

## تشخيص مستوى أزمة جودة الخدمات الصحية دراسة استطلاعية لآراء عينة من مرضى المستشفيات في صلاح الدين

م.م. محمد محمود طه  
قسم ضمان الجودة  
جامعة سامراء

Mhma.m.taha@uos.edu.iq

م.م. وليد محمود عبدالله  
معهد الصحة العالي  
دائرة صحة صلاح الدين

Waleed8232@gmail.com

أ.م.د. عبدالله محمود عبدالله  
كلية الإدارة والاقتصاد  
جامعة تكريت

abdallah554@tu.edu.iq

م.م. قتيبة إبراهيم حمادة  
كلية الإدارة والاقتصاد  
جامعة تكريت

qutaeba987@gmail.com

### المستخلص:

تمثل أزمة الخدمة الصحية تحدياً معاصراً تسعى جميع المنظمات الصحية لتجاوزه عبر تحسين مستوى الخدمات المقدمة لمرضها مما ينعكس ذلك على سمعتها وقيمتها، وقد هدف البحث إلى تشخيص مستوى أزمة الخدمات الصحية التي تعاني منها مستشفياتنا مقارنة بالمستوى المطلوب للخدمات الصحية المحددة، وقد تمثل مجتمع البحث بالمرضى الراقدين في المستشفيات الحكومية العامة في محافظة صلاح الدين، أذ اختيرت عينة عشوائية بواقع (٧٥) راقداً ليمثلوا مجتمع البحث، واستخدم التحليل العنقودي لتصنيف المتغيرات وترتيبها حسب أهميتها، ضمن برنامج (SPSS) لتحليل البيانات. توصل البحث الى مجموعة من الاستنتاجات أهمها ادراك أبعاد مستوى أزمة الخدمات الصحية من قبل المرضى المبحوثين، وينسب متفاوتة، وتعد أزمة الثقة البعد الأساس والمرتكز الأكثر تأثير في أحداث الأزمة الصحية في المستشفيات المبحوثة، وبناء على الاستنتاجات التي توصل اليها البحث قدم مجموعة من التوصيات أهمها: التأكيد على تعميق الوعي لدى مقدمي الخدمة أن معالجة أزمة الخدمة الصحية في مستشفياتنا لا يمكن تجاوزها ألا من خلال تظافر حزمة أبعاد جودة الخدمة بصورة متكاملة دون أي نقص أو تقصير في أحد أبعادها ويكون أساسها الثقة للوصول إلى خدمة متميزة.

**الكلمات المفتاحية:** أزمة الخدمة، جودة الخدمة الصحية.

### Diagnosing the level of the health services quality crisis An exploratory study of the opinions of a sample of hospital patients in Salah al-Din

Assist. Prof. Dr. Abdullah M. Abdullah  
College of Administration and Economics  
Tikrit University

Assist. Lecturer: Qutaiba I. Hamada  
College of Administration and Economics  
Tikrit University

Assist. Lecturer: Mohamed M. Taha  
Quality assurance department  
Samarra University

Assist. Lecturer: Waleed M. Abdullah  
Higher Health Institute  
Salah al-Din Health Department

### Abstract:

The health service crisis is a contemporary challenge that all health organizations seek to overcome by improving the level of services provided and their

disease, which is reflected in their reputation and value. The research aimed to luxury to diagnose the level of crisis that health services are experiencing compared to the level required globally, and the research community has represented patients who fall into Governmental hospitals in Salah al-Din Governorate, a random sample of 75 recumbent was chosen to represent the research community, and cluster analysis was used to classify the variables and arrange them according to their importance, within the SPSS program for data analysis, the research reached a set of conclusions, the most important of which is "awareness" The dimensions of the level of the health services crisis by the individuals surveyed, and in varying proportions, and the trust crisis is the primary and central dimension most influential in the events of the health crisis, and based on the findings of the research presented a set of recommendations, the most important of which were: Emphasis on deepening awareness among workers about addressing the service crisis The health in our hospitals cannot be overlooked except through the convergence of a package of dimensions of quality of service in an integrated manner without any shortage or failure in its dimensions, and the basis for it is confidence to reach a distinguished service.

**Keywords:** service crisis, quality of health service.

### المبحث الأول: الإطار المنهجي للبحث

#### المقدمة

في ظل تأكيد التوجهات المعاصرة في مجال الأعمال على أهمية قطاع الخدمات، بشكل كبير خصوصاً وان حجم الأنفاق على الخدمات من دخل الفرد بلغ (٨٠%) الأمر الذي زاد من اهتمام المختصين والباحثين في التركيز على هذا الجانب خصوصاً مع تنامي التلوث البيئي المسبب بزيادة الأمراض وتفاقمها فضلاً عن تزايد الأزمات الصحية المختلفة التي تعصف في بلدنا والعالم والتي تشكل تهديد خطير وتقع مسؤولية مواجهتها على الحكومات بشكل اساسي، في الوقت ذاته رافقت هذه الازمات تدني مستوى الدخل لأفراد المجتمع، الأمر الذي زاد من تعقيد الازمة وجعل الاعتماد على قطاع الخدمات الصحية الحكومية بشكل كبير ومتزايد، وغالباً ما يسعى المرضى للحصول على افضل الخدمات المقدمة. وان أزمة الخدمات الصحية بالنسبة للمرضى غالباً ما تكون أكثر صعوبة مما هو معتاد في حالة السلع، لكونها خدمات ذات ارتباط وثيق بحياة المرضى فالخدمات غير ملموسة عقلياً تزيد من صعوبة إدراك المستشفيات للتوقعات التي يحكم عليها المرضى حول مستوى الخدمة المقدمة. والجانب الآخر الذي لا يقل أهمية عن تقنيات أزمة تقديم الخدمة الصحية ذاتها هو أزمة مقدمي الخدمة الصحية، والذي لا يمكن فصلهما عن بعضهما، لكن عن طريق اندماج كل العوامل معاً. لذا تعد أزمة الخدمة الصحية هي الافتقار الى مجموعة من الادوات والمهارات الاساسية المختلفة التي تسهم في تقديم الخدمة. وبالتالي فإن الغرض من هذه البحث هو تقديم إطار مفاهيمي وعملي لتشخيص مستوى أزمة الخدمة الصحية في المستشفيات المبحوثة.

**أولاً. مشكلة البحث:** يعد موضوع أزمة الخدمات الصحية أحد المواضيع التي أخذت تحظى باهتمام متزايد من قبل الباحثين والمختصين، خصوصاً على مستوى صناعة الخدمة الصحية التي أخذت تتنامى بشكل كبير نتيجة انتشار الأمراض المعدية وغير المعدية وضعف إدارة القطاع الصحي

العام وزيادة مستوى الفساد الإداري وتراجع مستوى دخل الفرد، وما رافق ذلك من زيادة تعويل المجتمع على القطاع الحكومي، كلها عوامل ساهت بشكل كبير في تراجع الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية، الأمر الذي ساهم في تفاقم الأزمة بشكل كبير. ونظرا لأهمية هذه الخدمة الصحية وارتباطها بحياة الإنسان، لكن غالبية المستشفيات تعاني من أزمة تدني الخدمات المقدمة التي لا تلبي توقعات وتطلعات المرضى، ولكي تتجاوز هذه المستشفيات هذه الأزمة يتطلب منها التركيز على أبعاد جودة الخدمة المقدمة وأدائها بشكل متميز حتى تتمكن من تحقيق المستوى المقبول في القطاع الذي تعمل فيه. وتتمثل مشكلة البحث في "كيف يمكن للمستشفيات الحكومية العاملة في صلاح الدين تحقيق مستوى مقبول من الجودة في الخدمة الصحية وتجعل المرضى الراقدين أكثر رضا. ان عدم التطابق والتوافق بين الطروحات النظرية للباحثين والواقع الميداني للمستشفيات الحكومية العاملة في صلاح الدين حول تشخيص مستوى الأزمة الصحية، هذه المعطيات حفزت الباحثين على إثارة التساؤلات البحثية الآتية:

(ماهي اتجاهات اجابات الافراد المبحوثين تجاه ابعاد ازمة الخدمة الصحية التي تواجه المستشفيات المبحوثة؟) وكذلك (هل تتباين أبعاد أزمة جودة الخدمة الصحية التي تواجهها المستشفيات المبحوثة من وجهة نظر الافراد المبحوثين؟)

ثانيا. أهمية البحث: تتجلى أهمية البحث انطلاقاً من التأكيد المتزايد في الآونة الأخيرة على وجود أزمة في الخدمة الصحية المقدمة من قبل المستشفيات الحكومية من وجهة نظر الافراد المجتمع المبحوث، وتسعى المستشفيات إلى تجاوز هذه الأزمة عبر التأكيد على متضمنات جودة الخدمة الصحية المقدمة، لترتقي الى توقعات المستفيدين من هذه الخدمة، وتقليل من مستوى التباين والاختلاف بين مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من قبل المستشفيات المبحوثة والمستشفيات الرائدة في تقديم الخدمة الصحية في نفس القطاع.

ثالثاً. أهداف البحث: يشمل البحث في تحديد أهدافه وتوجهاته إلى:

١. تشخيص اتجاهات إجابات الافراد المبحوثين تجاه ابعاد ازمة الخدمات الصحية التي تواجه المستشفيات المبحوثة؟
  ٢. تحديد مستوى تباين أبعاد ازمة الخدمة الصحية التي تواجهها المستشفيات المبحوثة من وجهة نظر الافراد المبحوثين؟
- رابعاً. منهجية البحث:

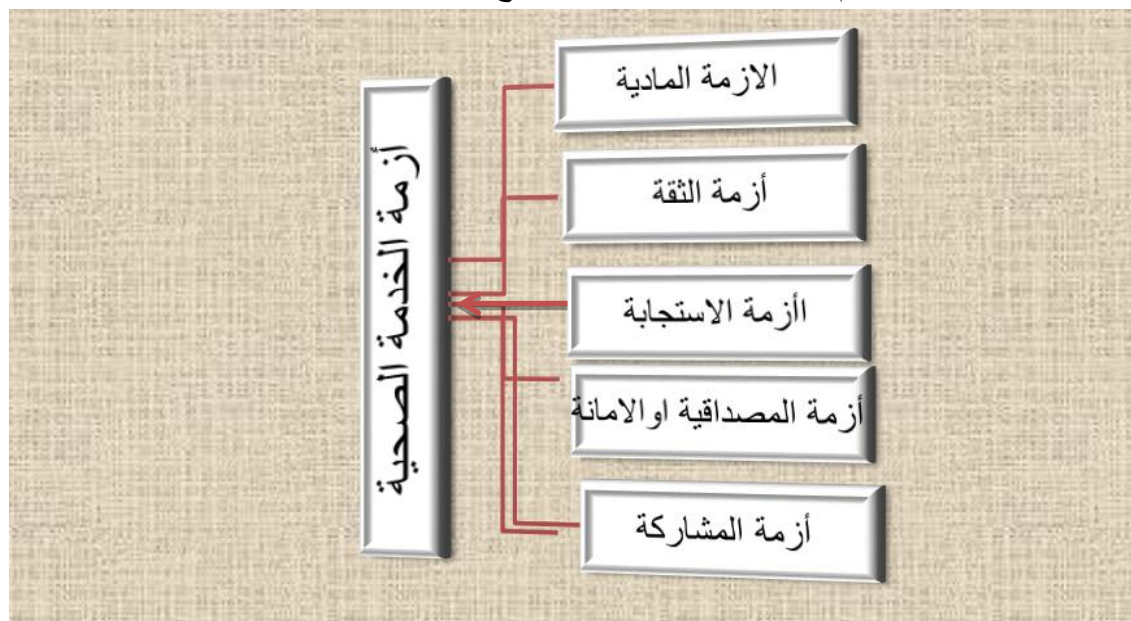
١. منهج البحث: يعتمد البحث الحالي في توجهاته البحثية على المنهج الوصفي التحليلي لبيان مستوى أزمة الخدمة الصحية باعتماد على ابعاد مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة، ومدى إدراك أهمية تأثيرها في المستشفيات المبحوثة. فضلا عن تحليل البيانات الأولية من خلال اختبار فرضيات البحث.

٢. أداة البحث: لقد أعتمد أسلوب جمع البيانات الأولية بشكل رئيسي على استمارة الاستبانة، والتي تم صياغتها بالاعتماد على الطروحات الفكرية وبعض المقاييس السابقة، من اجل تشخيص مستوى ازمة جودة الخدمة الصحية ميدانيا.

٣. مجتمع البحث: تمثل مجتمع البحث بالمرضى الراقدين في المستشفيات المبحوثة العاملة في تكريت وسامراء والبالغ عددها (٢) مستشفى عام، وقد تم اعتماد أداة الاستبانة لجمع البيانات، وقد تم

توزيعها على عينة عشوائية للبحث والبالغ عددها (١٠٠)، وقد استرد منها (٧٥) استمارة صالحة للتحليل.

٤. **حدود البحث:** تمثلت الحدود المكانية للبحث بالمرضى الراقدين في المستشفيات العامة العاملة في (تكريت وسامراء) باعتبارها من أقدم المستشفيات الصحية الحكومية العاملة في صلاح الدين، فضلاً عما تقدمه من خدمات لشريحة واسعة من أفراد المحافظة والتي يعول عليها اهالي المحافظة. **خامساً. مخطط البحث الفرضي:** يعد مخطط البحث بمثابة دليل ومرشد في تحديد توجهات البحث وأهدافه، لذا يتطلب تصميم مخطط البحث بما يتماشى مع توجهاته وأهدافه البحثية الأساسية.



الشكل (١): مخطط البحث الفرضي

سادساً. **فرضيات البحث:**

**الفرضية الأولى:** يدرك المرضى الراقدين في المستشفيات الصحية مدى تأثير أبعاد جودة الخدمة في المستشفيات المبحوثة التي اعتمدها البحث في حدوث أزمة الخدمات الصحية في الميدان المبحوث؟

**الفرضية الثانية:** يوجد تباين معنوي لأهمية أبعاد جودة الخدمة الصحية التي يوليها المرضى الراقدين في المستشفيات المبحوثة للحد من تفاقم أزمة الخدمات الصحية؟

### المبحث الثاني: الإطار النظري

اولاً. **أزمة جودة الخدمة الصحية:**

١. **مفهوم أزمة الخدمة الصحية:** ظهر مفهوم أزمة الخدمة كحقل جديد في الادارة نظراً لتزايد الانفاق على الخدمات من قبل المجتمعات خصوصاً في بداية التسعينات من القرن الماضي، وتعد في الوقت الحاضر إحدى المحاور المهمة التي تركز عليها المنظمات المختلفة ولاسيما الخدمية منها للوصول إلى رضا المستفيد وكسب ولاءه. وهذا يتم عبر تقديم حزمة من الخدمات المتميزة ذات الجودة العالية التي تلبي احتياجات المستفيدين وتقابل توقعاتهم (خوالد، ٢٠١٧: ٢٥٥). فأزمة الخدمة الصحية هي تتمثل في عدم تطبيق العلوم الطبية والتكنولوجيا بطريقة مثالية تلبي وتزيد من فائدة قيمة الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين (Al-Damen, 2017: 139). فالخدمة هي عادة

مركب يتألف من عدة أجزاء وان مجموع هذه الأجزاء لمتلقي الخدمة يستعملها لتشكيل حكمه على مدى النقص از الازمة في الخدمة الصحية المقدمة (الزعيبي، ٢٠١٥: ٤٠٢). وتعرف أزمة جودة الخدمة الصحية بانها" الفرق السلبي بين الخدمة الصحية التي يتوقع المرضى الحصول عليها والخدمة التي يتلقاها أو المقدمة له فعلياً (Ishaq, 2012: 26). ويعرفها (Felix, 2017: 7) بانها الاختلاف أو النقص بالشروط الحاسمة المعدة مسبقاً والمتعلقة بالقدرة التنافسية لإنشاء واستدامة علاقات مرضية مع المرضى. فأزمة جودة الخدمة الصحية وفقاً لـ (Hennayake, 2017: 156) هي الفروقات السلبية بين تصورات المرضى من الخدمة الحالية التي تقدمها المستشفى وتوقعات المرضى حول الخدمة المقدمة من قبل المستشفى.

يؤكد (نصيرات، ٢٠٠٨: ٣٨٣-٣٨٤) ان حدوث أي خلل في جودة الخدمات الصحية المقدمة له تهديدات خطير على ارواح المرضى مما يولد أزمة ثقة بالمستشفيات المقدمة للخدمة وهذا يهدد مستقبلها. فأزمة الخدمة الصحية وفق منظور جودة الخدمة تمثل ضعف جودة الخدمة الصحية المقدمة في الأوقات الجيدة والسيئة لافتقارها للمزايا المتمثلة بالمصداقية والثقة والجدارة والمسؤولية اتجاه المرضى (Aho, 2007: 5). وهذه المعطيات الناتجة عن سوء الخدمات الصحية تجعل المرضى يتحدثون للآخرين بسلبية عن تلك المستشفيات ولا تشجيعهم على التعامل معها. وبالتالي فهي تمثل أزمة تصورات وتوقعات للمرضى فيما يتعلق بمدى إمكانية استجابة المستشفى في تلبية احتياجات المرضى وتوقعاتهم. وهذا ما يؤكد (عيسى، ٢٠١٦: ٩) بانها تقديم مستوى من الخدمة الصحية بشكل لا يتماشى مع المعايير والمعرفة الخاصة بالخدمة الصحية العالمية. وان أزمة الخدمة الصحية تشمل في عدم توافر الأطباء الجيدين في المستشفى والافتقار الى الأمانة والأخلاقيات المتبعة في توفير الخدمات الصحية (Yogesh & Satynarayana, 2012: 193). وبالتالي تعرف أزمة الخدمة الصحية بأنها (الخدمة التي لا تتحقق الطمأنينة والثقة لدى المرضى الحاليين والمرقبين عند اقتناءها أو الحصول على تلك الخدمة إذا دعت الحاجة لها بغض النظر عن التكلفة التي قد توفرها المرضى).

٢. الحد من أزمة الخدمة الصحية: للحد من أزمة الخدمة الصحية لابد من التأكيد على موضوع جودة الخدمة الصحية لما لها من أهمية كبيرة في تقليص أو تلاشي مستوى الازمة عبر التأكيد على جودة الخدمة المقدمة من قبل تلك المستشفيات. وبعد ما أدركت المجتمعات المعاصر أن تقدمها يعتمد بشكل اساسي على راس مالها البشري، وخاصةً في ظل التطورات والتغيرات الاقتصادية والسياسية والتكنولوجية المتسارعة (Al hashem, 2012: 9). الأمر الذي تطلب من إدارة المستشفيات اعتماد معايير جودة الخدمة الصحية كروية واستراتيجية تمكنها من تجاوز كافة الازمات الحالية والمستقبلية التي قد تواجهها هذه المجتمعات. وتبعاً لذلك يمكن تأشير أهمية الجودة للحد من أزمة الخدمة الصحية كما أشار (الجيدي، ٢٠١٨: ٢٠) على النحو التالي:

- أ. تمكن جودة الخدمة الصحية المتميزة من تعزيز ثقة المرضى بخدمات المستشفيات المقدمة.
- ب. يفضل المرضى خدمات المستشفيات العامة المتميزة حتى في حال توفرها في المستشفيات الاهلية بالسعر والجودة المماثلة.
- ج. جودة الخدمة الصحية تمثل الثقة والمصداقية لدى المرضى مما تحقق الأهداف الاستراتيجية والبقاء لأطول فترة ممكنة.

د. تطوير وتحسين قنوات الاتصال والتفاعل بين المرضى وبين مقدمي الخدمة لتكون أكثر قدرة على تحسين الخدمات ولتجنب الازمات المستقبلية.

هـ. تمكن المستشفيات وكوادرها من تعزيز ثقتها بنفسها وقدرتها على أنجاز مهامها وعملياتها بكفاءة وفاعلية.

٣. **أبعاد أزمة جودة الخدمة الصحية:** في ضوء البحث الحالي حول تشخيص مستوى أزمة جودة الخدمة الصحية في المستشفيات العاملة في صلاح الدين، يمكن اعتماد مقياس (SERVQUAL) الذي يوصي به (Reynoso & Moores, 1995) لكون أبعاده أكثر عمومية والمتمثلة بـ: (الجوانب المادية، الثقة والاعتمادية، والاستجابة، والتأكيد، والمشاركة) (Yogesh & Satynarayana, 2012; 193) (Al-Damen, 2017: 139-140) (والجدي، ٢٠١٨: ١٨) و (Zun et al., 2018; 417) و (Tharanga et al., 2018; 12) و (Rehman & Husnain, 2018: 2). فأزمة الخدمة الصحية تحدث عندما تكون هنالك أخفاقات أو تراجع في مستوى أبعاد جودة الخدمة المقدمة، استناداً إلى مراجعة مستفيضة للأدبيات المتعلقة بجودة الخدمة الصحية، تم تحديد الأبعاد الأساسية التي تركز عليها جودة خدمة الصحية المقدمة من المستشفيات. بناءً على هذه الأبعاد، تم تطوير أداة تقيس وجهة نظر المرضى الراقدين حول مستوى أبعاد أزمة جودة الخدمات الصحية المقدمة لمعرفة مستوى الازمة الصحية في المستشفيات العاملة، وتتألف من خمسة أبعاد هي:

أ. **أزمة الجوانب المادية:** ان الخدمة ليس لها وجود مادي، فإننتاجها واستهلاكها يحدثان معاً، وهذا يجعل عملية فحص أو تجربة الخدمة امر صعب، فضلاً عن صعوبة أبداء الرأي أو إصدار القرارات، مما يستدعي إضافة جوانب ملموسة عليها (الزعبي، ٢٠١٥: ٤٠٢). وهذا البعد يقيم إدراك المريض لازمة جودة المرافق المادية في المستشفى، وتتمثل بأزمة الجوانب الملموسة والمتعلقة بتقديم الخدمة مثل نقص مباني المستشفيات والتقنيات المستخدمة فيها وكذلك ضعف التسهيلات الداخلية للأبنية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة أو البيئة المادية، فضلاً عن سوء المظهر لمقدمي الخدمة الصحية، كذلك تقادم الأدوات المستخدمة ووسائل الاتصال المستخدمة في تقديم الخدمة (Yogesh & Satynarayana, 2012: 193) (درويش، ٢٠١٣: ٢)، فأزمة الجوانب المادية تتمثل في: عدم توفر النظافة وجاذبية المنظر المريح، عدم توفر اللوحات الإرشادية داخل المستشفى لان الوقت ثمين جداً للحالات المرضية، عدم توافر أماكن انتظار مناسبة للمراجعين، غرف الأطباء وممرات المستشفى غير مناسبة ونظيفة، وغالباً ما يعتمد تقديم الخدمة الصحية ومستوى جودتها على التسهيلات المادية (الجدي، ٢٠١٨: ١٨).

ب. **أزمة الاستجابة:** تمثل الاستجابة قدرة مقدم الخدمة على تقديم الخدمة المطلوبة بالسرعة والوقت المحدد لحاجات المرضى واستفساراتهم، خصوصاً وان هذه الخدمات والاستفسارات ترتبط بحياة المرضى مما يتطلب تقديمها بالوقت المحدد (Tharanga et al., 2018: 12). فأزمة الاستجابة تشير إلى عدم الاستعداد والقدرة لمساعدة المرضى وتقديم الخدمة لهم بالمستوى والسرعة المطلوبة (Al-Damen, 2017: 140). تؤكد منظمة الصحة العالمية (WHO, 2015: 4) ان أزمة الاستجابة قد تكمن في نقص المعرفة والأساليب والمهارات الفنية لمقدمي الخدمة للمرضى مما تجعلهم أقل قدرة على الاستجابة للحالات والظروف الطارئة، فهي جزء من مسببات نشوء أزمة الخدمة الصحية. وتقاس أزمة الدعم أو الاستجابة بمستوى النقص أو التقصير في تقديم الخدمات

الطبية المجانية للمجتمع (Yogesh & Satynarayana, 2012: 193). ومن الجوانب المرتبطة بأزمة الاستجابة: تقديم خدمات علاجية بطيئة، الاستجابة المتأخرة لنداءات الطوارئ الخارجية، عدم رغبة مقدمي الخدمة في معاونة المرضى، عدم أعلام المرضى بوقت تأدية الخدمة، فضلاً عن عدم العمل على مدار ساعات اليوم (قدورة، ٢٠١١: ٣٠).

ج. **أزمة الثقة:** تمثل الموثوقية قدرة المستشفى على تقديم الخدمة بمستوى ثابت من الجودة مهما تغيرت الظروف، فالمريض يتوقع ان تقدم له الخدمة في الوقت الذي يطلبها وبالمواصفات المحددة بدقة وتلبي طموحه (Al-Damen, 2017: 140). تقييم الجدارة بالثقة، فشعور المريض بالصحة سيؤثر على ثقته في المستشفى، وأزمة الثقة تتمثل في عدم توفير العلاج الطبي لجميع شرائح المجتمع، وعدم ثقة المرضى بالحفاظ على خصوصية وسرية المعلومات الخاصة بهم (Yogesh & Satynarayana, 2012: 193). وبحسب نموذج (SERVQUAL) يعد هذا البعد من أكثر الأبعاد ثباتاً وأهمية في تحديد إدراك جودة الخدمات الصحية عند المرضى لارتباطها المباشر في حياتهم، فضلاً عن ارتباطها بقدرات مقدم الخدمة بشكل دقيق (درويش، ٢٠١٣: ٩١).

د. **أزمة المصداقية أو الأمانة:** أصبح المرضى أكثر اطلاعا على الخدمة الصحية الخاصة بهم وأكثر طلباً لها، وبدء يبحثون عن أحدث الاختبارات والأدوية والإجراءات المتاحة والأكثر تقدماً، لذلك يجب أن تركز المستشفيات على كل مريض (Tauranga et al., 2018: 12). وان عدم معرفة مقدمي الخدمة في المستشفيات وضعف قدرتهم على إبداء الثقة دوراً مؤثراً في إحداث أزمة المصداقية لدى المرضى لطلب الخدمة لان المرضى يطمنون في الحصول على الخدمة المطلوبة وفق ما يتوقع الحصول عليها (درويش، ٢٠١٣: ٩٢). وهذا يتطلب جهداً مستمراً لتحسين نظام تقديم خدمات المستشفى، اذ يشكل الموظفون جزءاً مهماً من الخدمة، فالموظفين الذين يتعاملون مع المرضى بشكل رئيسي هم الأطباء والمرضى والموظفين في المستشفى (Yogesh & Satynarayana, 2012: 193). وتشمل أزمة المصداقية قلة معرفة ونقص مهارة الأطباء والملاك التمريضي، وضعف مستوى مجاملة مقدمي الخدمة للمريض، وليس هناك استعداد للمساعدة، وعدم التعاطف والاستغلال بقضايا الفواتير، وعدم الكفاءة بالمواقف الودية والعناية، وعد الاتصاف بحسن المظهر المذهب والمهنية (Cunha & Suresh, 2015: 335). فتحدث الازمة هنا نتيجة السلوكيات والتعاملات غير المهنية والكفاءة مع المرضى لنجاح خطة العلاج، بشكل يتجاوزوا معايير خدمة المرضى، مما سيؤثر هذا سلباً على نفسية المرضى ورضاهم (Tharanga et al., 2018: 12).

هـ. **أزمة المشاركة:** اهتمام مقدمي الخدمة بالمرضى اهتماماً متميزاً وفهم حاجتهم وتلبيتها في الوقت المحدد يعد جانباً أساسياً يجب على المستشفيات أن تتبناه وجعله جزء من ثقافتها بما يسهم في تحسين ادائها وتقليل مستوى الازمة في الخدمات الصحية (Parasuraman, et al., 1988: 13). وتشمل المشاركة نقل المعلومات بين مزود الخدمة والمريض ودرجة التفاعل ومستوى الاتصالات ثنائية الاتجاه، كما تشتمل على (تقديم المعلومات بسرعة، يتم توفير معلومات كافية حول العلاجات والأمراض، سهولة الحصول على المعلومات، ومستوى الشعور بالتفاعل مع الأطباء والمرضى، والتحدث لأفراد الأسرة على حالة المريض (Yogesh & Satynarayana, 2012: 193). فعندما لا تلبي المستشفى فعلياً احتياجات المرضى قبل وأثناء وبعد تقديم الخدمة فإنها ستحصل أزمة علاقة تنعكس سلباً على جودة الخدمات المقدمة، وهذا ما يؤكد (Cannon, et al., 2008: 7).

ويمكن ان تظهر ازمة المشاركة في: عدم الاهتمام الشخصي، الإصغاء والاستماع غير الجيد، الإهمال وعدم الشعور بان صحة وسلامة المريض في مقدمة اهتمام المستشفى، وعدم ملائمة ساعات العمل في تقديم الخدمة، وعدم توافر عدد كاف من مقدمي الخدمة، وملائمة موقع المستشفى (درويش، ٢٠١٣: ٩٢).

ويمكن تشخيص مستوى أزمة الخدمة الصحية من خلال اعتماد المعايير المقابلة لتقييم كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية، وكما مبين في الجدول أدناه:

الجدول (١): معايير تقييم أزمة الخدمة الصحية

البعد	معايير التقييم	تشخيص أزمة الخدمة الصحية من خلال
الاستجابة	تقديم خدمات عاجلة فورية للمرضى. استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية. العمل على مدار ساعات اليوم.	سرعة وصول الإسعافات بوقت متأخر. صالات العمليات غير جاهزة لكل الحالات.
الثقة	دقة القوائم المالية وصحتها. المواعيد الدقيقة في تقديم الخدمة الطبية. ادقة التنظيم والتوثيق للحالات في السجلات.	المريض ليست لديه الثقة بان حساباته المالية صحيحة عن مغادرته المستشفى. ان المراجع ليست لديه الثقة بان حياته بين أيادي أمينة وماهرة.
التأكيد	سمعة ومكانة المستشفى واسعة بين المجتمع. التحدث عن المعرفة والمهارة للطواقم الصحية. الأعجاب بالصفات والمظاهر الشخصية للعاملين.	المعاملة الطبية للمرضى من قبل الكوادر الطبية غير جيدة او إنسانية. ليس هناك تدريب ومهارة عالية في الأداء.
الملموسية	التقنيات المتقدمة بالتشخيص والعلاج. المظهر الخارجي والأناقة لمقدمي الخدمة. أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة.	تدني مستوى نظافة المشفى وظهورها بمظهر تخصصي. نوعية الطعام المقدم للراقيدين في المشفى غير جيدة.
المشاركة	الاهتمام الشخصي بالمريض. الإصغاء الكامل لشكوى المريض. تلبية حاجات المرضى بالود والطف.	الممرض لا يهتم بالمرض ولا يعامله بلطف لا يتم أخذ آراء المرضى على محمل الجد. النظر للمريض بأنه دائما على خطأ.

المصدر (بتصرف الباحثين): الجدي، بلال جمال محمد، (٢٠١٨)، أثر جودة الخدمة الصحية على رضا المرضى في المستشفيات الأهلية في محافظة غزة، رسالة ماجستير، كلية التجارة في الجامعة الإسلامية بغزة، ص ١٩-٢٠.

### المبحث الثالث: الجانب التطبيقي

يعد الجانب التطبيقي الأساس التحليلي للنتائج المتوخاة من البحث والتي ستقود إلى استنتاجات وتوصيات يمكن تقديمها إلى المستشفيات المبحوثة كمصدر للمعلومات يمكن الاستفادة منها في تحسين الأداء، وتتطلب معالجة المشكلة المبحوثة القيام بمجموعة من الخطوات كتحويل البيانات التي تم جمعها من المنظمات المبحوثة بواسطة الاستبانة، ويتطلب استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة التي تنسجم مع طبيعة البيانات المتاحة للوصول إلى نتائج أكثر دقة، وطبقاً لذلك تم استخدام التحليل العنقودي (Cluster analysis)، غير ان الاختبار الفعلي لهذه التحليل يتطلب في البداية اختبار صدق البيانات وثباتها للتحقق من مدى قبولها وقدرتها على تمثيل الظاهرة



وقياسها، ثم القيام بمعرفة مدى توافرها في المستشفى المبحوثة؟ ومن ثم بعد ذلك استخدام التحليل العنقودي للإجابة على فرضية البحث الرئيسية.

أولاً. تم الاعتماد على اختبار (Cronbach-Alpha)، فضلاً عن اختبار البيانات من خلال معامل التجزئة النصفية اختبار صدق البيانات وثباتها للتحقق من مدى قبولها وقدرتها على تمثيل الظاهرة وقياسها، وكالاتي:

الجدول (٢): اختبارات الصدق والثبات

المقياس	كرونباخ-ألفا (Cronbach-Alpha)	معامل الارتباط	معامل التصحيح (Spearman-Brown)	معامل التجزئة النصفية (Guttman)
أزمة جودة الخدمة	0.831	0.731	0.835	0.862

المصدر: إعداد الباحثين اعتماداً على نتائج برنامج (SPSS).  
وتشير نتائج تحليل الثبات في الجدول (٢) أن معامل كرونباخ-ألفا يعطي دلالة إحصائية قوية لجميع متضمنات الاستبانة على المستوى الكلي، فضلاً عن القوة الإحصائية التي يتمتع بها المقياس بشكله الكلي والبالغة (0.831)، وتجدر الإشارة إلى أن قيم كرونباخ-ألفا (Cronbach's-Alpha) يمكن اعتمادها واتسامها بالموثوقية عندما لا تقل عن (70%) (Hair et al., 2010: 124)، كما أن معامل التجزئة النصفية (Guttman Split-Half Coefficient) هو الآخر قد عزز القوة الإحصائية، إذ بلغ على المستوى الكلي (0.835)، وهي نسبة عالية وتعطي مقبولة قوية لثبات أداة القياس. وهو دليل على أن الاستبانة تتميز بالثبات في القياس وتعطي الباحثين الحق في اعتماد نتائجها وتعميمها على المجتمع، فضلاً عن معامل كوتمان (Guttman) الذي بلغ (0.862).  
وجميع هذه المؤشرات تسمح للباحثين للانتقال إلى الخطوة الثانية في التحليل والمتمثلة في اختبار الفرضيات الرئيسية للبحث.

ثانياً. وصف وتشخيص المتغيرات: لمعرفة مدى توافر أبعاد البحث في المستشفيات المبحوثة تطلب الأمر استخدام عرض وتحليل نتائج البحث، من خلال التحليل الوصفي لهذه الأبعاد، إذ يتضمن عرضاً إحصائياً لنتائج أبعاد البحث مع تحليل وتفسير هذه النتائج. واشتمل على عرض المتوسطات الحسابية لفقرات الاستبانة وانحرافات المعيارية لتحديد مستوى الإجابة أو الأهمية النسبية لأبعاد البحث وكما موضح في الجدول (٣):

الجدول (٣): وصف وتشخيص واقع الأبعاد اللازمة المبحوثة

ت	اسم البعد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	أزمة الجوانب المادية	3.70	0.67
٢	أزمة الثقة	3.20	0.67
٣	أزمة الاستجابة	3.80	0.60
٤	أزمة التأكيد	4.20	0.54
٥	أزمة المشاركة	3.90	0.50
المعدل العام لأزمة الخدمة		3.89	0.47

المصدر: إعداد الباحثين بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.

من خلال نتائج الوصف والتشخيص نلاحظ توافر أبعاد أنموذج البحث في المنظمات المبحوثة وهذا ما تظهره نسبة الاستجابة والاتفاق العالية بين الأفراد المبحوثين حول توافر هذه الأبعاد في المستشفى المبحوثة، إذ بلغت أعلى قيمة وسط حسابي لبعد التأكيد (٤,٢٠) مما تؤكد الاتفاق على أهمية هذا البعد في أحداث أزمة الخدمة الصحية وتوافره في المنظمات المبحوثة، وكانت أقل قيمة وسط حسابي بلغت (٣,٧٠) لازمة الجوانب المادية، وهي أيضاً نسبة عالية مما يؤكد أهمية هذا البعد وتوافره في المستشفيات المبحوثة، وبقيّة الأبعاد أوساطها ذات قيم عالية أيضاً وكما موضحة في الجدول أعلاه. وعلى المستوى العام لأبعاد أزمة الخدمة كان الوسط الحسابي العام (٣,٨٩) وهو ذو قيمة عالية مما يؤكد إدراك الأفراد المبحوثين أهمية هذه الأبعاد في أحداث أزمة الخدمات الصحية، وتوفرها في المستشفيات المبحوثة. وبناءً على تلك النتائج تبين وجود جميع ابعاد أزمة جودة الخدمة في المستشفيات المبحوثة من وجهة نظر الافراد المبحوثين.

ثالثاً. التحليل العنقودي (Cluster analysis): يهدف هذا التحليل إلى تصنيف ابعاد الخدمة الصحية التي تواجهها المستشفيات المبحوثة وترتيبها حسب اهميتها. لاختبار فرضية البحث الرئيسية والتأكد من مدى حدوث أزمة الخدمة الصحية في المستشفيات المبحوثة، وبناءً على البيانات الفعلية التي تم جمعها من الميدان المبحوث، وبعد إجراء الاختبار تبينت لنا النتائج الآتية:

١. مصفوفة صدق التقارب **Convergent Validity Matrix**: وهي مصفوفة تحدد مدى التشابه والتقارب بين الأبعاد من عدمه، والتي يعبر عنها بالمسافات المشتقة بين المؤشرات المحددة، فالتقارب أو المسافة مثلاً بين بعدي أزمة المادية وأزمة التأكيد كانا (53.54) في حين التقارب بين أزمة الثقة وأزمة الاستجابة بلغ (16.23)، وكما في الجدول (٤) لبقية المؤشرات.

الجدول (٤): مصفوفة التقارب بين المتغيرات

المتغيرات	المادية	الثقة	الاستجابة	التأكيد	المشاركة
المادية	1.000				
الثقة	20.18	1.000			
الاستجابة	21.984	16.23	1.000		
التأكيد	53.54	35.71	32.65	1.000	
المشاركة	25.184	20.90	22.93	41.40	1.000

المصدر: إعداد الباحثين اعتماداً على نتائج برنامج (SPSS).

نلاحظ المصفوفة أنها تعطي قيم تقارب العناقيد المتشكلة مع بعضها البعض فكلما كانت درجة التقارب عالية كانت تمثل العنقود المشكل والذي يعد الأساس، وتظهر قيم المصفوفة ان العنقود الأول سوف يكون بين أزمة (المادية والتأكيد)، إذ بلغت قيمة التقارب بين البعدين (53.54) وهي أعلى قيمة في المصفوفة وهذا يشير إلى تكوين العنقود الأول، يليه العنقود الثاني أزمة (التأكيد والمشاركة) إذ بلغ التقارب (41.40)، والعنقود الثالث أزمة (التأكيد والثقة) إذ بلغ التقارب (35.71)، ومن ثم العنقود الأخير أزمة (التأكيد والاستجابة) إذ بلغت قيمة التقارب (٣٢,٦٥)، عند ملاحظة قيم الأبعاد المؤشرة في المصفوفة وتسلسلها نرى منطقية العلاقة البحثية وانسجامها مع الواقع الافتراضي الذي بنيت في ضوءه فلسفة البحث وتوجهاته الفكرية، خصوصاً وأن أزمة الخدمة الصحية تقوم بالدرجة الأساس إلى التأكيد على ثقافة تقديم الخدمة الصحية بمختلف أبعادها

من قبل المرضى في المستشفيات بالوقت والمكان المطلوب لأنها ذات ارتباط أساسي بحياة الإنسان، وتليها الأبعاد الأخرى، وهذا ما سيتم إيضاحه وتفسيره في شجرة تشكيل العناقيد.

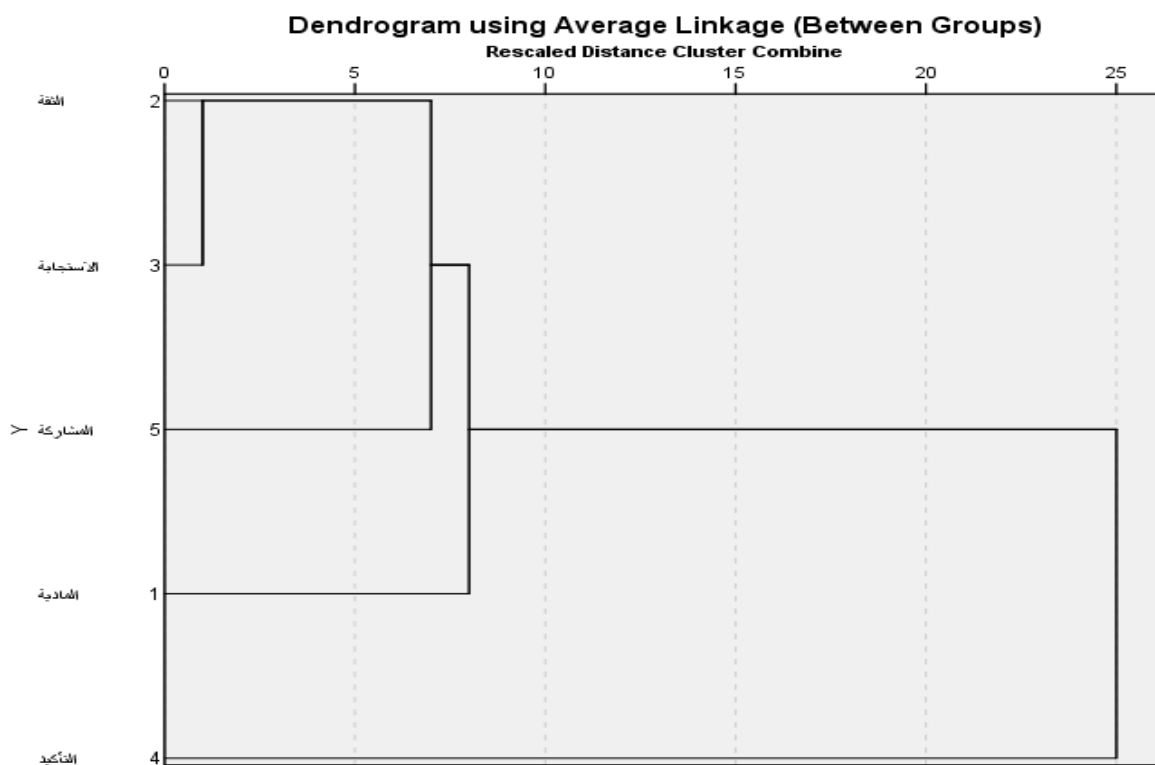
٢. **جدول التقارب Agglomeration Schedule**: يوضح هذا الجدول كيف تتكون العناقيد بشكل تدريجي متسلسل، وتبين أن العنقود الأول قد تشكل بين أزمة (الثقة والاستجابة) بمعامل (١٦,٢٣) محققاً بذلك عنقوداً أولياً أساسياً أكثر توافراً في المستشفيات المبحوثة، وهذا يعني المستشفيات المبحوثة ينبغي عليها أن تدرك وجود أزمة (الثقة والاستجابة) في أنشطتها وهذه النتيجة منطقية فيما يتعلق بأزمة الثقة في الخدمات المقدمة من قبل المستشفيات المبحوثة والاستجابة السريعة خصوصاً وأن هذه الخدمات ذات ارتباط مباشر بحياة المرضى وأن أي تأخير يكون على حساب فقدان حياة المرضى، ويطلق على العنقود الأول أسم (أزمة الثقة)، هذه المعطيات من العنقود الأول تنسجم مع (أزمة المشاركة) في تقديم المعلومات ببطء بفعل التقانة الرديئة المستخدمة، ومستوى الاهتمام الشخصي الضعيف، الإصغاء والاستماع غير الجيد بفعل عدم التأكيد على التغذية العكسية المتحققة من المرضى والاستفادة منها في تحسين جودة الخدمات المقدمة، فضلاً عن عدم تقديم الخدمة في الوقت الملائم، وعدم ملائمة موقع المستشفى، ليتم تشكيل **عنقوداً ثانياً** من خلال تشكل العنقود الأول مع أزمة المشاركة بمعامل (٢٠,١٨)، ما يشير إلى توافر هذا العنقود بالدرجة الثانية، إذ أن المستشفيات المبحوثة أعطت اهتماماً لهذا المؤشر نتيجة عدم توفر أي إجراءات مباشرة وافتراضية إلكترونية تتيح التفاعل والتواصل مع مرضاهم، وهذا لن يمكن المستشفيات المبحوثة من الالتزام في تقديم الخدمات بالوقت المحدد الذي وعدت به للمرضى، مما انعكس سلباً على ثقة المرضى بالمستشفى. ليقود ذلك إلى تكوين العنقود الثالث المتمثل (أزمة المادية والثقة) إلى العنقود الأساسي بمعامل (٢٢,٩٣)، حيث أن عدم التأكيد على جودة الخدمة المقدمة من خلال استخدام الجوانب المادية ك (الأجهزة والتقنيات المتطورة، المظهر الحضاري الداخلي للمستشفى، المظهر الشخصي الأنيق للعاملين) في تقديم الخدمات، يسهم بشكل سلبي في تدني ثقة المرضى بجودة الخدمة المقدمة والمتمثلة في استخدام الأجهزة التقليدية والمعرفة والمهارة الضعيفة للأطباء والملاك التمريضي الذي يتعامل مع تلك الأجهزة، هذا يسهم في تدني حالة الرضا عن الخدمة المقدمة من قبل العاملين في المستشفى. وهذه العلاقة المنطقية بين الأبعاد تقود إلى تشكيل العنقود الرابع والمتمثل في (أزمة التأكيد) بواقع (٤١,٤٠) إذ أن عدم التأكيد على جودة الخدمة المقدمة من قبل المستشفى يقود إلى تدني مستوى التكامل بين الأبعاد جميعاً للوصول إلى مستوى الجودة المطلوب.

الجدول (٥): جدول التقارب Agglomeration Schedule

المرحلة	العناقيد المتجمعة		معاملات	مراحل ترتيب العنقود الأولى		المرحلة اللاحقة
	العنقود ١	العنقود ٢		العنقود ١	العنقود ٢	
1	2	3	15.23	0	0	2
2	2	5	20.93	1	0	3
3	1	2	22.445	0	2	4
4	1	4	41.40	3	0	0

المصدر: إعداد الباحثين بالاعتماد على برنامج (SPSS).

٣. **الشجرة الثنائية Dendrogram:** وهي شجرة ذات قياسات محددة والمتمثلة في المحور الأفقي بواقع (٢٥) وحدة قياس، ويشير زيادة طول الخط ضمن هذه الشجرة إلى زيادة درجة عدم التشابه أو التقارب بين المؤشرات أو الأبعاد المبحوثة ضمن أنموذج البحث، وقصر طول الخط يشير إلى التقارب والتشابه بين الأبعاد المبحوثة، ويمكن إيضاح التشابه من عدمه بين أبعاد البحث الحالي من خلال الشكل (٢):



الشكل (٢): الشجرة الثنائية لتشكل العناقيد

المصدر: إعداد الباحثين اعتماداً على (SPSS).

يلاحظ من الشجرة الثنائية لتشكل العناقيد ان العنقود الأول قد تشكل بين أزمة (الثقة والاستجابة) لأنها الأكثر تشابهاً ويأخذ اسم (أزمة الثقة) ويعتبر البعد الأساسي (حجر الأساس) لبناء أزمة الخدمة الصحية، وهذا يتفق مع الفلسفة المنطقية لان أزمة الخدمة الصحية قائمة بالدرجة الأساس على أزمة الثقة وسرعة الاستجابة كونها ذات ارتباط مباشر بحياة المرضى، وهذان البعدان أساسيان في حدوث أزمة الخدمة الصحية في المستشفيات المبحوثة، وتكون العنقود الثاني عبر دمج العنقود الأول (أزمة الثقة) مع دخول بعد (أزمة المشاركة) وهو الأكثر تشابه وتقارب مع العنقود الأول، وهذا التشابه والتقارب في تكوين العنقود الثاني ذو تفسير منطقي حيث ان أزمة المشاركة في المعلومات مع المرضى وعدم الشفافية في الإجابة عن كافة استفسارات المرضى من قبل المستشفيات المبحوثة، جعلها أقل جودة ومكانة بين المرضى في الميدان المبحوث، خصوصاً وان هذه المعلومات ذات قيمة جوهرية للأفراد، تشكل العنقود الثالث عبر دخول بعد (الأزمة المادية) مع العنقود الثاني، وهما الأكثر تشابه وتقارب، حيث ان عدم استخدام المعدات والأجهزة الحديثة في تقديم الخدمات من قبل المستشفيات المبحوثة أسهم بشكل كبير في فقدان ثقة المرضى بجودة الخدمات المقدمة من قبل تلك المستشفيات وتراجع مكانتها لدى الجمهور العام، اما

العنفود الرابع والأخير والذي تمثل في دخول بعد (أزمة التأكيد) مع العنفود الثالث، وهذا يفسر أهمية التأكيد على جودة الخدمة المقدمة من قبل المستشفيات وجعلها ثقافة سائدة لدى جميع العاملين وهذا يقود إلى تحقيق التكامل بين الأبعاد جميعاً. وهنا شجرة العقدة كونت أربعة عناقيد تمثل درجة التشابه والتقارب بين أبعاد أزمة الخدمة الصحية، وهذه النتائج تحقق الإجابة على هدف البحث الرئيس الثاني وفرضيته الثانية الرئيسية حول تباين أبعاد جودة الخدمة الصحية التي يوليها المرضى الراقيدين في المستشفيات المبحوثة للحد من تفاقم أزمة الخدمات الصحية.

#### المبحث الرابع: الاستنتاجات والمقترحات

##### أولاً. الاستنتاجات

١. يؤكد أغلب الباحثين في مجال الإدارة المعاصرة على أهمية موضوع أزمة الخدمة الصحية باعتبارها أحد المواضيع الأكثر أهمية لما لها من دور فاعل في تراجع ميزتها التنافسية عبر تدني مستوى جودة الخدمة المقدمة.
٢. هناك اتفاق واسع بين ابلغ المرضى المبحوثين انه يمكن لأبعاد أزمة الخدمة الصحية من ان تنعكس سلباً على قيمة تلك المستشفيات عبر التحدث بسلبية عنها.
٣. تتباين أبعاد أزمة الخدمة في المستشفيات المبحوثة بتباين أبعاد جودة خدماتها المقدمة لمرضاها، ويرجع ذلك إلى حجم المنافسة والمقارنة بين المستشفيات المتقاربة والعاملة في البيئة ذاتها سواء كانت حكومية أو أهلية وحتى المقارنة مع المستشفيات العالمية، مما يسهل على المرضى تقييم مستوى أزمة الخدمات المقدمة الصحية.
٤. تمثل أزمة الثقة البعد الأساس والمرتكز في أزمة الخدمات الصحية في تصور المرضى المبحوثين، وهذا تبعاً لاهتمام الذي أولاه الافراد المبحوثين لهذا البعد وهذه النتيجة منطقية وتتفق مع التوجهات البحثية وطبيعة الخدمة المقدمة لارتباطها بحياة المرضى.
٥. تبين ان الأفراد المبحوثين قد أولو اهتماماً كبيراً لجميع أبعاد أزمة الخدمة الصحية بشكل عام، ولبعد أزمة الثقة والتأكيد بشكل خاص، وهذا يدل على نظرة المرضى إلى أزمة الخدمة الصحية وفق منظور متكامل لجميع أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة، والتأكيد على كل الجوانب ذات العلاقة بجودتها.

##### ثانياً. المقترحات

١. ضرورة زيادة اهتمام إدارات المستشفيات المبحوثة ببعد الثقة باعتباره العنصر الأكثر أهمية لدى المرضى نظراً لأهمية هذا البعد وارتباطه بحياة المرضى، ويعتبر المرتكز الأساسي في تجاوز أزمة الخدمة الصحية لتلك المستشفيات.
٢. ضرورة التأكيد على الاهتمام بمستوى الاستجابة في تقديم الخدمة للمرضى مما يجعلهم أكثر رضا وتمسك بتلك المستشفيات لان هذا البعد غير قابل للتلكؤ والتأخير للحد من مستوى أزمة الخدمة الصحية في مستشفياتنا.
٣. تشجيع المرضى والمستفيدين من خدمات المستشفيات المبحوثة بالتحدث بحرية عن مستوى الخدمة المقدمة وتشجيعهم على التواصل مع المستشفى لأخبراهم بذلك من خلال المواقع الالكترونية والاجتماعية التي تكون متاحة لإدارة المستشفى، وهذه التغذية يمكن الاستفادة منها في تحسين الخدمة الصحية المقدمة والحد من أزمة الخدمة الصحية.

٤. ضرورة إدراك إدارات المستشفيات المبحوثة أهمية وضرورة إدخال التقنيات الطبية الحديثة من أجل تقديم الخدمات عالية الجودة تواكب المنظمات العالمية المنافسة، للحد من أزمة انتقال المرضى الى لمستشفيات العالمية وما يرافق ذلك من خروج العلة الصعبة من البلد.
٥. التأكيد على تعميق الوعي لدى جميع مقدمي الخدمة في المستشفيات المبحوثة حول أزمة الخدمة الصحية لا يمكن تجاوزها الا من خلال تظافر جميع أبعاد جودة الخدمة بصورة متكاملة دون أي نقص او تقصير في أحد أبعادها للوصول الى مستوى الخدمة المتميزة والذي يتوافق مع معايير الصحة العالمية.

#### المصادر

##### أولاً. المصادر العربية:

١. الجدي، بلال جمال محمد، (٢٠١٨)، أثر جودة الخدمة الصحية على رضا المرضى في المستشفيات الأهلية في محافظة غزة، رسالة ماجستير، كلية التجارة في الجامعة الإسلامية بغزة.
٢. الخالدي، صالح عامر بشيت، (٢٠١٢)، دور أبعاد جودة الخدمة وقدرة التعلم التنظيمي في تطوير ثقافة التميز-دراسة ميدانية في الشركات الصناعية المدرجة في سوق الكويت للأوراق المالية رسالة ماجستير، كلية الأعمال، جامعة الشرق الأوسط، الأردن.
٣. خوالد، أبو بكر، (٢٠١٧)، قياس مدى توافر أبعاد جودة الخدمات في المصارف التجارية الجزائرية الحكومية. دراسة حالة البنك الوطني الجزائري BNA بعنابة، المجلة العالمية للاقتصاد والأعمال، المجلد (٣)، العدد (٣)، ٢٥٢-٢٦٦. [www.refaad.com](http://www.refaad.com)
٤. درويش، علاء عادل، (٢٠١٣)، دور تخطيط الموارد البشرية في تحسين جودة الخدمات الصحية-دراسة ميدانية على المشافي العامة في الساحل السوري، رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد الثانية طرطوس، جامعة تشرين.
٥. عيسى، خلود محمد، (٢٠١٦)، تأثير تطبيق معايير الاعتماد على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء والممرضين والباحثين الاجتماعيين-دراسة ميدانية في مستشفيات منطقة مكة المكرمة بالمملكة العربية السعودية، مجلة الدراسات العليا-جامعة النيلين، مجلد (٥)، العدد (١٨).
٦. قدورة، روان مني، (٢٠١١)، دور جودة الخدمة في تعزيز أثر التوجه الزبائن على الرضا في بيئة الجامعات الأردنية الخاصة، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط، كلية الأعمال.
٧. نصيرات، فريد توفيق، (٢٠٠٨)، ادارة المستشفيات، الطبعة الاولى، إثراء للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

##### ثانياً. المصادر الأجنبية:

1. Al-Damen, Rula, (2017), Health Care Service Quality and Its Impact on Patient Satisfaction Case of Al-Bashir Hospital, International Journal of Business and Management; Vol. 12, No. 9; 2017. ISSN 1833-3850 E-ISSN 1833-8119Published by Canadian Center of Science and Education.
2. Felix R., (2017), Service Quality and Customer Satisfaction in Selected Banks in Rwanda. J Bus Fin Aff 6: 246. doi: 10.4172/21670234.1000246
3. Hair JR, Joseph F., Black, William C., Babin, Barrys J.& Andersen, Rolph E., (2010), Multivariate data analysis, 7th ed, Upper Saddle River, Prentice- Hall, New Jersey.

4. Ishaq, Muhammad Ishtiaq, (2012), Perceived Value, Service Quality, Corporate Image and Customer Loyalty: Empirical Assessment from Pakistan Serbaian Journal of Management, Vol (7), No (1).
5. Rehaman B, Husnain M., (2018), The Impact of Service Quality Dimensions on Patient Satisfaction in the Private Healthcare Industry in Pakistan, . Journal of Hospital & Medical Management, Vol.4 No.1:4.  
<http://hospital-medical-management.imedpub.com/archive.php>
6. Tharanga. H.T.O, Dasanayaka. S.W.S.B. & Al Serhan. Omar, (2018), An Assessment of Service Quality in Private Health Care Sector in Sri Lanka, Amity Business Journal, Vol. 7, No. 2. Copyright 2018 by ABS, Amity University Uttar Pradesh, Lucknow Campus (ISSN 2278-0904).
7. World Health Organization, (WHO), (2015), Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. V (1).
8. Yogesh Pai.P., Satyanarayana Chary T., (2012), Measuring Hospital Service Quality: Aconceptual Framework, International Conference on Humanities, Economics and Geography (ICHEG'2012) March 17-18, 2012 Bangkok.
9. Zun, Ahmad. B., Ibrahim Mohd Ismail & Abdul Hamid, Anees, (2018), Level of Satisfaction on Service Quality Dimensions Based on SERVQUAL Model Among Patients Attending 1 Malaysia Clinic in Kota Bharu, Malaysia, Oman Medical Journal, Vol. 33, No. 5: 416-422.