

جودة الخدمة في القطاع العام باستخدام مدخل (SERVPERF) دراسة ميدانية في المستشفيات العامة (جنوب الأردن)

د. صلاح الدين الهيتي*

1-1 مقدمة

برزت إدارة الجودة Quality management خلال السنوات الماضية وبوضوح في مجال التصنيع وبدأ تأثيرها يتزايد في منظمات الخدمة حيث التخطيط لجذب المستهلكين والاحتفاظ بهم من خلال برامج مصممة لجعل الولاء للمنظمة أحد أهم الاتجاهات التسويقية انتشاراً إبان العقد الأخير من القرن الماضي، وإن كانت جذور هذا الاتجاه تعود إلى مفهوم خدمة المستهلك الذي تبلور خلال القرن التاسع عشر. وبظهور منظمات من القطاع العام تبنت مبادئ إدارة الجودة بضمنها منظور التوجيه بالمستهلك Consumer-oriented وتستخدم رقابة الجودة، وتسعى لضمان المساواة Equality، فقد حدث تحوّل كبير في عمل هذه المنظمات التي كانت في الماضي أكثر ارتباطاً بالقرارات الحكومية والسلطة، وأصبحت الآن أكثر رغبة للتعامل مع صناعة الخدمة، والأعمال المالية والتسليم للمواطن - المستخدم النهائي - end-using، كما أصبح ينظر الآن إلى الجودة بأنها مدخل يُعد أفضل للمنظمات العامة من (الويرية)، كما هي أفضل للمنظمات الخاصة من (التايلورية) التي سادت في الحقب الماضية سواءً كان ذلك في مجالات التصنيع أو الخدمات.

وبما أن استخدام مقاييس متنوعة لجودة الخدمة في القطاع الخاص قد أصبح من المؤشرات الرئيسية للحكم على الأداء التنظيمي ولقياس رضا المستهلك، وله قبولاً واسعاً، فإن المنظمات العاملة ضمن القطاع العام أمثال (المنظمات الصحية، الحكم المحلي، الشرطة، الخدمات الطارئة، الدوائر الحكومية ...)، قد أدركت الأهمية الاستراتيجية لخدمة المستهلك والجودة، لذا أصبح من القضايا الرئيسية لهذه المنظمات هو البحث عن مقاييس ملائمة لجودة الخدمة.. ولقد أشار مقال نُشر في الفايننشال تايمز بتاريخ (9 حزيران 1995) إلى أن حجم بحوث السوق في المملكة المتحدة سنة 1994 زاد عن نصف بليون جنيهه وأن 13% من المبلغ المذكور خصص للإفناق على بحوث السوق من قبل منظمات القطاع العام.

1-2 أهمية الدراسة :

أصبحت الجودة وخدمة المستهلك من القضايا الرئيسية والحاسمة في فترة التسعينات من القرن الماضي لكل من منظمات القطاعين العام والخاص، ففي القطاع الخاص يُضمن رضا وولاء المستهلك من خلال منتجات ذات جودة عالية وخدمات تعطي قيمة لثقوده، أما في القطاع العام فإن تحسين الجودة هو خطوة ضرورية تقود إلى تسليم فعال للخدمات بسبب أن التحديات البيئية تحتل فيها الخدمات العامة مكانة لا يُستهان بها كما أن النموذج التقليدي لتسليم الخدمات المتماثلة إلى مستهلكين -سلبين- ليس لهم صوتاً أو أن تأثيرهم محدوداً لم يعد قائماً. لقد شهدت السنوات الأخيرة تغيرات رئيسية في إدارة القطاع العام وبأهمية مساوية لها ظهور روح (جودة الخدمة) من خلال (مبادئ إدارة الجودة) إذ أخذت بعض منظمات القطاع العام بإتباع استراتيجيات مختلفة لتحسين الجودة دون منظور كلي أو خطة متكاملة، فبدأت بعضها تطبيق حلقات الجودة Quality circles وطبقت في أخرى فرق المشروع Project teams وضمان الجودة Quality Assurance.

إن قضية مستوى جودة الخدمات التي تقدمها الأجهزة الحكومية ومنها المستشفيات لم تحظ بالأهتمام الكافي أو الدراسة على المستويين المحلي والعالمي الأ في السنوات الأخيرة ، ويتزايد في الوقت الحاضر دور قطاع الخدمات في الحياة الاقتصادية وتؤكد ذلك التقارير والدراسات بما فيها تقارير التنمية البشرية للأمم المتحدة وغيرها من المنظمات المعنية ، ويأتي هذا البحث ليؤكد بأن جودة الخدمات لم تعد مجرد شعار أو يافطة ترفع في واجهة المكاتب والإدارات إنما هي جزء لا يتجزأ من فلسفة التغيير التي بدأت تتبناها أغلب الدول والحكومات والمؤسسات في العالم ومنها الإدارة العربية التي هي بحاجة إلى تأصيل منهج فكري ونماذج تطبيقية تستفيد من تجارب الآخرين وتوظف معطيات الواقع في بناء تجارب وطنية لها خصوصيتها وتميزها في هذا المجال .

7-3 مشكلة وأسئلة الدراسة :

يُعد مرفق المستشفيات الحكومية العامة أحد مكونات القطاع العام الخدمي هو المزود الرئيسي للخدمات الصحية إلى المواطنين وأصبح هذا المرفق يتعرض لضغوط كبيرة شأنه شأن بقية المرافق الحكومية نتيجة الصعوبات المالية ، والتغيرات التشريعية والاقتصادية ، والانتقاد الموجه للمعايير والآليات المستخدمة ، فضلاً عن الضغوط الداخلية والرغبة المحلية المتزايدة في تحسين جودة الخدمة ، مما ترتب على إدارة المستشفى الحكومي أعباءً والتزامات لكي ترتقي بجودة خدماتها التي ترضي جمهورها ودفع الإدارات الصحية العليا إلى تبني مبادرات لجودة الخدمة تُؤمّل من موازنة الدولة إلا أن هذه المحاولات ما تزال في بداية الطريق ، وتبلور مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية:

1- ما مستوى الأهمية النسبية التي يعطيها المبحوثين (العاملين والمرضى) لأبعاد الجودة الفعلية المدركة

في المستشفيات المبحوثة ؟.

2- هل تختلف قوة معاملات أبعاد الجودة المدركة على مقياس الدراسة لدى أفراد العينة من (العاملين

والمرضى) في المستشفيات المبحوثة ؟.

1-4 أهداف الدراسة :

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

- استخدام مقياس SERVPERF (للأداء الفعلي) في قياس اتجاهات المرضى و العاملين نحو جودة خدمات المستشفيات كبنية جديدة والتأكد من مدى مساهمة هذا المقياس في تحديد أبعاد جودة الخدمة .
- معرفة إن كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية لأبعاد الجودة - الأداء الفعلي المدرك - على مقياس الدراسة.

1-5 فرضيات الدراسة :

من أجل تحقيق أهداف الدراسة تمت صياغة الفرضيات الآتية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أبعاد الجودة الفعلية المدركة تعزى لاستخدام مقياس الدراسة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أبعاد الجودة الفعلية المدركة على مقياس الدراسة تعزى للمتغيرات الشخصية (الجنس ، العمر ، المؤهل العلمي، الوظيفة، الحالة الاجتماعية)

2- منهجية الدراسة :

تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي الذي يتضمن الأسلوب الميداني في جمع البيانات بواسطة الأستاتة وتحليلها إحصائياً لاختبار صحة فرضيات الدراسة، بالإضافة إلى المسح المكتبي للاستفادة من الكتب والدوريات العلمية لبناء الإطار النظري كما استخدم البحث البيولوجرافي بواسطة الانترنت وقواعد البيانات .

2-1 مجتمع وعينة الدراسة :

يتكون مجتمع الدراسة من العاملين في عدد من مستشفيات جنوب الأردن^(*) والمواطنين (المرضى) الراقدين فيها، وقد استخدمت عينة عشوائية لفئة العاملين بنسب مقارنة لنسبة تمثيل كل من (الأطباء، والمرضين ، والفنيين^(**)) في المستشفيات المبحوثة، كما تمت الأستعانة بنسب الأشغال لأسرة المستشفيات خلال عام

(*) ان المستشفيات المبحوثة هي مستشفيات حكومية مدنية ترتبط بوزارة الصحة تقدم خدماتها الصحية للمواطنين المشمولين بالتأمين الصحي.

(**) شملت الأستاتات الموزعة على الفنيين من ذوي المهن الصحية (فني مختبر ، الأشعة ، الصيدلية ، العلاج الطبيعي، التخدير).

2005 (****) في اختيار عينة عشوائية من المواطنين (المرضى الراقدين) وكما توضحه الجداول التالية :

جدول رقم 1- الأعداد الكلية للعاملين والاستبانات الموزعة والمسترجعة في المستشفيات المبحوثة.

المستشفى (****)	العديد الكلي		طبيب		ممرض		فتى		الاستبانات الموزعة				الاستبانات المستلمة والصالحة للاستخدام				
	ع	%	ع	%	ع	%	ع	%	طبيب	ممرض	فتى	كلي	طبيب	ممرض	فتى	كلي	
الترك	193		45	23.3	79	40.9	69	35.8	25	40	28	93	18	72	32	68	69
معان	137		43	31.4	60	43.8	34	24.8	23	35	18	76	17	74	26	61	54
غور الصافي	99		36	36.4	39	39.4	24	24.2	23	25	15	63	15	65	18	73	44
الكلي	429											232					167

- بلغت نسبة الاستبانات المسترجعة والصالحة للتحليل 72% من مجموع الاستبانات الموزعة، ونسبة 39.7% من المجتمع الأصلي، بينما بلغت نسبة الاستبانات الموزعة 55.1% من المجتمع الأصلي.

جدول رقم 2-

الأعداد الكلية ونسب الأشغال والاستبانات الموزعة والمسترجعة من المرضى الراقدين في المستشفيات المبحوثة.

المستشفى	عدد الأسرة المتاحة	المعدل العام لأشغال الأسرة	العدد الفعلي للمرضى	الاستبانات الموزعة		الاستبانات المسترجعة والصالحة للتحليل ⁽¹⁾
				العدد	العدد	العدد
الترك	134	67%	83	76	62	
معان	122	63%	67	63	50	
غور الصافي	62	75%	44	41	39	
الكلي	318		194	180	151	

⁽¹⁾ بلغت نسبة الاستبانات المسترجعة والصالحة للتحليل (83.9%) من مجموع الاستبانات الموزعة، كما بلغت نسبتها (77.8%) من العدد الكلي الفعلي للمرضى و (47.5%) من مجموع الأسرة المتاحة.

2-2 وسيلة جمع البيانات :

تم الاطلاع على عدد من الدراسات السابقة التي استخدمت مقياس الجودة Servqual و Servperf، وقام الباحث بتطوير استبانة لقياس جودة الخدمة في المستشفيات مستندا الى مقياس Servperf ومستفيداً من الدراسات التي استخدمت المقياس مثل دراسة (المبيريك، 2004، وسليمان والزائد، 2002، والشميمري، 2001)

(***) تم الحصول على نسب الأشغال لأسرة المستشفيات من إدارات المستشفيات المبحوثة .

(****) تم ترتيب المستشفيات كما تظهر في الجدول تبعاً لمستوى حدتها وسعتها وأعداد العاملين فيها.

وفيسا يلي توضيح لأجزاء أداة الدراسة: الجزء الأول: يشتمل على متغيرات شخصية عن العاملين والمرضى شملت (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، الوظيفة، الحالة الاجتماعية).

الجزء الثاني: وتألف من (27) فقرة تقيس أبعاد جودة الخدمة وكما يأتي:

الفقرات من (1-4) تقيس الدليل المادي للموس.

الفقرات من (5-9) تقيس الاعتمادية.

الفقرات من (10-12) تقيس قوة الاستجابة.

الفقرات من (13-16) تقيس الأمان والثقة.

الفقرات من (17-19) تقيس التعاطف.

الفقرات من (20-27) تقيس خصائص المستشفى.

تم تحديد أوزان فقرات الأستبانة كما يأتي:

أعطيت خمس نقاط للإجابة (بدرجة عالية جداً)، وأعطيت أربع نقاط للإجابة (بدرجة عالية)، وأعطيت ثلاثة نقاط للإجابة (بدرجة متوسطة) كما أعطيت نقطتين للإجابة (بدرجة ضعيفة) ونقطة واحدة للإجابة (بدرجة ضعيفة جداً).

3-2 صدق وثبات أداة الدراسة:

عُرِضت الأستبانة على اثني عشر محكماً من أعضاء هيئة التدريس في قسمي إدارة الأعمال والأدارة العامة وذلك للتأكد من مستوى صدق المحتوى لفقرات الأستبانة، وقام الباحث بتعديل وإعادة صياغة خمسة فقرات أبدى المحكّمون ملاحظاتهم عليها، وقد أجريت دراسة اختبارية لعينة مكونة من (15) من العاملين و (10) مرضى من أفراد مجتمع الدراسة وذلك للتأكد من مستوى وضوح وفهم الفقرات حيث أعيدت صياغة ثلاثة فقرات أبدى المبحوثين ملاحظاتهم بشأنها ولكي تكون أكثر وضوحاً وفهماً من قبلهم، كما أجري اختبار الثبات بعد إكمال جمع البيانات وباستخدام كرونباخ ألفا للاتساق الداخلي وبلغت القيمة الأجمالية له (0.96).

4-2 إجراءات الدراسة:

بالنظر لخصوصية مجتمع الدراسة وما يتطلبه من متابعة قام الباحث بإجراء مسح للمستشفيات الحكومية في إقليم جنوب الأردن وتبين أن الخدمات الصحية هناك تتوزع بين مستشفيات مدنية تابعة لوزارة الصحة وأخرى ذات طابع عسكري ترتبط بالخدمات الطبية الملكية وتقدم خدماتها للمواطنين - المتفعين - من العسكريين - عاملين ومتقاعدین وتم الأقتصار على النمط الأول الذي تماثل من ناحية التأمين الصحي وأنواع الخدمات الصحية

المقدمة والخبرة .

أجريت لقاءات مع إدارات المستشفيات لحصر مجتمع وعينة الدراسة ومن ثم الاتفاق على إجراءات توزيع الأستبانة على كل فرد ويأشرف الباحث كما تم استرجاعها بذات الطريقة.

2- 5 أساليب التحليل الأحصائي :

للإجابة على أسئلة الدراسة وللتحقق من صحة فرضياتها استخدمت الأساليب الأحصائية الآتية:

- 1- مقياس الأحصاء الوصفي Descriptive Statistic لوصف عينة الدراسة باستخدام النسب المئوية ولترتيب متغيرات الدراسة حسب الأهمية النسبية اعتماداً على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية . واستخدمت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمقارنة بين أبعاد الدراسة من ناحية وللحصول على مؤشرات للمقارنة بين نتائج إجابات أفراد عينة الدراسة من ناحية أخرى .
- 2- الارتباط البسيط Simple Correlation وذلك للمقارنة بين أبعاد الجودة على مقياس الدراسة.
- 3- تحليل التباين الأحادي ANOVA وذلك لبيان أن كانت هنالك فروقا في المتوسطات بين المتغيرات الشخصية وأبعاد الجودة ولكل من إجابات العاملين والمرضى .

3- الأطار النظري والدراسات السابقة :

3-1 الأطار النظري

معنى الخدمة وجودة الخدمة :

أ معنى الخدمة :

الخدمة هي نشاط أو عمل ينجز من أجل غرض معين . وقد يكون هذا النشاط استشارة طبية أو محاضرة أو حل مشكلة فنية في الإنتاج أو عملاً محاسيبياً أو صيانة لآلة ... الخ ، لذا فإن الخدمة نشاط معنوي أو سلعة متغايرة وغير نمطية في الغالب ولأنها تنتج وتستهلك في نفس الوقت وتتطلب تفاعلاً واتصالاً بالعميل، وإن ملكيتها لا تتغير ولا تنتقل، ولا يمكن إعادة بيعها ولا تخزينها ولكن نظام تقديم الخدمة يمكن أن يُنقل أو يصدر ، وتتصف الخدمة المميزة بالخصائص التالية:⁽¹⁾

- 1- عدم قابلية اللمس : إنها غير ملموسة ، وهذا يعني أن مقدم الخدمة في أكثر الأحيان ينتج منافع ترتبط بالخدمة أو المهارة أو الأختصاص والكفاءة .. الخ.
- 2- عدم قابلية الفصل : في حالات كثيرة لا يمكن فصل الخدمة عن مقدمها في التقديم أو البيع .

- 3- قابلية التلاشي أو الفناء : الخدمات قابلة للتلاشي والزوال فور تقديمها أو بعد فترة معينة ولا يمكن تخزينها .
- 4- تباير الخواص : إن التوحيد القياسي صعب التحقيق في الخدمات فليس هناك خدمتان متشابهتان
- 5- الأتصال بالعميل : إن أغلب الخدمات تتطلب لتقديمها حضور العميل وتدخله في أحيان كثيرة في طلب الخدمة وهذا يجعل من غير الممكن أحياناً تقديم نمط متماثل من الخدمات .

ب - ماهية الجودة :

أعطيت للجودة Quality معانٍ كثيرة فهي فكرة phenomenon متعددة الجوانب يمكن وصفها على المستوى العام ، كما يراها بيونو Bebono إنها بمثابة (صينية) جامعة Collector tray وهي تضم تركيزاً مشحوناً بكل التفسيرات المحتملة، ويصفها راجافارا Rajavara كمظلة umbrella تجمع معاً مختلف التقديرات السياسية، والأدارية، والتنظيمية، والمهنية (Elli sinikka, 1999)⁽²⁾، كما ذكر باتل (patel , 1994)⁽³⁾ بأن الجودة مفهوم (مختير) له عدة معانٍ مختلفة ومتباينة ويعود ذلك في جانب منه الى اختلاف الأوضاع التي يطبق فيها المصطلح . وقدم علماء الجودة أمثال (Deming , Grosby , Juran , Feigenbaum , ishikawa) تعريفات متعددة للجودة، كما ورد في قاموس الجودة ما يشير إلى أن الجودة ترادف مصطلحات مثل : درجة التميز Degree Of Excellence، وطبيعة العلاقة Relative Nature، النوع أو الخاصية Kind or Character. والجودة كمفهوم ليس مطلقاً، إذ أنها تعني أشياء مختلفة لأناس مختلفين. وارتبط مفهوم الجودة بمصطلحات أخرى مثل الحاجة Need و Demand والتي نالت كثيراً من الجدل المفاهيمي بين الباحثين⁽⁴⁾ ويعرفها (كاروين Garwin) بأنها إرضاء لحاجات وتوقعات الزبائن وما يتبع ذلك من استقرارية الخدمات العامة المتاحة لهم، ووصفها (murto, 1995) بأنها عبارة عن تناغم وانسجام الخدمات الاجتماعية المعروضة مع حاجات الزبائن، كما ارتبط مفهوم الجودة أيضاً بالتوقع expectation، وعرفها (Bouckaert & 1995, Pollit) بأنها خط يقع بين توقعات مستخدمي الخدمة، وإدراكاتهم للخدمة الفعلية.⁽⁵⁾ وعرفت كذلك بأنها حكم على إدراك المستهلكين Customer Perception في كيفية مقابلة الخدمة لحاجاتهم، فجودة الخدمات هي التي تقابل الحاجات الحقيقية في الوقت (الصحيح) وفي الطرق (الصحيحة) .

وهناك ثلاثة عناصر رئيسية تدخل في اختبار جودة الخدمات وهي :⁽⁶⁾

- المطابقة للهدف Fitness For Purpose، درجة الاستجابة Responsiveness، المطابقة للمواصفات

.Conformance To Specification

ويمكن أن تصنف الجودة حسب عناصرها الرئيسية في نظام يضمن الجودة واستناداً إلى (, 1991) (overtveit إلى ثلاثة أنواع⁽³⁾ : (1998, Herbert and curry

- جودة المستهلك customer quality : وتبين ما إذا كانت الخدمة تعطي المستهلكين ما يريدون، أي ماذا يريد المستهلك من الخدمة بشكل فردي أو جماعي وتقاس النتائج من خلال مستعملي الخدمة أنفسهم.

- جودة مهنية Professional Quality : وتبين ما إذا كانت الخدمة تقابل حاجات المستهلك كما هي محددة من قبل المهنيين، وفيما إذا كانت الإجراءات المهنية والمعايير التي يعتقد بأنها تحقق النتائج المرغوبة تتم المحافظة والتأكيد عليها، وترتبط بالأسلوب والإجراءات الصحيحة لمقابلة حاجات المستهلكين.

- جودة العملية أو الإدارة Management Quality (or) process Quality وتشمل تصميم ، وتشغيل عملية الخدمة لاستعمال موارد في أكثر الطرق كفاءة ولمقابلة متطلبات المستهلك، أي أنها ترتبط بفعالية وإنتاجية استخدام الموارد لمتابعة تلك الحاجات والمتطلبات وعرفت الجودة من منظور المنظمة أيضاً حيث ورد ذلك لدى كل من 1971 (Dalton, 1980 lawler etal, 1988 kinnunen & Sinkkonen, 1994 Gouldner)، كما ربط بعض الباحثين أمثال 1993 (jones Makela and Kumpusalo, 1985) مفهوم الجودة إلى الأهداف فهي استمرارية وقابلية قياس ما يتم إحرازه من أهداف حددت مسبقاً وينظر إلى تحسين الجودة على أنها حلقة تبدأ بتعريف المشكلة ووضع للأهداف وقياس وتغيير.⁽⁴⁾

وعند اقتران مفهوم الجودة بالخدمة العامة فإننا لا نلاحظ اختلافاً كبيراً عند الباحثين والكتاب، إذ يرى Lucy, 1996 بأن الجودة مفهوم ليس غريب، فهو ينمو طبيعياً من القيم التي تؤسس فكرة جودة الخدمة العامة مثل العدالة Equity والمساواة equality، ومستوى الاستجابة Responsiveness، لذا فإن من السهل الأمتزاج مع مفاهيم الإدارة الجديدة للخدمات من أجل إعطاء القوة والسلطة الكافية للاقتراب من المستهلك.⁽⁵⁾

نخلص مما سبق إلى القول بأن تعريفاً واحداً شاملاً للجودة غير موجود، ولكن يمكن تصور الجودة على أنها مجموعة خصائص تختلف من خدمة إلى أخرى، ومن الجدير ذكره أن تحديد الجودة ووضعها في التطبيق يستدعي بشكل فاعل المستهلكين والمواطنين إذ لهم الحكم النهائي، وكما لاحظنا فإن تعريفات الجودة تأخذ

بالاعتبار الطبيعة المتفاعلة للخدمات العامة إذ لا يكفي تقديم مواصفات تقنية محددة، فالجودة المدركة للخدمة تختلف طبقاً إلى كيفية التسليم، وأن الخدمة المعيارية ليست بالضرورة أن ترضي أو تليبي حاجات كل فرد، مما يجعل من الجودة العالية مسألة ليست سهلة، إن الجودة يمكن أن تعتبر مفهوماً ديمقراطياً إذ تسهم آراء المستخدمين، والمواطنين، وجماعات المصلحة بوجهات نظر مختلفة وواسعة استناداً إلى المصلحة العامة وعملاً بحق الجماعات في إسراع صوتها، فهي بمثابة المدى الذي يكون فيه تسليم (الخدمات العامة يتلائم مع حاجات المستعملين والمستهلكين) (10)

وبما أن الجودة هي مفهوم نسبي يعتمد على تقييم لحالة تبادل معينة في فترة زمنية محددة فأنها ترتبط بشكل وثيق بفكرة القيمة Value: حيث تتداخل الجودة والقيمة بشكل وثيق جداً في ذهن المستهلك - العميل - باعتباره الحكم النهائي على قيمة أي عملية تبادل، فالجودة والقيمة هي ما يراها ويحددهما العميل الذي يقوم بعملية التقييم على أساس المقارنة مع جودة وقيمة الخدمات التي يقدمها الآخرون (المنافسون وغيرهم) (العلاق، 2001). (11)

الجودة في القطاع العام :

كان لتطبيقات إدارة الجودة في القطاع العام جاذبية واهتمام متزايد في الثمانينات من القرن الماضي، فبعد أن ركزت الكثير من الأدبيات على القطاع الخاص في مواضيع عديدة مثل توليد الأرباح، والخدمات... الخ، وبعد أن تبين أن هناك اهتمام قليل حول تطبيقات إدارة الجودة في القطاع العام برزت الدعوات في أدبيات ذلك القطاع بإمكانية إدارة الجودة، ولقد استخدمت الـ TQM حلاً للعديد من المشكلات المعقدة والمتنوعة، ومفتاحاً لتحسين الأنتاجية وطريقاً للكفاءة، والتغير الثقافي في الخدمة المدنية، ولجعل التعليم العالي أكثر ملائمة لحاجات المجتمع. وهنا يتبادر السؤال التالي: لماذا أصبحت إدارة الجودة- وبهذا الشكل المفاجئ- جذابة للقطاع العام؟

يرى كلارك Clarke بأن هناك ضغوطاً قوية على القطاع العام لجعل إدارة الجودة تبدو أكثر جاذبية وهذه

تتضمن: (12)

- 1- التشريعات والضمانات التي أعطيت للمستهلك.
- 2- تزايد الضغوط على تقييد الكلف لدى أجهزة القطاع العام.
- 3- تزايد ظهور مطالب جديدة للمستهلك.
- 4- اتساع برامج حقوق المواطنين.

لقد مرّ هذا الأهتمام بمراحل أربع حتى وصل إلى صورته الحالية، وهي: (13)

- مرحلة إهمال قياس مستوى جودة الخدمة : وفيها كانت تقع على كاهل الحكومات المسؤولية الكاملة عن تقديم جميع الخدمات التي تلزم مواطنيها، فلم يكن هناك مجرد تفكير في سبيل تحديد مستويات لجودة الخدمة التي تقدمها الأجهزة الحكومية أو قياسها أو حتى تطويرها.

- مرحلة قياس مستوى جودة الخدمة اعتماداً على العدد أو الكم : وقد ركزت معايير القياس على إظهار مدى توسع دور الدولة في تقديم الخدمة من خلال التطور في عدد الأجهزة الحكومية التي تم إنشاؤها أو الجمهور الذي تردد على تلك الأجهزة (أعداد مدارس، مستشفيات، جامعات، وحدات محلية، أعداد الطلاب، أعداد المرضى، أعداد المؤمن عليهم..).

- مرحلة القياس اعتماداً على مستوى الخدمة: وحدث تطور في نظرة الدولة للخدمة، وترجم هذا التوجه على شكل معايير تهدف لإظهار مدى التطور الذي حدث في مستوى جودة الخدمات مثلاً (طبيب لكل 1000 مواطن بعد أن كان 3000 مواطن، مدرس لكل 60 تلميذ، بعد أن كان 100 تلميذ... الخ).

- مرحلة القياس المزدوج لمستوى جودة الخدمة : اتجهت الدولة عند قياس مستوى جودة الخدمات إلى ربطها بمعيار آخر ففي حالة الخدمات الاقتصادية اهتمت باقتصاديات تقديم الخدمة (عنصري الجودة والتكلفة) إذ قسمت المنظمات الحكومية إلى منظمات ربحية وأخرى غير ربحية، وفي حالة الخدمات غير الاقتصادية اتجهت الدولة عند قياس مستوى الخدمة المقدمة للجمهور إلى الاعتماد على درجة رضا الجمهور الذي يتلقى الخدمة وعلى ضوء ذلك الرضا أو عدم الرضا تتدخل لإجراء التحسينات المطلوبة.

وهناك من ينظر إلى إدارة الجودة في القطاع العام بأنها جواباً على انتقادات مبدئية على الخدمات العامة، منها الأدعاء بعدم الكفاءة ، والتبذير في النفقات، والأبتعاد عن الشروط المطلوبة للخدمة، وفي هذا السياق أدخلت مفاهيم مثل التركيز بالمستهلك Customer Focused، قيادة الزبون Client-driven، توجيه السوق Market Oriented ، إلا أن هناك العديد من المشككين Skeptics بالجودة وفيما إذا كانت إدارة الجودة يمكن أن تنجح بإدخالها في القطاع العام⁽¹⁾.

فهناك عقبات محتمة متمثلة بسيطرة الاقتصاد التقليدي ، والقوى السياسية وتأثير المجموعة وطبيعة الثقافة التنظيمية السائدة فيه.⁽²⁾

ولقد ذهب بعض الكتاب إلى تقديم تساؤلات حول إمكانية إدخال (مدخل جودة حقيقي) في القطاع

العام بسبب الشريط الأحمر Red tape والخضوع للأوامر والتعقيد، ويرى البعض الآخر منهم اختلاف أنظمة إدارة الجودة عن الخدمات العامة ويحذر من مشكلات قد تظهر نتيجة التبني الغير الحاسم لتطبيقات القطاع الخاص، مما يتطلب للمباشرة في إجراءات تطبيقات الجودة بصورة فعالة درجة أكبر من الاستقلالية ومستوى أقل من المركزية في اتخاذ القرارات، واستخدام معايير أداء واقعية وآليات عملية وإلى مستوى من الأساق والتنظيم العقلاني للعلاقة بين خدمات قطاع عام مختلفة، وجماعات مستهلك مختلفة، ومقدمي خدمة مختلفين أيضاً.⁽¹⁹⁾

استراتيجية تحسين الجودة في القطاع العام : الأبعاد والخصائص

يعتبر تحسين الجودة خطوة ضرورية نحو تسليم فعال للخدمات بسبب التحديات البيئية التي تواجه الخدمات العامة، لقد شهدت السنوات الأخيرة تغيرات رئيسية في إدارة القطاع العام، وأخذت بعض منظماتها باتباع استراتيجية لتحسين الجودة، حيث بدأت بعضها مع حلقات الجودة Quality Circles، وضمان الجودة Quality Assurance وTQM، باعتباره يمثل نظام إدارة التركيز على الفرد Person- Focused ويسعى لزيادة مستمرة في رضا المستهلك وبأقل كلفة ممكنة⁽²⁰⁾، كذلك استخدمت تقنية Quality Process analysis في القطاع العام وذلك لتحقيق إنجازات هامة في تحسين الإنتاجية وتستند على التحليل التنظيمي للوظيفة أو الهدف وأتباع خطوات محددة مثل تحديد الرسالة، تحديد التساؤلات والمسألة، وصف العمليات والأنشطة بمخططات انسيابية وتحليلها، تحديد متطلبات المستهلك، مراجعة عمليات وحاجات المستهلك المقابلة، وتوثيق العمليات وإجراءات العمل، وإنشاء نظام لإدارة الأداء والمراجعة والتحسين...⁽²¹⁾.

إن أية إستراتيجية للجودة لا بد لها من أبعاد فقد ذكر (Hernon وآخرون 1999)⁽²²⁾ أنه توجد أربع أبعاد للجودة هي : التميز Excellence، والقيمة Value والمطابقة للمواصفات Conformance to Specifications ومقابلة و/ أو تجاوز التوقعات Meeting and / or Exceeding كما أضاف Kroon بـعدين آخرين هما إدراك السوق Market Perception والجودة الإستراتيجية Strategic Quality.

وقد ميّز Bulitt & Bouckaret بين الهدفية (المطابقة من أجل الاستخدام fitness for use) والموضوعية (التوقع والأدراك expected and perceived)، وميّر دونابيدون Donabedian بين الأبعاد التقنية وغير التقنية Technical and non-technical، وقد أجمع هؤلاء بأن جودة الخدمة ليست مجرد عملية تقنية فقط، وإن معظم الخدمات لها تأثير عميق ودائم على حياة الناس، لذا فهي تعد عملية حيوية سواء كان تقنية أو غير تقنية، كما تتصف هذه العملية بخصائص ينبغي توفرها وهي : أن يكون ممكناً الوصول إليها Accessible، وقابلية الشمول، والملائمة، والعدالة. كما أن المظاهر غير التقنية للجودة يمكن أن تؤثر فتجعل الخدمة التقنية

أكثر أو أقل فعالية ، لذا فإنه لا بد من مراعاة الحاجات الحقيقية للأفراد والأستماع إلى نصائحهم وإلى ما يسدونه من معلومات .

إن خصائص الجودة وأبعادها تعكس القيم التنظيمية ، فالأسبقية المناسبة تُعطي للدقة accuracy ، درجة الاستجابة Responsiveness ، المساواة equality ، المرونة flexibility الاقتصادية Economically ،⁽²⁰⁾ وكما يرى كلاً من (whitfield,1992 ، cooper 85-92) بأن معايير وقيم مثل الفعالية ومستوى الكفاءة ربما أخذت تحمل محل معايير الخدمة العامة مثل (المساواة ، المصلحة العامة ، الكرامة الإنسانية ، العدالة) ،⁽²¹⁾ وربما تكون هذه القيم ليست واضحة وتعكس منظورات مختلفة (سياسية ، مهنية ، إدارية ، ... الخ) ولكن تبقى الحاجة عند تقدير جودة خدمة ما قائمة لمعرفة السياسة التنظيمية ، وهياكل عمل القيمة Frameworks ويبقى المستهلك (العميل ، المستفيد) يمثل النقطة المرجعية الأولى primary Reference point فالمزيج الفريد من العناصر الملموسة Tangible والعناصر غير الملموسة intangible يصبح كياناً مميزاً فقط خلال عملية استهلاك السلعة أو الأنتفاع من الخدمة⁽²²⁾.

مقاييس جودة الخدمات :

لقد اقترحت مقاييس جودة الخدمة سعياً وراء تحسين مستوى الخدمات المقدمة للمستهلكين بما في ذلك الخدمات العامة وتعتمد بشكل أساسي على مسوح رضا المستهلك حيث تربط ادراكات المستهلكين لاستلام الخدمة وتوقع جودة الخدمة ، وتكمن أهمية هذه المسوح في أنها بمثابة تغذية راجعة من المستهلكين وهي مفيدة جداً في تحديد ما إذا كانت صورة الخدمة بحاجة إلى تحسين أم لا⁽²³⁾.

إن توقعات المستهلكين تتحدد من خلال حاجاتهم الشخصية والخبرة السابقة لدى مقدمي الخدمة أنفسهم وكذلك من خلال الأتصالات الشفهية والخارجية التي يجريها مقدمي الخدمة وآخرين غيرهم ، ولقد بنيت فكرة مقياس الجودة لدى براسورمن (Parasuraman) وآخرون على مسألة التعارض بين تلك التوقعات وبين ادراكات المستهلكين لجودة الخدمة ويعود ظهور أصل مقياس جودة الخدمات إلى عام 1985 وذلك من قبل (Parasuraman) وزملاءه .

إن هذه الفكرة يتلاءم تطبيقها مع خدمات القطاع العام ومنها الخدمات الصحية في المستشفيات ، حيث ستدرك جودة تلك الخدمات على أنها جودة (ردئية) إن لم تكن ملائمة لحاجات المستهلكين الشخصية ، لذا فإن منظمات القطاع العام بحاجة إلى آليات معينة كي تحظى بالمعلومات المعبرة عن حاجات وتوقعات المستهلكين ، ويكون للاتصالات الشفهية تأثير هام على تقدير المستهلكين لجودة تلك الخدمات وسواء كانت تلك الاتصالات

مع المستهلك كفرد أو بشكل تغذية راجعة من الأصدقاء أو الأقارب أو الجوار ، كما أن للاتصالات الخارجية دور هام وتتم من قبل مقدمي الخدمة وكذلك من قبل الممثلين المنتخبين على المستويين المحلي والوطني ومن المؤسسات الحكومية ، فضلاً عن البيئة المحيطة .⁽²⁴⁾

لقد حدد كل من (Berry Zeithmal ، parasuraman) عام 1985 عشرة أبعاد رئيسية لقياس جودة الخدمة وهي :

Security ، Credibility ، Communication ، Responsiveness ، Reliability ، Tangibles ، Access، understanding ، courtesy ، competence وقام نفس الباحثين باختبار قابلية تطبيقها على خمسة خدمات هي :⁽²⁵⁾ أعمال الإصلاح والصيانة ، البيع بالتجزئة ، خدمة الهاتف للمسافات البعيدة ، سمرة السندات، بطاقات الأتئمان ، وفي عام 1988 اختصرت الأبعاد العشرة إلى خمسة أبعاد موسعة لجودة الخدمة ويمكن تطبيقها في أية منظمة خدمية ، وأطلق عليه نموذج جودة الخدمة (SERVQUAL) وتضم :⁽²⁶⁾

Tangibles : وضوح التسهيلات المادية ، التجهيزات ، الأشخاص ، وأدوات الاتصال .

Reliability: القدرة على تنفيذ الخدمة المتعهد بها باعتيادية ودقة .

Responsiveness: درجة الاستجابة والرغبة لمساعدة المستهلكين وتقديم خدمة سريعة وملائمة بشكل عام .

Empathy: العناية والأهتمام وقدرة المنظمة على توجيه الأتباءه وبذل الجهود لفهم حاجات المستهلك وتوفير ما يطلبه.

Assurance: كفاءة النظام ومصداقيته Credibility في تقديم خدمة لطيفة وآمنة.

وكان معهد كرانفيلد (Cranfield institute) سباقاً لاقتراح خمسة أبعاد للجودة ومن ناحية أخرى فقد أثبتت تلك الدراسات أنه على الرغم من النظر إلى الأبعاد الخمسة على أنها ضرورية ، إلا أن الوزن النسبي لها يختلف من مستفيد إلى آخر ومن منظمة خدمية إلى أخرى ، إلا أن البعد الخاص بالاعتيادية يظل في جميع الأحوال في المرتبة الأولى كأهم عنصر أو بُعد يعكس جودة الخدمة بغض النظر عن طبيعة الصناعة .

جدول رقم (3)

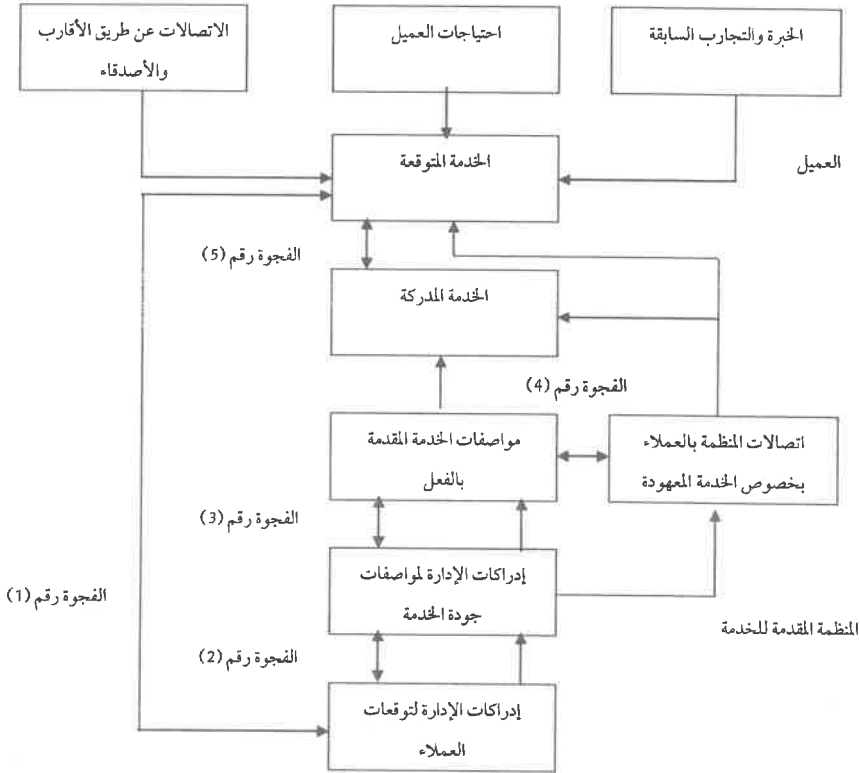
يوضح معايير جودة الخدمة طبقاً للدراسات المختلفة بهذا الشأن⁽²⁷⁾

دراسات برا سورمن وزملاؤه parasuraman, et . al (1990)	دراسات برا سورمن وزملاؤه Parasuraman, et .al (1985)	من وجهة نظر معهد كرانفيلد
Reliability الاعتمادية	Reliability الاعتمادية	المواصفات specification
Responsiveness الاستجابة	Responsiveness الاستجابة	التماثل Conformance
Tangibles الأشياء الملموسة	Competence الجدارة	Reliability الاعتمادية
Assurance الضمان	الوصول للخدمة Access, مدى توفر الخدمة من حيث الزمان والمكان	التسليم Delivery
التعاطف مع العملاء وتقدير ظروفهم Empathy		القيمة Value
	Courtesy اللياقة والكيافة	
	Communication الاتصال	
	Credibility المصداقية	
	Security السلامة والأمان	
	درجة فهم مورد الخدمة للمستفيد understanding	
	Tangibles الأشياء الملموسة	

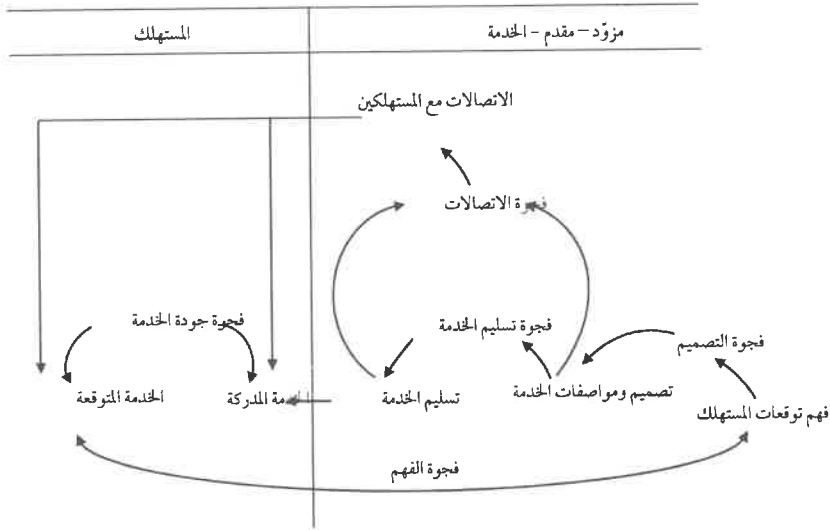
لقد كان الهدف الأساسي لتطوير سيرفكوال Servqual محاولة لتوفير أداة قياس للجودة يمكن استخدامها عبر نطاق واسع من الخدمات والصناعات، وطبق لفترة من الزمن في عدد محدود من منظمات القطاع الخاص من قبل:

Bakakus & Boller , 1992 , Bournat & Van der wele 1992 , candlin & Day , 1993 .
كما طبق في عدد محدد من المنظمات غير الربحية من قبل Vandamme & ، Bakakus & Mangold , 1992 ،
Leunis , 1993 ، Walbridge & Delene , 1993 ولقد استمرت في حقبة التسعينات من القرن الماضي
تطورات أخرى لسيرفكوال في ضوء كل من النتائج التجريبية والمناقشات النظرية الأخرى، ويوضح شكل رقم
(1) نموذج السيرفكوال⁽²⁴⁾.

شكل رقم (1) نموذج SERVQUAL لقياس جودة الخدمة



إن النموذج المذكور لا يوفر فقط إمكانية قياس آراء المستهلك عن جودة الخدمة إنما يوفر أيضاً أداة قياس لتوقعاتهم فيما يجب أن تكون عليه جودة الخدمة، وبالتالي يوفر إمكانية البحث في الفجوة Gap بين توقعات وإدراكات المستهلك وتكمن الأهمية الإحصائية للفجوة بين توقعات وإدراكات المستهلك في أي بعد لأن تكون نقطة بداية للبحث بكيفية تحسين جودة الخدمة . وتتمثل هذه الفجوات في فجوة جودة الخدمة ، فجوة الفهم (الأدراك) ، فجوة التصميم ، فجوة التسليم ، فجوة الاتصالات وتنطوي تلك الفجوات على (عدم معرفة حاجات المستهلكين ، الأختيار السيئ لتصاميم الخدمة ، الفشل في تسليم الخدمة، عدم الوفاء بالتعهدات) ويوضح الشكل رقم (2) فجوات جودة الخدمة⁽²⁹⁾.

شكل رقم (2) يوضح فجوات جودة الخدمة^(*)

* Source: Mike Donnelly and et-al(1995), International J. of public Sector Mangment, Vol.6, No.7, P.20.

انتقادات لـ (السيرفكوال) :

برغم الدور الذي يلعبه هذا المقياس في تحديد جودة الخدمة ، وشمول أبعاد المقياس على محورين أساسيين هما: الجوانب الفنية والتنظيمية المكونة لجودة الخدمة ، والجوانب السلوكية المكتملة لجودة الخدمة .

الأ أن بعض الباحثين حاولوا التشكيك في طريقة القياس الخاصة بالوصول إلى الفجوة بين توقعات الجمهور لجودة الخدمة وإدراكاتهم للأداء الفعلي للخدمة التي يحصلون عليها⁽¹⁰⁾ . لقد أجريت دراسة نقدية لمقياس سيرفكوال قام بها كارمان Carman ، إذ استخدم الأبعاد العشرة الأصلية المطورة من قبل (Berry , Zeithmal , Parasuraman) على أربعة حالات خدمية ، واستنتج بأن هذه الأبعاد ليست عامة وشكك في إدارة كلاً من استفتاءات الأدراك والتوقع معا . لقد شكك باحثون آخرون في الجوانب المفاهيمية والتشغيلية لـ (سيرفكوال) أمثال Cronin و Taylor واقترحا استخدام مقياس سيرفيرف SERVPERF (مقياس الأداء الفعلي) كمقياس أفضل لجودة الخدمة المدركة ، وقد اثبتنا من خلال دراسة مسحية لأربعة أنواع من الخدمات بأن السيرفيرف كان الأفضل في اختبار التباين في جودة الخدمة والذي يعتمد في القياس على طريقة أكثر بساطة في قياس جودة الخدمة باستخدام اتجاهات الزبائن - المستهلكين - نحو الأداء الفعلي للخدمة المقدمة لهم .

كما أجرى Teas دراسة أخرى لاختبار الفجوة المفترضة بين إدراك المستهلكين وتوقعاتهم ووجد أن هناك

نقصاً في الصدق التمييزي discriminate Validity، واتفق مع ما توصل إليه Taylor & cronin من أن استخدام الأداء المدرك كمقياس لجودة الخدمة يحقق اتفاقاً أفضل حول بناء وصدق المقياس⁽²¹⁾.

يستنتج مما تقدم بأن الأدبيات الحالية حول جودة الخدمة توضح نقطتين رئيسيتين هما: (22)

1- عدم قبول واضح بين الباحثين على طريقة قياس جودة الخدمة من وجهة نظر المستهلكين، وهذا دليل على عدم اتفاق الباحثين على تعريفات التوقعات، رضا المستهلك، جودة الخدمة، والعلاقات المتبادلة بين هذه المفاهيم.

2- وترتبط بـ (البعدية Dimensionality) و(العمومية generalizability) لمقياس سيرفكوال فالقياس تنقصه قابلية قياس جودة الخدمة المدركة عموماً.

لذا فإن لكل قطاع خدمي ينبغي تحديد أداة قياس خاصة به، وإن المفاضلة بين مقياس وآخر لن تكون أمراً حاسماً في اختبار نموذج لقياس جودة الخدمة. أما في دراستنا فلقد استخدمنا مقياس Servperf سيما وأنه نموذج لقياس الأداء الفعلي المدرك ويمكن تطبيقه في بيئة الخدمات الصحية ولمعرفة اتجاهات المرضى والعاملين نحو الأداء الفعلي لخدمات المستشفيات العامة.

3 - 2 الدراسات السابقة

أولاً - دراسات قياس جودة الخدمات الصحية:

1 - دراسة (Fotter وآخرون، 2006):⁽²³⁾ ينطلق هدف هذه الدراسة من أن قياس رضا المرضى هو أمر حاسم لدعم خدمة المستهلك والميزة التنافسية في صناعة العناية الصحية حيث توجد مداخل متعددة لذلك القياس. أجريت هذه الدراسة الرائدة في عدة مستشفيات أمريكية تركزت على مقارنة ومقابلة ادراكات المرضى والعاملين لخدمة المستهلك (المرضى) باستخدام كلاً من بيانات المسح وجماعة التركيز Focus group. تشير نتائجها بأن هناك درجة عالية من الارتباط بين ادراكات المرضى والعاملين لخدمة المستهلك وأن العاملين ومجموعات فرعية من المرضى زودوا معلومات مكملة تتعلق بادراكات المرضى لخبرة الخدمة المقدمة، وكانت ادراكات العاملين لخصائص الخدمة أكثر سلبية مما لدى المرضى كذلك فإن نتائج جماعة التركيز وفرت معلومات مكملة لنتائج المسح فيما يتعلق بتفاصيل أكبر ومعلومات ملائمة أكثر للأغراض الإدارية. تقترح الدراسة بأن تنوع مصادر البيانات وعدم الأقتصار على مسوح المرضى يدعم استخدام معلومات خدمة المستهلك (المرضى) وأن إجراء دراسة أخرى لإثبات هذه النتائج من شأنه توفير إمكانية الجمع بين الصحة، والمعولية، وكفاءة الكلفة لمعلومات خدمة المستهلك.

2- دراسة (Bamford, 2005):⁽⁵⁴⁾ جاءت هذه الدراسة في ضوء التغير الهيكلي المتزايد لقطاع العناية الصحية في المملكة المتحدة، ومع بروز العديد من الاستنتاجات السلبية مما كان له أثراً معاكساً على تسليم الخدمة. هدفت الدراسة إلى تقييم درجة فاعلية إدارة التغير في وحدات العناية الصحية وخدمة مختبرات الصحة العامة، وكذلك لتقديم توصيات لإدارة التغير التنظيمي قابلة للتطبيق. أجريت في سياق إنشاء سلطة صحية خاصة (وكالة الحماية الصحية HPA) والتغيرات المرتبطة كخطوط عريضة في إستراتيجية قادة السلطات الصحية. بحثت الدراسة في تحليل برنامج التغير هذا من منظور الجماعات المؤثرة، الأفراد، والعاملين في خدمة مختبر الصحة العامة، قدمت توصيات لإدارة التغير في المستقبل في HPA مع تأكيد صحة نماذج إدارة التغير الموجودة. كانت المساهمة الكبرى لهذه الدراسة إنها بمثابة إضافة إلى الجسم العام للمعرفة المتعلقة بالتغير التنظيمي وإدارته في القطاع الصحي العام في المملكة المتحدة وقدمت توصيات محددة للبحث مستقبلاً.

3- دراسة (Sofaer وآخرون 2005):⁽⁵⁵⁾ هدفت الدراسة إلى تطوير تقديرات المستهلك للمجهزي وأنظمة العناية الصحية CAHPS. استخدام مسح المستشفى لتحديد حقول جودة المستهلك (مرضى المستشفى) والتي لها اهتمام أكبر لدى المرضى والمستهلكين، وقد جمعت البيانات الأولية من أربعة مدن أمريكية ومن خليط من الأفراد شكلوا 16 مجموعة تركيز في المدن الأربع وكانت متجانسة من حيث نوع التأمين الصحي، ونوع خبرة المستشفى والمعلومات الديموغرافية الأخرى، حدد المشاركين نطاق واسع من الصور ملائمة لجودة المستشفى والعديد منها كانت متفقة مع الحقول والفقرات التي وردت في مسح المستشفى CAHPS. وجدت الدراسة أن المشاركين كانوا أكثر اهتماماً بالفقرات المرتبطة باتصالات الطبيب مع المرضى، اتصالات الممرضين وموظفو المستشفى مع المرضى، درجة الاستجابة لحاجات المرضى، نظافة غرف وحمامات المستشفى، كما توصلت إلى أن المستهلكين والمرضى كانت لهم درجة اهتمام عالية بجودة المستشفى، وأوصت بأن خيارات المستشفى ربما تسجل لمصلحة المرضى كما أن المعلومات التقريرية من منظور المرضى يمكن أن تستخدم في دعم تصور المستشفى للتسهيلات والماديات بها يضمن الحصول على أفضل خدمة مستشفى ممكنة.

4- دراسة (Hurtado وآخرون، 2005):⁽⁵⁶⁾ هدفت الدراسة لبيان مدى الاختلاف الثقافي وانعكاسه على تقييم المستهلكين - عملاء المستشفى - لمجهزي وأنظمة العناية الصحية وذلك من خلال مقابلات المسح الشامل أجريت باستخدام نسختين الأولى بالأسبانية والثانية بالإنجليزية، تضمنت 32 فقرة وتركز التحليل المقارن على 16 فقرة توزعت على سبع محاور تمثل مظاهر مختلفة لجودة العناية الصحية (الاتصالات مع الممرضين، الاتصالات مع الأطباء، الاتصالات حول الأدوية، خدمات التمريض، تدفق المعلومات السيطرة على الألام،

البيئة المادية..).

تركز التحليل الأحصائي على وصف الفقرة من خلال الارتباطات ، ومعولية الأنساق الداخلي ، والتحليل العاملي ، والانحدار ، وجدت الدراسة بأن معولية الأنساق الداخلي كانت ضعيفة ، وأن مستوى الأهمية الأحصائية كانت أضعف لدى المستجيبين الأسبان كما أظهرت النتائج انماط متشابهة للإجابات وقوة في الارتباط بين الأجابات لكلا النسختين فيما يتعلق بالعديد من المحاور حيث وفرت هذه النتائج دليل هام للتكافؤ في الاستجابة بين النسختين الأسبانية والإنجليزية مما يدل على أن التباين الثقافي يلعب دوراً في مواقف المستهلكين (عملاء المستشفى) تجاه جودة المستشفى.

5- دراسة (Fickel & Thrush, 2005):⁽³⁰⁾ هدفت هذه الدراسة لتحسين القدرة لتحقيق توافق بين أدوات تقييم جودة المستشفى وحاجة صانعو السياسة للمعلومات من خلال المزج بين استخدام جودة معلومات العناية الصحية، والمعرفة، والاتجاهات والخبرات مع معلومات عن مقاييس معينة شملت العينة الغرضية 82 من مديري المعلومات في إدارات البرنامج الطبي لـ 48 ولاية أمريكية كما جرت مقارنة بين مستخدم وغير مستخدم لمعلومات الجودة حيث أشارت نتائج المشاركين إلى أن بعض أنواع طرق قياس الجودة كانت مفيدة بينما آخرين نفوا ذلك وأن طرق القياس المستخدمة متنوعة بشكل كبير كما توصلت إلى أن صانعو السياسة كانت لهم اتجاهات إيجابية نحو قياس الجودة والقابلية المعرفية المرتبطة بأنواع طرق القياس، وتنوع الاستخدام المحتمل للمعلومات المرتبطة بالجودة، والأدراكات والخبرات المترجمة مع الأنماط المختلفة لطرق القياس. توصلت الدراسة إلى أن هناك مجموعة طرق لقياس الجودة مع خصائص متممة توفر صورة شاملة ترتبط بجودة العناية الصحية وتقدم دليل أفضل لحاجات صانعي السياسة العامة في المجال الطبي المعلومات.

6- دراسة (Bate & Robert , 2002):⁽³¹⁾ هدفت الدراسة إلى تقييم برامج التغيير والأصلاح التي قامت بها مصلحة الصحة القومية (NHS) في انكلترا وويلز من خلال مراجعة نتائج الجودة التنظيمية ومبادرات تحسين الخدمة في القطاع العام بالمملكة المتحدة . وجدت الدراسة أن مفاهيم إدارة المعرفة في القطاع الخاص (KM) وتطبيقاتها يمكن أن تسهم في أحداث تطورات أخرى لمبادرات تحسين جودة القطاع العام عموماً، ولإصلاح (NHS) بشكل خاص ، كما توصلت إلى وجود العديد من المشكلات والتحديات ليست أقل من مسألة نقل المعرفة ووضعها موضع التطبيق ضمن مؤسسات العناية الصحية، تقترح الدراسة عدة مجالات محتملة لتطوير جودة الخدمات الصحية والتي تحمل مضامين هامة أيضاً لمؤسسات أخرى تابعة للقطاع العام.

ثانياً - دراسات استخدمت مقاييس جودة الخدمات (Servperf & Servqal):

1- دراسة (الميريك ، 2004)⁽³³⁾ هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العوامل المؤثرة على جودة الخدمات المصرفية النسائية في المملكة العربية السعودية ، وقد استعانت بمقياس Servperf في إجراء استطلاع ميداني شاركت فيه عينة مكونة من (337) من عميلات القطاع المصرفي السعودي من أصل (500) ونسبة بلغت 67%. وكان من أهم نتائج الدراسة هو الأنطباع الأيجابي عن الجودة الكلية للخدمة المصرفية النسائية ، ووجود علاقة ارتباط طردية بين أربعة من أبعاد المقياس بمستوى الجودة الكلية للخدمة المصرفية . قدمت الدراسة عدة توصيات منها أهمية الأستعانة بمقياس موثوق به للأداء يساعد في تحديد ابعاد الجودة ويسهل تقويمها اذ يمكن الأستعانة بمقياس Servperf لأجراء مثل هذه الدراسات في ظل ظروف أعم وأشمل .

2- دراسة (Soliman and Alzaid ,2002)⁽³⁴⁾ أجريت هذه الدراسة في عشرة من الفنادق المنتخبة في مدينة (الرياض) في المملكة العربية السعودية وتكونت مفردات العينة من (79) من النزلاء و (62) من الموظفين ، وتبحث الدراسة في إمكانيات قياس وتقييم الخدمة الفندقية والمقاييس المناسبة في هذا المجال ، وتوصلت إلى أن نموذج الأداء SERVPERF قد أثبت إحصائياً أنه أفضل من نموذج عدم التأكد الذي يمثل مقياس (سيرفكوال) في قياس جودة الخدمة الفندقية ، وقد تمت عملية القياس من وجهة نظر كل من موظفي الأستقبال وضيوف الفنادق.

3- دراسة (الشميمري ، 2001)⁽³⁵⁾ هدفت هذه الدراسة إلى تحديد أبعاد جودة الخدمة البريدية في المملكة العربية السعودية من وجهة نظر مستخدميها وباستخدام مقياس جودة الخدمة المعتمد والمختبر عالمياً وهو مقياس SERVPERF ، تضمنت الأستبانة خمسة أبعاد لقياس جودة الخدمة وهي (الجوانب المادية الملموسة ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان ، التعاطف) وكان مجتمع الدراسة مشتملاً على المستفيدين من الخدمات البريدية من الذكور، وأخذت عينة عشوائية مكونة من (500) شخص ، واستخدمت عدة أساليب إحصائية في عملية تحليل البيانات منها التحليل العاملي ، وتحليل الأنحدار المتعدد الذي بينت نتائجه أن أربعة من أبعاد الجودة الفعلية كانت ذات دلالة إحصائية وأظهرت النتائج وجود بعض جوانب القصور في أداء الخدمة البريدية عن الوفاء بحاجات ومتطلبات المستخدمين ، كما أكدت النتائج إمكانية الوثوق بمقياس SERVPERF في تحديد أبعاد الخدمة البريدية .

4- دراسة (العلاق ، 2001)⁽³⁶⁾ وتهدف هذه الدراسة إلى التعرف على تقييم المرضى المتفاعلين من خدمات المختبرات الطبية ومراكز الأشعة في الأردن لمستوى جودة هذه الخدمات ، ويتضمن ذلك توقعاتهم أو إدراكهم لمستوى الخدمات المقدمة لهم فعلياً . اقتصرت الدراسة على قياس جودة الخدمات من وجهة نظر

المتفاعلين فقط ولم تنطرق إلى وجهة نظر إدارات هذه المختبرات والمراكز . بلغت عينة الدراسة (715) من المرضى وكان من نتائجها أن الجودة الفعلية للخدمات كما يراها أفراد العينة كانت مرتفعة ، وأن الجودة التي يتوقعها المرضى المتفاعون من تلك الخدمات كانت عالية . قدمت الدراسة عدة توصيات من شأنها تطوير جودة ما تقدمه المؤسسات المبحوثة من خدمات للمواطنين بما يكسبها ميزة نسبية تنافسية في سوق الرعاية الطبية في الأردن .

5- دراسة (Latifa وآخرون ، 2000) :⁽³⁴⁾ تركز هذه الدراسة على جودة المستهلك والتي يمكن أن تضمن بمقاييس وأساليب رضا المستهلك ، وان الأداء المدرك للخدمة يميز بين أعلى أداء متوقع والأداء المتوقع المدرك ، ويستخدم لإنتاج مؤشر قدرة تحسين الخدمة Service improvement capacity index (Sic) وقد أجري مسح رضا المستهلك في ست وزارات مختلفة في مدينة كوالالمبور الماليزية باستخدام استبانات مدارة ذاتياً، وقد اختيرت الوزارات على أساس جائزة عام 1996 لجودة الخدمة العامة وضمت العينة (330) فرداً ، واعدت استبانات قياس رضا المستهلك معدلة عن الفكرة الأصلية لنموذج SERVQUAL ، كما أوصت الدراسة بإمكانية استخدام مقياس SERVQUAL لقياس مؤشر Sic من خلال تقييم إدراك الزبائن لأداء المنظمات وبما يؤدي إلى تحسين خدمات المستهلك وتوفير خدمة أفضل مستقبلاً

ثالثاً - دراسات قياس الجودة في القطاعين العام والخاص :

1- دراسة (Elli Sinikka, 1999) :⁽³⁵⁾ هدفت الدراسة إلى معرفة كيفية استخدام المديرين لحاجات الزبائن والتغذية العكسية في قياس جودة الخدمات الاجتماعية في فنلندا وقد استخدمت استبانة وزعت على عينة عشوائية مكونة من (60) مديراً ، تبين النتائج الأهمية المعطاة لحاجات الزبائن واختلاف المديرين بشأن المهام الأكثر أهمية ، ودور المستهلك والتجاهات المديرين في بناء مقياس الجودة ، وأوصت بضرورة توفير المعرفة الكافية لدى المديرين حول أنواع وطرق القياس .

2- دراسة (Edward . 1996) :⁽³⁶⁾ وتركز هذه الدراسة على إدارة الجودة في المنظمات العامة ، وتستعرض الأطر الفلسفية والتقنية المستخدمة في إدارة الجودة في كل من الولايات المتحدة الأمريكية وألمانيا ، . قامت الدراسة بتحليل استراتيجيات الجودة لـ (13) من الوكالات الحكومية لتحديد الأنماط الموجودة لديها ووجدت أنها تستخدم أساليب إدارة الجودة ولكن دون تطبيق معياري محدد بينما كان الوضع في الإدارة الألمانية مختلفاً حيث أن بؤرة إصلاحات الإدارة الألمانية واضحة في الوضع التاريخي الذي قاد إلى تحسين الجودة في الخدمة الحكومية إذ كانت الإصلاحات الأولية قد بدأت في خصخصة الاحتكارات الحكومية .

3- دراسة (Redman and et .al,1995) :⁽³⁷⁾ أجريت هذه الدراسة لبحث تطبيقات إدارة الجودة

في شمال شرق إنكلترا وفي القطاعين العام والخاص، وشملت العينة (4000) مدير، كما أكد مدير القطاع العام بأن إنجازات إدارة الجودة في قطاعهم أقل نجاحاً مما هو في القطاع الخاص، ويرى معظم المستجيبين بأن هناك تحسناً في رضا المستهلك وتخفيض في مستوى الشكاوى، وتحسناً في الأمن، وفي فرق العمل ومعنوية العاملين، وتوصي الدراسة بضرورة تحسين إدارة الجودة في القطاع العام باعتبار أن أهميتها لا تقل في الوقت الحاضر عن أهميتها لدى القطاع الخاص.

4- دراسة (Navaratnam and Harris , 1994) :⁽⁴⁾ تضمنت الدراسة تقييماً لتجربة خدمة الكهرباء في إحدى كبريات المقاطعات الأسترالية، توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أبرزها أن الأداء الضعيف أو فرص التحسن في خدمة المستهلك تعرف وتحدد من خلال فرق الجودة وان المتطلبات الحالية والمستقبلية وتوقعات المستهلكين هي التي تحدد اتجاه المؤسسة من خلال عملية التخطيط الاستراتيجي، وتؤكد على ضرورة إعطاء الأولوية إلى رضا المستهلك باعتباره العامل الحاسم في نجاح المنظمة.

نستنتج من الدراسات السابقة (عربية وأجنبية) بأن موضوع جودة الخدمات قد احتل أهمية كبيرة في تلك الدراسات التي شملت مجالات بحثية عديدة ومتباينة أحياناً، وأن الدراسات التي ركزت على مقاييس جودة محددة قد استخدمت أحد مقياسي جودة الخدمة (Servperf OR Servqual)، كما أوضحت دراسات قياس جودة الخدمة الصحية أن تبني الجودة وقياسها في المؤسسات الصحية المختلفة أصبحت سياسة ثابتة وبخاصة في المؤسسات الصحية الأمريكية والأوروبية.

خصائص عينة الدراسة :

لقد بلغ مجموع أفراد العينة (318) فرداً موزعين إجمالاً بواقع (131 ، 104 ، 83) في المستشفيات المبحوثة (الكرك، معان، غور الصافي) على الترتيب، وبنسب بلغت (41.2 %، 32.7 %، 26.1 %)، كما تم تصنيف أفراد العينة لغايات البحث إلى صنفين (العاملين في المستشفيات المبحوثة) وبلغ عددهم 167 فرداً وبها نسبته 52.5 % من إجمالي العينة، و (المرضى المتفاعلين من خدمات المستشفيات المبحوثة) وبلغ عددهم 151 فرداً وبها نسبته (47.5 %) من إجمالي العينة.

ويتضح من الجدول رقم (4) توزيع العاملين والمرضى حسب متغيرات (المستشفى، الجنس، العمر، المؤهل

العلمي، الوظيفة، الحالة الاجتماعية)

جدول رقم (4) الأعداد والنسب المئوية لأفراد عينة الدراسة حسب فئات المتغيرات الشخصية

المتغير	فئات المتغير	العاملين		المرضى	
		العدد	%	العدد	%
المستشفى	(1) الكرك	69	%41.3	62	%41.1
	(2) معان	54	%32.3	50	%33.1
	(3) غور الصافي	44	%26.3	39	%25.8
الجنس	(1) ذكور	91	%54.5	102	%67.5
	(2) اناث	76	%45.5	49	%32.5
العمر	19 سنة فأقل	1	%0.6	6	%4
	20 - 29	31	%18.6	4	%2.6
	30 - 39	85	%50.9	12	%8
	40 - 49	43	%25.7	39	%25.8
	50 - 59	7	%4.2	73	%48.3
	60 سنة فأكثر	-	-	17	%11.3
المؤهل العلمي	أقل من الثانوية العامة	-	-	21	%14
	الثانوية العامة	10	%6	30	%19.9
	الدبلوم المتوسط	73	%43.7	62	%41
الوظيفة	البكالوريوس	78	%46.7	37	%24.5
	الدراسات العليا	6	%3.6	1	%0.6
	طبيب	51	%30.5		
الحالة الاجتماعية	ممرض	77	%46.1		
	فني	39	%23.4		
	موظف			101	%66.9
الحالة الاجتماعية	غير موظف			50	%33.1
	أعزب	42	%25.1	24	%15.9
	متزوج	120	%71.9	117	%77.5
	أرمل	3	%1.8	7	%4.6
	مطلق	2	%1.2	3	%2

يبين جدول رقم (5) مستوى الأهمية النسبية التي يعطيها الباحثون من العاملين ومن المرضى على مقياس Servperf لأبعاد الدراسة موزعة على فقرات الأستبانة البالغة (27 فقرة). وقد أوضحت (نتائج المرضى) بأن الفقرة (9) في الأستبانة (يحفظ المستشفى بسجلات طبية دقيقة وموثقة) نالت أعلى نسبة أهمية حيث بلغ المتوسط الحسابي (4.006) بينما جاءت الفقرة (20) من الأستبانة (يوفر المستشفى تسهيلات لنفاهه وترفيه المرضى) في المرتبة الأخيرة لنسب الأهمية وبلغ المتوسط الحسابي (3.108).

كما أوضحت (نتائج العاملين) بأن الفقرة (12) في الأستبانة (أن العاملين في المستشفى يرغبون دوماً بتقديم المساعدة للمرضى) جاءت في المرتبة الأولى لنسب الأهمية وبلغ المتوسط الحسابي (3.252)، بينما جاءت الفقرة رقم (19) في الأستبانة (يتفهم المستشفى ويدعم حاجات محددة للعاملين للقيام بمهامهم بشكل أفضل) في المرتبة الأخيرة، حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.159).

وتبين قيم المتوسطات الحسابية في هذا الجدول تفاوت واضح بين النتائج يعود لصالح (نتائج المرضى) حيث نالت جميع فقراته متوسطاً حسابياً زاد عن (3) بينما نالت (14) فقرة فقط من (نتائج العاملين) قيمةً لمتوسطات حسابية زادت عن (3)، وقد أظهرت قيم الأتحراف المعياري تقارباً نسبياً حيث بلغت أعلى قيمة للانحراف المعياري (لنتائج المرضى) (1.811) وأدناها (0.988) بينما بلغت أعلى قيمة للانحراف المعياري (لنتائج العاملين) (1.089) وأدناها (0.885).

جدول رقم (5)

يوضح الأهمية النسبية لإجابات المبحوثين على فقرات الاستبانة المتعلقة بأبعاد الجودة المدركة للخدمة

ت	فقرات الاستبانة	الأهمية النسبية لدى		التوسط الحسابي		الأنحراف المعياري	
		المرضى	العاملين	المرضى	العاملين	المرضى	العاملين
1	تتوفر لدى المستشفى معدات وأجهزة تقنية متطورة.	6	11	3.743	3.053	1.069	0.885
2	تتوفر لدى المستشفى مرافق مادية وتسهيلات ملائمة مثل (سيارات ، كراسي متحركة)	11	16	3.647	2.960	0.988	0.972
3	يبدو العاملون في المستشفى على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر	2	6	3.892	3.113	1.042	0.963
4	يتلاءم المظهر العام للمستشفى مع طبيعة الخدمات المقدمة للمرضى	4	14	3.755	3.027	0.991	1.089
5	تفي إدارة المستشفى بالوعود التي تقطعها على نفسها تجاه المرضى قدر تعلق الأمر بها .	15	23	3.605	2.742	1.285	1.068
6	يبدى المستشفى اهتماماً مخلصاً بمشاكل المرضى ويتعاطف معهم .	5	15	3.749	2.993	1.129	1.092
7	يحرص المستشفى على تقديم الخدمة بالشكل الصحيح في المقام الأول .	3	9	3.796	3.060	1.164	1.028
8	يلتزم المستشفى بالتوقيتات المحددة لتقديم خدماته إلى المرضى .	8	12	3.701	3.039	1.254	1.039
9	يحفظ المستشفى بسجلات طبية دقيقة وموثقة .	1	5	4.006	3.139	0.915	1.027
10	يخبر المرضى في المستشفى مرضاهم بالضبط بكيفية تنفيذ الخدمة .	9	18	3.665	2.921	1.117	1.023
11	إن العاملين في المستشفى على استعداد لتلبية طلبات المرضى فوراً .	18	13	3.497	3.039	1.176	1.013
12	إن العاملين في المستشفى يرغبون دوماً بتقديم المساعدة للمرضى .	14	1	3.629	3.252	1.067	1.002
13	يفرس سلوك العاملين في المستشفى الثقة في نفوس المرضى .	17	4	3.533	3.185	1.811	0.919

ت	فقرات الاستبانة	الأهمية النسبية لدى		المتوسط الحسابي		الأحزاف المعياري	
		المرضى	العاملين	المرضى	العاملين	المرضى	العاملين
14	إنك تشعر بالأمان عند تعاملك مع العاملين في المستشفى .	21	7	3.467	3.106	1.129	0.903
15	يتسم سلوك العاملين في المستشفى باللباقة في تعاملهم مع المرضى .	13	10	3.641	3.059	1.115	1.028
16	يملك العاملون في المستشفى المعرفة الكافية للإجابة على أسئلة المرضى واستفساراتهم .	10	8	3.653	3.086	1.012	1.026
17	يولي المستشفى الأهتمام المناسب لكل مريض	12	2	3.647	3.212	1.104	1.017
18	يضع المستشفى المصلحة العليا للمريض في صلب اهتماماته .	7	3	3.719	3.185	1.092	1.042
19	يتفهم المستشفى ويدعم حاجات محددة للعاملين للقيام بمهامهم بشكل أفضل ، مثلاً خدمات خاصة للكادر الفني ، حضانه لأبناء العاملات ... الخ)	26	27	3.269	2.159	1.373	1.071
20	يوفر المستشفى تسهيلات لنقاها وترفيه المرضى.	27	26	3.108	2.305	1.336	1.095
21	يخصص المستشفى أماكن محددة للانتظار والمراجعة .	23	19	3.413	2.874	1.214	1.035
22	يطبق المستشفى نظام حجز موثوق به للعمليات ، الغرف والأسرة ، الكشف السريري .	19	17	3.491	2.947	1.097	1.106
23	يستخدم المستشفى عدد كافٍ من الأطباء مقابل أعداد المرضى .	20	21	3.467	2.821	1.124	1.033
24	يستخدم المستشفى عدد كافٍ من المرضى يتناسب وحجم العمل .	25	25	3.371	2.490	1.133	1.032
25	يتوفر لدى المستشفى عدد كافٍ من الأسرة مقابل أعداد المرضى .	16	22	3.533	2.768	1.063	0.983
26	تغطي معظم احتياجات المرضى من الدواء من داخل المستشفى.	22	20	3.437	2.834	1.021	1.049
27	يستخدم المستشفى نظام ومعلومات ومتابعة للحالات المرضية الداخلة والخارجة .	24	24	3.407	2.609	1.048	0.979

توضح نتائج جدول رقم (6) وجود اختلافات واضحة في قيم معاملات أبعاد الجودة المدركة حسب نتائج

الدراسة إذ كانت قيم المتوسطات الحسابية بالنسبة (لنتائج المرضى) أعلى من مثيلاتها بالنسبة (لنتائج العاملين) وبلغت أعلى قيم المتوسطات (نتائج المرضى) عند بُعد (الاعتمادية) (3.771)، وأقلها عند بُعد (الخصائص) (3.403)، كما بلغت أعلى قيم المتوسطات لأبعاد الجودة (نتائج العاملين) عند بُعد (الأمان والثقة) (3.059) وأقلها عند بُعد (الخصائص) (2.656)، يتضح مما تقدم أن أهمية أبعاد الجودة المدركة مرتبة تنازلياً (لنتائج المرضى) هي (الاعتمادية، الدليل المادي، قوة الاستجابة، الأمان والثقة، التعاطف، الخصائص) وأن أهمية أبعاد الجودة المدركة مرتبة تنازلياً (لنتائج العاملين) هي (الأمان والثقة، قوة الاستجابة، الدليل المادي، الاعتمادية، التعاطف، الخصائص).

جدول رقم (6)

يوضح معاملات أبعاد الجودة المدركة على المستوى الكلي حسب (نتائج المرضى ونتائج العاملين)

الأنحراف المعياري		المتوسط الحسابي		أبعاد الجودة
العاملين	المرضى	العاملين	المرضى	
0.798	0.869	3.012	3.765	الدليل المادي
0.850	0.953	2.954	3.771	الاعتمادية
0.867	0.985	3.033	3.597	قوة الاستجابة
0.815	0.950	3.059	3.573	الأمان والثقة
0.855	1.035	2.806	3.545	التعاطف
0.746	0.879	2.656	3.403	الخصائص

يوضح جدول رقم (7) علاقات الارتباط البسيط بين أبعاد الجودة المدركة على مقياس الدراسة. وتبين النتائج أن قيم الارتباط البسيط (لنتائج المرضى) كانت أعلى من القيم المناظرة لها (لنتائج العاملين) وفي جميع الأبعاد إلا أنها تتفاوت من حيث قوتها. كانت أعلى قيم الارتباط حسب (نتائج المرضى) (0.814)، وذلك بين بُعدي (الاعتمادية وقوة الاستجابة)، بينما بلغت أقل قيم الارتباط (0.588) وذلك بين بُعدي (الاستجابة والخصائص). وكانت أعلى قيم الارتباط حسب (نتائج العاملين) (0.702) وذلك بين بُعدي (الاستجابة والأمان) بينما بلغت أقل قيم الارتباط (0.449) وذلك بين بُعدي (الدليل المادي والتعاطف).

جدول رقم (7)

يوضح علاقات الارتباط البسيط بين أبعاد الجودة المدركة (*)

الخصائص	التعاطف	الأمان والثقة	قوة الاستجابة	الاعتمادية	الدليل المادي
** (0.582)	** (0.648)	** (0.617)	** (0.668)	** (0.780)	
** (0.498)	** (0.449)	** (0.593)	** (0.530)	** (0.667)	
** (0.604)	** (0.714)	** (0.636)	** (0.814)		الاعتمادية
** (0.555)	** (0.565)	** (0.573)	** (0.513)		
** (0.588)	** (0.661)	** (0.710)			قوة الاستجابة
** 0.534	** (0.537)	** (0.702)			
** (0.625)	** (0.646)				الأمان والثقة
** (0.465)	** (0.506)				
** (0.601)					التعاطف
** (0.518)					

(**) قيم الارتباط في الصف الأول تعود (لنتائج المرضى) بينما تعود قيم الارتباط في الصف الثاني (لنتائج العاملين).

(**) ذات دلالة احصائية ($P \leq 0.05$)

يلاحظ من الجدول رقم (8) بأن نتائج تحليل التباين الأحادي بالنسبة (لنتائج المرضى) قد أظهرت فروقاً إحصائية بين المتغيرات الشخصية وأبعاد الجودة المدركة، تركزت في متغير (الجنس)، حيث كانت قيم F المحسوبة للأبعاد (قوة الاستجابة، الأمان والثقة) دالة إحصائياً بينما لم تثبت أية دلالة احصائية مع الأبعاد الأخرى (الدليل المادي الملموس، الاعتمادية، التعاطف، الخصائص).

أما متغير (المؤهل العلمي) فقد كانت قيم F المحسوبة للأبعاد (الدليل المادي، والاعتمادية، قوة الاستجابة، الأمان والثقة) دالة إحصائياً بينما لم تكن قيمة F المحسوبة للأبعاد (التعاطف، والخصائص) ذات دلالة إحصائية.

أما متغير (الوظيفة) فقد كانت قيم F المحسوبة للأبعاد (الدليل المادي، الاعتمادية، قوة الاستجابة، التعاطف) دالة إحصائياً بينما لم تكن ذات دلالة احصائية للأبعاد (الأمان والثقة، والخصائص)، وقد أظهر متغير (الحالة الاجتماعية) فروق ذات دلالة احصائية مع الأبعاد (الاعتمادية، قوة الاستجابة) بينما لم تثبت أية فروق ذات دلالة مع الأبعاد الأخرى (الدليل المادي، الأمان والثقة، التعاطف، الخصائص).

جدول رقم (8)

نتائج تحليل التباين الأحادي ANOVA بين ابعاد الجودة المدركة والمتغيرات الشخصية (نتائج المرضى).

المتغيرات		الجنس		المؤهل العلمي		الوظيفة		الحالة الاجتماعية	
الأبعاد	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig	F	Sig
الدليل المادي	غير دالة	2.310	*0.006	5.244	7.801	*0.000	غير دالة	2.306	غير دالة
الاعتمادية	غير دالة	2.106	*0.003	5.935	3.045	*0.050	غير دالة	3.566	*0.016
قوة الاستجابة	*0.001	6.647	*0.026	3.166	3.065	*0.049	*0.002	6.205	*0.002
الأمان والثقة	*0.015	4.617	*0.018	4.602	1.462	غير دالة	غير دالة	0.940	غير دالة
التعاطف	غير دالة	0.431	غير دالة	1.898	4.066	*0.019	غير دالة	0.830	غير دالة
الخصائص	غير دالة	0.993	غير دالة	1.115	1.410	غير دالة	غير دالة	0.677	غير دالة

(*) ذات دلالة إحصائية بمستوى دلالة (p ≤ 05)

يلاحظ من الجدول رقم (9) بأن نتائج تحليل التباين الأحادي (نتائج العاملين) قد أوضحت وجود فروق ذات دلالة دلالة دلالة إحصائية - محدودة - بين بعض المتغيرات مع ابعاد الجودة المدركة ، فبالنسبة للمتغير (الجنس) كانت قيمة F المحسوبة لبعدها (الاعتمادية) دالة إحصائية فقط بينما لم تثبت أية دلالة إحصائية لبقية الأبعاد ، أما متغير (المؤهل العلمي) فقد كانت قيم المحسوبة لأبعاد (الاعتمادية ، قوة الاستجابة) ذات دلالة إحصائية بينما لم تثبت أية فروق ذات دلالة لأبعاد (الدليل المادي، الأمان والثقة ، التعاطف ، الخصائص) مع ذلك المتغير . أما متغير (الوظيفة) فقد كانت قيم F المحسوبة دالة إحصائية لأبعاد (قوة الاستجابة ، الأمان والثقة) لكنها لم تكن ذات دلالة إحصائية مع بقية الأبعاد (الدليل المادي ، الاعتمادية ، التعاطف ، الخصائص)...

جدول رقم (9)

نتائج تحليل التباين الأحادي ANOVA بين أبعاد الجودة المدركة والمتغيرات الشخصية (نتائج العاملين).

الوظيفة		المؤهل العلمي		الجنس		المتغيرات
Sig	F	Sig	F	Sig	F	الأبعاد
غير دالة	0.977	غير دالة	1.119	غير دالة	2.631	الدليل المادي
غير دالة	0.514	*0.011	4.378	* 0.004	5.856	الاعتمادية
* 0.008	5.139	*0.017	3.502	غير دالة	0.795	قوة الاستجابة
* 0.002	6.022	غير دالة	1.730	غير دالة	1.101	الأمان والثقة
غير دالة	0.727	غير دالة	0.338	غير دالة	1.832	التعاطف
غير دالة	2.528	غير دالة	1.244	غير دالة	0.888	الخصائص

(*) ذات دلالة إحصائية بمستوى دلالة (05 < p)

استنتاجات الدراسة :

في ضوء النتائج السابقة تم التوصل إلى الاستنتاجات الآتية:

- 1- أوضحت نتائج مستوى الأهمية التي أعطاها الباحثون لفقرات المقياس Servperf بأن مستوى إجابات المرضى (كانت أعلى بالمقارنة مع مستوى اجابات (العاملين) كما أوضحت تلك النتائج بأن (7 فقرات من مجموع فقرات الاستبانة والبالغة (27) فقرة قد تقاربت عندها رتب الأهمية المعطاة من كلا الجانبين وخاصة فقرات البعد الأخير (الخصائص) ، مما يشير إلى تباين واضح بين منظور العاملين والمرضى نحو جودة الخدمة التي تقدمها (المستشفيات المبحوثة) ، مع أن ذلك التباين لا يدعم القول بأن اتجاهات كلا فئتي الدراسة كانت إيجابية بشكل عام تجاه خدمات المستشفيات المبحوثة .
- 2- بينت النتائج بأن المعاملات الأحصائية لأبعاد الجودة الست وبخاصة قيم المتوسط الحسابي كانت تميل لصالح المرضى على مقياس Servperf ولكافة تلك الأبعاد ، ويفسر ذلك مستوى آخر من التباين بين (العاملين) و (المرضى) نحو (الجودة المدركة) في المستشفيات المبحوثة ، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة (العلاق ، 2001 ، 2006 ، Fottler ، 2005 ، Sofaer) .

- 3- تشير قيم الارتباط البسيط إلى وجود علاقة ارتباطية مختلفة القوة بين أبعاد الجودة ، ولكن النتائج تؤكد بأن القيم الارتباطية لأبعاد الجودة (نتائج المرضى) هي أقوى من تلك التي على ذات المقياس بالنسبة للعاملين) مما يعزز النتائج السابقة عن قوة اتجاهات المرضى نحو أبعاد الجودة المدركة بالمقارنة مع اتجاهات العاملين نحو ذات الأبعاد . تتفق هذه النتائج مع دراسة (العلاق ، 2001 ، Fottler ، 2006 ، Sofaer، 2005).
- 5 - ولتعرف مدى تأثير المتغيرات الشخصية في بلورة الاتجاهات نحو الجودة فقد كشفت نتائج تحليل التباين الأحادي ANOVA على مقياس الدراسة أن لبعض تلك المتغيرات فروق ذات دلالة إحصائية مع أبعاد الجودة المدركة ومما يلاحظ بأن نتائج المرضى بشكل عام كانت أقوى دلالة مقارنة مع نتائج العاملين ويفسر ذلك أن المواطنين (المرضى) هم معنيين بما يقدم لهم من خدمة أكثر من غيرهم لذا فإن المستشفى الذي يعالجون فيه ، والانتقاء الوظيفي والمؤهل العلمي وتنوع الحالة الاجتماعية كان لها انعكاس مباشر على بلورة الاتجاه نحو الجودة . وبالمقابل نجد أن اتجاهات العاملين نحو الجودة المدركة لم تتبلور بفعل المتغيرات الشخصية قدر تأثيرها بما تملبه بيئة العمل الرسمية في المستشفى الذي يعملون فيه .

التوصيات

بناءً على ما تقدم من نتائج واستنتاجات توصي الدراسة بما يأتي :

- 1 . توصي الدراسة باستخدام مقياس الأداء Servperf بعد تعديله حتى يأخذ بالاعتبار ظروف وخصائص الخدمات الصحية ، سيما وقد اتفقت معظم الدراسات الحديثة على أن مفهوم جودة الخدمة إنما ينعكس من خلال تقييم المستفيد أو العميل لدرجة الامتياز أو التفوق الكلي في أداء الخدمة التي قدمت له . .
- 2 . توصي الدراسة بعدم استخدام مقياس نمطي واحد لقياس جودة الخدمة وفي جميع المنظمات إنما يستخدم المقياس الذي يعكس خصائص المنظمة وظروفها بصورة أفضل .
- 3 . ضرورة أن تقوم إدارات المستشفيات العامة أو المديرية المرتبطة بها تلك المستشفيات بتبني برامج محددة لتطوير جودة الخدمات الطبية الوقائية والعلاجية وكافة المستويات من المرضى بما يؤدي إلى تعزيز الاتجاهات والأدراكات لديهم بما يقدم لهم من خدمات وفي هذا المجال توصي بما يأتي:

أ-

- 4 . ضرورة أن تتمكن الوحدات التطويرية المعنية ببرامج الجودة من الإجابة على التساؤلات الآتية:
- أ- ما هي " معايير الجودة " التي تعكس بالضبط توقعات المواطنين (المرضى) وإدراكات العاملين لما هو مطلوب تقديمه ويستجيب لتلك التوقعات .
- ب- ما هي النواحي (المادية وغير المادية) التي يراها العاملون أكثر أهمية وتعكس أبعاد فعلية للجودة ، حيث تباين الباحثين ضمن مجموعتي الدراسة حيال الأبعاد الأكثر تمثيلاً للجودة .
- ج- من هم العاملين الأكثر صلة وقدرة على تقديم المساعدة في تحديد مؤشرات الجودة وما هي الأقسام أو الوحدات المعنية بصورة أكبر في تحديد تلك المؤشرات .
5. ضرورة أن تتبنى وزارة الصحة حملة توعية بين المسؤولين عن أجهزتها عن أهمية عملية قياس الجودة في تطوير منظماتهم ودورها في تحقيق أعلى درجات الرضا للجمهور ، ومن ثم تحقيق أعلى درجات الاستقرار .
6. ضرورة أن تقوم الدوائر المختصة في وزارة الصحة بتطوير مقاييس من شأنها قياس جودة الخدمة المقدمة من المستشفيات وبلاستفادة من المقاييس المعروفة عالمياً وأن لا يقتصر إجراء الاستطلاع على فئة العاملين دون المرضى وبالعكس .
7. أهمية الاستفادة من الاستمرار في برامج التدريب للعاملين ، وزيادة وعيهم وتأهيلهم بمهارات تقديم الخدمة الصحية وتحسين التعامل مع العاملين الآخرين والجمهور لكي تتحسن نسب الاستجابة والتعاطف .
8. ضرورة الاستفادة من التجارب الناجحة للقطاع الصحي (الخاص) حيث نالت بعض المستشفيات الخاصة سمعة طيبة -- على الرغم من قصر العمر التنظيمي -- في تقديم أفضل مستويات الجودة لخدماته الصحية (التشخيصية والعلاجية) بشكل خاص ، ويمكن تشكيل فرق بحثية تقوم بدراسة وتحليل الحالات الناجحة في ذلك القطاع والأساليب التي تستخدمها في قياس وتقييم جودة خدماتها .
9. ضرورة إخضاع جهود الإصلاح الإداري لرؤية إستراتيجية متكاملة في مجالات تقنية المعلومات وإدارة المعرفة لتنمية مهارات التفكير الابتكاري والقدرة على الإبداع لدى العاملين في المستشفيات الحكومية والخاصة يمكنها من تحسين جودة الخدمات التي تقدمها .
- 10 . وبما أن الاهتمام بقياس مستوى جودة الخدمة ما زال حديث العهد تقترح الدراسة على الباحثين إجراء مزيد من الدراسات في هذا المجال ومنها :
- دراسات مقارنة حول تطبيقات جودة الخدمة بين مؤسسات عامة وخاصة .

- دراسات اختباريه تقييمية مدى أفضلية الاستخدام لمقاييس الجودة (Servqual و Servperf) بين أنواع الخدمات في مؤسسات تقديم الخدمة العامة والخاصة .

الهوامش

(1) د. نجم عبود نجم ، إدارة الخدمة : المراجعة والاتجاهات الحديثة ، الإدارة العامة ، المجلد 37 ، العدد 2 ، 1997 ، ص: 263 - 269 .

- (2) Aaltonen , ElliSinikka,(1999) “ client- oriented quality assessment within municipal social services , the international journal of social welfare , Vol.8 , issue 2, P.132.
- (3) Anoop patel, (1994) “ Quality assurance (BS 5750) in social services departments “ the international journal of public sector management , Vol.7 , No.2 , PP.4-5.
- (4) Rod sheaff and et. al, (2002) “ public service responsiveness to users demands and needs : theory , practice and primary heathcare in England “ public administration . Vol . 80 , No.3 , PP.435-436 .
- (5) Aaltonen , ElliSinikka, op cit,P.132.
- (6) Anoop patel , op. cit , p.5 .

(7) أنظر :

- Anoop patel , op . cit , p.6 .
 - Latifa , sharifah and et.al, (2000) . “ on service improvement capacity index : case study the public service sector in malaysia “ total quality management , Vol,11 issue 4-6 , P838.
- (8) Aaltonem . Elli Sinikka , op. cit , p133.
- (9) Gaster , Lucy, (1996), “ Quality services in local Government ; A Bottom - up approach “ journal of management Development , Vol . 15 , issue2 , P81.
- (10) Nwabueze,uhe, (1998) “ Editorial : managing innovation in public Services “ , TQM, Vol.9 , issue 2/3 , P.155.
- (11) د. بشير عباس العلقّاق ، (2001) “ قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المستفيدين كمؤشر فعال على الأداء الناجح للقيادة الإدارية في المنظمات الخدمية ، المؤتمر العربي الثاني في الإدارة ، المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، القاهرة ، ص : 182 .
- (12) Tom Redman & et.al,(1995) “ Quality management in services : is the publice sector keeping pace ? International journal of public sector management , Vol,8, No.7 , PP. 21-23 .

- (13) د. عبد العزيز جميل مخيمر وآخرون ، (2000) ، قياس الأداء المؤسسي للأجهزة الحكومية ، المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، القاهرة ، ص : 86-87 .
- (14) Tim Redman & et.al., op. cit , PP. 23-24 .
- (15) madsen , ole Norgaard ,(1995) “ public Enterprise and total Quality management, TQM, Vol.6, issue2,PP.165-166 .
- (16) Wisniewski , mik, and Donnelly , mike ,(1996) “ Measuring Service Quality in the public sector : The potential for servqual “ Total quality management , Vol .7 , issue 4, P357
- (17) Scharitzer and et.al, (2000) “ New public management : Evaluating the success of total Quality management and change management in interventions in public services from the Employees and customers perspectives “ , TQM, Vol.11, issue7, P.65.
- (18) K.K. Navaratnam & Bill Harris, (1995), “ Quality process analysis : atechnique for management in the public sector “international journal of public sector management , Vol. 8 , No. 1, PP.13-17 .
- (19) Hernon and et .al ,(1999) “ service quality and customer satisfaction : An Assessment and future Directions “ journal of Academic librarianship , Vol . 25, issue 1, P.11.
- (20) Gaster , lucy , op . cit , PP.83-84.
- (21) M.Shomsul Haque,(2001), “ The Diminishing publicness of public Service under the current mode of Governance, “ Public Administration Review, Vol. 61, No.1, PP.66-67
- (22) د. بشير عباس العلق ، مصدر سابق ، ص 182 .
- (23) Latifa , sharifah and et.al , op . cit , P.837.
- (24) Wisniewski, mik & Donnelly, mike, , “ measuring service Quality in the public sector : The potential for servqual “ , op . cit , PP358-360.
- (25) Soliman and Alzaid ,(2002) “ service Quality in Riyadh’s Elite Hotels : measurement and Evaluation , “ journal of king saud university , Vol . 14 . PP.84-85 .
- (26) Mike Donnelly and et.al,(1995) “ measuring service quality in local government : the SERVQUAL approach , international journal of public sector management , Vol . 8 No.7, P.17.
- (27) د. بشير عباس العلق ، المصدر السابق ، ص : 183 .
- (28) د. عبد العزيز مخيمر وآخرون ، المصدر السابق ، ص : 91.
- (29) Mike Donnelly and et.al , op. cit , PP.18-20 .
- (30) د. عبد العزيز مخيمر وآخرون ، المصدر السابق ، ص : 92 .
- (31) للمزيد الرجوع الى :

- Carman, J.M. "Consumer perceptions of service Quality :an Assessment of the SERVQUAL Dimensions", journal of Retailing, 66, No.1 (spring 1990).
- Cronin, J.J, Jr and Taylor S.A. " Measuring service Quality : A Reexamination and Extension " , journal of marketing , (july 1992).
- Teas R.K. , " Expectations, performance Evaluation , and consumers, perceptions of quality " , journal of marketing, 57, No.4 (October 1993).

(32) Soliman and Alzaid , op.cit., PP83-85.

- (33) Fottler, Myron D & et.al, (Feb. 2006) " Comparing hospital staff and patient perceptions of customer service : a pilot study utilizing survey and focus group data ", Health services management Research , Vol.19 , No. 1, pp.52-66
- (34) Bamford , David , & Daniel , Stephen , (Dec. 2005) , " A case study of change management effectiveness within the NHS " , Journal of change management , Vol. 5 , No. 4 , pp. 391 – 406.
- (35) Sofaer , Shoshanna & et. al. , (Dec. 2005) , " What Do consumers want to know about the Quality of care in hospitals ? " , Health services research , Vol. 40 , supplement 1 , pp. 2018 – 2036 .
- (36) Hurtado , Margarita p. & et. al. , (Dec. 2005) , " Assessment of the Equivalence of the Spanish and English versions of the CAHPS Hospitals survey on the Quality of Inpatient care " , Health services research , Vol. 40, supplement 1 , pp. 2140 – 2161 .
- (37) Fickel , Jacqueline J. & Thruich, carol R. , (Dec. 2005) , " Policymaker use of quality of care information " , International Journal for Quality in health care , Vol. 17 , No. 6 , pp. 497 – 504 .
- (38) S.P. Bate & G. Røpert , (2002) , " Knowledge management and communities of practice in the private sector : Lessons for modernizing the national health service in England and wales " , Public administration , Vol. 80 , No. 4 , pp. 643 – 663 .

(39) د. وفاء ناصر المبيريك ، (2004) ، دراسة العوامل المؤثرة في جودة الخدمات المصرفية النسائية في

المملكة العربية السعودية ، المجلة الغربية للإدارة ، المجلد 24 ، العدد 1 ، ص : 121 – 150

(40) Soliman and Alzaid, (2002) " service Quality in Riyadh's Elite Hotels : measurement and Evaluation, Op.cit., PP.83-102 .

(41) د. أحمد بن عبد الرحمن الشميمري (2001) ، " جودة الخدمات البريدية في المملكة العربية

السعودية ، " الإدارة العامة ، المجلد 41 ، العدد 2 . ص 265-301 .

(42) د. بشير عباس العلاق، (2001) " قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المستفيدين كمؤشر فعال على الأداء الناجح للقيادة الإدارية في المنظمات الخدمية "، المصدر السابق، ص 173-195.

- (43) Latifa , sharifah and et.al . " on service improvement capacity index : Case study of the public service sector in Malaysia , op . cit .PP.837-844.
- (44) Aaltonen , Elli Sinikka, " Client - oriented Quality Assessment within municipal social services " op. cit ,PP.131-142.
- (45) Secan , mark Edward , "Quality management in public organizations : The United States and Germany " PhD thesis , Dissertation Abstracts international, Vol. 57 , No . 4, October 1996 , p. 1841 - A .
- (47) Tom Redman & et .al " Quality management in services : is the public sector keeping pace ? op . cit,PP.21-34.
- (48) K.K. Navaratnam and Bill Harris " Quality process analysis a technique for management in the public sector , op. cit,PP.11-19.