

تقييم مستوى الخدمة العمومية الصحية باستخدام نموذج RATER،
دراسة تطبيقية بمصلحة الاستعجالات لمستشفى مسلم الطيب بمعسكر.

Assess the level of public health service using the RATER model, an application on Emergencies Department of MESLEM TAYEB, MASCARA.

تشيكو محمد أمين¹، طوباش علي².

¹جامعة محمد بن أحمد، وهران 2، tchiko.mohammed@univ-oran2.dz

²جامعة محمد بن أحمد، وهران 2،

تاريخ قبول النشر: 16-04-2020

تاريخ الاستلام: 26-11-2019

الملخص:

يعتبر نموذج و مقياس RATER لقياس جودة الخدمات من أبرز النماذج المستعملة لقياس الجودة في الخدمات الصحية، فيتكون النموذج من خمسة أبعاد رئيسية (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الضمان و التقمص العاطفي) مكيفة مع سياق الخدمات الصحية والمعبر عنها بـ 22 عبارة أو متغيرة مرتبطة أساسا بالأبعاد السابقة و التي تترجم مختلف جوانب الخدمة القاعدية المقدمة . و تهدف هذه الدراسة إلى قياس مستوى جودة الخدمة الصحية العمومية المقدمة بمصلحة الاستعجالات لمستشفى مسلم الطيب بمعسكر عن طريق تقييم الفجوة بين الإدراكات و التوقعات للخدمة المقدمة، فأفسرت النتائج عن وجود فجوة سلبية للأبعاد الخمسة للنموذج. حيث أن التوقعات معتدلة نسبيا و ترتبط بالتقديرات العاطفية في حين أن الإدراكات ترتبط بتقييم العوامل الملموسة و فعالية الطاقم المقدم للخدمة. أما الضغط على الخدمة فيسلط الضوء على أهمية الأشخاص القادمين مباشرة من الدوائر و المناطق المجاورة الذين يفضلون الذهاب مباشرة إلى المستشفى بالمدينة الرئيسية لولاية معسكر. و منه فتطور الخدمات الصحية الأساسية المقدمة يرتبط ارتباطا مباشرا بتطور هذه الخدمات في هياكل المستشفيات الأخرى بالولاية، كما أن الضغط الحالي يستوجب زيادة في الهياكل المادية و البشرية.

الكلمات المفتاحية: الخدمة العمومية، الخدمة الصحية، قياس الجودة ، نموذج RATER، نموذج الفجوات.

تصنيف JEL: G45، I18، D63، C52، C52.

Abstract:

The RATER model for quality of service is one of the most famous models used to measure quality in health services. The model consists of five main dimensions (Tangibility, Reliability, Responsivness, Assurance, Empathy) adapted to the context of health services and expressed in 22 variables related mainly in the previous dimensions, which translate the various aspects of the service provided.

The aim of this study is to measure the quality of the public health service provided by Emergencies department of MESLEM TAYEB Hospital of MASCARA by assessing the gap

¹المؤلف المرسل: تشيكو محمد أمين ، الإيميل: tchiko.mohammed@univ-oran2.dz

between perceptions and expectations of the service provided. The results show a negative gap for the five dimensions of the model. Expectations are relatively mild and are related to emotional estimates, while perceptions are related to the assessment of tangible factors and the effectiveness of the staff. The pressure of patients on the service highlights the importance of people coming directly from neighboring areas who prefer to go directly to the hospital in the main city of the state of Mascara. The development of basic health services provided is directly linked to the development of these services in other hospitals structures in the WILAYA of MASCARA, and the current pressure requires an increase in physical and human structures.

Keywords: Public Service, Health Service, Quality Measurement, RATER Model, GAP's Model.

Jel classification Codes: G45, I18, D63, C52, C52.

1. المقدمة العامة:

تجوز جودة الخدمات الصحية على اهتمام كبير من طرف الباحثين و أهل الاختصاص نظرا لارتباطها بأعلى عنصر في الوجود ألا و هو حياة و صحة الأفراد، و يتجلى هذا الاهتمام بالسعي لإقامة مؤسسات الخدمات الصحية في المدن و القرى ومختلف التجمعات السكانية لضمان توفر الخدمات الصحية على مدار الساعة. و في إطار سعيهم للارتقاء بمستوى الخدمات الصحية و تقديم أفضلها بغية الحصول على رضا المستخدمين المرضى من جهة وتحقيق الأهداف والسياسات والخطط العامة للتنمية من جهة أخرى، يتسابق الباحثون و المختصون إلى العمل على قياس مستوى جودة الخدمة الصحية عن طريق عدة معايير و مؤشرات.

1.1 مشكلة الدراسة:

إن قياس جودة الخدمة هو أحد المداخل الأساسية لتحسين وتطوير الجودة في المنظمات العمومية للخدمة الصحية. و في مقابل ذلك نجد أن هناك اختلاف في تحديد الكيفية المناسبة لقياس جودة الخدمة، العوامل والمتغيرات المرتبطة بها خاصة في ميدان الخدمات الصحية و ذلك لتباين مقاربات ومدارس الجودة، و من المقاربات و طرق القياس نجد مقياس SERVQUAL أو RATER لقياس جودة الخدمات باختلاف أنواعها، والذي يعتبر من أشهر المقاييس و أكثرهم استعمالا و تطبيقا. و انطلاقا من هذا قمنا بتشكيل إشكالية الدراسة التالية: كيف يقيم المرضى مستوى الخدمة العمومية الصحية المقدمة

بمصلحة الاستعجالات لمستشفى مسلم الطيب بمعسكر باستخدام نموذج RATER ؟

2.1 أهمية الدراسة: تتمثل أهمية هذه الدراسة أساسا في:

- تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية،
- معرفة توقعات المرضى لمستويات تحقيق أبعاد جودة الخدمات الصحية العمومية المقدمة لهم من خلال أبعاد رئيسة تم الاعتماد عليها كأساس في القياس وهي (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، التقمص العاطفي)،
- تقليص حجم الفجوة بين الخدمة المدركة والخدمة المتوقعة للوصول إلى الخدمة الأفضل،
- المساهمة في الدراسات التي تناولت مقياس (SERVQUAL) و (RATER) لقياس جودة الخدمات الصحية،
- المساهمة في تحسين جودة الخدمات العمومية الصحية وتطويرها.

3.1 منهج الدراسة: في دراستنا هذه و بهدف الوصول إلى الأهداف المسطرة اعتمدنا على المنهج الوصفي

التحليلي، ففي الجانب النظري كانت مصادر المعلومات متمثلة في المقالات العلمية و الأبحاث المنشورة، أما في الجانب التطبيقي فقد استخدمنا أداة الاستبيان التي تترجم الأبعاد الرئيسية لمقياس RATER لتقييم جودة الخدمة الصحية العمومية المقدمة، في حين أن المعالجة الإحصائية تمت بالاعتماد على برنامج (SPSS, V19).

2. الخدمة العمومية و مقاربات الجودة:

1.2 الخدمة العمومية: على نطاق واسع تفهم فكرة الخدمة العمومية على أنها خدمة المصلحة العامة، فهي

مهمة الحكام الأساسية ومبرر الصلاحيات المتاحة لهم (W. Sabadie 2001). فالدولة ملزمة بإنشاء وتنظيم خدمات المرافق العامة، في جميع المجالات لاسيما في مجال الرعاية الصحية والتعليم، أين يجب أن تخدم رفاهية الجميع وأن تنظم لهذا الغرض الخدمات العامة التي تركز أهداف الدستور الأساسية (Mestre 1988). وكانت فكرة الدولة ذات سلطة و سيادة بدرجة تدخل كبيرة في إشباع الحاجات العامة للمجتمع و ذلك من خلال ممارسة العديد من الوظائف و الأنشطة في العديد من المجالات و الميادين بهدف زيادة رفاهية المجتمع وبالتالي تحقيق التنمية الاقتصادية اللبنة الأساسية لتأسيس نظرية الخدمة العمومية سنة 1928 من طرف رجل القانون والحامي الفرنسي ليون دوجويت (W. Sabadie 2001). هاته الأخيرة تعرف على أنها «... الرابطة التي تجمع بين الإدارة العامة الحكومية والمواطنين على مستوى تلبية الرغبات و إشباع الحاجات المختلفة للأفراد من طرف الجهات الإدارية والمنظمات العامة، بحيث يمكن اعتبار الخدمة المقدمة من طرف المنظمات الحكومية والعامة على أنها تمثل عمليات ذات طابع تكاملي تنطوي على مدخلات وتشغيل مخرجات...» (Jacques Chevallier, 1971)، ومنه يظهر مفهوم الخدمة العمومية

على «أنها كل وظيفة يكون أداؤها مضمونا ومضبوطا ومراقبا من قبل الحاكمين، لأن تأدية هذه الوظيفة أمر ضروري لتحقيق وتنمية الترابط الاجتماعي، وهي من طبيعة لا تجعلها تتحقق كاملة إلا بفضل تدخل قوة الحاكمين» (برانيس عبد القادر، 2014).

هذا و تختلف الخدمات العمومية من بلد إلى آخر، ففي حين أنها تجتمع على مبادئ مشتركة متمثلة في: المعاملة المتساوية للمستخدمين، استمرارية الخدمة، قابلية التكيف للخدمة العامة (W. Sabadie, 2001)، إلا أنها في السياق الصحي الجزائري تتميز بخاصية إضافية متمثلة في سعر العلاج الرمزي إذا لم نقل مجانيته وهو ما يخلق المزيد من الضغوطات والتحديات على الخدمة الصحية العامة.

2.2 الخدمة العمومية الصحية:

تعرف الخدمة الصحية على أنها "خدمات علاجية أو علاجية أو تشخيصية يقدمها أحد المرضى أعضاء الفريق الطبي لأفراد المجتمع المحلي" (Thabet, A.E., 2006)، كما عرفت أيضا على أنها "أوجه النشاط غير الملموسة التي تقدم للمستهلك (المريض)، والتي تهدف أساسا إلى إشباع حاجاته ورغباته، أي تهدف إلى تحسين الصحة وزيادة فرص الشفاء والتقليل من القلق الذي يساور المستهلك (المريض)، والتحرر من المرض والسعي نحو السلامة الجسمانية والعقلانية و الاجتماعية...، يتم الحصول عليها من المؤسسات الصحية، سواء كانت عامة أو خاصة" (زكي خليل المساعد، 2008). في حين يمكن تعريف الخدمة العمومية الصحية على أنها "جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة، سواء كانت علاجية موجهة للفرد، أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والأجهزة الطبية وغيرها، بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد وعلاجهم و وقائتهم من الأمراض" (عدمان مريزق، 2007).

3.2 جودة الخدمة الصحية العمومية:

تعرف الجودة حسب المنظمة الدولية للمواصفات على أنها "تكامل مجموعة الأولويات والخصائص لمنهج أو خدمة ما بصورة تمكن من تلبية احتياجات و متطلبات معلنة أو معروفة ضمنيا" (Froman Bernard, 2001)، أما جودة الخدمة الصحية فتعتبر من أعقد المفاهيم، سواء من حيث التعريف أو التقييم و القياس، فمن حيث التعريف يعرفها المعهد الطبي الأمريكي على أنها "المستوى الذي تصل إليه المؤسسات الإستشفائية بما يتعلق بارتفاع احتمال الحصول على النتائج المرغوبة من طرف الأفراد والمجتمع، و النتائج المحاسبية و المالية" (Claude Vilcot, Hervet Leclot, 2006). أما من حيث القياس فهناك العديد من نماذج القياس أبرزها نموذج SERVQUAL و الذي يعتبر نتاج دراسة رأت النور سنة 1985 من أجل فهم كيفية

إدراك المستخدمين وتقييمهم لجودة الخدمات شملت اثنتي عشرة مجموعة تركيز (Focus-group) في أربع مجالات مختلفة للخدمة، واستنادًا إلى التصورات الشائعة بين المجموعات، حدد المؤلفون جودة الخدمة بشكل رسمي كدرجة ونوع التباين بين تصورات المستخدمين وتوقعاتهم، و هو ما يوحي بأن جميع المجموعات عموماً تستخدم جوانب مماثلة للخدمة التي يمكن تقييم الجودة بها (Parasuraman, Zheitmal and Berry, 1985). أما النتائج التي تم الحصول عليها من مجموعات التركيز هذه فأكدت أن المستخدمين تأثروا بأبعاد العملية وليس فقط بنتائج تقييم جودة الخدمة، كما بينت الدراسة و عن طريق كشف نمط الردود عن عشرة معايير تقييمية يمكن للمستخدم تقييمها، بغض النظر عن الخدمة التي تم بحثها، هاته المعايير دجت و قلصت إلى خمس أبعاد في دراسة لاحقة والتي بينت بتحليلها لهذه الأبعاد الخمس أن المستخدمين يستخدمونها كمعايير للحكم على جودة الخدمة، و هي ما أطلق عليها بالـ RATER (Parasuraman, Zheitmal and Berry, 1990) . ورغم عدم حصريّة هاته الأبعاد لمجال محدد للخدمة إلا أنّها توفر إطاراً مهماً لفهم توقعات المستخدمين، والقضايا التي تحدد الخدمة من وجهة نظر أولئك الذين سيحكمون عليها (Parasuraman, Zheitmal and Berry, 1991).

أما في مجال الخدمة الصحية فنجد العديد من الدراسات التي حاولت قياس جودة الخدمة الصحية انطلاقاً من الأبعاد الرئيسية لنموذج SERVQUAL أو ما يطلق عليه RATER، فكيفت الأبعاد بما يتناسب و مميزات وطبيعة الخدمة الصحية فتمثلت الأبعاد فيما يلي: الجدول 1.

جدول 1: تكيف أبعاد RATER مع الخدمة الصحية.

الملموسية	الاعتمادية	الاستجابة	الضمان	التقمص العاطفي
-----------	------------	-----------	--------	----------------

1.1. حادثة معدات	1.1. وفاء المنظمة	1.1. اهتمام المستشفى	1.1. الثقة الكاملة	1.1. اهتمام إدارة
وتجهيزات المنظمة الصحية،	الصحية بالتزاماتها التي وعدت بها المستفيدين،	بإعلام المستفيدين عن وقت تقديم الخدمة،	بالعاملين في المستشفى،	المستشفى بالمستفيدين اهتماما شخصيا،
2. الرؤية الجذابة	2. اهتماماتها بكل مشاكلهم،	2. حرص العاملين على تقديم خدمة فورية للمستفيدين،	2. اطمئنان المستفيد بأنه بأيد أمينة مع العاملين في المستشفى،	2. قدرة العاملين في المستشفى على تقديم العناية الشخصية للمستفيدين.
3. المظهر الأنيق لموظفيها،	3. حرصها على تقديم خدماتها في الوقت المحدد و بشكل دقيق و سري،	3. الرغبة الدائمة لدى العاملين في مساعدة المستفيدين،	3. التفاعل بين الطاقم الطبي والمستفيدين والتعامل معهم بلطف ولباقة،	3. معرفة حاجات المستفيدين من قبل العاملين.
4. جاذبية و تأثير المواد المرتبطة بخدماتها.	4. الثقة و الأمان من قبل المرضى في مهارات المهنة الطبية،	4. التجاوب الفوري من قبل العاملين مع طلبات المستخدمين بالرغم من انشغال العاملين.	4. مدى توفر الجدارة و الكياسة و المصداقية لدى العاملين في أداء العمل.	4. تقدم إدارة المستشفى أفضل ما لديها للمستفيدين.
	5. احتفاظها بسجلات دقيقة عن محتوياتها و خدماتها.			5. العمل بساعات عمل حسب حاجات المستفيدين.

المصدر: (Cauchick Miguel & others (2004).

4.2 تطبيقات نموذج RATER في المجال الصحي :

هذا و طبقت دراسات عديدة نموذج RATER في مجال الخدمات الصحية، سواء بتطبيق النموذج الأساسي الأصلي أو النماذج التي تأخذ في الاعتبار المتغيرات الخاصة بالمجال الصحي. و على غرار هاته الدراسات التي كيفت مقياس RATER مع الخدمة الصحية أو الخدمات الأخرى، نجد العديد من الدراسات الأخرى التي اختلفت في طريقة استعمال و تطبيق المقياس، فمن الدراسات من حافظت على الطريقة الكلاسيكية الأصلية المطروحة للمقياس و التي تعتمد أساسا على قياس الفجوة المتشكلة من الفروق بين الإدراكات و التوقعات للخدمة المقدمة و المقاسة كل على حدى، في حين هناك الدراسات التي اجتهدت و اقترحت الطريقة الذاتية لاستعمال المقياس و ذلك عن طريق جمع الفرق بين التوقعات و الإدراكات بسؤال واحد يتم من خلاله قياس المقارنة بين الجودة المدركة بتوقعات الذاكرة المستعادة والمتذكرة على غرار دراسة (Carman,1990) و التي كانت السبابة لذلك عن طريق دراسة اختبرت المقياس في أربع مصالح لخدمات مختلفة، و هو ما فتح المجال لدراسات و تطبيقات أخرى مثل دراسة (T.J.Brown, G.A. Churchil, Emin Babakus, Gregory W.Boller, 1992) ، دراسة (J.P.Peter,1993) و دراسة (R.A.Spreng, R.D. Mackoy, 1996) وغيرها من الدراسات التي انتهجت نفس النهج في استعمال و تطبيق نموذج RATER. و من بين الأعمال المنجزة، استأنفنا بعض الدراسات التي أجريت في السياق الغربي و بلدان العالم العربي وأخيراً الأبحاث المتعلقة بالجزائر، على النحو التالي:

- Idolina Bernal González and al. (2017): «Service quality and users' satisfaction assessment in the health context in Mexico»

ركزت هذه الدراسة على جودة الخدمة و رضا المستخدمين في النظام الصحي في المكسيك. أين كان الهدف الرئيسي منها هو تحليل جودة الخدمة ورضا المستخدمين والعلاقة بين هذين المتغيرين للدراسة. تم إجراء التحليل وفقاً لمنهج كمي من خلال تطبيق 876 استبياناً في ثمانية مستشفيات عامة في ولاية Tamaulipas بالمكسيك. فأظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية وهامة بين جودة الخدمة ورضا المستخدمين، مما يساعد في التحسين المستمر للخدمات الصحية ووضع توصيات لذلك.

- محمد نور الطاهر أحمد عبد القادر (2015): « قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في

السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين »:

كان الهدف من الدراسة هو قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى المقيمين والمراجعين أين تم اختيار عينة منهم من أهم المستشفيات التعليمية بولاية الخرطوم، وتم استخدام استبيان شمل 22 عبارة

(نموذج SERVQUAL) لقياس جودة الخدمات الصحية فيها. و وجدت الدراسة أن هناك وعيًا تامًا بين المرضى والمستجيبين بنوعية الخدمات الصحية المتاحة في المستشفيات الحكومية، أيضا لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بمستوى أدنى من الأهمية (0,05) وفقا للمتغيرات الديمغرافية للعينة ، مثل الجنس والعمر والتعليم والدخل ومكان الإقامة. أوصت الدراسة بتزويد المستشفيات الحكومية بالمعدات والمعدات اللازمة ، وتوفير الكادر الطبي المؤهل والموظفين المؤهلين ، وتوفير التقييم البدني المناسب لضمان استمرار العمل فيها، لغرس الثقة والسلامة في المرضى .

● وفاء سلطاني، إلهام يحيوي (2015) « استخدام نموذج SERVQUAL لتقييم مستوى الخدمة الصحية، دراسة ميدانية على المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة » :

أين ركزت هذه الدراسة على جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الخاصة لولاية باتنة، فنتائج الدراسة بينت أن نموذج SERVQUAL يساهم في تقييم مستوى الخدمات الصحية من خلال الأبعاد التي يستخدمها زبائن المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة لتقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة. و استنادا لاستبيان وزع على عينة مكونة من 100 فرد توصلت الدراسة إلى أن هاته الأخيرة توافق بدرجة عالية على جودة الخدمة الصحية المقدمة من ناحية معايير التقييم الخمسة لنموذج SERVQUAL و رضا كبير عن الجودة.

● مزيان التاج، ملال ربيعة (2014): تطبيق نموذج SERVQUAL لقياس و تقييم جودة الخدمة الصحية، معاينة في المؤسسات: المركز الاستشفائي الجامعي الجهوي و مستشفى الأم و الطفل بتلمسان.

حيث سعت هاته الدراسة لقياس و تقييم جودة الخدمات الصحية باستخدام نموذج SERVQUAL في كل من المركز الاستشفائي الجامعي و المستشفى الولائي للأم و الطفل بولاية تلمسان بهدف الوصول إلى استراتيجية لتحقيق الاندماج و الانتماء إلى المنظمة و بالتالي تحسين الأداء و رفع مستوى جودة الخدمة المقدمة و المعبر عنها بالأبعاد الخمسة لنموذج SERVQUAL. كما توصلت نتائج الدراسة إلى أن مستوى الخدمات الصحية المقدمة هي دون المستوى استنادا إلى آراء العينة الإحصائية المكونة من 380 فرد.

3. دراسة حالة مصلحة الاستعجالات الطبية و الجراحية لمستشفى مسلم الطيب بمعسكر :

1.3 تقديم ميدان الدراسة:

يشمل مجتمع الدراسة عينة مصغرة من المرضى المعالجين بالمؤسسة العمومية الإستشفائية مسلم الطيب بمدينة معسكر، حيث تم اختيار مصلحة الاستعجالات الطبية و الجراحية كمكان رئيسي لتوزيع عينة الاستبيان نظرا لكون المصلحة محطة رئيسية و تمهيدية لكل المرضى المسجلين بمختلف المصالح الاستشفائية سواء الطبية أو الجراحية بالمستشفى، فأى مريض مقيم بمستشفى مسلم الطيب أو حتى المستشفى الثاني بالمدينة يسعد خالد (الذي يحتوي على مصالح طبية مكملة لمصالح مستشفى مسلم الطيب) يكون لزاما عليه المرور بمصلحة الاستعجالات قبل نقله إلى مصطلحه التي يقيم بها. هذا وتم إجراء الدراسة خلال الثلاثي الأخير من سنة 2018.

تعتبر مصلحة الاستعجالات الطبية و الجراحية الواجهة الرئيسية للمؤسسة العمومية الاستشفائية مسلم الطيب بمدينة معسكر و التي رأت النور سنة 1986، تحتوي المصلحة على 6 غرف للمراقبة الطبية، بسريرين في كل غرفة. كما تحتوي على 4 قاعات: قاعة للانتظار، قاعة للحص، قاعة للإسعافات الغير مستعجلة كما تحتوي على غرفة عمليات مصغرة أو ما يسمى بغرفة فك الصدمات. بالإضافة إلى هذا تحتوي المصلحة على 3 مكاتب: مكتب للاستشارة الطبية (بغرفتين: أ و ب)، مكتب الأطباء الأخصائيين، مكتب للمرضين و مكتب للمساعدين الطبيين.

و لضمان توفر خدمات الاستعجالات 24/24 و على مدار الأسبوع يعمل في المصلحة 38 ممرض مختص في العناية المركزة ما بين ممرض للصحة العمومية ISP، ممرض بشهادة دولة IDE و مساعدى الممرضين ATS، حيث يشكل هؤلاء الممرضين 4 فرق بمعدل 9 ممرضين في كل فرقة، بالإضافة إلى رئيس المصلحة و مساعده و اللذان يقومان بدور التنسيق والإشراف العام للفرق التي تعمل إحداهما بدوام العمل العادي و الممتد من الساعة 8 صباحا إلى الساعة 4 مساء، و 3 فرق بدوام عمل الليل و الممتد من 4 مساء إلى 8 صباحا. و نجد بالمصلحة أيضا 16 طبيب عاما مشكلين 4 فرق بأربعة أطباء لكل فرقة، حيث تعمل هاته الفرق بدوام عمل 24 ساعة. هذا و تستفيد المصلحة من الأطباء الاختصاصيين لمختلف المصالح و الذين يقومون بالمناوبة في المصلحة بنظام عمل الـ 24 ساعة (6 أطباء للجراحة العامة، 5 أطباء لجراحة عظام و المفاصل، 5 أطباء للإنعاش و التخدير، طبيبان لجراحة أعصاب، 4 أطباء لجراحة الأسنان، طبيب لجراحة المسالك البولية، طبيب للجراحة التجميلية، طبيب للجراحة الصدرية، طبيب التصوير المغناطيسي و الأشعة و طبيب الجهاز الهضمي)، كما يعمل بالمصلحة 14 سائقين لسيارات الإسعاف و 4 ناقلين للمرضى (brancardier).

هذا و تشهد المصلحة توافدا هائلا للمرضى كما هو مبين في الجدول 2 ، فخلال سنة 2018 استقبلت هاته الأخيرة 109190 مريض لتلقي الفحوصات و الاستشارات على يد الأطباء العامين و 24406 لتلقي الفحوصات والاستشارات على يد الأطباء المختصين، كما تعاملت المصلحة مع 94104 حالة طبية مستعجلة و 66748 حالة طبية جراحية مستعجلة. هذا وبلغ عدد المرضى المقبولين بالمصلحة 21499 مريض في سنة 2018 و هو ما يفوق الطاقة الإستيعابية للمصلحة بكثير مما يستدعي القائمين على المصلحة لبذل مجهود مضاعف لضمان مكان لكل مريض مقبول بالمصلحة، و تعتبر الفئة الأخيرة الفئة الأنسب للاستجواب نظرا لكونها الفئة التي أمضت أكثر وقت بالمصلحة مما ينتج عنه أكبر احتكاك ممكن بمصلحة الاستعجلات، عمالها و الخدمات المقدمة بها.

الجدول 2: تقرير النشاط لمصلحة الاستعجلات لسنة 2018.

عدد الاستشارات و الفحوصات				المقبولين بالمصلحة	عدد الأسرة	المصلحة
استعجلات جراحية	استعجلات طبية	العامية	المختصة			
66748	94104	109190	24406	21499	12	مصلحة الاستعجلات الطبية و الجراحية

المصدر: وثائق المديرية الفرعية للنشاطات الصحية SDAS .

و لا تكنفي المصلحة بالمرضى السابقين الذكر فقط، بل يحول إليها أيضا المرضى من أرجاء الولاية نظرا لغياب بعض

الاختصاصات أو كلها بتلك المؤسسات العمومية، كما هو مبين في الجدول 3.

ونلاحظ أنه تم نقل 601 مريض من المؤسسات الصحية الموجودة في ولاية معسكر، أي حوالي 2.8٪ من المرضى

الذين دخلوا المستشفى في هاته المصلحة في عام 2018. فتتجلى الأهمية النسبية للمرضى المحولين من المؤسسة العمومية الاستشفائية

لتغنيف للمصلحة بـ 242 تحويل بما نسبته 40% من إجمالي التحويلات، كما نسجل غياب التحويلات من المؤسسة العمومية

الاستشفائية لسيق، في حين نجد أن المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لبوحنيفية قد قامت 84 تحويل كأكثر مؤسسة جوارية تحول للمصلحة بالإضافة لمؤسسات أخرى كالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بكل من تيزي و عين فارس بـ115 تحويل.

الجدول 3: تقرير التحويلات المتكفل بها بالمصلحة من داخل الولاية لسنة 2018.

مؤسسات أخرى	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية حسين	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بوحنيفية	المؤسسة العمومية الاستشفائية المحمدية	المؤسسة العمومية الاستشفائية تيغنيف	المؤسسة العمومية الاستشفائية غريس	الفترة
115	40	84	38	242	82	سنة 2018

المصدر: وثائق المديرية الفرعية للنشاطات الصحية SDAS .

2.3 خصائص الدراسة المنجزة:

وتتناول دراستنا هاته الأبعاد المستخدمة في نموذج RATER (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الضمان و التقمص العاطفي). و الواقع أننا نبدأ من ملاحظة مفادها أن التحليلات المتعلقة بحالة قطاع الصحة العمومي سلبية بصورة منهجية، مما جعلنا نستقصى المرضى عن العناصر الأساسية للخدمة الصحية. عناصر التمايز لم تلفت انتباهنا، كما قمنا بقياس كل من الإدراكات و التوقعات لنرى كيف يتم تقدير هذه الأبعاد وما هي الاختلافات بينهما. ولذلك لم نسترشد بالنهج الذي يكرر مباشرة الأداء المدرك حتى وإن كانت المؤلفات تعتبر هذا النهج أكثر إثارة للاهتمام. يرتبط هذا الاختيار بالأسباب التالية:

- نحن لسنا في سياق أين مقاربات الجودة مهيئة بشكل صريح لعمل إدارة الجودة، فمستويات التوقعات والإدراكات تعد ذات أهمية لتكون جزءا من عملية التحسين،
- تسليط الضوء على مستوى التوقعات وأهميتها النسبية من خلال النظر إلى أنها تتأثر بشدة بتجربة الخدمة السابقة،
- تحديد مستوى الإدراكات لفهم واقع الخدمة، ومعرفة إلى أي مدى يترجم إلى تحسن أو على العكس من ذلك تدهور في رعاية المرضى،

• تحليل المتغيرات على أساس مستوى التوقعات.

بهدف الوصول إلى أهداف الدراسة السابقة الذكر، تم تصميم استبيان كأداة رئيسية لاستقصاء آراء المرضى المقيمين

بالمصلحة المثلة لمجتمع الدراسة، حيث تكون الاستبيان من جزئين (02) على النحو التالي:

- الجزء الأول: يحتوي على الأسئلة التي تعالج المعلومات الشخصية لعينة الدراسة.
- الجزء الثاني: الذي يحتوي على (22) عبارة الممثلة للأبعاد الخمسة لنموذج RATER (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الضمان و التقمص العاطفي)، أين تسعى هاته العبارات لتحديد توقعات المرضى لمستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة.
- الجزء الثالث: الذي يحتوي على (22) عبارة الممثلة للأبعاد الخمسة لنموذج RATER (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الضمان و التقمص العاطفي)، و على عكس عبارات الجزء الثاني تسعى عبارات هذا الجزء لتحديد إدراكات المرضى لمستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة بالمصلحة.

و بهدف تقييم متغيرات الجزء الثاني و الجزء الثالث تم الاعتماد على سلم ليكرت ذو السبع نقاط

(7

point Likert scale)

الجدول 4: سلم ليكرت المستعمل.

ممتازة	جيدة	مقبولة	لأدري	سيئة قليلا	سيئة	سيئة جدا
7	6	5	4	3	2	1

حيث نجد ثلاثة مجالات للتقييم: من 1 إلى 3 تقييم سلمي للخدمة، أما الموضوع 4 فيعكس نقص المعرفة بالخدمة كما يمكن

تفسيره أيضا بالوضع الحيادي، بينما المجال من 5 إلى 7 يعكس التقييم الإيجابي. ستؤدي المعالجة الإحصائية للبيانات بالضرورة إلى

متوسط القيم بين 1 و 7 حسب الإجابات المقدمة. ف1 إلى 3,5، يعبر عن بيان سلبي، ومن 3,5 إلى 4,5 نحن في بيان متوسط

في حين أن 4,5 إلى 7 هو بيان إيجابي. هذا و تم توزيع الاستبيان على مرتين لكل مريض مستجوب، فيجيب هذا الأخير عن

الجزئين الأوليين عند دخوله للمصلحة في حين يجيب على الجزء الثالث من الاستبيان (المبين سابقا) لحظات قبل مغادرته للمصلحة،

هذا الإجراء و إن كان قابل للتحقيق إلا أنه صعب التحقيق و المنال نظرا لكون المستجوبين في حالة صحية غير مستقرة لا تسمح

لهم في الكثير من الأحيان من إعطائنا و لو دقيقة من وقتهم.

3.3 خصائص العينة المدروسة:

بالنظر للكم الهائل من المرضى المراجعين و المقيمين بمصلحة الاستعجالات الطبية و الجراحية، فقد تم توزيع الاستبيان على المرضى المقيمين فقط بالمصلحة هذا لكونهم الأكثر تأثراً بجودة الخدمات الصحية المقدمة بماته الأخيرة، حيث بلغ عدد الاستبيانات الصالحة للتحليل 135 استبيان من 155 استبيان تم توزيعها، أين تم إقصاء (20) عينة غير صالحة للدراسة بسبب عدم إكمال المرضى المستجوبين لجميع الأسئلة بسبب تدهور حالتهم الصحية أو منع الزيارة من طرف الطاقم المعالج. و بغرض التحقق من ثبات أداة التقييم تم اعتماد معامل ألفا كرونباخ (Alpha-Chronbach) و الذي يكون ذو دلالة إحصائية عالية إذا كانت درجة اعتماديته أكبر من 60 %، حيث بلغت درجة الإجمالية لهذا المعامل لأبعاد الدراسة 0,935 بالنسبة لعناصر النموذج التي تعالج إدراكات المرضى المستخدمين للخدمة المقدمة، و 0,934 بالنسبة لعناصر النموذج التي تعالج توقعاتهم، و هو ما يعبر عن قيمة ذات دلالة إحصائية عالية تترجم وجود ترابط بين عبارات الاستبيان، حيث يوضح الجدول 5 نسبة المعامل لكل من أبعاد التوقعات و الإدراكات على حدى.

الجدول 5 : نتائج معامل ألفا كرونباخ لتقييم ثبات أداة الاستبيان.

Statistiques de fiabilité

Les éléments	Alpha de Cronbach for perceptions	Alpha de Cronbach for expectations
الملموسية	,629	,689
الإعتمادية	,892	,810
الإستجابة	,800	,697
الضمان	,863	,648
التقمص العاطفي	,769	,701
	,935	,934

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على برنامج SPSS.

4.3 الخصائص الشخصية لأفراد عينة الدراسة:

يمثل الجزء الأول من الاستبيان المقدم لأفراد عينة الدراسة المعلومات الشخصية و الديمغرافية من: الجنس، السن و مكان

السكن فكانت المعطيات على النحو التالي:

الجدول 6: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس

		الجنس			
		Effectif	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
		s	ge	e valide	e cumulé
Valid e Total	ذكر	83	61,5	61,5	61,5
	أنثى	52	38,5	38,5	100,0
		135	100,0	100,0	

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على برنامج SPSS.

- الجنس: نجد في الجدول 6، توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس، حيث كانت الحصة الأكبر للذكور

أين بلغ عددهم 83 شخصا بما نسبته 61,5 %، في حين بلغ عدد الإناث 52 شخصا بما نسبته 38,5 %.

الجدول 7: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن

		السن			
		Effectif	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
		s	ge	e valide	e cumulé
Valid e Total	أقل من 20 سنة	12	8,9	8,9	8,9
	من 20 إلى 30 سنة	61	45,2	45,2	54,1
	من 31 إلى 40 سنة	48	35,6	35,6	89,6
	من 41 إلى 50 سنة	6	4,4	4,4	94,1
	أكثر من 50 سنة	8	5,9	5,9	100,0
	Total	135	100,0	100,0	

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على برنامج SPSS.

- السن: في الجدول 7، نجد توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن، حيث جل أفراد العينة من الذين تتراوح

أعمارهم من 20 إلى 40 سنة بما نسبته 80,8 %، أما الشباب أقل من 20 سنة فبلغ عددهم 12 بنسبة 8,9 % و هو ما

يشكل رقم ضعيف مقارنة بوزنهم في إجمالي عدد السكان،

جدول رقم 8: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان السكن

مكان السكن

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
معسكر	59	43,7	43,7	43,7
تيغنيف	25	18,5	18,5	62,2
Valid غريس	15	11,1	11,1	73,3
e المحمدية	9	6,7	6,7	80,0
غيرها	27	20,0	20,0	100,0
Total	135	100,0	100,0	

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على برنامج SPSS.

- مكان السكن: يقدم الجدول 8، توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مكان السكن، نلاحظ أن أكثر من نصف أفراد العينة المستجوبة من خارج مدينة معسكر بما نسبته 56.3%؛ و هو ما يشكل نسبة مرتفعة مقارنة بالأرقام الرسمية للتحويلات من المؤسسات العمومية الأخرى بالولاية مما يدل على أن العديد من المرضى يفضلون القدوم مباشرة إلى مصلحة الاستعجالات دون المرور على المؤسسات بمقر سكنهم مما يشكل ضغطا مضاعفا على المصلحة.

4. تقييم المرضى لمعايير نموذج RATER للخدمات الصحية المقدمة:

قيم المرضى المستجوبين الخدمات الصحية المقدمة بالمصلحة اعتمادا على أبعاد نموذج RATER أين اعتمدنا على تقدير الفروقات بين توقعات و إدراكات الخدمة المقدمة، فكانت النتائج على النحو التالي:

1.4 تقييم الملموسية:

الجدول 9: تقييم جودة الخدمة الصحية من حيث معيار الملموسية.

الترتيب	الفجوة	التوقعات	الإدراكات

	المعدل	الانحراف المعياري	المعدل	الانحراف المعياري		P-value	
1. يحتوي المستشفى على معدات و تجهيزات حديثة و مناسبة للخدمة الصحية	2,61	1,277	5,07	1,418	-2,46	0,000	الأول
2. أماكن الانتظار و غرف الاستشفاء تتكيف و تدفق المرضى الهائل	2,01	1,016	4,47	1,402	-2,46	0,000	الثاني
3. نظافة المستشفى ورائحته حسنة	2,57	1,068	2,50	0,872	0,07	0,000	الرابع
4. في أغلب الأوقات لباس الطاقم المعالج نظيف ولائق	3,87	1,269	5,16	0,745	-1,29	0,000	الثالث
إجمالي الملموسية	2,76	-	4,30	-	-1,54	-	-

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على برنامج SPSS.

يمثل الجدول 9، تقييم المرضى للخدمات الصحية المقدمة اعتمادا على الفجوة بين الإدراكات والتوقعات من ناحية بعد الملموسية، و هو بُعد يؤثر على تمثيل المريض للخدمة المقدمة لأنه يميز الإدراك "الأول" للخدمة. واللافت للنظر، عند قراءة النتائج، هو انخفاض التوقعات لنظافة المستشفى، وهو ضعف تؤكد إدراكات الخدمة لأنها متطابقة تقريبا (2.57 مقابل 2.50). و من ناحية أخرى، كانت متوسطة فيما يتعلق بأماكن الانتظار، غرف الاستشفاء و المعدات الطبية المستخدمة، وهو ما يتناقض إلى حد كبير مع واقع الخدمة مع وجود فرق سلبي في كلتا الحالتين قدره 2,46. وليس من المستغرب أن يكون هذا الوضع مفاجئا بالنظر إلى ضغط حالات الاستعجال مع الاستخدام المكثف للمعدات ونقص الأسرة. النتائج الإجمالية هي الأدنى في هذه الدراسة حيث أن التوقعات هي 4,30 والإدراكات هي 2,76.

2.4 تقييم الاعتمادية:

الجدول 10: تقييم جودة الخدمة الصحية من حيث معيار الاعتمادية.

	الإدراكات		التوقعات		الفجوة	P-value	الترتيب
	المعدل	الانحراف المعياري	المعدل	الانحراف المعياري			
1. يقوم الطاقم المعالج بالوفاء بوعوده حول انجاز و تقديم الخدمة الصحية	3,30	1,442	4,81	1,446	-1,51	0,000	الثالث
2. يظهر الطاقم المعالج اهتمام حقيقي و صادق أثناء تقديم الخدمة الصحية	3,84	1,247	4,87	1,411	-1,03	0,000	الرابع
3. يقدم الطاقم المعالج خدمة خالية من الأخطاء من أول مرة	3,68	1,244	2,81	1,001	0,87	0,000	الخامس
4. يضع المريض ثقته في المهارات المهنية الطبية بثقة و أمان	3,05	1,340	5,07	0,866	-2,02	0,000	الثاني
5. تقدم الخدمات الصحية في آجالها و مواعيدها المحددة سابقا	2,78	0,936	4,84	1,378	-2,06	0,000	الأول
إجمالي الاعتمادية	3,33	-	4,48	-	-1,15	-	-

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على برنامج SPSS.

يمثل الجدول 10 تقييم المرضى للخدمات الصحية المقدمة من ناحية معيار الاعتمادية، أين نجد أن الخوف من الخطأ الطبي كبير بالتوقعات المقدره بـ 2,81 قبل أن يرتفع في الإدراكات إلى 3,68، أما بالنسبة للنقاط الأخرى، فكانت التوقعات إيجابية حيث تراوحت بين 4,81 و 5,07. على عكس الإدراكات التي قدر أدناها بـ 2,78 أين نجد تركيز خاص على عدم الوفاء بالالتزامات و الخدمة لا تفي بما وعدت به. وبما أن الفجوة الإجمالية بين توقعات و إدراكات المرضى المستخدمين للخدمة الصحية

المقدمة بالمصلحة من ناحية بعد الاعتمادية مقدرة بـ 1,15- ، فالخدمة الصحية العمومية للمصلحة من ناحية هذا البعد مقيمة سلبيا، و من أهم ما يميز دراسة وتحليل هذا البعد هو تخلف المصلحة عن تقديم الخدمة الصحية في مواعيدها المحددة مسبقا بالإضافة إلى غياب الثقة ما بين الطاقم المعالج و المرضى.

3.4 تقييم الاستجابة

الجدول 11 : تقييم جودة الخدمة الصحية من حيث معيار الاستجابة.

	الإدراكات		التوقعات		الفجوة	P- value	الترتيب
	المعدل	الانحراف المعياري	المعدل	الانحراف المعياري			
1. إعلام المرضى و مرافقيهم عن أوقات تقديم الخدمات الصحية و أماكن تقديمها	3,30	1,053	4,88	1,399	-1,58	0,000	الأول
2. يستجيب الطاقم المعالج لاحتياجاتكم بطريقة سريعة و فعالة	3,49	1,387	2,61	0,774	0,88	0,000	الرابع
3. رغبة الطاقم المعالج و استعدادهم الدائم لحل المشاكل ومعالجة للشكاوى	3,82	1,215	5,10	0,715	-1,28	0,000	الثالث
4. المرونة في الرد على طلبات المرضى واحتياجاتهم	3,27	1,168	4,75	1,397	- 1,48	0,000	الثاني
إجمالي الإستجابة	3,47	-	4,33	-	-0,86	-	-

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على برنامج SPSS.

يمثل الجدول 11، تقييم المرضى للخدمات الصحية المقدمة من ناحية معيار الاستجابة، حيث أن استجابة الطاقم

لاحتياجات المرضى هو ما ترجم في أدنى التوقعات المقدرة بـ 2,61 بناء على تجربة المرضى للخدمة سابقا، في حين أن إدراك المرضى

لنفس البند و المقدر بـ3,49 أظهر كيف أن التقدير كان مفراطاً. أما التوقعات المرتفعة فكانت بما يخص حل المشكلات ومعالجة الشكاوى بـ5,10، وفي مستوى الإدراك عند مستوى 3,82. وبشكل عام، فمستوى التوقعات هو 4,33 وهو أقل بقليل من المتوسط في حين أن مستوى الإدراكات غير مناسب إلى حد ما و مقدر بـ3,47. و أبرز ما يميز هذا البعد هو تدمير المرضى عن طريقة إعلامه عن أماكن تقديم الخدمة و أوقاتها بالإضافة إلى درجة المرونة في الرد على طلباتهم واحتياجاتهم.

4.4 تقييم الضمان

الجدول 12: تقييم جودة الخدمة الصحية من حيث معيار الضمان.

	الإدراكات		التوقعات		الفجوة	P-value	الترتيب
	المعدل	الانحراف المعياري	المعدل	الانحراف المعياري			
1. يضع المرضى ثقتهم بالطاقم المعالج	3,16	1,094	4,90	1,408	-1,74	0,000	الثاني
2. يقدم الطاقم المعالج معلومات دقيقة و صحيحة وبكل صدق و وضوح	3,33	1,222	2,59	0,831	0,74	0,000	الثالث
3. يحس المريض و مرافقيه بالأمان أثناء تعامله مع الطاقم المعالج	3,17	1,284	5,03	0,897	-1,86	0,000	الأول
4. مصداقية و موثوقية الطاقم المعالج و احترامه للمرضى ومرافقيهم	3,79	1,102	2,63	0,879	1,16	0,000	الرابع
إجمالي الضمان	3,36	-	3,78	-	-0,42	-	-

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على برنامج SPSS.

يمثل الجدول 12، تقييم المرضى للخدمات الصحية المقدمة من ناحية معيار الضمان اعتماداً على الفجوة بين إدراكاتهم

وتوقعاتهم للخدمة الصحية المقدمة، فالضمان ضروري في الخدمات الصحية، خاصة فيما يتعلق بالحالات المستعجلة منها و التي

تتميز بعدم اليقين و قلق المريض وأقاربه. فأظهرت الردود المقدمة تناقضا في التوقعات أين كان التوقع إيجابيا فيما يتعلق بالثقة الموضوعية في الطاقم المعالج (4,90) و الإحساس بالأمان أثناء التعامل معه (5,03) بحبيبة أمل جزئية مع مستوى من إدراك الخدمة مقدر بـ 3,16 و 3,17 على التوالي. في حين كان التوقع غير إيجابي للتواصل مع المريض (2,59) و مصداقية التعامل معه (2.63) مع مستوى أعلى من الإدراك من السابقتين، على الرغم من أنه لا يزال غير إيجابي بـ 3,33 و 3,79 على التوالي. و عموما كل من التوقعات و الإدراكات غير إيجابية مما يفسر أزمة الثقة بين المرضى و مصلحة الاستعجالات المدروسة.

5.4 تقييم التقمص العاطفي:

الجدول 13: تقييم جودة الخدمة الصحية من حيث معيار التقمص العاطفي.

	الإدراكات		التوقعات		الفجوة	P-value	الترتيب
	المعدل	الانحراف المعياري	المعدل	الانحراف المعياري			
1. يمنح الطاقم المعالج اهتمام شخصي لكل مريض (يأخذ الوقت الكافي لسماعكم و استيعاب حالاتكم الشخصية)	3,10	1,177	4,92	1,051	-1,82	0,000	الثاني
2. يحرص الطاقم المعالج على مساعدة المرضى نحو الأفضل	3,73	1,306	4,79	1,482	-1,06	0,000	الثالث
3. يفهم الطاقم المعالج احتياجات المرضى	3,76	1,134	4,72	1,534	-0,96	0,000	الرابع
4. ساعات الزيارة و عمل إدارة المستشفى تناسب جميع الفئات	3,43	1,283	2,82	1,119	0,61	0,000	الخامس
5. تسعى إدارة المستشفى لتسهيل مختلف التعاملات بما يتناسب و احتياجات و مصالح المرضى ومرافقيهم	2,59	1,468	4,90	0,941	-2,31	0,000	الأول

إجمالي التقمص العاطفي	3,32	-	4,43	-	-1,10	-	-
-----------------------	------	---	------	---	-------	---	---

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على برنامج SPSS.

يمثل الجدول 13، تقييم المرضى للخدمات الصحية المقدمة من ناحية معيار التقمص العاطفي، أين يعكس هذا الأخير الحاجة إلى الاهتمام بالمرضى والجهات الفاعلة على نطاق أوسع. فنجد أربعة من العناصر الخمسة المحددة في هذا البعد بمستوى إيجابي من التوقعات (بين 4,72 و 4,90) لكل من الاهتمام الفردي، فهم احتياجات المرضى أو تسهيل التعاملات بما يتناسب مع الاحتياجات المختلفة. و على العكس من هذا نجد أن إدراك الخدمة غير كاف في الحالات الأربع، خاصة فيما يتعلق بتسهيل التعاملات و تكيفها بـ 2,59 أو الاهتمام الفردي بـ 3,10. و من ناحية أخرى، فإن مستوى التوقعات المتعلقة بساعات الزيارة وساعات العمل في إدارة المستشفى هو 2,82 فقط و بإدراك أفضل مقدر بـ 3,43. أما فيما يتعلق بالتقييم الشامل لهذا البعد، فنحصل على مستوى متوسط من التوقعات عند 4,43 بمقابل إدراك ضعيف للخدمة المقدمة عند 3,32.

5. تحليل النتائج الإجمالية:

تظهر الفروق المحسوبة للأبعاد المختلفة في الجدول التالي.

الجدول 14: ترتيب أبعاد جودة الخدمة العمومية الصحية حسب فجوة التقييم.

الترتيب	الفجوة	معدل التوقعات	معدل الإدراكات	The dimension
1st	-1,54	4,30	2,76	الملموسية
2 nd	-1,15	4,48	3,33	الإعتمادية
4th	-0,86	4,33	3,47	الإستجابة
5th	-0,42	3,78	3,36	الضمان
3rd	-1,10	4,43	3,32	التقمص العاطفي

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المعطيات السابقة.

تتركز التوقعات بين 4,30 و 4,48 والتي تشكل تقييما متوسطا للخدمة المقدمة، باستثناء بعد الضمان بتقييم ضعيف مقدر بـ 3,78، و هو ما يبين أن تفاعل المرضى نسبي بالنسبة للخدمة التي سيتم تقديمها. في حين أن الإدراكات تتركز بين 3,32 و 3,47، مع استثناء إدراك بعد الملموسية الذي يقدر بـ 2,76. فالفجوة السالبة تبين أنه على الرغم من التوقعات الحذرة نسبيا إلا أن مستوى الإدراك أقل عموما. أما الفجوة الموجبة فتكون بشكل آلي بتوقعات منخفضة و إدراك للخدمة أفضل من ذلك. هذا الإدراك يسلط الضوء على عدم الرضا النسبي. هذا الأخير يكون مرتفعا نسبيا في بعض الحالات لأنه أقل من 3. وهو موقف جد طبيعي نظرا للضغط الموجود على الموارد والإفراط في استخدامها.

أما إذا نظرنا إلى مستويات التوقعات و الإدراكات، فسنحصل على الجدولين التاليين:

الجدول 15: تركز التوقعات حسب أهميتها.

The dimension	[1 ;1,5[	[1,5 ;2,5[	[2,5 ;3,5[	[3,5 ;4,5[	[4,5 ;5,5[	[5,5 ;6,5[	[6,5;7]
الملموسية			1	1	2		
الاعتمادية			1		4		
الاستجابة			1		3		
الضمان			2		2		
التقمص العاطفي			1		4		
Total			6	1	15		

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المعطيات السابقة.

كما هو مبين في الجدول 15، فالتوقعات تتراوح بين 2,5 و 5,5، أي مرتفعة و إيجابية لـ 68.18٪ من العناصر، متوسطة لـ 0,04 منهم و منخفضة و سلبية لـ 27,27٪ من العناصر. يعكس هذا التقدير العملي للخدمة الصحية العمومية تاريخ العلاقة التي تشجع على الحذر النسبي و الذي يتميز أيضا بالتشاؤم بشأن الأسئلة المتعلقة بظروف تشغيل المستشفيات (عدم كفاية النظافة و الجداول الزمنية غير الكافية) ولمقدمي الخدمة الصحية الذين يشكك في فعاليتهم و قدرتهم على التواصل و الشعور بالمرضى مع الأخذ بعين الاعتبار مختلف الجهات الفاعلة.

في هذه الظروف، يمكن شرح استخدام الخدمة العمومية أولا وقبل كل شيء من خلال اعتبارات الإنفاق الصحي (مجانية العلاج) ، ولكن أيضا من خلال الشعور بأنه عندما يصبح الأمر حساسا، لا بد من تنبيه القطاع العام. تؤدي هذه العوامل إلى زيادة الضغوط التي تفضل "ألعب العلاقات" على حساب الأجهزة التنظيمية الموجودة.

أما عن الإدراكات فلدينا:

الجدول 16: تمرکز الإدراكات حسب أهميتها.

The dimension	[1;1,5[	[1,5;2,5[	[2,5;3,5[	[3,5;4,5[	[4,5;5,5[	[5,5;6,5[	[6,5;7]
الملموسية		1	2	1			
الاعتمادية			3	2			
الاستجابة			3	1			
الضمان			3	1			
التقمص العاطفي			3	2			
Total		1	14	7			

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المعطيات السابقة.

إنه المستوى غير الكافي من الخدمة الذي ينبثق من إدراك المرضى، فما نسبته 68,19% أي ما يزيد قليلا عن ثلثي العناصر المعنية يثبت ذلك، فالضغط على الهياكل الصحية يسبب ضغطا على الموارد و بالتالي على جميع أبعاد الخدمة. و هو ما يستوجب إزالته من خلال فرض المرور المسبق على المؤسسات الصحية في مكان المنشأ الأصلي بغض النظر عن الاحتكاك المتسبب، كما أن تحسين هاته المؤسسات أمر ضروري من شأنه أن يعزز الاستخدام الأكبر لها. أما مستوى الاستقبال و التدخل فزيادة الطاقة الاستيعابية للمصلحة يعتبر خيارا مكملا،

أما تمرکز الفجوات فيعبر عنه في الجدول التالي:

الجدول 17: تمرکز الفجوة بين الإدراكات و التوقعات حسب أهميتها.

The dimension	[-3 ; -2[	[-2 ; -1[	[-1 ; 0[	[0 ; 1[
Tangibility	2	1		1
Reliability	2	2		1
Responsiveness		3		1

Assurance		2		2
Empathy	1	2	1	1
Total	5	10	1	6

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المعطيات السابقة.

عموما فإن المستخدمين المرضى غير موافقين على جودة الخدمات الصحية العمومية المقدمة من طرف المصلحة من ناحية جميع أبعاد التقييم الخمس لنموذج RATER. و هو ما يتم تأكيده من خلال الفجوة المحسوبة بين الإدراكات و التوقعات المبينة في الجدول 17، فالفجوة سالبة بين 16 بند من البنود بما نسبته 72,73 %، و إيجابية لـ 6 بما نسبته 27,27 %، وعلاوة على ذلك تتميز هذه العناصر الستة بتوقعات أقل من 3 و مستوى منخفض من الإدراك.

6. الخاتمة:

سعت الدراسة إلى قياس جودة الخدمة الصحية العمومية المقدمة بمصلحة الاستعجالات الطبية و الجراحية بمستشفى مسلم الطيب بمعسكر، هاته الأخيرة و في سعيها لضمان تطبيق مبادئ الخدمة العمومية الصحية الجزائرية و في مقدمتها المعاملة المتساوية لجميع مستخدميها المرضى، ضمان استمرارية الخدمة على مدار الساعة لتلبية الاحتياجات الصحية لسكان المنطقة الحساسة، اللامتناهية و المكلفة تجد نفسها أما تحدي أكبر و هو تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية تتناسب مع تطلعات و توقعات المستخدمين المرضى لارتباط الخدمة بعنصر لا يقدر بثمن ألا و هو حياة الأفراد.

قياس جودة الخدمة الصحية المقدمة بالمصلحة السابقة الذكر يعتبر في حد ذاته تحدي من نوع خاص، فالمستوجب هو المريض الذي لا يهتم في تلك اللحظة غير حالته الصحية التي هي على المحك، فيجد نفسه مخيرا لا مجبرا على الإجابة على استبيانين يحملان الأبعاد الخمس لنموذج SERVQUAL المحسن أو ما يطلق عليه اختصارا بـ RATER، أين حمل الاستبيانين أسئلة عالجت مستوى توقعات المرضى للخدمة الصحية المقدمة و مستوى إدراكهم لها عن طريق الأبعاد الخمسة المذكورة سابقا و المكيفة مع الخدمة الصحية.

و على الرغم من التوقعات البزاعماتية، و بالنظر إلى التجارب السابقة، كان مستوى الإدراك متدني فالفروق الإيجابية الوحيدة سببها التوقعات المحدودة. فالواقع يشير إلى أن الضغط على الموارد في ضوء التدفق الكبير يؤدي إلى تقدير منخفض لمدى ملموسية الخدمة و الذي يؤثر بفعل الارتداد الأبعاد الأخرى. هذا و تبرز خصائص العينة أهمية المرضى الذين يأتيون مباشرة من الدوائر المجاورة و الذين يفضلون التقدم مباشرة إلى مصلحة الاستعجالات بالمدينة الرئيسية في ولاية، فيرتبط تطور الخدمات الأساسية ارتباطا مباشرا بتطور هذه الخدمات في هياكل المستشفيات الأخرى بدوائر الولاية و بلدياتها.

و منه فهذه الدراسة تفتح المجال أكثر أمام الباحثين و أهل الاختصاص في التعمق أكثر و البحث في مجال جودة الخدمة الصحية بصفة عامة و الخدمة الصحية العمومية بصفة خاصة، كما تطرح هاته الدراسة و نتائجها العديد من التساؤلات والتي تستوجب دراسات مستقبلية للإجابة عنها، و في مقدمتها العوامل المؤثرة على تقييم المرضى لجودة الخدمة العمومية الصحية.

7. المراجع:

1.7 المراجع باللغة العربية:

- برانيس عبد القادر، 2014، تسويق الخدمات والخدمات العمومية، مكتبة الوفاء القانونية، الإسكندرية، الطبعة الأولى.
- زكي خليل المساعد، "تسويق الخدمات وتطبيقاته"، دار المناهج لمنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
- عدمان مريزق، "واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر العاصمة"، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007.
- محمد نور الطاهر أحمد عبد القادر، قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 11، العدد 4، 2015.
- مزيان التاج، ملال ربيعة، الرضا الوظيفي و أبعاد جودة الخدمات من منظور تسيير الموارد البشرية في الوظيفة العمومية، تطبيق نموذج SERVQUAL لقياس و تقييم جودة الخدمة الصحية، معاينة في المؤسسات: المركز الاستشفائي الجامعي الجهوي و مستشفى الأم و الطفل بتلمسان، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم تخصص تسيير، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، نوقشت سنة 2014.
- وفاء سلطاني، إلهام يحيوي، استخدام نموذج SERVQUAL لتقييم مستوى الخدمة الصحية، دراسة ميدانية على المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة، مجلة دراسات و أبحاث، المجلد 7، العدد 19، الصفحات 221-241. جانفي 2015.

2.7 المراجع باللغة الأجنبية:

- Bernard F., "Du manuel qualité au manuel management", Afnor, Paris, 2001.

- Carman, J. M. (1990). Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, 66(1), 33-55.
- Cauchick Miguel P. A. and Salomi, G. E. (2004), "A review of models for assessing service quality", *producao*, Vol. 14, No. 1, P. 12.
- Chevallier J., 1971, « le service public », France 1ere édition, presses universitaires.
- Emin Babakus, Gregory W.Boller, An empirical assessment of the SERVQUAL scale, *Journal of Business Research*, Volume 24, Issue 3, May 1992, Pages 253-268.
- Idolina Bernal González and al. (2017), « Service quality and users' satisfaction assessment in the health context in Mexico », *Cuadernos de Administración, Journal of Management*, Vol 33 No 57, Jan. - Apr. 2017.
- Mestre J.-L. (1988), La notion de service public d'après les débats de l'Assemblée nationale constituante, *Etudes et Documents du Conseil d'Etat*, 40, 208.
- Parasuraman A, Berry LL, Zheitmal VA. Refinement and reassessment of the SERVQUAL dimensions. *J Retailing*. 1991;67(4):420-50.
- Parasuraman A, Zheitmal VA, Berry LL. SERVQUAL: a conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Mark*. 1985; 49(1):41-50.
- Parasuraman A, Zheitmal VA, Berry LL. SERVQUAL: une échelle multi-items de mesure des perceptions de la qualité de service par les consommateurs. *Recherche et Applications en Marketing*, Vol. 5, No. 1 (1990), pp. 19-42
- Richard A.Spreng, Robert D. Mackoy, An Empirical Examination of a Model of Perceived Service Quality and Satisfaction, *Journal of Retailing* 72(2):201-214, June 1996
- Thabet, A.E., 2006. Efficiency and quality of logistic services: Basic concepts and measuring and evaluation concepts. Alexandria, Egypt: University Publishing House for Publishing and Distribution.
- Tom J.Brown, Gilbert A. Churchil, J.Paul Peter, Improving the Measurement of Service Quality, *Journal of Retailing* 69(1):127-139, March 1993.
- Vilcot C., Lecllet H., Indication Qualité en Santé : Certification et Evaluation des Pratiques Professionnelles, AFNOR, France, 2006.
- W. Sabadie, « Contribution a la mesure de la qualité perçus d'un service public », thèse pour l'obtention du titre de Docteur en science de gestion, Université des sciences Sociales de Toulouse, le 21 décembre 2001.