

مدى التشابه والتباين بين المرضى والإداريين حول مكونات جودة الخدمات الاستشفائية : دراسة تطبيقية على مستشفيات القطاع الخاص الأردني

فريد نصيرات* و هاني الضمور**

* أستاذ مساعد، قسم إدارة الأعمال، برنامج إدارة الخدمات الصحية، الجامعة الأردنية،

** أستاذ مساعد، قسم التسويق، الجامعة الأردنية

(قدم للنشر في ٢٠/٥/١٤١٨هـ؛ وقبل للنشر في ٦/١١/١٤١٨هـ)

ملخص البحث. هدفت هذه الدراسة إلى تحديد الاختلافات في الأهمية النسبية لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية بين الإداريين وجمهور المرضى في القطاع الصحي الخاص الأردني وتحديد مدى التباين بين كل منهما على أساس بعض الخصائص الديموغرافية للمرضى وبعض الخصائص الإدارية والديموغرافية للإداريين.

هذا وقد توصلت الدراسة للنتائج التالية: أ) وجود تباين ذي دلالة إحصائية في الأهمية النسبية لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية بين الإداريين وجمهور المرضى المشمولين بالدراسة، حيث أعطى الإداريون أهمية أكبر من جمهور المرضى لكل من المكونات التالية: (١) الخدمات الفندقية. (٢) الأجهزة والمعدات التشغيلية. (٣) الخدمات الإدارية المساندة. (٤) خصائص طاقم التمريض. ب) وجود تشابه بين الإداريين وجمهور المرضى المشمولين بالدراسة فيما يتعلق بالأهمية الكبيرة المعطاة من كليهما لمكون «التفاعل الإنساني». ج) وجود تباين ذي دلالة إحصائية بين جمهور المرضى حول الأهمية النسبية لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية عند تصنيفهم على أساس مستوى الدخل أو المستوى التعليمي، بينما لا توجد أية اختلافات بينهم عند تصنيفهم على أساس الجنس. د) وجود تباين ذي دلالة إحصائية بين الإداريين حول الأهمية النسبية لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية عند تصنيفهم على أساس المركز الوظيفي، أو الخبرة العملية، بينما لا توجد أية اختلافات بينهم عند تصنيفهم على أساس مستوى التعليم.

أخيراً، وفي ضوء النتائج السابقة تم اقتراح مجموعة من التوصيات لمتخذي القرارات في مستشفيات القطاع الخاصة من شأنها معالجة الفجوات في الجودة المدركة بين الإداريين وجمهور المرضى.

مقدمة

يعد موضوع جودة الخدمات الاستشفائية والطبية من القضايا الأساسية في تسويق هذه الخدمات، وهو من أكثر المواضيع البحثية تناوياً من قبل الباحثين والدارسين في الدول الغربية وخاصة أمريكا، وكما أن هذا الموضوع هو محل الاهتمام والتركيز من قبل إدارات المستشفيات والمستهلكين، والأطباء، والجهات الممولة لهذه الخدمات، حيث تركز هذه الأطراف المتعددة على موضوع الجودة لتحقيق أهدافها ومصالحها.

أما في الأردن - خاصة - والدول العربية - عامة - فلا يزال موضوع الجودة خارج دائرة الضوء والتركيز من قبل الباحثين والممارسين باستثناء بعض الدراسات الاستكشافية التي انصبت على استطلاع آراء المرضى حول الخدمات المقدمة إليهم، وفي اعتقاد الباحثين سيصبح هذا الموضوع من المواضيع الأكثر طرحاً. واهتماماً من قبل الباحثين والإداريين والمستهلكين والممولين لهذه الخدمات وذلك للأسباب التالية:

١- تعاظم الدور الذي يقوم به القطاع الاستشفائي الخاص في الأردن من دور الشريك الفاعل للقطاع العام في الوقت الحاضر إلى دور الريادة والقيادة مستقبلاً لقطاع الاستشفاء، فعلى سبيل المثال شهد القطاع الاستشفائي الخاص نمواً ملحوظاً خلال العشر السنوات الماضية (١٩٨٦-١٩٩٥) حيث ازدادت طاقته السريرية من ١٥٦٣ إلى ٢٣٠٦؛ في حين لم يشهد القطاع العام نمواً يواكب النمو الديموغرافي. ومن غير المنتظر أن يحدث ذلك نتيجة لعدم قدرة المال العام على تشييد مؤسسات استشفائية جديدة وتشغيلها وتمويلها والتوجه المتزايد للقطاع العام نحو التركيز على خدمات الرعاية الصحية الأولية للجميع وتوفير الخدمات الاستشفائية للفقراء والمناطق الريفية [١].

٢- التوجه الرسمي نحو الخصخصة وتشجيع الاستثمار مما سيعطي القطاع الاستشفائي الخاص في الأردن دفعاً قوياً نحو المزيد من النمو والاستثمار في هذا القطاع، ويسرع من تحول هذا القطاع من دور الشريك الفاعل للقطاع العام إلى دور القيادة والريادة في مجال إنتاج الخدمات الاستشفائية وتقديمها. وفي هذا الاتجاه تم مؤخراً تخفيض نسبة الضريبة على الدخل الخاضع للضريبة من ٤٠٪ إلى ١٥٪ للمستشفيات الخاصة، ومن المرجح أن تشهد المرحلة القادمة مزيداً من الحوافز

والتشريعات المشجعة للاستثمار في هذا القطاع .

٣- التصاعد المستمر لكلفة إنتاج الخدمات الاستشفائية وبالنتيجة تصاعد السعر المدفوع لقاء هذه الخدمات مما سيجعل موضوع ضبط الجودة والتأكد منها محل اهتمام متزايد من قبل الأطراف الدافعة لهذه الكلفة ، وبشكل خاص أرباب العمل وصناديق التأمين الصحي وشركاته والجهات الحكومية التي قد تصبح مستقبلاً أحد أكبر المشترين لهذه الخدمات من القطاع الخاص ، للتأكد من أنهم يحصلون على منافع تساوي على الأقل السعر المدفوع لقاء هذه الخدمات . ولا يمكن للمنتجين والإداريين والممولين لهذه الخدمات إنكار حق هؤلاء في المطالبة بخدمات استشفائية جيدة .

٤- الانفراج السياسي الذي تشهده المنطقة وما نتج و ينتج عنه من تخفيف القيود على حركة الأفراد ورؤوس الأموال عبر الحدود مما سيدفع باتجاه خلق سوق استشفائية إقليمية أكبر ، وبالضرورة منافسة اشد بين المستشفيات ليس فقط على المستوى الوطني بل على مستوى المنطقة الشرق أوسطية .

٥- تنامي درجة وعي مستهلك الخدمات الاستشفائية وإدراكه لحقوقه ، وتزايد مستوى توقعاته لما يمكن لخدمات الرعاية الطبية تقديمه ، إضافة إلى قدرته المتزايدة على المفاضلة والاختيار بين المنتجين المتعددين لضمان المنفعة المرجوة من استهلاكه لخدمات الرعاية الطبية والاستشفائية .

إن مجمل هذه الأسباب ستدفع بموضوع تقويم الجودة وضبطها والاهتمام بها إلى دائرة الضوء والتركيز من قبل كل الأطراف المشاركة في عملية إنتاج الخدمات الاستشفائية وتقديمها وتمويلها واستهلاكها وتسويقها . الأمر الذي سيجعل إدارات المستشفيات تجد نفسها بشكل متزايد في مواجهة بيئة أكثر تعقيداً وأشد تنافساً وأكثر ضغطاً باتجاه التأكيد على الجودة والاستجابة لمصالح هذه الأطراف وتوقعاتها ، مما سيجعل مهمة هذه الإدارات في تحقيق أهداف مؤسساتهم المتعلقة بالنمو والاستمرار أكثر صعوبة ؛ الأمر الذي سيتطلب استراتيجيات تسويقية تمكنها من تحقيق أهدافها والاستجابة لمصالح الأطراف الأخرى ذات العلاقة . وما لم تدرك هذه الإدارات إن قضية جودة الخدمات الاستشفائية هي من القضايا الأساسية في تسويق هذه الخدمات

فإن مهمتها ستكون صعبة في تحقيق أهدافها وأهداف الأطراف الأخرى المشاركة التي لها مصالحها وأهدافها أيضاً.

وتتناول هذه الدراسة موضوع جودة الخدمات الاستشفائية ومكوناتها من وجهة نظر الأطراف الرئيسية في عملية إنتاج هذه الخدمات وتقديمها وهم تحديداً: المرضى كمشتهلكين لهذه الخدمات، وإدارات المستشفيات كجهات مسؤولة عن تخطيط هذه الخدمات وإنتاجها وتقديمها، إضافة إلى كون الإداريين في هذه المستشفيات هم من فئة الأطباء مما يعطيهم دوراً مزدوجاً في هذه المؤسسات، ويعظم من مسؤوليتهم بموضوع الاهتمام بالجودة.

أهمية الدراسة

تتناول هذه الدراسة قضية جودة الخدمات الاستشفائية كإحدى القضايا الأساسية في تسويق هذه الخدمات. وهذه القضية كما أسلفنا ستكون على الأرجح من أهم القضايا التي ستحظى بالاهتمام والتركيز ليس فقط من قبل الباحثين والمسوقين، بل كذلك من قبل الأطراف المشاركة في عملية إنتاج الخدمات الاستشفائية وتقديمها وتمويلها سواء كانوا مشتهلكين (مرضى) أم منتجين ومقدمين لهذه الخدمات (مؤسسات وأطباء)، أم ممولين كمؤسسات التأمين الصحي وصناديقه وأرباب العمل وغيرهم.

إن معظم الدراسات العربية وكثيراً من الدراسات الأجنبية ركزت على مؤشرات جزئية عند تعاملها مع قضية جودة الخدمات الاستشفائية، حيث ركزت هذه الدراسات على رضى المرضى وعلى استطلاع آرائهم ومواقفهم حول ما يقدم لهم من خدمات، [٢][٣]. والمعروف أن رضى المرضى هو أحد مؤشرات الجودة، ولا يعكس بالضرورة جودة هذه الخدمات. كما أن معظم الدراسات الأجنبية جاءت أحادية النظرة في تعاملها مع قضية الجودة حيث لم تتعامل مع مفهوم الجودة بالشمولية التي يستحقها، حيث نظرت إليه، إما من وجهة نظر المرضى، أو من وجهة نظر الأطباء، أو شركات التأمين، أو الإداريين، أو المسوقين [٤]. ويمكن القول بأن هذه الدراسة تكاد تكون الوحيدة (على حد علم الباحثين) بين الدراسات العربية المنشورة التي تتعامل مع مكونات الجودة

بمفهوم شمولي ، ومن وجهة نظر كل من الإداريين والمرضى في المستشفيات . إضافة إلى ذلك فإن هذه الدراسة تختلف عن الدراسات الأجنبية في هذا المجال من حيث محاولتها تحليل مكونات الجودة ومقارنتها من وجهة نظر كل من المرضى والإداريين للتعرف على مدى التوافق أو الاختلاف في نظرتهم إلى موضوع الجودة؛ الأمر الذي سيمكن من تحديد الفجوات المحتملة بينهم؛ وبالتالي سيمكن إدارات المستشفيات والمسوقين لهذه الخدمات من تبني سياسات تسويقية موجهة للسوق قادرة على الاستجابة لحاجات المرضى كمستهلكين ورغباتهم وتوقعاتهم، كما ستمكن من تحسين جودة هذه الخدمات وتطويرها بتدارك الفجوات التي ستكشف عنها هذه الدراسة.

مشكلة الدراسة

مع الأهمية الكبيرة لجودة الرعاية الطبية كقضية أساسية في إنتاج الخدمة الاستشفائية وتقديمها وتسويقها وكنصر مهم في تسهيل عملية التبادل بين متتجي هذه الخدمات ومستهلكيها فلم تحظ بما تستحق من دراسة وتحليل . كما أن الدراسات والأبحاث التي تناولت موضوع الجودة جاءت مجزوءة وأحادية النظرة كما أسلفنا . وتركز هذه الدراسة على تحليل الجودة وتقويمها من وجهة نظر كل من المرضى كمستهلكين للخدمة الاستشفائية والإداريين كمنتجين ومسوقين لهذه الخدمة لمعرفة كيف ينظر كل طرف من هذين الطرفين لمكونات الجودة، وما هي الأهمية النسبية التي يعطيها كل منهم لهذه المكونات . وماهي أوجه التوافق والاختلاف بينهم حول مكونات الجودة . كما تبحث هذه الدراسة في أثر الخصائص الديموغرافية للمرضى والإداريين في إدراكهم للأهمية النسبية للمكونات المختلفة للجودة .

أهداف الدراسة

بعد الإجابة عن الأسئلة البحثية المطروحة يأمل الباحثان تحقيق الأهداف التالية :

١ - التعرف على مكونات جودة الخدمات الاستشفائية من وجهة نظر كل من المرضى والإداريين والأهمية النسبية لكل من هذه المكونات .

- ٢- معرفة مدى التوافق أو التباين بين المرضى والإداريين حول مكونات الجودة، وتحديد هذه الفجوات عند وجودها .
- ٣- معرفة مدى التوافق بين المستويات الإدارية المختلفة أو الاختلاف حول مكونات الجودة .
- ٤- مساعدة إدارات المستشفيات والمسؤولين عن تسويق هذه الخدمات في تشخيص الفجوات والاختلافات في وجهات النظر حول جودة هذه الخدمات بينهم وبين المرضى كمستهلكين نهائيين لهذه الخدمات ، مما يمكنهم من إعادة النظر في خطط إنتاج هذه الخدمات وتقديمها وتسويقها . ويحقق أهداف مؤسساتهم في بيئة آخذة في التعقيد والانفتاح واشتداد المنافسة . وفي الوقت نفسه يمكنهم من الاستجابة لحاجات المرضى ورغباتهم وتوقعاتهم كمستهلكين لهذه الخدمات .

الإطار النظري للدراسة ومراجعة الأدبيات

أ) مفهوم جودة الرعاية الطبية

تعتبر جودة الرعاية الطبية كمفهوم من أعقد المفاهيم ، سواء من حيث التعريف أو القياس ، ويعد تحديد دونابدين [٥ ، ص ٨٠-٣٠] وتعريفه لمكونات جودة الرعاية الطبية ومداخل قياسها جزءاً لا يتجزأ من معظم محاولات تعريف الجودة وقياسها كمفهوم ، وقد حدد دونابدين ثلاثة مكونات للجودة وهي : المكونات الفنية Technical والمكونات المرتبطة بالعلاقات الشخصية Interpersonal والمكونات البيئية والهيكلية . تشير المكونات الفنية إلى درجة حسن تطبيق العلوم والمعارف الطبية لأغراض تشخيص المشكلات الصحية ومعالجتها . وتشير المكونات المرتبطة بالعلاقات الشخصية للجودة إلى الاستجابة لحاجات المرضى وتوقعاتهم المرضى والمعاملة الودية والاهتمام من جانب منتج خدمات الرعاية الطبية ومقدميها عند تعاملهم وتفاعلهم مع المرضى . كما تشير المكونات البيئية للرعاية إلى البيئة الكلية التي يتم ضمنها إنتاج خدمات الرعاية الطبية وتقديمها ، ويتضمن ذلك جاذبية المؤسسة الصحية ومدى توافر مستلزمات الراحة والاطمئنان للمرضى في هذه المؤسسة ، والخصائص الهيكلية والتنظيمية لها . ومع

التحديد الواضح والدقيق لمكونات الجودة كما حددها دونابدين فإن الجودة كمفهوم واسع ومعقد تعني أشياء مختلفة للأطراف المتعددة المشاركة في عملية إنتاج خدمات الرعاية الطبية وتقديمها وتمويلها واستهلاكها . فقد تعني لمديري المستشفيات توظيف أفضل العناصر البشرية والتسهيلات (أبنية وأجهزة ومعدات) لتقديم الخدمة الاستشفائية . وقد تعني الجودة للمرضى تلقي رعاية حانية تتصف بالموودة والاحترام والشعور بأنهم محور الاهتمام والتركيز من قبل منتجي هذه الخدمات ومقدميها، كما أن الجودة من وجهة نظر الأطباء قد تعني توفير أعلى مستوى ممكن من المعارف والمهارات الطبية وتقديمه لخدمة مرضاهم ، كما قد ينظر مشترو التأمين الصحي والجهات الممولة للخدمة (صناديق التأمين وأرباب العمل) إلى الجودة كرديف لكلفة هذه الخدمات ، كما قد ينظر المختصون في التسويق إلى الجودة من حيث الاستجابة لتوقعات المستهلكين ورغباتهم [٦] .

إن اختلاف هذه الجهات المتعددة حول مفهوم الجودة يؤدي بالضرورة إلى الاختلاف حول مقاييس الجودة التي يستعملها كل طرف . فقد تكون الحصة السوقية بالمقارنة مع المنافسين والصورة الاجتماعية الإيجابية للمؤسسة هي المقاييس المفضلة للجودة من وجهة نظر الإداريين . وقد تكون المراجعة المهنية للأنشطة الطبية والجراحية هي المقياس المفضل من وجهة نظر الأطباء ، وقد تكون النتائج النهائية لاستهلاك الخدمة هي المقياس الأفضل من وجهة نظر البعض الآخر من الأطباء . وقد تكون كلفة هذه الخدمات هي المقياس الأفضل من وجهة نظر الجهات الممولة والمؤمنة لهذه الخدمات (صناديق التأمين وأرباب العمل) . أما من وجهة نظر كثير من المسوقين فإن رضى المرضى عن الجهات المقدمة لهم هو المقياس الأفضل للجودة . ومع أن وجهات النظر المختلفة لهذه الأطراف المتعددة حول مفهوم الجودة وقياسها تستند إلى منطق ما، ولها مبرراتها، فإنها لا تخلو من سوء الفهم وأوجه القصور [٧] ، حيث يؤخذ على كل وجهات النظر السابقة بأنها أحادية النظرة والبعد في تعاملها مع الجودة كمفهوم واسع ، وتستعمل مدخل قياس ضيقاً ومحدوداً لقياس مفهوم متعدد الأبعاد .

ومع أن الجودة مفهوم متعدد الأبعاد فقد ركزت معظم الدراسات والأبحاث

السابقة في مجال تسويق خدمات الرعاية الصحية على مفهوم الجودة من وجهة نظر المسوقين حيث تم قياسه برضى المرضى عن الخدمات المقدمة لهم ، وهذا يمثل فقط أحد أبعاد الجودة ، وعلى ذلك لا بد للمديرين والباحثين من إدراك الأبعاد المتعددة لهذا المفهوم وفهمها وتضمينها في مؤشرات أكثر عمومية وقدرة على تمثيل هذا المفهوم الواسع وقياسه .

ب) مداخل قياس الجودة

حدد دونابدين ثلاثة مداخل لقياس جودة الرعاية الطبية هي المدخل الهيكلي Structural approach ، ومدخل العملية Process ، ومدخل النتيجة النهائية Outcome . كما اعترف بأهمية رضى المرضى كمقياس للجودة [٨ ص ٨٠-٨٣] .

١- المدخل الهيكلي Structural approach

ويتضمن استعمال مقاييس هيكلية تعود إلى الخصائص الثابتة للمؤسسة الصحية مثل عدد وفئات ، ومؤهلات منتجي ومقدمي خدمات الرعاية الطبية ، والأجهزة والمعدات والتسهيلات Facilities المتوافرة ، وأسلوب تنظيمها وإدارتها . ويعد مدخل القياس هذا جذاباً وميسراً للإداريين بسبب سهولة توفير المعلومات المطلوبة للتقويم من سجلات المؤسسة ، أو من خلال الملاحظة البسيطة . ويستند مدخل القياس هذا على افتراض أساسي وهو «إذا كان هيكل الرعاية جيداً فإن العمليات الملائمة سوف تتبع الهيكل ، كما أن النتائج ستكون جيدة» . وهذا ليس بالضرورة صحيحاً . ومع أن الاعتماد على المقاييس الهيكلية لا يضمن جودة العمليات والنتائج فلا بد من توافر مستوى ما من الخصائص الهيكلية إذا ما أردنا حدوث عمليات جيدة .

٢- مدخل العملية Process Approach

ويشير هذا المدخل - كما عرفه دونابدين - إلى الأنشطة والخدمات التي تم تقديمها للمريض [٩] أو ما يسميه ديقانديت [١٠] محتوى الرعاية كعملية ، ويتضمن

ذلك تسلسل الأنشطة وتنسيقها . وقد طور بروك ووليمز وديفس هذا المفهوم ، وفصلوا بين النواحي الفنية للرعاية technical ، والمهارات عبر الشخصية Interpersonal المرتبطة في التعامل والتفاعل مع المرضى أو ما يسمى فن الرعاية Art of Care [١١] .

ويعد هذا المدخل لقياس الجودة من المداخل الأكثر استعمالاً ، لسهولة تحديد المقاييس العملية بالمقارنة مع مقاييس النتيجة النهائية حيث يعتمد هذا المدخل على البيانات المدونة في السجلات الطبية للمرضى ، ويقوم هذا المدخل على تحديد قائمة مسبقة بالعناصر التي يعتقد أنها تشكل الرعاية الجيدة ، ومن ثم مقارنتها مع الأنشطة العملية التي تم القيام بها أثناء رعاية المرضى كما هي موثقة في السجلات الطبية للمرضى . والافتراض الأساسي الذي يقوم عليه هذا المدخل هو «إذا كانت العمليات صحيحة فيتوقع أن تكون النتائج النهائية للرعاية جيدة» . ويؤخذ على هذا المدخل استعماله لما يسمى القائمة المحددة Laundry List للأنشطة والإجراءات التي تشكل الرعاية الجيدة دون الأخذ في الاعتبار شدة المرض ونتائج الفحوصات المخبرية والتشخيصية الأخرى ، ووجود الأعراض المرضية أو غيابها ، وبالتالي فإن هذا المدخل قد لا يعد الوسيلة الملائمة لقياس عملية الرعاية [١٢ ، ص ٤١٤-٤١٥] كما أن الدراسات والأبحاث التي أشارت إلى وجود علاقة قوية بين عملية الرعاية والنتائج النهائية للرعاية قليلة جداً [١٣] .

٣- مدخل النتيجة النهائية Outcome Approach

حيث تعكس النتائج النهائية للرعاية الطبية التغيرات الصافية التي تحدث للمستوى الصحي الفردي أو المجتمعي الآن ومستقبلاً كنتيجة لخدمات الرعاية الطبية . وهذه المقاييس لها جاذبية بسبب الصدق الظاهري لها . وحقيقة الأمر أن هنالك عوامل كثيرة تؤثر في المستوى الصحي بجانب الرعاية الطبية كعوامل البيئة والوراثة والقيم والسلوك . ويستعمل هذا المدخل مجموعتين من مقاييس المخرجات ، وهي مؤشرات الوضع الصحي العام ، ومؤشرات الوضع الصحي الخاص بمرض محدد . ومن الأمثلة على المجموعة الأولى من المقاييس تحسن الأداء الجسدي المادي Physical للشخص ،

والأداء العاطفي والأداء الاجتماعي . ومواقف المرضى والتغير في السلوك المرتبط بالصحة ، وهذه المقاييس يمكن أن تركز على إدراك الشخص (المريض) لمستوى صحته ، [١٤] أو على الرأي المهني (الأطباء) [١٥] . ومن الأمثلة على المجموعة الثانية من المقاييس معدلات الوفيات للأمراض المحددة ، وحدوث الأعراض المرضية المرتبطة بمرض محدد والإعاقات السلوكية المصاحبة لمرض محدد Behavioural Disabilities .

٤- مدخل رضا المرضى لقياس الجودة

تناولت كثير من الدراسات والأبحاث تقويم الجودة باستعمال مقياس رضا المرضى ، حيث يمكن لهذا المقياس أن يعكس النتيجة النهائية للرعاية والعمليات والأنشطة وهيكلية الرعاية معاً . [١٦] ويندرج تحت هذا المدخل معظم دراسات تسويق الخدمات الصحية وأبحاثها ، حيث ركزت على الرضا المدرك من قبل المرضى حول ما يقدم لهم من خدمات . [١٧] و [١٨] و [١٩] .

ج) أدبيات الدراسة

لدى مراجعة أدبيات الدراسة المتعلقة بتسويق الرعاية الطبية والاستشفائية وجودتها أمكننا تحديد اتجاهين بحثيين : يمثل الاتجاه الأول الدراسات التي استعملت مدخل قياس النتيجة النهائية لخدمات الرعاية الطبية ويركز هذا الاتجاه البحثي على قياس الحالة الصحية من وجهة نظر المرضى ، وذلك بعد تلقي الخدمة . وقد طور هذا الاتجاه البحثي جون وير وزملاؤه [٢٠] و [٢١] . حيث تم تطبيق نظرية Psychometric وأساليبها لقياس الحالة الصحية من وجهة نظر المرضى . ويؤكد ديفس ووير أن المرضى يمكنهم أكثر من غيرهم تقديم معلومات مميزة وذات مصداقية حول جودة الرعاية الطبية التي تلقوها ، واستعملت هذه الأبحاث مقاييس للجودة تراوحت بين مقاييس الأداء المادي Physical Functioning ومقاييس الأداء النفسي للمرضى بعد تلقي الرعاية ؛ وتضمنت عدداً من العوامل مثل الإعاقات الاجتماعية والقيام بالدور الأسري والوظيفي وعوامل أخرى

مثل مستوى الألم، واضطرابات النوم. ومما يؤخذ على هذا المسار البحثي النتائج التي توصلت لها بعض الدراسات الأخرى والتي بينت التأثير الكبير والديناميكي لخصائص الأمراض المختلفة مثل شدة المرض، وكونه مرضاً مزمناً أم لا، وأمراض العمر المتأخر [٢٢]، فهذه العوامل تؤثر في إدراك الفرد لصحته كما تؤثر في النتيجة النهائية لخدمات الرعاية، إضافة إلى القضايا المتعلقة بنوعية حياة الفرد وخاصة للمرضى كبار السن [٢٣]. كما يؤخذ على الأبحاث التي اتبعت هذا المسار عدم قدرة هذا المدخل الكمي على التعامل مع كثير من العوامل الكيفية المهمة والتي تؤثر في النتيجة النهائية للمعالجة مثل القيم والعوامل النفسية والتفاعل الاجتماعي بين المرضى ومقدمي الخدمات، مما يجعل هذه الأبحاث غير ملائمة.

والاتجاه البحثي الثاني يركز كسابقه على تعريف الجودة وقياسها من وجهة نظر المرضى إلا إنه يختلف عنه من حيث محور التركيز والذي ينصب على رضا المرضى عن الخدمات المقدمة لهم، وليس على المستوى الصحي لهم. ويمكن القول إن الأبحاث ضمن هذا المسار تتصف بكونها عامة ووصفية وغالبا أحادية النظرة والبعد في تعاملها مع مفهوم الجودة وقياسها [٢٤] وجدير بالذكر أن معظم دراسات الجودة وأبحاثها في مجال تسويق الرعاية الصحية تندرج تحت هذا المسار البحثي.

وقد اعتبرت كثير من هذه الدراسات رضا المرضى محصلة لتأكيد أو عدم تأكيد رضا أو عدم رضا المرضى عن نتيجة الرعاية بالمقارنة مع توقعاتهم المسبقة عن الرعاية الطبية، كما عرف تيلور وكروتون [٢٥] مفهوم الجودة بمواقف المرضى تجاه الأداء الفعلي لخدمات الرعاية. كما رأى بعضهم الآخر أن معايير الجودة المرتكزة على الخبرة المهنية (خبرة الأطباء) أفضل من التوقعات كأساس لمقارنتها مع خبرات المرضى بعد تلقي خدمات الرعاية [٢٦]. كما تم توظيف مسوحات رضا المرضى لتقويم مواقفهم تجاه بعض الخدمات الطبية المحددة مثل خدمات المستشفيات [٢٧] و [٢٨] و [٢٩] وخدمات أقسام الطوارئ [٣٠] وخدمات المرضى النفسيين [٣١]. كما قدم ستراسر وآخرون ضمن هذا الاتجاه البحثي [٣٢] نموذجاً للرضا كعملية يوضح كيفية تشكل مواقف

المرضى . ويؤخذ على أبحاث رضا المرضى في هذا الاتجاه عموماً استعمالها لنظرية التعارض (Discrepancy) ، ومفادها أن الرضا هو محصلة التعارض المدرك بين ما يرغب فيه المرضى وما يجدوه بالفعل كجزء من هذه الرغبات ، ويساوي هؤلاء الباحثين (من وجهة نظر تسويقية) الرغبات بالتوقعات ، بينما يرى آخرون أن الرغبات تعني «ما هو مهم» أو «ما يجب أن يكون» [٣٣] ومن ناحية أخرى ففي حالة عدم وجود خبرات سابقة لدى المرضى عن الخدمات الطبية فيمكن لتوقعاتهم أن تكون عند الحد الأدنى وغير واقعية . وبالتالي فإن نتائج مسوحات رضا المرضى لن تكون مرتبطة بجودة الرعاية المقدمة لهم [٣٤] .

وخلاصة القول فإن الأبحاث التي انصبت على رضا المرضى من وجهة نظر تسويقية لم تهتم بالنتيجة النهائية لخدمات الرعاية الطبية ، كما يؤخذ عليها أنها أحادية النظرة (رضا المرضى فقط) في تعريفها وقياسها لجودة الرعاية الطبية ، وقد سيطرت هذه النظرة على معظم أبحاث تسويق الخدمات الصحية خلال فترة الثمانينات والتسعينات [٣٥ ، ص ٦١-٦٧] و [٣٦] . أما هذا البحث فيركز على دراسة مفهوم جودة الخدمات الاستشفائية ، من وجهة نظر كل من المرضى وإداريي المستشفيات .

إن مثل هذا المدخل يمكن من دراسة الفجوات في إدراك الجودة من وجهة نظر الطرفين وتحليلها ، مما سيساعد في فهم أفضل لجودة الخدمات الاستشفائية ، ومن ثم إنتاجها وتقديمها بشكل يحقق رضا المرضى وأهداف المؤسسات الصحية معاً ، فتقديم خدمات استشفائية جيدة من وجهة نظر الإداريين والأطباء لا يعتبر أمراً ذا قيمة من وجهة نظر تسويقية إذا لم يرها ويدركها المرضى كذلك .

فرضيات الدراسة

تمت صياغة فرضيات الدراسة بالصورة العدمية على النحو التالي :

HoH1 : « لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأهمية النسبية لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية بين الإداريين في المستشفيات وجمهور المرضى » .

HoH2: «لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين جمهور المرضى في الأهمية النسبية لمكونات جودة الخدمة الاستشفائية سواء تم تصنيف جمهور المرضى على أساس الجنس أو مستوى التعليم أو مستوى الدخل» .

HoH3: «لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإداريين في الأهمية النسبية لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية سواء تم تصنيف الإداريين على أساس المركز الوظيفي أو الخبرة العملية أو مستوى التعليم» .

منهجية الدراسة

أ) عينة الدراسة

بناء على أهداف الدراسة وفرضياتها فقد تم سحب نوعين من العينات : عينة ملائمة من جمهور المرضى في مختلف مستشفيات القطاع الخاص . وقد تم اللجوء إلى أسلوب العينة غير الاحتمالية هنا لتعذر حصر أفراد مجتمع الدراسة . وقد شكلت نسبة المستجيبين منهم هو ٧١٪ تقريباً من مجموع حجم العينة المختارة والبالغ ٢٣٥ (أي ١٧١ فرداً)* .

أما العينة الأخرى، فقد كانت عينة عشوائية بسيطة من مختلف الإداريين في قطاع المستشفيات الخاصة العاملة في الأردن، حيث تم مراعاة اختلاف مراكزهم الوظيفية، وقد بلغت نسبة المتعاونين منهم تقريباً ٦٠٪ أي ٩١ إدارياً من أصل مجموع العينة البالغ ١٥٠ إدارياً .

ب) بيانات الدراسة

لقد تم الحصول على بيانات الدراسة من خلال تطوير استبانة اعتمدنا في تطويرها على نوعين من المعلومات : معلومات ثانوية من خلال الرجوع إلى ما كتب عن مكونات

* لقد تم اختيار خمسة مرضى وزيارتهم في كل مستشفى في القطاع الخاص الصحي الأردني .

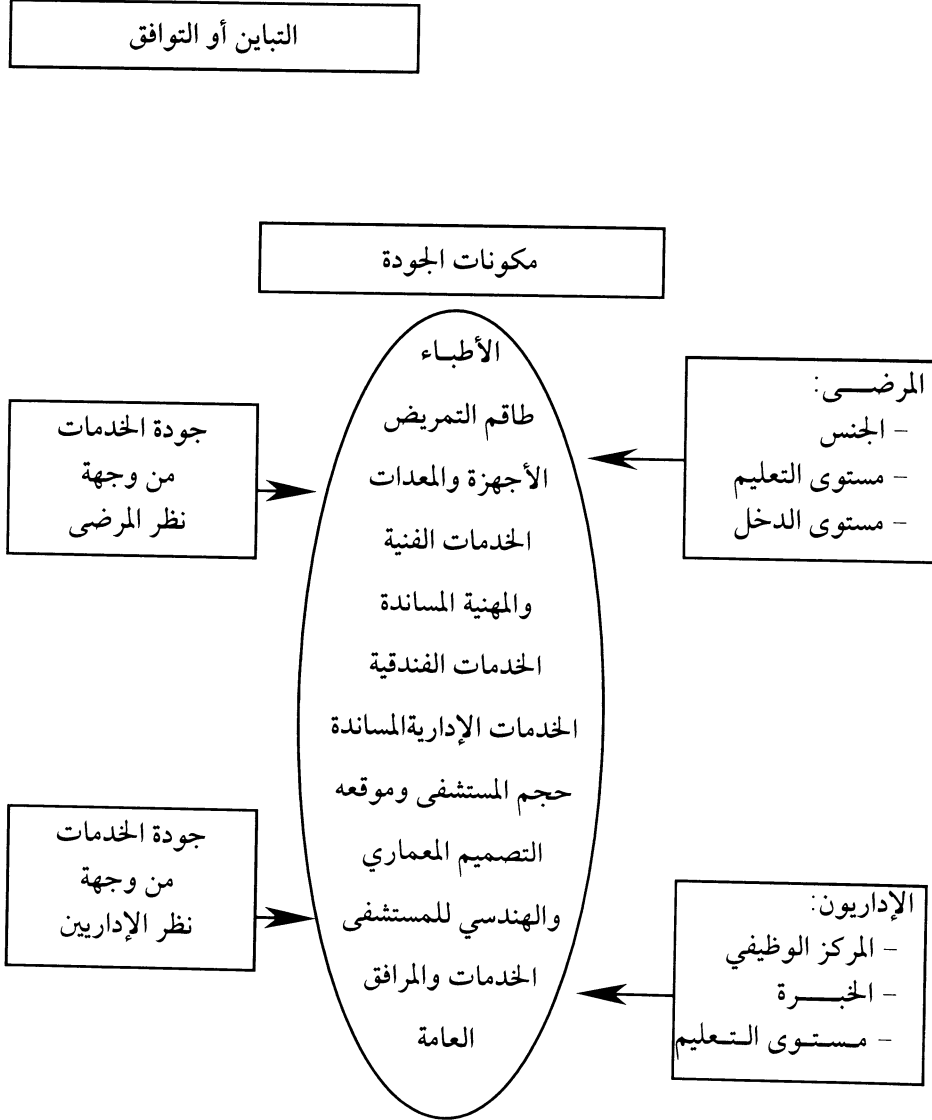
جودة الخدمة الاستشفائية، ومعلومات أولية من خلال إجراء مقابلات شخصية مع عدد من الإداريين والمرضى، حيث طلب إليهم وبشكل منفصل تحديد أهم عشرة أبعاد تعبر عن جودة الخدمات الاستشفائية المدركة من قبل كل منهم، وبعد ذلك تم تطوير الاستبانة وتعميمها.

ج) متغيرات الدراسة وقياسها

استناداً إلى أدبيات الموضوع سواء من حيث التنظير المتعلق بتحديد مفهوم جودة الرعاية الطبية وقياسها، أو من حيث الدراسات السابقة حول جودة الرعاية الطبية أمكننا تحديد عشرة مكونات للجودة (متغيرات رئيسية) (انظر النموذج النظري للبحث شكل (١)، قياس كل من هذه المتغيرات من خلال عدد من المتغيرات الفرعية (أبعاد) كما هو موضح في استمارة البحث (انظر استمارة البحث).

وهذه المتغيرات هي :

- ١- الأطباء: وقد تم قياسه من خلال الأسئلة ذات الأرقام (١ - ١٠).
- ٢- طاقم التمريض: وقد تم قياسه من خلال الأسئلة ذات الأرقام (من ١١ إلى ١٥).
- ٣- الخدمات الفنية والمهنية المساندة: وقد تم قياسه من خلال الأسئلة ذات الأرقام (١٦ إلى ١٩).
- ٤- الأجهزة والمعدات: وقد تم قياسه من خلال الأسئلة ذات الأرقام (٢٠ إلى ٢٣).
- ٥- الخدمات الفندقية: وقد تم قياسه من خلال الأسئلة ذات الأرقام (٢٤ إلى ٣٣).
- ٦- الخدمات الإدارية المساندة: وقد تم قياسه من خلال الأسئلة ذات الأرقام (٣٤ إلى ٤٤).
- ٧- التفاعل الإنساني: وقد تم قياسه من خلال الأسئلة ذات الأرقام (٤٥ إلى ٦٤).



الشكل رقم (١). النموذج النظري للبحث

- ٨- حجم المستشفى وموقعه : وقد تم قياسه من خلال الأسئلة ذات الأرقام (٦٥ إلى ٦٩).
- ٩- التصميم المعماري والهندسي : وقد تم قياسه من خلال الأسئلة ذات الأرقام (٧٠ إلى ٧٦).
- ١٠- الخدمات والمرافق العامة : وقد تم قياسه من خلال الأسئلة ذات الأرقام (٧٧ إلى ٨٣).

وقد تضمنت الاستمارة نوعين من الأسئلة المطلوب إجابات عنها من قبل مجتمع الدراسة. تضمن النوع الأول مجموعة من الأسئلة حول جميع متغيرات الجودة التي حددت بالدراسة وعددها ٨٣ سؤالاً، وقد طلب إلى الإداريين والمرضى الإجابة عنها بالقياس نفسه والطريقة نفسها. أما النوع الثاني فقد تضمن مجموعة من الأسئلة حول الخصائص الديموغرافية للمرضى (الجنس، ومتوسط الدخل، ومستوى التعليم) وقد طلب إلى المرضى الإجابة عنها، وأسئلة حول المركز الوظيفي والخبرة ومستوى التعليم، وقد طلب إلى الإداريين فقط الإجابة عنها (انظر الاستبانة المرفقة).

د) التحليل الإحصائي واختبار مصداقية البيانات

لاختبار الفرضيات الخاصة بالدراسة، فقد تم استخدام اختبار مربع كاي الإحصائي «Chisquare» الناتج عن توظيف أسلوب التحليل التمايزي «Discriminant Analysis»، وذلك لتحديد أهم أوجه الشبه والاختلاف بين مجتمع الدراسة حول مدى إدراكهما لمكونات جودة الخدمة الاستشفائية.

وقد تم حساب المصدقية (ألفا) لاختبار درجة توافق ردود المجيبين عن أسئلة الاستبانة. حيث وجدت قيمة (ألفا) لجميع إجابات أسئلة الاستبانة (٨٣ سؤالاً) ٣, ٨٥٪ و ٧, ٨٧٪ من قبل الإداريين والمرضى على التوالي. وهي نسب عالية كونها أعلى من النسبة المقبولة وقدرها ٦٠٪. والجدول رقم (١) يبين نتائج اختبار المصدقية (ألفا) لكل مكون من مكونات الجودة على أساس نوع العينة.

جدول رقم (١). نتائج اختبار المصدقية (ألفا)

مكونات الجودة	قيمة (ألفا) لإجابات الإداريين	قيمة (ألفا) لإجابات المرضى
١- خصائص الأطباء ومؤهلاتهم	٠,٨٤٩٢	٠,٨٦٤٣
٢- خصائص طاقم التمريض ومؤهلاتهم	٠,٨٢١١	٠,٨٩٥٨
٣- الخدمات الفنية والمهنية المساندة	٠,٧٥٠٢	٠,٩٠٣٨
٤- الأجهزة والمعدات الطبية والتشغيلية	٠,٧٩١٣	٠,٨٣٨١
٥- الخدمات الفندقية	٠,٨٢٣١	٠,٨٦٢١
٦- الخدمات الإدارية المساندة	٠,٧٦١٦	٠,٩٤٢٢
٧- التفاعل الإنساني	٠,٨٨٠٩	٠,٩١٢٢
٨- حجم المستشفى وموقعه	٠,٨١٣٢	٠,٨٨٣٩
٩- التصميم المعماري والهندسي	٠,٧٨٦٢	٠,٨٢٣١
١٠- الخدمات والمرافق العامة	٠,٨١٤٤	٠,٨٤٥٥
جميع المكونات	٪٨٥,٣	٪٨٧,٧

هـ) النموذج النظري للدراسة

استناداً إلى الأهداف المحددة للبحث ولأدبيات جودة الرعاية الطبية والتي تؤكد على الطبيعة متعددة الأبعاد لمفهوم الجودة، فقد تم تحديد عشرة أبعاد تتعلق بجودة الخدمة الاستشفائية، كما هو موضح في النموذج النظري للبحث (شكل رقم ١). وقد تم تضمين الخصائص الديموغرافية للمرضى والإداريين كعوامل مؤثرة في إدراك الجودة، وذلك على أساس الافتراض المنطقي بأن الجودة كمفهوم شامل ومعقد قد تعني أشياء مختلفة لأفراد مختلفين. وعلى ذلك تم تصنيف الإداريين إلى ثلاث فئات حسب المركز الوظيفي، والخبرة ومستوى التعليم كما تم تصنيف المرضى على أساس هذا الافتراض حسب الجنس ومستوى التعليم ومستوى الدخل. ويعتقد الباحثان أن هذا النموذج النظري للبحث سيتمكن من تحليل ومقارنة وجهة نظر كل من المرضى والإداريين بفئاتهم المختلفة حول مفهوم الجودة، وبالتالي تحديد الفجوات المحتملة بينهما في إدراكهم لأهمية أبعاد الجودة.

تحليل نتائج الدراسة

فيما يلي استعراض لنتائج اختبار الفرضيات

الفرضية الأولى

«لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأهمية النسبية لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية بين الإداريين في المستشفيات وجمهور المرضى» .
 لاختبار هذه الفرضية تم استخدام مربع كاي الإحصائي «Chi- Square» الناتج أوتوماتيكاً عن توظيف أسلوب التحليل التمايزي (Discriminant Analysis) وقد أظهرت نتائج هذا الاختبار كما هي ملخصة في الجدول رقم (٢) أن قيمة مربع كاي المحسوبة على درجة حرية (٤) هي ١٩٠, ٢٠، وبما أن قيمة مربع كاي التي تم الحصول عليها تفوق القيمة الحرجة على مستوى ثقة ٠, ٠٥ $\alpha \geq$ فإن القرار هو رفض الفرضية والاستدلال على وجود اختلافات في الأهمية النسبية لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية بين جمهور المرضى والإداريين، وذلك عند أخذ جميع هذه المكونات بصورة كلية. وتبدو هذه النتيجة مقبولة منطقياً حيث إن الفئتين (المرضى كمستهلكين والإداريين كمنتجين ومسوقين) قد يختلفون من حيث التوجه العام والاهتمام بالجودة ومكوناتها.

فالمرضى يركزون على ما تحدته الخدمة الاستشفائية من تغيير إيجابي على حالتهم الصحية، ويحكمون على جودة الخدمة بالحصلة النهائية لها. أما الإداريون فقد يركزون على الناحية التسويقية للخدمة الاستشفائية أكثر من تركيزهم على الحصيلة النهائية لها.

هذا وقد دلت نتائج أسلوب التحليل التمايزي عند أخذ هذه المكونات جميعاً، وباستخدام طريقة ولكس لمبادا (Wilks Lambda) على وجود أربعة مكونات للجودة من أصل عشرة مكونات يمكن من خلالها التمييز بين جمهور المرضى والإداريين المشمولين بالدراسة. وهذه المتغيرات ذات الدلالة يمكن النظر إليها بالجدول رقم (٣).

الجدول رقم (٢). نتائج اختبار مربع كاي للفروق لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية بين المرضى والإداريين

مستوى الدلالة	درجة الحرية	مربع كاي المحسوب	ولكس لمبادا	معامل الارتباط القانوني	قيمة إيجن الوظيفة
٠,٠٠٠٥	٤	٢٠,١٩٠	٠,٩٢٣٩	٠,٢٧٥٩	٠,٠٨٢٤

مستوى الدلالة < ٠,٠٥

الجدول رقم (٣). نتائج أسلوب التحليل التمايزي للفروق المهمة في مكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية بين المرضى والإداريين

اسم المكون	الخطوة	AER**	*W.L	مستوى الدلالة
١- الخدمات الفندقية	١	٥ م	٠,٩٦٤٠٨	٠,٠٠٢٢
٢- الأجهزة والمعدات الطبية والتشغيلية	٢	٤ م	٠,٩٣٦٢٢	٠,٠٠٠٠٢
٣- الخدمات الإدارية المساندة	٣	٦ م	٠,٩٢٨٢٧	٠,٠٠٠٠٣
٤- خصائص طاقم التمريض	٤	٢ م	٠,٩٢٣٨٨	٠,٠٠٠٠٥

W.L: Wilks' Lambda وهو مقياس متعدد المتغيرات لتحديد الفروقات بين المجموعات بناء على عدة متغيرات، وهي تحدد مقدار ما تبقى من الفروقات التي لم يستطع المتغير أن يفسرها، ولهذا فكلما صغرت؛ فسر المتغير أكبر قدر من الفروق، ولهذا فلا داعي لإدخال متغيرات جديدة، وكلما كبرت دل ذلك على وجود فروق بين المجموعات لم يستطع المتغير أن يفسرها، ولهذا فإنه ما زالت هناك حاجة لإدخال متغير جديد وإذا وصلت قيمتها إلى واحد صحيح فإنه يعني أن المجموعات متماثلة وبالتالي لا توجد فروق، وتستخدم قيمة ولكس لمبادا في حساب قيمة مربع كاي.

**Action Entered Removed إجراءات إدخال واستبعاد المتغيرات حسب قوتها التمييزية.

الفرضية الثانية

«لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين جمهور المرضى في الأهمية النسبية لمكونات جودة الخدمة الاستشفائية سواء تم تصنيف جمهور المرضى على أساس الجنس أو مستوى التعليم أو مستوى الدخل».

لاختبار الثلاث الفرضيات الفرعية المشتقة من هذه الفرضية الأساسية تم استخدام «مربع كاي». وقد أدت نتائج هذا الاختبار - كما هي ملخصة في الجدول رقم (٤) - إلى قبول فرضية واحدة، هي الفرضية (أ). وهذا يعني أن مدى إدراك جمهور المرضى لمكونات جودة الخدمة الاستشفائية لا تختلف أهميتها النسبية إذا تم تصنيف جمهور المرضى على أساس الجنس، بينما تختلف أهميتها في التمييز بينهم، إذا تم تصنيفهم على أساس مستوى التعليم أو مستوى الدخل. وقد تم الحصول على هذه النتيجة عند أخذ جميع مكونات الجودة المدركة بالدراسة بصورة كلية، وتبدو هذه النتيجة مقبولة منطقياً لأنه لا ينتظر أن يؤثر جنس المرضى في مدى إدراكهم للأهمية النسبية لمكونات الجودة بينما نعتقد أن اختلاف مستويات التعليم والدخل للمرضى يؤثر في مستوى توقعاتهم من الخدمة الاستشفائية، كما قد يؤثر في مستوى الرغبات والحاجات لديهم، وبالتالي في الأهمية النسبية المعطاة لمكونات الجودة. وتؤيد نتائج أسلوب التحليل التمايزي هذا التفسير. فقد دلت نتائج أسلوب التحليل التمايزي وباستخدام طريقة Wilks' Lambda على وجود خمسة مكونات للجودة من أصل عشرة مكونات يمكن من خلالها التمييز بين جمهور المرضى عند تصنيفهم على أساس المستوى التعليمي (جدول ٥)، كما أظهرت أيضاً وجود أربعة مكونات للجودة من مجموع المكونات نفسه يمكن من خلالها التمييز بينها على أساس مستوى الدخل (جدول ٦).

الفرضية الثالثة

«لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإداريين في الأهمية النسبية لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية سواء تم تصنيف الإداريين على أساس المركز الوظيفي أو الخبرة العملية أو مستوى التعليم».

لقد تم استخدام اختبار مربع كاي لاختبار الثلاث الفرضيات الفرعية المشتقة من هذه الفرضية الأساسية. وقد أدت النتائج - كما هي ملخصة في الجدول (٧) - إلى رفض فرضيتين منها، هما الفرضية أ والفرضية ب. وهذا يعني أن مدى إدراك الإداريين لمكونات جودة الخدمة الاستشفائية لا تختلف أهميتها بينهم إذا تم تصنيفهم على أساس المستوى التعليمي. وقد تم الحصول على هذه النتيجة عند أخذ جميع مكونات الجودة المحددة بالدراسة بصورة كلية.

الجدول رقم (٤). ملخص نتائج اختبار مربع كاي للفروق بين جمهور المرضى لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية

الفرضيات الفرعية	الخصائص الديموغرافية	مستوى الدلالة	درجة الحرية	مربع كاي المحسوب	ولكس لمبادا	معامل الارتباط***	قيمة	الوظيفة
أ	الجنس	٠,٦٢٤٨	٣	٥,٧٤٤	٠,٩٦٦٣	٠,١٨٣٦	٠,٠٣٤٩	١
ب	التعليم	٠,٦٢٤٨	٣	٢٥,١٦٦٩	٠,٨٥٨٩	٠,٢٩٦٦	٠,٠٩٦٥	١
ج	الدخل	٠,٠٠٩٠	١٢	٢٦,٥٣٦	٠,٨٥٢٣	٠,٣٢٧٩	٠,١٢٠٥	١

***معامل الارتباط القانوني هو مقياس للترابط يلخص درجات العلاقة بين المجموعات ومحاولة التمييز وإذا كانت القيمة تساوي صفراً فإنها تدل على أنه لا توجد علاقة على الإطلاق وكلما كبرت القيمة (وهي دائماً موجبة) تمثل زيادة في درجة العلاقة إلى أن تصل إلى واحد صحيح وهو أقوى علاقة.

***القيمة الأجنبية تمثل مقدار التباين المحسوب بواسطة العامل (المتغير) وتكون قيمتها موجبة أو صفراً وكلما كانت أكبر كانت هناك فروق بين المجموعات بصورة أكبر بناء على ذلك العامل، ولهذا فالعامل الذي له أكبر قيمة أجنبية يكون الأفضل في التمييز بين المجموعات والعامل الذي له أصغر قيمة أجنبية يكون الأضعف.

الجدول رقم (٥). نتائج أسلوب التحليل التمايزي للفروق المهمة بين جمهور المرضى لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية على أساس المستوى التعليمي

اسم المكون	الخطوة	AER	W.L	مستوى الدلالة
١- الخدمات الفندقية	١	V5	٠,٩٣٢٢	٠,٠١٩٤
٢- التفاعل الإنساني	٢	V7	٠,٩٠٥١٠	٠,٠١٠٧
٣- خصائص الأطباء	٣	V1	٠,٨٩١٢	٠,٠١٤٠
٤- التصميم المعماري	٤	V9	٠,٨٧٦٢	٠,٠١٥٥
٥- حجم المستشفى وموقعه	٥	V8	٠,٨٥٨٩	١,٠١٤١

الجدول (٦): نتائج أسلوب التحليل التمايزي للفروق المهمة بين جمهور المرضى لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية على أساس مستوى الدخل

اسم المكون	الخطوة	AER	W.L	مستوى الدلالة
١- الخدمات الفندقية	١	V5	٠,٩٧٢٣٦	٠,٠٩٥٦
٢- حجم المستشفى	٢	V8	٠,٩٠٦٦٢	٠,٠١١٩
٣- الأجهزة والمعدات الطبية	٣	V4	٠,٨٨١٦٢	٠,٠١١٦
٤- التفاعل الإنساني	٤	V7	٠,٠٠٩٠	٠,٠٠٩٠

الجدول رقم (٧). ملخص نتائج اختبار مربع كاي للفروق بين الإداريين لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية

الفرضيات الخصائص الفرعية	مستوى دلالة الحرية	درجة الحرية	مربع كاي المحسوب	ولكس لمبادا	معامل الارتباط القانوني	قيمة ايجن	الوظيفة
أ المركز الوظيفي	٩٠,٠٠٩٦	٢١,٧٨٧	٠,٧٧٢٧	٠,٤٣٢٥	٠,٢٣٠١	١	
ب الخبرة	١٠,٠٠٨٧	٢٣,٦١٧	٠,٧٥٤٩	٠,٣٩٧٧	٠,١٨٥٦	١	
ج مستوى التعليم	٦٠,١١١٦	١٠,٣٢٤	٠,٨٨٥٦	٠,٣٣٢٥	٠,١٢٤٣	١	

الجدول رقم (٨). نتائج أسلوب التحليل التمايزي للفروق المهمة بين الإداريين لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية على أساس مركزهم الوظيفي

اسم المكون	الخطوة	AER	W.L	مستوى الدلالة
١- الخدمات الفندقية والمهنية المساندة	١	V3	٠,٩٢١١٤	٠,٠٣١٢
٢- حجم المستشفى	٢	V5	٠,٨١٨٩٥	٠,٠٠٩٤
٣- الأجهزة والمعدات الطبية	٣	V8	٠,٧٧٢٧١	٠,٠٠٩٢

هذا وقد دلت نتائج أسلوب التحليل التمايزي عند أخذ جميع هذه المكونات معاً وباستخدام طريقة (Wilks Lambda) على وجود ثلاثة مكونات للجودة من أصل عشرة مكونات يمكن من خلالها التمييز بين الإداريين عند تصنيفهم على أساس المركز الوظيفي، بينما أظهرت خمسة مكونات يمكنها التمييز بينهم عند تصنيفهم على أساس الخبرة (انظر جدولي ٨ و ٩).

الجدول رقم (٩). نتائج أسلوب التحليل التمايزي للفروق المهمة بين الإداريين لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية على أساس خبرتهم العملية

اسم المكون	الخطوة	AER	W.L	مستوى الدلالة
١- الخدمات والمرافق العامة	١	*V10	٠,٩٣٧١٦	٠,٠٤١٤
٢- خصائص طاقم التمريض	٢	V2	٠,٨٦٠٨١	٠,٠١٢٢
٣- الخدمات الإدارية المساندة	٣	V6	٠,٨٣٨٣١	٠,٠٢٠٢
٤- الأجهزة والمعدات الطبية	٥	V5	٠,٧٥٤٩	٠,٠٠٨٧

* V = المتغير

مناقشة نتائج الدراسة

لقد تم استعراض مناقشة نتائج الدراسة على النحو الآتي:

أولاً: مدى التوافق بين الإداريين وجمهور المرضى فيما يتعلق بالأهمية النسبية لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية.

مع وجود بعض التشابه بين إجابات الإداريين وجمهور المرضى فيما يتعلق بالأهمية النسبية المعطاة من قبل كل منهم لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية كما نلاحظ في الجدول رقم (١٠)؛ فإن نتائج التحليل الإحصائي أظهرت وجود فروق ذات أهمية في التمييز بينهم عند أخذ جميع هذه المكونات بصورة كلية. وحسب معيار الارتباط التمايزي فإن أهم هذه الفروق بالترتيب هي:

١- الخدمات الفندقية

٢- خصائص طاقم التمريض ومؤهلاته

٣- الخدمات الإدارية والمساندة .

٤- الأجهزة والمعدات التشغيلية .

أن المتوسط الحسابي لإجابتي المجموعتين (الإداريين وجمهور المرضى) بناء على هذه الفروق، تظهر أن المتوسط الحسابي لإجابات مجموعة الإداريين عن المكونات المذكورة أعلاه هي أعلى من المتوسط الحسابي لإجابات مجموعة المرضى عنها. وهذا قد يشير إلى أن هذه المكونات «الخدمات الفندقية وخصائص طاقم التمريض ومؤهلاته والخدمات الإدارية المساندة والأجهزة والمعدات التشغيلية» هي موضع اهتمام أكبر من قبل الإداريين مقارنة بجمهور المرضى. وهذا قد يشير إلى توجه تسويقي من قبل الإداريين حيث يعطون اهتماماً أكبر مما يعطيه المرضى للجوانب المادية للخدمة الاستشفائية، وذلك على أساس الافتراض التقليدي لدى الإداريين بأن المرضى يمكنهم وببساطة ملاحظة هذه الجوانب المادية للخدمة وتقويمها بالمقارنة مع الجوانب الفنية التي يصعب عليهم ملاحظتها وتقويمها بسهولة.

ومن جهة أخرى، نجد أن كلتا المجموعتين تتشابهان في مدى الأهمية المعطاة «للتفاعل الإنساني» كمكون لجودة الخدمة الاستشفائية. حيث احتل هذا المكون الترتيب الثالث لكلتيهما.

أما فيما يتعلق بترتيب إجابتي المجموعتين حول أهم مكونات جودة الخدمة الاستشفائية، فنلاحظ بالجدول رقم (١٠) أن مجموعة الإداريين المشمولين بالدراسة تضع «خصائص طاقم التمريض» و «الخدمات الفنية المساندة» بالمرتبتين الأولى والثانية على التوالي؛ كما تضع «التصميم المعماري والهندسي» و «الخدمات الإدارية المساندة» بالمرتبتين الأخيرتين.

أما جمهور المرضى في عينة الدراسة فقد وضعت «الخدمات الفنية المساندة» و «خصائص طاقم التمريض» بالمرتبتين الأولى والثانية على التوالي، ووضعت «الخدمات الفندقية» و «التصميم المعماري والهندسي» بالمرتبتين الأخيرتين. ولعل هذا يشير إلى اهتمام المرضى بدرجة أكبر بالمكونات الأكثر أهمية وارتباطاً بالمحصلة

الجدول رقم (١٠). أوجه التوافق والاختلاف بين المرضى والإداريين حول مدى الأهمية النسبية لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية.

الترتيب	**SDR	الترتيب	الترتيب	الترتيب	اسم المكون
			الترتيب	الترتيب	
			الإجابات الإدارية	الإجابات المرضي	
٥	٠,١٢٥٩	٦	٥,٥٣٨	٥	٥,٤٨٤
*٢	٠,٤٨٨٧٥	١	٦,٠٣١	٢	٥,٦٩٩
٧	٠,١٨٣٦٤	٢	٥,٩١٤	١	٥,٧٣٣
*١٠	٠,٠٨٩٩٣	٥	٥,٦١٠	٤	٥,٥٣٩
*١	٠,٦٧٢٤	٧	٥,٤٧٣	١٠	٤,٩٥٦
*٣	٠,٢٤٠٥	٩	٥,٤١١	٨	٥,٢٣٠
٤	٠,٢٣١٤	٣	٥,٧٠٧	٣	٥,٦١٦
٩	٠,١٠٧٣٢	٨	٥,٤٣٨	٧	٥,٤٦٠
٨	٠,١٨٠٤٧	١٠	٥,٢٩٧	٩	٥,٠٦٧
٦	٠,٢٠٠١٤	٤	٥,٦٦٣	٦	٥,٤٧٨

**SDR= معامل الارتباط التماثري بين الأهمية النسبية لقدرة التغيير في التمييز بين المجموعات وهو يشبه معامل بيتا في تحليل الانحدار.
* أهم الفروق ذات الأهمية التي وجدت بين المجموعتين عند اختبار جميع مكونات الجودة وبصورة كلية، وذلك عند مستوى دلالة أقل أو يساوي ٠,٠٥.

١- خصائص الأطباء

٢- خصائص طاقم التمريض

٣- الخدمات الفنية والمهنية

٤- الأجهزة والمعدات الطبية

٥- الخدمات الفندقية

٦- الخدمات الإدارية المساندة

٧- التفاعل الإنساني

٨- حجم المستشفى وموقعه

٩- التصميم المعماري

١٠- الخدمات والمرافق العامة

النهائية لاستهلاك الخدمة مثل خدمات التمريض والخدمات الفنية (المختبر والأشعة) واهتماماً نسبياً أقل بالخدمات الفندقية والتصميم المعماري والهندسي للمستشفى على أساس أنها أقل أهمية وتأثيراً في الهدف النهائي الذي يسعى له المرضى وهو تحسن حالتهم الصحية .

ثانياً: مدى التوافق بين جمهور المرضى حول الأهمية النسبية لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية بناء على خصائصهم الديموغرافية .

أ) مدى التوافق على أساس الدخل

تم تصنيف جمهور المرضى الذين شملتهم الدراسة في أربع مجموعات على أساس مستوى الدخل السنوي هي :

المجموعة الأولى : وهي تتكون من أولئك المرضى الذين يقل مستوى دخلهم السنوي عن ألف دينار .

المجموعة الثانية : وتتكون من أولئك المرضى الذين يتراوح مستوى دخلهم السنوي بين ألف دينار وخمسة دينار .

المجموعة الثالثة : وتتكون من أولئك المرضى الذين يتراوح مستوى دخلهم السنوي بين ألفين وخمسة دينار وخمسة آلاف دينار .

المجموعة الرابعة : وتتكون من جميع المرضى الذين يزيد مستوى دخلهم السنوي على خمسة آلاف دينار .

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التمييز بين مجموعات المرضى المصنفة أعلاه على أساس الدخل السنوي فيما يتعلق بالأهمية النسبية المعطاة لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية ، وأن أهم هذه الفروق حسب معيار الارتباط التمايزي هي :

- ١- التفاعل الإنساني
- ٢- الأجهزة والمعدات الطبية
- ٣- حجم المستشفى وموقعه

٤- الخدمات الفندقية (انظر الجدول رقم (١١)).

ومع أن المتوسط الحسابي لإجابتي كل من المجموعتين الأولى والثالثة حول أهمية مكون «التفاعل الإنساني» للحكم على الجودة هي أعلى من المتوسط الحسابي لإجابتي كل من نظائريهما الثانية والرابعة، فإن الأهمية من حيث الترتيب قد جاءت مختلفة لكل منهما، فبينما كان هذا المكون موضع الاهتمام الأول للمجموعة الثالثة وموضع الاهتمام الثاني للمجموعة الرابعة، فقد كان نفسه موضع الاهتمام الرابع والسادس لكل من المجموعتين الأولى والثانية على التوالي، وهذا يعني أن أهمية التفاعل الإنساني بين المرضى وذويهم وكل العاملين في المستشفى تزداد تقريبا مع زيادة مستوى دخل المريض . أما فيما يتعلق بأهمية «الأجهزة والمعدات الطبية» كمكون للحكم على جودة الخدمة الاستشفائية فقد كان موضع الاهتمام الرئيسي للمجموعة الأولى حيث احتل الترتيب الأول، بينما جاء الترتيب الخامس للمجموعة الثانية، والترتيب السابع والسادس لكل من المجموعتين الرابعة والثالثة على التوالي .

ومع اختلاف المتوسط الحسابي لإجابات الأربع المجموعات حول مدى أهمية «الخدمات الإدارية المساندة» كمكون للحكم على جودة الخدمة الاستشفائية؛ فإنه احتل الترتيب نفسه (الثامن) لكل منها باستثناء المجموعة الثالثة، حيث احتل المكون لديها الترتيب السادس . (جدول ١١) .

ب- مدى التوافق على أساس مستوى التعليم

تم تصنيف عينة جمهور المرضى المشمولين بالدراسة في ثلاث مجموعات حسب مستواهم التعليمي هي :

المجموعة الأولى : تتكون من أولئك المرضى الذين يحملون الشهادة الثانوية العامة وما دون .

المجموعة الثانية : تتكون من أولئك المرضى الذين يحملون شهادة دبلوم كليات مجتمع أو بكالوريوس .

المجموعة الثالثة : تتكون من أولئك المرضى الذين يحملون شهادة الماجستير أو الدكتوراه .

الجدول رقم (١١١). أوجه التوافق والاختلاف في مدى إدراك المرضى لكوّنات جودة الخدمة الاستشفائية على أساس مستوى الدخل.

الترتيب	SDP	الترتيب	التوسط الحسابي	الترتيب	التوسط الحسابي	الترتيب	التوسط الحسابي	الترتيب	التوسط الحسابي	الترتيب	التوسط الحسابي	اسم الكون
			للمجموعة (٤)		للمجموعة (٣)		للمجموعة (٢)		للمجموعة (١)			
٥	٠,٥٣١٣	٧	٥,٤٣٠	٨	٥,٤٨١	٤	٥,٤٥٤	٥	٥,٧١٣	٧	٥,٤٥٤	١- خصائص الأطباء
٩	٠,٤٤٩٤	٥	٥,٥٢٣	٢	٥,٥٦٣	٢	٥,٦٢١	٢	٦,٠١٨	٢	٦,٠١٨	٢- خصائص طاقم التمريض
٨	٠,٤٧١٢	١	٤,٦٤٨	٤	٥,٨١٥	١	٥,٦٩٠	٣	٥,٩٦٥	٣	٥,٩٦٥	٣- الخدمات الفنية والمهنية
*٢	٠,٦٠٧٩	٦	٥,٤٥١	٧	٥,٥٦٦	٥	٥,٤٣٦	١	٦,٠٢٢	١	٦,٠٢٢	٤- الأجهزة والمعدات الطبية
٧	٠,٤٧٤٠	١٠	٤,٨٥١	٩	٥,٤٧٦٨	١٠	٤,٨١٨	٩	٥,١٦٩	٩	٥,١٦٩	٥- الخدمات الفندقية
*٦	٠,٥٢١٤	٨	٥,٢٠١	٦	٥,٦٠٣	٨	٥,٠٩٨	٨	٥,٤١٧	٨	٥,٤١٧	٦- الخدمات الإدارية المساندة
*١	٠,٧٩٣٧	٢	٥,٦٤٩	١	٥,٩٨٤	٦	٥,٤٢٦	٤	٥,٨١٨	٤	٥,٨١٨	٧- التفاعل الإنساني
*٤	٠,٥٤٦٦	٣	٥,٦٠٠	٣	٥,٨٤٩	٣	٥,٤٧٧	٦	٥,٤٩٠	٦	٥,٤٩٠	٨- حجم المستشفى وموقعه
١٠	٠,٣٥١٢	٩	٥,٠٩٦	١٠	٥,٠٦٤	٩	٥,٠٢٤	١٠	٥,١٤٩	١٠	٥,١٤٩	٩- التصميم المعماري والهندسي
٣	٠,٥٤٦٧	٤	٥,٥٣٢	٥	٥,٦١٣	٧	٥,٤١١	٧	٥,٤٥٤	٧	٥,٤٥٤	١٠- الخدمات والمرافق العامة

وقد أظهرت نتائج التحليل وجود فروق ذات أهمية في التمييز بين هذه المجموعات المصنفة أعلاه من حيث الأهمية المعطاة لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية . وحسب معامل الارتباط التمايزي ، فقد رتبت أهم هذه الفروق كما يلي :

١- التصميم المعماري والهندسي .

٢- مؤهلات وخصائص الأطباء .

٣- التفاعل الإنساني .

٤- خصائص طاقم التمريض ومؤهلاته .

٥- حجم المستشفى وموقعه . (انظر جدول ١٢) .

ومع أن ترتيب مكون «التصميم المعماري والهندسي» قد احتل الترتيب الثامن والتاسع والعاشر لكل من الثلاث المجموعات أعلاه على التوالي فإن المتوسط الحسابي لإجابات كل مجموعة مختلف عن غيره . فالمتوسط الحسابي لإجابات المجموعة الأولى (حملة شهادة الثانوية العامة وما دونها) أعلى من المتوسط الحسابي لكل من إجابات المجموعتين الثانية والثالثة . وهذا يعني أن المجموعة الأولى ترى هذا المكون أهم من المكونات الأخرى مقارنة مع مدى أهميته من قبل المجموعتين الأخريين .

أما فيما يتعلق «بمؤهلات الأطباء وخصائصهم» كمكون للحكم على الجودة من قبل تلك المجموعات المصنفة أعلاه ، فقد جاء في الترتيب الرابع بالنسبة للمجموعة الثانية ، وفي الترتيب السادس للمجموعة الأولى ، وفي الترتيب الثامن للمجموعة الثالثة . وهذه النتيجة تعني أن المجموعة الثانية أي حملة شهادة البكالوريوس أو دبلوم كليات المجتمع ، تعطي هذا المكون أهمية نسبية أكبر مما تعطيه كل من المجموعتين الأخريين كمكون للحكم على الجودة .

أما المكون المتعلق «بخصائص طاقم التمريض» فقد احتل الترتيب الثالث والثاني والأول لكل من الثلاث المجموعات المصنفة على أساس مستواها التعليمي . وهذا يعني أن أهمية هذا المكون للحكم على جودة الخدمة الاستشفائية تزداد كلما زاد المستوى التعليمي للفرد .

الجدول رقم (١٢). أوجه التوافق والاختلاف بين المرضى لكونات جودة الخدمة الاستشفائية على أساس مستواهم التعليمي.

اسم المكون	الفئة الأولى	الترتيب	الفئة الثانية	الترتيب	الفئة الثالثة	الترتيب	SDR	الترتيب
١- مؤهلات الأطباء وخصائصهم	٥,٥٣٩	٦	٥,٥٥٦	٤	٥,٢٥٨	٨	٥,٢٦٥	*٥
٢- مؤهلات طاقم التمريض وخصائصه	٥,٧٤٢	٣	٥,٦٦٨	٢	٥,٨٠٠	١	٥,١٢١	*٩
٣- الخدمات الفنية والمهنية	٥,٩٠١	٢	٥,٧٣٧	١	٥,٥٢٠	٢	٥,٢٨٠	٤
٤- الأجهزة والعدات الطبية	٥,٩١٩	١	٥,٤٩٣	٥	٥,٣٢٢	٦	٥,٣٨٨	٢
٥- الخدمات الفندقية	٥,١٦٤	١٠	٤,٨٦٢	١-	٥,٢٩٥	٧	٥,٤٢٧	١
٦- الخدمات الإدارية المساندة	٥,٣٤٠	٩	٥,٢٢٥	٨	٥,١٢٨	٩	٥,١٥٢	٧
٧- التفاعل الإنساني	٥,٦١٦	٤	٥,٦٤٢	٣	٥,٤٨٥	٣	٥,١٨٣	*٨
٨- حجم المستشفى وموقعه	٥,٤٧٠	٧	٥,٤٧٠	٦	٥,٣٩١	٤	٥,٠٥٨	*١٠
٩- التصميم المعماري والهندسي	٥,٤١٣	٨	٥,٠١٣	٩	٤,٩٣٤	١-	٥,٣٩٢	*٣
١٠- الخدمات والمرافق العامة	٥,٦٠٧	٥	٥,٤٦٩	٧	٥,٣٧٥	٥	٥,١٦٤	٦

فريد نصيرات و هاني الضمور

أما أهمية «التفاعل الإنساني» كمكون للحكم على الجودة من قبل المجموعات الثلاث، فقد احتل الترتيب نفسه لكل من المجموعتين الثانية والثالثة، أي في الترتيب الثالث. أما بالنسبة للمجموعة الأولى فقد احتل الترتيب الرابع، وهذا يعني أن أهمية هذا المكون تزداد كلما زاد المستوى التعليمي للفرد.

ومع التشابه في المتوسط الحسابي لإجابة المجموعتين الأولى والثانية فيما يتعلق بمكون «حجم المستشفى وموقعه» فإنه احتل الترتيب السادس للمجموعة الثانية، والترتيب السابع للمجموعة الأولى، ومن جهة أخرى، فقد احتل الترتيب الرابع للمجموعة الثالثة مع أن المتوسط الحسابي لإجاباتها عنه جاء منخفضاً مقارنة بالمتوسط الحسابي لإجابتي المجموعة الأولى والمجموعة الثانية.

والخلاصة أنه يمكن القول إن اختلاف الأهمية النسبية لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية لها علاقة بالمستوى التعليمي للمريض.

ثالثاً: مدى التوافق بين الإداريين حول الأهمية النسبية المعطاة لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية

أ) مدى التوافق على أساس المركز الوظيفي

تم تصنيف مجتمع الإداريين في الدراسة في أربع فئات حسب المركز الوظيفي، وهي على النحو الآتي:

الفئة الأولى: وهي تتكون من الإداريين الذين يشغلون كلاً من وظيفتي المدير العام والمدير الإداري في المستشفيات.

الفئة الثانية: وهي تتكون من الإداريين الذين يشغلون منصب مدير طبي (فني) في المستشفيات.

الفئة الثالثة: وهي تتكون من الإداريين الذين يشغلون منصب مدير الخدمات المساندة في المستشفيات.

الفئة الرابعة: وهي تتكون من الإداريين الذين يشغلون منصب مدير الخدمات التمريضية في المستشفيات.

لقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة في التمييز بين هذه الأربع الفئات حول الأهمية المعطاة لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية، وأن أهم هذه الفروق حسب الارتباط التمايزي هي:

١- الخدمات الفندقية .

٢- الخدمات الإدارية المساندة .

٣- الخدمات الفنية والمهنية، (جدول ١٣).

وبالمقارنة بين هذه الأربع الفئات الأربع على أساس ترتيبها لهذه المكونات المميزة بينها نجد أن المكون المتعلق «بالخدمات الفندقية» قد جاء في الترتيب الخامس والسادس بالنسبة للفئة الأولى والفئة الثانية على التوالي، بينما جاء في الترتيب التاسع لكلتا الفئتين الثالثة والرابعة. أما فيما يتعلق بمكون «الخدمات الفنية والمهنية» فقد كان موضع الاهتمام الرئيسي للفئتين الثانية والثالثة، حيث جاء في الترتيب الأول لكليهما، بينما جاء في الترتيب الثالث والسابع للفئتين الأولى والرابعة على التوالي.

أما بالنسبة لمكون «حجم المستشفى وموقعه» فقد جاء في الترتيب السابع والثامن لكل من الفئتين الثانية والثالثة على التوالي، بينما جاء في الترتيب الرابع والأخير للفئتين الثالثة والرابعة على التوالي. ويمكن الاستنتاج من خلال هذه المقارنة أن الإداريين الذين يشغلون منصب مدير طبي ومدير خدمات مساندة متشابهون تقريباً في مدى الأهمية المعطاة لحجم المستشفى وموقعه كمكون للحكم على جودة الخدمة الاستشفائية، بينما يختلفون عن الإداريين الذي يشغلون منصب المدير العام ومنصب المدير الإداري ومنصب مدير الخدمات التمريضية. هذا وقد وجد مكون «مؤهلات وخصائص طاقم التمريض» للجودة موضع الاهتمام الرئيسي لكل الأربع الفئات الإدارية، حيث احتل الترتيب الأول لكل من الفئتين الأولى والرابعة، واحتل الترتيب الثاني للفئتين الثانية والثالثة، مما يعني أهمية هذا المكون من قبل جميع الفئات.

ب) مدى التوافق على أساس الخبرة العملية للإداريين

تم تصنيف مجتمع الإداريين الذين شملتهم الدراسة على أساس خبرتهم العملية في ثلاث فئات على النحو الآتي:

الجدول رقم (١٣). أوجه التوافق والاختلاف في مدى إدراك الإداريين لكوونات جودة الخدمة الاستشفائية على أساس المركز الوطني.

الترتيب	SDP	الترتيب	متوسط إجابات الفئة الرابعة	الترتيب	متوسط إجابات الفئة الثانية	الترتيب	متوسط إجابات الفئة الثانية	الترتيب	متوسط إجابات الفئة الأولى	اسم الكون
٩	٠,٦٠٥٧	١٠	٥,١١١	٧	٥,٥٤٦	٥	٥,٦٩٤	٥	٥,٦٤٤	١- مؤهلات الأطباء وخصائصهم
١٠	٠,٥٨٤٤	١	٥,٦٥٨	٢	٦,١٣٠	٢	٥,٩٧٨	١	٦,١٣٣	٢- مؤهلات طاقم التمريض وخصائصه
*٥	٠,٧٧٨٤	٧	٥,٣٠٨	١	٦,١٨٢	١	٦,٠٥٢	٣	٥,٨٨٨	٣- الخدمات الفنية والمهنية
٧		٠,٧١٥١٧	٨	٥,٢٣٥	٥,٧٨٨	٤	٥,٧٢٣	٨	٥,٥١٨	٤- الأجهزة والمعدات الطبية
*٢	٠,٨٧٤٠	٥	٥,٣٥٨	٩	٥,٤٦٥	٩	٥,٣١٠	٦	٥,٦٢٢	٥- الخدمات الفندقية
٣	٠,٧٩٨١	٩	٥,١٨١	٦	٥,٥٤	١٠	٥,٢٨٧	٤	٥,٦٤٨	٦- الخدمات الإدارية المساندة
٨	٠,٦٦١٨	٢	٥,٥٧٣	٥	٥,٦٢٣	٦	٥,٦٩٥	٢	٥,٩٠٩	٧- التفاعل الإنساني
*١	٠,٨٧٤٦	٤	٥,٤٥٨	٨	٥,٥٠٠	٦	٥,٥٤٧	١٠	٥,٢٥١	٨- حجم المستشفى وموقعه
٦	٠,٧٤٤١	٦	٥,٣٤٤	١٠	٥,٢٥٢	٨	٥,٣٢٣	٩	٥,٢٨٥	٩- التصميم المعماري والهندسي
٤	٠,٧٧٩١	٣	٥,٥١٢	٤	٥,٧٥٢	٣	٥,٧٩٦	٧	٥,٥٧٦	١٠- الخدمات والمرافق العامة

الفئة الأولى: تتكون من الإداريين الذين تقل خبرتهم العملية عن ٥ سنوات .
الفئة الثانية: تتكون من الإداريين الذين تتراوح خبرتهم العملية بين ٦ و ١٠ سنوات .

الفئة الثالثة: تتكون من الإداريين الذين تزيد خبرتهم العملية على ١٠ سنوات .
لقد أظهرت نتائج التحليل وجود فروق مهمة في التمييز بين الإداريين حول الأهمية النسبية لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية عند تصنيفهم على أساس الخبرة العملية . وأن أهم هذه الفروق حسب معيار الارتباط التمايزي هي :

١- الخدمات والمرافق العامة .

٢- الأجهزة والمعدات الطبية .

٣- مؤهلات وخصائص طاقم التمريض .

٤- الخدمات الفندقية .

٥- الخدمات الإدارية المساندة .

وبالمقارنة بين الثلاث الفئات المصنفة على أساس الخبرة من حيث طريقة ترتيبها لهذه المكونات المميزة بينهم ، نجد أن الفئة الأولى والثالثة متشابهتين في مدى تصورهما لأهمية مكون «الخدمات والمرافق العامة» حيث أعطتها الرتبة الثالثة .

أما بالنسبة للفئة الثانية فقد كان موقعها أقل أهمية حيث أعطيت الترتيب السادس . أما مكون «الخدمات الفنية والمهنية» للجودة فقد كان موضع اهتمام أكبر لدى المجموعة الثانية مقارنة بالاهتمام الذي أعطي له من قبل المجموعتين الأخريين (الأولى والثالثة) ، حيث احتل الترتيب الثالث بالنسبة للمجموعة الثانية ، بينما احتل الترتيب الخامس والتاسع للفئتين الأولى والثانية على التوالي .

وفيما يتعلق بمكون «مؤهلات طاقم التمريض وخصائصه» للجودة فقد كان موضع الاهتمام الرئيسي للفئتين الثانية والثالثة ، حيث احتل الترتيب الأول لكليهما ، بينما احتل الترتيب الرابع للفئة الأولى . وهذا يعني أن أهمية هذا المكون للحكم على جودة الخدمة الاستشفائية تزداد كلما زادت الخبرة العملية للإداريين بالمستشفيات .

أما «الخدمات الفندقية» كمكون للحكم على الجودة فقد احتل مركزاً متوسطاً

لجميع الفئات ، وإن كان الاهتمام المعطى له من قبل الفئة الثالثة أعلى حيث جاء في الترتيب السادس ، في حين احتل الترتيب السابع والثامن لكلتا الفئتين الأولى والثانية على التوالي .

مما سبق يمكن القول إن تصورات الإداريين لمكونات جودة الخدمة الاستشفائية تعتمد على خبرتهم العملية ، حيث تختلف رتب أهمية هذه المكونات باختلاف مستوى الخبرة العملية لهم جدول (١٤) .

النتائج والتوصيات

أ) النتائج

تم تلخيص نتائج الدراسة على النحو الآتي :
أولاً : إن الأهمية النسبية المعطاة لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية وجد أنها تختلف بين الإداريين والمرضى الذين شملتهم الدراسة ، وأن أهم هذه الاختلافات تتمثل بما يلي :

* إن الإداريين أعطوا أهمية نسبية أكبر لكل من المكونات التالية للحكم على جودة الخدمة الاستشفائية مقارنة بالأهمية النسبية التي أعطاها المرضى لهذه المكونات نفسها :

١- الخدمات الفندقية .

٢- الأجهزة والمعدات والتشغيلية .

٣- الخدمات الإدارية المساندة .

٤- خصائص طاقم التمريض .

* جاء المعيار المتعلق بالخدمات الفندقية كمكون للحكم على جودة الخدمة الاستشفائية بالمرتبة السابعة من قبل الإداريين ، بينما جاء في المرتبة الأخيرة بالنسبة للمرضى ، وهذا يعني أن الخدمات الفندقية في المستشفيات ليست موضع الاهتمام الرئيسي للمرضى مقارنة بما يعتقد الإداريون .

* بينما تأتي الخدمات الفنية والمهنية المساندة في المرتبة الثانية كمكون للحكم على الجودة من وجهة نظر الإداريين ، فإنها تحتل المرتبة الأولى من وجهة نظر المرضى ، وهذا يعني أن الخدمات الفنية والمهنية المساندة الموجودة بالمستشفيات موضع الاهتمام الرئيسي للمرضى كمكون للحكم على جودة الخدمات الاستشفائية .

الجدول رقم (١٤). أوجه التوافق والاختلاف في مدى إدراك الإداريين لكونات جودة الخدمة الاستشفائية على أساس الخبرة العملية.

الترتيب	SDP	الترتيب	متوسط إجابات	الترتيب	متوسط إجابات	الترتيب	متوسط إجابات	الترتيب	متوسط إجابات	الترتيب	متوسط إجابات	الترتيب	اسم الكون
			الفترة الرابعة		الفترة الثالثة		الفترة الثانية		الفترة الأولى		الفترة الأولى		
٧	٠,٢٥١٠٧	٨	٠,٥٩٦	٤	٥,٢٦١	١٠	٥,٢٦٣	١	٥,٢٦٣	١٠	٥,٢٦٣	١	مؤهلات الأطباء وخصائصهم
*٤	٠,٤٢٥٧	١	٦,٠٧٥	١	٦,١٤٧	٤	٥,٦٨١	١	٥,٦٨١	٤	٥,٦٨١	١	مؤهلات طاقم التمريض وخصائصه
٣	٠,٤٤٥١	٢	٦,٠٢٥	٢	٥,٨٦١	٢	٥,٧٩٥	٢	٥,٧٩٥	٢	٥,٧٩٥	٢	الخدمات الفنية والمهنية
*٢	٠,٥٥١٣	٥	٥,٨١٠	٣	٥,٦٢٥	٩	٥,٢٢٧	٩	٥,٢٢٧	٩	٥,٢٢٧	٩	الأجهزة والمعدات الطبية
*٦	٠,٣٣٣٢	٦	٥,٧٠٠	٨	٥,٣٢٦	٧	٥,٣٧٢	٧	٥,٣٧٢	٧	٥,٣٧٢	٧	الخدمات الفندقية
*١٠	٠,٠٨٨٥	١٠	٥,٤٥١	٧	٥,٣٦٣	٦	٥,٤٤٢	٦	٥,٤٤٢	٦	٥,٤٤٢	٦	الخدمات الإدارية المساندة
٩	٠,٢٢٢٣	٤	٥,٨٣٧	٥	٥,٥٥٢	١	٥,٨٣٦	١	٥,٨٣٦	١	٥,٨٣٦	١	التفاعل الإنساني
٨	٠,٢٦٨٩	٧	٥,٦٨٢	٩	٥,١٧٨	٥	٥,٥١٨	٥	٥,٥١٨	٥	٥,٥١٨	٥	حجم المستشفى وموقعه
٥	٠,٤١٤٥	٩	٥,٥٧١	١٠	٥,٠٦٠	٨	٥,٣٣٧	٨	٥,٣٣٧	٨	٥,٣٣٧	٨	التصميم المعماري والهندسي
*١	٠,٥٥٧٤٠	٣	٥,٩٩٠	٦	٥,٣٧٥	٣	٥,٧٢٧	٣	٥,٧٢٧	٣	٥,٧٢٧	٣	الخدمات والمرافق العامة

ثانياً: مع وجود الاختلافات بين مجموعتي الإداريين والمرضى المشمولين بالدراسة، فإن النتائج أظهرت وجود تشابه بين الإداريين والمرضى فيما يتعلق بالأهمية النسبية «للتفاعل الإنساني» كمكون للحكم على جودة الخدمة الاستشفائية، حيث جاء بالترتيب الثالث عند كل منهما.

ثالثاً: أظهرت نتائج الدراسة وجود اختلافات ذات أهمية في التمييز بين جمهور المرضى المشمولين بالدراسة حول الأهمية النسبية ومدى إدراكهم لمكونات جودة الخدمة الاستشفائية عند تصنيفهم على أساس مستوى الدخل أو مستوى التعليم، بينما لم تظهر وجود أية اختلافات ذات أهمية في التمييز بينهم عند تصنيفهم على أساس الجنس. وهذا يعني أن للدخل والمستوى التعليمي لجمهور المرضى دوراً مهماً في تحديد مدى الاختلاف في الأهمية النسبية المعطاة لمكونات الحكم على جودة الخدمة الاستشفائية أكثر من الاعتماد على عامل الجنس.

رابعاً: أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة في التمييز بين الإداريين المشمولين بالدراسة حول الأهمية النسبية المعطاة لمكونات الجودة المدركة للخدمة الاستشفائية عند تصنيفهم على أساس المركز الوظيفي أو على أساس الخبرة العملية، بينما لم تظهر أية فروق بينهما ذات دلالة عند تقويمهم على أساس مستوى التعليم. وهذا يعني أن للخبرة والمركز الوظيفي دوراً مهماً في تحديد الأهمية النسبية لمكونات الحكم على جودة الخدمة الاستشفائية أكثر من المستوى التعليمي (انظر جدولي ١٣ و ١٤ لأهم الفروق).

ب) التوصيات

أولاً: إن تحسين جودة الخدمة الاستشفائية ومن ثم تسويقها لا بد أن تبدأ أولاً من كيفية إدراك جمهور المرضى الحاليين والمتوقعين للجودة وللأهمية النسبية لمكوناتها، أي أن تبنى على أساس تحقيق ما يرغب فيه المرضى فعلاً من خدمات، حيث إن الاعتماد على جهة واحدة في فرض ما تريد وتجاهل العنصر الآخر الذي هو الأساس في التبادل (المريض)، أمر غير مقبول في الوضع الراهن، نتيجة ما يشهده السوق الخدمي الصحي من تطورات وتغيرات.

ثانياً : إن على الإداريين فهم ليس فقط كيفية إدراك المرضى لهذه المكونات بل أيضاً الأخذ بالاعتبار مدى الاختلافات بين جمهور المرضى أنفسهم حول الجودة المدركة على أساس خصائصهم الديموغرافية كمستوى التعليم و مستوى الدخل . وهذا لا يعني التمييز في تقديم خدمات الرعاية لهم ، إنما مراعاة الاختلاف بينهم في الجودة المدركة .

ثالثاً : لا بد لمديري المستشفيات والقائمين على إدارتها (مجالس الإدارة) من إدراك الاختلافات في الأهمية النسبية المعطاه لمكونات الجودة من قبل الفئات الإدارية المختلفة في المستشفى ومحاولة الاستجابة لما تعتبره هذه الفئات عناصر مهمة للجودة وخاصة فئات الأطباء وجهاز التمريض ، حيث يعتبر الأطباء زبائن على درجة كبيرة من الأهمية للمستشفيات إضافة إلى أن هاتين الفئتين تعدان من أهم العناصر المؤثرة في الجودة .

رابعاً : إن التركيز على إظهار أهمية بعض مكونات جودة الخدمة الاستشفائية هو من أجل بناء صورة ذهنية محببة ، وجذابة للأغلبية من جمهور المرضى المستهدفين ، أي بناء صورة تنافسية ومكانة للمؤسسة إذا أرادت أن تتفوق على مثيلاتها في تقديم الخدمة الصحية .

خامساً : إن ما جاء في الدراسة من نتائج تتطلب من الإداريين إعادة النظر في الأهمية المعطاة من قبلهم لبعض مكونات جودة الخدمة الاستشفائية مقارنة مع الأهمية المعطاة من قبل جمهور الخدمة الاستشفائية (المرضى) ، وخصوصاً فيما يتعلق بمعيار الخدمات الفندقية . وهذا لا يعني تجاهل أهمية هذا العنصر ، إنما هناك عناصر أخرى أكثر أهمية من قبل جمهور المرضى يجب الاهتمام بها ومنها «الخدمات الفنية والمهنية المساندة» .

المراجع

- [١] وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي (١٩٩٥م) المملكة الأردنية الهاشمية، عمان ١٩٩٦م .
- [٢] الحمد، فهاد. والشعيب، صالح، «خدمات المستشفيات، استطلاع انطباعات وآراء المستفيدين» الادارة العامة، عدد ٧١ صفحة ٧-٣٧، ١٩٩١م .
- [٣] الخطيب، ياسر . «تقويم الخدمات الطبية في قطاع الصحة بالتطبيق على مرضى المستشفيات الخاصة والحكومية بمدينة جدة بالمملكة العربية السعودية»، مجلة المال والتجارة، عدد ٢٢٥، ٥ يناير صفحة ٣-٢٣، ١٩٨٩م .

- Brown, S., and T. Swartz. "A Gap Analysis of Professional Service Quality", [٤]
Journal of Marketing, 53. (April) : 92-98, 1989.
- Donabedian, A., "Explorations in Quality Assessment and Monitoring." Vol. 1, [٥]
The Definitions of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann. Arbor, MI :
Health Administration Press, 1980 .
- Turner, P., and L. Pol, "Beyond Patient Satisfaction", *J. of Health care Marketing*, [٦]
15, (Fall) : 45-53, 1995.
- Brown, S., and T. Swartz. "A Gap Analysis of Professional Service Quality", [٧]
Journal of Marketing, 53. (April): 93-94, 1989.
- Donabedian, A., "Explorations in Quality Assessment and Monitoring." Vol. 1, [٨]
The Definitions of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann. Arbor, MI :
Health Administration Press, 80-83, 1980 .
- Donabedian, A. "Promoting Quality Through Evaluating the Process of Patient [٩]
Care", *Medical Care*, 6: 181-202, 1968.
- Ware, JE, Davies - Avery, A, and Stewart, PE, "The Measurement and Meaning of [١٠]
Patient satisfaction", *Health and Medical care Services Review*, 1: 1-15, 1978.
- Brook R., Williams, K., and Davies, A., "Quality Assurance Today and Tomorrow: [١١]
Forecast For the Future", *Annals. of Internal Medicine*, 85: 809-817, 1976.
- LoGerfo, J. and R. Brook, "The Quality of Health Care," Williams, S. and P. Tor- [١٢]
rens, *In Introduction to Health Services*, Ed., John Wiley and Sons Inc., 1984.
- Tompkins, R., Burnes, D., and Cable, w., "An Analysis of the Cost. Effectiveness [١٣]
of Pharyngitis Management and Acute Rheumatic Fever Prevention", *Annals of
Internal Medicine*, 86: 481-492, 1977.
- Bergner, M., Bobbitt, R., Krenel, A., et. al., "The Sickness Impact Profile: Concep- [١٤]
tual Formulation and Methodological Development of a Health Status Index", *Int.
J. Health Services*, 6: 393-415, 1976.
- Dutton, D., Silber, R., "Childrens Health Outcomes in Six Different Ambulatory [١٥]
Care Delivery Systems," *Medical. Care*, 18: 683-714, 1980.
- DeGeyndt, W., "Five Approaches For Assessing the Quality of Care", *Hosp. Adm.*, [١٦]
15: 21-42, 1970.
- Woodside, A., "What is Quality and How Much Does it Really Matter?" *J. of [١٧]
Health Care Marketing*, 11 (December) : 61-67, 1991.
- Strasser, S., L. Aharony, and D. Greenberger, "The Patient Satisfaction Process : [١٨]
Moving Toward a Comprehensive Model", *Medical Care Review*, 50 (Summer) :
219-248, 1993.
- Taylor, S. and J. Croninn, "Modeling Patient Satisfaction and Service Quality", *J. [١٩]*

- of *Health Care Marketing*, 14 (Spring): 34-44, 1994.
- Ware, J. and M Snyder, "Dimensions of Patient Attitudes Regarding Doctors and [٢٠] Medical Care Services", *Medical Care*, 8 (August): 669-682, 1975.
- Davies, A., and J. Ware. "Involving Consumers in Quality Assessment", *Health Af- [٢١] fairs*, 7 (Spring): 33- 48, 1988.
- Kagawa - Singer, M., "Redefining Health : Living with Cancer", *Social Science [٢٢] and Medicine*, 37 (March): 295-304, 1993.
- Kreitler, S., et.al., "Life Satisfaction and Health in Cancer Patients, Orthopedic Pa- [٢٣] tients and Healthy Individuals", *Social Science and Medicine*, 37 (April): 547-556, 1993.
- Brown, S., and T. Swartz. "A Gap Analysis of Professional Service Quality", [٢٤] *Journal of Marketing*, 53. (April): 96-97, 1989.
- Taylor, S. and J. Croninn, "Modeling Patient Satisfaction and Service Quality", *J. [٢٥] of Health Care Marketing*, 14 (Spring): 35-37, 1994.
- Woodruff, R., Jenkins, R. and Cadotte, E, "Modeling Consumer Satisfaction Pro- [٢٦] cesses Using Experience - Based Norms" *J. of Health Care Marketing*, 20 August: 296-304, 1983.
- Sing, J., "A Multifacet Typology of Patient Satisfaction With a Hospital Stay", *J. of [٢٧] Health Care Marketing*, 10 (Dec): 8-21, 1990.
- Woodside, A., "What is Quality and How Much Does it Really Matter?" *J. of [٢٨] Health Care Marketing*, 11 (December) : 61-67, 1991.
- Fisk, T., et al., "Creating Patient Satisfaction and Loyalty", *J. of Health Care Mar- [٢٩] keting*, 10 (June) : 5-15, 1990.
- Mowen J., J. Licata, and j. McPhail, "Waiting in the Emergency Room: How to [٣٠] Improve Patient Satisfaction", *J. of Health Care Marketing*, 13 (summer): 26-33, 1993.
- Solomon, R. "Using a Patient Survey for Marketing a Professional Health Care [٣١] Practice", *J. of Health Care Marketing*, 10 (June): 47-53, 1990.
- Strasser, S., L. Aharony, and D. Greenberger, " The Patient Satisfaction Process : [٣٢] Moving Toward a Comprehensive Model", *Medical Care Review*, 50 (Summer): 219-248, 1993.
- Meredith, P., "Patient Satisfaction with Communication in General Surgery: Prob- [٣٣] lems of Measurement and Improvement", *Social Science and Medicine*, 37 (May): 591-602, 1993.
- Willams, B., "Patient Satisfaction: A Valid Concept?" *Social Science and Medi- [٣٤] cine*. 38 (April): 509 - 516, 1994.

Turner, P., and L. Pol, "Beyond Patient Satisfaction", *J. of Health care Marketing*, [٣٥] 15, (Fall): 61-67, 1995.

O, Connor, S., R. Shewchuk and L. Carne, "The Geart Gap", *J. of Health Care Marketing*, 14(Summer): 32-39, 1994.

Similarities and Differences between Patients and Management Staff as to Quality Components of Hospital Services: An Emperical Study of Private Hospitals of Jordan

Faird Nusairat* and Hani Aldumour**

**Assistant Professor, Business Department, Health Services*

Management Program, Jordan University, Jordan

***Assistant Professor, Marketing Department, Jordan University, Jordan*

(Received 20/5/1418 A.H.; accepted for publication 6/11/1418 A.H.)

Abstract. Examining quality of hospital services from the perspective of both patients and hospital management staff in the private sector of Jordan, this study aimed at (i) identifying probable differences in the relative importance of perceived quality of hospital services between those two parties (patients and management staff); and (ii) determining differences, if any, in the perceived quality among each one of those two parties on the basis of some of their personal and demographic characteristics.

Findings of this study were as follows: (A) Significant differences in the relative importance of perceived quality components were found between patients and management staff; hospital staff assigned higher relative importance to the following components: (a) hotel services, (b) equipment and facilities, (c) administrative services, (d) and nursing staff characteristics. (B) Patients and management staff alike, assign high relative importance to the "human interaction" component of quality. (C) Significant differences in the relative importance of quality components were found among patients when classified by level of income or by level of education; whereas no significant differences were found when classified by sex. (D) Significant differences in the relative importance of quality components were found between management staff when classified by job position or by practical experience; whereas no significant differences were found between them when classified by level of education. Finally, the study concluded that hospital management need to employ a wider perspective when dealing with the issue of quality. Suggestions and recommendations were provided in this regard.