

أثر خصخصة القطاع الصحي على جودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية:  
من وجهة نظر العاملين في عينة من المستشفيات الحكومية التابعة لمديرية صحة نجران

The Impact of Privatization of the Health Sector on the Quality of Health Services in The Kingdom of Saudi Arabia: From the Perspectives of the Employees in A Sample of Governmental Hospitals Affiliated to the Najran Health Directorate

عبد الغفار عبد الله حامد علي، إبراهيم محمد حسين آل منصور

Abdelgfar Abdullah Hamid Ali, Ibrahim Mohammed Hussain Al Mansour

---

Accepted

قبول البحث

2023/6/5

Revised

مراجعة البحث

2023 /5/6

Received

استلام البحث

2023 /3/27

DOI: <https://doi.org/10.31559/GJEB2023.13.3.2>

---



This file is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



## أثر خصخصة القطاع الصحي على جودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية: من وجهة نظر العاملين في عينة من المستشفيات الحكومية التابعة لمديرية صحة نجران

### The Impact of Privatization of the Health Sector on the Quality of Health Services in The Kingdom of Saudi Arabia: From the Perspectives of the Employees in A Sample of Governmental Hospitals Affiliated to the Najran Health Directorate

عبد الغفار عبد الله حامد علي، إبراهيم محمد حسين آل منصور

Abdelgfar Abdullah Hamid Ali, Ibrahim Mohammed Hussain Al Mansour

<sup>1</sup> أستاذ إدارة الأعمال المساعد سابقًا- جامعة الشرق للعلوم والتكنولوجيا- السودان، أستاذ إدارة الاعمال المساعد- كلية العلوم الإدارية- جامعة نجران- السعودية

<sup>2</sup> إدارة تنمية الإيرادات- المديرية العامة للشئون الصحية بمنطقة نجران- السعودية

<sup>1</sup> Former assistant professor of business administration, Al sharq university of science and technology, Sudan, Assistant professor of business administration, College of administrative sciences, Najran University, KSA

<sup>2</sup> Revenue development department - general directorate of health affairs in Najran region, KSA

<sup>1</sup> abd.algfari2011@gmail.com, <sup>2</sup> almansour.ibrahim@hotmail.com

#### الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى اختبار أثر خصخصة المستشفيات الحكومية في جودة الخدمات الصحية بأبعادها (الملموسة، والاعتمادية، والاستجابة، والأمان، والتعاطف) في عينة من المستشفيات العامة بمنطقة نجران. وقد تم جمع البيانات باستخدام عينة من العاملين في مستشفى الملك خالد ومستشفى الولادة والأطفال بنجران، وبلغ عدد الاستبيانات المستخدمة في التحليل (197) استبيان. وتم تحليل البيانات باستخدام برنامج SmartPLS وجاءت النتائج على النحو التالي: درجة أهمية الخصخصة من وجهة نظر العاملين مرتفعة، ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية مرتفعة، ويوجد أثر ذو دلالة إحصائية لخصخصة المستشفيات الحكومية في تحسين جودة الخدمات الصحية، ويوجد ذو دلالة إحصائية لخصخصة المستشفيات الحكومية في تحسين كل بعدين جودة الخدمة الصحية (الملموسة، والاعتمادية، والاستجابة، والأمان، والتعاطف). وأوصت الدراسة بالتركيز على جودة الخدمات الصحية عند تنفيذ مبادرة الخصخصة وإجراء دراسات أخرى تتناول أثر خصخصة المستشفيات الحكومية في جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى.

**الكلمات المفتاحية:** الخصخصة؛ الجودة؛ الخدمات الصحية؛ المستشفيات؛ أمان المستشفيات.

#### Abstract:

This research aims to test the impact of privatization of government hospitals on the quality of health services in its dimensions (tangibility, reliability, responsiveness, safety and empathy) in government hospitals affiliated to the Directorate. In regard to Najran Health, the study used a sample of workers in King Khalid Hospital and Maternity and Children Hospital in Najran. The data was collected using a sample of workers in the two hospitals, and the number of questionnaires used in the analysis was (197) questionnaires. The data was analyzed using the SmartPLS program, and the results were as follows: the degree of importance of privatization from the point of view of workers is high, and the quality of health services provided in government hospitals is high. Governmental hospitals tend to improve each dimension of health service quality (tangibility, reliability, responsiveness, safety and empathy). The research recommended focusing on the quality of health services when implementing the privatization initiative and conducting other research dealing with the impact of the privatization of government hospitals on the quality of health services from the patients' point of view.

**Keywords:** Privatization; Quality; Health services; Hospitals; Hospital safety.

**المقدمة:**

يمكن تطوير القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية من خلال التركيز على عدة نواحي منها أن تخصص وزارة الصحة بالإشراف على تقديم الخدمات الصحية وتنظيمها بدلاً من قيامها بوجوهاً بجمعية مهام تنظيم تقديم الخدمات، وتمويلها، وتقديمها للمستفيدين. بالإضافة إلى الاستفادة من خبرات القطاع الخاص والقطاع غير الربحي لتحقيق الأهداف الصحية الوطنية، وبالتالي تخفيف العبء على موازنة الدولة وتحقيق رؤية المملكة 2030 الخاصة بهذا القطاع، حيث أن تحقيق الرؤية هي مسؤولية القطاع العام والخاص والقطاع غير الربحي (وزارة الصحة السعودية، 2021).

ومن هنا تظهر أهمية خصخصة المستشفيات الحكومية لأنها تعني الشراكة الاستراتيجية مع القطاعين الخاص وغير الربحي لتقديم الخدمات الصحية عبر توزيعها بين هذه الجهات التي تعمل لتحقيق الأهداف الاستراتيجية الصحية.

**مشكلة الدراسة:**

تمثل الخصخصة توجهًا عالميًّا يشمل مختلف قطاعات الدولة، وهي تتضمن مشاركة القطاع الخاص في إدارة الأصول الحكومية وتشغيلها بهدف تحسين كفاءة العمل في المؤسسات العامة وتقليل أعباء الموازنة الحكومية (ساعاتي، 2012، ص12). لذا، تكمن مشكلة البحث في التعرف على أثر خصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية. وعليه جاءت هذه الدراسة لمعرفة أثر خصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعًلاً من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية التابعة لصحة نجران وذلك من خلال الإجابة على السؤال الرئيسي التالي: ما أثر خصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعًلاً من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية التابعة لمديرية صحة نجران؟

وينبئ منه الأسئلة الفرعية التالية:

- ما أثر خصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعًلاً وفقًا لبعد الاعتمادية؟
- ما أثر خصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعًلاً وفقًا لبعد الاستجابة؟
- ما أثر خصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعًلاً وفقًا لبعد الملموسة؟
- ما أثر خصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعًلاً وفقًا لبعد الأمان؟
- ما أثر خصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعًلاً وفقًا لبعد التعاطف؟

**فرضيات الدراسة:**

تسعى الدراسة إلى اختبار الفرضية الرئيسية التالية:  
توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعًلاً في المستشفيات الحكومية التابعة لصحة نجران موضوع الدراسة.

ويتفق من هذه الفرضية الفرضيات الفرعية التالية:

- الفرضية الفرعية الأولى: توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعًلاً وفقًا لبعد الاعتمادية.
- توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعًلاً وفقًا لبعد الاستجابة.
- توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعًلاً وفقًا لبعد الملموسة.
- توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعًلاً وفقًا لبعد الأمان.
- توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعًلاً وفقًا لبعد التعاطف.

**أهداف الدراسة:**

تسعى الدراسة لتحقيق الأهداف الآتية:  
• التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة فعًلاً في المستشفيات الحكومية التابعة لصحة نجران موضوع الدراسة.

• التعرف على أبعاد الخصخصة في المستشفيات الحكومية التابعة لصحة نجران موضوع الدراسة.

• التعرف على تأثير خصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعًلاً في المستشفيات الحكومية التابعة لصحة نجران موضوع الدراسة.

**أهمية الدراسة:**

• **الأهمية النظرية:** يساهم البحث في تعزيز الأساس النظري المتوفر حول موضوع خصخصة المستشفيات الحكومية وأثرها في جودة الخدمات الصحية، إذ تبين بعد البحث قلة عدد الدراسات العربية التي تناولت هذه الأثر، إذ تركز معظم الدراسات على الخصخصة في قطاعات أخرى.

- **الأهمية العملية:** يؤدي التعرف على أثر خصخصة المستشفيات الحكومية في جودة الخدمات الصحية إلى المساهمة في بيان مدى أهمية مفهوم الخصخصة وتطبيقه في القطاع الصحي، وذلك من خلال إجراء دراسة تطبيقية وتقديم نتائج من وجهة نظر العاملين في القطاع الصحي الحكومي.

#### مصادر جمع البيانات والمعلومات:

- **المصادر الأولية:** تم جمع البيانات الخاصة بهذه الدراسة عن طريق الاستبيان، بسبب أن هذا النوع من أدوات جمع البيانات يتبع الفرصة للباحث لاستخدام بعض الأساليب الإحصائية لتحقيق أهداف البحث المرجوة.
- **المصادر الثانوية:** تمثلت في الكتب والمراجع والابحاث العلمية المنشورة في المجالات العلمية المتعلقة بموضوع الدراسة والدوريات والرسائل.

#### حدود الدراسة:

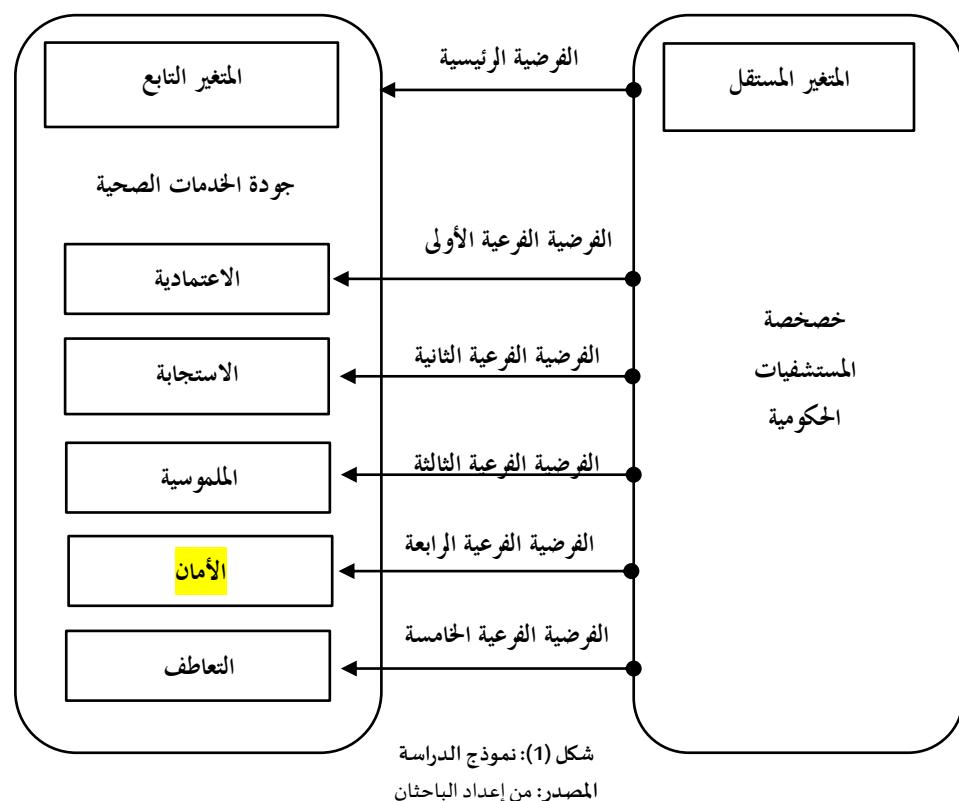
- **الحدود المكانية:** تقتصر هذا الدراسة على عينة من المستشفيات الحكومية العاملة بمنطقة نجران وهي مستشفى الملك خالد ومستشفى الولادة والأطفال.
- **الحدود البشرية:** اقتصرت عينة الدراسة على العاملين في المستشفيات موضوع الدراسة من الكوادر الفنية والإدارية والطبية.
- **الحدود الموضوعية والزمانية:** تقتصر الدراسة على معرفة أثر خصخصة القطاع الصحي على جودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية من وجهة نظر العاملين في عينة من المستشفيات الحكومية التابعة لصحة نجران في الفترة من 8 – 15/4/2022.

#### التعريفات الإجرائية:

- **الخصخصة:** إعطاء القطاع الخاص فرصة أكبر للمساهمة في دعم اقتصاد الدولة من خلال تحويل المشروعات العامة إلى مشروعات خاصة تعمل وفق قوانين الدولة وتعليماتها، وذلك بهدف تحسين مستوى الخدمات المقدمة للمواطنين (عبدالله، 2016، ص 62).
- **جودة الخدمات الصحية:** تقديم خدمات صحية آمنة لحماية صحة الإنسان بما يتفق مع المعايير الوطنية والدولية بالتركيز على مدى اعتمادية المريض على تلك الخدمات، ومدى استجابة الطاقم الصحي لاحتياجات المرضى، والخصائص المادية مثل حداثة الأجهزة الطبية، وضمان الخدمة المتميزة من خلال اهتمام إدارة المستشفى وتوفير الخبرات والمهارات الصحية، والاهتمام بالمرضى بصورة شخصية (أبي سعيد وأخرون، 2003، ص 14).

#### نموذج الدراسة:

للإجابة على تساؤلات الدراسة وفرضياتها تم وضع النموذج الفرضي التالي:



## الإطار النظري والدراسات السابقة:

### تعريف الخصخصة:

يُشير المعنى اللغوي لكلمة الخصخصة إلى إعطاء فئة ما في المجتمع خصائص معينة. ووضع هذا المعنى في المجال الاقتصادي يعني منح القطاع الخاص خصائص جديدة تتعلق بإدارة الوحدات الإنتاجية العامة، والغاية من ذلك هو تطوير كفاءة هذه الوحدات من أجل تحسين أهداف التنمية في المجتمع (الحصري، 2018، ص20). ويجب التمييز بدايةً بين مفهومين مهمين هما: الخصخصة والشراكة بين القطاعين العام والخاص، حيث تشير الخصخصة إلى حصول القطاع الخاص على تفويض من القطاع العام بامتلاك الأصول الحكومية وإدارتها، أما الشراكة بين القطاعين فتعني بقاء ملكية الأصول للحكومة وهي تنتهي بانتهاء النشاط المتفق عليه (الزومان، 2018، ص299). وهذا يعني أن الخصخصة وإن كانت تتعلق بتشجيع دور القطاع الخاص إلا أنها تختلف عن الشراكة بين القطاعين العام والخاص لأن الخصخصة تؤدي إلى نقل ملكية المنشآت الحكومية إلى القطاع الخاص.

لقد بدأت الخصخصة في أواخر القرن التاسع عشر عندما قامت الحكومة اليابانية بإقامة مصانع في قطاعات معينة وبيعها للشركات والأفراد، ثم ظهرت المرحلة الثانية من الخصخصة عندما قامت الحكومة البريطانية بخصخصة معظم المشروعات الاقتصادية والاجتماعية في بريطانيا. وجاءت الموجة الثالثة من الخصخصة بعد انهيار الكتلة الشرقية والاتحاد السوفييتي. وبعد ذلك ظهرت مبادرات البنك الدولي بتشجيع الدول النامية على تبني مفهوم الخصخصة من أجل تحقيق التنمية (عبو، 2007، ص11). وتعرف الخصخصة بصفة عامة بأنها لتوسيعة الملكيات الخاصة داخل الدولة من خلال قيام الدولة بتحفيض نصيبها في الأصول الحكومية كلياً أو جزئياً لصالح القطاع الخاص، أو التخلص من مؤسسات القطاع العام التي تتعرض للخسارة، وهي عملية إدارية تهدف إلى تحويل المستشفيات الحكومية إلى القطاع الخاص بشكل كلي أو جزئي من أجل إدارتها وتوفير الخدمات الصحية للمواطنين وتخفيف الأعباء المالية للدولة وتحسين الكفاءة الإنتاجية لتحقيق أهداف التنمية (ساعاتي، 2012، ص15). ومن تعريفات الخصخصة كذلك أنها مجموعة السياسات والإجراءات المستخدمة لنقل ملكية المشاريع العامة إلى القطاع الخاص أو تكليفه بإدارتها، أو إعطاء عقود للقطاع الخاص لقيام بناء أصول معينة وتشغيلها (العيديروس، 2019، ص35). كما تعرف بأنها العملية المتعلقة بنقل ملكية أو إدارة مؤسسات القطاع العام التي لا تتعلق بسيادة الدولة إلى القطاع الخاص بعدة طرق تتضمن بيعها كلياً أو جزئياً لشركات القطاع الخاص أو تأجيرها أو تحويل إدارتها للقطاع الخاص (الجبوري وضيدان، 2021، ص499). وقد عُرف (أبو يونس، 2017، ص20) الخصخصة بأنها الاستراتيجية الحديثة القائمة على تحويل القطاعات الاقتصادية والخدمات الاجتماعية التي تقع خارج نطاق السياسة العليا للدولة من القطاع العام إلى القطاع الخاص. وتعرف الخصخصة بحسب البنك الدولي بأنها زيادة مشاركة القطاع الخاص في إدارة ملكية الأصول والأنشطة التي تمتلكها الحكومة (عبو، 2007، ص13). ويمكن فهم عملية الخصخصة بأنها منح القطاع الخاص دوراً كبيراً في اقتصاد الدولة والعمل بموجب آلية السوق (الدوري والشمرى، 2007، ص3)، وبأنها سياسة الإصلاح الاقتصادي القائمة على تحويل المشروعات العامة إلى مشروعات خاصة من حيث الملكية أو الإدارة (عناني، 2018، ص392). وقد عرفها (عبو، 2007، ص13) بأنها السياسة القائمة على تحويل الملكية العامة إلى ملكية خاصة وفق قوانين الدولة وضوابطها. ويلاحظ من هذه التعريفات أن الخصخصة تعني التوجه من القطاع العام نحو القطاع الخاص من خلال تخلي الحكومة عن ملكيتها أو إدارتها لأصولها لصالح القطاع الخاص بموجب اتفاق بين الطرفين.

### الخدمات الصحية:

عُرفت بأنها المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد والتي يتلقاها عند حصوله على الخدمة وتحقق له حاله مكتملة من السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية وليس فقط علاج الأمراض والعلل (المساعد، 1998، ص87) وتشمل الخدمات الصحية كافة الخدمات التي تعنى بتعزيز الصحة وصونها واستعادتها، وهي تشمل كل الخدمات الصحية الشخصية والمتركزة على السكان. (فوزى، 1998، ص9)، وتعرف الخدمة الصحية على أنها الخدمات العلاجية أو الاستشفائية أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع (عثيق، 2012، ص35).

### جودة الخدمة الصحية:

عرفت منظمة الصحة العالمية جودة الخدمة الصحية بأنها التماشي مع المعايير والاتجاه الصحيح بطريقة آمنة ومحبولة من قبل المجتمع وبتكلفة مقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية، ونسبة الوفيات، والإعاقة وسوء التغذية (أبي سعيد وأخرون، 2003، ص14). بينما عرفها آخر بأنها معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات العملاء لهذه الخدمة (المحياوي، 2006، ص90). ومنهم من عرفها بأنها تقديم خدمات صحية أكثر أماناً وأسهل مناً وأكثر إقناعاً ل يقدمها وأكثر إرضاءً للمستفيدين منها بحيث تتولد في المجتمع نظرة إيجابية إلى الرعاية الصحية المقدمة (العسالى، 2006، ص11). وهنالك آخر عرفها بأنها تطبق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة، دون زيادة التعرض للمخاطر، وعلى هذا الأساس فإن درجة الجودة تحدد بأفضل موازنة بين المخاطر والفوائد (خسروف، 2008، ص30). كما تم تعريفها بأنها العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصياً أو إرشادياً أو تدخلاً طبياً، ينتج عنه رضا وانتفاع من قبل المرضى وبما يُؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل (النجار، 2007، ص363). تختلف الخدمات عن السلع من حيث أنها غير ملموسة ويقصد بذلك أنه لا يمكن معاينتها الخدمة قبل الحصول عليها كما هو الحال بالنسبة

للسلعة، كما أن الخدمات تكون غير متشابهة أو غير متجانسة مثل السلع وذلك لأن الخدمات ترتبط بخصائص وقدرات من يقدمها (دربيدي، 2014، ص12)، وهذا يعني أن مستوى جودة الخدمة يختلف باختلاف مقدمها. ويمكن تعريف الخدمة الصحية بأنها الخدمات المتعلقة بالكشف الصحي والعلاج أو التدخل الطبي الذي يحصل عليه المريض من أجل تحسن حالته الصحية. وترتبط الخدمة الصحية بإجراءات الكشف والعلاج والنتائج المتوقعة من هذه الخدمة، بالإضافة إلى الخدمات المساعدة المرتبطة بها مثل حجز المواعيد والاتصالات (دربيدي، 2014، ص16). ومن تعريفاتها من وجهة نظر المريض أنها الخدمة التي يحصل عليها المريض بما يتفق مع توقعاته وتلبية احتياجاته وبما يحقق له الرضى (دربيدي، 2014، ص23). ومن هنا فإن عدم توافق ما يحصل عليه المريض من خدمة مع توقعاته يؤدي إلى حدوث فجوة في جودة الخدمة كما تعرفها الهيئة الأمريكية لاعتماد منظمات الرعاية الصحية بأنها تحقيق النتائج المنشودة وتقليل النتائج غير المرغوبية من خلال الالتزام بالمعايير المتبعة لتقديم مستوى لائق من الممارسة الصحية (رضوان، 2021، ص118).

#### أبعاد جودة الخدمات الصحية والخصوصية:

أشارت الكثير من الدراسات، والباحثون إلى تحديد عدة أبعاد وسمات لجودة الخدمة يمكن قياس جودة الخدمة من خلالها، ولعل أكثر الدراسات اتفقت على تحديد خمس سمات استناداً إلى دراسة بارا سيرامان وأخرون 1988م التي بينت أن الأبعاد أو المعايير التي يعتمد عليها في تقييم جودة الخدمة هي التي يحددها المستفيد من الخدمة حيث قاموا هؤلاء الباحثون بتحديد خمس أبعاد أو معايير يلجأ إليها المستفيد من الخدمة للحكم على جودة الخدمة الصحية المقدمة إليه، وهذه الأبعاد هي:

- الاعتمادية: وتعني قدرة المستشفى على أداء الخدمة الموعده بها للمريض بثقة ودقة. كما أنها تشير إلى أن المريض سوف يتلقى العلاج بشكل صحيح ودقيق. وبغض النظر عن العلاج سوف يتلقى المريض كل الاهتمام الذي يحتاجه (طارق، 2015، ص67). وتعبر الاعتمادية عن درجة ثقة المستفيد من الخدمة (المريض) في المؤسسة الصحية ومدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الطبية التي يتوقعها ويعكس هذا العنصر مدى قدرة المؤسسة على الوفاء بتقديم الخدمات الطبية في المواعيد المحددة وبردة عالية من الدقة والكفاءة ومدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات ويرفع هذا من مستوى مصداقية الخدمة الصحية. (دبور، 2012، ص219) ويمكن دور الشخصية هنا في أنها تتمكن المستثمر من توفير الكادر الصحي الذي يمتلك الخبرة الكافية (البقيع، 2021، ص1870). وتبعداً لمرنة القطاع الخاص فإنه بالإمكان أن تقوم إدارة المستشفى بالتعاقد مع أطباء من ذوي الكفاءة من نفس القطاع الخاص لتقديم خدمات معينة مثل إجراء العمليات الجراحية. وفي المقابل فإن آلية العمل المتبعة في مستشفيات القطاع العام لا تسمح باستقدام أطباء من القطاع الخاص لا جراء عمليات جراحية في القطاع العام دون أن يكون موظفاً في المستشفى، ولكن يحدث هذا في القطاع الخاص وليس بالضرورة أن يكون الطبيب موظفاً في المستشفى بل من الممكن أن يكون لديه عيادة خارجية ويقوم بإجراء عمليات جراحية في المستشفيات الخاصة. وبالتالي فإنه من المتوقع أن تؤدي خصخصة المستشفيات الحكومية إلى تحسين جودة الخدمة الصحية من حيث بعد الاعتمادية.
- الاستجابة: وتعني الاستجابة قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم. (Lovelock, 1996,p465) ويمكن تحقيق ذلك في ظل إدارة القطاع الخاص للمستشفى لأنه من السهل التعاقد مع أطباء من القطاع الخاص حينها كما سبقت الإشارة، كما أن آلية عمل المستشفى الخاص الموجه بالربح تتيح لإدارته إبداء استعداد لتقديم خدمات الرعاية الصحية على مدار الساعة بسبب توفر الكادر الصحي. وغالباً ما يكون المستثمر مسؤولاً عن مستشفى واحد وإن كان مسؤولاً عن أكثر من مستشفى فإن إدارتها تكون منفصلة. ومن هنا فإنه من المتوقع أن تؤدي خصخصة المستشفيات الحكومية إلى تحسين جودة الخدمة الصحية من حيث بعد الاعتمادية.
- الملموسة: تشير إلى مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصال إضافة إلى أن الجوانب المتعلقة بملموسية الخدمة هي المباني وتقنية المعلومات والاتصالات المستخدمة فيه، والتسهيلات الداخلية والتجهيزات الازمة لتقديم الخدمة، والمظهر الخارجي للعاملين التربيبات الداخلية للمؤسسة الصحية، وموقع الانتظار للمستفيد من الخدمة. (ثامر، 2005، ص212) وهذا يعني أن الشخصية تؤدي إلى تحسين الملموسة نظراً لاهتمام القطاع الخاص بتوفير أفضل الأجهزة والمعدات الطبية التي تساعد على تحسين كفاءة العمل في المستشفى وتتضمن سرعة تقديم الخدمات. ويمتلك القطاع الخاص قرار بالتمويل الفوري لمشترياته بخلاف القطاع العام المرتبطة بموازنة وزارة الصحة التي تقع على عاتقها مسؤولية تمويل جميع المستشفيات وليس مستشفى واحد. كما أن القطاع العام يحاول تغطية جميع المناطق وتحقيق التوازن في توزيع الخدمات الصحية المقدمة في مختلف المستشفيات العامة، أما في القطاع فإن التمويل يكون أكثر مرنة لأن المستثمر يعمل على تحديث مستشفى واحد وليس تحديث الأجهزة الطبية في منظومة صحية بأكملها. وعليه، من المتوقع أن تؤدي خصخصة المستشفيات الحكومية إلى تحسين جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الحكومية بعد خصخصتها من حيث تحسين بعد الملموسة.
- الأمان: وهي ما يتمتع به العاملون من معرفة وكياسة ومحاسبة وقدرتهم على توصيل الثقة والأمان للعملاء و الضيمان يقصد به تأكيد إدارة المؤسسة الصحية على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين (أطباء، ممرضين، وغيرهم) فضلاً عن توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة (سمير، 2000، ص69) ويمكن القول إن التزام إدارة المستشفيات الحكومية

لا يقل أهمية عن اهتمام الإدارة في القطاع الخاص من حيث ضرورة تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية للمرضى، ولكن الفارق هو أن مقدرة القطاع الخاص على توفير الكادر الطبي والأجهزة والمعدات الطبية أفضل من مقدرة القطاع العام. والسبب في ذلك كما ذكر مسبقاً أن نطاق عمل المستشفى الخاص يرتبط بإدارة المستشفى ولكن المستشفى الحكومي يرتبط بالوزارة من حيث التمويل، حيث أن المستشفى الخاص يستطيع تمويل نفسه ولكن المستشفى الحكومي غير مؤهل لذلك لأنه يقدم خدمات صحية عامة لا يتراضى مقابلها ما يغطي تكفلها. ومن هنا فإنه من المتوقع أن تؤدي خصخصة المستشفيات الحكومية إلى تحسين جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الحكومية بعد خصخصتها وذلك من حيث بُعد الأمان.

- التعاطف: يشير هذا البعد إلى درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمريض مثل تفهم احتياجات المريض وضع مصلحة المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين، ملائمة ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة المقدمة والعنابة الشخصية بكل مريض وتقدير ظروف المريض والتعاطف معه، والروح المرحة والصداقة في التعامل مع المريض (سامر، 2015، ص 77) ولا يقتصر ذلك على قطاع دون آخر بل يعتمد على الإنسان نفسه سواء أكان في القطاع العام أم القطاع الخاص، ولهذا من المتوقع أن يكون تأثير خصخصة المستشفيات الحكومية في تحسين جودة الخدمة الصحية من حيث بُعد التعاطف محدوداً في غالب الأحيان.

#### الدراسات السابقة:

- فيما يلي نستعرض بعض الدراسات السابقة المرتبطة بالدراسة بغرض التعرف على النتائج التي توصلت إليها تلك الدراسات:
- دراسة غواري (2021) بعنوان "التدريب وتأثيره على جودة خدمات الرعاية الصحية: دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ديدوش مراد قسطنطينية". هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر التدريب في جودة خدمات الرعاية الصحية وذلك بافتراض أن تحسين جودة العملية التدريبية يؤدي إلى تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية. تم جمع البيانات بواسطة مقابلات شخصية أجريت مع (خمسون) فرداً من الأطباء والممرضين العاملين في واحدة من المستشفيات العمومية في الجزائر (ديدوش مراد). وقد أظهرت النتائج أن نسبة العاملين الذين تلقوا تدريباً بلغت (80%)، منهم حوالي (60%) لم يحقق التدريب الذي تلقوه أهدافهم، وحوالي (60%) لم يلبي التدريب الذي تلقوه طموحاتهم، إلا أن التدريب قد أدى إلى تحسين أداء العاملين بنسبة (100%)، خاصة في مجال تقليل الأخطاء الطبية التي انخفضت بنسبة (80%) بسبب التدريب. مما يعني التأكيد على أثر التدريب في جودة الرعاية الصحية.
  - دراسة Alkhamis, (2017) تحليل ومراجعة للأدب النظري لشخصية الرعاية الصحية وعلاقتها بالوصول إلى الرعاية الطبية في المملكة العربية السعودية". هدفت الدراسة إلى مراجعة الأدب النظري لشخصية المستشفيات من أجل تحديد أثر شخصية المستشفيات في الوصول إلى الرعاية الطبية الجيدة في المستشفيات في المملكة العربية السعودية. وتوصلت الدراسة إلى وجود دليل ضعيف على دور الشخصية في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. وأوصت الدراسة بضرورة إصلاح القطاع الصحي قبل الشخصية بالتركيز على التمويل والكفاءة ووضع سياسة بعد الشخصية لضمان وصول الأفراد غير القادرين إلى خدمات الرعاية الصحية وضبط تكاليف الرعاية الصحية.
  - دراسة ساعاتي (2012) بعنوان "شخصية مستشفيات القطاع العام وأثرها على تحسين جودة الخدمات الطبية من وجهة نظر العاملين والمرضى المراجعين: دراسة تطبيقية على مستشفيات القطاع العام العاملة في مدينة جدة". هدفت الدراسة إلى تحديد أثر شخصية مستشفيات القطاع العام في تحسين جودة الخدمات الطبية من خلال قياس الفروق في وجهات نظر العاملين في المستشفيات بشأن مقدرة القطاع الخاص على تحمل تبعات الشخصية، والفرق المتعلقة بشخصية مستشفيات القطاع العام والسياسات المتبعة في المستشفيات في جودة الخدمات الطبية. وتم جمع البيانات بواسطة استبيان وزعت على عينة من العاملين في المستشفيات تكونت من (200) فرداً في مستشفى الملك فهد ومستشفى الملك عبد العزيز في محافظة جدة، وعينة من المرضى المراجعين بلغت (200) فرداً. وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق في وجهات نظر العاملين بحسب الجنس وجود فروق بحسب العمر ومعدل الدخل والمؤهل العلمي تجاه مقدرة القطاع الخاص على تحمل تبعات الشخصية. كما بينت الدراسة أن شخصية مستشفيات القطاع العام يؤدي إلى تحسين مستوى جودة الخدمات الطبية في المستشفيات العامة.
  - دراسة حسنين (2011) بعنوان "قياس جودة الخدمات الصحية في الأندية الصحية الأهلية الحكومية والخاصة". تناولت الدراسة جودة الخدمات الصحية (الملموسة، والاعتمادية، والاستجابة، والأمان، والتعاطف) في الأندية الصحية الأهلية الحكومية والخاصة في القاهرة والجيزة من أجل التعرف على الفروق بين توقعات المستفيدين لمستوى الخدمات الصحية وإدراك إدارة الأندية لهذه التوقعات، والفرق بين إدراك الإدارة لتوقعات المستفيدين لمستوى الخدمات الصحية ومواصفات الخدمات الصحية الفعلية. وقد تم جمع بيانات الدراسة بواسطة استبيان وزعت على عينة من المستفيدين بلغت (300) فرداً بالإضافة إلى (9) من أعضاء إدارة الأندية. وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين توقعات المستفيدين لمستوى الخدمات الصحية وإدراك الإدارة لتلك التوقعات من حيث ثلاثة أبعاد هي الاستجابة، والضمان، والتعاطف، ووجود فروق بين إدراك الإدارة لتوقعات المستفيدين لمستوى الخدمات الصحية وإدراكها لمواصفات

تلك الخدمات. كما بينت الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين إدراك الإدارة لمواصفات الخدمات الصحية ومواصفات الخدمات المقدمة فعلياً للمستفيدين.

• دراسة (Ifran,et al,2011) هدفت الدراسة إلى تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة في باكستان من وجهة نظر المرضى واستخدم الباحثون مقياس SERVQUAL والمكون من 22 عبارة تمثل أبعاد الجودة الخمس (الاعتمادية، الملموسة، الاستجابة، التأكيد، التعاطف) وكان من أهم النتائج بأن جميع أبعاد جودة الخدمة كان لها تأثير إيجابي وبخاصة بعد الاستجابة والملموسة أن الأطباء والممرضات في المستشفيات الخاصة لديهم اهتمام لرعاية مرضاهن، تضع المستشفيات الخاصة أقصى جهودها لتوفير وسائل الراحة لمرضاهن، أن جودة الخدمة في المستشفيات الخاصة تفي برضاء المرضى.

• دراسة سليمان (2008) بعنوان "قياس رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة: دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات العامة والخاصة الأردنية". هدفت الدراسة إلى بيان مستوى رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية (اعتمادية الخدمة، وسرعة الاستجابة، والثقة، والاعتناق، والملموسة) من وجهة نظر المرضى، ومدى اختلافه باختلاف بعض المتغيرات مثل: الجنس، والحالة الاجتماعية، ووجود تأمين صحي، ونوع العمل الحالي. وذلك بافتراض عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم في المستشفيات الحكومية والخاصة تعزى إلى متغيرات الجنس، والحالة الاجتماعية، ووجود تأمين صحي، ونوع العمل الحالي. وقد تم جمع البيانات بواسطة استبانة وزعت على عينة من المرضى في المستشفيات العامة والخاصة بلغ عدد أفرادها (300) مريضاً. وتوصلت الدراسة إلى وجود مستوى متوازن متوازن متوسط إلى مرتفع من جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية والخاصة، وعدم وجود فروق تعزى إلى متغيرات الجنس، والحالة الاجتماعية، ووجود تأمين صحي، ونوع العمل الحالي.

• دراسة الأحمدى (2006) بعنوان "محددات جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية: دراسة نوعية". هدفت الدراسة إلى الكشف عن محددات جودة الرعاية الصحية الأولية في مدينة الرياض في المملكة العربية السعودية من وجهة نظر مقدمي الرعاية الصحية (الأطباء والممرضين والفنين) وقيادات القطاع الصحي (العليا والوسطى والتنفيذية). وذلك بالتركيز على دور القيادات من حيث التزامها بالجودة الشاملة والتحسين المستمر وتجاوزها مع مقتراحات التحسين المستمر، والقياس والتحليل من حيث اعتماد مراكز الرعاية الصحية على تنوع المعلومات ودققتها وملاءمتها، وكذلك من حيث مشاركة العاملين في عملية تحديد الجودة وتحديد أولويات التحسين وامتلاكهم لسلطة حل المشكلات، بالإضافة إلى إدارة الجودة، ونتائجها، والتركيز على العملاء. وقد تم جمع بيانات الدراسة بواسطة مقابلات أجريت مع أفراد عينة الدراسة بلغ عددها (36) مقابلة. وتوصلت الدراسة إلى أن تطبيق الجودة في قطاع الرعاية الصحية الأولية يتأثر بستة عوامل: القيادة، والثقافة التنظيمية، والقياس والتحليل، ونظم إدارة الجودة، وتنمية القوى البشرية، ومستوى التكامل والتنسيق.

• دراسة حلاوة (2004) بعنوان "أثر سلبيات الخصخصة على خدمات الرعاية الصحية: دراسة ميدانية على المستشفى الجامعي الرئيسي بالإسكندرية". تناولت الدراسة أثر سياسات الخصخصة في خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمواطنين في المستشفى الجامعي التابع لجامعة الإسكندرية، وذلك باستخدام عينة تكونت من مرضى العلاج المجاني (42 مريضاً)، ومرضى العلاج بالأجر (21 مريضاً)، وأعضاء الفريق العلاجي من أطباء وممرضين وأخصائيين اجتماعيين (14 طبيباً، 16 أخصائية تمريض، 10 أخصائيين اجتماعيين). وبعد جمع البيانات بواسطة استبانة وزعت على أفراد عينة الدراسة تم التوصل إلى أن الفئة الأكثر تأثراً بخصخصة القطاع الصحي هي فئة محدودي الدخل وذلك بسبب زيادة تكاليف الرعاية الصحية. كما بينت صعوبة وصول الفقراء للخدمات الصحية بسبب ارتفاع أسعارها وعدم المقدرة على دفع نفقاتها، والازدحام الشديد وكثافة أعداد المرضى بسبب عدم تقديم الخدمات الصحية بالسرعة المطلوبة. كما بينت الدراسة أن العلاج بالأجر كجزء من نظام الخصخصة المتبعة لا يؤدي إلى تحسين الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين.

• دراسة (Camilleri & Callaghan, 1998) دراسة مقارنة في جودة خدمة الرعاية الصحية بين المستشفيات العامة والخاصة، وتبين من نتائج تلك الدراسة تجاوز المستشفيات العامة والخاصة لتوقعات المرضى عن جودة الخدمة، بل أن المستشفيات العامة قد تفوقت على المستشفيات الخاصة في تجاوزها لتوقعات المرضى. وفسرت الدراسة وجود الفروق بين القطاعين باختلاف نوعية الخدمات الفنديّة وليست الخدمات الطبية أو العلاجية بالرغم من اعتقاد بعض المرضى بأن المستشفيات الخاصة تميّز بجودة أعلى مهنياً وفنياً من المستشفيات العامة.

#### التعليق على الدراسات السابقة:

يتضح من العرض السابق يتشابه البحث الحالي مع بعض الدراسات السابقة مثل دراسة حلاوة (2004) ودراسة ساعاتي (2012) من حيث الهدف، ويختلف معها من حيث مكان تطبيق الدراسة حيث تناولت دراسة حلاوة (2004) المستشفى التابع لجامعة الإسكندرية، وطبقت دراسة ساعاتي (2012) على مستشفيات القطاع العام في جدة. كما اقتصرت بعض الدراسات السابقة على قياس جودة الخدمات الصحية مثل دراسة حسين (2011)، أو قياس رضا المرضى مثل دراسة سليمان (2008) في حين يختص البحث الحالي بدراسة أثر خصخصة القطاع الصحي في جودة الخدمات الصحية.

ويا لاحظ تشابه البحث الحالي مع الدراسات السابقة (مثل سليمان، 2008، ساعي، 2012، غواري، 2021) من حيث مجتمع الدراسة الذي يتمثل في العاملين في المستشفيات العامة.

### منهجية الدراسة وإجراءاتها:

#### منهج الدراسة:

في ضوء أهداف الدراسة وفرضياتها، استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي المعتمد على الدراسة الميدانية باعتباره المنهج المناسب وطبيعة الدراسة وأغراضها.

#### مجتمع الدراسة:

يتألف مجتمع البحث من جميع العاملين في مستشفى الملك خالد بنجران والبالغ عددهم (1723) موظفاً، ومستشفى الولادة والأطفال بنجران والبالغ عددهم (1156) موظفاً. وبهذا يكون العدد الإجمالي للعاملين في كلا المستشفيين حوالي (2879) موظفاً.

#### حجم عينة الدراسة:

عادة تحدد حجم العينة حسب صيغة طريقة العينة المختارة معتمدة في ذلك على مقاييس نظرية ورياضية معينة من خلالها يمكن تحديد حجم العينة، ومن المعروف أن حجم العينة ليس ذو علاقة مع حجم المجتمع بل نجد أن تباين المشكلة في المجتمع لها علاقة طردية بحجم العينة حيث كلما كان المجتمع متبايناً قلت حجم العينة والعكس صحيح، وعلى الرغم من ذلك يصعب تحديد قواعد عامة لسحب العينة دون المعرفة الدقيقة بمجتمع العينة الإحصائي، والكثير من الباحثين يرون أن 100 مفردة تمثل الحد الأدنى لإجراء تحليل إحصائي ملائم وتعتمد النتائج (Kenneth, Bailey, 1995) وكذلك يعتبر حجم العينة مناسباً لجميع الدراسات في مجال العلوم الاجتماعية إذا كان  $N$  أكبر من 30 وأقل من 500 حيث تمثل  $n$  حجم العينة (Kerjcia, 19970) والبعض حدد حجم العينة بنسبة (5%) من مجتمع البحث وفقاً (Delice, 2010)، وأخيراً لا حاجة لدراسة المجتمع الأصلي إذا أمكن الحصول على عينة كبيرة نسبياً ومتباينة بشكل عشوائي تمثل المجتمع الأصلي المأذوذ منه، لأن النتائج المستنبطه من دراسة العينة ستنطبق إلى حد كبير مع النتائج المستخلصه من دراسة المجتمع الأصلي (العسكري، 2004، ص168). وتوفيقاً لكل هذه الآراء وتلبية لأغراض البحث اعتمد الباحثان تحديد حجم العينة بنسبة (5%) من مجموع العدد الإجمالي لحجم المجتمع والبالغ (2879) موظفاً باختلاف مسمياتهم.

#### نوع العينة:

وت تكون عينة الدراسة من عينة عشوائية طبقية وفق المسميات الوظيفية للعاملين من إداريين وفنين وأطباء بكل من مستشفى الملك خالد ومستشفى الولادة والأطفال بنجران بنسبة (5%) لكل العاملين في كل مسعي وظيفي أي (150) موظفاً تقريراً من إجمالي العاملين بالمستشفيات موضوع الدراسة وتمت زيادة هذا العدد (200) موظفاً تحسباً لعدم الرد من بعض المبحوثين وفق المسميات الوظيفية.

#### أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة أساسية لجمع البيانات واختبارها وهي عبارة عن أداة تحتوي على مجموعة من الأسئلة المصممة لجمع البيانات اللازمة عن المشكلة، وتعتبر من أكثر طرق جمع البيانات استخداماً في الحصول على المعلومات بطريقة مباشرة من المبحوثين. وتكونت الاستبيانة من ثلاثة أجزاء يتناول الجزء الأول منها البيانات الشخصية لإفراد عينة الدراسة، ويتضمن الجزء الثاني والثالث الأسئلة الخاصة بفرضيات الدراسة. حيث أحنتوي الجزء الثاني على أسئلة تتعلق بقياس متغير الشخصية وهي (سبعة) أسئلة وأحتوى الجزء الثالث على أسئلة تقيس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات بالتركيز على خمسة أبعاد هي: الاعتمادية، والاستجابة، والملموسة، والضمان، والتعاطف. وصممت خيارات الإجابة على أسئلة الاستبيان وفقاً لمقياس ليكيرت الخماسي المتدرج (موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة) حسب الدرجات (1,2,3,4,5) على التوالي. ولقد تمكن الباحثان من إرسال الاستبيانة الإلكترونية على (200) مبحوثاً من العاملين وفق مسمياتهم الوظيفية. وبعد اكتمال عملية الإرسال الإلكتروني تلقى الباحثان ردود 197 مبحوثاً حيث أن الاستبيانة الإلكترونية مقيدة للمبحوثين بالإجابة على جميع الأسئلة قبل إرسال الردود. وسيتم استخدام برنامج SmartPLS3 من أجل تطبيق إجراءات التحليل الإحصائي. ويساعد هذا البرنامج على استخدام تحليل المسار ضمن نموذج المعادلة البنائية (Structural Equation Modeling) الذي يمكن من اختبار العلاقات الخطية بين المتغيرات الكامنة.

#### اختبار صدق وثبات أداة الدراسة:

- الصدق الظاهري: وهو التأكيد من أن العبارات التي وردت في الاستبيان يمكنها أن توفر البيانات المطلوبة للدراسة بدقة وذلك لتأثيرها المباشر في نتائج الدراسة. ولتحقيق ذلك تم عرض الاستبيانة على 4 من المحكمين من ذوي الاختصاص في المجال الأكاديمي من جامعة نجران وذلك للتأكد من الصدق الظاهري لمحتويات الاستبيان، وتم تعديليها وفقاً للاحظاتهم ومقرراتهم حتى خرجت بصورتها النهائية.

- الثبات الإحصائي: لاختبار مدى جودة المقاييس المستخدم في جمع البيانات تم استخدام اختبار الاعتمادية (الفا كرونياخ) لقياس التوافق الداخلي بين المفردات المستخدمة في الاستبيانة، نظرًا لما تشكله من أهمية في تقييم مدى جودة المقاييس، حيث احتوت الاستبيانة أسئلة تتعلق بقياس متغير الخصخصة وهي (7) أسئلة و(20) سؤال تقيس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات بالتركيز على خمسة أبعاد هي: الاعتمادية، والاستجابة، والملموسة، والأمان والضمان، والتعاطف.

جدول (1): استخدام معامل الفا كرونياخ لقياس الثبات الإحصائي لأداة الدراسة

Cronbach's Alpha	العامل
0.93	الخصخصة
0.88	الاستجابة
0.87	الاعتمادية
0.89	التعاطف
0.92	الأمان والضمان
0.86	الملموسة

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي باستخدام برنامج SmartPLS3

#### أسلوب معالجة وتحليل البيانات:

لتحقيق أهداف الدراسة تم تحليل البيانات التي تم جمعها عن طريق استمارة الاستبيان من خلال تطبيق الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة البيانات ونوع العينة وذلك عن طريق استخدام برنامج SmartPLS3 من أجل تطبيق إجراءات التحليل الإحصائي. ومن أهم هذه الأساليب:

- استخدام التوزيعات التكرارية والنسبة المئوية لأفراد عينة الدراسة للتعرف على توزيع مفردات الدراسة حسب المتغيرات الشخصية (الديموغرافية).
  - استخدام معامل الاعتمادية (الفا كرونياخ) للتحقق من درجة ثبات المقياس المستخدم، حيث يركز هذا المعامل على اختبار درجة التناسق الداخلي بين محتويات أو بنود المقياس الخاضع للاختبار.
  - المتosteatas الحسابية والانحرافات المعيارية لتحديد الدرجات الكلية للشخصية وجودة الخدمة الصحية وأبعادها من وجهة نظر العاملين في المستشفيات محل الدراسة، وتحديد درجة كل فقرة من فقرات الاستبيانة من خلال تصنيفها مرتفعة، أو متوسطة، أو منخفضة.
- استخدم نماذج مسار المربعات الصغرى الجزئية (SEM-PLS) باستخدام برنامج SmartPLS3.

جدول (2): مقياس تقييم المتosteatas الحسابية\*

الدرجة	قيمة المتosteatas الحسابي
ضعيفة	1 - أقل من 1.34
متوسطة	2.68 - أقل من 1.34
مرتفعة	5 - 2.68

المصدر: من إعداد الباحثان

حيث أن الاستبيانة الحالية مصممة وفقًا لمقياس ليكرت الخماسي الذي يتتألف من خمسة نقاط هي:

- 1- موافق بشدة تعطى الرقم (5) (الحد الأعلى) 2- موافق تعطى الرقم (4) 3- محابد تعطى الرقم (3) 4- غير موافق تعطى الرقم (2) 5- غير موافق بشدة تعطى الرقم (1) (الحد الأدنى).

فقد تم حساب المقياس السابق\* حسب المعادلة التالية:

$$\text{الحد الأعلى لإجابات الاستبيانة - الحد الأدنى لإجابات الاستبيانة) / 3}$$

حيث يشير الرقم (3) في المعادلة إلى درجات التقييم الثلاث: ضعيفة، متوسطة، مرتفعة.

$$1.33 = 3 / (1-5) =$$

وعليه، الفتنة الأولى تبدأ بـ (1) وهو الحد الأدنى للاستجابات وتنتهي بـ (1.33)، والفتنة الثانية تبدأ بـ (1.34) وتنتهي بـ (2.67=1.33+1.34)، والفتنة الثالثة تبدأ بـ (2.68) وتنتهي عند (5) وهو الحد الأعلى.

#### خصائص أفراد عينة الدراسة:

تم جمع البيانات الشخصية لأفراد عينة البحث المتعلقة بالجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، وعدد سنوات الخبرة. وبين الجدول رقم (3) نتائج تحليل البيانات الشخصية. لقد أظهرت نتائج التحليل كما بين الجدول (2) أن غالبية أفراد عينة الدراسة من الذكور بنسبة بلغت 94% (ن = 186) مقارنة نسبة الإناث التي بلغت 6% (ن = 11)، النسبة الأكبر منهم يقع 55% (ن = 108) من الفنين، يليهم الإداريون بنسبة 38% (ن = 74)، ثم الأطباء بنسبة 8% (ن = 15). ومما يلاحظ من النتائج أن 50% من أفراد عينة البحث يحملون درجة البكالوريوس (ن = 98)، يليها نسبة الحاصلين على درجة دبلوم متوسط التي بلغت 29% (ن = 57)، ثم الحاصلين على درجة في الدراسات العليا بنسبة 15% (ن = 30). وكانت النسبة الأقل من حيث المستوى

التعليمي هي نسبة الأفراد الحاصلين على شهادة الثانوية العامة بنسبة 6% (ن = 12). أما من حيث عدد سنوات الخبرة فقد أظهرت النتائج أن النسبة الأكبر من أفراد عينة البحث لديهم عدد سنوات خبرة تتراوح بين 5 إلى أقل من 10 سنوات وذلك بواقع 29% (ن = 58)، يليهم الأفراد الذين لديهم 15 سنة فأكثر من الخبرة بنسبة بلغت 27% (ن = 54)، ثم الأفراد الذي يقل عدد سنوات خبرتهم عن 5 سنوات بنسبة 22% (ن = 44). وأخيراً، الأفراد الذين يمتلكون عدد سنوات خبرة من 10 سنوات إلى أقل من 15 سنة.

جدول (3): نتائج تحليل البيانات الشخصية لأفراد عينة الدراسة

الجنس	الرمز	النكرار	النسبة	.1
ذكر	1	186	%94	
أنثى	2	11	%6	
المسني الوظيفي				.2
في	1	108	%55	
إداري	2	74	%38	
طبيب	3	15	%8	
المستوى التعليمي				.3
ثانوي	1	12	%6	
دبلوم متوسط	2	57	%29	
بكالوريوس	3	98	%50	
دراسات عليا	4	30	%15	
عدد سنوات الخبرة				.4
أقل من 5 سنوات	1	44	%22	
5- أقل من 10 سنوات	2	58	%29	
10- أقل من 15 سنة	3	41	%21	
15 سنة فأكثر	4	54	%27	
المجموع		197	%100	

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي.

## تحليل نتائج فقرات الخصخصة:

يتضح من جدول (4) أن المتوسط العام للخصوصة جاء مرتفعاً بمتوسط حسابي بلغ (3.80) وانحراف معياري يساوي (1.02). وقد جاءت الفقرة رقم 7 التي نصت على "تساعد خصخصة المستشفى على توضيح الأدوار والمهام التي يقوم بها الموظفون" بالمرتبة الأولى بدرجة مرتفعة بمتوسط حسابي (3.99) وانحراف معياري (1.020)، يليها الفقرة رقم 6 التي نصت على "تؤدي خصخصة المستشفى إلى تجاوز الإجراءات الروتينية المتبعية لتمويل مستلزمات المستشفيات" بدرجة مرتفعة إذ بلغ متوسطها الحسابي (3.90) وانحرافها المعياري (1.055). وقد ظهرت الفقرة رقم 4 التي نصت على "تساعد الخصخصة على تنفيذ مهام العمل بمرونة إدارية وتشغيلية" بدرجة مرتفعة، والفقرة رقم 5 التي نصت على "تؤدي خصخصة المستشفى إلى تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى من خلال تحسين كفاءة العمل" بدرجة مرتفعة في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي (3.87) وانحراف معياري (1.11) على التوالي.

جدول (4): نتائج تحليل فقرات الخصخصة من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة	الرتبة
.7	تساعد خصخصة المستشفى على توضيح الأدوار والمهام التي يقوم بها الموظفون.	3.99	1.020	مرتفعة	1
.6	تؤدي خصخصة المستشفى إلى تجاوز الإجراءات الروتينية المتبعية لتمويل مستلزمات المستشفيات	3.90	1.055	مرتفعة	2
.5	تؤدي خصخصة المستشفى إلى تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى من خلال تحسين كفاءة العمل.	3.87	1.112	مرتفعة	3
.4	تساعد الخصخصة على تنفيذ مهام العمل بمرونة إدارية وتشغيلية.	3.87	1.117	مرتفعة	3
.3	تؤدي خصخصة المستشفى إلى زيادة إنتاجية الموظفين في مجال تقديم الرعاية الصحية للمرضى.	3.81	1.066	مرتفعة	5
.2	تتيح خصخصة المستشفى فرصة تطبيق الأفكار الإبداعية في تنفيذ العمل.	3.70	1.111	مرتفعة	6
.1	القطاع الخاص أكثر مقدرة على استقطاب الخبرات الصحية مقارنة بالقطاع العام.	3.48	1.215	متوسطة	7
	المتوسط العام	3.800	0.917	مرتفعة	-

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي

علاوة على ما تقدم، بيّنت نتائج تحليل البيانات كما يظهر في جدول (4) أن الفقرة رقم 2 التي نصت على "تبיע خصخصة المستشفى فرصة تطبيق الأفكار الإبداعية في تنفيذ العمل" في المرتبة السادسة بمتوسط حسابي (3.70) وانحراف معياري (1.11). وأخيراً، جاءت الفقرة رقم 1 التي نصت على "القطاع الخاص أكثر مقدرة على استقطاب الخبرات الصحية مقارنة بالقطاع العام" في المرتبة السابعة بدرجة متوسطة إذ بلغ متوسطها الحسابي (3.48) بانحراف معياري (1.21). ومما يلاحظ من النتائج السابقة أن درجات جميع الفقرات جاءت مرتفعة باستثناء فقرة واحدة ترى أن القطاع الخاص أكثر مقدرة على استقطاب الخبرات الشخصية مقارنة بالقطاع العام.

#### تحليل نتائج مستوى جودة الخدمات الصحية:

اعتمدت البحث خمسة أبعاد لجودة الخدمات الصحية هي: الاعتمادية، والاستجابة، والملمسية، والأمان، والتعاطف. وقد تم قياس هذه الأبعاد باستخدام الفقرات الواردة في القسم الثالث من استبانة البحث وذلك باستخدام الفقرات (11-8) لقياس جودة الخدمات الصحية، والفقرات (12-15) لقياس الاستجابة، والفقرات (16-19) لقياس الملمسية، والفقرات (20-23) لقياس الأمان، والفقرات (24-27) لقياس التعاطف. ومن أجل تحديد درجة كل فقرة من فقرات هذا البعد من حيث كونها مرتفعة أم ضعيفة والدرجة الكلية للبعد فقد تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية كما يظهر في الجداول التالية.

#### • بعد الاعتمادية

بيّنت النتائج أن المستوى العام للبعد الأول من أبعاد جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة مرتفعة إذ بلغ المتوسط الحسابي العام (4.00) بانحراف معياري (0.75).

جدول (5): نتائج تحليل فقرات بعد الاعتمادية

الدرجة	الرتبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفرقة	الرقم
مرتفعة	1	0.742	4.34	يحتوي المستشفى على صيدلية لصرف الأدوية للمواطنين.	.11
مرتفعة	2	0.823	4.18	توفر خدمة التحليل الطبية داخل المستشفى.	.10
مرتفعة	3	0.970	3.94	يقدم المستشفى خدماته الصحية دون أخطاء	.8
مرتفعة	4	0.998	3.86	ثقة المريض بكفاءة الكادر الصحي كبيرة.	.9
مرتفعة	-	0.75	4.00	المتوسط العام	

ويبيّن جدول (5) أن الفقرة رقم 11 التي نصت على "يحتوي المستشفى على صيدلية لصرف الأدوية للمواطنين" في المرتبة الأولى بدرجة مرتفعة بمتوسط حسابي (4.34) وانحراف معياري (0.742)، يليها الفقرة رقم 10 التي نصت على "توفر خدمة التحليل الطبية داخل المستشفى" في المرتبة الثانية بدرجة مرتفعة بمتوسط حسابي (4.18) وانحراف معياري (0.823). وفي المرتبة الثالثة ظهرت الفقرة رقم 8 التي نصت على "يقدم المستشفى خدماته الصحية دون أخطاء" بدرجة مرتفعة بمتوسط حسابي (0.970) وانحراف معياري (0.998). وأخيراً، ظهرت الفقرة رقم 9 التي نصت على "ثقة المريض بكفاءة الكادر الصحي كبيرة" في المرتبة الرابعة بدرجة مرتفعة إذ بلغ متوسطها الحسابي (3.86) وانحرافها المعياري (0.998).

#### • بعد الاستجابة

أظهرت نتائج التحليل في جدول (6) أن الدرجة الكلية لبعد الاستجابة مرتفعة بمتوسط حسابي (4.04) وانحراف معياري (0.79). ومن حيث درجات فقرات البعد، تبيّن أن الفقرة رقم 12 التي تنصت على "فريق العمل في المستشفى مستعد دائمأً لخدمة المرضى" وردت في المرتبة الأولى بدرجة مرتفعة بمتوسط حسابي (4.22) وانحراف معياري (0.80).

جدول (6): نتائج تحليل فقرات بعد الاستجابة

الدرجة	الرتبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفرقة	الرقم
مرتفعة	1	0.801	4.22	فريق العمل في المستشفى مستعد دائمأً لخدمة المرضى.	.12
مرتفعة	2	0.839	4.10	يملك الفريق الصحي معلومات كافية عن حالة المريض.	.14
مرتفعة	3	1.00	3.96	المريض على علم بموعد تقديم الخدمة الصحية والانتهاء منها.	.15
مرتفعة	4	1.00	3.90	تقديم الخدمات الصحية في مواعيدها دون تأخير.	.13
مرتفعة	-	0.79	4.04	المتوسط العام	

ويبيّن جدول (6) كذلك أن الفقرة رقم 14 التي نصت على "يملك الفريق الصحي معلومات كافية عن حالة المريض" بدرجة مرتفعة بمتوسط حسابي (4.10) وانحراف معياري (0.84)، الفقرة رقم 15 التي نصت على "المريض على علم بموعد تقديم الخدمة الصحية والانتهاء منها" قد ظهرت بدرجة مرتفعة حيث أن متوسطها الحسابي يساوي (3.96) وانحرافها المعياري يساوي (1.00)، وبنفس الدرجة جاءت الفقرة رقم 13 التي نصت على "تقديم الخدمات الصحية في مواعيدها دون تأخير" بمتوسط حسابي (3.90) وانحراف معياري (1.00).

• **بعد الملوسيّة**

أشارت نتائج أظهرت نتائج التحليل في جدول (7) تحليل فقرات البعد الثالث من أبعاد جودة الخدمة الصحية وهو الملوسيّة الموضحة في الجدول (5-5) أن درجة هذا البعد من وجهة نظر عينة البحث مرتفعة بدلالة قيمة المتوسط الحسابي التي بلغت (4.04) بانحراف معياري (0.73). وتبين النتائج في الجدول رقم (7) أن الفقرة رقم 18 التي نصت على "مظهر الأطباء والممرضين في المستشفى أنيق" جاءت في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.15) وانحراف معياري (0.79)، يليها الفقرة رقم 17 التي نصت على "يقع المستشفى في منطقة ملائمة من السهل الوصول إليها" في المرتبة الثانية بدرجة مرتفعة بمتوسط حسابي (4.08) وانحراف معياري (0.85).

جدول (7): نتائج تحليل فقرات بعد الملوسيّة

الرقم	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري الحسابي	الدرجة	الرتبة
18.	مظهر الأطباء والممرضين في المستشفى أنيق.	4.15	0.791	مرتفعة	1
17.	يقع المستشفى في منطقة ملائمة من السهل الوصول إليها	4.08	0.851	مرتفعة	2
16.	يملك المستشفى أجهزة طبية حديثة	3.98	0.926	مرتفعة	3
19.	يوفّر المستشفى أماكن مناسبة لانتظار.	3.97	0.917	مرتفعة	4
	المتوسط العام	4.04	0.73	-	مرتفعة

ومما يلاحظ كذلك من النتائج الواردة في جدول (7) أن الفقرة رقم 16 التي نصت على "يملك المستشفى أجهزة طبية حديثة" في المرتبة الثالثة حيث بلغ متوسط الحسابي (3.98) وانحرافها المعياري (0.93)، ثم الفقرة رقم 19 التي نصت على "يوفّر المستشفى أماكن مناسبة لانتظار" بدرجة مشابهة بمتوسط حسابي مقارب للفقرة السابقة (3.97) وانحراف معياري (0.92). وعليه فإن جودة الخدمات الصحية المقدمة للمريض في المستشفيات محل الدراسة من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة بالتركيز على **بعد الملوسيّة** مرتفعة.

• **بعد الأمان**

يتضح من النتائج الموضحة في جدول (8) المتعلقة بفقرات بعد الأمان أن الدرجة الكلية لهذا البعد من وجهة نظر أفراد العينة مرتفعة، حيث بلغ المتوسط العام لبعد الضمان (4.00) بانحراف معياري (0.79).

جدول (8): نتائج تحليل فقرات بعد الأمان

الرقم	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري الحسابي	الدرجة	الرتبة
22.	يملك أفراد الفريق الطبي الخبرات والمهارات المطلوبة لتلبية حاجات المرضى الطبية.	4.03	0.839	مرتفعة	1
21.	تهتم الإدارة العليا في المستشفى بجودة الخدمات الصحية	4.02	0.906	مرتفعة	2
23.	يقدم الطاقم الصحي للمريض بما يشعرهم بالاطمئنان للخدمات الصحية التي يتقنها في المستشفى.	4.01	0.839	مرتفعة	3
20.	يحظى المستشفى بسمعة ومصداقية كبيرة كمؤسسة طبية.	3.96	0.950	مرتفعة	4
	المتوسط العام	4.00	0.79	-	مرتفعة

يُستدل من النتائج الواردة في جدول (8) أن جميع الفقرات قد جاءت بدرجات مرتفعة بمتوسطات حسابية تراوحت بين (4.02-3.96) بانحرافات معيارية تراوحت بين (0.96-0.84). وظهرت الفقرة رقم 22 التي نصت على "يملك أفراد الفريق الطبي الخبرات والمهارات المطلوبة لتلبية حاجات المرضى الطبية" في المرتبة الأولى، يليها الفقرة رقم 21 التي نصت على "تهتم الإدارة العليا في المستشفى بجودة الخدمات الصحية" في المرتبة الثانية، ثم الفقرة 23 التي نصت على "يقدم الطاقم الصحي للمريض بما يشعرهم بالاطمئنان للخدمات الصحية التي يتلقونها في المستشفى"، وأخيراً، الفقرة 20 التي نصت على "يحظى المستشفى بسمعة ومصداقية كبيرة كمؤسسة طبية" في المرتبة الرابعة.

• **بعد التعاطف**

تبين النتائج الواردة في جدول (9) المتعلقة بفقرات بعد التعاطف أن الدرجة الكلية لهذا البعد من وجهة نظر أفراد العينة مرتفعة، حيث بلغ المتوسط العام لبعد التعاطف (4.08) بانحراف معياري (0.79)، وذلك تبعاً لارتفاع درجات جميع الفقرات المستخدمة لقياس هذا البعد، التي بلغت قيم متوسطتها الحسابية (4.11-3.97) وانحرافاتها المعيارية (0.78-1.00). وقد جاءت الفقرة رقم 26 التي نصت على "ساعات العمل في المستشفى ملائمة لغالبية المرضى" في المرتبة الأولى، يليها الفقرة رقم 27 التي نصت على "يعامل الفريق الصحي المرضى بلطف واحترام وعناية شخصية" في المرتبة الثانية، ثم الفقرة رقم 25 التي نصت على "يصغي العاملون في المستشفى لشكاوى المرضى" في المرتبة الثالثة، والفقرة رقم 24 التي نصت على "يقدر الطاقم الصحي ظروف المرضى الشخصية والصحية" في المرتبة الرابعة.

جدول (9): نتائج تحليل فقرات بعد التعاطف

الرقم	الفقرة	المتوسط	الانحراف	الدرجة	الرتبة	المعياري
.26	ساعات العمل في المستشفى ملائمة لغالبية المرضى	4.18	0.778	1	مرتفعة	
.27	يعامل الفريق الصحي المرضى بلطف واحترام وعناية شخصية.	4.11	0.939	2	مرتفعة	
.25	يصنف العاملون في المستشفى لشكاوى المرضى	4.07	0.918	3	مرتفعة	
.24	يقدر الطاقم الصحي ظروف المرضى الشخصية والصحية	3.97	1.01	4	مرتفعة	
	المتوسط العام	4.08	0.79	-	مرتفعة	

يتضح من النتائج السابقة المتعلقة بأبعاد جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة كما يظهر في جدول (9) أن الدرجة الكلية لجودة الخدمات الصحية مرتفعة حيث بلغ المتوسط الحسابي (4.05) بانحراف معياري (0.69). وقد جاء ترتيب أبعاد جودة الخدمة الصحية من حيث مستواها على النحو الآتي: التعاطف في المرتبة الأولى، الاستجابة في المرتبة الثانية، الملموسيّة في المرتبة الثالثة، الأمان في المرتبة الرابعة، ثم الاعتمادية في المرتبة الخامسة.

جدول (10): مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة

الرقم	أبعاد جودة الخدمة الصحية	المتوسط	الانحراف	الدرجة	الرتبة	المعياري
.1	التعاطف	4.08	0.79	1	مرتفعة	
.2	الاستجابة	4.04	0.79	2	مرتفعة	
.3	الملموسيّة	4.04	0.73	3	مرتفعة	
.4	الأمان	4.00	0.79	4	مرتفعة	
.5	الاعتمادية	4.00	0.75	5	مرتفعة	
	المتوسط العام	4.05	0.69	-	مرتفعة	

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي

بيّنت نتائج تحليل البيانات كما يظهر في جدول رقم (10) أن جميع نتائج مستوى أبعاد جودة الخدمة الصحية مرتفعة وفق طريقة تقييم المتوسطات الحسابية الموضحة في الدراسة.

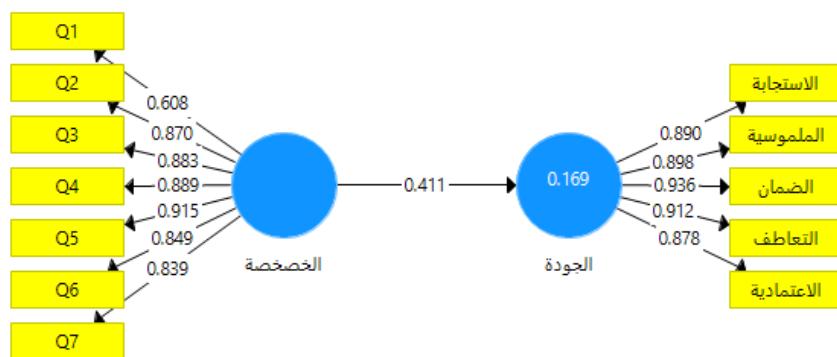
### اختبار فرضيات الدراسة:

لإثبات فرضيات الدراسة استخدم الباحثان اسلوب تحليل المسار والذي يعني بدراسة وتحليل العلاقات بين متغير أو أكثر من المتغيرات المستقلة سواء كانت هذه المتغيرات مستمرة أو متقطعة، وقد تم الاعتماد على مستوى الدلالة (0.05) للحكم على مدى معنوية التأثير، حيث يتم مقارنة مستوى المعنوية المحتسب مع قيمة مستوى الدلالة المعتمد، وتعد التأثيرات ذات دلالة إحصائية إذا كانت قيمة مستوى الدلالة المحتسب أصغر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05) والعكس صحيح أيضاً. تم الاعتماد على قيمة (T-statistic) إذا زادت القيمة عن (1.96) تعد التأثيرات ذات دلالة إحصائية والعكس صحيح.

### اختبار الفرضية الرئيسية:

نُصت الفرضية الرئيسية على "توجد علاقة تأثير إيجابية لخصخصة المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً في المستشفيات الحكومية التابعة لصحة نجران".

تم اختبار الفرضية باستخدام برنامج Smart PLS 3.0 وتظهر النتائج في الشكل (2) الذي يبين العلاقة بين الخصخصة مقاسة بسبع فقرات وجودة الخدمة الصحية مقاسة بأبعادها الاعتمادية والاستجابة، والملموسيّة، والأمان، والتعاطف. ويتبّع من الشكل (2) أن الخصخصة تفسر حوالي 17% من التباين في جودة الخدمة الصحية.



شكل (2): نموذج اختبار الفرضية الرئيسية

جدول (11): نتائج اختبار الفرضية الرئيسية

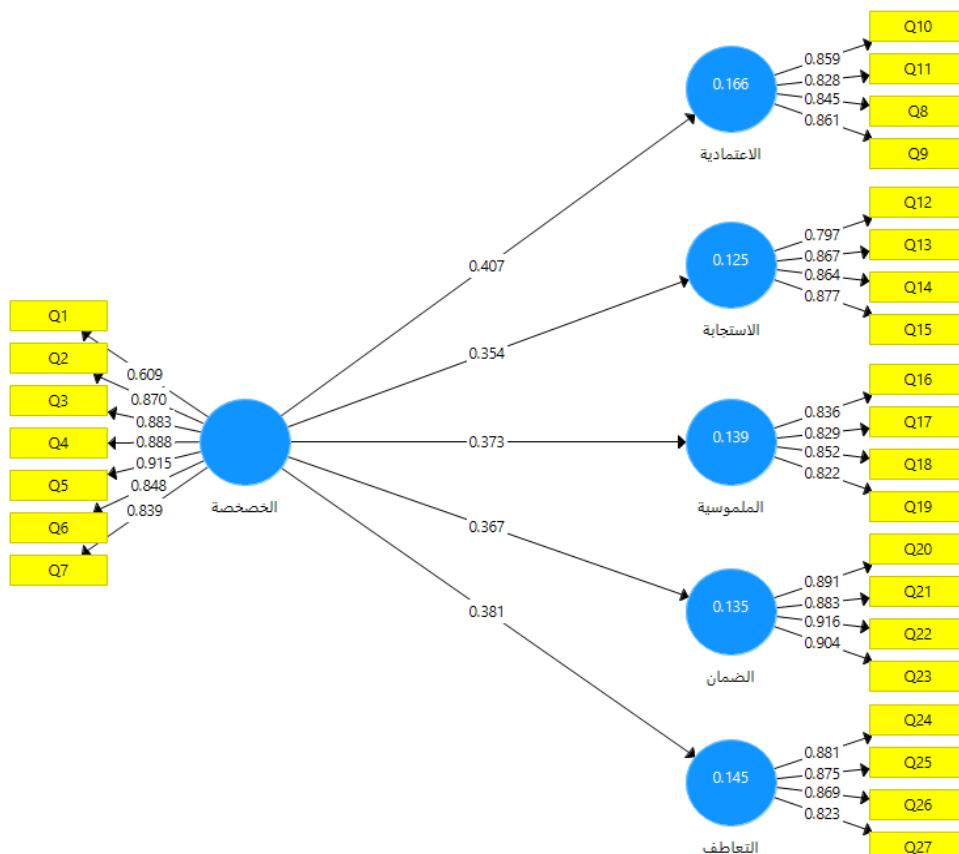
مستوى الدلالة*	قيمة ت	القيمة المعيارية لمعامل الانحدار	المتغير التابع	المتغير المستقل
0.000	5.457	0.411	جودة الخدمة الصحية ← الشخصة	

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي باستخدام برنامج SmartPLS3

ويظهر في جدول (11) وجود أثر ذو دلالة إحصائية للشخصة على جودة الخدمة الصحية حيث بلغت قيمة معامل الانحدار بيتا (0.41) وقيمة ت عند مستوى دلالة أقل من 0.05 (0.000). وعليه، تم قبول الفرضية الرئيسية.

#### اختبار الفرضيات الفرعية:

نُصِّب الفرضيات الفرعية المبنية من الفرضية الرئيسية على وجود علاقة تأثير إيجابية لشخصية المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعّالاً وفقاً لبعد الاعتمادية (الفرضية الفرعية الأولى)، وبعد الاستجابة (الفرضية الفرعية الثانية)، وبعد الملموسية (الفرضية الفرعية الثالثة)، وبعد الأمان أو (الضمان) (الفرضية الفرعية الرابعة)، وبعد التعاطف (الفرضية الفرعية الخامسة). ويوضح الشكل (2-5) نموذج اختبار هذه الفرضيات. ويتبين منه أن الشخصية تفسر ما نسبته 17% من التباين في بعد الاعتمادية، و 13% من التباين في بعد الاستجابة، و 14% من التباين في بعد الملموسية، وحوالي 14% من التباين في بعد الأمان أو الضمان، وأخيراً، تفسر 15% من التباين في بعد التعاطف.



شكل (3): نموذج اختبار الفرضيات الفرعية

ومن أجل تحديد درجة تأثير الخصخصة في كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية ومستوى دلالته فإن جدول (12) يوضح هذه النتائج.

جدول (12): نتائج اختبار الفرضيات الفرعية

المتغير المستقل	←	المتغيرات التابعة	قيمة ت	مستوى الدلالة*
الشخصية	←	الاعتمادية	0.407	0.000
الشخصية	←	الاستجابة	0.354	0.000
الشخصية	←	الملموسة	0.373	0.000
الشخصية	←	الأمان	0.367	0.000
الشخصية	←	التعاطف	0.381	0.000

\* ذات دلالة إحصائية عند  $\alpha < 0.05$

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي باستخدام برنامج SmartPLS3.

توضّح النتائج الواردة في جدول (12) وجود تأثير إيجابي ذو دلالة إحصائية للشخصية في الاعتمادية حيث بلغت قيمة معامل الانحدار (0.41) وقيمة ت (5.447) بمستوى دلالة يساوي (0.000). وعليه، تم قبول الفرضية الفرعية الأولى التي نصت على "توجد علاقة تأثير إيجابية للشخصية المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعد الاعتمادية".

كما تم قبول الفرضية الفرعية الثانية التي نصت على "توجد علاقة تأثير إيجابية للشخصية المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعد الاستجابة"، حيث بينت النتائج أن درجة تأثير الشخصية في بعد الاستجابة تساوي (0.354) وهي ذات دلالة إحصائية إذ بلغت قيمة ت (4.842) بمستوى دلالة أقل من (0.05). وتنطبق هذه العلاقة التأثيرية الإيجابية على الفرضية الفرعية الثالثة التي نصت على "توجد علاقة تأثير إيجابية للشخصية المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعد الملموسة" حيث بلغت قيمة معامل الانحدار (0.373) وقيمة ت (5.457) بمستوى دلالة أقل من (0.05). كما تبيّن النتائج في جدول (12) وجود تأثير ذو دلالة إحصائية للشخصية في بعد الأمان (0.367) حيث بلغت قيمة معامل الانحدار (0.367) وقيمة ت (4.805) بمستوى دلالة أقل من (0.05). وأخيراً، توجد علاقة تأثير إيجابية للشخصية المستشفيات الحكومية وجودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعد التعاطف حيث جاءت قيمة معامل الانحدار (0.381) وقيمة ت (5.386) بمستوى دلالة (0.000).

## النتائج والتوصيات:

### نتائج الدراسة:

- انطلاقاً من الدراسة الميدانية وتحليل إجابات أفراد عينة الدراسة توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:
- توجد علاقة تأثير إيجابية للشخصية المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً في المستشفيات الحكومية التابعة لصحة نجران موضوع الدراسة. حيث نجد أن للشخصية دوافع متعددة تشجع على تطبيقها منها الدافع المتعلق بتحسين جودة الخدمات المقدمة للمواطنين. وبالرغم من ارتفاع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً في المستشفيات محل الدراسة إلا أن أفراد عينة البحث يثمنون دور الشخصية في تحقيق المزيد من جودة الخدمات الصحية، أو تحقيق نفس المستوى من الجودة دون تكبد الموازنـة الحكومية مبالغ طائلة وبتحفيـيف العـبـء على الكـادر الصـحي.
  - توجد علاقة تأثير إيجابية للشخصية المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعد الاعتمادية. ولعل السبب وراء ذلك هو أن الاعتمادية تعني تقديم الخدمة الصحية دون أخطاء، وثقة المرضى بكفاءة الكادر الصحي، والتزام المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في موعدها وتكمـن أهمـيـةـ الـخـصـصـيـةـ فـيـ أـهـمـهـاـ تـسـاعـدـ عـلـىـ تـحـقـيقـ مـظـاهـرـ الـاعـتمـادـيـةـ مـنـ توـفـيرـ الـكـادـرـ الطـبـيـ عـبـرـ التـعـاـفـ.
  - توجد علاقة تأثير إيجابية للشخصية المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعد الاستجابة حيث تساعد الشخصية على زيادة سرعة تقديم الخدمات للمريض، واجراء العمليات الجراحية في موعدها.
  - توجد علاقة تأثير إيجابية للشخصية المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعد الملموسة التي تعني بالمحافظة على حداثة الأجهزة الطبية.
  - توجد علاقة تأثير إيجابية للشخصية المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعد الأمان إذ يعني هذا البعد الاهتمام بالمعرفة والمهارات التي يمتلكها الكادر الصحي وتوفير مستلزمات الخدمة الصحية.
  - توجد علاقة تأثير إيجابية للشخصية المستشفيات الحكومية على جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً وفقاً لبعد التعاطف ولعل الجانب الذي يبرز دور الشخصية هنا هو ملائمة ساعات العمل في المستشفى لظروف المرضى حيث من الممكن زيادة ساعات العمل في حال خصخصة المستشفى.

**الوصيات:**

- تطبيق مبادرة خصخصة المستشفيات الحكومية بصورة جزئية لتشمل الخدمات الأكثر تكلفة على الموازنة الحكومية وتقدير نتائج التجربة والاستفادة من دروسها تمهيداً لخصخصة بقية الخدمات.
- ربط الخصخصة بمستوى جودة الخدمات الصحية لأن الخصخصة من أهم العوامل المؤثرة في الجودة، وهذا يعنيأخذ جودة الخدمات الصحية بعين الاعتبار عند صياغة أنشطة الخصخصة وتنفيذها، ومثال ذلك الاهتمام بتحديث الأجهزة والمعدات الطبية.
- إجراء دراسات إضافية لبحث دور خصخصة المستشفيات الحكومية في تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى حيث طبق البحث الحالي على عينة من العاملين في المستشفيات الحكومية.
- إجراء دراسات تبحث أثر الخصخصة في تحسين مستوى الخدمات الصحية في مستشفيات أخرى من أجل تعميم النتائج المتعلقة بهذا الأثر بين الخصخصة وجودة الخدمات الصحية الحكومية.

**المراجع:**

- الأحمدى، حنان عبد الرحيم. (2006). محددات جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية: دراسة نوعية. *دورية الإدارة العامة*: 46(3).
- الأسى، طارق. (2015). تأثير أبعاد المناخ التنظيمي في جودة الخدمة الصحية دراسة ميدانية على بعض المستشفيات الخاصة بمحافظة دمشق. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق.
- البقمي، شجاع بن سلطان. (2021). اتجاهات رجال الأعمال السعوديين نحو معالجة الصحف الورقية لبرنامج التخصيص: دراسة مسحية على عينة من رجال الأعمال في منطقة الرياض. جامعة الأزهر، مجلة البحوث الإعلامية: العدد 4.
- البكري، ثامر ياسر. (2005). *تسويق الخدمات الصحية*. دار اليازوري للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- الجبوري، فوزي حسين سلمان، وضيadan، هبة سالم. (2021). عوامل نجاح الخصخصة ومعوقاتها. مجلة كلية القانون للعلوم القانونية والسياسية.
- الحصري، نبيه فرج. (2018). *الخصوصية: دراسة مقارنة*. تجربة مصر ومالزينا مع الإشارة للتجارب الغربية. دار الفجر للنشر والتوزيع.
- حلاوة، محمد السيد. (2004). *أثر سلبيات الخصخصة على خدمات الرعاية الصحية: دراسة ميدانية على المستشفى الجامعي الرئيسي بالإسكندرية*. مجلة التربية المعاصرة: العدد 21.
- حسروف، أيمن محمد كمال. (2008). *تسويق الخدمات الصحية*. المركز الدولي الاستشاري للتنمية الإدارية..
- دبور، عبد القادر. (2012). دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية (حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة). مجلة الباحث: ورقلة الجزائر العدد 11
- دربيدي، أحلام. (2014). دور استخدام نماذج صنوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكة. (رسالة ماجستير)، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
- الدوري، عمر علي، والشمرى، أحمد ضرار إسماعيل. (2007). بذائل التحول من الملكية العامة إلى الملكية الخاصة. مجلة المنصور: العدد 10.
- رضوان، علاء فرج حسن. (2021). دور مهارات التعامل مع المرضى في تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية على المرضى المتعاملين مع مستشفيات جامعة المنوفية. جامعة عين شمس، *المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة*: العدد 4.
- زيد، منير عبوى. (2007). *الخصوصية في الإدارة العامة بين النظرية والتطبيق*. المعتز للنشر والتوزيع، دار دجلة ناشرون وموزعون.
- ساعاتي، عبد الإله سيف الدين غازي. (2012). خصخصة مستشفيات القطاع العام وأثرها على تحسين جودة الخدمات الطبية، من وجهة نظر العاملين والمرضى المراجعين: دراسة تطبيقية على مستشفيات القطاع العام العاملة في مدينة جدة. *مجلة الأبحاث الاقتصادية*: العدد 7.
- سامر، أحمد قاسم، سليمان سليم علي. (2015). دراسة العلاقة بين جودة الخدمة ورضا العملاء دراسة ميدانية على المشافي الخاصة في مدينة الالاذقية. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية- سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية: 37(3).
- أبي سعيد، عبد الله، عادل محمد. (2003). النوعية والجودة في الخدمات الصحية، دراسة تحليلية لأراء المرضى في عينة من المستشفيات العامة. مجلة تنمية الرافدين: 25(73).
- سليمان، حسن صالح. (2008). قياس رضى المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة: دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات العامة والخاصة الأردنية. *مجلة البحوث المالية والتجارية*: (1).
- سمير، محمد عبد العزيز. (2000). اقتصاديات جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة والإينزو 9000 و 10011. مكتبة الإشعاع الفنية للنشر والتوزيع.
- عبد الله، عبد الرحيم. (2016). إصلاح القطاع العام وتفعيل الدور التنموي للقطاع الخاص. *مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية*: 24).

- عتيق، عائشة. (2012). *جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية*. مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية جامعة أبوظبي بلقайд الجزائر.
- العسالى، محمد أديب. (2006). *واقع ومتطلبات تطوير الواقع الصحي*. المؤتمر الوطني للبحث العلمي والتطوير التقانى.
- العسكري، عبود عبدالله. (2004). *منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية*. دار التميز.
- علي، حنان حسنين. (2011). *قياس جودة الخدمات الصحية في الأندية الصحية الأهلية الحكومية والخاصة*. جامعة حلوان، مجلة الرياضة: علوم وفنون، العدد 39.
- عنانى، وليد فتحى بكر محمد. (2018). *سياسات الخصخصة وأثارها الاجتماعية والاقتصادية والنفسية على عمال الصناعة: دراسة حالة لمصنع الغزل والنسيج بمحافظة سوهاج*. جامعة سوهاج، مجلة كلية الآداب: العدد 49.
- العیدروس، أفادیر سالم. (2019). *الكفايات الجوهرية للموظفين في ضوء متطلبات الخصخصة: دراسة تطبيقية على إدارة التعليم بالعاصمة المقدسة في المملكة العربية السعودية*. جامعة عين شمس، مجلة التربية في العلوم التربوية: 43(4).
- غوارى، ملية. (2021). *التدريب وتأثيره على جودة خدمات الرعاية الصحية: دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ديدوش مراد قسنطينة*. جامعة الجلفة، مجلة دراسات وأبحاث: 13(1).
- فوزى، شعبان مذكور. (1998). *تسويق الخدمات الصحية*. إيتال لنشر والتوزيع مصر الجديدة.
- المحياوى، قاسم نايف علوان. (2006). *إدارة الجودة في الخدمات، مفاهيم وعمليات وتطبيقات*. الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع.
- المساعد، زكى خليل. (1998). *تسويق الخدمات الصحية*. دار الحامد للنشر والتوزيع.
- النجار، فريد. (2007). *إدارة المستشفيات وشركات الأدوية*. الدار الجامعية، الطبعة الأولى.
- وزارة الصحة السعودية. (2021). *برنامج تحول القطاع الصحي، خطة التنفيذ. متوفى على الموقع الالكتروني: [https://www.vision2030.gov.sa/media/kcqbeldn/hstp\\_ar.pdf](https://www.vision2030.gov.sa/media/kcqbeldn/hstp_ar.pdf)*.
- أبو يونس، هشام صدقى عبد الرزاق. (2017). *الأثار الاقتصادية للخصوصة*. دار الجندي للنشر والتوزيع.
- Alkhannis, A. A. (2017). Critical analysis and review of the literature on healthcare privatization and its association with access to medical care in Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health*, 10(3), 258-268.
- Camilleri, David & O., Collaghan, Mark, (1998). Comparing public and private hospital car service. *International journal of health care quality assurance*, 11(4). <https://doi.org/10.1108/09526869810216052>
- Delice, A. (2010). The sampling issues in quantitative research. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 10(4), 2001-2018.
- Irfan,S. M; AJAZ, A. & Shahbas, (2011). assessment of service quality of private hospitals in\_pakistan a\_patient perspective. *India Journal of Commerce Management Studies*, 11(2).
- Kenneth, B. (1995). *Methods of social Research*.
- Kerjcia, R. & Morgan, D. (1970). *Determining sample size for research activities, Educational and psychological Measurement*.
- Lovelock, C. (1996). *Service Marketing*. 3rd ed. prentice - Hall, internati- Hallition.