

نموذج مقترح لأبعاد التوقع لجودة الخدمة في قطاع الرعاية الصحية  
السعودي

د. هند سامح حافظ حسن  
مدرس بكلية التجارة جامعة المنصورة

## مختصر:

تهدف هذه الدراسة إلى دراسة الفروق القائمة بين الجنسين في توقعات العملاء لجودة الخدمة في قطاع الرعاية الصحية. تم اختبار الفروض الخاصة بالفروق بين الجنسين المعرفية والوجدانية في التوقع باستخدام تحليل ANOVA. وتم تطبيق القيم المركبة لكل بُعد من الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة كمتغيرات تابعة. وتشير النتائج إلى أن جميع أبعاد التوقع باستثناء "المشاركة الوجدانية" ليس لها فرق إحصائي قائم على النوع. ومع ذلك، هناك فرق دال في تأثير الأبعاد المعرفية. من شأن نتائج هذه الدراسة أن تساعد مقدمي الرعاية الصحية في تحسين خدماتهم بناءً على الفروق بين الجنسين.

الكلمات المفتاحية: جودة الخدمة، التوقع، معرفي، وجداني، المملكة العربية السعودية.

## Abstract

The aim of this study is to examine the gender differences in customer expectations for quality of service in the healthcare sector. Cognitive and emotional gender differences in predictions were tested using ANOVA analysis. Complex values for each of the five dimensions of Quos were applied as dependent variables. The results indicate that all dimensions of expectation except for "emotional participation" have no gender-based statistical difference. However, there is a D difference in the effect of cognitive dimensions. The results of this study will excite healthcare providers in improving their services based on gender differences.

**Keywords:** quality of service, expectation, cognitive, sentimental, Saudi Arabia.

## ١ مقدمة

تم التركيز على أهمية قطاع الرعاية الصحية في جودة المجتمع الحديث على نطاق واسع (Theodoropoulos, 2010). ويعتبر قطاع الرعاية الصحية أحد أهم النقاط المرتبطة بتنمية اقتصاد البلد وكذلك الهيكل الاجتماعي (Bowman, et.al, 2008). بمقارنة النفقات في قطاع الرعاية الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي بين جميع دول مجلس التعاون الخليجي، فإن المملكة العربية السعودية تحرز ثاني أعلى نسبة (٣.٧%) بعد البحرين (٣.٨%) (Ram P., 2014).

والمملكة العربية السعودية دولة سريعة النمو في الشرق الأوسط، ولها وضع جيد يؤولها للمساهمة في الصحة العالمية. وقد شهدت المملكة العربية السعودية تحسناً هائلاً في صحة السكان، مما وضع البلاد في مستويات تعادل المستويات التي تحققت في البلدان المتقدمة (Aw, 2012). ولعدة عقود ظلت المستشفيات تبحث عن سبل لتحسين الجودة وخفض التكاليف باستخدام استراتيجيات مختلفة (Andel et.al, 2012). في الآونة الأخيرة، خضع قطاع الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية لإعادة هيكلة نظام تقديم الخدمات من أجل مواجهة التحديات الناجمة عن انخفاض التمويل وزيادة المنافسة وزيادة طلب المرضى. وركزت إعادة الهيكلة على إيجاد طرق فعالة لتلبية توقعات المرضى. ومن هنا شهدت الرعاية الصحية في المملكة تحولاً إلى نهج التركيز على المرضى حيث تتشكل الخدمات من خلال آراء المرضى واحتياجاتهم بدلاً من مقدمي الخدمات الطبية (Choi, K.S., et.al. 2005).

وعلى أرض الواقع يحتاج الموظفون إلى التفاعل مع المرضى بناءً على احتياجاتهم الفريدة وإشراكهم لإحداث تجربة جيدة للمرضى (Bisschoff and Clapton, 2014). لذلك، هناك حاجة ماسة إلى فهم مؤشرات الأداء من وجهة نظر المريض (Liu et al, 2006). تكشف الدراسات السابقة عن استخدام التوقعات التي ظهرت على نطاق واسع في تعريفات جودة الخدمة. ومن المنظور التنظيمي، يجب على مزود الخدمة التأكد من أن جودة الخدمات المقدمة قادرة على تلبية توقعات المرضى، ولكن من الصعب تقييمها وإدارتها (Johnson and Mathews, 1997).

على الرغم من الأدلة الموجودة في الدراسات السابقة التي تؤكد الاختلاف القائم على الفروق بين الجنسين في صناعة الخدمات، إلا أنه لم يتم القيام بالعديد من الدراسات التي من شأنها شرح هذه علاقة في مجال الرعاية الصحية (Yelkurand Chakrabarty, 2006; Lee, J.H , 2011).

(Choi, K.S., et. al. 2005). علاوة على ذلك، فإن تأثير الفروق بين الجنسين على توقعات العملاء لجودة الخدمة ليس مفهوماً بوضوح. وتقتصر بعض الدراسات أن يميل العملاء من الإناث إلى تقييم جودة الخدمة بدرجة أقل من الذكور (Tan andKek, 2004; Zeithaml et al., 2006; Lee, J.H et.al. 2011)؛ ومع ذلك، فإن القضية لم تُدرس في سياق خدمات الرعاية الصحية. وبالنظر إلى الأهمية الكبيرة لجودة الخدمة في قطاع الرعاية الصحية، فإن الغرض من هذه الدراسة هو دراسة الفروق المحتملة القائمة بين الجنسين على توقعات المرضى لجودة الخدمة في قطاع الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية. وهذا في الواقع يمكن أن يساعد مقدمي خدمات الرعاية الصحية في إدارة التوقعات بشكل مختلف بين الذكور والإناث مما يؤدي إلى تحسين جودة الخدمة ورضا المرضى.

## ٢ الدراسات السابقة

### ٢.١ جودة الخدمة

تهتم هذه الدراسة بتوقعات جودة الخدمة في قطاع الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية. ونقطة البداية هي استعراض الدراسات السابقة الموجودة ذات الصلة. يمكن أن يُعزى قدر كبير من الأعمال الأخيرة لجودة الخدمة إلى أعمال باراسورمان (Parasuraman) وزايثامل (Zeithaml). يعرف الباحثون عموماً جودة الخدمة كشكل من أشكال المواقف (Attitudes)، في حين عرّف (Fishbein and Ajzen) الموقف بأنه "استعداد فطري من جانب الفرد للاستجابة إلى شيء (أو خدمة) بطريقة مواتية أو غير مواتية باستمرار". وبشكل عام، ترتبط كلمة الجودة بعددٍ من التعريفات مثل القيمة والتميز والصلاحية للغرض وتلبية أو تجاوز التوقعات من منظور العميل وتطوير العملية كاملة على أساس ثابت يلبي احتياجات العميل الصريحة والضمنية ويتجاوزها (Mosadeghrad, 2013).

هناك نهج آخر لتعريف جودة الخدمة وهو تحديد أبعاد جودة الخدمة. أشار (Yelkur and Chakrabarty 2006) أنه على الرغم من أن العديد من الدراسات حاولت تصنيف جودة الخدمة إلى أبعاد، إلا أنه لا يوجد فصل واضح بين أبعاد الخدمة وأبعاد جودة الخدمة. وفي محاولة لقياس جودة الخدمة، تستخدم أداة SERVQUAL على نطاق واسع في أبحاث جودة الخدمة في القطاعات المختلفة. تتضمن أداة SERVQUAL خمسة أبعاد رئيسية مرتبطة بجودة الخدمة: الموثوقية، والملموسية، والمشاركة الوجدانية، والاطمئنان والاستجابة (Parasuraman et al., 1988). وتُقسم الأبعاد الخمسة إلى ٢٢ عنصراً من أجل الحصول على فهم أكثر عمقاً لجودة

الخدمة. ولا تزال هذه الأداة البحثية تستخدم على نطاق واسع ويذكر بعض الباحثين أنها "صمدت أمام اختبار الزمن" (Bose and Gupta, 2013). وتجدر الإشارة إلى أن الانتقادات التي وجهت إلى وجهات نظر (Parasuraman et al) بشأن SERVQUAL قد عولجت بدقة، لا سيما في ورقة بحثية ردًا على المخاوف التي أثرت حول استخدام SERVQUAL كأداة (Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1994)، حيث ثبت الباحثون صدق الأداة في ورقته البحثية. وفي هذه الورقة، يسلط الباحثون الضوء أيضًا على الحاجة إلى مزيد من البحث حول عناصر التوقعات وكيفية دمجها في جودة الخدمة. أيضا راجعت دراسات عديدة مجموعة المؤلفات حول أداة SERVQUAL (Ladhari, 2009; Buttle, 1996). استعرض Ladhari الدراسات السابقة بين عامي ١٩٨٨ و ٢٠٠٨ التي تدرس مقياس SERVQUAL لقياس جودة الخدمة، وعلى الرغم من وجود بعض الانتقادات، إلا أن الورقة البحثية خلصت إلى أن SERVQUAL لا تزال أداة مفيدة لقياس جودة الخدمة.

## ٢.٢ الأبعاد المعرفية والوجدانية لجودة الخدمة

نظرًا لتعريف جودة الخدمة كشكل من أشكال المواقف كما هو موضح أعلاه، فمن المهم استكشاف المنظور الثنائي الأبعاد للموقف: المعرفي والوجداني. علاوة على ذلك، أشار (Erevelles, 1998) أن هناك حاجة لمزيد من الدراسات التي تدرس فعالية النهج الوجدانية والمعرفية في تسويق الخدمات. أشارت دراسات عديدة أنه عند التأثير على السلوك البشري، تلعب الاستجابات الوجدانية البشرية بالإضافة إلى استجاباتهم المعرفية دورًا مهمًا (Bagozzi and Burnkrant, 1979; Compeau et al. 1998; Edwards, 1990). ويعتبر هذا تغيير في النهج لدراسة جودة الخدمة، لأنه في الماضي، ركزت الدراسات على الأبعاد المعرفية. فينظر الآن إلى البعد الوجداني على نفس القدر من الأهمية ويمكن أن يؤثر على إدراك الجودة. علاوة على ذلك، أشار (Zajonc, 1980) أن الأبعاد الوجدانية لجودة الخدمة يمكن أن تؤثر على تفضيل الفرد لمنتج معين ويمكن أن تؤثر أيضًا على تقييم المنتج. كما أكد أبيلسون وآخرون (Abelson et al, 1982) أن الأبعاد الوجدانية لجودة الخدمة مستقلة وأكثر أهمية في التنبؤ بالتفضيلات من الأبعاد المعرفية. بالإضافة إلى ذلك، يؤكد (Edwards, 1990) أن التأثير النسبي للوجدان والمعرفة لموقف ما يعتمد على دافعية العميل، ولكن البعد الوجداني قد يهيمن في سياق الاستجابة لإرضاء الحاجة أو التهديد لصورة الذات أو الدوافع اللاواعية. ومن ناحية أخرى، سوف يهيمن البعد المعرفي عندما تكون الحاجة مدفوعة بالحاجة إلى تفسير العالم الخارجي.

وفي الدراسات السابقة المتعلقة بتوقعات العملاء، يتم التمييز بين الأبعاد المعرفية والوجدانية لجودة الخدمة (Edwards 1990). وفيها تم ربط البعد المعرفي للخدمة بالمعتقدات والأحكام والأفكار بينما يتعامل البعد الوجداني مع الجوانب الانفعالية والشعورية للخدمة. يشارك Chiu and Wu (2002) و Chiu (2002) المنظور القائل بوجود فروق بين الذكور والإناث من حيث القيمة التي يعلقونها على الأبعاد الإدراكية والوجدانية للخدمة. ويشير عدد من الدراسات (Edwards, 1990; Zanna and Rempel, 1988) إلى أن المواقف تتكون من أبعاد معرفية ووجدانية وتؤكد أنه من الضروري بالتالي دراسة أبعاد جودة الخدمة على حد سواء وليس فقط البعد المعرفي. علاوة على ذلك، يقول Yelkur and Chakarabarty (2006) بأن إصدار 1994 من أداة SERVQUAL يُمَيِّز بين الأبعاد المعرفية والوجدانية. ويدمج Chiu and Wu (2002) تعريفاً للموقف يتكون من ثلاثة أبعاد، هي: المعرفي والوجداني والسلوكي، لكنهما يستكشفان فقط أدوار الأبعاد المعرفية والوجدانية لجودة الخدمة. وفي هذه الدراسة، تم التركيز على الأبعاد المعرفية والوجدانية للخدمة حيث أن هناك صعوبه أكثر في قياس الجانب السلوكي (Bagozzi and Burnkrant 1979; Erevelles, 1998).

### ٢.٣ جودة الخدمة في سياق المستشفيات

في سياق خدمات الرعاية الصحية، تُصنف الجودة إلى الجودة الفنية والجودة الوظيفية. تُصنف الجودة الفنية على أنها الجوانب المتعلقة بدقة الخدمات الطبية من حيث تشخيص المرضى على نحو مناسب، في حين ترتبط الجودة الوظيفية بالطريقة التي يتم بها تقديم خدمات الرعاية الصحية إلى المرضى (Kucukarslan, 2008).

يُعرف Mosadeghrad (2013) الجودة في خدمات الرعاية الصحية بأنها "إبهاج المريض باستمرار من خلال توفير خدمات رعاية صحية فعالة وكفؤة وفقاً لأحدث الأدلة والمعايير السريرية التي تلبي احتياجات المريض وترضي مقامي الخدمات." ويضيف أن جودة الخدمة تنقسم إلى ثلاث فئات: التقنية (المرتبطة بمستوى الفعالية مع الرعاية من أجل تحقيق كسب صحية مناسب)، والمرافق (المرتبطة بالراحة المحيطة بالمرضى، والسمات المختلفة التي يتمتع بها مقدم الخدمة) والعلاقة بين الأشخاص (المرتبطة بمستوى الإقامة الذي يحتاجه أي مريض وأياً كان التفضيل الذي لدى أي مريض). علاوة على ذلك، قام Kucukarslan and Schommer (2002) باختبار أبعاد التوقع المثالي (ما يجب أن تكون عليه الخدمة)، والخبرة القائمة على السوق (حالة الخدمة مقارنة بالخدمات المقدمة من الآخرين)، والخبرة السابقة (حالة الخدمة

مقارنةً بالزيارة السابقة). علاوة على ذلك، توصلت دراسة أجرت تحليلاً بعدياً للدراسات السابقة إلى أن قيمة العميل في شكل التواصل المحترم ومستوى المشاركة الوجدانية والاهتمام والبيئة المادية كانت عوامل أثرت على رضا المرضى (Liu et al, 2006). ومن ناحية أخرى، بحث Lee (2005) في جدوى التصور العقلي لأداة SERVQUAL من خلال اختبار العوامل الخمسة وثباتها. وتوصلت الدراسة إلى أن السمات الرئيسية التي تؤثر على جودة الخدمة هي المرافق الحديثة والثقة بالأطباء وتلقي الدعم الكافي من المستشفى والرغبة في مساعدة المرضى والجدارة بالثقة.

#### ٢.٤ توقعات العملاء لجودة الخدمة

أجريت دراسات عن توقعات العملاء في سياقات مختلفة وکانالقاسمالمشترك لنتائج البيانات مفاده أن التوقعات تُشكل الأساس لتقييم العملاء لخدمة (Swan and Trawick 1981). بينما أفاد Lin et al (2009) أن توقع العملاء هي الخطوة الأولى في عملية صنع القرار قبل التعبير عن الموقف أو النية أو السلوك تجاه الخدمة. ويشير الباحثون إلى أن توقع الخدمة محدد مهم للرضا. وتعتمد هذه النظرة على نظرية مستوى التكيف (Helsons, 1964) التي تستند على أن الأفراد تحكم على الحافز بناءً على تجاربهم السابقة وكذلك ذكرياتهم عن الكيفية التي كانوا ينظرون بها إلى محفزات مماثلة في الماضي.

ويؤكد Parasuraman et al (1988) أن العملاء يقيّمون جودة الخدمة من خلال مقارنة توقعهم السابق بالجودة المتصورة للخدمة التي يتلقونها. ناقشت دراسات (Gronroos, 1984; Parasuraman et al., 1985; Diaz-Martin et al., 2000; Kalamas et al., 2002; Ojasalo, 2001; Robledo, 2001) دور توقع العملاء وأهميته في إدارة جودة الخدمة ورضا العملاء. وعلاوة على ذلك، تشير دراسات (Cronin and Taylor, 1994; Johnson and Mathews, 1997; Robledo, 2001) أنه لا يزال هناك نقص كبير في فهم دور توقعات العملاء المتعددة وأهميتها في إدارة جودة الخدمة. واستجابةً لذلك، ركزت مجموعة من الدراسات السابقة على أهمية فهم توقعات العملاء كأداة لتشخيص المشكلات وخلق علاقات مع العملاء طويلة الأجل (Ojasolo, 2001; Pitt and Jeantrout, 1994; Walker and Baker, 2000; Zabava Ford, 2001).

وفي دراسة أجريت على توقعات العملاء في مراكز الاتصال، شدد Dean (2004) على أهمية إجراء دراسة خاصة بالسياق كخطوة نحو فهم توقعات العملاء عن كثب أكثر.

ويفترض (Oliver 1981) أن الرضا هو نتيجة لحالة نفسية ناجمة عن عدم صحة التوقعات، ولا سيما عدم صحة مشاعرهم السابقة بشأن تجربة الاستهلاك. وأجرى كل من Zeitham, Berry and Parasuraman, (1993) دراسة حول محددات توقعات العملاء للخدمات حيث حددوا ثلاثة أنواع من التوقعات: الخدمة المطلوبة، والخدمة الكافية والخدمة المتوقعة. وأضافوا أن المزايا التي يرغبها العملاء من الخدمة تساهم بشكل كبير في توقعات العملاء. لذلك من المهم فهم هذه المزايا من أجل فهم توقعات جودة الخدمة بشكل أفضل.

وفي أدبيات التسويق، تُصنف احتياجات العملاء ورغباتهم على أنها اجتماعية ونفسية ومادية ووظيفية. ولكن من أجل تحقيق رضا العملاء، أكد (Oliver, 1993) أنهم يجب أن يتمتعوا بخبرة سابقة لهذه الخدمة المحددة التي يقومون بتقييمها. ويناقش (Davidow and Uttal 1989) بأن "توقعات الخدمة تتشكل من خلال العديد من العوامل التي لا يمكن السيطرة عليها، من تجربة العملاء إلى الحالة النفسية للعميل في وقت تقديم الخدمة."

علاوة على ذلك، من المسلم به عند (Parasuraman, Zeitham and Berry 1985; ) أن Oliver 1981 أن تقييم جودة الخدمة يتأثر إلى حد كبير بالتوقعات السابقة. ومن منظور مختلف، يمكن أن توفر التوقعات أداة لتجزئة السوق من خلال تحديد مجموعات من العملاء الذين يشاركون توقعات مماثلة (Pitt and Jeantrout, 1994).

## ٢.٥ توقعات العملاء في سياق المستشفيات

نظراً لأن توقعات العملاء تعتمد إلى حد كبير على سياق الخدمة، تم إجراء دراسة خاصة بالسياق. وتختلف احتياجات المرضى في قطاع الرعاية الصحية اختلافاً كبيراً عن سياق القطاعات الأخرى. ففي سياق المستشفيات، يمكن تجربة جودة الخدمة من خلال أقسام مختلفة مثل التمريض، ودعم العملاء، والأغذية والمشروبات، وخدمات المختبرات، والخدمات الصيدلانية، وتكنولوجيا المعلومات، والأطباء، وبالطبع إدارة المستشفى. في دراسة حديثة، توصل Fullerton and McCullough's study (2014) إلى أن بيئة الرعاية الصحية تغيرت إلى حد كبير منذ عشرين عاماً وأن العملاء الأكثر استباقية هم أكثر رضا عن جودة الخدمة. ولكل هذه الأقسام تأثير مباشر على تجربة المريض ورضاه.

تعد إدارة الجودة في المستشفيات مهمة بسبب العديد من الأسباب الخاصة بالسياق. حيث أكدت دراسة أن جودة الخدمة لا تؤدي فقط إلى إيجاد ميزة تنافسية، Nyaga and Whipple, 2011، ولكنها أيضاً تزيد من الربحية وتقلل من التكاليف. علاوة على ذلك، أظهرت العديد من



الدراسات أن هناك علاقة مهمة بين جودة الخدمة ورضا العملاء (Krishnamurthy et.al, 2010)؛ واستبقاء العملاء وولانهم (Kheng and Ramayah, 2010)؛ والتكاليف (Reichheld and Sasser, 1990).

تجدد الإشارة أيضاً إلى أنه مع تحسين جودة الخدمة، تزداد توقعات العميل، بمعنى آخر، أصبح المرضى أكثر وعياً بالجودة، مما يجعل جودة الخدمة أكثر أهمية لنجاح مقدمي الرعاية الصحية (Choi and Lee 2005).

حاولت بعض الدراسات وضع تصور لجودة الخدمة في سياق المستشفيات. واستخدمت إحدى الدراسات التي ركزت على مستشفيات في الولايات المتحدة متغيرات مثل الرعاية والمشاركة الوجدانية والموثوقية وسرعة الاستجابة كأبعاد لجودة الخدمة (Tucker and Adams, 2001). وناقشت دراسة ثانية على مستشفيات الولايات المتحدة (Otani and Kurz 2004) بأن الأبعاد الرئيسية لجودة الخدمة هي خدمة تشمل عملية الإدخال في المستشفى، ورعاية الطبيب، والرعاية التمريضية، والحنو على العائلة / الأصدقاء، ولطف البيئة المحيطة وعملية التخرج من المستشفى. قام بوشوف (Boshoff and Gray 2004) بتعريف إجرائي لجودة الخدمة باستخدام متغيرات التواصل، والملموسية، والمشاركة الوجدانية لطاقم التمريض، والاطمئنان، وسرعة استجابة الموظفين الإداريين، والأمن وسرعة استجابة الطبيب. وفحصت دراسة أخرى مستوى الثقة وقسمت الاستجابات على أساس مستوى الثقة في المستشفى، أي ثقة منخفضة وثقة عالية.

في دراسة أجريت على مستشفيات الإمارات العربية المتحدة (Jabnoun and Chaker; 2003) قارن الباحثان بين المستشفيات الخاصة والعامة في الإمارات العربية المتحدة. واستخدم الباحثان متغيرات SERVQUAL مثل الموثوقية، وسرعة الاستجابة، ومهارات الدعم، والمشاركة الوجدانية والملموسية، وتوصلا إلى أن المستشفيات العامة والخاصة تختلف اختلافاً كبيراً عبر جميع الأبعاد، باستثناء مهارات الداعم.

ومن ناحية أخرى، أكدت دراسة (Rose et al 2014) أن الجانب الخاص بالعلاقات بين الأشخاص، وتثقيف المرضى، والتكلفة، والجانب الفني، ونتيجة الرعاية، ووقت الوصول، ووسائل الراحة، والدعم الاجتماعي هي أبعاد لجودة الخدمة لدراساتهم. ويضيف دوجيرالا وآخرون (Duggirala et al. 2008) أن هناك سبعة أبعاد لجودة الخدمة في المستشفيات، وهي البنية التحتية وجودة الموظفين وعملية الرعاية السريرية، والعمليات الإدارية، ومؤشرات السلامة والخبرة العامة للرعاية الطبية والمسؤولية الاجتماعية. وتوصل الباحثون إلى أن جميع الأبعاد السبعة كانت تنبئاً مباشراً لرضا المرضى.

وفي دراسة Youssef et al., (1996) تم التأكيد أنه في مجال الرعاية الصحية، على الرغم من تقديم أنواع الخدمات نفسها، تختلف الجودة أو الخدمة بشكلٍ كبير. في عالم اليوم، أصبح المرضى أكثر وعيًا بخياراتهم، وقد أدى تحسين معايير خدمات الرعاية الصحية إلى رفع المستوى المرجعي وبالتالي الزيادة في توقعات العملاء.

على جانب آخر جادل Bisschoff and Clapton (2014) أن تفاعل الخدمة الطبية هو تجربة سلبية من وجهة نظر المريض لأن التجربة مرتبطة بعدم الراحة والألم والمخاطر وفي بعض الحالات أيضًا درجة من الإذلال. تجعل طبيعة خدمة المستشفى من الصعب للغاية مقارنتها بجودة الخدمة في صناعات الخدمات الأخرى. وفي أدبيات التسويق، يمكن وصف ذلك بأنه خدمة مشاركة عالية.

## ٢.٦ الفروق بين الجنسين

تهدف هذه الدراسة إلى توضيح الفروق القائمة بين الجنسين في توقعات الخدمة في مجال الرعاية الصحية. على الرغم من أن الدراسات السابقة بحثت الفروق بين الجنسين (Bussey and Bandura 1999)، إلا أن هذه الدراسة ستضيف إلى المجال المعرفي من خلال التركيز على سياق خاص بمجال الرعاية الصحية. ويعد الفرق بين الجنسين في توقعهما لجودة الخدمة أمرًا مهمًا للغاية، حيث أنه سيمكّن مقدمي الرعاية الصحية من تلبية وإدارة توقعات المرضى من الجنسين.

وعلى نطاق واسع في الدراسات السابقة تم مناقشة أن العملاء من الإناث يميلون إلى تقييم جودة الخدمة بدرجة أقل عند إجراء مقارنة بين الجنسين (Lin, and Hsieh, 2001; Tan and Kek, 2004; Zeithaml et al., 2006). وتؤكد الدراسات أن الذكور والإناث يختلفون في أبعاد الخدمة التي يعلقون عليها أهمية (Yelkur and Chakrabarty, 2006). ومن المطروح أيضًا أن الذكور يستهلكون خدمات رعاية صحية أقل من الإناث (White and Witty, 2009; Hunt, 2012). على الرغم من عدد الدراسات في مجال الفروق بين الجنسين في خدمات الرعاية الصحية، إلا أن هناك حاجة إلى مزيد من البحث لدراسة الفروق المحتملة بينهم (Spathis, et.al. 2004). وأكد Lee and Sagas (2011) أنه لم يتم إعطاء اهتمام كبير لتأثير النوع الاجتماعي على جودة خدمتهم.

علاوة على ذلك، تقترح نظرية التنشئة الاجتماعية أن الفروق بين الجنسين تتشكل من سن مبكرة للغاية (Chodorow, 1999) وأن تؤثر بالطبع على الفروق بين الجنسين في استراتيجيات معالجة المعلومات. بالإضافة إلى ذلك، يقترح نموذج الانتقائية أن تكون الإناث واسعات الإدراك في

معالجة معلوماتهن وينظرن في كل من السمات الذاتية والموضوعية، ويملن إلى أن يكن أكثر استجابة نحو الإشارات الدقيقة. ومن ناحية أخرى، يعد الذكور معالجي معلومات "انتقائيين" حيث يطبقون نهجًا أكثر إرشادية ولا يستجيبون للإشارات الدقيقة (Darley and Smith 1995). وبناءً على الدراسات السابقة، يقترح الباحثون اختبار ثلاثة فروض: الفرض الأول: يوجد فرق معنوي بين الإناث والذكور في أبعاد توقعهم الكلي لجودة الخدمة في قطاع الرعاية الصحية.

الفرض الثاني: يوجد فرق معنوي بين الإناث والذكور في البعد الوجداني لتوقعات جودة الخدمة.  
الفرض الثالث: يوجد فرق معنوي بين الإناث والذكور في البعد المعرفي لتوقعات جودة الخدمة.

### ٣ منهجية البحث

#### ٣.١ عينة الدراسة

لفحص الفروض المذكورة أعلاه، تم إجراء دراسة ميدانية في مستشفيات المملكة العربية السعودية. تم توزيع الاستبيانات على عدد ٤٤٠ مريضًا بالغًا في ثلاثة مستشفيات عامة كبيرة في المملكة العربية السعودية. تم الاتصال بالمرضى بهدف شرح الدراسة لهم والطلب منهم عما إذا كانوا سيشاركون طوعًا في هذه الدراسة. وبعد استبعاد المشاركين الذين لم يتمكنوا من استكمال استبياناتهم، تم تلقي إجمالي ١٤٩ بنسبة (٣٣%). تألفت عينة المشاركين من الذكور (٥١%) أكثر قليلًا من الإناث (٤٩%) وكان للمستشفيات الثلاثة أحجام العينات التالية: عدد ٧٩ في الأولى، وعدد ٤٥ في الثانية وعدد ٢٥ في الثالثة.

#### ٣.٢ الأدوات

طلب من المشاركين في الاستبيان تقييم توقعاتهم في أداة SERVQUAL باستخدام مقياس ليكرت سباعي يتراوح من ١ (لا أوافق بشدة) إلى ٧ (أوافق بشدة). ووضِع الاستبيان باستخدام الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة. وُعدلت الصياغة والتعبير والعبارات لتكون قابلة للتطبيق على بيئة خدمات المستشفيات (Farid, 2008).

في هذه الدراسة، تم تعريف جودة الخدمة كشكل من أشكال المواقف التي تحتوي على بعدين، المعرفة والوجدان (Chiu and Wu, 2002). وتم وضع أبعاد جودة الخدمة باستخدام الأبعاد الخمسة لأداة SERVQUAL وتم اقتراح ٣٢ مفردة. تم الإبقاء على عدد ١٦ مفردة من هذه المفردات البالغ عددها ٣٢ مفردة لاختبار الفروض. من بين المفردات الستة عشر الأخيرة التي

استُخدمت لتقييم جودة الخدمة، تتعلق سبعة بالبعد الوجداني وتتعلق تسعة بالبعد المعرفي لجودة الخدمة. وارتبط البعد الوجداني بأبعاد الاطمئنان والمشاركة الوجدانية وارتبط البعد المعرفي بأبعاد الملموسية وسرعة الاستجابة والموثوقية.

### ٣.٣ التحليل الإحصائي

تم تحليل البيانات أولاً باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS). وتم إجراء تحليل الثبات باستخدام اختبار ألفا كرونباخ من أجل تقييم موثوقية البيانات. تم إجراء factor analysis بشكل أساسي بهدف تقييم صلاحية المحتوى لمفردات التوقع في .SERVQUAL.

تم إجراء اختبار Kaiser Meyer Olkin (KMO) لتحديد ما إذا كانت البيانات التي تم جمعها ملائمة لتحليل الأبعاد الأساسية. وتم استخدام Structural Equation Modeling SEM لتحليل مدى ملاءمة النموذج باستخدام العينة التي تم جمعها باستخدام AMOS V22 لاختبار الفروض الثلاثة المذكورة أعلاه. وقد تم ذلك لتقييم مدى مطابقة البيانات لكل نموذج. وتم التركيز على مربع كاي / درجات الحرية ( $x^2/df$ ) والدليل المقارن للمطابقة (GFI) Comparative Fit Index، ودليل جودة التوفيق Goodness-of-Fit Index (GFI) وجذر متوسط مربع الخطأ للتقريب Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) وقيمة p. تم احتساب متوسط القيم لكل تركيب في التوقع للذكور والإناث والدلالة من تحليل ANOVA.

أخيراً، لدراسة الفروق بين الجنسين فيما يتعلق بالأبعاد الوجدانية والمعرفية، تم تطبيق اختبار التحليل متعدد المتغيرات باستخدام اختبار Wilks' Lambda.

## ٤ التحليل والنتائج

تكونت الدراسة من عدد ٣٢ عبارة (مفردة) بشأن التوقع التي تم تجميعها وربطها بأحد أبعاد جودة الخدمة الخمسة في نموذج SERVQUAL. وفي الإجمال كان يوجد عدد ١٤٩ مشاركاً، الإناث (٤٩%) والذكور (٥١%).

### ٤.١ الثبات والصدق

تم التحقق من ثبات البيانات باستخدام معامل ألفا كرونباخ، وكانت معاملات هذه الدراسة كلها أعلى من ٠.٧٠ وتم التوصل إلى أنها ثابتة (Hair et al., 2006). كانت درجة الثبات للتوقع (٠.٩٢٢) مما يشير إلى أن المشاركين وجدوا أنه من السهل نسبياً تقييم التوقعات.

تم استخدام التحليل العاملي لمعرفة ما إذا كان هناك عدد من المتغيرات ترتبط مع بعضها بعضًا. ويسمح ذلك بتكثيف العديد من المتغيرات المترابطة بينيًا في عدد أقل من العوامل. ويوصي Kaiser and Rice (1974) بمقياس Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) أن يكون أقل من ٠.٥٠ المشار إليها على أنها غير مقبولة. وفي هذه الدراسة، يبلغ مقياس Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) للتوقع ٠.٨٧٧. ويدل هذا على أن المعاينة في هذه الدراسة مرضية للقيام بالتحليل العاملي.

تم استخدام اختبارات التحليل العاملي التأكيدي Confirmatory Factor Analysis (CFA) لتحديد عدد أقل من المفردات ذات الصلة بالأبعاد المحددة وتقييم ما إذا كانت الأبعاد تؤثر على الاستجابات بطريقة متوقعة (Hair et al., 2006).

يعد Bartlett's test مؤشراً آخر على قوة العلاقة بين المتغيرات. يبحث الاختبار في الفرض العدمي للمتغير الغير مرتبط أو لمصفوفة عدم وحدة. يشير مستوى المعنوية (قيمة  $p < 0.001$ ) في هذه الدراسة إلى أن مصفوفة الارتباط هي مصفوفة عدم وحدة. وبالتالي، فإن المتغيرات في هذه الدراسة لها بعض العلاقات بين بعضها بعضًا. وبالتالي يتم رفض الفروض العدمية وهي فكرة جيدة لمباشرة التحليل العاملي.

ينص معيار Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) على أنه يجب أن يستخدم عددًا من العوامل مساويًا لعدد الجذور المميزة لمصفوفة الارتباط التي تزيد عن واحد. وبعد تقييم مطابقة الأبعاد، يرتبط عدد ١٦ مفردة فقط من أصل ٣٢ مفردة بشأن توقع أبعاد جودة خدمة المستشفيات بالأبعاد الرئيسية الخمسة (الملموسية والموثوقية وسرعة الاستجابة والاطمئنان والمشاركة الوجدانية). ويوضح الجدول ١ تحميل عدد ١٦ مفردة وقيم t-test بناءً على النوع الاجتماعي. ولا تظهر قيم t-test أي فرق إحصائي بين الجنسين باستثناء المفردة الأخيرة (توجد قيمة ت - ١٣٨.٢ في المنطقة الحرجة للتوزيع الطبيعي، مما يشير إلى الفروق الإحصائية بين الجنسين).

ولتقييم صدق نموذج SERVQUAL المستخدم في الدراسة، تم فحص كل من الصلاحية التقاربية وصلاحية التمايز. ووجد أن الارتباط بين تركيبات التوقعات المركبة له قيمة منخفضة وأن الارتباطات بين المقاييس المماثلة لها قيمة عالية. وبالتالي، تم التوصل إلى أن النموذج المعتمد في هذه الدراسة له صلاحية تقاربية وأن جميع العوامل المستخدمة مرتبطة بنموذج التوقعات SERVQUAL لجودة الخدمة. وجد أيضًا أن معاملات ألفا كرونباخ لها قيم أكبر من الارتباط لكل تركيب، وبالتالي يمكننا أن نستنتج أن تركيب نموذج مطور له صلاحية تمايز. وبالتالي، فإن المقاييس المستخدمة في هذه الدراسة ثابتة، ومطابقة الأبعاد، وصادقة.

الجدول ١  
التقديرات المعيارية لمعاملات مسار التوقع

قيمة اختبار	Λ		
			الملموسية
٤.٦٧	٠.٥٠	يجب أن تكون الأدوية الموصوفة متوفرة في صيدلية المستشفى	الأبعاد المعرفية
٤.٤٩	٠.٥٢	يجب أن تكون المرافق المادية جذابة بصرياً (مثل مواقف السيارات، والاستقبال، والغرف، والحمامات، وسلالم الكراسي المتحركة ...)	
		الموثوقية	
٨.٠٦	٠.٧٢	يجب أن يكون لدى المستشفى مجموعة متنوعة من قنوات الاتصال مع المرضى (مثل الهاتف، والبريد الإلكتروني، والإنترنت وخدمة العملاء في الموقع)	
٧.٢٥	٠.٥٦	يجب أن يكون من السهل فهم مستوى التفسير الذي يقدمه الأطباء فيما يتعلق بنتيجة العلاج أو التشخيص	
٥.٩٩	٠.٦٤	يجب تحديث معلومات الموظفين والسوابق المرضية الخاصة بك ويمكن التحقق منها بانتظام	
٤.٢٤	٠.٦٨	يجب أن تحوز خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها المستشفى على ثقفتك.	
		سرعة الاستجابة	
٦.١٨	٠.٦٦	يجب أن يتم تنفيذ الخدمات في المستشفى في الوقت الموعود به	
٣.٧٥	٠.٧٠	يجب على موظفي المستشفى إبلاغك وأخذ موافقاتك قبل إجراء أي خدمة.	
٨.٥٨	٠.٥٦	يجب أن تأخذ إدارة المستشفى استجابة فورية لحل شكاوى المرضى	
		الاطمئنان	
٦.٦١	٠.٥٧	يجب أن يبني سلوك موظفي المستشفى ثقفتك	الأبعاد الوجدانية
٦.٥٤	٠.٦	يجب أن تكون قادراً على الثقة بالهيئة الطبية والفنيين في المستشفى	
٥.٩٧	٠.٧١	يجب أن تكون مباني المستشفى آمنة ومأمونة.	
		المشاركة الوجدانية	
٥.٤١	٠.٦٤	يجب على موظفي المستشفى التحية والابتسام	
٨.٣٣	٠.٥٢	يجب أن يستغرق الأطباء وقتاً كافياً لفهم احتياجاتك الخاصة.	
٤.٩٨	٠.٥٩	يجب أن يحترم الموظفون قراراتك.	
٦.٤٧	٠.٦٢	عندما تكون لديك مشكلة، يجب على الموظفين إظهار اهتمام صادق بحلها بشفافية	

## ٤.٢ النمذجة بالمعادلات البنائية (SEM): تقييم مطابقة النموذج

تم استخدام النمذجة بالمعادلات البنائية لتحليل مدى ملاءمة النموذج بناءً على العينة التي تم جمعها. تم رسم مسار نموذج SEM باستخدام AMOS V22 بناءً على أسئلة البحث لتقييم النموذج. وتقوم النمذجة بالمعادلات البنائية بتقييم ما إذا كانت البيانات مطابقة مع النموذج النظري. من أجل تقييم النموذج، تم التركيز على مربع كاي / درجات الحرية ( $\chi^2/df$ ) والدليل المقارن للمطابقة (GFI) Comparative Fit Index، ودليل جودة التوفيق (Goodness-of-Fit Index (GFI) وجذر متوسط مربع الخطأ للتقريب (Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) وقيمة p. تم استعراض النتائج في الجدول ٢. تحدد مؤشرات المطابقة المطلقة مدى ملاءمة النموذج الأولي لبيانات العينة (McDonald and Ho, 2002). وقد تم اقتراح  $Cut-off\ values \leq 0.9$  للدليل المقارن للمطابقة ودليل جودة التوفيق؛  $> 0.08$  لمربع كاي / درجات الحرية؛ و  $> 0.08$  لجذر متوسط مربع الخطأ للتقريب للإشارة إلى مطابقة مقبولة (Kanyongo and Schreiber, 2009).

الجدول ٢  
أدلة مطابقة نماذج SEM

قيمة p	RMSEA	CFI	GFI	( $\chi^2/df$ )	التوقع - النوع
٠.١٩٤	٠.٠٦٢	٠.٩٩٦	٠.٩٨٨	١.٥٧٠	

تم تنفيذ سلسلة من تكرارات مطابقة النموذج (عن طريق فحص دليل التعديل) وتم تنقيحها (عن طريق أخطاء المتغيرات المصاحبة بمفردات مختلفة شوهدت من مخرجات مطابقة النموذج). وتوضح أدلة مطابقة النماذج الخمسة الموضحة في الجدول ٢ أن جميع النماذج لدينا قد تم مطابقتها بشكل أفضل وفقاً للحدود القصوى التي تحدد Cut-off values الخاصة بها.

## ٤.٣ الفروق بين الجنسين

تظهر في الجدول ٣ متوسط القيم لأبعاد التوقع للذكور والإناث. في المتوسط، يكون متوسط القيم للإناث أعلى بقليل من الذكور، مما يشير إلى أن الإناث لديهم توقعات أعلى من الذكور. تُظهر قيم المعنوية من اختبار ANOVA أن الدلالة الإحصائية (قيمة  $p > 0.05$ ) لجميع الأبعاد باستثناء بعد المشاركة الوجدانية للتوقع لها قيمة دالة (قيمة  $p < 0.05$ ). وبالتالي، يمكننا أن نستنتج أن جميع متغيرات التوقع (باستثناء المشاركة الوجدانية) ليس لها فرق إحصائي بناءً على النوع.

الجدول ٣

نتائج تحليل ANOVA للتوقع على أساس الجنس

الأبعاد	الذكور	الإناث	متوسط الفجوة	إحصاءة F	معنوية F
الملموسية	٦.٠٩	٦.١٧	٠.٠٨-	٤٥٨.	٥٠٠.
الموثوقية	٦.١٩	٦.١٦	٠.٠٣	٠.٤٧.	٨٢٨.
سرعة الاستجابة	٦.٣١	٦.٣٢	٠.٠١-	٠.٠٥.	٩٤٣.
الاطمئنان	٦.٣٦	٦.٣٩	٠.٠٣-	٠.٥٣.	٨١٧.
المشاركة الوجدانية	٦.٢٤	٦.٤٥	٠.٢١-	٣.٩٤٦	٠.٤٩.

وبالنسبة للفروق بين الجنسين، تم حساب متوسط فجوة التوقع بناءً على فروق التوقع بين الذكور والإناث لكل بعد من الأبعاد المرتبطة.

كما يتضح من الجدول ٣ أعلاه، توجد فروق في الفجوة بين الذكور والإناث بناءً على بُعد المشاركة الوجدانية للتوقع (الإشارة السالبة هي مؤشر لمتوسط قيمة أعلى للإناث). تُظهر الأبعاد الأربعة الأخرى متوسط قليل لفروق الفجوة بين الجنسين في العلاقات بالنسبة لأبعاد SERVQUAL الخمسة. وبالتالي يمكننا أن نرفض فرضيتنا أن هناك فروق بين الذكور والإناث وفقاً لمتوسط الفجوة باستثناء المشاركة الوجدانية.

تظهر نتائج الفروض المتعلقة بالفروق القائمة بين الجنسين في الأبعاد الوجدانية والمعرفية أن المشاركات الإناث لديهن متوسط قيم أعلى بقليل من الذكور بشكل عام كما هو موضح في الجدول ٣. وأجريننا اختبار التحليل متعدد المتغيرات باستخدام اختبار (Wilks' Lambda) للتقاطع في توقعات البعد الوجداني حسب المشاركين من الجنسين (Chiu, H-C 2002). تشير النتائج الموضحة أدناه في الجدول ٤ إلى معنوية إحصائية، مما يعني أن المشاركين من الجنسين لديهم أبعاد وجدانية مختلفة للتوقعات. وبالتالي، فإن قبول الفرض الثاني هو وجود فروق بين المشاركين من الجنسين بناءً على تقاطع الأبعاد الوجدانية في التوقعات.



#### الجدول ٤

تحليل MANOVA للبعد الوجداني والمعرفي القائم على النوع الاجتماعي

معنوية F	إحصاءة F	Wilks' Lambda (التقاطع)
		التحليل متعدد المتغيرات لتقاطع البعد الوجداني القائم على النوع
٠.٠٠٠	٧٤٧٣	٠.٠١٠
		التحليل متعدد المتغيرات لتقاطع البعد المعرفي القائم على النوع
٠.٠٠٠	٤٨٩٧	٠.٠١٠

وبالمثل أجرينا اختبار MANOVA لتقاطع التوقعات، الأبعاد المعرفية القائمة على النوع ، تشير النتائج إلى معنوية إحصائية، وهناك إشارة أخرى إلى أن المشاركين من الجنسين لديهم أبعاد معرفية مختلفة للتوقعات.

كما هو موضح في استعراض الدراسات السابقة، أكدت أن العملاء من الإناث يميلون إلى تقدير الخدمات بصورة أقل من العملاء من الذكور ( Lin, Chiu, & Hsieh, 2001; Tan & Kek, 2004; Zeithaml et al., 2006). علاوة على ذلك، خلصت الدراسات أيضًا إلى أن العملاء من الذكور والإناث يختلفون في الأهمية التي يعلقونها على أبعاد الخدمة (Yelkur and Chakrabarty, 2006). قد يكون ذلك بسبب الفرق في معالجة المعلومات بين الجنسين كما هو موضح في نموذج الانتقائية حيث يُنظر إلى الإناث على أنهم واسعات الإدراك في معالجة معلوماتهن، وينظرن في السمات الذاتية والموضوعية على حد سواء ولكنهن يملن إلى أن يكن أكثر استجابة للإشارات الدقيقة في حين لا يستجيب الذكور لهذه الإشارات.

تدعم النتائج في هذه الدراسة هذه النتائج السابقة، لكن نتائج هذه الدراسة تذهب أبعد من ذلك إلى إضافة أنواع الأبعاد التي يعلق عليها الجنسين المختلفين أهمية. ونستنتج أنه في إطار البعد الوجداني لجودة الخدمة، تكون المشاركة الوجدانية هي المتغير المعنوي إحصائيًا الوحيد الذي يختلف بين الجنسين، حيث يولي العملاء من الإناث أهمية كبيرة على مستوى المشاركة الوجدانية المتلقاة أثناء تقديم الخدمة في الرعاية الصحية.

## ٥ الاستنتاجات والمساهمات

بناءً على النتائج الواردة في الأقسام السابقة، اختبرت هذه الدراسة ثلاثة فروض حول الفرق بين الجنسين في توقع جودة الخدمة في قطاع الرعاية الصحية. تكشف نتائج الفرض الأول أنه لا يوجد فرق معنوي بين الذكور والإناث في توقع جودة الخدمة في المستشفيات باستثناء المشاركة الوجدانية. وقد يرغب مقدمو الرعاية الصحية في إعطاء اهتمام أكبر لإدارة توقعات جودة الخدمة لدى الإناث من أجل تحسين مستويات رضا المرضى مما قد يؤدي إلى تحسين الميزة التنافسية. وعند دراسة الفرضيتين الأخريين، تؤكد النتائج أن الإناث في مرتبة أعلى من الذكور في كل من الأبعاد الوجدانية والمعرفية لجودة الخدمة. ويشير هذا إلى أنه عند تقديم خدمة الرعاية الصحية وتقييم الجودة، يجب على مقدمي الرعاية الصحية أن يركزوا على إدارة توقعات المرضى الإناث وتلبيتها بطريقة مختلفة عبر جميع أبعاد جودة الخدمة. وقد يُعزى ذلك إلى نظريات الفروق بين الجنسين حيث تكون الإناث أكثر انفعالاً من الذكور (Brebner, 2003). ويجب أن يستغرق مقدم الرعاية الصحية وقتاً كافياً لفهم الاحتياجات الخاصة للإناث، وعندما يواجهن مشكلة، يجب أن يظهر الموظفون درجة عالية من المشاركة الوجدانية في حلها.

هناك بعض الحدود في هذه الدراسة. الأكثر وضوحاً هو الحدود المرتبطة بحجم العينة. من المحبذ أن تكون هناك عينة ممثلة أكثر لمرضى المملكة العربية السعودية للدراسات المستقبلية. يمكن أيضاً إجراء مزيد من الدراسات لتكرار هذه الدراسة في قطاع الرعاية الصحية في القطاع الخاص وتطوير أبعاد أكثر لقياس الأبعاد المعرفية والوجدانية لتوقعات جودة الخدمة. وذلك على الرغم من أنه قد يكون من المثير للاهتمام اختبار الفرق بين الجنسين في إدراك جودة الخدمة في قطاع الرعاية الصحية ومقارنته بالتوقع لتقييم جودة خدمات الرعاية الصحية.

## المراجع

1. Andel, C., Davidow, S. L., Hollander, M., & Moreno, D. A. (2012). The economics of health care quality and medical errors. *Journal of health care finance*, 39(1), 39.
2. Aw, T. C. (2010). Global public health and the United Arab Emirates. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 22(3 suppl), 19S-24S.
3. Bhattacharjee, A. (2000). Acceptance of e-commerce services: The case of electronic brokerages. *IEEE Transactions on Systems, Man, and Cybernetics: Part A. Systems and Humans*, 30(4), pp. 411–420
4. Bisschoff, C., & Clapton, H. (2014). Measuring customer service in a private hospital. *Problems and Perspectives in Management*, 12(4), 43-54.
5. Boshoff, C., & Gray, B. (2004). The relationships between service quality, customer satisfaction and buying intentions in the private hospital industry. *South African Journal of Business Management*, 35(4).
6. Bose, S. and Gupta, N. (2013). Customer Perception of Services Based on the SERVQUAL Dimensions: A Study of Indian Commercial Banks. *Services Marketing Quarterly*, (34), pp. 49-66.
7. Bowman, B., Matzopoulos, R., & Lerer, L. (2008). Spearheading human and economic development in the Arab world through evidence-based and world-class healthcare. *Education, Business and Society: Contemporary Middle Eastern Issues*, 1(1), 12-15.
8. Brebner, J. (2003). Gender and emotions. *Personality and individual differences*, 34(3), 387-394.
9. Bussey, K., & Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychological review*, 106(4), 676.

10. Chiu, H-C (2002), "A Study on the Cognitive and Affective Components of Service Quality," *Total Quality Management Journal*, 13 (2), 265-274.
11. Chiu, H-C and H-C Wu (2002), "Exploring the Cognitive and Affective Roles of Service Quality Attitude Across Gender," *The Services Industries Journal*, 22 (3), 63-76.
12. Chodorow, N. J. (1999). *The reproduction of mothering: Psychoanalysis and the sociology of gender*. Univ of California Press.
13. Choi, K. S., Lee, H., Kim, C., & Lee, S. (2005). The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age and types of service. *Journal of Services Marketing*, 19(3), 140-149.
14. Cronin Jr, J. J., & Taylor, S. A. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *The Journal of Marketing*, 125-131.
15. Darley, W. K., & Smith, R. E. (1995). Gender differences in information processing strategies: An empirical test of the selectivity model in advertising response. *Journal of Advertising*, 24(1), 41-56.
16. Davidow, W. H., & Uttal, B. (1989). *Total customer service: The ultimate weapon*. HarperCollins.
17. Dean, A. M. (2004). Rethinking customer expectations of service quality: are call centers different? *Journal of Services Marketing*, 18(1), 60-78.
18. Deloitte, 2014. 2014 Global healthcare Outlook: Shared Challenges Shared Opportunities. [Pdf] Available at: <http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/dttl-lshc-2014-global-health-care-sector-report.pdf> [Accessed 31 May 2016]

19. Diaz-Martin, A. M., Iglesias, V., Vazquez, R., & Ruiz, A. V. (2000). The use of quality expectations to segment a service market. *Journal of Services Marketing*, 14(2), 132-146.
20. Duggirala, M., Rajendran, C., & Anantharaman, R. N. (2008). Patient-perceived dimensions of total quality service in healthcare. *Benchmarking: An International Journal*, 15(5), 560-583.
21. Edwards, K. (1990), "The Interplay of Affect and Cognition in Attitude Formation and Change," *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (2), 202-216.
22. Emirates247, 2016. UAE healthcare market to grow 12.7% to Dh71.56bn by 2020: Alpen Capital. [Online] Available at: <<http://www.emirates247.com/business/economy-finance/uae-healthcare-market-to-grow-12-7-to-dh71-56bn-by-2020-alpen-capital-2016-02-17-1.621363>> [Accessed 31 May 2016]
23. Farid, I. M. F. (2008). Development of a model for healthcare service quality: an application to the private healthcare sector in Egypt. Maastricht School of Management, The Netherlands.
24. Fishbein, M., & Ajzen, I. (1977). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*.
25. Ford, W. Z. (2001). Customer expectations for interactions with service providers: Relationship versus encounter orientation and personalized service communication. *Journal of Applied Communication Research*, 29(1), 1-29.
26. Fullerton, S., & McCullough, T. (2014). Patient proactivity: Behaviors, attitudes, and its relationship with satisfaction with the American Health Care Delivery System. *Health marketing quarterly*, 31(1), 78-96.
27. Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of marketing*, 18(4), 36-44.

28. Hair, Jr., JF, Black, WC, Babin, BJ, Anderson, RE, Tatham, RL. **Multivariate data analysis (6th Ed.) Upper Saddle River, NJ: Pearson-Prentice Hall; 2006.**
29. Helson, H. (1964). **Adaptation-level theory: an experimental and systematic approach to behavior.**
30. Jabnoun, N., & Chaker, M. (2003). **Comparing the quality of private and public hospitals. *Managing Service Quality: An International Journal*, 13(4), 290-299.**
31. Johnson, C., & Mathews, B. P. (1997). **The influence of experience on service expectations. *International Journal of Service Industry Management*, 8(4), 290-305.**
32. Kaiser, H. F., & Rice, J. (1974). **Little Jiffy, Mark IV. Educational and psychological measurement.**
33. Kalamas, M., Laroche, M., & Cézard, A. (2002). **A model of the antecedents of should and will service expectations. *Journal of retailing and consumer services*, 9(6), 291-308.**
34. Kanyongo, G. Y., & Schreiber, J. B. (2009). **Relationship between Internal Consistency and Goodness of Fit Maximum Likelihood Factor Analysis with Varimax Rotation. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 8(2), 10.**
35. Kheng, L. L., Mahamad, O., & Ramayah, T. (2010). **The impact of service quality on customer loyalty: A study of banks in Penang, Malaysia. *International Journal of Marketing Studies*, 2(2), 57.**
36. Krishnamurthy, R., SivaKumar, M. A. K., & Sellamuthu, P. (2010). **Influence of service quality on customer satisfaction: Application of SERVQUAL model. *International Journal of Business and Management*, 5(4), 117.**
37. Kucukarslan, S. N., & Nadkarni, A. (2008). **Evaluating medication-related services in a hospital setting using the disconfirmation of**

- expectations model of satisfaction. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 4(1), 12-22.
38. Kucukarslan, S., & Schommer, J. C. (2002). Patients' expectations and their satisfaction with pharmacy services. *Journal of the American Pharmaceutical Association* (1996), 42(3), 489-496.
  39. Lee, J. (2005) Measuring Service Quality in a Medical Setting in a Developing Country: The Applicability of SERVQUAL. *Services Marketing Quarterly*. (1) (1)
  40. Lee, J. H., Kim, H. D., Ko, Y. J., & Sagas, M. (2011). The influence of service quality on satisfaction and intention: A gender segmentation strategy. *Sport Management Review*, 14(1), 54-63.
  41. Lin, W. B. (2009). A study of relations among service quality differences, post-purchase behavior intentions with personality traits, and service recovery strategy as intervening variables. *International Journal of Commerce and Management*, 19(2), 137-157.
  42. Liu, S. Amenday, E., Chang, E., Pei, L. (2006). Satisfaction and Value: A Meta-Analysis in the Healthcare Context. *Health Marketing Quarterly*, 23(4).
  43. Mosadeghrad, A. M., 2013. Healthcare service quality: Towards a broad definition. *International Journal Health Care Quality Assurance*, 26, pp. 203-19
  44. Nyaga, G. N., & Whipple, J. M. (2011). Relationship quality and performance outcomes: Achieving a sustainable competitive advantage. *Journal of Business Logistics*, 32(4), 345-360.
  45. Ojasalo, J. (2001). Managing customer expectations in professional services. *Managing Service Quality: An International Journal*, 11(3), 200-212.
  46. Oliver, R. L. (1981). Measurement and evaluation of satisfaction processes in retail settings. *Journal of Retailing*.

47. Oliver, R. L. (1993). Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response. *Journal of consumer research*, 20(3), 418-430.
48. Otani, K., Kurz, R. S., & Barney, S. M. (2004). The impact of nursing care and other healthcare attributes on hospitalized patient satisfaction and behavioral intentions. *Journal of Healthcare Management*, 49(3), 181..
49. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *The Journal of Marketing*, 41-50.
50. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). Servqual. *Journal of retailing*, 64(1), 12-40.
51. Pitt, L. F., & Jeantrout, B. (1994). Management of customer expectations in service firms: A study and a checklist. *Service Industries Journal*, 14(2), 170-189.
52. Robledo, M. A. (2001). Measuring and managing service quality: integrating customer expectations. *Managing Service Quality: An International Journal*, 11(1), 22-31.
53. Ram, P. (2014). Management of Healthcare in the Gulf Cooperation Council (GCC) countries with special reference to Saudi Arabia. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 4(12), 24.
54. Rose, R.C., Uli, J., Abdul, M. and Ng, K.L. (2004). "Hospital service quality: a managerial challenge", *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, Vol. 17 No. 3, pp. 146-159.
55. Spathis, C., Petridou, E., & Glaveli, N. (2004). Managing service quality in banks: customers' gender effects. *Managing Service Quality: An International Journal*, 14(1), 90-102.
56. Swan, J.E., Trawick, I.F. and Carroll, M.G. (1980). "Satisfaction related to predictive, desired expectations: a field study", in Hunt, J.K. and Day,



- R.L. (Eds), *New Findings on Consumer Satisfaction and Complaining*, Indiana University Press, Bloomington, IN, pp. 15-22.
57. Tan, K. C., & Kek, S. W. (2004). Service quality in higher education using an enhanced SERVQUAL approach. *Quality in higher education*, 10(1), 17-24.
58. Tucker, J. L., & Adams, S. R. (2001). Incorporating patients' assessments of satisfaction and quality: an integrative model of patients' evaluations of their care. *Managing Service Quality: An International Journal*, 11(4), 272-287.
59. Walker, J., & Baker, J. (2000). An exploratory study of a multi-expectation framework for services. *Journal of Services Marketing*, 14(5), 411-431.
60. White, A., & Witty, K. (2009). Male's under use of health services—finding alternative approaches. *Journal of Male's Health*, 6(2), 95-97.
61. Yelkur, R., & Chakrabarty, S. (2006). Gender differences in service quality expectations in the fast food industry. *Services Marketing Quarterly*, 27(4), 141-151.
62. Youssef, F. N. (1996). Health care quality in NHS hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 9(1), 15-28.
63. Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1993). The nature and determinants of customer expectations of service. *Journal of the academy of Marketing Science*, 21(1), 1-12.
64. Zeithaml, V. A., Bitner, M. J., & Gremler, D. D. (2006). *Service marketing: Integrating customer focus across the firm* (4th ed.). New York, NY: McGraw-Hill/Irwin
65. Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Berry, L. L. (1990). *Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations*. Simon and Schuster.