

وزارة التعليم



جامعة الزاوية

إدارة الدراسات العليا والتدريب

كلية الاقتصاد

قسم الإدارة

أثر نظم المعلومات في جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العناصر الطبية (الأطباء)

دراسة ميدانية بمرافق الرعاية الصحية الأولية بمنطقة الزاوية
قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإدارة

إعداد الطالبة

أسماء المنير عبدالقادر

إشراف الدكتور

أ. د. محمد عبد الله أبوعون

السنة الدراسية: ربيع 2019-2020م

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

﴿وَمَا أُوتِیْتُمْ مِّنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِیْلًا﴾

بِسْمِ اللّٰهِ
الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ
العظیم

سورة الاسراء / الاية "85"

الإهداء

إلى أنشودة الحنان ونبع العطاء والثناء.. من سهرت على راحتى..

يا من تسكن الجنة تحت أقدامها ..

أمى الحبيبة (المرحومة)،،،

إلى الدرع المتين.. من علمنى معنى الحياة

وزرع فى نفسى حبّ العلم.. والعمل والاعتماد على النفس

أبى الغالى (المرحوم)

إلى مَنْ أفتخر بهم.. وأعتز بوجودهم

أخواتى رعاهم الله

إلى من أينعوا زهراً فى حديقة حياتى.. فكانت سعادتى أكبر

أصدقائى

إلى كلِّ مَنْ مدَّ لى يد العون وساعدنى فى إخراج بحثى ..

لهم جميعاً أهدي بحثى هذا..

الباحثة

الشكر والتقدير

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف المرسلين المبعوث للعالمين سيدنا مُحَمَّد النبي الأُمي وعلى آله وصحبه.

بداية: أتقدم بالشكر والامتنان لأساتذة، وأعضاء هيئة التدريس بكلية الاقتصاد؛ وذلك لما بذلوه من جهود مخصصة في مسؤولياتهم العلمية.

كما أتقدم بالشكر والعرفان إلى المؤسسة التي أنتمي إليها وأعتز بها. إدارة الخدمات والرعاية الصحية الأولية وأخص بالذكر جميع المدراء ورؤساء الأقسام على جميع التسهيلات والمساعدة التي كانوا يقدموها لإتمام هذه الرسالة.

كما أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى كل أولئك الذين تعاونوا معي بشكل أو بآخر كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى أعضاء لجنة المناقشة الموقرة. الذين تقبلوا عناء قراءة العمل ومناقشته.

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى كل من:

الأستاذ الدكتور محمد عبد الله أبوعون الذي كان له الفضل في إنجاز هذا العمل لنيل درجة الماجستير في الإدارة.

والدكتور / سعد محمد امبارك الممتحن الخارجي.

والدكتور / أبوعجيلة على ميرة الممتحن الداخلي.

وفي الختام أتوجه بالشكر والتقدير والاحترام إلى كل من زودني بالكتب والمصادر والمعلومات والمراجع التي يتطلبها البحث وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين.

الباحثة

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع	ن
أ	الآية	
ب	الإهداء	
ج	شكر وتقدير	
د	قائمة المحتويات	
ط	قائمة الجداول	
ن	قائمة الأشكال	
ع	الملاحق	
ف	مستخلص الدراسة	
الفصل الأول الإطار العام للدراسة		
2	مقدمة	1.1
2	مشكلة الدراسة	2.1
4	متغيرات الدراسة	3.1
4	فرضيات الدراسة	4.1
4	أهداف الدراسة	5.1
6	أهمية الدراسة	6.1
6	حدود الدراسة	7.1
6	منهجية الدراسة	8.1
7	مجتمع وعينة الدراسة	9.1
7	وسائل جمع البيانات	10.1
7	مصطلحات ومفاهيم الدراسة	11.1

الصفحة	الموضوع	ن
10	الدراسات السابقة	12.1
الفصل الثاني نظم المعلومات الصحيّة		
25	الخدمة الصحية	1.2
25	المقدمة	
26	مفهوم نظم المعلومات الصحية	1.1.2
28	مصطلحات البحث	2.1.2
30	أهميه نظم إدارة المعلومات الصحية	3.1.2
31	مستويات التكنولوجيا في المنظمة	4.1.2
35	عناصر الخدمات الصحية	5.1.2
36	نظم المعلومات الصحية وعناصرها	6.1.2
49	أنواع نظم المعلومات الصحية	7.1.2
52	معوقات تطبيق نظم المعلومات الصحية	8.1.2
53	دور الحاسب في زيادة فاعلية نظم المعلومات الصحية	9.1.2
54	دور شبكة نظم المعلومات الصحية في تطوير قدرات الأطباء في الخدمات الصحية	10.1.2
55	محددات تطوير قدرات العاملين الوظيفية في نظم المعلومات الصحية	11.1.2
56	خطوات تطبيق نظم المعلومات الصحية	12.1.2
57	مصادر نظم المعلومات الصحية	13.1.2
59	الخدمات الصحية	2.2
59	المقدّمة	
61	مفهوم الخدمات الصحية وتصنيفها	1.2.2
62	خصائص نظم المعلومات الصحية الجيدة	2.2.2

الصفحة	الموضوع	ن
63	أهمية الخدمات الصحية	3.2.2
64	العوامل التي ساعدت على تطبيق نظم المعلومات الصحية	4.2.2
64	دور نظم المعلومات الصحية في دعم القرار الصحي	5.2.2
65	أنواع نظم المعلومات الصحية	6.2.2
65	أهداف شبكة نظم المعلومات الصحية	7.2.2
66	مستويات نظم المعلومات الصحية	8.2.2
66	مراحل اتخاذ القرارات في نظم المعلومات الصحية	9.2.2
	جودة الخدمات الصحية	3.2
68	المقدمة	
69	مفهوم جودة الخدمات الصحية	1.3.2
70	أهداف جودة الخدمات الصحية	2.3.2
71	أبعاد جودة الخدمات المعلومات الصحية	3.3.2
72	عناصر الخدمات الصحية	4.3.2
72	عناصر جودة الخدمات الصحية	5.3.2
73	أهمية جودة الخدمات الصحية	6.3.2
74	ضوابط عامة لجودة الخدمات الصحية	7.3.2
75	العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية	8.3.2
76	مبادئ جودة الخدمات الصحية في مراكز الخدمات الصحية	9.3.2
76	الخطوات الأساسية التي يجب اتباعها لإدخال نظم الجودة في المرافق الصحية	10.3.2
80	الشروط اللازم توافرها لتطبيق نظام الجودة في المراكز الصحية	11.3.2
81	المعوقات التي تواجهها المراكز الصحية عند تطبيقها للجودة	12.3.2
84	أبعاد جودة الخدمات الصحية	4.2

الصفحة	الموضوع	ن
85	المقدمة	
86	ماهية جودة الخدمات الصحية	1.4.2
88	أهمية نظم المعلومات الصحية	2.4.2
88	أهداف نظم المعلومات الصحية	3.4.2
89	العناصر المؤثرة في تحقيق جودة الخدمات الصحية	4.4.2
90	أهمية مقاييس جودة الخدمات الطبية	5.4.2
91	أهمية قياس تطبيق جودة الخدمة الصحية	6.4.2
93	أهداف قياس جودة الخدمات الصحية	7.4.2
101	فوائد تطبيق جودة الخدمات الصحية	8.4.2
102	المواصفات الواجب توافرها في مقدمي الخدمات الصحية بالمراكز الصحية	9.4.2
103	مبادئ جودة الخدمات الصحية في المراكز الصحية	10.4.2
103	طرق قياس جودة الخدمات الصحية	11.4.2
الفصل الثالث		
الإطار العملي للدراسة		
107	نبذة عامة مختصرة عن إدارة الخدمات الصحية	1.3
107	خصائص عينة الدراسة	2.3
113	صدق أداة القياس (الاستبيان) وثباته.	3.3
124	التحليل الإحصائي لفقرات الدراسة.	4.3
155	اختبار فرضيات الدراسة.	5.3
الفصل الرابع		
النتائج والتوصيات		

الصفحة	الموضوع	ن
209	النتائج	1.4
211	التوصيات	2.4
213	المراجع	

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
.1	إجابات عينة الدراسة الاستطلاعية الموجهة إلى العناصر الطبية بالمرافق الصحية	2
.2	إجابات عينة الدراسة الاستطلاعية الموجهة للأطباء	3
.3	الاستمارات الموزعة والمتحصل عليها ونسبة الفاقد منها	6
.4	أبعاد جودة المعلومات	71
.5	عناصر الخدمات الصحية:	72
.6	مؤشرات تقييم الجودة الصحية	83
.7	تصنيف المشاركين في الدراسة حسب الجنس	108
.8	تصنيف المشاركين في الدراسة حسب العمر	109
.9	تصنيف المشاركين في الدراسة حسب المؤهل العلمي	110
.10	تصنيف المشاركين في الدراسة حسب المستوى الوظيفي	111
.11	تصنيف المشاركين في الدراسة حسب سنوات الخبرة	112
.12	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الأول والدرجة الكلية للمحور	114
.13	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الثاني والدرجة الكلية للمحور	115
.14	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الثالث والدرجة الكلية للمحور	115
.15	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الرابع والدرجة الكلية للمحور	116
.16	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الخامس والدرجة الكلية للمحور	116
.17	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور السادس والدرجة الكلية للمحور	117
.18	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور السابع والدرجة الكلية للمحور	117
.19	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور السادس والدرجة الكلية للمحور	118
.20	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور السادس والدرجة الكلية للمحور	118
.21	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور السادس والدرجة الكلية للمحور	119
.22	قيم معامل الثبات لكل محور من محاور الدراسة	121
.23	المتوسط الحسابي والتباين والانحراف المعياري لكل مجموعة	122
.24	معامل ثبات التجزئة النصفية	123

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
.25	التوزيع التكراري لإجابات المشاركين في الدراسة حول فقرات المحور الأول	126
.26	المتوسط المرجح والانحراف المعياري ونتائج اختبار T لفقرات المحور الأول	127
.27	التوزيع التكراري لإجابات المشاركين في الدراسة حول فقرات المحور الثاني	129
.28	المتوسط المرجح والانحراف المعياري ونتائج اختبار T لفقرات المحور الثاني	130
.29	التوزيع التكراري لإجابات المشاركين في الدراسة حول فقرات المحور الثالث	132
.30	المتوسط المرجح والانحراف المعياري ونتائج اختبار T لفقرات المحور الثالث	133
.31	التوزيع التكراري لإجابات المشاركين في الدراسة حول فقرات المحور الرابع	134
.32	المتوسط المرجح والانحراف المعياري ونتائج اختبار T لفقرات المحور الرابع	136
.33	التوزيع التكراري لإجابات المشاركين في الدراسة حول فقرات المحور الخامس	137
.34	المتوسط المرجح والانحراف المعياري ونتائج اختبار T لفقرات المحور الخامس	139
.35	التوزيع التكراري لإجابات المشاركين في الدراسة حول فقرات المحور السادس	140
.36	المتوسط المرجح والانحراف المعياري ونتائج اختبار T لفقرات المحور السادس	141
.37	التوزيع التكراري لإجابات المشاركين في الدراسة حول فقرات المحور السابع	143
.38	المتوسط المرجح والانحراف المعياري ونتائج اختبار T لفقرات المحور السابع	144
.39	التوزيع التكراري لإجابات المشاركين في الدراسة حول فقرات المحور الثامن	146
.40	المتوسط المرجح والانحراف المعياري ونتائج اختبار T لفقرات المحور الثامن	147
.41	التوزيع التكراري لإجابات المشاركين في الدراسة حول فقرات المحور التاسع	149
.42	المتوسط المرجح والانحراف المعياري ونتائج اختبار T لفقرات المحور التاسع	150
.43	التوزيع التكراري لإجابات المشاركين في الدراسة حول فقرات المحور العاشر	152
.44	المتوسط المرجح والانحراف المعياري ونتائج اختبار T لفقرات المحور العاشر	154
.45	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ونتائج اختبار T للفرضية الأولى	156
.46	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ونتائج اختبار T للفرضية الثانية	157
.47	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ونتائج اختبار T للفرضية الثالثة	158
.48	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ونتائج اختبار T للفرضية الرابعة	159
.49	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ونتائج اختبار T للفرضية الخامسة	159
.50	العلاقة بين نظم المعلومات الصحية وجودة الخدمات الصحية باستخدام معامل	161

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
	ارتباط بيرسون	
.51	تحليل التباين (ANOVA) لنموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل	163
.52	بعض الإحصاءات المتعلقة بنموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل	163
.53	نتائج تقدير معاملات انحدار المتغير المستقل على المتغير التابع $(\hat{\beta}_0, \hat{\beta}_1)$	164
.54	تحليل التباين (ANOVA) لنموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل	166
.55	بعض الإحصاءات المتعلقة بنموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل	167
.56	نتائج تقدير معاملات انحدار المتغير المستقل على المتغير التابع $(\hat{\beta}_0, \hat{\beta}_1)$	167
.57	تحليل التباين (ANOVA) لنموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل	169
.58	بعض الإحصاءات المتعلقة بنموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل	170
.59	نتائج تقدير معاملات انحدار المتغير المستقل على المتغير التابع $(\hat{\beta}_0, \hat{\beta}_1)$	170
.60	تحليل التباين (ANOVA) لنموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل	172
.61	بعض الإحصاءات المتعلقة بنموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل	173
.62	نتائج تقدير معاملات انحدار المتغير المستقل على المتغير التابع $(\hat{\beta}_0, \hat{\beta}_1)$	173
.63	تحليل التباين (ANOVA) لنموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل	176
.64	بعض الإحصاءات المتعلقة بنموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل	176
.65	نتائج تقدير معاملات انحدار المتغير المستقل على المتغير التابع $(\hat{\beta}_0, \hat{\beta}_1)$	177
.66	المتغيرات المستقلة والمتغير التابع للدراسة	179
.67	معاملات تضخم التباين VIF	180
.68	دليل الحالة Condition Index (CI)، والجذور المميزة Eigenvalue (λ)	181
.69	تحليل التباين (ANOVA) لنموذج انحدار المتغير التابع على المتغيرات المستقلة	183
.70	بعض الإحصاءات المتعلقة بنموذج انحدار المتغير التابع على المتغيرات المستقلة	183
.71	نتائج تقدير معاملات انحدار المتغيرات المستقلة على المتغير التابع	184
.72	اختبار T للعينتين المستقلتين لدراسة الفروق في الآراء حسب الجنس	187
.73	اختبار T للعينتين المستقلتين لدراسة الفروق في الآراء حسب العمر	189
.74	اختبار T للعينتين المستقلتين لدراسة الفروق في الآراء حسب المؤهل العلمي	191

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
192	اختبار T للعينتين المستقلتين لدراسة الفروق في الآراء حسب المستوى الوظيفي	.75
194	اختبار T للعينتين المستقلتين لدراسة الفروق في الآراء حسب سنوات الخبرة	.76
196	اختبار T للعينتين المستقلتين لدراسة الفروق في الآراء حسب المستوى الإداري	.77
199	اختبار T للعينتين المستقلتين لدراسة الفروق في الآراء حسب الجنس	.78
200	اختبار T للعينتين المستقلتين لدراسة الفروق في الآراء حسب العمر	.79
202	اختبار T للعينتين المستقلتين لدراسة الفروق في الآراء حسب المؤهل العلمي	.80
203	اختبار T للعينتين المستقلتين لدراسة الفروق في الآراء حسب المستوى الوظيفي	.81
204	اختبار T للعينتين المستقلتين لدراسة الفروق في الآراء حسب سنوات الخبرة	.82
206	اختبار T للعينتين المستقلتين لدراسة الفروق في الآراء حسب المستوى الإداري	.83

قائمة الاشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
.1	نموذج ومتغيرات الدراسة	5
.2	المكونات الأساسية لنظام أنظمة المعلومات التي يعتمد عليها	29
.3	الهيكل الهرمي - التسلسل الإداري للمنظمة	31
.4	مستويات التكنولوجيا في المنظمة	33
.5	جهات لديها موارد التقنية الوسيطة	35
.6	مكونات نظام المعلومات	37
.7	أنواع نظم المعلومات الصحية	50
.8	العلاقة بين الحاجات والمجهود والقدرة والأداء	56
.9	تشابك عوامل ومؤثرات القرار	67
.10	عناصر جودة الخدمات الصحية	73
.11	أهداف نظام المعلومات الصحية	89
.12	تصنيف المشاركين في الدراسة حسب الجنس	108
.13	تصنيف المشاركين في الدراسة حسب العمر	109
.14	تصنيف المشاركين في الدراسة حسب المؤهل العلمي	110
.15	تصنيف المشاركين في الدراسة حسب المستوى الوظيفي	111
.16	تصنيف المشاركين في الدراسة حسب سنوات الخبرة	112
.17	المدرج التكراري ومنحنى التوزيع الطبيعي لبواقي نموذج الانحدار الموفق	165
.18	انتشار الأخطاء العشوائية الناتجة عن نموذج الانحدار الموفق	165
.19	المدرج التكراري ومنحنى التوزيع الطبيعي لبواقي نموذج الانحدار الموفق	168
.20	انتشار الأخطاء العشوائية الناتجة عن نموذج الانحدار الموفق	168
.21	المدرج التكراري ومنحنى التوزيع الطبيعي لبواقي نموذج الانحدار الموفق	171
.22	انتشار الأخطاء العشوائية الناتجة عن نموذج الانحدار الموفق	171
.23	المدرج التكراري ومنحنى التوزيع الطبيعي لبواقي نموذج الانحدار الموفق	174
.24	انتشار الأخطاء العشوائية الناتجة عن نموذج الانحدار الموفق	175

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
178	المدرج التكراري ومنحنى التوزيع الطبيعي لأخطاء نموذج الانحدار المتعدد الموفق	.25
178	انتشار الأخطاء العشوائية الناتجة عن نموذج الانحدار المتعدد الموفق	.26
185	المدرج التكراري ومنحنى التوزيع الطبيعي لبواقي نموذج الانحدار الموفق	.27
185	انتشار الأخطاء العشوائية الناتجة عن نموذج الانحدار الموفق	.28

قائمة الملاحق

الصفحة	الملحق
223	ملحق (أ) استمارة استبيان
231	ملحق (ب) الدراسة الاستطلاعية
233	ملحق (ج) قائمة أسماء المحكمين
235	ملحق (د) نتائج التحليل الإحصائي للدراسة

مستخلص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على إمكانية تطبيق نظم المعلومات في جودة الخدمات الصحية ومفهومه وأهميته من جودة الخدمات الصحية عن مدى إمكانية تطبيقه في المرافق والوحدات الصحية في محل الدراسة ومدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى عينة الدراسة تعزى إلى الخصائص المعلوماتية والإفراد. ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي كأداة لجمع البيانات وتمثل مجتمع الدراسة في جمع الأطباء العاملين بالمرافق والوحدات الصحية في محل الدراسة والبالغ عددهم 366 طبيباً حيث تم اختبار عينة عشوائية بسيطة بلغ عدد مفرداتها 210 طبيباً وطبيبة أي بنسبة (57.37) من حجم العينة وقد بلغ عدد الاستمارات الخاضعة للتحليل (196) استمارة شكلت ما نسبة (93.33) من حجم المجتمع الأصلي وتم تحليل بيانات الدراسة واختبار فرضياتها من خلال تطبيق بعض أدوات التحليل الإحصائي الوصفي والاستدلالي الأكثر ملاءمة لطبيعة تلك البيانات وذلك باستخدام حزمة البرامج الإحصائية للعلوم التطبيقية والمعروف باختصار (SPSS) ومنها الإحصاء الوصفي كالتكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص عينة الدراسة وحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وأخيراً.

تم استخدام تحليل اختبار (T-Test) لاختبار الفرضيات وتحليل التباين الأحادي (ANOVAs) وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان أهمها.

وقد بينت نتائج الدراسة بوجود الرضا التام عن ظروف العمل حيث كان المتوسط الحسابي في الشبكات لهذا البعد 4.04 باتجاه موافق وعدم الرضا عن الملموسية التي يتقاضونها مقابل تقديمهم للخدمات من قبل المراجعين على المرافق والوحدات الصحية وذلك حسب ما تبين من قيمة المتوسط الحسابي الذي كان 2.78 وهي باتجاه غير موافق وهو أقل من المتوسط الفرض (3) كانت قيمة المتوسط الحسابي أقل من المتوسط الفرضي .

وتبين وجود علاقة طردية بين نظم المعلومات الصحية عن الأفراد والأجهزة والبرمجيات والشبكات والبيانات مع وجود الخدمات الصحية وذلك حيث قيمة معامل ارتباط بيرسون وهي على التوالي (0.707، 0.727، 0.395، 0.627، 0.593)

وأوصت الدراسة:

- 1- الاهتمام بتوفير البرمجيات الحديثة تمتاز بسرعة الاتصال.
- 2- إنشاء قسم فني متخصص بنظم المعلومات الصحية
- 3- عقد دورات تدريبية في مجال استخدام نظم المعلومات الصحية وزيادة دعم الإدارة العليا.
- 4- تشجيعهم على استخدام نظم المعلومات الصحية والنهوض بالمستوى الفني والتقني في تطوير العلاج والرعاية الأولية بالمنطقة.

ABSTRACT

This study aims to identify the concept and importance of information systems and the possibility of application on the quality of health services in health facilities under study, and to know whether there are statistically significant differences among the study sample attributed to informational characteristics and individuals.

For the purpose of achieving the objectives of this study, the descriptive method was used as a tool to collect data. The study population consists of all the medical doctors working in the health facilities under study, whose number is 366 physicians, where a simple random sample of 210 male and female physicians was selected, i.e. 57.37 of the sample size. The number of forms subject to analysis reached (196), which constituted 93.33% of the original study population. The study data were analyzed and its hypotheses were tested by applying some of the most appropriate inferential and descriptive statistical analysis tools to the nature of the data by using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), including descriptive statistics such as frequencies and percentages to describe the characteristics of the study sample and calculate the arithmetic mean and standard deviation. In addition, T-Test to test hypotheses and the one-way analysis of variance (ANOVAS) were used.

The results of the study showed that there is complete satisfaction with the working conditions, as the arithmetic average for this dimension was 4.04 (Agree). In addition, the results reveal dissatisfaction with the remuneration they receive by the auditors of the health facilities in return of the services they provide as indicated by the arithmetic average which was 2.78 (Disagree), which is less than the hypothesis mean (3), so the arithmetic mean value here is less than the hypothetical average. It was found that there is a direct relationship between health information systems about individuals, devices, software, networks and data with the existence of health services, where the value of the Pearson correlation coefficient was respectively (0.707,0.727,0.395,0.627,0.593).

The study recommended the following:

- 1- Providing modern software that is characterized by fast communication.
- 2- Establishing a technical department specialized in health information systems.
- 3- Holding training courses in the field of using health information systems and increasing support for senior management.
- 4- Encouraging the use of health information systems and promoting the technical level in the development of treatment and primary care in the region.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

- 1.1 مقّمة
- 2.1 مشكلة الدراسة
- 3.1 متغيرات الدراسة
- 4.1 فرضيات الدراسة
- 5.1 أهداف الدراسة
- 6.1 أهمية الدراسة
- 7.1 حدود الدراسة
- 8.1 منهجية الدراسة
- 9.1 مجتمع وعينة الدراسة
- 10.1 وسائل جمع البيانات
- 11.1 مصطلحات ومفاهيم الدراسة
- 12.1 الدراسات السابقة

1.1 مقّمة

تسعى الكثير من المرافق الصحية بمختلف تصنيفاتها للارتقاء بمستوى الخدمات التي تقدّمها حتى تصل إلى درجة التميز الذي يعدّ مثلاً يتوق إليه كل من مقدمي الخدمة والمستفيدين منها على حدٍ سواء، فالمرافق الصحية تقوم باستخدام عدة استراتيجيات من أجل تحسين أدائها ومنه الاهتمام بالجودة وأبعادها، باعتبارها إستراتيجية مهمّة تساعد المرافق الصحية على توفير وتقديم الخدمات الصحية بجودة عالية تشبع حاجات المستفيدين منها وتلبي متطلباتهم وتحقق تطلعاتهم بهذا أصبحت الجودة مؤشراً هاماً لقياس الخدمات الصحية ففي الخدمة الطبية، يجب أن يتركز الهدف الأول في التعرف على شكاوي واحتياجات المريض، كما يجب أن يكون الهدف النهائي هو التغلب على شكاوي المريض، وبذلك فإن هذه الدراسة تركز على دراسة أثر نظم المعلومات في جودة الخدمات الصحيّة في ضوء الموارد المتاحة والسعي المستمر نحو تحقيق متطلبات المريض بأقلّ تكلفة ممكنة.

2.1 مشكلة الدراسة:

لاحظت الباحثة من خلال عملها بقطاع الصحة بمنطقة الزاوية بأن مشكلة الدراسة تكمن في ضعف أنظمة المعلومات بالمراكز الصحية محلّ الدراسة الأمر الذي أدى إلى انخفاض مستوى جودة الخدمات الطبية التي تقدّمها مرافق الخدمات الصحية، ولأجل تشخيص هذه المشكلة قامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية لآراء عينة من العناصر الطبية بعدد من المرافق الصحية، وتناولت هذه الدراسة العناصر الطبية داخل المرافق الصحية بالزاوية ومن خلال آراء العناصر الطبية وعددهم (40) طبيباً، كما بالجدول رقم (1).

الجدول رقم (1) يوضح إجابات عينة الدراسة الاستطلاعية الموجّهة إلى العناصر الطبية بالمرافق الصحية

الإجابة		البيان	ت
لا	نعم		
12	8	هل الظروف ملائمة للبيئة الداخلية والخارجية للمرافق الصحية؛ لتطبيق برامج الجودة في الخدمات الصحية؟	-1
16	4	هل يوجد نقص في الموارد البشرية المطلوبة بالمرافق؛ لتطبيق خطط الجودة؟	-2
0	0	هل يوجد افتقار إلى الأساليب والأدوات والبرامج العلمية في مجال الجودة؟	-3
28	12	إجمالي عدد الإجابات	
%70	%30		

ومن خلال آراء العناصر الطبية: تبين أن الجدول (1) أن ما نسبته 30% من الأطباء راضون عن الخدمات الصحية بهذه المرافق في حين أن 70% من الأطباء غير راضين عنها وهذه محصلة؛ لعدم رضاهم عن الخدمات الصحية والمعاملة بهذه المرافق ونقص الموارد البشرية وهناك مشكلة لدى هؤلاء الأطباء تتمثل في عدم رضاهم عن الخدمات المقدمة في المرافق الصحية بالزاوية عدم وجود ظروف ملاءمة للبيئة الداخلية والخارجية للمرافق الصحية؛ لتطبيق برامج الجودة في الخدمات الصحية.

كذلك، تبين من خلال الدراسة الاستطلاعية الموجهة لفئة العناصر الطبية بالمرافق الخدمات الصحية أن مستوى الاعتماد على نظم المعلومات في تقديم الخدمات الصحية منخفض حيث إن مستوى رضا الأطباء لم يتجاوز 20% لضعف قاعدة البيانات وقلة البرمجيات وقلة المتخصصين المدربين للعمل عليها كما بالجدول رقم (2) وهذا يؤدي لتدني توفر نظام قاعدة بيانات يتم تحديثها دورياً وعدم وجود نظام للمعلومات بالمرافق الصحية.

الجدول رقم (2) يوضح إجابات عينة الدراسة الاستطلاعية الموجهة للأطباء

الإجابة		البيان	ت
لا	نعم		
23	17	هل يوجد نظام للمعلومات بالمرافق؟	1-
33	7	هل يوجد أفراد متخصصون للعمل على هذا النظام يتمتعون بالكفاءة؟	2-
37	3	هل تتوفر للنظام برمجيات حديثة؟	3-
32	8	هل تتوفر للنظام قاعدة بيانات يتم تحديثها دورياً؟	4-
35	5	هل يقدم لكم النظام معلومات، تساعدكم في تقديم الخدمات الصحية بالجودة المطلوبة؟	5-
160	40	إجمالي عدد الإجابات	
%80	%20		

ومن هنا يمكن تلخيص مشكلة الدراسة في التساؤل التالي:

1- ما أثر نظم المعلومات الصحية في جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العناصر الطبية بالمرافق الصحية بالزاوية؟.

3.1 متغيرات الدراسة: نظم المعلومات وجودة الخدمات الصحية:

1- المتغير المستقل: نظام المعلومات (الأجهزة، البيانات، البرمجيات، الأفراد، الشبكات)

2- المتغير التابع: جودة الخدمات الصحية (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الثقة، التعاطف).

4.1 فرضيات الدراسة:

الفرضية الرئيسية الأولى: يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لنظم المعلومات الصحية في جودة الخدمات الصحية، وقد قامت الباحثة بتقسيم هذا الفرض إلى خمس فرضيات فرعية وذلك وفقاً لأبعاد نظم المعلومات الصحية.

1- يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية ل الأفراد في جودة الخدمات الصحية.

2- يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية ل الأجهزة في جودة الخدمات الصحية.

3- يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية ل البرمجيات في جودة الخدمات الصحية.

4- يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية ل الشبكات في جودة الخدمات الصحية.

5- يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية ل البيانات في جودة الخدمات الصحية.

الفرضية الرئيسية الثانية: توجد فروق دالة إحصائية بين إجابات المبحوثين حول نظم المعلومات تعزى لمتغيراتهم الديموغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الوظيفة، الخبرة العلمية).

5.1 أهداف الدراسة:

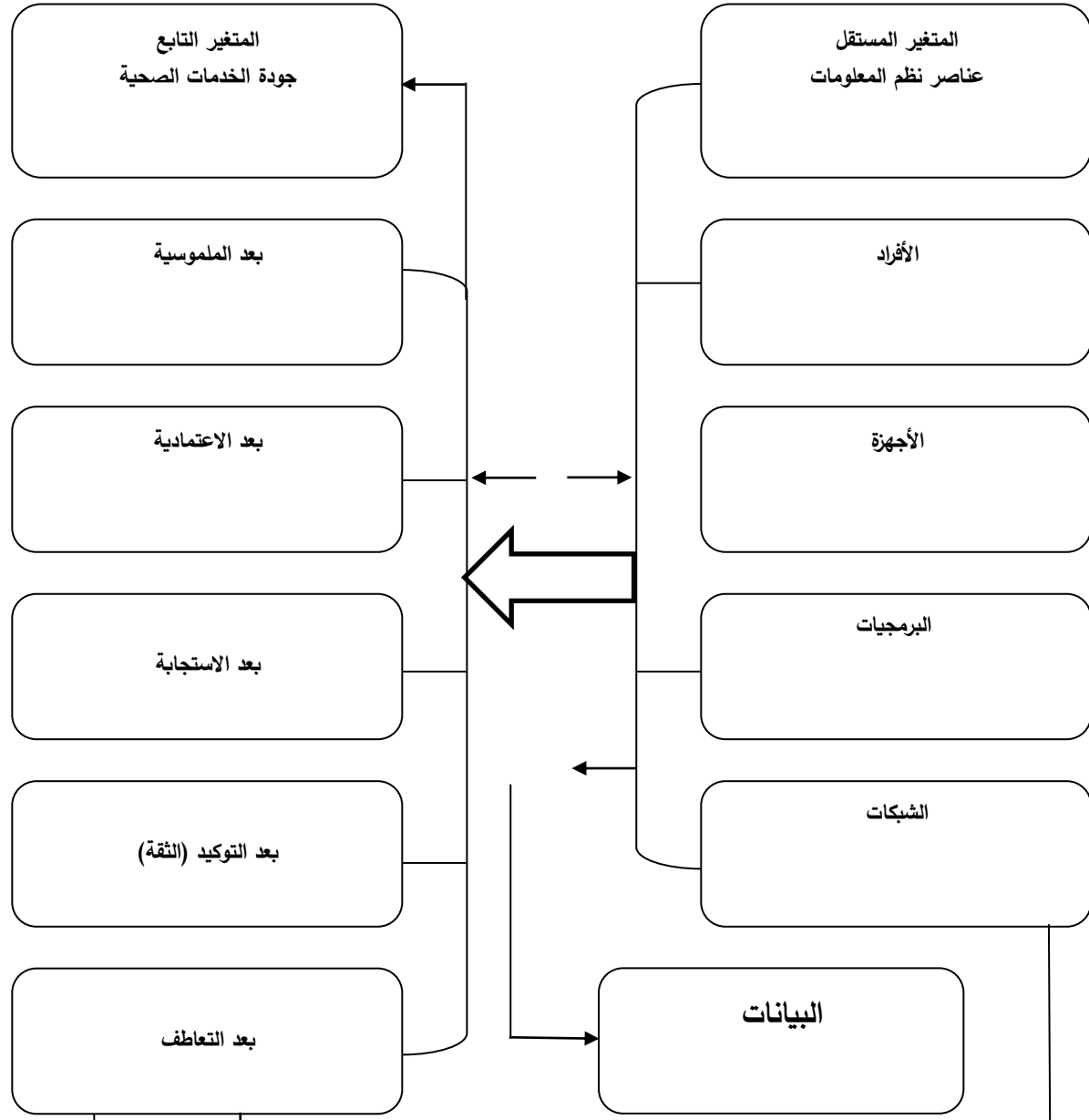
1- دراسة أثر نظم المعلومات في جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العناصر الطبية (الأطباء) بمرافق ووحدات الرعاية الصحية الأولية بمنطقة الزاوية.

2- التعرف على مستوى تطبيق نظم المعلومات في مرافق ووحدات الرعاية الصحية الأولية.

3- التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية بأبعادها (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الثقة، التعاطف).

4- التعرف على جوانب القوة والضعف في عناصر جودة الخدمات الصحية.

نموذج متغيرات الدراسة:



(عبدو آخرون 2009) (السيد: 1995).
 (الضمور، 2012) (ياسين: 2002).
 (السويسي، 2013)

(عبد الله، 2012) (محمد: 2007)
 (أبو مراد، 2006) (دهمان: 2012)
 (عنيم، 2004)

الشكل رقم (1) يوضح نموذج ومتغيرات الدراسة

6.1 أهمية الدراسة:

تهدف إلى الدراسة الحالية إلى:

- 1- مساعدة الباحثة في صقل مهارات البحث العلمي لديها، من خلال دراسة الظواهر وتفسيرها.
- 2- تبين هذه الدراسة أثر استخدام نظم المعلومات في تحسين جودة الخدمات الصحية؛ ممّا يسهم في تحديد أهم عناصره المؤثرة للتركيز عليها ودعمها وتحديد نطاق تأثيرها.
- 3- يبين البحث مستوى جودة الخدمات الصحية في الوحدات الصحيّة المبحوثة، ممّا يعطي صورة لمتخذ القرار حول وضعها الحالي وجوانب القوة والضعف فيها.

7.1 حدود الدراسة:

- 1- **الحدود الموضوع-** تتحصر في دراسة أثر نظم المعلومات بأبعادها: (الأجهزة، البيانات، البرمجيات، الأفراد، الشبكات) فيجودة الخدمات الصحية بأبعادها: (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الثقة، التعاطف).
- 2- **الحدود المكانية:** تشمل الدراسة المرافق الرعاية الصحية الأولية بمنطقة الزاوية.
- 3- **الحدود البشرية:** تشمل الدراسة العناصر الطبية (الأطباء) بمرافق الرعاية الصحية الأولية بالمنطقة.
- 4- **الحدود الزمنية:** سيتمّ جمع البيانات وتحليلها خلال سنة 2018-2019 م.

8.1 منهج الدراسة:

اعتمد البحث على استخدام المنهج الوصفي الذي يجمع بين الوصف والتحليل معا من خلال وصف أبعاد أثر نظم المعلومات على جودة الخدمات الصحية بمرافق الرعاية الصحية الأولية مع التركيز على تحليل العلاقة بين التغيرات الرئيسية للدراسة والتي تتمثل في أبعاد أثر نظم المعلومات كمتغير مستقل وجودة الخدمات الصحية كمتغير تابع.

الجدول رقم (3) يوضح الاستثمارات الموزعة والمتحصل عليها ونسبة الفاقد منها

مجتمع الدراسة	عينة الدراسة	نسبة العينة إلى مجتمع الدراسة %	الاستثمارات الموزعة	الاستثمارات المتحصل عليها	نسبة الاستثمارات المتحصل عليها إلى العينة %	الفاقد	نسبة الفاقد إلى العينة %	نسبة الفاقد إلى مجتمع الدراسة %
366	210	57.37	210	196	93.33	14	6.66	3.82

المصدر: أبوعون، 2015.

9.1 مجتمع وعينة الدراسة:

1- سيتمثل في العناصر الطبية (الأطباء) بمرافق الرعاية الصحية الأولية بمنطقة الزاوية وعددهم (366) عنصر طبي (أطباء).

2- عينة البحث: العناصر الطبية بمرافق الرعاية الصحية الأولية وسوف يتم استخدام عينة عشوائية بسيطة للوصول إلى أهم النتائج والتوصيات المطلوبة.

10.1 مصادر جمع البيانات

يتم جمع البيانات لغرض إجراء هذا البحث من خلال:

المصادر الثانوية: واشتملت هذه المصادر من الكتب والدراسات والأبحاث والمقالات العلمية والبحوث والنشرات ذات العلاقة بالموضوع والتي شكّلت الإطار النظري لهذه الدراسة.

المصادر الأولية: من أجل جمع البيانات الأساسية الخاصة بالبحث التطبيقي تمّ الاعتماد على الاستبانة واعتمد البحث على اختبار فروضه وتحقيق أهدافه على استمارة الاستبيان، الهدف منها الحصول على البيانات والمعلومات التي تحصل عليها بعد تحليل العينة المختارة التي تستفيد منها الباحثة في الحصول على معلومات مرتبطة بمشكلة وفرضيات البحث وإجراء الدراسات وتحليلات البيانات التي تم جمعها من الاستبانة لكي يتم التحقق من فرضيات البحث وثباتها أو رفضها بعد مراجعة العديد من الأدبيات والدراسات السابقة والبحوث ذات العلاقة على عدد من الاستبيانات المستخدمة في الدراسات السابقة والبحوث المتعلقة بموضوع الدراسة.

11.1 مصطلحات ومفاهيم الدراسة:

التعريفات الإجرائية:

1- الأفراد: يُعتبرُ الأفراد سليل عصر التنوير بالدرجة الأولى، وهو ركيزة ارتكز وقام عليها الفكر الحديث وعبر عن نفسه من خلال الفلسفة، السياسة والفن. أصبح الفرد سمة أساسية، إذ لا يُمكن فهم المجتمعات ومشروعها الحداثي الضخم دون الرجوع

إلى هذا العنصر المهم داخل المجتمع. علماً أنّ تغييراتٍ كثيرة حدثت في مفهوم الفرد من عصرٍ لآخر، من حقبةٍ لأخرى. بمعنى أنّه ليس مفهوماً جامداً بل هو مفهوم متغيّر.

2- الأجهزة : وهي الأجهزة والمعدات التي تكوّن البنية الأساسية للنظام بما فيها من وحدات المعالجة ووحدات الإدخال والإخراج وأوساط التخزين المختلفة والتي تمثل الأجزاء الملموسة في نظام المعلومات.

3- البرمجيات: يستخدم المصطلح للإشارة إلى كل أنواع الأوامر والتعليمات التي توجه وتراقب وتجعل أجهزة الحاسب تقوم بأداء معالجة والمهام الأخرى كافة.

4- البيانات: تعتبر البيانات موارد ذات قيمة عالية في المنظمة لذا فإنها ينبغي أن تستمر وتدار بشكل فعال لكي تؤمن فائدتها للمستخدم النهائي في المنظمة.

5- الشبكات: تشتمل الشبكات على تكنولوجيا الاتصالات ومختلف أنواع الشبكات مثل (الانترنت، والشبكات الداخلية والانترنت ، والتي أصبحت مهمة في إدارة الأعمال الإلكترونية والعمليات بكل أنواعها عبر نظام معلوماتها في المنظمة .

- جودة الخدمات الصحية:

الخدمات الصحية: هي تلك الخدمات التي تقدّمها المرافق الصحية العامة، ومن بينها: الخدمات، الاستقبال، الإسعاف، الكشف الطبي، التحاليل الطبية، التطعيم وغيرها (أبو حليقة، 2013).
جودة الخدمات الصحية: يقصد بجودة الخدمات الصحية تقديمها بأقل قدر ممكن من الأخطاء، المصاحبة لذلك أي التطابق ما بين المواصفات والمعايير الموضوعية المحلية والدولية وبين المواصفات والمعايير التي يتمّ بها تقديم تلك الخدمات (أبو حليقة، 2013).

الجودة: هي القدرة على تحقيق رغبات المستفيد بالشكل الذي يتطابق مع توقعاته ويحقق رضاه التّام عن الخدمة التي تقدم له.

الأبعاد الرئيسية لجودة الخدمات الصحية: (أبو حليقة، 2013).

- وتمثلت بخمسة أبعاد لجودة الخدمات واجتمعت عليها غالبية الدراسات وهي: (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الثقة، التعاطف):
- بُعد الملموسية: يشير إلى مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية في موقع تقديم الخدمات الصحية المتعلقة (Boyer, et, al, 2010) بملموسية الخدمات من حيث توفر الأجهزة والمواد ووسائل التثقيف والمظهر الخارجي للعاملين (Kossmann, 2006).
 - بُعد الاعتمادية: تعني القدرة على تقديم الخدمات في الوقت المحدد وبالذقة المطلوبة أو مدى الوفاء بالالتزامات أو أداء الخدمات الصحية التي وعد بها المستفيدون، الالتزام بالمواعيد المحددة للمستفيدين المرضى (فضلاً عن السعي للمحافظة على ملفاتهم ووثائقهم من التلف والضياع (Kuhn, et, al, 2007).
 - بُعد الاستجابة: ويعبر عن قدرة ورغبة كادر المرفق الصحي على تقديم الخدمات للمستفيدين في الوقت المناسب لتقديمها وتلبية الاحتياجات الحالية والمستقبلية والطارئة للمرضى من خلال المرونة في إجراءات ووسائل تقديم الخدمات (Verna, 2012) والاستعداد والرغبة الدائمة في تقديم الخدمات للمرضى عند احتياجهم لها (Murray, et, al, 2003).
 - البُعد التوكيدي (الثقة): ويقصد به نوعية معلومات القائمين على تقديم الخدمات وكياستهم وقدرتهم على استلهاهم الثقة والرد على استفسارات المرضى ويشير إلى ثقة المرضى بكادر المرفق الصحي، وقدرة القائمين على إدارة المرفق الصحي على توفير الأمان والاطمئنان في أماكن تقديم الخدمة (علوان، 2005).
 - بُعد التعاطف: ويشتمل على متغيرات عديدة تتضمن اهتمام وعناية العاملين بالمستفيدين من الخدمات اهتماماً شخصياً وتفهم وإدراك حاجاتهم وملاءمة ساعات العمل وتقديم الخدمات بطريقة تتناسب مع رغبات المرضى (Parasuramanek, et al, 1988).

12.1 الدراسات السابقة:

تعدّ الدراسات السابقة إحدى المرتكزات الأساسية التي تستند إليها أي دراسة في بناء نموذجها الفكري، ومن خلال الإطلاع على العديد من الدراسات المعرفية السابقة وجدت أنها في الغالب تدرس أمّا (أثر أو دور) الجانب التقني لنظام المعلومات الإدارية أو تحاول دراسة واقع استخدام نظام المعلومات الإدارية بالتركيز على مكونات نظم المعلومات الإدارية بشكل مباشر، في تحقيق جودة الخدمات الصحية ولقد ركزت العديد من الدراسات على نظام المعلومات وجودة الخدمة الصحية كلاً على حده من بينها ما يلي:

الدراسات المتعلقة بنظم المعلومات الإدارية:

الدراسات السابقة المتعلقة بنظم المعلومات الصحية ((المحلّية)):

1- دراسة (الهميلي، 2016)

بعنوان:مدى اهتمام المنظمات الصحية المحلية العامة بتوفير تطبيق أبعاد الجودة النوعية في الخدمات الصحية التي تقدمها المدن من وجهة نظر المستفيدين - بمنطقة طرابلس - بالتطبيق على مركز طرابلس كنموذج.

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى توفر تطبيق - مركز طرابلس، الطبي في ليبيا، لأبعاد جودة الخدمات الصحية التي يقدمها للمستفيدين الليبيين والعوامل المؤثرة في ذلك. وتحديد العلاقة بين مستوى توافر تطبيق، المركز قيد البحث لأبعاد الجودة وبين مستوى الخدمات الصحية التي يقدمها للمستفيدين الليبيين إضافة إلى التعرف على مدى الاختلاف في مستوى توافر (تطبيق) الأبعاد. المرتبطة بجودة الخدمات الصحية.

وقد أظهرت نتائج الدراسة ما يأتي:

1- أن الخدمات الصحية التي يقدمها مركز طرابلس الطبي لا تتميز بالجودة المطلوبة من وجهة نظر المستفيدين الليبيين.

2- لا تتوفر أبعاد الجودة (الاعتمادية الاستجابة. التأكيد اللطف). بينما يتوفر بعد (الملموسية) إلى حدّ ما في الخدمات الصحية التي يقدمها مركز طرابلس الطبي من وجهة نظر المستفيدين الليبيين.

3- لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين مستوى توافر (تطبيق) مركز طرابلس الطبي لأبعاد الجودة في الخدمات الصحية التي يقدمها للمستفيدين منها.

4- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمات الصحية التي يقدمها مركز طرابلس الطبي ومستوى توافر (تطبيق) أبعاد الجودة المطلوبة في تلك الخدمات.

2- دراسة (عبد القادر، 2015).

بعنوان: تقييم أداء الخدمات الصحية في المستشفيات العامة الليبية، دراسة نظرية ومقارنة على بعض المستشفيات العامة الليبية العاملة بمنطقة بنغازي.

هدفت الدراسة إلى إلقاء الضوء على أسس تقييم الأداء في المستشفيات العامة الليبية والأهداف والأسباب الكامنة وراء القيام به وتحليل واقع تقييم الأداء في المستشفيات العامة الليبية العاملة بمنطقة بنغازي. للوقوف على المعوقات وإمكانية علاجها.

ولتحقيق أهداف الدراسة تمّ إجراء الدراسة الميدانية على خمسة مستشفيات عامة تقع جميعها داخل الحدود الإدارية والجغرافية لمنطقة بنغازي.

وقد تمّ جمع البيانات باستخدام استمارة. استبيان وبعد تحليل البيانات المجمعة توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1- أن معظم مسؤولي المستشفيات هم من الأطباء والأطباء المساعدين والفنيين غير أن طبيعة عمل معظم الإدارات تحتاج إلى متخصصين بالعلوم الإدارية.

2- من الأسباب الرئيسة لعدم تحسين الأداء في هذه المستشفيات عدم فعالية التنظيم الإداري وعدم وضوح الأهداف الإدارية الفرعية وتعارضها.

3- عدم فعالية لائحة تقييم الأداء في تحسين وتطوير جودة الخدمات الصحية.

3- دراسة (الصوصاع، 2007).

بعنوان: واقع تطبيق نظم المعلومات الإدارية في المستشفيات العامة الليبية

وقد توصلت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: عدم وجود عناصر بشرية مؤهلة بوحدات المعلومات في المستشفيات قيد البحث، وعدم تنظيم دورات تدريبية بشكل مستمر ومتابع

للتطورات التقنية في مجال المعلومات، كذلك أن نظم المعلومات المطبقة خلال تلك المستشفيات لا تتعدى كونها أنظمة معالجة بيانات، كما أن عدم وجود قواعد بيانات وشبكات اتصالات حاسوبية داخل تلك المستشفيات يؤكد القصور في تطبيق نظم المعلومات الإدارية ويقف عائقاً أمام الوصول إلى نظام معلوماتي إداري فعّال، وقد أوصى الباحث بضرورة العمل على استقطاب المؤهلات والقدرات العلمية في مجال المعلومات.

4- دراسة (النائلي، 1996).

بعنوان: اهتمام المدير بالمعلومات وأثره في مقومات نظم المعلومات القائمة بالمؤسسات الليبية.

وقد توصلت هذه الدراسة إلى وجود نقص في المعلومات التي تمكّن متخذي القرار بالمؤسسات الليبية من القيام بواجباتهم الوظيفية كما يجب، وأكدت على ضرورة نشر الوعي لدى كافة المسؤولين بخصوص أهمية المعلومات ودورها في أداء المهام والوظائف الإدارية وتأهيل العاملين بوحدات المعلومات، بتبني البرامج التي تؤدي إلى تسهيل عملية إنتاج المعلومات وبضرورة تفادي المشاكل والصعوبات التي تعيق المعلومات أثناء مراحل وخطوات المعالجة المعلوماتية.

الدراسات السابقة المتعلقة بنظم المعلومات الصحية ((العربية)):

1- دراسة (السويسي، 2013).

بعنوان: نظام المعلومات كأداة؛ لتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية

دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية، محمد بوضياف، الاستبيان (14) فرداً بالنسبة للكادر الإداري (9) بالنسبة للكادر الطبي، محاولة إبراز الأسلوب الأمثل للتعامل مع المعلومات والعمل على تدني تكاليف المؤسسات الصحية، محاولة ربط مختلف أقسام المستشفى مع بعضه البعض، إعادة تصميم نظام المعلومات الحالي مع تخصيص مواردها المالية والبشرية لتحديث النظام. إنشاء قسم لإدارة المعلومات ضمن الهيكل التنظيمي القيام بدورات تدريبية من طرف المؤسسات الصحية؛ لتحسين العمال وإدخال ثقافة الاهتمام بالمورد المعلوماتي.

1- الدراسة أجريت في منظمة خدمية.

2- الدراسة أظهرت تأثير نظم المعلومات على إدارة الجودة الشاملة.

ضرورة الربط بين نظم المعلومات الإدارية وإدارة الجودة الشاملة. أداة القياس الاستبيان التركيز على أثر نظم المعلومات على أداء المنظمة. تعزيز الجانب النظري للدراسة الحالية وإطارها المنهجي.

2- دراسة (الفوزان، 2003).

بعنوان: نظم المعلومات الحديثة وأثرها على أداء العاملين

وقد استهدفت هذه الدراسة تحديد الأساليب التي من خلالها تمت معالجة الجوانب السلبية لأنظمة المعلومات الحديثة على أداء العاملين في مصلحة الجمارك في المملكة العربية، والتي كانت بعنوان "نظم المعلومات الحديثة وأثرها على أداء العاملين"، السعودية، وكذلك التهيئة والتعزيز للجوانب الإيجابية المتوقعة والمستهدفة من تطبيق أنظمة المعلومات الحديثة، وقد توصلت هذه الدراسة إلى أهمية استخدام نظم المعلومات فهي تؤدي إلى الدقة في تنفيذ الأعمال وتحسين الأداء في العمل للموظف، ويقلل تكلفة التشغيل ويحفظ المستندات والمعاملات من الضياع. وكذلك أهمية معالجة المعوقات التشغيلية والفنية التي تؤثر في استخدام نظم المعلومات سواء من خلال العيوب في النظم، وكثرة الأعطال بالأجهزة وعدم صيانتها، أو البطء عند الاستجابة وعند الطلب، أو كثرة الأعطال المكتبية، وعدم وجود قواعد بيانات، وقلة الحوافز المادية، وعدم وجود رقابة فعّالة. وحيث يتم معالجة هذه المعوقات، سيكون هناك دور أهم وأكبر لاستخدام نظم المعلومات.

3- دراسة (الحنيفة، 2003).

بعنوان: القيم التنظيمية وعلاقتها بكفاءة الأداء، دراسة تطبيقية على العاملين بالخدمات الطبية بمنطقة الرياض"

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين القيم التنظيمية وكفاءة الأداء لدى العاملين في الخدمات الطبية، ومعرفة مدى العلاقة بين القيم التنظيمية وكفاءة الأداء على المتغيرات الشخصية والوظيفية.

وأظهرت نتائج الدراسة: أن، القيم التنظيمية المطبقة داخل الخدمات الطبية مرتفعة، وأن تصنيف كفاءة الأداء لدى العاملين بشكل عام "مرتفع"، وبينت الدراسة أن هناك علاقة إيجابية بين القيم التنظيمية والمتغيرات الشخصية والوظيفية، وأن هناك علاقة ارتباط موجبة ذات دلالة إحصائية

بين خمسة أبعاد القيم التنظيمية (المتغيرات المستقلة) وبين كفاءة الأداء وهي (القانون والنظام - التنافس - القوة - الدفاع - الكفاية) حيث ترتفع كفاءة الأداء بارتفاع هذه الأبعاد.

وتوصلت الدراسة إلى توصيات، تؤكد على ضرورة الاهتمام بالإدارة كبعد رئيسي من أبعاد القيم التنظيمية في الخدمات الطبية، والاهتمام بالدفاع عن قرارات ومصالح الإدارات، واستغلال كل الفرص المواتية؛ لتحقيق خدمات أفضل، أيضاً أشارت إلى ضرورة الاهتمام بجانب المكافآت والحوافز كبنود من بنود القيم التنظيمية، والتي تسهم في زيادة معدلات كفاءة الأداء بين العاملين.

4- دراسة (العفيفي وأبو مراد، 2006).

بعنوان: نظم المعلومات الصحية في الرعاية الأولية دراسة استكشافية

دراسة استكشافية بعنوان "نظم المعلومات الصحية في الرعاية الأولية وهدفت الدراسة إلى الأداء وتخفيض التكلفة وعرض لنظم المعلومات الصحية المطبقة في الرعاية الأولية. وتوصلت الدراسة إلى أهم البرمجيات المطبقة في المجالات الصحية نظام المعلومات العادي برنامج حوسبة تقارير الرعاية الأولية نظام الطب المهني، ونظام مختبر الصحة العامة.

ولقد أوصت الدراسة باتباع النظام العالمي في تشخيص الأمراض، وتطبيق نظم المعلومات في كافة العيادات من المستوى الرابع، ورفع مستوى المعرفة في تكنولوجيا (CIS) العيادي المعلومات والأنظمة الرقمية لدى الكادر الصحي، وتشجيع الإدارات العامة ودوائر وزارة الصحة للتعاون لإصدار منظومة حاسوبية صحية متكاملة والحد من البرمجيات الفرعية لما لها من أهمية في تحسين الوضع (E-Health) المنفصلة، وتطبيق الصحة الإلكترونية والتقليل في التكلفة، وزيادة الوعي الصحي للمجتمع.

5- دراسة (الملكوي، 2004).

بعنوان: آثار نظم المعلومات الإدارية المحسوبة على مجالات الأعمال الإدارية والطبية

دراسة ميدانية.

دراسة حالة على مدينة الحسين الطبية" وهدفت هذه الدراسة إلى تحديد الآثار المترتبة على عمليات استخدام نظم المعلومات الإدارية المحسوبة على عمليات صناعة القرارات في مدينة الحسين الطبية، كما هدفت الدراسة إلى تحليل الواقع لمدى استخدام المعلومات الإدارية المحسوبة ضمن

مختلف الأقسام وآثار استخدام هذه النظم على مجالات الأعمال الإدارية المحسوبة ضمن مختلف الأقسام وآثار استخدام هذه النظم على مجالات الأعمال الطبية والإداري ، اتبع الملكاوي في دراسته المنهج الوصفي التحليلي واعتمد على الاستبيانات الطبية والإدارية ، كأداة لجمع البيانات وقام بتوزيع 86 استبانة على أفراد العينة، وتوصل الملكاوي إلى نتائج من أهمها: نسبة استخدام أفراد العينة الطبية بلغت 39% وأن نظم المعلومات الإدارية لها تأثير كبير على مجالات الأعمال الطبية التالية: تسهل عملية ربط المعلومات مع بعضها البعض، التنسيق بين الأقسام الداخلية للحيلولة دون ضياع البيانات المتعلقة بالمرضى، أمّا تأثيرها على مجالات الأعمال الإدارية فكان كما يلي: تسهيل إعداد التقارير للإدارة العليا توفير الطاقة البشرية اللازمة التي تمت حوسبتها وأوصى باستخدام السجلات الصحية. الإلكترونية وإكمال عمليات الحوسبة ضمن جميع الأقسام. وعقد الدورات التدريبية المتعلقة باستخدام نظم المعلومات الإدارية المحسوبة، وأوصي كذلك بخلق الوعي الكافي لدى الإدارة العليا لمدى أهمية هذه النظم.

6- دراسة (الشرقا، 2004).

بعنوان: تقييم نظم المعلومات المستخدمة في وزارة الصحة بقطاع غزة، دراسة ميدانية

وهدفت هذه الدراسة إلى تقييم أنظمة المعلومات في وزارة الصحة من خلال تقييم الأنظمة المحسوبة الرئيسية وتحديد العوامل المختلفة المؤثرة على استخدامها من وجهة نظر مستخدميه. واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي وكانت عبارة عن دراسة مسحية مقطعية لجميع مستخدمي الأنظمة المعلوماتية المحسوبة. وقد شملت عينة الدراسة (156) مستخدماً موزعين على أربع، مؤسسات صحية تمت حوسبة إجراءات العمل فيه وصمم الباحث استبيانات شملت معطيات شخصية وأخرى تعالج المحاور الأساسية لأنظمة المعلومات. مثل الحاجة للنظام وطريقة إدخال البيانات. وأظهرت الدراسة أن 74% من المستخدمين لأنظمة المعلومات المحسوبة لديهم توجهات إيجابية لتلك الأنظمة وأن تلك التوجهات كانت متقارنة بين جميع الأنظمة التي شملتها الدراسة فقد بلغ 77.8% لنظام التأمين الصحي المحسوبة وهو أفضل توجه وتليه المستشفيات فقد بلغ 75.75%، ويليه النظام العيادي بنسبة 71.4% أما بالنسبة لتوجهات مستخدمي الأنظمة حسب عناصر التقييم فقد كانت أفضل التوجهات هي الحاجة لوجود نظام محسوب (84%) وتليه آلية إدخال البيانات 81%. ومن ثم سهولة البحث واسترجاع المعلومات 80% والتوجهات حول النظام بشكل عام 77.5% وسهولة وضوح التقارير المستخرجة التي بلغت 74% وسهولة واجهة المستخدم 73% أمّا بالنسبة لآرائهم حول أداء

المعدات المستخدم واجهة المستخدم. 73% أما بالنسبة استخدام النظام فكانت 71% وأما التشغيل فكانت 71. 5% أما التوجهات حول التدريب على استخدام النظام فكانت 71. % وأما الدعم الفني. للنظام فكان 69. 5%. وأخيرا كفاءة الدعم الفني للمعدات فقد بلغت 60% وكانت أقل النتائج.

كما ظهرت الأنظمة بشكل مباشر وقد خرج الباحث ببعض التوصيات ومن أهمها: الاهتمام بتطوير آلية الدعم الفني لكل من الأجهزة والمعدات والأنظمة المستخدمة والعمل على تحديد الاحتياجات التدريبية للمستخدمين والمعدات والخبرات وضمان مشاركة مستخدمي الأنظمة المحوسبة عند تطويرها.

7- دراسة (سوار الذهب، 2005).

بعنوان: تقييم إدارة المعلومات الصحية بالمراكز الصحية في الخرطوم ، دراسة ميدانية وهدفت الدراسة إلى تقييم الوضع الحالي للنظام وذلك من أجل تأسيس قاعدة بيانات لانسياب المعلومات حتى؛ تسهم في تحسين الخدمات الصحية. واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي لإتمام هذه الدراسة. ووضع تقييم يتكون من استبيان يتركز على مدى خبرة الكادر الصحي في إدارة نظام المعلومات. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية: أن أكثر من 75% تلقوا تدريب قصير في الإحصاء عامة. كما أن الغالبية منهم يسجلون المعلومات المطلوبة ويكتبون التقارير. أكثر من 80% من التقارير الشهرية يقوم بإعداده فنيو الإحصاء وترسل إلى رئاسة الفريق الصحي بينما 104% فقط. من التقارير (ترسل إلى القسم المعني بوزارة الصحة بولاية الصحة الخرطوم مباشرة وأظهرت الدراسة أن بعض الأطباء لا يستطيعون الاستفادة من المعلومات الصحية مباشرة وأظهرت الدراسة.

أن بعض الأطباء لا يستطيعون الاستفادة من المعلومات الصحية لعدم كفاية التدريب وأن استخدام المعلومات على مستوى المراكز المبحوثة محدود جداً.

كما أظهرت الدراسة أن في العينة 93% المبحوثة لا توجد وحدة حاسوب وأن من 64% من المدراء الطبيين هم أطباء عموميون، كما أن أكثر من 82% من هؤلاء الأطباء لم يتلقوا تدريب في نظم نظام المعلومات الصحية لا يمكن توفر المعلومة ولكن المشكلة الرئيسية هي في نظم المعلومات وكيفية استخدام المعلومة. استخلصت الباحثة من هذا:

-عدم استخدام المعلومات خاصة على المستوى الأدنى.

ونادت الباحثة بالتوصيات التالية:

توفير التدريب المناسب للإحصائيين والمدراء الطبيين على توظيف البيانات واستخدامها على المستوى المحلي. وتطوير نظام المعلومات بإدخال نظام (الحاسوب)، والبرمجة والشبكات (باعتبارها إدارة هامة في معالجة البيانات وإدارة المعلومات وإقامة نظام موحد لإمداد المعلومات.

8- دراسة (محمد، 2007).

بعنوان: أثر نظم المعلومات المحاسبية على النظام المحاسبي في شركات التأمين التعاوني

دراسة حالة شركة شيكان للتأمين وإعادة التأمين المحدودة في الفترة من 2001-2005م). تهدف الدراسة إلى توضيح أثر نظم المعلومات المحاسبية على النظام المحاسبي في شركات التأمين التعاوني؛ وذلك بالتطبيق على شركة شيكان للتأمين وإعادة التأمين المحدودة خلال الفترة من (2001-2005م). خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، كان من أهمها، أن النظام المحاسبي التقليدي في شركات التأمين التعاوني مناسب، وأن شركات التأمين التعاوني يمكن أن تستمر في أداء الدور المحاسبي بالنظم اليدوية، وأن النظام المحاسبي المستخدم في شركات التأمين التعاوني يؤدي إلى ضياع الوقت والجهد، حيث أدى استخدام نظم المعلومات المحاسبية الآلية في شركات التأمين التعاوني إلى تطوير وتحديث النظام المحاسبي، حيث ساهمت في إنجاز العمليات المحاسبية بسرعة ودقة فائقة كما ساهمت في تقديم التقارير في أي وقت، وأن استخدام النظم المحاسبية الحديثة سيسهل عمل النظام المحاسبي، حيث ساهمت في حفظ عدد كبير من الملفات بصورة مبسطة وبحيث يمكن الاستفسار عن أي معلومة بسهولة وسرعة فائقة. تتمثل أهم التوصيات في ضرورة وضع لجان متخصصة تهتم بتقديم تقارير دورية لإدارة الشركة عن طبيعة النظام المحاسبي الحالي ومدى حاجته للتطوير أو مدى الحاجة لإدخال أجهزة ومعدات جديدة، وذلك بالتعاون مع موظفي الشركة ومن ثم دراسة الأنظمة المحاسبية المطبقة في شركات التأمين الأجنبية المتقدمة في هذا المجال، يجب وضع برامج تدريبية للموظفين العاملين بالنظام المحاسبي حول نظم المعلومات المحاسبية والتطورات التي طرأت عليها في فترات متقاربة والتي تزيد عن السنة، ضرورة تعاون كل من المبرمجين والمحاسبين والمراجعين والمدراء والأجهزة الحكومية التي لها عاقبة بمخرجات النظام كالضرائب، وذلك عند تطبيق نظام محاسبي جديد أو عند إدخال بعض التغييرات على النظام القديم، ضرورة فرض المزيد من الوسائل الرقابية على الموظفين للحد من التجاوزات.

الدراسات السابقة المتعلقة بجودة الخدمات الصحية:

1-دراسة (عبود وآخرون، 2009).

بعنوان:تقييم الخدمة الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي الاستبيان؟ طبيباً؟ ممرضاً؟ مريضاً

1- التعرف على مستوى الخدمات الصحية في المركز الصحي عدم رضا المرضى على الخدمة الصحية المقدمة.

2- تدني الفروقات في الممارسات الطبية وتجنب الأخطاء الطبية. الالتزام بالمعايير (الأخلاقية،

الطبية، الإدارية) في التعامل مع المريض. الدراسة اعتمدت على متغير واحد.

3- أُقيمت الدراسة في مستشفى واحد.

4- الاختلاف في عينة الدراسة. أداة القياس الاستبانة.

5- إبراز أهمية جودة الخدمة الصحية تعزيز الجانب النظري للدارسة وإطارها المنهجي.

2-دراسة (الضمور، 2012).

بعنوان: أثر جودة الخدمات الصحية في درجة ولاء المرضى في مستشفى الجامعة

الأردنية.الاستبانة، 318 مريضاً، معرفة واقع مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى إبراز

أثر جودة الخدمات الصحية على ولاء المرضى.

1- تدني مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفى

2- لجودة الخدمات الصحية تأثير في ولاء المرضى.

3- العمل باستمرار على التحسين المستمر لجودة الخدمات الصحية المقدمة.

4- العمل على استخدام الأساليب والآليات التسويقية الحديثة في التعامل مع المرضى.

5- الدراسة اعتمدت على جودة الخدمة الصحية كمتغير مستقل.

6- أُقيمت الدراسة في مستشفى واحد.

7- أداة القياس الاستبانة

إبراز أهمية جودة الخدمات الصحية:

استخدمت الدراسة نفس أبعاد جودة الخدمة لتعزيز الجانب النظري للدراسة وإطارها المنهجي.

3- دراسة (المري، 2009).

بعنوان: التعرف على مستوى الجودة في الخدمات الطبية المستهدفة بمجتمع الدراسة، حيثُ اعتمد البحث على المنهج الوصفي، التحليلي لوصف الظاهرة أو المشكلة بدقة واستخدم الباحث استمارة لاستبيان البيانات.

إن مستوى الخدمات الطبية المقّمة بالمركز الطبي - سبها - لا يرتقي لمستوى الجودة المطلوبة وأنَّ المركز الطبي يعاني من نقص مهارة وكفاءة مقدمي الخدمات، رداءة تقديم الخدمات الصحية، وعد للمركز سمعة سيئة لدى أفراد المجتمع، وهذا ما دفع الكثير من المرضى للتوجه للعلاج بالخارج.

الدراسة: اعتمدت جودة الخدمات الصحية كمتغير مستقل.

أقيمت الدراسة في مستشفى واحد.

أداة القياس الاستبانة.

إبراز أهمية جودة الخدمات الصحية.

استخدمت الدراسة نفس أبعاد جودة الخدمة.

تعزيز الجانب النظري للدراسة الحالية وإطارها المنهجي.

من خلال الدراسات السابقة يلاحظ أن الدراسة الحالية تتميز في كونها تدرس دور مكونات نظم المعلومات الإدارية من خلال (الأجهزة البيانات. الأفراد. الشبكات) في تحقيق جودة الخدمة الصحية من خلال أبعادها (الملموسية. الاستجابة. الضمان. التعاطف).

4- دراسة (الداله، 2003).

بعنوان: أثر الحوافز على أداء الأطباء السعوديين في مستشفى قوى الأمن بالرياض

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف إلى أكثر الحوافز أهمية من وجهة نظر الأطباء السعوديين العاملين في مستشفى قوى الأمن بالرياض، وكذلك التعرف على مدى توافر الحوافز في المؤسسة، وأيضاً ما هو أثر الحوافز على الأداء الوظيفي للأطباء السعوديين العاملين في المؤسسة المستشفى؟ وكان من أهم النتائج ما يلي:

1- أن أكثر الحوافز المادية أهمية بين الأطباء هي (الترقيات، والعلاوات الفنية، والحوافز التشجيعية وأكثر الحوافز المعنوية أهمية بين الأطباء وهي اهتمام الإدارة بتطبيق الجودة الشاملة، والثناء الشفوي، وخطابات الشكر والتقدير .

2- أن مستوى أداء الأطباء العاملين في المستشفى مرتفع، ويتضح ذلك من خلال اتجاهاتهم الإيجابية نحو مستوى أدائهم.

3- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نوع الجنس، والمؤهل العلمي، ومستوى الأداء الوظيفي. نظر الأطباء السعوديين العاملين في مستشفى قوى الأمن بالرياض، وكذلك التعرف على مدى توافر الحوافز في المؤسسة، وأيضاً ما هو أثر الحوافز على الأداء الوظيفي للأطباء السعوديين العاملين في المؤسسة المستشفى؟

الدراسات الأجنبية:

1- دراسة (Al ma haqba,2013).

بعنوان: نظم المعلومات الإدارية ودورها في إدارة الجودة الشاملة في المنظمة الصناعية المؤهلة (الأردن) الاستبانة، 97 فرداً من مختلف المستويات التعرف على أثر نظم المعلومات الإدارية في إدارة الجودة الشاملة تحديد أبعاد الجودة الشاملة وأثرها على الإدارة.

هناك تأثير لنظام المعلومات على الأداء وعلى الاعتمادية. التركيز على العمل الجماعي

كأساس لإدارة الجودة الشاملة ضرورة الربط بين نظم المعلومات الإدارية وإدارة الجودة الشاملة

1- الدراسة أجريت في منظمة صناعية.

2- الدراسة أظهرت تأثير نظم المعلومات على إدارة الجودة الشاملة.

3- ضرورة الربط بين نظم المعلومات الإدارية وإدارة الجودة الشاملة. أداة القياس الاستبانة. التركيز

على أثر نظم المعلومات على أداء المنظمة تعزيز الجانب النظري للدراسة الحالية وإطارها

المنهجي.

2-دراسة(Gao and Wongsim, 2011).

بعنوان: استكشاف جودة المعلومات في نظم المعلومات المحاسبية المطبقة

يهدف أيضاً هذا البحث إلى استكشاف سبل إدارة جودة المعلومات ونظم المعلومات المحاسبية المتبناة لفحص البيانات العالقة بين قضايا جودة المعلومات وعملية التبني لنظم المعلومات المحاسبية. وقد أدت هذه الدراسة إلى وضع إطار لتوجيه المنظمات في تنفيذ نهج إدارة جودة المعلومات الملائمة أثناء عملية اعتماد النظام. قد تمّ هذا البحث على (44) من المشاركين في 10 شركات صناعية في تايلاند. النتائج التي توصلت إليها الدراسة التجريبية تشير إلى أن أبعاد جودة المعلومات لنظم المحاسبة. المعتمدة تقدم المساعدة في جميع عمليات صنع القرار. ويقدم هذا البحث الأدلة التجريبية على أن جودة المعلومات للنظم المحاسبية المعتمدة تؤثر في عملية صنع القرار ويشير البحث إلى أن هذه المتغيرات ينبغي النظر إليها عند اعتماد نظم المعلومات المحاسبية من أجل تحسين فعالية هذه النظم.

أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

أوجه التشابه:

- تقوم هذه الدراسة بالتركيز على أثر نظم المعلومات الصحية والسعي إلى جودة الخدمات الصحية وهذا نوع ما مع الدراسة السابقة.
- هذه الدراسات تمثل بتطبيق جودة الخدمات الصحية وهذا يتشابه مع الدراسات السابقة.
- الدراسة الميدانية تمتثل في قطاع الخدمات الصحية مع جوانب الدراسات السابقة.

أوجه الاختلاف:

- كل الدراسات من الدراسات السابقة كانت تستهدف إلى تحديد الاختناقات الصحية التي تواجه الخدمات الطبية في المرافق الصحية بينما سعت هذه الدراسة إلى معالجة القصور والتعرف على إبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العناصر الطبية (الأطباء) على مرافق ووحدات الرعاية الصحية الأولية بمنطقة الزاوية.

- الدراسات السابقة تهدف إلى مستوى تطبيق جودة الخدمات وأثرها على المستفيدين (المرضى) بينما سعت هذه الدراسة مدى أثر نظم المعلومات في جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العناصر الطبية (الأطباء) بمرافق الرعاية الصحية الأولية وأيضاً المرضى بالمراكز والوحدات الصحية محل الدراسة.

الفصل الثاني

نظم المعلومات الصحية

1.2 الخدمة الصحية

2.2 الخدمات الصحية

3.2 جودة الخدمات الصحية

4.2 أبعاد جودة الخدمات الصحية

1.2 الخدمة الصحية

مقدمة

1.1.2 مفهوم نظم المعلومات الصحية

2.1.2 مصطلحات الدراسة

3.1.2 أهميه نظم الإدارة المعلومات الصحية

4.1.2 مستويات التكنولوجيا في المنظمة

5.1.2 عناصر الخدمات الصحية

6.1.2 نظام المعلومات الصحية وعناصرها

7.1.2 أنواع نظم المعلومات الصحية

8.1.2 معوقات تطبيق نظم المعلومات الصحية

9.1.2 دور الحاسب في زيادة فاعلية نظم المعلومات الصحية

10.1.2 دور شبكة نظم المعلومات الصحية في تطوير قدرات الأطباء في الخدمات الصحية

11.1.2 محددات تطوير قدرات العاملين الوظيفية في نظم المعلومات الصحية

12.1.2 خطوات تطبيق نظام المعلومات الصحي

13.1.2 مصادر نظم المعلومات الصحية

1.2 الخدمة الصحية

المقدمة

لما كان الإنسان يمثل أعلى قيمه خلقها الله- تعالى على الأرض وسخرها له فقد بات من المؤكد أن صحة هذا الإنسان وسلامة بدنه وعقله ونفسه تعد من أهم ضرورات حياته وضرورات استمرار إعمارها لهذا الكون، لذا فقد أبقى الشفاء، حتى وصل الطب إلى مانحن عليه الآن من تقدم. ومازال الطب يبحث عن المزيد من التطوير مستخدماً كل الوسائل المتاحة وأهمها التكنولوجيا ونظم المعلومات (الكبيسي وآخرون، 2004).

سيتمّ إلقاء الضوء على أهمية المعلومات في المجال الصحي وعلى دور خدمات الصحية وفكرة استخدامه في الطب عن طريق التعرف على نظم المعلومات الصحية المحوسبة ونظمها الفرعية ومجالات تطبيقها، وكذلك سوف يتمّ التطرق إلى فوائد ومقومات والتحديات التي تواجه نظم المعلومات الصحية المحوسبة، وكذلك عرّفه المكتب الإقليمي لشرق المتوسط بمنظمة الصحة العالمية: بأنه "مصطلح شامل يستخدم ليشمل التخصص الآخذ في الظهور بسرعة والمتمثل في استخدام منهجيات وتكنولوجيا الحوسبة والشبكات والاتصالات لدعم المجالات المتصلة بالصحة مثل الطب والتمريض والإدارة. تعتبر المعلومات أحد نظم المعلومات الصحية في أي جهاز إداري، حيث لا يمكن أداء العديد من العمليات الأساسية أو اتخاذ أي قرار بدون الاعتماد على المعلومات، كما تعد المعلومات في الأجهزة الإدارية استثماراً يمكن استغلاله استراتيجياً للحصول على ميزة تنافسية. وعلى ذلك أصبحت الأجهزة الإدارية تنظر إلى نظم المعلومات كمجال يمكن من خلاله خلق الفرص أو إضافة قيمة لديها، ولا شك أنه من الضروري إدراك التأثير الهائل للتطورات المتلاحقة في تكنولوجيا ونظم المعلومات.

1.1.2 مفهوم نظم المعلومات الصحية:

تعرف الخدمة الصحية بأنها "مواد المعرفة حول المرضى كل على حدة، أو لمجموعات المرضى، والبيانات الخاصة بالمريض موجودة في ورق أو على شكل إلكتروني أثناء زيارته المركز الصحي، أو العيادات الخارجية، أو مراكز صحة المجتمع، أو دخول المريض للمستشفى (شوريجي، 2001، 10).

مفهوم نظام المعلومات الصحية: هو "مجموعة من العناصر أو الأجزاء المترابطة التي تعمل بتنسيق وتفاعل، تحكمها علاقات (سلطان، 2000، 17).

ويُحدث سلطان: تعريف نظم المعلومات الصحية: في ظلّ العولمة تطوراً سريعاً وعميقاً على المستوى الاقتصادي السياسي الاجتماعي، التكنولوجي، والصحي، ونتيجة لعمق هذا التطور وسرعته في مجال تكنولوجيا المعلومات دخل العالم عصر مجتمع المعلومات (سلطان، 2000، 17).

تعرف نظم المعلومات الصحية: بأنها عبارة عن مجموعة من البيانات التي قد تمت معالجتها وتحليلها وتلخيصها وتجريبها؛ لتحقيق الأهداف المرجوة منها (إديس، 2004، 8).

عرّفت منظمة الصحة العالمية الخدمة الصحية: بأنها السلامة الجسدية التامة والعقلية والصحة الاجتماعية وليس مجرد غياب المرض أو ضعف الجسم (سويدان وآخرون، 2002).

كما عرفت منظمة الصحة العالمية المعلومات الصحية: بأنها المعلومات التي تهتم المريض، وكذلك العاملين في المجال وتشتمل أيضاً على المعلومات الخاصة بالمحافظة على المعافاة والرقابة من الأمراض (منظمة الصحة العالمية، 2000، 5).

تعريف آخر: هي حصيلة مهمة ونهائية لاستخدام واستثمار المعلومات من قبل صناع القرار والمستخدمين الآخرين الذين يحولون المعلومات إلى معرفة وعمل مستمر (إديس، 2007، 50).

كما تعرف نظم المعلومات الصحية: على أنها الأرقام والحقائق والأفكار الموجودة والمسجلة في شكل من أشكال المواد التي يمكن الاستفادة منها بصورة مقروءة أو مسموعة أو مرئية وغيرها (دياب، 1995، 79).

وحدد أبو النجا: المعلومات الصحية بأنها : مجموعة الأفراد والأجهزة والإجراءات اللازمة لتجميع وتصنيف وتحليل وتقييم وتوزيع المعلومات الدقيقة والمتزامنة والتي يحتاجها صانعو القرارات الصحية (أبو النجا، 2011).

في حين عرفت (المعلومات الصحية "بالمعلومات 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" (العزام، 2004، 11).

ويشير: (بأنها "المعلومات التي تساعد في دعم اتخاذ القرارات في العمليات الطبية وهي خاصة بحالات المرضى وأنواع الأمراض وأسمائها والعلاجات الخاصة بها" (عوض، 2010، 11).

(بيانات الرعاية الصحية تعرف بأنها "مواد المعرفة حول المرضى كل على حدة، أو مجموعات المرضى، والبيانات الخاصة بالمريض موجودة في ورق أو على شكل إلكتروني أثناء زيارته للمركز الصحي، أو العيادات الخارجية، أو مراكز صحة المجتمع، أو دخول المريض للمستشفى" (شوربجي، 2001، 10).

وهي: "أي معلومة خاصة بمريض أو بحالته، وتتنوع تلك البيانات فتتراوح بين أرقام بسيطة تمثل نتائج بعض الفحوصات كقراءة حرارة الجسم أو تاريخ تطور المرض لديه أو انتشاره لدى أسرته وحتى تلك البيانات ككرات الدم الحمراء أو فحوصات معقدة 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 القرارات Health Information: "الصحية المعلومات (الدويك، 2010، 41).

عرفتها (منظمة الصحة الدولية 2006) "WHO، بالمعلومات التي تهتم المريض وكذلك العاملين في مجال الصحة المعلومات الخاصة بالمحافظة على المعافاة والوقاية من الأمراض ومعالجتها واتخاذ القرارات الأخرى المتعلقة وتشمل أيضاً الصحة والرعاية الصحية وهي تشمل كذلك المعلومات اللازمة؛ لاتخاذ القرارات حول المنتجات الصحية والخدمات الصحية وهي قد تكون في شكل نصوص (الدويك، 2010، 41).

كما تعرف المنظمة الصحية نظام المعلومات الصحية: بأنه " هو العمل الذي يقوم على اكتساب وحفظ واسترجاع وتطبيق المعارف والمعلومات الطبية الحيوية بغية تحسن رعاية المريض والتتقيف والبحث والإدارة (الشوري، 2001، 4).

2.1.2 مصطلحات الدراسة :

1-نظم المعلومات: "هو ذلك النظام الذي يتضمن مجموعة متجانسة ومترابطة من الأعمال والعناصر والموارد تقوم بتجميع وتشغيل وإدارة ورقابة البيانات بغرض إنتاج وتوصيل معلومات مفيدة لمستخدمي القرارات" (ادريس، 2007:123).

2- المريض على أنها ما يوفره المستشفى له من معالجة تتسم بالعطف والاحترام.

3-الطبيب Doctor المعارف والعلوم الأكثر تقدماً والمهارات الطبية في خدمة المريض.

يستنتج من التعريفات السابقة:

1- إذا كانت الجودة المدركة: التي تمَّ الحصول عليها فعالة (التوقعات، فإن المستفيدين سيكونون راضين عن الخدمة وسعداء بها. أمّا إذا كان أداء الخدمة أقل من التوقعات، فإن المستفيدين سيكونون غير راضين عن الخدمة (الطائي، وآخرون، 2008).

2- إدارة المستشفى تحقق الكفاءة في تقديم الخدمة الصحة.

3- شبكات نظم المعلومات الصحية: "هي استخدام البيانات الرقمية ونقلها وتخزينها واسترجاعها إلكترونياً الطبية والتعليمية والإدارية سواء على النطاق المحلي أو عن بعد" (شربجي، 2007، 15).

4- قدرات العاملين الوظيفية: "هو درجة تحقيق وإتمام المهام المكونة لوظيفة الفرد وهو يعكس الكيفية التي يتحقق بها أو يشبع الفرد بها ما يحدث لبساً وتداخلاً بين الأداء والجهد، فالجهد يشير إلى الطاقة المبذولة أما الأداء فيقاس على أساس نتائج متطلبات الوظيفة وغالباً في الاستعداد للامتحان ولكنه يحصل على درجات منخفضة وفي مثل هذه الحالة التي حققها الفرد فمثلاً الطالب قد يبذل جهداً كبيراً يكون الجهد المبذول عالي بينما الأداء منخفض" (جبر، 2010، 50).

الخدمات الصحية: من قبل المستشفيات أو المراكز الصحية أو العيادات الطبية منها (المرضى) سواء كانت تشخيصات أو إرشادات أو وصفة علاجية وتدخل جراحياً.

ثانياً: مدخل لأنظمة المعلومات الصحية المكونات الأساسية للنظام:

يتكون كل نظام من مجموعة من العناصر الأساسية التي يعتمد عليها، وقد صنفت هذه

العناصر إلى ستة عناصر وهي كالتالي (سلطان، 2000، 45):

1- المدخلات: تتعلق جميع العناصر التي تدخل إلى النظام تعالج مثلاً. المواد الخام،

والطاقة، والبيانات، والجهود البشرية.

2- المعالجة: وهي عمليات تحويلية يتم من خلالها تحويل المدخلات إلى مخرجات . ومن

أمثاله العمليات التي الصناعية، والحسابات التي تجري على البيانات.

3- المخرجات: وهي عمليات تحويلية يتم من خلالها من مدخلات إلى مخرجات. ومن أمثاله

العمليات التصنيعية والحسابات التي تجري على البيانات.

4- التغذية المرتدة: وهي إتاحة معلومات حول المراحل الثلاثة السابقة بحيث يمكن إجراء

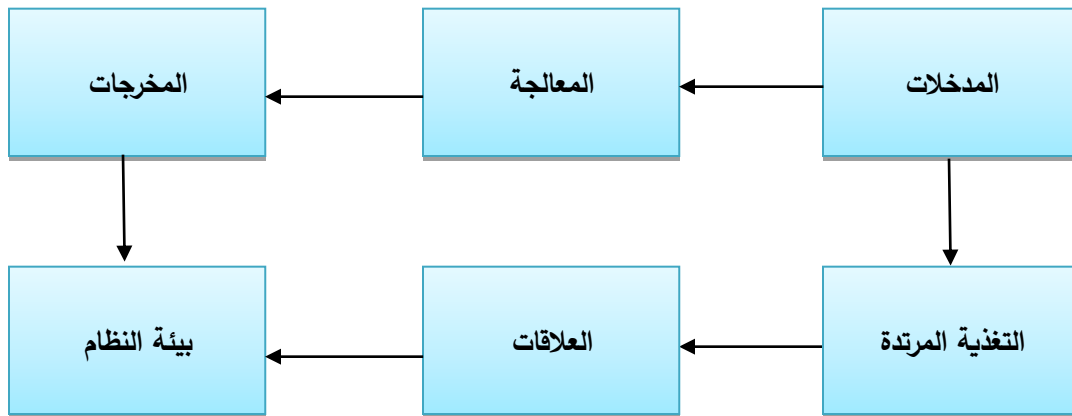
البيانات المرفوعة في تلك المعلومات تعتبر أداة يستخدمها النظام؛ لتحقيق الرقابة على أدائه.

5- العلاقات، العلاقة تمثل الوسيلة التي من خلالها تربط النظم الفرعية ببعضها البعض.

6- بيئة النظام: أي: أن النظام لا يوجد في معزل عن النظم الأخرى، وتلك النظم تشكل

لهيئة النظام البيئة التي تسمح له باستقطاب مدخلات تهيئ مخرجاتها وتزداد، وبقاء النظام على

قدرته على التكيف مع متغيرات البيئة.



الشكل رقم (2) يوضح المكونات الأساسية لنظام أنظمة المعلومات التي يعتمد عليها

لمصدر: تصميم الباحثة

3.1.2 أهمية نظم إدارة المعلومات الصحية:

تهدف وظيفة إدارة المعلومات إلى الحصول على المعلومات، وإدارتها واستخدامها؛ بغية تحسين أداء خدمات الرعاية الصحية وتحسين توجيهها وإدارتها وتقديم الدعم لها وتوفير الرعاية الصحية للسكان هدف معقد يعتمد اعتمادًا كبيرًا على المعلومات. وتسعى المستشفيات إلى الحصول على المعلومات المتعلقة بمعرفة الرعاية، والمتعلقة بكل مريض، وبالرعاية المقدّمة والنتائج المترتبة على هذه الرعاية، وأدائها في مجال تقديم الخدمات وتنسيقها؛ وتحقيق التكامل بينها. والمعلومات، مثلها في ذلك مثل الموارد البشرية، والمادية، والمالية، مورد يجب إدارته بفعالية من قبل مديري الرعاية الصحية وقادتها (شوربجي، 2001، 10).

في حين تعرف المعلومات الصحية "بالمعلومات 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" (العزام، 2004، 11).

وتعرف: (بأنها "المعلومات التي تساعد في دعم اتخاذ القرارات في العمليات الطبية وهي خاصة بحالات المرضى وأنواع الأمراض وأسمائها والعلاجات الخاصة بها" (عوض، 2010، 11).

أهمية التكنولوجيا:

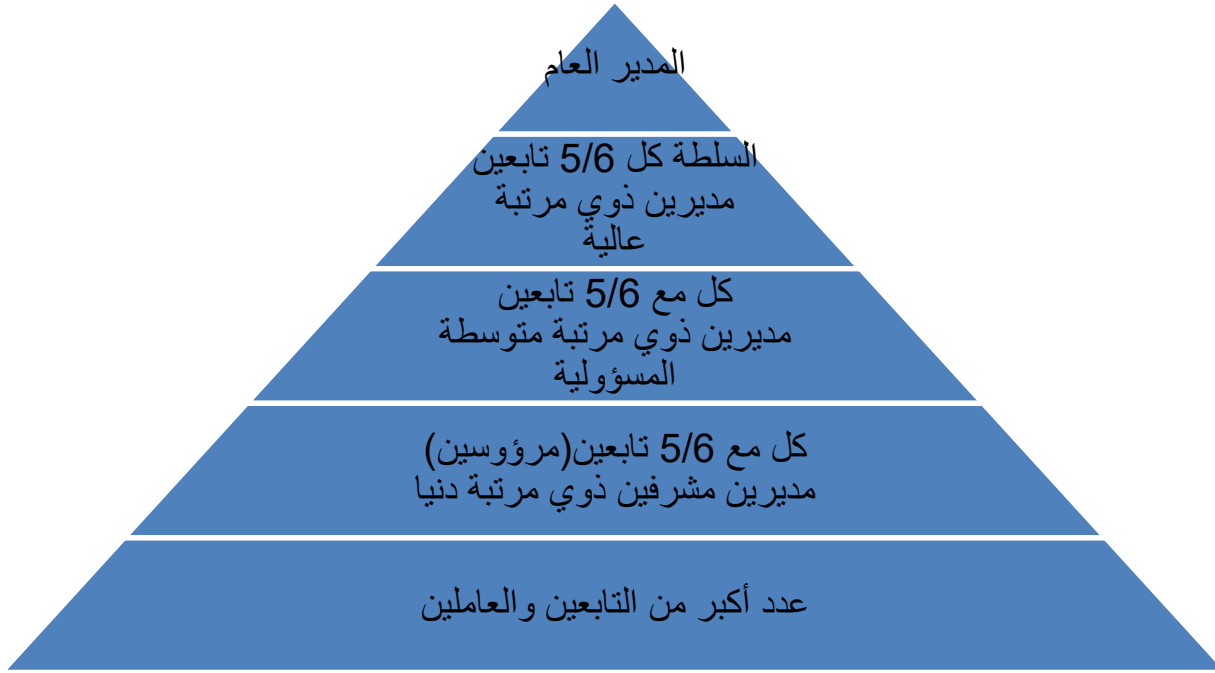
أهميتها هي البحث عن الوسيلة (الدواء) نتيجة للجهود العملية المتمثلة في البحوث والدراسات التي تكون قد عملت على تشخيص المشكلات (الداء) (هلال، 2006، 2007، 11).

كما أن تزايد أهمية التكنولوجيا جعلت المديرين في الإدارة العليا للمنظمة يشعرون بأهمية التكنولوجيا أكثر، حيثُ شكلت تلك القرارات مستقبل منظماتهم لسنوات عديدة، إلا أن هناك العديد من المديرين ليسوا مؤهلين تكنولوجيا سواء بالتدريب أو الخبرة على المستوى الاستراتيجي أو غير استراتيجي، غير أن التكنولوجيا تواجه المديرين بصفة مستمرة؛ ممّا يجعلهم يهتمون باستخدام التكنولوجيا المناسبة لإستراتيجية المنظمة وتدعيم مركزها بالأسواق (الهوش، 2006، 24).

ويمكن تعريف المنظمة: بأنها مشروع وعمل، وأنها بهذا المعنى ينبغي بأن تكون فعّالة، وهي مجموعة متماسكة من الأفكار لها صبغة عملية وترتيب حسن (ريشاردز، 1992، 13).

ومن خلال التعريف السابق الذي ذكر أعلاه، أن لكل منظمة هيكل هرمي أو تسلسل إداري

يوضح في الشكل التالي:



الشكل رقم (3) يوضح الهيكل الهرمي - التسلسل الإداري للمنظمة

المصدر: (ريشاردز، 1992، 31).

4.1.2 مستويات التكنولوجيا في المنظمة:

كتوضيح أكثر وأدق لمفهوم التكنولوجيا يمكن دراسة تكنولوجيا المنظمات أفقياً لمستويات من

التحليل، وهذه المستويات هي:

1- المستوى الأول (مستوى المنظمة ككل):

يتعامل هذا المستوى مع المنظمة ككل كموحدة للتحليل، وهو يقوم بتصنيف المنظمات إلى

مجموعات متشابهة على حسب نمط التكنولوجيا السائدة فيها، وهنا يمكن التمييز بين نوعين من

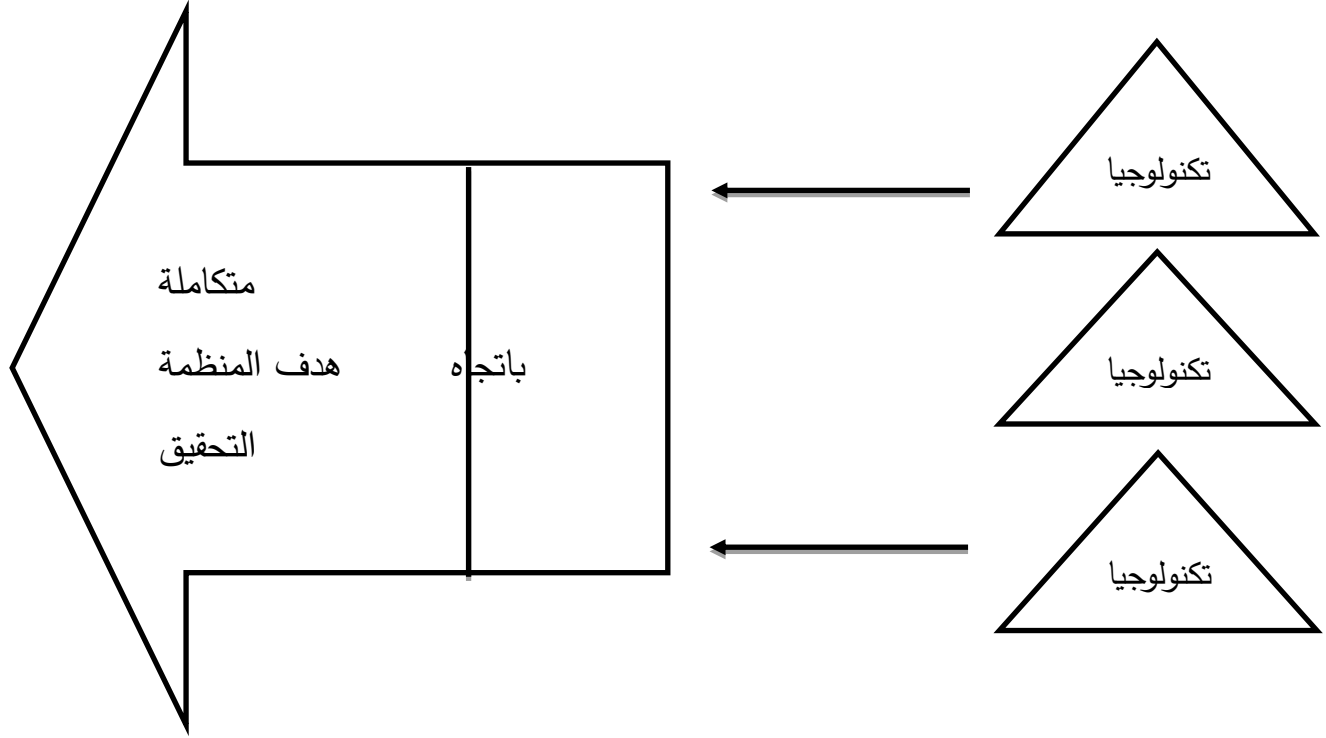
المنظمات هما: المنظمات الصناعية والمنظمات الخدمية.

2- المستوى الثاني (مستوى مجموعات العمل):

وهو مستوى الأقسام أو الوحدات التنظيمية داخل المنظمة، فقد أصبحت المنظمات المعاصرة على درجة عالية من التعقيد، الأمر الذي أدى إلى وجود أنواع مختلفة من التكنولوجيا داخل المنظمة الواحدة، فكل وحدة تنظيمية أساليب وأدوات خاصة بها تمكنها من تحويل المدخلات إلى مخرجات.

3- المستوى الثالث (مستوى الفرد):

وهي التكنولوجيا (الوسائل الفردية التي يستخدمها الأفراد لأداء أعمالهم على وفق المهام المحددة وتخصصاتهم في المنظمة، وهي التكنولوجيا المتعلقة بالأداء الفردي للأعمال).
إنَّ مستويات التكنولوجيا الثلاث لا بدَّ أن تكون مرتبطة ومتداخلة مع بعضها البعض وبمعنى آخر أن التكنولوجيا المستخدمة في المنظمة لا بدَّ أن تكون متكاملة مع بعضها باتجاه تحقيق هدف المنظمة، والشكل التالي يوضح ذلك (الهوش، 2006، 15، 16).



الشكل رقم (4) يوضح مستويات التكنولوجيا في المنظمة

المصدر (عقيلي، عبد المؤمن: 1994، 57).

1.4.1.2 أثر التكنولوجيا في سلوك المنظمة:

تعددت آراء الباحثين والمختصين بشأن التكنولوجيا وآثارها البيئية بين اتجاهين رئيسيين فبعضهما يؤكد الآثار الإيجابية على الإنسان والبيئة بينما يميل الآخر إلى الإشارة لآثارها السلبية، فقد أكد البعض على أثر التكنولوجيا في سلب حق الأفراد في اتخاذ القرار وكان من آثار ذلك: (كارل ماركس) عند مهاجمته سلب حق، ثمَّ جاء بعض علماء الاجتماع مثل: (ماكس فيبر) والعالم (ميلر) ليعدلوا في بعض الجوانب المتعلقة بالاتجاه الماركسي في هذا الشأن، ومعالجة المشكلات المثارة حول انعزال الفرد عاطفياً بسبب آثار التكنولوجيا وضعف العلاقات الاجتماعية بين الأفراد أي: الرد على الآراء التي ركزت على الآثار السلبية للتكنولوجيا على الإنسان والبيئة.

ويمكن إيضاح عينات من آثار التكنولوجيا في سلوك المنظمة والفرد بما يأتي:

- 1- تضع التكنولوجيا قيوداً على توزيع المهام والعمل بين الأفراد والجماعات.
- 2- تسهم التكنولوجيا في إيجاد وتحديد شبكات الاتصال بطريقة يتحقق معها التلاحم المنظم بأقصى كفاءة وفاعلية.
- 3- تحدد تكنولوجيا المستويات والعلاقات التنظيمية طبقاً للاحتياجات الحقيقية في شبكات تدفق العمل.
- 4- تسهم التكنولوجيا في تحسين الظروف المادية للعمل من حيث الضوء والحرارة والصوت وغيرها، مما يتلاءم مع حاجات تحقيق أعلى كفاءة للأداء.
- 5- تسهم التكنولوجيا في رفع كفاءة أداء الأفراد في المنظمة من حيث السرعة وتقليل الهدر وضياعه في الجهود البشرية والمادية والمالية والمعلومات (الهوش، 2006، 86، 87).

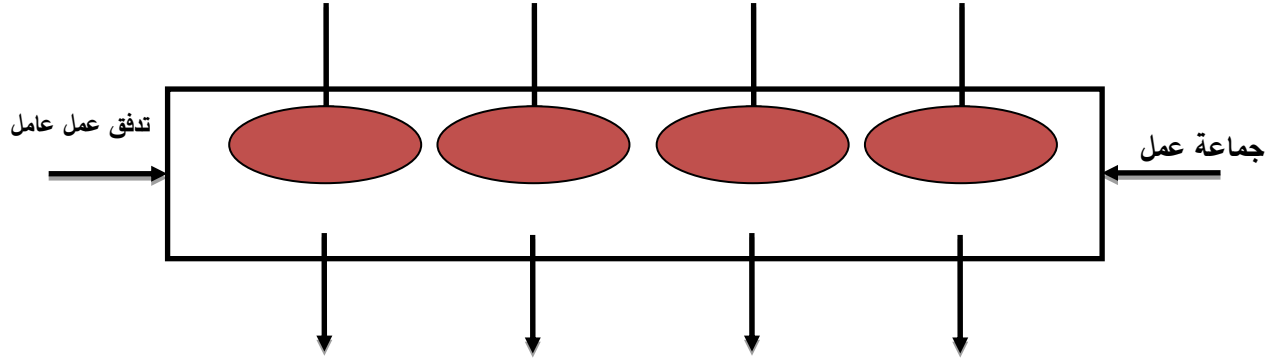
2.4.1.2 التكنولوجيا في المنظمات الخدمية:

تعتبر الدراسة التي قام العالم تومبسون، بشأن التقنية في المنظمات الخدمية الأهم والأكثر قبولاً بين أواسط الكتّاب والباحثين وقد ميز تومبسون بين ثلاثة أنواع من التقنية تستخدمها المنظمات الخدمية وهي كالآتي:

1- التقنية الوسيطة:

وهذه التقنية تقدّم خدمات تربط بين العملاء - جهات لديها موارد وجهات لديها حاجة ومن أمثلة هذه المنظمات: البنوك وشركات الهواتف والتأمين ومكاتب الطيران، والكثير من المنظمات الحكومية مثل: الضمان الاجتماعي، ومكاتب التوظيف، وغيرها.

ويربط بهذه التقنية الاعتمادية التجميعية، حيثُ يعمل الأفراد والجامعات المختلفة مستقلة عن بعضها البعض إلى حد كبير، والتنسيق المطلوب في هذه المنظمات، للتأكيد من قيام جميع العاملين، بتأدية خدمة عالية الجودة باستمرار، ويقدمون نفس الخدمة لكل عميل، ومن أجل ذلك يتم تطوير إجراءات عمل نمطية لاتباعها ومثل هذه التنظيمات يناسبها التنظيم الآلي.



الشكل رقم (5) يوضح جهات لديها موارد التقنية الوسيطة

المصدر (حريم، 2003، 201).

5.1.2 عناصر الخدمات الصحية:

يقسم (المعلومات الصحية إلى ست فئات هي: المعلومات الإدارية: أي المعلومات المتعلقة بالاحتياجات اليومية في المجال الإداري، والمتعلقة كذلك بالتخطيط والبرمجة والميزانية والرصد. المعلومات السرية: أي البيانات والمعلومات الداعمة للوظائف السريرية (الإكلينيكية) كالتشخيص والمعالجة وهي تشمل التصوير الشعاعي (شوربجي، 2001، 12)

المعلومات الترصدية والوبائية: أي: البيانات والمعلومات المتعلقة بأنماط الأمراض واتجاهاتها والمتعلقة كذلك بتدابير الرعاية الصحية. المطبوعات: أي الوثائق والتقارير، والمنشورات الرسمية، والمطبوعات المعروفة باسم المطبوعات (غير الرسمية)، المنشورة أو المطبوعة أو الصادرة في شكل إلكتروني على أقراص مضغوطة للقراءة فقط أو على شبكة الإنترنت. المعارف: أي: المعلومات الجاهزة للاستخدام من أجل دعم إحدى مهام التقنية، كالتشخيص مشكلة طبية ما، أو إجراء فحص مخبري، وما يتصل بذلك من معالجة مقترحة.

بتحديد الأهداف العامة التي دعت لوجود عناصر الخدمات الصحية المحوسبة وهي:

- 1- الكشف والتصدي بسرعة للمشاكل الصحية وانتشار الأوبئة.
- 2- القيام بإجراءات الرعاية الصحية بشكل مستمر.
- 3- تقييم فعالية الأداء الوظيفي والصحي والخدمات المقدمة.

4- التأكد من إيصال الموارد والخدمات الصحية للمناطق والفئات السكانية الأكثر حاجة. في حين (قام Studniki وآخرون، 2007، 345) (بتحديد الأهداف الخاصة باستخدام نظم المعلومات الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية على النحو التالي:

1. تسهيل عملية التحليل لمجموعة كبيرة من البيانات والمعلومات اللازمة لاتخاذ القرار.
2. زيادة سرعة الأداء واتخاذ القرار دون الرجوع لكميات كبيرة من الورق والملفات.
3. إنتاج عدد كبير من المخرجات؛ ممّا يسهل عملية التغذية الراجعة والحد من تكرار العمل والمعلومات، حيث يتم إدخال البيانات من أي وحدة طرفية مرة واحدة ويستفيد منها باقي أفراد المركز الصحي.
4. دعم جودة البيانات من خلال وضع قيود على إدخال البيانات لإجبار مستخدمي النظام على إدخالها بالشكل والأسلوب المطلوب.
5. مراقبة سير العمل في المنظمة الصحية، والتخطيط والتطوير للبرامج الصحية.
6. التكاملية من خلال ربط الأنظمة الصحية الفرعية معاً.
7. نشر المعلومات الصحية والتعليم الصحي من خلال برامج التدريب والتطوير. تطبيقات شبكة نظم المعلومات الصحية في المستشفيات نظم المعلومات الصحية المحوسبة المستخدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية إلى عدة تطبيقات رئيسية تدرج تحتها عدد من التطبيقات الفرعية والتي سيتناولها الباحثة.

6.1.2 نظام المعلومات الصحية وعناصرها:

يشتمل نظام المعلومات الصحية على خمسة من العناصر الأساسية التي تشكل الموارد الضرورية، والتي هي:

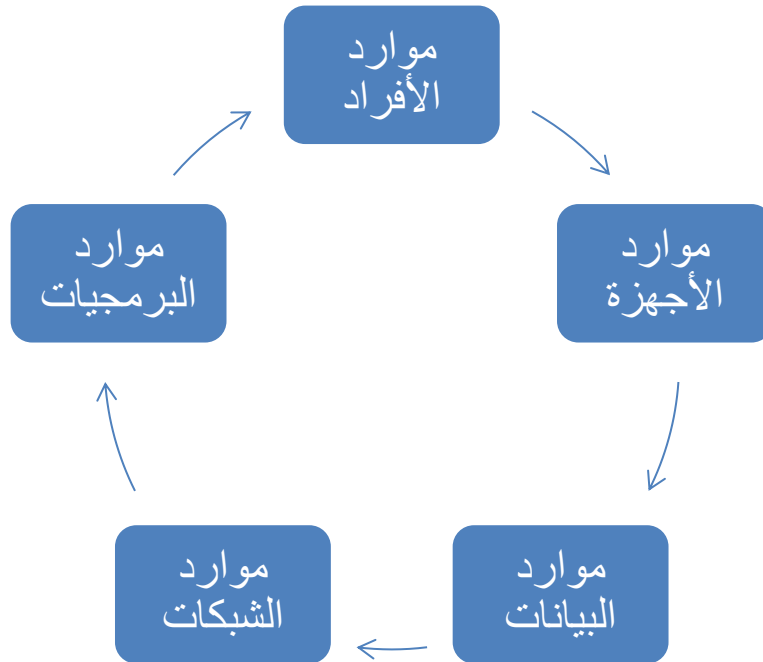
1- **موارد الأجهزة:** والتي تشتمل على كلّ ومختلف أنواع المكونات والوسائل المادية المستخدمة في العمليات التي تمرّ بها البيانات والمعلومات ومنها الحواسيب والوسائط والأقراص الممغنطة أو الضوئية.

2- **موارد الأفراد:** فالأفراد هم متطلب ضروري للعمليات والإجراءات في كلّ نظم المعلومات ومن هؤلاء الأفراد ما يطلق عليهم بالمستخدمين النهائيين.

3- **موارد البرمجيات:** والتي تشتمل على كلّ ومختلف أنواع التعليمات المطلوبة في معالجة البيانات.

4- **موارد البيانات:** فالبيانات هي أكثر من أن تكون الموارد الأولية لنظم المعلومات وتعتبر البيانات موارد ذات قيمة عالية في المنظمة.

5- **موارد الشبكات:** التي تشتمل على تكنولوجيا الاتصالات والاتصالات بعيدة المدى ومختلف أنواع الشبكات مثل الإنترنت، والشبكات الداخلية مثل الإنترنت، والشبكات الخارجية مثل الإنترنت.



الشكل رقم (6) يوضح مكونات نظام المعلومات

تصميم: الباحثة

1- نظم المعلومات مدخل لتحقيق تنمية إدارية جيدة:

نظم المعلومات هي نظم آلية تتكون من مجموعة من المكونات التي تستخدم للقيام باستقبال موارد البيانات، وتحويلها إلى منتجات معلوماتية، وتتعامل نظم المعلومات مع جميع الأنشطة المتصلة بالمعلومات، واتخاذ القرارات؛ لتشغيل الجهاز الإداري بغرض رفع كفاءته وفاعليته عن طريق توفير المعلومات وتدعيم قرارات المسؤولين (العبد، 2000، 26).

وتلعب المعلومات دوراً هاماً في تحقيق التكامل بين المتغيرات الخارجية وبين احتياجات وإمكانيات وقدرات الأجهزة الإدارية. وهناك عديد من الاتجاهات في الأجهزة الإدارية تبرز الحاجة إلى ضرورة وجود نظام للمعلومات من أهمها الاتجاه إلى زيادة التخصص وتقسيم العمل، وظهور أساليب جديدة في اتخاذ القرارات، والاتجاه نحو اللامركزية في الإدارة، والتوظيف المؤقت للاستفادة من مهارات معينة ولأداء مهام محددة، وبروز ظاهرة العولمة والتحول نحو اقتصاد الخدمات (حيدر، 2002، 36).

1- أهمية المعلومات للأجهزة الإدارية:

تعتبر الأجهزة الإدارية الحاسوب هي المنتج الأساسي للمعلومات الموجهة نحو الاستخدامات العامة، وفي الدول النامية تكون تلك الأجهزة غالباً هي المنتج الوحيد للمعلومات العمرانية والاجتماعية والاقتصادية. ويمكن القول بأن المسؤولين في الأجهزة الإدارية ينظرون إلى المعلومات على أنها واحد من ثلاثة: مورد، أو أصل، أو أنها سلعة (برهان ، 1994 ، 36).

أ -المعلومات كمورد:

تمثل المعلومات أحد الموارد المستخدمة في تحقيق أهداف مشروع ما، تماماً مثل النقود والمواد الخام والآلات وغيرها من الموارد التي يعمل المسؤولون على حسن استغلالها والتنسيق بينها؛ بما يحقق صالح المشروع. على سبيل المثال، فإن تزويد المسؤولين بمعلومات جيدة عن طلب المستهلكين على منتجات المشروع سوف يمكنهم من جدولة الإنتاج بالشكل الذي يحقق أفضل ربح ممكن، ويقلل من مستويات المخزون السلعي إلى أدنى حد.

ب- المعلومات كأصل:

يمكن النظر إلى المعلومات بوصفها أصل من الأصول التي تمتلكها الإدارة، مثلها في ذلك مثل المباني والآلات والخامات التي تسهم في العملية الإنتاجية. ويؤكد هذا على أهمية أن يعامل المسؤولون نظم المعلومات كاستثمار من الاستثمارات، الأمر الذي يعطي الجهاز الإداري ميزة نسبية في مواجهة المنافسين في الأسواق.

ج- المعلومات كسلعة خدمية صحية:

يمكن اعتبار المعلومات عنصر من العناصر التي تنتجها الإدارة، سواء لغرض الاستخدام الداخلي مثل الرقابة وتقييم الأداء أو دعم القرار، أو لغرض تقديم الخدمات للمريض أو للأطباء المتعاملين معه (Gordoh,1999,7).

2- أهمية نظم المعلومات للأجهزة الإدارية:

تستخدم نظم المعلومات جميع أنواع التكنولوجيا؛ لتشغيل ومعالجة وتخزين ونقل المعلومات في شكل إلكتروني وهو ما يعرف بتكنولوجيا المعلومات التي تشمل الحاسبات الآلية ووسائل الاتصال وشبكات الربط وأجهزة الفاكس وغيرها من المعدات. ويقوم نظام المعلومات بتشغيل البيانات وتقديمها للمستخدمين. وربما يكون فرداً أو مجموعة من الأفراد الذين يقومون بتشغيل مخرجات نظام المعلومات بأنفسهم نتيجة توفر الحاسبات الآلية. وربما تكون مخرجات العديد من النظم مستخدمة بشكل روتيني؛ لأغراض الرقابة على أداء الجهاز الإداري نفسه أو لتبسيط تشغيل أوامر المستخدمين (حيدر، 2002، 46).

3- أنواع نظم المعلومات المستخدمة في الأجهزة الإدارية:

يمكن تقسيم نظم المعلومات التي تستخدم داخل الأجهزة الإدارية الحكومية للمعاونة في عمليات المستويات الإدارية المختلفة إلى أربعة أنواع رئيسية كما يلي (قنديلجي، 2002، 46):

أ- نظم معالجة العمليات:

هي نظم للمعالجة الآلية للعمليات الروتينية الأساسية لدعم أنشطة التشغيل المختلفة داخل الجهاز الإداري، وأهم وظائف هذه النظم هي معالجة البيانات وإنتاج التقارير، ومن أمثلة نظم معالجة العمليات:

نظام شؤون الموظفين، نظام الشؤون المالية، نظام المستودعات ومتابعة المخزون.

ب- نظم المعلومات الإدارية:

تتألف من مجموعة من العمليات المنتظمة التي تدعم المستويات الإدارية المختلفة بالمعلومات اللازمة لمساعدتها في تنفيذ الأعمال واتخاذ القرارات داخل الجهاز الإداري، ومن أمثلة هذه النظم: نظام معلومات التسويق، نظام معلومات التمويل، نظام معلومات الإدارة العليا (السيد، 2000، 46).

ج - نظم دعم اتخاذ القرارات:

تقوم بدعم أنشطة اتخاذ القرارات داخل الجهاز الإداري، حيثُ تعتبر عملية اتخاذ القرار أساس العملية الإدارية. ويواجه الإداريون في الأجهزة الحكومية العديد من المشكلات المتعلقة بالتخطيط ووضع الخطط، وتحليل البدائل، واختيار أفضل الحلول للاستغلال الأمثل للموارد المتاحة وغيرها (حيدر، 2002، 46):

وينتج عن هذا التنوع من المشكلات تنوع في طبيعة وشكل المعلومات التي يحتاجها الإداريون، الأمر الذي يستدعي إنشاء نظم معلومات قادرة على تلبية الاحتياجات المعلوماتية المختلفة على كافة المستويات الإدارية، وفي مختلف المجالات الوظيفية خاصة أن اتخاذ قرار سليم أصبح أحد التحديات التي تواجه مديري اليوم نظراً للتقلبات الهائلة في المجالات الإدارية في ظلّ الاتجاه نحو عولمة الأجهزة الإدارية وتعقد المتغيرات التي تواجهها (الشيخ وعزت، وعبد الله، 1994، 46).

4 - نظم المعلومات المكتبية:

تهدف إلى تحسين كفاءة أعمال السكرتارية والعاملين في الجهاز الإداري عن طريق إمكانية إجراء تعديل أو تغيير في هياكل أنشطة المكاتب، وتستخدم هذه النظم تقنيات حديثة؛ لتسهيل عمليات: تجهيز المعلومات، تخزين، واسترجاع المعلومات، نقل المعلومات.

أ- مظاهر تطبيق نظم المعلومات في الأجهزة الإدارية الحكومية:

تمضي نظم المعلومات والاتصالات قدماً وبشكل متسارع وتأتي مع كلّ يوم جديد، ويمكننا القول بأنه أصبح للكمبيوتر والاتصالات دوراً رئيسياً في المجتمع بشكل عام وفي تطور أداء الأجهزة الإدارية الطبية بشكل خاص، ومن المسلمّ به أنه من الصعب بمكان رسم صورة لنهاية المطاف لهذه التكنولوجيا. ولكن هذه التكنولوجيا لا تزال حتى الآن تتركز بشكل رئيسي في بلدان العالم المتقدم، وبالتالي فإن دراسة منجزات هذه التكنولوجيا وتطبيقاتها خاصة في مجال الإدارة الطبية للأنشطة الحضرية بالمنطقة، وكذلك دراسة المشروعات والتصورات المستقبلية في هذه الدول يساهم إلى حدّ بعيد بوضع النقاط الرئيسية لملامح مجتمع المستقبل (Mitchell, 2000, 56).

ب- ظهور ما يعرف بالحكومات الإلكترونية:

مع تطور مفاهيم نظم المعلومات، وازدهار تكنولوجيا الحاسبات والاتصالات في النصف الثاني من القرن العشرين، ظهرت أنواع متعددة من نظم المعلومات المبنية على الحاسبات كلّ منها يسعى إلى تلبية احتياجات معينة في المجالات الإدارية المختلفة، وكلّ منها يعمل على الإسهام بشكل أو بآخر في تحسين فاعلية الأداء التنظيمي والإداري. وقد كان لذلك الأثر المباشر على الأجهزة الإدارية الحكومية، من حيث رفع كفاءتها وتحسين وتطوير طريقة أدائها: (السيد، 2000، 56).

وعلى ذلك ظهر ما يعرف بالحواسيب الإلكترونية التي تأخذ بالأساليب الحديثة من تكنولوجيا ونظم المعلومات بهدف تبسيط الإجراءات الإدارية في الحصول على الوثائق والقرارات والخدمات الحضرية المختلفة للمواطنين وبالتالي تسيير أعمالهم اليومية المتعلقة بالأجهزة والمؤسسات الحكومية المتعددة من خلال وسائل المعلومات والاتصالات، كما تهدف إلى مساعدة أصحاب القرار في الأجهزة الحكومية على اتخاذ القرار في الوقت المناسب: (الفريح، 2003، 56).

ج - تفاوت كبير في تطبيق نظم المعلومات:

المتأمل إلى المدن في مختلف أنحاء دول العالم المتقدم يجد تفاوتاً كبيراً من مكان لآخر في مدى استجابة الحكومات للمرحلة التي مرّت حتى الآن من عمر ثورة نظم المعلومات والاتصالات، ففي أماكن مثل أوروبا الغربية وأمريكا وماليزيا واليابان نجد تصوراً واضحاً للمرحلة القادمة واستعداداً حثيثاً لها، وذلك بمباشرة الحكومات بتطوير البنية التحتية الضرورية لخدمة المرحلة المقبلة وخاصة ما يعرف بطريق المعلومات فائق السرعة.

وقد بدأت بالفعل التجارب في مدن تلك المناطق على مدى تأثير المفاهيم الناشئة والتصورات المستقبلية لها على طريقة أداء الوظائف الحضرية بها. وعلى سبيل المثال اعتبرت إدارة كلينتون منذ انتخابه 1992م أن الثورة الرقمية من ناحية إنشاء البنية التحتية اللازمة لها خاصّة موضوع طريق المعلومات فائق السرعة قضية ذات أولوية رئيسية. وفي ماليزيا بدأ تنفيذ طريق المعلومات فائق السرعة منذ عام 1997م. وينتظر المشروع الماليزي الرائد خطوات عدة من التطور المستقبلي، تشمل تطوير سبع مناطق رئيسية.

لتنفيذ مشروعات الحكومة الإلكترونية والبطاقات الذكية متعددة الأغراض والمدارس الذكية والخدمات الصحية عن بعد (تقرير مجلة إلكترونية، 2001، 56):

وعلى الجانب الآخر في دول العالم الثالث، نلاحظ مدى التخلف عن ركب التقدم والنقص التكنولوجي الواضح في كافة المجالات، فعلى سبيل المثال جاءت النسبة في قارة إفريقيا في مجال عدد خطوط الهواتف بمعدل خط هاتف واحد لكل 100 فرد عام 1995م، بينما كانت النسبة 50 خط هاتف لكل 100 فرد في أوروبا. ولا يختلف الوضع كثيراً في بعض دول آسيا عن أفريقيا، ففي إندونيسيا بلغت النسبة خطي هاتف لكل 100 فرد (الشيخ، 2001، 56).

د - فروق واضحة في توفير الخدمة المعلوماتية:

يلاحظ أن هناك تفاوت في توفير الخدمات المعلوماتية على مستوى المنطقة الواحدة، حيث يوجد ضمن المنطقة الواحدة مناطق تنعم بكل الخدمات الحضرية ومناطق أخرى محرومة منها، وهذه الفروق موجودة على حدّ سواء في الدول النامية والمتقدمة. وطالما أن هناك فروقاً واضحة بين المدن وعلى مستوى المنطقة الواحدة في مدى توفر التكنولوجيا الحديثة (معلومات واتصالات) فهناك أيضاً فروقاً في مدى تأثير هذه التكنولوجيا على تطور وتنمية المنطقة بشكل عام. بالإضافة إلى أن طبيعة الفترة القصيرة التي تمتّ بها التغيرات التكنولوجية لم تسمح بظهور تغيرات واسعة النطاق بل بدأت التغيرات بالظهور هنا وهناك. فعلى سبيل المثال استطاعت شركات مثل IBM إغلاق مباني مكتبية كاملة واستعاضت عنها بمكاتب منتشرة في أنحاء المنطقة ويعود أحد أسباب ذلك إلى تبني هذه المؤسسة تجريبية العمل عن بعد وقد ظهرت في بعض الدول كاليابان وكوريا مناطق خاصة ذات طابع تكنولوجي مثل منطقة تسوكوبا العلمية قرب طوكيو والتي تضم حوالي 50% من مؤسسات البحث العلمي في اليابان، وهي تعتبر من أكبر المجمعات العلمية في العالم. وفي بريطانيا تمّ إغلاق حوالي ثلث فروع البنوك المحلية منذ عام 1985م وحتى الآن بعد تبني مفهوم آلات صرف النقود الإلكترونية (الشيخ، 2001، 10-12).

ويتعرض الجزء التالي من البحث إلى دراسة التأثيرات المتوقعة لنظم المعلومات على الأجهزة الإدارية الحكومية في المدن العربية، ثمّ رصد الوضع الحالي لتلك الأجهزة من خلال إبراز أهم

المشكلات التي تواجهها تلك الأجهزة، ثمَّ بيان لأهم المعوقات التي تحول دون استخدام نظم المعلومات بالشكل الأمثل.

3- التأثيرات المتوقعة لنظم المعلومات على الأجهزة الإدارية الحكومية في المدن العربية:

يتضح مدى إمكانية تأثير نظم المعلومات على الأجهزة الإدارية في المدن العربية في ثلاثة نقاط هي: إحداث تحولات تنظيمية، وتغيير في الوظائف الحضرية، وتغيير في الإجراءات الإدارية.

أ- إحداث تحولات تنظيمية:

أحد جوانب تأثير تكنولوجيا نظم المعلومات على الأجهزة الإدارية هو استخدامها لهياكل تنظيمية جديدة، يتم فيها تخفيض عدد المستويات الإدارية، وتوسيع نطاق الإشراف والرقابة، حيث يعتمد أسلوب الإشراف على العاملين على الثقة، ويقلّ التعامل المباشر والرقابة بين الرؤساء والمرؤوسين وبين الزملاء بعكس ما هو موجود في معظم الأجهزة الإدارية الحكومية في المدن العربية. ويتم الاعتماد على البريد الإلكتروني والبرمجيات في تحقيق التنسيق بين الأفراد الذين يؤدون مهام مشتركة، ويقوم المسؤولون بتفويض المزيد من مسؤوليات اتخاذ القرارات للمستويات الأدنى، ممّا يجعل الأجهزة الإدارية أكثر استجابة لعملائها ومنافسيها. وتوفر تلك التكنولوجيا إمكانية أن يعمل بعض أعضاء الجهاز الإداري عن بعد وبدون الحاجة للحضور الدائم إلى مكان العمل (حيدر، 2002، 76).

ب - تغيير في الإجراءات الإدارية:

تشير استقراءات العقود الماضية إلى أنه كانت ردود فعل الأجهزة الإدارية الصحية المعنية بتقديم الخدمات الحضرية في الكثير من الدول النامية والدول العربية بطيئة جداً تجاه المشاكل التي كانت تتعرض لها مدنهم. وكذلك تميزت هذه الإدارات بغياب الديناميكية في تطبيق وتقييم ومتابعة سياسات تمس بصورة مباشرة استخدامات الأراضي وتوزيع الخدمات. فعلى سبيل المثال استغرق إلغاء العمل بسياسة التملك الواسع للأراضي المخصصة؛ لتطوير المنطقة ونقل ملكية هذه الأراضي إلى القطاع الحكومي 40 عاماً في منطقة نيودلهي و21 سنة في منطقة دمشق بعد وضع هذه السياسة موضع التطبيق في كلا المدينتين رغم التأثيرات السلبية التي ظهرت من جراء تطبيق هذه السياسة منذ السنوات الأولى لتبنيها ولكن مع سرعة التغييرات التكنولوجية الجارية في نظم المعلومات والاتصالات

فسوف تتحسن كثيراً الصورة الحالية ويحدث لها العديد من التغييرات النظامية ويكون الاتجاه دوماً إلى تبسيط الإجراءات وسرعة الإنجاز لملاحقة ركب التطور والتحديث (الشيخ، 2001، 76).

4- المشكلات التي تواجهها الأجهزة الإدارية الحكومية في المدن العربية:

تعيش حالياً الأجهزة الإدارية الحكومية في معظم المدن العربية في ظلّ عدد من التطورات بعيدة المدى في ظلّ النظام العالمي الجديد الذي فُرض على تلك الأجهزة الإدارية أن تستعد؛ لتحمل أدوات ومسئوليات محورية غير تقليدية (درويش، 1982، 76).

فعلى امتداد سنوات القرن العشرين حدثت تغيرات وتطور في الأفكار والمفاهيم بشأن دور ومكانة الدولة وإسهاماتها المتوقعة في الرخاء والرفاهية للبشرية، وقد صاحب هذا التطور . في دور الدولة جهود مستمرة؛ لتطوير ورفع كفاءة وقدرات الأجهزة الإدارية والمؤسسات الحكومية.

أ- الاعتقاد بعدم الحاجة الملحة إلى تطبيق نظم المعلومات الصحية:

إنّ الانطباع الذي يرسخ في الأذهان للوهلة الأولى أن البيئة الصحيحة لتطبيق نظم المعلومات هي بيئة القطاع الخاص؛ وذلك لأنه يسعى للربحية في أسواق المنافسة، ويعمل في ظلّ بيئة تتسم بالتغيرات السريعة والفجائية والتي يصعب التنبؤ بها، كما أنه لا يخضع للقيود السياسية والاجتماعية التي تخضع لها الأجهزة الحكومية، ممّا يجعله أكثر حرية في تغيير اتجاهات حركته ومجالات عمله في أي وقت يشاء، أمّا في الأجهزة الحكومية فالأمر يختلف، حيث تعمل تلك الأجهزة في ظلّ بيئة طرفها الأساسي هو الحكومة التي هي أكثر الكيانات استقراراً وسلطة في المجتمع، حيث يسعى المستهلك (طالب الخدمة) إليها خاصة في الدول النامية، وتعتبر تلك الخدمة أساسية ومعروفة، والربح مستبعد كهدف أساسي وعلى ذلك يسود اعتقاد في الكثير من الدول العربية بعدم الحاجة أو الضرورة؛ لتطبيق الأسس والمبادئ التي تدعو إليها نظم المعلومات (أبو بكر، 2001، 86).

ب - عدم اكتمال البنية التحتية للاتصالات والمعلومات:

على الرغم من الجهود الحثيثة للأجهزة الإدارية الحكومية في كثير من المدن العربية لمواكبة التطور التكنولوجي فإنّ الصورة بشكل عام غير مرضية ويلخص المستشار الإقليمي للاتصالات وشبكات الكمبيوتر في اللجنة الاقتصادية الاجتماعية لغرب آسيا وضع المنطقة العربية بقوله: "هناك

عطش وجوع لكيفية دخول مجتمع المعلومات من باب واسع وليس من باب ضيق؛ لأنه حتى الآن تعتبر أبوابنا ضيقة ونسبة انتشار الإنترنت واستخداماته في الدول العربية هي أقل من معظم دول العالم وهذا يعود لأسباب كبيرة أهمها أن البنية التحتية للاتصالات والمعلومات ليست بالمستوى الذي يجب أن تكون عليه" (تقرير مجلة إلكترونية، 2001، 96).

ولابدّ هنا من الإشارة إلى بعض الاستثناءات لبعض دول الخليج العربي التي خطت قدماً إلى الأمام في هذا -المجال، فعلى سبيل المثال في الإمارات العربية المتحدة يتم إجراء التجارب على التدريس عن بعد من أجل توسيع حقل التعليم الرسمي وغير الرسمي لسكان في المناطق النائية.

ج- معوقات بشرية:

يعدّ العنصر البشري هو أهم العناصر في أي نظام، إذ بدون هذا العنصر لا يمكن لأي نظام أن يحقق أهدافه المرجوة، فالمعدات والآلات والأجهزة وكلّ وسائل التقنية الحديثة ما هي إلا عناصر خاملة بدون العنصر البشري (الجعفري، 1983، 106).

وعلى الرغم من أن الدول العربية تتمتع برصيد بشري يبلغ حوالي (273) مليون نسمة أكثر من نصفهم في سن العمل (15-60 سنة) إلا أنّهم لا يسهمون بشكل فاعل في تطوير واستخدام نظم المعلومات والحاسبات الإلكترونية في الأجهزة الإدارية (shio, 1983, 106).

وذلك نظراً للخصائص التالية التي تشترك فيها معظم الدول العربية في هذا المجال وهي:

1- الفجوة الكبيرة الفاصلة بين الفنيين العاملين في مجال نظم المعلومات وبين المستفيدين من هذه التكنولوجيا؛ ممّا يجعل الاتصال والتفاهم بين هاتين الفئتين ضعيفاً. ونتيجة لذلك يتمّ تصميم أنظمة لا تلبّي حاجة المستفيدين في معظم الحالات، وهذا يعني هدر المزيد من الوقت والموارد. ولذلك يجب التركيز على تأمين الاتصال المناسب لإيجاد التنسيق المستمر والتعاون خلال جميع مراحل بناء الأنظمة منذ الدراسة الأولية وحتى الانتهاء من عملية التنفيذ والاختيار لضمان الوصول إلى أنظمة فعّالة تلبّي الاحتياجات الفعلية (برهان، 1985، 106).

2- تواجه استخدام نظم المعلومات في الأجهزة الإدارية الحكومية في بعض الدول العربية خاصة ذات العمالة الكثيفة العدد مشكلات ذات طابع اجتماعي؛ نظراً لما تسببه الميكنة من تقليص فرص

العمل وإلغاء الكثير من الوظائف، ممّا يؤدي إلى مقاومة العاملين لأي تكنولوجيا جديدة، ويخلق العديد من القضايا الاجتماعية.

3-إمكانيات استخدام هذه التكنولوجيا في تهديد الحريات الشخصية للأفراد وغيرها من العوامل الاجتماعية سيكون له كبير الأثر في مقاومة استخدام هذه التكنولوجيا. وتشير بعض الدراسات إلى أن الشبكات الخاصة بالشركات والمؤسسات تتعرض للانتهاك بمعدل يتراوح من 12 إلى 15 مرة كل عام، وكلما زاد التقدم التكنولوجي كلما أصبح من الصعب حماية شبكات المعلومات وكلما زادت تكلفة تلك الحماية، الأمر الذي يتطلب التخطيط لمواجهةته والإعداد الثقافي والاجتماعي لتقبل هذه التكنولوجيا (حيدر، 2002، 116).

4-اللجوء إلى استخدام الكوادر الأجنبية والاعتماد عليها في بعض الدول العربية وبشكل خاص تلك التي ذات إمكانيات مالية وفيرة، وغالباً ما تكون هذه الكوادر أقلّ اهتماماً. نتيجة لعدم الانتماء بالتعرف على المتطلبات والاحتياجات الحقيقية للجهات التي تستخدم نظم المعلومات، بالإضافة إلى المشكلات الناجمة عن صعوبة الاتصال والتفاهم بين الكوادر الأجنبية والوطنية.

د - معوقات تقنية وفنية:

تتمثل المعوقات التقنية والفنية في ضعف انتشار تقنية نظم المعلومات والاتصالات في الكثير من الدول العربية، فبعض هذه التقنيات دخلت إلى الدول العربية في وقت متأخر نسبياً مقارنة بالدول المتقدمة، كما أن المحتوى العربي على الانترنت قليل نسبياً والتعامل مع أسماء مواقع الانترنت يكون باللّغة الإنجليزية، الأمر الذي ساهم في إيجاد حاجز لدى الذين لا يجيدون غير اللّغة العربية. وللتغلب على ذلك لابد من إيجاد المزيد من المواقع العربيّة ودعم إيجاد مواصفات قياسية لوضع أسماء مواقع الانترنت باللّغة العربية. ومن أسباب ضعف انتشار تقنية نظم المعلومات والاتصالات أيضاً قلة الوعي العام بما توفره هذه التقنيات من خدمات، وهناك حاجة بلا شك في توعية الشعوب العربيّة بذلك وعند مقارنة إحصائيات الدولالعربية بإحصائيات الدول المتقدمة في مجال انتشار الهواتف الثابتة، أو في مجال انتشار الحاسبات الشخصية، أو في مجال انتشار الانترنت، نجد أن معظم الدول العربية لم تتجاوز المعدلات العالمية ولا تزال تحتاج إلى اتخاذ خطوات سريعة وجادة لزيادة هذه النسب، وذلك من

أجل اللحاق بركب الدول المتقدمة، في حين أن بعض دول الخليج العربي قد تجاوزت المعدلات العالمية وتسير بخطى جادة في هذا المجال (الاتحاد الدولي للاتصالات، 116).

إنَّ عدم توفر البنية التحتية المناسبة التي تضمن تقديم تلك الخدمات المعلوماتية بالشكل الجيد والتي تغطي جميع أنحاء الدول وبتكلفة مناسبة هو أيضاً من الأسباب التي تعيق انتشار هذه التقنيات في بعض الدول العربية. تكلفة خدمة الاتصال الهاتفي بالانترنت في بعض الدول العربية وبعض الدول المتقدمة، ونلاحظ أن تكلفة هذه الخدمات تعتبر عالية نسبياً في معظم الدول العربية، وخاصة عندما نأخذ بعين الاعتبار أن متوسط دخل الفرد في الكثير من الدول العربية يقلّ عن مثيله في الدول المتقدمة.

ويمكن إجمال أهم المعوقات التقنية والفنية التي تواجه عملية الاستخدام الأمثل لتكنولوجيا الحاسبات في الأجهزة الإدارية الحكومية بالدول العربية فيما يأتي:

1- صعوبة اختيار الأجهزة المناسبة نظراً للتعدد الكبير في الأنواع والنظم المختلفة، وعدم وجود أسس واضحة للمفاضلة بينها، بالإضافة إلى سرعة تطور هذه الآلات. ويزيد الأمر تعقيداً شدة المنافسة في سوق الحاسبات، ممّا يجعل الاختيار صعباً. وقد تفرض أحيانا بعض الأنواع والأنظمة نفسها في السوق على عكس ما يرغب المستخدم في الحصول عليه.

2- مشكلات تتعلق بتشغيل الأجهزة، كالأعطال وسرعة الإصلاح وإجراء عمليات الصيانة الوقائية ومسئولية الشركات الموردة والتزامها في تنفيذ التعهدات المختلفة. وكذلك المشكلات الناتجة عن عدم انتظام التيار الكهربائي وغيرها من المشكلات المرتبطة بظروف العمل كالرطوبة والحرارة وغيرها.

3- السرعة الكبيرة لتقادم أجهزة الحاسبات الإلكترونية؛ ممّا يؤدي في معظم الحالات إلى تغييرات كبيرة في الأنظمة القائمة، حيثُ يتطلب ذلك موارد مالية وفترة زمنية كبيرة، الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة إجراء تقييم صحيح أو دراسة حقيقية للجدوى أو غير ذلك من القرارات الهامة.

4- عدم اتباع الطرق العلمية لتحديد الاحتياجات اللازمة لمختلف وحدات وتجهيزات الحاسبات الإلكترونية، وهذا لا يمكن أن يتم إلا عن طريق القيام بدراسة للجدوى من الناحيتين الفنية والاقتصادية، مما يؤدي في النهاية إلى عدم التطابق بين الإمكانيات المتوفرة والاحتياجات الفعلية.

خصائص الخدمات العامة تتميز الخدمات العامة بخصائص رئيسية تجعلها متميزة عن

الخدمات الأخرى والتي يمكن تحديدها بالآتي: (Kotler, Philip, 2003).

1- الملموسية: Intangibility وتعني من غير الممكن اختبارها، مشاهدتها، لمسها، سماعها. قبل أن

تتم عملية شراؤها، وخصوصاً لذلك الشخص إلي يمتلك تجربة سابقة في الخدمة المقصودة.

2- التلازمية Inseparability ترتبط الخدمة عموماً بعملية الاستهلاك المباشر لها، أي أن المنتج

يمكن أن يمر بمراحل التصنيف والخزن والتي يتم استهلاكه في مرحلة أخيرة. بينما الخدمة تمت

حالة استهلاك مرتبطة م وقت إنتاجها Time Same the At أنها تنتج وتباع للاستهلاك أو

الانتفاع منها في الوقت ذاته.

3- التباين يكون من الصعب في بعض الأحيان المحافظة على مستوى واحد من المعيارية في

المخرجات (Standard Output) بيانات الخدمة المقدمة للمستهلك، ولكنه يعود إلى المحددات

المؤثرة في مدخلات إنتاج الخدمة ممثلة بالمواد، التوقيت، السرعة، الأدوات المستخدمة.

Perishability

4 - وهي أن الخدمة التي يمكن تخزينها والاحتفاظ بها لحقبة من الزمن، وأنها لا تتجاوز زمنيا الطلب

المتحقق عليها وخصوصاً إذا كان الطلب متقلبا.

5- عدم التملك Lack Of Ownership يعني بذلك أن الخدمة يمكن الانتفاع منها والتي يمكن

التمتع بامتلاكها عند الحصول عليها. المنتج الخدمة في المستشفى (Product in Service)

Hospital تُعرف الخدمة في المستشفى على أنها العلاج المقدم للمريض سواء كان تشخيصياً أو

إرشادياً أو تداخلاً طبياً ينتج عنه رضا أو قبول وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول أن يكون

بحالة صحية أفضل. وهذا التعريف يمكن أن يشير في مضمونه إلى ثلاثة أبعاد للخدمة المقدمة

في المستشفى وهي (البكر، 2005، 48):

1- الصفة المميزة للخدمة: وترتبط أساساً بجوهر الخدمة الصحية المقدمة والتي تتكون من

عدة إجراءات مختلفة تشخيصية وعلاجية.

2- الملف المرجوة من الخدمة: وتتمثل بالعناصر المختلفة التي يحصل عليها المريض أو

غيره من المراجعين للمستشفى لمقابلة احتياجاتهم الصحية، والتي يطلق عليها في بعض الحالات

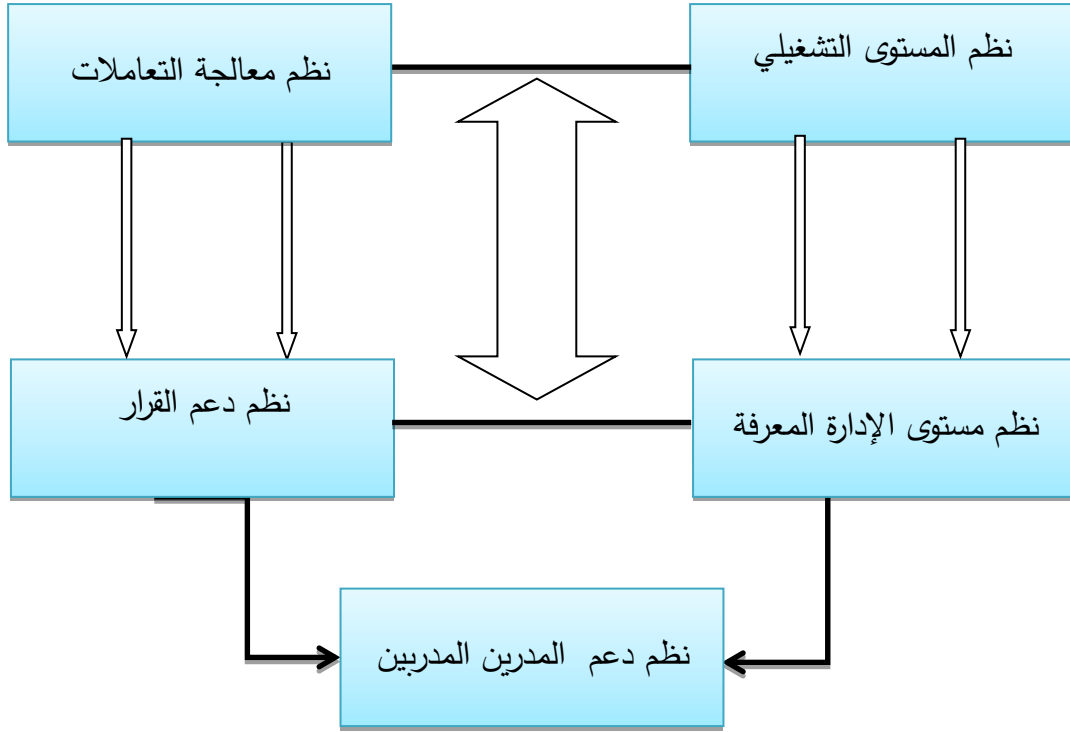
بحزمة الرضا Satisfaction of Bundle المتحقق للزبون والمتضمنة الإدراك الحقيقي لكفاءة العمل المؤدى بشكله الملموس وغير الملموس وما يؤدي إلى شعوره بالاطمئنان لذلك العمل المؤدى.

3- الخدمات الساندة: وتتمثل بكافة العناصر المضافة التي يقدمها المستشفى إلى جوهر الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، وتتضمن نظام حجز المواعيد، والاستقبال للمرضى، خدمات الاتصال التليفونية، التنسيق مع المستشفيات الأخرى والمنظمات الاجتماعية الإنسانية وغيرها K من تعريف المنتج الخدمة (في المستشفى نستنتج أن المنتج) الخدمة (في المستشفى هي علاج تشخيصي أو إرشاد أو تداخل طبي ينتج عنه رضا المريض).

7.1.2 أنواع نظم المعلومات الصحية:

صنف نظم المعلومات إلى خمس فئات رئيسية حسب خدماتها للمستويات التنظيمية في المنظمة وهي نظم المستوى التشغيلي، نظم المستوى الإداري المعرفي، ونظم المستوى الاستراتيجي هي (البكري، 2000، 48):

- 1- نظم المستوى التشغيلي: تساعد هذه النظم الإدارية الدنيا على تسيير ومراقبة العمل اليومي في المنظمة. وغالباً ما تدعم هذه النظم القرارات الهيكلية.
- 2- نظم مستوى الإدارة المعرفية: وتعمل هذه النظم على نشاطات التخطيط طويل الأجل للإدارة العليا في المنظمة.
- 3- نظم معالجة التعاملات: أنظمة معلومات تصالح وتسجل البيانات الناتجة عن مبادلات الأعمال اليومية الضرورية للمنظمة.
- 4- نظم دعم القرار: هذه النظم تساعد المدراء في اتخاذ القرارات الفريدة، كما تقوم بتحديد المشاكل في حال أن إجراءات إيجاد الحلول ليست معرفة بشكل كامل (عليان، 2008، 48).
- 5- نظم دعم المدربين التنفيذيين: هذه النظم تخدم المستوى الاستراتيجي في المنظمة وهي مهمة لمساعدة الإدارة العليا في اتخاذ القرارات غير المهيكلة من خلال تصاميم مقدّمة: (عليان، 2008، 48).



الشكل رقم (7) يوضح أنواع نظم المعلومات الصحية

المصدر: تصميم الباحثة

3- أنواع نظم المعلومات المستخدمة في الأجهزة الإدارية:

يمكن تقسيم نظم المعلومات التي تستخدم داخل الأجهزة الإدارية الحكومية للمعاونة في عمليات المستويات الإدارية المختلفة إلى أربعة أنواع رئيسية هي:

1- نظم معالجة العمليات:

هي نظم للمعالجة الآلية للعمليات الروتينية الأساسية لدعم أنشطة التشغيل المختلفة داخل الجهاز الإداري، وأهم وظائف هذه النظم هي معالجة البيانات وإنتاج التقارير، ومن أمثلة نظم معالجة العمليات: نظام شؤون الموظفين، نظام الشؤون المالية، نظام المستودعات ومتابعة المخزون.

2 - نظم المعلومات الإدارية:

تتألف من مجموعة من العمليات المنتظمة التي تدعم المستويات الإدارية المختلفة بالمعلومات اللازمة لمساعدتها في تنفيذ الأعمال واتخاذ القرارات داخل الجهاز الإداري، ومن أمثلة هذه النظم: نظام معلومات التسويق، نظام معلومات التمويل، نظام معلومات الإدارة العليا.

3 - نظم دعم اتخاذ القرارات:

تقوم بدعم أنشطة اتخاذ القرارات داخل الجهاز الإداري، حيث تُعد عملية اتخاذ القرار أساس العملية الإدارية. ويواجه الإداريون في الأجهزة الحكومية العديد من المشكلات المتعلقة بالتخطيط ووضع الخطط، وتحليل البدائل، واختيار أفضل الحلول للاستغلال الأمثل للموارد المتاحة وغيرها). وينتج عن هذا التنوع من المشكلات تنوع في طبيعة وشكل المعلومات التي يحتاجها الإداريون، الأمر الذي يستدعي إنشاء نظم معلومات قادرة على تلبية الاحتياجات المعلوماتية المختلفة على كافة المستويات الإدارية، وفي مختلف المجالات الوظيفية خاصة أن اتخاذ قرار سليم أصبح إحدى التحديات التي تواجه مديري اليوم؛ نظراً للتقلبات الهائلة في المجالات الإدارية في ظلّ الاتجاه نحو عولمة الأجهزة الإدارية وتعقد المتغيرات التي تواجهها.

4 - تفاوت كبير في تطبيق نظم المعلومات:

المتأمل إلى المدن في مختلف أنحاء دول العالم المتقدم يجد تفاوتاً كبيراً من مكان لآخر في مدى استجابة الحكومات للمرحلة التي مرت حتى الآن من عمر ثورة نظم المعلومات والاتصالات. ففي أماكن مثل أوروبا الغربية وأمريكا وماليزيا واليابان نجد تصوراً واضحاً للمرحلة القادمة واستعداداً حثيثاً لها، وذلك بمباشرة الحكومات بتطوير البنية التحتية الضرورية لخدمة المرحلة المقبلة.

5- فروق واضحة في توفير الخدمة المعلوماتية:

يلاحظ أن هناك تفاوت في توفير الخدمات المعلوماتية على مستوى المنطقة الواحدة، حيث يوجد ضمن المنطقة الواحدة مناطق تنعم بكل الخدمات الحضرية ومناطق أخرى محرومة منها. وهذه الفروق موجودة على حدّ سواء في الدول النامية والمتقدمة. وطالما أن هناك فروقاً واضحة بين المدن وعلى مستوى المنطقة الواحدة في مدى توفر التكنولوجيا الحديثة (معلومات واتصالات) فهناك أيضاً فروقاً في مدى تأثير هذه التكنولوجيا على تطور وتنمية المنطقة بشكل عام. بالإضافة إلى أن طبيعة الفترة القصيرة التي تمت بها التغيرات التكنولوجية لم تسمح بظهور تغيرات واسعة النطاق بل بدأت التغيرات بالظهور هنا وهناك. فعلى سبيل المثال استطاعت شركات مثل IBM إغلاق مباني مكتبية كاملة واستعاضت عنها بمكاتب منتشرة في أنحاء المنطقة ويعود أحد أسباب ذلك إلى تبني هذه المؤسسة تجربة العمل عن بعد. وقد ظهرت في بعض الدول كاليابان وكوريا مناطق خاصة ذات طابع

تكنولوجي مثل منطقة تسوكوبا العلمية قرب طوكيو والتي تضم حوالي 50% من مؤسسات البحث العلمي في اليابان، وهي تعتبر من أكبر المجمعات العلمية في العالم. وفي بريطانيا تم إغلاق حوالي ثلث فروع البنوك المحلية منذ عام 1985م وحتى الآن بعد تبني مفهوم آلات صرف النقود الإلكترونية. ويتعرض الجزء التالي من البحث إلى دراسة التأثيرات المتوقعة لنظم المعلومات على الأجهزة الإدارية الحكومية في المدن العربية، ثم رصد الوضع الحالي لتلك الأجهزة من خلال إبراز أهم المشكلات التي تواجهها تلك الأجهزة، ثم بيان لأهم المعوقات التي تحول دون استخدام نظم المعلومات بالشكل الأمثل.

3- التأثيرات المتوقعة لنظم المعلومات على الأجهزة الإدارية الحكومية في المدن العربية:

يتضح مدى إمكانية تأثير نظم المعلومات على الأجهزة الإدارية في المدن العربية في ثلاثة نقاط هي: إحداث تحولات تنظيمية، وتغيير في الوظائف الحضرية، وتغيير في الإجراءات الإدارية.

1- إحداث تحولات تنظيمية:

أحد جوانب تأثير تكنولوجيا نظم المعلومات على الأجهزة الإدارية هو استخدامها لهياكل تنظيمية جديدة، يتم فيها تخفيض عدد المستويات الإدارية، وتوسيع نطاق الإشراف والرقابة، حيث يعتمد أسلوب الإشراف على العاملين على الثقة، ويقلّ التعامل المباشر والرقابة بين الرؤساء والمرؤوسين وبين الزملاء بعكس ما هو موجود في معظم الأجهزة الإدارية الحكومية في المدن العربية (حيدر، 2002، 52)

8.1.2 معوقات تطبيق نظم المعلومات الصحية:

تواجه عملية اتخاذ القرارات الإدارية العديد من المعوقات التي تحول دون فعاليتها وخاصة في الدول النامية، ويمكن تلخيص هذه المعوقات فيما يأتي (حمودة، 2002، 70):

- 1- نقص المعلومات وعدم دقتها وحداتها، وغياب الأجهزة والأساليب الحديثة لحفظها وتنسيقها.
- 2- طغيان الاعتبارات الاجتماعية والتأثيرات الشخصية التي تصنعها الجماعات الصناعية والهيئات والمنظمات المهنية.

- 3- عدم مرونة القوانين واللوائح والتعليمات المعمول بها في المؤسسات الصحية.
- 4- ضعف الرقابة: وعدم متابعة تنفيذ القرارات الإدارية بسبب تنفيذ هذه القرارات بطريقة خاطئة.

9.1.2 دور الحاسب في زيادة فاعلية نظم المعلومات الصحية:

يمكن لنظم المعلومات الصحية أن تلعب دوراً مهماً في عملية صنع القرارات الصحية. فهناك العديد من القرارات التي تعتمد على معلومات دقيقة ومحدثة أولاً بأول (حيدر، 2013، 92).
تنوع المنظمات الصحية؛ وذلك لتسهيل عملية التحليل لمجموعة كبيرة من البيانات والحصول على معلومات كافية ومتنوعة لمتخذي القرارات في وقت قصير، ودون الرجوع لكميات هائلة من الورق والملفات مما يساعدهم في تعديل مسار العمل في تلك المنظمات أنياً وضبط العمل؛ للوصول للهدف المطلوب منها.

إنتاج عدد كبير ومتنوع من المخرجات وبأشكال مختلفة؛ مما يسهل عملية التغذية على جميع المستويات.

يضم نظام المعلومات الصحي المحوسب العديد من الأنظمة الفرعية التي تخدم الرعاية الصحية بشكل مباشر وغير مباشر أيضاً، ربما كان من أبرزها وأشهرها السجلات الصحية المحوسبة، ونظم الأرشفة الإلكترونية الطبية من أشعة ومناظير تشخيصية، وتنظم تخزين واستعادة المعلومات الصحية من أبحاث ومنشورات ومراجع على الشبكات الإلكترونية، وتنظم في الفقرات التالية. الطب والرعاية الصحية عن بعد، ونظم أخرى متعددة والتعرف على أهم نظم المعلومات الصحية المتطورة.

1- ستكون نظم المعلومات الصحية حجر الأساس الذي يتم بموجبه رسم خريطة صحيحة دقيقة للبلاد كلها.

2- باستخدام نظم المعلومات الصحية:

يمكن لمتخذ القرار أن يتعرف لحظياً على حال المخزون من الأدوية والمستلزمات الطبية في جميع المستشفيات.

3- يتيح فرصة مراقبة مستوى الأداء في جميع المنشآت الصحية

4- يسهل عملية استخلاص إحصاءات دقيقة حول نتائج العمليات الجراحية وعددها ونسبه الوفيات ونوعية المرضى في التخصصات المختلفة.

10.1.2 دور شبكة نظم المعلومات الصحية في تطوير قدرات الأطباء في الخدمات الصحية:

في رفع كفاءة وفعالية تطوير قدرات العاملين الوظيفية وهو عملية هامة يمكن لنظم شبكة المعلومات الصحية أن تلعب دوراً في صنع القرار، فنظم شبكة المعلومات الصحية بدورها سوف تكون مختلفة وقادرة على التخلص من عدم فعالية وكفاءة القرارات الطبية والإدارية المختلفة، فترى منظمة الصحة العالمية بأن عدم فعالية وكفاءة القرارات المتخذة في المؤسسات الصحية هو نتيجة مباشرة لنقص المعلومات وضمور القنوات والأدوات المسؤولة عن تجميعها ونقلها وفهرستها ومعالجتها بصورة تجعلها توظف في المراحل المختلفة لصناعة القرار الطبي الصحيح، سواء كان هذا القرار متعلقاً برسم إستراتيجية صحية كبرى كمكافحة الأمراض الوبائية مثل مرض أنفلونزا الخنازير أو مصاب بمرض ما أو (أن نظم المعلومات الصحية المحوسبة تلعب دوراً حيث أن تكنولوجيا المعلومات وشبكات الاتصال من شأنها أن تؤدي إلى ما يأتي (الدويك، 2010، 91):

- 1- الاستغناء عن الكثير من العمليات الإدارية ذات الطابع التكراري والروتيني.
- 2- الابتعاد عن الازدواجية والتوازي في الأعمال.
- 3- تحسين عمليات التوثيق.
- 4- تحسين عمليات تدفق المعلومات ورفع كفاءتها.
- 5- تسريع عمليات ردّ فعل الإدارة.
- 6- تكامل الهيكل التنظيمي والإداري.
- 7- رفع المستوى العام للإدارة والإنتاج.
- 8- تحسين عمليات الاتصال ورفع مستواها العام، يمكن الإضافة بأن دور الإدارة العليا يتوقع أن يتغير ليصبح كالاتي:

- 1- تداخل أقل في عمليات اتخاذ القرار الروتينية.
- 2- استخدام أكثر وأكبر وبشكل أفضل لأساليب المحاكاة.
- 3- رؤية أوضح للمشاكل ووضع بدائل لها.
- 4- مواكبة التطور بسرعة عالية وتنفيذه لمواكبة التطورات في الأداء والإنجاز.

11.1.2 محددات تطوير قدرات العاملين الوظيفية في نظم المعلومات الصحية:

يتحدد مستوى تطوير قدرات العاملين الوظيفية للفرد بثلاث عوامل حسب العلاقة الآتية:

$$\text{الأداء الوظيفي} = \text{القدرة} \times \text{الدافعية} \times \text{الإدراك (حسن، 2000، 217)}$$

القدرات: هي "الاستعدادات والقدرات الذهنية والبدنية لأداء مهام متعددة، وتتدرج هذه القدرات

تحت فئتين كبيرتين هما (سلطان، 2004، 107):

القدرات الذهنية: هي قدرات ترتبط بالقدرة على أداء مختلف المهام الذهنية، وتتفاوت الحاجة

إلى هذه القدرات باختلاف الوظائف خاصة بالنسبة لمستويات الإدارة العليا، التي تتطلب اتخاذ قرارات تستند على تحليل المعلومات والتفكير بعناية.

القدرات البدنية: تشير إلى القدرة على أداء المهام البدنية المختلفة، ومن أهم تلك القدرات في

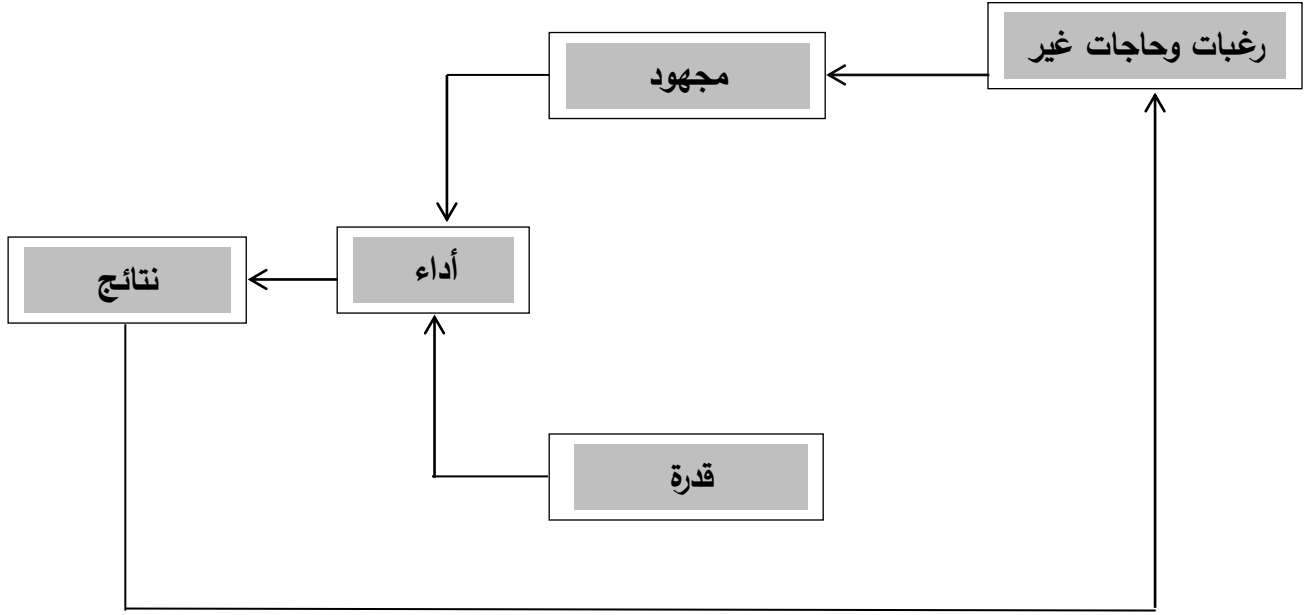
مجال الأداء في العمل ما يرتبط بالقوة أي: القدرة على بذل قوة عضلية في المهام المختلفة، وما ترتبط بالمرونة وهي القدرة على التكيف مع المهام البدنية، في كثير من الوظائف؛ لذا تؤخذ في اعتبار الأفراد والمنظمات وتلعب هذه القدرات دوراً رئيسياً.

الدافعية: تعني الرغبة لدى الفرد في بذل أقصى جهود ممكنة لتحقيق الأهداف التنظيمية من

أجل زيادة قدرته على تلبية احتياجاته، فهي بالتالي محركات داخلية للسلوك، والقول بأن الدافعية أو الرغبة في الأداء تتفاعل مع القدرات، معناه ببساطة أن قوة الدافعية تحدد مدى استخدام الفرد لقدراته في أداء العمل مع افتراض أن هذا العمل يتطلب القدرات التي يتمتع بها الفرد، فبقدر ما تزيد الدافعية يزيد المستغل من تلك القدرات في الأداء، وبقدر ما تقل الدافعية يقل المستغل من تلك القدرات (القيوتي، 2003، 35):

الإدراك: تعرف عملية الإدراك بأنها "العملية التي يقوم من خلالها الفرد بتنظيم وتفسير

انطباعاته الحسية، لكي يضيف معنى للبيئة التي يوجد فيها، فالأفراد المختلفون قد ينظرون إلى نفس الشيء وبالرغم من هذا يدركونه بطريقة مختلفة، والحقيقة لا يوجد أحداً منا يرى الواقع كما هو، ولكن ما نفعله هو تفسير لما نراه، والذي نطبق عليه الواقع" (حسن، 2000، 55).



الشكل رقم (8) يوضح العلاقة بين الحاجات والمجهود والقدرة والأداء

المصدر: حسن، 2000، 55.

12.1.2 خطوات تطبيق نظام المعلومات الصحي:

- بالرغم من أن نظام المعلومات الصحي من المكونات الرئيسية لنظام الصحة، فإن هذا المجال لم يعطِ الأهمية الكافية للقائمين على النظام الصحي (الشريجي، 2001، 71):
- 1-الافتقاد إلى الرؤية المستقبلية البعيدة المدى: معظم قادة الرعاية الصحية من المهتمين الصحيين يعرفون عن الرعاية الصحية.
 - 2- عدم القدرة على تحمل التكاليف قد تتركب الأوضاع الاقتصادية والقيود المالية المفروضة على قطاع الرعاية الصحية.
 - 3- قلة الخبرة في مجال نظم المعلومات الصحية نظراً؛ لأن بلدان إقليم الشرق الأوسط تفتقر إلى الخبرة في هذا المجال مع نقص الوعي بقيمه.
 - 4- غياب الإطار القانوني، والتشريعي. والأخلاقي والدستوري: إذ لم تقم معظم بلدان الإقليم بإدخال القوانين واللوائح؛ لتنظيم تكنولوجيا المعلومات بصفة عامة.

13.1.2 مصادر نظم المعلومات الصحية:

مصدر المعلومات هي ما يحصل عليه الفرد من معلومات تحقق احتياجاته وهو راضي.
أ- الاهتمامات: هي تختلف على حسب تصنيف مصادر المعلومات باختلاف المعايير المعتمدة، في تصنيفه على الأساس الآتي (إدريس، 2007، 44):
المصادر الرسمية للمعلومات: التي تصدر عن جهات رسمية على شكل مطبوع وتشريعات وقوانين وأنظمة ومطبوعات صادرة عن جهات اختصاصية مثل: الخطط والتقارير والدراسات والمخططات والأبحاث.

ب- المصادر غير الرسمية: المعلومات الناتجة عن اللقاءات والمؤتمرات، وما ينتج عنها من محاضرات ومناقشات ومفردات. وكذلك المقابلات والتجمعات وما يصدر عنها من تصريحات وأحاديث. ويصنف القاسم مصادر المعلومات إلى ثلاث مجموعات متميزة وهي (القاسم، 1990، 40):

1- مصادر أولية مثل: الدوريات والبحوث، والرسائل الأكاديمية.

2- مصادر ثانوية.

3- مصادر من الدرجة الثالثة مثل: أدلة الإنتاج الكراء.

وكذلك يصنف علماء مصادر المعلومات في المنظمة إلى ثلاث مصادر وهي

(القاسم، 1990، 44):

1- مصادر المعلومات الداخلية: وهي المعلومات التي تتجمع لدى الفرد أو المنظمة. ذاتها نتيجة

للتصرفات والأفعال والتفاعلات الداخلية في المنظمة.

2- مصادر المعلومات في المنظمة الخارجية: وتشمل قواعد المعرفة بمعناها الواسع وجميع الأنظمة

والقوانين التي تعمل المنظمة في إطارها.

3- مصادر المعلومات في المنظمة: وتشمل جميع وثائق العمل والتعليمات والقرارات والبرامج وجميع

التقارير وغيرها. ومن الضروري أن تكون مصادر المعلومات موضع ثقة لمصادر محددة ودقيقة

حيثُ تكون المعلومات ذات قيمة.

وظائف نظام المعلومات الصحية:

تتبلور الوظائف الأساسية لنظام المعلومات الصحية في الآتي (الظفيري، 2012، 15):.

- 1- تجميع البيانات الصحية المتعلقة بنشاطات المنظمة والموارد المستخدمة فيها والظروف والمتغيرات ذات التأثير المباشر، وغير المباشر في أهدافها.
- 2- تسيب وتصنيف البيانات المتجمعة طبقاً للاحتياجات المحددة أو المتوقعة.
- 3- تحليل البيانات لاستخلاص العلاقات بينها واستنتاج مؤشرات تدلّ على اتجاهات الأنشطة.
- 4- تحديث البيانات وفقاً للتطورات التي تحدث في ظروف وأوضاع المنظمة الداخلية أو ظروف البيئة المحيطة.
- 5- توزيع المعلومات والمؤشرات الناتجة على مراكز القرارات وأقسام المنظمة المختلفة كلّ حسب احتياجه.

مكونات نظام المعلومات الصحية.

حتى يتمكن نظام المعلومات الصحية من توفير المعلومات الكافية، وبشكل مستمر فإنه يعتمد على عدة عناصر وأنظمة، وهذه العناصر تعتبر مكوناته، وتتمثل في ما يأتي (الضمور، 2005، 295، 297):

أولاً: نظام السجلات والتقارير الداخلية.

نظام البحوث الصحية.

النظم الصحية المعلوماتية.

1- نظام السجلات والتقارير الداخلية.

ويطلق على هذا النظام بقاعدة البيانات والذي يمكن تعريفه بأنه النظام الخاص بالمعلومات المتعلقة. وكذلك تقارير المبيعات المتعلقة.

وتتصف المعلومات التي يمكن الحصول عليها من السجلات والتقارير الداخلية للمنظمة

(منير، 2015، 59).

2.2 جودة الخدمات الصحية

المقدمة

1.2.2 مفهوم الخدمات الصحية وتصنيفها

2.2.2 خصائص نظم المعلومات الصحية الجيدة

3.2.2 أهمية الخدمات الصحية

4.2.2 العوامل التي ساعدت على تطبيق نظم المعلومات الصحية

5.2.2 دور نظم المعلومات الصحية في دعم القرار الصحي

6.2.2 أنواع نظم المعلومات الصحية

7.2.2 أهداف شبكة نظم المعلومات الصحية

8.2.2 مستويات نظم المعلومات الصحية

9.2.2 مراحل اتخاذ القرارات في نظم المعلومات الصحية

2.2 جودة الخدمات الصحية

مقدمة

تولي المجتمعات الحديثة جودة الخدمات الصحية بها اهتماماً كبيراً؛ وذلك لارتباطها بصحة وحيارة الإنسان. وقد تبلور هذا الاهتمام بإنشاء وإقامة مؤسسات الخدمة الصحية في مواقع تجمعات السكان بأشكالها المختلفة؛ لتوفير الخدمات الصحية لهم عند حاجتهم لها. كما سعى المهتمون والباحثون في هذا المجال بتحديد أبعاد جودة الخدمة الصحية والتي تعدّ بمثابة مؤشرات لقياس مستوى جودة الخدمة الصحية. كل ذلك الاهتمام يسعى للارتقاء بمستوى الخدمات الصحية في جميع المؤسسات الصحية باختلاف أنواعها. تُعدّ جودة الخدمة من المجالات الأكثر أهمية في قطاع الخدمات الصحية، إن البحث في مستوى جودة الخدمات عامّة، والخدمات الصحية خاصة، يقوم على أسلوب البحث العلمي الذي يجرى عن طريق استخدام مقياس جودة الخدمة.

تعدّ الخدمات الصحية واحدة من أبرز وأهم الخدمات التي أصبح الفرد في المجتمع يبحث عنها، ويريدها بدرجة معينة من التميز والإتقان. باعتباره بحاجة ماسة لها، وهذا راجع بالدرجة الأولى لعدة أسباب: ومرتبطة أساساً بكثرة وتنوع وغموض الأمراض العضوية والنفسية التي يتعرض لها ويعاني منها في الوقت المعاصر. وبالمقابل حتمت هذه الحاجة الملحة لهذا النوع من الخدمات اهتماماً متزايداً من قبل المؤسسات والهيئات الصحية سواء على المستوى المحلي أو الدولي، وذلك بالعمل على الرؤية، ويمكن إدراج التعريف التالي والذي جاء بخصوص جودة الخدمة الصحية والتي تعبر عن " مسؤولية المؤسسة الصحية كمنتج للخدمة اتجاه المرضى. وفي المقام الأول، التعريف بجودة الخدمة الصحية مع محاولة التعرض لبعض الخصائص المميزة لها، بالإضافة إلى الأهمية التي تكتسبها عملية تقديم هذا النوع من الخدمات على درجة معتبرة من الإتقان والتميز، وكذا الإشارة لبعض العوامل المؤثرة في جودة مثل: هذه الخدمات في المقام الثاني، محاولة العمل والتركيز على تلك الأبعاد وكذا المؤشرات التي من شأنها تمكين القائمين على شؤون المؤسسات الصحية من ضبط مستوى جودة الخدمات التي يقدمونها بما يتوافق واحتياجات ورغبات من يطلبها.

1.2.2 مفهوم الخدمات الصحية:

تعريف (ستانتون: Stanton, 1997) يقول: "أن الخدمة هي: النشاطات غير المحسوسة والتي تحقق منفعة للزبون أو المستفيد، والتي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة أخرى". أي: أنه إنتاج خدمة معينة أو تقديمها إلى الذي يطلب استخدام سلعة مادية (مادي، 2002، 196) أمّا (GRONOOS) فعرفها كما يلي: "هي أي: نشاط أو سلسلة من الأنشطة ذات طبيعة غير ملموسة في العادة ولكن ليس ضرورياً أن يحدث عن طريق التفاعل، بين المستهلك وموظفي الخدمة أو الموارد المادية أو السلع أو الأنظمة والتي يتم تقديمها للعميل" (الضمور، 2005، 11). كما تعرف الخدمة الصحية: أو الرعاية الطبية على أنها: "هي الخدمة أو الخدمات العلاجية أو الاستشفائية أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع" (الشاعر، 2000، 11).

وأيضاً عُرِفَت الخدمة الصحية على أنها: "النشاط الذي يقدم للمنتفعين، والتي تهدف إلى إشباع حاجات ورغبات المستهلك النهائي حيثُ الارتباط ببيع سلعة أو خدمة أخرى" (فوزي، 1998، 97). أمّا (أدجرن) يرى أن الرعاية الصحية يجب أن ينظر إليها من مجال أبعد أفقا بأنها "أكثر من أن تكون مجرد رعاية طبيب وأن أنظمة الرعاية الطبية التي تحتاج أن تعطى اهتماماً بالمعالجة الطبية فقط أيضاً سلسلة من العوامل العاطفية والمعرفية والاجتماعية" (L, Edgren, 1991).

إن تعريف الخدمات الصحية: في مضمونه يشير إلى المسؤولية الاجتماعية التي تضطلع بها المؤسسات الصحية اتجاه المجتمع عموماً. وفي تعريف آخر اعتبرت جودة الخدمة الصحية على أنها " ذلك المستوى من الأداء، الذي يراه المريض في الخدمة المقدمة له مقارنة بما كان يتوقعه". في هذا التعريف إشارة واضحة إلى الزبون، أي المريض المستفيد من الخدمة الصحية، وإلى دوره في تقييم مستوى ما يقدم له من خدمات، وهذا ما يجعله طرفاً أساسياً في معادلة تحسين جودة الخدمات الصحية. تطوير وتحسين الخدمات ذات الطابع الحيوي، من أجل تلبية الاحتياجات المعبر عنها، والتي تتسم باستمرارية الطلب عليها وتزايد وتيرته، إلى جانب تميز هذا الطلب بالتركيز على نوعية أو جودة الخدمات المقدمة. إن الزبون والممثل في المريض، أي: طالب الخدمة، لم يعد يرضى بأي خدمة تقدم له، بل أصبح متطلباً ويلح وبشدة على أن تكون الخدمة التي يطلبها وتقدم له ذات مستوى معين من

الجودة، أي: بدرجة معينة من الإتقان. فبالنظر لكثرة وتنوع المتغيرات والمؤثرات في نشاط المؤسسات الصحية، خاصة على مستوى المحيط الخارجي (المرضى، القوانين والتنظيم، الجمعيات، تنوع وتزايد الأمراض، التطور التكنولوجي والعلمي. . . الخ)، جاءت حتمية الاهتمام بتطوير وترقية الأداء للرفع من كفاءة وفاعلية الخدمات المقّمة. من هنا كان التوجه نحو اعتماد جملة من الأبعاد و المؤشرات التي يمكن من خلالها تحديد وضبط مستوى جودة الخدمات الصحية، وهذا بالتطبيق العملي لأسلوب إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية.

2.2.2 خصائص نظم المعلومات الصحيّة الجيدة:

تمثل: المعلومات حجر الزاوية لعملية اتخاذ القرارات بالنسبة للمؤسسة، فمعظم القرارات التي تتخذ على جميع المستويات؛ تعتمد فقط على الخبرة والتخمين، وهناك الخصائص يجب أن تمتاز بها المعلومات الجيدة وقد ذكر (إدريس، 2007، 43):

وينبثق عن هذه الخصائص وخصائص التالية وهي كالاتي:

- 1- التوقيت: أن يلتقي مستخدم المعلومات خلال الوقت الذي يحتاجها فيه (إدريس، 2007، 43):
ومعنى هذا أن الوصول إلى المعلومات لمتخذ القرارات قبل وبعد الحاجة لها.
- 2- الدقة والصحة: الخلو من الخطأ سواء كانت لغوية أو رقمية أي إمكانية التعبير عن المعلومات بالأرقام.
- 3- إمكانية التغيير الكمي: والنماذج الكمية إذا لزم الأمر بدرجة في ما بين المستخدم المختلف البيانات عليها.
- 4- إمكانية التحقيق: أي درجة الاتفاق بين المستخدمين عندما يتفحصون نفس المعلومات.
- 5- الموضوعية: وتشير الموضوعية في المعلومات إلى عدم التحيز بدرجة إلى السرعة في الحصول على البيانات.
- 6- إمكانية الحصول عليها: إمكانية الحصول على المعلومات اللازمة: أي: يجب تتصف المعلومات بالكمال والتمام.
- 7- الشمول: يجي أن تغطي جميع جوانب الحالة ومعالجتها حتى يستطيع متخذ القرار اتخاذ القرارات السليمة في الوقت المناسب.

8- **الملاءمة:** أي خلو مدخلات المعلومات من الغموض.

9- **الوضوح:** ويضيف برهان وجعفر بعض الخصائص التي توافق المعلومات المطلوبة وأهم.

هذه الخاصية تعني إمكانية تقديم المعلومات بالشكل المطلوب.

3.2.2 أهمية الخدمات الصحية:

تعد الصحة من الحقوق لارتباطها المباشر بحق الإنسان في الحياة، ولقد أولت المواثيق الدولية في الصحة اهتماماً خاصاً لما تمثله من أهمية لحياة أفراد المجتمع حيثُ يمكننا الإشارة للأسباب التي جعلت من الخدمات الصحية ذات أهمية فيما يأتي:

1- أن الهدف النهائي للخدمات الصحية التي تقدمها المراكز الصحية هو ضمان الصحة الجسدية والنفسية للمريض، حيثُ أن رضا العميل (المريض) هو الغاية، وأن تحقيق أعلى معدلات الرضا من أهم أهداف المركز الصحي (الكردي، 2009، 87).

2- الخدمات الصحية خدمات مستمرة لأفراد المجتمع من بداية الحياة إلى المراحل الأخيرة من العمر (الأحمدي، 2011، 87).

3- الارتقاء بالأوضاع الصحية للسكان إلى أعلى المستويات والسعي المستمر نحو إطالة الحياة والوقاية من الموت المبكر وذلك من خلال (الأحمدي، 2004، 21):

أ- تأمين الخدمات الصحية لجميع أفراد المجتمع، وتحصينهم ضد الأمراض بتوفير اللقاحات وخفض مستوى القلق الناجم عن المرض.

ب- خفض معدلات الوفيات الناجمة عن الأمراض، والتقليل من نسبة الإعانة ولاسيما حالات العجز.

4.2.2 العوامل التي ساعدت على تطبيق نظم المعلومات الصحية:

إن أهم العوامل التي تساعد المستشفيات؛ لتطبيق نظام المعلومات. تكمن في الآتي (النجار،

2007، 56):

- 1- انخفاض تكلفة أجهزة الحاسوب، وتوفير عدد كبير من الأيدي العاملة المدربة بالإضافة إلى الدقة والسرعة وارتفاع درجة إتاحة المعلومات.
 - 2- سهولة برمجة العديد من الأنشطة الصحية باستخدام الحاسب الإلكتروني.
 - 3- سهولة مقارنة بيانات مستشفيات أخرى أو مع منظمات صحية أخرى.
 - 4- سهولة تخزين المعلومات بوسائط التخزين الموجودة بالحاسب الآلي.
- 1- تنوع المنظمات الصحية، وذلك لتسهيل عملية تحليل مجموعة كبيرة من البيانات والحصول على معلومات كافية ومتنوعة لمتخذي القرارات في وقت قصير ودون الرجوع لكميات هائلة من الورق والملفات؛ مما يساعدهم في تعديل مسارات المنظمات؛ للوصول للهدف المطلوب منها.
 - 2- إن إتاحة عدد كبير ومتنوع من المخرجات وبأشكال مختلفة يسهل عملية التغذية.
 - 3- الحد من تكرار المعلومات.

5.2.2 دور نظم المعلومات الصحية في دعم القرار الصحي:

يمكن لنظم المعلومات الصحية الموحية أن تلعب دوراً مهماً في عملية صنع القرارات الصحية، فهناك العديد من القرارات التي تعتمد على معلومات دقيقة ومحدثة أولاً بأول (Velde&Degoulet, 2003):

- 1- ستكون نظم المعلومات الصحية حجر الأساس الذي يتمُّ بموجبه رسم خريطة صحية دقيقة.
- 2- باستخدام نظام المعلومات الصحي يمكن لمتخذ القرار أن يتعرف على حالة المخزون.
- 3- يتيح فرصة مراقبة مستوى الأداء في جميع المنشآت الصحية بالبلاد التي فيها السلبيات. والأخطاء الطبية الشائعة الحدوث، ولكي يجتمع للمؤسسة الصحية استخدام الأجهزة الصحية إلكترونياً لكل مريض؛ لأنه يعتبر البذرة الأول، للتحكم في: أداء أي طرف من أطراف المجتمع الطبي.
- 4- سيسمح النظام للمخطط الصحي بمراقبة الأداء المالي للمستشفيات بشكل حقيقي.

6.2.2 أنواع نظم المعلومات الصحية:

تقسم: المعلومات الصحية إلى أربعة أنواع وهي كالاتي:

- 1- **المعلومات الإدارية:** أي المعلومات المتعلقة بالاحتياجات اليومية في المجال الإداري والمتعلقة كذلك بالتخطيط والبرمجة (شوريحي، 2001، 12).
- 2- **المعلومات السرية، أي:** البيانات والمعلومات الداعمة للوظائف السرية (كالتشخيص ومعالجة البيانات).
- 3- **المعلومات الترصدية الوبائية.** أي البيانات والمعلومات المتعلقة بأنماط الأمراض اتجاهاتها والمتعلقة كذلك: بالرعاية الصحية.
- 4- **المطبوعات:** أي الوثائق والتقارير والمنشورات الرسمية والمطبوعات المعرفة بأسماء المطبوعات غير الرسمية المطبوعة أو الصادر في شكل أقراص مضغوطة فقط أو على شبكة الإنترنت.
- 5- **المعارف:** أي: المعلومات الجاهزة للاستخدام والمهارات التقنية كتشخيص طبي ما.
- 6- **المعلومات الشخصية والمجتمعية:** أي البيانات والمعلومات المتعلقة بالصحة الموجهة إلى جمهور الناس مباشرة.

7.2.2 أهداف شبكة نظام المعلومات الصحية:

- قامت وكالة الأمم المتحدة للاجئين بتحديد الأهداف العامة التي دعت لوجود أنظمة المعلومات الصحية المحوسبة وهي (2008 www.unhcr.org):
- أ- الكشف والتصدي بسرعة للمشاكل الصحية وانتشار الأوبئة.
 - ب- القيام بإجراءات الرعاية الصحية بشكل مستمر.
 - ج- تقييم فعالية الأداء الوظيفية الصحية للخدمات المقدمة.
 - د- التأكد من إيصال الموارد والخدمات للمناطق والفئات السكانية الأكثر حاجة.
 - و- تسهيل عملية التحليل لمجموعات كبيرة من البيانات اللازمة لاتخاذ القرار
- (studnikiKk,2007,345).

هـ- زيادة سرعة أداء اتخاذ القرار دون الرجوع إلى كميات كبيرة من الورق والملفات.

ن- مراقبة سير العمل في المنظمة الصحية والتخطيط والتطوير للبرامج الصحية.

هـ - نشر المعلومات الصحية والتعليمية الصحية لبرامج التدريب والتطوير.

8.2.2 مستويات نظم المعلومات الصحية:

نظم المعلومات هي القوة المبدئية التي تمكن الأفراد من جمع ومعالجة البيانات لإدارة المعلومات المطلوبة لحل المشاكل والسيطرة على القرارات، وأن طرق استخدام نظم المعلومات تؤثر في نمو المنظمات وأريحيته وقد صنفتم إلى مستويات أساسية (البكري، 2004، 48).

1- التشغيلي المستوى: تساعد الإدارة على تيسير ومراقبة العمل اليومي لدعم القرارات الهيكلية، بالإجابة على الأسئلة الروتينية ومتابعة تدفق التحويلات في النظم وعدد حالات الدخول لقسم محدد في يوم معين.

2- نظم مستوى الإدارة: المعرفة والمعلومات الجديدة - المعنيون حملة الدرجات العلمية الأطباء المهندسون، المحامون، المبرمجون وغيرهم.

3- نظم المستوى الاستراتيجي، الإدارة العليا: التخطيط الطويل الأجل ونظم معلومات البيئة والخارجية والفرص مقارنة بقدرات المنظمة، والتهديدات. وهذه المستويات التنظيمية الثلاثة تتحصل على الخدمات المعلوماتية من خلال ستة نظم لمستوى الاستراتيجي (النجار، 2005، 69).

4- نظم المديرين التنفيذيين: لمساعدة الإدارة في اتخاذ المعلومات الداخلية والمستخدم من نظم المعلومات الصحية التي تعتمد على المعلومات الداخلية والمستخدم من نظم المعلومات الإدارية ونظم دعم اتخاذ القرارات الفريدة (Laudon&Laudon, 2004).

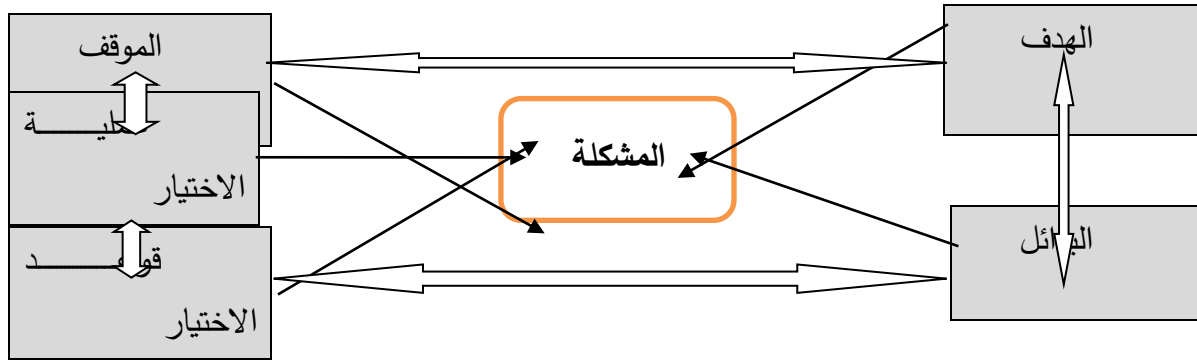
9.2.2 مراحل اتخاذ القرارات في نظم المعلومات الصحية.

1- تحديد وتشخيص المشكلة (حجازي، 2002، 86):

يُعد تحديد وتشخيص المشكلة من أهم مراحل عملية اتخاذ القرار، حيث ينبغي على متخذ القرار أن يفرق بين أعراض المشكلة وبين المشكلة الحقيقية ومن أهم الأمور التي ينبغي على متخذ القرار إدراكها وهو بصدد التعرف على المشكلة وأبعادها تحديده لطبيعة الموقف الذي يحل المشكلة.

2- **تحديد الأهداف:** في هذه المرحلة يتم تحديد ما ينبغي أن يكون عليه الحال في المنظمة بعد أن تحل المشكلة، على أن يكون هذا التحديد واضحاً بمنتهى الدقة وليس فيه غموض وأن لا يكون وصفاً حتى يمكن تحقيقه.

3- **تنمية الحلول البديلة:** في هذه المرحلة يتم تحديد الحلول البديلة التي يمكن أن تساهم في حل المشكلة.



الشكل رقم (9) يوضح تشابك عوامل ومؤثرات القرار

المصدر: الراوي، 1997، 86.

3.2 جودة الخدمات الصحية

مقدمة

- 1.3.2 مفهوم جودة الخدمات الصحية.
- 2.3.2 أهداف جودة الخدمات الصحية.
- 3.3.2 أبعاد جودة خدمات المعلومات الصحية .
- 4.3.2 عناصر الخدمات الصحية.
- 5.3.2 عناصر جودة الخدمات الصحية.
- 6.3.2 أهمية جودة الخدمات الصحية.
- 7.3.2 ضوابط عامة لجودة الخدمات الصحية.
- 8.3.2 العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية.
- 9.3.2 مبادئ جودة الخدمات الصحية في مراكز الخدمات الصحية.
- 10.3.2 الخطوات الأساسية التي يجب اتباعها لإدخال نظام الجودة في المركز الصحية.
- 11.3.2 الشروط اللازمة توافرها لتطبيق نظام الجودة في المراكز الصحية.
- 12.3.2 المعوقات التي تواجهها المراكز الصحية عند تطبيقها الجودة.

3.2 جودة الخدمات الصحية:

مقدمة:

تضمن مفهوم جودة الخدمات الصحية مجموعة الإجراءات والأساليب التي تستخدمها المؤسسات الطبية المختلفة لتحقيق التميز لنفسها من خلال القدرة على تقديم أفضل مستويات الرعاية الصحية المقدمة للمرضى وتسهم جودة خدمات الصحية في تمييز صورة المنظمة الصحية من خلال تكوين صورة خاصة بها تحدد ملامح العمل في تلك المؤسسة الصحية ويشتمل تحقيق جودة الخدمات الصحية على تطبيق العلوم والتقنيات الطبية الحديثة؛ والتي تسهم في تحقيق أفضل استفادة من الخدمات الصحية المقدمة وبدون التعرض للمخاطر من خلال اتباع المعايير المعتمدة للخدمات الصحية والتي تحقق القبول لدى المجتمع وبدون أن تسهم في ارتفاع كبير في تكلفة الخدمة الصحية المقدمة نفسها ما ينتج عنه تأثيرات جيدة في منظومة الخدمة الطبية وارتفاع جودة الخدمات الصحية المقدمة؛ كما تعتبر جودة الخدمات الصحية تعبير عن التحسين الدائم للخدمات الصحية المقدمة بما يتناسب مع مستوى طموحات المرضى ويحقق لهم متطلبات الخدمة الصحية الجيدة، ويتم عادة تقديم الخدمات الصحية المتميزة من خلال أفراد ذوي تدريب وتأهيل مرتفعين يقومون بتقديم مستوى جيد من الخدمات الصحية يتسم بكونه أكثر أماناً وأكثر إرضاء للمستهلكين و طالبي الحصول على الخدمات الصحية حتى تتواجد داخل المجتمع بصفة عامة نظرة جيدة وإيجابية حول الخدمات الصحية المقدمة وتتضمن جودة الخدمات الصحية كذلك الموازنة بين كمية المخاطر والفوائد التي تحققها عملية الاستخدام للتقنيات العملية والطبية الحديثة في رفع مستوى وكفاءة أداة النشاط الصحي ولتحقيق جودة الخدمات الصحية المقدمة يلزم توفير برامج متخصصة تعمل على التأكيد على جودة وارتفاع مستوى الخدمات الصحية المقدمة واتباع السياسات المستخدمة في هذا الشأن للوصول لأفضل مستوى متاح من الخدمات الصحية المتميزة.

1.3.2 مفهوم جودة الخدمات الصحية:

التعريف والخصائص يشهد قطاع الخدمات عموماً نمواً سريعاً وامتزاجاً. فالتوجه اليوم هو نحو الاستثمار في مجال تقديم الخدمات، حتى أصبحت هذه الحقبة تعرف بمجتمع الخدمات.

تعريف الخدمة الصحية: قبل التعرض لبعض التعاريف الخاصة بالخدمة الصحية نود تقديم مفاهيم خاصة بالخدمة عموماً، و في هذا السياق ويمكن تقديم التعريف الذي أورده المنجد الفرنسي "Encyclopédique Larousse Grand" الخدمة هي منتج غير مادي لنشاط الإنسان، والموجه التلبية حاجة ما. فالرؤية التي يحملها هذا التعريف تترك المجال واسعاً للتخيل وبالتالي تحديد طبيعة الخدمة والجهة أو الطرف المستفيد منها، قد تكون مؤسسات خاصة أو عامة، أفراد... الخ. هناك تعريف آخر ذهب إلى اعتبار الخدمة الصحية " أي: فعل أو أداء يمكن أن يقدمه طرف ما إلى طرف آخر، ويكون جوهره غير ملموس، ولا ينتج عنه أي: تملك (اسماعيل، 1985، 92).

مفهوم جودة الخدمة الصحية من المنظور الإداري: هي كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة، والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المريض، أو المستفيد من الخدمة الصحية: تعني جودة الخدمة الصحية وطريقة الحصول عليها، ونتيجتها النهائية (معزوز، 2011، 16).

2.3.2 أهداف جودة الخدمات الصحية:

- 1- ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين (عمار، 2017، مجلد 6 -7-25).
 - 2- تحقيق رضا المستفيد(المريض)، وزيادة ولائه للمنظمة الصحية والذي يستطيع فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة.
 - 3- تمكين المنظمة الصحية تأدية مهامها بكافة وفاعلية.
 - 4- تحسين معنويات.
- أ- الجودة المتوقعة The Expected Quality وهي تلك الدرجة من الجودة التي يرى المريض أو المستهلك منها وجوب وجودها
- ب- الجودة المدركة The Precipitation Quality 19 وهي تلك الجودة في الخدمة الصحية المقدمة من قبل المستشفى والتي يراها مناسبة للحالة الصحية، والتي اعتادت المستشفى أن تقدم بها خدماتها للمرضى.
- ج- الجودة القياسية The Standard Quality هو تلك المستوى أو الدرجة في جودة الخدمة المقدمة والتي تتزامن المواصفات المحددة أساساً للخدمة جودة الصحية للمريض. .

2-تحديد جودة الخدمات Quality Services Specification حالما تفهم إدارة المستشفى

حاجات المرضى.

3.3.2 أبعاد جودة الخدمات المعلومات الصحية:

يحتاج متخذ القرار إلى معلومات عالية الجودة؛ وتحديد جودة الخدمات المعلومات الصحية

بمدى ملائمتها، ويمكن تحديد أبعاد جودة المعلومات الجيدة من خلال الأبعاد الثلاثة التالية:

الجدول رقم (4) يوضح أبعاد جودة المعلومات

<u>المحتوى الموضوعية</u>	<u>التوقيت البعد الزمني</u>	<u>الشكل الهيكل</u>
<u>الدقة:</u> المعلومات ذات الجودة هي معلومات موضوعية، أي المعلومة التي تصف الوضعية المشاهدة بكل موضوعية، وتكون بعيدة عن التحيز الذاتي للملاحظ.	<u>ملاءمة التوقيت:</u> يجب توفير المعلومات إليها أي: في الوقت المناسب.	<u>الوضوح:</u> يجب توفير المعلومات بطريقة وصورة سهلة الفهم.
<u>الصدق:</u> تكون المعلومات دقيقة إذا توفرت بكيفية كاملة ودون أي غموض في الحقيقة التي تصورها	<u>الحدائية:</u> يجب أن تجاري المعلومات كل ما يحدث في داخل المؤسسة وخارجها.	<u>درجة التفصيل:</u> يجب أن تكون هناك قدرة على توفير المعلومات صورة ملخصة ومفصلة:
<u>المصداقية:</u> يجب أن تكون المعلومات خالية من الأخطاء كلما ازدادت درجة مصداقيتها الأثرية: تمكن في قدرة إثبات صحة المعلومات وهذا بإعطاء مصدرها طريقة حسابها.	<u>السرعة:</u> الفترة الزمنية التي تغطيها المعلومات يجب أن يكون تقديم المعلومات حول ماضي وحاضر، ومستقبل المؤسسة.	<u>الترتيب:</u> يجب أن تعرض المعلومات في ترتيب منطقي.
	<u>السرعة:</u> يجب أن يحصل المستعمل على المعلومات بأكبر سرعة مكنة وهذا الاستخدام في أقرب وقت ممكن وتمكن أهمية هذه الخاصية في بعض أنواع القرارات التي تحتاج إلى السرعة في التنفيذ.	<u>أسلوب العرض:</u> يجب أن يكون هناك العديد من البدائل عرض المعلومات مثل: النصوص، والأرقام والأشكال.
		<u>الركائز:</u> يجب أن تكون هناك إمكانية توفير أو عرض المعلومات من خلال حوامل مختلفة مثل: الورق، وسائل الإعلام الآلي.

المصدر: من إعداد الطالبة اعتماد أعلى: (الكردى، العبد، 2003، 4):

4.3.2 عناصر الخدمات الصحية:

تتكون الخدمات الصحية من عناصر تكمل بعضها البعض، فهناك خدمات الفحص أو الشخص، والخدمات العلاجية، والوقائية، وخدمات التمريض، والإيوائية والإدارية، ويتم تقديم هذه الخدمات إلى العملاء من قبل العديد من العاملين كل منهم له تأثير على اشباع حاجات العميل وتحقيق رغباته، وفيما يلي جدول يمثل العناصر الأساسية للخدمات الصحية (الجدائي، 1005، 85):

الجدول رقم (5) يوضح عناصر الخدمات الصحية:

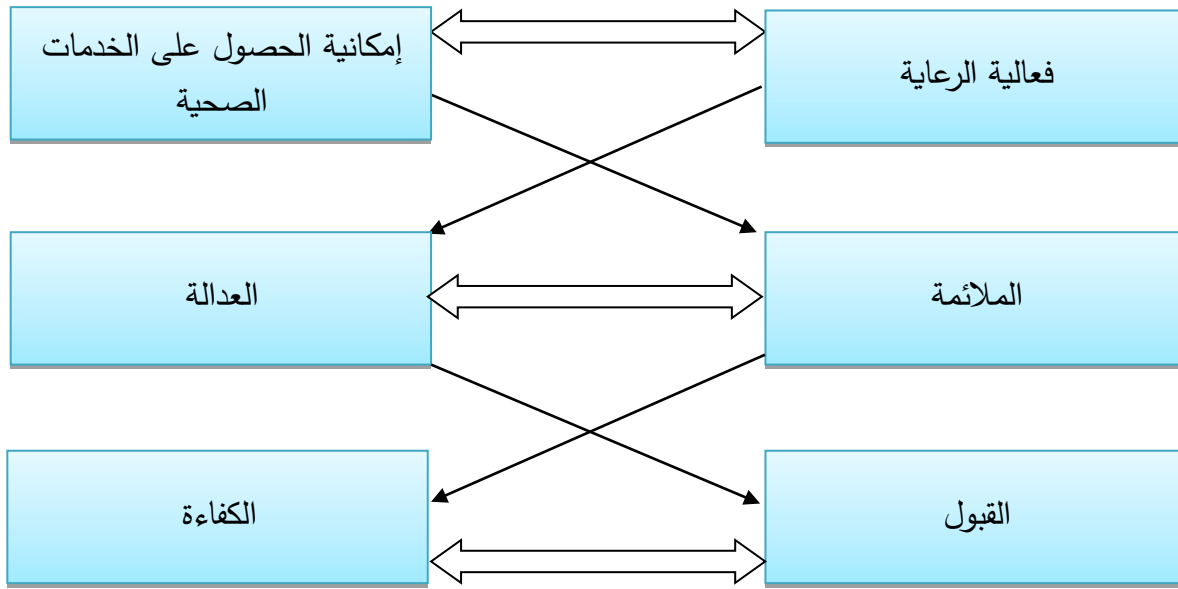
ر . م	العناصر	الوصف
أ	التثقيف	التوعية الصحية بشأن المشاكل الصحية والاجتماعية في المجتمع والعمل على الحد منها.
ب	الإصلاح البيئي	العمل على الإصلاح الأساسي للبيئة وتوفير الأغذية الجيدة
ج	خدمات الأمومة	تقديم خدمات أمومة وطفولة متكاملة وتطعيم الأطفال والأمهات ضد الأمراض المعدية
د	الوقاية من الأمراض	العمل على وقاية المجتمع من الأمراض المتوطنة والمعدية والسيطرة على نشرها
هـ	التشخيص والعلاج	التشخيص السليم والعلاج الملائم للأمراض والإصابات الشائعة وتوفير الأدوية الضرورية

المصدر: دياب، 2009، 213

5.3.2 عناصر جودة الخدمات الصحية:

- 1- فعالية الرغبة: درجة تحقيق الإجراءات الصحية العلاجية المستخدمة للنتائج المرجوة منها والأهداف المنشودة، أي أن تؤدي الخدمات الصحية إلى تحسين متوسط العمر مع القدرة على الأداء الوظيفي والشعور بالرفاعية والسعادة بشكل مستمر.
- 2-الملاءمة: اختبار الإجراءات الصحية للملاءمة لحالة المريض.

- 3- **القبول**: يعني تقبل المريض وأفراد أسرته والمجتمع ككل لاستخدام الإجراءات الاستخدامات البرامج الصحية المعتمدة من قبل المركز الصحي وكافة العاملين فيه.
- 4- **إمكانية الحصول على الخدمات الصحية**: وهي أن العميل يتحصل على الخدمة الصحية مهما كان نوعها، كالكشف والتحليل الطبية والمراجعة وغيرها.
- 5- **العدالة**: وهي تقديم الخدمات الصحية لطلابها، وذلك حسب حاجته.
- 6- **الكفاءة**: الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمادية دون تقصير وإهمال لاحتياجات المرضى الآخرين.



الشكل رقم (10) يوضح عناصر جودة الخدمات الصحية

المصدر: تصميم الباحثة

6.3.2 أهمية جودة الخدمات الصحية:

- 1- عدد السكان المتزايد (إسماعيل، 1985، 27).
- 2- زيادة الوعي الصحي.
- 3- توفير خدمات صحية رفيعة المستوى من خلال القطاع الخاص.
- 4- التغيرات الاجتماعية والاقتصادية في المجتمع وزيادة الدخل لبعض الفئات. • انخفاض مستوى الإنفاق على الخدمات الصحية الحكومية.

- 5- زيادة التكاليف الدولية للخدمات الصحية بشكل عام.
- 6- غياب الرقابة الإدارية على الخدمات الصحية مما يؤثر على مستواها. الحقيقي.
- 7- قصور في عدد ومستوى هيئة التمريض والفنيين والأسس السياسية والتشريعية تؤثر في البيئة السياسية والتشريعية على العديد من عناصر تحديد تقديم الخدمات الصحية كما يلي:
 - 1- تحديد طبيعة الخدمات المقدمة بواسطة المنشآت الصحية من حيث النوع والكثافة.
 - 2- تحديد أسعار الخدمات الطبية والعمليات الجراحية بأنواعها المختلفة
 - 3- التراخيص الممنوحة لمقدمي الخدمات الصحية المختلفة سواء كانوا أفراداً أو منشآت.
 - 4- تحديد القوانين والأخلاقيات المتعلقة بأداء الخدمات الصحية.
 - 5- تحديد التوزيع الجغرافي لأماكن تقديم الخدمات الصحية بأنواعها.

7.3.2 ضوابط عامة لجودة الخدمات الصحية:

- 1- الخدمات. حيث أظهرت بعض الدراسات أن مستوى إنتاجية قطاع الخدمات بأمريكا، التي يحملها هذا التعريف تترك المجال واسعاً للتخيل وبالتالي تحديد طبيعة الخدمة والجهة أو الطرف المستفيد منها، قد تكون مؤسسات خاصة أو عامة، أفراد. . . الخ. هناك تعريف آخر ذهب إلى اعتبار الخدمة على أنها " أي فعل أو أداء يمكن أن يقدمه طرف ما إلى طرف آخر، ويكون جوهره غير ملموس، ولا ينتج عنه أن تملك.
- 2- إنتاجه قد يكون مرتبطاً بإنتاج مادي أو قد لا يكون". فالتعريف يشير أساساً إلى الجانب غير الملموس للخدمة، كما يؤكد خاصية عدم التملك مثل ما هو الحال بالنسبة للمنتجات المادية، من سلع وبضائع وهذا يعني إمكانية الانتفاع بها بتلبية حاجة ما، أي تحقيق الرضا، دون تملكها. وفي ذات السياق يمكن إدراج التعريف الذي يقول بأن الخدمة تتمثل في " جميع النشاطات والعمليات التي تحقق الرضا والقبول لدى المستهلك مقابل ثمن.
- 3- يتضمن تقديمها أي خطأ". فهذا التعريف يضيف عامل آخر هو خلو الخدمة المقدمة من أي عيب أو خطأ، لما لهذا من تأثير سلبي على من يقدمها والمستفيد منها على السواء. وهذا ما يصدق تماماً على الخدمة الصحية، التي يتطلب أدائها كفاءة وفعالية عاليتين، لضمان تقليص مجال الخطأ لما له من تأثير سلبي على حياة المستفيد من الخدمة المقدمة. وفي هذا إشارة وتأكيد

على مسألة الجودة في تقديم الخدمة عموماً والصحية على وجه الخصوص. وبهذا الخصوص جاءت التعاريف المتعلقة بجودة الخدمة، وفي هذا السياق يرى أن " الجودة هي تكامل مجهودات كافة المختصين في مجال الجودة.

4- الأنشطة والأقسام والتي من خلالها يتم إنتاج خدمة تلبي توقعات العملاء "ركز التعريف على عاملي التنسيق والتكامل على مستوى بيئة العمل الداخلية، من أجل تفعيل الأداء وبلوغ الأهداف المخطط لها. تماشياً والطرح السابق يرى Badiru أن " جودة الخدمة تؤكد على مستوى متوازن لمواصفات تتميز بها الخدمة والمبنية على قدرة المؤسسة الخدمية واحتياجات العملاء.

8.3.2 العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية:

تتطرق العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية إلى أسس عامة يتم مراعاتها عند التخطيط بالإضافة إلى الأسس السياسية والتشريعية، يتم تخطيط الخدمات الصحية استناداً عليها ويضع المخطط للخدمات الصحية العوامل المؤثرة على طلب الخدمة وتوفيرها من الأولويات التي يجب مراعاتها عند التخطيط للخدمات الصحية و التي توضح فيما يأتي (إسماعيل، 1985، 27):

- 1- الأسس العامة لتخطيط الخدمات الصحية.
- 2- التوزيع الجغرافي للمنشآت الصحية جودة أداء الأطباء من حيث الخدمات الجيدة والمنسبة في العمل اليومي وعلاقتها بالتجمعات السكانية بالنوع والتبعية والأبعاد.
- 3- مدى كفاية المنافذ المتاحة لتغطية احتياجات الأطباء من مستلزمات العمل لديهم.
- 4- المناطق المكدسة سكانياً والمناطق المحرومة من الخدمة الصحية. في المراكز الصحية.
- 5- تحديد المواقع الفعلية في حالة الإنشاءات الحديثة وفقاً للاحتياجات الصحية للمريض.
- 6- وضع تصور لنظام الإحالة والربط الجغرافي للوحدات على المستويات الأعلى. • التعرف على الموانع الطبيعية؛ والتي تؤثر على الحصول على الخدمة الصحية ووضع بدائل لتوفير الخدمة الصحية.
- 7- وضع المقترحات المستقبلية وفقاً لنمو جودة الخدمات الصحية وطبيعة الخدمات فيها.

9.3.2 مبادئ جودة الخدمات الصحية في مراكز الخدمات الصحية:

- إن نجاح المراكز الصحية ينتج عن تطبيق إدارتها لنظام الجودة المصمم لتقديم خدمات صحية تلبي احتياجات الأطراف المعنية ومن المبادئ ما يأتي:
- 1- التركيز على العميل (المريض) بعد العميل أهم المرتكزات التي تستند عليه إدارة الجودة، ولذلك يجب على إدارة المركز الصحي أن تحدد احتياجات المريض (العزاوي، 2005، 60).
 - 2- القيادة: يجب أن تقدم القيادة بوضوح أهداف المراكز الصحي وتوجيه أعضائه بالشكل السليم.
 - 3- التزام الإدارة العليا ينشر ثقافة الجودة، إن القرارات المتعلقة بالجودة تُعد من القرارات الإستراتيجية، ويؤكد مارتن عن التزام الإدارة العليا يتمثل في الجوانب الآتية:
 - أ- تعزيز ثقافة الجودة، وتطوير إمكانية مقدّمه الخدمة الصحية في أدائهم.
 - ب- توفير رؤية إستراتيجية واضحة المعالم للمركز الصحي وأهدافه.
 - 4- الاعتماد على الحقائق عند اتخاذ القرار: تعتمد فعالية القرارات على تحليل المعلومات والبيانات.
 - 5- الوقاية من الأخطاء: إن تطبيق نظام الجودة يتطلب توفير وتحديد المعايير والمقاييس الموضوعية تكمن مقدّمة الخدمات الصحية من الحقائق الأداء الذي يتطلب مع المواصفات والمعايير (حمود، 2007، 102).

10.3.2 الخطوات الأساسية التي يجب اتباعها لإدخال نظام الجودة في مرافق الصحية الأولية:

- إن إدخال الجودة بأي مركز صحي هي: عملية متسلسلة تعتمد عناصرها على بعضها البعض، فلا يمكن الانتقال أو القفز لعنصر دون العنصر الذي يسبقه وتتمثل خطوات إدخال الجودة في الآتي (الحاروش، 2012، 219):
- 1- تكوين هياكل الجودة والتي تشمل على:
 - أ- إدارة مجلس الجودة.
 - ب- مكتب الجودة.
 - ج- اللجان المساعدة.
 - 2- عمل خطة تفصيلية للعمل.
 - 3- وضع التنظيم والإجراءات والتجهيزات اللازمة للتطبيق.

4- التوعية ونشر المفهوم ورفع وعي العاملين بأهمية تطبيق الجودة.

5- توفير كافة الوثائق في أماكن التطبيق وشرحها للعاملين.

6- الاحتفال ببدء التطبيق.

8- التطبيق الكلي أو الجزئي.

تبرز خطة الخطوات الخمس جزء من فلسفة كايزن اليابانية؛ لتحسين الجودة. حيثُ تركّز هذه الخطة على الاعتناء بمكان العمل بتنظيمه وتنظيفه. وهي تتكون من خمس خطوات أساسية وكل خطوة تسمى باليابانية بكلمة تبدأ بحرف ومن هنا جاء المسمى، وقد اشتهرت هذه الفلسفة عالمياً بهذا الاسم حتى أنه تمّ ترجمة هذه الكلمات اليابانية الخمس إلى كلمات إنجليزية تبدأ بحرف كلكي تكون التسمية سارية. وتترجم هذه الكلمات الخمس إلى كلمات عربية تبدأ بحرف ت هي: تصنيف، تنظيم، تنظيف، تمييط، تثبيت (برهيمن. الجودة الصحية- إعداد: د. أميرة عبد الرحمن برهيمين / باحثة) مركز موارد الجودة - مستشفى النور التخصصي).

1- تصنيف Sorting وهي باليابانية:

الاعتناء بمكان العمل يبدأ بتصنيف كلّ ما فيه. وقبل أن نستطرد في التوضيح ينبغي أن نبين أن مكان العمل أو بيئة العمل هو الورشة أو المكتب أو المصنع أو المستشفى أو أي: مكان للعمل وكلّ مكان فيه. فإذا كنا في مصنع مثلاً فهذا يشمل مكان التصنيع والمكاتب الإدارية وأماكن تناول الطعام والممرات والورش والمخازن وساحات التخزين أي: كل مكان في المصنع. وهذا ينطبق على أي: عمل فهو ليس منحصراً في مهنة دون أخرى.

ونعود لعملية التصنيف فنسأل ما معنى تصنيف؟ التصنيف هنا يعني: أن نصنف الأشياء إلى أشياء لازمة للعمل في الوقت الحالي وأشياء غير لازمة للعمل. بعد ذلك نتخلص من الأشياء غير اللازمة للعمل ونحتفظ بتلك اللازمة للعمل. ونسأل مرة أخرى ما هي الأشياء التي نتحدث عنها؟ والإجابة هي كل الأشياء التي نستخدمها في العمل مثل: الأدوات، الملفات، الخامات، المخلفات، الأوراق، المعدات.

عملية التصنيف هي الخطوة الأولى في هذه العملية وهي قد تبدو في البداية تافهة وقد تظن أنها ستغرق وقتاً يسيراً ولكن بمجرد البدء في التصنيف تكتشف أمرين: أولهما أن الأمر يحتاج وقتاً

طويلاً. ثانيهما: أن مكان العمل مكتظ بأشياء لا قيمة لها. وعلى الرغم من أن هذا الأمر يستغرق وقتاً ومجهوداً فإنه أمر ممتع؛ لأنك تجد أنك تتخلص من أحمال لم يكن هناك ما يدعو للاحتفاظ بها وتكتشف أشياء ثمينة كانت مغمورة وسط ركام من هذه الأشياء التي لا حاجة لك بها.

2- تنظيم Set in Order وهي باليابانية:

بعد ذلك تأتي عملية التنظيم والتي تهدف لحفظ الأشياء التي رأينا أن نحتفظ بها بطريقة منظمة تساعدنا على أداء العمل بكفاءة. وهناك نوعان من الأشياء التي نحتفظ بها فنوع نحتاج له بشكل يومي ونوع نحتاجه من آن لآخر. فنضع ما لا نحتاجه بصفة مستمرة في مكان للتخزين ونضع ما نحتاجه بشكل يومي قريباً جداً من منطقة العمل. ونفكر أثناء عملية التنظيم في ترتيب الأشياء بشكل منطقي بأن نضع الأشياء المتشابهة بجوار بعضها وأن نجعل الأدوات الأكثر استخداماً أقرب ما يكون لأيدينا. عملية التنظيم لا تشمل فقط ترتيب الأدوات أو الملفات على الرفوف بل تصل إلى إعادة النظر في المخطط العام لمكان العمل نفسه. فعلينا أن نفكر في أنسب وسيلة لتنظيم مكان العمل من واقع عملنا الحالي.

عملية التنظيم يصاحبها ما يسمى **بالموقع المرئي Visual Plant** حيث أنه يتم تمييز موقع كل شيء بعلامة مثل وضع علامة على الأرض لمكان الأشياء التي توضع على الأرض، وهذا يساعد على وضع الشيء في نفس الموضع كل مرة وبدون جهد يذكر. ويتم وضع عنوان Label لكل شيء في مكانه. وكذلك يتم تحديد أماكن الممرات بلون مميز مثل: اللون الأصفر. ويمكن رسم الأدوات في أماكن حفظها على لوحة الحفظ لكي يسهل إعادتها في مكانها.

3- تنظيف أو تلميع Shining وهي باليابانية:

:نأتي للتنظيف والذي يعني هنا تنظيف كل شيء من أرضيات وأدوات ومعدات ومكاتب ونوافذ ومخازن وصولاً لدورات المياه. الخلاصة، أن الهدف هو بيئة عمل نظيفة جداً. هذه العملية هي عملية تتم بشكل دوري كل ورديّة أو كل يوم. وهناك أشياء ينبغي أن ينظفها الشخص الذي يستخدمها أو يتعامل معها مثل: أدوات العمل من مفاتيح وأدوات تجميع ولحام وتثبيت وكذلك المعدات والأجهزة.

وعملية النظافة يصاحبها عملية إبداع في أمرين. الأول: التخلص من مصادر التلوث أو الحدّ منها. والثاني: هو التفكير في طرق لتبسيط عملية النظافة. فنبدأ في البحث عن مصادر التلوث التي تجعل عملية النظافة طويلة أو صعبة فنحاول أن نجد حلولاً للحدّ من هذه الملوثات.

4- ترميز Standardize وهي باليابانية :

بعد كلّ هذا الجهد والخبرة في التنظيم والتنظيف فإنه ينبغي وضع قواعد محددة لما ينبغي أن يكون عليه الحال في مكان العمل. وهذا يشمل تحديد مسؤوليات كلّ فرد ووضع طرق قياسية لعملية التنظيف وإعلان كلّ ذلك بحيثُ يعرف كلّ فرد الواجب الذي عليه بصفة دورية وكيفية أدائه. وكذلك توضع قوائم لفحص عمليات النظافة أي: قوائم بها بنود محددة بحيثُ يستخدمها المشرف أو العامل كلّ يوم للتأكد من المحافظة على كلّ الأعمال السابقة من تصنيف، وتنظيم، وتنظيف. وكذلك يتمّ توحيد استخدام الألوان التي تستخدم لتحديد المسارات الآمنة والتي تستخدم للعلامات التحذيرية. يجب أن تصبح هذه العملية (التصنيف، والتنظيم، والتنظيف) جزءاً من العمل اليومي وذلك بتخصيص فترة مثل: 15 دقيقة في بداية أو نهاية العمل للقيام بأعمال تنظيم والتنظيف. بهذا نضمن أن الوضع سيستمر بهذه الصورة الحسنة ولن يعود إلى الوراء وإلى العادات القديمة مرة أخرى.

5- تثبيت Sustain وهي باليابانية:

ونأتي للخطوة الأخيرة وهو وضع نظم للتأكد من استمرارية هذه العملية كلّها. فمثلاً يتمّ وضع نظم لمراجعة نظافة الأماكن. ومن الطرق الفعّالة أن يقوم طرف بالتفتيش على طرف آخر فيقوم مندوب من القسم بالتفتيش على عملية حفظ الملفات لدى قسم آخر أو نظافة موقع العمل لدى قسم آخر ويتمّ تحديد نقاط الضعف أي: الأشياء التي تحتاج إعادة تنظيم أو وضع لوحات إرشادية أو تنظيف ثمّ يتمّ متابعة تنفيذ هذه الملاحظات.، وكذلك يجب أن يقوم المدير بزيارة الموقع دورياً، وتدوين ملاحظات عن التنظيم والتنظيف وذلك من خلال زيارة غير مخططة، وزيارات مخططة، ومعلنة.

ويمكننا تلخيص الأمر فيما يلي: الاحتفاظ بالأشياء الضرورية للعمل فقط وبكميات قليلة. وأن يكون هناك مكان محدد وواضح لكل شيء وأن يتمّ وضع كلّ شيء في مكانه. وأنّ يتمّ تنظيم كلّ شيء بما يراعي سهولة التداول وتقليل وقت الانتقال وزيادة السلامة المهنية ويساعد الأطباء على أداء العمل بكفاءة. وأما التنظيف فهو جزء من العمل اليومي وهو لا يهدف لإظهار الموقع بديعاً للزائرين ولكن

عملية التنظيف هنا تتم في كل وقت وبما يجعل مكان العمل والأدوات والمعدات في حالة نظيفة جداً. ويستمر العمل طبقاً لجدول محددة للتنظيم والتنظيف ويتم مراجعة ذلك دورياً وتحفيز الأطباء للاستمرار؛ حتى تصبح هذه الأمور من عادات العمل التي لا يمكن التخلص منها.

11.3.2 الشروط اللازم توافرها لتطبيق نظام الجودة في المراكز الصحية

وتتمثل الشروط التي يجب توافرها لتطبيق نظام الجودة في الآتي:

1- تتميز خدمات المستشفى بكونها عامة للجمهور، وتسعى من تقديمها إلى تحقيق منفعة عامة ولمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها سواء كانوا أفراداً أو منظمات أو هيئات (البكري، 2005، 199):

2- الخدمة الطبية المقدمة تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة؛ لأنها مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه.

3- تؤثر القوانين والأنظمة الحكومية على عامة المؤسسات الصحية عامة والمستشفيات خاصة، وعلى وجه التحديد أياً كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص، وذلك فيما يتعامل بتحديد منهج عملها والخدمات الطبية التي تقدمها.

4- في منظمات الأعمال عموماً تكون قوة اتخاذ القرار بيد شخص واحد أو مجموعة أشخاص يمثلون قمة إدارة. بينما المنظمات الصحية. (تكون قوة القرار موزعة إلى حد ما بين إدارة ومجموعة الأطباء).

5- وجوب الاتصال المباشر بين المستشفى والمستفيد من الخدمة الصحية أي: أن الخدمة الصحية لا يمكن تقديمها في الغالب إلا بحضور المريض نفسه للفحص والتشخيص والعلاج وإجراء التحاليل.

6- نظراً لكون الخدمة الصحية مرتبطة بالإنسان وهو أعلى شيء، فإنه يكون من الصعوبة في كثير من الأحيان على إدارات المستشفيات أن تعتمد المعايير نفسها والمفاهيم الاقتصادية التي تطلب في خدمات أخرى على عملها.

7- نظراً لتذبذب الطلب على الخدمة الصحية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم، فإن الأمر يستوجب تقديم الخدمة الصحية لطالبيها؛ لأنه لا يمكن الاعتذار عن تقديمها لمن يحتاجها.

12.3.2 المعوقات التي تواجهها المراكز الصحية عند تطبيقها الجودة:

تواجه إدارة المراكز الصحية عند تطبيقها لنظام الجودة مجموعة من المعوقات والثقافية والفنية والتنظيمية التي تؤدي إلى إخفاق هذه الجودة، الأمر الذي يتطلب تحديد هذه المعوقات وتشخيص أسبابها، لاتباع المدخل والمنهج السليم للتعامل معها نستعرض أهمها فيما يأتي (حمود 2007، والأحمدي، 2000):

- 1- ضعف التزام الإدارة العليا بأنظمة إدارة الجودة.
 - 2- عدم ملاءمة الثقافة السائدة في المركز الصحي مع متطلبات تطبيق إدارة الجودة. وعدم وجود معايير وأبعاد جديدة للخدمات الصحية.
 - 3- عدم الاستعانة بخبراء الجودة في عقد اللقاءات والاجتماعات الدورية مع العاملين.
 - 4- غياب الأساليب والطرق الإحصائية التي يعتمد عليها، لقياس أداء المراكز الصحية.
 - 5- عدم وضوح مفهوم العمل الجماعي وغياب روح الفريق.
 - 6- وجود خطين واضحين للسلطة يتسم بها المركز الصحي، أحدهما إداري بالشكل المناسب. ويترتب على ذلك إيجاد حاجز بين الجانبين الطبي والإداري، يحد من نجاح عملية التحسين أو حصرها على بعض جوانب النشاط دون غيره.
- فيمكن القول بأن المعوقات التي تواجهها الخدمات عند تطبيق الجودة قد تكون ضعف في الإدارة العليا، وعند وجود دورات تدريبية للعاملين على مفاهيم الجودة، وأيضاً نقص الموارد المالية للمركز الصحي مما يعيق تجهيزه.
- ويميز دُونَ بدايات بين ثلاث مجموعات من أبعاد جودة الخدمة وهي (إدريس المحياوي، 2006، 6):

- 1- البُعد الفني: الذي يتمثل في تطبيق العلم والتكنولوجيا لمشكلة معينة.
- 2- البُعد غير الفني: عبارة عن التفاعل النفسي والاجتماعي بين مقدم الخدمة والعميل الذي يتلقى هذه الخدمة.
- 3- الإمكانيات المادية: هي المكان الذي تؤدي فيه الخدمة.

- ولقد تمّ تطور منهجية قياس جودة الخدمة الصحية بحيث يتمّ من خلالها قياس رضا العميل، وأن قياس جودة الخدمة يتمثل في توقع المريض لمستوى الخدمة أو ما تحققه، مقارنة بما ينبغي، وعليه فقد حدد بعض الكتاب والباحثين عشرة أبعاد (معايير) لقياس جودة الخدمات الصحية وهي:
- 1- إمكانية الحصول على الخدمة الصحية: سهولة الوصول إلى الخدمة في الموقع المناسب والوقت المناسب، (حاروش، 2012، 172).
 - 2- الاستجابة: حيث يستجيب العاملون (مقدمو الخدمة) بسرعة وبشكل خلاق لطلبات العميل ومشكلاته وتتمثل في جدية العاملين على مختلف المستويات في تقديم الخدمة (العزاوي، 2010، 8).
 - 3- الملموسية: ويركز هذا العنصر على الجانب الملموس من الخدمة كإطار التسهيلات المادية (الصيرفي، 2011، 154).
 - 4- التأكيد (الكفاءة) امتلاك مقدمي خدمة للمهارات والكفاءات والقدرات والمعرفة المطلوبة (الطائي، العلاقي، 2009، 154).
 - 5- المصادقية: درجة الثقة بمقدمي الخدمة ومدى قدرته على زرع الثقة بينه وبين متلقي الخدمة (المرضى) (الطائي وآخرون، 2013، 69).
 - 6- درجة تفهم مقدم الخدمة لحاجات العميل: أن يبذل مقدمو الخدمة جهداً لتفهم احتياجات العميل (المرضى) وأن يمنحوه اهتماماً شخصياً (العلي، 2008، 309).
 - 7- الكياسة (اللباقة) تعني: أن يكون مقدم الخدمة على قدر من الاحترام، وأن يشعر العميل (المرضى) أنه محل تقدير واهتمام، وأن يتسم بالمعاملة الودية (أبو عبد الله، 2010، 93).
 - 8- الأمان: وهي درجة الشعور بالأمان والثقة في الخدمة وبمن يقدمها، بمعنى أن تؤمن الخدمة خالية من المخاطر والشك (ديون، 2012، 219).
 - 9- الاعتمادية (الموثوقية)، حيث تقدم الخدمة للعميل بدقة يمكنه الاعتماد عليها (البراروي، 2011، 570).
 - 10- الاتصالات: فن استخدام المعلومة من قبل المرسل، لغرض إيصالها إلى عقل الطرف الآخر وهو المستلم لإحداث استجابة (البكري، 2006، 34).

الجدول رقم (6) يوضح مؤشرات تقييم الجودة الصحية

المؤشر	الشرح
الملموسة	حدائثة وجاذبية مظهر المركز . العنصر المادي مظهر الخارجي للعاملين (ارتداء الزي الطبي) توفير الأجهزة والمعدات الحديثة.
الاعتمادية	القدرة على الوفاء بالالتزامات في الموعد المحدد أداء المصادقية معلومات دقيقة والمحافظة على ملفاتهم مصادقية الأداء وإمكانية الاعتمادية على كفاءات
الاستجابة	القدرة ورغبة العاملين على تقديم خدمات (للمرضى) السرعة والمساعدة سرعة تنفيذ المعاملات سرعة الرد على شكاوي العملاء
الثقة	توفير الأمان والاطمئنان في مكان الخدمة ثقة المرضى في المركز سمعة ومكانة المركز الصحي لدى أفراد المجتمع ثقة المرضى بالعاملين بالمركز الصحي.
التعاطف	فهم ومعرفة حاجات العميل (المرضى) الاهتمام بالمريض اهتمام وعناية العاملين بالمرضى ملاءمة ساعات العمل مع التزاماته

المصدر: تصميم الباحثة

4.2 أبعاد جودة الخدمات الصحية

مقدمة

1.4.2 ماهية جودة الخدمات الصحية

2.4.2 أهمية نظم المعلومات الصحية

3.4.2 أهداف نظام المعلومات الصحية

4.4.2 العناصر المؤثرة في تحقيق جودة الخدمات الصحية

5.4.2 أهمية مقاييس جودة الخدمات الطبية

6.4.2 أهمية قياس تطبيق جودة الخدمة الصحية

7.4.2 أهداف قياس جودة الخدمة الصحية

8.4.2 فوائد تطبيق جودة الخدمات الصحية

9.4.2 المواصفات الواجب توافرها في مقدمي الخدمات الصحية بالمراكز الصحية

10.4.2 مبادئ جودة الخدمات الصحية في المراكز الصحية

11.4.2 طرق قياس جودة الخدمات الصحية

4.2 أبعاد جودة الخدمات الصحية

مقدّمة

إنّ الاهتمام بجودة الخدمات الصحية تكافئ أو قد تفوق الاهتمام بجودة السلع في الكثير من بلدان العالم ولاسيما المتقدّمة منها، لكن جودة الخدمة الصحية قد حظيت باهتمام أكبر عن غيرها من الخدمات، نظراً لتعلق الأمر بصحة وحياة الإنسان الذي هو قيمة عليا على الأرض. وقد تبلور هذا الاهتمام بجودة الخدمة الصحية بقيام المهتمين بهذا المجال بتحديد أبعاد جودة الخدمة الصحية وهذه الأبعاد تعدّ بمثابة مؤشرات لقياس مستوى جودة الخدمة الصحية. ونظراً لمحدودية الدراسات التي تناولت أبعاد جودة الخدمات الصحية في ليبيا بعامة، وفي منطقة الزاوية خاصّة، فقد وجدنا من المناسب دراسة إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية في مجموعة مختارة من المرافق والوحدات الرعاية الصحية الأولية بمنطقة الزاوية.

1.4.2 ماهية جودة الخدمات الصحية

إن أول من استخدم هذا المفهوم في مجال الطب ممرضة بريطانية تدعى " فلورنس نايتجيل " والتي كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال حرب القرم، وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها؛ مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات (خسوف، 2008، 29-30).

ويؤكد (نصيرات، 2008) على أن موضوع جودة الخدمة الصحية أصبح من المواضيع الأساسية في تسويق خدمات الرعاية الصحية، كما أن هذا الموضوع هو محل الاهتمام والتركيز من قبل إدارات المستشفيات، والمستفيدين من خدمات الرعاية الصحية، والأطباء، والجهات الممولة لهذه الخدمات حيث تركز هذه الأطراف المتعددة على موضوع جودة الخدمة الصحية؛ لتحقيق أهدافها ومصالحها، إذ أن الخلل، والأخطاء في جودة الرعاية الصحية غير مقبول وتتعدى آثاره الضرر المادي إلى الضرر الجسدي والنفسي ولا بد من التطلع إلى ممارسة صحية خالية من العيوب (نصيرات، 2008، 383-384).

وبصدد مفهوم جودة الخدمات الصحية يبين (Ellis and Whitngton,1993) بأن جودة الخدمة الصحية تعني: مجموعة الإجراءات الموضوعية للتأكد من القدرة على ضمان تحقيق مستويات عالية من جودة الخدمة الصحية المقدمة إلى المترددين إلى المنظمات الصحية (Ellis and Whitngton,1993,23).

وأوضح (Kotler and Armstrong,1994) بأن جودة الخدمة الصحية هي شكل من أشكال الطرائق التي تستخدمها المنظمة الصحية؛ لتمييز نفسها عن المنظمات الصحية الأخرى المشابهة لها في النشاط عن طريق تكوين صورة عن المنظمة الصحية تتحدد من خلالها شخصية المنظمة على جميع المستويات. (Kotler and Armstrong,1994,640).

وأشار (Nakijima,1997,33) إلى أن جودة الخدمة الصحية هي تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة بدون زيادة التعرض للمخاطر (Nakijima,1997,33).

ونكر (الدياجي، وعبدالله، 2003) تعريف منظمة الصحة العالمية لجودة الخدمات الصحية بأنها التماشي مع المعايير والاتجاه الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من قبل المجتمع وبتكلفة مقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية، نسبة الوفيات، والإعاقة وسوء التغذية (الدياجي، وعبدالله، 2003، 14).

وقد أكد (سعد، 2004) على أن جودة الخدمة الصحية هي أسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار بما يلبي احتياجات المرضى وغيرهم، وأضاف بأنها إنجاز أعمال من قبل أفراد عاملين ذوي مهارات عالية كرسو أنفسهم ومهاراتهم؛ لتقديم خدمة ذات جودة عالية لمرضاهم (سعد، 2004، 116).

ويبين (العسالي، 2006) بأن جودة الخدمة الصحية تعني: تقديم خدمات صحية أكثر أماناً وأسهل منالاً وأكثر إقناعاً لمقدميها وأكثر إرضاء للمستفيدين منها بحيث تتولد في المجتمع نظرة إيجابية إلى الرعاية الصحية المقدّمة (العسالي، 2006، 11).

وأكد (دونا بيديان) بأن جودة الخدمة الصحية هي: تطبيق العلوم والتقنيات الطبية؛ لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامّة، دون زيادة التعرض للمخاطر، وعلى هذا الأساس فإن درجة الجودة تحدد بأفضل موازنة بين المخاطر والفوائد (خسوف، 2008، 30).

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول: بأن برامج جودة الخدمة الصحية يجب أن تتميز بتوفير آلية للتأكد من أن مستوى جودة الخدمة الصحية التي تقدم للمرضى يطابق ما سبق تحديده من معايير وأن تلك البرامج قد صممت لحماية المرضى وتحسين مستوى الرعاية التي توفرها المنظمة الصحية. وعليه فإن جودة الخدمة الصحية تمثل مجموعة من السياسات والإجراءات المصممة التي تهدف إلى تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستفيدين منها (المرضى وغيرهم) على نحو نظامي وموضوعي، يسهم في تقديم الفرص؛ لتحسين رعاية المرضى وحلّ المشكلات العارضة بطرق علمية، وذلك عن طريق العاملين في المنظمات الصحية والذين يستخدمون مهاراتهم وخبراتهم وتقنيات الرعاية الصحية المتاحة لهم وبما يضمن تحقيق أفضل النتائج في الوقت المناسب والمكان المناسب وبأقلّ كلفة ممكنة، وهذا يعني: أن جودة الخدمة الصحية هي أسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار بما يلبي احتياجات المرضى وغيرهم.

2.4.2 أهمية نظم المعلومات الصحية:

يعتمد نظام المعلومات الصحية على أحد العناصر الأساسية للمنهجية لدراسة المرحلة الأساسية المتصورة لأطباء المستقبل (الشريجي، 2001، 67).

- تحديد الاحتياجات التعليمية بنظم المعلومات الصحية تنقسم إلى ثلاث عناصر .

1- الاحتياجات التعليمية لنظام المعلومات الصحية المتعلقة بدور المعلومات للأطباء وما يتعلق للأطباء بمهارات التواصل وذلك في إطار الطلاب والزملاء والمرضى عامة.

2- الاحتياجات التعليمية لنظم المعلومات الصحية بدورها وتلبية متطلبات الدور، ووظائف النظام: وتشمل المهارات المتعلقة، موضوعية؛ والقدرة على استخدام منظومة تكنولوجيا المعلومات اللازمة لجمع وتخزين.....

3- الاحتياجات التعليمية لنظام المعلومات الصحية بدور الباحثين بشأن استرجاع وتحليل وإجراءات البحوث الخاصة والوثائق والمطبوعات والبيانات وتحليلها، وكيفية بث نتائجها.

3.4.2 أهداف نظام المعلومات الصحة:

هناك عدة مزايا تتحقق للمنظمات من توافر الأنظمة الجيدة والمميزة للمعلومات ومن أهم هذه الأهداف ما يأتي:

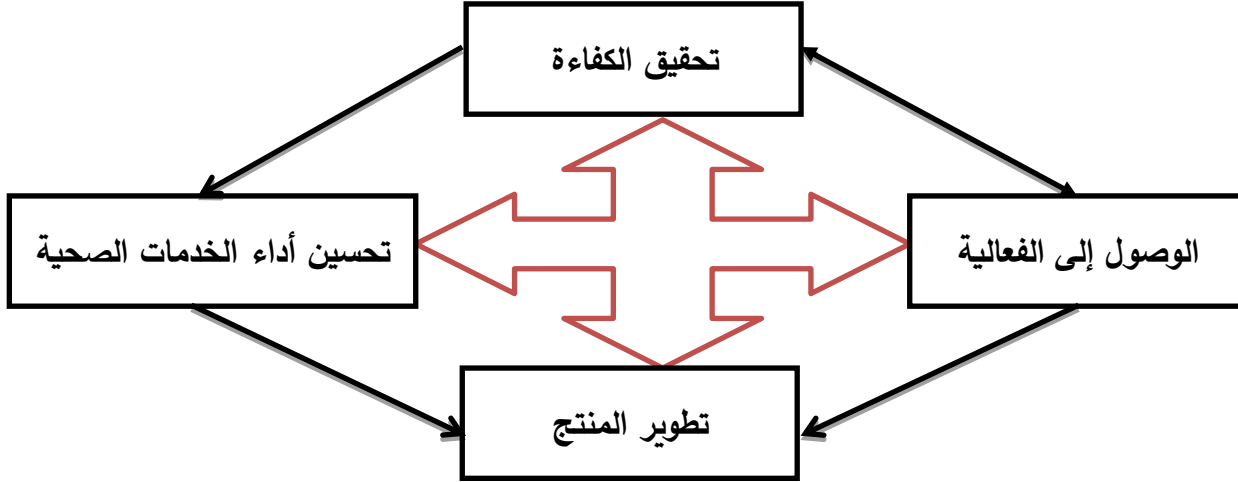
1- تحقيق الكفاءة: تُشير الكفاءة إلى أداء المهام بصورة أسرع أو بأقل تكلفة، مثال ذلك: تقييم العمالة من خلال إحلال الحاسب الآلي محل الأفراد، وأيضاً في مجال الرقابة على مخزون الأدوية يمكن تخفيض التكاليف من خلال بيانات البيئة الخارجية وبيانات بيئة نظام المعلومات الداخلية واتخاذ القرارات وتحديد البدائل

2- الوصول إلى الفعالية: تشير الفعالية إلى مدى تحقيق أهداف المنظمة. وتحقيق الفعالية من خلال مساعدة المديرين الأطباء في اتخاذ القرارات ذات الجودة الأفضل (معالي، 2002، 36، 37):

3- تحسين أداء الخدمة الصحية: تهدف المعلومات إلى تقديم خدمات ذات مستوى أفضل للعملاء وليس هناك أفضل من استخدام آلات الصرف السريع في الخدمات الأطباء.

4- تطوير المنتج: تلعب المعلومات دوراً هاماً في خلق وتطوير المنتجات الدوائية في بعض

الخدمات الصحية العامة لدى المرضى كافة.



الشكل رقم (11) يوضح أهداف نظام المعلومات الصحية

المصدر: تصميم الباحثة

4.4.2 العناصر المؤثرة في تحقيق جودة الخدمات الصحية:

تختلف العناصر المرجوة من تطبيق نظام الجودة على الآتي (إلياس، 2008، 61):

- 1- صحة المعلومات المقدمة: يسهل لنظام المعلومات المختبر الحصول على إجابات وإمكانات وإجراءات التحليل.
- 2- توليد أوراق عمل من نظام معلومات المختبر بطباعة مصنفة بحسب الاختصاصات المتوفرة .
- 3- موثوقية عالية في العينات المستخدمة في التحليل.
- 4- مراقبة نتائج التحاليل الصادرة عن المختبر يضمن نظام المعلومات والنتائج المخبرية المراقبة لضمان صحة النتائج علمياً وسرياً.

5.4.2 أهمية مقاييس جودة الخدمات الطبية:

مقياس الرضا: وهو أكثر المقاييس استخداماً لقياس اتجاهات ورضا المستفيدين نحو جودة الخدمات المقدّمة، وخاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات عن طريق توجيه الأسئلة التي تكشف للمؤسسات الخدمية طبيعة شعور الزبائن، نحو الخدمة المقدّمة لهم وجوانب القوة والضعف بها، كما يمكن هذه المؤسسات من تبني إستراتيجية للجودة تتلاءم مع احتياجات الزبائن، وتحقق لهم الرضا نحو ما يقدّمه لهم من خدمات (علوان، 2005، 125).

ويعرف رضا المستفيدين: بأنه هو شعور المريض بالراحة و القبول عن مجمل الخدمات التي تلقاها مدة إقامته في المنشأة الصحية وتشمل الخدمات الطبية والتمريضية. إن الأبعاد المتكاملة لمفهوم رضا المستفيدين تتضمن (الفرّاج، 2012، 64):

1-الرعاية التمريضية المهنية

2-الرعاية الصحية السلوكية.

3- الخصائص التنظيمية.

4- الاستضافة والفندقية.

1- مقياس الأداء الفعلي: Measure performance Service وتعني: أداء الخدمة، وهي كلمة مكونة من العبارتين serviceالخدمة و performanceالأداء، ويعرف هذا النموذج باسم Servperfظهر خلال 1992؛ نتيجة للدراسات التي قام بها كل Cronin et Taylor، وتعرف الجودة في إطار هذا النموذج مفهوماً اتجاهياً يرتبط بإدراك العميل للأداء الفعلي للخدمة المقدّمة ويعرف الاتجاه على أنه: "تقييم الأداء على أساس مجموعة من الأبعاد المرتبطة بالخدمة المقدمة" (معلا، 1998، 362).

-قياس الجودة المهنية professional quality Measuring: يرى الكثير من الباحثين أنّ تقييم جودة الخدمة من منظور الزبون يمثل جزءاً من برنامج الجودة، وعلى ذلك مقاييس الجودة المهنية تتناول قدرة منظمات الخدمة على الوفاء بخدماتها المتنوعة (علوان، 2006، 105).

قياس الجودة بدالة العملاء: يرى أصحاب هذا المدخل أن توفر المؤسسة البيئة المادية
الملاءمة من: تجهيزات ومعدات وعاملين أكفاء، وقوانين ولوائح ومعدات وأدوات، ونظم مساعدة،
وأهداف محددة وأساليب عمل الإجراءات مسطرة يؤدي حتماً إلى تحقيق خدمة مميزة.

4- قياس الجودة بدالة العمليات: operations of terms in quality measuring يهتم
هذا المقياس بجودة العمليات أو بمراحل تقديم الخدمة، كما يحتوي على المؤشرات ومعايير توضح
النسب المقبولة لكافة عناصر أنشطة الخدمات المقدمة، كي يتم تصنيف الخدمات كخدمات جيدة.
فبالرغم من توفر بعض الجوانب المنطقية.

6.4.2 أهمية قياس تطبيق جودة الخدمة الصحية:

تكمن أهمية قياس تطبيق جودة الخدمة الصحية في الآتي:

- 1- الطابع غير المادي للخدمة عمومًا هي عبارة عن منتج غير مادي أو غير ملموس. لا
يمكن قياسه، يمكن فقط تحسسه وإشباع حاجة ما من خلاله أو بواسطته. فالخدمة المنتجة عادة ما
تسبقها حاجة معبر عنها أو متوقعة. هي مرتبطة أساساً بجوانب ثقافية وسلوكية لمجتمع ما. ونجاحها
يعتمد على مدى كفاءة مقدمها وقدرته على تحقيق الرضا لدى الزبون (طالب الخدمة)، من خلال ما
يقدم له من خدمة هنا يكمن التحدي الأكبر للمؤسسة الخدمية، ألا وهو الحصول على ولاء الزبون
لضمان الاستمرارية في النشاط الخدمي المتخصص فيه (خرمة، 2000، 103)، (سعد، 2004، 113).
- 2- وجود علاقة تداخل بين المنتج ومقدم الخدمة ومستهلكها عادة ما لا يشرع في إنتاج الخدمة
إلا عند الطلب، والذي يلبي من خلال التقديم المباشر للخدمة المطلوبة و. هذا في حد ذاته يمثل
علاقة إنسانية تقوم على عامل التحفيز من أجل اقتناء الخدمة والاستمرار في ذلك، وعامل المساهمة
في تحديد خصائص ومواصفات الخدمة المرغوب بها.
- 3- الزبون يمكنه المساعدة في إنتاج الخدمة التي يستهلكها يمكن لطالب الخدمة أن يكون
مساهماً فعلياً في إنتاج الخدمة التي يريد، وذلك من خلال الاقتراحات التي يقدمها بخصوص ما
يريد، ويمكنه حتى تحديد المكان والزمان اللذان يحصل فيهما على الخدمة.

4- تزامن عمليتي إنتاج واستهلاك الخدمة غير القابلة للتخزين، فهي تستهلك لحظة إنتاجها، أي تقديمها، وهذا ما يجعل عملية الرقابة والتصحيح في حالة الخطأ أمر صعب، وأحياناً غير ممكن، كما هو الحال عند حدوث بعض الأخطاء في مجال الخدمات الصحية.

5- الخدمة غير متجددة بنفس مستوى الأداء يكون من الصعب في أغلب الأحيان المحافظة على نفس المستوى لأداء الخدمة المطلوبة. فكل حالة تتطلب خدمة معينة وخلال لحظة زمنية معينة. أي أن هناك حالة تباين في مستوى وطبيعة الخدمة المقدمة، وهذا راجع إلى عدة أسباب منها التوقيت الزمني الذي قد تتطلب فيه الخدمة، السرعة المطلوب في تقديمها. . . إلخ. فهذا ينعكس على مستوى أداء الخدمة ودرجة تماثلها.

6- تقييم الخدمة يكون حسب النتائج وطريقة التقديم عادة ما تعتمد فعالية وموضوعية تقييم الخدمات المنتجة والمقدمة على رد فعل المستهلك. رد الفعل هذا والذي عادة ما يخضع لسلوكيات الأفراد، أي: الزبائن، والتي تختلف و تتباين من فرد لآخر. فالخدمة التي قد يرضى بها شخص ما قد لا ترضي شخصاً آخر، وهذا راجع طبعاً لاعتبارات شخصية، كالحاجات والرغبات المتباينة، المستوى التعليمي والثقافي، الانتماء الاجتماعي. . . إلخ.

7- خاصية عدم التملك للخدمة.

هذه الخاصية تعني: بأن طالب الخدمة له الحق في الانتفاع بما يقدم له من خدمات دون التملك المادي لها، كما هو الحال عند الحصول على خدمة النقل، أو حتى الخدمة الصحية. كما أسلفنا آنفاً، الخدمات الصحية هي واحدة من أهم وأبرز الخدمات المنتجة والمقدمة؛ لأنها مرتبطة بصحة وسلامة الأفراد، لذلك فإلى جانب تميزها بالخصائص المذكورة سابقاً فإن لها، أي: الخدمات الصحية، خصائص مميزة لها، والتي يمكن إيجازها فيما يأتي:

أ- الخدمات الصحية تقدم لكل أفراد المجتمع، بغض النظر عن مستوياتهم الاجتماعية، الثقافية، التعليمية أو المادية.

ب- الخدمات الصحية تهدف إلى تقديم منفعة عامة لمختلف الأطراف المستفيدة منها، أفراد، هيئات وتنظيمات. . . إلخ.

ج. يشترط في الخدمات الصحية درجة عالية من الجودة؛ لأنها مرتبطة بحياة الأفراد.

د- تتميز الخدمات الصحية بكونها مراقبة بشدة، حيثُ أنها تخضع للقوانين والتنظيمات الصادرة عن الدولة، وذلك فيما يتعلق بطبيعة الخدمات المقدمة وبكيفية تقديمها.

هـ- الخدمات الصحية تتميز بالاستمرارية وعدم القابلية للتأجيل، وذلك على مدار اليوم، الأسبوع، الشهر، والسنة.

و- الخدمات الصحية تتطلب الحضور الشخصي للمستفيد، من أجل الفحص، التشخيص، إجراء التحاليل والمعالجة.

ي- يتحدد مستوى جودة الخدمات الصحية بدرجة أولى من قبل المستفيد، أي: المريض. حيثُ أن درجة التوافق بين جودة الخدمة ومستوى إدراك المريض لتلك الجودة في الخدمة هي المحدد لمستوى جودة الخدمة الصحية. إن مثل هذه الخصائص و المميزات التي تصبغ الخدمات الصحية في عمومها، تتوافق (إلى حدٍ كبير مع الجوانب التالية:

7.4.2 أهداف قياس جودة الخدمة الصحية:

يرى كلٌّ من (خرمة، 2000)، (سعد، 2004)، بأن أهداف جودة الخدمة الصحية هي

(خرمة، 2000، 103)، (سعد، 2004، 113):

- 1- ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين.
- 2- تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المستفيد (المريض) وزيادة ولائه للمنظمة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية.
- 3- تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.
- 1- تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها.
- 2- تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية.
- 3- تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين (المرضى) الهدف الأساس من تطبيق الجودة.

4- كسب رضا المستفيد (المريض) إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لابد من توفرها في أي منظمة صحية تعمل على تحسين الجودة وتسعى لتطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب رضا المستفيد.

5- تحسين معنويات العاملين، إذ أن المنظمة الصحية الخاصة هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية، مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج.

أبعاد جودة الخدمة الصحية المعتمدة في البحث: اتفق عدد من الكتاب على أن أبعاد جودة الخدمات الصحية هي: (محمود، والعلاق، 2001)، (كوش، 2002)، (Chia-Ming,et. al. ، 2002)، (Holdford,et. al. ، 2003)، (Hsing-Yun,et. al. ، 2008): الاستجابة، والاعتمادية، والضمان، الملموسية، والتعاطف. ونظراً؛ لتصنيف خصائص جودة الخدمات الصحية أو احتواء الأبعاد أعلاه على جميع خصائص جودة الخدمات الصحية فقد اعتمدنا هذه الأبعاد في بحثنا.

1. بعد الاستجابة:

يرى (Lovelock,1996) بأن الاستجابة تعني قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم (Lovelock,1996,456).

وذكر (Ming,et.al.,2002) أن الاستجابة تعكس الرغبة أو الرضا بمساعدة الزبون وتقديم الخدمة السريعة (Ming, et. al. ,2002,5).

وأوضح (ديوب، وعطية، 2005) بأن الاستجابة في مجال الخدمات الصحية تعني مدى قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة بشكل دائم في تقديم الخدمة للمستفيدين عند احتياجهم لها (ديوب، وعطية، 2005، 124).

وبين (Shaikh,2005) أن الاستجابة في الخدمة الصحية تشير إلى أن جميع المرضى: بغض النظر عن أصلهم، وحالتهم، وخلفيتهم، يتلقون الرعاية السريعة من قبل كادر المستشفى مع حسن المعاملة والتعاون، ووقت انتظار ملائم أو مناسب وغير مزعج (Shaikh,2005. 515).

وأكد (حامد، 2002) بأن الاستجابة في مجال الخدمة الصحية تشمل المتغيرات الآتية: السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة، الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة

الانشغال، الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض، الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوي، وإخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤها منها (حامد، 2002، 20).

ونكر (البكري، 2005) بأن الاستجابة تعني: المساعدة الحقيقية في تقديم الخدمة إلى المستفيد (المريض). ويمثل: هذا البُعد (22%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى، ومن معايير تقييم بُعد الاستجابة الآتي: تقديم خدمات علاجية فورية، استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية، العمل على مدار ساعات اليوم (البكري، 2005، 212-213).

وبين (Shaikh and Rabbani,2005) بأن الاستجابة تعني: قيام العاملين في المستشفى بتقديم عناية سريعة للمريض اعتماداً على احتياجاته للعناية وبأقصر وقت ممكن (Shaikh and Rabbani,2005,195).

وعرف: (المحياوي، 2006) الاستجابة بأنها: القدرة على تلبية الاحتياجات الجديدة أو الطارئة للمريض من خلال المرونة في إجراءات ووسائل تقديم الخدمة، فمثلاً ما هو مدى استعداد ورغبة المنظمة في تقديم المساعدة للمريض أو حلّ مشاكله المحددة (المحياوي، 2006، 94).

ونكر (الطائي، وقدارة، 2008) بأن الاستجابة تعني: مدى قيام العاملين على تقديم الخدمة بالتفاعل سريعاً مع ما هو غير متوقع أو خاص لدى المستفيد الاستجابة هي الرضا وقابلية تقديم الخدمة السريعة (الطائي، وقدارة، 2008، 38).

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول: بأن بعد الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية يشير إلى أن العاملين في المنظمة الصحية قادرين على الاستجابة السريعة وفي جميع الأوقات للحالات المرضية والإصابات التي ترد إليها، فضلاً عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين (المرضى) من خدمات المنظمة الصحية والإجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوي المقدمة من قبلهم، وكذلك سرعة إنجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند احتياجهم لها (Chang,2008,7).

2. بعد الاعتمادية:

يرى (Cronin&Tylor,1992) بأن الاعتمادية تعني: قدرة مقدم الخدمة الصحية (الطبيب، المحلل، الممرض، وغيرهم) على أداء الخدمة الصحية التي وعد بها بشكل يمكن الاعتماد عليها، فضلاً عن تقديمها بدرجة عالية من الدقة والصحة (Cronin&Tylor,1992,55).

وأوضح (Lovelock,1996) بأن الاعتمادية تشير إلى قدرة مقدم الخدمة على الإيفاء والالتزام بتقديم الخدمة باعتماد ودقة وثبات (Lovelock,1996,465).

وأكد (Goncalves,1998) بأن الاعتمادية تعني: قدرة مجهز الخدمة على إنجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه (Goncalves, 1998, 61).

وبيّن (الشميري، 2001) بأن الاعتمادية:هي القدرة على تقديم الخدمة في الوقت المحدد بالدقة المطلوبة ومدى الوفاء بالالتزامات (الشميري، 2001، 281).

ويرى (Slack,et.al,2004) بأن الاعتمادية في مجال الخدمات الصحية تعني الالتزام بالمواعيد المحددة للمستفيدين (المرضى) فضلاً عن تسليم نتائج الفحوصات المختبرية والأشعة وغيرها إلى المستفيدين حسب المواعيد المحددة وكذلك تخفيض نسبة المواعيد الملغاة إلى أدنى حدّ ممكن (Slack,et. al,2004,49-50).

وأوضح (Stevenson,2005) بأن الاعتمادية هي القابلية على أداء الخدمة بموثوقية وبمطابقة وبدقة عالية (Stevenson,2005,387).

وبين (ShaikandRabbani,2005) بأن الاعتمادية في الخدمات الصحية يمكن التعبير عنها بأنها حلّ أو إيجاد الحلول للمشاكل المتوقعة فضلاً عن إعطاء الحلول المطلوبة للمشاكل (Shaik and Rabbani, 2005, 195).

وبين (البكري، 2005) بأن المعقولية في الخدمة الصحية تعني القدرة على الأداء في إنجاز ما تمّ تحديده مسبقاً وبشكل دقيق ويمثل هذا البعد (32%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى. وأن من معايير التقييم لبعد الاعتمادية الآتي: دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى، المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية (البكري، 2005، 212-213).

ونكر (Shaikh,2005) أن الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية تعني:ملاحظة أو مشاهدة المستفيد للخدمة وفقاً لتوقعاته وتلقي المعالجة المطلوبة (Shaikh,2005,515).

وأوضح (Evans&Collier,2007) بأن الاعتمادية تعني: قابلية أداء الخدمة الصحية الموعودة بموثوقية ودقة عالية (Evans & Collier ,2007,78).

وفي ضوء ما تقدّم نرى بأن بعد الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية يشير إلى قدرة المنظمة الصحية على تقديم وأداء الخدمات الصحية بالجودة الموعودة للمستفيدين منها (المرضى والمراجعين للمنظمة الصحية) في الوقت المحدد بموثوقية وبمطابقة ودقة عالية وثبات وبدون أخطاء ويمكن الاعتماد عليها، فضلاً عن إعطاء الحلول الصحيحة للمشاكل المتوقعة والحرص على حلّ مشكلات المريض ممّا يعطي ذلك المستفيد (المريض) إحساس وثقة بأن حياته بين أيدي أمينة وأن ثقته في الأطباء والإخصائيين عالية من حيث الدقة وعدم الأخطاء في الفحص والتشخيص والعلاج، وكذلك ثقة المستفيد بأن حساباته المالية سليمة عند مغادرته المنظمة الصحية (المستشفى).

3. يُعد الضمان:

أشار (محمود، والعلاق، 2001) إلى أن هذا البعد هو العهد ويقصد به معلومات القائمين على تقديم الخدمة وكياستهم، وقدراتهم على استلهم الثقة والائتمان (محمود، والعلاق، 2001، 42) . وذكر (Shaikh,2002) أن الضمان في مجال الخدمة الصحية ناتج عن اعتماد أو ثقة المرضى بالأطباء وكادر المستشفى، والثقة بمؤهلاتهم ومقدرتهم (Shaikh,2002,515).

أمّا (البكري، 2005) فقد أطلق عليه تسمية التأكيد ويقصد بها السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة ويمثل: هذا البعد (19%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى. ومن معايير تقييم جودة الخدمة الصحية بموجب هذا البعد الآتي: سمعة ومكانة المستشفى عالية، المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي، الصفات الشخصية للعاملين (البكري، 2005، 212-213).

وأكد (Shahrilet.al.,2004) أن الضمان يعني: المعرفة وحسن معاملة المستخدمين " مقدمي الخدمة " وقابليتهم لإشاعة أو نشر روح الثقة والصدق، وأيضاً تشمل: الاتصالات الشفوية والتحريرية بين مقدمي الخدمات والزبائن (Shahril et. al.,2004,5).

وبين (Shaikh&Rabbani,2005) بأن الضمان يتضمن العناصر الآتية: المستشفى جديرة بالثقة والاعتماد، الطبيب مؤهل وكفوء، العاملون بالمستشفى يتمتعون بالكياسة واللطف (Shaikh&Rabbani, 2005).

وبين (رشود، 2008) بأن الضمان يقصد به الأمان الكافي المحيط بمكان الخدمة والشعور بالحصول على خدمة جيدة والمحافظة على سرية وخصوصيات المستفيدين من الخدمة وكذلك الاطمئنان على أرواح وممتلكات طالبي الخدمة (رشود، 2008، 54).

وأطلق (علوان، 2005) تسمية توكيد الجودة على بعد ضمان الجودة إذ يرى أن مرحلة توكيد الجودة تؤكد على كل الأنشطة المخططة أو النظامية المهمة لمطابقة وضمنان الخدمة وفق احتياجات المستفيد، وأن هذه الأنشطة هي مستمرة وأساسها منع وقوع الخطأ عند تقديم الخدمة للمستفيد. (علوان، 2005، 28).

اتساقاً مع ما تقدّم يمكن القول: بأن الضمان كأحد أبعاد جودة الخدمة الصحية يقصد به تأكيد إدارة المنظمة الصحية على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين (أطباء، ممرضين، وغيرهم) فضلاً عن توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي؛ ممّا يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة.

4. بُعد الملموسية:

نكر (Chia-Ming,et.al.,2002) أن الملموسية تشير إلى مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصال (Chia-Ming, et. al. ,2002,5). وأشار (ZeithmalandBritner,2003) إلى أن الجوانب المتعلقة بلموسية الخدمة هي المباني وتقانة المعلومات والاتصالات المستخدمة فيه، والتسهيلات الداخلية للأبنية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة، والمظهر الخارجي للعاملين، والترتيبات الداخلية للمنظمة الصحية، ومواقع الانتظار للمستفيد من الخدمة، وغير ذلك ((Zeithmal and Britner,2003,28-31).

وأوضح (Shaikh and Rabbani,2005) بأن بعد الملموسية في مجال جودة الخدمة الصحية يتضمن العناصر الآتية: مكاتب الأطباء نظيفة، العاملين في المستشفى يستخدمون الوسائل أو الآلات القياسية، والوصفات الطبية (أدوية، ومستلزمات طبية) يجب أن تكون سهلة الفهم (Shaikh and Rabbani, 2005, 195).

وبيّن (ديوب، وعطية، 2005) بأن تقييم الخدمة الصحية من قبل المستفيد غالباً ما يتم بناء على التسهيلات المادية مثل (الأجهزة، والتقانات، المظهر الداخلي للمستشفى، المظهر الشخصي للعاملين) (ديوب، وعطية، 2005، 124).

وذكر (حامد، 2002) بأن بعد الملموسية يعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية ويشمل الآتي: جاذبية المباني والتسهيلات المادية، التصميم والتنظيم الداخلي للمباني، حداثّة المعدات والأجهزة الطبية (حامد، 2002، 19).

وأوضح (البكري، 2005) بأن الملموسية تتمثل بالقدرات والتسهيلات المادية والتجهيزات والأفراد ومعدات الاتصال، ويمثل هذا البعد (16%) كأهمية نسبية قياساً بالأبعاد الأخرى، ومن معايير التقييم لهذا البعد الآتي: الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج، المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة، أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة (البكري، 2005، 212).

وأوضح (Shahril,et.al.,2004) أن الملموسية تعني: مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصالات (Shahril, et. al., 2004, 5).

وبين (Shaikh,2005) أن الملموسية تشير إلى الأخذ بالاعتبار النظافة في التسهيلات الصحية، واستعمال الأدوات النظيفة والإجراءات القياسية في التسهيلات وأخيراً الوصفة الطبية التي ينبغي أن تكون سهلة الفهم من قبل المرضى (Shaikh,2005,515).

وأكد (إدريس، 2006) بأن المقصود بالجوانب الملموسة حداثّة وجاذبية المباني والتصميم الداخلي والتطور التقني للمعدات والأجهزة وغيرها من التسهيلات المادية المستخدمة في إنتاج الخدمة، والأثاث والديكور، ومظهر العاملين في مواقع الخدمة (إدريس، 2006، 294).

وأشار (العلي، 2008) بأن الملموسية تشتمل على الحقائق والمعطيات المادية للخدمة مثل: التسهيلات المادية والمرافق التي يستخدمها المريض (العلي، 2008، 309).

وأكد (Chang,2008) بأن الملموسية تعني: مظهر التسهيلات المادية والبشرية (Chang,2008,7).

تأسيساً على ما تقدّم نرى بأن بُعد الملموسية يشير إلى التسهيلات المادية والتي تزيد من إقبال المستفيدين (المرضى والمراجعين للمستشفى) وعودتهم لنفس مقدّم الخدمة الصحية وتشمل الشكل

الخارجي للمبنى ووسائل الراحة والترفيه مثل: البرامج الطبية التثقيفية باستخدام أجهزة العرض والوسائل التعليمية والكتب، وكذلك المظهر الفيزيائي للمرافق الصحية ونظافتها، ونمط التقانة المستخدم وحداثة المعدات والأجهزة والأدوات الصحية (الطبية المختبرية والأشعة، والتمريضية، وغيرها) ونظافة العاملين وهندامهم اللائق ومظهر الأثاث والديكور وجاذبية المستشفى والتصميم والتنظيم الداخلي لها.

5. التعاطف (الجوانب الوجدانية):

يرى كل من (Parasuraman,et.al.,1988) بأن بُعد التقمص العاطفي يشتمل على المتغيرات الآتية: اهتمام العاملين في المنظمة بالمستفيدين اهتماماً شخصياً، تفهم العاملين في المنظمة لحاجات المستفيدين، ملاءمة ساعات عمل المنظمة لتناسب جميع المستفيدين، وحرص المنظمة على المصلحة العليا للمستفيدين، والدراية الكافية باحتياجات المستفيدين (Parasaruman, et. al. 1988,12-14).

ويرى (محمود، والعلاق، 2001، 42) بأن التعاطف يشير إلى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية وبكل ممنونية، ويشمل هذا البعد على خصائص مثل: مدى توفير الخدمة من حيث الزمان والمكان، والاتصالات، ودرجة فهم مورد الخدمة للمستفيد (محمود، والعلاق، 2001، 42) .

وبيّن (Chia-Ming,et.al.,2002) بأن التعاطف يثير الانتباه (الحذر أو الحرص) والعناية الشخصية المقدمة من قبل المنظمة إلى الزبائن (Chia-Ming, et. al. ,2002,5).

وأشار (Zeithaml,et.al.,2003) بأن التقمص العاطفي يتمثل في إبداء روح الصداقة والحرص على المستفيد وإشعاره بأهميته والرغبة في تقديم الخدمة حسب حاجاته (Zeithaml,et. al. 2003,28-31).

وعرف (Shahril,et.al.,2004) التعاطف بأنه الحرص "الانتباه" والعناية الخاصة التي تقدمها المنظمة الصحية إلى المستفيدين من خدماتها (Shahril, et. al., 2004 ,5).

وأوضح (Shaikh,2005,515) أن بعد التعاطف " الجوانب النفسية " يمكن أن تدرك على شكل العناية الخاصة المعطاة إلى المرضى، ومناداته باسمه، وإبداء صفة الانتباه اتجاه المرضى (Shaikh,2005,515).

وذكر: (Maher,et.al.,2005) أن التعاطف يشير إلى الانتباه والرعاية الشخصية أو الفردية التي تقدمه المنظمة الصحية إلى زبائنها (Maher,et. al. ,2005,6).

كما يرى (البكري، 2005، 212) بأن التعاطف يعني درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمستفيد، ويمثل هذا البعد (16%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى. ومن معايير التقييم لهذا البعد الآتي: اهتمام شخصي بالمريض، الإصغاء الكامل لشكوى المريض، تلبية حاجات المريض بروح من الود واللفظ (البكري، 2005، 212).

وأوضح (Shaikh and Rabbani,2005) بأن عناصر التعاطف هي: العاملون في المستشفى يتمتعون باللفظ والكياسة، الطبيب ينادي المريض باسمه، إعطاء الانتباه الشخصي للمريض (Shaikh and Rabbani,2005,195).

وأشار إلى أن التعاطف يقصد به وضع مصلحة المستفيدين في مقدمة اهتمامات العاملين والإدارة، وتوفير العناية الشخصية لكلّ منهم، والشعور بالتعاطف مع طالب الخدمة عند تعرضه لمشكلة ما، واحترام عادات وتقاليد المستفيدين (ادريس، 2006، 296).

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول: أن بعد التعاطف يشير إلى العلاقة والتفاعل بين مراجعي المنظمة الصحية وأعضاء الفريق الصحي والفني والإداري والمحاسبي فيها. ويقصد به وجود الثقة والاحترام واللباقة واللفظ والكياسة والسرية والتفهم والإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها (المرضى)، إذ تسهم العلاقة الجيدة بين الطرفين في إنجاح الخدمة الصحية واستجابة المرضى للتعليمات الصحية، فضلاً عن أن التعاطف يضع مصلحة المرضى في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين في المنظمة الصحية والإصغاء لشكوى المريض وتلبية احتياجاته بروح من الود واللفظ.

8.4.2 فوائد تطبيق جودة الخدمات الصحية:

تتمثل المزايا التي تحققها جودة الخدمة للمنظمة في تحقيق ميزة تنافسية ومواجهة الضغوط التنافسية من المنظمات الأخرى. وتخفيض التكاليف بسبب انخفاض الأخطاء في المعاملات وإتاحة الفرصة للحصول على مزايا أفضل وزيادة قدرة المنظمة على الاحتفاظ بالعملاء الحاليين وتجنب

عملاء وجذب عملاء جدد. وتظهر الفوائد الداخلية لجودة الخدمات الصحية من خلال علاقاتها بالموظفين في تعبير زيادة الرضا ورفع الروح المعنوية، والالتزام بالأعمال التي ينفذونها . ويمكن إجمال الفوائد التي تمّ تحقيقها من جودة الخدمة الصحية: بما يلي (العامري، 2007، 274-275).

- 1- يعمل تطوير الجودة على بناء منظمة منخفضة التحسين من كلّ أساليب التدريب.
- 2- يعمل لهذا العامل للجودة التخطيط له على التخصص من كلّ التأكيد على حدود المراجعة المنظمة لهذه النظم من اجل تخصص مدى فعاليتها .
- 3- يرى العملاء أن المنظمة تستجيب لاحتياجاتهم، أي أن المنظمة تجيد الاستماع لهم.
- 4- إضافة قيمة من خلال تقديم منتجات وخدمات مبتكرة.
- 5- مشاركة البيانات في حلّ المشكلات والسعي إلى أسلوب المشاركة بشكل عام (مات سيفر، ت: خالد العامري، المرجع العالمي إدارة الجودة).
- 6- إدراك أهمية الأطراف الأخرى في بناء الثقة مع العميل.
- 7- زيادة القدرة التنافسية للمركز الصحي والعمل على مساعدته لدخول مرحلة جديدة، وتعزيز الموقع التنافسي له طالما يجري التركيز على تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية للعميل (العزاوي، 2005، 68).

9.4.2 المواصفات الواجب توافرها في مقدمي الخدمات الصحية بالمراكز الصحية:

- من أهم المواصفات التي يجب أن يتصف بها مقدمو الخدمة الصحية في المراكز الصحية، ما يأتي (أبو عنة، 2004، 33)، (العامري، 2009، 107):
- 1- المعرفة الوظيفية: وتتمثل في الفهم الكامل للخدمات الصحية التي تقدمها المراكز الصحية وكذلك السياسات والإجراءات المتعلقة بالتعامل مع المرضى.
 - 2- المتابعة: تقديم الخدمات الصحية في الوقت المحدد وبطريقة تعكس الاستجابة السريعة لمطالب المرضى وأسرههم والوفاء بالوعدو المقدمة لهم.
 - 3- الاتصال: ويعني القدرة على التغيير بوضوح شفويّاً أو كتابياً عند الاتصال بالمرضى والتعامل معهم.

- 4- المظهر: حسن المظهر لترك انطباع إيجابي لدى المرضى بصفة عامة والزوار بصفة خاصة.
- 5- الحساسية اتجاه المريض: إظهار الاهتمام بمشاعر وأحاسيس المرضى وآرائهم.
- 6- الكرامة والنزاهة: الالتزام من جانب الموظف المسئول عن تقديم الخدمات وفقاً للمعايير والقيم الأخلاقية والأعراف الاجتماعية عند التعامل مع المرضى.

10.4.2 مبادئ جودة الخدمات الصحية في المراكز الصحية:

- إن نجاح المراكز الصحية ينتج عن تطبيق إدارتها لنظام الجودة المصمم؛ لتقديم خدمات صحية تلبي احتياجات الأطراف المعنية ومن المبادئ ما يأتي:
- 1- التركيز على العميل (المريض) يُعد العميل أهم المرتكزات التي تستند عليها إدارة الجودة، ولذلك يجب على إدارة المركز الصحي أن تحدد احتياجات المريض (العزاوي، 2005، 60).
 - 2- القيادة: يجب أن تقدم القيادة بوضوح أهداف المركز الصحي وتوجيه أعضائه بالشكل السليم.
 - 3- التزام الإدارة العليا ينشر ثقافة الجودة، إن القرارات المتعلقة بالجودة تُعد من القرارات الإستراتيجية، ويؤكد مارتن عن التزام الإدارة العليا ويتمثل في الجوانب الآتية:
 - أ- تعزيز ثقافة الجودة، وتطوير إمكانية مقدّمة الخدمة الصحية في أدائها.
 - ب- توفير رؤية إستراتيجية واضحة المعالم للمركز الصحي وأهدافه.
 - 4- الاعتماد على الحقائق عند اتخاذ القرار: تعتمد فعالية القرارات على تحليل المعلومات والبيانات.
 - 5- الوقاية من الأخطاء: إن تطبيق نظام الجودة يتطلب توفير وتحديد المعايير والمقاييس الموضوعية التي تكمن مقدّم الخدمات الصحية من تحقيق الأداء الذي يتطلب مع المواصفات والمعايير (حمود، 2007، 102).

11.4.2 طرائق قياس جودة الخدمات الصحية:

- 1- دليل المتابعة والتقييم.
- 2- إدارة المستشفيات والرعاية الصحية المناهج التدريبية المتكاملة، التركيز على إجراءات العمل والتخلي عن الهدف من التقييم فيحدثُ بذلك خلط بين الهدف والوسيلة تظهر نتائج غير سليمة يجعل منها مضيعة للوقت والجهد والتكلفة. إن علاج أخطاء التقييم مسألة معقدة تتطلب من الإدارة

التدريب الشامل على عملية التقييم مستهدفة المقيمين والمشرفين واكتشاف الأخطاء ونواحي التحيز مع العمل على تأليفها (مضر زهران، 2009، 114).

3- تحديد وحدات القياس:

إن مقاييس الأداء المعتمدة هي المقاييس التي تعكس وضع المنظمة وحالتها مما يؤكد ضرورة اهتمامها عند تصميم المقاييس بما يحقق لها تغذية عكسية تزودها بما تحتاجه من بيانات ومعلومات عن طبيعة العمليات ومخرجاتها وكل ما يتعلق بالإنجازات الفعلية التي تمت والظروف المحيطة بها والتوقعات المستقبلية في ظلّ نظام الاتصالات الفعلية في نقل المعلومات إلى المختصين في الوقت المحدد. وهنا تجدر الإشارة إلى ضرورة التطرق إلى أنواع المعايير قبل التحدث عن وحدات القياس. فالمعايير يمكن تصنيفها إلى معايير تخطيطية ومعايير تطبيقية. فالمعايير التخطيطية هي: معايير تستخدم فيها أدوات التخطيط من أهداف واقعية وواضحة وقابلة للقياس، ولوائح وقوانين وإجراءات تسهم في تحقيق النتائج المخطط لها وتؤدي إلى تحسين الأداء، والبرامج الزمنية لمتابعة وقياس الأعمال والنتائج ومقارنتها وتحديد الانحرافات وتصحيحها في الوقت المناسب، وأخيراً الموازنات التقديرية لما هو متوقع تنفيذه في المستقبل، كميّار مبنى على التنبؤ كأداة لمقارنة الأداء الفعلي لمعرفة الانحرافات وتجنبها. وتستهدف المعايير التخطيطية أدوات التخطيط؛ لتقييم الأداء والاسترشاد بها في أداء العمل من خلال اختيار نموذج أو منهج تقييم مناسب لدراسة العمل وتحليل الانحرافات واستنتاج مسبباتها واقتراح الحلول المناسبة لها. كنموذج تحقيق الأهداف الذي يعمل على تقييم الجهود المبذولة عن طريق قياس النتائج والمخرجات بدقة وهو يعتمد على البحوث والتجارب والمعامل والمختبرات ومراجعة البرامج، والمحاكاة الإلكترونية وغيرها. أيضاً يستخدم في هذا نموذج النظم الذي يقاس درجة نجاح المنظمة في تحقيق الأهداف حيث يتم ذلك بعد توزيع موارد المنظمة في تطبيقه على طريقة التحليل على نشاطاتها المختلفة معتمداً جداول المدخلات والمخرجات.

4- قياس الأداء:

تؤسس هذه المرحلة التي تعتبر إحدى مراحل الرقابة على بحث الأصول والأسس العلمية للمؤشرات المعتمدة للتأكد من أن ما تمّ إنجازه مطابق لما يلزم عمله. فهي تعتمد كلياً الهدف على العملية الرقابية والتي تحدد ما إذا كانت عملية القياس ستكون كلية أو تشمل جميع أوجه النشاط، أم

هي: جزئية أو مرجعية لعمل ما أو لعينة معينة أم هي قياس وقتي لفترة محددة (عبد الفتاح، 2000،
127).

كما أن درجة القياس تتوقف على أهمية العمل، وأساليب القياس المستخدمة، حيث أن هناك أساليب عديدة لقياس الأداء منها القياس باستخدام التقارير وهو أسلوب تستخدمه الأعمال المطلوبة خصوصاً المنظمات؛ لمعرفة كيفية الأداء عند تعدد المستويات الإدارية فهي تسهم في تقديم بيانات وافية عن العمليات ونتائجها من خلال تحليلها من قبل يجب أن توفر جودة التقارير وبمواعيد تسليمها وفق المختصين للبرامج التنفيذية المقررة. هذا بالإضافة إلى أسلوب القياس باستخدام الملاحظة، الذي يستخدم من قبل المراقب أو المكلف بالقياس بشكل مباشر من خلال التواجد المستمر للاطلاع على سير أداء العمل لتسجيل جميع الملاحظات المتعلقة به بعد تحليلها، لتحديد الأداء وما به من انحرافات ومقارنتها بالمعايير المقررة يعتبر مصدراً معلوماتياً.

الفصل الثالث

الإطار العملي للدراسة

1.3 نبذة عامة مختصرة عن إدارة الخدمات الصحية

2.3 خصائص عينة الدراسة

3.3 صدق أداة القياس (الاستبيان) وثباته.

4.3 التحليل الإحصائي لفقرات الدراسة.

5.3 اختبار فرضيات الدراسة.

1.3 نبذة عامة مختصرة عن إدارة الخدمات الصحية

تعتبر إدارة الخدمات والشؤون الصحية من أساسيات وزارة الصحة تقود من خلالها خدمات الرعاية الصحية للمواطنين عن طريق المراكز و وحدات الرعاية الصحية الأولية .
بناء على قرار وزير الصحة رقم (44) لسنة 2012 بشأن اعتماد الهيكل التنظيمي لإدارة الخدمات بالمنظمة صدر في 2012/3/20م وفقا لقرار مجلس الوزراء رقم (11) لسنة 2013 بشأن الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة و اختصاصاتها وتشكل إدارة الخدمات حلقة الوصل من وزارة الصحة إلى مدراء المرافق في المناطق في تقديم وتسهيل الخدمات الصحية والرعاية الأولية.

رؤية إدارة الخدمات الصحية

تسعى الإدارة بأن تكون بيتا للمعرفة العلاجية في مجال الوقاية الأولية من خلال أساليب حديثة متطورة تستخدم فيها تقنيات تكنولوجية للعلاج و الوقاية.

رسالة إدارة الخدمات الصحية

تتمثل إدارة الخدمات و الرعاية الصحية بتقديم العلاج و الرعاية الصحية بحيث تكون مخرجاتها عالية وعلمياً ومهارات تقنية تمكنهم من الوصول إلى المستفيدين من الرعاية الصحية.
(دليل وزارة الصحة ليبيا، إدارة الخدمات الصحية الزاوية)

2.3 خصائص وعينة الدراسة:

القسم الأول: معلومات عامة

تمت الإشارة سابقاً إلى أن القسم الأول من قائمة الاستبيان خصص للأسئلة العامة، والتي تهدف إلى جمع بيانات يمكن من خلالها التعرف على خصائص عينة الدراسة، ولقد تم تحديد هذه الخصائص وبيانها كالتالي:

1/ الجنس

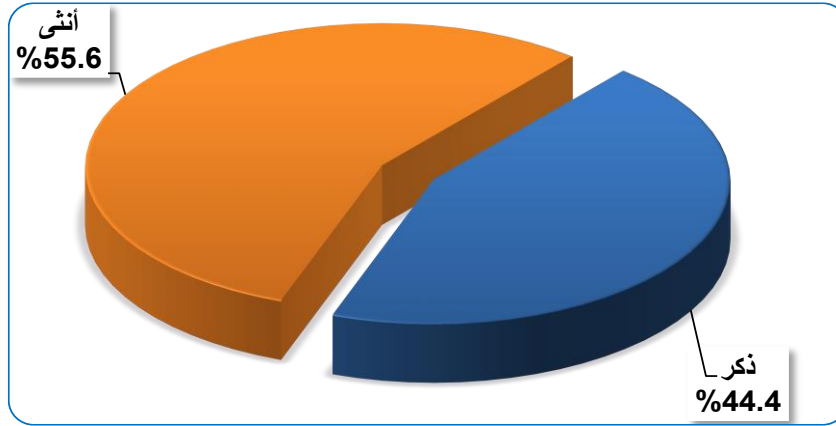
يوضح الجدول رقم (7) تصنيف المشاركين في الدراسة حسب الجنس.

الجدول رقم (7) يوضح تصنيف المشاركين في الدراسة حسب الجنس

النسبة (%)	العدد	البيان
44.4	87	ذكر
55.6	109	أنثى
100.0	196	الإجمالي

يتبين من خلال نتائج التحليل الإحصائي المدونة بالجدول رقم (7) وكذلك الشكل رقم (12)

تصنيف المشاركين في الدراسة حسب الجنس، حيث سجل عدد المشاركين في الدراسة من الذكور 87 بنسبة 44.4% وان عدد المشاركين في الدراسة من الإناث 109 بنسبة 55.6%.



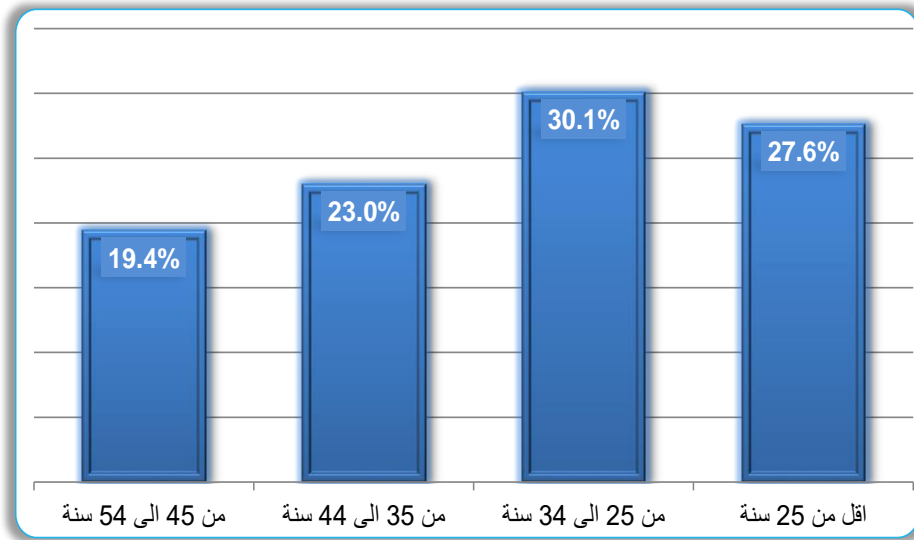
الشكل رقم (12) يوضح تصنيف المشاركين في الدراسة حسب الجنس

2/ العمر

يوضح الجدول رقم (8) تصنيف المشاركين في الدراسة حسب العمر .

الجدول رقم (8) يوضح تصنيف المشاركين في الدراسة حسب العمر

النسبة (%)	العدد	البيان
27.6	54	اقل من 25 سنة
30.1	59	من 25 إلى 34 سنة
23.0	45	من 35 إلى 44 سنة
19.4	38	من 45 إلى 54 سنة
100.0	196	الإجمالي



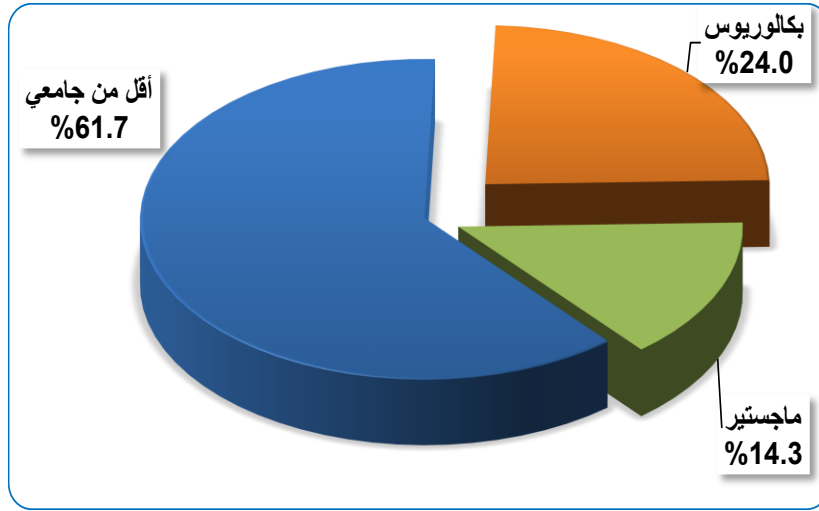
الشكل رقم (13) يوضح تصنيف المشاركين في الدراسة حسب العمر

3/ المؤهل العلمي

يوضح الجدول رقم (9) تصنيف المشاركين في الدراسة حسب المؤهل العلمي

الجدول رقم (9) يوضح تصنيف المشاركين في الدراسة حسب المؤهل العلمي

النسبة (%)	العدد	البيان
61.7	121	دبلوم عالي
24.0	47	بكالوريوس
14.3	28	ماجستير
100.0	196	الإجمالي



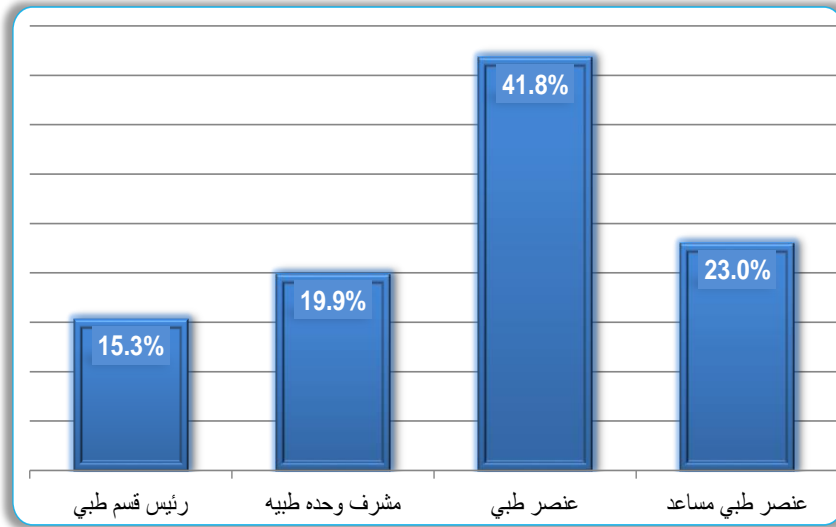
الشكل رقم (14) يوضح تصنيف المشاركين في الدراسة حسب المؤهل العلمي

4/ المستوى الوظيفي

يوضح الجدول رقم (10) تصنيف المشاركين في الدراسة حسب المستوى الوظيفي.

الجدول رقم (10) يوضح تصنيف المشاركين في الدراسة حسب المستوى الوظيفي

النسبة (%)	العدد	البيان
23.0	45	عنصر طبي مساعد
41.8	82	عنصر طبي
19.9	39	مشرف وحده طبية
15.3	30	مدير الإدارة الطبية
100.0	196	الإجمالي



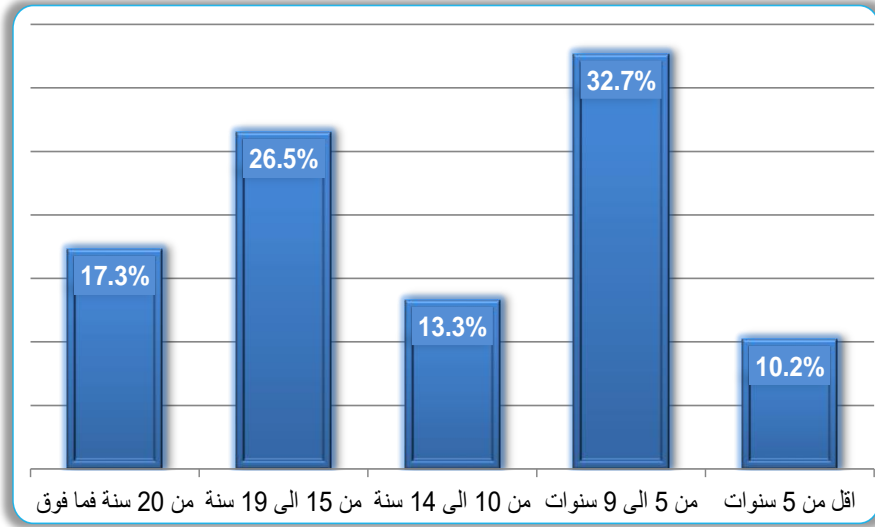
الشكل رقم (15) يوضح تصنيف المشاركين في الدراسة حسب المستوى الوظيفي

5/ سنوات الخبرة

يوضح الجدول رقم (11) تصنيف المشاركين في الدراسة حسب سنوات الخبرة.

الجدول رقم (11) يوضح تصنيف المشاركين في الدراسة حسب سنوات الخبرة

البيان	العدد	النسبة (%)
اقل من 5 سنوات	20	10.2
من 5 إلى 9 سنوات	64	32.7
من 10 إلى 14 سنة	26	13.3
من 15 إلى 19 سنة	52	26.5
من 20 سنة فما فوق	34	17.3
الإجمالي	196	100.0



الشكل رقم (16) يوضح تصنيف المشاركين في الدراسة حسب سنوات الخبرة

3.3 صدق أداة القياس (الاستبانة) وثباته:

1- صدق الاستبانة Validity

يعرف الصدق على أنه "مدى استطاعة أداة الدراسة أو إجراءات القياس، قياس ما هو مطلوب لقياسه" (عطية، 1996م، 260)، ويعني ذلك أنه إذا تمكنت أداة جمع البيانات من قياس الغرض الذي صممت من أجله، فإنها بذلك تكون صادقة.

كما يُقصد بالصدق "شمول الاستمارة لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها ومفرداتها من ناحية ثانية، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها" (عبيدات وآخرون، 2006، ص179). وقامت الباحثة بالتأكد من صدق الاستبانة بطريقتين:

1-1 صدق المحتوى (الصدق الظاهري):

يُعرف صدق المحتوى على أنه قدرة المقياس على قياس ما ينبغي قياسه من خلال النظر إليه وتفحص مدى ملاءمة بنوده لقياس أبعاد المتغير المختلفة" (القحطاني، وآخرون، 2002، 210-212). لضمان صدق محتوى أداة جمع بيانات هذه الدراسة، قامت الباحثة بمراجعة أهم الدراسات والبحوث ذات العلاقة والتي من خلالها تم التوصل إلى تصميم المسودة الأولى لأداة جمع البيانات (الاستبانة)، وتمّ التأكد من صدق المحتوى بعرض الاستبانة بعد تصميمها على المشرف على الدراسة لأنّه من المتخصصين في المنهج العلمي، ومن ثمّ تمّ تحكيمها علمياً من قبل مجموعة من المتخصصين والخبراء في مجال إدارة الأعمال والمهتمين بمناهج البحث العلمي، وكذلك خبير ومتخصص في مجال الإحصاء التطبيقي، وقد تفضلوا مشكورين بإبداء ملاحظاتهم ومقترحاتهم حول محتويات الاستبانة، ومن ثمّ تمّ إخراج استبانة الدراسة في صورتها النهائية بعد إجراء التعديلات التي استلزم الأمر إجراءها من إضافة أو حذف أو تعديل.

1-2 صدق التجانس (الاتساق الداخلي):

يقصد بصدق التجانس (الاتساق الداخلي) مدى اتساق كل فقرة من فقرات الاستبانة مع المجال الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، وقد تم حساب الاتساق الداخلي للاستبانة وذلك من خلال حساب معاملات

الارتباط (معامل ارتباط بيرسون Pearson Correlation) بين كل فقرة من فقرات مجالات الاستبانة والدرجة الكلية للمجال نفسه.

البعد الأول: الأفراد

يوضح الجدول رقم (12) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الأول والدرجة الكلية للمحور، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة بالجدول دالة إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05، وبذلك يعتبر المحور صادق لما وضع لقياسه.

الجدول رقم (12) يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الأول والدرجة الكلية للمحور

ت	الفقرة	العدد	معامل ارتباط بيرسون	الدلالة الإحصائية P-Value
1	يسعى جميع المختصين بالمراكز لتقديم الخدمات في الوقت المناسب	196	0.812	* 0.000
2	من السهل التواصل مع المسؤولين عن نظم المعلومات بالمراكز الصحية عند وجود مشاكل	196	0.844	* 0.000
3	تنجز المعاملات من قبل المراكز الصحية المسؤولة عن نظم المعلومات بالسرعة المطلوبة	196	0.840	* 0.000
4	تقوم إدارة المراكز بإقامة دورات تدريبية لكافة الفئات الوظيفية بشكل دوري لرفع مستواهم الوظيفي	196	0.527	* 0.000
5	يؤدي إلى اكتساب الموظفين مهارات تحليلية وفنية متخصصة	196	0.758	* 0.000
* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05				

البعد الثاني: الأجهزة.

يوضح الجدول رقم (13) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات هذا المحور والدرجة الكلية له، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة بالجدول دالة إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05، وبذلك يعتبر المحور صادق لما وضع لقياسه.

الجدول رقم (13) يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الثاني والدرجة الكلية للمحور

ت	الفقرة	العدد	معامل ارتباط بيرسون	الدلالة الإحصائية P-Value
1	تناسب سرعة الأجهزة مع حجم العمل المطلوب انجازه	196	0.685	* 0.000
2	يتم التواصل مع كافة الوحدات الخدمات الصحية عبر البريد الإلكتروني	196	0.408	* 0.000
3	نظم المعلومات الحالية تسعى إلى تقديم أفضل الخدمات الطبية	196	0.890	* 0.000
4	تتوافر أجهزة الحاسوب الملائمة لإنجاز العمل المطلوب بالخدمات الصحية	196	0.903	* 0.000
5	يتم تحديث الأجهزة بصفة دورية لتتلاءم مع حجم الخدمات المطلوبة	196	0.870	* 0.000
* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05				

البعد الثالث: البرمجيات.

يوضح الجدول رقم (14) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات هذا المحور والدرجة الكلية له، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة بالجدول دالة إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05، وبذلك يعتبر المحور صادق لما وضع لقياسه.

الجدول رقم (14) يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الثالث والدرجة الكلية للمحور

ت	الفقرة	العدد	معامل ارتباط بيرسون	الدلالة الإحصائية P-Value
1	تناسب البرمجيات مع متطلبات العمل في الخدمات الصحية	196	0.918	* 0.000
2	تقوم المراكز الصحية المسئولة عن نظم المعلومات بتطوير البرامج والأنظمة ومتابعة التطور التكنولوجي وإضافة خدمات جديدة من حين لآخر	196	0.893	* 0.000
3	يمكن الحصول على المعلومات المتوفرة لدى إدارة الخدمات الصحية بسهولة	196	0.876	* 0.000
4	تتجز المعاملات من قبل المراكز الصحية المسئولة عن نظم المعلومات بالسرعة المطلوبة	196	0.869	* 0.000
5	تعالج البرمجيات المستخدمة البيانات بالسرعة والدقة المطلوبة	196	0.796	* 0.000
* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05				

البعد الرابع: الشبكات.

يوضح الجدول رقم (15) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات هذا المحور والدرجة الكلية له، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة بالجدول دالة إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05، وبذلك يعتبر المحور صادق لما وضع لقياسه.

الجدول رقم (15) يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الرابع والدرجة الكلية للمحور

ت	الفقرة	العدد	معامل ارتباط بيرسون	الدالة الإحصائية P-Value
1	تُستخدم التقنيات الحديثة لإيصال المعلومات المطلوبة في الوقت المناسب	196	0.745	* 0.000
2	تتم جميع المعاملات بالمراكز الصحية إلكترونياً	196	0.783	* 0.000
3	تتناسب الشبكة المتوفرة مع احتياجات العمل في الخدمات الصحية	196	0.711	* 0.000
4	تمتاز الشبكة المستخدمة في الخدمات بسرعة الاتصال	196	0.806	* 0.000
5	توفر شبكة المعلومات المستخدمة بالخدمات الصحية قدرات كافية لتحقيق الغايات المنشودة من نظم المعلومات الصحية	196	0.639	* 0.000
* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05				

البعد الخامس: البيانات.

يوضح الجدول رقم (16) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات هذا المحور والدرجة الكلية له، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة بالجدول دالة إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05، وبذلك يعتبر المحور صادق لما وضع لقياسه.

الجدول رقم (16) يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور الخامس والدرجة الكلية للمحور

ت	الفقرة	العدد	معامل ارتباط بيرسون	الدالة الإحصائية P-Value
1	يوفر النظام مساحات كافية لعملية تخزين المعلومات في الخدمات الصحية	196	0.781	* 0.000
2	يتم التواصل مع كافة وحدات الخدمات الصحية بشكل ميسر عبر الأرشيف المركزي	196	0.323	* 0.000
3	تقديم جودة خدمات عالية عبر البريد الإلكتروني	196	0.852	* 0.000
4	نظم المعلومات تلبي جميع احتياجات المراكز الصحية	196	0.897	* 0.000
5	يتم تحديث البيانات باستمرار لتقديم أفضل الخدمات الصحية	196	0.942	* 0.000
* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05				

البعد السادس: الاستجابة.

يوضح الجدول رقم (17) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات هذا المحور والدرجة الكلية له، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة بالجدول دالة إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05، وبذلك يعتبر المحور صادق لما وضع لقياسه.

الجدول رقم (17) يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور السادس والدرجة الكلية للمحور

ت	الفقرة	العدد	معامل ارتباط بيرسون	الدالة الإحصائية P-Value
1	تقوم مرافق الرعاية الصحية الأولية بالاستجابة إلى مطالب المرضى وحاجاتهم دون تردد	196	0.720	* 0.000
2	تقوم الخدمات الطبية بمساعدة المرضى والمترددین والمراجعين على طلباتهم من الأطباء	196	0.691	* 0.000
3	الخدمات الطبية تقوم بتوفير الحاجات للمرضى وكبار السن (طب الأسرة)	196	0.558	* 0.000
4	الأطباء العاملین بمراكز الخدمات الصحية يبدون استعدادهم الدائم للتعاون مع المرضى	196	0.563	* 0.000
5	مراكز الخدمات الصحية تسعى للاتصال المستمر بالمرضى والمراجعين والرد على استفساراتهم في كل الوقت	196	0.741	* 0.000
* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05				

البعد السابع: الاعتمادية.

يوضح الجدول رقم (18) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات هذا المحور والدرجة الكلية له، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة بالجدول دالة إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05، وبذلك يعتبر المحور صادق لما وضع لقياسه.

الجدول رقم (18) يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور السابع والدرجة الكلية للمحور

ت	الفقرة	العدد	معامل ارتباط بيرسون	الدالة الإحصائية P-Value
1	تقدم الخدمات الطبية الاهتمام الخاص بحل المشاكل واستفسارات المراجعين	196	0.850	* 0.000
2	الخدمات الصحية تلتزم بالمواعيد المحددة وفق جداول العمل للمرضى	196	0.604	* 0.000
3	تتميز الخدمات الصحية التي تقدمها المراكز الصحية بثقة عالية لدى المرضى والمراجعين	196	0.828	* 0.000
4	البيانات والمعلومات التي تقدمها المراكز الصحية لها أهمية لإعداد التقارير أو الوصفات الدوائية والنتائج والتحليل	196	0.688	* 0.000
5	المراكز الصحية تتعامل مع أرشيف وسجلات طبية مع المحافظة على محتوياتها التي تتعلق بالمرضى والمراجعين على مراكز الخدمات الصحية.	196	0.858	* 0.000
* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05				

البعد الثامن: التوكيد.

يوضح الجدول رقم (19) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات هذا المحور والدرجة الكلية له، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة بالجدول دالة إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05، وبذلك يعتبر المحور صادق لما وضع لقياسه.

الجدول رقم (19) يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور السادس والدرجة الكلية للمحور

ت	الفقرة	العدد	معامل ارتباط بيرسون	الدلالة الإحصائية P-Value
1	الأطباء العاملون بالخدمات الطبية يتمتعون بالمعرفة والمهارة والخبرة العالية في مجالات تخصصاتهم الطبية.	196	0.818	* 0.000
2	المرضى والمراجعون لديهم الثقة العالية بخبرات ومهارات الكوادر الطبية (الأطباء).	196	0.859	* 0.000
3	الأطباء والعاملون يتابعوا حالات المرضى باستمرار عن طريق الملفات الموثقة.	196	0.668	* 0.000
4	الأطباء والعاملون ملتزمين بالخدمات الصحية والوعود التي من شأنها زرع الثقة والاطمئنان لدى المرض من خلال زيارة المراكز الخدمات الصحية.	196	0.854	* 0.000
5	الأطباء يتمتعون بالسلوك الرفيع في التعامل مع المرضى والمترددین على مراكز الخدمات الصحية	196	0.866	* 0.000
* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05				

البعد التاسع: التعاطف.

يوضح الجدول رقم (20) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات هذا المحور والدرجة الكلية له، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة بالجدول دالة إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05، وبذلك يعتبر المحور صادق لما وضع لقياسه.

الجدول رقم (20) يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور السادس والدرجة الكلية للمحور

ت	الفقرة	العدد	معامل ارتباط بيرسون	الدلالة الإحصائية P-Value
1	تقوم الخدمات الطبية بالاهتمام الكافي لكل المرضى والمراجعين من قبل الأطباء العاملين بالمراكز الصحية	196	0.563	* 0.000
2	الخدمات الطبية تقدم الأعمال الصحية بالعدالة وتسهل تقديم الخدمات الصحية	196	0.657	* 0.000
3	المرضى والمراجعون يشعرون بالاهتمام من قبل الأطباء والعاملون بالخدمات الطبية والمراكز الصحية	196	0.633	* 0.000
4	الأطباء والعاملون بالخدمات الطبية يتصفوا بروح الصداقة في التعامل معالمرضى والمراجعين	196	0.755	* 0.000
5	الأطباء والعاملون يحرصوا على مراعاة الجانب الإنساني في علاقاتهم بالمرضى والمترددین والمراجعين بالخدمات الطبية	196	0.738	* 0.000
* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05				

البعد العاشر: الملموسية.

يوضح الجدول رقم (21) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات هذا المحور والدرجة الكلية له، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة بالجدول دالة إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05، وبذلك يعتبر المحور صادق لما وضع لقياسه.

الجدول رقم (21) يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور السادس والدرجة الكلية للمحور

ت	الفقرة	العدد	معامل ارتباط بيرسون	الدالة الإحصائية P-Value
1	المراكز الصحية ووحدات الرعاية والخدمات الطبية مواقعها ملائمة وسهلة الوصول إليها	196	0.604	* 0.000
2	الخدمات الطبية تعتمد على استخدام الأجهزة والوسائل التقنية المتطورة التي تسهل في تقديم أفضل الخدمات الصحية	196	0.684	* 0.000
3	الخدمات الطبية لديها الطرق الحديثة من حيث النظافة والتعقيم والتعامل مع الأجهزة المتطورة وتجديدها باستمرار	196	0.854	* 0.000
4	الخدمات الطبية توفر المستلزمات الطبية والأدوية التي يحتاجها المرضى من خلال الوصفات الطبية.	196	0.822	* 0.000
5	الخدمات الطبية تقوم بأعمال إرشادية وعلامات واضحة تسهل وصول المرضى للأماكن الطبية المختلفة	196	0.775	* 0.000
* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05				

2- ثبات الاستبانة

يقصد بثبات الاستبانة أن تعطي هذه الاستبانة نفس النتائج لو تم إعادة توزيعها أكثر من مرة تحت نفس الظروف والشروط، أو بعبارة أخرى أن ثبات الاستبانة يعني الاستقرار في نتائج الاستبانة وعدم تغييرها بشكل كبير فيما لو تم إعادة توزيعها عدة مرات خلال فترة زمنية معينة. وقد اتبعت الباحثة القياس الإحصائي لمعرفة ثبات أداة القياس (الاستبانة)، وذلك من خلال طريقتين هما: معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية (Sekaran, U. 2006,311)، وذلك كما يلي:

1-2 معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's alpha Coefficient):

اتبعت الباحثة القياس الإحصائي لمعرفة ثبات أداة القياس (الاستبانة)، طريقة كرونباخ ألفا (Cronbach's alpha Coefficient)، وفيها يتم احتساب معامل ألفا كرونباخ عن طريق المعادلة التالية:

$$R_{tt} = \left(\frac{n}{n-1} \right) \times \left(\frac{Sd_T^2 - \sum (Sd)^2}{Sd_T^2} \right)$$

حيث: R_{tt} : تشير إلى معامل ارتباط ألفا. n : تشير إلى عدد فقرات القياس.

Sd_T^2 : تشير إلى تباين الاختبار الكلي. $\sum (Sd)^2$: تشير إلى مجموع تباينات الفقرات.

وتكون الاستبانة ذات ثبات ضعيف إذا كانت قيمة معامل ألفا كرونباخ أقل من 60%، ومقبولاً إذا كانت هذه القيمة ضمن الفترة (من 60% أو أقل من 70%)، وجيد إذا كانت قيمة معامل ألفا كرونباخ ضمن الفترة (من 70% أو أقل من 80%)، أما إذا كانت هذه القيمة أكبر من أو يساوي 80% يشير ذلك إلى أن الاستبانة تكون ذات ثبات ممتاز، وكلما اقترب المقياس من 100% تعتبر النتائج الخاصة بالاختبار أفضل.

أما فيما يتعلق بثبات أداة هذه الدراسة (الاستبانة)، فقد تم احتساب معامل كرونباخ ألفا لمتغيرات الدراسة والبالغ عددها 50 فقرة، ويوضح الجدول التالي قيم معاملات ألفا كرونباخ لكل محور من محاور الدراسة.

الجدول رقم (22) يوضح قيم معامل الثبات لكل محور من محاور الدراسة

ت	المتغير	الرمز	عدد الفقرات	معامل الثبات %
1	الأفراد	X1	5	81.7
2	الأجهزة	X2	5	81.6
3	البرمجيات	X3	5	91.7
4	الشبكات	X4	5	68.5
5	البيانات	X5	5	80.8
نظم المعلومات الصحية				
1	الاستجابة	Y1	5	65.2
2	الاعتمادية	Y2	5	81.9
3	التوكيد	Y3	5	86.5
4	التعاطف	Y4	5	68.5
5	الملموسية	Y5	5	78.8
جودة خدمات الصحية				
		Y	25	88.7
إجمالي الفقرات			50	94.2

واضح من النتائج الموضحة في الجدول السابق أن قيمة معامل ألفا كرونباخ كانت مرتفعة لكل محور من محاور الدراسة. وكذلك قيمة ألفا لجميع الفقرات 82.6%، وهي قيم ثبات عالية جداً ومقبولة في العرف الإحصائي.

3-2 التجزئة النصفية (Split Half):

تعتمد طريقة التجزئة النصفية على تجزئة فقرات الاختبار إلى مجموعتين، ومن ثم إيجاد معامل ارتباط بيرسون Pearson Correlation coefficient بين المجموعتين r_{12} ، وبعد ذلك نقوم بتصحيح معامل الارتباط بأحد الطريقتين:

1. معامل ثبات سبيرمان براون coefficient Spearman Brown

يتطلب استخدام معامل ثبات سبيرمان براون لتصحيح معامل الارتباط أن يكون التباين فيها متساوي للمجموعتين ($\sigma_1^2 = \sigma_2^2$) وكما يتطلب أن يكون معامل ثبات ألفا كرونباخ متساوي للمجموعتين ($R_{11} = R_{22}$)، والذي يعطي بالعلاقة التالي:

$$\text{Spearman} \quad \frac{\times r_{12}}{\text{BrownFormula} + r_{12}}$$

2. معامل ثبات جثمان للتجزئة النصفية Guttman Split-Half Coefficient

يشبه هذا المعامل معامل ثبات سبيرمان براون، لكنه يتطلب أن يكون التباين فيها غير متساوي للمجموعتين ($\sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$) أو أن يكون معامل ثبات ألفا كرونباخ غير متساوي للمجموعتين ($R_{11} \neq R_{22}$). ويتم حساب معامل ثبات جثمان لتصحيح معامل الارتباط بالصيغة:

$$\text{GuttmanFormul} \quad \left(\frac{\sigma_1^2 + \sigma_2^2}{\sigma^2} \right)$$

أما فيما يتعلق بطريقة ثبات التجزئة النصفية لهذه الدراسة، يتضح من البيانات الواردة بالجدول التالي، أن قيمة التباين للمجموعة الأولى لا تساوي قيمة التباين للمجموعة الثانية، حيث سجلت قيمة المتوسط الحسابي للمجموعة الأولى 90.69 والتباين المناظر له 231.290 والمتوسط الحسابي للمجموعة الثانية 89.16 وقيمة التباين المناظرة له 268.271.

الجدول رقم (23) يوضح المتوسط الحسابي والتباين والانحراف المعياري لكل مجموعة

	Mean المتوسط	Variance التباين	Std. Deviation الانحراف المعياري	N of Items العدد
Part 1	90.69	231.290	15.208	25
Part 2	89.16	268.271	16.379	25
Both Parts	179.86	957.549	30.944	50

كما يتضح من البيانات الواردة بالجدول رقم (24) أن معامل ارتباط بيرسون بين المجموعتين 0.919 وإن قيمة معامل ألفا كرونباخ للمجموعة الأولى 0.898 لعدد 25 فقرة ومعامل ألفا كرونباخ للمجموعة الثانية 0.881 لعدد 25 فقرة.

الجدول رقم (24) يوضح معامل ثبات التجزئة النصفية

Cronbach's Alpha معامل ألفا كرونباخ	Part 1	Value	0.898
		N of Items	25
	Part 2	Value	0.881
		N of Items	25
	Total N of Items		50
Correlation Between Forms معامل ارتباط بيرسون بين المجموعتين		0.919	
Spearman-Brown Coefficient معامل سبيرمان براون	Equal Length		0.958
	Unequal Length		0.958
Guttman Split-Half Coefficient معامل ثبات جثمان		0.957	

وبما أن قيمة التباين للمجموعة الأولى لا تساوي قيمة التباين للمجموعة الثانية، بالتالي نستخدم معامل ثبات جثمان لتصحيح معامل ارتباط بيرسون، من خلال البيانات الواردة بالجدول رقم (24) نستنتج أن قيمة معامل ثبات جثمان للتجزئة النصفية يساوي 0.957 وتعتبر هذه القيمة عالية جداً ومقبولة في العرف الإحصائي.

بالنظر إلى المعاملات السابقة، يلاحظ أن جميع قيم الاختبار مرتفعة وهي تمثل مؤشرات جيدة ومطمئنة لأغراض الدراسة، ويمكن الوثوق بها وتدل على ثبات أداة القياس بشكل جيد. وبذلك تكون الباحثة قد تأكدت من صدق وثبات استبانة الدراسة؛ مما يجعلها على ثقة تامة بصحة الاستبانة وصلاحياتها لتحليل النتائج والإجابة على أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها.

التحليل الإحصائي لفقرات الدراسة
القسم الثاني: التحليل الإحصائي لفقرات الدراسة

مقدمة:

بعد جمع بيانات الدراسة، قامت الباحثة بمراجعتها تمهيداً؛ لإدخالها للحاسوب، وقد تم إدخالها للحاسوب بإعطائها أرقاماً معينة، أي بتحويل الإجابات اللفظية إلى رقمية، وفي هذا الجزء أعطيت الإجابة "غير موافق بشدة" درجة واحدة، "غير موافق" درجتين، وأعطيت الإجابة "محايد" 3 درجات، 4 درجات للإجابة "موافق"، فيما أعطت الإجابة "موافق بشدة" 5 درجات، بحيث كلما زادت درجة الإجابة زادت درجة الموافقة عليها والعكس صحيح. وهذه الدرجات تمثل إجابات المشاركين في الدراسة على الأسئلة الواردة بقائمة الاستبانة مخرجات الدراسة الميدانية، وهي ذاتها تعد مدخلات التحليل الإحصائي، والذي يهدف إلى استخلاص النتائج من خلال تحليل هذه المدخلات، وقد تم إحصائياً احتساب المتوسطات، والانحرافات المعيارية، ونسبة الإجابات لكل فقرة.

واستخدمت الباحثة اختبار T للعينة الواحدة One Sample T-Test، وذلك لاختبار فقرات كل مجال من مجالات الاستبانة، ومعرفة معنوية (دلالة) آراء المشاركين في الدراسة على محتوى كل فقرة، والجدول التالي يبين المتوسط الحسابي المرجح لكل فقرة من فقرات المحور والانحراف المعياري له، وكذلك نتائج اختبار T (قيمة الاختبار والدلالة الإحصائية)، وتكون الفقرة إيجابية بمعنى أن أفراد عينة الدراسة موافقين على محتواها إذا كانت قيمة الدلالة الإحصائية للفقرة أصغر من مستوى المعنوية 0.05 والمتوسط الحسابي المرجح للفقرة أكبر من 3، وتكون الفقرة سلبية بمعنى أن أفراد عينة الدراسة غير موافقون على محتواها إذا كانت قيمة الدلالة الإحصائية للفقرة أصغر من مستوى المعنوية 0.05 والمتوسط الحسابي المرجح للفقرة أصغر من 3، وتكون آراء أفراد عينة الدراسة محايد إذا كانت قيمة الدلالة الإحصائية أكبر من مستوى المعنوية 0.05، وهذا ينطبق على جميع الفقرات في استبانة الدراسة.

المحور الأول: الأفراد.

قامت الباحثة بدراسة الفقرات المتعلقة بالأفراد كلاً على حدة، حيث يتبين من خلال البيانات الواردة بالجدولين رقم (25، 26) التوزيع التكراري والتحليل الإحصائي لإجابات المشاركين في الدراسة حول الأفراد، ومن خلال الجدولين يتضح الآتي:

1/ يسعى جميع المختصين بالمراكز لتقديم الخدمات في الوقت المناسب: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (25)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "غير موافق" وتساوي 29.6%، وتليها نسبة الإجابة "غير موافق بشدة" وتساوي 26.5%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (26)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 2.74 بانحراف معياري 1.512، فيما كانت إحصاء الاختبار -2.409 بدلالة إحصائية 0.017 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أصغر من 3؛ مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة غير موافقين على محتوى هذه الفقرة، أي غير موافقين على أن "يسعى جميع المختصين بالمراكز لتقديم الخدمات في الوقت المناسب".

الجدول رقم (25) يوضح التوزيع التكراري لإجابات المشاركين في الدراسة حول فقرات المحور الأول

X01		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	الإجمالي
1	يسعى جميع المختصين بالمراكز لتقديم الخدمات في الوقت المناسب	52	58	16	29	41	196
		26.5	29.6	8.2	14.8	20.9	100.0
2	من السهل التواصل مع المسؤولين عن نظم المعلومات بالمراكز الصحية عند وجود مشاكل.	66	9	12	44	65	196
		33.7	4.6	6.1	22.4	33.2	100.0
3	تتجزر المعاملات من قبل المراكز الصحية المسؤولة عن نظم المعلومات بالسرعة المطلوبة.	8	55	19	38	76	196
		4.1	28.1	9.7	19.4	38.8	100.0
4	تقوم إدارة المراكز بإقامة دورات تدريبية لكافة الفئات الوظيفية بشكل دوري لرفع مستواهم الوظيفي	6.6	3.6	5.1	16.3	68.4	100.0
		6.6	3.6	5.1	16.3	68.4	100.0
5	يؤدي إلى اكتساب الموظفين مهارات تحليلية وفنية متخصصة	20	14	66	60	36	196
		10.2	7.1	33.7	30.6	18.4	100.0

2/ من السهل التواصل مع المسؤولين عن نظم المعلومات بالمراكز الصحية عند وجود

مشاكل.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (25)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "غير موافق بشدة"

وتساوي 33.7%، وتليها نسبة الإجابة "موافق بشدة" وتساوي 33.2%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (26)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.17 بانحراف معياري 1.712، فيما كانت إحصاءة الاختبار 1.377 بدلالة إحصائية 0.170 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أكبر من مستوى المعنوية 0.05 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة محايدين على محتوى هذه الفقرة، أي محايدين على أن " من السهل التواصل مع المسؤولين عن نظم المعلومات بالمراكز الصحية عند وجود مشاكل."

3/ تنجز المعاملات من قبل المراكز الصحية المسئولة عن نظم المعلومات بالسرعة المطلوبة.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (25)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق بشدة" وتساوي 38.8%، وتليها نسبة الإجابة "غير موافق" وتساوي 28.1%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (26)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.61 بانحراف معياري 1.353، فيما كانت إحصاءة الاختبار 6.284 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " تنجز المعاملات من قبل المراكز الصحية المسئولة عن نظم المعلومات بالسرعة المطلوبة."

الجدول رقم (26) يوضح المتوسط المرجح والانحراف المعياري ونتائج اختبار T لفقرات المحور الاول

X01	الفقرة	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	إحصاءة الاختبار	الدلالة الإحصائية	الاتجاه السائد
1	يسعى جميع المختصين بالمراكز لتقديم الخدمات في الوقت المناسب	2.74	1.512	2.409-	*0.017	غير موافق
2	من السهل التواصل مع المسؤولين عن نظم المعلومات بالمراكز الصحية عند وجود مشاكل.	3.17	1.712	1.377	0.170	محايد
3	تنجز المعاملات من قبل المراكز الصحية المسئولة عن نظم المعلومات بالسرعة المطلوبة.	3.61	1.353	6.284	*0.000	موافق
4	تقوم إدارة المراكز بإقامة دورات تدريبية لكافة الفئات الوظيفية بشكل دوري لرفع مستواهم الوظيفي	4.36	1.162	16.413	*0.000	موافق
5	يؤدي إلى اكتساب الموظفين مهارات تحليلية وفنية متخصصة	3.40	1.170	4.762	*0.000	موافق

* دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05

4/ تقوم إدارة المراكز بإقامة دورات تدريبية لكافة الفئات الوظيفية بشكل دوري لرفع مستواهم الوظيفي.:: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (25)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق بشدة" وتساوي 68.4%، وتليها نسبة الإجابة "موافق" وتساوي 16.3%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (26)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 4.36 بانحراف معياري 1.162، فيما كانت إحصاءة الاختبار 16.413 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن "تقوم إدارة المراكز بإقامة دورات تدريبية لكافة الفئات الوظيفية بشكل دوري لرفع مستواهم الوظيفي".

5/ يؤدي إلى اكتساب الموظفين مهارات تحليلية وفنية متخصصة.:: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (25)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "محايد" وتساوي 33.7%، وتليها نسبة الإجابة "موافق" وتساوي 30.6%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (26)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.40 بانحراف معياري 1.170، فيما كانت إحصاءة الاختبار 4.762 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن "يؤدي إلى اكتساب الموظفين مهارات تحليلية وفنية متخصصة".

المحور الثاني: الأجهزة.

قامت الباحثة بدراسة الفقرات المتعلقة بالأجهزة كلاً على حدة، حيث يتبين من خلال البيانات الواردة بالجدولين رقم (27، 28) التوزيع التكراري والتحليل الإحصائي لإجابات المشاركين في الدراسة حول الأجهزة، ومن خلال الجدولين يتضح الآتي:

1/ تتناسب سرعة الأجهزة مع حجم العمل المطلوب إنجازه.:: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (27)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "محايد" وتساوي 48.0%، وتليها نسبة الإجابة "موافق" وتساوي 22.4%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (28)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.45 بانحراف معياري 1.044، فيما كانت إحصاءة الاختبار 6.021 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح

أكبر من 3، مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " تتناسب سرعة الأجهزة مع حجم العمل المطلوب إنجازه".

2/ يتم التواصل مع كافة وحدات الخدمات الصحية عبر البريد الإلكتروني.:: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (27)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة " موافق بشدة" وتساوي 64.3%، وتليها نسبة الإجابة "موافق" وتساوي 25.0%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (28)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 4.43 بانحراف معياري 0.977، فيما كانت إحصاءة الاختبار 20.544 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " يتم التواصل مع كافة وحدات الخدمات الصحية عبر البريد الإلكتروني".

الجدول رقم (27) يوضح التوزيع التكراري لإجابات المشاركين في الدراسة حول فقرات المحور الثاني

X02		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	الإجمالي
1	تتناسب سرعة الأجهزة مع حجم العمل المطلوب إنجازه.	12	8	94	44	38	196
	النسبة %	6.1	4.1	48.0	22.4	19.4	100.0
2	يتم التواصل مع كافة الوحدات الخدمات الصحية عبر البريد الإلكتروني.	8	4	9	49	126	196
	النسبة %	4.1	2.0	4.6	25.0	64.3	100.0
3	نظم المعلومات الحالية تسعى إلى تقديم أفضل الخدمات الطبية.	39	38	6	42	71	196
	النسبة %	19.9	19.4	3.1	21.4	36.2	100.0
4	تتوافر أجهزة الحاسوب الملائمة لإنجاز العمل المطلوب بالخدمات الصحية.	8	5	70	47	66	196
	النسبة %	4.1	2.6	35.7	24.0	33.7	100.0
5	يتم تحديث الأجهزة بصفة دورية لتتلاءم مع حجم الخدمات المطلوبة	60	10	12	75	39	196
	النسبة %	30.6	5.1	6.1	38.3	19.9	100.0

3/ نظم المعلومات الحالية تسعى إلى تقديم أفضل الخدمات الطبية.:: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (27)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق بشدة" وتساوي 36.2%، وتليها نسبة الإجابة "موافق" وتساوي 21.4%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (28)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.35 بانحراف معياري 1.596، فيما كانت إحصاءة الاختبار 3.044 بدلالة إحصائية

0.003 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على ان " نظم المعلومات الحالية تسعى إلى تقديم أفضل الخدمات الطبية".

4/ تتوافر أجهزة الحاسوب الملائمة لإنجاز العمل المطلوب بالخدمات الصحية.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (27)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "محايد" وتساوي 35.7%، وتليها نسبة الإجابة "موافق بشدة" وتساوي 33.7%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (28)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.81 بانحراف معياري 1.064، فيما كانت إحصاءة الاختبار 10.610 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن "تتوافر أجهزة الحاسوب الملائمة لإنجاز العمل المطلوب بالخدمات الصحية".

الجدول رقم (28) يوضح المتوسط المرجح والانحراف المعياري ونتائج اختبار T لفقرات المحور الثاني

X02	الفقرة	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	إحصاءة الاختبار	الدلالة الإحصائية	الاتجاه السائد
1	يسعى جميع المختصين بالمراكز لتقديم الخدمات في الوقت المناسب	2.74	1.512	2.409-	*0.017	غير موافق
2	من السهل التواصل مع المسؤولين عن نظم المعلومات بالمراكز الصحية عند وجود مشاكل.	3.17	1.712	1.377	0.170	محايد
3	تنجز المعاملات من قبل المراكز الصحية المسؤولة عن نظم المعلومات بالسرعة المطلوبة.	3.61	1.353	6.284	*0.000	موافق
4	تقوم إدارة المراكز بإقامة دورات تدريبية لكافة الفئات الوظيفية بشكل دوري لرفع مستواهم الوظيفي	4.36	1.162	16.413	*0.000	موافق
5	يؤدي إلى اكتساب الموظفين مهارات تحليلية وفنية متخصصة	3.40	1.170	4.762	*0.000	موافق

* دال إحصائيا عند مستوى المعنوية 0.05.

5/ يتم تحديث الأجهزة بصفة دورية لتتلاءم مع حجم الخدمات المطلوبة.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (27)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق بشدة" وتساوي 33.7%، وتليها نسبة الإجابة "محايد" وتساوي 35.7%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (28)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.12 بانحراف معياري 1.566، فيما كانت إحصاءة الاختبار 1.049 بدلالة إحصائية 0.295 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أكبر من مستوى المعنوية 0.05 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة محايدون على محتوى هذه الفقرة، أي محايدون على أن " يتم تحديث الأجهزة بصفة دورية لتتلاءم مع حجم الخدمات المطلوبة".

المحور الثالث: البرمجيات

قامت الباحثة بدراسة الفقرات المتعلقة بالبرمجيات كلاً على حدة، حيث يتبين من خلال البيانات الواردة بالجدولين رقم (29، 30) التوزيع التكراري والتحليل الإحصائي لإجابات المشاركين في الدراسة حول البرمجيات، ومن خلال الجدولين يتضح الآتي:

1/ تتناسب البرمجيات مع متطلبات العمل في الخدمات الصحية: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (29)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق" وتساوي 41.3%، وتليها نسبة الإجابة " غير موافق بشدة " وتساوي 20.4%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (30)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.11 بانحراف معياري 1.375، فيما كانت إحصاءة الاختبار 1.091 بدلالة إحصائية 0.277 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أكبر من مستوى المعنوية 0.05 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة محايدون على محتوى هذه الفقرة، أي محايدون على أن "تتناسب البرمجيات مع متطلبات العمل في الخدمات الصحية".

الجدول رقم (29) يوضح التوزيع التكراري لإجابات المشاركين في الدراسة حول فقرات المحور الثالث

X03		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	الإجمالي
1	تتناسب البرمجيات مع متطلبات العمل في الخدمات الصحية	40	30	20	81	25	196
		20.4	15.3	10.2	41.3	12.8	100.0
2	تقوم المراكز الصحية المسئولة عن نظم المعلومات بتطوير البرامج والأنظمة ومتابعة التطور التكنولوجي وإضافة خدمات جديد من حين لآخر	32	36	11	88	29	196
		16.3	18.4	5.6	44.9	14.8	100.0
3	يمكن الحصول على المعلومات المتوفرة لدى إدارة الخدمات الصحية بسهولة	45	30	14	83	24	196
		23.0	15.3	7.1	42.3	12.2	100.0
4	تتجز المعاملات من قبل المراكز الصحية المسئولة عن نظم المعلومات بالسرعة المطلوبة	17	51	59	45	24	196
		8.7	26.0	30.1	23.0	12.2	100.0
5	تعالج البرمجيات المستخدمة البيانات بالسرعة والدقة المطلوبة	11	2	68	90	25	196
		5.6	1.0	34.7	45.9	12.8	100.0

2/ تقوم المراكز الصحية المسئولة عن نظم المعلومات بتطوير البرامج والأنظمة ومتابعة التطور التكنولوجي وإضافة خدمات جديد من حين لآخر.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (29)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة " موافق " وتساوي 44.9%، وتليها نسبة الإجابة "غير موافق" وتساوي 25.0%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (30)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.23 بانحراف معياري 1.353، فيما كانت إحصاءة الاختبار 2.428 بدلالة إحصائية 0.016 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن "تقوم المراكز الصحية المسئولة عن نظم المعلومات بتطوير البرامج والأنظمة ومتابعة التطور التكنولوجي وإضافة خدمات جديد من حين لآخر".

3/ يمكن الحصول على المعلومات المتوفرة لدى إدارة الخدمات الصحية بسهولة.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (29)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق" وتساوي 42.3%، وتليها نسبة الإجابة "غير موافق بشدة" وتساوي 23.0%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (30)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.06 بانحراف معياري 1.411، فيما كانت إحصاءة الاختبار 0.495

بدلالة إحصائية 0.578 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أكبر من مستوى المعنوية 0.05 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة محايدون على محتوى هذه الفقرة، أي محايدون على أن " يمكن الحصول على المعلومات المتوفرة لدى إدارة الخدمات الصحية بسهولة".

الجدول رقم (30) يوضح المتوسط المرجح والانحراف المعياري ونتائج اختبار T لفقرات المحور الثالث

X03	الفقرة	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	إحصاء الاختبار	الدلالة الإحصائية	الاتجاه السائد
1	تتناسب البرمجيات مع متطلبات العمل في الخدمات الصحية	3.11	1.375	1.091	0.277	محايد
2	تقوم المراكز الصحية المسئولة عن نظم المعلومات بتطوير البرامج والأنظمة ومتابعة التطور التكنولوجي وإضافة خدمات جديد من حين لآخر	3.23	1.353	2.428	*0.016	موافق
3	يمكن الحصول على المعلومات المتوفرة لدى إدارة الخدمات الصحية بسهولة	3.06	1.411	0.557	0.578	محايد
4	تنجز المعاملات من قبل المراكز الصحية المسئولة عن نظم المعلومات بالسرعة المطلوبة	3.04	1.154	0.495	0.621	محايد
5	تعالج البرمجيات المستخدمة البيانات بالسرعة والدقة المطلوبة	3.59	0.926	8.944	*0.000	موافق

* دال إحصائيا عند مستوى المعنوية 0.05

4/ تنجز المعاملات من قبل المراكز الصحية المسئولة عن نظم المعلومات بالسرعة المطلوبة.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (29)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "محايد" وتساوي 30.1%، وتليها نسبة الإجابة "غير موافق" وتساوي 26.0%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (30)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.04 بانحراف معياري 1.154، فيما كانت إحصاء الاختبار 0.495 بدلالة إحصائية 0.621 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أكبر من مستوى المعنوية 0.05 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة محايدون على محتوى هذه الفقرة، أي محايدون على أن " تنجز المعاملات من قبل المراكز الصحية المسئولة عن نظم المعلومات بالسرعة المطلوبة".

5/ تعالج البرمجيات المستخدمة البيانات بالسرعة والدقة المطلوبة: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (29)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق" وتساوي 45.9%، وتليها نسبة الإجابة "محايد" وتساوي 34.7%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (30)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.59 بانحراف معياري 0.926، فيما كانت إحصاء الاختبار 8.944 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح

أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على ان " تعالج البرمجيات المستخدمة البيانات بالسرعة والدقة المطلوبة".

المحور الرابع: الشبكات.

قامت الباحثة بدراسة الفقرات المتعلقة بالشبكات كلاً على حدة، حيث يتبين من خلال البيانات الواردة بالجدولين رقم (31، 32) التوزيع التكراري والتحليل الإحصائي لإجابات المشاركين في الدراسة حول الشبكات، ومن خلال الجدولين يتضح الآتي:

1/ تُستخدم التقنيات الحديثة لإيصال المعلومات المطلوبة في الوقت المناسب.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (31)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق بشدة" وتساوي 61.7%، وتليها نسبة الإجابة " موافق " وتساوي 28.6%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (32)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 4.42 بانحراف معياري 0.971، فيما كانت إحصاء الاختبار 20.459 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على ان " تُستخدم التقنيات الحديثة لإيصال المعلومات المطلوبة في الوقت المناسب.".

الجدول رقم (31) يوضح التوزيع التكراري لإجابات المشاركين في الدراسة حول فقرات المحور الرابع

X04		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	الإجمالي
1	تُستخدم التقنيات الحديثة لإيصال المعلومات المطلوبة في الوقت المناسب.	9	2	8	56	121	196
	النسبة %	4.6	1.0	4.1	28.6	61.7	100.0
2	تتم جميع المعاملات بالمراكز الصحية إلكترونياً.	3	4	12	64	113	196
	النسبة %	1.5	2.0	6.1	32.7	57.7	100.0
3	تناسب الشبكة المتوفرة مع احتياجات العمل في الخدمات الصحية.	1	4	10	70	111	196
	النسبة %	0.5	2.0	5.1	35.7	56.6	100.0
4	تمتاز الشبكة المستخدمة في الخدمات بسرعة الاتصال.	3	0	7	68	118	196
	النسبة %	1.5	0.0	3.6	34.7	60.2	100.0
5	توفر شبكة المعلومات المستخدمة بالخدمات الصحية قدرات كافية لتحقيق الغايات المنشودة من نظم المعلومات الصحية.	46	12	15	47	76	196
	النسبة %	23.5	6.1	7.7	24.0	38.8	100.0

2/ تتم جميع المعاملات بالمراكز الصحية إلكترونياً.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم

(31)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة " موافق بشدة " وتساوي 57.7%، وتليها نسبة الإجابة "موافق"

وتساوي 32.7%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (32)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 4.43 بانحراف معياري 0.823، فيما كانت إحصاءة الاختبار 24.309 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " تتم جميع المعاملات بالمراكز الصحية إلكترونياً. "

3/ تتناسب الشبكة المتوفرة مع احتياجات العمل في الخدمات الصحية..: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (31)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق بشدة" وتساوي 56.6%، وتليها نسبة الإجابة " موافق " وتساوي 35.7%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (32)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 4.46 بانحراف معياري 0.733، فيما كانت إحصاءة الاختبار 27.883 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط الحسابي المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " تتناسب الشبكة المتوفرة مع احتياجات العمل في الخدمات الصحية. "

4/ تمتاز الشبكة المستخدمة في الخدمات بسرعة الاتصال.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (31)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق بشدة" وتساوي 60.2%، وتليها نسبة الإجابة "موافق" وتساوي 34.7%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (32)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 4.52 بانحراف معياري 0.712، فيما كانت إحصاءة الاختبار 29.886 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3، مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " تمتاز الشبكة المستخدمة في الخدمات بسرعة الاتصال. "

الجدول رقم (32) يوضح المتوسط المرجح والانحراف المعياري ونتائج اختبار T لفقرات المحور الرابع

X04	الفقرة	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	إحصاءة الاختبار	الدلالة الإحصائية	الاتجاه السائد
1	تستخدم التقنيات الحديثة لإيصال المعلومات المطلوبة في الوقت المناسب	4.42	0.971	20.459	*0.000	موافق
2	تتم جميع المعاملات بالمراكز الصحية إلكترونياً	4.43	0.823	24.309	*0.000	موافق
3	تتناسب الشبكة المتوفرة مع احتياجات العمل في الخدمات الصحية	4.46	0.733	27.883	*0.000	موافق
4	تمتاز الشبكة المستخدمة في الخدمات بسرعة الاتصال	4.52	0.712	29.886	*0.000	موافق
5	توفر شبكة المعلومات المستخدمة بالخدمات الصحية قدرات كافية لتحقيق الغايات المنشودة من نظم المعلومات الصحية	3.48	1.603	4.234	*0.000	موافق

* دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05

5/ توفر شبكة المعلومات المستخدمة بالخدمات الصحية قدرات كافية لتحقيق الغايات المنشودة من نظم المعلومات الصحية.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (31)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق بشدة" وتساوي 38.8%، وتليها نسبة الإجابة "موافق" وتساوي 24.0%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (32)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.48 بانحراف معياري 1.603، فيما كانت إحصاءة الاختبار 4.234 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3، مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن "توفر شبكة المعلومات المستخدمة بالخدمات الصحية قدرات كافية لتحقيق الغايات المنشودة من نظم المعلومات الصحية".

المحور الخامس: البيانات

قامت الباحثة بدراسة الفقرات المتعلقة بالبيانات كلاً على حدة، حيث يتبين من خلال البيانات الواردة بالجدولين رقم (33، 34) التوزيع التكراري والتحليل الإحصائي لإجابات المشاركين في الدراسة حول البيانات، ومن خلال الجدولين يتضح الآتي:

1/ يوفر النظام مساحات كافية لعملية تخزين المعلومات في الخدمات الصحية.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (33)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق" وتساوي 44.4%، وتليها نسبة الإجابة " محايد " وتساوي 38.7%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (34)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.47 بانحراف معياري 0.947، فيما كانت إحصاءة الاختبار 6.940 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن "يوفر النظام مساحات كافية لعملية تخزين المعلومات في الخدمات الصحية".

الجدول رقم (33) يوضح التوزيع التكراري لإجابات المشاركين في الدراسة حول فقرات المحور الخامس

X05		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق بشدة	موافق بشدة	الإجمالي
1	يوفر النظام مساحات كافية لعملية تخزين المعلومات في الخدمات الصحية.	14	3	74	87	18	196
	النسبة %	7.1	1.5	37.8	44.4	9.2	100.0
2	يتم التواصل مع كافة وحدات الخدمات الصحية بشكل ميسر عبر الأرشيف المركزي.	84	58	12	27	15	196
	النسبة %	42.9	29.6	6.1	13.8	7.7	100.0
3	تقديم جودة خدمات عالية عبر البريد الإلكتروني	7	5	66	29	89	196
	النسبة %	3.6	2.6	33.7	14.8	45.4	100.0
4	نظم المعلومات تلبي جميع احتياجات المراكز الصحية.	56	11	8	35	86	196
	النسبة %	28.6	5.6	4.1	17.9	43.9	100.0
5	يتم تحديث البيانات باستمرار لتقديم أفضل الخدمات الصحية	61	9	17	90	19	196
	النسبة %	31.1	4.6	8.7	45.9	9.7	100.0

2/ يتم التواصل مع كافة وحدات الخدمات الصحية بشكل ميسر عبر الأرشيف المركزي.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (33)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة " غير موافق بشدة " وتساوي 42.9%، وتليها نسبة الإجابة " غير موافق" وتساوي 29.6%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (34)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 2.14 بانحراف معياري 1.311، فيما كانت إحصاءة الاختبار -9.206 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من

مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أصغر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة غير موافقين على محتوى هذه الفقرة، أي غير موافقين على أن " يتم التواصل مع كافة وحدات الخدمات الصحية بشكل ميسر عبر الأرشيف المركزي".

3/ تقديم جودة خدمات عالية عبر البريد الإلكتروني.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (33)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق بشدة" وتساوي 45.4%، وتليها نسبة الإجابة " محايد " وتساوي 33.7%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (34)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.96 بانحراف معياري 1.104، فيما كانت إحصاءة الاختبار 12.163 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط الحسابي المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " تقديم جودة خدمات عالية عبر البريد الإلكتروني".

الجدول رقم (34) يوضح المتوسط المرجح والانحراف المعياري ونتائج اختبار T لفقرات المحور الخامس

الاتجاه	الدلالة الإحصائية	إحصاءة الاختبار	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	الفقرة	X05
موافق	*0.000	6.940	0.947	3.47	يوفر النظام مساحات كافية لعملية تخزين المعلومات في الخدمات الصحية	1
غير موافق	*0.000	9.206-	1.311	2.14	يتم التواصل مع كافة وحدات الخدمات الصحية بشكل ميسر عبر الأرشيف المركزي	2
موافق	*0.000	12.163	1.104	3.96	تقديم جودة خدمات عالية عبر البريد الإلكتروني	3
موافق	*0.001	3.485	1.722	3.43	نظم المعلومات تلبي جميع احتياجات المراكز الصحية	4
محايد	0.884	0.146-	1.466	2.98	يتم تحديث البيانات باستمرار لتقديم أفضل الخدمات الصحية	5

* دال إحصائيا عند مستوى المعنوية 0.05

4/ نظم المعلومات تلبي جميع احتياجات المراكز الصحية.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (33)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق بشدة" وتساوي 43.9%، وتليها نسبة الإجابة "غير موافق بشدة" وتساوي 28.6%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (34)، أن قيمة المتوسط الحسابي

المرجح لهذه الفقرة 3.43 بانحراف معياري 1.722، فيما كانت إحصاءة الاختبار 3.485 بدلالة إحصائية 0.001 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " نظم المعلومات تلبي جميع احتياجات المراكز الصحية".

5/ يتم تحديث البيانات باستمرار لتقديم أفضل الخدمات الصحية.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (33)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق" وتساوي 45.9%، وتليها نسبة الإجابة "غير موافق بشدة" وتساوي 45.9%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (34)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 2.98 بانحراف معياري 1.466، فيما كانت إحصاءة الاختبار -0.146 بدلالة إحصائية 0.884 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أكبر من مستوى المعنوية 0.05 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة محايدون على محتوى هذه الفقرة، أي محايدون على أن " يتم تحديث البيانات باستمرار لتقديم أفضل الخدمات الصحية".

المحور السادس: الاستجابة.

قامت الباحثة بدراسة الفقرات المتعلقة بالاستجابة كلاً على حدة، حيث يتبين من خلال البيانات الواردة بالجدولين رقم (35، 36) التوزيع التكراري والتحليل الإحصائي لإجابات المشاركين في الدراسة حول الاستجابة، ومن خلال الجدولين يتضح الآتي:

1/ تقوم مرافق الرعاية الصحية الأولية بالاستجابة إلى مطالب المرضى وحاجاتهم دون تردد.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (35)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "غير موافق بشدة" وتساوي 35.7%، وتليها نسبة الإجابة "موافق" وتساوي 31.1%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (36)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 2.91 بانحراف معياري 1.620، فيما كانت إحصاءة الاختبار -0.750 بدلالة إحصائية 0.454 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أكبر من مستوى المعنوية 0.05 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة محايدون على محتوى هذه الفقرة، أي محايدون على أن " تقوم مرافق الرعاية الصحية الأولية بالاستجابة إلى مطالب المرضى وحاجاتهم دون تردد".

2/ تقوم الخدمات الطبية بمساعدة المرضى والمترددون والمراجعين على طلباتهم من الأطباء.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (35)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق" وتساوي 65.3%،

وتليها نسبة الإجابة " موافق بشدة" وتساوي 17.9%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (36)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.86 بانحراف معياري 0.921، فيما كانت إحصاء الاختبار 13.112 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " تقوم الخدمات الطبية بمساعدة المرضى والمترددین والمراجعين على طلباتهم من الأطباء."

الجدول رقم (35) يوضح التوزيع التكراري لإجابات المشاركين في الدراسة حول فقرات المحور السادس

Y01		غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	الإجمالي
1	تقوم مرافق الرعاية الصحية الأولية بالاستجابة إلى مطالب المرضى وحاجاتهم دون تردد.	70	16	10	61	39	196
	النسبة %	35.7	8.2	5.1	31.1	19.9	100.0
2	تقوم الخدمات الطبية بمساعدة المرضى والمترددین والمراجعين على طلباتهم من الأطباء.	7	15	11	128	35	196
	النسبة %	3.6	7.7	5.6	65.3	17.9	100.0
3	الخدمات الطبية تقوم بتوفير الحاجات للمرضى وكبار السن (طب الأسرة).	9	14	21	63	89	196
	النسبة %	4.6	7.1	10.7	32.1	45.4	100.0
4	الأطباء العاملين بمراكز الخدمات الصحية يبدون استعدادهم الدائم للتعاون مع المرضى.	11	9	14	63	99	196
	النسبة %	5.6	4.6	7.1	32.1	50.5	100.0
5	مرافق الرعاية الصحية الأولية تسعى للاتصال المستمر بالمرضى والمراجعين والرد على استفساراتهم في كل الوقت.	82	13	11	21	69	196
	النسبة %	41.8	6.6	5.6	10.7	35.2	100.0

3/ الخدمات الطبية تقوم بتوفير الحاجات للمرضى وكبار السن (طب الأسرة):. يتضح من

خلال بيانات الجدول رقم (35)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة " موافق بشدة " وتساوي 45.4%، وتليها نسبة الإجابة " موافق " وتساوي 32.1%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (36)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 4.07 بانحراف معياري 1.123، فيما كانت إحصاء الاختبار 13.288 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط الحسابي المرجح أكبر من 3، مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون

على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " الخدمات الطبية تقوم بتوفير الحاجات للمرضى وكبار السن (طب الأسرة)".

4/ الأطباء العاملون بمراكز الخدمات الصحية يبدون استعدادهم الدائم للتعاون مع المرضى.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (35)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق بشدة" وتساوي 50.5%، وتليها نسبة الإجابة " موافق " وتساوي 32.1%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (36)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 4.14 بانحراف معياري 1.123، فيما كانت إحصاء الاختبار 14.744 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " الأطباء العاملين بمراكز الخدمات الصحية يبدون استعدادهم الدائم للتعاون مع المرضى ".

الجدول رقم (36) يوضح المتوسط المرجح والانحراف المعياري ونتائج اختبار T لفقرات المحور السادس

الاتجاه	الدلالة الإحصائية	إحصاء الاختبار	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	الفقرة	Y01
محايد	0.454	0.750-	1.620	2.91	تقوم مرافق الرعاية الصحية الأولية بالاستجابة إلى مطالب المرضى وحاجاتهم دون تردد.	1
موافق	*0.000	13.112	0.921	3.86	تقوم الخدمات الطبية بمساعدة المرضى والمترددات والمراجعين على طلباتهم من الأطباء.	2
موافق	*0.000	13.288	1.123	4.07	الخدمات الطبية تقوم بتوفير الحاجات للمرضى وكبار السن (طب الأسرة).	3
موافق	*0.000	14.744	1.114	4.17	الأطباء العاملين بمراكز الخدمات الصحية يبدون استعدادهم الدائم للتعاون مع المرضى.	4
محايد	0.477	0.712-	1.806	2.91	مراكز الخدمات الصحية تسعى للاتصال المستمر بالمرضى والمراجعين والرد على استفساراتهم في كل الوقت.	5

* دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05

5/ مراكز الخدمات الصحية تسعى للاتصال المستمر بالمرضى والمراجعين والرد على استفساراتهم في كل الوقت.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (35)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "غير موافق بشدة" وتساوي 41.8%، وتليها نسبة الإجابة "موافق بشدة" وتساوي 35.2%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (36)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 2.91 بانحراف معياري 1.806، فيما كانت إحصاءة الاختبار -0.712 بدلالة إحصائية 0.477 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أكبر من مستوى المعنوية 0.05، مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة محايدون على محتوى هذه الفقرة، أي محايدون على أن "مراكز الخدمات الصحية تسعى للاتصال المستمر بالمرضى والمراجعين والرد على استفساراتهم في كل الوقت".

المحور السابع: الاعتمادية.

قامت الباحثة بدراسة الفقرات المتعلقة بالاعتمادية كلاً على حدة، حيث يتبين من خلال البيانات الواردة بالجدولين رقم (37، 38) التوزيع التكراري والتحليل الإحصائي لإجابات المشاركين في الدراسة حول الاعتمادية، ومن خلال الجدولين يتضح الآتي:

1/ تقدم الخدمات الطبية الاهتمام الخاص بحل المشاكل واستفسارات المراجعين.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (37)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق" وتساوي 48.5%، وتليها نسبة الإجابة "موافق بشدة" وتساوي 34.2%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (38)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 4.02 بانحراف معياري 1.030، فيما كانت إحصاءة الاختبار 13.798 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قسمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن "تقدم الخدمات الطبية الاهتمام الخاص بحل المشاكل واستفسارات المراجعين".

2/ الخدمات الصحية تلتزم بالمواعيد المحددة وفق جداول العمل للمرضى.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (37)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "محايد" وتساوي 43.4%، وتليها نسبة الإجابة "موافق بشدة" وتساوي 34.7%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (38)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.72 بانحراف معياري 1.079، فيما كانت إحصاءة الاختبار 9.398 بدلالة

إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " الخدمات الصحية تلتزم بالمواعيد المحددة وفق جداول العمل للمرضى " .

الجدول رقم (37) يوضح التوزيع التكراري لإجابات المشاركين في الدراسة حول فقرات المحور السابع

الإجمالي	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	العدد	النسبة %	Y02
196	67	95	12	14	8	العدد		1
100.0	34.2	48.5	6.1	7.1	4.1	النسبة %		
196	68	27	85	11	5	العدد		2
100.0	34.7	13.8	43.4	5.6	2.6	النسبة %		
196	134	25	17	15	5	العدد		3
100.0	68.4	12.8	8.7	7.7	2.6	النسبة %		
196	95	12	64	20	5	العدد		4
100.0	48.5	6.1	32.7	10.2	2.6	النسبة %		
196	101	61	14	15	5	العدد		5
100.0	51.5	31.1	7.1	7.7	2.6	النسبة %		

3/ تتميز الخدمات الطبية التي تقدمها مرافق الرعاية الصحية الأولية بثقة عالية لدى المرضى

والمراجعين.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (37)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق بشدة" وتساوي 68.4%، وتليها نسبة الإجابة " موافق بشدة " وتساوي 12.8%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (38)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 4.37 بانحراف معياري 1.085، فيما كانت إحصاء الاختبار 17.643 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط الحسابي المرجح أكبر من 3، مما يشير إلى أن

المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " تتميز الخدمات الصحية التي تقدمها المراكز الصحية بثقة عالية لدى المرضى والمراجعين " .

4/ البيانات والمعلومات التي تقدمها المراكز الصحية لها أهمية لإعداد التقارير أو الوصفات الدوائية والنتائج والتحليل: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (37)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق بشدة" وتساوي 48.5%، وتليها نسبة الإجابة " محايد " وتساوي 32.7%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (38)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.88 بانحراف معياري 1.201، فيما كانت إحصاءة الاختبار 10.233 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " البيانات والمعلومات التي تقدمها المراكز الصحية لها أهمية لإعداد التقارير أو الوصفات الدوائية والنتائج والتحليل " .

الجدول رقم (38) يوضح المتوسط المرجح والانحراف المعياري ونتائج اختبار T لفقرات المحور السابع

الاتجاه	الدلالة الإحصائية	إحصاءة الاختبار	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	الفقرة	Y02
موافق	*0.000	13.798	1.030	4.02	تقدم الخدمات الطبية الاهتمام الخاص بحل المشاكل واستفسارات المراجعين	1
موافق	*0.000	9.398	1.079	3.72	الخدمات الصحية تلتزم بالمواعيد المحددة وفق جداول العمل للمرضى	2
موافق	*0.000	17.643	1.085	4.37	تتميز الخدمات الصحية التي تقدمها المراكز الصحية بثقة عالية لدى المرضى والمراجعين	3
موافق	*0.000	10.233	1.201	3.88	البيانات والمعلومات التي تقدمها المراكز الصحية لها أهمية لإعداد التقارير أو الوصفات الدوائية والنتائج والتحليل	4
موافق	*0.000	16.343	1.040	4.21	المراكز الصحية تتعامل مع أرشيف وسجلات طبية مع المحافظة على محتوياتها التي تتعلق بالمرضى والمراجعين على المراكز الخدمات الصحية.	5

* دال إحصائيا عند مستوى المعنوية 0.05

5/ مراكز الخدمات الصحية تسعى للاتصال المستمر بالمرضى والمراجعين والرد على استفساراتهم في كل الوقت.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (37)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة " موافق بشدة " وتساوي 51.5%، وتليها نسبة الإجابة " موافق " وتساوي 31.1%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (38)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 4.21 بانحراف معياري 1.040، فيما كانت إحصاء الاختبار 16.343 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " مراكز الخدمات الصحية تسعى للاتصال المستمر بالمرضى والمراجعين والرد على استفساراتهم في كل الوقت " .

المحور الثامن: التوكيد.

قامت الباحثة بدراسة الفقرات المتعلقة بالتوكيد كلاً على حدة، حيث يتبين من خلال البيانات الواردة بالجدولين رقم (39، 40) التوزيع التكراري والتحليل الإحصائي لإجابات المشاركين في الدراسة حول التوكيد، ومن خلال الجدولين يتضح الآتي:

1/ الأطباء العاملين بالخدمات الطبية يتمتعون بالمعرفة والمهارة والخبرة العالية في مجالات تخصصاتهم الطبية.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (39)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة " موافق بشدة " وتساوي 52.0%، وتليها نسبة الإجابة " موافق " وتساوي 38.3%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (40)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 4.37 بانحراف معياري 0.816، فيما كانت إحصاء الاختبار 23.550 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " الأطباء العاملين بالخدمات الطبية يتمتعون بالمعرفة والمهارة والخبرة العالية في مجالات تخصصاتهم الطبية " .

الجدول رقم (39) يوضح التوزيع التكراري لإجابات المشاركين في الدراسة حول فقرات المحور الثامن

الإجمالي	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة		Y03
196	102	75	12	4	3	العدد	1
100.0	52.0	38.3	6.1	2.0	1.5	النسبة %	
196	100	74	11	6	5	العدد	2
100.0	51.0	37.8	5.6	3.1	2.6	النسبة %	
196	25	13	127	18	13	العدد	3
100.0	12.8	6.6	64.8	9.2	6.6	النسبة %	
196	38	134	14	5	5	العدد	4
100.0	19.4	68.4	7.1	2.6	2.6	النسبة %	
196	89	91	4	10	2	العدد	5
100.0	45.4	46.4	2.0	5.1	1.0	النسبة %	

2/ المرضى والمراجعون لديهم الثقة العالية بخبرات ومهارات الكوادر الطبية (الأطباء): يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (39)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق بشدة" وتساوي 51.0%، وتليها نسبة الإجابة " موافق " وتساوي 37.8%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (40)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 4.32 بانحراف معياري 0.964، فيما كانت إحصاءة الاختبار 20.320 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " المرضى والمراجعين لديهم الثقة العالية بخبرات ومهارات الكوادر الطبية (الأطباء)".

3/ الأطباء والعاملون يتابعوا حالات المرضباستمرار عن طريق الملفات الموثقة.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (39)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "محايد" وتساوي 64.8%، وتليها نسبة الإجابة " موافق بشدة " وتساوي 12.8%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (40)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.10 بانحراف معياري 0.964، فيما كانت إحصاءة الاختبار 17.982

بدلالة إحصائية 0.161 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أكبر من مستوى المعنوية 0.05 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة محايدون على محتوى هذه الفقرة، أي محايدون على " الأطباء والعاملون يتابعون حالات المرضى باستمرار عن طريق الملفات الموثقة".

الجدول رقم (40) يوضح المتوسط المرجح والانحراف المعياري ونتائج اختبار T ل فقرات المحور الثامن

الاتجاه الساقد	الدلالة الإحصائية	إحصاءة الاختبار	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	الفقرة	Y03
موافق	*0.000	23.550	0.816	4.37	الأطباء العاملين بالخدمات الطبية يتمتعوا بالمعرفة والمهارة والخبرة العالية في مجالات تخصصاتهم الطبية.	1
موافق	*0.000	20.320	0.907	4.32	المرض والمراجعين لديهم الثقة العالية بخبرات ومهارات الكوادر الطبية (الأطباء).	2
محايد	0.161	1.408	0.964	3.10	الأطباء والعاملون يتابعوا حالات المرضى باستمرار عن طريق الملفات الموثقة.	3
موافق	*0.000	17.982	0.775	3.99	الأطباء والعاملون ملتزمين بالخدمات الصحية والوعود التي من شأنها زرع الثقة والاطمئنان لدى المرض من خلال زيارة المراكز الخدمات الصحة.	4
موافق	*0.000	22.035	0.827	4.30	الأطباء يتمتعون بالسلوك الرفيع في التعامل مع المرضى والمترددون على مراكز الخدمات الصحية	5

* دال إحصائيا عند مستوى المعنوية 0.05

4/ الأطباء والعاملون ملتزمون بالخدمات الصحية والوعود التي من شأنها زرع الثقة والاطمئنان لدى المرضى من خلال زيارة المراكز الخدمات الصحة.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (39)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق" وتساوي 68.4%، وتليها نسبة الإجابة " موافق بشدة" وتساوي 19.4%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (40)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.99 بانحراف معياري 0.775، فيما كانت إحصاءة الاختبار 17.982 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على

أن " الأطباء والعاملون ملتزمين بالخدمات الصحية والوعود التي من شأنها زرع الثقة والاطمئنان لدى المرضى من خلال زيارة المراكز الخدمات الصحية".

5/ الأطباء يتمتعون بالسلوك الرفيع في التعامل مع المرضى والمتردددين على مراكز الخدمات الصحية.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (39)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة " موافق " وتساوي 46.4%، وتليها نسبة الإجابة " موافق بشدة" وتساوي 45.4%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (40)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 4.30 بانحراف معياري 0.827، فيما كانت إحصاءة الاختبار 22.035 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " الأطباء يتمتعون بالسلوك الرفيع في التعامل مع المرضى والمتردددين على مراكز الخدمات الصحية".

المحور التاسع: التعاطف.

قامت الباحثة بدراسة الفقرات المتعلقة بالتعاطف كلاً على حدة، حيث يتبين من خلال البيانات الواردة بالجدولين رقم (41، 42) التوزيع التكراري والتحليل الإحصائي لإجابات المشاركين في الدراسة حول التعاطف، ومن خلال الجدولين يتضح الآتي:

1/ تقوم الخدمات الطبية بالاهتمام الكافي لكل المرضى والمراجعين من قبل الأطباء العاملين بالمراكز الصحية.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (41)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة " موافق بشدة " وتساوي 42.3%، وتليها نسبة الإجابة " موافق " وتساوي 38.3%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (42)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 4.17 بانحراف معياري 0.893، فيما كانت إحصاءة الاختبار 18.321 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " تقوم الخدمات الطبية بالاهتمام الكافي لكل المرضى والمراجعين من قبل الأطباء العاملين بالمراكز الصحية".

2/ الخدمات الطبية تقدم الأعمال الصحية بالعدالة وتسهيل تقديم الخدمات الصحية.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (41)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق بشدة" وتساوي 41.3%،

وتليها نسبة الإجابة " محايد " وتساوي 36.7%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (42)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.89 بانحراف معياري 1.069، فيما كانت إحصاءة الاختبار 11.695 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " الخدمات الطبية تقدم الأعمال الصحية بالعدالة وتسهيل تقديم الخدمات الصحية".

الجدول رقم (41) يوضح التوزيع التكراري لإجابات المشاركين في الدراسة حول فقرات المحور التاسع

Y04	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	الإجمالي	
1	2	8	28	75	83	196	تقوم الخدمات الطبية بالاهتمام الكافي لكل المرضى والمراجعين من قبل الأطباء العاملين بالمراكز الصحية
	1.0	4.1	14.3	38.3	42.3	100.0	النسبة %
2	4	9	72	30	81	196	الخدمات الطبية تقدم الأعمال الصحية بالعدالة وتسهيل تقديم الخدمات الصحية
	2.0	4.6	36.7	15.3	41.3	100.0	النسبة %
3	12	65	13	69	37	196	المرضى والمراجعون يشعرون بالاهتمام من قبل الأطباء والعاملون بالخدمات الطبية والمراكز الصحية
	6.1	33.2	6.6	35.2	18.9	100.0	النسبة %
4	6	8	17	89	76	196	الأطباء والعاملون بالخدمات الطبية يتصفوا بروح الصداقة في التعامل مع المرضى والمراجعين
	3.1	4.1	8.7	45.4	38.8	100.0	النسبة %
5	35	4	12	115	30	196	الأطباء والعاملون يحرصوا على مراعاة الجانب الإنساني في علاقاتهم بالمرضى والمتريدين والمراجعين بالخدمات الطبية
	17.9	2.0	6.1	58.7	15.3	100.0	النسبة %

3/ المرضى والمراجعون يشعرون بالاهتمام من قبل الأطباء والعاملون بالخدمات الطبية والمراكز الصحية.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (41)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق" وتساوي 35.2%، وتليها نسبة الإجابة " غير موافق " وتساوي 33.2%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (42)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.28 بانحراف معياري 1.271، فيما كانت إحصاءة الاختبار 3.034 بدلالة إحصائية 0.003 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر

من مستوى المعنوية 0.05 وأن قسمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " المرضى والمراجعون يشعرون بالاهتمام من قبل الأطباء والعاملون بالخدمات الطبية والمراكز الصحية".

الجدول رقم (42) يوضح المتوسط المرجح والانحراف المعياري ونتائج اختبار T لفقرات المحور التاسع

الاتجاه الساكن	الدلالة الإحصائية	إحصاءة الاختبار	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	الفقرة	Y04
موافق	*0.000	18.321	0.893	4.17	تقوم الخدمات الطبية بالاهتمام الكافي لكل المرضى والمراجعين من قبل الأطباء العاملين بالمراكز الصحية	1
موافق	*0.000	11.695	1.069	3.89	الخدمات الطبية تقدم الأعمال الصحية بالعدالة وتسهيل تقديم الخدمات الصحية	2
موافق	*0.003	3.034	1.271	3.28	المرضى والمراجعون يشعرون بالاهتمام من قبل الأطباء والعاملون بالخدمات الطبية والمراكز الصحية	3
موافق	*0.000	16.625	0.950	4.13	الأطباء والعاملون بالخدمات الطبية يتصفوا بروح الصداقة في التعامل مع المرضى والمراجعين	4
موافق	*0.000	5.571	1.295	3.52	الأطباء والعاملون يحرصوا على مراعاة الجانب الإنساني في علاقاتهم بالمرضى والمتريدين والمراجعين بالخدمات الطبية	5

* دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05

4/ الأطباء والعاملون بالخدمات الطبية يتصفوا بروح الصداقة في التعامل مع المرضى والمراجعين. : يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (41)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "موافق" وتساوي 45.4%، وتليها نسبة الإجابة " موافق بشدة" وتساوي 38.8%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (42)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 4.13 بانحراف معياري 0.950، فيما كانت إحصاءة الاختبار 16.625 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " الأطباء والعاملين بالخدمات الطبية يتصفون بروح الصداقة في التعامل مع المرضى والمراجعين".

5/ الأطباء والعاملون يحرصون على مراعاة الجانب الإنساني في علاقاتهم بالمرضى والمتريدين والمراجعين بالخدمات الطبية.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (17)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة " موافق " وتساوي 58.7%، وتليها نسبة الإجابة " غير موافق بشدة" وتساوي 17.9%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (18)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.52 بانحراف معياري 1.295، فيما كانت إحصاء الاختبار 5.571 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " الأطباء والعاملون يحرصوا على مراعاة الجانب الإنساني في علاقاتهم بالمرضى والمتريدين والمراجعين بالخدمات الطبية".

المحور العاشر: الملموسية.

قامت الباحثة بدراسة الفقرات المتعلقة الملموسية كلاً على حدة، حيث يتبين من خلال البيانات الواردة بالجدولين رقم (43، 44) التوزيع التكراري والتحليل الإحصائي لإجابات المشاركين في الدراسة حول الملموسية، ومن خلال الجدولين يتضح الآتي:

1/ المراكز الصحية ووحدات الرعاية والخدمات الطبية مواقعها ملاءمة وسهل الوصول إليها: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (43)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة " موافق بشدة " وتساوي 69.9%، وتليها نسبة الإجابة " غير موافق بشدة " وتساوي 17.3%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (44)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 4.12 بانحراف معياري 1.528، فيما كانت إحصاء الاختبار 10.287 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قسمة المتوسط المرجح أكبر من 3، مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " المراكز الصحية ووحدات الرعاية والخدمات الطبية مواقعها ملاءمة وسهل الوصول إليها".

الجدول رقم (43) يوضح التوزيع التكراري لإجابات المشاركين في الدراسة حول فقرات المحور العاشر

الإجمالي	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة		Y05
196	137	16	7	2	34	العدد	1
100.0	69.9	8.2	3.6	1.0	17.3	النسبة %	
196	19	6	19	24	128	العدد	2
100.0	9.7	3.1	9.7	12.2	65.3	النسبة %	
196	17	30	3	71	75	العدد	3
100.0	8.7	15.3	1.5	36.2	38.3	النسبة %	
196	19	7	6	66	98	العدد	4
100.0	9.7	3.6	3.1	33.7	50.0	النسبة %	
196	74	49	58	12	3	العدد	5
100.0	37.8	25.0	29.6	6.1	1.5	النسبة %	

2/ الخدمات الطبية تعتمد على استخدام الأجهزة والوسائل التقنية المتطورة التي تسهل في تقديم أفضل الخدمات الصحية.:: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (43)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "غير موافق بشدة" وتساوي 65.3%، وتليها نسبة الإجابة "غير موافق" وتساوي 12.2%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (44)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 1.80 بانحراف معياري 1.308، فيما كانت إحصاءة الاختبار -12.884 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أصغر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة غير موافقين على محتوى هذه الفقرة، أي غير موافقين على أن "الخدمات الطبية تعتمد على استخدام الأجهزة والوسائل التقنية المتطورة التي تسهل في تقديم أفضل الخدمات الصحية".

3/ الخدمات الطبية لديها الطرق الحديثة من حيث النظافة والتعقيم والتعامل مع الأجهزة المتطورة وتجديدها باستمرار. : يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (43)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "غير موافق بشدة" وتساوي 38.3%، وتليها نسبة الإجابة "غير موافق" وتساوي 36.2%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (44)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 2.20 بانحراف معياري 1.327، فيما كانت إحصاءة الاختبار -8.453 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قسمة المتوسط المرجح أصغر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة غير موافقين على محتوى هذه الفقرة، أي غير موافقين على أن "الخدمات الطبية لديها الطرق الحديثة من حيث النظافة والتعقيم والتعامل مع الأجهزة المتطورة وتجديدها باستمرار."

4/ الخدمات الطبية لديها الطرق الحديثة من حيث النظافة والتعقيم والتعامل مع الأجهزة المتطورة وتجديدها باستمرار. : يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (43)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة "غير موافق بشدة" وتساوي 50.0%، وتليها نسبة الإجابة "غير موافق" وتساوي 33.7%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (44)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 1.89 بانحراف معياري 1.242، فيما كانت إحصاءة الاختبار -12.481 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أصغر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة غير موافقين على محتوى هذه الفقرة، أي غير موافقين على أن "الخدمات الطبية لديها الطرق الحديثة من حيث النظافة والتعقيم والتعامل مع الأجهزة المتطورة وتجديدها باستمرار."

الجدول رقم (44) يوضح المتوسط المرجح والانحراف المعياري ونتائج اختبار T لفقرات المحور العاشر

الاتجاه السائد	الدلالة الإحصائية	إحصاءة الاختبار	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	الفقرة	Y05
موافق	*0.000	10.287	1.528	4.12	المراكز الصحية ووحدات الرعاية والخدمات الطبية مواقعها ملائمة وسهل الوصول إليها	1
غير موافق	*0.000	12.884-	1.308	1.80	الخدمات الطبية تعتمد على استخدام الأجهزة والوسائل التقنية المتطورة التي تسهل في تقديم أفضل الخدمات الصحية	2
غير موافق	*0.000	8.453-	1.327	2.20	الخدمات الطبية لديها الطرق الحديثة من حيث النظافة والتعقيم والتعامل مع الأجهزة المتطورة وتجديدها باستمرار	3
غير موافق	*0.000	12.481-	1.242	1.89	الخدمات الطبية توفر المستلزمات الطبية والأدوية التي يحتاجها المرضى من خلال الوصفات الطبية.	4
موافق	*0.000	12.454	1.027	3.91	الخدمات الطبية تقوم بأعمال إرشادية وعلامات واضحة تسهل وصول المرضى للأماكن الطبية المختلفة	5

* دال إحصائية عند مستوى المعنوية 0.05

5/ الخدمات الطبية تقوم بأعمال إرشادية وعلامات واضحة تسهل وصول المرضى للأماكن الطبية المختلفة.: يتضح من خلال بيانات الجدول رقم (43)، بأن أعلى نسبة هي الإجابة " موافق بشدة " وتساوي 37.8%، وتليها نسبة الإجابة " محايد" وتساوي 29.6%، ويتضح من بيانات الجدول رقم (44)، أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة 3.91 بانحراف معياري 1.027، فيما كانت إحصاءة الاختبار 12.454 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن قيمة الدلالة الإحصائية للاختبار أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وأن قيمة المتوسط المرجح أكبر من 3 مما يشير إلى أن المشاركين في الدراسة موافقون على محتوى هذه الفقرة، أي موافقون على أن " الخدمات الطبية تقوم بأعمال إرشادية وعلامات واضحة تسهل وصول المرضى للأماكن الطبية المختلفة".

اختبار فرضيات الدراسة:

دراسة مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الرعاية الصحية الأولية بمنطقة الزاوية:

تركز هذه الفقرة على قياس مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابة، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) واستخدمت

الباحثة أسلوب اختبار T للعينة الواحدة One Sample T-Test.

مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الرعاية الصحية الأولية بمنطقة الزاوية مطابقة لمقياس جودة الخدمات.

وقد قامت الباحثة بتقسيم هذا الفرض إلى خمسة فروض فرعية وذلك وفقاً لأبعاد مقياس جودة

الخدمات الصحية التي قامت الباحثة بتجميعها وقياسها كالتالي:

الفرضية الفرعية الأولى:

مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الرعاية الصحية الأولية بمنطقة الزاوية من خلال "الاستجابة" مطابقة لمقياس جودة الخدمات.

الفرضية الفرعية الثانية:

مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الرعاية الصحية الأولية بمنطقة الزاوية من خلال "الاعتمادية" مطابقة لمقياس جودة الخدمات

الفرضية الفرعية الثالثة:

مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الرعاية الصحية الأولية بمنطقة الزاوية من خلال "الثقة" مطابقة لمقياس جودة الخدمات

الفرضية الفرعية الرابعة:

مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الخدمات الصحية الأولية بمنطقة الزاوية من خلال "التعاطف" مطابقة لمقياس جودة الخدمات.

الفرضية الفرعية الخامسة:

مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال "الملموسية" مطابقة لمقياس جودة الخدمات

الفرضية الفرعية الأولى:

لدراسة مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال "الاستجابة"، قامت الباحثة باختبار الفرضية التالية:

مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق ووحدات الرعاية الصحية الأولية بمنطقة الزاوية من خلال "الاستجابة" مطابقة لمقياس جودة الخدمات

لاختبار هذه الفرضية، استخدمت الباحثة اختبار T للعينة الواحدة One Sample T-Test، وذلك للتحقق من صحة هذه الفرضية، ومعرفة معنوية (دلالة) آراء أفراد عينة الدراسة في هذه الفرضية، والجدول التالي يبين المتوسط الحسابي المرجح للفرضية والانحراف المعياري لها، وكذلك نتائج اختبار T (قيمة الاختبار والدلالة الإحصائية).

الجدول رقم (45) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ونتائج اختبار T للفرضية الأولى

النتيجة	الدلالة الإحصائية	إحصاء اختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	العدد
قبول الفرضية	0.000 *	9.313	0.879	3.58	196

* دالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0.05

نلاحظ من خلال البيانات الواردة بالجدول 45 أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح 3.58 بانحراف معياري مناظر له 0.879 وان قيمة إحصاء الاختبار 9.313 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن هذه القيمة أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وقيمة المتوسط الحسابي المرجح أكبر من 3، مما يدل على قبول هذه الفرضية، أي قبول الفرض القائل "مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال "الاستجابة" مطابقة لمقياس جودة الخدمات".

الفرضية الفرعية الثانية:

لدراسة مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال "الاعتمادية"، قامت الباحثة باختبار الفرضية التالية:

مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال "الاعتمادية" مطابقة لمقياس جودة الخدمات

لاختبار هذه الفرضية، استخدم الباحث اختبار T للعينة الواحدة One Sample T-Test، وذلك للتحقق من صحة هذه الفرضية، ومعرفة معنوية (دلالة) آراء أفراد عينة الدراسة في هذه الفرضية، والجدول التالي يبين المتوسط الحسابي المرجح للفرضية والانحراف المعياري لها، وكذلك نتائج اختبار T (قيمة الاختبار والدلالة الإحصائية).

الجدول رقم (46) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ونتائج اختبار T للفرضية الثانية

النتيجة	الدلالة الإحصائية	إحصاء اختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	العدد
قبول الفرضية	0.000 *	17.563	0.829	4.04	196

*دالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0.05

نلاحظ من خلال البيانات الواردة بالجدول 46 أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح 7.04 بانحراف معياري مناظر له 0.829 وان قيمة إحصاء الاختبار 17.563 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن هذه القيمة أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وقيمة المتوسط الحسابي المرجح أكبر من 3، مما يدل على قبول هذه الفرضية، أي قبول الفرض القائل "مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال "الاعتمادية" مطابقة لمقياس جودة الخدمات".

الفرضية الفرعية الثالثة:

لدراسة مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال "الثقة"، قامت الباحثة باختبار الفرضية التالية:

مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال "الثقة" مطابقة لمقياس جودة الخدمات

لاختبار هذه الفرضية، استخدم الباحث اختبار T للعينة الواحدة One Sample T-Test، وذلك للتحقق من صحة هذه الفرضية، ومعرفة معنوية (دلالة) آراء أفراد عينة الدراسة في هذه الفرضية، والجدول التالي يبين المتوسط الحسابي المرجح للفرضية والانحراف المعياري لها، وكذلك نتائج اختبار T (قيمة الاختبار والدلالة الإحصائية).

الجدول رقم (47) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ونتائج اختبار T للفرضية الثالثة

النتيجة	الدلالة الإحصائية	إحصاءة اختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	العدد
قبول الفرضية	0.000 *	20.517	0.694	4.02	196

* دالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0.05

نلاحظ من خلال البيانات الواردة بالجدول 47 أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح 4.02 بانحراف معياري مناظر له 0.694 وان قيمة إحصاءة الاختبار 20.517 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن هذه القيمة أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وقيمة المتوسط الحسابي المرجح أكبر من 3، مما يدل على قبول هذه الفرضية، أي قبول الفرض القائل "مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال "الثقة" مطابقة لمقياس جودة الخدمات".

الفرضية الفرعية الرابعة:

لدراسة مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال "التعاطف"، قامت الباحثة باختبار الفرضية التالية:
مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال "التعاطف" مطابقة لمقياس جودة الخدمات

لاختبار هذه الفرضية، استخدم الباحث اختبار T للعينة الواحدة One Sample T-Test، وذلك للتحقق من صحة هذه الفرضية، ومعرفة معنوية (دلالة) آراء أفراد عينة الدراسة في هذه الفرضية، والجدول التالي يبين المتوسط الحسابي المرجح للفرضية والانحراف المعياري لها، وكذلك نتائج اختبار T (قيمة الاختبار والدلالة الإحصائية).

الجدول رقم (48) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ونتائج اختبار T للفرضية الرابعة

النتيجة	الدلالة الإحصائية	إحصاء اختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	العدد
قبول الفرضية	0.000 *	15.131	0.736	3.80	196

نلاحظ من خلال البيانات الواردة بالجدول 48 أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح 3.80 بانحراف معياري مناظر له 0.736 وأن قيمة إحصاء الاختبار 15.131 بدلالة إحصائية 0.000 وبما أن هذه القيمة أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وقيمة المتوسط الحسابي المرجح أكبر من 3، مما يدل على قبول هذه الفرضية، أي قبول الفرض القائل "مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال " التعاطف " مطابقة لمقياس جودة الخدمات".

الفرضية الفرعية الخامسة:

لدراسة مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال "الملموسية"، قامت الباحثة باختبار الفرضية التالية:

مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال "الملموسية" مطابقة لمقياس جودة الخدمات

لاختبار هذه الفرضية، استخدم الباحث اختبار T للعينه الواحدة One Sample T-Test، وذلك للتحقق من صحة هذه الفرضية، ومعرفة معنوية (دلالة) آراء أفراد عينة الدراسة في هذه الفرضية، والجدول التالي يبين المتوسط الحسابي المرجح للفرضية والانحراف المعياري لها، وكذلك نتائج اختبار T (قيمة الاختبار والدلالة الإحصائية).

الجدول رقم (49) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ونتائج اختبار T للفرضية الخامسة

النتيجة	الدلالة الإحصائية	إحصاء اختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	العدد
رفض الفرضية	0.002 *	-3.161	0.953	2.78	196

* دالة إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05

نلاحظ من خلال البيانات الواردة بالجدول 49 أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح 2.78 بانحراف معياري مناظر له 0.953 وأن قيمة إحصاء الاختبار -3.161 بدلالة إحصائية 0.002

وبما أن هذه القيمة أصغر من مستوى المعنوية 0.05 وقيمة المتوسط الحسابي المرجح أصغر من 3، مما يدل على رفض هذه الفرضية، أي قبول الفرض القائل "مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال "الملموسية" غير مطابقة لمقياس جودة الخدمات".

دراسة نظم المعلومات الصحية وأثرها في جودة الخدمات الصحية:

يركز هذا الجزء على دراسة نظم المعلومات الصحية (الأفراد X01، الأجهزة X02، البرمجيات X03، الشبكات X04، البيانات X05) وأثرها على جودة الخدمات الصحية وذلك باختبار الفرضية الرئيسية للدراسة والتي تنص على:

يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لنظم المعلومات الصحية في جودة الخدمات الصحية، وقد قامت الباحثة بتقسيم هذا الفرض إلى خمس فروض فرعية وذلك وفقاً لأبعاد نظم المعلومات الصحية:

الفرضية الفرعية الأولى:

يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية ل الأفراد في جودة الخدمات الصحية.

الفرضية الفرعية الثانية:

يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية ل الأجهزة في جودة الخدمات الصحية.

الفرضية الفرعية الثالثة:

يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية ل البرمجيات في جودة الخدمات الصحية.

الفرضية الفرعية الرابعة:

يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية ل الشبكات في جودة الخدمات الصحية.

الفرضية الفرعية الخامسة:

يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية ل البيانات في جودة الخدمات الصحية.

وقد استخدمت الباحثة أسلوب معامل ارتباط بيرسون Pearson Correlation لمعرفة معنوية (دلالة) العلاقة بين المتغيرات؛ ولمعرفة نسبة تفسير التباين في المتغير التابع من قبل المتغير المستقل قامت الباحثة باستخدام أسلوب الانحدار البسيط Simple Regression.

1/ دراسة نظم المعلومات الصحية وعلاقته بجودة الخدمات الصحية باستخدام معامل ارتباط بيرسون Pearson Correlation.

تحاول الباحثة في هذه الفقرة دراسة نظم المعلومات الصحية (بأبعادها المختلفة) وعلاقته بجودة الخدمات الصحية باستخدام معامل ارتباط بيرسون Pearson Correlation، الجدول رقم (50) يوضح قيمة معامل ارتباط بيرسون والدلالة الإحصائية المناظرة لكل معامل.

1-1/ الأفراد وعلاقته بجودة الخدمات الصحية: يتضح من البيانات الواردة بالجدول رقم (50) إن قيمة معامل الارتباط تساوي 0.593 وقيمة الدلالة الإحصائية المناظرة له 0.000 وحيث إن قيمة الدلالة الإحصائية أصغر من مستوى المعنوية 5% مما يدل على وجود علاقة بين الأفراد وجودة الخدمات الصحية، وبما أن قيمة معامل الارتباط موجبة مما يشير إلى أن هذه العلاقة طردية.

1-2/ الأجهزة وعلاقته بجودة الخدمات الصحية: يتضح من البيانات الواردة بالجدول رقم (50) أن قيمة معامل الارتباط تساوي 0.627 وقيمة الدلالة الإحصائية المناظرة له 0.000 وحيث أن قيمة الدلالة الإحصائية أصغر من مستوى المعنوية 5% مما يدل على وجود علاقة بين الأجهزة وجودة الخدمات الصحية، وبما أن قيمة معامل الارتباط موجبة مما يشير إلى أن هذه العلاقة طردية. الجدول رقم (50) يوضح العلاقة بين نظم المعلومات الصحية وجودة الخدمات الصحية باستخدام معامل ارتباط بيرسون

ت	المتغير	رمز المتغير	العدد	معامل ارتباط بيرسون	الدلالة الإحصائية
1	الأفراد	X01	196	0.593	* 0.000
2	الأجهزة	X02	196	0.627	* 0.000
3	البرمجيات	X03	196	0.395	* 0.000
4	الشبكات	X04	196	0.727	* 0.000
5	البيانات	X05	196	0.707	* 0.000

* دال إحصائيا عند مستوى المعنوية 0.05

1-3/ البرمجيات وعلاقته بجودة الخدمات الصحية: يتضح من البيانات الواردة بالجدول رقم (50) أن قيمة معامل الارتباط تساوي 0.395 وقيمة الدلالة الإحصائية المناظرة له 0.000 وحيث أن

قيمة الدلالة الإحصائية أصغر من مستوى المعنوية 5% مما يدل على وجود علاقة بين البرمجيات وجودة الخدمات الصحية، وبما أن قيمة معامل الارتباط موجبة مما يشير إلى أن هذه العلاقة طردية.

1-4/ الشبكات وعلاقته بجودة الخدمات الصحية: يتضح من البيانات الواردة بالجدول رقم

(50) أن قيمة معامل الارتباط تساوي 0.727 وقيمة الدلالة الإحصائية المناظرة له 0.000 وحيث إن قيمة الدلالة الإحصائية أصغر من مستوى المعنوية 5% مما يدل على وجود علاقة بين البرمجيات وجودة الخدمات الصحية، وبما أن قيمة معامل الارتباط موجبة مما يشير إلى أن هذه العلاقة طردية.

1-5/ البيانات وعلاقته بجودة الخدمات الصحية: يتضح من البيانات الواردة بالجدول رقم

(50) أن قيمة معامل الارتباط تساوي 0.707 وقيمة الدلالة الإحصائية المناظرة له 0.000 وحيث إن قيمة الدلالة الإحصائية أصغر من مستوى المعنوية 5% مما يدل على وجود علاقة بين البرمجيات وجودة الخدمات الصحية، وبما أن قيمة معامل الارتباط موجبة مما يشير إلى أن هذه العلاقة طردية.

2/ دراسة نظم المعلومات الصحية وأثرها في جودة الخدمات الصحية باستخدام أسلوب تحليل

الانحدار البسيط Simple regression analysis

تحاول الباحثة في هذه الفقرة دراسة نظم المعلومات الصحية (الأفراد X01، الأجهزة X02، البرمجيات X03، الشبكات X04، البيانات X05) وأثرها على جودة الخدمات الصحية باستخدام أسلوب تحليل الانحدار البسيط Simple regression analysis، وبالتالي معرفة أثر نظم المعلومات الصحية (كمتغير مستقل) على جودة الخدمات الصحية (كمتغير تابع)، وكذلك معرفة نسبة تفسير التباين في المتغير التابع من قبل المتغير المستقل.

2-1 / الأفراد وأثره على جودة الخدمات الصحية باستخدام أسلوب تحليل الانحدار البسيط

Simple regression analysis

استخدمت الباحثة أسلوب تحليل الانحدار البسيط Simple linear regression لمعرفة أثر الأفراد (كمتغير مستقل) على جودة الخدمات الصحية (كمتغير تابع) وذلك بتوفيق نموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل، وقد قامت الباحثة بتوفيق هذا النموذج، ولاختبار معنوية (دلالة) النموذج الموفق استخدمت الباحثة أسلوب تحليل التباين ANOVA، من خلال البيانات الواردة بالجدول رقم 51 سجلت قيمة إحصاء اختبار F 105.483 بمستوى دلالة (P-Value) F 0.000، مما يشير إلى أن النموذج الموفق معنوي (دال إحصائياً).

الجدول رقم (51) يوضح تحليل التباين (ANOVA) لنموذج انحدار المتغير التابع على

المتغير المستقل

	Sum of Squares مجموع المربعات	D. f. درجات الحرية	Mean Square متوسط المربعات	F-Test إحصاء الاختبار	P-value الدلالة الإحصائية
Regression الانحدار	24.655	1	24.655	105.483	* 0.000
Residual البواقي	45.343	194	0.234		
Total الإجمالي	69.998	195			

* دال إحصائياً عند مستوى المغنوية 0.05

كما يتبين من جدول البيانات الواردة بالجدول رقم (20)، أن قيمة متوسط مربعات البواقي أو ما يسمى بتباين البواقي Mean Square of Residual تساوي 0.234، وبأخذ الجذر التربيعي لهذا المقدار نحصل على الخطأ المعياري للتقدير Standard Error of the Estimate، أو ما يسمى بـ "خطأ التقدير"، هو مقياس لدرجة دقة القيم المتنبأ بها، $St.Error = \sqrt{M.S.R} = \sqrt{0.234} = 0.483$ وهو مقدار صغير نسبياً، مما يدل على جودة النموذج المستخدم في التنبؤ.

الجدول رقم (52) يوضح بعض الإحصاءات المتعلقة بنموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل

معامل ارتباط بيرسون R	R Square معامل التحديد	Std. Error of the Estimate الخطأ المعياري للتقدير
0.593	0.352	0.483

تشير النتائج الواردة بالجدول رقم 52 إلى أن قيمة معامل ارتباط بيرسون ومعامل التحديد، حيث سجلت قيمة معامل ارتباط بيرسون 0.593 وكذلك معامل التحديد 0.352 وهذا يعني 35.2% من التباينات في المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)، يُفسرها التباين في المتغير المستقل (الأفراد).

ولاختبار مغنوية معامل انحدار النموذج الموفق لانحدار المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) على المتغير المستقل (الأفراد)، قامت الباحثة باختبار الفرضية الإحصائية المناظرة لذلك، وهي:

$$H_0 : \beta_1 = 0$$

$$H_1 : \beta_1 \neq 0$$

استخدمت الباحثة اختبار t، لاختبار الفرضية الإحصائية السابقة، وتحصل على النتائج المدونة بالجدول رقم 22، حيث سجلت قيمة إحصاء الاختبار $T_c=10.271$ وقيمة الدلالة الإحصائية المناظرة لها 0.000، مما يشير إلى رفض الفرضية الصفرية (فرض العدم)، ويعني ذلك أن المتغير المستقل (الأفراد) له تأثير معنوي على المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية).

الجدول رقم (53) يوضح نتائج تقدير معاملات انحدار المتغير المستقل على المتغير التابع $(\hat{\beta}_0, \hat{\beta}_1)$

	معاملات الانحدار B	الخطأ المعياري Std. Error	معاملات الانحدار المعياري Beta	قيمة إحصاءه الاختبار T	الدلالة الإحصائية P- Value
(Constant)	2.487	0.118		21.101	0.000 *
الأفراد	0.335	0.033	0.593	10.271	0.000 *

* دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05

يتضح من النتائج الإحصائية المدونة بالجدول رقم (53)، أن إشارة معامل الانحدار في النموذج الموفق موجبة ((+ 0.335) يشير ذلك إلى أن تأثير الأفراد (كمتغير مستقل) على جودة الخدمات الصحية (كمتغير تابع) إيجابي، أي كلما ارتفعت قيم "الأفراد" ارتفعت قيم "جودة الخدمات الصحية"، مما يزيد من أدائهم وقدراتهم في جودة الخدمات الصحية.

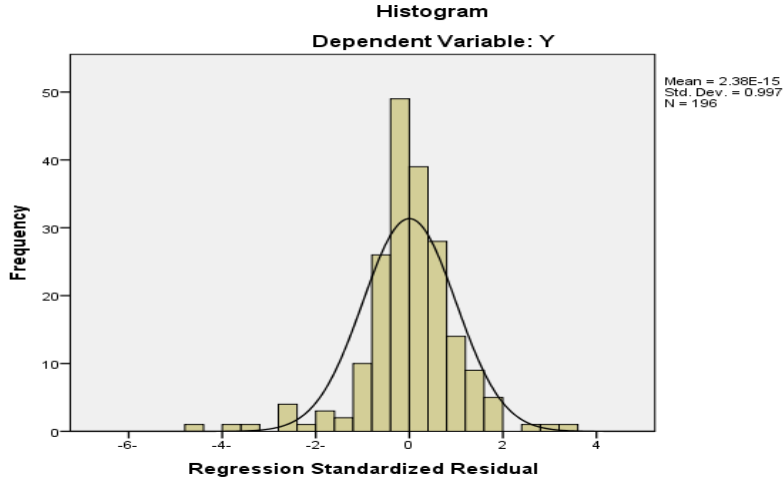
وبذلك يكون النموذج الموفق على الصورة:

$$Y = 2.487 + 0.335 X_1$$

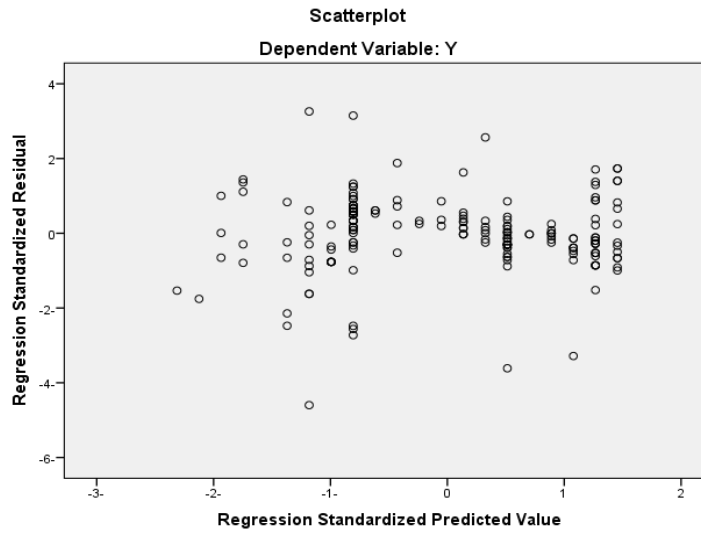
$$(0.000) (0.000)$$

وللتحقق من صلاحية نموذج الانحدار الموفق، يتبين من الشكل 17، اقتراب التوزيع الاحتمالي

لبواقي نموذج الانحدار من التوزيع الطبيعي.



الشكل رقم (17) يوضح المدرج التكراري ومنحنى التوزيع الطبيعي لبواقي نموذج الانحدار الموفق



الشكل رقم (18) يوضح انتشار الأخطاء العشوائية الناتجة عن نموذج الانحدار الموفق

ونلاحظ من الشكل رقم 18 أنه لا يوجد نمط معين تتبعه البواقي تقريباً في انتشارها، مما يشير إلى أن البواقي لها التوزيع الطبيعي المعياري مما يؤكد على مصداقية معادلة الانحدار المقدره وهذا يتفق مع افتراضات طريقة تقدير المربعات الصغرى.

نتائج تحليل الفرضية الفرعية الأولى:

قبول الفرضية الفرعية الأولى والتي تنص على:

وجود أثر ذات دلالة إحصائية للأفراد على جودة الخدمات الصحية

يمكن صياغة المعادلة التي تربط بين المتغير المستقل والمتغير التابع كما يلي:

$$\text{جودة الخدمات الصحية} = 2.487 + 0.335 \times \text{الأفراد}$$

2-2 / الأجهزة وأثره على جودة الخدمات الصحية باستخدام أسلوب تحليل الانحدار البسيط

Simple regression analysis

استخدمت الباحثة أسلوب تحليل الانحدار البسيط Simple linear regression لمعرفة أثر الأجهزة (كمتغير مستقل) على جودة الخدمات الصحية (كمتغير تابع) وذلك بتوفيق نموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل، وقد قامت الباحثة بتوفيق هذا النموذج، ولاختبار معنوية (دلالة) النموذج الموفق استخدمت الباحثة أسلوب تحليل التباين ANOVA، من خلال البيانات الواردة بالجدول رقم 54 سجلت قيمة إحصاء اختبار F 125.420 بمستوى دلالة (P-Value) 0.000، مما يشير إلى أن النموذج الموفق معنوي (دال إحصائياً).

الجدول رقم (54) يوضح تحليل التباين (ANOVA) لنموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل

	Sum of Squares مجموع المربعات	D. f. درجات الحرية	Mean Square متوسط المربعات	F-Test إحصاء الاختبار	P-value الدلالة الإحصائية
Regression الانحدار	27.485	1	27.485	125.420	* 0.000
Residual البواقي	42.513	194	0.219		
Total الإجمالي	69.998	195			

* دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05

كما يتبين من جدول البيانات الواردة بالجدول رقم (54)، أن قيمة متوسط مربعات البواقي أو ما يسمى بتباين البواقي Mean Square of Residual تساوي 0.219، وبأخذ الجذر التربيعي لهذا المقدار نحصل على الخطأ المعياري للتقدير Standard Error of the Estimate، أو ما يسمى بـ "خطأ التقدير"، هو مقياس لدرجة دقة القيم المتنبأ بها، $St.Error = \sqrt{M.S.R} = \sqrt{0.219} = 0.468$ وهو مقدار صغير نسبياً، مما يدل على جودة النموذج المستخدم في التنبؤ.

الجدول رقم (55) يوضح بعض الإحصاءات المتعلقة بنموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل

معامل ارتباط بيرسون R	R Square معامل التحديد	Std. Error of the Estimate الخطأ المعياري للتقدير
0.627	0.393	0.468

تشير النتائج الواردة بالجدول رقم 55 إلى قيمة معامل ارتباط بيرسون ومعامل التحديد، حيث سجلت قيمة معامل ارتباط بيرسون 0.627 وكذلك معامل التحديد 0.393 وهذا يعني 39.3% من التباينات في المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)، يُفسرها التباين في المتغير المستقل (الأجهزة). ولاختبار معنوية معامل انحدار النموذج الموفق لانحدار المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) على المتغير المستقل (الأجهزة)، قامت الباحثة باختبار الفرضية الإحصائية المناظرة لذلك، وهي:

$$H_0 : \beta_1 = 0$$

$$H_1 : \beta_1 \neq 0$$

استخدمت الباحثة اختبار t، لاختبار الفرضية الإحصائية السابقة، وتحصل على النتائج المدونة بالجدول رقم 56، حيث سجلت قيمة إحصاء الاختبار $T_c = 11.199$ وقيمة الدلالة الإحصائية المناظرة لها 0.000، مما يشير إلى رفض الفرضية الصفرية (فرض العدم)، ويعني ذلك أن المتغير المستقل (الأجهزة) له تأثير معنوي على المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية).

الجدول رقم (56) يوضح نتائج تقدير معاملات انحدار المتغير المستقل على المتغير التابع $(\hat{\beta}_0, \hat{\beta}_1)$

	معاملات الانحدار B	الخطأ المعياري Std. Error	معاملات الانحدار المعياري Beta	قيمة إحصاءه الاختبار T	الدلالة الإحصائية P- Value
(Constant)	2.240	0.130		17.268	0.000 *
الأجهزة	0.387	0.035	0.627	11.199	0.000 *

* دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05

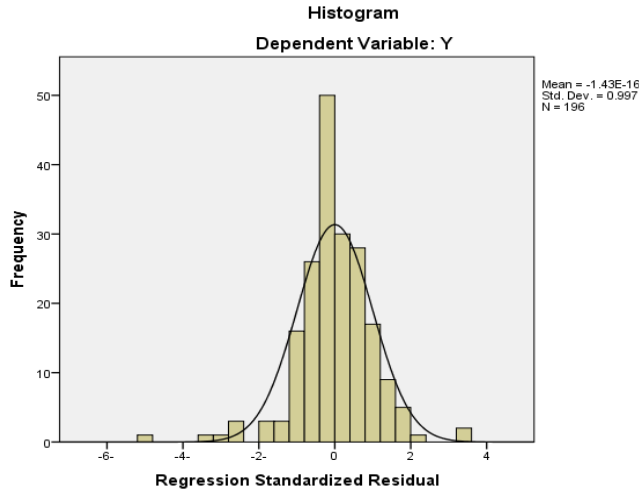
يتضح من النتائج الإحصائية المدونة بالجدول رقم (56)، أن إشارة معامل الانحدار في النموذج الموفق موجبة ((+ 0.387) يشير ذلك إلى أن تأثير الأجهزة (كمتغير مستقل) على جودة الخدمات الصحية (كمتغير تابع) إيجابي، أي كلما ارتفعت قيم "الأجهزة" ارتفعت قيم "جودة الخدمات الصحية"، كانت جودة الخدمات الصحية متطورة ومقبولة مع توفير الأجهزة الدقيقة الصحية كانت أحسن حال.

وبذلك يكون النموذج المرفق على الصورة:

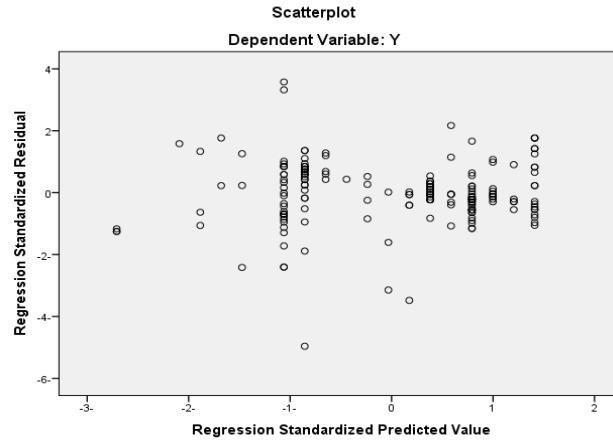
$$Y = 2.240 + 0.387 X_2$$

(0.000) (0.000)

وللتحقق من صلاحية نموذج الانحدار الموفق، يتبين من الشكل 19، اقتراب التوزيع الاحتمالي لبواقي نموذج الانحدار من التوزيع الطبيعي.



الشكل رقم (19) يوضح المدرج التكراري ومنحنى التوزيع الطبيعي لبواقي نموذج الانحدار الموفق



الشكل رقم (20) يوضح انتشار الأخطاء العشوائية الناتجة عن نموذج الانحدار الموفق

ونلاحظ من الشكل رقم 20 انه لا يوجد نمط معين تتبعه البواقي تقريباً في انتشارها، مما يشير إلى أن البواقي لها التوزيع الطبيعي المعياري مما يؤكد على مصداقية معادلة الانحدار المقدره وهذا يتفق مع افتراضات طريقة تقدير المربعات الصغرى.

نتائج تحليل الفرضية الفرعية الثانية:

قبول الفرضية الفرعية الثانية والتي تنص على:

وجود أثر ذات دلالة إحصائية لـ الأجهزة على جودة الخدمات الصحية

يمكن صياغة المعادلة التي تربط بين المتغير المستقل والمتغير التابع كما يلي:

$$\text{جودة الخدمات الصحية} = 2.240 + 0.387 \times \text{الأجهزة}$$

3-2 / البرمجيات وأثره على جودة الخدمات الصحية باستخدام أسلوب تحليل الانحدار البسيط

Simple regression analysis

استخدمت الباحثة أسلوب تحليل الانحدار البسيط Simple linear regression لمعرفة أثر البرمجيات (كمتغير مستقل) على جودة الخدمات الصحية (كمتغير تابع) وذلك بتوفيق نموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل، وقد قامت الباحثة بتوفيق هذا النموذج، ولاختبار معنوية (دلالة) النموذج المرفق استخدمت الباحثة أسلوب تحليل التباين ANOVA، من خلال البيانات الواردة بالجدول رقم 57 سجلت قيمة إحصاء اختبار F 35.837 بمستوى دلالة (P-Value) 0.000، مما يشير إلى أن النموذج المرفق معنوي (دال إحصائياً).

الجدول رقم (57) يوضح تحليل التباين (ANOVA) لنموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل

	Sum of Squares مجموع المربعات	D. f. درجات الحرية	Mean Square متوسط المربعات	F-Test إحصاء الاختبار	P-value الدلالة الإحصائية
Regression الانحدار	10.914	1	10.914	35.837	* 0.000
Residual البواقي	59.084	194	0.305		
Total الإجمالي	69.998	195			

* دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05

كما يتبين من جدول البيانات الواردة بالجدول رقم (57)، أن قيمة متوسط مربعات البواقي أو ما يسمى بتباين البواقي Mean Square of Residual تساوي 0.305، وبأخذ الجذر التربيعي لهذا المقدار نحصل على الخطأ المعياري للتقدير Standard Error of the Estimate، أو ما يسمى بـ "خطأ التقدير"، هو مقياس لدرجة دقة القيم المتنبأ بها، $St. Error = \sqrt{M.S.R} = \sqrt{0.305} = 0.552$ وهو مقدار صغير نسبياً، مما يدل على جودة النموذج المستخدم في التنبؤ.

الجدول رقم (58) يوضح بعض الإحصاءات المتعلقة بنموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل

معامل	R Square	Std. Error of the Estimate
ارتباط بيرسون R	معامل التحديد	الخطأ المعياري للتقدير
0.395	0.156	0.552

تشير النتائج الواردة بالجدول رقم 58 إلى قيمة معامل ارتباط بيرسون ومعامل التحديد، حيث سجلت قيمة معامل ارتباط بيرسون 0.395 وكذلك معامل التحديد 0.156 وهذا يعني 15.6% من التباينات في المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)، يُفسرها التباين في المتغير المستقل (البرمجيات).

ولاختبار معنوية معامل انحدار النموذج الموفق لانحدار المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) على المتغير المستقل (البرمجيات)، قامت الباحثة باختبار الفرضية الإحصائية المناظرة لذلك، وهي:

$$H_0 : \beta_1 = 0$$

$$H_1 : \beta_1 \neq 0$$

استخدمت الباحثة اختبار t، لاختبار الفرضية الإحصائية السابقة، وتحصل على النتائج المدونة بالجدول رقم 22، حيث سجلت قيمة إحصاء الاختبار $T_c = 5.986$ وقيمة الدلالة الإحصائية المناظرة لها 0.000، مما يشير إلى رفض الفرضية الصفرية (فرض العدم)، ويعني ذلك أن المتغير المستقل (البرمجيات) له تأثير معنوي على المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية).

الجدول رقم (59) يوضح نتائج تقدير معاملات انحدار المتغير المستقل على المتغير التابع $(\hat{\beta}_0, \hat{\beta}_1)$

	معاملات	الخطأ المعياري	معاملات	قيمة إحصاء	الدلالة الإحصائية
	الانحدار B	Std. Error	الانحدار المعياري Beta	الاختبار T	P- Value
(Constant)	2.948	0.123		24.006	0.000 *
البرمجيات	0.217	0.036	0.395	5.986	0.000 *

* دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05

يتضح من النتائج الإحصائية المدونة بالجدول رقم (22)، أن إشارة معامل الانحدار في النموذج الموفق موجبة ((+ 0.217)) يشير ذلك إلى أن تأثير البرمجيات (كمتغير مستقل) على جودة الخدمات الصحية (كمتغير تابع) إيجابي، أي كلما ارتفعت قيم "البرمجيات" ارتفعت قيم "جودة الخدمات الصحية" عند توفير البرمجيات زادت نتائج جودة الخدمات حتى يسهل على المترددين مراجعة نتائجهم.

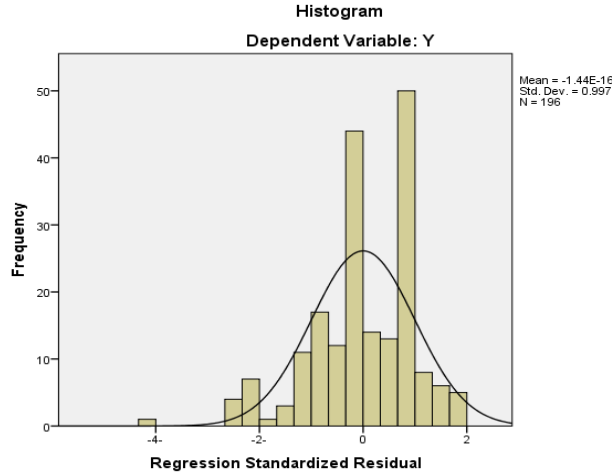
وبذلك يكون النموذج الموفق على الصورة:

$$Y = 2.948 + 0.217 X_3$$

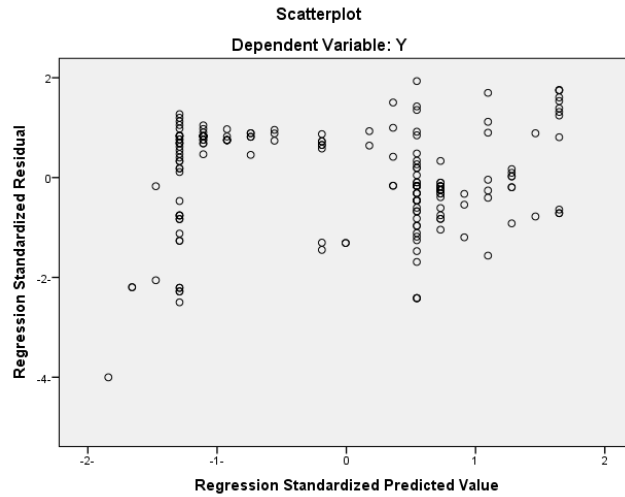
$$(0.000) \quad (0.000)$$

وللتحقق من صلاحية نموذج الانحدار الموفق، يتبين من الشكل 21، اقتراب التوزيع الاحتمالي

لبواقي نموذج الانحدار من التوزيع الطبيعي.



الشكل رقم (21) يوضح المدرج التكراري ومنحنى التوزيع الطبيعي لبواقي نموذج الانحدار الموفق



الشكل رقم (22) يوضح انتشار الأخطاء العشوائية الناتجة عن نموذج الانحدار الموفق

ونلاحظ من الشكل رقم 22 انه لا يوجد نمط معين تتبعه البواقي تقريباً في انتشارها، مما يشير

إلى أن البواقي لها التوزيع الطبيعي المعياري مما يؤكد على مصداقية معادلة الانحدار المقدره وهذا

يتفق مع افتراضات طريقة تقدير المربعات الصغرى.

نتائج تحليل الفرضية الفرعية الثالثة:

قبول الفرضية الفرعية الثالثة والتي تنص على:

وجود أثر ذات دلالة إحصائية ل البرمجيات على جودة الخدمات الصحية

يمكن صياغة المعادلة التي تربط بين المتغير المستقل والمتغير التابع كما يلي:

$$\text{جودة الخدمات الصحية} = 2.948 + 0.217 \times \text{البرمجيات}$$

4-2 / الشبكات وأثره على جودة الخدمات الصحية باستخدام أسلوب تحليل الانحدار البسيط

Simple regression analysis

استخدمت الباحثة أسلوب تحليل الانحدار البسيط Simple linear regression لمعرفة أثر الشبكات (كمتغير مستقل) على جودة الخدمات الصحية (كمتغير تابع) وذلك بتوفيق نموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل، وقد قامت الباحثة بتوفيق هذا النموذج، ولاختبار معنوية (دلالة) النموذج الموفق استخدمت الباحثة أسلوب تحليل التباين ANOVA، من خلال البيانات الواردة بالجدول رقم 60 سجلت قيمة إحصاء اختبار F 217.568 بمستوى دلالة (P-Value) 0.000، مما يشير إلى أن النموذج الموفق معنوي (دال إحصائياً).

الجدول رقم (60) يوضح تحليل التباين (ANOVA) لنموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل

	Sum of Squares مجموع المربعات	D. f. درجات الحرية	Mean Square متوسط المربعات	F-Test إحصاء الاختبار	P-value الدلالة الإحصائية
Regression الانحدار	37.003	1	37.003	217.568	* 0.000
Residual البواقي	32.995	194	0.170		
Total الإجمالي	69.998	195			
* دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05					

كما يتبين من جدول البيانات الواردة بالجدول رقم (60)، أن قيمة متوسط مربعات البواقي أو ما يسمى بتباين البواقي Mean Square of Residual تساوي 0.170، وبأخذ الجذر التربيعي لهذا المقدار نحصل على الخطأ المعياري للتقدير Standard Error of the Estimate، أو ما يسمى بـ

" خطأ التقدير"، هو مقياس لدرجة دقة القيم المتنبأ بها، $St.Error = \sqrt{M.S.R} = \sqrt{0.170} = 0.412$ وهو مقدار صغير نسبياً، مما يدل على جودة النموذج المستخدم في التنبؤ.

الجدول رقم (61) يوضح بعض الإحصاءات المتعلقة بنموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل

معامل	R Square	Std. Error of the Estimate
ارتباط بيرسون R	معامل التحديد	الخطأ المعياري للتقدير
0.727	0.529	0.412

تشير النتائج الواردة بالجدول رقم 61 إلى قيمة معامل ارتباط بيرسون ومعامل التحديد، حيث سجلت قيمة معامل ارتباط بيرسون 0.727 وكذلك معامل التحديد 0.529 وهذا يعني 52.9% من التباينات في المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)، يُفسرها التباين في المتغير المستقل (الشبكات). ولاختبار معنوية معامل انحدار النموذج الموفق لانحدار المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) على المتغير المستقل (الشبكات)، قامت الباحثة باختبار الفرضية الإحصائية المناظرة لذلك، وهي:

$$H_0 : \beta_1 = 0$$

$$H_1 : \beta_1 \neq 0$$

استخدمت الباحثة اختبار t، لاختبار الفرضية الإحصائية السابقة، وتحصل على النتائج المدونة بالجدول رقم 62، حيث سجلت قيمة إحصاء الاختبار $T_c = 14.750$ وقيمة الدلالة الإحصائية المناظرة لها 0.000، مما يشير إلى رفض الفرضية الصفرية (فرض العدم)، ويعني ذلك أن المتغير المستقل (الشبكات) له تأثير معنوي على المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية).

الجدول رقم (62) يوضح نتائج تقدير معاملات انحدار المتغير المستقل على المتغير التابع $(\hat{\beta}_0, \hat{\beta}_1)$

معاملات	معاملات	الخطأ المعياري	معاملات	قيمة إحصاءه	الدلالة الإحصائية
الانحدار B	Std. Error	الانحدار المعياري	الاختبار T	P- Value	
		Beta			
(Constant)	0.981	0.183		5.365	0.000 *
الشبكات	0.625	0.042	0.727	14.750	0.000 *

* دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05

يتضح من النتائج الإحصائية المدونة بالجدول رقم (62)، أن إشارة معامل الانحدار في النموذج الموفق موجبة ((+ 0.625) يشير ذلك إلى أن تأثير الشبكات (كمتغير مستقل) على جودة الخدمات الصحية (كمتغير تابع) إيجابي، أي كلما ارتفعت قيم "الشبكات" ارتفعت قيم "جودة الخدمات

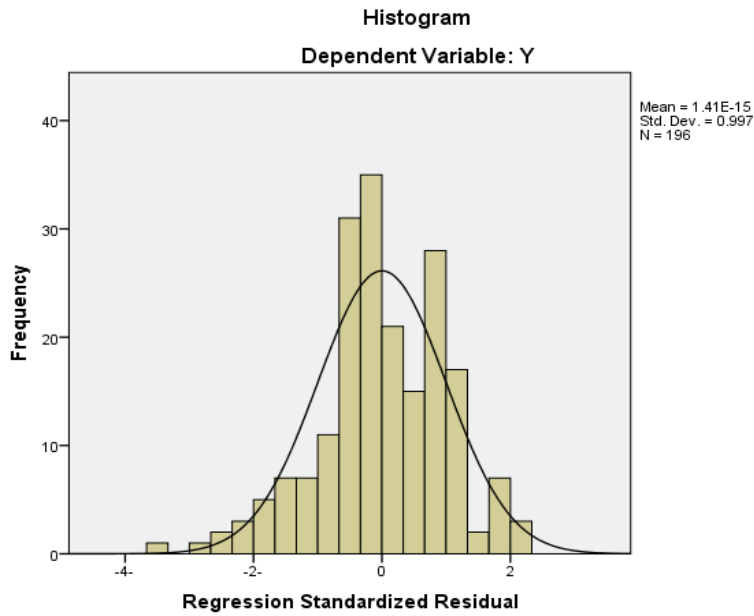
الصحية" مع توفير الشبكات الطبية المتطورة بالوحدات الصحية أدى إلى زيادة جودة الخدمات حتى يسهل على المترددين مراجعة نتائجهم .

وبذلك يكون النموذج الموفق على الصورة:

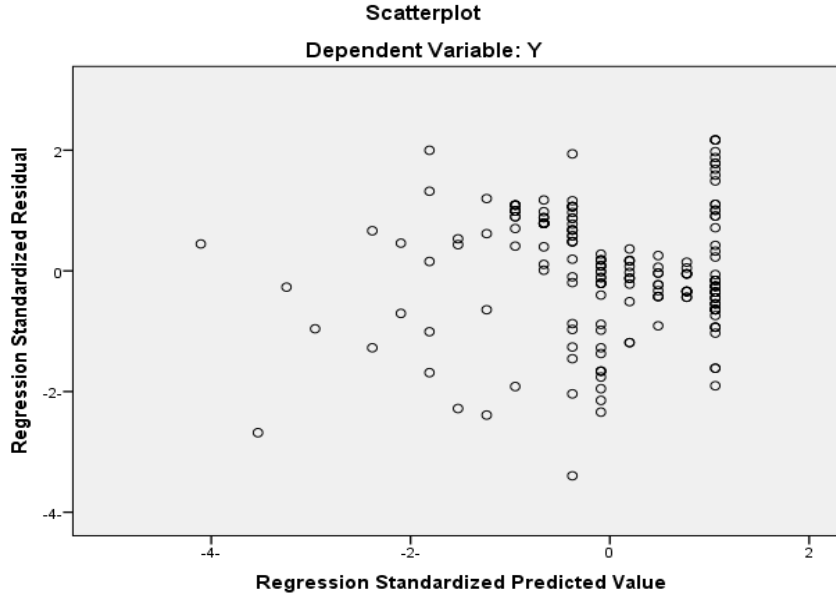
$$Y = 0.981 + 0.625 X_4$$

(0.000) (0.000)

وللتحقق من صلاحية نموذج الانحدار الموفق، يتبين من الشكل 23، اقتراب التوزيع الاحتمالي لبواقي نموذج الانحدار من التوزيع الطبيعي.



الشكل رقم (23) يوضح المدرج التكراري ومنحنى التوزيع الطبيعي لبواقي نموذج الانحدار الموفق



الشكل رقم (24) يوضح انتشار الأخطاء العشوائية الناتجة عن نموذج الانحدار الموفق

ونلاحظ من الشكل رقم 24 أنه لا يوجد نمط معين تتبعه البواقي تقريباً في انتشارها، مما يشير إلى أن البواقي لها التوزيع الطبيعي المعياري مما يؤكد على مصداقية معادلة الانحدار المقدره وهذا يتفق مع افتراضات طريقة تقدير المربعات الصغرى.

نتائج تحليل الفرضية الفرعية الرابعة:

قبول الفرضية الفرعية الرابعة والتي تنص على:

وجود أثر ذات دلالة إحصائية لـ الشبكات على جودة الخدمات الصحية

يمكن صياغة المعادلة التي تربط بين المتغير المستقل والمتغير التابع كما يلي:

$$\text{جودة الخدمات الصحية} = 0.981 + 0.625 \times \text{الشبكات}$$

5-2 / البيانات وأثره على جودة الخدمات الصحية باستخدام أسلوب تحليل الانحدار البسيط

Simple regression analysis

استخدمت الباحثة أسلوب تحليل الانحدار البسيط Simple linear regression لمعرفة أثر البيانات (كمتغير مستقل) على جودة الخدمات الصحية (كمتغير تابع) وذلك بتوفيق نموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل، وقد قامت الباحثة بتوفيق هذا النموذج، ولاختبار معنوية (دلالة) النموذج الموفق استخدمت الباحثة أسلوب تحليل التباين ANOVA، من خلال البيانات الواردة بالجدول

رقم 63 سجلت قيمة إحصاء اختبار F 193.610 بمستوى دلالة (P-Value) F(0.000)، مما يشير إلى أن النموذج الموفق معنوي (دال إحصائياً).

الجدول رقم (63) يوضح تحليل التباين (ANOVA) لنموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل

	Sum of Squares مجموع المربعات	D. f. درجات الحرية	Mean Square متوسط المربعات	F-Test إحصاء الاختبار	P-value الدلالة الإحصائية
Regression الانحدار	34.964	1	34.964	193.610	* 0.000
Residual البواقي	35.034	194	0.181		
Total الإجمالي	69.998	195			

* دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05

كما يتبين من جدول البيانات الواردة بالجدول رقم (63)، أن قيمة متوسط مربعات البواقي أو ما يسمى بتباين البواقي Mean Square of Residual تساوي 0.181، وبأخذ الجذر التربيعي لهذا المقدار نحصل على الخطأ المعياري للتقدير Standard Error of the Estimate، أو ما يسمى بـ "خطأ التقدير"، هو مقياس لدرجة دقة القيم المتنبأ بها، $St.Error = \sqrt{M.S.R} = \sqrt{0.181} = 0.425$ وهو مقدار صغير نسبياً، مما يدل على جودة النموذج المستخدم في التنبؤ.

الجدول رقم (64) يوضح بعض الإحصاءات المتعلقة بنموذج انحدار المتغير التابع على المتغير المستقل

معامل ارتباط بيرسون R	R Square معامل التحديد	Std. Error of the Estimate الخطأ المعياري للتقدير
0.707	0.499	0.425

تشير النتائج الواردة بالجدول رقم 64 إلى قيمة معامل ارتباط بيرسون ومعامل التحديد، حيث سجلت قيمة معامل ارتباط بيرسون 0.707 وكذلك معامل التحديد 0.499 وهذا يعني 49.9% من التباينات في المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)، يُفسرها التباين في المتغير المستقل (البيانات). ولاختبار معنوية معامل انحدار النموذج الموفق لانحدار المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) على المتغير المستقل (البيانات)، قامت الباحثة باختبار الفرضية الإحصائية المناظرة لذلك، وهي:

$$H_0 : \beta_1 = 0$$

$$H_1 : \beta_1 \neq 0$$

استخدمت الباحثة اختبار t، لاختبار الفرضية الإحصائية السابقة، وتحصل على النتائج المدونة بالجدول رقم 22، حيث سجلت قيمة إحصاء الاختبار $T_c = 13.914$ وقيمة الدلالة الإحصائية المناظرة لها 0.000، مما يشير إلى رفض الفرضية الصفرية (فرض العدم)، ويعني ذلك أن المتغير المستقل (البيانات) له تأثير معنوي على المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية).

الجدول رقم (65) يوضح نتائج تقدير معاملات انحدار المتغير المستقل على المتغير التابع

($\hat{\beta}_0, \hat{\beta}_1$)

	معاملات الانحدار B	الخطأ المعياري Std. Error	معاملات الانحدار المعياري Beta	قيمة إحصاءه الاختبار T	الدلالة الإحصائية P- Value
(Constant)	2.299	0.101		22.683	0.000 *
البيانات	0.421	0.030	0.707	13.914	0.000 *

* دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05

يتضح من النتائج الإحصائية المدونة بالجدول رقم (65)، أن إشارة معامل الانحدار في النموذج الموفق موجبة ((+ 0.421) يشير ذلك إلى أن تأثير البيانات (كمتغير مستقل) على جودة الخدمات الصحية (كمتغير تابع) إيجابي، أي كلما ارتفعت قيم "البيانات" ارتفعت قيم "جودة الخدمات الصحية" أي أن كلما توفرت البيانات بالوحدات الطبية زادت جودة الخدمات لدى المترددين حتى يسهل للأطباء تقديم خدماتهم بأفضل الحال للمترددين والمراجعين معاً .

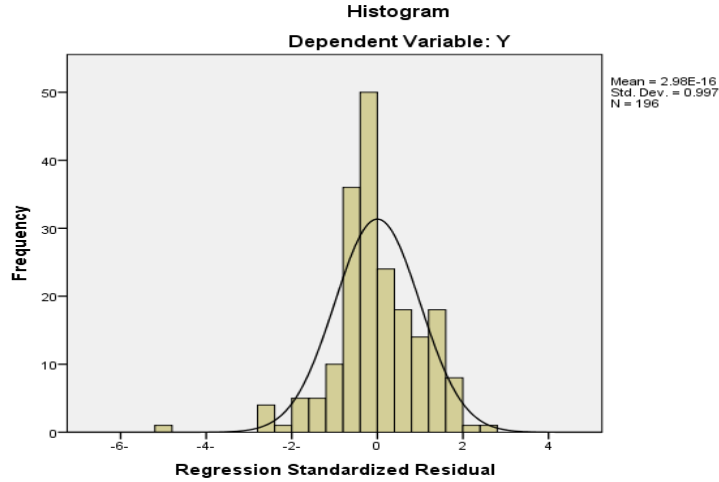
وبذلك يكون النموذج الموفق على الصورة:

$$Y = 2.299 + 0.421 X_5$$

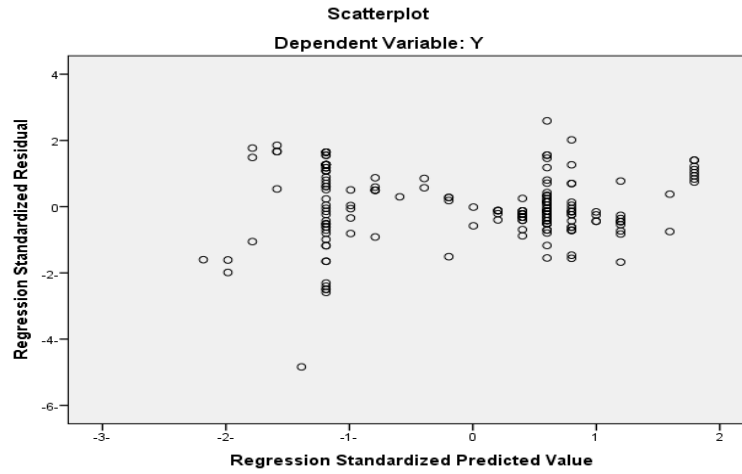
$$(0.000) \quad (0.000)$$

وللتحقق من صلاحية نموذج الانحدار الموفق، يتبين من الشكل 25، اقتراب التوزيع الاحتمالي

لبواقي نموذج الانحدار من التوزيع الطبيعي.



الشكل رقم (25) يوضح المدرج التكراري ومنحنى التوزيع الطبيعي لبواقي نموذج الانحدار الموفق



الشكل رقم (26) يوضح انتشار الأخطاء العشوائية الناتجة عن نموذج الانحدار الموفق

ونلاحظ من الشكل رقم 26 انه لا يوجد نمط معين تتبعه البواقي تقريباً في انتشارها، مما يشير إلى أن البواقي لها التوزيع الطبيعي المعياري مما يؤكد على مصداقية معادلة الانحدار المقدره وهذا يتفق مع افتراضات طريقة تقدير المربعات الصغرى.

نتائج تحليل الفرضية الفرعية الخامسة:

قبول الفرضية الفرعية الخامسة والتي تنص على:

وجود أثر ذات دلالة إحصائية للبيانات على جودة الخدمات الصحية

يمكن صياغة المعادلة التي تربط بين المتغير المستقل والمتغير التابع كما يلي:

$$\text{جودة الخدمات الصحية} = 2.299 + 0.421 X \text{البيانات}$$

3/ دراسة نظم المعلومات الصحية وأثرها في جودة الخدمات الصحية باستخدام أسلوب تحليل

الانحدار المتعدد Multiple Regression

تحاول الباحثة من خلال هذا الجزء تحديد المتغيرات المستقلة التي لها علاقة (تأثير) مباشرة بالمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) وبالتالي تحديد المتغيرات المستقلة التي لها تأثير مباشر على المتغير التابع. ولتحديد هذه المتغيرات وتقييم أثر كل منها، قامت الباحثة بتوفيق نموذج انحدار متعدد لـ جودة الخدمات الصحية (Y) على المتغيرات المستقلة المراد دراستها والبالغ عددها خمس متغيرات $q=5$ ، وهي كما يلي:

الجدول رقم (66) يوضح المتغيرات المستقلة والمتغير التابع للدراسة

رمز المتغير	المتغير	
X01	الأفراد	المتغيرات المستقلة Independent Variables
X02	الأجهزة	
X03	البرمجيات	
X04	الشبكات	
X05	البيانات	
Y	جودة الخدمات الصحية	المتغير التابع Dependent Variables

وقد استخدمت الباحثة أسلوب الانحدار المتعدد Multiple Regression للوصول إلى الهدف المنشود من هذا الأسلوب، ويستخدم هذا الأسلوب لتحديد المتغيرات المستقلة المؤثرة تأثيراً مباشراً في جودة الخدمات الصحية (مع عزل تأثير المتغيرات الأخرى) وكذلك تحديد أكثرها تأثيراً، وذلك باتباع المراحل التالية:

المرحلة الأولى: الكشف عن وجود مشكلة التعدد الخطي في متغيرات الدراسة:

عندما تقوم الباحثة بتوفيق نموذج انحدار متعدد للمتغير التابع على المتغيرات المستقلة، يجب الكشف عن المشاكل التي قد تواجهه عند تطبيق هذا الأسلوب، وأهمها مشكلة التعدد الخطي بين المتغيرات المستقلة، والتي تؤدي إلى نتائج غير دقيقة في اغلب الحالات. وتتوفر عدة طرق لتشخيص

مشكلة التعدد الخطي Multicollinearity Problem بين المتغيرات المستقلة، وقد قامت الباحثة بتشخيصها بأكثر الطرائق المستخدمة، كالآتي:

أ- طريقة معامل تضخم التباين (VIF) Variance Inflation Factor

ولغرض تشخيص مشكلة التعدد الخطي Multicollinearity Problem بهذه الطريقة، يتم في البداية حساب معامل Tolerance لكل متغير مستقل. ثم يحسب معامل تضخم التباين للمتغير

المستقل J ، حيث $VIF_j = \frac{1}{Tol_j}$ ، كالتالي:

$$VIF_{X1} = \frac{1}{Tol_{X1}} = \frac{1}{0.518} = 1.931$$

معامل تضخم المتغير المستقل X01:

الجدول رقم (67) يوضح معاملات تضخم التباين VIF

المتغيرات المستقلة Independent Variables	Collinearity Statistics	
	Tolerance	VIF
X01 الأفراد	0.518	1.931
X02 الأجهزة	0.487	2.053
X03 البرمجيات	0.914	1.095
X04 الشبكات	0.536	1.866
X05 البيانات	0.492	2.032

$$VIF_{X2} = \frac{1}{Tol_{X2}} = \frac{1}{0.487} = 2.053$$

معامل تضخم المتغير المستقل X02:

$$VIF_{X3} = \frac{1}{Tol_{X3}} = \frac{1}{0.914} = 1.095$$

معامل تضخم المتغير المستقل X03:

$$VIF_{X4} = \frac{1}{Tol_{X4}} = \frac{1}{0.536} = 1.866$$

معامل تضخم المتغير المستقل X04:

$$VIF_{X5} = \frac{1}{Tol_{X5}} = \frac{1}{0.492} = 2.032$$

معامل تضخم المتغير المستقل X05:

تشير النتائج الواردة بالجدول رقم 33 والذي يحتوي على المتغيرات المستقلة وقيمة معامل تضخم التباين VIF والتباين المسموح Tol لكل متغير أن قيمة VIF لجميع متغيرات الدراسة اقل من

10 كما نلاحظ كذلك أن قيمة التباين المسموح Tol لجميع المتغيرات كانت أكبر من 0.05 مما يدل على عدم وجود مشكلة التعدد الخطي Multicollinearity Problem بين المتغيرات المستقلة.

ب- طريقة دليل الحالة (CI) Condition Index

يمكن - كذلك - استخدام دليل الحالة (CI) Condition Index كأحد الطرائق لتشخيص مشكلة التعدد الخطي Multicollinearity Problem بين المتغيرات المستقلة، فبعد استخراج الجذور المميزة للمصفوفة $(X'X)$ ، نحسب دليل الحالة (CI) ، وهو عبارة عن الجذر التربيعي لحاصل قسمة أكبر جذر مميز على كل من الجذور المميزة الأخرى، حيث يتبين من الجدول رقم 34 أن أكبر جذر مميز يساوي $\lambda_{Max} = 5.780$ وبالتالي قامت الباحثة بحساب دليل الحالة كالآتي:

$$CI_1 = \sqrt{\frac{\lambda_{Max}}{\lambda_1}} = \sqrt{\frac{5.780}{5.780}} = 1.000$$

دليل الحالة الأول:

$$CI_2 = \sqrt{\frac{\lambda_{Max}}{\lambda_2}} = \sqrt{\frac{5.780}{0.093}} = 7.880$$

دليل الحالة الثاني:

الجدول رقم (68) يوضح دليل الحالة (CI) Condition Index، والجذور المميزة (λ) Eigenvalue

Dimension	الجذور المميزة Eigenvalue	دليل الحالة Condition Index
1	5.780	1.000
2	0.093	7.880
3	0.050	10.767
4	0.045	11.329
5	0.023	15.801
6	0.009	24.940

$$CI_3 = \sqrt{\frac{\lambda_{Max}}{\lambda_3}} = \sqrt{\frac{5.780}{0.050}} = 10.767$$

دليل الحالة الثالث:

$$CI_4 = \sqrt{\frac{\lambda_{Max}}{\lambda_4}} = \sqrt{\frac{5.780}{0.045}} = 11.329$$

دليل الحالة الرابع:

$$CI_5 = \sqrt{\frac{\lambda_{Max}}{\lambda_5}} = \sqrt{\frac{5.780}{0.023}} = 15.801$$

دليل الحالة الخامس:

$$CI_6 = \sqrt{\frac{\lambda_{Max}}{\lambda_6}} = \sqrt{\frac{5.780}{0.009}} = 24.940$$

دليل الحالة السادس:

نلاحظ من بيانات الجدول رقم 34 أن جميع قيم دليل الحالة أصغر من 50، ويعني ذلك عدم وجود مشكلة التعدد الخطي بين متغيرات الدراسة.

وبالتالي استطاعت الباحثة تشخيص مشكلة التعدد الخطي، وقد تأكد من عدم وجود هذه المشكلة.

المرحلة الثانية: توفيق نموذج الانحدار المتعدد

بناء على ما تقدم، قامت الباحثة بتوفيق نموذج انحدار ل جودة الخدمات الصحية (Y) على المتغيرات المستقلة الخمسة التي استطاعت تجميعها، حيث تم اختبار معنوية نموذج انحدار متعدد جودة الخدمات الصحية (Y) على المتغيرات المستقلة الثلاثة، أي اختبار الفرضية الإحصائية المناظرة لذلك، وهي:

$$H_0: \beta_1 = \dots = \beta_5 = 0$$

$$H_1: \text{at least one of them different}$$

لاختبار الفرضية الإحصائية السابقة استخدمت الباحثة اختبار F(ANOVA) وتحصل على النتائج المدونة بالجدول رقم 35، حيث سجلت قيمة إحصاء الاختبار $F_{(5,190)} = 100.783$ والدلالة الإحصائية 0.000، مما يدل على رفض الفرضية الصفرية (فرض العدم)، ويعني ذلك أن المتغيرات المستقلة مجتمعة أو أن واحد منها على الأقل من معالم النموذج لها تأثير معنوي على المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) و يشير ذلك إلى أن النموذج الموفق معنوي (دال إحصائياً).

الجدول رقم (69) يوضح تحليل التباين (ANOVA) لنموذج انحدار المتغير التابع على المتغيرات المستقلة

	Sum of Squares مجموع المربعات	D. f. درجات الحرية	Mean Square متوسط المربعات	F-Test إحصاء الاختبار	P-value الدلالة الإحصائية
Regression الانحدار	50.832	5	10.166	100.783	* 0.000
Residual البواقي	19.166	190	0.101		
Total الإجمالي	69.998	195			
* دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05					

كما يتبين من جدول البيانات الواردة بالجدول رقم (69)، أن قيمة متوسط مربعات البواقي أو ما يسمى بتباين البواقي Mean Square of Residual تساوي 0.101، وبأخذ الجذر التربيعي لهذا المقدار نحصل على الخطأ المعياري للتقدير Standard Error of the Estimate، أو ما يسمى بـ "خطأ التقدير"، هو مقياس لدرجة دقة القيم المتنبأ بها، $St.Error = \sqrt{M.S.R} = \sqrt{0.101} = 0.318$ وهو مقدار صغير نسبياً، مما يدل على جودة النموذج المستخدم في التنبؤ.

الجدول رقم (70) يوضح بعض الإحصاءات المتعلقة بنموذج انحدار المتغير التابع على المتغيرات المستقلة

معامل	R Square	Std. Error of the Estimate
ارتباط بيرسون R	معامل التحديد	الخطأ المعياري للتقدير
0.852	0.726	0.318

يوضح النتائج الواردة بالجدول رقم 70 إلى قيمة معامل ارتباط بيرسون ومعامل التحديد، حيث سجلت قيمة معامل ارتباط بيرسون 0.852 وكذلك معامل التحديد 0.726 وهذا يعني 72.6% من التباينات في المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)، يُفسرها التباين في المتغيرات المستقلة (الأفراد X01، الأجهزة X02، البرمجيات X03، الشبكات X04، البيانات X05) المتجمعة في نموذج الانحدار الموفق.

وبما أنه تم قبول الفرض القائل بمعنوية تأثير واحد على الأقل من معالم النموذج، معنى ذلك من الممكن وجود بعض المعالم التي ليس لها تأثير معنوي داخلية ضمن النموذج، ولهذا السبب قامت

الباحثة باختبار معنوية كل معلم من معالم النموذج على حدة، أي اختبار كل فرضية من الفرضيات التالية:

$$\left. \begin{array}{l} H_0: \beta_j = 0 \\ H_1: \beta_j \neq 0 \end{array} \right\} j=1, \dots, 5$$

استخدمت الباحثة اختبار T لاختبار كل فرضية على حدة، أي معرفة معنوية تأثير كل متغير مستقل على المتغير التابع بصورة انفرادية، فتحصل على النتائج المدونة بالجدول التالي:

الجدول رقم (71) يوضح نتائج تقدير معاملات انحدار المتغيرات المستقلة على المتغير التابع

	معاملات الانحدار B	الخطأ المعياري Std. Error	معاملات الانحدار المعياري	قيمة إحصاءه الاختبار T	الدلالة الإحصائية P- Value
(Constant)	0.764	0.153		4.998	* 0.000
X01الأفراد	0.083	0.030	0.148	2.799	* 0.006
X02الأجهزة	0.127	0.034	0.206	3.786	* 0.000
X03 البرمجيات	0.104	0.022	0.190	4.782	* 0.000
X04 الشبكات	0.316	0.045	0.367	7.082	* 0.000
X05 البيانات	0.141	0.032	0.237	4.380	* 0.000

* دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 0.05

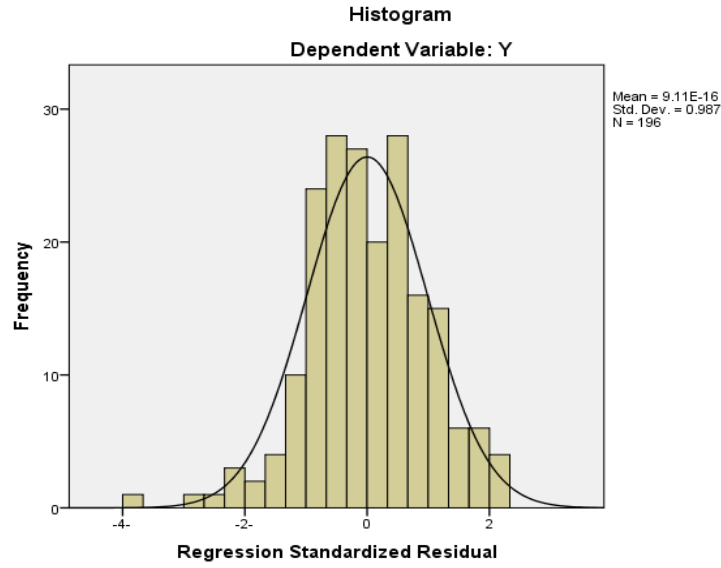
يتضح من النتائج الإحصائية المدونة بالجدول رقم (71)، جميع المتغيرات الداخلة في النموذج الموفق ذات تأثير معنوي، وهذه المتغيرات هي (الأفراد X01، الأجهزة X02، البرمجيات X03، الشبكات X04، البيانات X05) حيث سجلت الدلالة الإحصائية لهذه المتغيرات أصغر من مستوى المعنوية 0.05، وهي (0.006، 0.000، 0.000، 0.000، 0.000) على التوالي.

وبذلك يكون النموذج على الصورة:

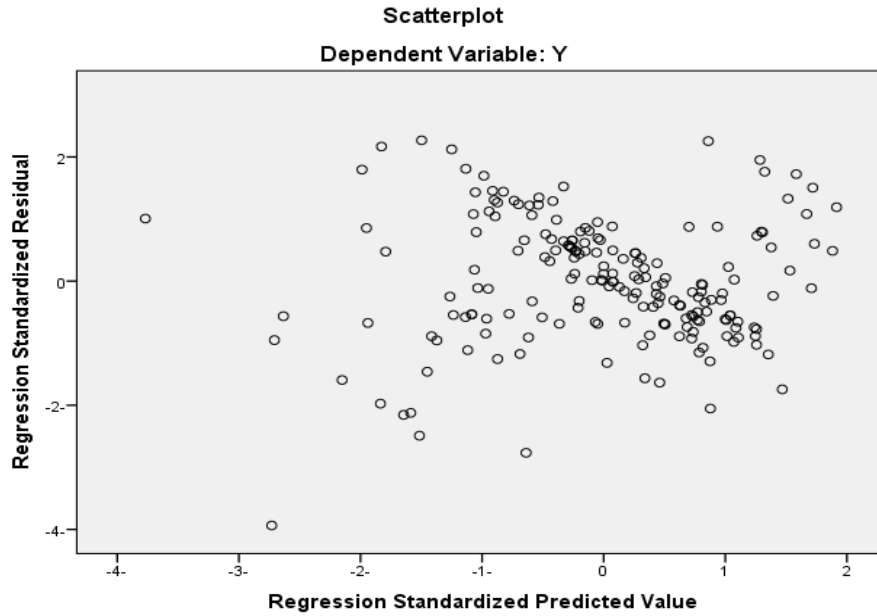
$$Y = 0.764 + 0.083X_1 + 0.127X_2 + 0.104X_3 + 0.316X_4 + 0.141X_5$$

(0.000) (0.006) (0.000) (0.000) (0.000) (0.000)

وللتحقق من صلاحية نموذج الانحدار الموفق، يتبين من الشكل 27 اقتراب التوزيع الاحتمالي لأخطاء نموذج الانحدار من التوزيع الطبيعي.



الشكل رقم (27) يوضح المدرج التكراري ومنحنى التوزيع الطبيعي لأخطاء نموذج الانحدار المتعدد الموفق



الشكل رقم (28) يوضح انتشار الأخطاء العشوائية الناتجة عن نموذج الانحدار المتعدد الموفق ونلاحظ من الشكل رقم 28 انه لا يوجد نمط معين تتبعه الأخطاء العشوائية تقريباً في انتشارها، مما يشير إلى عدم الحاجة إلى تحويل في نموذج الانحدار الموفق.

نتائج تحليل الفرضية المتعلقة ب نظم المعلومات الصحية وأثرها في جودة الخدمات الصحية:

- قبول الفرضية الرئيسية والتي تنص على وجود أثر جوهري ذو دلالة إحصائية لـ نظم المعلومات الصحية على جودة الخدمات الصحية.

الفرضية الرئيسية الأولى:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى المتغيرات الديموغرافية (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، المستوى الوظيفي، سنوات الخبرة، المستوى الإداري).

وقد قامت الباحثة بتقسيم هذا الفرض إلى ست فروض فرعية وذلك وفقاً لعدد المتغيرات الديموغرافية (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، المستوى الوظيفي، سنوات الخبرة، المستوى الإداري).

1. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير الجنس.

2. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير العمر.

3. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير المؤهل العلمي.

4. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير المستوى الوظيفي.

5. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير سنوات الخبرة.

6. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير المستوى الإداري.

1/ اختبار الفرضية الفرعية الأولى:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير الجنس.

لدراسة مدى وجود فروق جوهرية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير الجنس، استخدمت الباحثة أسلوب اختبار T للعينتين المستقلتين Independent Sample T Test والجدول التالي يبين نتائج هذا الاختبار:

الجدول رقم (72) يوضح اختبار T للعينتين المستقلتين لدراسة الآراء حسب الجنس

الدلالة الإحصائية	إحصاء الاختبار	الانحراف المعياري	المتوسط	الجنس	
0.223	1.221	0.950	3.56	ذكر	الأفراد
		1.140	3.37	أنثى	
0.852	-0.187	0.905	3.62	ذكر	الأجهزة
		1.024	3.64	أنثى	
0.011 *	2.579	1.061	3.43	ذكر	البرمجيات
		1.084	3.03	أنثى	
0.683	0.408	0.642	4.29	ذكر	الشبكات
		0.741	4.24	أنثى	
0.695	0.393	0.977	3.23	ذكر	البيانات
		1.032	3.17	أنثى	

* دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 5%

يوضح البيانات الواردة بالجدول رقم (72) دراسة وجود فروق جوهرية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير الجنس، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي المدونة بالجدول وجود فروق جوهرية بين فئات الجنس في البرمجيات فقط، حيث سجلت قيمة الدلالة الإحصائية لكل متغير (0.011)، وكذلك يتبين من خلال البيانات الواردة بالجدول عدم وجود فروق جوهرية بين فئات الجنس في (الأفراد، الأجهزة، الشبكات، البيانات) حيث سجلت قيمة الدلالة الإحصائية لكل متغير (0.223، 0.852، 0.683، 0.695) على التوالي.

2/ اختبار الفرضية الفرعية الثانية:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير العمر.

لدراسة مدى وجود فروق جوهرية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير العمر، استخدمت الباحثة أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way analysis of variance ANOVA والجدول التالي يبين نتائج هذا الاختبار:

الجدول رقم (73) يوضح اختبار T للعينتين المستقلتين لدراسة الفروق في الآراء حسب العمر

الدلالة الإحصائية	إحصاءة الاختبار F	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح		
0.409	0.967	1.059	3.47	أقل من 25 سنة	الأفراد
		1.075	3.28	من 25 إلى 34 سنة	
		0.989	3.63	من 35 إلى 44 سنة	
		1.127	3.50	من 45 إلى 54 سنة	
0.154	1.771	0.997	3.75	أقل من 25 سنة	الأجهزة
		0.982	3.43	من 25 إلى 34 سنة	
		0.949	3.82	من 35 إلى 44 سنة	
		0.910	3.54	من 45 إلى 54 سنة	
0.493	0.804	1.123	3.37	أقل من 25 سنة	البرمجيات
		1.053	3.20	من 25 إلى 34 سنة	
		0.984	3.04	من 35 إلى 44 سنة	
		1.217	3.17	من 45 إلى 54 سنة	
0.062	2.490	0.578	4.36	أقل من 25 سنة	الشبكات
		0.700	4.18	من 25 إلى 34 سنة	
		0.534	4.43	من 35 إلى 44 سنة	
		0.938	4.07	من 45 إلى 54 سنة	

الدلالة الإحصائية	إحصاءة الاختبار F	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح		
0.099	2.122	0.978	3.27	أقل من 25 سنة	البيانات
		1.018	2.94	من 25 إلى 34 سنة	
		0.838	3.42	من 35 إلى 44 سنة	
		1.154	3.22	من 45 إلى 54 سنة	

يوضح البيانات الواردة بالجدول رقم (73) دراسة مدى وجود فروق جوهرية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير العمر، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي المدونة بالجدول عدم وجود فروق جوهرية بين جميع عناصر متغير العمر.

3/ اختبار الفرضية الفرعية الثالثة:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير المؤهل العلمي.

لدراسة مدى وجود فروق جوهرية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير المؤهل العلمي، استخدمت الباحثة أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way analysis of variance ANOVA والجدول التالي يبين نتائج هذا الاختبار:

الجدول رقم (74) يوضح اختبار T للعينتين المستقلتين لدراسة الفروق في الآراء حسب المؤهل العلمي

الدلالة الإحصائية	إحصاءة الاختبار F	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح		
0.113	2.204	1.048	3.33	أقل من جامعي	الأفراد
		1.035	3.65	بكالوريوس	
		1.117	3.66	ماجستير	
0.298	1.219	0.954	3.56	أقل من جامعي	الأجهزة
		0.897	3.82	بكالوريوس	
		1.145	3.61	ماجستير	
0.493	0.709	1.068	3.20	أقل من جامعي	البرمجيات
		1.129	3.34	بكالوريوس	
		1.126	3.03	ماجستير	
0.405	0.909	0.618	4.24	أقل من جامعي	الشبكات
		0.742	4.37	بكالوريوس	
		0.918	4.17	ماجستير	
0.031 *	3.538	0.960	3.07	أقل من جامعي	البيانات
		0.942	3.52	بكالوريوس	
		1.198	3.19	ماجستير	

* دال إحصائيا عند مستوى المعنوية 5%

يوضح البيانات الواردة بالجدول رقم (74) دراسة مدى وجود فروق جوهرية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير المؤهل العلمي، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي المدونة بالجدول وجود فروق جوهرية بين عناصر متغير المؤهل العلمي في البيانات حيث سجلت قيمة الدلالة الإحصائية لكل متغير (0.031)، وكذلك يتبين من خلال البيانات الواردة بالجدول عدم وجود فروق جوهرية بين عناصر متغير المؤهل العلمي في (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات) حيث سجلت قيمة الدلالة الإحصائية لكل متغير (0.113، 0.298، 0.493، 0.405) على التوالي:

4/ اختبار الفرضية الفرعية الرابعة:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير المستوى الوظيفي.

لدراسة مدى وجود فروق جوهرية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير المستوى الوظيفي، استخدمت الباحثة أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way analysis of variance ANOVA والجدول التالي يبين نتائج هذا الاختبار:

الجدول رقم (75) يوضح اختبار T للعينتين المستقلتين لدراسة الفروق في الآراء حسب المستوى الوظيفي

الدلالة الإحصائية	إحصاءة الاختبار F	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح		
0.750	0.404	1.041	3.48	عنصر طبي مساعد	الأفراد
		1.041	3.36	عنصر طبي	
		1.096	3.53	مشرف وحدة طبية	
		1.133	3.57	رئيس قسم طبي	
		0.989	3.67	عنصر طبي مساعد	الأجهزة
0.956	0.106	0.924	3.61	عنصر طبي	
		1.069	3.68	مشرف وحدة طبية	
		0.981	3.57	رئيس قسم طبي	
0.889	0.211	1.100	3.27	عنصر طبي مساعد	البرمجيات
		1.057	3.18	عنصر طبي	
		1.150	3.27	مشرف وحدة طبية	
		1.125	3.09	رئيس قسم طبي	
0.690	0.490	0.624	4.28	عنصر طبي مساعد	الشبكات
		0.625	4.27	عنصر طبي	
		0.792	4.32	مشرف وحدة طبية	
		0.861	4.13	رئيس قسم طبي	

الدلالة الإحصائية	إحصاءة الاختبار F	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح		
0.248	1.388	0.975	3.15	عنصر طبي مساعد	البيانات
		0.987	3.11	عنصر طبي	
		0.980	3.49	مشرف وحدة طبية	
		1.112	3.13	رئيس قسم طبي	

يوضح البيانات الواردة بالجدول رقم (75) دراسة مدى وجود فروق جوهرية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير المستوى الوظيفي، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي المدونة بالجدول عدم وجود فروق جوهرية بين جميع عناصر متغير المستوى الوظيفي.

5/ اختبار الفرضية الفرعية الخامسة:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير سنوات الخبرة.

لدراسة مدى وجود فروق جوهرية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير سنوات الخبرة، استخدمت الباحثة أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way analysis of variance ANOVA والجدول التالي يبين نتائج هذا الاختبار:

الجدول رقم (76) يوضح اختبار T للعينتين المستقلتين لدراسة الفروق في الآراء حسب سنوات الخبرة

الدلالة الإحصائية	إحصاءة الاختبار F	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح		
0.517	0.814	0.996	3.51	أقل من 5 سنوات	الأفراد
		1.082	3.49	من 5 إلى 9 سنوات	
		0.960	3.72	من 10 إلى 14 سنة	
		1.046	3.39	من 15 إلى 19 سنة	
		1.163	3.25	من 20 سنة فما فوق	
0.422	0.976	0.939	3.83	أقل من 5 سنوات	الأجهزة
		1.010	3.63	من 5 إلى 9 سنوات	
		0.894	3.83	من 10 إلى 14 سنة	
		0.970	3.60	من 15 إلى 19 سنة	
		0.972	3.40	من 20 سنة فما فوق	
0.394	1.028	1.245	3.34	أقل من 5 سنوات	البرمجيات
		1.053	3.40	من 5 إلى 9 سنوات	
		0.974	3.05	من 10 إلى 14 سنة	
		1.086	3.10	من 15 إلى 19 سنة	
		1.145	3.04	من 20 سنة فما فوق	

الدلالة الإحصائية	إحصاء الاختبار F	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح		
0.040 *	2.563	0.606	4.37	أقل من 5 سنوات	الشبكات
		0.686	4.28	من 5 إلى 9 سنوات	
		0.556	4.43	من 10 إلى 14 سنة	
		0.590	4.32	من 15 إلى 19 سنة	
		0.918	3.94	من 20 سنة فما فوق	
0.259	1.333	0.891	3.36	أقل من 5 سنوات	البيانات
		1.013	3.17	من 5 إلى 9 سنوات	
		0.941	3.39	من 10 إلى 14 سنة	
		1.010	3.27	من 15 إلى 19 سنة	
		1.073	2.88	من 20 سنة فما فوق	

* دال إحصائيا عند مستوى المعنوية 5%

يوضح البيانات الواردة بالجدول رقم (76) دراسة مدى وجود فروق جوهرية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير سنوات الخبرة، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي المدونة بالجدول وجود فروق جوهرية بين عناصر متغير سنوات الخبرة في الشبكات حيث سجلت قيمة الدلالة الإحصائية لكل متغير (0.040)، وكذلك يتبين من خلال البيانات الواردة بالجدول عدم وجود فروق جوهرية بين عناصر متغير سنوات الخبرة في (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، البيانات) حيث سجلت قيمة الدلالة الإحصائية لكل متغير (0.517، 0.422، 0.394، 0.259) على التوالي

6/ اختبار الفرضية الفرعية السادسة:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير المستوى الإداري.

لدراسة مدى وجود فروق جوهرية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير المستوى الإداري، استخدمت الباحثة أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way analysis of variance ANOVA والجدول التالي يبين نتائج هذا الاختبار:

الجدول رقم (77) يوضح اختبار T للعينتين المستقلتين لدراسة الفروق في الآراء حسب المستوى الإداري

الدلالة الإحصائية	إحصاءة الاختبار F	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح		
0.059	2.881	1.184	3.50	الإدارة العليا	الأفراد
		1.033	3.57	الإدارة الوسطى	
		1.037	3.14	الإدارة المباشرة	
0.065	2.779	0.906	3.54	الإدارة العليا	الأجهزة
		0.933	3.74	الإدارة الوسطى	
		1.061	3.37	الإدارة المباشرة	
0.420	0.871	1.034	3.31	الإدارة العليا	البرمجيات
		1.090	3.26	الإدارة الوسطى	
		1.116	3.03	الإدارة المباشرة	
* 0.032	3.499	0.716	4.27	الإدارة العليا	الشبكات
		0.628	4.34	الإدارة الوسطى	
		0.822	4.03	الإدارة المباشرة	
* 0.040	3.264	1.072	2.99	الإدارة العليا	البيانات
		0.963	3.33	الإدارة الوسطى	
		1.040	2.93	الإدارة المباشرة	

* دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 5%

يوضح البيانات الواردة بالجدول رقم (77) دراسة مدى وجود فروق جوهرية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى تطبيق نظم المعلومات بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات) يعزى لمتغير المستوى الإداري، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي المدونة بالجدول وجود فروق جوهرية بين عناصر متغير المستوى الإداري في الشبكات والبيانات حيث سجلت قيمة الدلالة الإحصائية لكل متغير (0.032، 0.040) على التوالي، وكذلك يتبين من خلال البيانات الواردة بالجدول عدم وجود فروق جوهرية بين عناصر متغير المستوى الإداري في (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات،) حيث سجلت قيمة الدلالة الإحصائية لكل متغير (0.059، 0.065، 0.420) على التوالي

الفرضية الرئيسية الثانية:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابة، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى للمتغيرات الديموغرافية (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، المستوى الوظيفي، سنوات الخبرة، المستوى الإداري).

وقد قامت الباحثة بتقسيم هذا الفرض إلى ستة فروض فرعية وذلك وفقاً لعدد المتغيرات الديموغرافية (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، المستوى الوظيفي، سنوات الخبرة، المستوى الإداري).

1. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابة، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير الجنس.

2. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابة، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير العمر.

3. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابة، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير المؤهل العلمي.

4. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابة، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير المستوى الوظيفي.

5. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابة، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير سنوات الخبرة.

6. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابة، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير المستوى الإداري.

1/ اختبار الفرضية الفرعية الأولى:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابة، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير الجنس.

لدراسة مدى وجود فروق جوهرية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابة، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير الجنس، استخدمت الباحثة أسلوب اختبار T لعينتين المستقلتين Independent Sample T Test والجدول التالي يبين نتائج هذا الاختبار:

الجدول رقم (78) يوضح اختبار T للعنيتين المستقلتين لدراسة الآراء حسب الجنس

الدلالة الإحصائية	إحصاء الاختبار	الانحراف المعياري	المتوسط	الجنس	
0.965	-0.044	0.849	3.58	ذكر	الاستجابة
		0.906	3.59	أنثى	
0.024 *	2.268	0.680	4.19	ذكر	الاعتمادية
		0.917	3.92	أنثى	
0.013 *	2.517	0.499	4.15	ذكر	الثقة
		0.802	3.91	أنثى	
0.001 *	3.398	0.551	3.99	ذكر	التعاطف
		0.826	3.64	أنثى	
0.072	1.810	0.932	2.92	ذكر	الملموسية
		0.961	2.68	أنثى	

* دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 5%

توضح البيانات الواردة بالجدول رقم (78) دراسة مدى وجود فروق جوهرية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابة، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير الجنس، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي المدونة بالجدول وجود فروق جوهرية بين فئات الجنس في (الاعتمادية، الثقة، التعاطف) حيث سجلت قيمة الدلالة الإحصائية لكل متغير (0.024، 0.013، 0.001) على التوالي، وكذلك يتبين من خلال البيانات الواردة بالجدول عدم وجود فروق جوهرية بين فئات الجنس في (الاستجابة، الملموسية) حيث سجلت قيمة الدلالة الإحصائية لكل متغير (0.072، 0.965) على التوالي.

2/ اختبار الفرضية الفرعية الثانية:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابة، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير العمر .

لدراسة مدى وجود فروق جوهرية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابة، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير العمر، استخدمت الباحثة أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way analysis of variance ANOVA والجدول التالي يبين نتائج هذا الاختبار:

الجدول رقم (79) يوضح اختبار T للعينتين المستقلتين لدراسة الفروق في الآراء حسب العمر

الدلالة الإحصائية	إحصاءة الاختبار F	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح		
0.263	1.340	0.922	3.74	أقل من 25 سنة	الاستجابة
		0.733	3.48	من 25 إلى 34 سنة	
		0.812	3.66	من 35 إلى 44 سنة	
		1.068	3.44	من 45 إلى 54 سنة	
0.459	0.868	0.847	4.13	أقل من 25 سنة	الاعتمادية
		0.793	3.93	من 25 إلى 34 سنة	
		0.632	4.14	من 35 إلى 44 سنة	
		1.041	3.97	من 45 إلى 54 سنة	
0.126	1.932	0.637	4.10	أقل من 25 سنة	الثقة
		0.884	3.84	من 25 إلى 34 سنة	
		0.409	4.13	من 35 إلى 44 سنة	
		0.674	4.03	من 45 إلى 54 سنة	
* 0.032	3.006	0.603	3.97	أقل من 25 سنة	التعاطف
		0.850	3.62	من 25 إلى 34 سنة	
		0.450	3.92	من 35 إلى 44 سنة	
		0.914	3.67	من 45 إلى 54 سنة	

الدلالة الإحصائية	إحصاءة الاختبار F	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح		
0.054	2.599	1.039	3.06	أقل من 25 سنة	الملموسية
		0.880	2.65	من 25 إلى 34 سنة	
		0.793	2.80	من 35 إلى 44 سنة	
		1.048	2.58	من 45 إلى 54 سنة	

* دال إحصائياً عند مستوى المعنوية 5%

يوضح البيانات الواردة بالجدول رقم (79) دراسة مدى وجود فروق جوهرية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابية، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير العمر، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي المدونة بالجدول وجود فروق جوهرية بين فئات العمر في (التعاطف) حيث سجلت قيمة الدلالة الإحصائية لهذا المتغير (0.032)، وكذلك يتبين من خلال البيانات الواردة بالجدول عدم وجود فروق جوهرية بين فئات العمر في (الاستجابية، الاعتمادية، الثقة، الملموسية) حيث سجلت قيمة الدلالة الإحصائية لكل متغير (0.263، 0.459، 0.126، 0.054) على التوالي.

3/ اختبار الفرضية الفرعية الثالثة:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابية، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير المؤهل العلمي.

لدراسة مدى وجود فروق جوهرية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابية، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير المؤهل العلمي، استخدمت الباحثة أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way analysis of variance ANOVA والجدول التالي يبين نتائج هذا الاختبار:

الجدول رقم (80) يوضح اختبار T للعينتين المستقلتين لدراسة الفروق في الآراء حسب المؤهل العلمي

الدلالة الإحصائية	إحصاءة الاختبار F	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح		
0.680	0.386	0.860	3.59	أقل من جامعي	الاستجابة
		0.877	3.64	بكالوريوس	
		0.980	3.46	ماجستير	
0.376	0.983	0.808	4.00	أقل من جامعي	الاعتمادية
		0.748	4.19	بكالوريوس	
		1.028	3.98	ماجستير	
0.600	0.513	0.733	3.98	أقل من جامعي	الثقة
		0.644	4.09	بكالوريوس	
		0.602	4.07	ماجستير	
0.283	1.269	0.688	3.77	أقل من جامعي	التعاطف
		0.697	3.93	بكالوريوس	
		0.968	3.67	ماجستير	
0.663	0.412	0.926	2.79	أقل من جامعي	الملموسية
		1.028	2.85	بكالوريوس	
		0.962	2.64	ماجستير	

يوضح البيانات الواردة بالجدول رقم (80) دراسة مدى وجود فروق جوهرية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابة، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير المؤهل العلمي، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي المدونة بالجدول عدم وجود فروق جوهرية بين عناصر متغير المؤهل العلمي.

4/ اختبار الفرضية الفرعية الرابعة:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابة، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير المستوى الوظيفي.

لدراسة مدى وجود فروق جوهرية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابة، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير المستوى الوظيفي، استخدمت الباحثة أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way analysis of variance ANOVA والجدول التالي يبين نتائج هذا الاختبار:

الجدول رقم (81) يوضح اختبار T للعينتين المستقلتين لدراسة الفروق في الآراء حسب المستوى الوظيفي

الدلالة الإحصائية	إحصاءة الاختبار F	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح		
0.596	0.632	0.863	3.68	عنصر طبي مساعد	الاستجابة
		0.835	3.62	عنصر طبي	
		0.955	3.53	مشرف وحده طبية	
		0.934	3.42	رئيس قسم طبي	
0.939	0.135	0.803	4.05	عنصر طبي مساعد	الاعتمادية
		0.784	4.01	عنصر طبي	
		0.869	4.11	مشرف وحده طبية	
		0.961	4.01	رئيس قسم طبي	
0.807	0.325	0.607	4.01	عنصر طبي مساعد	الثقة
		0.733	4.00	عنصر طبي	
		0.865	3.97	مشرف وحده طبية	
		0.422	4.13	رئيس قسم طبي	
0.947	0.123	0.647	3.83	عنصر طبي مساعد	التعاطف
		0.665	3.78	عنصر طبي	
		0.918	3.83	مشرف وحده طبية	
		0.815	3.75	رئيس قسم طبي	
0.778	0.365	0.962	2.80	عنصر طبي مساعد	الملموسية
		0.912	2.84	عنصر طبي	
		1.075	2.77	مشرف وحده طبية	
		0.915	2.63	رئيس قسم طبي	

يوضح البيانات الواردة بالجدول رقم (81) دراسة مدى وجود فروق جوهرية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابة، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير المستوى الوظيفي، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي المدونة بالجدول عدم وجود فروق جوهرية بين جميع عناصر متغير المستوى الوظيفي.

5/ اختبار الفرضية الفرعية الخامسة:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابة، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير سنوات الخبرة.

لدراسة مدى وجود فروق جوهرية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابة، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير سنوات الخبرة، استخدمت الباحثة أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way analysis of variance ANOVA والجدول التالي يبين نتائج هذا الاختبار:

الجدول رقم (82) يوضح اختبار T للعينتين المستقلتين لدراسة الفروق في الآراء حسب سنوات الخبرة

الدلالة الإحصائية	إحصاءة الاختبار F	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح		
0.026 *	2.823	0.750	3.84	أقل من 5 سنوات	الاستجابة
		0.866	3.68	من 5 إلى 9 سنوات	
		0.768	3.69	من 10 إلى 14 سنة	
		0.823	3.59	من 15 إلى 19 سنة	
		1.030	3.16	من 20 سنة فما فوق	
0.220	1.448	0.542	4.25	أقل من 5 سنوات	الاعتمادية
		0.885	4.00	من 5 إلى 9 سنوات	
		0.518	4.17	من 10 إلى 14 سنة	
		0.724	4.11	من 15 إلى 19 سنة	
		1.123	3.78	من 20 سنة فما فوق	

الدلالة الإحصائية	إحصاءة الاختبار F	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح		
0.690	0.563	0.545	4.11	أقل من 5 سنوات	الثقة
		0.740	3.96	من 5 إلى 9 سنوات	
		0.680	3.95	من 10 إلى 14 سنة	
		0.686	4.12	من 15 إلى 19 سنة	
		0.717	3.97	من 20 سنة فما فوق	
0.136	1.772	0.402	4.09	أقل من 5 سنوات	التعاطف
		0.727	3.82	من 5 إلى 9 سنوات	
		0.763	3.80	من 10 إلى 14 سنة	
		0.678	3.81	من 15 إلى 19 سنة	
		0.915	3.55	من 20 سنة فما فوق	
* 0.026	2.835	0.827	3.07	أقل من 5 سنوات	الملموسية
		0.990	2.84	من 5 إلى 9 سنوات	
		0.903	2.96	من 10 إلى 14 سنة	
		0.981	2.82	من 15 إلى 19 سنة	
		0.837	2.32	من 20 سنة فما فوق	

* دال إحصائيا عند مستوى المعنوية 5%

يوضح البيانات الواردة بالجدول رقم (82) دراسة مدى وجود فروق جوهرية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابة، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير سنوات الخبرة، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي المدونة بالجدول وجود فروق جوهرية بين عناصر متغير سنوات الخبرة في (الاستجابة، الملموسية) حيث سجلت قيمة الدلالة الإحصائية لكل متغير (0.026، 0.026)، وكذلك يتبين من خلال الملموسية الواردة بالجدول عدم وجود فروق جوهرية بين عناصر متغير سنوات الخبرة

في (الاعتمادية، الثقة، التعاطف) حيث سجلت قيمة الدلالة الإحصائية لكل متغير (0.220، 0.690، 0.136) على التوالي

6/ اختبار الفرضية الفرعية السادسة:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابة، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير المستوى الإداري.

لدراسة مدى وجود فروق جوهريّة في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابة، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير المستوى الإداري، استخدمت الباحثة أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way analysis of variance ANOVA والجدول التالي يبين نتائج هذا الاختبار:

الجدول رقم (83) يوضح اختبار T للعينتين المستقلتين لدراسة الفروق في الآراء حسب المستوى الإداري

الدلالة الإحصائية	إحصاءة الاختبار F	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح		
0.310	1.179	0.844	3.40	الإدارة العليا	الاستجابة
		0.853	3.65	الإدارة الوسطى	
		0.957	3.49	الإدارة المباشرة	
0.274	1.302	0.749	4.14	الإدارة العليا	الاعتمادية
		0.768	4.09	الإدارة الوسطى	
		1.001	3.87	الإدارة المباشرة	
0.135	2.022	0.475	4.15	الإدارة العليا	الثقة
		0.650	4.06	الإدارة الوسطى	
		0.858	3.85	الإدارة المباشرة	
0.085	2.499	0.794	3.77	الإدارة العليا	التعاطف
		0.680	3.87	الإدارة الوسطى	
		0.829	3.60	الإدارة المباشرة	
0.236	1.455	0.951	2.54	الإدارة العليا	الملموسية
		0.936	2.86	الإدارة الوسطى	
		0.991	2.69	الإدارة المباشرة	

يوضح البيانات الواردة بالجدول رقم (83) دراسة مدى وجود فروق جوهرية في آراء المشاركين في الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الصحية بمرافق الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية من خلال (الاستجابة، الاعتمادية، الثقة، التعاطف، الملموسية) يعزى لمتغير المستوى الإداري، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي المدونة بالجدول عدم وجود فروق جوهرية بين عناصر متغير المستوى الإداري.

الفصل الرابع

النتائج والتوصيات

1.3 النتائج

3.2 التوصيات

1.3 النتائج

- 1- يتضح من نتائج الدراسة بالجدول رقم(2) مطابقة من الاعتمادية لمن قاموا بتعبئة استمارة الاستبيان،حيثُ كانت قيمة المتوسط الحسابي لهذا البعد 4.04 وهو باتجاه موافق وبانحراف معياري 0.829 وقيمة اختبار 17.563 بدلالة إحصائية 0.000.
- 2- تبين نتائج الدراسة بالجدول رقم (5) عدم رضا الأطباء عن الملموسية التي يقومون به، نظرا لعدم ملاءمتهم في العمل وعدم استخدام التقنية الحديثة في العمل،، ويدل على ذلك قيمة المتوسط الحسابي لهذا البعد وهي 2.78 وهذا المتوسط رفض الفرضية.
- 3- من دراسة العلاقة بين نظم المعلومات الصحية في جودة الخدمات الصحية،كما هي مبنية بالجدول رقم (19) اتضح بأن هناك علاقة طردية بين المتغيرين، وأن له دلالات إحصائية معنوية وكانت قيمة معامل ارتباط بيرسون بينهما هي(0.727) بدلالات إحصائية (0.000) وهي معنوية إحصائيا.
- 4- تبين نتائج الجدول رقم (19) وجود علاقة طردية بين نظم المعلومات الصحية من الشبكات في جودة الخدمات الصحية ذات دلالات إحصائية معنوية حقيقية وارتباط (0.395) بدلالات إحصائية (0.000) وهي معنوية إحصائية.
- 5- توضح نتائج الجدول رقم (19) وجود علاقة طردية بين نظم المعلومات عن البيانات وعلاقته بجودة الخدمات الصحية، وله دلالات إحصائية معنوية حيث كانت نسبة الارتباط 0.707، بدلاله إحصائية (0.000) وهي دلالات معنوية.
- 5- يوضح تحليل الانحدار في بيانات الدراسة وجود علاقة طردية بين المتغيرات المستقلة وهي (الأفراد، الأجهزة، البرمجيات، الشبكات، البيانات، وكذلك المتغير التابع وهو جودة الخدمات الصحية).
- 6- ضعف البنية التحتية لإدارة المعلومات الصحية وأيضاً الوعي العام بأهمية ومزايا تطبيقات نظم المعلومات الصحية.
- 7- عدم مراعاة تطبيق الهيكل التنظيمي لإدارة الخدمات والرعاية الصحية في الزاوية الغرب بحيثُ يكون واضحاً ومحددأ يشمل كافة الأنشطة العلاجية وخاصة نظم المعلومات الصحية.

- 8- ضعف قناعة المسؤولين بالإدارة العليا بأهمية نظم المعلومات الصحية واعتقادهم أنها تقلل من سلطاتهم الفنية الإدارية الصحية.
- 9- ضعف التأهيل الصحي (الدورات التدريبية) واللقاءات والمؤتمرات العلمية في مجال المعلومات الصحية.
- 10- عدم ملاءمة الظروف البيئية الداخلية والخارجية للمراكز الصحية والعيادات الطبية وعدم تطبيق الجودة في الخدمات الصحية والمعلوماتية.
- 11- نقص الموارد البشرية وخاصة المؤهلات المطلوبة بالمراكز الصحية والعيادات وفق خطط إدارة الجودة.
- 12- الافتقار إلى الأساليب والأدوات والبرامج العلمية في مجال المعلومات الصحية والجودة.
- 13- نقص وعدم بعض الاحتياجات في بعض مراكز العيادات الصحية والرعاية الأولية بمرافق الخدمات والاهتمام بمخرجات الخدمات الصحية بحيث تكون مناسبة.

2.3 التوصيات:

- 1- العمل على رفع من مستوى الملموسية لدى العاملين بمرافق الرعاية الصحية الأولية بإدارة الخدمات الصحية بمنطقة الزاوية.
- 2- الاهتمام بتطوير قدرات الأطباء في مجال البرامج الطبية؛ ليتسنى لهم زيادة التفكير والابتكار والإبداع لتأدية أعمالهم بأفضل الطرق السليمة والممكنة.
- 3- العمل على رفع مستوى جوداتهم في إنجاز أعمالهم جعلهم يخصصون معظم أوقاتهم للعمل على أحسن وجه.
- 4- الاهتمام بالرفع من مستوى الأطباء حتى تتحسن جودة الخدمات الصحية لديهم.
- 5- يجب تقدير العاملين من قبل المراجعين عندما يبذلون جهودا مميزة في أدائهم الوظيفي.
- 6- توفير التقنيات الحديثة للمساعدة في تأدية الأعمال من قبل الأطباء والمراجعين (المرضى).
- 7- يجب أن تتوفر الملموسية عند جميع المراجعين ومدراء الأقسام والأطباء حتى يشعر العاملون من رفع روحهم المعنوية في الأعمال المكلفين بها.
- 8- العمل على توفير البرمجيات والأجهزة والبرامج والشبكات لمرافق الرعاية الصحية الأولية وإنشاء مجلة طبية للاطلاع على أحدث الأبحاث والمؤتمرات الطبية.
- 9- الاهتمام بالدورات التدريبية في مجال استخدام نظم المعلومات الصحية.
- 10- إنشاء منظومة خاصة بالإحصائيات؛ لتوفير وتسهيل عملية التبويب (التجميع) البيانات وتحليل المعلومات واستخلاص النتائج والمؤشرات الصحية.
- 11- وضع أسس البنية التحتية للمعلومات الصحية على مستوى الخدمات الصحية.
- 12- تبني الإدارة العليا مفاهيم تطبيق النظام المعلوماتي الصحي.
- 13- ترتيب الاستراتيجيات والخطط البعيدة اللازمة لإعادة التدريب على الأجهزة المتطورة الخدمية بالموارد البشرية في المواقع قيد الدراسة.
- 14- الاهتمام بتوفير البرمجيات الحديثة والمتطورة والتي تتماشى مع النظام المعلوماتي الصحي بين المراكز والعيادات الصحية والرعاية الطبية.

- 15- إنشاء قسم فني متخصص بنظم المعلومات الصحية يشمل جميع البيانات والمعلومات الصحية ويكون مرتبطاً بشبكات الاتصالات العليا والإقليمية والدولية إن أمكن.
- 16- التركيز على الدورات التدريبية الدورية في مجال استخدام النظام التدريبي الصحي والتركيز على تفعيل مكتب الجودة من خلال دعم الإدارة العليا بالتقارير الصحية مع نشر ثقافة المعلومات الصحية.

المصادر والمراجع

أولاً: القرآن الكريم.

ثانياً: المصادر:

- 1- أبو النجا محمد، أسس التسويق الحديث، الإسكندرية الدار الجامعية، 2011.
- 2- محد العبيدات، وآخرون منهجية البحث العلمي، دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع، ط2، 2006.
- 3- أبوبكر فاتن أحمد، نظم الإدارة المفتوحة، ثورة الأعمال القادمة للقرن الحادي العشرين، إيتراك للنشر والتوزيع القاهرة، (2001).
- 4- أحمد على إسماعيل، دراسات في جغرافية المدن الطبعة الثالثة، القاهرة (1985).
- 5- إدريس ثابت، نظم المعلومات الإدارية في المعاصرة، الدار الجامعية، الإسكندرية، (2007).
- 6- إدريس ثابت، نظم المعلومات الصحية في المنظمات المعاصرة، الدار الجامعية الإسكندرية، (2007).
- 7- إدريس، ثابت وآخرون، نظم المعلومات الإدارية في لمنظمات المعاصرة، الدار الجامعية أ الإسكندرية، مصر، (2004).
- 8- أسامة الفراج، تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى، نموذج لقياس رضى المرضى المعهد العالي للتنمية الإدارية جامعة دمشق (2012).
- 9- أيمن مزاهر، الصحة والسالمة العامة، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر، عمان الأردن 81- معزوز نشيده، (2000).
- 10- برهان محمد نور، إدارة أنظمة المعلومات الحكومية، عناصر الاستراتيجيات والسياسات، (مترجم) تقرير صادر عن دائر التعاون الفني للتنمية بالأمم المتحدة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، عمان (1994).
- 11- برهان، محمد نور، استخدام الحاسبات الإلكترونية في الإدارة العامة في الدول العربية نظرة تحليلية مستقبلية، المنظمة العربية للعلوم الإدارية، عمان (1985).

- 12- البكري تامر، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية، عمان، (2005).
- 13- البكري، تامر ياسر، إدارة المستشفيات، دار اليازور العلمية للنشر والتوزي، عمان، (2005).
- 14- البكري، تامر ياسر، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر، عمان (2005).
- 15- البكري، نظم المعلومات الإدارية المفاهيم الأساسية، مكتبة الإشعاع للنشر، الإسكندرية (2000).
- 16- تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، عمان، دار اليازوري للنشر والتوزيع، (2005).
- 17- حامد سعيد شعبان، ثر التسويق الداخلي كمدخل لإدارة الموارد البشرية مستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي بالقاهرة الكبرى، (2002).
- 18- حجازي، محمد حافظ المنظمات العامة البناء والعمليات والنمط القيادي، ط2، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع القاهرة (2002).
- 19- حمودة، خضير، السلوك التنظيمي، ط1، الصفاء للتوزيع والنشر، (2002).
- 20- حيدر شاكر البر زنجي وآخرون، تكنولوجيا وأنظمة المعلومات في المنظمات المعاصرة منظور إداري تكنولوجي، (2003).
- 21- حيدر، معالي فهمي، نظم المعلومات مدخل لتحقيق الميزة التنافسية، الدار الجامعية، الإسكندرية، (2002).
- 22- خسروف، أيمن محمد كمال، تسويق الخدمات الصحية، بحث الدبلوم التخصصي في إدارة المستشفيات، المركز الدولي الاستشاري للتنمية الإدارية، بريطانيا، (2008).
- 23- درويش، إبراهيم، التنمية الإدارية، دار النهضة العربية الطبعة الرابعة، القاهرة، (1982).
- 24- الراوي، حكمت أحمد، نظم المعلومات المحاسبية والمنظمة، ط1 دار المسيرة، عمان (1997).
- 25- سعد، خالد، الجودة الشاملة، تطبيقات على القطاع الصحي، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، (2002).
- 26- السيد سمير إسماعيل، نظم المعلومات الإدارية، مكتبة عين شمس، القاهرة (2000).
- 27- الطائي، عبد الله وقدارة، عيسى، إدارة الجودة الشاملة، دار العلمية للنشر، عمان، الاردن، (2008).
- 28- عبد المجيد الشاعر، الرعاية الصحية الأولية، الطبعة الأولى، دار اليازوري، الأردن، (2000).

- 29- العبد، جلال إبراهيم الكردي، منال محمد، مقدمة في نظم المعلومات الإدارية النظرية، الأدوات التطبيقات، مطابع الدار الجامعية، الإسكندرية، (2000).
- 30- العجارية، تيسير، التسويق المصرفي، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان. (2005).
- 31- العسالي، محمد أديب، واقع ومتطلبات تطوير الواقع الصحي، الوطني للبحث العلمي والتطوير الثقافي، دمشق، سوريا، (2006).
- 32- علوان، قاسم نايف، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الايزو، ط1، عمان الأردن، (2005).
- 33- العلي، عبد الستار، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط1، عمان، الأردن، (2008).
- 34- عليان ربحي، إدارة المعرفة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان (2008).
- 35- فوزي سبعان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، دار للنشر والتوزيع، مصر (1998).
- 36- قاسم نايف علوان المحيوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، (2006).
- 37- قنديجلي، عامر والجنابي، عبد القادر، نظم معلومات الإدارية تكنولوجيا المعلومات، دار المسيرة للطباعة النشر، عما (2006).
- 38- قنديجلي، عامر إبراهيم السامرائي، إيمان فاضل "تكنولوجيا المعلومات وتطبيقاتها، مؤسسة الوراق، عمان (2002).
- 39- اللامي، غسان قاسم داود، والدياتي، أميرة شكر ولى، إدارة الإنتاج والعمليات، مرتكزات كمية ومعرفية، دار اليازوري العلمية للنشر، عمان الأردن، (2008).
- 40- لقريوتي، محمد قاسم، السلوك التنظيمي، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، (2003).
- 41- مات سيفر ت، خالد العامري، المرجع العالمي الدار الجودة، القاهرة دار الفازوني لنشر والتوزيع، الطبعة العربية، الأولى، (2007).
- 42- مارغرتريشاردز (مترجم بالعربي، تنظيم الأعمال، الطبعة الأولى، بنغازي، جامعة قاريونس، (1992).
- 43- محمد سعيد أنور سلطان، السلوك التنظيمي، إدارة الجامعة الجديدة الإسكندرية مصر، (2000).

- 44- محمد عبد الغني حسن هلال سارة محمد هلال، إدارة التكنولوجيا، نقل وتوطين وتوليد التكنولوجيا، الطبعة الأولى، مصر، مركز تطوير الأداء والتنمية)، 2006، (20117).
- 45- محمود جاسم الصميدعي، تسويق الخدمات، دار الميسرة للنشر والتوزيع عمان، الأردن، 2010).
- 46- محمود، زكريا الشيخ، استخدامات الأراضي والتصميم الحضري في مدن المستقبل، 2001).
- 47- المحياوي، قاسم نايف، إدارة الجودة في الخدمات، مفاهيم وتطبيقات وعمليات، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006).
- 48- مضر زهران، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران، عبد الفتاح حسن، التخطيط والرقابة، مطبعة النيل، القاهرة والتوزيع، عمان، 2009). (2000).
- 49- مضرة زهران، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 2009).
- 50- معالي فهمي حيدر، نظم المعلومات الإدارية، مدخل لتحقيق الميزة التنافسية، الدار الجامعية الإسكندرية، 2002).
- 51- معزوز نشيدة، عبد العزيز فطيمة، التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسير، جامعة دحلت البليدة، 2011).
- 52- مفتاح محمد دياب، معجم نظم وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات، الدولية للنشر والتوزيع القاهرة، 1995).
- 53- مكيموداريموند، نظم المعلومات الإدارية تعريب سرور على إبراهيم الرياض 8 دار المرجع، 2006).
- 54- منال محمد الكردي، جلال إبراهيم العبد، مقدمة في نظم معلومات الإدارة المفاهيم الأساسية، و التطبيقات، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2003).
- 55- النجار فريد، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية -تكاملاً العلاج والدواء -دليل وزراء الصحة ومديري المستشفيات وشركات الأدوية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2007).
- 56- النجار فايز، نظم المعلومات الإدارية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان 2007).
- 57- النجار وفائزة، نظم المعلومات الإدارية، دار الحامد للنشر والتوزيع عمان، 2005).
- 58- نصيرات، فريد توفيق، إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، إثراء والتوزيع، عمان، الأردن، 2008).

- 59- هاني حامد الضمور، تسويق دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الثالثة (2005).
- 60- هاني حامد الضمور، تسويق، ط2، دار وائل للنشر، عمان (2005).
- 61- يوسف ردينه عثمان، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع الأردن، (2008).

ثالثاً: الرسائل العلمية.

- 1- جبر، عبد الرحمن، الإبداع الإداري وأثره على الأداء الوظيفي، دراسة تطبيقية على مدارس وكالة الغوث، الدولية بقطاع، غزة، رسالة ماجستير، غير منشورة الجامعة الإسلامية غزة، (2010).
- 2- الدويك، مصباح، نظم المعلومات الصحية المحوسبة، وأثرها على القرارات الإدارية والطبية، دراسة تطبيقية على مستشفى غزة الأوروبي، رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الإسلامية، غزة، (2010).
- 3- رشود عبد الله بن صالح، قياس جودة الخدمة بالمصارف لتجارية السعودية، دراسة مسحية لآراء عملاء مصرف الراجحي بمنطقة الرياض، ماجستير في العلوم الإدارية، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية، السعودية (2008).
- 4- عبد السلام الهادي عاشور الهوش، التكنولوجيا المستخدمة في المنظمة وآثارها في السلوك الإداري للعاملين، (رسالة ماجستير أكاديمية الدراسات العليا مصراتة).
- 5- الكبيسي وآخرون، المعلومات الصحية على الإنترنت، رسالة ماجستير غير منشورة، (2004).
- 6- مجمعون إمام ومناعي منير، أهمية نظام المعلومات التسويقية في اتخاذ القرارات التسويقية، دراسة حالة مؤسسة مذكرة مقدمة لنيل شهادة 2015.
- 7- مشاريع محمد الظفيري، أثر نظم المعلومات التسويقية على فاعلية القرارات التسويقية لشركات الاتصالات الكويتية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير (2012).

الدراسات السابقة المتعلقة بنظم المعلومات الصحية ((المحلية)):

- 1- الدراسة الأولى: دراسة الهيلي: (2016) بعنوان مدى اهتمام المنظمات الصحية المحلية العامة بتوفير تطبيق (أبعاد الجودة النوعية: في الخدمات الصحية التي تقدمها لمدن من وجهة نظر المستفيدين بمنطقة طرابلس بالتطبيق على مركز طرابلس كنموذج.

2- الدراسة الثانية(2015) بعنوان مدى تطبيق أبعاد الجودة للخدمات الصحية في المستشفيات العامة من وجهة نظر الأطباء، دراسة ميدانية على بعض المستشفيات العامة الحكومية بمنطقة طرابلس.

3- دراسة الثالثة:عبد القادر، 2015: بعنوان تقييم أداء الخدمات الصحية في المستشفيات العامة الليبية، دراسة نظرية ومقارنة على بعض المستشفيات العامة الليبية العاملة بمنطقة بنغازي.

4- دراسة الرابعة الصوصاع(2007).

والتي كانت بعنوان "واقع تطبيق نظم المعلومات الإدارية في المستشفيات العامة الليبية"

5- دراسة الخامسة:النائلي(1996).

بعنوان " اهتمام المدير بالمعلومات وأثره في مقومات نظم المعلومات القائمة بالمؤسسات الليبية"،

الدراسات السابقة المتعلقة بنظم المعلومات الصحية((العربية)):

1- الدراسة الأولى السويسي، 2013)

نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية

2- دراسة: الثانية الفوزان:(2003).

والتي كانت بعنوان " نظم المعلومات الحديثة وأثرها على أداء العاملين "وقد استهدفت هذه الدراسة

تحديد الأساليب التي من خلالها معالجة الجوان السلبية لأنظمة المعلومات الحديثة على أداء

العاملين في مصلحة الجمارك في المملكة العربية،

3- دراسة الثالثة الحنيطة 2003).

قام الباحث بإعداد هذه الدراسة بعنوان/ القيم التنظيمية وعلاقتها بكفاءة الأداء، دراسة تطبيقية على

العاملين بالخدمات الطبية بمنطقة الرياض"

4- دراسة الرابعة العفيفي وأبو مراد(2006).

دراسة استكشافية بعنوان "نظم المعلومات الصحية في الرعاية الأولية" وهدفت دراسة إلي التعريف

بالرعاية الصحية الأولية في وزارة الصحة بيان دور نظم المعلومات في تحسين

دراسة استكشافية بعنوان " نظم المعلومات الصحية في الرعاية الأولية وهدفت الدراسة إلى الأداء

وتخفيض.

5- دراسة الخامسة الملاكوي، 2004).

دراسة ميدانية بعنوان "أثر نظم المعلومات الإدارية المحسوبة على مجالات الأعمال الإدارية والطبية.

دراسة حالة على ميدانية الحسين الطبية"

6- دراسة السادسة الشرقا 2004).

وهي دراسة ميدانية بعنوان "تقييم نظم المعلومات المستخدمة في وزارة الصحة بقطاع غزة. وهدفت هذه الدراسة إلى تقييم أنظمة المعلومات في وزارة الصحة من خلال تقييم الأنظمة المحسوبة الرئيسية وتحديد العوامل المختلفة المؤثرة على استخدامها من وجهة نظر مستخدميه.

7- دراسة السابعة سوار الذهب 2005).

دراسة ميدانية بعنوان "تقييم إدارة المعلومات الصحية بالمراكز الصحية في الخرموم" وهدفت الدراسة إلى تقييم الوضع الحالي لنظام وذلك من أجل تأسيس قاعة بيانات لانسياب المعلومات حتى

8- دراسة الثامنة محمد 2007،)

بعنوان: "أثر نظم المعلومات المحاسبية على النظام المحاسبي في شركات التأمين التعاوني" دراسة حالة شركة شيكان للتأمين وإعادة التأمين المحدودة في الفترة من 2001-2005م".

الدارسات السابقة المتعلقة بجودة الخدمات الصحية:

1- الدراسة الأولى: عيود وآخرون 2009:

تقييم الخدمة الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي الاستبانة؟ طبيبا؟ ممرضا؟ مريضاً.

2- الدراسة الثانية (الضمور 2012).

أثر جودة الخدمات الصحية في درجة ولاء المرضى في مستشفى الجامعة الأردنية. الاستبانة، 318 مريضاً،

3- دراسة الثالثة المري 2009).

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الجودة في الخدمات الطبية المستهدفة بمجتمع الدراسة، حيث اعتمد البحث على المنهج الوصفي التحليل لوصف ظاهرة أو الشكل بدقة واستخدام الباحث استمارة لاستبيان البيانات.

4- دراسة السادسة (الداله، 2003) بعنوان: أثر الحوافز على أداء الأطباء السعوديين في مستشفى

قوى الأمن بالرياض. تهدف هذه الدراسة إلى التعرف إلى أكثر الحوافز أهمية من وجهة

نظر الأطباء السعوديين العاملين في مستشفى قوي الأمن بالريا ض.

رابعاً: الدوريات والمؤتمرات.

1- أسامة الفراج، تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى، نموذج لقياس رضى المرضى، المعهد العالي للتنمية الإدارية، جامعة دمشق (2011).

2- خرمة، عمان محمد، إدارة الخدمات الصحية في الأردن، حالة دراسية خدمات قسم الأشعة مستشفى جرش المركزي، الإداري، العدد، 83، الأردن، (2000).

3- الشريجي نجيب، المعلومات الصحية، في إقليم الشرق المتوسط اللجنة الاقليمية لشرق المتوسط منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي لشرق المتوسط الرياض، القاهرة، (2001).

خامساً: المجالات.

1- إلياس محمود أتمته مخابر التحاليل الطبية في سوريا الواقع والمأمول، مجلة المعلوماتية تاريخ الاطلاع مخابر التحاليل الطبية بين الواقع المأمول، مجلة المعلوماتية، الحية -مجلة إلكتروني، العدد 28، 4-4-2018).

2- ديون، محمد عباس، وعطية، هاني رمضان، أدارة تسويق الخدمات بالتطبيق على مشغلاسد الجامعي باللاذقية ومشفى الباسل بطرطوس، مجلة تسرين للدراسات والبحوث العلمية، المجلد 68- العدد 2-2005).

3- محمود أحمد، والعلاق، بشر، العلاقة المنطقية بين الخدمة بالإدراك ورضا المستفيد (دراسة تحليلية، مجلة أريد للبحوث، والدراسات، المجلد، 3، العدد2، 2001).

سادساً: المواقع الإلكترونية:

1- الاتحاد الدولي للاتصالات (www.iturabic.or&)، ITU

الملاحق

محلّق (أ) استمارة الاستبيان

محلّق (ب) الدراسة الاستطلاعية

محلّق (ج) قائمة أسماء المحكمين

محلّق (د) النتائج التحليل الإحصائي للدراسة

-الملاحق

7-1 ملحق (أ)

استمارة الاستبيان

وزارة التعليم
جامعة الزاوية
كلية الاقتصاد
قسم: إدارة الأعمال

السادة/ السيدات الأفاضل الدكاترة بالخدمات الطبية.

تحية طيبة ,,,,

نظراً لأهمية المعلومات الطبية التي تتضمنها التقارير الطبية في عمليات التشخيص ومالها من دور وأثر في تقديم خدمات طبية فعالة، وحيث إن للبحوث والدراسات العلمية الطبية أهمية خاصة في تطوير الخدمات الطبية المختلفة، فإن الباحثة تقوم بأعداد دراسة علمية بعنوان (أثر نظم المعلومات في جودة الخدمات الطبية من وجهة نظر الأطباء) دراسة ميدانية بالخدمات الطبية بمنطقة الزاوية.

تجرى هذه الدراسة للحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال بكلية الاقتصاد. يرجى التكرم بالإجابة على فقرات الاستبيان وذلك من خلال واقع تعاملكم مع الخدمات

الطبية

وأن دقة إجاباتكم على فقرات الاستبيان له الأثر الكبير ومصداقية الدراسة ونجاحها مقدرين دعوتكم في تشجيع العملي.

* علماً بأن الإجابة تبقى بشكل سرى ولغايات البحث العلمي فقط.

شاكرين لكم سلفاً جهودكم وحسن تعاونكم

الباحثة

قسم إدارة الأعمال بكلية الاقتصاد

جامعة الزاوية

المحور الأول: البيانات الشخصية والمهنية:

يرجى وضع علامة (صح) أمام العبارة المناسبة في المكان المناسب

- 1- الجنس: ذكر أنثى
- 2- العمر: أقل من 25 سنة من 25 سنة إلى أقل من 35 سنة من 35 إلى أقل من 45 سنة من 45 إلى أقل من 55 سنة من 55 سنة فما فوق
- 3- ما المؤهلات العلمية التي تحملها حالياً:
أقل من جامعي بكالوريوس ماجستير دكتوراه
- 4- المستوى الوظيفي:
عنصر طبي مساعد عنصر طبي مشرف وحده طبية
رئيس قسم طبي مدير إدارة طبيه
- 5- عدد سنوات الخبرة:
أقل من 5 سنوات من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنة من 10 سنوات إلى أقل من 15 سنة من 15 سنة إلى أقل من 20 سنة من 20 سنة فأكثر
- 6- المستوى الإداري:
الإدارة العليا الإدارة الأسطى الإدارة المباشرة

المحور الثاني: نظم المعلومات الصحية:(المتغير المستقل)

البعد الأول: الأفراد						
	العبارات	أوافق	أوافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	يسعى جميع المختصين بالمراكز لتقديم الخدمات في الوقت المناسب					
2	من السهل التواصل مع المسؤولين عن نظم المعلومات بالمراكز الصحية عند وجود مشاكل.					
3	تتجزر المعاملات من قبل المراكز الصحية المسئولة عن نظم المعلومات بالسرعة المطلوبة .					
4	تقوم إدارة المراكز بإقامة دورات تدريبية لكافة الفئات الوظيفية بشكل دوري لرفع مستواهم الوظيفي					
5	يؤدي إلى اكتساب الموظفين مهارات تحليلية وفنية متخصصة					
البعد الثاني: الأجهزة						
	العبارات	أوافق	أوافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	تتناسب سرعة الأجهزة مع حجم العمل المطلوب انجازه.					
2	يتم التواصل مع كافة الوحدات الخدمات الصحية عبر البريد الإلكتروني.					
3	نظم المعلومات الحالية تسعى إلى تقديم أفضل الخدمات الطبية.					
4	تتوافر أجهزة الحاسوب الملائمة لإنجاز العمل المطلوب بالخدمات الصحية.					
5	يتم تحديث الأجهزة بصفة دورية لتتلاءم مع حجم الخدمات المطلوبة					
البعد الثالث: البرمجيات						
	العبارات	أوافق	أوافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	تتناسب البرمجيات مع متطلبات العمل في الخدمات الصحية					
2	تقوم المراكز الصحية المسئولة عن نظم المعلومات بتطوير البرامج والأنظمة ومتابعة التطور التكنولوجي وإضافة خدمات جديد من حين لآخر					
3	يمكن الحصول على المعلومات المتوفرة لدى إدارة الخدمات الصحية بسهولة					
4	تتجزر المعاملات من قبل المراكز الصحية المسئولة عن نظم المعلومات بالسرعة المطلوبة					
5	تعالج البرمجيات المستخدمة البيانات بالسرعة والدقة المطلوبة					

البعد الرابع: الشبكات						
	العبارات	أوافق	أوافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	تُستخدم التقنيات الحديثة لإيصال المعلومات المطلوبة في الوقت المناسب .					
2	تتم جميع المعاملات بالمراكز الصحية إلكترونياً .					
3	تتناسب الشبكة المتوفرة مع احتياجات العمل في الخدمات الصحية.					
4	تتميز الشبكة المستخدمة في الخدمات بسرعة الاتصال.					
5	توفر شبكة المعلومات المستخدمة بالخدمات الصحية قدرات كافية لتحقيق الغايات المنشودة من نظم المعلومات الصحية.					
البعد الخامس: البيانات						
	العبارات	أوافق	أوافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	يوفر النظام مساحات كافية لعملية تخزين المعلومات في الخدمات الصحية .					
2	يتم التواصل مع كافة وحدات الخدمات الصحية بشكل ميسر عبر الأرشيف المركزي .					
3	تقديم جودة خدمات عالية عبر البريد الإلكتروني					
4	نظم المعلومات تلبي جميع احتياجات المراكز الصحية.					
5	يتم تحديث البيانات باستمرار لتقديم أفضل الخدمات الصحية					

المحور الثالث: جودة خدمات الصحية (المتغير التابع)

البعد الأول: الاستجابة						
العبارات	أوافق	أوافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	
1	تقوم مراكز الخدمات الصحية بالاستجابة إلى مطالب المرضى وحاجاتهم دون تردد.					
2	تقوم الخدمات الطبية بمساعدة المرضى والمتريدين والمراجعين على طلباتهم من الأطباء.					
3	الخدمات الطبية تقوم بتوفير الحاجات للمرضى وكبار السن (طب الأسرة).					
4	الأطباء العاملون بمراكز الخدمات الصحية يبدون استعدادهم الدائم للتعاون مع المرضى.					
5	مراكز الخدمات الصحية تسعى للاتصال المستمر بالمرضى والمراجعين والرد على استفساراتهم في كل الوقت.					
البعد الثاني: الاعتمادية						
العبارات	أوافق	أوافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	
1	تقدم الخدمات الطبية الاهتمام الخاص بحل المشاكل واستفسارات المراجعين					
2	الخدمات الصحية تلتزم بالمواعيد المحددة وفق جداول العمل للمرضى					
3	تتميز الخدمات الصحية التي تقدمها المراكز الصحية بثقة عالية لدى المرضى والمراجعين					
4	البيانات والمعلومات التي تقدمها المراكز الصحية لها أهمية لإعداد التقارير أو الوصفات الدوائية والنتائج والتحليل					
5	المراكز الصحية تتعامل مع أرشيف وسجلات طبية مع المحافظة على محتوياتها التي تتعلق بالمرضى والمراجعين على المراكز الخدمات الصحية.					
البعد الثالث: التوكيد (الثقة)						
العبارات	أوافق	أوافق بشدة	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	
1	الأطباء العاملون بالخدمات الطبية يتمتعوا بالمعرفة والمهارة والخبرة العالية في مجالات تخصصاتهم الطبية.					
2	المرضى والمراجعين لديهم الثقة العالية بخبرات ومهارات الكوادر الطبية (الأطباء).					

					الأطباء والعاملون يتابعوا حالات المرضى باستمرار عن طريق الملفات الموثقة.	3
					الأطباء والعاملون ملتزمين بالخدمات الصحية والوعود التي من شأنها زرع الثقة والاطمئنان لدى المرض من خلال زيارة المراكز الخدمات الصحية.	4
					الأطباء يتمتعون بالسلوك الرفيع في التعامل مع المرضى والمترددین على مراكز الخدمات الصحية	5
البعد الرابع: التعاطف						
غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	أوافق بشدة	أوافق	العبارات	
					تقوم الخدمات الطبية بالاهتمام الكافي لكل المرضى والمراجعين من قبل الأطباء العاملين بالمراكز الصحية	1
					الخدمات الطبية تقدم الأعمال الصحية بالعدالة و تسهيل تقديم الخدمات الصحية	2
					المرضى والمراجعون يشعرون بالاهتمام من قبل الأطباء والعاملون بالخدمات الطبية والمراكز الصحية	3
					الأطباء والعاملون بالخدمات الطبية يتصفوا بروح الصداقة في التعامل مع المرضى والمراجعين	4
					الأطباء والعاملون يحرصوا على مراعاة الجانب الإنساني في علاقاتهم بالمرضى والمترددین والمراجعين بالخدمات الطبية	5
البعد الخامس: الملموسية						
غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	أوافق بشدة	أوافق	العبارات	
					المراكز الصحية و وحدات الرعاية والخدمات الطبية مواقعها ملائمة وسهل الوصول إليها	1
					الخدمات الطبية تعتمد على استخدام الأجهزة والوسائل التقنية المتطورة التي تسهل في تقديم أفضل الخدمات الصحية	2
					الخدمات الطبية لديها الطرق الحديثة من حيث النظافة والتعقيم والتعامل مع الأجهزة المتطورة وتجديدها باستمرار	3
					الخدمات الطبية توفر المستلزمات الطبية والأدوية التي يحتاجها المرضى من خلال الوصفات الطبية.	4
					الخدمات الطبية تقوم بأعمال إرشادية وعلامات واضحة تسهل وصول المرضى للأماكن الطبية المختلفة	5

ملحق (ب)
الدراسة الاستطلاعية

الجدول رقم (1) يوضح إجابات عينة الدراسة الاستطلاعية الموجهة إلى العناصر الطبية بالمرافق الصحية:

الإجابة	البيان		ت
	لا	نعم	
12	8	هل الظروف ملائمة للبيئة الداخلية والخارجية للمرافق الصحية؛ لتطبيق برامج الجودة في الخدمات الصحية؟.	-1
16	4	هل يوجد نقص في الموارد البشرية المطلوبة بالمرافق؛ لتطبيق خطط الجودة؟.	-2
0	0	هل يوجد افتقار إلى الأساليب والأدوات والبرامج العلمية في مجال الجودة؟.	-3
28	12	إجمالي عدد الإجابات	
%70	%30		

ومن خلال آراء العناصر الطبية: تبين أن الجدول (1) أن ما نسبته 30% من الأطباء راضون عن الخدمات الصحية بهذه المرافق في حين أن 70% من الأطباء غير راضين عنها وهذه محصلة؛ لعدم رضائهم عن الخدمات الصحية والمعاملة بهذه المرافق ونقص الموارد البشرية وهناك مشكلة لدى هؤلاء الأطباء تتمثل في عدم رضاهم عن الخدمات المقدمة في المرافق الصحية بالزاوية عدم وجود ظروف ملائمة للبيئة الداخلية والخارجية للمرافق الصحية؛ لتطبيق برامج الجودة في الخدمات الصحية.

كذلك، تبين من خلال الدراسة الاستطلاعية الموجهة لفئة العناصر الطبية بالمرافق الخدمات الصحية أن مستوى الاعتماد على نظم المعلومات في تقديم الخدمات الصحية منخفض حيث إن مستوى رضا الأطباء لم يتجاوز 20% لضعف قاعدة البيانات وقلة البرمجيات وقلة المتخصصين المدربين للعمل عليها كما بالجدول رقم (2) التالي وهذا يؤدي لتدني توفر للنظام قاعدة بيانات يتم تحديثها دورياً وعدم وجود نظام للمعلومات بالمرافق الصحية.

الجدول رقم (2) يوضح إجابات عينة الدراسة الاستطلاعية الموجهة للأطباء

الإجابة	البيان		ت
	لا	نعم	
23	17	هل يوجد نظام للمعلومات بالمرافق؟.	-1
33	7	هل يوجد أفراد متخصصون للعمل على هذا النظام يتمتعون بالكفاءة؟.	-2
37	3	هل تتوفر للنظام برمجيات حديثة؟.	-3
32	8	هل تتوفر للنظام قاعدة بيانات يتم تحديثها دورياً؟	-4
35	5	هل يقدم لكم النظام معلومات، تساعدكم في تقديم الخدمات الصحية بالجودة المطلوبة؟.	-5
160	40	إجمالي عدد الإجابات	
%80	%20		

مطلق (ج)
قائمة أسماء الحكّمين

أسماء قائمة المحكمين

ر. م	اسم الدكتور المحكم	الدرجة العلمية	الجهة التابع لها
1-	د/حنان معمر العباني	أستاذ مشارك	جامعة طرابلس
2-	د/أبو عجيلة على ميرة	أستاذ مشارك	جامعة الزاوية
3-	أ/د/مفتاح محمد عمار	أستاذ	جامعة طرابلس
4-	د/محمود أحمد فحيل البوم	أستاذ مشارك	جامعة الزاوية
5-	د/على محمد التركي	أستاذ مشارك	مركز البحوث طرابلس
6-	د/ عبد السلام عمر الأخضر	أستاذ مشارك	الأكاديمية الليبية
7-	د/ الطاهر محمد الهميلي	أستاذ مشارك	جامعة طرابلس
8-	د/ ناجي جمعة قاسم	أستاذ مشارك	جامعة طرابلس
9-	د/ جمال أندير	محلل إحصائي	جامعة طرابلس
10	أ/ بثينه محمد الحجازي العنقودي	مصصح لغوي	جامعة طرابلس

مطلق (د)
نتائج التحليل الإحصائي للدراسة