



مجلة البحوث المالية والتجارية

المجلد (22) – العدد الثاني – إبريل 2021



تحليل العلاقة بين جودة الخدمة الصحية ورضا العملاء "دراسة تطبيقية
علي قطاعي المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة الفيوم".

**Analysis Relationship between Quality of Health
Service and Customer Satisfaction" An Applied Study
on the Universities Sector Hospitals and Private
Sector Hospitals in Fayoum".**

إعداد:

دكتور/ حسن عيد لبيب

المدرس بقسم إدارة الأعمال

كلية التجارة – جامعة بني سويف

رابط المجلة: <https://jsst.journals.ekb.eg/>



المستخلص:

لقد تمثل الهدف الرئيسي لهذه الدراسة في تحليل العلاقة بين جودة الخدمة الصحية ورضاء العملاء بالتطبيق علي قطاعي المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة الفيوم، ولتحقيق هذا الغرض فقد تم إختيار عينة طبقية عشوائية من العملاء، ثم تم تطوير ثلاثة فروض رئيسية للدراسة، الأول يتضمن مدي وجود فروق معنوية بين العملاء في مستوى إدراكهم لأبعاد جودة الخدمة الصحية وفق طبيعة القطاع محل الدراسة، والفرض الثاني يقيس مدي وجود تأثير معنوي للمتغيرات الديموجرافية للعملاء علي مستوى إدراكهم لأبعاد جودة الخدمة الصحية، والفرض الثالث يتضمن مدي وجود علاقة معنوية ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمة الصحية ورضاء العملاء، ولقد تم جمع البيانات الميدانية من وحدة المعاينة عن طريق المقابلات الشخصية، وتم توزيع (420) قائمة استقصاء علي العملاء، وبلغ معدل الإستجابة (82.1%)، وللاختبار الإحصائي لفروض البحث فقد تم تطبيق أدوات الإحصاء الوصفي، تطبيق إختبار (ت) لعينتين مستقلتين، تطبيق إختبار كا²، وتطبيق معامل الارتباط ومعامل التحديد. ولقد توصلت نتائج الدراسة إلي إرتفاع مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات الخاصة قياساً بمستوي جودة الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات الجامعية، ووجود تأثير معنوي دال إحصائياً للمتغيرات الديموجرافية للعملاء علي مستوى إدراكهم لجودة الخدمة الصحية، وأوضحت نتائج الدراسة أيضاً وجود علاقة إرتباط إحصائية بين تحسين جودة الخدمة الصحية وزيادة رضاء العملاء، وقدمت الدراسة مقترحات لتحسين الخدمة الصحية ورضاء العملاء.

الكلمات الدالة: جودة الخدمة الصحية، رضاء العملاء، قطاع المستشفيات، المتغيرات

الديموجرافية.

Abstract:

The main objective of this study is to analyze the relationship between the quality of health service and customer satisfaction applied on the universities sector hospitals and private sector hospitals in fayoum, To achieve this purpose, Stratified random sample of customers was selected, Then three basic hypothesis were developed, The first one implies that there are significant differences between the customers on their level of perceptions for the dimensions of quality of health service according to the nature of the sector studied, The second measures that there are significant effect of demographic variables for customers on their level of perceptions for the dimensions of quality of health service ,and the third implies that there are a statistically significant relationship between the quality of health service and customer satisfaction. A Primary data were collected by personal interview, questionnaires were distributed on all(420)customers and rate of response (82,1%), To test statistical hypotheses, The researcher used descriptive statistics tools, independent t-test, chi-square, correlation and r-square adjusted.

The results revealed that the health service level provided from the private sector hospitals are higher than the health service level provided from the universities sector hospitals, and there are significant effects of the demographic variables for customers on their level of perceptions for the quality of health service. The results also showed that a significant positively related between improving health service and increasing customer Satisfaction. Finally; The study provides suggestions to improve health service and customer Satisfaction.

Keywords: Quality of health service, Customer Satisfaction, Hospitals sector, Demographic variables.



(1) – مقدمة البحث Introduction:

يعد القطاع الصحي من القطاعات الحيوية علي المستوي القومي حيث يلعب دوراً ملحوظاً في تحقيق خطط التنمية الإقتصادية والإجتماعية، وتكمن أهمية جودة الخدمة الصحية-قياساً بالخدمات الأخرى-في كونها تمس صحة وسلامة وحياة المجتمع حيث يترتب علي الأخطاء الطبية مخاطر وعواقب وخيمة كحالات الإعاقة أو العجز أو الوفاة ،كما أن الأداء المنخفض للخدمة الصحية قد يؤدي الي آثار بدنية ونفسية سلبية علي صحة وإنتاجية المواطنين(الإمام، 2003، ص3، حسن ،2006، ص261، نقلاً عن: "بن سعيد، 1997).

ولقد برزت في الأونة الأخيرة قضية تطوير القطاع الصحي الحكومي حيث تعد من القضايا الجوهرية الجديرة بالدراسة والتحليل من جانب الباحثين خاصة مع معاناة الدول المختلفة من ظهور فيروس كورونا "CORONAVIRUS" المستجد (COVID-19) وحدث تحور جيني(نسيلة جديدة) للفيروس(الموجة الثانية من الفيروس)،ومن أوجه الإهتمام بالقطاع الصحي تزايد الجهود الملموسة من جانب المسؤولين المختصين بالدولة لتصحيح مساره وإطلاق مبادرات تستهدف الكشف والتحليل المبكر لبعض الأمراض ومنها حملة (100) مليون صحة(الحملة القومية للقضاء علي فيروس Cوالامراض غير السارية).

ووفق نتائج دراسة(عبد الوهاب، 2017) فإنه يمكن حصر القطاعات التي تقدم الخدمات الصحية في خمسة قطاعات وهي:قطاع المستشفيات العامة ،قطاع المستشفيات الجامعية، قطاع المستشفيات الخاصة،المستشفيات التابعة لقطاع التأمين الصحي،وقطاع المستشفيات التابعة للجمعيات الاهلية،وتعد المستشفيات الخاصة من القطاعات الصحية الهامة فقد بلغ معدل الإنفاق علي الرعاية الصحية الخاصة(59,6%) كما بلغ إجمالي عدد المستشفيات (1950) مستشفى، وبلغ عدد المستشفيات الخاصة(1350) مستشفى وبنسبة(69,2%) من

اجمالي عدد المستشفيات، بينما بلغ عدد المستشفيات العامة (600) مستشفى وبنسبة (30,8%) من اجمالي عدد المستشفيات، وبلغ إجمالي الإنفاق من جانب قطاعي المستشفيات العامة والخاصة علي الرعاية الصحية (5,64) كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي لعام 2016 | 2017| وبلغت مساهمة الإنفاق الخاص منه (3,49) بينما بلغت مساهمة الإنفاق الحكومي (2,15) (عبد الوهاب، 2017). وتعرف المستشفيات الخاصة بإنها مستشفيات يتم تمويل نفقاتها تمويلًا ذاتيًا أو خاصاً من بعض المستثمرين وتستهدف تحقيق الربح من خلال إستقطاب المتميزين من الكوادر الطبية المختلفة لتقديم خدمات صحية متميزة للمواطنين بمقابل مادي.

ومن الجدير بالذكر، أن المستشفيات الجامعية تعد من القطاعات الصحية الهامة وهي مستشفيات تابعة لكليات الطب بالجامعات المختلفة وتمول نفقاتها من مخصصات وزارة التعليم العالي لكل جامعة ومن إيرادات كل جامعة، وتستهدف تعليم وتدريب الطلاب بتلك الكليات وطلاب الدراسات العليا وكذا إجراء الأبحاث العلمية لإكتساب المهارت الاكلينيكية اللازمة لتقديم الخدمات الطبية المتميزة. وأيضاً تقديم الخدمات الصحية للمواطنين مجاناً وبمقابل مادي، ولقد تم إنشاء مستشفى القصر العيني كمستشفى جامعي وفق قانون (3300) لتنظيم العمل بالمستشفيات لعام 1965 ثم تزايد عدد المستشفيات الجامعية حيث بلغت (113) مستشفى تتبع (24) كلية حكومية للطب بمصر، وتشمل (35882) سرير للمرضي وبما يمثل (30%) من إجمالي الأسرة (القوة السريرية) بالقطاع الصحي الحكومي ونحو (3995) سرير بالعناية المركزة للمرضي ونحو (608) سرير بالعناية المركزة للأطفال وبما يعادل (50%) من الأسرة بالعناية المركزة بالقطاع الصحي الحكومي، وونحو (2709) جهاز للتنفس الصناعي، كما تساهم المستشفيات الجامعية بدور حيوي في مواجهة فيروس كورونا "المستجد (COVID-19) حيث تم إعادة تشغيل (25) مستشفى جامعي للجزل وبلغت السعة الإستيعابية (2377) سرير ونحو (523) سرير للعناية المركزة ونحو (418) جهاز للتنفس الصناعي كمرحلة أولى

(عبد الغفار، 2020).



ومن ناحية أخرى، تؤكد نتائج دراسات (Leninkumer,.,2017, p.455, Liu and Tsung,2017, p.58) علي وجود تأثير مباشر Direct impact لجودة الخدمة المتميزة نحو تحسين رضا العملاء حيث تعد جودة الخدمة محدداً رئيسياً ومؤشراً هاماً علي رضا العملاء عن الخدمة، كما تشير نتائج دراسة (Goswami and Dsilva, 2019, p.331) إلي أن العناية بالعميل customer care وشعوره بالرضا والسعادة happy and Satisfied يعد من مداخل النجاح التنظيمي Organizational success للمنظمات، وأوصت بضرورة قياس رضا العملاء حيث يعد من المؤشرات الهامة لتقييم إنتاجية وربحية المنظمات.

وفي ضوء تزايد إهتمام الباحثين في الآونة الأخيرة بتقييم جودة الخدمة من منظور العملاء، ووفق نتائج الدراسة الاستطلاعية للباحث لذلك يتناول البحث الحالي تقييم الخدمة الصحية لقطاعي المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة الفيوم وتحديد أثرها علي رضا العملاء.

(2) - مشكلة البحث والتساؤلات Research Problem and

:Questions

يعد القطاع الصحي من القطاعات الإستراتيجية حيث يحتل أهمية كبرى من جانب المسؤولين المختصين بالدولة في الآونة الأخيرة، فقد بلغت قيمة الموازنة المخصصة لوزارة الصحة في الفترة من عام 2016/2017 وحتى عام 2019/2020 (القيمة بالمليار جنيه): (54.9)،

(61.8)، (98.7)، (124.9) وذلك علي التوالي، وتستهدف برامج الرعاية الصحية الموجهة من الدولة توفير الرعاية الصحية للمواطنين وتحسين الأجور والحوافز وبدل المهن الطبية للأطباء وهيئة التمريض، ولقد إرتفعت قيمة الموازنة المخصصة لوزارة الصحة للعام المالي

(2020/2021) إلي نحو (258.2) مليار جنيه، حيث تم تخصيص (100) مليار جنيه لتمويل الخطة

الشاملة لمواجهة فيروس كورونا "CORONAVIRUS" المستجد

(COVID-19)، وبلغت نسبة الزيادة في مخصصات الأدوية (21%) وبقية بلغت (11) مليار جنيه

وبلغت نسبة الزيادة في نفقات علاج المواطنين علي نفقة الدولة نحو (7) مليار جنيه وبمعدل

زيادة(6%)،بينما بلغت قيمة إجمالي المبادرات الموجهة للصحة(16.3) مليار جنيه وبلغت تكلفة استمرار التنفيذ التدريجي لمنظومة التأمين الصحي الشامل(4.2) مليار جنيه، وقيمة الزيادة في بدل أعضاء المهن الطبية ورفع مكافأة أطباء الامتياز من(400) جنيه إلي (2200) جنيه قد بلغت(2.6) مليار جنيه،وبلغت قيمة تطوير المعامل الطبية(81.6) مليون جنيه.(مركز المعلومات ودعم إتخاذ القرار،مجلس الوزراء المصري،2020|2021)،(موقع وزارة المالية المصرية2016|2017،2017|2018،2018|2019،2019|2020، 2020|2021).

ولقد إستهدفت نتائج دراسة(عبد الوهاب،2017) تقييم مستوى الرعاية الصحية لقطاع الصحة الحكومي بمصر للعام(2016|2017) بتطبيق بعض المؤشرات الكمية وتوصلت إلي أن هذا القطاع يعد من أقل المعدلات العالمية في القوة البشرية للكوادر الطبية حيث يتوافر طبيب واحد لكل(1162) نسمة من عدد السكان،ومعدل عدد الاطباء لكل(1000) نسمة قد بلغ (0,8)، بينما يبلغ المعدل العالمي لعدد الاطباء بالنسبة لعدد السكان طبيب واحد لكل(350) نسمة،كما بلغ عدد الممرضين والممرضات لكل(1000) من السكان(143)،وبلغ إجمالي عدد الأسرة (122000) سرير،بينما بلغ إجمالي عدد الأسرة لكل(1000) من السكان(127) سرير،وبلغ نصيب الفرد الواحد من قيمة الإنفاق علي الرعاية الصحية(152) دولار سنوياً،ومعدل عدد السكان الذين يعيشون بعيداً عن المراكز الصحية بنحو خمسة(5) كيلو مترات قد بلغ(95%).

ولقد تبنت الحكومة المصرية منذ ديسمبر 2015 تنفيذ إستراتيجية التنمية المستدامة لعام (2030)Sustainable Development Strategy 2030(2030) ومن أهم أركانها تفعيل رؤية مصر 2030"Egypt Vision 2030"والتي تضمنت محاور عديدة من أهمها محور "جودة الحياة"والذي يستهدف الإرتقاء بمستوي جودة حياة المواطنين في مجالات عديدة ومنها مجال الرعاية الصحية،ويمكن الإشارة إلي أهم مؤشرات الرعاية الصحية وفق رؤية مصر 2030 (مؤشرات الرؤية2030) وذلك في الجدول التالي رقم(1).



الجدول رقم(1) مؤشرات الرعاية الصحية وفق رؤية مصر 2030 (مؤشرات الرؤية 2030)(*).

2030	2020	2016	معدلات الرعاية الصحية
600	300	152	(1)-قيمة الإنفاق علي الرعاية الصحية للفرد الواحد (بالدولار).
%28	%40	%59,6	(2)- معدل نفقات الرعاية الصحية الخاصة .
75	73	71,1	(3)- متوسط العمر المتوقع (بالسنة) .
30	22	14,6	(4)- عدد الأسرة بالمستشفيات لكل (1000) من السكان.
50	30	15	(5)- عدد الممرضين والممرضات لكل (10000) من السكان.
31	39	51,8	(6)-وفيات الامهات لكل(100000) مولود.
15	20	27	(7)-وفيات الاطفال في سن الخامسة لكل(1000) مولود
%10	%15	%21	(8)- معدل تقزم الطفل.
%90	%85	%83	(9)- معدل رعاية ما قبل الولادة.
%1	%2	%8,9	(10)-معدل الالتهاب الكبدي(ج).
%100	%70	%50	(11)- معدل وصول السكان إلي خدمات الصرف الصحي
صفر	10	13,2	(12)- وفيات حوادث الطرق لكل(100000) من السكان.
%95	%90	%88	(13)- معدل الاستجابة للوائح الصحية الدولية.

(*)-المصدر: (عبد الوهاب، 2017).

وبفحص الجدول السابق رقم(1) يتضح جلياً أهمية قياس وتحليل وتقييم الأداء الصحي الحكومي بهدف تطوير مستواه نظراً لتأثيره علي مستوي رضا العملاء، حيث أكدت نتائج دراسات (Sin Kit Yeng.et.al.,2018, p.195,Sit, W, Lin.B&Chong, A.Y, 2009, p.963, Yauongdahl. et al, 2003,p.114. إلي أن مستوي رضا العملاء المرتفع يقود إلي إلي ولاء العميل customer loyalty،نوايا تكرار الشراء repurchase intentions،جذب عملاء جدد،البيع بأسعار مميزة price premiums،تعزيز الصورة الذهنية للمنظمةimage،ارتفاع الحصة السوقية market share في المدى القصير،إرتفاع الربحية في المدى الطويل،تحسين

الرضاء بين العملاء ومقدمي الخدمة وتطوير العلاقات معهم Developing relationships with service providers

ومن ناحية اخري،يوجد عديد من الشكاوي عن ضعف مستوى الخدمات الصحية الحكومية فقد بلغ إجمالي عدد الشكاوي المختلفة المقدمة إلي منظومة الشكاوي الحكومية الموحدة بمصر خلال شهر مايو عام 2020(206000) شكوي وطلب استغاثة وبزيادة قدرها (28000) شكوي عن شهر أبريل 2020 وبنسبة زيادة بلغت (15,7%) وبمراجعة موضوعات الشكاوي تبين إختصاص وزارة الصحة المصرية بالنصيب الأكبر في استقبال شكاوي وطلبات وإلتماسات المواطنين والتعامل معها قياساً بالوزارات الأخرى وذلك بعدد(15770) شكوي وبنسبة قدرها(7,7%) من إجمالي عدد الشكاوي،ووفقاً لضوابط فحص ومراجعته الشكاوي المتعلقة بوزارة الصحة وإحالتها لجهات الإختصاص عن طريق الإدارة العامة لخدمة المواطنين بالوزارة تبين إنها تتعلق بجائحة فيروس كورونا "CORONAVIRUS"المستجد(COVID-19) وظهور الموجة الثانية منه.(الموقع الإلكتروني لمنظومة الشكاوي الحكومية الموحدة

.(WWW.shakwa.eg)

ولقد تناولت نتائج دراسات عربية عديدة تقييم الأداء الصحي ببعض الدول ،وتوصلت نتائج تلك الدراسات إلي تزايد الشكاوي بشأن مظاهر ضعف مستوى جودة الخدمات الصحية مثل وجود إنطباع سلبي لدي المرضى نحو جودة الخدمة الصحية وإرتفاع معدل عدد المرضى لكل طبيب في المستشفيات وعجز إدارة تلك المستشفيات عن الوفاء بتوقعات العملاء نحو الخدمة الصحية ومنها نتائج دراسات (إديس،1996،ص36) بالتطبيق علي البيئة الكويتية،(الجريري،

2009،ص53) بالتطبيق علي البيئة اليمنية،و(لطويل،الكيكي،والحيالي،2010،ص12،

المستوفي،2018) بالتطبيق علي البيئة العراقية،(ضوء الكوفي،2016) بالتطبيق علي البيئة الليبية،ونتائج دراسات:(ذياب،2012)،(نصار،2013)،(النسور،2019) بالتطبيق علي البيئة

الأردنية،وتوصلت نتائج دراسات مصرية عديدة إلي إنخفاض مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات الحكومية قياساً بتوقعات العملاء وغياب المناخ الصحي اللازم للتطوير



ومنها دراسات:(جماعة،1998،ص268)،(حسين،1999،ص198)،(عبد الرحمن،
2000،ص213)،(الإمام،2003،ص32)،(أبو بكر،2004،ص290)،(ثابت،2006،
ص194)،(حسن،2006،ص289)،(خفاجي،2014)،(جادالله،2015)،و(السيد،2016).

وتشير نتائج دراسة (Chen,S.CRaab,C.,&Tanford, S, 2017, p.53) إلي تأثير المتغيرات الديموجرافية للعملاء علي مستوي إدراكهم لمستوي جودة الخدمات المقدمة لهم ولذلك يجب تجزئة العملاء Segmenting customers علي أساس متغيراتهم الديموجرافية وذلك بهدف تقديم الخدمات المناسبة وكذا تصميم الاستراتيجيات التسويقية الملائمة لكل فئة، ويتمثل الهدف الرئيسي للبحث الحالي في تقييم أثر مستوي الخدمات الصحية بقطاعي المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة الفيوم علي رضا العملاء كما يستهدف تحديد أثر المتغيرات الديموجرافية للعملاء علي مستوي إدراكهم لجودة تلك الخدمات.

ولقد توصلت نتائج الدراسة الاستطلاعية للباحث لعينة من العملاء بلغت أربعون (40) مريضاً بقطاعي المستشفيات الجامعية والخاصة محل الدراسة بمحافظة الفيوم إلي انخفاض مستوي رضائهم عن جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم وذلك وفق نوع القطاع،حيث أظهرت المؤشرات التالية:(1)-إن قطاع المستشفيات الجامعية يعاني من أوجه ضعف وقصور في مستوي اداء عناصر الخدمة الصحية وذلك قياساً بالمستوي المرتفع نسبياً لتلك العناصر بالمستشفيات الخاصة،وبصفة خاصة العناصر التالية:(توافر أحدث الأجهزة والمعدات الطبية بالمستشفى،تمتع العاملون بالمستشفى بمظهر حسن وجذاب،تفي إدارة المستشفى بالوعود التي تقدمها للمرضي،إبلاغ المريض بدقة عن موعد تقديم الخدمة الصحية والإنتهاء منها،تقديم خدمة صحية فورية من العاملين بالمستشفى للمرضي،جميع العاملين بالمستشفى علي إستعداد دائم لتقديم الخدمة المرغوبة للمرضي،علاج مشكلات المرضي الطارئة والرد علي استفساراتهم،حصول المرضي علي الإهتمام والعناية الشخصية من جانب الإدارة والعاملين بالمستشفى عند طلب الخدمة الصحية،معرفة الأطباء بالمستشفى بإحتياجات المرضي بدقة.

(2)-العجز أو النقص من حيث العدد وبعض التخصصات الدقيقة في الاطباء وإنخفاض عدد المرضى والممرضات بالمستشفيات الجامعية.(3)-إنخفاض مستوى الإهتمام والتعاطف مع المرضى من جانب الفريق الطبي وعدم مراعاة الخصوصية للمرضي حيث يتم تشخيص حالة المريض بتواجد عدد غير قليل من الباحثين والطلاب بكلية الطب.(4)-إرتفاع تكاليف تقديم الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات الخاصة خاصة تكاليف الإقامة والأشعة والتحليل وبصفة خاصة المتعلقة بفيروس كورونا المستجد(COVID-19).

وفي ضوء ما تقدم يتضح أن تحليل العلاقة بين الخدمة الصحية لقطاعي التطبيق محل الدراسة بمحافظة الفيوم ومستوي رضاء العملاء المنتفعين بها يعد ذات أهمية كبري نحو تطوير الأداء الصحي للقطاعين، هذا ويمكن بلورة مشكلة البحث وتشخيص كافة أبعادها في شكل مجموعة من التساؤلات، والتي يسعى البحث للتوصل إلي الإجابة عليها، وذلك علي النحو التالي:

- (1)-هل يوجد إختلاف معنوي في مستوى الخدمة الصحية للمستشفيات الخاضعة للدراسة وذلك وفق نوع القطاع(قطاع المستشفيات الجامعية|قطاع المستشفيات الخاصة)؟.
- (2)-هل يوجد تأثير معنوي دال احصائياً لمستوي الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات الخاضعة للدراسة علي رضاء العملاء (المرضي)المنتفعين بتلك الخدمة؟.
- (3)-هل تؤثر المتغيرات الديموجرافية للعملاء(المرضي)علي مستوى إدراكهم للخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات محل الدراسة.؟.وبالأحري هل تعزو فئة مستوى إدراك العملاء المنخفض للخدمة الصحية عن فئة المستوي المرتفع إلي عدد من الخصائص الديموجرافية (النوع، العمر، الدخل الشهري، ومستوي التعليم)؟.
- (4)-هل تتساوي الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات موضع الدراسة من وجهة نظر العملاء(المرضي)المتعاملين مع تلك المستشفيات؟.

(3)-أهداف البحث Research Objectives:

تتمثل أهداف البحث الحالي فيما يلي:

- (1)-تقييم مستوى إدراك عينة العملاء للخدمة المقدمة لهم وذلك وفق نوع القطاع(قطاع المستشفيات الجامعية|قطاع المستشفيات الخاصة).
- (2)-تحديد مدي تأثير مستوى الخدمة المقدمة علي رضاء العملاء المنتفعين بهذه الخدمة.
- (3)-تحليل أثر المتغيرات الديموجرافية للعملاء لي مستوى إدراكهم للخدمة المقدمة لهم.
- (4)-إقتراح مجموعة من المؤشرات الكمية للاسترشاد بها في تقييم مستوى الخدمات محل الدراسة.



(5)-تقديم مجموعة من التوصيات القابلة للتطبيق بالمستشفيات محل الدراسة والتي تستهدف التطبيق الفعال لأبعاد جودة الخدمة الصحية وتحسين رضا العملاء عن هذه الخدمة.

(4)-فروض البحث Research Hypotheses :

وفق نتائج الدراسة الإستطلاعية والملاحظة الشخصية للباحث لمستوي الخدمات محل الدراسة بالإضافة الي نتائج الدراسات السابقة،ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة الميدانية،تم صياغة فروض البحث وذلك كما يلي:

الفرض الأول:تم صياغة الفرض الأول علي النحو التالي:

" من المتوقع وجود فروق معنوية في مستوى إدراك العملاء لأبعاد جودة الخدمة الصحية وذلك وفق نوع المستشفى محل الدراسة(المستشفى الجامعي|المستشفى الخاص)".
وينبثق من هذا الفرض إلفروض الفرعية التالية:

(1|1)-" من المتوقع وجود فروق معنوية في مستوى إدراك العملاء للبعد الأول(النواحي المادية الملموسة) وذلك وفق نوع المستشفى محل الدراسة (المستشفى الجامعي | المستشفى الخاص)".

(2|1)-" من المتوقع وجود فروق معنوية في مستوى إدراك العملاء للبعد الثاني(الإعتمادية) وذلك وفق نوع المستشفى محل الدراسة (المستشفى الجامعي|المستشفى الخاص)".

(3|1)-" من المتوقع وجود فروق معنوية في مستوى إدراك العملاء للبعد الثالث(الإستجابة) وذلك وفق نوع المستشفى محل الدراسة(المستشفى الجامعي|المستشفى الخاص)".

(4|1)-" من المتوقع وجود فروق معنوية في مستوى إدراك العملاء للبعد الرابع(الأمان) وذلك وفق نوع المستشفى محل الدراسة (المستشفى الجامعي|المستشفى الخاص)".

(5|1)-" من المتوقع وجود فروق معنوية في مستوى إدراك العملاء للبعد الخامس(التعاطف) وذلك وفق نوع المستشفى محل الدراسة(المستشفى الجامعي|المستشفى الخاص)".

الفرض الثاني:

" من المتوقع وجود تأثير معنوي للمتغيرات الديموجرافية للعملاء علي مستوى إدراكهم لأبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من المستشفيات محل الدراسة".

ولقد تم تقسيم هذا الفرض إلي فروض فرعية تتعلق بالمتغيرات الديموجرافية التالية:(النوع، العمر،الدخل الشهري،ومستوي التعليم) وذلك علي النحو التالي:

(1|2)- النوع:

"من المتوقع وجود تأثير معنوي لمتغير النوع للعملاء علي مستوى إدراكهم لأبعاد جودة الخدمة

الصحية المقدمة لهم من المستشفيات محل الدراسة".

(2|2)- العمر:

"من المتوقع وجود تأثير معنوي لفئات العمر للعملاء علي مستوى إدراكهم لأبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من المستشفيات محل الدراسة".

(3|2)- الدخل الشهري:

"من المتوقع وجود تأثير معنوي لفئات الدخل الشهري للعملاء علي مستوى إدراكهم لأبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من المستشفيات محل الدراسة".

(4|2) -مستوي التعليم:

"من المتوقع وجود تأثير معنوي لمستوي التعليم للعملاء علي مستوى إدراكهم لأبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من المستشفيات محل الدراسة".

الفرض الثالث:

" من المتوقع وجود ارتباط معنوي بين أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات محل الدراسة وبين رضاء العملاء عن هذه الخدمة".

(5)- أهمية البحث Importance of the Research:

يستمد هذا البحث أهميته من المبررات التالية:

- (1)- أهمية قضية تطوير مستوي الأداء الصحي للقطاعين محل الدراسة .
- (2)- أهمية دراسة وتحليل أثر الخدمة الصحية علي رضاء العملاء بالقطاعين محل الدراسة بمحافظة الفيوم، خاصة أن هذا الحيز الجغرافي لم يحظ بالدراسات الكافية فقد أظهر المسح المكتبي للباحث عدم وجود دراسة مصرية تصدت لتحليل تلك العلاقة به.
- (3)- تقديم بعض التوصيات التي قد تساهم في تحسين الأداء الصحي للقطاعين موضع الدراسة ورضاء العملاء عنه ،وكذا إقتراح مجموعة من المؤشرات الكمية للاسترشاد بها في تقييم مستوي الأداء الصحي.

(6)- منهج البحث Research Methodology:

يعتمد هذا البحث علي تطبيق منهجين هما:

- (1)- المنهج الإستقرائي:يشير الإستقراء Induction إلي الاستبطان أي تتبع الشيء والتعمق فيه ويستهدف تطبيق المنهج الاستقرائي تحليل الدراسات اللازمة للتأصيل النظري لموضوع البحث.
- (2)- المنهج الاستنباطي: يستهدف إستنباط نتائج الدراسة الميدانية في ضوء إختبار مدي



صحة فروض البحث، واقتراح التوصيات اللازمة لتحسين مستوى الخدمة محل الدراسة، وكذا تحسين مستوى رضا العملاء عن هذه الخدمة.

(7) - متغيرات الدراسة:

لإختبار مدي صحة فروض الدراسة، فقد تم تحديد المتغيرات التالية:

(1/7) - المتغير المستقل (جودة الخدمة الصحية). (2/7) - المتغير التابع (رضاء العملاء).

(8) - حدود البحث : Research Limitations

(1) - إقتصرت البحث علي تقييم مستوى جودة الخدمة الصحية دون غيرها من الخدمات العامة الأخرى لأسباب عديدة في مقدمتها نتائج الدراسة الاستطلاعية التي أظهرت أن القطاع الصحي يعد من أبرز القطاعات الخدمية العامة التي تزايدت بشأنه الشكاوي والإنتقادات في الآونة الأخيرة.

(2) - إقتصرت الدراسة الميدانية للبحث علي قطاعي المستشفيات الجامعية والخاصة والكائنة بمحافظة الفيوم دون غيرها من المحافظات الأخرى ويرجع ذلك إلي قلة الدراسات بالتطبيق علي هذا الحيز الجغرافي وحدود وإمكانيات الباحث المادية والوقئية.

(3) - إقتصرت البحث علي تقييم مستوى الخدمة الصحية المقدمة للعملاء من قطاعي التطبيق بشكل عام ودون التركيز علي خدمة معينة حيث تبين للباحث إنتفاع بعض المرضى بعدة خدمات، بينما يستفيد البعض الاخر بخدمة ما أو عدد محدود من الخدمات الصحية.

(4) - إن الدراسة الميدانية للبحث قد تمت خلال الفترة (من 10 أغسطس 2020 إلي 25 نوفمبر 2020) بقطاعي المستشفيات محل الدراسة وذلك بالتطبيق على عينة المبحوثين، وبالتالي فإنه لا يمكن تعميم نتائج البحث على الفئات الأخرى وذلك وفق منظور الصحة الخارجية.

(9) - مجتمع وعينة البحث Population and sample of research

(1/9) - مجتمع البحث: يشير إلي جميع العملاء المستفيدين من الخدمات المقدمة من المستشفيات التالية (سجلات مديرية الشؤون الصحية، الإدارة المركزية لمستشفيات جامعة الفيوم، التنظيم والإدارة، يونيو 2020):

(11/9) - المستشفيات الخاصة بمحافظة الفيوم وهي: (مستشفى الندي التخصصي، مستشفى الحياة التخصصي، مستشفى مكة التخصصي، مستشفى عرفة التخصصي، مستشفى الزهراء التخصصي، مراكز مصر الطبية، ومستشفى الفيوم الدولي).

(21/9) - المستشفيات الجامعية التابعة لجامعة الفيوم وهي:

(1) - مستشفى الفيوم الجامعي، وتشمل قسم الطوارئ الجامعي، مركز جراحة الجهاز الهضمي،

مركز أمراض الكلي والمسالك البولية.(2)-مستشفى الباطنة التخصصي.(3)-مستشفى التأهيل والعلاج الطبيعي.

ولقد تم إستثناء فئة المرضى من الأطفال لعدم إدراكهم السليم لتقييم الأداء الصحي للقطاعين محل الدراسة وبالتالي لم يتضمن مجتمع البحث مستشفى الأطفال التخصصي الجامعي (مستشفى مصطفى حسن الجامعي لطب وجراحات الأطفال) وكذا أقسام الأطفال بالمستشفيات الخاصة بمحافظة الفيوم.

(2/9)-نوع وحجم عينة البحث لكل مرحلة من مراحل إعداد الدراسة الميدانية:

يمكن تحديد نوع وحجم عينة البحث لكل مرحلة من مراحل إعداد الدراسة الميدانية وذلك علي النحو التالي:

(1/2/9)-المرحلة الأولى من مراحل إعداد الدراسة الميدانية:

لقد تم تطبيق عينة المساحة متعددة المراحل **Multi-stage area sample** وذلك لتحديد مناطق تركيز المستشفيات محل الدراسة.

(2/2/9)-المرحلة الثانية من مراحل إعداد الدراسة الميدانية:(تحديد نوع العينة المناسب لخصائص

المبحوثين(عينة البحث):لقد أظهرت نتائج الدراسة الإستطلاعية وجود تباين وإختلافات بين عملاء القطاعين محل الدراسة من حيث المتغيرات الديموجرافية ولذلك فقد تم تطبيق أسلوب العينة الطبقية العشوائية **Stratified random sample** حيث يعد النوع الملائم من أنواع العينات إذا تضمنت أهداف وفروض البحث أثر المتغيرات الديموجرافية لعينة البحث علي متغير ما من متغيرات البحث حيث يختبر الفرض الثاني للبحث الحالي مدي وجود تأثير معنوي للمتغيرات الديموجرافية للعملاء علي مستوى إدراكهم لأبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من المستشفيات محل الدراسة.

(3/2/9)-المرحلة الثالثة من مراحل إعداد الدراسة الميدانية:(تحديد حجم عينة العملاء):

لقد تم تحديد حجم عينة العملاء وفق طريقتين وذلك علي النحو التالي:

(1)-يتسم مجتمع البحث الحالي بأنه مجتمع بحثي غير محدود ولذلك فإن إختيار عينة عشوائية

حجمها (374) مفردة تعد ممثلة لمجتمع البحث الحالي بشكل ملائم (ورد في:محمود

،2002،ص263،نقلًا عن:Churchill, 1987).

(2)-تطبيق المعادلة التالية(Douglas.A.,et al., 2000, P252):

$$N = \frac{Z^2L(1-L)}{D^2}$$

D2



حيث: $N = \text{حجم العينة}$, Z : القيمة الجدولية عند معامل الثقة (95%) وهي تساوي 1.96
 $L = \text{نسبة توافر الظاهرة أو الخصائص المطلوب دراستها في مجتمع البحث (50\%)}$.
 $D = \text{نسبة خطأ التقدير المسموح به (5\%)}$ حيث أن هذا المستوى هو المقبول في البحوث
الاجتماعية وذلك عند درجة ثقة 95%.

وبتطبيق المعادلة أعلاه يكون حجم عينة البحث =

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.05)^2} = 384$$

وبذلك بلغ حجم عينة فئة العملاء (384) مفردة وبتحديد حجم معين لعينة البحث فقد تقرر زيادتها
إلى (420) مفردة، ولقد قام الباحث بتوزيع الحجم الكلي لتلك العينة بالتساوي علي قطاعي التطبيق
محل الدراسة- أي بنسبة (50%) لكل قطاع- وبالتالي بلغ حجم عينة العملاء لكل قطاع (210)
مفردة.

(1|3|2/9) - حجم عينة عملاء قطاع المستشفيات الجامعية محل الدراسة:

بلغ الحجم الكلي لعينة العملاء بقطاع المستشفيات الجامعية محل الدراسة (210) مفردة ولقد تم
توزيعها بالتساوي علي المستشفيات الثلاثة وبواقع سبعون (70) مفردة من العملاء لكل مستشفى
جامعي.

(2|3|2/9) - حجم عينة عملاء قطاع المستشفيات الخاصة محل الدراسة:

بلغ الحجم الكلي لعينة عملاء قطاع المستشفيات الخاصة محل الدراسة (210) مفردة وقد تم توزيعها
بالتساوي علي المستشفيات السبع (7) الخاصة وبالتالي يخص كل مستشفى خاص ثلاثون (30)
مفردة من العملاء.

(4|2/9) - المرحلة الرابعة من مراحل إعداد الدراسة الميدانية: (جمع البيانات من عينة العملاء):

لقد قام الباحث بجمع البيانات عن طريق المقابلة الشخصية *Personal interview* من عينة
العملاء ولقد تم إختيار مفردات عينة العملاء من المترددين علي المستشفيات محل الدراسة وذلك
بتطبيق أسلوب العينة الإعتراضية باعتبارها النوع المناسب لطبيعة البحث الحالي نظراً لعدم توافر

إطار أو كشف بأسماء العملاء (Aaker and Day, 1986, p.68).

ولقد تم سحب عينة العملاء وذلك بإعترض كل عميل من العملاء في فترات زمنية ملائمة بعد حصولهم علي الخدمات الصحية المقدمة لهم من المستشفيات محل الدراسة وبالتالي تم استبعاد العملاء المقيمين أثناء فترة العلاج ضماناً لدقة التقييم للخدمة الصحية. ويوضح الجدول التالي رقم (2) عدد ونسب القوائم الصحيحة والمستبعدة بالقطاعين محل الدراسة.

الجدول رقم (2) عدد ونسب القوائم الصحيحة والمستبعدة بالقطاعين محل الدراسة.

بيان	المستشفيات الجامعية.	المستشفيات الخاصة.	الإجمالي.
عدد القوائم الصحيحة.	174	171	345
نسبة القوائم الصحيحة.	% 82.8	% 81.4	% 82.1
عدد القوائم المستبعدة.	36	39	75
نسبة القوائم المستبعدة.	% 17.2	% 18.6	% 17.9

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي.

ويوضح الجدول السابق رقم (2) أن نسبة الإستجابة Rate of response قد بلغت (%82.1) وهي نسبة كافية لإتمام الدراسة في مجال العلوم الاجتماعية، ولقد تمثلت وحدة المعاينة (Sampling Unit) -وهي تلك المفردة التي يتم توجيه قائمة الاستقصاء لها نظراً لتوافر الإجابات لديها- في فئة العملاء "المرضي" المنتفعين بخدمة أو أكثر من الخدمات الصحية المقدمة لهم من قطاعي المستشفيات الجامعية والخاصة محل الدراسة.

(3/9) - أنواع البيانات:

(1/3/9) - البيانات الثانوية: للتأصيل النظري للدراسة فقد تم جمع البيانات الثانوية من مصادرها المختلفة عن عدد المستشفيات الجامعية والخاصة وتم الحصول عليها من مديرية الشؤون الصحية بمحافظة الفيوم ومن دوريات متخصصة وتقارير رسمية وغيرها ذات الإرتباط بموضوع الدراسة.



(2/3/9) – البيانات الأولية: لجمع البيانات الأولية اللازمة لإختبار فروض الدراسة ولتحقيق أهداف الدراسة فقد استخدم الباحث أسلوب المقابلة الشخصية لعينة العملاء من خلال قائمة استقصاء تم إعدادها وإختبارها لهذا الغرض، وذلك بعد الحصول على موافقة الإدارة العليا بالمستشفيات محل الدراسة.

(4/9) – أساليب القياس المستخدمة في الدراسة الميدانية:

لقد تم تطبيق قائمة استقصاء بهدف الحصول على البيانات الأولية المطلوبة للدراسة الميدانية، ويوضح ملحق البحث قائمة الاستقصاء والتي تتكون من ثلاثة أجزاء رئيسية وهي: (1/4/9) – الجزء الأول يستهدف تقييم الخدمة الصحية: وذلك بتطبيق مقياس الأداء الفعلي (SERVPERF) والذي ينسب إلي (Cronin & Taylor, 1992) ويتكون المقياس من (22) عبارة تعكس مدي تطبيق الأبعاد التالية:

(1) – البعد الأول: النواحي المادية الملموسة (Tangibles): ويشير إلي مدي جاذبية وحدث الأوجه المادية الملموسة للخدمة الصحية، ويقاس أربع عبارات (1-4) وهي: (يتوافر بالمستشفى أحدث الأجهزة والمعدات الطبية، يتم تقديم جميع التسهيلات المادية بالمستشفى بطريقة منظورة، يتمتع العاملون بالمستشفى بمظهر حسن وجذاب، والصورة المادية للخدمة الصحية بالمستشفى جذابة بطريقة واضحة).

(2) – البعد الثاني: الاعتمادية (Reliability): ويشير إلي مدي تقديم الخدمة الصحية بجدارة ودقة وكذا مدي الوفاء بالوعود المقدمة للمرضي، ويقاس خمس عبارات (5-9) وهي: (تحرص إدارة المستشفى على الوفاء بالوعود التي تقدمها للمرضي في مواعيدها، عندما يتعرض المرضي لمشكلة صحية معينة فإن إدارة المستشفى تتعاطف معهم وتعمل على حلها، شعور المرضي بالثقة وإمكانية الاعتماد على المستشفى، يتم تقديم الخدمة الصحية المطلوبة في الموعد المحدد لها، وتحرص إدارة المستشفى على الاحتفاظ بسجلات دقيقة وصحيحة).

(3) – البعد الثالث: الإستجابة (Responsiveness): ويشير إلي مدي الإستعداد لمساعدة المرضي والإستجابة الفورية لاحتياجاتهم، ويقاس أربع عبارات (10-13) وهي: (يتم إبلاغ المرضي بدقة عن موعد تقديم الخدمة الصحية والإنتهاء منها، يتلقى المرضي خدمة فورية من العاملين بالمستشفى، جميع العاملين بالمستشفى على إستعداد دائم لتقديم الخدمة المرغوبة للمرضي، وعدم إنشغال العاملين بالمستشفى عن الإستجابة الفورية لتساؤلات ومطالب المرضي).

(4) – البعد الرابع: الأمان (Assurance): ويشير إلي مدي شعور المرضي بالثقة والأمان في التعامل مع العاملين بالمستشفى، ويقاس أربع عبارات (14-17) وهي: (يثق المرضي في جميع العاملين

بالمستشفى، يشعر المرضى بالأمان عند تعاملهم مع العاملين بالمستشفى، يتحلى العاملون بالمستشفى بالأدب وحسن الخلق، وتشجع إدارة المستشفى العاملين علي حل مشكلات المرضى الطارئة والرد علي استفساراتهم).

(5) - البُعد الخامس: التعاطف (Empathy): ويشير إلي مدي المعاملة الحسنة للمرضي والعناية الشخصية بهم، ويقاس خمس عبارات (18-22) وهي: (تعطي إدارة المستشفى إهتماماً خاصاً للمرضي، يحصل المرضي علي الإهتمام الشخصي من العاملين بالمستشفى عند طلب الخدمة الصحية، يعرف الأطباء بالمستشفى إحتياجات المرضى بدقة، تضع إدارة المستشفى صحة المرضى في مقدمة إهتماماتها، وملائمة ساعات العمل بالمستشفى لجميع المرضى).

ولقد تم تطبيق مقياس الأداء الفعلي SERVPERF لتقييم الخدمة الصحية محل الدراسة لعدة مبررات ومنها سهولة التطبيق حيث يتطلب وقتاً أقل قياساً بمقياس الفجوة بين الإدراكات والتوقعات SERVQUAL وبذلك يعد الأنسب والأكثر إتساقاً مع طبيعة المبحوثين المنتفعين بالخدمة الصحية نظراً لعدم توافر وقتاً طويلاً لديهم للإجابة علي قائمة الإستبيان. ولقد أكدت نتائج دراسات (Cronin and Taylor, 1992, p.64, 1994, p.128, Mc Alexander, 1994, p.38)

J.Kaldenberg, D.and Koeing, H, 1994, p.38) علي أن مقياس الأداء الفعلي يعد وسيلة متطورة وأكثر كفاءة مقارنة بمقياس الفجوة بين الإدراكات والتوقعات SERVQUAL ولقد تم تطبيق مقياس الأداء الفعلي لتقييم الخدمة الصحية في دراسات عديدة بالتطبيق علي البيئة الكويتية (إدريس، المرسي، 1993، ص163) والبيئة المصرية (الإمام، 2003، ص12، ثابت، 2006، ص128) كما تم تطبيقه لتقييم خدمات أخرى (محمود، 2002، ص273) وتوصلت نتائج تلك الدراسات إلي أن مقياس الأداء الفعلي قد إتسم بمصداقية وثبات وملائمة وسهولة إستخدام بشكل أفضل في قياس الخدمة وله مقدرة أكبر علي تفسير التباين الإجمالي في إدراك الجودة الكلية للخدمة من جانب العملاء كما يمنح نتائج أفضل حيث يفسر قدر أكبر من التباين في جودة الخدمة وذلك مقارنة بمقياس الفجوة بين الإدراكات والتوقعات.

ولقد تم صياغة عبارات مقياس الأداء الفعلي والواردة بقائمة الاستقصاء وفق مقياس ليكرت الخماسي للموافقة/عدم الموافقة Five-Point Likert Scale والمتدرج من واحد صحيح (1) ويشير إلي أقصى درجات عدم الموافقة إلي خمس (5) نقاط وتشير إلي أقصى درجات الموافقة مع وجود درجة محايدة في المنتصف.

(2/4/9) - الجزء الثاني يستهدف قياس أثر المتغيرات الديموجرافية لعينة العملاء

علي مستوي جودة الخدمات الصحية:



لقد تم قياس أثر المتغيرات الديموجرافية لعينة العملاء علي مستوى الخدمات محل الدراسة، وهذه المتغيرات هي: (النوع، العمر، الدخل الشهري، ومستوي التعليم).

(3/4/9) – الجزء الثالث يستهدف قياس مستوى رضا العملاء: لقد تم قياس رضا العملاء نحو مستوى الخدمات موضع الدراسة وذلك بتطبيق مقياس يتضمن خمس (5) عبارات تم تحديدها وفق مراجعة نتائج دراسة (Oliva t,al,1992) (ورد في: محمود، 2002، ص 264)، ولقد تم تطبيق المقياس بالبيئة المصرية (محمود 2002، ص 264) وتم منح أوزان نسبية تعكس خمس درجات لقياس رضا العملاء وذلك بتطبيق مقياس ليكرت الخماسي والمرتج من واحد صحيح (1) ويشير إلي أقصى درجات عدم الرضا إلي خمس (5) نقاط وتشير إلي أقصى درجات الرضا مع وجود درجة محايدة في المنتصف.

(5/9) – تصميم قائمة الاستقصاء Questionnaire Design:

لقد قام الباحث بإعداد قائمة الاستقصاء لجمع البيانات الأولية من عينة العملاء المنفعين بخدمة أو أكثر من الخدمات الصحية المقدمة من القطاعين محل الدراسة، وتستهدف قياس أثر جودة الخدمة الصحية علي رضا العملاء، ولقد تم صياغة قائمة الاستقصاء بما يحقق الهدف من البحث وإختبار الفروض حيث إشتملت على صفحة التعريف بها وإرشادات تعبئتها، وقد تضمنت ثلاثة أجزاء تم الإشارة لها سلفاً.

(6/9) – إختبار قائمة الاستقصاء: قبل البدء في جمع البيانات الأولية من المستقضي منهم بواسطة قائمة الاستقصاء تم إجراء الاختبارات الأكاديمية والميدانية والإحصائية اللازمة للقائمة – كاختبار أولي pre-test - وذلك علي النحو التالي:

(1/6/9) – الإختبار الأكاديمي:

إستهدف التأكد من صدق وصلاحيه المحتوى لقائمة الاستقصاء من حيث وضوح عناصرها وملائمة صياغتها للمبحوثين وبيئة العمل الصحي حيث تم عرضها علي مجموعة من الأكاديميين في مجال التسويق ومديري المستشفيات بالقطاعين محل الدراسة وقد ترتب علي ذلك إجراء بعض التعديلات اللازمة في القائمة لتتناسب وأهداف البحث وفروضه.

(2/6/9) – الإختبار الميداني:

تم إختبار قائمة الاستقصاء ميدانياً من خلال دراسة أولية pilot study علي عينة صغيرة من المستقضي منهم بالمستشفيات الخاضعة للدراسة بلغت أربعون (40) مفردة علي فترتين مدة كل فترة خمس عشرة (15) يوماً. ولقد أسفر الإختبار عن وضوح بنود قائمة الاستقصاء وملائمة صياغتها وصلاحيتها واتساقها من وجهة نظر المستقضي منهم.

(3/6/9) - الاختبار الإحصائي (نتائج اختبار الثبات والصدق لمقاييس الدراسة):

لقد تم تطبيق معامل ارتباط كرونباخ ألفا Cronbach's Alpha وذلك لحساب قيمة معامل الثبات Alpha Coefficient أو الاتساق الداخلي لمحتوي مقاييس الدراسة، كما تم تطبيق اختبار الصدق Validity Test لقائمة الاستقصاء من خلال حساب معامل الصدق وهو يساوي الجذر التربيعي لمعامل كرونباخ ألفا، ويجب أن تتجاوز قيم معامل ألفا لكل متغير من متغيرات مقاييس الدراسة (0.60) وذلك لكي تكون معنوية (Hair, J., Black, W, Babin, B&Anderson, R, 2010, p.86). ويوضح الجدول التالي رقم (3) معاملي الثبات والصدق لمقاييس الدراسة.

الجدول رقم (3) - معامل الثبات والصدق لمقاييس الدراسة.

م	المقياس.	عدد العبارات	معامل الثبات	معامل الصدق
1-	جودة الخدمة.	22	0.8109	0.8329
	النواحي المادية الملموسة.	4	0.8423	0.8702
	الإعتمادية.	5	0.7726	0.7995
	الإستجابة.	4	0.8437	0.8617
	الأمان.	4	0.7651	0.7823
	التعاطف.	5	0.8307	0.8512
2-	رضاء العملاء.	5	0.8015	0.8204

(* - المصدر: نتائج التحليل الإحصائي).

بفحص الجدول السابق الجدول رقم (3) يتضح أن مقياس جودة الخدمة الصحية يتمتع بخاصيتي الثبات والصدق حيث تجاوز المعدل المقبول (0.60) فقد تراوحت قيم معامل الثبات لأبعاد المقياس من (0.7651) إلي (0.8437) وبلغ المتوسط العام للمقياس (0.8109) مما يؤكد على الاتساق الداخلي لعناصر أبعاد جودة الخدمة الصحية، كما تراوحت قيم معامل الصدق لأبعاد المقياس من (0.7823) إلي (0.8702) وبلغ المتوسط العام للمقياس (0.8329)، كما يوضح الجدول أن مقياس رضاء العملاء يتمتع بخاصيتي الثبات والصدق حيث تجاوز المعدل المقبول (0.60)، فقد بلغت قيم معامل الثبات للمقياس (0.8015) مما يؤكد على الاتساق



الداخلي لعناصر المقياس، كما تراوحت قيم معامل الصدق للمقياس

(0.8204) وذلك باستخدام معامل ارتباط كرونباخ ألفا Cronbach's Alpha.

(10) – أدوات التحليل الإحصائي:

للإختبار الإحصائي لفروض البحث *Testing statistical hypotheses* وكذا لتحليل البيانات وتفسير النتائج إستخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية:

(1) – معامل كرونباخ ألفا Cronbach's Alpha وذلك لتحديد قيم معاملي الثبات والصدق لمقاييس البحث (جودة الخدمة الصحية ورضاء العملاء).

(2) – أدوات الإحصاء الوصفي *Descriptive Statistics* وتشمل مقاييس النزعة المركزية والتشتت (الوسط الحسابي Mean والانحراف المعياري *Standard Division*) والتكرارات

والنسب المئوية *Ratio* وذلك للتوصيف الإحصائي لخصائص عينة البحث ومتغيرات البحث.

(3) – تطبيق إختبار (ت) لعينتين مستقلتين (*Independent T-Test*) لإختبار مدي صحة الفرض الأول وكذا لإختبار مدي صحة الفرض الفرعي الأول للفرض الثاني.

(4) – تطبيق إختبار كا2 (*Chi-Square*) لإختبار مدي صحة الفروض الفرعية الثانية والثالثة والرابعة للفرض الثاني.

(5) – تطبيق معامل الارتباط ومعامل التحديد *Correlation(R) and R-Square* *Adjusted (R2)* لإختبار مدي صحة الفرض الثالث.

(11) – الخلفية النظرية *Theoretical Background*: يشمل الإطار

النظري مراجعة الأدبيات *Literature Review* المتعلقة بالبحث وذلك علي النحو التالي:

(1|11) – المصطلحات المستخدمة في البحث: يوجز الباحث بعض المفاهيم الشائعة

للمصطلحات الواردة في هذا البحث، وذلك علي النحو التالي:

(1|1|11) – مفهوم جودة الخدمة:

يوجد مفاهيم متعددة ومتباينة لجودة الخدمة، ومن أهمها وأكثرها شيوعًا ما يلي:

(1) – جودة الخدمة هي معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات العملاء، ويتحدد مستوي جودة الخدمة بمدى الفجوة بين إدراكات العملاء وتوقعاتهم لمستوى جودة الخدمة.

(Parasuraman et al.1985, p.45, Lewis and Mitchell, 1990, p14, Babbar. S, 1992, p.38).

(2) – لقد عرفا (Yap,Sheauefn and Kew,Meilian.2005,p.3.) جودة الخدمة بإنها

الإنطباع الكلي للعميل المتعلق بمدى تفوق *Superiority* أو تدني *inferiority* مستوي

الخدمة المقدمة له.

(3)-لقد أشارت نتائج دراسات (Oliver,1981, p.43, Cronin & Taylor, 1992,p.58)

إلى جودة الخدمة كإتجاه Attitude مرتبط بتقييم العميل للأداء الفعلي للخدمة ومدى وجود ميزة إجمالية Overall Excellence للخدمة.

(4)-يشير (Roest and Pieters,1997) إلى أن مستوى جودة الخدمة يتحدد بمدى التباين

بين المعايير المستندة إلى الخبرة وبين الأداء المتعلق بمنافع الخدمة. Discrepancy between experience based norms and performances concerning service benefits." ورد في: (Yap,Sheauefn&Kew,Meilian,2005,p.7).

(5)-تناولت نتائج بعض الدراسات جودة الخدمة كبناء إدراكي Cognitive construct

وعرفتها بإنها تقييم شخصي subjective للعميل لمستوى جودة الخدمة قائم علي إدراكه وإنطباعه لمستوى الأداء الفعلي للخدمة المقدمة له قياساً بالبدايل المتاحة ودرجة رضائه عنها (Zeithaml, V.A.et.al, 1996, p.6, Bailey&Ball, 2006, p19, Dotchin& Oakland, 1994, p.21,Bolton&Drew, 1991, p.7).

ويميل الباحث إلى الإتجاه الأخير حيث يجب تناول جودة الخدمة كقيمة مدركة حيث يعد العميل المنتفع بالخدمة المؤشر الرئيسي للحكم علي مستوى جودتها وفي إطار المتغيرات الديموجرافية للعميل وأيضاً المتغيرات البيئية وخاصة المنافسة السائدة، إذ أن مستوى جودة الخدمة المقدمة من المنظمة لا يتحدد فقط في ضوء ما تحققه من إشباع لاحتياجات العملاء وإنما أيضاً بمركزها التنافسي مقارنة بمستوي خدمات المنظمات الأخرى المماثلة والمنافسة.

(2|1|11)- مفهوم جودة الخدمة الصحية: تعرف الهيئة الأمريكية المشتركة لإعتماد

منظمات الرعاية الصحية The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) جودة الخدمة الصحية بإنها درجة الإلتزام بالمعايير المتفق عليها نحو الممارسة الجيدة ومعرفة النتائج المتوقعة لأداء الخدمة الصحية أو تشخيص مشكلة طبية ما.

(3|1|11)- أبعاد جودة الخدمة الصحية: يشير الباحث إلى هذه الأبعاد بالإشارة إلى نتائج

بعض الدراسات الواردة في دراسة (حسن، 2006، ص262) ومن أهمها دراسة (Stiles and Mick,1990) والتي حددت ثلاثة أبعاد لجودة الخدمة الصحية وهي: (1)-البعد الفني ويشمل توافر المعدات الحديثة، مهارة الاطباء والعاملين بالمستشفى، ودقة التشخيص والعلاج. (2)-البعد الوظيفي ويشمل الاتصالات، الأمانة، وجود التعامل. (3)-البعد الخاص بتوافر سبل الراحة ويشمل تعقيم المعدات، مظهر العاملين، فترات الانتظار، وسهولة حصول المريض علي



العلاج، ودراسة (Carman,1990) والتي حصرت أبعاد جودة الخدمة الصحية فيما يلي: الأداء الصحيح للخدمة، التجهيزات المادية، جودة الطعام، عناية هيئة التمريض، شرح وتفسير المرض والعلاج، السرية والخصوصية، المعاملة الحسنة للزائرين، وتكاليف العلاج، وكذا دراسة (Koenig and Kleinsorge,1994) والتي حددت الأبعاد التالية: السمعة الجيدة، كفاءة الأطباء وهيئة التمريض، حسن المعاملة، التغذية والنظافة، الأمان، توافر سبل الراحة، الاتصالات الفعالة، وتوافر المعدات الطبية الحديثة، بينما حددت نتائج دراسة (Kuriz and Clow,1998) عشرة أبعاد لجودة الخدمة الصحية وهي: حداثة الأجهزة الفنية، إتاحة الخدمة للمريض، جودة الغرف، الود والصدقة، حداثة سيارات الإسعاف، مظهر العاملين، طقس المستشفى، الديكور الداخلي، النظافة، وكفاءة الهيئة الطبية.

(4|1|11) - مفهوم المستشفى: تعرف منظمة الصحة العالمية (World Health Organization (WHO) المستشفى بإنها مؤسسة صحية تستهدف إدارة وتقديم خدمات الفحص والتشخيص والعناية الصحية العلاجية والوقائية الكاملة للمرضى والمصابين وإعادة تأهيلهم فضلاً عن كونها مركزاً للأبحاث الطبية وتدريب العاملين في المجال الطبي.

(5|1|11) - مفهوم مريض المستشفى:

يعرف مريض المستشفى بأنه الفرد الذي يتم وضعه تحت الملاحظة بالمستشفى من جانب الأطباء أو لإجراء الفحوص أو للتشخيص والعلاج. ويصنف مريض المستشفى إلي نوعين هما: (البياتي، 2005، ص 115، جلد 1، 2007، ص 108):

(1) - المريض الداخلي: يشير إلي كل شخص شغل سريرياً بالمستشفى بغرض وضعه تحت الملاحظة والعناية الطبية له والتي تتضمن تشخيص المرض وإجراء الفحوص والعلاج.

(2) - المريض الخارجي: يقصد به المريض الذي يستفيد من الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفى كالتشخيص أو العلاج بدون أن يشغل سريرياً في المستشفى، ويصنف المريض الخارجي إلي ثلاثة أنواع، وهي:

(1) - مريض عيادات المستشفى: بغرض الفحص أو العلاج بمقابل أجر رمزي أو بدون أجر.

(2) - مريض العيادات الخاصة: هو الذي يتم إرساله من جانب طبيبه الخاص بغرض التشخيص أو الفحص أو العلاج مقابل أجر معين.

(3) - الحالات الطارئة: وهي التي تحدث بشكل مفاجئ وتحتاج إلي إسعافات سريعة وطارئة.

(6|1|11) - مفهوم رضا العملاء: لقد حظي مصطلح رضا العملاء بإهتمام عديد من الباحثين ولقد أشار (Oliver,1993) إلي رضا العملاء بأنه يرتبط برد الفعل العاطفي التالي

لتجربة استهلاكية معينة، وعرف الرضاء بأنه شعور العميل بإن الخدمات المشتره تقدم له المستوى المتوقع وتلبي رغباته. وعرف (Andreassen,2000) رضاء العملاء بأساليب متعددة ومنها: (رضاء العميل يرتبط بتقديم ما يتم التطلع إليه إلى النقطة التي يتم عندها تحقيق الإشباع، تقييم المشاعر The evaluation of emotions، مدي إيجابية التقييم الذاتي للفرد (Favorability of the individual's subjective evaluation) ورد في: محمود، 2002، ص 272).

ولقد تناولت دراسات عديدة رضاء العملاء كدالة لتوقعات العميل Function of customer expectation فقد عرفت دراسة (Brady,Cronin,,and Brand,2002,p.8) الرضاء بأنه تقييم للمشاعر الشخصية للعميل التي تصف مدي الوفاء بتوقعاته نحو عملية محددة Transaction-specific satisfaction process، وعرفت نتائج دراسة (Zeithaml.V A,Berry.L.L&Parasuraman, A 2006, p.170). الرضاء كتقييم عام يتكئ علي حكم العميل Customer Judgment لمستوي جودة الخدمة المقدمة له حيث يمكن تقييم رضاء العملاء من خلال قياس التطابق|عدم التطابق Confirmation|disconfirmation لمستوي توقعات العميل كمعايير مستندة علي خبرته experience-based norms، وعرفت دراسة (Jamal, A.and Adelowore, A,2008, p113) الرضاء بأنه إتجاهات العميل نحو الخدمة بعد أدائها، كما عرفته بأنه الوفاء بتوقعات العميل، وعرف (Abedniya,A, et.al, 2011,p.609) الرضاء كنتاج outcome يتشكل من خلال الإنتفاع بعمليات متراكمة Transaction-specific and cumulative satisfaction ويتحدد بمقارنة سعر شراء الخدمة بالمنافع التي حصل عليها العميل، وأشارت نتائج دراسة (Flavian,Guinaliu, and Gurrea,2006, p.8) إلي الرضاء بأنه مدي إعتقاد العميل بإتخاذ القرار الصحيح بالتعامل مع المنظمة نتيجة أن تجربته معها تعد مرضية له بشكل عام عن الخدمة المقدمة له وعن طريقة معاملاته مع المنظمة، وعرف (Francis, 2005 p.20) رضاء العملاء بأنه رد فعل إيجابي نحو تجربة إستهلاك سلعة أو خدمة ما، وأخيراً عرفت نتائج دراسة (Minjoon.et al, 2004,p.86) الرضاء بأنه تقييم تراكمي Cumulative evaluation للعميل نحو جودة الخدمة.



(2|11)-الدراسات السابقة Previous Empirical studies:

يوجز الباحث أهم هذه الدراسات وفق الترتيب الزمني لها، وذلك علي النحو التالي:

(1|2|11)-الدراسات العربية:

(1)-دراسة (إدريس، المرسي، 1993): استهدفت تحديد نوع ودرجة تأثير جودة الخدمة علي رضا العميل وميوله الشرائية وكذا المقارنة بين مقياس الفجوة SERVQUAL ومقياس الأداء الفعلي للخدمة SERVPERF من حيث القدرة علي تفسير التباين في جودة الخدمة الكلية وذلك بالتطبيق علي عينة بلغت (383) مفردة من العملاء المنتفعين بالخدمات المقدمة من قطاعي البنوك التجارية والنقل الجوي بدولة الكويت، ولقد توصلت إلي وجود تأثير معنوي لجودة الخدمة علي شعور العميل بالرضا عن الخدمة المقدمة له، وأن مقياس الأداء الفعلي له مقدرة أكبر علي تفسير التباين الإجمالي نحو إدراك العملاء للجودة الكلية للخدمة وذلك قياساً بمقياس الفجوة.

(2)-دراسة (إدريس، 1996): استهدفت تطبيق مقياس الفجوة SERVQUAL لتقييم الخدمة المقدمة من المستشفيات الحكومية بدولة الكويت ومن نتائجها عجز الإدارة عن معرفة توقعات العملاء نحو الخدمة الصحية وذلك بالنسبة للمظاهر التي تمثل التعاطف وخاصة مائة ساعات العمل والوقت المخصص لتقديم الخدمة الصحية للمريض وكذا المظاهر التي تمثل الاستجابة وخاصة الرد الفوري علي استفسارات وشكاوي المريض وإخباره بميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤها بطريقة دقيقة.

(3)-دراسة (جماعة، 1998): استهدفت تحديد إدراك العملاء للأهمية النسبية لمحددات جودة الخدمة الصحية بالتطبيق علي عشر (10) مستشفيات خاصة بالقاهرة، وتوصلت إلي أن أهم العوامل المؤثرة في تقييم الخدمة الصحية، هي: كفاءة الأطباء بالمستشفى، سرعة أداء الخدمة، وأداء الخدمة الصحية بدون أخطاء.

(4)-دراسة (حسين، 1999): استهدفت تحديد أثر إدارة توقعات العملاء علي بعض مؤشرات الأداء (ومنها مؤشر فعالية المنظمة ويتضمن جودة الخدمة الصحية، نجاح الخدمات الجديدة، ومعدل الاحتفاظ بالعملاء) بالتطبيق علي عينة من منظمات الخدمة ومنها المستشفيات الخاصة بمحافظة القاهرة والجيزة. وتوصلت نتائج الدراسة إلي وجود تفاوت في الأهمية النسبية لتوقعات العملاء بين المنظمات محل الدراسة وأن المستشفيات الخاصة كانت أقل إدراكاً لأهمية توقعات العملاء.

(5)-دراسة (عبد الرحمن، 2000): استهدفت قياس الخدمة المقدمة من المستشفيات الجامعية بأسبوط وسوهاج والمنيا بالتطبيق علي عينة بلغت (384) مفردة من المرضى، وتوصلت نتائج

الدراسة إلي عجز الإدارة عن الوفاء بتوقعات العملاء لمستوى الخدمة الصحية.
(6)-دراسة (عبد العليم، 2000): استهدفت تحديد أثر جودة خدمة مراجعة الحسابات علي رضا العملاء بالتطبيق علي عينة عشوائية بلغت (90) مفردة من مكاتب المراجعين الممارسين لمهنة المحاسبة والمراجعة بمحافظة القاهرة والجيزة، وقد توصلت إلي وجود تأثير معنوي لمحددات جودة خدمة مراجعة الحسابات (مأخوذة بصورة إجمالية) علي رضا العميل حيث بلغ معامل الارتباط (0.78) وأيضاً وجود تأثير معنوي للمتغيرات الديموجرافية للعملاء علي مستوى إدراكهم لجودة خدمة مراجعة الحسابات.

(7)-دراسة (محمود، 2002): استهدفت تحديد أثر الجودة المدركة للخدمة علي رضا العميل عن الخدمة وولائه للخدمة المقدمة من مطاعم الوجبات السريعة بمنطقة القاهرة الكبرى، وبلغت عينة العملاء (375) مفردة، ولقد تم قياس جودة الخدمة باستخدام مقياس الأداء الفعلي، وقد توصلت إلي وجود تأثير معنوي لجودة الخدمة علي كل من رضا العميل عن الخدمة وولائه للخدمة وكذا وجود علاقة طردية قوية بين رضا العميل عن الخدمة وولائه للخدمة وعدم وجود إختلافات معنوية في مستويات رضا العميل عن الخدمة بين المطاعم محل الدراسة.

(8)-دراسة (الإمام، 2003): استهدفت تحديد أثر الخدمة الصحية للمستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة الدقهلية علي رضا العملاء، وقد بلغت عينة المرضى (480) مفردة، وتم قياس الخدمة باستخدام مقياس الفجوة ومقياس الأداء الفعلي، وقد أشارت إلي وجود تأثير معنوي للخدمة الصحية علي رضا العملاء، وأن مقياس الأداء الفعلي يمنح نتائج أفضل من مقياس الفجوة، وأن إدراك عملاء المستشفيات الخاصة للجودة الكلية الصحية بدرجة أكبر من إدراك عملاء المستشفيات الجامعية للجودة الكلية الصحية.

(9)-دراسة (أبو بكر، 2004): استهدفت تطبيق منهج الإدارة الاستراتيجية ومبادئ ستة سيجما Six Sigma لتحسين جودة الخدمة الصحية وتحقيق رضا العملاء بالتطبيق علي عينة بلغت (201) مفردة من شاغلي الوظائف القيادية والإشرافية بالمستشفيات الجامعية والمستشفى التعليمي العام بمحافظة المنوفية، وقد توصلت نتائج الدراسة إلي غياب المعايير المهنية اللازمة لقياس وتقييم الأداء وضعف الثقافة والمعرفة المهنية وتكرار الأخطاء والهدر في الوقت والموارد نتيجة عدم تحديد الأعمال والمسئوليات وضعف الرقابة والتوجيه الإداري وغياب المناخ الصحي اللازم لتطوير الخدمة الصحية.

(10)-دراسة (حسن، 2006): استهدفت قياس أثر الخدمة الصحية علي الممارسات الإدارية بالتطبيق علي عينة بلغت (228) من المسؤولين (أطباء، فنيين، وإداريين) بمستشفى المنصورة



الجامعي ومستشفى الطوارئ ومركز الكلي، وقد توصلت نتائج الدراسة إلي انخفاض مستوى الممارسات الإدارية المرتبطة بالجودة.

(11)–دراسة (ثابت، 2006): استهدفت قياس الخدمة الصحية لصالونات الحلاقة بمكة المكرمة من وجهة نظر العاملين بها والحجاج المصريين والأطباء الاستشاريين، وقد تم قياس الخدمة باستخدام مقياس الإدراكات|التوقعات ومقياس الأداء الفعلي، وقد توصلت نتائج الدراسة الي انخفاض مستوى الأداء الفعلي للخدمة الصحية وأن مقياس الأداء الفعلي أثبت مصداقية وثبات وملائمة وسهولة إستخدام بشكل أفضل مقارنة بمقياس الإدراكات|التوقعات.

(12)–دراسة(الجريري، 2009): استهدفت تقييم الأداء الصحي للمستشفيات الخاصة في محافظة عدن بدولة اليمن بالتطبيق علي عينة بلغت(181) من المرضى.وقد توصلت إلي وجود إنطباع سلبي لدي المرضى نحو الخدمة الصحية ووجود تأثير معنوي لأبعاد الإستجابة والملموسية والتعاطف في زيادة مستوى الجودة الكلية للخدمة الصحية المقدمة وعدم وجود تأثير معنوي للاعتمادية والثقة والامان في زيادة مستوى الجودة الكلية للخدمة الصحية.

(13)–دراسة(الطويل، الكيكي، والحيالي، 2010): استهدفت التقييم الكمي لأداء مستشفيات محافظة نينوي بدولة العراق للفترة (من 2003إلي 2006)، وقد توصلت نتائج الدراسة إلي ارتفاع معدل عدد المرضى لكل طبيب وانخفاض معدل إشغال الأسرة لكل طبيب وكذا انخفاض معدل ذوي المهن الصحية لكل طبيب في المستشفيات محل الدراسة.

(14)–دراسة(أبو طه، 2010): استهدفت تحديد أثر الإحتراق الوظيفي علي مستوى الأداء الصحي للمستشفيات الحكومية بقطاع غزة بفلسطين وبلغت العينة(337) من الأطباء والإداريين والممرضين والممرضات، وقد توصلت نتائج الدراسة إلي ارتفاع مستوى الإحتراق الوظيفي لدي عينة الدراسة وعدم وجود علاقة معنوية بين الإحتراق الوظيفي ومستوي فاعلية الأداء الصحي المقدم للمرضي.

(15)–دراسة(ذياب، 2012): استهدفت تقييم أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة من المستشفيات الحكومية الأردنية بالتطبيق علي عينة من المرضى والموظفين، وتوصلت إلي وجود تقارب بين عيني الدراسة بشأن مستوى تطبيق أبعاد جودة الخدمات الطبية(الاعتمادية، الملموسية، التعاطف، والأمان) باستثناء بُعد الاستجابة وذلك وفق آراء الموظفين، وباستثناء بُعد الاستجابة والتعاطف من وجهة نظر المرضى.

(16)–دراسة(نصار، 2013): فحصت أثر تطبيق معايير الإعتماد والجودة علي تحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة من المستشفيات الحكومية دراسة حالة بالتطبيق علي عينة من

المرضي بمستشفى الأمير حمزة بمدينة عمان بدولة الأردن، وتوصلت إلي وجود تأثير معنوي لتطبيق معايير الاعتماد والجودة علي تحسين الخدمات الصحية.

(17)-دراسة(خفاجي،2014):فحصت العلاقة بين الشفافية وتطوير خدمات الرعاية الصحية بالتطبيق علي مستشفى الباطنة التخصصي بمدينة المنصورة، وتوصلت إلي وجود تأثير معنوي لمستوي تطبيق الشفافية علي تطوير الخدمات الصحية، وأوصت بضرورة تطبيق نظام واضح ومعلن للمسألة والاهتمام بمراقبة الجودة والتدريب المستمر للكوادر الطبية.

(18)-دراسة(جادالله،2015):إستهدفت تقييم خدمات الرعاية الصحية الحكومية بالتطبيق علي عينة من المستشفيات الحكومية المصرية، وتوصلت إلي إنخفاض مستوي جودة الخدمات الصحية وأوصت بضرورة توافر تلك الخدمات لتكون متاحة لكافة المواطنين ودون معاناة.

(19)-دراسة(السيد،2016):إستهدفت تقييم خدمات الرعاية الصحية الحكومية بالتطبيق علي عينة من المراكز الصحية بالحضر بمنطقة حدائق القبة بمصر، وتوصلت إلي ضرورة تطوير تلك الخدمات نظراً لإنخفاض مستوي جودتها.

(20)-دراسة(أبو حصيرة،2016):إستهدفت تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية ومدى إلتزامها بتطبيق معايير منظمة الصحة العالمية:دراسة حالة بالتطبيق علي مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي بمدينة غزة بفلسطين، وتوصلت إلي عدم تطبيق معايير منظمة الصحة العالمية وإنخفاض عدد الأطباء وهيئة التمريض والمهن الطبية المساندة قياساً إلي عدد السكان ووجود ضعف في توزيع الموارد البشرية.

(21)-دراسة(ضوء الكوفي،2016):إختبرت أثر تطبيق معايير جودة الخدمات علي تحسين الأداء الصحي بالتطبيق علي عينة من المرضى بمستشفى العيون بدولة ليبيا، وتوصلت إلي التزم الإدارة بالتحسين المستمر وتوافر الاجهزة الحديثة وأكدت علي وجود تأثير معنوي لمستوي تطبيق معايير الجودة علي تطوير الخدمات الصحية وتحسين رضاء العملاء.

(22)-دراسة(الشرقي،2017):إستهدفت تقييم الكفاءة الانتاجية لبرنامج الرعاية الصحية باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات بالتطبيق علي عينة من المستشفيات التابعة لوزارة الصحة بمحافظة جدة، وتوصلت إلي إنخفاض مستوي الخدمات الصحية.

(23)-دراسة(القحطاني،2018):فحصت مدى تطوير جودة الخدمات الصحية والاجتماعية بالتطبيق علي عينة من المستشفيات السعودية وتوصلت إلي إرتفاع مستوي تطوير المنظومة الصحية وإتساقها مع رؤية المملكة العربية السعودية 2030.

(24)-دراسة(المستوفي،2018):فحصت مدى تفعيل وظائف التخطيط والرقابة والتقييم للخطط



الموضوعة لتحسين الخدمات الصحية بالتطبيق علي عينة من المستشفيات ببغداد بالعراق، وتوصلت إلي انخفاض مستوى الخدمات الصحية وأوصت بأهمية استخدام الأساليب العلمية والإحصائية في التخطيط والتحليل الإستراتيجي(تحليل نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات) وتحويل الرؤية إلي سياسات قابلة للتنفيذ والاستغلال الأمثل للموارد البشرية المتاحة والتقييم الدوري للخطط الموضوعة لتقويم الانحرافات السلبية.

(25)-دراسة(النسور،2019):فحصت أثر التغيير التنظيمي(كمتغير مستقل)والهيكل التنظيمي (كمتغير وسيط) علي جودة الخدمات الصحية(كمتغير تابع) وذلك بالتطبيق علي الخدمات المقدمة من المستشفيات الجامعية بدولة الأردن،وتوصلت إلي وجود تأثير معنوي للتغيير التنظيمي وكذا تطوير الهيكل التنظيمي علي تحسين جودة الخدمات الصحية.

(26)-دراسة(حافظ،علي،2019):فحصت أثر مهارات التعامل مع المرضى علي جودة الخدمة الصحية بالتطبيق علي عينة من المستشفيات الخاصة بولاية الخرطوم بالسودان،وتوصلت إلي ارتفاع مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات الخاصة ووجود تأثير معنوي لمهارات التعامل الطبية والسلوكية مع المرضى علي جودة الخدمة الصحية.

(27)-دراسة(الجمال،2019):فحصت العلاقة بين محددات جودة الخدمات الصحية ورضا العملاء بالتطبيق علي ست(6)مستشفيات حكومية تابعة لمؤسسة حمد الطبية بدولة قطر،وقد بلغت عينة المرضى وعينة الإحصائيين الإجتماعيين(200)مفردة و(17) مفردة وذلك علي التوالي،وتوصلت الدراسة إلي النتائج التالية:(1)-ارتفاع مستوى تطبيق أبعاد جودة الخدمة الصحية وقد حظي بعد الأمان بالمرتبة الأولى يليه بعد الإعتمادية ثم الإستجابة ثم التعاطف ثم الملموسية.(2)-قوة العلاقة الإحصائية بين جودة الخدمة الصحية ورضا العملاء حيث يرتفع مستوى رضا العملاء مع زيادة مستوى تطبيق أبعاد جودة الخدمة الصحية.(3)-عدم وجود فروق معنوية في مستوى رضا العملاء يعزي إلي متغيراتهم الديموجرافية.

(2|2|11)-الدراسات الأجنبية:

(1)-دراسة(Mc Alexander,Kaldenberg,and Koeing,1994):إستهدفت قياس جودة الخدمة الصحية وذلك بتطبيق أربعة نماذج للقياس،وتوصلت نتائج الدراسة إلي تفوق Superior مقياس الأداء الفعلي (SERVPERF) قياساً بالنماذج الأخرى حيث يقيس جودة الخدمة كأداء فعلي *measure service quality as a performance* كما يتجنب مشكلات فجوة التوقعات.

(2)-دراسة(Spreng and Mackoy,1996):بحثت الدراسة العلاقة بين جودة الخدمة ورضاء

العميل وكذا تحليل أثر المتغيرات التالية علي رضا العميل: التوقعات، الاداء المدرك، الاداء المرغوب، التطابق|عدم تطابق التوقعات نحو جودة الخدمة الكلية.واقترحت الدراسة ضرورة تقييم جودة الخدمة وفق عشر خصائص وهي:(ملائمة المكان والاثاث،المودة من جانب مقدمي الخدمة،الإنصات لأسئلة العملاء،موظف الخدمة يقدم النصح للعميل(البعد الاستشاري)،منح المعلومات الصحيحة والدقيقة للعميل(المعرفة المهنية)،مقدم الخدمة المتماسك المنسجم المتكيف مع العملاء،مقدم الخدمة الذي يساعد العميل في التخطيط طويل المدى،مقدم الخدمة الاستشاري يساعد في اختيار التصرفات الصحيحة للعميل،الاستشاري المهتم بحياتي الشخصية كعميل،والمكتب المهني الإحترافي).

(3)-دراسة(Oh, 1999): قدمت الدراسة نموذج متكامل يربط جودة الخدمة بمتغيرات رئيسة، وهي: الإدراك،رضاء العميل،قيمة العميلcustomer value،نوايا إعادة الشراء ،والاتصال الشفوي ودمجت تلك المتغيرات معاً بشكل مباشر كوظيفة إدراكية وحددت تأثيرها علي القيمة، الرضاء،ونوايا إعادة الشراء.وركز النموذج علي عملية القرار المسبق لشراء الخدمة وأثر التوجيهات السببية causal directions علي نوايا إعادة الشراء،واكدت نتائج الدراسة علي أن قيمة العميل كأداة تلعب دور جوهري في عملية اتخاذ قراره الشرائي المسبق وذلك كمتغير سابق ومباشر في رضا العميل ونوايا اعادة الشراء وأن السعر المدرك له تأثير سلبي علي قيمة العميل المدركة.

(4)-دراسة(Klein,J et.al.,2011): فحصت أثر ضغوط العمل النفسية والاجتماعية علي مستوى جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضي بالتطبيق علي عينة من أطباء الجراحة بدولة المانيا،وقد توصلت نتائج الدراسة إلي وجود تأثير سلبي معنوي لتلك الضغوط علي مستوى جودة الرعاية الصحية.

(5)-دراسة(Johnson,G.2012):استهدفت تقييم خدمات الرعاية الصحية الأولية Primary Health Care Services بالتطبيق علي عينة من المستشفيات الحكومية بدولة كولومبيا،وتوصلت إلي إنخفاض مستوى الأداء الصحي نتيجة إنخفاض الموارد المالية والبشرية وأوصت بضرورة الإلتزام الإداري بتوفير الدعم المالي للعاملين والدورات التدريبية وتبسيط الاجراءات ومعالجة مشاكل المرضي والمحافظة علي صفتي الدقة والسرية للسجلات الطبية وتوفير الأجهزة الطبية الحديثة.

(6)-دراسة(Gang than Long and Bui Dai Thu,2013):استهدفت تقييم خدمات التأمين الصحي وخدمات الرعاية الصحيةHealth Insurance and Health-Care Services



بالتطبيق علي بعض المستشفيات الحكومية بدولة فيتنام، وتوصلت إلي إنخفاض الخدمة الصحية وأوصت بضرورة تطوير النظم الصحية والإستدامة المالية لتمويل التأمين الصحي وتطبيق التشريعات التي تحقق الإتاحة العادلة للخدمات الصحية لكافة المرضى.

(7)–دراسة(Montgomery. et.al,2013):استهدفت تحديد أثر الثقافة التنظيمية والإحترق الوظيفي علي مستوى جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضي بالتطبيق علي ثلاث عينات بلغت:(153) من الأطباء،(133) من الممرضين والممرضات،(46) من المرضى،وقد توصلت نتائج الدراسة إلي وجود تأثير سلبي للثقافة التنظيمية علي أبعاد الإحترق الوظيفي ووجود تأثير سلبي معنوي للإحترق الوظيفي علي مستوى جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضي.

(8)–دراسة(Florina.et.al,2013):استهدفت تحديد أثر الإحترق الوظيفي علي مستوى جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضي بالتطبيق علي عينة بلغت(349) من الأطباء والممرضين والممرضات بدولة رومانيا،وقد توصلت نتائج الدراسة إلي وجود علاقة عكسية بين الإحترق الوظيفي ومستوي جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضي.

(9)–دراسة(Harris B.Eyles .,et.al,2014):استهدفت تقييم خدمات الأداء الصحي ومدى إتاحة خدمات الرعاية الصحية للمواطنين،وتوصلت إلي إنخفاض مستوى الأداء الصحي وعدم إتاحتها لكافة المواطنين وأن التطبيق السلبي للبيروقراطية يعد معوق لهذا الأداء .

(10)–دراسة(Mudallal,et.al,2017):استهدفت تحديد أثر الإحترق الوظيفي وضغوط العمل علي مستوى جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضي بالتطبيق علي عينة بلغت(270) مفردة من الممرضين والممرضات وعينة بلغت(270)من المرضى في(8)مستشفيات بدولة الاردن وقد توصلت نتائج الدراسة إلي وجود تأثير سلبي لأبعاد الإحترق الوظيفي-وبصفة خاصة بعد الاستنزاف العاطفي وبعد تبدل المشاعر-علي مستوى جودة خدمة التمريض المقدمة للمرضي.

(11)–دراسة(Alheet,2019):فحصت أثر الصمت التنظيمي علي مستوى فعالية الأداء الصحي لبعض المراكز الصحية بمدينة عمان بدولة الأردن بالتطبيق علي عينة بلغت(200) مفردة من العاملين(الأطباء،الصيداللة،الممرضين،الفنيين،المحاسبين،ومفتشي المراكز الصحية) وقد توصلت نتائج الدراسة إلي إن متوسط مستوى الصمت التنظيمي قد بلغ(2.43) وإرتفاع مستوى تأثير أبعاد الصمت التنظيمي الإيجابي Positive organizational silence علي تحسين مستوى فعالية الأداء الصحي وبنسبة بلغت(81%).

(12)–دراسة(Saygili.,Ozer,and Karakaya,2020):استهدفت تحديد أثر القيادة الأبوية Paternalistic Leadership والمناخ الأخلاقي علي مستوى أداء الخدمة الصحية بالتطبيق

علي عينة بلغت (460) مفردة من الأطباء وهيئة التمريض في المستشفيات الحكومية بتركيا، وقد توصلت نتائج الدراسة إلي وجود تأثير معنوي للقيادة الأبوية والمناخ الأخلاقي علي مستوى أداء الخدمة الصحية.

التعليق علي الدراسات السابقة (الفجوة البحثية):

بفحص نتائج الدراسات السابقة يتضح جلياً أهمية تقييم الخدمة الصحية ويؤكد ذلك تعدد الدراسات التي إستهدفت قياسها وتقييمها ومجالات التطبيق وتباين الأهمية النسبية لأبعادها وتأثيرها (كمتغير مستقل) علي متغيرات تابعة عديدة، وكذا تفاوت تأثير المتغيرات الديموجرافية المختلفة علي إدراكها (كمتغير تابع)، ولقد تبين عدم وجود دراسة مصرية بحثت أثر الخدمة علي رضاء العملاء بالتطبيق علي الحيز الجغرافي لنطاق التطبيق (قطاعي المستشفيات الجامعية والخاصة) بمحافظة الفيوم وهو ما يهدف إليه البحث الحالي.

(12) - نتائج الدراسة الميدانية:

(1|12) - التوصيف الإحصائي لعينة ومتغيرات البحث:

(1|1|12) - التوصيف الإحصائي لعينة البحث: (عينة المستجيبين من العملاء): لقد حدد الباحث سمات عينة البحث وفق خصائصهم الديموجرافية باستخدام الإحصاء الوصفي ولقد بلغ عدد المستجيبين من العملاء (345) مفردة وتضمنت قائمة الاستقصاء أربعة متغيرات ديموجرافية لعينة البحث مما يتيح زيادة درجة التباين في البيانات وتعميم نتائج الدراسة بدرجة كبيرة وذلك بشأن تحديد مدى تأثير هذه المتغيرات الديموجرافية علي درجة إدراكهم لمستوي الخدمة محل الدراسة، وكانت النسب المئوية لتلك المتغيرات علي النحو التالي:

(1) - النوع: لقد بلغت النسبة المئوية لفئة الذكور (58.7%) وفئة الإناث (41.3%).

(2) - العمر: إن النسبة المئوية لفئة (أقل من 30 سنة) قد بلغت (9.6%) ونسبة الفئة العمرية (من 30 إلي أقل من 45 سنة) بلغت (18.4%) وفئة (من 45 سنة إلي أقل من 60 سنة) بلغت (32.7%) ونسبة الفئة العمرية (60 سنة فأكثر) بلغت (39.3%).

(3) - الدخل الشهري: إن النسبة المئوية لفئة (أقل من 3000 جنيه) قد بلغت (23.4%) وفئة (من 3000 جنيه إلي أقل من 6000 جنيه) قد بلغت (35.7%) وفئة (من 6000 جنيه إلي أقل من 9000 جنيه) قد بلغت (21.5%) وفئة (9000 جنيه فأكثر) قد بلغت (19.4%).

(4) - مستوى التعليم: إن النسبة المئوية لفئة (مؤهل أقل من المتوسط) قد بلغت (8.6%) وفئة (مؤهل ثانوي | متوسط) قد بلغت (15.4%) وفئة (مؤهل جامعي) قد بلغت (32.6%) وفئة (مؤهل أعلي من الجامعي) بلغت (45.2%).



(21|12)-التوصيف الإحصائي لمتغيرات البحث لقد تم قياس إجابات عينة البحث وذلك وفق مقياس ليكرت الخماسي Five- Point Likert - type Scale للموافقة/ عدم الموافقة والذي يستخدم في العلوم الإجتماعية لقياس الآراء والإتجاهات نحو قيم المتغيرات التي يصعب قياسها كميًا ،وللقيام بالمعالجة الإحصائية اللازمة لإختبار فروض البحث،وكذا لتحديد مدلول المتوسطات الحسابية لمتغيرات البحث فقد تم تحديد طول خلايا مقياس ليكرت الخماسي(الحدود الدنيا والعليا) من خلال حساب المدى (5-1=4) ثم قسمته علي عدد خلايا المقياس(5)وبذلك يمكن تحديد طول الخلية الصحيح(0.80=5/4) وإضافة هذه القيمة إلي أقل قيمة في المقياس(بداية المقياس وهي الواحد الصحيح)وذلك لتحديد الحد الأعلى للخلية وكذا تحديد إتجاه ومدلول الفئات المختلفة كما يوضحها الجدول التالي رقم(4).

الجدول رقم (4) الحدود الدنيا والعليا لخلايا مقياس ليكرت الخماسي

المدلول	الإتجاه	الفئة
ليس له تأثير	يمثل غير موافق علي الإطلاق	من 1 إلي 1.80
تأثير ضعيف	يمثل غير موافق	من 1.81 إلي 2.60
تأثير متوسط	يمثل محايد (غير متأكد)	من 2.61 إلي 3.40
تأثير مرتفع	يمثل موافق	من 3.41 إلي 4.20
تأثير مرتفع جداً	يمثل موافق تماماً	من 4.21 إلي 5.00

ووفق نتائج التحليل الإحصائي يمكن توضيح التوصيف الإحصائي لمتغيرات البحث وذلك في الجدول التالي رقم(5).

الجدول رقم (5) - التوصيف الإحصائي لمتغيرات البحث.

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد العناصر	متغيرات البحث
-	0,62	3,79	22	1- أبعاد جودة الخدمة.
5	0.78	3,64	4	النواحي المادية الملموسة.
3	0,64	3,82	5	الإعتمادية.
1	0,56	3.91	4	الإستجابة.
2	0,59	3.86	4	الأمان.
4	0,67	3.73	5	التعاطف.
-	0,49	3,98	5	2-رضاء العملاء.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي

يفحص النتائج الواردة بالجدول السابق رقم(5) يتضح جلياً ما يلي:

- (1)-التباين الملحوظ في قيم المتوسطات الحسابية لأبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات محل الدراسة، ويعتبر البُعد الثالث (الإستجابة) الأكثر إدراكاً من جانب المبحوثين (عينة العملاء) حيث إحتل المرتبة الأولى بمتوسط بلغ(3.91) يليه البُعد الرابع (الأمان) في المرتبة الثانية بمتوسط بلغ(3,86) ثم البُعد الثاني (الاعتمادية) في المرتبة الثالثة بمتوسط بلغ (3,82) يليه البُعد الخامس (التعاطف) في المرتبة الرابعة بمتوسط بلغ(3,73) وأخيراً البُعد الأول (النواحي المادية الملموسة) في المرتبة الأخيرة بمتوسط بلغ(3,64)، وبلغ متوسط الجودة الكلية للخدمة الصحية (3,79) وبلغ متغير رضاء العملاء (3,98). (2)-من المتوقع أن يتسق أو يتماثل ترتيب إدراك العملاء لأبعاد جودة الخدمة الصحية -الموضح بالجدول أعلاه مع الترتيب المتوقع لتأثير هذه الأبعاد علي رضاء العملاء وهي العلاقة التي يختبرها الفرض الثالث. (3)-إن القيم المرتفعة للمتوسطات الحسابية لأبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات التابعة للقطاعات معاً (من 3.41 إلى 4.20 يمثل مستوي مرتفع) لا توضح ولا تعبر عن مستوي



جودة الخدمة الصحية لكل قطاع علي حده (قطاع المستشفيات الخاصة إقطاع المستشفيات الجامعية) وذلك وفق التوصيف الإحصائي لمتغيرات البحث، ولذلك يمكن تقييم مستوى جودة الخدمة الصحية لكل قطاع صحي علي حده في ضوء نتائج إختبار الفرض الأول علي النحو التالي.

(2|12) - نتائج إختبار فروض البحث:

إستهدفت الدراسة الميدانية إختبار الفروض التالية:

(12|12) - نتائج إختبار الفرض الأول: تم صياغة الفرض الأول علي النحو التالي: "من المتوقع وجود فروق معنوية في مستوى إدراك العملاء لأبعاد جودة الخدمة الصحية وذلك وفق نوع المستشفى محل الدراسة (المستشفى الجامعي|المستشفى الخاص)".

وينبثق من الفرض الأول خمسة فروض فرعية تتعلق بالأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية، وإختبار مدي صحة هذا الفرض فقد تم تطبيق إختبار (ت) (T-Test) لعينتين مستقلتين (Independent T-Test) لتحديد مدي معنوية الفروق في مستوى تطبيق أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات محل الدراسة وفق نوع القطاع (المستشفى الجامعي |المستشفى الخاص)، ويمكن عرض نتائج إختبار الفروض الفرعية للفرض الأول وذلك علي النحو التالي:

(11) - نتائج إختبار الفرض الفرعي الأول للفرض الأول:

لقد تم صياغة هذا الفرض علي النحو التالي: "من المتوقع وجود فروق معنوية في مستوى إدراك العملاء للبعد الأول (النواحي المادية الملموسة) وذلك وفق نوع المستشفى محل الدراسة (المستشفى الجامعي|المستشفى الخاص)". ويوضح الجدول رقم (116) نتائج إختبار هذا الفرض وذلك علي النحو التالي.

الجدول رقم (116) - نتائج تطبيق إختبار (ت) لتحديد مدي معنوية الفروق بين مستوى تطبيق البعد الأول (النواحي المادية الملموسة) وذلك وفق نوع القطاع (المستشفى الجامعي|المستشفى الخاص).

T-Test (إختبارت)		المستشفيات الجامعية			المستشفيات الخاصة			عناصر البُعد
مستوي المعنوية	قيمة	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط	الأول-النواحي المادية الملموسة.
0.002	3.72	2	1,17	3,21	2	0,82	4,19	.X1
0.002	3.65	1	1,26	3,62	1	0,74	4,45	.X2
0.443	0.77	3	1,27	3,17	4	0,91	3,18	.X3
0.001	7.53	4	1,35	3,11	3	0,85	4,17	. X4
0.001	7,82	-	1,14	3,28	-	0,78	4,00	المتوسط العام.

(*) - تعد الفروق معنوية عند مستوى دلالة أقل من مستوي المعنوية المفترض (0,01).

بفحص النتائج الواردة بالجدول رقم (1/6) أعلاه يتضح مايلي:

(1)- إرتفاع مستوي تطبيق عناصر البُعد الأول الخاص بالنواحي المادية الملموسة بالمستشفيات الخاصة مقارنة بمستوي التطبيق بالمستشفيات الجامعية.(2)-لقد تباين مستوي تطبيق عناصر البُعد الخاص بالنواحي الملموسة بالمستشفيات الخاصة فقد احتل العنصر الثاني(يتم تقديم جميع التسهيلات المادية بالمستشفى بطريقة منظورة)المرتبة الأولى ثم العنصر الأول(يتوافر بالمستشفى أحدث الأجهزة والمعدات الطبية) ثم العنصر الرابع(إن الصورة المادية للخدمة الصحية بالمستشفى جذابة بطريقة منظورة) وأخيراً العنصر الثالث(يتمتع العاملون بالمستشفى بمظهر حسن وجذاب) في المرتبة الأخيرة بمتوسطات بلغت(4,45)،

(4,19)،(4,17)،(3,18) وذلك علي التوالي.(3)-تباين مستوي تطبيق عناصر البُعد الخاص بالنواحي المادية الملموسة بالمستشفيات الجامعية وقد احتل العنصر الثاني المرتبة الأولى يليه العنصر الأول ثم العنصر الثالث وأخيراً العنصر الرابع في المرتبة الأخيرة بمتوسطات بلغت(3,62)،(3,21)،(3,17)،(3,11) وذلك علي التوالي.(4)-صحة الفرض الفرعي الأول بالتطبيق علي العنصر الأول والعنصر الثاني والعنصر الرابع حيث تعد الفروق معنوية عند مستوي المعنوية المفترض(0,01) وعدم صحته بالتطبيق علي العنصر الثالث حيث تعد الفروق غير معنوية عند مستوي المعنوية المفترض(0,01).(5)- صحة الفرض الفرعي الأول بالتطبيق علي المستوي الإجمالي حيث تعد الفروق معنوية عند مستوي المعنوية المفترض(0,01) فقد بلغت قيمة ت(7,82) ومستوي الدلالة(0.001) وهو أقل من مستوي المعنوية (0,01).



(2|1)-نتائج إختبار الفرض الفرعي الثاني للفرض الأول:

لقد تم صياغة هذا الفرض علي النحو التالي:

" من المتوقع وجود فروق معنوية في مستوى إدراك العملاء للبعد الثاني (الإعتمادية) وذلك وفق نوع المستشفى محل الدراسة (المستشفى الجامعي/المستشفى الخاص)".

ويوضح الجدول رقم(2|6) نتائج إختبار هذا الفرض وذلك علي النحو التالي.

الجدول رقم (2|6)-نتائج تطبيق إختبار (ت) لتحديد مدى معنوية الفروق بين مستوى تطبيق البعد

الثاني(الاعتمادية) وذلك وفق نوع القطاع(المستشفى الجامعي/المستشفى الخاص).

إختبار (ت) T-Test		المستشفيات الجامعية			المستشفيات الخاصة			عناصر البعد الثاني الاعتمادية.
مستوي المعنوية	قيمة	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط	
0.246	1.16	2	0.86	3.94	4	0,89	3.97	. X1
0.002	3.62	3	1.52	3,32	2	1,21	4,24	. X2
0.001	5.46	4	1.12	3.28	3	0.87	4.03	. X3
0.001	4.53	5	1,14	3.15	5	1.10	3.48	.X4
0.032	0.13	1	0.96	4.38	1	0.94	4.43	.X5
0.001	4.96		1.12	3,61		1.02	4,03	المتوسط العام.

(*) - تعد الفروق معنوية عند مستوي دلالة أقل من مستوي المعنوية المفترض (0,01).

بفحص النتائج الواردة بالجدول السابق رقم (2|6) يتضح مايلي:

- (1)-إرتفاع مستوي تطبيق عناصر البعد الثاني الخاص بالاعتمادية بالمستشفيات الخاصة مقارنة بمستوي التطبيق بالمستشفيات الجامعية.(2)-لقد تباين مستوي تطبيق عناصر البعد الخاص بالاعتمادية بالمستشفيات الخاصة،وقد احتل العنصر الخامس(تحرص إدارة المستشفى علي الاحتفاظ بسجلات دقيقة وصحيحة) المرتبة الأولى يليه العنصر الثاني(عندما يتعرض المرضى لمشكلة صحية معينة فإن إدارة المستشفى تتعاطف معهم وتعمل علي حلها) ثم العنصر الثالث (شعور المرضى بالثقة وإمكانية الاعتماد علي المستشفى) فالعنصر الأول (تحرص إدارة المستشفى علي الوفاء بالوعود التي تقدمها للمرضي في مواعيدها) وأخيراً العنصر الرابع (تقديم الخدمة في موعدها المحدد لها) بمتوسطات بلغت(4,43)،(4.24)، (4,03)،(3,97)،(3,48)وذلك علي التوالي.(3)-تباين مستوي تطبيق عناصر البعد الخاص

بالاعتمادية بالمستشفيات الجامعية وقد احتل العنصر الخامس المرتبة الأولى ثم العنصر الأول فالعنصر الثاني ثم العنصر الثالث في المرتبة الرابعة وأخيراً العنصر الرابع في المرتبة الخامسة بمتوسطات بلغت (4.38)، (3.94)، (3.32)، (3.28)، (3.15) وذلك علي التوالي.

(4)- صحة الفرض الفرعي الثاني بالتطبيق علي العناصر التالية: الثاني والثالث والرابع حيث تعد الفروق معنوية عند مستوي المعنوية المفترض (0,01) وعدم صحته بالتطبيق علي العنصرين الأول والخامس حيث بلغ مستوي الدلالة (0.246 ، 0.032) علي التوالي وهما أكبر من مستوي المعنوية (0,01). (5)- صحة الفرض الفرعي الثاني بالتطبيق علي المستوي الإجمالي حيث تعد الفروق معنوية عند مستوي المعنوية المفترض (0,01) فقد بلغت قيمة ت (4.96) ومستوي الدلالة (0.001) وهو أقل من مستوي المعنوية (0,01). (3|1)- نتائج إختبار الفرض الفرعي الثالث للفرض الأول:

لقد تم صياغة هذا الفرض علي النحو التالي:

" من المتوقع وجود فروق معنوية في مستوي إدراك العملاء للبُعد الثالث (الإستجابة) وذلك وفق نوع المستشفى محل الدراسة (المستشفى الجامعي|المستشفى الخاص)".

ويوضح الجدول رقم (3|6) نتائج إختبار هذا الفرض وذلك علي النحو التالي.

الجدول رقم (3|6) - نتائج تطبيق إختبار (ت) لتحديد مدي معنوية الفروق بين مستوي تطبيق البُعد الثالث (الإستجابة) وذلك وفق نوع القطاع (المستشفى الجامعي|المستشفى الخاص).

إختبار (ت) T-Test		المستشفيات الجامعية			المستشفيات الخاصة			عناصر البُعد الثالث الإستجابة
مستوي المعنوية	قيمة	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط	
0.002	4.72	3	1,32	3,29	3	1,04	4,47	.X1
0.001	12.46	1	0,82	3,38	2	0,79	4,54	.X2
0.004	13.28	2	0,68	3,36	1	0,69	4,62	.X3
0.003	8.53	4	1,34	3,24	4	0,83	4,35	. X4
0.001	7,82	-	1,14	3,32	-	0,78	4,50	المتوسط العام.

(*) - تعد الفروق معنوية عند مستوي دلالة أقل من مستوي المعنوية المفترض (0,01).



بفحص النتائج الواردة بالجدول السابق رقم (316) يتضح مايلي:

(1)- إرتفاع مستوى تطبيق عناصر البُعد الثالث (الإستجابة) بالمستشفيات الخاصة مقارنة بمستوى التطبيق بالمستشفيات الجامعية. (2)- لقد تباين مستوى تطبيق عناصر البُعد الخاص بالإستجابة بالمستشفيات الخاصة، فقد احتل العنصر الثالث (جميع العاملين بالمستشفى علي إستعداد دائم لتقديم الخدمة المرغوبة للمرضي) المرتبة الأولى ثم العنصر الثاني (يتلقي المريض خدمة فورية من العاملين بالمستشفى) يليه العنصر الأول (يتم إبلاغ المريض بدقة عن موعد تقديم الخدمة الصحية والإنتهاء منها) في المرتبة الثالثة، وأخيراً العنصر الرابع (عدم إنشغال العاملين بالمستشفى عن الإستجابة الفورية لتساؤلات ومطالب المرضى) في المرتبة الأخيرة بمتوسطات بلغت (4,62)، (4,54)، (4,47)، (4,35) وذلك علي التوالي. (3)- لقد تباين مستوى تطبيق عناصر البُعد الثالث (الإستجابة) بالمستشفيات الجامعية، فقد احتل العنصر الثاني المرتبة الأولى يليه العنصر الثالث ثم العنصر الأول، وأخيراً العنصر الرابع في المرتبة الأخيرة بمتوسطات بلغت (3,38)، (3,36)، (3,29)، (3,24) وذلك علي التوالي. (4)- صحة الفرض الفرعي الثالث بالتطبيق علي عناصر البُعد الثالث (الإستجابة) وأيضاً بالتطبيق علي المستوى الإجمالي حيث تعد الفروق معنوية عند مستوى المعنوية المفترض (0,01).

(4|1)- نتائج إختبار الفرض الفرعي الرابع للفرض الأول:

لقد تم صياغة هذا الفرض علي النحو التالي:

" من المتوقع وجود فروق معنوية في مستوى إدراك العملاء للبُعد الرابع (الأمان) وذلك وفق نوع المستشفى محل الدراسة (المستشفى الجامعي|المستشفى الخاص)".

ويوضح الجدول رقم (4|6) نتائج إختبار هذا الفرض وذلك علي النحو التالي.

الجدول رقم (4|6)- نتائج تطبيق إختبار (ت) لتحديد مدي معنوية الفروق بين مستوى تطبيق

البُعد الرابع (الأمان) وذلك وفق نوع القطاع (المستشفى الجامعي|المستشفى الخاص).

إختبار (ت)-T Test		المستشفيات الجامعية			المستشفيات الخاصة			عناصر البُعد الرابع-الأمان
مستوي المعنوية	قيمة	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط	
0.001	5.46	3	1,38	3.26	4	1.15	4.27	.X1
0.003	10.42	4	1,52	3.23	2	0.68	4.48	.X2

0.002	4 ,02	2	1 ,26	3,34	3	0 ,98	4,35	.X3
0.001	7 ,64	1	1 ,17	3,38	1	0,76	4,56	. X4
0.001	4.92	-	0 ,82	3.30	-	0.64	4.42	المتوسط العام.

(*)-تعد الفروق معنوية عند مستوى دلالة أقل من مستوى المعنوية المفترض (0,01).

بفحص النتائج الواردة بالجدول السابق رقم(4|6) يتضح مايلي:

(1)-إرتفاع مستوى تطبيق عناصر البُعد الخاص بالأمان بالمستشفيات الخاصة مقارنة بمستوي التطبيق بالمستشفيات الجامعية.(2)-لقد تباين مستوى تطبيق عناصر البُعد الخاص بالأمان بالمستشفيات الخاصة، فقد احتل العنصر الرابع (تشجع إدارة المستشفى العاملين علي حل المشكلات الطارئة للمرضي والرد علي إستفساراتهم) المرتبة الأولى يليه العنصر الثاني (يشعر المرضي بالأمان عند تعاملهم مع العاملين بالمستشفى) ثم العنصر الثالث(يتحلي العاملون بالمستشفى بالأدب وحسن الخلق)،وأخيراً العنصر الأول(يثق المرضي في جميع العاملين بالمستشفى) بمتوسطات بلغت(4,56)،(4.48)، (4,35)، (4,27).(3)- لقد تباين مستوى تطبيق عناصر البُعد الخاص بالأمان بالمستشفيات الجامعية،فقد احتل العنصر الرابع المرتبة الأولى يليه العنصر الثالث ثم العنصر الأول،وأخيراً العنصر الثاني بمتوسطات بلغت (3,38)،(3,34)،(3,26)،(3.23).(4)-صحة الفرض الفرعي الرابع بالتطبيق علي عناصر البُعد الرابع(الأمان) وأيضاً صحة الفرض بالتطبيق علي المستوى الإجمالي حيث تعد الفروق معنوية عند مستوى المعنوية المفترض(0,01).

(5|1)-نتائج إختبار الفرض الفرعي الخامس للفرض الأول:

" من المتوقع وجود فروق معنوية في مستوى إدراك العملاء للبُعد الخامس(التعاطف) وذلك وفق نوع المستشفى محل الدراسة(المستشفى الجامعي|المستشفى الخاص)".

ويوضح الجدول رقم (5|6) نتائج إختبار هذا الفرض وذلك علي النحو التالي.

الجدول رقم(5|6)-نتائج تطبيق إختبار(ت) لتحديد مدي معنوية الفروق بين مستوى تطبيق عناصر البُعد الخامس(التعاطف)وفق نوع القطاع(المستشفى الجامعي|المستشفى الخاص).

إختبار(ت) T-Test		المستشفيات الجامعية			المستشفيات الخاصة			عناصر البُعد الخامس التعاطف.
مستوي المعنوية	قيمة	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط	



0.001	3.4	1	0,97	3,34	1	0,79	4,61	.X1
0.001	5.23	3	0.91	3.16	3	1.28	4.22	.X2
0.001	5.48	2	1.09	3,27	5	0.83	4.12	.X3
0.002	3.65	5	1.54	3.03	2	1.22	4.28	.X4
0.001	3.35	4	0.82	3.12	4	1.13	4.18	. X5
0.001	8.62		1.06	3.18		1.02	4,28	المتوسط العام

(*)-تعد الفروق معنوية عند مستوى دلالة أقل من مستوى المعنوية المفترض (0,01).

بفحص النتائج الواردة بالجدول السابق رقم(5|6) يتضح مايلي:(1)-إرتفاع مستوى تطبيق عناصر البُعد الخامس(التعاطف) بالمستشفيات الخاصة مقارنة بمستوي التطبيق بالمستشفيات الجامعية.(2)-لقد تباين مستوى تطبيق عناصر البُعد الخاص بالتعاطف بالمستشفيات الخاصة،فقد احتل العنصر الأول(تعطي إدارة المستشفى إهتماماً خاصاً للمرضي)المرتبة الأولى يليه العنصر الرابع(تضع إدارة المستشفى صحة المرضي في مقدمة إهتماماتها) ثم العنصر الثاني(يحصل المرضي علي الاهتمام الشخصي من العاملين بالمستشفى عند طلب الخدمة الصحية)فالعنصر الخامس (ملائمة ساعات العمل بالمستشفى لجميع المرضي)،وأخيراً العنصر الثالث(يعرف الأطباء بالمستشفى إحتياجات المرضي بدقة)بمتوسطات بلغت(4,61)،(4,28)، (4,22)،(4,18)،(4,12).(3)-لقد تباين مستوى تطبيق عناصر البُعد الخامس(التعاطف) بالمستشفيات الجامعية،وكان ترتيب العناصر كما يالي:الأول،الثالث،الثاني،الخامس،والعنصر الرابع بمتوسطات بلغت(3,34)،(3,27)،(3,16)،(3,12)،(3,03)،وذلك علي التوالي.

(4)-صحة الفرض الفرعي الخامس بالتطبيق علي عناصر البُعد الخامس(التعاطف) وكذا علي المستوي الإجمالي حيث تعد الفروق معنوية عند مستوى المعنوية المفترض(0,01).

(2|2|12)- نتائج إختبار الفرض الثاني:

" من المتوقع وجود تأثير معنوي للمتغيرات الديموجرافية للعلاء علي مستوى إدراكهم لأبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من المستشفيات محل الدراسة".

ولقد تم تقسيم الفرض الثاني إلي فروض فرعية تتعلق بالمتغيرات الديموجرافية التالية:(النوع، العمر،الدخل الشهري،ومستوي التعليم)،ويمكن عرض نتائج إختبار الفروض الفرعية للفرض الثاني وذلك علي النحو التالي:

(1|2)- النوع:

لقد تم صياغة هذا الفرض علي النحو التالي:

"من المتوقع وجود تأثير معنوي لمتغير النوع للعملاء علي مستوى إدراكهم لأبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من المستشفيات محل الدراسة".

ولقد تم إختبار مدي صحة الفرض الفرعي الأول للفرض الثاني أعلاه بتطبيق إختبار (ت) لعينتين مستقلتين (Independent T-Test) وذلك عند مستوي معنوية (0.05). ويوضح الجدول التالي رقم (1/7) نتائج إختبار هذا الفرض:

الجدول رقم (1/7) - نتائج تطبيق إختبار (ت) لتحديد مدي معنوية الفروق في مستوي إدراك العملاء لأبعاد جودة الخدمة الصحية وفق متغير النوع.

نوع الدلالة الإحصائية	مستوى المعنوية	قيمة (ت) المحسوبة	النوع		أبعاد جودة الخدمة الصحية
			إناث	ذكور	
معنوية	*0.001	3,58	3,24	3,36	النواحي المادية الملموسة.
معنوية	*0.003	2,79	3,53	3,34	الاعتمادية.
غير معنوية	0.06	1,87	3,38	3,27	الإستجابة.
معنوية	*0.001	3,58	3,24	3,35	الأمان.
معنوية	*0.002	2,61	3,46	3,22	التعاطف.
معنوية	*0.001	1,72	3,37	3,31	المتوسط العام.

(* دالة عند مستوى معنوية أقل من (0.05)).

بفحص النتائج الواردة بالجدول السابق رقم (1/7) يتضح مايلي: (1) - يؤثر متغير النوع للمبحوثين (الذكور|الإناث) تأثيراً معنوياً علي مستوى إدراكهم لأبعاد النواحي المادية الملموسة والاعتمادية والأمان والتعاطف وكذلك علي مستوي المتوسط العام لجودة الخدمة الصحية حيث أن مستوى المعنوية أقل من مستوى المعنوية المفترض (0.05) وبذلك فقد تقرر قبول الفرض الفرعي الأول للفرض الثاني بالتطبيق علي هذه الأبعاد وعلي مستوي المتوسط العام لجودة الخدمة الصحية، وفي المقابل تبين عدم وجود تأثير معنوي لمتغير النوع علي مستوى إدراك المبحوثين للبعد الخاص بالإستجابة بالمستشفيات محل الدراسة حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (1,87) ومستوى المعنوية (0.06) وبالتالي عدم صحة الفرض الفرعي الأول للفرض الثاني بشكل جزئي



بالتطبيق علي هذا البعد. (2)–تعد فئة الإناث أكثر إدراكاً لأبعاد الاعتمادية والإستجابة والتعاطف وكذلك علي مستوي المتوسط العام لجودة الخدمة الصحية قياساً بفئة الذكور، بينما تعد فئة الذكور أكثر إدراكاً لبعدين فقط هما النواحي المادية الملموسة والأمان وذلك مقارنة بفئة الإناث.

(2|2)– العمر:

لقد تم صياغة هذا الفرض علي النحو التالي:

"من المتوقع وجود تأثير معنوي لفئات العمر للعملاء علي مستوى إدراكهم لأبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من المستشفيات محل الدراسة".

ولقد تم إختبار مدي صحة الفرض الفرعي الثاني للفرض الثاني أعلاه وذلك بتطبيق إختبار (كا2) (Chi-Square) لقياس مدي معنوية الفروق بين أكثر من عینتين مستقلتين عند مستوي معنوية (0.05) ويوضح الجدول التالي رقم (2|7) نتائج إختبار هذا الفرض:

الجدول رقم (2|7) – نتائج تطبيق إختبار (كا2) لتحديد مدي معنوية الفروق في مستوي إدراك العملاء لأبعاد جودة الخدمة الصحية وفق متغير العمر.

فئات العمر						أبعاد جودة الخدمة الصحية.
مستوي الدلالة.	قيمة كا2 المحسوبة	60 سنة فأكثر.	من 45 إلى أقل من 60	من 30 إلى أقل من 45	أقل من 30 سنة.	
*0.000	48.43	3.33	3.51	3.76	3.38	النواحي المادية الملموسة.
0.246	14.87	2.84	3.34	3.21	3.05	الاعتمادية.
*0.001	26.13	3.67	3.20	3.19	3.07	الإستجابة.
0.172	16.43	3.65	3.75	3.63	3.54	الأمان.
*0.000	45.36	3.39	3.67	3.86	3.32	التعاطف.
*0.000	50.32	3.38	3.50	3.53	3.27	المتوسط العام.

* دالة عند مستوي معنوية أقل من (0.05).

بفحص النتائج الواردة بالجدول السابق رقم(2|7) يتضح مايلي:(1)-يوجد تأثير دال إحصائياً لمتغير العمر للعملاء علي مستوي إدراكهم لأبعاد النواحي المادية الملموسة والإستجابة والتعاطف والمتوسط العام لجودة الخدمة الصحية حيث أن مستوى المعنوية أقل من مستوى المعنوية المفترض(0.05)،وبذلك فقد تقرر قبول الفرض الفرعي الثاني للفرض الثاني بالتطبيق علي هذه الأبعاد وكذا علي المتوسط العام لجودة الخدمة الصحية.(2)-عدم وجود تأثير معنوي لمتغير العمر للعملاء علي مستوي إدراكهم لبعدين هما الاعتمادية والأمان حيث بلغا مستوى المعنوية لهما(0.246)،(0.172)،وبذلك يتبين عدم صحة الفرض الفرعي الثاني للفرض الثاني بشكل جزئي بالتطبيق علي هذين البعدين.(3)-تعد الفئة (من 30 سنة إلي أقل من 45) أكثر إدراكاً لبعدين هما النواحي المادية الملموسة والتعاطف والمتوسط العام لجودة الخدمة الصحية بمتوسطات بلغت(3.76)،(3.86)،(3.53) وذلك علي التوالي.(4)-تعد الفئة العمرية(من 45سنة إلي أقل من 60سنة) أكثر إدراكاً لبعدين هما الاعتمادية والأمان بمتوسطات بلغت(3.34)،(3.75) وذلك علي التوالي.(5)-تعد الفئة العمرية(60سنة فأكثر) أكثر إدراكاً للبعد الخاص بالإستجابة بمتوسط بلغ(3.67).

(3|2) -مستوي الدخل الشهري:

لقد تم صياغة هذا الفرض علي النحو التالي:
"من المتوقع وجود تأثير معنوي لفئات الدخل الشهري للعملاء علي مستوى إدراكهم لأبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من المستشفيات محل الدراسة".
ولقد تم إختبار مدي صحة الفرض الفرعي الثالث للفرض الثاني أعلاه بتطبيق اختبار(كا2) لقياس مدي الفروق بين أكثر من عينتين مستقلتين وذلك عند مستوى معنوية(0.05).
ويوضح الجدول التالي رقم(3|7) نتائج إختبار هذا الفرض.



الجدول رقم (3|7) – نتائج تطبيق اختبار (كا2) لتحديد مدى معنوية الفروق في مستوى إدراك العملاء لأبعاد جودة الخدمة الصحية وفق متغير مستوى الدخل الشهري.

فئات الدخل الشهري						أبعاد جودة الخدمة الصحية.
مستوى الدلالة.	قيمة كا2 المحسوبة	9000 ج فأكثر.	من 6000 ج إلى أقل من 9000 ج.	من 3000 ج إلى أقل من 6000 ج.	أقل من 3000 ج.	
*0.026	27.53	3.92	4.28	4.07	3.41	النواحي المادية الملموسة
*0.008	35.26	3.58	4.08	4.45	3.62	الاعتمادية.
*0.017	21.22	3.28	3.45	3.40	3.42	الإستجابة.
0.087	15.13	3.51	3.30	3.27	3.40	الأمان.
*0.004	35.28	3.97	3.52	3.47	3.40	التعاطف.
*0.001	43.37	3.65	3.72	3.74	3.45	المتوسط العام.

* دالة عند مستوى معنوية أقل من (0.05).

بفحص النتائج الواردة بالجدول السابق رقم (3|7) يتضح مايلي: (1) – يوجد تأثير معنوي لمتغير مستوى الدخل الشهري للعملاء علي مستوى إدراكهم لأبعاد النواحي المادية الملموسة والاعتمادية والإستجابة والتعاطف وكذا علي مستوى المتوسط العام لجودة الخدمة الصحية حيث أن مستوى المعنوية أقل من مستوى المعنوية المفترض (0.05)، وبذلك فقد تقرر قبول الفرض الفرعي الثالث للفرض الثاني بالتطبيق علي هذه الأبعاد وعلي مستوى المتوسط العام لجودة الخدمة الصحية. (2) – عدم وجود تأثير معنوي لمتغير الدخل الشهري للعملاء علي مستوى إدراكهم للبعد الخاص بالأمان حيث بلغ مستوى المعنوية (0.087)، وبذلك يتضح عدم صحة الفرض الفرعي الثالث للفرض الثاني بشكل جزئي بالتطبيق علي هذا البعد. (3) – تعد فئة الدخل (من 6000 جنيهه إلي أقل من 9000 جنيهه) أكثر إدراكاً لبعدين هما النواحي المادية الملموسة والإستجابة بمتوسطات بلغت (4.28)، (3.45) وذلك علي التوالي، بينما تعد فئة الدخل (9000 جنيهه فأكثر) أكثر إدراكاً لبعدين هما الأمان والتعاطف بمتوسطات بلغت (3.51)، (3.97) وذلك علي التوالي، بينما تعد فئة الدخل (من 3000 جنيهه إلي أقل من 6000 جنيهه) أكثر إدراكاً للبعد الاعتمادية وكذا علي مستوى المتوسط العام لجودة الخدمة الصحية بمتوسطات بلغت (4.45)، (3.74) وذلك علي التوالي.

(4|2) – مستوى التعليم:

لقد تم صياغة هذا الفرض علي النحو التالي:

"من المتوقع وجود تأثير معنوي لمستوي التعليم للعملاء علي مستوي إدراكهم لأبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من المستشفيات محل الدراسة".

ولقد تم إختبار مدي صحة الفرض الفرعي الرابع للفرض الثاني وذلك بتطبيق اختبار (كا2) لقياس مدي الفروق بين أكثر من عينتين مستقلتين، ويمكن عرض نتائج إختبار هذا الفرض علي النحو التالي.

جدول رقم(4|7)-نتائج تطبيق إختبار (كا2) لتحديد مدي معنوية الفروق في مستوي إدراك العملاء لأبعاد جودة الخدمة وفق مستوي التعليم.

مستوي التعليم						أبعاد جودة الخدمة الصحية.
مستوي الدلالة.	قيمة كا2 المحسوبة	مؤهل أعلى من الجامعي.	مؤهل جامعي.	مؤهل ثانوي إمتوسط	مؤهل أقل من المتوسط	
*0.016	26.63	3.18	3.38	3.50	3.06	النواحي المادية الملموسة
*0.013	27.24	3.56	3.54	3.86	3.34	الاعتمادية.
*0.027	29.87	3.60	3.45	3.04	2.82	الإستجابة.
0.246	14.87	2.83	3.34	3.21	3.03	الأمان.
*0.012	27.49	3.62	3.38	3.11	3.00	التعاطف.
*0.011	27.43	3.36	3.42	3.34	3.05	المتوسط العام.

* دالة عند مستوي معنوية أقل من(0.05).

بفحص النتائج الواردة بالجدول السابق رقم(4|7) يتضح مايلي:(1)-إن متغير مستوي التعليم للعملاء يؤثر معنوياً علي مستوي إدراكهم لأبعاد النواحي المادية الملموسة والاعتمادية والإستجابة والتعاطف وكذا علي مستوي المتوسط العام لجودة الخدمة الصحية حيث أن مستوي المعنوية أقل من مستوي المعنوية المفترض(0.05)،وبذلك فقد تقرر قبول الفرض الفرعي الرابع للفرض الثاني بالتطبيق علي هذه الأبعاد وعلي المتوسط العام لجودة الخدمة الصحية.(2)-عدم وجود تأثير معنوي لمتغير مستوي التعليم للعملاء علي مستوي إدراكهم للبُعد الخاص بالأمان حيث بلغ مستوي المعنوية(0.246) وبذلك يتضح عدم صحة الفرض الفرعي الرابع للفرض الثاني بشكل جزئي بالتطبيق علي هذا البُعد.(3)-إن فئة(مؤهل ثانوي|



متوسط) هي الأكثر إدراكاً لُبُعد النواحي المادية الملموسة وُبُعد الاعتمادية بمتوسطات بلغت (3.50)، (3.86) وذلك علي التوالي. (4)- إن فئة (مؤهل أعلى من الجامعي) هي الأكثر إدراكاً لُبُعين هما الإستجابة والتعاطف بمتوسطات بلغت (3.60)، (3.62) وذلك علي التوالي. (5)- تعد فئة (مؤهل جامعي) أكثر إدراكاً لُبُعد الأمان بمتوسط بلغ (3.34) وكذا علي مستوي المتوسط العام لجودة الخدمة الصحية بمتوسط بلغ (3.42).

(3|2|12) - نتائج إختبار الفرض الثالث:

" من المتوقع وجود ارتباط معنوي بين أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات محل الدراسة وبين رضا العملاء عن هذه الخدمة".

ولقد تم إختبار مدي صحة الفرض الثالث وذلك بتطبيق معامل الارتباط ومعامل التحديد R^2 و R Correlation (R) and R-Square Adjusted (R2) لتحديد مدي وجود علاقة ارتباط معنوية بين أبعاد جودة الخدمة محل الدراسة ورضا العملاء عن هذه الخدمة، وكذا لتحديد نسبة مساهمة أبعاد جودة الخدمة الصحية (كمتغير مستقل) في تحقيق رضا العملاء (كمتغير تابع)، ويوضح الجدول التالي رقم (8) نتائج إختبار هذا الفرض.

الجدول رقم (8) - نتائج تطبيق معامل الارتباط (R) ومعامل التحديد (R^2) لتحديد مدي معنوية

العلاقة بين الخدمة الصحية ورضا العملاء

المتغير التابع: رضا العملاء					المتغير المستقل
معامل التحديد (R^2)	الترتيب	مستوى المعنوية	قيمة (ت)	معامل الارتباط (R)	أبعاد جودة الخدمة الصحية
0.643	5	*0.000	4.249	0.271	X1
	3	*0.000	5.706	0.293	X2
	1	*0.000	6.811	0.359	X3
	2	*0.000	5.639	0.304	X4
	4	*0.000	5.036	0.281	X5

(* تعد الفروق معنوية عند مستوى دلالة أقل من مستوي المعنوية المفترض (0.05).

بفحص النتائج الواردة بالجدول السابق رقم (8) يتضح وجود تباين ملحوظ في مستوي تأثير أبعاد جودة الخدمة علي رضا العملاء ويعتبر البُعد الثالث (الإستجابة) الأكثر تأثيراً على رضا العملاء

حيث احتل المرتبة الأولى يليه البُعد الرابع (الأمان) في المرتبة الثانية ثم البُعد الثاني (الاعتمادية) في المرتبة الثالثة يليه البُعد الخامس (التعاطف) في المرتبة الرابعة وأخيراً البُعد الأول (النواحي المادية الملموسة) في المرتبة الأخيرة فقد بلغت القيم الخاصة بمعامل الارتباط لتلك الأبعاد (0.359)، (0.304)، (0.293)، (0.281)، (0.271) وذلك على التوالي، ويعد هذا التأثير دال إحصائياً على وجود علاقة ارتباط طردية ومعنوية بين مستوي تطبيق أبعاد جودة الخدمة (المتغير المستقل) وبين ارتفاع مستوي رضاء العملاء (المتغير التابع) حيث يقل مستوي المعنوية لكافة الأبعاد عن مستوي المعنوية (0,05) وقد بلغ معامل التحديد R^2 (0.643) ويشير ذلك إلي مساهمة الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية معاً بنسبة (64%) في تحسين مستوي رضاء العملاء بينما تغزو النسبة المتممة (36%) إلي عوامل أخرى لم تخضع للدراسة، وبالتالي يمكن قبول صحة الفرض الثالث، وتتسق نتائج إختبار الفرض الثالث مع نتائج التوصيف الإحصائي لمتغيرات البحث والتي توصلت إلي أن البُعد الثالث (الإستجابة) يعتبر الأكثر إدراكاً من جانب عينة العملاء فقد احتل المرتبة الأولى يليه البُعد الرابع (الأمان) في المرتبة الثانية فالبُعد الثاني (الاعتمادية) في المرتبة الثالثة ثم البُعد الخامس (التعاطف) في المرتبة الرابعة ثم البُعد الأول (النواحي المادية الملموسة) في المرتبة الأخيرة.

(13) - تحليل نتائج الدراسة الميدانية:

لقد توصلت نتائج الدراسة الميدانية إلي مجموعة من الدلالات ومن أهمها ما يلي:

(1) - ارتفاع مستوي جودة الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات الخاصة محل الدراسة بمحافظة الفيوم حيث يدرك عملاء تلك المستشفيات أبعاد جودة الخدمة الصحية والجودة الكلية للخدمة الصحية بدرجة أكبر من إدراك عملاء المستشفيات الجامعية، وتتفق نتائج تلك الدراسة مع نتائج دراسات عديدة ومنها: (الإمام، 2003، ص32)، (حافظ، علي، 2019).

(2) - إنخفاض مستوي جودة الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات الجامعية محل الدراسة بمحافظة الفيوم حيث ينخفض إدراك عملاء تلك المستشفيات لأبعاد جودة الخدمة الصحية والجودة الكلية للخدمة الصحية قياساً بإدراك عملاء المستشفيات الخاصة، وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسات عديدة، ومن أهمها دراسات: (عبد الرحمن، 2000، ص213)،

(أبو بكر، 2004، ص290)، (حسن، 2006، ص89)، (خفاجي، 2014)، (جاد الله، 2015)، (السيد

، 2016)، (أبو حصيرة، 2016)، (الشرقي، 2017)، (المستوفي، 2018)، و(النسور، 2019)،

حيث توصلت نتائج هذه الدراسات إلي العديد من المؤشرات السلبية التي تعكس إنخفاض مستوي جودة الخدمات الصحية المقدمة من المستشفيات الحكومية بالتطبيق علي البيئة المصرية وكذا



بالتطبيق علي البيئات العربية المختلفة، ومن أهم هذه المؤشرات: غياب المعايير والقواعد المهنية، إنخفاض مستوى الممارسات الإدارية المرتبطة بجودة الخدمة الصحية، غياب المناخ الصحي اللازم لتطوير جودة الخدمة الصحية، عدم تطبيق معايير منظمة الصحة العالمية، وإنخفاض عدد الأطباء وهيئة التمريض والمهن الطبية المساندة قياساً إلي عدد السكان، وأوصت نتائج هذه الدراسات بضرورة تطوير مستوى جودة تلك الخدمات من خلال التدريب المستمر للكوادر الطبية والاهتمام بمراقبة الجودة والتقييم الدوري للخطط الموضوعة لتقويم الانحرافات السلبية.

(3)- بالرغم من أن نتائج الدراسة الميدانية قد أظهرت إرتفاع مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات الخاصة قياساً بمستوي جودة الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات الجامعية الحكومية محل الدراسة، إلا أن الفحص المعمق لنتائج الدراسة الميدانية قد أظهر أوجه قصور وجوانب ضعف لبعض عناصر أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات الخاصة حيث يوجد تقارب في مستوى تطبيق بعض العناصر فقد بلغ المتوسط الخاص بالعنصر الثالث (يتمتع العاملون بالمستشفى بمظهر حسن وجذاب) من البعد الأول

(النواحي المادية الملموسة) بالمستشفيات الخاصة (3,18) وبلغ (3,17) بالمستشفيات الجامعية وتعد الفروق بينهما غير معنوية حيث بلغ مستوى المعنوية (0.443) وهو أكبر من مستوى المعنوية المفترض (0,01) كما بلغ المتوسط الخاص بالعنصر الأول (تفي إدارة المستشفى بالوعود التي تقدمها للمرضي) من البعد الثاني (الاعتمادية) بالمستشفيات الخاصة (3,97) وبلغ (3.94) بالمستشفيات الجامعية وتعد الفروق بينهما غير معنوية حيث بلغ مستوى المعنوية (0.246) وهو أكبر من مستوى المعنوية المفترض (0,01) وبلغ المتوسط الخاص بالعنصر الخامس (يتم الاحتفاظ بسجلات دقيقة وصحيحة) من البعد الثاني (الاعتمادية)

بالمستشفيات الخاصة (4.43) وبلغ (4.38) بالمستشفيات الجامعية وتعد الفروق بينهما غير معنوية حيث بلغ مستوى المعنوية (0.032) وهو أكبر من مستوى المعنوية المفترض (0,01) وتشير تلك النتائج إلي ضرورة بذل مزيد من الجهود للإرتقاء بمستوي تطبيق تلك العناصر بالمستشفيات الخاصة والإسترشاد بنتائج الدراسة الحالية في تصميم وتنفيذ الخطط والسياسات الموجهة نحو تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة من المستشفيات محل الدراسة.

(4)- أيدت نتائج الدراسة الميدانية وجود علاقة طردية ذات دلالة احصائية بين جودة الخدمة الصحية وبين شعور العميل بالرضاء عن الخدمة المقدمة له، كما أشارت نتائج الدراسة الميدانية إلي وجود تباين معنوي في تأثير إبعاد جودة الخدمة الصحية علي مستوى رضاء العميل عن الخدمة المقدمة له حيث يعد البعد الثالث (الإستجابة) الأكثر تأثيراً على رضاء العملاء يليه الأبعاد

التالية: (الأمان، الاعتمادية، التعاطف، والنواحي المادية الملموسة) وذلك علي التوالي ويعد هذا التأثير دال إحصائياً على وجود علاقة ارتباط طردية معنوية بين مستوى التطبيق الفعال لأبعاد جودة الخدمة وإرتفاع مستوى رضاء العملاء، وبالتالي فإن تقديم خدمة صحية متميزة يعد مدخلاً لتحسين مستوى رضاء العملاء، وتتفق نتائج تلك الدراسة مع نتائج دراسات عديدة، ومن أهمها: (إدريس، المرسي، 1993، ص 189)، (محمود، 2002، ص 297)، (الإمام، 2003، ص 31)، و(الجمال، 2019).

(14) - التوصيات Recommendations:

وفق نتائج الدراسة النظرية والميدانية لهذا البحث يقترح الباحث مجموعة من التوصيات ذات الصلة بمتغيرات الدراسة (جودة الخدمة الصحية ورضاء العملاء) وذلك علي النحو التالي:

(1/14) - التوصيات المقترحة وفق نتائج الدراسة النظرية.

المؤشرات الكمية المقترحة لتقييم مستوى جودة الخدمات الصحية :

يقترح الباحث مجموعة من المؤشرات الكمية القابلة للتطبيق للاسترشاد بها في تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية وذلك وفق مراجعة الدراسات المتخصصة وذات الصلة بموضوع البحث، ووفق تعريف (المركز القومي لمعلومات الصحة والسكان: WWW.drguide. mohp.gov.eg) فإن المؤشرات الصحية هي مقاييس تستخدم لمعرفة ودراسة التغيير الذي يطرأ علي مستوى الحالة الصحية لمجتمع ما، وبتعدد المؤشرات الصحية التي يمكن التحويل عليها في تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية يمكن الإشارة إلي أهم تلك المؤشرات وذلك في ضوء مراجعة نتائج دراسات عديدة من أهمها: (المركز القومي لمعلومات الصحة والسكان،

الطويل، الكيكي، والحيالي، 2010، ص 7، البياتي، 2001، ص 89، البياتي، 2005، ص 115، جلد 2،

007، ص 107، محمد، وإسماعيل، 2004، ص 178)، وهذه المؤشرات هي:

(1) - معدل مكوث المريض بالمستشفى: يعكس كفاءة الخدمات الصحية المقدمة للمرضي من المستشفى خلال فترة زمنية معينة، ويشير إنخفاض هذا المعدل إلي إرتفاع كفاءة الخدمات الصحية المقدمة للمرضي، والعكس صحيح، ولقد حددت منظمة الصحة العالمية (WHO)

معدل مكوث المريض بالمستشفى في سبعة (7) أيام، ويحتسب وفق المعادلة التالية:

$$= (\text{عدد الأسرة المتاحة بالمستشفى} \div \text{عدد المرضي بالمستشفى}) \times 365 \text{ يوم.}$$

(2) - نسبة إشغال السرير: تشير إلي مدي الإستخدام الفعلي للأسرة المتاحة بالمستشفى،

ويشير المعدل المرتفع إلي إرتفاع كفاءة إستغلال الأسرة المتاحة، والعكس صحيح. ولقد حددت

منظمة الصحة العالمية نسبة إشغال الأسرة وهي (80%)، وتحتسب وفق المعادلة التالية:



$$= \frac{\text{عدد أيام مكوث المريض بالمستشفى} \times 100}{\text{عدد الأسرة المتاحة} \times 365}$$

(3) - معدل سرير | طبيب: يقيس معدل عدد أسرة المرضى الخاضعة للفحص والتشخيص والعلاج من جانب كل طبيب بالمستشفى خلال فترة زمنية معينة، وإرتفاع المعدل ينعكس بالسلب علي مستوي الأداء الصحي لأن معدل إستغلال الوقت المخصص في الفحص والتشخيص والعلاج سيكون أقل قياساً بإنخفاض المعدل. ولقد حددت منظمة الصحة العالمية معدل القياس وهو (4إلي5سرير | طبيب)، ويحتسب وفق المعادلة التالية:

$$= \frac{\text{عدد الأسرة المتاحة بالمستشفى}}{\text{عدد الأطباء بالمستشفى}}$$

(4) - معدل مكوث المرضى بالمستشفى | طبيب: يشير إلي حصة كل طبيب من المرضى بالمستشفى خلال فترة زمنية معينة، ويدل إرتفاع المعدل علي إنخفاض حصة كل مريض من وقت الطبيب المخصص للفحص والتشخيص والعلاج، والعكس صحيح والمعدل العالمي هو (1|20)، ويحتسب وفق المعادلة التالية:

$$= \frac{\text{عدد المرضى بالمستشفى}}{\text{عدد الأطباء بالمستشفى}}$$

(5) - معدل ذوي المهن الصحية | طبيب: يشير إلي حصة كل طبيب من ذوي المهن الصحية (مساعد طبيب، مساعد صيدلي، مساعد مختبر، ممرض، وغيرهم) بالمستشفى خلال فترة زمنية معينة، ويدل إرتفاع المعدل علي وجود فرص أفضل لتقديم مستوي مرتفع للخدمات الصحية المقدمة للمرضي والعكس صحيح، والمعدل المقبول وفق منظمة الصحة العالمية هو (1|12)، ويحتسب بتطبيق المعادلة التالية:

$$= \frac{\text{عدد ذوي المهن الصحية بالمستشفى}}{\text{عدد الأطباء بالمستشفى}}$$

(6) - معدل عدد المرضى بالمستشفى | ذوي المهن الصحية بالمستشفى: يشير إلي حصة كل موظف من ذوي المهن الصحية (مساعد طبيب، مساعد صيدلي، مساعد مختبر، ممرض، وغيرهم) من المرضى بالمستشفى خلال فترة زمنية معينة، ويدل إرتفاع المعدل علي إنخفاض الوقت المستغرق للعناية الصحية لكل مريض والعكس صحيح والمعدل المقبول وفق منظمة الصحة العالمية هو (1|6)، ويحتسب وفق المعادلة التالية: (عدد المرضى بالمستشفى ÷ عدد ذوي المهن الصحية بالمستشفى).

(7) - معدل عدد الأسرة المتاحة بالمستشفى | ذوي المهن الصحية بالمستشفى: يوضح عدد الأسرة المخصصة لكل موظف من ذوي المهن الصحية بالمستشفى خلال فترة زمنية معينة، ويدل إرتفاع المعدل علي إنخفاض الوقت المخصص للعناية الصحية لكل مريض والعكس صحيح والمعدل

- المقبول وفق منظمة الصحة العالمية هو (13)، ويحتسب وفق المعادلة التالية:
- = (عدد الأسرة المتاحة بالمستشفى ÷ عدد ذوي المهن الصحية بالمستشفى).
- (8) - معدل عدد السكان لكل طبيب بالمستشفى (حضر | ريف): يشير إلي عدد الأطباء بالمستشفى المخصصين لخدمة عدد السكان، ويحتسب كما يلي:
- = (متوسط عدد السكان في السنة ÷ إجمالي عدد الأطباء بالمستشفى).
- ويتضمن معدل عدد السكان لكل طبيب بالمستشفى (حضر | ريف) معدلين هما:
- (18) - معدل عدد السكان (حضر) لكل طبيب بالمستشفى:
- = (متوسط عدد السكان بالحضر في السنة ÷ إجمالي عدد الأطباء بالمستشفى).
- (28) - معدل عدد السكان (ريف) لكل طبيب بالمستشفى:
- = (متوسط عدد السكان بالريف في السنة ÷ إجمالي عدد الأطباء بالمستشفى).
- (9) - معدل عدد السكان لعدد ذوي المهن الصحية بالمستشفى (حضر | ريف): يشير إلي عدد ذوي المهن الصحية المخصصة بالمستشفى لخدمة عدد السكان ويحتسب كما يلي:
- = (متوسط عدد السكان في السنة ÷ إجمالي عدد ذوي المهن الصحية المخصصة بالمستشفى).
- ويتضمن معدل عدد السكان لعدد ذوي المهن الصحية بالمستشفى (حضر | ريف) معدلين هما:
- (19) - معدل عدد السكان (حضر) لعدد ذوي المهن الصحية بالمستشفى:
- = (متوسط عدد السكان بالحضر في السنة ÷ إجمالي عدد ذوي المهن الصحية بالمستشفى).
- (29) - معدل عدد السكان (ريف) لعدد ذوي المهن الصحية بالمستشفى:
- = (متوسط عدد السكان بالريف في السنة ÷ إجمالي عدد ذوي المهن الصحية بالمستشفى).
- (10) - معدل عدد السكان لكل سرير بالمستشفى (حضر | ريف): يشير إلي عدد الأسرة المخصصة بالمستشفى لعدد السكان، ويحتسب وفق المعادلة التالية:
- = (متوسط عدد السكان في السنة ÷ إجمالي عدد الأسرة المتاحة بالمستشفى).
- ويتضمن معدل عدد السكان لكل سرير بالمستشفى (حضر | ريف) معدلين هما:
- (110) - معدل عدد السكان (حضر) لكل سرير:
- = (متوسط عدد السكان بالحضر في السنة ÷ إجمالي عدد الأسرة المتاحة بالمستشفى).
- (210) - معدل عدد السكان (ريف) لكل سرير:
- = (متوسط عدد السكان بالريف في السنة ÷ إجمالي عدد الأسرة المتاحة بالمستشفى).
- (11) - معدل الأطباء لعدد السكان:
- = عدد الأطباء في فترة زمنية معينة ÷ عدد السكان خلال نفس الفترة × 100



(12)-معدل التمريض لعدد السكان:

= عدد هيئة التمريض في فترة معينة ÷ عدد السكان خلال نفس الفترة × 100

(13)-معدل الفنيين لعدد السكان:

= عدد الفنيين في فترة زمنية معينة ÷ عدد السكان خلال نفس الفترة × 100

(14)-متوسط عدد السكان المستفيدين من الخدمات الصحية في منطقة ما:

(متوسط ما تخدمه المستشفى من السكان):

= إجمالي عدد السكان في المنطقة ÷ إجمالي عدد المستشفيات في نفس المنطقة × 100

(15)-نسبة الإحالة إلى مستشفى (مركز صحي) ما:

عدد المرضى المحولين إلى مستشفى (مركز صحي) ما خلال فترة معينة × 100

إجمالي المرضى الذين تم الكشف عليهم في المستشفى ذاتها خلال فترة معينة

(16)-معدل الندوات الصحية لتوعية المترددين علي مستشفى (مركز صحي) ما:

عدد الندوات الصحية التي اقيمت في مستشفى (مركز صحي) ما خلال فترة معينة × 100

إجمالي عدد المترددين للخدمة الصحية علي المستشفى (مركز صحي) في نفس الفترة

(17)- مؤشرات الأمراض:

(1\17)-معدل عدد الإصابة بالمرض:

= عدد الحالات المستجدة من مرض ما في منطقة ما في سنة معينة ÷ عدد السكان المحتمل

تعرضهم للإصابة بذات المرض في نفس المنطقة وخلال نفس الفترة × 100

(2\17)-معدل إنتشار المرض:

= عدد الحالات المتواجدة بالفعل من مرض ما في منطقة ما خلال فترة معينة ÷ عدد السكان

المحتمل تعرضهم للإصابة بذات المرض في نفس المنطقة وخلال نفس الفترة × 100

(3\17)-معدل الوفيات بين الحالات المرضية:

= عدد الوفيات من مرض ما في منطقة ما في فترة معينة × 100

إجمالي الحالات لنفس المرض في نفس المنطقة وخلال نفس الفترة

(4\17)-معدل حاملي المرض :

= عدد حاملي المرض ÷ عدد السكان في منتصف السنة × 100

(5\17)-معدل الأفراد المحتمل تعرضهم للخطر:

= عدد الأفراد المحتمل تعرضهم للخطر ÷ عدد السكان في منتصف السنة × 100

(6\17)-معدل الوفاة السببية:

= عدد الوفيات الناتجة عن مرض ما بين سكان منطقة ما في سنة معينة × 100

عدد سكان هذه المنطقة في منتصف السنة

(2|14)-التوصيات المقترحة وفق نتائج الدراسة الميدانية.

(1|2|14)-تحسين مستوى أداء عناصر أبعاد جودة الخدمة الصحية بالمستشفيات

محل الدراسة.

(1|1|2|14)-عناصر البعد الأول الخاص بالنواحي المادية الملموسة:

- (1)- ضرورة توافر الأجهزة والمعدات الطبية الحديثة بالمستشفيات محل الدراسة وتفعيل استخدامها.
- (2)- ضرورة إتزام الإدارة بالمستشفيات محل الدراسة بتقديم التسهيلات المادية اللازمة لتحسين الخدمة بطريقة منظورة.
- (3)- ضرورة إقتران نظم التحفيز المادي والمعنوي للعاملين بالمستشفى بخدمة المرضى والإلتزام بالمظهر الحسن وال جذاب.
- (4)- ضرورة تطوير الرموز والصورة المادية للخدمة الصحية بالمستشفيات محل الدراسة.
- (5)- ضرورة تطبيق نظم رقابية حديثة ومسبقة لمنع الإخفاق في أداء الخدمة الصحية ولضمان أداء الخدمة بشكل صحيح من المرة الاولى.

(2|1|2|14)-عناصر البعد الثاني الخاص بالاعتمادية:

- (1)- ضرورة تحفيز ومكافأة العاملين بالمستشفى في ضوء إلتزامهم بتقديم الخدمة الصحية المطلوبة في الموعد المحدد لها.
- (2)- ضرورة الوفاء بالوعود المقدمة للمرضي من جانب إدارة المستشفى والعاملين بها.
- (3)- التعاطف مع المريض عندما يتعرض لمشكلة ما وإيجاد حلول مناسبة لها من جانب إدارة المستشفى والعاملين بها.
- (4)- ضرورة إقتران نظم وسياسات المستشفى بغرس ثقة المرضى بها وإمكانية إعتمادهم عليها.
- (5)- ضرورة الاحتفاظ بسجلات دقيقة وصحيحة للمرضي.

(3|1|2|14)-عناصر البعد الثالث (الإستجابة):

- (1)- ضرورة الإلتزام بإبلاغ المريض بدقة عن موعد تقديم الخدمة الصحية والإنتهاء منها.
- (2)- ضرورة إلتزام جميع العاملين بالمستشفى بتقديم خدمة فورية للمرضي.
- (3)- ضرورة توجيه جميع العاملين بالمستشفى بالجودة وخدمة المرضى والإستعداد الدائم لتقديم الخدمة المرغوبة لهم.
- (4)- ضرورة الاستجابة الفورية لتساؤلات ومطالب المرضى من جانب إدارة المستشفى والعاملين بها.

(4|1|2|14)-عناصر البعد الرابع (الأمان):

- (1)- ضرورة إقتران نظم وسياسات المستشفى بتعزيز شعور المرضى بالأمان عند تعاملهم مع



العاملين بالمستشفى.(2)-ضرورة توجه جميع العاملين بالمستشفى بالأدب وحسن الخلق مع المرضى. (3)- ضرورة دعم وتحفيز إدارة المستشفى للعاملين بها علي حل مشكلات المرضى الطارئة والرد علي استفساراتهم.

(5|1|2|14)- عناصر البُعد الخامس (التعاطف):

(1)-ضرورة منح الاهتمام الشخصي والخاص للمرضي من جانب إدارة المستشفى والعاملين بها.(2)-ضرورة تأهيل الأطباء وهيئة التمريض بالمستشفى لإكتساب المعرفة المهنية اللازمة للوفاء بإحتياجات المرضى بدقة.(3)-ضرورة وضع صحة المرضى في مقدمة إهتمامات إدارة المستشفى.(4)-ضرورة ملاءمة ساعات العمل بالمستشفى لجميع المرضى.

(2|2|14)-توصيات أخري للمسئولين بقطاع المستشفيات الجامعية:

(1)-إجراء دورات تدريبية وتأهيلية مستمرة للكوادر الطبية المختلفة لتنمية المهارات الاكلينيكية والسلوكية اللازمة لتحسين الخدمة الصحية وكذا التعامل اللائق مع المرضى وتنمية الإحساس بالتعاطف معهم من جانب الفريق الطبي.(2)-تجديد ترخيص مزولة المهنة للأطباء وهيئة التمريض في ضوء إجتيازهم لإختبارات دورية لضمان الرقابة والتقييم المستمرين لمستوي أدائهم.(3)-تفعيل دور وحدات طب الأسرة لتقليل التكديس علي المستشفيات الجامعية.(4)-تحسين المرتبات وزيادة بدل العدوي وزيادة المبالغ المخصصة للكوادر الطبية المختلفة وخاصة فئة الاطباء لإستقطاب المتميزين منهم ومواجهة العجز من حيث العدد والتخصصات في الاطباء.(5)-تحسين منظومة التكليف للكوادر الطبية المختلفة وفق مبدأ الجدارة.(6)-ضرورة وضع آليات وخطط لتطوير وتحديث التعليم الطبي بكليات الطب تستهدف تحسين مستوي الممارسة الاكلينيكية بحيث يستغرق التدريب الاكلينيكي سنتين وليس في السنة النهائية فقط من الدراسة ويتسق هذا مع مقترح لجنة القطاع الطبي بالمجلس الأعلى للجامعات.

(3|2|14)-تحسين مستوي رضاء العملاء عن الخدمة محل الدراسة وبصفة خاصة

قطاع المستشفيات الجامعية

(1)-ضرورة القياس المنظم والدوري لمستوي رضاء العملاء من جانب إدارة المستشفيات محل الدراسة لضمان الاحتفاظ بهم وتعزيز العلاقات معهم ورفع مستوي ولائهم. (2)-ضرورة قياس إتجاهات ودوافع العميل الداخلي والخارجي بصفة دورية ومنتظمة لتحسين معدلات الاستجابة للشكاوي وتطوير مستوي جودة الخدمات الصحية.(3)- يجب تفعيل التوجه بالعميل Customer orientation بمفهومه الشامل بحيث يتضمن توجيه الانشطة نحو الاشباع التام لرغبات العميل الداخلي The internal customer (كافة العاملين بالمستشفى) والعميل الخارجي The

external customer، وهذا يتطلب الفهم التام لرغباتهم وتوقعاتهم لتقديم خدمة مرتفعة القيمة maximum value تحاكي مصطلح العيوب الصفرية Zero Defect في المنتجات الملموسة. (4)- يجب تحسين مستوى الخدمة الكلية بحيث تفي بتوقعات المرضى . Total service fit to consumer's expectations من خلال العمل الجماعي لخدمة العميل حيث يدرك العميل الصورة الذهنية للمستشفى وليس لقسم بذاته. (5)- ضرورة إقتران تدريب وتعليم العاملين بخدمة العملاء. (6)- ضرورة الإلتزام بتوجيه الموارد نحو رضاء العملاء. (7)- ضرورة تصميم وتفعيل مواصفات رسمية وكمية للرقابة علي جودة الخدمة الصحية مثل وقت الاستقبال Reception والانتظار ووقت الإنتفاع بالخدمة. (8)- ضرورة تبسيط إجراءات أداء الخدمة الصحية. (9)- ضرورة تفعيل التعاون والتنسيق وتحقيق الإنسجام والتناغم Compatibility بين أداء أقسام ووحدات المستشفى والمستشفيات الأخرى لخدمة العملاء. (10)- ضرورة تغيير بعض ممارسات إداة الموارد البشرية HRM لتتوافق مع مفهوم التوجه بالجودة ورضاء العملاء. (11)- ضرورة تقديم الدعم والتحفيز المادي والمعنوي للعاملين بالمستشفيات محل الدراسة وفق معيار رضاء العملاء. (12)- ضرورة قياس درجة التحسين للأداء الصحي بتطبيق المقاييس المرجعية (Benchmarking). (13)- يجب توفير معلومات إضافية تمثل التغذية المرتدة الغير رسمية informal Feed back بشأن رغبات وتوقعات وشكاوي العملاء من خلال الإستبيان والملاحظة.

(15) - مجالات لبحوث مستقبلية مقترحة Future Research:

يثير البحث الحالي موضوعات تستحق مزيد من الدراسة والتحليل مستقبلاً، وأهمها:

- (1)- إعادة إجراء الدراسة الحالية بالتطبيق علي قطاعات صحية أخرى، وكذا بالتطبيق علي قطاعات خدمية مختلفة. (2)- تحليل إدراك المسؤولين والعملاء لمستوي الخدمة الصحية بالتطبيق علي القطاعين محل الدراسة. (3)- تقييم أثر جودة الخدمات الداخلية علي مستوي الأداء للقطاعين محل الدراسة. (4)- تقييم مستوي الأداء الصحي بتطبيق المؤشرات الكمية الواردة بالبحث. (5)- دراسة طبيعة وإتجاه العلاقة بين جودة الخدمة الصحية وبين متغيرات تابعة مثل ولاء العميل، الميل لتكرار الشراء، الصورة الذهنية للمنظمة، الأداء المالي، الأداء التسويقي، الميزة التنافسية ودعم القدرة التنافسية للمنظمة. (6)- تقييم أثر أبعاد الإستقامة التنظيمية Organizational Virtuousness (النزاهة، التفاؤل، الثقة، الرحمة، والتسامح) علي مستوي الأداء الصحي فمن المتوقع إتساق هذه الأبعاد مع الرعاية الصحية Health care للمرضي. (7)- تقييم أثر إدارة الجودة الشاملة علي مستوي الأداء الصحي. (8)- تحديد أثر متغيرات تنظيمية علي جودة الخدمة



الصحية ومنها: الرسوخ الوظيفي، الرشاقة التنظيمية،
سلوكيات المواطنة التنظيمية، الإحترق الوظيفي، ضغوط العمل، الصمت التنظيمي، جودة حياة
العمل، التهكم التنظيمي، وأنماط القيادة المختلفة ومنها: (القيادة التحويلية، القيادة الخادمة،
القيادة الأخلاقية، القيادة التوزيعية، والقيادة الأبوية Paternalistic Leadership، وغيرها).

(16)- قائمة المراجع Lest of References:

(1\16)- المراجع العربية:

- (1)- أبو بكر، مصطفى محمود. (2004). استخدام منهج الإدارة الاستراتيجية ومبادئ Six Sigma لتحسين جودة الخدمة وتحقيق رضاء العملاء في المستشفيات الحكومية. مجلة كلية التجارة للبحوث العلمية، كلية التجارة، جامعة الإسكندرية، العدد الثاني، ص ص 239-296.
- (2)- أبو حصيرة، ميساء فتحي عيد. (2016). تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية: دراسة حالة علي مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- (3)- أبو طه، سامي سليم. (2010). أثر الإحتراق الوظيفي علي فاعلية الأداء بالتطبيق علي المستشفيات الفلسطينية الحكومية في محافظة غزة. المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، كلية التجارة، جامعة عين شمس، العدد (3)، ص ص 519-548.
- (4)- إدريس، ثابت عبد الرحمن. المرسي، جمال الدين محمد. (1993). قياس جودة الخدمة وتحليل العلاقة بينها وبين كل من الشعور بالرضاء العميل والميل للشراء (مدخل منهجي تطبيقي). مجلة التجارة والتمويل، كلية التجارة، جامعة طنطا، العدد الأول، ص ص 150-196.
- (5)- إدريس، ثابت عبد الرحمن. (1996). قياس جودة الخدمة باستخدام مقياس الفجوة بين الإدراكات والتوقعات: دراسة منهجية بالتطبيق علي الخدمة الصحية بدولة الكويت. المجلة العربية للعلوم الإدارية، جامعة الكويت، العدد الأول، المجلد الرابع، ص ص 9-41.
- (6)- البياتي، حسين ذنون علي حسين. (2001). أثر درجة الاعتمادية بين المعايير في أداء المستشفيات |دراسة وصفية تحليلية في المستشفيات الحكومية في محافظة نينوي. اطروحة دكتوراه في إدارة الأعمال، جامعة الموصل، كلية الإدارة والاقتصاد، ص ص 89-92.
- (7)- البياتي، حسين ذنون علي حسين. (2005). المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات. الطبعة الأولى، عمان، الأردن، ص ص 115-118.
- (8)- الجبريري، صالح عمرو. (2009). قياس جودة الخدمات الصحية (دراسة ميدانية لآراء عينة من الزبائن (المرضي) المتعاملين مع المستشفيات الخاصة في محافظة عدن). مجلة العلوم الإدارية والاقتصادية، العدد الرابع، ص ص 45-59.
- (9)- الجمال، أمل عبد المرضي عبد المنعم. (2019). محددات جودة الخدمات الصحية وعلاقتها برضا العملاء في المستشفيات الحكومية. مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، العدد السابع عشر.



- (10)- السيد، مصطفى عبد المنعم كامل(2016).الثقة كمتغير لتطوير خدمات الرعاية الصحية الحكومية بالمراكز الصحية بالحضر:دراسة مطبقة علي المراكز الصحية بمنطقة حدائق القبة بالقاهرة.مجلة الخدمة الاجتماعية،الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين،عدد56،جزء9 .
- (11)-الشرقي،عمر بن زيان(2017).تقييم الكفاءة الانتاجية لبرنامج الرعاية الصحية المنزلية باستخدام اسلوب تحليل مغلف البيانات:دراسة تطبيقية علي مستشفيات وزارة الصحة بمحافظة جدة،مجلة البحوث التجارية،كلية التجارة،جامعة الزقازيق،المجلد39 ،العدد2.
- (12)-الطويل،أكرم أحمد.الكيكي،غانم محمود أحمد.الحيالي،رغيد إبراهيم إسماعيل.(2010). بعض مؤشرات تقييم أداء المستشفيات | دراسة حالة في مستشفيات محافظة نينوي للفترة من (2003 - 2006).مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية،كلية الإدارة والاقتصاد،المجلد6، العدد 20،ص ص 1-17.
- (13)-القحطاني،رفعان حمد.(2018).تطوير جودة الخدمة الإجتماعية في المستشفيات والمراكز الصحية وفق رؤية المملكة العربية السعودية2030.مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية،المركز القومي للبحوث،المجلد(2)،العدد(6)،غزة،فلسطين.
- (14)-المستوفي،صباح صاحب(2018).التخطيط لتحسين الخدمات الصحية.الجامعة المستنصرية،مركز المستنصرية للدراسات العربية والدولية،العدد(61)،بغداد،العراق
- (15)-النسور،بلال هاشم(2019).مدي الجاهزية للتغييرالتنظيمي وأثرها علي جودة الخدمات الصحية من خلال تطوير الهيكل التنظيمي في ضوء نظرية القدرات الديناميكية:دراسة حالة بالتطبيق علي المستشفيات الجامعية في الأردن،مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية،المجلد27،العدد2.
- (16)-الإمام،وفقي السيد.(2003).محددات جودة الخدمة الصحية وأثرها علي رضا العملاء في المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة الدقهلية،المجلة المصرية للدراسات التجارية، كلية التجارة ،جامعة المنصورة ،العدد(4)، ص ص 1-36.
- (17)-ثابت،نعمه عبد الحميد.(2006).تطوير الخدمة المقدمة لحجاج بيت الله الحرام في صالونات الحلاقة.مجلة البحوث التجارية المعاصرة ،كلية التجارة بسوهاج،العدد الأول،ص ص 112-206.
- (18)-جادالله،جيهان إبراهيم سعد.(2015).خدمات الرعاية الصحية في مصر.مجلة الخدمة الاجتماعية،الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين،القاهرة،مصر.
- (19)-جلدة ،سليم بطرس.(2007).إدارة المستشفيات والمراكز الصحية.عمان،الأردن،ص

ص 107-108.

(20)-جماعة، عبد الله أمين محمود.(1998). المتغيرات المؤثرة علي إدراك المستهلكين لجودة الخدمة الصحية وأثارها التسويقية.مجلة الدراسات والبحوث التجارية،كلية التجارة،جامعة الزقازيق، فرع بنها، العدد(1)، ص ص 232-272.

(21)- حافظ، محمد حسن، علي، نازك عبد الله حامد(2019). أثر مهارات التعامل مع المرضى علي جودة الخدمة الصحية:دراسة تطبيقية علي عينة من المستشفيات الخاصة في ولاية الخرطوم.المجلة العلمية للاقتصاد والأعمال، مركز رفاذ للدراسات والابحاث، مجلد(6)، العدد(3).

(22)-حسن، صفاء أحمد الشربيني.(2006).مدي إدراك المسؤولين لأبعاد جودة الخدمة الصحية وأثره علي الممارسات الإدارية.المجلة المصرية للدراسات التجارية،كلية التجارة،جامعة المنصورة، العدد الأول،،ص ص 260-295.

(23)-حسين، أحمد علي أحمد.(1999).العلاقة بين إدارة توقعات العملاء وبعض مؤشرات الأداء بمنظمات الخدمات-دراسة تطبيقية.مجلة البحوث التجارية المعاصرة،كلية التجارة بسوهاج،المجلد الثالث عشر، العدد الأول،،ص ص 153-205.

(24)-خفاجي، فاطمة رزق عبد الرحمن أحمد.(2014).الشفافية وتطوير خدمات الرعاية الصحية:دراسة مطبقة علي مستشفى الباطنة التخصصي بمدينة المنصورة.مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية،كلية الخدمة الاجتماعية،جامعة حلوان ، العدد37 .

(25)-ذياب، صلاح محمود.(2012).قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين.مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الإقتصادية والإدارية،شئون البحث العلمي والدراسات العليا،الجامعة الإسلامية،المجلد (20)،فلسطين.

(26)-ضوء الكوفي، وداد محمد.(2016).تطبيق معايير جودة الخدمات لتحسين أداء الخدمات الصحية في مستشفى العيون بليبيا.المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة،كلية التجارة، جامعة عين شمس، العدد(1).

(27)-عبد الرحمن، أحمد عبد الكريم.(2000).قياس جودة الخدمة في المنظمات الحكومية بالتطبيق على الخدمات الصحية.مجلة البحوث التجارية المعاصرة، كلية التجارة بسوهاج، جامعة جنوب الوادي، العدد الأول، ص 213.

(28)-عبد العليم، محمد بكري.(2000).قياس جودة الخدمات المهنية:دراسة تطبيقية لمفاهيم ومقاييس جودة خدمة مراجعة الحسابات وأثرها علي رضاء العملاء.المجلة العلمية للاقتصاد



- والتجارة، كلية التجارة، جامعة عين شمس، العدد الثالث، ص ص 301-338.
- (29)- عبد الغفار، حسام. (2020). أمين عام المجلس الأعلى للمستشفيات الجامعية بوزارة التعليم العالي.
- (30)- عبد الوهاب، أحمد. (2017). قراءة في موازنة قطاع الصحة المصري ومصادر الإنفاق والتمويل. ورقة بحثية مقدمة من مدير الوحدة الإقتصادية بالمركز المصري لدراسات السياسات العامة، 2016|2017.
- (31)- محمد، نجلة يونس.، إسماعيل، خولة خالد (2004). استخدام معايير تقييم الأداء في تقديم الخدمات الصحية بالتطبيق علي إحددي المستشفيات في محافظة نينوي، مجلة تنمية الرافدين، المجلد 26، العدد 75، ص 178-179.
- (32)- محمود، علاء الدين عبد الغني. (2002). دراسة تحليلية لاثر الجودة المدركة للخدمة علي كل من رضاء العميل عن الخدمة وولاء العميل للخدمة: بالتطبيق علي سلاسل من مطاعم الوجبات السريعة. مجلة الدراسات المالية والتجارية، كلية التجارة، جامعة بني سويف، العدد الأول، ص ص 257-311.
- (33)- نصار، أسماء إبراهيم. (2013). أثر تطبيق معايير اعتماد المستشفيات علي تحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية في مستشفى الأمير حمزة دراسة حالة، رسالة ماجستير، كلية الأعمال، جامعة عمان، عمان، الأردن.
- (34)- مركز المعلومات ودعم إتخاذ القرار، مجلس الوزراء المصري، (2020|2021).
- (35)- موقع وزارة المالية المصرية، (2016|2017، 2017|2018، 2018|2019، 2019|2020، 2020|2021).

(2\16)-المراجع الاجنبية:

- (1)-Aaker, D and Day, G.(1986).Marketing Research ,New York ,JohnWiley&Sons. P.68.
- (2)-Abedniya, A.et al.(2011).Investigating the Relationship between Customers, Perceived Service Quality and Satisfaction: Islamic Bank in Malaysia European .Journal of Social Sciences, Vol.21, pp.608-609.
- (3)-Alheet.A, F. (2019).The Impact of organizational silence causal factors on self-efficacy of health center Employees in the Jordanian capital city (Amman).Academy of Strategic Management Journal, Vol.18, Issue. 3, pp.1-12.
- (4)-Babbar, S.(1992).A Dynamic Model for Continuous Improvement in the Management of Service Quality. International Journal of Operations and Production, 12, 2, pp.38-48.
- (5)-Bailey, R, Ball, S.(2006).An Exploration of the Meanings of Hotels Brand Equity. The Services Industries Journal, No.1, pp.15-38.
- (6)-Bolton, R and Drew, J. (1991).A longitudinal Analysis of the Impact of Service Changes on Customer Attitudes.Journal of Marketing, January, pp.2-9.
- (7)-Brady, M.K, Cronin, J, and Brand, R,R.(2002).Performance-only measurement of service quality: a replication and extension. Journal of Business Research,Vol.55, p.8.
- (8)-Chen, S.CRaab,C.,&Tanford,S.(2017).Segmenting customers by Participation: an innovative path to service excellence. International, Journal of Contemporary Hospitality Management, Vol.29, No.5 , pp.51-62.
- (9)-Cronin, J.J. &Taylor, S.A. (1992). "Measuring Service Quality: a Re-Examination and Extension. Journal of Marketing, Vol. 6, No.7, pp.55-68.
- (10)-Cronin, J.J. & Taylor, S.A. (1994).SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perception-Minus-Expectations Measurement of Service Quality.Journal of



- Marketing, Vol. 58 No.1, pp. 125-131.
- (11)-Dotchin, J.A. and Oakland, J.S. (1994).Total quality management in services: Part2 Service quality. International Journal of Quality&Reliability Management, Vol.11, No.3, pp. 27-42.
- (12)-Douglas.A.,et al.(2000).Basic Statistics for Business and Economics.McGraw-Hill Inc., New York, P.252.
- (13)-Flavian, C.,M.Guinaliu, R.Gurrea.(2006).The role played by Perceived usability, Satisfaction and Consumer trust on website loyalty, Information &Management, Vol.43, pp1-14.
- (14)-Florina, S. et.al.(2013). A study of health professional's burnout and Quality of care in Romania. Procedia–Social and Behavioral Sciences, 84, pp1149-1153.
- (15)-Francis,B.(2005).Customer Relationship Management.Else Liver , First Edition.p.20.
- (16)-Gang than Long and Bui Dai Thu,(2013).Access of Order Persons to Health Insurance and Health-Care Services in Vietnam:Current State and Policy Options,Asia-Pacific Population Journal,National Economics University,Vol.28.
- (17)-Goswami,I and Dsilva,N.R.(2019). Impact of Job sector an empirical study using SEM.Journal of Strategy and Management, Vol.12, No.3, pp328-337.
- (18)-Hair,J.,Black,W, Babin,B.&Anderson ,R.(2010).Multivariate Data Analysis :A global Perspective.7th edition ,Pearson Education ,Inc,Saddle River, New Jersey. P.86.
- (19)-Harris B.Eyles.,et.al,(2014).Bringing Justice to Unacceptable Health Care Services .Journal of Transitional Justice University of the Witwatersrand South Africa,Vol.8.
- (20)-Jamal,A and Adelowore,A.(2008).Customer-employee relationship.The role of self-employee congruence.European Journal of Marketing, Vol.42, No.11|112,, p113.
- (21)-Johnson,G.(2012).Exploring Barriers to Primary Health Care Services on First Nations Reserves in Manitoba.University of Northern British Columbia.

- (22)-Klein,J. et.al.(2011).Psychosocial Stress at Work and perceived quality of care among clinicians in surgery :BMC Health Services Research,11,1,pp11-19.
- (23)-Krishna,C.N.(2010).Service Quality(Servqual) and its Effect on Customer Satisfaction in Retailing,European Journal of Social Sciences,Vol.16,No.2,pp.228-233.
- (24)-LeninkumerV.(2017).The Relationship between Customer Satisfaction and customer Trust on customer loyalty. International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, Vol.7, No.4, 450-465.
- (25)-Lewis,B.R. and Mitchell,V.W.(1990).Defining and measuring the quality of customer service. Marketing Intelligence &Planning, Vol.8, No.6, pp. 11-17.
- (26)-Liu C.and Tsung Y.W.(2017). A study on the effect of service quality on customer loyalty and corporate performance in financial industry .Problems and Perspectives in Management, Vol.15, No.2, 55-63.
- (27)-McAlexander,J.Kaldenberg,D.andKoeing,H.(1994).Service Quality Measurement.Journal of Health Care Marketing. Journal of Contemporary Hospitality Management, Vol.14, No.3, pp.36-41.
- (28)-Minjoon Jun .et al. (2004).Customers' perceptions of online retailing service quality and their satisfaction .International Journal of Quality &Reliability Management, p.84-92.
- (29)-Montgomery, A. et.al. (2013).Improving and safety in the hospital: The Link between Organizational Culture, Burnout, and Quality of care. British Journal of Health Psychology, 18, 3, pp656-662.
- (30)-Mudallal, R. H et.al. (2017).Quality of nursing care: the influence of work conditions, nurse characteristics and burnout. International Journal of Africa Nursing Sciences,7, pp24-30.
- (31)-Oh,H.(1999).Service quality, customer satisfaction and customer value: a holistic perspective. International Journal of Hospitality Management, Vol. 18, pp. 67-82.
- (32)-Oliver, R.L.(1981).Measurement and Evaluation of Satisfaction



- Process in Retail Setting. *Journal of Retailing*, Vol.57,pp 41-51.
- (33)-Oliver, R.L.(1993).A Conceptual Model of Service Quality and Service Satisfaction: Compatible Goals,Different Concepts. *Advances in Service Marketing and Management*, Vol. 2, pp. 65-85.
- (34)-Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. &Berry, L.L. (1985).A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, Vol. 49, No. 4, pp.41-50.
- (35)-Parasuraman,A.(2002).Service Quality and Productivity: Synergistic Perspective, *Management Service Quality*, Vol.12, No.1, p.6.
- (36)-Saygili, M., Ozer, O and Karakaya,P.O.(2020).Paternalistic Leadership, Ethical Climate and Performance in health staff. *Hospital Topics*, Vol.98, No.1, pp.27-34.
- (37)-Sin Kit Yeng, Muhammad Shahar Jusoh and Noormaizatul Akmar Ishak.(2018).The Impact of Total Quality Management (TQM) on Competitive Advantage: A conceptual Mixed Method Study in /the Malaysia Luxury Hotel Industries.*Academy of Strategic Management Journal*, Vol.17, Issue.2, pp193-197.
- (38)-Sit, W, Ooi, K, Lin.B&Chong, A.Y.(2009).TQM and customer satisfaction in Malaysia's service sector.*Industrial Management &Data Systems*, 109 (7), pp.957-975.
- (39)-Spreng, R.A. and Mackoy, R.D.(1996).An empirical examination of a model of perceived service quality and satisfaction", *Journal of retailing*, Vol. 7, pp. 201-14.
- (40)-The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).
- (41)-World Health Organization (WHO).(2018).International Journal of Health Care Quality Assurance,Vol233,Issue8,<https://doi.org/10.1108/hcqa.2010.06223hab.001>.
- (42)-WWW.drguide.mohp.gov.eg
- (43)-WWW.shakwa.eg.
- (44)-Yap, Sheaufn, Kew, Meilian.(2005).Service quality and customer satisfaction: antecedents of customer's re-patronage intentions,

Sunway Academic Journal, pp.1-12.

- (45)-Youngdahl, W.E., et al. (2003).Revisiting customer participation in service encounters: does culture matter? Journal of Operation Management, 21, pp.109-120.**
- (46)-Zeithaml.V.A,Berry.L.L&Parasuraman,A.(1996).The Behavioral Consequences of Service Quality.Journal of Marketing, pp.4-9.**
- (47)-Zeithaml.V.A,Berry.L.L&Parasuraman,A.(2006).Forward–looking focus can firms have adaptive foresight?.Journal of Service Research,Vol.9, No.2, p.170.**



ملحق البحث-قائمة الاستقصاء الموجهة للعملاء

بسم الله الرحمن الرحيم

السيد الأستاذ الفاضل/...../ السيدة الأستاذة الفاضلة/.....

تحية طيبة وبعد....،

تدرك المنظمات الناجحة أهمية تحسين رضا العملاء من خلال تقديم مستوي متميز من الخدمات المقدمة لهم، ويقوم الباحث بإجراء دراسة علمية بعنوان " أثر جودة الخدمة الصحية علي رضا العملاء " ولقد وقع الاختيار عليكم كأحد مفردات عينة الدراسة، ويعد إستيفاء سيادتكم لقائمة الاستقصاء جزءاً من هذا البحث للاستفادة من خبراتكم وتدعيم نتائجه التطبيقية، ونؤكد أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخري خاطئة، وإنما الإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن وجهة نظركم بكل دقة وموضوعية.

والباحث يقدر أهمية تعاونكم في الإجابة علي الأسئلة الواردة بالقائمة، ويؤكد لكم بأن هذه الدراسة تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط. كما أن كافة ما تدلون به من آراء وإجابات سوف تحظي بالسرية التامة وإنها تخضع للتحليل الإحصائي الذي لا يفصح عن شخصية المستقصي منه وإستخراج نتائج عامة مجمعة فقط دون التعرض لكل مفردة علي حده.

ولسيادتكم جزيل الشكر وفائق الاحترام والتقدير لتعاونكم الصادق.

الباحث

دكتور احسن عيد لبيب أبو العلا

المدرس بقسم إدارة الأعمال

كلية التجارة - جامعة بني سويف

ملاحظة هامة: من فضلك قائمة الاستقصاء تتضمن ثلاثة أجزاء

الجزء الأول - قياس مستوى جودة الخدمة الصحية

فيما يلي عدد من العناصر التي تتوافر بدرجات متفاوتة في أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة لكم من المستشفى. من فضلك ضع علامة (√) أمام الإجابة التي تحدد درجة موافقتك علي توافر كل عنصر من هذه العناصر، مع ملاحظة أن الرقم (1) يشير إلي أقصى درجات عدم الموافقة، بينما يشير الرقم (5) إلي أقصى درجات الموافقة مع مراعاة عدم ترك أي سؤال بدون إجابة وإختيار إجابة واحدة لكل سؤال.

م	عناصر أبعاد جودة الخدمة الصحية	درجات الموافقة			
		غير موافق علي الإطلاق (1)	غير موافق (2)	غير متأكد (محايد) (3)	موافق تماماً (5)
1	يتوافر بالمستشفى أحدث الأجهزة والمعدات الطبية.				
2	يتم تقديم جميع التسهيلات المادية بالمستشفى بطريقة منظورة.				
3	يتمتع العاملون بالمستشفى بمظهر حسن وجذاب.				
4	إن الصورة المادية للخدمة الصحية بالمستشفى جذابة بطريقة منظورة.				
5	تحرص إدارة المستشفى علي الوفاء بالوعود التي تقدمها للمرضي في مواعيدها.				
6	عندما يتعرض المرضي لمشكلة صحية معينة فإن إدارة المستشفى تتعاطف معهم وتعمل علي حلها.				
7	أشعر بالثقة وإمكانية الاعتماد علي المستشفى.				
8	يتم تقديم الخدمة الصحية المطلوبة في الموعد المحدد لها.				



					9	تحرص إدارة المستشفى علي الاحتفاظ بسجلات دقيقة وصحيحة.
					10	يتم إبلاغ المريض بدقة عن موعد تقديم الخدمة الصحية والإنتهاء منها.
					11	أتلقي خدمة فورية من العاملين بالمستشفى.
					12	جميع العاملين بالمستشفى علي إستعداد دائم لتقديم الخدمة المرغوبة للمرضي.
					13	عدم إنشغال العاملين بالمستشفى عن الاستجابة الفورية لتساؤلات ومطالب المرضي.
					14	أثق في جميع العاملين بالمستشفى.
					15	أشعر بالأمان عند تعاملي مع العاملين بالمستشفى.
					16	يتحلي العاملون بالمستشفى بالادب وحسن الخلق.
					17	تشجع إدارة المستشفى العاملين علي حل المشكلات الطارئة للمرضي والرد علي إستفساراتهم.
					18	تعطي إدارة المستشفى إهتماماً خاصاً للمرضي.
					19	أحصل علي الاهتمام الشخصي من العاملين بالمستشفى عند طلبي للخدمة الصحية .
					20	يعرف الأطباء بالمستشفى إحتياجات المرضي بدقة.
					21	تضع إدارة المستشفى صحة المرضي في مقدمة إهتماماتها.
					22	ساعات العمل بالمستشفى غير ملائمة لجميع المرضي.

الجزء الثاني - قياس مستوى رضاء العملاء

فيما يلي بعض العبارات التي تعكس بعضاً من مشاعرك تجاه الخدمة التي تحصل عليها. من فضلك ضع علامة (√) أمام الإجابة التي تعبر عن وجهة نظركم مع ملاحظة أن الرقم (1) يشير إلي أقصى درجات عدم الموافقة، بينما يشير الرقم (5) إلي أقصى درجات الموافقة مع مراعاة عدم ترك أي سؤال بدون إجابة واختيار إجابة واحدة لكل سؤال.

م	العناصر	درجات الموافقة				
		غير موافق علي الإطلاق (1)	غير موافق (2)	غير متأكد (محايد) (3)	موافق (4)	موافق تماماً (5)
1	أشعر بالرضاء للتعامل مع هذه المستشفى.					
2	أنني لا أنوي تكرار التعامل مع هذه المستشفى بشكل منتظم في المستقبل.					
3	أشعر بالسعادة كلما حصلت علي الخدمة من هذه المستشفى .					
4	بصفة عامة، فإن الخدمة التي أحصل عليها من هذه المستشفى مرضية جداً بالنسبة لي.					
5	أنني أفضل هذه المستشفى عن غيرها من المستشفيات الأخرى.					



(الجزء الثالث)- بيانات عامة عن المستقصي منه

نرجو منكم استيفاء هذه البيانات: (الرجاء وضع علامة (√) في الخانة المناسبة):

* النوع :

ذكر أنثى

* العمر :

أقل من 30 سنة.

من 30 سنة إلى أقل من 45 سنة.

من 45 سنة إلى أقل من 60 سنة.

60 سنة فأكثر.

* مستوي الدخل الشهري:

أقل من 3000 جنييه.

من 3000 جنييه إلى أقل من 6000 جنييه.

من 6000 جنييه إلى أقل من 9000 جنييه.

9000 جنييه فأكثر.

* مستوي التعليم:

مؤهل أقل من المتوسط.

مؤهل ثانوي | مؤهل متوسط.

مؤهل جامعي.

مؤهل أعلى من الجامعي.

* نوع منظمة الخدمة:

المستشفى الخاص.

المستشفى الجامعي.

جزيل الشكر لحسن تعاونكم.