

قياس أثر جودة الخدمة الصحية المقدمة في مستشفى طب العيون

على رضا المرضى -ولاية بشار، الجزائر

د، بشير بودية

أستاذ محاضر قسم "ب"، جامعة طاهري محمد، بشار، الجزائر

bbachirboudia@gmail.com

ملخص: تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة العمومية الاستشفائية لطب العيون بولاية بشار من وجهة نظر المرضى، وأثرها على درجة رضاهم، بالإضافة إلى معرفة إن كان هناك اختلاف في آراءهم نحو مستوى الخدمة الصحية المقدمة تعود لخصائصهم الديمغرافية. وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها: وجود تأثير لمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة على رضا المرضى، عدم وجود اختلاف في اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة تبعاً لخصائصهم الديمغرافية.

الكلمات المفتاحية: أبعاد الجودة -الخدمة الصحية-جودة الخدمة-رضا المرضى..

Abstract: This study aims to find out the quality of health services provided in the level of public hospital Ophthalmology in Béchar from the viewpoint of patients and their impact on the degree of their satisfaction, and to identify whether there is a difference in their views about the level of service provided due to their demographic characteristics. The study comes up with the following major conclusions: an existing impact of the level of quality of health services provided on patient satisfaction, no remarkable difference in patients' attitudes towards the quality of health service provided depending on their demographic characteristics.

Key words: Dimensions of Quality (ServQual)-health service-quality of service-patient satisfaction.

تمهيد: إن من فطرة الإنسان البحث دوماً عن الجودة في ملبسه ومأكله وجوانب حياته كلها، حيث أصبحت الجودة وبشكل متزايد الجزء السائد في حياة الأشخاص، فالناس يبحثون باستمرار عن جودة المنتجات والخدمات الصحية، التي تعتبر حق من حقوق الإنسان، لذا فهو يسعى جاهداً ليعيش حياة خالية من الأمراض الجسمية، والنفسية، والاجتماعية.¹

وفي خضم التنافس الكبير الذي تشهده الساحة العالمية، صارت الجودة سلاح تنافسي رئيسي تعتمد عليه المنظمات في بلوغ أهدافها، ويعزز هذا قول Oakland: بأن الأداء ذو الجودة العالية كان على الدوام عاملاً استراتيجياً رئيسياً للنجاح في الأعمال التجارية، ولكن أصبح الآن أكثر من أي وقت مضى مطلوب، لتحقيق التنافس بنجاح في الأسواق العالمية في القرن الحادي والعشرين.²

وتظهر نتائج الجودة العالية للخدمات الصحية في رضا المرضى والمجتمع بشكل عام، والموظفين والموردين، والأداء الأفضل للمنظمة،³ ويؤدي تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية، إلى انخفاض التكاليف وزيادة الإنتاجية وإتاحة أفضل خدمة للمستفيدين، مما يعزز الأداء التنظيمي ويوفر علاقات عمل طويلة الأجل للموظفين والموردين.⁴

1. إشكالية الدراسة: إن التقدم الهائل في تكنولوجيا المعدات والتقنيات الطبية، وتطور مستوى العلمي في مجال الطب نتج عنه التميز في جودة الخدمات الصحية المقدمة في كبريات المستشفيات الرائدة في القطاع الصحي، وأمام هذا التحدي فإن المستشفيات

العمومية الجزائرية مطالبة كغيرها بتحسين جودة خدماتها الصحية، خاصةً وأنها الجهة الوحيدة التي تقدم خدمات شبه مجانية لكافة المواطنين، والارتقاء إلى مستوى الذي يعزز مكانتها عندهم.

انطلاقاً مما سبق تحاول هذه الدراسة الإجابة على السؤال التالي:

ما هو أثر جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة العمومية الإستشفائية لطب العيون على رضا المرضى؟

وينبثق عن هذا التساؤل الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

- ما مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة من وجهة نظر المرضى؟
- هل هناك علاقة تأثير بين مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى ورضا المرضى؟
- هل هناك اختلاف في رؤى المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى خصائصهم الديمغرافية؟

2. فرضيات الدراسة: لمعالجة موضوع البحث تم صياغة الفرضيات التالية:

أ. الفرضية الرئيسية الأولى: H_{01} : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى خصائصهم الديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، عدد مرات دخول المستشفى).

ب. الفرضية الرئيسية الثانية: H_{02} : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى (الأشياء الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف) على رضا المرضى عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

3. أهمية وأهداف الدراسة: تنبع أهمية هذه الدراسة من أهمية الجودة في المؤسسات الصناعية والخدمية على حد سواء، والتي ظهرت فوائدها عملياً من خلال زيادة الإقبال على منتجاتها، وسمعتها الجيدة بين منافسيها بالإضافة إلى أهمية الدور الذي تلعبه جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المرضى والذي يعد الغاية الأسمى الذي تسعى إليه كل مؤسسة صحية. أما الأهداف تتلخص فيما يلي:

- التعرف على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى.

- التعرف على اتجاهات المرضى نحو مستوى جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً.

- تحليل وتحديد طبيعة العلاقة والأثر بين مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة ورضا المرضى.

4. الجانب النظري:

4.1 مفهوم الخدمة: إن مفهوم الخدمة اكتسب زخم كبير في مجال التسويق، وكانت أطروحة جونسون Johnson سنة

1969م، أول من طرح السؤال "هل السلع والخدمات مختلفة حقاً؟"⁵، وJudd سنة 1964م اقترح تصنيف الخدمة، وRathmell سنة 1966م، شجع المسوقين لتكريس المزيد من الاهتمام لقطاع الخدمات⁶. وبما أن الخدمة تختلف عن السلعة من حيث خصائصها فيكون من الصعب إيجاد مفهوم محدد لها، لدى ظهرت عدة تعاريف من طرف الباحثين محاولة منهم إيجاد تعريف شامل ومحدد للخدمة ومن بين هذه التعاريف ما يلي:

عرف Armstrong وkotler الخدمة بأنها: نشاط أو منفعة أو رضا معروضة للبيع والتي هي في الأساس غير ملموسة، ولا ينتج عنها أية ملكية.⁷

أما Gronroos فقد عرفها على أنها: نشاط أو سلسلة من الأنشطة ذات طبيعة على الأكثر أو أقل ملموسة، والتي طبيعياً ولكن ليس ضرورياً أن تحدث عن طريق التفاعل بين المستهلك ومقدم الخدمة، أو السلع والموارد المادية أو الأنظمة التي توفرها والتي تقدم كحل لمشاكل المستهلكين.⁸

ويقول Gummesson بأن: الخدمات هي بعض الأداءات التي يمكن شراؤها وبيعها، بحيث لا يمكن الاستغناء عنها أو تركها.⁹

ويرى Vargo و Lusch أن الخدمة هي: تطبيق الكفاءات المتخصصة (المهارات والمعرفة) من خلال الأفعال، والعمليات، والأداء لصالح شخص آخر أو الشخص نفسه (خدمة ذاتية).¹⁰

أما Stanton فعرف الخدمة بأنها: نشاطات غير ملموسة تهدف إلى إشباع الرغبات والاحتياجات عندما يتم تسويقها إلى المستهلك النهائي أو المستعمل الصناعي، مقابل سداد مبلغ معين من المال بحيث لا تقتصر هذه الخدمات ببيع منتجات أخرى.¹¹

4.2. مفهوم جودة الخدمة الصحية: إن تحديد مفهوم دقيق لجودة الخدمة الصحية ليس سهلاً، وذلك بسبب طبيعتها وخصائصها غير الملموسة، وهي أكثر صعوبة في التحديد والقياس مقارنة بالقطاعات الأخرى¹²، وهي تتميز عن السلعة في أنها غير قابلة للمس، وعدم التجانس، والتزامن في الإنتاج والتسليم، كلها تجعل من الصعب تحديد وقياس الجودة¹³. ومن صعوبات أيضاً الطبيعة المعقدة للممارسات الرعاية الصحية، المصالح المختلفة للمشاركين في تقديم الرعاية الصحية، والاعتبارات الأخلاقية.¹⁴

أ. تعريف جودة الخدمة الصحية: في سنة 1933م، عرف Lee و Jones جودة الخدمة الطبية على أنها: تطبيق جميع أنواع الخدمات الطبية الحديثة، لتلبية احتياجات الناس.¹⁵

أما Palmer، و Donabedian، و Povar فقد عرفوا الرعاية الصحية على أنها: نتاج تحسين الصحة وتلبية حاجة السكان في حدود التكنولوجيا المتوفرة، والموارد، وظروف المستهلك.¹⁶

ووصفها Williamson بأنها: قياس المستوى الحقيقي للخدمة المقدمة، مع بذل الجهود اللازمة لتعديل، وتحسين مستوى هذه الخدمة.¹⁷

وحسب اللجنة الطبية في المعهد الأمريكي للطب فإن الجودة الصحية هي: درجة الزيادة المحتملة للنتائج الصحية المرجوة من الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والسكان، والتي تتفق مع المعرفة المهنية الحالية.¹⁸

وتعرف منظمة الصحة العالمية الجودة بأنها: التماشي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع، وبتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تغيير وتأثير على نسبة الحالات المرضية، ونسبة الوفيات، والإعاقة، وسوء التغذية.¹⁹

ب. أبعاد جودة الخدمة: في سنة 1988م²⁰، قام Parasuraman و Zithmail و Berry بدمج الأبعاد العشرة التي توصلوا لها في دراستهم سنة 1985م²¹، في خمسة أبعاد هي: الجوانب المادية الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، والتعاطف. بحيث اعتبروا أن التعاطف يتضمن (الاتصال، المصادقية، الأمان، الكفاءة، الجاهلية) أما الأمان يشمل كل من (فهم/معرفة الزبون وإمكانية الحصول على الخدمة)، وهي ما تعرف ب ServQual أو مقياس جودة الخدمة والذي يتضمن الأبعاد التالية:

- الجوانب المادية الملموسة (Tangibles): وتشمل التسهيلات المادية، والتجهيزات ومظهر الموظفين.

- الاعتمادية (Reliability): وتعني القدرة على تقديم الخدمة بمجدارة وعلى الوجه الصحيح.

- الاستجابة (Responsiveness): وتعني الرغبة في مساعدة الزبون وتقديم خدمة فورية.

- الأمان (Security): ويعني تحلي الموظفين بالمعرفة والقدرة على جعل الزبون يحس بالثقة والأمان.

- التعاطف (Empathy): ويعني مستوى العناية والاهتمام الشخصي الذي تقدمه المنظمة لزيائنها.

4.3. مفهوم رضا الزبون: يعد رضا الزبون مؤشراً أساسياً وجوهرياً لإقبال الزبون على المنتج في ضوء توقعاتها لإيجابية أو السلبية

نحو ذلك المنتج²²، ويعتمد رضا الزبون على مقارنة أداء المنتج مع توقعاته، إذا كان أداء المنتج أقل من التوقعات، الزبون غير راض، إذا تطابق الأداء مع التوقعات، الزبون راض، إذا كان الأداء يفوق التوقعات، الزبون راض للغاية أو سعيد²³، وهو ناتج نهائي للتقييم

الذي يجريه الزبون لعملية تبادل معينة، وهناك تعاريف أخرى خاصة برضا الزبون منها:

عرف Oliver رضا الزبون: بأنه الحالة النفسية الإجمالية الناتجة عن اقتران عدم تأكيد العواطف الناتجة عن عملية الاستهلاك

للعواطف السابقة لتلك العملية.²⁴

عرف Taylor و Cronin رضا الزبون بأنه: حكم مؤقت ينشأ عن تفاعل محدد للخدمة.²⁵

أما Hall و Reed فقد عرف رضا الزبون على أنه: درجة إدراك الزبون لمدى فاعلية المنظمة في تقديم المنتجات التي تليها احتياجاته ورغباته.²⁶

وينظر Ahonen لرضا الزبون على أنه: مقياس له مكانته في ثقافة المنظمة يمتد تأثيره ليشمل التحسينات المستمرة لأنشطتها كافة.²⁷

وعرف Bateson و Hoffman الرضا على أنه: المقارنة بين توقعات الزبون وإدراكاته المتعلقة بالخدمة الفعلية.²⁸

ويرى Taylor و Cronin، أن جودة الخدمة تسبق رضا الزبون، وأن الرضا له تأثير أقوى على نوايا الشراء مقارنة مع جودة الخدمة، وعليه فإن الإدارة مطالبة بالاهتمام بعناصر الرضا الأخرى مثل السعر ومدى توفير الخدمة.²⁹ وهو ما توصل إليه أيضا Parasuraman و Zeithaml و Berry أن جودة الخدمة تسبق رضا العميل وليست ناتجة عنه.³⁰

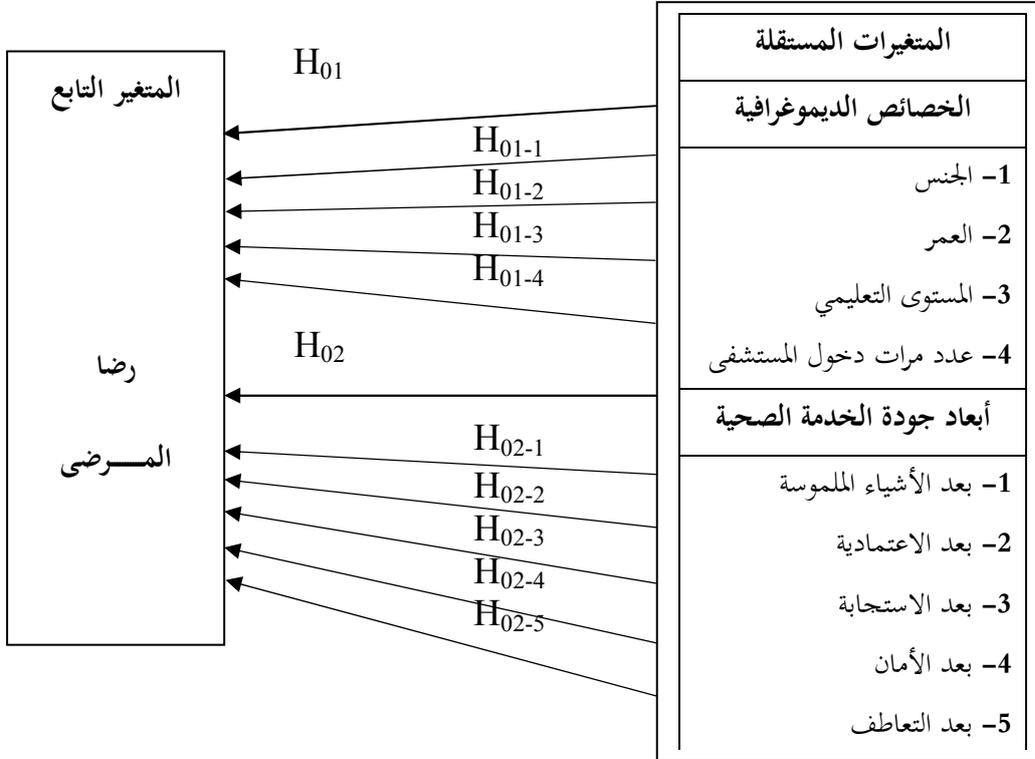
5. الجانب التطبيقي:

5.1. منهجية الدراسة الميدانية:

أ. منهج الدراسة: لاستكمال تحقيق أهداف الدراسة اختار الباحث المنهج الوصفي التحليلي حيث يعد هذا المنهج مناسب في التحقق من الواقع الوصفي لمخاور الدراسة من خلال تحليل البيانات واختبار الفرضيات وتحديد العلاقة بين المتغيرات، من أجل الوصول إلى نتائج تسهم في تحسين وتطوير جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات وتزيد من رضا المرضى.

ب. نموذج الدراسة:

الشكل (1): أنموذج متغيرات الدراسة



المصدر: من إعداد الباحث.

ج. مجتمع الدراسة وعينة الدراسة: يتكون مجتمع الدراسة من جميع المستفيدين من خدمات المؤسسة الإستشفائية لطب العيون العياشي يعيش بمدينة بشار خلال الفترة الممتدة من 2015/04/01 إلى 2015/05/01. حيث تم إعداد استبيان، ووزع على أفراد العينة المدروسة بغرض جمع المعلومات اللازمة لهذه الدراسة.

الجدول (1): الاستبانة الموزعة والمستردة والصالحة للتحليل من عينة الدراسة.

عينة الدراسة	العدد الموزع	العدد المسترد	العدد المستبعد	العدد الصالح للتحليل
المرضى في المستشفى	150	120	20	100
النسبة المئوية	% 100	% 80	% 13.33	% 66.66

المصدر: من إعداد الباحث.

الجدول (2): المتوسط المرجح لسلم ليكرت الخماسي.

الإجابة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
الدرجة	1	2	3	4	5
المتوسط المرجح	1.00 إلى	1.80 إلى	2.60 إلى	3.40 إلى	4.20 إلى
	1.79	2.59	3.39	4.19	5.00
مستوى الأهمية	منخفضة جدا	منخفضة	متوسطة	مرتفعة	مرتفعة جداً

المصدر: من إعداد الباحث.

د. ثبات الأداة واختبار التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة:

الجدول (3): قيم معامل الثبات واختبار التوزيع الطبيعي لكل بعد من أبعاد الدراسة.

متغيرات الدراسة	عدد العبارات	معامل كرونباخ ألفا	Kolmogorov-Smirnov	مستوى الدلالة Sig*	التوزيع الطبيعي
المستقل	22	0.910	0.059	0.200	يتبع
	04	0.725	0.120	0.001	لا يتبع
	05	0.813	0.099	0.018	لا يتبع
	04	0.756	0.130	0.000	لا يتبع
	04	0.759	0.077	0.152	يتبع
	05	0.836	0.097	0.022	لا يتبع
التابع	05	0.735	0.097	0.022	لا يتبع

المصدر: من إعداد الباحث.

يتضح من الجدول أن معامل الثبات كرونباخ ألفا مرتفع لكل لأبعاد الدراسة، حيث جاءت ما بين (0.725 و0.910) وهي قيم مقبول لأغراض البحث العلمي. يلاحظ أن أغلب المتغيرات لا تتبع التوزيع الطبيعي لذا سيتم استخدام الاختبارات اللامعلمية في معالجة فرضيات الدراسة.

2.5. نتائج الدراسة:

أ. نتائج مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى ودرجة الرضا من وجهة نظر المرضى: للتعرف على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى، ورضا المرضى تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لاستجابات أفراد العينة على عبارات كل بعد من أبعاد الدراسة.

الجدول (4): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لأبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة ورضا المرضى

رقم	الأبعاد	عدد العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	مستوى الأهمية
1	بعد الأشياء الملموسة	04	3.85	0.543	01	مرتفعة
2	بعد الاعتمادية	05	3.58	0.843	03	مرتفعة
3	بعد الاستجابة	04	3.37	0.845	04	متوسطة
4	بعد الأمان	04	3.59	0.814	02	مرتفعة
5	بعد التعاطف	05	3.21	0.879	05	متوسطة
	جودة الخدمة الصحية	22	3.52	0.621		مرتفعة
	رضا المرضى	05	3.59	0.728		مرتفعة

المصدر: من إعداد الباحث.

يتضح من نتائج الجدول أن درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى جاءت بمستوى أهمية مرتفعة، وذلك بوسط حسابي عام بلغ 3.52، وانحراف معياري بلغ 0.621. مما يدل على أن مستوى جودة الخدمة المقدمة مقبول بدرجة جيدة من قبل المرضى. أما مستوى الرضا جاء بأهمية مرتفعة، وبوسط حسابي بلغ 3.59 وانحراف معياري 0.728. مما يدل على أن المرضى أبدوا رضاهم نحو المستشفى بشكل عام.

ب. الفرضية الرئيسية الأولى:

H_{01} : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى خصائصهم الديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، عدد مرات دخول المستشفى). وللتحقق منها تم تقسيمها إلى أربعة فرضيات فرعية كما يلي:

ب-1. الفرضية الفرعية الأولى: H_{01-1} : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى

نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى متغير الجنس عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار ماني وينتي Mann-Whitney لعينتين مستقلتين.

الجدول (5): نتائج اختبار Mann-Whitney للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة نحو جودة الخدمة

الصحية تبعاً لمتغير الجنس

مستوى الدلالة Sig*	إحصائي الاختبار (Z)	متوسط الرتب	العدد	الجنس	جودة الخدمة الصحية
0.054	- 1.924	43.94	42	ذكر	
		55.25	58	أنثى	

المصدر: من إعداد الباحث.

يتضح من الجدول أن قيمة مستوى الدلالة Sig تساوي 0.054 وهي أكبر من 0.05 وعليه ترفض الفرضية البديلة وتقبل الفرضية الصفرية H_{01-1} .

ب-2. الفرضية الفرعية الثانية: H_{01-2} : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى متغير العمر عند مستوى دلالة معنوية 0.05. لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار كروسكال-والس Kruskal-Wallis لعدة عينات مستقلة.

الجدول (6): نتائج اختبار Kruskal-Wallis للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة نحو جودة الخدمة

الصحية تبعاً لمتغير العمر

مستوى الدلالة Sig*	إحصائي الاختبار (χ^2)	متوسط الرتب	العدد	العمر	جودة الخدمة الصحية
0.602	2.740	44.52	25	أقل من 30 سنة	
		52.96	23	من 30 إلى 39 سنة	
		57.06	18	من 40 إلى 49 سنة	
		53.11	19	من 50 إلى 59 سنة	
		45.53	15	أكثر من 59 سنة	

المصدر: من إعداد الباحث.

يتضح من الجدول أن قيمة مستوى الدلالة Sig تساوي 0.602 وهي أكبر من 0.05 وعليه ترفض الفرضية البديلة وتقبل الفرضية الصفرية H_{01-2} .

ب-3. الفرضية الفرعية الثالثة: H_{01-3} : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى متغير المستوى التعليمي عند مستوى دلالة معنوية 0.05. لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار كروسكال-والس Kruskal-Wallis لعدة عينات مستقلة.

الجدول (7): نتائج اختبار Kruskal-Wallis للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة نحو جودة الخدمة

الصحية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

مستوى الدلالة Sig*	إحصائي الاختبار (χ^2)	متوسط الرتب	العدد	المستوى التعليمي	
0.611	2.688	59.36	14	أقل من ابتدائي	جودة الخدمة الصحية
		42.63	12	ابتدائي	
		52.80	23	متوسط	
		46.74	21	ثانوي	
		50.38	30	جامعي	

المصدر: من إعداد الباحث.

يتضح من الجدول أن قيمة مستوى الدلالة Sig تساوي 0.611 وهي أكبر من 0.05 وعليه ترفض الفرضية البديلة وتقبل الفرضية الصفرية H_{01-3} .

ب-4. الفرضية الفرعية الرابعة: H_{01-4} : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد الدراسة من المرضى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى تعود إلى متغير عدد مرات دخول المستشفى عند مستوى دلالة معنوية 0.05. لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار ماني ويني Mann-Whitney لعينتين مستقلتين.

الجدول (8): نتائج اختبار Mann-Whitney للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة نحو جودة الخدمة

الصحية تبعاً لمتغير عدد مرات دخول المستشفى.

مستوى الدلالة Sig*	إحصائي الاختبار (Z)	متوسط الرتب	العدد	عدد مرات دخول المستشفى	
0.501	-0.674	48.77	56	مرة واحدة	جودة الخدمة
		52.70	44	أكثر من مرة	الصحية

المصدر: من إعداد الباحث.

يتضح من الجدول أن قيمة مستوى الدلالة Sig تساوي 0.50 وهي أكبر من 0.05 وعليه ترفض الفرضية البديلة وتقبل الفرضية الصفرية H_{01-4} .

ج. الفرضية الرئيسة الثانية:

H_{02} : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى (الأشياء الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف) على رضا المرضى عند مستوى دلالة معنوية 0.05. لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار الانحدار المتعدد.

الجدول (9): نتائج اختبار الانحدار المتعدد لأثر جودة الخدمة الصحية على رضا المرضى.

المتغير التابع	معامل الارتباط R	معامل التحديد R ²	درجات الحرية DF	القيمة المحسوبة F	القيمة الجدولية F	مستوى الدلالة Sig*
رضا المرضى	0.924	0.854	5	110.097	2.311	0.000
			94			
			99			

المصدر: من إعداد الباحث.

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للانحدار المتعدد وجود أثر ذو دلالة إحصائية لجودة الخدمات الصحية على رضا المرضى، إذ بلغ معامل الارتباط R (0.924) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، أما معامل التحديد R² فقد بلغ (0.854)، أي أن ما قيمته (85.4%) من التغيير في رضا المرضى ناتج عن التغيير في جودة الخدمات الصحية، ويؤكد معنوية هذا الأثر قيمة F المحسوبة والتي بلغت (110.097) وهي دالة عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بالمقارنة مع قيمة F الجدولية البالغة (2.311). وعليه ترفض الفرضية الصفرية H₀₂ وتقبل الفرضية البديلة H₁₍₂₎ التي تنص على: وجود أثر ذو دلالة إحصائية لمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى على رضا المرضى عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

وللتأكد من عدم وجود ارتباط عال بين متغيرات المستقلة تم الاعتماد على معامل تضخم التباين VIF لكل متغير من المتغيرات المستقلة. بحيث إذا كانت قيمة VIF أقل من 5 فإنه يمكن الحكم بعدم وجود ازدواج خطي.

الجدول (10): معاملات خط الانحدار المتعدد ونتائج اختبار معامل تضخم التباين VIF

المتغيرات المستقلة	معامل الانحدار β	القيمة المحسوبة T	مستوى الدلالة Sig*	اختبار الازدواج الخطي	
				معامل VIP	التباين المسموح به
الثابت	-0.382	-1.745	0.084		
1 بعد الملموسية	0.309	5.410	0.000	1.173	0.852
2 بعد الاعتمادية	0.043	0.802	0.428	2.448	0.408
3 بعد الاستجابة	0.237	4.378	0.000	2.550	0.392
4 بعد الأمان	0.251	5.271	0.000	1.832	0.546
5 بعد التعاطف	0.290	5.920	0.000	2.248	0.445

المصدر: من إعداد الباحث

يتضح من الجداول أن قيمة معامل تضخم التباين VIF لجميع المتغيرات المستقلة أقل من 5 وتراوح قيمها ما بين 1.173 و2.550، وقيمة التباين المسموح به المقابلة لها أكبر من 0.05 حيث تراوحت قيمها ما بين 0.392 و0.852 مما يشير إلى عدم وجود ارتباط عال بين هذه المتغيرات.

وتفسر درجات تأثير معاملات الانحدار β على أن الزيادة بدرجة واحدة في كل بعد من أبعاد جودة الخدمات الصحية (الأشياء الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف) في المستشفى يؤدي إلى زيادة في رضا المرضى بقيمة (0.309) لبعد الأشياء الملموسة، و(0.043) لبعد الاعتمادية، و(0.237) لبعد الاستجابة، و(0.251) لبعد الأمان، و(0.290) لبعد العاطفي.

ج-1. الفرضيات الفرعية:

- H_{02-1} : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبعء الأشياء الملموسة على رضا المرضى عند مستوى دلالة معنوية 0.05.
- H_{02-2} : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبعء الاعتمادية على رضا المرضى عند مستوى دلالة معنوية 0.05.
- H_{02-3} : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبعء الاستجابة على رضا المرضى عند مستوى دلالة معنوية 0.05.
- H_{02-4} : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبعء الأمان على رضا المرضى عند مستوى دلالة معنوية 0.05.
- H_{02-5} : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبعء التعاطف على رضا المرضى عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

الجدول (11): نتائج الانحدار البسيط لأثر كل بعد من أبعاد جودة الخدمة (الأشياء الملموسة، الاعتمادية،

الاستجابة، الأمان، التعاطف) على رضا المرضى.

المتغير التابع	المتغير المستقل	معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	درجات الحرية DF	القيمة المحسوبة F	القيمة الجدولية F	معامل الانحدار β	الدلالة Sig*	
رضا المرضى	بعء الملموسة	0.508	0.258	1	34.027	3.938	0.680	0.000	
				98					
				99					
	بعء الاعتمادية	0.708	0.501	0.501	1	98.511	3.938	0.611	0.000
					98				
					99				
	بعء الاستجابة	0.758	0.574	0.574	1	132.24	3.938	0.652	0.000
					98				
					99				
بعء الأمان	0.752	0.566	0.566	1	127.76	3.938	0.673	0.000	
				98					
				99					
بعء التعاطف	0.806	0.650	0.650	1	181.83	3.938	0.667	0.000	
				98					
				99					

المصدر: من إعداد الباحث

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للانحدار البسيط وجود أثر ذو دلالة إحصائية لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية (الأشياء الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف) على رضا المرضى ويؤكد معنوية هذا الأثر قيمة F المحسوبة وهي دالة عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ بالمقارنة مع قيمة F الجدولية. وعليه ترفض الفرضيات الفرعية الصفرية وتقبل الفرضيات الفرعية البديلة التي تنص على:

- $H_{1(2-1)}$: وجود أثر ذو دلالة إحصائية لبعء الأشياء الملموسة على رضا المرضى عند مستوى دلالة معنوية 0.05.
- $H_{1(2-2)}$: وجود أثر ذو دلالة إحصائية لبعء الاعتمادية على رضا المرضى عند مستوى دلالة معنوية 0.05.
- $H_{1(2-3)}$: وجود أثر ذو دلالة إحصائية لبعء الاستجابة على رضا المرضعند مستوى دلالة معنوية 0.05.
- $H_{1(2-4)}$: وجود أثر ذو دلالة إحصائية لبعء الأمان على رضا المرضعند مستوى دلالة معنوية 0.05.
- $H_{1(2-5)}$: وجود أثر ذو دلالة إحصائية لبعء التعاطف على رضا المرضى عند مستوى دلالة معنوية 0.05.

الخاتمة: جاءت نتائج الفرضية الرئيسة الأولى تؤكد عدم تأثير الخصائص الديمغرافية للمرضى قيد الدراسة على آرائهم نحو جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفى طب العيون، فجميع المرضى أقرّوا بأنها ذات جودة عالية، ويعزز ذلك درجة رضاهم المرتفعة نحو ما يتلقونه فعلا من الرعاية الصحية في المستشفى. كما تؤكد نتائج الفرضية الرئيسة الثانية وعن وجود علاقة طردية بين جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى، وبالتالي يعزز قول أن الجودة تسبق الرضا وتحسينها يعني الزيادة في درجة الرضا وهو الهدف الذي تسعى كل منظمة إلى تحقيقه والمحافظة عليه.

ومن النتائج السابقة يمكن تقديم بعض الاقتراحات، والتي من شأنها تحسين جودة الخدمة الصحية، فيما يلي:

- التوعية الصحية المستمرة للمرضى والزوار والأطباء وجميع الفئات العاملة بالحفاظ على المستوى العام للنظافة، لما لها من الآثار نفسية وصحية على المرضى، واقتصادية بالنسبة للمؤسسة الصحية.
- إشعار الجميع أن المستشفى طب العيون هو مكسب للجميع والمحافظة عليها من مسؤولية الجميع.
- التحسين المستمر بجودة الخدمات الصحية بما يتناسب مع الاحتياجات المتجددة والمتغيرة للمرضى، مع مواكبة تكنولوجيا الأجهزة والمعدات التقنية والطبية.
- تعليم وتدريب العاملين على تطبيق برامج الجودة المقررة في المستشفى، وهذا لتكوين أفراد مناسبين من حيث الكم والنوع، مما يزيد في أداء المستشفى.

- ¹ Hall JE. (2004). Pluralistic evaluation: A situational approach to service evaluation. *Journal of Nursing Management*, 1(12), 22–27.
- ² Oakland John S. (2014). Total quality management and operational excellence: text with cases. Fourth edition. New York: Routledge, p03.
- ³ Lam SS. (1997). SERVQUAL: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Quality Management*, 8(4), 145-152.
- ⁴ Lee PM, Khong P, Ghista DN. (2006). Impact of deficient healthcare service quality. *The TQM Magazine*, 18 (6), 563-571.
- ⁵ Brown Stephen W, Fisk Raymond P, Bitner Mary Jo. (1994). The Development and Emergence of Services Marketing Thought. *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 5 (1), 21 -48.
- ⁶ Johnston Robert. (1999). Service operations management: return to roots. *International Journal of Operations & Production management*, Vol. 19 (2), 104-124.
- ⁷ Kotler Philip, Armstrong Gary. (2015). Principles of Marketing. 16th Edition. United States of America: Pearson Education, p256.
- ⁸ Grönroos C. (2006). Adopting a Service Logic for Marketing. *Marketing Theory*, Vol.6 (3), 317-333.
- ⁹ Zollinger Monique, Lamarque Eric. (1999). Marketing et Stratégie de Banque. Paris: Dunod, p08.
- ¹⁰ Vargo Stephen L, Lusch Robert F. (2004). The Four Service Marketing Myths: Remnants of Goods Based, Manufacturing Model. *Journal of Service Research*, Vol.6, No.4, PP: 324-335.
- ¹¹ Stanton, W. J. (1974). Fundamentals of Marketing. Tokyo: MC Graw, Hill, P545.
- ¹² Zabada CP, Rivers A, Munchus G. (1998). Obstacles to the application of total quality management in health care organisations. *Total Quality Management*, 9(1), 57-66.
- ¹³ McLaughlin CP, Kaluzny AD. (2006). Continuous quality improvement in health care. 3rd. 6. Vol. 11. Jones and Bartlett Publishers. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 181-187.
- ¹⁴ Eiriz V, Figueiredo JA. (2005). Quality evaluation in healthcare services based on customer-provider relationships. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18 (6-7), 404-412.
- ¹⁵ Jacquerye A. (1999). La Qualité des Soins Infirmiers : Implantation évaluation accréditation. Paris : Éditions Maloine, p 10.
- ¹⁶ Palmer, RH, Donabedian, A.; Povar, GJ. (1991). Striving for Quality in Health Care: An Inquiry into Policy and Practice. Chicago, IL: Health Administration Press, p 270.
- ¹⁷ Williamson J.W. (1978). Formulating Priorities for Quality Assurance Activity: Description of a Method and its Application. *Journal of Medical Association*, 239:631-637.
- ¹⁸ Lohr Kathleen N. (1990). Medicare: a strategy for quality assurance, Volume I, Washington D.C: National Academy Press, p 21.
- ¹⁹ الديوجي، أبي سعيد وعادل محمد، عبد الله (2003). النوعية والجودة في الخدمات، دراسة تحليلية لأراء المرضى في عينة من المستشفيات العامة، مكتبة تنمية الراءدين، آلية الإدارة الاقتصادية، جامعة الموصل، العدد 73.
- ²⁰ Parasuraman A., Zeithaml V. and Berry L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.
- ²¹ Parasuraman A., Zeithaml V. and Berry L. (1988). SERVQUAL A multiple-item scale for measuring consumer perception of service quality. *Journal of Retailing*, 64 (1), 12- 49.
- ²² Russell Roberta S, Taylor Bernard W. (2000). Operation management: Multimedia version. Third Edition, practice Hall International. Inc. p 74
- ²³ Philip Kotler and Gary Armstrong, (2015) Principles of Marketing, 16th Edition, Pearson Education, United States of America, p38.
- ²⁴ Oliver, Richard L. (1981) . Measurement and Evaluation of Satisfaction Process in Retail Setting. *Journal of Retailing*, 57 (fall): 25- 48.
- ²⁵ Cronin J. Joseph, Taylor, Steven A. (1994). Servperf versus Servqual : Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing*, Vol.58, 125-131.
- ²⁶ Reed, H. Johan and Hall, P. Nicholos . (1997). Methods for Measuring Consumer satisfaction Energy Evaluation conference. Chicago, p 07
- ²⁷ Ahonen, paula (2000) Customer Satisfaction Development Center National Land Suwey of Finland (Mm) poo Box: 84, Fin – 00521 Helsinki, Finland, p 01
- ²⁸ Hoffman K. Douglas and John E. G. Bateson. (2010). Services Marketing Concepts, Strategies, Cases .Fourth Edition, United States of America: Cengage Learning. p 289
- ²⁹ J. Joseph Cronin, Jr. and Steven A. Taylor. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, Vol. 56, No.3, pp. 55-68.
- ³⁰ Parasuraman A., Zeithaml V.A., Berry L.L. (1994). Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research. *Journal of Marketing*, Vol.58, PP 111-124.