

أثر "تكنولوجيا المعلومات والاتصالات" وعناصر المزيج التسويقي على

جودة الرعاية الصحية

" دراسة حالة في مركز الحسين للسرطان – الاردن "

“The Impact of information communication technology

“ICT” and Marketing Mix on the health care quality”

" King Hussein Cancer Center Case study - Jordan"

إعداد

رزان علي عمر عبد المهدي

إشراف

الدكتور سمير موسى الجبالي

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الأعمال

الإلكترونية

قسم الأعمال الإلكترونية

كلية الأعمال

جامعة الشرق الأوسط

أيار / 2016

التفويض

أنا رزان علي عمر عبد المهدي أفوض جامعة الشرق الأوسط بتزويد نسخ من رسالتي ورقياً وإلكترونياً للمكتبات، أو المنظمات، أو الهيئات والمؤسسات المعنية بالأبحاث والدراسات العلمية عند طلبها.

الإسم: رزان علي عمر عبد المهدي

التاريخ: ٢٤ / ٥ / 2016



التوقيع:

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة وعنوانها: "أثر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات" وعناصر المزيج التسويقي على جودة الرعاية الصحية، دراسة حالة في مركز الحسين للسرطان - الاردن".

وقد أجازت بتاريخ / / 2016

الإسم	أعضاء لجنة المناقشة	التوقيع
الدكتور هيثم علي حجازي	رئيساً	
الدكتور سمير موسى الجبالي	مشرفاً وعضواً	
الدكتور محمد خير سليم أبو زيد	عضواً خارجياً	

الشكر وتقدير

بسم الله الرحمن الرحيم

قال تعالى {فَتَعَالَى اللَّهُ الْمَلِكُ الْحَقُّ وَلَهُ تَعَجَّلَ بِالْقُرْآنِ مِنْ قَبْلِ أَنْ يُفْضَى إِلَيْكَ وَحْيُهُ وَقُلْ رَبِّ زِدْنِي عِلْمًا} [طه: 114] .

بدايةً أحمداً لله وأشكره حمداً كثيراً طيباً مباركاً... يا رب لك الحمد كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك على فضلك وتوفيقك لي لإنجاز هذا العمل المتواضع... أشكر الله عز وجل الذي أنار لي الدرب، وفتح لي أبواب العلم والمعرفة وأعانني على إكمال هذا البحث وأمدني بالصبر والإرادة.

وأنتقدم بالشكر والثناء إلى الدكتور سمير موسى الجبالي الذي قَبِلَ الإشراف على رسالتي فكان قبولاً حسناً، وأشرف فكان إشرافاً أميناً، وعلمَ فكان تعليماً مُتقناً، وجزاه الله خير الجزاء.

والشكر إلى أساتذتي في جامعة الشرق الأوسط لما قدموه لي من علم ومعرفة، وأوجه مسبقاً ألف شكر لأعضاء لجنة المناقشة على سعة صبرهم لقراءة وتقييم هذه الرسالة وكل الشكر والإحترام والتقدير لهم بقبول مناقشة الرسالة.

الشكر والثناء إلى من كللهما الله بالهيبة والوقار... إلى من علماني العطاء دون إنتظار... إلى والدي العزيزين بارك الله في عمريهما... ولا يفوتني أن أشكر جميع أفراد أسرتي وأخص بالذكر أختي وقdotتي آيات على ما قدمته لي... كما أنتقدم بالشكر والثناء إلى رفيق دربي وشريك حياتي... كل الشكر والإحترام والتقدير.

كما أشكر كل من ساعدني بمعلومة أو نصيحة أو توجيه أو بكلمة طيبة سواء أكان في مركز الحسين للسرطان من الذين إتصلت بهم، أو في الجامعة، أو في أي مكان آخر.

الإهداء

أهدي ثمرة جهدي

إلى كل من غرس حب العلم والمعرفة في قلبي "أبي"

إلى نبع المحبة والحنان "أمي"

إلى رفيق دربي ومشواري

إلى من تحلو الحياة بقريهم "إخواني وأخواتي وأولادهم" الذين ساندوني ووقفوا إلى جانبي

إلى روح جدائي وجدتي الطاهرة وإلى جدتي أطال الله في عمرها

وإلى كافة الأهل والأصدقاء

إلى الأسمى منا جميعاً شهداء أرض الرباط

إلى أسرى الحرية وجرحانا البواسل

إلى من يحب النجاح والتوفيق ويرجو لي الخير

أهدي جهدي المتواضع لهم جميعاً

رزان علي عمر عبد المهدي

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	عنوان الرسالة
ب	التفويض
ج	قرار لجنة المناقشة
د	الشكر والتقدير
هـ	الإهداء
و	قائمة المحتويات
ط	قائمة الجداول
ي	قائمة الأشكال
ك	الملخص باللغة العربية
م	الملخص باللغة الإنجليزية
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
2	1-1 المقدمة
4	2-1 مشكلة الدراسة وأسئلتها
6	3-1 أهداف الدراسة
7	4-1 أهمية الدراسة
8	5-1 فرضيات الدراسة
10	6-1 أنموذج الدراسة
11	7-1 حدود الدراسة
11	8-1 محددات الدراسة
11	9-1 التعريفات الإجرائية
الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة	
15	المبحث الأول: الإطار النظري
15	1-2 المقدمة
15	2-2 مفهوم تكنولوجيا المعلومات والاتصالات
18	3-2 أبعاد تكنولوجيا المعلومات والاتصالات

22	4-2 أهمية تكنولوجيا المعلومات والاتصالات
24	5-2 خصائص تكنولوجيا المعلومات والاتصالات
26	6-2 تطور تكنولوجيا المعلومات والاتصالات
27	7-2 مفهوم عناصر المزيج التسويقي
28	8-2 أبعاد عناصر المزيج التسويقي
36	9-2 أهمية عناصر المزيج التسويقي
37	10-2 عناصر المزيج التسويقي في ظل تكنولوجيا المعلومات والاتصالات
38	11-2 مفهوم جودة الرعاية الصحية
39	12-2 أبعاد جودة الرعاية الصحية
43	13-2 أهمية جودة الرعاية الصحية
44	14-2 مجلس اعتماد المؤسسات الصحية
46	15-2 التعريف بالصحة الإلكترونية
48	16-2 أبعاد الصحة الإلكترونية
49	17-2 أهمية الصحة الإلكترونية
50	18-2 أهداف الصحة الإلكترونية
51	19-2 نبذة عن مركز الحسين للسرطان
57	المبحث الثاني: الدراسات السابقة باللغة العربية والانجليزية
	الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات
83	1-3 المقدمة
83	2-3 منهج الدراسة
83	3-3 مجتمع الدراسة
84	4-3 عينة الدراسة
84	5-3 وحدة التحليل
84	6-3 المتغيرات الديمغرافية لأفراد عينة الدراسة
91	7-3 أدوات الدراسة ومصادر الحصول على المعلومات
93	8-3 المعالجة الإحصائية المستخدمة
95	9-3 صدق أداة الدراسة وثباتها

الفصل الرابع: عرض نتائج الدراسة وإختبار الفرضيات	
99	1-4 المقدمة
99	2-4 تحليل بيانات الدراسة
111	3-4 تحليل مدى ملائمة البيانات لإفتراضات إختبار فرضيات الدراسة
112	4-4 إختبار فرضيات الدراسة
الفصل الخامس: النتائج والتوصيات	
128	1-5 النتائج
133	2-5 التوصيات
134	3-5 الدراسات المستقبلية
المراجع	
136	المراجع باللغة العربية
142	المراجع باللغة الإنجليزية
الملاحق	
147	ملحق رقم (1) نموذج إستبانة الدراسة
152	ملحق رقم (2) موافقة لجنة الأبحاث في مركز الحسين للسرطان لتوزيع إستبانة الدراسة على عينة الدراسة
153	ملحق رقم (3) شهادة NIH للحصول على موافقة لجنة الأبحاث في مركز الحسين للسرطان لتوزيع إستبانة الدراسة على عينة الدراسة
154	ملحق رقم (2) قائمة بأسماء الأساتذة محكمي إستبانة الدراسة

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
76	ملخص الدراسات السابقة وعلاقتها بالدراسة الحالية	(1-2)
85	خصائص أفراد عينة الدراسة حسب متغير النوع الاجتماعي	(1-3)
86	خصائص أفراد عينة الدراسة حسب متغير الفئة العمرية	(2-3)
87	خصائص أفراد عينة الدراسة حسب متغير المؤهل العلمي	(3-3)
89	خصائص أفراد عينة الدراسة حسب متغير الدخل السنوي	(4-3)
90	خصائص أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنسية	(5-3)
96	معامل ثبات الإتساق الداخلي لأبعاد الإستبانة (مقياس كرونباخ ألفا)	(6-3)
100	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير الأجهزة	(1-4)
101	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير البرمجيات	(2-4)
103	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير أمن المعلومات	(3-4)
105	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمتغير الوسيط (المكان)	(4-4)
106	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمتغير الوسيط (الترويج)	(5-4)
108	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمتغير التابع (التعاطف)	(6-4)
110	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمتغير التابع (التوكيد)	(7-4)
112	نتائج إختبار تضخم التباين والتباين المسموح به ومعامل الالتواء	(8-4)
113	إختبار الفرضية الرئيسة الأولى	(9-4)
114	نتائج إختبار الفرضيات الفرعية المنبثقة عن الفرضية الرئيسة الأولى	(10-4)
117	إختبار الفرضية الرئيسة الثانية	(11-4)
118	نتائج إختبار الفرضيات الفرعية المنبثقة عن الفرضية الرئيسة الثانية	(12-4)
121	إختبار الفرضية الرئيسة الثالثة	(13-4)
122	نتائج إختبار الفرضيات الفرعية المنبثقة عن الفرضية الرئيسة الثالثة	(14-4)

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
10	نموذج الدراسة	(1-1)
53	الهيكل التنظيمي لمركز الحسين للسرطان	(1-2)

أثر "تكنولوجيا المعلومات والاتصالات" وعناصر المزيج التسويقي على جودة الرعاية الصحية

"دراسة حالة في مركز الحسين للسرطان - الاردن"

إعداد

رزان علي عمر عبد المهدي

إشراف

د.سمير موسى الجبالي

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات المتمثلة بأبعادها (الأجهزة، البرمجيات وأمن المعلومات) بالإضافة إلى عناصر المزيج التسويقي والتي تتمثل ببعدي المكان والترويج على جودة الرعاية الصحية المتمثلة بالتعاطف والتوكيد، حيث تم اعتماد عينة ملائمة بلغ تعدادها (203) مبحثاً من المدراء في الإدارتين الوسطى والعليا في مركز الحسين للسرطان، وتم الاعتماد في جمع البيانات على الاستبانة التي تم تصميمها لموضوع هذه الدراسة، وتم إجراء الدراسة بأسلوب المنهج الوصفي التحليلي.

وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها: وجود أثر ذي دلالة إحصائية لاستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والتي تمثلت في (الأجهزة، البرمجيات، وأمن المعلومات) على جودة الرعاية الصحية من خلال عناصر المزيج التسويقي في مركز الحسين للسرطان.

وقد أوصت الدراسة:

1- بضرورة العمل على تطوير استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات من حيث

توفير الأجهزة الملائمة لإنجاز العمل.

2- تحسين الأنظمة المستخدمة بالمركز والتي من شأنها أن تساهم في زيادة وسائل الراحة للمرضى.

3- توفير برامج لحماية البيانات والمعلومات الخاصة بالمرضى من السرقة.

4- توفير البيئة المادية لإنجاز العمل بالمركز بكفاءة وفاعلية.

5- توفير وسائل للترويج عن إعلانات المركز وبالتالي رفع الكفاءة بالإجابة على إستفسارات المرضى مما يحقق أفضل الطرق لتوفير الجودة في الرعاية الصحية في مركز الحسين للسرطان.

الكلمات المفتاحية: تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، عناصر المزيج التسويقي، جودة الرعاية الصحية، مركز الحسين للسرطان.

**“The Impact of information communication technology
“ICT” and Marketing Mix on the health care quality”
" King Hussein Cancer Center Case study - Jordan"**

**By
Razan Ali Omar Abed Al-Mohdi**

**Supervision
Dr. Sameer Mousa Al Jabali**

Abstract

This study aimed to identify the impact of use information and communications technology (ICT), with dimensions (hardware, software and information security) in addition to the elements of the marketing mix that include (promotion and place) on the quality of health care (empathy and emphasis), A suitable sample was adopted amounted to (203) responsive of managers in the top and middle management in King Hussein Cancer Center, while the method of gathering the data based on the questionnaire that was designed for the subject of this study. The study was carried out according to the analytical descriptive method style.

However, the study found several results, including: having a statistically significant effect of using information and communication technology and in terms of (hardware, software, and information security) on the quality of health care through the elements of the marketing mix in the King Hussein Cancer Center.

The study recommended action to develop the use of ICT in terms of providing appropriate devices to accomplish work, improve the systems used by the Centre and that will contribute to increase the comfort for patients, providing software for data protection and patient information

from the patients, as well as to provide a physical environment efficiently and effectively, providing promotion tools on announcements to upgrade the answer inquiries from patients which achieves the best ways to provide quality of health care in King Hussein Cancer Center.

Key words: ICT, elements of the marketing mix, and quality of health care, King Hussein Cancer Center

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

(1-1) المقدمة

(2-1) مشكلة الدراسة وأسئلتها

(3-1) أهداف الدراسة

(4-1) أهمية الدراسة

(5-1) فرضيات الدراسة

(6-1) نموذج الدراسة

(7-1) حدود الدراسة

(8-1) محددات الدراسة

(9-1) التعريفات الإجرائية

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

(1-1) المقدمة:

أدى التطور في إستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والاهتمام بعناصر المزيج التسويقي إلى الإستفادة منها في جميع مجالات الحياة وبالأخص في المجال الطبي، حيث يشهد العالم اليوم موجة من التطورات السريعة والتي قامت بدورها في التأثير على جميع مستويات الإقتصاد سواءً أكانت كلية منها أم جزئية وعلى مختلف الأصعدة، مما أدى إلى إجماع المتخصصين على تسميتها بالعولمة، كما أن هذا التطور مستمر لهذه الظاهرة وبالأخص مع بداية النصف الثاني من القرن 20، حيث نجد أن أهم عنصر من عناصر صنع هذه الخصوصية هو ما يسمى بتكنولوجيا المعلومات والاتصالات والتي ساعدت على نشر المبادئ والقيم التكنولوجية الإيجابية في المجتمع، مما يؤدي ذلك إلى تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى وبالأخص في المنظمات الخدمية وغير الربحية والتي تسعى دائماً إلى تحقيق مستوى عال من الجودة في الخدمات، وقد ساهم التقدم في هذا المجال إلى توظيف وإستخدام والإستفادة من تكنولوجيا المعلومات والاتصالات لتسهيل أداء العاملين في تقديم خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرضى في مراكز الرعاية الصحية، وتسهيل معاملات المرضى وتحسينها وبالتالي توفير الوقت والجهد والعبء عليهم (قدايفة، 2015).

إن من أهم المبادرات التي أوجدتها تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الحديثة للمجتمع في مجال الأعمال هو الإنتقال إلى ما يسمى بالمنظمة الرقمية وتوظيف هذه التكنولوجيا لخدمة المنظمات وهياكلها وطرق أداء أعمالها، والتزامن مع التطورات الجديدة فيما يتعلق بالجودة الشاملة لتحسين

الخدمات وتقديمها بكفاءة وفاعلية، وقد إستطاعت منظمات الأعمال متعددة الجنسيات والكبيرة إلى الإستفادة من هذه التكنولوجيا وتوظيفها في تعزيز مكانتها وآدائها من خلال إستخدامها وتبنيها لأنظمة الأعمال الإلكترونية (الذنيات، 2014).

أما من وجهة نظر عثمان (2010) فإن معظم البلدان في جميع أنحاء العالم تسعى إلى إدخال الجودة في تقديم الرعاية الصحية وتحسين آدائها، كما تسعى إلى إرضاء المرضى وذويهم من خلال تلبية حاجاتهم العلاجية وتوفير الرعاية اللازمة والمناسبة لهم، حيث أن الرعاية الصحية هي مجال معقد ويحتاج إلى تطوير ومتابعة بشكل مستمر وبعناية كما تحتاج إلى تدريب العاملين فيها على آلية أداء أعمالهم بالشكل الذي يضمن الدقة في التنفيذ، ومن المهم معرفة أن الجودة في الرعاية الصحية هي عملية وليست برنامجاً، حيث أن البرنامج له بداية ونهاية ولكن العملية مستمرة ولا نهاية لها، كما ينبغي على مراكز الرعاية الصحية العمل على تحسين جودتها وتطويرها وتقديمها وتقييمها ورصدها بإستمرار وتعزيزها للوقاية من الأمراض وبالتالي تحقيق رضى المرضى.

إن عناصر المزيج التسويقي الخدمي أدت إلى فهم ظاهرة متنامية في الصحة العامة وإستخدامها، فإن العديد من المنظمات ما زالت مترددة في تبني هذا النهج، حيث أن منظمات الصحة العالمية لديها تاريخ مسبق لمفهوم التسويق كوسيلة لتعزيز الأهداف التنظيمية التي تتطوي على تعزيز السلوك ومع ذلك فإنها تستخدم مجموعة متنوعة من الممارسات بما في ذلك التسويق الإجتماعي ونشر أفكار الصحة العامة لمكافحة العديد من المخاطر الصحية والسلوكيات السلبية والمتزايدة والغير مقبولة إجتماعياً (Baskin, 2012).

ومن هذا المنطلق تسعى هذه الدراسة إلى توضيح مدى تبني وإستخدام مركز الحسين للسرطان لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات وعناصر المزيج التسويقي بكفاءة وفاعلية وأثرها على جودة الرعاية الصحية، وما هي المشاكل أو العقبات التي من المتوقع أن تواجهه في إستخدام مثل هذه الأنظمة أو التقنيات وتأثيرها على جودة الرعاية الصحية والتي من الممكن أن تعيق تبنيها من وجهة نظر المدراء في الإدارتين الوسطى والعليا في مركز الحسين للسرطان.

(2-1) مشكلة الدراسة وأسئلتها:

من خلال الإطلاع على العديد من الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الصحة الإلكترونية وبالاخص استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات واثرها على جودة الرعاية الصحية ومنها دراسة (صفاء، وآخرون، 2009) التي أكدت على أن العديد من مراكز الرعاية الصحية تعاني من مشاكل عديدة منها ما يتعلق بالمنظمة نفسها من حيث عدم توفر الإمكانيات الكافية سواءً كانت الإمكانيات بشرية أو مادية، ومنها ما قد يعود إلى عوامل أخرى مثل ضعف الوعي الصحي لدى المرضى وعدم توفر الفرص الكافية للعلاج مما قد يؤدي ذلك إلى ضعف في مستوى الخدمات المقدمة للمرضى، وبالإضافة إلى ذلك فإن هناك تفاوت بين منظمات ومؤسسات الرعاية الصحية في إستخدام هذه التقنيات ويعتمد ذلك على الكثير من العوامل منها الإقتصادية والإدارية والبيئية والإجتماعية وغيرها؛ وكذلك الدراسة التي قام بها (Noureldin, et.al., 2013) لقياس مدى النجاح في إستخدام أعمال وتقنيات الصحة الإلكترونية والجودة في التوثيق للمعلومات الطبية في مؤسسات ومنظمات الرعاية الصحية الذي يحقق العديد من المزايا والفوائد ومنها (الدقة في تشخيص العديد من الأمراض، تقليل العبء على المرضى وذلك بتقليل وقت الإنتظار للحصول على العلاج، إدارة ناجحة للمنظمة، تحسين

عملية إتخاذ القرارات التابعة للمنظمة، تحسين عملية إدارة أعمال المنظمات، تقليل التكاليف والإستغلال الأمثل للموارد المتاحة....الخ).

ومن خلال عمل الباحثة في مركز الحسين للسرطان - الأردن متمثلاً بمجتمع هذه الدراسة ومن خلال الدراسات السابقة التي تم الرجوع إليها والتي لها علاقة بموضوع هذه الدراسة فقد تبين أن هناك مشاكل في إستخدام أنظمة الصحة الإلكترونية والتي تعمل على إستخدام تكنولوجيا المعلومات والإتصالات (ICT) وعناصر المزيج التسويقي التي قد تؤثر في دورها على تحقيق الجودة في الرعاية الصحية. وبناءً عليه فإنه يمكن توضيح مشكلة الدراسة بالإجابة على الأسئلة التالية:

السؤال الرئيسي الأول: هل يوجد أثر لإستخدام تكنولوجيا المعلومات والإتصالات والتي تتضمن (الأجهزة، البرمجيات، أمن المعلومات) على جودة الرعاية الصحية في مركز الحسين للسرطان، وينبثق عن هذا السؤال الأسئلة الفرعية التالية:

- 1- هل يوجد أثر للأجهزة (H.W) على جودة الرعاية الصحية في مركز الحسين للسرطان.
- 2- هل يوجد أثر للبرمجيات (S.W) على جودة الرعاية الصحية في مركز الحسين للسرطان.
- 3- هل يوجد أثر لأمن المعلومات (Security) على جودة الرعاية الصحية في مركز الحسين للسرطان.

السؤال الرئيسي الثاني: هل يوجد أثر لإستخدام تكنولوجيا المعلومات والإتصالات والتي تتضمن (الأجهزة، البرمجيات، أمن المعلومات) على عناصر المزيج التسويقي في مركز الحسين للسرطان، وينبثق عن هذا السؤال الأسئلة الفرعية التالية:

- 1- هل يوجد أثر للأجهزة (H.W) على عناصر المزيج التسويقي في مركز الحسين للسرطان.

2- هل يوجد أثر للبرمجيات (S.W) على عناصر المزيج التسويقي في مركز الحسين للسرطان.

3- هل يوجد أثر لأمن المعلومات (Security) على عناصر المزيج التسويقي في مركز الحسين للسرطان.

السؤال الرئيسي الثالث: هل يوجد أثر لعناصر المزيج التسويقي بأبعاده (المكان والترويج) على جودة الرعاية الصحية في مركز الحسين للسرطان، وينبثق عن هذا السؤال الأسئلة الفرعية التالية:

1- هل يوجد أثر للمكان كعنصر من عناصر المزيج التسويقي على جودة الرعاية الصحية في مركز الحسين للسرطان.

2- هل يوجد أثر للترويج كعنصر من عناصر المزيج التسويقي على جودة الرعاية الصحية في مركز الحسين للسرطان.

السؤال الرئيسي الرابع: هل يوجد أثر لإستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على جودة الرعاية الصحية من خلال عناصر المزيج التسويقي (كمتغير وسيط) في مركز الحسين للسرطان.

(3-1) هدف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحديد أثر إستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات وعناصر المزيج التسويقي على جودة الرعاية الصحية من خلال ما يلي :

1. تحديد أهم العوامل المؤثرة في إستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات مثل الأجهزة، البرمجيات

وأمن المعلومات من وجهة نظر المدراء في الإدارتين الوسطى والعليا في مركز الحسين للسرطان.

2. معرفة الأثر المباشر لتطبيق تكنولوجيا المعلومات والاتصالات وعناصر المزيج التسويقي على

جودة الرعاية الصحية في مركز الحسين للسرطان.

3. التعرف على مدى إهتمام وتطبيق الإدارة في مركز الحسين للسرطان لجودة الرعاية الصحية وبالتالي تحسين صورة المنظمة.

(4-1) أهمية الدراسة:

تبرز أهمية هذه الدراسة من خلال ما يلي:

1. توفير الوقت والجهد والبعد المكاني في ممارسة أعمال الصحة الإلكترونية بما في ذلك الحصول على التقارير الخاصة بالمرضى بشكل فوري مما يؤدي ذلك إلى تحسين وزيادة الجودة في الرعاية الصحية.

2. تحقيق الميزة التنافسية بين مراكز الرعاية الصحية وخاصة المراكز التي تتبنى أنظمة الصحة الإلكترونية وذلك من أجل تحسين صورة المنظمة من خلال تحسين الجودة في الرعاية الصحية المقدمة.

3. الأهمية العلمية: تعتبر هذه الدراسة من المراجع المهمة للمهتمين في مجالات البحوث العلمية، حيث أن الصحة الإلكترونية عانت من قلة الدراسات العربية مثل دراسة (الذنيبات، 2014) ودراسة (الطويل وآخرون، 2010) ولهذا السبب تعتبر هذه الدراسة من المراجع المهمة في مجال الصحة وبالأخص الصحة الإلكترونية.

4. الأهمية العملية: تكمن أهمية هذه الدراسة في أنها قد تساعد المدراء في الإدارتين الوسطى والعليا في مركز الحسين للسرطان للتعرف على مواضع القوة والضعف بما يخص أنظمة الصحة المستخدمة حالياً للعمل على تحسين الجودة في الرعاية الصحية وبالتالي تحسين صورة المنظمة.

5. الأهمية للمجتمع المحلي: يعتبر مركز الحسين للسرطان بكافة الدوائر والأقسام التابعة له من الركائز الأساسية التي تهتم في إعالة مرضى السرطان في كافة النواحي التعليمية والصحية والنفسية والخدماتية وغيرها.

(5-1) فرضيات الدراسة:

الفرضية الرئيسة الأولى: (H_{01}) لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على جودة الرعاية الصحية عند مستوى دلالة إحصائية $\alpha \leq 0.05$. وينبثق من هذه الفرضية الفرضيات الفرعية التالية:

($H_{01.1}$) لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند $\alpha \leq 0.05$ للأجهزة (H.W) على جودة الرعاية الصحية.

($H_{01.2}$) لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند $\alpha \leq 0.05$ للبرمجيات (S.W) على جودة الرعاية الصحية.

($H_{01.3}$) لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند $\alpha \leq 0.05$ لأمن المعلومات (Security) على جودة الرعاية الصحية.

الفرضية الرئيسة الثانية: (H_{02}) لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على عناصر المزيج التسويقي عند مستوى دلالة إحصائية $\alpha \leq 0.05$. وينبثق من هذه الفرضية الفرضيات الفرعية التالية:

($H_{02.1}$) لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند $\alpha \leq 0.05$ للأجهزة (H.W) على عناصر المزيج التسويقي عند.

(H_{02.2}) لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند $\alpha \leq 0.05$ للبرمجيات (S.W) على عناصر المزيج التسويقي.

(H_{02.3}) لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند $\alpha \leq 0.05$ لأمن المعلومات (Security) على عناصر المزيج التسويقي.

الفرضية الرئيسة الثالثة: (H₀₃) لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لعناصر المزيج التسويقي على جودة الرعاية الصحية عند مستوى دلالة إحصائية $\alpha \leq 0.05$. وينبثق من هذه الفرضية الفرضيات الفرعية التالية:

(H_{03.1}) لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند $\alpha \leq 0.05$ للمكان على جودة الرعاية الصحية.

(H_{03.2}) لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند $\alpha \leq 0.05$ للترويج على جودة الرعاية الصحية.

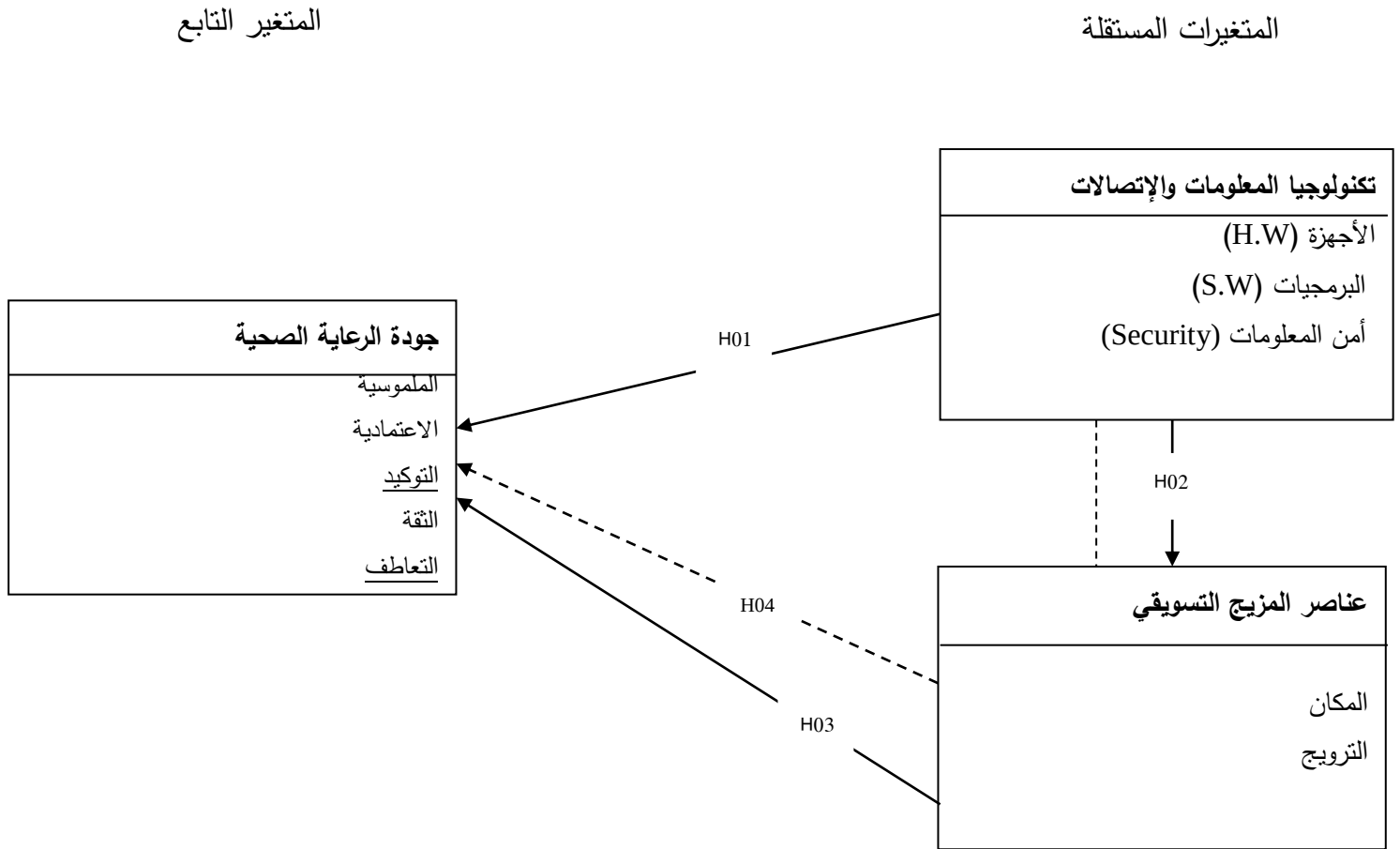
الفرضية الرئيسة الرابعة: (H₀₄) لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإستخدام تكنولوجيا المعلومات

والإتصالات على جودة الرعاية الصحية من خلال عناصر المزيج التسويقي (كمتغير وسيط) عند مستوى دلالة إحصائية $\alpha \leq 0.05$.

(6-1) أنموذج الدراسة

طور هذا النموذج إعتماًداً على العديد من الدراسات السابقة التي تم مراجعتها حيث تم إعتماًداً هذه العوامل بناءً على تكرارها في أغلب الدراسات السابقة، إضافةً إلى الإعتماًداً على طبيعة العمل في بيئة مركز الحسين للسرطان وهو مجتمع الدراسة، وفيما يلي الدراسات التي تم الإعتماًداً عليها لتطوير هذا النموذج: (الذنيبات، 2014)، (Noureldin, 2013)، (سيف، 2013)، (Baskin, 2012)، (Aponte, 2011)، (قاسم وآخرون، 2013)، (الطويل وآخرون، 2010).

الشكل (1-1): أنموذج الدراسة



تنقسم حدود الدراسة الحالية إلى:

الحدود المكانية: تتمثل الحدود المكانية لهذه الدراسة في مركز الحسين للسرطان في عمان - الأردن.

الحدود البشرية: إن الحدود البشرية لهذه الدراسة تتمثل بالمدرء في الإدارتين الوسطى والعليا في مركز الحسين للسرطان.

الحدود الزمنية: تم إنجاز هذه الدراسة خلال عام (2016 م).

الحدود العلمية: ركزت هذه الدراسة على تحديد أبعاد معوقات تطبيق الجودة في الرعاية الصحية وأثرها على تبني واستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات وعناصر المزيج التسويقي في منظمات الرعاية الصحية وتجاهلت العديد من العوامل التي قد يكون لها أثر على التبني للصحة الإلكترونية.

(8-1) محددات الدراسة:

1. قلة المؤسسات والمراكز الصحية العاملة بأنظمة الصحة الإلكترونية، والتي تعمل على استخدام

تكنولوجيا المعلومات والاتصالات وعناصر المزيج التسويقي لتحسين جودة الرعاية الصحية.

2. عدم إمكانية تعميم نتائج هذه الدراسة على منظمات الرعاية الصحية جميعها كون أن هذه الدراسة

إقتصرت على المنظمات الصحية المستخدمة والمطبقة لأنظمة الصحة الإلكترونية ومنها مركز

الحسين للسرطان.

(9-1) مصطلحات الدراسة:

تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (ICT):

يعتبر مصطلح تكنولوجيا المعلومات والاتصالات مصطلحاً مرادفاً وموسعاً لتكنولوجيا

المعلومات (IT) ولكنه يعتبر أكثر تحدياً لأنه يركز على دور الاتصالات الموحدة (Unified

(Communications) وعلى تكامل الإتصالات (Telecommunication) والتي تتمثل بخطوط الهاتف، الإشارات اللاسلكية، أجهزة الكمبيوتر، المشاريع والبرامج اللازمة (Enterprise Software)، التخزين، الأنظمة السمعية والبصرية والتي بدورها تمكن المستخدمين من الوصول إليها وتخزين ونقل ومعالجة البيانات والمعلومات (Foldoc, 2013).

عناصر المزيج التسويقي:

عرف كل من (Waterschoot & Bulte, 1992)، عناصر المزيج التسويقي بأنها إطار عمل يساعد في وضع منهجية للتعامل مع الأسواق الخدمية والغير خدمية، فالمزيج هو مجموعة من المتغيرات التي تعرض على الزبون وتتضمن ميزات المنتج أو الخدمة، ومدى توفره للمكان والزمان الذي سيتم فيهما (العرض، التوصيل، التقديم أو التوزيع) والإنطباع الذي يولده المنتج (كيفية الترويج)، والثمن الذي سيتم وضعه.

جودة الرعاية الصحية:

إن جودة الرعاية الصحية تتمثل بالعمل على توفير الرعاية الصحية اللازمة بالوقت المناسب وبأفضل الطرق والإجراءات، والعمل على تقديمها للشخص المناسب وذلك بهدف الوصول لأفضل النتائج لكل مريض بشكل خاص وللمجتمع بشكل عام، حيث تتطلب الجودة في الرعاية الصحية توفير السلامة من خلال تفادي إصابة المرضى بالضرر خلال تقديم الرعاية اللازمة لهم في الوقت المحدد وتقليل فترة الإنتظار للمريض (المجلس الأعلى للصحة، 2014).

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

المبحث الأول: الإطار النظري

(1-2) المقدمة

(2-2) مفهوم تكنولوجيا المعلومات والاتصالات

(3-2) أبعاد تكنولوجيا المعلومات والاتصالات

(4-2) أهمية تكنولوجيا المعلومات والاتصالات

(5-2) خصائص تكنولوجيا المعلومات والاتصالات

(6-2) تطور تكنولوجيا المعلومات والاتصالات

(7-2) مفهوم عناصر المزيج التسويقي

(8-2) أبعاد عناصر المزيج التسويقي

(9-2) أهمية عناصر المزيج التسويقي

(10-2) عناصر المزيج التسويقي في ظل تكنولوجيا المعلومات والاتصالات

(11-2) مفهوم جودة الرعاية الصحية

(12-2) أبعاد جودة الرعاية الصحية

(13-2) أهمية جودة الرعاية الصحية

(14-2) مجلس اعتماد المؤسسات الصحية

(15-2) التعريف بالصحة الإلكترونية

(16-2) أبعاد الصحة الإلكترونية

(17-2) أهمية الصحة الإلكترونية

(18-2) أهداف الصحة الإلكترونية

(19-2) نبذة عن مركز الحسين للسرطان

المبحث الثاني: الدراسات السابقة باللغة العربية والإنجليزية

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

(1-2) المقدمة:

سيتم إستعراض ما يخص متغيرات الدراسة من خلال ما ورد في الأدبيات المتخصصة، وذلك من أجل صياغة الإطار النظري لهذه الدراسة، وتم تقسيم هذا الفصل إلى قسمين:

الأول: الإطار النظري في إستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (ICT) وعناصر المزيج التسويقي وأثرها على جودة الرعاية الصحية في مركز الحسين للسرطان من حيث المفهوم والأبعاد والأهمية.

الثاني: يتناول مراجعة مضامين الدراسات السابقة وتحديد ما يميزها عن الدراسة الحالية.

أولاً: تكنولوجيا المعلومات والاتصالات

(2-2) مفهوم تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (ICT):

شهدت تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في السنوات الأخيرة تطورات سريعة ومباشرة على الثورة الرقمية وعلى نمط الحياة الإنسانية على كل من الصعيد الثقافي والاجتماعي، والتي تسعى إلى إستغلال الإمكانيات الموفرة والتي تتجدد بإستمرار، حيث تعتبر التكنولوجيا من أكثر المصطلحات تداولاً في الوقت الحالي، غير أنها تزداد شيوعاً إستخدامها ويزداد الغموض في فهمها، فهذا الموضوع لا يزال يطرح العديد من التساؤلات بشأن وضع وتوضيح مفهوم لها من طرف المختصين بعلم الإقتصاد (Aponte, 2011).

كما عرف قنديلجي والسامرائي (2002)، مصطلح تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على أنه جميع أنواع الوسائل التي يتم إستخدامها لإنتاج الأدوات والمستلزمات الهامة والضرورية لتوفير سبل الراحة للإنسان في حياته، كما أنه يشير إلى حصيلة التفاعل الدائم بين الطبيعة والإنسان والتي تعمل على زيادة كفاءة هذا التفاعل للعمل على زيادة الإنتاجية بكفاءة وفاعلية وبأقل جهد ووقت.

وعرف الشماع وحمود (2003)، تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على أنها مجموعة من العمليات التي تستخدم كطريقة واضحة لإجراء البحث العلمي والعمل على تحسين التقنيات المستخدمة وتطبيق المعارف المدروسة والمهمة من أجل العمل على تطوير الإنتاجية ، والتي تعمل على دعم الخبرات التي تخلق الإبداع، كما أن لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات الدور الكبير في تمثيل الخلاصة المهمة والمفيدة للأساليب الآلية والمعرفة التي يتم إستخدامها من قبل الأفراد للمساهمة في تحقيق الأهداف المرجوة للمنظمة.

وتعرف تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على أنها مجموعة من الوسائل التي تستخدم (لإنتاج، معالجة، تخزين، إسترجاع وإرسال) المعلومات سواء كانت على شكل صوتي كتابي أو على شكل صور، كما تعرف أيضاً على أنها التكنولوجيا الحديثة التي تستخدم لإيصال المعلومات والأنشطة إلى مجموعة من الأفراد، البيانات، الإجراءات، المكونات المادية، الأجهزة والبرمجيات التي تعمل مع بعضها البعض من أجل الوصول إلى الأهداف المرجوة (الخناق، 2005).

وتتسم تكنولوجيا المعلومات والاتصالات تتسم بالانتشار والسرعة وتشمل على ثلاث مجالات وهي (ثورة المعلومات، ثورة وسائل الإتصال وثورة الحسابات الإلكترونية مثل الإنترنت)، حيث أنها عبارة عن مجموعة من التكنولوجيا المستخدمة في نقل وتخزين البيانات والمعلومات بشكل إلكتروني،

كما أنها مجموعة من الأدوات والوسائل التي تستخدم لمعالجة المحتوى الذي يراد توصيله من خلال عملية الإتصال (نوري، وآخرون، 2008).

وتعرف تكنولوجيا المعلومات والاتصالات بأنها إكتشاف ودراسة المعارف والخبرات التي تلزم الأفراد من أجل العمل على زيادة الإنتاجية للسلع أو الخدمات وتوفير الوسائل المناسبة واللازمة للإنتاج، حيث أن التكنولوجيا بشكل عام هي من الوسائل الديناميكية التي تتطور باستمرار والتي تحتوي على مجموعة من المعارف التي يجب أن تكون لديها القدرة على حل المشاكل بأكملها، كما أنها تمثل الإطار العام لحياة الإنسان، ويشير هذا المصطلح الى أن التكنولوجيا تعتبر كنظام علمي إجتماعي والذي يشمل الأفراد أنفسهم وأشياء أخرى كمجموعة أو كتوليفة واحدة (قندوز وخواني، 2008).

أما من وجهة نظر (Sallai, 2012) وبالتبادل مع تكنولوجيا المعلومات والاتصالات يمكن تعريف مصطلح مهم الا وهو الإتصالات المعلوماتية (Info communications) وهو التوسع في الإتصالات السلوكية واللاسلكية مع معالجة المعلومات والمحتوى على أساس تكنولوجيا رقمية مشتركة.

وبالتالي ترى الباحثة إلى أن تكنولوجيا المعلومات والاتصالات هي جميع أنواع التكنولوجيا التي يتم إستخدامها في تجميع وتشغيل ونقل وتخزين البيانات والمعلومات بشكل إلكتروني، وتشمل على تكنولوجيا وسائل الإتصال وشبكات الربط وغيرها من المعدات التي تستخدم بشدة في الإتصالات، ومن خلال كل هذا نلاحظ بأن ثورة تكنولوجيا الإتصال قد سارت على التوازي مع ثورة تكنولوجيا المعلومات، ولا يمكن الفصل بينهما فقد جمع بينهما ما يسمى بالنظام الرقمي الذي طور إليه نظم الإتصال فترابطت شبكات الإتصال مع شبكات المعلومات (Thomas, 2007).

(2-3) أبعاد تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (ICT):

تتمثل تكنولوجيا المعلومات والاتصالات بمجموعة من الأبعاد ومنها (الأجهزة، البرمجيات، وأمن المعلومات) وسيتم فيما يلي شرح كل واحدة من هذه الأبعاد على حدا:

(2-3-1) الأجهزة (H.W):

عرف محمد وكامل (1999)، الأجهزة على أنها الآلات التي تقوم بمجموعة من العمليات الحسابية والمنطقية على مجموعة من البيانات والرسائل الإلكترونية وعن طريق تحكم البرامج المخزنة بها، كما أنها تتكون من مجموعة من الآلات التي تعمل معاً لتصميم ومعالجة وتشغيل البيانات والمعلومات بالدقة وبالسرعة المطلوبة من خلال قبول البيانات وتخزينها آلياً ومن ثم إجراء العمليات اللازمة لها ثم إستخراج وتلخيص النتائج من خلال برامج معينة تكون مخزنة مسبقاً على هذه الأجهزة. كما تم تعريف الأجهزة على أنها المعدات التي تتوافر وتتواجد اليوم في أي نظام معلوماتي بحيث يحتوي هذا النظام على المكونات المادية في حاسوب واحد على الأقل والذي يمكن أن يكون حاسوباً شخصياً متوسط الحجم أو كبير أو مجموعة من الحواسيب المتنوعة والمتعددة (عبيد وربابعة، 2003).

بالإضافة إلى أن الأجهزة هي التي تشمل على أنواع مختلفة من المكونات والوسائط المادية التي يتم إستخدامها في العمليات والمراحل التي تمر بها البيانات والمعلومات ومنها أجهزة الحاسوب والوسائط والأقراص الضوئية أو الممغنطة والعديد من ملحقات الحواسيب (الغرباوي، 2014).

(2-3-2) البرمجيات (S.W):

حيث عرف عبيد وربيعة (2003)، البرمجيات على أنها مجموعة من الأنظمة التي تعمل على تشغيل الأجهزة والمكونات والمعدات المادية والمعارف والبيانات والمعلومات والإجراءات وتعمل على توضيح وتحديد العمليات التي سوف يتم إنجازها عن طريق الأجهزة، حيث أنها تنقسم الى نوعين:

1. برمجيات التطبيقات: وهي عبارة عن البرمجيات التي تقوم بتشغيل البيانات البيئية المنظمة، ومثال على ذلك البرامج المالية وبرامج الرواتب وغيرها.

2. برمجيات النظم: وهي عبارة عن البرمجيات التي تقوم بتشغيل أجهزة الحاسوب وتدعمها لتكون قادرة على إنجاز وإتمام المهمات الموكلة إليها ومثال على ذلك أن يتم إسترجاع البيانات والمعلومات عند الحاجة إليها، حيث أن البرمجيات عبارة عن مصطلح عام يتم إستخدامه لوصف مجموعة من عمليات الحاسوب المتكاملة للعمل على حل مسألة معينة أو إجراء عملية إحصائية أو للعمل على تصحيحها أو تحريرها، حيث أنه غالباً ما يشمل هذا المصطلح جميع محتويات جهاز الحاسوب عدا المكونات المادية، حيث أن البرمجيات عبارة عن مكونات غير ملموسة داخل جهاز الحاسوب وتشمل أيضاً على مجموعة من الوسائل التقنية المطورة بإستخدام تقنيات مختلفة كلغات البرمجة، ومن أنواع البرمجيات المستخدمة هي المواقع الإلكترونية المطورة مثل لغات HTML,XML,ASP.NET, Java (فينايك، 2008).

وتعرف البرمجيات من وجهة نظر (قدايفة، 2015) على أنها مجموعة من البرامج المتخصصة والتي تعمل على إدارة وتنفيذ العمليات الخاصة بإرسال البيانات والمعلومات من خلال أجزاء من شبكات الحاسوب المختلفة والتي تتمثل بالتالي:

1. أنظمة تشغيل الشبكات: وهي التي تعمل على إدارة شبكة الحاسوب وتتحكم في أعمالها مثل

(windows) NT, unix, Windows 2000, windows 2003 serveur.

2. البرتوكولات: هي عبارة عن مجموعة من البرمجيات التي تحدد الأسس والقواعد والإجراءات التي

يجب الالتزام بها عند القيام بتنفيذ العمليات مثل ترسل البيانات بين الأجهزة الموجودة في شبكة

معينة والتي تعتبر اللغة الموحدة التي يتخاطب من خلالها الأطراف المعنية بالتراسل.

3. البرامج التطبيقية: هي التي تسمح بعرض وتصفح المحتويات الخاصة بالشبكة والإطلاع على

البيانات الخاصة بها.

4. قنوات وسائط الإتصال: هي عبارة عن الوسائل التي يتم من خلالها ربط الحاسبات الآلية مع

بعضها البعض، وهي أيضاً الممرات التي يتم إرسال البيانات عن طريقها.

(2-3-3) أمن المعلومات (Security):

تم تعريف مصطلح أمن المعلومات على أنه مجموعة من التقنيات والمفاهيم الإدارية والتقنية التي

يتم إستخدامها لتوفير الحماية للبيانات والمعلومات من الوصول غير المسموح به لها سواء كان بقصد

أو بغير قصد بحيث يكون هدفه إلحاق الضرر بالمعلومات أو الكشف عنها أو التلاعب بها أو حذفها

أو سوء إستخدامها (McDaniel, 1994).

كما عرف (Maiwald, 2007) أمن المعلومات على أنه عبارة عن العملية التي يتم من خلالها

توفير الحماية للمعلوماتية الرقمية والهدف منها هو توفير الحماية للخصوصية وضمان إستمراريتها،

ومن خلال هذه الأهداف يتم توفير الحماية من جميع أنواع التهديدات الأمنية لتحقيق أهداف المنظمة

المرجوة، حيث أن التهديد الأمني هو الدخول الغير المخول به من قبل جهات معينة غير مرغوب بها.

حيث ظهر مصطلح أمن المعلومات مع تطور التكنولوجيا ووسائل تخزين البيانات والمعلومات وتبادلها بطرق مختلفة أو ما يسمى بنقل البيانات والمعلومات عبر شبكة الإنترنت من موقع لآخر حيث أصبح النظر إلى أمن تلك البيانات والمعلومات بشكل في غاية الأهمية، حيث أنه يمكن تعريف أمن المعلومات على أنها العلم الذي يعمل على توفير الحماية للمعلومات من المخاطر والتهديدات التي تواجهها أو الإعتداء عليها من قبل منظمات معينة وذلك من خلال توفير الأدوات والوسائل اللازمة لحماية المعلومات من المخاطر الداخلية أو الخارجية، حيث أنها من المعايير والإجراءات المتخذة لمنع وصول المعلومات إلى أيدي أشخاص أو منظمات غير مخول لهم بذلك عبر شبكات الاتصالات ولضمان أصالة وصحة ودقة هذه الاتصالات، وأن حماية المعلومات هو أمر قديم ولكن بدأ إستخدامه بشكل فعلي منذ بدايات التطور في التكنولوجيا، ويرتكز أمن المعلومات على (أنظمة حماية نظم التشغيل، أنظمة حماية البرامج والتطبيقات، أنظمة حماية قواعد البيانات، أنظمة الحماية عند الدخول إلى هذه الأنظمة) حيث أن أبسط أنواع الحماية هي إستخدام نظام التعريف بشخص المستخدم، وتوثيق الإستخدام ومشروعيته، هذه الوسائل تهدف إلى ضمان إستخدام النظام أو الشبكة من قبل الشخص المخول بالإستخدام وتضمن هذه الطائفة كلمات السر بأنواعها والبطاقات الذكية المستخدمة للتعريف ... الخ (Raji and Ladani, 2010).

كما تم تعريف أمن المعلومات من وجهة نظر (الحميد ونيو، 2007) على أنها توفير الحماية لجميع أنواع البيانات والمعلومات والمصادر والأدوات التي يتم التعامل معها وتتم معالجتها مثل الأجهزة، وسائط التخزين والأفراد والحفاظ عليها من التزوير والتلف والضياع والسرقة والإختراق من خلال أتباع الإجراءات الوقائية والأمنية.

وعرف (الخشالي وقطب، 2007) أمن المعلومات على أنها مجموعة من الإحتياجات الوقائية والإجرائية التي يتم توفرها وتتبعها من قبل المنظمة للحفاظ على سرية وأمن البيانات والمعلومات وحمايتها من السرقة أو التلّف.

(2-4) أهمية تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (ICT):

إن تكنولوجيا المعلومات والاتصالات تعمل على توفير أداة قوية لتفادي الإنقسام بين البلدان الغنية والفقيرة والذي يتمثل بالفقر، والجوع، والمرض، والتدهور البيئي، حيث يمكن لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات توصيل منافع القراءة والكتابة والتعليم والتدريب إلى أكثر المناطق التي تبتعد عنها التكنولوجيا والتطور، فمن خلال تكنولوجيا المعلومات والاتصالات تتمكن منظمات الرعاية الصحية من التوصل إلى أفضل المعلومات والمعارف المتاحة في البلدان الأخرى، كما يمكن لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات نشر الرسائل الخاصة بالعديد من المشاكل المتعلقة بالأشخاص والمنظمات وغيرها، بالإضافة إلى أن تكنولوجيا المعلومات والاتصالات تؤدي إلى زيادة قدرة الأفراد على الإتصال وتبادل المعلومات والمعارف وترفع من فرصة تحول العالم إلى مكان أكثر سلماً وتطوراً لجميع سكانه، حيث تمكن تكنولوجيات المعلومات والاتصالات الأشخاص المعزولين من أن يدلوا بدلوهم في المجتمع العالمي، بغض النظر عن النوع أو مكان السكن وبوسعها تمكين الأفراد والمجتمعات والبلدان من تحسين مستوى حياتهم على نحو يضمن أداء الأعمال بشكل أكثر كفاءة وفعالية، ويمكنها أيضاً المساعدة على تحسين كفاءة الأدوات من خلال الشفافية في الوصول إلى المعلومات، كما أنها تستخدم للإشارة إلى التقارب بين الشبكات السمعية والبصرية والهاتف مع شبكات الكمبيوتر من خلال نظام ربط موحد، حيث أن هناك حوافز إقتصادية كبيرة لدمج الأنظمة السمعية

والبصرية وإدارة المباني وشبكة الهاتف مع نظام شبكة الكمبيوتر باستخدام نظام موحد وتوزيع وإستغلال الإشارات، ومن هنا يتبين أن لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات دور مهم في تعزيز التنمية البشرية والإجتماعية والثقافية، وذلك لخصائصها المتميزة والأكثر كفاءة من وسائل الإتصال التقليدية، فتكنولوجيا المعلومات والاتصالات واسعة الإنتشار وتتخطى بذلك الحدود الجغرافية للدول لتصل إلى أي نقطة في العالم عجزت أن تصل إليها وسائل الإتصال التقليدية والقديمة، كما أنها تمتاز بكثرة ووفرة وتنوع المعلومات في أي مكان وزمان وبتكلفة منخفضة، لذا فإنه من الضروري الإهتمام بتكنولوجيا المعلومات والاتصالات وتطويرها وإستخدامها بشكل فعال، مع تدريب وتعليم الأفراد على كيفية إستخدامها وتوعيتهم بأهميتها في التنمية والتطوير ومن خلال إبراز أهميتها على كل من الصعيد الجزئي والكلي (Kelly, 1997).

كما تتسم تكنولوجيا المعلومات والاتصالات بالعمل على تحقيق السرعة في أداء الأعمال والرفاهية لدى الأفراد حيث أنها تسعى إلى إحداث التطورات بإستمرار، والعمل على توفير خدمات الإتصالات بمختلف أنواعها، وخدمات التعليم والتثقيف المستمر وتوفير المعلومات اللازمة للأشخاص والمنظمات المعنية، حيث أنها جعلت العالم وكأنه قرية صغيرة بحيث يستطيع أفراد الإتصال فيما بينهم بسهولة وسرعة ويتبادلون المعلومات في أي وقت وفي أي مكان، كما أن أهمية تكنولوجيا المعلومات والاتصالات تمتاز في الإنتشار الواسع وقدرة التحمل سواء بالنسبة لعدد الأشخاص المشاركين أو المتصلين أو بالنسبة لحجم المعلومات والبيانات المنقولة، كما أنها تتسم بسرعة الأداء وسهولة الإستعمال وتنوع الخدمات (Tennakoon, 2011).

(2-5) خصائص تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (ICT):

تميزت تكنولوجيا المعلومات والاتصالات عن غيرها من التكنولوجيا الأخرى من خلال مجموعة من الخصائص التي تم تلخيصها من وجهة نظر (النجار، 2009) ومنها مايلي:

1. **تقليل الوقت:** حيث أن التكنولوجيا تجعل الأماكن متجاورة وقريبة من بعضها البعض وذلك يؤدي إلى اختصار الوقت عند تبادل البيانات والمعلومات.
2. **تقليص المكان:** حيث تستوعب وسائل التخزين حجما هائلا من البيانات والمعلومات التي من الممكن تخزينها والرجوع إليها بسهولة.
3. **التطور:** وذلك من خلال توفير السرعة حيث أنها الوتيرة الأساسية في تطور تكنولوجيا المعلومات والاتصالات.
4. **الذكاء الاصطناعي:** وهو من أهم ما يميز تكنولوجيا المعلومات والاتصالات حيث يتم تطوير المعرفة وفرص تكوين المستخدمين من أجل زيادة الشمولية وكذلك التحكم في عملية الانتاج.
5. **تكوين شبكات الاتصال:** حيث أنها تتواجد مجموعة من التجهيزات التي تساعد في تكوين شبكات الإتصال، وهذا ما يؤدي إلى الزيادة من تدفق البيانات والمعلومات بين المستخدمين.
6. **التفاعلية:** أي أن مستعملي تكنولوجيات المعلومات والاتصالات يمكن أن يكونوا كمستقبل ومرسل في نفس الوقت حيث أن المشتركين في عملية الإتصال يستطيعون أن يتبادلوا الأدوار فيما بينهم وهو الذي يسمح بخلق نوع من التفاعل بين الأفراد والمؤسسات.
7. **اللاتزامنية:** وتعني إمكانية إستعمال الرسالة المتبادلة بين المرسل المستقبل في أي وقت يناسبهم، فمتلقي الرسالة غير مطالب باستخدامها في الوقت نفسه، مثل البريد الإلكتروني.

8. **اللامركزية:** وهي خاصية تسمح بالإستقلالية لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات، مثل الإنترنت

الذي يتمتع بالإستمرارية في عمله في كل الأحوال، فلا تستطيع أي جهة أن تعطل الإنترنت

على مستوى العالم بأكمله حيث أنه لا يوجد متحكم رئيسي به.

9. **قابلية التوصيل:** وتعني الإمكانية في الربط بين الأجهزة المتنوعة في الصنع بغض النظر عن

المؤسسة أو البلد الذي تم فيها التصنيع.

10. **قابلية التحرك أو الحركية:** حيث أنه يمكن للمستخدم أن يستفيد من خدماتها خلال تنقلاته في

أي

مكان من خلال وسائل الإتصال الكثيرة مثل الحاسب الآلي النقال والهاتف النقال وغيرها.

11. **قابلية التحويل:** وهي الإمكانية في نقل المعلومات من وسيط إلى وسيط آخر، كالقدرة على

تحويل الرسالة المسموعة إلى رسالة مقروء أو مطبوعة والعكس.

12. **الاجماهيرية:** وتعني القدرة على توجيه الرسالة إلى فرد أو مجموعة من الأفراد بدل

القيام بتوجيهها إلى جماهير بأعداد ضخمة، وهذا يعنينا أنه بالإمكان التحكم فيها بحيث تصل

مباشرة من المرسل إلى المستقبل.

13. **الشيوع أو الإنتشار:** وهو قابلية الشبكة للتوسع لتصبح أكثر شمولية فأكثر لمساحات غير محددة

من العالم.

من خلال ما ذكر سابقاً فإنه يظهر لنا سر القوة في تكنولوجيا المعلومات والاتصالات وكيف أنها

إستطاعت أن تندمج وتتطور في مجريات الحياة اليومية وتواكب المعرفة للأفراد والمؤسسات.

(2-6) تطور تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (ICT):

يشهد العالم اليوم إبتكارات وتطورات عديدة في مختلف ميادين ومجالات الحياة، حيث أن العديد من الدول تسعى إلى مواكبة التطورات الحاصلة وبالأخص تلك التي تختص في مجال تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، فأصبحت هذه التكنولوجيا من أهم المدخلات الخاصة بالعملية الإنتاجية، وإنطلاقاً من هنا أصبح هناك تحول من الإقتصاد الصناعي إلى الإقتصاد الرقمي المبني على أساس الأجهزة والمعدات الرقمية الحديثة حيث تم الإعتماد عليها بشكل كبير في جميع مراحل العمليات الخاصة بتكنولوجيا المعلومات والاتصالات على شبكة الإنترنت، حيث أن الأفراد أصحاب المعرفة واللذين يتابعوا تاريخ البشرية يجدوا أنها قد مرت بعدة تطورات وثورات وكان آخرها وأهمها ثورة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات التي قد أحدثت أنقطاع ما بين كل ما هو قديم واستبدلته بالجديد والعصري ويعود الفضل في ذلك إلى تراكم المعرفة ووسائل الحصول عليها وطرق تداولها بحيث أصبحت المعلومات هي المورد الأكثر أهمية وفائدة مقارنة مع باقي الموارد الكلاسيكية والتقليدية، كما أن المعلومات قد تؤدي إلى ربح العدو في المعركة، وأخيراً حصلت تطورات سريعة وكبيرة أدت إلى ظهور العديد من هذه الإختراعات والإبتكارات غير المسبوقة تاريخياً بمختلف العصور والتي أثرت على الحياة بمختلف نواحيها ومجالاتها ومن الأمثلة على هذه التطورات ميزت وقتنا الحالي وهي الديناميكية التي عرفها المجال التكنولوجي بشكل خاص وتلك التي تتعلق بالمعالجة للبيانات والمعلومات وطرق بثها وبالأخص ما يعرف بتكنولوجيا المعلومات والاتصالات والتي كان لها تأثير كبير في مختلف القطاعات والنشاطات، مما أدى إلى ظهور ما يعرف اسمه بالثورة المعلوماتية، حيث أصبحت تشكل

المورد الأساسي الذي يتحكم في تيسير جميع النشاطات والعمليات دون بحوية ودون ظهور المشاكل (قدايفة، 2015).

ثانياً: عناصر المزيج التسويقي

(2-7) مفهوم عناصر المزيج التسويقي:

يعتبر الباحثون أن دراسة عناصر المزيج التسويقي هو من الدراسات الصعبة، ويعود السبب في ذلك إلى أنه من المصطلحات الحديثة، وعليه فإنها تعاني من قلة المراجع الخاصة بها، كما أنه يرتبط بالعديد من المجالات الحديثة كعلم النفس وعلم الاجتماع، حيث أن فلسفة عناصر المزيج التسويقي قائمة على مبدأ الاستفادة وتوظيف أدوار منهجية في عملية التغيير الاجتماعي والسلوكيات والأفكار بناءً على رؤية المنظمة لتحسين طبيعة المنظمات في أداء أعمالها (عائش، 2005).

يعرف المزيج التسويقي الخدمي من وجهة نظر (Barion, 2006) وبالإتفاق مع الباحثين في مجال التسويق على أنه يتكون من أربعة عناصر أساسية تسمى إختصاراً لـ 4 P's وهي (المنتج، السعر، الترويج والمكان)، أما في قطاع الخدمات فقد تم إضافة ثلاثة عناصر جديدة والتي أصبح يطلق عليها إسم الـ (7Ps) للمزيج التسويقي الخدمي والعناصر المضافة هي (المشاركون، العملية والدليل المادي للخدمة).

حيث عرف (Alexa, et.al., 2012) عناصر المزيج التسويقي بأنها العناصر التي يتم إستعمالها وتحديدها لمبادئ الـ 4 P's وذلك لتطبيقها على الموقع الإستراتيجي لمنتج أو خدمة ما في سوق معين، حيث تم وضع المبدأ الأساسي لعناصر المزيج التسويقي في عام 1948 من قبل جايملس كوليتون الذي إقترح أن يتم تحديد القرارات في التسويق بناءً على وصفة، وفي عام 1953 قام نيل

بوردن رئيس نقابة المسوقين الأمريكيين في ذلك الوقت بإطلاق إسم Marketing Mix على هذه الوصفة، وفي عام 1960 قام [جيروم مكارثي](#) بوضع هذه العناصر التي تبدأ جميع كلماتها بحرف P باللغة الإنجليزية وكانت هذه العناصر أربعة في ذلك الوقت فسميت بالـ 4 P's.

وبالتالي يمكن التوصل إلى أن عناصر المزيج التسويقي تهتم في التسويق على أن تستطيع من خلاله عمل التوليفه اللازمه للوصول الي أقصى درجه من رضا العميل متلقي الخدمة، على أن يتم الجمع ما بين العناصر السبعة التي تتمثل بالـ 7 P's وهو أول حرف p من السبع كلمات التالية (product, price, promotion, (place, People, Process and Physical evidence

(2-8) أبعاد عناصر المزيج التسويقي:

من وجهة نظر قدايفة (2015) يرى الباحثون أصحاب المعرفة بعناصر المزيج التسويقي والممارسون له أن عناصر المزيج التسويقي السبعة تعد الشريان الرئيسي والحيوي للبرامج التسويقية في المؤسسات الخدمية وإذا تم الإهمال في أحدها قد يؤدي ذلك إلى فشل في البرنامج التسويقي المتبع والخاص بالمؤسسة الخدمية، كما تسعى المؤسسات بمختلف أنواعها إلى العمل على تلبية حاجات ورغبات الزبائن بالطرق التي تجعلهم أكثر رضا عن السلع والخدمات المقدمة لهم أكثر من منافسيها، وذلك من خلال الإعتماد على مجموعة من الأدوات والأنشطة التي تعتبر المكون الأساسي للعملية التسويقية التي يتم إستخدامها من قبل أصحاب الخبرات في العملية التسويقية من خلال إتخاذ القرارات المهمة في هذه العملية وبالتالي يتم تحقيق الأهداف المرجوة في الوقت والمكان المناسبين، ويطلق على هذه الأنشطة إسم المزيج التسويقي، والتي يعبر عنها بأنها التوليفة التي تتكون من سبعة

عناصر أساسية والتي عرفها مجموعة من الباحثين على أنها الأدوات التسويقية التي تمكن المؤسسة من التحكم فيها وإستخدامها لإشباع إحتياجات السوق المستهدف وبالتالي إرضاء الزبائن وهذه العناصر هي: المنتج، السعر، الترويج، المكان، الناس، العمليات وأخيراً الدليل المادي، وسيتم شرح كل واحدة من هذه الأبعاد على حدا.

1- المنتج (Product):

هو أي سلعة أو خدمة تنتج على نطاق واسع من قبل شركة أو مصنع أو منظمة بكميات محددة، ومن الأمثلة على ذلك الخدمات في نطاق الفنادق ومن الأمثلة على السلع أجهزة الحاسوب، حيث أن في هذا الإطار فإن المنتج قد يكون في صورة سلعة أو خدمة أو فكرة أو أي تركيبة تجمع بينهم، ويقصد بالمنتج في مفهومه الضيق كل شيء مادي، أو له خصائص مادية يتم بيعه إلى الزبون أو المشتري في السوق، إلا أن المنتج في مفهومه الواسع وفي إطار علم التسويق هو كل شيء مادي ملموس أو غير ملموس يتلقاه الفرد من خلال عمليات التبادل، بمعنى أن المنتج عبارة عن حزمة من خصائص ملموسة وغير ملموسة تنطوي على فوائد أو منافع إجتماعية ونفسية (Alexa, et.al., 2012).

2- السعر (Price):

هو مقدار ما يدفعه الزبون أو المشتري مقابل المنتج أو الخدمة، وقد يعرف السعر بأنه القيمة التي يدفعها المستهلك لبائع السلعة أو الخدمة مقابل الحصول عليها، وفي هذا المعنى يقصد بالسعر بأنه الوحدات النقدية التي يحددها البائع ويرتضى قبولها لقاء السلعة أو الخدمة، ويتم تحديد السعر بعد

دراسة عدد من المتغيرات مثل (المنافسة، سعر المواد الخام، هوية المنتج، التقدير المسبق للسعر من قبل المشتري)، و يعرف السعر أيضا بأنه تلك القيمة التي تم تحديدها من قبل البائع ثمناً لسلعته أو خدمته، ويعرف أيضاً على أنه فن ترجمة قيمة السلعة أو الخدمة في وقت ما إلى قيمة نقدية، فعندما يدفع المستهلك ثمناً لسلعة أو لخدمة يشتريها فلن يحصل في مقابل هذا الثمن على السلعة أو الخدمة فقط بل سيحصل أيضاً على كل ما يقدم مع السلعة من خدمة وإصلاح وصيانة، كما سيحصل على اسم وعلامة تجارية مشهورة وسيحصل على شروط مناسبة للدفع (Alexa, et.al., 2012).

كما يعتبر السعر عنصر من عناصر المزيج التسويقي السبعة الحيوية ويعتبر أيضاً من القرارات الإستراتيجية في قطاع الخدمات، حيث يؤدي تسعير الخدمات إلى ظهور حالة من التفاوض فيما يتعلق بالخدمة المقدمة والعديد من الخدمات الإستشارية وبالأخص أن تسعير الخدمة يتأثر بالوقت الذي تقدم فيه الخدمة ومكان آدائها ووقت العمل عليها بالإضافة إلى أنه يتأثر بالمهارة التي يمتلكها مقدم الخدمة ومكانه، إلى جانب العديد من العوامل الأخرى التي تتمثل بعدد المتقدمين للإستفادة منها ومن مستوى منافستها في السوق والطاقة الإستيعابية لها سواء كانت القصوى منها أو المثلى، ومن أهم الإعتبارات التي تتعلق بالسعر في مجال الخدمات هي مستوى الأسعار، العمولات وشروط الائتمان والدفع، وقد يلعب السعر دور مهم في التمييز بين الخدمات، وعليه فإن إدراك متلقي الخدمة للقيمة المباشرة للخدمة من وقت حصوله على الخدمة وجودتها هي من الإعتبارات المهمة في العديد من نواحي المزيج التسويقي المتعلقة بتسعير الخدمة (قدايفة، 2015).

3- الترويج (Promotion):

ويشمل على جميع نشاطات الإتصال مع الزبائن من الإعلانات، العلاقات العامة، ترويج المبيعات، البريد المباشر والتسويق الخفي، ويتدخل الترويج في جميع ما سبق ذكره من العناصر فمثلاً يتدخل في شكل المنتج وحجمه، كما أن كافة مصروفات الترويج يجب أن تكون مشمولة في عملية تحديد السعر بالإضافة إلى أن مكان الترويج له أهمية بالغة في نجاحه (Alexa, et.al., 2012).

إن الخدمات غير الملموسة قد يصعب الترويج لها من خلال وسائل النشر المتوفرة والمختلفة مثل الصحف والإذاعة والتلفزيون، إذ يجب أن يكون هدف الرسالة الترويجية التركيز على المزايا والمنافع الخاصة بها وتحقيق الإشباع في الخدمة المقدمة أكثر من الخدمة نفسها، حيث تعمل الرسالة الإعلانية للكثير من الخدمات بالتركيز على العديد من الجوانب الملموسة بالخدمة التي يمكن للزبون الإحساس بها ورؤيتها، كما أن الرسالة الترويجية تسمح بإعطاء مجموعة من المعلومات الخاصة بالخدمة مثل مكان توفرها وسعرها وتسمح أيضاً بإعلام الزبون بمعرفة الخدمات الجديدة، وأيضاً تعمل على تحسين سمعة مقدم الخدمة، كما يسمح الإعلان بتقليل الخطر المتوقع عند تلقي الخدمة، فالإعلان يعمل على تحفيز وتشجيع المستخدمين بتقديم أفضل خدمة، كما يعمل على تنشيط الخدمات التي لها دور كبير في عملية المزيج التسويقي للخدمات، وكما يلعب النشر الدور الكبير في عملية المزيج التسويقي للمؤسسات للخدمات وخاصة تلك التي لا يكون هدفها الربح، وذلك لأن الكثير منها لا يستطيع تحمل تكلفة الإعلان (قدايفة، 2015).

وهو أيضاً جزء من عناصر المزيج التسويقي الذي يسعى العديد من المدراء والعاملين في المنظمة الحصول عليه في عملية تطبيق عناصر المزيج التسويقي كما تتيح المنظمة العديد من

الفرص التي يمكن الحصول عليها سواء كانت مزايا مادية أو أخرى، بحيث يتم التعرف على الترويج أو الترفيقات من خلال الإعلان والمعارض ووسائل الإعلام الإجتماعية التي من شأنها أن تسمح للأفراد والمنظمات بتحقيق أقصى قدر من العائد من الإستثمار في ميزانية التسويق الخاصة بها (Chaudhry, et al., 2006).

كما أن المزيج الترويجي يتكون من مجموعة من الطرق المتبعة لإجرائه من وجهة نظر (Hitt, et.al., 2003) ومنها:

- الإعلان (Advertising): وهو رسالة غير شخصية مدفوعة القيمة من قبل شركة معروفة موجهة من خلال وسيلة إعلانية.
- البيع الشخصي (Personal Selling): وهو مقابلة العميل وجهًا لوجه ويتميز بالمرونة ولكنه مكلف وقد يتم الإعتماد على هذا الأسلوب بناءً على نوعية الخدمة أو السلعة.
- تسويق المبيعات (Sales Promotion) : والهدف منه تنشيط المبيعات بمحاولة تخفيض سعرها عن طريق شراء واحدة وإعطاء واحدة بدون مقابل وينصح بإستخدامه في حدود ضيقة وخلال فترة محدودة، لأنه اسلوب لا يتم الإعتماد عليه في بناء إسم المنتج.
- العلاقات العامة (Public Relations) : والهدف منها بناء علاقات طيبة مع البيئة المحيطة التي تشمل الجهات الحكومية والجمهور المستهلك والمساهمين والإعلام وغيرها.

4- المكان (Place):

هو الذي يتم فيه بيع المنتج أو الخدمة والذي يشمل على طرق توزيع المنتج أو الخدمة وإيصاله إلى المشتريين أو الزبائن والكيفية التي تصل بها السلع أو الخدمات إلى العميل المرتقب في المكان والوقت المناسبين والكيفية التي تضمن إدراكها وضمان عملية التبادل من جانب المستهلك أو المشتري ويتناسب نشاط التوزيع مع العديد من الأنشطة المركبة والتي تتمثل في أنشطة التوزيع المادي " اللوجستية " للسلع والخدمات مثل النقل والمناولة والتخزين وإختيار الإستراتيجية الملائمة للتوزيع بشكل مباشر أو عن طريق وسطاء (Alexa, et.al., 2012).

حيث أن عناصر المزيج التسويقي تستهدف منطقة جغرافية معينة أو مجموعة من الافراد أو سوق أو منظمة ما، كما أنه لا يمكن أن تنمو وتتطور عملية التسويق الإجتماعي إذا كانت تقتصر على أبعاد معينة ولا يوجد تنوع وتطور بها، والعمل على تحقيق الميزة التنافسية مع المنظمات في نفس المجال (Condit, et al., 2015).

5- الأشخاص (People):

وهم عبارة عن الأشخاص اللذين يستفيدون من الخدمة التي تقدم لهم و كذلك مزودها بالإضافة إلى مدى التفاعل فيما بينهم أو ما يطلق عليه بالعلاقات التفاعلية التي تبني بين مزود الخدمة و المستفيد منها، كما يتضمن عنصر هذا العنصر العلاقات التفاعلية بين المستفيدين من الخدمة أنفسهم، حيث أن الناس اللذين يقوموا بأداء دور تشغيلي أو إنتاجي في مؤسسة خدمية يشكلون جزءاً مهماً من الخدمة المقدمة كما يساهمون أيضا في إنتاج هذه الخدمة مثل مندوبي المبيعات كما

يتصفون بمجموعة من السمات والصفات المميزة في كثير من المؤسسات الخدمية، فهم يقومون بتقديم الخدمة أو أدائها على أتم وجه بالإضافة إلى دورهم في بيعها، كما أن طريقة إنجاز هذه الخدمة أو أسلوب أدائها يعد حاسماً بالنسبة لبيع الخدمة تماماً كما هو الحال في نشاطات البيع التقليدي، فالدور الذي يلعبه القائمون على عملية تقديم الخدمة خصوصاً في عمليات الإتصال الشخصي يعني أنه على إدارة التسويق أن تعير إهتماماً لقضايا مهمة مثل إختيار العاملين، تدريبهم، تحفيزهم والرقابة عليهم وذلك لأنها تؤمن بأن السر الكامن وراء النجاح للمؤسسات الخدمية هو الإقرار بأن من ذوي الاتصال المباشر بالزبائن هم الجزء الأهم في العملية التسويقية وهو الذي يشكل عنصر الناس في المؤسسات الخدمية (البكري، 2006).

إن إدراك الزبائن للجودة في الخدمات المقدمة لهم يتأثر تأثيراً مباشراً بتصرفات العاملين في المؤسسة الخدمية حيث أن مستوى الرضا أو عدم الرضا يتأثر بالطريقة التي تتم من خلال التعامل بين العاملين والزبائن والإجراءات التي يتخذها العاملين عند حدوث أي خطأ في الخدمة المقدمة للزبائن وهل هي ضمن توقعات الزبائن والعاملين، وعليه يمكن القول أن هناك العديد من العلاقات التفاعلية القائمة بين مزود الخدمة و المستفيد منها، كما توجد علاقات تفاعلية بين المستفيدين من الخدمة أنفسهم، حيث يهتم مزودي الخدمات بثلاث مستويات من الزبائن وهم (أنهم هم المنتجون أو الصانعون للخدمة، أنهم هم المستخدمون أو المستفيدون من الخدمة وأنهم هم اللذين يؤثرون على الزبائن الآخرين كصانعين أو منتجين للخدمة المقدمة لهم) (الزعبي، 2009).

6- العمليات (Process):

تشير عملية تقديم الخدمات إلى جميع الأنشطة التي تتعلق بأداء الخدمة والتفاعل بين مزود الخدمة ومنتليها وذلك نظراً لتجنب انفصال الخدمة، وعلى اعتبار أن المستفيد من الخدمة هو عاملاً مشاركاً في عملية التقديم ذاتها، وأن الأسلوب الذي يتم من خلاله عملية تقديم الخدمة يعد حاسماً بالنسبة لمزود الخدمة والمستفيد منها، حيث تضم عملية تقديم الخدمة مكونات عديدة في غاية الأهمية مثل الإجراءات والسياسات التي يتم إتباعها من قبل مزود الخدمة لكي يتم ضمان تقديم الخدمة للمستفيد على أتم وجه، وتشمل هذه العملية على مجموعة من النشاطات والبروتوكولات الأخرى مثل (تدفق النشاطات، حرية التصرف، الصلاحيات الممنوحة للقائمين على تقديم الخدمة للزبائن، كيفية توجيه المستفيدين ومعاملتهم، أساليب تسويق العلاقة معهم وبالإضافة إلى أساليب حفزهم على المشاركة الفاعلة في عملية إنتاج الخدمة أو تقديمها)، كما أن العملية تعتبر كباقي النشاطات الإقتصادية التي يتأثر تسويق الخدمات بتطوراتها التي تحصل في العالم خاصة التطورات التي تحصل في تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (البكري، 2006).

7- الدليل المادي (Physical evidence):

فإنه من وجهة نظر الضمور والخوري (2008) يتمثل الدليل المادي في جميع المكونات والعلامات الملموسة والذي يستخدم في تقديم الخدمة للمستفيد وزيادة شعوره المادي بها، فهو الذي يؤثر بشكل كبير وواضح على المستفيد من الخدمة، كما أنه هو البيئة المادية التي يتم تقديم الخدمة من خلاله والذي يضيف ميزة الملموسية على الخدمات الغير ملموسة في الأصل، وهذا يعمل على

تعزيز إدراك الأفراد متلقي الخدمة للخدمة نفسها والذي بدوره يجعلهم أكثر قدرة على قياسها وتقييمها، حيث تتكون الأبعاد المادية للخدمة من المكونات البيئية والظروف المحيطة بها مثل (درجة الحرارة، الضوضاء، الموسيقى، اللون، الحيز المادي مثل الأجهزة، الأثاث، الديكور، السلع الدائمة، التسهيلات المادية بالإضافة إلى العلامات والرموز وأشياء أخرى من صناعة الإنسان أو من براعته)، حيث أن تأهيل البيئة المادية وجعل جوها النفسي مريح يجب أن يكون عملاً مدروساً في العديد من المنظمات الخدمية ولكن تعد من المهمات الصعبة وذلك بسبب ظهور نوعين من المشاكل التي تواجه المؤسسات عند محاولتها إيجاد هذه البيئة ومنها (معرفة المؤسسة بتأثير البيئة عليها وبالأخص العناصر المكونة لها والتي تعد محدودة نوعاً ما، إختلاف طبيعة الأفراد، حيث إنهم يتعاملون بطرق مختلفة مع بيئاتهم ويستجيبون لها بطرق شخصية متعددة).

كما تساهم البيئة المادية في صناعة شخصية وذات المؤسسة التي قد تعد من العوامل الأساسية التي تميزها عن غيرها من المؤسسات الخدمية الأخرى التي تنافسها في السوق، حيث أنها الطريقة التي تعرض بها المؤسسة ذاتها وهويتها وشخصيتها .

(2-9) أهمية عناصر المزيج التسويقي :

إن عناصر المزيج التسويقي من أهم المجالات التي تركز بشكل أساسي على خدمة القطاعات والمؤسسات بشكل عام وذلك بالإعتماد على مجموعة من العناصر والأساليب والإستراتيجيات التسويقية المختلفة ويتم العمل بها في القطاعات والمؤسسات الهادفة لتحقيق الأرباح، حيث أصبح مفهوم عناصر المزيج التسويقي من أهم المفاهيم في عصرنا الحاضر لما له من إستخدامات عديدة في جميع مجالات حياتنا، كما يتم الإستفادة من عناصر المزيج التسويقي من قبل المستشفيات للتعريف بالخدمات

الصحية وخلق القناعة الكافية في الأسواق المستهدفة بحقيقة وأهمية الخدمات الصحية المقدمة حالياً ومستقبلاً، حيث تتمثل أهمية عناصر المزيج التسويقي تنوع وزيادة عدد الأطراف اللذين يتصل بهم المنتج وإختلاف أشكال الإتصال بالإضافة إلى إسهام النشاط الترويجي في الحفاظ على مستوى الوعي والتطور في حياة الزبائن من خلال ما يتم تزويدهم به من معلومات وبيانات عن كل ما يتعلق بالخدمات وكل ما هو ذو فائدة لهم (علاء الدين، 2013).

(2- 10) عناصر المزيج التسويقي في ظل تكنولوجيا المعلومات والإتصالات:

إن العالم المعاصر اليوم يتحرك ويتجه إلى ما يعرف بالإقتصاد الرقمي هذا الإقتصاد الذي من شأنه أن يمثل ثورة إجتماعية تنظيمية واقتصادية كبرى، بحيث يعتمد هذا الإقتصاد الرقمي على الإستخدام المكثف لتكنولوجيا المعلومات والإتصالات بشكل عام وتقنية الإنترنت بصفة خاصة ومحددة، لهذا أصبحت تكنولوجيا المعلومات والإتصالات في عصرنا الحديث والتي تمثل سلاحاً للتنافس القوي بين مؤسسات الأعمال التي تستطيع إستخدامه لكي تؤثر على البيئة التنافسية بما يحقق أهدافها بجودة عالية، ومن الملاحظ هنا أن الواقع الأكبر والمهم لثورة تكنولوجيا المعلومات والإتصالات يجد قوته في ميادين التسويق والذي ينتج عنه ما يسمى بأعمال التسويق عبر الإنترنت، ويرجع الفضل في ذلك إلى تقنية الإنترنت، حيث تتسارع قوة وخطى المؤسسات بالرغم من إختلاف أنواعها لتعمل على إعادة هندسة عناصر المزيج التسويقي التقليدي للسلع أو للخدمات وذلك بما يتناسب مع متطلبات وضغوط هذه الثورة الهائلة والملمة في عصرنا الحاضر (قدايفة، 2015).

(2-11) مفهوم جودة الرعاية الصحية :

تعتبر جودة الرعاية الصحية من المجالات الأكثر أهمية وانتشاراً في قطاع الخدمات الصحية بشكل عام، حيث أن البحث في جودة الرعاية الصحية العامة والخاصة يقوم على مبدأ البحث العلمي، ولذلك تسعى الكثير من المؤسسات وبالأخص المستشفيات إلى الإرتقاء بمستوى الخدمات التي تقدمها لتصل إلى درجة عالية من التميز، حيث تقوم هذه المؤسسات بالعمل على إستخدام العديد من الإستراتيجيات التي من شأنها أن تحسن مستوى الجودة ومن أهمها هو الإهتمام بالجودة (الجزائري، وآخرون، 2009).

إن مفهوم جودة الرعاية الصحية وماهية الجودة يمكن تحديدها من خلال ثلاثة زوايا رئيسية على الأقل والتي تتضمن جودة الرعاية الفنية المقدمة للمريض (Technical of Care Quality) وجودة فن الرعاية المقدمة للمريض (Art of Care Quality) وجودة المظهر الخارجي للمنشأة الصحية (Amenities of Care Quality)، حيث أن كلمة الجودة قد تشمل على عدد من العناصر من وجهة نظر (زينب، 2013) ومنها:

- 1- المساواة: وتعني حصول الجميع على نفس المستوى من الخدمة المقدمة بكفاءة وفعالية.
- 2- سهولة المنال: وتعني تخطي الحدود الزمانية والمكانية.
- 3- الكفاية: وتعني توزيع الخدمات على جميع المرضى وعدم التركيز على خدمة واحدة أو على مريض واحد.
- 4- الملائمة والقبول.

كما أن جودة الرعاية الصحية تسعى إلى تحقيق العديد من الأهداف والتي تؤدي إلى تحقيق فاعلية الرعاية الصحية كما تشير الفاعلية في الرعاية الصحية إلى أي مدى تحققت النتائج وإلى أي مدى تم إنجاز الهدف الموضوع والقيام بالعمل بالطريقة الصحيحة، كفاءة تقديم الخدمة من حيث تحديد نقاط القوة والتخلص من نقاط الضعف، القدرة التقنية والتي تتمثل بالقدرة على الإشراف والتدريب وحل المشاكل المرتبطة بالعمل، السلامة العامة والسلامة الصحية وهي التقليل من خطر التعرض للإصابات وحماية الأشخاص العاملين في هذا المجال، حيث تم تقديم عدد من التوصيات والتي تتضمن تقديم الخدمة للمريض بالوقت المحدد، توفير المعلومات لدى العاملين للتمكن من الإجابة على أي سؤال، وتقديم الرعاية للمريض على أكمل وجه، والاستجابة لإحتياجات المريض في أي وقت وتوفير عدد كافي من العاملين في هذا المجال.

يمكن التوصل إلى أن الجودة في الرعاية الصحية هي مجموعة من الإجراءات التي تسعى إلى توفير الرعاية الصحية اللازمة في الوقت المناسب للأشخاص المعنيين وبأفضل الطرق والإجراءات، وذلك بهدف الوصول إلى أفضل النتائج على مستوى الأفراد بشكل خاص وعلى مستوى المجتمع بشكل عام، كما يجب السعي إلى تحقيق الجودة في أعلى مستوياتها والحفاظ عليها من أجل تحسين صورة المنظمة.

(2-12) أبعاد جودة الرعاية الصحية:

إن لجودة الرعاية الصحية العديد من المجالات المهمة في قطاع الخدمات الصحية، حيث أن البحث في مستوى جودة الخدمات العامة والخاصة يقوم على مبدأ البحث العلمي المكون من خمسة أبعاد رئيسية وهي: الملموسية، الإعتمادية، الإستجابة، التوكيد (الثقة) والتعاطف.

(2-12-1) الملموسية:

تعرف الملموسية على أنها القدرات والتجهيزات والتسهيلات المادية من الأفراد ومعدات الاتصال وغيرها الكثير، كما أنها تشير إلى التسهيلات المادية المتوفرة في المنظمة الصحية والخدمية مثل المعدات ووسائل الإتصال، حيث أنه في كثير من الأحيان يلجأ المستفيد من الخدمة بالحكم على جودة الخدمة من حيث الخصائص الشكلية التي ترافق الخدمة مثل التسهيلات المادية، التكنولوجيا التي تستخدم في تقديم الخدمة، المظهر الداخلي للخدمة وأخيراً تصميم الخدمة (Zailani, et.al, 2007).

كما تعرف الملموسية بأنها ابعاد من أبعاد جودة الرعاية الصحية التي تشمل على التسهيلات المادية من حيث المرافق والمباني والتجهيزات والمظهر العام للموظفين في المؤسسات التي تعمل على تقديم الرعاية الصحية والتي يكون هدفها هو رضا المرضى (بوقجاني والضمور، 2012).

(2-12-2) الاعتمادية:

حيث عرفها سلطان (2012) على أنها عنصر الخدمة الذي يقدم للعميل بدقة والتي تمكنه من الإعتماد عليها وأنها القدرة على إنجاز ماتم تحقيقه مسبقاً وبشكل دقيق وصحيح.

كما تعرف الاعتمادية من قبل بوقجاني والضمور (2012)، على أنها من أبعاد جودة الرعاية الصحية والتي تتمثل بالقدرة على إنجاز وتقديم الخدمة المرغوب فيها لدى المرضى بثقة وأمان ودقة وثبات.

ولأغراض هذه الدراسة يمكن تعريف الاعتمادية على أنها قدرة الكادر الطبي في مراكز الرعاية الصحية على أداء الخدمة الصحية بشكل دقيق وصحيح وثابت للمرضى وفي الوقت المحدد والمكان المناسب وبالجودة العالية.

(2-12-3) الإستجابة:

تعرف الإستجابة على أنها الدرجة في التجاوب للخدمة المقدمة والرغبة في مساعدة المستفيدين منها وتقديم الخدمة السريعة والملائمة لهم بكفاءة وفاعلية، حيث عرف كل من الجزائري وآخرون (2010) الإستجابة على أنها السرعة في التعامل مع العاملين والإستجابة لطلباتهم وحل مشاكلهم بالسرعة الممكنة.

وقد عرف بوقجاني والضمور (2012)، الإستجابة على أنها عبارة عن الإستعداد التام من قبل الموظفين المسؤولين عن تقديم الخدمة في مراكز الرعاية الصحية والعمل على تقديم الخدمات للمرضى بالسرعة الممكنة وبالجودة المتوقعة. ولأغراض هذه الدراسة يمكن تعريف الإستجابة على أنها هي مدى وجود النية للعمل على تلبية احتياجات المرضى والعمل على مساعدتهم وتوفير الخدمة لهم بشكل سريع وبجودة عالية.

(2-12-4) التوكيد (الثقة):

ويقصد بها المعلومات الخاصة بالقائمين على تقديم الخدمات وقدرتهم على تحقيق الثقة، حيث أن التوكيد في مجال الخدمات الصحية ينتج عن إعتقاد أو ثقة المرضى بمقدمي الخدمات الصحية لهم وكادر المستشفى وأن يتقوا بقدراتهم، كما يعبر عنها بأنها الصفات التي يتسم بها العاملون على تقديم الخدمة من معرفة وثقة وقدرة حيث أن لهذا البعد أهمية أساسية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى،

حيث تحتوي جودة الخدمات الصحية القائمة على الثقة على مجموعة من المعايير الإيجابية ومنها سمعة ومكانة المستشفى، المعرفة والمهارة المتميزة للعاملين بها وصفاتهم الشخصية، كما يعبر عن التوكيد بأنه المعرفة وحسن معاملة مقدمي الخدمة وقابليتهم لنشر روح الثقة والصدق، حيث تشمل على طرق الإتصال الشفوي بين مقدمي الخدمات والمرضى، حيث يمكن القول بأن التوكيد (الثقة) يقصد بها تأكيد إدارة منظمات الرعاية الصحية على تحقيق الجودة في تقديم الرعاية الصحية ودعم ذلك بالعاملين المؤهلين من أطباء وممرضين وغيرهم فضلاً عن توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة (الطويل، وآخرون، 2010).

كما عرف سلطان (2012) التوكيد (الثقة) على أنها عبارة عن نظرة العاملين بمنظمات الرعاية الصحية إلى المرضى على إعتبار أنه جديراً بالثقة، وأنها عبارة عن حسن إطلاع ومعرفة العاملين بأدوارهم الوظيفية والقدرة على الحفاظ على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.

(2-12-5) التعاطف:

وقد عرف كل من محمود والعلاق (2001)، التعاطف على أنه البعد الذي يشير إلى مدى العناية والإهتمام بالمرضى ورعايتهم بشكل خاص، والإهتمام بمشاكلهم وإيجاد حلول لها، ولأغراض هذه الدراسة يعرف التعاطف على أنه التعامل الشخصي مع المرضى والعناية بهم كل حسب الخدمة المقدمة له ورعايتهم بشكل خاص والأهتمام بالمشاكل التي يعاني منها والعمل على حلها.

يعرف التعاطف على أنه البعد الذي يشمل على مجموعة من المتغيرات ومنها روح الولاء والانتماء لدى العاملين وإهتمامهم بالمنظمة، ومدى تفهم العاملين في المنظمة لتلبية حاجات المرضى،

وحرص المنظمة على تحقيق المصلحة العامة للعاملين، وأن تكون على دراية كافية بإحتياجاتهم. كما يشير الى مدى رعاية المستفيد بشكل خاص، والإهتمام بالمشاكل التي تواجهه والعمل على حلها بطرق مثالية، ويشمل التعاطف على مجموعة من الخصائص مثل: مدى توفير الخدمة من حيث الزمان والمكان، توفر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، كما أن الجانب العاطفي يتمثل في إبداء روح الصداقة في تقديم الخدمة حسب حاجات المستفيد منها، ومن معايير التقييم لهذا البعد: الإهتمام الشخصي بالمريض، الإصغاء الكامل لشكاوي المريض، تلبية حاجات ورغبات المريض بلطف، وأن يتمتع العاملون في المستشفى بلباقة ولطف، وفي ضوء ما تقدم يمكن القول أن بعد التعاطف يشير إلى العلاقة الإيجابية والتفاعل بين مراجعي المنظمة الصحية والعاملين بها (الطويل، وآخرون، 2010).

كما تم تعريف التعاطف من قبل بوقجاني والضمور (2012)، على انها تشمل الرعاية والإهتمام الشخصي بالمرضى وقدرة المنظمة على توجيه الإنتباه وبذل جهودها لفهم حاجاتهم وتوفير ما يطلبونه.

(2-13) أهمية جودة الرعاية الصحية:

تتلخص أهمية جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر (عثمان، 2010) بما يلي:

- 1- العمل على إيجاد هدف مستمر لتحسين خدمات الرعاية الصحية المقدمة لمنافسة المؤسسات الصحية المماثلة وللقيام بذلك لابد من إبداء الإهتمام بالنواحي الأساسية الآتية (معرفة حاجات ورغبات المرضى و ذويهم وتلبيتها، وجود خطة طويلة الأمد وقائمة على مبدأ المبادرة، الإعتماد على المصادر الداخلية و الخارجية للمؤسسة في اقتراح خدمات جديدة ومن شأنها تحسين الجودة، الإستعانة في مجموعة من الإستشارات الخارجية في مجال تحقيق الجودة، تشجيع العاملين في

المؤسسة على العمل والإبتكار والتجديد للعمل وعلى تقديم أفضل الخدمات للمرضى و ذويهم، الاستفادة من تجارب مؤسسات الرعاية الصحية الناجحة الاخرى).

2- إبتكار فلسفة أساسية لتجنب الخطأ لا التصحيح.

3- عدم الإعتماد على مبدأ التفيتش بعد إنهاء العمل بل متابعة إجراءات العمل أثناء سير العمل للوقوف على الخطأ حين حدوثه لإصلاحه قبل أن يتحول لنتيجة وعندها يصعب التعامل مع الخطأ لأن خدمة الرعاية الصحية تنفرد بخصوصية عدم العودة للخلف لإصلاح الخطأ.

4- بناءً علاقة مستمرة مع الموردين مبنية على الجودة العالية وليس على السعر (حيث أن هذا الموضوع له أهمية خاصة في الرعاية الصحية وذلك لخطورة المواد المشتراة من دواء أو أجهزة طبية وغيرها)، بالإضافة إلى الحفاظ على التطوير مستمر وتفهم لإحتياجات المرضى و ذويهم و بالتالي إنشاء نظام للتحسين المستمر.

(14-2) مجلس إعتاماد المؤسسات الصحية:

(1-14-2) أهداف مجلس إعتاماد المؤسسات الصحية:

حيث أنه يعتبر كمؤسسة خاصة لا تهدف إلى الربح كما أنها قام بوضع مجموعة من الأهداف الرئيسية التي تتم بناءً على إعتاماد المؤسسات الصحية في المملكة الأردنية الهاشمية والتي تسمى (Health Care Accreditation Cancel) حيث تعمل على مساعدة هذه المؤسسات ومقدمي الخدمات الصحية في المملكة بالعمل على تحسين مستوى الخدمة المقدمة للمرضى وبالتالي سلامة المرضى ورضاهم بالإضافة إلى العمل على تحقيق التحسينات المطلوبة وتوفير الأنظمة والإجراءات التي تسهل تطبيقها في مؤسسات الرعاية الصحية وبالتالي يسهل إستخدامها من قبل مقدمي الخدمات

الصحية والحد من المخاطر والأضرار والإصابات التي تنتج عن تقديم الخدمات الصحية، حيث يعمل على تحديد الممارسات التي يمكن من حدوثها وبالتالي توفير الأدوات التي تلزم للحد من حدوثها، حيث قام المجلس بوضع عدة أهداف خلال السنوات من 2009 إلى 2013، وفيما يلي نذكر أهم الأهداف في تلك السنوات ([#/http://hcac.jo](http://hcac.jo)):

- خلال سنة 2009: (مراعاة السلامة عند إستخدام الأدوية ذات الخطورة العالية، التأكد من آداء العمليات والإجراءات الصحيحة في المكان الصحيح للمريض المستهدف، توخي الدقة في التعرف على المريض من خلال سؤال المريض عن إسمه والتحدث معه).
- خلال سنة 2010: (توثيق جميع التدخلات على السجل الطبي بالتاريخ والوقت والتوقيع، إتباع الإجراءات العلمية التي تتعلق بتنظيف وبغسل الأيدي).
- خلال سنة 2011: (العمل على تحسين سلامة إستخدام عبوات الحقن ذات الجرعات المتعددة، التواصل الفعال خلال تبادل البيانات والمعلومات التي تتعلق بالمرضى وبين مقدمي خدمات الرعاية الصحية، التعامل الآمن عند عمل القسطرة الوريدية المركزية).
- خلال سنة 2012: (الإستخدام المناسب للمضادات الحيوية الوقائية في إجراء العمليات الجراحية، رعاية المرضى من خلال تقليل تعرضهم لمخاطر السقوط، تقليل خطورة الإصابة بالتهابات المسالك البولية الناجمة عن إجراءات القسطرة البولية).
- خلال سنة 2013: (العمل على مساعدة المستشفيات في إستخدام أنظمة وتقنيات تحسين عنصر السلامة أثناء تقديم خدمات الرعاية الصحية للمرضى، الحفاظ على سلامة المرضى في

جميع منظمات ومؤسسات الرعاية الصحية، لقاء الضوء على المشاكل المعقدة التي تظهر في مجال الرعاية الصحية و بالأخص في المستشفيات، بذل العناية والإهتمام الوطني لإيجاد أفضل الطرق لحماية المرضى).

(2-14-2) معايير اعتماد المؤسسات الصحية (المستشفيات):

حيث قامت وزارة الصحة بوضع مجموعة من المعايير الخاصة بإعتماد المستشفيات في عام 2007 والتي حصلت هذه المعايير على إعتماد الجمعية الدولية لجودة الرعاية الصحية (ISQua)، ومع نهاية عام 2008 أعد هذا المجلس معايير إعتماد المستشفيات حيث تكونت من مجموعة من البنود والتي تتضمن اموراً تتعلق بالمرضى وسلامتهم ومنها (الحفاظ على حقوق المرضى وعائلاتهم، الوصول إلى الرعاية الصحية واستمراريتها، توفير إدارة المعلومات، تقديم الخدمات التشخيصية، استخدام الأدوية وخدمات الصيدلية، توفير الخدمات المساندة، العمل على مكافحة ومنع العدوى، تقديم الرعاية الصحية، تحسين الجودة وسلامة المرضى، الإهتمام بالسلامة البيئية، توفير الإدارة والقيادة، العمل على التعليم والتدريب، توفير الخدمات التمريضية وأخيراً توفر السجلات الطبية)، (<http://hcac.jo>).

(2-15) التعريف بالصحة الإلكترونية:

تبرز الصحة الإلكترونية من خلال تبني مجموعة من الحلول التي تقدمها الأعمال وبالأخص الأعمال الإلكترونية في المؤسسات التي توفر الميزة التنافسية في تحقيق الأهداف الإستراتيجية لها، حيث أن قطاع المستشفيات يعمل في بيئة تتميز بالمنافسة الشديدة للعمل على إرضاء المرضى وعلى تقديم حلول للأعمال الإلكترونية في أداء أعمالها بالشكل الذي يضمن الكفاءة والفعالية والجودة العالية.

حيث أن الصحة الإلكترونية هي عبارة عن تفاعل بين المعلوماتية الطبية والصحة العامة، حيث يتم تسليم أو تعزيز الخدمات الصحية والمعلومات الطبية من خلال شبكة الإنترنت والتكنولوجيا ذات الصلة، وبمعنى أشمل إن ما يميز مصطلح الصحة الإلكترونية ليس فقط تطور تقني ولكن أيضاً هو عملية الإدارة والإستفادة من الشبكة العالمية وتحسين الرعاية الصحية محلياً وإقليمياً وفي جميع أنحاء العالم وذلك يتم بإستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (Eysenbach, 2001).

إن الصحة الإلكترونية تعبر تعبيراً شاملاً يمكن تطبيقه وإستخدامه في بيئة واسعة مثل شبكة الإنترنت وفي الوقت نفسه يمكن تطبيق الصحة الإلكترونية والرعاية الصحية من خلاله، فهو أكثر من مجرد (الإنترنت والطب) حيث أنه بإستطاعته تقديم الخدمات الصحية بأفضل الطرق وأقلها وقتاً وجهداً، كما أنها عبارة عن مسائل أخلاقية وقانونية تستخدم في مجال الإتصالات التفاعلية ذات العلاقة بالصحة ويعبر عنها بأنها دعوة للتعاون الصحي الدولي (Marroquin, 2011).

وبذلك يمكن التوصل إلى أن مجال الرعاية الصحية من أكثر المجالات الحيوية التي تهتم المجتمعات وتهتم بها ولذلك تهتم الكثير من الدول بهذا المجال للحفاظ على ثرواتها البشرية حيث يتمثل هذا الإهتمام بتوفير الموارد المالية وتوظيف البحوث العلمية لبحث سبل علاج الأمراض والإمكانات التي يتم توفيرها لخدمة المرضى في أي مكان وأي زمان، بما في ذلك إن لتسجيل المعلومات الطبية بشكل رقمي فوائد عديدة من أهمها البحث عن معلومة بعينها بين آلاف البيانات والمعلومات للمريض.

(2-16) أبعاد الصحة الإلكترونية:

يمكن التعبير عن الصحة الإلكترونية من خلال عشرة أبعاد التي بإمكانها تعزيزها حسب رأي

(Smith et al., 2012):

1. **الكفاءة** : وهي واحدة من أهم وعود الصحة الإلكترونية لزيادة الكفاءة في مجال الرعاية الصحية والتقليل من التكاليف عن طريق تجنب إستشارات أو تدخلات علاجية أو تشخيصية مكررة أو غير ضرورية ، وذلك من خلال تعزيز الإتصالات بين مؤسسات الرعاية الصحية وبالمشاركة مع المريض وتقديم أفضل الخدمات الصحية والعلاجية له.
2. **تعزيز نوعية الرعاية الصحية المقدمة للمرضى**: وتشمل على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى فإن الصحة الإلكترونية قد تعزز جودة الرعاية الصحية على سبيل المثال من خلال السماح بإجراء مقارنات بين مختلف مقدمي الخدمات وإشراك المستهلكين والمرضى كقوة إضافية لضمان الجودة ومعرفة آراء المرضى نحو أفضل الخدمات المقدمة لهم.
3. **الإعتماد على الأدلة**: إن تدخلات الصحة الإلكترونية ينبغي أن تستند على الأدلة في شعورها بأن فاعليتها وكفاءتها ليست فرضاً عليها وإنما تثبت من خلال التقييم العلمي الدقيق والقيام ببذل جهد أكبر في هذا المجال.
4. **تمكين ودعم المرضى والمستهلكين**: وذلك من خلال إتاحة قاعدة بيانات للسجلات الطبية الإلكترونية الشخصية للمستهلكين عبر الإنترنت، حيث أن الصحة الإلكترونية تفتح آفاقاً جديدة للطب ومحورها الرئيسي هو المرضى لتقديم أفضل الخدمات الصحية والعلاجية له.

5. **التشجيع:** من خلال التشجيع على إقامة علاقات جديدة بين المرضى والصحة المهنية ونحو

شراكة حقيقية حيث يتم إتخاذ القرارات بصورة مشتركة بينهم.

6. **التعليم:** من خلال تعليم الأطباء على (التعليم الطبي المستمر) من خلال مصادر الإنترنت، وتعليم

المستهلكين على (التربية الصحية ، المعلومات الوقائية والمصممة خصيصاً للمستهلكين).

(2-17) أهمية الصحة الإلكترونية:

إن من أهمية الصحة الإلكترونية أنه ونسبة 95% من الأجهزة الطبية تعمل على قاعدة التطورات الإلكترونية حيث أنه يسهل ويسرع عملية التشخيص والعلاج ويوفر للمريض أفضل وأسرع السبل الممكنة للشفاء والراحة، حيث أن التطورات الطبية الإلكترونية لا تعني بأننا سوف نستغني عن دور الطبيب، لا بل على العكس تماماً حيث أنه سوف تزداد أهمية ودور الطبيب في ربط كل هذه المعلومات وتحليلها لتشخيص كل حالة وتحديد الإجراءات الطبية اللازمة له وصرف العلاج المناسب، وسترتقي هذه التطورات بمستوى التعاون بين الطبيب والمستشفى بما يسمى Tele Medicine (أبو حميدان، 2014).

وعليه تأمل الباحثة من هذه الدراسة من العمل على تبني وإستخدام أعمال الإلكترونية التي من شأنها أن تعمل على تقديم الخدمات الصحية في المراكز والمؤسسات الصحية وبالأخص مركز الحسين للسرطان بكفاءة وفاعلية وبالشكل الذي يضمن الجودة للخدمة المقدمة، وبأن النتائج والتوصيات والمقترحات التي سوف يتم التوصل إليها من شأنها أن تساعد متخذي القرارات وتعمل على توفر مؤشرات لهم حول الإستفادة من تقنيات الأعمال الإلكترونية في مجالات أعمالهم.

(2-18) أهداف الصحة الإلكترونية :

تسعى الصحة الإلكترونية إلى تحقيق عدد من الأهداف وهي من وجهة نظر (المديرية العامة للشؤون الصحية بمكة المكرمة، 2015):

1. معرفة واقع القوى البشرية وتوزيعها ومدى عدالة توزيع الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الصحية.
2. التعرف على الفرص المتاحة لإعادة توزيع القوى البشرية لتحسين كفاءة وفاعلية الخدمات الصحية.
3. التقليل من عبئ المرضى على المجتمع وتحسين نوعية حياة الأفراد عن طريق توفير الخدمات الصحية التعزيزية والوقائية والعلاجية والتأهيلية لجميع فئات الأعمار طوال حياتهم في إطار مفاهيم الرعاية الصحية من خلال تعزيز الصحة وتفعيل استخدام الصحة الإلكترونية لذوي الإحتياجات الخاصة لما في ذلك من توفير وتقليل التعب والجهد عليهم.
4. تسهيل وصول المجتمع بكافة فئاته إلى الخدمات الصحية الشاملة وبما يتناسب مع إحتياجاتهم من خلال تطوير البنية التحتية للرعاية الصحية الإلكترونية.
5. تطوير وتعزيز نظام الجودة في الرعاية الصحية من خلال دعم معايير ومؤشرات تحقق جودة خدمات الرعاية الصحية ومراقبة الأداء وتعزيز وتقوية الإشراف والمتابعة والتقييم المستمر.

(2-19) نبذة عن مركز الحسين للسرطان:

(2-19-1) نبذة عن مركز الحسين للسرطان

يعد مركز الحسين للسرطان أحد المراكز المتميزة الشاملة في الشرق الأوسط والمتخصصة في علاج مرضى السرطان بحيث يشمل جميع الفئات العمرية على حد سواء، حيث أخذ المركز إسمه من جلالة الملك الراحل "الملك الحسين بن طلال" الذي حارب مرض السرطان بنفس الطريقة التي عاش فيها حياته بأكملها (بالإيمان والشجاعة والكرامة)، كما أن مركز الحسين للسرطان يعالج ما يقارب 3500 مريض جديد كل عام من الأردن والمنطقة المحيطة، حيث إنه مجهز بمعدات طبية رفيعة المستوى، ويقدم خدماته المتميزة من خلال 8 غرف عمليات و170 سريراً، ويشتمل على 18 وحدة للعناية الحثيثة، بما في ذلك 6 وحدات للعناية الحثيثة المتخصصة في رعاية الأطفال، كما يضم المركز أكثر من 200 من متخصصي في الأورام والإستشاريين ذو أصحاب الكفاءات العالية (بدوام كامل وجزئي)، وفريقاً مكوناً من أكثر من 617 ممرضاً وممرضة تم تدريبهم على تمريض المصابين بالسرطان بصورة محدّدة لتقديم أفضل سبل الرعاية لمرضى السرطان.

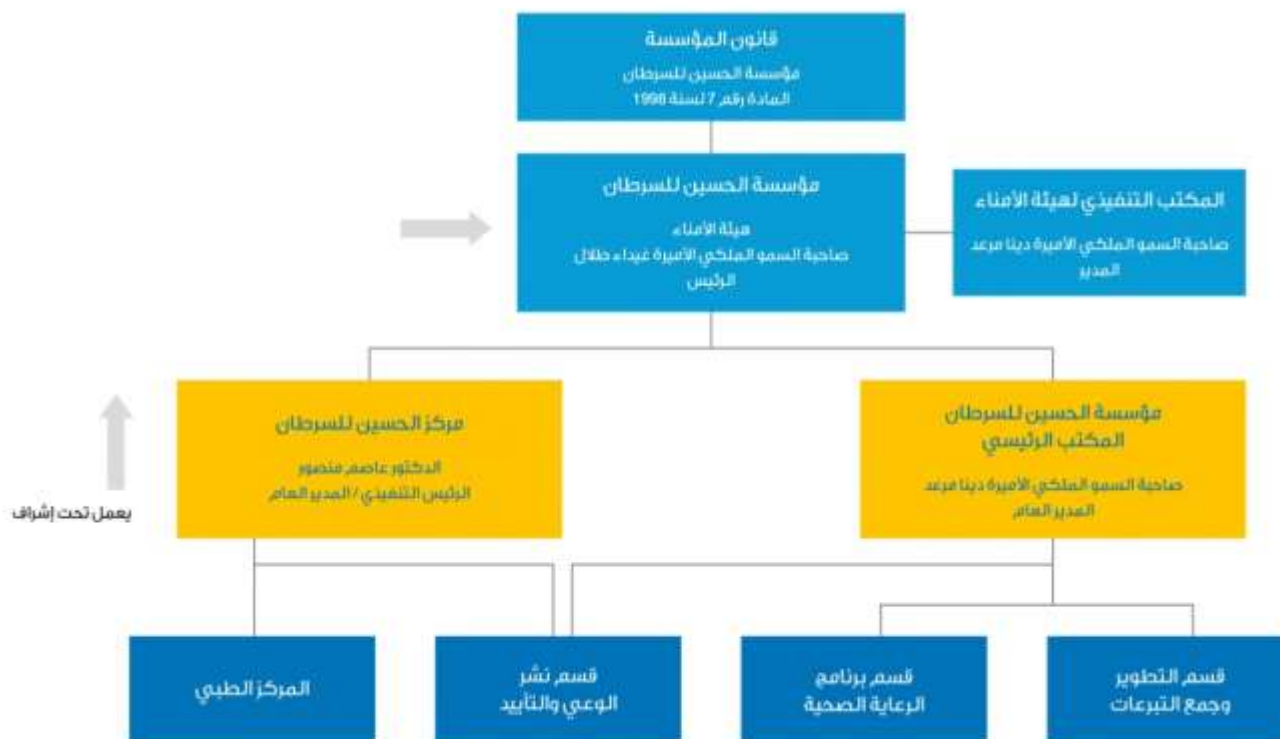
ويقدم مركز الحسين للسرطان العلاج الشمولي للمرضى عن طريق علاجهم جسدياً ومعنوياً، وذلك بالتركيز على إحتياجاتهم الجسدية والعاطفية والاجتماعية، لذا فقد قام المركز بطرح العديد من البرامج التي تركّز على جميع مراحل العلاج الشمولي: إبتداء من الوقاية والكشف المبكر إلى تشخيص المرض والعلاج وصولاً إلى الرعاية التلطيفية، كما يقدم المركز العديد من الخدمات للتأكد من حصول المرضى

على الدعم الذي يحتاجونه خلال فترة علاجهم المرهقة، بما فيها مجموعات الدعم، وبرنامج إعادة التأهيل الجسدي، وعيادة التغذية، والعيادة النفسية، وعيادة التحكم بالألم للأطفال وغيرها الكثير.

ويعالج المركز جميع أنواع مرض السرطان ويجري حوالي 100 عملية لزراعة النخاع العظمي كل عام، كما أن برنامج مركز الحسين للسرطان لزراعة النخاع العظمي يعد واحداً من أكبر البرامج وأنجحها في الشرق الأوسط إذ حقق نسبة شفاء تتوافق مع المعايير العالمية، ويشرف المركز على عمليات الزراعة المتماثلة بطريقة الإخصاب الخلطي والزراعة المستمدة من الفرد نفسه، ويقوم برنامج زراعة النخاع العظمي في مركز الحسين للسرطان بإجراء عمليات الزراعة مستخدماً دم الوريد، مما يجعله البرنامج الوحيد في الأردن والثاني في المنطقة الذي يوفر مثل هذه الإجراءات المتخصصة على مستوى عالٍ للمرضى جميعهم، كما تتم معالجة حالات أخرى غير سرطانية في المركز من خلال برنامج زراعة النخاع العظمي بما في ذلك الثلاثيميا، والأنيميا الأبلستية والأمراض الأيضية الأخرى (دليل الاردن، 2015).

(2-19-2) الهيكل التنظيمي لمركز الحسين للسرطان:

الشكل (2-1): الهيكل التنظيمي لمركز الحسين للسرطان



المصدر: (www.khcc.jo)

(2-19-3) الإعتمادات الحاصل عليها مركز الحسين للسرطان:

ضمن جهود مركز الحسين للسرطان الهادفة إلى دعم مهمته، يلتزم مكتب إدارة الجودة في المركز بالعمل على تعزيز ثقافة الجودة وذلك من خلال العمل على تبني وتطبيق أعلى معايير الجودة، حيث يتركز عمل مكتب إدارة جاهدًا لتطوير ثقافة السلامة والجودة والعمل على بناء أعلى المعايير الدولية بالإضافة إلى ترويج الفعاليات المستمرة وذلك من أجل تحسين الجودة على مستوى المركز ككل، كما تتبين الفوائد للإعتمادات الحاصل عليها المركز بتوفير دليل مادي ملموس على إلتزام مؤسسة ما بتحسين مستوى جودة الرعاية المقدمة للمرضى، وذلك لضمان وجود بيئة آمنة ومريحة والعمل بإستمرار على تقليل أي نوع من أنواع المخاطر الممكنة التي قد يواجهها المرضى أو كادر العمل ككل، وقد إكتسبت هذه الإعتمادات إهتماماً عالمياً متمثلاً كأداة فعالة لتقييم وإدارة الجودة. كما يعد مركز الحسين للسرطان الإعتمادات الحاصل عليها كأداة هامة للحفاظ على أعلى مستويات ومعايير الرعاية والجودة، ويسعى دائماً للحصول على الإعتمادات من المؤسسات الرائدة عالمياً في مجال جودة الرعاية الصحية وذلك من أجل تقديم أفضل الرعاية للمرضى، ومن الإعتمادات الحاصل عليها مركز الحسين للسرطان:

1. إعتقاد اللجنة المشتركة الدولية (JCI): حيث تعتبر كشهادة حيّة على سعي المركز المتواصل والمستمر نحو التميّز، حيث حصل مركز الحسين للسرطان على إعتقاد اللجنة المشتركة الدولية (JCI) وهي الذراع الدولي للجنة المشتركة، والتي تعنى بإعتقاد المنظمات والبرامج الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية، وقد حصل المركز على هذا الإعتقاد للمرة الأولى في شباط عام 2006، وتم تجديده في شباط عام 2012 ومرة أخرى في عام 2015 .

2. إعتقاد اللجنة المشتركة للمركز كمركز متخصص في علاج السرطان بصورة محددة: في كانون

الأول من عام 2007 حصل مركز الحسين للسرطان على إعتماده الثاني من اللجنة المشتركة

الدولية كمركز متخصص في علاج السرطان بصورة محددة ليكون بذلك المركز الوحيد خارج

الولايات المتحدة الأمريكية الذي يحظى بمثل هذا الشرف الطبي، وقد تم تجديد هذا الإعتقاد في

بداية عام 2011، وعام 2014 وموعد إعادة التجديد هو شهر أيار من عام 2017، ليصبح

المركز الوحيد خارج الولايات المتحدة الأمريكية الذي يحصل على شهادة برامج الرعاية الإكلينيكية

.Clinical Care Program Certificate (CCPC)

3. إعتقاد الكلية الأمريكية لأخصائي الأمراض (CAP): وفي عام 2009 حصل قسم الأنسجة

المرضية والمختبرات في مركز الحسين للسرطان على إعتقاد دولي من الكلية الأمريكية لأخصائي

الأمراض (CAP)، وهذا الإعتقاد الذي تم تجديده في عام 2011 وبعدها في عام 2013 وعام

2015، حيث يسلط الضوء على مستوى جودة خدمات الأنسجة الطبية والمخبرية التي يقدمها

مركز الحسين للسرطان، مما يجعله المركز الأول في الأردن والخامس في العالم العربي الذي

يحصل على هذا الإعتقاد، وهو شهادة حية على تلبية مختبرات مركز الحسين للسرطان لأعلى

المعايير العالمية للحصول على أدق النتائج المخبرية.

4. إعتقاد مجلس إعتقاد المؤسسات الصحية الوطني (HCAC): حيث حصل مركز الحسين

للسرطان أيضاً في عام 2009 على إعتقاد مجلس إعتقاد المؤسسات الصحية الوطني

(HCAC)، وهذا الإعتقاد الذي تم تجديده في تشرين أول من عام 2011 ومجدداً في كانون

الثاني 2015 من عام بحيث يعد دليلاً ملموساً على أن المركز يطبق أعلى جميع معايير الاعتماد التي تتمحور حول سلامة المرضى ودقة الإجراءات المقدمة لهم في مجال الرعاية الصحية.

5. إعتداد المركز الأمريكي للإعتماد التمريضي (ANCC): وفي نيسان من عام 2013 حصل مركز التدريب في مركز الحسين للسرطان على إعتداد المركز الأمريكي للإعتماد التمريضي (ANCC) كمركز متميز في التدريب التمريضي في الأردن والمنطقة المحيطة، بحيث يؤهل هذا الإعتماد مركز التدريب في مركز الحسين للسرطان لإجراء دورات تدريبية معتمدة من قبل المركز الأمريكي للإعتماد التمريضي هذا الأمر الذي سيمكّن طاقم التمريض في المركز من الإستمرار في تطوير مهاراتهم وقدراتهم التقنية من أجل توفير أفضل الخدمات للمرضى.

حيث يفتخر مركز الحسين للسرطان بجميع هذه الإعتمادات الوطنية والدولية القيمة ويعدها شهادة على مستوى الجودة التي يحرص المركز على تقديمها للمرضى (www.khcc.jo).

(2-19-4) الجوائز والتكريمات الحاصل عليها مركز الحسين للسرطان:

ومن الجوائز والتكريمات الحاصل عليها مركز الحسين للسرطان (وسام الإستقلال الذي منحه جلالة الملك عبدالله لمؤسسة ومركز الحسين للسرطان في أيار 2012 تقديراً للجهود الحثيثة التي تقدمها المؤسسة والمركز في إنقاذ حياة مرضى السرطان من الأردن والمنطقة وتطبيق أعلى المعايير والبروتوكولات العالمية في مجال رعاية السرطان، إعتداد مركز الحسين للسرطان كمركز إقليمي للتعاون لدول شرق المتوسط من قبل منظمة الصحة العالمية (WHO)، كما حصل مركز الحسين للسرطان على إعتداد منظمة الصحة العالمية بإعتباره مركزاً إقليمياً ومركز تدريب لمنطقة شرق

المتوسط في مجالات التحكم بالألم وسجلات السرطان والكشف المبكر عنه، إعتداد مركز تدريب إنعاش القلب والتنفس في مركز الحسين للسرطان كمركز متميز للتدريب من قبل الرابطة الأمريكية للقلب، ، كما تم تسجيل الأطباء المقيمين في مركز الحسين للسرطان أعلى الدرجات في إمتحان الكفاءة في عام 2009)، (www.khcc.iq).

المبحث الثاني

الدراسات السابقة باللغة العربية والإنجليزية

1. دراسة (Paul, et al., (2001 بعنوان: “A computerized reminder system to

increase the use of preventive care for hospitalized patients”

هدف الباحث في هذه الدراسة إلى إستخدام نظام تذكير محوسب لمساعدة المرضى في تقديم الرعاية الصحية الوقائية لهم من الأمراض المختلفة ، وتتحدد مشكلة الدراسة في أن هذا النظام لا يكون إستخدامه فعال في ضبط العيادات الخارجية ، ولم يثبت تذكير محوسب لزيادة الرعاية الوقائية في ضبط المرضى الداخليين إلى المستشفى ، حيث أن الفرضية المستخدمة في هذه الدراسة هي الطريقة العشوائية والأحكام التي تسيطر عليها لتحديد آثار إستخدام أنظمة التذكير المحوسبة على الأوامر الصادرة في العلاجات الوقائية للمرضى حيث يتم معالجة المعلومات على الإنترنت لجميع المرضى والتي تعرف بخدمة الطب العام أي ما مجموعه (10065) من المستشفيات ، وزيادة إستخدام برنامج التذكير في الرعاية الوقائية حين الحاجة له ، حيث كانت تشير النتائج الى الحاجة إلى التأهيل في الحصول على التدابير الوقائية للمرضى الذين يعانون من مؤشر واحد على الأقل يدل على وجود المرض لديهم وبالتالي يتم الوقاية منه ، وكانت غالبية المرضى في المستشفيات في هذه الدراسة مؤهلة

لإتخاذ تدابير وقائية ، وإستخدام برامج التذكير المحوسب تؤدي إلى زيادة كبيرة في معدل تسليم الكثير من العلاجات للمرضى .

2. دراسة الملكاوي، (2004) بعنوان: "أثار نظم المعلومات الإدارية المحوسبة على مجالات

الأعمال الإدارية والطبية"

هدفت هذه الدراسة إلى العمل على تحديد أهم الآثار التي تترتب على عمليات إستخدام نظم المعلومات الإدارية المحوسبة ومدى تأثيرها على عمليات صنع القرار في مجالات الأعمال الإدارية والطبية في مدينة الحسين الطبية، وهي دراسة حالة تمت في مدينة الحسين الطبية وكان الهدف منها هو تحليل الواقع الفعلي لمدى إستخدام نظم المعلومات الإدارية المحوسبة في مختلف الأقسام التابعة لها ومدى تأثير إستخدام هذه النظم على مجالات الأعمال الادارية والطبية، حيث تم إستخدام المنهج الوصفي التحليلي في هذه الدراسة والإعتماد عليها كأداة لجمع البيانات، وتم توزيع 86 إستبانة على جميع أفراد العينة وتم التوصل الى نتائج عديدة أهمها أن نسبة إستخدام أفراد العينة الإدارية لنظم المعلومات الإدارية المحوسبة وصلت الى 75% ، أما بالنسبة للأفراد الذين إستخداموا العينة الطبية فقد وصلت نسبتهم الى 39 % وأن نظم المعلومات الإدارية لها الكثر من التأثير في مجالات الأعمال الطبية ومنها (تسهيل عملية ربط المعلومات مع بعضها البعض، العمل على التنسيق بين الأقسام الداخلية التابعة للمنظمة والحيلولة دون فقدان البيانات الخاصة بالمرضى) أما تأثيرها في مجال الأعمال الإدارية فكان كالتالي (تسهيل تجهيز التقارير وتسليمها للإدارة العليا وتوفير جهد الموظفين اللازم للأعمال التي تمت حوسبتها)، حيث أوصت هذه الدراسة بإستخدام السجلات الطبية الإلكترونية، لإتمام عمليات الحوسبة في جميع الأقسام، وعقد الدورات التدريبية الخاصة بإستخدام نظم المعلومات

الإدارية المحوسبة، وأوصت الدراسة أيضاً إلى العمل على خلق الوعي الكافي لدى الإدارة العليا لمدى أهمية هذه النظم.

3. دراسة (Chaudhry, et al., (2006 بعنوان: **“The impact of health information technology on quality, efficiency and costs of medical care”**

هدفت هذه الدراسة إلى تحسين كفاءة وجودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى وإلى قياس مدى تأثير تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على جودة وكفاءة الرعاية الصحية ، حيث أن المنهجية المستخدمة في هذه الدراسة هي المنهج الوصفي الذي قام بإستعراض لتكنولوجيا المعلومات الصحية ، حيث تم قياس بيانات الدراسة من خلال (قدرات النظام ، التصميم ، الجودة ، التكاليف والقدرة على إستخدام النظام)، حيث جمعت الدراسة بما يعادل 257 دراسة ومعظم هذه الدراسات تناولت نظم دعم القرار والسجلات الطبية الإلكترونية ، وتم الكشف عن بعض العوائق في هذه الدراسة وهي محدودية البحث الكمي حيث كان متوفر عدد قليل من المؤسسات الصحية وعدم تجانس الأنظمة بالإضافة إلى محدودية الموارد المالية ، وكانت نتائج الدراسة هي أن إستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الصحية تؤدي إلى تحسين الجودة والكفاءة في تقديم الخدمات الصحية وتقليل التكاليف في تقديم الرعاية الصحية ذات الجودة العالية للمرضى.

4. دراسة بدح، (2007) بعنوان: "أثر حوسبة العمل على جودة الأداء في مستشفى الجراحة

العصبية والعمود الفقري بدبي"

هدفت الدراسة الى قياس أثر حوسبة العمل على جودة الأداء في مستشفى الجراحة العصبية والعمود الفقري بدبي حيث تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي لإتمام هذه الدراسة، وتم توزيع إستبانته تم

تصميمها بواسطة الباحثة على عينة عشوائية بسيطة تكونت من 222 مفردة والتي تحتوي على الأطباء والإداريين والفنيين. ومن أهم ما توصلت إليه هذه الدراسة هو وجود علاقة قوية وموجبة بين المتغيرات المستقلة التجهيزات، الاختصاصيون المناسبون، البرمجيات، الاختصاصيون المناسبون، موارد البيانات) وبين المتغير التابع (الأداء في المستشفى كما توصلت الدراسة إلى عدد من التوصيات من أهمها: العمل على مواكبة التطورات في مجال تكنولوجيا المعلومات وقواعد البيانات، بالشكل الذي يمكن المؤسسات الصحية من زيادة كفاءتها في مجال استخدام هذه الأنظمة في تحسين الأداء، وضرورة إدخال رقابية على استخدامات الأجهزة المستخدمة في المستشفى تحول دون تعرض أمن وسرية المعلومات للضرر والتغيير.

5. دراسة (Anyaguo & Elekwachi, 2008) بعنوان: **"Limitation to the utilization of electronic medical records by health care professionals"**

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من محددات استخدام أنظمة السجلات الطبية الإلكترونية من وجهة نظر المختصين في الرعاية الصحية الأولية في العيادات الطبية الصغيرة، حيث توصلت الدراسة إلى أن أنظمة السجلات الطبية الإلكترونية لها العديد من فوائد فورية ومنها تقليل الجهد على الموظفين وزيادة الإيرادات، بالإضافة إلى أن هناك العديد من العوامل التي حدت من استخدام السجلات الطبية الإلكترونية ومنها التكلفة والتدريب على استخدامها، إضافة إلى ذلك فأن عوامل التكلفة لم تؤثر على تبني النظام للسجلات الطبية الإلكترونية.

6. دراسة الدويك، (2010) بعنوان: "نظم المعلومات الصحية المحوسبة وأثرها على القرارات

الإدارية والطبية"

هدفت هذه الدراسة إلى العمل على تحديد الآثار التي تترتب على استخدام نظم المعلومات الصحية المحوسبة وأثرها على عمليات صنع القرارات الإدارية والطبية في مستشفى غزة الأوروبي، حيث تم العمل على تحديد أهم الفروقات بين هذه الآثار على القرارات الإدارية مقارنة مع القرارات الطبية، كما تهدف هذه الدراسة إلى العمل على تحليل الواقع الفعلي لمدى استخدام نظم المعلومات الصحية المحوسبة في ضمن مختلف الأقسام مقارنة مع آثار استخدام هذه النظم على مجالات الأعمال الإدارية والطبية، كما هدفت إلى العمل على الكشف عن أهم المعوقات والمشاكل التي تعيق وتحد من فعاليتها، وقامت هذه الدراسة بتحديد أهم أنواع هذه النظم من حيث الاستخدام، كما استخدمت هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي وتم تصميم استبانة حيث أنها مكونة من 83 فقرة بحيث تغطي جميع متغيرات الدراسة، وأن مجتمع الدراسة يتكون من 187 الموظفين متخذي القرارات، وتم استخدام أسلوب العينة الطبقية المكونة من 140 مفردة والتي تمثل 75 % من مجتمع الدراسة، حيث تم معالجة البيانات بالإعتماد على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وتم إحتساب المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، تحليل التباين الأحادي واختبار معامل الارتباط بيرسون، ولقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج منها أنه بلغ عدد أفراد العينة الإدارية والطبية الذين يستخدمون نظم المعلومات الصحية المحوسبة في عملهم 121 من أصل 128 فرد، أي بنسبة 94.5% وهي مؤشر لإرتفاع نسبة استخدام نظم المعلومات الصحية المحوسبة في مستشفى غزة الأوروبي، حيث تم ترتيب أنواع نظم المعلومات المحوسبة المستخدمة في مستشفى غزة الأوروبي

ترتيباً تنازلياً كالتالي: نظم المعلومات الوظيفية، نظم أتمتة المكاتب، نظم إدارة الوثائق، نظم دعم القرارات، نظم معلومات الإدارة العليا، نظم التراسل ثم جاءت نظم قواعد المعرفة والنظم الخبيرة، كما أظهرت الدراسة بأن أنظمة المعلومات الصحية المحوسبة التي تستخدم حالياً في مستشفى غزة الأوروبي تؤثر بصورة جيدة ومباشرة على مجالات الأعمال الإدارية والطبية وكذلك على القرارات الإدارية والطبية.

7. دراسة (2012) Baskin بعنوان: "Applying diffusion of innovation theory towards understanding institutional capacity for social marketing adoption in public health organizations"

إن التسويق الاجتماعي هو ظاهرة متنامية داخل قطاع الصحة الإلكترونية ولكن إن العديد من المنظمات الصحية ما زالت مترددة في اعتماد هذا النهج، حيث أن منظمات الصحة العامة تقوم بتطبيق مفهوم التسويق كوسيلة لتعزيز الأهداف التنظيمية التي تنطوي على تغيير السلوك، ومع ذلك فإن منظمات الصحة العامة تستخدم مجموعة متنوعة من الممارسات ونشر أفكار الصحة العامة لمكافحة تزايد عدد المخاطر الصحية والسلوكيات الغير مقبولة اجتماعياً، حيث كان الهدف من هذه الدراسة هو البحث في سبل تطوير الصحة العامة التي تهتم المنظمات الصحية للتسويق الاجتماعي كابتكار وتمييز العوامل التي تساهم في اعتمادها بالإضافة إلى دعم استخدام إستراتيجيات التسويق الاجتماعي، حيث تم استخدام أداة لجمع البيانات ووضع إطار مفاهيمي فيما يتعلق بالتسويق الاجتماعي في سياق الصحة العامة، حيث ركزت الدراسة على مجموعة من الفرضيات ومنها التركيز على التصورات المهنية والمعتقدات الصحية واستخدام ممارسات التسويق الاجتماعي في منظمات

الصحة العامة، كما تم استخدام الوصف النوعي الذي تم من خلاله جمع بيانات من المنظمات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية وكانت عينة الدراسة تتكون من 186 من مراكز الرعاية الصحية كما تم التوصل إلى مجموعة من النتائج وأهمها العمل على نشر التسويق الاجتماعي في منظمات الصحة العامة وتشكيل الإطار المفاهيمي له.

8. دراسة خياتي، (2012) بعنوان: "تكنولوجيا المعلومات واستخداماتها الطبية"

توصل الباحث في هذه الدراسة إلى توسيع الفجوة المعرفية بين الدول الغنية والفقيرة بما يخص استخدام تكنولوجيا المعلومات في الأعمال الطبية ، حيث أنه يمكن استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والاستفادة منها في العديد من المجالات الطبية مثل :

1- التطبيب عن بعد : ويقصد بها تقديم الخدمات الطبية للمرضى بغض النظر عن البعد المكاني والزمني والهدف منها هو تقليل نفقات إنتقال المريض والتواصل بين المريض والطبيب بما يوفر أكبر قدر من الراحة للمرضى اللذين قد يعانون من متاعب السفر الى المدن الكبيرة وأن الإنتقال إلى مسافات بعيدة يضر بصحتهم ، حيث أن التطبيب عن بعد يستخدم في المؤتمرات الطبية المرئية عن بعد لجعلها أكثر فعالية وكفاءة .

2- مواقع الخدمات الصحية : حيث يستطيع المريض الإتصال بالطبيب من أي مكان بالعالم فالمريض الذي لا يشعر بالإرتياح لأسباب نفسية أو إجتماعية فإنه يستطيع أن يصارح طبيباً لا يعرفه في أي دولة اخرى من خلال شبكة الانترنت ، وكذلك المرضى الغير راضيين من نظام علاجهم ، حيث يستطيع المريض تقديم جميع التقارير الطبية عن حالته لكي يتم تشخيصها من الطبيب عن طريق الانترنت ، حيث إن المخاوف التي تواجه هذه التكنولوجيا

هي أن تتحصر الاستفادة منها في الطب لفئات معينة وهي الفئات الغنية التي تمتلك القدرة على شراء الوسائل التكنولوجية الحديثة مما يؤدي إلى توسيع الفجوة بين من يمتلك ومن لا يمتلك القدرة على شراء الوسائل التكنولوجية الحديثة .

9. دراسة وزارة الصحة الاردنية، (2012) بعنوان: "الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة الاردنية"

تهدف هذه الدراسة إلى تحسين الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي في المملكة الاردنية الهاشمية وتشمل هذه الدراسة على عدد من المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية في الاردن كما وتشمل على عدد من الأطباء والصيادلة والمرضى الذين لهم الدور الكبير في تقديم الرعاية الصحية للمواطنين في الاردن والذين يساهمون في رفع معدل الحياة المتوقع وتخفيض معدل الوفيات العام ، كما تهدف هذه الدراسة إلى معرفة وقياس واقع القوى البشرية في وزارة الصحة الاردنية ومدى عدالة توزيع الخدمات الصحية في مناطق الاردن وتحسين كافة الخدمات الصحية التي تقدمها مراكز الرعاية الصحية، ومدى تنوع الخدمات الصحية في الاردن وهل هذه الخدمات تلبي إحتياجات المناطق الاردنية ، وقد كانت المنهجية المستخدمة في هذه الدراسة هي العمل على جمع وتدقيق بيانات ومعلومات ذات صلة بالمراكز والمؤسسات الصحية والمستشفيات التابعة لوزارة الصحة وايضاً العمل على تحليل واقع الرعاية الصحية الأولية (PHC) وفق مناطق الاردن وتوزيعها الجغرافي ، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى عدم المساواة في توزيع الكوادر التمريضية في المراكز الصحية والمستشفيات بالإضافة إلى عدم التناسب في توزيع مقدمي الخدمات العلاجية وصرفها بين المستشفيات العائدة إلى وزارة الصحة ، كما أشارت النتائج إلى تركيز الموارد الصحية في مناطق جغرافية معينة حسب الموارد المتاحة ومثال على ذلك أن وزارة الصحة إعتبرت مستشفى البشير هي المركز الطبي التعليمي الرئيسي في وزارة الصحة

الأردنية ، وقد بينت الدراسة مجموعة من التحديات التي تواجه القطاع الصحي بالأردن ومنها تفاقم مشكلة الفقر مما قد يؤدي بالتأثير السلبي على جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى ، وضعف في البنية التحتية للخدمات الصحية وبالأخص فيما يتعلق بأنظمة المعلومات والاتصالات وعلاقتها بتكنولوجيا الصحة ، بالإضافة إلى مشكلة تدني الأجور التي يعاني منها موظفو القطاع الصحي وبالأخص الحكومي ، وإرتفاع نسبة الإصابة بالأمراض التي تهدد حياة الإنسان مثل أمراض السرطان بأنواعها حيث يعتبر من أكثر الأمراض الناجمة عن الممارسات الغير صحية.

10. دراسة Schoe. et al., (2012) بعنوان: **“A survey of primary care doctors in ten countries shows Progress in use of health information technology less in other areas”**

هدفت هذه الدراسة إلى إجراء دراسة مسحية لقياس مدى استخدام أطباء الرعاية الصحية الأولية لنظم المعلومات الصحية المحوسبة ومدى تأثيرها على الأداء العام في 10 بلدان، حيث أجرى الباحثون هذا المسح لأطباء الرعاية الصحية الأولية في 10 بلدان وهي: كندا، استراليا، ألمانيا، فرنسا، نيوزيلندا، هولندا، النرويج، سويسرا، المملكة المتحدة، والولايات المتحدة وذلك للاستطلاع، حيث أن هذا البحث أتى متمماً ومكماً للبحث الذي أجري في صندوق الكومنولث في عام 2009 على فئة معينة من أطباء الرعاية الصحية الأولية والتي شملت نفس هذه البلدان ما عدا سويسرا، ولقد أجريت مقابلات مع هؤلاء الأطباء من خلال مزيج من البريد والهاتف بين مارس ويوليو 2012 ، وأظهرت نتائج هذه الدراسة إلى وجود تطوراً وتقدماً في استخدام تكنولوجيا المعلومات الصحية وذلك في ممارسات الرعاية الصحية الأولية ولاسيما في الولايات المتحدة الأمريكية حيث أنها بلغت نسبة 69 % من أطباء الرعاية الصحية الأولية في أمريكا حيث أنهم يستخدمون نظام السجلات الطبية المحوسبة في عام 2012 ،

في حين كانت النسبة % 46 في عام 2009 ولقد إزداد إستخدام الأطباء لنظم المعلومات الصحية بشكل كبير في أمريكا وكندا بالرغم من تأخروبطئ تطور هذين البلدين في مجال السجلات الطبية المحوسبة مقارنة مع بلدان مثل بريطانيا وأستراليا، كما أشارت الدراسة إلى أن هناك نسبة عالية من أطباء الرعاية الصحية الأولية في كل البلدان العشرة لم تعمل على تلقي المعلومات بشكل روتيني من المتخصصين أو من المستشفيات، كما أن هناك نسبة جيدة في الدول العشرة تدل على تحسن أداء الطبيب بشكل مستمر، وأظهر المسح أن الغالبية العظمى من الأطباء الأمريكيين ركزوا على أهمية حدوث تغيير جوهري في نظام الرعاية الأولية المتبع حالياً.

11. دراسة أبو حليفة، (2013) بعنوان: "أثر الجودة في الرعاية الصحية"

إن الهدف من هذه الدراسة هو تطبيق برامج الإدارة الخاصة بالجودة الشاملة في مجالات الرعاية الصحية والتعرف على مدى إهتمام المنشآت الصحية بعامل الجودة وكيفية تطبيقها والإستفادة منها ومعرفة الصعوبات والمعوقات ذات الصلة بها والتي تواجه عملية تطبيق جودة الرعاية الصحية وتقلصها ، وقد كانت المنهجية المستخدمة في هذه الدراسة هي الأسلوب الوصفي (النظري) والأسلوب التطبيقي من خلال الاستبانة التي كانت تحتوي على خمسة أبعاد وهي (الملموسية، الإعتمادية، التوكيد، الثقة، التعاطف والإستجابة) ، حيث شملت هذه الدراسة على مجموعة من المنشآت الصحية العامة والخاصة في المملكة العربية السعودية في عام 2013 وشملت على المدراء والعاملين والمرضى في هذه المنشآت ، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية تربط بين تحديث الإجراءات والمستلزمات الطبية المستخدمة ومستوى الجودة المقدمة في الخدمات الصحية ، بالإضافة إلى أن هناك علاقة إيجابية بين إهتمام الرعاية الصحية بتقديم الخدمات في الوقت المناسب وبالشكل السريع

وبين جودة الرعاية الصحية المقدمة ، كما أوصت هذه الدراسة بالعمل على إعداد خطة لضمان الجودة والمشاركة في حل المشاكل للإرتقاء بمستوى الأداء العام في تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى .

12. دراسة ناصر سيف ، (2013) بعنوان: "أثر تطبيق أبعاد جودة الخدمات في نتائج المرضى

، دراسة ميدانية على مراكز الرعاية الصحية الأولية في الاردن"

تهدف هذه الدراسة إلى قياس مدى جودة الرعاية والخدمات الصحية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية في الاردن والتي تحسن نتائج رضا المرضى ، حيث تتحدد مشكلة هذه الدراسة في أبعاد تطبيق الجودة للرعاية الصحية والخدمات المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية، حيث كانت عينة الدراسة مجموعة من المختبرات المركزية التابعة لوزارة الصحة الاردنية كما وقد كانت المنهجية المستخدمة في هذه الدراسة هي المنهج النوعي والكمي للبحث العلمي، وكانت عينة هذه الدراسة (340) من المرضى ، وتم جمع البيانات بإستخدام اسلوب الاستبانة والمقابلة والرجوع للتقارير الخاصة بوزارة الصحة الاردنية كقاعدة بيانات، حيث كانت نتائج الدراسة الكمية تشير إلى أن مراكز الصحة الأولية تقوم بتطبيق أبعاد جودة الخدمات الصحية بمستويات مقبولة بالإضافة إلى رضا العاملين ، أما بما يخص النتائج النوعية فهي تتجاوز مجموعة من المعوقات في تقديم وتطبيق جودة الرعاية الصحية، كما قدمت هذه الدراسة مجموعة من التوصيات التي من شأنها أن تساعد على تحسين نتائج رضا المرضى من خلال جودة الرعاية الصحية المقدمة لهم .

13. دراسة (Noureldin, et al., (2013) بعنوان: "Quality of documentation of electronic medical information systems at primary health care units in Alexandria, Egypt"

قام الباحثون في هذه الدراسة إلى قياس وتقييم مدى جودة استخدام التوثيق في أعمال السجلات الطبية الإلكترونية المستخدمة في الرعاية الصحية الأولية في مدينة الإسكندرية ، مصر ، ومعرفة آراء الأطباء لعمل هذا النظام، حيث كانت المنهجية المستخدمة في هذه الدراسة هي عينة عشوائية من عدة مناطق إدارية بعدد (7) وحدات حيث أن كل وحدة تحتوي على (50) سجل ورقي مع ما يقابلها من سجلات إلكترونية ، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن معدل الدقة في التشخيص الرئيسي في السجلات الإلكترونية مقارنة مع السجلات الورقية هو 44.0% و 82.0% ، كما توصلت الدراسة إلى وجود عدد من العوائق المتكررة والتي تؤدي إلى عرقلة تنفيذ نظام السجلات الإلكترونية ومنها العبئ الكبير من العمل ودرجة تعقيد النظام والحاجة إلى الخبرة في استخدام هذا النظام ، حيث أوصت هذه الدراسة إلى توفير التوجيه والرقابة في استخدام أنظمة السجلات الإلكترونية ومدى إعتمادها في الرعاية الصحية.

14. دراسة علاء الدين، (2013) بعنوان: "أثر عناصر المزيج الترويجي في تحقيق القدرة

التنافسية للمنظمات الخدمية" دراسة ميدانية على المستشفيات الخاصة في الساحل السوري.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر عناصر المزيج التسويقي وبالأخص الترويجي (العلاقات العامة، الإعلان، البيع الشخصي وتنشيط المبيعات) في تحقيق القدرة التنافسية للمنظمات الخدمية، حيث تم إجلاء دراسة ميدانية على المستشفيات الخاصة والعامة في الساحل السوري، كما أن الآداة التي تم استخدامها لتحقيق أهداف البحث هي الإستبيان وتم تطبيقها على المدراء الإداريين في تلك

المستشفيات، وتم استخدام طريقة الحصر الشامل فيما يتعلق بجمع المعلومات عن عينة الدراسة، حيث بلغ عدد الاستبيانات الموزعة 61 إستبيان ونسبة الإستجابة كانت (93.44%)، وكانت أهم النتائج التي تم التوصل إليها بأن هناك ذات دلالة معنوية بين أسلوب العلاقات العامة المستخدم من قبل الإدارات وقدرتها على المنافسة في السوق الصحي، وبين أنواع الأعلان المستخدمة من قبل الإدارات وقدرتها على المنافسة في السوق الصحي.

15. دراسة الذنبيات، (2014) بعنوان: "مدى تبني المستشفيات السعودية لتقنيات الأعمال

الإلكترونية الفاعلة" دراسة تطبيقية على المستشفيات العامة في منطقة مكة المكرمة.

هدفت هذه الدراسة إلى قياس مدى تبني واستخدام المستشفيات العامة في مكة المكرمة لأنظمة الصحة الإلكترونية وتقنياتها ومعرفة ما هي محدداتها ، حيث كانت المنهجية المستخدمة في هذه الدراسة هي عينة عشوائية لمجموعة من المستشفيات العامة في منطقة مكة المكرمة ، كما أن حجم العينة هو 65 مستشفى وتم القيام بعمل إستبانة لكي يتم جمع البيانات المتعلقة بهذه الدراسة ، وأشارت نتائج الدراسة أن اعتماد أنظمة الصحة الإلكترونية منخفض في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة والمستشفيات الأهلية العامة في منطقة مكة المكرمة ، بينما كانت النتائج تشير إلى أن اعتماد أنظمة الصحة الإلكترونية مرتفعاً في المستشفيات الحكومية الغير تابعة لوزارة الصحة وخصوصاً لنظم الصحة الإلكترونية ، وتوصلت هذه الدراسة إلى وجود ترابط وعلاقة قوية بين مجموعة من المتغيرات المستقلة مثل (نوع المستشفى ، حجمها ، عمرها والإعتمادية الحاصلة عليها) وبين تبني واستخدام أنظمة الصحة الإلكترونية في المستشفيات ، وقد بينت هذه الدراسة مجموعة من المعوقات التي قد تواجه أنظمة الصحة الإلكترونية وتقنياتها في المستشفيات التي يتم البحث بها وقد تكون هذه المعوقات

هي تقنية ، مالية ، بشرية أو إدارية حيث أوصت هذه الدراسة بتفعيل إستخدام أنظمة الصحة الإلكترونية من قبل عينة المستشفيات التي هي قيد الدراسة .

16. دراسة الغريايوي، (2014) بعنوان: "نظم المعلومات الصحية المحوسبة وعلاقتها بالآداء الوظيفي".

هدفت هذه الدراسة إلى الإستفادة من نظم المعلومات الصحية المحوسبة وما هي علاقتها بالآداء الوظيفي في منظمات الرعاية الصحية، حيث كانت عينة الدراسة الميدانية هي مجموعة من مراكز وكالة الغوث للرعاية الصحية الأولية في منطقة غزة (فلسطين)، وقام الباحث في هذه الدراسة بإستخدام المنهج الوصفي والتحليلي كما تم إستخدام طريقة الحصر الشامل لجميع الموظفين في مراكز وكالة الغوث، وشملت عينة الدراسة على 9 من مراكز الرعاية الصحية من أصل 21 مركز صحي والذي يقوم على إستخدام نظم المعلومات الصحية المحوسبة في منطقة غزة كما تم إستخدام الإستبانة كأداة للدراسة، وأظهرت الدراسة مجموعة من النتائج والتي تتركز على وجود درجة مرتفعة من التفهم والإستجابة من قبل الموظفين لإستخدام نظم المعلومات الصحية المحوسبة، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية وقوية بين نظم المعلومات الصحية المحوسبة والآداء الوظيفي الذي من شأنه أن يعمل على تحسين صورة المنظمة، ومن أهم التوصيات التي أوصت بها هذه الدراسة هي الإهتمام بتوفير المكونات المادية (H.W) والبرمجيات (S.W) التي تمتاز بسرعة الاتصال وزيادة دعم الإدارة العليا للموظفين وتشجيعهم على إستخدام مثل هذه الأنظمة، وأخيراً إستخدام نظم قواعد بيانات ونظم قواعد المعرفة والنظم الخبيرة في مجال صنع القرارات الإدارية.

17. دراسة نسبية، (2014) بعنوان: "مساهمة المزيج التسويقي في تحقيق رضا الزبون السياحي

دراسة ميدانية في الوكالة السياحية طيبة للسياحة و السفر"

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى مساهمة المزيج التسويقي في تحقيق رضا الزبون السياحي وهي دراسة ميدانية في الوكالة السياحية طيبة للسياحة و السفر، حيث تمت الإجابة على العديد من الأسئلة الرئيسية والفرعية لمعرفة الأهمية من هذه الدراسة والتي تتمثل بقياس مستوى تطبيق عناصر المزيج التسويقي في الوكالة السياحية طيبة للسياحة و السفر، قياس مستوى تحقق رضا الزبون السياحي في الوكالة السياحية طيبة للسياحة و السفر، قياس مدى الارتباط بين عناصر المزيج التسويقي و تحقق رضا الزبون السياحي في الوكالة السياحية طيبة للسياحة و السفر، تحديد أهم الفروقات ذات دلالة إحصائية في عناصر المزيج التسويقي و تحقق رضا الزبون السياحي تعزى للسمات الشخصية والتي تتمثل بالجنس، العمر، المستوى التعليمي والمهن، حيث تم إستخدام المنهج الوصفي التحليلي، كما شملت عينة على 100 زبون من زبائن الوكالة حيث تم اختيارهم بطريقة عشوائية واحتمالية.

كما أن أدوات الدراسة التي تم استخدامها كانت استمارة بحث تتكون من خمسة محاور (الخدمة، التسعير، الترويج، التوزيع، و الرضا)، وتم التوصل إلى أهم النتائج ومنها وجود مستوى إيجابي في تطبيق عناصر المزيج التسويقي في الوكالة السياحية طيبة للسياحة و السفر، وجود مستوى إيجابي في تحقق رضا الزبون السياحي في الوكالة السياحية طيبة للسياحة و السفر، وجود علاقة إرتباطية بين عناصر المزيج التسويقي و تحقق رضا الزبون السياحي في الوكالة السياحية طيبة للسياحة و السفر، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في عناصر المزيج التسويقي و تحقق رضا الزبون السياحي تعزى للسمات الشخصية ومنها الجنس، العمر، المستوى التعليمي، المهنة.

18. دراسة (2015) , American Association for Cancer research بعنوان:

“Validation of a coding algorithm to identify the cancer and distinguish stage in an electronic medical records database”

فحصت هذه الدراسة الدقة في تحديد أمراض السرطان وبالأخص سرطان المثانة من خلال الاعتماد على أساليب دقيقة في تحديد المرحلة التي يمر بها هذا المرض باستخدام السجلات الطبية الإلكترونية وقواعد بيانات إدارية على نحو متزايد لدراسة حالات مرض السرطان والتركيز عليها ، وفي هذه الدراسة تم استخدام البيانات المتوفرة في شبكة البيانات للمعلومات الصحية في المملكة المتحدة لتحديد المرضى اللذين يعانون مرض سرطان المثانة باستخدام رمز تشخيصي واحد على الأقل لأمراض السرطان وبالأخص سرطان المثانة والتميز بين أنواع سرطان المثانة الغازية والغير غازية باستخدام رمز تشخيصي آخر لاحقاً للرمز السابق ، حيث تم التحقق من صحة الخوارزميات من خلال تقارير علم الأمراض ورسائل وتقارير الأطباء الإستشاريين للمرضى ، كما تم تقييم أداء الخوارزمية من خلال قياس القيمة التنبؤية الإيجابية وما يقابلها في قاعدة البيانات ، كما أنه تم استخدام دراسات حقيقية لتوضيح العديد من الإستخدامات للبيانات في الرعاية الصحية الإلكترونية في الخدمات الصحية ، وتم التحقق من الخوارزميات من خلال مستشفى (بيدمونت) وذلك بالرجوع لأمراض سرطان القولون والمستقيم والرئة والتحقق من صحة البيانات من خلال الربط بين الحالات التي حددتها الخوارزميات مع حالات سجلات مرضى السرطان في مستشفى (بيدمونت) حيث كانت النتائج الأعلى لسرطان الرئة بنسبة 80.0% من سرطان القولون والمستقيم بنسبة 72.4%.

19. دراسة (Kenneth, et al., (2015 بعنوان: "Comparing medical records – based and claims – based index for measuring co morbidity in patients with lung or colon cancer"

هدفت هذه الدراسة إلى التأكد من الظروف والأعراض المرضية للمرضى اللذين يعانون من مرض السرطان وبالأخص سرطان الرئة والقولون لقياس مدى جودة الرعاية الصحية المقدمة لهم وخاصةً للمرضى كبار السن اللذين يعانون من أمراض أخرى عديدة، حيث تم إستخدام البيانات الإدارية والسجلات الطبية كمنهجية في هذه الدراسة للمرضى القدامى والإستفادة منها كقاعدة بيانات لتشخيص العديد من الأمراض الأخرى ومقارنة نسبة أعراض المرض الذي تم تحديدها بهذه البيانات مما يؤدي إلى تقديم الرعاية الصحية لهم بكفاءة وفعالية لتحسين حالتهم الصحية والبقاء على قيد الحياة لمدة أطول ، حيث كانت النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة هي أن 97.2% من المرضى اللذين يعانون من مرض سرطان الرئة و 90.9% من المرضى اللذين يعانون من مرض سرطان القولون قد يعانون من نفس الأعراض وفقاً لقواعد البيانات للسجلات الطبية التي تم الرجوع إليها وإستخدامها ، كما أوصت هذه الدراسة إلى أن إستخدام البيانات الإدارية للسجلات الطبية لتشخيص العديد من الأمراض قد تساعد المرضى بالحصول على العلاج المناسب بأسرع وقت ممكن مما قد يؤدي إلى البقاء على قيد الحياة لمدة أطول من خلال التغلب على أعراض المرض قدر الإمكان .

20. دراسة قدايفة، (2015) بعنوان: "أثر تكنولوجيا المعلومات على المزيج التسويقي دراسة حالة

عينة من المؤسسات الاقتصادية الجزائرية"

هدفت هذه الدراسة إلى بيان الأثر الذي تتركه تكنولوجيا المعلومات على المزيج التسويقي، وذلك من خلال الإجابة على العديد من الأسئلة المطروحة في هذه الدراسة، كما تهدف هذه الدراسة إلى البحث

في مختلف جوانب أهمية تكنولوجيا المعلومات التي أصبحت هي محل الإهتمام لكل المؤسسات الاقتصادية بصفة عامة، خاصة مع التزايد الفهمي لدى الزبون ونظريته للحصول على تشكيلة من السلع والخدمات التي تتناسب مع متطلبات الاقتصاد الذي أصبح من خلال التعامل مع مفهوم تكنولوجيا المعلومات يطلق عليه الاقتصاد الرقمي، حيث قامت هذه الدراسة بتسليط الضوء على أهم الجوانب الخاصة بتكنولوجيا المعلومات والتي تتمثل في شبكة الإنترنت باعتبارها أهم وسيلة تعتمد المؤسسات في تقديمها للسلع والخدمات من جهة ومن أكثر التكنولوجيات التي يحتاج إليها ويلجأ إليها الزبون عند رغبته في الحصول على السلع والخدمات من جهة أخرى، حيث ركزت الدراسة على مجموعة من المؤسسات الاقتصادية التي تنشط داخل ولايتي الجزائر العاصمة وبومرداس لمعرفة أثر تكنولوجيا المعلومات على المزيج التسويقي، بالإضافة إلى التعرف على دور امتغيرات للدراسة، وللعمل على تحقيق الهدف من هذه الدراسة تم تطوير استبانيتين حيث تم التأكد من صدقها ومعامل ثباتها، وبعد عملية جمع الإستبانيتين تم ترميزها وإدخالها ومعالجتها إحصائيا بإستخدام (SPSS) ، حيث توصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين تأثير تكنولوجيا المعلومات والمزيج التسويقي من حيث تقديم السلع والخدمات والتي تتضمن الترويج، البيئة المادية والعمليات، بالإضافة الى عدم وجود علاقة تأثير بين إستخدام تكنولوجيا المعلومات وكل من التسعير، التوزيع، الناس لمزودي الخدمة.

ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

إن من أهم ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة يمكن تلخيصه بالآتي:

1. لم تربط أي من الدراسات السابقة مستوى تبني تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (الصحة

الإلكترونية) مع جودة الرعاية الصحية المقدمة للخدمات الصحية في مراكز ومنظمات الرعاية

الصحية، حيث أشارت معظم الدراسات السابقة إلى معوقات تطبيق الصحة الإلكترونية وأثرها في تبنيها.

2. إفتقار المكتبات العربية للدراسات في ما يخص الصحة الإلكترونية حسب علم الباحث.
3. لم تربط أي من الدراسات السابقة مستوى تبني عناصر المزيج التسويقي مع جودة الرعاية الصحية المقدمة للخدمات الصحية في مراكز ومنظمات الرعاية الصحية.
4. لم تربط أي من الدراسات السابقة مستوى تبني عناصر المزيج التسويقي مع جودة الرعاية الصحية المقدمة للخدمات الصحية من خلال عناصر المزيج التسويقي في مراكز ومنظمات الرعاية الصحية.
5. ندرة الدراسات العربية في المجال الذي يجمع بين تكنولوجيا المعلومات والاتصالات وعناصر المزيج التسويقي وتأثيرها على جودة الرعاية الصحية على حسب علم الباحث.

جدول رقم (2-1)
ملخص الدراسات السابقة وعلاقتها بالدراسة الحالية

#	الدراسة والباحث	الهدف	مايميز الدراسة الحالية عن هذه الدراسة	متغيرات الدراسة التي تم الإستفادة منها
1	دراسة (Paul, et al., (2001) بغنوان: “A computerized reminder system to increase the use of preventive care for hospitalized patients”	هدفت هذه الدراسة إلى إستخدام نظام تذكير محوسب لمساعدة المرضى في الحصول على الرعاية الصحية الوقائية لهم من الأمراض، كما أن متغيرات الدراسة تهدف إلى تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى من خلال إستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات.	قياس مدى القدرة على تطبيق إستخدام نظام محوسب في تقديم الرعاية الصحية .	تكنولوجيا المعلومات والاتصالات
2	دراسة الملكاوي، (2004) بغنوان: "أثار نظم المعلومات الإدارية المحوسبة على مجالات الأعمال الإدارية والطبية"	العمل على تحديد أهم الآثار التي تترتب على عمليات إستخدام نظم المعلومات الإدارية المحوسبة ومدى تأثيرها على عمليات صنع القرار في مدينة الحسين الطبية	تحليل الواقع الفعلي لمدى إستخدام نظم المعلومات الإدارية المحوسبة في مختلف الأقسام التابعة لها ومدى تأثير إستخدام هذه النظم على مجالات الأعمال الادارية والطبية	تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، جودة الرعاية الصحية
3	دراسة (Chaudhry, et al., (2006) بغنوان: “The impact of health information technology on quality, efficiency and costs of medical care”	هدفت هذه الدراسة إلى تحسين كفاءة وجودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى وإلى قياس مدى تأثير تكنولوجيا المعلومات على جودة وكفاءة الرعاية الصحية، كما أن متغيرات الدراسة كانت تحسين جودة الرعاية الصحية من خلال إستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات.	قياس مدى القدرة على تحسين جودة الرعاية الصحية من خلال إستخدام الصحة الإلكترونية .	تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، جودة الرعاية الصحية

4	دراسة بدح، (2007) بعنوان: "أثر حوسبة العمل على جودة الأداء في مستشفى الجراحة العصبية والعمود الفقري بدبي"	قياس أثر حوسبة العمل على جودة الأداء في مستشفى الجراحة العصبية والعمود الفقري بدبي	العمل على مواكبة التطورات في مجال تكنولوجيا المعلومات والبيانات، بالشكل الذي يمكن المؤسسات الصحية من زيادة كفاءتها في مجال استخدام هذه الأنظمة في تحسين الأداء	تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، جودة الرعاية الصحية
5	دراسة Anyaoguo & Elekwachi, (2008) بعنوان: "Limitation to the utilization of electronic medical records by health care professionals"	هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من محددات استخدام أنظمة السجلات الطبية الإلكترونية من وجهة نظر المختصين في الرعاية الصحية الأولية في العيادات الطبية الصغيرة	توصلت الدراسة إلى أن أنظمة السجلات الطبية الإلكترونية لها العديد من فوائد فورية ومنها تقليل الجهد على الموظفين وزيادة الإيرادات	تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، جودة الرعاية الصحية
6	دراسة الدويك، (2010) بعنوان: "نظم المعلومات الصحية المحوسبة وأثرها على القرارات الإدارية والطبية"	هدفت هذه الدراسة إلى العمل على تحديد الآثار التي تترتب على استخدام نظم المعلومات الصحية المحوسبة وأثرها على عمليات صنع القرارات الإدارية والطبية في مستشفى غزة الأوروبي	العمل على تحليل الواقع الفعلي لمدى استخدام نظم المعلومات الصحية المحوسبة في ضمن مختلف الأقسام مقارنة مع آثار استخدام هذه النظم على مجالات الأعمال الإدارية والطبية	تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، جودة الرعاية الصحية
7	دراسة Baskin (2012) بعنوان: "Applying diffusion of innovation theory towards understanding institutional capacity for social marketing adoption in public health organizations"	حيث كان الهدف من هذه الدراسة هو البحث في سبل تطوير الصحة العامة التي تهتم المنظمات الصحية للتسويق الاجتماعي كابتكار وتمييز العوامل التي تساهم في اعتمادها بالإضافة إلى دعم استخدام إستراتيجيات التسويق الاجتماعي، كما أن متغيرات الدراسة كان الهدف منها هو استخدام التسويق الاجتماعي لتحسين جودة الرعاية	قياس مدى القدرة على تحسين جودة الرعاية الصحية في مؤسسات ومنظمات الرعاية الصحية من خلال التسويق الاجتماعي.	المزيج التسويقي، جودة الرعاية الصحية

		الصحية وتحسين صورة المنظمة.		
8	دراسة خيائي، (2012) بعنوان: "تكنولوجيا المعلومات وإستخداماتها الطبية"	هدفت هذه الدراسة إلى توسيع الفجوة المعرفية بين الدول الغنية والفقيرة بما يخص إستخدام تكنولوجيا المعلومات في الأعمال الطبية، كما أن متغيرات الدراسة كانت تحسين جودة الرعاية الصحية من خلال إستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والعمل على تحسين صورة المنظمة.	قياس مدى إستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات من الناحية الطبية .	تكنولوجيا المعلومات والإتصالات
9	دراسة وزارة الصحة الاردنية، (2012) بعنوان: "الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة الاردنية"	تهدف هذه الدراسة إلى تحسين الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي في المملكة الاردنية الهاشمية، كما تهدف إلى معرفة وقياس واقع القوى البشرية ومدى عدالة توزيع الخدمات الصحية وتحسين كافة الخدمات الصحية، كما أن متغيرات الدراسة كانت تحسين جودة الرعاية الصحية والتي من شأنها العمل على تحسين صورة المنظمة.	قياس مدى تنوع الخدمات الصحية في الاردن وهل هذه الخدمات تلبي إحتياجات المناطق الاردنية.	جودة الرعاية الصحية
10	دراسة Schoe. et al., (2012) بعنوان: "A survey of primary care doctors in ten countries shows Progress in use of health information technology less in other areas"	إجراء دراسة مسحية لقياس مدى إستخدام اطباء الرعاية الصحية الأولية لنظم المعلومات الصحية المحوسبة ومدى تأثيرها على الأداء العام في 10 بلدان،	وجود تطوراً وتقدماً في إستخدام تكنولوجيا المعلومات الصحية وذلك في ممارسات الرعاية الصحية الأولية ولاسيما في الولايات المتحدة الأمريكية	تكنولوجيا المعلومات والإتصالات، جودة الرعاية الصحية
11	دراسة أبو حليفة، (2013) بعنوان: "أثر الجودة في الرعاية الصحية"	هدفت هذه الدراسة إلى تطبيق برامج الإدارة الخاصة بالجودة	قياس أثر الجودة في الرعاية الصحية في مؤسسات الرعاية	جودة الرعاية الصحية

		الشاملة في مجالات الرعاية الصحية والتعرف على مدى إهتمام المنشآت الصحية بعامل الجودة، كما أن متغيرات الدراسة كانت تحسين جودة الرعاية الصحية .	الصحية .	
12	دراسة ناصر سيف ، (2013) بعنوان: "أثر تطبيق أبعاد جودة الخدمات في نتائج المرضى، دراسة ميدانية على مراكز الرعاية الصحية الأولية في الاردن"	قياس مدى جودة الرعاية الصحية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية والتي تحسن نتائج رضا المرضى، كما أن متغيرات الدراسة كانت تحسين جودة الرعاية الصحية التي من شأنها العمل على تحسين صورة المنظمة.	معرفة أثر تطبيق أبعاد جودة الخدمات في نتائج المرضى .	جودة الرعاية الصحية
13	دراسة (Noureldin, et al., 2013) بعنوان: "Quality of documentation of electronic medical information systems at primary health care units in Alexandria, Egypt"	قياس مدى الجودة في استخدام التوثيق للبيانات في أعمال السجلات الطبية الإلكترونية المستخدمة في الرعاية الصحية، كما أن متغيرات الدراسة كانت تحسين استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات.	معرفة مدى الجودة المطبقة في أعمال السجلات الطبية الإلكترونية.	تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، جودة الرعاية الصحية
14	دراسة علاء الدين، (2013) بعنوان: "أثر عناصر المزيج الترويجي في تحقيق القدرة التنافسية للمنظمات الخدمية" دراسة ميدانية على المتشفيات الخاصة في الساحل السوري.	العمل على معرفة أثر عناصر المزيج التسويقي وبالأخص الترويجي (العلاقات العامة، الإعلان، البيع الشخصي وتنشيط المبيعات) في تحقيق القدرة التنافسية للمنظمات الخدمية، كما أن متغيرات الدراسة كانت أثر المزيج التسويقي على عمل المنظمة.	معرفة أثر تحقيق القدرة التنافسية في المنظمات الخدمية من خلال عناصر المزيج التسويقي.	المزيج التسويقي، جودة الرعاية الصحية

15	دراسة الذنبيات، (2014) بعنوان: "مدى تبني المستشفيات السعودية لتقنيات الأعمال الإلكترونية الفاعلة" دراسة تطبيقية على المستشفيات العامة في منطقة مكة المكرمة.	العمل على قياس مدى استخدام المستشفيات لأنظمة الأعمال الإلكترونية وما هي محدداتها، كما أن متغيرات الدراسة كانت استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات التي تساعد على تحسين صورة المنظمة.	معرفة مدى اعتماد أنظمة الأعمال الإلكترونية وما هي المعوقات التي تواجهها في المستشفيات الحكومية والخاصة .	تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، جودة الرعاية الصحية
16	دراسة الغرباوي، (2014) بعنوان: "نظم المعلومات الصحية المحوسبة وعلاقتها بالأداء الوظيفي".	هدفت هذه الدراسة إلى الاستفادة من نظم المعلومات الصحية المحوسبة وما هي علاقتها بالأداء الوظيفي في منظمات الرعاية الصحية، كما أن متغيرات الدراسة كانت استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والصحة الإلكترونية التي تساعد على تحسين صورة المنظمة وتحسين جودة الرعاية الصحية.	معرفة مدى استخدام المعلومات الصحية المحوسبة لتحسين الأداء الوظيفي وتحسين صورة المنظمة.	تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، جودة الرعاية الصحية
17	دراسة نسبية، (2014) بعنوان: "مساهمة المزيج التسويقي في تحقيق رضا الزبون السياحي دراسة ميدانية في الوكالة السياحية طيبة للسياحة و السفر"	هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى مساهمة المزيج التسويقي في تحقيق رضا الزبون السياحي	بقياس مستوى تطبيق عناصر المزيج التسويقي في الوكالة السياحية طيبة للسياحة و السفر	المزيج التسويقي، جودة الرعاية الصحية
18	دراسة (2015) American Association for Cancer research بعنوان: "Validation of a coding algorithm to identify the cancer and distinguish stage in an electronic medical records database"	قياس مدى الدقة في تحديد المرض من خلال البيانات الخاصة بالمرضى واستخدام رمز تشخيصي لكل مرض من خلال تقارير وسجلات علم الأمراض، كما أن متغيرات الدراسة كانت تحسين جودة الرعاية الصحية من خلال استخدام تكنولوجيا	معرفة مدى استخدام خوارزميات البيانات الخاصة بكل مرض بناءً على معلومات وبيانات المريض .	تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، جودة الرعاية الصحية

		المعلومات والاتصالات وبالتالي تحسين صورة المنظمة.		
تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، جودة الرعاية الصحية	معرفة مدى تطبيق مبدأ استخدام قواعد البيانات في المنظمات الصحية.	العمل على التأكد من الأمراض التي يعاني منها كل مريض ومدى استخدام بيانات المريض كقاعدة بيانات للسجلات الطبية، كما أن متغيرات الدراسة كانت تحسين جودة الرعاية الصحية من خلال استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات.	دراسة (2015) Kenneth, et al., بعنوان: “Comparing medical records – based and claims – based index for measuring co morbidity in patients with lung or colon cancer”	19
تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، المزيج التسويقي	البحث في مختلف جوانب أهمية تكنولوجيا المعلومات التي أصبحت هي محل الإهتمام لكل المؤسسات الاقتصادية بصفة عامة	هدفت هذه الدراسة إلى بيان الأثر الذي تتركه تكنولوجيا المعلومات على المزيج التسويقي، وذلك من خلال الإجابة	دراسة قدايفة، (2015) بعنوان: “أثر تكنولوجيا المعلومات على المزيج التسويقي دراسة حالة عينة من المؤسسات الاقتصادية الجزائرية”	20

الفصل الثالث

منهجية الدراسة (الطريقة والإجراءات)

(1-3) : المقدمة

(2-3) : منهج الدراسة

(3-3) : مجتمع الدراسة

(4-3) : عينة الدراسة

(5-3) : وحدة التحليل

(6-3) : المتغيرات الديمغرافية لأفراد عينة الدراسة

(7-3) : أدوات الدراسة ومصادر الحصول على المعلومات

(8-3) : المعالجة الإحصائية المستخدمة

(9-3) : صدق أداة الدراسة وثباتها

(1-3) : المقدمة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات بأبعادها (الإجهزة، البرمجيات وأمن المعلومات) وعناصر المزيج التسويقي بأبعاده (المكان والترويج) على جودة الرعاية الصحية بأبعادها (التعاطف والتوكيد)، حيث تم تطبيق هذه الدراسة في مركز الحسين للسرطان في مدينة عمان والذي أبدى موافقته على التعاون والإجابة على أداة الدراسة (الإستبانة) التي تم تطويرها بهدف جمع البيانات من المدراء في الإدارتين الوسطى والعليا في مركز الحسين للسرطان .

(2-3) : منهج الدراسة

نظراً لطبيعة هذه الدراسة والأهداف التي تسعى إلى تحقيقها والتي تتمثل في معرفة أثر استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (ICT) وعناصر المزيج التسويقي على جودة الرعاية الصحية وما هي المحددات التي تواجهها، لذلك إعتمدت هذه الدراسة على استخدام المنهج الوصفي التحليلي، حيث أن المنهج الوصفي يستخدم لوصف ظاهرة ما للوصول إلى الأسباب التي أدت إلى حدوث تلك الظاهرة وكذلك التعرف إلى العوامل التي تؤثر على تلك الظاهرة، أما الجانب الآخر من هذه الدراسة فهو الجانب التحليلي الذي يعتمد على جمع وتحليل البيانات وإختبار فرضيات الدراسة ومن ثم إستخلاص أهم النتائج والتوصيات، وقد إعتمدت الباحثة على الإستبانة كأداة لجمع البيانات من عينة الدراسة.

(3-3) : مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من كافة المدراء في الإدارتين الوسطى والعليا في مركز الحسين للسرطان حيث تمت الإجابة على إستبانته الدراسة من قبلهم، كما ويبلغ عدد المدراء في الإدارتين الوسطى والعليا

في مركز الحسين للسرطان (260) مديراً، ويعود سبب اختيار هذه الفئة لكونها تمثل المصدر الملائم للحصول على المعلومات.

(3-4) : عينة الدراسة

نظراً لصغر حجم مجتمع الدراسة فقد قامت الباحثة بإعتماد كافة المدراء في الإدارتين الوسطى والعليا كعينة للدراسة (المسح الشامل) في مركز الحسين للسرطان، والبالغ عددهم 260 مديراً، حيث قامت الباحثة بتوزيع (260) إستبياناً على المدراء في كافة الإدارات الوسطى والعليا في المركز وإسترجع منها (203) من الإستبانات بنسبة (78.07 %) وبعد فحص الإستبانات تبين أن جميع الإستبانات صالحة للتحليل.

(3-5) : وحدة التحليل

تمثلت وحدة التحليل بكافة المدراء في الإدارتين الوسطى والعليا في مركز الحسين للسرطان وتمت الإجابة على أداة الدراسة التي تم تصميمها وتطويرها لغايات جمع البيانات من عينة الدراسة على إختلاف مسمياتهم الوظيفية وكذلك على إختلاف مؤهلاتهم العلمية وإختلاف أعمارهم.

(3-6) : المتغيرات الديمغرافية لأفراد عينة الدراسة

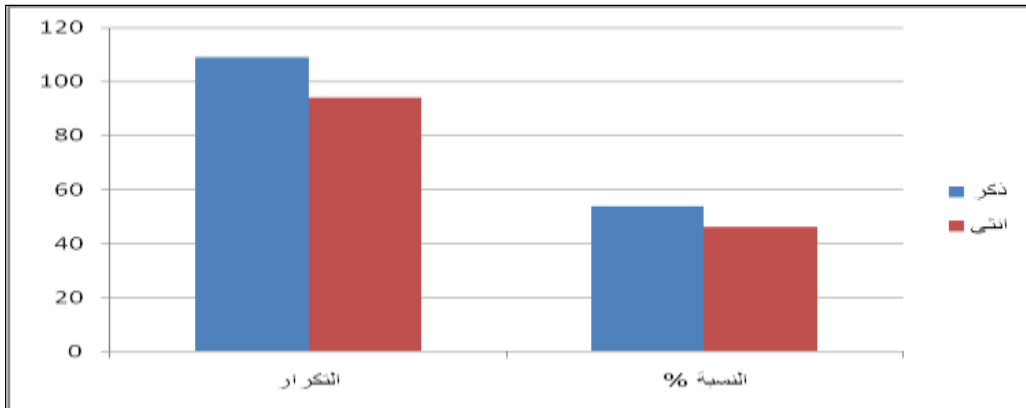
توضح الجداول (3 - 1)، (3 - 2)، (3 - 3)، (3 - 4)، (3 - 5)، المتغيرات الديمغرافية لأفراد عينة الدراسة حسب (النوع الإجتماعي، الفئة العمرية، المؤهل العلمي، الدخل السنوي والجنسية).

1- توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب متغير النوع الاجتماعي:

الجدول (1-3)

يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير النوع الاجتماعي

#	النوع الاجتماعي	التكرار	النسبة %
1	ذكر	109	53.7
2	انثى	94	46.3
	المجموع	203	100%



بالنسبة لمتغير النوع الاجتماعي وكما هو موضح بالجدول (1-3) فقد تبين أن نسبة الذكور

بلغت (53.7%) بعدد 109 فرداً من مجموع الباحثين ، كما بلغت نسبة الإناث (46.3%) بعدد 94

حيث أنها نسبة أقل بقليل مقارنة مع نسبة الذكور وهذا يبين ان المركز يوفر فرص عمل متساوية لكلا

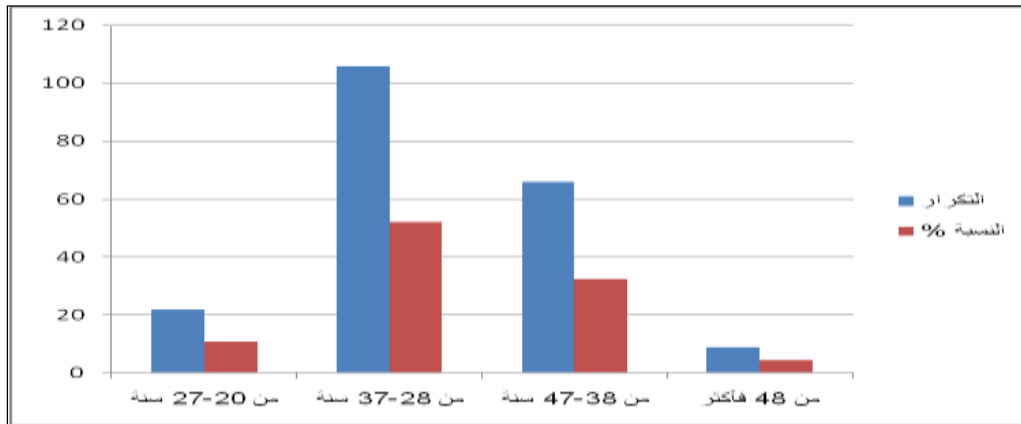
الطرفين دون أي تحيزاً.

2- توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب متغير الفئة العمرية

الجدول (2-3)

يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الفئة العمرية

#	الفئة العمرية	التكرار	النسبة %
1	من 20-27 سنة	22	10.9
2	من 28-37 سنة	106	52.2
3	من 38-47 سنة	66	32.5
4	من 48 فأكثر	9	4.4
	المجموع	203	%100



إذ يوضح الجدول (2-3) أنه تم تقسيم هذا المتغير إلى فئات عمرية مختلفة الحجم بناءً على كبر حجم عينة الدراسة، وتبين أن العدد الأكبر من المستجيبين لآداة هذه الدراسة هم من الفئات العمرية المتوسطة حيث تقع أعمارهم بين سن (28-37) سنة وبنسبة (52.2%) وذلك لأن مجتمع الدراسة يحتوي على عدد أكبر بكثير من فئات الموظفين ذات العمر المتوسط مع الخبرة مقارنة بالأكثر عمراً وخبرة، وكما أن عدم تساوي الفئات العمرية طويلاً يعود أيضاً إلى أن الفرد في الفئات العمرية المتوسطة

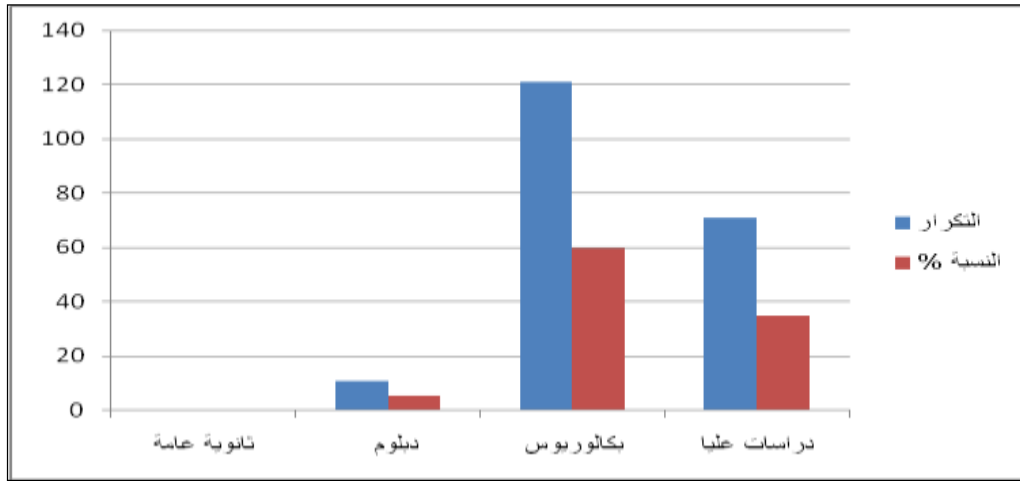
يكون أكثر احتمالاً لتغيير رأيه من الفرد في الفئات العمرية الأكبر، كما أنه لا يوجد بين أفراد عينة الدراسة عدد كبير من المستجيبين من هم دون سن (20) سنة، إذ إن مجتمع الدراسة يشترط على من يتقدم لإشغال أي من الوظائف التي تقع في إطاره أن يكون من حملة الشهادة الجامعية أو الدبلوم كحد أدنى، وتعتقد الباحثة إن هذا الأمر ساهم في عدم وجود أي من أفراد العينة دون سن العشرين سنة، في حين بلغت نسبة من تزيد أعمارهم عن 48 سنة (4.4 %) ولعل الباحثة تفسر هذا الأمر برغبة مجتمع الدراسة في الاعتماد على فئة الشباب في إشغال وظائفه والتي تتطلب مهارات ولربما مجهود عقلي كبير.

3- توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب متغير المؤهل العلمي:

الجدول (3-3)

يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المؤهل العلمي

#	المؤهل العلمي	التكرار	النسبة %
1	ثانوية عامة	0	0.0
2	دبلوم	11	5.5
3	بكالوريوس	121	59.6
4	دراسات عليا	71	34.9
	المجموع	203	100%



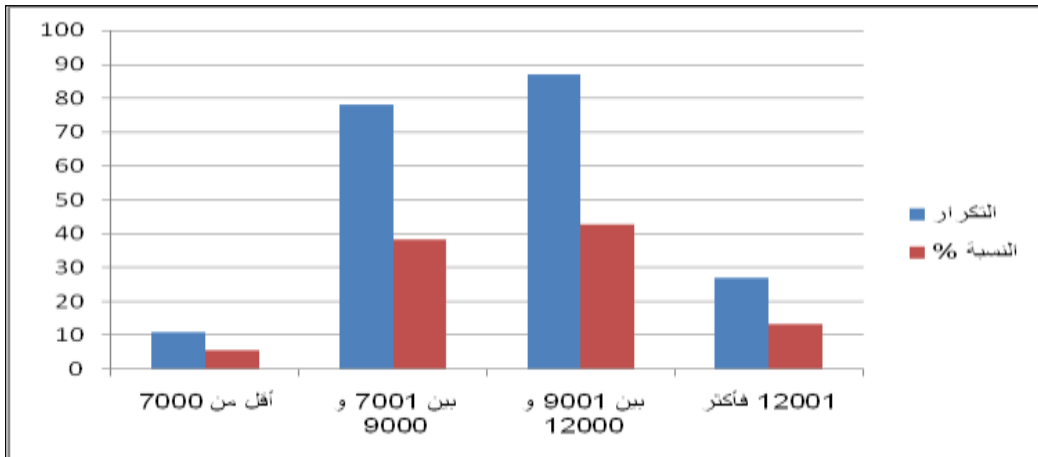
بالنسبة لمتغير المؤهل العلمي لأفراد عينة الدراسة، يُظهر الجدول (3-3) أن 5.5% من أفراد عينة الدراسة يحملون شهادة الدبلوم حيث بلغ عددهم 11 فرداً، وأن معظم أفراد عينة الدراسة هم من حملة شهادة البكالوريوس وبنسبة 59.6% وبلغ عددهم 121 من حجم العينة، كما بينت النتائج أن عدد الأفراد الذين يحملون شهادة الدراسات العليا سواء كانت ماجستير أو دكتوراه هم (71) فرداً ويشكلون نسبة (34.9%) ويعود السبب في ذلك إلى أن مجتمع الدراسة يوفر الفرص والبيئة المناسبة للعاملين به من أجل تطوير تعليمهم وزيادة ثقافتهم مما يؤدي إلى تحسين الأداء الوظيفي، وبالإضافة إلى ذلك فقد بين الجدول إلى عدم وجود أي من أفراد عينة الدراسة من هم من حملة شهادة الثانوية العامة ويعود السبب في ذلك إلى أن مجتمع الدراسة يركز على توظيف أصحاب الخبرات في العمل وذلك لسير العمل بالكفاءة والفاعلية المطلوبة.

4- توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب متغير الدخل السنوي

الجدول (4-3)

يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الدخل السنوي

#	الدخل	التكرار	النسبة %
1	أقل من 7000	11	5.5
2	بين 7001 و 9000	78	38.4
3	بين 9001 و 12000	87	42.8
4	12001 فأكثر	27	13.3
	المجموع	203	100%



وأما بما يرتبط بمتغير الدخل السنوي وكما هو موضح بالجدول (4-3) فقد تبين أنه بعدد 11 فرداً من أفراد عينة الدراسة هم من اللذين يقل دخلهم السنوي عن (7000) بنسبة 5.5 %، في حين أنه 78 فرداً من أفراد عينة الدراسة اللذين يتراوح دخلهم السنوي بين (7001 و 9000) بنسبة 38.4 %، و 87 من أفراد عينة الدراسة هم ممن يتراوح دخلهم السنوي بين (9001 و 12000) بنسبة 42.8 %

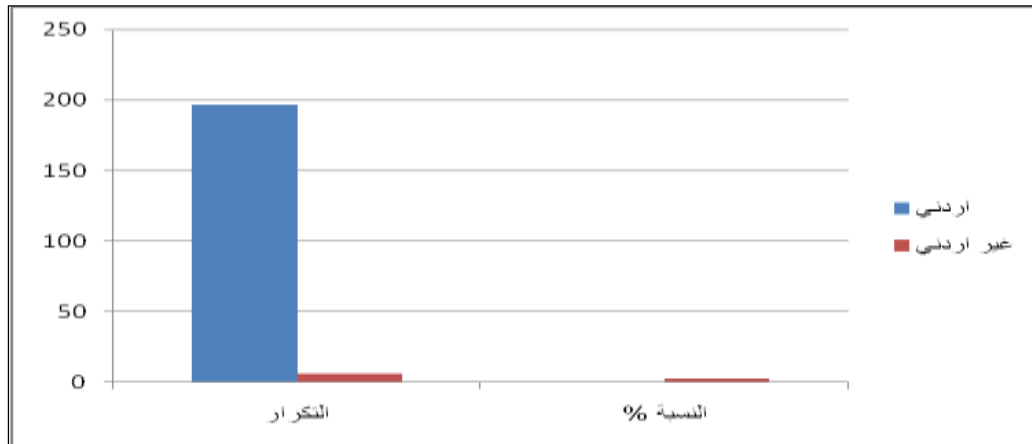
حيث أنها تعتبر أعلى نسبة مقارنة مع النسب الأخرى، وأخيراً أن 27 من أفراد عينة الدراسة هم ممن يزيد دخلهم السنوي عن (12001) وبنسبة 13.3%. ذلك الأمر الذي يفسر أن معظم أفراد عينة الدراسة كانت عدد سنوات خبراتهم كبيرة وممن يحملون شهادات البكالوريوس والدراسات العليا مما يؤدي إلى الحاجة إلى رفع رواتبهم لكي تتناسب مع وظائفهم.

5- توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب متغير الجنسية

الجدول (3-5)

يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنسية

#	الجنسية	التكرار	النسبة %
1	اردني	197	97.0
2	غير اردني	6	3.0
	المجموع	203	100%



إما بما يتعلق بتوزيع أفراد عينة الدراسة بحسب متغير الجنسية، وبالرجوع إلى بيانات الجدول رقم (3-5) فقد أظهرت نتائج التحليل الإحصائي أن وبنسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة هم ممن يحملون الجنسية الأردنية بنسبة (97.0 %) حيث بلغ عددهم 197 كما أظهرت نتائج الدراسة إلى إن أفراد عينة الدراسة الذين يحملون جنسيات أخرى تبلغ نسبتهم (3.0%) وعددهم 6 أفراد وهي نسبة قليلة جداً، وتفسر الباحثة هذه النتيجة إلى رغبة مجتمع الدراسة بتوظيف الأفراد من المجتمع المحلي والذي يحمل الجنسية الأردنية وذلك للعمل على التقليل من البطالة ولو كان بنسبة قليلة.

(3-7) : أدوات الدراسة ومصادر الحصول على المعلومات

لتحقيق أهداف هذه الدراسة ولجمع المعلومات المتعلقة بها لجأت الباحثة إلى إستخدام الإستبانة التي صممت إعتماًداً على أسئلة الدراسة وفرضياتها من خلال الإعتماذ على مجموعة من الدراسات السابقة حيث شملت الإستبانة على مصدرين أساسيين، وهما:

1. المصادر الثانوية: حيث لجأت الباحثة في معالجة الإطار النظري لهذه الدراسة إلى مصادر

البيانات الثانوية والتي تحتوي على الكتب، المراجع العربية والأجنبية، الدوريات، المقالات،

التقارير، الأبحاث والدراسات السابقة التي تناولت موضوع هذه الدراسة، كما تم البحث والمطالعة

في مواقع الإنترنت المختلفة والتي عملت على إثراء المعلومات التي تحتويها هذه الدراسة.

2. المصادر الرئيسية: وذلك للعمل على معالجة الجوانب التحليلية لموضوع الدراسة تم اللجوء إلى

جمع البيانات الأولية من خلال الإستبانة التي قامت الباحثة بتطويرها كأداة رئيسة لهذه الدراسة،

وتم إستخدام مقياس ليكرت الخماسي (Five Likert Scale)، بحيث أخذت كل إجابة أهمية

نسبية، ولأغراض التحليل تم استخدام البرنامج الإحصائي SPSS V.20، إضافة إلى استخدام

AMOS لتحليل المسار كما تضمنت الاستبانة أربعة أجزاء، وهي:

الجزء الأول: الجزء الخاص بالمتغيرات الديمغرافية لأفراد عينة الدراسة من خلال (5) متغيرات وهي (النوع الاجتماعي، الفئة العمرية، المؤهل العلمي، الدخل السنوي والجنسية).

الجزء الثاني: تضمن مقياس أثر استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (ICT) عبر ثلاثة أبعاد فرعية وهي: (الأجهزة، البرمجيات، أمن المعلومات) وقد تضمنت أداة الدراسة (21) فقرة لقياسها،

مقسمة على النحو الآتي:

إستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات	الأجهزة	البرمجيات	أمن المعلومات
عدد الفقرات	6	8	7
ترتيب الفقرات	6-1	14-7	21-15

الجزء الثالث: تضمن مقياس أثر عناصر المزيج التسويقي عبر بعدين فرعيين وهما: (المكان، الترويج)

وقد تضمنت أداة الدراسة (11) فقرة لقياسها، مقسمة على النحو الآتي:

عناصر المزيج التسويقي	المكان	الترويج
عدد الفقرات	5	6
ترتيب الفقرات	26-22	32-27

الجزء الرابع: تضمن جودة الرعاية الصحية وقد تضمن المتغير التابع بعدين فرعيتين هما: (التعاطف،

التوكيد) وقد تضمنت أداة الدراسة (14) فقرة لقياسها، مقسمة على النحو الآتي:

جودة الرعاية الصحية	التعاطف	التوكيد
عدد الفقرات	7	7
ترتيب الفقرات	39-33	46-40

ويتراوح مدى الإستجابة من (1 - 5) وفق مقياس ليكرت الخماسي (Five Likert Scale) كالآتي:

بدائل الإجابة	موافق جداً	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق جداً
الدرجة	5	4	3	2	1

وبهذا تكونت الإستبانة (أداة الدراسة) وبشكلها النهائي من (46) فقرة بمقياس ليكرت الخماسي Five

Scale Likert (Sekaran, 2003).

(3-8) : المعالجة الإحصائية المستخدمة:

للإجابة عن أسئلة الدراسة وإختبار فرضياتها لجأت الباحثة إلى الرزمة الإحصائية للعلوم

الإجتماعية (Statistical Package for Social Sciences) الإصدار العشرون SPSS V.20.

، إضافة إلى إستخدام برمجية AMOS لتحليل المسار، وقامت الباحثة من خلال البرامج الإحصائية

السابقة بتطبيق الأساليب التالية:

▪ التكرارات والنسب المئوية Frequencies & Percent بهدف تحديد مؤشرات القياس المعتمدة في

الدراسة وتحليل خصائص عينة الدراسة ديموغرافياً.

- المتوسطات الحسابية Mean لتحديد مستوى إستجابة أفراد عينة الدراسة عن متغيراتها.
- الإنحراف المعياري Standard Deviation لقياس درجة تشتت إستجابات أفراد عينة الدراسة عن وسطها الحسابي.
- معادلة طول الفئة والتي تقضي بقياس مستوى الأهمية لمتغيرات الدراسة، والذي تم إحتسابه وفقاً للمعادلة التالية:

$$\text{مدى التطبيق} = \frac{\text{العلامة القصوى} - \text{العلامة الدنيا}}{3}$$

$$1.33 = \frac{5 - 1}{3} = \text{مدى التطبيق}$$

وبناء على ذلك يكون القرار للأهمية على النحو التالي:

الأهمية المنخفضة من 1 - أقل من 2.34

الأهمية المتوسطة من 2.34 - أقل من 3.67

الأهمية المرتفعة من 3.67 فأكثر

- معامل كرونباخ ألفا Cronbach Alpha لقياس ثبات أداة الدراسة (الإستبانة) ومقدار الإتساق الداخلي لها. ودرجة مصداقية الإجابات عن فقرات الإستبانة.
- معامل تضخم التباين Variance Inflation Factor (VIF) واختبار التباين المسموح Tolerance للتأكد من عدم وجود تعددية إرتباط Multicollinearity بين المتغيرات المستقلة.

- تحليل الإنحدار المتعدد Multiple Regression analysis وذلك للتحقق من أثر مجموعة من المتغيرات المستقلة في متغير تابع واحد.
- تحليل الإنحدار البسيط Simple Regression analysis وذلك للتحقق من أثر المتغيرات المستقلة الفرعية على المتغير التابع.
- تحليل المسار من خلال استخدام Structural Equation Modeling.

(3-9) : صدق أداة الدراسة وثباتها

أ) الصدق الظاهري

قامت الباحثة بإعداد إستبانة توفر البيانات اللازمة للإجابة على أسئلة الدراسة وإختبار فرضياتها كما تم عرض هذه الإستبانة على مجموعة من الإساتذة المحكمين تتألف من (9) من أعضاء الهيئة التدريسية متخصصين في إدارة الأعمال والتسويق، بالإضافة إلى عرض مشكلة الدراسة ونموذج الدراسة والفرضيات لإبداء رأيهم فيها، حيث تم أخذ آرائهم التي تم الإتفاق عليها وإجراء التعديلات الضرورية على الإستبانة، وتم عرض أسماء المحكمين بالملحق رقم (4).

ب) ثبات أداة الدراسة

تم إستخدام إختبار الإتساق الداخلي كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha)، لقياس مدى التناسق في إجابات المبحوثين عن كل الأسئلة الموجودة في المقياس، والجدول (3 - 6) يبين نتائج أداة الثبات لهذه الدراسة:

الجدول (3 - 6)

معامل ثبات الإتساق الداخلي لأبعاد الإستبانة (مقياس كرونباخ ألفا)

#	البعد	عدد الفقرات	قيمة (α) ألفا
1	تكنولوجيا المعلومات والاتصالات	21	0.925
1 . 1	الأجهزة	6	0.852
2 . 1	البرمجيات	8	0.932
3 . 1	أمن المعلومات	7	0.786
2	عناصر المزيج التسويقي	11	0.910
1 . 2	المكان	5	0.854
2 . 2	الترويج	6	0.923
3	جودة الرعاية الصحية	14	0.815
1 . 3	التعاطف	7	0.817
2 . 3	التوكيد	7	0.805

إذ يوضح الجدول (3 - 6) قيم الثبات للمتغير المستقل وهو تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والتي تراوحت بين (0.932) لبعد البرمجيات المستخدمة في تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في مركز الحسين للسرطان كحد أعلى، و(0.786) لبعد أمن المعلومات كحد أدنى، في حين كانت قيمة ألفا لجميع فقرات المتغير المستقل وهو تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والبالغ عددها (21) فقرة (0.925). أما بما يخص قيم الثبات للمتغير عناصر المزيج التسويقي والتي تراوحت بين (0.923) لبعد الترويج كحد أعلى، و (0.854) لبعد المكان كحد أدنى، في حين كانت قيمة ألفا لجميع فقرات متغير عناصر المزيج التسويقي والبالغ عددها (11) فقرة (0.910). أما قيمة ألفا كرونباخ للمتغير

التابع وهو جودة الرعاية الصحية فكانت (0.817) لبعد التعاطف و (0.805) لبعد التوكيد في حين بلغت قيمة ألفا لجميع فقرات المتغير التابع والبالغ عددها (14) فقرة (0.815) وتدل مؤشرات كرونباخ ألفا Cronbach Alpha أعلاه على تمتع أداة الدراسة بصورة عامة بمعامل ثبات عال ويقدرتها على تحقيق أغراض هذه الدراسة وفقاً لـ (Hair.et al., 2006).

الفصل الرابع

النتائج وإختبار الفرضيات

(1-4): المقدمة

(2-4): تحليل بيانات الدراسة

(3-4): تحليل مدى ملائمة البيانات لافتراضات اختبار فرضيات الدراسة

(4-4): اختبار فرضيات الدراسة

(1-4): المقدمة

يستعرض هذا الفصل نتائج التحليل الإحصائي لإستجابة أفراد عينة الدراسة عن المتغيرات التي اعتمدت فيها من خلال عرض إجاباتهم المتمثلة في المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل متغيرات الدراسة، كما يتناول الفصل إختبار فرضيات الدراسة لكل منها.

(2-4): تحليل بيانات الدراسة

(4 . 2 . 1) أبعاد المتغير المستقل إستخدام تكنولوجيا المعلومات والإتصالات:

لوصف وتحليل أبعاد إستخدام تكنولوجيا المعلومات والإتصالات في مركز الحسين للسرطان فقد لجأت الباحثة إلى إستخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للتحقق من معنوية الفقرات وأهمية كل فقرة، كما هو موضح بالجدول رقم (4 - 1) الخاص بمتغير الأجهزة، والجدول رقم (4 - 2) لمتغير البرمجيات، والجدول رقم (4 - 3) لمتغير أمن المعلومات، كما تُظهر الجداول التالية ترتيب فقرات الدراسة بحسب أهميتها من وجهة نظر المدراء في الإدارتين الوسطى والعليا في مركز الحسين للسرطان، كما ستُظهر الجداول مستوى الأهمية لكل فقرة بحسب وجهة نظر عينة الدراسة، وكما يلي:

أولاً: إجابات عينة الدراسة على فقرات أداة الدراسة المتعلقة بمتغير الأجهزة

جدول (4-1)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير الأجهزة

#	الأجهزة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Sig* مستوى الدلالة	ترتيب أهمية الفقرة	مستوى الأهمية
1	أجهزة الحاسوب المتوفرة بالمركز ملائمة لإنجاز العمل	4.029	0.9222	0.000	1	مرتفع
2	تناسب نوعية الأجهزة مع حجم العمل الذي يتم إنجازه	3.822	1.0521	0.000	4	مرتفع
3	تتم معالجة أعطال الأجهزة بسرعة عند حدوثها	3.482	1.1272	0.000	6	متوسط
4	الأجهزة بالمركز تساعد على سرعة تنفيذ القرارات الخاصة بالمرضى من قبل الهيئات التمريضية والهيئات المساندة	3.921	0.8752	0.000	3	مرتفع
5	تمتاز الشبكة بالكفاءة (السرعة) في إيصال المعلومات	3.729	1.0198	0.000	5	مرتفع
6	يتم استخدام تكنولوجيا المعلومات في تجهيز العمل مثل حوسبة إجراءات العمل	3.922	0.7819	0.000	2	مرتفع
جميع فقرات الأجهزة		3.831	0.74440	0.000		

إذ يوضح الجدول (4-1) إجابات المبحوثين على فقرات أداة الدراسة الرئيسية (الإستبانة) المتعلقة

بفقرات المتغير المستقل وهو استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والخاصة ببعد الأجهزة

المستخدمة في مركز الحسين للسرطان، حيث تراوحت المتوسطات الحسابية لهذا المتغير بين

(3.482 - 4.029) بمتوسط كلي مقداره (3.831) على مقياس ليكرت الخماسي الذي يشير إلى

المستوى المرتفع للأجهزة المستخدمة في مركز الحسين للسرطان بحسب آراء عينة الدراسة، إذ جاءت

في المرتبة الأولى فقرة " أجهزة الحاسوب المتوفرة بالمركز ملائمة لإنجاز العمل " بمتوسط حسابي بلغ

(4.029) وهو أعلى من المتوسط الحسابي العام البالغ (3.831)، وانحراف معياري بلغ (0.9222)،

فيما حصلت الفقرة " تتم معالجة أعطال الأجهزة بسرعة عند حدوثها " على المرتبة الساسة والأخيرة بمتوسط حسابي (3.482) وهو أدنى من المتوسط الحسابي الكلي والبالغ (3.831) وإنحراف معياري (1.1272).

ثانياً: إجابات عينة الدراسة على فقرات أداة الدراسة المتعلقة بمتغير البرمجيات

جدول (4- 2)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير البرمجيات

#	البرمجيات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Sig* مستوى الدلالة	ترتيب أهمية الفقرة	مستوى الأهمية
7	يتم استخدام أنظمة خاصة لمعالجة معاملات المرضى	4.241	0.7616	0.003	3	متوسط
8	يتم استخدام الأنظمة الطبية المساندة في المركز مثل (نظام معلومات المختبر، نظام معلومات التمريض، نظام معلومات الأشعة، نظام معلومات الصيدلية)	4.339	0.6507	0.000	1	مرتفع
9	يتم إنجاز العديد من معاملات المرضى إلكترونياً داخل المركز	4.285	0.6800	0.000	2	مرتفع
10	يوفر المركز قاعدة بيانات مناسبة لجميع مهام العمل التي يتم التعامل معها	4.123	0.8142	0.000	4	مرتفع
11	الأنظمة المستخدمة بالمركز تسهل عملية التنسيق بين الأقسام الداخلية والسجلات الطبية إلكترونياً	4.014	0.8234	0.000	5	مرتفع
12	الأنظمة المستخدمة بالمركز تساهم في زيادة وسائل الراحة للمريض مثل توفير الطعام والشراب والسرعة في تقديم الخدمة وزيادة الخصوصية للمرضى	3.793	0.9262	0.000	7	مرتفع
13	الأنظمة المستخدمة تسهل عملية تعبئة النماذج واستيفاء المعلومات اللازمة من المراجعين إلكترونياً	3.395	0.8295	0.000	8	متوسط
14	الأنظمة المستخدمة تساهم بشكل قوي في إعداد التقارير الإحصائية المتعلقة بالعمل	3.993	0.8904	0.000	6	مرتفع
جميع فقرات البرمجيات		4.229	0.8264	0.000		

ويشير الجدول (4 - 2) إلى إجابات المبحوثين عن العبارات المتعلقة بالبرمجيات المستخدمة في مركز الحسين للسرطان، حيث تراوحت المتوسطات الحسابية لهذا المتغير بين (3.395 - 4.339) بمتوسط كلي مقداره (4.229) على مقياس ليكرت الخماسي الذي يشير إلى المستوى المرتفع والمتوسط لإجابات عينة الدراسة على فقرات الإستبانة المتعلقة بالبرمجيات المستخدمة في مركز الحسين للسرطان، إذ جاءت في المرتبة الأولى فقرة " يتم استخدام الأنظمة الطبية المساندة في المركز مثل (نظام معلومات المختبر، نظام معلومات التمريض، نظام معلومات الأشعة، نظام معلومات الصيدلية) " بمتوسط حسابي بلغ (4.339) وهو أعلى من المتوسط الحسابي العام البالغ (4.229)، وإنحراف معياري بلغ (0.6507)، فيما حصلت الفقرة " الأنظمة المستخدمة تسهل عملية تعبئة النماذج واستيفاء المعلومات اللازمة من المراجعين إلكترونياً " على المرتبة الثامنة والأخيرة بمتوسط حسابي (3.395) وهو أدنى من المتوسط الحسابي الكلي والبالغ (4.229) وبإنحراف معياري (0.8295)، أما المتوسط الحسابي لجميع إجابات عينة الدراسة على فقرات متغير البرمجيات قد جاءت مرتفعة ومتوسطة وبمتوسط (4.229)، مما يشير إلى حرص مركز الحسين للسرطان على إستخدام البرمجيات في جميع أعمالها مما يعمل على تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة.

ثالثاً: إجابات عينة الدراسة على فقرات أداة الدراسة المتعلقة بمتغير أمن المعلومات

جدول (4 - 3)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير أمن المعلومات

#	أمن المعلومات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Sig* مستوى الدلالة	ترتيب أهمية الفقرة	مستوى الأهمية
15	يتوفر وسائل لحماية المكونات المادية التي يتم العمل معها	4.211	0.7574	0.000	5	مرتفع
16	يتم توفير برامج للحماية من الفيروسات	4.073	0.9007	0.000	6	مرتفع
17	الأنظمة المستخدمة بالمركز تعمل على حفظ المعلومات الخاصة بالمرضى إلكترونياً مع إمكانية الرجوع إليها عند الحاجة	4.261	0.7550	0.000	4	مرتفع
18	تهتم إدارة المركز في تدوين المعلومات عن المرضى و حالاتهم الصحية في السجلات والحاسوب للحفاظ عليها من الضياع	4.364	0.6712	0.000	1	مرتفع
19	هناك تدريب مستمر لمستخدمي النظام بالسياسات المتعلقة بأمن المعلومات المتبعة داخل المركز	4.014	0.8870	0.000	7	مرتفع
20	تقييد الدخول على النظام والشبكة بالأشخاص المصرح لهم بذلك في المركز	4.344	0.7031	0.000	2	مرتفع
21	تحديد صلاحيات مستخدمي النظام بما يتناسب مع نوعية الأعمال الموكلة لهم	4.334	0.7353	0.000	3	
جميع فقرات امن المعلومات		4.223	0.8015	0.000		

ويشير الجدول (4 - 3) إجابات الباحثين عن العبارات المتعلقة بأمن المعلومات عند العاملين في

مركز الحسين للسرطان، حيث تراوحت المتوسطات الحسابية لهذا المتغير بين (4.014 - 4.364)

بمتوسط كلي مقداره (4.223) على مقياس ليكرت الخماسي الذي يشير إلى المستوى المرتفع لإجابات

عينة الدراسة على فقرات الإستبانة المتعلقة بأمن المعلومات في مركز الحسين للسرطان، إذ جاءت في

المرتبة الأولى فقرة " تهتم إدارة المركز في تدوين المعلومات عن المرضى و حالاتهم الصحية في

السجلات والحاسوب للحفاظ عليها من الضياع " بمتوسط حسابي بلغ (4.364) وهو أعلى من المتوسط الحسابي العام البالغ (4.223)، وإنحراف معياري بلغ (0.67128)، فيما حصلت الفقرة " هنالك تدريب مستمر لمستخدمي النظام بالسياسات المتعلقة بأمن المعلومات المتبعة داخل المركز " على المرتبة السابعة والأخيرة بمتوسط حسابي (4.014) وهو أدنى من المتوسط الحسابي الكلي والبالغ (4.223) وبإنحراف معياري (0.88708)، أما المتوسط الحسابي لجميع إجابات عينة الدراسة على فقرات متغير أمن المعلومات قد جاءت مرتفعة وبمتوسط (4.223)، مما يشير إلى حرص مركز الحسين للسرطان على تطبيق أمن المعلومات الخاصة به للحفاظ على سرية المعلومات الخاصة بطريقة أداء عمله المتميز والذي يحقق له العديد من المزايا.

(4 . 2 . 2) أبعاد المتغير الوسيط والمتعلق بعناصر المزيج التسويقي

لوصف وتحليل أبعاد عناصر المزيج التسويقي في مركز الحسين للسرطان فقد لجأت الباحثة إلى استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، واختبار (T) للتحقق من معنوية الفقرات وأهمية كل فقرة، كما هو موضح بالجدول (4-4) الخاص بمتغير المكان، والجدول رقم (4-5) لمتغير الترويج، كما تُظهر الجداول التالية ترتيب فقرات الدراسة بحسب أهميتها من وجهة نظر المدراء في الإدارتين الوسطى والعليا في مركز الحسين للسرطان، كما ستُظهر الجداول مستوى الأهمية لكل فقرة بحسب وجهة نظر عينة الدراسة، وكما يلي:

أولاً: إجابات عينة الدراسة على فقرات أداة الدراسة المتعلقة بمتغير المكان

جدول (4-4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير المكان

#	المكان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Sig* مستوى الدلالة	ترتيب أهمية الفقرة	مستوى الأهمية
22	الوصول للمركز يتسم بالسهولة.	3.857	1.1054	0.000	1	مرتفع
23	هنالك وسائل للنقل من وإلى المركز.	3.650	1.1777	0.000	5	مرتفع
24	تتوافر لوحات إرشادية لموقع المركز.	3.822	1.0379	0.000	2	متوسط
25	البيئة المادية في المركز مريحة للعمل فيها بالنسبة للموظفين.	3.679	1.0297	0.000	4	مرتفع
26	يتميز المركز من حيث موقعه الجغرافي.	3.773	1.1204	0.000	3	مرتفع
جميع فقرات المكان		3.756	1.0658	0.000		

يبين الجدول رقم (4-4) إجابات عينة الدراسة عن العبارات المتعلقة بالمتغير الوسيط وهو المكان الذي يقع فيه مركز الحسين للسرطان كمجتمع للدراسة، حيث تراوحت المتوسطات الحسابية لهذا المتغير بين (3.650 - 3.857) بمتوسط كلي مقداره (3.756) على مقياس ليكرت الخماسي الذي يشير إلى المستوى المرتفع للمكان الذي يقع فيه مركز الحسين للسرطان كمجتمع للدراسة بحسب آراء أفراد عينة الدراسة، وقد جاءت في المرتبة الأولى فقرة " الوصول للمركز يتسم بالسهولة." بمتوسط حسابي بلغ (3.857) وهو أعلى من المتوسط الحسابي العام البالغ (3.756)، وانحراف معياري بلغ (1.1054)، فيما حصلت الفقرة " هنالك وسائل للنقل من وإلى المركز." على المرتبة الخامسة والأخيرة بمتوسط حسابي (3.650) وهو أدنى من المتوسط الحسابي الكلي والبالغ (3.756) وبانحراف معياري (1.1777)، وبشكل عام فقد جاءت إجابات عينة الدراسة مرتفعة ومتوسطة على فقرات المكان الذي

يقع به مركز الحسين للسرطان مما يشير إلى تميز المركز بموقعه الجغرافي بحسب إعتقاد أفراد عينة الدراسة.

ثانياً: إجابات عينة الدراسة على فقرات أداة الدراسة المتعلقة بمتغير الترويج

جدول (4-5)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير الترويج

#	الترويج	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Sig* مستوى الدلالة	ترتيب أهمية الفقرة	مستوى الأهمية
27	تتوافر المصادقية في إعلانات المركز.	4.123	0.7705	0.000	6	مرتفع
28	يتوفر وسائل للترويج عن إعلانات المركز	4.147	0.77577	0.000	5	مرتفع
29	يتم معالجة الشكاوي المقدمة للمركز من قبل المرضى.	4.177	0.76952	0.000	3	متوسط
30	يتم استخدام أدوات الاتصال الحديثة للمرضى لتذكيرهم بمواعيدهم العلاجية	4.266	0.71913	0.000	1	مرتفع
31	لدى موظفي المركز الكفاءة في معالجة مشاكل المرضى.	4.172	0.67106	0.000	4	مرتفع
32	يعمل المركز على توزيع الكتيبات والنشرات الخاصة بإعلاناته	4.216	0.70522	0.000	2	
	جميع فقرات الترويج	4.175	0.789	0.000		

يبين الجدول رقم (4-5) إجابات عينة الدراسة عن العبارات المتعلقة بالمتغير الوسيط وهو الترويج

في مركز الحسين للسرطان، بحيث تراوحت المتوسطات الحسابية لهذا المتغير بين (4.123-

4.266) بمتوسط كلي مقداره (4.175) على مقياس ليكرت الخماسي الذي يشير إلى المستوى المرتفع

للترويج بحسب آراء أفراد عينة الدراسة، وقد جاء في المرتبة الأولى فقرة " يتم استخدام أدوات الاتصال

الحديثة للمرضى لتذكيرهم بمواعيدهم العلاجية " بمتوسط حسابي بلغ (4.266) وهو أعلى من

المتوسط الحسابي العام البالغ (4.175)، وإنحراف معياري بلغ (0.71913)، فيما حصلت الفقرة " تتوافر المصادقية في إعلانات المركز. " على المرتبة السادسة والأخيرة بمتوسط حسابي (4.123) وهو أدنى من المتوسط الحسابي الكلي والبالغ (4.175) وبإنحراف معياري (0.7705)، وبشكل عام فقد جاءت إجابات عينة الدراسة مرتفعة ومتوسطة على كافة فقرات الترويج في مركز الحسين للسرطان مما يدل على تميز المركز بالاعلانات التي يقدمها والتي من شأنها أن تعمل على تحين الجودة في الرعاية الصحية.

(4 . 2 . 3) أبعاد المتغير التابع والمتعلق بجودة الرعاية الصحية

لوصف وتحليل أبعاد المتغير التابع المتعلق بجودة الرعاية الصحية في مركز الحسين للسرطان فقد لجأت الباحثة إلى استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، واختبار (T) للتحقق من معنوية الفقرات وأهمية كل فقرة، كما هو موضح بالجدول (4 - 6) الخاص بمتغير التعاطف، والجدول رقم (4 - 7) لمتغير التوكيد، كما تُظهر الجداول التالية ترتيب فقرات الدراسة بحسب أهميتها من وجهة نظر المدراء في الإدارتين الوسطى والعليا في مركز الحسين للسرطان، كما ستُظهر الجداول مستوى الأهمية لكل فقرة بحسب وجهة نظر عينة الدراسة، وكما يلي:

أولاً: إجابات عينة الدراسة على فقرات أداة الدراسة المتعلقة بمتغير التعاطف

جدول (4-6)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير التعاطف

#	التعاطف	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Sig* مستوى الدلالة	ترتيب أهمية الفقرة	مستوى الأهمية
33	تتعاطف إدارة المركز مع المرضى عند تقديمهم للشكاوي والعمل على حلها بسرعة.	4.374	0.6370	0.000	3	مرتفع
34	يظهر العاملین إهتماماً شخصياً بكل مريض.	4.309	0.6874	0.000	6	مرتفع
35	يتفهم الموظفین المشاكل الخاصة بالمرضى ويسعون الى حلها.	4.310	0.6579	0.000	5	مرتفع
36	يسعى موظفي المركز إلى التعرف على حاجات المرضى ومطالبهم .	4.305	0.6714	0.000	7	مرتفع
37	يعطي العاملین بالمركز الاهتمام العالي والشخصي بالمرضى .	4.361	0.6788	0.000	4	مرتفع
38	يضع المركز المصلحة العليا للمرضى بحيث تكون صلب إهتمامه.	4.463	0.6466	0.000	1	متوسط
39	يتسم سلوك العاملین بالمركز باللباقة والأخلاق في خدمة المرضى.	4.438	0.6370	0.000	2	
	جميع فقرات التعاطف	4.366	0.6852	0.000		

يبين الجدول رقم (4-6) إجابات عينة الدراسة عن العبارات المتعلقة بالمتغير التابع وهو التعاطف

في مركز الحسين للسرطان، حيث تراوحت المتوسطات الحسابية لهذا المتغير بين (4.305- 4.463)

بمتوسط كلي مقداره (4.366) على مقياس ليكرت الخماسي الذي يشير إلى المستوى المرتفع

والمتوسط للتعاطف، بحسب آراء أفراد عينة الدراسة، وقد جاء في المرتبة الأولى فقرة " يضع المركز

المصلحة العليا للمرضى بحيث تكون صلب إهتمامه. " بمتوسط حسابي بلغ (4.463) وهو أعلى من المتوسط الحسابي العام البالغ (4.366)، وانحراف معياري بلغ (0.6466)، فيما حصلت الفقرة " يسعى موظفي المركز إلى التعرف على حاجات المرضى ومطالبهم . " على المرتبة السابعة والأخيرة بمتوسط حسابي (4.305) وهو أدنى من المتوسط الحسابي الكلي والبالغ (4.366) وبانحراف معياري (0.6714). وبشكل عام فقد جاءت إجابات عينة الدراسة مرتفعة ومتوسطة على كافة فقرات التعاطف وذلك يدل على المستوى العالي من التعاطف الذي يقدمه الموظفين في مركز الحسين للسرطان للمرضى وهو جزء من العلاج والذي يعتبر دعم معنوي لهم.

ثانياً: إجابات عينة الدراسة على فقرات أداة الدراسة المتعلقة بمتغير التوكيد

جدول (4-7)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير التوكيد

#	التوكيد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Sig* مستوى الدلالة	ترتيب أهمية الفقرة	مستوى الأهمية
40	يلتزم المركز بوعوده للمرضى في تقديم الخدمات العلاجية للمريض.	4.334	0.6182	0.000	2	مرتفع
41	تهتم إدارة المركز بتقديم الخدمات في الوقت المحدد وبشكل سري وسريع ودقيق.	4.192	0.6518	0.000	5	مرتفع
42	يضع المرضى ثقتهم في مهارات المهنة الطبية بثقة و أمان.	4.280	0.6332	0.000	4	مرتفع
43	سلوك العاملين يؤدي إلى تعزيز الثقة بالمركز.	4.339	0.6195	0.000	1	مرتفع
44	يشعر المريض بالأمان عند التعامل مع موظفي المركز.	4.310	0.6576	0.000	3	مرتفع
45	يمتلك موظفي المركز المعرفة الكافية للإجابة على إستفسارات المرضى.	4.157	0.6713	0.000	6	مرتفع
46	لدى العاملين القدرة على حل جميع المشاكل التي تواجه المرضى.	4.068	0.7292	0.000	7	مرتفع
جميع فقرات التوكيد		4.240	0.663	0.000		

يبين الجدول رقم (4-7) إجابات عينة الدراسة عن العبارات المتعلقة بالمتغير التابع التوكيد في

مركز الحسين للسرطان، حيث تراوحت المتوسطات الحسابية لهذا المتغير بين (4.068 - 4.339)

بمتوسط كلي مقداره (4.240) على مقياس ليكرت الخماسي الذي يشير إلى المستوى المرتفع للتوكيد

بحسب آراء أفراد عينة الدراسة، وقد جاء في المرتبة الأولى فقرة " سلوك العاملين يؤدي إلى تعزيز الثقة

بالمركز. " بمتوسط حسابي بلغ (4.339) وهو أعلى من المتوسط الحسابي العام البالغ (4.240)،

وإنحراف معياري بلغ (0.6195)، فيما حصلت الفقرة " لدى العاملين القدرة على حل جميع المشاكل التي تواجه المرضى. " على المرتبة السابعة والأخيرة بمتوسط حسابي (4.068) وهو أدنى من المتوسط الحسابي الكلي والبالغ (4.240) وإنحراف معياري (0.7292)، وبشكل عام فقد جاءت إجابات عينة الدراسة مرتفعة على كافة فقرات التوكيد مما يدل على ثقة المرضى بالخدمة العلاجية وغيرها المقدمة لهم في مركز الحسين للسرطان.

(3-4): تحليل مدى ملائمة البيانات لإفتراضات إختبار فرضيات الدراسة

قبل البدء في تطبيق تحليل الإنحدار لإختبار فرضيات الدراسة قامت الباحثة بإجراء بعض الإختبارات وذلك من أجل ضمان ملائمة البيانات لإفتراضات تحليل الإنحدار، إذ تم التأكد من عدم وجود ارتباط عالٍ بين المتغيرات المستقلة Multicollinearity باستخدام معامل تضخم التباين Variance Inflation Factor (VIF) وإختبار التباين المسموح به Tolerance لكل متغير من متغيرات الدراسة مع مراعاة عدم تجاوز معامل تضخم التباين المسموح به (VIF) للقيمة (10)، وأن تكون قيمة التباين المسموح به Tolerance أكبر من (0.05)، والجدول رقم (4-8) يبين نتائج هذه الإختبارات.

جدول (4-8)

نتائج اختبار تضخم التباين والتباين المسموح به ومعامل الإلتواء

#	المتغيرات المستقلة الفرعية	VIF	Tolerance
1	الأجهزة	2.189	0.549
2	البرمجيات	2.018	0.458
3	أمن المعلومات	2.598	0.487

يتضح من النتائج الواردة في الجدول (4 - 8) عدم وجود تداخل خطي متعدد Multicollinearity بين أبعاد المتغير المستقل (تكنولوجيا المعلومات والاتصالات)، وإن ما يؤكد ذلك قيم معيار اختبار معامل تضخم التباين (VIF) للأبعاد المتمثلة بـ (الأجهزة، البرمجيات، أمن المعلومات) وبالقيمة (2.189؛ 2.018؛ 2.598) على التوالي والتي تقل عن (10)، كما يتضح أن قيم اختبار التباين المسموح به (Tolerance) تراوحت بين (0.458 - 0.549) وهي جميعها أكبر من (0.05) ويعد هذا مؤشراً على عدم وجود ارتباط عالٍ بين المتغيرات المستقلة.

(4-4): اختبار فرضيات الدراسة

الفرضية الرئيسية الأولى:

"لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإستخدام لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات على جودة الرعاية

الصحية وذلك عند مستوى معنوية $(\alpha \leq 0.05)$.

لإختبار هذه الفرضية تم إستخدام تحليل الإنحدار البسيط (Simple regression) لكون هذه الفرضية تبحث في أثر جميع أبعاد المتغير المستقل مجتمعة على متغير تابع واحد وهو جودة الرعاية الصحية، وقد ظهرت نتائج إختبار هذه الفرضية في الجدول رقم (4-9)

جدول رقم (4-9)

إختبار الفرضية الرئيسة الأولى

الفرضية	الفرضية	T	P-Value	R	R ²
الرئيسة الأولى	أثر إستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على جودة الرعاية الصحية في مركز الحسين للسرطان	7.226	0.001	0.667	0.444

درجة الحرية (n-1) = 202 مستوى الحرية (0.05) قيمة t الجدولية (2.08)

يشير الجدول رقم (4-9) إلى نتائج إختبار الفرضية الرئيسة الأولى التي يمكن التعبير عنها رياضيا بالمعادلة التالية $(Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_i + \varepsilon_i)$ ولفحص مقدار الاختلاف في المتغير التابع عن المتغير المستقل $(H_0: \beta_1 = 0 \quad H_A: \beta_1 \neq 0)$ ومن الجدول نجد أن قيمة (T) المحسوبة اكبر من قيمتها الجدولية (عند مستوى معنوية $0.05 \leq \alpha$)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة، أي أن إستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات له تأثير على جودة الرعاية الصحية التي يقدمها مركز الحسين للسرطان، وتأتي هذه النتيجة منسجمة مع ما توصلت إليه العديد من الدراسات السابقة.

الفرضيات الفرعية المنبثقة عن الفرضية الرئيسية الأولى

"لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات بأبعادها المتمثلة في (الأجهزة، البرمجيات، أمن المعلومات) على جودة الرعاية الصحية التي يقدمها مركز الحسين للسرطان وذلك عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$."

لإختبار هذه الفرضية فقد تم إستخدام تحليل الإنحدار المتعدد (Multiple regression) لكون هذه الفرضية تبحث في أثر مجموعة من المتغيرات المستقلة على متغير تابع وقد ظهرت نتائج إختبار هذه الفرضية في الجدول رقم (4-10)

جدول (4- 10)

نتائج إختبار الفرضيات الفرعية المنبثقة عن الفرضية الرئيسية الأولى

الفرضية الفرعية	المتغيرات المستقلة	المتغير التابع	T	P-Value	قيمة (F) المحسوبة	مستوى الدلالة (Sig)	معامل الارتباط (R)	معامل التحديد (R ²)
الأولى	الأجهزة	جودة الرعاية الصحية	3.958	0.016	22.069	0.000 ^b	0.9568	0.9154
الثانية	البرمجيات		2.368	0.001				
الثالثة	أمن المعلومات		4.257	0.000				

درجة الحرية (n-1) = 202 مستوى الحرية ($\alpha \leq 0.05$) قيمة t الجدولية (2.08)

إختبار الفرضية الفرعية الأولى: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبعد الأجهزة على جودة الرعاية الصحية التي يقدمها مركز الحسين للسرطان وذلك عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

وبالإشارة إلى نتائج الجدول رقم (4-10) والمتضمن نتائج إختبار الفرضية الأولى وما ينبثق عنها من فرضيات فرعية، وبالرجوع إلى النتائج الخاصة بالفرضية الفرعية الأولى نجد أن قيمة (T) المحسوبة (3.958) وهي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) والمساوية لـ (2.08) وأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد P-Value مساوي إلى (0.005) وهو أقل من قيمة المعنوية المعتمدة مما يعني رفض الفرضية العدمية التي تشير إلى عدم وجود أثر دال إحصائياً للأجهزة على جودة الرعاية الصحية التي يقدمها مركز الحسين للسرطان، وقبول الفرضية البديلة التي تشير إلى وجود أثر دال إحصائياً لبعد الأجهزة على جودة الرعاية الصحية المقدمة من قبل المركز، وتأتي هذه النتيجة منسجمة مع الواقع العملي إذ إن الإعتداد على الأجهزة المستخدمة مثل أجهزة الحاسب الآلي والخادم الآلي والآلات الطباعة قد تساهم كثيراً في تحسين جودة الرعاية الصحية في جميع القطاعات الخدمية ومنها ما يتعلق بالخدمات الصحية.

إختبار الفرضية الفرعية الثانية: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبعد البرمجيات على جودة الرعاية الصحية التي يقدمها مركز الحسين للسرطان وذلك عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) وبالعودة إلى نتائج الجدول رقم (4-10) ولإختبار الفرضية الفرعية الثانية والتي يمكن التعبير عنها رياضياً بالمعادلة التالية ($Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_i + \varepsilon_i$) ولفحص مقدار الاختلاف في المتغير التابع عن المتغير المستقل ($H_0: \beta_1=0$ $H_A: \beta_1 \neq 0$) ومن الجدول السابق رقم (4-10) نجد أن قيمة (T) المحسوبة

(2.368) وهي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$)، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة، أي أن البرمجيات لها تأثير على جودة الرعاية الصحية التي يقدمها مركز الحسين للسرطان، وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن البرمجيات المطبقة في المركز مثل البرمجيات المتعلقة بالسجلات الطبية الإلكترونية و أنظمة الأرشفة قد ساهمت كثيراً في تحسين جودة الرعاية الصحية في المركز.

إختبار الفرضية الفرعية الثالثة: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبعد أمن المعلومات على جودة الرعاية الصحية التي يقدمها مركز الحسين للسرطان وذلك عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

ومن نتائج التحليل الإحصائي للفرضية الفرعية الثالثة والتي ظهرت في الجدول رقم (4-10) نجد إن قيمة (T) المحسوبة (4.257) وهي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$)، والمساوية ل (2.08) وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة، أي أن أمن المعلومات له تأثير معنوي على جوده الرعاية الصحية التي يقدمها المركز، وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن أمن المعلومات لكافة السجلات الإلكترونية المطبقة في المركز قد تساعد الموظفين على فهم جميع خصائصها وقد إنعكس ذلك على جودة المخرجات التي يقدمها مركز الحسين للسرطان.

إختبار الفرضية الرئيسة الثانية:

"لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على عناصر المزيج التسويقي وذلك عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

لإختبار هذه الفرضية تم إستخدام تحليل الإنحدار البسيط (Simple regression) لكون هذه الفرضية تبحث في أثر أبعاد المتغير المستقل مجتمعة على المتغير التابع (عناصر المزيج التسويقي)، وقد ظهرت نتائج إختبار هذه الفرضية في الجدول رقم (4-11).

جدول رقم (4-11)

إختبار الفرضية الرئيسة الثانية

الفرضية	الفرضية	T	P-Value	R	R ²
الرئيسة الثانية	اثر إستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على عناصر المزيج التسويقي في مركز الحسين للسرطان	3.018	0.001	0.477	0.227

درجة الحرية (n-1) = 202 مستوى الحرية (0.05) قيمة t الجدولية (2.08)

يشير الجدول رقم (4-11) إلى نتائج إختبار الفرضية الرئيسة الثانية التي يمكن التعبير عنها رياضيا بالمعادلة التالية $(Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_i + \varepsilon_i)$ ولفحص مقدار الاختلاف في المتغير التابع عن المتغير المستقل $(H_0: \beta_1 = 0 \quad H_A: \beta_1 \neq 0)$ ومن الجدول نجد أن قيمة (T) المحسوبة أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى معنوية $(\alpha \leq 0.05)$ ، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة، أي أن إستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات بأبعادها لها تأثير على عناصر المزيج التسويقي في مركز الحسين للسرطان، وتأتي هذه النتيجة منسجمة مع ما توصلت إليه العديد من الدراسات السابقة، وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن إستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات يؤثر بشكل أو بآخر على عناصر المزيج التسويقي وهذا يساهم في إختيار الإستراتيجيات التسويقية في المركز.

الفرضيات الفرعية المنبثقة عن الفرضية الرئيسة الثانية

"لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات بإبعادها المتمثلة في (الأجهزة، البرمجيات، أمن المعلومات) على عناصر المزيج التسويقي وذلك عند مستوى معنوية $(\alpha \leq 0.05)$."

ولإختبار هذه الفرضية فقد تم إستخدام تحليل الانحدار المتعدد (Multiple regression) لكون هذه الفرضية تبحث في أثر مجموعة من المتغيرات المستقلة على متغير تابع وقد ظهرت نتائج إختبار هذه الفرضية في الجدول رقم (4-12).

جدول (4- 12)

نتائج اختبار الفرضيات الفرعية المنبثقة عن الفرضية الرئيسة الثانية

الفرضية الفرعية	المتغيرات المستقلة	المتغير التابع	T	P-Value	قيمة (F) المحسوبة	مستوى الدلالة (Sig)	معامل الارتباط (R)	معامل التحديد (R^2)
الأولى	الأجهزة	عناصر المزيج التسويقي	1.258	0.016	3.158	0.005	0.4695	0.2204
الثانية	البرمجيات		3.254	0.001				
الثالثة	أمن المعلومات		3.019	0.000				

درجة الحرية (n-1) = 202 مستوى الحرية ($\alpha \leq 0.05$) قيمة t الجدولية (2.08)

إختبار الفرضية الفرعية الأولى: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبعد الأجهزة على عناصر المزيج التسويقي وذلك عند مستوى معنوية $(\alpha \leq 0.05)$.

وبالإشارة إلى النتائج الواردة في الجدول رقم (4-12) والمتضمن نتائج إختبار الفرضية الأولى وما ينبثق عنها من فرضيات فرعية، وبالرجوع إلى النتائج الخاصة بالفرضية الفرعية الأولى نجد أن قيمة (T) المحسوبة (1.258) وهي أقل من قيمتها الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) والمساوية ل (2.08) وأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد **P-Value** مساوي إلى (0.016) وهو أقل من قيمة المعنوية المعتمدة مما يعني قبول الفرضية العدمية التي تشير إلى عدم وجود أثر دال إحصائياً لبعد الأجهزة على عناصر المزيج التسويقي في مركز الحسين للسرطان، ورفض الفرضية البديلة التي تشير إلى وجود أثر دال إحصائياً لبعد الأجهزة على عناصر المزيج التسويقي في المركز، وتأتي هذه النتيجة منسجمة مع الواقع العملي إذ إن الإعتدال على الأجهزة المستخدمة لا يؤثر على الخطط التسويقية بما فيها إختيار المزيج التسويقي المناسب.

إختبار الفرضية الفرعية الثانية: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبعد البرمجيات على عناصر المزيج التسويقي وذلك عند مستوى معنوية $(\alpha \leq 0.05)$.

وبالعودة إلى نتائج الجدول رقم (4-12) ولإختبار الفرضية الفرعية الثانية والتي يمكن التعبير عنها رياضياً بالمعادلة التالية $(Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_i + \varepsilon_i)$ ولفحص مقدار الاختلاف في المتغير التابع عن المتغير المستقل $(H_0: \beta_1 = 0 \quad H_A: \beta_1 \neq 0)$ ومن الجدول السابق رقم (4-12) نجد أن قيمة (T) المحسوبة (3.254) وهي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى معنوية $(\alpha \leq 0.05)$ ، وهذا يعني

رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة، أي أن البرمجيات لها تأثير على عناصر المزيج التسويقي، وتتسجم هذه النتيجة مع العديد من الدراسات السابقة التي أجريت في هذا المجال.

إختبار الفرضية الفرعية الثالثة: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبعد أمن المعلومات على عناصر المزيج التسويقي وذلك عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

ومن نتائج التحليل الإحصائي للفرضية الفرعية الثالثة والتي ظهرت في الجدول رقم (4-12) نجد أن قيمة (T) المحسوبة (3.019) وهي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$)، المساوية ل (2.08) وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة، أي أن أمن المعلومات له تأثير معنوي على عناصر المزيج التسويقي، وتتسجم هذه النتيجة مع العديد من الدراسات التي أجريت في موضوع الدراسة.

إختبار الفرضية الرئيسة الثالثة:

"لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لعناصر المزيج التسويقي على جودة الرعاية الصحية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

لإختبار هذه الفرضية تم إستخدام تحليل الإنحدار البسيط (Simple regression) لكون هذه الفرضية تبحث في أثر أبعاد المتغير المستقل مجتمعة على المتغير التابع جودة الرعاية الصحية، وقد ظهرت نتائج إختبار هذه الفرضية في الجدول رقم (4-13).

جدول رقم (4-13)

إختبار الفرضية الرئيسة الثالثة

الفرضية	الفرضية	T	P-Value	R	R ²
الرئيسة الثالثة	أثر عناصر المزيج التسويقي على جودة الرعاية الصحية في مركز الحسين للسرطان	4.149	0.001	0.358	0.128

درجة الحرية (n-1) = 202 مستوى الحرية (0.05) قيمة t الجدولية (2.08)

يشير الجدول رقم (4-13) إلى نتائج إختبار الفرضية الرئيسة الثالثة التي يمكن التعبير عنها رياضياً بالمعادلة التالية $(Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_i + \varepsilon_i)$ ولفحص مقدار الإختلاف في المتغير التابع عن المتغير المستقل $(H_0: \beta_1 = 0 \quad H_A: \beta_1 \neq 0)$ ومن الجدول نجد أن قيمة (T) المحسوبة أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى معنوية $(\alpha \leq 0.05)$ ، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة، أي أن عناصر المزيج التسويقي بأبعاده له تأثير على جودة الرعاية الصحية في مركز الحسين للسرطان، وتأتي هذه النتيجة منسجمة مع ما توصلت إليه العديد من الدراسات السابقة، وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن عناصر المزيج التسويقي تسعى إلى العمل على نشر الوعي الصحي وبالتالي تساهم في تحسين جودة الرعاية الصحية.

الفرضيات الفرعية المنبثقة عن الفرضية الرئيسة الثالثة

"لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لعناصر المزيج التسويقي بإبعاده المتمثلة في (المكان، الترويج) على جودة الرعاية الصحية وذلك عند مستوى معنوية $(\alpha \leq 0.05)$."

لإختبار هذه الفرضية فقد تم إستخدام تحليل الإنحدار المتعدد (Multiple regression) لكون هذه الفرضية تبحث في أثر مجموعة من المتغيرات المستقلة على متغير تابع وقد ظهرت نتائج إختبار هذه الفرضية في الجدول رقم (4-14).

جدول (4- 14)

نتائج إختبار الفرضيات الفرعية المنبثقة عن الفرضية الرئيسة الثالثة

الفرضية الفرعية	المتغيرات المستقلة	المتغير التابع	T	P-Value	قيمة (F) المحسوبة	مستوى الدلالة (Sig)	معامل الارتباط (R)	معامل التحديد (R^2)
الأولى	المكان	جودة الرعاية الصحية	3.145	0.016	4.125	0.005	0.4521	0.2043
الثانية	الترويج		4.253	0.001				

درجة الحرية (n-1) = 202 مستوى الحرية ($\alpha \leq 0.05$) قيمة t الجدولية (2.08)

إختبار الفرضية الفرعية الأولى: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبعد المكان على جودة الرعاية الصحية وذلك عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$).

وبالإشارة إلى النتائج الواردة في الجدول رقم (4-14) والمتضمن نتائج إختبار الفرضية الثالثة وما ينبثق عنها من فرضيات فرعية، وبالرجوع إلى النتائج الخاصة بالفرضية الفرعية الأولى نجد أن قيمة (T) المحسوبة (3.145) وهي أكبر من قيمتها المحسوبة الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) والمساوية ل (2.08) وأن قيمة مستوى المعنوية المشاهد **P-Value** مساوي إلى (0.016) وهو أقل من قيمة المعنوية المعتمدة مما يعني رفض الفرضية العدمية التي تشير إلى عدم وجود أثر دال

إحصائياً لبعد المكان على جودة الرعاية الصحية في مركز الحسين للسرطان، وقبول الفرضية البديلة التي تشير إلى وجود أثر دال إحصائياً لبعد المكان على جودة الرعاية الصحية المقدمة في المركز.

إختبار الفرضية الفرعية الثانية: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبعد الترويج على جودة الرعاية الصحية وذلك عند مستوى معنوية $(\alpha \leq 0.05)$.

وبالعودة إلى نتائج الجدول رقم (4-14) ولإختبار الفرضية الفرعية الثانية والتي يمكن التعبير عنها رياضياً بالمعادلة التالية $(Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_i + \varepsilon_i)$ ولفحص مقدار الاختلاف في المتغير التابع عن المتغير المستقل $(H_0: \beta_1 = 0 \quad H_A: \beta_1 \neq 0)$ ومن الجدول السابق رقم (4-14) نجد أن قيمة (T) المحسوبة (4.253) وهي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى معنوية $(\alpha \leq 0.05)$ ، وهذا يعني رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة، أي أن الترويج له تأثير على جودة الرعاية الصحية، وتتسجم هذه النتيجة مع العديد من الدراسات السابقة التي أجريت في هذا المجال.

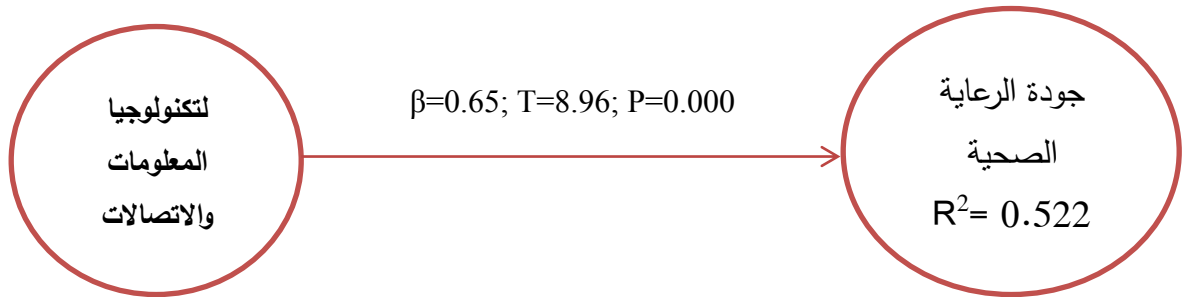
إختبار الفرضية الرئيسية الرابعة:

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات بأبعادها مجتمعة على جودة الرعاية الصحية بوجود عناصر المزيج التسويقي كمتغير وسيط عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$.

ولفحص أثر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على جودة الرعاية الصحية تم استخدام فحص المسار والذي يعتمد منهج Structural Equation Modeling والذي يعد ضرورياً لإختبار الدور الوسيط لمتغير ما في أثر متغير مستقل في متغير تابع، ويمكن إختبار الدور الوسيط على مرحلتين:

العلاقة المباشرة بين المتغير المستقل والمتغير التابع دون وجود المتغير الوسيط، والعلاقة غير المباشرة بين المتغير المستقل والمتغير التابع بوجود المتغير الوسيط.

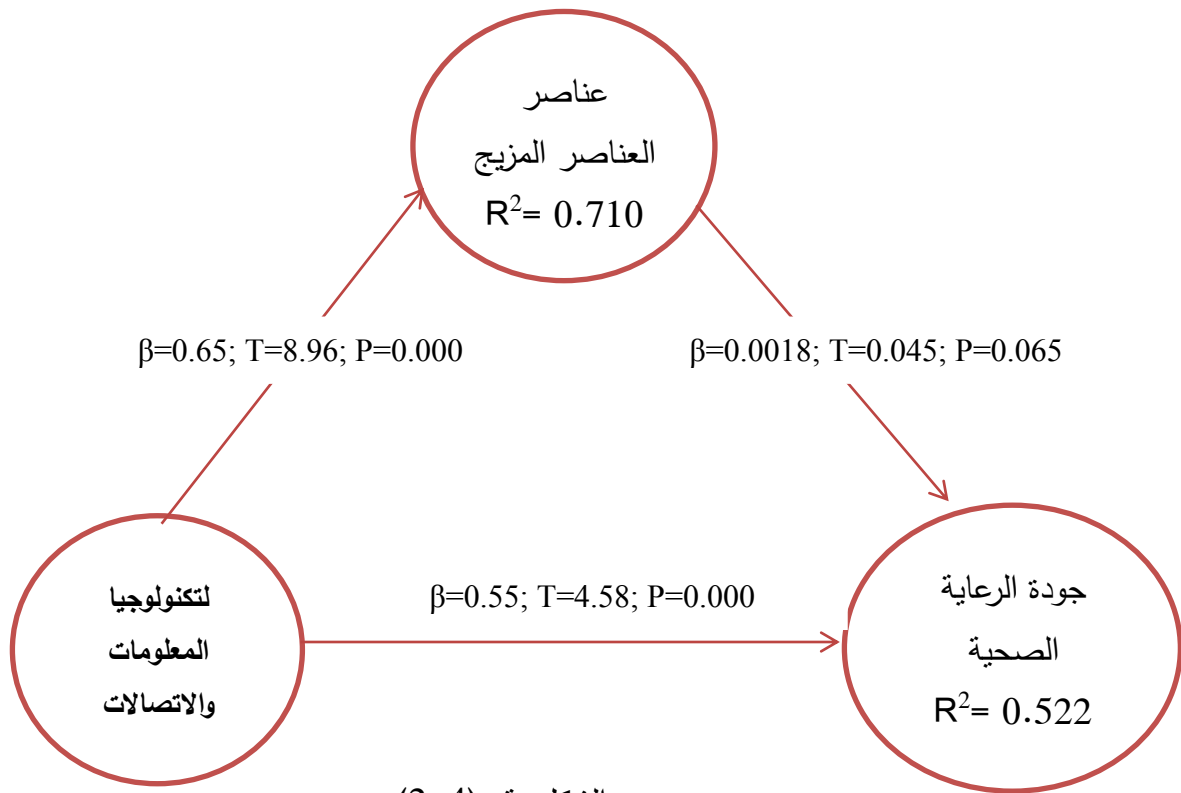
والشكل رقم (1-4) يوضح الأثر المباشر لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات على جودة الرعاية الصحية.



الشكل رقم (1-4)

ويتضح من الشكل رقم (1-4) أن معامل المسار للعلاقة المباشرة = 0.65 وهو دال إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين تكنولوجيا المعلومات والاتصالات وجودة الرعاية الصحية وهذا يشير إلى وجود علاقة أثر مباشرة بين المتغير المستقل والتابع.

أما الشكل رقم (2-4) يوضح الأثر الغير المباشر لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات على جودة الرعاية الصحية من خلال المتغير الوسيط وهو عناصر المزيج التسويقي.



الشكل رقم (2-4)

الشكل رقم (2-4) يبين الأثر الغير مباشر لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات على جودة الرعاية الصحية من خلال المتغير الوسيط وهو عناصر المزيج التسويقي حيث يتضح أن العلاقة المباشرة بين المتغير المستقل والمتغير التابع لا زالت موجودة وذات دلالة إحصائية $\beta = 0.55$; $T = 4.58$;

P=0.000 ولكن معامل المسار بين تكنولوجيا المعلومات والاتصالات و جودة الرعاية الصحية ليس ذو

دلالة إحصائية اذ بلغ $\beta=0.0018$; $T=0.045$; $P=0.065$.

الفصل الخامس

النتائج والتوصيات

(5 - 1): النتائج

(5 - 2): التوصيات

(5 - 3): الدراسات المستقبلية

(1-5): النتائج

(1.1.5): النتائج المتعلقة بالتحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة

1. أظهرت نتائج التحليل الوصفي لمتغيرات هذه الدراسة إلى أن استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات بجميع أبعادها (الأجهزة، البرمجيات، وأمن المعلومات) كانت جميعها مرتفعة إذ جاءت قيم المتوسطات الحسابية لأراء عينة الدراسة على أبعاد المتغير المستقل على التوالي (3.831) و (4.229) و (4.223)، وقد حصل بعد البرمجيات على أعلى متوسط حسابي لجميع الفقرات (4.229)، ثم يلي ذلك بُعد أمن المعلومات بمتوسط حسابي (4.223)، في حين جاء في المرتبة الأخيرة بُعد الأجهزة بمتوسط حسابي (3.831) ومن خلال هذه نتائج التحليل الوصفي التي قد تم التوصل إليها فان الباحثة تفسر ذلك بأن البرمجيات المستخدمة في مركز الحسين للسرطان قد حصلت على أعلى متوسط بسبب تدريب العاملين المستمر في مركز الحسين للسرطان للتعامل مع البرمجيات في العمل وإستخدام العديد من الأنظمة التي من شأنها أن تعمل على سير العمل بكفاءة وفاعلية، مما عمل على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى وقد إنعكس ذلك على متوسط إجابات أفراد عينة الدراسة.

2. أظهرت نتائج التحليل الوصفي ايضا ان إجابات أفراد عينة الدراسة فيما يخص الأجهزة المستخدمة قد ساهمت في إنجاز العمل والسرعة في تنفيذ القرارات الخاصة بالمرضى من قبل الهيئات المختصة، وتستدل الباحثة على أن الأجهزة المستخدمة في مركز الحسين للسرطان ذات قدرات تتناسب وطبيعة العمل الأمر الذي قد ساهم في زيادة كفاءة وفاعلية العاملين في مركز الحسين للسرطان.

3. بينت نتائج التحليل الوصفي من وجهة نظر المبحوثين فيما يتعلق لفقرات الإستبانة لمتغير البرمجيات المستخدمة في مركز الحسن للسرطان أنها كانت مرتفعة حيث بلغ متوسط إجابات عينة الدراسة على جميع فقرات هذا المتغير (4.229) مما يشير إلى انجاز العديد من معاملات المرضى إلكترونياً داخل المركز بالإضافة إلى توفير قاعدة بيانات مناسبة لجميع مهام العمل التي يتم التعامل معها، كما أنها تسهل عملية التنسيق بين الأقسام الداخلية والسجلات الطبية الإلكترونية.

4. بينت نتائج التحليل الوصفي فيما يخص فقرات متغير أمن المعلومات في مركز الحسن للسرطان موضوع البحث إنها كانت مرتفعة حيث بلغ متوسط إجابات عينة الدراسة على جميع فقرات هذا المتغير (4.223) مما يشير إلى توفير وسائل لحماية المكونات المادية التي يتم العمل بها بالإضافة الى تدوين المعلومات عن المرضى وحالاتهم الصحية في السجلات والحاسوب للحفاظ عليها من السرقة أو الضياع.

5. بينت النتائج إن عناصر المزيج التسويقي في مركز الحسين للسرطان والتي تتضمن بعدي الترويج والمكان انها كانت مرتفعة بحسب آراء عينة الدراسة إذ تراوحت قيم المتوسطات الحسابية للإجابة على فقرات هذا المتغير الوسيط بين (3.756) و(4.175) الأمر الذي يشير إلى مدى اعتماد مركز الحسين للسرطان على عمليات الترويج المتقدمة والمتطورة، والتي من شأنها أن تعمل على توفير النصائح والإرشادات أول بأول للمرضى وذلك من أجل العمل على تخفيف الآلام وتوفير البيئة المناسبة لهم للعلاج، ومن ناحية أخرى هذا يدل على كفاءة البرامج الترويجية الخاصة بالمركز التي من شأنها الترويج للمجتمع الخارجي (خارج المركز) التي تهدف الى جمع التبرعات العينة والنقدية بما يحسن الوضع العام للمركز من اجل تقديم رعاية صحية افضل للمرضى، وترى الباحثة إن الترويج

الداخلي للمركز يعمل على توفير توجيهات للمرضى والإجابة عن أي إستفسارات لهم حيث أنها ساهمت في زيادة كفاءة العمل في مركز الحسين للسرطان، بالإضافة إلى المزايا التي يتمتع بها المركز من حيث المكان وذلك من خلال سهولة الوصول للمركز وتوفر وسائل النقل من وإلى المركز كما تتوفر لوحات إرشادية لموقع المركز وأن البيئة المادية المتوفرة مريحة للعمل فيه ويؤدي ذلك إلى تقديم أفضل أشكال الرعاية للمرضى والتميز بها.

6. كما بينت النتائج أن المتغير التابع وهو جودة الرعاية الصحية في مركز الحسين للسرطان والتي تتضمن بعدي التعاطف والتوكيد، حيث كانت مرتفعة بحسب آراء عينة الدراسة إذ تراوحت قيم المتوسطات الحسابية للإجابة على فقرات هذا المتغير التابع بين (4.366) و(4.240) الأمر الذي يشير إلى مدى إهتمام مركز الحسين للسرطان في الوسائل التي تعمل على تقديم أفضل الخدمات للمرضى في مجال الرعاية الصحية وبالتالي تحقيق الجودة في الرعاية الصحية المقدمة بأبعادها التعاطف والتوكيد، بحيث يتمثل التعاطف بإهتمام العاملين شخصياً بكل مريض وتفهم المشاكل التي يواجهها المرضى والعمل على حلها ومعرفة حاجاتهم ومطالبهم وبالتالي يساعد ذلك بتوفير الدعم المعنوي للمرضى، أما فيما يتعلق بالتوكيد حيث يتمثل بإهتمام إدارة المركز بتقديم الخدمات للمرضى بالوقت المحدد وبشكل سري وسريع ودقيق بما يساعد المرضى في وضع ثقتهم بمهارات المهنة الطبية بثقة وأمان، وباعتبارها أداة أساسية لتسويق خدمات الرعاية الصحية فضلاً عن كونها محل الإهتمام والتركيز من قبل الإدارة والعاملين في المنظمات الصحية والمستفيدين من هذه الخدمات.

7. وأظهرت نتائج التحليل الوصفي أن الهدف من هذه الدراسة يتحقق من خلال إستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات بهدف تحقيق جودة الرعاية الصحية من خلال عناصر المزيج

التسويقي ومن خلال نتائج التحليل الوصفي لكل بعد من هذه الأبعاد التي قد تم التوصل إليها فان الباحثة تفسر ذلك بتوافق آراء العديد من الدراسات المتعلقة بجودة الرعاية الصحية بأن استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات وعناصر المزيج التسويقي من شأنه أن يعمل على توفير الجودة بصورة عالية وبما يضمن راحة ورضا المرضى.

8. كما بينت نتائج الدراسة بأن أغلب أفراد عينة الدراسة هم ممن لديهم الخبرة والمعرفة في آلية إنجاز العمل بكفاءة وفاعلية كون أن عينة الدراسة تمثلت بالمدرء في الإدارتين الوسطى والعليا في مركز الحسين للسرطان وممن يحملون مؤهل علمي سواء كان بكالوريوس أو ماجستير وذلك من خلال النتائج التي ظهرت من العوامل الديمغرافية التي تم الإشارة لها في الفصل الثالث.

(2 . 1 . 5): النتائج المتعلقة باختبار فرضيات الدراسة

1. وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والتي تتمثل في (الأجهزة، البرمجيات، وأمن المعلومات) على عناصر المزيج التسويقي في مركز الحسين للسرطان وذلك عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، إذ بلغ معامل الارتباط R (0.667) عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$). أما معامل التحديد R^2 فقد بلغ (0.444). وتأتي هذه النتيجة منسجمة مع الدراسة التي أجراها (الذنيبات، 2014)، التي كانت احد أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة هي أن عناصر المزيج التسويقي وبأبعاده يحقق الكفاءة والفاعلية في الأداء عند إعتماده على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات.

2. وجود أثر ذو دلالة إحصائية لإستخدام تكنولوجيا المعلومات والإتصالات والتي تتمثل في (الأجهزة، البرمجيات، وأمن المعلومات) على عناصر المزيج التسويقي في مركز الحسين للسرطان وذلك عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، إذ بلغ معامل الارتباط $R(0.477)$ عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$). أما معامل التحديد R^2 فقد بلغ (0.227). وتأتي هذه النتيجة منسجمة مع الدراسة التي أجراها (Baskin, 2012) التي كانت احد أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة هي أن عناصر المزيج التسويقي وبأبعاده يحقق الكفاءة والفاعلية في الأداء عند إعتماده على تكنولوجيا المعلومات والإتصالات.

3. وجود تأثير ذي دلالة إحصائية لإستخدام عناصر المزيج التسويقي والتي تتمثل في (المكان، والترويج) على جودة الرعاية الصحية في مركز الحسين للسرطان وذلك عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، إذ بلغ معامل الارتباط $R(0.358)$ ومعامل التحديد $R^2(0.128)$ وتأتي هذه النتيجة منسجمة مع النتيجة التي توصل إليها (علاء الدين، 2013)، حيث وجدت الدراسة المذكورة إلى وجود أثر دال إحصائياً لإستخدام عناصر المزيج التسويقي على جودة الرعاية الصحية.

4. وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإستخدام تكنولوجيا المعلومات والإتصالات والتي تتمثل في (الأجهزة، البرمجيات، وأمن المعلومات) على جودة الرعاية الصحية في مركز الحسين للسرطان من خلال عناصر المزيج التسويقي وذلك عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، إذ بلغ معامل الارتباط $R(0.667)$ ومعامل التحديد $R^2(0.444)$ وتأتي هذه النتيجة منسجمة مع

النتيجة التي توصل إليها (قدايفة، 2015) حيث وجدت الدراسة المذكورة إلى وجود أثر دال إحصائياً لإستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على جودة الرعاية الصحية.

(5-2): التوصيات

في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة يمكن للباحثة أن توصي بما يلي:

أولاً: التوصيات التي تتعلق بإستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات:

1. العمل على توفير أجهزة حاسوب ملائمة لإنجاز العمل ومواكبة التطورات التي تحدث في هذا المجال لضمان أعلى درجات الدقة والجودة في تنفيذ العمل، بالإضافة إلى ضرورة معالجة أعطال الأجهزة بالسرعة الممكنة عند حدوثها، وتوفير الأجهزة التي تساعد على سرعة تنفيذ القرارات والتي تمس مصالح العديد من المرضى.
2. تحسين الأنظمة المستخدمة في مركز الحسين للسرطان والتي من شأنها أن تساهم في زيادة وسائل الراحة للمرضى وبالتالي تقديم أفضل وسائل العلاج لهم وبالشكل الذي يضمن رضاهم.
3. ضرورة توفير الأنظمة المختصة بمتابعة المرضى والتي تساهم بشكل فوري في إعداد التقارير الإحصائية المتعلقة بإجراءات تقديم العلاج وبجودة عالية.
4. العمل على توفير برامج للحماية من الفيروسات والتي تضمن حماية البيانات من السرقة أو الضياع، بالإضافة إلى توفير تدريب مستمر لمستخدمي النظام بالسياسات المتعلقة بأمن المعلومات المتبعة داخل المركز.

ثانياً: التوصيات التي تتعلق بالمتغير الوسيط وهو عناصر المزيج التسويقي:

5. ان تعمل ادارة المركز على توفير وسائل نقل من وإلى المركز بالإضافة إلى توفير البيئة المادية بأفضل الوسائل لإنجاز العمل.

6. ضرورة توفير وسائل للترويج عن إعلانات المركز وبالتالي رفع الكفاءة في الإجابة على إستفسارات المرضى.

ثالثاً: التوصيات التي تتعلق بالمتغير التابع وهو جودة الرعاية الصحية:

7. ضرورة العمل على تدريب العاملين في المركز على تلبية حاجات المرضى ومطالبهم، وأن يكون هنالك إهتمام عال وشخصي من قبل العاملين في المركز بالمرضى.

8. وضع سياسات وإجراءات لموظفي المركز لتسهيل عمليات الإجابة على إستفسارات المرضى وبالتالي حل جميع المشاكل التي تواجه المرضى بالسرعة الممكنة.

(3-5): الدراسات المستقبلية

بالإشارة إلى النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة فإن الباحثة توصي بما يلي:

1. إجراء المزيد من الدراسات على مراكز الرعاية الصحية وجودة الخدمات التي تعمل على تقديم الرعاية الصحية من حيث مدى تأثير تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، نظرا لما لهذه المراكز من أهمية في محاولة التعرف على المشاكل التي تواجه المرضى والعمل على إقتراح المعالجات اللازمة لحل تلك المشاكل.

2. تطبيق هذه الدراسة على مراكز عالمية اخرى ومقارنه النتائج الجديدة بالنتائج التي تم التوصل

اليها في هذه الدراسة التي اجريت في مركز الحسين للسرطان ومحاولة التعرف على الفروقات

بين جودة الرعاية الصحية في المراكز العالمية و مراكز الرعاية الصحية في الاردن وخصوصا

مركز الحسين للسرطان، ومحاولة الوصول الى مراكز ذات جودة عالمية مرتفعة.

3. إجراء المزيد من الدراسات على عناصر المزيج التسويقي مع إدخال متغيرات تابعة غير

الترويج والمكان كالأشخاص و العمليات والتي قد تلعب دورا هاما في زيادة جودة الرعاية

الصحية.

4. تطبيق هذه الدراسة على قطاعات خدمية أخرى تعمل على إستخدام تكنولوجيا المعلومات

والإتصالات وعناصر المزيج التسويقي غير مركز الحسين للسرطان مثل شركات التأمين

والبنوك وشركات الاتصالات وذلك للتعرف على أوجه الشبه والإختلاف في النتائج التي تم

التوصل إليها.

قائمة المراجع

المراجع العربية

- القران الكريم.
- أبو حليفة، أشرف (2013). "أثر الجودة في الرعاية الصحية". رسالة ماجستير، كلية الإدارة، الجامعة العربية المفتوحة لشمال أمريكا.
- أبو زيد، "محمد خير" سليم، وحجازي، هيثم علي (2007). "أثر تطبيق الحكومة الإلكترونية وأبعاد إدارة الجودة الشاملة في تحسين مستوى جودة الخدمة: دراسة تطبيقية على المؤسسات الحكومية الأردنية"، نشر في مجلة البحوث المالية والتجارية، العدد الثاني، كلية التجارة ببور سعيد، جامعة قناة السويس، مصر.
- بروس، جوديث (1990). "العناصر الأساسية لجودة الرعاية الصحية إطار عمل مبسط"، مقال، مجلة Studies in Family Planning، مجلد 21، رقم 2.
- البكري، ثامر (2006). "التسويق أسس ومفاهيم ومعاصرة"، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص222 .
- بوقجاني، جناة (2012). "أثر جودة الخدمات الصحية في درجة ولاء المرضى في مستشفى الجامعة الأردنية"، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- الجبوري، إرادة زيدان (2010). "مفهوم الصورة الذهنية في العلاقات العامة"، كلية الإعلام، جامعة بغداد، الباحث الإعلامي العدد 9-10، بغداد، العراق.

- الجزائري، صفاء محمد، ومحمد، علي غباش، وشتيت، بشرى عبد الله (2009). "قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام-البصرة"، البصرة، العراق.
- الحميد، محمد دباس، ونيو، ماركو إبراهيم (2007). "حماية أنظمة المعلومات"، دار الحامد للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.
- الخشالي، شاكراً، وقطب، محيي (2007). "فاعلية نظم المعلومات الإدارية وأثرها في إدارة الأزمات دراسة ميدانية في الشركات الصناعية الأردنية"، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 3، العدد 1، عمان، الأردن.
- الخناق، سناء عبد الكريم (2005). "دور تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في عمليات إدارة المعرفة"، الملتقى الدولي الثالث حول إقتصاد المعرفة، كلية العلوم الإقتصادية والتسيير، بسكرة، في 12 و 13 نوفمبر، ص2 .
- خياتي، مصطفى (2012). "تكنولوجيا المعلومات وإستخداماتها الطبية"، طب الأطفال، الجزائر.
- الدويك، مصباح (2010). " نظم المعلومات الصحية المحوسبة وأثرها على القرارات الإدارية والطبية دراسة تطبيقية على مستشفى غزة الأوروبي"، رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- الذنبيات، معاذ (2014). "مدى تبني المستشفيات السعودية لتقنيات الأعمال الإلكترونية الفاعلة: دراسة تطبيقية على المستشفيات العاملة في منطقة مكة المكرمة"، رسالة ماجستير، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 10، العدد 4، مكة المكرمة، السعودية.

- الزعبي، علي فلاح (2009). "إدارة التسويق منظور تطبيقي إستراتيجي"، الطبعة العربية، دار اليازوري، عمان، الأردن، ص 413 .
- سلطان، وفاء (2012). "أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات الاهلية في محافظة البصرة"، مجلة دورية نصف سنوية تصدر عن كلية الإدارة الأقتصاد، البصرة، العراق، العدد 10.
- سميرة، مرقاش (2007). "أهمية المزيج التسويقي الخدمي الموسع في تحسين الخدمات التأمينية"، رسالة ماجستير منشورة، جامعة حسيبة بن بو علي، الشلف، تونس.
- سيف، ناصر إبراهيم (2013). "أثر تطبيق أبعاد جودة الخدمات في نتائج المرضى: دراسة ميدانية على مراكز الرعاية الصحية الأولية في الأردن"، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 9، العدد 4، عمان، الأردن.
- الشماع، خليل، وحمود، خضير (2003). " نظرية المنظمة"، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، ص 339 .
- الضمور، عياش (2010). " أثر عناصر المزيج التسويقي الخدمي لفنادق الخمس نجوم في الأردن على الصورة المدركة من قبل السياح"، دراسة مقارنة، المجلة الاردنية في إدارة الاعمال، عمان، الاردن.
- الضمور، هاني حامد، والخوري، جمانا إدوارد (2008). "أثر عناصر المزيج التسويقي على قرار شراء الشقق السكنية في منطقة عمان الغربية بالأردن"، دراسات مجلة علمية متخصصة محكمة

تصدر عن عمادة البحث العلمي، المجلد 35 ، العلوم الادارية، العدد 1 كانون الثاني، عمان، الأردن، ص185 .

- الطويل، أكرم أحمد، والجليلي، آلاء حسين، ووهاب، رياض جميل (2010). "إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى"، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة تكرب، محافظة نينوى، العراق.

- عبد الرحمن، محمد حسن (2009). "أثر تطبيق مفهوم التسويق الاجتماعي على تقدم ونمو الشركات الخدمية: دراسة ميدانية على شركات الطيران الأردني"، كلية العلوم الإدارية والمالية، جامعة فيلادلفيا، عمان، الأردن.

- عثمان، جميل الشيخ (2010). "الجودة في خدمة الرعاية الصحية"، حلب، سوريا.

- عصماني، سفيان (2008). "دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها-المرضى"، عمان، الاردن.

- علاء الدين، باسل (2013). "أثر عناصر المزيج الترويجي في تحقيق القدرة التنافسية للمنظمات الخدمية: دراسة ميدانية على المتشفيات الخاصة في الساحل السوري"، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، المجلد 35، العدد 8، سوريا.

- الغرابوي، محمود (2014). "نظم المعلومات الصحية المحوسبة وعلاقتها بالأداء الوظيفي: دراسة ميدانية على مراكز وكالة الغوث الصحية الأولية في قطاع غزة"، رسالة ماجستير، جامعة الأزهر، غزة.

- قاسم، سامر، والنزة، بسام، وعلاء الدين، باسل (2013). "أثر عناصر المزيج الترويجي في تحقيق القدرة التنافسية للمنظمات الخدمية دراسة ميدانية على المستشفيات الخاصة في الساحل السوري"، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الإقتصادية والقانونية، المجلد 35، العدد 8، سوريا.
- قدايفة، أمينة (2015). "أثر تكنولوجيا المعلومات على المزيج التسويقي دراسة حالة عينة من المؤسسات الإقتصادية الجزائرية"، وزارة التعليم العالي، جامعة أمحمد بوقرة، بومرداس، الجزائر.
- قندلجي، عامر إبراهيم، والسامرائي، إيمان فاضل (2002). "تكنولوجيا المعلومات وتطبيقاتها"، الطبعة الأولى، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص 35.
- قندوز، عبد القادر، وخواني، ليلي (2008). "التغير وفق تكنولوجيا المعلومات والاتصال في الوطن العربي والجزائر"، المؤتمر العلمي الأول، إقتصاديات الأعمال في ظل عالم متغير، الأردن، ص 2.
- المجلس الأعلى للصحة (2014). "جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى"، دولة قطر.
- محمد، محمد الفيومي، وكامل، سمير (1999). "الحاسب الآلي في المجال التجاري"، ص 07 ، الجزائر.
- محمود، أحمد، والعلاق، بشير (2001). "العلاقة المنطقية بين جودة الخدمة بالادراك ورضا المستفيد"، دراسة تحليلية، مجلة أريد للبحوث والدراسات، اربد، الأردن.
- ملكاوي، حيدر طلال (2004). "آثار نظم المعلومات المحوسبة على مجالات الأعمال الإدارية و الطبية: دراسة حالة على مدينة الحسين الطبية"، عمان، الاردن.

- منير، نوري، ونعيمة، برك، والحاج، مداح عرابي (2008). "تكنولوجيا المعلومات والاتصال وأهميتها في اقتصاديات الدول العربية لمسايرة تحديات الإقتصاد العالمي الجديد"، جامعة حسيبة بن بو علي، حي السلام، الشلف، الجزائر.
- النجار، حسن رضا (2009). "تكنولوجيا الاتصال...المفهوم والتطور"، المؤتمر الدولي: الإعلام الجديد، تكنولوجيا جديدة، لعالم جديد، جامعة البحرين، البحرين.
- الجزائري، صفاء، ومحمد، علي، وشتيت، بشرى (2009). "قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية"، دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام، البصرة.
- نسيبة، بن عائشة (2015). "مساهمة المزيج التسويقي في تحقيق رضا الزبون السياحي دراسة ميدانية في الوكالة السياحية طيبة للسياحة والسفر"، رسالة ماجستير منشورة، جامعة محمد خضير، بسكرة، الجزائر.
- وزارة الصحة الأردنية (2012). "الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة الأردنية"، عمان، الأردن.

المراجع الأجنبية

- Alexa, E. L., Alexa, M., & Stoica, C. M. (2012). **“The use of online marketing and social media in higher education institutions in Romania”**, Journal of Marketing Research, Case Studies, 2012, 1.
- Aponte, J. I. (2011). **“Case study: Employee use of information and communication technologies in a healthcare organization”**, Doctoral dissertation, UNIVERSITY OF PHOENIX.
- Baskin, A.L. (2012). **“Applying diffusion of innovation theory towards understanding institutional capacity for social marketing adoption in public health organizations”**, Doctoral dissertation, FIELDING GRADUATE UNIVERSITY).
- Chaudhry, B., Wang, J., Wu, S., Maglione, M., Mojica, W., Roth, E., & Shekelle, P.G. (2006). **“Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care”**. Annals of internal medicine, 144(10), 742-752.
- Chaudhry, B., Wang, J., Wu, S., Maglione, M., Mojica, W., Roth, E., & Shekelle, P. G. (2006). **“Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care”**, Annals of internal medicine, 144(10), 742-752.
- Deshpande, S. (2004). **“Applying social marketing concepts to promote responsible alcohol use among American college students”**, University of Wisconsin, Madison.
- Dexter, P.R., Perkins, S., Overhage, J.M., Maharry, K., Kohler, R.B., & McDonald, C.J. (2001). **“A computerized reminder system to increase**

the use of preventive care for hospitalized patients”, New England Journal of Medicine, England, 345(13), 965-970.

- Elekwachi, A. O. (2008). **“Limitations to the utilization of electronic medical records by healthcare professionals”**, case study, small medical practices, ProQuest.
- Eysenbach, G; Diepgen (Jan–Feb 2001). **"The role of e-health and consumer health informatics for evidence-based patient choice in the 21st century"**. Clin Dermatol, **19** (1): 11–7.
- Fenik, R.O. (2008). **“The Complete Software testing Theory”**, Capella University, Minneapolis, Minnesota, United State.
- Foldoc, (2013) **“[Information and Communication Technology](#)“**.
- Forouzan, B.A. (2007). **“Cryptography & Network Security”** McGraw-Hill, Inc...
- Forouzan, Behrouz A. (2008). **“Introduction to cryptography and network security”**, Page 3.
- Gilaninia, S., Mohammadi, M. S. O., & Rasht, I. (2005). **“Examination of Marketing Mix (7p) On Tourism Development”**, Case Study, Tourism Industry, Guilan province.
- Goi, C. L. (2009). **“A review of marketing mix: 4Ps or more?”**, **International** Journal of Marketing Studies, 1(1), 2.
- Hentea, M. (2007). **“Intelligent system for information security management: architecture and design issues. Informing Science”**, International Journal of an Emerging Transdiscipline, 4(1), 29-43.
- Hitt, M. A., Bierman, L., Uhlenbruck, K., & Shimizu, K. (2003, August). **“THE INTERNATIONALIZATION OF PROFESSIONAL**

SERVICE FIRMS: EFFECTS OF HUMAN CAPITAL AND SOCIAL CAPITAL”, In Academy of Management Proceedings (Vol. 2003, No. 1, pp. B1-B6). Academy of Management.

- Kehl, K.L., Lamont, E.B., McNeil, B.J., Bozeman, S.R., Kelley, M. J., & Keating, N.L. (2015). **“Comparing a medical records-based and a claims-based index for measuring comorbidity in patients with lung or colon cancer”**. Journal of geriatric oncology.
- Kelly, L. S. (1997). **“Patterns of faunal exploitation at Cahokia. Cahokia: Domination and Ideology in the Mississippian World”**, 69-88.
- Mantani, R., Haynes, K., Boursi, B., Scott, F. I., Goldberg, D. S., Keefe, S. M., & Lewis, J. D. (2015). **“Validation of a coding algorithm to identify bladder cancer and distinguish stage in an electronic medical records database”**, Cancer Epidemiology Biomarkers, Prevention, 24(1), 303-307.
- Mantani, R., Haynes, K., Boursi, B., Scott, F.I., Goldberg, D.S., Keefe, S.M., ... & Lewis, J.D. (2015). **“Validation of a coding algorithm to identify bladder cancer and distinguish stage in an electronic medical records database”**, Cancer Epidemiology Biomarkers, Prevention, 24(1), 303-307.
- Marroquin, M.C.J. (2011). **“EHealth Policy in Latin America and the Caribbean: a Systematic Review and Content Analysis of National Policies”**, Doctoral dissertation, University of Toronto.
- McDaniel, G. (1994). **“IBM Dictionary of Computing”**, New York, NY, USA.

- McDaniel, G. (Ed.). (1994). **“IBM dictionary of computing”**.
- McDaniel, P., & Prakash, A. (2006). **“Methods and limitations of security policy reconciliation”**, ACM Transactions on Information and System Security, TISSEC, 9(3), 259-291.
- Noureldin, M., Mosallam, R., & Hassan, S.Z. (2014). **“Quality of documentation of electronic medical information systems at primary health care units in Alexandria”**, Alexandria, Egypt. EMHJ, 20(2).
- Raji, F., & Ladani, B. T. (2010). **“Anonymity and security for autonomous mobile agents”**, Information Security, IET, 4(4), 397-410.
- Sallai, Gy. (2012). **“Defining Infocommunications and Related Terms”**, Acta Polytechnica, Hungarica, Vol. 9, No. 6, 20 .12P, [obuda, journal.](#)
- Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M., Rasmussen, P., Pierson, R., & Applebaum, S. (2012). **“A survey of primary care doctors in ten countries shows progress in use of health information technology, less in other areas”**, Health Affairs, 31(12), 2805-2816.
- Sekaran, Uma, (2003), **“Research Methods for Business”**, Fourth Edition, John Wiley and Sons, Inc.
- Tennakoon, U. S. (2011). **“Empowerment Or Enslavement: ICT Use and Work-life Balance of Managers and Professionals”**, Doctoral dissertation, University of Calgary, Haskayne School of Business.
- Van Waterschoot, W., & Van den Bulte, C. (1992). **“The 4P classification of the marketing mix revisited”**, The Journal of Marketing, 83-93.
- Xu, X. (2007). **“The strategic impacts of ICT service innovation on consumers”**.

- Yi, L., & Thomas, H. R. (2007). **“A review of research on the environmental impact of e-business and ICT”**, Environment international, 33(6), 841-849.
- Zailani; S.U, Junaiman; J.A, & Rosly; O.T (2007), **“A comparison between ISO – Certified and non ISO-Certified Colleges on Service Quality in higher education: Students Perception”**, School of management, university of science Malaysia.6, the Annual Hawaii international conference on business.
- Zailani; S.U, Junaiman; J.A, & Rosly; O.T (2007). **“A comparison between ISO – Certified and non ISO-Certified Colleges on Service Quality in higher education: Students Perception”**, School of management, university of science Malaysia.6 the Annual Hawaii international conference on business.
- <http://rubble.ultralab.anglia.ac.uk/stevenson/ICTUKIndex.html>.
- <http://kenanaonline.com>

الملحق رقم (1)

إستبانه الدراسة

بسم الله الرحمن الرحيم



تحية طيبة وبعد:

تنوي الطالبة القيام بدراسة حول أثر "تكنولوجيا المعلومات والاتصالات" وعناصر المزيج التسويقي على جودة الرعاية الصحية" دراسة حالة في مركز الحسين للسرطان - الاردن"، كجزء من متطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال الإلكترونية - جامعة الشرق الأوسط. وأرفق الاستبانه.

وتقبلوا فائق الشكر والتقدير

الطالبة الباحثة

رزان علي عمر عبد المهدي

مارس/2016

معلومات عامة

1) النوع الاجتماعي:

○ ☐ ذكر ☐ أنثى

2) الفئة العمرية:

○ ☐ من 20-27 سنة ☐ من 28-37 سنة ☐ من 38-47 سنة ☐ 48 فأكثر

3) المؤهل العلمي:

○ ☐ ثانوية عامة ☐ بلوم ☐ بكالوريوس ☐ دراسات عليا

4) الدخل السنوي

○ ☐ أقل من 7000 ☐ بين 7001 و 9000 ☐ بين 9001 و 12000 ☐ 12001 فأكثر

5) الجنسية (اختياري):

مُحاور الإستبانة وفقراتها:

#	العبارة	موافق 4	موافق	مُحدّد	غير موافق	غير موافق جداً
الأجهزة (H.W)						
1	أجهزة الحاسوب المتوفرة بالمركز ملائمة لإنجاز العمل					
2	تتناسب نوعية الأجهزة مع حجم العمل الذي يتم إنجازه					
3	تتم معالجة أعطال الأجهزة بسرعة عند حدوثها					
4	الأجهزة بالمركز تساعد على سرعة تنفيذ القرارات الخاصة بالمرضى من قبل الهيئات التمريضية والهيئات المساندة					
5	تمتاز الشبكة بالكفاءة (السرعة) في إيصال المعلومات					
6	يتم استخدام تكنولوجيا المعلومات في تجهيز العمل مثل حوسبة إجراءات العمل					
البرمجيات (S.W)						
7	يتم استخدام أنظمة خاصة لمعالجة معاملات المرضى					
8	يتم استخدام الأنظمة الطبية المساندة في المركز مثل (نظام معلومات المختبر، نظام معلومات التمريض، نظام معلومات الأشعة، نظام معلومات الصيدلية)					
9	يتم إنجاز العديد من معاملات المرضى إلكترونياً داخل المركز					
10	يوفر المركز قاعدة بيانات مناسبة لجميع مهام العمل التي يتم التعامل معها					
11	الأنظمة المستخدمة بالمركز تسهل عملية التنسيق بين الأقسام الداخلية والسجلات الطبية إلكترونياً					
12	الأنظمة المستخدمة بالمركز تساهم في زيادة وسائل الراحة للمريض مثل توفير الطعام والشراب والسرعة في تقديم الخدمة وزيادة الخصوصية للمرضى					

					الأنظمة المستخدمة تسهل عملية تعبئة النماذج واستيفاء المعلومات اللازمة من المراجعين إلكترونياً	13
					الأنظمة المستخدمة تساهم بشكل قوي في إعداد التقارير الإحصائية المتعلقة بالعمل	14
أمن المعلومات (Security)						
					يتوفر وسائل لحماية المكونات المادية التي يتم العمل معها	15
					يتم توفير برامج للحماية من الفيروسات	16
					الأنظمة المستخدمة بالمركز تعمل على حفظ المعلومات الخاصة بالمرضى إلكترونياً مع إمكانية الرجوع إليها عند الحاجة	17
					تهتم إدارة المركز في تدوين المعلومات عن المرضى و حالاتهم الصحية في السجلات والحاسوب للحفاظ عليها من الضياع	18
					هناك تدريب مستمر لمستخدمي النظام بالسياسات المتعلقة بأمن المعلومات المتبعة داخل المركز	19
					تقييد الدخول على النظام والشبكة بالأشخاص المصرح لهم بذلك في المركز	20
					تحديد صلاحيات مستخدمي النظام بما يتناسب مع نوعية الأعمال الموكلة لهم	21
المكان (Place)						
					الوصول للمركز يتسم بالسهولة.	22
					هناك وسائل للنقل من وإلى المركز.	23
					تتوافر لوحات إرشادية لموقع المركز.	24
					البيئة المادية في المركز مريحة للعمل فيها بالنسبة للموظفين.	25
					يتميز المركز من حيث موقعه الجغرافي.	26
الترويج (Promotion)						
					تتوافر المصادقية في إعلانات المركز.	27
					يتوفر وسائل للترويج عن إعلانات المركز	28
					يتم معالجة الشكاوي المقدمة للمركز من قبل المرضى.	29
					يتم استخدام أدوات الاتصال الحديثة للمرضى لتذكيرهم بمواعيدهم العلاجية	30

					لدى موظفي المركز الكفاءة في معالجة مشاكل المرضى.	31
					يعمل المركز على توزيع الكتيبات والنشرات الخاصة بإعلاناته	32
التعاطف (Empathy)						
					تتعاطف إدارة المركز مع المرضى عند تقديمهم للشكاوي والعمل على حلها بسرعة.	33
					يظهر العاملین إهتماماً شخصياً بكل مريض.	34
					يتفهم الموظفین المشاكل الخاصة بالمرضى ويسعون الى حلها.	35
					يسعى موظفي المركز إلى التعرف على حاجات المرضى ومطالبهم .	36
					يعطي العاملین بالمركز الاهتمام العالي والشخصي بالمرضى .	37
					يضع المركز المصلحة العليا للمرضى بحيث تكون صلب إهتمامه.	38
					يتسم سلوك العاملین بالمركز باللباقة والأخلاق في خدمة المرضى.	39
التوكيد (Assurance)						
					يلتزم المركز بوعوده للمرضى في تقديم الخدمات العلاجية للمريض.	40
					تهتم إدارة المركز بتقديم الخدمات في الوقت المحدد وبشكل سري وسريع ودقيق.	41
					يضع المرضى ثقتهم في مهارات المهنة الطبية بثقة و أمان.	42
					سلوك العاملین يؤدي إلى تعزيز الثقة بالمركز.	43
					يشعر المريض بالأمان عند التعامل مع موظفي المركز.	44
					يمتلك موظفي المركز المعرفة الكافية للإجابة على إستفسارات المرضى.	45
					لدى العاملین القدرة على حل جميع المشاكل التي تواجه المرضى.	46

شاكرين حسن تعاونكم...

الملحق رقم (2)

موافقة اللجنة المؤسسية (IRB) في مركز الحسين للسرطان لتوزيع أداة الدراسة (الإستبانة) على عينة

الدراسة وهم المدراء في الإدارتين الوسطى والعليا في مركز الحسين للسرطان



King Hussein Cancer Center

مركز الحسين للسرطان

Institutional Review Board

اللجنة المؤسسية

Date: 29/March/2016

Dear Ms. Razan Al-Mohdi,

In reference to the proposal entitled: "The impact of Information communication technology "ICT" and Marketing Mix on health care quality" Proposal No. 16 KHCC 23.

You are kindly informed that the IRB has reviewed and approved the following document(s):

1. IRB Proposal Submission FORM A.
2. Questionnaire (Arabic)

Kindly note that if the study extends beyond one year you have to submit an **IRB Request for Continuing Approval Form** and an interim update on the study. For any modifications on the approved proposal please complete the **IRB Request for Modification Form**. At the end of the study, you are requested to submit an **End of Study Report** to the IRB.

Please inform the IRB office of any publications/ abstracts that may result from this research.

On behalf of KHCC IRB, I would like to wish you a successful study.


Dr. Maysa Al-Hussaini
 Chairperson, Institutional Review Board
 King Hussein Cancer Center



The IRB consists of members of medical and non medical background including public, lawyers, nurses and pharmacists. It is the policy of the IRB to conduct random audits on a percentage of approved projects. These audits may be conducted at any time after the project starts. In cases where the IRB considers that there may be a risk of adverse events, or where participants may be especially vulnerable, the IRB may request the principal investigator to provide an outcomes report, including information on follow up of participants. KHCC-IRB is approved by JFDA and is compliant with GCP Guidelines and national Clinical Research Law (2011).

الملحق رقم (3)

شهادة NIH للحصول على موافقة اللجنة المؤسسية (IRB) في مركز الحسين للسرطان لتوزيع أداة الدراسة (الإستبانة) على عينة الدراسة وهم المدراء في الإدارتين الوسطى والعليا في مركز الحسين للسرطان.



الملحق رقم (4)

أسماء محكمي إستبانة الدراسة

التسلسل	الاسم	الجامعة
1	الاستاذ الدكتور عبد الحافظ محمد سلامة	جامعة الشرق الأوسط
2	الاستاذ الدكتور محمد النعيمي	جامعة الشرق الأوسط
3	الدكتور أحمد علي صالح	جامعة الشرق الأوسط
4	الدكتور مراد العطيانى	جامعة الإسراء
5	الدكتور علي عباس	جامعة الشرق الأوسط
6	الدكتور اسعود المحاميد	جامعة الشرق الأوسط
7	الدكتور هيثم حجازي	جامعة الشرق الأوسط
8	الدكتور حسام محمد علي	جامعة الشرق الأوسط
9	الدكتور هنادي سلامة	جامعة الشرق الأوسط
10	الدكتور سامي العدوان	جامعة الشرق الأوسط