

بحث مقدّم لاستكمال متطلبات درجة الماجستير في إدارة الأعمال بعنوان:

أثر تطبيق معايير الجودة في تعزيز رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية في مدينة الرياض (دراسة تطبيقية على مراجعي المستشفيات في مدينة الرياض)

الباحثة: ريم حسن العامري

251002306

إشراف/

د.فايز جراد

د.الفصل عبد الحميد

العام الأكاديمي 1446-1447هـ

A Research Project Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Master's degree in Business Administration, entitled:

The Impact of Applying Quality Standards on Enhancing Beneficiary Satisfaction with Health Services in Riyadh

(A Practical Study on Hospital Visitors in the City of Riyadh)

Researcher: Reem Hassan Alameri

Student ID: 251002306

Supervised by:

Dr. Al-Faisal Abdulhamid

Dr. Fayez Jarad

Academic Year: 2024–2025

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى قياس أثر جودة الخدمات الصحية بأبعادها الخمسة وفق نموذج SERVQUAL (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف) في تعزيز رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية في مستشفيات مدينة الرياض، وذلك في ظل تزايد الاهتمام بالجودة وتحسين تجربة المريض في القطاع الصحي السعودي.

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي لملاءمته لطبيعة دراسة العلاقات بين المتغيرات، واستخدمت الاستبانة كأداة رئيسة لجمع البيانات، والتي تم تصميمها وفق نموذج SERVQUAL ومعايير الرضا المعتمدة. مثلت عينة الدراسة (92) مستفيدًا من مراجعي المستشفيات بمدينة الرياض، اختيروا بطريقة ملائمة لضمان تنوع الخصائص الديموغرافية. أما مجتمع الدراسة فقد شمل جميع المستفيدين من الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية والخاصة بمدينة الرياض.

أظهرت النتائج وجود مستوى مرتفع من تقييم جودة الخدمات الصحية ومتوسطات مرتفعة للرضا العام عن الخدمات. كما كشفت النتائج الإحصائية عن وجود علاقة طردية قوية ودالة بين جودة الخدمات الصحية ورضا المستفيدين، حيث بلغ معامل الارتباط ($R = 0.844$). إضافة إلى ذلك، أثبت تحليل الانحدار أن جودة الخدمات الصحية تفسر ما نسبته (71.3%) من التباين في رضا المستفيدين، مما يدل على قوة تأثير الأبعاد الخمسة للجودة. وتبين أن بعد الأمان والاعتمادية هما الأكثر تأثيرًا في رضا المستفيدين، مقارنة ببقية الأبعاد.

وبناءً على النتائج، توصي الدراسة المؤسسات الصحية في مدينة الرياض وبقية مناطق المملكة بضرورة تعزيز جودة الخدمات الصحية من خلال تحسين مستوى الأمان والاعتمادية، وتطوير مهارات الكوادر الصحية في التواصل والتعاطف، وتجويد بيئات الخدمة، وتبسيط الإجراءات، وتحسين سرعة الاستجابة، لما لها من أثر مباشر في رفع مستوى رضا المستفيدين وتحسين تجربتهم الصحية.

الكلمات المفتاحية: جودة الخدمات الصحية، رضا المستفيدين، نموذج SERVQUAL، الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف، المستشفيات، مدينة الرياض.

Abstract

This study aimed to measure the impact of healthcare service quality—across its five dimensions defined by the SERVQUAL model (tangibles, reliability, responsiveness, assurance, and empathy)—on enhancing beneficiary satisfaction with healthcare services in hospitals in Riyadh. This comes amid the growing focus on quality and improving patient experience within the Saudi healthcare sector.

The study adopted the descriptive—analytical method as it is suitable for examining relationships between variables. A questionnaire was used as the main data collection tool, designed in accordance with the SERVQUAL model and established satisfaction criteria. The study sample consisted of 92 beneficiaries who visited hospitals in Riyadh and were selected purposively to ensure diversity in demographic characteristics. The study population included all beneficiaries of healthcare services in both public and private hospitals in the city.

The results revealed a high level of perceived healthcare service quality and similarly high levels of overall satisfaction among beneficiaries. Statistical analysis further demonstrated a strong and significant positive relationship between healthcare service quality and beneficiary satisfaction, with the correlation coefficient reaching ($R = 0.844$). Additionally, regression analysis showed that healthcare service quality explains 71.3% of the variance in beneficiary satisfaction, indicating the substantial impact of the five quality dimensions. The findings also highlighted that the assurance and reliability dimensions were the most influential compared to other service quality dimensions.

Based on these results, the study recommends that healthcare institutions in Riyadh and across the Kingdom enhance their service quality by improving assurance and reliability levels, developing staff communication and empathy skills, upgrading service environments, simplifying procedures, and improving responsiveness, which directly contribute to increasing beneficiary satisfaction and enhancing their overall healthcare experience.

Keywords: Healthcare service quality; beneficiary satisfaction; SERVQUAL model; tangibles; reliability; responsiveness; assurance; empathy; hospitals; Riyadh

﴿يَرْفَعِ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ﴾

الآية 11 سورة المجادلة

الشكر والتقدير

يطيب لي أن أرفع أصدق عبارات الشكر وعظيم التقدير إلى مشرفي الفاضلين

الدكتور الفيصل عبد الحميد والدكتور فايز جراد

تقديرًا لما بذلاه من جهدٍ كريم وما قدّماه من توجيهات علمية رصينة

أسهمت بفاعلية في تطوير هذا البحث وإتمامه على الوجه الأمثل.

كما أتوجه ببالغ الامتنان إلى جامعة ميدأوشن ممثلةً في كلية إدارة الأعمال

لما وفّرت له من بيئة أكاديمية محفّزة وداعمة لمتطلبات البحث العلمي.

ولا يفوتني أن أتقدّم بالشكر لكل من قدّم لي الدعم والمشورة خلال مسيرتي البحثية.

فهرس المحتويات

أ.....	ملخص الدراسة	1
ب.....	Abstract	1
د.....	الشكر والتقدير	1
1.....	مقدمة	1
3.....	الفصل الأول: المدخل العام إلى الدراسة	3
4.....	مشكلة الدراسة	4
5.....	أهمية الدراسة	5
7.....	أهداف الدراسة	7
7.....	تساؤلات الدراسة	7
8.....	فرضيات الدراسة	8
8.....	المنطلقات النظرية للدراسة	8
21.....	الدراسات السابقة	21
30.....	المنهجية وطرق البحث	30
32.....	الفصل الثاني: جودة الخدمات الصحية وسبل قياسها	32
33.....	مفهوم جودة الخدمات	33
34.....	أبعاد جودة الخدمات	34
35.....	قياس جودة الخدمات	35
36.....	نموذج الفجوات	36
37.....	أهمية تحسين جودة الخدمات الصحية	37
37.....	العلاقة بين تطبيق معايير الجودة وتحسن الخدمات الصحية	37
39.....	الفصل الثالث: طبيعة الخدمات الصحية ووسائل تعزيز جودتها	39
40.....	طبيعة الخدمة	40
41.....	مفهوم الخدمات الصحية	41
42.....	أنواع الخدمات الصحية	42
43.....	خصائص الخدمات الصحية	43

44	مميزات الخدمات الصحية
45	الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية ونتائج الدراسة
46	منهج الدراسة
46	محددات العينة
46	حدود الدراسة
47	خطوات جمع البيانات
48	معايير الدراسة
48	أداة الدراسة
51	الخصائص السيكمترية لأداة الدراسة
55	التحليل الوصفي لبيانات الدراسة
60	أساليب التحليل الإحصائي
62	عرض استجابات العينة على محاور الدراسة
66	اختبار الفرضيات والتحليل الاستدلالي
80	الفصل الخامس: مناقشة نتائج الدراسة، المقترحات، والتوصيات
81	مناقشة نتائج الدراسة
86	الدلالات النظرية والتطبيقية
88	المقترحات والتوصيات
92	المراجع
92	أولاً: المراجع العربية
96	ثانياً: المراجع الأجنبية
97	الملاحق

فهرس الجداول

49	الجدول (1): العبارات التي تقيس كل بعد في محور معايير جودة الخدمات الصحية
50	الجدول (2): العبارات التي تقيس كل بعد في محور رضا المستفيدين (ACSI)
50	الجدول (3): درجة البدائل في طريقة التصحيح
50	الجدول (4): مستويات تفسير المتوسطات الحسابية لعبارات أداة الدراسة
51	الجدول (5): صدق الاتساق الداخلي لعبارات محور معايير جودة الخدمات الصحية (SERVQUAL)
52	الجدول (6): صدق الاتساق الداخلي لعبارات محور رضا المستفيدين (ACSI)

الجدول (7): قيمة ثبات محاور الدراسة باستخدام كرونباخ ألفا	53
الجدول (8): قيمة ثبات أبعاد محاور الدراسة باستخدام كرونباخ ألفا	54
الجدول (9): يوضح الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة	55
الجدول (10): الإحصائيات الوصفية لمحاور الدراسة	59
الجدول (11): توزيع المستويات التفسيرية لمحاور الدراسة	59
الجدول (12): استجابات أفراد العينة على محور معايير جودة الخدمات الصحية	62
الجدول (13): استجابات أفراد العينة على محور رضا المستفيدين	64
الجدول (14): معامل الارتباط بيرسون بين جودة الخدمات الصحية ورضا المستفيدين	66
الجدول (15): ملخص نموذج الانحدار لقياس أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستفيدين	67
الجدول (16): تحليل التباين ANOVA	67
الجدول (17): معاملات الانحدار Coefficients	68
الجدول (18): ملخص نموذج الانحدار بين بعد الملموسية ورضا المستفيدين	69
الجدول (19): اختبار ANOVA لبعد الملموسية	69
الجدول (20): معاملات الانحدار لبعد الملموسية	70
الجدول (21): ملخص نموذج الانحدار بين بعد الاعتمادية ورضا المستفيدين	71
الجدول (22): اختبار ANOVA لبعد الاعتمادية	72
الجدول (23): معاملات الانحدار (Coefficients) لبعد الاعتمادية	72
الجدول (24): ملخص نموذج الانحدار بين بعد الاستجابة ورضا المستفيدين	73
الجدول (25): اختبار ANOVA لبعد الاستجابة	74
الجدول (26): معاملات الانحدار (Coefficients) لبعد الاستجابة	74
الجدول (27): ملخص نموذج الانحدار بين بعد الأمان ورضا المستفيدين	75
الجدول (28): اختبار ANOVA لبعد الأمان	76
الجدول (29): معاملات الانحدار (Coefficients) لبعد الأمان	76
الجدول (30): ملخص نموذج الانحدار بين بعد التعاطف ورضا المستفيدين	77
الجدول (31): اختبار ANOVA لبعد الأمان	78
الجدول (32): معاملات الانحدار (Coefficients) لبعد التعاطف	78

فهرس الأشكال

الشكل (1): نموذج رضا العميل الأمريكي (ACSI)	19
---	----

مقدمة

يشهد القطاع الصحي على المستوى العالمي اهتمامًا متزايدًا خلال العقود الأخيرة، تزامن مع جهود واسعة لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة وضمان استدامتها. ويُعد تحسين الخدمات الصحية أحد أهم الاستراتيجيات التي تعتمدها المنظمات الصحية عالميًا، نظرًا لما يمثل من ركيزة أساسية في تحقيق التنمية المستدامة، ولأثره المباشر في صحة الإنسان وعافيته، والتي بدورها تنعكس على قدرته على الإنتاج والمساهمة في التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

وفي ظل هذا الاهتمام المتنامي، برز التوجه العالمي نحو تطبيق معايير الجودة في المؤسسات الصحية كمدخل أساسي للارتقاء بمستوى الخدمات، وتقليل الهدر في الموارد، وتعزيز الكفاءة التشغيلية، وتحفيز الكوادر الصحية على التميز. كما تُمكن هذه المعايير المؤسسات الصحية من تحديد احتياجات المستفيدين وتلبيتها، بما يضمن التحسين المستمر للخدمات ورفع مستوى رضا المرضى. (مطبقاتي وعجمي، 2001: 105-106)

ومع الجهود الدولية لتحقيق أهداف التنمية المستدامة، أصبح للقطاع الصحي دورًا محوريًا في تحقيق الهدف الثالث المتعلق بالصحة الجيدة والرفاه. وقد تبنت العديد من الدول أنظمة اعتماد متقدمة لضمان جودة الخدمات، ومنها المملكة العربية السعودية التي اعتمدت معايير CBAHI ومعايير JCI الدولية بهدف تحسين تجربة المستفيدين وتقليل الأخطاء الطبية. ويُعد رضا المستفيدين مؤشرًا رئيسًا لقياس جودة الخدمات الصحية، حيث ترتبط تجارب المرضى بشكل مباشر بكفاءة تطبيق معايير الجودة وفعاليتها.

وفي السياق السعودي، يكتسب موضوع الجودة الصحية أهمية متزايدة، خصوصًا في مدينة الرياض التي تُعد من أكثر المدن كثافة في استخدام الخدمات الصحية. فقد بلغ عدد زيارات المستفيدين لمراكز الرعاية الصحية الأولية والعيادات الخارجية في منشآت وزارة الصحة بالرياض نحو 9,706,736 زيارة خلال عام 2023، إلى جانب 2,110,714 زيارة طارئة، كما بلغ عدد المستفيدين من خدمات الطب الاتصالي 321,016 مستفيدًا. وتعكس هذه الأرقام حجم الطلب المتزايد على الخدمات الصحية، وأهمية ضمان جودتها وقدرتها على تلبية توقعات المستفيدين في ظل هذا الضغط التشغيلي. (الكتاب الإحصائي السنوي، 2023)

وقد برزت أهمية جودة الخدمات الصحية أيضًا نتيجة ازدياد توقعات المستفيدين وارتفاع مستوى الوعي لديهم بحقوقهم الصحية، وباتت جودة الخدمة من أهم المعايير التي يُقيم من خلالها المستفيد المؤسسة الصحية. كما أصبح مقدمو الخدمة أكثر التزامًا بتقديم خدمات دقيقة ومتكاملة، في حين بات

المستفيد أكثر مطالبة بجودة الخدمات بوصفها المعيار الأساس للحكم على كفاءة المؤسسات الصحية.
(السامرائي، 2002: 1)

وفي هذا الإطار، ظهرت نماذج علمية مثل نموذج SERVPERF الذي قدمه تايلور وكرونين، والذي يقيس الجودة المدركة للخدمات الصحية من منظور المستفيدين عبر خمسة أبعاد هي: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، والتعاطف. (بو عبد الله، 2014: 12)

كما أشار عدد من الباحثين إلى أن رضا المستفيدين يمثل جوهر عمليات الجودة، وأن المؤسسات الصحية الناجحة تعتمد على فهم توقعات المستفيدين لضمان استمرار تفوقها ونجاحها. (الدراركة، 2008: 179)

وبناءً على ما سبق، تسعى هذه الدراسة إلى التعرف على أثر تطبيق معايير الجودة في تعزيز رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية والخاصة بمدينة الرياض، من خلال تحليل مدى تطبيق هذه المعايير وانعكاسها على تجارب المرضى، بما يسهم في تقديم توصيات عملية تدعم تحسين جودة الخدمات الصحية ورفع كفاءتها.

الفصل الأول: المدخل العام إلى الدراسة

1. مشكلة الدراسة
2. أهمية الدراسة
3. أهداف الدراسة
4. تساؤلات الدراسة
5. فرضيات الدراسة
6. المنطلقات النظرية للدراسة
7. الدراسات السابقة
8. المنهجية وطرق البحث

تمهيد

يمثل هذا الفصل المدخل العام للدراسة، حيث يقدم إطاراً تمهيدياً متكاملًا يوضح مشكلة البحث وسياقها الصحي في مدينة الرياض، وأهميتها العملية والعلمية في ضوء التوجّه نحو تحسين جودة الخدمات الصحية ورفع رضا المستفيدين. كما يتناول أهداف الدراسة وتساؤلاتها وفرضياتها، والمنطلقات النظرية ذات الصلة بمفاهيم الجودة والخدمات الصحية ورضا المستفيدين. ويتضمن الفصل أيضًا عرضًا موجزًا لأهم الدراسات السابقة، وبيان أوجه الإفادة منها في بناء الإطارين النظري والمنهجي. وفي ختامه، يوضح الفصل المنهج المتبع في الدراسة وأدواتها وحدودها، بوصفه الأساس الذي ستبنى عليه الفصول اللاحقة.

1. مشكلة الدراسة

تشير الإحصاءات الصحية لعام 2023 إلى أن المملكة العربية السعودية تضم (499) مستشفى موزعة على ثلاث قطاعات رئيسية؛ حيث تشمل مستشفيات وزارة الصحة (290) مستشفى، تليها المستشفيات التابعة للجهات الحكومية الأخرى بعدد (59) مستشفى، في حين يشكل القطاع الخاص (150) مستشفى. ويعكس هذا التوزيع تعدد مقدمي الخدمات الصحية واتساع نطاقها على المستوى الوطني.

وفي مدينة الرياض، التي يُقدّر عدد سكانها بنحو (8,591,748) نسمة، يشهد القطاع الصحي توسعًا ملحوظًا وتنوعًا كبيرًا في الخدمات المقدمة لتلبية احتياجات المستفيدين المتزايدة. فقد استفاد من خدمات الصحة المدرسية في المدينة (409,762) طالبًا، منهم (88,049) خضعوا لفحص الالتحاق بالصف الأول الابتدائي، و(321,713) للفحص الاستكشافي. كما تم تقديم خدمات الطب الاتصالي عبر (347) مرفقًا صحيًا يضم مستشفيات ومراكز رعاية أولية ومراكز متخصصة، بمشاركة (3,286) ممارسًا صحيًا قدموا خدمات عبر (681,398) موعدًا افتراضيًا.

وفي مجال الرعاية الصحية المنزلية، قُدمت الخدمات من خلال (36) مستشفى بمشاركة (432) عاملًا صحيًا لنحو (10,140) حالة نشطة بنهاية عام 2023، بينما بلغ العدد التراكمي للمستفيدين (82,068) مستفيدًا. كما بلغت وجبات التغذية العلاجية المقدمة في مستشفيات وزارة الصحة نحو (3,827,457) وجبة، بإجمالي (7,962) سريرًا.

وعلى صعيد الفحوصات الطبية، تم إجراء (38,253,752) فحصًا مخبريًا، واستفاد من خدمات التصوير الشعاعي (1,198,740) مريضًا، كما أجرت بنوك الدم (501,240) فحصًا، وتبرع المرضى

بـ (62,354) وحدة دم نُقل منها (56,334) وحدة للمحتاجين. وبلغت زيارات خدمات التأهيل الطبي (372,622) زيارة، في حين قدّمت مراكز الأسنان خدماتها لـ (1,022,032) مستفيدًا، وبلغ عدد زيارات عيادات السكري (80,472) زيارة.

أما القطاع الصحي الخاص بالرياض فقد سجل أرقامًا مرتفعة للخدمات المقدمة، منها: خدمات الأسنان (1,780,857)، التنويم (656,012)، المختبر (3,296,105)، العيادات الخارجية (24,212,357)، التدخلات الجراحية (405,312)، الأدوية (8,991,233)، الأشعة (2,376,302)، إضافة إلى (15,197,515) خدمة أخرى. كما نقلت هيئة الهلال الأحمر السعودي خلال عام 2023 نحو (206,064) حالة إسعافية. (الكتاب الإحصائي السنوي، 2023)

وتكشف هذه الأرقام عن الحجم الكبير والتنوع الواسع للخدمات الصحية المقدمة في مدينة الرياض، وهو ما يعزز ضرورة ضمان جودة تلك الخدمات والارتقاء بمستوى رضا المستفيدين. ورغم التطور الملحوظ في حجم الخدمات الصحية، إلا أن الدراسات السابقة لا تزال تفتقر إلى تحليل واضح لمدى كفاءة تطبيق معايير الجودة الصحية في مستشفيات الرياض، وكذلك لمدى انعكاس هذه المعايير على رضا المستفيدين في ظل هذا التوسع المتزايد. ومن هنا برزت الحاجة إلى دراسة معمقة توضح مستوى تطبيق معايير الجودة الصحية في مستشفيات مدينة الرياض وتأثيرها الفعلي في رضا المستفيدين عن الخدمات المقدمة.

2. أهمية الدراسة

يشهد قطاع الخدمات، وفي مقدمته القطاع الصحي، تطورًا متزايدًا واهتمامًا واسعًا على المستويات العالمية والإقليمية والمحلية، نظرًا لارتباطه الوثيق بحياة الإنسان اليومية وبصحته وعافيته، باعتبار الصحة أحد ركائز التنمية البشرية والاقتصادية. وقد أدركت الدول أهمية الاستثمار في تحسين جودة الخدمات الصحية لما لذلك من دور محوري في الحفاظ على سلامة الأفراد، وتعزيز قدرتهم على العطاء والمشاركة في تحقيق التنمية المستدامة.

وقد أدى الاهتمام المتزايد بالخدمات الصحية إلى دفع أصحاب القرار والمستفيدين إلى البحث عن مؤسسات صحية تقدم خدمات ذات جودة عالية. وانطلاقًا من ذلك، تم إدخال مفهوم الجودة إلى هذا القطاع للوصول إلى مستويات متميزة من الأداء، وتعزيز القدرة التنافسية، وضمان الاستدامة ضمن المنظومة الصحية. وتُعد جودة الخدمات الصحية من أبرز القضايا التي تواجه المؤسسات الصحية عالميًا ومحليًا؛ نظرًا لخصوصية هذا القطاع وارتباطه المباشر بالإنسان. ولهذا، تسعى الدول جاهدة إلى تطوير

مستويات الجودة وتقليل الأخطاء الطبية وشكاوى المرضى، من خلال تبني أساليب وآليات فعالة لتحقيق ذلك، وصولاً إلى رضا المرضى بوصفهم المستهلكين الرئيسيين للخدمة الصحية.

من جهة أخرى، لم يعد المريض يقبل بخدمات صحية متدنية أو أقل من المستوى المتوقع، بل أصبح يطالب بخدمات تُقدّم وفق معايير جودة محددة، باعتباره طرفاً أساسياً في تقييم مستوى الخدمات الصحية في المؤسسة استناداً إلى توقعاته وحاجاته. كما أن رضا المريض يسهم في بناء السمعة المؤسسية للمؤسسة الصحية، ويعكس مستوى جودة الخدمات المقدمة فيها.

ومن هنا تأتي أهمية دراسة أثر تطبيق معايير الجودة في تعزيز رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية في مدينة الرياض، وذلك في ضوء ما تشهده المملكة العربية السعودية من جهود مستمرة لتطوير القطاع الصحي بما يتماشى مع مستهدفات رؤية المملكة 2030. إذ تسعى وزارة الصحة والجهات الصحية الأخرى إلى الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية وتحقيق رضا المستفيدين، من خلال تطبيق برامج ومعايير جودة معترف بها محلياً ودولياً.

انطلاقاً مما سبق، تتجلى أهمية هذه الدراسة في جانبين رئيسيين:

- **الأهمية العملية:** تتمثل في ضرورة الاهتمام بتطبيق إدارة الجودة، نظراً لحاجة المؤسسات الصحية إلى اتباع أساليب فعالة تساهم في تحقيق الكفاءة الإنتاجية، والاستخدام الأمثل للموارد، ورفع مستوى الأداء، وضمان استدامة تقديم الخدمات في ظل بيئة تنافسية حديثة.
- **الأهمية العلمية:** تكمن في أهمية الموضوع المدروس وما ستسفر عنه الدراسة من نتائج وتوصيات تسهم في تحسين جودة الخدمات الصحية في القطاع الصحي السعودي. كما تشكل هذه الدراسة إضافة علمية في مجال استدامة الخدمات الصحية، وتسهم في إثراء المكتبة الأكاديمية بعناوين حديثة لم تحظ بالاهتمام الكافي سابقاً.

لذا تأمل الباحثة أن تسهم هذه الدراسة في تقديم إضافة علمية ومعرفية، إلى جانب تقديم حلول وتوصيات عملية تدعم صنّاع القرار في المؤسسات الصحية بمدينة الرياض، بما يعزز رضا المستفيدين ويحقق التميز في تقديم الخدمات الصحية.

3. أهداف الدراسة

تعتمد الدراسة على هدف رئيسي يتمثل في: " معرفة أثر تطبيق معايير الجودة في تعزيز رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية في مدينة الرياض " ينبثق من هذا الهدف الرئيسي عدة أهداف فرعية تتمثل فيما يلي:

- التعرف على مستوى تطبيق معايير الجودة في المستشفيات (الحكومية والخاصة) بمدينة الرياض.
- قياس مستوى رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة لهم في المستشفيات بمدينة الرياض.
- تحديد أبعاد معايير الجودة الأكثر تأثيراً في رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية.
- الكشف عن الفروق في رضا المستفيدين باختلاف نوع المستشفى (حكومي/خاص) ومستوى تطبيق معايير الجودة.
- معرفة طبيعة العلاقة بين مستوى تطبيق معايير الجودة ورضا المستفيدين عن الخدمات الصحية في المستشفيات بمدينة الرياض.

4. تساؤلات الدراسة

تعتمد الدراسة على تساؤل رئيسي يتمثل في: "ما أثر تطبيق معايير الجودة في تعزيز رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية في مدينة الرياض؟ " ينبثق منه عدة تساؤلات فرعية، تتمثل في:

- ما مستوى تطبيق معايير الجودة في المستشفيات (الحكومية والخاصة) بمدينة الرياض؟
- ما مستوى رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة لهم في المستشفيات بمدينة الرياض؟
- ما أبعاد معايير الجودة الأكثر تأثيراً في رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في رضا المستفيدين باختلاف نوع المستشفى (حكومي/خاص) ومستوى تطبيق معايير الجودة؟
- ما طبيعة العلاقة بين مستوى تطبيق معايير الجودة ورضا المستفيدين عن الخدمات الصحية في المستشفيات بمدينة الرياض؟

5. فرضيات الدراسة

تعتمد الدراسة على فرضيتين رئيسية تتمثل في:

- **الفرضية الرئيسية الأولى:** "توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات بمدينة الرياض ورضا المستفيدين عنها".
- **الفرضية الرئيسية الثانية:** يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) لجودة الخدمات الصحية المقدمة على رضا المستفيدين في المستشفيات بمدينة الرياض"، ينبثق منها عدة فرضيات فرعية، تتمثل في:
 - يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) لبعد الملموسية في المستشفيات بمدينة الرياض على رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة.
 - يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) لبعد الاعتمادية في المستشفيات بمدينة الرياض على رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة.
 - يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) لبعد الاستجابة في المستشفيات بمدينة الرياض على رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة.
 - يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) لبعد الأمان (الضمان) في المستشفيات بمدينة الرياض على رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة.
 - يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) لبعد التعاطف في المستشفيات بمدينة الرياض على رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة.

6. المنطلقات النظرية للدراسة

تعتمد هذه الدراسة على مجموعة من الأسس النظرية التي تفسر العلاقة بين تطبيق معايير الجودة ورضا المستفيدين عن الخدمات الصحية في المستشفيات بمدينة الرياض. ومن أبرز هذه المنطلقات ما يلي:

أولاً: مفاهيم الدراسة.

1. مفاهيم حول الجودة.

1-1 مفهوم الجودة.

الجودة في اللغة العربية: يعود الأصل الاشتقاقي لكلمة الجودة إلى الجذر (جود)، والذي يدل على كثرة العطاء، كما أن الجواد يعني السخي. (عبد الله، 2013: 14)

أما في اللغة اللاتينية، فإن كلمة Quality تعني درجة الصلابة أو الدقة والإتقان في الأعمال التي يؤديها الأفراد أثناء تصنيع الآثار التاريخية والدينية، مثل القلاع والتماثيل والقصور، سواء لأغراض التفاخر والتباهي أو للحماية وغيرها من الأغراض. (الكرخي، 2015: 20)

وقد عرّف (Fisher) الجودة بأنها: “درجة التألق والتميز، أو أن بعض خصائص المنتج تكون ممتازة عند مقارنتها بالمعايير الموضوعية، سواء من منظور المنظمة أو الزبون”. (Fisher, 1996: 5)

كما عرّفها الجمعية الأمريكية لضبط الجودة بالتعاون مع معهد المقياس القومي الأمريكي بأنها: “مجموعة الصفات الخاصة بالمنتج التي تؤثر في قدرته على إرضاء احتياجات الزبون، سواء كانت محددة وواضحة أم ضمنية”. (Kenneth & Jan, 2001: 161)

وتُعد الجودة صفة ملازمة ومرتبطة بالموصوف الجيد، والذي قد يكون شيئاً مادياً ملموساً (مثل السلع والبضائع) أو شيئاً غير ملموس (كالخدمات). والشيء الذي يُوصف بأنه ذو جودة يتميز بمواصفات إيجابية تجعله مقبولاً، خاصةً من قبل الجهة المستفيدة منه. (الفضل والطائي، 2004: 24)، ويرى جوران أن الجودة تُعبّر عن مدى ملاءمة المنتج للاستعمال. (أحمد، 2008: 19)

2-1 أبعاد الجودة

تُعد السلعة والخدمة ذات أبعاد متعددة ترتبط بمفهوم الجودة، وقد لاحظ الباحثون وجود اختلاف بينهما، إلا أن أبعاد جودة السلعة غالباً ما تكون مترابطة وغير منفصلة، إذ قد يحتوي المنتج الواحد على أكثر من بعد في الوقت نفسه. ومع ذلك، فإن ما يهمنا هنا هو أبعاد جودة الخدمة لما لها من تأثير مباشر على رضا المستهلك، ويمكن تلخيصها على النحو الآتي:

- أ. الوقت: الفترة التي ينتظرها المستهلك حتى يحين دوره لتلقي الخدمة.
- ب. دقة التسليم: الالتزام بتقديم الخدمة في الموعد المحدد مسبقاً.
- ت. الإتمام: إنجاز جميع جوانب الخدمة بشكل كامل دون نقصان.
- ث. التعامل: مستوى الترحيب واللفظ الذي يُبداه العاملون تجاه الزبائن كافة.

- ج. التناسق: تقديم الخدمة لجميع الزبائن وفق نفس المعايير والنمط.
ح. سهولة المنال: سهولة حصول المستهلك على الخدمة دون تعقيدات.
خ. الدقة: تنفيذ الخدمة بشكل صحيح منذ اللحظة الأولى.
د. الاستجابة: سرعة تفاعل مقدمي الخدمة مع أي مشكلات غير متوقعة. (الغزاوي، 2015: 22)

2. مفاهيم حول الرضا.

1-2 رضا الزبون.

يُعرّف رضا الزبون بأنه انطباع إيجابي أو سلبي يتشكل لدى الزبون نتيجة مقارنة الأداء الفعلي للخدمة أو السلعة مع توقعاته. (نظام، 2010: 24)

كما عرّفه Kotler بأنه: "إحساس إيجابي أو سلبي يشعر به العميل تجاه تجربة شراء أو استهلاك معينة، نتيجة مقارنة توقعاته مع أداء المنتج". (Kotler & Dubois, 2000: 172)

بينما يرى Ladwin أن رضا الزبون هو: "الحالة النفسية الناتجة عن عمليات التقييم المختلفة". (Ladwin, 2003: 377)

2-2 أبعاد رضا الزبون.

تتضمن أبعاد رضا الزبون ما يلي:

- أ. الرضا عن الإجراءات وسير المعاملات: ويُقصد به رضا الزبون عن إنجاز معاملاته دون تأخير وفي الوقت المحدد، مع وضوح الإجراءات وبساطتها.
- ب. الرضا عن كفاءة العاملين وتعاملهم: ويشير إلى رضا الزبون عن لطف الموظفين وحسن تعاملهم واستجابتهم لاحتياجاته، والتزامهم بالمواعيد، وإنجاز المعاملات بكفاءة.
- ت. الرضا عن الخدمات المقدمة: ويتعلق برضا الزبون عن مختلف الخدمات التي تقدمها المنظمة، مثل توفر مواقف السيارات، واللوحات الإرشادية، والمرافق الصحية، وقاعات الانتظار، وغيرها. (نظام، 2010: 24)

3. مفاهيم حول الخدمات الصحية.

تُعرّف الخدمة الصحية بأنها مجموعة من الأنشطة غير الملموسة التي تُقدّم للمستفيد بهدف إشباع حاجاته ورغباته، كما تهدف إلى تحسين مستوى الخدمات الصحية، وزيادة فرص الشفاء، والتقليل من قلق المريض، والتخفيف من معاناته مع المرض، وتحقيق سلامته الجسدية والعقلية والاجتماعية. وتُقدّم

هذه الخدمات من قبل المنظمات الصحية العامة والخاصة على حد سواء. وتمتاز الخدمة الصحية - كسائر الخدمات - بمجموعة من الخصائص، من أبرزها: اللاملموسية، عدم الانفصال بين مقدم الخدمة والمستفيد منها، عدم قابليتها للتخزين، وعدم التملك. وتنقسم الخدمات الصحية إلى ثلاثة مستويات رئيسية: الخدمات الصحية الأولية، والخدمات الصحية الثانوية، والخدمات الصحية التخصصية أو المرجعية. (زكي، 1998: 291)

ويُذكر أن أول من أدخل مفهوم الجودة إلى المجال الطبي كانت الممرضة البريطانية فلورنس نايتنجيل، من خلال استخدامها لمعايير الأداء في عملها، مما أدى إلى انخفاض كبير في معدلات الوفيات. (محمد وأحمد، 2015: 5)

3-1 تعريف جودة الخدمات الصحية: عرّفت منظمة الصحة العالمية جودة الخدمات الصحية بأنها: “التوافق مع المعايير، والأداء السليم بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع وبتكلفة معقولة، بحيث تسهم في خفض معدلات الإصابة بالأمراض، والإعاقات، والوفيات، وسوء التغذية”. (وفيق، 2006: 6) وتُقسم جودة الخدمات الصحية إلى ثلاثة جوانب أساسية:

- الجانب الفني: المتعلق بتطبيق التقنية الطبية بشكل صحيح.
- الجانب الإنساني: ويتعلق بالعلاقة النفسية والاجتماعية بين المستفيد ومقدم الخدمة.
- الجانب المتعلق بتلبية احتياجات المريض من الكماليات. (العزاوي وأبو قاعود، 2010: 121)

كما أن هناك عدة وجهات نظر لمفهوم جودة الخدمات الصحية، أبرزها:

- أ. **المنظور المهني الطبي:** تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، مع الالتزام بأخلاقيات المهنة والخبرات العملية.
- ب. **المنظور الإداري:** الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة، والقدرة على جذب المزيد منها لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة.
- ت. **المنظور السياسي:** مدى رضا المواطنين عن أداء القيادة في دعم وتطوير النظام الصحي وكفاءته.
- ث. **منظور المريض:** الطريقة التي يحصل بها المريض على الخدمة ونتيجتها النهائية، إذ يعتمد مستوى الجودة بدرجة كبيرة على توقعات المريض وتقييمه لها، فهي تمثل الدرجة التي يدركها المريض في الخدمة المقدمة له مقارنة بتوقعاته. (عتيق، 2012: 91)

2-3 أبعاد جودة الخدمات الصحية:

تُعد أبعاد جودة الخدمات الصحية بمثابة المعايير التي يستند إليها المرضى في تقييم مستوى الجودة، كما تمثل مقاييس تحدد الفجوة بين الخدمة المتوقعة والخدمة الفعلية. وقد طور باراسورامان وزملاؤه نموذج (SERVQUAL) لقياس جودة الخدمة اعتمادًا على تحليل العوامل، والذي يتضمن خمسة أبعاد رئيسية:

أ. **الجوانب الملموسة:** وتشمل المظهر العام للتسهيلات المادية في المؤسسة الصحية، والمعدات، ومظهر العاملين، ووسائل الاتصال مع المرضى، حيث يُقيّم الكثيرون الخدمة بناءً على هذه الخصائص الشكلية والمادية.

ب. **الاعتمادية:** قدرة المؤسسة الصحية على تقديم الخدمة بجودة عالية كما وُعد بها، في الوقت المحدد، وبموثوقية ودقة، ودون أخطاء.

ت. **الاستجابة:** سرعة الإنجاز، والقدرة على التعامل مع شكاوى المرضى ومقترحاتهم بفعالية، وتقديم الخدمات في الوقت المناسب مع مراعاة الحالات الطارئة.

ث. **الأمان:** شعور المريض بأنه في رعاية صحية مستمرة وآمنة، بما يقلل مخاطر العدوى والمضاعفات الجانبية سواء على المريض أو مقدم الخدمة.

ج. **التعاطف:** تفهم احتياجات المرضى، وتقديم الرعاية لهم بإخلاص ووضع مصالحهم في مقدمة الأولويات، مع الاهتمام الشخصي بكل مريض، وإظهار الود والمرونة في التعامل معه. (الشميمري، 2001: 281)

ثانيًا: النظريات المُفسرة للدراسة.

1. النظريات المُفسرة للجودة.

1-1 نظرية إدوارد ديمينغ.

وُلد إدوارد ديمينغ (W. Edwards Deming) في الولايات المتحدة عام 1900، وحصل على درجة الدكتوراه في الرياضيات والفيزياء من جامعة ييل. وقد توسعت خبرته لاحقًا في مجال الضبط الإحصائي للعمليات (Statistical Process Control, SPC). بعد الحرب العالمية الثانية، انتقل إلى اليابان، حيث ساعد في إعادة بناء الاقتصاد الصناعي الياباني، ونقل خبراته وأسهم بعمق في ترسيخ ثقافة الجودة في المؤسسات اليابانية، حتى أصبح يُعرف بـ"أبو الجودة" في اليابان.

وضع ديمينغ نظرية التحسين المستمر للجودة، والتي غالبًا ما يُشار إليها في الأدبيات باسم نظرية ديمينغ للجودة (Deming's Theory of Quality) أو نظام ديمينغ العميق للمعرفة (System of Profound Knowledge)، كما يُنسب إليه أيضًا دائرة ديمينغ (Deming's Cycle) أو دائرة PDSA/PDCA للتحسين المستمر (Plan-Do-Study/Check-Act).

أبرز إسهاماته في مجال الجودة:

- أ. التأكيد على أن الإدارة تتحمل المسؤولية الأكبر في تحسين الجودة، وليست مسؤولية العمال فقط.
- ب. نشر فلسفة التحسين المستمر والتقليل من الهدر (Kaizen) بالتعاون مع الآخرين.
- ت. الانتقال من فحص الجودة النهائي إلى بناء الجودة داخل العمليات منذ البداية.

المبادئ الـ 14 لإدارة الجودة عند ديمينغ، ومن أهمها:

- إيجاد هدف ثابت لتحسين المنتجات والخدمات.
- تبني فلسفة التطوير والتحسين المستمر.
- التوقف عن الاعتماد على التفتيش الشامل لضمان الجودة.
- بناء علاقات طويلة الأجل مع الموردين بدلاً من اختيارهم على أساس السعر فقط.
- التحسين المستمر للعمليات لرفع الجودة والإنتاجية معًا.
- توفير التدريب الفعّال للعاملين.
- تعزيز القيادة والتنسيق بين الإدارات.
- إزالة الخوف لتمكين الجميع من العمل بكفاءة.
- إزالة الحواجز بين الأقسام لتحسين التعاون.
- إلغاء الأهداف العددية والشعارات التي لا تراعي الجودة.
- القضاء على الحواجز التي تحرم العاملين من الاعتزاز بعملهم.
- إنشاء برامج مستمرة للتعليم وإعادة التدريب.
- تحفيز جميع الأفراد على المساهمة في التحسين.
- العمل على إحداث التحول الجذري في ثقافة المؤسسة. (نعمة، عبد الهادي، 2005: 121-

(120)

2-1 نظرية جوزيف جوران.

وُلد جوزيف جوران (Joseph Juran) عام 1904، ويُعد من الرواد الأوائل في مجال الجودة إلى جانب إدوارد ديمينغ. أسهم جوران بفاعلية في إدارة الثورة الصناعية، إذ ركز على تقليل الأخطاء والعيوب أثناء الأداء والحد من الوقت الضائع، بدل التركيز فقط على الأخطاء المتعلقة بجودة المنتج النهائي. وقد ركز كذلك على رقابة الجودة بشكل أكبر من اهتمامه بكيفية إدارتها، معتبراً أن الجودة تعني أن مواصفات المنتج يجب أن تلبي حاجات المستهلكين وتحقق رضاهم مع تجنب العيوب.

واشتهر جوران بمقولته الشهيرة: "الجودة لا تحدث بالمصادفة، بل يجب أن تكون مخططة لها"، وقد قدم ثلاثية جوران للجودة (Juran's Trilogy)، والتي تُعد من أهم إسهاماته النظرية في المجال، وتقوم على ثلاث عمليات أساسية لتحقيق الجودة:

أ. تخطيط الجودة (Quality Planning)

تمثل نقطة الانطلاق نحو تحقيق الجودة، حيث تحدد المنظمة عملاءها وتقيم احتياجاتهم، وتعمل على تطوير المنتجات والخدمات التي تشبع تلك الاحتياجات والتوقعات، مع وضع الإجراءات اللازمة لتحقيقها.

ب. مراقبة الجودة (Quality Control)

تركز على متابعة الأداء للتأكد من مطابقته للمعايير المحددة. وتشمل هذه العملية:

- قياس الأداء الفعلي.
- مقارنة الأداء الفعلي بالمعايير الموضوعية للجودة.
- استخدام الرقابة الفعالة والمستمرة.
- تطبيق الأساليب الإحصائية في المراقبة.
- تحديد الانحرافات عن المعايير واتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة.

ت. التحسين المستمر للجودة (Quality Improvement)

تشمل هذه العملية البحث المستمر عن فرص التحسين من خلال:

- إثبات الحاجة إلى التحسين.
- تحديد المشاريع ذات الأولوية.
- تشكيل فرق عمل للمشاريع.

- تشخيص الأسباب الجذرية للمشكلات.
- تقديم الحلول وتقييم فعاليتها. (عصاب، 2018: 159)

1-3 نظرية بالدريج.

تُعد مالكوم بالدريج (Malcolm Baldrige) أحد رواد الجودة الشاملة في الولايات المتحدة الأمريكية، وقد خُلد اسمه بإطلاق جائزة وطنية للجودة باسمه، تُمنح سنوياً للشركات والمؤسسات الأمريكية التي تحقق مستويات متميزة في معايير الجودة الشاملة. وتُعتبر هذه الجائزة أداة مهمة لتعزيز التنافسية والتميز التنظيمي، إذ يتم تقييم المؤسسات من خلال نموذج بالدريج للتميز باستخدام معايير دقيقة وموزونة. تُوزع نقاط التقييم، البالغة 1000 نقطة، على سبع مجالات رئيسية تغطي مختلف جوانب الأداء والجودة في المؤسسات، وهي كما يلي:

أ. **القيادة (Leadership):** تعكس كفاءة القيادة التنفيذية ومدى التزامها بتحقيق الجودة، إضافة إلى اهتمامها بالمسؤولية المجتمعية وتعزيز ثقافة الجودة على كافة المستويات.

ب. **إدارة المعلومات وتحليلها (Measurement, Analysis, and Knowledge Management):** تركز على مدى كفاءة إدارة المعلومات، وجودة البيانات المتعلقة بالمعايير، وأساليب تحليلها لدعم اتخاذ القرارات المتعلقة بالجودة.

ت. **التخطيط الاستراتيجي (Strategic Planning):** يشمل عملية صياغة الخطط الاستراتيجية للجودة، وتحديد الأهداف والسياسات طويلة الأمد، مع مراعاة توقعات المستفيدين والمتغيرات في البيئة الخارجية.

ث. **إدارة الموارد البشرية (Workforce Focus):** تعنى بسياسات إدارة الموارد البشرية، بما في ذلك إدماج العاملين، وتدريبهم، وتطويرهم المستمر، وتقدير أدائهم، وتحفيز روحهم المعنوية.

ج. **تأكيد جودة المنتجات والخدمات (Operations Focus):** يُعنى بضمان جودة السلع والخدمات المقدمة، والرقابة على العمليات، والتحسين المستمر لها، إلى جانب توثيق أنشطة الجودة بشكل منهجي.

ح. **نتائج الأداء والجودة (Results):** تشمل نتائج الأداء على مستوى جودة السلع والخدمات، وجودة العمليات الداخلية، إلى جانب أداء الممولين والشركاء.

خ. **رضا العملاء (Customer Focus):** يتناول مدى فهم المؤسسة لمتطلبات العملاء وتوقعاتهم، وإدارة علاقاتها بهم، والتعامل مع شكاواهم، وقياس مستوى رضاهم. (عادل، 2012: 12-13)

2. النظريات المُفسرة للخدمات الصحية.

1-2 إنتاج الخدمة الصحية وفق مثلث الخدمات

اقترح (Gadrey) نموذجًا يُعرف بـ مثلث الخدمات، انطلاقًا من رؤيته للخدمة على أنها عملية مستمرة وليست مجرد نتيجة نهائية. وقد عرّف الخدمة بأنها "مجموعة من عمليات المعالجة المختلفة التي ينفذها مقدم الخدمة على موضوع له علاقة مباشرة مع المستفيد". (بودور، وبولاحة، 2021: 50)

يؤكد هذا النموذج أن تقديم الخدمة الصحية يعتمد على تفاعل ديناميكي بين ثلاثة أطراف رئيسية:

أ. مقدم الخدمة: الأطباء، الممرضون، الكوادر الإدارية.

ب. موضوع الخدمة: الرعاية الصحية، الفحوص، العلاجات المقدمة.

ت. المستفيد (المريض): الذي يتفاعل مع مقدم الخدمة أثناء العملية.

في السياق الصحي، يعني تحسين جودة الخدمات وفق مثلث الخدمات تعزيز مهارات مقدمي الرعاية الصحية، وضمان جودة الإجراءات الطبية (الموضوع)، وتحقيق تواصل فعال مع المريض ليشعر بالثقة والرضا. أي أن المستشفيات التي تدير هذه الأبعاد الثلاثة بكفاءة تحقق جودة أعلى وتضمن رضا المستفيدين.

2-2 نموذج الفجوات في جودة الخدمة (SERVQUAL).

يُعد نموذج الفجوات (The Gaps Model) الذي وضعه كل من (Parasuraman, 2013: 14) و (Berry & Zeithaml) أحد المراكز الأساسية التي تفسر العمليات النفسية التي يقوم بها المستفيدون عند تقييم جودة الخدمات والحكم عليها. ويقوم هذا النموذج على أن مستوى جودة الخدمة يتحدد من خلال الفارق بين توقعات المستفيدين لمستوى الأداء الفعلي للخدمة وما يدركونه بعد تلقي الخدمة. بمعنى آخر، يُقاس مستوى الجودة بناءً على الفجوة بين الخدمة المتوقعة والخدمة المدركة (Expectation – Performance).

وقد أُطلق على هذا النموذج اسم (SERVQUAL) أو "نموذج الفجوة"، نظرًا لاعتماده على خمس فجوات أساسية قد تظهر منفردة أو مجتمعة لتشكل مشكلات في جودة الخدمة. يمكن تلخيص هذه الفجوات على النحو التالي:

أ. **الفجوة الأولى:** تنشأ بسبب الفارق بين توقعات المستفيدين ومستوى تقدير الإدارة لهذه التوقعات. ومن أبرز أسبابها: ضعف اهتمام المنظمات الصحية بالتعرف المستمر على احتياجات وتوقعات المستفيدين، أو التقليل من شأن معرفتهم باحتياجاتهم.

ب. **الفجوة الثانية:** تنشأ من الفارق بين تقديرات الإدارة لتوقعات المستفيدين والمواصفات الموضوعية للخدمة فعلياً. ويرجع ذلك عادةً إلى عدم الالتزام بتطبيق معايير الجودة، أو اعتقاد الإدارة بعدم جدوى تقديم خدمة عالية الجودة.

ت. **الفجوة الثالثة:** تنتج عن الفارق بين مواصفات جودة الخدمة كما خطط لها والأداء الفعلي عند تقديمها. وغالباً ما يكون سببها تدني مهارات مقدمي الخدمة أو عدم وضوح أدوارهم.

ث. **الفجوة الرابعة:** تحدث نتيجة خلل في مصداقية المنظمة، أي بسبب الفارق بين ما تعد به المؤسسة من مستويات أداء وما تقدمه فعلياً. ومن مسبباتها ضعف التواصل الداخلي والمبالغة في الوعود للمستفيدين.

ج. **الفجوة الخامسة:** تمثل الفارق بين توقعات المستفيدين لما ينبغي أن يكون عليه مستوى الخدمة وما يدركونه فعلياً بعد الحصول عليها، وهي المحصلة النهائية للفجوات الأربع السابقة. (Koeing and Mcalexander.2005,34- 40).

وقد أصبح هذا النموذج من أكثر النماذج شيوعاً واستخداماً في تقييم جودة الخدمات، بما في ذلك الخدمات الصحية، لما يتمتع به من قدرة على تحديد مواضع الخلل بين توقعات المستفيدين وأدائهم الإدراكي، مما يساعد المؤسسات الصحية على تحسين خدماتها وتعزيز رضا المستفيدين.

لذا تستند الدراسة الحالية في قياسها لجودة الخدمات الصحية إلى نموذج (SERVQUAL)، لما يتمتع به من مواءمة مع طبيعة الخدمات الصحية، وقدرته على تفسير العلاقة بين تطبيق معايير الجودة ومستوى رضا المستفيدين عنها في المستشفيات بمدينة الرياض.

3. النظريات المُفسرة لرضا المستفيد (المريض).

يُبنى رضا المستفيدين أساساً على مستوى الجودة المتحققة - سواء كانت في شكل خدمة أو علاقة تفاعلية - إذ تُعد الجودة مؤشراً رئيسياً لقياس مدى استجابة المؤسسات الصحية لتوقعات واحتياجات المستفيدين. وعند مراجعة الأدبيات ذات الصلة بجودة الخدمات الصحية ورضا المستفيدين، نجد أن عدداً من الباحثين قد طوروا نماذج متعددة لتفسير هذه العلاقة، من أبرزها:

1-3 نموذج مؤشر رضا الزبائن الأمريكي (ACSI) American Customer Satisfaction Index.

قدم (Fornel et.al,1996) النموذج الأمريكي لرضا العملاء (ACSI) كأول تطبيق موسع للنموذج الأساسي الذي وضعه (Anderson et.al,1994)، وقد شمل هذا التطبيق مختلف قطاعات السوق الأمريكي، حيث ضم (40) صناعة ضمن سبع قطاعات اقتصادية، ممثلة في أكثر من 200 شركة، بالإضافة إلى خدمة البريد الأمريكي. وقد نُفذ هذا النموذج من خلال مركز بحوث الجودة الدولي بكلية إدارة الأعمال في جامعة ميشيغان بالتعاون مع الجمعية الأمريكية للجودة.

يهدف نموذج (ACSI) إلى تقديم معلومات دقيقة وشاملة عن رضا العملاء، والذي يُعتبر مؤشراً رئيسياً على النجاح الاقتصادي للمؤسسات والصناعات والاقتصاد الوطني بشكل عام. ويقاس النموذج جودة السلع والخدمات كما يدركها العملاء بناءً على خبرتهم، وذلك من خلال تقييم تراكمي لأداء المؤسسة في السوق، بدلاً من تقييم صفقة واحدة فقط.

يتضح من الشكل رقم (1) أن محور النموذج الأمريكي سلسلة العلاقات التي تدور حول رضا العميل الإجمالي وتتمثل في:

- أ. **محددات الرضا:** المتمثلة في الجودة المدركة، توقعات العميل، والقيمة المدركة.
- ب. **نتائج الرضا:** المتمثلة في شكاوى العملاء، والتي تعكس حالة من عدم الرضا (علاقة سلبية)، أو ولاء العملاء، والذي يعكس حالة من الرضا (علاقة إيجابية).

يقيس النموذج رضا العملاء في ضوء الأداء الفعلي والمأمول للخدمة. ويتحقق الأداء الفعلي من خلال الجودة المدركة (خبرة العميل الفعلية مع الخدمة) والقيمة المدركة (التوازن بين الأداء والسعر)، بينما يعكس الأداء المأمول توقعات العميل المستقبلية. وبالتالي يجمع هذا النموذج بين تقييمات الماضي والحاضر والمستقبل. (Nazi, 2010,203-211)

كما يؤكد النموذج على وجود علاقات إيجابية بين:

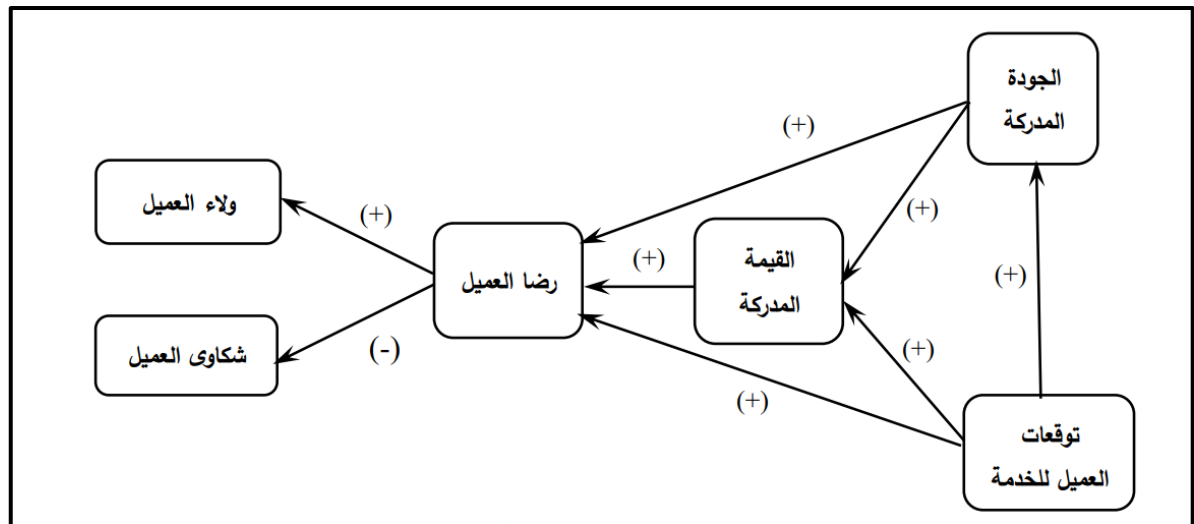
- أ. الجودة المدركة والتوقعات المدركة من جهة، والقيمة المدركة من جهة أخرى.
- ب. القيمة المدركة ورضا العميل.

كما أن نتائج الرضا تتحدد في جانبين رئيسيين: الشكاوى، التي تمثل حالة عدم الرضا الناجمة عن غياب آليات فعالة لمعالجة مشكلات العملاء، والولاء، الذي يعكس قدرة المؤسسة على الاحتفاظ بالعملاء

من خلال تقديم خدمات ذات جودة عالية والاستجابة لشكاواهم بفعالية. وتشير الدراسات إلى أن المؤسسات الناجحة هي التي تتمكن من معالجة شكاوى العملاء وتحويلها إلى فرص لتعزيز الولاء، بينما يؤدي ضعف التعامل مع الشكاوى إلى فقدان العملاء لصالح المنافسين. (Suleiman, 2012, 529-541)

وبالنظر إلى أهداف هذه الدراسة، التي تسعى إلى استكشاف أثر تطبيق معايير الجودة الصحية على رضا المستفيدين في المستشفيات، فإن نموذج ACSI يمثل إطارًا نظريًا مناسبًا، كونه يوضح الروابط بين جودة الخدمة المدركة وتوقعات المستفيدين وقيمتها المدركة من جهة، ومستوى رضاهم وولائهم من جهة أخرى.

الشكل (1): نموذج رضا العميل الأمريكي (ACSI)



المصدر: (Anderson et.al, 1994, 53-66)

2-3 نموذج كانو (kano).

في اليابان، البلد الذي شهد ما يُعرف بـ "معجزة الجودة"، طُورت ما يُعرف بـ "نظرية الجودة الجذابة"، التي اشتهرت باسم نموذج كانو (Kano Model) نسبة إلى مؤسسها العالم الياباني (Noriaki Kano)، عام 1984. وتهدف هذه النظرية إلى تقديم فهم أفضل لتطور توقعات المستفيدين وتقييم سمات الجودة وإدارتها، مع التركيز على السمات التي يعتبرها المستفيدون أكثر أهمية من أجل تحسينها. (Paraschivescu & Cotirlet, 2012, p. 117).

يُستخدم نموذج (Kano) لتحديد العوامل المؤثرة على رضا المستفيدين، باعتبارها متطلبات يضعها المستفيد للمنتج أو الخدمة. ويُشير (Kano) إلى أن تحقيق هذه المتطلبات له تأثيرات مختلفة على مستوى الرضا، وهي تمثل مؤشرات لتطوير المنتج أو الخدمة بما يتجاوز العرض الحالي. كما أوضح أن

عدم إمكانية تحقيق جميع الخصائص المرغوبة لأسباب تتعلق بالتكلفة، يتطلب التركيز على تلك الأكثر أهمية بالنسبة لرضا المستفيد (Rotar & Kozar, 2017, p. 343).

وقد قسّم (Kano) هذه المتطلبات إلى ثلاثة أنواع رئيسية:

أ. **المتطلبات الأساسية (Basic needs):** وهي السمات القاعدية للمنتج أو الخدمة، التي يتوقع المستفيد وجودها ضمنياً ولا يصريح بها. عدم توفر هذه المتطلبات يؤدي إلى عدم رضا تام، أما وجودها فلا يحقق بالضرورة الرضا وإنما يمنع السخط.

ب. **متطلبات الأداء (Performance needs):** وهي العناصر التي يحددها المستفيد بوضوح ويطلب بها، حيث يتناسب مستوى الرضا طردياً مع درجة تحقيق هذه المتطلبات؛ فكلما تحققت بشكل أكبر ارتفع مستوى الرضا، والعكس صحيح.

ت. **المتطلبات الجاذبة (Excitement needs):** وهي الخصائص التي لم يتوقعها المستفيد أو لم يطلب بها، لكن توفرها يرفع مستوى الرضا بشكل كبير، بينما غيابها لا يؤدي بالضرورة إلى الشعور بعدم الرضا.

إنّ هذه المتطلبات الثلاثة تؤثر مجتمعة على مستوى رضا المستفيدين عن الخدمة الصحية، وأن التركيز على تحقيق المتطلبات الأساسية وضمان متطلبات الأداء مع إضافة عناصر جاذبة يمكن أن يعزز الرضا ويمنح المؤسسة الصحية ميزة تنافسية. (شادلي، 2018: 38)

وبالنظر إلى موضوع الدراسة الحالية، فإن نموذج (Kano) يمثل إطاراً نظرياً مساعداً لفهم كيف تسهم أبعاد مختلفة للجودة (أساسية، أداء، جاذبة) في تشكيل رضا المستفيدين، مما يساعد في تحديد أولويات التحسين وتوجيه الموارد نحو الجوانب الأكثر تأثيراً في الرضا.

4. علاقة جودة الخدمة الصحية برضا المستفيدين.

إن العلاقة القائلة بأن "الرضا يؤدي إلى الجودة" تعد غير صحيحة في ضوء ما تشير إليه الأدبيات، إذ إن الصحيح هو أن "الجودة تؤدي إلى الرضا"، والدليل على ذلك أن المنظمات التي تهتم باحتياجات وتوقعات المستفيدين تضمن رضاهم بدرجة أكبر. لذا أصبح رضا المستفيد هدفاً أساسياً من أهداف الجودة، باعتبار أن الجودة تهدف إلى تحسين مستوى الخدمة لتحقيق رضا المستفيدين. ومن هنا، أصبحت المؤسسات الناجحة هي تلك التي تأخذ بآراء المستفيدين في تصميم خدماتها وتطويرها وتحسينها وتقييمها المستمر، من خلال وضع إجراءات واضحة للتعامل مع شكاوى المستفيدين وملاحظاتهم واقتراحاتهم، وبذل الجهد الممكن لتقديم الخدمة لكل مستفيد، بمن فيهم ذوو الاحتياجات الخاصة، بطريقة

يشعر معها المستفيد بأنه الوحيد المستفيد من خدمات المؤسسة. وهذا كله بهدف تحقيق رضا المستفيد عن جودة الخدمة المقدمة، إذ يُعد الرضا مقابلة لحاجات وتوقعات المستفيد سواء كانت معلنه أو ضمنية، ولذا تعتمد المؤسسات أساليب متنوعة لقياس رضا المستفيدين من أجل جمع آرائهم وملاحظاتهم وشكاواهم والعمل على تلبيتها (العبيدي، 2014: 75).

وتحليل العلاقة بين جودة الخدمة الصحية ورضا المستفيد "المريض" لا يختلف كثيراً عن مضمون العلاقة بين جودة أي خدمة ورضا المستفيد عنها، إلا أن ما يميز الخدمات الصحية هو أنها لا تقبل الخطأ؛ لأن الخطأ فيها قد يعني الموت أو الإعاقة الدائمة، ومن هنا جاءت الجودة كضمانة أساسية لتحقيق رضا المرضى. وفي هذا الصدد، ميز (Batson) بين جودة الخدمة ورضا المستفيد، حيث رأى أن الجودة تمثل موقفاً يكونه المستفيد بناءً على خبراته التراكمية السابقة في تقييم الخدمة، في حين أن الرضا يُعتبر النتيجة النهائية للتقييم الذي يجريه المستفيد لتجربة معينة. فعلى سبيل المثال، إذا كان المريض يدرك أن هناك مستشفيات أخرى تقدم خدمات ذات جودة أعلى، فإنه لن يقبل بخدمات أدنى منها، إذ يقارن دائماً بجودة الخدمات المقدمة من المؤسسات الأخرى (سالمي، وبوسطة، 2014: 151).

كما يرى (Anderson) أن رضا المستفيد ينقسم إلى نوعين: رضا مستند إلى تجربة تبادل واحدة، ورضا تراكمي مستند إلى تجارب متكررة. بينما أشار (Geronin & Tiglor) إلى أن رضا المستفيد قد يتصدر جودة الخدمة، وأن نوايا المستفيد الشرائية وسلوكه يرتبطان بالرضا أكثر من ارتباطهما بتصورات الجودة. في حين ذهب (Dliver) إلى أن الرضا يتشكل بعد تجربة الشراء ويصبح لاحقاً أحد مكونات الاتجاه الذي يؤثر بدوره على تقييم المستفيد للجودة وسلوكه الشرائي اللاحق (سالمي، وبوسطة، 2014: 152).

7. الدراسات السابقة

تُعد الدراسات السابقة أحد المكونات الأساسية لأي بحث علمي، إذ تتيح للباحث التعرف على الجهود العلمية التي تناولت موضوع البحث من زوايا مختلفة، كما تساهم في تحديد الفجوة العلمية التي يسعى البحث الحالي إلى سدها. وتُمكن الدراسات السابقة الباحث من بناء إطاره النظري والمنهجي على أسس علمية راسخة، والاستفادة من النتائج والتوصيات التي توصلت إليها الدراسات السابقة في ذات المجال.

وقد تناولت العديد من الدراسات، سواء على المستوى العربي أو الأجنبي، موضوع تطبيق معايير الجودة في المؤسسات الصحية وأثرها على رضا المستفيدين، مما يعكس الأهمية البالغة لهذا الموضوع

وما يحظى به من اهتمام في الأوساط العلمية والعملية. وقد تفاوتت هذه الدراسات من حيث أهدافها ومناهجها وعيناتها وأدواتها، إلا أنها جميعًا اتفقت على أهمية تطبيق معايير الجودة في تحسين الخدمات الصحية وتحقيق رضا المستفيدين. وانطلاقًا من ذلك، تستعرض الباحثة فيما يلي أبرز الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع البحث الحالي، مقسمة إلى:

1-7 الدراسات العربية.

▪ **الدراسة الأولى: دراسة (علوي، وعبد الجليل، 2023)، بعنوان: "أثر تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية في مركز طرابلس الطبي ليبيا باستخدام نمذجة المعادلة البنائية"**

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية في مركز طرابلس الطبي بليبيا، وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي الكمي، واعتمدت على عينة مكونة من (351) موظفًا في المركز، تم اختيارهم بطريقة عشوائية بسيطة، حيث وُزعت (550) استبانة واستُرْجِع منها (391) استبانة صالحة للتحليل.

وأظهرت نتائج الدراسة وجود أثر إيجابي ذي دلالة إحصائية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية. كما أكدت النتائج أن تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، والمتمثلة في: التركيز على العملاء، دعم الإدارة العليا، التحسين المستمر للعمليات والأنشطة، مشاركة العاملين، وتدريب العاملين، يسهم في تحسين جودة الخدمات الصحية في المركز.

التعليق على الدراسة: هناك أوجه تشابه واختلاف بينها وبين الدراسة الحالية. فمن حيث الهدف، ركزت دراسة طرابلس على أثر تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية من منظور الموظفين، في حين تناولت الدراسة الحالية أثر تطبيق معايير الجودة على رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية من منظور المراجعين، ما يعكس اهتمام الدراستين بالعلاقة بين الجودة وتحسين الخدمات، ولكن بزوايا مختلفة.

كما يختلف المجتمع المستهدف؛ إذ تناولت الأولى العاملين، بينما ركزت الحالية على المستفيدين، إضافة إلى اختلاف النطاق الجغرافي بين ليبيا والسعودية، وما يحمله ذلك من اختلافات تنظيمية وثقافية.

ورغم ذلك، تشترك الدراسات في استخدام المنهج الوصفي الكمي وأداة الاستبانة لجمع البيانات، وتتوصلان إلى نتائج مقارنة تؤكد الأثر الإيجابي لتطبيق الجودة في تحسين الخدمات الصحية، مما يعزز الفرضيات التي تقوم عليها الدراسة الحالية.

■ **الدراسة الثانية: دراسة (المطيري، وآل حسينه، والغزي، 2022)، بعنوان: "إدارة الجودة الشاملة وأثرها على أداء العاملين بالقطاع الصحي دراسة تطبيقية على مستشفيات القطاع الحكومي بمدينة الرياض".**

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر إدارة الجودة الشاملة على أداء العاملين في القطاع الصحي، بالتطبيق على المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض، إضافة إلى التعرف على مستوى كل من إدارة الجودة الشاملة وأداء العاملين في هذه المستشفيات. ولتحقيق أهداف الدراسة، اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي، واستهدف مجتمع الدراسة جميع العاملين في المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض. وقد بلغت عينة الدراسة (265) موظفًا، تم اختيارهم من بين العاملين في تلك المستشفيات.

واستخدمت الدراسة استبانة كأداة لجمع البيانات، وجرى توزيعها على أفراد العينة وتحليل استجاباتهم إحصائيًا. وقد أسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة وأداء العاملين في القطاع الصحي السعودي في المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض، مما يشير إلى أن تحسين ممارسات الجودة الشاملة ينعكس إيجابًا على مستوى أداء العاملين.

التعليق على الدراسة: تشترك الدراسة الحالية مع الدراسة السابقة في اهتمامهما بقياس أثر تطبيق الجودة في القطاع الصحي بمدينة الرياض، كما تتفقان في استخدام المنهج الوصفي وأداة الاستبانة وفي السياق المكاني للدراسة. ومع ذلك، تختلف الدراسات في زاوية المعالجة؛ إذ ركزت الدراسة السابقة على أثر إدارة الجودة الشاملة على أداء العاملين من منظور الموظفين، بينما ركزت الدراسة الحالية على أثر معايير الجودة على رضا المستفيدين من منظور المراجعين للخدمة.

كما أن المجتمع المستهدف في الدراسة السابقة كان العاملين في المستشفيات الحكومية فقط، في حين شملت الدراسة الحالية المستفيدين من الخدمات الصحية في مستشفيات متعددة. كذلك تناولت الدراسة السابقة مفهوم إدارة الجودة الشاملة تحديدًا، بينما تناولت الدراسة الحالية معايير الجودة بشكل أوسع.

وتستفيد الدراسة الحالية من نتائج الدراسة السابقة في دعم فرضيتها بأن تطبيق الجودة في القطاع الصحي يحقق تحسينات ملموسة، سواء على مستوى الأداء الداخلي للعاملين أو على مستوى رضا المستفيدين، مما يعزز الرؤية الشمولية لأهمية الجودة في تحسين الخدمات الصحية بشكل متكامل.

▪ **الدراسة الثالثة: دراسة (الحكمي، والحبيب، ومنطاش، وبدران، 2022)، بعنوان: "أثر تطبيق ممارسات إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية دراسة تطبيقية على مستشفى النور التخصصي بمكة المكرمة".**

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر تطبيق ممارسات إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفى النور التخصصي بمكة المكرمة. ولتحقيق أهداف الدراسة، اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي، واستهدف مجتمع الدراسة جميع العاملين بالمستشفى. وقد شملت عينة الدراسة (100) موظف وموظفة تم اختيارهم من بين العاملين. وقد اعتمدت الدراسة على أداة الاستبانة لجمع البيانات من أفراد العينة.

وقد أظهرت النتائج أن مستوى تطبيق ممارسات إدارة الجودة الشاملة في المستشفى، وكذلك مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة، جاء مرتفعاً جداً. كما كشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين تطبيق ممارسات الجودة الشاملة وجودة الخدمات الصحية في المستشفى.

التعليق على الدراسة: تُظهر هذه الدراسة بوضوح الأثر الإيجابي لتطبيق ممارسات الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية من منظور العاملين، مما يعكس وعياً تنظيمياً بأهمية الجودة في رفع مستوى الأداء العام. وعلى الرغم من أن هذه الدراسة ركزت على موظفي مستشفى واحد في مكة المكرمة، بينما تتناول الدراسة الحالية رضا المستفيدين في مستشفيات متعددة بمدينة الرياض، إلا أن نتائجها تدعم الفرضية الأساسية للدراسة الحالية، بأن تطبيق معايير وممارسات الجودة يسهم في تحسين الخدمات الصحية وينعكس إيجاباً على رضا المستفيدين.

وبذلك، تستفيد الدراسة الحالية من هذه النتائج باعتبارها دليلاً إضافياً على أهمية الجودة في القطاع الصحي، وتوسع نطاق البحث ليشمل تقييم المستفيد النهائي للخدمة، مما يعزز الفهم الشامل لتأثير الجودة على كل من مقدمي ومتلقي الخدمة الصحية.

▪ **الدراسة الرابعة: دراسة (الشمري، والظفيري، والقرني، 2022)، بعنوان: "أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الممارسين الصحيين في مستشفى الملك خالد بحفر الباطن".**

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الممارسين الصحيين في مستشفى الملك خالد بحفر الباطن. ولتحقيق هذا الهدف، اعتمدت الباحثة المنهج الوصفي المسحي، وتكون مجتمع الدراسة من جميع الممارسين الصحيين في المستشفى، والبالغ عددهم (869) فردًا.

واستُخدمت العينة العشوائية البسيطة بنسبة (20%) من المجتمع، بما يمثل (174) مشاركًا، لما تتيحه هذه الطريقة من فرص متكافئة لجميع أفراد المجتمع لتمثيله بدقة. واعتمدت الدراسة على الاستبانة كأداة رئيسة لجمع البيانات، نظرًا لملاءمتها لطبيعة الموضوع والمنهج، وقد صُممت لتحقيق أهداف الدراسة بدقة. وأظهرت نتائج الدراسة أن الدورات التدريبية وورش العمل للممارسين الصحيين تسهم في تعزيز قدراتهم ومهاراتهم في أداء مهامهم، مما ينعكس إيجابًا على تحسين جودة الخدمات الصحية.

التعليق على الدراسة: يتضح وجود جوانب تشابه واختلاف بينها وبين الدراسة الحالية. فمن أوجه التشابه، أن كلا الدراستين انطلقتا من الاهتمام بقياس أثر تطبيق الجودة في تحسين الخدمات الصحية، كما اعتمدتا المنهج الوصفي وأداة الاستبانة، وأجريتا في بيئة المستشفيات السعودية، وهو ما يعكس وعيًا بأهمية هذا الموضوع على المستوى الوطني.

أما من حيث الاختلاف، فقد ركزت الدراسة السابقة على تقييم أثر إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية من منظور الموظفين، في حين تركزت الدراسة الحالية على أثر معايير الجودة على رضا المستفيدين من منظور المراجعين للخدمة. كما أن الدراسة السابقة أجريت في مستشفى واحد بحفر الباطن، بينما تغطي الدراسة الحالية مستشفيات متعددة في مدينة الرياض، وتتناول معايير الجودة بشكل عام بدلاً من حصرها في إدارة الجودة الشاملة فقط.

وتستفيد الدراسة الحالية من نتائج الدراسة السابقة في دعم فرضيتها بأن تطبيق ممارسات ومعايير الجودة يسهم في تحسين الخدمات الصحية، سواء من خلال رفع كفاءة الممارسين الصحيين أو من خلال تعزيز رضا المستفيدين، مما يعزز الفهم الشامل لأثر الجودة على جميع الأطراف ذات الصلة بالخدمات الصحية.

■ **الدراسة الخامسة: دراسة (الأشقر، وبن جمعة، 2020)، بعنوان: "أثر تنمية الموارد البشرية على جودة الخدمات الصحية دراسة حالة مستشفى سوق الخميس التعليمي".**

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر تنمية الموارد البشرية على جودة الخدمات الصحية، وذلك من خلال ثلاثة أبعاد رئيسة: التدريب، تنمية المسار الوظيفي، وتقييم الأداء. ولتحقيق أهدافها، اعتمدت

الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، واستهدف مجتمع الدراسة جميع العناصر الطبية والطبية المساعدة بمستشفى سوق الخميس التعليمي، والبالغ عددهم (140) فردًا.

وقد اختيرت عينة عشوائية بسيطة، ووزعت (103) استمارات استبانة، استُرد منها (70)، وبعد استبعاد (4) استمارات غير صالحة للتحليل، بلغ عدد الاستمارات الصالحة للتحليل الإحصائي (66). وأظهرت نتائج الدراسة وجود أثر ذي دلالة إحصائية لتنمية الموارد البشرية بأبعادها الثلاثة (التدريب، تنمية المسار الوظيفي، تقييم الأداء) على جودة الخدمات الصحية بأبعادها (الاعتمادية، الاستجابة، الضمان) في المستشفى محل الدراسة.

التعليق على الدراسة: تتقاطع هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في اهتمامهما المشترك بتحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات، واستخدامهما المنهج الوصفي التحليلي وأداة الاستبانة في جمع البيانات وتحليلها، مما يعكس انسجامًا في التوجه البحثي والمنهجي. كما أن كلاهما يعالجان العلاقة بين ممارسات تنظيمية/إدارية معينة (الجودة، أو تنمية الموارد البشرية) وبين تحسين جودة الخدمات الصحية. ولكن، تختلف الدراستان في عدة نقاط؛ إذ ركزت الدراسة السابقة على تنمية الموارد البشرية بأبعادها الثلاثة، باعتبارها مدخلًا لتحسين جودة الخدمات الصحية من منظور الموظفين، بينما ركزت الدراسة الحالية على تطبيق معايير الجودة باعتبارها مدخلًا لتعزيز رضا المستفيدين من منظور المراجعين للخدمات الصحية. كما أن الدراسة السابقة اقتصرَت على مستشفى واحد (سوق الخميس التعليمي)، بينما تغطي الدراسة الحالية مستشفيات متعددة بمدينة الرياض، مما يوسع نطاقها الجغرافي.

وتستفيد الدراسة الحالية من نتائج الدراسة السابقة في دعم الفرضية بأن تحسين الجوانب الإدارية والتنظيمية (سواء عبر تنمية الموارد البشرية أو تطبيق معايير الجودة) يسهم إيجابًا في رفع مستوى جودة الخدمات الصحية، ما يعزز التكامل بين العوامل المؤثرة في تحسين الأداء الصحي ورضا المستفيدين.

■ **الدراسة السادسة: دراسة (العربي، ومكيد، 2018)، بعنوان: "تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية كمدخل لتحسين جودة خدماتها - دراسة حالة مستشفى محمد بوضياف بالمدينة -".**

هدفت هذه الدراسة إلى بيان أثر تبني مفهوم إدارة الجودة الشاملة على مستوى أداء الخدمات الصحية في المستشفيات الجزائرية، من خلال تحليل تأثير عدد من العوامل، هي: إيمان الإدارة العليا والتزامها

بتطبيق الجودة الشاملة، تمكين العاملين ومشاركتهم وتحفيزهم، الثقافة التنظيمية السائدة، والسعي المستمر لتحسين جودة الخدمات الصحية، وذلك بالتطبيق على مستشفى محمد بوضياف بالمدينة.

ولجمع البيانات، استخدمت الدراسة الاستبانة كأداة رئيسة؛ حيث وُزعت استبانة على العاملين بالمستشفى وأخرى على المرضى لتقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة. وقد أظهرت النتائج أن معظم مبادئ إدارة الجودة الشاملة غير مطبقة فعلياً، وأن مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة يُعد متدنياً، وذلك من وجهة نظر كل من المرضى والعاملين.

التعليق على الدراسة: تُبرز هذه الدراسة بوضوح أهمية تبني ممارسات إدارة الجودة الشاملة لتحسين مستوى الخدمات الصحية، وهو ما يجعلها ذات صلة بالدراسة الحالية التي تتناول أثر تطبيق معايير الجودة على رضا المستفيدين. يتشابه البحثان في تركيزهما على العلاقة بين الجودة وتحسين الخدمات الصحية، واستخدامهما الاستبانة كأداة لجمع البيانات، وكذلك اهتمامهما برأي المستفيدين والعاملين معاً كمصدر للمعلومة.

ومع ذلك، هناك اختلافات واضحة؛ إذ ركزت الدراسة السابقة على قياس مدى التزام المستشفى بمبادئ الجودة الشاملة وتحليل العوامل التنظيمية المؤثرة عليها في سياق المستشفيات الجزائرية، بينما تركز الدراسة الحالية على قياس أثر تطبيق معايير الجودة (بشكل عام) على رضا المستفيدين، في سياق مستشفيات مدينة الرياض. كذلك، كشفت الدراسة السابقة عن تدني مستوى الجودة من وجهة نظر المشاركين، على عكس ما تتوقعه الدراسة الحالية من وجود أثر إيجابي لتطبيق معايير الجودة على رضا المستفيدين.

وتستفيد الدراسة الحالية من نتائج الدراسة السابقة باعتبارها تنبيهاً إلى أن مجرد تبني الجودة الشاملة أو الإعلان عنها لا يضمن تحقيق نتائج إيجابية، بل يجب الالتزام الفعلي بممارساتها، مع إشراك العاملين والمستفيدين، والسعي المستمر للتحسين، وهو ما تعكسه أهداف الدراسة الحالية في سعيها للتحقق من مدى تحقق هذه الآثار في سياق آخر وبمنظور مختلف.

2-7 الدراسات الأجنبية

- الدراسة الأولى: دراسة (Grossu, 2023)، بعنوان: "أدوات وتقنيات إدارة الجودة الشاملة لتحسين جودة الخدمة ورضا العميل في بيئة الرعاية الصحية".

هدفت الدراسة إلى تحليل أدوات إدارة الجودة الشاملة لتحسين جودة الخدمة ورضا العملاء في مراكز الرعاية الصحية، تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، والاعتماد على إجراء دراسة نظرية لمراجعة الأدبيات السابقة وتوصلت الدراسة إلى أن ممارسات وأدوات إدارة الجودة الشاملة تعمل على تحسين جودة الخدمة ورضا العملاء في مراكز الرعاية الصحية.

التعليق على الدراسة: تُعد دراسة (Grossu) ذات صلة وثيقة بالدراسة الحالية، إذ يشتركان في الهدف العام المتمثل في تحليل أثر تطبيق الجودة على تحسين الخدمات الصحية ورفع مستوى رضا العملاء أو المستفيدين. كما يتشابهان في المنهج المستخدم، حيث اعتمد كلاهما على المنهج الوصفي التحليلي كأساس لفهم العلاقة بين الجودة ورضا العميل في البيئة الصحية.

ومع ذلك، تختلف الدراستان من حيث نوع الدراسة وأسلوب جمع البيانات؛ إذ اعتمدت دراسة (Grossu) على مراجعة الأدبيات النظرية فقط دون إجراء ميداني، مما يجعل نتائجها نظرية واستنتاجية في طبيعتها. في المقابل، تستند الدراسة الحالية إلى دراسة ميدانية تطبيقية تستهدف عينة فعلية من مراجعي مستشفيات مدينة الرياض، مما يمنحها طابعًا تطبيقيًا أكثر واقعية وشمولاً.

وتستفيد الدراسة الحالية من دراسة (Grossu) من خلال تأكيد الخلفية النظرية التي تربط بين أدوات إدارة الجودة الشاملة وتحقيق رضا المستفيدين، مما يعزز الأساس المفاهيمي الذي تركز عليه فرضيات الدراسة، ويوفر دعمًا علميًا لمبررات قياس هذا الأثر في البيئة المحلية السعودية من خلال بحث ميداني حديث.

▪ الدراسة الثانية: دراسة (Daqar,2020)، بعنوان: "دور إدارة الجودة الشاملة في تعزيز جودة خدمات الرعاية الصحية الخاصة"

هدفت الدراسة إلى استكشاف دور إدارة الجودة الشاملة في تعزيز جودة الخدمة في قطاع الرعاية الصحية الخاص في المنطقة الشمالية من الضفة الغربية فلسطين. تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، وتم اختيار (200) موظفًا بطريقة العينة الطبقية. وقد أظهرت النتائج أن جميع عوامل إدارة الجودة الشاملة ترتبط بشكل إيجابي ومباشر ببعضها البعض في قطاع الرعاية الصحية الخاص. هناك علاقة إيجابية ومباشرة بين أربعة عوامل لإدارة الجودة الشاملة (رضا العملاء، مشاركة الموظفين، التحسين المستمر والتزام الإدارة العليا) وجودة الخدمة، في حين أن هناك علاقة مباشرة سلبية بين العمليات وجودة الخدمة.

التعقيب على الدراسة: تتقاطع هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في اهتمامهما بقياس أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على تحسين الخدمات الصحية ورضا العملاء/المستفيدين. كما تتفقان في اعتمادهما المنهج الوصفي التحليلي، واستخدام أسلوب كمي للتحليل. كذلك، تشتركان في بحث أثر عدة أبعاد تنظيمية (مثل التزام الإدارة العليا ومشاركة الموظفين والتحسين المستمر) على جودة الخدمات الصحية. وعلى الرغم من هذا التشابه، تختلف الدراسة السابقة عن الدراسة الحالية من حيث النطاق الجغرافي (فلسطين مقابل الرياض - السعودية) والقطاع المستهدف (الخاص مقابل مستشفيات متنوعة)، وكذلك المجتمع المستهدف (الموظفون فقط مقابل المستفيدين من الخدمات الصحية). كما أن الدراسة السابقة رصدت علاقة سلبية بين بُعد العمليات وجودة الخدمة، وهو ما قد يمثل نقطة جديرة بالتحقق والمقارنة في سياق الدراسة الحالية.

وتستفيد الدراسة الحالية من هذه الدراسة في تدعيم خلفيتها النظرية، حيث تقدم دليلاً تجريبياً على أن تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة يرتبط إيجابياً بتحسين جودة الخدمات الصحية، كما تبرز أهمية النظر في تأثير كل بُعد من أبعاد الجودة الشاملة بشكل مستقل، وهو ما يساعد على تفسير وتحليل نتائج الدراسة الحالية بعمق أكبر.

▪ **الدراسة الثالثة:** دراسة (Alzoubi et al, 2019)، بعنوان: "إدارة الجودة الشاملة في سياق الرعاية الصحية: دمج الأدبيات وتوجيه البحوث المستقبلية".

هدفت الدراسة إلى تقديم مراجعة منهجية للأدبيات العلمية لاستكشاف أثر إدارة الجودة الشاملة في سياق الرعاية الصحية في ماليزيا. وقد اعتمدت على مسح منهجي للأدبيات شمل مراجعة (25) مقالة بحثية ذات صلة متاحة في قواعد البيانات العلمية، مستخدمةً المنهج الوصفي التحليلي في عرض وتحليل النتائج.

وتوصلت الدراسة إلى تحديد خمس متغيرات أساسية لإدارة الجودة الشاملة، تبين أن لها أثراً ملموساً في تحسين نظام الرعاية الصحية وجودة الخدمات المقدمة فيه.

التعقيب على الدراسة: تتقاطع هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في تركيزهما على أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة (أو معايير الجودة) على تحسين الخدمات الصحية، كما تتفقان في تبني المنهج الوصفي التحليلي، وفي الاعتماد على المتغيرات الأساسية لإدارة الجودة الشاملة كعوامل مؤثرة.

ومع ذلك، تختلف الدراسات في الطبيعة المنهجية والإجرائية؛ فقد اعتمدت الدراسة السابقة على مراجعة الأدبيات (مكتبياً) واستخلاص النتائج من دراسات سابقة، بينما تستند الدراسة الحالية إلى بحث ميداني تطبيقي باستخدام الاستبانة وتحليل بيانات من مستفيدين فعليين للخدمات الصحية في مستشفيات مدينة الرياض. كما تختلفان في النطاق الجغرافي (ماليزيا مقابل السعودية)، والمجتمع المستهدف (دراسات منشورة مقابل بيانات ميدانية).

وتستفيد الدراسة الحالية من هذه الدراسة بوصفها إطاراً نظرياً يوضح المتغيرات الأساسية التي ينبغي أخذها في الاعتبار عند قياس أثر الجودة الشاملة، كما تقدم دعماً علمياً إضافياً لفرضية أن تطبيق مبادئ الجودة يساهم في تحسين نظام الرعاية الصحية ورضا المستفيدين عنه.

8. المنهجية وطرق البحث

8-1 منهج الدراسة

تعتمد الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، كونه الأنسب لقياس أثر تطبيق معايير الجودة على رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية. وقد عرفه (العساف، 2003: 178) على أنه: "ذلك النوع من البحوث الذي يتم بواسطته استجواب جميع أفراد مجتمع البحث أو عينة كبيرة منهم، ذلك بهدف وصف الظاهرة المدروسة من حيث طبيعتها ودرجة وجودها فقط، دون أن يتجاوز ذلك إلى دراسة العلاقة أو استنتاج الأسباب" وتم استخدام الاستبانة كأداة رئيسة لجمع البيانات، حيث اشتملت على محاور تقيس درجة تطبيق معايير الجودة (مثل: سلامة المرضى، كفاءة الخدمة، سرعة الاستجابة، ووضوح الإجراءات) ومدى رضا المستفيدين عن مختلف جوانب الخدمة الصحية.

كما تم تحليل البيانات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة (مثل: المتوسطات الحسابية، الانحراف المعياري، واختبار الفرضيات) للوصول إلى استنتاجات علمية دقيقة.

8-2 أدوات الدراسة

تم الاعتماد على الاستبانة كأداة رئيسة لجمع البيانات الخاصة بهذه الدراسة، التي تهدف إلى التعرف على أثر تطبيق معايير الجودة في تعزيز رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية في مدينة الرياض. وقد أعدت الاستبانة استناداً إلى الأدبيات النظرية والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع البحث، وصيغت بنودها بلغة واضحة ومباشرة، بما يتيح للمشاركين التعبير عن آرائهم وتقييماتهم بدقة. وقد استخدمت الاستبانة مقياس ليكرت الخماسي (أوافق بشدة = 5، أوافق = 4، محايد = 3، لا أوافق =

2، لا أوافق بشدة = 1)، وذلك لجمع بيانات كمية قابلة للتحليل الإحصائي، تساعد في الوصول إلى نتائج علمية تسهم في تحقيق أهداف الدراسة.

3-8 حدود الدراسة

تتمثل حدود الدراسة فيما يلي:

- **الحدود الموضوعية:** تقتصر هذه الدراسة على قياس أثر تطبيق معايير الجودة في المستشفيات على مستوى رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة لهم.
- **الحدود المكانية:** تطبق الدراسة في مدينة الرياض، وتحديدًا على مجموعة من المستشفيات الحكومية والخاصة الواقعة ضمن النطاق الجغرافي للمدينة.
- **الحدود الزمانية:** تُغطي الدراسة الفترة الزمنية الممتدة خلال العام (2025/1447)، حيث تم جمع البيانات وتحليلها خلال هذه الفترة.
- **الحدود البشرية:** تقتصر الدراسة على مراجعي المستشفيات في مدينة الرياض من المستفيدين من الخدمات الصحية.

الفصل الثاني: جودة الخدمات الصحية وسبل قياسها

1. مفهوم جودة الخدمات الصحية
2. أبعاد جودة الخدمات الصحية
3. قياس جودة الخدمات الصحية
4. نموذج الفجوات
5. أهمية تحسين جودة الخدمات الصحية
6. العلاقة بين تطبيق معايير الجودة وتحسن الخدمات الصحية

تمهيد

تمثل جودة الخدمات الصحية أحد المحاور الرئيسية في الإدارة الصحية المعاصرة، نظرًا لارتباطه المباشر برضا المستفيدين وكفاءة المنظمات الصحية وقدرتها على تحسين مخرجاتها. ويتطلب فهم جودة الخدمات تحليلًا دقيقًا لمفهومها وأبعادها ومقاييس تقييمها، وذلك في ضوء تعدد النماذج والنظريات التي تناولتها من زوايا مختلفة. ولأن القطاع الصحي يتميز بتعقيدات تتجاوز غيره من القطاعات الخدمية، برزت الحاجة إلى نماذج تفسيرية أكثر دقة، مثل نموذج الفجوات ونموذج SERVQUAL، اللذين أسهما في توفير أدوات منهجية لقياس جودة الخدمة كما يدركها المستفيدون. ومن هذا المنطلق، يتناول هذا الفصل الأسس النظرية لجودة الخدمات الصحية، مع التركيز على مفاهيمها وأبعادها وطرق قياسها والنماذج العلمية التي تقوم عليها.

1. مفهوم جودة الخدمات

تعددت التعريفات التي تناولت مفهوم جودة الخدمات في الأدبيات، نظرًا لتباين المنطلقات التي اعتمدها الباحثون في تفسير هذا المفهوم.

فقد أشار كل من (Juran, Gryna, 2009) إلى أن جودة الخدمة تتمثل في قدرة المنظمة على تلبية احتياجات العميل ورغباته، بما يعكس تركيزًا واضحًا على جانب الإشباع وتحقيق التوقعات. وفي السياق ذاته، يؤكد (Gaither, 2006) أن جودة الخدمة تتحدد وفق إدراك العميل، حيث تُقاس الجودة بمدى توافق ما يتلقاه المستفيد فعليًا مع توقعاته المسبقة. (غناوي، 2020: 308)

كما يرى عدد من الباحثين أن جودة الخدمة تُقاس من منظور العميل؛ إذ يؤكد كل من (Bolton, Drew, 2008) و (Lewis, Booms, 2009) أن جودة الخدمة تمثل معيارًا لدرجة التطابق بين الأداء الفعلي للخدمة وما يتوقعه المستفيد منها. ويستند هذا المفهوم إلى أن الجودة المدركة تُعد حكمًا شخصيًا يصدره العميل، يتشكل من خلال مقارنة تجربته الفعلية بالخدمة المقدمة بتوقعاته عنها، مما يجعل إدراكه محورًا رئيسًا في تقييم مستوى الجودة. (غناوي، 2020: 308)

يُعرّف مفهوم جودة الخدمات الصحية إجرائيًا في هذه الدراسة بأنه: مستوى التزام المستشفيات في مدينة الرياض بتطبيق معايير الجودة الصحية - كما يدركها المستفيدون - وذلك من خلال قياس درجة توافر أبعاد الجودة الخمسة (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، والتعاطف) باستخدام استبانة

مكوّنة من فقرات محددة تُقاس وفق مقياس ليكرت الخماسي، وتُعبّر نتائجها عن مستوى الجودة المتحقق وتأثيره في رضا المستفيدين.

2. أبعاد جودة الخدمات

تشير الأدبيات إلى غياب اتفاق موحد بين الباحثين حول الأبعاد التي تُحدد جودة الخدمات، نظراً لاختلاف المنظور الذي يتناول كل باحث من خلاله هذا المفهوم. فقد قدم كل من (Swan, Comb, 2007) تصوراً يقوم على بُعدين أساسيين هما:

- الجودة المادية المرتبطة بكافة العناصر الملموسة التي يواجهها المستفيد عند الحصول على الخدمة
- الجودة التفاعلية التي تُعنى بأسلوب تقديم الخدمة من خلال تفاعل مقدميها مع العملاء. (غناوي، 2020: 308)

وفي إطار آخر، ميّز (Sasser et al., 2011) بين ثلاثة أبعاد تتشكل منها جودة الخدمة، وهي: العناصر المادية، والتسهيلات المقدمة، والأفراد المسؤولون عن تقديم الخدمة. بينما يرى (Lehtinen, 2008) أن جودة الخدمة هي نتاج تفاعل بين ثلاث مكونات رئيسية تشمل الجودة المادية، والجودة التفاعلية، وجودة المنظمة بوصفها الصورة الذهنية والانطباع العام الذي يتكون لدى العميل عنها. (غناوي، 2020: 308)

ومن جانب أكثر تفصيلاً، قام (Parasuraman et al, 2013) بتطوير عشرة أبعاد تُعد من أكثر الأطر شمولاً في قياس جودة الخدمة من منظور العملاء، وتُصنّف كالتالي:

- الجانب المادي (Tangible Aspects): ويتضمن البيئة المادية للخدمة، من تصميم المباني ومظهرها الداخلي والخارجي، إلى الأدوات والتجهيزات المستخدمة في تقديم الخدمة.
- الاعتمادية (Reliability): وتعكس قدرة المنظمة على تقديم الخدمة بدقة من المرة الأولى، والالتزام بإتمامها في الوقت المحدد وبالمستوى المتوقع.
- الاستجابة (Responsiveness): وتشير إلى سرعة تفاعل العاملين مع طلبات المستفيدين، وقدرتهم على تنفيذ الخدمة بصورة فورية وفعالة.
- المهارة (Competence): وتمثل كفاءة مقدمي الخدمة، وخبرتهم، وقدرتهم على التعامل المباشر مع العملاء والتصرف في المواقف المختلفة.

- سهولة الوصول (Access): وتشمل سهولة وصول المستفيد إلى الموقع، وسرعة الرد على استفساراته، وتوفر قنوات تواصل فعّالة.
- اللطف والمجاملة (Courtesy): وتعكس أسلوب التعامل مع العملاء، واحترام ظروفهم واحتياجاتهم الخاصة.
- المصداقية (Credibility): وتشير إلى الثقة التي يضعها المستفيدون في المؤسسة والعاملين فيها، وما تتمتع به من سمعة إيجابية.
- الأمان (Security): ويتضمن بيئة آمنة خالية من المخاطر أثناء تقديم الخدمة.
- الاتصال (Communication): ويشمل وضوح المعلومات المتبادلة بين مقدمي الخدمة والمستفيدين، وبساطة محتواها وسهولة فهمها.
- التعاطف (Empathy): ويعبر عن مستوى الاهتمام والرعاية الفردية التي تقدم للمستفيدين، وفهم ظروفهم واحتياجاتهم المختلفة. (غناوي، 2020: 309)

ولأغراض القياس، قام باراسورامان وزملاؤه بتجميع هذه الأبعاد في خمس مجموعات رئيسية هي: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، والتعاطف، والتي تُعد أساس نموذج SERVQUAL واسع الاستخدام في قياس جودة الخدمات الصحية.

3. قياس جودة الخدمات

يُعد قياس جودة الخدمات أحد المحاور الأساسية في بحوث الإدارة الحديثة، ورغم تنوع النماذج المستخدمة في هذا المجال، فإن الباحثين يتفقون على أهمية نموذج الفجوة الذي قدّمه (Parasuraman et al., 1985)، والذي يُعد من أبرز الأدوات المعتمدة في تقييم جودة الخدمات. ويتميز هذا النموذج بقدرته على الكشف عن الفجوات بين توقعات العملاء وإدراكاتهم الفعلية، مما يساعد المؤسسات الخدمية على تحديد جوانب القصور وتحسين جودة خدماتها. (غناوي، 2020: 310)

وقد أسهم هذا النموذج في تطوير النموذج الشهير SERVQUAL الذي يُستخدم على نطاق واسع لقياس جودة الخدمات في مختلف القطاعات.

وفي المقابل، قدم (Cronin and Taylor, 1992) نموذج الأداء المعروف بـ SERVPERF، والذي يركز على الأداء الفعلي للخدمة دون مقارنة بتوقعات العملاء، وقد أثبت فعاليته في العديد من الدراسات التطبيقية بوصفه مقياسًا مباشرًا لأداء الخدمة. كما بينت دراسات لاحقة، مثل دراسة (Samson, 1994)، إمكانية استخدام هذا النموذج في قياس رضا العملاء، في حين أشارت

دراسة (Pakver, 1994) إلى أن نموذج SERVQUAL يتسم بشمولية أكبر ويُعد أكثر انتشارًا بين الباحثين، خصوصًا في مجال الخدمات الصحية. (غناوي، 2020: 310)

4. نموذج الفجوات

يمثل نموذج الفجوات أحد الركائز النظرية الأساسية التي اعتمدت عليها الأدبيات في تفسير جودة الخدمات، حيث طوره كل من (Parasuraman, Berry, Zeithaml, 2013) لشرح الكيفية التي يقارن من خلالها العميل بين توقعاته المسبقة وبين ما يحصل عليه فعليًا من خدمة. ويقوم هذا النموذج على مبدأ محوري يتمثل في أن جودة الخدمة تتحدد وفق الفارق بين الأداء المتوقع والأداء المدرك. ويتيح هذا النموذج إطارًا تشخيصيًا يمكن المؤسسات الخدمية—ومنها القطاع الصحي—من تحديد أوجه القصور والفجوات المؤثرة في مستوى الجودة، بما يساعد على تحسين الأداء وتطوير الخدمات.

ويُعرف النموذج أيضًا باسم نموذج الفجوات أو نموذج SERVQUAL، ويتضمن خمس فجوات أساسية كما يأتي:

- **الفجوة الأولى:** تنشأ نتيجة التباين بين توقعات العملاء وبين إدراك الإدارة لهذه التوقعات، وغالبًا ما تظهر بسبب ضعف آليات جمع المعلومات عن احتياجات المستفيدين أو قلة التواصل مع القيادة الإدارية.
- **الفجوة الثانية:** تحدث عندما تختلف المواصفات الموضوعة للخدمة عن تصميمها الفعلي، ويرجع ذلك عادةً إلى عدم الالتزام بمعايير الجودة، أو ضعف تحديد الأهداف، أو وجود معوقات تنظيمية تعيق التطبيق.
- **الفجوة الثالثة:** تنتج عن التباين بين مواصفات جودة الخدمة وبين الأداء الحقيقي لمقدمي الخدمة، وغالبًا ما يكون سببها ضعف المهارات الفنية، أو عدم وضوح الأدوار، أو ضغط العمل، أو ضعف التنسيق الداخلي.
- **الفجوة الرابعة:** تتشكل من التباين بين مستوى الخدمة المقدمة فعليًا وما تعلنه المؤسسة في اتصالاتها مع العملاء، وتعود غالبًا إلى ضعف التواصل الداخلي والمبالغة في الوعود التسويقية.
- **الفجوة الخامسة:** تمثل الفجوة النهائية التي تظهر نتيجة التباين بين توقعات العميل وبين ما يدركه فعليًا بعد تلقي الخدمة، وهي محصلة للفجوات الأربع السابقة، وقد اعتمدتها بحوث عديدة في تقييم جودة الخدمات الصحية والمالية والمصرفية. (غناوي، 2020: 311)

5. أهمية تحسين جودة الخدمات الصحية

تحتل الخدمات الصحية موقعًا محوريًا بين مختلف أنواع الخدمات نظرًا لارتباطها المباشر بصحة الإنسان وسلامته، وما تتسم به من حساسية عالية تتطلب دقة في الأداء وتقليلاً لأخطاء العمل إلى أدنى مستوى ممكن. ولذلك يشكّل تحسين جودة الخدمات الصحية ضرورة ملحة تفرضها طبيعة المخاطر الطبية، وخصوصية الفئات المستفيدة التي غالبًا ما تقتصر إلى المعرفة الكافية بتفاصيل الرعاية المقدمة. ومن ثمّ يصبح الالتزام بمعايير الجودة، مثل مبدأ "انعدام العيوب" Zero-Defects، ركيزة أساسية لضمان تقديم الرعاية بالشكل الصحيح منذ المرة الأولى. كما يُعدّ توظيف التغذية الراجعة من المرضى—من خلال الملاحظات والاستبيانات—أحد أهم أساليب تحسين الأداء، إذ تتيح هذه الآليات للمنشآت الصحية فهم مستوى رضا المستفيدين وتحديد مجالات التحسين. ويبرز كذلك دور التسويق الصحي الذي يركز على توجيه الخدمات نحو احتياجات المرضى، بما يعزز رضاهم ويرفع مستوى كفاءة وفعالية الخدمات المقدمة. ويتضمن تحسين جودة الرعاية الصحية أيضًا إدخال التقنيات الحديثة، وتطوير المهارات الطبية، وتحسين إدارة الموارد بهدف تحقيق الاستدامة وجودة الرعاية. (الأسدي، 2017: 164)

وتولي المجتمعات المعاصرة اهتمامًا متزايدًا بجودة الخدمات الصحية لما لها من أثر مباشر على صحة السكان ورفاههم، وهو ما انعكس في التوسع بإنشاء المنشآت الصحية وتطوير برامجها وتحسين قدراتها التشغيلية. كما يمثل الوعي الصحي والممارسات المهنية السليمة عنصرين أساسيين في الارتقاء بجودة الخدمات، وتحقيق رضا المرضى والمراجعين، ودعم الأهداف والسياسات الوطنية المرتبطة بالتنمية الصحية الشاملة. (عبد القادر، 2015: 899)

6. العلاقة بين تطبيق معايير الجودة وتحسن الخدمات الصحية

يمثّل تطبيق معايير الجودة في المؤسسات الصحية ركيزة أساسية للارتقاء بمستوى الخدمات المقدّمة، نظرًا للدور الحيوي الذي تؤديه هذه المعايير في تنظيم العمل الصحي، وضمان دقة الإجراءات، وتحسين كفاءة الأداء. فعندما تلتزم المنشآت الصحية بمعايير الجودة، فإنها تعتمد نهجًا منهجيًا يهدف إلى التحسين المستمر في مختلف جوانب الخدمة، بدءًا من البنية التحتية والعمليات التشغيلية، وصولًا إلى مهارات العاملين وتجربة المريض.

وتعكس هذه المعايير علاقة تكاملية بين الجودة والأداء الصحي؛ إذ يؤدي الالتزام بها إلى تطوير العمليات الداخلية، وتخفيض نسب الأخطاء، وتعزيز سلامة المرضى، وهو ما يسهم في تحسين فعالية

الخدمة ورفع مستوى الكفاءة التنظيمية. كما يتيح تطبيق معايير الجودة إشراك العاملين في جهود التحسين من خلال بناء ثقافة داعمة للجودة، تركز على التدريب المستمر، وتحسين أساليب العمل، وتبني ابتكارات تسهم في الارتقاء بالخدمة الصحية.

ومن جهة أخرى، يسهم تطبيق هذه المعايير في رفع مستوى رضا المرضى، إذ تُقدّم الرعاية بطريقة أكثر مهنية وسرعة ودقة، ويتم التعامل مع احتياجات المستفيدين بكفاءة واهتمام. كما تتيح عمليات القياس والتقييم المرتبطة بتطبيق معايير الجودة التعرف على جوانب القصور وتوجيه القرارات نحو تحسين الأداء بشكل مستدام.

وبذلك يتضح أن تطبيق معايير الجودة يمثل إطاراً فاعلاً يربط بين كفاءة العمليات الصحية وجودة الخدمة المقدّمة، ويساعد المؤسسات الصحية على تحقيق مستويات أعلى من الأداء والموثوقية، بما ينعكس إيجاباً على صحة المرضى وتجربتهم داخل النظام الصحي. (شجاع، 2024: 37-38)

الفصل الثالث: طبيعة الخدمات الصحية ووسائل تعزيز جودتها

1. طبيعة الخدمة
2. مفهوم الخدمات الصحية
3. أنواع الخدمات الصحية
4. خصائص الخدمات الصحية
5. مميزات الخدمات الصحية

تمهيد

تُعد الخدمات الصحية من أكثر أنواع الخدمات تعقيداً وأهمية، نظراً لارتباطها المباشر بصحة الإنسان وجودة حياته، وما تتميز به من خصائص تجعلها تختلف جوهرياً عن السلع والخدمات التقليدية. وتبرز أهمية دراستها في كونها خدمات غير ملموسة تقوم على التفاعل المباشر بين مقدّم الرعاية والمستفيد، وتتأثر بعوامل مهنية وتنظيمية متعددة. كما يكتسب فهم طبيعتها ومفهومها وأنواعها أهمية خاصة في ظل التطور المستمر للأنظمة الصحية وتزايد توقعات المستفيدين. وتساعد دراسة خصائص الخدمات الصحية وميزاتها على تحليل التحديات التي تواجه المؤسسات الصحية في تقديم خدمة ذات جودة عالية، بما يمكن من تحديد سبل التحسين والارتقاء بالأداء الصحي. ومن هذا المنطلق، يتناول هذا الفصل الأسس المفاهيمية للخدمات الصحية، من حيث طبيعتها، وتعريفاتها، وتصنيفاتها، وخصائصها، وميزاتها الأساسية.

1. طبيعة الخدمة

يُعد وصف السلع أمراً يسيراً نظراً لطبيعتها الملموسة وإمكانية إدراك خصائصها مباشرة، في حين تبرز الصعوبة عند محاولة وصف الخدمات بسبب طابعها غير الملموس. فغالباً يصعب التعبير عن طبيعة الخدمة أو تقييمها ما لم يختبرها الفرد سابقاً، كما هو الحال في الخدمات الاستشارية أو المهنية. وتعتمد الأدبيات في هذا السياق على النظر إلى الخدمة بوصفها نتاجاً لعمليات تتضمن تفاعلات معقدة داخل المؤسسات الخدمية، وهو ما يجعل تمثيلها على هيئة منتج مادي أمراً غير دقيق. ويؤدي هذا الغموض النسبي إلى تحديات في نقل صورة واضحة عن الخدمة للمستفيدين، وإلى صعوبات في عملية التواصل، الأمر الذي يؤكد الطابع غير الملموس للخدمات مقارنة بالسلع المادية. (غناوي، 2020: 307)

يشير الباحثون إلى أن بعض المفاهيم المتداولة حول الخدمة لا تعكس طبيعتها الجوهرية، لأنها لا تتوافق مع خصائصها الأساسية التي تميزها عن السلع المادية.

ففي هذا السياق، يرى (Schroeder, 2011) أن تعريف الخدمة يجب أن يتسق مع طبيعتها غير الملموسة، بينما يؤكد (Norman, 2008) أن الخدمة تُعد من الأنشطة التي تُنتج وتُستهلك في الوقت نفسه، دون إمكانية تخزينها أو التعامل معها كمنتج مادي. (غناوي، 2020: 308)

ومن منظور آخر، يعرف (Vosset et al., 2005) الخدمة بوصفها تفاعلاً اجتماعياً بين مقدم الخدمة والمستفيد، يتم خلاله تبادل الأدوار وتحقيق منفعة مشتركة للطرفين. (غناوي، 2020: 308)

وتتضح من هذه الطروحات مجموعة من الخصائص التي تميز الخدمة عن السلعة، من أهمها:

1. **عدم الملموسية:** إذ لا يمكن إدراك الخدمة بالحواس كالذوق أو اللمس أو السمع، مما يجعل تقييمها يعتمد على الخبرة الشخصية للمستفيد.
 2. **عدم القابلية للتخزين:** فالخدمة تفتقر بمجرد تقديمها، إذ يتزامن إنتاجها مع استهلاكها في اللحظة نفسها.
 3. **عدم التجانس:** تتسم الخدمات بالاختلاف والتنوع تبعاً لمقدم الخدمة من جهة، ولطبيعة المستفيد وظروفه من جهة أخرى، مما ينعكس على مستوى الأداء وسياق تقديم الخدمة.
 4. **التفاعل والتلازم:** حيث يُعد المستفيد جزءاً من عملية تقديم الخدمة ولا يمكن فصلها عنه، فهو يؤثر فيها ويتأثر بها من خلال حضوره وتفاعله مع مقدم الخدمة ومع بيئة تقديمها.
- وتُبرز هذه الخصائص الطبيعة المعقدة والمتغيرة للخدمات، بما فيها الخدمات الصحية، مما يستدعي فهمها وتقييمها من منظور يعتمد على إدراك المستفيد وخبرته المباشرة. (غناوي، 2020: 308)

2. مفهوم الخدمات الصحية

تُعد الخدمات الصحية من المفاهيم المحورية في المجال الصحي، وقد تناولتها الأدبيات بعدة صيغ تعبر عن طبيعتها ووظيفتها وأبعادها المختلفة، كما يلي:

- تُعرّف الخدمات الصحية بأنها مجموعة من الأنشطة التي تُقدّم للمستفيدين بهدف إشباع حاجاتهم الصحية والمحافظة على عافيتهم، دون ارتباط بتقديم سلعة مادية، إذ تعتمد على توفير الرعاية والدعم اللازمين لرفع مستوى الصحة العامة وتحسين نوعية الحياة. (محمود، وأسعد، 2014: 102)

- كما تُعرّف بأنها منظومة من الوظائف المتكاملة التي تستهدف إشباع الحاجات البشرية الأساسية المرتبطة بالبقاء والاستمرار، من خلال ما تؤديه المؤسسات الصحية من أدوار علاجية ووقائية وتأهيلية تُسهم في دعم توازن المجتمع وتعزيز قدرته الإنتاجية. (جواح، وتبوب، 2020: 39)

- وتُعرّف أيضاً بأنها مختلف الخدمات العلاجية والتشخيصية والاستشفائية التي يقدمها أعضاء الفريق الطبي لمستفيد واحد أو لعدد من أفراد المجتمع، وتشمل الإجراءات السريرية وغير السريرية

الهادفة إلى تحسين الوضع الصحي والحد من المخاطر والأمراض. (محمود، وأسعد، 2014: 102)

تُعرّف الخدمات الصحية إجرائيًا في هذه الدراسة بأنها: مجموعة الأنشطة العلاجية والتشخيصية والوقائية والرعاية التي تقدّمها المستشفيات في مدينة الرياض للمستفيدين، والتي يتم التعامل معها وقياسها من خلال استبانة مخصّصة تشمل بنودًا تُعبّر عن مستوى جودة تقديم الخدمة، وسرعة الاستجابة، وكفاءة الكادر الطبي والإداري، ووضوح الإجراءات، ومدى رضا المستفيد عنها، وذلك وفق مقياس ليكرت الخماسي الذي يعكس الدرجة الفعلية للخدمة المقدّمة كما يدركها المستفيد.

3. أنواع الخدمات الصحية

تتعدد أشكال الخدمات المقدمة داخل المؤسسات الصحية، ويمكن تصنيفها وفق عدة معايير تختلف باختلاف طبيعة النظام الصحي وأهدافه. وغالبًا ما تستند التصنيفات العالمية إلى طبيعة الخدمة ذاتها وإلى الفئة المستهدفة سواء كانت خدمات موجهة للصحة الفردية أو للصحة العامة.

- التصنيف بحسب طبيعة الخدمات الصحية

يقسم هذا التصنيف الخدمات الصحية إلى عدة فئات رئيسية، تشمل:

- **الخدمات السريرية:** وتشمل خدمات الإقامة والرعاية داخل المستشفيات، ويعمل فيها مقدمو الرعاية الصحية كالأطباء والممرضين، إلى جانب العاملين في الوظائف المساندة مثل عمال الصيانة والنظافة. وتمتاز هذه الخدمات بتفاعلها المباشر مع المرضى وذويهم.
- **الخدمات الطبية (الوقائية والعلاجية):** وتشمل الطب العام والاختصاصي، وطب الأطفال، وطب الأعصاب، وغيرها من التخصصات الطبية التي تقدم خدمات تشخيصية وعلاجية.
- **الخدمات الجراحية:** وتشمل الجراحات العامة وجراحات الباطنية وجراحة النساء والولادة، وغيرها من الإجراءات الجراحية التي تُجرى في المستشفيات.
- **الخدمات المساندة:** وتشمل خدمات التحاليل المخبرية، والتصوير التشخيصي، والفحوصات المختلفة التي تدعم العملية العلاجية.
- **التصنيف وفق درجة الاعتمادية:** يمكن التمييز بين الخدمات الصحية من حيث اعتمادها على السلع المادية، مثل خدمات المختبرات والأشعة والجراحة، وبين الخدمات التي تعتمد بدرجة أكبر على العنصر البشري، مثل العلاج النفسي والاستشارات الطبية والتشخيص الإكلينيكي.

- **التصنيف وفق حضور المستفيد ومقدم الخدمة:** تتطلب بعض الخدمات الصحية تواجد كل من المريض ومقدم الخدمة في الوقت نفسه، مثل العمليات الجراحية وسحب العينات المخبرية، بينما تُقدّم خدمات أخرى دون حضور مباشر للمستفيد.
- **التصنيف وفق طبيعة الحاجة:** قد تكون الحاجة إلى الخدمة فردية مثل الفحص الطبي داخل العيادة، أو حاجة جماعية تشمل حزمة منافع تُقدّم لجميع المرضى في المستشفى، مثل خدمات التغذية والعناية العامة.
- **التصنيف وفق أهداف مقدمي الخدمات الصحية:** تختلف المؤسسات الصحية من حيث أهدافها؛ فبعضها يقدم خدمات صحية لتحقيق أهداف ربحية، في حين تعمل مؤسسات أخرى ضمن إطار لا ربحي. كما يختلف التصنيف بحسب طبيعة الملكية، سواء كانت المؤسسات عامة أو خاصة، وبناءً على البرامج والخطط التسويقية والأهداف التشغيلية التي تسعى كل جهة إلى تحقيقها. (درمزي، 2014: 20)

4. خصائص الخدمات الصحية

- تتسم الخدمات الصحية بمجموعة من الخصائص التي تميزها عن غيرها من أنواع الخدمات، نظرًا لطبيعتها الحساسة وارتباطها المباشر بصحة الإنسان. ويمكن تلخيص أبرز هذه الخصائص فيما يأتي:
- **عدم الملموسية:** تُعد الخدمات الصحية غير ملموسة بطبيعتها، إذ لا يمكن رؤيتها أو قياسها ماديًا قبل تقديمها، مما يستدعي امتلاك مقدمي الرعاية الصحية مهارات اتصال فعّالة تسهم في تعزيز ثقة المرضى وفهم احتياجاتهم.
- **عدم الانفصال بين تقديم الخدمة وتلقيها:** تتطلب أغلب الخدمات الصحية وجود المريض أثناء أدائها، مثل العمليات الجراحية والفحوصات، مما يدل على تلازم الخدمة مع المستفيد.
- **التباين في مستوى الخدمة:** تختلف جودة الخدمة الصحية بسبب اعتمادها على مهارة مقدم الخدمة، وسلوك المرضى، وبيئة العمل، وطبيعة الحالة المرضية؛ وهذا يجعل تحقيق التجانس الكامل في الجودة أمرًا صعبًا.
- **عدم قابلية الخدمة للتخزين:** الخدمات الصحية تُقدّم في لحظتها ولا يمكن تخزينها أو استرجاعها لاحقًا، مما يفرض ضرورة التخطيط الدقيق للاستفادة من الموارد المتاحة.

- **عدم انتقال الملكية:** لا يترتب على تلقي الخدمة الصحية امتلاك المستفيد لشيء مادي، بل يحصل فقط على منفعة مباشرة مثل التشخيص أو العلاج، باستثناء بعض الأدوات المساعدة كالحقن أو الأدوية.
- **صعوبة التجانس:** يصعب تحقيق مستوى واحد وثابت من الخدمة الصحية، لأن جودة الأداء تتأثر بعوامل بشرية وتنظيمية متعددة، بخلاف السلع التي يمكن إنتاجها وفق مواصفات موحدة.
- **التفاعل المباشر:** تعتمد الخدمات الصحية على التفاعل بين مقدم الرعاية والمريض، إذ يُعد حضور المريض جزءاً أساسياً من العملية العلاجية، ويتطلب الأمر غالباً مشاركته في اتخاذ القرارات وإعطاء المعلومات اللازمة.
- **المنفعة دون ملكية:** يحصل المريض على نتائج أو منافع صحية دون امتلاك الخدمة ذاتها، وهو ما يمثل أحد أهم الفروق بين الخدمات الصحية والسلع المادية. (محمود، وأسعد، 2014: 102)

5. مميزات الخدمات الصحية

- تتسم الخدمة الصحية بمجموعة من الخصائص التي تمنحها طابعاً فريداً يميزها عن بقية أنواع الخدمات، وذلك لارتباطها المباشر بصحة الأفراد وحياتهم. ويمكن تلخيص أبرز مميزات ما يأتي:
- **منفعة عامة وشمولية المستفيدين:** تُعد الخدمات الصحية خدمات ذات طابع عام، إذ تُقدّم لجميع فئات المجتمع دون تمييز، وتستهدف تحقيق منفعة جماعية تشمل الأفراد والمؤسسات على حد سواء، مما يجعلها عنصراً أساسياً في دعم الصحة العامة.
 - **الارتباط الوثيق بحياة الإنسان:** ترتبط الخدمات الصحية ارتباطاً مباشراً بسلامة الإنسان وصحته، وهو ما يجعلها غير قابلة للاستعاضة ببدايل مادية أخرى، ويستلزم تقديمها وفق أعلى معايير الجودة والدقة. ولذا تخضع هذه الخدمات لرقابة صارمة وإجراءات واضحة تضمن كفاءة الأداء وسلامة المستفيدين.
 - **التأثر بالتشريعات والأنظمة الحكومية:** يتأثر أداء المؤسسات الصحية - سواء الحكومية أو الخاصة - بمجموعة من القوانين والأنظمة الوطنية التي تضبط عملها وتنظم جودة خدماتها. ويؤثر هذا الإطار التنظيمي في آليات تقديم الخدمة الصحية، ومستوى كفاءتها، وكيفية إدارة الموارد داخل المرافق الصحية. (شجاع، 2024: 26)

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية ونتائج الدراسة

الإجراءات المنهجية

1. منهج الدراسة.
2. محددات العينة.
3. حدود الدراسة.
4. خطوات جمع البيانات.
5. معايير الدراسة.
6. أداة الدراسة.
7. الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة.
8. التحليل الوصفي لبيانات الدراسة.
9. أساليب التحليل الإحصائي.

عرض نتائج الدراسة.

1. عرض استجابات العينة على محاور الدراسة
2. اختبار الفرضيات والتحليل الاستدلالي

تمهيد

يتناول هذا الفصل الجانب التطبيقي للدراسة، من خلال عرض الإجراءات المنهجية المتبعة، والتي تشمل منهج الدراسة، وحدودها، وأداة جمع البيانات، إضافة إلى وصف خطوات جمع البيانات والمعايير التي تم الالتزام بها عند الإعداد والتحليل، وصولاً إلى عرض النتائج الميدانية المتعلقة بتطبيق معايير الجودة الصحية (SERVQUAL) في المستشفيات بمدينة الرياض، وانعكاسها على رضا المستفيدين وفق نموذج الرضا (ACSI). ويهدف هذا الفصل إلى تقديم تصور دقيق لواقع جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا المستفيدين، تمهيداً لمناقشة النتائج في الفصل اللاحق.

الإجراءات المنهجية

1. منهج الدراسة.

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي لملاءمته لطبيعة البحث القائم على قياس مستوى تطبيق معايير الجودة الصحية وتحليل أثرها على رضا المستفيدين. ويقوم هذا المنهج على جمع بيانات كمية من أفراد العينة وتحليلها للوصول إلى وصف دقيق للواقع الميداني واختبار العلاقات بين متغيرات الدراسة. وقد صُممت الاستبانة وفق نموذج الجودة (SERVQUAL) ونموذج الرضا (ACSI) لتوفير بيانات كمية قابلة للتحليل الإحصائي.

2. محددات العينة.

اقتصرت العينة على الأفراد الذين تمكنوا من الوصول إلى رابط الاستبانة الإلكترونية والموافقة على تعبئتها، مما يجعل العينة من نوع العينة المتاحة. ويقتصر تمثيل النتائج على المشاركين الذين استجابوا خلال الفترة الزمنية المحددة، والبالغ عددهم 92 مشاركاً، وقد تتباين خصائصهم الديموغرافية من حيث العمر، الجنس، المستوى التعليمي، ونوع الخدمة الصحية، مما قد يحد من إمكانية تعميم النتائج على جميع المستفيدين في مدينة الرياض.

3. حدود الدراسة.

التزمت الباحثة بالحدود التي تم تحديدها في الفصل الأول، وتم تطبيقها فعلياً على النحو الآتي:

- **الحدود المكانية:** اقتصرت الدراسة على المستشفيات الواقعة داخل مدينة الرياض.
- **الحدود الزمنية:** جُمعت البيانات خلال العام 2025 باستخدام استبانة إلكترونية.

- **الحدود البشرية:** انحصرت الدراسة في مراجعي المستشفيات بمدينة الرياض الذين شاركوا في تعبئة الاستبانة الإلكترونية، وبلغ عددهم 92 مشاركًا.
- **الحدود الموضوعية:** ركزت الدراسة على تحليل أثر تطبيق معايير الجودة الصحية وفق نموذج SERVQUAL على رضا المستفيدين وفق نموذج ACSI، دون التوسع في أبعاد أخرى غير مدرجة في النموذجين.

4. خطوات جمع البيانات.

تم جمع البيانات الميدانية لهذه الدراسة وفق عدد من الخطوات المنهجية المتسلسلة، وذلك على النحو الآتي:

- **إعداد الأداة:** تم تصميم الاستبانة الإلكترونية استنادًا إلى الإطار النظري للدراسة، وبالاعتماد على النماذج المعتمدة لقياس جودة الخدمة الصحية (SERVQUAL) ورضا المستفيدين (ACSI)، إضافة إلى مراجعة الدراسات السابقة في مجالات جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى.
- **مراجعة الأداة والتعديل النهائي:** جرت مراجعة الاستبانة للتأكد من وضوح العبارات وملاءمتها لبيئة الخدمات الصحية، وإدخال التعديلات اللازمة للوصول إلى الصياغة النهائية التي تحقق أهداف الدراسة وتقيس جميع المتغيرات المحددة بدقة.
- **نشر الأداة إلكترونياً:** تم نشر الاستبانة بصيغتها النهائية عبر نموذج (Google Forms)، وتوزيع رابطها على مراجعي المستشفيات في مدينة الرياض من خلال وسائل التواصل المناسبة، مما أتاح للمشاركين تعبئتها بسهولة وفي الوقت المناسب لهم.
- **جمع الاستجابات:** تم استقبال استجابات المشاركين خلال الفترة الزمنية الممتدة من (أغسطس إلى أكتوبر 2025)، حيث بلغ عدد الاستجابات الصالحة للتحليل الإحصائي (92) استجابة.
- **إدخال البيانات وتحليلها:** عقب اكتمال جمع البيانات، تم ترميز الإجابات وتنظيمها باستخدام برنامجي Excel وSPSS، ومن ثم إجراء التحليلات الإحصائية المناسبة، والتي شملت الإحصاء الوصفي، واختبار الثبات (Cronbach's Alpha)، ومعاملات الارتباط والانحدار لاختبار فرضيات الدراسة والتحقق من النموذج التحليلي المستخدم.

5. معايير الدراسة.

استندت الدراسة إلى مجموعة من المعايير المنهجية التي تضمن جودة البيانات قبل البدء في التحليل الإحصائي. فقد تم بناء أداة الدراسة وفق نموذجين علميين معتمدين في قياس جودة الخدمة الصحية (SERVQUAL) ورضا المستفيدين (ACSI)، بما يحقق شمولية الأبعاد محل القياس وملاءمتها لطبيعة الخدمات الصحية في مدينة الرياض. وتمت مراجعة بنود الأداة للتأكد من وضوحها ودقتها وقدرتها على قياس المتغيرات الأساسية للدراسة، إضافة إلى اعتماد معظم الأسئلة بصيغة إجبارية لضمان اكتمال البيانات وخلوها من القيم المفقودة، باستثناء سؤال واحد اختياري يتبع شرطاً منطقيًا.

كما تم فحص البيانات بعد جمعها من خلال استعراض التوزيعات الوصفية للمتغيرات الديموغرافية، بهدف التحقق من تنوع خصائص أفراد العينة وملاءمتها لأغراض التحليل. ولم يتم إجراء اختبارات تكافؤ أو فروق إحصائية بين الفئات الديموغرافية، لأن هذه المتغيرات ليست جزءًا من فرضيات الدراسة ولا تدخل ضمن نماذج التحليل المطلوبة، ولأن تصميم الدراسة يعتمد على تحليل العلاقة وأثر جودة الخدمة على رضا المستفيدين فقط. وعليه، يقتصر التعامل مع المتغيرات الديموغرافية على وصفها إحصائيًا دون اختبار دلالتها الإحصائية.

كما التزمت الدراسة بمعايير الدقة في ترميز البيانات وإدخالها ومعالجتها باستخدام برنامجي Excel وSPSS، بما يضمن جاهزيتها للتحليل الوصفي والاستدلالي لاحقًا، ويسهم في الوصول إلى نتائج علمية دقيقة وموثوقة.

6. أداة الدراسة.

اعتمدت الدراسة على الاستبانة الإلكترونية كأداة رئيسة لجمع البيانات من مراجعي المستشفيات في مدينة الرياض. وقد تم تصميم الأداة بالاستناد إلى نموذج SERVQUAL لقياس جودة الخدمات الصحية، ونموذج ACSI لقياس رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية، بالإضافة إلى مجموعة من الأسئلة الديموغرافية التي تساعد في وصف خصائص العينة.

تكوّنت أداة الدراسة من ثلاثة أقسام رئيسية على النحو الآتي:

6-1 البيانات الديموغرافية

اشتمل القسم الأول من أداة الدراسة على مجموعة من الأسئلة الديموغرافية الهادفة إلى التعرف على الخصائص العامة للمشاركين في الدراسة، وذلك بما يساعد في وصف العينة وتحليل نتائجها في سياقها

الصحيح. وقد تضمنت هذه الأسئلة معلومات تتعلق بالجنس، والفئة العمرية، والحالة الاجتماعية، والحالة الوظيفية، والمستوى التعليمي، إضافة إلى مجموعة من المتغيرات المرتبطة بالخدمات الصحية مثل نوع المستشفى الذي يراجعه المشارك غالبًا، وطبيعة الخدمة الصحية التي حصل عليها في آخر زيارة، وعدد الزيارات خلال السنة الماضية، ومدة التعامل مع المستشفى الحالي، ووجود تأمين صحي من عدمه، فضلًا عن الاستفسار حول تقديم أي شكاوى سابقة وكيفية التعامل معها، وأخيرًا تحديد موقع المستشفى داخل مدينة الرياض. ويسهم هذا القسم في توفير خلفية شاملة عن أفراد العينة، بما يسهل تفسير النتائج الإحصائية اللاحقة بصورة أدق.

6-2 المحور الأول: معايير جودة الخدمات الصحية (SERVQUAL)

يتضمن هذا المحور (15) عبارة موزعة على خمسة أبعاد وفق نموذج SERVQUAL، وتهدف إلى قياس مستوى جودة الخدمات الصحية كما يدركها المستفيدون في المستشفيات بمدينة الرياض. كما يتضح في الجدول التالي:

الجدول (1): العبارات التي تقيس كل بعد في محور معايير جودة الخدمات الصحية

الأبعاد	العبارات
بعد الملموسية	1، 2، 3
بعد الاعتمادية	4، 5، 6
بعد الاستجابة	7، 8، 9
بعد الأمان	10، 11، 12
بعد التعاطف	13، 14، 15

6-3 المحور الثاني: رضا المستفيدين (ACSI)

يتضمن هذا المحور (15) عبارة موزعة على خمسة أبعاد وفق نموذج (ACSI)، وتهدف إلى قياس مستوى رضا المستفيدين عن الخدمة الصحية وتجربتهم الكلية داخل المستشفى، كما يتبين في الجدول التالي:

الجدول (2): العبارات التي تقيس كل بعد في محور رضا المستفيدين (ACSI)

الأبعاد	العبارات
بعد التوقعات	1، 2، 3
بعد الجودة المدركة	4، 5، 6
بعد القيمة المدركة	7، 8، 9
بعد الرضا العام	10، 11، 12
بعد الولاء	13، 14، 15

اعتمدت الدراسة على مقياس ليكرت الخماسي في تصحيح عبارات الاستبانة، حيث تم منح الدرجات من (1) إلى (5) بشكل تصاعدي وفق اتجاه إيجابي للعبارات، بحيث تعبّر الدرجة (1) عن أدنى مستوى للإجابة، بينما تعبّر الدرجة (5) عن أعلى مستوى. وتم توزيع الدرجات على البدائل على النحو الآتي:

الجدول (3): درجة البدائل في طريقة التصحيح

البدائل	لا أوافق بشدة	لا أوافق	محايد	أوافق	أوافق بشدة
الدرجة	1	2	3	4	5

ولأغراض تفسير المتوسطات الحسابية لاتجاهات أفراد العينة نحو محاور الدراسة، اعتمدت الدراسة مستوى التفسير الثلاثي لملاءمته لطبيعة البيانات ومنهجية التحليل، وذلك بتقسيم المجال الكلي للمقياس (1-5) إلى ثلاث فئات رئيسة تمثل اتجاه الاستجابة، على النحو الآتي:

الجدول (4): مستويات تفسير المتوسطات الحسابية لعبارات أداة الدراسة

المستوى	المدى الحسابي
منخفض	1.00 – 2.33
متوسط	2.34 – 3.67
مرتفع	a . 5.00 –

7. الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة.

1-7 صدق الأداة

1-1-7 صدق الاتساق الداخلي (Internal Consistency Validity)

للتحقق من صدق الاتساق الداخلي لاستبانة الدراسة، تم استخدام معامل الارتباط المصحح (Corrected Item–Total Correlation) بدلاً من معامل ارتباط بيرسون التقليدي، وذلك نظراً لملاءمته الأعلى في هذا النوع من المقاييس المعتمدة على بنود متقاربة داخل كل بُعد. ويتميز معامل الارتباط المصحح بقدرته على قياس درجة ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية للبُعد بعد استبعاد الفقرة نفسها من مجموع البُعد، مما يقدّم تقديرًا أكثر دقة وغير متحيز لمدى انسجام الفقرة مع بُعدها النظري. كما يتبين في الجدول التالي:

الجدول (5): صدق الاتساق الداخلي لعبارات محور معايير جودة الخدمات الصحية (SERVQUAL)

البعد	م	العبارة	معامل الارتباط المصحح
بعد الملموسية	1	المرافق الصحية في المستشفى نظيفة ومهيأة بشكل جيد .	0.596
	2	الأجهزة والمعدات الطبية حديثة وتعمل بكفاءة .	0.759
	3	مظهر العاملين في المستشفى مهني ويدل على الانضباط والنظافة .	0.616
بعد الاعتمادية	4	يقدم المستشفى خدماته في الوقت المحدد دون تأخير غير مبرر .	0.577
	5	يتم تنفيذ الإجراءات الطبية بدقة واهتمام .	0.719
	6	يمكن الاعتماد على نتائج الفحوصات والتحليل المقدمة .	0.661
بعد الاستجابة	7	يتم الاستقبال بسرعة عند الوصول إلى المستشفى .	0.572
	8	العاملون متعاونون ومستعدون للإجابة عن الاستفسارات .	0.670
	9	يتم التعامل مع المشكلات أو الطلبات بسرعة واهتمام .	0.776
بعد الأمان	10	أشعر بالأمان أثناء تلقي الخدمة الطبية .	0.776
	11	يمتلك الكادر الطبي مهارات وخبرات عالية .	0.754

0.698	يلتزم المستشفى بإجراءات السلامة والوقاية الصحية .	12	بعد التعاطف
0.770	يتعامل العاملون مع المراجعين بلطف واحترام .	13	
0.746	يهتم الأطباء والمرضى بمشاعري وراحتي النفسية .	14	
0.670	يحرص المستشفى على راحة المراجعين وخاصة كبار السن والنساء والأطفال .	15	

يبين الجدول (5) أن نتائج معامل الارتباط المصحح (Corrected Item–Total Correlation) لجميع عبارات أبعاد جودة الخدمة (SERVQUAL) أظهرت قيماً موجبة ومرتفعة تجاوزت الحد المقبول إحصائياً (0.30)، مما يشير إلى تحقق صدق الاتساق الداخلي لجميع الأبعاد. فقد تراوحت معاملات الارتباط في بُعد الملموسية بين (0.596–0.759)، وفي الاعتمادية بين (0.577–0.719)، وفي الاستجابة بين (0.572–0.776)، وفي الأمان بين (0.698–0.776)، بينما تراوحت في بُعد التعاطف بين (0.670–0.770). وتؤكد هذه النتائج تجانس العبارات داخل كل بُعد وقدرتها على قياس البناء النظري المرتبط به بصورة دقيقة.

الجدول (6): صدق الاتساق الداخلي لعبارات محور رضا المستفيدين (ACSI)

البعد	م	العبرة	معامل الارتباط المصحح
بعد التوقعات	1	كانت توقعاتي عن جودة خدمات هذا المستشفى مرتفعة قبل زيارتي له .	0.754
	2	كنت أتوقع أن يقدم المستشفى خدمات صحية بمستوى عالٍ من الجودة .	0.648
	3	كان لدي ثقة بأن تجربتي في هذا المستشفى ستكون مرضية .	0.557
بعد الجودة المدركة	4	أعتقد أن الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى ذات جودة عالية .	0.840
	5	مستوى العناية والاهتمام الذي تلقينته كان ممتازاً .	0.853
	6	تجربة الخدمة في هذا المستشفى أفضل مما توقعت.	0.844
بعد القيمة المدركة	7	أرى أن الخدمة التي حصلت عليها تستحق الجهد والوقت الذي بذلته .	0.789
	8	أشعر أن جودة الخدمة تتناسب مع ما دفعته من تكلفة أو وقت انتظار	0.756
	9	الخدمة المقدمة من المستشفى تمثل قيمة حقيقية لي كمستفيد .	0.789
	10	أنا راضٍ بشكل عام عن تجربتي في هذا المستشفى .	0.880

0.873	الخدمات المقدمة في هذا المستشفى تلبي توقعاتي	11	بعد الرضا العام
0.892	تجربة مراجعة هذا المستشفى جعلتني أشعر بالرضا عن مستوى الرعاية الصحية المقدمة .	12	
0.871	سأختار هذا المستشفى مجددًا عند حاجتي لخدمات صحية مستقبلًا .	13	بعد الولاء
0.900	انصح الآخرين بزيارة هذا المستشفى عند حاجتهم إلى الرعاية الصحية .	14	
0.904	أثق بأن هذا المستشفى خيار جيد مقارنة بغيره من المستشفيات.	15	

أظهرت نتائج معامل الارتباط المصحح (Corrected Item–Total Correlation) لجميع عبارات محور رضا المستفيدين ارتفاعًا ملحوظًا في الاتساق الداخلي بين العبارات داخل كل بُعد. فقد تراوحت معاملات ارتباط بُعد التوقعات بين (0.557–0.754)، بينما جاءت قيم بُعد الجودة المُدركة في نطاق مرتفع جدًا بلغ (0.840–0.853). كما سجل بُعد القيمة المُدركة معاملات ارتباط تراوحت بين (0.756–0.789)، في حين ظهر بُعد الرضا العام ضمن أعلى المستويات بقيم تراوحت بين (0.873–0.892). أما بُعد الولاء فقد حقق معاملات ارتباط مرتفعة جدًا تراوحت بين (0.871–0.904). وتشير هذه النتائج جميعها إلى قوة الاتساق الداخلي وملاءمة العبارات لقياس أبعاد رضا المستفيدين بدقة.

2-7 اختبار الثبات (Cronbach's Alpha)

تم التحقق من ثبات أداة الدراسة باستخدام معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) باعتباره أكثر الأساليب شيوعًا وملاءمة لقياس درجة الاتساق الداخلي لعبارات المقاييس المبنية على مقياس ليكرت. وقد جرى حساب معامل كرونباخ ألفا لكل بُعد من أبعاد نموذج جودة الخدمة (SERVQUAL) وكذلك لكل بُعد من أبعاد رضا المستفيدين (ACSI)، إضافة إلى حساب الثبات للمحورين ككل. وتُعد قيمة كرونباخ ألفا المقبولة إحصائيًا عند مستوى (0.70) فأعلى مؤشرًا على تمتع البُعد بثبات مرتفع واتساق داخلي جيد. والجدول التالي تبيين ذلك:

الجدول (7): قيمة ثبات محاور الدراسة باستخدام كرونباخ ألفا

المحور	العبارات	قيمة كرونباخ ألفا
معايير جودة الخدمات الصحية (SERVQUAL)	15	0.946
رضا المستفيدين (ACSI)	15	0.960

يوضح الجدول (7) قيم معامل الثبات كرونباخ ألفا لمحاور الدراسة الرئيسة. وقد بلغت قيمة الثبات لمحور جودة الخدمات الصحية (SERVQUAL) نحو (0.946)، في حين بلغت قيمة الثبات لمحور رضا المستفيدين (ACSI) نحو (0.960)، وهي قيم مرتفعة جدًا تفوق الحد المقبول إحصائيًا (0.70)، مما يعكس درجة عالية من الاتساق الداخلي بين عبارات كل محور ويؤكد موثوقية الأداة في قياس متغيرات الدراسة.

الجدول (8): قيمة ثبات أبعاد محاور الدراسة باستخدام كرونباخ ألفا

المحور الأول: معايير جودة الخدمات الصحية (SERVQUAL)	
القيمة كرونباخ ألفا	البعد
0.803	بعد الملموسية
0.795	بعد الاعتمادية
0.815	بعد الاستجابة
0.863	بعد الأمان
0.855	بعد التعاطف
المحور الثاني: رضا المستفيدين (ACSI)	
القيمة كرونباخ ألفا	البعد
0.802	بعد التوقعات
0.923	بعد الجودة المدركة
0.884	بعد القيمة المدركة
0.942	بعد الرضا العام
0.948	بعد الولاء

تشير نتائج الجدول (8) إلى ارتفاع مستوى الاتساق الداخلي لجميع أبعاد الدراسة في كلا المحورين. فقد تراوحت قيم ألفا لمحور جودة الخدمات الصحية (SERVQUAL) بين 0.795 و 0.863، وهي قيم تدل على ثبات مرتفع. كما جاءت قيم الثبات لأبعاد رضا المستفيدين (ACSI) بين 0.802 و 0.948، مما يعكس مستوى عاليًا جدًا من الاتساق الداخلي.

وتدل هذه النتائج على أن جميع أبعاد الدراسة تتمتع بدرجة موثوقة يمكن الاعتماد عليها في التحليلات اللاحقة.

8. التحليل الوصفي لبيانات الدراسة.

1-8 الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة

يعرض هذا القسم التوزيع الوصفي للخصائص الشخصية للمشاركين في الدراسة، والمتمثلة في: الجنس، الفئة العمرية، الحالة الاجتماعية، الحالة الوظيفية، المستوى التعليمي، نوع المستشفى، نوع الخدمة، عدد الزيارات، مدة التعامل مع المستشفى، وجود تأمين صحي، تقديم شكوى أو ملاحظة.

ويسهم هذا العرض في التعرف على طبيعة العينة ومدى تنوعها، إضافةً إلى تقييم مدى تمثيلها لفئة مراجعي المستشفيات بمدينة الرياض. وسيتم تقديم هذه البيانات في جداول توضح التكرارات والنسب المئوية لكل متغير، كما يلي:

الجدول (9): يوضح الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة

الخصائص	البدائل	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	10	10.9%
	أنثى	82	89.1%
الإجمالي			92
الفئة العمرية	أقل من 25 سنة	14	15.2%
	من 25 - 34 سنة	41	44.6%
	من 35 - 44 سنة	28	30.4%
	من 45 سنة فأكثر	9	9.8%
الإجمالي			92
الحالة الاجتماعية	غير متزوج/ة	36	39.1%
	متزوج / ة	52	56.5%
	مطلق / ة	4	4.3%
	أرمل / ة	0	0%
الإجمالي			92
الحالة الوظيفية	موظف (حكومي / خاص)	42	45.7%
	باحث عن عمل	27	29.3%
	متقاعد	10	10.9%

%14.1	13	طالب	
%100	92	الإجمالي	
%4.3	4	ابتدائي	المستوى التعليمي
%3.3	3	متوسط	
%12	11	ثانوي	
%8.7	8	دبلوم	
%56.5	52	بكالوريوس	
%15.2	14	الدراسات العليا	
%100	92		
%39.1	36	حكومي	نوع القطاع الصحي الذي تتم زيارته غالباً
%31.5	29	خاص	
%29.3	27	كلاهما معاً	
%100	92	الإجمالي	
%15.2	14	طوارئ	نوع الخدمة المطلوبة في آخر زيارة للمستشفى
%56.5	52	فحص طبي أو مراجعة روتينية	
%1.1	1	تنويم داخل المستشفى	
%27.2	25	استشارة طبية (عيادة خارجية)	
%100	92	الإجمالي	
8.7	8	مرة واحدة	عدد الزيارات للمستشفى خلال العام الحالي
40.2	37	من 2 - 3 مرات	
27.2	25	من 4 - 6 مرات	
23.9	22	أكثر من 6 مرات	
%100	92	الإجمالي	
%32.6	30	أقل من سنة	مدة التعامل مع المستشفى الحالي
%22.8	21	من سنة إلى أقل من ثلاث سنوات	
%12	11	من ثلاث إلى خمس سنوات	
%32.6	30	أكثر من خمس سنوات	
%100	92	الإجمالي	
%35.9	33	نعم	

التأمين الطبي	لا	47	51.1%
	لا أعلم	12	13%
الإجمالي			
تقديم شكوى أو ملاحظة	نعم	14	15.2%
	لا	78	84.8%
الإجمالي			
التعامل مع الشكوى أو الملاحظة (اختياري)	تم حلها بشكل مرضي	12	13%
	تمت متابعتها جزئياً لكن لم تُحل تماماً	3	3.3%
	لم يتم التعامل معها	5	5.4%
	لا أعلم ماذا حدث بشأنها	11	12%
	لم يظهر لم السؤال	61	66.3%
الإجمالي			
موقع المستشفى	شمال الرياض	22	23.9%
	جنوب الرياض	20	21.7%
	غرب الرياض	13	14.1%
	شرق الرياض	9	9.8%
	وسط الرياض	28	30.4%
الإجمالي			
		92	100%

أظهرت نتائج الجدول (9) أن غالبية أفراد العينة من الإناث بنسبة بلغت (89.1%) مقابل (10.9%) من الذكور، مما يشير إلى أن المشاركة النسائية كانت أكثر حضوراً في هذه الدراسة. كما تبين أن الفئة العمرية الأكثر تمثيلاً هي فئة (25-34 سنة) بنسبة (44.6%)، تليها الفئة (35-44 سنة) بنسبة (30.4%)، ثم الفئة الأقل من 25 سنة بنسبة (15.2%)، في حين شكّلت الفئة (45 سنة فأكثر) نسبة (9.8%) من إجمالي العينة، وهو ما يعكس أن غالبية المشاركين ينتمون إلى الفئات العمرية الشابة والمتوسطة.

فيما يتعلق بالحالة الاجتماعية، أظهرت النتائج أن أكثر من نصف أفراد العينة (56.5%) كانوا من المتزوجين، مقابل (39.1%) من غير المتزوجين، بينما بلغت نسبة المطلقين (4.3%)، ولم تُسجل أي حالة ضمن فئة الأرمال. أما الحالة الوظيفية، فقد كشف التحليل أن (45.7%) من المشاركين يعملون

في القطاعين الحكومي والخاص، وبلغت نسبة الباحثين عن عمل (29.3%)، في حين كان الطلاب يشكلون (14.1%)، والمتقاعدون (10.9%).

بخصوص المستوى التعليمي، أوضحت البيانات أن المؤهل الأكثر شيوعًا بين أفراد العينة هو البكالوريوس بنسبة (56.5%)، تليه الدراسات العليا بنسبة (15.2%)، بينما توزعت النسب المتبقية بين المؤهلات الأخرى مثل الثانوي (12%)، الدبلوم (8.7%)، الابتدائي (4.3%)، والمتوسط (3.3%)، مما يدل على ارتفاع المستوى التعليمي للمشاركين في هذه الدراسة. كما أظهرت النتائج أن (39.1%) من المشاركين يراجعون المستشفيات الحكومية غالبًا، مقابل (31.5%) يزورون المستشفيات الخاصة، في حين أفاد (29.3%) بأنهم يراجعون كلا القطاعين معًا.

أما فيما يتعلق بطبيعة الخدمة الصحية المقدمة في آخر زيارة للمستشفى، فقد تبين أن الغالبية كانت لمراجعة أو فحص روتيني بنسبة (56.5%)، تليها الاستشارة الطبية في العيادات الخارجية بنسبة (27.2%)، ثم زيارات الطوارئ بنسبة (15.2%)، في حين لم تتجاوز نسبة التنويم في المستشفى (1.1%). كما أظهرت النتائج أن زيارات المستشفى خلال العام تتركز في فئة (2-3 مرات) بنسبة (40.2%)، تليها فئة (4-6 مرات) بنسبة (27.2%)، ثم من تزيد زياراتهم عن 6 مرات بنسبة (23.9%)، بينما بلغت نسبة من زاروا المستشفى مرة واحدة فقط (8.7%).

فيما يتعلق بمدة التعامل مع المستشفى الحالي، كشفت النتائج أن أعلى نسبتين تمثلتا في فئتي أقل من سنة، وأكثر من خمس سنوات، ونسبة متساوية بلغت (32.6%) لكل منهما، تليها فئة سنة إلى أقل من ثلاث سنوات بنسبة (22.8%)، بينما بلغت نسبة من تعاملوا مع المستشفى من ثلاث إلى خمس سنوات (12%). كما أظهرت النتائج أن (35.9%) من أفراد العينة لديهم تأمين طبي يمكن استخدامه في المستشفى، في حين لا يمتلك (51.1%) تأمينًا طبيًا، وصرح (13%) بأنهم لا يعلمون.

أوضحت نتائج الدراسة أن (15.2%) فقط سبق لهم تقديم شكوى أو ملاحظة حول الخدمة الطبية، بينما لم يتقدم (84.8%) بأي شكوى. ومن بين الذين قدموا شكوى، أظهر التحليل أن (38.7%) أكدوا أنه تم حل شكواهم بشكل مرضٍ، و(9.7%) أفادوا بأنه تمت متابعتها جزئيًا دون حل كامل، و(16.1%) ذكروا أنه لم يتم التعامل معها، بينما أفاد (35.5%) بأنهم لا يعلمون ما تم بشأن شكواهم. كما لم يظهر هذا السؤال لدى (66.3%) من أفراد العينة، لكونه سؤالًا شرطيًا موجهًا فقط لمن قدموا شكوى مسبقًا.

وفيما يتعلق بموقع المستشفى، بيّنت النتائج أن منطقة وسط الرياض كانت الأكثر زيارة بنسبة (30.4%)، تليها منطقة شمال الرياض بنسبة (23.9%)، ثم جنوب الرياض بنسبة (21.7%)، وغرب الرياض بنسبة (14.1%)، بينما بلغ عدد مراجعي المستشفيات في شرق الرياض (9.8%).

8-2 التحليل الوصفي لبيانات الدراسة

يهدف هذا الجزء إلى عرض الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الدراسة الرئيسية المتمثلة في (معايير جودة الخدمات الصحية (SERVQUAL)، رضا المستفيدين (ACSI))، وذلك من خلال تحليل المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والحدود الدنيا والعليا لاستجابات أفراد العينة. كما يوضح الجدول التالي:

الجدول (10): الإحصائيات الوصفية لمحاور الدراسة

المحور	الحد الأدنى	الحد الأقصى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
معايير جودة الخدمات الصحية	2.60	5.00	3.92	0.580
رضا المستفيدين	1.33	5.00	3.77	0.673

أظهرت نتائج الجدول (10) أن متوسط تقييم أفراد العينة لمعايير جودة الخدمات الصحية بلغ 3.92 من أصل (5)، وهو ما يشير إلى مستوى مرتفع نسبياً من الجودة كما يدركها المستفيدون، مع انحراف معياري 0.580 يعكس تجانساً مقبولاً في استجاباتهم. كما بيّنت النتائج أن رضا المستفيدين جاء بمتوسط 3.77 وانحراف معياري 0.673، مما يدل على مستوى مرتفع نسبياً من الرضا وإن كان مصحوباً بتباين أكبر نسبياً في آراء المجيبين. وتُظهر هذه المؤشرات مجتمعة أن المستفيدين يميلون بوجه عام إلى تقييم الخدمات الصحية بشكل إيجابي، وأن رضاهم يتوافق بدرجة واضحة مع مستوى الجودة المتصور لديهم.

8-3 تحليل المستويات التفسيرية لمحاور الدراسة باستخدام التوزيع التكراري والنسب المئوية.

يوضح الجدول أدناه توزيع مستويات استجابات أفراد العينة لكل محور من محاور الدراسة:

الجدول (11): توزيع المستويات التفسيرية لمحاور الدراسة

المحور	منخفض	متوسط	مرتفع	التقدير العام
معايير جودة الخدمات الصحية	-	29.3%	3.92	0.580
رضا المستفيدين	1%	37%	62%	0.673

بيّنت نتائج الجدول (11) أن نسبة كبيرة من المشاركين، بلغت 70.7%، قيموا مستوى جودة الخدمات الصحية بأنه مرتفع، بينما رأى 29.3% أنه يقع ضمن المستوى المتوسط، دون تسجيل أي تقييمات ضمن المستوى المنخفض، وهو ما يعكس إدراكًا عامًا جيدًا لجودة الخدمات المتاحة في المستشفيات التي شملتها الدراسة.

وفيما يتعلق برضا المستفيدين، فقد أظهرت النتائج أن 62% من أفراد العينة عبّروا عن رضا مرتفع عن الخدمات الصحية، مقابل 37% قيموا رضاهم بأنه متوسط، في حين شكّلت فئة الرضا المنخفض نسبة ضئيلة لا تتجاوز 1% فقط. وتدل هذه المؤشرات مجتمعة على أن رضا المستفيدين يميل بوضوح نحو الارتفاع، وبما يتوافق مع تقييمهم الإيجابي لمستوى الجودة المقدمة.

وتشير هذه النتائج إلى وجود ارتباط ضمني بين ارتفاع مستوى تطبيق معايير الجودة الصحية وبين ارتفاع مستوى رضا المستفيدين، حيث إن الاتجاه الإيجابي الملحوظ في محور الجودة انعكس بشكل واضح في محور الرضا، مما يعزز الفرضية القائلة بأن جودة الخدمة الصحية تمثل عاملاً مؤثراً ومحدداً رئيسياً لرضا المستفيدين.

9. أساليب التحليل الإحصائي.

اعتمدت الدراسة على مجموعة من الأساليب الإحصائية الوصفية والاستدلالية التي تتناسب مع طبيعة المتغيرات وأهداف الدراسة، وذلك باستخدام برنامج التحليل الإحصائي SPSS، وقد شملت هذه الأساليب ما يأتي:

9-1 الأساليب الإحصائية الوصفية

استخدمت بهدف وصف خصائص العينة وبيانات محاور الدراسة، وشملت:

- التكرارات والنسب المئوية لوصف الخصائص الديموغرافية للمشاركين (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، الحالة الوظيفية، المستوى التعليمي، نوع القطاع الصحي، نوع الخدمة، عدد الزيارات... إلخ).
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لوصف مستوى استجابات أفراد العينة لمحاور الدراسة (معايير الجودة الصحية - رضا المستفيدين).
- الحد الأدنى والحد الأقصى للدرجات بهدف فهم نطاق التوزيع.

- مستويات التفسير الثلاثية (مرتفع - متوسط - منخفض) لتصنيف المتوسطات الحسابية وفق المعادلة المعتمدة في الدراسات المماثلة.

9-2 الأساليب الخاصة بفحص صدق وثبات الأداة

- صدق الاتساق الداخلي (Corrected Item–Total Correlation) استخدم لقياس قوة ارتباط كل فقرة بالمحور التابع لها بعد حذف الفقرة من المجموع الكلي، بهدف التحقق من صدق البناء الداخلي لأداة الدراسة، والتأكد من صلاحية العبارات للقياس.
- معامل الثبات (Cronbach's Alpha) استُخدم لقياس اتساق استجابات العينة عبر المحاور المختلفة، حيث تم حسابه لكل من:
- محور معايير جودة الخدمات الصحية (SERVQUAL)
- محور رضا المستفيدين (ACSI)
- بالإضافة إلى قيم الثبات لأبعاد كل محور على حدة، وقد جاءت جميع القيم ضمن الحدود المقبولة إحصائيًا (< 0.70).

9-3 الأساليب الإحصائية الاستدلالية

- استخدمت لاختبار الفرضيات وتحديد أثر معايير الجودة على رضا المستفيدين، وشملت:
- معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لقياس قوة واتجاه العلاقة بين محاور الجودة الصحية ورضا المستفيدين.
- تحليل الانحدار الخطي البسيط والمتعدد (Simple & Multiple Regression) لقياس أثر أبعاد معايير الجودة الصحية (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف) على رضا المستفيدين.
- اختبار المعنوية الإحصائية (Sig.) للحكم على دلالة العلاقات والآثار عند مستوى دلالة α ($= 0.05$).

9-4 معالجة البيانات ومراقبة الجودة

- تم التأكد من خلو البيانات من القيم المفقودة نظرًا لاعتماد أسئلة إجبارية باستثناء سؤال واحد اختياري.
- تم ترميز الاستجابات وإعادة ضبط اتجاه بعض المتغيرات وفق متطلبات التحليل.
- جرى التحقق من افتراضات الانحدار: الاعتدالية، عدم تعدد الخطية، والتشتت المتجانس.

عرض نتائج الدراسة.

1. عرض استجابات العينة على محاور الدراسة

1-1 عرض استجابات العينة على محور معايير جودة الخدمات الصحية

يعرض الجدول الآتي التوزيع الإحصائي العام لاستجابات أفراد العينة تجاه عبارات هذا المحور، متضمناً المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل بعد:

الجدول (12): استجابات أفراد العينة على محور معايير جودة الخدمات الصحية

الأبعاد	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	تقدير العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	تقدير البعد
الملموسية	المرافق الصحية في المستشفى نظيفة ومهياً بشكل جيد .	4.01	0.77	مرتفع	4.05	0.64	مرتفع
	الأجهزة والمعدات الطبية حديثة وتعمل بكفاءة .	4.03	0.83	مرتفع			
	مظهر العاملين في المستشفى مهني ويدل على الانضباط والنظافة .	4.10	0.67	مرتفع			
الاعتمادية	يقدم المستشفى خدماته في الوقت المحدد دون تأخير غير مبرر.	3.75	0.90	مرتفع	3.90	0.67	مرتفع
	يتم تنفيذ الإجراءات الطبية بدقة واهتمام .	3.91	0.80	مرتفع			
	يمكن الاعتماد على نتائج الفحوصات والتحليل المقدمة .	4.05	0.65	مرتفع			
الاستجابة	يتم الاستقبال بسرعة عند الوصول إلى المستشفى .	3.70	0.90	مرتفع	3.79	0.71	مرتفع
	العاملون متعاونون ومستعدون للإجابة عن الاستفسارات .	3.90	0.78	مرتفع			
	يتم التعامل مع المشكلات أو الطلبات بسرعة واهتمام .	3.77	0.82	مرتفع			
	أشعر بالأمان أثناء تلقي الخدمة الطبية .	3.92	0.74	مرتفع			

الأمان	يملك الكادر الطبي مهارات وخبرات عالية .	3.96	0.71	مرتفع	3.99	0.62	مرتفع
		4.08	0.65	مرتفع			
التعاطف	يتعامل العاملون مع المراجعين بلطف واحترام .	3.96	0.68	مرتفع	3.90	0.62	مرتفع
	يهتم الأطباء والممرضون بمشاعري وراحتي النفسية .	3.82	0.76	مرتفع			
	يحرص المستشفى على راحة المراجعين وخاصة كبار السن والنساء والأطفال .	3.92	0.74	مرتفع			

أظهرت نتائج الجدول (12) أن أفراد العينة قِيمُوا جميع عبارات محور معايير جودة الخدمات الصحية (SERVQUAL) بمستوى مرتفع، وفقاً للمتوسطات الحسابية التي تجاوزت جميعها مستوى القطع المعتمد للتقدير المرتفع (3.68 فأكثر). فقد جاء متوسط بعد الملموسية عند (4.05) بانحراف معياري (0.64)، مما يدل على إدراك مرتفع لجودة البيئة المادية للمستشفى، بما في ذلك نظافة المرافق وحداثة الأجهزة والمظهر المهني للعاملين.

وفيما يتعلق ببعد الاعتمادية، بلغ متوسطه (3.90) وبانحراف معياري (0.67)، وهو ما يشير إلى ثقة المستفيدين في التزام المستشفى بالمواعيد وتنفيذ الإجراءات بدقة وإمكانية الاعتماد على نتائج الفحوصات. أما بعد الاستجابة، فقد حقق متوسطاً مقداره (3.79) بانحراف معياري (0.71)، بما يعكس رضا المشاركين عن سرعة الاستقبال وتعاون العاملين وقدرتهم على التعامل مع الاستفسارات والطلبات. وبالنسبة لبعد الأمان، فقد جاء بمتوسط مرتفع بلغ (3.99) وانحراف معياري (0.62)، مما يدل على شعور المستفيدين بالأمان أثناء تلقي الخدمة، وثقتهم بمهارات الكادر الطبي والتزامه بإجراءات السلامة. كما أظهرت النتائج أن بعد التعاطف سجل متوسطاً بلغ (3.90) بانحراف معياري (0.62)، وهو ما يعكس تقدير المستفيدين لأسلوب تعامل العاملين معهم، واهتمام الأطباء والممرضين بمشاعرهم وراحتهم.

وبشكل عام، تشير هذه النتائج إلى أن المستفيدين يتمتعون بمستوى إيجابي مرتفع من إدراك جودة الخدمات الصحية في المستشفيات التي شملتها الدراسة، وأن جميع الأبعاد الخمسة لنموذج SERVQUAL جاءت بتقدير مرتفع، مما يعكس قوة أداء المستشفيات في الجوانب الخدمية التي تم قياسها.

2-1 عرض استجابات العينة على محور رضا المستفيدين

يعرض الجدول الآتي التوزيع الإحصائي العام لاستجابات أفراد العينة تجاه عبارات هذا المحور، متضمناً المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل بعد:

الجدول (13): استجابات أفراد العينة على محور رضا المستفيدين

المحور	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	تقدير العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	تقدير البعد
التوقعات	كانت توقعاتي عن جودة خدمات هذا المستشفى مرتفعة قبل زيارتي له .	3.76	0.74	مرتفع	3.76	0.65	مرتفع
	كنت أتوقع أن يقدم المستشفى خدمات صحية بمستوى عالٍ من الجودة .	3.70	0.83	مرتفع			
	كان لدي ثقة بأن تجربتي في هذا المستشفى ستكون مرضية .	3.83	0.74	مرتفع			
الجودة المدركة	أعتقد أن الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى ذات جودة عالية .	3.83	0.81	مرتفع	3.76	0.77	مرتفع
	مستوى العناية والاهتمام الذي تلقيته كان ممتازاً .	3.86	0.78	مرتفع			
	تجربة الخدمة في هذا المستشفى أفضل مما توقعت .	3.58	0.87	متوسط			
القيمة المدركة	أرى أن الخدمة التي حصلت عليها تستحق الجهد والوقت الذي بذلته .	3.69	0.91	مرتفع	3.69	0.79	مرتفع
	أشعر أن جودة الخدمة تتناسب مع ما دفعته من تكلفة أو وقت انتظار	3.59	0.91	متوسط			
	الخدمة المقدمة من المستشفى تمثل قيمة حقيقية لي كمستفيد .	3.79	0.80	مرتفع			
الرضا العام	أنا راضٍ بشكل عام عن تجربتي في هذا المستشفى .	3.77	0.90	مرتفع	3.78	0.81	مرتفع
	الخدمات المقدمة في هذا المستشفى تلبي توقعاتي	3.80	0.81	مرتفع			

			مرتفع	0.84	3.79	تجربة مراجعة هذا المستشفى جعلتني أشعر بالرضا عن مستوى الرعاية الصحية المقدمة .	
			مرتفع	0.86	3.86	سأختار هذا المستشفى مجددًا عند حاجتي لخدمات صحية مستقبلاً .	
			مرتفع	0.90	3.79	انصح الآخرين بزيارة هذا المستشفى عند حاجتهم إلى الرعاية الصحية .	
			مرتفع	0.83	3.89	أثق بأن هذا المستشفى خيار جيد مقارنة بغيره من المستشفيات.	
مرتفع	0.82	3.85					الولاء

أظهرت نتائج الجدول (13) أن استجابات أفراد العينة تجاه جميع أبعاد محور رضا المستفيدين جاءت ضمن المستوى المرتفع، وذلك استنادًا إلى المتوسطات الحسابية التي تراوحت بين (3.69) و(3.85). وتشير هذه النتائج إلى اتجاه إيجابي واضح نحو مستويات الرضا المقدّمة في المستشفيات محل الدراسة.

فقد بلغ متوسط بعد التوقعات (3.76) بانحراف معياري (0.65)، مما يدل على أن المشاركين كانت لديهم توقعات إيجابية إلى حد كبير قبل تلقي الخدمة، سواء من حيث جودة الرعاية أو مستوى التجربة المتوقعة داخل المستشفى. وتؤكد قيم عبارات هذا البعد ارتفاع مستوى الثقة الأولية لدى المستفيدين.

أما بعد الجودة المُدركة فقد سجّل متوسطاً قدره (3.76) بانحراف معياري (0.77)، وهو ما يشير إلى أن المستفيدين قيّموا جودة الخدمات الفعلية بشكل إيجابي، وإن كانت إحدى العبارات قد حصلت على تقدير متوسط (3.58)، إلا أن المتوسط العام بقي ضمن المستوى المرتفع، مما يعكس رضا عام عن جودة الرعاية المقدّمة.

وفيما يتعلق ببعد القيمة المُدركة، فقد جاء متوسطه عند (3.69) بانحراف معياري (0.79)، ويعكس ذلك شعورًا إيجابيًا لدى المستفيدين بأن قيمة الخدمة متناسبة مع الجهد والوقت والتكلفة المدفوعة، رغم أن إحدى العبارات حصلت على تقدير متوسط (3.59).

أما بعد الرضا العام فقد بلغ متوسطه (3.78) بانحراف معياري (0.81)، وهو ما يشير إلى رضا قوي عن التجربة الصحية بشكل عام، بما في ذلك توافق الخدمات مع توقعات المستفيدين وارتياحهم لمستوى الرعاية المقدّمة.

وأخيرًا، حقق بعد الولاء أعلى متوسط بين أبعاد الرضا، حيث بلغ (3.85) بانحراف معياري (0.82)، وهو ما يدل على استعداد مرتفع لدى المشاركين لإعادة زيارة المستشفى مستقبلاً، بالإضافة إلى نيتهم التوصية به للآخرين وثقتهم به مقارنة بغيره.

وبشكل عام، تُظهر جميع الأبعاد الخمسة لمحور رضا المستفيدين مستوى رضا مرتفعاً، بما يعكس صورة إيجابية عن تجربة المراجعين في المستشفيات التي شملتها الدراسة، ويتسق مع المتوسطات المرتفعة لأبعاد الجودة الصحية في المحور الأول.

2. اختبار الفرضيات والتحليل الاستدلالي

تهدف هذه المرحلة من التحليل إلى اختبار فرضيات الدراسة الرئيسة والفرعية باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، للتحقق من العلاقة والأثر بين معايير الجودة الصحية ورضا المستفيدين في مستشفيات مدينة الرياض.

1-2 الفرضية الرئيسية الأولى

للتحقق من الفرضية الرئيسية الأولى التي تنص على: "توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات بمدينة الرياض ورضا المستفيدين عنها"، تم استخدام معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) على متغيري: جودة الخدمات الصحية ورضا المستفيدين، وذلك بهدف قياس قوة واتجاه العلاقة بينهما، والحكم على دلالتها الإحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$. كما في الجدول التالي:

الجدول (14): معامل الارتباط بيرسون بين جودة الخدمات الصحية ورضا المستفيدين

المتغير	معامل الارتباط بيرسون	قيمة الدلالة Sig
جودة الخدمات الصحية مع رضا المستفيدين	0.844	0.000

أظهرت نتائج الجدول (14) وجود علاقة ارتباط طردية قوية جداً بين جودة الخدمات الصحية ورضا المستفيدين، حيث بلغ معامل الارتباط (0.844) وهو من القيم المرتفعة التي تشير إلى قوة العلاقة. كما بينت قيمة الدلالة الإحصائية ($\text{Sig} = 0.000$) أنها أقل بكثير من مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ ، مما يدل على أن العلاقة ذات دلالة إحصائية.

وبناءً عليه، يتم قبول الفرضية الرئيسية الأولى التي تنص على وجود علاقة طردية دالة بين جودة الخدمات الصحية ورضا المستفيدين.

2-2 الفرضية الرئيسية الثانية.

للتحقق من الفرضية الرئيسية الثانية، والتي تنص على: "يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) لجودة الخدمات الصحية المقدمة على رضا المستفيدين في المستشفيات بمدينة الرياض"، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression) لقياس أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستفيدين. كما في الجداول التالية:

الجدول (15): ملخص نموذج الانحدار لقياس أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستفيدين

معامل الارتباط (R)	معامل التحديد R Square	معامل التحديد المعدل Adjusted R Square	الخطأ المعياري للتقدير Std. Error of the Estimate
0.844	0.713	0.709	0.363

أظهرت نتائج الجدول (15) قوة النموذج التنبؤي الذي يربط بين جودة الخدمات الصحية ورضا المستفيدين؛ إذ بلغ معامل الارتباط (R) قيمة مرتفعة مقدارها (0.844)، مما يدل على وجود علاقة طردية قوية للغاية بين المتغيرين. كما بين معامل التحديد ($R^2 = 0.713$) أن جودة الخدمات الصحية تفسر نحو (71.3%) من التباين في رضا المستفيدين، وهي نسبة عالية تعكس التأثير الكبير للجودة على الرضا. وجاء معامل التحديد المعدل ($Adjusted R^2 = 0.709$) متقارباً من قيمته الأصلية، مما يشير إلى ملاءمة النموذج واستقراره الإحصائي. أما الخطأ المعياري للتقدير (0.363) فقد ظهر بقيمة منخفضة تدل على دقة النموذج وقدرته الجيدة على التنبؤ بمستوى الرضا. وبشكل عام، تؤكد هذه النتائج أن جودة الخدمات الصحية تُعد عاملاً مؤثراً ومحورياً في تحديد رضا المستفيدين، مما يدعم الفرضية الرئيسية الثانية بقوة.

الجدول (16): تحليل التباين ANOVA

مجموع المربعات Sum of Square	درجات الحرية df	متوسط المربعات Mean Square	قيمة F	مستوى الدلالة .Sig
29.432	1	29.432	223.247	0.000
11.865	90	0.132	—	—
41.297	91	—	—	—

أظهرت نتائج تحليل التباين (ANOVA) الواردة في الجدول (16) أن نموذج الانحدار المستخدم لقياس أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستفيدين يُعد نموذجاً معنوياً ودالاً إحصائياً، حيث بلغت

قيمة $F = 223.247$ وهي قيمة مرتفعة تعكس قوة النموذج في تفسير التباين في المتغير التابع. كما بين مستوى الدلالة الإحصائية $Sig = 0.000$ ، وهو أقل بكثير من مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha \leq 0.05$)، أن هذا النموذج ذو دلالة إحصائية عالية، وأن جودة الخدمات الصحية تؤثر فعليًا وبشكل معنوي في رضا المستفيدين. وتشير هذه النتيجة إلى أن جزءًا كبيرًا من التغير في رضا المستفيدين يمكن تفسيره من خلال جودة الخدمات الصحية المقدمة، مما يدعم الفرضية الرئيسية الثانية التي تفترض وجود تأثير دال إحصائيًا لمعايير الجودة على رضا المستفيدين في المستشفيات بمدينة الرياض.

الجدول (17): معاملات الانحدار Coefficients

.Sig	T	المعاملات المعيارية Standardized Coefficients	المعاملات غير المعيارية Unstandardized Coefficients		
		Beta	Std. Error	B	
0.772	- 0.291	-	0.260	-0.076	الثبات
0.000	14.941	0.844	0.066	0.980	معايير الجودة

أظهرت نتائج جدول (17) أن متغير معايير الجودة الصحية يمتلك تأثيرًا قويًا ومباشرًا على رضا المستفيدين؛ حيث بلغ معامل الانحدار غير المعياري (B) قيمة (0.980) وهو معامل موجب، مما يعني أن ارتفاع مستوى جودة الخدمات الصحية بمقدار وحدة واحدة يؤدي إلى زيادة رضا المستفيدين بمقدار يقارب (0.98) وحدة. كما أظهرت قيمة المعامل المعياري ($Beta = 0.844$) وجود تأثير كبير لمعايير الجودة مقارنةً ببقية المتغيرات المحتملة.

وقد كانت قيمة $t = 14.941$ مصحوبة بمستوى دلالة $Sig = 0.000$ وهو أقل من مستوى الدلالة (0.05)، مما يشير إلى أن هذا التأثير دال إحصائيًا. أما الثابت (Constant) فقد كانت قيمته (-0.076) وغير دال إحصائيًا ($Sig = 0.772$)، مما يدل على أن مستوى رضا المستفيدين لا يعتمد على الجزء الثابت من النموذج، بل يعتمد بشكل رئيسي على مستوى جودة الخدمات الصحية.

وتؤكد هذه النتائج أن تحسين جودة الخدمات الصحية يسهم بشكل جوهري وملحوظ في رفع مستوى رضا المستفيدين، وهو ما يدعم الفرضية الرئيسية الثانية للدراسة التي تنص على وجود تأثير ذي دلالة إحصائية لجودة الخدمات الصحية على رضا المستفيدين.

1-2-2 الفرضية الفرعية الأولى

تنص على: "يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) لبعد الملموسية في المستشفيات بمدينة الرياض على رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة".

للتحقق من أثر بعد الملموسية في جودة الخدمات الصحية على رضا المستفيدين، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط Simple Linear Regression في برنامج SPSS، وذلك لقياس قوة التأثير ودلالته الإحصائية. كما يتضح في الجداول التالية:

الجدول (18): ملخص نموذج الانحدار بين بعد الملموسية ورضا المستفيدين

معامل الارتباط (R)	معامل التحديد R Square	معامل التحديد المعدل Adjusted R Square	الخطأ المعياري للتقدير Std. Error of the Estimate
0.722	0.521	0.516	0.468

تشير نتائج الجدول (18) إلى أن معامل الارتباط $R = 0.722$ ، وهي قيمة مرتفعة تعكس وجود علاقة ارتباط قوية وموجبة بين بعد الملموسية ورضا المستفيدين. كما بلغ معامل التحديد R Square = 0.521، ما يعني أن الملموسية تفسّر 52.1% من التغير في مستوى رضا المستفيدين، وهي نسبة تفسير كبيرة تُظهر أهمية هذا البعد في التأثير على رضا المراجعين.

أما معامل التحديد المعدل Adjusted R Square = 0.516 فقد جاء قريباً من القيمة الأصلية، مما يدل على استقرار النموذج الإحصائي وملاءمته للتنبؤ. كما كان الخطأ المعياري للتقدير منخفضاً نسبياً (0.46882)، مما يشير إلى دقة مقبولة للنموذج في التنبؤ بمتغير الرضا اعتماداً على درجة الملموسية.

الجدول (19): اختبار ANOVA لبعد الملموسية

مجموع المربعات Sum of Square	درجات الحرية df	متوسط المربعات Mean Square	قيمة F	مستوى الدلالة .Sig
21.516	1	21.516	97.892	0.000
19.781	90	0.220	–	–
41.297	91	–	–	–

يُظهر الجدول (19) نتائج اختبار تحليل التباين (ANOVA) المستخدم لفحص دلالة نموذج الانحدار الذي يختبر أثر بعد الملموسية على رضا المستفيدين. وقد بلغت قيمة $F = 97.892$ وهي

قيمة مرتفعة، ما يشير إلى أن نموذج الانحدار يفسر جزءاً مهماً من التباين في متغير الرضا. كما أن قيمة مستوى الدلالة $Sig = 0.000$ وهي أقل بكثير من مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha \leq 0.05$)، مما يدل على أن النموذج ذو دلالة إحصائية.

وتعني هذه النتيجة أن هناك أثراً معنوياً لبعد الملموسية على رضا المستفيدين، وأن الفروق الموجودة في درجات الرضا يمكن تفسيرها بدرجة كبيرة من خلال مستوى الملموسية في الخدمات الصحية المقدمة داخل المستشفيات بمدينة الرياض. وبالتالي، فإن الفرضية الفرعية الأولى التي تنص على وجود تأثير دال إحصائياً للملموسية على رضا المستفيدين تحظى بدعم واضح من النتائج الإحصائية.

الجدول (20): معاملات الانحدار لبعد الملموسية

.Sig	T	المعاملات المعيارية Standardized Coefficients	المعاملات غير المعيارية Unstandardized Coefficients		
		Beta	Std. Error	B	
0.022	2.325	–	0.312	0.725	الثبات
0.000	9.894	0.722	0.076	0.753	الملموسية

أظهرت نتائج الجدول (20) أن لبعد الملموسية تأثيراً إيجابياً وذا دلالة إحصائية على رضا المستفيدين. حيث بلغت قيمة معامل الانحدار غير المعياري $B = 0.753$ ، مما يدل على أنه مع كل زيادة وحدة واحدة في درجة الملموسية، ترتفع درجة رضا المستفيدين بمقدار 0.753 وحدة، وهو تأثير كبير نسبياً. كما بلغت قيمة معامل بيتا المعياري $Beta = 0.722$ ، مما يشير إلى أن الملموسية تُعدّ من أهم محددات الرضا مقارنة ببقية الأبعاد.

كذلك جاء اختبار T للبُعد بقيمة $T = 9.894$ عند مستوى دلالة $Sig = 0.000$ (> 0.05)، ما يؤكد تمتع المتغير بتأثير معنوي قوي، وبالتالي قبول الفرضية الفرعية الأولى التي تنص على وجود تأثير دال إحصائياً لبعد الملموسية على رضا المستفيدين. كما أن ثابت الانحدار (Constant) كانت له قيمة دالة عند $Sig = 0.022$ مما يشير إلى وجود مستوى أساسي من الرضا حتى قبل إضافة تأثير المتغير المستقل.

2-2-2 الفرضية الفرعية الثانية

للتحقق من الفرضية الفرعية الثانية التي تنص على: "يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) لبعد الاعتمادية في المستشفيات بمدينة الرياض على رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة". فقد تم استخدام اختبار الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression)، وذلك بهدف قياس أثر بعد الاعتمادية باعتباره المتغير المستقل على رضا المستفيدين باعتباره المتغير التابع، والتأكد من دلالة هذا الأثر إحصائياً. كما في الجداول التالية:

الجدول (21): ملخص نموذج الانحدار بين بعد الاعتمادية ورضا المستفيدين

معامل الارتباط (R)	معامل التحديد R Square	معامل التحديد المعدل Adjusted R Square	الخطأ المعياري للتقدير Std. Error of the Estimate
0.733	0.537	0.532	0.450

أظهر الجدول (21) أن قيمة معامل الارتباط R بلغت (0.733)، وهي قيمة تشير إلى وجود علاقة ارتباط قوية موجبة بين بُعد الاعتمادية ورضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات بمدينة الرياض.

كما أوضح الجدول أن معامل التحديد R Square بلغ (0.537)، ما يعني أن نحو 53.7% من التغير في رضا المستفيدين يمكن تفسيره من خلال مستوى الاعتمادية في الخدمات المقدمة، وهو مقدار كبير ومؤثر يدل على قوة النموذج.

وقد بلغت قيمة معامل التحديد المعدل Adjusted R Square = 0.532، مما يشير إلى استقرار النموذج وصلاحيته للتعميم على المجتمع الأكبر. أما الخطأ المعياري للتقدير فقد بلغ 0.46071، وهو مستوى منخفض نسبياً، مما يعكس قدرة النموذج على التنبؤ بدرجة جيدة.

وبصورة عامة، تؤكد هذه النتائج أن بعد الاعتمادية يمثل أحد أهم العوامل المؤثرة في رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية، وأن زيادة الاعتمادية في تقديم الخدمات ترتبط بارتفاع مستويات رضا المستفيدين بشكل واضح.

الجدول (22): اختبار ANOVA لبعد الاعتمادية

مستوى الدلالة .Sig	قيمة F	متوسط المربعات Mean Square	درجات الحرية df	مجموع المربعات Sum of Square	
0.000	104.568	22.195	1	22.195	الانحدار
-	-	0.212	90	19.103	البواقي
-	-	-	91	41.297	الإجمالي

أظهرت نتائج تحليل التباين الواردة في الجدول (22) أنّ نموذج الانحدار المستخدم لفحص أثر بعد الاعتمادية على رضا المستفيدين يُعد نموذجًا مناسبًا من الناحية الإحصائية؛ إذ بلغت قيمة $F = 104.568$ ، وهو ما يشير إلى وجود فرق حقيقي في المتوسطات لا يمكن عزوه للصدفة. كما بيّنت النتائج أن مستوى الدلالة ($\text{Sig} = 0.000$) وهو أقل من مستوى المعنوية الذي اعتمدته الدراسة ($\alpha \leq 0.05$)، مما يدل على وجود تأثير دال إحصائيًا لبعد الاعتمادية في تفسير التغير في رضا المستفيدين. ويعني ذلك أن الاعتمادية تُعد أحد العوامل الجوهرية التي تسهم في رفع مستوى رضا المراجعين عن الخدمات الصحية المقدمة. وبناءً على هذه النتيجة، تقبل الدراسة الفرضية الفرعية الثانية التي تنص على أن "لبعد الاعتمادية تأثيرًا ذا دلالة إحصائية على رضا المستفيدين".

الجدول (23): معاملات الانحدار (Coefficients) لبعد الاعتمادية

.Sig	T	المعاملات المعيارية Standardized Coefficients	المعاملات غير المعيارية Unstandardized Coefficients		
		Beta	Std. Error	B	
0.002	3.151	-	0.285	0.899	الثبات
0.000	10.226	0.733	0.072	0.736	الاعتمادية

يوضّح الجدول رقم (23) نتائج تحليل الانحدار البسيط لبعد الاعتمادية بوصفه متغيرًا مستقلًا وتأثيره على رضا المستفيدين بوصفه متغيرًا تابعًا. أظهر التحليل أن قيمة معامل الانحدار غير المعياري (B) بلغت 0.736، مما يشير إلى أن زيادة مستوى الاعتمادية بمقدار وحدة واحدة تؤدي إلى زيادة رضا المستفيدين بمقدار 0.736 وحدة. كما بلغت قيمة معامل الانحدار المعياري (Beta) 0.733، وهو ما يدل على قوة تأثير مرتفعة لبعد الاعتمادية على رضا المستفيدين مقارنة ببقية الأبعاد.

وبلغت قيمة $T = 10.226$ مع مستوى دلالة $\text{Sig} = 0.000$ ، وهو أقل من $(\alpha \leq 0.05)$ ، مما يعني أن تأثير الاعتمادية تأثير دال إحصائياً. وتشير هذه النتيجة إلى أن الاعتمادية تُعد من العوامل الأساسية المؤثرة في رفع مستوى رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية.

وبناءً على ذلك، يتم قبول الفرضية الفرعية الثانية التي تنص على: "يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية $(\alpha \leq 0.05)$ لبعد الاعتمادية في المستشفيات بمدينة الرياض على رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة".

3-2-2 الفرضية الفرعية الثالثة

لاختبار الفرضية الفرعية الثالثة التي تنص على: "يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية $(\alpha \leq 0.05)$ لبعد الاستجابة في المستشفيات بمدينة الرياض على رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة"، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression) بهدف قياس مدى إسهام بُعد الاستجابة بوصفه متغيراً مستقلاً في تفسير التباين في رضا المستفيدين بوصفه متغيراً تابعاً، والتحقق من قوة هذا التأثير ودلالته الإحصائية. كما في الجداول التالية:

الجدول (24): ملخص نموذج الانحدار بين بعد الاستجابة ورضا المستفيدين

معامل الارتباط (R)	معامل التحديد R Square	معامل التحديد المعدل Adjusted R Square	الخطأ المعياري للتقدير Std. Error of the Estimate
0.730	0.532	0.527	0.463

يُظهر الجدول (24) النتائج الإحصائية لنموذج الانحدار البسيط الذي اختبر أثر بُعد الاستجابة على رضا المستفيدين في المستشفيات بمدينة الرياض. وقد بلغت قيمة معامل الارتباط (R) مقدار 0.730، وهي قيمة مرتفعة نسبياً وتشير إلى وجود علاقة ارتباط موجبة قوية بين بعد الاستجابة ورضا المستفيدين، مما يعني أنه كلما ارتفع مستوى الاستجابة داخل المستشفى ارتفع معه مستوى رضا المستفيدين.

كما بلغت قيمة معامل التحديد (R Square) مقدار 0.532، وهو ما يدل على أن بعد الاستجابة يفسر ما نسبته 53.2% من التغير في رضا المستفيدين، بينما تُعزى النسبة المتبقية (46.8%) إلى عوامل أخرى لم يتناولها هذا النموذج. أما معامل التحديد المعدل (Adjusted R Square)، فقد بلغ 0.527، وهي قيمة قريبة جداً من R^2 ، مما يشير إلى مستوى استقرار جيد للنموذج وقوة تفسيرية

متناسكة. كما يظهر أن قيمة الخطأ المعياري للتقدير (Std. Error of the Estimate) بلغت 0.46323، وهو مستوى منخفض نسبياً يعكس جودة النموذج وقدرته التنبؤية المقبولة.

الجدول (25): اختبار ANOVA لبعد الاستجابة

مستوى الدلالة .Sig	قيمة F	متوسط المربعات Mean Square	درجات الحرية df	مجموع المربعات Sum of Square	
0.000	102.456	21.985	1	21.985	الانحدار
–	–	0.215	90	19.312	البواقي
–	–	–	91	41.297	الإجمالي

تشير نتائج اختبار تحليل التباين ANOVA الواردة في الجدول (25) إلى فحص معنوية نموذج الانحدار البسيط الذي يختبر أثر بعد الاستجابة على رضا المستفيدين. وقد بلغ مجموع المربعات العائد للانحدار (Regression) قيمة 21.985 بدرجة حرية واحدة، في حين بلغ مجموع مربعات البواقي (Residual) 19.312 بدرجة حرية (90)، وذلك من أصل مجموع كلي مقداره 41.297.

وقد أظهر متوسط مربعات الانحدار قيمة 21.985 مقابل 0.215 لمتوسط مربعات البواقي، مما نتج عنه قيمة F مرتفعة بلغت 102.456، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى معنوية $\text{Sig} = 0.000$ ، وهو أقل بكثير من مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha \leq 0.05$).

وبناءً على ذلك، يمكن القول إن نموذج الانحدار ككل مُعْنِيّ إحصائياً، وأن بعد الاستجابة يُسهم بشكل دال في تفسير التباين في رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات بمدينة الرياض، مما يدعم صحة الفرضية الفرعية الثالثة.

الجدول (26): معاملات الانحدار (Coefficients) لبعد الاستجابة

.Sig	T	المعاملات المعيارية Standardized Coefficients	المعاملات غير المعيارية Unstandardized Coefficients		
		Beta	Std. Error	B	
0.000	4.533	–	0.261	1.182	الثبات
0.000	10.122	0.730	0.068	0.683	الاستجابة

أظهرت نتائج الجدول (26) وجود تأثير إيجابي ودال إحصائيًا لبعد الاستجابة على رضا المستفيدين، حيث بلغت قيمة معامل الانحدار غير المعياري ($B = 0.683$) عند مستوى دلالة ($Sig = 0.000$) بما يشير إلى أن زيادة مستوى الاستجابة داخل المستشفى تسهم بشكل ملحوظ في رفع مستوى رضا المستفيدين. كما بين معامل بيتا المعياري ($Beta = 0.730$) أن بُعد الاستجابة يُعد أحد أهم المتغيرات المؤثرة في الرضا، نظرًا لقوة تأثيره وارتفاع قيمته. ويدل ذلك على أن تحسين سرعة الاستجابة، والتعامل الفعال مع استفسارات المرضى، والانتباه لاحتياجاتهم، يمثل عوامل جوهرية في تعزيز رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة.

2-2-4 الفرضية الفرعية الرابعة

لاختبار الفرضية الفرعية الرابعة، والتي تنص على: "يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) لبعد الأمان في المستشفيات بمدينة الرياض على رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة"، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression) لقياس أثر بُعد الأمان على رضا المستفيدين، والتحقق من مستوى الدلالة الإحصائية للعلاقة بين المتغيرين باستخدام برنامج SPSS. كما يتبين في الجداول التالية:

الجدول (27): ملخص نموذج الانحدار بين بُعد الأمان ورضا المستفيدين

معامل الارتباط (R)	معامل التحديد R Square	معامل التحديد المعدل Adjusted R Square	الخطأ المعياري للتقدير Std. Error of the Estimate
0.845	0.714	0.711	0.362

أظهرت نتائج الجدول (27) أن معامل الارتباط بين بُعد الأمان ورضا المستفيدين بلغ $R = 0.845$ ، وهي قيمة مرتفعة جدًا تدل على وجود علاقة قوية وموجبة بين المتغيرين. كما أوضحت نتيجة معامل التحديد $R \text{ Square} = 0.714$ أن بُعد الأمان يفسر ما نسبته 71.4% من التباين في رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية، وهي نسبة تفسير عالية تعكس قوة تأثير هذا البعد.

كذلك أشارت قيمة معامل التحديد المعدل $\text{Adjusted R Square} = 0.711$ إلى ثبات النتيجة حتى بعد ضبطها لحجم العينة وعدد المتغيرات، مما يعزز موثوقية النموذج. بينما بلغت قيمة الخطأ المعياري للتقدير ($\text{Std. Error} = 0.36244$) مستوى منخفضًا نسبيًا، ما يدل على أن النموذج يتمتع بدرجة جيدة من الدقة في التنبؤ برضا المستفيدين.

وتُشير هذه النتائج مجتمعة إلى أن بُعد الأمان يمثل أحد أقوى محددات رضا المستفيدين، ويؤدي دوراً مهماً في تشكيل تجربتهم عند تلقي الخدمات الصحية داخل المستشفيات بمدينة الرياض.

الجدول (28): اختبار ANOVA لبعد الأمان

مستوى الدلالة .Sig	قيمة F	متوسط المربعات Mean Square	درجات الحرية df	مجموع المربعات Sum of Square	
0.000	224.377	29.457	1	29.475	الانحدار
–	–	0.131	90	11.823	البواقي
–	–	–	91	41.297	الإجمالي

أظهرت نتائج الجدول (28) الخاص باختبار دلالة نموذج الانحدار بين بعد الأمان كمتغير مستقل ورضا المستفيدين كمتغير تابع، أن قيمة $F = 224.377$ وهي قيمة كبيرة تدل على ارتفاع جودة النموذج الإحصائي. كما أن مستوى الدلالة الإحصائية المصاحب لها جاء $\text{Sig.} = 0.000$ وهو أقل بكثير من مستوى الدلالة المحدد ($\alpha \leq 0.05$)، مما يشير بوضوح إلى أن نموذج الانحدار معنوي إحصائياً. وبناءً على ذلك، يمكن القول إن بعد الأمان يُسهم بشكل دال إحصائياً في تفسير التغير في رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات مدينة الرياض، وأن أثره ليس نتيجة للصدفة الإحصائية، بل يمثل علاقة حقيقية يمكن الاعتماد عليها في تفسير الرضا العام للمستفيدين.

الجدول (29): معاملات الانحدار (Coefficients) لبعد الأمان

.Sig	T	المعاملات المعيارية Standardized Coefficients	المعاملات غير المعيارية Unstandardized Coefficients		
		Beta	Std. Error	B	
0.543	0.611	–	0.245	0.150	الثبات
0.000	14.979	0.845	0.061	0.908	الأمان

يُظهر الجدول (29) نتائج تحليل الانحدار البسيط الهادف إلى قياس أثر بعد الأمان في المستشفيات بمدينة الرياض على رضا المستفيدين. وتشير النتائج إلى أن معامل الانحدار غير المعياري لبعد الأمان بلغ ($B = 0.908$) وبانحراف معياري (0.061)، وهو معامل موجب، مما يعني أن أي زيادة في مستوى الشعور بالأمان لدى المستفيدين تقابلها زيادة في مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية.

كما أظهر الاختبار الإحصائي المرافق ($T = 14.979$) قيمة مرتفعة جدًا، مصحوبة بمستوى دلالة ($Sig = 0.000$) وهو أقل بكثير من مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha = 0.05$)، مما يدل على دلالة إحصائية قوية لأثر الأمان على الرضا. وتشير قيمة المعامل المعياري ($Beta = 0.845$) إلى أن الأمان يعد من أقوى المتغيرات المؤثرة، حيث يتمتع بتأثير مرتفع مقارنة ببقية الأبعاد. أما ثابت النموذج ($Constant = 0.150$) فقد جاء غير دال إحصائيًا ($Sig = 0.543$)، مما يعني أن تفسير الرضا يعتمد بدرجة رئيسية على متغير الأمان وليس على الثابت.

وبناءً على ذلك، تؤكد هذه النتائج أن بعد الأمان يُعد مؤثرًا جوهريًا وقويًا في تفسير رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة، وتدعم رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة القائلة بوجود تأثير إحصائي معنوي لبعد الأمان.

2-2-5 الفرضية الفرعية الخامسة

وللتحقق من الفرضية الفرعية الخامسة التي تنص على: "يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) لبعد التعاطف في المستشفيات بمدينة الرياض على رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة"، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط في برنامج SPSS، وذلك لقياس مقدار تأثير بُعد التعاطف باعتباره متغيرًا مستقلًا على رضا المستفيدين بوصفه متغيرًا تابعًا. كما في الجداول التالية:

الجدول (30): ملخص نموذج الانحدار بين بعد التعاطف ورضا المستفيدين

معامل الارتباط (R)	معامل التحديد R Square	معامل التحديد المعدل Adjusted R Square	الخطأ المعياري للتقدير Std. Error of the Estimate
0.679	0.461	0.455	0.497

يُظهر الجدول (30) نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط الذي يختبر أثر بُعد التعاطف على رضا المستفيدين. وقد بلغت قيمة معامل الارتباط (R) نحو 0.679، وهي قيمة تشير إلى وجود علاقة ارتباط متوسطة إلى قوية بين المتغيرين. كما أوضحت النتائج أن معامل التحديد (R Square) بلغ 0.461، مما يعني أن بُعد التعاطف يفسّر ما نسبته 46.1% من التباين في رضا المستفيدين، وهي نسبة تفسير تُعد جيدة في البحوث الاجتماعية. كما بلغ معامل التحديد المعدل (Adjusted R Square) قيمة 0.455، وهو ما يؤكد استقرار النموذج وعدم تأثره بحجم العينة. ويظهر كذلك أن الخطأ المعياري للتقدير (Std. Error of the Estimate) بلغ 0.497، مما يدل على أن النموذج يتمتع بدرجة مناسبة من

الدقة في التنبؤ بقيم المتغير التابع. وتشير هذه النتائج مجتمعةً إلى أن بُعد التعاطف يمتلك تأثيراً واضحاً وذا دلالة عملية في تفسير مستوى رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية.

الجدول (31): اختبار ANOVA لبعد الأمان

مستوى الدلالة .Sig	قيمة F	متوسط المربعات Mean Square	درجات الحرية df	مجموع المربعات Sum of Square	
0.000	76.940	19.033	1	19.033	الانحدار
–	–	0.247	90	22.264	البواقي
–	–	–	91	41.297	الإجمالي

تشير نتائج جدول تحليل التباين (31) إلى وجود تأثير دالٍ إحصائيًا لبُعد التعاطف على رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات مدينة الرياض؛ حيث بلغت قيمة $F = 76.940$ عند مستوى دلالة $\text{Sig} = 0.000$ وهو أقل من مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha \leq 0.05$). وهذا يدل على أن نموذج الانحدار ذو معنوية إحصائية، وأن بُعد التعاطف يساهم بشكل واضح في تفسير التباين في رضا المستفيدين. كما يظهر الفرق بين مجموع مربعات الانحدار (19.033) ومجموع مربعات البواقي (22.264) أن جزءاً معتبراً من التغير في رضا المستفيدين يمكن تفسيره من خلال مستوى التعاطف الذي يقدمه مقدمو الخدمة الصحية. وبالتالي، فإن الفرضية الفرعية القائلة بوجود تأثير للتعاطف على رضا المستفيدين تُقبل إحصائياً.

الجدول (32): معاملات الانحدار (Coefficients) لبعد التعاطف

.Sig	T	المعاملات المعيارية Standardized Coefficients	المعاملات غير المعيارية Unstandardized Coefficients		
		Beta	Std. Error	B	
0.002	3.138	–	0.320	1.004	الثبات
0.000	8.772	0.679	0.081	0.709	التعاطف

أظهرت نتائج نموذج الانحدار الموضحة في الجدول (32) وجود تأثير ذي دلالة إحصائية لبُعد التعاطف على رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة. حيث تشير قيمة معامل الانحدار غير

المعياري ($B = 0.709$) إلى أن ارتفاع مستوى التعاطف بوحدة واحدة يؤدي إلى زيادة رضا المستفيدين بمقدار 0.709 نقطة في المتوسط، ما يعكس قوة التأثير الإيجابي لهذا البعد.

كما يتضح من قيمة $Beta = 0.679$ أن بُعد التعاطف يُعد من المؤثرات القوية على المتغير التابع مقارنةً ببقية الأبعاد. وتشير قيمة $t = 8.772$ ومستوى الدلالة $Sig = 0.000$ إلى أن هذا التأثير معنوي إحصائياً عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ ، مما يعني قبول الفرضية القائلة بوجود تأثير دال إحصائياً لبُعد التعاطف على رضا المستفيدين.

أما ثابت النموذج ($Constant = 1.004$) فيُظهر مستوى الرضا المتوقع عند انعدام تأثير بُعد التعاطف، وهو أيضاً دال إحصائياً عند مستوى $(Sig = 0.002)$. تعكس هذه النتائج بشكل عام الأهمية البارزة للتعاطف في تعزيز رضا المستفيدين.

الفصل الخامس: مناقشة نتائج الدراسة، المقترحات، والتوصيات

مناقشة نتائج الدراسة

1. مناقشة النتائج الوصفية

2. مناقشة نتائج الفرضيات

الدلالات النظرية والتطبيقية

1. الدلالات النظرية

2. الدلالات التطبيقية

المقترحات والتوصيات

1. المقترحات العلمية

2. التوصيات العلمية

تمهيد

يُعد هذا الفصل خاتمة الدراسة، إذ يقدم تفسيراً مركزاً لنتائج الفصل الرابع في ضوء الأدبيات النظرية والدراسات السابقة. ويركّز على مناقشة أثر أبعاد جودة الخدمات الصحية- الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، والتعاطف - في رضا المستفيدين داخل مستشفيات مدينة الرياض. كما يستعرض الفصل قوة العلاقات الإحصائية بين المتغيرات ومدى إسهام كل بُعد في تفسير التباين في الرضا. ويتناول تفسير الاتجاهات والنتائج غير المتوقعة والعوامل المحتملة وراءها. ويختتم الفصل باستخلاص استنتاجات الدراسة وتقديم توصيات عملية ومقترحات بحثية مستقبلية تسهم في تحسين جودة الخدمات الصحية.

1. مناقشة نتائج الدراسة

1-1 مناقشة النتائج الوصفية

خصائص العينة وتفسيرها

تكوّنت عينة الدراسة من (92) من مراجعي المستشفيات في مدينة الرياض، شاركوا في الإجابة عن أداة الدراسة كاملة، بما يمثل إطاراً مقبولاً لتحليل خصائص المستفيدين من الخدمات الصحية في المدينة.

وأظهرت النتائج أن غالبية أفراد العينة من الإناث بنسبة (89.1%) مقابل (10.9%) من الذكور؛ وهو ما يعكس حضوراً نسائياً طاعياً ضمن مستخدمي الخدمات الصحية محل الدراسة، وقد يُفسّر ذلك بارتفاع معدلات مراجعة النساء للمنشآت الصحية سواءً لمتابعة حالتهم الصحية أو مرافقة الأبناء والأسرة، بما يمنح نتائج الدراسة بعداً مهماً في فهم تجارب شريحة واسعة من المستفيدين الإناث.

أما من حيث الفئة العمرية، فقد تبين أن الشريحة الأكثر تمثيلاً هي الفئة من (25-34) سنة بنسبة (44.6%)، تليها الفئة من (35-44) سنة بنسبة (30.4%)، ثم الفئة الأقل من (25) سنة بنسبة (15.2%)، في حين شكّلت الفئة (45 سنة فأكثر) نسبة (9.8%) من إجمالي العينة.

ويشير هذا التوزيع إلى أن غالبية المشاركين من الفئات العمرية الشابة والوسطى، وهي الفئات الأكثر احتكاكاً بالخدمات الصحية بحكم مسؤولياتهم الأسرية والوظيفية، وكذلك الأكثر وعياً بمفاهيم الجودة وحقوق المستفيد؛ الأمر الذي يجعل تقديراتهم لمستوى معايير الجودة ورضاهم عن الخدمات الصحية أكثر ارتباطاً بتجربة استخدام متكررة وواعية.

وفيما يتعلّق بالحالة الاجتماعية، أظهرت النتائج أن (56.5%) من أفراد العينة متزوجون، مقابل (39.1%) غير متزوجين، و(4.3%) مطلّون، دون وجود حالات أرامل ضمن العينة.

ويعكس ذلك غلبة الفئات الأسرية على مفردات العينة، بما يعني أن تقييمهم لجودة الخدمات الصحية لا ينفصل عن مسؤوليتهم عن صحة أفراد الأسرة (أطفالًا وكبارًا)، وهو ما يمكن أن يفسّر حساسية أكبر تجاه جوانب مثل الانتظار، ودقة المواعيد، وسلامة الإجراءات، وجودة التعامل الإنساني.

ومن حيث الحالة الوظيفية، بيّنت النتائج أن (45.7%) من المشاركين يعملون في وظائف حكومية أو خاصة، في حين شكّل الباحثون عن عمل نسبة (29.3%)، والطلاب (14.1%)، والمتقاعدون (10.9%).

ويشير هذا إلى تنوّع في الوضع الاقتصادي والاجتماعي لأفراد العينة؛ فوجود نسبة معتبرة من العاملين يعكس احتكاكًا متكررًا بالمستشفيات في إطار جداول زمنية مزدحمة، ما يجعلهم أكثر حساسية لعوامل الوقت وسلاسة الإجراءات، بينما قد يكون الباحثون عن عمل والطلاب أكثر تأثرًا بعوامل التكلفة والتغطية التأمينية عند تقييمهم لجودة الخدمات.

أما من ناحية المستوى التعليمي، فقد أظهرت البيانات أن الغالبية يحملون مؤهل البكالوريوس بنسبة (56.5%)، يليهم الحاصلون على دراسات عليا بنسبة (15.2%)، في حين بلغت نسبة الحاصلين على الثانوية العامة (12%)، والدبلوم (8.7%)، بينما شكّل الحاصلون على التعليم الابتدائي والمتوسط معًا نسبة محدودة (حوالي 7.6%).

وتدل هذه التركيبة التعليمية على أن العينة يغلب عليها الطابع الجامعي وما بعد الجامعي، ما يُعزّز قدرتهم على استيعاب مفاهيم الجودة، والتفاعل مع الاستبانة بدقة، والتفريق بين مستويات الخدمة، وهو ما يمنح نتائج الدراسة قدرًا أعلى من النضج في تقييم معايير الجودة الصحية ورضا المستفيدين عنها.

وبالنسبة لنوع القطاع الصحي الذي تتم زيارته غالبًا، فقد أوضحت النتائج أن (39.1%) من أفراد العينة يراجعون في الأساس مستشفيات حكومية، بينما يفضّل (31.5%) المستشفيات الخاصة، و(29.3%) يتعاملون مع كلا القطاعين معًا.

ويُبرز هذا التوزيع أن الدراسة لا تقتصر على نمط واحد من الخدمات، بل تشمل تجارب متنوعة بين العام والخاص؛ مما يتيح إمكانية عقد مقارنات ضمنية بين طبيعة تطبيق معايير الجودة في كلا القطاعين، وانعكاس ذلك على رضا المستفيدين. كما بيّنت النتائج أن نوع الخدمة في آخر زيارة توزّع بين فحص

طبي أو مراجعة روتينية بنسبة (56.5%)، واستشارات طبية في العيادات الخارجية بنسبة (27.2%)، وحالات طوارئ بنسبة (15.2%)، في حين كانت نسبة المنومين داخل المستشفى محدودة جدًا (1.1%)، وهو ما يدل على أن معظم التقييمات الواردة في الدراسة تتبع من تجارب مراجعة خارجية وتتبع علاجي أكثر من كونها تجارب تنويم طويلة.

وفيما يخص نمط التعامل مع المستشفيات، أظهرت النتائج أن عدد الزيارات خلال العام الحالي تركز في الفئة من (2-3) زيارات بنسبة (40.2%)، ثم من (4-6) زيارات بنسبة (27.2%)، وأكثر من (6) زيارات بنسبة (23.9%)، في حين بلغت نسبة من زاروا المستشفى مرة واحدة فقط (8.7%).

كما تبين أن مدة التعامل مع المستشفى الحالي أقل من سنة لدى (32.6%) من المشاركين، وهي النسبة نفسها لمن يتعاملون مع المستشفى منذ أكثر من خمس سنوات، بينما بلغت نسبة من يتعاملون معه من سنة إلى أقل من ثلاث سنوات (22.8%)، ومن ثلاث إلى خمس سنوات (12%).

ويُفهم من ذلك أن العينة تجمع بين مستفيدين جدد وآخرين ذوي علاقة ممتدة بالمستشفى؛ ما يتيح مزج انطباعات أولية مع خبرات تراكمية أعمق عند الحكم على جودة الخدمات ودرجة الرضا عنها.

أما على مستوى التغطية التأمينية، فقد أظهرت النتائج أن (35.9%) من أفراد العينة يمتلكون تأمينًا طبيًا يمكن استخدامه في المستشفى، مقابل (51.1%) لا يمتلكون تأمينًا، و(13%) غير متأكدين من إمكانية الاستفادة من التأمين.

ويشير هذا إلى وجود شريحة كبيرة تعتمد على التمويل الذاتي للخدمة الصحية، وهو ما قد يجعل تقييمها للرضا أكثر حساسية لجوانب التكلفة والقيمة المدركة للخدمة مقارنة بالسعر. كما بينت النتائج أن (15.2%) فقط سبق لهم تقديم شكوى أو ملاحظة حول الخدمة، بينما لم يتقدم (84.8%) بأي شكوى، مع تباين في درجة الرضا عن طريقة التعامل مع الشكاوى لدى من تقدموا بها؛ حيث أفاد جزء منهم بحلها بشكل مُرضٍ أو جزئي، في حين رأى آخرون أنها لم تُحل أو لا يعلمون ما تم بشأنها.

وفيما يتعلق بموقع المستشفى من حيث أحياء مدينة الرياض، تبين أن (30.4%) من المشاركين يراجعون مستشفيات تقع في وسط الرياض، و(23.9%) في الشمال، و(21.7%) في الجنوب، و(14.1%) في الغرب، و(9.8%) في الشرق؛ ما يعكس تغطية مكانية جيدة لمختلف جهات المدينة وعدم تركز العينة في نطاق جغرافي واحد.

وبصورة عامة، تعكس هذه الخصائص أن عينة الدراسة متنوعة من حيث الجنس، والفئة العمرية، والحالة الاجتماعية، والحالة الوظيفية، والمستوى التعليمي، ونوع القطاع الصحي، ونمط استخدام الخدمة، وموقع المستشفى، مع وجود تباين واضح في التغطية التأمينية وتقديم الشكاوى. هذا التنوع يمنح نتائج الدراسة قدرًا من الشمولية في تمثيل واقع مراجعي المستشفيات بمدينة الرياض، ويسهم في تفسير اختلاف مستويات إدراك جودة الخدمات الصحية ودرجة الرضا عنها، بما يوفر أساسًا متينًا لتحليل أثر تطبيق معايير الجودة في تعزيز رضا المستفيدين في السياق الصحي محل الدراسة.

الاتجاهات العامة للمتغيرات

أظهرت نتائج الدراسة المتعلقة بالاتجاهات العامة للمتغيرات الرئيسية . والمتمثلة في معايير جودة الخدمات الصحية ورضا المستفيدين . أن متوسطات استجابات أفراد العينة جاءت بدرجة مرتفعة، بما يعكس نظرة إيجابية عامة لدى المراجعين تجاه مستوى الجودة المقدمة في المستشفيات بمدينة الرياض. فقد بين التحليل الوصفي أن متوسط تقييم المستفيدين لمعايير الجودة الصحية بلغ (3.92 من 5) مع انحراف معياري (0.580)، وهو ما يدل على إدراك مرتفع نسبيًا لجودة الخدمات كما يلحسها المراجعون في جوانب عدة تتعلق بنظافة المرافق وتجهيزاتها، ومهنية العاملين، وحادثة الأجهزة، وقدرة المستشفى على تقديم خدمة متسقة وموثوقة. وتشير هذه النتيجة إلى أن المستفيدين يشعرون بأن المستشفيات تتبنى ممارسات تلائم معايير الجودة، وبأن الجهود المبذولة لتحسين البيئة الصحية أصبحت ملموسة في تجربتهم اليومية.

كما أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية جاء مرتفعًا أيضًا بمتوسط بلغ (3.77 من 5) وانحراف معياري (0.673)، ما يشير إلى وجود اتجاه إيجابي عام نحو تجربة المريض في المرحلة الحالية، وإن كانت الاستجابات أكثر تباينًا مقارنة بمحور الجودة. ويعكس هذا المستوى من الرضا شعور المستفيدين بأن الخدمات المقدمة تلبي توقعاتهم بدرجة جيدة، سواء من حيث الاعتمادية وسهولة تلقي الخدمة أو من حيث التعامل الإنساني والتواصل، رغم وجود فرص قائمة لتعزيز بعض الجوانب المتعلقة بسرعة الأداء، وتوضيح الإجراءات، وتقليل التباين في جودة الخدمة بين الأقسام المختلفة.

وتكشف هذه الاتجاهات العامة عن انسجام واضح بين إدراك الجودة ومستويات الرضا، إذ يعكس ارتفاع المتوسطات في كلا المتغيرين أثر التحسينات التي تشهدها المؤسسات الصحية في المدينة، ومدى انعكاسها على تجارب المستفيدين بصورة مباشرة. كما تدعم هذه النتائج التفسير القائل بأن تعزيز جودة

الخدمات الصحية يمثل عاملاً محورياً في رفع مستوى الرضا؛ فكلما شعر المستفيد بأن بيئة الخدمة منظمة ومهياة ومجهزة، وأن العاملين يظهرون مهنية عالية، زاد إحساسه بأن تجربته الصحية إيجابية وموثوقة. وبذلك تظهر الدراسة أن المستفيدين يدركون التطور الحاصل في الخدمات الصحية، وأن هذا الإدراك ينعكس إيجاباً على تقييمهم العام لتجربتهم داخل المستشفيات بمدينة الرياض، الأمر الذي يمنح نتائج الدراسة قدرًا من الموثوقية في فهم العلاقة بين جودة الخدمات ورضا المستفيدين، وفي تفسير العوامل المؤثرة على التجربة الصحية الحالية.

2-1 مناقشة نتائج الفرضيات

تؤكد نتائج التحليل الإحصائي صحة الفرضية الرئيسية الأولى القائلة بوجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمات الصحية ورضا المستفيدين؛ حيث أظهر النموذج أن معامل الارتباط بين المتغيرين بلغ ($R = 0.844$)، وهي قيمة مرتفعة جدًا تدل على قوة العلاقة، بينما بلغ معامل التحديد ($R^2 = 0.713$)، أي أن جودة الخدمات الصحية تفسر ما نسبته 71.3% من التباين في رضا المستفيدين. وتتسق هذه النتيجة مع ما أشار إليه (أحمد، ومحفوظ، 2008) من أن جودة الخدمة تمثل العامل الأساسي في بناء رضا المستفيدين في المؤسسات الخدماتية، كما تتوافق مع ما خلص إليه (الأسدي، 2017) بوجود علاقة مباشرة بين جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى. ويؤكد (بو عبد الله، 2014) كذلك أن تحسين جودة الخدمة يؤدي إلى تحسين رضا المستفيدين بصورة واضحة، وهو ما يدعم الاتجاه الذي كشفت عنه البيانات الإحصائية.

أما الفرضية الرئيسية الثانية، التي تنص على وجود تأثير دالّ إحصائيًا لجودة الخدمات الصحية على رضا المستفيدين، فقد دعمتها نتائج تحليل الانحدار؛ إذ بلغ معامل الانحدار غير المعياري ($B = 0.980$)، وبلغ معامل Beta (0.844)، مع قيمة t بلغت (14.941) ودلالة إحصائية ($\text{Sig} = 0.000$). وتتفق هذه النتيجة مع ما أكدته (بوحلفاية، 2016) من أن جودة الخدمات الصحية—وخاصة دقتها واستجابتها—تعد من أبرز المتغيرات المؤثرة في رضا المرضى. كما تتماشى مع ما ذكره (الأشقر وبن جمعة، 2020) حول أن تطبيق معايير الجودة ينعكس إيجاباً على مستوى رضا المستفيدين في المؤسسات الصحية.

أما الفرضيات الفرعية المتعلقة بأبعاد الجودة الصحية، فقد كشفت النتائج عن أن الاعتمادية يمثل أحد أقوى الأبعاد تأثيراً؛ إذ بلغ معامل الارتباط لهذا البعد ($R = 0.733$)، وبلغ معامل التحديد ($R^2 = 0.537$). ويتفق ذلك مع ما توصل إليه (الحكمي، وآخرون، 2022) من أن الاعتمادية—المتتمثلة في

دقة تنفيذ الخدمة واستمراريتها—تشكل أحد أهم محددات تحسين تجربة المستفيدين في المستشفيات. كما دعمت (جواج وتيوب، 2020) هذا الطرح، إذ أوضحت أن المؤسسات الصحية التي تتسم خدماتها بالموثوقية تحقق مستويات أعلى من رضا المرضى.

وبالنسبة لبُعد الأمان (الضمان)، فقد بين التحليل دوره الحاسم، حيث بلغ معامل الارتباط $R = 0.845$ ، وهي قيمة مرتفعة للغاية تعكس أهمية الأمان في تكوين انطباع المستفيد. وتتوافق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه (السامرائي، 2002) من أن الشعور بالأمان يعدُّ من أهم العوامل المؤثرة في رضا المريض داخل المؤسسات الصحية، كما تتماشى مع نتائج (بوحلفاية، 2016) التي أكدت أن الثقة والطمأنينة عنصران أساسيان في رفع تقييم المستفيد لجودة الخدمة.

كما تدعم الأدبيات الأخرى مثل (زكي، 1998) و (درمزي، 2014) تأثير بُعدي الاستجابة والتعاطف في تعزيز رضا المستفيدين؛ حيث يؤكد (زكي، 1998) أهمية سرعة الاستجابة في تحسين تجربة الخدمة الصحية، بينما يوضح (درمزي، 2014) أن التعاطف والمساندة النفسية يمثلان عنصرين فعالين في تشكيل الرضا لدى المرضى.

وبذلك، يتضح أن النتائج الإحصائية للدراسة تتوافق بدرجة عالية مع المراجع والنماذج النظرية الواردة في الإطار النظري؛ إذ تؤكد جميعها أن جودة الخدمات الصحية -بأبعادها الخمسة- تمثل المحدد الأكثر تأثيراً في رضا المستفيدين داخل المستشفيات، مما يعزز صحة الفرضيات الرئيسية والفرعية ويمنح النتائج قوة تفسيرية وتطبيقية تتسق مع الأدبيات العلمية.

2. الدلالات النظرية والتطبيقية

1-2 الدلالات النظرية

تُسهّم نتائج هذه الدراسة في تقديم مجموعة من الدلالات النظرية التي تعزّز المعرفة العلمية في مجالات جودة الخدمات الصحية ورضا المستفيدين، وتعمّق الفهم حول طبيعة العلاقة بينهما، ويمكن إبراز أهم هذه الدلالات فيما يأتي:

- تُعزّز نتائج الدراسة الفهم النظري لطبيعة العلاقة بين جودة الخدمات الصحية ورضا المستفيدين، حيث أثبتت النتائج أن الجودة تمثل الأساس في تشكيل رضا المرضى، وهو ما يتسق مع الطرح النظري لدى (أحمد، ومحفوظ، 2008) بأن جودة الخدمة هي المحرك الرئيسي للرضا.

- تؤكد النتائج صحة ما ذهب إليه (الأسدي، 2017) من وجود علاقة مباشرة بين أبعاد جودة الخدمات الصحية -خاصة الاعتمادية والاستجابة- ومستوى رضا المرضى، مما يعزز الإطار النظري الذي تستند إليه دراسات الجودة الصحية.
- تدعم الدراسة نموذج SERVQUAL من خلال إثبات أثر أبعاده الخمسة (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف) في تفسير رضا المستفيدين؛ وهو ما أكدته الأدبيات العربية مثل (بو عبد الله، 2014) و (بوحلفاية، 2016)، حيث أشارت إلى دور هذه الأبعاد في الحكم على جودة الخدمات.
- تسهم النتائج في توسيع الفهم النظري لدور بُعد الأمان، حيث أظهرته الدراسة كأحد أقوى المحددات المؤثرة في رضا المستفيدين، وهو ما يتسق مع الطرح الذي قدّمته (السامرائي، 2002) بأن الأمان يمثل عنصراً حرجاً في تقييم المرضى للخدمة الصحية.
- تعزز الدراسة الأدبيات الحديثة التي تناولت أثر ممارسات الجودة الشاملة في تحسين الأداء الصحي، مثل (الحكمي وآخرون، 2022)؛ إذ أثبتت النتائج أن تحسين جودة الخدمات يؤدي إلى تحسين رضا المستفيدين، مما يدعم مفهوم "الجودة كمدخل لتحسين الأداء".
- تقدم الدراسة دعماً نظرياً للرؤى التي تشير إلى أن جودة الخدمات الصحية ليست جانباً مادياً فقط، وإنما تشمل التجارب الإنسانية للمريض، كما أوضحت دراسات مثل (درمزي، 2014) و (زكي، 1998)، وهو ما يؤكد أهمية الاستجابة والتعاطف في تشكيل الانطباع العام للمريض.
- تسهم الدراسة في توطيد المعرفة العلمية في بيئة الرعاية الصحية السعودية، من خلال تعزيز الأدبيات العربية المتعلقة بالجودة الصحية وربطها بنتائج إحصائية قوية تثبت العلاقة بين الجودة والرضا داخل مستشفيات مدينة الرياض.

2-2 الدلالات التطبيقية

- تكشف نتائج هذه الدراسة عن مجموعة من الدلالات التطبيقية التي يمكن أن تستفيد منها المؤسسات الصحية -الحكومية والخاصة- في تطوير خدماتها ورفع مستوى جودتها، وذلك في إطار السعي نحو تحسين تجربة المستفيد وتعزيز جودة الخدمات الصحية، ويمكن تلخيص أهم هذه الدلالات فيما يأتي:
- تعكس النتائج أن جودة الخدمات الصحية تفسّر نسبة كبيرة من التباين في رضا المستفيدين ($R^2 = 0.713$)، مما يشير إلى ضرورة أن تولي المؤسسات الصحية اهتماماً مستمراً بتحسين جودة خدماتها، وهو ما تدعمه دراسات جودة الخدمة في الأدبيات مثل (الأشقر وبن جمعة، 2020).

- تدل نتائج الدراسة على أهمية الاستثمار في البنية التحتية الصحية، خاصة التجهيزات والمرافق، نظرًا لأثر بُعد الملموسية على رضا المرضى، وهو ما أكدته الأدبيات السابقة مثل (درمزي، 2014) حول دور البيئة الصحية في تشكيل الانطباع الأولي للمريض.
- تشير الدراسة إلى ضرورة تعزيز عنصر الاعتمادية عبر تحسين الدقة والاتساق في العمليات الصحية، خاصة أن الاعتمادية تفسّر نسبة كبيرة من الرضا؛ وهو ما يتوافق مع ما أشار إليه (بوحلفاية، 2016) و** (جواج وتيوب، 2020) ** حول أهمية الاعتمادية في رضا المرضى.
- تؤكد النتائج أهمية تعزيز عنصر الأمان (الضمان)، نظرًا لتأثيره القوي جدًا على رضا المستفيدين؛ مما يستوجب تطوير مهارات مقدمي الخدمة في التواصل والممارسة المهنية، وهو ما دعمته الأدبيات مثل (السامرائي، 2002).
- يظهر من النتائج ضرورة تبسيط الإجراءات وتحسين سرعة الاستجابة؛ إذ إن الاستجابة تُعدّ من أهم محددات الرضا، وفق ما أشارت إليه دراسات الخدمات الصحية مثل (زكي، 1998)، مما يدعو المؤسسات لتحسين عمليات إدارة الوقت وتدفق الخدمة.
- تدل النتائج على أهمية تدريب الكوادر الصحية على مهارات التعاطف والتواصل الإنساني، لتعزيز تجربة المريض، خاصة أن الدراسات العربية مثل (درمزي، 2014) أشارت إلى أن التعاطف عامل مؤثر في جودة الخدمات الصحية.
- تؤرّ الدراسة أدلة عملية تدعم تطبيق سياسات الجودة الصحية على مستوى المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة الرياض، بما ينسجم مع توجهات رؤية المملكة 2030 نحو تحسين جودة الخدمات ورفع مستوى رضا المستفيدين.
- تفتح النتائج المجال أمام صانعي القرار لتطوير برامج لتحسين جودة الخدمة استنادًا إلى الأدلة الواردة في الدراسة، وبناء مؤشرات أداء واضحة ترتبط مباشرة بعناصر الجودة الأكثر تأثيرًا مثل الأمان والاعتمادية.

3. المقترحات والتوصيات

1-3 المقترحات العلمية

استنادًا إلى النتائج الإحصائية للدراسة وما كشفت عنه من دور محوري لأبعاد جودة الخدمات الصحية في تعزيز رضا المستفيدين، يمكن للباحثين المستقبليين تعميق المعرفة العلمية في هذا المجال من خلال التوسع في دراسات لاحقة، ومن أبرز المقترحات البحثية ما يأتي:

- إجراء دراسات مقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة في مدن سعودية مختلفة، وذلك لبحث الفروق في مستوى جودة الخدمات الصحية ورضا المستفيدين، وتحديد العوامل التي تُفسر هذه الفروق.
- تحليل أثر كل بُعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية بشكل مستقل - وخاصة الأمان والاعتمادية- على رضا المستفيدين باستخدام نماذج تحليل متقدمة مثل الانحدار المتعدد أو النمذجة الهيكلية (SEM)، لتعميق الفهم حول قوة وتأثير كل بُعد.
- إجراء دراسات طولية (Longitudinal Studies) تهدف إلى قياس رضا المستفيدين قبل تطبيق تحسينات معينة في الخدمة الصحية وبعدها، وذلك لرصد التغير الفعلي في مستوى الرضا ودور التحسينات في رفع الجودة.
- استكشاف دور العوامل الوسيطة أو المعدلة مثل: الثقة في مقدم الخدمة، أو جودة التواصل الصحي، أو الثقافة الصحية لدى المستفيد، في العلاقة بين جودة الخدمة الصحية ورضا المرضى.
- دراسة أثر التحول الرقمي الصحي (Health Digitalization) مثل السجلات الإلكترونية، والتطبيقات الصحية، وحجوزات المواعيد الرقمية، في تعزيز جودة الخدمات الصحية ورضا المستفيدين، بما يتماشى مع توجهات رؤية المملكة 2030.
- تطبيق نموذج SERVQUAL في بيئات صحية متنوعة مثل الرعاية الأولية، الطوارئ، أو العناية المركزة، بهدف مقارنة مستويات الجودة وقياس الفجوات بين توقعات المستفيدين وإدراكهم للخدمة.
- تبني منهجيات بحثية نوعية (Qualitative Research) عبر مقابلات متعمقة مع المرضى لفهم تجاربهم التفصيلية، وتسليط الضوء على الجوانب غير الكمية التي تؤثر في رضاهم.
- دراسة رضا الكوادر الصحية أنفسهم، بوصفهم جزءًا رئيسيًا من عملية تقديم الخدمة، وتحليل العلاقة بين رضا العاملين وجودة الخدمات التي يقدمونها للمستفيدين.
- تحليل أثر عوامل بيئية أو تنظيمية مثل حجم المستشفى، نوع التخصصات، كثافة المراجعين، وسياسات الجودة المعتمدة، على مستوى جودة الخدمة الصحية ورضا المرضى.

3-2 التوصيات العلمية

بالاستناد إلى النتائج التي أثبتت وجود أثر قوي ودالّ لأبعاد جودة الخدمات الصحية على رضا المستفيدين، يمكن تقديم التوصيات الآتية للمؤسسات الصحية في مدينة الرياض وبقية مناطق المملكة:

- تعزيز عنصر الأمان (الضمان) عبر رفع كفاءة الكوادر الصحية وتحسين التواصل لزيادة ثقة المرضى.
- رفع مستوى الاعتمادية من خلال تحسين دقة الإجراءات وتقليل الأخطاء وتوحيد معايير العمل.
- تطوير المرافق والتجهيزات الطبية بما يعزز الملموسية ويُحسّن الانطباع الأولي للمستفيدين.
- تسريع الاستجابة للخدمات عبر تحسين إدارة الوقت وتنظيم مسارات الخدمة وتقليل فترات الانتظار.
- تعزيز مهارات التعاطف والتواصل الإنساني لدى مقدمي الخدمة لتحسين تجربة المريض.
- توفير برامج تدريبية مستمرة للكوادر الصحية حول مبادئ الجودة وتطوير أداء العاملين.
- تبسيط الإجراءات الصحية وتوضيحها للمستفيدين بهدف رفع مستوى الرضا وتقليل الالتباس.
- تطبيق سياسات جودة موحدة بين المستشفيات الحكومية والخاصة لضمان مستوى ثابت من الخدمة.
- تحسين آليات تلقي الشكاوى والملاحظات والاستفادة منها في التطوير المستمر.
- تعزيز استخدام الأنظمة الصحية الإلكترونية بما يدعم جودة الخدمة ويقلل الأخطاء ويزيد رضا المستفيدين.

الخاتمة

تمثل جودة الخدمات الصحية ورضا المستفيدين ركيزتين أساسيتين في بناء منظومة صحية فعّالة وقادرة على تلبية احتياجات المجتمع، وهو ما دفع هذه الدراسة إلى تناول أثر جودة الخدمات الصحية بأبعادها المختلفة في رضا المستفيدين داخل مستشفيات مدينة الرياض. وانطلقت الدراسة من إطار نظري غني تناول مفهوم الجودة الصحية، وأبعاد نموذج SERVQUAL، والعوامل المؤثرة في رضا المستفيدين، مستندة إلى الأدبيات العربية الحديثة والدراسات التي تناولت الموضوع في بيئات مختلفة.

وقد كشفت نتائج الدراسة الميدانية عن مؤشرات مهمة تسهم في فهم الواقع الصحي بمدينة الرياض؛ إذ تبين أن تقييم المستفيدين لجودة الخدمات الصحية جاء مرتفعاً نسبياً، وأن رضاهم يعكس توجّهاً إيجابياً عامّاً نحو الخدمات المقدمة. كما أثبت التحليل الإحصائي وجود علاقة قوية وطردية ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمات الصحية ورضا المستفيدين، وأن لأبعاد الجودة—خاصة الأمان والاعتمادية—تأثيراً كبيراً في تشكيل رضا المرضى، بينما أظهرت بقية الأبعاد تأثيرات متفاوتة لكنها جميعها دالة ومؤثرة.

وتؤكد هذه النتائج أهمية الاهتمام بجودة الخدمات الصحية بوصفها مدخلاً أساسياً لتحسين تجربة المستفيد وضمان استدامة الولاء المؤسسي، إضافة إلى دورها في تعزيز الثقة بالمؤسسات الصحية ورفع مستوى الرضا العام. كما تسلط النتائج الضوء على الجوانب التي تحتاج إلى تطوير، سواء على مستوى تحسين بيئة الخدمة، أو تعزيز مهارات الكوادر الطبية، أو توسيع نطاق تطبيق إجراءات الجودة.

وتسهم الدراسة، بما قدمته من تحليل وإطار نظري ونتائج تطبيقية، في إثراء الأدبيات العربية حول جودة الخدمات الصحية ورضا المستفيدين، خاصة في السياق السعودي الذي يشهد تحولات كبرى ضمن رؤية المملكة 2030. ويُنتظر أن تسهم النتائج في دعم متخذي القرار في تطوير سياسات الجودة، وتصميم برامج تدريبية أكثر فعالية، وتحسين البنية التحتية، وتفعيل ممارسات الجودة الشاملة في المستشفيات.

وختاماً، فإن هذه الدراسة تمثل خطوة في طريق طويل نحو بناء منظومة صحية متقدمة، وهي دعوة للباحثين لإجراء المزيد من الدراسات المقارنة والطولية واستكشاف المتغيرات الوسيطة، بهدف الوصول إلى فهم أعمق للعوامل المؤثرة في جودة الخدمة ورضا المستفيدين، وتعزيز القدرة على بناء نماذج تطويرية قادرة على مواكبة التغيرات المستقبلية في القطاع الصحي.

المراجع

أولاً: المراجع العربية.

- أحمد. محفوظ. (2008). إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات. دار وائل للنشر، عمان. الطبعة الأولى.
- الأسدي، طارق محمد (2017)، العلاقة بين الترويب وأبعاد جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية على بعض المستشفيات الخاصة بمحافظة دمشق، مجلة جامعة البعث، المجلد 39، العدد 44، سوريا، ص 164.
- الأشقر، صلاح علي. بن جمعة، خالد مصطفى. (2020). أثر تنمية البشرية على جودة الخدمات الصحية دراسة حالة مستشفى الخميس التعليمي. المؤتمر العلمي الدولي الرابع لكلية الاقتصاد والتجارة. الأهداف العالمية للتنمية المستدامة الدول النامية بين تداعيات الواقع وتحديات المستقبل. الأردن: جامعة المرقب.
- بو عبد الله، صالح. (2014). نماذج وطرق قياس جودة الخدمة - دراسة تطبيقية على خدمات مؤسسة بريد الجزائر. رسالة ماجستير غير منشورة. الجزائر: جامعة سطيف.
- بوحلفاية، ب. (2016). أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى في المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية (مذكرة ماجستير غير منشورة). جامعة العربي بن مهيدي، الجزائر: أم البواقي.
- بودور، سناء. بولاحة، ميساء. (2021). جودة الخدمات الصحية في الجزائر، شهادة ماستر، تخصص علم الاجتماع الصحة، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 8 ماي 1945. الجزائر: قالمة.
- جواج، آمال، وتيوب، عبد العالي. (2020). التسويق الداخلي وأثره على جودة الخدمة الصحية دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية إبراهيم ترشين البلدية، رسالة ماجستير، الجزائر: جامعة محمد الصديق بن يحيى جيجل، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
- الحكمي، ولاء مشعل. وآخرون. (2022). أثر تطبيق ممارسات إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية دراسة تطبيقية على مستشفى النور التخصصي بمكة المكرمة، المجلة الأكاديمية العالمية للاقتصاد والعلوم الإدارية. المملكة العربية السعودية: المجلد (4)، العدد (1).
- الداركة، مأمون سليمان. (2008). إدارة الخدمة الشاملة وخدمة العملاء. عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع. ط1.

- درمزي، أحلام (2014)، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية - دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة، الأزرق يونس، رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير. الجزائر.
- زكي، خليل المساعدة. (1998). تسويق الخدمات الصحية. الأردن: دار حامد للنشر.
- سالمى، رشيد. بوسطة، عائشة. (2014). أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون، مجلة الإدارة والتنمية للبحوث والدراسات، الجزائر: العدد (5)، جامعة المدية وجيجل.
- السامرائي، حفصة عطا الله. (2002). المزيج التسويقي وجود الخدمة الصحية وأثرهما في تحقيق رضا المرضى. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الإدارة والاقتصاد. العراق: جامعة بغداد.
- شادلي، إبراهيم. (2018). تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الزبون. دراسة ميدانية بالعيادة معتمدة الخدمات رزيق يونس العالية. مذكرة لنيل شهادة الماستر في علوم الاقتصادية. تخصص اقتصاد وتسيير مؤسسة. قسم العلوم الاقتصادية. كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، الجزائر: جامعة محمد خيضر فكرة.
- شجاع، دانيا. (2024). أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية، الجامعة الافتراضية السورية. سوريا.
- الشمري، سلوى عايد. وآخرون. (2022). أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الممارسين الصحيين في مستشفى الملك خالد بحفر الباطن. المجلة الإلكترونية الشاملة متعددة التخصصات. المملكة العربية السعودية: العدد (52).
- الشميمري. أحمد عبد الرحمن. (2011). جودة الخدمات البريدية في المملكة العربية السعودية، دورية الإدارة العامة، المجلد (41). العدد (2). المملكة العربية السعودية.
- عادل، أحمد الساعدي. (2012). ورقة بحثية للمؤتمر، دور إدارة الموارد البشرية في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، اتحاد المدرسين العرب، مقدمة للمؤتمر العربي العاشر لإدارة الموارد البشرية. الكويت.
- عبد القادر، محمد نور الطاهر أحمد (2015)، قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين (دراسة ميدانية على المستشفيات التعليمية الكبرى بولاية الخرطوم)، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 11، العدد 4، الأردن، ص 899.

- عبد الله. عادل محمود. (2013). "ادارة الخدمات". مؤسسة للنشر والتوزيع. عمان. الطبعة الأولى.
- العبيدي، لمى شهاب احمد (2014). تقييم جودة خدمات البلديات باستخدام (Servqual) وانعكاساتها في رضا الزبون. بحث تطبيقي في أمانة بغداد. رسالة دبلوم عالي معادل للماجستير في إدارة البلديات غير منشورة مقدمة الى كلية الإدارة والاقتصاد، العراق: جامعة بغداد.
- عتيق، عائشة. (2012). جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، مذكرة ماجستير، جامعة تلمسان. الجزائر.
- العربي، بن حورة آمال. مكيد، علي. (2018). تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية كمدخل لتحسين جودة خدماتها دراسة حالة مستشفى محمد بو ضياف بالمدينة. مجلة كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير. الجزائر.
- العزاوي، محمد عبد الوهاب. (2005). انظمة ادارة الجودة والبيئة. دار وائل للنشر. عمان. الطبعة الثانية.
- العزاوي، نجم. أبو قاعود، فراس. (2010). أثر توقعات الزبون على أبعاد الخدمة الصحية، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العراق.
- العساف، صالح محمد. (2003). مدخل إلى البحث في العلوم السلوكية (الطبعة الرابعة). الرياض: مكتبة العبيكان.
- عصاب، يمنية. (2018). دور ثقافة المؤسسة في تحقيق الجودة الشاملة، مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص علم الاجتماع التنظيم والعمل، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد الأمين دباغين، الجزائر: سطيف.
- علوي، نهج، عبد الجليل، رابعة. (2023). أثر تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية في مركز طرابلس الطبي ليبيا باستخدام نمذجة المعادلة البنائية. ليبيا: مجلة العلوم التجارية والبيئية، المجلد (2)، العدد (2).
- غناوي، عماد عبد الجبار. (2020). قياس جودة الخدمات الصحية على وفق أنموذج SERVQUL. المجلة الدولية للعلوم الإنسانية والاجتماعية. العراق. العدد (11)
- الفضل، محمد عبد الحسن. الطائي، يوسف حليم. (2004). ادارة الجودة الشاملة من المستهلك الى المستهلك (منهج كمي). مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع. عمان. الطبعة الأولى.
- الكرخي، مجيد. (2015). ادارة الجودة الشاملة المفاهيم النظرية وابعادها التطبيقية في مجال الخدمات. دار المناهج للنشر والتوزيع. ط2. الأردن: عمان.

- محمد، نور الطاهر. أحمد، عبد القادر. (2015). قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال. المجلد (11). العدد (4). الأردن.
- محمود، حبيب، وأسعد، باسل أنور (2014) قياس مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية في محافظة اللاذقية من وجهة نظر المستفيدين منها (دراسة ميدانية لمراكز إشراف الشامية)، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، سوريا: اللاذقية، المجلد (36)، العدد (5).
- مطبقاتي، محمد صلاح، عجمي، محمد عزت. (2001). تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات وتأثيرها على الارتقاء بأداء العاملين وتحقيق الرضا الوظيفي. دار الخريجي للنشر والتوزيع. الرياض: المملكة العربية السعودية.
- المطيري، عارف عبد العزيز. وآخرون. (2022). إدارة الجودة الشاملة وأثرها على أداء العاملين بالقطاع الصحي دراسة تطبيقية على مستشفيات القطاع الحكومي بمدينة الرياض. المجلة العربية للعلوم ونشر الأبحاث. مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية. المملكة العربية السعودية: المجلد (6)، العدد (29).
- نظام، موسى سويدان. (2010). تقييم تأثير تطبيق إدارة الجودة الشاملة في تحقيق رضا الزبون والمحافظة عليه، مجلة جامعة الأزهر، المجلد (13). العدد الأول، مصر.
- نعمة، عبد الرؤوف. عبد الهادي، ضصور. (2005). تصور مقترح لتوظيف مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المدارس الثانوية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، قسم أصول التربية، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، فلسطين: غزة.
- وفيق، حلمي الأغا. (2066). الجودة الشاملة وطرق إبداعها بالقطاع الصحي الفلسطيني، المؤتمر العالمي الثاني. كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن.

ثانيًا: المراجع الأجنبية.

- Alzoubi, M. M., Hayati, K. S., Rosliza, A. M., Ahmad, A. A., & Al-Hamdan, Z. M. (2019). Total quality management in the health-care context: integrating literature and directing future research. Risk management and healthcare policy.
- Anderson, E. W., Fornell, C., & Lehmann, D. R. (1994). Customer Satisfaction, Market Share, and Profitability: Findings from Sweden. *Journal of Marketing*, 58.(3)
- Daqar, M. A., & Constantinovits, M. (2020). The role of total quality management in enhancing the quality of private healthcare services. *Problems and Perspectives in Management*, 18(2).
- Fisher, Barry. (1996). Installing Implement the document at – Loughranch University ,U.K.
- Grossu-Leibovica, D., & Kalkis, H. (2023). Total quality management tools and techniques for improving service quality and client satisfaction in the healthcare environment: A qualitative systematic review. *Management Science Letters*, 13(2).
- Kenneth C.Laudon & Jan P. (2001). *laudon ,Managment Information Systems* ,6 edition.
- Koeing, H. and Mcalexander, J., (2005), "Service Quality Measurment “, *Journal of Health Care Mareting* , Vol.14, No. 3.
- Ladwin, Richard. (2003) *Le comportement de consommateur et del’acheteur*, edition economica, Paris.
- Nazi, K. M. (2010). Veterans' Voices: Use of the American Customer Satisfaction Index (ACSI) Survey to Identify My HealtheVet Personal Health Record Users' Characteristics, Needs, and Preferences. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 17(2).
- P. Kotler, B. Dubois. (2000). *marketing management*, public-union12 eme edition, Paris, USA.
- Paraschivescu , A. O., & Cotirlet , A. (2012). Kano Model. *Economy Transdisciplinarity Cognition*, 15(2).
- ParaSurman, A. et. al., (2013), “A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research”, *Journal of Marketing*, Vol. 49, Autumn.
- Rotar, L. J., & Kozar, M. (2017, November). The Use of the Kano Model to Enhance Customer Satisfaction. *Organizacija*, 50; Number 4.
- Suleiman Awwad, M. (2012). An Application of the American Customer Satisfaction Index (ACSI) in the Jordanian Mobile Phone Sector. *TQM* ,24.(6)

الملاحق

استبانة حول

أثر تطبيق معايير الجودة في تعزيز رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية في مدينة
الرياض
(دراسة تطبيقية على مراجعي المستشفيات في مدينة الرياض)

الكريم /ة،،،

الأخ/ ت

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

انطلاقاً من أهمية الدور الذي تمثله جودة الخدمات الصحية في تعزيز كفاءة الرعاية المقدمة ورفع مستوى رضا المستفيدين، تأتي هذه الدراسة للتعرف على أثر تطبيق معايير الجودة الصحية في تحسين مستوى الخدمات المقدمة في المستشفيات بمدينة الرياض. وتهدف هذه الاستبانة إلى جمع آراء المشاركين حول مستوى تطبيق معايير الجودة الخدمية بأبعادها المختلفة، ومدى انعكاس ذلك على جودة الرعاية المقدمة ورضا المستفيدين عنها.

نأمل منكم التكرم بالتعاون والإجابة على فقرات هذه الاستبانة بكل موضوعية وشفافية، علماً بأن جميع البيانات ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط، وستُعامل بسرية تامة دون الكشف عن هوية أي من المشاركين.

شاكرين ومقدّرين لكم تعاونكم الكريم ومساهمتم في إثراء نتائج هذه الدراسة.

الباحثة: ريم حسن العامري

استاذ المقرر

د. الفصيل عبد الحميد د. فايز جراد

أولاً: البيانات الشخصية

الرقم المسلسل:

1. الجنس:

☐ ذكر ☐ أنثى

2. العمر:

☐ أقل من 25 سنة ☐ من 25 - 34 سنة ☐ من 35 - 44 سنة ☐ من 45 سنة فأكثر

3. الحالة الاجتماعية:

☐ غير متزوج/ة ☐ متزوج/ة ☐ مطلق/ة ☐ أرمل/ة

4. الحالة الوظيفية:

☐ موظف (حكومي / خاص) ☐ باحث عن عمل ☐ متقاعد ☐ طالب

5. المؤهل العلمي:

☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس ☐ دراسات عليا

6. ما نوع المستشفى الذي تراجعته غالباً؟

☐ قطاع حكومي ☐ قطاع خاص ☐ كلاهما معاً

7. ما نوع الخدمة التي حصلت عليها في آخر زيارة للمستشفى؟

☐ طوارئ

☐ فحص طبي أو مراجعة روتينية

☐ تنويم داخل المستشفى

☐ استشارة طبية (عيادة خارجية)

☐ أخرى

8. عدد زياراتك للمستشفى خلال السنة الماضية:

☐ مرة واحدة ☐ من 2 - 3 مرات ☐ من 4 - 6 مرات ☐ أكثر من 6 مرات

9. مدة التعامل مع المستشفى الحالي:

☐ أقل من سنة

☐ من سنة إلى أقل من ثلاث سنوات

☐ من ثلاث إلى خمس سنوات

☐ أكثر من خمس سنوات

10. هل لديك تأمين صحي يمكنك استخدامه في هذا المستشفى؟

☐ نعم ☐ لا ☐ لا أعلم

11. هل سبق أن قدمت شكوى أو ملاحظة حول الخدمة التي تلقيتها في هذا المستشفى؟

☐ نعم ☐ لا

12. إذا كانت الإجابة السابقة "نعم"، كيف تم التعامل مع شكواك أو ملاحظتك؟

☐ تم حلها بشكل مرضٍ

☐ تمت متابعتها جزئياً لكن لم تُحل تماماً

☐ لم يتم التعامل معها

☐ لا أعلم ماذا حدث بشأنها

13. موقع المستشفى الذي تلقيت فيه الخدمة:

☐ شمال الرياض ☐ جنوب الرياض ☐ غرب الرياض ☐ شرق الرياض ☐ وسط الرياض

أولاً: معايير جودة الخدمات الصحية (SERVQUAL)

م	العبارة	لا أوافق بشدة	لا أوافق	محايد	أوافق	أوافق بشدة
1	المرافق الصحية في المستشفى نظيفة ومهيأة بشكل جيد.					
2	الأجهزة والمعدات الطبية حديثة وتعمل بكفاءة.					
3	مظهر العاملين في المستشفى مهني ويدل على الانضباط والنظافة.					
4	يقدم المستشفى خدماته في الوقت المحدد دون تأخير غير مبرر.					
5	يتم تنفيذ الإجراءات الطبية بدقة واهتمام.					
6	يمكن الاعتماد على نتائج الفحوصات والتحليل المقدمة.					
7	يتم الاستقبال بسرعة عند الوصول إلى المستشفى.					
8	العاملون متعاونون ومستعدون للإجابة عن الاستفسارات.					
9	يتم التعامل مع المشكلات أو الطلبات بسرعة واهتمام.					
10	أشعر بالأمان أثناء تلقي الخدمة الطبية.					
11	يملك الكادر الطبي مهارات وخبرات عالية.					
12	يلتزم المستشفى بإجراءات السلامة والوقاية الصحية.					
13	يتعامل العاملون مع المراجعين بلطف واحترام.					
14	يهتم الأطباء والمرضى بمشاعري وراحتي النفسية.					
15	يحرص المستشفى على راحة المراجعين وخاصة كبار السن والنساء والأطفال.					

ثانيًا: رضا المستفيدين (ACSI)

م	العبارة	لا أوافق بشدة	لا أوافق	محايد	أوافق	أوافق بشدة
1	كانت توقعاتي عن جودة خدمات هذا المستشفى مرتفعة قبل زيارتي له.					
2	كنت أتوقع أن يقدم المستشفى خدمات صحية بمستوى عالٍ من الجودة.					
3	كان لدي ثقة بأن تجربتي في هذا المستشفى ستكون مرضية.					
4	أعتقد أن الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى ذات جودة عالية.					
5	مستوى العناية والاهتمام الذي تلقيته كان ممتازًا.					
6	تجربة الخدمة في هذا المستشفى أفضل مما توقعت.					
7	أرى أن الخدمة التي حصلت عليها تستحق الجهد والوقت الذي بذلته.					
8	أشعر أن جودة الخدمة تتناسب مع ما دفعته من تكلفة أو وقت انتظار					
9	الخدمة المقدمة من المستشفى تمثل قيمة حقيقية لي.					
10	أنا راضٍ بشكل عام عن تجربتي في هذا المستشفى.					
11	الخدمات المقدمة في هذا المستشفى تلبي توقعاتي					
12	تجربة مراجعة هذا المستشفى جعلتني أشعر بالرضا عن مستوى الرعاية الصحية المقدمة.					
13	سأختار هذا المستشفى مجددًا عند حاجتي لخدمات صحية مستقبلاً.					
14	انصح الآخرين بزيارة هذا المستشفى عند حاجتهم إلى الرعاية الصحية.					
15	أثق بأن هذا المستشفى خيار جيد مقارنة بغيره من المستشفيات.					