



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة القادسية

كلية الإدارة والاقتصاد

قسم إدارة الأعمال

دور مكونات نظم المعلومات الإدارية في تحقيق جودة الخدمات الصحية

دراسة استطلاعية لأداء عينة من القيادات الإدارية و المرضى الراقدين
في المستشفيات الحكومية _ محافظة النجف الأشرف

رسالة ماجستير

مقدمة

إلى مجلس كلية الإدارة و الاقتصاد في جامعة القادسية وهي جزء من متطلبات نيل درجة الماجستير
في علوم إدارة الأعمال

من قبل الطالب

سعد مهدي سعيد الموسوي

بإشراف

الأستاذ الدكتور

حامد كاظم متعب الشيرازي

2016 هـ

1437 هـ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

يَرْفَعُ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا
مِنْكُمْ وَ الَّذِينَ أَوْتُوا الْعِلْمَ
دَرَجَاتٍ ۗ صَدَقَ اللَّهُ الْعَلِيِّ الْعَظِيمِ

المجادلة 1

إقرار المشرف

اشهد بأن إعداد الرسالة الموسومة بـ

دور مكونات نظم المعلومات الادارية في تحقيق جودة الخدمات الصحية

دراسة استطلاعية لآراء عينة من القيادات الادارية و المرضى الراقدين
في المستشفيات الحكومية _ محافظة النجف الاشرف

المقدمة من قبل الطالب

(سعد مهدي سعيد الموسوي)

قد جرت تحت إشرافي في قسم إدارة الأعمال بكلية الإدارة والاقتصاد - جامعة القادسية
وهي جزء من متطلبات نيل شهادة الماجستير في إدارة الأعمال

الاستاذ الدكتور

حامد كاظم متعب الشيباوي

2016/5/15م

توصية رئيس لجنة الدراسات العليا

بناءً على توصية المشرف أشرح هذه الرسالة للمناقشة.

الاستاذ الدكتور

صالح عبد الرضا رشيد

رئيس لجنة الدراسات العليا

2016/ /م

توصية رئيس قسم ادارة الاعمال

بناءً على توصية المشرف ورئيس لجنة الدراسات العليا أشرح هذه الرسالة للمناقشة.

الاستاذ المساعد الدكتور

ماجد عبد الامير محسن

رئيس قسم ادارة الاعمال

2016/ /م

إقرار الخبير اللغوي

اشهد أنني قومت لغة الرسالة الموسومة بـ

دور مكونات نظم المعلومات الإدارية في تحقيق جودة الخدمات الصحية

دراسة استطلاعية لأراء عينة من القيادات الادارية و المرضى الراقدين
في المستشفيات الحكومية _ محافظة النجف الاشرف

المقدمة من قبل الطالب

(سعد مهدي سعيد الموسوي)

و قد اجريت مراجعتها من الناحية اللغوية و التعبيرية و تصحيح ما ورد فيها
من اخطاء و بذلك اصبحت الرسالة مؤهلة للمناقشة .



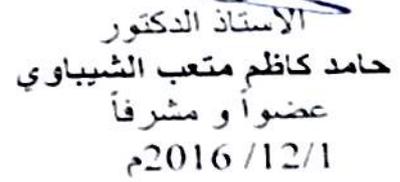
المدرس الدكتور
جعفر طالب كريم
2016/ 6 /1م

إقرار لجنة المناقشة

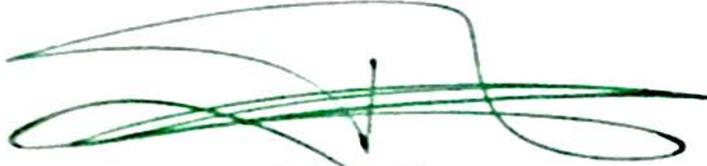
نحن أعضاء لجنة المناقشة الموقعون أدناه ، نشهد بأننا اطلعنا على الرسالة الموسومة بـ
(دور مكونات نظم المعلومات الإدارية في تحقيق جودة الخدمات الصحية)
دراسة استغلالية لآراء عينة من القيادات الإدارية و المرضى الراقيين في المستشفيات الحكومية - محافظة لحف العتروف
المقدمة من قبل الطالب
(سعد مهدي سعيد الموسوي)
و قد ناقشنا الطالب في محتوياتها وفيما له علاقة بها ، ولذا نرى انها حديرة بالقبول لنيل شهادة الماجستير في
علوم إدارة الأعمال بتقدير (جيد جدا) .



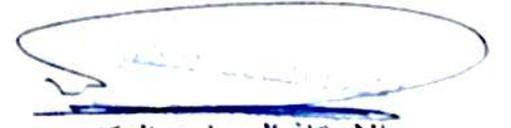
الاستاذ المساعد
فراس عدنان عباس
عضواً
2016 / 12 / 26 م



الاستاذ الدكتور
حامد كاظم متعب الشيباوي
عضواً و مشرفاً
2016 / 12 / 1 م



الاستاذ الدكتور
يوسف حجيم الطائي
رئيساً
2016 / 12 / 1 م



الاستاذ المساعد الدكتور
عبد السلام ابراهيم عبد
عضواً
2016 / 12 / 1 م

مصادقة مجلس الكلية

صادق مجلس كلية الإدارة و الاقتصاد / جامعة القادسية على إقرار لجنة المناقشة

الاستاذ المساعد الدكتور
مجيد عبد الحسين هاتف
عميد كلية الإدارة و الاقتصاد
جامعة القادسية
2016 / 12 / 1 م

الأهداء

الى روح والدي و والدي و اخوتي الغالين رحمهم الله

الي زوجتي العزيزة

الى اخواتي واخواني

و الى زهور حياتي شهد و علي و فاطمة و حسين

الشكر و التقدير

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله رب العالمين الذي هدانا إلى هذا و ما كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله

نشكره على نعمه التي أنعم بها علينا

و الصلاة و السلام على أشرف المرسلين ، خاتم النبيين محمد و على آله الطيبين

الطاهرين

أتقدم بالشكر و التقدير إلى كل من مد يد العون و المساعدة طوال فترة

الدراسة

و بالأخص أ.د حامد كاظم متعب الشيباوي

و الى السيد عميد كلية الادارة و الاقتصاد و السيد معاون العميد لشؤون

العلمية و الى السيد رئيس قسم ادارة الاعمال و الى جميع اساتذة قسم ادارة

الاعمال كلية الادارة و الاقتصاد

جامعة القادسية

المستخلص

مكونات نظام المعلومات الادارية و دورها في تحقيق جودة الخدمات الصحية ، هو من الموضوعات التي أصبحت تمثل أهمية في القطاع الصحي، و تهدف هذه الدراسة الى ابراز دور مكونات نظام المعلومات في تحقيق جودة الخدمة الصحية في مستشفيات محافظة النجف الاشرف.

تمثلت مشكلة الدراسة في ما مدى مستوى نظام المعلومات الادارية ، ما هو مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة و ما دور المكونات في تحقيق جودة الخدمات الصحية.

اعتمدت الدراسة الحالية المدخل الاستنباطي، و تكونت من اربعة جوانب:

1. جانب المنهجية و الدراسات السابقة: تكون من قسمين تناول الأول المنهجية و الثاني الدراسات المعرفية السابقة.

2. الجانب النظري: تكون من قسمين تناول الأول الإطار النظري لمفهوم مكونات نظام المعلومات الادارية و الثاني تناول الإطار النظري لمفهوم جودة الخدمة الصحية و أبعادها.

3. الجانب العملي: تم تطبيق الدراسة في ثلاث مستشفيات حكومية من مستشفيات محافظة النجف الاشرف و تم اعتماد الاستبانة كأداة رئيسة لجمع البيانات من عينة الدراسة البالغ (169) فردا من القيادات الادارية و المرضى الراقدين في المستشفيات الثلاث.

4. جانب الاستنتاجات و التوصيات .

توصلت الدراسة الى مجموعة من الاستنتاجات كان ابرزها:

1. هناك علاقة ارتباط معنوية بين مكونات نظام المعلومات الادارية و جودة الخدمة الصحية.

2. توجد علاقة تأثير معنوية لمكونات نظام المعلومات الادارية على جودة الخدمة الصحية.

من خلال الاستنتاجات التي توصلت الى مجموعة من التوصيات كان ابرزها :

1. ضرورة تبني مستشفيات مجتمع الدراسة مشروع تطوير مكونات نظام المعلومات الادارية نظرا للمزايا

الكبيرة التي تقدمها من خلال التأثير الواضح على اداء المستشفيات بشكل عام.

2. على ادارة المستشفيات اعتماد منهج ربط مكونات نظام المعلومات الادارية بجودة الخدمة الصحية.

3. ينبغي على ادارة المستشفيات رفع مستوى التزامها بجودة الخدمات الصحية و تجسدها من خلال تعزيز

الجودة في جميع انحاء المستشفى .

قائمة المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
أ	الآية
ب	الإهداء
ج	الشكر و التقدير
د	المستخلص
هـ	قائمة المحتويات
و - ز	قائمة الجداول
ز	قائمة الاشكال
ح	قائمة الملاحق
1	المقدمة
17 - 2	الفصل الأول : منهجية الدراسة و الدراسات السابقة
2	المبحث الأول : منهجية الدراسة
12	المبحث الثاني : الدراسات المعرفية السابقة
49-18	الفصل الثاني : الاطار النظري
18	المبحث الأول : نظم المعلومات الادارية
33	المبحث الثاني : جودة الخدمة الصحية
87-50	الفصل الثالث : الجانب التطبيقي
50	المبحث الأول : فحص بيانات الدراسة
60	المبحث الثاني : الوصف الإحصائي. عرض نتائج الدراسة وتحليلها وتفسيرها
77	المبحث الثاني : اختبار فرضيات الدراسة
90 - 88	الفصل الرابع : الاستنتاجات و التوصيات
88	المبحث الأول : الاستنتاجات
90	المبحث الثاني : التوصيات
98 - 91	المصادر

قائمة الجداول

رقم الصفحة	الجدول	ت
8	مكونات استمارة الاستبانة الاولى	1
9	مكونات استمارة الاستبانة الثانية	2
9	مكونات استمارة الاستبانة الثالثة	3
10	مدرج فقرات الاستبانة	4
10	لاستبانات الموزعة و المعادة و غير الصالحة و المفقود الخاص بالعاملين	5
11	الاستبانات الموزعة و المعادة و غير الصالحة و المفقود الخاص بالمرضى	6
20-19	تعريف نظام المعلومات لمجموعة من الكتاب و الباحثين	7
25	مكونات نظام المعلومات حسب اراء بعض الكتاب و الباحثين	8
29	انواع و مصادر البرمجيات	9
31	انواع البيانات	10
34-33	تعاريف الخدمة لبعض الكتاب و الباحثين	11
37-36	تعاريف الجودة لبعض الكتاب و الباحثين .	12
39-38	تعاريف جودة الخدمة لبعض الكتاب و الباحثين	13
41-40	تعاريف جودة الخدمة الصحية لبعض الكتاب و الباحثين	14
45	ابعاد جودة الخدمة	15
50	ترميز و توصيف أداة قياس الدراسة	16
51	نتائج اختبار التوزيع الطبيعي الخاصة ببيانات متغيرات الدراسة	17
52	قيم معامل الفاكرو نباخ للمتغيرات	18
53	علاقات الارتباط بين الفقرات و متغيرات الدراسة	19
58	التركيبية الديموغرافية و الوظيفية لعينة الدراسة (العاملين)	20
59	التركيبية الديموغرافية لعينة الدراسة (المرضى الراقدين)	21
62	المتوسطات الحسابية و الانحرافات لفقرات مكون المستلزمات المادية	22
64	المتوسطات الحسابية و الانحرافات لفقرات مكون البرمجيات	23
65	المتوسطات الحسابية و الانحرافات لفقرات مكون الافراد	24
66	المتوسطات الحسابية و الانحرافات لفقرات مكون البيانات	25
67	المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لمكونات نظام المعلومات	26
69	المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لفقرات بعد الملموسية	27
70	المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لفقرات بعد الاستجابة	28
71	المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لفقرات بعد الموثوقية	29
73	المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لفقرات بعد الضمان	30
74	المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لفقرات بعد التعاطف	31
75	المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لأبعاد جودة الخدمة الصحية	32
76	الايوساط الحسابية لفقرات ابعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة و المتوقعة	33
77	الفروق بين الاوساط الحسابية لأبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة و المتوقعة	34
78	حجم معامل الارتباط و تفسيره	35
79	نتائج الفرضية الرئيسية الاولى	36
80	نتائج الفرضية الفرعية الاولى	37
80	نتائج الفرضية الفرعية الثانية	38
81	نتائج الفرضية الفرعية الثالثة	39

رقم الصفحة	الجدول	ت
81	نتائج الفرضية الفرعية الرابعة	40
82	الارتباطات كل مكون من مكونات نظم المعلومات مع جودة الخدمة الصحية	41
85	نتائج الفرضية الرئيسية الثانية	42
86	نتائج الفرضية الفرعية الاولى	43
86	نتائج الفرضية الفرعية الثانية	44
87	نتائج الفرضية الفرعية الثالثة	45
88	نتائج الفرضية الفرعية الرابعة	46
88	قيم الانحدار لمكونات نظم المعلومات على جودة الخدمة الصحية	47

قائمة الأشكال

رقم الصفحة	الشكل	ت
4	المخطط الفرضي للعلاقة بين المتغير المستقل و المتغير التابع	1
26	المكونات نظام معلومات	2
29	انواع البرمجيات	3
43	العوامل المؤثر على جودة الخدمة الصحية	4
47	نموذج فجوات جودة الخدمة	5
55	نتائج تحليل العامل التوكيدي لمقياس مكونات نظام المعلومات	6
73	نتائج تحليل العامل التوكيدي لمقاييس جودة الخدمة الصحية	7
63	اهمية كل فقرة من فقرات مكون المستلزمات المادية بالنسبة الى بقية فقرات	10
64	اهمية كل فقرة من فقرات مكون البرمجيات بالنسبة الى بقية فقرات	11
65	اهمية كل فقرة من فقرات مكون الافراد بالنسبة الى بقية فقرات	12
67	اهمية كل فقرة من فقرات مكون البيانات بالنسبة الى بقية فقرات	13
68	اهمية مكون من مكونات نظام المعلومات بالنسبة الى بقية مكونات	14
70	اهمية كل فقرة من فقرات بعد الملموسية بالنسبة الى بقية فقرات	15
71	اهمية كل فقرة من فقرات بعد الملموسية بالنسبة الى بقية فقرات	16
72	اهمية كل فقرة من فقرات بعد الموثوقية بالنسبة الى بقية فقرات	17
73	اهمية كل فقرة من فقرات بعد الضمان بالنسبة الى بقية فقرات	18
74	اهمية كل فقرة من فقرات بعد الضمان بالنسبة الى بقية فقرات	19
75	اهمية كل بعد من ابعاد جودة الخدمة الصحية بالنسبة الى بقية الابعاد	20
77	الفروق بين جودة الخدمات الصحية المقدمة و المتوقعة من قبل المرضى	21
82	اهمية كل مكون من مكونات نظام المعلومات حسب ارتباطه مع جودة الخدمة	22
83	الارتباطات بين مكونات نظام المعلومات و جودة الخدمة الصحية	23
89	اهمية كل مكون من مكونات نظام المعلومات حسب تأثير على جودة الخدمة الصحية	24

قائمة الملاحق

رقم	الملحق
1	الهيكل التنظيمي لمدينة الصدر الطبية
2	الهيكل التنظيمي لمستشفى الحكيم العام
3	الهيكل التنظيمي لمستشفى الزهراء التعليمي
4	اسماء المسؤولين الذين تمت مقابلتهم في المستشفيات أثناء فترة الدراسة
5	الاسئلة التي وجهت الى المسؤولين بالمستشفيات
6	الاستبانة الخاصة بالعاملين في المستشفيات
7	الاستبانة الخاصة بجودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى الراقدين في مستشفيات
8	لاستبانة الخاصة بجودة الخدمة الصحية المتوقع من قبل المرضى الراقدين في مستشفيات
9	اسماء الاساتذة المحكمين الذين عرضت عليهم الاستبانة

المقدمة

شهدت الفترة الأخيرة تطورات واسعة للنهوض بواقع جودة الخدمة الصحية ، حتى صار السعي وراء تحقيق الجودة في الخدمات التي تقدمها المنظمات الصحية مطلباً ضرورياً و من هذا المنطلق و جدت ادارات المنظمات الصحية نفسها امام مسؤوليات و تحديات كبيرة من اجل تحسين جودة الخدمة الصحية كل ذلك دفع العديد من المنظمات الصحية إلى تبني اساليب و ادوات جديدة لتحسين جودة الخدمات التي تقدمها بهدف المحافظة على تطورها وتجدها بما يجعلها قادرة على التكيف المستمر مع بيئتها . و احدى هذه الادوات هي نظم المعلومات كواحدة من الادوات المهمة التي تلجأ إليها المنظمات، ان المنظمات تتشبع نظم معلومات ادارية لتطوير ادائها الذي يؤدي الى تحسين الجودة في خدماتها الحالية و انشاء خدمات جديدة تستجيب للطلبات المتغيرة لمرضاها و تمنحها القدرة على المنافسة مع المنظمات الصحية الأخرى .

تأتي الدراسة الحالية لتسلط الضوء على الدور المحتمل الذي يمكن أن تؤديه مكونات نظم المعلومات الادارية في المستشفيات الحكومية في محافظة النجف الاشرف في تحقيق جودة الخدمات الصحية. إن تحقيق ذلك الغرض من الدراسة يتطلب تغطية مضامينها نظرياً و تطبيقياً ، ولهذا جرى تقسيمها على أربعة فصول خصص الفصل الأول منها و الذي يتضمن مبحثين لعرض منهجية الدراسة و المتمثلة بمشكلة الدراسة و أهدافها و أهميتها و فرضياتها و وصفاً لعينتها ، و اهم الأدوات و الوسائل الإحصائية المستخدمة فيها ، فضلاً عن عرض بعض من الجهود المعرفية السابقة ذات الصلة . اما الفصل الثاني فقد خصص لتغطية الجانب النظري و المفاهيمي لمتغيرات الدراسة ابتداءً من تطور و مفهوم اي من متغيرات الدراسة و انتهاءً بتحديد ابعاد و مكونات ذلك المتغير و تكون من مبحثين خصص المبحث الاول منه مكونات نظام المعلومات الادارية ، في حين خصص المبحث الثاني لجودة الخدمة الصحية أما الفصل الثالث و الذي تم تخصيصه لعرض الجانب التطبيقي للدراسة فقد احتوى ثلاثة مباحث ، تناول المبحث الأول منه فحص بيانات الدراسة و التحقق من صدق المقاييس و ثباتها ، في حين تناول المبحث الثاني الوصف الإحصائي لمتغيرات الدراسة ، أما المبحث الثالث فقد تناول اختبار فرضيات الارتباط و التأثير لمتغيرات الدراسة ، و تناولت الدراسة في فصلها الرابع مجموعة الاستنتاجات والتوصيات التي خرجت بها الدراسة و المقترحات لدراسات مستقبلية .

فقد كان ابرز ما توصلت اليه الدراسة من استنتاجات وجود علاقة ارتباط و تأثير ذات دلالة معنوية بين مكونات نظم المعلومات الادارية بمكوناتها و جودة الخدمة الصحية . و خرجت الدراسة بمجموعة من التوصيات جاء في مقدمتها ضرورة تبني المستشفيات مجتمع الدراسة مشروع تطوير مكونات نظام المعلومات الادارية من خلال (المستلزمات المادية و البرمجيات و الافراد و البيانات) نظراً للمزايا الكبيرة التي تقدمها من خلال التأثير الواضح على اداء المستشفيات بشكل عام ، و على جودة الخدمة الصحية المقدمة بشكل خاص ، و دعمها بالجهد و المال .

الفصل الأول

المنهجية و الدراسات المعرفية السابقة

المبحث الأول منهجية الدراسة

تمهيد

يتناول هذا المبحث المنهجية المتبعة من حيث بيان طبيعة مشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها وعينة و مجتمع الدراسة و حدود الدراسة و أساليب جمع البيانات فضلا عن أدوات التحليل التي اعتمدت للوصول إلى النتائج.

أولاً: مشكلة الدراسة :

من خلال معاشتي الطويلة في مستشفيات محافظة النجف الاشرف لمست بعض المشاكل التي تكمن في حقيقة أن المستشفيات لم تستوعب التغيير الواسع نحو استخدام مكونات نظم المعلومات الادارية في أداء مهامها و عملياتها.

ان استخدام مكونات نظم المعلومات الادارية من قبل مختلف المنظمات و منها منظمات القطاع الصحي له العديد من المزايا الإيجابية و الفعالة التي تنعكس على تحقيق جودة الخدمات الصحية ، برزت بعض التساؤلات حول مستوى مكونات نظم المعلومات و الاستفادة منها في تحقيق جودة الخدمات الصحية المقدمة ، و يمكن صياغة مشكلة الدراسة بالتساؤلات الآتية :

1. ما مدى ادراك القيادات الادارية لمستوى مكونات نظم المعلومات الادارية من حيث مكوناتها المتمثلة ب(المستلزمات المادية ، البرمجيات، الافراد، البيانات) في مستشفيات عينة الدراسة؟
2. ما هو دور مكونات نظم المعلومات الادارية في تحقيق جودة الخدمات الصحية المقدمة ؟
3. ما مدى ادراك ادارات المستشفيات للمشاكل والعقبات التي تحد من مستوى مكونات نظم المعلومات الادارية و بالتالي انعكاسها على جودة الخدمات الصحية ؟
4. ما مدى ادراك المرضى الراقدين لمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من حيث ابعادها المتمثلة ب(الملموسية ،الاستجابة، الموثوقية، التعاطف، الضمان) في مستشفيات عينة الدراسة؟
5. ما توقعات المرضى الراقدين لمستوى جودة الخدمة الصحية من حيث ابعادها المتمثلة ب(الملموسية ، الاستجابة، الموثوقية، التعاطف، الضمان) في مستشفيات عينة الدراسة ؟

ثانياً: أهمية الدراسة

تتبع أهمية الدراسة من كونها تسلط الضوء على دور و اهمية مكونات نظم المعلومات الادارية في تحقيق جودة الخدمات الصحية، و علاوة على ذلك ، تكتسب هذه الدراسة أهمية من خلال ما يأتي :

3 دور مكونات نظم المعلومات الإدارية في تحقيق جودة الخدمات الصحية منهجية الدراسة

1. تناولها مفهوم مكونات نظم المعلومات الإدارية الذي يعد احد المواضيع الهامة في الإدارة الحديثة ، كونه مصدرا مهما لبقاء و استمرارية المنظمات و منها الصحية.
2. تكتسب هذه الدراسة اهميتها أيضا من أهمية اعتماد استخدام مكونات نظم المعلومات الإدارية في المستشفيات الذي يساعد على اعتماد أساليب عمل حديثة تختلف عن العمل التقليدي ، وبالتالي يساعد المستشفيات على حل مشاكلها و قبول التغيير كمنهج .
3. لفت انتباه المدراء و صانعي القرار في المستشفيات لأهمية زيادة الاعتماد على مكونات نظم المعلومات الإدارية لتحقيق جودة الخدمات الصحية المقدمة.
4. التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات عينة الدراسة.
5. التعرف على توقعات المرضى الراقدين لمستوى جودة الخدمات الصحية في مستشفيات عينة الدراسة.
6. امكانية استفادة مستشفيات عينة الدراسة من خلال ما ستسفر عنه الدراسة من نتائج يمكن ان تستفيد منها بما يسهم في رفع مستوى جودة الخدمات الصحية .
7. تسليط الضوء على مواطن الضعف و القوة في مكونات نظم المعلومات الإدارية في مستشفيات عينة الدراسة .
8. تساهم هذه الدراسة في إثراء موضوع الدراسة الى جانب من سبقنا من الباحثين ، و هي نقطة انطلاق لمزيد من الدراسات.

ثالثاً: أهداف الدراسة

- تهدف هذه الدراسة أساسا تحليل و قياس دور مكونات نظم المعلومات الإدارية في تحقيق جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات ، و هذا يمكن تحقيقه من خلال الأهداف الآتية :
1. تقديم إطار مفاهيمي حول مفهومي مكونات نظم المعلومات الإدارية و جودة الخدمة الصحية.
 2. التعرف على الواقع الفعلي لمكونات نظم المعلومات الإدارية في مستشفيات عينة الدراسة.
 3. معرفة ادراك القيادات الإدارية لأهمية مكونات نظم المعلومات الإدارية.
 4. التعرف على مكونات نظم المعلومات الإدارية و دراسة علاقتها مع جودة الخدمة الصحية.
 5. التعرف على ابعاد جودة الخدمات الصحية .
 6. التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مستشفيات عينة الدراسة .
 7. قياس مستوى جودة الخدمات الصحية المتوقعة من قبل المرضى في مستشفيات عينة الدراسة.
 8. اختبار مخطط الدراسة من حيث علاقة الارتباط و التأثير بين متغيرات الدراسة و مدى إمكانية تطبيقه في المستشفيات .

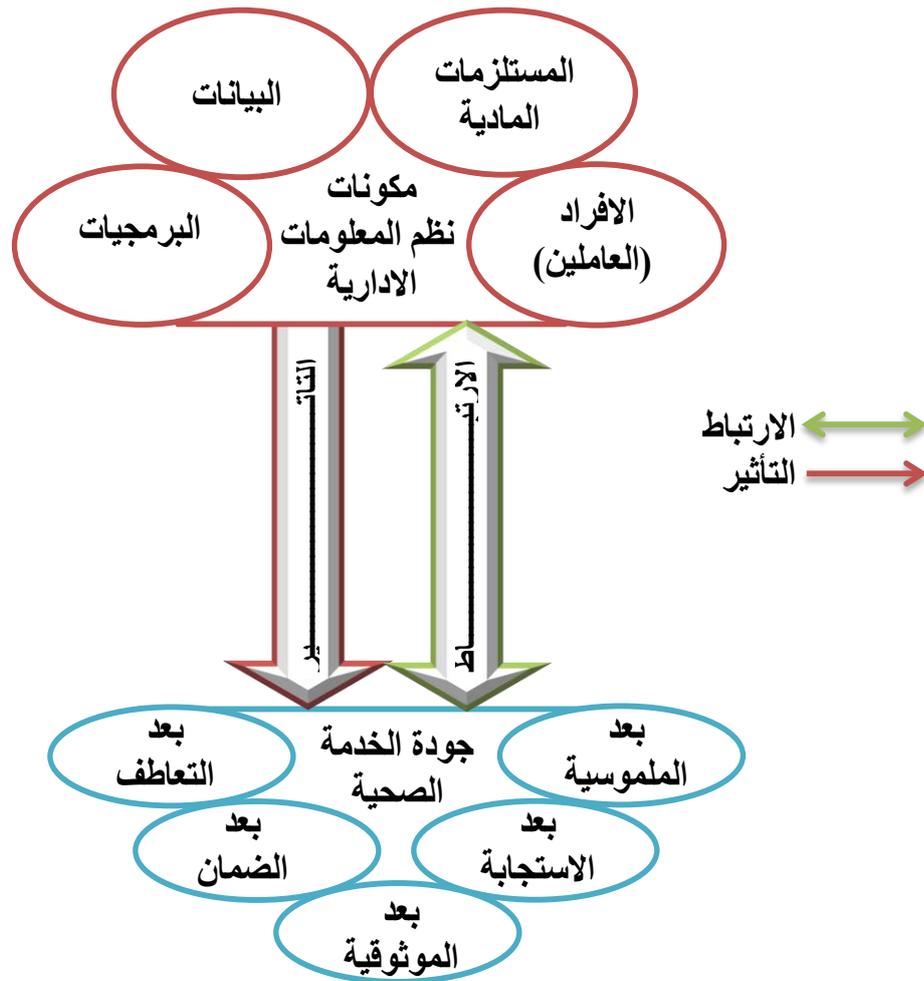
4 دور مكونات نظم المعلومات الإدارية في تحقيق جودة الخدمات الصحية منهجية الدراسة

9. تقديم توصيات بناءً على النتائج ، لتساعد صناع القرار على اعتماد مكونات نظم المعلومات الإدارية كقوة باعتباره النهج الذي يساهم في نجاح المستشفيات من خلال تحقيق جودة الخدمات التي تقدمها.

رابعاً: المخطط الفرضي للدراسة

في ضوء مشكلة الدراسة وأهدافها تم تصميم مخطط الدراسة كما هو مبين في الشكل (1) والذي يتكون من: اولاً. المتغير المستقل مكونات نظم المعلومات الإدارية (Management Information System) المتمثلة بأبعادها: (المستلزمات المادية Hardware، البرمجيات Software ، الافراد People ، البيانات (Data) (David ,2014:6)

ثانياً: المتغير التابع : جودة الخدمات الصحية (Quality of Health Services) المتمثلة بأبعادها (الملموسية Tangibles، الاستجابة Responsiveness، الموثوقية Reliability، الضمان Assurance ، التعاطف Empathy) (Mileide et al.,2013:1238).



شكل (1)

المخطط الفرضي للعلاقة بين المتغير المستقل و المتغير التابع

المصدر: اعداد الباحث

خامساً: فرضيات الدراسة

تستند الدراسة إلى الفرضيات الرئيسية الآتية :

أولاً: الفرضية الرئيسية الأولى

" لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين مكونات نظم المعلومات الادارية و جودة الخدمة الصحية"

تتفرع منها الفرضيات الفرعية الآتية :

- لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين المستلزمات المادية و جودة الخدمة الصحية .
- لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين البرمجيات و جودة الخدمة الصحية .
- لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين الافراد(العاملين) و جودة الخدمة الصحية .
- لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين البيانات و جودة الخدمة الصحية .

ثانياً: الفرضية الرئيسية الثانية

" لا توجد هنالك علاقة تأثير معنوية بين مكونات نظم المعلومات الادارية و جودة الخدمة الصحية "

تتفرع منها الفرضيات الفرعية الآتية :

- لا توجد علاقة تأثير معنوية بين المستلزمات المادية و جودة الخدمة الصحية.
- لا توجد علاقة تأثير معنوية بين البرمجيات و جودة الخدمة الصحية .
- لا توجد علاقة تأثير معنوية بين الافراد و جودة الخدمة الصحية .
- لا توجد علاقة تأثير معنوية بين البيانات و جودة الخدمة الصحية .

سادساً: منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية المدخل الاستنباطي(Deductive Approach) الذي يبدأ بمراجعة الادبيات و الدراسات السابقة المتعلقة بمتغيرات الدراسة من اجل وضع اطار نظري متكامل و من بعدها يأتي صياغة و اختبار الفرضيات بهدف الوصول الى النتائج.

سابعاً: حدود الدراسة

تمثلت حدود الدراسة بـ :

1. الحدود البشرية :

تمثلت الحدود البشرية بالقيادات الادارية و المرضى الراقدين في المستشفيات الحكومية في محافظة النجف الاشرف و هي (مدينة الصدر الطبية ، مستشفى الحكيم العام ، مستشفى الزهراء التعليمي).

2. الحدود المكانية :

تحددت الدراسة مكانياً في المستشفيات الحكومية في محافظة النجف الاشرف و هي:

6 دور مكونات نظم المعلومات الاحارية في تحقيق جودة الخدمات الصحية منهجية الدراسة

أ. مدينة الصدر الطبية في محافظة النجف الاشرف (المصدر: سجلات المستشفى):

تأسست مدينة الصدر الطبية عام (1983) على يد شركة يابانية، و موقعها في محافظة النجف الاشرف طريق نجف_ كوفة ، بسعة سريرية تبلغ (400) سرير، و بناية المستشفى تتكون من (6) طوابق، الطابق الارضي خاص بالإدارة و المختبرات وصاله الطوارئ والصيدليات وصاله العمليات ، اما بقية الطوابق فقد كانت خاصة بالمرضى الراقدين كردهات وغرف و صالات العمليات .

بعد عام (2004) توسعت المستشفى و تم تغيير اسمها من مستشفى الصدر التعليمي الى مدينة الصدر الطبية في محافظة النجف الاشرف ، وذلك بسبب التوسع النوعي في الخدمات المقدمة ، حيث تم ادخال تخصصات جديدة كما عملت الادارة على انشاء مجموعة من المراكز المتخصصة مثل :

1. مركز الجهاز الهضمي : المتخصص بمعالجة امراض الجهاز الهضمي.

2. مركز القلب المفتوح : المتخصص بمعالجة امراض القلب و الشرايين.

3. مركز امراض المجاري البولية : المتخصص بمعالجة امراض الكلية ومجاري البولية.

ادارة المستشفى اليوم لديها العديد من الخطط التوسعية التي تسعى لتحقيقها في المستقبل.

يبلغ عدد الافراد العاملين في مدينة الصدر الطبية بحوالي (1700) منهم (247) طبيب و طبيبة بمختلف

الاختصاصات ، و تتكون مدينة الصدر الطبية تنظيمياً من عدة اقسام وشعب كما هو مبين في الملحق (1) الذي يمثل الهيكل التنظيمي لمدينة الصدر الطبية في محافظة النجف الاشرف .

ب. مستشفى الحكيم العام (المصدر: سجلات المستشفى):

تأسس مستشفى الحكيم العام في سنة(1951) باسم مستشفى النجف ، بسعة سريرية بلغت بوقتها (50)

سريراً ، و موقعها في محافظة النجف _مركز مدينة النجف، و كانت هذه المستشفى الوحيدة في محافظة النجف الاشرف تحتوي العديد من التخصصات .

بعد عام (2004) توسعت المستشفى نوعياً و كمياً حيث توسعت الى (200) سريراً ، من خلال اضافة

مباني جديدة على تصميمها الاصلي ، كما توسعت نوعياً من خلال ادخال اختصاصات جديدة ، وتم تغيير اسمها من مستشفى النجف الى مستشفى الحكيم العام ، و ذلك بسبب قدرتها على معالجة مختلف انواع الامراض لتوفر اختصاصات عديدة فيها .

تملك المستشفى عدداً كبيراً من الافراد العاملين الذي يبلغ (1170) و يبلغ منهم (195) طبيباً و طبيبة

باختصاصات مختلفة ، و تتكون المستشفى تنظيمياً من عدة اقسام و شعب كما هو مبين في الملحق (2)

الذي يمثل الهيكل التنظيمي لمستشفى الحكيم العام ، و المستشفى الان تقوم بعمليات بناء بناية من عدة طوابق سوف تكون بناية المستشفى الرئيسية في المستقبل.

ج . مستشفى الزهراء التعليمي(المصدر: سجلات المستشفى):

تأسس مستشفى الزهراء التعليمي عام (1987) في محافظة النجف الاشرف ، مدينة النجف _ منطقة الاسكان ، و كانت تسمى مستشفى الزهراء للولادة و الاطفال .

بعد عام(2004) توسعت المستشفى بشكل كبير ، و تم تغيير اسمها الى مستشفى الزهراء التعليمي ، توسعت المستشفى نوعياً من خلال استقبال اعداد كبيرة من طلبة الكليات الطبية لغرض التعلم و التدريب العملي ، و ادخال تخصصات حديثة ، اما كماً فتم من خلال اضافة العديد من المباني و الاجهزة و المستلزمات الطبية او غيرها ، وهي الان في صدد الحصول على موافقة وزارة الصحة العراقية على توسيع السعة السريرية الى (400) سرير بعد ان اكملت توفير كل البنى التحتية لهذا التوسع .

المستشفى متخصص بأمراض الاطفال من عمر(1) يوم الى (6) سنوات، كما انه متخصص بأمراض النسائية المختلفة مثل امراض الحمل و الولادة و العقم و غيرها ، و تمتلك المستشفى كادراً يتكون (1289) فرداً يبلغ الاطباء و الطبيبات فيه (213) من مختلف الاختصاصات ، و تتكون المستشفى تنظيمياً من عدة اقسام و شعب كما هو مبين في الملحق (3) الذي يمثل الهيكل التنظيمي لمستشفى الزهراء التعليمي.

3. الحدود الزمانية :

امتدت الحدود الزمانية للدراسة من 2015/12/1 لغاية 2016 / 05/15

ثامناً: أساليب جمع البيانات

من اجل إتمام الدراسة في الجانبين النظري و التطبيقي تم الاعتماد على الأساليب الآتية:

1. الجانب النظري للدراسة :

اعتمد الباحث في تغطية الجانب النظري للدراسة الحالية على العديد من كتب و مجلات و دوريات و اطاريح و رسائل عربية و أجنبية ذات صلة بموضوع الدراسة ، فضلاً عن البحوث و المقالات العربية و الأجنبية التي تم الحصول عليها عن طريق الانترنت .

2. الجانب التطبيقي للدراسة

اعتمد الباحث في انجاز الجانب التطبيقي على مجموعة من الأدوات المستخدمة في جمع البيانات:

أ. المقابلات الشخصية : لقد تم إجراء بعض المقابلات مع المسؤولين من ذوي العلاقة داخل المستشفيات و وجهت إليهم عدد من الأسئلة المباشرة بهدف التعرف على طبيعة الأنشطة التي يعبر عنها في جمع البيانات، و الملحق (4) يمثل اسماء السادة الذين تم مقابلتهم و الملحق (5) يمثل الاسئلة التي طرحت عليهم.

ب. الاستبانة: اعتمد الباحث استمارات الاستبانة كأداة رئيسة لجمع البيانات الخاصة بمتغيرات الدراسة

فضلاً عن أنها تأتي متوافقة مع عنوان الدراسة ، وضعت ثلاثة استبانات كما يأتي:

الاستبانة الأولى: هي خاصة بالقيادات الادارية وشملت (المدرء و معاونيهم و رؤساء الاقسام و مسؤولي الشعب و الوحدات) كما في ملحق (6) ، الغرض منها معرفة مستوى مكونات نظم المعلومات الادارية كما هو موضح بالجدول (1) الذي يعرض مكونات استمارة الاستبانة و عدد الفقرات الخاصة بمتغير مكونات نظم المعلومات الادارية و المصادر المقتبسة منها، وقد تم تكييف فقرات الاستبانة لكي تتلاءم مع البيئة العراقية ، و تضمنت:

أ. الجزء الأول : يتضمن المعلومات الشخصية المتمثلة (النوع الاجتماعي ، العمر، المؤهل الدراسي ، سنوات الخدمة و المركز الوظيفي) .

ب. الجزء الثاني : يتضمن العبارات الخاصة بالمتغير المستقل مكونات نظم المعلومات الادارية من حيث مكوناتها (المستلزمات المادية ، البرمجيات ، الافراد، البيانات) .

جدول (1)

مكونات استمارة الاستبانة الاولى

المصدر	تسلسل الفقرات	عدد الفقرات	المتغيرات الفرعية		
_____	_____	5	بيانات تخص المجيب	بيانات عامة	1
(Henson,1996) (ابو سبت ،2005) (Ensouri&Alinizi,2014)	5-1	5	المستلزمات المادية	مكونات نظم المعلومات الادارية	2
	9-6	4	البرمجيات		
	13-10	4	الافراد (العاملين)		
	17-14	4	البيانات		

المصدر : اعداد الباحث

1. **الاستبانة الثانية:** هي خاصة بالمرضى الراقدين الغرض منها قياس مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم في المستشفيات الثلاثة ، كما في ملحق (7) ، و الجدول (2) الذي يعرض مكونات استمارة الاستبانة الثانية وعدد الفقرات الخاصة بمتغير جودة الخدمة الصحية و المصادر المقتبسة منها، و قد تم تكييف فقرات الاستبانة لكي تتلاءم مع البيئة العراقية.

تضمنت جزئيين:

أ. الجزء الأول : يتضمن المعلومات الشخصية المتمثلة (النوع الاجتماعي ، العمر، المؤهل الدراسي) .
ب. الجزء الثاني: يتضمن العبارات الخاصة بالمتغير المعتمد جودة الخدمة الصحية المقدمة من حيث أبعادها (الملموسية ، الاستجابة ، الموثوقية ، الضمان ، التعاطف) .

جدول (2)

مكونات استمارة الاستبانة الثانية

المصدر	تسلسل الفقرات	عدد الفقرات	المتغيرات الفرعية	بيانات عامة	1
	—	3	بيانات تخص المجيب	بيانات عامة	1
(Ingy,2008) (Annamalai et al.,2011) (Annamalai,2015)	1-4	4	بعد الملموسية	جودة الخدمة الصحية	2
	5-8	4	بعد الاستجابة		
	9-13	5	بعد الموثوقية		
	14-17	4	بعد الضمان		
	18-22	5	بعد التعاطف		

المصدر : إعداد الباحث

2. الاستبانة الثالثة : هي خاصة بالمرضى الراقدين الغرض منها معرفة مستوى جودة الخدمة الصحية المتوقعة من قبلهم، وشملت المرضى الراقدين في المستشفيات الثلاثة ، كما في ملحق (8) . و كما موضح بالجدول (3) الذي يعرض مكونات استمارة الاستبانة الثالثة و عدد الفقرات الخاصة بجودة الخدمة الصحية المتوقعة و المصادر المقتبسة منها، و قد تم تكييف فقرات الاستبانة لكي تتلاءم مع البيئة العراقية.

جدول (3)

مكونات استمارة الاستبانة الثالثة

المصدر	تسلسل الفقرات	عدد الفقرات	المتغيرات الفرعية	بيانات عامة	1
	—	3	بيانات تخص المجيب	بيانات عامة	1
(Daprim&Aniekan,2012) (Lakshmi,2015)	1-4	4	بعد الملموسية	جودة الخدمة الصحية	2
	5-8	4	بعد الاستجابة		
	9-13	5	بعد الموثوقية		
	14-17	4	بعد الضمان		
	18-22	5	بعد التعاطف		

المصدر : إعداد الباحث

تضمنت جزئيين:

- الجزء الأول : يتضمن المعلومات الشخصية المتمثلة (النوع الاجتماعي ، العمر، المؤهل الدراسي) .
- الجزء الثاني: يتضمن العبارات الخاصة بجودة الخدمة الصحية المتوقعة من حيث أبعادها (الملموسية ، الاستجابة ، الموثوقية، الضمان ، التعاطف) .

قد خضعت الاستبانة لعدة اختبارات من أجل الوصول إلى استبانة ملائمة لأهداف الدراسة الحالية ، التي كانت على وفق مقياس ليكرت (Likert,1961) ذي الترتيب الخماسي و كما مبين في الجدول (4).

جدول (4)
مدرج فقرات الاستبانة

الدرجة	5	4	3	2	1
الاستبانة الاولى	اتفق تماماً	اتفق	محايد	لا اتفق	لا اتفق تماماً
الاستبانة الثانية	اتفق تماماً	اتفق	محايد	لا اتفق	لا اتفق تماماً
الاستبانة الثالثة	مهم جداً	مهم	غير متأكد	غير مهم	غير مهم جداً

المصدر : إعداد الباحث

تاسعا : مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من:

1. القيادات الادارية في المستشفيات الثلاثة و متمثلة ب(مدراء المستشفيات ، معاوني المدراء ، رؤساء الاقسام ، مسؤولي الشعب ، مسؤولي الوحدات) وقد بلغ عددهم (187) فردا.
2. المرضى الراقدين في المستشفيات الثلاثة و قد بلغ عددهم (519) مريضاً راقداً.

عاشراً : عينة الدراسة

العينة هي عبارة عن الجزء المحصور من مجتمع الدراسة ككل و التي تحمل صفات المجتمع الاصلي و تمثله ، و كانت العينة مزدوجة كالاتي:

1. العينة الاولى: اذ بلغ حجم العينة (169) فردا متمثلين بالمدراء و معاونيهم و رؤساء الأقسام ومسؤولي الشعب و الوحدات في المستشفيات الثلاثة ، و كما في الجدول (5) الذي يبين الاستبانة الموزعة و المعادة و غير الصالحة و المفقودة الخاصة بالقيادات الادارية.

جدول (5)

الاستبانة الموزعة و المعادة و غير الصالحة و المفقودة الخاصة بالقيادات الادارية

مجتمع الدراسة	الاستمارات الموزعة	الاستمارات غير الصالحة	الاستمارات المفقودة	الاستمارات المعادة	العينة
187	175	2	4	169	169
النسبة المئوية	93% من المجتمع	1.1%	2.3%	96.6%	90% من المجتمع

المصدر : اعداد الباحث

2. العينة الثانية: شملت (169) مريضا من المرضى الراقدين في المستشفيات ، كما في الجدول (6) الذي يبين الاستبانات الموزعة و المعادة و غير الصالحة و المفقودة الخاصة بالمرضى الراقدين.

جدول (6)

الاستبانات الموزعة و المعادة و غير الصالحة و المفقودة الخاصة بالمرضى الراقدين

العينة	الاستمارات المعادة	الاستمارات المفقودة	الاستمارات غير الصالحة	الاستمارات الموزعة	مجتمع الدراسة
169	169	14	17	200	519
33% من المجتمع	85%	7%	8%	39% من المجتمع	النسبة المئوية

المصدر : اعداد الباحث

و لغرض إعطاء صورة واضحة عن التركيبة الديموغرافية و الوظيفية لعينات الدراسة فسيقوم الباحث بذكر التفاصيل كاملة في الفصل الثالث _ المبحث الاول .

احدى عشر: الأساليب الإحصائية المستخدمة

استخدمت العديد من الأساليب الإحصائية لتحليل البيانات التي جمعت من خلال استمارة الاستبانة ، و قد تمثلت تلك الأساليب في ما يأتي:

1. النسب (P) : لمعرفة نسب العينة و الاجابات و نسب القيم الاخرى.
 2. اختبار (Kolmogorov_Smirnov؛ Shapiro_Wilk) : لمعرفة امكانية التوزيع الطبيعي للبيانات.
 3. اختبار ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) : لمعرفة ثبات فقرات الاستبانة .
 4. اختبار الارتباط بيرسون الخطي البسيط (R) (Pearson Linear Correlation Coefficient) : لتحديد قيم الارتباط بين الفقرات و المتغيرات ، و بين متغيرات الدراسة .
 5. التحليل العامل التوكيدي (CFA)(Confirmatory Factor Analysis) للتحقق من الصدق البنائي للمقاييس المستعملة في هذه الدراسة.
 6. الوسط الحسابي (M): تم اعتماد هذا الأسلوب الإحصائي لوصف آراء أفراد العينة حول متغيرات الدراسة.
 7. الانحراف المعياري (SD): تم استخدامه لمعرفة مدى التشتت في آراء المستجيبين عن الوسط الحسابي.
 8. الاختبار (2-tailed). و مختصر (Sig.) : يشير الى اختبار معنوية معامل الارتباط و معامل الانحدار من خلال مقارنة قيمة (t) المحسوبة مع الجدولية.
 9. اختبار درين واتسون (Durbin Watson): لاختبار وجود او عدم وجود مشكلة الارتباط الذاتي في نموذج الانحدار.
 10. معامل التحديد (R^2) و ($R^2_{Corrected}$): يبين القدرة التفسيرية للمتغيرات في نموذج الدراسة .
 11. اختبار (F): لمعرفة معنوية القدرة التفسيرية للمتغيرات ، من خلال مقارنة قيمة (f) المحسوبة مع الجدولية.
 12. معامل الانحدار الخطي البسيط (B) (Simple Linear Regression): لبيان قوة و اتجاه تأثير المتغير المستقل على المتغير المعتمد.
- تم استخدام البرمجيات الإحصائية (SPSS.Vr-19) ؛ (LISREL V.8.7) للحصول على النتائج.

المبحث الثاني

الدراسات المعرفية السابقة

تعد الدراسات المعرفية السابقة إحدى المرتكزات الأساسية التي تستند إليها أي دراسة في بناء نموذجها الفكري ، من خلال الاطلاع على العديد من الدراسات المعرفية السابقة وجدت انها في الغالب تدرس اما (أثر او دور) الجانب التقني لنظام المعلومات الادارية أو تحاول دراسة واقع استخدام نظام المعلومات الادارية دون التركيز على مكونات نظم المعلومات الادارية بشكل مباشر، أما فيما يتعلق بموضوع الدراسة فلا توجد دراسات مباشرة حسب علمي في دور مكونات نظم المعلومات الادارية في تحقيق جودة الخدمات الصحية ، و لكن هنالك دراسات ركزت على نظام المعلومات و جودة الخدمة الصحية كلاً على حدة.

أهتم هذا المبحث بعرض ما تيسر الحصول عليه من دراسات سابقة ذات صلة بموضوع الدراسة من خلال التركيز على أهم الأهداف و الاستنتاجات و التوصيات لهذه الدراسات فضلاً عن مجالات افادت الدراسة الحالية من تلك الدراسات ، و فيما يأتي عرض لهذه الدراسات المختارة التي تم تبويبها إلى مجموعتين :

- الأول تتناول الدراسات الخاصة بنظم المعلومات الادارية .
- الثاني تتناول الدراسات الخاصة بجودة الخدمات الصحية .

اولاً. الدراسات المتعلقة بنظم المعلومات الادارية:

❖ الدراسات العربية

الدراسة الاولى	(المحاسبة، 2005)
عنوان الدراسة	أثر كفاءة نظم المعلومات في فاعلية عملية اتخاذ القرارات دراسة ميدانية في دائرة الجمارك الأردنية
أداة القياس	الاستبانة.
عينة الدراسة	عينة عشوائية بسيطة مكونة من (230) فرداً.
أبرز أهداف الدراسة	تحليل أثر نظم المعلومات الإدارية على فاعلية اتخاذ القرارات.
أبرز الاستنتاجات	يوجد اثر ذو دلالة إحصائية لكفاءة نظم المعلومات الإدارية في فاعلية عملية اتخاذ القرارات.
أبرز التوصيات	يجب خلق جو من المشاركة الفعالة بين العاملين على هذه البرامج و المستخدمين لها و ذلك من اجل تطويرها ومتابعتها.
نقاط الاختلاف مع الدراسة الحالية	○ الدراسة طبقت في دائرة الجمارك . ○ الدراسة بحثت اثر كفاءة النظام على اتخاذ القرارات.
نقاط التشابه مع الدراسة الحالية	○ الدراسة اجريت في منظمة خدمية. ○ استخدمت الدراسة الاستبانة . ○ اثبتت الدراسة ان كفاءة نظم المعلومات من خلال مكوناته .
أوجه الإفادة	تعزيز الجانب النظري للدراسة الحالية و إطارها المنهجي .

الدراسة الثانية	(عبد الله، 2012)
عنوان الدراسة	دور نظم المعلومات الإدارية و الإدارة المعرفية في بناء القدرة التنافسية للمنظمات الإنتاجية دراسة تطبيقية في الشركة العامة للصناعات الكهربائية (بغداد - العراق)
أداة القياس	الاستبانة
عينة الدراسة	90 فرداً من رؤساء أقسام
أبرز أهداف الدراسة	<ul style="list-style-type: none"> ○ التعرف على مكونات أنظمة المعلومات الإدارية و دراسة علاقتها مع القدرة التنافسية. ○ التعرف على فهم المدراء لأنظمة المعلومات الإدارية و عمليات إدارة المعرفة .
أبرز الاستنتاجات	<ul style="list-style-type: none"> ○ أن نظم المعلومات تعمل على إيصال المعلومات المطلوبة إلى متخذي القرارات. ○ أكثر متغيرات نظم المعلومات تأثيراً في أبعاد الميزة التنافسية هي (الأجهزة المادية).
أبرز التوصيات	<ul style="list-style-type: none"> ○ على مدراء الأقسام استخدام مكثف لتكنولوجيا المعلومات. ○ يمكن تحديد أثر نظم المعلومات على متوسط التكلفة الكلية للإنتاج في الأجل الطويل.
نقاط الاختلاف مع الدراسة الحالية	<ul style="list-style-type: none"> ○ الدراسة طبقت في منظمة صناعية . ○ الدراسة بحثت دور نظام المعلومات في بناء القدرة التنافسية للمنظمات الإنتاجية. ○ الدراسة استخدمت متغيرات نظم المعلومات (تصميم نظم المعلومات ، تكنولوجيا المعلومات (الأجهزة المادية)، البرمجيات، الأساليب الكمية)
نقاط التشابه مع الدراسة الحالية	<ul style="list-style-type: none"> ○ الدراسة استخدمت الاستبانة كأداة للقياس . ○ الدراسة بحثت أهمية نظم المعلومات للمنظمة.
أوجه الإفادة	تعزيز الجانب النظري للدراسة الحالية و إطارها المنهجي .

الدراسة الثالثة	(هاشم، 2013)
عنوان الدراسة	أثر كفاءة نظم المعلومات في تحسين فاعلية عملية صنع واتخاذ القرارات في بنك اليمن الدولي
أداة القياس	الاستبانة
عينة الدراسة	60 فرداً من مختلف الأفراد العاملين في البنك
أبرز أهداف الدراسة	<ul style="list-style-type: none"> ○ معرفة أثر كفاءة نظم المعلومات الإدارية في تحسين فاعلية عملية صنع و اتخاذ القرارات.
أبرز الاستنتاجات	<ul style="list-style-type: none"> ○ تأثير كفاءة نظم المعلومات في فاعلية اتخاذ القرارات بدرجات متغيرة حسب المستويات الإدارية.
أبرز التوصيات	<ul style="list-style-type: none"> ○ على الإدارة تقديم الدعم و التسهيلات اللازمة للأفراد و تشجيعهم لاستخدام النظام. ○ التركيز على معرفة الأجهزة والبرمجيات بدل من التركيز على طرق استخدامها.
نقاط الاختلاف مع الدراسة الحالية	<ul style="list-style-type: none"> ○ الدراسة طبقت في البنك . ○ الدراسة بحثت أثر كفاءة النظام على اتخاذ القرارات.
نقاط التشابه مع الدراسة الحالية	<ul style="list-style-type: none"> ○ الدراسة أجريت في منظمة خدمية. ○ استخدمت الدراسة الاستبانة .
أوجه الإفادة	<ul style="list-style-type: none"> ○ اثبتت الدراسة ان كفاءة نظم المعلومات من خلال مكوناتها . ○ تعزيز الجانب النظري للدراسة الحالية و إطارها المنهجي .

الدراسة الأولى	(Almashaqba , 2013)
عنوان الدراسة	Management Information Systems and their role in Total Quality Management نظم المعلومات الادارية و دورها في إدارة الجودة الشاملة "دراسة في المنطقة الصناعية المؤهلة في المفرق - الاردن"
أداة القياس	الاستبانة
عينة الدراسة	○ 97 فرداً من مختلف المستويات
أبرز أهداف الدراسة	○ التعرف على أثر نظم المعلومات الإدارية في إدارة الجودة الشاملة. ○ تحديد أبعاد الجودة الشاملة واثرها على الإدارة .
أبرز الاستنتاجات	○ هناك تأثير لنظام المعلومات على الأداء . ○ هناك تأثير لنظام المعلومات على الاعتمادية .
أبرز التوصيات	○ التركيز على العمل الجماعي كأساس لإدارة الجودة الشاملة. ○ ضرورة الربط بين نظم المعلومات الإدارية و إدارة الجودة الشاملة.
نقاط الاختلاف مع الدراسة الحالية	○ الدراسة اجريت في منظمة صناعية. ○ الدراسة اظهرت تأثير نظم المعلومات على ادارة الجودة الشاملة. ○ هدفت الدراسة الى تحديد ابعاد ادارة الجودة.
نقاط التشابه مع الدراسة الحالية	○ اداة القياس الاستبانة. ○ التركيز على اثر نظام المعلومات على اداء المنظمة.
أوجه الإفادة	تعزيز الجانب النظري للدراسة الحالية و إطارها المنهجي .

الدراسة الثانية	(Ensour,2014)
عنوان الدراسة	the impact of management information systems(mis)technologies on the quality of services provided at the university of tabuk اثر نظم المعلومات الادارية التكنولوجية على جودة الخدمة المدركة في جامعة تبوك
أداة المقياس	الاستبانة
عينة الدراسة	463 فردا من العاملين بالجامعة.
أبرز أهداف الدراسة	تحليل وقياس أثر استخدام نظم المعلومات الادارية في جودة الخدمات التي تقدمها الجامعة. ○ أن ادراك العاملين في الجامعة لنظام المعلومات كانت على مستوى عال. ○ أن المتغيرات (الأجهزة والبرامج، والأمن، وسهولة الاستخدام) لها تأثير على جودة الخدمات
أبرز الاستنتاجات	○ يجب مواكبة التطورات التكنولوجية في مجال نظم المعلومات . ○ العاملون المؤهلون يؤدون الى زيادة كفاءة وفعالية نظم المعلومات .
أبرز التوصيات	○ استخدمت الدراسة(الأجهزة والبرامج، الأمن، سهولة الاستخدام) كأبعاد لنظام المعلومات . ○ الدراسة كانت في مجال التعليم.
نقاط الاختلاف مع الدراسة الحالية	○ استخدمت الدراسة الاستبانة اداة قياس ○ الدراسة استخدمت نظام المعلومات متغيراً مستقلاً وجودة الخدمة متغيراً تابعاً ○ الدراسة كانت في منظمة خدمية.
نقاط التشابه مع الدراسة الحالية	تعزيز الجانب النظري للدراسة الحالية و إطارها المنهجي .

ثانياً : الدراسات المتعلقة بجودة الخدمات الصحية

❖ الدراسات العربية

الدراسة الأولى	(عبود وآخرون، 2009)
عنوان الدراسة	تقييم جودة الخدمة الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي
أداة القياس	الاستبانة
عينة الدراسة	20 طبيباً و 35 ممرضاً و 30 مريضاً.
أبرز أهداف الدراسة	<ul style="list-style-type: none"> التعرف على مستوى الخدمات الصحية في المستشفى . التعرف على المحددات التي تعوق تقديم خدمة صحية جيدة.
أبرز الاستنتاجات	<ul style="list-style-type: none"> تدني مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى. عدم رضا المرضى عن الخدمة الصحية المقدمة.
أبرز التوصيات	<ul style="list-style-type: none"> تجنب الفروقات في الممارسات الطبية وتجنب الأخطاء الطبية. الالتزام بالمعايير (الأخلاقية و الطبية و الإدارية) في التعامل مع المريض.
نقاط الاختلاف مع الدراسة الحالية	<ul style="list-style-type: none"> الدراسة اعتمدت على متغير واحد. أقيمت الدراسة في مستشفى واحدة. الاختلاف في عينة الدراسة.
نقاط التشابه مع الدراسة الحالية	<ul style="list-style-type: none"> اداة القياس الاستبانة. ايراز اهمية جودة الخدمة الصحية.
أوجه الإفادة	تعزيز الجانب النظري للدراسة الحالية و إطارها المنهجي .

الدراسة الثانية	(الضمور، 2012)
عنوان الدراسة	أثر جودة الخدمات الصحية في درجة ولاء المرضى في مستشفى الجامعة الأردنية
أداة القياس	الاستبانة.
عينة الدراسة	318 مريضاً.
أبرز أهداف الدراسة	<ul style="list-style-type: none"> معرفة واقع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى. ايراز اثر جودة الخدمات الصحية المقدمة على ولاء المرضى.
أبرز الاستنتاجات	<ul style="list-style-type: none"> تدني مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفى. لجودة الخدمات الصحية تأثير في ولاء المرضى.
أبرز التوصيات	<ul style="list-style-type: none"> العمل باستمرار على التحسين المستمر لجودة الخدمات الصحية المقدمة. العمل على استخدام الأساليب والاليات التسويقية الحديثة في التعامل مع المريض.
نقاط الاختلاف مع الدراسة الحالية	<ul style="list-style-type: none"> الدراسة اعتمدت جودة الخدمة الصحية كمتغير مستقل. أقيمت الدراسة في مستشفى واحدة.
نقاط التشابه مع الدراسة الحالية	<ul style="list-style-type: none"> اداة القياس الاستبانة. ايراز اهمية جودة الخدمة الصحية. استخدمت الدراسة نفس ابعاد جودة الخدمة.
أوجه الإفادة	تعزيز الجانب النظري للدراسة الحالية و إطارها المنهجي .

❖ الدراسات الأجنبية

الدراسة الأولى	(Chimed,2010)
عنوان الدراسة	The perceived quality of healthcare service and patients' satisfaction in district hospitals جودة الخدمة الصحية المدركة و رضا المرضى في المستشفيات جنوب افريقيا .
أداة القياس	الاستبانة
عينة الدراسة	155 مريضاً
أبرز أهداف الدراسة	○ تقييم جودة الخدمات الصحية المدركة. ○ التعرف على العلاقة بين ادراك و رضا المرضى في المستشفيات .
أبرز الاستنتاجات	○ توقعات المريض بشأن الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات مرتفعة . ○ تقييم المريض للعناصر الملموسة مثل الغرفة و توفر المعدات الحديثة كان منخفضاً .
أبرز التوصيات	○ الاهتمام بصوت المريض و يقترح استخدامه في تقييم الأداء. ○ إنشاء غرفة للمرضى و توفر المعدات الحديثة امر مهم.
نقاط الاختلاف مع الدراسة الحالية	○ استخدام جودة الخدمة كمتغير مستقل. ○ اختلاف الابعاد المستخدمة لتقييم الجودة.
نقاط التشابه مع الدراسة الحالية	○ العينة كانت من المرضى. ○ استخدمت الاستبانة اداة للقياس
أوجه الإفادة	تعزيز الجانب النظري للدراسة الحالية و إطارها المنهجي .

الدراسة الثانية	(Mamta&Narayan,2011)
عنوان الدراسة	Adapting the Servqual scale to hospital services an empirical :investigation of patients' perceptions of service quality توظيف Servqual في المستشفيات: دراسة إحصائية لأدراك المرضى لجودة الخدمة
أداة القياس	الاستبانة
عينة الدراسة	246 مريضاً في مششفيات منطقة أحمد آباد وجانديناجار بولاية جوجارات
أبرز أهداف الدراسة	○ دراسة وقياس جودة الخدمة من مستشفيات القطاع العام والخاص. ○ إجراء دراسة إحصائية عن ادراك المرضى لجودة الخدمة.
أبرز الاستنتاجات	○ توقعات المرضى كانت اعلى من مستوى إدراكهم. ○ أن مستشفيات القطاع العام أدائها أفضل من القطاع الخاص من حيث بعد الموثوقية .
أبرز التوصيات	○ على إدارات المستشفيات جمع ردود افعال المرضى و وضع إجراءات واضحة و شفافة لحل شكاوى المرضى و معالجتها بفعالية و كفاءة.
نقاط الاختلاف مع الدراسة الحالية	○ اعتمدت الدراسة متغير واحد فقط.
نقاط التشابه مع الدراسة الحالية	○ عينة الدراسة من المرضى. ○ تمت الدراسة بالاعتماد على الاستبانة.
أوجه الإفادة	تعزيز الجانب النظري للدراسة الحالية و إطارها المنهجي .

(Sumathi,2012)	الدراسة الثالثة
Service Quality in Health Care Centres: An Empirical Study جودة الخدمة في مراكز الرعاية الصحية: دراسة ميدانية في مدينة مادوراي - الهند.	عنوان الدراسة
الاستبانة	أداة القياس
200 مريضاً	عينة الدراسة
○ التعرف على توقع المرضى لجودة الخدمة من مركز الرعاية الصحية. ○ التعرف على تأثير جودة الخدمة على الأداء العام لمراكز الرعاية الصحية.	أبرز أهداف الدراسة
○ عوامل جودة الخدمة مهمة في مراكز الرعاية الصحية هي (سلوك الطبيب ، الكادر ، الاجواء و الأداء التشغيلي) . ○ أهمية الملموسات من أجل تقديم خدمات متعددة التخصصات .	أبرز الاستنتاجات
توصي الدراسة بالتحسين في جميع عوامل جودة الخدمة و صياغة الاستراتيجيات الملائمة لتعزيز رضا المرضى.	أبرز التوصيات
○ دراسة الجودة المدركة للخدمات الصحية في مراكز الرعاية الصحية. ○ استخدمت الدراسة سلوك الاطباء و الكادر و الاداء لقياس الجودة.	نقاط الاختلاف مع الدراسة الحالية
○ تمت الدراسة بالاعتماد على الاستبانة. ○ عينة الدراسة من المرضى	نقاط التشابه مع الدراسة الحالية
○ تعزيز الجانب النظري للدراسة الحالية و إطارها المنهجي .	أوجه الإفادة

(Victor et al.,2013)	الدراسة الرابعة
The Assessment of Perceived Service Quality of Public Health Care Services in Romania Using the SERVQUAL تقييم جودة الخدمة المدركة من الخدمات الصحية العامة في رومانيا باستخدام servqual	عنوان الدراسة
الاستبانة عن طريق الانترنت	أداة القياس
1000 مريضاً	عينة الدراسة
تطبيق نموذج SERVQUAL في خدمات الرعاية الصحية العامة في رومانيا. ○ تم استنتاج أكبر فجوة لبعد الملموسة و تليها بعد الاستجابة و بعد الموثوقية.	أبرز أهداف الدراسة
○ القيام بالعمل المتواصل لتحقيق التوافق بين توقعات و ادراك المريض ○ ان فهم المريض للرعاية الصحية في سوق تنافسية مهم للغاية .	أبرز التوصيات
○ لم تأخذ مستشفيات محددة انما اخذت الخدمة الصحية بشكل عام. ○ تم توزيع الاستبانة عن طريق الانترنت.	نقاط الاختلاف مع الدراسة الحالية
○ تمت الدراسة بالاعتماد على مقياس SERVQUAL. ○ العينة من المرضى	نقاط التشابه مع الدراسة الحالية
○ تعزيز الجانب النظري للدراسة الحالية و إطارها المنهجي .	أوجه الإفادة

من خلال استعراض الدراسات السابقة يلاحظ أن الدراسة الحالية تتميز عن جميع الدراسات السابقة في كونها الدراسة التي تدرس دور مكونات نظم المعلومات الإدارية من خلال (المستلزمات المادية ، البرمجيات ، الافراد ، البيانات) في تحقيق جودة الخدمة الصحية من خلال أبعادها (الملموسية ، الاستجابة ، الاعتمادية ، الضمان ، التعاطف) . فضلاً عن كونها تدرس هذا في المستشفيات الحكومية في العراق و خاصة في محافظة النجف الاشرف ، حيث معظم الدراسات السابقة تناولت بيئة مختلفة عن بيئة الدراسة الحالية.

الفصل الثاني

الإطار النظري

المبحث الأول

نظم المعلومات الإدارية

Management Information Systems

تمهيد

إن نجاح المنظمات اليوم على كل المستويات يتطلب شيئاً واحداً هو التركيز على المعلومات بقوة ، و بذلك لا يبقى أمام هذه المنظمات إلا أن تقوم بتوفير المعلومات لغرض تلبية متطلبات و حاجات كافة المستويات للقيام بالعمليات الإدارية (التخطيط و التنظيم و التوجيه و الرقابة) و اعطاء تصور واضح عن وضع المنظمة الحالي و المستقبلي في ظل المتغيرات البيئية المتسارعة ، لذلك يتم التركيز بشكل كبير على نظام المعلومات لتوفير المعلومات .

اولا : نشأة و تطور نظم المعلومات الإدارية

(Origins and Evolution of Management Information Systems)

إن نظام المعلومات ليس بشيء جديد و ان كان هذا الاصطلاح قد بدأ استخدامه في منتصف الستينات، لأن الإنسان القديم استخدم نظام المعلومات و هو لا يدركه لغموضه و بعده عن الوضوح فمن الآثار التي يعثر عليها (شقف من الفخار و الجلود عليها كتابة) تبين أن الحضارات القديمة استعملت نظام المعلومات في حياتها اليومية.

ظهر مفهوم نظام المعلومات الإدارية (MIS) لأول مرة في عام (1965) في قسم إدارة جامعة مينيسوتا، ثم اعتمد بعد ذلك بوقت قليل من قبل العديد من المراكز الأكاديمية للإدارة الحديثة(Kheir et al.2013:491) ركز نظام المعلومات الإدارية على تطوير تطبيقات الأعمال التي تقدم للمستخدم النهائي تقارير إدارية محددة مسبقاً من شأنها أن تعطي للمدراء المعلومات التي يحتاجون إليها لأغراض صنع القرارات مثل (تحليل المبيعات و أداء الإنتاج و غيرها) (David,2011:2)، تم التركيز على الحاسوب من خلال قدراته على عمل أشياء أكثر من تخزين البيانات و استرجاعها ، ظهرت قدرته على معالجة البيانات، و الحصول على معلومات منها(Michael,1980:69) .

ثانيا: مفهوم نظم المعلومات الإدارية

(Concepts of Management Information Systems)

إن التطورات المختلفة في مجال التكنولوجيا و الاتصالات ، و ازدياد أهمية المعلومة مع الوقت أدى الى تطور مفهوم نظام المعلومات من فترة لأخرى ، و تعددت محاولات الكتاب و الباحثين التي اهتمت بوضع تعريف لنظام المعلومات و يشير جدول (7) الى بعض هذه التعاريف.

جدول (7)

تعريف نظام المعلومات لمجموعة من الكتاب و الباحثين

ت	الكاتب او الباحث و السنة	تعريف نظام المعلومات الادارية
1	Robert & Joel 1971:8	هو النظام الذي يتكون من الافراد و الموارد و الإجراءات و البيانات و الاتصالات التي تعمل على جمع و معالج و تخزين البيانات لاستخدامها في التخطيط و الموازنة و الحسابات و الرقابة و العمليات الأخرى.
2	Irvine & Raymod 1973:368	هو أسلوب منظم لجمع المعلومات عن الماضي و الحاضر التي تساعد في التنبؤ بالمستقبل و الخاصة بعمليات المنظمة الداخلية و بيئتها الخارجية من أجل مساعدة الإدارة في اتخاذ القرارات الخاصة بالتخطيط و الرقابة و العمليات الادارية .
3	Hamilton&Chervany , 1981:55	هو التنظيم القائم على الحاسوب الذي يقدم معلومات لدعم أنشطة وظائف الإدارة .
4	Land, 1985:211	هو النظام الذي يتكون من نظامين: • الاول يساعد الافراد على اتخاذ القرارات. • الثاني يساعد بتجهيز بيانات محددة ومهمه للأفراد للقيام بأي عمل هادف .
5	Laudon & Laudon, 1990:5	هو مجموعة من العناصر المترابطة و المتفاعلة مع بعضها البعض و التي تعمل على تجميع و تصنيف و تخزين و توزيع المعلومات بهدف دعم و اسناد عمليات اتخاذ القرارات و الرقابة في المنظمة.
6	Lucas , 1990:15	هو مجموعة من الاجراءات التي من خلالها يتم الحصول على المعلومات لغرض دعم و اسناد عمليات اتخاذ القرارات و تحقيق الرقابة في المنظمة.
7	UKAIS , United Kingdom Academy for Information Systems 1997:6	هو وسائل تكنولوجيا المعلومات و التنظيم و الأفراد التي تستخدم لجمع و معالجة و تخزين و استخدام و نشر المعلومات .
8	Davis, 2000:67	هو نظام في المنظمة يوفر خدمات الاتصالات و المعلومات المطلوبة من قبل المنظمة.
9	McLeod &Schell , 2007:19	هو النظام الافتراضي الذي يمثل البيانات الخاصة بالنظم المادية للمنظمة.
10	Laudon & Laudon ,2007:7	هو عناصر مترابطة تعمل معا لجمع و معالجة و تخزين و نشر المعلومات لدعم اتخاذ القرارات و التنسيق و الرقابة و التحليل و التوقعات في المنظمة.
11	Falkenberg et al. , 2008:73	هو نظام فرعي من النظم التنظيمية التي تتضمن مفهوم كيف تتكون جوانب الاتصال و المعلومات الموجهة للمنظمة .
12	Lyytinen &Newman ,2008:4	هو النظام التنظيمي الذي يتكون من العناصر الفنية و التنظيمية و كلها تعمل على خدمة الغرض التنظيمي.
13	Watson , 2008:9	هو مجموعة متكاملة و منسقة من البرامج الموجهة و تكنولوجيا المعلومات لدعم فرد أو جماعة أو منظمة أو الأهداف المجتمعية.
14	Prentice , 2010:45	هو مزيج من المستلزمات المادية و البرمجيات و الافراد و شبكات الاتصالات تعمل على جمع بيانات و توزيع المعلومات المفيدة لإعداد المنظمة.
15	Das , 2012:17	هو أساس لمعالجة البيانات و تحويلها إلى معلومات لاتخاذ القرارات المناسبة.

هو نظام دعم المدراء في صنع القرارات ، و كذلك مراقب الوضع الحالي داخليا و خارجيا للمنظمة.	Artit ، 2012:12	1 6
هو مجموعة من عناصر مترابطة تعمل معا لجمع البيانات و معالجها و تخزينها و نشر المعلومات لدعم اتخاذ القرار و التنسيق و الرقابة في منظمة.	Prentice ، 2012:53	1 7
هو مجموعة من العناصر المتفاعل مع بعضها البعض من خلال عملية المعالجة من أجل الوصول إلى نتيجة يتم استخدامها من قبل صانع القرار.	Almashaqba ، 2013:760	1 8
هو أسلوب رسمي لتوفير المعلومات الدقيقة في الوقت المناسب لتسهيل عمل المدراء أثناء عمليات التخطيط و التنظيم و اتخاذ القرارات و الرقابة.	Kheir et al. ، 2013:491	1 9
هو مجموعة منظمة من الافراد و المستلزمات المادية و البرمجيات و الشبكات الاتصالات و موارد البيانات و السياسات و الإجراءات لتخزين و استرجاع و تحويل و نشر المعلومات في منظمة.	Mamary ، 2014:333	2 0
هو شبكات متكاملة من المستلزمات المادية و البرمجيات و الأفراد تستخدمها المنظمات لجمع البيانات و تصفيتها و معالجتها و تخزينها و توزيع المعلومات.	David، 2014:5	2 1
هو مجموعة من المكونات المترابطة لجمع (أو استرداد) و معالجة و تخزين و توزيع المعلومات لدعم اتخاذ القرارات و الرقابة في المنظمة ، بالإضافة إلى ذلك هو يساعد المدراء في تحليل المشاكل و ادراك الموضوعات المعقدة و ابتكار منتجات جديدة .	Laudon&Laudon، 2014:45	2 2

المصدر : اعداد الباحث

من التعاريف السابقة يتضح لنا ما يأتي :

أ. ان هناك ثلاث مجموعات من الباحثين و الكتاب كل مجموعة ركزت على الهدف الاساسي من نظام المعلومات الادارية هي :

1. المجموعة الاولى : ركزت على ان الهدف الاساسي من نظام المعلومات الادارية هو جمع و معالجة و خزن البيانات و استرجاعها و تحويلها الى معلومات.

2. المجموعة الثانية : ركزت على ان الهدف الاساسي من نظام المعلومات الادارية هو توفير المعلومات للإدارة بهدف استخدامها في العمليات (التخطيط و التنظيم و التوجيه و الرقابة).

3. المجموعة الثالثة : ركزت على ان الهدف الاساسي من نظام المعلومات الادارية هو مد الإدارة بمعلومات سابقة و حاضرة و مستقبلية .

ب. يمكن تعريف نظام المعلومات الادارية على انه : مجموعة من المكونات و النشاطات المترابطة و المتناسقة التي تعمل على جمع البيانات و معالجتها و تحويلها الى معلومات تساعد الادارة للقيام بأعمالها.

ت. المكونات نظام المعلومات الادارية هي (المستلزمات المادية و البرمجيات الافراد و البيانات و الاجراءات و شبكات الاتصالات)

ث. يتكون نظام المعلومات الادارية من عدد العناصر تتفاعل مع بعضها البعض من أجل تحقيق أهداف يسعى النظام لتحقيقها في ظل المتغيرات البيئية ، و هي :

1. المدخلات : وهي كل المواد التي يحتاجها النظام لكي يعمل و يحقق الاهداف المرجوة منه و هي البيانات الخام (ارقام و صور و اشكال و رسوم و غيرها) التي يجب توفرها لإنجاز العمل .
 2. العمليات (المعالجة): يقصد بالعمليات هي تحويل البيانات الى المعلومات .
 3. المخرجات : هي عبارة عن معلومات.
 4. التغذية العكسية: هي استرجاع المعلومات وتعتبر اداة لتحقيق الرقابة على عمل النظام.
- و حسب (Gupta,2000:13) تقسم المعلومات الراجعة على نوعين:
- معلومات راجعة التصحيحية تهدف الى جعل الأشياء في وضعها الصحيح .
 - معلومات راجعة تطويرية تهدف الى تطوير أداء النظام .

ثالثا : اهمية نظم المعلومات الادارية

(Importance of Management Information Systems)

تسعى المنظمات باستمرار إلى تحسين كفاءة عملياتها بهدف تحقيق ربحية أعلى. و ان نظام المعلومات الادارية من أهم الأدوات المتاحة للمدراء لتحقيق أعلى مستويات الكفاءة الإنتاجية في العمليات التجارية، و خصوصا عندما تصاحبها تغيرات في الممارسات التجارية و السلوك الإداري (Laudon&Laudon,2014:44).

ان التغير في الاقتصاديات الصناعية و توجه الاقتصاديات العالمية الى اقتصاديات الخدمات التي تستند الى المعرفة و المعلومات و ذلك من خلال ترك الملفات الورقية و استبدالها بالملفات الإلكترونية اعطى اهمية كبيرة لنظم المعلومات (Bill ،2000:54).

نظام المعلومات اهمية تبرز من خلال الاتي:

1. تبرز اهمية من خلال توفير المعلومات المناسبة في الوقت المناسب لدعم صنع و اتخاذ القرارات لكافة المستويات الادارية (Efriam& Jay،1995:18).
2. تقييم أنشطة المنظمة و تقييم النتائج من أجل تصحيح الانحرافات (Laudon &Laudon,2009:9).
3. تحديد قنوات الاتصال أفقيا و عموديا بين الوحدات الإدارية التابعة للمنظمة لتسهيل استرجاعها. (Almashaqba,2013:763).
4. يساعد المنظمة على تحقيق أهدافها من خلال توفير المعلومات للمدراء تمكنهم من التخطيط و تنظيم و الرقابة كما انه يوفر المعلومات لشخص المناسب في الوقت المناسب Babu & (Sekhar,2012:186)

5. يوفر تقارير إلى مختلف المدراء حيث يوفر تقارير عن الأداء، التي تساعد بدورها في التنبؤ بالأداء المستقبلي للمنظمة (Nowduri&Dossary,2012:125)
6. نظام المعلومات له أهمية في تنظيم الأعمال و وسائل التنسيق الفعال بين مختلف الإدارات في جميع مستويات المنظمة و الحصول على البيانات و الوثائق ذات الصلة و استخدام كميات أقل من الجهد و تحسين في تقنيات التنظيمية و الإدارية(Nath& Badgujar,2013:93).
7. يوفر نظام المعلومات فائدة قيمة لتوفير الوقت للأفراد ذلك من خلال استبدال عمليات جمع البيانات و تخزينها و تحليلها يدويا باستخدام الحاسوب ، فيمكن إدخال البيانات بسرعة و سهولة إلى برمجيات الحاسوب الوصول إلى المعلومات المطلوبة بسرعة (Yaser et al. ,2014:23).
8. نظم المعلومات هي أداة الرئيسة التي تمكن المنظمات من انشاء منتجات و خدمات جديدة، و كذلك نماذج تجارية جديدة تماما. و يصف نموذج الأعمال كيف تنتج المنظمة و تباع المنتج أو تقدم الخدمة لتكوين الثروة (Laudon&Laudon,2014:44).
9. ان منظمات الأعمال التي تستثمر بكثافة في نظم المعلومات تحقق ستة أهداف استراتيجية في عملها :
(عمليات متميزة ؛ السلع والخدمات ونماذج الأعمال التجارية جديدة ؛ علاقات جيدة مع المجهزين و الزبائن ؛ تحسين عملية صنع القرار؛ تحقيق الميزة التنافسية؛ بقاء ونمو المنظمة) (Laudon & Laudon,2014:42).
- و يرى الباحث ان لنظم المعلومات الادارية اهمية كبيرة في اعمال المنظمة ان كانت صناعية ام خدمية ، تعمل النظم على ازالة امية المعلومات و المعرفة ، و تعمل على نشر المعرفة في المنظمات و بينها، و بسبب العولمة و التطورات الاقتصادية المحلية و العالمية ادت بالمنظمات الى السعي بالاستثمار بنظم المعلومات ، ادى ذلك الى (تطور و نمو المنظمات، زيادة الارباح و الحصة السوقية، رفع جودة الخدمات و المنتجات ، تحقيق الميزة التنافسية ، تخفيض تكاليف المنظمة).ان اهمية النظم تمتد الى المجتمع ككل، فهي تعمل على نشر المعارف بين افراد المجتمع و افضل مثال على ذلك اهمية استخدام شبكة الانترنت و مواقع التواصل الاجتماعي.

رابعاً: اهداف نظم المعلومات الادارية

(Objectives of Management Information Systems)

ان الهدف الأساسي من نظام المعلومات هو تزويد المستويات المختلفة في المنظمة بكل ما تحتاجه من المعلومات التي تساعد الافراد على اتخاذ القرار المناسب وهناك بعض الباحثين الذين عملوا على تحديد ان الهدف الاساس لنظام المعلومات هو (Robert&Satzinger،2003:12؛ Rainer et al.،2007:396):

1. التقاط البيانات: جمع البيانات من مصادر داخلية و خارجية مختلفة.
2. معالجة البيانات: تعني معالجة البيانات من خلال مجموعة من العمليات هي: (فرز و تصنيف البيانات)
3. تخزين المعلومات: تخزينها لاستخدامها في المستقبل.
4. استرجاع المعلومات: استرداد المعلومات عند الحاجة .
5. نشر المعلومات: تعميم معلومات أو المنتج النهائي من نظام المعلومات لمستخدميها بشكل دوري باستخدام الشبكة التنظيمي.

اما (Studnicki et al.,2007) فقد حدد اهداف نظام المعلومات بما يأتي :

1. عملية تحليل البيانات لتوفير المعلومات المطلوبة لاتخاذ القرار .
 2. مراقبة انجاز الاعمال و التخطيط و التنفيذ في المنظمة .
 3. تكامل الانظمة من خلال ربط الأنظمة الفرعية معاً.
 4. نشر المعلومات المطلوبة لبرامج التدريب و التطوير.(Studnicki et al.,2007:345).
- في حين(Michel et al.,2007) قام بتحديد ثلاثة اهداف رئيسة لنظام المعلومات هي:
1. القرارات : نظام المعلومات يهدف إلى دعم اتخاذ القرارات.
 2. المتابعة : المتابعة تطور المنظمة و الكشف عن الحالات غير الطبيعية لتجنبها.
 3. التنسيق : تنسيق الجهود المختلفة داخل المنظمة (Michel et al.,2007:320).
- و يرى الباحث ان الهدف الرئيس لأي نظام معلومات الادارية هو توفير المعلومات اللازمة للمستخدمين سواء كانوا من داخل المنظمة او خارجها ، من خلال المعلومات التي يوفرها النظام للمنظمة سوف تستطيع المنظمة انجاز و متابعة اعمالها و تحقيق اهدافها ببساطة .

خامسا: خصائص نظم المعلومات الادارية

(Characteristics of Management Information Systems)

هناك أنظمة في جميع المجالات الإدارية و الاقتصادية و الاجتماعية و التجارية و القطاع العام و الخاص كبيرة او صغيرة . وتعتبر الخصائص المختلفة لنظام المعلومات عوامل هامة لكفاءة نظام المعلومات الادارية و هو أن يقدم معلومات محددة و موحدة ، من خلال التقارير التي تطلب من المستخدمين (Asemi at el.,2011:164).

نظام المعلومات يشكل نوعا مميزا من نظم و يتميز بالخصائص الاتية(Almashaqba,2013:762):

1. هي نظم تشغيلية و وظيفية متكاملة للاتصالات و نقل البيانات بين الأنظمة الاخرى في المنظمة.
2. نظم المعلومات تقتصر على المدخلات ذات الصلة لمختلف جوانب النشاط من مصادر مختلفة.

3. النظام يعمل على معالجة البيانات التي تم جمعها بغض النظر عن وسائل المعالجة سواء كانت يدوية أو تكنولوجية

4. القدرة النظام: ينبغي أن يكون قادرة على معالجة البيانات بدقة و سرعة عالية

و اضافته (Artit، 2012:13) الى ان خصائص نظام المعلومات الادارية هي:

1. الشفافية : أن يكون بعيداً عن التحيز في مخرجاته .

2. القدرة على الاتصال بالانترنت: اي القدرة على الاتصال بشبكة الانترنت والاستفادة من المعلومات المتوفرة فيها.

3. السهولة: إمكانية الوصول اليه و عدم تحمل المشقة و كلفة التأخير للحصول على المعلومات.

4. الوضوح : أن تكون مخرجاته بعيدة عن الغموض.

5. التكامل: التكامل بين مكونات النظام ، هذا يعني أن نظام المعلومات يشكل وحدة واحدة متكاملة متماسكة ، الأمر الذي يسهل التفاعل السريع للمنظمة مع كل التغيرات الخارجية .

يستنتج الباحث ان اي نظام معلومات الادارية ينبغي ان يتميز بمجموعة من الخصائص و التي تمثل كفاءة نظام المعلومات الادارية :

1. القدرة على التعامل مع البيانات .

2. له القدرة الواسعة على تخزين البيانات.

3. سرعة و دقة في معالجة البيانات و تحويلها الى معلومات.

4. سهل الاستخدام .

5. توفير المعلومات الازمة بالوقت المناسب .

سادسا: مكونات نظم المعلومات الادارية

(Components of Management Information Systems)

حسب آراء العديد من الكتاب و الباحثين في مجال نظم المعلومات الادارية نجد ان هناك مجموعة من

مكونات هي و كما في الجدول (8):

1. المستلزمات المادية (Hardware).

2. البرمجيات (Software).

3. الافراد (People).

4. البيانات (Data).

5. الاجراءات (Procedures).

6. شبكات الاتصال (Networks).

و أكد (Kroenke,2007:5) أن هناك خمسة مكونات رئيسة مكملة لبعضها و مترابطة و أساسية لنجاح أي نظام معلومات هي: (المستلزمات المادية ، البرمجيات ، الافراد، البيانات، الاجراءات) كما في الشكل (2).

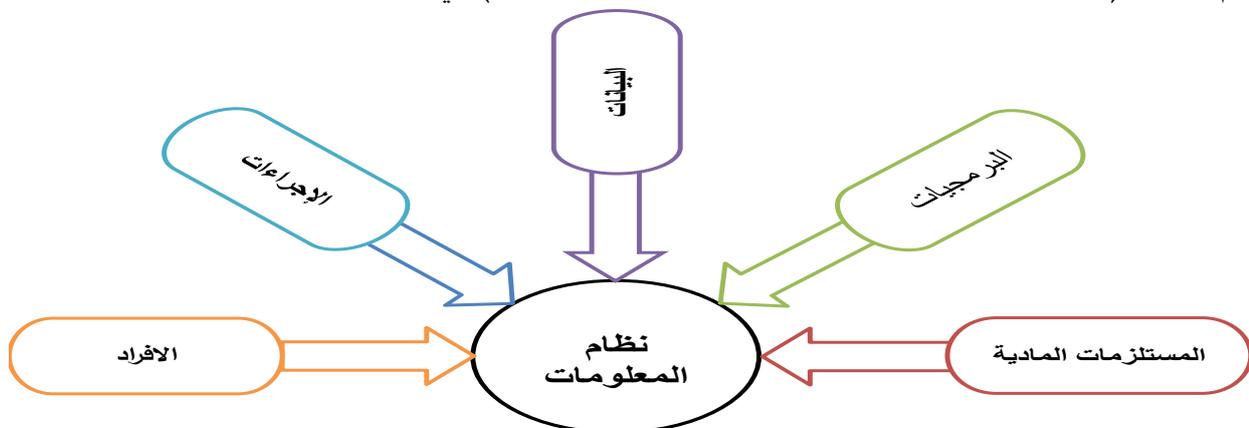
جدول (8)

مكونات نظم المعلومات الإدارية حسب آراء بعض الكتاب و الباحثين

مكونات نظم المعلومات الإدارية						اسم الباحث او الكاتب	ت
الاجراءات Procedures	شركات الاتصال Networks	البيانات Data	الافراد People	البرمجيات Software	المستلزمات المادية Hardware		
	★	★	★	★	★	Robert & Joel 1971:8	1
	★	★	★	★	★	Laudon & Laudon 2000:10	2
★		★	★	★	★	Baskerville et al. 2000:37	3
★		★	★	★	★	Robert, 2002:75	4
	★	★		★	★	Krajewski & Ritzman ,2005:509	5
	★		★	★	★	Jessup & Valacich, 2008: 570	6
★		★	★	★	★	Artit,2012:12	7
★	★	★	★	★	★	Mamary,2014:333	8
★		★	★	★	★	David,2014:6	9
	★	★	★	★	★	Dinesh,2014:1	10
5	6	9	10	10	10	المجموع	
%50	%60	%90	%100	%100	%100	النسبة %100	

المصدر : اعداد الباحث

تم اعتماد (المستلزمات المادية و البرمجيات و الافراد و البيانات) في دراستنا الحالية للأسباب الآتية:



شكل (2)

المكونات نظام معلومات

source:(Kroenke, D. M. (2007) , **Using MIS** , Upper Saddle River, New Jersey, Pearson Prentice Hall , 2th ed)

1. الاتفاق العام حول هذه المكونات في أدبيات نظم المعلومات الإدارية ، كونها الأساس الذي اعتمد عليه في مختلف الدراسات و تشترك فيها الدراسات التي طبقت في المنظمات.
 2. تتسجم هذه المكونات مع سياق دراستنا لتحقيق جودة الخدمات الصحية في المتشفيات.
 3. تعد هذه المكونات محور عمل نظام المعلومات الإدارية في المتشفيات .
- سوف يتم توضيح مكونات نظم المعلومات الإدارية بشكل مفصل و هي:

أولاً: المستلزمات المادية (Hardware)

هي كل شيء تستطيع أن تلمسه بيدك من قطع ومكونات للحاسوب يعني أشياء ملموسة مثل (العارضات و المكبرات للصوت و غيرها)، تشتمل على مختلف أنواع من المكونات و الوسائط المادية المستخدمة في العمليات التي تمر بها البيانات و المعلومات ، المستلزمات المادية لا تشتمل على الحواسيب و بقية الأجهزة فقط ، بل أيضاً كل الوسائط والأغراض المنظورة التي تسجل عليها البيانات مثل الأقراص الممغنطة أو الضوئية .

وبين (Laudon&Laudon،2000) ان المستلزمات المادية هي عبارة عن:

1. وحدات الإدخال : (لوحة المفاتيح ولاقطات الصوت والمساحات الضوئية) التي تعمل على إدخال البيانات.
 2. وحدات الإخراج : وهي المسؤولة عن إظهار النتائج بشكل (معلومات صوتية عبر مكبرات الصوت أو معلومات مرئية عبر العارضات أو نصوص مطبوعة على الورق عن طريق الطابعات)
 3. وحدات خزن المعلومات (الأقراص الليزرية و الصلبة و المرنة)(Laudon&Laudon،2000:11).
- ان اجهزة الحواسيب هي احد المكونات الأساسية المادية لنظام المعلومات الإدارية (البرمجيات و الافراد و البيانات) و هي بحاجة الى الحاسوب لإنجاز مهامها (Krajewski&Ritzman،2005:513). الحاسوب ان كان كبيراً أو صغيراً، يمكن أن يقوم على أربعة عناصر مترابطة (جهاز الإدخال و الإخراج و الذاكرة (Ram) و وحدة المعالجة المركزية (CPU)) في الحواسيب الصغيرة سوف تقوم وحدة المعالجة المركزية بالمعالجات واحدة بعد واحدة على رقاقة السيليكون، في حين الحواسيب العملاق تعالج وحدة المعالجة المركزية (100^s _1000^s) من المعالجات التي تعالج في نفس الوقت (Cordella&Iannacc،2011: 22).
- و اشار (Dinesh،2014) ان المستلزمات المادية لنظام معلومات تتكون من نظام الحاسوب الذي يتكون من (وحدة المعالجة المركزية (CPU) ؛ وأجهزة التخزين والإدخال والإخراج ؛ لوحة التحكم) (Dinesh،2014:2).
- اما (David، 2014:15) فيرى ان المستلزمات المادية لنظام المعلومات هي :

1. أجهزة الحاسوب المكتبية.
2. أجهزة الحاسوب المحمولة.
3. هواتف محمولة.

4. أجهزة الحاسوب اللوحية.
 5. أجهزة التخزين (أقراص وغيرها).
 6. أجهزة الإدخال (لوحات المفاتيح والماوس والمساحات الضوئية وغيرها).
 7. أجهزة الإخراج (الطابعات ومكبرات الصوت وغيرها).
- و أكد(Laudon&Laudon ,2014:52) هي احدى الأدوات العديدة التي يستخدمها المدراء للتعامل مع التغيير، و تتكون مما يأتي:

1. أجهزة الحاسوب من مختلف الأحجام و الأشكال (بما في ذلك الأجهزة المحمولة).
 2. أجهزة الادخال و الاخراج و التخزين.
 3. اجهزة الاتصالات السلكية و اللاسلكية.
 4. الأجهزة التي تصل أجهزة الحاسوب معا.
- و يرى الباحث ان المستلزمات المادية هو المكون المادي لنظام المعلومات الادارية و هو كل شيء يمكن لمسه، و يشتمل على مختلف أنواع المكونات و الوسائط المادية المستخدمة في العمليات التي تمر بها البيانات و المعلومات و يشمل:

1. الحواسيب بأنواعها: (المكتبية ؛ المحمولة ؛ هواتف محمولة ؛ الأجهزة اللوحية)
2. اجزاء الحواسيب: (الذاكرة (Ram) ؛ وحدة المعالجة المركزية (CPU) ؛ وغيرها)
3. اجهزة الادخال : (لوحة المفاتيح ؛ لاقطات الصوت؛ المساحات الضوئية ؛ الماوس ؛ وغيرها)
4. اجهزة التخزين: (لأقراص الليزرية ؛ الصلبة ؛ المرنة؛ الرام الخارجي ؛ وغيرها)
5. اجهزة الاخراج : (الطابعات ؛ العارضات ؛ مكبرات الصوت ؛ وغيرها)
6. اجهزة اخرى: (اجهزة الاتصالات السلكية و اللاسلكية ؛ اجهزة ربط وتوصيل الاجهزة الاخرى معا)

ثانيا : البرمجيات (Software) .

هي عبارة عن تعليمات مبرمجة مسبقا و مفصلة تسيطر وتنسيق مكونات أجهزة الحاسوب في نظام المعلومات (Laudon & Laudon,2014:52). اما (David,2014) فاكد على ان البرمجيات هو المكون الثاني من مكونات نظام المعلومات . وهو ببساطة " مجموعة من التعليمات التي تخبر الأجهزة ما يجب القيام به"، ويتم إنشاء البرمجيات من خلال عملية تدعى البرمجة بدون برنامج ، والبرمجيات هي غير ملموسة ، ولا يمكن لمسها من قبل المبرمجين عنده انشائها ، لذلك مجرد الكتابة على ازرار يتم التوجيه الذي يقول للأجهزة الحاسوب ما يجب القيام به(David، 2014:21).

يتطلب نظام الحاسوب أنواعاً مختلفة من البرمجيات للعمل و من اهمها نظام التشغيل (Operating System) هو البرنامج الرئيس الذي من دونه الحاسوب لا يمكن أن يعمل، يقوم نظام التشغيل بالسيطرة

على جميع مكونات الحاسوب، بالإضافة إلى نظام التشغيل يحتاج الحاسوب لأنواع أخرى من البرمجيات ليعمل بشكل صحيح و هي (البرمجيات المساعدة و برمجيات التشغيل و مضاد الفايروس و برمجيات النسخ الاحتياطي و برمجيات الاسترداد) (Dinesh,2014:3).

تقسم البرمجيات على فئتين و كما مبين في الشكل (11)(David، 2014:21):

1. أنظمة التشغيل: تعمل على إدارة الأجهزة و خلق التفاعل بين الأجهزة و المستخدمين (Window).
 2. برمجيات التطبيقات : هي البرمجيات التي تعمل شيئاً مفيداً للمستخدم مثل (Microsoft Excel).
- و كما في الشكل (3).

ان جميع البرمجيات الموجودة يمكن تصنيفها الى (Kroenke,2007:20) :

1. البرمجيات الأفقية: التي تشير إلى البرمجيات التي تخدم الاعمال الشائعة في جميع المنظمات وتستخدمها مجموعة متنوعة واسعة من المنظمات مثل (Microsoft Office, Adobe Acrobat)(Artit,2012:15)
2. البرمجيات العمودية: التي تشير إلى البرمجيات التي تخدم متطلبات معينة في المنظمة مثل (البرمجيات التي يتم استخدامها من قبل المخازن لتتبع المخزون، و المشتريات و المبيعات).
3. البرمجيات الفريدة : هي برمجيات تم تطويرها من أجل دعم حاجة فريدة من نوعها و لا تصلح إلا لمنظمة معينة.



شكل (3)

انواع البرمجيات

source : David , T. Bourgeois, (2014), **Information Systems for Business and Beyond published** , through the open text book challenge by saylor academ , 1th ed.

ان المنظمات تحصل على البرمجيات المختلفة من مصادر مختلفة هي :

1. المصدر الأول : هو شراء برمجيات جاهزة للاستخدام التي توفر التكاليف (Artit 2012:17).
2. المصدر الثاني : بعض البرمجيات لا تتناسب مع متطلبات التنظيمية لذلك يتم الحصول عليها عن

طريق شرائها جاهزة مع اضافة بعض التعديلات و هذه البرمجيات هي أعلى من البرمجيات السابقة.
3. المصدر الثالث: هو من خلال التعاقد مع مبرمجي البرمجيات من أجل الحصول على البرمجيات التي تتناسب تماما مع متطلبات المنظمة، و قد لخصت أنواع و مصادر البرمجيات كما في الجدول (9) (Kroenke,2007:20).

جدول (9)
انواع و مصادر البرمجيات

مصادر اللبرمجيات انواع البرمجيات	شراء برمجيات جاهزة	شراء برمجيات جاهزة مع اجراء بعض التعديلات عليها	تطوير برمجيات
البرمجيات الافقية			
البرمجيات العمودية			
البرمجيات الفريدة			

source: Artit , Kornkaew, (2012) , **Management Information System Implementation Challenges Success Key Issues, Effects and Consequences** ,Master's Thesis within Military Logistics , Business School ,Joncophng University.

و يرى الباحث ان البرمجيات : هي تعليمات مبرمجة توجه الحاسوب لتنفيذ امر معين و تخبر الحاسوب ما يجب القيام به و ان الحاسوب لا يمكن ان يعمل بدون البرمجيات و يتم انشاء البرمجيات من قبل المبرمجين بدون برامج و تقسم الى برمجيات تشغيل الحاسوب و برمجيات التطبيقات وتحصل عليها من مصادر مختلفة.

ثالثا : الافراد (people)

هم عبارة عن المكون الذي يشغل و يسيطر و ينظم المكونات الاخرى، والافراد لهم عناوين وظيفية مختلفة حسب العمل المحدد لكل منهم ، فكل منظمة تستخدم نظام المعلومات تحتاج إلى عاملين لتشغيل و ادارة هذا النظام، يعد توفير العاملين الكفاء إحدى متطلبات تطبيق النظام ، و يتم ذلك عن طريق التدريب في المؤسسات العلمية المتخصصة.

ويمكن تصنيف الافراد في اي نظام للمعلومات الى:

1. محلل الأنظمة : دور محلل النظم يمتد لتحديد احتياجات العمل و تحليل النظام قائم على الحاسوب أو إعادة تصميمها لتلبية تلك الاحتياجات(Elizabeth&Ventus,2008:7).
2. مبرمج : يقوم بكتابة التعليمات البرمجية للحاسوب بلغة البرمجة و يحاول المبرمجون عموما تحقيق مواصفات التصميم التي أعطيت لهم من قبل الأنظمة(Elizabeth&Ventus,2008:8).
3. مهندسي الحاسوب: يصممون أجهزة الحاسوب والبرمجيات التي نستخدمها كل يوم ، يصنف المهندسون كما يأتي (David، 2014:96):

- مهندس الأجهزة : يصممون مكونات الأجهزة الحاسوب، مثل المعالجات.
 - مهندس برمجيات : يصمم لغات البرمجة و أنظمة التشغيل وتطوير أنواع جديدة من البرمجيات .
 - مهندس النظم : يأخذ المكونات المصممة من قبل المهندسين الآخرين و يجعلها تعمل معا، و لديه خبرة في العديد من الأنواع المختلفة من الأجهزة و البرمجيات و يعرف كيفية دمجها لأنشاء وظائف جديدة.
 - مهندس الشبكات : وظيفته الربط الشبكي للمنظمة ومن ثم تصميم نظام الاتصالات لتلبية تلك الاحتياجات ، و ذلك باستخدام أجهزة الشبكات و البرمجيات المتاحة.
4. مشغل الحواسيب : هو الفرد الذي يحافظ على أجهزة الحاسوب قيد التشغيل. وظيفة هذا الفرد هو الإشراف على أجهزة الحاسوب و مراكز البيانات في المنظمات (David،2014:97)
5. مسؤول قاعدة البيانات : هو الفرد الذي يدير قواعد بيانات المنظمة. و يكونها و يحافظ عليها التي يتم استخدامها كجزء من التطبيقات أو مستودع البيانات (Elizabeth&Ventus,2008:9).

رابعا : البيانات (Data)

البيانات : هي تمثل حقائق أو مبادئ أو تعليمات بشكل رسمي مناسب للاتصال و التفسير و التشغيل بواسطة الأفراد و الآلات الأوتوماتيكية (Reynolds,1992:29). البيانات هي الحقائق الخام و ارقام غير مجهزة و ليس لها معنى هادف (Mamary et al.,2014:23)، البيانات هي الحقيقة الخام و يمكن أن تأخذ شكل رقم أو عبارة مثل التاريخ أو قياس. (Hardcastle,2011:23)، و تتكون البيانات من المواد الخام لنظام المعلومات لإنتاج المعلومات في نظام المعلومات الإدارية ، و نوع البيانات يختلف من نظام الى اخر لتحقيق غرض محدد (Dinesh,2014:5) ، جدول (10) بعض أنواع البيانات.

جدول (10)
انواع البيانات

التفاصيل	نوع البيانات
تخزين البيانات غير رقمية يسمح للنص ان يتألف من 256 حرفا كحد اقصى.	نص
تخزين الأرقام.	عدد
شكل خاص من بيانات الرقمية الذي هو عادة طوله واحد بايت (0 1).	نعم لا؛ صح خطأ
شكل خاص من بيانات الرقمية الذي يمكن أن تفسر على أنها عدد أو وقت.	تاريخ وقت
شكل خاص من بيانات الرقمية الذي يصيغ كل قيم مع مؤشر العملة	عملة
هذا النوع من البيانات يسمح للنص ان يكون أطول من 256 حرفا.	نص فقرة
هذا النوع يسمح لتخزين البيانات مثل صورة أو ملف الموسيقى.	موجه

المصدر: اعداد الباحث اعتمادا على David , T. Bourgeois, (2014), **Information**

Systems for Business and Beyond published , through the open text book challenge by saylor academ , 1th ed.

اما قاعدة البيانات: فهي مجموعة من البيانات المتداخلة و المخزونة في أجهزة التخزين و قاعدة البيانات قد تكون مخزناً لبيانات عمليات المنظمات (Krajewski&Ritzman,2005:513). كما انها هي عبارة عن مجموعة من البيانات المترابطة تهدف الى سهولة الوصول للبيانات و التقليل من تكرار البيانات و توفير الأمن و سلامة للبيانات (Dinesh,2014:6) . و عند ادخال البيانات الى قواعد البيانات يجب أن يكون نوع البيانات يحاكي قاعدة بيانات و مساحة تخزين القاعدة المخصصة للبيانات كافية (David,2014:39). عند تحويل البيانات (data) إلى معلومات (information) فإننا يمكن استخدامها لاتخاذ قرارات في المنظمة. المعلومات هي "البيانات تم معالجتها و لها معنى" (Mamary et al.,2014:23)، ويتم إنشائها من خلال التحويل للبيانات الى معلومات (Hardcastle,2011:23) ، المعلومات هي "بيانات تم تحويلها إلى معنى و فائدة للمستخدمين النهائيين". (O'Brien & Marakas,2007:5) .

و من اهم خصائص المعلومات هي (O'Brien,2000:29):

1. الدقة : خلو المعلومات من الأخطاء .
2. الملائمة : مطابقة المعلومات مع متطلبات المستفيد .
3. الوقت :توفيرها في الوقت المناسب .
4. التكامل : المعلومات كاملة وبدون أي نقص .
5. الوضوح : أن تكون المعلومات واضح .
6. الموضوعية : أن تكون بعيدة عن التحيز .
7. سهولة الحصول : إمكانية الوصول .
8. قابلية للقياس : اي إمكانية تحديد حجمها.

المبحث الثاني جودة الخدمات الصحية (Quality of Health Services)

يستعمل الناس في حياتهم اليومية الكثير من الخدمات و من بينها الخدمات الصحية مثلما يستهلكون السلع، إلا أنه هناك بعض الغموض حول طبيعة جودة الخدمات الصحية و ابعادها ، في هذا المبحث سنسلط الضوء على بعض المفاهيم الخاصة بطبيعة جودة الخدمة الصحية و ابعادها و اهميتها.

اولا : الخدمة (Service)

إن التمييز بين السلع و الخدمات ليس واضحاً تماماً و من التعريف الآتي نضع نقطة انطلاق لفهم الاختلافات بين السلع و الخدمات ، بشكل عام ان السلع يمكن تعريفها بأنها الأشياء او الأجهزة أو مواد، في حين أن الخدمات يمكن تعريفها بأنها الأفعال و الجهود و العروض ، الخدمة قد تكون بسيطة مثل التعامل مع الشكوى أو معقدة مثل التمويل العقاري.

بسبب الصعوبة المتزايدة في جعل منتجاتها المادية متميزة، لذلك فإن المنظمات تحولت إلى إنتاج خدمات، و هي في الواقع تجني ارباحاً كبيرة من خلال تقديم الخدمات المتميزة ، سواء كان ذلك التميز من خلال التسليم في الوقت المحدد ، او الإجابة بسرعة عن استفسارات الزبائن ، أو حل شكاوى الزبائن بسرعة (Kotler & Keller ,2012:354)، و هي اليوم تحول تركيزها على المنافسة بتقديم خدمات للزبائن لا مثيل لها (Leonard ,1980:24).

تقدم المنظمات الخدمية العديد من الخدمات غير الملموسة ، و من الأمثلة عليها (الخدمات الصحية ، التعليم ، الخدمات المصرفية ، التأمين ، خدمات البلدية ، الخدمات الاجتماعية ، الخدمات القانونية ، وغيرها (Leonard ,1980:25) .

1. مفهوم الخدمة

تقدم المنظمات الخدمات للمجتمع أو للمنظمات الأخرى مع أو من دون ثمن معين ، وفقاً لطبيعة الخدمة المقدمة و كذلك وفقاً لطبيعة المنظمة ، ان هدف الرئيس من تقديم الخدمة هو تلبية رغبات و متطلبات الزبائن ، و تشكيل علاقات قوية بين الزبائن والمنظمات التي تقدم الخدمة .

مفهوم الخدمة لا تقتصر على أداء أي نشاط ، بل ينبغي التناسب و التطابق مع ما يفضله الزبائن في خدمة (Ensour & Alinizi,2014:4)

مفهوم الخدمة يختلف باختلاف آراء الباحثين و الكتاب و الجدول (11) يمثل مفهوم الخدمة لبعض الكتاب و الباحثين ، التي نامل من خلالها اعطاء مفهوم للخدمة .

جدول (11)

مفهوم الخدمة لبعض الكتاب و الباحثين

المفهوم	اسم الكاتب او باحث	ت
هي النشاط الاقتصادي الذي يضيف قيمة و يوفر طلبات الزبائن في زمان و مكان محددين.	Evert , 1987:22	1
هي فعل أو أداء يقدمه طرف إلى طرف آخر قد تكون مرتبطة بمنتج مادي او غير مادي و لا يؤدي الى نقل ملكية أي من عوامل الإنتاج.	Gronroos , 1990:26	2
هي فعاليات او نشاطات لا ملموسة تهدف الى تلبية حاجات الزبائن.	Etzel , 1997: 515	3
هي المنتجات لا ملموسة تتكون من عمل و أداء لا يمكن امتلاكها ماديا.	Lancaster& massing, 2001:206	4
هي جميع النشاطات و العمليات التي تؤدي الى رضا الزبون مقابل ثمن و تقدمه بدون اخطاء .	Christopher& Mc Donald, 2001:282	5
هي نشاط اجتماعي يسعى إلى إشباع الحاجات و رغبات الزبائن و تكون غير ملموسة.	François & Claude 2002:35	6
هي تنفيذ طلب من قبل المنظمة بحيث لا ينتج عنه تحويل الملكية كما في السلع.	Beatrice, 2004:71	7
هي أي فعل أو أداء يقدمه طرف لآخر و يكون جوهره غير ملموس ولا ينتج عنه تبادل ملكية و أن إنتاجه مرتبط بإنتاج ملموس أو غير ملموس .	Kotler&Armstrong 2006:427	8
هي النشاطات غير ملموسة التي تحقق منفعة للزبون و التي لا يجب ان تكون مرتبطة بسلعة أو خدمة أخرى.	Stanton , 2006:115	9
هي كل شيء يمكن شراؤه و بيعه و لكن لا يمكن لمسه .	Christopher et al. ,2011:25	10
هي تطبيق الكفاءات المتخصصة (المعرفة و المهارات) من خلال الأفعال و العمليات و الأداء لصالح طرف آخر.	Kai & Juho, 2012:18	11
هي أي فعل أو أداء يمكن ان يقدمه طرف للآخر و هو غير ملموس أساسا ولا يؤدي نقل ملكية أي شيء ، و قد يكون أو لا يكون إنتاجه مرتبطاً بمنتج مادي.	Kotler & Keller ,2012:356	12
هي أي فعل أو أداء يمكن لأحد الاطراف ان يقدمه للآخر و هو غير ملموس أساسا و لا سيؤدي الى نقل ملكية قد تكون مرتبطة إنتاجها بمنتج مادي او لا.	Rajesh &Nishant , 2013:77	13

المصدر : اعداد الباحث

من مجمل التعاريف اعلاه يتضح لنا ما يأتي:

1. يمكن تعريف الخدمة على النحو الاتي: هي مجموعة من النشاطات و العمليات التي تقدم منفعة للزبائن

و تكون غير ملموسة و لا ينتج عنها نقل ملكية.

2. نستنتج ان الخدمة لها عدة صفات هي :

• الخدمة هي غير ملموسة.

• الخدمة لا تملك.

- الخدمة لا تدرك بالحواس الا من خلال المنفعة المتحققة.
- قد تكون مرتبطة بمنتج مادي او لا.

2. خصائص الخدمات (Characteristic of Services)

لمعرفة الخدمة يتم ذلك من خلال معرفة خصائص الخدمات الموثوق بها جيدا و هي (اللاملموسية و التلازمية و التغير (التباين) (Parasuraman et al.,1985:42)، ان الخدمات تتميز بخصائص تجعلها متميزة عن السلعة ان الخدمات لديها أساسا اربع خصائص هي : (اللاملموسية ، التلازمية ، التباين ، التلف) فريدة من نوعها مقارنة مع السلع (Kotler & Keller ,2012:354؛ Peter&Angela:2006:2)، اما (Kotler,2003:246؛ Ahsanath,2011:6) فقد اكدوا ان خصائص الخدمات خمسة هي : (اللاملموسية، التلازمية ، التباين ، التلف. عدم الامتلاك)، هذه الخصائص مهمة جدا، لأن هذه الخصائص تؤدي الى العديد من المشاكل التسويقية الفريدة من نوعها (Ahsanath,2011:6). و هي :

1. اللاملموسية (Intangibility):

تعني عدم القدرة على لمسها او رؤيتها او سماعها قبل تجربتها (Kotler,2003:246) ، على عكس المنتجات المادية الخدمات لا يمكن النظر إليها او ذوقها او الشعور بها او سماعها أو شم رائحتها قبل أن يتم شراؤها (Kotler & Keller ,2012:354). هي الخصائص الأساسية التي تميز الخدمات بين السلع و الخدمات مثل التعليم و التأمين و غيرها لا يمكن أن تملكها جسديا مثل السلع المادية ، الخدمات غير الملموسة هي أكثر صعوبة بالنسبة للزبائن من تقييم السلع (Ahsanath,2011:6). و حسب (Wesselman,2014) الخدمات لا ملموسة لأنها الأداء أو الإجراءات بدلا من الأشياء وأنها لا يمكن أن ينظر إليها أو لمسها بنفس الطريقة التي يمكنك الشعور بالسلع المادية بسبب اللاملموسية لخدمات فمن الصعب ان يتم عرضها و هذا يجعل من الصعب بالنسبة للزبائن تقييم جودة الخدمات (Wesselman,2014:11).

2. التلازمية (Nseparability):

يتم انتاج البضائع اولا ثم تخزينها و بيعها ثم استهلاكها في وقت لاحق ، بينما تباع الخدمات أولا ثم تنتج و تستهلك في وقت واحد، (Kotler&Keller,2012:354؛ Peter& Angela,2006:2) ، وهذا يعني ان الخدمة يتم استهلاكها عند تقديمها ولا يتم خزنها (Kotler,2003:247) . الخدمات هي غير قابلة لتجزئة الإنتاج عن الاستهلاك ، في معظم الحالات الخدمة التي لا يمكن فصلها عن الافراد أو المنظمة التي تقدمها (Ahsanath,2011:6) .

3. التباين (Heterogeneity):

من الصعب جدا ان تكون الخدمة مستنسخة في نفس الطريقة (Violin,2015:13)، يتم تقديم معظم الخدمات من قبل الافراد والافراد ليسوا متشابهين دائما في أدائهم و يؤدي هذا الى التباين في الخدمات، قد يختلف الأداء من فرد إلى آخر أو من منظمة إلى أخرى أو حتى أداء الفرد في النهار قد لا يكون نفسه في وقت الليل (Ahsanath,2011:7).

4. التلف (Perishability) :

لا يمكن تخزين خدمات و بيعها او استخدامها لاحقا، فالخدمات هي عروض التي لا يمكن تخزينها لذلك يتم فقدان الإيرادات و أو قيمة الخدمة (Peter& Angela,2006: 4-5).

5. عدم الامتلاك (Lack Of Ownership):

تعني أن الخدمة يمكن الانتفاع منها و لا يمكن امتلاكها عند الحصول عليها (Kotler,2003:247). عند شراء المنتج سوف تصبح المالك سواء كانت سيارة أو غيرها و لكن في حالة الخدمة تقدم لك لاستخدامها و ليس ملكيتها (Ahsanath,2011:8).

ثانيا . الجودة (Quality)

عندما يستخدم تعبير "الجودة" نعتقد عادة ان المنتج أو الخدمة الممتازة تلبى أو تتجاوز توقعاتنا، الجودة هي ظاهرة معقدة تقوم على توقعات الزبائن مع مختلف وجهات النظر بشأن المنتجات و الخدمات، و قد تم بناء هذه التوقعات من خلال التجارب السابقة للزبائن في سياقات مختلفة .

واكد (Rampal&Gupta,2009) على ان ادارة المنظمة تحقق الجودة من خلال مدخليين هما:

1. مدخل التركيز على المنتج : محاوله للتحكم بتوافق المنتجات ويركز على الابعاد الاتية: (الأداء والميزات و الموثوقية والمطابقة والمتانة والخدمة والجمال والجودة المدركة) (Rampal&Gupta,2009: 306)، ان الزبائن يقيمون جودة المنتج من سلع و خدمات من خلال هذه الابعاد (David,1988:45) .
2. مدخل التركيز على الزبون: هذا المدخل يبدأ من فرضية أن الجودة تكمن في عيني الناظر، هو بالتالي أكثر ملاءمة لاعتماد الجودة ، ان عملية شاملة لتقديم الخدمات لابد ان تسيطر عليها مع الأخذ بعين الاعتبار التوقعات و مواقف الزبائن ، و يعتقد أن الخدمة التي تلبى رغبات الزبائن أفضل لديها جودة عالية (Rampal&Gupta,2009: 306).

أن الجودة لديها العديد من المفاهيم كما في الجدول(12) بسبب اختلاف الباحثين و الكتاب حول

المقصود بالجودة و سنشير بعض من هذه المفاهيم .

جدول (12)

مفهوم الجودة لبعض الكتاب و الباحثين .

المفهوم	اسم الكاتب او الباحث	ت
هي لا يعني فقط جودة المنتج و لكن أيضا خدمات ما بعد البيع و جودة الإدارة و المنظمة نفسها و حياة الإنسان .	Ishikawa , 1976:2	1
هي المجموع الكلي للمزايا و الخصائص التي تؤثر في قدرة المنتج أو الخدمة على تلبية حاجات معينة .	Dilworth ,1996:609 (ASQC)&(EOQC)	2
هي المطابقة للمتطلبات .	Crosby , 1988:78	3
هي استهداف احتياجات الزبائن في الحاضر والمستقبل .	Deming ,2000:5	4
هي قدرة مجموعة من الخصائص و المميزات الجوهرية على إرضاء المتطلبات المعلنة أو الضمنية لمجموعة من الزبائن .	Daniel& Maurice , 2002 :21 (AFNOR:2000)	5
هي الملائمة للغرض .	Juran&Defeo, 2010:5	6

المصدر : اعداد الباحث

من مجمل التعاريف السابقة نستنتج مما يأتي:

1. نستطيع تعريف الجودة على انها : "مجموع مكونات و صفات المنتج (سلعة او خدمة) التي تحقق

رغبات و توقعات الزبون او تتجاوزها".

2. يتضح ان

- ان الجودة يحددها الزبون من خلال توقعاته و القيمة المدركة.
- ان الجودة تتكون من مجموعة المكونات و الخصائص.
- ان الجودة غير محددة بالمنتج (السلع او خدمة) انما هي تمتد الى الممارسات الادارية في المنظمات و حياة الافراد و البيئة).

ثالثا . جودة الخدمات (Services Quality)

في عام 1980 بدء الباحثون لأول مرة البحث عن الجودة في الخدمة في حين ان الجودة في السلع ملموسة وقد وصفت و تم تقييمها في ذلك الوقت، كانت جودة الخدمة غير محددة إلى حد كبير.

في عام 1985 قام كل من (Parasuraman, Zeithaml & Berry) ببحوث في هذا المجال بسبب النمو الكبير في قطاع الخدمات ، و ان تقديم خدمات متفوقة أصبح شرطا أساسيا للنجاح و بقاء المنظمات و نموها (Wesselman,2014:11).

في الوقت الحاضر ازدادت المنافسة و أصبحت جودة الخدمة مجالاً مهماً في البحوث الأكاديمية قد اثبتت فيها الميزة التنافسية و دعم علاقات جيدة مع الزبائن (Zeithaml ,2000:67) ، هي من المفاهيم التي أثارت اهتماما كبيرا في مجال البحوث، و هناك صعوبات في تحديد و قياس جودة الخدمة مع عدم وجود

توافق عام في الآراء (Wisniewski, 2001:380).

تقييم جودة الخدمة تقيماً شاملاً من قبل الزبائن (Eshghi et al., 2008:119) ، و هي مستوى الخدمة التي تلبي احتياجات أو و توقعات الزبائن و يجب تكون جودة الخدمة تتفق باستمرار مع توقعات الزبائن (Asubonteng et al., 1996:62; Wisniewski & Donnelly, 1996:360).

ان توقعات و إدراك الزبائن هما العنصران الرئيسان في جودة الخدمة ، الزبائن تحكم على الجودة بأنها "منخفضة" إذا كان الأداء (الإدراك) لا يليب توقعاتهم ، والجودة بأنها "عالية" عندما يتجاوز أداء التوقعات (Munusamy et al., 2010:400 ؛ Oliver, 1980:462).

هناك ثلاث خطوات يمكن للمنظمات الخدمية اتخاذها لزيادة الجودة في خدماتها Kotler & Keller (Mohan, 2001:35؛ 2012:359):

1. إجراءات التوظيف و التدريب الجيد: توظيف الافراد وتدريبهم أمر بالغ الأهمية ، و الافراد المتدربون تدريباً جيداً يملكون ستة خصال: (الكفاءة، المجاملة، المصداقية، الموثوقية، الاستجابة، الاتصالات)
2. توحيد عملية الأداء: وضع خطة الخدمة يمكن أن ترسم عملية الخدمة في جميع أنحاء المنظمة و نقاط الاتصال مع الزبائن، وهذا دليل للخدمة من وجهة نظر الزبائن.
3. مراقب رضا الزبائن : توظيف نظم للاقتراحات و شكاوى الزبائن ، و الدراسات الاستقصائية للزبائن و مقارنة التسوق لمختلف احتياجات الزبائن في مختلف المجالات.

جودة الخدمة تبدأ من الزبائن و على أساس توقعاتهم و هذا يؤدي إلى حقيقة أن جودة الخدمة تتحقق إذا تحققت توقعات الزبائن أو تجاوزها ، ان تعريف جودة الخدمة لا يزال مصدراً للخلاف بين الخبراء و الباحثين، و يرجع ذلك في المقام الأول إلى فهم مختلف إلى (Aleksandar et al., 2010:274):

1. طبيعة جودة الخدمة: أي معضلة ما إذا كانت الجودة هي توقعات أداء الخدمة أو غيره.

2. أبعاد جودة الخدمة: من حيث مفهوم مع بعد واحد أو اعتماد تعدد أبعاد جودة الخدمة.

حسب (Woodruffe, 1999) من الممكن الحكم على جودة الخدمة من خلال:

1. التصميم الذي ينعكس من خلال ملامح و خصائص الخدمة .

2. رضا الزبائن من خلال توفير احتياجاتهم.

3. القدرة على إنتاج و تقديم الخدمة (Woodruffe, 1999:105).

و بالتالي فإنه من الصعب إعطاء مفهوم دقيق ، و ايضاً بسبب لاختلاف آراء الكثير للباحثين والكتاب

كما في الجدول (13) و لاختلاف حاجات و توقعات و ادراك الزبائن و كذلك الاختلاف في الحكم على

جودة الخدمة

جدول (13)

مفهوم جودة الخدمة لبعض الكتاب و الباحثين

ت	اسم الكاتب او باحث	المفهوم
1	Gronroos , 1982:35	هي نتائج عملية التقييم اذ يقارن الزبون توقعاته مع الخدمة التي تلقاها.
2	Wyckoff, 1984:78	هي درجة التميز لتلبية متطلبات الزبائن و السيطرة على التباين في تحقيق هذا التميز.
3	Sherden , 1988:45	هي شكل العلاقة بين الزبون و مقدم الخدمة و بشكل خاص هو التعامل.
4	Czepiel , 1990:230	هي توقع الزبائن لمواصفات خدمة ما أو يفوق توقعاتهم.
5	Gerard & Michel , 1992:45	هي ذلك الفرق الذي يفصل الزبون عن الخدمة و الجودة التي يدركها بعد تقديم الخدمة له.
6	Bitner et al.,1994:95	هي الانطباع العام للزبون الذي يقترب او يفوق خدمات المنظمة .
7	Grocock ,1994:181	هي درجة من التوافق بين جميع مميزات و خصائص خدمة ما و جميع جوانب احتياجات الزبائن المحدودة بسبب السعر و التسليم .
8	Parasuraman et al., 1991:436	هي درجة من التوافق بين الخدمة المدركة المقدمة وتوقعات الخدمة المطلوبة.
9	Cronin & Taylor, 1994:125	هي شكل من أشكال الموقف الذي يمثل التقييم الشامل على المدى الطويل.
10	Roest & Pieters ,1997 336	هي التفاوت المعرفي النسبي للمعايير المستندة إلى الخبرة و العروض المتعلقة بمميزات الخدمة.
11	Eshghi et al., 2008:119	هي التقييم العام للخدمة من قبل الزبائن.
12	Munusamy et al., 2010:400	هي الفرق بين توقعات الزبائن و ادراكهم للخدمة المقدمة.
13	Arash ,2010:2	هي مدى تلبية خصائص الخدمة لتوقعات الزبائن او تتجاوزها.
14	Niveen et al.,2013:3	هي إدراك الزبائن لقدرة الخدمة على تلبية توقعاتهم أو تتجاوزها.

المصدر : اعداد الباحث

من مجمل التعاريف اعلاه يتضح لنا ما يأتي :

يمكن تعريف جودة الخدمة كلاتي: هي الفرق بين توقعات و ادراك الزبون لخدمة ما. و هي

• لا ملموسة

• يحددها الزبون من خلال توقعاته و ادراكه للخدمة المقدمة.

رابعاً. جودة الخدمات الصحية (Quality of Health Services)

ان الخدمات الصحية مهمة لجميع المجتمعات و هي تدور حول المرضى ، الخدمات الصحية مثيرة بطبيعتها لأنها الخدمات التي معظم الأفراد لا يريدونها و لكنهم يحتاجونها في الوقت معين (Berry & Beudapudi,2007:111). تطلب الخدمات الصحية لتلبية الاحتياجات المادية و النفسية و الاجتماعية للمرضى الذين يسعون للصحة ، في أيامنا هذه بدأت العديد من المنظمات الصحية بالاعتراف بأنه ينبغي تقييم الجودة في الخدمات الصحية من أجل البقاء ، كذلك الجودة في الخدمات الصحية في طليعة الاهتمام المهني و الإداري لأنها تعتبر وسيلة لتحقيق الميزة التنافسية و الربحية على المدى الطويل (Brown & Swartz,1989:92). فضلا عن تحقيق نتائج صحية مناسبة للمرضى (Dagger & Sweeney, 2006) . و يتفق كل من

(Gronroos,1984:33؛Donabedian,1982:2؛Donabedian,1980:1؛Kovner&Smits,1978:69).

على ان الجودة في المنظمات التي تقدم الخدمات الصحية تقسم على قسمين :

❖ الجودة الفنية : تشير الجودة الفنية في مجال الخدمات الصحية الى التركيز بشكل اساس على دقة تقنية و التشخيص و الإجراءات.

❖ الجودة الوظيفية: تشير الجودة الوظيفية في مجال الخدمات الصحية إلى التركيز بشكل رئيس على أساس طريقة تقديم الخدمات الصحية للمريض ، المرضى غالبا ما يكونون غير قادرين على تقييم دقيق لجودة الفنية لخدمات الصحية ، اما الجودة الوظيفية فتكون المحدد الرئيس لتوقعات المرضى حول جودة الخدمة الصحية . وتسويق الخدمات يركز على الجودة الوظيفية نظرا لما لها من اهمية للمرضى و قد استخدمت على نطاق واسع لتقييم الخدمات الصحية (Dursun&Cerci,2004:3؛Buttle,1996:8).

1. مفهوم جودة الخدمات الصحية (Concept of Quality of Health Services)

أن جودة الخدمة الصحية تفهم من خلال طرفين الاول المرضى و الثاني مقدمي الخدمات الصحية على حد سواء و هما لديهم معلومات قيمة عن المميزات التي تنشأ الجودة في الخدمات الصحية، مما يجعل التركيز موجهاً نحو المرضى و مقدمي الخدمات (Sower et al.,2001:50). حتى لو كنا نفهم أن الخدمة تم إنشاؤها للمرضى ، و لكن لا يمكن تحقيق مستوى من جودة دون تدخل مقدمي الخدمة في الجودة، مقدمو الخدمات هم المسؤولون عن تقديم الخدمة التي تؤدي الى انطباع لدى المرضى (Miranda et al.,2010:2138). ويقسم مقدمو الخدمة الى الكوادر صحية وغير صحية (Choi et al.,2005:140)، ان هناك العديد من المفاهيم المختلفة للكتاب و الباحثين كما في الجدول(14) ، و هذا اختلاف سوف يؤدي إلى أولويات مختلفة و أهداف مختلفة، تبعا الى وجهات نظر المرضى و أسرهم ومقدمي الخدمة الصحية.

جدول (14)

مفهوم جودة الخدمة الصحية لبعض الكتاب و الباحثين

ت	اسم الكاتب او الباحث	المفهوم
1	Donabedian 1980:34	هي تطبيق العلم و التكنولوجيا الطبية بطريقة تحقق أقصى قدر من فائدة للصحة دون زيادة في الخطر بالمقابل .
2	Kotler & Clarke , 1987:47	1. المريض : ما تقدمه المستشفى من خدمة تمتاز بالعطف و الاحترام. 2. الطبيب: تقديم الخدمة للمريض على اساس المعرفة و المهارات الطبية المتقدمة 3. الإدارة : تحقيق الكفاءة في تقديم الخدمات للمريض. 4. المالكين: استقطاب افضل العاملين و توفير افضل الموارد لتقديم الخدمة.
3	Laffel&Blumenthal 1989:2873	هي الرعاية التي تلبي تطلعات المرضى و غيرهم من المستفيدين من الخدمة .
4	Lohr 1991:167	هي درجة الخدمات الصحية للأفراد و المجتمع التي تزيد من احتمالية النتائج الصحية المطلوبة و التي تتفق مع المعرفة المهنية الحالية.
5	Gerard& Michel 1992:45	هي الفرق الذي يفصل المريض عن الخدمة التي يحس بها بعد تقديم الخدمة له.
6	Lohr &et al. 1992:18	هي مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى التي تؤدي الى النتائج الصحية المطلوبة .
7	Evans & Lindsay 1996:564	هي جميع خصائص الخدمات التي لها قدرة على تلبية حاجات معينة المرضى.
8	Zeithaml & Bitner, 1996:86	هي تقديم خدمة جيدة تفوق توقعات المرضى .
9	Pui ,2006:56	هي القدرة على تلبية توقعات المرضى.
10	Ovretveit , 2009:65	هي تقديم الخدمة التي تتجاوز توقعات المريض و تحقق أعلى النتائج السريرية المحتملة مع الموارد المتاحة.
11	Mosadeghrad 2013:147	هي الابتهاج المستمر للمريض عن طريق تقديم الخدمات الصحية الفعالة و الكفاءة وفقا لأحدث المبادئ التوجيهية و المعايير السريرية التي تلبي حاجات المريض و ترضي مقدمي الخدمة.
12	Mosadeghrad, 2014:203	هي تقديم الخدمات الصحية المناسبة بالمكان المناسب و الوقت المناسب و السعر المناسب من قبل مقدم الخدمة المناسب للمريض للحصول على النتائج المطلوبة.

المصدر: اعداد الباحث

من مجمل التعاريف السابقة يتضح لنا:

- ❖ يمكن تعريف جودة الخدمة الصحية على انها "هي تقديم الخدمة الصحية التي تطابق توقعات المرضى او تتجاوزها من خلال استخدام المعرفة و الموارد المتاحة".
- ❖ نستنتج ان:
- ان جودة الخدمة الصحية يقيها المريض.
- ان جودة الخدمة الصحية تتحقق من خلال المعرفة (الطبية و الادارية... وغيرها) و الموارد(الاجهزة و

الاثاث و المباني ... وغيرها)

- ان مقدم الخدمة عنصر مهم في جودة الخدمة الصحية و ذلك من خلال تعامله مع المريض.

2. عناصر جودة الخدمات الصحية (Elements of Quality of Health Services)

اكاد المعهد الطب الدولي (IOM) على ان هناك ستة عناصر تحدد جودة الخدمة الصحية ، ينبغي توفرها

في المستشفيات لتحقيق جودة الخدمة الصحية هي(Phil at el.,2007):

أ. الامان :أي انها خالية من إصابات عرضية لجميع المرضى في جميع العمليات و في كل وقت مثل (لا

ينبغي أن يكون هناك تدني مستويات السلامة في عطلة نهاية الأسبوع أو في الليل)، يجب أن لا

يتعرض المرضى للأذى من الخدمات الصحية التي تهدف إلى مساعدتهم (Kohn et al.,2000:12).

ب. الفاعلية : تقديم الخدمات على أساس المعرفة العلمية للجميع واستخدام الأدلة التي تم الحصول عليها

بصورة منتظمة لاتخاذ قرارات بشأن (الخدمة الوقائية و العلاج) (Phil at el.,2007:78).

ت. التركيز على المريض: توفير الخدمة و احترام المريض و استجابة مقدم الخدمة لتفضيلات المريض و

حاجاته و الراحة الجسدية والدعم العاطفي ومشاركة العائلة (Kohn et al.,2000:12).

ث. الكفاءة :أي استخدام الموارد للحصول على أفضل قيمة مقابل المال المنفق و الهدف هو تحديد باستمرار

الكفاءة في تقديم خدمات الرعاية الصحية و القضاء على الهدر.

(Schoen et al.,2007:26 ؛ Starfield&Shi,2002;60 ؛ Anell&Willis,2000:778).

ج. العادلة :أي ينبغي أن تستند الجودة على احتياجات المريض وليس على الخصائص (نوع الاجتماعي او

العرق او الموقع الجغرافي او المستوى الاقتصادي و الاجتماعي) (Smedley et al.,2003:37).

ح. الاستجابة: تعني الحرص على أن يتم تسليم الخدمة في الوقت المناسب (أي دون الانتظار لفترات طويلة

التي غالبا تكون مثيرة للقلق)(Stephanie et al.,2003:2).

3. مكونات جودة الخدمة الصحية (Components of Quality of Health Service)

و اكاد (Miranda et al., 2010) على ان هناك أربع مكونات تعتبر عوامل مهم تحقيق جودة الخدمة

الصحية في المستشفيات ، و تعتبر اساساً لنجاحها هي (Miranda et al., 2010:2146) :

أ. الافراد (العاملين) في مجال الصحة (الكوادر الصحية): هم يعملون على دراسة و ممارسة المهارات

المهنية (الطبية) و الاتصالات و الانتباه إلى مشاكل المرضى و فهمها و حلها بمهنية لمصلحة المرضى

ب. الاجراءات الكفؤة : وهي مستوى البيروقراطية و أوقات الانتظار في المستشفى قبل دخول المريض الى

العيادة الاستشارية و سرعة اكمال التحليل المختبرية و اصدار القرار حول الشكاوي و الوقت

المخصص لكل مريض و الجداول الزمنية للمراجعات.

ت. الافراد (العاملين) في المجالات غير الصحية (الكوادر غير صحية) : هم يعملون على دراسة و ممارسة المهارات الحرفية غير صحية و اللطف و المداراة و الانتباه المرضى و حل مشاكلهم بحرفية لمصلحتهم.

ث. البنى التحتية للمستشفى : و هي الاجهزة و المعدات و مبنى المستشفى و مواقف السيارات .

4. العوامل المؤثرة على جودة الخدمات الصحية

(Factors influencing of Quality of Health Services)

ان هنالك العديد من العوامل التي تؤثر على رضا المريض كما في الشكل (4) و بالتالي تؤثر على ادراك المريض لجودة الخدمات الصحية المقدمة و في ما يأتي تلك العوامل:

1. سلوك مقدمي الخدمة : يقيم المرضى جودة الخدمة المقدمة من خلال سلوك الأطباء و الممرضين و مساعدي الاطباء و افراد الدعم (Dhyana & Venkatesh, 2015:55). أن الجهد المبذول اتجاه الزبائن المرضى من خلال اللطف و الأدب في الرد على استفساراتهم ، الاستجابة السريعة لطلباتهم و تنفيذها و غيرها، لها أثر على جودة الخدمة الصحية (Pride & Ferrell, 2000:336).
2. البيئة المادية: لحظة رؤية المريض لبناية المستشفى (العيادات الخارجية و غرف المرضى الراقدين و صالات العمليات و صالات الاستقبال وغيرها) ، و حتى قبل ان يبدأ بتجربة الخدمة ، عادة يقرر بالفعل ما إذا كان سيعود إلى المستشفى مرة أخرى ام لا ، هذا يدل على فهم العلاقة بين الجودة في المرافق المادية و جودة الخدمة الصحية (Miranda et al., 2010:2148).



شكل (4)

العوامل المؤثرة على جودة الخدمة الصحية
المصدر: اعداد الباحث

1. الخدمات التشخيصية: التأخر وعدم الدقة في نتائج الخدمات التشخيصية(التحاليل المختبرية و الاشعة و غيرها) يؤدي إلى عدم رضا المرضى و الذي يؤثر على مستوى جودة الخدمة الصحية.
2. الطعام : الطعام المقدم له اهمية عند المرضى.
3. النظافة : النظافة لديها تأثير أكبر على جودة المستشفيات من خلال توقعات المرضى تجاه النظافة (نظافة البيئة وتقنيات غسل اليدين و كل شيء) هي عنصر أساس في تحقيق جودة الخدمات الصحية (Dhyana &Venkatesh,2015:56).
4. عوامل تتعلق بالمرضى (المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية للمريض، تعاون المريض ، شدة المرض). عوامل تتعلق بالطبيب(المتغيرات الديموغرافية و الاجتماعية للطبيب ،معرفة و مهارات و دافعية ورضا الطبيب) (Mosadeghrad,2014:213-216).

5. اهمية جودة الخدمات الصحية (Importance of Quality of Health Services)

- و بنا على ما جاء به (Rampal&Gupta,2009) انه من الصعب أن تصف الخدمات بدقة دون النظر إلى التركيز المتزايد على الجودة برزت الجودة باعتبارها عنصراً أساسياً في الاستراتيجيات التنافسية للمنظمات الخدمية، هناك ثلاثة أسباب رئيسة تكون مسؤولة عن أهمية الجودة في الخدمات و منها الصحية :
1. تحتاج المنظمات الخدمية إيجاد السبل لإنشاء الميزة التنافسية لمستويات خدمة أفضل من منافسيها.
 2. زيادة مستوى الاستهلاك واهتمام وسائل الإعلام المتزايد بالجودة ، مما يؤدي الى أن المنظمات الخدمية تكون أكثر استجابة لقضايا الجودة.
 3. ان التطور المتزايد في العلم و المعرفة أدت الى الاهتمام بتقديم الخدمات ذات الجودة عالية (Rampal&Gupta,2009 :301).

الجودة في الخدمات الصحية في طبيعة الاهتمام المهني و الإداري لأنها تعتبر وسيلة لتحقيق الميزة التنافسية و الربحية على المدى الطويل(Brown &Swartz,1989:92)، و اكد (Woodruffe,1999) على ان الخدمات الصحية اليوم يقيمها المريض من خلال جودة الخدمة المقدمة ، و بالتالي تؤثر على حجم الطلب على خدمة الصحية في الاسواق (Woodruffe,1999:105) ، كما انها تعتبر عاملاً أساسياً في زيادة حصتها في الاسواق و خفض التكاليف و تحقيق العائد على الاستثمار (Parasuraman et al.,1990: 41).

6. ابعاد جودة الخدمات الصحية (Dimensions Quality of Health Services)

من أجل فهم كيف ينظر الزبائن لتقييم جودة الخدمات قام (Parasuraman, Zheitaml & Berry) بدراسة في عام (1985) بعنوان درجة و نوع الفجوة بين توقعات و ادراك الزبائن، و تتطوي على اثني عشرة

مجموعة ، ثلاثة من أربع خدمات مختلفة ، لتحقيق من جودة الخدمة على أساس توقعات مشتركة بين المجموعات (Parasuraman et al.,1985:49).

أكدت النتائج التي تم الحصول عليها من هذه المجموعات ان الزبائن يتأثرون بأبعاد عملية و ليس فقط من خلال نتائج تقييم جودة الخدمة ، في هذه الدراسة من خلال الاجابات كشفت عن عشرة معايير تقييمية يمكن للزبون تقييم جودة الخدمة من خلالها (Mileide et al.,2013:1238) و هي:

1. ملموسية (Tangible): المظهر المادي للمرافق و المعدات و ملابس الافراد .
2. الاستجابة (Responsiveness): القدرة على مساعدة الزبائن على الفور.
3. الموثوقية (Reliability): القدرة على أداء الخدمة الموعودة بثقة و بدقة.
4. الكفاءة (Competence): استغلال القدرات و المعرفة المطلوبة لأداء الخدمات.
5. المودة (Courtesy): المداراة و الاحترام و تقديم الود للزبائن.
6. المصداقية (Credibility): الثقة و الحقيقة و أمانة.
7. السلامة (security): غياب خطر أو شك بالخطر.
8. الوصول (Access): القرب و السهولة .
9. الاتصالات (communication): الاتصال بالزبائن باللغة المناسبة.
10. الفهم (understanding): السعي لفهم الزبون و احتياجاته.

(Mileide et al.,2013:1238؛ Parasuraman et al.,1985:50)

عن طريق تقديم النتائج إلى التحليل الإحصائي لتحديد العلاقات المتبادلة بين هذه الأبعاد، بقي ثلاثة منهم سليمة: (ملموسية و الموثوقية و الاستجابة)، و تم تضمين الأبعاد السبعة المتبقية في اثنين آخرين كما في الجدول (15) و هما:

1. الضمان (Assurance): المعرفة و اللباقة الافراد وقدرتهم على إشاعة الثقة مع الزبون.
2. التعاطف (Empathy): فهم احتياجات الزبائن والاهتمام الذي توفر الخدمة لزيائنها (Parasuraman at el.,1990:48).

أظهر تحليل هذه الأبعاد الخمسة التي يستخدمونها كمعايير للتقييم جودة الخدمة، أبعاداً لا يستبعد بعضها بعضاً، و توفر إطاراً هاماً لفهم توقعات و ادراك الزبائن، وهي المحددات التي تحدد جودة الخدمة من وجهة نظر أولئك الذين يقيمونها (Parasuraman at el.,1990:49).

و اكدت البحوث على أن بعد الموثوقية هو البعد الأكثر أهمية، و بعد ملموسية هو أقل أهمية في ادراك الزبون (Parasuraman et al., 1985:44).

جدول (15)
ابعاد جودة الخدمة

النموذج الاصيل	اعادة هيكلة النموذج	التفصيل
ملموسية	ملموسية	الجوانب المادية التي يتم توفيرها للزبائن.
الاستجابة	الاستجابة	القدرة على حضور إلى للزبائن وتقديم الخدمة على وجه السرعة و تتضمن مفهوم المرونة والقدرة على التكيف مع احتياجات المستفيد من الخدمة.
الموثوقية	الموثوقية	القدرة على الوفاء بما وعده بدقة.
الكفاءة ، المودة المصدقية، السلامة	الضمان	الكفاءة ومجاملة للزبائن والأمنية التي توفرها العمليات .
الوصول ،الاتصالات الفهم	التعاطف	فهم احتياجات العملاء وتقديم خدمة فردية

Source: Mileide , Morais , Edenise , Maria. , Santos Silva., Maria Tronchin & Marta , Melleiro , (2013), **The use of the quality model of Parasuraman , Zeithaml and Berry in health services** , Rev. esc. enferm. USP Vol.47 no.5 Sao Paulo Oct.p1227-1232.

بعض الأبعاد قد تكون مهمة أكثر من غيرها اعتمادا على نوع الخدمة المقدمة (Mileide et al.,2013 :1238). التحقق من نتيجة التحليل ككل تظهر أن هناك فجوة (Gap) الرئيسة، هي الفرق بين توقعات الزبائن و ما يقدم في الواقع و يمكن لهذه الفجوة أن تكون العقبة الرئيسة أمام الزبائن الذين يتطلعون إلى توفير خدمات ذات جودة عالية (Parasuraman et al.,1991:432). الفجوات تمثل عقبة كبيرة لتحقيق مستوى مرضي من جودة الخدمة و يقترح هذا النموذج أن جودة الخدمة هي الفرق بين التوقعات والأداء (Ghobadian et al.,1994:43).

تعرف فجوة جودة الخدمة بانها "الفرق بين توقعات الزبائن للخدمة والخدمة المدركة"، إذا كانت التوقعات اعلى من الإدراك فإن الفجوة تتوسع لتكون الجودة أقل يؤدي الى عدم الرضا (Lewis&Mitchell,1990:11). و عندما يكون الإدراك أعلى من التوقعات فإن الفجوات تضيق و هناك يظهر مستويات عالية من الرضا، و ينظر الى الخدمة ممتازة الجودة ، و هناك خمس فجوات عادة ما تواجهها المنظمات (Marshall&Murdoch,2001:41؛Parasuraman et al.,1991:420).

اشار (Mileide et al.,2013؛Arash,2010؛Peter& Angela،2006؛Seth& Deshmukh,2005)

الى ان الفجوات هي :

1. الفجوة الاولى: الإدارة لا تدرك توقعات الزبائن، و تتناول هذه الفجوة الفرق بين توقعات الزبائن و ادراك الإدارة لجودة الخدمة (Peter & Angela ،2006:91).

2. الفجوة الثانية: عدم ادراك الإدارة لمواصفات جودة الخدمة، تتناول هذه الفجوة الفرق بين ادراك الإدارة لتوقعات الزبون لمواصفات جودة الخدمة (Arash,2010:3).

3. الفجوة الثالثة: عدم مطابقة مواصفات جودة الخدمة مع الخدمة المقدمة، تتناول هذه الفجوة الفرق بين مواصفات جودة الخدمات والمقدمة في الواقع (Seth&Deshmukh,2005:913).

4. الفجوة الرابعة: عدم مطابقة جودة الخدمة المقدمة مع الاتصالات الخارجية، تتناول هذه الفجوة الفرق بين تقديم الخدمات و الاتصالات مع زبائن حول عروض الخدمات (Mileide et al.,2013:1238).

5. الفجوة الخامسة: الفرق بين جودة الخدمة المتوقع وجودها المدركة ، وتسمى ايضا "بالفجوة الحقيقية" (Reality Gap) و تتناول هذه الفجوة الفرق بين توقعات الزبون للخدمة و الخدمة المدركة هذه الفجوة تعتمد على حجم و اتجاه الفجوات الأربع المرتبطة بتقديم جودة الخدمة على الجانب المسوق كما في الشكل (5) (Singh,2010: 3298).

$$\text{Gap 5} = f [\text{gap1}, \text{gap2}, \text{gap3}, \text{gap4}] \text{ (Mileide et al.,2013:1238)}$$

لإجراء تقييم لمدى رضا الزبائن من الضروري التركيز على التوقعات و ادراك الزبون حول الخدمات المقدمة (Parasuraman et al.,1991:432)

و حسب (Singh,2010:3298) ان ادراك الزبون للخدمة "تعني الخدمة كما يدركها الزبون من خلال المقارنة بين توقعاته و ادراكه". مفهوم الجودة المدركة تستخدم على حد سواء لخدمات و السلع ، و قد تفهم على انها التفوق أو التميز، في غياب معايير موضوعية، فإنه قد يكون من الملائم أن يتم تنفيذ تقييم من خلال قياس مفهوم الخدمة من قبل الزبون (Parasuraman et al.,1990:48).

ان الابعاد الخمسة لجودة الخدمة تنطبق على كل الخدمات و من بينها الخدمات الصحية

(Mileide et al., 2013 : 123) . بناءً على ما تقدم و باتفاق كلا من:

؛ Caha,2007:62؛ Marshall&Murdoch,2001:41؛Parasuraman et al., 1991:423)

؛Miranda et al.,2010:2139 ؛Yoo&Park,2007:911؛ Kotler&Keller,2006:414

(Mileide et al.,2013:1238 ؛Prattana et al.,2012:3 ؛Anna&Zinaida,2012:17

على ان ابعاد جودة الخدمة الصحية هي :

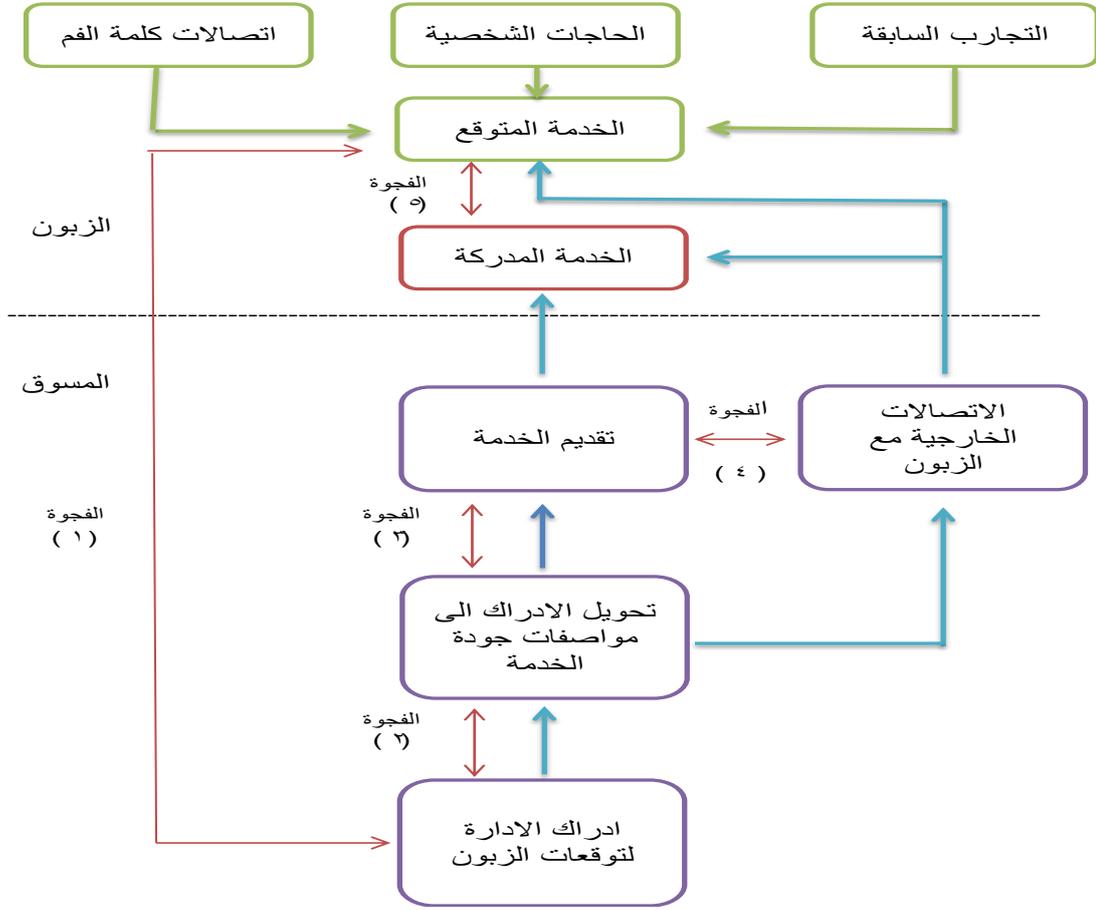
1. الملموسية(Tangible): هي المرافق المادية و المعدات و الأفراد و المواد التي يمكن أن تدرك من قبل حواس الإنسان الخمسة.

2. الاستجابة(Responsiveness): تواجد مقدم الخدمة و حضوره طوعا للمريض، وتوفير الخدمات بطريقة جيدة و بدقة والسرية و توجه العاملين لمساعدة المرضى وتقديم الخدمات فوراً.

3. الموثوقية(Reliability): تحويل قدرة الموارد لتنفيذ الخدمة بطريقة آمنة و فعالة. وهو يؤدي الى أداء ثابت خالي من عدم الامتثال، و يجب أن يتوافق مع ما وعد به، دون الحاجة إلى إعادة صياغة.

4. التعاطف(Empathy) : و هو في ما إذا كانت المستشفى تهتم بالمريض و تساعده بطريقة فردية، مشيراً إلى القدرة على انتباه الشخصية ، يشمل التعاطف الوصول والحساسية والجهد لفهم احتياجات المرضى

5. الضمان (Assurance): يتم تحديده على أنه من باب المجاملة، والمعرفة من العاملين و قدرتهم على نقل الثقة (Mileide et al.,2013:1238).



شكل (5)

نموذج فجوات جودة الخدمة

Source: Parasuraman , A. & Zheitmal , VA . & Berry, LL . (1985), **A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research**, Journal of Marketing, Vol. 49 . p41-50

7. قياس و تقييم جودة الخدمات الصحية

(Measurement and Evaluation Quality of Health Services)

في عام (1988) و وضع (Parasuraman, Zheitaml & Berry) نموذجاً لقياس و تقييم أبعاد جودة الخدمات يطلق عليه (SERVQUAL) هو أول محاولة لتفعيل بناء رضا الزبائن (Parasuraman et al.,1988). تم تطوير المقياس بمساعدة معهد علوم التسويق (MSI)، الذي ادى إلى توفير أداة لقياس و تقييم وظائف الجودة و تطبيقه على العديد من الخدمات المقدمة (Parasuraman et al.,1988:40).

تتكون أداة قياس (SERVQUAL) من 44 سؤالاً و تنقسم على قسمين:

1. الاول يحتوي 22 سؤال عن توقعات الزبائن بشأن جودة الخدمة.

2. الثاني يحوي 22 سؤال عن ادراك الزبائن بشأن جودة الخدمة (Marshall&Murdoch,2001:42). يجب على المستخدمين تثبيت درجتين لكل سمة، واحد تعكس توقعاتهم لمستوى جودة الخدمة التي من المحتمل تسلمها من المنظمة ، و الثانية تظهر ادراك لجودة الخدمة المقدمة من تلك المنظمة، و تتراوح درجات بين(لا اتفق و اتفق و أتفق تماما)(Parasuraman et al.,1990:34) بعد عقدين من استخدامه ، اثبت ان النموذج (SERVQUAL) فعال لقياس ادراك و توقعات الزبائن حول جودة الخدمة (Marshall&Murdoch,2001:43). بما في ذلك الخدمات الصحية، في مجال الصحة و قد استخدم العديد من الكتاب ،و الباحثين المقياس المذكور، وتم التأكيد بأنها أداة هامة للتعرف على توقعات و احتياجات المرضى و كذلك لدعم عملية اتخاذ القرارات في المنظمات الصحية ، و قد اقترحت العديد من الدراسات أنه مقياس لمستوى رضا المرضى و مقدمين الخدمات الصحية. (Cruz&Melleiro,2012:147؛Castellanos&Comparaca,2001:6؛Pena&Melleiro,2012:197) تم التحقق من صحة مقياس (SERVQUAL) في العديد من الدول ، و شمل كلا من توقعات و ادراك المرضى بشأن الخدمة الصحية ، و بناءً على خمسة أبعاد (ملموسية و الموثوقية و الاستجابة و الضمان و التعاطف) قد استخدم في الكثير من بحوث تقييم جودة الخدمة الصحية (Castellanos& Comparacao,2002:67).

و منها (Ingy,2008؛Mamta&Narayan,2011؛Daprim&Aniekan,2012؛Victor et ، 2013؛ al. (Lakshmi,2015).

الفصل الثالث

الجانب التطبيقي

المبحث الاول

فحص بيانات الدراسة

ترميز المتغيرات و فحص البيانات و التحقق من صدق المقاييس وثباتها وصف العينة

أولاً. ترميز متغيرات الدراسة

تتضمن الدراسة متغيرين رئيسيين و لكل متغير مجموعة من الفقرات الخاصة بقياسه و لغرض تسهيل عرض بيانات مقاييس الدراسة و توصيفها فانه يفضل ترميزها و كما مبين في الجدول (16) .

جدول (16)

ترميز وتوصيف أداة قياس الدراسة

المتغيرات الرئيسية	المتغيرات الفرعية	عدد الفقرات	رمز الفقرة	تسلسل الفقرات
مكونات نظم المعلومات الادارية	المستلزمات المادية	5	CH	1-5
	البرمجيات	4	CS	6-9
	الافراد (العاملين)	4	CP	10-13
	البيانات	4	CD	14-17
جودة الخدمة الصحية	الملموسية	4	QT	1-4
	الاستجابة	4	QR	5-8
	الموثوقية	5	QY	9-13
	الضمان	4	QA	14-17
	التعاطف	5	QE	18-22

ثانيا . الفحص الاول لبيانات الدراسة

من اجل الوصول الى نتائج دقيقة يتطلب اجراء فحص اولي لبيانات الدراسة قبل البدء بإجراءات التحليل واختبار الفرضيات . ويتضمن الفحص الاول للبيانات من خلال ثلاث مراحل هي :

1. فحص البيانات المفقودة

ان فقدان البيانات اثناء اجراء عملية التجميع هي شائعة الحدوث في الدراسات . وهذا بسبب اسباب كثيرة ، منها الاخطاء التي تحدث اثناء تفرغ الاستبانة في البرامج الاحصائية ، و هنالك اجراءات عديدة يمكن ان يتبعها الباحث لغرض التعامل مع البيانات المفقودة، و لغرض فحص البيانات المفقودة فان الباحث قام باستخدام برنامج (SPSS Vr.19) لاستخراج التكرارات. وهذه خطوة تؤدي الى تحديد عدد البيانات المفقودة و البيانات الصالحة. و قد تبين من خلال النتائج الفحص ان هناك بعض البيانات المفقودة ، و تم استرجاعها من خلال مراجعة الاستبانات المسترجعة.

2. فحص البيانات الشاذة و المتطرفة

هي البيانات التي تكون قيمها اكبر او اصغر من المستوى العام بيانات الدراسة التي تم تجميعها من خلال الاستبانة. ومن خلال مراجعة البيانات، قد ظهر وجود بعض القيم الشاذة والمتطرفة، وتبين حدوث خطأ في اثناء ادخال البيانات في البرنامج (SPSS Vr.19) ، وقد تم تصحيح البيانات الشاذة و المتطرفة. تم اكمال الفحص الاولي للبيانات و اصبحت البيانات جاهزة لعملية التحليل .

3. فحص التوزيع الطبيعي للبيانات

بهدف التحقق من البيانات التي تم جمعها من العينة الدراسة توزع توزيعا الطبيعي ام لا. فان هنالك اختبارين يمكن اعتمادهما و هما اختبار (Shapiro_Wilk؛ Kolmogorov_Smirnov). و في الدراسة الحالية سنعمد عليهما لأثبات صحة التوزيع الطبيعي للبيانات العينة و حسب كل متغير من متغيرات الدراسة ، يتم التحقق من هذين الاختبارين عن طريق قيمة (P-value) وهي مقبولة عندما تكون اكبر من (0.05).

لغرض اثبات التوزيع الطبيعي لبيانات متغيرات الدراسة (مكونات نظم المعلومات الادارية و جودة الخدمة الصحية) وضعت الفرضيتين الاتيتين:

❖ فرضية العدم H_0 : توزيع بيانات العينة لا يتبع التوزيع الطبيعي.

❖ الفرضية البديلة H_1 : توزيع بيانات العينة يتبع التوزيع الطبيعي.

من الجدول (17) يتضح من نتائج التحليل لاختباري (Shapiro_Wilk؛ Kolmogorov_Smirnov) ،

جدول (17)

نتائج اختبار التوزيع الطبيعي الخاصة ببيانات متغيرات الدراسة

اختبار Kolmogorov Smirnov		اختبار Shapiro Wilk		الاختبارات المتغيرات الفرعية
Kol_Smi	P-value	Sha_Wil	P-value	
.140	> 0.05	.958	> 0.05	المستلزمات المادية
.124	> 0.05	.962	> 0.05	البرمجيات
.168	> 0.05	.935	> 0.05	الافراد
.129	> 0.05	.964	> 0.05	البيانات
.120	> 0.05	.962	> 0.05	الملموسية
.100	> 0.05	.980	> 0.05	الاستجابة
.154	> 0.05	.986	> 0.05	الموثوقية
.125	> 0.05	.970	> 0.05	التعاطف
.083	> 0.05	.983	> 0.05	الضمان

المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19)

أن قيمة (P-value) أكبر من (0.05)، و هذا يعني إن بيانات تتبع التوزيع الطبيعي، و هذا يقودنا إلى رفض فرضية العدم و القبول بالفرضية البديلة و التي تنص على ان بيانات العينة تتبع التوزيع الطبيعي.

ثانياً. اختبار مقاييس الدراسة

تعد عملية اختبار سلامة مقاييس الدراسة نقطة مهمة للحصول على نتائج دقيقة ، و بهدف الوصول الى نتائج دقيقة يتطلب التحقق من معيارين أساسيين هما :

1. الثبات (Reliability)

ثبات أداة القياس (الاستبانة) : تعني اعطاء نفس النتائج إذا تم اعادة تطبيق الاستبانة على نفس العينة في نفس الظروف. ويتم ذلك من خلال :

أ. الثبات البنائي للاستبانة (Construct Reliability)

يتم ذلك باستخدام معامل الفا كرو نباخ (Cronbach's Alpha) بالاعتماد على برنامج (SPSS) ، و تكون قيمته (1_0) ، (0) يعني عدم ثبات أسئلة الاستبانة ، (1) يعني ثباتاً تاماً لأسئلة الاستبانة، أما القيم بينهما فتدل على مستوى قوة ثبات أسئلة الاستبانة ، و بالتالي إمكانية تعميم النتائج التي تم الحصول عليها من العينة الاختبارية على عينة مجتمع الدراسة.

ومن خلال الجدول (18) نلاحظ أن قيم معامل الفا كرو نباخ تتراوح بين (0.760_0.921). و هي قيم جيدة تدل على أن الاداة تتصف بالثبات الداخلي .

جدول (18)

قيم معامل الفا كرو نباخ للمتغيرات الرئيسة و الفرعية

معامل الفا كرو نباخ	المتغيرات الفرعية	معامل الفا كرو نباخ	المتغيرات الرئيسة
.788	المستلزمات المادية	.921	مكونات نظم المعلومات الادارية
.823	البرمجيات		
.798	الافراد		
.760	البيانات		
.775	الملموسية	.867	جودة الخدمة الصحية
.811	الاستجابة		
.892	الموثوقية		
.789	الضمان		
.812	التعاطف		

المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19)

ب. ثبات فقرات الاستبانة (Items Reliability)

ثبات فقرات الاستبانة هي قوة الارتباط بين المتغيرات الفرعية من جهة و فقراتها من جهة اخرى ، قوة الارتباط بين الفقرات و المتغيرات الرئيسية. و الهدف هو أن تقيس أسئلة الاستبانة ما وضعت لقياسه. ومن خلال الجدول (19) نلاحظ أن قيم الارتباطات تتراوح بين (.612_ .809) و هي قيم ارتباط جيدة تدل على ثبات الفقرات بالنسبة للمقياس ، وهذا يدل على الارتباط الوثيق بين الفقرات و المتغيرات الفرعية و بين الفقرات المتغيرات الرئيسية للدراسة .

جدول (19)

علاقات الارتباط بين الفقرات و(المكونات او الأبعاد و متغيرات الدراسة)

المتغيرات الرعية	الفقرات	ارتباط الفقرات بمكوناتها او ببعادها	ارتباط الفقرات بمتغيرها الرئيسية
المستلزمات المادية	Ch1	.765	.701
	Ch2	.732	.689
	Ch3	.679	.704
	Ch4	.723	.715
	Ch5	.678	.697
البرمجيات	Cs1	.745	.711
	Cs 2	.790	.732
	Cs 3	.654	.612
	Cs 4	.705	.754
الأفراد	Cp1	.678	.701
	Cp2	.801	.699
	Cp3	.707	.759
	Cp4	.652	.619
البيانات	Cd1	.732	.741
	Cd2	.689	.710
	Cd3	.655	.677
	Cd4	.734	.717
الملموسية	Qt1	.756	.809
	Qt2	.786	.689
	Qt3	.743	.751
	Qt4	.724	.680
الاستجابة	Qr1	.678	.772
	Qr2	.654	.690
	Qr3	.781	.765
	Qr4	.649	.701
الموثوقية	Qy1	.678	.679
	Qy2	.659	.705
	Qy3	.624	.635
	Qy4	.786	.732
	Qy5	.655	.699

.678	.679	Qa1	الضمان
.649	.721	Qa2	
.717	.756	Qa3	
.744	.780	Qa4	
.690	.670	Qe1	التعاطف
.645	.636	Qe2	
.698	.709	Qe3	
.746	.711	Qe4	
.712	.804	Qe5	

المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19)

2. الصدق (Validity)

تضمن هذا الجانب محورين مهمين هما الصدق الظاهري، والصدق البنائي، وكالاتي :

أ. الصدق الظاهري لأداة القياس (الاستبانة)

قام الباحث بتوزيع استمارات الاستبانة على ذوي الخبرة و الاختصاص في مجالات الإدارة و الاقتصاد ، و بلغ عددهم (14) متخصص، كما مبين في الملحق رقم (9) الذي يمثل اسماءهم واختصاصاتهم و الجامعات التي ينتمون اليها حيث أدلوا بأرائهم بشأن فقرات الاستبانة و مدى قدرتها في تحقيق أهداف الدراسة .

و قام الباحث بأجراء بعض التعديلات على بعض الفقرات في ظل اقتراحاتهم ، وفقا للاتفاق الذي يحصل بين أكثر من (80%) منهم .

ب. الصدق البنائي لأداة القياس (الاستبانة)

اعتمد الباحث في هذا الجانب على اسلوب التحليل العاملي التوكيدي (Confirmatory Factor Analysis) للتحقق من الصدق البنائي للمقاييس المستعملة في هذه الدراسة. و يعد اسلوب التحليل العاملي التوكيدي (CFA) أحد تطبيقات معادلة النمذجة الهيكلية (Structural Equation Modeling) و الذي يحتوي على متغيران هما المتغيرات الكامنة (Latent Variable) والمتغيرات الداخلية (variables Endogenous) و هناك هدفان من استخدام التحليل العاملي التوكيدي (CFA) هما :

أ. الهدف الاول: هو التحقق من ان البيانات التي تم الحصول عليها من عينة الدراسة تتلاءم مع النموذج الفرضي للقياس، و لتحقق من ذلك استخدم الباحث مجموعة من المؤشرات يطلق عليها مؤشرات جودة المطابقة (حسن المطابقة) (Goodness of Fit Index)، و يتم على اساسها قبول النموذج المفترض للبيانات أو رفضه و هي (Daire et al.,2008:16؛ Fong et al.,2007:23) :

1. النسبة بين قيم (x^2) ودرجات الحرية (df): ويجب ان تكون هذه النسبة اقل من 5.

2. مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA): يجب ان يكون بين 0.05-0.08 .

3. حسن المطابقة Goodness of Fit Index (GFI): يجب ان تكون اكبر من 0.90.

4. مؤشر المطابقة المقارن (CFI) Comparative Fit Index: يجب ان يكون اكبر من 0.95.

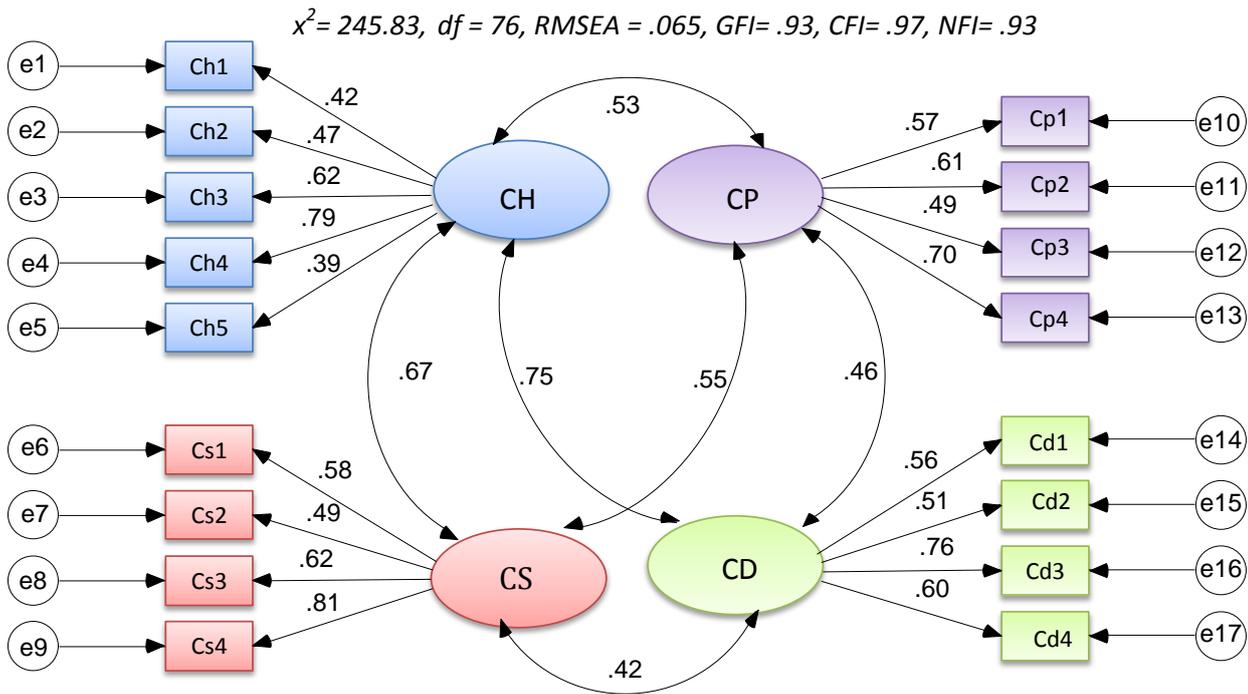
5. مؤشر المطابقة المعياري (NFI) Normed Fit Index: يجب ان يكون اكبر من 0.90.

ب. الهدف الثاني: هو معرفة هل ان نموذج القياس المستعمل يتكون بشكل فعلي ومؤكد من الابعاد المحددة ، و هل تتصف الفقرات التي تتضمنها هذه الابعاد بالصدق و مقبولة احصائياً. و يتم ذلك من خلال المؤشرات المذكورة سابقا، كما يتم التحقق من هذا الهدف من قيم الأوزان الانحدارية المعيارية التي تظهر على الاسهم التي تربط المتغيرات الكامنة مع كل فقرة من فقرات المقياس ، و التي تعرف بمعاملات الصدق. فكلما كانت القيم المذكورة ما بين (0.30_0.90). فانه هذا يدل على صدق العبارة . و اعتمد في تطبيق هذا الاسلوب على البرنامج الاحصائي (LISREL V.8.7).

اولا . الصدق البنائي التوكيدي لمقياس مكونات نظم المعلومات الادارية

يظهر في الشكل (6) مجموعة من القيم ومن خلال مقارنتها مع قيم مؤشرات اعلاه تظهر النتائج التالية :

1. معاملات الصدق ما بين (0.39_0.83) و هي ضمن (0.30_0.90) .



شكل (6)

نتائج تحليل العائلي التوكيدي لمقياس مكونات نظم المعلومات الادارية

المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (LISREL V.8.7).

2. النسبة بين قيم (χ^2) ودرجات الحرية (df): $3.23 = 76/83.245$ وهي اقل من 5 .

3. مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي (RMSEA): 0.065. وهي ما بين 0.05-0.08.

4. حسن المطابقة (GFI): 0.93. و هي اكبر من 0.90.

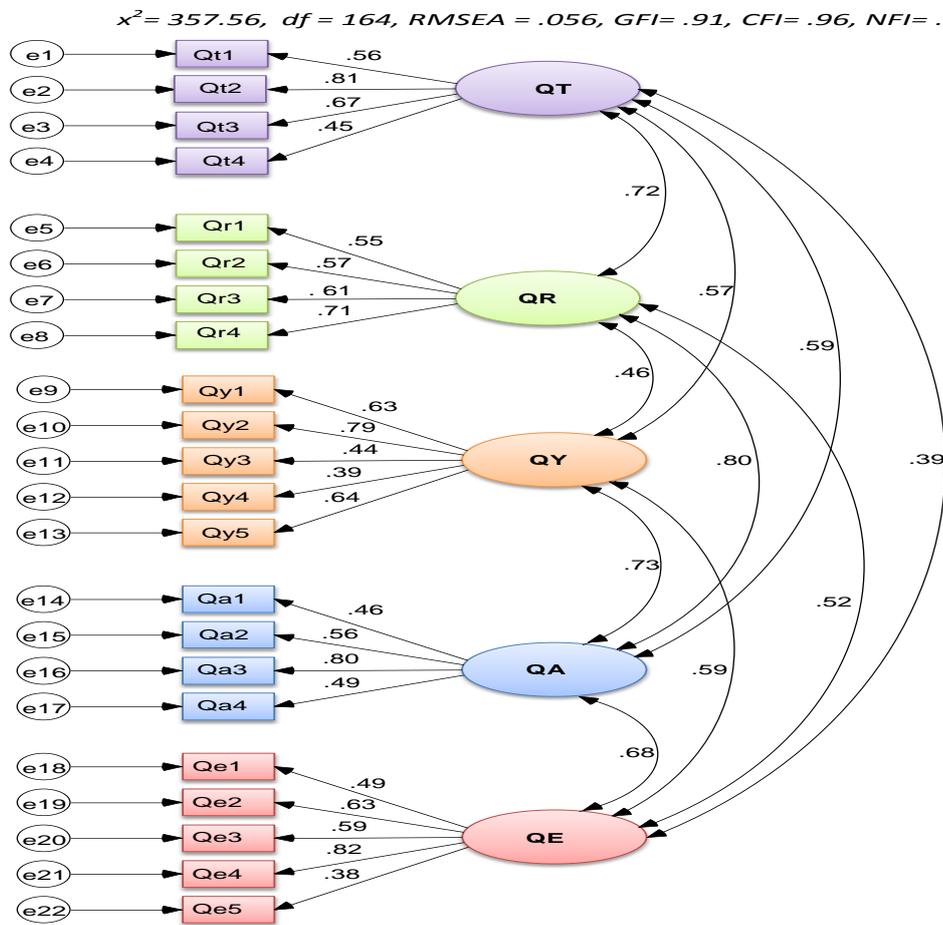
5. مؤشر المطابقة المقارن (CFI): 0.97. و هي اكبر من 0.95.

6. مؤشر المطابقة المعياري (NFI): 0.93. و هي اكبر من 0.90.

من خلال نتائج المطابقة يثبت صحة افتراض أن الـ (17) فقرة تقيس مكونات نظم المعلومات الإدارية و كما تم الإشارة سابقا فان مقياس مكونات نظم المعلومات الإدارية يتكون من اربعة ابعاد هي (المستلزمات المادية ، البرمجيات ، الافراد ، البيانات) ، وهذا يؤكد بان البيانات التي سحبت من عينة الدراسة مطابقة لنموذج القياس المتمثل بمقياس مكونات نظم المعلومات الإدارية .

ثانيا . الصدق البنائي التوكيدي لمقياس جودة الخدمة الصحية

يظهر في الشكل (7) مجموعة من القيم ومن خلال مقارنتها مع قيم مؤشرات اعلاه تظهر النتائج الآتية :



شكل (7)

نتائج تحليل العامل التوكيدي لمقياس جودة الخدمة الصحية

المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (LISREL V.8.7).

1. معاملات الصدق ما بين (.38_ .81) و هي ضمن (.30_ .90) .
2. النسبة بين قيم (χ^2) و درجات الحرية (df): $2.18 = 357.56 / 164$ وهي اقل من 5
3. مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي (RMSEA): 0.056. وهي ما بين 0.05-0.08.
4. حسن المطابقة (GFI) : 0.91 و هي اكبر من 0.90.

5. مؤشر المطابقة المقارن (CFI): 96. و هي اكبر من 95.

6. مؤشر المطابقة المعياري (NFI): 94. و هي اكبر من 90.

ومن خلال نتائج المطابقة يثبت صحة افتراض أن الـ (22) فقرة تقيس جودة الخدمة الصحية. وكما تم الإشارة سابقا فان جودة الخدمة الصحية يتكون من خمسة ابعاد هي (بعد الملموسية ، بعد الاستجابة ، بعد الموثوقية ، بعد الضمان ، بعد التعاطف) ، و هذا يؤكد بان البيانات التي سحبت من عينة الدراسة مطابقة لنموذج القياس المتمثل بمقياس جودة الخدمة الصحية

ثالثا . وصف عينة المستجيبين

لغرض إعطاء صورة عن التركيبة الديموغرافية و الوظيفية لعينة الدراسة فقد اقترح الباحث تفصيلها وكما يأتي :

أ. عينة القيادات الادارية: يلاحظ من الجدول (20) الآتي :

جدول (20)

التركيبة الديموغرافية و الوظيفية لعينة الدراسة (العاملين) (N=169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

ت	المتغيرات	الفئات المستهدفة	التكرار	النسبة
1	النوع الاجتماعي	ذكور	120	0.71
		إناث	49	0.29
2	العمر	فاقل 30	18	0.11
		31-40	47	0.27
		41-50	69	0.41
		فاكثر 51	35	0.21
3	المؤهل الدراسي	دكتوراه	29	0.17
		ماجستير	44	0.26
		بكالوريوس	77	0.46
		دبلوم	19	0.11
4	عدد سنوات الخدمة	1-10	27	0.16
		11-20	51	0.30
		21-30	69	0.41
		31 -فاكثر	22	0.13
5	المركز الوظيفي الحالي	مدير المستشفى	3	0.02
		معاون المدير	7	0.04
		مدير قسم	13	0.08
		مسؤول شعبة	62	0.36
		مسؤول وحدة	84	0.50

المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19).

1. النوع الاجتماعي : تبين من الجدول أعلاه بأن النسبة الغالبة لعينة الدراسة من مجموع الأفراد

المبحوثين كانت من الذكور وتقدر (0.71) في حين كانت نسبة الإناث قليلة و تبلغ (0.29).

2. العمر : يظهر من خلال الجدول ان أكثر تكرار لعمر عينة الدراسة كان ضمن الفئة العمرية (41-50)

إذ حصلت على نسبة (0.41).

دور مكوثنا نظم المعلومات الإدارية في تحقيق جودة الخدمات الصحية فحص بيانات الدراسة

3. المؤهل الدراسي : يلاحظ أن اغلب أفراد عينة الدراسة كانوا من حملة شهادة (البكالوريوس) إذ حصلت على نسبة (0.46) .
4. سنوات الخدمة : وان الفئة السائدة في عينة الدراسة والخاصة بعدد سنوات الخدمة هي الفئة (21_30) إذ حصلت على نسبة(0.41).
5. المركز الوظيفي : العاملون الذين شاركوا في الاجابة على اسئلة الدراسة كان أغلبهم من مسؤولي الوحدات وبنسبة (0.50) .

ب. عينة المرضى الراقدين : يلاحظ من الجدول (21) الآتي :

1. النوع الاجتماعي : تبين من الجدول أعلاه بأن النسبة الغالبة لعينة الدراسة من مجموع الأفراد المبحوثين كانت من الاناث وتقدر(0.54) في حين كانت نسبة الذكور اقل منها وتبلغ (0.46).
2. العمر : يظهر من خلال الجدول ان أكثر تكرر لعمر عينة الدراسة كان ضمن الفئة العمرية(51فاكثر) إذ حصلت على نسبة(0.34).
3. المؤهل الدراسي : اغلب أفراد العينة كانوا من حملة شهادة (الابتدائية) إذ حصلت على نسبة (0.43) .

جدول (21)

التركيبة الديموغرافية لعينة الدراسة (المرضى الراقدين) (N=169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

ت	المتغيرات	الفئات المستهدفة	التكرار	النسبة
1	النوع الاجتماعي	ذكور	78	0.46
		إناث	91	0.54
2	العمر	اقل من 20	27	0.16
		21_30	19	0.11
		31-40	23	0.14
		41-50	43	0.25
		51فاكثر	57	0.34
3	المؤهل الدراسي	ماجستير	2	0.012
		بكالوريوس	18	0.108
		دبلوم	31	0.18
		اعدادية	46	0.27
		ابتدائية	72	0.43

المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19)

المبحث الثاني الوصف الإحصائي

عرض نتائج الدراسة و تحليلها و تفسيرها

يتناول هذا المبحث الوصف الإحصائي لنتائج الدراسة مع تحليلها و تفسيرها ، و يضم هذا المبحث ثلاث جوانب رئيسة هي :

❖ الجانب الأول منه يتعرض إلى تحليل و مناقشة نتائج آراء العينة حول مستوى مكونات نظام المعلومات الإدارية من خلال مكوناتها:

(المستلزمات المادية ، البرمجيات ، الافراد ، البيانات)

❖ الجانب الثاني منه يتعرض إلى تحليل و مناقشة نتائج آراء العينة حول مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة من خلال أبعادها:

(الملموسية ، الاستجابة ، الموثوقية ، التعاطف ، الضمان)

❖ الجانب الثالث منه يتعرض إلى تحليل و مناقشة نتائج آراء العينة حول مستوى جودة الخدمة الصحية المتوقعة من قبل المرضى الراقدين من خلال أبعادها:

(الملموسية ، الاستجابة ، الموثوقية ، التعاطف ، الضمان)

يتضمن هذا المبحث عرضاً للمتوسطات الحسابية لفقرات الاستبانة و انحرافات المعيارية و أقصى إجابة و أدنى إجابة و مستوى و اتجاه الإجابات و الأهمية النسبية للإجابات.

قد حددت الدراسة مستوى الإجابات في ضوء المتوسطات الحسابية من خلال تحديد انتمائها لأي فئة. و بما أن استبانة الدراسة اعتمدت على مقياس ليكرت الخماسي (أتفق تماماً - لا أتفق تماماً) فأن هنالك خمس فئات تنتمي لها المتوسطات الحسابية، تحدد الفئة من خلال ايجاد طول المدى (5-1=4) ثم قسمة المدى على عدد الفئات (5) اي (4 \ 5) = (.80). و بعد ذلك يضاف (.80) إلى الحد الأدنى للمقياس (1) أو يطرح من الحد الأعلى للمقياس (5)، وتكون الفئات كالتالي (Dewberry,2004 :15) :

❖ (1-1.80): لا اتفق تماماً

❖ (1.81 - 2.60): لا اتفق.

❖ (2.61 - 3.40): محايد.

❖ (3.41 - 4.20): اتفق.

❖ (4.21 - 5.0): اتفق تماماً.

أما اتجاه الإجابات فيتكون من ثلاث مستويات هي:

❖ مرتفع إذا كانت الإجابة (اتفق تماماً، اتفق) .

❖ معتدل إذا كانت الإجابة (محايد) .

❖ منخفض إذا كانت الإجابة (لا اتفق ، لا اتفق تماماً) .

أولاً . تحليل و مناقشة نتائج آراء العينة حول مستوى مكونات نظام المعلومات الإدارية

يتكون هذا المتغير من أربعة مكونات على النحو الآتي :

1. مكون المستلزمات المادية

أظهرت البيانات الوصفية الخاصة بإجابات عينة الدراسة و المتعلقة مكون المستلزمات المادية و التي تم توضيحها في الجدول (22) أن أعلى متوسط حسابي بلغ (4.22) و بانحراف معياري (0.976). كان من حصة الفقرة (1) المتعلقة بـ(المستشفى لديها مستلزمات مادية حديثة ومتطورة.)، و أن إجابات عينة الدراسة لهذه الفقرة كانت منسجمة و متجانسة ، و التي حصلت على مستوى إجابة مرتفع و اتجاه الإجابة اتفق تماما.

في حين كان أدنى متوسط حسابي قد بلغ (3.41) و بانحراف معياري (0.836) و هو من حصة الفقرة (4) وهي (وحدات التخزين لها قدرة على خزن كميات كبيرة من البيانات والمعلومات) بوجود تناغم واضح في اجابات عينة الدراسة ، كما أنها تقع ضمن مستوى إجابة مرتفع واتجاه الاجابة كان اتفق، و الشكل (10) يوضح اهمية كل فقرة نسبة الى بقية فقرات مكون المستلزمات المادية .

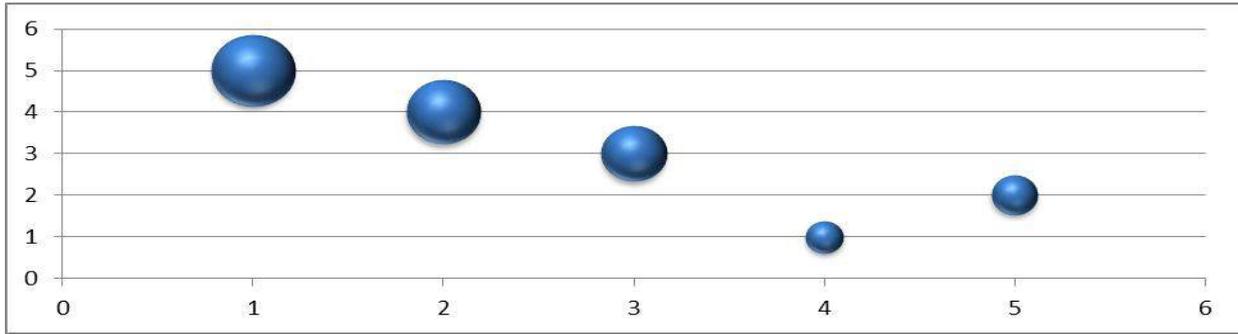
جدول (22)

المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية و اتجاه الاجابة و مستوى الإجابة و أهمية الاجابة لكل فقرة من فقرات مكون المستلزمات المادية (N=169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

ت	الفقرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اتجاه الاجابة	مستوى الاجابة	الاهمية الاجابة
1	المستشفى لديها مستلزمات مادية حديثة ومتطورة.	4.22	.976	اتفق تماما	مرتفع	1
2	تتناسب المستلزمات المادية مع اعمال المستشفى	3.98	.998	اتفق	مرتفع	2
3	تمتاز المستلزمات المادية بالمرونة والسرعة في ادخال ومعالجة البيانات	3.87	1.031	اتفق	مرتفع	3
4	وحدات التخزين لها قدرة على خزن كميات كبيرة من البيانات والمعلومات	3.41	.836	اتفق	مرتفع	5
5	تمتاز وحدات الاخراج بإظهار المعلومات بشكل واضح .	3.47	1.094	اتفق	مرتفع	4
	المعدل العام	3.79	.987	اتفق	مرتفع	

المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19).

و قد بلغ المعدل العام مكون المستلزمات المادية (3.79) و بانحراف معياري عام قدره (0.987) و اتجاه الاجابة اتفق و بمستوى إجابة مرتفع ، و كانت الأهمية النسبية له في مقابل المكونات الأخرى لمتغير مكونات نظام المعلومات الإدارية في التسلسل (1) . أما الإجابات على فقراته فقد تراوحت ما بين (1-5) اعتمادا على ما سبق يتضح أن مستلزمات مادية حديثة و متطورة تتناسب مع اعمال المستشفى لتقليل الجهد المبذول وذات قدرة على خزن كميات كبيرة من البيانات والمعلومات وتمتاز بالسرعة و المرونة في انجاز الاعمال المطلوبة منها . و هذا يدل على ان مستلزمات مادية ذات مستوى مرتفع ، وان العاملين يدركون مستلزمات مادية المتوفرة في المستشفيات.



شكل (10)

اهمية كل فقرة من فقرات مكون المستلزمات المادية بالنسبة الى بقية فقرات المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19).

2. مكون البرمجيات

يظهر من الجدول (23) الخاصة بإجابات عينة الدراسة و المتعلقة مكون البرمجيات أن أعلى المتوسط الحسابي الذي بلغ (4.21) و بانحراف معياري (0.972) كان من حصة الفقرة (2) المتعلقة بـ (تمتاز البرمجيات بالسرعة و الدقة و المرونة في تحليل و معالجة البيانات و تحويلها الى معلومات)، و أن إجابات عينة الدراسة لهذه الفقرة كانت منسجمة و متجانسة ، و التي حصلت على مستوى إجابة مرتفع و اتجاه الاجابة اتفق تماما.

جدول (23)

المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية و اتجاه الاجابة و مستوى الإجابة و أهمية الاجابة لكل فقرة من فقرات مكون البرمجيات (N=169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

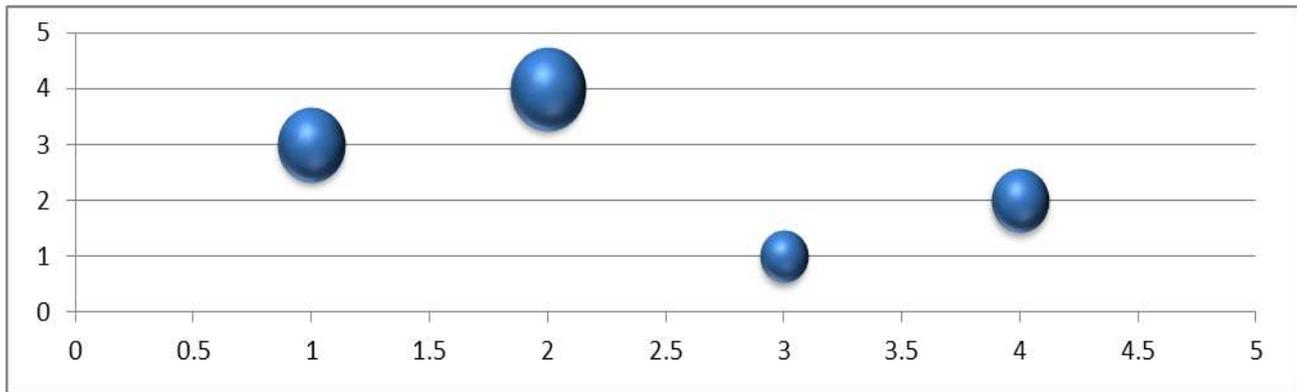
ت	الفقرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اتجاه الاجابة	مستوى الاجابة	اهمية الاجابة
1	برمجيات المستخدمة يمكنها انجاز مختلف اعمال المستشفى بدقة .	3.67	.982	اتفق	مرتفع	2
2	تمتاز البرمجيات بالسرعة والدقة والمرونة في تحليل ومعالجة البيانات و تحويلها الى معلومات.	4.21	.972	اتفق تمام	مرتفع	1
3	البرمجيات لها القدرة على تبادل المعلومات المرن بين المستخدمين.	3.37	.911	محايد	معتدل	4
4	تمتاز برمجيات بمواكبة التغير و التطور في اعمال المستشفى.	3.56	.889	اتفق	مرتفع	3
	المعدل العام	3.70	.938	اتفق	مرتفع	

المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19).

اما أدنى متوسط حسابي فقد بلغ (3.37) و بانحراف معياري (0.911) وكان من حصة الفقرة (3) و هي (البرمجيات لها القدرة على تبادل المعلومات المرن بين المستخدمين.) و بوجود تناغم واضح في اجابات عينة الدراسة ، كما أنها تقع ضمن مستوى إجابة معتدل و اتجاه الاجابة محايد ، و الشكل (11) يوضح اهمية كل فقرة نسبة الى بقية فقرات مكون البرمجيات .

ان المعدل العام البرمجيات قد بلغ (3.70) و بانحراف معياري عام قدره (0.938) و بمستوى إجابة مرتفع و اتجاهها اتفق، و كانت الأهمية النسبية له في مقابل المكونات الأخرى لمتغير مكونات نظام المعلومات في التسلسل (2) . أما الإجابات على فقراته فقد تراوحت ما بين (1-5) .

من خلال نتائج الظاهرة في الجدول اعلاه يتبين ان المستشفيات تملك برمجيات يمكنها انجاز مختلف اعمال المستشفى بدقة ، وهي سريع و مرنة في تحليل و معالجة البيانات و تحويلها الى معلومات ، وذات قدرة على مواكبة التغير و التطور في اعمال المستشفى ، ان البرمجيات المتوفرة في المستشفيات تمتاز بمستوى مرتفع، و العاملين يدركون هذا المستوى و ظهر ذلك من خلال اجاباتهم على فقرات .



شكل (11)

اهمية كل فقرة من فقرات مكون البرمجيات بالنسبة الى بقية فقرات
المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19)

3. مكون الافراد (العاملين)

تعكس البيانات الوصفية الخاصة بإجابات عينة الدراسة المتعلقة مكون الافراد (العاملين) و التي تم توضيحها في الجدول (24) أن أعلى متوسط حسابي بلغ (3.98) و بانحراف معياري (0.887) كان من جدول (24)

المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية و اتجاه الاجابة و مستوى الإجابة و أهمية الاجابة لكل فقرة من فقرات مكون الافراد (N=169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

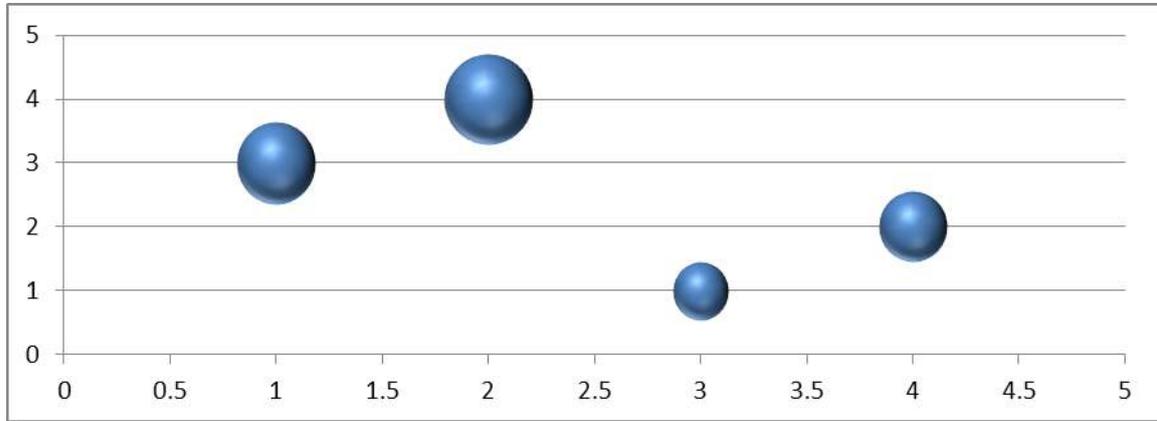
ت	الفقرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اتجاه الاجابة	مستوى الاجابة	اهمية الاجابة
1	يتمتع العاملون بقدرة عالية في التعامل مع المستلزمات المادية والبرمجيات المتوفرة.	3.85	.954	اتفق	مرتفع	2
2	العاملين لديهم خبرات ادارية و فنية تتناسب مع المهام المنوطة بهم.	3.98	.887	اتفق	مرتفع	1
3	يمتاز العاملون بالتكيف مع التغيرات و التطورات و متطلبات العمل .	3.09	1.080	محايد	معتدل	4
4	العاملين في نظام المعلومات هم من المتخصصين.	3.22	.919	محايد	معتدل	3
	المعدل العام	3.54	.960	اتفق	مرتفع	

المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19).

نصيب الفقرة (2) المتعلقة بـ(العاملين لديهم خبرات إدارية و فنية تتناسب مع المهام المنوطة بهم)، و أن إجابات عينة الدراسة لهذه الفقرة كانت منسجمة و متجانسة ، و التي حصلت على مستوى إجابة مرتفع ، و اتجاهها اتفق.

ان ادنى متوسط حسابي و الذي بلغ (3.09) و بانحراف معياري (1.080) من حصة الفقرة (3) و هي(يمتاز العاملون بالتكيف مع التغيرات و التطورات و متطلبات العمل) و بوجود تناغم واضح في اجابات عينة الدراسة ، كما أنها تقع ضمن مستوى إجابة معتدل و اتجاهها محايد ، و الشكل (12) يوضح اهمية كل فقرة نسبة الى بقية فقرات مكون الافراد .

و حسب ما تقدم فان المعدل العام لمكون الافراد بلغ (3.54) و بانحراف معياري عام قدره (0.960) و بمستوى إجابة مرتفع و اتجاهها اتفق ، و كانت الأهمية النسبية له في مقابل المكونات الأخرى لمتغير مكونات نظام المعلومات الإدارية في التسلسل (4) .أما الإجابات على فقراته فقد تراوحت ما بين (1-5).



شكل (12)

اهمية كل فقرة من فقرات مكون الافراد بالنسبة الى بقية فقرات المصدر: مخرجات البرنامج الإحصائي (SPSS.Vr-19).

و اعتمادا على ما سبق يتضح أن الافراد العاملين في وحدات نظام المعلومات الإدارية في المستشفيات عينة الدراسة ان لديهم القدرات و الخبرات على التعامل مع المستلزمات المادية والبرمجيات المتوفرة واغلبهم من المتخصصون في مجال نظام المعلومات وهذا يدل على ان لديهم مستوى مرتفع و العاملين عينة الدراسة يدركون هذه الحقيقة التي ظهرت من خلال اجاباتهم.

4. مكون البيانات

من الجدول (25) الذي يظهر البيانات الوصفية الخاصة بإجابات عينة الدراسة و المتعلقة مكون البيانات ، أن أعلى المتوسطات الحسابية الذي بلغ (3.91) و بانحراف معياري (0.879) كان من نصيب الفقرة (4) المتعلقة بـ(قواعد البيانات تعمل على منع تكرار البيانات المخزونة)، و أن إجابات عينة الدراسة لهذه الفقرة منسجمة و متجانسة ، و التي حصلت على مستوى إجابة مرتفع و اتجاهها اتفق .

اما أدنى المتوسطات الحسابية فقد بلغ (3.37) و بانحراف معياري (0.974) وهو من حصة الفقرة (2) و هي (تساعد البيانات على التعرف على المشاكل و ايجاد الحلول لها) و بوجود تناغم واضح في اجابات

عينة الدراسة ، كما أنها تقع ضمن مستوى إجابة معتدل و اتجاهها محايد . و الشكل (13) يوضح أهمية كل فقرة نسبة الى بقية فقرات مكون البيانات .

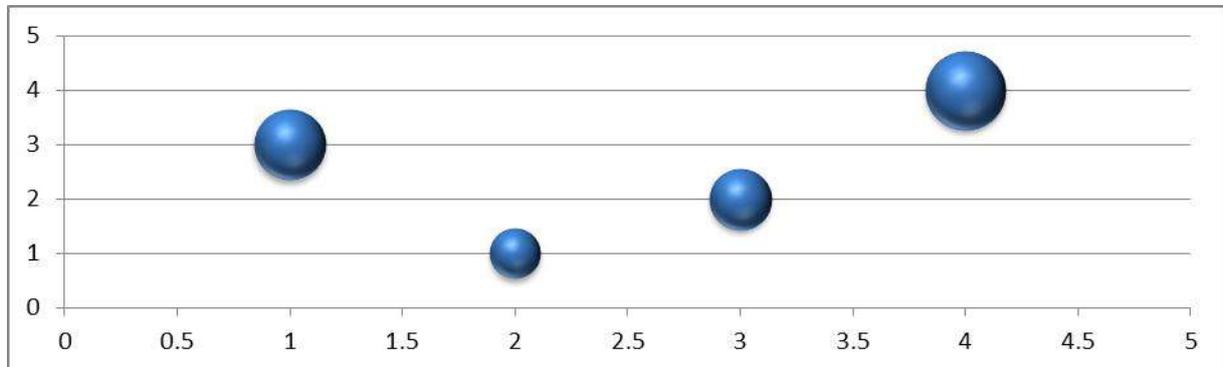
جدول (25)

المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية و اتجاه الاجابة و مستوى الإجابة و أهمية الاجابة لكل فقرة من فقرات مكون البيانات (N=169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

ت	الفقرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اتجاه الاجابة	مستوى الاجابة	اهمية الاجابة
1	تعمل البيانات على تنسيق و سرعة في العمليات الادارية للمستشفى .	3.71	.965	اتفق	مرتفع	2
2	تساعد البيانات على التعرف على المشاكل و ايجاد الحلول لها.	3.37	.974	محايد	معتدل	4
3	تحديث البيانات بشكل مستمر.	3.41	.879	اتفق	مرتفع	3
4	قواعد البيانات تعمل على منع تكرار البيانات المخزونة.	3.91	.879	اتفق	مرتفع	1
	المعدل العام	3.60	.924	اتفق	مرتفع	

المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19).

المعدل العام لمكون البيانات قد بلغ (3.6) و بانحراف معياري عام قدره (.924) و بمستوى إجابة مرتفع و اتجاهها اتفق، و كانت الأهمية النسبية له في مقابل المكونات الأخرى لمتغير مكونات نظام المعلومات الادارية في التسلسل (3). أما الإجابات على فقراته فقد تراوحت ما بين (1-5) .
يتضح لنا أن المستشفيات عينة الدراسة تحفظ بيانات تحديث بشكل مستمر هذا يؤدي تنسيق و سرعة العمليات الادارية في المستشفى من خلال التعرف على المشاكل و ايجاد الحلول لها. كما انها تملك قواعد بيانات تعمل على منع تكرار البيانات المخزونة ، و هذا يدل على بيانات بمستوى مرتفع و العاملين هم ايضا يدركون هذا المستوى.



شكل (13)

اهمية كل فقرة من فقرات مكون البيانات بالنسبة الى بقية فقرات
المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19).

مما تقدم يبدو أن جميع مستويات مكونات نظام المعلومات الإدارية كانت ضمن مستوى مرتفع. و تمثل هذه النتيجة مؤشراً على وجود مستوى مرتفع لمكونات نظام المعلومات الإدارية.

و يمكن تلخيص نتائج التحليل لمكونات متغير نظام المعلومات الإدارية كما الجدول (26).

تشير البيانات الواردة في الجدول الى أن مكون المستلزمات المادية قد حصل على المرتبة الأولى بدرجة الأهمية حسب إجابات عينة الدراسة و حصل مكون البرمجيات المرتبة الثانية و كانت المرتبة الثالثة من حصة مكون البيانات أما المكون الذي حصل على أقل أهمية فقد كان مكون الافراد.

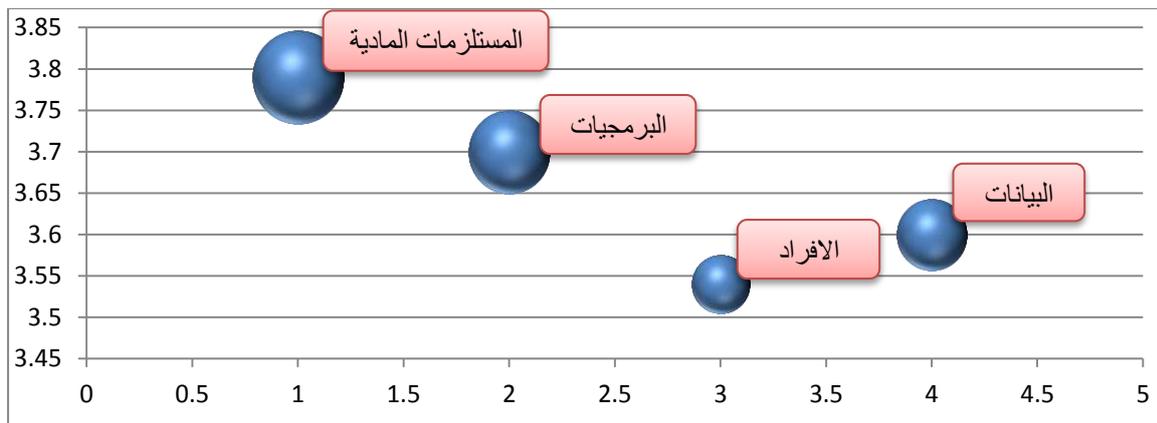
جدول (26)

المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية و اتجاه ومستوى الإجابة و الأهمية النسبية لإجابات و نسبة الإجابة لكل مكون من مكونات متغير نظام المعلومات الإدارية (N= 169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اتجاه الإجابة	مستوى الإجابة	الأهمية النسبية	النسبة الإجابة
3.79	.987	اتفق	مرتفع	الأول	.76
3.70	.938	اتفق	مرتفع	الثاني	.74
3.54	.960	اتفق	مرتفع	الرابع	.71
3.60	.924	اتفق	مرتفع	الثالث	.72
3.67	.952	اتفق	مرتفع		.73

المصدر: مخرجات البرنامج الإحصائي (SPSS.Vr-19).

و بشكل عام كان المتوسط الحسابي العام لمتغير مكونات نظام المعلومات الإدارية مرتفعاً حيث بلغ (3.67) و بانحراف معياري عام بلغ (0.952). و الشكل (14) يوضح أهمية كل مكون بالنسبة الى بقية مكونات نظام المعلومات الإدارية.



شكل (14)

أهمية كل مكون من مكونات نظام المعلومات الإدارية بالنسبة الى بقية المكونات

المصدر: مخرجات البرنامج الإحصائي (SPSS.Vr-19).

ثانياً. تحليل و مناقشة نتائج آراء عينة المرضى الراقدين حول مستوى جودة الخدمة الصحية

المقدمة

يتكون هذا المتغير من خمسة ابعاد على النحو الآتي :

1. بعد الملموسية

كشفت البيانات الوصفية الخاصة بإجابات عينة الدراسة المتعلقة ببعد الملموسية التي تم توضيحها في الجدول (27) أن أعلى المتوسطات الحسابية بلغ (4.10) و بانحراف معياري (0.898). كان من حصة الفقرة (2) المتعلقة بـ(التسهيلات المادية رؤيتها جذابة)، و أن إجابات عينة الدراسة لهذه الفقرة كانت منسجمة و متجانسة ، و التي حصلت على مستوى إجابة مرتفع و اتجاهها اتفق.

في حين كان أدنى المتوسطات الحسابية قد بلغ (3.09) و بانحراف معياري (1.230) و انه من حصة الفقرة (4) وهي (المواد المرتبطة بالخدمة الصحية جذابة)، كما أنها تقع ضمن مستوى إجابة معتدل و اتجاهها محايد ، و الشكل (15) يوضح اهمية كل فقرة نسبة الى بقية فقرات بعد الملموسية .

جدول (27)

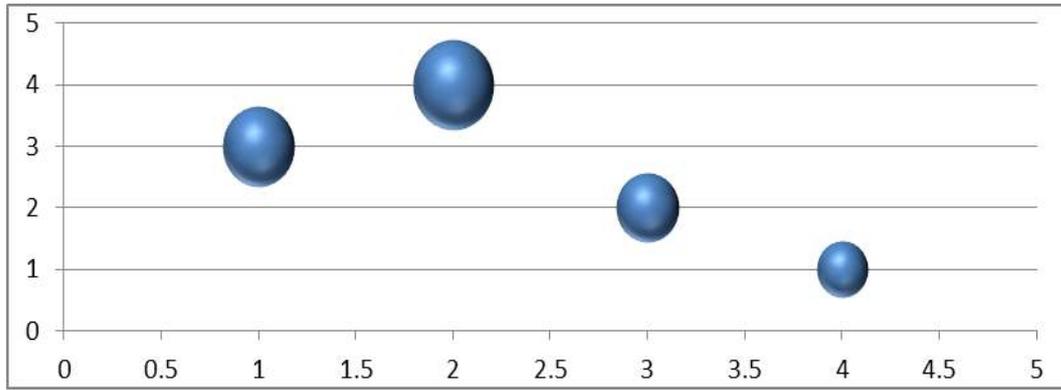
المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية و اتجاه الاجابة و مستوى الإجابة و أهمية الاجابة لكل فقرة من فقرات بعد الملموسية (N=169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

ت	الفقرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اتجاه اجابة	مستوى الاجابة	اهمية الاجابة
1	المستشفى لديها تجهيزات حديثة المظهر.	4.07	1.240	اتفق	مرتفع	2
2	التسهيلات المادية رؤيتها جذابة .	4.10	.898	اتفق	مرتفع	1
3	العاملين مظهرهم أنيق.	3.75	.946	اتفق	مرتفع	3
4	المواد المرتبطة بالخدمة الصحية جذابة .	3.09	1.230	محايد	معتدل	4
	المعدل العام	3.75	1.079	اتفق	مرتفع	

المصدر: مخرجات البرنامج الإحصائي (SPSS.VI-19).

ان المعدل العام لبعد الملموسية (3.75) و بانحراف معياري عام قدره (1.079) و بمستوى إجابة مرتفع و اتجاهها اتفق، و كانت الأهمية النسبية له في مقابل الابعاد الأخرى لمتغير جودة الخدمة الصحية في التسلسل (2) . أما الإجابات على فقراته فقد تراوحت ما بين (1-5) .

و اعتماداً على ما سبق يتضح أن المستشفيات عينة الدراسة تعمل على توفير التجهيزات حديثة و متطورة لمواكبة التطور و التي تتناسب مع الخدمة المقدمة . فضلاً عن انها تسعى الى ان تكون مباني المستشفى و ساحات وقوف السيارات و الحدائق بمظهر جميل و جذاب ، كما انها تعمل على حث العاملين بالاعتناء بمظهرهم ليكونوا بشكل لائق للخدمة المقدمة هذا يتضح من خلال اجابات المرضى على فقرات بعد الملموسية التي كانت بمستوى مرتفع.



شكل (15)

اهمية كل فقرة من فقرات بعد الملموسية بالنسبة الى بقية فقرات
المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19).

2. بعد الاستجابة

من الجدول (28) الذي يظهر البيانات الوصفية الخاصة بإجابات عينة الدراسة و المتعلقة ببعد الاستجابة ، أن أعلى وسط حسابي يبلغ (4.23) و بانحراف معياري (0.845) كان من نصيب الفقرة (2) المتعلقة (يعطي العاملون المعلومات الواضحة والمفهومة للمرضى)، و أن إجابات عينة الدراسة لهذه الفقرة متجانسة ، و التي حصلت على مستوى إجابة مرتفع و اتجاهها اتفق تماما . و الشكل (16) يوضح اهمية كل فقرة نسبة الى بقية فقرات بعد الاستجابة .

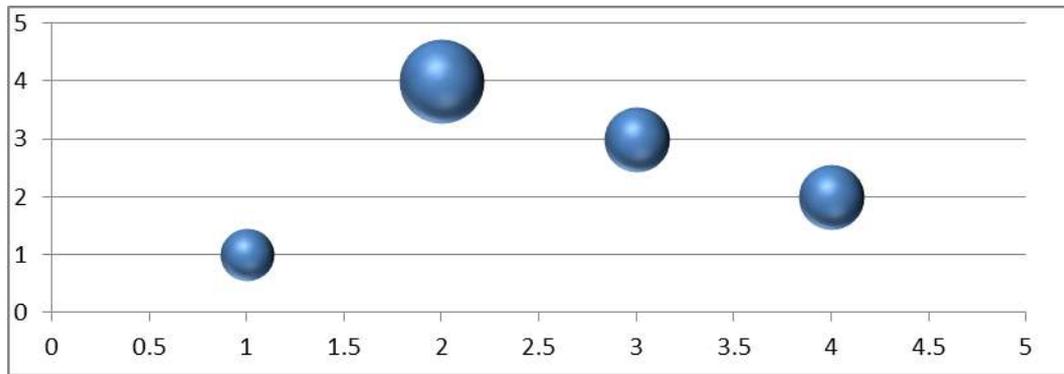
جدول (28)

المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية واتجاه اجابة و مستوى الإجابة و أهمية الاجابة لكل فقرة من فقرات بعد الاستجابة (N=169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

ت	الفقرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اتجاه اجابة	مستوى الاجابة	اهمية الاجابة
1	الاستجابة السريعة لتقديم الخدمة للمرضى عند حاجة إليها.	3.61	.971	اتفق	مرتفع	4
2	يعطي العاملون المعلومات الواضحة والمفهومة للمرضى.	4.23	.845	اتفق تماما	مرتفع	1
3	توفر ادارة المستشفى التواصل الجيد الخدمة الصحيحة من المرة الأولى.	3.88	1.05	اتفق	مرتفع	2
4	اهتمام العاملين بالرد على طلبات المرضى باستمرار.	3.78	.826	اتفق	مرتفع	3
	المعدل العام	3.87	.923	اتفق	مرتفع	

المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19).

أدنى وسط حسابي بلغ (3.61) و بانحراف معياري (0.971) كان من حصة الفقرة (1) و هي (الاستجابة السريعة لتقديم الخدمة للمرضى عند حاجة إليها)، كما أنها تقع ضمن مستوى إجابة مرتفع و اتجاهها اتفق. اما المعدل العام لبعد الاستجابة فقد بلغ (3.75) و بانحراف معياري عام قدره (0.923) و بمستوى إجابة مرتفع و اتجاهها اتفق ، و كانت الأهمية النسبية له في مقابل الابعاد الأخرى لمتغير جودة الخدمة الصحية في التسلسل (1) أما الإجابات على فقراته فقد تراوحت ما بين (1-5) .



شكل (16)

اهمية كل فقرة من فقرات بعد الملموسية بالنسبة الى بقية فقرات
المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19).

من الاجابات السابقة لعينة الدراسة يتضح لنا ان المستشفيات عينة الدراسة تعمل على ان تكون الاستجابة سريعة للمرضى كما تعمل على تحفيز العاملين لتقديم الخدمة بسرع للمرضى و الرد على اسئلتهم باستمرار . و اعطاء المرضى معلومات واضحة و مفهومة تساعد المريض على فهم ما يدور من حوله يتضح ذلك من ادراك المرضى لهذا البعد من خلال اجاباتهم التي كانت بمستوى مرتفع.

3. بعد الموثوقية

كشفت البيانات الوصفية الخاصة بإجابات عينة الدراسة والمتعلقة ببعد الموثوقية والتي وضحتها الجدول (29) أن أعلى المتوسطات الحسابية الذي بلغ (3.91) وبانحراف معياري (1.010) كان من حصة الفقرة (5) المتعلقة بـ(تسعى المستشفى لحل مشاكل المرضى)، و التي حصلت على مستوى إجابة مرتفع و اتجاهها اتفق.

جدول (29)

المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية واتجاه الاجابة و مستوى الإجابة و أهمية الاجابة لكل فقرة من فقرات بعد الموثوقية (N=169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

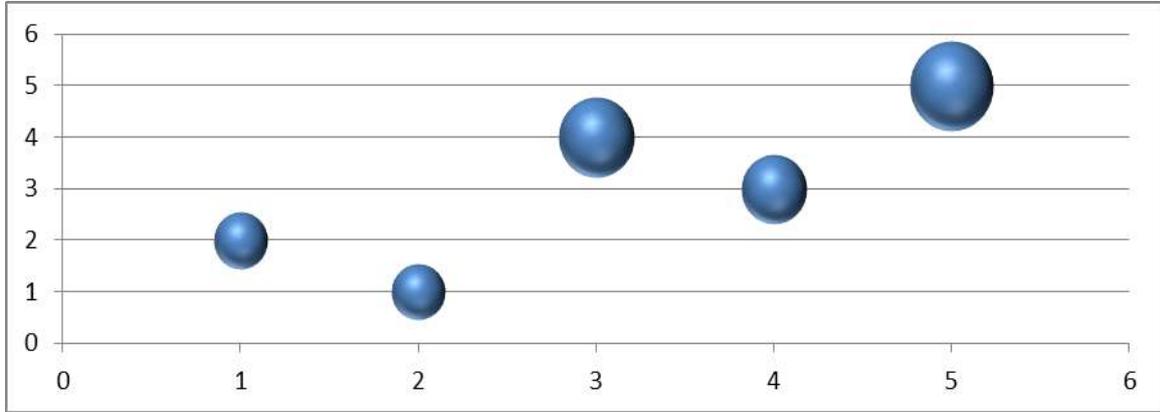
ت	الفقرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اتجاه الاجابة	مستوى الاجابة	أهمية الاجابة
1	عندما توعد المستشفى بفعل شيء في وقت معين سوف تلتزم بذلك.	3.37	1.34	محايد	معتدل	4
2	توفر المستشفى الخدمة في الوقت المناسب.	3.27	.871	محايد	معتدل	5
3	المستشفى تقدم الخدمة بشكل الصحيح من اول مرة .	3.65	.889	اتفق	مرتفع	2
4	تحتفظ مستشفى بسجلات خالية من الأخطاء.	3.50	.971	اتفق	مرتفع	3
5	تسعى المستشفى لحل مشاكل المرضى .	3.91	1.010	اتفق	مرتفع	1
	المعدل العام	3.54	1.020	اتفق	مرتفع	

المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19).

في حين كان أدنى المتوسطات الحسابية و الذي بلغ (3.27) و بانحراف معياري (.871) من حصة الفقرة (2) و هي (توفر المستشفى الخدمة في الوقت المناسب) و بوجود تناغم واضح في اجابات عينة الدراسة ، كما أنها تقع ضمن مستوى إجابة مرتفع و اتجاهها اتفق، و الشكل (17) يوضح اهمية كل فقرة

نسبة الى بقية فقرات بعد الموثوقية.

قد بلغ المعدل العام لبعده الموثوقية (3.54) و بانحراف معياري عام قدره (1.020) و بمستوى إجابة مرتفع و اتجاهها اتفق، و كانت الأهمية النسبية له في مقابل الابعاد الأخرى لمتغير جودة الخدمة الصحية في التسلسل (5) . أما الإجابات على فقراته فقد تراوحت ما بين (1-5) .



شكل (17)

اهمية كل فقرة من فقرات بعد الموثوقية بالنسبة الى بقية فقرات
المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19).

و بناء على ما سبق يتضح أن توفير الخدمات الصحية و تقديمها للمرضى بالوقت المحدد من قبل المستشفى هي من اولويات مستشفيات عينة الدراسة. كما انها تعمل على تنفيذ وعودها التي قطعتها على نفسها ، و هي تسعى دائما لحل المشاكل التي تواجه المرضى ، كما انها تعمل على الاحتفاظ بسجلات تحتوي على معلومات واضحة و دقيقة حول المرضى الراقدين ينضح ذلك من خلال اجابات المرضى التي تأكد ان بعد الموثوقية متوفر و بمستوى مرتفع.

4. بعد الضمان

من خلال جدول (30) اظهرت البيانات الوصفية الخاصة بإجابات عينة الدراسة و المتعلقة ببعده الضمان أن أعلى متوسط حسابي قد بلغ (3.98) و بانحراف معياري (1.090) كان من نصيب الفقرة (1) المتعلقة ب(سلوك العاملين يعزز الثقة لدى المرضى)، و أن إجابات عينة الدراسة لهذه الفقرة منسجمة و متجانس ، و التي حصلت على مستوى إجابة مرتفع و اتجاهها اتفق .

اما أدنى متوسط حسابي فقد بلغ (3.20) و بانحراف معياري (0.854) هو من حصة الفقرة (3) و هي (العاملون لطفاء دائما مع المرضى)، كما أنها تقع ضمن مستوى إجابة معتدلة و اتجاهها محايد ، و الشكل (18) يوضح اهمية كل فقرة نسبة الى بقية فقرات بعد الضمان .

المعدل العام لبعده الضمان (3.61) و بانحراف معياري عام قدره (0.955) و بمستوى إجابة مرتفع و اتجاهها مرتفع ، و كانت الأهمية النسبية له في مقابل الابعاد الأخرى لمتغير جودة الخدمة الصحية في التسلسل(4) . أما الإجابات على فقراته فقد تراوحت ما بين (1-5) .

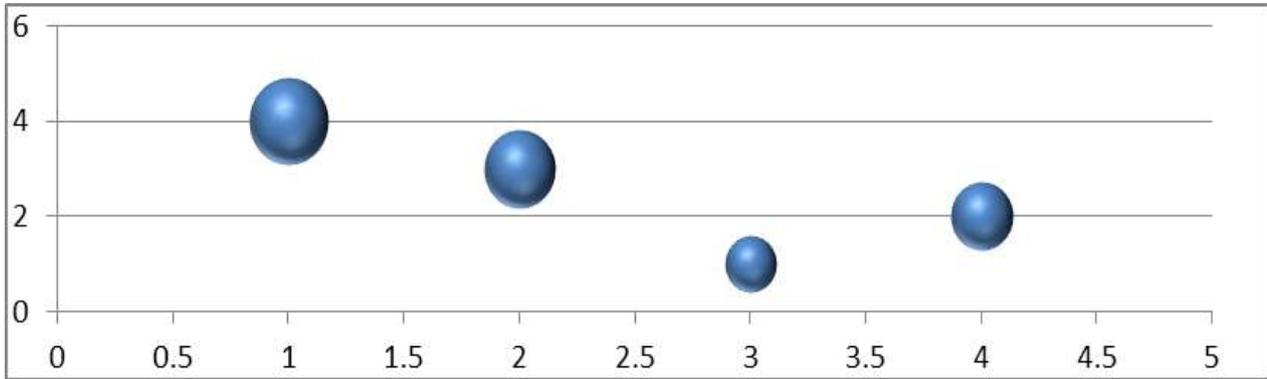
جدول (30)

المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية واتجاه الاجابة و مستوى الإجابة و أهمية الاجابة لكل فقرة من فقرات بعد الضمان (N=169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

ت	الفقرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اعلى اجابة	مستوى الاجابة	اهمية الاجابة
1	سلوك العاملين يعزز الثقة لدى المرضى .	3.98	1.090	اتفق	مرتفع	1
2	شعور المرضى بالأمان عند التعامل مع العاملين	3.78	.921	اتفق	مرتفع	2
3	العاملون لطفاء دائما مع المرضى.	3.20	.854	محايد	معتدل	4
4	العاملين لديهم المعرفة للرد على أسئلة المرضى.	3.47	8.29	اتفق	مرتفع	3
	المعدل العام	3.61	955.	اتفق	مرتفع	

المصدر: مخرجات البرنامج الإحصائي (SPSS.Vr-19).

مما سبق يتضح أن المستشفيات عينة الدراسة تعمل على حث العاملين على تعزيز ثقة المرضى بالمستشفى و العاملين من خلال سلوكهم ، الذي يجعل المرضى يشعرون بالأمان عند التعامل معهم ، كما اظهرت النتائج ان العاملين لديهم معلومات كافية لرد على مختلف اسئلة المرضى، ظهر ذلك من خلال ادراك المرضى لبعد الضمان الذي كان بمستوى مرتفع.



شكل (18)

اهمية كل فقرة من فقرات بعد الضمان بالنسبة الى بقية فقرات
المصدر: مخرجات البرنامج الإحصائي (SPSS.Vr-19)

5. بعد التعاطف

كشفت البيانات الوصفية الخاصة بإجابات عينة الدراسة و المتعلقة ببعد التعاطف و التي تم توضيحها في الجدول (31) أن أعلى المتوسطات الحسابية الذي بلغ (4.25) و بانحراف معياري (0.987) كان من حصة الفقرة (4) المتعلقة بـ(يعمل العاملون بساعات عمل حسب احتياجات المرضى.)، وكانت الاجابات متناغمة و متناسقة و حصلت على مستوى إجابة مرتفع و اتجاهاها اتفق تماما.

في حين كان أدنى المتوسطات الحسابية و الذي بلغ (3.13) و بانحراف معياري (0.808) من حصة الفقرة (3) و هي (يتفهم العاملون الاحتياجات الخاصة للمرضى) و بوجود تناغم واضح في اجابات عينة

الدراسة ، كما أنها تقع ضمن مستوى إجابة معتدل واتجاهها محايد ، و الشكل (19) يوضح أهمية كل فقرة نسبة الى بقية فقرات بعد التعاطف .

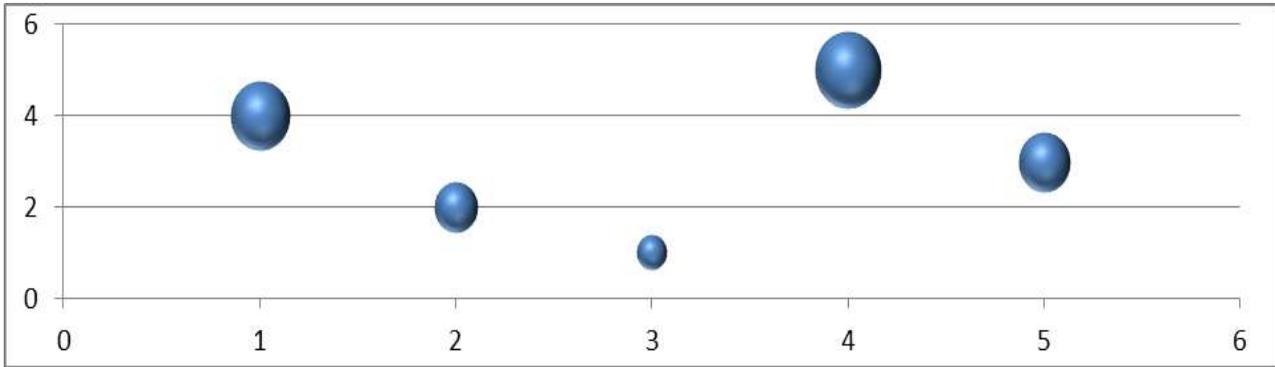
جدول (31)

المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية واتجاه الاجابة و مستوى الإجابة و أهمية الاجابة لكل فقرة من فقرات بعد التعاطف (N=169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

ت	الفقرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اتجاه الاجابة	مستوى الاجابة	اهمية الاجابة
1	يقدم العاملون الاهتمام الشخصي للمرضى.	3.79	.982	اتفق	مرتفع	2
2	تولي ادارة المستشفى الاهتمام بالمرضى .	3.49	1.130	اتفق	مرتفع	4
3	يتفهم العاملون الاحتياجات الخاصة للمرضى.	3.13	.808	محايد	معتدل	5
4	يعمل العاملون بساعات عمل حسب احتياجات المرضى.	4.25	.987	اتفق	مرتفع	1
5	مصلحة المرضى مهمة لدى المستشفى .	3.67	.956	اتفق	مرتفع	3
	المعدل العام	3.67	.973	اتفق	مرتفع	

المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19).

قد بلغ المعدل العام لبعده التعاطف (3.67) و بانحراف معياري عام قدره (0.973) و بمستوى إجابة مرتفع و اتجاهها اتفق، و كانت الأهمية النسبية له في مقابل الابعاد الأخرى لمتغير جودة الخدمة الصحية في التسلسل (3) ، و الشكل (20) يوضح أهمية كل بعد بالنسبة الى بقية ابعاد جودة الخدمة الصحية. أما الإجابات على فقراته فقد تراوحت ما بين (1-5) .



شكل (19)

اهمية كل فقرة من فقرات بعد الضمان بالنسبة الى بقية فقرات المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19).

مما سبق يتضح أن المستشفيات عينة الدراسة تعمل على الاهتمام بالمرضى والتعاطف معهم وان مصلحة المرضى مهم لها ، كما ان العاملين هم ايضا يعملون على الاهتمام بالمرضى و مساعدتهم و الاهتمام باحتياجاتهم، و العمل بأوقات مختلفة حسب احتياجات المرضى ظهر ذلك من خلال اجابات المرضى التي كانت بمستوى مرتفع.

و عليه مما تقدم يبدو أن جميع مستويات ابعاد جودة الخدمة الصحية كانت ضمن مستوى مرتفع. و تمثل هذه النتيجة مؤشرا على وجود مستوى مرتفع من جودة الخدمة الصحية. ويمكن تلخيص مستويات هذه الابعاد كما الجدول(32).

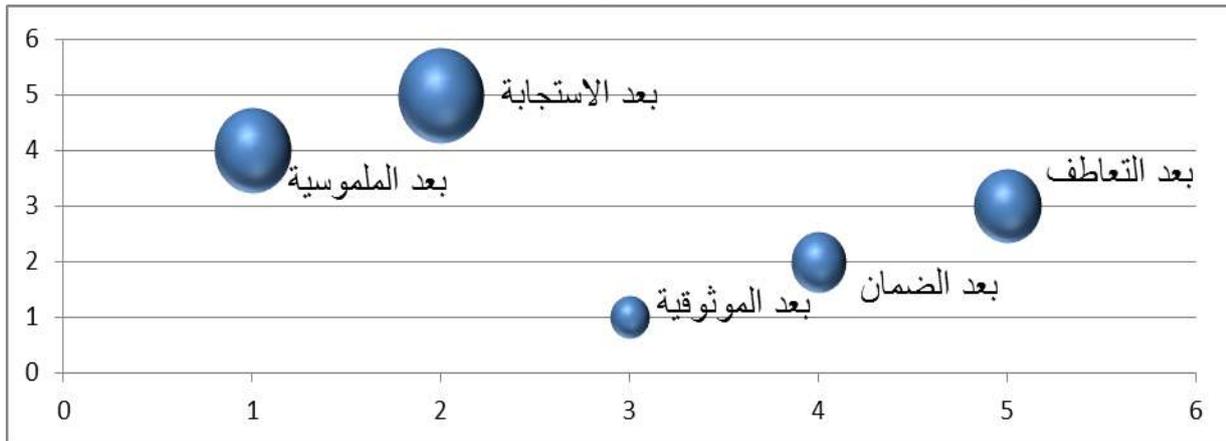
جدول (32)

المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية و درجة الإجابة و الأهمية النسبية لإجابات عينة الدراسة المتعلقة بأبعاد متغير جودة الخدمة الصحية (N= 169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اتجاه الإجابة	مستوى الإجابة	الأهمية النسبية	نسبة الإجابة
3.75	1.079	اتفق	مرتفع	الثاني	.75
3.87	.923	اتفق	مرتفع	الأول	.77
3.54	1.02	اتفق	مرتفع	الخامس	.71
3.61	.955	اتفق	مرتفع	الرابع	.72
3.67	0.973	اتفق	مرتفع	الثالث	.73
3.69	0.99	اتفق	مرتفع		.74

المصدر: مخرجات البرنامج الإحصائي (SPSS.Vr-19).

تشير البيانات الواردة في الجدول (32) أن بعد الاستجابة قد حصل على المرتبة الأولى بدرجة الأهمية النسبية حسب إجابات عينة الدراسة أما البعد الذي حصل على أقل أهمية نسبية فقد كان بعد الموثوقية، و الشكل (2) يمثل أهمية كل بعد بالنسبة للأبعاد الأخرى، و بشكل عام كان المتوسط الحسابي العام لمتغير جودة الخدمة الصحية مرتفعاً حيث بلغ (3.69) و بانحراف معياري عام بلغ (0.99).



شكل (20)

أهمية كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية بالنسبة إلى بقية الأبعاد
المصدر: مخرجات البرنامج الإحصائي (SPSS.Vr-19)

ثالثاً: تحليل و مناقشة نتائج آراء عينة المرضى الراقيدين حول مستوى جودة الخدمة الصحية المتوقعة من قبلهم

يظهر من تحليل الجدول (33) الذي يمثل الاوساط الحسابية لكل فقرة من فقرات ابعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة و المتوقعة من قبل المرضى، ان توقعات المرضى لمستوى جودة الخدمات الصحية كان اعلى من مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة في جميع الفقرات ماعدا الفقرات (1 ؛ 2 ؛ 6 ؛ 21). مما يدل على وجود فجوة حقيقية (Reality Gap) سلبية بين فقرات ابعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة و المتوقعة من قبل المرضى ماعدا الفقرات المذكورة اعلاه.

جدول(33)

الايوساط الحسابية لكل فقرة من فقرات ابعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة و المتوقعة من قبل المرضى

ت	الفقرات	الوسط الحسابي لتوقعات المرضى	الوسط الحسابي لأدراك المرضى
1	المستشفى لديها تجهيزات حديثة المظهر.	4.01	4.07
2	التسهيلات المادية رؤيتها جذابة .	4.01	4.10
3	العاملين مظهرهم أنيق.	3.79	3.75
4	المواد المرتبطة بالخدمة الصحية جذابة .	3.81	3.09
5	الاستجابة السريعة لتقديم الخدمة للمرضى عند حاجة إليها.	4.11	3.61
6	يعطي العاملون المعلومات الواضحة والمفهومة للمرضى.	4.31	4.23
7	توفر ادارة المستشفى التواصل الجيد الخدمة الصحيحة من المرة الأولى	4.23	3.88
8	اهتمام العاملين بالرد على طلبات المرضى باستمرار .	4.31	3.78
9	عندما توعد المستشفى بفعل شيء في وقت معين سوف تلتزم بذلك.	4.19	3.37
10	توفر المستشفى الخدمة في الوقت المناسب.	4.10	3.27
11	المستشفى تقدم الخدمة بشكل الصحيح من اول مره .	4.21	3.65
12	تحتفظ مستشفى بسجلات خالية من الأخطاء.	4.35	3.50
13	تسعى المستشفى لحل مشاكل المرضى .	4.22	3.91
14	سلوك العاملين يعزز الثقة لدى المرضى .	4.15	3.98
15	شعور المرضى بالأمان عند التعامل مع العاملين	3.98	3.78
16	العاملون لطفاء دائماً مع المرضى.	4.26	3.20
17	العاملين لديهم المعرفة للرد على أسئلة المرضى.	3.98	3.47
18	يقدم العاملون الاهتمام الشخصي للمرضى.	4.20	3.79
19	تولي ادارة المستشفى الاهتمام بالمرضى .	3.87	3.49
20	يتفهم العاملون الاحتياجات الخاصة للمرضى.	3.98	3.13
21	يعمل العاملون بساعات عمل حسب احتياجات المرضى.	4.14	4.25
22	مصلحة المرضى مهمة لدى المستشفى .	4.21	3.67

المصدر: مخرجات البرنامج الإحصائي (SPSS.Vr-19).

و من اجل المزيد من التوضيح سيجرى تحليل الفروق الاوساط الحسابية لأبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة و المتوقعة من قبل المرضى و كما في الجدول (34) .

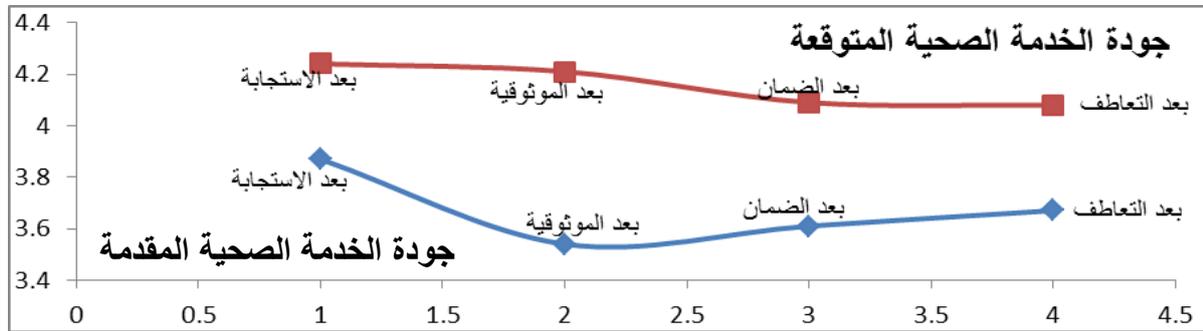
جدول (34)

الفروق بين الاوساط الحسابية لكل بعد من ابعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة و المتوقعة من قبل المرضى

ت	الوسط الحسابي لأبعاد الجودة الخدمة الصحية	جودة الخدمة الصحية المقدمة	جودة الخدمة الصحية المتوقعة	الفجوة	ترتيب الأبعاد من حيث حجم الفجوات
1	بعد الملموسية	3.75	3.90	-0.15	5
2	بعد الاستجابة	3.87	4.24	-0.37	4
3	بعد الموثوقية	3.54	4.21	-0.67	1
4	ابعد الضمان	3.61	4.09	-0.48	2
5	بعد التعاطف	3.67	4.08	-0.41	3
	الوسط الحسابي العام	3.688	4.104	-0.416	

المصدر: مخرجات البرنامج الإحصائي (SPSS.Vr-19).

يتضح من الجدول ان اكبر فجوة كانت لبعد الموثوقية و بعده بعد الضمان وبعده بعد التعاطف ثم بعد الاستجابة و اصغر فجوة كانت لبعد الملموسية ، و كانت قيمة الفجوة الحقيقية بين مستوى جودة الخدمات الصحية الجودة المقدمة و المتوقعة من قبل المرضى قد بلغت (-0.416) ، و الشكل (21) بين الفروق بين جودة الخدمات الصحية المقدمة و المتوقعة من قبل المرضى.



شكل (33)

الفروق بين جودة الخدمات الصحية المقدمة و المتوقعة من قبل المرضى

المصدر: مخرجات البرنامج الإحصائي (SPSS.Vr-19)

حيث يتضح ان الفجوات الحقيقية بين أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة و المتوقعة من قبل المرضى هي سلبية، وهذا يعني ان هناك فروق واضحة بين توقعات المرضى لمستوى جودة الخدمة الصحية و جودة الخدمة الصحية المقدمة من خلال ابعادها، و على الرغم من ان مستوى جودة الخدمات الصحية كان بمستوى مرتفع، الان توقعاتهم بشأن مستوى تلك الجودة كانت اعلى.

و بناءا على ما تقدم على مستشفيات العمل على رفع مستوى جودة الخدمات لتقليل حجم الفجوة بين توقعات المرضى لمستوى جودة الخدمة الصحية و جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات .

المبحث الثالث اختبار الفرضيات

تمهيد

اعتمد الباحث على وسيلتين احصائيتين لغرض اختبار فرضيات الدراسة و هما اختبار ارتباط بيرسون الخطي البسيط (Pearson Linear Correlation Coefficient) و اختبار الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression) . و قد استخدمت معاملات الارتباط لغرض معرفة قوة علاقات الارتباط الموجودة ما بين متغيرات الدراسة ، اما معادلة الانحدار لغرض معرفة التأثير المتبادل بين متغيرات الدراسة

اولا . اختبار فرضيات الارتباط بين متغيرات الدراسة

اعتمد في هذه الدراسة على اختبار الارتباط بيرسون الخطي البسيط لاختبار الفرضية الرئيسية الاولى و المتمثلة بعلاقات الارتباط بين المتغير المستقل (مكونات نظام المعلومات الادارية) و المتغير المعتمد (جودة الخدمة الصحية) . وقبل البدء في اختبار الفرضيات فان يجب معرفة نوع الاختبار هو (2-tailed) و مختصر (Sig.t) و الذي يشير الى اختبار معنوية معامل الارتباط من خلال مقارنة قيمة (t) المحسوبة مع الجدولية من غير انها لا تظهر قيمتها. فاذا ظهر وجود علامة (***) على معامل الارتباط فان هذا يعني بان قيمة (t) المحسوبة اكبر من الجدولية، و اذا ظهرت علامة (*) على معامل الارتباط فان هذا يعني بان قيمة (t) المحسوبة تساوي الجدولية، و اذا لم تظهر على معامل الارتباط فان هذا يعني بان قيمة (t) المحسوبة اصغر من الجدولية و لا يوجد معنوية . و يتم الحكم على مقدار قوة معامل الارتباط في ضوء قاعدة و كالاتي(Choudhury,2009) :

جدول (35)

حجم معامل الارتباط و تفسيره

حجم معامل الارتباط	التفسير
1_0.5	علاقة ايجابية قوية
0.3_0.5	علاقة ايجابية معتدلة
0.1_0.3	علاقة ايجابية ضعيفة
-0.1_0.1	لا توجد علاقة او ضعيفة جداً
-0.3_-0.1	علاقة سلبية ضعيفة
-0.5_-0.3	علاقة سلبية معتدلة
-1_-0.5	علاقة سلبية قوية

و لثبات علاقة الارتباط لا بد من التحقق من مدى إمكانية قبول الفرضية الرئيسية الاولى و الفرضيات الفرعية المنبثقة عنها.

الفرضية الرئيسية الاولى

" لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين مكونات نظم الادارية المعلومات و جودة الخدمة الصحية"

لغرض إثبات صحة الفرضية الرئيسية الاولى من نفيها سيتم أولاً اختبار الفرضيتين الاتيتين:

- فرضية العدم H_0 : لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين مكونات نظام المعلومات الادارية و جودة الخدمة الصحية.
- الفرضية البديلة H_1 : توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين مكونات نظام المعلومات الادارية و جودة الخدمة الصحية.

يظهر جدول (36) بان هنالك علاقة ارتباط ايجابية قوية (لان قيمتها اكبر من 0.5 و اقل من 1) و ذات دلالة معنوية عند مستوى (0.01) بين مكونات نظام المعلومات الادارية و جودة الخدمة الصحية. اذ بلغت قيمة معامل الارتباط البسيط بينهما (0.583)، و تدعم هذه النتيجة صحة الفرضية البديلة التي تنص على:

" توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين مكونات نظم المعلومات الادارية و جودة الخدمة الصحية "

جدول (36)

نتائج الفرضية الرئيسية الاولى (N=169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

العلاقة	معامل الارتباط	المعنوية
مكونات نظام المعلومات الادارية _ جودة الخدمة الصحية.	0.583**	0.00

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19).

و فيما يلي اختبار الفرضيات الفرعية المنبثقة عنها:

1. الفرضية الفرعية الاولى

"لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين المستلزمات المادية و جودة الخدمة الصحية"

لغرض إثبات صحة الفرضية الفرعية من نفيها سيتم أولاً اختبار الفرضيتين الاتيتين:

- فرضية العدم H_0 : لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين المستلزمات المادية و جودة الخدمة الصحية.
- الفرضية البديلة H_1 : توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين المستلزمات المادية و جودة الخدمة الصحية.

يظهر جدول (37) بان هنالك علاقة ارتباط ايجابية قوية (لان قيمتها اكبر من 0.5 و اقل من 1) و ذات دلالة معنوية عند مستوى (0.01) بين مكونات المستلزمات المادية و جودة الخدمة الصحية. اذ بلغت قيمة معامل الارتباط البسيط بينهما (0.737) و تدعم هذه النتيجة صحة الفرضية البديلة للفرضية الفرعية الاولى التي تنص على:

" توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين المستلزمات المادية و جودة الخدمة الصحية "

جدول (37)

نتائج الفرضية الفرعية الاولى (N=169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

العلاقة	معامل الارتباط	المعنوية
المستلزمات المادية _ جودة الخدمة الصحية.	0.737**	0.00

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19)

2. الفرضية الفرعية الثانية

"لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين البرمجيات و جودة الخدمة الصحية"

لغرض إثبات صحة الفرضية الفرعية من نفيها سيتم أولاً اختبار الفرضيتين الاتيتين:

- فرضية العدم H0: لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين البرمجيات و جودة الخدمة الصحية.
 - الفرضية البديلة H1: توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين البرمجيات و جودة الخدمة الصحية.
- يظهر جدول (38) بان هنالك علاقة ارتباط ايجابية قوية (لان قيمتها اكبر من 0.5 و اقل من 1) و ذات دلالة معنوية عند مستوى (0.01) بين مكون البرمجيات و جودة الخدمة الصحية. اذ بلغت قيمة معامل الارتباط البسيط بينهما (0.607) و تدعم هذه النتيجة صحة الفرضية البديلة للفرضية الفرعية الثانية التي تنص على:

"توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين البرمجيات و جودة الخدمة الصحية"

جدول (38)

نتائج الفرضية الفرعية الثانية (N=169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

العلاقة	معامل الارتباط	المعنوية
البرمجيات _ جودة الخدمة الصحية.	0.607**	0.00

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19)

3. الفرضية الفرعية الثالثة

"لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين الافراد و جودة الخدمة الصحية"

لغرض إثبات صحة الفرضية الفرعية من نفيها سيتم أولاً اختبار الفرضيتين الاتيتين:

- فرضية العدم H0: لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين الافراد و جودة الخدمة الصحية.
 - الفرضية البديلة H1: توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين الافراد و جودة الخدمة الصحية.
- يظهر جدول (39) بان هنالك علاقة ارتباط ايجابية معتدلة (لان قيمتها اكبر من 0.3 و اقل من 0.5) و ذات دلالة معنوية عند مستوى (0.01) بين مكون الافراد و جودة الخدمة الصحية. اذ بلغت قيمة معامل الارتباط البسيط بينهما (0.426) و تدعم هذه النتيجة صحة الفرضية البديلة للفرضية الفرعية الثالثة التي تنص على:

"توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين الافراد و جودة الخدمة الصحية"

جدول (39)

نتائج الفرضية الفرعية الثالثة (N=169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

العلاقة	معامل الارتباط	المعنوية
الافراد _ جودة الخدمة الصحية	0.426**	0.00

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19)

4. الفرضية الفرعية الرابعة

"لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين البيانات و جودة الخدمة الصحية"

لغرض إثبات صحة الفرضية الفرعية من نفيها سيتم أولاً اختبار الفرضيتين الاتيتين:

- فرضية العدم H_0 : لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين البيانات و جودة الخدمة الصحية.
 - الفرضية البديلة H_1 : توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين البيانات و جودة الخدمة الصحية.
- يظهر جدول (40) بان هنالك علاقة ارتباط ايجابية قوية (لان قيمتها اكبر من 0.5 و اقل من 1) و ذات دلالة معنوية عند مستوى (0.01) بين مكون البيانات و جودة الخدمة الصحية. اذ بلغت قيمة معامل الارتباط البسيط بينهما (0.546) و تدعم هذه النتيجة صحة الفرضية البديلة للفرضية الفرعية الرابعة التي تنص على:

"توجد علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين البيانات و جودة الخدمة الصحية"

جدول (40)

نتائج الفرضية الفرعية الرابعة (N=169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

العلاقة	معامل الارتباط	المعنوية
البيانات _ جودة الخدمة الصحية	0.546**	0.00

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19)

و من الجدول (41) الذي يوضح قيم الارتباطات و معنويتها و اهميتها بين مكونات نظام المعلومات الادارية مع جودة الخدمة الصحية مع اهمية كل مكون من المكونات من خلال قوة علاقة ارتباط مع جودة الخدمة الصحية ، يتم قبول جميع الفرضيات البديلة للفرضيات الفرعية التي و ضعت سابقا و يتضح ان جميع المكونات الاربعة تمتلك علاقة ارتباط ايجابية ذات دلالة معنوية مع جودة الخدمة الصحية

جدول (41)

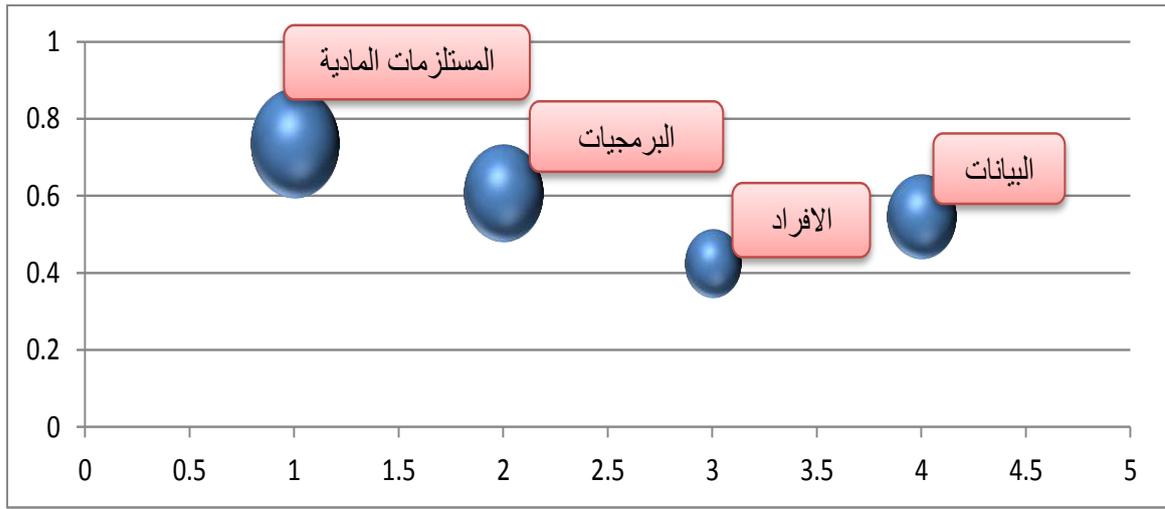
الارتباطات و معنويتها و اهمية كل مكون من مكونات نظام المعلومات الادارية مع

جودة الخدمة الصحية (N=169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

ترتيب الاهمية	المعنوية	قيمة الارتباط مع جودة الخدمة الصحية	
الاول	0.00	0.737**	المستلزمات المادية
الثاني	0.00	0.607**	البرمجيات
الرابع	0.00	0.426**	الافراد
الثالث	0.00	0.546**	البيانات

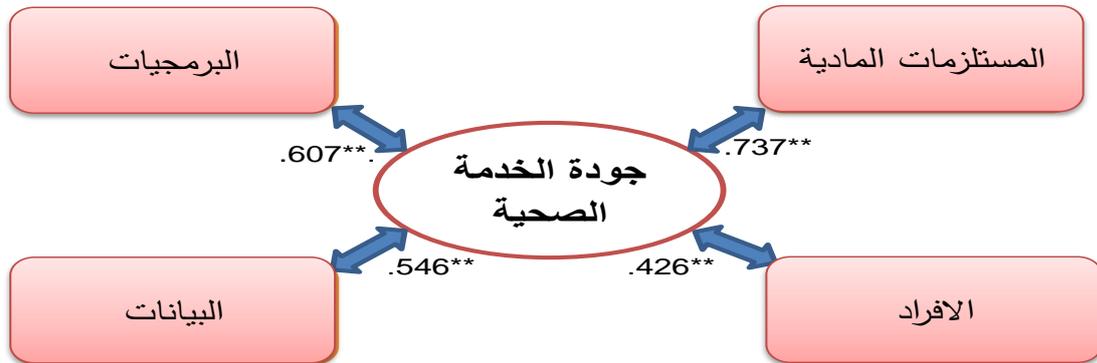
المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19)

كما نلاحظ ان مكون المستلزمات المادية لها الأهمية الأولى من ناحية قوة ارتباطه مع جودة الخدمة الصحية اذ بلغت قيمة الارتباط (0.737) و هي معنوية و ايجابية تحت مستوى دلالة (0.01)، يليه مكون البرمجيات الذي كانت قيمة ارتباطه مع جودة الخدمة الصحية (0.607) و هي معنوية و ايجابية تحت مستوى دلالة (0.01) ، اما المكون الثالث حسب قوة ارتباطه مع جودة الخدمة الصحية فهو مكون البيانات الذي كانت قيمة ارتباطه (0.564) و هي أيضا معنوية و ايجابية تحت مستوى دلالة (0.01) و أخيرا يأتي مكون الافراد الذي كان قيمة ارتباطه (0.426) و هي أيضا معنوية و ايجابية تحت مستوى دلالة (0.01) ، الشكل (22) يبين اهمية ارتباط كل مكون من مكونات نظام المعلومات الادارية مع جودة الخدمات الصحية.



شكل (22)

اهمية كل مكون بالنسبة الى بقية مكونات نظام المعلومات الادارية حسب ارتباط مع جودة الخدمة الصحية المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19) و الشكل (23) الذي يوضح علاقات الارتباطات بين مكونات نظام المعلومات الادارية من جهة و جودة الخدمة الصحية من جهة اخرى .



شكل (23)

الارتباطات بين مكونات نظام المعلومات الادارية و جودة الخدمة الصحية المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19)

ثانيا. اختبار علاقات التأثير بين متغيرات الدراسة

تتضمن هذه الفقرة قياس تأثير المتغير المستقل (مكونات نظام المعلومات الإدارية) على المتغير التابع (جودة الخدمة الصحية) ذلك باستخدام اختبار الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression)، و اختبار (Durbin Watson) لتحديد وجود مشكلة الارتباط الذاتي ام لا، اذ تكون قيمته ما بين (4_0)، فاذا كانت قيمته اصغر من (2) فهذا يعني وجود مشكله ارتباط ذاتي ، اما اذا كانت قيمته (2 فأكبر) فيكون القرار عدم وجود مشكلة في نموذج الانحدار ، كما تم استخدام معامل التحديد (R^2) و معامل التحديد المصحح ($R^2_{Corrected}$) لتفسير مقدار تأثير المتغيرات المستقلة للتغيرات التي تطرأ على المتغير التابع ، كما استخدام اختبار (F) لتفسير معنوية مقدار تأثير المتغيرات المستقلة للتغيرات التي تطرأ على المتغير التابع ، اذا كانت قيمة ($Sig. f < 0.05$) هذا يعني ان (f) المحسوبة اكبر من (f) الجدولية و هذا يشير وجود الدلالة المعنوية ، و اخيرا اختبار (tailed-2) و مختصرة (Sig.t) و الذي يشير الى اختبار معنوية معامل الانحدار من خلال مقارنة قيمة (t) المحسوبة مع الجدولية من غير انها لا تظهر قيمتها. فاذا ظهر وجود علامة (***) على معامل الانحدار فان هذا يعني بان قيمة (t) المحسوبة اكبر من الجدولية، و اذا ظهرت علامة (*) على معامل الانحدار فان هذا يعني بان قيمة (t) المحسوبة تساوي الجدولية، و اذا لم تظهر على معامل الانحدار فان هذا يعني بان قيمة (t) المحسوبة اصغر من الجدولية و لا يوجد معنوية و لتحقيق هذا الهدف لابد من التحقق من مدى إمكانية قبول الفرضية الرئيسية الثانية و الفرضيات المنبثقة منها.

الفرضية الرئيسية الثانية

" لا توجد علاقة تأثير معنوية بين مكونات نظام المعلومات الإدارية و جودة الخدمة الصحية "

لغرض إثبات صحة الفرضية الرئيسية الثانية من نفيها سيتم أولاً اختبار الفرضيتين الاتيتين:

- فرضية العدم H_0 : لا توجد علاقة تأثير معنوية بين مكونات نظام المعلومات الإدارية و جودة الخدمة الصحية.
- الفرضية البديلة H_1 : توجد علاقة تأثير معنوية بين مكونات نظام المعلومات الإدارية و جودة الخدمة الصحية.
- يظهر جدول (42) مجموعة من النتائج هي :

❖ قيمة (Durbin Watson) قد بلغت (2.38) وهذا يدل على انعدم وجود مشكلة ارتباط ذاتي .

❖ قيمة ($R^2_{Corrected}$) تساوي (0.338) هذا يعني ان مكونات النظام تسهم في تفسير (0.338) من التغيير الحاصل في جودة الخدمة الصحية وهي معنوية بمستوى دلالة اقل من (0.05) لان (Sig.f) قد بلغت (0.00)، اما النسبة المتبقية (0.662) فتعود لمتغيرات أخرى غير داخل في النموذج هذه الدراسة.

❖ قيمة (β) قد بلغت (0.583) و هي معنوية بمستوى دلالة (0.01)،

نستنتج هنا ان مكونات نظام المعلومات الإدارية لها تأثير على جودة الخدمة الصحية ، اذ أن ارتفاع الاستثمار مكونات نظام المعلومات الإدارية بمقدار وحده واحده يؤدي إلى تحسين جودة الخدمة بمقدار (0.583).

جدول(42)

نتائج الفرضية الرئيسية الثانية (N=169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

مشكلة ارتباط ذاتي	(D _{urbin Watson})	df _{total}	المعنوية	β	Sig. f	(R ²) _{Cor}	(R ²)
لا توجد مشكلة	2.38	168	0.00	0.583**	0.00	0.338	0.339

المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19)

و تدعم هذه النتيجة صحة الفرضية البديلة لفرضية الرئيسية الثانية التي تنص على:

"توجد علاقة تأثير معنوية بين مكونات نظام المعلومات الادارية و جودة الخدمة الصحية"

تشير النتائج اعلاه إلى إن المستشفى التي تستثمر اكثر في مكونات نظام المعلومات الادارية سوف تترك اثراً ايجابياً على جودة الخدمة الصحية .

و فيما يلي اختبار الفرضيات الفرعية المنبثقة عنها:

1. الفرضية الفرعية الاولى**" لا توجد علاقة تأثير معنوية بين المستلزمات المادية و جودة الخدمة الصحية"**

لغرض إثبات صحة الفرضية الفرعية من نفيها سيتم أولاً اختبار الفرضيتين الاتيتين:

- فرضية العدم H0: لا توجد علاقة تأثير معنوية بين المستلزمات المادية و جودة الخدمة الصحية.
- الفرضية البديلة H1: توجد علاقة تأثير معنوية بين المستلزمات المادية و جودة الخدمة الصحية.

يظهر جدول (43) مجموعة من النتائج و هي :

❖ قيمة (D_{urbin Watson}) قد بلغت (2.041) و هذا يدل على انعدم وجود مشكلة ارتباط ذاتي .❖ قيمة (R²_{Cor}) تساوي (0.541) هذا يعني ان مكون المستلزمات المادية يسهم في تفسير (0.541) من

التغيير الحاصل في جودة الخدمة الصحية و هي معنوية بمستوى دلالة اقل من (0.05) لان (Sig.f) قد بلغت (0.00)، اما النسبة المتبقية (0.459) فتعود لمتغيرات أخرى غير داخل في النموذج هذه الدراسة.

❖ قيمة (β) قد بلغت (0.737) وهي معنوية بمستوى دلالة (0.01).

نستنتج هنا ان المستلزمات المادية لها تأثير على جودة الخدمة الصحية ، اذ أن ارتفاع الاستثمار في

المستلزمات المادية بمقدار وحده واحده يؤدي إلى تحسين جودة الخدمة بمقدار (0.737).

جدول(43)

نتائج الفرضية الفرعية الاولى (N=169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

مشكلة ارتباط ذاتي	D _{urbin Watson}	df _{total}	المعنوية	β	Sig. f	(R ²) _{Corrected}	(R ²)
لا توجد مشكلة	2.041	168	0.00	0.737**	0.00	0.541	0.543

المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19)

تشير النتائج اعلاه إلى إن المستشفى التي تستثمر اكثر في المستلزمات المادية لنظام المعلومات الادارية

سوف تترك اثراً ايجابياً على جودة الخدمة الصحية .

و تدعم هذه النتيجة صحة الفرضية البديلة للفرضية الفرعية الاولى التي تنص على:

"توجد علاقة تأثير معنوية بين المستلزمات المادية و جودة الخدمة الصحية"

2. الفرضية الفرعية الثانية

"لا توجد علاقة تأثير معنوية بين البرمجيات و جودة الخدمة الصحية"

لغرض إثبات صحة الفرضية الفرعية من نفيها سيتم أولاً اختبار الفرضيتين الاتيتين:

- فرضية العدم H_0 : لا توجد علاقة تأثير معنوية بين البرمجيات و جودة الخدمة الصحية.
 - الفرضية البديلة H_1 : توجد علاقة تأثير معنوية بين البرمجيات و جودة الخدمة الصحية.
- يظهر جدول (44) مجموعة من النتائج و هي :

❖ قيمة ($D_{urbin}W_{atson}$) قد بلغت (2.156) و هذا يدل على انعدم وجود مشكلة ارتباط ذاتي .

❖ قيمة ($R^2_{Corrected}$) تساوي (0.365) هذا يعني ان مكون البرمجيات يسهم في تفسير (0.365) من

التغيير الحاصل في جودة الخدمة الصحية و هي معنوية بمستوى دلالة اقل من (0.05) لان (Sig.f) قد بلغت (0.00)، اما النسبة المتبقية (0.635) فتعود لمتغيرات أخرى غير داخل في النموذج هذه الدراسة.

❖ قيمة (β) قد بلغت (0.607) وهي معنوية بمستوى دلالة (0.01).

نستنتج هنا ان البرمجيات لها تأثير على جودة الخدمة الصحية ، اذ أن ارتفاع الاستثمار في البرمجيات بمقدار وحده واحد يؤدي إلى تحسين جودة الخدمة بمقدار (0.607).

جدول (44)

نتائج الفرضية الفرعية الثانية ($N=169$ ؛ في ثلاثة مستشفيات)

مشكلة ارتباط ذاتي	($D_{urbin}W_{atson}$)	df_{total}	المعنوية	β	Sig. f	(R^2) _{Cor}	(R^2)
لا توجد مشكلة	2.156	168	0.00	0.607**	0.00	0.365	0.368

المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19)

تدعم هذه النتيجة صحة الفرضية البديلة للفرضية الفرعية الثانية التي تنص على:

"توجد علاقة تأثير معنوية بين البرمجيات و جودة الخدمة الصحية"

تشير النتائج اعلاه إلى ان المستشفى التي توفر البرمجيات حديثة و كفؤه في نظام المعلومات سوف تترك اثر ايجابي على جودة الخدمة الصحية .

3. الفرضية الفرعية الثالثة

" لا توجد علاقة تأثير معنوية بين الافراد و جودة الخدمة الصحية"

لغرض إثبات صحة الفرضية الفرعية من نفيها سيتم أولاً اختبار الفرضيتين الاتيتين:

- فرضية العدم H_0 : لا توجد علاقة تأثير معنوية بين الافراد و جودة الخدمة الصحية.
 - الفرضية البديلة H_1 : توجد علاقة تأثير معنوية بين الافراد و جودة الخدمة الصحية.
- يظهر جدول (45) مجموعة من النتائج و هي :

❖ قيمة ($D_{urbin}W_{atson}$) قد بلغت (2.724) و هذا يدل على انعدم وجود مشكلة ارتباط ذاتي .

❖ قيمة ($R^2_{Corrected}$) تساوي (0.18) هذا يعني ان مكون الافراد يسهم في تفسير (0.18) من التغيير الحاصل في جودة الخدمة الصحية و هي معنوية بمستوى دلالة اقل من (0.05) لان (Sig.f) قد بلغت (0.00)، اما النسبة المتبقية (0.82) فتعود لمتغيرات أخرى غير داخل في النموذج هذه الدراسة.

❖ قيمة (β) قد بلغت (0.426) و هي معنوية بمستوى دلالة (0.01).
نستنتج هنا ان الافراد لهم تأثير على جودة الخدمة الصحية ، اذ أن ارتفاع في مستوى الافراد بمقدار وحده واحده يؤدي إلى تحسين جودة الخدمة بمقدار (0.426).
جدول (45)

نتائج الفرضية الفرعية الثالثة (N=169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

مشكلة ارتباط ذاتي	($D_{urbin}W_{atson}$)	df _{total}	المعنوية	β	Sig. f	(R^2) _{Cor}	(R^2)
لا توجد مشكلة	2.724	168	0.00	0.426**	0.00	0.18	0.181

المصدر: مخرجات البرنامج الاحصائي (SPSS.Vr-19)

و تدعم هذه النتيجة صحة الفرضية البديلة للفرضية الفرعية الثالثة التي تنص على:

"توجد علاقة تأثير معنوية بين الافراد و جودة الخدمة الصحية"

تشير النتائج اعلاه إلى ان المستشفى التي توظف الافراد الكفوئين و تعمل على تدريبهم للعمل في نظام المعلومات الادارية سوف تترك اثر ايجابي على جودة الخدمة الصحية .

4. الفرضية الفرعية الرابعة

" لا توجد علاقة تأثير معنوية بين البيانات و جودة الخدمة الصحية"

لغرض إثبات صحة الفرضية الفرعية من نفيها سيتم أولاً اختبار الفرضيتين الاتيتين:

- فرضية العدم H_0 : لا توجد علاقة تأثير معنوية بين البيانات و جودة الخدمة الصحية.
- الفرضية البديلة H_1 : توجد علاقة تأثير معنوية بين البيانات و جودة الخدمة الصحية.

يظهر جدول (46) مجموعة من النتائج و هي :

❖ قيمة ($D_{urbin}W_{atson}$) قد بلغت (2.61) و هذا يدل على انعدم وجود مشكلة ارتباط ذاتي .

❖ قيمة ($R^2_{Corrected}$) تساوي (0.316) هذا يعني ان مكون البيانات يسهم في تفسير (0.316) من التغيير الحاصل في جودة الخدمة الصحية و هي معنوية بمستوى دلالة اقل من (0.05) لان (Sig.f) قد بلغت (0.00)، اما النسبة المتبقية (0.684) فتعود لمتغيرات أخرى غير داخل في النموذج هذه الدراسة.

❖ قيمة (β) قد بلغت (0.564) و هي معنوية بمستوى دلالة (0.01)، نستنتج هنا ان البيانات لها تأثير على جودة الخدمة الصحية ، اذ أن ارتفاع في مستوى البيانات بمقدار وحده واحده يؤدي إلى تحسين جودة الخدمة بمقدار (0.564).

و تدعم هذه النتيجة صحة الفرضية البديلة للفرضية الفرعية الرابعة التي تنص على:

"توجد علاقة تأثير معنوية بين البيانات و جودة الخدمة الصحية"

جدول (46)

نتائج الفرضية الفرعية الرابعة (N=169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

مشكلة ارتباط ذاتي	(D _{urbin} W _{atson})	df _{total}	المعنوية	β	Sig. f	(R ²) _{Cor}	(R ²)
لا توجد مشكلة	2.61	168	0.00	0.564**	0.00	0.316	0.318

المصدر: مخرجات البرنامج الإحصائي (SPSS.Vr-19)

تشير النتائج اعلاه إلى إن المستشفى التي تحتفظ ببيانات متكاملة و امنه و تحدث بشكل مستمر سوف تترك أثراً ايجابياً على جودة الخدمة الصحية .

من الجدول (47) الذي يوضح قيم الانحدار و معنويتها مكونات نظام المعلومات الادارية على جودة الخدمة الصحية مع اهمية كل مكون من مكونات نظام المعلومات الادارية وفقاً الى قيم معامل التفسير (R²_{Corrected}) على جودة الخدمة الصحية ، و نلاحظ ان مكون المستلزمات المادية لها الأهمية الأولى من ناحية قوة التأثير على جودة الخدمة الصحية اذ بلغت قيمة (R²_{Corrected}) تساوي (0.543) و هي معنوية.

جدول (47)

قيم الانحدار و معنويتها و اهمية كل مكون من مكونات نظام المعلومات الادارية حسب

قيمة (R²_{Corrected}) على جودة الخدمة الصحية (N=169 ؛ في ثلاثة مستشفيات)

الاهمية النسبية	D _{urbin} W _{atson}	Df _{total}	المعنوية	β	Sig. f	R ² _{Corrected}	R ²	
الاول	2.041	168	0.00	.737**	0.00	0.541	0.543	المستلزمات المادية
الثاني	2.156	168	0.00	.607**	0.00	0.365	0.368	البرمجيات
الرابع	2.724	168	0.00	.426**	0.00	0.18	0.181	الافراد
الثالث	2.610	168	0.00	.564**	0.00	0.316	0.318	البيانات

المصدر: مخرجات البرنامج الإحصائي (SPSS.Vr-19)

يليه مكون البرمجيات الذي كانت قيمة (R²_{Corrected}) تساوي (0.365) و هي معنوية ، اما المكون الثالث من حيث قوة تأثير على جودة الخدمة الصحية هو مكون البيانات الذي كانت قيمة (R²_{Corrected}) تساوي (0.18) وهي أيضا معنوية و أخيراً يأتي مكون الافراد الذي كان قيمة (R²_{Corrected}) تساوي (0.316) و هي أيضا معنوية .

الفصل الرابع

الاستنتاجات و التوصيات

المبحث الاول

الاستنتاجات

يعرض هذا المبحث أهم الاستنتاجات التي خلصت إليها الدراسة و وفق الآتي:

1. ان مكونات نظام المعلومات الادارية من الموضوعات المهمة في الادييات الادارية الحديثة ، حيث اصبح نظام المعلومات الادارية من الادوات الرئيسية التي تساعد الادارة في اداء اعمالها من خلال توفير المعلومات المطلوبة .
2. جودة الخدمة الصحية في طليعة الاهتمام المهني و الاداري لانها تعتبر وسيلة لتحقيق نجاح المستشفيات في اعمالها.
3. وجود وعي و إدراك لدى القيادات الادارية لمستوى مكونات نظام المعلومات الادارية في المستشفيات .
4. اتفاق اغلب عينة القيادات الادارية على توفر مستوى مرتفع لمكونات نظام المعلومات الادارية و هي: (المستلزمات المادية ، البرمجيات ، الافراد ، البيانات).
5. من خلال التحليل الاحصائي لأراء عينة المرضى الراقدين في المستشفيات الثلاثة يظهر أن هناك ادراكاً و فهماً لجودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات الثلاثة .
6. اتفاق اغلب عينة المرضى الراقدين على توفر مستوى مرتفع لابعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة وهي: (الملموسية ، الاستجابة ، الموثوقية ، التعاطف ، الضمان).
7. اهتمام المستشفيات بجودة الخدمة الصحية و العمل على الوصول الى مستوى مرتفع من الجودة ظهر ذلك جلياً من خلال اجابات المرضى الراقدين الخاصة بجودة الخدمة الصحية المقدمة.
8. ثبت من خلال اجابات المرضى الراقدين ان هناك فروقات بين توقعاتهم و ادراكهم لجودة الخدمة الصحية .
9. تبين وجود فجوة الحقيقة سلبية في كل ابعاد جودة الخدمة الصحية و كانت اكبر فجوة لبعده الموثوقية و بعده بعد الضمان و بعده بعد التعاطف ثم بعد الاستجابة و اصغر فجوة كانت لبعده الملموسية ، و كانت قيمة الفجوة الحقيقية بين مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة و المتوقعة من قبل المرضى قد بلغت (-0.41)
10. تم اثبات فرضيات الارتباط اذ ظهر هنالك علاقة ارتباط ايجابية ذات دلالة معنوية عند مستوى (0.01) بين مكونات نظام المعلومات الادارية و جودة الخدمة الصحية و قد بلغت (0.583) ، كما ظهرت ايضا ان هناك علاقة ارتباط ايجابية بين كل مكون من مكونات نظام المعلومات الادارية و جودة الخدمة الصحية ، و هذا يدل على ان الاستثمار في مكونات نظام المعلومات الادارية يسهم في ارتفاع مستوى

جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات الثلاث .

11. تم اثبات فرضيات التأثير اذ ظهر هناك علاقة تأثير معنوية لمكونات نظام المعلومات الادارية على

جودة الخدمة الصحية كما ظهرت علاقة التأثير بين كل مكون من مكونات نظام المعلومات الادارية

على جودة الخدمة الصحية و كان هناك تفاوت في التأثير اذ توزعت كالتالي:

أ. حصل مكون المستلزمات المادية على المرتبة الاولى ، و هذا يدل على ان الاستثمار في المستلزمات

المادية من خلال (توفير المستلزمات المادية حديثة و متطورة ذات كفاءة عالية من حيث عمليات

ادخال البيانات و تحليلها و معالجتها و تحويلها الى معلومات و قدرتها على خزن كميات كبيرة من

المعلومات، سوف يؤدي الى تعزيز الجودة و بالتالي يؤدي الى رفع مستوى جودة الخدمات الصحية

المقدمة للمرضى في المستشفيات الثلاث.

ب. حصل مكون البرمجيات على المرتبة الثانية ، توضح هذه النتيجة ان توفير البرمجيات يمكنها انجاز

مختلف اعمال المستشفى بدقة من خلال تحليل و معالجة البيانات و تحويلها الى معلومات المطلوبة ،

و قدرتها على تسهيل عملية التبادل المعلومات بين المستفيدين في ظل تغيرات و تطورات العمل المختلفة

، الذي يؤدي بدوره الى رفع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى في المستشفيات الثلاث.

ت. حصل مكون البيانات على المرتبة الثالثة ، نستنتج من خلال هذه النتائج ان توفير بيانات المطلوبة

يؤدي الى التنسيق و السرعة في انجاز العمليات الادارية في المستشفى من خلال التعرف على

المشاكل التي تواجه ادارة المستشفى و ايجاد الحلول لها. و هذا بالتالي ينعكس على اداء المستشفيات و

يكون سبب لرفع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الثلاث.

ث. حصل مكون الافراد على المرتبة الرابعة ، هذه النتيجة تدل على ان استقطاب و توظيف افراد كفؤين من

مهندسين و مبرمجين و مشغلين المستلزمات المادية للعمل في وحدة نظام المعلومات الادارية من ذوي

الخبرة و الاختصاص في التعامل مع المستلزمات المادية و البرمجيات ، و اقامة دورات و برامج تدريبية

للعاملين الحاليين لرفع مستواهم في التعامل مع المستلزمات المادية و البرمجيات في ظل التغيرات و

التطورات و متطلبات العمل الموكل اليهم سوف يؤدي الى رفع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة

في المستشفيات الثلاث.

المبحث الثاني

التوصيات

في ضوء الاستنتاجات التي توصلت إليها الدراسة ، توصلنا الى مجموعة من التوصيات نأمل أن تكون تحت أنظار القيادات الادارية في المستشفيات الثلاث ، والتي سوف تسهم في الوصول إلى أفضل الطرق لتوفير مكونات نظام المعلومات الادارية التي يمكنها التأثير على جودة الخدمة الصحية مما يؤدي إلى تحقيق أهدافها لكي تأخذ موقعا متميزا في تقديم الخدمات الصحية و من أهم التوصيات ما يأتي:

1. ضرورة تبني المستشفيات عينة الدراسة مشروع تطوير مكونات نظام المعلومات الادارية من خلال مكوناتها (المستلزمات المادية و البرمجيات و الافراد و البيانات) نظرا للمزايا الكبيرة التي تقدمها من خلال التأثير الواضح على اداء المستشفيات بشكل عام ، و على جودة الخدمة الصحية المقدمة بشكل خاص، و دعمها بالجهد و المال.
2. ينبغي على ادارة المستشفيات الثلاث اعتماد منهج ربط مكونات نظام المعلومات الادارية بجودة الخدمة الصحية.
3. ضرورة إشراك العاملين (مبرمجين و مهندسين و غيرهم) في وحدات نظم المعلومات الادارية في عملية تصميم و تطوير نظام المعلومات الادارية نظرا لأهميتها في تحقيق رضاهم، و رفع روحهم المعنوية ، و جعلهم يشعرون بأهميتهم في المستشفى.
4. العمل على تشجيع العاملين في المستشفيات على استخدام نظام المعلومات الادارية ، و تعرف على احتياجاتهم ، و العمل على حل المشاكل التي تواجههم من خلال استخدامه.
5. ينبغي على ادارة المستشفى اقامة دورات تدريبية للعاملين في وحدة نظام المعلومات لتطوير قدراتهم و مهاراتهم لتمكينهم من التعامل مع المستلزمات المادية و البرمجيات المتطورة.
6. ينبغي على ادارة المستشفيات رفع مستوى التزامها بمعايير الجودة و تجسده من خلال مفاهيم الجودة في جميع انحاء المستشفيات ، و وضع رؤية استراتيجية و أهداف واضحة المعالم للمستشفيات.
7. تطوير قدرات و مهارات كافة العاملين في المستشفى لتطبيق ابعاد جودة الخدمة الصحية من اجل تطوير الخدمات الصحية المقدمة من قبل المستشفى .
8. على ادارة المستشفيات تقديم الخدمات اعتمادا على توقعات المرضى للخدمات الصحية .
9. ضرورة التنسيق بين مستشفيات محافظة النجف الاشرف و جميع المستشفيات المحلية و الاجنبية التي تستخدم أنظمة جودة الخدمات الصحية من أجل تبادل الخبرات في مجال جودة الخدمة الصحية.

المصادر

المصادر العربية :

أ- الرسائل و الاطاريح

1. أبو سبت ، صبري فايق عبد الجواد ، (2005)، تقييم دور نظم المعلومات الإدارية في صنع القرارات الإدارية في الجامعات الفلسطينية ، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية _ غزة، كلية التجارة ، قسم إدارة الأعمال.
2. عبد الله ، حسن حميد ،(2012)، دور نظم المعلومات الإدارية و الإدارة المعرفية في بناء القدرة التنافسية للمنظمات الإنتاجية، دراسة تطبيقية في الشركة العامة للصناعات الكهربائية العراق – بغداد ، اطروحة دكتوراه ، جامعة سانت كليمنتس العالمية ،العراق.
3. هاشم ، غسان علي محمد هاشم، أثر كفاءة نظم المعلومات في تحسين فاعلية عملية صنع و اتخاذ القرارات (دراسة تطبيقية "حالة" في بنك اليمن الدولي)، اطروحة دكتوراه ،جامعة سانت كليمنتس العالمية ،اليمن.

ب- المجالات

1. المحاسنة ، محمد عبدالرحيم (2005) ، أثر كفاءة نظم المعلومات في فاعلية عملية اتخاذ القرارات ، دراسة ميدانية في دائرة الجمارك الأردنية، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 1، العدد 1 ، ص87_100.
2. الضمور، هاني حامد ،(2012)، أثر جودة الخدمات الصحية في درجة ولاء المرضى في مستشفى الجامعة الأردنية (دراسة حالة) مجلة مؤتة للبحوث والدراسات ، المجلد 27، العدد 3، ص69_122.
3. عبود واخرون ،علي سكر ، حمزة نجم، فاطمة عبد الرزاق، (2009) ،تقييم جودة الخدمة الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي ، مجلة القادسية للعلوم الادارية و الاقتصادية المجلد 11 العدد3 ، ص53_64.

المصادر الاجنبية :

A- Books

1. Baskerville , R . , tage, J. & De Gross , J . I . (2000) , **Organizational and social perspectives on information technology** , Boston/Dordrecht/London, Kluwer, 1th ed.
2. Beatrice , Brechignac-Roubaud (2001) , **Le marketing des services** , tirage , edition d'organisation , paris , 8th ed.
3. Bill Gates(2000), **Business @ the speed of thought in the digital era of thnervous system** ,Published by Warner Books (NY) , 1th ed.
4. Crosby, P. B., (1988), **Kvalitet utan tarar** . Konsten att problemfritt leda ett foretag. Lund: Studentlitteratur, 1th ed.
6. Daniel , Duret & Maurice , pillet , (2002) , **Qualite en production : de Iso 9000 a Six sigma** , edition d'organisation, Paris, 2th ed.
7. David , T. Bourgeois, (2014), **Information Systems for Business and Beyond published** , through the open text book challenge by saylor academ , 1th ed.
8. Davis , Gb. (2000) , **Information Systems Conceptual Foundations: Looking Backward and Forward**, of the series IFIP - The International Federation for Information Processing, 1th ed.
9. Dilworth, James, (1996) , Operation Management , New York : MC- Graw, Hill, 1th ed.
10. Efraim Turban & Jay E. Aronson,(1995) Decisison Support System & Intelligent System , Copyright 1998, Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ
11. Elizabeth Hardcastle & Ventus ,(2008) , **Business Information systems** , e book by book boon 1th ed.
12. Etzel Michael , J . (1997) , **Marketing** , the McGraw – Hill, Boston , 11th ed.
13. Evans, J. & Lindsay, W. (1996), **The Management and Control of Quality**, Cincinnati : West Publishing Company.
14. François , Caby & Claude, Jambart , (2002) , **la qualité dans les services** , edition economica , paris , 2th ed.
15. Gerard Taker & Michel longbois ,(1992) , **Marketing des services** , edition de nord.

16. Gronroos , Christian , (1990) , **Service Management and Marketing**, Lexington, MA: Lexington Books.
17. Grocock J.M.,(1994) , **The Cost of Quality**, Himalaya Publishing House, Bombay.
18. Gupta, g .(2000) , **Information Systems: success in the 21st century** , 1th ed .
19. Irvine , Forkner & Raymod , Meleod , (1973), **Computerized Business systems: An Introduction to data Processing**, London, John Wiley & son, Inc , 1th ed.
20. Ishikawa , K. (1976) , **Guide to Quality Control**, Asian Productivity Organization, Tokyo, Japan. (2th ed) .
21. Jessup , L. & Valacich , J. (2008), **Information Systems Today: Managing in the Digital World** , Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ, 3th ed.
22. Juran, J. & De Feo, J. A. (2010), **Juran's Quality Handbook** , McGraw-Hill Publishing Co. , 6th ed.
23. Kotler , P. & Armstrong , G., (2006), **Principles of Marketing**, Prentice–Hall.
24. Kotler , P. & Clarke , R., (1987) , **Marketing for Health Care Organizations** , New Jersey, Prentice Hall.
25. Kotler , P. & Keller,(2006) , **Marketing Management**, Prentice- Hall, 12th ed.
26. Kotler , p. & Keller,(2012) ,Marketing Management , Prentice Hall,14th
27. Kotler, P. (2003), **Marketing Management**, Prentice – Hall International Inc, 8th ed.
28. Krajewski J. Lee & Ritzman,P. Larry (2005) , **Operations Management: Processes and Value Chain**, Prentice Hall, 7th ed.
29. Kroenke, D. M. (2007) , **Using MIS** , Upper Saddle River, New Jersey, Pearson Prentice Hall , 2th ed.
30. Lancaster, Geoff & massing ham, (2001), **Lester Essentials of marketing**, Mc Graw – Hall, inc, 2th ed.
31. Laudon ,KC. & Laudon ,JP. (1990) , **Management Information Systems**, USA, the Macmillan Co, Inc.
32. Laudon ,KC. & Laudon ,JP. (2000) , **Management Information Systems** , Prentice Hall Int., Inc, 6th ed
33. Laudon ,KC. & Laudon ,JP. (2007) , **Management Information Systems: Managing the Digital Firm**, Pearson Prentice-Hall, Upper Saddle River, NJ ,10th ed .
34. Laudon ,KC. & Laudon ,JP. (2009), **Management information systems**, prenteece hall
35. Laudon ,KC. & Laudon ,JP. (2014), **Management Information Systems ,managing the digital firm** , global edition Pearson Education Limited , 13th ed.
36. Lucas Henry, (1990), **Information System Concepts for Management**, USA New York, McGraw - Hill.
37. Mcleod R, JR. and Schell GP (2007) **Management Information Systems**, 10th ed.
38. Michel , Darbelet , Laurent Izard & Michel Scaramuzza(2007) ,**Essentiel sur le Management** , Berti Edition, Alger , 5th ed .
39. Mohan Sawhney,(2001), Seven Steps to Nirvana ,New York, McGraw-Hill
40. O'Brien , J . A . & Marakas ,G . M . (2007) , **Management information systems**, by McGraw-Hill/Irwin, a business unit of The McGraw Hill Companie, 10th ed.
41. O'Brien, J A.,(2000),**Introduction to Information System**, 9th ed , Boston : Richard D Irwin ,Inc.
42. Peter , Mudie & Angela , Pirrie , (2006) , **Services Marketing Management** , Published by Elsevier Ltd .
43. Prentice, (2010),**Excerpted from Information Systems Today** , Managing in the Digital World ,4th ed.
44. Prentice, (2012),**Excerpted from Management Information Systems**, 22th ed.
45. Pride, William, M. & Ferrell, O. C., (2000), **Marketing: Concepts and Strategies** , 2000 edition by M., William; Pride, Ferrell, O.C. published by Houghton Mifflin Co International In

46. Rainer , RK . & Turban , E . & Potter , RE . (2007) , **Introduction to Information Systems** edition John Wiley .
47. Reynolds, George w.(1992),**Information Systems for Managers** , New York :west publishing company , 2th ed.
48. Robert , G. Murdick & Joel , E.Ross,(1971) , **Information systems for modern management** , Newjersy: Prentic-Hall, Inc.
49. Robert . R, (2002), **System d' information et management des organisations**, Vuibert, Paris, 1th ed.
50. Satzinger , W. & Robert , B. (2003) **Analyse conception de gestion information** , les edition reynald gloulet , Canada, 2th ed.
51. Stanton, W. J, (2006), **Fundamentals of Marketing**, Mc Grow–Hall, N. Y, P
52. Studnicki , J. & Berndt , D. & Fisher, J. (2007) , **Using information systems for public health administration**, Jones and Bartlett Publishers, UK .
53. Watson, RT. (2008) , **Information Systems** , Global Text Project, 6th ed .
54. Zeithaml V. A. & Bitner, M. J. (1996), **Services marketing**, New York, Mc Graw Hill.

B- Thesis and dissertation

1. Ahsanath , MK . (2011) , **Service Management** , (marketing specialisation) Master's Thesis , university of calicut school of distance education calicut university.p.o., malappuram, kerala, india.
2. **Anna , Globenko , & Zinaida , Sianova ,(2012) , Service quality in healthcare: quality improvement initiatives through the prism of patients and providers perspectives** ,Master of Umea School of Business and Economics.
3. Artit , Kornkaew, (2012) , **Management Information System Implementation Challenges Success Key Issues, Effects and Consequences** ,Master's Thesis within Military Logistics , Business School ,Joncophng University.
4. Ingy , Farid ,(2008) , **development of a model for healthcare service quality: an application to the private healthcare sector in egypt**, dissertation to obtain the degree of doctor of business administration at the maastricht school of management.
5. Wesselman , Maria , (2014) , Social media to enhance e-service quality, Master's Thesis ,Copenhagen Business School MSocSc. in Service Managemen tlrvine.

C- Journals & Periodicals

1. Almashaqba ,M. S.(2013), **Management Information Systems and their role in Total Quality Management "A Study in qualified industrial zone in Mafraq- Jordan"**, Journal of contemporary
2. Anell , A .& Willis, M.(2000) , **International comparison of health care systems using resource proviles** , Bull World Health Organ. Vol. 78 No.6.p770-778
3. Annamalai , Solayappan & Jothi , Jayakrishnan & Sethu Velmani, (2011) , **Quality Measurement for Hospital Services** , 3rd International Conference on Information and Financial Engineering ipedr Vol.12 ,iacsit press.p246-250.
4. Arash, Shahin (2010), **Developing the Models of Service Quality Gaps: A Critical Discussion** , journal Business Management and Strategy, Vol. 1, No. 1.p 1-11.
5. Asemi , A., Safari , A., & Zavareh, A.A. (2011). **The Role of Management Information System (MIS) and Decision Support System (DSS) for Manager's Decision Making Process**. International Journal of Business and Management, Vol. 6, No. 7.p 164– 173
6. Asubonteng , P.& McCleaty , K. & Swan , J. (1996), **SERVQUAL revisited: a critical review of service quality**, Journal of Service Marketing, Vol. 10 No. 6. p. 62-81.

7. Babu, K.V. & Sekhar , B.M (2012). **MIS. Vs. DSSS in Decision Making**, Global Journal of Management and Business Research, Vol. 12 Issue 16 Version 1.0.
8. Berry, L. & Beudapudi , N. (2007) **Health care. A fertile field for services research**, Journal of Service Research, Vol.10. p. 111-122.
9. Bitner, M. J. Booms, B. H. & Mohr, L. A (1994), **Critical Service Encounters:The Employee Viewpoint**, Journal of Marketing, Vol. 58 No.4.p 95–106.
10. Brown, S.W. & Swartz, T.A. (1989) **A gap analysis of professional service quality**, Journal of Marketing, Vol. 53.
11. Buttle, F., (1996), **SERVQUAL: review, critique, research agenda**, European Journal of Marketing, Vol. 30, No. 1. p. 8-32.
12. Caha, H. (2007). **Service Quality in private hospitals in Turkey**, Journal of Economic & Social Research, Vol. 9 No.1.p 55-69.
13. Castellanos , PL . & Comparacao , entre ,(2001) , **a satisfação do usuário com os serviços oferecidos num hospital geral** , percepção gerencial dessa satisfação[dissertação]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas .
14. Chimed,Ochir Odgerel , (2010) , **The Perceived Quality Of Healthcare Service And Patients satisfaction in district hospitals** , ulaanbaatar city, mongolia,thesis presented to the higher degree Committee of Ritsumeikan Asia Pacific University
15. Choi , K . Lee, H . Kim , C . & Lee , A . (2005), **The Service Quality Dimensions and Patient Satisfaction Relationships in South Korea: Comparisons across Gender,Age & Types of Service**. Journal of Services Marketing, Vol. 19 No.3.p 140-150.
16. Christopher , H. , Lovelock . Sandra Vandermerwe , Barbara Lewis & Suzanne Fernie , (2011) , **Services Marketing** , Conference Edinburgh Business School Heriot Watt University Edinburgh United Kingdom.
17. Cordella , A & Iannacci , F. (2011) , **Information systems and organisations Undergraduate study in Economics**, Management Conference: the University of London International Programmes in Economics, Management, Finance and the Social Sciences
18. Cruz , WBS . & Melleiro , MM . (2012) , **Assessment levels of the user's satisfaction in a private hospital** , journal USP , Vol. 44 No.1.p147-153
19. Czepiel , John A. ,(1999) **Managing Relationships with Customers: A Differentiating Philosophy of Marketing,**" in Service Management Effectiveness: Balancing Strategy, Human Resources, Operations, and Marketing, D. E. Bowen, R. B. Chase, T. G. Cummings, eds., San Francisco: Jossey-Bass, Inc. p 299-323.
20. Dagger, T.S. & Sweeney, J.C. (2006), **The effect of service evaluation on behavioral intentions and quality of life**, Journal of Service Research, Vol. 9 No.1. p. 2-19.
21. Daire H., Joseph C., Michael R. Mullen,(2008) **Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit**, Journal of Business Research Methods Volume 6 Issue 1
22. Daprim ,Ogaji & Aniekan , Etokidem,(2012),**Setting agenda for quality improvement in a public hospital in Nigeria using the consumers**, judgement ,IOSR Journal of Business and Management (iosrjbm) Vol. 1.
23. Das, S. K. (2012), **Applications of management information system in an organization** , Paper presented at the National Seminar held on 24–25 Febuary at IACS, Jadavpur, Kolkata, India.
24. David A. (1988) , **Managing Quality: The Strategic and Competitive edge**, New York: Free Press .
25. Deming, E. W. (2000), **Out of the crisis**. Cambridge, Mass: MIT Press. 1st edition.

26. Dhyana ,Ross, & Venkatesh ,(2015), **An Empirical Study of the Factors Influencing Quality of Healthcare and Its Effects on Patient Satisfaction**, International Journal of Innovative Research in Science ,Vol. No. 4,p54-59.
27. Donabedian ,A. (1980), The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor : Michigan Health Administration Press .
28. Donabedian, A. (1982), **Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment** , Ann Arbor, MI: Health Administration Press, Vol. 1.
29. Dursun , Y. & Cerci , M., (2004), **Perceived Quality : A Study on Patient Satisfaction and Behavioral Factors**,Erciyes Universitesi Iktisadi ve Idari Bilimler Fakiltesi Dergisi, Vol. 23. p. 1- 16.
30. Ensouri, S. & Alinizi, M.(20014),**The impact of management information systems (mis) technologies on the quality of services provided at the university of tabuk** ,international Journal of network security & its applications (ijnsa), Vol.6, No.2.p01-20
31. Eshghi, A., Roy, S.& Ganguli, S. (2008), **Service quality and customer satisfaction : An empirical investigation in Indian mobile Telecommunications services** , Marketing Management Journal, Vol. 18, No. 2 . p. 119-144.
32. Evert ,Gummesson, **Lip Service – A Neglected Area in Services Marketing**.(1987) Journal of Services Marketing, No. 1.
33. Falkenberg , Ed. & Hesse ,W.& Lindgreen , P.& Nilsson, Be & Oeijlh, Roll & C, Stamper Rk, Van assche Fjm, Verrign -Stuart Aa and Voss K ,(2008), **A Framework of Information System Concepts: The FRISCO Report**, IFIP, ISBN 3- 901882-01-4viewed on Sept.2 .
34. Fong,C.,Lee, G., Lee, E., Kubota, C., & Allen,(2007) ,**Ch Structural Equation Modeling in Rehabilitation Counseling Research**, Rehabilitation Counseling Bulletin, 51:1.
35. Ghobadian, A., Speller, S. & Jones, M. (1994), **Service quality: concepts and models** , International Journal of Quality & Reliability Management, Vol. 11 No.9.p 43-66.
36. Gronroos, C. (1982), **A Service Quality Model and Its Marketing Implication** , European Journal of Marketing, Vol. 18.p 35-42.
37. Gronroos, C. (1984), **A Service Quality Model and its Marketing implications** , European Journal of Marketing, Vol. 18, No.4. P36-44.
38. Hamilton , S . & Chervany ,N .(1981) **Evaluation information systm effectiveness-part i: comparing evaluation approaches**. MIS Quarterly, 5 (September).p55–70.
39. Hardcastle, E., (2011). **Business Information Systems**, Ventus publishing ApS.
40. Henson , R .(1996), **An Analysis management Information System** , Journal of Retailing, Vol. 42, No. 3. p 213_224.
41. Kai , Huotari & Juho , Hamari,(2012) , **Defining Gamification - A Service Marketing Perspective** ,Mind Trek , October 3-5, Tampere, Finland.
42. Kheir , andish & Hosein , Khodashenas & Kamal . Farkhondeh & Farhad , Ebrahimi & Ali Besharatifard ,(2013) **An analysis on the evolution of management information systems (mis) and their new approaches interdisciplinary** , Journal of contemporary research in business copy right ,institute of interdisciplinary business research 491 april , Vol. 4, No. 12 .p491-495
43. Kohn, LT., Corrigan, JM.& Donaldson , MS. (2000)editors. **A report of the Committee on Quality of Health Care in America**, Institute of Medicine . Washington, DC: National Academy Press; To err is human: building a safer health system.
44. Kovner , A. & Smits , H. L. (1978), **Point of View: Consumer expectations of ambulatory care**, Health care management review, Vol. 3, No. 1.p69-75.

45. Laffel , G. & Blumenthal , D. (1989) , **The Case for Using Industrial Quality Management Science in Health Care Organizations**, Journal of the American Medical Association , Vol. 2: p2869–2873.
46. Lakshmi Praba , (2015) **A study on patient's perception and expectation towards the service rendered by government rajaji hospital**, madurai a project submitted to the tamil nadu state council for higher education students mini project.
47. Land , F . (1985), **Is an Information Theory Enough?** , The Computer Journal, Vol. 28 ,p211-215.
48. Leonard, L . Berry (1980), **Services Marketing Is Different**, Business magazine. p24-29.
49. Lewis, B.R. & Mitchell, V.W. (1990), **Defining and measuring the quality of customer service**, Journal of Marketing Practice: Applied Marketing Science merged into Marketing , Vol. 8 No.6. p11-17.
50. Lohr , K . (1991), **Medicare: A Strategy for Quality Assurance** , Washington, DC: National Academy Press.
51. Lohr, K. N. , Donaldson, & Harris-Wehling , (1992) , **Medicare: A Strategy for Quality Assurance. V. Quality of Care in a Changing Health Care Environment** , Journal Quality Review Bulletin , Vol18 .4 State Published – Apr.
52. Lyytinen , k . & Newman , m . (2008) , **Punctuated Equilibrium, Process Models and Information System Development and Change: Towards a Socio-Technical Process Analysis** ,journal Case Western Reserve University , Vol. 6 No. 1.p1-48.
53. Mamary , Shamsuddin & Aziati , (2014) , **The Meaning of Management Information Systems and its Role in Telecommunication Companies in Yemen** ,American Journal of Software Engineering, 2014, Vol. 2, No. 2.p333-339
54. Mamta , Brahmabhatt & Narayan , Baser,(2011) , **Adapting The Servqual Scale To Hospital Services: An Empirical Investigation Of Patients' Perceptions Of Service Quality**, international Journal Of Multidisciplinary Research Vol.1 .p27-42.
55. Marshall , G . & Murdoch , I. (2001) , **Service quality in consulting marketing engineers** , Journal Constr Mark , Vol. 3 No.1.p 41-49.
56. Michael , J . (1980) , **Information Systems Success Factors**, Journal Of System Management , Dec Vol 34.
57. Mileide , Morais. , Edenise , Maria. , Santos Silva., Maria Tronchin & Marta , Melleiro , (2013),**The use of the quality model of Parasuraman , Zeithaml and Berry in health services** , Rev. esc. enferm. USP Vol.47 no.5 Sao Paulo Oct.p1227-1232.
58. Miranda, F., Chamorro, A., Murillo, L. & Vega, J. (2010), **Assessing primary healthcare services quality in Spain: managers vs. patients perceptions**, The Service Industries Journal, Vol. 30 No.13. p2137–2149.
59. Mosadeghrad , A. (2013), **Obstacles to TQM success in health care systems** , International Journal of Health Care Quality Assurance,Vol 26 No. 2. p 147 -173
60. Mosadeghrad , A. (2014),**Factors Affecting Medical Service Quality**School of Public , Journal Health, Vol. 43, No.2, p.210-220.
61. Munusamy , J., Chelliah , S. & Mun , H.(2010), **Service Quality Delivery and Its Impact on Customer Satisfaction in the Banking Sector in Malaysia** , International Journal of Innovation, Management and Technology, Vol. 1, No. 4. p. 398-404
62. Nath , R. & Badgujar, M.(2013) ,**Use of Management Information System in an Organization for Decision Making**, ASM's International E-Journal of Ongoing Research in Management And IT Vol.6.

63. Niveen , El . , Saghier , Demyana & Nathan (2013)**Service Quality Dimensions and Customers**, Satisfactions of Banks in Egypt ,Proceedings of 20th International Business Research Conference 4 - 5 April, Dubai, UAE. p 1-13.
64. Nowduri ,S. & Al-Dossary ,S. (2012), **Management Information Systems and Its Support to Sustainable Small and Medium Enterprises** ,International Journal of Business and Management; Vol. 7, No. 19.p125-131
65. Oliver, R.(1980), **A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions** , Journal of Marketing Research, Vol. 17. p. 460-469.
66. Ovretveit , J . (2009) , **Does improving quality save money?** , Published by :The Health Foundation 90 Long Acre London WC2E 9RA.
67. Parasuraman , A. & Zheitmal , VA . & Berry, LL . (1985), **A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research**, Journal of Marketing, Vol. 49 . p41-50
68. Parasuraman , A. & Zheitmal , VA . & Berry, LL . (1988) ,**Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality**, Journal of Retailing, Vol.64, No.1. p12-40.
69. Parasuraman , A. & Zheitmal , VA . & Berry, LL . (1990) , **Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations**, New York: The Free Press. p15-36.
70. Parasuraman , A. & Zheitmal , VA . & Berry, LL . (1991) , **Refinement and re assesment of the SERVQUAL dimensions** , jornaL Retailing, Vol.67 No.4. p. 420-450.
71. Pena , MM . & Melleiro , MM. (2012) , **Degree of satisfaction of users of a private hospital** , Acta Paul Enferm , Acta paul. enferm. Vol.25 no.2 .p 197-203.
72. Prattana , Punnakitikashem . Nattapan , Buavaraporn. Patchaya , Maluesri& Kanokporn , Leelartapin,(2012), **Health Care Service Quality: Case Example of a Hospital with Lean Implementation**,POMS 23 rd Annual Conference, Chicago, Illinois, U.S.A April 20 to April
73. Pui-Mun & Lee, (2006) , **Impact of deficient healthcare service quality**, The TQM Magazine , Vol. 18 No. 6. P563-571.
74. Rajesh, K. & Nishant , Dabhade ,(2013) , **Service marketing triangle and GAP model in hospital industry** , International Letters of Social and Humanistic Sciences, Vol. 8. p 77-85.
75. Rampal , M . K . & Gupta , S . L . (2009) , **Service Marketing concepts, applications and cases**, Galgotia publishing company.research in busines Institute of Interdisciplinary Business Research 757 August , Vol. 5, No. 4. p. 301-308.
76. Roest ,H.& Pieters, R . (1997) , **The Nomological Net of Perceived Service Quality** , International Journal of Service Industry Management, Vol. 8(4).p 336–351.
77. Schoen , C . , Osborn R,& Doty MM, (2007) , **Toward higher-performance health systems: adults' health care experience in seven countries** , Health Aff (Millwood). 2007 Nov-Dec; Vol.26 No.6. p717–734
78. Seth , N. & Deshmukh , S.G. (2005), **Service quality models: a review**, International Journal of Quality and Reliability Management, Vol. 22 No.9.p 913-949.
79. Sherden , W. (1988) , **Gaining the Service Quality Advantage** , Journal of Business Strategy, Vol. 9 No.2. p45-48.
80. Singh, R., (2010), **Serviquial and model of service quality gap**, International Journal of Engineering science and technology, vol.2 No.70.
81. Smedley, BD . , Stith , AY. & Nelson , AD. (2003),**Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in healthcare**, Institute of Medicine . Washington, DC: National Academy Press.
82. Somogyi, E. K. & Galliers, R. D. (1987) , **Applied information technology: from data processing to strategic information systems** , Journal of Information Technology, Vol.2 No.1.

83. Sower, V., Duffy, J., Kilbourne, W., Kohers, G. & Jones, P. (2001) , **The Dimensions of Service Quality for Hospitals: Development and Use of the KQCAI Scale** , Health Care Management Review, Vol.26 No.2, p47-59.
84. Starfield B,& Shi L. (2002) , **Policy relevant determinants of health: an international perspective** , elsevier Health Policy Vol. 60 No. 3. p201–18.
85. Stephanie, S. , Cheryl L. & Robert T. (2003) , **RAND Corporation, Santa Monica, CA Quality of Health Care: What Is It, Why Is It Important, and How Can It Be Improved in California’s Workers’ Compensation Programs?** Quality and Workers’ Compensation, May Colloquium, Working draft 1.
86. United Kingdom Academy for Information Systems (UKAIS)(1997), Newsletter of the UKAIS3.
87. Victor, Lorin , Iuliana , Raluca & Consuela , Madalina , (2013) , **The Assessment of Perceived Service Quality of Public Health Care Services in Romania Using the SERVQUAL Scale** ,elsevier Vol 6, Procedia Economics&Finance International,p573 – 585.
88. Violin , Boykov , (2015) , **Multicultural employees’ perceptions of the service quality in the cruise line industry**. Master of Science in International Hotel and Tourism Leadership faculty of social sciences , norwegian school of hotel management
89. Wisniewski, M. (2001), **Using SERVQUAL to assess customer satisfaction with public sector services**, Managing Service Quality:An International Journal,Vol.11No 6.
90. Wisniewski, M.&Donnelly,M.(1996) , **Measuring service quality in the public sector: the potential for SERVQUAL**, journal Total Quality Management, Vol. 7, No. 4. p. 380-388.
91. Woodruffe , Helen ,(1999) **Services Marketing** , jornal Macmillan India Limited, New Delhi Vol.1. p 82-111
92. Wyckoff, D. D. (1984). **New Tools for Achieving Service Quality**. Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly, Vol. 25 No 3, p78-91.
93. Yaser & Alina , Shamsuddin & Nor , Aziati, (2014),**The Role of Different Types of Information Systems In Business Organizations** , International Journal of Research (IJR) Vol-1, p 22-25.
94. Yoo, D. K. & Park, J. A. (2007), **Perceived service quality**, International Journal of Quality & Reliability Management, Vol. 24 No 9. p908-926
95. Zeithaml ,V. (2000), **Service quality profitability and the economic worth of customers : What we know and what we need to learn**, Journal of the Academy of Marketing Science, Vol. 28 No. 1. p. 67- 85

D-The Internet

1. Aleksandar, Grubor . Suzana , Salai & Božidar , Lekovic (2010), Service quality as a factor of marketing competitiveness
<http://www.asecu.gr/files/RomaniaProceedings/29.pdf>
2. David, Chow,(2011), **Evolution of Information Systems** ,Seven Myths of the Audit on Going Concern Oct 09.
http://www.hkiaat.org/images/uploads/articles/AAT_Paper8_Oct09.pdf
3. Dinesh,(2014),Components of Information System .
<http://www.uuoidata.org/course/sns/s039/Components%20of%20informationsystem.pdf>
4. Phil , Buttell . Robert , Hendler , & Jennifer , Daley , (2007),Quality in Healthcare Concepts and Practice.
http://healthcarecollaboration.typepad.com/healthcare_collaborationfiles/quality_buttell.pdf

Abstract

Components of management information systems and their role in achieving the quality of health services, is one of the topics that come to represent the importance of the health sector, and this study aims to highlight the role of components information system in achieving the quality of health service in hospitals .

The study represented a problem in how the level of management information system, what is the level of quality of health services provided and what the role of components in achieving the quality of health services.

The current study adopted deductive entrance, and consisted of four aspects. Besides the methodology and previous studies:

1. The first two parts of the methodology and the second intake previous cognitive studies
2. theoretical side: be the first of the two intake theoretical framework for the concept of components of management information system and the second dealt with the theoretical framework of the concept of the quality of health service and its dimensions.
3. practical side: study was applied in three government hospitals of hospitals in the province of Najaf and has been the adoption of the questionnaire as a tool head to collect data from a sample survey of 169 members of the administrative leadership and the patients are asleep in the three hospitals.
4. along with conclusions and recommendations.

The study found a set of conclusions, most notably:

1. There is a significant correlation between the components of management information system and the quality of health service.
2. no significant effect on the components of management information system on the quality of health service relationship.

Through the conclusions of a series of recommendations, most notably:

- A. The need to adopt community hospitals in the study developed components of management information system of the project because of the great advantages offered through a clear impact on the performance of hospitals in general.
- B. On the management of hospitals adopt the approach linking components of management information system and quality of health service.
- c. Should the management of hospitals to raise the level of commitment to quality of health services and embodied by enhancing quality throughout the hospital.



Ministry of Higher Education and Scientific Research
University of Al-Qadissiya
College of Administration and Economics
Department Of business administration



The Role of Components of Management Information Systems on Achieving The Quality of Health Services

*"An Exploratory Study of views a sample of Administrative leaders and the
patients in government hospitals _ province of Najaf"*

A Thesis submitted

To

The Council of the College of Administration and Economics – University of Al-Qadissiya
In partial Fulfillment of the Requirements for the Master Degree In
Business Administration

By

Saad Mahdi Seead Al-Musawi

Under Supervisor of

Prof. Dr. Hamed Kadhem AL-Shibawi

2016 A.D

1437 H.D

