



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف ميله
معهد العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير



الميدان: العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية

قسم: علوم التسيير

الشعبة: علوم التسيير

التخصص: إدارة أعمال

العنوان:

دور ذكاء الأعمال في تحقيق جودة الخدمات الصحية،

دراسة حالة عينة من المستشفيات الجزائرية

أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث في علوم التسيير

إشراف الأستاذ:

- أ.د. بوسالم أبوبكر

من إعداد الطالبة:

- رجيبي سارة

أعضاء لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	المؤسسة الأصلية	الصفة
أبوبكر بوسالم	استاذ التعليم العالي	المركز الجامعي نور البشير البيض	رئيسا
			مشرفا ومقررا
			ممتحنا
			ممتحنا
			ممتحنا
			ممتحنا



والحمد لله رب العالمين
والصلاة والسلام على أشرف المرسلين

الشكر والتقدير

الحمد لله الذي كان أول معين لنا على إتمام هذه الرسالة، وعلى منحنا الصبر والصحة والعزيمة،
وأتوجه بالشكر والتقدير إلى الاستاذ الفاضل المشرف على المذكرة: الأستاذ الدكتور أبوبكر بوسالم، الذي
شرفني بالإشراف على هذه الأطروحة وكان لجهوده المشكورة الأثر الأكبر في إنجازها على الصورة التي وصلت
بها، ولم يبخلني بجهده ووقته، وعلمنا كيف يكون تواضع العلماء، لك منا بالغ التقدير وجزيل الشكر
والعرفان.

وأقدم بجزيل الشكر لجميع من ساعدوني على إتمام هذه الأطروحة ومن نفعوني بعلمهم
ونصائحهم المستمرة. لأعضاء لجنة التكوين على ما قدموه لنا، ونشكر الأساتذة الأجلاء أعضاء لجنة المناقشة
الذين لم يبخلوا بوقتهم وجهدهم في تقييم هذه الأطروحة، وعلى تفضلهم بمناقشتها وتصويبها وتحملهم أعباء
قراءتها وتقييمها.

فلكم جميعا جزيل الشكر والتقدير.

سارة رجيبي

الإهداء

إلى من أعطتني من دمها وروحها لأبدأ المشوار، إلى من منحتني من الحب
والحنان ما يكفيني لأكمل الدرب، إلى التي ما انفكت تبتهل بالدعاء وتمنحني
الثقة بالمستقبل..... والدتي الغالية

إلى الانسان الذي علمني، والذي مهد لي طريق النجاح، وشجعني على طلب
العلم، إلى معلمي الأول..... والدي

إلى رفيق دربي الذي وفر لي عناصر الاستمرار في درب المعرفة والعلم.....
زوجي

إلى التي ألهمتني في مشواري، وكانت مصدر سعادتي ابنتي..... رنيم

إلى الذي كان ينسيني تعب، ويدخل البهجة على قلبي ابني..... أمير

إلى من شجعاني وسانداني في هذا النجاح والدا زوجي

إلى رقيقة دربي ومؤنستي في غربتي اختي الروحية ... فرح

إلى أخواتي والأحبة وإلى الأصدقاء وزملائي وكل العائلة وكل من أسهم في إنجاز
هذا العمل المتواضع.

سارة رجيمي

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر ذكاء الاعمال على تحسين جودة الخدمات الصحية، بالتطبيق على عينة من المؤسسات الاستشفائية بالشرق الجزائري، من خلال الاعتماد على ذكاء الاعمال كمتغير مستقل ومختلف أبعاده المتمثلة في (مصادر البيانات، مستودع البيانات، التنقيب عن البيانات، المعالجة التحليلية الفورية، تقنيات عرض المعلومات) وجودة الخدمات الصحية كمتغير تابع، ولتحقيق هذا الهدف اعتمدت الطالبة على المنهج الوصفي والتحليلي، كما تمّ تصميم استبانة مكونة من (41) فقرة كأداة لجمع المعلومات، وتمّ توزيعها على عينة الدراسة والمتمثلة في مرضى مستشفيات ولايات الشرق الجزائري، حيث تمّ توزيع (400) استبانة، استرجعت منها (380) استبانة صالحة للتحليل، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط وتأثير إيجابية بين الأبعاد الثلاثة لذكاء الاعمال مجتمعة (مستودع البيانات، المعالجة التحليلية الفورية، تقنيات عرض المعلومات) و جودة الخدمات الصحية لدى مرضى المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، كما أثبتت الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لاتجاهات مرضى المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال وجودة الخدمات الصحية، تُعزى للمتغيرات الشخصية (الجنس، مدة المكوث في المستشفى، العمر، المستوى التعليمي، الوظيفة، عدد زيارات المستشفى).

الكلمات المفتاحية: ذكاء الاعمال، جودة الخدمات الصحية، المؤسسات الاستشفائية.

تصنيف JEL: L15، K32، L8، M13.

Abstract :

This study aimed to examine the impact of business intelligence on improving the quality of health services by applying it to a sample of hospital institutions in the east of Algeria, with business intelligence as an independent variable and its various dimensions represented in (data sources, data warehouse, data mining, immediate analytical processing, information display techniques) and the quality of health services as a dependent variable. The study retrieved 400 questionnaires, of which (380) were valid for analysis, and concluded that there is a positive correlation and impact between the three dimensions of business intelligence combined (data warehouse, immediate analytical processing, and information display techniques) and the quality of health services among hospitalized patients in the studied institutions. The study revealed that there are no statistically significant variations in the attitudes of patients regarding business intelligence and the quality of health services due to personality changes (gender, length of hospital stay, age, educational level, occupation, and the number of hospital visits).

Keywords: Business Intelligence, quality of health services, Hospital Institutions.

JEL classification codes: M13, L15, K32, L8.

الصفحة	الموضوع
I	البسمة
II	الشكر
III	الإهداء
IV	الملخص
VI	المحتويات
X	قائمة الجداول
VI	قائمة الأشكال
XIV	قائمة الملاحق
أ	مقدمة
الفصل الأول: الإطار النظري لذكاء الاعمال	
2	تمهيد
3	المبحث الأول: ذكاء الأعمال
3	المطلب الأول: مفهوم ذكاء الأعمال
5	المطلب الثاني: أهمية ذكاء الأعمال
8	المطلب الثالث: أهداف ذكاء الأعمال
11	المطلب الرابع: دورة حياة ذكاء الأعمال
12	المطلب الخامس: عوامل نجاح ذكاء الأعمال
16	المبحث الثاني: نظم ذكاء الأعمال
17	المطلب الأول: تحديات نظم ذكاء الاعمال
18	المطلب الثاني: الفرق بين البيانات والمعرفة والمعلومات
23	المطلب الثالث: نظم ذكاء الأعمال وذكاء التنافسية وذكاء الاقتصادي وذكاء الاستراتيجية
26	المطلب الرابع: متطلبات أنظمة ذكاء الأعمال
29	المطلب الخامس: أهمية أنظمة الذكاء في المؤسسات الصحية.

31	المبحث الثالث: أبعاد ذكاء الأعمال
32	المطلب الأول: مصادر البيانات
34	المطلب الثاني: مستودع البيانات
37	المطلب الثالث: التنقيب عن البيانات
39	المطلب الرابع: المعالجة التحليلية الفورية
42	المطلب الخامس: تقنيات عرض المعلومات
43	المبحث الرابع: تطبيقات ذكاء الأعمال
43	المطلب الأول: إدارة علاقة الزبائن
45	المطلب الثاني: إدارة التسويق
48	المطلب الثالث: إدارة سلسلة التوريد
50	المطلب الرابع: نظم المعلومات الإدارية
53	المطلب الخامس: إدارة الإنتاج في الوقت المحدد JIT
55	خلاصة
الفصل الثاني: الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية	
57	تمهيد
58	المبحث الأول: ماهية جودة الخدمات الصحية
58	المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية
60	المطلب الثاني: أهداف جودة الخدمات الصحية وأنواعها
62	المطلب الثالث: أهمية جودة الخدمات الصحية وخصائصها
66	المطلب الرابع: معوقات تحقيق جودة الخدمات الصحية
67	المبحث الثاني: العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية
68	المطلب الأول: تحليل توقعات الزبون
70	المطلب الثاني: تحديد جودة الخدمة

71	المطلب الثالث: أداء العاملين
72	المطلب الرابع: إدارة توقعات الخدمة
74	المبحث الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية
75	المطلب الأول: مداخل قياس جودة الخدمات الصحية
86	المطلب الثاني: أبعاد قياس جودة الخدمات الصحية
90	المطلب الثالث: مداخل تحسين جودة الخدمات الصحية
96	المطلب الرابع: ضوابط جودة الخدمات الصحية ومتطلبات تقييمها
99	المبحث الرابع: أبعاد جودة الخدمات الصحية
100	المطلب الأول: بعد الاستجابة Responsiveness
101	المطلب الثاني: بعد الاعتمادية Reliability
102	المطلب الثالث: بعد الضمان Assuranc
103	المطلب الرابع: بعد الملموسية Tangibles
104	المطلب الخامس: بعد التعاطف Empathy
105	المبحث الخامس: مقاربات تحقيق جودة الخدمات الصحية
105	المطلب الأول: مقارنة إدارة المعرفة وتحقيق جودة الخدمات الصحية
108	المطلب الثاني: مقارنة إعادة الهندسة وتحقيق جودة الخدمات الصحية
109	المطلب الثالث: مقارنة الثقافة التنظيمية وتحقيق جودة الخدمات الصحية
114	المطلب الرابع: مقارنة نظم المعلومات وتحقيق جودة الخدمات الصحية
116	خلاصة

الفصل الثالث: دراسة حالة عينة من المستشفيات	
118	تمهيد
119	المبحث الأول: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية
119	المطلب الأول: متغيرات وفرضيات الدراسة
126	المطلب الثاني: مجتمع وعينة الدراسة
128	المطلب الثالث: أسلوب جمع البيانات وأدوات التحليل
141	المبحث الثاني: عرض نتائج الدراسة الميدانية
141	المطلب الأول: وصف عينة الدراسة
148	المطلب الثاني: التحليل الوصفي لإجابات أفراد عينة الدراسة
156	المبحث الثالث: اختبار فرضيات الدراسة
156	المطلب الأول: اختبار الفرضية الرئيسية الأولى
175	المطلب الثاني: اختبار الفرضية الرئيسية الثانية
180	المطلب الثالث: اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة
200	خلاصة
202	الخاتمة العامة
209	قائمة المراجع
233	الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
19	أنواع البيانات	(1-1)
127	المستشفيات عينة الدراسة	(1-3)
128	عدد الاستبانات الموزعة	(2-3)
130	توزيع درجات سلم ليكرت	(3-3)
132	مقياس التحليل	(4-3)
133	معاملات ارتباط بيرسون لعبارات البعد الأول (مصادر البيانات) بالدرجة الكلية للمحور	(5-3)
134	معاملات ارتباط بيرسون لعبارات البعد الثاني (مستودع البيانات) بالدرجة الكلية للمحور	(6-3)
135	معاملات ارتباط بيرسون لعبارات البعد الثالث (التنقيب عن البيانات) بالدرجة الكلية للمحور	(7-3)
136	معاملات ارتباط بيرسون لعبارات البعد الرابع (المعالجة التحليلية الفورية) بالدرجة الكلية للمحور	(8-3)
137	معاملات ارتباط بيرسون لعبارات البعد الخامس (تقنيات عرض المعلومات) بالدرجة الكلية للمحور	(9-3)
138	معاملات ارتباط بيرسون لعبارات المحور الثالث (جودة الخدمات الصحية) بالدرجة الكلية للمحور	(10-3)
139	صدق الاتساق البنائي	(11-3)
140	معامل الثبات ألفا كرونباخ	(12-3)
141	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس	(13-3)
142	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى الوظيفي	(14-3)
144	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير العمر	(15-3)
145	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	(16-3)
147	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير سنوات الخبرة	(17-3)
149	استجابات أفراد عينة الدراسة لعبارات البعد الأول (مصادر البيانات)	(18-3)

150	استجابات أفراد عينة الدراسة لعبارات البعد الثاني (مستودع البيانات)	(19-3)
151	استجابات أفراد عينة الدراسة لعبارات البعد الثالث (التنقيب عن البيانات)	(20-3)
152	استجابات أفراد عينة الدراسة لعبارات البعد الرابع (المعالجة التحليلية الفورية)	(21-3)
154	استجابات أفراد عينة الدراسة لعبارات البعد الخامس (تقنيات عرض المعلومات)	(22-3)
155	استجابات أفراد عينة الدراسة لعبارات المحور الثالث (جودة الخدمات الصحية)	(23-3)
157	الانحدار البسيط لاختبار تأثير بعد (مصادر البيانات) على (جودة الخدمات الصحية)	(24-3)
158	جدول معادلة الانحدار لمتغير (مصادر البيانات) على متغير (جودة الخدمات الصحية)	(25-3)
160	الانحدار البسيط لاختبار تأثير بعد (مستودع البيانات) على (جودة الخدمات الصحية)	(26-3)
161	جدول معادلة الانحدار لمتغير (مستودع البيانات) على متغير (جودة الخدمات الصحية)	(27-3)
162	الانحدار البسيط لاختبار تأثير بعد (التنقيب عن البيانات) على (جودة الخدمات الصحية)	(28-3)
163	جدول معادلة الانحدار لمتغير (التنقيب عن البيانات) على متغير (جودة الخدمات الصحية)	(29-3)
165	الانحدار البسيط لاختبار تأثير بعد (المعالجة التحليلية الفورية) على بعد (جودة الخدمات الصحية)	(30-3)
166	جدول معادلة الانحدار لمتغير (المعالجة التحليلية الفورية) على (جودة الخدمات الصحية)	(31-3)
167	الانحدار البسيط لاختبار تأثير بعد (تقنيات عرض المعلومات) على (جودة الخدمات الصحية)	(32-3)
168	جدول معادلة الانحدار لمتغير (تقنيات عرض المعلومات) على متغير (جودة الخدمات الصحية)	(33-3)
171	الانحدار المتعدد لاختبار تأثير أبعاد (ذكاء الاعمال) مجتمعة على متغير (جودة الخدمات الصحية)	(34-3)
174	ملخص نتائج الفرضية الرئيسية الأولى	(35-3)

175	نتائج اختبار T test لمحددات ذكاء الاعمال	(36-3)
183	اختبار دلالة الفروق t test في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال يُعزى إلى متغير الجنس	(37-3)
184	تحليل التباين الأحادي لقياس الفروق في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال يُعزى إلى متغير المستوى الوظيفي	(38-3)
186	تحليل التباين الأحادي لقياس الفروق في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال يُعزى إلى متغير العمر	(39-3)
187	تحليل التباين الأحادي لقياس الفروق في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال يُعزى إلى متغير المستوى التعليمي	(40-3)
189	تحليل التباين الأحادي لقياس الفروق في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال يُعزى إلى متغير سنوات الخبرة	(41-3)
191	اختبار دلالة الفروق t test في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية يُعزى إلى متغير الجنس	(42-3)
193	تحليل التباين الأحادي لقياس الفروق في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية يُعزى إلى متغير المستوى الوظيفي	(43-3)
194	تحليل التباين الأحادي لقياس الفروق في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية يُعزى إلى متغير العمر	(44-3)
196	تحليل التباين الأحادي لقياس الفروق في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية يُعزى إلى متغير المستوى التعليمي	(45-3)
197	تحليل التباين الأحادي لقياس الفروق في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية يُعزى إلى متغير سنوات الخبرة	(46-3)

قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
(1-1)	دور ذكاء الاعمال في اتخاذ القرارات	9
(2-1)	العلاقة بين البيانات والمعلومات والمعرفة	22
(3-1)	المداخل الأساسية للتسويق	47
(4-1)	تداخل المهام بين مكونات إدارة سلسلة التوريد	50
(5-1)	مكونات نظام المعلومات	51
(1-2)	خصائص جودة الخدمة	66
(2-2)	النموذج التكاملي لجودة الخدمات الصحية	68
(3-2)	مقياس الفجوات للخدمة الصحية (servqual)	80
(4-2)	نموذج لتقييم جودة الخدمة من المنظور الشامل	85
(5-2)	ادراكات المريض للجودة	99
(6-2)	ارتباط الثقافة التنظيمية والجودة الشاملة	113
(7-2)	مكونات نظم المعلومات	115
(1-3)	أنموذج الدراسة	125
(2-3)	توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس	142
(3-3)	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة	143
(4-3)	توزيع أفراد العينة حسب متغير العمر	145
(5-3)	توزيع أفراد عينة الدراسات حسب متغير المستوى التعليمي	146
(6-3)	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير سنوات الخبرة	148

قائمة الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
01	قائمة الأساتذة المحكمين للاستبانة	233
02	الاستبيان	234
03	مخرجات Spss لصدق وثبات أداة الدراسة	239
04	مخرجات Spss لخصائص عينة الدراسة	249
05	مخرجات Spss المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية الخاصة بمحاور أداة الدراسة	250
06	مخرجات Spss لاختبار فرضيات الدراسة	251

المقدمة

✓ تمهيد

في ظل بيئة الأعمال المتغيرة باستمرار تبذل المنظمات قصارى جهدها من خلال دعم البرامج، والأنشطة التي من شأنها تحقيق النجاح باستغلال فرص النمو المتاحة والمحتملة، كما أن الانفتاح على التكنولوجيا الحديثة، والتطور المتسارع يشكل تحديات لمنظمات الأعمال التي تبحث عن التميز وتعمل على تحسين مركزها التنافسي، وإشباع رغبات مختلف الأطراف المرتبطة بها والمؤثرة فيها، مما يدفعها للاعتماد على نظم ومناهج إدارية تستطيع من خلالها مواكبة كافة التغيرات، لضمان البقاء والاستمرار ولتحقيق النجاح على المدى البعيد يجب أن تعمل المنظمات علت على اكتشاف الإمكانات الجديدة واستغلال القدرات الحالية أحسن استغلال من خلال الابتكار، والفعالية، والاستكشاف، والاستغلال. ويعد القطاع الصحي من القطاعات الهامة التي عملت على تطوير إجراءات عملها، وتحديث أنظمتها بما يتماشى مع التغيرات التكنولوجية المتزايدة في القرن الواحد والعشرون، وذلك عبر حلول ذكية Intelligence Solutions من أجل العمل على بناء البراعة التنظيمية، والذي سينعكس بدوره على تقديم خدمات جديدة ومتميزة.

وبما أن القطاع الصحي يعد من أهم وأكبر القطاعات الخدمية في الجزائر لاسيما وأن القطاع الحكومي يتميز بالتقديم المجاني للخدمات الصحية، والتي يسهر على توفيرها عدد كبير من موظفي هذا القطاع من أطباء وممرضين والطاقم الإداري، والذين يساهمون بشكل كبير في نجاح تقديم الخدمات الصحية بالشكل الصحيح من خلال الرفع من مستوى الأداء من حيث عمليات تقديم الخدمة والعمل على التحسين المستمر من أجل إرضاء الزبائن وتلبية حاجياتهم، خاصة لطبيعة الخدمة الصحية التي تتميز بارتفاع نسبة الخطر لذا توجب على هذه المنظمات العمل على الحد من الأخطاء التي تؤثر بشكل مباشر على صحة الافراد، لذا كان من أهم أهداف المنظمات الصحية المحافظة على سلامتهم.

ولتحقيق هذه الغايات السالفة الذكر نجد نظام ذكاء الاعمال، والذي يعد من أهم وأحدث الأدوات التي يمكن تجسيدها، وذلك نظرا لحدثة هذا المصطلح الإداري الذي يكتسي أهمية متزايدة في الإدارة، لارتباطه وتفاعله مع مختلف الحقول المعرفية، لأنه نتاج التطور السريع في أنظمة المعلومات والتطور التكنولوجي، لذلك توجه الكثير من المختصين والباحثين في المجال الإداري إلى دراسته وتحليله والبحث في كيفية تأثيره في القرارات الاستراتيجية لمنظمات الأعمال وتوجهاتها المستقبلية.

✓ اشكالية الدراسة

يعد دور نظم ذكاء الأعمال من الأدوار المهمة في العمل الإداري لما له من نتائج إيجابية تعود بالنفع على المؤسسات الصحية في الجزائر، فمن خلال ما يقدمه ذكاء الأعمال من جمع وتحليل البيانات، وتحليل العمل، وإدارة أداء الأعمال، واتخاذ القرار، ودعم الموقف التنافسي، وتحسين المناخ العام لصنع القرارات، وإثارة الأفكار الجديدة لديهم، فكان لا بد للمؤسسات الصحية المنتشرة على مستوى شرق الوطن من تطوير إجراءات عملها، وتحديث أنظمتها من أجل تحقيق البراعة التنظيمية من حيث استغلال الموارد، واستكشاف القرص من خلال هياكل تنظيمية مرنة تستطيع من خلالها تقديم خدمات تتسم بالتميز، حيث أن أغلب الأبحاث تستهدف العلاقة بين الاستكشاف والاستثمار في البراعة التنظيمية، وبالتالي تحاول الدراسة التعرف على أثر ذكاء الأعمال في عينة من مستشفيات الشرق الجزائري من خلال التساؤل الرئيس الذي يعبر في مجمله عن مشكلة الدراسة: ما هو أثر ذكاء الأعمال في تحسين جودة الخدمات الصحية في

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة؟

وتتدرج تحت هذه الإشكالية الأسئلة التالية:

- هل يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لأبعاد ذكاء الاعمال (مصادر

البيانات، مستودع البيانات، التنقيب عن البيانات، المعالجة التحليلية الفورية، تقنيات عرض المعلومات)

مجتمعة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة؟

- هل هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو محددات ذكاء الاعمال؟

- هل يوجد تباين ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، نحو ذكاء الاعمال وجودة الخدمات الصحية؟

✓ فرضيات الدراسة

الفرضية الرئيسية الأولى: يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لأبعاد ذكاء الاعمال (مصادر البيانات، مستودع البيانات، التقيب عن البيانات، المعالجة التحليلية الفورية، تقنيات عرض المعلومات) مجتمعة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة. ويتفرع من الفرضية الرئيسية الاولى، الفرضيات الفرعية التالية:

- يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لبعد مصادر البيانات على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.
- يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لبعد مستودع البيانات على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.
- يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لبعد التقيب عن البيانات على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.
- يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لبعد المعالجة التحليلية الفورية على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، حيث:
- يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لبعد تقنيات عرض المعلومات على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

الفرضية الرئيسية الثانية: هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو محددات ذكاء الاعمال. ويتفرع من الفرضية الرئيسية الثانية، الفرضيات الفرعية التالية:

- هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد مصادر البيانات.
- هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد مستودع البيانات.
- هناك اتجاه إيجابي لعمال ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد التنقيب عن البيانات.
- هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد المعالجة التحليلية الفورية.
- هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد تقنيات عرض المعلومات.

الفرضية الرئيسية الثالثة: يوجد تباين ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، نحو ذكاء الاعمال وجودة الخدمات الصحية كما يلي:

ويتفرع من الفرضية الرئيسية الثالثة، الفرضيات الفرعية التالية:

- يوجد تباين ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الاستشفائية، تُعزى للمتغيرات الشخصية التالية: الجنس، المستوى الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة.

- يوجد تباين ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية، والتي تُعزى للمتغيرات الشخصية التالية: الجنس، المستوى الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة.

✓ منهج الدراسة

ظهر جليا من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة أن المنهج المناسب للدراسة هو المنهج الوصفي، لكونه منهجا مساعدا على التحليل الشامل والعميق لمشكلة الدراسة ولكونه المنهج الذي يمتاز بالوصف الدقيق والتفصيلي للمعلومات ذات العلاقة، وفي هذه الدراسة الوصفية، سيتم إجراء المسح المكتبي والاطلاع على البحوث النظرية لبناء الإطار النظري للدراسة. أما على صعيد الدراسة الميدانية، فسيتم الاعتماد على دراسة الحالة، مع تحليل كافة البيانات واستخدام الطرق الإحصائية المناسبة لمعالجتها، وستعتمد هذه الدراسة على الاستبانة المخصصة لقياس العلاقة بين متغيراتها.

✓ أداة الدراسة

لقد تبلورت أداة الدراسة من خلال الإطلاع على الجانب النظري والدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة. وعليه قمنا باستخدام وتطوير استبانة لقياس دور نكاء الأعمال في تحسين جودة الخدمات الصحية وللإجابة عن تساؤل الدراسة واختبار فرضياتها سيتم استخدام (تحليل الانحدار البسيط المتعدد وتحليل التباين الأحادي)، باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعي SPSS.

✓ أهمية الدراسة

تتبع أهمية الدراسة من أهمية موضوعه العلمي من جهة، ومن جهة أخرى من أهمية تطبيقه العملي، لذلك يمكن تحديد أهمية البحث من خلال الجوانب التالية:

الأهمية العملية:

- مساعدة المستشفيات الجزائرية في التكيف والتفاعل مع المتغيرات والتحويلات البيئية المتسارعة لتحسين المناخ العام وتحديث أنظمتها التي تساهم بشكل كبير في عملية صنع القرارات، وإثارة الأفكار الجديدة لديهم، من أجل المحافظة على سلامة أفراد المجتمع والوقاية من الوبئة.
- تقدم المستشفيات الجزائرية خدماتهم لجميع شرائح المجتمع، وبالتالي تطبيق نظم ذكاء الأعمال إحدى التطبيقات الحديثة، والتي من الممكن أن يعتمد عليها من أجل ضمان سلامة الافراد.
- تتوافق أهمية هذه الدراسة مع توجهات الطالبة من خلال اهتمامها بدراسة ذكاء الأعمال وعلاقته في تحسين جودة الخدمات الصحية.

الأهمية العلمية:

- يعتبر نظم ذكاء الأعمال استجابة للعديد من المتطلبات الإدارية كضخامة البيانات وصعوبة معالجتها والتغلب عنها وكيفية عرضها واستحضارها في الوقت المناسب، خاصة مع حساسية القطاع الصحي.
- يعتبر ذكاء الأعمال من المفاهيم التي تعمل من خلالها المنظمات على توفير المعرفة والمعلومات التي تساهم في عملية اتخاذ القرار.
- تتناول الدراسة أهمية نظم ذكاء الأعمال في المستشفيات الجزائرية، والتي لم تحظى بالاهتمام الكبير، على الرغم من مساهمتها الفعالة في مسيرة التطور الإداري المنشود.
- الاستفادة من نتائج هذه الدراسة لإعادة النظر في تطوير الممارسات الإدارية لدى القائمين على إدارة المستشفيات. لما لهذا القطاع من تأثيراته على السلامة الصحية التي تمتد إلى مختلف شرائح المجتمع.

✓ أهداف الدراسة تتبين أهداف الدراسة فيما يلي:

- تبين العلاقة بين ذكاء الأعمال وبين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.
- تحديد المحفزات والمعوقات في قبول أو رفض المنظمات الصحية الجزائرية لاعتماد نظم ذكاء الأعمال في مسار عملها الإداري.
- التعرف على واقع نظم ذكاء الأعمال في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.
- الكشف عن الفروق بين استجابات أفراد العينة حول نظم ذكاء الأعمال وحول تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، والتي تعزى للمتغيرات الشخصية التالية: الجنس، المستوى الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة.

✓ حدود الدراسة: تم تقسيم الدراسة إلى حدود موضوعية وزمنية ومكانية وبشرية

- **الحدود الموضوعية:** تناولت الدراسة دور ذكاء الأعمال في تحسين جودة الخدمات الصحية في عينة من المؤسسات الاستشفائية للشرق الجزائري.
- **الحدود الزمنية:** تم تطبيق الدراسة ابتداء من العام 2019 إلى غاية النصف الأول من العام 2022.
- **الحدود المكانية:** منطقة تواجد عينة الدراسة في ثمانية عشر (18) ولاية متواجدة بالشرق الجزائري (قالمة، عنابة، قسنطينة، سكيكدة، جيجل، تبسة، باتنة، خنشلة، الطارف، ميلة، أم البواقي، بجاية، المسيلة، سطيف، سوق، اهراس، برج بوعرييج، بسكرة، وادي سوف).
- **الحدود البشرية:** تم تطبيق الدراسة على موظفي ثمانية عشر مؤسسة استشفائية عمومية المتواجدة بعاصمة الولاية عبر ولايات الشرق الجزائري (قالمة، عنابة، قسنطينة، سكيكدة،

جيجل، تبسة، باتنة، خنشلة، الطارف، ميلة، البواقي، بجاية، المسيلة، سطيف، سوق، اهراس،

برج بوعرييج، بسكرة، واد سوف)

✓ هيكل الدراسة

تتكون الدراسة من ثلاثة فصول تتقدمهم مقدمة عامة تشمل على مشكلة واهداف واهمية وفروض الدراسة والدراسات السابقة، وتناولنا في الفصل الاول مراجعة للجانب النظري لذكاء الأعمال، وتطرقنا من خلاله للمفاهيم العامة لذكاء الأعمال ثم فصلنا في أهم الأبعاد المستخدمة في عملية القياس وفي المبحث الأخير تطرقنا لأهم تطبيقات ذكاء الأعمال، أما في الفصل الثاني قمنا بعرض الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية، فقمنا بعرض المفاهيم العامة لجودة الخدمات الصحية ثم تناولنا مختلف العوامل المؤثرة عليها، وانتقلنا لطرق قياس جودة الخدمات الصحية وأبعادها، وفي المبحث الأخير قمنا بعرض مختلف المقاربات تحقيق جودة الخدمات الصحية، أما في الفصل التطبيقي قمنا بتصميم الدراسة الميدانية في المبحث الأول، أما في المبحث الثاني قمنا بعرض البيانات وتحليلها، ثم اختبارنا الفرضيات في المبحث الثالث، وختمنا هذه الدراسة بعرضنا للنتائج وتقديم توصيات.

✓ الدراسات السابقة

أولاً: الدراسات السابقة الخاصة بذكاء الأعمال

دراسة: نجلة يونس محمد المراد، إيهاب فخري يوسف الطوي، 2017

بعنوان: اختبار أنموذج لقدرات ذكاء الأعمال في البيئة العراقية دراسة حالة في شركات الاتصال المتنقلة في مدينة كركوك (العراق)

تهدف الدراسة لبناء أنموذج بذكاء الأعمال وما يشمل من مضامين وقدرات ويناسب البيئة العراقية، وقد أختبر الأنموذج في شركة الاتصالات المتنقلة كركوك من خلال الوقوف على آراء الأفراد المبحوثين وعددهم 25 فرداً، وتم تحليل البيانات التي تم جمعها وتحليلها باستخدام البرنامج الإحصائي (spss).

وأهم ما توصلت إليه الدراسة وجود تباين في مستوى توافر ذكاء الأعمال بدلالة قدراته التنظيمية في المؤسسة. ومن أهم التوصيات العمل على تطبيق الأنموذج المقترح على منظمات أخرى تعمل في مجالات أخرى للوقوف على مستوى توافر القدرات فيها، وإمكانية إضافة متغيرات أخرى لأبعاده أو حذف بعض المتغيرات لكي يتناسب والبيئة العراقية¹.

دراسة: سامي احمد عباس، 2018

بغنوان: ذكاء الأعمال وأثره في تحديد الخيار الاستراتيجي دراسة استطلاعية للآراء عينة من العاملين في الشركات العامة للصناعات الكهربائية التابعة لوزارة الصناعة عراق - بغداد

هدفت الدراسة إلى تحديد مفهوم ذكاء الأعمال والمصطلحات المرتبطة به، والإطلاع على أهميته في منظمات الأعمال بشكل عام وفي تحديد الخيار الاستراتيجي بشكل خاص، والكشف عن اثر أبعاد ذكاء الأعمال (المعالجة التحليلية الفورية، إدارة أداء الأعمال، الذكاء التنافسي) في تحديد الخيار الاستراتيجي (إستراتيجية النمو، إستراتيجية الاستقرار، إستراتيجية التراجع) وتم تطوير استبيان وزع على عينة بلغت (45) شملت (مدراء ورؤساء الأقسام الفنية والهندسية ومسؤولي خطوط الإنتاج) المسؤولين عن الخيار الاستراتيجي، وتم استخدام البرنامج الإحصائي spss .

وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية غير قوية بين ذكاء الأعمال والخيار الاستراتيجي بشكل عام وهذا بدوره انعكس بشكل سلبي على عملية التأثير بالرغم من أن بعدين من أبعاد ذكاء الأعمال أثرت بصورة منفردة في تحديد الخيار الاستراتيجي، وان السبب يعود إلى عدم الاهتمام الكبير من قبل الإدارة العليا في تفعيل ذكاء الأعمال للإسهام في تحديد الخيار الاستراتيجي، وتوصي الدراسة إدارة المؤسسة

¹ نجلة يونس محمد المراد، إيهاب فخري يوسف الطوي، اختبار أنموذج لقدرات ذكاء الأعمال في البيئة العراقية" دراسة حالة في شركات الاتصال المتنقلة (كورك) في مدينة كركوك (العراق)، مجلة جامعة الأنبار للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 9، العدد 20، 2017.

بالتركيز على الأبعاد الأساسية والجوهرية لذكاء الأعمال من أجل تحديد الخيار الاستراتيجي كونه معيار للنجاح وقدرتها في البقاء والنمو¹.

دراسة: سامي مراد 2019

بمعنوان: نحو منظور متكامل لتفعيل دور الذكاء الاصطناعي وذكاء الأعمال في دعم وتمكين القطاع العام في ظل رؤية 2030

هدفت الدراسة إلى تبين دور الذكاء الاصطناعي وذكاء الأعمال في دعم وتمكين القطاع العام السعودي، وكيفية تفعيل هذا الدور، واقترح الباحث رؤية متكاملة لتفعيل دور الذكاء الاصطناعي وذكاء الأعمال لدعم وتمكين القطاع العام السعودي، تقوم هذه الرؤية على عدة محاور أساسية. واعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي والتحليلي لموضوع الدراسة،

وتوصلت الدراسة إلى أن استخدام تطبيقات الذكاء الاصطناعي وذكاء الأعمال يتوقع معه أن يؤدي إلى زيادة الارتقاء بالأداء الحكومي، كما يؤدي إلى تقليل التكلفة السنوية على الخدمات الحكومية بنسبة تصل إلى 50%².

دراسة: هشام عبد الله حمد الجميلي، مراد موسى عبد الجبوري 2019

بمعنوان: ذكاء الأعمال ودوره في تحقيق التميز التنظيمي دراسة استطلاعية لآراء عينة من المديرين في جامعة كركوك

تهدف الدراسة إلى التعرف على ارتباط ذكاء الأعمال بأبعاده (مستودعات البيانات، التنقيب عن البيانات، عمليات البيانات، المعالجة الآنية للبيانات، تقنيات عرض المعلومات) في تحقيق التميز التنظيمي في جامعة كركوك. وتم بناء نموذج افتراضي يؤسس عليه فرضية رئيسية، واتبعت الدراسة المنهج الوصفي

¹ سامي احمد عباس، ذكاء الأعمال وأثره في تحديد الخيار الاستراتيجي دراسة استطلاعية للآراء عيّنت من العاملين في الشركات العامة للصناعات الكهربائية التابعة لوزارة الصناعة عراق- بغداد، مجلة دراسات الاقتصاد والإدارة، المجلد 1، العدد 12، 2018.

² سامي مراد، نحو منظور متكامل لتفعيل دور الذكاء الاصطناعي وذكاء الأعمال في دعم وتمكين القطاع العام في ظل رؤية 2030، مجلة دراسات اقتصادية، المجلد 6، العدد 2، 2019.

التحليلي بتصميم استبانة ووزعت عينة 40 مدير من العاملين في جامعة كركوك، واستخدام البرنامج الإحصائي SPSS لتحليل البيانات. وتوصلت الدراسة إلى أن هناك علاقة ارتباط قوية ومعنوية بين متغيرات ذكاء الأعمال ومتغير التميز التنظيمي، وتطابقت هذه النتائج مع الفرضيات، واقترحت الدراسة ضرورة تحديد إدارة الجامعة لأهداف ذكاء الأعمال بدقة وتوجهاته المستقبلية بما يسهم في تحقيق التميز التنظيمي لها¹.

دراسة: زيد فوزي أيوب الشيخ، 2020

بغنوان: دور ذكاء الأعمال في اتخاذ القرارات المالية دراسة استطلاعية لبعض المصارف الأهلية في مدينة أربيل

هدفت الدراسة إلى إيضاح دور ذكاء الأعمال في عملية اتخاذ القرارات المالية في المصارف الأهلية في محافظة أربيل، بقياس التأثير واختبار العلاقة بين مفهوم ذكاء الأعمال واتخاذ القرارات المالية. صممت استبانة للكادر الإداري في المصارف، وتم اختبار فرضيتي البحث باعتماد البرمجية الجاهزة (SPSS) واعتمدت على استمارة الاستبيان كوسيلة للحصول على البيانات وتحميل النتائج وصولاً إلى الاستنتاجات والمقترحات أهم ما توصلت إليه الدراسة وجود علاقة ارتباط وتأثير ذو دلالة معنوية بين ذكاء الأعمال واتخاذ القرارات المالية².

دراسة: أحمد هاشم الصقال، عمار فرحان جبر، 2020

بغنوان: ذكاء الأعمال وأثيره على تعزيز الصلابة النفسية للمديرين (دراسة تحليلية من شركات تكنولوجيا المعلومات وخدمات الانترنت في محافظة بغداد)

تهدف الدراسة إلى قياس مدى فاعلية استخدام ذكاء الأعمال في تعزيز الصلابة النفسية للمديرين في شركات الانترنت في مجموعة من الشركات الخدمية. تكونت عينة الدراسة من (110) مدير من مختلف المستويات الإدارية، وصممت استبانة من (49) فقرة والمقابلات الشخصية، واستخدم المنهج الوصفي والتحليلي.

¹ هشام عبدالله حمد الجميلي، مراد موسى عبد الجبوري، ذكاء الأعمال ودوره في تحقيق التميز التنظيمي دراسة استطلاعية لأراء عينة من المديرين في جامعة كركوك، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 15، العدد 48، 2019.

² زيد فوزي أيوب الشيخ، دور ذكاء الأعمال في اتخاذ القرارات المالية دراسة استطلاعية لبعض المصارف الأهلية في مدينة أربيل، مجلة جامعة الأنبار للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 12، العدد 29، 2020.

وأبرز ما توصلت إليه الدراسة وجود علاقة ارتباطية وتأثير بين متغير ذكاء الأعمال ومتغير الصلابة النفسية للمديرين مما يمكن المديرين اتخاذ قرارات سليمة، ومن بين التوصيات ضرورة استعانة الشركات بأنظمة متطورة مثل ذكاء الأعمال يساعد على توفير المعلومات والمعرفة لمتخذ القرار بالوقت المناسب لاتخاذ قرارات سليمة¹.

دراسة، بلقواسمي فاطمة، بن يوسف أحمد، 2021

بعنوان: التوجه الإستراتيجي لمنظمات الأعمال نحو تطبيق نظم ذكاء الأعمال كآلية لتحقيق الميزة التنافسية - دراسة تحليلية-

تهدف الدراسة إلى إظهار مساهمة التوجه الإستراتيجي للمنظمات نحو تطبيق نظم ذكاء الأعمال في تحقيق الميزة التنافسية، لأهميته افي اتخاذ القرارات، بالتطرق لبعض النماذج الرائدة في إنتاج واستخدام نظم ذكاء الأعمال، كمعهد SAS ، Microsoft ، Prime Therapeutics وHonda، حيث تمّ اعتماد المنهج الوصفي والتحليلي، للوقوف على ما حققه التوجه الإستراتيجي لهاته الأخيرة نحو تطبيق نظم ذكاء الأعمال لنشاطها.

وخلصت الدراسة إلى أنّ نظم ذكاء الأعمال لها القدرة على جمع المعلومات الموثوقة، واختصار الوقت، كما يعزز أمن المعلومات، ويكشف قضايا الاحتيال، فهو يجمع بين المرونة وإستراتيجيات الدفاع والهجوم، ما يجعل المنظمة تحقق الريادة بأقل الأضرار، ومن أهم التوصيات ضرورة مواكبة التغيرات، والحرص على تطوير نظام المعلومات، والتوجه نحو استخدام نظم ذكاء الأعمال².

1 أحمد هاشم الصقال، عمار فرحان جبر، ذكاء الأعمال وأثيره على تعزيز الصلابة النفسية للمديرين (دراسة تحليلية من شركات تكنولوجيا المعلومات وخدمات الانترنت في محافظة بغداد)، مجلة دراسات الاقتصاد والإدارة، المجلد 1، العدد 20، 2020.

2 بلقواسمي فاطمة، بن يوسف أحمد التوجه الإستراتيجي لمنظمات الأعمال نحو تطبيق نظم ذكاء الأعمال كآلية لتحقيق الميزة التنافسية - دراسة تحليلية -،مجلة الاقتصاد والمالية، مجلد 7، العدد 02، 2021.

دراسة: بوقابة وردية 2021

بعنوان: دور نظم ذكاء الأعمال في بناء البراعة التنظيمية بالمؤسسة الوطنية للأشغال - Entp ورقة

هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع نظم ذكاء الأعمال بالمؤسسة الاقتصادية الجزائرية، ومستوى البراعة التنظيمية بها، وتحديد العلاقة بين نظم ذكاء الأعمال وبناء البراعة التنظيمية بالمؤسسة الوطنية للأشغال في الآبار ENTP بورقلة، تكونت عينة الدراسة من 35 مفردة شملت المسؤولين الرئيسيين، واعتمد على المنهج الوصفي والتحليلي، وكانت الاستبانة أداة للدراسة.

من أهم النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين نظم ذكاء الأعمال وبناء البراعة التنظيمية بالمؤسسة محل الدراسة. وأوصت الدراسة بضرورة الاهتمام بالتكوين والتدريب المستمر لتعزيز درجة الوعي لدى العاملين والمسؤولين بالمؤسسة للاستغلال الأمثل لنظم ذكاء الأعمال وتحقيق نسب أكبر من فوائد استخدام هذه النظم، وضرورة بناء ثقافة ابتكارية بالمؤسسة¹

دراسة: Mohammad Hakkak, Rasoul Danesh GhalichKhani، 2016، بعنوان:

A Model for Measuring the Direct and Indirect Impact of Business Intelligence on Organizational Agility with Partial Mediatory role of Empowerment

تهدف هذه الدراسة لمعرفة تأثير ذكاء الأعمال على المرونة التنظيمية من خلال المتغير الوسيط التمكين. تم توزيع 102 استبانة على المديرين وأصحاب المصلحة للمعلومات لمؤسسة هندسة البناء بطهران (TCEO) ومؤسسة الصناعات التنظيمية ETKA. وقد تم تحليلها عبر برنامجي SPSS و Smart PLS.

¹ بوقابة وردية، دور نظم ذكاء الأعمال في بناء البراعة التنظيمية بالمؤسسة الوطنية للأشغال - Entp ورقة، مجلة أبحاث ودراسات التنمية، مجلد رقم 8، العدد 01، 2021.

وخلصت الدراسة إلى أن ذكاء الأعمال له تأثير مباشر وغير مباشر من خلال التمكين على سرعة ومرونة الحركة التنظيمية. وهناك تأثير لذكاء الأعمال على سرعة الحركة التنظيمية، وذكاء الأعمال على التمكين ويوجد تأثير للتمكين على مرونة الحركة التنظيمية¹.

دراسة: Arnaldo Coelho ، Nuno Caseiro ، 2018 ، بعنوان:

The influence of Business Intelligence capacity, network learning and innovativeness on startups performance

تقترح هذه الدراسة نموذجًا للتحقق من التأثير المباشر وغير مباشر لذكاء الأعمال على الأداء، من خلال التعلم الشبكي (NL) والابتكار (INNOV). واعتمدت الدراسة على عينة من 228 مؤسسة ناشئة في أوروبا. باستخدام نمذجة المعادلات الهيكلية.

وتشير نتائج هذه الدراسة إلى تأثير إيجابي بين المتغيرات وأن لذكاء الأعمال تأثير على التعلم الشبكي والابتكار والأداء، ومنه يجب الانتباه إلى أهمية ذكاء الأعمال في المؤسسات الناشئة، نظرًا للتأثير الذي يمكن أن تحدثه على أداء المؤسسة، ويعد تأثير التعلم الشبكي من خلال ذكاء الأعمال أمرًا مهمًا ويمثل تأثيرًا إيجابيًا في الأداء، وأوصت الدراسة بممارسة ذكاء الأعمال لأن المعلومات مصدر رئيسي لاتخاذ قرارات أفضل².

¹ Rasoul Danesh GhalichKhani, Mohammad Hakkak, A Model for Measuring the Direct and Indirect Impact of Business Intelligence on Organizational Agility with Partial Mediatory role of Empowerment, Procedia - Social and Behavioral Sciences, 230, 1016.

² Arnaldo Coelho, Nuno Caseiro, The influence of Business Intelligence capacity, network learning and innovativeness on startups performance, Journal of Innovation & Knowledge, 2018.

دراسة: (Abusweilem, & Abualoush)، 2019، بعنوان:

The impact of knowledge management process and business intelligence on organizational performance

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة العلاقة بين إدارة المعرفة في عملياتها (توليد المعرفة وتقاسم المعرفة واستخدام المعرفة) وذكاء الأعمال (مستودع البيانات، المعالجة التحليلية الفورية، استخراج البيانات) على أداء المنظمات في فروع بنك الإسكان في اربد بالأردن، وتم توزيع 126 استبياناً على عينة الدراسة. تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد لاختبار فرضيات الدراسة.

وخلصت الدراسة إلى وجود آثار إيجابية لمكونات ذكاء الأعمال على أداء المنظمات، واوصت الدراسة المديرين الذين لديهم رغبة في تحسين أداء مؤسساتهم بأن يتبنوا بسرعة استخدام ذكاء الأعمال، ولا ينبغي أن يستخدموا الطرق التقليدية التي تقيد جمع وتخزين البيانات في قواعد البيانات، وتوسيع استخدام ذكاء الأعمال لتشمل طرق مبتكرة، وخلق قيمة إضافية للمنظمة¹.

دراسة: (Fen, & Ai)، 2021، بعنوان:

The effect of blockchain on business intelligence efficiency of banks

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم تطبيق التقنيات الجديدة blockchain، على ذكاء الأعمال أي كيفية إنشاء وتقديم واكتساب القيمة في المؤسسات البنكية، وما إذا كانت هذه التقنية تؤثر على كفاءة ذكاء الأعمال في المؤسسات محل الدراسة، وتمت عملية جمع البيانات من البنوك المتواجدة بمدينة Nanjing، وتم استخدام المربعات الصغرى في التحليل.

¹ Mohammed A. Abusweilem, Shadi Habis Abualoush, The impact of knowledge management process and business intelligence on organizational performance, Management Science Letters, Vol. 9, no. 12, 2019.

وتوصلت الدراسة إلى أن blockchain له تأثير إيجابي وهام بأبعاده (الأمن، والحد من الاحتيال وخصوصية التقنية، والوصول المتساوي والمجهول إلى التقنية، واللامركزية واستدامة التقنية والمساءلة والشفافية في blockchain وجوده وسرعة وكفاءة blockchain) على جميع جوانب كفاءة الأعمال¹.

ثانياً: الدراسات السابقة الخاصة بجودة الخدمات الصحية

دراسة: عبد الله حمادو . أحمد بن عيشاوي، 2018

بعنوان: أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الجزائرية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الصحية العمومية لولاية ورقلة)

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية الجزائرية محل الدراسة بعد تطبيق الخارطة الصحية الجديدة، وتم تشخيص واقع التغيير التنظيمي وجودة الخدمات بالمؤسسات الصحية، وصممت استبانة وزعت على عينة من العاملين في المؤسسات الصحية العمومية على مستوى ولاية ورقلة، بالإضافة إلى مقابلات مع إدارات المؤسسات الصحية محل الدراسة.

وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود أثر ذي دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين أبعاد

المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) مجتمعة وأبعاد المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)².

دراسة: شذى حسن عبد، فردوس محمود، 2018

بعنوان: دور الإدارة الالكترونية في رفع جودة الخدمات الصحية في مستشفى الكندي التعميمي/العراق

تهدف الدراسة إلى التعريف بمفهوم الإدارة الالكترونية وجودة الخدمات الصحية وآثارها في تحسين جودة الخدمات الصحية، وقد صممت استبانة لهذا الغرض ووزعت على عينة البحث البالغ عددهم (80) فردة من مختلف الاختصاصات.

¹ Fen Ji, Ai Tia, The effect of blockchain on business intelligence efficiency of banks, Kybernetes, Vol 51, N 8, 2021.

² عبد الله حمادو . أحمد بن عيشاوي، أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الجزائرية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الصحية العمومية لولاية ورقلة)، مجلة الإصلاحات الاقتصادية والاندماج في الاقتصاد العالمي، المجلد 12، العدد 26، 2018.

توصلت الدراسة ومن خلال استخدام الأساليب الإحصائية في تحليل إجابات العينة إلى ضرورة تطبيق الإدارة الالكترونية لتصبح الهوية الحقيقية في العمل لتؤثر بوضوح وفعالية في تحسين جودة الخدمات الصحية وفقا لأهداف ورؤية رسالة المنظمة، وقد أثبتت نتائج الدراسة بشكل عام صحة العلاقة والتأثير المتوقع بين متغيري الدراسة في المستشفى المبحوثة، وأوصت الدراسة بإسناد الأعمال الإدارية إلى المؤهلين تأهيلات متخصصة في العلوم الإدارية.¹

دراسة: فوزي هاشم عطشان، أنوار مزهر سهيل، نازك لهماود كاظم، 2019

بعنوان: قياس جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى الراقدين في عينة من مستشفيات بغداد الكرخ

هدفت هذه الدراسة إلى قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في عينة من مستشفيات بغداد الكرخ للمرضى وتم استخدام الاستبانة لجمع البيانات، تم توزيع (300) استبانة. تم استخدام برنامج (SPSS) في التحليلات الإحصائية، واستخدم المنهج الإحصائي الوصفي بالإضافة إلى المنهج الاستقرائي والتحليلي.

وقد نتج عن البحث العديد من الاستنتاجات أهمها أن المستشفيات الحكومية عينة البحث تطبق أبعاد الجودة جميعا، كانت توقعات المرضى الراقدين في المستشفيات للخدمات المتوقعة ايجابية أي أن الخدمات الطبية المقدمة فعلا توازي الخدمات المتوقعة من قبل المرضى، التأكيد على أهمية تطبيق جودة الخدمة الصحية من خلال التقييم المستمر لها عن طريق اخذ التغذية الإسترجاعية من المرضى الراقدين في المستشفيات، التحسين المستمر للخدمة الصحية وتحقيق أعلى مستوى لرضا المريض.²

1 شذى حسن عبد، فردوس محمود، دور الإدارة الالكترونية في رفع جودة الخدمات الصحية في مستشفى الكندي التعميمي/العراق، مجلة كلية التراث الجامعة، المجلد، العدد 56، 2018.

2 فوزي هاشم عطشان، أنوار مزهر سهيل، نازك لهماود كاظم، قياس جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى الراقدين في عينة من مستشفيات بغداد الكرخ، مجلة كلية التراث الجامعة، المجلد، العدد 28، 2019.

دراسة: خان أحلام ، جفيلو وسيلة ، 2020

بغنوان: جودة الحياة الوظيفية كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة - بسكرة-

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على تصورات الموظفين الطبيين وشبه الطبيين والإداريين والمهنيين بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة حول مستوى توفر جودة حياة وظيفية، وأثر ذلك في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة. تكونت عينة الدراسة من (150) موظف، وقد تم الاعتماد على الاستبيان كأداة للدراسة، كما تم استخدام برنامج SPSS في التحليل الإحصائي للبيانات.

وتوصلت الدراسة لمجموعة من النتائج أهمها وجود أثر لجودة الحياة الوظيفية في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، وفسر متغير جودة الحياة الوظيفية (39.6%) من التغيرات في جودة الخدمات الصحية.¹

دراسة: بحري أبوبكر . رادي نور الدين ، 2021

بغنوان: تطبيق الإدارة الإلكترونية للموارد البشرية كآلية لتحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية "شعبان حمدون" بمغنية

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على مساهمة الإدارة الإلكترونية للموارد البشرية بالمؤسسات الصحية بالجزائر في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، من خلال استخدام تطبيقات الإدارة الإلكترونية للتوظيف (التوظيف الإلكتروني، التكوين الإلكتروني، تقييم الأداء والتعويضات إلكترونياً). وتم استخدام الاستبيان لجمع البيانات وتم توزيعه على إدارات المؤسسة الصحية من أطباء، شبه طبيين وإداريين.

توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط قوية بين الإدارة الإلكترونية للموارد البشرية وجودة الخدمات الصحية، ووجود تأثير إيجابي لأبعاد الإدارة الإلكترونية للموارد البشرية على جودة الخدمات الصحية المقدمة.²

¹ خان أحلام ، جفيلو وسيلة ، جودة الحياة الوظيفية كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة - بسكرة، مجلة البحوث الاقتصادية الإدارية، المجلد 14، العدد 03، 2020.

² بحري أبوبكر . رادي نور الدين، تطبيق الإدارة الإلكترونية للموارد البشرية كآلية لتحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية "شعبان حمدون" بمغنية، مجلة التنمية الاقتصادية، المجلد 06، العدد 02، 2021.

دراسة: عمار أسماء، حمادي لمياء، 2021

بعنوان: إدارة الموارد البشرية ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية دراسة حالة مستشفى الأم والطفل تلمسان

تناولت الدراسة موضوع إدارة الموارد البشرية ودورها في تحسين جودة الخدمة الصحية في مستشفى الأم والطفل لولاية تلمسان، بالاعتماد على متغير إدارة الموارد البشرية (التخطيط الاستراتيجي، تحليل الوظائف وتوصيفها، التدريب والتطوير، التعويضات والحوافز، تقييم الأداء) ومتغير جودة الخدمات الصحية، حيث اعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة لجمع المعلومات.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من الاستنتاجات تثبت مدى مساهمة إدارة الموارد البشرية في تحقيق جودة الخدمة الصحية وذلك من خلال التخطيط الجيد للعامل البشري إضافة إلى برامج التكوين والتدريب والتحفيز المادي والمعنوي¹.

دراسة: (Aaron, & Roger)، 2013، بعنوان:

Service quality in healthcare institutions: establishing the gaps for policy action

هدفت الدراسة إلى تقييم توقعات وتصورات المرضى حول جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الغانية باستخدام نموذج SERVQUAL، وصممت استبانة وزعت على 250 مريض.

وتوصلت الدراسة إلى أنه لم تتحقق توقعات المرضى أثناء العلاج، فكانت الخدمة المدركة أقل من التوقعات لجميع أبعاد الجودة، وكان متوسط الفرق بين الخدمات المدركة والخدمات المتوقعة ذات دلالة

¹ عمار أسماء، حمادي لمياء، إدارة الموارد البشرية ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية -دراسة حالة مستشفى الأم والطفل تلمسان، مجلة اقتصاد المال والأعمال، المجلد 06، العدد 02، 2021.

إحصائية. وأوصت الدراسة بزيادة مستويات التوظيف مدعومة ببرنامج تدريب تركز على المريض لمساعدة الأطباء على تقديم الرعاية حسب توقعات المرضى¹.

دراسة: (Yousapronpaiboon, & William)، 2013، بعنوان:

Measuring hospital out-patient service quality in Thailand

هدفت الدراسة إلى تحديد الأبعاد المستخدمة في الحكم على جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات التايلندية من أجل تطوير أداة لقياس جودة الخدمة المدركة في هذه المستشفيات، وزعت (400) إستبانة على المرضى خارج المستشفيات.

وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود أثر كبير للأبعاد (الإستجابة، الإعتمادية، الضمان، التعاطف، الملموسية) على جودة الخدمة بشكل عام إلا أن الأثر الأكبر كان لبعد الضمان يليه التعاطف، الإستجابة، الملموسية، وأخيراً الإعتمادية، وفي ضوء هذه النتائج قدمت الدراسة عدداً من التوصيات التي يرى الباحث إنها تسهم في تعزيز جودة الخدمات التي تقدمها المستشفيات ومنها الإهتمام ومراعاة الأهمية النسبية للأبعاد التي يهتم بها المرضى ويستخدمونها في الحكم على جودة الخدمة².

دراسة (Zarei, & all) 2015، بعنوان:

The Effect of Hospital Service Quality on Patient's Trust

هدفت الدراسة إلى استكشاف تأثير جودة الخدمة المقدمة في المستشفيات الخاصة على كسب ثقة المريض، كما هدفت إلى التحقيق في مدى تناول الأبحاث والدراسات الأدبية موضوع جودة الخدمة في

¹ Aaron A. Abuosi, Roger A. Atinga, Service quality in healthcare institutions: establishing the gaps for policy action, International Journal of Health Care Quality Assurance, 2013.

² Khanchitpol Yousapronpaiboon, William C. Johnson, Measuring hospital out-patient service quality in Thailand, Leadership in Health Services, 2013.

المستشفيات الإيرانية وأثرها على ثقة المريض. وقد استخدمت المنهج التحليلي والوصفي، حيث تكونت العينة من 969 مريض في 8 مستشفيات خاصة في طهران.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن أثر جودة الخدمة كان إيجابياً في تحقيق رضا المرضى وكسب ثقتهم، كما بينت نتائج الدراسة أن اهتمام المستشفيات في تحسين جودة خدماتها يؤثر على زيادة رضا المرضى وينعكس إيجابياً على زيادة ثقتهم، وقد أوصت الدراسة إلى أهمية تكثيف الجهود من أجل تحسين جودة الخدمة المقدمة للمرضى في المستشفيات الخاصة في طهران لكسب ثقة المريض، وتعزيز مهارات الأطباء والمرضى وطواقم العمل في التواصل مع المرضى¹.

دراسة: (Irtameh, Al-Azzam, & Khaddam), 2016، بعنوان:

Exploring the Impact of Talent Management Strategies and Service Quality on Beneficiaries' Satisfaction in Jordan Healthcare Sector: Provider Point of View

هدفت الدراسة إلى قياس أثر استخدام تحسين جودة الخدمات واستراتيجيات إدارة المواهب على رضا مرضى قطاع الرعاية الصحية الأردني، صممت الاستبانة لجمع البيانات واختبار الفرضيات، إذ تم تحليل (135) استبانة للأفراد من جميع المستويات الذين يتلقون علاجاً في مستشفى الأميرة رحمة بمحافظة أربد.

وتوصلت النتائج إلى أن أثر تنفيذ جودة الخدمات واستراتيجيات إدارة المواهب على رضا المستفيدين كان مرتفعاً وإيجابياً، وأن هناك أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($a < 0.05$) في أهمية استراتيجيات إدارة المواهب على رضا الزبائن. وأوصت الدراسة بإجراء المزيد من الدراسات المتعلقة بإدارة المواهب واستراتيجياتها في مجالات أخرى².

¹ Ehsan Zarei, Abbas Daneshkohan, Roghayeh Khabiri, Mohammad Arab, The Effect of Hospital Service Quality on Patient's Trust, Iran Red Crescent Med J, Vol 17, N 1, 2015.

² Zeyad Faisal Al-Azzam, Hani J Irtameh, Amineh Abdul Halim Khaddam, EXPLORING THE IMPACT OF TALENT MANAGEMENT STRATEGIES AND SERVICE QUALITY ON BENEFICIARIES SATISFACTION IN JORDAN HEALTHCARE SECTOR: PROVIDER POINT OF VIEW, Journal of Entrepreneurship & Organization Management, 2016.

دراسة: (Ameryoun & all)، 2017، بعنوان:

Factor selection for service quality evaluation: a hospital case study

تهدف هذه الدراسة إلى تطوير نموذج لمعرفة تأثير أبعاد الجودة على جودة الخدمة الصحية، باستخدام طريقة جديدة تعتمد على تبويب البيانات وعلى نموذج SERVQUAL، من أجل تحليل توقعات وتصورات عينة من مرضى مستشفيات طهران

توصلت الدراسة إلى أن بعد الثقة في الخدمة له أكبر أثر على جودة الخدمة، وهذه الطريقة في التحليل تساعد المديرين على تحديد أبعاد جودة الخدمة المطلوبة التي تحتاج إلى تحسين والتنبؤ بآثارها على تصور العملاء¹.

دراسة: (Rama Koteswara & all)، 2019، بعنوان:

Better healthcare setting for better healthcare service quality: An empirical analysis of Indian consumers' perspective

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم ومقارنة مختلف الخدمات الصحية الخاصة ببناء على جودة الخدمة المتوقعة في الهند من خلال ثلاث فئات من مؤسسات الخدمات الصحية (CHs، NCHs، NCs)، تم جمع البيانات من تسعة مستشفيات خاصة تقع في شرق وجنوب الهند.

توصلت الدراسة إلى أن المؤسسات الصحية الخاصة تترجم بشكل أفضل الخدمات المتوقعة بالنسبة للمرضى².

¹ Ahmad Ameryoun, Seyedvahid Najafi, Bayram Nejati-Zarnaqi, Seyed Omid Khalilifar, Mahdi Ajam, Ahmad Ansarimoghadam, Factor selection for service quality evaluation: a hospital case study, International Journal of Health Care Quality Assurance, 2017.

² Rama Koteswara Rao Kondasani, Rajeev Kumar Panda, R. Basu, Better healthcare setting for better healthcare service quality: An empirical analysis of Indian consumers' perspective, International Journal of Quality & Reliability Management, Vol 36 N 10, 2019.

✓ بيان الإستفادة من الدراسات السابقة

بعد الاستعراض السابق للدراسات السابقة العربية منها والأجنبية ذات الصلة المباشرة وغير المباشرة بمتغيرات الدراسة الحالية، والتي جاءت بناء على ما طرحته هذه الدراسات في تحسين جودة الخدمات الصحية ونظم ذكاء الأعمال، وما توصلت إليه هذه الدراسات من استنتاجات وما أفرزته من توصيات، حيث ساهمت الدراسات السابقة في إعطاء خلفية وإطار مفاهيمي لمتغيرات الدراسة من خلال التعرف على بعض المصادر البحثية النظرية والتطبيقية، مما سهل الطريق أمامنا في بناء منهجية الدراسة بتحديد المشكلة وعينة الدراسة، وبناء أداة لقياس أثر ذكاء الأعمال في تحسين جودة الخدمات الصحية في عينة من المستشفيات في ولايات الشرق الجزائري.

وقد توصلت الدراسات السابقة إلى العديد من النتائج من أهمها:

1. وجود آثار إيجابية لمكونات ذكاء الأعمال على أداء المنظمات؛
2. ذكاء الأعمال له تأثير مباشر وغير مباشر من خلال التمكين على سرعة ومرونة الحركة التنظيمية؛
3. نظم ذكاء الأعمال لها القدرة على جمع المعلومات الموثوقة، واختصار الوقت، كما يعزز أمن المعلومات، ويكشف قضايا الاحتيال، فهو يجمع بين المرونة وإستراتيجيات الدفاع والهجوم؛
4. وجود علاقة ارتباطيه وتأثير بين متغير ذكاء الأعمال ومتغير الصلابة النفسية للمديرين مما يمكن المديرين اتخاذ قرارات سليمة؛
5. جود علاقة ارتباط وتأثير ذو دلالة معنوية بين ذكاء الأعمال واتخاذ القرارات المالية؛
6. هناك علاقة ارتباط قوية ومعنوية بين متغيرات ذكاء الأعمال ومتغير التميز التنظيمي؛
7. وجود علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية غير قوية بين ذكاء الأعمال والخيار الاستراتيجي بشكل عام بعد الثقة في الخدمة له أكبر أثر على جودة الخدمة؛
8. اهتمام المستشفيات في تحسين جودة خدماتها يؤثر على زيادة رضا المرضى؛

9. مساهمة إدارة الموارد البشرية في تحقيق جودة الخدمة الصحية؛

10. وجود علاقة ارتباط قوية بين الإدارة الإلكترونية للموارد البشرية وجودة الخدمات الصحية؛

11. وجود أثر لجودة الحياة الوظيفية في تحسين جودة الخدمات الصحية.

وقد تم عرض الدراسات السابقة وفق ترتيب زمني من الأقدم إلى الأحدث، ومنه فإن الدراسة الحالية تتشابه مع الدراسات السابقة في الكثير من الجوانب، حيث تتفق معها حول الأهمية الإستراتيجية لذكاء الاعمال كتوجه معاصر للمنظمات لتحقيق الجودة في الخدمات من خلال التحسين، وتوصلت الباحثة إلى أن موضوع نظم ذكاء الأعمال قد حظي باهتمام كبير، حيث تناولت دراسات عديدة نظم ذكاء الأعمال، وعلاقته بمتغيرات عدة كالخيار الاستراتيجي، وعملية اتخاذ القرارات المالية، والتمكين والتميز التنظيمي والميزة التنافسية وبناء البراعة التنظيمية، ومن من حيث الهدف من الدراسة تنوعت الاتجاهات البحثية للدراسات السابقة والتي هدفت إلى التعرف على الأسس النظرية لذكاء الأعمال وجودة الخدمات الصحية، وواقعها في بعض المؤسسات ومستوى تطبيق ذكاء الأعمال وكيفية إدارته. وتلتقي هذه الدراسة مع الدراسات السابقة في منهجها، وبعض المتغيرات التي تناولتها، إلا أنها تنفرد عنها بأنها تناولت الربط بين ذكاء الأعمال وتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية في الشرق الجزائري، في ظل ظروف صعبة وبالغة التعقيد. كما اختلفت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة العربية والأجنبية من حيث مجال التطبيق، وطرق التحليل، والفترة الزمنية، وطبيعة العينة التي تم تناولها، والفئة المستهدفة.

وتختلف هذه الدراسة عن الدراسات السابقة أنها تحاول هذه الدراسة ربط عملية تحسين جودة الخدمات الصحية بمتغير جد مهم والذي يمكن من خلاله الوصول إلى المحافظة على بقاء المؤسسة وهو (ذكاء الاعمال).

الفصل الأول

الإطار النظري لذكاء الأعمال

تمهيد

يعد السباق التنافسي الذي تشهده المنظمات في العصر الحالي خاصة منها الكبيرة والمتوسطة في سياق الاستخبارات المعقدة في مجال الأعمال والتخطيط الاستراتيجي، لان عملية تجميع البيانات ومعالجتها وتحويلها إلى معلومات مفيدة لذلك أصبح امتلاك المنظمة لنظام ذكاء الأعمال ركيزة أساسية للمنظمة من أجل ضمان نجاحها واستمرارها.

ويعتبر ذكاء الأعمال الحل الأمثل الذي يساعد أصحاب القرار على فهم وضع المنظمة، لأنه يعتمد على مجموعة من التقنيات التي تحتاج الى بنية تحتية من أجل مستودع البيانات والمعالجة التحليلية الفورية والتنقيب عن البيانات وغيرها، وبالتوازي مع التطور التكنولوجي تطورت مختلف تطبيقات وبرامج ذكاء الأعمال، التي جاءت لتلبى احتياجات المنظمة كمعالجة عمليات كثيرة في نفس الوقت، وكذا تجميع وتحليل الكم الهائل من البيانات الضخمة وحاجة منظمات الأعمال إلى تجميع المعلومات الضرورية لمواكبة التطورات السريعة في بيئة الأعمال وبهدف استغلالها بشكل أمثل وأفضل لاتخاذ القرارات الاستراتيجية.

وقد تم تقسيم هذا الفصل إلى أربع مباحث كما يلي:

✓ المبحث الأول: ذكاء الأعمال

✓ المبحث الثاني: نظم ذكاء الأعمال

✓ المبحث الثالث: أبعاد ذكاء الأعمال

✓ المبحث الرابع: تطبيقات ذكاء الأعمال

المبحث الأول: ذكاء الأعمال

لقد أدى ظهور تكنولوجيا المعلومات إلى تطور سريع في المنافسة بين المؤسسات الشيء الذي جعلها تزيد من طلبها على المعلومات، فحياة المنتج تنقلص، وإفرازات التكنولوجيا تتقدم بسرعة، والمنافسة تزداد حدة بين المؤسسات، والسوق المحلية تكاد تختفي في الاقتصاد الجديد والمبني على المعرفة الالكترونية الذي يلغى الحدود بين جميع الأسواق، ويتيح الفرصة للمنافسة بين المؤسسات على اختلاف أحجامها. ففي ظل هذه التطورات يعتبر ذكاء الأعمال شكل من أشكال الحس الإداري الجيد، فحتى تستطيع المؤسسات أن تبذل، تنتج وتسوق، فهي تحتاج إلى معلومات كاملة وأكيدة وقابلة للاستخدام، وفي الوقت المناسب. فتتطلب البيانات في شكل معلومات وتحليلها أصبح الأكثر أهمية في تحديد الأسواق ومعرفة احتياجات مختلف الزبائن، وتحديد خصائص المنتجات.

المطلب الأول: مفهوم ذكاء الأعمال

إن مصطلح ذكاء الأعمال كان له معنى عام، ولكن مع تطور تكنولوجيا المعلومات أصبح ذكاء الأعمال (Business Intelligence) عنصر أساسي في مجال تكنولوجيا المعلومات، فلقد تنوعت المفاهيم والتعريفات التي تناولتها الدراسات السابقة لمفهوم ذكاء الأعمال، حيث لوحظ أن هناك مجموعة من المنظورات المختلفة، حيث ركز البعض من الباحثين على المنظور الذي يراه من خلال تطبيق الذكاء الاصطناعي والبعض الآخر من خلال المنظور التقني، فيما أكد البعض الآخر على اتجاهات دعم القرارات الإدارية وكما أكد آخرون على أنه عملية من عمليات الأعمال. أما الآن فقد أصبح ذكاء الأعمال تعريف أكثر وضوح، وأصبحت له تطبيقات مفهومة بشكل أفضل¹.

¹ أحسن طيار، ذكاء الأعمال ودوره في اتخاذ القرارات في المستشفيات، المجلة الجزائرية للدراسات المالية والمصرفية، المجلد 2، العدد 1، الأردن، 2016، ص 71.

تعددت وتنوعت المفاهيم والتعريفات التي قدمها الكتاب، والباحثين حول مصطلح ذكاء الأعمال كل بحسب خلفيته العلمية أو وجهة النظر التي ينظر من خلالها إلى هذا المفهوم، إذ يرى (Kimball, 2005) أن ذكاء الأعمال عبارة عن مجموعة من المناهج والعمليات، والتقنيات التي تحول المعلومة الخام إلى معلومة نهائية تستعمل في دعم الخطط الاستراتيجية، والتكتيكية، والتشغيلية، وصنع القرار في المؤسسات أنظمة تحتوي إجراءات موجهة نحو المستخدم، تسهل له الوصول إلى المعلومات واستكشافها، ثم تحليلها، وتطوير طريقة فهمها، مما يؤدي إلى تحسين طريقة اتخاذ القرارات¹.

كما عرفته (Langit, 2007) بأنه: طريقة لتخزين وعرض البيانات الأساسية للمؤسسة بحيث أن أي شخص في المؤسسة يمكنه أن يطرح أسئلة بسرعة وبسهولة حول بيانات دقيقة وفي حينها. ويسمح ذكاء الأعمال الفعال للمستخدمين النهائيين باستعمال البيانات لفهم لماذا تؤدي الأعمال إلى نتائج معينة كهذه، ويقرر حول الفعل المتوقع المبني على البيانات الماضية، والتنبؤ بدقة بالنتائج المستقبلية².

ويشير (هلال، 2010) أن ذكاء الأعمال عبارة عن مجموعة من الإجراءات يقوم بها الإنسان، والتي تهدف للوصول إلى العمليات واستكشافها ثم تحليلها وتطوير طريق لفهمها وهذا ما يؤدي لتحسين طريقة اتخاذ القرار"، كما يعرف ذكاء الأعمال على أنه "المنهج المتبع من قبل الإدارة الذي يسمح للمنظمة بتحديد المعلومات المفيدة وذات الصلة بقراراتها"³.

وجاء في دراسة (Nofal, 2013) أن ذكاء الأعمال عبارة عن التقنية والحل الذي يساعد المديرين على فهم الوضع التجاري⁴.

¹ Kimball Ralph, Laura Reeves, Margy Ross, Warrren Thornthwaite, Le data warehouse: Guide de conduit de project, edition Eyrolles, Paris, France, 2005, p 12.

² Langit Lynn, Foundations of SQL Server 2005 Business Intelligence. USA: Apress, 2007, p 1.

³ محمد عبد الغني حسن هلال، ذكاء الاعمال، مركز تطوير الأداء والتنمية للنشر والتوزيع، مصر، 2011، ص 12.

⁴ Muhmmad I Nofal, Zawayah M Yusof, Integration of business intelligence and enterprise resource planning within organizations, Procedia technology, vol 11, 2013, p 661.

أما (Wixom, Watson, 2010) فيريان أن ذكاء الأعمال هو فئة واسعة من التقنيات والتطبيقات وعمليات الجمع والتخزين والوصول وتحليل البيانات لمساعدة المستخدمين على اتخاذ قرارات أفضل¹.

وعرفها (العزاوي، 2008) بأنها تحويل البيانات والمعلومات والمعارف إلى ذكاء ذي قيمة وجعله قابلاً للتطبيق. ومن جهة أخرى تم تعريفها بأنها: " تطبيقات وتكنولوجيا تركز على تجميع وتخزين وتحليل وزيادة إمكانية الوصول إلى المعلومات المرتبطة بالمشكلة، لمساعدة المستخدمين في صنع القرارات المتعلقة بأعمالهم بشكل أفضل².

بالنظر للتعريفات السابقة ترى الباحثة أن ذكاء الأعمال مفهوم متكامل ومتشعب، إذ لم يتفق على تعريف واحد بسبب اختلاف آراء الباحثين والمختصين، حيث إن مفهوم ذكاء الأعمال يشمل مدى واسع من القرارات منها الإستراتيجية والتكتيكية للمنظمة لأنها تشمل المنظمة بمختلف مستوياتها وعملياتها. ويمكن لمتخذ القرار أن يستخدم هذه التطبيقات لإرشاد قراراته. وبناء على ما سبق ترى الباحثة أن ذكاء الأعمال مجموعة من العمليات والتطبيقات والأدوات والتكنولوجيا التي تركز على الوصول للبيانات وجمعها وتخزينها وتحليلها وتحويلها إلى معلومات، والتي يتم استرجاعها في الوقت المناسب، من أجل التنبؤ واستغلالها في عملية التخطيط واتخاذ القرارات الاستراتيجية والتشغيلية الأفضل للمنظمة.

المطلب الثاني: أهمية ذكاء الأعمال

هناك قوة ترابط بين مجال أعمال المنظمة، وطريقة إدارتها، والتوظيف الفعال للتقنيات التكنولوجية، وهو سر نجاحها في ظل التغير السريع في السوق. وتسعى معظم المنظمات في العالم لرفع مستوى قدرتها

¹ Barbara Wixom, Hugh Watson, The BI-based organization, International Journal of Business Intelligence Research, 2010, p 7.

² فايز جمعة النجار، نظم المعلومات الإدارية: منظور إداري، الطبعة الثالثة، دار حامد للطباعة والنشر والتوزيع، عمان 2010، ص150.

التنافسية لمحاولة فهم الصورة كاملة، والعمل على البقاء ضمن دائرة المنافسة بالبحث عن طرق جديدة لجذب الزبائن، وذلك بتقديم خدمات جديدة ذات جودة، كمتطلب من متطلبات الاستمرارية في السوق¹.

كما تخضع المنظمات لضغوط كبيرة من قبل المنافسين، وميكانيزمات السوق، وضغط تقديم السلع والخدمات الجديدة ذات جودة مرتفعة، فيجب التحكم في هذه الضغوط وبسرعة. كما تمثل بنية منظمات الأعمال الديناميكية أهم الشروط الأساسية للتمكن من احتواء هذه الضغوط، والصفة الرئيسية لهذه البنية تتمثل في الاستجابة السريعة لمختلف المتغيرات في إنجاز الأعمال².

وحسب دايفد لوشين، تكمن فوائد ذكاء الأعمال بالنسبة للمنظمة فيما يلي³:

- ✓ يزيد ذكاء الأعمال من حجم المبيعات لأنه يسمح للمنظمة بالتعرف على اتجاهات زبائنهم المحتملين وكذا زبائنهم المربحين، فيتيح لها فرصة تعظيم أرباحها على المدى القصير.
- ✓ يخفض ذكاء الأعمال من تكاليف المنظمة من خلال تجنب نفقات معالجة البيانات بالطريقة التقليدية والتي تكون مكلفة.
- ✓ يحد من المخاطر بإتاحة مختلف المعلومات التي تساعد المنظمة في تقديم خدمات تتوافق مع حاجات العملاء، مما يجنب المنظمة مختلف تهديدات السوق.
- ✓ يدعم التخطيط الاستراتيجي بتوفير معلومات كافية تساعد على التنبؤ بالمستقبل الذي يواجهه المنظمة في تحقيق أهدافها، كما يضع البرامج اللازمة لتنفيذ هذه الأهداف.

¹ عودة شبيب، محمد منير، دور أنظمة ذكاء الأعمال في تنمية رأس المال البشري في القطاع المصرفي الفلسطيني: دراسة حالة بنك فلسطين، الجامعة الإسلامية – غزة. 2015، ص 115.

² حمادي سمير، ذكاء الأعمال أسس ومفاهيم، المجلة المعلوماتية، العدد 19، الأردن، سبتمبر 2007، ص 64.

³ Business Intelligence: The Savvy Manager's Guide, Getting Onboard with Emerging IT, Morgan Kaufmann Publishers, San Francisco, 2003, p 15.

✓ التأقلم مع مختلف الأحداث سواء كانت الداخلية أو الخارجية والتي يكون لها تأثير على مختلف أنشطة المنظمة.

بالنسبة لسعد غالب يجد أنه من المبررات والأسباب التي أدت إلى ظهور حقل ذكاء الأعمال

تتمثل فيما يلي¹:

✓ تعزيز القدرات التنافسية في ميادين الابتكار والإبداع الإداري والتنظيمي والتكنولوجي.

✓ الحاجة إلى تحسين جودة القرارات ودعم مهام عمال المعرفة

✓ ذكاء الأعمال يشمل الجهد المنظم الذي تبذله الإدارة باتجاه البيئة الداخلية والخارجية.

✓ بالنسبة للمنافسة فلم يعد كافياً في ظل التأثير المتزايد للعولمة أن تكون لدى منظمة الأعمال قدرات

تنافسية نسبية أو ميزة تنافسية غير مؤكدة لفترة طويلة في الصناعة أو السوق وإنما يجب أن تضع

منظمات الأعمال إستراتيجيات فعالة للانتقال من المنافسة على أساس المزايا النسبية إلى الذكاء

التنافسي وذلك ضمن قدراتها المتراكمة في بناء ذكاء الأعمال.

كما جاءت الحاجة إلى تطبيقات ذكاء الأعمال حسب فراج وحسين نتيجة للتغيرات المتسارعة في

الأسواق²:

✓ يعمل ذكاء الأعمال على جمع وتحليل والتقيب في البيانات، لذا فهو من الأساسيات للكثير من

المنظمات، بالخصوص التي تمتلك أحجام كبيرة من البيانات، لتسهيل عملية تنظيمها وتزود صناع

القرار بمعلومات دقيقة.

¹ ياسين سعد غالب، نظم المعلومات الإدارية MIS، ط1، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2018، ص 15.
² حسين ليث سعد الله، الشمري فراج نعيمش، توظيف بعض أدوات ذكاء الأعمال لدعم نظام المعلومات الإستراتيجي النموذج مقترح، مجلة جامعة كركوك للعلوم الإدارية والاقتصادية، مجلد 7، عدد 2، 2017، ص 92.

✓ يعمل ذكاء الأعمال في المنظمة على جلب البيانات من مصادر متعددة والعمل على تحليلها من أجل تقديمها لمتخذي القرار، كما يعمل على تبسيط عملية الرقابة الداخلية.

وترى الطالبة بأن ذكاء الأعمال أصبح جد ضروري بالنسبة للمنظمات سواء الكبرى أو الصغرى، وخصوصا بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية ولا سيما العمومية منها نظرا لكثرة الطلب على خدماتها فذكاء الاعمال يسمح بتنظيم هذا الاكتظاظ، كما يسمح بتنظيم بياناتها الضخمة، كما تتجلى أهمية ذكاء الأعمال من خلال مختلف المعلومات التي تساعد المستخدمين النهائيين وأصحاب القرار في اختيار البدائل الاستراتيجية للتعايش مع شدة المنافسة، وذلك من خلال الاستغلال الأمثل لمخرجات ذكاء الاعمال في التوقيت المناسب.

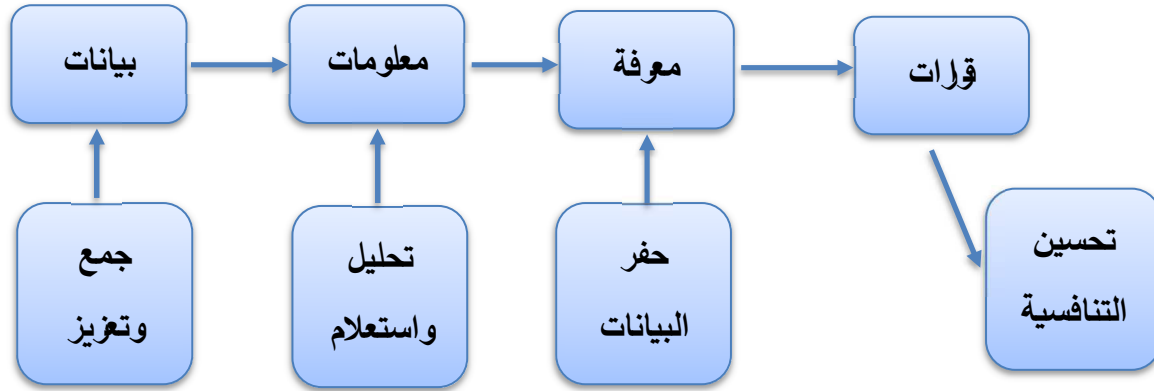
المطلب الثالث: أهداف ذكاء الأعمال

ان عدم الاستفادة بصفة كاملة من قيمة الأنظمة والبيانات في صنع القرارات تعد مشكلة وكذلك في تقييم الأخطار المستقبلية، وذلك نظرا لتعقيد الأنظمة الموجودة وتعددتها وغزارة المعلومات المخزنة في عدد من قواعد البيانات على اختلاف أنواعها.

لقد أدت زيادة المعايير والتقنيات في الأعمال الحديثة، إلى إتاحة كميات هائلة من البيانات، فقامت تقنيات مستودع البيانات بإعداد مستودعات لتخزين هذه البيانات. وأدت أدوات الاستخراج والتحويل والتحميل (ETL) المحسنة ومؤخرا أدوات تكامل تطبيق المؤسسة (EAI) إلى زيادة سرعة جمع البيانات، كما سمحت تقنيات إعداد التقارير OLAP بإنشاء أسرع للتقارير الجديدة التي تحلل البيانات. وبذلك أصبح ذكاء الأعمال الآن فنا للتدقيق من خلال كميات كبيرة من البيانات، واستخراج المعلومات ذات الصلة،

وتحويل تلك المعلومات إلى المعرفة التي يمكن اتخاذ الإجراءات بناء عليها¹، كما تم توضيحه في الشكل الموالي:

الشكل (1-1): دور ذكاء الأعمال في اتخاذ القرارات



المصدر: أحسن طيار، ذكاء الأعمال ودوره في اتخاذ القرارات في البنوك، المجلة الجزائرية للدراسات المالية والمصرفية، المجلد 2، العدد 1، 2016، ص 78.

وتعتبر أهداف ذكاء الأعمال من أحد الركائز التي تعتمد عليها المنظمات والتي تتمثل في²:

✓ توقع المنظمات للتنبؤات حول مستقبلهم لتجنب المفاجآت؛

✓ تحديد الفرص والتهديدات؛

✓ تعطي المنظمات فهماً تاماً في حالة وجود عجز؛

✓ توضيح نقاط الضعف والقوة في المنظمات؛

✓ تقليل وقت رد الفعل.

¹ Ranjan Jayanthi, Business Intelligence: Concepts, Components, Techniques and Benefits. Journal of Theoretical and Applied Information Technology, 2009, Vol 9, N 1? p 60.

² Thomas Jr, J. H. Business intelligence—why, eAI Journal, 2001, p 48.

ويضيف (Vikas, 2013) أنه من أهداف نظم ذكاء الأعمال¹:

- ✓ توفير البيانات التاريخية الأكثر دقة، لأنه يمكن لذكاء الأعمال أن تعطي تحديثات في الوقت الحقيقي، ويساعد الإدارة عندما تكون غير قادرة على رؤية البيانات الحالية المفصلة من جميع جوانب أعمالها مثل البيانات المالية، بيانات الإنتاج، وبيانات العملاء، وبالتالي يمكن للإدارة اتخاذ القرارات القائمة على الواقع وليس مجرد تخمين.
- ✓ تحديد الفرص اذ يمكن لذكاء الأعمال أن يساعد المنظمة على تقييم قدراتها الذاتية كمقارنة نقاط القوة والضعف لها ضد منافسيها، وتحديد الاتجاهات وظروف السوق، والاستجابة بسرعة لتغيير لاكتساب الميزة التنافسية.
- ✓ يساعد على فهم سلوك العملاء كتعقب وتحديد والمراقبة الفعلية للعملاء وقاعدة العملاء في المستقبل، ويعطي نظرة تنبؤية لسلوك العملاء.
- ✓ يحدد ذكاء الأعمال أهداف واقعية فيتيح للمنظمات تحديد مستويات الأداء الحالي بدقة على الرغم من تحليل البيانات، ويضع أهداف واقعية تساعد في عملية التقييم.
- ✓ يحدد الفرص في عمليات البيع من خلال تحليل سلوك العميل والأنماط، التي يمكن لممثلي المبيعات بيع المنتجات إلى العملاء المناسبين.
- ✓ تحسين الكفاءة، اذ يمكن لمعلومات ذكاء الأعمال أن تكون مركزية، ويمكن أن ينظر إليه في لوحة أجهزة القياس أو تقرير، وتوفير كميات هائلة من الوقت والقضاء على أوجه القصور.

¹ Vikas Kumar, data analysis using business intelligence tool, Spring, San Diego State University, 2013, pp 1,2.

المطلب الرابع دورة حياة ذكاء الأعمال

ان دورة الحياة ذكاء الأعمال تتألف من عدة مراحل يمكن تلخيص هذه المراحل في¹:

أولاً: جمع البيانات الصحيحة والدقيقة:

حيث يتم جمع البيانات من المستودعات الضخمة للبيانات أو قواعد البيانات أو مصادر أخرى من أجل الحصول على البيانات الصحيحة.

ثانياً: تحليل البيانات:

يتم القيام بتحليل البيانات من خلال استخدام أدوات تحليل البيانات والمعلومات حتى يتم استخراج العديد من الشرائح الصغيرة من المعلومات من عنصر معقد وكبير، وتساعد هذه الشرائح الصغيرة في عملية فهم أفضل وتقوم بخلق قاعدة من المعرفة، وذلك بغية جعل الموظفين قادرين على إنشاء مختلف التقارير المتنوعة، وذلك حسب الحاجات التي يرونها، بالإضافة للتقارير الجاهزة المبنية داخل النظام نفسه.

ثالثاً: تحديد الاتجاهات والتغيرات وعدم الصحة:

ويتم ذلك باستخدام التحليل التنبؤي ومختلف الأساليب والخوارزميات التي يمكن العثور من خلالها على الفرص والتهديدات المتاحة في مجال الأعمال، كما تساعد هذه التحليلات على الوصول إلى أهداف المؤسسة مع تحقيق الرؤية الإستراتيجية لمنظمة الأعمال.

¹ Purohit Richa, Singh Yogendra, Business Intelligence: A View on Requirements, Process and Tools, International Journal of Application or Innovation in Engineering & Management, Vol. 2, Issue 5, 2013, p 25.

رابعاً: الحصول على المعرفة والمحاكاة الجديدة:

وتتم هذه المرحلة بعد تحليل وتحديد الاتجاهات والتغيرات، فينتج فرص وحلول جديدة لمختلف المشاكل الموجودة والقيام بالإجراءات المناسبة تبعاً لنتائج التحاليل.

المطلب الخامس: عوامل نجاح ذكاء الأعمال

إن دراسة مختلف العوامل الإدارية والتكنولوجية والعمليات تساعدنا على استنتاج الأنشطة الأساسية التي لا يمكن الاستغناء عنها من أجل نجاح تنفيذ مشروع ذكاء الأعمال، وهذه العوامل تضمن للمنظمة الأداء التنافسي الناجح ويمكنها من تحقيق النجاح في تنفيذ نظام ذكاء الأعمال.¹

ومن اللازم أن يكون للمنظمة قدرة من أجل التعامل مع مختلف هذه العوامل لضمان نجاح تطبيق نظام ذكاء الأعمال. ومنه سوف نقوم بشرح عوامل نجاح ذكاء الأعمال على المستويين الإداري والتكنولوجي:

أولاً: المستوى الإداري

إن التزام الإدارة بدعم ورعاية نظام ذكاء الأعمال يعتبر من أهم العوامل من أجل ضمان نجاح تطبيق نظام ذكاء الأعمال، لأن عملية الدعم المتواصل ورعاية الإدارة العليا تجعل من السهل توفير مختلف الموارد اللازمة من أجل التشغيل مثل الموارد البشرية، ورأس المال وتوافر وتنسيق الموارد الداخلية الأخرى ذات الصلة اللازمة لتطبيق ذكاء الأعمال. وثمة عنصر من دعم الإدارة العليا هو دور الراعي التنفيذي الذي يلتزم بتنفيذ واستثمار الوقت والجهد في توجيه مشاريع التنمية، حيث إن الدافع وراء مبادرة ذكاء الأعمال من قبل الإدارة العليا هي رؤية واضحة وأعمال راسخة، لذلك هناك حاجة لرؤية عمل إستراتيجية لتوجيه

¹ Farrokhi Vahid, Pokoradi Laszlo, Organizational and Technical Factors for Implementing Business Intelligence, Annals of the Oradea University, Issue 1, 2013, p 4.

تطبيق نظام ذكاء الأعمال. إذا لم يتم فهم رؤية الأعمال بدقة، فإنه يؤثر في نهاية المطاف على اعتماد نتائج نظام ذكاء الأعمال.¹

فالفهم الصحيح والرؤية الواضحة لحالة قطاع الأعمال جد ضرورية في عملية التنمية والاستفادة من مختلف الحلول التي يقدمها ذكاء الأعمال، وكما يجب ألا يشمل احتياجات العمل الحالية فقط فيما يتعلق بذكاء الأعمال، ولكن يجب أن تدعم أيضا متطلبات العمل المستقبلية.

ان الرؤية الواضحة تساعد على تحقيق المواءمة بين تطوير نظم ذكاء الأعمال مع العمليات التجارية الحالية والمستقبلية والأهداف. الإدارة السليمة عامل مهم جدا لنجاح مشاريع ذكاء الأعمال أو تنفيذ نظام ذكاء الأعمال، الإدارة السليمة لا تقتصر على رعاية من ذكاء الأعمال أو تنفيذ نظام ذكاء الأعمال، الإدارة السليمة لا تقتصر على رعاية من الإدارة العليا إنما دعم الإدارة عموما بوصفها عامل من عوامل النجاح الحاسمة في مجال ذكاء الأعمال. إن تدريب وتشجيع المستخدمين النهائيين للمشاركة في مراحل ما قبل التنفيذ من نظام ذكاء الأعمال يكون لها تأثير إيجابي على مشاريع ذكاء الأعمال ونتائجها.²

كما يمكن اعتبار العامل الإداري أهم العوامل الحرجة لتطبيق نظام ذكاء الأعمال؛ حيث يساعدنا على العثور على مناطق القوة والضعف في المنظمة فيما يتعلق بتطبيق نظام ذكاء الأعمال، يجب على المديرين أن ينظروا في مشروع ذكاء الأعمال كأولوية قصوى، والقيام بدور نشط في قيادة التغيير عن طريق إشراك في كل مرحلة من مراحل تنفيذ ذكاء الأعمال، مبادرات ذكاء الأعمال يجب أن تؤخذ على محمل الجد، وأن تكون معتمدة من قبل الإدارة العليا، فإنها تحتاج إلى أن تكون متكاملة مع الإستراتيجية العامة، وإلا فإنها لن تحصل على دعم القيادة المطلوبة لجعلها ناجحة. إن السبب الأكثر شيوعا لفشل مشاريع ذكاء

¹ Hawking, Paul, Factors Critical To The Success Of Business Intelligence, Victoria University, Australia, 2013, p 108.

² Olszak Celina, Ziemba Ewa, Critical Success Factors for Implementing Business Intelligence Systems in Small and Medium Enterprises, Interdisciplinary Journal of Information, Vol. 7, 2012, p 135.

الأعمال هو أن مبادرة ذكاء الأعمال لا تتماشى مع رؤية الأعمال لذلك تفشل في تحقيق الأهداف الأساسية للمنظمة. ونتيجة لذلك، فإن نظام معلومات الأعمال لا تلبي احتياجات العمل.¹

ثانياً: المستوى التكنولوجي

بعد جمع البيانات تعمل الأمور التكنولوجية على تحليلها، كما تساعد برامج ذكاء الأعمال وتقنيات اتخاذ القرار في تمكين العاملين في مجال المعرفة لاتخاذ القرارات بطريقة أفضل وأسرع. إن الهدف الرئيسي للذكاء الأعمال وتحليل البيانات هو خلق نظرة عامة على أداء الأعمال، حيث يتم تخزين البيانات في عدة قواعد بيانات مختلفة وتسمى مستودعات البيانات، يمكن رؤية مستودعات البيانات باعتبارها العمود الفقري التحليل البيانات الكبيرة لذكاء الأعمال. إذ يوجد عدد من عوامل النجاح الحاسمة في تطبيق المشاريع وتطوير مستودع البيانات وتشمل الإدارة السليمة للذكاء الأعمال، فهم شامل لذكاء الأعمال، مشاركة المستخدمين، دعم الإدارة العليا والاستجابة الكافية حول القضايا التي يمكن أن تنشأ أثناء عملية التنفيذ. أحد معايير التصميم الرئيسية لأنظمة القضايا التي يمكن أن تنشأ أثناء عملية التنفيذ. أحد معايير التصميم الرئيسية لأنظمة ذكاء الأعمال هو المعالجة التحليلية السريعة، إذ تحتاج لبنية تحتية قابلة للتطوير من أجل تلبية احتياجات الأعمال الحساسة للوقت، وهذا يتيح اتخاذ القرارات في الوقت المناسب، والذي يوفر مزايا تنافسية كبيرة وبالتالي فهي لذكاء الأعمال حاسمة لنجاحه.²

إن من أهم العوامل الرئيسية لنظام ذكاء الأعمال هو الإطار الفني التكنولوجي، ويجب أن يكون قادرة على استيعاب متطلبات التكيف والمرونة بما يتماشى مع احتياجات العمل الديناميكية، وأن تكون مرنة

¹ Amin Babazadeh Sangar, Noorminshah Binti A.Iahad, Critical Factors That Affect the Success of Business Intelligence Systems (BIS) Implementation in an Organization, International Journal of Scientific & Technology research, Vol. 2, issue 2, 2013, p 178.

² Evers Jorne, Critical Success Factors Of Business Intelligence and Big Data Analysis, Master Thesis, Tilburg University, Netherlands, 2014, p 17.

وقابلة للتطوير، وأن يكون تصميم البنية التحتية يسمح للتوسع بسهولة مع تطور احتياجات المعلومات وهي تكون جزءاً لا يتجزأ من تصميم النظام، هناك نوعان من المخططات في المستوى التكنولوجي التي يكون لها تأثير كبير على نجاح ذكاء الأعمال، أولاً؛ هي بيئة تقنية معلومات الأعمال التي يجب أن تكون مرنة وقابلة للتطوير بما يتماشى مع احتياجات الأعمال الحيوية، أن يكون لديها القدرة على استخراج، تحويل وتحميل مصادر البيانات الداخلية وأن تكون قادرة على استيعاب البيانات الخارجية من الموردين ومقدمي تحليل السوق. ثانياً؛ يجب أن تكون البيانات المخزنة ذات جودة عالية. قضايا جودة البيانات في مصادر البيانات لها تأثير مباشر على جودة التقارير التنفيذية، والتي تؤثر على جودة اتخاذ القرارات الإدارية بدورها¹.

يعد العامل التكنولوجي العنصر المهم في عملية تنفيذ مشروع ذكاء الأعمال ومن المستحيل تنفيذ مشروع ذكاء الأعمال دون العامل التكنولوجي مما يؤدي إلى فشل المشروع، ومن المهام الرئيسة التي تواجهها أنظمة ذكاء الأعمال تشمل التنقيب الذكي، التكامل، التجميع، وتحليل متعدد الأبعاد للبيانات القادمة من مصادر المعلومات المختلفة. النظام وجودة المعلومات هي العوامل الأكثر أهمية في العوامل التكنولوجية؛ لأن كل نظام ذكاء الأعمال يحتاج إلى دمج البيانات والمعلومات الصحيحة من نظم لأن كل نظام ذكاء الأعمال يحتاج إلى دمج البيانات والمعلومات الصحيحة من نظم مصادر مختلفة، وبالتالي، وجود نهج النظام لمديري مشاريع ذكاء الأعمال هو ضرورة ويجب خلق توازن في النظر بين العوامل الأخرى².

أن الفريق الذي يحتوي على المهارات العالية ويتسم بالمتوازن هو العامل الحاسم لنجاح ذكاء الأعمال والدورات التدريبية للمستخدمين تزيد من مختلف المهارات في صفوف الفريق الذي يشارك في

¹ Järvinen, Tiia, Business Intelligence (BI) strategy development: a grounded action research, Aalto University, Finland, 2014, p 122.

²Farrokhi, op ct, p 8.

عمليات بناء البيانات المنطقية، من أجل تمكين أعضاء الفريق من التنقل والتعديل على نماذج البيانات وهيكله نموذج من البيانات لتوثيق تصوره وأهداف العمل والعمليات¹.

ان البنية التحتية الذكاء الأعمال تتضمن جميع المهام الموضوعية لمسار الطبقة الفنية لبيئة ذكاء الأعمال كلها، وهذا يشمل تطبيق البرمجيات والأجهزة، والعمل المشترك بين النظم القديمة وبيئة ذكاء الأعمال الجديدة على الشبكة وكذلك على مستوى قاعدة البيانات وإدارة النظم الفرعية. جودة البيانات وكفاءتها تعتبر أمراً في غاية الأهمية حيث إن نوعية البيانات ومصادرها مهمة في تطبيق نظام ذكاء الأعمال، حيث إن الغرض الأساسي منها بعد معالجتها اتخاذ القرارات السليمة. وبالتالي مصادر البيانات وجودتها تؤثر على نوعية التقارير الإدارية والتي بدورها تؤثر على قرار النتائج².

المبحث الثاني: نظم ذكاء الأعمال

تعتبر نظم ذكاء الأعمال من المواضيع التي تحتاجها المؤسسات التجارية والخدمية على حد سواء فهي العصب والشريان الذي يغذي المؤسسة بالأفكار والحلول ويعطي المؤسسة ديمومة الحياة المستقبلية وتحقيق الوفورات الاقتصادية، كما وأن نظم ذكاء الأعمال ترتبط ارتباطاً وثيقاً بتكنولوجيا المعلومات في جمع البيانات من مصادرها المختلفة (الداخلية، والخارجية وتحليلها ومعالجتها وتحويلها وتخزينها على شكل معلومات تساعد متخذي القرار في المؤسسة، ويمكن إدارة ذكاء الأعمال في دائرة الجمارك واستنتاج معلومات دقيقة وتقديمها بأشكال متعددة ومختلفة كالتقارير، والمخططات البيانية، والرسوم، وغيرها من الأشكال، وباستخدام طرق ذكية وسهلة في العرض، مما يساعد في تحديد المشكلات الجمركية بالسرعة والدقة المطلوبة، وتطوير الحلول واختيار بديل لحل مشكلة من بين بدائل الحلول، وتزويد كافة العاملين في مختلف

¹ Yeoh, op ct, p 25.

² Yeho William, Koronios Andy, Critical Success Factors for Business Intelligence System, Journal of Computer Information Systems, Vol. 50, Issue 3, 2010, p 24.

المستويات الإدارية في دائرة الجمارك بقيمة معرفية ذكية تساعدهم على اتخاذ القرارات الذكية بالكفاءة والسرعة الممكنة.

المطلب الأول: تحديات نظم ذكاء الأعمال

هناك العديد من المعوقات التحديات التي تقف في سبيل تفعيل دور ذكاء الأعمال في تمكين ودعم المنظمة لمحاولة التغلب عليها يجب إدراك أن الطريق للتقدم والتنمية للمنظمات تكون بالاستفادة من تطبيقات ذكاء الأعمال وهي طريق طويلة وصعبة، فهناك مجموعة من المعوقات والتحديات التي قد تعوق تفعيل دور ذكاء الأعمال في تمكين ودعم المنظمات منها ما يلي¹:

✓ التحدي الذي يتعلق بتوفير كوادرات تطبيقات ذكاء الأعمال أو من خلال تطوير مخرجات التعلم لخلق فرص عمل تتناسب مع البيئة الجديدة للأعمال وجلب الخبراء، وتشجيع الطلاب للدراسة في مجال ذكاء الأعمال... إلخ.

✓ التحدي الذي يتعلق بضرورة التكامل مع مختلف القطاعات في جانب التنبؤ واستشراف شكل الأنشطة والمهن في مستقبل ذكاء الأعمال.

✓ التحدي الذي يتعلق بضرورة تهيئة كوادرات بشرية مؤهلة قادرة على التعامل مع البيانات الضخمة، واختيار المديرين التنفيذيين.

✓ التحدي الذي يتعلق بضرورة إحراز تقدم واضح في الذكاء الاصطناعي التشاركي، حيث يصبح بإمكان المساعدين الافتراضيين والتطبيقات الأساسية التخاطب فيما بينها، وبالتالي تنظيم النتائج،

¹ السامرائي عمار عصام، تطبيقات ذكاء الأعمال أداة لتحقيق الإبداع والابتكار في منظمات الأعمال، المؤتمر العلمي السنوي الحادي عشر، ذكاء الأعمال واقتصاد المعرفة، جامعة الزيتونة الأردنية، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، عمان، الأردن، 2، 2012، ص 6.

كما ستحتاج التطبيقات أيضا لأن تصبح قادرة على تنظيم مهامها بشكل ذاتي، وكتابة برامجها الخاصة وتطويرها دون أي تدخل من الإنسان.

✓ التحدي الذي يتعلق بتطوير البنية التحتية التكنولوجية والتي في مقدمتها الاتصالات وتطبيقات ذكاء الأعمال، لأنها الحاضنة الأساسية لتطبيقات المستقبل، بما توفره من منصة للابتكار الأمثل للقطاع الاعمال.

✓ التحدي الذي يتعلق باستيعاب والتمكن من دورة حياة ذكاء الأعمال والتي تبدأ بتحديد المتطلبات، والوصول إلى أهداف ورؤية منظمة الأعمال، مع تحديد احتياجات العمل الحالية والمستقبلية، مع تحديد إجراءات العمل التي يجب تعديلها، أو حذفها.

✓ التحدي الذي يتعلق بضرورة توفير إجابات دقيقة على الأسئلة الهامة التالية: هل المعلومات المتوفرة حاليا من أنظمة المعلومات المختلفة صحيحة وكافية لفحص وتحليل ومراقبة العمل لحظيا وإحداث تأثير إيجابي فيه؟ ماهي المعلومات التي تحتاج إليها إضافة للمعلومات المتوفرة؟ وذلك من أجل تقييم بنية نظام المعلومات المستخدم حاليا، هل من قصور ما أم لا؟ وهل تمدنا بالتقارير المناسبة والمتنوعة أم لا؟

✓ التحدي الذي يتعلق بضرورة تسريع وتفعيل تطبيقات ذكاء الاعمال على كافة مستويات المنظمة.

المطلب الثاني: الفرق بين البيانات والمعرفة والمعلومات

في هذا المطلب سوف نقوم باكتشاف الفرق بين كل من البيانات والمعلومات والمعرفة، والعلاقة بينهم

أولاً: البيانات

البيانات هي عبارة عن مجموعة من الحقائق المجردة التي تعبر عن مواقف أو أفعال معينة، سواء أكان التعبير عنها على شكل حروف، أو جمل، أو عبارات أو أرقام غير منظمة، وقد لا يستفاد منها قبل

التحليل والشرح وقد تكون مترابطة أو غير مفهومة المعنى، وغير مجدية على صورتها الأصلية، فالبيانات تعتبر المواد الخام اللازمة لمصنع ما لإنتاج سلعة معينة، وتتضمن المعالجة عمليات وأساليب التفكير والعمل التي تؤدي إلى الحصول على معلومات معينة من هذه البيانات وتكتسب المعلومات صفة المنفعة من مدى إفادة المعلومات للإدارة.

إن البيانات تمثل المدخلات لأي نظام معلوماتي، وتعني المادة الخام، أو المصادر الأساسية للحقائق، وقد لا يستفاد منها قبل الربط بين أجزائها أو مقارنتها أو تقويمها، حيث تخضع البيانات العمليات معالجة مختلفة في التفسير والتحليل ويتم تحويلها إلى معلومات تنتج تدفق معرفي يرتبط بتطور نظم ذكاء الأعمال في المؤسسات¹.

الجدول (1-1): أنواع البيانات

البيانات	طريقة العرض
بيانات الحروف والارقام	أرقام، حروف، ورموز أخرى
بيانات الصور	المنحنيات البيانية، الدوائر النسبية، الصور
بيانات الصوت	نغمات، أصوات
بيانات الفيديو	رسوم متحركة، صور متحركة

Source: Ralph M. Stair, George W. Reynolds, Principles of Information Systems, A Managerial Approach, 9 Edition, Cengage Learning, USA, 2010, p 5.

¹ ياسين سعد غالب، الذكاء الجمعي للأعمال نموذج مقترح، المؤتمر العلمي السنوي الحادي عشر ذكاء الأعمال واقتصاد المعرفة، جامعة الزيتونة الأردنية، كمية الاقتصاد والعلوم الإدارية، 23-26 / نيسان، عمان – الأردن، 2012.

ثانياً: المعرفة

ويعرفها كل من (Stair, Rynolds, 2010) على أنها الوعي والفهم لمجموعة من المعلومات والطرق التي يمكن تقديمها كمعلومات مفيدة لدعم مهمة معينة أو التوصل إلى قرار¹. في حين عرفها (Kelly, Casey, 2011) بأنها تتكوّن من بيانات و/ أو المعلومات التي تم تنظيمها ومعالجتها لنقل الفهم والخبرة والتعلم المتراكم، والخبرة بقدر ما تنطبق على مشكلة الأعمال².

فالمعرفة عبارة عن خليط من المعلومات، والأفكار والمفاهيم والإجراءات والقواعد والخبرات والقدرات وتراكم الخبرات، كما تعتبر المعرفة على أنها المورد الأساسي في المنظمات والركيزة الأساسية لأنشطة المنظمة في عملية اتخاذ القرارات الذكية، وهي مزيج من المعلومات والخبرات والتكنولوجيا والمهارات التي يتم تحويلها إلى إبداع وابتكار وكذلك القدرة على تخزين المعلومات والقيام بتحويلها إلى معرفة، وتختلف المعلومات والبيانات عن المعرفة، على أن المعرفة هي التي تم تنظيمها ومعالجتها لكي تصبح قادرة على توصيل الفهم، والخبرة والتجربة، والتعلم المتراكم عند عملية التطبيق، كما يتم تحويلها إلى مخرجات نظم ذكاء الأعمال وتصبح قابلة للتطبيق، أما بعض الباحثين في هذا المجال يرون بأن المعرفة عملية تكاملية تراكمية والتي تتكون على امتداد مدة زمنية طويلة نوعاً ما حتى تصبح متاحة للتطبيق والاستخدام من أجل معالجة مشكلات وظروف معينة، ومن ثم فإن المعرفة يجري استخدامها لتفسير المعلومات المتوفرة عن حالة معينة، واتخاذ قرار حول كيفية معالجة المعلومات لتحويلها إلى إدارة معرفية ترتبط بتطبيقات نظم ذكاء الأعمال³.

¹ Ralph M. Stair, George W. Reynolds, Principles of Information Systems, A Managerial Approach, 9 Edition, Cengage Learning, USA, 2010, p :13.

² R. Kelly Rainer Jr., Casey G. Cegielski, Introduction to Information Systems 3 ed, John Wiley & Sons, USA, 2011, p :10.

³ عروق عفيفة، متطلبات اعتماد نظام ذكاء الأعمال في البنوك الجزائرية، دراسة حالة بنوك ولاية قسنطينة، مجلة الواحات للبحوث والدراسات، المجلد 10، العدد 1، 2017، ص 836.

ثالثاً: المعلومات

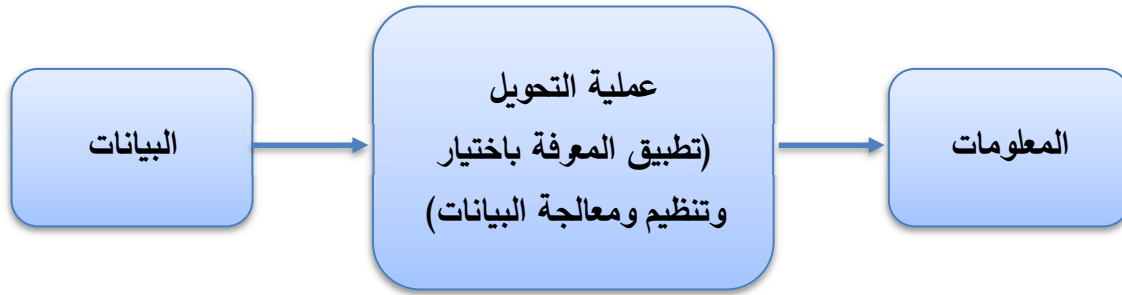
تعتبر المعلومة من أهم الموارد بالنسبة للمنظمات، والتي تساهم بشكل كبير في توجيه المورد المادي من أجل خلق القيمة للمنظمة وقد عرفها (Kenneth, 2012) "هي البيا ت التي تم إعدادها لتصبح في شكل أكثر نفعاً للفرد مستقبلاً، والتي لها قيمة مدركة في الاستخدام الحالي، أو المتوقع أو في القرارات التي تم اتخاذها¹. كما عرفها ديمسكي بأنها البيا ت التي يمكن أن تغير من تقديرات متخذ القرار².

المعلومات هي عبارة عن البيانات التي يتم معالجتها وتطويرها وتحويلها لمعلومات في شكل رسوم أو تقارير والتي يتم استخدامها لاتخاذ القرارات، وهي عبارة عن بيانات تمنح صفة المصادقية ويتم تقديمها لأغراض محددة، وتتحوّل الى نتائج معرفة نتيجة تطبيقات الذكاء، وتختلف البيانات عن المعلومات في أن المعلومات تعطي الفرصة لأصحاب القرار اتخاذ القرار المناسب في الوقت المناسب بما يتوفر لديهم من تحليل عامل البيانات ونتائج المعرفة المتدفقة من تحليل المعلومات ومن خلال تطبيقات نظم ذكاء الأعمال، وتتصف المعلومات بعدد من الخصائص الجيدة لكي تكون مفيدة ومؤثرة في القرار في الدقة، والبساطة، والاقتصاد، والحدّثة، والمنطقية، وتقديمها في الوقت المناسب، ويمكن التحقق منها والاعتماد عليها، إن المعلومات لها فائدة في ترشيد وظائف الإدارة، بحيث أصبحت حقائق أو أرقام ذات معنى، وتصبح المعلومات ذات قيمة معرة يمكن الاستفادة منها في العملية الإنتاجية أو تقديم الخدمات، وتعد المعلومات المركز الأساسي لعملية اتخاذ القرارات في المؤسسات³.

¹ Kenneth C. Laudon, Jane P. Laudon, Management Information Systems Managing The Digital Firm, Prentice Hall, USA, 2012. P:19.

² صلاح الدين عبد المنعم مبارك، اقتصاديات نظم المعلومات المحاسبية، دار الجامعة الجديدة للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2002، ص 23.
³ فرحات سميرة، استخدام أنظمة ذكاء الأعمال في تنمية رأس المال البشري دراسة استطلاعية لعينة من الموظفين في وزارة الصحة، مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 9، العدد 28، 2016، ص 36.

الشكل (1-2): العلاقة بين البيانات والمعلومات والمعرفة



Source: Ralph M. Stair, George W. Reynolds, Principles of Information Systems, A Managerial Approach, 9 Edition, Cengage Learning, USA, 2010, p 6.

ومنه فالمعلومات على عكس البيانات فهي تحمل معنى أو دلالة، وهي المخرجات الناتجة عن عملية تشغيل البيانات، وتتكون البيانات من الحقائق الأولية، مثل أسماء الموظفين، أو إجمالي ساعات العمل في الأسبوع، أو أرقام أجزاء المخزون وعددها، أو أوامر المبيعات، ويمكن أن تمثل عدة أنواع من البيانات هذه الحقائق. عندما يتم ترتيب الحقائق بطريقة هادفة، فإنها تصبح معلومات. والمعلومات هي مجموعة من الحقائق المنظمة بحيث يكون لها قيمة إضافية تتجاوز قيمة الحقائق الفردية على سبيل المثال، قد يجد مديرو المبيعات أن معرفة إجمالي المبيعات الشهرية يناسب غرضهم أكثر (أي أكثر قيمة) من معرفة عدد المبيعات لكل مندوب مبيعات. ويمكن أن يساعد توفير معلومات العملاء للمنظمات أيضًا على زيادة الإيرادات والأرباح. وفقًا لفريدريك سميث، رئيس مجلس إدارة شركة FedEx ورئيسها، فإن "المعلومات حول الحزمة لا تقل أهمية عن الحزمة نفسها ... فنحن نهتم كثيرًا بما داخل الصندوق، ولكن القدرة على تتبع الشحنات، وبالتالي إدارة المخزون أثناء الحركة، وهذا ما أحدث ثورة في الخدمات اللوجستية، FedEx هي شركة رائدة عالميًا في مجال شحن المنتجات والطرود حول العالم. بشكل متزايد، يتم وضع المعلومات التي تم إنشاؤها بواسطة FedEx وغيرها من المنظمات على الإنترنت، بالإضافة إلى ذلك، تقوم العديد من الجامعات الآن بوضع معلومات الدورة التدريبية والمحتوى على الإنترنت، باستخدام برنامج Open

Course Ware، يضع معهد ماساتشوستس للتكنولوجيا (MIT) ملاحظات ومحتويات الفصل على الإنترنت لأكثر من 1500 من دوراته¹.

إذا يتضح أن نظام المعلومات الصحي يعالج البيانات الصحية للحصول على المعلومات الصحية ويمكن تعريفهما كالتالي²:

البيانات الصحية: هي مواد المعرفة حول المرضى كل على حدة أو لمجموعات المرضى، والبيانات الخاصة بالمريض موجودة في ورق أو على شكل الكتروني أثناء زيارته المركز الصحي، أو العيادات الخارجية، أو مراكز صحة المجتمع، أو دخول المريض المستشفى.

المعلومات الصحية: وهي المعلومات التي تهم المريض وكذلك العاملين في المجال الصحي وتشمل أيضا المعلومات الخاصة بالمحافظة على المعافاة والوقاية من الأمراض ومعالجتها واتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية والقرارات المتعلقة بالمنتجات الصحية والخدمات الصحية.

المطلب الثالث: نظم ذكاء الأعمال والذكاء التنافسي والذكاء الاقتصادي والذكاء الاستراتيجي

إن تطبيق ذكاء الأعمال والذكاء التنافسي والاقتصادي والاستراتيجي في المؤسسات ينتج مخرجات عالية الجودة ويحسن من أداء المؤسسة ويجعلها في الصفوف الأولى في ظل التنافسية الشديدة وكذلك الحفاظ على مكانتها في السوق، وبالتالي فالمؤسسة عندما تطبق كل من أشكال الذكاء، نظم ذكاء الأعمال وكذلك الذكاء التنافسي، والاقتصادي والاستراتيجي يساعد في تحقيق قيمة اقتصادية إضافية وهذه القيمة الاقتصادية المضافة للمؤسسة كما وأن أنظمة الذكاء تحقق أهداف المؤسسة المستقبلية التي تضمن بها

¹ Ralph M. Stair, George W. Reynolds, Principles of Information Systems, A Managerial Approach, 9 Edition, Cengage Learning, USA, 2010, p 5.

² بخاشة موسى، معاذ ذويب، محمد فراس، دور نظام المعلومات الصحي في الرفع من كفاءة التسيير، دراسة حالة المستشفى الجامعي بسطيف، الملتقى الوطني: الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التسيير ورهانات التمويل " المستشفيات نموذجاً، جامعة 8 ماي 1945، 2018، ص 12.

زيادة حصتها السوقية وأرباحها، مكانة عالية في السوق المحلي والدولي¹، وفيما يلي استعراض لهذه الكفاءات كما تناولتها بعض الدراسات:

أولاً: نظم ذكاء الأعمال

هو مجموعة من البرامج والتقنيات تتمثل بجمع البيانات من مصادرها الداخلية والخارجية وتطبيق معالجة البيانات، وتحليلها، وتخزينها وتقديم المعلومات على شكل تقارير ورسومات وأشكال المساعدة المستخدمين في المؤسسات لاتخاذ القرارات الإدارية الأفضل، كما وأن نظم ذكاء الأعمال هو البرامج والتطبيقات التي تضعها المؤسسة على شكل نظم ذكاء الأعمال من أجل تقديم معلومات للمدراء الإداريين والاقتصاديين والماليين تساعد في عملية صنع قراراتهم².

ثانياً: الذكاء الاستراتيجي

هو عملية منهجية لإنتاج معلومات الذكاء اللازمة لبناء التخطيط الاستراتيجي وتسهيل اتخاذ القرارات الإستراتيجية على المدى الطويل والذي يتمثل الخطط السنوية الأكثر من سنة مالية³. وهو عملية أو أداة لجمع المعلومات التي تعد صناع القرارات الإستراتيجية بالمعرفة التي تدعمهم في صناعة تلك القرارات وتمكنهم من الإصغاء للبيئة التي تعمل بها المؤسسة، ثم تحليل تلك المعلومات لتعديل القرارات الإستراتيجية والتنبؤ بالتخطيط المستقبلي والتكيف مع التغيرات البيئية⁴.

¹ نفس المرجع، 37.

² كمال، بايزيد، ذكاء الأعمال ودوره في صناعة القرار، المجلة الجزائرية للاقتصاد والمالية، المجلد 3، العدد 5، افريل، 2016، ص ص 33-48.

³ Schlick Sandra, Dynamic Approach to Competitive intelligence: Case studies of large- scale Swiss Telecom Firms, Doctor Thesis, Department of Strategic Management and Marketing, De Montfort University, United kingdom, 2016, p 76.

⁴ بن الطيب إبراهيم، دور نظم المعلومات في تعزيز ذكاء الأعمال لدى المؤسسات الاقتصادية الحديثة، مجلة الريادة لاقتصاديات الأعمال، المجلد 2، العدد 2، 2016.

ثالثا: الذكاء الاقتصادي

هو مجموعة الأعمال المرتبطة بجمع البيانات، ومعالجتها وتقديم المعلومات للمحليين الاقتصاديين وصناع القرار الاقتصادي لصياغة إستراتيجيتهم، وأن الذكاء الاقتصادي هو نتاج المعرفة، وإن نتائج المعرفة تخدم الأهداف الاقتصادية والإستراتيجية للمؤسسة، كما ويعد من أبرز آليات الذكاء الاقتصادي تقديم معلومات تدعم صناعة القرارات الاقتصادية والإستراتيجية للمؤسسة والدولة، يقوم الذكاء الاقتصادي على ثلاثة أهداف أساسية:¹

- ✓ تعزيز التنافسية الصناعية والإنتاجية والخدمية.
- ✓ المنافسة على مستوى الإدارات العليا لحماية اقتصاد المؤسسة.
- ✓ نتاج المعلومات الإستراتيجية ذات قيمة وجودة لاتخاذ القرارات الاقتصادية للمؤسسة أو الدولة.

رابعا: الذكاء التنافسي

يتم الحصول على البيانات من مصادرها المختلفة وتحويلها إلى معلومات ثم تحول هذه البيانات إلى ذكاء والذي يغير وضع المؤسسة إلى تنافسية مستقبلية مع المؤسسات الأخرى، سيما وأن الذكاء التنافسي هو الذي ينتج بناء أسواق حرة وأسواق مشتركة ومنتجات جديدة وخدمات جديدة أو الحد من تقدم المنافسين الحاليين أو تقليل ظهور منافسين جدد، كما ويعتبر من أحد وظائف الذكاء التنافسي أنه يقوم بتحليل البيئة الخارجية الأجل تدعيم صناعة القرارات، وبالتالي وصول المؤسسة إلى أهدافها، فالذكاء التنافسي يضيف للمؤسسات القدرة على تجهيز، ومعرفة البيئة المتغيرة المحيطة بالمؤسسة، وتوافر فريق من المحليين لمعرفة الفرص والتهديدات التي تواجه المؤسسة وإدارة أداء نظم ذكاء الأعمال وهو الشخص المسئول عن مختلف

¹ Comai Alessandro, (I), Competitive Intelligence Expenses: Organizational Characteristics and Environmental Contingencies, Doctoral Thesis, Esade Business School, Barcelona, Spain, 2015, p 78.

مجالات المعرفة ولدية القدرة على إجابات أسئلة الذين يتعاملون مع الذكاء التنافسي سواء من الإدارة أو من الإدارات الوسطى والتشغيلية، وأخيرا الأشخاص صناع القرارات الذين يستفيدون من عملية الذكاء التنافسي وهم أنفسهم الأشخاص من يصنع الفرق بين النجاح أو الفشل للمؤسسة من خلال قراراتهم.¹

المطلب الرابع: متطلبات أنظمة ذكاء الأعمال

في هذا المبحث سوف نستعرض أهم متطلبات أنظمة ذكاء الأعمال، التي تطرق لها الباحثين في هذا المجال وهي كما يلي:

أولاً: أداء العمليات

وهي العملية التجارية وفعالية العمليات التي تتعلق بالفوائد التي تنشأ نتيجة لاستخدام ذكاء الأعمال لدعم مختلف أنشطة سلسلة القيمة، كما يتضمن أداء عملية تعزيز الكفاءة التشغيلية في مختلف العمليات التجارية التي يتم تمكينها بواسطة أنظمة ذكاء الأعمال مثل تخفيض التكاليف وزيادة الإنتاجية²، وفي الدراسة الحالية تعني مدى قدرة المنظمات الصحية على القيام بالوظائف المطلوبة منها بفعالية وكفاءة تشغيلية في مختلف العمليات التي يمكنها ذكاء الأعمال مثل تخفيض التكاليف وتعزيز الإنتاجية والكفاءة والجودة المطلوبة والمرونة الجيدة وبالوقت المناسب من أجل كسب الميزة التنافسية والسعي لجعلها مستدامة، وزيادة عدد الخدمات في المؤسسة الصحية أو خفض التكاليف التشغيلية، من خلال استخدام أنظمة ذكاء الأعمال حيث تزيد إنتاجية الممرضين والأطباء والإداريين وتحسن كفاءة العمليات الداخلية في المؤسسة الصحية.

¹ ياسين، سعد غالب، 2012، مرجع سابق.

² Mohamed Z. Elbashir, Philip A. Collier and Michael J. Davern, Measuring the effects of business intelligence systems: The relationship between business process and organizational performance. International Journal of Accounting Information Systems, Vol 9, N 3, 2008, p 138.

ثانياً: دعم الإدارة

نقصد بدعم الإدارة عملية المساندة التي تقدمها الإدارة العليا لجميع مستويات المنظمة، وتمكين هذه المنظمة وكل أعضائها من التطور والنمو عند تغير الحاجات وظهور فرص جديدة في فترة زمنية معينة، ويعرف (Adamala, Cidrin, 2011) دعم الإدارة على أنها الرؤية والعمل والمهام المتعلقة بالإدارة¹، (Barbara Wixom 2010) فيرى دعم الإدارة بأنها معالجة القضايا التنظيمية التي تنشأ أثناء التنفيذ المشروع²، ومن جهة أخرى يجد (Gabriela, 2009) أن دعم الإدارة تعني توفير الدعم اللازم للفريق، إلزام جميع أعضاء الفريق العاملين بالمشاركة في تنفيذ جميع مراحل المشروع وتذليل العقبات والمعوقات التي تضمن نجاح المشروع³، حيث تقوم الإدارة بوضع أهداف واضحة من أجل عملية تطبيق أنظمة ذكاء الأعمال، والتي تعمل على توفير الموارد البشرية والمستلزمات الأساسية وتخصيص كل ما يجب من أجل تجسيد هذه المشاريع.

ثالثاً: جودة البيانات والمعلومات

يقصد بهذا العنصر عملية تقييم نوعية مصادر البيانات، وتتم هذه العملية عن طريق أخذ عينات من البيانات، وتحديد إذا ما كانت مصادر البيانات تحتوي على بيانات غير صالحة، أو تفقد لحقل معين، وتمييز مناطق الخلل المحتمل، وإن تكون دقيقة وشاملة ومنظمة، وفي الوقت المناسب لأنها تؤثر على جودة القرارات المتخذة⁴. كما أنه في عملية استخراج القرار تعبر جودة البيانات والمعلومات في المنظمات

¹ Adamala Szymon, Cidrin Linus, Key success factors in business intelligence, Journal of Intelligence Studies in Business, Vol 1, N 1, 2011, p 21.

² Barbara Wixom, Hugh Watson, The BI-based organization, International Journal of Business Intelligence Research (IJBIR), Vol 1, N 1, 2010, p 16.

³ Gabriela Fabiola Stiufiuc, Effect of partial substitution of Ca by 4f elements on dissipative processes in Bi: 2223 superconductors, Journal of Physics: Conference Series, 2009, p 456.

⁴ الفصيمي مصطفى، أغا يونس، توظيف ذكاء الأعمال في تطوير بطاقة الأداء المتوازنة، المؤتمر العلمي ذكاء الأعمال واقتصاد المعرفة، جامعة الزيتونة الأردنية، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، عمان الأردن، 2013. ص 31.

من خلال معالجة البيانات في التوقيت المناسب لكي تصبح بعد معالجتها تشمل جميع عناصر جودة المعلومات مثل (الاكتمال، الموثوقية، الكلفة والمنفعة، القابلية للمقارنة، الحيادية، الأهمية النسبية، الوقت المناسب، سهولة الفهم والتنبؤ)، وتقوم المنظمة بعدها بالتدقيق من جودة البيانات والمعلومات بشكل دوري، بعد ذلك تقدم أنظمة ذكاء الأعمال هذه البيانات والمعلومات في تقارير دقيقة ومنطقية وواضحة ومنسقة.

رابعاً: جودة النظام

يقصد بجودة النظام عملية الحصول على المعلومات بأقل جهد ممكن وفي نفس الوقت الاستجابة السريعة للعمل المطلوب بالمرونة في التكيف مع احتياجات المستخدم وفي الوقت المناسب والتكامل بين المعلومات حتى تسهل على النظام الجمع ما بين المعلومات الواردة من المصادر المتنوعة¹، ومنه نستنتج أنه لتحقيق جودة أنظمة ذكاء الأعمال يجب أن يكون النظام المستخدم في المنظمة من مصادر موثوقة ويكون عند الطلب سريع الاستجابة، كما يستلزم أن يكون سهل الاستخدام من طرف أي موظف يكون في حاجة لأي معلومة، ومن الضروري أن يكون النظام قابل لتحقيق أهداف المنظمة.

خامساً: القيادة

من أجل نجاح أنظمة ذكاء الأعمال كان لا بد من أن يكون للقائد قدرة على التنبؤ بالتحديات، ويقوم بالتغيير التنظيمي المناسب، وذلك بوضع أهداف محدده من أجل تحسين الاداء في العمل، كما يعمل على وضع خطة من أجل مراقبة المهام ويشجع العمل الجماعي، ويزرع في المنظمة ثقافة البحث عن المعرفة من أجل تحقيق الريادة في العمل، وترى (Gabriela, 2009) بأن القيادة هي قيادة المشروع نحو النجاح بالأسلوب الذي يضمن تحقيق أهدافه². ومن جهة أخرى يرى الأغا وإحسان (2011) أن القيادة

¹ NR. Ryan Nelson, Peter A. Todd & Barbara H. Wixom, Antecedent of Information and System Quality: An Empirical Examination Within the Context of Data Warehousing, Journal of Management Information System, Vol 21, N 4, 2005, p 2025.

² Gabriela Fabiola Stiufiuc, Optic cit, p 17.

تعني شخصية المثير وقيمه وعواطفه وخبرته في العمل، ونوعية المشاريع التي عمل بها ومركزه المالي والاجتماعي والحالة النفسية، وطريقة التعامل مع الموظفين وتشجيعهم على العمل الجماعي واختيار أفضل بديل من العوامل التي تؤثر على فعالية القرار الذي يصدره.

المطلب الخامس: أهمية أنظمة الذكاء في المؤسسات الصحية.

إن انتشار ثقافة المعلومات كان الأساس الذي أدى إلى بناء وتصميم واستخدام نظم المعلومات، فالنظام هو "مجموعة من الأجزاء التي تتفاعل وتتكامل مع بعضها البعض، ومع بيئتها لتحقيق هدف أو أهداف معينة¹، وهذا التعريف ينطبق على نظام ذكاء الاعمال فنظام ذكاء الاعمال يعتبر نظام للمعلومات ومنه نظرا لأننا لم نجد دراسات سابقة قامت بدراسة نظم ذكاء الاعمال في القطاع الصحي، سوف نقوم بإسقاط أهمية نظم المعلومات على نظم ذكاء الاعمال كما يلي:

فقد تم تحديدها من طرف اللجنة الإقليمية للشرق المتوسط التابعة لمنظمة الصحة العالمية في ثلاث

فئات²:

الفوائد الكمية: وهي الفوائد المالية التي يمكن بوضوح قياسها، والتي يمكن أن تعزى إلى استخدام تكنولوجيا معينة، تحقق تبادل المعلومات كاستخدام السجل الصحي الالكتروني الموحد على مستوى الوطن، نشر معلومات الرصد الوبائي لمرض محدد في الوقت المحدد دون تأخير مما يوفر الوقت وتكلفة العمل.

الفوائد الكيفية: ويعنى بها: كفاءة أداء النظم، صحة المعلومات، وسرعة النقل، وسعة نطاق التوصل إليها، وهي فوائد تعزى بشكل مباشر أو غير مباشر إلى نظم وتكنولوجيا المعلومات ولكن يصعب تقديرها كمياً، ولا تقاس هذه الفوائد إلا من حيث أثر النظم والتكنولوجيا على أداء النظم وكفاءتها، فالمعلومات الصحيحة،

¹ سلطان إبراهيم، نظم المعلومات الإدارية، مدخل إداري، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2000، ص 17.
² عادل طالب سالم، حفصة عطا الله حسين، نظام المعلومات وعلاقتها في تقويم الاداء الاستراتيجي، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد 37، 2013، ص 202.

والنقل السريع للمعلومات، واتساع نطاق التوصل إلى المعلومات والربط بين عناصر المعلومات، فوائد لا يسهل تقديرها كمياً.

الفوائد الاستراتيجية: فضلاً عن أن جميع المعلومات وتحليلها يعود بفائدة فورية على المنظمة فإن هذه المعلومات فهي فوائد على المدى الطويل التي تشكل أساس للبحوث الصحية والطبية والتخطيط الاستراتيجي، حيث تجمع السجلات الصحية الالكترونية بين خدمة الاحتياجات الحالية للرعاية الصحية وبين خدمة الاحتياجات طويلة الأجل.

كما أضاف الباحثان بعض فوائد نظم المعلومات الصحية التي تكسب أنظمة ذكاء الاعمال أهمية

كبيرة:

- ✓ تحسين الكفاءة التنظيمية، بزيادة إنتاجية الكادر الطبي والإداري؛
- ✓ تحسين خبرة المريض وبقية أفراد المجتمع وتحديث الخبرات والقدرات المهنية في دقة التشخيص؛
- ✓ تحسين جودة الرعاية الصحية لتكون صحيحة من أول مرة، بكلف منخفضة، وبسرعة وبالوقت المطلوب؛

- ✓ نشر المعلومات لقاعدة عريضة من المهتمين والباحثين وبسرعة وأكثر فعالية؛
- ✓ اتخاذ القرارات الطبية الأكثر دقة وصحيحة.

يرى بخاخشة وآخرون أن أهمية نظام المعلومات الصحي في المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية

تتمثل فيما يلي¹:

- ✓ تسهيل عملية التحليل لمجموعة كبيرة من البيانات والمعلومات اللازمة لاتخاذ القرار.
- ✓ زيادة سرعة الأداء واتخاذ القرار دون الرجوع لكميات كبيرة من الورق والملفات.
- ✓ إنتاج عدد كبير من المخرجات مما يسهل عملية التغذية العكسية والحد من تكرار العمل والمعلومات.

¹ بخاخشة موسى وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 12، 13.

✓ دعم جودة البيانات من خلال وضع قيود على ادخال البيانات عن طريق إجبار مستخدمي النظام بإدخالها بالشكل والأسلوب المطلوبين.

✓ مراقبة سير العمل في المنظمة الصحية، والتخطيط والتطوير للبرامج الصحية.

✓ التكاملية من خلال ربط الأنظمة الصحية الفرعية معا.

✓ نشر المعلومات الصحية والتعليم الصحي من خلال برامج التدريب والتطوير.

المبحث الثالث: أبعاد ذكاء الأعمال

بعد مراجعة الأدبيات المتعلقة بمقاييس ذكاء الأعمال والتي تم تناولها من باحثين من وجهات ثقافية مختلفة وفي ظروف بيئية مختلفة، نجد أنه تعددت واختلفت أبعاد وأدوات ذكاء الأعمال حسب الكتاب والباحثون

فيجد Kelly Rainer، سنة 1995 أن الأدوات اللازمة لذكاء الأعمال هي¹:

✓ ألواح القياس،

✓ متاجر البيانات،

✓ التنقيب عن البيانات،

✓ بطاقات الدرجات الموزونة،

✓ المعالجة التحليلية الفورية،

✓ تقنية مستودعات البيانات.

¹ Kelly Rainer Jr, Hugh J Watson, The keys to executive information system success, Journal of management information systems, 1995, p 91.

وتشير ملكاوي بأن أبعاد نظم ذكاء الأعمال تتكون من أربع مكونات رئيسية هي¹:

- ✓ **مخزن البيانات:** هو عبارة عن مستودع ضخم من البيانات التاريخية المخزنة بطريقة منظمة
- ✓ **تحليلات الأعمال:** وتمثل الأدوات التي تعمل على تحويل البيانات إلى معلومات ومن ثم إلى معرفة.
- ✓ **إدارة أداء الأعمال:** حيث تعمل على السيطرة على أداء المنظمة، وقياسه مقارنة مع مؤشرات الأداء الرئيسية والمعتمدة.

✓ **واجهة الاستخدام:** وتعمل على تسهيل التخابط مع النظام واستخدامه مثل لوحات.

أما الباحثة فستعتمد في إنجاح دراستها على خمسة أبعاد لذكاء الأعمال وهي:

- 1- مصادر البيانات.
- 2- مستودع البيانات.
- 3- التنقيب عن البيانات.
- 4- المعالجة التحليلية الفورية.
- 5- تقنيات عرض المعلومات.

المطلب الأول: مصادر البيانات

إن مصادر البيانات تعد العنصر الأساسي في نجاح تطبيقات نظم ذكاء الأعمال، وذلك لما تحتله من دور كبير في تزويد أنظمة المعلومات وتقنيات تخزين البيانات التي تساعد بشكل كبير Online transaction processing (OLTP) في اتخاذ القرارات الإدارية. إذ تعد نظم المعالجة الفورية للمعاملات

¹ ملكاوي نازم محمود، نظم دعم القرارات ونظم ذكاء الأعمال وأثرهما في تحسين عملية اتخاذ القرارات في المستشفيات الأردنية، مجلة دراسات اقتصادية كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة عبد الحميد مهري، العدد 1، الجزائر، 2014، ص 150.

أهم التقنيات التي تعمل على تزويد تطبيقات نظم ذكاء الأعمال بالبيانات اللازمة بوصفها مصدرا من مصادر المعلومات، وبشكل مختلف عن النظم التقليدية في معالجة البيانات التي تتطلب عادة مصدرة أو عدة مصادر للبيانات تكون محددة وواضحة، وبصورة عامة لا يمكن حصر مصادر ذكاء الأعمال بإطار معين فاي مصدر يحقق هدف النظام يمكن اعتماده.¹

وعملية تحديد مدخلات ذكاء الأعمال تعتمد بصورة كبيرة على تحديد المخرجات المستهدفة، وبذلك يمكن مراعاة نوع البيانات التي يجب تحليلها، ومما ينبغي الاهتمام بديمومة مصادر البيانات واستقرارها في نظم ذكاء الأعمال.²

كما أن البيانات والمعلومات المطلوبة تتعدد تبعا للأهداف الإستراتيجية وكيفية تحقيقها، لذا على الإدارة أن تهتم بمصادر البيانات والمعلومات المختلفة، ولا تهمل إي مصدر للبيانات لعدم إدراك أهميته، أو عدم التفكير فيه وذلك تجنباً لحدوث مشاكل مستقبلية، ويتم الحصول على البيانات والمعلومات عادة من مصدرين رئيسيين هما³:

أولاً: مصادر داخلية

تقوم المنظمة بتوفير البيانات من مصادر من داخل المستشفى يمكن أن تتوافر فيها البيانات والمعلومات من الإدارات والأقسام والعاملين في مختلف الأنشطة داخل المستشفى، حيث تحتفظ بسجلات وتقارير البيانات المهمة والضرورية عن مجال العمل وتعتبر مرجعية هامة للإدارة في تقييم الأداء ووضع السياسات والخطط وتطويرها، وبمعالجة هذه البيانات تبعا للمواقف الإدارية المختلفة التي تتطلبها حاجة

¹ Rantanen Anssi, Creation of Competitive intelligence system, thesis, LUT School of Business and Management, Finland, 2017, p 87.

² كمال، بايزيد، مرجع سبق ذكره.

³ الناصر عامر عبد الرزاق، إدارة المعرفة في إطار نظم ذكاء الأعمال، الطبعة 1، دار البازوري العلمية لنشر والتوزيع، الأردن، 2015، ص 145.

المنظمة تصبح معلومات مفيدة في اتخاذ القرارات. وتعكس المعلومات الداخلية عموماً صورة للوضع داخل المستشفى من حيث الضعف والقوة، وتحديد موقفها.

ثانياً: مصادر خارجية

تقوم المنظمة بتوفير البيانات من المصادر التي يتم الحصول منها على البيانات والمعلومات من خارج نطاق المستشفى. وقد تمثل البيانات والمعلومات الخارجية من العملاء وردود أفعالهم والموردين والسوق وبيانات ومعلومات عن المنافسين. وتنقسم مصادر البيانات والمعلومات الخارجية إلى مصادر أولية والتي تمتاز بالمصادقية العالية كونها أقرب إلى الحقيقة، ومصادر ثانوية كالتقارير والنشرات الصادرة من وزارة الصحة والمستشفيات وشركات التأمين.

إن تطبيقات نكاء الأعمال تحتاج النطاق واسع جداً من مصادر البيانات ومن جهات داخلية وخارجية متعددة لتحقيق أهدافه، وإن اختيار مدخلات نكاء الأعمال يبدأ بتحديد المخرجات المستهدفة، وبذلك يمكن مراعاة نوع البيانات المراد جمعها وتحليلها، ويجب الاهتمام بعنصر مهم عند البدء بتحديد مصادر البيانات وهو ديمومة هذه البيانات واستقرارها، فالتغيير المستمر في البيانات يؤدي إلى فشل النظام وانهيائه في أي لحظة".

المطلب الثاني: مستودع البيانات

يعرف مستودع البيانات بأنه قاعدة بيانات متخصصة تستخدم لتخزين معلومات الأعمال المهمة حول المعاملات والمنتجات والعملاء والقنوات والنتائج المالية ومقاييس الأداء ومعلومات الأعمال الأخرى على مدار عدة سنوات حتى يمكن استخدام معلومات الأعمال بسهولة وبشكل منسق لتحسين نتائج الأعمال¹.

¹ Williams Steve, op ct, p 30.

إن مستودعات البيانات تحتوي على بيانات تاريخية تم اشتقاقها واستخراجها من البيانات الموجودة في قواعد البيانات العادية المستخدمة في التطبيقات والتي يجري عليها كثير من عمليات الإدخال والتحديث والتعديل، كما ويمكن أن تحتوي مستودعات البيانات على بيانات من مصادر أخرى كالملفات النصية والوثائق الأخرى، أو من عدة قواعد مختلفة من أنظمة وأماكن مختلفة. ويعرف مستودع البيانات على أنه قاعدة بيانات متكاملة لدعم القرار يتم استخلاص محتوياتها من قواعد البيانات التشغيلية (بيانات داخلية)، حيث يتم تحميل هذه الأخيرة على مستودع البيانات كل فترة زمنية محددة بعد إخضاعها لعمليات التنقية والتحويل مثل عمليات حذف المكرر وإكمال النواقص وتصحيح الأخطاء وحل التناقض والدمج والاختصار والتجزئة والتنميط، كما يمكن الحصول على بيانات المستودع من مصادر خارجية بواسطة نظم التحريات الوظيفية وبعض نظم البحوث الوظيفية، وقد لا يقتصر تكامل مستودع البيانات على بيانات كافة فروع المنظمة فحسب بل يتعدى ذلك إلى التكامل الخارجي مع مستودعات بيانات أعضاء سلسلة التوريد وبعد أن يتم تخزين البيانات ذات الجودة العالية في مستودع البيانات يمكن للمستخدم استخدام أدوات الاستعلام والتقارير التقليدية، بالإضافة لإمكانية استخدام أداة المعالجة التحليلية الفورية (OLAP) للحصول على تقارير ومخططات تفاعلية¹.

تعتبر تقنية تخزين البيانات من التقنيات الرئيسة لتطبيقات نظم ذكاء الأعمال والتي تقوم بدمج البيانات التي سبق الحصول عليها بواسطة تقنيات مصادر البيانات وتجهيزها للاستخدام من قبل الجهات المعنية، وتعد مستودعات البيانات نظام لدعم القرارات، إذ يتم نقل كل البيانات المتعلقة بأنشطة المنظمة من مصادرها المختلفة وتحديثها على نحو دوري خلال فترات زمنية مختلفة، إن الفكرة الأساسية التي تقوم عليها مستودعات البيانات تتمثل بدمج خلال فترات زمنية مختلفة، إن الفكرة الأساسية التي تقوم عليها مستودعات البيانات تتمثل بدمج البيانات من قواعد بيانات متعددة في قاعدة بيانات موحدة.

¹ الأشهب نوال عبد الكريم، اتخاذ القرارات الإدارية: أنواعها ومراحلها، دار أمجد لمنشر والتوزيع، ط1، الأردن، 2015، ص 166.

ومستودع البيانات مكون قاعدة البيانات والتي تضمن الخصائص التالية¹:

- ✓ تعتبر بمثابة منطقة تخزين بيانات محايدة.
- ✓ يتم استخدامها بغية استخراج البيانات والتطبيقات الأخرى.
- ✓ يقوم بتلبية مجموعة محددة من متطلبات العمل.
- ✓ يقوم باستخدام البيانات التي تلي مجموعة محددة مسبقاً من معايير الأعمال.

كما أن ذكاء الأعمال يعتمد على كميات هائلة من البيانات من مستودعات البيانات الحالية وأنظمة معالجة المعاملات، بالإضافة إلى المعلومات المنظمة وغير المنظمة من عدة مصادر لتوفير المعلومات والمعرفة التي تسهل عملية صنع القرار. يمكن أن تتعلق هذه البيانات والمعلومات بجوانب متنوعة مثل فهم تقضيات العملاء، والتعامل مع المنافسة، وتحديد فرص النمو، وتعزيز الكفاءة الداخلية ويتمكن المديرين من اتخاذ قرارات أفضل من خلال تزويدهم بالقدرة على صياغة الأسئلة الضرورية، والوصول التفاعلي إلى البيانات والمعلومات، والأدوات اللازمة لمعالجتها بشكل مناسب من أجل إيجاد الحلول المطلوبة.²

وتقوم تقنية تخزين البيانات بتوفير طريقة أفضل لتخزين كميات كبيرة من البيانات والدراسة عنها مقارنة بأنظمة قواعد البيانات التقليدية. يوفر مستودع البيانات مصدر بيانات كبير ومتكامل للعملية التحليلية عبر الإنترنت ويعزز كفاءة المعالجة التحليلية الفورية³.

ومنه نرى أن مستودع البيانات عبارة عن قاعدة بيانات ضخمة تجمع من خلالها جميع البيانات الخاصة بالمستشفى والتي تم جمعها من مختلف المصادر، وتشمل مختلف البيانات التي تحتاجها المنظمة والتي يقوم في أشكال مختلفة والتي يتم تنظيمها من خلال برمجيات تسهل عملية الوصول إلى جميع

¹ Mattison Rob, The Data Warehousing Handbook, XiT Press, Oakwood Hills, Illinois, USA, 2006, p 38.

² Sabherwal rajiv, Becerra-Fernandez Irma, Business Intelligence: Practices, Technologies, and Management, John Wiley & Sons, 2011, p 68.

³ Zhu Min, Information and Management Engineering, part5, springer, wuhan, china, 2011, p 44.

المعلومات المتعلقة بالمستشفى، والتي بدورها تستخدم في التطبيقات الأخرى، وتبحث في مختلف العلاقات بينها والقيام بعملية التنسيق بغية مساعدة أصحاب القرار في التمييز بين مختلف البدائل لاتخاذ القرارات المتعلقة بالمستشفى.

المطلب الثالث: التنقيب عن البيانات

مصطلح التنقيب عن البيانات يمثل مظلة لعدد من التقنيات والحزم الإحصائية التي تطورت على مدى سنوات، وتعرف بأنها تقنية لاستخلاص المعرفة المفيدة والضمنية من كمية كبيرة من البيانات"، ويمكن القول بأن العلاقة بين نظم ذكاء الأعمال وتقنيات التنقيب عن البيانات تتمثل بقدرة هذه التقنيات على القيام بتحليلات إحصائية ومنطقية لمجموعات كبيرة من البيانات والبحث عن الأنماط التي تستطيع دعم عملية اتخاذ القرارات من خلال إيجاد أسئلة ثم الإجابة عنها¹.

إن التطور السريع لحاجات المستشفيات وحاجتها لجمع البيانات من مختلف المصادر وعملية تخزينها يؤدي لزيادة حجم مستودعات البيانات التي يجري تجميعها على مراحل زمنية طويلة وباختلاف طبيعة هذه البيانات التي تخزنها، كل هذا يجعل الطرق الإحصائية التقليدية قاصرة عن تحقيق مختلف متطلبات تحليل المعطيات، الأمر الذي يستدعي تطوير طرق أخرى جديدة التي تستخدم تقنيات ذكاء الأعمال في تحليل العدد الكبير من البيانات، واستخلاص واكتشاف المعرفة ذات الفائدة. كما أن التنقيب عن البيانات في مرحلة دراسة البيانات وتحليلها لاستكشاف واستنتاج المعرفة من مكانها والقيام بعرضها من خلال طرق متكاملة ومفهومة من قبل المستخدمين، كما تقوم بعملية التنقيب عن البيانات من خلال اختزال البيانات الكبيرة أو ضغطها بحيث تعبر بشكل مبسط عن كامل البيانات².

¹ Sepahvand Reza, Nazarpoori Amir, veisi Mohammad, The Effect of Competitive Intelligence on Organizational Performance through Orientation (Case Study: Insurance Companies Sanandaj), International Business, Vol 10, N 7, 2016, p 281.

² سيد أحمد فايز، أدوات التنقيب عن البيانات مفتوحة المصدر دراسة تحليلية قيمة، مجلة جامعة طيبة: للآداب والعلوم الإنسانية، العدد 10، جامعة قناة السويس، مصر، 2016، ص 25.

كما تستخدم عملية التنقيب عن البيانات عدة تقنيات ويعتمد اختيارها على حجم هذه البيانات وطبيعتها، ويمكن استخدام واحدة أو أكثر من هذه التقنيات ويمكن ذكرها فيما يلي¹:

أولاً: التصنيف: يعتمد تحليل مجموعة من البيانات التكوين مجموعة جديدة بناء على الخصائص المشتركة التي يمكن أن تستخدم لتصنيف بيانات المستقبل، ويشمل أدوات عديدة كشجرة القرارات والجار الأقرب والانحدار.

ثانياً: الاقتران: يتضمن علاقات اقتران ثابتة بين مجموعة من الأشياء في قاعدة البيانات، أي الاقتران بين حدوث حدث ما وحدث حدث آخر.

ثالثاً: تحليل النتائج: يشبه الاقتران إلا أنه مرتبط بالزمن إذ يتناول نماذج تحدث بتتابع زمني معين أي يتعامل مع البيانات التي تحدث في حالات منفصلة.

رابعاً: التجميع: تقنية وصفية تجمع الكيانات المتشابهة سوية وتضع الكيانات غير المتشابهة في مجموعات مختلفة، ويستخدم في التجميع أدوات معينة كالمتوسطات والشبكات العصبية.

إذا فعملية التنقيب عن البيانات هي اكتشاف المعرفة في البيانات أو هي عملية تحليل البيانات من وجهات مختلفة واستخلاص العلاقات بينها وتلخيصها إلى معلومات مفيدة، مثل معلومات يمكن أن تسهم في زيادة الربح، تخفيض التكاليف، أو كليهما معاً، أو هو عملية العثور والكشف على المعلومات ذات الفائدة باستعمال مجموعة من الأدوات الإحصائية والأشكال والرسوم البيانية والذكاء الاصطناعي وغيرها.

وتقوم عملية استخراج البيانات بتوفير القدرة على استخراج المعلومات المخفية وغير البديهية للمستخدم النهائي، وعلى الرغم من صعوبة استخراج مثل هذه المعلومات، إلا أنها يمكن أن توفر عدة مزايا

¹ هدى عبد الرحيم علي، استخدام تقنية التنقيب عن البيانات لتحليل المؤشرات المالية لعينة من المصارف الأهلية العراقية باعتماد خوارزمية CART، المجلة العراقية لتكنولوجيا المعلومات، مجلد 9، العدد 2، كلية الإدارة والاقتصاد جامعة الموصل، العراق، 2018، ص 42.

تجارية وعلمية كبيرة وعوائد أعلى على استثمارات تخزين البيانات واستخراج البيانات. ويختلف التنقيب عن البيانات عن التطبيقات النمذجية الأخرى، مثل لغات الاستعلام المنظمة (SQL) وأدوات المعالجة التحليلية عبر الإنترنت (OLAP)، والتي يتم تطبيقها أيضا على مستودعات البيانات، بأن طرق التنقيب عن البيانات جيدة لطلبات الدراسة الاستكشافية بطبيعتها، والتي تحاول استخراج المعلومات الغير الواضحة، والمخفية.¹

المطلب الرابع: المعالجة التحليلية الفورية

تعتبر المعالجة التحليلية الفورية مكونا أساسيا ضمن مجال عمل ذكاء الأعمال فهو يعتبر التقنية الأكثر استخداما لإجراء التحليلات المطلوب أجزائها للبيانات والمعلومات يجب أن تزودنا منصة عمل ذكاء الأعمال بإمكانية دعم قواعد معطياتها وواجهات استخدامها مع إمكانية بناتها وأدائها².

وتساعد هذه التقنية على إدارة معالجة وعرض البيانات في بيئة متعددة الأبعاد لأغراض التحليل، فضلا عن دعم عمليات اتخاذ القرار وتوليد التقارير بالاستناد إلى مستودع البيانات ويطلق على هذه التقنية Online Analytical Processing (OLAP) وقد صممت المعالجة التحليلية الفورية لكي تعمل بكفاءة مع بيانات المؤسسة تبعا للنموذج المتعدد الأبعاد من البيانات في أنموذج مصمم لتلبية الاستفسارات المطلوبة من بيانات مستودع البيانات OLAP من قبل المحللين وصانعي القرارات.³

وتقوم طرق المعالجة التحليلية الفورية بتحليل البيانات بكميات كبيرة وتقديم طرق عرض إحصائية وتوقعات لدعم القرار، لإيجاد أنماط من البيانات، هناك حاجة إلى كمية كبيرة من البيانات⁴.

¹ Kantardzic Mehmed, Data Mining: Concepts, Models, Methods, and Algorithms, 3 edition, John Wiley & Sons, 2020, p 65.

² الندوي عبد العزيز بدر، النصور جاسر يعقوب (2012). ذكاء الأعمال منهجية لتطوير العمليات الإدارية في منظمات الأعمال: محاولة لبناء نموذج مقترح، المؤتمر العلمي السنوي الحادي عشر، ذكاء الأعمال واقتصاد المعرفة، جامعة الزيتونة الأردنية، كمية الاقتصاد والعموم الإدارية، عمان، الأردن، 2012، ص 63.

³ Sepahvand Reza, Nazarpouri Amir, veisi Mohammad, The Effect of Competitive Intelligence on Organizational Performance through Orientation (Case Study: Insurance Companies Sanandaj), International Business, Vol 10, N 7, 2016, p 281.

⁴ ZhuMin, op ct, p 44

ولقد أظهرت نظم المعالجة التحليلية الفورية بتقديم قدرات التحليل المنهجي للبيانات بعد تسجيلها إلكترونيا وتخزينها في قواعد بيانات متعددة الأبعاد كمقدمة لإعادة إنتاج هذه البيانات في صورة تقارير معلوماتية ذات أوجه متنوعة وأبعاد مختلفة لكنها متكاملة ومن خلال استخدام تقنيات تحليل بيانات الأعمال لهذا يمكن القول أن نظم المعالجة التحليلية هي حزم وتقنيات متكاملة ومصممة بطريقة ملائمة لتحليل البيانات المعقدة مثل تحليل البيانات متعددة الأبعاد للمساعدة في أنشطة دعم قرارات الإدارة الإلكترونية وتستخدم هذه الحزمة من تقنيات التحليل البيانات الموجودة في مستودعات البيانات أو قواعد بيانات المنظمة¹.

ويطلق على هذه التقنية تسمية OLAP اختصاراً للمصطلح (Online Analytical Processing) يتمثل دور المعالجة التحليلية بتوفير قدرات التحليل المباشر للبيانات المطلوبة للإجابة على تساؤلات صانعي القرارات، وقد صممت المعالجة التحليلية الفورية لكي تعمل بكفاءة مع بيانات المنظمة تبعاً للنموذج المتعدد الأبعاد من البيانات في النموذج مصمم لتلبية الاستفسارات المعروضة من قبل المحللين وصانعي القرارات. كما وتقوم بتنظيم بيانات مستودع البيانات بشكل مكعب ذي أبعاد متعددة بالاعتماد على النموذج المتعدد الأبعاد، وبعدها يتم معالجة هذا المكعب لتوفير أكبر أداء ممكن للاستفسارات التي تخص البيانات بطرق مختلفة².

أصبحت أدوات وأساليب المعالجة التحليلية الفورية شائعة جداً في السنوات الأخيرة، لأنها تتيح للمستخدمين تحليل البيانات في مستودع من خلال توفير طرق عرض متعددة للبيانات، مدعومة بتمثيلات رسومية متقدمة في هذه الآراء، تتوافق الأبعاد المختلفة للبيانات مع الخصائص التجارية المختلفة، تجعل أدوات المعالجة التحليلية الفورية من السهل جداً الاطلاع على بيانات الأبعاد من أي زاوية أو تقطيعها

¹ ياسين سعد غالب، الإدارة الإلكترونية، ط 1، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن. 2017، ص 120.
² عودة شبيب، محمد منير، مرجع سابق، 116.

وتقسيمها، كما تعد جزءا من مجموعة أدوات دعم القرار. تصف أدوات الاستعلام والتقارير التقليدية ما يوجد في قاعدة البيانات. كما وتذهب المعالجة التحليلية الفورية إلى أبعد من ذلك، حيث يتم استخدامها للإجابة على سبب صحة أشياء معينة. يشكل المستخدم فرضية حول العلاقة ويتحقق منها بسلسلة من الاستعلامات مقابل البيانات¹.

أما المتطلبات الوظيفية لدور المعالجة التحليلية فهي كما سيتم عرضها²:

✓ المواصفات الفعالة للأبعاد وحسابات الأبعاد.

✓ بنية ذات أبعاد غنية مع مرجع هرمي

✓ المرونة.

✓ فصل الهيكل والتمثيل.

✓ دعم متعدد المستخدمين.

✓ سرعة كافية لدعم التحليل المخصص.

فكل من المعالجة التحليلية الفورية والتنقيب عن البيانات تسمح للمحللين باكتشاف معرفة جديدة حول البيانات المخزنة في مستودع البيانات. تنتج خوارزميات التنقيب عن البيانات تلقائيا المعرفة في شكل محدد مسبقا، مثل قاعدة الارتباط أو التصنيف. لا تنتج المعالجة التحليلية الفورية هذه المعرفة بشكل مباشر، ولكنه يعتمد بدلا من ذلك على المحللين البشريين لمراقبتها من خلال تفسير نتائج الاستعلام من ناحية أخرى، المعالجة التحليلية الفورية أكثر مرونة من استخراج البيانات بمعنى أنه قد يحصل المحللون على جميع أنواع الأنماط والاتجاهات بدلا من معرفة الأشكال الثابتة فقط، يمكن أيضا دمج المعالجة التحليلية

¹ Kantardzic, Mehmed, Data Mining: Concepts, Models, Methods, and Algorithms, 3 ed, John Wiley & Sons, 2020, p 111.

² ThomsenErik, OLAP Solutions: Building Multidimensional Information Systems, 2 edition, John Wiley & Sons, 2002, p 165.

الفورية والتتقيب عن البيانات لتمكين المحللين في الحصول على نتائج استخراج البيانات من جزء مختلف من البيانات وعلى مستوى مختلف من التعميم¹.

من خلال ما تم طرحه نجد أنه تم تطوير وتحسين تقنيه قاعده البيانات للمعالجة التحليلية عبر الشبكة وهي التي تساهم بشكل كبير في إعداد التقارير وتوفير المعلومات، فهي تقوم بجلب البيانات من مستودعاتها وتقوم بتجميعها في هيكل يسمح بعملية التحليل، وتكون متعددة الابعاد حتى يسهل الوصول اليها بطريقة سريعة، من أجل اتخاذ القرارات في التوقيت المناسب.

المطلب الخامس: تقنيات عرض المعلومات

يعتمد نجاح ذكاء الأعمال في تحقيق أهدافه على نجاح تقنيات عرض المعلومات في إيصال مخرجات النظام بكفاءة، وتعد هذه التقنيات الجزء الظاهر لنظام ذكاء الأعمال، وتقاس كفاءتها بقدرتها على عرض المعلومات بصورة تجعلها ذات معنى للمستخدم، وتعرف هذه التقنيات بأنها عملية تحويل البيانات والمعلومات والمعرفة إلى رسوم تمثيلية الدعم مهام محددة مثل تحليل البيانات، واستكشاف المعلومات، وتفسيرها، والتنبؤ بها. وتوجد عدة أنواع من تقنيات العرض تستخدم بأشكال مختلفة سواء أكانت منفردة أم متداخلة لتلاءم مع الهدف، وهي²:

أولاً: التقارير

تستخدم هذه التقارير استخداماً واسعاً في ذكاء الأعمال، ويمكن وصفها بأنها وثيقة تحتوي على بيانات يمكن قراءتها أو تصفحها ويمكن أن تكون هذه التقارير بسيطة مثل جدول أو تكون معقدة مثل تقرير كامل المحتوى أو على شكل ملخصات، ويمكن التفاعل معها للحصول على التفاصيل المطلوب.

¹ Wang Lingyu, Jajodia Sushil, Wijesekera Duminda, Preserving Privacy in On-Line Analytical Processing (OLAP), Springer Science & Business Media, 2007, p 89.

² يوسف بسام عبد الرحمن، زكر ربيع علي، ذكاء الأعمال ودوره في فاعلية التجارة الإلكترونية معمارية مقترحة لشركة الحكماء لصناعة الأدوية ومستلزمات الطبية في محافظة نينوى، تنمية الرافدين، المجلد 35، العدد 113، جامعة الموصل، العراق. 2013، ص 24.

ثانيا: لوحة العرض

تتمثل لوحة العرض بمجموعة من الرسوم البيانية والتقارير ومؤشرات الأداء الرئيسة التي تستطيع المساعدة في مراقبة أنشطة الأعمال كالتقدم في مبادرة أو نشاط محدد.

ومن أهم وظائفها أنها تقوم بدمج البيانات من الأقسام والقطاعات المختلفة في المنظمة لتقديم وجهة نظر شاملة، وغالبا ما تتضمن الأرقام التي تعكس الجوانب المالية، وعمليات المراقبة التنظيمية للمجالات التي تتطلب التزام بالقوانين المتعلقة بالمنظمة، والاطلاع على سلسلة التجهيز، وأداء المبيعات حسب كل منطقة، وأهم جزء من هذه الأجزاء مؤشرات الأداء لكل قطاع من قطاعات الأعمال في المنظمة.

المبحث الرابع: تطبيقات ذكاء الأعمال

تعتبر تطبيقات ذكاء الأعمال من الأدوات الأساسية للكثير من المنظمات لتحقيق الإبداع والابتكار، خاصة المنظمات التي تمتلك أحجام كبيرة من البيانات، حيث تحتاج إلى أدوات وتطبيقات مناسبة لتنظيم وتحليل البيانات لتزويد صناع القرار بمعلومات دقيقة، إذ أن تبني أو تنفيذ تطبيقات ذكاء الأعمال تساعد المنظمة على مراقبة الأعمال وتحديد الفرص التي يمكن استثمارها أو المخاطر التي يمكن تجنبها للمنظمة.

المطلب الأول: إدارة علاقة الزبائن

من بين مبادئ إدارة العلاقة مع الزبون هي معاملة الزبون بشكل منفرد، أي أن محتوى خدمات الزبون ينبغي أن يصمم على أساس تقضيات وسلوك الزبون الشخصية، وهنا يأتي دور ذكاء الأعمال من خلال جمع مختلف بيانات المرضى، واسترجاعها عند الحاجة وتحليلها من أجل خلق الراحة للمريض وكسب

ولائه بتلبية حاجياته ودعم العلاقة، كما أن ذكاء الأعمال يسمح لنا بالتمييز بين الزبائن المربحين وغير المربحين.

كما لا ننسى أن إدارة العلاقة مع الزبون لا تقتصر فقط على المرضى في المستشفيات بل يجب أن تتعدى لجميع أصحاب المصلحة: كالموردين والمجتمع المدني من جمعيات، والحكومة والمنافسين... وغيرها.

وتمثل إدارة علاقة الزبائن المسألة الأكثر أهمية في التسويق المعاصر، مما أدى بالكثير من الباحثين والمختصين إلى إعطاء العديد من التعاريف والتي نذكر من أهمها على أنها: "القدرة على بناء علاقة مريحة على المدى الطويل، مع أفضل الزبائن والاستفادة من جميع نقاط الاتصال من خلال التوزيع الأمثل للموارد".¹

كما عرفها أيضا فيليب كوتلر: على أنها عملية تتضمن جمع المعلومات المفصلة، والمتعلقة بكل زبون على حدى، وكذا الإدارة بعناية لكل لحظات الاتصال مع الزبون، هذا كله من أجل تحقيق الاحتفاظ بولاء الزبون للمؤسسة.²

أما ليسكوم فقد عرفها على أنها: جهود المؤسسة وخيرنا المعرفية في مجال الإبداع والابتكار الذي يقود إلى اختيار طريقتها المميزة والتي تربطها بزبائنهم وتكسب رضائهم وولائهم.³

وتعرف إدارة العلاقة مع الزبون أيضا على أنها: منهجية لفهم سلوك الزبون والتأثير فيه من خلال التواصل معه، عن طريق مجموعة من الوسائل التنظيمية والتقنية والبشرية بهدف ربط علاقة خاصة وشخصية مع كل زبون.⁴

¹ René Lefébure, Gilles Venturi, Gestion de la relation client, Eyrolles, Paris, 2005, P 33.

² درمان سليمان صادق، التسويق المعرفي، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، ط1، الأردن، 2012، ص 123.

³ محمود جاسم الصميدعي، رديئة علمان يوسف، تسويق الخدمات، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن، 2010، ص 132.

⁴ عمر أبو اليمن عبد الفتى، دور الأنترنت في تغيير الاستراتيجيات التسويقية والتوجه نحو السوق الالكترونية، الملتقى الإداري الثالث، إدارة التطوير في العمل الإداري، السعودية، أيام 29-30 مارس 2005، ص 21.

كما يمكن تعريفها: على أنها الفلسفة التي تضع الزبائن في نقطة تصميم المنتجات من أجل توجيه موارد وجهود المؤسسة لتقديم أفضل الخدمات وتقرير ولاء الزبائن لها¹.

ومما سبق يمكن أن نعرف إدارة علاقة الزبائن على أنها مجموعة الخطوات والإجراءات التي تعمل على جذب واكتساب الزبائن المربحين والاحتفاظ بهم من خلال تحليل وفهم متطلباتهم، وتلبية توقعاتهم، وذلك بهدف بناء علاقة قوية لكسب ولاءهم ورضائهم.

إذا فإدارة علاقات الزبائن تعتبر إحدى الإستراتيجيات الحديثة التي تتبناها معظم المنظمات الإدارية علاقاتها مع زبائنهم من خلال ربط اتصال فعال مع العملاء للتقرب إليهم وأخذ ردود الفعل لديهم من أجل الاستجابة الفورية والمباشرة، ويعتبر العميل هو الدافع البقاء ووجود المنظمة والغاية لنشاطها، فالمنظمة الرائدة في وقتنا الحالي يقاس نجاحها بحصتها الزبائن المربحين بدل حصتها السوقية واستمرار نجاحها مرهون بقدرتها على الاحتفاظ بزبائنهم وبمستوى ثقة وولاء العميل بالمنظمة².

المطلب الثاني: إدارة التسويق

إن (Camenish, 1991) يرى أن التسويق هو النشاط الموجه للتأثير على المستهلك بغية عملية البيع بأكثر فعالية، فنظرة كامنيز للتسويق قائمة على التأثير على المستهلك بصفة تؤدي إلى زيادة المبيعات ويكون ذلك من خلال إغرائه واستهوائه خاصة من خلال عنصر الإشهار الذي يعمل على تحسين صورة المنتج والمنظمة، ولهذا يعتبر عناصر الإتصال التسويقي، هي أهم أدوات التسويق للتأثير على عقلانية المستهلك وجعل سلوكه الشرائي إندفاعي، وهو ما يتوافق مع النظرية التقليدية للسوق في حالة المنافسة التامة والتي من فرضياتها أن ضمن المنافسة التامة فالمستهلك يحصل على جميع المعلومات

¹ سليمان شكيب الجبوسي، محمد جاسم الصميدعي، تسويق الخدمات المالية، دار وائل للنشر والتوزيع، ط1، الأردن، 2001، ص 446.
² أحسن طيار، مرجع سابق، ص 45.

المتاحة رغم توفرها، بالإضافة إلى صعوبة التمييز لأن المنتجات متجانسة ما يجعل سلوكه مندفعاً تجاه منافسة محددة.

كما عرف كل من (Kotler, Dubois, 2006) التسويق على أنه مفهوم مرتبط بالرفع من المستوى المعيشي للأفراد والمجتمع والوصول بهم إلى درجة عالية من الرفاهية الاقتصادية، خصوصاً في ظل سيادة مفهوم الارتقاء بمستوى معيشة الأفراد على ما يتهيأ لهم من سلع وخدمات وهي نظرة كلية بعيدة عن النظرة الجزئية لمنظمات الأعمال، حيث يتحقق ذلك من خلال:

✓ معرفة حاجات المستهلكين ورغباتهم.

✓ تخطيط وتطوير المنتجات التي تشبع هذه الحاجات والرغبات.

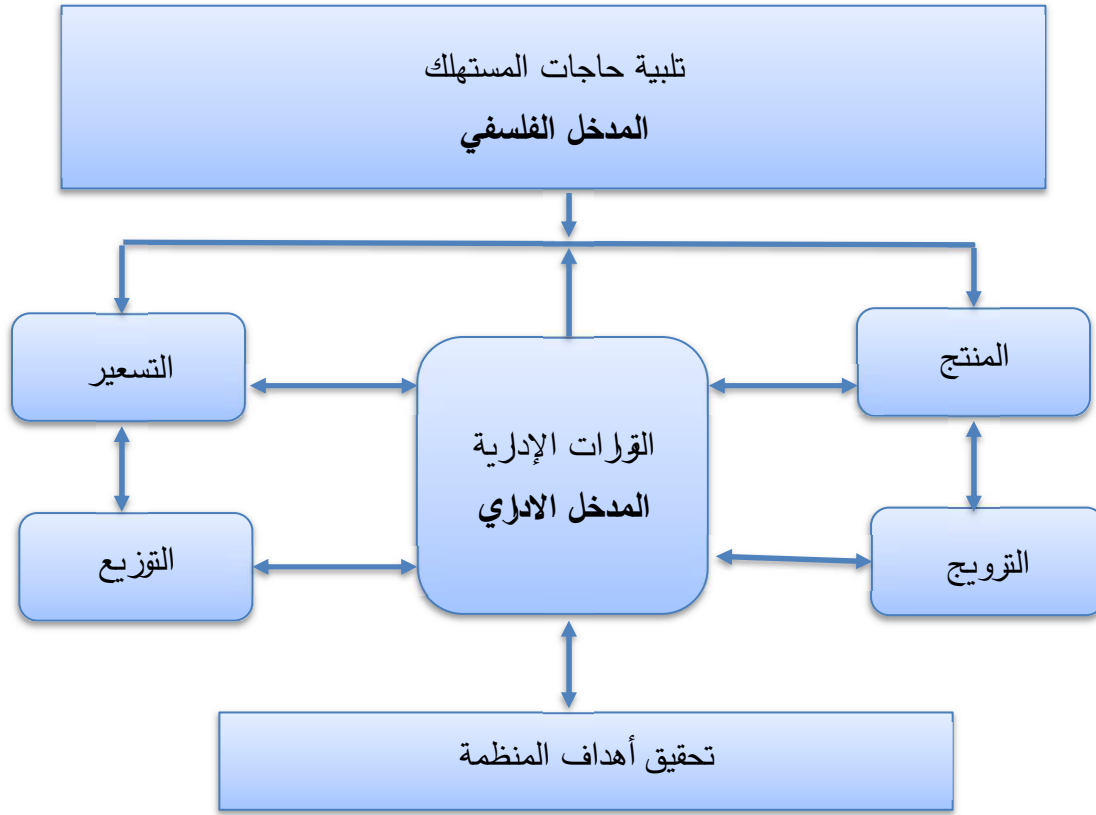
✓ تحديد أحسن السبل والوسائل لغرض التسعير وأكفاً طرق توزيعها والترويج لها.

ولقد خضع مفهوم التسويق لعدة مفاهيم التي انعكست على دوره في السوق بحكم تعدد أشكال التطبيق وتغير سلوك المستهدفين منه، مما أسهم في إثرائه علماً وفي تعميق دوره تطبيقاً والمفاهيم المحددة له اليوم تكون من خلال التمييز بين الفلسفة التسويقية والتي هي عبارة عن ميول أو طريقة تفكير والنشاط التسويقي الذي يتناول الجوانب العلمية والأدوات المستخدمة لتحقيق الغرض من الأخذ بمفهومه¹.

ومنه فهناك مدخلان لتناول المفهوم التسويقي وتطوره كما هو موضح في الشكل الموالي:

¹ نزار عبد المجيد البروراري، أحمد محمد فهمي البرزنجي، استراتيجيات التسويق، دار وائل للنشر، عمان، 2007، ص 37.

الشكل (1-3): المدخل الأساسية للتسويق



المصدر: نزار عبد المجيد البرواري، أحمد محمد فهمي البرزنجي، استراتيجيات التسويق، دار وائل للنشر، عمان،

2007، ص 38.

✓ **المدخل الإداري:** أين يتم دراسة طرق وكيفيات اتخاذ قرارات الأنشطة التسويقية المختلفة بتقديم

المزيج التسويقي المناسب، بما يمكن من خدمة المستهلك بفعالية عالية.

✓ **المدخل الفلسفي:** أي ابتداء من دراسة الحاجات والرغبات الغير مشبعة وأنماط السلوك

الاستهلاكي، وموازنة ذلك بإمكانيات المنظمة ووضعها في السوق.

وبواسطة ذكاء الأعمال يمكن ان نحصل على تقارير تحليلية لمنظمة اقتصادية تبين ضعف التسويق

حسب منطقة جغرافية مع توفير الكثير من الجهد والوقت، كما يساعد في تسويق منتج ما وذلك من خلال

إيجاد طرق وأساليب مناسبة والتي تؤدي إلى زيادة الوعي عند المستهلك وتركز انتباهه على المنتج، مما تساعد على تسويق المنتج وزيادة الربحية للمنظمة¹.

المطلب الثالث: إدارة سلسلة التوريد

في عصر الاقتصاديات والتكنولوجيا والمعلوماتية، أصبحت تواجه المنظمات تحديات كبيرة ومن أجل مواجهتها لجأت هذه الأخيرة إلى أسلوب اداري حديث ألا وهو إدارة سلسلة التوريد، وتتكون هذه السلسلة من مجموعة من الأنشطة الوظيفية المتكاملة فيما بينها والتي تمر عبر قنوات معينة، وذلك بغرض تحويل المادة الأولية الى منتجات نهائية، مع تضمينها قيمة مدركة من طرف العميل أو المستهلك النهائي، وبما أن المواد الأولية لا يمكنها التجميع من مكان واحد، بل أن مصادرها متعددة، ولكن الأنشطة اللوجيستية تكون بشكل متكرر قبل وصولها للسوق².

وقد تعددت التعاريف الخاصة بسلسلة التوريد، وذلك باختلاف الباحثين والمختصين، نذكر منها:

وقد عرفها (Bagchi, and Skjott, 2002) على أنها مجموعة متكاملة من العمليات والإجراءات التي تساهم في دعم المنظمات وتفعيل الممارسات التجارية التي تربط بين البائعين والمشتريين في السوق³.

ويعرفها (Chopra and Meindl, 2004) سلسلة التوريد بأنها ديناميكية تدفق المعلومات والمنتجات والأموال بشكل مستمر بين المراحل المختلفة وتشمل جميع شركاء السلسلة بشكل مباشر أو غير مباشر بما يحقق رغبات العملاء⁴.

¹ خليل شفيق، الإدارة الذكية للأعمال، مجلة النور الالكترونية، العدد 462، 2010، ص 163.

² ادريس ثابت، المرسي جمال، الإدارة الاستراتيجية، الدار الجامعية، القاهرة، مصر، 2006، ص 21.

³ Bagchi Prabir & Skjott-Larsen Tage, Challenges of Integration in Supply Chain Networks: An European Case Study, ACES Working Paper, N 1, USA, 2002, p 5.

⁴ Chopra Sunil, Meindl Peter, Supply Chain Management 2ed, Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall, USA, 2004, P 2.

فيما يعرفها (Lambert and al, 2005) بأنها شبكة من المنظمات أو وحدات الأعمال المستقلة تمتد من المورد الأول الى العميل النهائي تتعاون فيما بينها لتحقيق أهداف مشتركة مما يؤدي لتحقيق منافع لكل أطراف السلسلة¹.

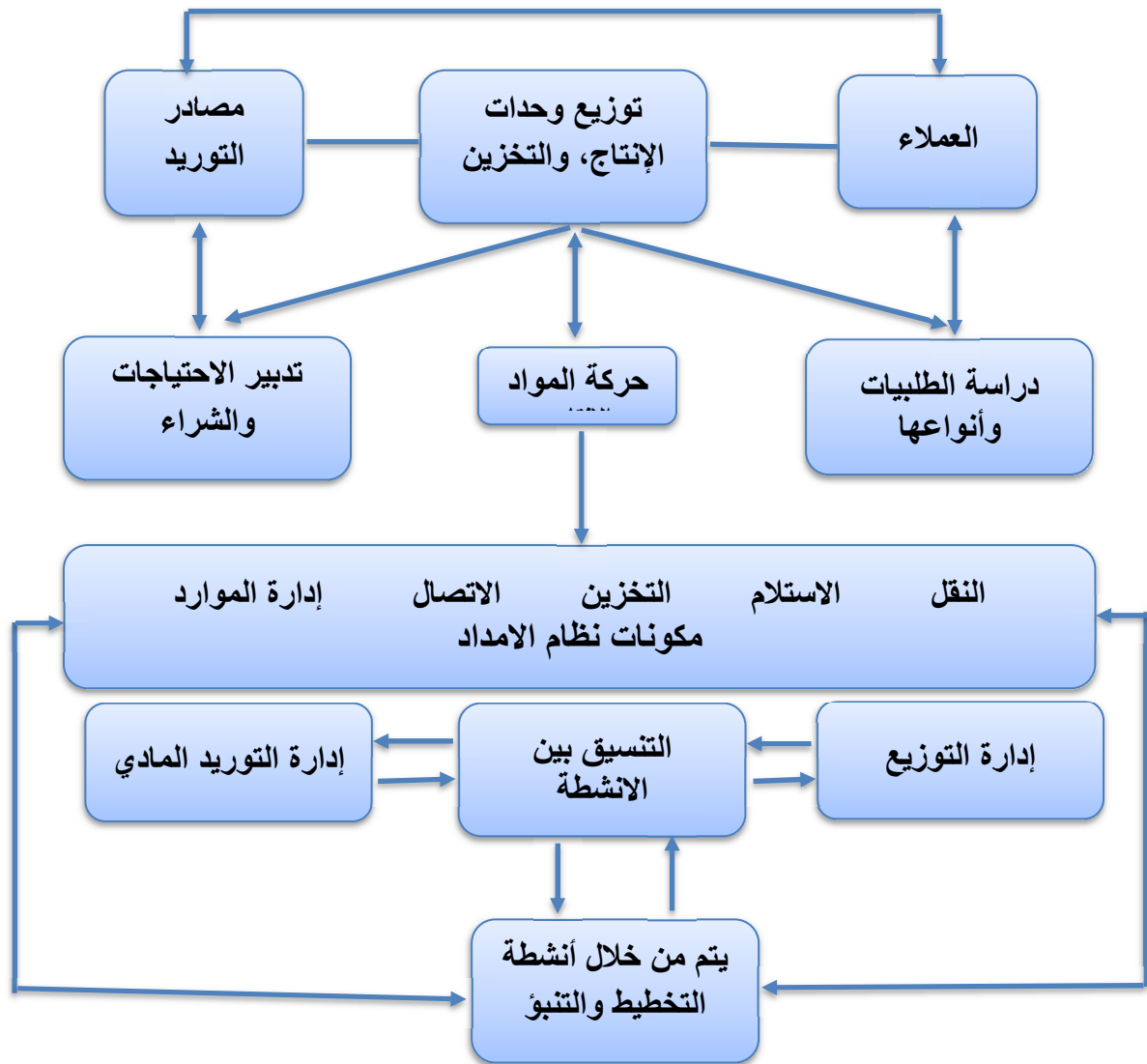
ومنه نجد أن إدارة سلسلة التوريد عبارة عن ممارسات ونشاطات ادارية متكاملة والتي تبدأ من الحصول على المدخلات ثم تحويلها إلى منتجات قابلة للاستهلاك والتي تنتهي بإيصالها للعميل من خلال قنوات التسويق.

ان الغاية من سلسلة التوريد هو نوع من التكامل بين مختلف أنشطة المنظمة الرئيسة، بدءا من عمليات التخطيط والرقابة بالمواد والإمدادات والخدمات حتى تقديم المنتج للزبون، وتساعد في تحسين جودة المنتجات أو الخدمات المعروضة، حيث أن أهمية سلسلة التوريد تكمن في عملية اكساب المنظمة الميزة التنافسية التي تمكنها من عملية تخفيض التكاليف وذلك من خلال زيادة جودة منتجاتها. ومنه نجد أن سلسلة التوريد تعمل على تحقيق عملية التكامل بين مختلف فعاليات الحصول على المواد الأولية ومن ثم تحويلها إلى منتجات، بالإضافة إلى عملية إيصالها إلى المستهلك النهائي من خلال عملية التنسيق بين مختلف أنشطة المنظمة²، ومن بينها ذكاء الاعمال الذي يضمن السيورة الصحيحة لعملية اتخاذ مختلف القرارات.

¹ Lambert Douglas M, Garcia-Dastugue Sebastian, Keely L. Croxton, An Evaluation of Process-Oriented Supply Chain Management Frameworks, Journal of Business Logistics, vol 26. N 1, 2005, p 27.

² الرفاعي ممدوح عبد العزيز، إدارة سلاسل التوريد مدخل تحليلي، مكتبة عين شمس، القاهرة، مصر، 2006، ص 10.

الشكل (1-4): تداخل المهام بين مكونات إدارة سلسلة التوريد



المصدر: عبد الغفار الحنفي، أساسيات إدارة الامداد، دار الجامعة الجديدة للنشر، مصر، 2002، ص 21.

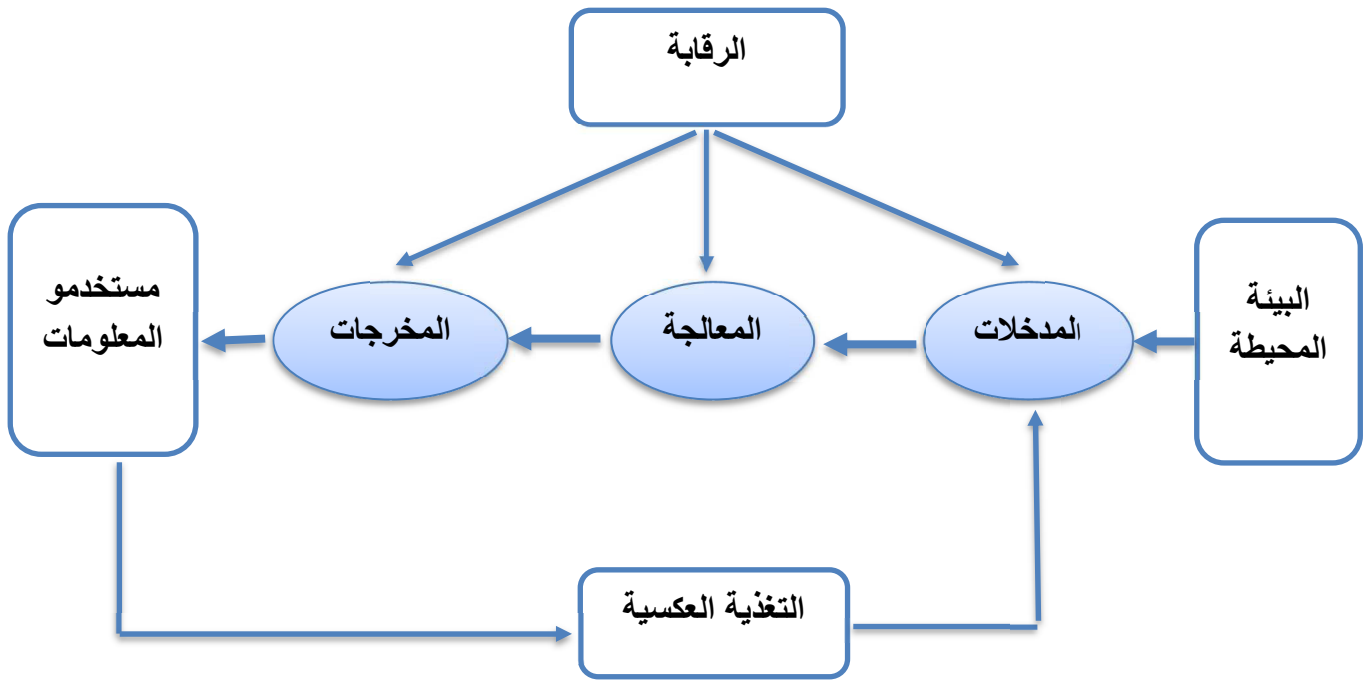
المطلب الرابع: نظم المعلومات الإدارية

تعتبر نظم المعلومات من المفاهيم العلمية التي أصبحت كثيرة الاستخدام في هذا الوقت، والتي تتضمن مجموعة من المعدات والأفراد وشبكات الاتصالات والبرامج والبيانات، حيث تعمل على تجميع وتخزين وتشغيل وكذا توزيع المعلومات اللازمة لاتخاذ مختلف القرارات والعمل على التنسيق والرقابة داخل المنظمة، وقد تعددت تعاريفها حسب الباحثين والاختصاصيين نذكر منها:

ويعرف بأنه مجموعة من المكونات المربوطة مع بعضها بشكل منتظم من أجل إنتاج المعلومات المفيدة، وإيصال هذه المعلومات إلى المستخدمين بالشكل الملائم والوقت المناسب من أجل مساعدتهم في أداء الوظائف الموكلة إليهم¹.

كما عرف أيضاً بأنه المكونات المادية والبرمجيات ووسائل الاتصال عن بعد وإدارة قواعد البيانات وتقنيات معالجة المعلومات الأخرى المستخدمة في نظم المعلومات المعتمدة على الحاسب².

الشكل (1-5): مكونات نظام المعلومات



المصدر: حلمي يحيى مصطفى، أساسيات نظم المعلومات، مكتبة عين شمس القاهرة، مصر، 2005، ص 99.

ويمكن زيادة ذكاء الأعمال باستخدام أنظمة المعلومات، لأنه في الكثير من الأحيان تحدث للمنظمات عدة مشاكل في البيانات، بسبب توفرها في وقت واحد، أو وجودها أكثر من اللازم، أو تكون قليلة، وبالتالي لا يتوفر للمديرين البيانات التي هم في حاجتها، أو انعدام وسيلة لتفسير الكثير من البيانات،

¹ عبد الرزاق محمد قاسم، تحليل وتصميم نظم المعلومات المحاسبية، دار الثقافة للنشر، عمان الأردن، 2004، ص 18.

² حلمي يحيى مصطفى، أساسيات نظم المعلومات، مكتبة عين شمس القاهرة، مصر، 2005، ص 99.

أو عدم القدرة على تجميع البيانات للحصول على التقارير في الوقت المناسب، ولتفادي جميع هذه المشاكل، تلجأ العديد من المنظمات لاستخدام تطبيقات ذكاء الأعمال، والذي يشير إلى مجموعة من أنظمة المعلومات والتكنولوجيات التي تدعم القرارات الإدارية والرقابة بتوفير معلومات عن العمليات الداخلية والخارجية، فاليوم تعمل المنظمات في بيئة سريعة التغير وشديدة التنافس، ومفتاح الإدارة الفعالة هي المعلومات ذات الجودة العالية المتوفرة في الوقت المناسب لدعم عملية صنع القرار، والجودة العالية في توفير المعلومات في الوقت المناسب، في ذكاء الأعمال، والتي يمكن توفيرها من مجموعة متنوعة من أنظمة المعلومات¹.

يعتبر القطاع الصحي لاسيما المستشفيات، المؤسسات التي تسهر على صحة أفراد المجتمع، وبالتالي تمثل مصادر غنية بالمعطيات الأساسية واللازمة لتوجيه سياسات الدولة، أو بالخصوص القطاع الصحي نحو محاربة مرض ما أو التنبؤ بمرض معدي والسيطرة عليه، وتتجلى أهمية نظم المعلومات في المستشفيات في تسير مختلف المعاملات الاستشفائية وتطويرها وتحسينها، وجمع المعلومات الكافية من أجل اسهامها في اتخاذ القرارات في الشؤون الصحية والاجتماعية، فالمعلومات الصحية تعود بالنفع العام على المجتمعات، لذا كان من الضروري العمل على ضرورة تطوير القطاع الصحي حتى يخدم المرضى، وهذا التطور من بين أساسياته نظام المعلومات الذي يخدم بشكل كبير كلا الجانبين سواء المستشفى من خلال توفير المعلومات اللازمة وفي الوقت المحدد والتي تساهم في اتخاذ القرارات، أو بالنسبة للمرضى والتي تسهل لهم عملية المراجعة الطبية، خاصة اذا تعددت وذلك من خلال حفظ المعلومات الخاصة بالمرضى واسترجاعها عند الحاجة إليها.

¹ إبراهيم بن الطيب، دور نظم المعلومات في تعزيز ذكاء الاعمال لدى المؤسسات الاقتصادية الحديثة، مجلة الريادة لاقتصاديات الاعمال، المجلد 2، العدد 3، 2016، ص 61.

المطلب الخامس: إدارة الإنتاج في الوقت المحدد JIT

يعرف (الجمال ونور الدين، 2005) إدارة الإنتاج في الوقت المحدد، بأنها: ذلك النظام الذي يتم فيه إنتاج كل جزء من المنتج بواسطة إحدى خلايا التشغيل على خط الإنتاج في ذات اللحظة التي تكون فيها الخلية التالية بحاجة إليها ومستعدة لاستلامها¹.

في حين يرى (Eker & Pala, 2008, P.42) بأنه نظام يعتمد على مفهوم التطوير المستمر في العملية الإنتاجية لتحقيق السهولة والانسحاب بالعملية الإنتاجية من خلال اعتماده على إنتاج دفعات صغيرة الحجم بالكمية والوقت المحدد².

كما عرفها (Singh & Garg, 2011) بأنها نظام يعمل على خلق قيمة مضافة للشركة من خلال استبعاد أي نشاط قد لا يؤدي إلى إضافة قيمة إلى الإنتاج والعمل على تخفيض المخزون إلى أدنى درجة ممكنة³.

في حين أشار (Kootanaee et al, 2013) أن نظام الإنتاج في الوقت المحدد بأنه نظام يعمل على شراء المواد اللازمة للعملية الإنتاجية والإنتاج بالكمية والوقت المحدد وفقا لاحتياجات العملاء⁴.

ان من بين أهم المستلزمات والتي تعتبر الركيزة الأساسية لبناء نظام الإنتاج في الوقت المحدد والتي تضمن نجاحه هي اعتبار الموردين شركاء وهذا لا يتحقق دون بناء علاقة معهم كما أشرنا في المطلب الأول، لذا من اللازم جمع مختلف المعلومات اللازمة عنهم إدخالها برنامج ذكاء الاعمال لما لها من دور كبير في عملية تحليل من أجل تقارير تسمح باتخاذ القرارات من طرف المستخدم النهائي. كما يدخل في

¹ رشيد الجمال، نور الدين ناصر، إدارة التكلفة لأغراض القياس والتخطيط والرقابة، الدر الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2005، ص 167.

² Eker Melek, Fikri Pala, The Effect of Competition, Just in Time Production and Total Quality Management on the Use of Multiple Performance Measures: An Empirical Study, Journal of Economic and Social Research, Vol 10, N1, 2008, p 42.

³ Sultan Singh, Abhishek D Garg, JIT System: Concepts, Benefits and Motivation in Indian Industries, IJMBS Vol. 1, Issue1. March, 2011, p 27.

⁴ Akbar Javadian Kootanaee, K. Nagendra Babu, Hamid Foladi Talari, Just-In-Time Manufacturing System: From Introduction to Implement International Journal of Economics, Business and Finance ,Vol. 1, N.1 March, 2013, p 8.

تحقيق الإنتاج في الوقت المحدد الموظف المتعدد المهارات أو ذوي الخبرة الشاملة، لأنه في نظام JIT يجب ان يكون الموظف ملماً بالعمل في جميع جوانبه، لتعويض أي نقص يمكن أن يحدث، أو اصلاح الاعطاب والصيانة وغيرها من أعمال الفحص، كل هذا لتقديم مختلف الخدمات في الوقت المحدد وبدون تأخير، ومن بين أسس نظام JIT أيضا رقابة الجودة الشاملة حتى يعمل هذا النظام في الوقت المحدد بنجاح يجب إنشاء نظام لرقابة الجودة الشاملة بدءاً من عملية استلام المدخلات المواد، الأولوية وانتهاء بعملية تسليم المنتج أو الخدمة بشكل نهائي إلى المريض، وأن تكون هذه الرقابة مستمرة¹. وهذا ما يحققه نظام ذكاء الاعمال.

كما أشار الحلفي الى انه من بين عناصر تطبيق تقنية الإنتاج في الوقت المحدد نجد الحد الأدنى من المخزون لان عملية الاحتفاظ بكمية كبيرة من المخزون تواجه مشاكل عديدة كالتخطيط الدقيق والسليم بنسبة 100%، كما أنها تكون معرضة للتلف والضياع، ويحتاج الى مساحات واسعة ويساهم في تعطيل جزء من رأس المال الذي يمكن الاستفادة منه في مجالات أخرى، كما يؤدي إلى الزيادة في تكاليف المنتج أو الخدمة مثل (ايجار مخازن، اجهزة التخزين، عمال المخزن، ... وغيرها)².

ومنه نستخلص أن فلسفة نظام الانتاج في الوقت المحدد تسعى جاهدة لتخفيض مستويات التخزين إلى أدنى الحدود، والحد من هدر الوقت بالقيام بشراء المواد الاولية بالكميات والوقت المناسبين، لتلبية احتياجات العملاء، وهذا لا يتحقق الا من خلال معرفة مختلف احتياجات العملاء، وكذا تنمية علاقة المنظمة مع مورديها وعملاءها وموظفيها.

¹ فخر نواف، حسن زكي، محاسبة التكاليف، الطبعة 2، منشورات جامعة دمشق، سوريا، 2005، ص 420.
² سعود جايد مشكور، علي نعيم جاسم، أهمية تطبيق نظام الإنتاج في الوقت المحدد في الشركات العامة، مجلة جامعة المثنى كلية الإدارة والعلوم الاقتصادية، المجلد 2، العدد 2، العراق، 2012، ص 104.

خلاصة

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا المبحث استخلصنا أن نكاء الاعمال عبارة عن نظام كمختلف الانظمة لديه مدخلات وله مخرجات، فمدخلات هذا النظام عبارة عن البيانات التي تقوم المنظمة بجمعها من مصادر سواء كانت داخلية أو خارجية، والتي يتم تجميعها في مستودع البيانات ثم القيام بمعالجتها عن طريق برمجيات خاصة بالتحليل وذلك بعد عملية التنقيب والاسترجاع، وفي الأخير تأتي مرحلة عرض هذه البيانات وتقديمها لمتخذي القرار في الوقت المناسب.

كما يعمل نظام نكاء الأعمال على توفير تقارير تحليلية للمنظمة، والتي تبين نقاط الضعف مع توفير الكثير من الجهد والوقت، ويعمل نكاء الاعمال على ضمان السيورة الصحيحة لعملية اتخاذ مختلف القرارات الخاصة بسلسلة التوريد التي تعمل على خلق التكامل بين مختلف أنشطة المنظمة الرئيسة، بدءا من عمليات التخطيط والرقابة بالمواد والإمدادات والخدمات حتى تقديم المنتج للزبون، وتساعد في تحسين جودة المنتجات أو الخدمات المعروضة،

ونكاء الاعمال يتيح للمنظمة معرفة مختلف احتياجات العملاء، مما يسمح بتبني فلسفة نظام الانتاج في الوقت المحدد، وذلك بتخفيض مستويات التخزين إلى أدنى الحدود، والحد من هدر الوقت بالقيام بشراء المواد الاولية بالكميات والوقت المناسبين، لتلبية هذه الاحتياجات.

الفصل الثاني

الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

تمهيد

تتصف الخدمات بدرجة من النمطية فالخدمة لا تختلف من حيث طبيعتها التي تتضمن تقديمها، وهذه النمطية تجعل من الصعب التمييز بين هذه الخدمات وتقلل من المنافسة في مجال تقديم الخدمة، الأمر الذي أدى إلى بروز مفهوم جودة الخدمة كمجال يمكن من خلاله الإسهام في تحقيق درجة من التميز النسبي في تقديم هذه الخدمات وفيما يبحث عنه العميل من قيم يمكن الاستناد إليها في تحديد مفهوم جودة الخدمة الخاص به وفقا لتصوراته ومعاييرها.

إن الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى لا تخرج في مضمونها عن تعريف الخدمة لكون المريض يتلقى تلك الخدمات التي هو بحاجة إليها والتي يكون جوهرها غير ملموس ولا يمتلكها ولكن يمكن استخدام أدوات وأجهزة ومعدات مختلفة لتقديم الخدمة للمريض ومن ثم شفاؤه وقد تستغرق فترة زمنية بسيطة أو طويلة.

وقد قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى أربع مباحث كالتالي:

- ✓ المبحث الأول: ماهية جودة الخدمات الصحية
- ✓ المبحث الثاني: العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية
- ✓ المبحث الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية
- ✓ المبحث الرابع: أبعاد جودة الخدمات الصحية
- ✓ المبحث الخامس: مقاربات تحقيق جودة الخدمات الصحية

المبحث الأول: ماهية جودة الخدمات الصحية

جودة الخدمات الصحية مجموعة المواصفات التي من المفترض أن تتمتع بها الخدمة الصحية المقدمة والتي تصل إلى حد تلبية رغبات العملاء من المرضى والمراجعين، ونيل رضاهم في الوقت المناسب وبأقل كلفة ممكنة، وبما يعود بالنفع والفائدة على كل من المريض والمستشفى ويزيد مصداقية الخدمة ويرفع من قدرة المستشفى التنافسية.

المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية

اختلف الباحثون والكتاب في تعريفاتهم لجودة الخدمة الصحية ولم يتفقوا على معنى محدد لها، وذكر الباحثون والمفكرون عدة تعريفات منها:

وتعرفها منظمة الصحة العالمية على أنها التماسي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع وبكلفة مقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تأثير في نسبة الحالات المرضية والوفيات والإعاقة وسوء التغذية¹.

عرفت الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الخدمة الصحية جودة الخدمة الصحية بأنها "درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة².

¹ الديوهجي أبي سعيد، المفهوم الحديث لإدارة التسويق، دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2000، ص 365.
² مخيمر عبد العزيز، الطعمانه محمد، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المفاهيم والتطبيقات، القاهرة، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية بحوث ودراسات، 2003، ص 187.

وعرف سعد جودة الخدمة الصحية على أنها أسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الخدمة الصحية وتحسينها باستمرار بما يلبي احتياجات المرضى¹.

كذلك عرف غنيم، جودة الخدمة الصحية على أنها "مجموعة من الأنشطة والوظائف والعمليات والتي يمثل الشق الرئيسي لنتائجها الجانب غير الملموس، والتي يتزامن وقت قيام طبيب أو مستشفى بإنتاجها مع وقت استهلاك مريض آخر أو مجموعة من المرضى لها من خلال الاتصال المباشر بين كل من الطرفين وذلك سعياً وراء حل مشاكل الطرف الثاني (المريض) الصحية، وتحقيق أهداف الطرف الأول (الطبيب أو المستشفى)².

وقد جاء تعريفها عند البكري على أنها جميع النشاطات والعمليات التي تحقق الرضا والقبول لدى المريض مقابل الثمن ودون أن يتضمن أي خطأ³.

جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى هي مدى اهتمام العاملين ولطفهم مع المرضى ومهارة الطبيب في تشخيص الحالة وعلاجها⁴.

كما عرفت جودة الخدمة الصحية بأنها: شكل من أشكال الطرائق التي تستخدمها المنظمة الصحية لتمييز نفسها عن المنظمات الصحية الأخرى المشابهة لها في النشاط عن طريق تكوين صورة عن المنظمة الصحية تتحدد من خلالها شخصية المنظمة على جميع المستويات⁵.

¹ سعد، الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2004، ص 116.

² غنيم أحمد، إدارة المستشفيات رؤية معاصر، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، المنصورة، مصر، 2006، ص 336.

³ ثامر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2005، 212.

⁴ بن سعيد خالد بن عبد العزيز، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي، الرياض، العبيكان للطباعة والنشر، 1997، 40.

⁵ Philip Kotler, Gory Armstrong, Marketing Management Analysis, planning, Implementation and Control, Hall Engle wood cliffs, New Jersey, 1994, P 640.

استنادا للتعريف السالفة تخلص الباحثة إلى أن جودة الخدمات الصحية هي الالتزام بالمعايير المتعارف عليها وتحسينها باستمرار، لتقديم خدمات صحية ملائمة أمانا وإقناعا وتكلفة لتحقيق رضى المرضى.

المطلب الثاني: أهداف جودة الخدمات الصحية وأنواعها

سوف نتطرق في هذا المطلب لأهداف جودة الخدمات الصحية وأهم أنواعها حسب الباحثين في هذا المجال كما يلي:

أولاً: أهداف جودة الخدمات الصحية

وتتمثل أهداف جودة الخدمات الصحية حسب خوجة توفيق فيما يلي¹:

- ✓ ضمان الصحة البدنية والنفسية للمراجعين.
- ✓ تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة مم شأنها تحقيق رضا المراجعين وزيادة ولائهم للوحدة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك الوحدة الصحية.
- ✓ معرفة آراء وانطباعات المراجعين من خلال قياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية والتي تعد وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للخدمة الصحية ككل وآلية لوضع السياسات المتعلقة بالمستشفى.
- ✓ تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المراجعين وكوادر الخدمات الصحية.
- ✓ تمكين المستشفيات من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية.

¹ خوجة توفيق، المدخل في تحسين الجودة للرعاية الصحية الأولية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2003، ص 45.

✓ تحقيق مستويات إنتاجية أفضل من خلال الوصول إلى المستوى المطلوب من الخدمات الصحية المقدمة إلى المراجعين.

✓ كسب رضا المراجعين: وهناك عدة قيم أساسية لإدارة الجودة الصحية لا بد من توفرها في أي وحدة صحية تسعى إلى تطبيق نظام الجودة.

✓ تحسين معنويات العاملين، إذ أن الوحدة الصحية هي التي لديها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية وبالتالي الحصول على أفضل النتائج.

ثانياً: أنواع جودة الخدمات

أشار العديد من الباحثين إلى أن جودة الخدمات تنقسم إلى نوعين رئيسيين كما يلي¹:

1. الجودة الفنية Technical Quality

يتطلب هذا النوع من الجودة الاعتماد على الموظفين ذوي الخبرات والمعارف المتميزة بالخدمات وإجراءاتها المتنوعة، ويلتزم هذا النوع الخدمات المصرفية المعقدة مثل: خطط التقاعد والمعاشات حيث تعد المعرفة الفنية مطلباً رئيسياً واضحاً.

2. الجودة الوظيفية Functional Quality

يركز هذا النوع على العمليات الخدمية والكيفية التي تقدم بها الخدمة، وهي تتطلب التفاعل النفسي بين العملاء والمنظمة، كما أنه يجب أن تسعى إدارة المنظمة إلى تعزيز جودة خدماتها من خلال تحديد الهدف الاستراتيجي لجودة الخدمة، ومتابعة توقعات واحتياجات العملاء، وقياس رضا العميل والجودة، ثم

¹ رعد حسن الصر، إدارة الجودة الشاملة، الوظائف والمبادئ في العالم التنافسي، الطبعة الأولى، دار الرضا، دمشق، سوريا، 2009، ص 498.

القيام بعملية إعادة التنظيم حول العميل، وتحديد الأدوار الجديدة لمشرفي ومديري المنظمة وتحقيق فوائد الإنتاجية، وقياس وتخفيض تكاليف الخدمة، وبناء قاعدة متينة لكسب ولاء العميل.

وقد حدد Denton, Keith المبادئ التي تعتمد عليها إدارة المنظمة فيما يلي:

- ✓ تقديم الدعم اللازم من طرف الإدارة، إلى جانب تطوير بيئة استراتيجية.
- ✓ الرؤية الواضحة من قبل الإدارة، وفهم ومتابعة واحترام العميل.
- ✓ استعمال التقانات اللازمة، ووضع معايير لقياس الأداء.
- ✓ فهم طبيعة الأعمال ومكوناتها، واستخدام طرق من أجل تحسين جودة الخدمة.
- ✓ استقطاب الأفراد المناسبين، وتدريبهم وتأهيلهم وصقل مهاراتهم وإقامة نظم المكافآت والحوافز، والاعتماد على الابداع والابتكار.

المطلب الثالث: أهمية جودة الخدمات الصحية وخصائصها

سوف نتطرق في هذا المطلب لأهمية جودة الخدمات الصحية وأهم خصائصها حسب الباحثين

في هذا المجال كما يلي:

أولاً: أهمية جودة الخدمات الصحية

من أبرز المؤشرات التي يمكن من خلالها الاستدلال على أهمية الجودة في الخدمات الصحية

مايلي¹:

- ✓ أصبح للجودة أبعاد رئيسية يتم الاعتماد عليها كأساس في القياس والتأثير لتأشير مستوى الجودة.

¹ العزاوي محمد عبد الوهاب، إدارة الجودة الشاملة، دار الميسر للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، 2005، ص 34-35.

✓ تعد الجودة في الخدمة الصحية مؤشر مهم في قياس مستوى الرضا المتحقق لدى المريض عن

الخدمة المقدمة من قبل أية مؤسسة صحية، كما تؤثر مستوى الاستجابة لما كان يتوقعه المريض

من تلك الخدمة.

✓ الجودة في الخدمة الصحية تخضع للتحسين المستمر عبر إدارة متخصصة ضمن الهيكل التنظيمي

للمؤسسة الصحية، هادفة إلى تحقيق الشمولية والتكاملية في الأداء:

• **الشمولية:** تعني التوسع في مستوى جودة الخدمات التي يتوقعها المريض من الخدمة

الطبية والسريرية المقدمة لهم وبكافة الطرق.

• **التكاملية:** في كون المؤسسة الصحية نظام مكون من أنظمة فرعية يعتمد بعضها على

البعض الآخر، ولكل نظام فرعي برامجه الخاصة إلا أنه يتكامل مع البرامج الأخرى وعلى

سبيل المثال فإن الهيئة الطبية لا تستطيع ممارسة وظائفها الطبية السريرية من دون

التكامل مع الهيئة التمريضية أو الخدمات الأخرى كالمختبر والأشعة.

ثانياً: خصائص جودة الخدمات الصحية

لجودة الخدمات الصحية العديد من الخصائص والمزايا بسبب خصوصيتها مقارنة مع السلع، ونذكر

من أبرز هذه الخصائص ما يلي¹:

✓ تتميز خدمات المشفى بكونها عامة للجمهور، وتسعى من تقديمها إلى تحقيق منفعة عامة لمختلف

الجهات والأطراف المستفيدة.

¹ ديوب محمد عباس، عطية هنادي رمضان، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مستشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومستشفى الباسل بطرطوس، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 27، العدد 2، 2005، ص74.

✓ تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة فهي مرتبطة بحياة الإنسان وشقائه وليس بأي شيء آخر
يمكن تعويضه أو إعادة شرائه.

✓ تتأثر المشافي بصفة خاصة بالقوانين والأنظمة الحكومية سواء كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص.

✓ في منظمات الأعمال تكون قوة القرار بيد شخص واحد، أو مجموعة من الأشخاص يمثلون الإدارة،
في حين تتوزع قوة القرار في المشفى بين مجموعة الإدارة ومجموعة الأطباء.

✓ نظرا لتذبذب الطلب على الخدمة الطبية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم وبهدف سرعة
سرعة الاستجابة ومساعدة العميل ومساعدة العميل إلى أقصى حد ممكن من الخدمات، فهذا
يستوجب الاستعداد المبكر، وحشد الطاقات الإدارية والفنية لإنتاج الخدمة الطبية لطالبيها، وعدم
إمكانية التأخر والاعتذار عن سرعة الاستجابة ومساعدة العميل ومساعدة العميل للطلب لأن في
ذلك إخفاقا في مهمة المشفى الإنسانية.

لقد تم تقسيم الخصائص الرئيسية لجودة الخدمات من طرف الباحثين إلى ثلاث خصائص رئيسية¹:

✓ **الجودة التفاعلية Interactive Quality**: والتي تمثل نتاج عمليات الخدمة من خلال
تفاعل مقدمي الخدمة مع العملاء.

✓ **جودة المنظمة corporate Quality**: والتي تتعلق بصورة منظمة الخدمة والانطباع
الذهني عنها أو الصورة الذهنية التي تكونت لدى المرضى حول المستشفى.

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، مفاهيم وعمليات وتطبيقات، الطبعة الأولى، دار الشروق، عمان، الأردن، 2006، ص 93.93

✓ **الجودة المادية Physical Quality:** والتي تتعلق بالبيئة المحيطة بتقديم الخدمة، أي

جميع الجوانب الملموسة للمستشفى من مبنى وموقف السيارات وقاعات الانتظار... الخ

وفي تصنيف آخر يتم التمييز بين خاصيتين:

✓ **جودة العمليات process Quality** والتي يتم الحكم عليها من طرف العميل في اللحظة

التي يتم انتاج الخدمة وتقديمها، أي أثناء تأدية الخدمة،

✓ **وبين جودة المخرجات Output Quality** والتي يتم الحكم عليها من طرف العميل عند

استهلاكه للخدمة، أي بعد الأداء الفعلي للخدمة.

ومن ناحية أخرى أيضا يمكن التمييز بين ثلاثة خصائص:

✓ **الجودة الوظيفية:** والتي يمكن التعبير عنها بطرح التساؤل: كيف تتم عملية تقديم الخدمة؟

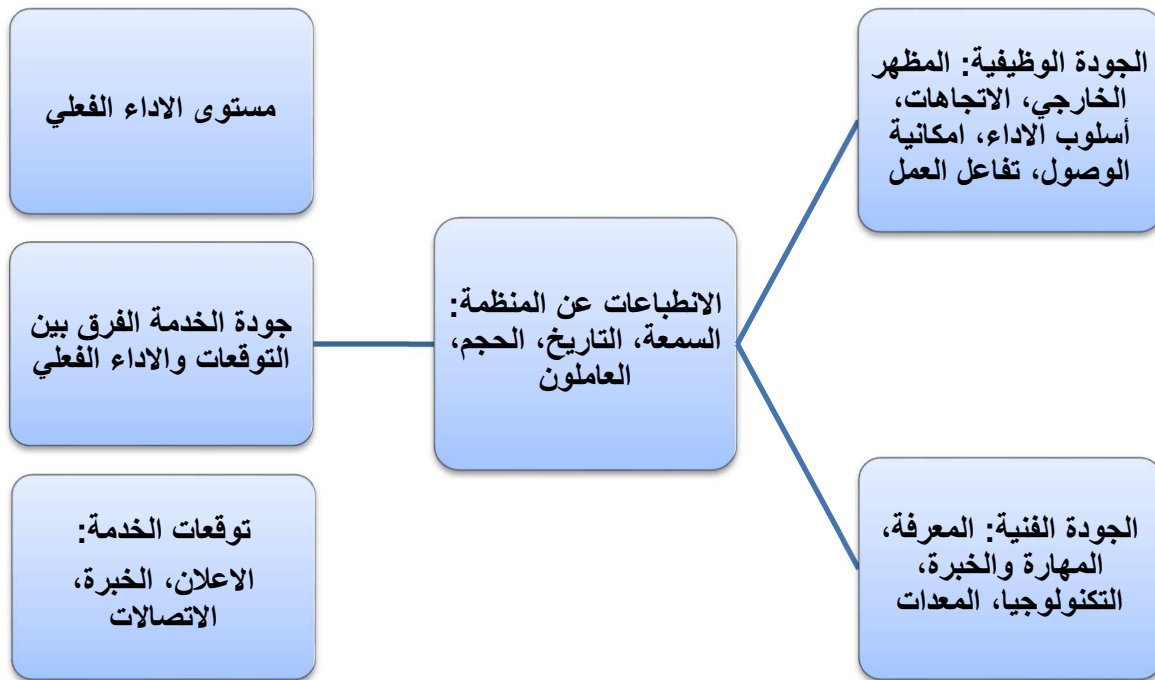
✓ **الجودة الفنية:** والتي يمكن التعبير عنها بطرح التساؤل: ما الذي يتم تقديمه كخدمة؟

✓ **الصورة الذهنية للمنظمة:** والتي تعكس انطباعات العملاء حول المنظمة المقدمة للخدمة

والتي تتوقف بدورها على عملية تقسيم العملاء للجوانب الوظيفية والفنية للخدمة.

والشكل الموالي يوضح هذه التصنيفات:

الشكل (2-1): خصائص جودة الخدمة



المصدر: قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، مفاهيم وعمليات وتطبيقات، الطبعة الأولى، دار الشروق، عمان، الأردن، 2006، ص 93.

المطلب الرابع: معوقات تحقيق جودة الخدمات الصحية

من أبرز المعوقات التي تواجه تحقيق جودة الخدمات الصحية ما يلي¹:

✓ مشكلة تلوث الجو والبيئة

يتلوث الجو نتيجة إدخال عناصر تلوث في البيئة سواء بأساليب مباشرة أو غير مباشرة مما يغير في طبيعتها، وتلوث الجو يشكل مشكلة صحية عامة ذات تأثيرا ودلالات، فقد يؤثر التلوث البيئي على النظر واستنشاق للأطفال كونهم أكثر عرضة وتأثيرا من غيرهم، ومن المؤثرات وهي كثيرة جدا، المصانع

¹ بواينة عبد المهدي، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية مفاهيم نظريات وتطبيقات في الإدارة الصحية، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص 73.

والصناعات والمحركات والآلات، الصوت والضوء والضوضاء، وكل ما ذكرناه سابقا من عوامل تلوث الجو والبيئة وغيرها طبعا عناصر كثيرة يزيد الطلب على الخدمات الصحية كما ونوعا، وهكذا تزداد مسئولية الخدمات الصحية ومخططيها وتزداد الحاجة لإدارات فاعلة قادرة ومؤهلة ومتطورة لمواجهة تلك الحالات ومحاولة منع ما يمكن منعه منها.

✓ الازدياد المتصاعد والمطرود للسكان وربما التقجر السكاني وبالتالي تزايد الطلب على الخدمات

الصحية

هذه الظاهرة أو المشكلة تتطلب اهتماما كبيرا لدى مخطط الخدمات الصحية عند رسم السياسات وما يتعلق بالجانب الاقتصادي وباختصار، فإن الزيادة المفرطة والمتزايدة في حجم السكان يجعل معدل الدخل الحقيقي للفرد منخفضا باستمرار وهذا بالطبع له تأثير على مستوى المعيشة وبالتالي الصحة العامة. وسيتطلب (إدارات صحية فعالة)، تكشف المستقبل واحتياجاته من الخدمات الصحية كما ونوعا مع

الأخذ بعين الاعتبار عنصر الندرة في الموارد البشرية والمادية، ومحاولة رسم السياسات الصحية

المناسبة للظروف واستغلال الأمثل للموارد وصولا للأهداف.

✓ الحوادث والحروب وزيادة الطلب على الخدمات الصحية

وتتمثل بحوادث السيارات والطائرات، وحوادث المنازل، ومراكز العمل، حوادث الحرائق، الزلزال،

الانفجار، وغيرها...

كما يمكن إضافة الأوبئة العالمية وإعلان حالة الطوارئ كمسألة تواجه جودة الخدمات الصحية

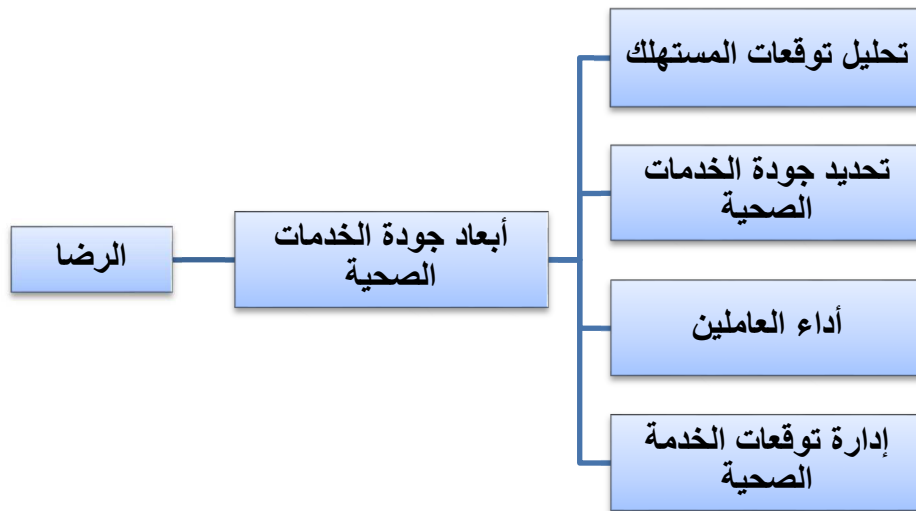
مثلا حدث مؤخرا منذ سنة 2019 في العالم مع وباء كورونا، حيث واجهت المنظمات الصحية المحلية

ثورة من نوع خاص جداً قلبت وجهها بالكامل.

المبحث الثاني: العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية

من الصعب على المؤسسات الصحية أن تضمن تقديم خدمات صحية وبجودة تصل إلى 100% على مدار الوقت، لذلك على إدارة المؤسسات الصحية العمل على تتبع ودراسة العناصر الرئيسية التي من شأنها أن تؤثر على جودة الخدمات الصحية المقدمة والتي تكون بدرجات متفاوتة، ومن أجل تحقيق ذلك يرى البكري أنه يجب أن يكون تكامل ما بين أربعة عناصر كما هي موضحة في الشكل الموالي:

الشكل (2-2): النموذج التكاملي لجودة الخدمات الصحية



المصدر: ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص 203.

المطلب الأول: تحليل توقعات الزبون

منتج ومقدم الخدمة الصحية، سواء كانت منظمات صحية أو مستشفيات، بحاجة إلى البحث عن توقعات واتجاهات المستفيدين منها، ومحاولة فهمها عند تصميم الخدمة الصحية، ومن ثمة العمل على تلبيتها، فهذه تمثل الطريقة الأنجع لضمان تقديم خدمات ذات جودة عالية وفقاً لوجهة نظر المنتج والمقدم

وكذا المستفيد، أو على الأقل تكون مقبولة لديه، على اعتبار أن للمستفيد أي المريض القدرة على التمييز بين المستويات المختلفة للخدمة المقدمة، وذلك من حيث جودتها، والتي نذكر منها¹:

أولاً: الجودة المتوقعة The Expected Quality

وتتمثل في ذلك المستوى من الجودة التي يرى المريض ضرورة توفرها في الخدمة المقدمة له، علماً بأن هذا المستوى يصعب تحديده وبالتالي تحقيقه، في أغلب الأحيان، بسبب اختلافه من شخص لآخر أو من مريض لآخر، وذلك تبعاً لعدة عوامل منها طبيعة المرض مثلاً وحاجياته العلاجية، فضلاً عن اختلاف الخدمات التي يتوقع المرضى الحصول عليها بالمؤسسات الصحية.

ثانياً: الجودة المدركة The Recognition Quality

أي تصور المريض لجودة الخدمات الصحية المقدمة له، وتتمثل في ذلك المستوى من جودة الخدمة التي تقدمها المؤسسة الصحية وتراها ضرورية ومناسبة للحالة المعالجة. ويختلف مستوى هذه الجودة تبعاً لطبيعة المؤسسة الصحية، عامة أو خاصة، وكذلك تبعاً لفلسفتها والإمكانيات والقدرات المادية والبشرية التي تمتلكها.

ثالثاً: الجودة المعيارية The Standard Quality

أو الجودة القياسية والتي تعني ذلك المستوى من جودة الخدمة الذي يتطابق مع المواصفات المحددة للخدمة الصحية، وذلك على المستوى المحلي أو الدولي، وعليه فهي تمثل درجة إدراك والتزام القائمين على المؤسسة الصحية بهذه المقاييس.

¹ ثامر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص 203.

رابعاً: الجودة المحققة The Performance Quality

أو الجودة الفعلية ويقصد بها ذلك المستوى من جودة الخدمات الصحية الذي اعتادت المؤسسة الصحية أو المستشفى تقديمه للمرضى.

المطلب الثاني: تحديد جودة الخدمة

بعد مرحلة البحث والفهم لحاجيات ومتطلبات المرضى تأتي مرحلة العمل على تلبيتها، وذلك من خلال التحديد والتوصيف المناسب للخدمة قصد ضمان تحقيق مستوى الجودة المناسب والمرغوب والمطلوب في الخدمة الصحية المقدمة، والذي يصبح يمثل أحد الأهداف الرئيسية للمؤسسة الصحية¹.

ويرتكز بلوغه على كفاءة وفعالية العنصر البشري العامل بالمؤسسة الصحية وكذا صلاحية وتطور المعدات والتجهيزات الطبية المستعملة.

غير أن بلوغ الهدف المحدد، أي جودة الخدمة الصحية المقدمة، وتوفير الإمكانيات البشرية والمادية الضرورية يتطلب توفر شرط أساسي ألا وهو التزام الإدارة، التي يجب أن تكون أول المعنيين بهذا الهدف وتعمل على تحسيس الجميع، عمال وعمال نظافة، ممرضين، أطباء، إداريين، متعاملين خارجيين... الخ، بضرورة بلوغه وذلك من خلال عمليتي الإقناع والتحفيز والعمل على تدليل العقبات والعراقيل التي تعيق مسار جودة الخدمة الصحية.

¹ علاء فرج حسن رضوان، دور مهارات التعامل مع المرضى في تحسين مستوى جودة الخدمة الصحية، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، 2021، ص 123.

المطلب الثالث: أداء العاملين

بعد تحديد مواصفات الخدمة الصحية، والتزام الإدارة بمسار الجودة لبلوغ مستوى الجودة أو التميز لن يكون كافيا إذا لم يكن هناك تميزا في الأداء من قبل العمال المستخدمين بالمؤسسة الصحية، بمختلف تخصصاتهم وفي مختلف مستويات الهيكل التنظيمي.

ولا شك بأن الأداء الجيد أو المتميز سوف لن يتحقق إلا من خلال عملية التكوين والتدريب للعمال بمختلف التخصصات وفي مختلف المستويات، من أجل اكتساب معارف جديدة، وتطوير مهارات في كيفية التعامل مع المرضى وتقديم المعلومات الصحيحة والمناسبة في الوقت المناسبة وللجهة المناسبة، وذلك بشكل متكامل ومنسق بين مختلف الأقسام والمصالح المكونة للمؤسسة الاستشفائية.

إلى جانب برامج التكوين والتدريب يجب الاهتمام بأساليب التقييم لأداء المستخدمين بالمؤسسة الصحية، حيث أن الأسلوب المطبق بالمؤسسات الاستشفائية هو نظام الرواتب والحوافز المرتبطة إلى حد كبير بمؤشرات أداء كمية، كعدد ساعات العمل التي تقضى مع المرضى، عدد المرضى الذين تتم خدمتهم، نسبة الأخطاء المسجلة عمليا... الخ، عادة ما تكون بعيدة عن الجوانب الإنسانية الواجب تميز الأداء بها.

فأداء العاملين في هذا المجال يجب أن يتميز بالعمل الجماعي القائم على روح الفريق الواحد الذي يهدف إلى تقديم خدمات متميزة لطلابها، وذلك من خلال بذل المزيد من الجهود اتجاه المرضى من أجل إرضائهم، كالمعاملة بلطف، العناية والرعاية المستمرة، سرعة الاستجابة والتنفيذ لما يطلب... الخ. وهنا لابد وأن يكون لهذه الجوانب أثر على عملية التقييم للأداء، وعلى الحوافز المعنوية والمادية خاصة الممنوحة.

وحتى يكون التقييم موضوعي يمكن الاستعانة، وعلى نطاق واسع، برود أفعال المرضى، وفي هذا السياق تشير دراسة إلى أن الأطباء بمؤسسة Galletin الأمريكية يحصلون على مداخل إضافية تقارب 30% من الحوافز السنوية اعتماداً على مستوى رضا المرضى عنهم¹.

المطلب الرابع: إدارة توقعات الخدمة

من المهم بالنسبة للمؤسسات الصحية العمومية والخاصة بدرجة أكبر، التحسب والاستعداد لمواجهة توقعات الزبائن لجودة الخدمة الصحية المقدمة أو التي ستقدم، وهنا يكون من الضروري للقائمين على شؤون المؤسسة الصحية العمل، وبشكل جدي، على التواصل الفعال والاتصال مع المرضى داخل المنظمة والتعرف على احتياجاتهم باستمرار، وكذلك مختلف شرائح المجتمع من أجل التعرف على ما يريدون وما ينتظرون، ومن ثمة العمل على تحديد مدى توفر الكفاءات والإمكانيات اللازمة التي تكون قادرة على الاستجابة لمختلف المتطلبات المعبر عنها، ولابد أن تكون هذه التوقعات عقلانية ويمكن تحقيقها، ويتطلب ذلك توفر نظام معلومات يكون قادراً على توفير المعلومات الدقيقة في الوقت المناسب لاتخاذ القرارات الموضوعية، ولا شك أن هذا كله سينعكس إيجاباً على مستوى رضا المرضى المستفيدين من الخدمات الصحية المقدمة لهم².

في حين يرى جاد الرب، أن العوامل التي تؤثر على جودة الخدمات الصحية هي كالتالي³:

✓ اختيار الموقع المناسب للمنظمة الصحية: وذلك بأن يكون قريباً من المرضى الحاليين والمتوقعين وسهل الوصول إليه، وأن يكون في بيئة صحية ملائمة تتوافر فيه المرافق الأساسية كالطرق والمياه.

¹ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص 209.

² علاء فرج حسن، مرجع سابق، ص 123.

³ جاد الرب سيد محمد، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، دار النهضة العربية للنشر والتوزيع، الاسكندرية، 2008، ص 26.

- ✓ تصميم مبنى المستشفى: أو المركز الصحي بالطريقة المناسبة مع مراعاة المساحات المناسبة للمرور وحرية الحركة والتصميم الجمالي من الداخل والخارج.
- ✓ تأثيث وتجهيز المستشفى: بكل المعدات والأجهزة طبقاً للمواصفات والنظم المعمول بها في مختلف المنظمات الصحية.
- ✓ تصميم وتحديد الهياكل التنظيمية المناسبة: وتحديد السلطات والمسؤوليات بما يسمح بتحقيق الأهداف المرجوة.
- ✓ اختيار الموارد البشرية المناسبة: سواء من حيث التخصصات المهنية الإكلينيكية أو التخصصات الإدارية.
- ✓ تحديد وبناء نظام مناسب للأسعار: يتماشى مع الظروف الاقتصادية السائدة، مع الالتزام بالجودة المحددة لأداء الخدمة الصحية.
- ✓ مساهمة المنظمات الصحية الخاصة مع المنظمات الصحية العامة: في حل مشكلات المجتمع الصحية مثل مشكلات التلوث والتطعيم والوقاية من الأمراض وعلاج الأمراض المزمنة.
- ✓ توفر نظم فعالة للمعلومات والاتصالات واتخاذ القرارات وتقييم الأداء ومتابعته باستمرار.
- ✓ مدى دعم العلاقات الإنسانية: والتعاون الفعال بين إدارة المستشفى والعاملين فيها وبين إدارة المستشفى وبيئتها الخارجية، بما في ذلك المرضى.
- ✓ اهتمام المنظمات الصحية بالتنمية الذاتية والتطوير وذلك من خلال:
 - تنمية مهارات العاملين بها من خلال التدريب والتعليم.
 - تطوير نظم الرعاية الصحية والعلاج من خلال استخدام المعدات والتجهيزات المتطورة والحديثة.

- الاستفادة من مختلف خبرات المنظمات الصحية العالمية في مجال الوقاية والعلاج والإدارة الطبية والرعاية.
- قياس معايير الأداء ومراقبتها والتعرف على مدى تحقيق هذه المعايير للأداء الذي يحقق أهداف المنظمة.

المبحث الثالث: قياس جودة الخدمات الصحية

إن قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات تعتبر عملية معقدة مقارنة مع قياس خدمة المنتج حيث تستخدم الأساليب الكمية بسهولة. وإن الصعوبة في قياس الخدمة الصحية وجودتها في المنظمات يعود إلى اعتبارها غير ملموسة، وكونها مختلفة وذات خصوصية وملازمة وغير منفصلة.

تعتبر الخدمة الصحية من الخدمات ذات خصوصية عالية وتحتاج إلى التركيز العالي في الجودة وهذه من التوجهات الحديثة للتسويق الصحي للتركيز على مسألة الجودة في تقديم الخدمات الصحية. وهذا يعني إمكانية تحقيق بعض المؤسسات الصحية نوع من التميز عن غيرها بسبب التركيز على الجودة بهدف الوصول إلى أحكام سليمة ودقيقة حول جودة الخدمات الصحية فإن الأمر يتطلب اعتماد معايير محددة في عملية القياس، وهذه المعايير يجب أن تتوفر لها الحد الأعلى في الموضوعية والمصادقية والقبول العلمي من أجل الاعتماد على نتائج القياس والانطلاق منه في عملية تحسين جودة الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية.

إن عملية قياس الجودة في قطاع الخدمات لازالت في غاية الصعوبة قياساً بما هو معتمد في المؤسسات الإنتاجية ويرجع ذلك إلى العديد من العوامل أهمها¹:

¹ سامي احمد عباس، قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد 39، العراق، ص 269.

- ✓ صفة غير الملموسية الملازمة للخدمات إذ لا يمكن الحكم عليها إلا عند الحصول عليها
- ✓ تتسم الخدمات عموماً ببعض الجوانب المهنية التي لا تسمح للشخص المتخصص من سهولة تقييمها وأكثر من الشخص العادي.
- ✓ درجة تعاون المستفيد محدد مهم لجودة الخدمة من خلال ما يقدمه من معلومات دقيقة تفيد مقدمه لمعرفة خصوصية كل مستفيد والعمل في تلبيتها.
- ✓ اختلاف احتياجات المستفيدين من الخدمة ومدى إدراكهم لها يتطلب ضرورة تنويع أساليب القياس وبما يتلاءم مع ظروف كل مستفيد على حدى.

المطلب الأول: مداخل قياس جودة الخدمات الصحية

يمكن التعامل مع قياس جودة الخدمات الصحية وفقاً لثلاث مداخل رئيسية:

أولاً: قياس جودة الخدمة من وجهة نظر المرضى

في هذا المدخل هناك العديد من الطرق الشائعة لقياس جودة الخدمات الصحية نلخصها فيما يلي¹:

1. مقياس عدد الشكاوى:

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

¹ قاسم نايف علوي الجبوي، إدارة الموارد البشرية في الخدمات: مفاهيم وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص 104.

2. مقياس الرضا:

وهو من أكثر المقاييس شيوعا ويستخدم لقياس اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم، وخاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات وذلك من خلال جمع المعلومات عن المريض، عن طريق توجيه الأسئلة التي تكشف للمؤسسات الخدمية طبيعة شعور الزبائن نحو الخدمة المقدمة لهم وجوانب القوة والضعف بها، ومن بين الطرق المستخدمة في جمع المعلومات نجد المقابلة والملاحظة والاستمارة، وتبقى الاستمارة من أهم هذه الأدوات.

3. مقياس الأداء الفعلي: (Servperf)

كلمة Servperf تعني أداء الخدمة وهي مكونة من العبارتين Service الخدمة و Performance الأداء، ظهر هذا النموذج خلال 1992 نتيجة للدراسات التي قام بها كل من (Taylor et Gronin)، وتعرف الجودة في إطار هذا النموذج مفهوما اتجاهيا يربط بإدراك العميل للأداء الفعلي للخدمة المقدمة ويعرف الاتجاه على أنه: "تقييم الأداء على أساس مجموعة من الأبعاد المرتبطة بالخدمة المقدمة".

ويركز هذا النموذج على الأداء الفعلي للخدمة، ويرفض فكرة الفجوة في تقييم جودة الخدمة، باعتبار أن جودة الخدمة يتم الحكم عليها من خلال اتجاهات المرضى، أي التركيز على جانب الإدراكات الخاصة بالمريض فقط، ذلك أن جودة الخدمة الصحية يتم التعبير عنها كنوع من الاتجاهات وهي دالة إدراكات العملاء السابقة وخبرات وتجارب تعامل المؤسسة الصحية، ومستوى الرضا عن الأداء الحالي للخدمة.

فالرضا حسب هذا النموذج يعتبر عاملا وسيطا بين الإدراكات السابقة للخدمة والأداء الحالي لها، وضمن هذا الإطار تتم عملية تقييم جودة الخدمة من طرف العميل، فالعميل يقيم الخدمة على أساس خبرته وما إذا انعدمت هذه الخبرة فإنه يعتمد بشكل أساسي على توقعاته خلال مرحلة ما قبل الشراء، وأن توقعاته

المستقبلية حول الخدمة هي دالة لعملية تقييميه للأداء الحالي، بمعنى أن (الاتجاه أو موقف العميل من الخدمة يتكيف طبقاً لمستوى الرضا الذي يكون قد حققه خلال تعامله مع المؤسسة، وتتضمن عملية تقييم الجودة وفق هذا النموذج الافتراضات التالية:

✓ في غياب خبرة العميل السابقة في التعامل مع المؤسسة فإن توقعاته حول الخدمة تحدد

بصورة أولية لمستوى تقييمه لجودتها.

✓ بناء على خبرة العميل السابقة المتراكمة كنتيجة لتكرار التعامل مع المؤسسة الصحية، فإن

عدم رضاه عن مستوى الخدمة المقدمة يقوده إلى مراجعة المستوى الأولي للجودة.

✓ إن الخبرات المتعاقبة مع المؤسسة ستقود إلى مراجعات إدراكية أخرى لمستوى الجودة،

وبالتالي فإن تقييم العميل لمستوى الخدمة يكون محصلة لكل عمليات التعديل الإدراكي

التي يقوم بها العميل فيما يتعلق بجودة الخدمة، وهكذا فإن رضا العميل عن مستوى الأداء

الفعلي للخدمة، له أثر مساعد في تشكيل إدراكات العميل للجودة، وعند تكرار الطلب فإن

الرضا يصبح أحد المدخلات الرئيسية في عملية التقييم.

ويمكن التعبير عن ذلك بالمعادلة التالية:

$$\text{جودة الخدمة} = \text{الأداء الفعلي}$$

ورغم بساطة هذا الأسلوب ومصادقيته وواقعيته إلا أنه يعجز عن تحديد نقاط القوة والضعف في

الخدمة المقدمة التي يستطيع مقياس الفجوة توضيحها للإدارة العليا باستعماله للدلالات العملية الناتجة عن

عمليات القياس والتقييم.

4. مقياس القيمة:

تقوم الفكرة الأساسية لهذا المقياس على أن القيمة التي تقدمها المنظمة المقدمة للخدمة الصحية للمرضى تعتمد على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة للمريض والتكلفة للحصول على هذه الخدمات، فالعلاقة بين المنفعة والسعر هي التي تحدد القيمة، فكلما زادت مستويات المنفعة الخاصة بالخدمات الصحية المدركة كلما زادت القيمة المقدمة للمرضى، وكلما زاد إقبالهم على طلب هذه الخدمات والعكس صحيح، وبالتالي فإنه من واجب المنظمة الصحية اتخاذ الخطوات الكفيلة من أجل زيادة المنفعة المدركة لخدماتها بالشكل الذي يؤدي إلى تخفيض سعر الحصول على الخدمة، ولا شك أن وجود مثل هذا المقياس سوف يدفع المؤسسة الصحية إلى تركيز جهودها نحو تقديم خدمة متميزة للمرضى بأقل تكلفة ممكنة.

5. مقياس الفجوة: (servqual)

هو اختصار للكلمتين اللاتينيتين Service و Quality ظهر خلال الثمانينات من القرن الماضي من خلال الدراسات التي قام بها كل من (Parasuraman, Zeithmal, Berry)، وذلك بغية استخدامه في تحديد وتحليل مصادر مشاكل الجودة والمساعدة في كيفية تحسينها، وهو يستند إلى توقعات المرضى لمستوى الخدمة وإدراكاتهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل ومن ثم تحديد الفجوة، أو التطابق بين هذه التوقعات والإدراكات، وعند التحدث عن هذا المدخل لا بد من التطرق إلى مفهومين أساسيين يتقابلان لتحديد الفجوة في جودة الخدمة الصحية وهما¹:

¹ عبد الستار العلي، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة، عمان، 2010، ص 306.

✓ **توقعات المريض:** وهي المعايير أو النقطة المرجعية للأداء الناتجة عن خبرات التعامل مع الخدمة والقابلة للمقارنة، والتي تصاغ في شروط يعتقد المريض أنها تكون في الخدمة أو سوف يحصل عليها.

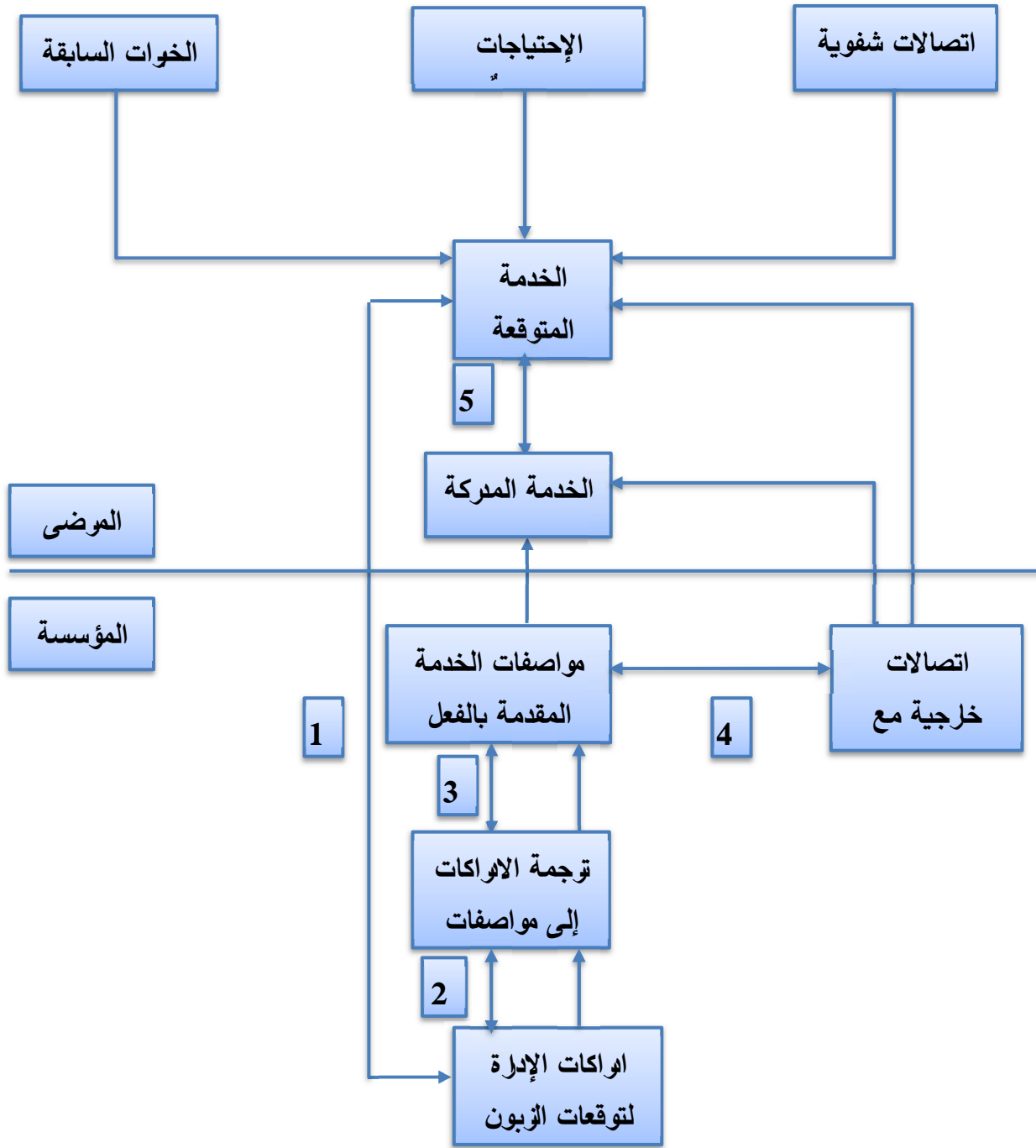
✓ **إدراكات المريض:** وهي النقطة التي يدرك بها المريض الخدمة فعليا كما قدمت له. وعليه فإن هذا النموذج يقوم على معادلة أساسية ذات طرفين هما الإدراكات والتوقعات ويمكن التعبير عنها بمايلي:

$$\text{جودة الخدمة الصحية} = \text{الخدمة المدركة} - \text{توقعات المريض}$$

وذلك من أجل قياس خمس فجوات هامة تتعلق بكل من المنظمة الصحية المقدمة للخدمة،

وبالمريض وبالاثنين معا، كما يوضح الشكل الموالي هذه الفجوات:

الشكل (2-3): مقياس الفجوات للخدمة الصحية (servqual)



Source : A Parsu Parasuraman, Valarie A. Zeithaml, Leonard L Berry, A Conceptual Model of Service Quality and its Implication for Future Research (SERVQUAL), Journal of Marketing, Vol 49, 1985, p 49.

الفجوة الأولى (فجوة البحث):

وتنتج عن التباين بين توقعات المرضى لمستوى الخدمة وبين تقديرات الإدارة لهذه التوقعات، أي عجز الإدارة عن معرفة احتياجات ورغبة المرضى المتوقعة، فقد لا تفهم الإدارة ملامح جودة الخدمة التي يطلبها ويتوقعها المرضى وما تحتاجه هذه الجودة من تحسين لتلبية احتياجاتهم وحتى تكون بمستوى جودة عال ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة هو عدم الاهتمام الكافي بالتعرف المستمر على توقعات المرضى.

الفجوة الثانية (فجوة التصميم):

وتنتج عن الاختلاف بين تقديرات المنظمة لتوقعات المرضى من الخدمة والمواصفات الخاصة بالخدمة المقدمة بالفعل، بمعنى أنه لو كانت حاجات المرضى المتوقعة ورغباتهم معروفة للإدارة فإنه لن يتم ترجمتها إلى مواصفات محددة في الخدمة المقدمة، بسبب قيود تتعلق بمراد المنظمة أو التنظيم أو عدم قدرة الإدارة على تبني فلسفة الجودة ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة نذكر: عدم الالتزام بتطبيق مواصفات جودة الخدمة الصحية من قبل مقدميها.

الفجوة الثالثة (فجوة التقديم):

وتظهر بسبب الاختلاف بين إدراك إدارة المستشفى لمواصفات جودة الخدمة الصحية ومواصفات الخدمة المقدمة فعلياً، وتنتج هذه الفجوة بسبب صعوبة وضع معايير موحدة لتوحيد الأداء وتقديم الخدمة الصحية، أو ضعف مستوى المهارات لدى القائمين على أداء الخدمة بمستوى معين بسبب ضعف الدعم الكافي لموظفي الخط الأول والأفراد القائمين على خدمة المريض.

الفجوة الرابعة (فجوة الاتصال):

وتنتج عن الخلل في مصداقية المنظمة المقدمة للخدمة الصحية بين ما تعلنه من مستويات أداء الخدمة وما تقدمه فعلياً، ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة نذكر: قلة الاتصالات بين أقسام المنظمة المقدمة للخدمة الصحية، إذ أن توقعات المرضى تعتمد على الاتصالات الخارجية للمستشفى المقدم للخدمة الصحية، والمبالغة في الوعود بتقديم مستويات عالية للجودة، فالتوقعات الواقعية تبني إدراك إيجابي أكبر لجودة الخدمة.

الفجوة الخامسة (الفجوة الحقيقية):

وتنتج عن الاختلاف بين ما أدركه المرضى من مستويات أداء الخدمة وتوقعاته المسبقة لهذه المستويات، ويعتمد نشوء هذه الفجوة على حجم وتوجه الفجوات الأربعة السابقة والتي لها تأثير في طريقة تسليم الخدمة ووجود الفجوات الأربعة السابقة يقود إلى نشوء الفجوة الخامسة.

وتعتبر الفجوة الحجر الأساسي في قياس جودة الخدمة الصحية وعليه فإن الفجوة تأخذ ثلاث صور

أساسية هي¹:

✓ إذا كان إدراك المريض للخدمة المقدمة فعلاً فائقة من الخدمة التي يتوقعها المريض فإن

الفجوة هنا تكون موجبة وهو ما تعني أن المريض تحصل على خدمات صحية أكثر مما

توقعه من المستشفى.

✓ أما إذا كانت جودة الخدمة الصحية المقدمة (الفجوة المدركة) مساوية لتوقعات المريض

فان الفجوة سوف تكون مساوية للصفر وهو ما تعني أن المستشفى قد انتبه إلى توقعات

¹ عبد الستار العلي، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة، عمان، 2010، ص 306.

المريض لجودة الخدمات الصحية، وقام بتطوير خدماته الصحية تجاه العملاء بما يوازي توقعاتهم.

✓ أما إذا كانت الجودة المتوقعة (الفجوة) سالبة فهذا يعني أن ما تحصل عليه المريض من الخدمات الصحية تقل عما كان يتوقعه من المستشفى. ما يعني أن المستشفى قد فشل في توقع رغبات المرضى في جودة الخدمات الصحية، ومن ثم لم تقدم لهم الخدمات التي يرغبون فيها.

6. قياس الجودة المهنية:

يرى المحياوي أن تقييم جودة الخدمة من منظور المرضى يمثل جزءاً من برنامج الجودة، وعلى ذلك مقاييس الجودة المهنية تتناول قدرة منظمات الخدمة على الوفاء بخدماتها المتنوعة من خلال الاستخدام الأمثل لمواردها المتاحة.

من طرق قياس الجودة المهنية ما يلي¹:

ثانياً: المقاييس الهيكلية (قياسات البنية)

إن مقاييس الهيكل للخدمة الصحية مرتبطة بالأفراد والتسهيلات المستخدمة في تقديم الخدمات والطريقة التي تنظم بها. لذلك يرى أصحاب هذا المدخل أن توفر المؤسسة على البيئة المادية الملائمة من: تجهيزات ومعدات وعاملين أكفاء، وقوانين ولوائح ومعدات وأدوات، ونظم مساعدة، وأهداف محددة وأساليب عمل وإجراءات واضحة يؤدي حتماً إلى تحقيق خدمة مميزة.

فبالرغم من منطقية هذا الأسلوب لقياس جودة الخدمة، إلا أنه لم ينتشر مقارنة مع الأساليب الأخرى

وذلك يرجع إلى²:

¹ المحياوي قاسم نايف، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وتطبيقات وعمليات، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص 47.

² قاسم نايف علوان، مرجع سبق ذكره، ص 104.

✓ اختلاف وجهات النظر حول الأبعاد والعناصر الخاصة بجودة الخدمة.

✓ عدم التمكن من تحديد مقياس كمي لقياس الأبعاد والعناصر المتعلقة بالجودة.

✓ الاهتمام بالجانب النظري فقط وإهمال الجانب التطبيقي العملي.

1. قياس الجودة بدلالة العمليات:

يدل مفهوم العمليات على تتابع خطوات العمل لتقديم أو توصيل الخدمة الصحية، هي التي تؤدي إلى الوصول للنتائج، وتسمى كذلك الإجراءات، يهتم هذا المقياس بجودة العمليات أو بمراحل تقديم الخدمة، كما يحتوي على المؤشرات ومعايير توضح النسب المقبولة لكافة عناصر أنشطة الخدمات المقدمة، كي يتم تصنيف الخدمات كخدمات جيدة.

فبالرغم من توفر بعض الجوانب المنطقية لهذا الأسلوب في القياس إلا أنه لا يعتبر دقيقاً في تصميم وقياس وتقييم جودة الخدمة مقارنة مع الأساليب الأخرى، كونه يركز على عمليات الخدمة بدلاً من أبعادها الكمية.

2. قياس الجودة بدلالة المخرجات:

يتضمن نوعية الخدمات المقدمة من طرف كل قسم في المنظمة الصحية بالمقارنة مع معايير محددة مثل دقة مواعيد تسليم الأدوية إلى الأجنحة الداخلية من قبل الصيدلية وانتظامها، نظافة غرف المرضى، نظافة الممرات والقاعات، وصول وجبات الطعام إلى المرضى ساخنة وفي المواعيد المحددة لها وما إلى ذلك من مؤشرات بعودة المخرجات.

ويتم قياس جودة المخرجات من خلال مجموعة من الطرق الآتية:

✓ القياس المقارن أي يتم إجراء مقارنات كمية بين الأداء المستهدف والأداء الفعلي بغرض

اكتشاف جوانب الضعف ومحاولة تجنبها مستقبلاً.

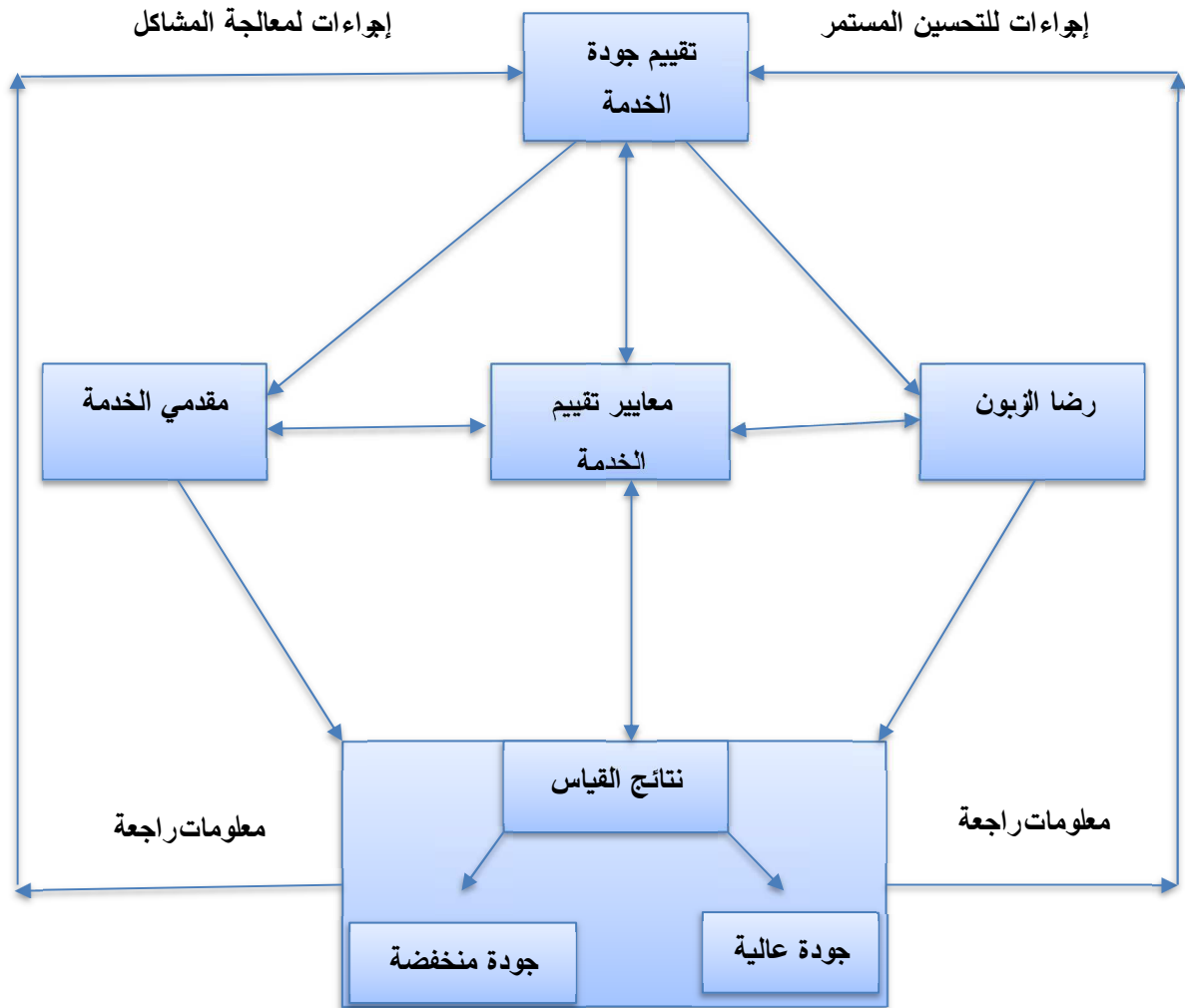
✓ استقصاء رضا المرضى بخصوص الخدمة المقدمة.

✓ استقصاء العاملين في المؤسسة الصحية لتحديد مشاكل ومعوقات تحقيق أداء الخدمة.

3. قياس الجودة من المنظور الشامل

يتم خلال هذا المدخل معالجة شاملة لقياس جودة الخدمة وتقويمها من وجهة نظر المرضى ومن وجهة نظر مقدم الخدمة أو المؤسسة الصحية، الشكل الموالي يوضح نموذجاً شاملاً لقياس جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المريض، ونظر مقدمي الخدمة الصحية (المؤسسة الصحية):

الشكل (2-4): نموذج لتقييم جودة الخدمة من المنظور الشامل



المصدر: قاسم نايف علوان، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الايزو، دار الثقافة، ليبيا، 2005، ص 108.

حسب هذا المدخل، فإن التركيز على الجودة يجب أن يوجه ليس فقط في ملامح محددة

للمخرجات والعمليات أو الهيكل، ولكن في كل المنظمة المقدمة للخدمة الصحية.

ويمكن قياس جودة الخدمة الصحية في الجوانب غير القابلة للقياس، وذلك من خلال توجيه قوائم

الاستقصاء للعملاء (المرضى، العاملين والزائرين)، حيث يجيب العميل على ما بها من أسئلة، ومن خلال

هذه الإجابات يمكن تحديد مدى مطابقة أوجه الخدمة لمتطلبات وتوقعات العملاء¹.

المطلب الثاني: أبعاد قياس جودة الخدمات الصحية

تشير أغلب الدراسات السابقة إلى أنه من أجل عملية قياس جودة الخدمة يوجد أسلوبين، حيث

ينسب أولهما إلى (Berry, & al, 1985) وهو الذي يستند على توقعات العملاء لمستوى الخدمة وإدراكهم

لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل، ومن ثم تحديد الفجوة (أو التطابق) بين هذه التوقعات والادراكات وذلك

باستخدام الأبعاد العشر الممثلة لمظاهر جودة الخدمة وهي²:

✓ **الفورية Access** : أو سهولة الوصول إلى الخدمة في الموقع المناسب والوقت المناسب

وبغير انتظار طويل.

✓ **الاتصالات Communication** : أو دقة وصف الخدمة باللغة التي يفهمها العميل.

✓ **المقدرة Competence** : أي امتلاك العاملين للمهارات والقدرات والمعلومات اللازمة.

✓ **الثقة Credibility** : حيث ينظر العاملون في المنظمة إلى العميل بوصفه جديراً بالثقة.

✓ **الاعتمادية Reliability** : حيث تقدم الخدمة للعميل بدقة يمكنه الاعتماد عليها.

¹ محمد عباس ديبوب، هندي عطية، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مستشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومستشفى الباسل بطرطوس، سوريا، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، المجلد 27، العدد 2، 2005، ص 124-125.

² Parasuraman A, Berry Leonard L, Zeithaml Valerie A, A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research, Journal of Marketing, Vol 49, N 4, 1985, p 49.

✓ **الاستجابة Responsiveness**: حيث يستجيب العاملون بسرعة وبشكل خلاق لطلبات العميل ومشكلاته.

✓ **التجسيد Tangibles**: ويركز هذا العنصر على الجانب الملموس من الخدمة كالأجهزة والأدوات التي تستخدم في تأديتها.

✓ **الأمان Security**: بمعنى أن تكون الخدمة خالية من المخاطرة والمغامرة والشك.

✓ **فهم ومعرفة العميل Knowing / Understanding**: أن يبذل العاملون جهداً لتفهم احتياجات العميل وأن يمنحوه اهتماماً شخصياً.

✓ **المجاملة Courtesy**: بمعنى التعامل مع العميل بصدقة واحترام وتقدير.

وفى دراسة لاحقة تمكن (Berry, & al,1988) من دمج هذه الأبعاد العشرة في خمسة أبعاد فقط هي النواحي المادية الملموسة في الخدمة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان والتعاطف.

ومن الملاحظ أن هذه الأبعاد الخمسة هي من وجهة نظر الباحثين أبعاداً عامة يعتمد عليها العميل في قياس جودة الخدمة بغض النظر عن نوعية الخدمة وأطلق على هذا الأسلوب في قياس جودة الخدمة اسم مقياس الفجوة أو مقياس **SERVQUAL**. وهذه الفجوات تحدث إذا حدث اختلاف بين توقعات العميل وبين إدراك الإدارة لهذه التوقعات.

جودة الخدمة الصحية تقاس بمدى توافر الأبعاد الخمسة التي توصل إليها Berry, & al في

الخدمة الصحية التي تقدمها المستشفى، وهذه الأبعاد هي¹:

¹ عبد العظيم، محمد، التسويق المقدم، جامعة الإسكندرية، الدار الجامعية، مصر، 2008، ص 111.

1. الجوانب الملموسة (Tangibles):

ويشير بعد الملموسية إلى تقييم جودة الخدمة من قبل المريض في ضوء مظاهر التسهيلات المادية أي جميع الجوانب الملموسة في المنظمة الصحية والتي تساهم في تقديم الخدمة الصحية وتشمل ما يلي:

- ✓ جاذبية المباني والتسهيلات المادية.
- ✓ التصميم والتنظيم الداخلي للمباني.
- ✓ حداثة المعدات والأجهزة الطبية.
- ✓ مظهر الأطباء والعاملين.
- ✓ أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة
- ✓ الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج

2. الاعتمادية Reliability:

وتعني تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من حيث الاتساق في الأداء وإنجاز الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه، وهي تقديم الخدمات بشكل صحيح ودائم وبالدرجة الأولى وفقاً للمواعيد المحددة وبدون تأخير وبأعلى درجة من الدقة وتشمل المتغيرات الآتية:

- ✓ الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة.
- ✓ الدقة وعدم الأخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج.
- ✓ توفر التخصصات المختلفة.
- ✓ الثقة في الأطباء والأخصائيين.
- ✓ الحرص على حل مشكلات المريض.
- ✓ الاحتفاظ بسجلات وملفات دقيقة

3. الاستجابة (Responsiveness):

وهي تقييم جودة الخدمة الصحية من حيث تقديم الخدمات بشكل فعال وقوي من دون تردد أو انتظار لمعرفة التفاصيل الرسمية للحالة ورغبة الكادر الوظيفي بتقديم المساعدة للمرضى وبشكل دائم وتشمل المتغيرات الآتية:

- ✓ السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة.
- ✓ الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال.
- ✓ الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض.
- ✓ الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوى.
- ✓ إخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤها منها.

4. الأمان Security:

تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من حيث خلو المعاملات في المنظمة من الشك والمخاطرة ويشمل المتغيرات الآتية:

- ✓ الشعور بالأمان في التعامل.
- ✓ المعرفة والمهارة المتخصصة للأطباء.
- ✓ الأدب وحسن الخلق لدى العاملين.
- ✓ استمرارية متابعة حالة المريض.
- ✓ سرية المعلومات الخاصة بالمريض.
- ✓ دعم وتأييد الإدارة للعاملين لأداء وظائفهم بكفاءة.

5. اللباقة :Courtesy:

تقييم الخدمة الصحية المقدمة من حيث المعاملة من طرف مقدمي الخدمة، ودرجة الاحترام والود المبينة للمريض، ويشمل المتغيرات الآتية:

- ✓ تقهم احتياجات المريض.
- ✓ وضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين.
- ✓ ملائمة ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة المقدمة.
- ✓ العناية الشخصية بكل مريض.
- ✓ تقدير ظروف المريض والتعاطف معه.
- ✓ الروح المرحية والصدقة في التعامل مع المريض.

وسنقوم بالتفصيل في هذه الأبعاد الخمسة في المبحث الرابع.

المطلب الثالث: مداخل تحسين جودة الخدمات الصحية

نظرا للطلب المتزايد والمستمر على الخدمات الصحية وتنوع عدد الأمراض مع زيادة التطبيقات التكنولوجية الطبية، تحتاج المؤسسة الصحية إلى تطبيق مجموعة من المداخل التي تساهم في تحسين خدماتها من أجل إرضاء زبائنهم وضمان البقاء في الوسط التنافسي الذي تنشط فيه، ومن بين أهم المداخل المعتمدة نذكر ما يلي¹:

أولاً: النموذج الدولي لإدارة الجودة الشاملة الإيزو (ISO 9000)

بسبب الانتشار العالمي لإدارة الجودة الشاملة والحاجة إلى وضع معايير موحدة للجودة وطرق قياسها، ظهر عام (1980) مفهوم المعايير الدولية لإدارة الجودة والتي وضعتها منظمة عالمية راعت التنوع

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 116.

في الثقافات والاختلاف بين المناطق. يعرف على أنه مجموعة إجراءات عمل إدارية وفنية، والتي يتطلب إنجازها استخدامها في ظل البناء على تحقيق نظام الجودة الذي يسعى إلى تحقيق الغايات العاملين من خلال إنتاجه لمنتجات مطابقة للمواصفات المطلوبة لجميع المراحل من عمليات شراء المواد وتصميم المنتج. وتشمل شهادة (ISO 9000) على سلسلة من المقاييس المنظمة لكافة جوانب العمليات داخل المنظمة، ونظاما كاملا وشاملا للجودة.

ثانيا: نموذج Deming

اذ يعد Deming الاحصائي الامريكي الاب الحقيقي لإدارة الجودة الشاملة والذي تأثر كثيرا ب Shohart، ومن اهم ما قدمت ما يعرف بدائرة (PDCA) خطط -افعل -تحقق - نفذ والتي تهدف الى حل المشكلات وتحسين استخدام الموارد وتحقيق رضا الزبائن وقد أشار الى اربع عشر مبدأ لتحسين الجودة في منظمات الاعمال وتلخصت هذه المبادئ بما يلي: التحسين المستمر، وتبني مفهوم الجودة الشاملة، والفحص والتفتيش المستمر للعينات، وعدم التركيز على الاسعار والجوانب المالية فقط، والتحسين المستمر لعمليات الانتاج، والتدريب والتعليم المستمر للعاملين، وتوافر القيادة المساعدة للعاملين، وغياب ثقافة الخوف في المنطقة، وسهولة الاتصال وازالة الحواجز بين الاقسام، والحد بين الشعارات والنصائح، والقضاء على أنظمة الحصص في العمل، وازالة الحواجز امام الابداع، وتشجيع التعليم والتطور للأفراد والتخطيط للأعمال.

ثالثا: التحسين المستمر كايزن kaizen

مدخل التحسين المستمر كايزن هو وسيلة من وسائل التغيير في المؤسسة الصحية، من أجل الحصول على أقصى قدر من جودة خدماتها، تمزج بين تنوع الأساليب والمبادئ داخل ثقافة المؤسسة وفلسفة التحسين باعتباره أسلوب في الحياة وليس مجرد تطبيق للمبادئ المسطرة.

رابعاً: نموذج Malcolm Baldrige

سميت هذه الجائزة باسم مالكولم بالدريج وزير التجارة الأمريكي في الثمانينات، وهي جهد مشترك اسهم فيه المعهد القومي للمقاييس والتكنولوجيا وشعبة التجارة الامريكية، وتشرف عليها الجمعية الامريكية لضبط الجودة والهدف الرئيسي من الجائزة هو تشجيع الاهتمام بموضوع الجودة، واستيعاب المنظمات لمفهوم التميز في العمل، وتبادل الخبرات والمعلومات بين العاملين، ولقد صممت هذه المعايير لمساعدة المنظمات على استخدام مدخل متكامل لإدارة الاداء وبطريقة تؤدي الى قيمة مضافة للمرضى والمستهلكين وبالتالي تحسين الرعاية الصحية وتعزيز التعليم المؤسساتي والفردى وان معايير الرعاية الصحية حسب نموذج بالدريج اعتمدت على مجموعة من القيم الاساسية وهي¹:

- ✓ الرؤية والقيادة وتلبية جميع متطلبات ورغبات اصحاب المصالح من موظفين واطارات ومستهلكين وشركاء.
- ✓ التركيز على المريض لتقديم الرعاية المتميزة ولتحقيق الرضا والمشاركة في صنع القرار العلاجي.
- ✓ التعلم على مستوى الافراد الى حل المشكلات وتشاركية المعرفة والمهارات وخفض الكلفة وزيادة الانتاج.
- ✓ تقدير وتحفيز الشركاء والعاملين
- ✓ رشاقة المنظمة وزيادة قدرتها على اجراء التغيير السريع وذلك بهدف التحسين المستمر للمنظمة
- ✓ التركيز على المستقبل وفهم المؤثرات المستقبلية واستباق حاجات الزبائن
- ✓ والتفوق عليها
- ✓ ادارة الابتكار واطافة قيم جديدة لأصحاب المصالح

¹ جودة محفوظ أحمد، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، عمان، الأردن، دار الأوائل للطباعة والنشر، 2004، 297.

✓ الادارة بالحقائق والاعتماد على البيانات والمخرجات والنتائج

✓ المسؤولية الاجتماعية وصحة المجتمع.

✓ التركيز على النتائج واستحداث القيمة

✓ تبني منظور النظم

خامسا: نموذج Juran

وهو عالم امريكي، من علماء الجودة، ومن الاوائل الذين ساهموا في نشر ثورة الجودة اكثر كتبة شهرة بعنوان رقابة الجودة Quality control handbook، وكذلك طور ما سمي بثلاثية الجودة والتي تتناسب مع جميع المستويات والوظائف الادارية وعمليات الانتاج، التي تضمنت ثلاثة نشاطات رئيسية وهي¹:

✓ تخطيط الجودة لتحسين عمليات تطوير المنتجات والخدمات اللازمة لتلبية متطلبات المستهلك بإنتاج جودة من الخدمات والسلع وتحسين مزايا الانتاج.

✓ الرقابة على الجودة والتي تتضمن التقييم لعملية تحقيق اهداف الجودة خلال العمليات وتصحيح الخلل وذلك عن طريق استعمال منحني الرقابة ووضع معايير للأداء وتفسير التباين.

✓ تحسين الجودة وتتضمن نشاطات رفع مستوى جودة الاداء لمستويات متميزة ووضع برامج للتحسين المستمر وكشف فرص التحسين وتأمين الدعم المالي والاداري، وتشخيص المشكلات وحلها.

¹ Brown Ann J, The health care quality handbook. J.B., Quality Solutions Pasadena. USA, 2005, P 25.

سادسا: النموذج الاوربي للجودة European foundation for quality management

في عام (1991) بتأسيس الجائزة الاوربية للجودة وذلك لتشجيع المنظمات الموجودة في الدول الاوربية على الاستمرار في التميز في اداء الاعمال وتطبيق ادارة الجودة الشاملة ويرتكز هذا النموذج على تسعة معايير وهي¹:

✓ القيادة

✓ التخطيط الاستراتيجي

✓ القوى العاملة

✓ نتائج الاداء والمخرجات

✓ العمليات

✓ الشركاء والموارد

✓ نتائج المستهلك

✓ نتائج المجتمع

✓ النتائج الرئيسية

كما أشار براون لبعض النماذج التي بإمكانها أن تحسن من جودة الخدمات الصحية كما يلي²:

سابعا: نموذج Ishikawa

وهو من الرواد اليابانيين للجودة ومؤسس حلقات مراقبة الجودة، وقد ابتدع السبب والنتيجة، الأمر الذي ساعد العاملين على استنباط الافطار وتحليل المشكلات بطريقة تعتمد على العصف الذهني، واوجد

¹ جودة محفوظ أحمد، مرجع سابق، ص 298.

² Brown A. J, Optic Cit, P 29.

مفهوم TQC (Total quality control) الذي اعتمد على اعادة تصميم الخدمات والسلع حسب رغبة الزبون ويرى Ishikawa الجودة الشاملة كالآتي:

- ✓ مشاركة العاملين
- ✓ التركيز على التعليم
- ✓ بناء حلقات الجودة
- ✓ مراجعة السيطرة
- ✓ استخدام الاساليب الإحصائية

ثامنا: نموذج Crosby

والذي عمل مهندساً مختصاً في المعولية بمؤسسة مارتن ماريتا ويعد من الرواد في مجال الجودة، وقام بتأسيس كلية الجودة، واشتهر من خلال كتابه Quality is free والذي ركز فيه على اساليب تطوير الجودة وتخفيض تكاليفها، من خلال التركيز على المطابقة مع المتطلبات، واعتبار معيار الاداء هو المعيار الصفري، كما أولى اهمية لمعرفة التكاليف غير الظاهرة لتدني الجودة والتي يعبر عنها في الخدمات الصحية والمستشفيات بسوء ممارسة الاداء وغالبا ما مثلها وكأنها جبل جليدي وهي:

- ✓ التزام الادارة
- ✓ تشكيل فرق ومجلس الجودة
- ✓ قياس الجودة لمعرفة مدى التحسين
- ✓ قياس تكلفة الجودة
- ✓ نشر ثقافة الجودة
- ✓ اتخاذ الاجراءات التصحيحية

✓ التخطيط للعمل دون اخطاء

✓ تعليم العاملين على مبادئ الجودة

✓ تحديد يوم لتعزيز الوعي للجودة يوم دون اخطاء

✓ تحديد الاهداف لتشجيع الابتكار

✓ التخلص من مسببات الاخطاء

✓ مكافئة المبدعين

✓ انشاء لجان ومجالس متخصصة بالجودة

✓ التحسين المستمر

المطلب الرابع: ضوابط جودة الخدمات الصحية ومتطلبات تقييمها

سوف نتطرق في هذا المطلب للضوابط العامة لجودة الخدمات الصحية، ثم بعض المتطلبات التي

تعمل أو تسمح بتقييم الجودة في القطاع الصحي كما يلي:

أولاً: الضوابط العامة لجودة الخدمات الصحية

توجد العديد من العوامل التي تعتبر ضوابط عامة بالنسبة لتحديد جودة الخدمات الصحية، وتتمثل هذه

الضوابط فيما يلي¹:

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص 52، 53.

1. الترخيص

عادة ما يرخص المهنيين في القطاع الصحي كأفراد لمزاولة مهنة متخصصة، من ممرضين وأطباء عن طريق التشريعات والقوانين، وهذا الذي يسمح لهم بالدخول في الميدان المهني من أجل ضمان السلوك حسب المعايير المعتمدة والأخلاقيات، وأهم نقطة في نظام الترخيص أو الإجازات أنه يقوم على افتراض أن الشخص المستفيد من الإجازة والمؤهل سوف يعمل على تقديم خدمات صحية ذات جودة ولمدة زمنية طويلة، ولكن بالاطلاع على العديد من الدراسات نجد أنها تشير إلى الكثير من الاختلافات الكبيرة في مستوى الجودة، وهذا ما يبين لنا بأن نظام الإجازة غير فعال فيما يخص الأداء الجيد أو المستوى العالي للجودة.

2. الاعتماد

ويعتبر من المداخل الشائعة لعملية ضمان الجودة، لأن المنظمات الصحية تقيم على أساس الهيكل التنظيمي والدليل المادي للمنظمة، ومؤهلات العاملين في المؤسسة الصحية من ممرضين وأطباء والاداريين فهذا النظام يعمل على تحقيق المعايير التنظيمية والمادية، لأنه بتحقيق هذه المعايير ستضمن لنا تقديم خدمات صحية صحيحة وذات جودة جيدة.

3. الشهادات

في هذا المدخل نجد أنه يضم أو يعتمد على خصائص الافراد المترشحين أو المتسابقين، وعند عملية تطبيقه على الأفراد يتم استعمال مجموعة من المعايير التي تسمح لنا بعملية التقييم نذكر منها: التعليم والخبرة، ونتائج الامتحانات والمسابقات، لأن هذه المعايير تسمح بتحديد أهلية الأفراد مقدمي الخدمات الصحية، كما تضمن تقديمهم لخدمات ذات جودة عالية.

ثانيا: متطلبات تقييم جودة الخدمات الصحية

تعمل المؤسسات الصحية على اعتماد الجودة في تقديم خدماتها الصحية، ولضمانها تركز غالبية المؤسسات الصحية في ممارستها على عدة أمور هامة تتضمن ما يلي¹:

✓ تقييم مؤهلات وخبرات الأطباء عند التوظيف أو الترقية من قبل لجنة خاصة بالمؤهلات العلمية

لضمان استخدام العناصر البشرية المؤهلة لتقييم مستوى جيد من الخدمات الصحية.

✓ التركيز على الوسائل الوقائية التي من شأنها تحسين جودة الخدمة الصحية مثل: رقابة وضبط

العدوى، تبني سياسة محددة وجيدة لأدوية وذلك من خلال لجان متخصصة فنية.

✓ تقييم ورقابة جودة الخدمات الصحية من خلال التدقيق الطبي الاسترجاعي، ومراجعة الاستخدام

التي تقلل مدة الإقامة وترشيد استعمال الموارد

ومن أجل ذلك تقترح الجمعية الامريكي لاعتماد المؤسسات الصحية عدد من المتطلبات الدقيقة للنظام

المقبول لتقييم الخدمات في المؤسسات الصحية هذه المتطلبات هي:

✓ يجب أن يكون النظام هادفا وموضوعيا، وهنا لابد من وضع معايير مناسبة كوسائل للقياس عليها.

✓ يجب أن يكون نظام التقويم كفؤ وخاصة من حيث توفير وقت الطبيب، وهنا لابد من استخدام غير

الأطباء للمهام التي تستهلك وقتا كبيرا ولا تتطلب تقويما.

✓ يجب ان يكون التقويم موثقا، بحيث يتم تدوين كل الق ا ر ا رت الهامة كتابة وتوقيعا من قبل

الطبيب المسؤول

✓ يجب أن يكون النظام مرنا بحيث يسمح بقدر من الاختلاف و² الانحراف عن المعايير إذا ما توفر

السبب الجيد والمدون في الملف الطبي.

¹ فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص 292، 293.

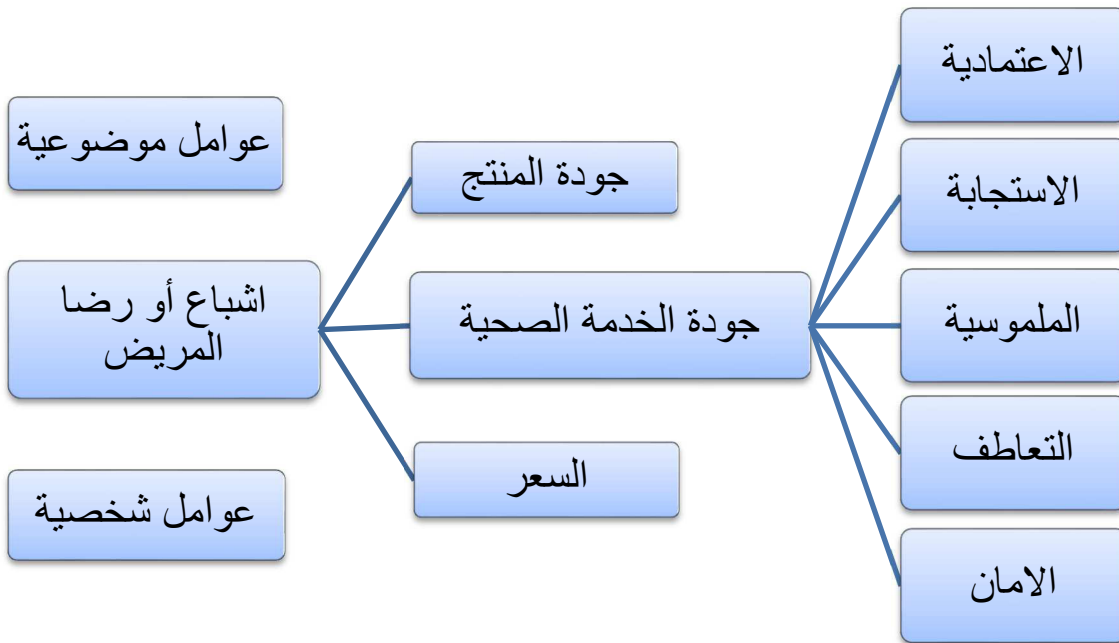
² قشي حبيبة، أثر أسلوب التوجه بالمريض (الزبون) على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية، رسالة دكتوراه، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، 2019-2020، ص 82.

✓ يجب أن ينتج التقويم إجراء تصحيحي، فلا بد من أن يسفر التقويم عن إجراء منطقي يتناسب مع الانحراف، سواء كان ذلك الإجراء برنامج تعليمي وتدريبى بإشراف مباشر من الطبيب أو إيقاع الجزاء والعقوبات وما إلى ذلك من إجراءات تصحيحية

المبحث الرابع: أبعاد جودة الخدمات الصحية

إن الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة تنطبق على كل الخدمات ومن بينها الخدمات الصحية:

الشكل (2-5): ادراكات المريض للجودة



المصدر: محمود جاسم الصميدعي، ردينة عثمان يوسف، سلوك المستهلك، دار المناهج، عمان، الأردن، 2002، ص

99، بتصرف.

المطلب الأول: بعد الاستجابة Responsiveness

ذكر البكري بأن الاستجابة تعني المساعدة الحقيقية في تقديم الخدمة إلى المستفيد (المريض). ويمثل هذا البعد (22%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى، ومن معايير تقييم بعد الاستجابة الآتي: تقديم خدمات علاجية فورية، استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية، العمل على مدار ساعات اليوم¹.

وعرف المحياوي الاستجابة بأنها القدرة على تلبية الاحتياجات الجديدة أو الطارئة للمريض من خلال المرونة في إجراءات ووسائل تقديم الخدمة، فمثلاً ما هو مدى استعداد ورغبة المنظمة في تقديم المساعدة للمريض أو حل مشاكله المحددة².

وذكر الطائي، وقدارة بأن الاستجابة تعني مدى قيام العاملين على تقديم الخدمة بالتفاعل سريعاً مع ما هو غير متوقع أو خاص لدى المستفيد³.

وعلى ضوء ما سبق يمكن القول بأن بعد الاستجابة في جودة الخدمات الصحية يعني المرونة وسرعة التفاعل في أي وقت، والقدرة على الانجاز وتقديم الخدمة المطلوبة من المرضى من طرف العاملين في المنظمة الصحية، أي تقديم الخدمات بشكل فعال وقوي من دون تردد أو انتظار لمعرفة والرغبة بتقديم المساعدة للمرضى وبشكل دائم.

¹ ثامر البكري، مرجع سبق ذكره، ص 212-213.

² المحياوي قاسم نايف، إدارة الجودة في الخدمات : مفاهيم وتطبيقات وعمليات، الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع، 2006، ص 94.

³ الطائي رعد عبدالله، قدرة عيسى، إدارة الجودة الشاملة، الأردن، دار اليازوري العلمية للنشر، 2008، ص 38.

المطلب الثاني: بعد الاعتمادية Reliability

بين البكري بأن الاعتمادية في الخدمة الصحية تعني القدرة على الأداء في إنجاز ما تم تحديده مسبقاً وبشكل دقيق ويمثل هذا البعد (32%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى. وإن من معايير التقييم لبعد الاعتمادية الآتي: دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى، المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية¹.

ويرى Slack وآخرون بأن الاعتمادية في مجال الخدمات الصحية تعني الالتزام بالمواعيد المحددة للمستفيدين (المرضى)، فضلاً عن تسليم نتائج الفحوصات المخبرية والأشعة وغيرها إلى المستفيدين حسب المواعيد المحددة وكذلك تخفيض نسبة المواعيد الملغاة إلى أدنى حد ممكن².

في حين قال Stevenson بأن الاعتمادية هي القابلية على أداء الخدمة بموثوقية وبدقة عالية³. وخلص Evans & Collier بأن الاعتمادية تعني قابلية أداء الخدمة الصحية الموعودة بموثوقية ودقة عالية⁴. وقال وليد يوسف صالح أن الاعتمادية تشير إلى الخدمة التي تقدم للعميل بدقة يمكنه الاعتماد عليها⁵.

مما سبق ذره نخلص إلى أن لاعتمادية هي قدرة المستشفى على أداء الخدمة الموعود بها للمريض بثقة وبدقة، وفي الوقت المحدد، وتلقي التشخيص والعلاج المناسبين بشكل صحيح وبدون أخطاء، والالتزام بالوعود المقدمة، فالعميل يتوقع أن تقدم له خدمة دقيقة من حيث الالتزام بالوقت والأداء تماماً مثلما تم وعده.

¹ ثامر البكري، مرجع سبق ذكره، ص 213.

² Slack Nigel, Chambers Stuart, Johnston Robert, Operations Management, Prentice –Hill, New York, 2004, P 49-50.

³ Stevenson William J, Operations Management, McGraw –Hill, New York, 2005, P 387.

⁴ Evans James R, Collier David A, Operations Management, Thomson South Western, Boston, 2007, P 78.

⁵ وليد يوسف صالح: إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، 2011، ص 50.

المطلب الثالث: بعد الضمان Assurance (الأمان)

أطلق علوان تسمية توكيد الجودة على بعد ضمان الجودة إذ يرى أن مرحلة توكيد الجودة تؤكد على كل الأنشطة المخططة أو النظامية المهمة لمطابقة وضمن الخدمة وفق احتياجات المستفيد، وأن هذه الأنشطة هي مستمرة وأساسها منع وقوع الخطأ عند تقديم الخدمة للمستفيدين¹.

أما البكري، فقد أطلق عليه تسمية التأكيد ويقصد بها السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة ويمثل هذا البعد (19 %) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى.

ومن معايير تقييم جودة الخدمة بموجب هذا البعد الآتي²:

✓ سمعة ومكانة المؤسسة الصحية عالية؛

✓ المعرفة والمهارة المتميزة لمقدمي الخدمة والمدراء؛

✓ الصفات الشخصية لموظفي المستشفى.

أما Kotler and Keller فيرى أن الضمان هو ما يتمتع به العاملون من معرفة وكياسة ومجاملة ومدى قدرتهم على توصيل الثقة والأمان للمرضى³.

وعلى ضوء ما سبق فبعد الضمان يعني المقدرة ومعرفة الرد على استفسارات وتساؤلات المرضى، إضافة إلى خلق ثقة وأمان بين المستشفى والمريض، لكسب ثقته بمقدمي الخدمة وبمقدرتهم ومؤهلاتهم، أي أن هذا البعد متعلق بمعرفة ولباقة الأفراد وقدرتهم على إشاعة الثقة مع الزبون.

¹ علوان قاسم نايف، (2005)، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الايزو 9001:2000، دار الثقافة للنشر، ط1، عمان، الأردن، ص 34-35.

² ثامر البكري، مرجع سبق ذكره، ص215.

³ Kotler, P and Keller, K, Marketing Management, 13th edu, Pearson Prentice Hall, 2009, P 400.

المطلب الرابع: بعد الملموسية Tangibles

بعد الملموسية يشير إلى التسهيلات المادية والتي تزيد من إقبال المستفيدين المرضى والمراجعين للمستشفى، وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية، وتشمل الشكل الخارجي للمبنى ووسائل الراحة والترفيه مثل: البرامج الطبية التثقيفية باستخدام أجهزة العرض والوسائل التعليمية والكتب، وكذلك المظهر الفيزيائي للمرافق الصحية ونظافتها، والإتقان المستخدم وحداثة المعدات والأجهزة والأدوات الصحية الطبية والمخبرية والأشعة والتمريضية وغيرها... ونظافة العاملين وهندامهم اللائق ومظهر الأثاث والديكور وجاذبية المستشفى، والتصميم والتنظيم الداخلي لها¹.

وأوضح البكري بأن الملموسية تتمثل بالقدرات والتسهيلات المادية والتجهيزات والأفراد ومعدات الاتصال، ويمثل هذا البعد (11%) كأهمية نسبية قياساً بالأبعاد الأخرى، ومن معايير التقييم لهذا البعد الآتي:

✓ الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج؛

✓ المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة؛

✓ أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة.

كما أنها تشير إلى الأخذ بالاعتبار النظافة في التسهيلات الصحية، واستعمال الأدوات النظيفة والإجراءات القياسية في التسهيلات وأخيراً الوصفة الطبية التي ينبغي أن تكون سهلة الفهم من قبل المرضى².

¹ مصطفى يوسف الكافي: إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات، الابتكار للنشر والتوزيع، الأردن، 2018، ص 68.

² ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص 214.

يبين zeithmal & britner، بأن هذا البعد يشير إلى الجوانب المتعلقة بلموسية الخدمة وهي تتمثل في المباني، تقانة المعلومات والاتصالات المستخدمة فيه، والتسهيلات الداخلية للأبنية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة، والمظهر الخارجي للعاملين، والترتيبات الداخلية للمنظمة، مواقع الانتظار للمستفيد من الخدمة وغير ذلك¹.

كما أن المقصود بالجوانب الملموسة كبعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية حداثة وجاذبية المباني، والتصميم الداخلي، والتطور التقني للمعدات والأجهزة وغيرها من التسهيلات المادية المستخدمة في إنتاج وتقديم الخدمة، وكذلك الأثاث والديكور، ومظهر العاملين في مواقع تقديم الخدمة².

على إثر ما سبق يتمثل هذا البعد في الجوانب المادية والبشرية الملموسة كفاءة وفعالية التجهيزات، المواد، وسائل الاتصال والأفراد العاملين بالمؤسسة الصحية.

المطلب الخامس: بعد التعاطف Empathy (الجوانب الوجدانية)

يرى البكري وبعض الباحثين بأن التعاطف يعني درجة الاهتمام الشخصي والرعاية بالمستفيد، ويمثل هذا البعد (16 %) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالإبعاد الأخرى. ومن معايير التقييم لهذا البعد نذكر الآتي³:

- ✓ اهتمامال شخصي بالمستفيد،
- ✓ الإصغاء الكامل لشكوى المرضى،
- ✓ تلبية حاجاته بروح من الود واللفظ

¹ Zeithaml Valerie A, Mary Jo Bitner, Services Marketing Integrating Customer ,Focus across the Firm , International Edition, McGraw-Hill, New York ,2003. p 28.

² إدريس ثابت عبد الرحمن، كفاءة وجودة الخدمات اللوجستية: مفاهيم أساسية وطرق القياس والتقييم، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2006، ص 56.

³ ثامر ياسر البكري، "تسويق الخدمات الصحية"، مرجع سابق، ص 214.

وأشار إدريس إلى أن التعاطف يقصد به وضع مصلحة ورضا المستفيد في مقدمة اهتمامات العاملين والإدارة، وتوفير العناية الشخصية لكل منهم، والشعور بالتعاطف مع طالب الخدمة عند تعرضه لمشكلة ما، واحترام عادات وتقاليد المستفيد¹.

أن بعد التعاطف يشير إلى العلاقة والتفاعل بين مراجع المنظمة الصحية وأعضاء الفريق الصحي والفني والإداري والمحاسبي فيها، ويقصد به وجود الثقة والاحترام واللباقة واللفظ والسرية والتفهم والإصغاء، والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها، إذ تسهم العلاقة الجيدة بين الطرفين إلى إنجاح الخدمة الصحية واستجابة المرضى للتعليمات الصحية، فضلا عن أن التعاطف يضع مصلحة المرضى في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين في المنظمة الصحية والإصغاء لشكوى المريض وتلبية احتياجاته بروح من الود واللفظ².

مما سبق نعتبر أن بعد التعاطف هو إعطاء البعد الإنساني في تقديم الخدمة على مستوى المؤسسات الصحية، ويعود اعتبار هذا البعد وأهميته إلى الطبيعة الإنسانية التي تحكم خدمات الرعاية الصحية بشكل عام، مما ينشئ علاقة بين مراجعي المؤسسة الصحية وأعضاء الفريق الصحي والفني والإداري والمحاسبي في المستشفى، فالعلاقة الجيدة بين الطرفين تسهم في نجاح الخدمة الصحية، واستجابة المرضى للتعليمات الصحية، وجعل مصلحة المرضى في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين.

¹ إدريس ثابت عبد الرحمان، مرجع سبق ذكره، ص 71.

² مصطفى يوسف الكافي، مرجع سابق، ص 71.

المبحث الخامس: مقاربات تحقيق جودة الخدمات الصحية

في هذا المبحث الأخير سوف نعرف بأهم المقاربات التي تسمح بتطبيق أو تحقق جودة الخدمات في القطاع الصحي وهي خمس مقاربات كما يلي:

المطلب الأول: مقارنة إدارة المعرفة وتحقيق جودة الخدمات الصحية

إن أي من تعريفات إدارة المعرفة لم تشر أو تتطرق إلى ارتباطها كمضمون ومفهوم بصورة مباشرة بالخدمة كمنتج، والذي تسعى المنظمات إلى تقديمه بجودة مرتفعة، على الرغم من تعدد التعريفات لإدارة المعرفة ومختلف عملياتها.

عندما نقوم بتحليل مختلف المناهج المتعددة التي قامت بتعريف إدارة المعرفة (كالمنهج الاجتماعي والمنهج الوثائقي، والمنهج التقني، ومنهج العملية، ومنهج القيمة المضافة، والمنهج المالي، ومنهج المنظمة المعرفية) نجد أن أكثر المناهج التي يمكن الاعتماد عليها في توضيح العلاقة ما بين إدارة المعرفة وعملياتها وجودة الخدمة هو إدارة المعرفة من منهج العملية، والمقصود بهذا المنهج هو أن إدارة المعرفة هي عملية إبتكار وتجميع وإدارة المعرفة وتسهيل عملية المشاركة فيها، وذلك من أجل عملية تطبيقها بفاعلية في المنظمة¹.

ووفقاً لهذا المنهج فإن إدارة المعرفة تعد منهجاً للارتقاء بالأداء المنظمي باعتماد الخبرة والمعرفة ومضمون ذلك استثمارها وتحقيق عوائد ملموسة بموجبها، وبالتالي فإن إدارة المعرفة تعد عملية نظامية تكاملية تستهدف تنسيق فعاليات المنظمة بقصد تحقيق أهدافها².

¹ Efraim Turban, R. Kelly Rainer, Richard E. Potter, Introduction to Information Technology, John Wiley and Sons, Inc, USA, 2001, p 338.

² الزيادات محمد عواد، اتجاهات معاصرة في إدارة المعرفة، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الطبعة 2، عمان، الأردن، 2014، ص 241.

ومنه نجد أن أداء المنظمات الصحية من يمنحها التفوق وأهم ما يميزها على المنافسين هو مختلف الخدمات الصحية التي تتميز بالجودة العالية، وهذا يعتمد على قدرتها على توفير المعرفة في الوقت المناسب واستغلالها من أجل القرار المناسب.

وفيما يتعلق بجودة الخدمة بخصوص المنظمة والإجراءات المحددة لتقديم الخدمة، والتفاعل بين العاملين بمواقفهم وسلوكهم وممارساتهم اللفظية وبين الزبائن، فإدارة المعرفة تدخل كأساس مهم، فعمليات (التشخيص، التوليد، التخزين، التوزيع، التطبيق)، تُعد من العمليات الأساسية والجوهرية لا بل من أهم الإجراءات والأولويات التي يجب على المنظمة أن تطبقها حتى تتمكن من تقديم الخدمة المميزة، بالإضافة إلى أن التفاعل بين العاملين والزبائن يستند بصورة أساسية إلى امتلاك المعرفة من قبل الطرفين بخصوص بعضهما الآخر، الأمر الذي ينعكس بسلوك التفاعل المطلوب لتقديم الخدمة، وهو ما يشير إلى ضرورة ممارسة إدارة المعرفة داخل المستشفيات كمجموعة من العمليات المتكاملة والمتراصة¹.

ومفهوم التكامل هنا يشير إلى أن إدارة المعرفة يجب أن تتم كعملية واحدة وفق أسس ومعايير وخطوات محددة تتضمن المخرجات النهائية المطلوبة، وهنا تظهر جودة الخدمة كأحد أهم المخرجات التي ترتبط بهذه العملية، حيث يمكن فهم كيفية تأثير عمليات إدارة المعرفة في جودة الخدمات الصحية من منظور نموذج الفجوة، فهناك فجوة أداء موجودة دائماً، ولا يمكن تقليصها أو غلقها إلا من خلال الفهم الأفضل للعمليات واكتساب المعلومات والمعارف الجديدة التي يمكن استخدامها لاتخاذ القرارات وتحسين الجودة وكذلك من خلال معرفة رغبات ومتطلبات العملاء من المرضى والمراجعين، وترجمتها في مواصفات الخدمة المقدمة، فالجودة هي مسؤولية الجميع، ورغبات المستهلك هي الأساس.

¹ الدراكة مأمون سليمان، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، الطبعة الاولى، دار صفاء للنشر، عمان، الأردن، 2006، ص 81.

إن تقديم الخدمة الصحية بجودة عالية يعتمد بصورة كبيرة على تحديد الفجوات المتوقعة للفرق في جودة الخدمة المتوقعة والفعلية ومحاولة تقليص هذه الفجوات، تؤدي إدارة المعرفة ومن خلال عملياتها المختلفة وبما تقوم به من أدوار في المنظمة، إلى تقليص الفجوات سعياً لغلق الفجوة الخامسة التي تمثل الفرق بين الجودة المتوقعة للخدمة والجودة المدركة، الأمر الذي يسهم فعلياً في تقديم الخدمة بخصائص وعناصر مميزة¹.

ومما تقدم يمكن القول بأن تقديم الخدمات الصحية بالجودة العالية يتطلب من المستشفيات امتلاك القدر الكافي من المعرفة ذات الصلة بنشاط عملها أولاً، وقدرتها على اختيار العمليات الملائمة لإدارتها ثانياً، حيث سيمكنها ذلك من تقديم خدمات صحية بخصائص نوعية عالية قد يفوق أو يتوافق مع توقعات المرضى من الخدمة التي يقدمها المستشفى، كما سيمكنها أيضاً من التفاعل المطلوب بين مواردها وعملياتها التي تؤدي إلى المحافظة والاستمرار بعرض وتقديم خدماتها بشكل أفضل من المستشفيات الأخرى المنافسة.

المطلب الثاني: مقارنة إعادة الهندسة وتحقيق جودة الخدمات الصحية

نجد من الأهداف الأساسية لإعادة الهندسة تحقيق الجودة والعمل بها، فالعلاقة بينهما هي علاقة سبب ونتيجة، فسبب القيام بإعادة الهندسة هو الحصول على نتيجة تتمثل بالجودة المتميزة، وإعادة الهندسة وعلاقتها بالجودة اعتمدت على اطر مختلفة ومتباينة فالبعض يرى هذه العلاقة باعتبار الجودة هدف وغاية تحدد مسبقاً وعلى أساسها يتم إعادة الهندسة أي العمل بالإدارة بالأهداف. وآخر اخذ النظرة الجزئية باعتبار الجودة تتحقق من خلال التطوير وإعادة التطوير الإداري. وفئة ذهبت باتجاه الجودة هي وسيلة تسعى من خلالها المنظمات إلى كسب رضا المستفيدين وتحقيق ميزة تنافسية.

¹ Oliver Judy, Knowledge Management Practices To Support Continuous Improvement, Journal of Knowledge Management Practice, Vol 9, N 4, 2008, p 76.

تأتي الجودة هدفا تسعى إليه المنظمة من خلال إعادة الهندسة لعملية التحسين المستمر تتطلب تبني ثقافة جديدة (ثقافة الجودة) بحيث تغير أسلوب المنظمة في التفكير والتعليم والعمل، التحسين المستمر يعني إدخال الابتكارات الصغيرة المستمرة على الخدمة وبالتالي تزايد الاهتمام بها، ويشمل هذا التحسين المباني والتجهيزات والمواد وطرق العمل وأداء وسلوكيات العاملين.

كما تتبين العلاقة بين إعادة الهندسة والجودة من خلال أحد المفاهيم الذي يقع تحت مظلة إعادة الهندسة ألا وهو التطوير الإداري، والذي يعمل على التحديث المستدام لجميع مكونات المنظمة، حيث أنه يمكن من خلال أبعاد التطوير الإداري نجاح الافراد في تأدية مهامهم ووضائفهم التي تؤدي حتما إلى جودة الخدمات المقدمة¹.

فإعادة الهندسة كما ذكرنا سابقا هي إعادة التفكير الأساسي وإعادة تصميم العمليات للحصول على تحسينات فائقة في الجودة والكلفة السرعة والخدمة، فالاستجابة السريعة للخدمة يتم من خلال إعادة الهندسة والتحسين المستمر، التي تتطلب اختيار عملية معينة تستحق التحسين من أجل الحصول على جودة عالية ودراسة وتوثيق العملية بوضعها الحالي وما هي الوسيلة المثلى للتحسين ومن ثم تصميم وتنفيذ وتقديم وتوثيق العملية المحسنة وأخيرا تدريب المنفذين على أداء العملية المحسنة.

المطلب الثالث: مقارنة الثقافة التنظيمية وتحقيق جودة الخدمات الصحية

عرف (Jakobus, 2011) الثقافة التنظيمية بأنها نظام خاص من المعاني المشتركة والتي تحدد الطريقة التي يعمل بها العاملون بدرجة كبيرة².

¹ غزال نادر، مفاهيم في التطوير الإداري من أجل الجودة، مجلة الجودة، العدد 12، ص 55.

² Jakobus Smit, The Relationship Between Information Systems Management and Organizational Culture, Communications of aima, Vol 11. N 3, 2011, p 27.

وأما (خيرى، 2011) يعرفها بأنها عبارة عن مجموعة من المعتقدات والتوقعات والقيم التي تعلمها وأمن بها جميع أعضاء المنظمة والتي يتم نقلها من فرد إلى آخر، ومن جيل إلى آخر داخل المنظمة¹.

وأشار (أسامة، 2014) بأنها مزيج من القيم والاعتقادات والافتراضات والمعاني والتوقعات التي يشترك بها أفراد منظمة أو وحدة معينة، ويستخدمونها في توجيه سلوكياتهم وحل مشكلاتهم².

وفي إطار التعاريف المذكورة سالفاً نجد أن الثقافة التنظيمية تشير إلى مشاركة المعتقدات والقيم والممارسات والتي تحدد السلوك داخل المنظمة واتجاهات الأفراد.

أولاً: علاقة الثقافة التنظيمية بتحسين جودة الخدمات

أشارت العديد من الدراسات والبحوث إلى أن رغبة المنظمات في تبني أسلوب حديث يتطلب إعادة النظر في الثقافة السائدة في المنظمة بحيث تجسد مبادئ البرنامج الحديث الذي يساعد في تحقيق إدارة الجودة وهي إحدى مداخل التطوير التنظيمي الذي تتسابق عليه مختلف المنظمات الدولية.

يرى (Laurie, 2004) أن تطبيق الجودة في المؤسسات يتطلب العديد من التغيرات الأساسية منها أن تكون الثقافة التنظيمية وبيئتها متجانسة مع الجودة³.

وتشير كلا من الخلايلة وهمشري، بضرورة الاهتمام بتطوير الثقافة التنظيمية السائدة في المنظمات وتعزيزها، وذلك بتهيئة المناخ التنظيمي المناسب لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، إن المنظمات تواجه الكثير من المعوقات في تطبيق إدارة الجودة الشاملة والتي من أهمها الثقافة التنظيمية الغير ملائمة⁴. كما يجب

¹ أحمد المعاني، أحمد يوسف عريقات، أسماء رشاد الصالح، ناصر محمد سعود جرادات، قضايا إدارية معاصرة، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2011، ص 164.

² أسامة خيرى، التميز التنظيمي، دار الرابية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2014.

³ Laurie Lomas, Embedding Quality: The challenges for higher Education, Quality Assurance the education, Vol 12, N 4, 2004, p 161.

⁴ الخلايلة إيمان، همشري عمر، الثقافة التنظيمية ودرجة ممارسة إدارة الجودة الشاملة في المكتبات الجامعية الحكومية في الأردن من وجهة نظر العاملين فيها، مجلة دراسات والعلوم التربوية، المجلد 42، العدد 1، 2015، ص 244.

أن نشير إلى أن هناك العديد من البحوث والدراسات التي تشير لوجود علاقة قوية تربط ما بين درجة ممارسة الثقافة التنظيمية وتبني ادارة الجودة، ووجود تأثير إيجابي ما بين الثقافة التنظيمية وممارسات إدارة الجودة والتي تدعمها الثقافة المناسبة.

ثانيا: قيم ثقافة الجودة الشاملة:

حسب الباحث آركارو هناك خمسة أسس للجودة يمكن الاعتماد عليها¹:

- ✓ الاندماج الكلي من خلال مشاركة الموظفين في صنع القرار.
 - ✓ التركيز على العميل سواء كان داخلياً أو خارجياً.
 - ✓ القياس والتقييم المستمر للتقدم، فلا يمكن تحسين ما لا يمكن قياسه.
 - ✓ التحسين المستمر بحيث يكون إنجاز العمليات أفضل دائماً، فلا حدود لمستوى التحسين.
 - ✓ الالتزام من طرف القيادة والموظفين بالتحول نحو الجودة والتطوير.
- لذلك من أجل لتحقيق ما سبق كان من الضروري نشر ثقافة الجودة وتكييف الثقافة التنظيمية من خلال تثبيت القيم المكونة لثقافة الجودة نذكرها فيما يلي²:

- ✓ **الأمانة والصدق والإخلاص:** أي عامل أو رئيس يجب أن يعتقد بإمكانية التحسين بدرجة من الأمانة والصدق والإخلاص في التنفيذ، ويقترح جونسون فيليبس Johnson Philips القوانين الست للأمانة وهي: إخبار الحقيقة، معالجة المشكلة والسيطرة عليها، عدم التعهد بالحل، الترحيب بالحقيقة، مكافأة السباعي، بناء برنامج النزاهة. ويجب الإقلال من التحدث عن الموضوع، والاعتماد على قياس

¹ عيد الرحمن بوقفة، الثقافة التنظيمية والجودة الشاملة، الارتباط وآليات الإرساء، دراسة ميدانية بمؤسسة كوندور للصناعات الالكترونية، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، العدد 21، 2016، ص 117.

² نفس المرجع، ص 117-119.

الأداء وملاحظة الأخطاء والسعي لتخفيضها باستمرار، وألا يكون الحديث عن كيفية تنفيذ برنامج الجودة وإنما عن كيفية تجنب إعادة العمل.

✓ **الثقة:** إن الالتزام بمعايير السلوك الأخلاقي يولد الثقة في عمل الأفراد، والتي يتم نقلها إلى العلاقة مع عملاء المنظمة، ومن ناحية أخرى فإن وجود الثقة بين الأفراد يسهل عملية الاتصال وسير العمل بغض النظر عن ظروف العمل ويخفض النزاعات.

✓ **النزاهة:** هي صفة شخصية تجمع بين الشرف والمسؤولية الأفراد الذين يتمتعون بالنزاهة يمكن الاعتماد عليهم في إنجاز الأعمال المطلوبة من المرة الأولى وفي الوقت المناسب.

✓ **الخلو من الخطايا:** يجب السعي المستمر للتقليل من الأخطاء والبحث عنها وتصحيحها والبحث عن أسباب المشكلات وإيجاد سبل حلها وهذا من مسؤولية الأفراد والمديرين، فأى خطأ قد ينتج عن إجراءات خاطئة وعدم كفاية التجهيزات أو غياب التدريب وليس مقصودا.

✓ **الإنجاز طويل الأجل:** تتعلق الجودة بالإنجاز طويل الأجل وليس قصير الأجل، كما تعد سمعة المؤسسة تجاه الجودة بمثابة مورد ثمين، وتحتاج الوقت طويل لتحقيقها.

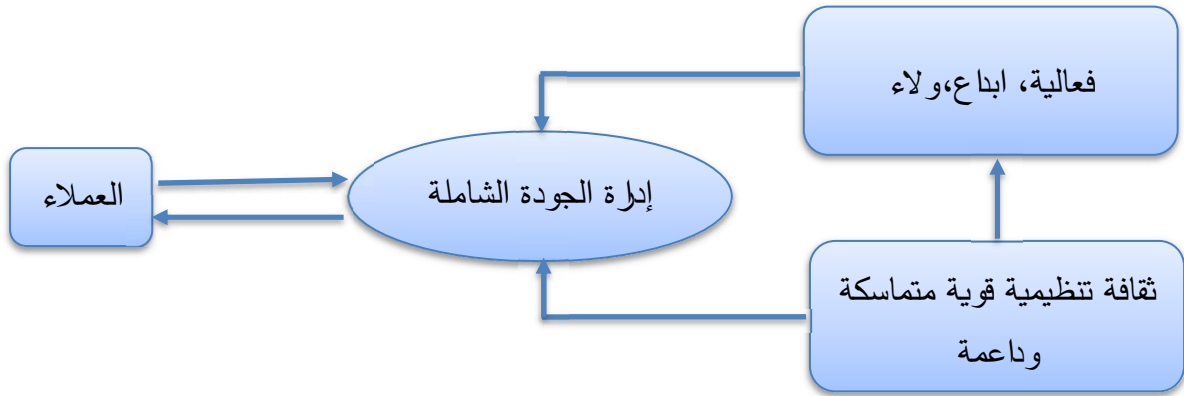
✓ **الالتزام:** يظهر الالتزام في جميع الأقسام والمستويات ولدى العاملين، ويتطلب الإنجاز توفر عنصر الالتزام لدى الجميع لتحقيق الأهداف الموضوعة للجودة.

✓ **القابلية للقياس:** لتجنب الجودة عن طريق الشعارات يجب ضمان قياس الإنجاز، ولا بد من الأخذ بعين الاعتبار التحسين المستمر، ويمكن من طريق القياس حل المشكلات.

✓ **المشاركة:** تعني مشاركة العمال في حل المشكلات وتحسين العمليات، وهذا يدعم التماسك والتلاؤم بين الثقافة والأهداف. وقد تتعدى إلى العملاء والموردين

✓ **الصرامة:** إن التحسين هو عملية مستمرة، لذلك على كل فرد أن يتمتع بالشدة في حالة وجود جودة منخفضة، لأن أي ثغرة أو فجوة تفتح المجال للمنافس في كسب رضا العملاء

الشكل (2-6): ارتباط الثقافة التنظيمية والجودة الشاملة



المصدر: عبد الرحمن بوقفة، الثقافة التنظيمية والجودة الشاملة، الارتباط وآليات الإرساء، دراسة ميدانية بمؤسسة كوندور

للصناعات الالكترونية، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، العدد 21، 2016، ص 121.

كما يتميز العاملون في المنظمات ذات الثقافة القوية بدرجة عالية من الالتزام والانتماء للمنظمة فالإجماع الواسع على القيم والاعتقادات المركزية، والتمسك بها بشدة من قبل الجميع يزيد من اخلاص العاملين وولائهم وتعلقهم الشديد بالمنظمة، وهذا يخلق ميزة تنافسية جد مهمة للمنظمة والتي تعود عليها بنتائج إيجابية¹.

ولهذا نجد أن الثقافة التنظيمية تؤثر بشكل كبير في المنظمات، خاصة في مجالات معينة كالولاء والأداء والتغيير، إذ أن ولاء الافراد للمنظمة، ينشأ من ايمانهم القوي بقيم المنظمة التي يعمل بها وأهدافها، لذا فإن فهم الثقافة التنظيمية وادراكها سيجعل الافراد في درجة عالية من الولاء لمنظماتهم، ومنه تتضح

¹ حريم حسين، السلوك التنظيمي: سلوك الافراد والجماعات في منظمات الاعمال، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2004، ص 42.

العلاقة القوية ما بين الولاء الوظيفي والثقافة التنظيمية، والذي يؤدي بدوره إلى اتقان العمل مما يخلق ميزة في خدمات المنظمات الصحية، والتي تساهم بشكل كبير في رضى المرضى وجودتها.

كما يجب أن تتماشى إدارة الجودة مع البيئة الثقافية في المنظمة. ويستلزم أن تكون ممارسات إدارة الجودة متضمنة في ثقافة داعمة للجودة. لأنه عندما ترغب المنظمة في تبني إدارة الجودة في غياب الثقافة التي تدعم هذه المبادرة، فستفشل في غالب الاحيان.

ضرورة خلق خصائص للثقافة التنظيمية وتحليل العوامل التي تؤثر على تطور الثقافة التنظيمية لأن الثقافة التنظيمية للمنظمة تشكل أساسا لإدارة الجودة وترتبط بشكل مباشر بالتحسين والتطوير المستمر.

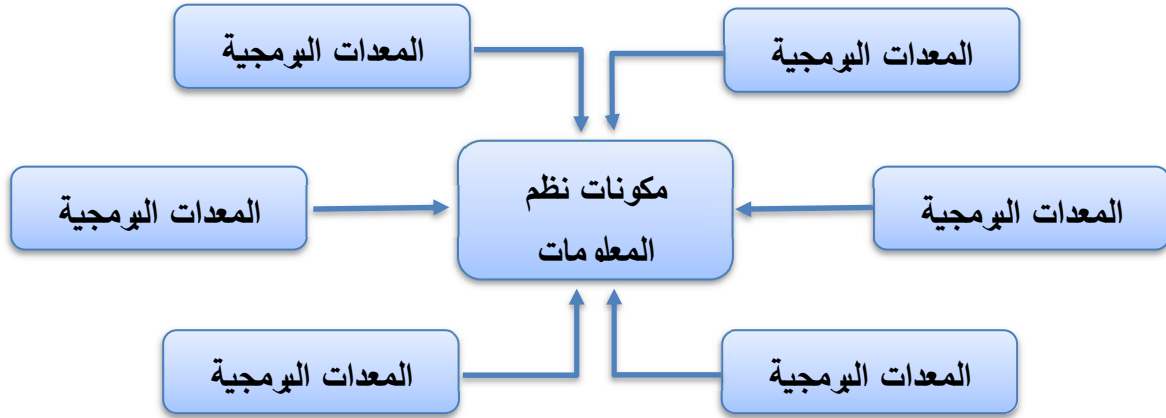
المطلب الرابع: مقارنة نظم المعلومات وتحقيق جودة الخدمات الصحية

هناك دور كبير لشبكة نظم المعلومات الصحية في عملية تطوير قدرات العاملين الوظيفية، والتي بدورها تعمل على تحسين الجودة للخدمة الصحية وذلك من خلال ما يلي¹:

يمكن لنظم شبكة المعلومات الصحية أن تلعب دورا هاما في رفع كفاءة وفعالية تطوير قدرات العاملين الوظيفية وعملية صنع القرار، وسوف تكون مختلفة وقادرة على التخلص من عدم فعالية وكفاءة القرارات الطبية و الإدارية المختلفة، فعدم الفعالية في المؤسسات الصحية هو نتيجة مباشرة لنقص المعلومات وضمور القنوات والأدوات المسؤولة عن تجميعها ونقلها وفهرستها ومعالجتها بصورة تجعلها مناسبة لأن توظف في المراحل المختلفة لصناعة القرار الطبي الصحيح، سواء كان هذا القرار متعلقا بوصف دواء لمرضى مصاب بمرض ما أو متعلق برسم إستراتيجية صحية كبرى للمنظمة.

¹ رأفت محمد سعيد العوضي، دور شبكة نظم المعلومات الصحية في تطوير قدرات العاملين الوظيفي في المستشفيات الحكومية، مؤتمر "تنمية الموارد البشرية في القطاع الصحي الفلسطيني، كلية العلوم الإدارية والاقتصادية، جامعة القدس المفتوحة، فلسطين، 2015، ص 13.

الشكل (2-7): مكونات نظم المعلومات



المصدر: مزهر شعبان العاني، نظم المعلومات الإدارية منظور تكنولوجي، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع،

الأردن، 2009، ص 50.

إن نظم معلومات المستشفيات تلعب دوراً مهماً في عملية تطوير قدرات العاملين الوظيفية حيث أن تكنولوجيا المعلومات وشبكات الاتصال من شأنها أن تؤدي إلى الابتعاد عن الازدواجية والتوازي في الأعمال وتحسين عمليات التوثيق إضافة إلى تحسين عمليات تدفق المعلومات ورفع كفاءتها وتسريع عمليات رد فعل الإدارة من خلال تكامل الهيكل التنظيمي والإداري وكذلك الرفع في المستوى العام للإدارة والإنتاج عن طريق تحسين عمليات الاتصال ورفع مستواها العام كما تمكن هذه النظم من رؤية أوضح للمشاكل ووضع بدائل لها، وهذا كله ينصب نحو هدف واحد وهو تحسين جودة الخدمة في المجال الصحي.

كما أنه يظهر الدور والتأثير بالنسبة للنظام المعلوماتي الصحي من خلال ما يلي¹:

- ✓ التحسين المستمر للرعاية الصحية.
- ✓ انخفاض معدل حدوث الأحداث غير المرغوب فيها.
- ✓ المساهمة في إجراءات تصحيحية أو تحسينات لعملية الرعاية المتكاملة: الوقاية ودعم اتخاذ القرار.
- ✓ دعم نظام إدارة المخاطر.
- ✓ تحديد وتحليل ومعالجة والتقييم.

¹ Staccini pascal, Système d'information hospitalier, université Nice sophia Antipolis, 2007, p13.

خلاصة

في الخدمات الصحية نجد أن الطبيب هو من يقوم بتحديد حاجيات المرضى من علاج أو عمليات جراحية أو نصائح أو إرشادات، ورضا المرضى يتحدد بعد هذه النتائج، لذا يكون من الصعب تحقيق الجودة في مجال الخدمات الطبية، ويمكن اعتبار أن لعملية الجودة مساهمة كبيرة في خلق وتطوير قاعدة من المعتقدات والقيم التي تجعل كل موظف في القطاع الصحي يعلم أن الجودة في خدمة المرضى وهي الهدف الأساسي للمنظمة الصحية، وأن العمل الجماعي هو الأسلوب الأمثل لإحداث التغيير المطلوب في المستشفى ترسيخ ثقافة تعمل على تحقيق الجودة اللازمة لتحقيق رضا المرضى.

كما يجب على المنظمات الصحية أن تهتم بجميع الجوانب التي تساهم في تحقيق الجودة من كالوظيفة الرقابية والأساليب الإحصائية في جمع البيانات، وتحويلها لمعلومات، والتي تعمل على توفير المعرفة اللازمة من أجل عملية اتخاذ القرارات الطبية الفعالة، ويجب أن يرى لأصحاب القرار في المنظمات الصحية أن فوائد وأهمية ومزايا تطبيق نظام المعلومات تفوق بكثير تكلفة هذا النظام خاصة على المدى الطويل.

كما يجب الاعتماد على رأي المستفيدين من الخدمات الصحية كمرجعية من أجل معرفة مستوى جودة الخدمة المقدمة من قبل المنظمات الصحية، مع الاستدانة في استطلاع آراء المرضى والموظفين بشأن ضبط محددات جودة الخدمات الصحية.

وفي الأخير نستخلص أن الجودة في الخدمات الصحية تعتبر أمراً ضرورياً يجب توفيره عند تقديم الخدمات الصحية، وذلك من أجل تحقيق رضا المريض بتحسين نوعية الخدمة التي تقدمها المنظمات الصحية من قدرات تتماشى مع مواصفات الخصائص والأبعاد التي تسعى لترسيخها في خدماتها للوصول إلى الأهداف المرجوة.

الفصل الثاني

الإطار التطبيقي للدراسة

تمهيد

بعد أن استعرضنا في الفصلين الأولين الجانب النظري من الدراسة، حيث تمّ عرض أهم المحاور المتعلقة بذكاء الاعمال على تحسين جودة الخدمات الصحية، سنحاول من خلال هذا الفصل الأخير إسقاط الجانب النظري من الدراسة على عينة من المؤسسات الاستشفائية المنتشرة عبر ولايات الشرق الجزائري، وذلك بهدف معرفة مدى تأثير ذكاء الاعمال على تحسين جودة خدماتهم الصحية.

وقد تمّ في دراستنا هذه استخدام خمسة أبعاد لذكاء الاعمال (مصادر البيانات، مستودع البيانات، التنقيب عن البيانات، المعالجة التحليلية الفورية، وتقنيات عرض المعلومات) من أجل عملية قياس أثر المتغير المستقل (ذكاء الاعمال) في تحسين جودة الخدمات الصحية وذلك بالتطبيق على المؤسسات الاستشفائية بالشرق الجزائري.

وفي هذا الفصل سيتم التطرق إلى المباحث التالية:

✓ المبحث الأول: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية؛

✓ المبحث الثاني: عرض نتائج الدراسة الميدانية؛

✓ المبحث الثالث: اختبار فرضيات الدراسة.

المبحث الأول: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

سيتم في هذا المبحث عرض متغيرات الدراسة وفرضياتها وكذا استعراض أهم الخطوات والإجراءات المنهجية التي تم الاعتماد عليها في الدراسة الميدانية، وذلك بالتطرق لمجتمع الدراسة وعينتها، وكذا أسلوب جمع البيانات والأدوات المستخدمة في التحليل الاقتصادي.

المطلب الأول: متغيرات وفرضيات الدراسة

أولاً: فرضيات وإشكالية الدراسة

1. إشكالية الدراسة:

ما هو أثر ذكاء الأعمال في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة؟ وتندرج تحت هذه الإشكالية الأسئلة الفرعية التالية:

✓ هل يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لأبعاد ذكاء الأعمال (مصادر

البيانات، مستودع البيانات، التتقيب عن البيانات، المعالجة التحليلية الفورية، تقنيات عرض

المعلومات) مجتمعة على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة؟

✓ هل هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو محددات ذكاء الأعمال؟

✓ هل يوجد تباين ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة، نحو ذكاء الأعمال وتحسين جودة الخدمات الصحية؟

2. فرضيات الدراسة:

سيتم في هذه الدراسة اختبار الفرضيات التالية:

1.2. الفرضية الرئيسية الأولى:

يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha \leq (0,05)$ لأبعاد ذكاء الاعمال (مصادر البيانات، مستودع البيانات، التنقيب عن البيانات، المعالجة التحليلية الفورية، تقنيات عرض المعلومات) مجتمعة على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

الفرضية الفرعية الأولى

لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha \leq (0,05)$ لبعد مصادر البيانات على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

الفرضية الفرعية الثانية

يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha \leq (0,05)$ لبعد مستودع البيانات على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

الفرضية الفرعية الثالثة

يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha \leq (0,05)$ لبعد التنقيب عن البيانات على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

الفرضية الفرعية الرابعة

يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لبعد المعالجة التحليلية الفورية على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

الفرضية الفرعية الخامسة

يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لبعد تقنيات عرض المعلومات على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

2.2. الفرضية الرئيسية الثانية

هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو محددات ذكاء الاعمال.

الفرضية الفرعية الأولى

هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد مصادر البيانات.

الفرضية الفرعية الثانية

هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد مستودع البيانات.

الفرضية الفرعية الثالثة

هناك اتجاه إيجابي لعمال ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد التتقيب عن البيانات.

الفرضية الفرعية الرابعة

هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد المعالجة التحليلية الفورية.

الفرضية الفرعية الخامسة

هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد تقنيات عرض المعلومات.

3.2. الفرضية الرئيسية الثالثة

يوجد تباين ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، نحو نكاء الاعمال وجودة الخدمات الصحية.

الفرضية الفرعية الأولى

يوجد تباين ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو تحسين جودة الخدمات الاستشفائية، تُعزى للمتغيرات الشخصية التالية: الجنس، المستوى الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة.

✓ بالنسبة لمتغير الجنس: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية

$(0,05)$ في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو نكاء الاعمال تُعزى لمتغير

الجنس.

✓ بالنسبة لمتغير المستوى الوظيفي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير المستوى الوظيفي.

✓ بالنسبة لمتغير العمر: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير العمر.

✓ بالنسبة لمتغير المستوى التعليمي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير المستوى التعليمي.

✓ بالنسبة لمتغير سنوات الخبرة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير سنوات الخبرة.

الفرضية الفرعية الثانية

يوجد تباين ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو تحسين جودة الخدمات الصحية، والتي تُعزى للمتغيرات الشخصية التالية: الجنس، المستوى الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة.

✓ **بالنسبة لمتغير الجنس:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو تحسين جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير الجنس،

✓ **بالنسبة لمتغير المستوى الوظيفي:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو تحسين جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير المستوى الوظيفي،

✓ **بالنسبة لمتغير العمر:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو تحسين جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير العمر،

✓ **بالنسبة لمتغير المستوى التعليمي:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو تحسين جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير المستوى التعليمي،

✓ **بالنسبة لمتغير سنوات الخبرة:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو تحسين جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير سنوات الخبرة.

ثانيا: متغيرات الدراسة

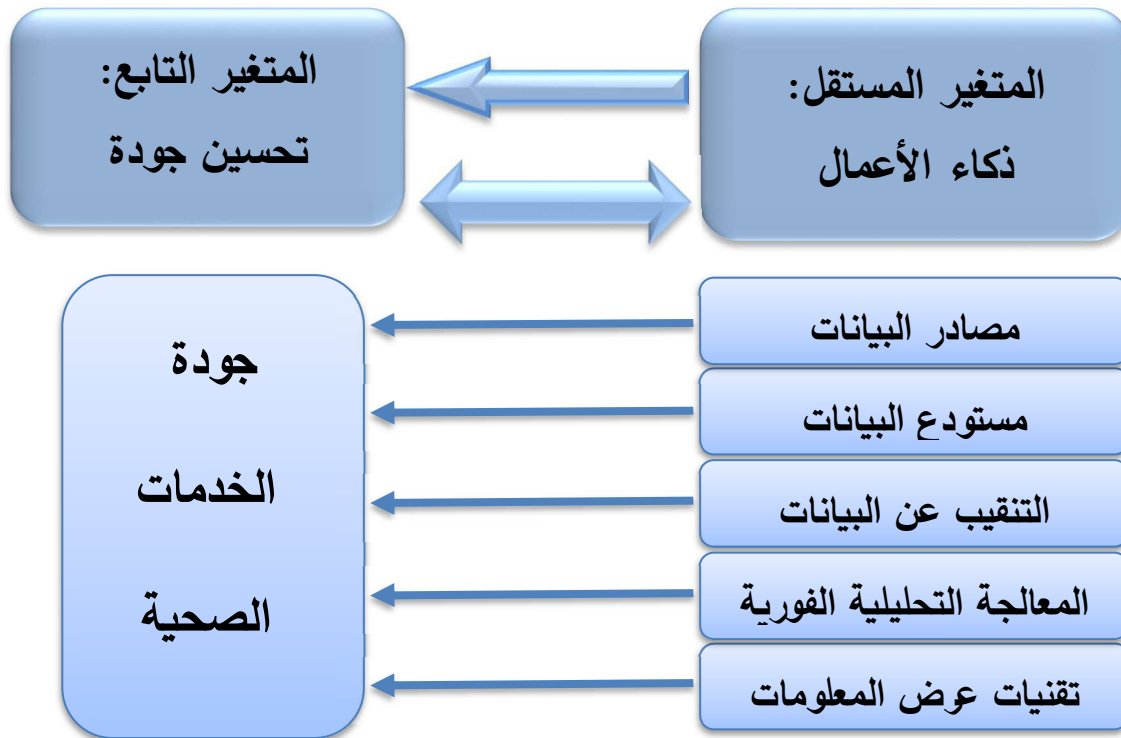
1. متغيرات الدراسة

المتغير المستقل: ذكاء الأعمال وهو على النحو التالي:

ذكاء الأعمال بدوره ممثل في الأبعاد التالية

- 1- مصادر البيانات.
 - 2- مستودع البيانات.
 - 3- التنقيب عن البيانات.
 - 4- المعالجة التحليلية الفورية.
 - 5- تقنيات عرض المعلومات.
- المتغير التابع: تحسين جودة الخدمات الصحية.
2. أنموذج الدراسة:

الشكل رقم (3-1): أنموذج الدراسة



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على الدراسات السابقة

الشكل السابق أعلاه يبحث ذكاء الأعمال بمحدداته الخمسة (مصادر البيانات، مستودع البيانات، التنقيب عن البيانات، المعالجة التحليلية الفورية، تقنيات عرض المعلومات) التي تم اختيارها بالاعتماد على الدراسات السابقة من أجل إنجاز هذه الدراسة، وأثره في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، وهذا ما توضحه الأسهم في الأنموذج.

المطلب الثاني: مجتمع وعينة الدراسة

ويمكن توضيح مجتمع الدراسة وعينتها كما يلي:

أولاً: مجتمع الدراسة

لقد تمّ تطبيق هذه الدراسة على قطاع الخدمات الاستشفائية في الجزائر، لذا فقد تمثل مجتمع الدراسة في عمال القطاع الصحي لثمانية عشر (18) ولاية متواجدة بالشرق الجزائري (قالمة، عنابة، قسنطينة، سكيكدة، جيجل، تبسة، باتنة، خنشلة، الطارف، ميلة، أم البواقي، بجاية، المسيلة، سطيف، سوق، اهراس، برج بوعرييج، بسكرة، وادي سوف).

ثانياً: عينة الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة تمّ تصميم استبيان وتوزيعه على عينة من العمال في ثمانية عشر مؤسسة استشفائية عمومية المتواجدة بعاصمة الولاية عبر ولايات الشرق الجزائري (قالمة، عنابة، قسنطينة، سكيكدة، جيجل، تبسة، باتنة، خنشلة، الطارف، ميلة، البواقي، بجاية، المسيلة، سطيف، سوق، اهراس، برج بوعرييج، بسكرة، واد سوف)، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (3-1): المستشفيات عينة الدراسة

الرقم	الولاية	اسم المستشفى
01	قالمة	مستشفى الحكيم عقبي
02	عنابة	مستشفى ابن رشد الجامعي
03	قسنطينة	مستشفى بن باديس الجامعي
04	سكيكدة	مستشفى عبد الرزاق بوحارة
05	جيجل	مستشفى محمد الصديق بن يحي
06	تبسة	مستشفى الدكتور عالي صالح
07	باتنة	مستشفى بن فليس التهامي الجامعي
08	خنشلة	مستشفى أحمد بن بلة
09	الطارف	مستشفى الهادي بن جديد
10	ميلة	مستشفى الاخوة مغلاوي الشهداء السبعة
11	أم البواقي	مستشفى محمد بوضياف
12	بجاية	مستشفى خليل عمران الجامعي
13	المسيلة	مستشفى الزهراوي
14	سطيف	مستشفى سعادنة محمد عبد النور الجامعي
15	سوق اهراس	مستشفى كعرار السبتي
16	برج بوعرييج	مستشفى بوزيدي لخضر
17	بسكرة	مستشفى بشير بن ناصر
18	وادي سوف	مستشفى عمر الجيلاني

المصدر: من اعداد الطالبة

نجد أن حجم العينة يساوي 380 موظف، وذلك بعد قيامنا بتوزيع 400 استبانة، والتي استبعدت منها 20 استبانة لعدم اكتمالها، ولوجود تناقضات كبيرة بين أجوبة المبحوثين، وبهذا فقد بلغت عدد الاستبانات الصالحة للتحليل 380 استبانة، كما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (3-2): عدد الاستبانات الموزعة

الاستبيان	التكرار	النسبة المئوية
عدد الاستبانات الموزعة	400	% 100
عدد الاستبانات المسترجعة	391	% 97,75
عدد الاستبانات المستبعدة	11	% 2,75
عدد الاستبانات الصالحة للتحليل	380	% 95

المصدر: من إعداد الطالبة

المطلب الثالث: أسلوب جمع البيانات وأدوات التحليل

سيتم في هذا المطلب توضيح المصادر التي تم الاعتماد عليها في جمع البيانات والمتعلقة بالدراسة الميدانية، وتوضيح كل من المتغير المستقل والمتغير التابع، وكذا الأدوات التي اعتمدنا عليها في المعالجة الإحصائية.

أولاً: أسلوب جمع البيانات

نظراً لطبيعة الموضوع المدروس والمنهج المتبع والبيانات المراد جمعها، ارتأينا استعمال الاستبيان كأداة رئيسية للدراسة، حيث يعتبر الأداة الأكثر ملائمة لتحقيق أهداف الدراسة، وعليه فقد تم تصميم استبانة معتمدين في ذلك على الإطار النظري للدراسة وكذا جملة من مختلف الدراسات السابقة التي تناولت هذا الموضوع.

وقد تكونت الاستبانة من ثلاثة محاور رئيسية:

المحور الأول:

ويتعلق بالمتغيرات الوسطية للدراسة، والمتمثلة في المعلومات الشخصية الخاصة بأفراد عينة الدراسة ممثلة في (الجنس، المستوى الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة).

المحور الثاني:

ويتكون من (33) عبارة خاصة بقياس المتغير المستقل ذكاء الاعمال، والذي تم تقسيمه إلى خمسة (05) أبعاد كما يلي:

- ✓ البعد الأول: مصادر البيانات، ويشمل على (06) عبارات؛
- ✓ البعد الثاني: مستودع البيانات، ويشمل على (08) عبارات؛
- ✓ البعد الثالث: التتقيب عن البيانات، ويشمل على (06) عبارات؛
- ✓ البعد الرابع: المعالجة التحليلية الفورية، ويشمل على (07) عبارات؛
- ✓ البعد الخامس: تقنيات عرض المعلومات، ويشمل على (06) عبارات.

المحور الثالث:

ويتكون من (08) عبارات خاصة بتحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

وتكون الإجابة على هذه العبارات وفق درجة الموافقة من خلال سلم ليكرت الخماسي، والذي يحتوي على خمس درجات وفق الشكل التالي:

الجدول رقم (3-3): توزيع درجات سلم ليكرت

غير موافق تماماً	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماماً
1	2	3	4	5

Source: Malhotra Naresh, decaudin Jean-Marc et bouguerraafifa, Etudes Marketing avec SPSS, pearson éducation, paris, 2004, p192.

ثانياً: أدوات التحليل الإحصائي واختبار صدق الأداة وصحتها

سيتم من خلال هذا العنصر استعراض الأدوات التي تم اعتمادها في معالجة الإحصائية لبيانات الدراسة الميدانية، وكذا اختبار صدق وثبات أداة الدراسة.

1. أدوات التحليل الإحصائي:

في معالجة الإحصائية للبيانات، تم الاعتماد على برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية في نسخته الثانية وعشرون (spss22)، وذلك لحساب المقاييس الإحصائية التالية:

✓ التوزيعات التكرارية: تم استخدامها لإظهار إجابات مفردات عينة الدراسة.

- ✓ **النسب المئوية:** لإظهار نسبة الإجابات بالنسبة لكل مفردة قياساً بباقي الإجابات الأخرى لمفردات العينة.
- ✓ **المتوسط الحسابي:** من أجل وصف خصائص العينة وتحديد اتجاه الإجابات وتأثيرها على متغيرات الدراسة.
- ✓ **الانحراف المعياري:** لقياس درجة التشتت في الإجابات عن وسطها الحسابي، إذ كلما قلت قيمته زادت درجة تركيز الإجابات حول الوسط الحسابي.
- ✓ **حساب معامل ارتباط بيرسون:** لمعرفة العلاقة بين المتغيرات، وكذا درجة ارتباط كل عبارة من عبارات الاستبيان مع الدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي إليه، ودرجة ارتباط كل محور من محاور الاستبيان بالدرجة الكلية للأداة.
- ✓ **اختبار ألفا كرونباخ:** لمعرفة ثبات فقرات الدراسة.
- ✓ **اختبار الانحدار البسيط (Simple Regression):** وذلك من أجل اختبار درجة تأثير كل متغير مستقل في المتغير التابع.
- ✓ **تحليل الانحدار المتعدد:** لاختبار فرضيات الدراسة، ومعرفة درجة تأثير المتغيرات المستقلة مجتمعة (مصادر البيانات، مستودع البيانات، التنقيب عن البيانات، المعالجة التحليلية الفورية، تقنيات عرض المعلومات) في المتغير التابع تحسين جودة الخدمات الصحية.
- ✓ **تحليل التباين الأحادي (ANOVA):** لمعرفة التباين في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، نحو تحسين جودة الخدمات الصحية والتي تُعزى للمتغيرات الشخصية.
- وسيتيم اعتماد مقياس التحليل لفقرات الاستبانة بناءً على متوسطات إجابات أفراد العينة في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة على النحو التالي:

وسيتم اعتماد مقياس لدرجة تقييم أفراد عينة الدراسة في المؤسسات الاستشفائية المدروسة، مقسماً إلى ثلاثة مستويات، حيث تم احتساب حاصل الفرق بين أعلى قيمة للمقياس وهي (5)، وأقل قيمة للمقياس وهي (1)، أي أن درجة القطع تكون كما يلي: $1,33 = 3 / (5-1)$ وعليه تكون النتائج كالآتي:

الجدول رقم (3-4): مقياس التحليل

الدرجة	الوسط الحسابي
منخفض	من 1 إلى أقل من أو يساوي 2,33
متوسط	من 2,34 إلى أقل من أو يساوي 3,67
مرتفع	من 3,68 إلى أقل من أو يساوي 5

المصدر: من إعداد الطالبة

2. اختبار صدق وثبات الأداة:

قبل عرض الاستمارة للتحليل من خلال استعمال الأساليب الإحصائية المختلفة، تم التأكد من ثباتها وصدقها وذلك من خلال:

2-1. الصدق الظاهري:

للتعرف على مدى صدق أداة الدراسة في قياس ما وضعت لأجله، والتحقق من وضوح العبارات وصدق محتواها وتناسقها مع المحاور، تم عرض الاستبيان على مجموعة من المحكمين من ذوي

الاختصاص كما يوضحه الملحق رقم (01)، وعلى ضوء آراءهم قمنا بإعداد هذه الاستبانة بصورتها النهائية والملحق رقم (02) يوضح الاستبانة في شكلها النهائي.

2-2. صدق الاتساق الداخلي للأداة:

من أجل التأكد من سلامة البنية الداخلية للأداة وبعد الترميز والتفريغ في برنامج spss22، تمّ حساب معامل الارتباط بيرسون بغية قياس القوة بين المتغيرين، كما يوضح في الجداول التالية:

الجدول رقم (3-5): معاملات ارتباط بيرسون لعبارات البعد الأول (مصادر البيانات) بالدرجة الكلية

للمحور

رقم العبارة	معامل الارتباط	SIG
العبارة (01)	0,198**	0,000
العبارة (02)	0,416**	0,000
العبارة (03)	0,166**	0,001
العبارة (04)	0,050	0,331
العبارة (05)	0,326**	0,000
العبارة (06)	0,275**	0,000
قيمة r الجدولية: 0.3579 عند مستوى الدلالة 0.01 ودرجة حرية 49		
قيمة r الجدولية: 0.2765 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية 49		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 03)

يوضح لنا الجدول أعلاه معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد مصادر البيانات والدرجة الكلية للبعد نفسه، والذي نجد من خلاله أن معاملات الارتباط المبينة دالة إحصائياً، حيث أن قيمة r

المحسوبة أكبر من قيمة r الجدولية، ومنه تعتبر فقرات الاستبيان صادقة ومتسقة داخلياً وقابلة لقياس لما وضعت لقياسه.

الجدول رقم (3-6): معاملات ارتباط بيرسون لعبارات البعد الثاني (مستودع البيانات) بالدرجة الكلية

للمحور

رقم العبارة	معامل الارتباط	SIG
العبارة (01)	0,074	0,135
العبارة (02)	0,191**	0,000
العبارة (03)	0,278**	0,000
العبارة (04)	0,418**	0,000
العبارة (05)	0,612**	0,000
العبارة (06)	0,282**	0,000
العبارة (07)	0,596**	0,000
العبارة (08)	0,508**	0,000
قيمة r الجدولية: 0.3579 عند مستوى الدلالة 0.01 ودرجة حرية 49		
قيمة r الجدولية: 0.2765 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية 49		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 03)

من خلال بيانات الجدول السابق نجد أن معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد مستودع البيانات والدرجة الكلية للبعد نفسه دالة إحصائياً، حيث أن قيمة r المحسوبة أكبر من قيمة r الجدولية، ومنه تعتبر فقرات الاستبيان صادقة ومتسقة داخلياً وقابلة لقياس لما وضعت لقياسه.

الجدول رقم (3-7): معاملات ارتباط بيرسون لعبارات البعد الثالث (التنقيب عن البيانات) بالدرجة

الكلية للمحور

رقم العبارة	معامل الارتباط	SIG
العبارة (01)	0,037	0,478
العبارة (02)	0,613**	0,000
العبارة (03)	0,587**	0,000
العبارة (04)	0,670**	0,000
العبارة (05)	0,733**	0,000
العبارة (06)	0,804**	0,000
قيمة r الجدولية: 0.3579 عند مستوى الدلالة 0.01 ودرجة حرية 49		
قيمة r الجدولية: 0.2765 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية 49		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 03)

يوضح لنا الجدول أعلاه معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد التنقيب عن البيانات والدرجة الكلية للبعد نفسه، والذي نجد من خلاله أن معاملات الارتباط المبينة دالة إحصائياً، حيث أن قيمة r المحسوبة أكبر من قيمة r الجدولية، ومنه تعتبر فقرات الاستبيان صادقة ومتسقة داخلياً لما وضعت لقياسه.

الجدول رقم (3-8): معاملات ارتباط بيرسون لعبارات البعد الرابع (المعالجة التحليلية الفورية) بالدرجة

الكلية للمحور

رقم العبارة	معامل الارتباط	SIG
العبارة (01)	0,221**	0,000
العبارة (02)	0,331**	0,000
العبارة (03)	0,558**	0,000
العبارة (04)	0,346**	0,000
العبارة (05)	0,349**	0,000
العبارة (06)	0,369**	0,000
العبارة (07)	0,161**	0,002
قيمة r الجدولية: 0.3579 عند مستوى الدلالة 0.01 ودرجة حرية 49 قيمة r الجدولية: 0.2765 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية 49		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 03)

من خلال بيانات الجدول أعلاه نجد أن معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد المعالجة

التحليلية الفورية والدرجة الكلية للبعد نفسه دالة إحصائياً، حيث أن قيمة r المحسوبة أكبر من قيمة r

الجدولية، ومنه تعتبر فقرات الاستبيان صادقة ومتسقة داخلياً لما وضعت لقياسه.

الجدول رقم (3-9): معاملات ارتباط بيرسون لعبارات البعد الخامس (تقنيات عرض المعلومات)

بالدرجة الكلية للمحور

رقم العبارة	معامل الارتباط	SIG
العبارة (01)	0,495**	0,000
العبارة (02)	0,635**	0,000
العبارة (03)	0,914**	0,000
العبارة (04)	0,855**	0,000
العبارة (05)	0,928**	0,000
العبارة (06)	0,604**	0,000
قيمة r الجدولية: 0.3579 عند مستوى الدلالة 0.01 ودرجة حرية 49 قيمة r الجدولية: 0.2765 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية 49		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 03)

يوضح لنا الجدول السابق معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات بعد تقنيات عرض المعلومات والدرجة الكلية للبعد نفسه، والذي نجد من خلاله أن معاملات الارتباط المبينة دالة إحصائياً، حيث أن قيمة r المحسوبة أكبر من قيمة r الجدولية، ومنه تعتبر فقرات الاستبيان صادقة ومتسقة داخلياً لما وضعت لقياسه.

الجدول رقم (3-10): معاملات ارتباط بيرسون لعبارات المحور الثالث (جودة الخدمات الصحية)

بالدرجة الكلية للمحور

رقم العبارة	معامل الارتباط	SIG
العبارة (01)	0,788**	0,000
العبارة (02)	0,838**	0,000
العبارة (03)	0,832**	0,000
العبارة (04)	0,470**	0,000
العبارة (05)	0,526**	0,000
العبارة (06)	0,574**	0,000
العبارة (07)	0,526**	0,000
العبارة (08)	0,645**	0,000
قيمة r الجدولية: 0.3579 عند مستوى الدلالة 0.01 ودرجة حرية 49		
قيمة r الجدولية: 0.2765 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية 49		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 03)

من خلال بيانات الجدول أعلاه نجد أن معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات محور جودة

الخدمات الصحية والدرجة الكلية للمحور نفسه دالة إحصائياً، حيث أن قيمة r المحسوبة أكبر من قيمة r

الجدولية، ومنه تعتبر فقرات الاستبيان صادقة ومتسقة داخلياً لما وضعت لقياسه.

2-3. صدق الاتساق البنائي:

حيث يعتبر أحد مقاييس صدق أداة الدراسة، ويبين لنا مدى ارتباط كل محور من محاور أداة الدراسة بالدرجة الكلية لفقرات الاستبيان مجتمعة، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (3-11): صدق الاتساق البنائي

محاور الاستبيان	معامل الارتباط	SIG
مصادر البيانات	0,509**	0,000
مستودع البيانات	0,529**	0,000
التنقيب عن البيانات	0,316**	0,000
المعالجة التحليلية	0,677**	0,000
المعالجة الفورية		
تقنيات عرض	0,791**	0,000
المعلومات		
جودة الخدمات الصحية	0,750**	0,000

قيمة r الجدولية: 0.3579 عند مستوى الدلالة 0.01 ودرجة حرية 49
 قيمة r الجدولية: 0.2765 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية 49

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 03)

يوضح لنا الجدول أعلاه معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد أداة الدراسة والدرجة الكلية لفقرات الاستبيان مجتمعة، والذي نجد من خلاله أن معاملات الارتباط المبينة دالة إحصائياً، حيث أن قيمة r

المحسوبة أكبر من قيمة r الجدولية، ومنه تعتبر محاور الاستبيان صادقة ومتسقة داخلياً لما وضعت لقياسه.

2-4. ثبات أداة المقياس:

بعد التأكد من الصدق الظاهري لأداة الدراسة واتساقها الداخلي، قمنا بالتأكد من ثبات الاستمارة، معتمدين في ذلك على أهم وأشهر اختبارات قياس الثبات وهو معامل ألفا كرونباخ.

الجدول رقم (3-12): معامل الثبات ألفا كرونباخ

المتغير	ذكاء الاعمال	جودة الخدمات	الاستمارة
		الصحية	
قيمة معامل الثبات	0,798	0,632	0,721
ألفا كرونباخ			

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 03)

يتضح من خلال قراءتنا للجدول أعلاه أن قيمة معامل ألفا كرونباخ الكلي لأداة الدراسة بلغت: 0,72، وهي قيمة مرتفعة، وأكبر من النسبة (0.6) المعتمدة إحصائياً حسب "Sekaran" ¹، كما بلغت هذه القيمة بالنسبة للمتغير المستقل (ذكاء الاعمال) والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)، 0,66 و 0,79 على الترتيب ما يدل على ثبات الاستمارة.

¹ Sekaran, U. **Research Methods for Business: A Skill Building Approach**, 4th ed., John Wiley and Sons, (Asia) Pte Ltd. Singapore, 2006.

المبحث الثاني: عرض نتائج الدراسة الميدانية

سنتناول في هذا المبحث وصف لعينة الدراسة حسب المتغيرات الاجتماعية، إضافة للتحليل الوصفي لإجابات أفراد عينة الدراسة.

المطلب الأول: وصف عينة الدراسة

سيتم من خلال هذا المطلب، وصف عينة المبحوثين حسب المتغيرات الشخصية كما يلي:

أولاً: توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس

لقد كان توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس كما هو موضح في الجدول التالي:

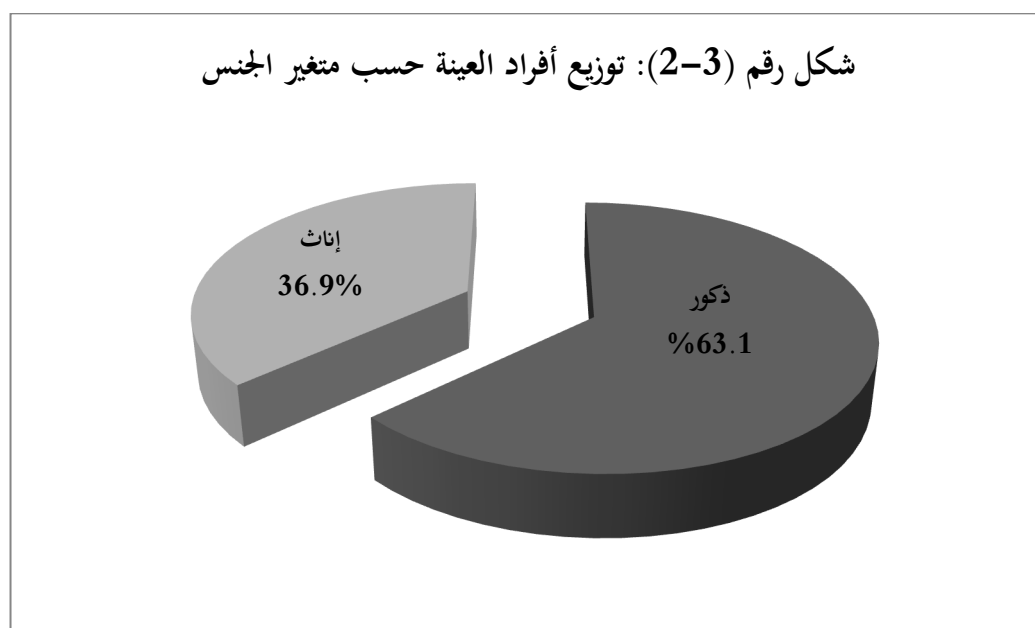
جدول رقم (3-13): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية
ذكر	240	63,1%
أنثى	140	36,9%
المجموع	380	100%

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 04)

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن نسبة 63,1% من الطاقم الاستشفائي عينة الدراسة هم ذكور، في حين بلغت نسبة الإناث بها 36,9%.

والشكل الموالي يوضح ذلك أكثر:



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على الجدول رقم (3-13)

ثانياً: توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى الوظيفي

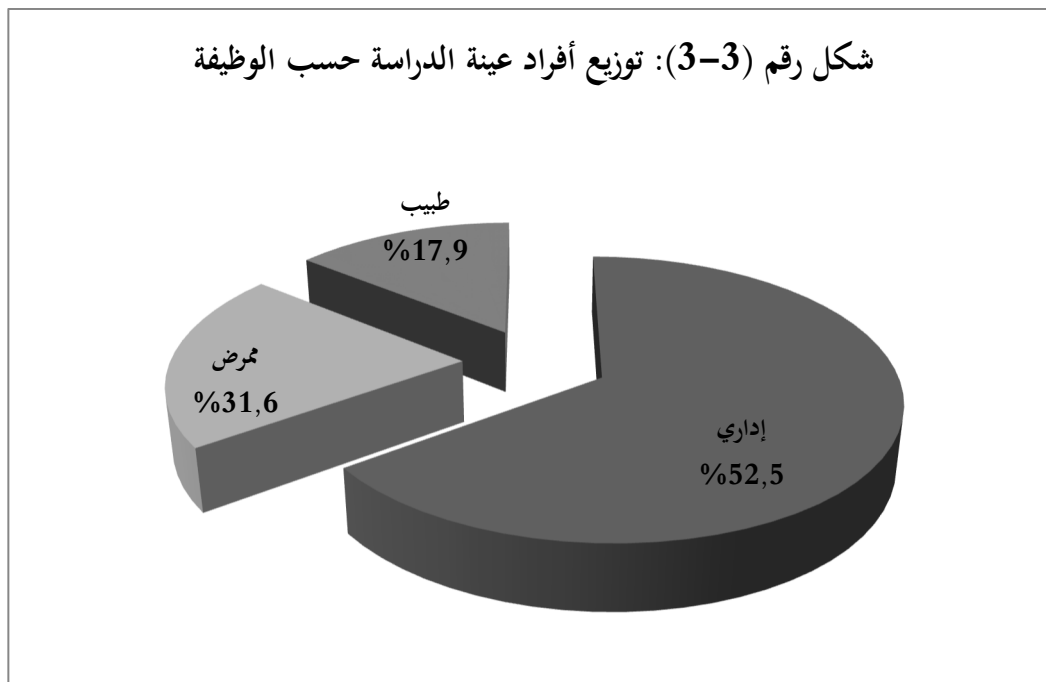
جدول رقم (3-14): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى الوظيفي

المستوى الوظيفي	التكرارات	النسبة المئوية
إداري	192	52,5%
طبيب	68	17,9%
ممرض	120	31,6%
المجموع	380	100%

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 04)

من خلال الجدول السابق يتضح لنا أننا ما نسبته 52,5% من طاقم المستشفيات عينة الدراسة هم إداريون، في حين بلغت نسبة الممرضين والأطباء 31,6% و 17,9% على التوالي، وهذه النسب طبيعية كون أغلبية الاستثمارات قمنا بتوزيعها على الإداريين والممرضين الذين يكون لهم المام أكبر حول المعلومات اللازمة حول تطبيقات ذكاء الاعمال على مستوى المستشفى بحكم أعمالهم الإدارية.

ويمكن توضيح هذه النسب أكثر من خلال الشكل البياني التالي:



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على الجدول رقم (3-14)

ثالثاً: توزيع أفراد العينة حسب متغير العمر

لقد كان توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر كما هو موضح في الجدول التالي:

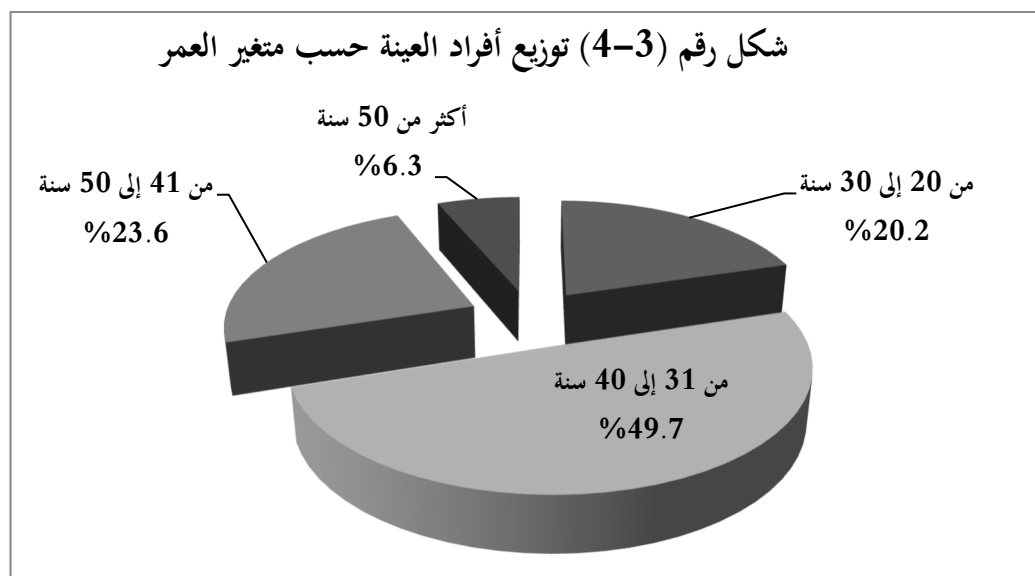
جدول رقم (3-15): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير العمر

العمر	التكرارات	النسبة المئوية
من 20 إلى 30 سنة	77	20,2%
من 31 إلى 40 سنة	189	49,7%
من 41 إلى 50 سنة	90	23,6%
أكثر من 50 سنة	24	6,3%
المجموع	380	100%

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 04)

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن هناك تنوع في الفئات العمرية لدى عينة الدراسة، حيث تصدرت المرتبة الأولى الفئة العمرية (من 31 إلى 40 سنة) بنسبة 49,7%، تلي بعدها الفئة العمرية (من 20 إلى 30 سنة) بنسبة 20,2%، ثم تأتي في المرتبة الثالثة الفئة العمرية (من 41 إلى 50 سنة) و بنسبة 23,6%، وفي المرتبة الأخيرة الفئة العمرية (أكثر من 50 سنة) بنسبة 6,3% على التوالي.

والشكل الموالي يوضح ذلك:



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على الجدول رقم (3-15)

رابعاً: توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي

لقد كان توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي كما هو موضح في الجدول التالي:

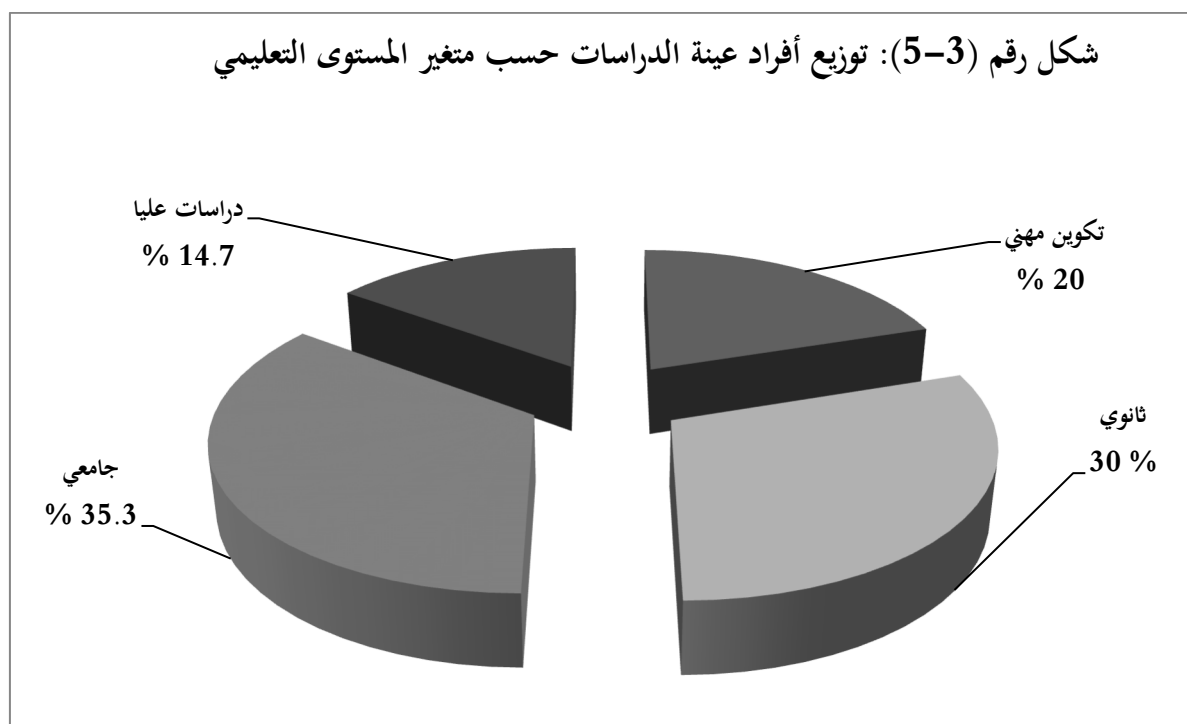
جدول رقم (3-16): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرارات	النسبة المئوية
تكوين مهني	76	20%
ثانوي	114	30%
جامعي	134	35,3%
دراسات عليا	65	14,7%
المجموع	380	100%

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 04)

من خلال بيانات الجدول أعلاه يتضح أن التنوع في توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي، وهذا شيء طبيعي باعتبار أن الحاجة لتسيير المؤسسة الاستشفائية لا يتوقف على مستوى تعليمي معين، إذ نجد أن أفراد عينة الموظفون الذين لديهم مستوى ثانوي وجامعي بلغت نسبة 30% و 35,3%، ثم تليها عينة المبحوثين الذين لديهم مستوى تكوين مهني ومستوى دراسات عليا بنسب 20% و 14,7% على التوالي.

والشكل الموالي يوضح هذا التقسيم:



المصدر: المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على الجدول رقم (3-16)

خامسا: توزيع أفراد العينة حسب متغير سنوات الخبرة

لقد كان توزيع عينة الدراسة حسب متغير سنوات الخبرة كما هو موضح في الجدول التالي:

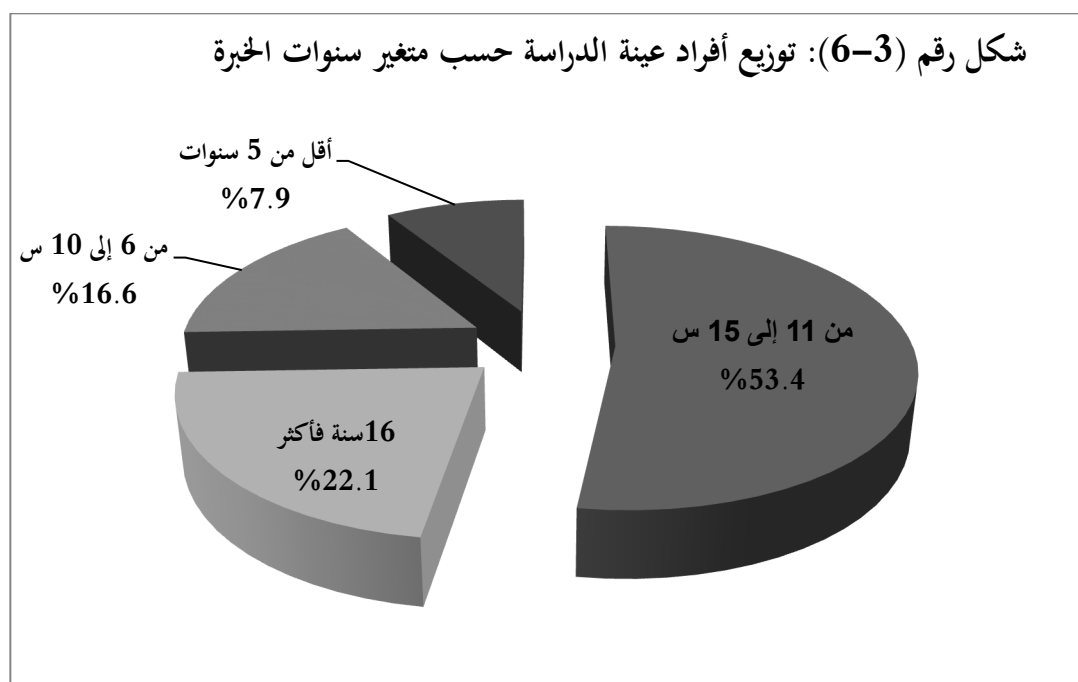
جدول رقم (3-17): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير سنوات الخبرة

سنوات الخبرة	التكرارات	النسبة المئوية
أقل من 5 سنوات	30	7,9%
من 6 إلى 10 سنوات	63	16,6%
من 11 إلى 15 سنة	203	53,4%
16 سنة فأكثر	84	22,1%
المجموع	380	100%

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 04)

من خلال بيانات الجدول أعلاه يتضح لنا أن أغلبية أفراد عينة الدراسة لديهم سنوات الخبرة من 11 إلى 15 سنة وذلك بنسبة 53,4%، وهو شيء منطقي باعتبار أننا قصدنا المؤسسات الاستشفائية الكبرى، تليها بعد ذلك فئة الأفراد الذين لديهم سنوات الخبرة 16 سنة فأكثر بنسبة 22,1%، ثم في المرتبة الثالثة فئة الأفراد الذين لديهم سنوات الخبرة من 6 إلى 10 سنوات بنسبة 16,6%، ثم في الأخير فئة الأفراد الذين لديهم سنوات الخبرة أقل من 5 سنوات بنسبة 7,9%، وهو شيء طبيعي على اعتبار أن في السنوات الأخيرة تنتهج الدولة سياسة التقشف، وتقوم الدولة بعملية ادماج أصحاب العقود.

والشكل الموالي يوضح هذا الترتيب:



المصدر: المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على الجدول رقم (3-17)

المطلب الثاني: التحليل الوصفي لإجابات أفراد عينة الدراسة

أولاً: تحليل البيانات المتعلقة بتقييم نزاهة الاعمال من عينة الدراسة

1. مصادر البيانات:

يوضح الجدول أدناه المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية حسب درجة الموافقة للعينة

المدرسة في تقييمهم لنزاهة الاعمال من خلال بعد مصادر البيانات.

جدول رقم (3-18): استجابات أفراد عينة الدراسة لعبارات البعد الأول (مصادر البيانات)

الرقم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى القبول النسبية	الأهمية النسبية
1	يستخدم المستشفى تكنولوجيا الاتصالات في جمع البيانات الداخلية والخارجية.	2,99	1,168	متوسط	6
2	هناك أساليب معينة يستخدمها المستشفى في جمع المعلومات (الملاحظة، استطلاع الآراء، التجربة، الاستنتاجات، استبيان)	3,30	1,096	متوسط	4
3	يتوفر المستشفى على مصادره الخاصة بالبيانات ذات العلاقة بكافة العمليات.	3,45	1,121	متوسط	1
4	يعتمد المستشفى على قواعد بيانات تتصف بالدقة والموثوقية.	3,06	1,256	متوسط	5
5	مصادر البيانات لدى المستشفى تعمل وفقا للمعايير الحديثة في العمل الاستشفائي.	3,44	0,944	متوسط	2
6	يتوفر المستشفى على مصادر بيانات تتسم بالتنوع لغايات إستقصاء البيانات المناسبة.	3,44	1,096	متوسط	3
		3,28	1,113	متوسط	

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 05)

من خلال قراءتنا لبيانات الجدول أعلاه، يتضح لنا أن مستوى القبول بالنسبة لإجابات أفراد عينة الدراسة حول البعد الأول (مصادر البيانات) كانت متوسطة، وذلك بمتوسط حسابي عام قدر ب (3,28) وانحراف معياري (1,113)، وقد حظيت العبارة الثالثة "يتوفر المستشفى على مصادره الخاصة بالبيانات ذات العلاقة بكافة العمليات" بالمرتبة الأولى من حيث درجة القبول وذلك بمتوسط حسابي (3,45)، فيما جاءت العبارة الأولى "يستخدم المستشفى تكنولوجيا الاتصالات في جمع البيانات الداخلية والخارجية" في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي قدره (2,99)، كما تراوحت قيمة الانحراف المعياري ما بين (0,944 و 1,256) ما يبين أن هناك تباين في استجابات أفراد عينة الدراسة حول مؤشر الاعتمادية.

2. مستودع البيانات:

يوضح الجدول أدناه المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية حسب درجة الموافقة للعينة المدروسة في تقييمهم لذكاء الاعمال من خلال بعد مستودع البيانات.

جدول رقم (3-19): استجابات أفراد عينة الدراسة لعبارات البعد الثاني (مستودع البيانات)

الرقم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة النسبية	الأهمية
7	يتوفر المستشفى على قاعدة بيانات متكاملة تساعد في خدمة المريض.	3,57	1,059	متوسط	1
8	يتوفر المستشفى على آليات لحفظ وتخزين مختلف المعلومات التي يتطلبها العمل الطبي.	2,64	1,040	متوسط	8
9	يقوم المستشفى بربط البيانات المتعددة المصادر لتوفير رؤية موحدة ومتكاملة عن بيانات المؤسسة الاستشفائية.	3,21	1,058	متوسط	4
10	يقوم المستشفى بتحميل البيانات لمعرفة مستوى جودتها قبل استخدامها.	2,97	1,175	متوسط	6
11	قواعد البيانات لدى المستشفى تتسم بالدقة والسرعة في الحصول على البيانات.	3,41	1,087	متوسط	2
12	قواعد البيانات لدى المستشفى حديثة ومتطورة في تخزين واسترجاع المعلومات ذات العلاقة.	3,22	1,247	متوسط	3
13	قواعد البيانات لدى المستشفى مفتوحة أمام العاملين بالمستشفى.	2,95	1,232	متوسط	7
14	تتسم قواعد البيانات بالمرونة العالية في عمليات التخزين والاسترجاع للمعلومات.	3,17	1,131	متوسط	5
		3,14	1,128	متوسط	

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 05)

يوضح الجدول أعلاه، المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات البعد الثاني (مستودع البيانات)، والذي يتضح من خلاله أن كافة عباراته نالت مستوى قبول متوسط، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام (3,14) وانحراف معياري (1,128)، فيما جاءت العبارة السابعة "يتوفر المستشفى على قاعدة بيانات

متكاملة تساعد في خدمة المريض" بأعلى متوسط حسابي قدر ب: (3,57)، ما يُفسر حرص والتزام إدارة المستشفيات بتوفير قواعد بيانات متكاملة فيما بينها لخدمة المرضى، إضافة إلى حرصها على توفير يد عاملة مؤهلة من أجل العمل على هذه البرمجيات، كما تراوح الانحراف المعياري ما بين (1,040 و 1,247) وهو ما يُفسر أن هناك تباين في استجابات أفراد عينة الدراسة حول بُعد مستودع البيانات.

3. التنقيب عن البيانات:

يوضح الجدول أدناه المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية حسب درجة الموافقة للعينة المدروسة في تقييمهم لذكاء الاعمال من خلال بعد التنقيب عن البيانات.

جدول رقم (3-20): استجابات أفراد عينة الدراسة لعبارات البعد الثالث (التنقيب عن البيانات)

الرقم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة النسبية	الأهمية
15	يستخدم المستشفى أحدث أنظمة التنقيب عن البيانات اللازمة ولمختلف العمليات في المستشفى.	2,84	1,094	متوسط	6
16	تساهم عملية التنقيب عن البيانات في إنتقاء البيانات المفيدة له من غير المفيدة قبل معالجتها.	3,14	1,172	متوسط	5
17	تساهم عملية التنقيب في استرجاع المعلومات الهامة من كمية هائلة من البيانات.	3,28	1,194	متوسط	3
18	يوفر نظام المعلومات أدوات مختلفة للتنقيب عن البيانات اللازمة.	3,17	1,165	متوسط	4
19	تساهم أنظمة التنقيب المستخدمة في تحديد واستخلاص المعلومات بالوقت المحدد.	3,47	1,229	متوسط	1
20	تساهم عملية التنقيب على اكتشاف الارتباطات ذات المغزى الموجودة في مستودعات البيانات الضخمة.	3,38	1,011	متوسط	2
		3,23	1,144	متوسط	

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 05)

من خلال قراءتنا لبيانات الجدول أعلاه، يتضح لنا أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على عبارات هذا البعد كانت كلها متوسطة، حيث سجلت العبارة رقم (19)، أعلى متوسط حسابي، فيما قُدِّرَ المتوسط الحسابي العام بـ (3,23) وانحراف معياري (1,144)، وقد حظيت العبارة التاسعة عشر "تساهم أنظمة التتقيب المستخدمة في تحديد واستخلاص المعلومات بالوقت المحدد" بالمرتبة الأولى من حيث درجة القبول وذلك بمتوسط حسابي (3,47)، فيما جاءت العبارة الخامسة عشر "يستخدم المستشفى أحدث أنظمة التتقيب عن البيانات اللازمة ولمختلف العمليات في المستشفى" في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي قدره (2,84)، ما يُفسِّرُ أن هناك تماثل في توفير البرمجيات والمعدات الحديثة والمتطورة التي تسهل مختلف العمليات في المستشفيات عينة الدراسة، كما تراوحت قيمة الانحراف المعياري ما بين (1,011 و 1,229) ما يبين أن هناك تباين في استجابات أفراد عينة الدراسة حول مؤشر الاستجابة.

4. المعالجة التحليلية الفورية:

يوضح الجدول أدناه المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية حسب درجة الموافقة للعينة المدروسة في تقييمهم لذكاء الاعمال من خلال بعد المعالجة التحليلية الفورية.

جدول رقم (3-21): استجابات أفراد عينة الدراسة لعبارات البعد الرابع (المعالجة التحليلية الفورية)

الرقم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة النسبية	الأهمية
21	توفر أنظمة تحليل البيانات معلومات بدرجة عالية من التفصيل لخدمة مختلف العمليات.	3,48	1,154	متوسط	2
22	تقوم أنظمة تحليل البيانات بعرض المعلومات بطريقة واضحة يسهل فهمها من العاملين لدى المستشفى.	3,40	1,225	متوسط	5
23	توفر أنظمة تحليل البيانات تقارير عن أداء المنظمة لفترات زمنية مختلفة ولكافة العمليات الإدارية لدى المستشفى.	4,01	0,964	مرتفع	1

24	توفر أنظمة تحليل البيانات معلومات فورية عن الأداء الحالي للمستشفى.	3,43	1,154	متوسط	4
25	يستخدم المستشفى أنظمة تحليل البيانات للمساعدة في جمع وتحليل البيانات وتوليد التقارير الخاصة بها.	3,47	1,036	متوسط	3
26	تزيد أنظمة تحليل البيانات القدرة على تصنيف وترتيب البيانات بشكل دقيق وسريع.	3,40	1,120	متوسط	6
27	يسعى المستشفى لزيادة جهوده في تطبيق أنظمة ذكاء الأعمال في مجال تحليل بيانات الأعمال.	3,27	1,208	متوسط	7
		3,49	1,123	متوسط	

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 05)

يوضح الجدول أعلاه، المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات البعد الرابع (المعالجة التحليلية الفورية)، والذي يتضح من خلاله أن أغلبية عباراته نالت مستوى قبول متوسط، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام (3,49) وانحراف معياري (1,123)، فيما سجلت العبارة الثالثة والعشرون "يسعى المستشفى لزيادة جهوده في تطبيق أنظمة ذكاء الأعمال في مجال تحليل بيانات الأعمال" آخر ترتيب من حيث الأهمية النسبية بمتوسط حسابي قدره (3,27)، فيما سجلت العبارة السابعة والعشرون "توفر أنظمة تحليل البيانات تقارير عن أداء المنظمة لفترات زمنية مختلفة ولكافة العمليات الإدارية لدى المستشفى" أكبر متوسط حسابي فُدر ب: (4,01)، كما تراوح الانحراف المعياري ما بين (0,964 و 1,225) وهو ما يُفسر أن هناك تباين في استجابات أفراد عينة الدراسة حول بُعد المعالجة التحليلية الفورية.

5. تقنيات عرض المعلومات:

يوضح الجدول أدناه المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية حسب درجة الموافقة للعينة المدروسة في تقييمهم لذكاء الاعمال من خلال بعد تقنيات عرض المعلومات.

جدول رقم (3-22): استجابات أفراد عينة الدراسة لعبارات البعد الخامس (تقنيات عرض المعلومات)

الرقم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة	الأهمية النسبية
28	تساهم عملية عرض البيانات في تقييم شامل ونظرة لحظية عن أنشطة المستشفى المختلفة.	3,79	0,761	مرتفع	2
29	تساهم عملية عرض البيانات في تحسين أداء المستشفى وتحقيق أهدافها.	3,88	0,888	مرتفع	1
30	يعتمد المستشفى على تقنيات فعالة في عرض البيانات الخاصة بمختلف العمليات.	3,27	1,190	متوسط	3
31	تساهم عملية عرض البيانات في عمل التقارير المختلفة والمتفاعلة مع بعضها دون الحاجة لمختصين.	2,92	1,180	متوسط	5
32	توفر عملية عرض البيانات مؤشرات إحصائية من خلال الرسوم البيانية.	3,05	1,244	متوسط	4
33	تعرض المعلومات بأسلوب واضح يسهل فهمها من طرف جميع العاملين في المستشفى.	2,45	1,347	متوسط	6
		3,22	1,101	متوسط	

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 05)

من خلال قراءتنا لبيانات الجدول أعلاه، يتضح لنا أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على عبارات هذا البعد كانت أغلبها بدرجة متوسطة، حيث قُدِّرَ المتوسط الحسابي العام بـ (3,22) وانحراف معياري (1,101)، باستثناء العبارتين رقم (28) ورقم (29)، اللتين حظيتا بدرجة موافقة مرتفعة بمتوسط حسابي قُدِّرَ بـ (3,79) و (3,88) على الترتيب، ما يفسِّرُ الدور الفعال للتقنيات التي التي تعرض بها المعلومات في اللقاء نظرة لحظية عن مختلف أنشطة المستشفى لتصحيح الأخطاء وعمل تقييم شامل كما تساهم في تحسين أداء المستشفى وتحقيق أهدافها، فيما جاءت العبارة الثالثة والثلاثون "تعرض المعلومات بأسلوب واضح يسهل فهمها من طرف جميع العاملين في المستشفى" في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي قدره (2,45)، وهو ما يبين عدم فهم المعلومات المعروضة من طرف جميع العاملين في المستشفى بسبب

أسلوبها الغير واضح ولا يسهل فهمها في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة، كما تراوحت قيمة الانحراف المعياري ما بين (0,761 و 1,347) ما يبين أن هناك تباين في استجابات أفراد عينة الدراسة حول مؤشر تقنيات عرض المعلومات.

ثانياً: تحليل البيانات المتعلقة بجودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة

جدول رقم (3-23): استجابات أفراد عينة الدراسة لعبارة المحور الثالث (جودة الخدمات الصحية)

الرقم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة النسبية	الأهمية النسبية
34	يتوفر المستشفى على أجهزة ومعدات طبية متطورة.	3,15	1,011	متوسط	4
35	يتوفر المستشفى على صالات انتظار مناسبة مجهزة بآلات لتنظيم الأدوار.	3,34	1,135	متوسط	2
36	يتوفر المستشفى على معلومات خاصة بالمرضى عند عملية المراجعة.	3,49	1,029	متوسط	1
37	يمكن للكادر الطبي الإجابة على مختلف استفسارات المرضى بسهولة.	3,29	1,223	متوسط	3
38	يخبر المستشفى المرضى بمواعيد الخدمات الطبية المقدمة لهم.	3,11	1,255	متوسط	5
39	يحتفظ المستشفى بمعلومات اللازمة عن المرضى.	2,46	1,382	متوسط	8
40	المرضى يثقون بالموظفين في المستشفى ويقدمون لهم جميع المعلومات التي يطلبونها منهم.	2,64	1,085	متوسط	7
41	جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى تجعل المرضى يستمرون في مراجعته مستقبلاً.	2,98	1,243	متوسط	6
		3,05	1,166	متوسط	

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 05)

من خلال قراءتنا لبيانات الجدول السابق، يتضح لنا أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على عبارات هذا المحور كانت كلها متوسطة، فيما سجلت العبارة التسعة والثلاثون يحتفظ المستشفى بمعلومات اللازمة عن المرضى، أقل متوسط حسابي، والتي لم تلقى الموافقة من طرف عينة المستجوبين، حيث قُدرَ المتوسط

الحسابي العام ب (3,05) وانحراف معياري (1,166)، حيث احتلت العبارة السادسة والثلاثون "يتوفر المستشفى على معلومات خاصة بالمرضى عند عملية المراجعة" المرتبة الأولى، فيما جاءت العبارة التسعة والثلاثون يحتفظ المستشفى بمعلومات اللازمة عن المرضى في المرتبة الأخيرة بدرجة موافقة منخفضة وبمتوسط حسابي قُدر ب (2,46)، ما يُفسر عدم رضا عمال المستشفيات محل الدراسة عن أسعار هذه المؤسسات، و عدم ملاءمتها مع جودة الخدمات المقدمة فيها، في حين تراوحت قيمة الانحراف المعياري ما بين (1,011 و 1,382) ما يبين أن هناك تباين في استجابات أفراد عينة الدراسة حول هذا المحور.

المبحث الثالث: اختبار فرضيات الدراسة

نظرا إلى أن حجم العينة يفوق 30 مفردة، فإن التوزيع يقترب إلى التوزيع الطبيعي، لهذا اعتمدنا على مجموعة من الاختبارات المعلمية بهدف اختبار صحة الفرضيات المقترحة مع ما تمّ التوصل إليه بعد الحصول على مخرجات spss، وهذا باستخدام أسلوب الانحدار البسيط من أجل معرفة درجة تأثير كل متغير مستقل (مصادر البيانات، مستودع البيانات، التتقيب عن البيانات، المعالجة التحليلية الفورية، تقنيات عرض المعلومات) على حدا في المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)، وكذا استخدام أسلوب الانحدار المتعدد لمعرفة درجة تأثير المتغيرات المستقلة مجتمعة في المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) بالنسبة لاختبار الفرضية الرئيسية الأولى، إضافة إلى استخدام تحليل التباين الأحادي ANOVA، لاختبار الفرضية الرئيسية الثانية كما يلي:

المطلب الأول: اختبار الفرضية الرئيسية الأولى

قبل الإجابة على الفرضية الرئيسية الأولى، سنقوم باختبار الفرضيات الفرعية الخاصة بها كما يلي:

أولاً: اختبار الفرضية الفرعية الأولى

لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لبعد مصادر البيانات على تحسين

جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، حيث:

✓ H_0 : لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لبعد مصادر

البيانات على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

✓ H_1 : يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لبعد مصادر البيانات

على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

ولاختبار هذه الفرضية قامت الطالبة بتحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Regression)

لمعرفة هذا الأثر، والجدول الموالي يوضح نتائج هذا الاختبار:

جدول رقم (3-24): الانحدار البسيط لاختبار تأثير بعد (مصادر البيانات) على (جودة

الخدمات الصحية)

المصدر	مجموع	درجة	متوسط	المعنوية الكلية	المعنوية الجزئية (معاملات الانحدار)			القدرة التفسيرية		
	المربعات	ا	المربعات							
الانحدار	9,228	1	9,228	قيمة F	SIG	B	T	SIG	R	R ²
الخطأ	204,22	378	0,450	17,080	0,000	Constant	1,081	2,250	0,025	208,0
الكلية	213,45	379				مصادر البيانات	0,603	4,133	0,000	

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 06)

يتضح لنا من خلال بيانات الجدول أعلاه أن هناك علاقة ارتباط وتأثير إيجابية بين مؤشر (مصادر

البيانات) و(جودة الخدمات الصحية)، حيث بلغت قيمة T المحسوبة (4,133) وهي أكبر من قيمتها

الجدولية عند مستوى الدلالة (0,05)، كما بلغ معامل الارتباط الثنائي (0,208) عند مستوى الدلالة (0,05) $\alpha \leq$ وبمعامل تحديد قُدر ب (0,043) أي أن 4,3% من التغيرات الحاصلة في (جودة الخدمات الصحية) في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة مصدرها مؤشر (مصادر البيانات)، وهي قدرة تفسيرية ضعيفة جداً والباقي (95,7%) مصدرها عوامل أخرى، كما بلغت قيمة درجة التأثير (0,603) وهذا يعني أن الزيادة بوحدة واحدة في بعد (مصادر البيانات) يؤدي إلى زيادة (جودة الخدمات الصحية) بقيمة (60,3%).

جدول رقم (3-25): جدول معادلة الانحدار لمتغير (مصادر البيانات) على متغير (جودة الخدمات

(الصحية)

النموذج	A	b	Sig
مصادر البيانات	1,081	0,603	0,000

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 06)

اختبار معنوية معاملات الانحدار: b,A .

✓ بالنسبة لاختبار معنوية A: بالرجوع للجدول أعلاه نجد أن قيمة احتمال الخطأ Sig تساوي 0,025

وهي أقل من مستوى الدلالة 0,05، إذن $A = 1,081$ معنوي.

✓ بالنسبة لاختبار معنوي b: بالرجوع للجدول أعلاه نجد أن قيمة احتمال الخطأ Sig تساوي 0,000

وهي أقل من مستوى الدلالة 0,05، إذن $b = 0,603$ معنوي.

وعليه يمكن إيجاد معادلة الانحدار لمتغير (مصادر البيانات) كما يلي:

(جودة الخدمات الصحية) = 0,603 (مصادر البيانات) + 1,081

من المعادلة السابقة يتضح لنا أن هناك علاقة إيجابية بين المتغيرين جودة الخدمات الصحية ومصادر البيانات.

وبما أن مستوى الدلالة ($\text{Sig} = 0,000$) وهو أقل من مستوى الدلالة المعتمد ($0,05$)، يعني هنا رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة والتي تنص على:

"وجود تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05$) $\alpha \leq$ لمؤشر مصادر البيانات على تحسين جودة الخدمات الصحية لدى عينة الدراسة".

وهو ما ينفي صحة الفرضية الفرعية الأولى الخاصة بالفرضية الرئيسية الأولى.

ثانياً: اختبار الفرضية الفرعية الثانية

يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05$) $\alpha \leq$ لبعد مستودع البيانات على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، حيث:

✓ H_0 : لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05$) $\alpha \leq$ لبعد مستودع

البيانات على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

✓ H_1 : يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05$) $\alpha \leq$ لبعد مستودع

البيانات على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

ولاختبار هذه الفرضية قامت الطالبة بتحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Regression)

لمعرفة هذا الأثر، والجدول الموالي يوضح نتائج هذا الاختبار:

الخدمات الصحية

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 06)

161

جدول رقم (3-27): جدول معادلة الانحدار لمتغير (مستودع البيانات) على متغير (جودة الخدمات الصحية)

النموذج	A	b	Sig
مستودع البيانات	2,313	0,237	0,008

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 06)

اختبار معنوية معاملات الانحدار: b,A .

✓ بالنسبة لاختبار معنوية A: بالرجوع للجدول أعلاه نجد أن قيمة احتمال الخطأ Sig تساوي

0,000 وهي أقل من مستوى الدلالة 0,05، إذن $A = 2,313$ معنوي.

✓ بالنسبة لاختبار معنوي b: بالرجوع للجدول أعلاه نجد أن قيمة احتمال الخطأ Sig تساوي

0,008 وهي أقل من مستوى الدلالة 0,05، إذن $b = 0,237$ معنوي.

وعليه يمكن إيجاد معادلة الانحدار لمتغير (مستودع البيانات) كما يلي:

$$(جودة الخدمات الصحية) = 0,237 + (مستودع البيانات) 2,313$$

من المعادلة السابقة يتضح لنا أن هناك علاقة إيجابية بين المتغيرين (جودة الخدمات الصحية)

و(مستودع البيانات).

وبما أن مستوى الدلالة ($Sig = 0,008$) وهو أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0,05)، يعني هنا رفض

الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة والتي تنص على:

"وجود تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05 \leq \alpha$) لمؤشر مستودع البيانات على جودة

الخدمات الصحية لدى عينة الدراسة".

وهو ما ينفي صحة الفرضية الفرعية الثانية الخاصة بالفرضية الرئيسية الأولى.

يتضح لنا من خلال بيانات الجدول أعلاه أن هناك علاقة ارتباط إيجابية ضعيفة ولكن غير معنوية بين مؤشر (التنقيب عن البيانات) و(جودة الخدمات الصحية)، حيث بلغت قيمة T المحسوبة (0,946) وهي أقل من قيمتها الجدولية عند مستوى الدلالة (0,05)، كما بلغ معامل الارتباط الثنائي (0,049) عند مستوى الدلالة (0,05) وبمعامل تحديد قُدر ب (0,002) أي أن 0,2% من التغيرات الحاصلة في (جودة الخدمات الصحية) في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة مصدرها مؤشر (التنقيب عن البيانات)، وهي قدرة تفسيرية ضعيفة جداً، والباقي (99,8%) مصدرها عوامل أخرى، كما بلغت قيمة درجة التأثير (-0,055).

وبما أن مستوى الدلالة بالنسبة لُبعد (التنقيب عن البيانات) (Sig= 0,345) أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0,05) فالتأثير غير معنوي.

جدول رقم (3-29): جدول معادلة الانحدار لمتغير (التنقيب عن البيانات) على متغير (جودة الخدمات الصحية)

النموذج	A	b	Sig
التنقيب عن البيانات	3,237	-0,055	0,345

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 06)

اختبار معنوية معاملات الانحدار: b,A .

✓ بالنسبة لاختبار معنوية A: بالرجوع للجدول أعلاه نجد أن قيمة احتمال الخطأ Sig تساوي 0,000

وهي أقل من مستوى الدلالة 0,05، إذن A= 3,237 معنوي.

✓ بالنسبة لاختبار معنوي b: بالرجوع للجدول أعلاه نجد أن قيمة احتمال الخطأ Sig تساوي 0,345

وهي أكبر من مستوى الدلالة 0,05، إذن $b = -0,055$ غير معنوي وغير مؤثر.

وبما أن مستوى الدلالة (Sig = 0,345) وهو أكبر من مستوى الدلالة المعتمد (0,05)، يعني هنا

رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية والتي تنص على:

"عدم وجود تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) $\alpha \leq$ لمؤشر التنقيب عن

البيانات على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة".

وهو ما يُثبت صحة الفرضية الفرعية الثالثة الخاصة بالفرضية الرئيسية الأولى

رابعاً: اختبار الفرضية الفرعية الرابعة

يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) $\alpha \leq$ لبعد المعالجة التحليلية الفورية

على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، حيث:

✓ H_0 : لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) $\alpha \leq$ لبعد المعالجة

التحليلية الفورية على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

✓ H_1 : يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) $\alpha \leq$ لبعد المعالجة

التحليلية الفورية جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

ولاختبار هذه الفرضية قامت الطالبة بتحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Regression)

لمعرفة هذا الأثر، والجدول الموالي يوضح نتائج هذا الاختبار:

جدول رقم (3-30): الانحدار البسيط لاختبار تأثير بعد (المعالجة التحليلية الفورية) على

بعد (جودة الخدمات الصحية)

المصدر	مجموع	درجة	متوسط	المعنوية الكلية	المعنوية الجزئية (معاملات الانحدار)	القدرة التفسيرية
	المربعات	1	المربعات			
الانحدار	19,908	1	19,908	قيمة F	SIG	B
خطأ	193,542	378	0,512	38,882	0,000	Constant
						T
						SIG
						R
						R ²
الكلية	213,450	379				0,625
						6,236
						0,000
						المعالجة
						التحليلية
						الفورية

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 06)

من خلال قراءتنا لبيانات الجدول أعلاه، يتضح لنا هناك علاقة ارتباط وتأثير إيجابية بين مؤشر (المعالجة التحليلية الفورية) و(جودة الخدمات الصحية)، حيث بلغت قيمة T المحسوبة (6,236) وهي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى الدلالة (0,05)، كما بلغ معامل الارتباط الثنائي (0,305) عند مستوى الدلالة (0,05) $\alpha \leq$ وبمعامل تحديد قُدر ب (0,093) أي أن 9,3% من التغيرات الحاصلة في (جودة الخدمات الصحية) في المؤسسات الاستشفائية عينة الدراسة مصدرها مؤشر (المعالجة التحليلية الفورية)، وهي قدرة تفسيرية ضعيفة جداً والباقي (90,7%) مصدرها عوامل أخرى، كما بلغت قيمة درجة التأثير (0,625) وهذا يعني أن الزيادة بوحدة واحدة في بُعد (المعالجة التحليلية الفورية) يؤدي إلى زيادة (جودة الخدمات الصحية) بقيمة (62,5%).

جدول رقم (3-31): جدول معادلة الانحدار لمتغير (المعالجة التحليلية الفورية) على (جودة الخدمات الصحية)

النموذج	A	b	Sig
(المعالجة التحليلية الفورية)	0,877	0,625	0,000

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 06)

اختبار معنوية معاملات الانحدار: b, A .

✓ بالنسبة لاختبار معنوية A : بالرجوع للجدول أعلاه نجد أن قيمة احتمال الخطأ Sig تساوي 0,013 وهي أقل من مستوى الدلالة 0,05، إذن $A = 0,877$ معنوي.

✓ بالنسبة لاختبار معنوي b : بالرجوع للجدول أعلاه نجد أن قيمة احتمال الخطأ Sig تساوي 0,000 وهي أقل من مستوى الدلالة 0,05، إذن $b = 0,625$ معنوي.

وعليه يمكن إيجاد معادلة الانحدار لمتغير (المعالجة التحليلية الفورية) كما يلي:

$$(جودة الخدمات الصحية) = 0,625 + 0,877$$

من المعادلة السابقة يتضح لنا أن هناك علاقة إيجابية بين المتغيرين (جودة الخدمات الصحية) و(المعالجة التحليلية الفورية).

وبما أن مستوى الدلالة ($Sig = 0,000$) وهو أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0,05)، يعني هنا رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة والتي تنص على:

"وجود تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05$) $\alpha \leq$ لمؤشر المعالجة التحليلية

الفورية على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة".

وهو ما ينفي صحة الفرضية الفرعية الرابعة الخاصة بالفرضية الرئيسية الأولى.

168

يتضح لنا من خلال بيانات الجدول رقم (3-32) أعلاه أن هناك علاقة ارتباط وتأثير إيجابية بين مؤشر (تقنيات عرض المعلومات) و (جودة الخدمات الصحية)، حيث بلغت قيمة T المحسوبة (20,454) وهي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى الدلالة (0,05)، كما بلغ معامل الارتباط الثنائي (0,725) عند مستوى الدلالة (0,05) $\alpha \leq$ وبمعامل تحديد قُدرَ ب (0,525) أي أن 52,5% من التغيرات الحاصلة في (جودة الخدمات الصحية) في عينة الدراسة مصدرها مؤشر (تقنيات عرض المعلومات)، والباقي (47,5%) مصدرها عوامل أخرى، كما بلغت قيمة درجة التأثير (0,768) وهذا يعني أن الزيادة بوحدة واحدة في بعد (تقنيات عرض المعلومات) يؤدي إلى زيادة (جودة الخدمات الصحية) بقيمة (76,8%).

جدول رقم (3-33): جدول معادلة الانحدار لمتغير (تقنيات عرض المعلومات) على متغير (جودة

الخدمات الصحية)

النموذج	A	b	Sig
تقنيات عرض المعلومات	0,584	0,768	0,000

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 06)

اختبار معنوية معاملات الانحدار: A, b .

✓ بالنسبة لاختبار معنوية A: بالرجوع للجدول أعلاه نجد أن قيمة احتمال الخطأ Sig تساوي 0,000

وهي أقل من مستوى الدلالة 0,05، إذن A= 0,584 معنوي.

✓ بالنسبة لاختبار معنوي b: بالرجوع للجدول أعلاه نجد أن قيمة احتمال الخطأ Sig تساوي 0,000

وهي أقل من مستوى الدلالة 0,05، إذن b= 0,768 معنوي.

وعليه يمكن إيجاد معادلة الانحدار لمتغير (تقنيات عرض المعلومات) كما يلي:

$$(جودة الخدمات الصحية) = 0,768 + (تقنيات عرض المعلومات) 0,584$$

من المعادلة السابقة يتضح لنا أن هناك علاقة إيجابية بين المتغيرين (جودة الخدمات الصحية) وتقنيات عرض المعلومات).

وبما أن مستوى الدلالة ($\text{Sig} = 0,000$) وهو أقل من مستوى الدلالة المعتمد ($0,05$)، يعني هنا رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة والتي تنص على:

"وجود تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05$) $\alpha \leq$ لمؤشر تقنيات عرض المعلومات على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة".
وهو ما ينفي صحة الفرضية الفرعية الخامسة الخاصة بالفرضية الرئيسية الأولى.

اختبار الفرضية الرئيسية الأولى:

يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05$) $\alpha \leq$ لأبعاد ذكاء الاعمال (مصادر البيانات، مستودع البيانات، التتقيب عن البيانات، المعالجة التحليلية الفورية، تقنيات عرض المعلومات) مجتمعة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، حيث:

✓ H_0 : لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05$) $\alpha \leq$ لأبعاد ذكاء

الاعمال (مصادر البيانات، مستودع البيانات، التتقيب عن البيانات، المعالجة التحليلية الفورية، تقنيات عرض المعلومات) مجتمعة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

✓ H_1 : يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05$) $\alpha \leq$ لأبعاد ذكاء الاعمال

(مصادر البيانات، مستودع البيانات، التتقيب عن البيانات، المعالجة التحليلية الفورية،

تقنيات عرض المعلومات) مجتمعة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

ومن أجل اختبار هذه الفرضية قامت الطالبة باستخدام الانحدار المتعدد والذي يستخدم أساساً لمعرفة درجة تأثير مجموعة من المتغيرات المستقلة مجتمعة على المتغير التابع، حيث:

✓ مستودع البيانات؛

✓ المعالجة التحليلية الفورية؛

✓ تقنيات عرض المعلومات.

هي أهم محددات نكاء الاعمال تأثيراً على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

من خلال بيانات الجدول رقم (3-34) أدناه، يتضح لنا أن مؤشر تقنيات عرض المعلومات له أكبر درجة تأثير في جودة الخدمات الصحية لدى الأفراد المستجوبين (0,758)، يليه بعد ذلك مؤشر المعالجة التحليلية الفورية (0,670)، ثم يليه وبدرجة تأثير مقبولة مؤشر مستودع البيانات (0,500)، أما مؤشرا مصادر البيانات، والتنقيب عن البيانات، فليس لهما تأثير في جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى الدلالة (0,05)، لأن مستوى الدلالة بالنسبة لبُعد مصادر البيانات (Sig= 0,094) و مستوى الدلالة لبُعد التنقيب عن البيانات (Sig= 0,078) هما أكبر من مستوى الدلالة المعتمد (0,05)، وهنا التأثير غير معنوي، لكن لو فرضنا أن مستوى الدلالة هو (0.1)، فإن بعدا مصادر البيانات، والتنقيب عن البيانات، يكون ليهما تأثير معنوي لأن (Sig=0,094) و (Sig= 0,078) أقل من مستوى الدلالة (0.1).

فيما تُشير نتائج التحليل أيضا إلى أن معامل الانحدار $A = 0,687$ غير معنوي، لأن قيمة احتمال الخطأ ($\text{Sig} = 0,070$) وهي أكبر من مستوى الدلالة $0,05$.

جدول رقم (3-34): الانحدار المتعدد لاختبار تأثير أبعاد (ذكاء الاعمال) مجتمعة على متغير (جودة الخدمات الصحية)

R	R ²	معنوية النموذج			المتغيرات		
		Sig	F	ddl	المستقلة	قيمة B	قيمة T
0,755	0,570	0,000	99,286	5	Constant	0,687	1,820
					مصادر البيانات	-0,190	-1,677
				374	مستودع البيانات	0,500	4,823
					التنقيب عن البيانات	-0,074	-1,766
				379	المعالجة التحليلية الفورية	0,670	5,569
					تقنيات عرض المعلومات	0,758	18,429

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 06)

من خلال بيانات الجدول السابق يتضح لنا ثبوت لمعاملات الانحدار (β) لثلاثة أبعاد هي (مستودع البيانات، المعالجة التحليلية الفورية، تقنيات عرض المعلومات)، كما يتضح لنا أن معامل الارتباط قد قُدرَ ب (0,755)، وعليه:

"هناك علاقة ارتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين أبعاد ذكاء الاعمال الثلاثة (مستودع البيانات، المعالجة التحليلية الفورية، تقنيات عرض المعلومات) وجودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة".

وبالرجوع إلى بيانات الجدول رقم (3-34) أعلاه، يتضح لنا ثبوت لمعاملات الانحدار (β) لثلاثة أبعاد هي (مستودع البيانات، المعالجة التحليلية الفورية، تقنيات عرض المعلومات)، وعليه هناك ارتباط وتأثير إيجابي ذو دلالة إحصائية بين أبعاد ذكاء الاعمال المذكورة وجودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، حيث بلغت قيمة F المحسوبة (99,286) وهي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى الدلالة (0,05)، كما أن ذكاء الاعمال بأبعاده الثلاثة المذكورة مجتمعة قد فسرت (57%) من التغيرات الحاصلة في جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، وهي قدرة تفسيرية مقبولة، كما بلغ معامل الارتباط (0,755) عند مستوى الدلالة $\alpha \leq (0,05)$.

وبما أن مستوى الدلالة (Sig = 0,000) وهو أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0,05)، يعني هنا رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة والتي تنص على:

"وجود تأثير ذو دلالة إحصائية لأبعاد ذكاء الاعمال (مستودع البيانات، المعالجة التحليلية الفورية، تقنيات عرض المعلومات) مجتمعة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة".

وهو ما ينفي صحة الفرضية الرئيسية الأولى.

وعليه يمكن إيجاد معادلة الانحدار المتعدد لأبعاد ذكاء الاعمال مجتمعة كما يلي:

$$Y = 0.687 + 0.5 X1 + 0.67 X2 + 0.758 X3$$

حيث

0.687: الثابت

Y: جودة الخدمات الصحية

X1: مستودع البيانات

X2: المعالجة التحليلية الفورية

X3: تقنيات عرض المعلومات

جدول رقم (3-35): ملخص نتائج الفرضية الرئيسية الأولى

متغيرات الدراسة	R ²	نتيجة الفرضية	قوة التفسير
المتغير المستقل	المتغير التابع		
الفرضية الرئيسية الأولى	أبعاد ذكاء الأعمال مجتمعة	570,0	قبول الفرضية البديلة
الفرضية الفرعية الأولى	مصادر البيانات	0,043	قبول الفرضية البديلة
الفرضية الفرعية الثانية	مستودع البيانات	0,018	قبول الفرضية البديلة
الفرضية الفرعية الثالثة	التنقيب عن البيانات	0,002	قبول الفرضية الصفريّة
الفرضية الفرعية الرابعة	المعالجة التحليلية الفورية	0,093	قبول الفرضية البديلة
الفرضية الفرعية الخامسة	تقنيات عرض المعلومات	0,525	قبول الفرضية البديلة

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 06)

المطلب الثاني: اختبار الفرضية الرئيسية الثانية

وهنا سنختبر صحة الفرضية الرئيسية الثانية، والتي جاءت على النحو التالي:

هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو محددات ذكاء الاعمال، حيث:

✓ **H0:** هناك اتجاه سلبي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو محددات ذكاء الاعمال في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

✓ **H1:** هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو محددات ذكاء الاعمال في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

سنقوم باختبار هذه الفرضية عن طريق استخدام إحصائية T test عند وسط فرضي (3)،

وكانت النتائج كما يوضحها الجدول الموالي:

جدول رقم (3-36): نتائج اختبار T test لمحددات ذكاء الاعمال

المحددات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	SIG	Déférence Moyenne
مصادر البيانات	3.28	1.113	21.304	0.000	0.282
مستودع البيانات	3.14	1.128	6.627	0.000	0.146
التنقيب عن البيانات	3.23	1.144	6.892	0.000	0.235
المعالجة التحليلية الفورية	3.49	1.123	26.215	0.000	0.493
تقنيات عرض المعلومات	3.22	1.101	6.190	0.000	0.225

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 06)

أولاً: نتائج اختبار الفرضية الفرعية الأولى

هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد مصادر البيانات، حيث:

✓ **H0:** هناك اتجاه سلبي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد مصادر البيانات في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

✓ **H1:** هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد مصادر البيانات في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

من خلال بيانات الجدول رقم (3-36)، يتضح لنا أن المتوسط الحسابي لبعدها مصادر البيانات قد بلغ (3.28)، تقابله إحصائية T بقيمة (21.304) وهي معنوية ولها دلالة إحصائية عند (0.05)، مما يقودنا إلى رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة التي تنص على أن:

"هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد مصادر البيانات".

ثانياً: نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثانية

هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد مستودع البيانات، حيث:

✓ **H0:** هناك اتجاه سلبي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد مستودع البيانات في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

✓ **H1:** هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد مستودع البيانات في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

من خلال بيانات الجدول رقم (3-36)، يتضح لنا أن المتوسط الحسابي لبعدها مستودع البيانات قد بلغ (3.14)، تقابله إحصائية T بقيمة (6.627) وهي معنوية ولها دلالة إحصائية عند (0.05)، مما يقودنا إلى رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة التي تنص على أن:

"هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد مستودع البيانات".

ثالثاً: نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثالثة

هناك اتجاه إيجابي لعمال ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد التنقيب عن البيانات، حيث:

✓ **H0:** هناك اتجاه سلبي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد التنقيب عن البيانات في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

✓ **H1:** هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد التنقيب عن البيانات في المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة.

من خلال بيانات الجدول رقم (3-36)، يتضح لنا أن المتوسط الحسابي لبعد التنقيب عن البيانات

قد بلغ (3.23)، تقابله إحصائية T بقيمة (6.892) وهي معنوية ولها دلالة إحصائية عند (0.05)،

مما يقودنا إلى رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة التي تنص على أن:

"هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد التنقيب عن البيانات".

رابعاً: نتائج اختبار الفرضية الفرعية الرابعة

هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد المعالجة التحليلية الفورية، حيث:

✓ **H0:** هناك اتجاه سلبي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد المعالجة التحليلية الفورية في المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة.

✓ **H1:** هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد المعالجة التحليلية الفورية في المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة.

من خلال بيانات الجدول رقم (3-36)، يتضح لنا أن المتوسط الحسابي لبعدها المعالجة التحليلية الفورية قد بلغ (3.49)، تقابله إحصائية T بقيمة (26.215) وهي معنوية ولها دلالة إحصائية عند (0.05)، مما يقودنا إلى رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة التي تنص على أن:

"هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) $\alpha \leq$ لعمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد المعالجة التحليلية الفورية".

خامسا: نتائج اختبار الفرضية الفرعية الخامسة

هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) $\alpha \leq$ لعمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد تقنيات عرض المعلومات، حيث:

✓ **H0:** هناك اتجاه سلبي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) $\alpha \leq$ لعمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد تقنيات عرض المعلومات في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

✓ **H1:** هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) $\alpha \leq$ لعمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد تقنيات عرض المعلومات في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

من خلال بيانات الجدول رقم (3-36)، يتضح لنا أن المتوسط الحسابي لبعدها تقنيات عرض المعلومات قد بلغ (3.22)، تقابله إحصائية T بقيمة (6.190) وهي معنوية ولها دلالة إحصائية عند (0.05)، مما يقودنا إلى رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة التي تنص على أن:

"هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد تقنيات عرض المعلومات".

بعد اختبار الفرضيات الفرعية الخمسة الخاصة بالفرضية الرئيسية الثانية ومن خلال النتائج المتوصل

إليها نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على أنه

"هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو محددات ذكاء الاعمال".

المطلب الثالث: اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة

وهنا سنحاول اختبار صحة الفرضية الرئيسية الثالثة، والتي جاءت على النحو الآتي:

يوجد تباين ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة، نحو ذكاء الاعمال وجودة الخدمات الصحية، حيث سنقوم باختبار كل جزء منها

على حدا، وقد اخترنا لتحقيق ذلك استعمال تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، الذي يعتبر الأنسب لمثل

هذه الفرضيات، وذلك عند مستوى معنوية $(0,05) \leq \alpha$ رغبة في الوصول إلى نتائج ذات مصداقية عالية.

ولإجراء الاختبارات على كلا الجزئين (يوجد تباين ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05)$

$\alpha \leq$ في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، نحو ذكاء الاعمال، يوجد تباين ذو دلالة

إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، نحو

جودة الخدمات الصحية) انطلقنا من خيارين أساسيين لكل جزء، وذلك انطلاقا من المتغيرات الشخصية كما

يلي:

✓ H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات إجابات أفراد عينة الدراسة تُعزى للمتغيرات

الشخصية (الجنس، المستوى الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة).

✓ H_1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات إجابات أفراد عينة الدراسة تُعزى للمتغيرات

الشخصية (الجنس، المستوى الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة).

فإذا كان مستوى الدلالة لقيمة (F) المحسوبة أقل أو يساوي (0,05) فإننا نرفض فرضية العدم

(H_0) ونقبل الفرضية البديلة (H_1) وعليه سيكون هناك فروقا معنوية ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات

إجابات العينة وفقا للمتغير المختار.

أما إذا كان مستوى الدلالة (F) المحسوبة أكبر من (0,05) فإننا نقبل فرضية العدم (H_0)، أي

أنه لا توجد هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات إجابات العينة وفقا للمتغير المختار.

أولاً: نتائج اختبار الفرضية الفرعية الأولى

يوجد تباين ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية

محل الدراسة نحو جودة الخدمات الاستشفائية، تُعزى للمتغيرات الشخصية التالية: الجنس، المستوى

الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة، حيث:

✓ H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى للمتغيرات الشخصية التالية:

الجنس، المستوى الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة.

✓ **H1:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى للمتغيرات الشخصية التالية:

الجنس، المستوى الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة.

ومن أجل التأكد من صحة هذه الفرضية قمنا بإجراء اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)،

حيث توصلنا إلى النتائج الملخصة في الجداول التالية:

1. بالنسبة لمتغير الجنس:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير الجنس، حيث:

✓ **H0:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير الجنس.

✓ **H1:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير الجنس.

نتائج اختبار هذه الفرضية موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (3-37): اختبار دلالة الفروق t test في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال يُعزى إلى متغير الجنس

البعد	مصدر التباين	t	df	SIG	قيمة F	SIG	النتيجة
ذكاء الاعمال	بين المجموعات	8,680	32	0,271			غير
	داخل المجموعات	79,741	347	0,230	1,180	0,236	دال

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 06)

انطلاقاً من النتائج الواردة في الجدول أعلاه، يمكننا تحليل t test في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية المدروسة نحو ذكاء الاعمال وفقاً لمتغير الجنس كما يلي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(0,05) \leq \alpha$ لاتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى للجنس (ذكر، أنثى)، وذلك لكون مستوى الدلالة المحسوبة

$(0,236)$ أكبر من مستوى المعنوية $(0,05)$ ، وهو غير دال إحصائياً عند مستوى معنوية $(0,05) \leq \alpha$ ،

مما يقودنا إلى رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية التي تنص على أنه:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(0,05)$ في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير الجنس" وهذه النتيجة تبين أن اتجاهات عمال

المستشفيات المدروسة التي قمنا بتحليلها وتفسيرها نحو ذكاء الاعمال لا تختلف باختلاف العمر، أي لكلا

الجنسين نفس الاتجاه نحو ذكاء الاعمال في هذه المستشفيات.

2. بالنسبة لمتغير المستوى الوظيفي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير المستوى الوظيفي، حيث:

✓ H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير المستوى الوظيفي.

✓ H_1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير المستوى الوظيفي.

نتائج اختبار هذه الفرضية موضحة في الجدول أدناه:

جدول رقم (3-38): تحليل التباين الأحادي لقياس الفروق في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال يُعزى إلى متغير المستوى الوظيفي

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	SIG	النتيجة
ذكاء	بين المجموعات	12,213	32	0,382			غير
الاعمال	داخل المجموعات	190,763	347	0,550	0,694	0,895	دال
	المجموع	202,976	379				

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 06)

انطلاقاً من النتائج الواردة في الجدول أعلاه، يمكننا تحليل التباين في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية المدروسة نحو ذكاء الاعمال وفقاً لمتغير المستوى الوظيفي كما يلي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(0,05) \leq \alpha$ لاتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى للمستوى الوظيفي (إداري، طبيب، ممرض)، وذلك لكون مستوى الدلالة المحسوبة $(0,895)$ أكبر من مستوى المعنوية $(0,05)$ ، وهو غير دال إحصائياً عند مستوى معنوية $(0,05) \leq \alpha$ ، مما يقودنا إلى رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية التي تنص على أنه:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(0,05)$ في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير المستوى الوظيفي"

وهذه النتيجة تبين أن اتجاهات عمال المستشفيات المدروسة التي قمنا بتحليلها وتفسيرها نحو ذكاء الاعمال لا تختلف باختلاف المستوى الوظيفي، أي كافة المستويات الوظيفية لديها نفس الاتجاه نحو ذكاء الاعمال في هذه المستشفيات.

3. بالنسبة لمتغير العمر:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(0,05)$ في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير العمر، حيث:

✓ H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(0,05)$ في اتجاهات عمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير العمر.

✓ H_1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(0,05)$ في اتجاهات عمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير العمر.

نتائج اختبار هذه الفرضية موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (3-39): تحليل التباين الأحادي لقياس الفروق في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال يُعزى إلى متغير العمر

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	SIG	النتيجة
ذكاء الاعمال	بين المجموعات	24,308	32	0,760	1,152	0,267	غير دال
	داخل المجموعات	228,900	347	0,660			
	المجموع	253,208	379				

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 06)

انطلاقاً من النتائج الواردة في الجدول أعلاه، يمكننا تحليل التباين في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية المدروسة نحو ذكاء الاعمال وفقاً لمتغير العمر كما يلي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(0,05) \leq \alpha$ لاتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة، نحو ذكاء الاعمال تُعزى للعمر (من 20 إلى 30 سنة، من 31 إلى 40 سنة،

من 41 إلى 50 سنة، أكثر من 50 سنة)، وذلك لكون مستوى الدلالة المحسوبة (0,267) أكبر من مستوى

المعنوية (0,05)، وهو غير دال إحصائياً عند مستوى معنوية $(0,05) \leq \alpha$ ، مما يقودنا إلى رفض الفرضية

البديلة وقبول الفرضية الصفرية التي تنص على أنه:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير العمر"

وهذه النتيجة تبين أن اتجاهات عمال المستشفيات التي قمنا بتحليلها وتفسيرها نحو ذكاء الاعمال

لا تختلف باختلاف العمر، أي كافة الفئات العمرية لديها نفس الاتجاه نحو ذكاء الاعمال في المستشفيات.

4. بالنسبة لمتغير المستوى التعليمي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير المستوى التعليمي، حيث:

✓ H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير المستوى التعليمي.

✓ H_1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير المستوى التعليمي.

نتائج اختبار هذه الفرضية موضحة في الجدول أدناه:

جدول رقم (3-40): تحليل التباين الأحادي لقياس الفروق في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال يُعزى إلى متغير المستوى التعليمي

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	SIG	النتيجة
ذكاء	بين المجموعات	37,277	32	1,165			غير
الاعمال	داخل المجموعات	320,670	347	0,924	1,261	0,162	دال
	المجموع	357,647	379				

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 06)

انطلاقاً من النتائج الواردة في الجدول أعلاه، يمكننا تحليل التباين في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية المدروسة نحو ذكاء الاعمال وفقاً لمتغير المستوى التعليمي كما يلي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(0,05) \leq \alpha$ لاتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى للمستوى التعليمي (تكوين مهني، ثانوي، جامعي، دراسات عليا)، وذلك لكون مستوى الدلالة المحسوبة $(0,162)$ أكبر من مستوى المعنوية $(0,05)$ ، مما يقودنا إلى رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية التي تنص على أنه:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(0,05)$ في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير المستوى التعليمي"

وهو غير دال إحصائيا عند مستوى معنوية $(0,05) \leq \alpha$ ، وهذه النتيجة تبين أن اتجاهات عمال المستشفيات المدروسة التي قمنا بتحليلها وتفسيرها نحو ذكاء الاعمال لا تختلف باختلاف المستوى التعليمي، أي كافة المستويات التعليمية لديها نفس الاتجاه نحو ذكاء الاعمال في هذه المستشفيات.

5. بالنسبة لمتغير سنوات الخبرة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(0,05)$ في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير سنوات الخبرة، حيث:

✓ H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(0,05)$ في اتجاهات عمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير سنوات الخبرة.

✓ H_1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(0,05)$ في اتجاهات عمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير سنوات الخبرة.

نتائج اختبار هذه الفرضية موضحة في الجدول أدناه:

جدول رقم (3-41): تحليل التباين الأحادي لقياس الفروق في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال يُعزى إلى متغير سنوات الخبرة

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	SIG	النتيجة
ذكاء الاعمال	بين المجموعات	28,213	32	0,882			غير
	داخل المجموعات	340,945	347	0,983	0,882	0,631	دال
	المجموع	369,268	379				

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 06)

انطلاقاً من النتائج الواردة في الجدول السابق، يمكننا تحليل التباين في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية المدروسة نحو ذكاء الاعمال وفقاً لمتغير سنوات الخبرة كما يلي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(0,05) \leq \alpha$ ، لاتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لسنوات الخبرة (أقل من 5 سنوات، من 6 إلى 10

سنوات، من 11 إلى 15 سنة، 16 سنة فأكثر)، وذلك لكون مستوى الدلالة المحسوبة (0,631) أكبر من

مستوى المعنوية (0,05)، وهو غير دال إحصائياً عند مستوى معنوية $(0,05) \leq \alpha$ ، مما يقودنا إلى رفض

الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية التي تنص على أنه:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى لمتغير سنوات الخبرة"

وهي تبين أن اتجاهات عمال المستشفيات المدروسة التي قمنا بتحليلها نحو ذكاء الاعمال لا تختلف

باختلاف سنوات الخبرة.

بعد إجراء اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، ومن خلال النتائج المتوصل لها في الجداول السابقة الخاصة بكل متغير شخصي، مما يقودنا إلى رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية التي تنص على أنه:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى للمتغيرات الشخصية التالية: الجنس، المستوى الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة"،

لأنها كانت غير دالة إحصائياً عند مستوى معنوية $(0,05) \leq \alpha$ ، وهذه النتيجة تبين أن اتجاهات عمال المستشفيات المدروسة التي قمنا بتحليلها وتفسيرها نحو ذكاء الاعمال لا تختلف باختلاف المتغيرات الشخصية التالية: الجنس، المستوى الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة.

ثالثاً: نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثانية

يوجد تباين ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية، والتي تُعزى للمتغيرات الشخصية التالية: الجنس، المستوى الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة، حيث:

✓ H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى للمتغيرات الشخصية التالية: الجنس، المستوى الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة.

✓ H_1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى للمتغيرات الشخصية التالية: الجنس، المستوى الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة.

ومن أجل التأكد من صحة هذه الفرضية قمنا بإجراء اختبار تحليل التباين الأحادي، حيث توصلنا إلى النتائج الملخصة في الجداول التالية:

1. بالنسبة لمتغير الجنس:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير الجنس، حيث:

✓ H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير الجنس.

✓ H_1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير الجنس.

نتائج اختبار هذه الفرضية موضحة في الجدول أدناه:

جدول رقم (3-42): اختبار دلالة الفروق t test في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية يُعزى إلى متغير الجنس

البعد	مصدر التباين	t	df	SIG	قيمة F	SIG	النتيجة
جودة	بين المجموعات	5,324	16	0,333			غير
الخدمات	داخل المجموعات	83,097	363	0,229	1,454	0,114	دال
الصحية							

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 06)

انطلاقاً من النتائج الواردة في الجدول أعلاه، يمكننا تحليل t test في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية المدروسة نحو جودة الخدمات الصحية وفقاً لمتغير الجنس كما يلي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(0,05) \leq \alpha$ لاتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى للجنس (ذكر، أنثى)، وذلك لكون مستوى الدلالة المحسوبة (0,114) أكبر من مستوى المعنوية (0,05)، وهو غير دال إحصائياً عند مستوى معنوية $(0,05) \leq \alpha$ ، مما يقودنا إلى رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية التي تنص على أنه:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير الجنس"

وهذه النتيجة تبين أن اتجاهات عمال المستشفيات المدروسة التي قمنا بتحليلها وتفسيرها نحو جودة الخدمات الصحية لا تختلف باختلاف الجنس، أي لكلا الجنسين نفس الاتجاه نحو جودة الخدمات الصحية.

2. بالنسبة لمتغير المستوى الوظيفي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير المستوى الوظيفي، حيث:

✓ H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو تحسين جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير المستوى الوظيفي.

✓ H_1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو تحسين جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير المستوى الوظيفي.

نتائج اختبار هذه الفرضية موضحة في الجدول الموالي:

رقم (43): تحليل التباين الأحادي لقياس الفروق في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية يُعزى إلى متغير المستوى الوظيفي

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	SIG	النتيجة
جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	2,600	16	0,163			غير
	داخل المجموعات	200,376	363	0,552	0,294	0,997	دال
	المجموع	202,976	379				

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 06)

انطلاقاً من النتائج الواردة في الجدول أعلاه، يمكننا تحليل التباين في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية المدروسة نحو جودة الخدمات الصحية وفقاً لمتغير المستوى الوظيفي كما يلي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(0,05) \leq \alpha$ لاتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى المستوى الوظيفي (إداري، طبيب، ممرض)، وذلك لكون مستوى الدلالة المحسوبة (0,997) أكبر من مستوى المعنوية (0,05)، وهو غير دال إحصائياً عند مستوى معنوية $(0,05) \leq \alpha$ ، مما يقودنا إلى رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية التي تنص على أنه:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير المستوى الوظيفي"

وهذه النتيجة تبين أن اتجاهات عمال المستشفيات المدروسة التي قمنا بتحليلها وتفسيرها نحو جودة الخدمات الصحية لا تختلف باختلاف المستوى الوظيفي، أي كافة المستويات الوظيفية لديها نفس الاتجاه نحو جودة الخدمات الصحية.

3. بالنسبة لمتغير العمر:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير العمر، حيث:

✓ H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير العمر.

✓ H_1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير العمر.

نتائج اختبار هذه الفرضية موضحة في الجدول أدناه:

جدول رقم (3-44): تحليل التباين الأحادي لقياس الفروق في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية يُعزى إلى متغير العمر

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	SIG	النتيجة
جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	13,340	16	0,834			غير
	داخل المجموعات	239,868	363	0,661	1,262	0,219	دال
	المجموع	253,208	379				

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 06)

انطلاقاً من النتائج الواردة في الجدول أعلاه، يمكننا تحليل التباين في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية المدروسة نحو جودة الخدمات الصحية وفقاً لمتغير العمر كما يلي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(0,05) \leq \alpha$ لاتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى للعمر (من 20 إلى 30 سنة، من 31 إلى 40 سنة، من 41 إلى 50 سنة، أكثر من 50 سنة)، وذلك لكون مستوى الدلالة المحسوبة (0,219) أكبر من مستوى المعنوية (0,05)، وهو غير دال إحصائياً عند مستوى معنوية $(0,05) \leq \alpha$ ، مما يقودنا إلى رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية التي تنص على أنه:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير العمر"

وهذه النتيجة تبين أن اتجاهات عمال المستشفيات المدروسة التي قمنا بتحليلها وتفسيرها نحو جودة الخدمات الصحية لا تختلف باختلاف العمر، أي كافة الفئات العمرية المدروسة لديها نفس الاتجاه نحو جودة الخدمات الصحية.

4. بالنسبة لمتغير المستوى التعليمي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير المستوى التعليمي، حيث:

✓ H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو تحسين جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير المستوى التعليمي.

✓ H_1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو تحسين جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير المستوى التعليمي.

نتائج اختبار هذه الفرضية موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (3-45): تحليل التباين الأحادي لقياس الفروق في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية يُعزى إلى متغير المستوى التعليمي

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	SIG	النتيجة
جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	17,972	16	1,123			غير
	داخل المجموعات	339,975	363	0,937	1,199	0,266	دال
	المجموع	357,947	379				

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 06)

انطلاقاً من النتائج الواردة في الجدول أعلاه، يمكننا تحليل التباين في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية المدروسة نحو جودة الخدمات الصحية وفقاً لمتغير المستوى التعليمي كما يلي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(0,05) \leq \alpha$ لاتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى للمستوى التعليمي (تكوين مهني، ثانوي، جامعي، دراسات عليا)، وذلك لكون مستوى الدلالة المحسوبة (0,266) أكبر من مستوى المعنوية (0,05)، وهو غير دال إحصائياً عند مستوى معنوية $(0,05) \leq \alpha$ ، مما يقودنا إلى رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية التي تنص على أنه:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير المستوى التعليمي"

وهذه النتيجة تبين أن اتجاهات عمال المستشفيات المدروسة التي قمنا بتحليلها وتفسيرها نحو جودة الخدمات الصحية لا تختلف باختلاف المستوى التعليمي، أي كافة المستويات التعليمية لديها نفس الاتجاه نحو جودة الخدمات الصحية.

5. بالنسبة لمتغير سنوات الخبرة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير سنوات الخبرة، حيث:

✓ H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير سنوات الخبرة.

✓ H_1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) في اتجاهات عمال

المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير سنوات الخبرة.

نتائج اختبار هذه الفرضية موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (3-46): تحليل التباين الأحادي لقياس الفروق في اتجاهات عمال المؤسسات

الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية يُعزى إلى متغير سنوات الخبرة

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	SIG	النتيجة
جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	17,972	16	1,123			غير
	داخل المجموعات	339,975	363	0,937	1,199	0,266	دال
	المجموع	357,947	379				

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات spss22 (أنظر الملحق رقم 06)

انطلاقاً من النتائج الواردة في الجدول أعلاه، يمكننا تحليل التباين في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية المدروسة نحو جودة الخدمات الصحية وفقاً لمتغير سنوات الخبرة كما يلي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(0,05) \leq \alpha$ لاتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى لسنوات الخبرة (أقل من 5 سنوات، من 6 إلى 10 سنوات، من 11 إلى 15 سنة، 16 سنة فأكثر)، وذلك لكون مستوى الدلالة المحسوبة $(0,909)$ أكبر من مستوى المعنوية $(0,05)$ ، وهو غير دال إحصائياً عند مستوى معنوية $(0,05) \leq \alpha$ ، مما يقودنا إلى رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية التي تنص على أنه:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(0,05)$ في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغير سنوات الخبرة"

وهذه النتيجة تبين أن اتجاهات عمال المستشفيات المدروسة التي قمنا بتحليلها وتفسيرها جودة الخدمات الصحية لا تختلف باختلاف سنوات الخبرة.

بعد إجراء اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، ومن خلال النتائج المتوصل لها في الجداول السابقة الخاصة بكل متغير شخصي، مما يقودنا إلى رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية التي تنص على أنه:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(0,05)$ في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى للمتغيرات الشخصية التالية: الجنس، المستوى الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة"

لأنها كانت غير دالة إحصائياً عند مستوى معنوية $(0,05) \leq \alpha$ ، وهذه النتيجة تبين أن اتجاهات عمال المستشفيات المدروسة التي قمنا بتحليلها وتفسيرها نحو جودة الخدمات الصحية لا تختلف باختلاف المتغيرات الشخصية التالية: الجنس، المستوى الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة.

بعد اختبار الفرضيتين الفرعيتين الأولى والثانية الخاصتين بالفرضية الرئيسية الثالثة ومن خلال النتائج المتوصل إليها نرفض الفرضية البديلة ونقبل الفرضية الصفرية التي تنص على أنه:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات إجابات أفراد عينة الدراسة تُعزى للمتغيرات الشخصية (الجنس، المستوى الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة)".

خلاصة

تناولنا في هذا الفصل الدراسة الميدانية المتعلقة بدراسة تأثير نكاء الاعمال على (جودة الخدمات الصحية)، بالتطبيق على المؤسسات الاستشفائية، وقد اقتصرنا الدراسة على عينة من عمال المؤسسات العمومية الاستشفائية المتواجدة في كل ولاية من ولايات الشرق الجزائري (قالمة، عنابة، قسنطينة، سكيكدة، جيجل، تبسة، باتنة، خنشلة، الطارف، ميله، أم البواقي، بجاية، المسيلة، سطيف، سوق، اهراس، برج بوعريش، بسكرة، وادي سوف).

وقد اعتمدنا على الاستبيان كأداة رئيسية للدراسة، والتي من خلالها تم توزيع 400 استبانة استرجعت منها 380 استبانة، وبعد جمع البيانات وترتيبها ومعالجتها عن طريق البرنامج الإحصائي (Spss22) من خلال الاعتماد على الأدوات الإحصائية اللازمة (التكرارات والنسب المئوية، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، معامل ارتباط بيرسون، اختبار ألفا كرونباخ، تحليل الانحدار البسيط، تحليل الانحدار المتعدد، تحليل التباين الأحادي (ANOVA)).

تم التوصل إلى أن هناك علاقة ارتباط وتأثير إيجابية بين أبعاد الثلاثة لنكاء الاعمال مجتمعة (مستودع البيانات، المعالجة التحليلية الفورية، تقنيات عرض المعلومات) و جودة الخدمات الصحية لدى عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، حيث بلغ معامل الارتباط ($R=0,755$) وقدر معامل التحديد ($R^2=0,570$) أي أن نكاء الاعمال بأبعاده الثلاثة المذكورة مجتمعة قد فسرت (57%) من التغيرات الحاصلة في جودة الخدمات الصحية لدى عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، كما خلصت الدراسة الميدانية إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $\alpha \leq (0,05)$ لاتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى للمتغيرات الشخصية (الجنس، المستوى الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة).

الخاتمة

خاتمة

لقد توصلنا من خلال النتائج المذكورة أدناه بأن حداثة موضوع ذكاء الاعمال واعتماد المؤسسة في تنظيم الكم الهائل من البيانات يعمل على تحقيق ميزة في جودة الخدمات الصحية للمؤسسات محل الدراسة. وأن تبني المؤسسة لمفهوم ذكاء الاعمال في اتخاذ قراراتها يعمل على تنظيم البيانات وتحليلها واسترجاعها عند الحاجة إليها.

وفيما يلي سوف نستعرض أهم النتائج المحققة من خلال الدراسة الميدانية، ثم نعقبها بتوصيات مقترحة من أجل تبنيها من طرف المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة لتحقيق الجودة في خدماتها الصحية تضمن لها البقاء والنمو وتحقيق رضا مرضاها:

أولاً: نتائج الدراسة

جاءت هذه الدراسة لتحديد دور ذكاء الاعمال في تحسين جودة الخدمات الصحية للمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، وقد أجابت الدراسة عن التساؤل من حيث تحديد نسب الأهمية لمتغيرات الدراسة المستقلة والتابعة، كما توصلت الدراسة من خلال اختبار الفرضيات إلى عدة نتائج:

✓ أوضحت نتائج الدراسة الميدانية أن مستوى القبول بالنسبة لإجابات أفراد عينة الدراسة حول البعد الأول (مصادر البيانات) كانت متوسطة، وذلك بمتوسط حسابي عام قدر ب (3,28) وانحراف معياري (1,113). وأن هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) $\alpha \leq$ لعمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد مصادر البيانات.

✓ كما اثبتت الدراسة الميدانية أن كافة عبارات البعد الثاني (مستودع البيانات)، نالت مستوى قبول متوسط، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام (3,14) وانحراف معياري (1,128). وأن هناك اتجاه إيجابي

ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد مستودع البيانات.

✓ كشفت نتائج الدراسة الميدانية أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على عبارات البعد الثالث (التنقيب عن البيانات) كانت كلها متوسطة فيما قُدرَ المتوسط الحسابي العام ب (3,23) وانحراف معياري (1,144). وأن هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد التنقيب عن البيانات.

✓ كشفت نتائج الدراسة الميدانية عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات البعد الرابع (المعالجة التحليلية الفورية)، والذي يتضح من خلاله أن أغلبية عباراته نالت مستوى قبول متوسط، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام (3,49) والانحراف المعياري (1,123). وأن هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد المعالجة التحليلية الفورية.

✓ تبين من نتائج الدراسة الميدانية أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على عبارات البعد الخامس (تقنيات عرض المعلومات) كانت أغلبها بدرجة متوسطة، حيث قُدرَ المتوسط الحسابي العام ب (3,22) وانحراف معياري (1,101). وأن هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو بعد تقنيات عرض المعلومات.

✓ أوضحت نتائج الدراسة أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على عبارات المحور الثالث (جودة الخدمات الصحية) كانت كلها متوسطة حيث قُدرَ المتوسط الحسابي العام ب (3,05) والانحراف المعياري (1,166).

✓ كما اثبتت الدراسة الميدانية بعد اختبار العلاقة بين كل بعد من أبعاد ذكاء الاعمال (مصادر البيانات، مستودع البيانات، التنقيب عن البيانات، المعالجة التحليلية الفورية، تقنيات عرض المعلومات) وارتباطه

مع تحسين جودة الخدمات الصحية، أن هناك علاقة ارتباط وتأثير إيجابية بين كل مؤشر وجودة الخدمات الصحية).

✓ كما أوضحت الدراسة الميدانية من خلال اختبار الانحدار البسيط لكل بعد من أبعاد ذكاء الأعمال على:

- وجود تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لمؤشر مصادر البيانات

على تحسين جودة الخدمات الصحية لدى عينة الدراسة؛

- وجود تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لمؤشر مستودع البيانات

على جودة الخدمات الصحية لدى عينة الدراسة؛

- عدم وجود تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لمؤشر التنقيب عن

البيانات على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة؛

- وجود تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لمؤشر المعالجة التحليلية

الفورية على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة؛

- وجود تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لمؤشر تقنيات عرض

المعلومات على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

✓ تبين من نتائج الانحدار المتعدد لاختبار تأثير أبعاد ذكاء الأعمال مجتمعة (مصادر البيانات، مستودع

البيانات، التنقيب عن البيانات، المعالجة التحليلية الفورية، تقنيات عرض المعلومات) على متغير

(جودة الخدمات الصحية)، أن هناك علاقة ارتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين أبعاد ذكاء الأعمال

الثلاثة (مستودع البيانات، المعالجة التحليلية الفورية، تقنيات عرض المعلومات) وجودة الخدمات

الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

✓ كما كشفت نتائج الدراسة الميدانية على وجود تأثير ذو دلالة إحصائية لأبعاد ذكاء الاعمال (مستودع البيانات، المعالجة التحليلية الفورية، تقنيات عرض المعلومات) مجتمعة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

✓ أوضحت نتائج الدراسة الميدانية بعد اختبار الفرضيات الفرعية الخمسة الخاطئة بالفرضية الرئيسية الثانية إلى رفض الفرضية الصفرية ومن خلال النتائج المتوصل إليها تم قبول الفرضية البديلة التي تنص على أنه هناك اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05) \leq \alpha$ لعمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو محددات ذكاء الاعمال

✓ وكشفت نتائج الدراسة الميدانية على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(0,05)$ في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو ذكاء الاعمال تُعزى للمتغيرات الشخصية التالية: الجنس، المستوى الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة.

✓ كما أوضحت نتائج الدراسة الميدانية أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $(0,05)$ في اتجاهات عمال المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة نحو جودة الخدمات الصحية تُعزى للمتغيرات الشخصية التالية: الجنس، المستوى الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة.

✓ وتبين من نتائج اختبار الفرضيتين الفرعيتين الأولى والثانية الخاصتين بالفرضية الرئيسية الثالثة رفض الفرضية البديلة ومن خلال النتائج المتوصل إليها تم قبول الفرضية الصفرية الرئيسية الثالثة التي تنص على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات إجابات أفراد عينة الدراسة تُعزى للمتغيرات الشخصية (الجنس، المستوى الوظيفي، العمر، المستوى التعليمي، سنوات الخبرة).

ثانيا: توصيات الدراسة

وعلى ضوء هذه النتائج عمدنا الى تقديم مجموعة من التوصيات كما يلي:

- ✓ ضرورة الاهتمام بذكاء الأعمال وتنمية إدراك المستخدمين لأهمية تبني هذه النظم والنظر إليها كفرصة من أجل البقاء والنمو وتحسين جودة القرارات خاصة الاستراتيجية منها.
- ✓ ضرورة توسيع دائرة استخدام أنظمة ذكاء الأعمال في القطاع الصحي الجزائري، واستقطاب ذوي المعارف والخبرات المهنية في مجال ذكاء الأعمال، والعمل على متابعة كل ما هو جديد في بيئة العمل الداخلية والخارجية في مختلف المجالات، والتي تساعد في اتخاذ القرارات.
- ✓ ضرورة اهتمام إدارة المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة بعنصري مصادر البيانات، والتتقيب عن البيانات والتي أثبتت الدراسة عدم وجود تأثير لهم في تحسين جودة الخدمات الصحية.
- ✓ إعادة النظر فيما يخص تفعيل نظم ذكاء الأعمال أو اقتنائها، من أجل ربح الوقت وضمان جودة القرارات وتخفيض التكلفة والتي تؤدي بدورها إلى تحسين جودة مختلف الخدمات المقدمة والتي تجعل المرضى في حالة رضا عن المؤسسة.
- ✓ مواكبة البرمجيات وأنظمة المعلومات المتطورة لأنظمة تحليل ومعالجة البيانات للحصول على معلومات فورية عن مستوى الأداء الكلي للمستشفى، حيث أظهرت نتائج الفرضيات أن بُعد المعالجة الفورية للبيانات جاء تأثيره متوسط على تحسين جودة الخدمات الصحية.
- ✓ تعزيز برامج الدورات التدريبية المتخصصة لمدراء المستشفيات والاداريين الذين يمارسون سلطة اتخاذ القرارات الإستراتيجية وتكون في مجال أنظمة ذكاء الأعمال كونها تساعد في عملية استرجاع البيانات والمعلومات بدقة وسرعة متناهية.

ثالثا: دراسات مستقبلية

ولما كانت الدراسة لا تغطي جميع جوانب تحسين جودة الخدمات الصحية وعدم التطرق لجميع جوانب نظم ذكاء الأعمال، وبما أننا لم نجد أي دراسات قامت بربط المتغيرين خاصة في الجزائر، يبقى المجال مفتوح لدراسات أخرى مستقبلية تتناول أبعادا جديدة ذات علاقة بمتغيرات الدراسة، تقترح الطالبة الدراسات التالية التي يمكن أن تكون مشاريع مستقبلية مقترحة والتي تولدت من خلال تفاعلنا مع متغيرات ومضامين الدراسة المقدمة:

✓ استراتيجية تطوير نظم ذكاء الأعمال وأثرها على خلق القيمة.

✓ دراسة حول سلوك المستهلك وتحديد اتجاهاته نحو المؤسسات التي تستخدم نظم ذكاء الأعمال.

✓ دراسة حول المعوقات والصعوبات في تبني ذكاء الأعمال وكيفية جعل الخدمات الصحية العمومية

ذات جودة في السوق الجزائرية.

✓ دور نظم ذكاء الأعمال في تحسين الصورة الذهنية للمؤسسات الاستشفائية.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

أولاً: الكتب

1. أحمد المعاني، أحمد يوسف عريقات، أسماء رشاد الصالح، ناصر محمد سعود جرادات، قضايا إدارية معاصرة، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2011.
2. إدريس ثابت عبد الرحمن، كفاءة وجودة الخدمات اللوجستية: مفاهيم أساسية وطرق القياس والتقييم، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2006.
3. إدريس ثابت، المرسي جمال، الإدارة الاستراتيجية، الدار الجامعية، القاهرة، مصر، 2006.
4. أسامة خيرى، التميز التنظيمي، دار الراية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2014.
5. الأشهب نوال عبد الكريم، اتخاذ القرارات الإدارية: أنواعها ومراحلها، دار أمجد لمنشر والتوزيع، ط1، الأردن، 2015.
6. بن سعيد خالد بن عبد العزيز، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي، الرياض، العبيكان للطباعة والنشر، 1997.
7. بواعنة عبد المهدي، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية مفاهيم نظريات وتطبيقات في الإدارة الصحية، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، 2004.
8. ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005.

9. جاد الرب سيد محمد، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، دار النهضة العربية للنشر والتوزيع، الاسكندرية، 2008.
10. جودة محفوظ أحمد، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، عمان، الأردن، دار الأوائل للطباعة والنشر، 2004.
11. حريم حسين، السلوك التنظيمي: سلوك الافراد والجماعات في منظمات الاعمال، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2004.
12. حلمي يحيى مصطفى، أساسيات نظم المعلومات، مكتبة عين شمس القاهرة، مصر، 2005.
13. خوجة توفيق، المدخل في تحسين الجودة للرعاية الصحية الأولية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2003.
14. الدرادكة مأمون سليمان، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، الطبعة الاولى، دار صفاء للنشر، عمان، الأردن، 2006.
15. درمان سليمان صادق، التسويق المعرفي، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، ط1، الأردن، 2012.
16. الديوهجي أبي سعيد، المفهوم الحديث لإدارة التسويق، دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2000.
17. رشيد الجمال، نور الدين ناصر، إدارة التكلفة لأغراض القياس والتخطيط والرقابة، الدر الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2005.

18. رعد حسن الصر، إدارة الجودة الشاملة، الوظائف والمبادئ في العالم التنافسي، الطبعة الأولى، دار الرضا، دمشق، سوريا، 2009.
19. الرفاعي ممدوح عبد العزيز، إدارة سلاسل التوريد مدخل تحليلي، مكتبة عين شمس، القاهرة، مصر، 2006.
20. الزيادات محمد عواد، اتجاهات معاصرة في إدارة المعرفة، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الطبعة 2، عمان، الأردن، 2014.
21. سعد، الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2004.
22. سلطان إبراهيم، نظم المعلومات الإدارية، مدخل إداري، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2000.
23. سليمان شكيب الجيوسي، محمد جاسم الصميدعي، تسويق الخدمات المالية، دار وائل للنشر والتوزيع، ط1، الأردن، 2001.
24. صلاح الدين عبد المنعم مبارك، اقتصاديات نظم المعلومات المحاسبية، دار الجامعة الجديدة للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2002.
25. الناصر عامر عبد الرزاق، إدارة المعرفة في إطار نظم ذكاء الأعمال، الطبعة 1، دار اليازوري العلمية لنشر والتوزيع، الأردن، 2015.

26. الطائي رعد عبد الله، قدرة عيسى، إدارة الجودة الشاملة، الأردن، دار اليازوري العلمية للنشر، 2008.
27. عبد الرزاق محمد قاسم، تحليل وتصميم نظم المعلومات المحاسبية، دار الثقافة للنشر، عمان الأردن، 2004.
28. عبد الستار العلي، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة، عمان، 2010.
29. عبد العظيم، محمد، التسويق المقدم، جامعة الإسكندرية، الدار الجامعية، مصر، 2008.
30. عبد الغفار الحنفي، أساسيات إدارة الامداد، دار الجامعة الجديدة للنشر، مصر، 2002.
31. العزاوي محمد عبد الوهاب، إدارة الجودة الشاملة، دار الميسر للنشر والتوزيع والطباعة، عمان الأردن، 2005.
32. علوان قاسم نايف، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الايزو 9001، دار الثقافة للنشر، ط1، عمان، الأردن، 2005.
33. غنيم أحمد، إدارة المستشفيات رؤية معاصر، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، المنصورة، مصر، 2006.
34. فايز جمعة النجار، نظم المعلومات الإدارية: منظور إداري، الطبعة الثالثة، دار حامد للطباعة والنشر والتوزيع، عمان 2010.
35. فخر نواف، حسن زكي، محاسبة التكاليف، الطبعة 2، منشورات جامعة دمشق، سوريا، 2005.

36. فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.

37. قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، مفاهيم وعمليات وتطبيقات، الطبعة الأولى، دار الشروق، عمان، الأردن، 2006.

38. قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الايزو، دار الثقافة، ليبيا، 2005.

39. محمد عبد الغني حسن هلال، نكاء الاعمال، مركز تطوير الأداء والتنمية للنشر والتوزيع، مصر، 2011.

40. محمود جاسم الصميدعي، ردينة عثمان يوسف، سلوك المستهلك، دار المناهج، عمان، الأردن، 2002.

41. محمود جاسم الصميدعي، ردينة علمان يوسف، تسويق الخدمات، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط 1، عمان، الأردن، 2010.

42. مخيمر عبد العزيز، الطعامة محمد، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المفاهيم والتطبيقات، القاهرة، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية بحوث ودراسات، 2003.

43. مزهر شعبان العاني، نظم المعلومات الإدارية منظور تكنولوجي، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2009.

44. مصطفى يوسف الكافي: إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات، الابتكار للنشر والتوزيع، الأردن، 2018.

45. نزار عبد المجيد البرواري، أحمد محمد فهمي البرزنجي، استراتيجيات التسويق، دار وائل للنشر، عمان، 2007.

46. وليد يوسف صالح: إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، 2011.

47. ياسين سعد غالب، الإدارة الإلكترونية، ط 1، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن. 2017.

48. ياسين سعد غالب، نظم المعلومات الإدارية MIS، ط 1، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2018.

ثانياً: الأطروحات

49. قشي حبيبة، أثر أسلوب التوجه بالمريض (الزبون) على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية، أطروحة دكتوراه، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، 2019-2020.

ثالثاً: المجلات:

50. إبراهيم بن الطيب، دور نظم المعلومات في تعزيز ذكاء الاعمال لدى المؤسسات الاقتصادية الحديثة، مجلة الريادة لاقتصاديات الاعمال، المجلد 2، العدد 3، 2016.

51. أحسن طيار، ذكاء الاعمال ودوره في اتخاذ القرارات في البنوك، المجلة الجزائرية للدراسات المالية والمصرفية، المجلد 2، العدد 1، 2016.

52. أحمد هاشم الصقال، عمار فرحان جبر، ذكاء الأعمال وأثيره على تعزيز الصلابة النفسية للمديرين (دراسة تحليلية من شركات تكنولوجيا المعلومات وخدمات الانترنت في محافظة بغداد)، مجلة دراسات الاقتصاد والإدارة، المجلد 1، العدد 20، 2020.
53. بحري أبوبكر . رادي نور الدين، تطبيق الإدارة الإلكترونية للموارد البشرية كآلية لتحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية "شعبان حمدون" بمغنية، مجلة التنمية الاقتصادية، المجلد 06، العدد 02، 2021.
54. بلقواسمي فاطمة، بن يوسف أحمد التوجه الإستراتيجي لمنظمات الأعمال نحو تطبيق نظم ذكاء الأعمال كآلية لتحقيق الميزة التنافسية - دراسة تحليلية -،مجلة الاقتصاد والمالية، مجلد 7، العدد 02، 2021.
55. بن الطيب إبراهيم، دور نظم المعلومات في تعزيز ذكاء الأعمال لدى المؤسسات الاقتصادية الحديثة، مجلة الريادة لاقتصاديات الأعمال، المجلد 2، العدد 2، 2016.
56. بوقابة وردية، دور نظم ذكاء الأعمال في بناء البراعة التنظيمية بالمؤسسة الوطنية للأشغال Entp ورقلة، مجلة أبحاث ودراسات التنمية، مجلد رقم 8، العدد 01، 2021.
57. حسين ليث سعد الله، الشمري فراج نعيمش، توظيف بعض أدوات ذكاء الأعمال لدعم نظام المعلومات الإستراتيجي النموذج مقترح، مجلة جامعة كركوك للعلوم الإدارية والاقتصادية، مجلد 7، عدد 2، 2017.
58. حمامي سمير، ذكاء الأعمال أسس ومفاهيم، المجلة المعلوماتية، العدد 19، الأردن، سبتمبر 2007.

59. خان أحلام ، جغبلو وسيلة ، جودة الحياة الوظيفية كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة - بسكرة، مجلة البحوث الاقتصادية الإدارية، المجلد 14، العدد 03، 2020.
60. الخلايلة إيمان، همشري عمر، الثقافة التنظيمية ودرجة ممارسة إدارة الجودة الشاملة في المكتبات الجامعية الحكومية في الأردن من وجهة نظر العاملين فيها، مجلة دراسات والعلوم التربوية، المجلد 42، العدد 1، 2015.
61. خليل شفيق، الإدارة الذكية للأعمال، مجلة النور الالكترونية، العدد 462، 2010.
62. ديوب محمد عباس، عطية هنادي رمضان، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مستشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومستشفى الباسل بطرطوس، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 27، العدد 2، 2005.
63. زيد فوزي أيوب الشيخ، دور نكاء الأعمال في اتخاذ القرارات المالية دراسة استطلاعية لبعض المصارف الأهلية في مدينة أربيل، مجلة جامعة الأنبار للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 12، العدد 29، 2020.
64. سامي احمد عباس، نكاء الأعمال وأثره في تحديد الخيار الاستراتيجي دراسة استطلاعية للآراء عينت من العاملين في الشركات العامة للصناعات الكهربائية التابعة لوزارة الصناعة عراق- بغداد، مجلة دراسات الاقتصاد والإدارة، المجلد 1، العدد 12، 2018.
65. سامي احمد عباس، قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد 39، العراق.

66. سامي مراد، نحو منظور متكامل لتفعيل دور الذكاء الاصطناعي وذكاء الأعمال في دعم وتمكين القطاع العام في ظل رؤية 2030، مجلة دراسات اقتصادية، المجلد 6، العدد 2، 2019.
67. سعود جايد مشكور، علي نعيم جاسم، أهمية تطبيق نظام الإنتاج في الوقت المحدد في الشركات العامة، مجلة جامعة المثنى كلية الإدارة والعلوم الاقتصادية، المجلد 2، العدد 2، العراق، 2012.
68. سيد أحمد فايز، أدوات التنقيب عن البيانات مفتوحة المصدر دراسة تحليلية قيمية، مجلة جامعة طيبة: للآداب والعلوم الإنسانية، العدد 10، جامعة قناة السويس، مصر، 2016.
69. شذى حسن عبد، فردوس محمود، دور الإدارة الالكترونية في رفع جودة الخدمات الصحية في مستشفى الكندي التعميمي/العراق، مجلة كلية التراث الجامعة، العدد 56، 2018.
70. عادل طالب سالم، حفصة عطا الله حسين، نظام المعلومات وعلاقتها في تقويم الاداء الاستراتيجي، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد 37، 2013.
71. عبد الرحمن بوقفة، الثقافة التنظيمية والجودة الشاملة، الارتباط وآليات الإرساء، دراسة ميدانية بمؤسسة كوندور للصناعات الالكترونية، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، العدد 21، 2016.
72. عبد الرحمن بوقفة، الثقافة التنظيمية والجودة الشاملة، الارتباط وآليات الإرساء، دراسة ميدانية بمؤسسة كوندور للصناعات الالكترونية، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، العدد 21، 2016.

73. عبد الله حمادو . أحمد بن عيشاوي، أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الجزائرية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الصحية العمومية لولاية ورقلة)، مجلة الإصلاحات الاقتصادية والاندماج في الاقتصاد العالمي، المجلد 12، العدد 26، 2018.
74. عروف عفيفة، متطلبات اعتماد نظام ذكاء الأعمال في البنوك الجزائرية، دراسة حالة بنوك ولاية قسنطينة، مجلة الواحات للبحوث والدراسات، المجلد 10، العدد 1، 2017.
75. علاء فرج حسن رضوان، دور مهارات التعامل مع المرضى في تحسين مستوى جودة الخدمة الصحية، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، 2021.
76. عمار أسماء، حمادي لمياء، إدارة الموارد البشرية ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية دراسة حالة مستشفى الأم والطفل تلمسان، مجلة اقتصاد المال والأعمال، المجلد 06، العدد 02، 2021.
77. غزال نادر، مفاهيم في التطوير الإداري من أجل الجودة، مجلة الجودة، العدد 12، 2009.
78. فرحات سميرة، استخدام أنظمة ذكاء الأعمال في تنمية رأس المال البشري دراسة استطلاعية لعينة من الموظفين في وزارة الصحة، مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 9، العدد 28، 2016.
79. فوزي هاشم عطشان، أنوار مزهر سهيل، نازك لهمود كاظم، قياس جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى الراقدين في عينة من مستشفيات بغداد الكرخ، مجلة كلية التراث الجامعة، العدد 28، 2019.

80. كمال، بايزيد، ذكاء الأعمال ودوره في صناعة القرار، المجلة الجزائرية للاقتصاد والمالية، المجلد 3، العدد 5، 2016.

81. محمد عباس ديوب، هندي عطية، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مستشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومستشفى الباسل بطرطوس، سوريا، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، المجلد 27، العدد 2، 2005.

82. ملكاوي نازم محمود، نظم دعم القرارات ونظم ذكاء الأعمال وأثرهما في تحسين عملية اتخاذ القرارات في المستشفيات الأردنية، مجلة دراسات اقتصادية كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة عبد الحميد مهري، العدد 1، الجزائر، 2014.

83. نجلة يونس محمد المراد، إيهاب فخري يوسف الطوي، اختبار أنموذج لقدرات ذكاء الأعمال في البيئة العراقية" دراسة حالة في شركات الاتصال المتنقلة (كورك) في مدينة كركوك (العراق)، مجلة جامعة الأنبار للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 9، العدد 20، 2017.

84. هدى عبد الرحيم علي، استخدام تقنية التنقيب عن البيانات لتحميل المؤشرات المالية لعينة من المصارف الأهلية العراقية باعتماد خوارزمية CART، المجلة العراقية لتكنولوجيا المعلومات، مجلد 9، العدد 2، كلية الإدارة والاقتصاد جامعة الموصل، العراق، 2018.

85. هشام عبدالله حمد الجميلي، مراد موسى عبد الجبوري، ذكاء الأعمال ودوره في تحقيق التميز التنظيمي دراسة استطلاعية لآراء عينة من المديرين في جامعة كركوك، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 15، العدد 48، 2019.

86. يوسف بسام عبد الرحمن، ذكر ربيع علي، ذكاء الأعمال ودوره في فاعلية التجارة الإلكترونية معمارية مقترحة لشركة الحكماء لصناعة الأدوية ومستلزمات الطبية في محافظة نينوى، تنمية الرافدين، المجلد 35، العدد 113، جامعة الموصل، العراق. 2013.

رابعاً: المؤتمرات والملتقيات:

87. بخاشة موسى، معاذ ذويب، محمد فراس، دور نظام المعلومات الصحي في الرفع من كفاءة التسيير، دراسة حالة المستشفى الجامعي بسطيف، الملتقى الوطني: الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التسيير ورهانات التمويل " المستشفيات نموذجاً"، جامعة 8 ماي 1945، 2018.

88. رأفت محمد سعيد العوضي، دور شبكة نظم المعلومات الصحية في تطوير قدرات العاملين الوظيفي في المستشفيات الحكومية، مؤتمر "تنمية الموارد البشرية في القطاع الصحي الفلسطيني، كلية العلوم الإدارية والاقتصادية، جامعة القدس المفتوحة، فلسطين، 2015.

89. السامرائي عمار عصام، تطبيقات ذكاء الاعمال أداة لتحقيق الإبداع والابتكار في منظمات الأعمال، المؤتمر العلمي السنوي الحادي عشر، ذكاء الأعمال واقتصاد المعرفة، جامعة الزيتونة الأردنية، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، عمان، الأردن، 2012.

90. عمر أبو اليمن عبد الفتى، دور الأنترنت في تغيير الاستراتيجيات التسويقية والتوجه نحو السوق الإلكترونية، الملتقى الإداري الثالث، إدارة التطوير في العمل الإداري، السعودية، أيام 29-30 مارس 2005.

91. القصيمي مصطفى، أغا يونس، توظيف ذكاء الأعمال في تطوير بطاقة الأداء المتوازنة، المؤتمر العلمي ذكاء الأعمال واقتصاد المعرفة، جامعة الزيتونة الأردني، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، عمان الأردن، 2013.
92. النداوي عبد العزيز بدر، النسور جاسر يعقوب (2012). ذكاء الأعمال منهجية لتطوير العمليات الإدارية في منظمات الأعمال: محاولة لبناء نموذج مقترح، المؤتمر العلمي السنوي الحادي عشر، ذكاء الأعمال واقتصاد المعرفة، جامعة الزيتونة الأردنية، كمية الاقتصاد والعموم الإدارية، عمان، الأردن، 2012.
93. ياسين سعد غالب، الذكاء الجمعي للأعمال نموذج مقترح، المؤتمر العلمي السنوي الحادي عشر ذكاء الأعمال واقتصاد المعرفة، جامعة الزيتونة الأردنية، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، 26-23 /نيسان، عمان - الأردن، 2012.

المراجع باللغة الأجنبية

94. A Parsu Parasuraman, Valarie A. Zeithaml, Leonard L Berry, A Conceptual Model of Service Quality and its Implication for Future Research (SERVQUAL), Journal of Marketing, Vol 49, 1985.
95. Aaron A. Abuosi, Roger A. Atinga, Service quality in healthcare institutions: establishing the gaps for policy action, International Journal of Health Care Quality Assurance, 2013.
96. Adamala Szymon, Cidrin Linus, Key success factors in business intelligence, Journal of Intelligence Studies in Business, Vol 1, N 1, 2011.

97. Ahmad Ameryoun, Seyedvahid Najafi, Bayram Nejati-Zarnaqi, Seyed Omid Khalilifar, Mahdi Ajam, Ahmad Ansarimoghadam, Factor selection for service quality evaluation: a hospital case study, International Journal of Health Care Quality Assurance, 2017.
98. Akbar Javadian Kootanaee, K. Nagendra Babu, Hamid Foladi Talari, Just-In-Time Manufacturing System: From Introduction to Implement International Journal of Economics, Business and Finance ,Vol 1, N 1 March, 2013.
99. Amin Babazadeh Sangar, Noorminshah Binti A.Iahad, Critical Factors That Affect the Success of Business Intelligence Systems (BIS) Implementation in an Organization, International Journal of Scientific & Technology research, Vol. 2, issue 2, 2013.
100. Arnaldo Coelho, Nuno Caseiro, The influence of Business Intelligence capacity, network learning and innovativeness on startups performance, Journal of Innovation & Knowledge, 2018.
101. Bagchi Prabir & Skjott-Larsen Tage, Challenges of Integration in Supply Chain Networks: An European Case Study, ACES Working Paper, N 1, USA, 2002.

102. Barbara Wixom, Hugh Watson, The BI-based organization, International Journal of Business Intelligence Research (IJBIR), Vol 1, N 1, 2010.
103. Brown Ann J, The health care quality handbook. J.B., Quality Solutions Pasadena. USA, 2005, P 25.
104. Business Intelligence: The Savvy Manager's Guide, Getting Onboard with Emerging IT, Morgan Kaufmann Publishers, San Francisco, 2003.
105. Chopra Sunil, Meindl Peter, Supply Chain Management 2ed, Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall, USA, 2004.
106. Comai Alessandro, (), Competitive Intelligence Expenses: Organizational Characteristics and Environmental Contingencies, Doctoral Thesis, Esade Business School, Barcelona, Spain, 2015.
107. Efraim Turban, R. Kelly Rainer, Richard E. Potter, Introduction to Information Technology, John Wiley and Sons, Inc, USA, 2001.
108. Ehsan Zarei, Abbas Daneshkohan, Roghayeh Khabiri, Mohammad Arab, The Effect of Hospital Service Quality on Patient's Trust, Iran Red Crescent Med J, Vol 17, N 1, 2015.
109. Eker Melek, Fikri Pala, The Effect of Competition, Just in Time Production and Total Quality Management on the Use of Multiple

- Performance Measures: An Empirical Study, Journal of Economic and Social Research, Vol 10, N1, 2008.
110. Evans James R, Collier David A, Operations Management, Thomson South Western, Boston, 2007.
111. Evers Jorne, Critical Success Factors Of Business Intelligence and Big Data Analysis, Master Thesis, Tilburg University, Netherlands, 2014.
112. Farrokhi Vahid, Pokoradi Laszlo, Organizational and Technical Factors for Implementing Business Intelligence, Annals of the Oradea University, Issue 1, 2013.
113. Fen Ji, Ai Tia, The effect of blockchain on business intelligence efficiency of banks, Kybernetes, Vol 51, N 8, 2021.
114. Gabriela Fabiola Stiufiuc, Effect of partial substitution of Ca by 4f elements on dissipative processes in Bi: 2223 superconductors, Journal of Physics: Conference Series, 2009.
115. Hawking, Paul, Factors Critical To The Success Of Business Intelligence, Victoria University, Australia, 2013.
116. Jakobus Smit, The Relationship Between Information Systems Management and Organizational Culture, Communications of aima, Vol 11. N 3, 2011.

117. Järvinen, Tiia, Business Intelligence (BI) strategy development: a grounded action research, Aalto University, Finland, 2014.
118. Kantardzic, Mehmed, Data Mining: Concepts, Models, Methods, and Algorithms, 3 ed, John Wiley & Sons, 2020.
119. Kantardzic Mehmed, Data Mining: Concepts, Models, Methods, and Algorithms, 3 edition, John Wiley & Sons, 2020.
120. Kelly Rainer Jr, Hugh J Watson, The keys to executive information system success, Journal of management information systems, 1995.
121. Kenneth C. Laudon, Jane P. Laudon, Management Information Systems Managing The Digital Firm, Prentice Hall, USA, 2012.
122. Khanchitpol Yousapronpaiboon, William C. Johnson, Measuring hospital out-patient service quality in Thailand, Leadership in Health Services, 2013.
123. Kimball Ralph, Laura Reeves, Margy Ross, Warren Thornthwaite, Le data warehouse: Guide de conduit de project, edition Eyrolles, Paris, France, 2005.
124. Kotler, P and Keller, K, Marketing Management, 13th edu, Pearson Prentice Hall, 2009.

125. Lambert Douglas M, Garcia-Dastugue Sebastian, Keely L. Croxton, An Evaluation of Process-Oriented Supply Chain Management Frameworks, Journal of Business Logistics, vol 26. N 1, 2005.
126. Langit Lynn, Foundations of SQL Server 2005 Business Intelligence. USA: Apress, 2007.
127. Laurie Lomas, Embedding Quality: The challenges for higher Education, Quality Assurance the education, Vol 12, N 4, 2004.
128. Malhotra Naresh, decaudin Jean-Marc et bouguerraafifa, Etudes Marketing avec SPSS, pearson éducation, paris, 2004.
129. Malhotra Naresh, decaudin Jean-Marc et bouguerraafifa, Etudes Marketing avec SPSS, pearson éducation, paris, 2004.
130. Mattison Rob, The Data Warehousing Handbook, XiT Press, Oakwood Hills, Illinois, USA, 2006.
131. Mohamed Z. Elbashir, Philip A. Collier and Michael J. Davern, Measuring the effects of business intelligence systems: The relationship between business process and organizational performance. International Journal of Accounting Information Systems, Vol 9, N 3, 2008.
132. Mohammed A. Abusweilem, Shadi Habis Abualoush, The impact of knowledge management process and business intelligence on organizational performance, Management Science Letters, Vol. 9, no. 12, 2019.

133. Muhmmad I Nofal, Zawiyah M Yusof, Integration of business intelligence and enterprise resource planning within organizations, Procedia technology, vol 11, 2013.

134. NR. Ryan Nelson, Peter A. Todd & Barbara H. Wixom, Antecedent of Information and System Quality: An Empirical Examination Within the Context of Data Warehousing, Journal of Management Information System, Vol 21, N 4, 2005.

135. Oliver Judy, Knowledge Management Practices To Support Continuous Improvement, Journal of Knowledge Management Practice, Vol 9, N 4, 2008.

136. Olszak Celina, Ziembra Ewa, Critical Success Factors for Implementing Business Intelligence Systems in Small and Medium Enterprises, Interdisciplinary Journal of Information, Vol. 7, 2012.

137. Parasuraman A, Berry Leonard L, Zeithaml Valarie A, A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research, Journal of Marketing, Vol 49, N 4, 1985.

138. Philip Kotler, Gory Armstrong, Marketing Management Analysis, planning, Implementation and Control, Hall Engle wood cliffs, New Jersey, 1994.

139. Purohit Richa, Singh Yogendra, Business Intelligence: A View on Requirements, Process and Tools, International Journal of Application or Innovation in Engineering & Management, Vol. 2, Issue 5, 2013.
140. R. Kelly Rainer Jr., Casey G. Cegielski, Introduction to Information Systems 3 ed, John Wiley & Sons, USA, 2011.
141. Ralph M. Stair, George W. Reynolds, Principles of Information Systems, A Managerial Approach, 9 Edition, Cengage Learning, USA, 2010.
142. Rama Koteswara Rao Kondasani, Rajeev Kumar Panda, R. Basu, Better healthcare setting for better healthcare service quality: An empirical analysis of Indian consumers' perspective, International Journal of Quality & Reliability Management, Vol 36 N 10, 2019.
143. Ranjan Jayanthi, Business Intelligence: Concepts, Components, Techniques and Benefits. Journal of Theoretical and Applied Information Technology, Vol 9, N 1, 2009.
144. Rantanen Anssi, Creation of Competitive intelligence system, thesis, LUT School of Business and Management, Finland, 2017.
145. Rasoul Danesh GhalichKhani, Mohammad Hakkak, A Model for Measuring the Direct and Indirect Impact of Business Intelligence on

- Organizational Agility with Partial Mediatory role of Empowerment, Procedia – Social and Behavioral Sciences, 230, 1016.
146. René Lefébure, Gilles Venturi, Gestion de la relation client, Eyrolles, Paris, 2005.
147. Sabherwal rajiv, Becerra-Fernandez Irma, Business Intelligence: Practices, Technologies, and Management, John Wiley & Sons, 2011.
148. Schlick Sandra, Dynamic Approach to Competitive intelligence: Case studies of large- scale Swiss Telecom Firms, Doctor Thesis, Department of Strategic Management and Marketing, De Montfort University, United kingdom, 2016.
149. Sekaran, U. Research Methods for Business: A Skill Building Approach, 4th ed., John Wiley and Sons, (Asia) Pte Ltd. Singapore, 2006.
150. Sepahvand Reza, Nazarpoori Amir, veisi Mohammad, The Effect of Competitive Intelligence on Organizational Performance through Orientation (Case Study: Insurance Companies Sanandaj), International Business, Vol 10, N 7, 2016.
151. Slack Nigel, Chambers Stuart, Johnston Robent, Operations Management, Prentice –Hill, New York, 2004.

152. Staccini pascal, Système d'information hospitalier, université Nice sophia Antipolis,2007.
153. Stevenson William J, Operations Management, McGraw –Hill, New York, 2005.
154. Sultan Singh, Abhishek D Garg, JIT System: Concepts, Benefits and Motivation in Indian Industries, IJMBS Vol. 1, Issue1. March, 2011.
155. Thomas Jr, J. H. Business intelligence—why, eAI Journal, 2001.
156. ThomsenErik, OLAP Solutions: Building Multidimensional Information Systems,2 edition, John Wiley & Sons, 2002.
157. Vikas Kumar, data analysis using business intelligence tool, Spring, San Diego State University, 2013.
158. Wang Lingyu, Jajodia Sushil, Wijesekera Duminda, Preserving Privacy in On-Line Analytical Processing (OLAP), Springer Science & Business Media, 2007.
159. Yeho William, Koronios Andy, Critical Success Factors for Business Intelligence System, Journal of Computer Information Systems, Vol. 50, Issue 3, 2010.

160. Zeithaml Valarie A, Mary Jo Bitner, Services Marketing Integrating Customer ,Foccus across the Firm , International Edition, McGraw-Hill,New York ,2003.
161. Zeyad Faisal Al-Azzam, Hani J Irtaimah, Amineh Abdul Halim Khaddam, EXPLORING THE IMPACT OF TALENT MANAGEMENT STRATEGIES AND SERVICE QUALITY ON BENEFICIARIES SATISFACTION IN JORDAN HEALTHCARE SECTOR: PROVIDER POINT OF VIEW, Journal of Entrepreneurship & Organization Management, 2016.
162. Zhu Min, Information and Management Engineering, part5, springer, wuhan, china, 2011.

الملاحق

الملحق رقم (01): قائمة الأساتذة المحكمين للاستبانة

اسم ولقب الأستاذ	الرتبة العلمية	الجامعة
الرق زينب	أستاذ محاضر "أ"	جامعة عمار ثليجي، الاغواط
جريبي السبتي	أستاذ محاضر "أ"	جامعة 08 ماي 1945، قالمة
أبو بكر بوسالم	أستاذ التعليم العالي	المركز الجامعي نور البشير، البيض
بوخذنة أمينة	أستاذ محاضر "ب"	جامعة 20 أوت 1955، سكيكدة
واضح فواز	أستاذ محاضر "أ"	جامعة محمد بوضياف، المسيلة
خروف منير	أستاذ التعليم العالي	جامعة 08 ماي 1945، قالمة
قلقول عبد الرزاق	أستاذ محاضر "أ"	المركز الجامعي نور البشير، البيض
فريحة ليندة	أستاذ محاضر "أ"	جامعة 08 ماي 1945، قالمة

الملحق رقم (02): الإستهانة في صورتها النهائية

بسم الله الرحمن الرحيم

المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف -ميلة-

معهد العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية

قسم علوم التسيير

تخصص إدارة أعمال

السيد المحترم السيدة المحترمة، السلام عليكم ورحمة الله وبركاته...

تحية طيبة وبعد؛

يسرنا أن نضع بين أيديكم هذه الاستبانة، من أجل استكمال متطلبات اعداد أطروحة الدكتوراه بعنوان "أثر ذكاء الاعمال على جودة الخدمات الصحية"، بالتطبيق على المؤسسات الاستشفائية بالشرق الجزائري، وتعد مشاركتكم في تقديم الصورة الحقيقية ذات أثر إيجابي في إخراج هذه الدراسة إلى المستوى المطلوب، لذا نرجو التكرم بالاطلاع والإجابة أمام الاختيار الذي ترونه مناسب،

علما أن البيانات التي سيتم الإدلاء بها سوف تحاط بالسرية التامة، ولا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

مع الشكر الجزيل لتعاونكم مقدما، وتفضلوا بقبول فائق التقدير والاحترام ...

المشرف أستاذ التعليم العالي	أبوبكر بوسالم
الطالبة	سارة رجيبي

الجزء الأول: المعلومات الشخصية

يرجى وضع علامة (×) في الخانة المناسبة

(1) الجنس:

☐

أنثى

☐

ذكر

(2) المستوى الوظيفي:

☐

ممرض (ة)

☐

طبيب (ة)

☐

إداري (ة)

(3) العمر:

☐

من 31 إلى 40 سنة

☐

من 20 إلى 30 سنة

☐

من 51 سنة فأكثر

☐

من 41 إلى 50 سنة

(4) المستوى التعليمي:

☐

ثانوي

☐

تكوين مهني

☐

دراسات عليا

☐

جامعي

(5) سنوات الخبرة:

☐

من 6 إلى 10 سنوات

☐

أقل من 5 سنوات

☐

16 سنة فأكثر

☐

من 11 إلى 15 سنة

متغيرات الدراسة

الجزء الثاني: قياس أبعاد ذكاء الاعمال المدركة من قبل مرضى المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة

المتغيرات المستقلة (أبعاد ذكاء الاعمال)

البعد الأول: مصادر البيانات

الفقرات	موافق بشدة	موافق	موافق بدرجة متوسطة	غير موافق	غير موافق بشدة
1					يستخدم المستشفى تكنولوجيا الاتصالات في جمع البيانات الداخلية والخارجية.
2					هناك أساليب معينة يستخدمها المستشفى في جمع المعلومات (الملاحظة، استطلاع الآراء، التجربة، الاستنتاجات، استبيان)
3					يتوفر المستشفى على مصادره الخاصة بالبيانات ذات العلاقة بكافة العمليات.
4					يعتمد المستشفى على قواعد بيانات تتصف بالدقة والموثوقية.
5					مصادر البيانات لدى المستشفى تعمل وفقا للمعايير الحديثة في العمل الاستشفائي.
6					يتوفر المستشفى على مصادر بيانات تتسم بالتنوع لغايات إستقصاء البيانات المناسبة.

البعد الثاني: مستودع البيانات

الفقرات	موافق بشدة	موافق	موافق بدرجة متوسطة	غير موافق	غير موافق بشدة
7					يتوفر المستشفى على قاعدة بيانات متكاملة تساعد في خدمة المريض.
8					يتوفر المستشفى على آليات لحفظ وتخزين مختلف المعلومات التي يتطلبها العمل الطبي.
9					يقوم المستشفى بربط البيانات المتعددة المصادر لتوفير رؤية موحدة ومتكاملة عن بيانات المؤسسة الاستشفائية.
10					يقوم المستشفى بتحميل البيانات لمعرفة مستوى جودتها قبل استخدامها.
11					قواعد البيانات لدى المستشفى تتسم بالدقة والسرعة في الحصول على البيانات.
12					قواعد البيانات لدى المستشفى حديثة ومتطورة في تخزين واسترجاع المعلومات ذات العلاقة.
13					قواعد البيانات لدى المستشفى مفتوحة أمام العاملين بالمستشفى.
14					تتسم قواعد البيانات بالمرونة العالية في عمليات التخزين والاسترجاع للمعلومات.

البعد الثالث: التنقيب عن البيانات

الفقرات	موافق بشدة	موافق	موافق بدرجة متوسطة	غير موافق	غير موافق بشدة
15					يستخدم المستشفى أحدث أنظمة التنقيب عن البيانات اللازمة ولمختلف العمليات في المستشفى.
16					تساهم عملية التنقيب عن البيانات في إنتقاء البيانات المفيدة له من غير المفيدة قبل معالجتها.
17					تساهم عملية التنقيب في استرجاع المعلومات الهامة من كمية هائلة من البيانات.
18					يوفر نظام المعلومات أدوات مختلفة للتنقيب عن البيانات اللازمة.
19					تساهم أنظمة التنقيب المستخدمة في تحديد واستخلاص المعلومات بالوقت المحدد.
20					تساهم عملية التنقيب على اكتشاف الارتباطات ذات المغزى الموجودة في مستودعات البيانات الضخمة.

البعد الرابع: المعالجة التحليلية الفورية

الفقرات	موافق بشدة	موافق	موافق بدرجة متوسطة	غير موافق	غير موافق بشدة
21					توفر أنظمة تحليل البيانات معلومات بدرجة عالية من التفصيل لخدمة مختلف العمليات.
22					تقوم أنظمة تحليل البيانات بعرض المعلومات بطريقة واضحة يسهل فهمها من العاملين لدى المستشفى.
23					توفر أنظمة تحليل البيانات تقارير عن أداء المنظمة لفترات زمنية مختلفة ولكافة العمليات الادارية لدى المستشفى.
24					توفر أنظمة تحليل البيانات معلومات فورية عن الأداء الحالي للمستشفى.
25					يستخدم المستشفى أنظمة تحليل البيانات للمساعدة في جمع وتحليل البيانات وتوليد التقارير الخاصة بها.
26					تزيد أنظمة تحليل البيانات القدرة على تصنيف وترتيب البيانات بشكل دقيق وسريع.
27					يسعى المستشفى لزيادة جهوده في تطبيق أنظمة ذكاء الأعمال في مجال تحليل بيانات الأعمال.

البعد الخامس: تقنيات عرض المعلومات

غير موافق بشدة	غير موافق	موافق بدرجة متوسطة	موافق	موافق بشدة	الفقرات
					28 تساهم عملية عرض البيانات في تقييم شامل ونظرة لحظية عن أنشطة المستشفى المختلفة.
					29 تساهم عملية عرض البيانات في تحسين أداء المستشفى وتحقيق أهدافها.
					30 يعتمد المستشفى على تقنيات فعالة في عرض البيانات الخاصة بمختلف العمليات.
					31 تساهم عملية عرض البيانات في عمل التقارير المختلفة والمتفاعلة مع بعضها دون الحاجة لمختصين.
					32 توفر عملية عرض البيانات مؤشرات إحصائية من خلال الرسومات البيانية.
					33 تعرض المعلومات بأسلوب واضح يسهل فهمها من طرف جميع العاملين في المستشفى.

الجزء الثالث: المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)

غير موافق بشدة	غير موافق	موافق بدرجة متوسطة	موافق	موافق بشدة	الفقرات
					34 يتوفر المستشفى على أجهزة ومعدات طبية متطورة.
					35 يتوفر المستشفى على صالات انتظار مناسبة مجهزة بآلات لتنظيم الأدوار.
					36 يتوفر المستشفى على معلومات خاصة بالمرضى عند عملية المراجعة.
					37 يمكن للكادر الطبي الإجابة على مختلف استفسارات المرضى بسهولة.
					38 يخبر المستشفى المرضى بمواعيد الخدمات الطبية المقدمة لهم.
					39 يحتفظ المستشفى بمعلومات اللازمة عن المرضى.
					40 المرضى يتقون بالموظفين في المستشفى ويقدمون لهم جميع المعلومات التي يطلبونها منهم.
					41 جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى تجعل المرضى يستمرون في مراجعته مستقبلاً.

الملحق رقم (03): صدق وثبات أداة الدراسة

1/ صدق الاتساق الداخلي الإستبانة (معامل الارتباط بيرسون)

معامل الارتباط لعبارات بعد مصادر البيانات بالدرجة الكلية للبعد

Corrélations								
		phrase1	phrase2	phrase3	phrase4	phrase5	phrase6	مصادر
phrase1	Corrélation de Pearson	1	-,644**	-,487**	,287**	,368**	-,324**	,198**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	380	380	380	380	380	380	380
phrase2	Corrélation de Pearson	-,644**	1	,245**	-,268**	-,011	,363**	,416**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,829	,000	,000
	N	380	380	380	380	380	380	380
phrase3	Corrélation de Pearson	-,487**	,245**	1	-,683**	-,543**	,755**	,166**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,000	,000	,001
	N	380	380	380	380	380	380	380
phrase4	Corrélation de Pearson	,287**	-,268**	-,683**	1	,354**	-,729**	,050
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,000	,000	,331
	N	380	380	380	380	380	380	380
phrase5	Corrélation de Pearson	,368**	-,011	-,543**	,354**	1	-,643**	,326**
	Sig. (bilatérale)	,000	,829	,000	,000		,000	,000
	N	380	380	380	380	380	380	380
phrase6	Corrélation de Pearson	-,324**	,363**	,755**	-,729**	-,643**	1	,275**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	380	380	380	380	380	380	380

مصادر	Corrélation de Pearson	,198**	,416**	,166**	,050	,326**	,275**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,001	,331	,000	,000	
	N	380	380	380	380	380	380	380
**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).								

✓ معامل الارتباط لعبارات بعد مستودع البيانات بالدرجة الكلية للبعد

Corrélations

		phrase7	phrase8	phrase9	phrase10	phrase11	phrase12	phrase13	phrase14	مستودع
phrase7	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 380	-,639** ,000 380	-,689** ,000 380	,564** ,000 380	-,228** ,000 380	,068 ,188 380	,079 ,124 380	-,410** ,000 380	,074 ,153 380
phrase8	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,639** ,000 380	1 380	,325** ,000 380	-,448** ,000 380	,383** ,000 380	-,276** ,000 380	,123* ,016 380	,249** ,000 380	,191** ,000 380
phrase9	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,689** ,000 380	,325** ,000 380	1 380	-,436** ,000 380	,323** ,000 380	,091 ,076 380	,039 ,451 380	,303** ,000 380	,278** ,000 380
phrase10	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,564** ,000 380	-,448** ,000 380	-,436** ,000 380	1 380	-,145** ,005 380	,172** ,001 380	,311** ,000 380	-,024 ,646 380	,418** ,000 380
phrase11	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,228** ,000 380	,383** ,000 380	,323** ,000 380	-,145** ,005 380	1 380	,023 ,656 380	,128* ,012 380	,360** ,000 380	,612** ,000 380
phrase12	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,068 ,188 380	-,276** ,000 380	,091 ,076 380	,172** ,001 380	,023 ,656 380	1 380	-,199** ,000 380	-,121* ,018 380	,282** ,000 380
phrase13	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,079 ,124 380	,123* ,016 380	,039 ,451 380	,311** ,000 380	,128* ,012 380	-,199** ,000 380	1 380	,151** ,003 380	,596** ,000 380
phrase14	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,410** ,000 380	,249** ,000 380	,303** ,000 380	-,024 ,646 380	,360** ,000 380	-,121* ,018 380	,151** ,003 380	1 380	,508** ,000 380
مستودع	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,074 ,153 380	,191** ,000 380	,278** ,000 380	,418** ,000 380	,612** ,000 380	,282** ,000 380	,596** ,000 380	,508** ,000 380	1 380

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

✓ معامل الارتباط لعبارات بعد التنقيب عن البيانات بالدرجة الكلية للبعد

Corrélations

		phrase15	phrase16	phrase17	phrase18	phrase19	phrase20	التنقيب
phrase15	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 380	-,492** 380	,100 380	-,325** 380	-,065 380	,030 380	,037 380
phrase16	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,492** 380	1 380	,300** 380	,473** 380	,471** 380	,297** 380	,613** 380
phrase17	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,100 380	,300** 380	1 380	,157** 380	,118* 380	,384** 380	,587** 380
phrase18	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,325** 380	,473** 380	,157** 380	1 380	,369** 380	,609** 380	,670** 380
phrase19	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,065 380	,471** 380	,118* 380	,369** 380	1 380	,568** 380	,733** 380
phrase20	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,030 380	,297** 380	,384** 380	,609** 380	,568** 380	1 380	,804** 380
التنقيب	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,037 380	,613** 380	,587** 380	,670** 380	,733** 380	,804** 380	1 380

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

✓ معامل الارتباط لعبارات بعد المعالجة التحليلية الفورية بالدرجة الكلية للبعد

Corrélations

		phrase21	phrase22	phrase23	phrase24	phrase25	phrase26	phrase27	المعالجة
Phrase 21	Corrélation de Pearson	1	-,670**	,387**	-,571**	,726**	-,549**	,318**	,221**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	380	380	380	380	380	380	380	380
Phrase 22	Corrélation de Pearson	-,670**	1	-,198**	,758**	-,658**	,774**	-,389**	,331**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	380	380	380	380	380	380	380	380
Phrase 23	Corrélation de Pearson	,387**	-,198**	1	-,125*	,421**	-,231**	,192**	,558**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,015	,000	,000	,000	,000
	N	380	380	380	380	380	380	380	380
Phrase 24	Corrélation de Pearson	-,571**	,758**	-,125*	1	-,526**	,798**	-,632**	,346**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,015		,000	,000	,000	,000
	N	380	380	380	380	380	380	380	380
Phrase 25	Corrélation de Pearson	,726**	-,658**	,421**	-,526**	1	-,485**	,475**	,349**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	380	380	380	380	380	380	380	380
Phrase 26	Corrélation de Pearson	-,549**	,774**	-,231**	,798**	-,485**	1	-,566**	,369**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	380	380	380	380	380	380	380	380
Phrase 27	Corrélation de Pearson	,318**	-,389**	,192**	-,632**	,475**	-,566**	1	,161**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,002
	N	380	380	380	380	380	380	380	380
المعالجة	Corrélation de Pearson	,221**	,331**	,558**	,346**	,349**	,369**	,161**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,002	
	N	380	380	380	380	380	380	380	380

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

✓ معامل الارتباط لعبارات بعد تقنيات عرض المعلومات بالدرجة الكلية للبعد

Corrélations

		phrase28	phrase29	phrase30	phrase31	phrase32	phrase33	عرض
Phrase28	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 380	-,628** 380	-,551** 380	-,258** 380	-,370** 380	-,659** 380	,495** 380
Phrase29	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,628** 380	1 380	,501** 380	,582** 380	,574** 380	,217** 380	,635** 380
Phrase30	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,551** 380	,501** 380	1 380	,687** 380	,751** 380	,689** 380	,914** 380
Phrase31	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,258** 380	,582** 380	,687** 380	1 380	,875** 380	,170** 380	,855** 380
Phrase32	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,370** 380	,574** 380	,751** 380	,875** 380	1 380	,408** 380	,928** 380
phrase33	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,659** 380	,217** 380	,689** 380	,170** 380	,408** 380	1 380	,604** 380
عرض	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,495** 380	,635** 380	,914** 380	,855** 380	,928** 380	,604** 380	1 380

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

✓ معامل الارتباط لعبارات بعد جودة الخدمات الصحية بالدرجة الكلية للبعد

Corrélations

		phrase34	phrase35	phrase36	phrase37	phrase38	phrase39	phrase40	phrase41	جودة
Phrase 34	Corrélation de Pearson	1	,868**	,796**	,126*	,108*	,664**	,166**	,425**	,788**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,014	,036	,000	,001	,000	,000
	N	380	380	380	380	380	380	380	380	380
Phrase 35	Corrélation de Pearson	,868**	1	,843**	,167**	,181**	,691**	,205**	,435**	,838**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000
	N	380	380	380	380	380	380	380	380	380
Phrase 36	Corrélation de Pearson	,796**	,843**	1	,102*	,149**	,675**	,297**	,514**	,832**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,047	,004	,000	,000	,000	,000
	N	380	380	380	380	380	380	380	380	380
Phrase 37	Corrélation de Pearson	,126*	,167**	,102*	1	,820**	-,129*	,274**	,023	,470**
	Sig. (bilatérale)	,014	,001	,047		,000	,012	,000	,653	,000
	N	380	380	380	380	380	380	380	380	380
Phrase 38	Corrélation de Pearson	,108*	,181**	,149**	,820**	1	-,129*	,378**	,162**	,526**
	Sig. (bilatérale)	,036	,000	,004	,000		,012	,000	,002	,000
	N	380	380	380	380	380	380	380	380	380
Phrase 39	Corrélation de Pearson	,664**	,691**	,675**	-,129*	-,129*	1	-,084	,260**	,574**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,012	,012		,103	,000	,000
	N	380	380	380	380	380	380	380	380	380
Phrase 40	Corrélation de Pearson	,166**	,205**	,297**	,274**	,378**	-,084	1	,542**	,526**
	Sig. (bilatérale)	,001	,000	,000	,000	,000	,103		,000	,000
	N	380	380	380	380	380	380	380	380	380
Phrase 41	Corrélation de Pearson	,425**	,435**	,514**	,023	,162**	,260**	,542**	1	,645**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,653	,002	,000	,000		,000
	N	380	380	380	380	380	380	380	380	380
جودة	Corrélation de Pearson	,788**	,838**	,832**	,470**	,526**	,574**	,526**	,645**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	380	380	380	380	380	380	380	380	380

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

2/ صدق الاتساق البنائي لأداة الدراسة

Corrélations

		مصادر	مستودع	التنقيب	المعالجة	عرض	جودة	الإستبانة
مصادر	Corrélation de Pearson	1	,338**	,071	,259**	,404**	,208**	,509**
	Sig. (bilatérale)		,000	,169	,000	,000	,000	,000
	N	380	380	380	380	380	380	380
مستودع	Corrélation de Pearson	,338**	1	-,085	,779**	,253**	,136**	,529**
	Sig. (bilatérale)	,000		,098	,000	,000	,008	,000
	N	380	380	380	380	380	380	380
التنقيب	Corrélation de Pearson	,071	-,085	1	,142**	-,070	-,049	,316**
	Sig. (bilatérale)	,169	,098		,006	,175	,345	,000
	N	380	380	380	380	380	380	380
المعالجة	Corrélation de Pearson	,259**	,779**	,142**	1	,313**	,305**	,677**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,006		,000	,000	,000
	N	380	380	380	380	380	380	380
عرض	Corrélation de Pearson	,404**	,253**	-,070	,313**	1	,725**	,791**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,175	,000		,000	,000
	N	380	380	380	380	380	380	380
جودة	Corrélation de Pearson	,208**	,136**	-,049	,305**	,725**	1	,750**
	Sig. (bilatérale)	,000	,008	,345	,000	,000		,000
	N	380	380	380	380	380	380	380
الإستبانة	Corrélation de Pearson	,509**	,529**	,316**	,677**	,791**	,750**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	380	380	380	380	380	380	380

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

3/ ثبات أداة الدراسة (ألفا كرونباخ)

ألفا كرونباخ الكلي

Récapitulatif de traitement des observations			
		N	%
Observations	Valide	380	100,0
	Exclue a	0	,0
	Total	380	100,0
a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.			

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,721	41

ألفا كرونباخ للمتغير المستقل ذكاء الاعمال

Récapitulatif de traitement des observations			
		N	%
Observations	Valide	380	100,0
	Exclue a	0	,0
	Total	380	100,0
a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.			

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,798	33

ألفا كرونباخ للمتغير التابع جودة الخدمات الصحية

Récapitulatif de traitement des observations			
		N	%
Observations	Valide	380	100,0
	Exclue a	0	,0
	Total	380	100,0
a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.			

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,632	8

الملحق رقم (04): خصائص عينة الدراسة

الجنس

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ذكر	239	62,9	63,1	63,1
	أنثى	140	36,8	36,9	100,0
	Total	379	99,7	100,0	
Manquant	Système	1	,3		
Total		380	100,0		

الوظيفة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	اداري	247	65,0	65,0	65,0
	طبيب	79	20,8	20,8	85,8
	ممرض	54	14,2	14,2	100,0
	Total	380	100,0	100,0	

العمر

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	20a30	77	20,2	20,2	20,2
	31a40	189	49,7	49,7	70,2
	41a50	90	23,6	23,6	93,7
	plus50	24	6,3	6,3	100,0
	Total	379	99,7	100,0	
Total		380	100,0		

المستوى

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	تكوين	76	20,0	20,0	20,0
	ثانوي	114	30,0	30,0	50,0
	جامعي	134	35,3	35,3	85,3
	دراسات عليا	56	14,7	14,7	100,0
	Total	380	100,0	100,0	

الخبرة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Moin5	203	53,4	53,4	53,4
	6a10	84	22,1	22,1	75,5
	11a15	63	16,6	16,6	92,1
	Plus16	30	7,9	7,9	100,0
	Total	380	100,0	100,0	

الملحق رقم (05): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية الخاصة بمحاور أداة الدراسة

Statistiques

	phrase1	phrase2	phrase3	phrase4	phrase5	phrase6	مصادر
N Valide	380	380	380	380	380	380	380
Manquant	0	0	0	0	0	0	0
Moyenne	2,99	3,30	3,45	3,06	3,44	3,44	3,2829
Ecart type	1,168	1,096	1,121	1,256	,944	1,096	1,25885

Statistiques

	phrase7	phrase8	phrase9	phrase10	phrase11	phrase12	phrase13	phrase14	مستودع
N Valide	380	380	380	380	380	380	380	380	380
Manquant	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Moyenne	3,41	2,64	3,21	2,97	3,57	3,22	2,95	3,17	3,1461
Ecart type	1,087	1,040	1,058	1,175	1,059	1,247	1,232	1,131	,42963

Statistiques

	phrase15	phrase16	phrase17	phrase18	phrase19	phrase20	التنقيب
N Valide	380	380	380	380	380	380	380
Manquant	0	0	0	0	0	0	0
Moyenne	2,84	3,14	3,28	3,17	3,47	3,38	3,2351
Ecart type	1,094	1,172	1,194	1,165	1,229	1,011	,66490

Statistiques

	phrase21	phrase22	phrase23	phrase24	phrase25	phrase26	phrase27	المعالجة
N Valide	380	380	380	380	380	380	380	380
Manquant	0	0	0	0	0	0	0	0
Moyenne	3,48	3,40	4,01	3,43	3,47	3,40	3,27	3,4932
Ecart type	1,154	1,225	,964	1,154	1,036	1,120	1,208	,36677

Statistiques

	phrase28	phrase29	phrase30	phrase31	phrase32	phrase33	عرض
N Valide	380	380	380	380	380	380	380
Manquant	0	0	0	0	0	0	0
Moyenne	3,79	3,88	3,27	2,92	3,05	2,45	3,2250
Ecart type	,761	,888	1,190	1,180	1,244	1,347	,70858

Statistiques

	phrase34	phrase35	phrase36	phrase37	phrase38	phrase39	phrase40	phrase41	جودة
N Valide	380	380	380	380	380	380	380	380	380
Manquant	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Moyenne	3,15	3,34	3,49	3,29	3,11	2,46	2,65	2,98	3,0595
Ecart type	1,011	1,135	1,029	1,223	1,255	1,382	1,085	1,243	,75046

الملحق رقم (06): اختبار فرضيات الدراسة

✓ الفرضية الفرعية الأولى (الانحدار البسيط)

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,208 ^a	,043	,041	,73503

a. Prédictors : (Constante), مصادر

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	9,228	1	9,228	17,080	,000 ^b
	Résidus	204,222	378	,540		
	Total	213,450	379			

a. Variable dépendante : جودة

b. Prédictors : (Constante), مصادر

Coefficients^a

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Ecart standard	Bêta		
1	(Constante)	1,081	,480		2,250	,025
	مصادر	,603	,146	,208	4,133	,000

a. Variable dépendante : جودة

✓ الفرضية الفرعية الثانية (الانحدار البسيط)

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,136 ^a	,018	,016	,74449

a. Prédictors : (Constante), مستودع

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	3,940	1	3,940	7,108	,008 ^b
	Résidus	209,510	378	,554		
	Total	213,450	379			

a. Variable dépendante : جودة

b. Prédictors : (Constante), مستودع

Coefficients^a

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Ecart standard	Bêta		
1	(Constante)	2,313	,283		8,184	,000
	مستودع	,237	,089	,136	2,666	,008

a. Variable dépendante : جودة

✓ الفرضية الفرعية الثالثة (الانحدار البسيط)

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,049 ^a	,002	,000	,75056

a. Prédicteurs : (Constante), التنقيب

ANOVA^a

Modèle	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1 Régression	,504	1	,504	,895	,345 ^b
Résidus	212,945	378	,563		
Total	213,450	379			

a. Variable dépendante : جودة

b. Prédicteurs : (Constante), التنقيب

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	B	Ecart standard	Bêta		
1 (Constante)	3,237	,191		16,904	,000
التنقيب	-,055	,058	-,049	-,946	,345

a. Variable dépendante : جودة

✓ الفرضية الفرعية الرابعة (الانحدار البسيط)

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,305 ^a	,093	,091	,71555

a. Prédicteurs : (Constante), المعالجة

ANOVA^a

Modèle	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1 Régression	19,908	1	19,908	38,882	,000 ^b
Résidus	193,542	378	,512		
Total	213,450	379			

a. Variable dépendante : جودة

b. Prédicteurs : (Constante), المعالجة

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	B	Ecart standard	Bêta		
1 (Constante)	,877	,352		2,491	,013
المعالجة	,625	,100	,305	6,236	,000

a. Variable dépendante : جودة

✓ الفرضية الفرعية الخامسة (الانحدار البسيط)

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,725 ^a	,525	,524	,51771

a. Prédicteurs : (Constante), عرض

ANOVA^a

Modèle	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1 Régression	112,135	1	112,135	418,370	,000 ^b
Résidus	101,315	378	,268		
Total	213,450	379			

a. Variable dépendante : جودة

b. Prédicteurs : (Constante), عرض

Coefficients^a

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Ecart standard	Bêta		
1	(Constante)	,584	,124		4,712	,000
	عرض	,768	,038	,725	20,454	,000

a. Variable dépendante : جودة

الفرضية الرئيسية الثانية (اختبار إحصائية T test)

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
مصادر	380	3,2829	,25885	,01328
مستودع	380	3,1461	,42963	,02204
التنقيب	380	3,2351	,66490	,03411
المعالجة	380	3,4932	,36677	,01881
عرض	380	3,2250	,70858	,03635

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 3					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
مصادر	21,304	379	,000	,28289	,2568	,3090
مستودع	6,627	379	,000	,14605	,1027	,1894
التنقيب	6,892	379	,000	,23509	,1680	,3022
المعالجة	26,215	379	,000	,49323	,4562	,5302
عرض	6,190	379	,000	,22500	,1535	,2965

✓ الفرضية الفرعية الأولى (تحليل التباين الأحادي)

ANOVA						
		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
الجنس	Intergruppes	8,680	32	,271	1,180	,236
	Intragruppes	79,741	347	,230		
	Total	88,421	379			
الجنسية	Intergruppes	12,213	32	,382	,694	,895
	Intragruppes	190,763	347	,550		
	Total	202,976	379			
العمر	Intergruppes	24,308	32	,760	1,152	,267
	Intragruppes	228,900	347	,660		
	Total	253,208	379			
المستوى	Intergruppes	37,277	32	1,165	1,261	,162
	Intragruppes	320,670	347	,924		
	Total	357,947	379			
الوظيفة	Intergruppes	28,213	32	,882	,897	,631
	Intragruppes	340,945	347	,983		
	Total	369,158	379			

✓ لفرضية الفرعية الثانية (تحليل التباين الأحادي)

ANOVA						
		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
الجنس	Intergroupes	5,324	16	,333	1,454	,114
	Intragroupes	83,097	363	,229		
	Total	88,421	379			
الجنسية	Intergroupes	2,600	16	,163	,294	,997
	Intragroupes	200,376	363	,552		
	Total	202,976	379			
العمر	Intergroupes	13,340	16	,834	1,262	,219
	Intragroupes	239,868	363	,661		
	Total	253,208	379			
المستوى	Intergroupes	17,972	16	1,123	1,199	,266
	Intragroupes	339,975	363	,937		
	Total	357,947	379			
الوظيفة	Intergroupes	8,965	16	,560	,565	,909
	Intragroupes	360,193	363	,992		
	Total	369,158	379			