

محددات جودة الخدمة الصحية وأثرها على رضا العملاء

في المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة الدقهلية

د. وفقى السيد الإمام

كثيرة التجارة - جامعة المنصورة

هذا البحث عن جودة الخدمة في المستشفيات ، يعد امتدادا للدراسات الحديثة التي تهتم بقياس جودة الخدمة . وفيه تم استنماء عينة من ٤٨٠ مفردة من المرضى الذين تلقوا علاج في المستشفيات الجامعية والخاصة بمحافظة الدقهلية . وتبين أن استخدام مقياس SERVPERF يعطى نتائج أفضل في مجال قياس جودة الخدمة الصحية من مقياس SERVQUAL ، ومن ثم تم الاستقرار في هذا البحث على أبعاد محددة لقياس جودة الخدمة الصحية ، وتبين أن نوافر هذه الأبعاد في الخدمة المقدمة كان له تأثير معنوي على رضا المستفيدين من الخدمة .

تمهيد :

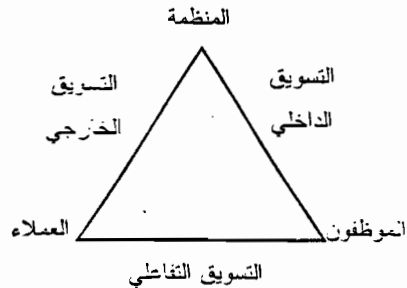
في البداية يتم تسويق المنظمة للعاملين

فيها Internal Marketing ، فتحسن اختيار الأفراد ، وتقوم بتحفيزهم وتدريبهم للعمل كفريق بحيث تحقق الرضا والولاء لنبيم ، ثم تعمل على خلق التوجه بالعميل Customer Orientation ، وبلى ذلك التسويق الخارجى External Marketing مع وجود أهمية للتفاعل بين الموظفين والعملاء أثناء تقديم الخدمة .

تحتل جودة الخدمة المقدمة للعملاء مركز الصدارة لدى منظمات الخدمات التي تسعى للنجاح والاستمرار . ولكي يتحقق المستوى المتميز في أداء الخدمة فإن المنظمة تحتاج إلى إعطاء اهتمام أكبر للموظفين ، وللعملاء معاً (خضير ، ٢٠٠٢ ، ص ٢١٣) . وتوجد ثلاثة أنواع للتسويق في منظمات الخدمة (Kotler & Armstrong , 1996, p. 665) ، يوضحها الشكل رقم (١) .

وقام الباحث بدراسة سابقة (علم ٢٠٠٠)

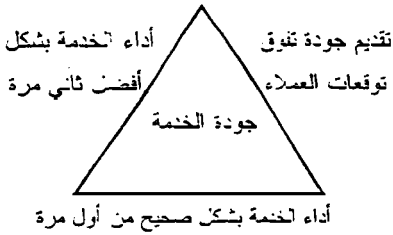
عن التسويق الداخلى الذي يهتم بالموظفين كطرف أول لتحقيق الأداء المتميز للخدمة . وفي هذا البحث سيتم التركيز على الطرف الثانى وهو العميل الخارجى من خلال العمل على الارتقاء بجودة الخدمة المقدمة له لتحقيق الرضا والولاء للمنظمة .



شكل رقم (١) ثلاثة أنواع للتسويق في منظمات الخدمة

أ- جودة الخدمة :

لم يعد العميل مجرد مستلم سلبى للخدمة، بل له تطلعات وتوقعات ، كما أصبح أكثر فطنة لجودة الخدمة التي يحصل عليها . وجودة الخدمة تعني أن تقوم المنظمة بتصميم وتسليم الخدمة بشكل صحيح من أول مرة ، على أن تؤدي بشكل أفضل في المرة التالية ، وتحقق رضا العملاء في نفس الوقت ، وأن تتمتع بمزايا تنافسية مقارنة بالخدمة التي تقدمها المنظمات المشابهة ، وقد عبر (محمد ، إسماعيل ، ١٩٩٩ ، ص ٥٧) عن ذلك بالقول بأن جودة الخدمة تتحقق من خلال ثلاث الجودة الذي يظهر في الشكل رقم (٢) .



شكل رقم (٢) ميثاق الجودة في منظمات الخدمة

ويزري (Bitner,1990) أن جودة الخدمة

هي درجة الإجابة الفعالة لإشباع احتياجات العميل ، في حين يتفق العديد من الباحثين على أنها قدرة الخدمة على مقابلة احتياجات وتوقعات العملاء أو تجاوزها (محمد ، طارق ، ٢٠٠٣ ، ص ١٢٤ ، ريتشارد ، ١٩٩٩ ، ص ٣٩ ، رودريك ، ١٩٩٩ ، ص ٣) .

وتحتاج المستشفيات إلى بناء معرفى خاص بتمية محددات لجودة الخدمة وكيفية قياسها ، وتأثيرها على إدراك العملاء لهذه الجودة ، وإدارة التعامل بين مقدم الخدمة والمستفيد منها وعلاقة ذلك بالرضا والنواتج السلوكية الأخرى المرتبطة بإعادة التعامل . والتحدث إيجابياً عن المنظمة .

ومن هنا جاءت فكرة هذه الدراسة للكشف عن محددات جودة الخدمة ذات التأثير على رضا العملاء ، كما تم اختيار المستشفيات التابعة لجامعة المنصورة (مستشفيات ومراكز طبية) ، والمستشفيات الخاصة بمحافظة الدقهلية كمجال للتطبيق .

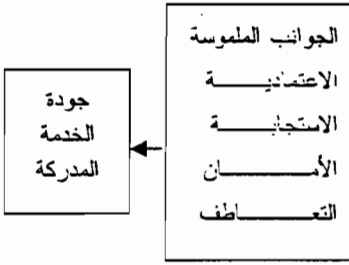
وقام الباحث بتقسيم هذه الدراسة إلى عدة عناصر وهي : مفاهيم الدراسة . الدراسات السابقة عن جودة الخدمة الصحية . أهمية البحث ، مشكلة البحث ، أهداف البحث ، فروض البحث ، حدود البحث ، أسلوب الدراسة ، تحليل ومناقشة نتائج البحث ، ملخص لأهم النتائج والتوصيات ، ومقترحات لبحوث مستقبلية .

ويتناول الباحث هذه العناصر على النحو التالي :

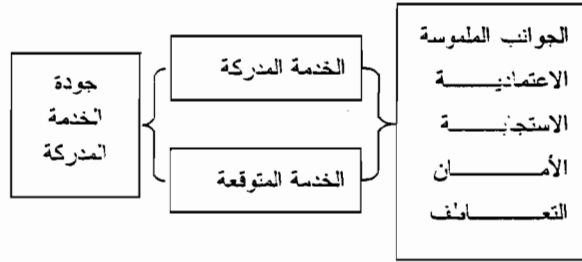
أولاً : مفاهيم الدراسة :

وتشمل : جودة الخدمة ، نماذج قياس جودة الخدمة ، محددات (أبعاد) جودة الخدمة . جودة الخدمة ورضا العملاء .

الانحرافات ، واتخاذ الإجراءات لتحسين الجودة (أحمد عبد الكريم، ٢٠٠٠ ، ص ٢١٦). وقد ظهرت نماذج عديدة لقياس جودة الخدمة . ويعرض أتباحث هنا لأهم نموذجين انتشاراً في قياس جودة الخدمة الصحية وهما : SERVQUAL , SERVPERF . ويوضح الشكل رقم (٣) هذين النموذجين :



(٢) النموذج الثاني
(Cronin and Taylor , 1992)



(١) النموذج الأول
(Parasuraman , Zeithaml , and Berry .1988)

شكل رقم (٣) نموذجين لقياس جودة الخدمة

في جودة الخدمة ، ولذلك سمي هذا النموذج بمقياس الفجوة .

النموذج الثاني The SERVPERF :

يعتبر هذا النموذج معدلاً من النموذج الأول ، حيث يعتمد على نفس المحددات الرئيسية والفرعية ، ويتكون من ٢٢ بعداً فرعياً ، تقيس الجودة من خلال الأداء فقط ، مع استبعاد جانب التوقعات نظراً لعدم وضوحها وصعوبة قياسها ، كما أن هذا النموذج يفسر التباين في جودة الخدمة أكثر من النموذج الأول (Cronin & Taylor , 1992 ، وكذلك فإن البلب Baggs , 1996 ؛ 1994 ،

النموذج الأول The SERVQUAL :

في هذا النموذج يتم قياس جودة الخدمة من خلال الفجوة بين إدراك العميل لمتوى الأداء الفعلي للخدمة ، وتوقعاته بشأن جودة هذه الخدمة . ويضم هذا النموذج خمسة أبعاد (محددات) لجودة الخدمة وهي : الجوانب الملموسة ، الاعتمادية ، الاستجابة للعملاء ، الأمان ، التعاطف مع العملاء . وتشمل هذه المحددات ٢٢ بعداً فرعياً لقياس أداء الجودة ، ومثلها لقياس توقعات العملاء ، ثم يتم مقارنة الأداء بالتوقعات ، وأية فروق في المقارنة معناها وجود فجوة إيجابية أو سلبية

وقد حدد (Rust & Oliver , 1994) ثلاثة أبعاد لجودة الخدمة وهي : أداء الخدمة، تسليم الخدمة ، وبيئة الخدمة . كذلك فإن (Brady & Cronin , 2001) حددوا ثلاثة أبعاد أيضاً وهي: جودة التفاعل ، جودة البيئة المادية ، وجودة المخرجات النهائية . كما أشار بعض الباحثين (Zeithaml & Bitner , 1996 , p.104) إلى العوامل المؤثرة على إدراك العميل لجودة الخدمة وهي : انجذاب الملموسة للخدمة ، لحظة اللقاء بين العميل وموظفي الخدمة . سعر الخدمة ، واتسورة الذهنية لمنظمة الخدمة .

ومن يتتبع أبعاد جودة الخدمة في الدراسات السابقة يجد أنها تختلف باختلاف مجال الخدمة والبيئة التي تتم فيها الدراسة مما يضيف مرونة عليها (Robinson , 1999) ، كما أن هذه الأبعاد قد تختلف لنفس الخدمة من دراسة لأخرى مما يؤكد عدم الاتفاق على أبعاد محددة للجودة حتى الآن .

فمثلاً توجد العديد من الدراسات التي قامت بقياس جودة الخدمة في ميادين مختلفة بالاعتماد على أبعاد نموذج الفجوة استخدمت أبعاداً مختلفة ، مثل : قياس جودة الخدمة التدريبية (رضا ، جمال ، ٢٠٠٠) ، وجودة خدمة المعلومات (ثابت ، جمال ، ١٩٩٥ Van Dyke, et al. 1997) وجودة الخدمة في متاجر التجزئة (Zhao, et al., 2002 ;

مازال مفتوحاً أمام اختيار أفضل نموذج لقياس جودة الخدمة (Teas , 1994) .

وسيتم في هذه الدراسة اختبار كفاءة النموذجين في تفسير التباين في جودة الخدمة ، والاعتماد على النموذج الأفضل منهما لقياس جودة الخدمة الصحية في هذا البحث .

ج - محددات (أبعاد) جودة الخدمة :

يتم قياس جودة الخدمة من خلال أبعاد محددة . والعديد من الدراسات تعرضت لأبعاد جودة الخدمة . ولكن لا يوجد اتفاق نهائي على هذه الأبعاد . فمثلاً يرى (Gronroos , 1984) أن هناك ثلاثة أبعاد لجودة الخدمة وهي : الجودة الفنية ، والجودة الوظيفية ، والانطباع الذهني عن المنظمة. كما أن (Lehtinen & Lehtinen , 1991) أشار إلى أن الجودة في مجال الخدمات هي نتاج تفاعل ثلاثة أبعاد رئيسية وهي : الجودة المادية التي تتعلق بالبيئة المحيطة بتقديم الخدمة . وجودة المنظمة وهي الانطباع الذهني عن المنظمة ، وجودة تفاعل العاملين مع العملاء .

وتعد مجيودات (Parasuraman, et

al., 1985 , 1988) من أهم الإسهامات في كتابات تسويق الخدمات حول تحديد أبعاد جودة الخدمة ، فقد حددوا عشرة أبعاد لجودة الخدمة ، ثم في دراسة لاحقة عام ١٩٨٨ قاموا بدمج تلك الأبعاد في خمسة فقط وهي المبنية في النموذج الأول (شكل رقم ٣) .

- اعتماد هذا النموذج في جانب منه على توقعات العملاء لمستوى جودة الخدمة يشير الشك في دقة النتائج ، ولا سيما أن العميل بطبيعته يميل غالباً إلى بناء توقعاته في صورة مثالية (ثابت ، ١٩٩٦) ، كما أنه قد لا يكون لديه صورة مكتملة عما يتوقعه من الخدمة (مثل الشخص الذى يسافر على الطائرة لأول مرة) .

- العديد من الباحثين الذين استخدموا نموذج الفجوة أشاروا إلى عدم ثبات الأبعاد التى تشكل جودة الخدمة ، فهى تختلف فيما بين القطاعات ، وحتى داخل القطاع الواحد ، ولم تضع أبعاداً حاكمة ودقيقة لإدراك جودة الخدمة (انظر مثلاً : Carman , 1991 ; Cronin & Taylor , 1992 ; Zhao, et al., 2002 ; Dabholkar, et al ., 2000 ; Cunningham & Young , 2002 ; Robinson, 1999) ، كما يرى (Babakus & Boller , 1992) أن مجال جودة الخدمة قد يكون ذو عوامل معقدة في بعض المجالات ، وبسيط جداً ، ربما ذو بعد واحد فى مجالات أخرى .

(Cheung , 2001) ، وفى الفنادق (عصمت ، ٢٠٠٠) ، وفى النقل الجوى (Cunningham & Young , 2002) عبد المنعم ، ٢٠٠١) ، وفى الخدمات المبنية (Keng & Liu , 1999) ، محمد بكرى ، ٢٠٠٠) ، وفى النقل البرى (فوزى ، ٢٠٠٣) ، وفى مجال الخدمة المصرفية (محمد حمد ، ٢٠٠٢ ، رمضان ، ١٩٩٨ ، محمد ، طارق ، Sureschandar, et al., 2001, ، ٢٠٠٣ Angur, et al .1999 Lassar Manolis and Winsor . 2000;) ، وفى جودة الخدمة الصحية (ثابت ، ١٩٩٦ ، عبد الله ، ١٩٩٨ ، أحمد عبد الكريم . ٢٠٠٠ ، Mangold & Babakus , 1990 , 1991) .
وبمراجعة النتائج التى توصلت إليها تلك الدراسات يتبين وجود اختلافات جوهرية فى عدد وطبيعة أبعاد جودة الخدمة المستخدمة فى التقييم حتى داخل نطاق الخدمة الواحد مما يضع علامة استفهام حول الاعتماد الكمل على قياس جودة الخدمة باستخدام نموذج الفجوة ، بالإضافة إلى الملاحظات التالية :

- توجد أبحاث عديدة توصلت إلى نتائج قيمة لقياس جودة الخدمة فى مجالات مختلفة بالاعتماد على طبيعة الخدمة فى كل مجال ، ولم تستخدم نموذج الفجوة .

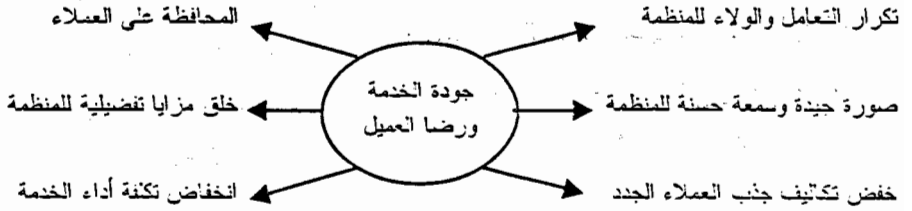
د- جودة الخدمة ورضا العملاء :

يشير رضا العميل إلى درجة مطابقة أداء الخدمة مع توقعات العميل . وينتج عن ذلك درجات مختلفة من الرضا ، فإذا كان أداء الخدمة ضعيفاً أو أقل من التوقعات فإن العميل يشعر بعدم الرضا، وإذا كان الأداء منسجماً مع التوقعات فإن العميل يكون راض، وإذا كان الأداء يفوق التوقعات فإن العميل يصبح عالي الرضا أو مسروراً جداً (Kotler & Armstrong , 1996 , p. 572) . وتتحدد هذه التوقعات من خلال : الخبرة السابقة ، الأصدقاء والمعارف ، ومن خلال المعلومات عن منظمة الخدمة والمنافسين لها.

وتوصلت معظم الدراسات ذات الصلة بالجودة والرضا إلى وجود علاقة سببية بين جودة الخدمة ورضا العملاء ، بمعنى أن توافر معييير الجودة في الخدمة يؤدي بالتبعية إلى رضا العملاء (Hallowell, 1996; Dean , 2000 ; Sivadas & Baker , 2000 ; Brown , 1999 ; Lassar, et al., 2000; Cronin , Brady , and Hult , 2000 محمد ، طارق ، ٢٠٠٣) . ويحقق رضا العميل عن جودة الخدمة العديد من الفوائد وانما نفع للمنظمة (Lovelock & Wright , 1999 , p.100) ، ويوضح ذلك الشكل رقم (٤) .

ولذلك تقترح هذه الدراسات وضع محددات لقياس جودة الخدمة لكل حالة على حدة في قطاعات الخدمة المختلفة بالاعتماد على الخصائص المطلوب توافرها في تلك الخدمة ، كما أن عدد وطبيعة أبعاد جودة الخدمة تعتمد بصفة خاصة على بيئة الخدمة ، وجوهر الخدمة المقدمة. (Smith & Reynolds , 2002 ; Suuroja , 2003) .
وخلاصة ما سبق عن أبعاد جودة الخدمة بثين ما يلي :

- عدم وجود تصنيف موحد للأبعاد يحظى بقبول الباحثين والمهتمين بقياس جودة الخدمة .
- رغم النقد الموجه لمقياس الفجوة فجور الأكثر استخداماً في بحوث قياس جودة الخدمة بصفة عامة .
- أن تحديد أبعاد جودة الخدمة يتوقف على طبيعة الخدمة نفسها سواء تم الاستعانة بمقياس الفجوة أو بتصميم مقياس لجودة الخدمة المعنية مستفيداً من الدراسات السابقة في هذا المجال .
- أن جهود الباحثين مازالت مستمرة في محاولة للتوصل لمقاييس لجودة الخدمة في القطاعات المختلفة ، تعكس الأبعاد الحقيقية للجودة في كل قطاع ، وتتسم بالدقة والموضوعية.



شكل رقم (٤) فوائد جودة الخدمة ورضا العميل

ثانياً: الدراسات السابقة عن جودة الخدمة الصحية :

ركزت الدراسات السابقة في مجال جودة الخدمة الصحية على عدة جوانب وهي : أثر جودة الخدمة الصحية على رضا العملاء ، وأثر إدارة توقعات العميل على جودة الخدمة الصحية ، وتقويم العملاء لجودة الخدمة الصحية ، وقياس جودة الخدمة الصحية ، وأبعاد جودة الخدمة الصحية . ويعرض الباحث لأهم نتائج هذه الدراسات فيما يلي : في دراسة عن أثر مستوى الخدمة الصحية على رضا المستفيدين في محافظات الشمال بالأردن تبين وجود رضا لدى المرضى عن تعامل الطبيب وهيئة التمريض ، في حين أن الرضا العام كان منخفضاً بسبب عدم توفر العلاج بدرجة مناسبة ، وعدم كفاية فترة الاتصال بين الطبيب والمريض ، وبُعد الوحدات الصحية عن أماكن تجمع العملاء . كما بينت الدراسة وجود فروق معنوية في مستوى الرضا لدى أفراد العينة تبعاً للعمر والتعليم وأنواع الوحدات الصحية التي شملتها الدراسة .

وتؤكد الفوائد الموضحة بالشكل حاجة المنظمات إلى الاهتمام بجودة خدماتها ، وحيث أن رضا العميل يعكس جودة الخدمة المقدمة له ، فإن المنظمات الناجحة هي التي تهتم بقياس رضا العملاء . فمثلاً أنفقت المنظمات في أمريكا وحدها ٢٥٣ مليون دولار في عام ١٩٩٧ على قياس رضا العملاء ، ويتوقع نمو هذا الانفاق بمعدل ٢٠% سنوياً (Sivadas & Baker , 2000) ، ومثل هذا الانفاق على قياس جودة الخدمة ورضا العملاء ، ثم الاستفادة من نتائجه في تطوير جودة الخدمة وتحسين الرضا يمكن أن يحقق منافع متنوعة ، تحقق عائدات يفوق تكاليف القياس (lovelock & Wright , 1999) . وتبعاً لمؤشر الأمريكي لرضا العميل فإن أحد المؤشرات الهامة للأداء الجيد للخدمة يتمثل في قياس رضا العميل على أساس ربع سنوي (Davidson , 2003) .

العوامل هي : سرعة تقديم الخدمة ، الحرص على حل مشكلات انعميل ، أداء الخدمة بدون أخطاء ، كفاءة وثهرة الأطباء بتلك المستشفيات . وفي قياس جودة الخدمة الصحية استخدم (ثابت ، ١٩٩٦) مقياس الفجوة بأبعاده الخمسة (الاحتمادية - الجرائب الملموسة - الاستجابة - الأمان - التعاطف) والتي تضم (٢٢) عنصراً فرعياً لقياس جودة الخدمة الصحية في الكويت ، وتوصل إلى (١٣) عنصراً فقط من بين (٢٢) تحدد الجودة الكلية للخدمة الصحية ، وهي على الترتيب : مهارة الأطباء ، الدقة وعند الأخطاء ، حادثة الأجيذة ، اهتمام الإدارة بالمريض ، الأمان فى التعامل ، سرعة الخدمة ، العناية بالمريض ، التعاطف مع المريض ، تخيم احتياجاته ، حل مشكلاته ، الاستجابة الفورية له ، المناجعة المستمرة ، وتوافر التخصصات الطبية بالمستشفى . كما أشار إلى أن هذه العناصر تفسر ٧٠% من التباين فى إدراك المرضى لجودة الخدمة الصحية المقدمة لهم . أما بالنسبة لأبعاد جودة الخدمة الصحية فقد حدد (Carman , 1990) تسعة أبعاد تفسر ٧١% من التباين فى جودة الخدمة وهي: الأداء الصحيح للخدمة ، التجهيزات انمادية ، جودة الطعام ، السرية والخصوصية، عناية هيئة التمريض ، شرح وتفسير المرض وانهلاج ، حسن معاملة الزائرين ، إجراءات التعامل بالمستشفى ، ثم التكاليف وكيفية حسابها .

كما وجد (ياسر ، أحمد ، ١٩٩٧) أن جودة الخدمة الصحية دالة لعدة عوامل وهي : نظافة المستشفى ، ونوعها (عام - خاص) ، ووجود تأمين صحى ، واهتمام الطبيب أثناء العلاج ، ووقت الانتظار ، ومعاملة موظفى المستشفى ، وأن هذه العوامل ترتبط إيجابياً بمستوى الرضا عن الخدمة الصحية المقدمة . وعن أثر إدارة توقعات العميل على جودة الخدمة الصحية توصلت دراسة (أحمد على ، ١٩٩٩) إلى وجود علاقة معنوية بين فعالية المنظمة الصحية ونة أبعاد شملتها الدراسة وهي : تقديم وعود واقعية للعملاء ، تقديم الخدمة الصحية فى الوقت المناسب ، الاتصالات الفعالة مع العملاء ، التفوق على توقعات العملاء ، التميز فى تقديم الخدمة ، والتحسين المستمر من خلال توقعات العملاء . وبالنسبة لتقييم العملاء لجودة الخدمة الصحية ، توصلت دراسة (ناهد ، ١٩٩٩) باستخدام مقياس الفجوة SERVQUAL إلى أن الفجوات الموجودة فى أبعاد الخدمة الصحية كمتغير مستقل تؤثر على تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية المقدمة لهم . كما أشارت إلى تأثير العمر والمؤهل الدراسى والنوع على إدراك الفجوة . كما أشار (عبد الله ، ١٩٩٨) إلى أربعة عوامل تحتل المرتبة الأولى فى تقييم العملاء لجودة الخدمة الصحية فى أكبر عشر مستشفيات خاصة بمدينة القاهرة ، وهذه

- عدم الاتفاق سواء على الأبعاد التي تمثل جودة الخدمة الصحية ، أو محتويات هذه الأبعاد . مازالت هناك حاجة لمقياس لجودة الخدمة الصحية يناسب البيئة المصرية ، وكل ما أنجز في هذا المجال اعتمد على مقياس الفجوة SERVQUAL الذي يرى أن جودة الخدمة = الجودة التي يتوقعها الفرد - الجودة المتوفرة أو جودة الأداء الفعلي . وفي رأي بعض الباحثين (Lee , Lee , and Yoc , 2000) أن قياس جودة الأداء الفعلي للخدمة يفسر التباين في جودة الخدمة بدرجة أكبر في مجال الخدمة الصحية ، الذي يضم بعض الجوانب الفنية في الجودة والذي يصعب على معظم العملاء أن يكون لهم توقعات صحيحة بأنفسهم . لم تتعرض الدراسات السابقة في جودة الخدمة الصحية إلى طبيعة العلاقة بين جودة الخدمة الصحية وأثرها على رضا العملاء ، إلا دراسة واحدة (ياسر ، ١٩٩٨) ، واستخدمت النسب المئوية في التعبير عن رضا المستفيدين تجاه بعض جوانب الخدمة الصحية في الأردن . ولذلك تسعى الدراسة الحالية إلى معالجة هذه النقاط .

ووضع (Stiles and Mick , 1994) ثلاثة أبعاد لجودة الخدمة الصحية وهي البعد اتفني ، ويشمل : توافر المعدات - العاملين - دقة التشخيص والعلاج . والبعد الوظيفي ، ويشمل : الاتصالات - الأمانة - جودة التعامل . وتوفر سبل الراحة ، وتشمل : تعقيم المعدات - مظهر العاملين - فترات الانتظار - سهولة وصول المريض لحاجته . كما حدد (Kurtz & Clow , 1998 , p. 109) ثلاثة أبعاد لجودة الخدمة الصحية وهي : حداثه الأجهزة التنبئية ، وجود وإتاحة الخدمة ، جودة الغرف ، الصداقة والود ، سيارات الإسعاف ، مظهر العاملين ، جو المستشفى ، التيكوير الداخلي ، النظافة ، ثم كفاية وكفاءة البيئة الطبية . كما أشار كل من (Kleinsorge & Greening , 1994) إلى أهم بعاد جودة الخدمة الصحية وهي : كفاءة الأطباء وهيئة التمريض ، حسن المعاملة ، الاتصالات الذاتية ، التغذية والنظافة ، وجوانب أخرى مثل (الراحة - السمعة - الأمان - توافر المعدات الطبية الحديثة) . وبعد عرض الدراسات السابقة عن جودة الخدمة الصحية يـسـن استخلاص النقاط التالية :

ثالثا : أهمية البحث :

من خلال التطبيق فى مجال الخدمة الصحية ، بما يساعد على التحقق من فعالية المقاييس المتاحة والتدليل على قيمتها فى الواقع العملي .

٤- إن فهم كيف يشعر العملاء بجودة الخدمة الصحية وعلاقتها بالرضا ، سوف يزود إدارة المستشفيات بمعلومات تساعد فى تحسين جهودها لمقابلة حاجات ورغبات العملاء بصورة أفضل بما يدعم مركز المستشفى ، ويحسن صورتها اذهنية عند العملاء .

رابعا : مشكلة البحث :

لاشك فى أن تحسين جودة الخدمة الصحية يودى إلى الارتقاء بمستوى معيشة الأفراد ، وهذا يساعد فى تحقيق خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية داخل المجتمع المصرى ، وأصبح الشعار السائد فى المنظمات اليوم " إما أن تحسن جودة منتجاتك أو تخرج من السوق" (Longenecker & Scazzero , 2000) .

وأساس المشكلة يرجع إلى عدم رضا الأفراد عن مستوى جودة الخدمة الصحية سواء التى تقدمها المستشفيات الجامعية أو المستشفيات الخاصة بمحافظة الدقهلية بسبب العديد من أوجه القصور سواء فى الجوانب الفنية أو الجوانب الوظيفية للخدمة .

تمثل الجودة جواز المرور لمنظمات الخدمة فى عالم اليوم ، فى أحد الأولويات الهامة لدعم ونمو المنظمة ، وتحقيق الرضا للعملاء ، كما أن إدارة الجودة هى الأساس فى تعزيز الأداء . وأكدت البحوث السابقة على النتائج الهامة لتحسين الجودة فى القدرة على جذب العملاء والاحتفاظ بهم وتحقيق المزايا التنافسية (Longenecker & Scazzero , 2000) ، كما أصبح تبنى مفهوم ثقافة الجودة مؤشرا أساسيا فى الحكم على فعالية الأداء فى منظمات الخدمة (Suuroja , 2003) .

ولعل ما يبنى أهمية على هذه الدراسة ما يلى :

- ١- أنها تتعلق بخدمة حيوية - وهى الخدمة الصحية - التى تمس حياة جميع الأفراد ، وأى انخفاض فى جودتها يترتب عليه آثار نفسية وبدنية سلبية ، ومضاعفات أخرى عديدة فى كافة جوانب حياة الأفراد فى العمل والدراسة والاندماج داخل المجتمع .
- ٢- برغم وجود أبحاث عديدة فى جودة الخدمة إلا أنها لم تتفق على محددات جودة الخدمة الصحية وكيفية قياسها (Brady , et al., 2002; Sureshchandar , et al., 2002) ، وهذا يبرر الحاجة إلى القيام بتراسات إضافية فى هذا المجال .
- ٣- محاولة إثراء نتائج الجهود البحثية الحالية حول قياس جودة الخدمة ورضا العملاء

٣- توجد جوانب سلبية عديدة فى الخدمة الصحية التى تقدمها تلك المستشفيات وأهمها : الحول فترة الانتظار للحصول على الخدمة ، سوء معاملة مقدمى الخدمة للمرضى ، حدوث أخطاء عديدة فى تقديم الخدمة ، عدم دقة التشخيص مما يترتب عليه ارتفاع معدل تكرار الأشعة والتحليل وزيادة عدد مسرات زيارة المريض لنفس المرض ، ارتفاع معدل شكاوى المرضى من نقص الأطباء ومن عدم جدوى العلاج (مجدى ، ٢٠٠١ ، ص ١١ ، ١٠٤ ، والدراسة الاستطلاعية) وعلى ذلك تمت صياغة مشكلة البحث على النحو التالى :

" أن الخدمة الصحية بالمستشفيات الخاصة والجامعية لا تفى بمستوى الجودة المطلوب منها ، بالإضافة إلى عدم وضوح محددات مستقرة لتلك الجودة تحقق رضا العملاء مع غياب مقياس يتمتع بدرجة مقبولة من الصدق والثبات لقياس جودة الخدمة الصحية "

وقد تبين للباحث من واقع الدراسة الاستطلاعية* ، ومن نتائج دراسات سابقة وجود جوانب قصور متعددة فى جودة الخدمة الصحية على المستوى النظرى ، وفى التطبيق الفعلى . وأهم هذه الجوانب ما يلى :

١- عدم وجود اتفاق حتى الآن سواء على الأبعاد التى تعكس جودة الخدمة ، أو على محتويات كل بعد ، أو الأدوات المستخدمة فى القياس (Zhao ; Suroja , 2003 ; et al., 2002 ، علاء ، ٢٠٠٣ ، ص ٧١) ، كما أن النقاش حول أفضل طريقة لقياس جودة الخدمة مازال مستمرا (Behara , et al., 2002 ; Li , et al., 2003) .

٢- رغم إدراك إدارة المستشفيات الخاصة والجامعية لأهمية جودة الخدمة الصحية فإنها لا تبذل الجهد الكافى للتعرف على جوانب القصور فى جودة الخدمة المقدمة ، ولا تسعى للتعرف على العوامل ذات التأثير على رضا / عدم رضا العملاء ، ففى معتقد بأنها تقدم خدمة جيدة ، ولذا نرى العملاء ليس لديهم نفس الشعور .

(*) شملت الدراسة الاستطلاعية إجراء مقابلات شخصية مع (١٠) مفردات من مديري المستشفيات الخاصة، (١٢) مدير فني واداري بمستشفيات جامعة المنصورة ، ودارت حول جودة الخدمة الصحية ، ومحدداتها . ونرى حى القصور فى أدائها ، وعوامل تحسين الجودة ، وأجريت تلك المقابلات فى الأسبوع الأول من يونيو ٢٠٠٣ .

خامساً : أهداف البحث :

يهدف هذا البحث إلى ما يلي :

- ١- قياس جودة الخدمة الصحية فى المستشفيات الجامعية والخاصة باستخدام أشهر مقياسين لجودة الخدمة وهما : مقياس مقارنة التوقعات بالأداء (SERVQUAL) ومقياس الأداء فقط (SERVPERF) لتحديد أيهما أكفأ فى تفسير التباين فى جودة الخدمة الصحية.
- ٢- التعرف على إدراك العوامل المحددة لجودة الخدمة الصحية لدى عملاء المستشفيات الجامعية والخاصة ، وإدراكهم لتجودة الكلية للخدمة الصحية.
- ٣- بيان الأهمية النسبية لمحددات (أبعاد) جودة الخدمة الصحية لدى العملاء .
- ٤- التعرف على درجة تأثير كل من أبعاد جودة الخدمة الصحية ، والجودة الكلية على الرضا العام لعملاء المستشفيات الجامعية والخاصة .
- ٥- تقديم بعض المقترحات لتحسين جودة الخدمة الصحية فى المستشفيات .

سادساً : فروض البحث :

يختبر هذا البحث الفروض التالية :

- ١- أن قياس جودة الخدمة على أساس الأداء (SERVPERF) يفسر التباين فى جودة الخدمة بدرجة أكبر من القياس على أساس المقارنة بين التوقعات والأداء
- ١-مكانية : محافظة انقيلية ، المراكز الطبية والمستشفيات التابعة لجامعة المنصورة ، والمستشفيات الخاصة بالمحافظة (بعضها متخصص ، وبعضها الآخر ذات أقسام مختلفة ، ولها إدارة مستقلة ، ويعمل بها العديد من الأطباء) ، وبالتالي لا تدخل عيادات الطبيب الواحد ضمن هذا التصنيف ولا تشمله الدراسة .

مستشفى المنصورة الجامعي ، مستشفى الباطنة ، مستشفى الطوارئ ، مركز طب وجراحة العيون ، مركز الجينز الينضمي ، مركز الكلي) وتقع كليا في مدينة المنصورة بجوار الجامعة .

كما يشمل مجتمع الدراسة عملاء المستشفيات الخاصة بمحافظة الدقهلية وتبلغ (١٢١) مستشفى ، وتم اختيار (٩) مستشفيات فقط منها تمثل ٧٧% من حجم المترددين على تلك المستشفيات (سجلات مديرية الشؤون الصحية بمحافظة الدقهلية ، ٢٠٠٢) .

أما مجتمع الدراسة الاستنتاجية فهو عبارة عن المرضى الذين تم حصولهم على الخدمة بالفعل ، وتم جمع اتبيانات منهم لخطة خروجهم من المستشفى حتى تكون صورة الخدمة مكتملة لديهم ، وعلى ذلك تم استبعاد المرضى المقيمين أثناء فترة جمع البيانات .

وتم سحب عينة البحث من العملاء الذين حصلوا على الخدمة في نفس اليوم ومن العملاء المقيمين الذين كتب لهم الخروج ، وتشير سجلات المستشفيات محل الدراسة إلى أن المتوسط الشهري لهؤلاء العملاء بلغ أكثر من (١٢٠ ألف مفردة) في الفترة من ٢٠٠٢/٨/١ إلى ٢٠٠٣/٧/٣١ (أي في السنة السابقة للشهر الذي تم جمع البيانات فيه).

٢- زمنية : تم جمع بيانات هذه الدراسة في شهر أغسطس (٢٠٠٣) .

٣- بشرية : المرضى الذين تلقوا الخدمة الصحية بالفعل خلال هذا الشهر . ثامنا : أسلوب الدراسة : يتضمن أسلوب دراسة : البيانات المطلوبة للدراسة ومصادرها ، مجتمع البحث والعينة ، أداة البحث وطريقة جمع البيانات ، قياس متغيرات البحث ، أدوات التحليل الإحصائي . ويوضح الباحث ذلك على النحو التالي :

أ- البيانات النظرية للدراسة ومصادرها :

تطلب إعداد هذا البحث البيانات التالية :

١- بيانات ثانوية عن أعداد المستشفيات الجامعية والخاصة ، وتم الحصول عليها من مديرية الشؤون الصحية بمحافظة الدقهلية ، وأعداد المرضى الذين تم علاجهم بتلك المستشفيات من واقع السجلات تمهيدا لاختيار عينة البحث .

٢- بيانات أولية من عملاء تلك المستشفيات عن محددات جودة الخدمة تصحبة الرئيسية والفرعية، ودرجة الأهمية التي يعطيها العملاء لتلك المحددات ، وتأثيرها على درجة رضاهم عن جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم .

ب- مجتمع البحث والعينة :

يتمش مجتمع هذا البحث في عملاء المستشفيات الجامعية من المرضى ودس

للمترددين التي تم حسابها عن فترة سابقة ، وكانت بنسبة ٣ : ٢ (الجامعية : الخاصة) .

وحيث أن العملاء متوقعين فلا يوجد لهم إطار ، ولذلك تم الاعتماد على العينة المنتظمة ، وهي الأكثر مناسبة في هذه الحالة . أما وحدة المعاينة فهي تـمريض الذي تلقى الخدمة بالفعل سواء من المترددين (الذين تلقوا الخدمة في نفس اليوم) أو من المقيمين الذين مكثوا في المستشفى بعض الوقت لحظة خروجهم . والجدول رقم (١) يوضح توزيع مفردات المجتمع والعينة .

وعند حجم مجتمع يزيد عن ١٠٠ ألف مفردة ، ومستوى معنوية ٠,٠٥ فإن حجم العينة يبلغ ٣٨٤ مفردة (بازرعة ، ١٩٩٦ ، ص ٩٨) ، وحيث أننا نتوزع على خمسة عشرة مستشفى وبطريقة طبقية ، فقد رأى الباحث زيادة حجم العينة بنسبة ٢٥% لتصل إلى ٤٨٠ مفردة لرفع درجة تمثيل العينة لمجتمع البحث ، وتم المحافظة على هذا الحجم بإحلال مفردات أخرى محل المفردات التي لم تستجب للدراسة . وقام الباحث بتوزيع حجم العينة على المستشفيات توزيعاً متناسباً على مدار الشهر في ضوء الأعداد المتوقعة

جدول رقم (١)

توزيع مفردات مجتمع وعينة البحث

نوع المستشفى	متوسط المترددين شهريا	النسبة %	حجم العينة
جامعي	٧٢٩٠٠	٦٠%	٢٨٨
خاص	٤٨٦٠٠	٤٠%	١٩٢
الاجمالي	١٢١٥٠٠	١٠٠%	٤٨٠

المصدر (مديرية الشؤون الصحية بالدقهلية ، إحصاءات المرضى ، أغسطس ٢٠٠٢).

جودة الخدمة وهي : الاعتمادية والأمان والتعاطف والاستجابة واجوانب الملموسة كما حددها (Parasuraman, et al., 1988) ، وتم تنمية المتغيرات الخاصة بكل بُعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية في ضوء اندراسات السابقة ذات الصلة ، بالإضافة إلى متغيرات أخرى تم تمييزها من خلال المقابلات الشخصية

جـ- أداة البحث وطريقة جمع البيانات :

أداة هذا البحث هي الاستقصاء ، وقد تم الاعتماد على استقصاء مقياس الفجوة سواء لقياس الادراكات / التوقعات (SERVQUAL) ، أو لقياس الأداء فقط (SERVPERF) وذلك لقياس جودة الخدمة الصحية في المستشفيات . وتعكس عبارات هذا المقياس الأبعاد الخمسة

٦٧٩) للتحقق من مصداقية المقياس . فمن الناحية المنطقية تم مناقشة أبعاد جودة الخدمة الرئيسية والعناصر الفرعية لها مع بعض المتخصصين في إدارة المستشفيات بجامعة المنصورة في العبارات التي يتكون منها المقياس . كما تم استخدام التحليل العاملي ، وأظهرت النتائج أن (١٨) متغيراً من متغيرات المقياس الأصلية أمكن تحديداً على خمسة عوامل تطابق الأبعاد الخمسة للمقياس وأن هذه المتغيرات الـ (١٨) هي نفسها التي كان لها معدلات ارتباط معنوية عند حساب معامل ألفا لدرجة الثبات ، كما أظهرت النتائج أن العوامل الخمسة المستخرجة تسهم معاً في تفسير ٠,٥٩ من التباين الكلي في محتويات مقياس SERVQUAL ، ٠,٧١ لمحتويات مقياس SERVPERF .

وكلا المقياسين بيذه الدرجات من الصدق والثبات يصلحان لقياس جودة الخدمة الصحية ، وفي تحليل نتائج الدراسة سيتم اختبار كفاءة كل منهما في تفسير التباين في جودة الخدمة الصحية .

وقد شملت قائمة الاستقصاء السؤال الخاص بقياس جودة الخدمة الصحية ، والذي يضم (١٨) بعداً فرعياً ، داخل الأبعاد الخمسة الرئيسية ، كما تم إضافة سؤال واحد إلى أداة البحث يتعلق بالجودة الكلية للخدمة الصحية ،

مع كل من مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها . ويتضمن المقياس الأصلي (٢٢) عبارة تغطي الأبعاد الفرعية للأبعاد الخمسة الأصلية. وقام الباحث بتقييم ثبات وصدق هذا المقياس على النحو التالي :

(١) ثبات المقياس : Reliability

تم فحص درجة الثبات التي يتمتع بها المقياس باستخدام معامل ألفا لكرونباخ لتركيزه على الاتساق الداخلي بين محتويات المقياس الخاضع للاختبار (وهي الأبعاد الخمسة لمقياس جودة الخدمة الصحية والتي تضم ٢٢ بعداً فرعياً). وباستخدام هذا المعامل تم حساب درجة الثبات لكل بعد من أبعاد مقياس الجودة SERVQUAL ، ERVPERF ، وتم استبعاد بعض الأبعاد الفرعية التي لم تحقق علاقة معنوية مع البعد الرئيسي (Churchill , 1995) ، حيث تم استبعاد بعد واحد من الجوانب العلمية ، وآخر من الاعتدالية . واثنين من التعاطف ليشمل المقياس المقترح : خمسة أبعاد رئيسية تضم ثمانية عشر بعداً فرعياً ، وتراوحت قيمة معامل ألفا للأبعاد الخمسة ما بين ٠,٦٥ إلى ٠,٧٧ لمقياس SERVQUAL ، ٠,٦٩ إلى ٠,٨٦ لمقياس SERVPERF . كما بلغت درجة الثبات الكلي للمقياس الأول ٠,٦٨ ولالثاني ٠,٨٤ .

(٢) مصداقية المقياس : Validity

اعتمد الباحث على الصدق المنطقي والصدق العاملي (رمزية ، ١٩٨١ ، ص

من خلال إجمالي الدرجات التي حصل عليها في كل عبارة من عبارات أبعاد جودة الخدمة الصحية (Cronin & Taylor, 1992).

كما تم قياس جودة الخدمة الصحية المتوقعة من خلال نفس العبارات مع اختلاف بسيط في الصياغة ، وتم حساب الدرجة الكلية لتوقع جودة الخدمة الصحية بنفس الطريقة السابقة . ثم تمت مقارنة الجودة المدركة بالجودة المتوقعة لحساب الدرجة الكلية لإدراك كل فرد لجودة الخدمة الصحية .

(٢) تم قياس المستوى العام لجودة الخدمة الصحية بسؤال المستبين عن انطباعه عن جودة الخدمة بصفة عامة على مقياس من خمس درجات وهي : ممتازة (٥) ، جيدة (٤) ، متوسطة (٣) ، ضعيفة (٢) ، سيئة (١) ، (Carman , 2001 ; Brady & Cronin , 2000).

(٣) تم حساب الأهمية النسبية للأبعاد الخمسة لجودة الخدمة بالطلب من المستبين أن يوزع (١٠٠) درجة على الأبعاد الخمسة ، بحيث تعبر الدرجة المعطاة لكل بعد عن أهميته للفرد (Liu, et al., 2000).

(٤) تم قياس رضا العملاء عن جودة الخدمة الصحية باستخدام المقياس الذي يوضح الرضا العام للعميل عن جودة الخدمة (Sivadas & Baker , 2000 ; Hallowell , 1996 ، شريف ،

وسوالين عن رضا العملاء عن جودة الخدمة الصحية .

وتم جمع ٩١% من قوائم الاستقصاء بالمقابلة الشخصية و ٩% منها عن طريق التليفون للمرضى الذين لم تسمح ظروفهم بالإجابة على الاستقصاء لحظة خروجهم من المستشفى بعد الحصول على أرقام هواتفهم وتحديد موعد للاتصال بهم .

د- قياس متغيرات البحث :

تضمنت أداة البحث عدة أسئلة يمكن من خلالها قياس المتغير المستقل (جودة الخدمة الصحية)، والمتغير التابع (رضا العملاء عن جودة الخدمة) ، وفيما يلي طريقة قياس كل متغير:

(١) تم قياس جودة الخدمة الصحية المدركة من خلال (١٨) عبارة تغطي الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة وهي : الجوانب الملموسة (٣ عبارات) ، الاعتمادية (٤ عبارات) ، الاستجابة (٤ عبارات) ، الأمان (٤ عبارات) ، التعاطف (٣ عبارات) . وطلب من كل مستبين أن يحدد التقدير المناسب لكل عبارة من بين خمسة تقديرات تراوحت ما بين الموافقة التامة ، والرفض التام . وأعطيت الأوزان : ٥ ، ٤ ، ٣ ، ٢ ، ١ للاستجابات الخمس بالترتيب على مقياس ليكرت ، وتم حساب الدرجة الكلية لإدراك كل فرد لجودة الخدمة الصحية

٣- التحليل العاملي للتحقق من درجة مصداقية مكونات مقياس جودة الخدمة الصحية .

٤- اختبار " ت " لدراسة معنوية الفروق فى المتوسطات بين عملاء المستشفيات الجامعية وعملاء المستشفيات الخاصة لدراسة :

- إدراك جودة الخدمة الصحية .

- الأهمية النسبية لمحددات جودة الخدمة الصحية .

٥- تحليل الارتباط والانحدار المتعدد
Multiple Regression and
Correlation لدراسة:

- تأثير محددات جودة الخدمة

كمتغيرات مستقلة ، وجودة الخدمة

كمتغير تابع ، مرة بالتطبيق على

مقياس SERVPERF ، وأخرى

على مقياس SERVQUAL ،

وذلك للكشف عن المقدار المفسر

من التباين فى جودة الخدمة فى

ضوء كل مقياس لاختيار أفضلهما

- تأثير محددات جودة الخدمة

الصحية كمغيرات مستقلة فى

رضا عملاء المستشفيات كمغير

تابع .

٦- معامل ارتباط بيرسون بين محددات

جودة الخدمة الصحية ، ورضا

العملاء .

(١٩٩٨) من خلال السؤالين التاليين ، ثم

تم حساب متوسط درجتى السؤالين

لتعكس الرضا العام لكل مفردة عن جودة

الخدمة الصحية .

الأول : ما مدى رضائك عن العلاج بتلك

المستشفى ؟

وأعطيت الأوزان : راض تماماً (٥)

إلى غير راض تماماً (١) على مقياس ليكرت.

الثانى : لو أن لك صديق مريض : هل

تصححه بالذهاب لنفس المستشفى ؟

وأعطيت الأوزان من (٥) إلى (١)

بالترتيب للإجابات التالية : أنصحه بشدة ،

احتمال أنصحه بذلك ، بين آه وبين لا ،

احتمال أنصحه بعدم الذهاب ، أصر على

نصيحته بعدم الذهاب والبحث عن مستشفى

آخر .

هـ : أدوات التحليل الإحصائي :

اعتمد الباحث فى تحليل بيانات هذه

الدراسة على عدد من الأساليب الإحصائية

حسب نوع البيانات ، وفروض البحث : وتم

حسابها باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS ،

وهذه الأساليب هى:

١- بعض أساليب التحليل الوصفى

كالموسطات والانحراف المعياري.

٢- معامل ارتباط ألفا لكرونباخ لاختبار

انثقة والاعتمادية لمحتويات مقياس

جودة الخدمة الصحية .

تاسعاً : تحليل ومناقشة نتائج البحث :

بعض الدراسات السابقة مؤيدة للمقياس الأول ،
بينما جاءت نتائج البعض الآخر مؤيدة للمقياس
الثاني (Lee , lee, and Yoo , 2000) .

واعتمدت الدراسات السابقة القليلة في
مجال قياس جودة الخدمة الصحية على مقياس
SEVQUAL ، إلا أن الباحث يتوقع في ضوء
طبيعة الخدمة الصحية - أن مقياس
SERVPERF ربما يعطي نتائج أفضل ، ولذلك
تم صياغة الفرض الأول من هذه الدراسة : "
أن قياس جودة الخدمة الصحية على أساس
الأداء SERVPERF يفسر التباين في جودة
الخدمة بدرجة أكبر من القياس على أساس
المقارنة بين التوقعات / الأداء SERVQUAL
في كل من المستشفيات الجامعية والخاصة " .

ولاختبار هذا الفرض تم استخدام أسلوب
الانحدار المتعدد لقياس جودة الخدمة الصحية
المقدمة للعملاء من خلال أبعادها الخمسة
الرئيسية (الجوانب الملموسة ، الاعتمادية ،
الاستجابة ، الأمن ، التعاطف) باستخدام
المقياسين السابقين في كل من المستشفيات
الجامعية والخاصة . والجدول رقم (٢) يوضح
نتائج تحليل الانحدار المتعدد .

فيما يلي تحليل لبيانات الدراسة ومناقشة
النتائج ، وتم تقسيمها حسب تسلسل أهداف
وفروض البحث كما يلي :

١. نتائج خاصة بقياس جودة الخدمة
الصحية على أساس الأداء
(SERVPERF) ، وعلى أساس المقارنة
بين التوقعات والأداء (SERVQUAL) .
٢. نتائج خاصة بإدراك العملاء للعوامل
المحددة لجودة الخدمة الصحية .
٣. نتائج خاصة بالأهمية النسبية لمحددات
جودة الخدمة الصحية .
٤. نتائج خاصة بتأثير جودة الخدمة
الصحية في رضا العملاء .

ويتم عرض ذلك على النحو التالي :

أ- قياس جودة الخدمة الصحية باستخدام مقياس
SERVQUAL ، SERVPERF :

يوجد اتفاق عام بين الباحثين والممارسين
على أن هذين المقياسين يتمتعان بقبول واسع
في مجال جودة الخدمة ، ولكن كل منهما
يعطي نتائج مختلفة عن الأخر في ضوء
طريقة القياس المستخدمة ، ومجال الخدمة
الذين يستخدمان فيه . ولذلك جاءت نتائج

جدول رقم (٢)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد لقياس جودة الخدمة من خلال أبعادها الرئيسية

SERVQUAL		SERVPERF		محددات (أبعاد) جودة الخدمة	المستشفيات
قيمة "ت"	معامل الانحدار (بيتا)	قيمة "ت"	معامل الانحدار (بيتا)		
١,٨٧	٠,١٢	٠,٥٣	٠,١٧	الجوانب الملموسة	الجامعية
٠,٣١٦	٠,٢٦	٠,٥٧٠	٠,٣٢	الاعتمادية	
٠,٢٥١	٠,١٩	١,٠٣	٠,٠٩	الاستجابة	
١,٢٧	٠,١٠	٠,٣١١	٠,٢١	الأمان	
٠,٧٧	٠,٠٥	٠,٢٤١	٠,١٦	التعاطف	
- المقدار الثابت (Constant) معامل التحديد R2		- المقدار الثابت (Constant) معامل التحديد R2			
	٠,٥٧		٠,٧٣		
١,٢٠	٠,١١	١,١١	٠,٠٧	الجوانب الملموسة	الخاصة
٠,٥١	٠,٠٢	٠,٢١٧	٠,٢١	الاعتمادية	
٠,٢٦٨	٠,٢٣	٠,٣٧٣	٠,٢٥	الاستجابة	
١,١٥	٠,١٣	٠,٣٠٧	٠,٢٣	الأمان	
٠,٢١٠	٠,٢٠	٠,٢١٧	٠,٢١	التعاطف	
- المقدار الثابت (Constant) معامل التحديد R2		- المقدار الثابت (Constant) معامل التحديد R2			
	٠,٦١		٠,٧٩		

** معنوية عند مستوى ٠,٠١

* معنوية عند مستوى ٠,٠٥

الأول (SERVPERF) الذى يقيس الجودة بالاعتماد على الأداء فقط يفسر قدرا أكبر من التباين فى جودة الخدمة من اتمقياس الثانى الذى يقيس الجودة بالاعتماد على مقارنة الأداء بالتوقعات سواء فى المستشفيات الجامعية أو الخاصة .

ويتضح من هذا الجدول ارتفاع قيمة معامل التحديد باستخدام مقياس SERVPERF، حيث بلغ ٠,٧٣ ، ٠,٧٩ فى المستشفيات الجامعية والخاصة على التولى ، وذلك فى مقابن ٠,٥٧ ، ٠,٦١ باستخدام مقياس SERVQUAL . ومعنى ذلك أن المقياس

الجامعية ، فى حين أن بعد الاستجابة الذى يضم (سرعة تقديم الخدمة ... إلخ) هو الأقوى فى المستشفيات الخاصة .

وتؤكد النتائج السابقة صحة الفرض الأول من الدراسة .

ب- إدراك العملاء لعوامل المحددة لجودة الخدمة الصحية :

بعد الاستقرار على الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية ، وبثمانية عشر بعداً فرعياً ، وعلى أساس مقياس SERVPERF الأكثر قدرة فى التنبؤ بجودة الخدمة الصحية فى ضوء ما تم التوصل إليه فى النتيجة السابقة يتم اختبار الفرض الثانى للدراسة : " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عملاء المستشفيات الجامعية والمستشفيات الخاصة فى إدراك كل منهما سواء للعوامل المحددة لجودة الخدمة الصحية أو فى إدراكهم للجودة الكلية " ، وتم استخدام اختبار " ت " للكشف عن معنوية الفروق فى إدراك العملاء للجودة الكلية للخدمة الصحية ، وأبعادها المختلفة . ويوضح الجدول رقم (٣) نتيجة الاختبار.

وتشير قيم " ت " فى مقياس SERVPERF إلى وجود علاقة معنوية بين جودة الخدمة وأربعة من الأبعاد المفسرة لها ، فى مقابل بعدين فقط فى مقياس SERVQUAL . كما أن قيمة المقدار الثابت فى معادلة الانحدار (Constant) فى المقياس الأول بلغت ٤,٥٦ ، ٣,١٢ فى المستشفيات الجامعية والخاصة تبعاً للمقياس الأول ، فى مقابل ٥٣,١٢ ، ٤٦,٠٧ تبعاً للمقياس الثانى ، وهذا تأكيداً آخر على أن المقياس الأول (SERVPERF) يفسر قدراً أكبر من التباين فى جودة الخدمة من المقياس الثانى . فالمقياس الأول تبعاً لنتائج تحليل الانحدار المتعدد يعتمد على وجود مقدار ثابت منخفض من جودة الخدمة خارج أبعاد المقياس ، فى حين أن المقدار الثابت مرتفع فى المقياس الثانى .

وتكشف معاملات الانحدار "بيتا" عن الأهمية النسبية للمتغيرات المفسرة (أبعاد جودة الخدمة) داخل معادلة الانحدار المتعدد فى التنبؤ بالمتغير التابع (جودة الخدمة) ، ويتبين منيا أن بعد الاعتمادية الذى يضم (الأداء الصحيح للخدمة الصحية ... إلخ) له قدر أكبر فى التنبؤ بجودة الخدمة فى المستشفيات

جدول رقم (٣)

متوسط إدراك جودة الخدمة الصحية لعملاء المستشفيات الجامعية والخاصة

قيمة (ت)	الاختلاف في المتوسط	متوسط لمجموعة عملاء مستشفيات		محددات (أبعاد) جودة الخدمة الصحية
		الخاصة (ن=١٩٢)	الجامعية (ن=٢٨٨)	
				(١) الجوانب الملموسة:
١,٩٠ -	٠,١٥ -	٤,٢٦	٤,٤١	١- حداثة المعدات والأجهزة الطبية .
٠,٥٨	٠,٠٦	٤,١٨	٤,١٢	٢- مظهر الأطباء والعاملين .
٠,٤٣ -	٠,٠٤ -	٤,٦٢	٤,٦٦	٣- مناسبة التجهيزات المادية .
				(٢) الاعتمادية:
**١١,٨٦	١,٤٢	٤,٧٨	٣,٣٦	١- الأداء الصحيح للخدمة .
* ٢,٤٢	٠,٢٥	٤,٧٦	٤,٥١	٢- توافر العدد الكافي لمقدمي الخدمة .
**٤,٩٥	٠,٥٣	٤,٦٥	٤,١٢	٣- إجراءات التعامل بالمستشفى .
**١٢,٧٨	١,٤٣	٤,٧٢	٣,٢٩	٤- احرص على حل مشكلات المريض .
				(٣) الاستجابة:
**١٥,١٦	١,٨٦	٤,٨٢	٢,٩٦	١- سرعة تقديم الخدمة .
**٧,٦٧	٠,٦٧	٤,٦٥	٣,٩٨	٢- عناية هيئة التمريض .
**٤,١٨	٠,٤٨	٤,٥٦	٤,٠٨	٣- اترد السريع على أسئلة المريض .
**٨,٨٣	٠,٧٩	٤,٦١	٣,٨٢	٤- احترام وقت المريض .
				(٤) الأمان:
١,٦٢	٠,١١	٤,٥٦	٤,٤٥	١- عبارة وشهرة الأطباء .
** ٦,٧٠	٠,٦٣	٤,٨٠	٤,١٧	٢- شعور المريض بالأمان في المستشفى .
** ٧,٥١	٠,٦٦	٤,٧٢	٤,٠٦	٣- متابعة حالة المريض .
٠,٤٦	٠,٠٣	٤,٦١	٤,٥٨	٤- خصوصية المعلومات الخاصة بالمريض .
				(٥) التعاضف:
**١٣,٢١	١,٥٩	٤,٩٠	٣,٣١	١- تقدير ظروف المريض .
**٦,١٤	٠,٥٩	٤,٣١	٣,٧٢	٢- دائما مصلحة المريض أولا .
**٦,٩٣	٠,٦٥	٤,٥٢	٣,٨٧	٣- صداقة والود في التعامل مع المريض .
**٨,١٢	٠,٧١	٤,٦٦	٣,٩٥	متوسط إدراك الجودة الكلية للخدمة الصحية

** معنوية عند ٠,٠١

* معنوية عند ٠,٠٥

- تم حساب المتوسطات على مقياس ليكرت من خمس نقاط إلى نقطة واحدة حسب توفر كل بعد (تتازليا) .

، ووضع مصطلحه أولاً فى المستشفيات ،
الخاصة عن اجمعية . وهذه الأبعاد لها
تأثير نفسى على المرضى ، وتيسم به
المستشفيات الخاصة لجذب العملاء .

- أن جودة الخدمة الصحية فى المستشفيات
الخاصة بالدقينية تعتبر متميزة بصفة عامة
تبعاً لإدراك عملاء هذه المستشفيات ، حيث
أن متوسطات أبعاد تجاوزت (٤) نقاط من (٥)
على مقياس ليكرت لكل أبعاد
جودة الخدمة . وفى المستشفيات الجامعية
فإن عشرة أبعاد فقط هي التي تجاوزت
(٤) نقاط .

- أخيراً فإن هناك اختلافاً معنوياً فى متوسط
إدراك الجودة الكلية للخدمة الصحية بين
عملاء المستشفيات الجامعية ،
والمستشفيات الخاصة ، وكانت قيمة " ت "
المحسوبة ٨,١٢ ، وهى معنوية عن مستوى
٠,٠١ . وتشير المتوسطات إلى ارتفاع
متوسط إدراك الجودة الكلية للخدمة
الصحية لدى عملاء المستشفيات الخاصة
عن الجامعية .

وبناء على هذه النتائج يتم رفض الفرض
الثاني الذى يقضي بعدم وجود فروق ذات دلالة
إحصائية بين نوعي العملاء فى إدراكهم
للعوامل المحددة لجودة الخدمة الصحية ، وفى
إدراكهم للجودة الكلية .

ويلاحظ من هذا الجدول ما يلى :

- أن إدراك جودة الخدمة الصحية يختلف
باختلاف عملاء المستشفيات (جامعية -
خاصة) ، فينتج اختلاف معنوى فى ١٣
بعد من ١٨ من أبعاد جودة الخدمة لصالح
عملاء المستشفيات الخاصة .
- أن الجوانب الملموسة هى البعد الوحيد
الذى لم يسجل فروقاً معنوية بين عملاء
المستشفيات الجامعية والخاصة مما يعنى
تقارب جودة الخدمة فى نوعي المستشفيات
فيما يتعلق بالأبعاد الفرعية الثلاثة للجوانب
الملموسة حسب إدراك العملاء .
- أن أعلى فروق معنوية فى إدراك جودة
الخدمة انصحية بين عملاء المستشفيات
الجامعية والخاصة كانت فى بُعد
الاستجابة، حيث بلغت قيمة " ت " ١٥,١٦
لبعد سرعة تقديم الخدمة ، ٨,٨٣ لبعد
احترام وقت المريض ، وهذا يعنى وجود
نقص واضح فى هذين البعدين بالنسبة
للمستشفيات اجمعية .

- أن التعاضف مع المريض بأبعاده الفرعية
الثلاثة قد سجل فروقاً معنوية مرتفعة فى
إدراك جودة الخدمة الصحية بين عملاء
المستشفيات الجامعية والخاصة ، حيث
يلاحظ وجود درجة أكبر فى تقدير ظروف
المريض ، والصدائة والود فى التعامل معه

الأبعاد لعملاء نوعى المستشفيات الجامعية والخاصة فيما يتعلق بالأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمة الصحية ، وذلك لاختبار الفرض الثالث للدراسة الذى ينص على أنه " لا توجد فروق معنوية بين عملاء المستشفيات الجامعية والخاصة فيما يتعلق بالأهمية النسبية لمحددات جودة الخدمة الصحية " . ويوضح الجدول رقم (٤) نتائج التحليل .

ج - الأهمية النسبية لمحددات جودة الخدمة الصحية :

لمعرفة الأهمية النسبية للأبعاد الرئيسية لجودة الخدمة الصحية لدى عملاء كل من المستشفيات الجامعية والخاصة طلب من كل مستيين توزيع ١٠٠ نقطة على الأبعاد الخمسة تبعاً لأهمية كل بعد من وجهة نظره ، وتم حساب متوسط كل بعد ، كما تم حساب قيمة " ت " لاختبار الفروق فى المتوسطات بين

جدول رقم (٤)

الأهمية النسبية لمحددات جودة الخدمة الصحية لعملاء المستشفيات الجامعية والخاصة

محددات (أبعاد) جودة الخدمة	عملاء المستشفيات الجامعية (ن= ٢٨٨)	عملاء المستشفيات الخاصة (ن=١٩٢)	الاختلاف فى المتوسطات	قيمة 'ت' *
الاعتمادية	٠,٣١٤	٠,٣٢٩	٠,٠١٥	٠,٠٥٦
الاستجابة	٠,٢٢٤	٠,٢١٩	٠,٠٠٥	٠,٠٨٤
الأمان	٠,١٦٤	٠,١٦٥	٠,٠٠١	٠,٠٠٢
التعاطف	٠,١٥١	٠,١٥٤	٠,٠٠٣	٠,٠٠٥
الجوانب الملموسة	٠,١٤٧	٠,١٣٣	٠,٠١٤	٠,٠٤١

* جميع قيم " ت " غير دالة إحصائياً .

الموضح بالجدول، وقد احتل بند الاعتمادية الذى يضم الأداء الصحيح للخدمة ... إلخ المركز الأول فى الأهمية ، بينما تعتبر الجوانب الملموسة أقل المحددات من حيث الأهمية .

وتؤكد هذه النتائج صحة الفرض الثالث للدراسة .

ويتبين من هذا الجدول نتيجتان هما :

١- أن قيم " ت " غير دالة إحصائياً ، وهذا يعنى أن الوزن النسبى المعطى لمحددات جودة الخدمة لا يختلف بين عملاء المستشفيات الجامعية وعملاء المستشفيات الخاصة .

٢- أن نوعى العملاء قد اتفقا على ترتيب محددات الجودة الخمسة بالترتيب

منها (Babakus & Mangold , 1992) ،
ياسر ، ١٩٩٨ ، ياسر وأحمد ، ١٩٩٧) .

ويتم هنا اختبار الفرض الرابع من
الدراسة والذي بنص على " وجود تأثير
معنوي لجودة الخدمة الصحية على رضا
العملاء مأخوذة بصورة إجمالية ، ونكل محدد
من محددات الجودة على حده " . وتم اختبار
هذا الفرض باستخدام أسلوب تحليل الانحدار
والارتباط المتعدد . والجدول رقم (٥) يوضح
نتائج التحليل لكل من عملاء المستشفيات
الجامعية والخاصة .

د- تأثير جودة الخدمة الصحية في رضا العملاء :
بعد حصول العميل على الخدمة يتولد
لديه شعور بالرضا أو عدم الرضا . ولأن
الرضا حالة عاطفية ، فإن للعميل ردود فعل
مختلفة تتراوح ما بين الرضا التام (الارتياح
الشديد) وعدم الرضا التام (الغضب) ، ولتحسين
رضا العملاء فإن منظمة يجب أن تترك العوامل
ذات التأثير في الرضا وعدم الرضا
(Lovelock & Wright , 1999 , p. 97) .
والدراسات التي تمت في هذا المجال
توصلت إلى أن توافر أبعاد جيدة لجودة الخدمة
الصحية ، يؤدي إلى زيادة رضا المستفيدين

جدول رقم (٥)

تحليل الانحدار والارتباط المتعدد لتأثير محددات جودة الخدمة الصحية على رضا العملاء

عملاء المستشفيات الخاصة		عملاء المستشفيات الجامعية		جودة الخدمة الصحية ومحدداتها الرئيسية
قيمة " ت "	معامل الانحدار (بيتا)	قيمة " ت "	معامل الانحدار (بيتا)	
٥,٧٦	٠,٣٧	٣,٧٣	٠,٤١	١- الجوانب المنوسة
١٢,٤٤	٠,٧١	١٥,٠٤	٠,٦٨	٢- الاعتمادية
١٠,٢٦	٠,٦٥	٧,٩١	٠,٥٥	٣- الاستجابة
٦,١٢	٠,٤٣	٤,٦٦	٠,٤٤	٤- الأمان
١١,٠٥	٠,٦٨	٩,٢٨	٠,٥٩	٥- التعاطف
٠,٩٤		٠,٨١		- معامل الارتباط متعدد لمعادلة الانحدار :
٠,٨٥		٠,٧٩		- معامل التحديد :
٣٤,٤١		١٩,٠٨		- قيمة " ف " معنوية نموذج الانحدار :

- جميع قيم " ت " ، " ف " بالجدول معنوية عند مستوي ٠,٠١ .

العملاء عن جودة الخدمة الصحية فى
المستشفيات الجامعية وانخاصة على
التوالى .

٤- أن جميع معاملات الانحدار "بيتا"
لمحددات جودة الخدمة الصحية معنوية
عند مستوى ٠,٠١ ، وهى تكشف عن
الأهمية النسبية لتلك المحددات فى التنبؤ
برضا العملاء ، ويتبين منبأ أن بعد
الاعتمادية هو الأكثر أهمية فى التنبؤ
برضا العملاء ، والجوانب الملموسة هى
البعد الأقل ، ولا يختلف ذلك فيما بين
عملاء المستشفيات الجامعية والخاصة .
ويمكن تأكيد قوة العلاقة بين جودة
الخدمة الصحية ورضا العملاء عن هذه الخدمة
من خلال مصفوفة الارتباط الموضحة بالجدول
رقم (٦) .

جدول رقم (٦)

علاقات الارتباط (بيرسون) البينية لجودة الخدمة الكلية ومحدداتها الرئيسية ، ورضا عملاء
المستشفيات الجامعية والخاصة

الجودة الكلية	التعاطف	الأمان	الاستجابة	الاعتمادية	الجوانب الملموسة	الرضا	تجودة الكلية ومحدداتها الرئيسية
					-	٠,٦١	الجوانب الملموسة
				-	٠,٣٣	٠,٩٣	الاعتمادية
			-	٠,٧١	٠,٣٧	٠,٧٢	الاستجابة
		-	٠,٥٥	٠,٦٦	٠,٤١	٠,٨٥	الأمان
	-	٠,٧٨	٠,٧٤	٠,٦٣	٠,٥٧	٠,٧٧	التعاطف
-	٠,٦٥	٠,٥٧	٠,٦٣	٠,٧٧	٠,٤٩	٠,٨٩	الجودة الكلية

جمع معاملات الارتباط بالجدول معنوية عن مستوى ٠,٠١ .

ويتبين من هذا الجدول ما يلى :

١- بلغت قيمة " ف " ١٩,٠٨ (لعملاء
المستشفيات الجامعية) ، ٤,٤١
(لعملاء المستشفيات الخاصة) وهى
قيم معنوية عند مستوى أقل من ٠,٠١
مما يعنى معنوية العلاقة لنموذج
الانحدار .

٢- أن معامل الارتباط المتعدد (٠,٨١) ،
(٠,٩٤) يشير إلى وجود علاقة موجبة
قوية ودالة إحصائياً بين محدثات جودة
الخدمة الصحية ورضا العملاء عن هذه
الخدمة فى المستشفيات الجامعية
والخاصة .

٣- أن محدثات جودة الخدمة مأخوذة
بصورة إجمالية تساهم فى تفسير (٠,٧٩) ،
(٠,٨٥) من التباين الإجمالى فى رضا

٠,٦١ ، فى المستشفيات الجامعية
والخاصة بالترتيب فى ضوء مقياس
SERVQUAL ، فى حين بلغ ٠,٧٣ ،
٠,٧٩ فى المستشفيات الجامعية والخاصة
فى ضوء مقياس SERVPERF ، مما
يعنى أفضلية هذا المقياس فى الحكم على
جودة الخدمة الصحية .

وتلك النتيجة تؤكد على صحة
الفرض الأول ، وقد تم اختباره من خلال
أسلوب تحليل الانحدار المتعدد .

(٢) توصلت الدراسة إلى محددات لقياس
جودة الخدمة الصحية فى المستشفيات
تتسم بالصنق والثبات وهى خمسة
محددات رئيسية تتكون من (١٨) بعداً
فرعياً قادرة على التنبؤ بجودة الخدمة
الصحية بعد حساب معامل ألفا لكرونباخ
لهذه المحددات (جدول رقم ٢) .

كما تم اختبار معنوية الفروق بين
عملاء المستشفيات الجامعية ، وعملاء
المستشفيات الخاصة فيما يتعلق بإدراك
كل منهما لمحددات جودة الخدمة الصحية
والجودة الكلية ، وتبين وجود اختلاف
معنوى بين عملاء المستشفيات الجامعية
والخاصة فى ١٣ بعداً من ١٨ من أبعاد
جودة الخدمة ، والجوانب الملموسة
بأبعادها الفرعية الثلاثة هى الوحيدة التى
لم تسجل فروقاً معنوية بين نوعى
العملاء ، كما تبين وجود فروق معنوية
فى إدراك الجودة الكلية للخدمة الصحية.

وتؤكد نتائج هذا الجدول قوة العلاقة بين
محددات جودة الخدمة والجودة الكلية للخدمة
الصحية وبين رضا العملاء ، حيث أن
معاملات الارتباط بالجدول معنوية عند مستوى
أقل من ٠,٠١ ، وهذا يعكس قوة تأثير هذه
المحددات على رضا العملاء المستفيدين من
الخدمة . كما يظهر من الجدول أن أقوى
العلاقات الارتباطية كانت بين الاعتمادية
والرضا (٠,٩٣) ثم بين الجودة الكلية والرضا
(٠,٨٩) .

وخلاصة ما سبق يوضح أن جودة
الخدمة الصحية ومحدداتها الرئيسية لهما تأثير
معنوي على رضا العملاء عن تلك الخدمة مما
يشير إلى صحة الفرض الرابع من الدراسة .

عاشراً : ملخص لأهم النتائج والتوصيات

توصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية :

(١) خلافاً لما أجرى من بحوث سابقة لقياس
جودة الخدمة الصحية باستخدام مقياس
SERVQUAL (الجودة = الأداء -
التوقعات) ، فقد تبين أن قياس جودة
الخدمة الصحية باستخدام مقياس
SERVPERF (الجودة = الأداء) يعطى
نتائج أفضل ، حيث أنه يفسر قدراً أكبر
من التباين فى جودة الخدمة الصحية
سواء فى المستشفيات الجامعية أو
الخاصة ، ويؤكد ذلك نتائج تحليل
الانحدار المتعدد ، فمعامل التحديد الذى
يفسر التباين فى جودة الخدمة بلغ ٠,٥٧

٠,٨٥ من التباين فى رضا عملاء المستشفيات الجامعية والخاصة على التوالى عن جودة الخدمة المقدمة لهم . كذلك تبين وجود علاقة ارتباط قوية (٠,٨٩) بين الجودة الكلية للخدمة الصحية ، ورضا العملاء . وهذه النتائج تؤكد صحة الفرض الرابع للدراسة الذى تم اختباره من خلال الارتباط والانحدار المتعدد ، ومعامل ارتباط بيرسون .

وبناء على النتائج السابقة يمكن تقديم أهم

التوصيات التالية :

١- تتمثل المساهمة الرئيسية لهذا البحث فى الاستقرار على مقياس ذى أبعاد محددة لجودة الخدمة الصحية فى المستشفيات ، وهذا يقم فائدة للمسئولين عن إدارة المستشفيات ، حيث يمكن اتقيام بقياس جودة الخدمة الصحية المقدمة للعملاء - باستخدام هذا المقياس - بصورة دورية للكشف عن أية جوانب ضعف فى الخدمة للعمل على تلافيها ، وهذا يساعد على جذب العملاء والاحتفاظ بهم وبالتالي تتحقق الوظيفة الرئيسية للمستشفى من خلال تقديم الخدمة الصحية الجيدة .

٢- حيث أن جودة الخدمة الصحية فى المستشفيات الخاصة تفوق مثيلاتها فى المستشفيات الجامعية رغم الامكانيات الكبيرة المتوفرة ليا ، فإن إدارة هذه المستشفيات الجامعية بحاجة لمعالجة

١- وبناء على هذه النتائج التى تم التوصل إليها باستخدام اختبار "ت" يتم رفض الفرض الثانى الذى يقضى بعدم وجود فروق معنوية بين نوعى العملاء فى إدراك محددات جودة الخدمة الصحية ، والجودة الكلية ، حيث تبين أن إدراك عملاء المستشفيات الخاصة للجودة الكلية للخدمة الصحية ومحدداتها أكبر من إدراك عملاء المستشفيات الجامعية . وبالتالي تتحقق الوظيفة الرئيسية للمستشفى من خلال تقديم الخدمة الصحية الجيدة .

(٣) أن محددات جودة الخدمة الصحية ليا نفس الترتيب من حيث الأهمية لدى نوعى العملاء ، فالاعتمادية تحتل المركز الأول من حيث الأهمية ويلبها الاستجابة ثم الأمان ، فالتعاطف ، وأقل المحددات أهمية هى الجوانب الملموسة ، وفى داخل هذا الترتيب لم تختلف الأهمية النسبية المعطاه للأبعاد الخمسة بين نوعى العملاء ، وهذا يؤكد صحة الفرض الثالث للدراسة بناء على نتائج اختبار " ت " .

(٤) تبين وجود علاقة موجبة ، وذالة إحصائياً بين محددات جودة الخدمة الصحية ورضا العملاء عن هذه الخدمة ، حيث تفسر هذه المحددات ٠,٧٩ و

اعتبار رضا العملاء دالة لجودة الخدمة ، وبناء على ذلك يمكن تحقيق رضا العملاء من خلال سؤالهم عن العوامل التي تحقق رضاهم ، وعن ترتيب هذه العوامل حسب أهميتها لهم ، ولذلك فهناك ضرورة هامة لقياس رضا العملاء باستمرار للمستشفيات التي تسعى لنجاح والتميز في تقديم الخدمة ، على أن يتم العمل بنتائج القياس في تطوير أساليب وإجراءات العمل بها .

٥- وبالإضافة لما سبق يقدم الباحث بعض التوصيات العامة التالية من خلال آراء ومقترحات منيرى المستشفيات محل الدراسة ، وهي مرتبطة بعوامل تحسين جودة الخدمة في المستشفيات :

- أن يكون تحسين الجودة من أولويات المستشفى .
- العمل بروح الفريق على مستوى الأطباء وهيئة التمريض والجهاز الإداري بالكامل .
- التدريب المستمر لهذه الفئات على النواحي الفنية والإدارية والعلاقات الإنسانية .
- وجود معايير واضحة لجودة الخدمة يتم الالتزام بها .
- أن تتابع المستشفى أية مشكلات تحدث في الجودة أو في رضا العملاء عن الخدمة .

القصور في أداء الخدمة ، وإن لم يكن الربح هدفاً أساسياً لها ، إلا أنه ينبغي التفكير في جعلها مستشفيات مربحة توفر عائداً يساعد على تطوير جودة الخدمة بها ، ويمكن أن يتم ذلك بتقديم نسبة من الخدمة بالمجان ، وثانية بأجور رمزية ، وثالثة بأجور كاملة . وقد اتجه مركز الكلى بالفعل (وهو أحد المراكز الطبية في مستشفيات جامعة المنصورة) إلى اتباع هذه التوصية ، ولم يخل ذلك بكونه مركزاً متميزاً في تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية .

٣- في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة من ترتيب لأهمية محددات الجودة لدى العملاء ، فإن إدارة المستشفيات بحاجة إلى تدعيم المحددات الأكثر أهمية للعميل ، ويمكن اعتبارها محددات حاكمة لمعظم جودة الخدمة ، وأهمها : الاعتمادية (وخاصة الأداء الصحيح للخدمة ، والحرص على حل مشكلات المريض) ، والاستجابة (وخاصة تقديم الخدمة ، وعناية هيئة التمريض) ، والأمان (وخاصة متابعة حالة المريض داخل المستشفى ، ومهارة وشهرة الأطباء المعالجين) ، وهذا لا يقلل من أهمية المحددات الأخرى في الارتقاء بجودة الخدمة الصحية .

٤- بناء على علاقة الارتباط القوية (٠,٨٩) بين جودة الخدمة ورضا العملاء فإنه يمكن

- ٣- دراسة العلاقة بين الاستثمار في جودة الخدمة والعائد على الجودة Return on Quality، وأثر ذلك على المركز التنافسي للمستشفيات .
- ٤- دراسة العلاقة بين جودة الخدمة ورضا العملاء في منظمات خدمية أخرى .
- ٥- دراسة العلاقة بين محددات جودة الخدمة الداخلية المتقدمة للعاملين ، وجودة الخدمة الخارجية المقدمة للعملاء ، وأثر ذلك على رضا العملاء ونوايا إعادة التعامل مع المستشفى.
- ٦- دراسة أثر انخفاض جودة الخدمة الصحية في أحد التخصصات بالمستشفى على اتجاهات العملاء نحو التعامل مع المستشفى في التخصصات الأخرى .
- ٧- قياس جودة الخدمة من منظور إدارة المستشفى ، ومقارنتها بتقييم المستفيدين منها .
- ٨- دراسة العلاقة بين اتجاهات المنظمة نحو تعظيم القيمة للعميل Customer Value وجودة الخدمة المقدمة له .
- اتخاذ اجراءات تصحيح فعالة للمشكلات فور حدوثها .
- إحاطة العاملين بالمستشفى بمستوى أدائهم ، وإثابة المجدين منهم .
- الاهتمام بجودة التعامل بين المستشفى والعملاء ، فيذا يزيد من إدراك العميل لجودة الخدمة وتحقيق الرضا عنيا .
- وضع نظام للاستماع المستمر لشكاوى وآراء ومقترحات العملاء مما يساعد على اتخاذ قرارات تحسين الجودة بصورة صحيحة .
- الاهتمام ببرامج التسويق الداخلي لارضاء العاملين لأنهم الأساس في تقديم خدمة متميزة تحقق رضا العميل الخارجي .
- حادي عشر : مقترحات لبحوث مستقبلية :
- ما زال موضوع جودة الخدمة بصلة عامة، و.بودة الخدمة الصحية بصفة خاصة في حاجة إلى إجراء المزيد من البحوث ، ويعتقد الباحث في أهمية إجراء دراسات تتناول الموضوعات التالية:
- ١- استخدام التحليل المقارن Benchmarking (Miciak & Desmarais, 2001) في العمل على تطوير جودة الخدمة بالمستشفيات .
- ٢- دراسة محددات رضا العملاء عن جودة الخدمة الصحية في مواقف مختلفة .

المراجع

أولاً : المراجع العربية :

- ١- د. أحمد عبد تكريم عبد الرحمن ، " قياس جودة الخدمة فى المنظمات الحكومية بالتطبيق على الخدمات الصحية بالمستشفيات الجامعية " ، مجلة البحوث التجارية المعاصرة ، المجلد (١٤) ، العدد الأول ، (جامعة جنوب الوادي : كلية التجارة بسوهاج ، ٢٠٠٠) ص ص ٢١٥ - ٢٥٩ .
- ٢- د. أحمد على أحمد حسين ، " العلاقة بين توقعات العملاء وبعض مؤشرات الأداء بمنظمات الخدمة : دراسة تطبيقية " ، مجلة البحوث التجارية المعاصرة ، المجلد (١٣) ، العدد الأول ، (جامعة جنوب الوادي : كلية التجارة بسوهاج ، ١٩٩٩) ص ص ١٥٣ - ٢٠٥ .
- ٣- د. ثابت عبد الرحمن إدريس ، " قياس جودة الخدمة باستخدام مقياس الفجوة بين الإدراكات والتوقعات : دراسة منهجية بالتطبيق على الخدمة الصحية بدولة الكويت " ، المجلة العربية للعلوم الإدارية ، المجلد (٤) ، العدد الأول ، (الكويت : ١٩٩٦) ص ص ٩ - ٤١ .
- ٤- د. ثابت عبد الرحمن إدريس ، د. جمال تدين محمد المرسي . " جودة خدمة المعلومات الفنية وأثرها على رضا مندوبي البيع والأداء تبعي : دراسة تطبيقية لمفاهيم ومقاييس جودة الخدمة والتسويق الداخلي " ، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة ، العدد الثاني ، (جامعة عين شمس : كلية التجارة . ١٩٩٥) ص ص ١ - ٥٥ .
- ٥- د. خضير كظم محمود ، إدارة الجودة وخدمة العملاء ، (الأردن ، عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع ، ٢٠٠٢) .
- ٦- د. رضا الخياط ، د. جمال الدين محمد المرسي ، " دراسة تحليلية لجودة الخدمة التدريبية وأثرها على مستويات الرضا والأداء الوظيفي " ، آفاق جديدة ، المجلد (١٢) ، العدد ١-٤ ، (جامعة المنوفية : كلية التجارة ، ٢٠٠٠) ص ص ٣١١ - ٣٤٧ .
- ٧- د. رمزية الغريب ، التقويم والقياس النفسى والتربوي ، (القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٨١) .
- ٨- د. رمضان عبد العظيم جاد ، " تأثير الفجوات الإدارية البينية على فجوة إدراكات / توقعات العملاء : دراسة اختبارية على جودة الخدمة بالبنوك التجارية بمحافظة تغريبية " ، مجلة التجارة والتمويل ، العدد الأول ، (جامعة طنطا : كلية التجارة ، ١٩٩٨) ص ص ١ - ٤٤ .
- ٩- رودرك ماكنتلي ، تحقيق الجودة : الدليل العملى لتطبيق الجودة ، (الرياض : آفاق الإبداع للنشر والإعلام ، ١٩٩٩) .

- ١٠- ريتشارد وليامز ، أساسيات إدارة الجودة الشاملة ، (الرياض : مكتبة جرير ، ١٩٩٩) .
- ١١- د. شريف أحمد شريف ، " محددات رضا العميل في مجال الخدمات الصناعية بالتطبيق على التدريب الإداري " ، مجلة البحوث التجارية المعاصرة ، المجلد (٢٠) ، العدد الثاني ، (جامعة الزقازيق : كلية التجارة ، ١٩٩٨) ص ص ١٧ - ٩٠ .
- ١٢- د. عبد الله أمين جماعة ، " المتغيرات المؤثرة على إدراك المستلكن لجودة الخدمات الصحية وأثارها التسويقية : دراسة ميدانية بتطبيق على المستشفيات الخاصة بمدينة القاهرة " ، مجلة الدراسات والبحوث التجارية ، المجلد (١٨) ، العدد الأول ، (جامعة الزقازيق : كلية التجارة ، ١٩٩٨) ص ص ٢٣٢ - ٢٧٢ .
- ١٣- د. عبد المنعم محمد رشاد ، " قياس جودة خدمة النقل الجوي باستخدام مقياس انفجوة بين الإدراكات والتوقعات SERVQUAL في شركات الطيران السعودية " ، المجلة المصرية للدراسات التجارية ، المجلد (٢٥) ، العدد الأول ، (جامعة المنصورة : كلية التجارة ، ٢٠٠٠) ص ص ٤٤٩ - ٥٠٧ .
- ١٤- د. عصمت سيد سلمان ، دور التسويق الداخلي في تدعيم المركز التنافسي للمنظمات الخدمية في جمهورية مصر العربية ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، (جامعة القاهرة : كلية التجارة ببنى سويف ، ٢٠٠٠) .
- ١٥- د. علاء الدين عبد الغني محمود ، " قياس الجودة في صناعة الخدمات بالمقارنة بالصناعات التحويلية " ، بحث مرجعي ، (القاهرة : اللجنة العلمية الدائمة لإدارة الأعمال ، ٢٠٠٣) .
- ١٦- د. فوزي شعبان مذكور ، " قياس جودة خدمات النقل المدركة من وجهة نظر المستخدمين تطبيقاً على مشروع مترو الانفاق بتقاهرة الكبرى " ، مجلة المحاسبة والإدارة والتأمين ، المجلد (٤٢) ، العدد الثالث ، (جامعة القاهرة : كلية التجارة ، ٢٠٠٣) ص ص ١٥٥ - ٢٢٧ .
- ١٧- مجدى عبد الفتاح عبد الرحمن ، دور إدارة الجودة الكلية في زيادة فعالية إدارة العمليات فى صناعة الخدمات بالتطبيق على إدارة المستشفيات ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، (جامعة القاهرة : كلية التجارة ، ٢٠٠١) .
- ١٨- محافظة الدقهلية ، مديرية الشؤون الصحية ، إحصاءات المرضى ، (أغسطس ، ٢٠٠٢) .
- ١٩- د. محمد بكرى عبد العليم ، " قياس جودة الخدمات الميمنية : دراسة تطبيقية لمفاهيم ومقاييس جودة خدمة مراجعة الحسابات وأثرها على رضا العملاء " ، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة ، العدد الثالث ، (جامعة عين شمس : كلية التجارة ، ٢٠٠٠) ص ص ٣٠١ - ٣٣٥ .

- ٢٠- د. محمد حمد عبد الهادي ، نموذج مقترح لقياس جودة الخدمات المصرفية ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، (جامعة عين شمس : كلية التجارة ، ٢٠٠٢) .
- ٢١- د. محمد صالح الحناوي ، د. اسماعيل السيد ، قضايا إدارية معاصرة ، (الإسكندرية : الدار الجامعية ، ١٩٩٩) .
- ٢٢- د. محمد فريد اصحن ، د. طارق طه أحمد ، " محددات الجودة النركة لخدمات المصرفية بالإنترنت في البنوك العاملة باستخدام أسلوب التقييم الحرج " ، مجلة كلية التجارة للبحوث العملية ، (٤٠) ، العدد الأول ، (جامعة الإسكندرية : كلية تجارة ، ٢٠٠٣) ص ص ١١٣ - ١٧٠ .
- ٢٣- د. محمود صادق بازراعة ، بحوث التسويق للتخطيط والرقابة واتخاذ القرارات التسويقية ، (الرياض : مكتبة العبيكان ، ١٩٩٦) .
- ٢٤- د. ناهد محمد مطايرد ، " تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفيات الاستثمارية بمنطقة المعادي " ، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة ، العدد الثالث ، (جامعة عين شمس : كلية التجارة ، ١٩٩٩) ص ص ١٢٧ - ١٨٩ .
- ٢٥- د. ياسر العنوان ، " أثر مستوى الخدمة على رضى المستفيدين من خدمات المراكز الصحية في محافظات شمال في الأردن " . المجلة العلمية لكلية الإدارة والاقتصاد ، العدد التاسع ، (جامعة قصر : كلية الإدارة والاقتصاد ، ١٩٩٨) ص ص ١٦٣ - ١٩٧ .
- ٢٦- د. ياسر العنوان ، د. أحمد عبد الحليم ، " عوامل المرتبطة بتحقيق الرضا عن الخدمات المقدمة للمريض في المستشفيات الأردنية " ، أبحاث اليرموك ، المجلد (١٣) ، العدد الأول (الأردن : جامعة اليرموك ، ١٩٩٧) ص ص ٣٠٣ - ٣١٩ .

ثانياً : المراجع الأجنبية :

- 1- Angur , Madhukar G., Rajan Nataraajan , and J. S. Jahera (1999) , “ Service Quality in the banking Industry : An Assessment in a Developing Economy” , International Journal of Bank Marketing, 17(3) , 116-123.
- 2- Babakus , Emin and Gregory W. Boller (1992) , “An Empirical Assessment of the SERVQUAL Scale ” , Journal of Business Research , 24 (3) , 253-268 .
- 3- _____ and W. G. Mangold (1992), “Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services : An Empirical Investigation ” , Health Service Research, 26 (6) , 767- 768 .
- 4- Baggs , Scott C. and Brian H. kleiner (1996) , “ How to Measure Customer Service Effectively ” , Managing Service Quality , 6 (1) , 36 – 39 .
- 5- Behara , Ravi S. , et al. (2002) , “ Modelling and Evaluating Service Quality Measurement Using Neural Networks ” , International Journal of Operations & Production Management ” 22 (10) , 1162 – 1185 .
- 6- Bitner , Mary Jo (1990) , “ Evaluating Service Encounters : The Effects of Physical Surrounding and Employee Responses ” , Journal of Marketing , 54 (2) , 69-81.
- 7- Brady , Michael K. and J. Joseph Cronin (2001), “ Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality : A Hierarchical Approach ” , Journal of Marketing , 65 (3) , 34-49.
- 8- _____ , _____, and R. R. Brand (2002), “Performance-only Measurement of service Quality : A Replication and Extension ” , Journal of Business Research , 55 (1) , 17 – 31 .
- 9- Brown , Joseph D. (1999) , “ Mediating Influence of Experience with Effects of Desires on Satisfaction ” , Journal of Customer Service in Marketing and Management , 5 (3) , 57 – 67 .
- 10- Carman , James M. (1990) , “ Consumer Perceptions of Service Quality : An Assessment of the SERVQUAL Dimension ” , Journal of Retailing , 66 (1) , 33 – 55 .
- 11- _____ , (2000), “ Patient Perceptions of Service Quality : Combining the Dimensions ” , Journal of Service Marketing, 14 (4), 337-352.
- 12- Churchill , Gilbert A. (1995) , Marketing Research : Methodological foundation , (New York : The Dryden Press) .
- 13- Croin, J. Joseph and Steven A. Taylor (1994) , SERVPERF versus “SERVQUAL : Reconciling Performance – Based and Perceptions Minus –

- Expectations Measurement of Service Quality ”, Journal of Marketing, 58 (1), 125 – 131 .
- 14- ——— and ——— (1992), “ Measuring Service Quality : A Reexamination and Extension ”, Journal of Marketing , 56 (3) , 55-68 .
 - 15- ——— , Michael K. Brady , and G.T. Hult (2000), “ Assessing the Effects of Quality, Value, and Customer Satisfaction on Consumer Behavioral Intentions in Service Environments ” , Journal of Retailing , 76 (2) , 193– 218 .
 - 16- Cunningham, L. F. and C. E. Young (2002) , “ Cross – Cultural Perspectives of Service Quality and Risk in Air Transportation ” , Journal of Transportation , 7 (1) , 3 – 26 .
 - 17- Dabholkar , Prathiba , C. David Shepherd , and Dayle I . Thorpe (2000) , “A comprehensive framework for Service Quality : An Investigation of Critical Conceptual and Measurement Issues Through a Longitudinal Study” , Journal of Retailing , 76 (2) , 139 – 173 .
 - 18- Davidson , Michael C . G . (2003) , “ Does Organizational Climate add to Service Quality in Hotels ? ” , International Journal of Contemporary Hospitality Management , 15 (4) , 206 – 213 .
 - 19- Dean , Alison M. (2002) , “ Service Quality in Call Centres : Implications for Customer Loyalty ” , Managing Service Quality , 12 (6) , 414 – 423 .
 - 20- Douglas, Lesley and Robert Connor (2003) , “ Attitudes to Service Quality – the Expectation Gap ” , Nutrition & Food Science , 33 (4) , 165 – 172 .
 - 21- Gronroos , christian (1984) , “ A service Quality Model and its Marketing Implications ” , European Journal of Marketing . 18 (4) , 36 – 44 .
 - 22- Hallowell , Roger (1996), “ The Relationships of Customer satisfaction , customer Loyalty , and Profitability : An Empirical Study ” , International Journal of Service Industry Management ” 7 (4) , 27 – 42 .
 - 23- Keng , Kau Ah and Pamela Liu (1999) , “Expectation of Service Quality in Professional Accounting Firms ”, Journal of Customer Service in Marketing and Management , 5 (2) , 39-54 .
 - 24- Koeing , Harold F . and Ilene K. Kleinsorge (1994), “ Perceptual Measures of Quality : A Tool to Improve Nursing Home Systems ” , Hospital & Health Services Administration , 39 (4) 487 – 503 .
 - 25- Kotler , Philip and Gary Armstrong (1996) , Principles of Marketing , 7 th ed. (London : Prentice-Hall, Inc ., International Ed.) .
 - 26- Kurtz , David L. and Kenneth E. Clow (1998) , Service Marketing (New York : John Wiley & Sons , Inc .) .

- 27- Lassar , Walfried M. , Chris Manolis , and Robert D. Winsor (2000) , “Service Quality Perspectives and Satisfaction in Private Banking ” , Journal of Services Marketing, 14 (3) , 244-271.
- 28- Lee , Haksik , Yongki Lee , and Dongkeun Yoo (2000) , “ The Determinants of Perceived Quality and its Relationship with Satisfaction” , Journal of Services Marketing, 14 (3), 217 – 231 .
- 29- Lehtinen , U. and J. R. Lehtinen (1991) , “ Tow Approaches to Service Quality Dimensions ” , Service Industries Journal, 11 (3) , 287-303.
- 30- Li , Y. N. , et al. , (2003) , “ Managing Service Quality : Applying Utility Theory in the Prioritization of Service Attributes ” , International Journal of Quality & Reliability Management , 20 (4) , 417 – 435 .
- 31- Liu , Ben Shaw – Ching , D. sudharshan , and Lawrence O. Hamer (2000) , “ After – Service Response in Service Quality Assessment : A Real-time Updating Model Approach ” , Journal of Services Marketing, 14 (2) , 160 – 177 .
- 32- Longenecker , Clinton O. and Joseph A. Scazzero (2000) . “ Improving Service Quality : A Tale of tow Operations ” , Managing Service Quality, 10 (4) , 227 – 232 .
- 33- Lovelock , Christopher and Lauren Wright (1999) Principles of Service Marketing Management (New Jersey : Prentice – Hall , Inc .) .
- 34- Managold , W. G. and Emin Babakus (1991) , “ Service Quality : The Front-Stage vs. the Back – stage Perspective ” , Journal of Services Marketing, 5 (4) , 59 – 70 .
- 35- _____ and _____ (1990) , “ Monitoring Service Quality ” , Review of Business, 11 (4) , 21 – 32 .
- 36- Miciak , Alan and Mike Desmarais (2001) , “ Benchmarking Service Quality Performance at Business – to - Business and Business - to -Consumer Call Centers ” , The Journal of Business & Industrial Marketing, 16 (5) , 340 – 353 .
- 37- Parasuraman , A., Valarie A. Zeithaml , and Leonard L. Berry (1985) , “A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research ” , Journal of Marketing, 49 (4) , 14-50.
- 38- _____ , _____ , and _____ (1988) , “ SERVQUAL : A Multiple–Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality ” , Journal of Retailing, 64 (1) , 12 - 40 .
- 39- Robinson , Stewart (1999) , “ Measuring Service Quality : Current Thinking and Future Requirements ” , Marketing Intelligence and Planning, 17 (1) , 21 – 34 .

- Rust , Roland T. and Richard L. Oliver (1994) , “ Service Quality Insights and Managerial Implications from the Frontier ” , in Rust and Oliver (eds) , Service Quality : New Directions in Theory and Practice (Thousand Oaks , CA . : Sage Publications) , 1 – 19 .
- Siu, Noel Y. M. and Jeff Tak – Hing Cheung (2001), “ A Measure of Retail Service Quality ” , Marketing Intelligence & Planning , 19 (2) , 88 – 96 .
- Sivadas , Eugene and Jamie L. Baker (2000) , “An Examination of the Relationship between Service Quality , Customer Satisfaction , and Store Loyalty ” , International Journal of Retail & Distribution Management , 28 (2) , 73 – 82 .
- Smith , Anne M. and Nina L. Reynolds (2002) , “ Measuring Cross – Cultural Service Quality ” , International Marketing Review , 19 (5) , 450 – 481 .
- Stiles , Renee A. and Stephen S. Mick (1994), “ Classifying Quality Initiatives : A Conceptual Paradigm for Literature Review and Policy Analysis ” , Hospital and Health Service Administration , 39 (3) . 309 – 326.
- Sureshchandar , G. S., et al. (2002) , The Relationship between Management’s Perception of Total Quality Service and Customer Perceptions of Service Quality ” , Total Quality Management , 13 (1) , 69 – 88 .
- Suuroja , Maive (2003), “ Service Quality – Main Conceptualizations and Critique ” , Tartu University Press , No. 23 (Estonia : Estonian Science Foundation) , pp. 7 – 26 .
- Teas , R. Kenneth (1994) , “ Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality : An Assessment of a Reassessment ” , Journal of Marketing , 58 (1) , 132 – 139 .
- Van Dyke , Thomas P. , Leon A. Kappelman , and Victor R. Prybutok (1997), “Measuring Information Systems Service Quality : Concerns on the Use of the SERVQUAL Questionnaire ” , MIS Quarterly , 21 (2), 195–208 .
- Zeithaml , Valerie A. and Mary Jo Bitner (1996) , Services Marketing (New York : McGraw – Hill , International Ed .) .
- Zhao , X . , et al. (2002), “ An Empirical Assessment and Application of SERVQUAL in a Mainland Chinese Department Store ” , Total Quality Management , 13 (2) , 241 – 254 .