

Final Project 2

PMG 497

نموذج المشروع النهائي 2

Salih Mohammed Saeed
MIDOCEAN UNIVERSITY

أثر جودة الخدمات الصحية على أداء مستشفيات القطاع الخاص
بمدينة الرياض – المملكة العربية السعودية

إعداد الطالب:
صالح محمد صالح سعيد

الرقم الجامعي:
2021201663

مشروع تخرج- 2
كلية الإدارة- جامعة ميدأوشن

إشراف
د. منى مصطفى العشري
عضو هيئة التدريس- كلية الإدارة- جامعة ميدأوشن

شكر وتقدير

السادة:

الدكتورة منى مصطفى العشري : أشكركم جزيل الشكر على دعمكم اللامحدود وتوجيهاتكم القيمة خلال رحلة إنجاز هذا البحث. لقد كان صبركم واهتمامكم وحرصكم على إثراء المحتوى وتوجيهي في الاتجاه الصحيح من أهم العوامل التي ساعدتني على إكمال البحث بنجاح.

جامعة ميدأوشن : أشكر إدارة الجامعة وجميع أعضاء هيئة التدريس على توفيرهم البيئة التعليمية الداعمة والفرصة لإجراء هذا البحث.

قسم إدارة الأعمال / تخصص إدارة المشاريع : أشكر رئيس القسم وجميع أعضاء الهيئة التدريسية في القسم على دعمهم وتوجيهاتهم خلال مسيرتي الدراسية.

و أخيرا أود أن أشكر عائلتي وأصدقائي على دعمهم المعنوي وتشجيعهم المستمر خلال فترة إنجاز هذا البحث.

أودّ أن أعرب عن خالص امتناني وتقديري لجميع من ساعدني في إنجاز هذا البحث، من أساتذة ومشرفين وزملاء وأصدقاء وعائلة. لقد كان لجهودكم وتعاونكم ودعمكم الأثر الكبير في إنجاز هذا العمل وتحقيق النجاح المرجو.

مع خالص الشكر والتقدير،

صالح محمد صالح سعيد
الفصل الدراسي الثاني - لعام 2024م

إهداء

أهدي هذا البحث إلى:

الدكتورة منى مصطفى العشري : تعبيراً عن امتناني وتقديري لدعمها وتشجيعها المستمر.
جامعة ميدأوشن : تعبيراً عن امتناني وتقديري لدعمهم وتشجيعهم المستمر.
عائلي وأصدقائي : تعبيراً عن امتناني وتقديري لدعمهم وتشجيعهم المستمر.

أشكركم مرة أخرى على دعمكم وتعاونكم، وأتمنى أن أكون قد وفّقت في إنجاز هذا البحث
بما يليق بكم وبجامعتنا.

صالح محمد صالح سعيد
الفصل الدراسي الثاني - لعام 2024م

المستخلص :

تعتبر الجودة من الأدوات الأساسية لتحسين الأداء في المستشفيات، وبناء على ذلك هدفت الدراسة الحالية إلى فحص أثر تطبيق معايير الجودة (معايير الجودة لمجلس اعتماد المؤسسات الصحية) والتي تمثلت بمعايير القيادة والعناية بالمريض والسلامة وإدارة المعلومات والخدمات الفندقية والموارد البشرية والخدمات التشخيصية والمسئولية الاجتماعية والتحسين المستمر في أداء المستشفيات الخاصة بالمملكة العربية السعودية من حيث نتائجها (معايير جائزة مالكوم بالدريج لقياس الأداء)، والتي تمثلت بالنتائج الصحية ونتائج المرضى والمالية والعاملين والكفاءة التشغيلية والاجتماعية، ومن وجهة نظر الأطباء والمرضى.

توصلت الدراسة إلى أن المستشفيات بالمملكة العربية السعودية الخاصة تطبق معايير الجودة بمستويات إيجابية متفاوتة، فقد كان أعلى مستوى تطبيق لمعايير الخدمات التشخيصية والمعلومات والعناية بالمريض، وأخيرًا معايير الموارد البشرية، ويمثل هذا المتغير الأقل من حيث مستويات التطبيق. وأيضًا أظهرت الدراسة وجود أثر ذي دلالة إحصائية لتطبيق معايير الاعتماد في مستويات أداء المستشفيات.

قدمت الدراسة مجموعة من التوصيات إلى المستشفيات الخاصة بالمملكة العربية السعودية في مجالات ضرورة وأهمية الالتزام بتطبيق جميع معايير الجودة، وتشجيع المستشفيات الأخرى على تطبيق معايير الجودة، والتخلص من أخطاء عملية مسح وتقييم مستويات تطبيق معايير الجودة، وذلك بهدف تحسين الأداء في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية.

جدول المحتويات

3.....	شكر وتقدير	
4.....	إهداء	
5.....	المستخلص :	
8.....	1.الفصل الأول – الإطار العام للدراسة	
9.....	1.1 المقدمة :	
12.....	1.2 مشكلة الدراسة :	
12.....	1.2.1 الفجوات النظرية :	
12.....	1.2.1 الفجوات العملية :	
13.....	1.3 أهمية الدراسة :	
13.....	1.3.1 أهمية نظرية :	
14.....	1.3.2 الأهمية العلمية :	
14.....	1.4 أسئلة الدراسة :	
15.....	1.5 أهداف الدراسة :	
15.....	1.6 فرضيات الدراسة :	
16.....	1.7 نموذج الدراسة :	
16.....	1.8 الدراسة الميدانية :	
17.....	1.9 هيكل المشروع المقترح:	
18.....	2.الفصل الثاني – الإطار النظري	
19.....	2.1 المقدمة :	
20.....	2.2 متغير الدراسة الاول : (جودة الخدمات الطبية)	
23.....	2.3 متغير الدراسة الثاني : (المستشفيات الخاصة)	
25.....	2.4 العلاقة بين متغيرات الدراسة :	
28.....	2.5 الدراسات السابقة :	
35.....	2.6 الخاتمة :	
37.....	3.الفصل الثالث – منهجية الدراسة	
38.....	3.1 المقدمة :	

38	3.2 التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة :
38	3.2.1 جودة الخدمات الصحية :
38	3.2.2 أداء مستشفيات القطاع الخاص :
39	3.3 تصميم الدراسة :
40	3.4 مجتمع البحث وطرق وتقنيات أخذ العينات :
40	3.4.1 مجتمع الدراسة :
40	3.4.2 عينة الدراسة :
40	3.4.3 طرق وتقنيات أخذ العينة :
40	3.5 طريقة جمع البيانات :
41	3.5.1 المتغير المستقل : (جودة الخدمات الصحية)
41	3.5.1 المتغير التابع : (أداء مستشفيات القطاع الخاص)
42	3.6 أنواع البيانات :
42	3.6.1 البيانات الأولية :
42	3.6.2 البيانات الثانوية :
42	3.7 طرق وأساليب تحليل البيانات :
43	3.8 الخاتمة :
44	4. الفصل الرابع – التحليل الإحصائي لنتائج الدراسة
45	4.1 المقدمة :
45	4.2 توصيف عينة الدراسة : (الإحصائيات الوصفية لعينة البحث)
49	4.3 اختبار الصدق والثبات للاستبيانات :
49	4.3.1 صدق المقاييس المستخدمة في الدراسة :
51	4.3.2 ثبات أداة الدراسة :
53	4.4 الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة : (الأجوبة على أسئلة الدراسة)
55	4.5 معاملات الارتباط الخطي بين متغيرات الدراسة :
57	4.6 اختبار الفرضيات ومناقشة النتائج :
64	4.7 الخاتمة:
65	المراجع :
65	المراجع العربية :
68	المراجع الاجنبية :
70	الملاحق : الاستبيان

1. الفصل الأول – الإطار العام للدراسة

مقدمة البحث أثر جودة الخدمات الصحية على أداء مستشفيات القطاع الخاص

1.1 المقدمة :

تشكل الرعاية الصحية جوهر النظام الصحي وأساسه في العديد من دول العالم وذلك لاعتبارات كثيرة في مقدمتها أن خطط التنمية وبرامجها المختلفة تعتمد على توافر قوى عاملة تتمتع بقدر من الصحة والكفاءة العالية ، لذلك تسعى الكثير من المستشفيات الخاصة الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية التي تقدمها لعملائها حتى تصل لدرجة التميز ، إذ تقوم هذه المستشفيات الخاصة باستخدام العديد من الاستراتيجيات من أجل تحسين مستوى أدائها ، ومن أهم هذه الاستراتيجيات هو الاهتمام بالجودة ، باعتبارها أنها توفر خدمات تشبع الرغبات الكاملة للعملاء ، وتلبي احتياجاتهم ورغباتهم.

حيث يعتبر مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين من الامور التي تدل على تقدم الدولة فالانشطة المتوفرة في مجال الرعاية الصحية تشكل مقياسا الى ما وصلت اليه الدولة من تقدم تكنولوجي في كل المجالات ، ولقد تزايدت أهمية الجودة في المستشفيات في العقود الاخيرة وتعددت الوان الرعاية الخاصة بعد بروز المستشفيات الخاصة اذ لم تعد الخدمات الصحية مقصورة على ما تقدمه الدولة فقد دخلت الخدمات الصحية نطاق العمل التجاري.

ومن هنا اصبح الاهتمام بجودة الخدمات ليس موضوعا جديدا بالمستشفيات الخاصة بينما الجديد هو في كيفية استخدام الطرق العلمية والاساليب الإحصائية الحديثة لتطبيق برامج إدارة الجودة ، وكذلك في وضع المعايير الملائمة بالمستشفيات الخاصة. حيث أن الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الخاصة تحتاج الى رصد وتحليل متواصل لحاجات العملاء ورغباتهم عبر إجراء المسوح الميدانية لمعرفة تقييمهم لجودة الخدمة الصحية وقياس مستوى الرضا الناجم عن جودة هذه الخدمة ، ولاسيما وان هذه المستشفيات الخاصة تعمل في ظل بيئة تنافسية.

وغدا موضوع الجودة ورفع مستوى الأداء من الموضوعات التي تلقى اهتماما واسعا في عالم منظمات الاعمال على اختلاف أنواعها و أحجامها وفي قطاع المستشفيات الخاصة على وجه التحديد ، فهي فلسفة تتركز على ضرورة تكامل الأنشطة والوظائف داخل المنظمة ، والتشارك بين المستويات الإدارية جميعها. وذلك لإتقان العمل من البداية وحتى النهاية بأقل الأخطاء والتكاليف الممكنة ، كما تركز على التحسين المستمر في كل جوانب المنظمة والتأكيد على توعية جميع العاملين كأسس للتفوق في الأداء (الحوري ، 2008).

بالتالي فإن الارتقاء بجودة الخدمات الصحية وتطوير مواصفاتها ودراسة واقع العمل والاستجابة لرغباته وفق الضوابط هو من الاهداف التي يسعى البحث الى تحقيقها.

هناك بعض المزايا التي تعود على المستشفيات الخاصة من وراء جودة الخدمة الصحية بالمستشفيات الخاصة هي (بوحروود ، 2006) :

1. تحقيق ميزة تنافسية عن بقية المستشفيات الخاصة.
2. تحمل تكاليف أقل بسبب قلة الأخطاء والتحكم في أداء الخدمات الصحية
3. إن الخدمة المتميزة تتيح الفرصة للمستشفيات الخاصة رفع الاسعار وتحقيق ارباح اكبر.
4. إن الخدمة المتميزة وذات جودة عالية تمكن المستشفيات الخاصة من الاحتفاظ بالعملاء الحاليين واجتذاب عملاء جدد.

وتعاني المستشفيات الخاصة من العديد من المشاكل منها جودة الخدمات الصحية ، لان كافة المستشفيات الخاصة تقدم خدماتها للعملاء بدرجة عالية من التشابه والنمطية من حيث طبيعتها ونوعيتها ، وعدم الجدية في الاهتمام بالعملاء ، ومعرفة وجهة نظرهم عما تقدمه المستشفيات الخاصة من خدمات صحية. ولقد تزايد الطب في العقود الأخيرة وخاصة في المجتمعات المتقدمة على مختلف ألوان الرعاية الصحية بالإضافة الى تزايد عدد فئات المجتمع التي أصبحت تتمتع بتلك الرعاية أصبحت مركز صحيا متكاملًا. تتسارع الدول والمجتمعات لتحقيق معدلات ومستويات ارقى للتنمية وتحسين نوعية الحياة والارتقاء بالانسان في المجتمع، ومن ثم فإن التنمية لا يمكن ان تكون دون الاعتماد على الانسان الذي يصنعها ويوجهها ويستفيد من عائداتها.

هذا وتعتبر الرعاية الصحية الدخل الحقيقي لإحداث التنمية الشاملة في اي مجتمع من المجتمعات ، كما ان تحقيق مستوى متقدم من التنمية الاجتماعية و الاقتصادية يستدعى وجود أفراد أصحاء ، ذلك لأن الصحة كما عرفت منظمة الصحة العالمية حالة من السلامة البدنية والعقلية و الاجتماعية وليس فقط عدم وجود الأمراض او الاصابات.

تعد الرعاية الصحية من اهم مجالات الرعاية الاجتماعية حيث تعتبر الصحة هدفا من اهداف التطور الاجتماعي و الاقتصادي فهي حق اساسي لجميع الشعوب فضلا عن انها وسيلة مهمة الى جانب الوسائل الاخرى لبلوغ الاهداف المرجوة في تحقيق رفاهية الشعوب والامجتمعات.

تعد الصحة احد الجوانب الرئيسية في ركيزة التنمية البشرية ، ويعد تحقيق التقدم في الرعاية الصحية جزءا لا يتجزأ من تحقيق رؤية المملكة العربية السعودية 2030 . ولتحسين صحة المجتمع ، تطمح المملكة العربية السعودية الى تطوير نظام متكامل للرعاية الصحية يواكب افضل المعايير العالمية ويقدم خدمات صحية علاجية وقائية عالية الجودة ، ويلبي احتياجات الجيل الحالي و الاجيال المقبلة ويوفر لها حياة صحية مديدة ، ويمكن جميع السكان من الوصول اليه والانتفاع بخدماته مقابل رسوم يستطيع الجميع تحملها.

شهدت الخدمات الصحية تطورا في مستوى جودتها باستفادتها من التطورات التقنية و إدخالها في عمل المستشفيات العامة والخاصة على سواء ، والتطور في مجال الكادر الصحي واستخدام المهارات و الكفاءات المحلية و الاجنبية للعمل في هذه المستشفيات ، ومع ذلك فان هناك الكثير من الانتقادات الموجهة من قبل المتعاملين مع هذه المستشفيات عن مستوى خدماتها وضعف جودتها ، لعدم وجود معايير موحدة لجودة الخدمات الصحية.

وتجد الإشارة الى أن التقدم في مجالات الطب والجراحة قد ساعدا ايضا على زيادة كفاءة الأداء والكفاية الإنتاجية وتقليل الفترة التي يقضيها العملاء في المستشفيات الخاصة الا ان ذلك كان على حساب تزايد التخصصات التي تعمل لجودة الخدمات الصحية للعملاء.

وتعمل المؤسسات بشكل عام من خلال سياسات مختلفة ، وقرارات تسعى من خلالها الى تحقيق أداء فعال و انتاجية مرتفعة ، وتقوم بتصميم سياستها وبرامجها ، وتهيئ وسائل اتصال لتنفيذ هذه البرامج والسياسات ، ولكن لا يمكن التأكد من صحة تطبيق هذه السياسات والبرامج وسلامتها ، دون تقييم أداء هذه المؤسسة بشكل دائم ومستمر.

وغنى عن الذكر ان العملاء اليوم يسعون في البداية الى الحصول على خدمة صحية متميزة ، خاصة أولئك الذين يراجعون المستشفيات الخاصة والقادرين على دفع تكاليف العلاج ، وهذا يفرض على المستشفيات الخاصة تقديم خدمة صحية متكاملة وذات جودة عالية اذا ما ارادت البقاء في السوق والمحافظة على حصتها السوقية.

وكذلك الحال في المستشفيات الخاصة فقد تعددت الاساليب والطرائق المستخدمة لتحسين خدماتها ولتطوير أدائها ، ومن أكثرها انتشارا أسلوب تطبيق معايير الاعتماد ، والاسلوب عبارة عن منهج او فلسفة إدارية يركز على مجموعة من المبادئ والأسس ، مع التطبيق الفعال لمجموعة من المعايير الموضوعية والمتفق عليها سابقا.

وبدل هذا على مدى اهتمام المستشفيات الخاصة بتطوير جودة الخدمات الصحية وتحسين نوعيتها وقياس جودتها كوسيلة لتحسين الأداء ورفع مستوى الخدمة المقدمة للعملاء ، ولا يتم ذلك إلا من خلال استخدام الأساليب العلمية الإدارية الحديثة وتلك الخاصة بالجودة ومن بينها اسلوب الاعتماد.

ومن ثم تحاول هذه الدراسة التوصل الى قياس وتقييم أبعاد جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الخاصة من وجهة نظر العملاء ، مستخدما في ذلك نموذج تحليل الانحدار المتعدد ، ولقد اعتمدت الدراسة على الكشف مدى درجة التطابق بين توقعات العملاء وإدراكات القائمين على تقديم الخدمات الصحية بالمستشفيات الخاصة ، وذلك من خلال استخدام نموذج الإدراكات والتوقعات لقياس جودة الخدمات الصحية.

وبناء على ذلك، يهدف البحث الحالي إلى دراسة أثر جودة الخدمات الصحية على أداء مستشفيات القطاع الخاص.

1.2 مشكلة الدراسة :

شهدت العقود الأخيرة من القرن الماضي انتشارا كبيرا للمستشفيات الخاصة ، إذ استقطب هذا القطاع الكثير من المستثمرين بحيث أصبحت الخدمات الصحية التي يقدمها هذا القطاع رديفا للخدمات الصحية التي تقدمها الدولة ، إضافة الى تميزها بتجميع الكفاءات والتخصصات الطبية. وعلى الرغم من ارتفاع تكلفة العلاج في هذه المستشفيات إلا أنها تلاقى قبولا كبيرا من بعض شرائح المجتمع القادرة على دفع التكاليف المترتبة ، وتحدد مشكلة الدراسة في البحث عن مدى أثر أبعاد جودة الخدمة الصحية على رضا العملاء.

1.2.1 الفجوات النظرية :

أصبحت الجودة عنصرا أساسيا في نجاح مؤسسات الأعمال وهي من أهم عناصر المنافسة في الأسواق المحلية والدولية ، وقد عرف المكتب القومي للتنمية الاقتصادية في بريطانيا بأنها " مجموعة العوامل أو الخصائص التي يجب ان تتوفر في منتج أو خدمة معينة بهدف الوفاء بمتطلبات السوق " (عبدالمحسن ، 2004 ، ص 29). ولتحقيق الجودة لابد من التطوير المستمر في السلعة و الخدمة واسلوب العمل ، والجودة هي الملائمة للمعايير التي يضعها المصمم والملائمة لاستخدامات العميل من خلال معرفة وفهم حاجاته وملائمة السعر اي تقديم اي منتج ذو جودة عالية بسعر معقول وملائمة الاحتياجات الكامنة اي تحديد حاجات العميل قبل ان يشعر بها (Ashok , 1996, P5) وعرفت الجمعية الاميريكية لضبط الجودة بأنها : مجموعة المواصفات والسمات لسلعة ما او منتج التي تمتلك القدرة على اشباع حاجات معينة (Colin & Stephen , 1994 , P8)

1.2.1 الفجوات العملية :

إدارة الجودة الشاملة هي اتجاه إداري في المنظمة يركز على الجودة اعتمادا على مشاركة جميع العاملين في المنظمة بهدف تحقيق أهداف العميل على المدى الطويل ويرى (Heilriegel et al, 2002) ان إدارة الجودة الشاملة هي عملية مستمرة لضمان ان كل جانب من جوانب الانتاج يبني الجودة في المنتجات ، وهناك فرق اخر يتمثل في ان الهيكل التنظيمي في الادارة التقليدية يتسم بالجمود بينما يكون مرنا في ادارة الجودة الشاملة ويتمثل الفرق الاول في العلاقات بين الرئيس والمروؤس اذ ان هذه العلاقة في الادارة التقليدية تقوم على السيطرة بينما تقوم في إدارة الثقة والمشاركة. ويتمثل الفرق الثاني في المواصفات اذ تتحدد مواصفات الجودة الشاملة في الادارة التقليدية قبل معرفة رغبات المستفيدين بينما تحدد في إدارة الجودة الشاملة من خلال مساهمة العملاء.

وهنا يكمن الفرق الثالث هو تركيز الإدارة التقليدية على الجهد الفردي بينما تركز إدارة الجودة الشاملة على الجودة الجماعية وتؤكد فليفة إدارة الجودة الشاملة على استخدام جميع العاملين لاجراء التحسين من داخل المنظمة تشدد هذه الفلسفة على دورة حياة وتكاليف واستخدام المقاييس ضمن منهجية منظمة للتحسينات المستهدفة ويعد منع العيوب والتأكيد على الجودة في التصميم من اهم العناصر الرئيسية لفلسفة الجودة الشاملة (Samuel , 1994)

سؤال البحث الرئيسي

تتناول هذه الدراسة التساؤل البحثي الرئيسي التالي:

" تحديد أهم المعوقات التي تؤثر على تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في إدارة المستشفيات الخاصة ؟ "

1.3 أهمية الدراسة :

لم تعد الجودة مقتصرة على المنتجات المادية اذا اتسعت لتغطي كافة الخدمات ، إلا ان متطلبات جودة الخدمة الصحية تختلف عن الخدمات الأخرى وذلك لانها تعني ب حياة الانسان نفسه ، الأمر الذي يجعل موضوع الوصول بهذه الخدمة الى أعلى جودة ممكنة من الضروريات. وتكمن أهمية البحث في كونها تسهم في القاء الضوء على اثر أبعاد جودة الخدمة الصحية على رضا العملاء عن الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الخاصة ، فضلا عن ندرة الدراسات التي تناولت هذا الموضوع ، كما تنبع أهمية هذا البحث في تقديم إطار علمي يتضمن معرفة وجهة نظر العملاء تجاه جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم من المستشفيات الخاصة.

1.3.1 أهمية نظرية :

تعتبر إدارة الجودة الشاملة الأداة الرئيسية التي تؤدي الى استراتيجية تطوير العمل وتحسين الأداء بما يحقق الربحية من خلال الخدمة الجيدة والجودة في المنتجات ، الأمر الذي يوفر النجاح ويقود الى التقدم المادي والتكنولوجي و الحضاري.

ومن أجل هذا فان دول العالم تهتم بل وتتسابق نحو تطبيق المستحدث في مجال الجودة وتهتم فلسفة إدارة الجودة الشاملة بالعملاء وتعتبرهم الركن الاساسي في فلسفتها وذلك من خلال تركيزها على الجودة المقدمة لهم ، وتهدف إدارة الجودة لتطوير وتحسين جودة المنتجات والجهات من خلال مشاركة جميع العاملين وتحديد دور لكل واحد منهم بالتنسيق مع ادوار الآخرين وهي نظام متكامل للإدارة يقوم بشكل دائم على رغبات العمل (حروفش ، 1996 ، 6)

1.3.2 الأهمية العلمية :

يعود تاريخ الاهتمام بجودة الرعاية الصحية الى عام 1860 عندما قامت فلورانس نايتنجيل بوضع برامج تؤكد الجودة من خلال وضع نظام موحد لجمع وتقييم إحصائيات المستشفيات ، وقد اظهرت إحصائياتها أن نسب الوفاة تختلف بشكل كبير من مستشفى لآخر. ويعتبر كودمان من رواد تقييم جودة الرعاية الصحية ففي عام 1916 قام بدراسة النتائج النهائية للرعاية الصحية وقد اكدت دراسته المشهورة على نفس الامور التي تناقش في يومنا هذا لدى فحص جودة الخدمة الصحية وتشمل :

- أهمية ترخيص مقدمي الخدمة.
- اعتماد المؤسسات.
- صحة وسلوك المريض.
- ضرورة الاخذ بعين الاعتبار قسوة مرحلة المرض.
- العوائق الاقتصادية لتلقى الخدمة.

وفي عام 1955 اخذت الهيئة المشتركة في الولايات المتحدة بالضغط على مفهوم التدقيق الطبي، وفي كانون الثاني من عام 1981 طبقت الهيئة المشتركة معيار جديد لتقييم الجودة ، ويتطلب هذا المعيار ضرورة دمج نشاطات المستشفى في نظام تدقيق واحد كما يتطلب المعيار بان يكون لدى المستشفى خطة تؤكد الجودة.

وفي نهاية العام 1986 طرحت اللجنة المشتركة مشروعا جديدا بعنوان جدول التغيير ، وكان هدف البرنامج تحسين مراقبة النتائج وعملية التقييم التي تساعد مؤسسات الرعاية الصحية في تحسين جودة خدماتها (Budair , 2002 , p 76)

1.4 أسئلة الدراسة :

تتلخص مشكلة الدراسة في الإجابة عن السؤال التالي : " تحديد أهم المعوقات التي تؤثر على تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في إدارة المستشفيات الخاصة ؟ " و سيحاول الباحث الإجابة عن هذا السؤال بواسطة التعامل مع كل من الاسئلة التالية:

1. هل يتم تطبيق معايير الجودة الصحية في المستشفيات الخاصة في الرياض؟
2. ما هي مستويات الأداء بتطبيق معايير الجودة الصحية في المستشفيات الخاصة في الرياض؟
3. هل يتم تدريب وتأهيل الكادر الطبي والعاملين لتطبيق معايير الجودة في المستشفيات الخاصة في الرياض؟

1.5 أهداف الدراسة :

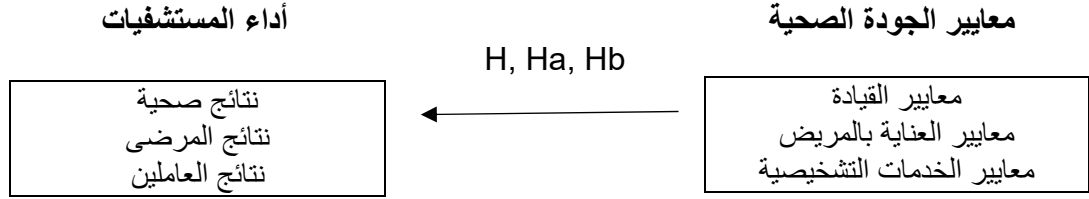
- تستمد الدراسة الحالية أهميتها من أهمية الوصول الحر للمعلومات المتعلقة بالإنسان ، والتحول من مستوى الفكر النظري الى تلمس نسبية الحقيقة.
- الدراسة سوف تلقي الضوء على تجربة المستشفيات الخاصة بالرياض في مجال تطبيق معايير الجودة الصحية ، وسوف تساعد مديري المستشفيات و أصحاب القرار على بيان ماهية مضامين الجودة و أثره في الأداء.
- ومن جانب اخر سوف تسعى الدراسة الى تحقيق مساهمة متواضعة في حقل الجودة الصحية من خلال تحقيق النتائج التالية:
1. التعرف على مستويات تطبيق معايير الجودة الصحية في المستشفيات الخاصة والحاصلة على شهادة الاعتماد من وجهة نظر كل من الاطباء والمرضى.
 2. التعرف على مستويات الأداء في تطبيق معايير الجودة الصحية في المستشفيات الخاصة والحاصلة على شهادة اعتماد.
 3. الكشف عن درو خصائص الكادر الطبي في تفسير الاختلافات الممكنة في أثر تطبيق معايير الجودة في أداء المستشفيات الخاصة بالرياض

1.6 فرضيات الدراسة :

- في ضوء مشكلة الدراسة و أسئلتها تمت صياغة الفرضيات التي تسعى الدراسة لفحصها واختبارها على النحو التالي:
- الفرضية الرئيسة الأولى:**
- توجد علاقة معنوية ذات دلالة إحصائية في تطبيق معايير الجودة الصحية في المستشفيات الخاصة بالرياض الحاصلة على شهادة الاعتماد.
- الفرضية الرئيسة الثانية:**
- توجد علاقة معنوية سلبية ذات دلالة إحصائية في مستويات الأداء في تطبيق معايير الجودة الصحية في المستشفيات الخاصة بالرياض الحاصلة على شهادة الاعتماد.
- الفرضية الرئيسة الثالثة:**
- توجد علاقة معنوية إيجابية ذات دلالة إحصائية في تدريب الكادر الطبي لتطبيق معايير الجودة الصحية في المستشفيات الخاصة بالرياض الحاصلة على شهادة الاعتماد من حيث النتائج (الصحية و المرضى والمالية والعاملين ، والكفاءة ، والاجتماعية).

1.7 نموذج الدراسة :

شملت الدراسة مجموعة من المتغيرات المستقلة والتابعة كما يلي:



الشكل (1) نموذج الدراسة المقترح : المصدر الطالب

1.8 الدراسة الميدانية :

يلتزم المركز الطبي التخصصي بالرياض بتقديم أعلى معايير الجودة والتي تركز على خدمة المريض بطريقة فعالة وأمنة حيث يهدف المستشفى لتقديم خدمات ذات جودة عالية والتي ترتقي إلى أفضل المستويات للمرضى المنومين والمراجعين ، أصبحت مستشفيات المركز التخصصي الطبي بالرياض ومنذ العام 1999م تمثل منظومة للخدمات الطبية العالية المستوى في المملكة العربية السعودية ولم يكن إنشاء هذا المستشفى حدثاً طبياً بل جاء بعد دراسات علمية عميقة ليكمل المنظومة الصحية في بلادنا بمفهوم جديد للرعاية الطبية من خلال الاستفادة من أحدث ما توصلت إليه التقنية العالمية في هذا المجال مع الاستفادة من الكوادر البشرية المؤهلة تأهيلاً عالمياً عالياً في كافة التخصصات والمجالات.

وتتواجد مستشفيات المركز التخصصي الطبي على أهم الشوارع الرئيسية في العاصمة الرياض (طريق الملك فهد وطريق الملك عبدالله) وتشمل أكثر من 600 سرير و 250 عيادة خارجية تغطي كافة التخصصات العادية والدقيقة وتستقبل المرضى من الساعة 9 صباحاً وحتى الساعة 9 مساءً. ويعمل بالعيادات ما يقارب 500 طبيباً معظمهم استشاريون في كافة التخصصات الطبية المتعددة والتخصصات الدقيقة حيث يجمع هؤلاء الأطباء بين الكفاءة العالية والخبرة اللازمة وتوفير العناية المتكاملة للمرضى مما يجعلهم مرجعاً علمياً متميزاً في القطاع الطبي بالمملكة ويساندتهم أكثر من 2500 من الكوادر الفنية والتمريض. وللحفاظ على استمرار تقديم أعلى مستويات الخدمات الطبية، تطبق المستشفى برامج تحسين الجودة والمعتمدة كما يتم متابعة تطبيقها دائماً من قبل لجنة تحسين الجودة ، فضلاً عن كونها مرجعاً أكاديمياً وتعليمياً وتدريبياً.

تقدم مستشفيات المركز التخصصي الطبي بالرياض مجموعة واسعة من خدمات الرعاية الصحية الأولية والفحوصات الطبية بالإضافة إلى خدمات وبرامج الدعم للحفاظ على حياة صحية وتشمل عيادات الفحص الطبي الشامل , فحص الزواج, فحص التوظيف , فحص الإقامة , فحص رخصة حمل السلاح , الاستشارة الافتراضية , خدمة الرعاية المنزلية. تشمل العيادات الخارجية على أكثر من 250 عيادة تغطي كافة التخصصات الشائعة والدقيقة وتستقبل المرضى من الساعة 9 صباحا وحتى الساعة 9 مساء , الأقسام الطبية , الأقسام الجراحية , العناية المركزة , طب الاسنان , مركز التجميل و الأقسام المساندة.

1.9 هيكل المشروع المقترح:

الفصل الاول: الإطار العام للدراسة

الفصل الثاني: الإطار النظري

الفصل الثالث: منهجية البحث

الفصل الرابع: التحليل الاحصائي

الفصل الخامس: مناقشة النتائج والخاتمة

2. الفصل الثاني – الإطار النظري

2.1 المقدمة :

نتيجته للأحداث والنزاعات المسلحة والكوارث البشرية التي عصفت في الدول العربية في الفترة الأخيرة وخصوصاً ما بعد عام 2010، والتي أثرت على المملكة العربية السعودية بشكل كبير وفي جميع قطاعاته الإنتاجية سواء كانت القطاعات الخدمية أم السلعية، وما نتج عن ذلك من إصابات جسدية وحالات مرضية، ولما يتمتع به المملكة العربية السعودية من الاستقرار الأمني النسبي وما حققه من مركز متقدم في المستوى الطبي على المستوى الإقليمية والعالمي فقد أصبحت المستشفيات السعودية الخاصة والحكومية والعسكرية محطات ومقاصد علاجية للمرضى غير السعوديين، ولكثرة المستشفيات السعودية الخاصة على وجه التحديد في العاصمة الرياض ولتشابه الاختصاصات في معظم المستشفيات فقد بات بحكم الضرورة أن يسعى كل مستشفى بكافة الوسائل المتاحة إليه لاستقطاب أكبر عدد ممكن من المرضى غير السعوديين وتقديم الخدمات العلاجية لهم حسب متطلبات كل حالة مرضية، ومن هنا ظهرت المنافسة الشديدة بين المستشفيات السعودية الخاصة على جذب العدد الأكبر من هؤلاء المرضى، وبما أن العملية العلاجية التي يقدمها الأطباء للمرضى تعتمد وبشكل كبير على جودة الخدمات الطبية وكفاءة الطبيب المعالج وعلى الخدمات الإدارية والفنية الهامة التي تسعى المستشفيات لتوفيرها، فقد أصبحت بعض المستشفيات تسوق خدماتها العلاجية بناء على معايير الجودة والكفاءات البشرية وربط مستوى الخدمات العلاجية وحالات الشفاء من المرض بنوعية وأسماء الأطباء المشرفين على العملية العلاجية، والإفصاح المتفاخر في التقنيات الطبية التي تمتلكها تلك المستشفيات وهي بذات الوقت من العوامل الجاذبة للمرضى غير السعوديين، وواقعياً يُلاحظ أن المرضى غير السعوديين يبحثون عن أسماء أطباء ومستشفيات خاصة بالاسم ويقومون بالتنسيق وحجز المواعيد الطبية والاستشارات الطبية قبل الحضور إلى المملكة العربية السعودية.

ويعدّ معايير جودة الخدمات الطبية العنصر الرئيسي في المنظمة و من العناصر الاستراتيجية، والمحرك الرئيسي لجميع النشاطات في المنظمة، ونظراً لكون بيئة الأعمال المحيطة بالمنظمة تتميز بالديناميكية وسرعة التغير، الأمر الذي فرض عليها إعادة النظر بتركيبة معايير جودة الخدمات الطبية وكفاءتها العملية، واستقطاب كفاءات جديدة ذات شهرة عالية في مجالاتها الطبية المختلفة. تعدّ معايير جودة الخدمات الطبية من بين المواضيع والمحاور المهمة في منظمات الأعمال إذ هي الجهة المسؤولة والموجهة للأعمال الإنتاجية في المنظمات، حيث أصبح اهتمام الإدارات العليا جلياً في الموارد البشرية وأصبحت من أهم الأولويات وأن تقدم المنظمات يقاس بما تملكه من كفاءات بشرية على اعتبار أن المورد البشري الكفؤ هو رأس مال مهم للمنظمة، لما يملكه من خبرات ومهارات ومعارف تساعد على تحقيق الأهداف.

مفهوم جودة الخدمات الصحية ينبعث من مفهوم الخدمات بشكل عام، وحيث أن الخدمات الصحية تنقسم إلى قسمين: الخدمات العلاجية، والخدمات الوقائية، ولغايات هذه الدراسة سوف يتم التركيز على الخدمات الصحية العلاجية حيث تعرف على أنها: الخدمات الصحية التي لها علاقة مباشرة في صحة الإنسان وتمتد من مرحلة التشخيص إلى مرحلة الشفاء بغض النظر عن مكان تقديم الخدمة العلاجية سواء كان في المنزل أو في المواقع الصحية المخصصة لذلك، ويهدف هذا النوع من الخدمات إلى شفاء المريض أو التخفيف والتلطيف عليه من الآلام التي يعاني منها، (الضمور، 2006).

يتخذ التسويق العلاجي خصوصية تميزه عن غيره من المفاهيم ذات العلاقة ، ويمكن تعريف التسويق العلاجي بأنه: مجموعة من الفعاليات والسلوكيات الهادفة إلى الاتصال بجمهور مستهدف لجمع المعلومات وتحديد الاحتياجات الصحية وتكوين سلوك سليم في مجال التسويق الصحي، إذ أن التسويق الصحي يهتم في توعية المواطنين في الأمور الصحية ويجعلهم أكثر استجابة إلى تلقي الخدمات العلاجية والاقتناع بها، وأن التسويق يعمل على إيجاد سلوك طوعي يوصل الفرد إلى تحقيق توازن في جوانب حياته المختلفة. لذلك يجب الاهتمام بالإنسان من عدة جوانب متعددة ، تعليميا، مهاريا، فكريا وقبل ذلك الاهتمام بصحة الإنسان فبدون الصحة لا يتمكن الفرد من المشاركة في أى شكل من أشكال التنمية لذا يجب توفير الرعاية الصحية بأعلى جودة وتعتبر الرعاية الصحية المخل الحقيقي لاحداث التنمية الشاملة في أى مجتمع من المجتمعات، حيث ان الخدمة الصحية هي المظهر الحقيقي للتنمية حيث لا يمكن أن تكون هناك تنمية مع نفسي لامراض.

2.2 متغير الدراسة الاول : (جودة الخدمات الطبية)

بالرغم من اهتمام الكثير بموضوع الجودة إلا أن هناك اختلاف في مفهوم الجودة ، حسب منظمة المواصفات القياسية الدولية ، تعرف الجودة بأنها مجموعة الصفات المميزة للمنتج (أو النشاط أو العملية أو المنظمة أو الشخص) و التي تجعله ملبيا للحاجات المعلنة أو المتوقعة أو القادر على تلبيتها.

ويرى اخرون بان الجودة تعني القدرة على تحقيق رغبات العميل بالشكل الذى يتطابق مع توقعاته ويحقق رضاه عن السلعة أو الخدمة التي تقدم له جودة (2002).

ويرى الحداد (1999) بأن الجودة هي المطابقة للمواصفات و المعايير.

وردت عدت تعاريف للخدمة فعرّفها (Stanton , W.J. , 2006) بأن الخدمة هي النشاطات غير ملموسة و التي تحقق منفعة العميل ، والتي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة اخرى ، أى إنتاج أو تقديم خدمة معينة لا يتطلب استخدام سلعة مادية.

وعرف الخدمة ايضا ساعتي (1998) على أنها نشاط أو منفعة يمكن أن تقدم لطرف اخر ، وهي اساس غير ملموس ولا يمكن نقل ملكيتها ، و انتاجها يمكن أن يرتبط أحيانا بالسلعة.

من التعاريف السابقة للخدمة يمكن أن نستنتج ، تكون الخدمة في الغالب غير ملموسة ، قد ترتبط بمنتج مادي ملموس ، لا يمكن تملك الخدمة ، الخدمة تدرك من خلال المنفعة.

تعريف جودة الخدمة يعرف (Parasuraman , 1988) جودة الخدمة بأنها الفرق بين توقعات العملاء للخدمة و إدراكهم للأداء الفعلي لها.

كما أن جودة الخدمة بأنها الخصائص و الصورة الكلية للمنتج التي تؤدي الى اشباع حاجات ضمنية للعملاء ، كما يعرف المكتب القومي للتنمية الاقتصادية في بريطانيا الجودة على أنها مجموعة العوامل أو الخصائص التي يجب أن تتوفر في منتج أو خدمة معينة بهدف الوفاء بمتطلبات السوق (Kotler , 2006).

ومرورا بتعريف الخدمة الصحية حيث انها تتمتع الخدمات الصحية كباقي الخدمات بمجموعة من الخصائص تميزها عن المنتجات الاخرى ، اللاملموسة أي عدم إمكانية مشاهدتها او لمسها ، عدم التجانس أي عدم القدرة على تقديم المستوى نفسه من جودة الخدمة فالطبيب يصعب عليه التعهد بتقديم خدمات مماثلة ومتجانسة على الدوام ، غير قابلة للتخزين أي عدم القدرة على الاحتفاظ بها فترة من الزمن ، عدم التملك أي عم إمكانية الانتفاع بها او التمتع بحق إمتلاكها.

من التعاريف السابقة لجودة الخدمة نجد أن جودة الخدمة الصحية تحتوي على العناصر التالية ، الرضا التام للمرضى ، المطابقة مع المتطلبات الصحية ، دقة الاستخدام حسب ما يراه المريض ، درجة متوقعة من التناسق و الاعتماد تناسب السوق بتكلفة منخفضة ، ونستنتج من هذه التعاريف بأن (الجودة الصحية تتعلق بمنظور المريض و توقعاته وذلك بمقارنة الأداء الفعلي للمنتج أو الخدمة مع التوقعات المرجوة من هذه الخدمة و بالتالي يمكن الحكم من خلال منظور العميل بجودة أو رداءة ذلك المنتج او الخدمة ، فإذا كان المنتج أو الخدمة تحقق توقعات العميل فإنه قد أمكن تحقيق مضمون الجودة ، فجودة الخدمة الصحية تعني تقديم خدمة بمستوى عال من الجودة المتميزة تكون قادر من خلالها على الوفاء باحتياجات و رغبات عملائها بالصورة التي تتفق مع توقعاتهم ، وتحقيق الرضا و السعادة لديهم من خلال مقاييس لإنتاج وتقديم الخدمة و إيجاد صفة التمييز فيها.

ويرى كثير من الباحثين فيما يخص قياس جودة الخدمات الصحية أن نموذج جودة الخدمة الصحية يتكون من خمس محاور تركز عليها وهي ، الاعتمادية ، الجوانب المادية الملموسة ، الأمان و الضمان ، الاستجابة و التعاطف حيث اعتبر عباس (2005) في الدراسة التي قدمها بأن المحور الأساسي لقياس جودة الخدمة الصحية هو الفجوة بين إدراك المستفيد لمستوى الأداء الفعلي للخدمة و توقعاته حول جودة هذه الخدمة وهو ما يسمى بمقياس الإدراكات او التوقعات.

مفهوم إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية فيشير الى ثلاث جهات نظر مكملية لبعضها البعض وهي الشمولية : عملية على مستوى المنظمة تتضمن كل شخص في المنظمة ، الجودة صياغة الأهداف في كل عناصر العمليات لإنتاج خدمة أو منتج لمواكبة متطلبات المستهلك وتوقعاته منذ الوهلة الأولى و الإدارة تعني فقط التزام وتعهد الإدارة العليا بأهداف الجودة فقط بل العمل على الاندماج الفعلي فيه او تبنيها (Nwabueze , 2001) و أشار مسودة (2004 : 120) الى أن أساسيات إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي تتضمن تعزيز النظم و العمليات وتشجيع العاملين على المشاركة و القيام بالعمل الجماعي لحل المشكلات و التوصية بالتحسين المستمر من خلال تمكين العاملين وضع و اتخاذ ووضع القرارات بناء معلومات موضوعية وتحسين عمليات الاتصال و التنسيق ما بين الوحدات التنظيمية و المؤسسة الصحية و التزام القيادة وتهداه للعمل نحو جودة الخدمات الصحية.

وقد حدد (مسودة ، 2004 ، 116) مقومات إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية بالتركيز على الجودة كأولوية و اعتبارها قضية مركزية في المستشفيات وتوجيهات كل نشاطات المنظمة الصحية نحو الجودة و التركيز على المستهلكين ويقصد به الاهتمام بمتطلباتهم وحاجاتهم وتطلعاتهم و التركيز على العمليات و وصف العمليات الإدارية و السريرية والقياس واستخدام المعلومات وفحص التباين في الرعاية الصحية.

وقد وضع بيرويك عشرة دروس أساسية استوحاها من نظريات الرواد في الجودة لتطبيقها في مجال الرعاية الصحية :

1. استعمال وسائل تحسين النوعية في مجال الرعاية الصحية : تساعد هذه الوسائل الفرق بين المشكلة على التركيز على مشكلة معينة ، وليس على النظام كله ، وتمكنهم من قياس وفهم وظائف العمليات.
2. أهمية تشكيل الفرق المشتركة من جميع مستويات الوظائف الصحية : لتحسين نوعية الخدمة مما يساعد المؤسسة على فهم العلاقات المتداخلة و المترابطة بين العمليات ، ويبين التغيرات المتزامنة التي نحتاجها في مختلف الاجراءات للوصول الى النتيجة المرجوة.
3. استعمال أسلوب جمع البيانات النوعية في الرعاية الصحية : تجمع المستشفيات كثيرا من البيانات ، ويمكن تطبيق طرق تحليلية جديدة لمعالجة هذه البيانات و الاستفادة من النتائج.
4. وسائل تحسين النوعية متممة للاستعمال : متممة استعمال الطرق الجديدة وهي : تشكيل الفرق – التجارب العلمية – التحليلات العلمية ، العلاقة بين الفريق الصحي و المنتفعين – الاحتفالات بالتحسين بدلا من الطرق القديمة – المعايير – التفيتش – المراقبة – اللوم – الحوافز.
5. ارتفاع تكلفة تدنى مستوى الجودة ، وتوفيرات تطبيق برنامج التوعية : التكلفة المخفية عالية في الرعاية الصحية (تكلفة الهدر ، الإعادة ، الخدمات الزائدة ، عدم الموثوقية ، التعقيد في الاجراءات ، كثرة الاوامر) كما في مجال الصناعة.
6. استيعاب الأطباء في عملية التحسين صعب لانشغالهم في عملهم ، ولكنه ضروري لأهمية دورهم في التحسين ، يستطيعون بناء وهدم جهود التحسين.

7. بروز أهمية التدريب : يجب تدريب جميع الكوادر حتى يتم التحسين ، وهذا ينطبق على المدراء و الرؤساء والفرق.

8. الاهتمام المبكر بتحسين الاجراءات الإدارية و الخدمات المساعدة التي تدعم الخدمات السريرية ، والتي تعطي نتائج سريعة وواضحة تشجع على الاستمرار وتحسين المشاكل السريرية المعقدة.

9. المؤسسات الصحية بحاجة لتعريف اوسع و أشمل للجودة.

10. مصير برامج إدارة الجودة في المؤسسات الصحية : تقع مسؤولية مصير برامج إدارة الجودة على التزام وتعهد الإدارة العليا كما في الصناعة.

ويرى (Kline , 1992) أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة تتطلب إجراء بعض التغييرات كالتركيز على تحسين العمليات و الاهتمام الزائد بالإنتاجية وتقليل تكلفة الخدمة الصحية ، كما تتطلب مشاركة وتفويض العاملين في صنع القرارات واعتبار المستفيدين من الخدمة الخدمة الصحية المرجعية للتعرف على جودة الخدمة المقدمة لهم ، هذا بالإضافة الى إنشاء نظام تعليمي وتدريب مناسب على مهارات حل المشكلات.

2.3 متغير الدراسة الثاني : (المستشفيات الخاصة)

بدأ اعتماد الخدمات الصحية أول م ابدأ في الولايات المتحدة الأمريكية في خمسينات القرن العشرين ، ويعتبر الاعتماد حالياً الأداء الرئيسية التي تستخدمها البلدان الصناعية المتقدمة لضمان جودة خدمات الرعاية الصحية.

أن عملية حصول المستشفى على الاعتماد هي العملية التي تتطلب من المستشفى ومن جميع أعضاء كادرها القيام بإجراء تقييم شامل لأدائهم الحالي والتعرف على الممارسات التي يجب تغييرها أو العمليات و الاجراءات الجديد التي يتم استحداثها.

ويعتبر الدليل الملموس على أن المؤسسة ملتزمة بتحسين نوعية الخدمة المقدمة للمريض ، وهو العملية التي من خلالها تقوم المؤسسة المانحة للاعتماد بتقييم المؤسسة الصحية (المستشفى) ، وتحدد ما إذا كانت هذه المؤسسة تفي بالمعايير التي وضعت للمحافظة على نوعية الرعاية الصحية المقدمة وتحسينها ، وتحقيق الأداء الأفضل (شو و اخرون ، 2007).

وعندما تتبنى المستشفيات تطبيق معايير الاعتماد فإنها ستحقق مزايا عديدة تشمل على إيجاد بيئة صحية لتقديم الخدمات الصحية (Scrivens , 1998) ، وتحسين الأداء ، ومشاركة جميع العاملين في صنع القرار وتحسين الاتصال و التعاون بين الاقسام في المستشفيات ، وزيادة الالتزام وضمان تطوير نظام للتدريب والتعليم ، وزيادة درجة المصداقية و الثقة تجاه المستشفيات ، وإيجاد نظام لتحفيز العاملين ونظام المحاسبة وتحمل المسؤولية الاجتماعية والقانونية تجاه المرضى.

حصول المستشفى على الاعتماد : هو إجازة (شهادة) تعطى من قبل مجلس أو هيئة حكومية بعد إجراء عملية مسح طوعية وشاملة من خلال الفحص الكامل و الدقيق لكل أجزاء و أقسام المستشفى ، تكرر كل ثلاث سنوات لتقييم مدى تقيد المستشفى بالمعايير التي حددت سابقا من قبل مجلس الإجازة (مانح الشهادة). وفي المملكة العربية السعودية سعت المستشفيات الخاصة الى تطوير خدماتها الصحية لمواكبة المستجدات العالمية و الحصول على شهادة الاعتماد ، لكن عدد المستشفيات الخاصة التي استطاعت إظهار الالتزام بتطبيق معايير الاعتماد و الحصول على شهادة الاعتماد الممنوحة من قبل مجلس اعتماد المؤسسات الصحية في المملكة العربية السعودية كان قليل جدا ، حيث يتطلب تحقيق هذا الهدف الكثير من أعمال التطبيق ، و الامتثال تماما للمعايير وبمستويات عالية ، و التوثيق لكثير من السياسات و الاجراءات و الخطط و الخطوات الارشادية الطبية المكتوبة (United States Agency for International Development , 2008).

ويمكن تقسيم عملية تحضير المستشفى للحصول على الاعتماد الى عدة خطوات (Brown , 2005) تتمثل بتبني الكادر القيادي في المستشفى مبدأ الجودة و التحسين المستمر ، وأن يدرك المستشفى أهمية وقيمة التطبيق لمعايير الاعتماد ، و التزام الكادر القيادي لنشر مبدأ أهمية العمل نحو تحقيق الاعتماد ، و قيام المستشفى بوضع ونشر تعريفه للجودة بشكل واسع ، وتشكيل لجنة لتحسين الجودة في المستشفى تشرف على أنشطة التحسين المستمر.

وقبام المستشفى بتتقيف موظفيه و أعضاء كادره حول تحقيق معايير الاعتماد ، والقيام بإجراء التقييم الذاتي ، لبيان وضع المستشفى الحالي ، بما يخص الامتثال و التطابق مع المعايير الموضوعية ، وتنفيذ التقييم الذاتي للمستشفى المعتم بالادلة ، بحيث يتضمن توثيق ما يتطابق وما لا يتطابق مع المعايير ، و القيام بوضع خطة فعلية لتنفيذ جميع المعايير التي لم يتم تحقيقها بشكل كامل.

تستكمل المرحلة النهائية للحصول على شهادة الاعتماد عند قيام مجلس اعتماد المؤسسات الصحية بالمشح والتقييم النهائي لمستويات تطبيق المعايير ، بحيث تشمل على :

1. مراجعة وثائق المستشفى من سياسات وخطط
2. مراجعة السجلات الطبية
3. مقابلة الكوادر العاملة في المستشفى لتقييم توجهاتهم لمستويات تطبيق معايير الاعتماد
4. مقابلات المرضى
5. مقابلات أعضاء الإدارة العليا في المستشفى
6. مقابلة مدير الموارد البشرية

وتمنح شهادة الاعتماد عند التأكد من تطبيق المعايير بمستويات عالية ، وهذه الشهادة تبقى صالحة لمدة ثلاث سنوات ، يعاد في نهايتها الفحص ثانية لتجديد أو حجب الشهادة (الإجازة) بناء على مستويات الامتثال للمعايير (مجلس اعتماد المؤسسات الصحية ، 2009).

2.4 العلاقة بين متغيرات الدراسة :

إذا فإن برامج توكيد الجودة بدأت متأخرة بالمقارنة مع الدول المتقدمة ، ففي عام 1992 بدأت الاتصالات بين وزارة الصحة و الوكالة الامريكية حيث طلبت الوزارة عقد ورشة عمل على ضمان جودة الخدمات الصحية وذلك لطرح المفهوم الى المعنيين بهذا المجال.

وقد عقدت وحضر 25 مسؤولا من وزارة الصحة هذه الندوة ، وقد أوصت ورشة العمل بعدة توصيات من بينها تأسيس وحدة مركزية في وزارة الصحة لتكون مسؤولة عن ضمان جودة الصخدمات الصحية (وزارة الصحة ، 1994) ، وفي عام 1993 تم تأسيس إدارة جديدة أطلق عليها مديرية مراقبة وضبط الجودة ، وكان أهم الاسباب وراء إنشاء هذه المديرية ما يلي :

- الضمان الاستعمال الامثل للموارد المتاحة لدى وزارة الصحة
- وضع معايير للأداء المالي و الإداري والفني
- رفع مستوى الخدمات الصحية

ولتحقيق هذا الهدف تم عقد يوم علمي في مستشفى الملك فيصل التخصصي احد اكبر المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية ، تحت رعاية وزير الصحة وحضره المدراء العاملون و المدراء التنفيذيون في وزارة الصحة إضافة الى موظفين في مؤسسات صحية اخرى.

فقد تم وضع برنامج تدريب ، بهدف التدريب على نشاطات ضمان جودة الخدمات الصحية وفي هذا الشأن تم إجراء ثمانية دورات تتعلق بالمواضيع التالية : مفهوم الجودة ، المهارات الاساسية لضمان الجودة ، مهارات بناء الفريق ، تقنيات حل المشاكل ، ووضع المعايير ، وجودة خدمة العميل ، والمهارات الاخرى ، وتدريب مدراء الإدارة العليا على ضمان الجودة.

لقد أولت وزارة الصحة العناية التامة لمسألة ضمان ومراقبة الجودة من خلال إنشاء مديرية متخصصة في هذا المجال سعيا وراء تحسين الجودة وتقليل التكاليف ورفع مستوى اداء مقدمي الخدمة الصحية.

و الجودة في الخدمات الصحية تشير الى ايجاد محيط عمل من قبل القادة الصحيين لتعزيز قناعة العاملين الصحيين من اجل حقهم مع العمل بمثالية و الوصول الى قناعة المستهلكين (ميا ، 2000) و أشار (Maxwell & Temin , 2003) بان احدث مفهوم الجودة في الرعاية الصحية يعبر عن الدرجة التي تعمل بها الخدمات الصحية على التعزيز و السير نحو تحقيق النتائج الصحية المرغوبة و التي تتوافق مع المعرفة العلمية و المهنية للهيئة الطبية وأن هذا المفهوم يعني ان تحسين الجودة يجب ان يركز على المعرفة و الممارسات للأطباء و على عمليات الرعاية و التي يركز عليها في تقديم الخدمات الصحية وذلك من قبل منظمات الرعاية الصحية.

ويشير (Kovner , 1999) الى أن جودة الرعاية الصحية تهدف الى تعهد وحفظ رد الصحة و أنها تقدم في الموقع الملئ بطريفة ترضى المرضى وتتلخص أبعاد الجودة في الخدمات الصحية بما يلي :

1. الكفاءة الفنية :

ويقصد بها المهارات و القدرات الفنية و الأداء الفعلي الصحيح و الثابت لمقدمي الخدمات الصحية و الإداريين و الكوادر المساعدة ، وتعني الكفاءة للكوادر الصحية القدرة على أداء الخدمات الوقائية و العلاجية و الاستشارية ، أما بالنسبة لكفاءة الإداريين فتعني الكفاءة في الاشراف و التدريب وحل المشاكل ، أما بالنسبة للكوادر المساعدة فهي تعتمد على التوصيف الوظيفي ، فالمهارات المطلوبة من فني الأشعة تختلف عن فني المختبر ، وتقاس الكفاءة بمدى مطابقة الأداء الفني للمعايير و المواصفات الفنية المطلوبة.

2. سهولة الوصول للخدمات :

يعتبر هذا البعد من أهم الأبعاد ذلك لان صعوبة الوصول الى المستشفى تؤدي الى زيادة الأمراض و الوفيات التي يمكن تفاديها ، وتعني سهولة الوصول للخدمات عدم وجود عوائق (جغرافية ، اجتماعية ، مؤسسية او لغوية) تقف حائلا دون الوصول للخدمة. ويقاس الوصول الجغرافي بتوفر المواصلات و المسافة و الوقت للزم للوصول الى الخدمة الصحية أو أي عوائق طبيعية تمنع المريض من الوصول الى الخدمة الصحية ، أما بالنسبة للوصول المادي فيقصد به القدرة على شراء الخدمة الصحية ، أما بالنسبة للوصول الاجتماعي فيعني قبول المراجعين للخدمة الصحية المقدمة التي لا تتعارض مع القيم و المعتقدات و التقاليد ، أما بالنسبة للوصول المؤسسي فيعني نظام المؤسسة الصحية لاستقبال المراجعين بالنسبة لعدد ساعات العيادة ، نظام المواعيد ، ووقت الانتظار ، وطريقة تقديم الخدمة ، أما بالنسبة للوصول اللغوي فيعني ان الخدمات متوفرة بلغة المواطن وبطريقة لطيفة وواضحة يستطيع فهمها.

3. الفعالية :

ويقصد بها مدى الحصول على النتائج المرجوة من الاجراء المطبق ، ويقاس من خلال قسمة النتائج على المدخلات.

4. العلاقة بين الافراد :

ويقصد به التفاعل بين المراجعين و الفريق الصحي وكذلك بين الإداريين و الفريق الصحي وبين الفريق الصحي و المجتمع ، فالعلاقات الجيدة تبعث على الثقة و المصادقية من خلال إظهار الاحترام و المحافظة على السرية و المجاملة و الاستجابة و العطف و الإصغاء ، وتساهم العلاقات الجيدة الثابتة في إنجاح المشورة الصحية و استجابة المرضى للتعليمات الطبية ، أما العلاقات السيئة فأنها تعمل على إضعاف فعالية الخدمة الصحية الجيدة ويمكن ان تؤدي الى امتناع المريض عن طلب هذه الخدمة.

5. الكفاءة باستخدام الموارد :

ويقصد بذلك تقديم أفضل رعاية صحية للمجتمع وذلك بتحقيق أكبر منفعة ضمن الموارد المتاحة ، وتؤثر الكفاءة على ناتج الخدمة وكلفتها خاصة إن الموارد الصحية عادة محدودة وتتطلب تقديم الخدمات الضرورية و الصحية وتجنب الخدمات الغير ضرورية و الخاطئة أو التقليل منهما.

6. الاستمرارية :

ويقصد بها تقديم مختلف الخدمات الصحية الضرورية دون تقطع أو توقف ، ويمكن ان تعني بان المريض الواحد يراجع نفس الطبيب دائما ، والذي يعرف سيرته المرضية وفي بعض الحالات تعني الاستمرارية الاحتفاظ بملفات طبية صحيحة تمكن الطبيب الجديد من معرفة السيرة المرضية للمرضى ومتابعة علاجهم. و الاستمرارية ضرورية لان انقطاعها يعرض الرعاية الصحية للخطر وتدني مستوى الجودة مما يؤدي الى تفاقم العلاقة بين المريض والفريق الصحي.

7. السلامة الصحية :

ويقصد بها تقليل خطر التعرض للاصابات و الالتهابات وكذلك الأعراض الجانبية أو أي أخطار متعلقة بالخدمات الصحية ، وتشمل هذه الاجراءات المريض و الفريق الصحي.

8. الكماليات :

ويقصد بها مقومات الخدمات التي ليس لها علاقة بالاجراءات الطبية ولكنها تزيد من إقبال المرضى ورضاهم وعودتهم للخدمات الصحية ، واستعدادهم لدفع ثمن هذه الخدمة. وتشمل الكماليات شكل البناء الخارجي ووسائل الراحة و الخصوصية وتوفر بعض الاجهزة التي تسليا المراجعين.

ولقياس الأداء في المستشفيات الخاصة شهد العقدان الماضيان تحولات أساسية في إطار المفاهيم الخاصة بإدارة منظمات الأعمال ، وكان من أهمها التحول الى الجودة الشاملة وتقييم الأداء (الخزامي ، 2001). ويشير الأداء الى النتائج العملية للفاعليات و الإنجازات ، وهو القدرة على تحويل المدخلات الخاصة بالمؤسسة الى عدد من المنتجات بمواصفات محددة واستغلال امثل للموارد (الخراز ، 1987). وتمثل إدارة الأداء عملية استراتيجية متكاملة تهئى نجاحا مستمرا من خلال تحسين أداء العاملين وتطوير فرص ونوعية مساهماتهم ، فرادى وضمن فريق العمل (مصطفى ، 2002).

أما قياس الأداء فقد أصبح من ضرورات الإدارة الحديثة المتطورة ، ويعني الحصول على حقائق أو بيانات محدودة من شأنها أن تساعد على تحليل وفهم وتقييم الأداء في فترة زمنية محددة ، فهو يهتم بمدى ومقدار النجاح في تنفيذ وإدارة العمليات ، وهو مجموعة الإنجازات والقيم المضافة التي يقدمها الأفراد و المجموعات العاملة و أصحاب المصالح المستهدفة (محمد ، 2004).

وهو العملية التي بواسطتها تقدم الإدارة وبجميع مستوياتها المعلومات حول أداء الأنشطة داخل المنظمة والتي من خلالها يتم الحكم على الأداء بواسطة المعايير المتفق عليها (العبيدي و اخرون ، 2010). وأورد (ماهر ، 2010) عدة خطوات لقياس الأداء تمثلت بتحديد الأنشطة المرغوب تقييمها ، وتحديد النتائج الواجب قياسها ، وتحديد المعايير المناسبة للقياس ، واختيار الطريقة المناسبة والبيانات المطلوبة ، ومعالجة البيانات ، ومقارنة ما تم تسجيله من معايير فعلية بالمعايير النمطية الواجب الوصول إليها. ومن جانبها أوضحت منظمة الصحة العالمية أن القياس هو جوهر و أساس أعمال التحسين وجودة الرعاية الصحية ، فهو يزود المستشفيات بأدوات تساعد على معرفة إنجازاتها وما هي مواقع القوة والضعف ، و الأمر الذي يمكنها من مقارنة أدائها مع الأداء الافضل (World Health Organization ، 2003)

ولتحديد المعايير المرغوبة استعملت عدة نماذج لقياس الأداء في المؤسسات الصحية ، منها النموذج الأوروبي للجودة والتميز ، ومالكوم بالدريج للجودة الوطنية في الولايات المتحدة الأمريكية ، و الاسترالي لتميز الأعمال ، والنموذج المتوازن لقياس الأداء حسب اللجنة الدولية للاعتماد (حمامي ، 2008).

2.5 الدراسات السابقة :

لقد اختبرت بعض الدراسات السابقة أثر جودة الخدمات الصحية على أداء مستشفيات القطاع الخاص ومنها :

قام الطعاني (1996)

بدراسة هدفت الى التعرف الى اتجاهات شاغالي الوظائف الاشرافية في وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة وقد توصلت الدراسة الى نتيجة عامة بوجود اتجاه ايجابي نحو مفهوم إدارة الجودة الشاملة والذي انعكس بتكوين فرقة للعمل واحترام العاملين ، في حين إن هناك اتجاهات سلبية نحو مشاركة الموظفين والتدريب.

أما دراسة منصور (1997)

فقد هدفت الى مقارنة تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين مستشفيات القطاع العام و الخاص ، وتحدد الهدف الأساسي للدراسة باستكشاف مدى تطبيق كل عنصر من عناصر إدارة الجودة الشاملة في كل من مستشفى البشير (كممثل للقطاع العام) و الإسلامي (كممثل للقطاع الخاص) وقد خلصت الدراسة الى نتيجة أن هناك تفوق للقطاع الخاص في تطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة على القطاع العام.

وتوصل (Duckett , 1988)

من خلال دراسته التي استمرت لمدة عامين ومراقبته لأداء المستشفيات الاسترالية ، الى أن المستشفيات التي طبقت معايير الجودة استطاعت أن تزيد من درجات السلامة لدى المرضى العاملين.

وقام سلامة (1999)

بدراسة توصلت الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين توقعات العاملين وبين الخدمات المقدمة لهم في مجالات وبناء توقعات العاملين وبين الخدمات المقدمة لهم في مجالات دعم و امتناع الإدارة العليا وتقدير الموظفين و الموظفين وتدريبهم وبناء الفرق و مشاركتهم ، وكذلك وجود فرق بين الخدمات الملموسة و الاعتمادية و الاستجابة و الأمان و التعاطف وكذلك وجود فروق بين امكانية تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة وبين كل من التغير المستمر للقيادات ، وغموض موضوع التدريب وتقييم الأداء وتعدد المستفيدين واختلاف مستوياتهم.

أشارت دراسة الأحمدى (2000)

أن من أهم عوائق تطبيق مفهوم التحسين المستمر في المنظمات الصحية ناتجة عن اختلاف بيئة وثقافة وطبيعية نشاط هذه المنظمات ووجود حواجز تنظيمية و إدارية في الهيئة الإدارية و السريرية وعدم التزام القيادات بعناصر الجودة الشاملة وعدم رضا مقدمي الرعاية الصحية وخصوصا الأطباء بالتركيز على المستهلك الخارجي وعدم مشاركة الأطباء في جهود التحسين المستمر ونقص في التدريب على مبادئ الجودة وحصرها في الجوانب الإدارية والفنية الأخرى.

أجرى اللوزي (2000)

دراسة هدفت الى التعرف الى مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في أجهزة الخدمة المدنية بالمملكة العربية السعودية كما يراه أفراد العاملون فيه وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات الديموغرافية كالجنس و العمر و المستوى الوظيفي و المؤهل العلمي و التخصص الأكاديمي و الخبرة ، كذلك أهم المعوقات التي تواجه تطبيق إدارة الجودة الشاملة في أجهزة الخدمة المدنية السعودية متوسط نسبيا أشارت أيضا الى أن من بين العوامل أو المجالات السبعة التي تشكل مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة كان الاهتمام بجمهور الخدمة في المرتبة الأولى من حيث الأهمية في حين احتل مجال تقدير العاملين و تحفيزهم المرتبة الأخيرة ، كما توصلت الدراسة الى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين آراء العاملين في أجهزة الخدمة المدنية السعودية نحو مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة تعزى للجنس و العمر و المستوى الوظيفي بينما دلت النتائج على وجود فروق ذات دلالة إحصائية للمؤهل العملي و التخصص الأكاديمي و الخبرة ، وتوصلت الدراسة الى أن من بين أهم المعوقات التي تواجه مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة ضعف مستوى التحفيز ورقابة التدريب والتعليم وصعوبة قياس نتيجة الأداء.

كذلك استنتج (Nehauser et al. , 2000)

عند دراسته لنظام اعتماد المستشفيات للجودة في أمريكا الجنوبية ، أن التزام الإدارة العليا في المستشفى كان له الدور الأساسي في نجاح تطبيق معايير الاعتماد وتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في تلك المستشفيات.

وقام النياي (2000)

بدراسة هدفت الى البحث في ممارسات إدارة الجودة الشاملة في منظمات الخدمة العاملة في دولة الإمارات العربية المتحدة في القطاعين العام و الخاص ، وقد توصلت الدراسة الى وجود علاقة معنوية في ممارسة ركائز الجودة الشاملة بين منظمات الخدمة العاملة في القطاع الخاص و القطاع العام لصالح منظمات الخدمة الخاصة ، كما توصلت الدراسة الى وجود علاقة معنوية بين أعمار المنظمات ومستوى ممارستها لركيزة المقارنة المرجعية و التزام و القيادة الإدارية وتطوير الإدارة العملياتية والتحسين المستمر ودمج ثقافة الجودة في ثقافة المنظمة.

و أشارت دراسة البستجي (2001)

الى وجود بعض المعوقات الداخلية و الخارجية تحول دون تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العامة في المملكة العربية السعودية كعدم وجود مختصين او ندرتهم في إدارة الجودة الشاملة و محدودية الموارد المالية لدى المؤسسات و اعتقاد الإدارة بعدم أهمية مشاركة العاملين في القطاع للمساهمة في تحفيزهم بالتدريب المستمر لتحسين الأداء وفهم إدارة الجودة الشاملة وتطبيقها.

وقام الطروانه (2001)

بدراسة هدفت الى التعرف على واقع الجودة الشاملة في شركات الصناعات الدوائية في الاردن ومعرفة السياسات التنافسية التي تستخدمها وكذلك العلاقة بين السياسات التنافسية و القدرة التنافسية ، وقد توصلت الدراسة الى أن شركات الصناعات الدوائية تطبق الجودة الشاملة بدرجة متوسطة ، كما أنها تطبق السياسات التنافسية بنسب متوسطة ومتفاوتة ، كما أظهرت الدراسة وجود علاقة معنوية بين الجودة الشاملة ومعظم السياسات التنافسية لعكس تلك الموجودة بين الجودة الشاملة والقدرة التنافسية وكذلك بين السياسات التنافسية والقدرة التنافسية.

أما (Khot et al. , 2001)

فقد أشارو في دراستهم الى أهمية ودور تطبيق معايير الجودة في المستشفيات الهندية ، و التي ساعدت على تحسين كفاءة وفاعلية المستشفيات ، و أوصت الدراسة كذلك بتعميم تجربة تطبيق معايير الجودة في جميع المستشفيات الهندية.

وقام بدير (2002)

بدراسة هدفت الى التعرف على جودة الخدمة الصحية في الأردن كإستراتيجية لرضى المريض ، كما هدفت الى التعرف على الاستراتيجيات المستخدمة لتحقيق جودة خدمة صحية عالية ، وتوصلت الدراسة الى أن مستشفى الأردن يعطى جودة الخدمة الصحية أهمية كبيرة ويسعى لتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية تهدف الى رضا المريض و الاحتفاظ به.

و في دراسة للعمر (2002)

توصلت الدراسة الى أن مبادئ إدارة الجودة الشاملة التي تتبناها المستشفيات تتمثل في أربعة مبادئ وهي : التحسين المستمر ، و الاستناد الى المعلومات لاتخاذ القرارات ، و مبداء دعم الإدارة العليا واخيرا مبداء التركيز على العمل.

وفي دراسة أخرى (Sureshchandar et al. , 2002)

أثبتت هذه الدراسة أن هناك أيجابية ذات دلالة إحصائية بين الأبعاد الخمسة التي أوضحها Parasuraman وبين شعور متلقى الخدمة بالرضا عن كل بعد من تلك الأبعاد بمعنى أنه كلما زادت جودة الخدمة الصحية المدركة من جانب متلقى الخدمة المستهلك لبعدها من الأبعاد المكونة لجودتها الصحية سوف يزيد بالتالي شعوره بالرضا عن نفس ذلك البعد ، ومن نتائج تلك الدراسة هو أن هناك علاقة إيجابية معنوية بين بعدى الأمان والاستجابة وبين الشعور بالرضا من جانب متلقى الخدمة المستهلك.

وكشف (Pexton , 2004)

في دراسته خلال الفترة (2001 – 2004) على مستشفيات ولاية لويزيانا الأمريكية ، عن أن تطبيق معايير منهجية التحسين المستمر وإدارة المعلومات يترافق مع تحسين الأداء من حيث تراجع فترة إقامة المريض في المستشفى ، وتراجع نسبة حدوث العدوى المكتسبة و التقرحات الجلدية عند المرضى ، وهي مضاعفات ناتجة عن طول فترة بقاء المريض في المستشفى.

وكما قام أحمد (2005)

بدراسة هدفت الى البحث في علاقة الجوانب الملموسة وغير الملموسة لجودة الخدمات الصحية في القطاع الصحي الخاص في تركيا برضا المريض ، وقد توصلت الدراسة الى أن الجوانب الغير الملموسة تلعب دورا هاما في رضا المريض مقارنة بالجوانب الملموسة.

أما (Laruffa , 2005)

فقد أشار في دراسته الى أن تبني استراتيجيات الجودة الشاملة و التركيز على تحسين رضا المرضى في مستشفيات مدينة نيويورك الأمريكية ، أدى الى تحسين كفاءة المستشفيات و زيادة أعداد المراجعين و زيادة العوائد المالية ، و تحسين نتائج العاملين.

أما (Bazzoli et al. , 2005)

فقد أشارو في دراستهم الى وجود علاقة نوعية و إيجابية بين درجة التقييم الممنوحة ومن قبل هيئة الاعتماد الأمريكية و التي تقيس مدى التزام المستشفيات بتطبيق معايير الجودة ، وبين درجة التركيز على المريض و النتائج الطبية في المستشفيات المجتمعية ، ولما في ذلك من أثر في تحسين العوائد المالية وتقليل الأيام المرضية في المستشفيات الأمريكية.

و أشار (Chiemkaew , 2006)

في دراسته التي تناولت عوامل النجاح المساعدة على تطبيق معايير الجودة الشاملة ، الى أن تطبيق معايير الجودة الشاملة أدى بشكل ملحوظ بتحسين أداء المستشفيات ومن عمل الفريق وزيادة القدرة التنافسية للمستشفيات.

وهدفت دراسة نعساني و اخرون (2007)

الى قياس مدركات المستهلكين لجودة الخدمات الصحية و أثرها في رضاهم وتطبيق ذلك في المشافى الجامعية السورية لمعرفة أي من أبعاد الجودة الصحية تحقق أكبر قدر ممكن من رضا المريض بالتركيز عليها وتفعيلها سعيا لتحقيق أعلى رضا ممكن ولتحسين واقع الخدمة الطبية في المشافى السورية ، وتوصلت الدراسة أن النموذج الأمثل الذي يحقق أقصى رضا ممكن للمريض هو مزيج من ثلاثة ابعاد هو جوهر الخدمة ومصادقية الخدمة و التعاطف.

وفي دراسة (Kroch et al. , 2007)

التي هدفت الى قياس أثر تطبيق معايير الجودة الشاملة في أداء المستشفيات الأمريكية ، أشارت النتائج الى أن تطبيق معايير الجودة الشاملة قد ترافق مع انخفاض في نسبة الوفيات الخام لدى مرضى المستشفيات ، ونسب حدوث المضاعفات عند المرضى ، وفترة إقامة المريض في المستشفى.

ووجد (El – Jardali et al. , 2008)

في دراستهم لأثر تطبيق معايير الاعتماد على جودة الخدمات الطبية المقدمة في (59) من المستشفيات اللبنانية ومن وجهة نظر الكادر التمريضي ، أن تطبيق هذه المعايير كا أداة فعالة في تحسين جودة الخدمات الصحية ونتائج المرضى في المستشفيات متوسط الحجم ، و أداء العاملين في المستشفيات المتوسطة والصغيرة الحجم.

دراسة الرئيس (2008)

هدفت الدراسة الى معرفة مدى تطبيق نظم الجودة في المستشفيات الخاصة بالمملكة العربية السعودية بمحاظفة جدة ، و التعرف على مستوى استيعاب العاملين في القطاع الصحي لنظم الجودة في الخدمة الصحية و أهميته في تطوير وتحسين الأداء ، ومدى ممارسة نظام الجودة وفاعليته في تشجيع الإدارة على تقويم جودة الانتاجية وكميتها بدلا من التركيز على كمية الانتاج ، ومن أهم النتائج التي توصلت اليها الدراسة أن قصور الوعي بمفهوم الجودة لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي يؤثر سلبا على تطبيق نظم الجودة في هذا القطاع ، كما أن عمليات التحسين و التطوير في الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات لا تلقى الاعتماد الكافي.

وقام أسامة الفراج (2009)

بتبسيط هذا البحث الضوء على مستوى الرضا وجودة الخمت الطبية التي تقدمها مستشفيات التعليم العالي في سورية ، و من خلال استطلاع الاراء و الانطباعات الشخصية للمستفيدين من هذه الخدمات ، ومن ثم يهدف البحث الى تكوين مقياس يساعد في قياس فاعلية الخدمات الصحية وتقييم جودتها ، وذلك من وجهة نظر المرضى ، مما يتيح للقائمين على إدارة المستشفيات الاستفادة من نتائج هذه القياس لتحسين واقع الخدمات الصحية ، وتحقيق التعاون المستدام بين المستفيدين و المعنيين بتقديم الخدمات الصحية ، واستخدم البحث استبانة سهلة الاستخدام بهدف كشف جودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات التعليمية السورية للمرضى ومن وجهة نظرهم ، فضلا عن أن هذه الأداة كانت موضع اختبار لبيان مدى صلاحيتها و الموثوقية بها وقدرتها على التمييز بين مستويات و مكونات عدة للرضا ، وقد تم اعتماد التحليل السيكلوجي لتقييم مختلف السمات الحيوية و الخصائص التي سعت الاستبانة لإظهارها ، فضلا عن

التحليل الإحصائي الوصفي المتوسطات أو الانحرافات المعيارية لمختلف مستويات الرضا ، وقد توصلت الى أن مستوى الرضا العام تجاوز القيمة 2.5 نقطة بالمتوسط على مقياس من 1 الى 4 ، وقد عبر 75% من المرضى عن رضاهم عن الخدمات الصحية التي قدمتها المستشفيات التعليمية. ودراسة سيف (2009)

غطت الدراسة المستشفيات الحكومية الأردنية التي طبقت معايير الاعتماد خلال السنوات (2004 – 2008) ، وتمثلت في الجغرافية بمحافظة عمان و اربد و الزرقاء و السلط و الكر و معان ، أشارت نتائج الدراسة الى وجود اثر لمستويات تطبيق معايير الاعتماد في مستويات الأداء التي تضمنت مؤشرات الفاعلية الفنية و السلامة و تركيز اهتمام المستشفى على المريض ورضا المرضى ، وبينت كذلك أنه لا توجد فروق في مستويات تطبيق معايير الاعتماد في المستشفيات تعزى لخصائص العاملين ولخصائص المستشفيات.

دراسة (Eleuch , 2011)

أجرى الباحث دراسة بعنوان " إدراك نوعية الخدمات الصحية في اليابان " ، حيث هدفت هذه الدراسة لتقييم تصورات المرضى اليابانيين لنوعية الخدمة و الرعاية الصحية وتسليط الضوء على ميزات الخدمة الصحية الأكثر وضوحا ، استخدمت الدراسة البرمجة غير الخطية و اعتمدت على نموذج حديث للكشف عن أهمية الرعاية الصحية و ميزات الخدمة الصحية للحكم على جودة الخدمة الصحية ، ولقد أظهرت النتائج بأن المرضى اليابانيين ينظرون الى خدمات الرعاية الصحية من خلال العملية التعويضية ، كما سلطت هذه الدراسة على الحاجة الى اعتماد التطور الذي يعزز الجودة الفنية و الممارسات الطبية في أماكن الرعاية الصحية اليابانية.

دراسة (Kumar et al. , 2011)

أجرى الباحثون دراسة بعنوان " فحص الجودة و الكفاءة في نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية " ، إن الاهتمام الأساسي لهذه الدراسة البحثية هو معرفة نوعية و كفاءة خدمات الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية ، وسعت لمعرفة أثر نوعية و كفاءة هذه الخدمات على مختلف الجهات المعنية لتحقيق أفضل قيمة مقابل كل دولار ينفق على الرعاية الصحية ، كما هدفت الدراسة الى تقديم رؤى حول جهود إصلاح الجودة ، وسياسة الرعاية الصحية المعاصرة و التغيرات القادمة عليها من قبل الاتحاد الفيدرالي و السياسة المالية الخاصة بذلك ، و الخروج بتوصيات من أجل تحسين نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية مقارنة مع تلك الدول المتقدمة الاخرى.

كما كرسست دراسة كلا من فضيلة داود ، علاء البلداوي (2012)

الى قياس كفاءة جودة الخدمات الصحية في مراكز الخدمة الصحية في محافظة كربلاء باستخدام نماذج التحليل التطويقي للبيانات خلال عام 2006 ، وحسب هذه النماذج تتراوح درجة الكفاءة بين الصفر و الواحد الصحيح ، حيث تم تقدير الكفاءة الحجمية ، وباستخدام نوعين من مؤشرات التوجه هما التوجه الإدخالي و التوجه الإخراجي ، وقد بينت النتائج وحسب مؤشر التوجه الإدخالي للكفاءة الحجمية هي (0.975) في محافظة كربلاء ، فيما بلغ مؤشر الإدخالي للكفاءة الحجمية بالمتوسط هي (0.946) .

دراسة المغربي (2012)

التي هدفت الى التعرف على أساليب تحقيق إدارة الجودة الشاملة من خلال تطبيق معايير الجودة الشاملة في مستشفى الملكة رانيا العسكري في الأردن ، وتوصلت الدراسة الى أن مقدمي الخدمات الصحية في المستشفيات الحاصلة على الاعتماد يدركون أهمية تطبيق الجودة الشاملة وبمستويات عالية ، و الى فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك المريض ومرافقي المريض لأهمية تطبيق مبادئ الجودة الشاملة ، و أوصت بمجموعة من التوصيات منها ضرورة استمرار دعم الإدارة العليا لتطبيق معايير الاعتماد لما له من دور في نجاح تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة.

و أشار دبون عبدالقادر (2012)

الى انه تواجه المؤسسات الصحية العديد من التحديات من أبرزها ارتفاع التكاليف وتبني أساليب غير فعالة لتحقيق الأهداف المعلنة الى جانب تدنى مستوى الرضا لدى المستفيدين ولدى الموارد البشرية في المؤسسة ، لذلك يعتبر منتج المؤسسات الصحية أكثر حساسية نظرا لطبيعة المنفعة لتستفيد منها مل المجتمعات بصورة لا تستلزم التأجيل و الانتظار ، وتدرک المؤسسات الصحية أن الانسان هو العامل الأساسي لعمليات التنمية ويعتمد عليه في نجاح هذه العمليات و استقرارها ، في هذا الإطار تبرز أهمية الموضوع في تزايد لاعتماد بضرورة تحسين الخدمات الصحية من قبل المؤسسات الاستشفائية نظرا لكون هذه المؤسسات تعرف تغيرا ملحوظا في سلوك المستفيدين من الخدمات الصحية وكذلك الرغبة في المشاركة في حيثيات الرعاية الصحية و المطالبة بتحسين هذه الخدمة لذلك تزايد الاهتمام بسبب رفع كفاءة المؤسسات الصحية وتحسين جودة الخدمات التي تقدمها ، وفي هذا السياق تطرق البحث ليستعرض فعالية تحسين الخدمة الصحية من خلال التطرق الى جودة الخدمات الصحية كمؤشر أساسي لفعالية الخدمة الصحية لأن المر يتعلق بالمنتج الصحي الذي تقدمه المؤسسات الصحية للأفراد و الجماعات.

دراسة عطية مصلح (2013)

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية الفعلية المدركة من قبل العاملين و المرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقية ، ومعرفة وجود فروق في استجاباتهم تبعا للمتغيرات الاتية : المستشفى ، المبحوث ، الجنس ، الحالة الاجتماعية ، العمر ، المؤهل العلمي ، الوظيفية ، وتكون مجتمع الدراسة من العاملين و المرضى في كل من مستشفى درويش نزال الحكومي و مستشفى وكالة الغوث الدولية (انوروا) ، وشملت العينة 126 موظفا ومريضا من أصل 420 شخص اي ما نسبته 30% من مجتمع الدراسة لقياس جودة الخدمات الصحية المدركة و الفعلية ، استدم الباحث المنهج الوصفي ومقياس تكونت الاستبانة من 28 فقرة مقسمة الى 6 مجالات وهي : الدليل المادي الملموس ، الاعتمادية ، قوة الاستجابة ، الأمان و الثقة ، التعاطف ، خصائص المستشفى ، واستعان الباحث بالأدب التربوي والدراسات السابقة في بناء الأداة ، كما اخضعت للتحكيم و المعالجة الإحصائية ، وتأكد الباحث من صدقها ، ومدى ملائمتها لأغراض الدراسة ، وقد أظهرت النتائج أن استجابات عينة الدراسة نحو قياس جودة الخدمات الصحية الفعلية و المدركة من قبل العاملين و المرضى كانت عالية على مجالات الدراسة كافة و على الدرجة الكلية.

ومن خلال العرض السابق نلاحظ أن غالبية الدراسات السابقة كانت تركز في مجملها على المستشفيات الخاصة خارج المملكة العربية السعودية ، ما عدا دراسات قليلة لتطبيق معايير الجودة الصحية في المستشفيات الخاصة بالمملكة العربية السعودية ، وبالمقابل ركزت الدراسة الحالية على قطاع المستشفيات الخاصة بالمملكة العربية السعودية و الذي يعد من أهم القطاعات حيوية زنشاطا ، وعلى اعتبار أن هذا القطاع هو بمثابة محط أنظار المسؤولين و المواطنين من داخل المملكة وخارجها ، الأمر الذي كا حافزا نجو ضرورة تسليط الضوء على تجربة المستشفيات الخاصة بالمملكة العربية السعودية على وجه التحديد. كما حاولت الدراسة الحالية اختبار معايير الجودة الصحية بالمستشفيات الخاصة بالمملكة العربية السعودية و مالكوم بالدريج لقياس الأداء ، وهذا ما لم يتم تناوله في الدراسات الغير سعودية.

2.6 الخاتمة :

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على مدى تطبيق المستشفيات الخاصة بالمملكة العربية السعودية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة كم هدفت الى التعرف على الصعوبات التي تواجه المستشفيات الخاصة في تطبيقها لإدارة الجودة الشاملة ، وقد أظهرت نتائج اختبار الفرضيات بان المستشفيات الخاصة بالمملكة العربية السعودية تطبق إدارة الجودة الشاملة وتحرص على ذلك من خلال القيام بإجراءات معينة بهدف الالتزام بهذه الفلسفة الإدارية ، كما أظهرت نتائج التحليل إلا ان المستشفيات الخاصة بالمملكة العربية السعودية تواجه صعوبات في تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، وفي النهاية لابد للإشارة من حتمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة وذلك لكون المنافسة شديدة بين هذه المستشفيات.

وفي ضوء ما عرض من نتائج ومناقشات و استنتاجات تبلورت التوصيات التالية :

1. حاجة المستشفيات الخاصة بالمملكة العربية السعودية الى الاستمرار بتطبيق معايير الجودة الشاملة لما لها من دور أساسي في تحسين الأداء.
2. أهمية تعميم تجربة تطبيق الجودة الشاملة على جميع المستشفيات الخاصة بالمملكة العربية السعودية.
3. تعميم تجربة تطبيق معايير الجودة الشاملة على المستشفيات التابعة للقطاعات الصحية الأخرى.
4. قيام مجلس اعتماد المؤسسات الصحية بتطوير اليات رقابية تضمن التطبيق الحقيقي لمعايير الاعتماد طوال فترة صلاحية شهادة الاعتماد والبالغة ثلاث سنوات.
5. أن تكون الإدارة العليا في المشأة الصحية لديها القناعة و الالتزام الإداري و الرغبة الصادقة بالتطبيق الكامل للمعايير ، بهدف تثبيت المستويات العالية لتطبيق معايير الجودة الشاملة و القضاء على ظاهرة التذبذب الموسمي لتطبيق معايير الجودة الشاملة.

6. رفع كفاءة مديري أقسام شؤون الموظفين في المستشفيات ، بطريقة تمكنهم من تطبيق معايير إدارة الموارد البشرية وبمستويات عالية.
7. إعادة تقييم و تحسين رضا العاملين ، وخطط التدريب و التعليم المستمر ، وطريقة استقبال القادم الجديد في المستشفيات الخاصة.

وفي النهاية توصي الدراسة بضرورة التركيز على المريض إذ انه المحور الرئيسي لعمل المستشفيات ، فضلا عن أن رضا المريض عن جودة الخدمات الصحية المقدمة له تعمل على زيادة الحصة السوقية للمستشفيات الخاصة وتحقق من خلالها ربحية تساعد في استمرار المستشفيات الخاصة ، كما توصي الدراسة للمستشفيات الخاصة بضرورة قياس رضا المريض بشكل دروي.

3. الفصل الثالث – منهجية الدراسة

3.1 المقدمة :

يعد إدارة الجودة الصحية حجر الزاوية الذي تركز عليه معظم جهود المدراء ، وذلك لأنه يمثل وبشكل مميز أحد أهم أهداف الإدارة. ويلاحظ أن الكفاءة الأدائية لأي إدارة وفي أي جهة تعتمد بشكل رئيسي على كفاءة جودة الخدمة المقدمة بتلك القطاع ، والذي يتوقع منها أن تؤدي الوظائف المسندة اليها بشكل فعال ومتميز. ولكي تضمن إدارات تلك القطاعات حدوث ذلك ، يمارس مسؤولو تلك القطاعات وظيفة تتسم بالأهمية و التعقيد معا ، ألا وهي التقييم وقياس أداء الجودة الصحية ، وهنا يوضح هذا الجزء المنهجية التي تم تطبيقها في الدراسة الحالية، وذلك للإجابة على اسئلة الدراسة، واختبار فرضيات الدراسة. توضح العناوين التالية التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة، وما تم تطبيقه ، حيث استخدم الباحث المنهج الاستنتاجي نظرا لملائمة هذا المنهج لهذا النوع من الدراسات ، والذي يقوم بوصف ماهو كائن وتفسيره وتحديد الظروف التي توجد في الواقع وتهتم بوصفها وصفا دقيقا ويعبر عنها تعبيراً كيفياً او تعبيراً كمياً.

3.2 التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة :

تعتبر التعريفات الإجرائية أساسية في تحديد المتغيرات التي يتم قياسها بوضوح ، لذا تعددت التعريفات الى تصف جودة الخدمات الصحية وأداء مستشفيات القطاع الخاص وتم تلخيصها فيما يلي.

3.2.1 جودة الخدمات الصحية :

الإخلاص والإتقان في العمل ، وتقديم الخدمة للمرضى بالشكل المهني المطلوب والسليم ، بما يحقق رضا المرضى (أبو النصر ، 2015)

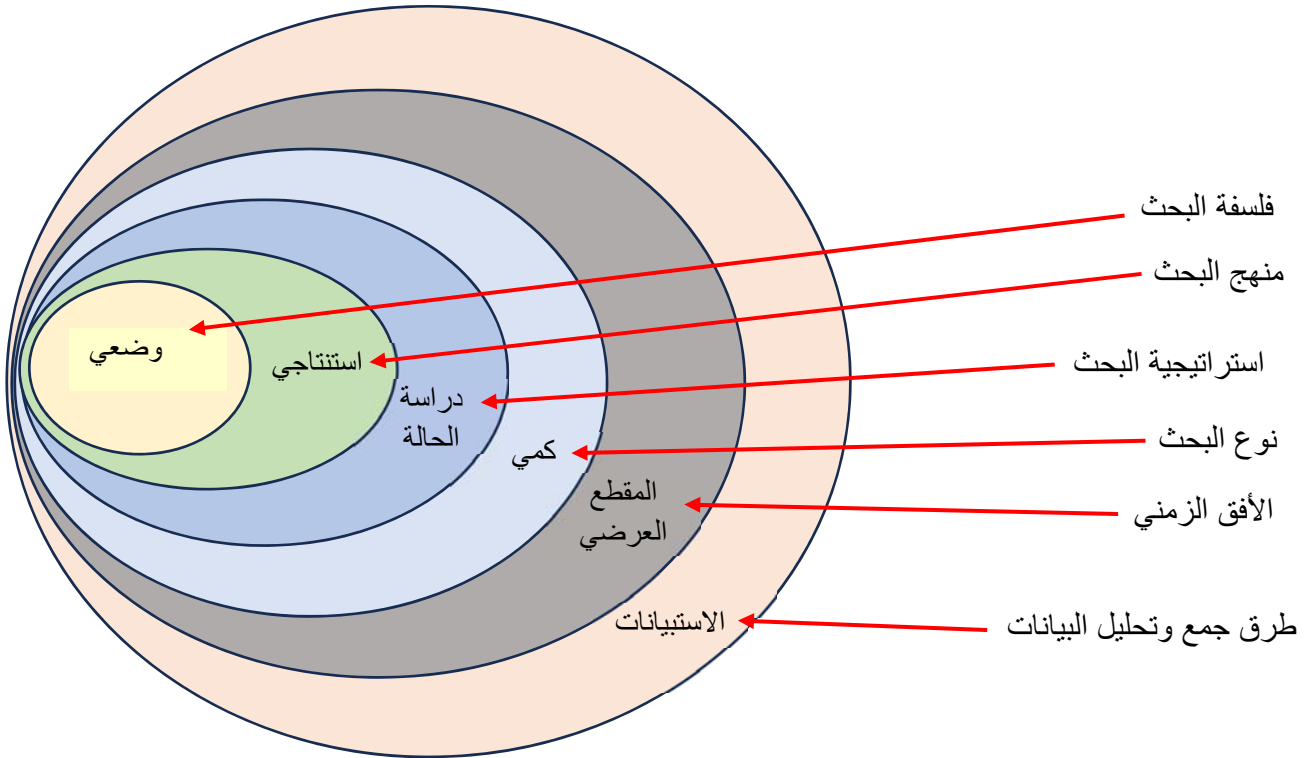
3.2.2 أداء مستشفيات القطاع الخاص :

شكل من أشكال الطرائق التي تستخدمها المنظمة الصحية، لتمييز نفسها عن المنظمات الصحية الأخرى المشابهة لها في النشاط عن طريق تكوين صورة عن المنظمة الصحية تحدد من خلالها شخصية المنظمة على جميع المستويات (Kotler, P. and Armstrong, G, 2006)

3.3 تصميم الدراسة :

يهدف تصميم الدراسة الى مجموعة من النماذج المستخدمة وهي كالتالي:

1. فلسفة البحث (وضي)
2. منهج البحث (استنتاجي)
3. استراتيجية البحث (دراسة الحالة)
4. نوع البحث (كمي)
5. الأفق الزمني (المقطع العرضي)
6. طرق جمع وتحليل البيانات (الاستبيانات)



الشكل (2) تصميم الدراسة المقترح : المصدر الطالب

3.4 مجتمع البحث وطرق وتقنيات أخذ العينات :

يقدم هذا الجزء معلومات عن مجتمع الدراسة وعينتها. بالإضافة إلى ذلك، يوضح هذا الجزء الأساليب والتقنيات التي تم وضعها لاختيار عينة الدراسة، وتحديد حجم العينة.

3.4.1 مجتمع الدراسة :

يتكون مجتمع الدراسة من متطوعين شاركوا للإجابة عن الاستبيان الإلكتروني والبالغ عددهم (30) متطوع.

3.4.2 عينة الدراسة :

عينة الدراسة قد تم اختيارها عشوائيا حيث تم تحديد حجمها تبعا لقانون تحديد حجم العينة على اساس نسبة من المجتمع ، وحددت هذه العينة بمقدار 30 متطوع من مختلف القطاعات.

3.4.3 طرق وتقنيات أخذ العينة :

تم تحديد أسلوب أخذ العينات الاحتمالية ، وتم تحديد طريقة أخذ العينات في ظل أسلوب أخذ العينة العشوائية البسيطة.

3.5 طريقة جمع البيانات :

وعليه فقد اعتمد الباحث على المنهج المسحي في جمع البيانات الكمية عن طريق الاستبيانات. حسب الأقسام التالية بناء على مقياس ليكرت الذي يشمل خمس درجات : موافق بشدة ، و موافق ، و محايد ، و غير موافق و اخيرا غير موافق بشدة.

3.5.1 المتغير المستقل : (جودة الخدمات الصحية)

اعتمد الباحث على استبانة عثمان المصري (2022). وذلك لقياس المتغير المستقل (لجودة الخدمات الصحية) ، وذلك من حيث خمسة ابعاد وهي الملموسية ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان ، التعاطف بإجمالي 20 فقرة للمتغير المستقل. حيث أن البعد الاول يتكون من 4 عناصر والبعد الثاني يتكون من 4 عناصر والبعد الثالث يتكون من 4 عناصر والبعد الرابع يتكون من 4 عناصر و البعد الخامس يتكون من 4 عناصر. نوع الاستبيان هو ليكرت خماسي ، حيث أن 1 = غير موافق إطلاقا ، بينما 5 = موافق بشدة.

جدول (1): المقياس المستخدم لقياس جودة الخدمات الصحية

المتغير المستقل	الأبعاد	عدد العبارات	المصدر
جودة الخدمات الصحية	الملموسية	4	عثمان المصري (2022)
	الاعتمادية	4	
	الاستجابة	4	
	الأمان	4	
	التعاطف	4	
	الاجمالي	20	

المصدر: الطالب

3.5.1 المتغير التابع : (أداء مستشفيات القطاع الخاص)

اعتمد الباحث على استبانة سويلم النوافعة (2009). وذلك لقياس المتغير التابع (أداء مستشفيات القطاع الخاص) ، وذلك من حيث بعد واحد هو مستوى رضى المرضى ، بإجمالي 10 فقرة للمتغير المستقل. حيث أن البعد يتكون من 10 عناصر. نوع الاستبيان هو ليكرت خماسي ، حيث أن 1 = غير موافق إطلاقا ، بينما 5 = موافق بشدة.

جدول (2): المقياس المستخدم لقياس أداء مستشفيات القطاع الخاص

المتغير المستقل	الأبعاد	عدد العبارات	المصدر
أداء مستشفيات القطاع الخاص	مستوى رضى المرضى	10	سويلم النوافعة (2009)
	الاجمالي	10	

المصدر: الطالب

3.6 أنواع البيانات :

في هذا القسم ، تم الاعتماد على مصدرين رئيسيين لجمع البيانات حسب المفاهيم التالية.

3.6.1 البيانات الأولية :

قام الباحثون بتطوير استبانة خاصة تغطي كافة ابعاد متغيرات الدراسة (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف، قياس رضى المرضى) وقد تضمنت الاستبانة مجموعة من الاسئلة في الملموسية اشتملت على الاسئلة (4-1) و الاعتمادية الاسئلة من (5-8) و الاستجابة الاسئلة من (9-12) و الامان الاسئلة من (13-16) و التعاطف الاسئلة من (17-20) و قياس رضى المرضى الاسئلة من (1-10).

3.6.2 البيانات الثانوية :

استخدمت الدراسات السابقة ، وعمل الإطار النظري كما استخدم تطوير التعريفات الإجرائية ووضع الدراسة ضمن حدودها الحالية.

3.7 طرق وأساليب تحليل البيانات :

- بعد جمع البيانات، من الضروري تحليل المعلومات التي تم جمعها لاستخلاص استنتاجات ذات معنى. حيث تم استخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وتحديد الإصدار 28 لتحليل البيانات المجمعة.
- تم إجراء اختبار توصيف العينة، من خلال التحليل الوصفي، للحصول على نظرة ثاقبة لخصائص مجتمع العينة. يساعد الباحثين على فهم التركيبة السكانية والتفضيلات والمعلومات الأخرى ذات الصلة بالأفراد المشاركين في الدراسة.
 - تعتبر اختبارات الصلاحية والموثوقية حاسمة في ضمان دقة البيانات المجمعة واتساقها. اختبارات الصدق (التحليل العاملي الاستكشافي) لتحديد ما إذا كانت أدوات البحث تقيس ما تهدف إلى قياسه، بينما تقوم اختبارات الثبات (اختبار كرونباخ ألفا) بتقييم ثبات النتائج مع مرور الوقت.
 - تم إجراء اختبار توصيف العينة، من خلال التحليل الوصفي، للحصول على نظرة ثاقبة لخصائص مجتمع العينة. يساعد الباحثين على فهم التركيبة السكانية والتفضيلات والمعلومات الأخرى ذات الصلة بالأفراد المشاركين في الدراسة

- تم إجراء اختبار توصيف العينة، من خلال التحليل الوصفي، للحصول على نظرة ثاقبة لخصائص مجتمع العينة. يساعد الباحثين على فهم التركيبة السكانية والتفضيلات والمعلومات الأخرى ذات الصلة بالأفراد المشاركين في الدراسة.
- تم إجراء اختبار توصيف العينة، من خلال التحليل الوصفي، للحصول على نظرة ثاقبة لخصائص مجتمع العينة. يساعد الباحثين على فهم التركيبة السكانية والتفضيلات والمعلومات الأخرى ذات الصلة بالأفراد المشاركين في الدراسة.

3.8 الخاتمة :

تتلخص أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة بالنقاط التالية:

1. تحسين الخدمات التي تقدمها المستشفيات وذلك من كافة النواحي و التخصصات الطبية التي تعزز نقل الرسالة المجتمعية.
2. زيادة خدمات كل من العيادات الخارجية ، الطوارئ ، الصيدلية ، الأشعة ، المختبرات ، الاستقبال و العناية بها بشكل اكبر.
3. زيادة الاهتمام بالتغذية ، النظافة وغيرها من الخدمات لزيادة رضى المرضى عن هذه الخدمات.
4. أن توفر المستشفيات المزيد من المقاصف ، المكتبات ، الحدائق ، مبيعات الزهور و الحلويات ، المصاعد سعة الممرات التكيف ، و الاتصالات بما يتلائم مع حاجة العمل في المستشفى.
5. التركيز على النشاطات الاجتماعية مثل الايام الطبية المجانية ، المشاركة في الحملات الوقائية ، التوعية الصحية ، توفر أخصائي اجتماعي مما يساهم في تحسين الخدمات الى تقدم للمرضى.
6. اهتمام المستشفيات بالطاقم العامل لديها بمختلف مستويات الأطباء ، الممرضين ، المساندة ، الاستقبال وغيرها كي يساهم في تحسين الخدمات التي تقدم للمرضى.
7. الالتزام بالجوانب القانونية كالمعلقة بالسجل الطبي ، الاخطاء الطبية ، ممتلكات المريض ، الموافقة المسبقة على العمليات وغيرها.

ومن هنا يجب رفع وعي الكادر الطبي و المساندة على أهمية العمل على جودة الخدمات الصحية والحرص على تطبيق جميع المدخلات و المخرجات للرقى بالخدمة باكمل وجه ممكن على الطلاق والاستمررا في النهوض والتقدم في بناء بيئة محفزة لرفع مستوى ثقة و رضى المرضى بالخدمات المقدمة لهم.

4. الفصل الرابع – التحليل الإحصائي لنتائج الدراسة

4.1 المقدمة :

يتناول هذا الفصل عرضاً لنتائج الدراسة الميدانية التي تم تحليلها إحصائياً باستخدام البرامج الإحصائية SPSS الإصدار 28 الفصل الحالي للتحليل الإحصائي يتضمن الإحصاء الوصفي للعينة محل الدراسة باستخدام SPSS الإصدار 28 اختبار صدق وثبات الاستبيانات المستخدمة في جمع البيانات المطلوبة من عينة الدراسة الحالية، من أجل اختبار فرضيات البحث ومدى ملاءمة النموذج ، تم إجراء تحليل الانحدار الخطي البسيط عبر SPSS28

4.2 توصيف عينة الدراسة : (الإحصائيات الوصفية لعينة البحث)

تم توزيع مفردات عينة الدراسة وفقاً للجنس - الفئة العمرية - والمستوى التعليمي
تم حساب التكرارات والنسب المئوية لأفراد عينة الدراسة وتتمثل في المعلومات الديموغرافية التي تشمل:

○

الجنس يشمل (ذكر، أنثى)

○

الفئة العمرية تشمل (أقل من 20 سنة ، من 20 إلى 39 سنة، من 40 إلى 59 سنة، أكثر من 59 سنة)

○

المستوى التعليمي يشمل (ابتدائي / متوسط / ثانوي / جامعي / أخرى)

الجدوال, الرسومات والفقرات التالية توضح تصنيف العينة محل الدراسة, كما يلي:

جدول (3): توصيف عينة الدراسة

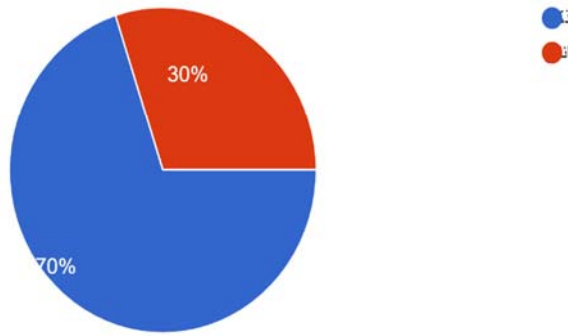
المتغير	فئات المتغير	العدد	نسبة العينة الاجمالية
الجنس	ذكر	21	70%
	انثى	9	30%
الاجمالي		30	100%
الفئة العمرية	أقل من 20 سنة	2	6.70%
	من 20 الى 39 سنة	19	63.30%
	من 40 الى 59 سنة	8	26.70%
	أكثر من 59 سنة	1	3.30%
الاجمالي		30	100%
المستوى التعليمي	ابتدائي	0	0.00%
	متوسط	0	0.00%
	ثانوي	4	13.30%
	جامعي	26	86.70%
الاجمالي		30	100%

المصدر من إعداد الباحث بالإعتماد على النتائج الإحصائية للدراسة الميدانية
(ن = 30 مفردة)

من بيانات الجدول رقم (3) تم استخلاص النتائج الآتية :

- بالنسبة للجنس: أظهرت النتائج الإحصائية انه على الرغم من تقارب عدد الذكور والإناث بالعينة إلا أن عدد الذكور أكبر من عدد غلإناث ، حيث بلغت عدد الذكور 21 مفردة بنسبة 70% من إجمالي العينة ، بينما بلغت عدد الإناث 9 مفردة بنسبة 30% من إجمالي العينة ، كما هو موضح بالشكل التالي:

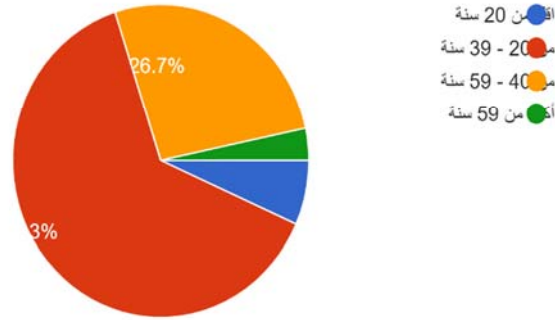
الجنس
30 ر



تصنيف العينة وفقا للجنس

- أما فيما يتعلق بالفئة العمرية: فإن 2 مفردة أقل من 20 سنة بنسبة 6.7% ، بينما الفئة العمرية من 20 الى 39 سنة جاء بها 19 مفردة بنسبة 63.30% ، والفئة العمرية من 40 الى 59 سنة فقد جاء بها 8 مفردة بنسبة 26.70% واخيرا الفئة العمرية اكثر من 59 سنة فقد جاء بها 1 مفردة بنسبة 3.30% ، الشكل التالي يوضح ذلك.

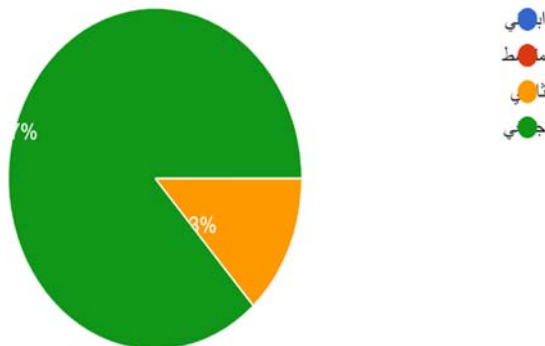
الفئة
30 ر:



تصنيف عينة الفئة العمرية

- و أخير فيما يتعلق بالمستوى التعليمي : بلغ عدد من يحملون المؤهل الثانوي 4 مفردة بنسبة بلغت 13.30% حيث بلغ عدد من يحملون المؤهل الجامعي 26 مفردة بنسبة بلغت 86.70% ولم يكن هناك أي اعداد مفردة أو نسب لمن يحملون المؤهل الابتدائي أو المتوسط حسب الشكل التالي:

المسند
30 ر:



تصنيف عينة المستوى التعليمي

4.3 إختبار الصدق والثبات للاستبيانات :

من أجل التحقق من صدق وثبات المقاييس المستخدمة في الدراسة, تم اختبار صدق الاتساق الداخلي للاستبيانات المستخدمة لقياس متغيرات الدراسة, بالإضافة إلى قياس الصدق التقاربي عن طريق قياس متوسط التباين المستخرج. $Average\ Variance\ Extracted$ (AVE) ، بينما تم قياس الثبات للمقاييس المستخدمة في الدراسة عن طريق قياس قيمة ألفا كرونباخ , $Cronbach's\ alpha$ من خلال نموذج المعادلة البنائية , $Structural\ equation\ modeling$ (SEM) بإستخدام برنامج التحليل الإحصائي SPSS بالإصدار 28 . الفقرات والجداول التالية توضح ذلك.

4.3.1 صدق المقاييس المستخدمة في الدراسة :

تم اختبار صدق الاتساق الداخلي للمقاييس المستخدمة في قياس متغيرات الدراسة, بالإضافة إلى قياس الصدق التقاربي عن طريق قياس متوسط التباين المستخرج $Average\ Variance\ Extracted$

صدق الاتساق الداخلي:

يقصد به مدي اتساق كل عبارة من عبارات الاستبانة للمتغير الذي تنتمي إليه، لذا قامت الباحثة بقياس الاتساق الداخلي للاستبانات من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمتغير التي تنتمي إليه . وفقا لدراسة (Kaiser 1974) معامل الارتباط أقل من ٠,٥ يتم حذفه من الاستبانة.

الصدق التقاربي :

يتم قياس متوسط التباين بين العبارات التي تقيس نفس المقياس, وذلك عن طريق احتساب متوسط التباين المستخرج , AVE التي يجب ان تكون قيمتها أكبر من ٠,٥ وفقا ل (Hair et al 2006) الجداول التالية توضح النتائج الاحصائية الخاصة ب معاملات الارتباط الإنحراف المعياري, قيمة T المحسوبة, وقيمة P value , بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمتغير لقياس صدق الاتساق الداخلي للاستبانات كذلك احتساب قيمة متوسط التباين المستخرج AVE لقياس الصدق التقاربي للاستبانات وذلك من خلال نموذج المعادلة البنائية SPSS بالإصدار 28 , كما يلي:

النتائج الخاصة باختبار صدق الاتساق الداخلي والتقاربي لمقاييس متغيرات الدراسة
جدول (4) إعداد الباحث بناء على نتائج التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة الميدانية ن = 30 مفردة

المتغير	العبارات	معاملات الارتباط	STANDARD DEVIATION	T STATISTICS	متوسط التباين AVE
الجودة	1م	2.80	1.157	0.833	0.829
	2م	2.83	1.117	0.755	
	3م	2.87	1.137	0.905	
	4م	2.83	0.986	0.89	
	1ع	3.23	1.194	0.827	
	2ع	3.17	1.053	0.828	
	3ع	3.37	0.999	0.796	
	4ع	3.00	0.910	0.798	
	1س	3.07	1.015	0.837	
	2س	3.07	1.015	0.906	
	3س	3.30	1.022	0.854	
	4س	3.37	1.066	0.823	
	1ا	3.10	1.062	0.757	
	2ا	2.77	1.194	0.946	
	3ا	3.10	1.242	0.802	
	4ا	2.90	1.094	0.729	
	1ت	3.10	1.029	0.86	
	2ت	3.33	0.994	0.837	
	3ت	3.07	1.112	0.859	
	4ت	2.93	1.143	0.738	
المستفيات	1خ	3.17	1.053	0.804	0.8179
	2خ	3.27	0.868	0.768	
	3خ	2.87	0.900	0.847	
	4خ	2.93	0.944	0.876	
	5خ	3.40	1.003	0.835	
	6خ	3.27	1.112	0.734	
	7خ	2.93	0.828	0.714	
	8خ	2.73	0.980	0.85	
	9خ	2.67	0.884	0.899	
	10خ	2.77	1.104	0.852	

يتضح من الجدول (4) بالاعلى :

• مقياس تطبيق اداء الجودة :

جميع معاملات الارتباط لكل العبارات ترتبط ارتباط قوى مع المتغير التابعة لها ، عند قيم أكبر من 0.8 بالاضافة الى أن قيم كل معاملات الارتباط للعبارات دالة احصائيا عند مستوى معنوية أقل من 0.001 ، وفقا لذلك فقد تحقق صدق الاتساق الداخلي للمقياس ، كذلك من النتائج بأعلى المتعلقة بقيمة متوسط التباين المستخرج AVE ، يتضح ان قيمته لمتغير مقياس تطبيق اداء الجودة هو $0.829 > 0.5$ ، وفقا لذلك فقد تحقق الصدق التقاربي للاستبانة.

• مقياس تطبيق اداء المستشفيات :

جميع معاملات الارتباط لكل العبارات ترتبط ارتباط قوى مع المتغير التابعة لها ، عند قيم أكبر من 0.8 بالاضافة الى أن قيم كل معاملات الارتباط للعبارات دالة احصائيا عند مستوى معنوية أقل من 0.001 ، وفقا لذلك فقد تحقق صدق الاتساق الداخلي للمقياس ، كذلك من النتائج بأعلى المتعلقة بقيمة متوسط التباين المستخرج AVE ، يتضح ان قيمته لمتغير مقياس تطبيق اداء المستشفيات هو $0.8179 > 0.5$ ، وفقا لذلك فقد تحقق الصدق التقاربي للاستبانة.

4.3.2 ثبات أداة الدراسة :

يشير ثبات الاستبيان إلى: الاستقرار في نتائج الاستبيان وعدم تغييرها بشكل كبير فيما لو تم إعادة توزيعها على افراد العينة عدة مرات خلال فترات زمنية محددة. لقياس ثبات الاستبانة المستخدمة لقياس متغيرات الدراسة، تم احتساب قيم ألفا كرونباخ، الثبات المركب ، Composite reliability و قيمة rho-A بواسطة نموذج المعادلة البنائية . SEM-PLS وفقا ل (Hair et al (2010) يجب ان تكون القيم الثلاثة أكبر من 0.7 حتى يتحقق الثبات للمقياس.

الجدول (5) التالي موضح به القيم المستخرجة من المعادلة البنائية SEM-PLS ف يما يتعلق بالثلاث قيم ألفا كرونباخ، الثبات المركب Composite reliability ، و قيمة rho-A .

جدول (5) قياس الثبات لأدات الدراسة

Composite Reliability	rho_A	Cronbach's Alpha	عدد العبارات	المتغيرات
0.873	0.875	0.873	20	الجودة
0.856	0.854	0.856	10	المستشفيات

المصدر إعداد الباحث بناء على نتائج التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة الميدانية. ن = 30 مفردة

• مقياس تطبيق اداء الجودة :

أظهرت النتائج الاحصائية ان قيم ألفا كرونباخ, الثبات المركب, Composite reliability و قيمة rho-A هم: 0.875, 0.873, 0.873 على الترتيب. مما يشير إلى ان جميع القيم أكبر 0.7 وفقا ل Hair et al (2010) , فقد تحقق ثبات المقياس.

• مقياس تطبيق اداء المستشفيات :

أظهرت النتائج الاحصائية ان قيم ألفا كرونباخ, الثبات المركب, Composite reliability و قيمة rho-A هم: 0.854, 0.856, 0.856 على الترتيب. مما يشير إلى ان جميع القيم أكبر 0.7 وفقا ل Hair et al (2010) , فقد تحقق ثبات المقياس.

وفقا للنتائج الاحصائية بالأعلى، التي اثبتت صدق وثبات المقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية مما يعني إمكانية الاعتماد على نتائجها و صلاحية هذه الاستبانات للتطبيق والوثوق بها، واستخدامها في إجراء التحليلات الخاصة باختبار فروض الدراسة.

4.4 الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة : (الأجابة على أسئلة الدراسة)

قد تم قياس استجابات أفراد العينة لفقرات المقياس، طبقا لمقياس ليكرت الخماسي جدول (6) وفقا لما يلي:

موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	2	3	4	5

وقد تم حساب مستوى الأهمية وفقا للمعادلة التالية:
تم حساب الوزن النسبي المقابل لكل فئة عن طريق ضرب المتوسط الحسابي في $100 \div 5$ (المقياس الخماسي) = 20%
يوضح الجدول التالي دلالة المتوسطات الحسابية، كما يلي:

جدول (7) دلالة المتوسطات الحسابية

قيمة المتوسط الحسابي	النتيجة (الاتجاه العام)	الوزن النسبي %	مستوى (درجة) الممارسة / الأهمية
من 1 إلى أقل من 1.80	غير موافق بشدة	من 20 إلى أقل من 36 %	منخفض جدا
من 1.80 إلى أقل من 2.60	غير موافق	من 36 إلى أقل من 52 %	منخفض
من 2.60 إلى أقل من 3.40	محايد	من 52 إلى أقل من 68 %	متوسط
من 3.40 إلى أقل من 4.20	موافق	من 68 إلى أقل من 84 %	مرتفع
من 4.20 إلى أقل من 5	موافق بشدة	من 84 إلى 100 %	مرتفع جدا

يوضح الجدول التالي التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة متمثلة في الأوساط الحسابية بالإعتماد على مقياس ليكرت الخماسي، والانحرافات المعيارية للمتغيرات طبقاً للجدول المتعلق بدلالة المتوسط الحسابي. حيث يتم النظر إلى دلالة المتوسط الحسابي الموضح في الجدول (7) بالأعلى لمعرفة مستوى تطبيق الجودة وكذلك مستوى المستشفيات وأبعادها، وذلك وفقاً لوجهة نظر عينة الدراسة، وذلك كما يلي:

جدول (8) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغيرات الدراسة

المتغيرات		المتوسط الحسابي		الانحرافات المعيارية		الاتجاه العام		مستوى الاهمية / الممارسة		
المستشفيات		0.412		0.642		موافق		مرتفع		
الجودة	الملموسية	0.343	0.510	0.585	0.714	موافق	موافق	مرتفع	مرتفع	
	الاعتمادية									0.520
	الاستجابة									0.484

يتضح من الجدول (8) بالأعلى لخاص بالمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغيرات الدراسة ما يلي:

• تظهر نتائج توصيف المتغير المستقل (الجودة) :

إلى أن الإتجاه العام لمفردات عينة الدراسة هي الموافقة، مما يدل على تحقيق مستوى مرتفع من تطبيق الجودة بالقطاع الصحي، وذلك حيث كان المتوسط الحسابي لأراء أفراد العينة هو (0.343) بنسبة موافقة بلغت 75.64% عند إنحراف معياري (0.585).

• بالنسبة لتوصيف المتغير التابع (المستشفيات) :

أوضحت النتائج أن الإتجاه العام لمفردات عينة الدراسة هي الموافقة، مما يدل على تحقيق مستوى مرتفع من تطبيق ممارسات الجودة بالقطاع الصحي . حيث بلغ المتوسط الحسابي للمتغير ككل (0.412) بنسبة موافقة بلغت 80.46% عند إنحراف معياري 0.642 كذلك أوضحت النتائج الإحصائية الوصفية لأبعاد تطبيق الجودة ، أن الأبعاد الثلاثة لمتغير الجودة الملموسية ، الاعتمادية ، الاستجابة ، جاء الإتجاه العام لها من قبل مفردات عينة الدراسة هو الموافقة عند مستوى تطبيق مرتفع لدى القطاع الطبي، حيث نجد أن المتوسط الحسابي لبعده الملموسية هو (0.510) بنسبة موافقة 80.9% عند إنحراف معياري 0.714 ، المتوسط الحسابي لبعده الاعتمادية هو 0.520 بنسبة موافقة حوالي 83.48% عند إنحراف معياري 0.721 ، بلغ المتوسط الحسابي لبعده الاستجابة 0.484 بنسبة موافقة 77% عند إنحراف معياري 0.696

وفقا للنتائج الوصفية لمتغيرات الدراسة، أشارت النتائج الإحصائية الوصفية فيما يتعلق بالمتغير المستقل (الجودة) إلى أن الاتجاه العام لدى عينة الدراسة هو الموافقة وأن تطبيقه في القطاع الطبي مرتفع ، بينما كانت النتائج الإحصائية الوصفية للمتغير التابع (المستشفيات) وأبعاده ذات مستوى مرتفع في القطاع الطبي، وذلك من وجهة نظر عينة الدراسة.

4.5 معاملات الارتباط الخطي بين متغيرات الدراسة :

يعرض الجدول التالي معاملات الارتباط الخطي (ليبرسون) بين متغيرات الدراسة, والتي تم قياسها باستخدام SPSS-V.28 وذلك على النحو التالي :

جدول (9) معاملات الارتباط بين متغيرات الدراسة

Correlations						
		الملموسية	الاعتمادية	الاستجابة	المستشفيات	الجودة
الملموسية	Pearson Correlation	1	.654**	.603**	.606**	.866**
	Sig. (2-tailed)		0.000	0.000	0.000	0.000
	Sum of Squares and Cross-products	14.792	9.771	8.688	8.050	10.500
	Covariance	0.510	0.337	0.300	0.278	0.362
	N	30	30	30	30	30
الاعتمادية	Pearson Correlation	.654**	1	.694**	.702**	.834**
	Sig. (2-tailed)	0.000		0.000	0.000	0.000
	Sum of Squares and Cross-products	9.771	15.085	10.100	9.425	10.205
	Covariance	0.337	0.520	0.348	0.325	0.352
	N	30	30	30	30	30

الاستجابة	Pearson Correlation	.603**	.694**	1	.784**	.832**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000		0.000	0.000
	Sum of Squares and Cross-products	8.688	10.100	14.050	10.150	9.828
	Covariance	0.300	0.348	0.484	0.350	0.339
	N	30	30	30	30	30
المستشفيات	Pearson Correlation	.606**	.702**	.784**	1	.805**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000		0.000
	Sum of Squares and Cross-products	8.050	9.425	10.150	11.940	8.770
	Covariance	0.278	0.325	0.350	0.412	0.302
	N	30	30	30	30	30
الجودة	Pearson Correlation	.866**	.834**	.832**	.805**	1
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000	
	Sum of Squares and Cross-products	10.500	10.205	9.828	8.770	9.937
	Covariance	0.362	0.352	0.339	0.302	0.343
	N	30	30	30	30	30
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).						

الارتباط الخطي بين تطبيق الجودة كمتغير مستقل و اداء المستشفيات وأبعادها كمتغير تابع :

- تبين وجود ارتباط معنوي قوي موجب 0.510 بين تطبيق الجودة كمتغير مستقل اداء المستشفيات إجمالي كمتغير تابع عند مستوى دلالة أقل من 0.01 .

- تبين وجود ارتباط معنوي قوي موجب بين تطبيق الجودة كمتغير مستقل وبين كل بعد من أبعاد اداء المستشفيات الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة عند معامل ارتباط: 0.654 ، 0.603 ، 0.606 على الترتيب كمتغيرات تابعة عند مستوى دلالة أقل من 0.01
- يلاحظ مما سبق أن قيم معاملات الارتباط بين متغيرات الدراسة مرتفعة، ومما يدل على قوة هذا الارتباط.

الارتباط الخطي بين أبعاد اداء المستشفيات وبين متغير اداء المستشفيات ككل، وبين بعضها البعض: يتضح من نتائج الجدول السابق وجود ارتباط موجب معنوي بين اداء المستشفيات وبين أبعادها الملموسية ، الاعتمادية ، الاستجابة عند مستوى دلالة 0.01 .

4.6 اختبار الفرضيات ومناقشة النتائج :

يتعلق هذا الجزء باختبار صحة الفرض الرئيسي للدراسة وما يتبعه من فروض فرعية، ويتم عرض النتائج الإحصائية التي تم التوصل إليها باستخدام كلا من الحزمة الإحصائية SPSS V.28 على النحو التالي:

الفرض الرئيسي للدراسة :

توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين تطبيق الجودة واداء المستشفيات في القطاع الطبي.

وينتفع من هذا الفرض الرئيسي فروضا فرعية كما يلي :

1. توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين تطبيق الجودة و الملموسية.
2. توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين تطبيق الجودة و الاعتمادية.
3. توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين تطبيق الجودة و الاستجابة.

نتائج اختبار الفرض الرئيس للدراسة:

ينص هذا الفرض على أنه " - توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين تطبيق الجودة و اداء المستشفيات في القطاع الطبي "

ولاختبار هذا الفرض تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار الخطي البسيط Simple Linear Regression Analysis بين تطبيق الجودة محل الدراسة كمتغير مستقل واداء المستشفيات إجمالاً كمتغير تابع.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.805 ^a	.648	.636	.353

a. Predictors: (Constant), المستشفيات

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	6.442	1	6.442	51.601	<.001 ^b
	Residual	3.495	28	.125		
	Total	9.937	29			

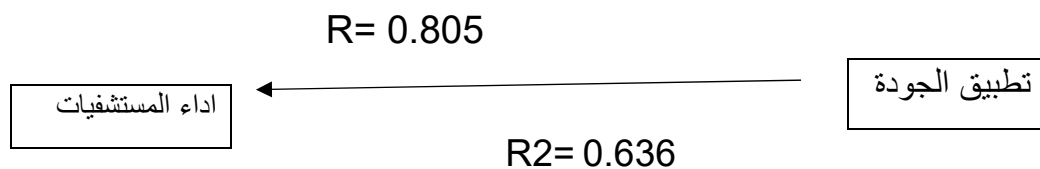
a. Dependent Variable: الجودة

b. Predictors: (Constant), المستشفيات

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.856	.313		2.732	.011
	المستشفيات	.735	.102	.805	7.183	<.001

a. Dependent Variable: الجودة



يتضح من الجداول بالأعلى ما يلي:

- يشير مستوى المعنوية لأختبار (F) وهو (sig. F) أقل من 0.01 مما يشير إلى معنوية نموذج الانحدار الخطي البسيط عند مستوى دلالة 0.01
 - وتشير قيمة معامل الارتباط (R = 0.805) إلى وجود ارتباط موجب قوي بين تطبيق الجودة واداء المستشفيات أجمالاً.
 - يشير (معامل التحديد المعدل R²) إلى أن (65 %) من التباين الحاصل في اداء المستشفيات أجمالاً يمكن تفسيره من خلال التباين في مستوى تطبيق الجودة.
 - تشير قيمة T.Value إلى معنوية معامل الانحدار بيتا β ، حيث أن مستوى الدلالة المحسوب لأختبار ت أقل من 0.01
- وبناءً على النتائج السابقة يتم قبول صحة الفرض الرئيسي الذي ينص على وجود علاقة ارتباط ايجابية ذات دلالة إحصائية بين تطبيق الجودة كمتغير مستقل و اداء المستشفيات أجمالاً كمتغير تابع.

نتائج اختبار الفرض الفرعي الأول للدراسة:

ينص هذا الفرض على أنه " : توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين تطبيق الجودة و الملموسية".
يختبر هذا الفرض العلاقات المباشرة بين تطبيق الجودة محل الدراسة كمتغير مستقل، والملموسية كمتغير تابع.

ولاختبار هذا الفرض تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار الخطي البسيط Simple Linear Regression Analysis

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.866 ^a	.750	.741	.298

a. Predictors: (Constant), الملموسية

ANOVA^a

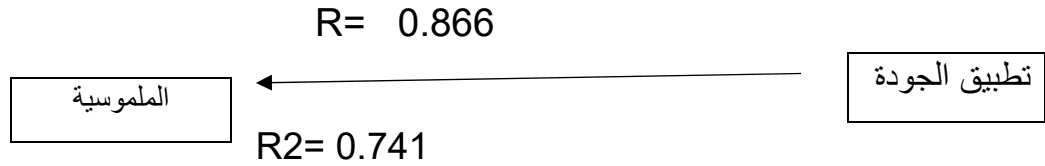
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7.454	1	7.454	84.035	<.001 ^b
	Residual	2.483	28	.089		
	Total	9.937	29			

a. Dependent Variable: الجودة

b. Predictors: (Constant), الملموسية

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.049	.226	4.640	<.001
	اللموسية	.710	.077	.866	<.001

a. Dependent Variable: الجودة



يتضح من الجداول بالأعلى ما يلي:

- يشير مستوى المعنوية لأختبار (F) وهو (sig. F) أقل من 0.01 مما يشير إلى معنوية نموذج الانحدار الخطي البسيط عند مستوى دلالة 0.01
 - وتشير قيمة معامل الارتباط (R = 0.866) إلى وجود ارتباط موجب قوي بين تطبيق الجودة واللموسية أجمالاً.
 - يشير (معامل التحديد المعدل R²) إلى أن (75 %) من التباين الحاصل في اللموسية أجمالاً يمكن تفسيره من خلال التباين في مستوى تطبيق الجودة.
 - تشير قيمة T.Value إلى معنوية معامل الانحدار بيتا β ، حيث أن مستوى الدلالة المحسوب لأختبار ت أقل من 0.01
- وبناءً على النتائج السابقة يتم قبول صحة الفرض الرئيسي الذي ينص على وجود علاقة ارتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين تطبيق الجودة كمتغير مستقل و اللموسية أجمالاً كمتغير تابع.

نتائج اختبار الفرض الفرعي الثاني للدراسة:

ينص هذا الفرض على أنه " : توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين تطبيق الجودة و اللموسية". يختبر هذا الفرض العلاقات المباشرة بين تطبيق الجودة محل الدراسة كمتغير مستقل، والاعتمادية كمتغير تابع.

ولاختبار هذا الفرض تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار الخطي البسيط Simple Linear Regression Analysis

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.834 ^a	.695	.684	.329

a. Predictors: (Constant), الاعتمادية

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	6.903	1	6.903	63.721	<.001 ^b
	Residual	3.034	28	.108		
	Total	9.937	29			

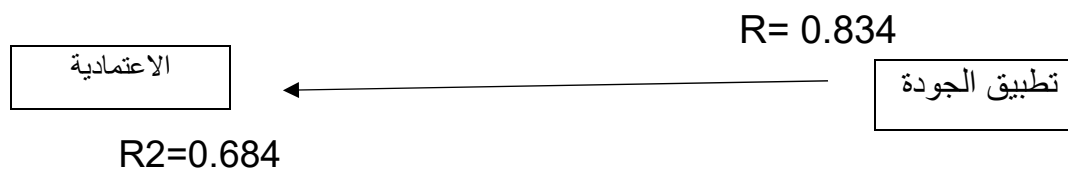
a. Dependent Variable: الجودة

b. Predictors: (Constant), الاعتمادية

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.901	.277		3.251	.003
	الاعتمادية	.676	.085	.834	7.983	<.001

a. Dependent Variable: الجودة



يتضح من الجداول بالأعلى ما يلي:

- يشير مستوى المعنوية لأختبار (F) وهو (sig. F) أقل من 0.01 مما يشير إلى معنوية نموذج الانحدار الخطي البسيط عند مستوى دلالة 0.01
 - وتشير قيمة معامل الارتباط (R = 0.834) إلى وجود ارتباط موجب قوي بين تطبيق الجودة والاعتمادية أجمالاً.
 - يشير (معامل التحديد المعدل R2) إلى أن (66 %) من التباين الحاصل في الملموسية أجمالاً يمكن تفسيره من خلال التباين في مستوى تطبيق الجودة.
 - تشير قيمة T.Value إلى معنوية معامل الانحدار بيتا β ، حيث أن مستوى الدلالة المحسوب لأختبار ت أقل من 0.01
- وبناءً على النتائج السابقة يتم قبول صحة الفرض الرئيسي الذي ينص على وجود علاقة ارتباط ايجابية ذات دلالة إحصائية بين تطبيق الجودة كمتغير مستقل و الاعتمادية أجمالاً كمتغير تابع.

نتائج اختبار الفرض الفرعي الثالث للدراسة:

ينص هذا الفرض على أنه " : توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين تطبيق الجودة و الاستجابة".
يختبر هذا الفرض العلاقات المباشرة بين تطبيق الجودة محل الدراسة كمتغير مستقل، والاستجابة كمتغير تابع.

ولاختبار هذا الفرض تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار الخطي البسيط Simple Linear Regression Analysis

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.832 ^a	.692	.681	.331

a. Predictors: (Constant), الاستجابة

ANOVA^a

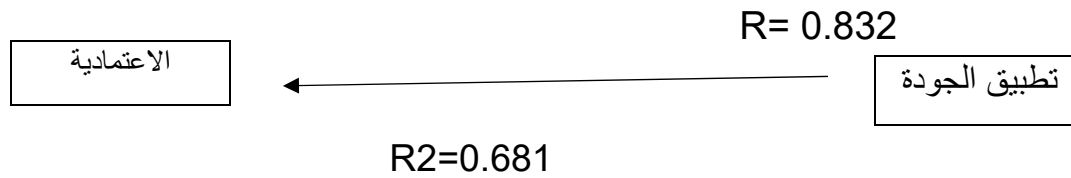
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	6.874	1	6.874	62.838	<.001 ^b
	Residual	3.063	28	.109		
	Total	9.937	29			

a. Dependent Variable: الجودة

b. Predictors: (Constant), الاستجابة

Coefficients ^a					
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	Sig.
		B	Std. Error	Beta	
1	(Constant)	.822	.289		.008
	الاستجابة	.699	.088	.832	<.001

a. Dependent Variable: الجودة



يتضح من الجداول بالأعلى ما يلي:

- يشير مستوى المعنوية لأختبار (F) وهو (sig. F) أقل من 0.01 مما يشير إلى معنوية نموذج الانحدار الخطي البسيط عند مستوى دلالة 0.01
- وتشير قيمة معامل الارتباط (R = 0.832) إلى وجود ارتباط موجب قوي بين تطبيق الجودة والاعتمادية أجمالاً.
- يشير (معامل التحديد المعدل R2) إلى أن (65 %) من التباين الحاصل في الملموسية أجمالاً يمكن تفسيره من خلال التباين في مستوى تطبيق الجودة.
- تشير قيمة T.Value إلى معنوية معامل الانحدار بيتا β ، حيث أن مستوى الدلالة المحسوب لاختبار ت أقل من 0.01

وبناءً على النتائج السابقة يتم قبول صحة الفرض الرئيسي الذي ينص على وجود علاقة ارتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين تطبيق الجودة كمتغير مستقل و الاعتمادية أجمالاً كمتغير تابع.

ربط النتائج بالدراسات السابقة :

* تم اختبار صحة الفرض الأول للدراسة وهو " توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى رضى المرضى وتطبيق المستشفيات الحكومية محددات جودة الخدمات الصحية (الملموسية ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الامان ، التعاطف) . وتوصلت الدراسة الى قوة العلاقة بين محددات جودة الخدمات الصحية و مستشفيات القطاع الخاص ، فكلما تحققت هذه الابعاد كلما زاد مستوى رضا العملاء عن الخدمات المقدمة من المستشفيات.

* تم اختبار الفرض الثاني للدراسة للقائل بأنه " توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى رضا المرضى للخدمة و المتغيرات الديموغرافية لهم " وتبين عدم وجود فرق في تقييم المرضى للخدمات الطبية المقدمة يعزى للجنس ، او العمر ، او المستوى التعليمي ، وفي رأي الباحث أن ذلك بسبب الحاجة للخدمات الطبية بأبعادها الخمسة متساوية لجميع الناس بغض النظر عن اي متغيرات ديموغرافية.

* تم اختبار الفرض الثالث للدراسة القائل بأنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين محددات (أبعاد) جودة الخدمات الصحية لدى العملاء " وأظهرت النتائج وجود تحقيق مستوى عالي من الخدمات في الابعاد الخمسة بالمستشفيات القطاع الخاص وحظى بعد الامان في على المرتبة الأولى يليه الاعتمادية ثم الاستجابة ثم الاستجابة ثم التعاطف ثم الملموسية بناء على دراسة (أمل عبد المرضى ، 2020).

4.7 الخاتمة:

من أجل التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة الحالية, فقد تم استخدام برنامج SPSS V,28 فقد قام الباحث بالتحليل الوصفي لعينة الدراسة، كذلك قام بالتحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة.

وفقا لنتائج التحليل الإحصائي لهذه الدراسة، فقد تحقق الصدق والثبات للمقاييس المستخدمة في قياس

متغيرات الدراسة كذلك، فقد تم اثبات الفرض الرئيسي للدراسة والفروض الثلاث الفرعية.

المراجع :

المراجع العربية :

- بدران بن عبدالرحمن العمر (2002) ، مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض ، الادارة العامة ، مجلد 43 – العدد الثالث – ص 307-351 [10.21608/mbse.2009.141569](https://doi.org/10.21608/mbse.2009.141569)
- توفيق محمد عبدالمحسن (2004) ، قياس الجودة والقياس المقارن ، الزقازيق : دار الفكر العربي. [10.21608/mbse.2009.141569](https://doi.org/10.21608/mbse.2009.141569)
- جودة ، يسرى السيد يوسف ، (2002) ، " مبادئ إدارة الجودة الشاملة ، مدخل لتحسين جودة أداء الخدمات الصحية " ، مجلة البحوث الإدارية ، المجلد (24) ، جامعة الزقازيق ، العدد الأول [10.21608/jpsa.2019.88723](https://doi.org/10.21608/jpsa.2019.88723)
- داود ، فضيلة سلمان ، والبلداوى ، علاء عبدالكريم ، (2012) " قياس كفاءة جودة خدمات المراكز الصحية في محافظة كربلاء باستخدام نماذج التحميل التطويقي للبيانات (DEA) " ، مجلة دراسات محاسبية ومالية – المجلد السابع – العدد 20 – الفصل الثالث [10.21608/jpsa.2019.88723](https://doi.org/10.21608/jpsa.2019.88723)
- حرفوش ، مدني (1996) الطريق الى إعادة اختراع الحكومة و إدارة الجودة الشاملة دعوة للإصلاح الإداري ، (د.ن) [10.21608/mbse.2009.141569](https://doi.org/10.21608/mbse.2009.141569)
- حمد علي حليس النيايدي (1999) تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في منظمات الخدمة في دولة الامارات العربية المتحدة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة اليرموك ص 20 – ص 22 [10.21608/mbse.2009.141569](https://doi.org/10.21608/mbse.2009.141569)
- الحداد ، (1999) ، " إدارة المستشفيات " ، دار البازوري العلمية للنشر و التوزيع [10.21608/jpsa.2019.88723](https://doi.org/10.21608/jpsa.2019.88723)
- الحوري ، فالح عبدالقادر . (2008) تشخيص واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية . مجلة بصائر. المجلد 12، العدد 1 ، ص ص 114-144. [10.21608/aja.2015.17990](https://doi.org/10.21608/aja.2015.17990)
- حمامي ، عبير (2008) نماذج قياس الأداء [10.21608/aja.2015.17990](https://doi.org/10.21608/aja.2015.17990)
- الخراز ، مبارك (1987). الحوافز و أثرها على العمال . مسقط : دار الحق للنشر ص 210 . [10.21608/aja.2015.17990](https://doi.org/10.21608/aja.2015.17990)

حنان عبدالرحيم الأحمدى (2000) ، التحسين المستمر للجودة : المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الحكومية ، الإدارة العامة ، مجلد 4 ، عدد 3 ، ص 49 - ص 443

[10.21608/mbse.2009.141569](https://doi.org/10.21608/mbse.2009.141569)

الخزامي ، عبدالحكم (2001) . تكنولوجيا الأداء من التقييم الى التحسين . المملكة العربية السعودية : الساعي للنشر والتوزيع ص 6 . [10.21608/aja.2015.17990](https://doi.org/10.21608/aja.2015.17990)

الفرّاج ، أسامة (2009) " تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى : نموذج لقياس رضا المرضى " مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية و القانونية - المجلد 25 - العدد الثاني [10.21608/jpsa.2019.88723](https://doi.org/10.21608/jpsa.2019.88723)

ساعاتي ، عبدالله ، (1998) ، " مبادئ إدارة المستشفيات " ، دار الفكر العربي ، القاهرة . [10.21608/jpsa.2019.88723](https://doi.org/10.21608/jpsa.2019.88723)

سيف, ن. إ., & ناصر إبراهيم. (2015). أثر تطبيق معايير الاعتماد في أداء المستشفيات الخاصة الأردنية. المجلة العربية للإدارة, 35(1), 241-262. [10.21608/aja.2015.17990](https://doi.org/10.21608/aja.2015.17990)

شو ، بتريشا و اليوت ، كريس و اسحاق سوس ، بولي و مورفي ، اليزابيث . (2007) تحسين الجودة و الاداء في الرعاية الصحية ، أداة من أجل التعلم المفتوح . ترجمة الأحمدى ، طلال : المملكة العربية السعودية ، معهد الادارة العامة . ص 413 . [10.21608/aja.2015.17990](https://doi.org/10.21608/aja.2015.17990)

الضمور، هاني (2006). تسويق الخدمات. الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع [10.21608/jpsa.2019.88723](https://doi.org/10.21608/jpsa.2019.88723)

العبيدي ، قاسم وجاسم المعموري ، وعلي الخفاجي (2010) . أثر عملية خفض كلفة المزيج التسويقي في أداء منظمات الأعمال (دراسة تطبيقية في شركة بغداد للمشروبات الغازية) .مجلة جامعة بابل ، المجلد (18) ، العدد (2) ص 7 [10.21608/aja.2015.17990](https://doi.org/10.21608/aja.2015.17990)

الطراونه ، محمد أحمد ، (2001) الجودة الشاملة والقدرة التنافسية : دراسة تطبيقية على قطاع الصناعات الدوائية في الأردن مجلة الدراسات ، مجلد 28 العدد الاول

[10.21608/mbse.2009.141569](https://doi.org/10.21608/mbse.2009.141569)

العتيبي, ع. ا. ض., & عبد الله ضاوى. (2019). جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين دراسة تطبيقية على شركات التأمين بمحافظة الطائف. مجلة كلية الاقتصاد والعلوم السياسية, 20(1), 185-208. [10.21608/jpsa.2019.88723](https://doi.org/10.21608/jpsa.2019.88723)

المغربي ، وفاء (2012) " تحقيق إدارة الجودة الشاملة باستخدام معايير الاعتماد في مستشفى الملكة رانيا العبد الله للأطفال في الاردن " ، رسالة ماجستير ، كلية الأعمال - جامعة الشرق الاوسط ، الأردن [10.21608/aja.2015.17990](https://doi.org/10.21608/aja.2015.17990)

عبد القادر ، دبون ، (2012) " دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية حالة المؤسسة الاستشفائية " مجلة الباحث - العدد 11

[10.21608/jpsa.2019.88723](https://doi.org/10.21608/jpsa.2019.88723)

علي ميا (2000) إدارة الجودة الشاملة و إمكانية تطبيقها في المؤسسات وشركات القطاع العام لصناعة
الالمنيوم و الشركة العامة لصناعة المحركات الكهربائية اللاذقية مجلد (22) عدد (2) ، ص 49 –

[10.21608/mbse.2009.141569](https://doi.org/10.21608/mbse.2009.141569) 72

عيشاوي ، أحمد ، " إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الخدمية " ، مجلة الباحث ، العدد 4 ، جامعة
ورقلة ، 2006م [10.21608/jpsa.2019.88723](https://doi.org/10.21608/jpsa.2019.88723)

مصلح ، عطية ، (2013) " قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين و المرضى في المستشفيات
العاملة في مدينة قلقيلية " _جامعة القدس المفتوحة [10.21608/jpsa.2019.88723](https://doi.org/10.21608/jpsa.2019.88723)

ماهر ، أحمد (2010) نظم الأجور و التعويضات . الاسكندرية : الدار الجامعية . ص 37
[10.21608/aja.2015.17990](https://doi.org/10.21608/aja.2015.17990)

محمد ، أحمد (2004) . الاتجاهات الحديثة لقياس وتقييم أداء الموظفين . الاسكندرية : منشأة المعارف
ص 20 [10.21608/aja.2015.17990](https://doi.org/10.21608/aja.2015.17990)

محمد الطعاني ، و احمد الشباب (1996) ، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي ، حالة وزارة
الصحة ، بحث مقدم لمؤتمر الإدارة العامة الثاني ، جامعة يرموك ، اربد

[10.21608/mbse.2009.141569](https://doi.org/10.21608/mbse.2009.141569)

مصطفى ، أحمد سيد (2002) . استراتيجيات إدارة الأداء والتطوير الوظيفي ، ورقة بحثية مقدمة الى
: مؤتمر التطوير الوظيفي الأول ، الكويت 2-4-2002 . ص 4

[10.21608/aja.2015.17990](https://doi.org/10.21608/aja.2015.17990)

موسى اللوزي ، (1999) التطوير التنظيمي ، اتجاهات المديرين نحو تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة
في المؤسسات العامة في الأردن [10.21608/mbse.2009.141569](https://doi.org/10.21608/mbse.2009.141569)

نبيل محمود البستنجي (2001) ، اتجاهات المديرين نحو تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في
المؤسسات العامة في الأردن ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الأردنية ، عمان

[10.21608/mbse.2009.141569](https://doi.org/10.21608/mbse.2009.141569)

وزارة الصحة السعودية ، التقرير السنوي ، الرياض 1994 [10.21608/mbse.2009.141569](https://doi.org/10.21608/mbse.2009.141569)

ياسر منصور (1997) إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الأردني ، دراسة ميدانية : مقارنة بين
مستشفى البشير و الإسلامي رسالة دكتوراه ، جامعة بغداد [10.21608/mbse.2009.141569](https://doi.org/10.21608/mbse.2009.141569)

المراجع الأجنبية :

- Ashok, R. (1996), Total Quality Management: A cross-functional Perspective, John Wiley and Sons [10.21608/mbse.2009.141569](#)
- Bazzoli, G. and Others. (2005). Hospital Financial Condition and Operational Decisions Related to the Quality of Hospital Care. Medical Care Research Journal, VOL. 64, No. 2, 148-168. [10.21608/aja.2015.17990](#)
- Brown, A. Janet. (2005). The Healthcare Quality Handbook. USA: JB Quality Solutions, INC. PVII-2. [10.21608/aja.2015.17990](#)
- Colin, M., and Stephen. M (1994), Total Quality Management in the public sector,: an International Perspective, Open University Press, Philadelphia [10.21608/mbse.2009.141569](#)
- Dennis C. Kinlow , (1992) Continuous Improvement . [10.21608/aja.2015.17990](#)
- Don Hellriegel , Susan E. Jackson , John W. Slocum , JR. (2002), Management, A Competency–Based Approach, South-Western. [10.21608/mbse.2009.141569](#)
- H., Samuel K.M. (1994), The ISO series for Total Quality Management International Journal of Quality & Reliability Management, Vol. 11 No. 9 [10.21608/mbse.2009.141569](#)
- Hair, J.F. Jr, Black, W.C., Babin, B.J. and Anderson, R.E. (2010), Multivariate Data Analysis: A Global Perspective, 7th ed., Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., Anderson, R.E. and Tatham, R.L., (2006). Multivariate data analysis (Vol. 6).
- Kaiser, H.F., (1974). An index of factorial simplicity. Psychometrika, 39(1), pp.31-36
- James Maxwell & Peter Temin (2003) Corporate Management of quality in Employee Health Plans, HealthCare Management Review , Volume 28, Issue 1, PP28-29. [10.21608/mbse.2009.141569](#)

- Kovner, A.R. (1999) Health Care Delivery in the United States, 6th. Ed. Spring Publishing Company. [10.21608/mbse.2009.141569](#)
- Kotler, P., Marketing management – analysis, planning, implementation and control, 8th edition. Prentice Hall International Editions. New Jersey, 2006. [10.21608/jpsa.2019.88723](#)
- Nwabueze, U. (2001) The Implementation of TQM For NHS Manager , total Quality Management , Vol 12, Issue 5 , pp 657-666 . [10.21608/aja.2015.17990](#)
- Laruffa B. Jeanmarie. (2005). “Patient Satisfaction: A Tool to Help Improve Patient- Centered Quality Service at New York Methodist Hospital”, Published Masters Dissertation, New York: University of New York. [10.21608/aja.2015.17990](#)
- Pexton C. (2004). Using Six Sigma to Reduce Pressure Ulcers at a Hospital. IA Sigma Journal, Vol. 6, No 3, pp. 31-32 [10.21608/aja.2015.17990](#)
- Salim Budair, total quality Management in health care, MSC. Thesis, Huddersfield University, 2002 [10.21608/mbse.2009.141569](#).
- Scrivens, Ellie. (1998). “Policy Issues in Accreditation”, International Journal for Quality in Health Care, Vol. 10, No. 2, pp. 1-5. [10.21608/aja.2015.17990](#)
- United States Agency for International Development. (2008). Guideline for Surveyors. Jordan: MOH. P12. [10.21608/aja.2015.17990](#)
- World Health Organization. (2003). How Can Hospital Performance Be Measured and Monitored? World Health Organization. Europe. p.8. [10.21608/aja.2015.17990](#)

الملاحق : الاستبيان

تحية طيبة وبعد ، يشرفني ان اضع بين أيديكم هذا الاستبيان المعد لأغراض البحث العلمي بهدف إتمام اطروحة بعنوان "أثر جودة الخدمات الصحية على أداء مستشفيات القطاع الخاص" وتهدف الدراسة لقياس مستوى جودة الخدمات الصحية ورضى المرضى عن الخدمة المقدمة لهم.

لذا ارجو منكم التكرم بالأجابة على أسئلة الاستبيان المرفقة بإبداء الرأي بكل دالة وموضوعية لكل عبارة من عبارات الاستبيان بما ترونه مناسباً علماً بأن المعلومات المقدمة لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط مع الإشارة الى أن اجاباتكم ستحظى بالسرية التامة ، شاكرين ومقدرين لكم حسن تعاونكم.

أولاً : البيانات العامة

يرجى وضع علامة (X) في الخانة المناسبة

- 1- الجنس : ذكر () أنثى ()
- 2- الفئة العمرية : اقل من 20 سنة () 20-39 سنة () 40-59 سنة () أكثر من 59 سنة ()
- 3- المستوى التعليمي : ابتدائي () متوسط () ثانوي () جامعي ()

المحور الأول : جودة الخدمات الصحية

الرقم	العبارة	غير موافق اطلاقاً	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
البعد الأول : الملموسية						
01	موقع العيادة الملائم يسهل الوصول إليه بسرعة					
02	تمتلك العيادة لمعدات وتجهيزات حديثه					
03	يتمتع الموظفون بمظهر لائق و أنيق					
04	توفر العيادة غرف مريحة ، نظيفة ، مضاعة ، دافئة					
البعد الثاني : الاعتمادية						
05	تلتزم العيادة بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة					
06	يقدم موظفو العيادة نصائح وإرشادات كافية للمريض لاختيار الخدمة الملائمة له					
07	تتوفر العيادة على جميع التخصصات الصحية المطلوبة					
08	يتمتع العاملون والأطباء في العيادة بالمهارات العالية					

البعد الثالث : الاستجابة					
09					يتم تبسيط إجراءات العمل لضمان السرعة وسهولة في تقديم الخدمة
10					تغطي العيادة احتياجات المرضى على مدار الساعة
11					مقدم الخدمة سريع الرد و الاستجابة
12					تهتم إدارة العيادة بالرد على استفسارات المرضى و الاستجابة السريعة لشكاويهم
البعد الرابع : الأمان					
13					لديك الثقة في الأطباء والأخصائيين في العيادة
14					تحافظ العيادة على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى
15					أشعر بالأمان والثقة عند التعامل مع العاملين
16					هناك استمرارية في متابعة حالة المريض
البعد الخامس : التعاطف					
17					هناك مراعاة لظروف المريض و احتياجاته
18					يوجد روح المزاح و الدعابة في التعامل مع المريض
19					يصغي الأطباء بشكل كامل الى شكاوي المريض
20					يوضح العاملون في العيادة للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة مفهومة

عثمان المصري, ن., & نور. (2022). دور تقنيات الذكاء الاصطناعي في تحسين جودة الخدمات المقدمة لطلبة الجامعة الأردنية من وجهة نظرهم. مجلة كلية التربية (أسيوط), 38(9.2), 265-290. [10.21608/mfes.2022.271572](https://doi.org/10.21608/mfes.2022.271572)

المحور الثاني : أداء مستشفيات القطاع الخاص

الرقم	العبرة	غير موافق اطلاق	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
01	تقوم العيادة بمتابعة شكاوي المرضى وتقديم الحلول المناسبة					
02	تقوم العيادة بفهم حاجات المرضى والعمل على إشباعها					
03	العيادة توفر الخدمة المطلوبة على الوجه الأكمل مما يحقق الرضا للمرضى					
04	القدرة على أداء الخدمة الموعودة للمرضى مما يساهم في تعزيز رضاهم					
05	تقدم العيادة خدمات تكميلية مما يزيد من شعور المرضى بالمتعة					
06	الخدمات التي تقدمها العيادة بالمقارنة مع المنافسين تلبي حاجاتك ورغباتك					
07	تتبع العيادة مبدأ حماية مصالح المرضى والدفاع عنها					
08	تحاول العيادة تحقيق رضا المرضى					
09	أنت راض معاملة العاملون معك					
10	أنت راض عن معاملة الطبيب لك					

سويلم النوافعة, س., سلامة, عزات الحلالمة & محمد. (2009). تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة. مجلة بحوث التربية النوعية. 92-73, (13) 2009 ,

mbse.2009.141569/10.21608

EXPLORATORY FACTOR ANALYSIS

	Component					
	الموسمية	الاعتمادية	الاستجابة	الأمان	التعاطف	المستشفيات
خ10	.854					
ع4	.713					
خ3	.708	.323	.332			
خ4	.686	.325	.395			
م1	.645			.371	.398	
ت3	.616		.438		.375	
خ1	.596	.402	.364			
ع3	.551					
س4	.530	.451				
خ2		.779				
خ9	.357	.743				
خ8	.300	.738		.318		
ع1		.572	.339		.307	
س1		.562	.488			
ا4	.413	.449		.351		
م2		.399	.386	.369	.357	
س3			.835			
خ5	.313		.812			
خ6	.436		.668			
م4		.446	.658		.326	
ت4		.310	.550			
س2				.880		
ت1				.789		
خ7				.565	.402	
ا1	.424	.416	-.321-	.442		
ت2					.885	
ع2		.321			.636	
ا3		.320			-.477-	.325
ا2						.890
م3						.848

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 21 iterations.

Total Variance Explained

Component	Total	Initial Eigenvalues		Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
		% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	10.138	33.792	33.792	10.138	33.792	33.792	3.744	12.481	12.481
2	2.996	9.987	43.778	2.996	9.987	43.778	3.509	11.695	24.177
3	2.428	8.093	51.872	2.428	8.093	51.872	3.124	10.415	34.591
4	2.111	7.036	58.908	2.111	7.036	58.908	3.020	10.068	44.659
5	1.827	6.091	64.999	1.827	6.091	64.999	2.618	8.728	53.386
6	1.723	5.743	70.742	1.723	5.743	70.742	2.578	8.595	61.981
7	1.347	4.489	75.231	1.347	4.489	75.231	2.534	8.447	70.428
8	1.171	3.903	79.134	1.171	3.903	79.134	2.027	6.756	77.184
9	1.021	3.403	82.536	1.021	3.403	82.536	1.606	5.353	82.536
10	.943	3.142	85.679						
11	.770	2.566	88.245						
12	.685	2.282	90.527						
13	.481	1.604	92.131						
14	.447	1.491	93.622						
15	.403	1.343	94.965						
16	.306	1.019	95.984						
17	.284	.945	96.930						
18	.255	.851	97.781						
19	.159	.529	98.310						
20	.128	.425	98.735						
21	.122	.408	99.143						
22	.080	.267	99.410						
23	.065	.217	99.627						
24	.048	.160	99.787						
25	.030	.099	99.886						
26	.024	.080	99.967						
27	.005	.018	99.985						
28	.003	.009	99.994						
29	.002	.006	100.000						
30	1.609E-16	5.362E-16	100.000						

Correlations

		1م	2م	3م	4م	1ع	2ع	3ع	4ع
1م	Pearson Correlation	1	.614**	-.021-	.151	.334	.453*	.304	.492**
	Sig. (2-tailed)		<.001	.912	.425	.071	.012	.102	.006
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
2م	Pearson Correlation	.614**	1	.036	.569**	.470**	.611**	.149	.272
	Sig. (2-tailed)	<.001		.849	.001	.009	<.001	.431	.147
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
3م	Pearson Correlation	-.021-	.036	1	.041	.100	-.125-	-.016-	.100
	Sig. (2-tailed)	.912	.849		.829	.599	.511	.932	.599
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
4م	Pearson Correlation	.151	.569**	.041	1	.444*	.592**	.134	.423*
	Sig. (2-tailed)	.425	.001	.829		.014	<.001	.480	.020
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
1ع	Pearson Correlation	.334	.470**	.100	.444*	1	.434*	.070	.317
	Sig. (2-tailed)	.071	.009	.599	.014		.017	.712	.087
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
2ع	Pearson Correlation	.453*	.611**	-.125-	.592**	.434*	1	.202	.504**
	Sig. (2-tailed)	.012	<.001	.511	<.001	.017		.284	.005
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
3ع	Pearson Correlation	.304	.149	-.016-	.134	.070	.202	1	.341
	Sig. (2-tailed)	.102	.431	.932	.480	.712	.284		.065
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
4ع	Pearson Correlation	.492**	.272	.100	.423*	.317	.504**	.341	1
	Sig. (2-tailed)	.006	.147	.599	.020	.087	.005	.065	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Variance
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic
الموسمية	30	2	5	2.83	.130	.714	.510
الاعتمادية	30	2	5	3.19	.132	.721	.520
الاستجابة	30	2	5	3.20	.127	.696	.484
المستشفيات	30	2	5	3.00	.117	.642	.412
الجودة	30	2	5	3.06	.107	.585	.343
Valid N (listwise)	30						