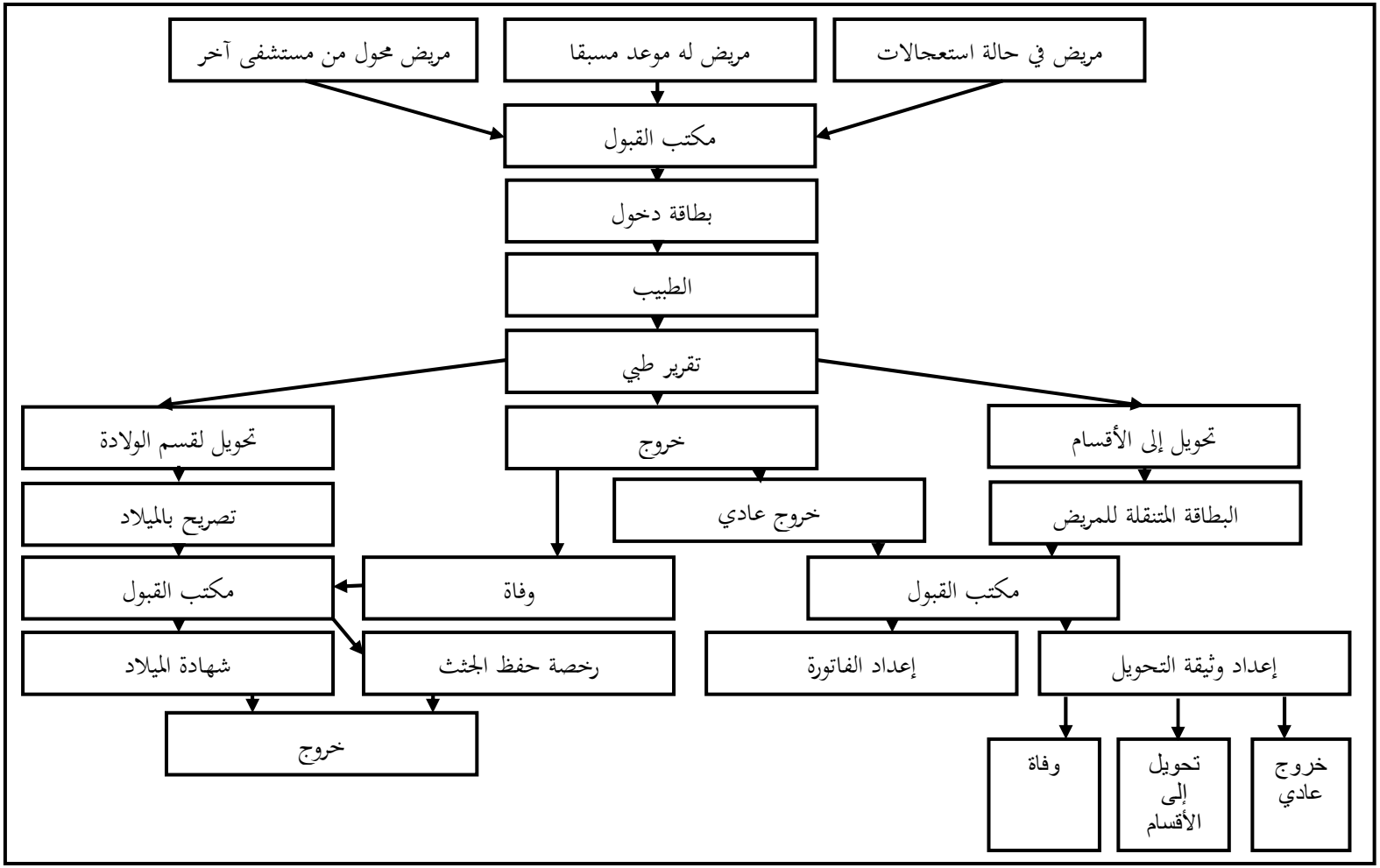
يخصص بهذا المكتب عمال لتسجيل المواليد وتحرير شهادة الازدياد التي تظم المعلومات التالية: اسم الأم تاريخ ميلادها، الزوج، تاريخ ميلاده، جنس المولود، ساعة الولادة واسم المولود ...كل هذه المعلومات تحفظ يدويا في سجلات وقد يتم الرجوع إليها في بعض الحالات مثل وجود خطأ في شهادة الميلاد أو إهمال بعض الأولياء في تسجيل مواليدهم وبذلك يطلب استخراج شهادة ميلاد مجددا أو تقديم تصريح يثبت ذلك. كل هذه المعلومات تحفظ بنفس الطريقة في حالة الوفاة، أي أن هذا المكتب مكلف بتصريح الوفيات في أوراق خاصة

[1] مقابلة شخصية مع السيدة حايد سعاد مسؤولة إدارة الموارد البشرية.

الملحق رقم (04) والتي تحوي المعلومات التالية: الإسم واللقب، مكان وتاريخ الميلاد، العمر، السكن، البلدية، تاريخ دخول المستشفى يوم وساعة الوفاة، إسم، لقب وإمضاء الطبيب، ثم ترسل هذه الوثائق للبلدية لاستكمال الإجراءات وفي الشكل الموالي شرح لآلية عمل نظام المعلومات بمكتب الدخول.[1]

[1] مقابلة شخصية مع عمال مكتب القبول، شهر مارس2016.

الشكل رقم (3– 2): آلية عمل نظام المعلومات بمكتب القبول



المصدر: من إعداد الطالبة

المطلب الثاني: مشروع الرعاية الصحية عن بعد وواقع شبكات (Intranet)و(Extranet) بمستشفى بني مسوس

أولا: مشروع الرعاية الصحية عن بعد بمستشفى بني مسوس

تم في اليوم الخامس من شهر أفريل لسنة 2016 بالجزائر العاصمة التوقيع على اتفاقية إطار بين وزارتي الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والبريد وتكنولوجيات الإعلام والاتصال لتطوير شبكة وطنية للعلاج والتكوين عن بعد .

وقع على هذه الاتفاقية التي جرت مراسمها بالمؤسسة الإستشفائية الجامعية حساني إسعد لبني مسوس وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات السيد عبد المالك بوضياف ووزيرة البريد وتكنولوجيات الإعلام والإتصال السيدة هدى فرعون.

و كان الهدف من هذه الاتفاقية هو إطلاق العلاج والتكوين عن بعد من خلال ربط شبكة إتصال قوية بين المؤسسات الإستشفائية لولايات الشمال وتلك المتواجدة بولايات الجنوب والهضاب العليا قصد التكفل بمواطني هذه المناطق وإستفادة أطبائها من خبرات الأستاذة الجامعيين بمناطق الشمال، وهذه العملية تربط خمس مؤسسات إستشفائية جامعية بشمال الوطن وإحدى عشر مؤسسة إستشفائية بمنطقة الهضاب العليا والجنوب الكبير والولايات المعنية هي (تندوف، أدرار، الجزائر العاصمة، الوادي، ورقلة وغرداية) وذلك لتعويض الاختصاصات الطبية التي تعاني منها هذه المناطق.[1]

ثانيا:واقع استخدام شبكات (Intranet)و(Extranet) بمستشفى بني مسوس

إن المؤسسة الاستشفائية الجامعية لاسعد حساني ببني مسوس لا تستخدم الشبكات المحلية (Réseau Intranet) للإتصال بين المصالح، أما الشبكات الخارجية (Réseau Extranet) للتعامل مع المستشفيات الأخرى فهي في حيز التجريب، إلا أن مكتب الدخول يعمل ببرنامج يدعى(Patient) والذي تطرقنا إليه سابقا. [2]

[1] مقابلة شخصية مع السيد حكيم جليلي مسؤول مكتب الدخول شهر أفريل 2016.

[2] مقابلة شخصية مع السيدة حايد سعاد مسؤولة إدارة الموارد البشرية، شهر مارس2016

المبحث الثالث: منهجية الدراسة

في هذا المبحث سنتطرق إلى الطريقة المستخدمة في تحليل الاستبيان من تحديد لمجتمع الدراسة وكذا العينة والمنهج المتبع في الدراسة.

المطلب الأول: مجتمع وعينة الدراسة

تكون مجتمع الدراسة أو البحث من الموظفين العاملين في مستشفى اسعد حساني ببني مسوس من إطارات طبية وموظفين إداريين، ونظرا لكثافة حجم المجتمع تم اختيار عينة عشوائية من هذا المجتمع والبالغ عددها أربعين موظف.

المطلب الثاني: أداة ومنهج الدراسة

في هذا المطلب سنحاول معرفة أداة الدراسة المستخدم وكذلك المنهج المتبع.

أولا: أداة الدراسة

تم تصميم وإعداد استبانة مكونة من ثلاثة وثلاثين سؤال بالإضافة إلى البيانات الشخصية الملحق رقم (04) وقد تكونت أداة الدراسة من قسمين:

القسم الأول: وتكون من مجموعة من الأسئلة حول البيانات الشخصية والوظيفية لأفراد العينة.

القسم الثاني: وينقسم إلى ثلاثة محاور وهي كالتالي:

المحور الأول: وتكون من أربعة عشر سؤال لقياس نظام المعلومات المستخدم بمستشفى بني مسوس؛

المحور الثاني: وتكون من ثلاثة عشر سؤال لقياس الخدمة الصحية بمستشفى بني مسوس؛

المحور الثالث: وتكون من ستة أسئلة لدراسة العلاقة بين المحور الأول(نظام المعلومات المستخدم) والمحور الثاني (الخدمة الصحية).

لملأ الاستبانة الإحصائية، فقد تم الاعتماد على المقابلة الشخصية كأداة لجمع المعلومات التي تخدم الدراسة وتحقيق أهدافها، حيث تم إجراء مقابلات مع الأشخاص التالي ذكرهم:

- ✓ مقابلة شخصية مع السيد حكيم جليلي: مسؤول مكتب القبول؛
- ✓ مقابلة شخصية مع السيدة حايد سعاد: مسؤولة إدارة الموارد البشرية؛
- ✓ مقابلة شخصية مع السيدة اسطنبولي غنية: مسؤولة وحدة جراحة الأسنان.

ثانيا: منهج الدراسة

لقد تم اختيار الأساليب الإحصائية التالية لمعالجة البيانات والمعلومات التي جمعتها بواسطة الاستبانة حيث تمت المعالجة الإحصائية للبيانات بواسطة جهاز الحاسب الآلي، وباستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) (Statistical Package For Social Sciences) وفيما يلي الأساليب الإحصائية التي استخدمت:

1) الإحصاء الوصفي(Descriptive Analyse): والذي يتضمن استخدام التكرارات والنسب المئوية لوصف عينة الدراسة.

2) معامل ألفا –كورنباخ(Alpha -Cronabach): معادلة الهدف منها هو قياس ثبات الاسبتانة (Reliability of Questionnaire)

المطلب الثالث: صدق وثبات أداة الدراسة وجدول الاتساق الداخلي للمقياس

في هذا المبحث سنتطرق إلى معامل الصدق والثبات وكذلك جدول الاتساق الداخلي وذلك بحساب معامل ارتباط بيرسون.

أولا: صدق وثبات أداة الدراسة

الصدق هو مقياس يستخدم لمعرفة درجة صدق المبحوثين من خلال إجابتهم على مقياس معين للتأكد من صدق الأداة، حيث قمت بإجراء صدق تحكيمي للاستبانة (الصدق الظاهري)(Face Validity) وذلك من خلال عرضها على بعض أساتذة جامعة يحي فارس بالمدية المختصين في الإحصاء وكذا في نظام المعلومات.

ويقصد بثبات الاختبار أن يعطي المقياس نفس النتائج إذا ما تم استخدامه أكثر من مرة واحدة تحت ظروف مماثلة.ويعني الثبات أيضا أنه إذا ما طبق اختبار ما على مجموعة من الأفراد ورصدت درجات كل منهم ثم أعيد تطبيق الاختبار نفسه على المجموعة نفسها، وتم الحصول على الدرجات نفسها، يكون الاختبار ثابتا تماما.كما يعرف الثبات أيضا بأنه مدى الدقة والاتساق للقياسات التي بتم الحصول علبها مما يقيسه الاختبار ومن أكثر الطرق استخداما في تقدير ثبات المقياس هي طريقة معادلة ألفا – كورنباخ، فقد تم استخراج معامل ألفا –كورنباخ للاتساق الداخلي لكل بعد من أبعاد الاستبانة وكذلك للاستبانة ككل.

الجدول رقم (3–2): معامل ألفا –كورنباخ لأبعاد الاستبانة

المحـــور	عدد الفقرات	الصدق (Alpha)	الثبات
الاستبانة ككل	33	0,78	0,88
المحور الأول: نظام المعلومات المستخدم	14	0,608	0,77
المحور الثاني: الخدمة الصحية	13	0,602	0,77
المحور الثالث: العلاقة بين نظام المعلومات والخدمة الصحية	06	0,65	0,80

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

نلاحظ من الجدول السابق بأن قيمة ألفا –كرونباخ (Alpha -Cronabach) للاستبانة ككل قد بلغ (77,8%) وهي قيمة مقبولة، وتشير إلى صدق الاستبانة بدرجة مقبولة. كذلك بأن قيمة ألفا –كورنباخ (Alpha -Cronabach) لجميع المحاور نجدها مقبولة مما تشير إلى صدق المقياس بصورة عامة.وجميع هذه الاختبارات تشير إلى صلاحية الاستبانة وعلى ذلك يتسم المقياس بدرجة لا بأس بها من الصدق والثبات ودرجة مرضية من الاتساق الداخلي، مما يمكن استخدامها كأداة للدراسة الميدانية.

ولقياس ثبات الاستبانة تم أخذ الجذر التربيعي لصدق الاستبانة، وكما يوضحه الجدول رقم(3-2) بأن قيمة ثبات الاستبانة ككل بلغت (88%) وهي قيمة عالية جدا، وتشير إلى ثبات الاستبانة بدرجة عالية.

ثانيا: الاتساق الداخلي لأداة الدراسة

قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي للمقياس وذلك باستخراج معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي إليه، وكذلك بين درجة كل مجال والدرجة الكلية للمقياس ككل. وسيتم استعراض النتائج حسب مجالات المقياس وكما يلي:

المحور الأول: نظام المعلومات المستخدم

في هذا الجدول سنقوم بحساب معامل الارتباط بيرسون بين أسئلة المحور الأول ودرجته الكلية كما هو موضح في الجدول الموالي.

الجدول رقم (3-3): يبين معاملات الارتباط بين درجة كل سؤال من أسئلة محور "نظام المعلومات المستخدم" ودرجته الكلية

الرقم	الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1	ما هي الطريقة المستعملة لديك في معالجة البيانات	0,40	*
2	هل يوجد حاسوب في قسمك	0,49	**
3	هل يتناسب عدد الحواسيب الموجودة في قسمك مع احتياجاته	0,40	*
4	هل تملك مؤسستكم نظام معلومات محوسب	0,60	**
5	هل تجد سهولة في استرجاع المعلومات المخزنة لديك وبسرعة	0,63	**
6	هل نظام المعلومات المستخدم في مؤسستكم يحسن من سير الإجراءات	0,39	*
7	هل يسهل نظام المعلومات المستخدم في مؤسستكم عملية الاتصال والتنسيق بين الأقسام الداخلية	0,43	**
8	هل يساهم نظام المعلومات المستخدم في مؤسستكم في عدم ضياع البيانات المتعلقة بالمرضى	0,62	**
9	هل يسهل نظام المعلومات المستخدم في مؤسستكم عملية الوصول إلى السجل الطبي	0,06	غير دالة
10	هل يساهم نظام المعلومات المستخدم في مؤسستكم في الاستغناء عن الملف الطبي الورقي	0,18	غير دالة
11	هل يسمح نظام المعلومات المستخدم في مؤسستكم باستخراج المؤثرات والتنبؤ بالنتائج	0,37	*
12	هل يسمح نظام المعلومات المستخدم في مؤسستكم بتوفير مخزون من المعلومات جغرافيا واجتماعيا	0,43	**
13	هل المؤسسة تكون موظفيها (إطار طبي، إداري) على البرمجيات المستخدمة لتسيير نظام المعلومات	0,1	غير دالة
14	هل تتوفر المؤسسة على شبكة اتصال داخلية (**Intranet**) بين الأقسام الداخلية	0,27	غير دالة

* دالة عند مستوى (0.05).

** دالة عند مستوى (0.01).

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

من الجدول السابق يتضح أن هناك (6) أسئلة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) و(4) أسئلة ذات دلالة عند مستوى (0.05)، في حين كانت قيم معاملات الارتباط في (4) أسئلة أقل من حدود الدلالة عند مستوى (0.05) مما يعني عدم اتساقها مع فقرات المقياس ككل، مما يستوجب حذفها.

المحور الثاني: الخدمة الصحية

في هذا الجدول سنقوم بحساب معامل الارتباط بيرسون بين أسئلة المحور الثاني ودرجته الكلية كما هو موضح في الجدول الموالي

الجدول رقم (3–4): يبين معاملات الارتباط بين درجة كل سؤال من أسئلة محور "الخدمة الصحية" ودرجته الكلية

الرقم	الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1	هل عدد المرضى الذين يزورون المؤسسة يوميا	0,52	**
2	هل المريض يحصل على الخدمة في الوقت المناسب	0,50	**
3	هل هناك تكفل جيد بجميع المرضى الذين يزورون المؤسسة	0,41	*
4	هل المؤسسة تتوفر على الأجهزة الطبية الضرورية الحديثة لعلاج المرضى	0,45	**
5	هل المؤسسة تتوفر على عدد كافي من الإطار الطبي للتكفل بالمرضى	0,44	**
6	ما سبب مواجهة المريض صعوبات سواءا في مكتب الاستقبال أو الأقسام العلاجية	0,37	*
7	هل يتميز العمال بالكفاءة والمهارة المطلوبتين لتقديم الخدمة	0,46	**
8	الخدمة المقدمة في المستوى الذي يتطلع إليه المريض	0,52	**
9	يتم التواصل بين المريض والطبيب عن طريق	0,21	غير دالة
10	هل تعتمد المؤسسة نظام رقابي صارم ودقيق	0,51	**
11	هل تقوم مؤسستكم بتقديم التحفيز للإطار الطبي نظير المجهودات المتميزة التي يقوم بها	0,49	**
12	هل أنت راضي عن الأجر الذي تتقاضاه	0,22	غير دالة
13	هل أنت راضي عن مستواك الاجتماعي	0,31	غير دالة

* دالة عند مستوى (0.05).

** دالة عند مستوى (0.01).

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

من الجدول السابق يتضح أن هناك (8) أسئلة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01)، و(2) أسئلة ذات دلالة عند مستوى (0.05)، في حين كانت قيم معاملات الارتباط في (3) أسئلة أقل من حدود الدلالة عند مستوى (0.05) مما يعني عدم اتساقها مع فقرات المقياس ككل، مما يستوجب حذفها.

الجدول رقم (3–5): يبين معاملات الارتباط بين درجة كل سؤال من أسئلة محور "العلاقة بين نظام المعلومات المستخدم والخدمة الصحية" ودرجته الكلية

الرقم	الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1	هل يسمح هذا النظام بالحصول على المعلومات المتعلقة بالاحتياجات اليومية في المجال الإداري(التخطيط، البرمجة والميزانية...)	0,69	**
2	هل هذا النظام يسمح بالحصول على المعلومات المتعلقة بأنماط الأمراض واتجاهاتها والمتعلقة كذلك بتدابير الرعاية الصحية	0,75	**
3	هل هذا النظام يسمح بالحصول على المعلومات الطبية المتعلقة بدعم إحدى المهام التقنية (تشخيص مشكلة طبية، إجراء فحص مختبري...)	0,74	**
4	هل المؤسسة تخصص مكاتب استقبال وتوجيه مجهزة بالعمال والوسائل المادية الضرورية	0,45	**
5	هل المؤسسة تخصص أرقام هاتفية خصيصا للإعلام والتوجيه	0,58	**
6	يتم الحصول على بيانات المرضى الذين لديهم تاريخ طبي لدى المؤسسة من	0,55	**

* دالة عند مستوى (0.05).

** دالة عند مستوى (0.01).

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

من الجدول السابق يتضح أن كل أسئلة المحور الثالث ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01).

الجدول رقم (3–6): يبين قيم معاملات الارتباط بين درجة كل مجال والدرجة الكلية للمقياس

المجال	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
نظام المعلومات المستخدم	0,71	**
الخدمة الصحية	0,80	**
العلاقة بين نظام المعلومات المستخدم والخدمة الصحية	0,81	**

* دالة عند مستوى (0.05).

** دالة عند مستوى (0.01).

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

من الجدول السابق، يتضح أن جميع قيم معاملات الارتباط لمجالات المقياس ذات دلالة عند مستوى (0.01)، وهذا ما يؤكد صدق المقياس استنادا إلى الدرجة العالية في اتساق مجالاته مع درجته الكلية.

المطلب الرابع: عرض وتحليل نتائج الاستبيان

في هذا المطلب سنقوم بتفسير النتائج المتحصل عليها من توزيع الاستبانة،و تحليلها ببرنامج (SPSS) لاستخلاص النتائج والتوصيات في الأخير.

أولا: عرض وتحليل البيانات المتعلقة بخصائص عينة البحث

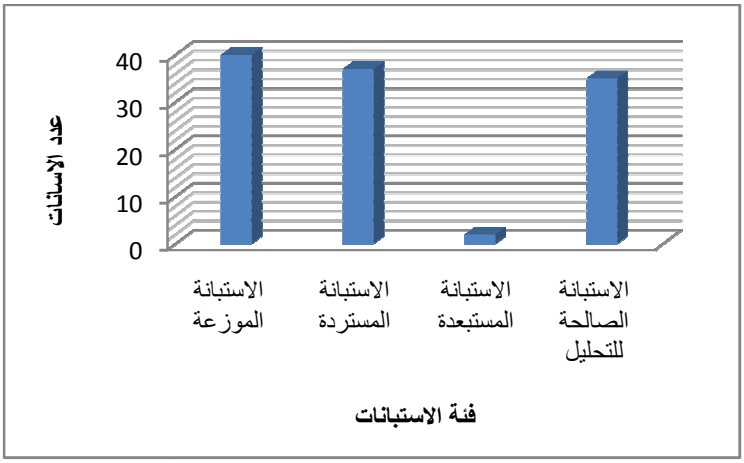
لقد تم توزيع (40) استبانة على أفراد عينة البحث Reasearch Sample من موظفي مستشفى اسعد حساني، والتي تتكون من الإطار الطبي والإداري، وقد بلغ عدد الاستبانات المستردة (37) استبانة، حيث استبعد منها استبانتين بسبب تدني مستوى الجدية في تعبئتها، وبذلك يبلغ عدد الاستبانات الصالحة للتحليل الإحصائي (35) استبانة بنسبة (87,5%)وهي نسبة جيدة لأغراض البحث العلمي والجدول التالي يبين ذلك.

الجدول رقم(3-7): يوضح عدد الاستبانات الموزعة والمستردة والمستبعدة والصالحة للتحليل الإحصائي والنسبة المئوية لكل منها

فئة الاستبانات	العدد	النسبة المئوية
الاستبانات الموزعة	40	%100
الاستبانات المسترد	37	%92,5
الاستبانات المستبعدة	02	%05
الاستبانات الصالحة للتحليل الإحصائي= الاستبانات المسترد- الاستبانات المستبعدة	**35**	**%87,5**

المصدر: من إعداد الطالبة.

الشكل رقم(3-3): يوضح عدد الاستبيانات الموزعة والمستردة والمستبعدة والصالحة للتحليل الإحصائي



المصدر: من إعداد الطالبة من خلال بيانات الجدول رقم (3-7)

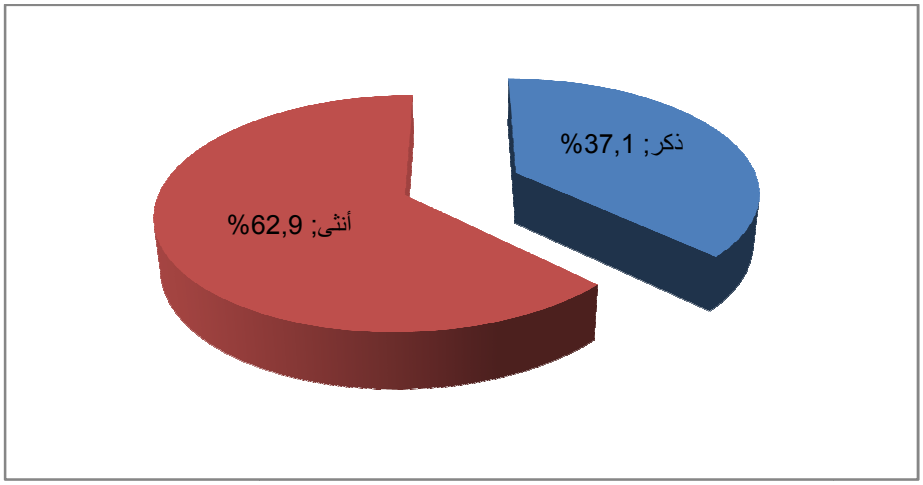
الجدول رقم (3-8): توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	13	%37,1
	أنثى	22	%62,9
	المجموع	**35**	**%100**

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

نلاحظ أن غالبية أفراد عينة البحث إناث وبنسبة بلغت (62.9%)، بينما نسبة الذكور فقد بلغت (37,1%)، وهذا يعكس استمرار ازدياد نسبة مشاركة الإناث في تولي المراكز الإدارية والطبية على مستوى المستشفيات، وهذا ما يوضحه الشكل الموالي.

الشكل رقم (3-4): توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس



المصدر: من إعداد الطالبة من خلال بيانات الجدول رقم (3-8)

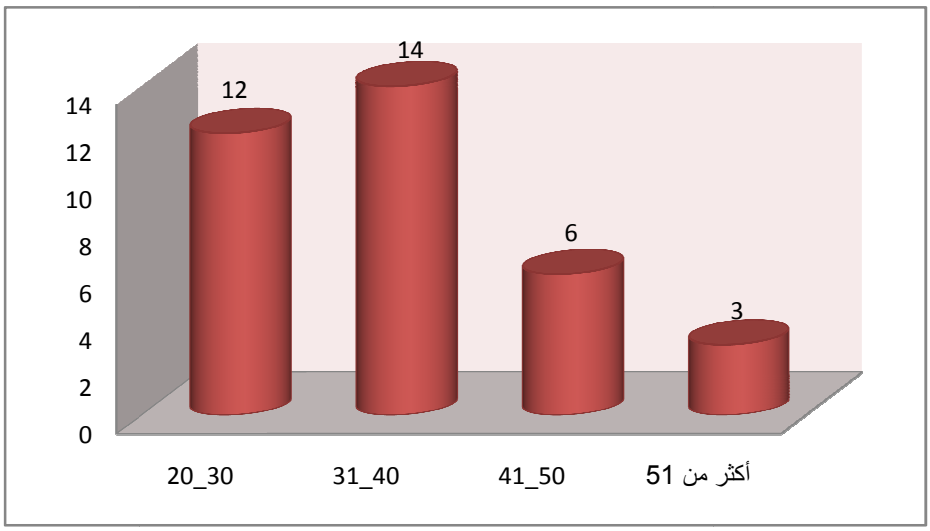
الجدول رقم (3-9): توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
العمر	20-30 سنة	12	%34,3
	31-40 سنة	14	%40,0
	41-50 سنة	06	%17,1
	51 سنة فأكثر	03	%8,6
	المجموع	**35**	**%100**

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

تشير نتائج التحليل في الجدول رقم (3-9) بأن غالبية أفراد عينة البحث تتراوح أعمارهم بين 20 و 40 بنسبة مئوية (74,3%) وهي ضمن الفئة الشابة، وقد يكون هذا عائد إلى أن العمل يحتاج إلى الطاقات والقدرات الإبداعية التي يمكن أن تتوفر في الفئات العمرية الأدنى، ولكن رغم هذا لا يمكن الاستغناء عن الفئات العمرية الأعلى حيث أنها تمثل (25,7%)، وهذا يعني أن الشباب لديهم قدرة على متابعة المعلومات المتعلقة بعملية اتخاذ القرار، من أجل اتخاذ القرار الأفضل، وهذا ما يوضحه الشكل الموالي.

الشكل رقم (3-5): توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر



المصدر: من إعداد الطالبة من خلال بيانات الجدول رقم(3-9)

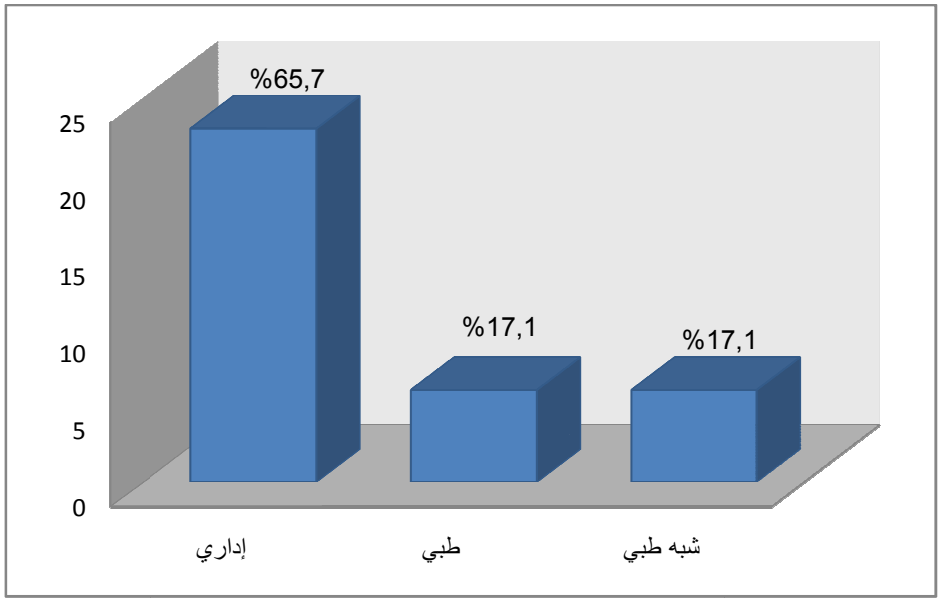
الجدول رقم (3-10): توزيع عينة الدراسة حسب متغير طبيعة العمل

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
طبيعة العمل	إداري	23	%65,7
	طبي	06	%17,1
	شبه طبي	06	%17,1
	المجموع	**35**	**%100**

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

تشير نتائج التحليل في الجدول رقم (3-10) بأن غالبية أفراد عينة البحث هم إداريين وعددهم (23) بنسبة (65,7%) ثم تليها كل من فئة الأطباء وشبه الطبيون الذين تساوى عددهم (06) بنسبة (17,1%)، وهذا ما نراه في الشكل رقم (3-6).

الشكل رقم(3-6): توزيع عينة الدراسة حسب متغير طبيعة العمل



المصدر: من إعداد الطالبة من خلال بيانات الجدول رقم(3-10)

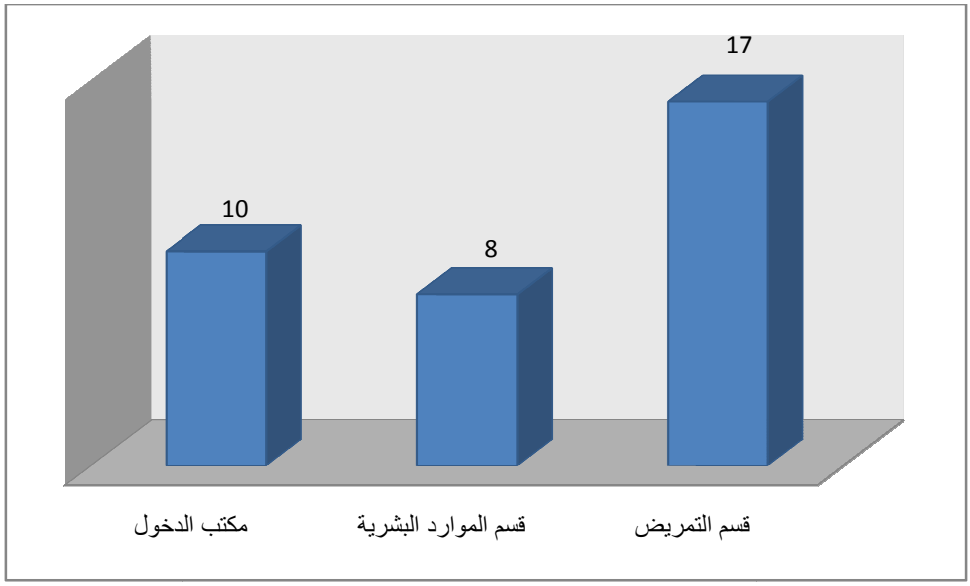
الجدول رقم (3-11): توزيع عينة الدراسة حسب متغير قسم العمل

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
قسم العمل	مكتب ا لدخول	10	%28.6
	قسم إدارة الموارد البشرية	08	%22,9
	قسم التمريض	17	%48,6
	المجموع	**35**	**%100**

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

من خلال تحليل النتائج نجد أن الفئة الغالبة هي عمال قسم التمريض وعددهم (17) بنسبة (48,6%) بعدها فئة عمال مكتب القبول وعددهم (10) بنسبة (28,6%)، والفئة الأخيرة تمثل عمال قسم إدارة الموارد البشرية وعددهم (08) بنسبة (22,9%).

الشكل رقم (3-7): توزيع عينة الدراسة حسب متغير قسم العمل



المصدر: من إعداد الطالبة من خلال بيانات الجدول رقم(3-11)

الجدول رقم (3-12): توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي

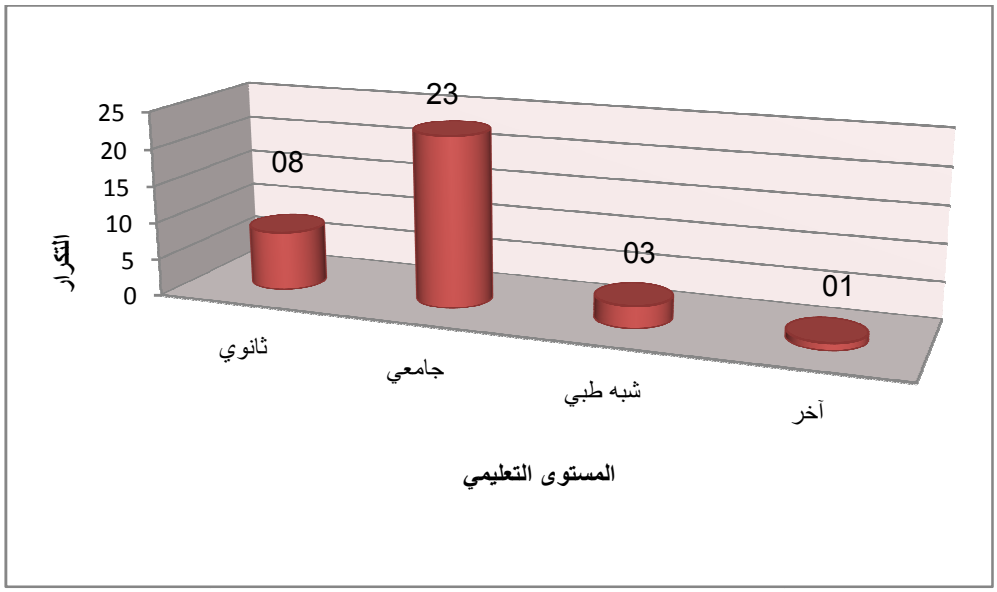
المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
المستوى التعليمي	ثانوي	08	%22,9
	جامعي	23	%65,7
	شبه طبي	03	%8.6
	آخر	01	%2,9
	المجموع	**35**	**%100**

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

نلاحظ من الجدول أن أغلبية أفراد العينة جامعيين وذلك بنسبة (65,7%)، وهذا شيء منطقي نظرا لطبيعة العمل الذي تحتاج إلى مستويات أعلى في التكوين، وهذا ما يوضحه الشكل الموالي.

وهذا ما يوضحه الشكل رقم (3-8).

الشكل رقم (3-8): توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي



المصدر: من إعداد الطالبة من خلال بيانات الجدول رقم(3-12)

ثانيا:عرض وتحليل نتائج الإحصاء الوصفي

المحور الأول:تحليل إجابات أفراد العينة حول نظام المعلومات المستخدم في المؤسسة الاستشفائية اسعد حساني

تضمن هذا المحور مختلف الأجوبة حول الأسئلة المتعلقة بنظام المعلومات المستخدم بالمؤسسة بصفة عامة.

الجدول رقم (3_13): إجابات أفراد العينة حول الطريقة المستعملة لديك في معالجة البيانات

العبارة	التكرار والنسبة المئوية للاستجابات		
	يدوية	آلية	معا
الطريقة المستعملة لديك في معالجة البيانات	21	04	10
	%60,0	%11,4	% 28,6

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

نلاحظ من الجدول أعلاه أن أغلبية أفراد العينة يستعملون الطريقة اليدوية في معالجة البيانات المتعلقة بالخدمة الصحية، وهذه الطريقة تؤدي إلى وجود صعوبات مختلفة وكثيرة منها صعوبة استرجاع المعلومات المتعلقة بالمرضى وبالتالي استغراق وقت أكبر في ذلك غير أن عامل الوقت مهم جدا بالنسبة للمريض والذي يؤثر مباشرة على صحته بالدرجة الأولى.

الجدول رقم (3_14):عرض نتائج الجدول المتقاطع بين الطريقة المستعملة في معالجة البيانات وتوفر أجهزة الحواسيب في قسم العمل

وجود حاسوب في قسم العمل / الطريقة المستعملة في معالجة البيانات	نعم	لا	المجموع
يدوية	20	1	21
آلية	4	0	4
معا	8	2	10
المجموع	32	3	35

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

من الجدول أعلاه نلاحظ أن غالب أفراد العينة(20) أي ما يمثل (57,14%) أجابوا بتوفر أجهزة الحاسوب وفي نفس الوقت صرحوا بأنهم يستخدمون الطريقة اليدوية في معالجة البيانات، وهذا يدل على أن عدم استخدام نظام معلومات في المستشفى ليس سببه توفر أجهزة الحواسيب وإنما عدم وجود لنظام معلومات يقوم بمعالجة المشاكل المتعلقة بأمور المرضى.

الجدول رقم (3_15): إجابات أفراد العينة حول تناسب أجهزة الحواسيب مع احتياجات أقسام العمل

العبارة	التكرار والنسبة المئوية للاستجابات	
	نعم	لا
هل يتناسب عدد الحواسيب الموجودة في قسمك مع احتياجاته	11	24
	%31,4	% 68,6

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن عدد الحواسيب لا يتناسب مع احتياجات أقسام الأعمال وهذا يعني أنه يوجد نقص في عدد الأجهزة بالرغم من أنها ضرورية لربح عامل الوقت واكتساب الفاعلية في الخدمات الصحية المقدمة.

الجدول رقم (3_16): إجابات أفراد العينة حول امتلاك المؤسسة لنظام معلومات محوسب

العبارة	التكرار والنسبة المئوية للاستجابات			
	نعم	غالبا	إلى حد ما	لا
هل تملك مؤسستكم نظام معلومات محوسب	13	02	18	02
	% 37,1	% 5,7	% 51,4	% 5,7

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

من خلال الجدول نلاحظ أن (51,4%) من أفراد العينة صرحوا أنه يتوفر داخل المؤسسة نظام معلومات لكن في بعض الأقسام، وهذا ما يعيق أداء الخدمة بالصورة التي يتطلع إليها المريض أي عدم توفر الخدمة في الوقت المناسب وبالسرعة المناسبة وكذا بالجودة المطلوبة.

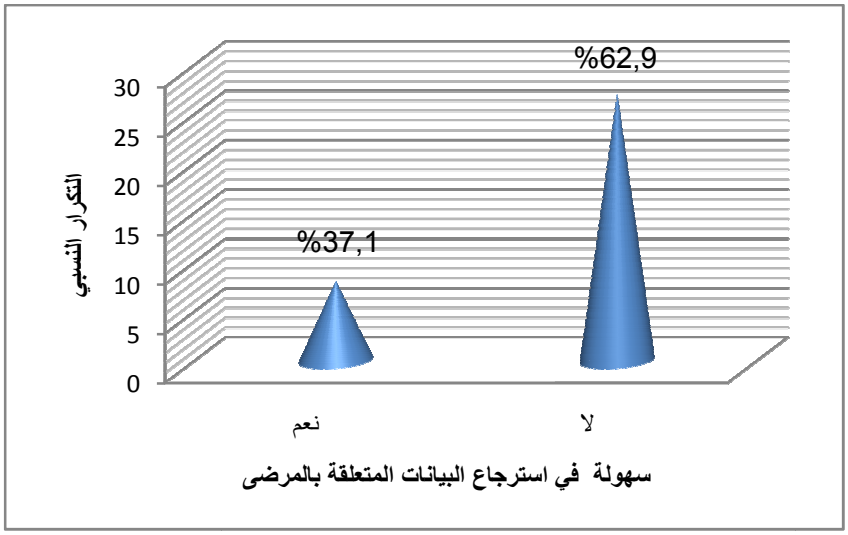
الجدول رقم(3_17):إجابات أفراد العينة حول إن كانت هناك سهولة في استرجاع المعلومات المخزنة

العبارة	التكرار والنسبة المئوية للاستجابات	
	نعم	لا
هل تجد سهولة في استرجاع المعلومات المخزنة لديك وبسرعة	13	22
	% 37.1	% 62,9

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

نلاحظ من الجدول السابق أن أغلب أفراد العينة(22) فرد أي بنسبة (62,9%) أجابت بأنها تجد صعوبة في استرجاع المعلومات المخزنة لديها وهذا راجع لنوع نظام المعلومات المستخدم في هذا المستشفى الذي يتميز بالبطء والصعوبة في استرجاع المعلومات المتعلقة بالحالة الصحية للمرضى من نوع المرض،العلاج المتلقى من طرف المريض وغيرها من المعلومات الخزنة لدى العمال من أطباء وشبه طبيين، كما ويمكن توضيح هذه التكرارات من خلال الشكل البياني التالي.

الشكل رقم (3_9):مخطط يوضح إجابات أفراد العينة حول إن كانت هناك سهولة في استرجاع المعلومات المخزنة



المصدر: من إعداد الطالبة من خلال بيانات الجدول رقم(3_17)

الجدول رقم (3_18): عرض نتائج الجدول المتقاطع بين امتلاك المؤسسة لنظام معلومات محوسب و إيجاد السهولة في استرجاع المعلومات المخزنة لدى العمال

هل تجد سهولة في استرجاع البيانات / هل تملك المؤسسة نظام معلومات محوسب	نعم	لا	المجموع
نعم	2	0	2
غالبا	1	1	2
إلى حد ما	9	9	18
لا	1	12	13
المجموع	13	22	35

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

من خلال الجدول السابق نلاحظ أنه جدول منطقي، حيث أن الأقسام التي تتوافر لديها أنظمة معلومات آلية يكون استرجاع المعلومات سهل، حيث أن الأفراد الذين أجابوا بأنهم يملكون نظام معلومات محوسب هم الذين يجدون سهولة في استرجاع المعلومات المخزنة، والأفراد الذين أجابوا بعدم امتلاكهم لنظام معلومات

محوسب فأغلبهم يجدون صعوبة في استرجاع المعلومات المتعلقة بصحة المريض, ومنه نظام المعلومات الآلي يلعب دور كبير في استرجاع المعلومات وبصورة سريعة وهذا ما يسهل أداء الخدمة ذات جودة وفعالية.

الجدول رقم (3_19): إجابات أفراد العينة حول نوع الإجراءات التي يحسنها نظام المعلومات المستخدم في المؤسسة

العبارة	التكرار والنسبة المئوية للاستجابات			الوسط الحسابي
	الإدارية	الطبية	معا	
هل نظام المعلومات المستخدم في مؤسستكم يحسن من سير الإجراءات	21	06	08	01
	% 60	% 17,1	% 22,9	

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

من خلال الجدول أعلاه نجد أن أغلبية أفراد العينة أجابوا بأن نظام المعلومات المستخدم في المؤسسة يحسن من سير الإجراءات الإدارية وكما نستنتج أن هذا النظام يعرقل سير الإجراءات الطبية أي فيما يتعلق بالحصول على المعلومات الصحية بما فيها المعلومات السريرية كالتشخيص والمعالجة وهي تشمل التصوير الشعاعي والمعلومات المتعلقة بأنماط الأمراض واتجاهاتها

الجدول رقم(3_20): عرض نتائج الجدول المتقاطع بين امتلاك المؤسسة لنظام معلومات ووجود عملية اتصال بين الأقسام الداخلية

هل تملك المؤسسة نظام معلومات محوسب / هل يساهم نظام المعلومات المستخدم عملية الاتصال الداخلي	نعم	غالبا	إلى حد ما	لا	المجموع
نعم	0	1	4	4	9
لا	2	1	14	9	26
المجموع	2	2	18	13	35

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

نلاحظ من الجدول السابق أن أغلبية أفراد العينة أجابوا أن نظام المعلومات المستخدم من طرف المؤسسة لا يساهم في عملية الاتصال بين الأقسام الداخلية، وهذا ما يؤدي بدوره إلى صعوبة التواصل بين فرق تقديم الخدمة من أطباء وممرضين وإداريين. فمثلا إذا انتقل مريض من قسم لقسم آخر فبطبيعة الحال القسم الثاني لا يعرف الحالة الصحية لهذا المريض لأنه لا يملك نظام معلومات فعال الذي يقوم بالتنسيق بين مختلف المصالح في وهذا بدوره سوف يؤثر على الخدمة الصحية المقدمة بهذا المستشفى.

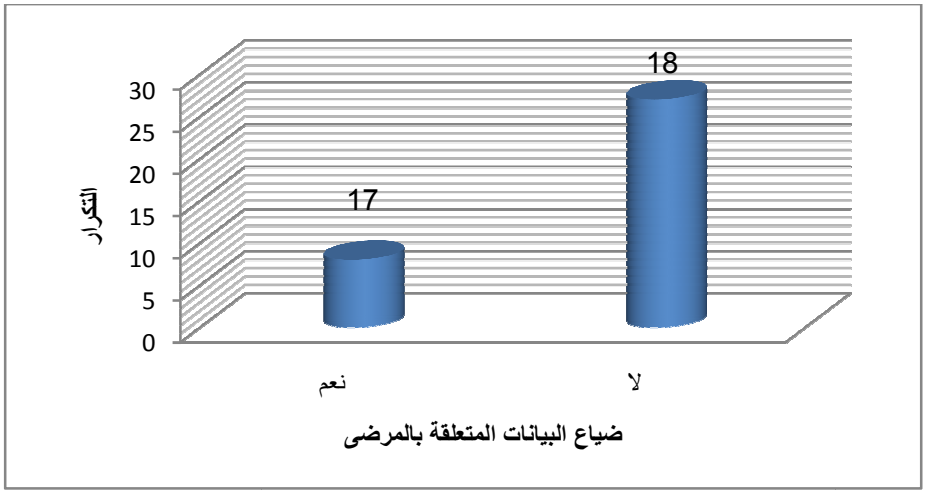
الجدول رقم(3_21): إجابات أفراد العينة حول ضياع البيانات المتعلقة بالمرضى من خلال نظام المعلومات المستخدم

العبارة	التكرار والنسبة المئوية للاستجابات	
	نعم	لا
هل يساهم نظام المعلومات المستخدم في مؤسستكم في عدم ضياع البيانات المتعلقة بالمرضى	17	18
	%48,6	%51,4

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

رغم أن نظام المعلومات المستخدم في غالبية الأقسام هو نظام يدوي بالإضافة إلى عدم توفر تنسيق واتصال بين الأقسام الداخلية إلا أن إجابات الأفراد حول ضياع البيانات المتعلقة بالمرضى تقريبا بنسب متساوية، وهذا ما يمكن توضيحه من خلال الشكل الموالي.

الشكل رقم(3_10): مخطط يوضح إجابات أفراد العينة حول عدم ضياع البيانات المتعلقة بالمرضى



المصدر: من إعداد الطالبة من خلال بيانات الجدول رقم(3_21)

الجدول رقم(3_22): عرض نتائج الجدول المتقاطع بين امتلاك المؤسسة لنظام معلومات محوسب وإمكانية الوصول إلى السجل الطبي

هل تملك المؤسسة نظام معلومات محوسب / هل يسهل نظام المعلومات المستخدم عملية الوصول إلى السجل الطبي	نعم	غالبا	إلى حد ما	لا	المجموع
نعم	0	0	1	2	3
لا	2	2	17	11	32
المجموع	2	2	18	13	35

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

نلاحظ من الجدول السابق أن أغلبية أفراد العينة أجابوا أن نظام المعلومات المستخدم من طرف المؤسسة لا يسهل عملية الوصول إلى السجل الطبي، وهذا راجع إلى عدم تألية نظام المعلومات الخاص بالحالة الصحية للمريض أي كل الإجراءات الطبية التي يقوم بها، بل هي مسجلة في ملفات ورقية كالبطاقة المتنقلة للمريض ولكن بمجرد ضياع هذه البطاقة فالأقسام الطبية ستواجه صعوبة الوصول إلى حالة المريض وكل هذا سيؤثر بالسلب على جودة الخدمة المقدمة بهذا المستشفى.

الجدول رقم(3_23): إجابات أفراد العينة حول مساهمة نظام المعلومات المستخدم في الاستغناء عن الملف الطبي الورقي

العبارة	التكرار والنسبة المئوية للاستجابات	
	نعم	**لا**
هل يساهم نظام المعلومات المستخدم في مؤسستكم في الاستغناء عن الملف الطبي الورقي	03	32
	%8,6	%91,4

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

نلاحظ من الجدول السابق أن المؤسسة لا تملك نظام معلومات فعال يسمح لها بتخزين المعلومات المتعلقة بالمريض واستدعائها عند الحاجة وبطريقة سريعة لذا لا يمكنها الاستغناء على الملف الطبي الورقي.

الجدول رقم (3_24):إجابات أفراد العينة حول سماح نظام المعلومات المستخدم للمؤسسة باستخراج المؤثرات والتنبؤات

العبارة	التكرار والنسبة المئوية للاستجابات	
	نعم	لا
هل يسمح نظام المعلومات المستخدم في مؤسستكم باستخراج المؤثرات والتنبؤ بالنتائج	06	29
	%17,1	%82,9

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

إن التنبؤات تعتمد على البرمجيات، وبما أن نظام المعلومات المستخدم داخل المؤسسة في أغلب الأقسام يدوي إذن فهو لا يسمح بإجراء التنبؤات سواء لمعرفة احتياجات المستشفى من موارد بشرية أي عدد الأطباء،عدد الممرضين، عدد الإداريين وكذا موارد مادية أي عدد الأجهزة الطبية، عدد الأسرة.

الجدول رقم(3_25):إجابات أفراد العينة حول سماح نظام المعلومات المستخدم للمؤسسة بتوفير مخزون من المعلومات جغرافيا

العبارة	التكرار والنسبة المئوية للاستجابات	
	نعم	لا
هل يسمح نظام المعلومات المستخدم في مؤسستكم بتوفير مخزون من المعلومات جغرافيا	08	27
	% 22,9	%77,1

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أغلبية أفراد العينة أجابوا بأن نظام المعلومات المستخدم في المؤسسة لا يسمح بتوفير مخزون من المعلومات جغرافيا وذلك راجع لعدم استخدامها لشبكة اتصال بين المستشفى ومستشفى آخر أي عدم توفره لشبكة(extranet).

الجدول رقم(3_26):إجابات أفراد العينة حول إن كانت المؤسسة تكون موظفيها على البرمجيات لتسيير نظام المعلومات

العبارة	التكرار والنسبة المئوية للاستجابات	
	نعم	لا
هل المؤسسة تكون موظفيها (إطار طبي، إداري) على البرمجيات المستخدمة لتسيير نظام المعلومات	18	17
	%48,6	%51,4

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

من خلال الجدول نلاحظ أن المؤسسة تكون موظفيها على البرمجيات، وكون نظام المعلومات المستخدم نظام يدوي فهو لا يسمح بتطبيق ما تم التطرق إليه خلال فترة التربص.

الجدول رقم(3_27): عرض نتائج الجدول المتقاطع بين امتلاك المؤسسة لشبكة اتصال محلية ومساهمة نظام المعلومات المستخدم في عملية الاتصال

هل يساهم نظام المعلومات المستخدم عملية الاتصال بين الأقسام الداخلية / هل تملك المؤسسة شبكة اتصال داخلية(Intranet)	نعم	لا	المجموع
نعم	0	9	09
لا	5	21	26
المجموع	05	30	35

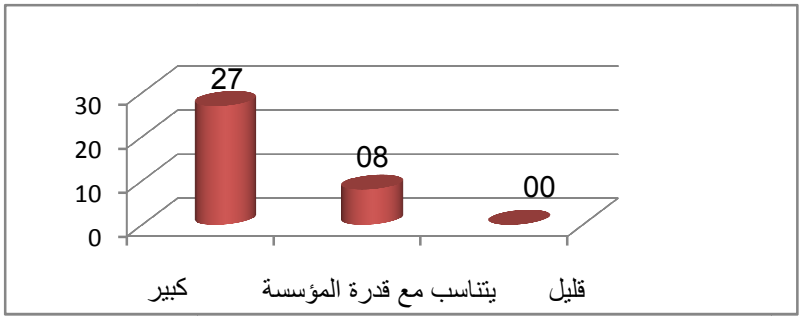
المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن المؤسسة لا تملك شبكة اتصال داخلية(Intranet)، وهذا ما يعيق عملية الاتصال والتواصل بين فرق تقديم الخدمة من أطباء وممرضين وإداريين، إذ التواصل والتنسيق يكون عن طريق البطاقة المتنقلة للمريض فقط، مما لا يسمح للأقسام بمعرفة الحالة الصحية للمريض وهذا ما يؤثر على صحة المريض بالدرجة الأولى ومن التأثير على جودة الخدمات المقدمة بالمستشفى.

المحور الثاني: تحليل إجابات أفراد العينة حول الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسة الاستشفائية اسعد حساني

تضمن هذا المحور مختلف الأجوبة حول الأسئلة المتعلقة بالخدمة الصحية المقدمة بالمؤسسة بصفة عامة.

الشكل رقم (3_11): مخطط يوضح إجابات أفراد العينة حول عدد المرضى الذين يزورون المستشفى



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج إجابات أفراد العينة

من الشكل أعلاه نلاحظ أن أغلبية أفراد العينة أجابوا أن عدد المرضى الذين يزورون المستشفى كبير، وهذا راجع لكون المستشفى مركز جامعي ومن خصائصه أنه جهوي إذ أنه يمتلك تخصصات لا توجد في المناطق المجاورة فهي بالتالي ملزمة باستقبالهم،وهذا ما لا يضمن تقديم خدمة في المستوى إلا بتحقيق شروط معينة منها توفير موارد بشرية ومادية عن بعد تناسب عدد المرضى وكذا استخدام تقنية الطب.

الجدول رقم(3_28): إجابات أفراد العينة حول إن كان المريض يحصل على الخدمة في الوقت المناسب

العبارة	التكرار والنسبة المئوية للاستجابات			
	نعم	غالبا	إلى حد ما	لا
هل المريض يحصل على الخدمة في الوقت المناسب	05	13	16	01
	% 14,3	%37,1	% 45,7	% 2,9

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

نلاحظ من الجدول أن غالبية أفراد العينة أجابوا أن المريض لا يحصل على الخدمة في الوقت ، مع ذلك هناك نسبة جيدة (37,1%) أقرت بأن المرضى يحصلون على الخدمة في الوقت المناسب.

الجدول رقم(3_29): عرض نتائج الجدول المتقاطع بين عدد المرضى الزائرين للمستشفى ومدى تكفل المؤسسة بجميع المرضى

مدى تكفل المؤسسة بجميع المرضى / عدد المرضى الذين يزورون المستشفى	نعم	غالبا	إلى حد ما	لا	المجموع
كبير	4	16	7	0	27
يتناسب مع قدرة المؤسسة	0	1	7	0	8
قليل	0	0	0	0	0
المجموع	4	17	14	0	35

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

من خلال الجدول نلاحظ أن عدد المرضى لا يتناسب مع قدرة استيعاب المؤسسة إلا أن الإطار الطبي يتكفل بأغلب المرضى الذين يزورونه، وهذا راجع للجهد الكبير المبذول من طرف الإطارات.

الجدول رقم(3_30): إجابات أفراد العينة حول إن كانت المؤسسة تتوفر على الأجهزة الطبية لعلاج المرضى

العبارة	التكرار والنسبة المئوية للاستجابات	
	التكرار	النسبة المئوية
نعم	03	%8,6
معظم التخصصات	21	% 60
بعض التخصصات	09	% 25,7
نقص فادح في الأجهزة	02	% 5,7

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

من خلال الجدول يتبين أن المؤسسة تتوفر على الأجهزة الطبية الحديثة الضرورية في أغلب التخصصات أي أنها تخصص مصاريف خاصة للحصول على الوسائل والأدوات والأجهزة الطبية اللازمة لمواكبة التطورات الحاصلة في الأمراض وتوفير العلاج المناسب للمريض.

الجدول رقم(3_31): إجابات أفراد العينة حول إن كانت المؤسسة تتوفر على عدد مهم من الإطار الطبي

العبارة	التكرار والنسبة المئوية للاستجابات	
	التكرار	النسبة المئوية
نعم	07	% 20
معظم التخصصات	18	%51,4
بعض التخصصات	09	% 25,7
لا	01	%2,9

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

من خلال الجدول يتبين أن المؤسسة تتوفر على عدد مهم من الإطار الطبي، إلا أنه لا يتناسب مع عدد المرضى الذين هم في تزايد مستمر نظرا لتزايد النمو الديموغرافي وتنامي بعض الأمراض التي هي في حاجة إلى خدمة صحية خاصة والتنسيق بين الأقسام.

الجدول رقم(3_32): إجابات أفراد العينة حول سبب مواجهة المرضى للصعوبات

العبارة	ما سبب مواجهة المريض صعوبات سواءا في مكتب الاستقبال أو الأقسام العلاجية	
	التكرار	النسبة المئوية
كثافة الطلب	28	% 80
الإدارة السيئة للمعلومات	00	% 00
أسباب أخرى	06	% 17,1
لا يواجه المريض صعوبات	01	% 2,9

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

من خلال الجدول يتبين أن أغلبية أفراد العينة (80%) أجابوا بأن سبب مواجهة المريض للصعوبات سواء في مكاتب الاستقبال أو الأقسام العلاجية هو كثافة الطلب، وهذا ما يؤكد الإجابات السابقة التي أعلن عنها أفراد العينة فيما يخص العدد الكبير للمرضى وعدم تناسبها مع الإطارات الطبية .

الجدول رقم(3_33): عرض نتائج الجدول المتقاطع بين توفر الأجهزة الطبية الحديثة ومستوى الخدمة المقدمة في المؤسسة

الخدمة في المستوى الذي يتطلع إليه المريض / هل المؤسسة تتوفر على الأجهزة الطبية الحديثة	نعم	غالبا	إلى حد ما	لا	المجموع
نعم	0	1	2	0	3
معظم التخصصات	3	5	12	1	21
بعض التخصصات	1	3	4	1	9
نقص فادح في الأجهزة	0	1	1	0	2
المجموع	4	10	19	2	35

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

رغم أن معظم أفراد العينة (60%) أكدوا أن المؤسسة تتوفر على أجهزة طبية حديثة وضرورية إلا أن (50%) منهم أكدوا أن الخدمة في مستوى إلى حد ما فقط، بمعنى أن مشكل تراجع جودة الخدمات المقدمة من قبل المستشفى ليس سببه النقص في الإمكانيات المادية وإنما في كيفية التنسيق والاتصال بين الأقسام الداخلية وكذا الاتصال بين المريض و الطبيب.

الجدول رقم(3_34): عرض نتائج الجدول المتقاطع بين توفر الإطار الطبي الكافي للتكفل بالمرضى ومستوى الخدمة المقدمة في المؤسسة

الخدمة في المستوى الذي يتطلع إليه المريض / هل المؤسسة تتوفر على الإطار الطبي الكافي	نعم	غالبا	إلى حد ما	لا	المجموع
نعم	0	5	2	0	7
معظم التخصصات	3	3	10	2	18
بعض التخصصات	0	2	7	0	9
نقص فادح في الأجهزة	1	0	0	0	1
المجموع	4	10	19	2	35

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

رغم أن معظم أفراد العينة(51,4%) أكدوا أن المؤسسة تتوفر على إطار طبي إلا أن (50%) منهم أكدوا أن الخدمة في مستوى إلى حد ما فقط، بمعنى أن مشكل تراجع جودة الخدمات المقدمة من قبل المستشفى ليس سببه النقص في الإمكانيات البشرية وإنما في كيفية التنسيق والاتصال بين الأقسام الداخلية وكذا الاتصال بين المريض و الطبيب.

الجدول رقم(3_35): إجابات أفراد العينة حول كفاءة ومهارة العمال

العبارة	التكرار والنسبة المئوية للاستجابات	
	نعم	لا
هل يتميز العمال بالكفاءة والمهارة المطلوبتين لتقديم الخدمة	18	17
	%51,4	%48,6

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

نلاحظ من الجدول أعلاه أنه بالرغم من تميز عمال المؤسسة بالكفاءة والمهارة المطلوبتين لتقديم الخدمات إلا أن الخدمة ليست في المستوى التي يتطلع إليها المريض، وهذا يعني أن سبب مشكل تراجع جودة الخدمات المقدمة من قبل المستشفى ليس سببه المهارة أو الكفاءة وإنما كيفية التعامل مع المعلومات بين أفراد العمل.

الجدول رقم (3_36): إجابات أفراد العينة حول طريقة التواصل بين المريض والطبيب

العـــبـــــارة	يتم التواصل بين المريض والطبيب عن طريق	
	التكرار	النسبة المئوية
التطبيب عن بعد	03	%00
مجيء المريض للمستشفى	32	%91,4
طلب إستشارة عن طريق الهاتف	00	%8,6
طرق أخرى	00	%00

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

من خلال الجدول نلاحظ أن كل أفراد العينة تقريبا أي ما نسبته (91,4%) أجابوا أن طريقة التواصل بين المريض والطبيب هو حضور المريض شخصيا لتلقي العلاج، أي لا مجال لاستعمال تقنية الطب عن بعد رغم توفر الأجهزة، وهذا راجع لنقص في عدد الأفراد المكونين على استعمال هذه التقنية وهذا ما يسبب زيادة الضغط على المستشفى، ومنه التعرض لمشكل تدني جودة الخدمات المقدمة.

الجدول رقم (3_37): إجابات أفراد العينة حول اعتماد نظام رقابي صارم ودقيق

العـــبـــــارة	التكرار والنسبة المئوية للاستجابات	
	نعم	لا
هل تعتمد المؤسسة نظام رقابي صارم ودقيق	09	26
	%25,7	%74,3

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن المؤسسة لا تملك نظام رقابي صارم ودقيق، مما يجعل أفراد العمل يعملون بتهاون دون مزيد في الجهد وبطبيعة الحال هذا كله سيؤدي إلى حصول المريض على خدمة صحية سيئة.

الجدول رقم (3_38): إجابات أفراد العينة حول تقديم المؤسسة للتحفيز جراء مجهودات الإطار الطبي

العبـــــــارة	التكرار والنسبة المئوية للاستجابات		
	نعم	أحيانا	لا
هل تقوم مؤسستكم بتقديم التحفيز للإطار الطبي نظير المجهودات المتميزة التي يقوم بها	03	21	11
	%8,6	%60,0	%31,4

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

ما نلاحظه من الجدول أن المؤسسة تضع نظام تحفيزي للأفراد المتميزين أحيانا بهدف مكافأتهم على المجهودات المبذولة، وهذا ما يلعب دور كبير في زيادة بذل طاقة أكثر من قبل عمال المؤسسة، لتحسين الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة.

الجدول رقم (3_39): إجابات أفراد العينة حول إن كان العمال راضين عن الأجر والمستوى الاجتماعي

العبـــــارة	التكرار والنسبة المئوية للاستجابات	
	نعم	لا
هل أنت راضي عن الأجر الذي تتقاضاه	11	24
	%31,4	%68,6
هل أنت راضي عن مستواك الاجتماعي	16	19
	%35,7	%64,3

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

من خلال الجدول نلاحظ أن أغلبية أفراد العينة أجابوا بعدم رضاهم عن الأجر الذي يتقاضونه و عدم رضاهم على مستواهم الاجتماعي، وهذا ما يؤدي إلى عدم الرضا الوظيفي مما يؤدي بدوره إلى سوء الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة.

3. المحور الثالث: تحليل إجابات أفراد العينة حول العلاقة بين نظام المعلومات المستخدم والخدمة الصحية المقدمة في المؤسسة الاستشفائية اسعد حساني

تضمن هذا المحور مختلف الأجوبة حول الأسئلة المتعلقة بالعلاقة بين نظام المعلومات المستخدم في المؤسسة والخدمة الصحية المقدمة بها.

الجدول رقم (3_40): إجابات أفراد العينة حول إن كان نظلم المعلومات المستخدم يسمح بالحصول على المعلومات المتعلقة بالاحتياجات اليومية في المجال الإداري

العـــــبـــــارة	التكرار والنسبة المئوية للاستجابات			
	نعم	غالبا	إلى حد ما	لا
هل يسمح هذا النظام بالحصول على المعلومات المتعلقة بالاحتياجات اليومية في المجال الإداري	05	09	09	12
	%14,3	%25,7	%25,7	%34,3

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

يتبين من الجدول السابق أن نظام المعلومات المستخدم في هذه المؤسسة لا يسمح بالحصول على المعلومات الإدارية، أي كل المعلومات المتعلقة بالاحتياجات اليومية كالتخطيط لإدخال دواء جديد أو أجهزة طبية حديثة وذلك لمعالجة المشاكل حين حصولها بسرعة وفعالية، وهذا ما يؤثر على جودة الخدمات الصحية.

الجدول رقم(3_41): إجابات أفراد العينة حول إن كان نظلم المعلومات المستخدم يسمح بالحصول على المعلومات المتعلقة بتدابير الرعاية الصحية

العـــــبـــــارة	التكرار والنسبة المئوية للاستجابات			
	نعم	غالبا	إلى حد ما	لا
هل هذا النظام يسمح بالحصول على المعلومات المتعلقة بأنماط الأمراض واتجاهاتها والمتعلقة كذلك بتدابير الرعاية الصحية	00	07	09	19
	%00	%20	%25,7	%54,3

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

ما هو ملاحظ من الجدول أعلاه أن أغلبية أفراد العينة أجابوا بأن نظام المعلومات المستخدم في المؤسسة لا يسمح بالحصول على المعلومات الترصدية والوبائية أي المعلومات المتعلقة بنمط المرض إن كان وباء لمعالجته بسرعة وفي الوقت المناسب.

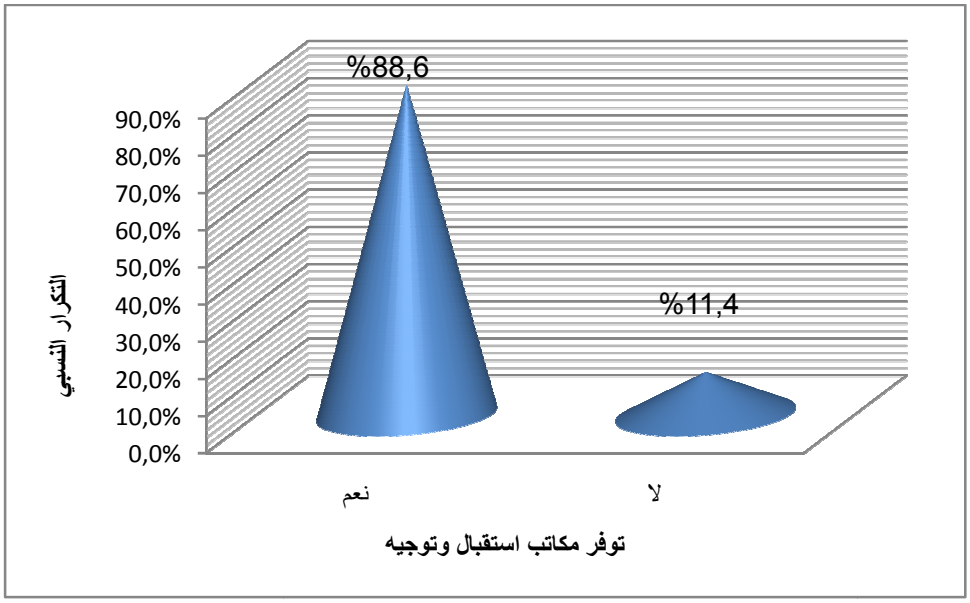
الجدول رقم (3_42): إجابات أفراد العينة حول إن كان نظلم المعلومات المستخدم يسمح بالحصول على المعلومات الطبية

العبـــــارة	التكرار والنسبة المئوية للاستجابات			
	نعم	غالبا	إلى حد ما	لا
هل هذا النظام يسمح بالحصول على المعلومات الطبية المتعلقة بدعم إحدى المهام التقنية	03	02	09	21
	%8,6	%5,7	%25,7	%60

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

نلاحظ من الجدول السابق أن هذا النظام لا يسمح بالحصول على المعلومات الطبية أي المعلومات الجاهزة للاستخدام من أجل دعم إحدى المهام التقنية كتشخيص مشكلة طبية ما، أو إجراء فحص مختبري.

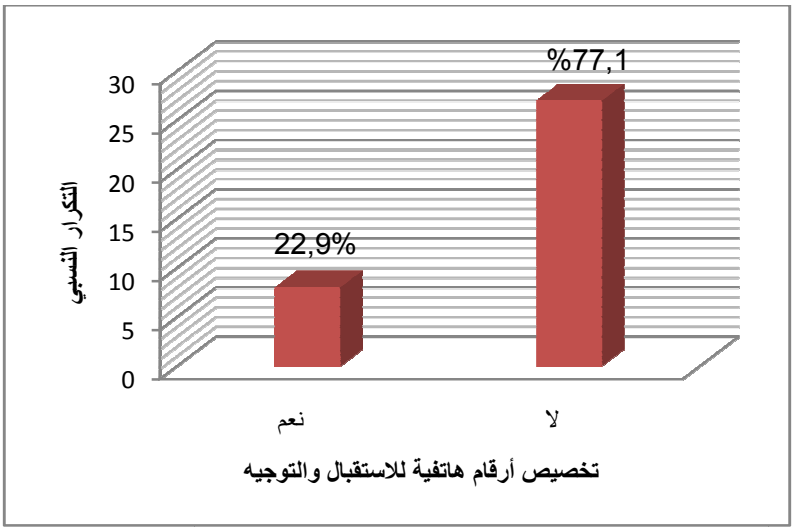
الشكل رقم (3_12): مخطط يوضح إجابات أفراد العينة حول إن كانت المؤسسة تخصص مكاتب استقبال وتوجيه مجهزة بالعمال والوسائل المادية الضرورية



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج إجابات أفراد العينة

من الشكل السابق نلاحظ أن أغلبية أفراد العينة ما نسبته (88,6%) أجابوا بأن المؤسسة تقوم بتخصيص مكاتب مجهزة بالعمال والوسائل المادية الضرورية وذلك لاستقبال المرضى وتوجيههم لمعرفة وظيفة كل مصلحة وهذا أمر ملائم لتحسين خدمات الاستقبال والتوجيه وكذا ربح عامل الوقت بالنسبة للمريض.

الشكل رقم (3_13): مخطط يوضح إجابات أفراد العينة حول إن كانت المؤسسة تخصص أرقام هاتفية خصيصا للإعلام والتوجيه



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج إجابات أفراد العينة

من خلال الشكل أعلاه نستنتج أن أغلبية أفرا د العينة أي ما نسبته (77,1%) أجابوا أن المؤسسة لا تخصص أرقاما هاتفية للاستفسار والتوجيه، وهذا ما يؤدي بالمريض في بعض الأحيان إلى القدوم إلى المستشفى بالرغم من عدم توفر الدواء مثلا أي المشقة دون تلقي العلاج ولكن إن كانت المؤسسة تخصص أرقاما هاتفية بهذا الشأن لكان المريض على علم بإلغاء موعده الطبي، وعليه التأثير على جودة الخدمات الصحية بالسلب لا بالإيجاب.

الجدول رقم (3_43): إجابات أفراد العينة حول الطريقة المستخدمة في الوصول إلى بيانات المرضى الذين لديهم تاريخ طبي

العبـــــارة	كيف يتم الحصول على بيانات المرضى الذين لديهم تاريخ طبي لدى المؤسسة	
	التكرار	النسبة المئوية
السجل الصحي الورقي	28	%80
بطاقة صحية إلكترونية	00	%00
الفحص من جديد	06	%17,1
طرق أخرى	01	%2,9

المصدر: من إعداد الطالبة من خلال البيانات الميدانية للبحث اعتمادا على نتائج التحليل الإحصائي (SPSS)

من الجدول السابق نلاحظ أن أغلبية أفرد العينة أي ما نسبته (80%) أجابوا بأن الحصول على بيانات المرضى الذين لديهم تاريخ طبي لدى المؤسسة يكون عن طريق السجل الصحي الورقي، إذ أن هذه الطريقة أصبحت تهدد المنظمات الصحية بسبب السلبيات المتعددة لها كبطء الحركة وصوبة استرجاع المعلومات وكذا عدم التنسيق واستمرارية الخدمة، ولكن إن كانت المؤسسة تستخدم البطاقة الصحية الإلكترونية لمثلت لها نقطة اتصال بين جميع المنظمات أي تحسين الاتصالات في نقل المعلومات الصحية التي أجريت للمريض ومنه كفاءة الخدمات الصحية.

ثالثا:نتائج اختبار الفرضيات

1. اختبار الفرضية الأولى:نصت الفرضية الأولى على "تملك المؤسسة نظام معلومات فعال"

الفرضية الصفرية:لا تملك المؤسسة نظام معلومات فعال

الفرضية البديلة:تملك المؤسسة نظام معلومات فعال

إن أغلب أفراد العينة ما نسبته(60%) يستعملون الطريقة اليدوية في معالجة البيانات المتعلقة بالخدمة الصحية وأن ما نسبته(68,6%) من أفراد العينة أقروا أن عدد الحواسيب لا يتناسب مع أقسام العمل، وكذلك أقر أفراد العينة أن المؤسسة لا تملك نظام معلومات محوسب ولكن في بعض الأقسام فقط أي بنسبة(51,4%) وبالنسبة لاسترجاع المعلومات المخزنة من طرف الإطارات فإن أغلبية أفراد العينة(62,9%)أجابوا بصعوبة استرجاع المعلومات المخزنة لديهم،وهذا راجع لأن هذه الأقسام لا تملك نظام معلومات محوسب، وبالتالي هذا

النظام لا يسمح بعملية الاتصال بين الأقسام الداخلية حيث أقرت ما نسبته(74,28%) بذلك لأن أغلبهم صرحوا بعدم توفر شبكة اتصال داخلية(Intranet) ، وباستخدام المؤسسة لهذا النوع من أنظمة المعلومات لا يسمح للإطارات بالوصول إلى السجل الصحي حيث أغلب العينة(91,4%)أقرت بذلك، وبما أن نظام المعلومات المستخدم في المؤسسة نظام يدوي فهو لا يسمح بإجراء التنبؤات سواء لمعرفة احتياجات المستشفى من موارد بشرية ومادية، حيث أقر أغلب الأفراد(82,9%) بذلك، وكما أجاب ما نسبته(77,1%)بأن هذا النظام لا يسمح بتوفير مخزون من المعلومات جغرافيا.

وبناءا على ما سبق واعتمادا على قاعدة القرار فإنه يتم رفض الفرضية البديلة والتي تنص على أن مستشفى بني مسوس يملك نظام معلومات فعال، ونقبل الفرضية الصفرية التي تنص على أن مستشفى بني مسوس لا يملك نظام معلومات فعال.

وعليه فإن مستشفى بني مسوس لا يمتلك نظام معلومات فعال يتميز بالدقة والشمولية والمرونة والسرعة.

2. اختبار الفرضية الثانية: نصت الفرضية الثانية على"الخدمة المقدمة من قبل المؤسسة في مستوى تطلعات المرضى"

الفرضية الصفرية:الخدمة المقدمة من قبل المؤسسة ليست في مستوى تطلعات المرضى.

الفرضية البديلة: الخدمة المقدمة من قبل المؤسسة في مستوى تطلعات المرضى.

إن أغلبية أفراد العينة(77,1%) أجابوا أن عدد المرضى الذين يزورون المستشفى كبير، وهذا راجع لخاصية الجهوية التي يتميز بها، ونسبة(37,1%) من أفراد العينة صرحوا أن المرضى يحصلون على الخدمة في الوقت المناسب وهي نسبة جيدة، كما أقرت أغلبية العينة أن معظم التخصصات تتوفر على الأجهزة الطبية وكذا الإطارات الطبية إلا أن الخدمة المقدمة من طرف المؤسسة في مستوى إلى حد ما وهذا ما أكدته النسبة التالية (54,3%)، كما طريقة التواصل بين المريض والطبيب هي قدوم المريض شخصيا حيث صرح ما نسبته(91,4%) بذلك أي لا مجال لاستعمال طريقة الطب عن بعد.

وبناءا على ما سبق واعتمادا على قاعدة القرار فإنه يتم رفض الفرضية البديلة والتي تنص على أن الخدمة الصحية المقدمة من قبل المؤسسة في مستوى تطلعات المرضى، ونقبل الفرضية الصفرية التي تنص على أن الخدمة المقدمة من قبل المؤسسة ليست في مستوى تطلعات المرضى.

وعليه فإن مستشفى بني مسوس يقدم خدمات صحية ليست في مستوى تطلعات المرضى.

3. اختبار الفرضية الثالثة: نصت الفرضية الثالثة"نظام المعلومات يسمح بالحصول على المعلومات المتعلقة بالاحتياجات اليومية في المجال الإداري"

الفرضية الصفرية: نظام المعلومات لا يسمح بالحصول على المعلومات المتعلقة بالاحتياجات اليومية في المجال الإداري.

الفرضية البديلة: نظام المعلومات يسمح بالحصول على المعلومات المتعلقة بالاحتياجات اليومية في المجال الإداري.

أغلب أفراد العينة (60%) أقروا أن نظام المعلومات المستخدم من قبل المؤسسة لا يسمح بالحصول على المعلومات المتعلقة بالاحتياجات اليومية في المجال الإداري.

وبناءا على ما سبق واعتمادا على قاعدة القرار فإنه يتم رفض الفرضية البديلة والتي تنص على أن نظام المعلومات يسمح بالحصول على المعلومات المتعلقة بالاحتياجات اليومية في المجال الإداري، ونقبل الفرضية الصفرية التي تنص على أن نظام المعلومات لا يسمح بالحصول على المعلومات المتعلقة بالاحتياجات اليومية في المجال الإداري.

وعليه فإن نظام المعلومات بمستشفى بني مسوس لا يسمح بالحصول على المعلومات المتعلقة بالاحتياجات اليومية في المجال الإداري.

4. اختبار الفرضية الرابعة: نصت الفرضية الرابعة"نظام المعلومات يسمح باستخراج المؤثرات والتنبؤ بالنتائج"

الفرضية الصفرية: نظام المعلومات لا يسمح باستخراج المؤثرات والتنبؤ بالنتائج.

الفرضية البديلة: نظام المعلومات يسمح باستخراج المؤثرات والتنبؤ بالنتائج.

أغلب أفراد العينة (82,9%) أقروا أن نظام المعلومات المستخدم من قبل المؤسسة لا يسمح باستخراج المؤثرات والتنبؤ بالنتائج.

وبناءا على ما سبق واعتمادا على قاعدة القرار فإنه يتم رفض الفرضية البديلة والتي تنص على أن نظام المعلومات يسمح باستخراج المؤثرات والتنبؤ بالنتائج، ونقبل الفرضية الصفرية التي تنص على أن نظام المعلومات لا يسمح باستخراج المؤثرات والتنبؤ بالنتائج.

وعليه فإن نظام المعلومات بمستشفى بني مسوس لا يسمح باستخراج المؤثرات والتنبؤ بالنتائج.

خلاصة الفصل الثالث:

يعاني مستشفى اسعد حساني كغيره من المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية فإنه من بعض النقائص رغم توفر الإمكانيات المادية و البشرية و التقنية الضخمة ، إلا أن عدم الاستغلال الأمثل لهذه الموارد وصل به إلى تقديم خدمات قد لا تلبي رغبات المرضى أو لا تلبي حتى الرضا الوظيفي عند بعض العمال ، إذ يفتقر المستشفى إلى الحفاظ على عاملي الوقت و التكلفة ، رغم أهمية عامل الوقت بالنسبة للمريض و الأهم من ذلك الحفاظ على صحة المريض التي لا تقدر بثمن ، ورغم أهمية أنظمة المعلومات المتواجدة بهذا المستشفى إلا أنها لا تتطلع إلى تحسين جودة الخدمة ، كونها تعتمد على اليدوية في المعالجة ، و عدم استعمال الأساليب الحديثة لتكنولوجيا المعلومات و الاتصال.

الخاتمة

تضطلع المؤسسات الصحية بمهام وأعباء كثيرة ومعقدة، الأمر الذي يجعلها في طليعة المؤسسات التي تحتاج إلى إدارات كفأة نظرا لاحتكاكها المباشر مع المواطن، فضلا عن تداولها المستمر والكبير لشتى أصناف الأدوية والعلاجات المختلفة.

إن المحيط الذي تتواجد فيه المؤسسات الصحية الجزائرية والضغوط التي تعرفها يفرض عليها الاهتمام بتحسين خدماتها، مما يمكنها من التعرف على جوانب الهدر في الوقت والطاقات والإمكانيات ومن ثم التخلص منها تعتبر أنظمة المعلومات قاعدة أساسية في تسيير مختلف هياكل المؤسسة الصحية، وذلك لما يترتب على الإدارة الجيدة للمعلومة من اختصار للوقت والجهد وتخفيض في التكاليف، وكذا إلغاء الإجراءات الإدارية الروتينية التي تصبح بوجود أنظمة المعلومات غير ضرورية، والتحكم في مختلف هذه الجوانب ينتج عنه الارتقاء بالخدمات الصحية إلى مستوى الجودة المطلوب.

ولقد عالج الفصلين الأول والثاني الإطار النظري إذ تناول ماهية كل من النظام والمعلومات وكذا نظام المعلومات ونظام المعلومات الصحي، بالإضافة إلى الخدمات الصحية ومسار الجودة في المؤسسات الصحية العمومية، وأخيرا تضمن الفصل الثالث الدراسة الميدانية بمستشفى اسعد حساني ببني مسوس إذ قامت الباحثة بالتعرف على واقع نظام المعلومات بالمؤسسة محل الدراسة عن طريق توزيع استبيان لكل من الإطار الطبي والإداري وتحليله عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية.

⟸ **الاستنتاجات:** من خلال الإطلاع على واقع نظام المعلومات في مستشفى اسعد حساني اتضح وجود عجز معلوماتي خاصة في عملية التألية والربط بين أنظمة المعلومات المتوفرة في المستشفى، بما أدى إلى هدر في عاملي الوقت والتكلفة، ومن خلال الدراسة الميدانية في هذا المستشفى تم التوصل إلى النتائج التالية:

✓ أغلب عمال المستشفى يستخدمون أنظمة معلومات في عملهم إلا أنها يدوية، وهذا ما يعكس التأخر الملحوظ في عمليات استخدام نظم معلومات آلية في مجال الأعمال الإدارية والطبية؛

✓ رغم توفر المعدات المتطورة تقنيا إلا أن المستشفى يشهد عدم استغلال هذه المعدات خاصة المعدات المتوفرة لاستخدام تقنية الطب عن بعد، ومنه زيادة الضغط على المستشفى؛

✓ نقص كبير في عدد الأفراد المكونين خاصة الأطباء الذين لديهم القدرة على استعمال تقنية الطب عن بعد؛

✓ إن نظام معلومات المستشفى المستخدم حاليا بمستشفى اسعد حساني ليس له تأثير فعال على مجالات طبية عديدة مثل: نقل النتائج المخبرية والأشعة بين الأقسام، قدرة النظام على إعطاء إشارات تنبيه في حال

تجاوز المعدلات الطبيعية، كما أنه لا يقوم بتسهيل عملية الوصول إلى الملف الطبي ولا يقوم بتخزين البيانات المتعلقة بالمرضى إلكترونيا بمعنى صعوبة الرجوع إليها؛

✓ نظام المعلومات بمستشفى اسعد حساني لا يسهل عملية الاتصال والتنسيق بين الأقسام الداخلية للمستشفى ومنه وجود هدر في الوقت؛

✓ ضعف الاتصال بين الطاقم الطبي والطاقم الإداري وصعوبة وصول المعلومة؛

✓ نظام المعلومات المتوفر بالمؤسسة محل الدراسة لا يقوم بعملية إصدار الأوامر الطبية إلكترونيا ولا يستخدم تكنولوجيا معلومات واتصال حديثة؛

✓ هناك معوقات تحد من استخدام نظام المعلومات الصحي بمستشفى اسعد حساني، أهمها عدم توفير التدريب الكافي للموظفين على كيفية استخدامه، ونقص الرؤية نحو ضرورة التخطيط الشامل وطويل الأجل لتطبيقات الصحة الإلكترونية.

⟸ **الاقتراحات:** و على ضوء نتائج الدراسة يمكننا تقديم بعض الاقتراحات التي تساعد المؤسسة الصحية على تفعيل دور نظام المعلومات بها ومنه تحسين جودة خدماتها:

✓ إنشاء قسم لإدارة المعلومات ضمن الهيكل التنظيمي؛

✓ القيام بدورات تدريبية وأيام دراسية من طرف المؤسسات الصحية لتحسيس العمال بمدى أهمية تحسين الخدمة المقدمة، وإدخال ثقافة الاهتمام بالمورد المعلوماتي؛

✓ العمل على بناء منظومة صحة إلكترونية متكاملة على مستوى الوطن تضمن التبادل الآمن للمعلومات بين المستشفيات وشتى المراكز الصحية عن طريق نظام معلومات صحي؛

✓ التخلص من الملف الصحي الو رقي تدريجيا والبدء في تنفيذ نظام السجل الصحي الالكتروني واعتماد نظم ترميز موحدة مما يساعد على إلغاء ازدواجية إدخال البيانات بغض النظر عن موقع تخزين تلك البيانات؛

✓ ربط مختلف أقسام المستشفى مع بعضها البعض عن طريق شبكة داخلية (Intranet)؛

✓ إنشاء خلايا لمراقبة الخدمات المقدمة مشكلة من مختلف فئات المستخدمين لاكتشاف المشاكل وإيجاد الحلول؛

✓ توفير أجهزة حاسوب للأقسام التي تعاني من نقصها؛

✓ تدريب الأطباء على استخدام تقنية الطب عن بعد ومحاولة استثمارها.

آفاق الدراسة: إن دراسة قطاع الصحة مجالا واسعا ومليئا بالعديد من المتغيرات مما يفتح المجال على بروز إشكاليات جديدة يمكن أن تكون مكملة لجوانب أخرى من هذه الدراسة نذكر منها:

- ✓ ما مدى تأثير اختيار المسير على تطوير نظام المعلومات؛
- ✓ ما مدى تأثير ثقافة العمال على استغلال المورد المعلوماتي؛
- ✓ ما مدى تأثير استخدام تكنولوجيا معلومات واتصال حديثة على تحسين الخدمة.
- ✓ ما مدى تأثير طوابير الانتظار على جودة الخدمات الصحية.

قائمة المراجع

أولا:المراجع باللغة العربية

⟸ **الكتب:**

1. السالمي علاء، عثمان الكيلاني، البياني هلال، **أساسيات نظم المعلومات الإدارية**، الطبعة الثانية، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، 2003.

2. ابراهيم السلطان، **نظم المعلومات الإدارية(مدخل النظم)**، بدون طبعة، الدار الجامعية للنشر والتوزيعالإسكندرية، 2005.

3. إبراهيم طلعت الدمرداش، **اقتصاديات الخدمة الصحية**، الطبعة الثانية، مكتبة القدس 2006.

4. أحمد حسين علي حسين، **دليلك في تحليل وتصميم النظم**، بدون طبعة، الدار الجامعية للنشر والتوزيع الإسكندرية، 2003.

5. أحمد حسين علي حسين، **نظم المعلومات المحاسبية**، بدون طبعة، مكتبة الإشعاع الفنية للنشر والتوزيع مصر، 2004.

6. أحمد فوزي ملوخية، **نظم المعلومات الإدارية**، بدون طبعة، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع الإسكندرية، 2002.

7. إدريس ثابت عبد الرحمان، **نظم المعلومات في المنظمات المعاصرة**، بدون طبعة، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2005.

8. إدريس ثابت عبد الرحمان، **كفاءة وجودة الخدمات اللوجستية(مفاهيم أساسية وطرق القياس والتقييم)**، بدون طبعة، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2006.

9. إياد عبد الفتاح النسور، أسس **تسويق الخدمات الصحية (مدخل مفاهيمي)**، بدون طبعة دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2011.

10. إيمان فاضل السمرائي، هيثم محمد الزعبي، **نظم المعلومات الإدارية**، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2004.

11. برينيس عبد القادر، **تسويق الخدمات والخدمات العمومية**، الطبعة الأولى، مكتبة الوفاء القانونية الإسكندرية، 2014.

12. ثامر ياسر البكري، **إدارة المستشفيات**، بدون طبعة، دار اليازوري للنشر والتوزيع عمان2005.

13. ثامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، بدون طبعة، دار اليازوري، الاردن، 2005.

14.جمال يوسف، **اتجاهات حديثة في إدارة المعرفة والمعلومات**، الطبعة الأولى، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، عمان، 2010.

15.حسين بلعجوز، **نظام المعلومات المحاسبي ودوره في إتخاذ القرارات الإنتاجية**، مؤسسة الثقافة الجامعية، الإسكندرية، 2009.

16.حكمت أحمد الراوي، **نظم المعلومات المحاسبية والمنظمة**، بدون طبعة، دار الثقافة للنشر والتوزيع الأردن، 2000.

17.حميد الطائي، محمود الصميدعي، بشير العلاق، **الأسس العلمية للتسويق الحديث (مدخل شامل)** دار البازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2006.

18.خالد قاشي، **نظام المعلومات التسويقية(مدخل اتخاذ القرار)**، بدون طبعة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2014.

19.رائد محمد عبد ربه، **نظم المعلومات الإدارية**، الطبعة الأولى، الجنادرية للنشر والتوزيع الأردن، 2014.

20.ردينة عثمان يوسف، **التسويق الصحي والاجتماعي**، بدون طبعة، دار المناهج، الأردن 2008.

21.رعد عبد الله الطائي، عيسى قدادة، **إدارة الجودة الشاملة**، بدون طبعة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.

22.ريشار أوزجان، **الأساليب الكمية في إدارة الرعاية الصحية**، ترجمة عبد المحسن الحيدر، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2008.

23.زكي خليل مساعد، **تسويق الخدمات وتطبيقاته**، الطبعة الأولى، دار المناهج للنشر والتوزيع عمان 2003.

24.زاهر عبد الرحيم عاطف، **تسويق الخدمات**، بدون طبعة، دار الراية للنشر والتوزيع، الأردن، 2012.

25.زياد عبد الكريم القاضي، محمد خليل أبوزلطة، **تصميم نظم المعلومات الإدارية والمحاسبية**، الطبعة الأولى، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، 2010.

26.زياد محمد الشرمان، **مقدمة في نظم المعلومات الإدارية**، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع عمان، 2004.

27.سعد غالب ياسين، **أساسيات نظم المعلومات الإدارية وتكنولوجيا المعلومات**، الطبعة الأولى، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، 2008.

28.سعد غلب ياسين، **نظم المعلومات الإدارية**، بدون طبعة، دار البازوري للنشر والتوزيع، عمان 2009.

29.سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، **الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2004.

30.سلمان زيدان، **إدارة الجودة الشاملة(الفلسفة ومداخل العمل)**، بدون طبعة، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، 2010.

31.سليم ابراهيم الحسنية، **نظم المعلومات الإدارية**، الطبعة الثانية، دار الوراق للنشر والتوزيع والطباعة عمان، 2002.

32.سليم بطرس جلدة، **إدارة المستشفيات والمراكز الصحية**، بدون طبعة، الشروق للنشر والتوزيع عمان، 2007.

33.سونيا محمد البكري، إبراهيم سلطان، **نظم المعلومات الإدارية**، بدون طبعة، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2001.

34.سونيا محمد البكري، **نظم المعلومات الإدارية (مفاهيم أساسية)**، بدون طبعة، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2004.

35.سيد محمد جاد الرب، **نظم المعلومات الإدارية (الأساسيات والتطبيقات الإدارية)**،بدون طبعة، بدون دار نشر، مصر، 2014.

36.طلال بن عايد الأحمدي، **إدارة الرعاية الصحية**، بدون طبعة، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2004.

37.عامر إبراهيم قنديلجي، **نظم المعلومات الإدارية**، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان 2005.

38.عبد الرحمان توفيق، **بحوث التسويق ودراسة السوق**، الطبعة الخامسة، مركز الخبرات المهنية للنشر والتوزيع، القاهرة، 2008.

39.عبد الستار العلي، **تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة**، بدون طبعة، دار المسيرة للنشر والتوزيع الأردن، 2008.

40.عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات(المفاهيم والتطبيقات)**، بدون طبعة، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2003.

41.عبد المهدي بواعنه، **إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية(مفاهيم، نظريات، وأساسيات في الإدارة الصحية)**، الطبعة الأولى، دار الجامد للنشر والتوزيع، عمان، 2004.

42.عدنان عواد الشوابكة، **دور نظم وتكنولوجيا المعلومات في اتخاذ القرارات الإدارية** بدون طبعة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2011.

43.علاء فرج الطاهر، **إدارة المعلومات والمعرفة**، الطبعة الأولى، دار الراية للنشر والتوزيع عمان، 2010.

44.عواطف إبراهيم الحداد، **إدارة الجودة الشاملة**، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر التوزيع الأردن 2009.

45.فايز جمعة صالح النجار، **نظم المعلومات الإدارية**، بدون طبعة، دار الجامد للنشر والتوزيع عمان، 2005.

46.فريد النجار، **إدارة الجودة الشاملة والإنتاجية والتخطيط التكنولوجي للتميز والريادة والتفوق**، بدون طبعة، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2007.

47.فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، بدون طبعة، دار إثراء للنشر والتوزيع، الأردن 2008.

48.فريد راغب النجار، **إدارة المستشفيات وشركات الأدوية**، الطبعة الأولى، الدار الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2007.

49.فريد كورتل، **تسويق الخدمات**، دار كنوز المعرفة، بدون طبعة، الأردن، 2009.

50.قاسم عبد الرزاق محمد، **تحليل وتصميم نظم المعلومات المحاسبية**، بدون طبعة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2004.

51.قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات**، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع الأردن، 2006.

52.كمال مصطفى الدهراوي، سمير كامل محمد، **نظم المعلومات المحاسبية**، بدون طبعة الدار الجامعية الجديدة للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2000.

53.مأمون الدرادكة، طارق شلبي، **الجودة في المنظمات الحديثة**، الطبعة الأولى، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2002.

54. محمد الصيرفي، **مبادئ التسويق"دراسة نظرية وتطبيقية"**، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع الإسكندرية، 2005.

55.محمد الفيومي، أحمد حسين علي حسين، تصميم **وتشغيل نظم المعلومات الإدارية**، دار المعارف للنشر والتوزيع، مصر، 2000.

56.محمد أحمد حسان، **نظم المعلومات الإدارية**، بدون طبعة، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية 2008.

57.محمد إسماعيل بلال، **نظم المعلومات الإدارية**، بدون طبعة، دار الجامعية الجديدة للنشر والتوزيعالإسكندرية، 2005.

58.محمد عبد العال النعيمي وآخرون، **إدارة الجودة المعاصرة**، بدون طبعة، دار اليازوري للنشر والتوزيع عمان، 2009.

59.محمد عبد العليم صابر، **نظم المعلومات الإدارية**، بدون طبعة، دار الفكر الجامعي للنشر والتوزيع الإسكندرية، 2006.

60.محمد عبد حسين الطائي، نعمة عباس خضير الخفاجي، **نظم المعلومات الإستراتيجية (منظور الميزة الإستراتيجية)**، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2009.

61.محمد عبد حسين آل فرج الطائي، **المدخل إلى نظم المعلومات الإدارية**، الطبعة الأولى دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2005.

62.معالي فهمي حيدر، **نظم المعلومات مدخل لتحقيق الميزة التنافسية**، بدون طبعة، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2002.

63.منال محمد الكردي، جلال ابراهيم العيد، **مقدمة في نظم المعلومات الإدارية(النظرية الأدوات التطبيقات)**، بدون طبعة، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، بدون سنة نشر.

64.نزار عبد المجيد البراوري، أحمد محمد فهمي البرزنجي، **استراتيجيات التسويق(المفاهيم الأسس الوظائف)**، بدون طبعة، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2004.

65.نظام موسى سويدان، شفيق إبراهيم حداد، **التسويق مفاهيم معاصرة**، بدون طبعة، دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن2003 .

66.نور الدين حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**، الطبعة الأولى، بدون دار نشر الجزائر 2009.

67.هاشم أحمد عطية، **نظم المعلومات المحاسبية**، بدون طبعة، الدار الجامعية للنشر والتوزيع الإسكندرية 2000.

68.هيو كوش، **تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها**، ترجمة طلال بن عايد الأحمدي، الإدارة العامة للطباعة والنشر، الرياض، 2002.

69.يوسف حجيم الطائي، **نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية**، بدون طبعة،دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2007.

⟸ الرسائل:

1.العثماني مصطفى، **نظم المعلومات ودوره في تفعيل الرقابة الجبائية(دراسة حالة الجزائر)** رسالة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص مالية ومحاسبة، جامعة المدية أكتوبر2008.

2.العيد فراحتية، **دور نظم المعلومات التسويقية في التخطيط للنشاط التسويقي والرقابة عليها**، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص التسويق، جامعة المسيلة، 2006.

3.أيمن أحمد، إبراهيم العمري، **أثر نظم المعلومات الإدارية المحوسبة على أداء العاملين** رسالة الماجستير كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، 2009.

4.إسماعيل مناصرية، **دور نظام المعلومات الإدارية في الدفع من فعالية اتخاذ القرارات الإدارية (دراسة حالة الشركة الجزائرية للألمنيوم)**. رسالة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير تخصص إدارة أعمال جامعة محمد بوضياف، مسيلة، 2004.

5.بحدادة نجاة، **تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لمغنية)**، رسالة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص: بحوث العمليات وتسيير المؤسسات، جامعة تلمسان، 2011.

6.حنان يحي الشريف، **تأثير نظم المعلومات على جودة خدمات المؤسسات الصحية(دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر)**، رسالة ماجستير، كلية العلوم التجارية والعلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، جامعة بسكرة، 2007.

7. خامت سعدية، **تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحيّة العمومية في الجزائر(دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية)**، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص تسويق، جامعة البويرة، 2012/2011.

8. دلال السويسي، **نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية (دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستفائية محمد بوضياف ورقلة)**، رسالة الماجستير تخصص نظام المعلومات ومراقبة التسيير، جامعة ورقلة، سنة 2012/2011.

9. سعاد حمدية، **إستخدام نظام محاسبة التكاليف على أساس الأنشطة (ABC) في تحديد تكلفة الخدمة الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة)**، رسالة الماجستير، كلية العلوم التجارية والعلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، تخصص محاسبة، جامعة بسكرة، 2011/2010.

10. شريفي خيرة، **دراسة تحليلية للتحقيق الوطني الخاص بأسباب الوفيات حول الولادة في الجزائر** رسالة الماجستير، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، تخصص سبر الآراء، جامعة الجزائر، 2007.

11. فيصل سايغي، **أنظمة المعلومات استخداماتها، فوائدها وتأثيرها على تنافسية المؤسسة(دراسة حالة مؤسسة منطقة تبسة)**، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص إدارة أعمال، جامعة باتنة، 2009/2008.

12. مرمي مراد، **أهمية نظم المعلومات الإدارية كأداة للتحليل البيئي في المؤسسات الصغيرة والمتوسطة الجزائرية (دراسة حالة شركة Chiali Profiplast بسطيف)**، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسات الصغيرة والمتوسطة، جامعة سطيف 2010/2009.

13. مصباح عبد الهادي حسن الدويك، **نظم المعلومات الصحية المحوسبة وأثرها على القرارات الإدارية والطبية(دراسة تطبيقية على مستشفى غزة الأوروبي)**، رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة 2010.

⟸ **المقالات والدوريات:**

⟺ **الملتقيات:**

1. اعمر عزاوي، أحمد علماوي، الثقافة التنظيمية مدخل لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في منظمات الأعمال مداخلة ضمن ملتقى إدارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسة، جامعة الدكتور الطاهر مولاي بسعيدة، سنة 2010.

2. بن حميد محمد، حريق خديجة، إدارة ونظام الجودة الشاملة، مداخلة ضمن ملتقى إدارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسة، جامعة الدكتور الطاهر مولاي بسعيدة، 14/13 ديسمبر 2010.

3. بومدين يوسف، دور إدارة الجودة في تحسين الأداء الحالي للمؤسسة، مداخلة ضمن إدارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسة، جامعة الجزائر3 بدالي إبراهيم، 14/13 ديسمبر 2010.

4. رأفت محمد سعيد العوضي، دور شبكات نظام المعلومات الصحي في تطوير قدرات العاملين الوظيفية في المستشفيات الحكومية، مداخلة ضمن ملتقى تنمية الموارد البشرية في القطاع الصحي الفلسطيني، جامعة القدس المفتوحة، فلسطين، بدون سنة.

⟺ **المجلات:**

1. دبون عبد القادر، «دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة»، مجلة الباحث، العدد الحادي عشر، الجزائر، 2012.

2. صلاح محمود ذياب، « قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين»، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد العشرين، العدد الأول، جانفي2012 .

3. عادل طالب سالم، «نظم المعلومات وعلاقتها في تقويم الأداء الإستراتيجي للمنظمات الصحية»، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد السابع والثلاثون، سنة 2013.

⟸ **المقابلات:**

1. مقابلة شخصية مع السيد حكيم جليلي: مسؤول مكتب القبول.

2. مقابلة شخصية مع السيدة حايد سعاد: مسؤولة إدارة الموارد البشرية.

3. مقابلة شخصية مع السيدة اسطنبولي غنية: مسؤولة وحدة جراحة الأسنان.

ثانيا:المراجع باللغة الأجنبية

⇐ الكتب:

1. Annelise couleau Dupont, **système d'information de gestion**, 3 éme édition nathan, paris, 2012.

2. Beaver Kevin, **Healthcare Information Systems**, second Edition Auerbach publication, Florida, USA, 2003.

3. Chantal Morley**, management d'un projet système d'information,** 6 éme édition, dunod, paris2008.

4. Claude Vilcot, Hervé Leclet, **Les Indicateurs qualité en santé,** 2 éme édition, Afnor, France, 2006.

5. Denis Lapert, Annie Munos, **Marketing des services**, 2 éme édition, Dunod édition, paris, 2009.

6. Patrick Hubert, **système d'information de gestion**, l'extenso, paris, 2009.

7. Philip kotler, Bernard Dubois, **marketing management**, Pearson Education, France – paris ,2003.

8. Philip Kotler, Kevin Keller, Bernard Dubois, **Marketing Management**, 13 éme édition, Pearson éducation, paris, 2009.

9. Robert Reix, **Systèmes d'information et management des organisations** 4 éme édition, Vuibert, Paris, 2002.

⇐ المواقع الإلكترونية:

1. http: //edara-eg.net/new-page-10.htm

ملاحق

الملحق رقم (01):القدرة الاستعابية لمستشفى بني مسوس

إسم المصلحة	قدرة استيعاب المصلحة
1. وحدة التخدير	12
2. أمراض القلب	50
3. الجراحة العامة	60
4. جراحة المسالك البولية	30
5. مصلحة علم الأوبئة والطب الوقائي	46
6. أمراض السكري	30
7. أمراض نساء وتوليد	103
8. أمراض الأمعاء المعدية	30
9. مبحث الدم	24
10.الطب الداخلي	30
11.أمراض الكلى وغسيل الكلى	40
12.طب العيون	60
13.طب الأطفال(أ)	57
14.طب الأطفال(ب)	55
15.أمراض السل(أ)	58
16.أمراض السل(ب)	12
17.أمراض الحساسية	42
18.وحدة الأشعة العامة	
19.الإنعاش الطبي	14
20.وحدة الروماتيزم	30
21.وحدة العمليات الجراحية المستعجلة	16
22.تشريح الأمراض	
المـــجـــمـــوع	859

الملحق رقم (02):البطاقة المتنقلة للمرضى

المـركزالإستشـفـائي الجـامعي بنـي مسـوس مسـتشـفى اسعـد حـسانـي PAGE 1

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE - BENI-MESSOUS

(HOPITAL ISSAAD HASSANI) - ALGER

FICHE NAVETTE

IDENTIFICATION DU PATIENT

1 . N° D'ADMISSION	2 . GROUPE SANGUIN	3 . AGE

4. Nom :.....5. Nom de jeune fille : .....6: Prénom : .....

7. Service : .....8.Nom et qualité du chef de service : .....

9.Date d'entrée : ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ 10.Heure d'entrée : ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋

11.N° de salle : ..... 12.N° Lit: .....

13. Nom, prénoms et qualité du médecin traitant :.....

14. Mode d'entrée (*) :.....15.Code d'entrée (*) : ⌊_⌋⌊_⌋

HOSPITALISATION DANS UN AUTRE SERVICE (Mouvement du Malade)

16.Service	17.Date d'entrée	18.Heure d'entrée	19.Nom de salle / N° Lit	20.Médecin traitant
.....	.....	.....	...../.....	.....
.....	.....	.....	...../.....	.....
.....	.....	.....	...../.....	.....
.....	.....	.....	...../.....	.....
.....	.....	.....	...../.....	.....

(*) Se conférer au guide des procédures

S O R T I E

CADRE RÉSERVÉ AU PRATICIEN

1.Date de Sortie: ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ 2.Heure de Sortie : ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋

3.Mode de Sortie: ..... 4. Code de Sortie ⌊_⌋⌊_⌋

5. Diagnostic ou Motif d'Entée : .....

6. Diagnostic de Sortie : .....

7. Code C.I.M. ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ 8. Code G.H.M. ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

Nom, prénoms et Garde du praticien

.....

Visa du Chef de Service

Date et Cachet

.....

Signature

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION DE L'ETABLISSEMENT

9.N° de Facture :..... 10.Date :..... 11.Montant Total de la prestation: .....

12.N°de Quittance : ..... 13. Part S.S:.....14.Part patient:.....

15.Nature du Document de Sortie :..... 16.N° Document : .....

17.Etablissement d'Accueil :..... 18. N° Prise en charge (Santé) : .....

19.Mineur Accompagné à sa Sortie par : .....

Nom, Prénoms et Fonction du Signataire

.....

Date et Cachet

.....

Signature

الملحق رقم (03):شهادة إقامة بالمستشفى

المركز الاستشفائي الجامعي بني مسوس
مستشفى اسعد حساني

Centre Hospitalo-Universitaire de
Béni-Messous Hôpital ISSAAD HASSANI

شهادة إقامة بالمستشفى

CERTIFICAT DE SEJOUR

أنا الممضي أسفله

Je Soussigné,

المدير العام للمركز الإستشفائي الجامعي بني مسوس

Le Directeur Général du CHU Béni-Messous

أشهد بأن السيد (ة): .....

Certifie que Mr Mme Mlle : .....

المولود (ة) بتاريخ: ..... بـ .....

Né (e) le: ..... à .....

دخل (ت) المستشفى يوم: .....

est admis (e) le: .....

خرج (ت) يوم: .....

sorti (e) le: .....

موجود (ة) الى يومنا هذا :

est hospitalisé (e) à ce jour.

بني مسوس في .....

عن المدير

الملحق رقم (04):شهادة التصريح بالوفاة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

رقم : _____

الإسم: _____

اللقب: _____

تصريح بالوفاة

عام ألفين : _____

و في : _____

نحن ، مدير القطاع الصحي و الجامعي بني مسوس _____

نصرح للسيد رئيس المجلس الشعبي البلدي ضابط الحالة المدنية

لبلدية : _____

بأن المسمى – المسماة : _____

الساكن : _____

العمر : ـــــ المولود (ة _____

في _____ ولاية : _____

أبن – أبنة : _____ و _____

دخل – دخلت القطاع الصحي يوم : _____

قد توفي توفيت في : _____ على الساعة : _____

على ابى : _____

الطبيب المدير

الملحق رقم (05): استبيان موجه إلى: الإطار الطبي والطاقم الإداري

جامعة يحي فارس بالمدية

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم علوم التسيير

رقم الاستبيان: ....

الموضوع:

مذكرة لنيل شهادة ماستر في علوم التسيير تخصص إدارة وتسيير المؤسسة

دراسة ميدانية بالمركز الإستشفائي الجامعي اسعد حساني لبني مسوس

إعداد الطالبة : عنان يسرى **إشراف الأستاذة:** شريفي خيرة

السنة الجامعية: 2016/2015

استبيان موجه إلى: الإطار الطبي والطاقم الإداري

في إطار إنجاز دراسة حول " **دور نظام المعلومات في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الإستشفائية**".

ولغرض جمع البيانات لإعداد هذه الدراسة، نضع بين أيديكم هذا الاستبيان، آملين الإجابة على بنودها بدقة وبكل موضوعية، وكل هذا من أجل خدمة العلم وإثراء الإطار المعرفي.

ولذا يشرفنا أن تقوموا بمساعدتنا في إنجاز هذا العمل، ونحيطكم علما بأن معلومات هذه الاستمارة سرية ولا تستعمل إلا لغرض علمي بحت.

ولذا نرجوا من سيادتكم أن تضعوا الجواب المناسب مكان الفراغ المخصص للإجابة على الأسئلة، مع وضع إشارة (X) في المربع الذي يناسبك.

- **الجنس:**

ذكر ☐ أنثى ☐

- **العمر:**

[30 . 20] ☐ [40 . 31] ☐

[50 . 41] ☐ 51 فأكثر ☐

- **طبيعة العمل:**

إداري ☐ طبي ☐ شبه طبي ☐

- **قسم العمل:**

مكتب الدخول ☐ قسم إدارة الموارد البشرية ☐ قسم التمريض ☐

- **المستوى التعليمي:**

ثانوي ☐ جامعي ☐ شبه طبي ☐ آخر ☐

⇐المحور الأول: نظام المعلومات المستخدم

1. ماهي الطريقة المستعملة لديك في معالجة البيانات؟

يدوية ☐ **آلية** ☐ **معا** ☐

2. هل يوجد حاسوب في قسمك؟

نعم ☐ لا ☐

3. هل يتناسب عدد الحواسيب الموجودة في قسمك مع احتياجاته؟

نعم ☐ لا ☐

4. هل تملك مؤسستكم نظام معلومات محوسب؟

نعم ☐ غالبا ☐ إلى حد ما ☐ لا ☐

5. هل تجد سهولة في استرجاع المعلومات المخزنة لديك وبسرعة؟

نعم ☐ لا ☐

6. هل نظام المعلومات المستخدم في مؤسستكم يحسن من سير الإجراءات؟

الإدارية ☐ الطبية ☐ معا ☐

7. هل يسهل نظام المعلومات المستخدم في مؤسستكم عملية الاتصال والتنسيق بين الأقسام الداخلية؟

نعم ☐ لا ☐

8. هل يساهم نظام المعلومات المستخدم في مؤسستكم في عدم ضياع البيانات المتعلقة بالمرضى؟

نعم ☐ لا ☐

9. هل يسهل نظام المعلومات المستخدم في مؤسستكم عملية الوصول إلى السجل الطبي؟

نعم ☐ لا ☐

10. هل يساهم نظام المعلومات المستخدم في مؤسستكم في الاستغناء عن الملف الطبي الورقي؟

نعم ☐ لا ☐

11. هل يسمح نظام المعلومات المستخدم في مؤسستكم باستخراج المؤثرات والتنبؤ بالنتائج؟

نعم ☐ لا ☐

12. هل يسمح نظام المعلومات المستخدم في مؤسستكم بتوفير مخزون من المعلومات جغرافيا ؟

نعم ☐ لا ☐

13. هل المؤسسة تكون موظفيها (إطار طبي، إداري) على البرمجيات المستخدمة لتسيير نظام المعلومات؟

نعم ☐ لا ☐

14. هل تتوفر المؤسسة على شبكة اتصال داخلية **(Intranet)** بين الأقسام الداخلية؟

نعم ☐ لا ☐

⇐المحور الثاني:الخدمة الصحية

1. هل عدد المرضى الذين يزورون المؤسسة يوميا؟

كبير ☐ يتناسب مع قدرة المؤسسة ☐ قليل ☐

2. هل المريض يحصل على الخدمة في الوقت المناسب؟

نعم ☐ غالبا ☐ إلى حد ما ☐ لا ☐

3. هل هناك تكفل جيد بجميع المرضى الذين يزورون المؤسسة؟

نعم ☐ غالبا ☐ إلى حد ما ☐ لا ☐

4. هل المؤسسة تتوفر على الأجهزة الطبية الضرورية الحديثة لعلاج المرضى؟

نعم ☐ معظم التخصصات ☐

بعض التخصصات ☐ نقص فادح في الأجهزة ☐

5. هل المؤسسة تتوفر على عدد كافي من الإطار الطبي للتكفل بالمرضى؟

نعم ☐ معظم التخصصات ☐ بعض التخصصات ☐ لا ☐

6. ما سبب مواجهة المريض صعوبات سواءا في مكتب الاستقبال أو الأقسام العلاجية ؟

كثافة الطلب ☐ الإدارة السيئة للمعلومات ☐

أسباب أخرى ☐ لا يواجه المريض صعوبات ☐

7. هل يتميز العمال بالكفاءة والمهارة المطلوبتين لتقديم الخدمة؟

نعم ☐ لا ☐

8. الخدمة المقدمة في المستوى الذي يتطلع إليه المريض؟

نعم ☐ غالبا ☐ إلى حد ما ☐ لا ☐

9. يتم التواصل بين المريض والطبيب عن طريق:

التطبيب عن بعد ☐ مجيء المريض للمستشفى ☐

طلب إستشارة عن طريق الهاتف ☐ طرق أخرى ☐

10. هل تعتمد المؤسسة نظام رقابي صارم ودقيق؟

نعم ☐ لا ☐

11. هل تقوم مؤسستكم بتقديم التحفيز للإطار الطبي نظير المجهودات المتميزة التي يقوم بها؟

نعم ☐ أحيانا ☐ لا ☐

12. هل أنت راضي عن الأجر الذي تتقاضاه؟

نعم ☐ لا ☐

13. هل أنت راضي عن مستواك الاجتماعي؟

نعم ☐ لا ☐

المحور الثالث:العلاقة بين نظام المعلومات المستخدم و الخدمة الصحية

1. هل يسمح هذا النظام بالحصول على المعلومات المتعلقة بالاحتياجات اليومية في المجال الإداري(التخطيط البرمجة والميزانية...)؟

نعم ☐ غالبا ☐ إلى حد ما ☐ لا ☐

2. هل هذا النظام يسمح بالحصول على المعلومات المتعلقة بأنماط الأمراض واتجاهاتها والمتعلقة كذلك بتدابير الرعاية الصحية؟

نعم ☐ غالبا ☐ إلى حد ما ☐ لا ☐

3. هل هذا النظام يسمح بالحصول على المعلومات الطبية المتعلقة بدعم إحدى المهام التقنية (تشخيص مشكلة طبية، إجراء فحص مختبري...)؟

نعم ☐ غالبا ☐ إلى حد ما ☐ **لا** ☐

4. هل المؤسسة تخصص مكاتب استقبال وتوجيه مجهزة بالعمال والوسائل المادية الضرورية؟

نعم ☐ لا ☐

5. هل المؤسسة تخصص أرقام هاتفية خصيصا للإعلام والتوجيه؟

نعم ☐ **لا** ☐

6. يتم الحصول على بيانات المرضى الذين لديهم تاريخ طبي لدى المؤسسة من:

السجل الصحي الورقي ☐ بطاقة صحية إلكترونية ☐

الفحص من جديد ☐ طرق أخرى ☐

الملحق رقم (06):الملاحق الخاصة ببرنامج SPSS

الجنس					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ذكر	13	37,1	37,1	37,1
	أنثى	22	62,9	62,9	100,0
	Total	35	100,0	100,0	

العمر					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	من20إلى30	12	34,3	34,3	34,3
	من31إلى40	14	40,0	40,0	74,3
	من41إلى50	6	17,1	17,1	91,4
	أكثر من51	3	8,6	8,6	100,0
	Total	35	100,0	100,0	

قسم العمل					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	الدخول مكتب	10	28,6	28,6	28,6
	التمريض قسم	17	48,6	48,6	77,1
	الموارد قسم إدارة البشرية	8	22,9	22,9	100,0
	Total	35	100,0	100,0	

المستوى التعليمي					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ثانوي	8	22,9	22,9	22,9
	جامعي	23	65,7	65,7	88,6
	شبه طبي	3	8,6	8,6	97,1
	آخر	1	2,9	2,9	100,0
	Total	35	100,0	100,0	

طبيعة العمل					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	إداري	23	65,7	65,7	65,7
	طبي	6	17,1	17,1	82,9
	شبه طبي	6	17,1	17,1	100,0
	Total	35	100,0	100,0	

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,61	14

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,602	13

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,657	6

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,789	33

Correlations																
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q13	Q12	Q14	A
Q1	Pearson Correlation	1	,067	,031	,025	,144	,034	,224	,104	,215	,363*	,210	,224	,110	,051	,402*
	Sig. (2-tailed)		,700	,862	,885	,409	,846	,196	,553	,215	,032	,226	,196	,531	,773	,017
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q2	Pearson Correlation	,067	1	,207	,077	-,024	,137	-,053	,298	,094	,094	,139	,180	,167	,125	,257
	Sig. (2-tailed)	,700		,232	,661	,891	,433	,761	,083	,592	,592	,425	,300	,339	,474	,137
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q3	Pearson Correlation	,031	,207	1	,110	,138	-,006	,447**	-,042	,232	-,207	,182	,447**	,218	-,101	,403*
	Sig. (2-tailed)	,862	,232		,530	,428	,971	,007	,810	,179	,232	,295	,007	,209	,566	,016
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q4	Pearson Correlation	,025	-,077	,110	1	,500**	,179	,148	,244	,177	-,222	-,034	,212	,270	,023	,608**
	Sig. (2-tailed)	,885	,661	,530		,002	,302	,397	,158	,310	,200	,847	,222	,117	,897	,000
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35

Q5	Pearson Correlation	,144	-,024	,138	,500**	1	,201	,317	,392*	,235	,024	,036	,046	,278	,145	,638**
	Sig. (2-tailed)	,409	,891	,428	,002		,246	,064	,020	,173	,891	,838	,791	,106	,406	,000
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q6	Pearson Correlation	-,034	,137	-,006	,179	,201	1	-,106	,047	-,014	,232	-,112	-,184	,248	,112	,391*
	Sig. (2-tailed)	,846	,433	,971	,302	,246		,546	,788	,936	,181	,522	,289	,151	,521	,020
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q7	Pearson Correlation	,224	-,053	,447**	,148	,317	-,106	1	,213	,520**	-,180	,079	,252	,147	-,240	,437**
	Sig. (2-tailed)	,196	,761	,007	,397	,064	,546		,219	,001	,300	,651	,144	,400	,165	,009
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q8	Pearson Correlation	,104	,298	-,042	,244	,392*	,047	,213	1	,111	,315	,316	-,049	,152	,257	,522**
	Sig. (2-tailed)	,553	,083	,810	,158	,020	,788	,219		,526	,065	,064	,782	,384	,137	,001
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q9	Pearson Correlation	,215	,094	,232	,177	,235	-,014	,520**	,111	1	-,094	,402*	,287	,319	-,125	,486**
	Sig. (2-tailed)	,215	,592	,179	,310	,173	,936	,001	,526		,592	,017	,095	,061	,474	,003
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q10	Pearson Correlation	,363*	,094	-,207	-,222	,024	,232	-,180	,315	-,094	1	,132	-,180	-,167	,458**	,182
	Sig. (2-tailed)	,032	,592	,232	,200	,891	,181	,300	,065	,592		,451	,300	,339	,006	,294
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q11	Pearson Correlation	,210	,139	,182	-,034	,036	-,112	,079	,316	,402*	,132	1	,253	,113	,248	,371*
	Sig. (2-tailed)	,226	,425	,295	,847	,838	,522	,651	,064	,017	,451		,143	,516	,152	,028

	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q13	Pearson Correlation	,224	,180	,447**	,212	,046	-,184	,252	-,049	,287	-,180	,253	1	-,009	,133	,394*
	Sig. (2-tailed)	,196	,300	,007	,222	,791	,289	,144	,782	,095	,300	,143		,960	,445	,019
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q12	Pearson Correlation	-,110	,167	,218	,270	,278	,248	,147	,152	,319	-,167	,113	-,009	1	-,028	,437**
	Sig. (2-tailed)	,531	,339	,209	,117	,106	,151	,400	,384	,061	,339	,516	,960		,874	,009
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q14	Pearson Correlation	,051	,125	-,101	,023	,145	,112	-,240	,257	-,125	,458**	,248	,133	-,028	1	,270
	Sig. (2-tailed)	,773	,474	,566	,897	,406	,521	,165	,137	,474	,006	,152	,445	,874		,116
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
A	Pearson Correlation	,402*	,257	,403*	,608**	,638**	,391*	,437**	,522**	,486**	,182	,371*	,394*	,437**	,270	1
	Sig. (2-tailed)	,017	,137	,016	,000	,000	,020	,009	,001	,003	,294	,028	,019	,009	,116	
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).																
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).																

Correlations														
		Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27	B

Q15	Pearson Correlation	1	,451**	,488**	-,071	,372*	,123	,324	,022	-,076	,165	,135	-,071	,226	,526**
	Sig. (2-tailed)		,007	,003	,684	,028	,483	,058	,900	,663	,345	,439	,684	,191	,001
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q16	Pearson Correlation	,451**	1	,417*	-,236	,429*	,148	,438**	-,260	,150	,116	,257	-,155	,071	,502**
	Sig. (2-tailed)	,007		,013	,172	,010	,396	,009	,132	,390	,508	,136	,373	,684	,002
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q17	Pearson Correlation	,488**	,417*	1	-,033	,224	,036	,202	-,133	-,177	,256	-,095	,013	,137	,414*
	Sig. (2-tailed)	,003	,013		,849	,195	,839	,245	,445	,308	,138	,588	,939	,433	,013
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q18	Pearson Correlation	-,071	-,236	-,033	1	-,061	,192	-,042	,722**	,122	,165	,158	,072	,058	,454**
	Sig. (2-tailed)	,684	,172	,849		,727	,270	,809	,000	,483	,344	,365	,681	,740	,006
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q19	Pearson Correlation	,372*	,429*	,224	-,061	1	,188	,041	-,066	,047	,002	,200	,021	-,013	,448**
	Sig. (2-tailed)	,028	,010	,195	,727		,279	,814	,705	,789	,989	,249	,904	,940	,007
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q20	Pearson Correlation	,123	,148	,036	,192	,188	1	-,091	,160	-,084	,139	-,079	-,020	-,141	,377*
	Sig. (2-tailed)	,483	,396	,839	,270	,279		,602	,359	,633	,425	,650	,908	,419	,026
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q21	Pearson Correlation	,324	,438**	,202	-,042	,041	-,091	1	,117	,349*	,245	,230	-,002	-,098	,467**
	Sig. (2-tailed)	,058	,009	,245	,809	,814	,602		,504	,040	,155	,183	,990	,575	,005

	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q22	Pearson Correlation	,022	-,260	-,133	,722**	-,066	,160	,117	1	,133	,338*	,200	,138	,253	,520**
	Sig. (2-tailed)	,900	,132	,445	,000	,705	,359	,504		,447	,047	,250	,430	,143	,001
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q23	Pearson Correlation	-,076	,150	-,177	,122	,047	-,084	,349*	,133	1	-,180	,465**	-,207	-,076	,212
	Sig. (2-tailed)	,663	,390	,308	,483	,789	,633	,040	,447		,300	,005	,232	,664	,222
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q24	Pearson Correlation	,165	,116	,256	,165	,002	,139	,245	,338*	-,180	1	,117	,447**	,247	,517**
	Sig. (2-tailed)	,345	,508	,138	,344	,989	,425	,155	,047	,300		,503	,007	,152	,001
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q25	Pearson Correlation	,135	,257	-,095	,158	,200	-,079	,230	,200	,465**	,117	1	,158	,356*	,497**
	Sig. (2-tailed)	,439	,136	,588	,365	,249	,650	,183	,250	,005	,503		,365	,036	,002
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q26	Pearson Correlation	-,071	-,155	,013	,072	,021	-,020	-,002	,138	-,207	,447**	,158	1	,120	,221
	Sig. (2-tailed)	,684	,373	,939	,681	,904	,908	,990	,430	,232	,007	,365		,492	,202
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Q27	Pearson Correlation	,226	,071	,137	,058	-,013	-,141	-,098	,253	-,076	,247	,356*	,120	1	,318
	Sig. (2-tailed)	,191	,684	,433	,740	,940	,419	,575	,143	,664	,152	,036	,492		,062
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
B	Pearson Correlation	,526**	,502**	,414*	,454**	,448**	,377*	,467**	,520**	,212	,517**	,497**	,221	,318	1

	Sig. (2-tailed)	,001	,002	,013	,006	,007	,026	,005	,001	,222	,001	,002	,202	,062	
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).															
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).															

Correlations								
		Q28	Q29	Q30	Q31	Q32	Q33	CC
Q28	Pearson Correlation	1	,319	,249	,405*	,409*	,216	,693**
	Sig. (2-tailed)		,062	,150	,016	,015	,213	,000
	N	35	35	35	35	35	35	35
Q29	Pearson Correlation	,319	1	,722**	,185	,322	,160	,754**
	Sig. (2-tailed)	,062		,000	,287	,059	,359	,000
	N	35	35	35	35	35	35	35
Q30	Pearson Correlation	,249	,722**	1	,146	,291	,192	,746**
	Sig. (2-tailed)	,150	,000		,401	,090	,270	,000
	N	35	35	35	35	35	35	35
Q31	Pearson Correlation	,405*	,185	,146	1	,196	-,177	,233
	Sig. (2-tailed)	,016	,287	,401		,260	,310	,178
	N	35	35	35	35	35	35	35
Q32	Pearson Correlation	,409*	,322	,291	,196	1	,268	,586**
	Sig. (2-tailed)	,015	,059	,090	,260		,120	,000
	N	35	35	35	35	35	35	35
Q33	Pearson Correlation	,216	,160	,192	,177	,268	1	,551**
	Sig. (2-tailed)	,213	,359	,270	,310	,120		,001
	N	35	35	35	35	35	35	35
C	Pearson Correlation	,693**	,754**	,746**	,233	,586**	,551**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,178	,000	,001	
	N	35	35	35	35	35	35	35
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).								
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).								

Correlations

		A	B	C	D
A	Pearson Correlation	1	,272	,440**	,716**
	Sig. (2-tailed)		,114	,008	,000
	N	35	35	35	35
B	Pearson Correlation	,272	1	,521**	,801**
	Sig. (2-tailed)	,114		,001	,000
	N	35	35	35	35
C	Pearson Correlation	,440**	,521**	1	,817**
	Sig. (2-tailed)	,008	,001		,000
	N	35	35	35	35
D	Pearson Correlation	,716**	,801**	,817**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	
	N	35	35	35	35
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).					