

Arabian Gulf Journal of Humanities and Social Studies

ISSN: 3080-4086

الإصدار السادس - العدد السابع عشر || تاريخ الإصدار 2026-08-20



العلاقة بين جودة الخدمات الصحية المدركة ورضا المستفيدين في مستشفى الحزم الريفي بمحافظة إب، اليمن

Association of Perceived Healthcare Service Quality with Beneficiary Satisfaction at Al-Hazm
Rural Hospital, Ibb Governorate, Yemen

امير سالم صالح سعيد الاسعدي

Amir Salem Saleh Saeed Al-Assadi

جامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية

DOI: <https://doi.org/10.64355/agjhss61722>

مجلة خليج العرب للدراسات الإنسانية والاجتماعية || هذه المقالة مفتوحة المصدر موزعة بموجب شروط وأحكام ترخيص مؤسسة المشاع الإبداعي (CC BY-NC-SA)

Clarivate | ProQuest

Ulrichsweb™



Crossref doi

ISSN
INTERNATIONAL
STANDARD
SERIAL
NUMBER
INTERNATIONAL CENTRE



Google Scholar

معرفة
e-Marefa



شبكة المعلومات العربية
Arab Educational Information Network

AskZad



Scilit

INTERNATIONAL
Scientific Indexing

CC creative commons

الملخص:

يمثل رضا المستفيدين مخرجًا إدراكيًا مهمًا لجودة الرعاية، إلا أن تفسيره في المستشفيات الريفية يتطلب النظر إلى البيئة المادية وموثوقية الخدمة وسرعة الاستجابة والثقة والتواصل الإنساني معًا.

هدفت الدراسة إلى قياس مستوى رضا المستفيدين الخارجيين في مستشفى الحزم الريفي بمحافظة إب، وتقييم أبعاد جودة الخدمة المدركة وفق نموذج SERVQUAL، وفحص ارتباطها بالرضا العام والفروق الديموغرافية فيه.

أجريت دراسة كمية وصفية تحليلية مقطعية خلال الأسبوعين الأولين من فبراير 2026. شملت العينة 400 مستفيد خارجي، ووزعت تناسبياً على الخدمات العلاجية والوقائية، مع اختيار منتظم داخل الحصص الخدمية. جُمعت البيانات بالمقابلة المباشرة باستخدام استبانة محكمة ومختبرة قبلياً، وتضمن التحليل الإحصاء الوصفي، وارتباط بيرسون، واختبار t ، وتحليل التباين الأحادي عند مستوى دلالة 0.05. بلغ معامل كرونباخ ألفا الكلي 0.829.

بلغ متوسط الرضا العام 3.54 ± 0.78 من 5، بما يعادل 70.8%، وصُنِّف 78.3% من المشاركين ضمن فئة الراضين. سجل الضمان أعلى متوسط بين أبعاد الجودة (4.38 ± 0.70)، تلاه التعاطف (4.29 ± 0.67)، ثم الموثوقية (4.25 ± 0.74)، في حين بلغ متوسط كل من الملموسية والاستجابة 4.00 ± 0.79 . ارتبط الرضا العام ارتباطاً موجباً دالاً بجميع الأبعاد؛ وكانت أقوى العلاقات مع الاستجابة والملموسية ($r=0.725$ لكل منهما) ثم التعاطف ($r=0.707$). ظهر فرق دال بحسب الجنس لصالح الذكور ($p=0.014$)، ولم يظهر فرق بحسب العمر ($p=0.275$)، بينما ظهرت فروق بحسب المستوى التعليمي ($p<0.001$). كما أظهر تحليل الانحدار الخطي المتعدد أن التعاطف ($\beta=0.381$) والاستجابة ($\beta=0.328$) كانا الأكثر إسهاماً نسبياً في نموذج الانحدار، في حين استُبعد بُعد الملموسية من النموذج النهائي بسبب مشكلة التعدد الخطي.

كانت تجربة المستفيدين إيجابية عموماً. وتشير نتائج الارتباط والانحدار إلى أهمية الاستجابة والتعاطف والبيئة المادية في تشكيل الرضا، مما يستدعي الجمع بين إدارة تدفق الخدمة، وصيانة البيئة، وتطوير مهارات التواصل، مع رصد الفروق بين الفئات وعدم مساواة الرضا المرتفع تلقائياً بالجودة السريرية.

الكلمات المفتاحية: رضا المستفيدين؛ جودة الخدمات الصحية؛ الجودة المدركة؛ SERVQUAL؛ المستشفيات الريفية؛ تجربة المريض؛ اليمن.

Abstract:

Beneficiary satisfaction is an important perceived outcome of healthcare quality. In rural hospitals, it should be interpreted in relation to the physical environment, reliability, responsiveness, assurance, and empathic communication.

To measure outpatient satisfaction at Al-Hazm Rural Hospital, assess perceived service-quality dimensions using an adapted SERVQUAL framework, and examine their associations with overall satisfaction and demographic differences.

A quantitative descriptive-analytical cross-sectional study was conducted during the first two weeks of February 2026. The sample comprised 400 external beneficiaries proportionally allocated to curative and preventive services, with systematic selection within service quotas. Data were collected through face-to-face interviews using an expert-reviewed and pilot-tested questionnaire. Descriptive statistics, Pearson correlations, an independent-samples t-test, and one-way ANOVA were used at a 0.05 significance level. Overall Cronbach's alpha was 0.829.

Mean overall satisfaction was 3.54 ± 0.78 out of 5, corresponding to 70.8%, with 78.3% of participants classified as satisfied. Assurance recorded the highest mean score among the service quality dimensions (4.38 ± 0.70), followed by empathy (4.29 ± 0.67) and reliability (4.25 ± 0.74), while both tangibles and responsiveness had

mean scores of 4.00 ± 0.79 . Overall satisfaction was positively and significantly correlated with all service quality dimensions, with the strongest associations observed for responsiveness and tangibles ($r = 0.725$ for each), followed by empathy ($r = 0.707$). A significant difference in overall satisfaction was found by sex in favor of males ($p = 0.014$), whereas no significant difference was observed by age ($p = 0.275$). However, significant differences were detected across educational levels ($p < 0.001$). Multiple linear regression analysis further revealed that empathy ($\beta = 0.381$) and responsiveness ($\beta = 0.328$) had the largest standardized coefficients among the service quality dimensions retained in the final model, whereas the tangibles dimension was excluded due to multicollinearity.

Beneficiary experience was generally positive. Findings from both the correlation and regression analyses highlight the importance of responsiveness, empathy, and the physical environment in shaping overall satisfaction. These findings suggest that sustainable quality improvement efforts should integrate service-flow management, maintenance of the physical environment, and the development of communication skills, while monitoring differences across beneficiary groups and avoiding the assumption that high satisfaction alone necessarily reflects high clinical quality.

Keywords: Beneficiary Satisfaction; Healthcare Service Quality; Perceived Quality; SERVQUAL; Rural Hospitals; Patient Experience; Yemen.

المقدمة

تواجه المؤسسات الصحية اليوم مطلبين متلازمين: تقديم رعاية آمنة وفعالة من الناحية المهنية، وتقديم تجربة يفهمها المستفيد ويشعر خلالها بالاحترام والثقة وسهولة الحركة بين نقاط الخدمة. ولا يُعد رضا المستفيد بديلاً عن قياس النتائج السريرية أو السلامة، لكنه يكشف جانباً لا توفره المؤشرات التشغيلية وحدها؛ فهو يلخص إدراك الشخص لما جرى منذ وصوله إلى المرفق وحتى انتهاء الخدمة، ويعكس مدى توافق ما تلقاه مع توقعاته واحتياجاته. ومن ثم أصبح قياس الرضا جزءاً من نظم تحسين الجودة المتمحورة حول المريض، وأداة لتحديد مواطن التعثر في التواصل والانتظار والخصوصية والبيئة المادية. (Ng & Luk, 2019; Wolf et al., 2014).

تزداد أهمية هذا القياس في البيئات الريفية؛ لأن تجربة الرعاية تتكون تحت قيود مختلفة عن المرافق الحضرية. فقد يعمل المستشفى الريفي بموارد بشرية وتجهيزات محدودة، ويخدم تجمعات سكانية واسعة ومتباعدة، ويستقبل حالات علاجية ووقائية متفاوتة الاحتياج. وفي مثل هذا السياق لا يكفي وصف أعداد الزيارات أو الخدمات المنفذة للحكم على الأداء؛ إذ قد تبدو المؤشرات الكمية مستقرة بينما يعاني المستفيد من ضعف التوجيه، أو طول الانتظار، أو نقص الخصوصية، أو غموض الخطة العلاجية. وعلى العكس، قد تحافظ المؤسسة على مستوى رضا جيد بفضل حسن التواصل والاحترام والتنظيم حتى عندما تواجه قيوداً بنيوية يصعب حلها بسرعة.

وأصبحت جودة الرعاية أحد المحاور الرئيسية في إصلاح النظم الصحية وتحسين نتائجها وتجربة المستفيدين (World Health Organization, 2006). كما قدم دونابديان إطار البنية والعملية والنتيجة لفهم جودة الرعاية؛ فالبنية تشمل الموارد والتجهيزات والكوادر، والعملية تشمل ما يجري أثناء تقديم الرعاية، أما النتيجة فتشمل المخرجات الصحية والإدراكية. ووفق هذا المنظور، يرتبط رضا المستفيد بالنتيجة الإدراكية، لكنه يتأثر بما يراه من البنية وما يختبره من العملية (Donabedian, 1988). ويساعد هذا التفريق على تجنب اختزال الجودة في رضا مرتفع أو منخفض؛ فالرضا إشارة تشخيصية تحتاج إلى تفسير مع مؤشرات السلامة والفاعلية والإنصاف، لا حكماً منفرداً على الأداء السريري.

ويُستخدم نموذج SERVQUAL على نطاق واسع في دراسة جودة الخدمات المدركة عبر خمسة أبعاد: الملموسية، والموثوقية، والاستجابة، والضمان، والتعاطف. فالملموسية تتصل بنظافة المكان وملاءمة المرافق ومظهرها؛ والموثوقية بقدرة المؤسسة على تقديم الخدمة بصورة صحيحة ومتسقة؛ والاستجابة بسرعة المساعدة وتقليل التأخر؛ والضمان بالثقة والكفاءة والخصوصية؛ والتعاطف بالإنصات والاهتمام الفردي وشرح الحالة. وعلى الرغم من أن النموذج نشأ في سياق الخدمات العامة، فقد جرى تكيفه وتطبيقه في دراسات صحية عديدة (Jonkisz et al., 2021). وفي المقابل، اقترح Cronin and Taylor (1992) نموذج SERVPERF الذي يركز على الأداء المدرك للخدمة بدلاً من حساب فجوة مستقلة بين التوقعات والأداء (Parasuraman et al., 1988; Cronin & Taylor, 1992).

لا تعمل هذه الأبعاد منفصلة داخل التجربة الصحية. فبيئة نظيفة ومنظمة قد ترفع الثقة الأولية، لكن أثرها يتراجع إذا لم يُنصت مقدم الخدمة أو لم يشرح الخطأ. والاستجابة السريعة قد تحسن الانطباعات، لكنها لا تكفي إذا شعر المريض بأن الإجراء غير آمن أو غير ثابت. كما أن الضمان والتعاطف يكتسبان وزنًا خاصًا عندما يكون المستفيد قلقًا أو محدود المعرفة الصحية؛ لأن طريقة التواصل تصبح جزءًا من قدرته على فهم القرار العلاجي والالتزام به. لذلك فإن فحص الأبعاد مجتمعة، ثم تحديد قوة ارتباط كل منها بالرضا العام، يوفر أساسًا أدق لترتيب أولويات التحسين.

تُظهر الأدلة الدولية أن العلاقة بين الجودة المدركة والرضا ثابتة في اتجاهها العام، لكنها تختلف في قوتها وترتيب أبعادها بحسب السياق. فقد يبرز الانتظار في المرافق المزدحمة، وتبرز موثوقية الخدمة وتوافر الموارد في البيئات الهشة، بينما يحظى التواصل والاحترام بأهمية متكررة عبر السياقات. كما تشير الدراسات الريفية إلى أن ارتفاع الرضا لا يعني بالضرورة وفرة الموارد؛ إذ قد تعيد التوقعات السابقة والعلاقة القريبة مع مقدم الخدمة تشكيل التقييم (Fu et al., 2024). وهذا يفرض قراءة حذرة للمتوسطات والنسب، وربطها بمؤشرات محددة يمكن للإدارة التدخل فيها.

في اليمن، تناولت دراسات سابقة رضا المرضى والمستفيدين في سياقات صحية مختلفة؛ فقد بحثت دراسة Anbori et al. (2010) رضا المرضى والولاء في المستشفيات الخاصة بصنعاء، وأظهرت أهمية بعض أبعاد جودة الخدمة، ولا سيما الموثوقية والضمان والتعاطف، في تفسير الولاء. كما تناولت دراسات يمنية أخرى رضا المستفيدين في خدمات صحية أكثر تخصصًا، مثل خدمات الأشعة، وفي مراكز الرعاية الصحية الأولية (المطهر، 2023؛ البغدادي وآخرون، 2025). وتشير هذه الأدبيات إلى أهمية دراسة تجربة المستفيد في سياقات صحية مختلفة، إلا أن تعميم نتائج الدراسات التي أجريت في المستشفيات الخاصة أو خدمات الرعاية الأولية أو الأقسام التخصصية على المستشفيات الريفية متعددة الخدمات قد لا يكون مناسبًا دون فحص ميداني للسياق المحلي.

انطلاقًا من ذلك، يحل هذا البحث جودة الخدمة الصحية المدركة ومستوى الرضا العام في مستشفى الحزم الريفي بمحافظة إب، وبقتصر نطاقه المنهجي على قياس مستويات الرضا، وتقييم أبعاد نموذج (SERVQUAL)، وفحص ارتباطاتها بالرضا العام، واختبار الفروق الديموغرافية فيه، وتحليل إسهام الأبعاد المختلفة في مستوى الرضا.

مشكلة الدراسة

يقدم مستشفى الحزم الريفي خدمات علاجية ووقائية لسكان مديرية حزم العدين والمناطق المحيطة، ويعمل في سياق تتداخل فيه محدودية الموارد مع ارتفاع الطلب وتنوع احتياجات المستفيدين. وتوفر سجلات النشاط صورة عن حجم الاستخدام، لكنها لا تجيب عن أسئلة أساسية مثل: هل يشعر المستفيد بأن الخدمة منظمة وآمنة؟ وهل تشرح له حالته بصورة مفهومة؟ وهل تعكس البيئة المادية والاستجابة مستوى ينسجم مع توقعاته؟ من دون إجابات كمية منتظمة تبقى قرارات التحسين معتمدة على الانطباعات أو الشكاوى المتفرقة.

تتمثل المشكلة العلمية في ندرة الأدلة المنشورة من المستشفيات الريفية اليمنية التي تقيس الرضا العام في الوقت نفسه الذي تفكك فيه جودة الخدمة إلى أبعاد قابلة للإدارة. فدراسة المتوسط الكلي وحده قد تخفي تفاوتًا بين قوة التواصل وضعف البيئة أو بين سرعة الاستقبال وثبات الخدمة. كما أن عرض نسب الرضا من دون فحص الارتباطات والفروق الديموغرافية يقلل القدرة على تحديد المجالات الأكثر صلة بالتجربة وعلى معرفة الفئات التي قد لا تستفيد من التحسينات بالدرجة نفسها.

وبناء على ذلك صيغت مشكلة الدراسة في الحاجة إلى تقدير مستوى رضا المستفيدين الخارجيين عن خدمات مستشفى الحزم الريفي، وقياس الملموسية والموثوقية والاستجابة والضمان والتعاطف كما يدركونها، ثم اختبار علاقة كل بعد بالرضا العام والفروق فيه بحسب الخصائص الديموغرافية. ويُنظر إلى النتائج بوصفها دليلًا ارتباطيًا مقطعيًا يدعم قرارات التحسين ولا يثبت علاقة سببية أو جودة سريرية مستقلة.

أسئلة الدراسة

- ما مستوى الرضا العام لدى المستفيدين الخارجيين عن الخدمات الصحية المقدمة في مستشفى الحزم الريفي؟
- ما مستوى أبعاد الجودة الصحية المدركة: الملموسية، والموثوقية، والاستجابة، والضمان، والتعاطف؟
- ما طبيعة وقوة العلاقة بين كل بعد من أبعاد الجودة المدركة والرضا العام؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا العام تعزى إلى الجنس أو العمر أو المستوى التعليمي؟

أهمية الدراسة

تتبع الأهمية العلمية من تقديم بيانات ميدانية حديثة عن مستشفى ريفي يماني، وهو سياق لا يحظى بتمثيل كافٍ في أدبيات جودة الخدمات الصحية. كما تفيد الدراسة في اختبار قابلية استخدام أبعاد SERVQUAL المعدلة لفهم التجربة في مرفق يجمع خدمات علاجية وقائية، وتوضح أن ترتيب الأبعاد بحسب متوسطها لا يساوي بالضرورة ترتيبها بحسب قوة ارتباطها بالرضا. وهذه نقطة تحليلية مهمة؛ فقد يحصل بعد ما على تقييم مرتفع لكنه لا يكون الأكثر تفسيراً لاختلاف الرضا بين الأفراد.

أما الأهمية التطبيقية فتتمثل في تحويل آراء المستفيدين إلى مؤشرات قابلة للمتابعة. فالإدارة تستطيع ربط نتائج الملموسية بخطط النظافة والصيانة والجلوس، ونتائج الاستجابة بزمان التسجيل والانتظار ومسار الإحالة، ونتائج الضمان بالخصوصية والتعريف بمقدم الخدمة، ونتائج التعاطف بالتدريب على الإنصات وشرح الخطة. كما تساعد الفروق الديموغرافية في تصميم استماع أكثر حساسية للفئات بدل الاعتماد على متوسط موحد قد يخفي تجربة أقل إيجابية لدى مجموعة محددة.

وتكتسب الدراسة أهمية مجتمعية لأنها تجعل صوت المستفيد جزءاً من حوكمة الجودة. فالقياس المنتظم مع إعلان إجراءات الاستجابة يعزز الثقة ويشجع على الاستخدام المبكر والالتزام بالتعليمات. ومع ذلك تُحافظ الدراسة على حد فاصل ضروري: رضا المستفيد عنصر من عناصر الجودة وليس بديلاً عن التدقيق السريري ومؤشرات العدوى والأخطاء والنتائج الصحية.

أهداف الدراسة

- قياس المتوسط العام للرضا وتصنيف مستويات الرضا لدى المستفيدين الخارجيين.
- تقييم أبعاد الملموسية والموثوقية والاستجابة والضمان والتعاطف كما يدركها المستفيدون.
- فحص اتجاه وقوة ارتباط أبعاد الجودة المدركة بالرضا العام.
- اختبار الفروق في متوسط الرضا العام بحسب الجنس والعمر والمستوى التعليمي.
- اقتراح أولويات إدارية قابلة للقياس لتحسين تجربة المستفيد في المستشفى الريفي.

فرضيات الدراسة

- توجد علاقة ارتباط موجبة ذات دلالة إحصائية بين أبعاد جودة الخدمة الصحية المدركة (الملموسية، الموثوقية، الاستجابة، الضمان، والتعاطف) والرضا العام لدى المستفيدين.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الرضا العام تعزى إلى الخصائص الديموغرافية للمستفيدين (الجنس، العمر، والمستوى التعليمي).
- تختلف أبعاد جودة الخدمة الصحية المدركة في درجة أسهامها في مستوى الرضا العام.

مصطلحات الدراسة

رضا المستفيدين: التقييم الكلي الذي يقدمه المستفيد الخارجي لتجربته مع خدمات المستشفى، وقيس إجرائياً بمتوسط بندين في مقياس ليكرت الخماسي؛ وكلما ارتفعت الدرجة دل ذلك على رضا أعلى. وصنف المتوسط إلى راضٍ إذا بلغ 3.5 فأكثر، وراضٍ إلى حد ما إذا تراوح بين 2.5 و3.4، وغير راضٍ إذا كان أقل من 2.5.

جودة الخدمة المدركة: حكم المستفيد على كيفية تقديم الخدمة كما اختبرها فعلياً، وقيس عبر خمسة أبعاد معدلة من SERVQUAL. ولا يقصد بها قياس الدقة السريرية المباشرة أو النتائج الصحية الموضوعية، بل الجانب المدرك من البيئة والاتساق، والاستجابة، والثقة، والتواصل.

المستفيد الخارجي: المريض أو ولي أمر المستفيد القاصر الذي تلقى خدمة علاجية أو وقائية من المستشفى من دون أن يكون موظفاً فيه، واستوفى معايير المشاركة. وشملت الخدمات العيادات والطوارئ والأمومة والصحة الإنجابية والتغذية، والتحصين، والتثقيف، والمشورة.

المستشفى الريفي: مرفق صحي يقدم حزمة من الخدمات الأساسية والتخصصية المحدودة لسكان منطقة ريفية، ويعمل عادة ضمن قيود في الكوادر، والتجهيزات، والإحالة، والنقل. ويستخدم المصطلح هنا لوصف مستشفى الحزم الريفي بمديرية حزم العدين، محافظة إب.

الإطار النظري

1. رضا المستفيد بوصفه مخرجًا إدراكيًا

شخصين حصلوا على الخدمة نفسها؛ فقد يختلفان في شدة المرض والخبرة السابقة والتعليم والوقت المتاح والتوقعات من المؤسسة. ويُفسر ذلك جزئيًا لماذا قد تسجل مرافق محدودة الموارد رضا جيدًا، بينما تسجل مرافق أكثر تجهيزًا رضا أقل بسبب ارتفاع التوقعات. ويرى Ng and Luk (2019) أن المفهوم يتضمن حكمًا معرفيًا واستجابة وجدانية، ويتأثر بالتواصل والسهولة والثقة والنتيجة المتوقعة.

ينبغي كذلك التمييز بين رضا المريض وتجربة المريض. فأسئلة التجربة تستفسر عما حدث فعلاً، مثل مدة الانتظار أو ما إذا شرح الطبيب الخطأ، بينما تسأل مقاييس الرضا عن تقييم الشخص لما حدث. الجمع بين النوعين يحسن قابلية النتائج للتدخل؛ لأن القول إن الرضا منخفض لا يحدد السبب، في حين يوضح مؤشر محدد مثل عدم احترام الخصوصية مجال التحسين. وقد ضمت أداة الدراسة بنودًا وصفية عن إجراءات وبيئة الخدمة إلى جانب التقييم العام، مما أتاح قراءة أكثر تفصيلًا.

وتبقى حساسية الرضا للثقافة والتوقعات قيدًا تحليليًا. ففي المقابلات المباشرة قد يميل بعض المشاركين إلى الإجابة المقبولة اجتماعيًا أو تجنب نقد المؤسسة، خصوصًا إذا كانوا يعتمدون عليها ولا تتوافر بدائل قريبة. لذلك يجب تفسير النسب المرتفعة مع مؤشرات التشتت والفروق ومواطن التقييم الأقل، وعدم اعتبارها نهاية لعملية التحسين (Fisher, 1993).

2. جودة الرعاية بين البنية والعملية والنتيجة

يوضح إطار دونابيديان أن تقييم الجودة يبدأ بالبنية، ثم العملية، ثم النتائج. في المستشفى الريفي تشمل البنية المبنى وغرف الفحص والمقاعد والأجهزة والكوادر والمواد؛ وتشمل العملية التسجيل والفرز والفحص والتواصل والخصوصية والاستجابة؛ وتشمل النتائج الحالة الصحية، والالتزام والرضا والثقة. ويمكن أهمية الإطار في أنه يمنع تحميل بُعد واحد مسؤولية الجودة كلها. فالبيئة الجيدة لا تعوض خطأ سريريًا، واللفظ لا يعوض غياب دواء أساسي، كما أن النتيجة الصحية الجيدة لا تلغي حق المريض في تفسير واضح واحترام.

ويتقاطع هذا الإطار مع مفهوم النظم الصحية عالية الجودة الذي يؤكد الكفاءة والمرونة وتجربة المستخدم والنتائج الصحية. وتشير لجنة Lancet إلى أن الوصول إلى الرعاية لا يحقق الغاية إذا كانت الخدمة منخفضة الجودة، وأن التجربة المحترمة عنصر جوهري في النظام الجيد (Kruk et al., 2018). ومن ثم فإن قياس الجودة المدركة في الدراسة الحالية يمثل طبقة من طبقات التقييم، ينبغي دمجها لاحقًا مع مؤشرات سريرية وتشغيلية.

3. نموذج SERVQUAL وتكييفه في الصحة

بُني SERVQUAL أصلاً لقياس الفجوة بين توقعات المستهلك وإدراكه لأداء الخدمة، واستقر في خمسة أبعاد. وقد أثار تطبيقه نقاشًا حول ثبات البنية عبر القطاعات وجدوى قياس التوقعات منفصلة، فاقترح Cronin and Taylor (1992) الاعتماد على الأداء المدرك في SERVPERF. وفي الصحة، تبدو المرونة في التكيف ضرورية؛ لأن المرضى قد لا يملكون القدرة على تقييم الدقة التقنية، لكنهم يستطيعون وصف النظافة والوقت، والخصوصية، والشرح، والاستجابة.

استخدمت الدراسة الحالية نسخة معدلة تركز على الأداء المدرك، مع صياغة عربية بسيطة ومقابلة مباشرة لتلائم تفاوت التعليم. وقد وُزعت البنود على الملموسية والموثوقية، والاستجابة، والضمان، والتعاطف. لا يفترض هذا التكيف أن الأبعاد مستقلة تمامًا؛ فالتواصل قد يؤثر في التعاطف والضمان معًا، وسرعة التسجيل قد تؤثر في الاستجابة والرضا الكلي. لذلك استخدم التحليل الارتباطي لتحديد قوة العلاقة، لا لإثبات أن كل بعد سبب مستقل.

يوضح الجدول (1) التعريف النظري لكل بعد وترجمته الإجرائية داخل الدراسة، بما يساعد على ربط النتائج بقرارات إدارية محددة بدل الاكتفاء بمصطلحات عامة.

جدول (1): أبعاد الجودة المدركة وترجمتها الإجرائية في الدراسة

البعد	المعنى النظري	مؤشرات التطبيق في المستشفى
الملموسية	المظهر المادي والبيئة والتجهيزات	نظافة المبنى وغرفة الفحص، ملائمة الجلوس والراحة
الموثوقية	تقديم الخدمة بصورة صحيحة ومتسقة	أمان الإجراءات، انتظام تقديم الخدمة، الثقة في تنفيذها
الاستجابة	الاستعداد للمساعدة وسرعة الخدمة	سرعة التسجيل، معقولية الانتظار، الاستجابة للطلبات
الضمان	الثقة والكفاءة والخصوصية	الشعور بالأمان، احترام السرية، السلوك المهني
التعاطف	الاهتمام الفردي والتواصل الإنساني	الإنصات، شرح الحالة والخطأ، حسن المعاملة

4. تفسير الأبعاد الخمسة في المستشفى الريفي

الملموسية هي البعد الأكثر ظهوراً للمستفيد قبل بدء التفاعل السريري. فالنظافة، ووضوح الحركة، وملاءمة الانتظار، وصيانة غرف الفحص ترسل إشارات عن الانضباط والسلامة. وقد يكون أثرها في المستشفى الريفي مضاعفاً لأن البدائل محدودة ولأن التحسينات البسيطة في الإضاءة والجلوس ودورات المياه يمكن أن تغير التجربة بكلفة أقل من شراء تقنيات كبيرة. غير أن الملموسية تظل مؤشراً مدرّكاً؛ فلا يجوز تفسيرها دليلاً كاملاً على توافر الأجهزة أو كفاءتها.

تشير الموثوقية إلى ثبات الخدمة والوفاء بما يفهمه المستفيد من وعد المؤسسة. ومن أمثلتها تنفيذ الإجراء بطريقة متسقة، ودقة المعلومة، وعدم اضطراب المريض إلى تكرار الخطوات بلا سبب. وفي الخدمات الصحية يرتبط البعد بالأمان؛ لأن أي تناقض أو غموض قد يضعف الثقة حتى إذا انتهت الزيارة من دون ضرر ظاهر. ويصبح رصد الأخطاء والشكاوى واستمرارية الدواء مكملاً ضرورياً لقياس الموثوقية المدركة.

تعكس الاستجابة المسافة الزمنية والتنظيمية بين طلب المستفيد وتلقي المساعدة. ويشمل ذلك الاستقبال والفرز والانتظار والوصول إلى مقدم الخدمة والرد على الطلبات. وتبين الأدبيات أن التواصل حول سبب التأخير وتوقع زمن الخدمة يمكن أن يخفف الأثر السلبي للانتظار، لأن الوقت المدرك لا يساوي دائماً الوقت الفعلي (Lee et al., 2020). لذلك يحتاج تحسين الاستجابة إلى قياس الزمن وإدارة المعلومات معاً.

يضم الضمان شعور المستفيد بالأمان والثقة في الكادر واحترام الخصوصية. وقد يتكون هذا الشعور من تعريف مقدم الخدمة بنفسه، وشرح الإجراء قبل تنفيذه، وحماية الحديث والفحص من انكشاف غير ضروري. ويُعد الضمان حاسماً في خدمات النساء والولادة وفي المجتمعات الصغيرة التي قد تزيد فيها المخاوف من تداول المعلومات. ولهذا لا يكفي وجود سياسة مكتوبة للسرية؛ بل ينبغي ترجمتها إلى تصميم المكان وسلوك العاملين.

أما التعاطف فيتعلق بالإنصات والاهتمام وشرح الحالة بلغة مفهومة وعدم اختزال الشخص في رقم أو شكوى. وتظهر أهميته في البيئات محدودة الموارد لأن التواصل تدخل منخفض الكلفة نسبياً، لكنه قادر على رفع الثقة والالتزام وتقليل سوء الفهم. وفي المقابل قد يؤدي الإرهاق وضغط المراجعين إلى تآكل هذا البعد، ولذلك يجب أن تقتزن برامج مهارات التواصل بإدارة عبء العمل، لا أن تحمل الفرد وحده مسؤولية مشكلة تنظيمية.

5. النموذج المفاهيمي للدراسة

يفترض النموذج المفاهيمي أن تحسن إدراك المستفيد لأي من أبعاد الجودة الخمسة يرتبط بارتفاع الرضا العام، مع احتمال اختلاف مستوى الرضا بحسب الخصائص الديموغرافية. ولا يفترض النموذج ترتيباً سببياً نهائياً بسبب التصميم المقطعي، كما لا يتعامل مع الأبعاد على أنها بدائل؛ بل يرى أنها مكونات متداخلة لتجربة واحدة. وتُقرأ معاملات الارتباط بوصفها مؤشرات على المجالات الأكثر اقتراناً بالرضا داخل العينة، لا أوزاناً سببية أو نسباً في تفسير الرضا العام.

الدراسات السابقة

1. الدراسات اليمينية

تناولت دراسة Anbori et al (2010) رضا المرضى وولاءهم في المستشفيات الخاصة بمدينة صنعاء، باستخدام أداة SERVQUAL معدلة تضمنت ستة أبعاد لجودة الخدمة هي: الملموسية، والموثوقية، والاستجابة، والضمان، والتعاطف، والتكلفة. وأظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة بين الولاء وكل من الموثوقية والضمان والتعاطف والتكلفة، في حين لم تظهر علاقة دالة بين الولاء وكل من الملموسية والاستجابة. وتفيد هذه

النتائج في إبراز أهمية بعض أبعاد جودة الخدمة في تفسير سلوك المستفيدين، إلا أن اختلاف السياق المؤسسي، واقتصار الدراسة على المستشفيات الخاصة في مدينة صنعاء، يحد من إمكانية تعميم نتائجها مباشرة على المستشفيات الحكومية الريفية.

وتناولت دراسة بلخير (2013) جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية اليمنية باستخدام مقياس SERVQUAL القائم على قياس الفجوة بين توقعات المستفيدين وإدراكاتهم للخدمة. وأظهرت الدراسة وجود فجوات في أبعاد جودة الخدمة، بما يعكس وجود اختلاف بين ما يتوقعه المستفيدون وما يدركونه من مستوى الخدمة المقدمة. وتوفر الدراسة أساساً مهماً لتطبيق نموذج SERVQUAL في السياق اليمني، إلا أن اختلاف منهجية القياس والسياق المؤسسي والجغرافي والفترة الزمنية عن الدراسة الحالية يستدعي الحذر عند إجراء المقارنات المباشرة بين النتائج.

وتناولت دراسة العماد (2012) رضا المرضى المرقيدين عن الخدمات المقدمة في المستشفيات الحكومية والخاصة بمدينة صنعاء، وهدفت إلى تقييم مستوى رضا المرضى عن مختلف جوانب الخدمة. وتفيد الدراسة في إبراز أهمية السياق المؤسسي ونوع المرفق عند تفسير رضا المرضى. وتختلف الدراسة الحالية عنها من حيث نطاق المستفيدين والسياق الجغرافي؛ إذ تركز الدراسة الحالية على مستشفى ريفي محدد وتتناول المستفيدين من الخدمات المقدمة فيه، بما في ذلك الخدمات العلاجية والوقائية.

كما تناولت دراسة المطهر (2023) مستوى رضا المرضى عن الخدمات المقدمة في قسم الأشعة في اليمن، وتناولت عددًا من الجوانب المرتبطة بتجربة المريض، بما في ذلك الجوانب المتعلقة بالانتظار والمواعيد والوصول وسلوك العاملين والبيئة المادية. وتبرز أهمية هذه الدراسة في إظهار تعدد العوامل التي يمكن أن تشكل تجربة المريض ورضاه، إلا أن اقتصرها على قسم تخصصي يجعل تعميم نتائجها على مستشفى ريفي يقدم مجموعة متنوعة من الخدمات العلاجية والوقائية أمرًا يحتاج إلى قدر من الحذر.

بحثت دراسة الحاج والنهاري (2025) أثر أبعاد جودة خدمات الرعاية الصحية على رضا المرضى في مستشفى الصداقة التعليمي بمدينة عدن، باستخدام المنهج الوصفي التحليلي وأداة SERVQUAL. وأظهرت نتائج الدراسة أهمية أبعاد جودة الخدمة في تفسير مستوى رضا المرضى، مع بروز بعدي الاستجابة والتعاطف ضمن الأبعاد الأكثر ارتباطًا بالرضا وفقًا لنتائج الدراسة. وتتقاطع هذه النتائج مع الدراسة الحالية في الاهتمام بدور الجوانب الإنسانية والزمنية في تشكيل رضا المستفيدين، إلا أن اختلاف السياق الحضري والتعليمي وحجم العينة عن سياق المستشفى الريفي محل الدراسة يستدعي مراعاة هذه الفروق عند المقارنة.

وتناولت دراسة البغدادي وآخرين (2025) رضا المستفيدين عن جودة الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية بمحافظة عدن. وأظهرت النتائج مستوى مرتفعًا نسبيًا من الرضا عن بعض جوانب الخدمة، في حين برزت جوانب أخرى بحاجة إلى تحسين، ولا سيما ما يتعلق بالحصول على الأدوية وتحمل النفقات. وتقترب هذه الدراسة من الدراسة الحالية في تناولها رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة خارج إطار المستشفيات التخصصية، إلا أن اختلاف السياق الحضري وتعدد المراكز الصحية التي شملتها الدراسة مقارنة بدراسة مستشفى ريفي واحد يقدم خدمات علاجية ووقائية متعددة يحد من إمكانية نقل النتائج بصورة مباشرة.

أما دراسة علي والسماعي (2024)، فقد هدفت إلى تقييم واقع جودة الخدمات الصحية في مستشفيات حكوميين بمدينة تعز، باستخدام المنهج الوصفي المسحي والاستبانة على عينة من العاملين. وأظهرت النتائج أن مستوى جودة الخدمات الصحية وأبعادها الخمسة جاء بتقدير عالٍ، مع تصدر الاستجابة والضمان والتعاطف والملموسية، في حين جاء بُعد الاعتمادية في المرتبة الأخيرة. وتوفر هذه الدراسة سياقًا للمقارنة مع جودة الخدمات في القطاع الحكومي اليمني، إلا أن اختلاف وحدة التحليل، حيث ركزت على العاملين في مستشفيات حضرية، بينما تركز الدراسة الحالية على تجربة المستفيدين في مستشفى ريفي محدد، يمثل اختلافًا منهجيًا وسياقيًا مهمًا عند تفسير النتائج.

2. الدراسات العربية والدولية

بحثت دراسة Jadoo et al (2020) مستوى رضا المرضى عن خدمات الرعاية الطبية الخارجية في العراق، باستخدام النسخة المختصرة من استبانة رضا المرضى (PSQ-18) لدى عينة بلغت 235 مريضًا. وأظهرت النتائج وجود فروق في مستويات الرضا باختلاف بعض الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والحالة الصحية، حيث ارتفعت درجات الرضا لدى بعض الفئات، في حين انخفضت لدى المرضى الأكبر سنًا وذوي الحالة الصحية السيئة. وتبرز أهمية هذه الدراسة في إظهار أن تقييم رضا المرضى لا يكون متجانسًا بالضرورة بين أفراد العينة، وأن الخصائص الفردية والسياق الصحي قد يرتبطان بمستوى الرضا.

وتناولت دراسة الزويد وآخرين (2023) مستوى الرضا عن خدمات الرعاية السابقة للولادة لدى النساء الحوامل في الأحساء بالمملكة العربية السعودية، وناقشت عددًا من الجوانب المرتبطة بتجربة المستفيدات أثناء تلقي الخدمة. وتفيد الدراسة في إبراز أهمية الجوانب التنظيمية والتفاعلية في تقييم الخدمات الصحية، مع ضرورة مراعاة طبيعة الخدمة والسياق السكاني عند مقارنة مستويات الرضا بين الدراسات.

وفي سياق منخفض الدخل، تناولت دراسة Naim et al (2024) رضا أولياء أمور الأطفال عن خدمات صحة الطفل في المستشفيات الحكومية، باستخدام أداة PSQ-18. وتفيد الدراسة في إبراز أهمية استخدام أدوات منظمة لقياس رضا المستفيدين في البيئات محدودة الموارد، مع مراعاة اختلاف الفئة المستهدفة وطبيعة الخدمات والسياق المؤسسي عند مقارنة نتائجها بالدراسة الحالية.

وقارنت دراسة Fu et al (2024) مستوى رضا المرضى في المستشفيات الريفية وغير الريفية في الولايات المتحدة، مما يوفر أساساً للمقارنة بين السياقين الريفي وغير الريفي في تقييم تجربة المرضى. وتكتسب الدراسة أهمية خاصة بالنسبة للدراسة الحالية لاهتمامها بالسياق الريفي، إلا أن اختلاف النظام الصحي والسياق الاجتماعي والمؤسسي بين الولايات المتحدة واليمن يستدعي الحذر عند تفسير أوجه التشابه والاختلاف في النتائج.

وفي سياق المجتمعات الريفية في بنغلاديش، تناولت دراسة Siddiq et al. (2024) رضا المرضى والعوامل المرتبطة به وأسباب عدم الرضا عن خدمات الرعاية الصحية، باستخدام تصميم مقطعي. وتكتسب الدراسة أهمية بالنسبة للدراسة الحالية لاهتمامها المباشر برضا المستفيدين في المجتمعات الريفية، إلا أن اختلاف السياق الصحي والاجتماعي والمؤسسي بين بنغلاديش واليمن يستدعي الحذر عند مقارنة النتائج وتفسير أوجه التشابه والاختلاف.

كما تناولت دراسة Banda et al (2023) خصائص أدوات قياس تجربة العملاء والرضا عن الرعاية الصحية في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل من خلال مراجعة منهجية. وشملت المراجعة 12 دراسة تناولت 14 أداة، وأظهرت وجود قصور في الإبلاغ عن بعض الخصائص السيكمترية للأدوات، وعدم استيفاء أي من الأدوات التي تمت مراجعتها لجميع معايير الجودة المنهجية التي جرى تقييمها. وتشير هذه النتائج إلى أهمية توضيح أداة القياس وخصائصها وطريقة تطبيقها عند عرض نتائج دراسات رضا المستفيدين، بما يعزز إمكانية تفسير النتائج ومقارنتها.

جدول (2): خلاصة مقارنة لعدد من الدراسات الأقرب إلى موضوع البحث

الدراسة	السياق والمنهج	النتيجة المركزية	صلة الدراسة الحالية
Anbori et al. (2010)	مستشفيات خاصة، صنعاء	بروز الموثوقية والضمان	مرجع يمضي مع اختلاف القطاع
الحاج والنهاري (2025)	مستشفى تعليمي، عدن، SERVQUAL	أهمية الاستجابة والتعاطف	يدعم أهمية التواصل والتفاعل
البغدادى وآخرون (2025)	مراكز رعاية أولية، عدن	رضا جيد مع تفاوت الأبعاد	مقارنة يمنية للخدمات الخارجية
Sheikh et al (2008)	مرفق صحي، باكستان، SERVQUAL	تحسن الرضا مع إجراءات التحسين	تقارب نسبي في محدودية الموارد
الزويد وآخرون (2023)	رعاية قبل الولادة، السعودية	تفاوت الرضا بين جوانب الخدمة	يبرز أهمية عناصر الخدمة المختلفة
Siddiq et al (2024)	مجتمعات ريفية، بنغلاديش	دراسة الرضا وأسباب عدمه	تقارب في السياق الريفي

3. التعليق النقدي والفجوة البحثية

تتفق الدراسات في الاتجاه العام على ارتباط الجودة المدركة بالرضا، لكنها لا تتفق على البعد الأقوى. ففي بعض السياقات تتقدم الموثوقية والضمان، وفي أخرى الاستجابة والتعاطف، بينما تكشف البيانات الهشة وزناً كبيراً للموارد والوصول. ويرجع هذا التباين إلى اختلاف نوع المرفق والفئة المستفيدة وأداة القياس وصياغة النتيجة؛ فبعض الدراسات تقيس الرضا، وبعضها الولاء أو نية العودة، وبعضها فجوة التوقع والأداء.

منهجياً، يغلب التصميم المقطعي والمقابلات أو الاستبانات، وهو مناسب لوصف التجربة والارتباطات لكنه محدود في إثبات السببية. كما أن المقارنة بين نسب الرضا قد تكون مضللة إذا اختلفت نقاط القطع أو عدد البنود. لذلك توضح الدراسة الحالية كيفية تكوين مؤشر الرضا وحدوده، وتعرض المتوسط والانحراف والتصنيف معاً، وتفصل بين ترتيب أبعاد الجودة بحسب المتوسط وترتيبها بحسب الارتباط.

تتمثل الفجوة التي تعالجها الدراسة في قلة الأدلة من مستشفى ريفي يمضي واحد تقيس خمسة أبعاد مدركة على عينة كبيرة نسبياً موزعة على خدمات علاجية ووقائية. كما تضيف تحليل الفروق بحسب الجنس والعمر والتعليم، وتقدم ترجمة إدارية للمؤشرات.

منهج الدراسة وإجراءاتها

1. تصميم الدراسة ومكانها وزمنها

اعتمدت الدراسة المنهج الكمي بتصميم وصفي تحليلي مقطعي. اختير التصميم لأنه يسمح بقياس مستوى الرضا والجودة المدركة في فترة محددة وفحص الارتباطات والفروق بين المجموعات. نُفذت الدراسة في مستشفى الحزم الريفي بمديرية حزم العدين، محافظة إب، خلال الأسبوعين الأولين من فبراير 2026. ويعني التصميم المقطعي أن التعرض والنتيجة قياسا في الوقت نفسه، ولذلك تفسر العلاقات على أنها ارتباطات لا مسارات سببية (Levin, 2006).

يقدم المستشفى خدمات علاجية، منها العيادات والطوارئ، وخدمات وقائية تشمل التحصين وتنظيم الأسرة ورعاية الحوامل والتغذية والتثقيف والمشورة. وقد أتاح إدراج هذا التنوع النقاط تجربة المستفيد الخارجي عبر أكثر من مسار، لكنه يجعل المتوسط العام محصلة لخدمات مختلفة؛ لذلك جرى توزيع العينة تناسبياً وفق حجم الاستخدام.

2. مجتمع الدراسة ومعايير المشاركة

تكون المجتمع المستهدف من جميع المستفيدين الخارجيين من الخدمات العلاجية والوقائية. واستند إطار تقدير المجتمع إلى سجلات المستشفى من يناير إلى أكتوبر 2025، التي تضمنت 22,390 مستفيداً. أما المجتمع المتوقع في فترة الدراسة فاستخدم في تصحيح حجم العينة المحدود بقيمة 13,434 مستفيداً.

شملت معايير الاشتغال أن يكون المشارك مستفيداً خارجياً تلقى خدمة علاجية أو وقائية، وأن يبلغ 18 سنة فأكثر أو يكون ولي أمر لمستفيد قاصر، وأن يكون قادراً على فهم الأسئلة والإجابة عنها، وأن يوافق طوعاً، وأن تكون الخدمة قد تلقاها في مدة قريبة. واستبعد من كانت حالته حرجية أو حالت صعوبات التواصل دون إجابة موثوقة، ومن هم دون 18 سنة بلا ولي أمر، وموظفو المستشفى لتجنب تضارب الدور.

3. حجم العينة وتوزيعها واختيارها

حُدِد حجم العينة الأولي باستخدام معادلة كوجران (Cochran) لتقدير النسب، عند مستوى ثقة قدره 95%، وقيمة $Z=1.96$ ، وهامش خطأ قدره 5%، وبافتراض $p=0.50$ لتحقيق أقصى قدر من التباين، فبلغ الحجم الأولي نحو 385 مشاركاً. وبعد تطبيق تصحيح المجتمع المحدود، انخفض الحجم المقدر إلى نحو 374 مشاركاً، ثم زيد العدد تحسباً لاحتمال عدم الاستجابة، ليُعتمد حجم نهائي قدره 400 مشارك، وهو حجم ملائم للتقديرات الوصفية واختبارات الارتباط والفروق المخطط إجراؤها.

وُزعت العينة بصورة تناسبية وفق نوع الخدمة إلى 185 مشاركاً من الخدمات العلاجية (46%) و215 مشاركاً من الخدمات الوقائية (54%)، ثم وُزعت داخل كل فئة بما يتناسب مع أعداد المراجعين. وفي مرحلة جمع البيانات الميدانية، استُخدمت طريقة الحصص مع الاختيار المنتظم داخل مسار الخدمة؛ حيث جرى اختيار كل ثالث أو رابع مستفيد مؤهل، وفق معدل تدفق المراجعين والفصل المحسوب لكل عيادة، إلى حين استكمال الحصة المخصصة لكل فئة.

ويُشير هذا الإجراء إلى أن حجم العينة وتوزيعها كانا مخططين بصورة تناسبية، في حين أن أسلوب الاختيار الميداني لم يكن عينة احتمالية عشوائية كاملة؛ ولذلك ينبغي تفسير إمكانية تعميم النتائج في حدود المستفيدين المشابهين لسياق الدراسة، مع مراعاة أن النتائج لا تمثل بالضرورة جميع مستفيدي المستشفى أو جميع المستشفيات الريفية اليمنية.

جدول (3): التوزيع الرئيس للعينة بحسب نوع الخدمة

نوع الخدمة	حجم المجتمع المرجعي	النسبة	حجم العينة
الخدمات العلاجية	10,345	46%	185
الخدمات الوقائية	12,045	54%	215
الإجمالي	22,390	100%	400

4. أداة الدراسة

استخدمت الدراسة أداة قياس مبنية على أبعاد نموذج SERVQUAL الخمسة (الملموسة، الموثوقة، الاستجابة، الضمان، والتعاطف)، مع تكيف صياغة البنود لتلائم طبيعة الخدمات الصحية والسياق الريفي محل الدراسة. وركزت الأداة على قياس الأداء المدرك للخدمة من منظور المستفيدين،

بدلاً من قياس الفجوة بين التوقعات والأداء، بما ينسجم مع الاتجاهات الحديثة في تقييم جودة الخدمات الصحية المدركة.. ويقتصر هذا البحث على البيانات الديموغرافية وأبعاد الجودة المدركة والرضا العام.

قيس الرضا والجودة على مقياس ليكرت خماسي تتجه فيه القيم الأعلى إلى تقييم أفضل. تكون مؤشر الرضا العام من متوسط بندين يعكسان التقييم العام والرضا عن الخدمة. وحسب لكل بعد من أبعاد الجودة متوسط البنود المخصصة له. واعتمد تصنيف الرضا: راضٍ عند متوسط 3.5 فأكثر، وراضٍ إلى حد ما من 2.5 إلى 3.4، وغير راضٍ عند أقل من 2.5. ويسمح عرض المتوسط المستمر مع الفئات بتجنب خسارة المعلومات الناتجة عن التصنيف وحده.

5. الصدق والثبات والتجربة القبلية

عرضت مسودة الأداة على محكمين في الإدارة الصحية وجودة الرعاية والإحصاء واللغة العربية لتقييم وضوح البنود وملاءمتها للمفاهيم والسياق. وأدخلت تعديلات في الصياغة والترتيب ودمج البنود المتداخلة. ثم أجريت تجربة قبلية على 30 مستفيداً من خارج العينة الأساسية لاختبار الفهم وزمن المقابلة والخصوصية والمسار اللوجستي، واستخدمت نتائجها في الصياغة النهائية وتعليمات المقابليين.

جرى التحقق من الاتساق الداخلي باستخدام معامل كرونباخ ألفا. بلغ المعامل الكلي للاستبانة 0.829، وتراوحت القيم المبلغ عنها للأبعاد بين 0.75 و0.82، وهي أعلى من الحد الإرشادي 0.70 للمقاييس البحثية (Tavakol & Dennick, 2011). ويعني ذلك اتساقاً داخلياً مقبولاً إلى جيد، لكنه لا يثبت وحده الصدق البنائي أو ثبات الأداة عبر الزمن.

6. جمع البيانات وضبط الجودة

اعتمدت الدراسة على المقابلات الفردية المنظمة وجهاً لوجه كأداة رئيسة لجمع البيانات، وذلك للتغلب على عوائق تفاوت مستويات التعليم وارتفاع نسبة الأمية (7.5%) ونسبة من يقرؤون ويكتبون فقط (16.3%) في المجتمع الريفي بمديرية الحزم. وقد ضمن هذا الأسلوب فهماً موحداً لبنود الاستبانة وخيارات الإجابة بين المشاركين، ولتقليل أثر "ضغط الموقف"، دُرّب فريق جمع البيانات على الحياد التام أثناء إجراء المقابلات. كما أُجريت المقابلات في أماكن تضمن الخصوصية وبعيداً عن مقدمي الخدمة، بما يسهم في الحد من تحيز الرغبة الاجتماعية.

كما جرى ضبط جودة البيانات من خلال المراجعة اليومية للاستبانات للتحقق من اكتمالها واتساقها قبل الإدخال الإحصائي، بما يعزز دقة البيانات وسلامتها. وعلى الرغم من الإجراءات المنهجية المتخذة، يقر الباحث بوجود قيدين رئيسيين: أولهما تحيز الرغبة الاجتماعية (Social Desirability Bias) المرتبط بإجراء المقابلات داخل حرم المستشفى، مما قد يدفع بعض المشاركين إلى تقديم تقييمات أكثر إيجابية للخدمات (كما قد ينعكس في نسبة الرضا المرتفعة البالغة 78.3%). وثانيهما تحيز التذكر (Recall Bias) الناتج عن الاعتماد على ذاكرة المستفيد عند الإجابة، وإن كان إجراء المقابلات مباشرة بعد تلقي الخدمة قد ساهم في الحد من هذا الاحتمال (Coughlin, 1990; Fisher, 1993).

7. حدود الدراسة

على الرغم من القيمة العلمية والميدانية لهذه الدراسة، إلا أن هناك مجموعة من القيود المنهجية والموضوعية التي يجب مراعاتها عند تفسير النتائج وتعميمها:

- طبيعة التصميم البحثي: اعتمدت الدراسة تصميماً مقطوعياً (Cross-sectional) يمثل "لقطة" زمنية لمدرجات المستفيدين وتجربتهم في لحظة محددة. هذا التصميم، بطبيعته، لا يسمح بإثبات علاقة سببية حتمية بين أبعاد الجودة والرضا، بل يشير إلى وجود "ارتباطات" قد تتغير بتغير الظروف أو المواسم
- النطاق الجغرافي والمؤسسي: أجريت الدراسة في مستشفى ريفي واحد فقط (مستشفى الحزم بمحافظة إب)، وهو ما يحد من القدرة على تعميم النتائج إحصائياً على مستوى كافة المستشفيات الريفية في اليمن، نظراً لاختلاف السياقات التشغيلية والجغرافية من منطقة لأخرى
- منهجية اختيار العينة: لم تكن العينة احتمالية بالكامل من واقع سجلات المجتمع، بل اعتمدت على أسلوب "الحصص" والاختيار المنتظم للمتريدين داخل مسار الخدمة وهذا يعني أن النتائج تمثل تجربة "المستخدمين الفعليين" للمرفق وقد لا تعكس آراء المجتمع المحيط الذي قد يواجه عوائق تمنعه من الوصول أصلاً
- تحيز الرغبة الاجتماعية (Social Desirability Bias): نظراً لجمع البيانات عبر المقابلة المباشرة وجهاً لوجه داخل حرم المستشفى، فقد يميل بعض المشاركين إلى تقديم تقييمات أكثر إيجابية (تحيز المجاملة) بدافع الامتنان للخدمة المتاحة أو خوفاً من تأثير جودة الرعاية المقدمة لهم في حال إبداء نقد مباشر

- الجودة المدركة مقابل الجودة الفنية: ركزت الدراسة على قياس "الجودة المدركة" من منظور المستفيدين غير المتخصصين وهذه الإدراكات، وإن كانت حيوية للتحسين الإداري، إلا أنها لا تعبر بالضرورة عن الجودة السريرية الموضوعية أو الدقة الطبية التقنية التي تتطلب تدقيقاً سريرياً مستقلاً
- كما أن نموذج الانحدار الأصلي واجه قيوداً تقنية تمثلت في مشكلة التعدد الخطي التي أدت لاستبعاد بُعد "الملموسية" إحصائياً رغم قوته الارتباطية، مما قد يحد من فهم الأثر المنفرد لبعض المتغيرات
- التمثيل الديموغرافي للفئات العمرية: لوحظ وجود خلل في توازن التمثيل العمري بالعينة؛ حيث شكل الشباب (20-39 سنة) الكتلة الأكبر (أكثر من 83%)، بينما كان تمثيل فئة كبار السن (50 سنة فأكثر) محدوداً جداً (3.5%) هذا القصور يجعل النتائج تعبر بصورة أقوى عن تجربة البالغين الشباب والنساء في سن الإنجاب

8. المتغيرات والتحليل الإحصائي

تعتمد الدراسة المنهج الكمي في تحليل البيانات، وقد جرى تصنيف المتغيرات واستخدام الأساليب الإحصائية وفقاً لما يلي:

أ- تحديد المتغيرات

- المتغير التابع: تمثل في مستوى الرضا العام للمستفيدين، وقيس كمياً من خلال المتوسط الحسابي التجميعي لبنود التقييم العام للتجربة الصحية.
- المتغيرات المستقلة: شملت أبعاد جودة الخدمة الصحية المدركة وفق نموذج SERVQUAL، وهي: الملموسية، والموثوقية، والاستجابة، والضمان، والتعاطف.
- المتغيرات الديموغرافية والضابطة: شملت الجنس والعمر والمستوى التعليمي، واستخدمت لفحص الفروق في مستوى الرضا العام بين فئات المشاركين.

ب- التحليل الإحصائي

- جرى إدخال البيانات ومعالجتها باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، واعتمدت الدراسة الأساليب الإحصائية الآتية:
- الإحصاء الوصفي: استخدمت التكرارات والنسب المئوية لوصف الخصائص الديموغرافية للمشاركين، كما استخدمت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لتقييم مستوى الرضا العام وأبعاد جودة الخدمة المدركة، إضافة إلى معامل الاختلاف (CV) لقياس درجة تجانس آراء المشاركين.
- تحليل الارتباط: استخدم معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient) لفحص قوة واتجاه العلاقة بين أبعاد جودة الخدمة المدركة ومستوى الرضا العام للمستفيدين.
- تحليل الانحدار الخطي المتعدد: استخدم لتحديد الأبعاد الأكثر إسهاماً في مستوى الرضا العام. كما تم فحص مشكلة التعدد الخطي (Multicollinearity) باستخدام قيم التسامح (Tolerance) ومعامل تضخم التباين (VIF)، وقد أسفرت النتائج عن استبعاد بُعد الملموسية من النموذج النهائي بسبب التداخل المرتفع مع المتغيرات الأخرى، بما يضمن استقرار النموذج ودقة نتائجه.
- اختبارات الفروق (Difference Tests):
- استخدم اختبار (t-test) للكشف عن الفروق في مستوى الرضا العام تبعاً لمتغير الجنس
- استخدم تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للمقارنة بين الفئات العمرية والتعليمية
- استخدم اختبار أقل فرق معنوي (LSD) للمقارنة البعدية بين المستويات التعليمية بعد ثبوت دلالة اختبار (ANOVA).

9. الاعتبارات الأخلاقية

حصلت الدراسة، على الموافقة الأكاديمية من الجهة المشرفة وعلى موافقة إدارة المستشفى. شُرح للمشاركين هدف الدراسة وطوعية الاشتراك وحقوق الانسحاب، وحصلت الموافقة قبل المقابلة. لم تُدرج أسماء أو معرفات شخصية في ملف التحليل، وعرضت النتائج في صورة مجمعة. كما روعي عدم إجراء المقابلة للحالات الحرجة أو عندما قد تعطل الرعاية.

نتائج الدراسة

1. خصائص المشاركين

اكتملت البيانات لـ 400 مستفيد بنسبة استجابة 100%. أظهر التوزيع الديموغرافي هيمنة الإناث بنسبة 70.8%، وهو ما يفسره البحث بارتفاع الطلب على خدمات رعاية الأمومة والصحة الإنجابية والخدمات الوقائية في المستشفى الريفي. من الناحية العمرية، اتسمت العينة بكونها فتية؛ حيث مثل الشباب (20-39 سنة) الكتلة الأكبر بنسبة 83.1%، بينما انخفض تمثيل فئة كبار السن (50 سنة فأكثر) إلى 3.5% فقط. أما المستوى التعليمي فقد أظهر تنوعاً؛ حيث كانت فئة التعليم الثانوي هي الأكبر (34.5%)، تلتها فئة التعليم الأساسي (من الصف 6 إلى 9) بنسبة 23.0%، بينما مثل الجامعيون أقل فئة بنسبة 4.5%. هذا التباين التعليمي يعد مؤشراً مهماً عند تفسير فجوة التوقعات المدركة لاحقاً.

جدول (4): الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة (N=400)

المتغير	الفئة	العدد	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	117	29.3%
	أنثى	283	70.8%
العمر	أقل من 20 سنة	26	6.5%
	20-29 سنة	203	50.8%
	30-39 سنة	129	32.3%
	40-49 سنة	28	7.0%
	50 سنة فأكثر	14	3.5%
التعليم	أمي	30	7.5%
	يقرأ ويكتب	65	16.3%
	أساسي (1-5 صفوف)	57	14.3%
	أساسي (6-9 صفوف)	92	23.0%
	ثانوي	138	34.5%
	جامعي فأعلى	18	4.5%

2. مستوى الرضا العام

سجل المتوسط الحسابي للرضا العام 3.54 من 5 بانحراف معياري 0.78، ووزن نسبي قدره 70.8%. تشير هذه القيم إلى مستوى رضا إيجابي يقع فوق نقطة القطع المعتمدة (3.5). كما بلغ معامل الاختلاف 22.08%، مما يعكس تشتتاً نسبياً متوسطاً وتجانساً مقبولاً في آراء المبحوثين. وعند تصنيف الرضا إلى فئات تكرارية (جدول 5)، تبين أن 78.3% من المشاركين يقعون ضمن فئة 'راضٍ'، بينما بلغت نسبة غير الراضين 7.0% فقط. ويجب ملاحظة أن الفارق بين الوزن النسبي (70.8%) ونسبة الراضين (78.3%) يعود لاختلاف منهجية الحساب (متوسط درجات مقابل نسبة تجاوزت نقطة القطع)، وهو ما يعزز دقة التقييم الوصفي للدراسة.

جدول (5): مؤشرات الرضا العام لدى المستفيدين (N=400)

المؤشر	القيمة
المتوسط (من 5)	3.54
الانحراف المعياري	0.78
الوزن النسبي	70.8%
معامل الاختلاف	22.08%
راضٍ (3.5 فأكثر)	313 (78.3%)
راضٍ إلى حد ما (من 2.5 إلى 3.4)	59 (14.7%)
غير راضٍ (أقل من 2.5)	28 (7.0%)

3. أبعاد جودة الخدمة المدركة

جاء تقييم أبعاد الجودة الخمسة بمستويات مرتفعة تراوحت متوسطاتها بين (4.00 و 4.38). تصدر بُعد الضمان المرتبة الأولى بمتوسط (4.38 $\pm$ 0.70) ووزن نسبي 87.6%، يليه التعاطف (4.29 $\pm$ 0.67) ثم الموثوقية (4.25 $\pm$ 0.74) في حين سجل بُعد الملموسية والاستجابة أدنى المتوسطات بقيمة (4.00 $\pm$ 0.79) لكل منهما.

وعلى الرغم من تصدر 'الضمان' للمتوسطات الحسابية، إلا أن نتائج ارتباط بيرسون (جدول 8) أظهرت أنه الأقل ارتباطاً بالرضا العام ($r = 0.552$)، بينما سجلت الملموسية والاستجابة أعلى قوة ارتباط ($r = 0.725$). يشير هذا التباين إلى أن الضمان يمثل 'توقعاً أساسياً مستقراً' لدى معظم المستفيدين، في حين أن التحسن في الملموسية وسرعة الاستجابة هو من الأبعاد الأكثر ارتباطاً بالرضا العام على مستوى الارتباطات الثنائية.

جدول (6): المتوسطات الوصفية لأبعاد الجودة المدركة (N=400)

البعد	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب
الضمان	4.38	0.70	87.6%	1
التعاطف	4.29	0.67	85.8%	2
الموثوقية	4.25	0.74	85.0%	3
الملموسية	4.00	0.79	80.0%	4
الاستجابة	4.00	0.79	80.0%	5

4. مؤشرات تفصيلية من تجربة الخدمة

كشف تحليل البنود التفصيلية أن نقاط القوة الجوهرية تتركز في الخصوصية والإنصات وشرح الحالة؛ حيث تجاوز التقييم الإيجابي لهذه العناصر 91%. كما سجل الشعور بأمان الخدمة 88.3%، والاستجابة لطلبات المستفيد 89.3%، مما يعزز المتوسطات المرتفعة لبُعدي الضمان والتعاطف، ويؤكد أن التفاعل الإنساني المباشر هو الركيزة الأكثر إيجابية في تجربة المستفيد.

في المقابل، برزت نظافة الممرات والمبنى كأدنى المؤشرات تقيماً بنسبة 72.6%، تلتها ملائمة أماكن الجلوس بنسبة 76.0%. وفيما يخص كفاءة الوقت، أفاد 62.3% من المشاركين بانتظار أقل من 30 دقيقة لمقابلة الطبيب. ومن اللافت أن نسبة الرضا عن 'معقولة الانتظار' (78.6%) كانت أعلى من نسبة الانتظار الفعلي القصير، مما يشير إلى وجود 'مرونة في التوقعات' لدى المستفيد الريفي، أو تقبل للانتظار إذا كان مصحوباً بإنصات جيد وشرح واضح للحالة.

جدول (7): مؤشرات مختارة من تجربة الخدمة المدركة (N=400)

المؤشر	التقييم الإيجابي أو الفئة المبلغ عنها
نظافة المبنى والمرات	72.6% جيد/ممتاز
نظافة غرفة الفحص أو الخدمة	78.0% جيد/ممتاز
ملاءمة أماكن الجلوس والراحة	76.0% جيد/ممتاز
سرعة التسجيل والاستقبال	78.6% راضٍ/راضٍ جداً
انتظار أقل من 30 دقيقة لمقدم الخدمة	62.3%
معقولة مدة الانتظار	78.6% راضٍ/راضٍ جداً
استجابة مقدم الخدمة للطلبات	89.3% راضٍ/راضٍ جداً
الشعور بأمان الخدمة	88.3% راضٍ/راضٍ جداً
احترام الخصوصية والسرية	92.3% راضٍ/راضٍ جداً
الإنصات والاهتمام بالحالة	92.1% راضٍ/راضٍ جداً
وضوح شرح الحالة وخطة العلاج	91.8% راضٍ/راضٍ جداً

5. علاقة أبعاد الجودة بالرضا العام

أظهرت نتائج اختبار ارتباط بيرسون أن جميع أبعاد الجودة تمتلك علاقة طردية موجبة ودالة إحصائياً بالرضا العام ($P < 0.05$). سجل بُعد الاستجابة والملموسية أقوى معامل ارتباط ($r = 0.725$)، يليهما التعاطف ($r = 0.707$)، ثم الموثوقية ($r = 0.655$)، بينما كان الضمان هو الأقل ارتباطاً نسبياً بالرضا ($r = 0.552$). وتشير هذه النتائج إلى أن تحسن البيئة المادية وسرعة الاستجابة هما المحركان الأكثر اقتراناً بارتفاع مستويات الرضا لدى العينة. ويُفسر تقارب معامل الارتباط بين الملموسية والاستجابة بأن المستفيد يدرك 'التدفق الخدمي' (المادي والزمني) كحزمة واحدة متكاملة؛ حيث إن تنظيم المكان يسهل سرعة الحركة والاستجابة.

جدول (8): معاملات ارتباط بيرسون بين أبعاد الجودة والرضا العام (N=400)

البعد	معامل الارتباط (r)	اتجاه العلاقة	الدالة
الملموسية	0.725	موجبة قوية	دالة
الموثوقية	0.655	موجبة	دالة
الاستجابة	0.725	موجبة قوية	دالة
الضمان	0.552	موجبة	دالة
التعاطف	0.707	موجبة قوية	دالة

6. الفروق الديموغرافية في الرضا

أثبتت الاختبارات الإحصائية وجود فروق جوهريّة في الرضا العام تُعزى للجنس والمستوى التعليمي. سجل الذكور متوسط رضا أعلى (± 3.69) مقارنة بـ الإناث (± 3.477 ، 0.829)، وكان الفرق دالاً إحصائياً ($t = 2.472$ ، $p = 0.014$). هذا التباين يستوجب اهتماماً إدارياً خاصاً، كون النساء يمثلن الغالبية العظمى من مرتادي المستشفى ريفي (70.8%). بينما لم تظهر أي فروق دالة إحصائية تُعزى للعمر ($p = 0.275$). وبالتالي تم قبول الفرضية جزئياً. في المقابل، برز المستوى التعليمي كمحدد قوي للفروق ($F = 9.969$ ، $p < 0.001$). وكشفت المقارنات البعدية (LSD) عن اتجاه عكسي؛ حيث كان المشاركون الأقل تعليماً (الأميون وذوو التعليم الأساسي) أكثر رضا بشكل ملحوظ من

الجامعيين ويعزى ذلك إلى فجوة التوقعات؛ فالوعي المرتفع لدى الفئات المتعلمة يرفع سقف المطالب والمعايير التقييمية، مما يجعلهم أكثر نقدًا للخدمة المتاحة مقارنة بغيرهم.

جدول (9): اختبارات الفروق الديموغرافية في الرضا العام

المتغير	الاختبار	قيمة الاختبار	p	الاستنتاج
الجنس	t للعينات المستقلة	t=2.472	0.014	فرق دال لصالح الذكور
العمر	ANOVA أحادي	F=1.287	0.275	لا توجد فروق دالة
المستوى التعليمي	ANOVA أحادي	F=9.969	أقل من 0.001	فروق دالة بين المستويات

ولتحديد اتجاه الفروق بين مستويات التعليم، أجري اختبار أقل فرق معنوي (LSD). وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين عدد من المستويات التعليمية، حيث سجل المشاركون من الفئات التعليمية الأدنى مستويات رضا أعلى مقارنة بالحاصلين على تعليم جامعي فأعلى. كما ظهرت فروق دالة بين بعض المستويات التعليمية الدنيا والمستوى الثانوي. في المقابل، لم يظهر فرق دال إحصائية بين الحاصلين على التعليم الثانوي والحاصلين على تعليم جامعي فأعلى ($p = 0.114$).

جدول (10): نتائج اختبار المقارنات البعدية (LSD) لمستوى الرضا العام بحسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي (I)	المستوى التعليمي (J)	فرق المتوسطات (I-J)	الخطأ المعياري	Sig.
أمي	جامعي فأعلى	0.517*	0.223	0.021
يقرأ ويكتب	ثانوي	0.411*	0.113	<0.001
يقرأ ويكتب	جامعي فأعلى	0.708*	0.199	<0.001
أساسي	ثانوي	0.461*	0.088	<0.001
أساسي	جامعي فأعلى	0.758*	0.187	<0.001

* الفرق دال إحصائيًا عند مستوى دلالة (0.05).

نتائج الانحدار الخطي المتعدد

ملاءمة النموذج الإحصائي

أظهرت نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد أن النموذج كان دالًا إحصائيًا، كما كشفت عن وجود تفاوت في الإسهام النسبي لأبعاد جودة الخدمة المدركة في مستوى الرضا العام لدى المستفيدين. وقد تبين أن بعض الأبعاد كانت أكثر تأثيرًا من غيرها في النموذج النهائي، مما يشير إلى أن أبعاد الجودة لا تسهم بالدرجة نفسها في تشكيل رضا المستفيدين.

وفي المقابل، استبعد بُد الملموسية من النموذج بسبب مشكلة التعدد الخطي، رغم احتفاظه بعلاقة ارتباط إيجابية قوية مع الرضا العام. وتشير هذه النتائج إلى أن الجوانب الإنسانية والتنظيمية للخدمة الصحية تمثل عوامل أكثر تأثيرًا في تشكيل رضا المستفيدين مقارنة ببعض الجوانب الأخرى من جودة الخدمة المدركة.

معاملات الانحدار للمتغيرات الداخلة في النموذج

ويوضح الجدول (11) أن بُد التعاطف سجل أعلى معامل انحدار معياري موجب ($\beta = 0.381$ ، $p < 0.001$)، تلاه بُد الاستجابة ($\beta = 0.328$ ، $p < 0.001$)، ثم الموثوقية ($\beta = 0.196$ ، $p < 0.001$)، بما يشير إلى إسهامها النسبي في الرضا العام داخل النموذج. في المقابل، ظهر بُد الضمان بمعامل انحدار معياري سالب ذي دلالة إحصائية ($\beta = -0.167$ ، $p = 0.001$)، على الرغم من وجود ارتباط ثنائي موجب بينه وبين الرضا العام. وقد يشير ذلك إلى تأثير المعامل بالتداخل بين أبعاد جودة الخدمة المدركة داخل النموذج.

جدول (11): معاملات الانحدار الخطي المتعدد

المتغير	B	الخطأ المعياري	β	t	Sig.
الثابت	-0.588	0.173	-	-3.400	0.001
الموثوقية	0.208	0.048	0.196	4.323	0.001>
الاستجابة	0.325	0.040	0.328	8.033	0.001>
الضمان	-0.187	0.056	-0.167	-3.326	0.001
التعاطف	0.446	0.060	0.381	7.379	0.001>

فحص التعدد الخطي

أظهرت نتائج فحص التعدد الخطي وجود تداخل مرتفع بين بُعد الملموسية وبعض المتغيرات المستقلة الأخرى، حيث اقتربت قيمة التسامح (Tolerance) من الصفر، مما يشير إلى وجود مشكلة تعدد خطي شديدة. وبناءً على ذلك، استُبعد بُعد الملموسية من النموذج النهائي حفاظاً على استقرار التقديرات الإحصائية ودقة تفسير النتائج.

مناقشة النتائج

1. المستوى العام للرضا

كشفت النتائج أن مستوى الرضا العام لدى مرتادي مستشفى الحزم الريفي بلغ (3.54 من 5) بوزن نسبي (70.8%)، بينما صُنّف (78.3%) من المشاركين ضمن فئة «راضٍ». وتقرب هذه النتيجة من النسبة (69.2%) التي سجلتها دراسة مراكز الرعاية الصحية الأولية في عدن (البغدادي وآخرون، 2025)، وتتجاوز ما سجله Anbori et al (2010) في المستشفيات الخاصة بصنعاء (65.8%)، مما قد يشير إلى قدرة المرفق الريفي الحكومي على تلبية مستوى مقبول من توقعات المستفيدين رغم محدودية الموارد.

ويُعزى هذا المستوى الإيجابي من الرضا إلى ارتفاع التقييم في أبعاد التعاطف والضمان والاستجابة، وهي عناصر ترتبط بالتفاعل المباشر بين المستفيد ومقدمي الخدمة ويسهل إدراكها، خاصة مع وصول نسبة الرضا عن الخصوصية والإنصات إلى أكثر من (91%). كما قد تسهم محدودية البدائل العلاجية في تشكيل تقييم المستفيد للخدمة، وهو ما يتسق مع ما أشار إليه Fu et al (2024) بشأن اختلاف مستويات الرضا بين المستشفيات الريفية وغير الريفية في الولايات المتحدة.

ومع ذلك، تبرز فجوة تشغيلية تتمثل في وجود (21.7%) من أفراد العينة ضمن فئتي الرضا الجزئي وعدم الرضا. كما كشف تحليل الفروق عن تباين واضح بحسب المستوى التعليمي؛ إذ كان الجامعيون أقل رضا (55.6%) مقارنة بالأميين وذوي التعليم الأساسي الذين تجاوزت نسبة رضاهم (83%). وقد يشير ذلك إلى أن اختلاف المستوى التعليمي يرتبط باختلاف معايير تقييم الخدمة وتوقعاتها، الأمر الذي يستدعي مواءمة جودة التواصل مع الموثوقية الفنية لتلبية احتياجات الفئات التعليمية المختلفة.

2. الضمان والخصوصية بوصفهما نقطة قوة

أظهرت النتائج الوصفية تصدر بُعد الضمان لجميع أبعاد الجودة بمتوسط حسابي قدره (4.38) ووزن نسبي (87.6%)، كما سجلت المؤشرات التفصيلية مستويات مرتفعة في احترام الخصوصية والسرية (92.3%) والشعور بأمان الخدمة (88.3%). وتعكس هذه النتائج مستوى عالياً من الثقة في السلوك المهني للكادر الصحي وفي إجراءات تقديم الخدمة داخل مستشفى الحزم الريفي، وهو ما يكتسب أهمية خاصة في البيئات الريفية التي تتسم بترابط العلاقات الاجتماعية وحساسية المعلومات الشخصية.

وعلى الرغم من أن بُعد الضمان ارتبط إيجابياً بالرضا العام ($r = 0.552$)، فإن معامل الانحدار المعياري له جاء سالباً في نموذج الانحدار الخطي المتعدد ($\beta = -0.167$ ، $p = 0.001$). وقد يعكس ذلك درجة من التداخل بين أبعاد الجودة المدركة عند تحليلها مجتمعة، مما يستوجب التعامل مع هذه النتيجة بحذر وعدم تفسيرها على أنها علاقة عكسية مباشرة بين الضمان والرضا. وبناءً عليه، تظل نتائج الارتباط والمؤشرات الوصفية أكثر ملاءمة لتفسير مكانة هذا البعد ضمن تجربة المستفيد. وعلى الرغم من ذلك، يبقى الضمان أحد المكونات الأساسية لجودة الخدمة الصحية لارتباطه بالخصوصية والثقة والشعور بالأمان أثناء تلقي الرعاية.

3. التعاطف والتواصل

أظهرت النتائج أن بُعد التعاطف حقق متوسطاً حسابياً قدره (4.29)، وحلّ في المرتبة الثانية بين أبعاد الجودة المدركة، كما سجل ارتباطاً موجباً قوياً مع الرضا العام ($r = 0.707$). وفي نموذج الانحدار الخطي المتعدد سجل التعاطف أعلى معامل انحدار معياري ($\beta = 0.381$)، بما يشير إلى أكبر إسهام نسبي في الرضا العام بين المتغيرات الداخلة في النموذج. وتوحي هذه النتيجة بأهمية التفاعل الإنساني والتواصل الفعال في تشكيل تجربة المستفيد داخل المستشفى الريفي، وهو ما يتفق مع نتائج الحاج والنهاري (2025) ومع الأدبيات التي تؤكد دور التواصل والإنصات في تعزيز رضا المستفيدين وثقتهم بالخدمة الصحية.

أ. أثر التواصل في إدارة التوقعات والانتظار: كشفت المؤشرات التفصيلية أن نسبة الرضا عن الإنصات وشرح الحالة تجاوزت (91%)، في حين بلغت نسبة الرضا عن معقولة مدة الانتظار (78.6%). وقد يشير ذلك إلى أن وضوح التواصل وشرح الخطة العلاجية يسهمان في تعزيز تقبل المستفيد لتجربة الخدمة حتى في ظل وجود فترات انتظار متفاوتة. وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه الأدبيات من أن جودة التواصل قد تخفف من الآثار السلبية المدركة للانتظار وتدعم الشعور بالإنصاف والاحترام أثناء تلقي الرعاية الصحية. كما يكتسب هذا الجانب أهمية إضافية في البيئات الريفية التي تتباين فيها المستويات التعليمية، حيث يتطلب التواصل الفعال تبسيط المعلومات الصحية وتكييفها بما يتناسب مع احتياجات المستفيدين المختلفة.

ب. الاستدامة المؤسسية للتعاطف: تشير النتائج إلى أهمية الحفاظ على مستويات مرتفعة من التعاطف والتواصل ضمن الممارسة اليومية للخدمة الصحية. ويتطلب ذلك دعماً تنظيمياً مناسباً من خلال إدارة أعباء العمل، وتوزيع المراجعين بصورة متوازنة، وتعزيز مهارات التواصل لدى الكادر الصحي. وبناءً على ذلك، يمكن للمستشفى الاستفادة من مؤشرات التواصل والتعاطف ضمن برامج تحسين الجودة والمتابعة الدورية للأداء، نظراً لدورها المهم في تشكيل تجربة المستفيد. ويُعد التعاطف والتواصل الفعال من أهم عناصر القوة التي يمكن للمستشفى المحافظة عليها وتعزيزها ضمن جهود تحسين جودة الخدمات الصحية.

ت. ملاحظة منهجية حول تفسير النتائج: ينبغي تفسير المستويات المرتفعة المسجلة لبُعد التعاطف في ضوء طبيعة جمع البيانات بالمقابلة المباشرة داخل المستشفى، إذ قد تتأثر بعض الاستجابات بتحيز الرغبة الاجتماعية. ومع ذلك، فإن ظهور التعاطف كصاحب أعلى معامل انحدار معياري داخل النموذج الإحصائي يدعم أهمية هذا البعد في تفسير الفروق في مستوى الرضا بين المشاركين، مع مراعاة حدود التصميم المقطعي للدراسة وعدم تفسير النتائج على أنها علاقات سببية مباشرة.

4. الاستجابة وإدارة زمن الخدمة

كشفت النتائج أن بُعد الاستجابة ارتبط بالرضا العام بأعلى معامل ارتباط مشترك ($r = 0.725$)، على الرغم من حوله في المرتبة الرابعة من حيث المتوسط الحسابي. وتُعد هذه النتيجة من أكثر المخرجات قابلية للترجمة الإدارية، إذ تشير إلى أن سرعة الخدمة وتنظيم تدفق المستفيدين يمثلان عاملين مؤثرين في تشكيل الرضا العام. ويتفق ذلك مع الأدبيات التي تشير إلى أن جودة التواصل قد تخفف إدراك المستفيد للآثار السلبية للانتظار.

وتكشف البيانات عن فجوة إيجابية بين الزمن الموضوعي والتقييم الذاتي؛ فبينما أفاد 62.3% من المشاركين بانتظار أقل من 30 دقيقة، رأى 78.6% أن مدة الانتظار كانت معقولة. ويشير هذا التباين إلى وجود "مرونة إدراكية" لدى المستفيد؛ إذ قد يتقبل وقت انتظار أطول عندما يحصل على شرح واضح وتواصل جيد. وتتوافق هذه النتيجة مع ما أشار إليه Lee et al (2020) بشأن أثر جودة التواصل في تحسين تقبل فترات الانتظار.

كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة الزويد وآخرين (2023) في الأحساء، ودراسة الحاج والنهاري (2025) في عدن، اللتين أبرزتا إدارة الوقت بوصفها أحد الجوانب التشغيلية المهمة المؤثرة في تجربة المستفيد ورضاه عن الخدمة الصحية. لذا، فإن التوصية الإدارية هنا تتجاوز مجرد خفض زمن الانتظار، لتشمل تحسين التواصل مع المستفيدين، وإنشاء سجلات دقيقة لأزمنة الوصول والخدمة، ومقارنتها بصورة دورية بنتائج استبانات تجربة المستفيد لضمان العدالة والكفاءة في تدفق الخدمة.

5. الملموسية والبيئة المادية

أظهرت النتائج أن بُعد الملموسية سجل، إلى جانب بُعد الاستجابة، أعلى معامل ارتباط مع الرضا العام ($r = 0.725$)، مما يجعله من الأبعاد الأكثر ارتباطاً بالرضا العام على مستوى الارتباطات الثنائية. وتشير هذه النتيجة إلى أهمية البيئة المادية في تشكيل الانطباع العام للمستفيد عن الخدمة الصحية. وكشف التحليل التفصيلي للبنود أن نظافة غرف الفحص (78.0%) حظيت بتقييم أفضل من نظافة الممرات والمبنى العام (72.6%)، بينما بلغت نسبة الرضا عن ملاءمة أماكن الجلوس (76.0%). ويوحي هذا التباين بوجود فرص لتحسين بعض عناصر البيئة المادية خارج مناطق تقديم الخدمة المباشرة، بما قد يسهم في تعزيز التجربة الكلية للمستفيد.

أ. التفسير الإحصائي لمشكلة التعدد الخطي: أُخرج بُعد الملموسية من نموذج الانحدار بسبب مشكلة شديدة في التعدد الخطي، ولذلك لا يمكن تفسير معامل مستقل له داخل النموذج الحالي. ومع ذلك، فإن ارتباطه المرتفع بالرضا العام ($r = 0.725$) يشير إلى أهميته الوصفية والعلاقية، ويستدعي في الدراسات اللاحقة مراجعة بنية النموذج وتداخل الأبعاد قبل تقدير التأثيرات الجزئية.

ب. التأصيل النظري (إطار Donabedian): تتفق هذه النتيجة مع إطار دونابيديان (Donabedian) الذي يضع البنية (Structure) كأولى حلقات الجودة المؤثرة في العمليات والنتائج. فالمظهر المادي للمستشفى يرسل إشارات أولية للمستفيد حول مستوى التنظيم والاهتمام بالجودة قبل بدء التفاعل السريري، الأمر الذي قد يؤثر في إدراكه العام لتجربة الخدمة.

ت. الآثار الإدارية والتوصيات: بناءً على ذلك، توصي الدراسة بالاستمرار في تحسين النظافة الدورية، وتوفير مقاعد مريحة، وتعزيز وضوح اللوحات الإرشادية داخل المستشفى. وقد تسهم هذه الإجراءات في تحسين تجربة المستفيد ورفع مستوى الرضا المدرك بتكلفة أقل مقارنة ببعض التدخلات المادية واسعة النطاق. ومع ذلك، يجب التأكيد على أن التحسينات المرئية تمثل عنصراً داعماً لجودة الخدمة وليست بديلاً عن الجودة الفنية؛ فالمظهر الجيد ينبغي أن يترافق مع صيانة فعالة للتجهيزات والالتزام بمعايير السلامة ومكافحة العدوى، بما يضمن تكامل الملموسية مع الموثوقية في تحسين جودة الرعاية الصحية.

6. الموثوقية وثبات الخدمة

سجل بُعد الموثوقية متوسطاً حسابياً قدره (4.25) بوزن نسبي (85%)، مما يعكس تقييماً إيجابياً لدرجة اتساق الخدمة ودقتها في مستشفى الحزم الريفي. وتجلى هذا الإدراك بوضوح في شعور 88.3% من المستفيدين بأن الخدمة كانت آمنة ولم تعرضهم لمخاطر أو أخطاء طبية، وهو مؤشر حيوي يعزز من سمعة المرفق في بيئة ريفية تعتمد على الثقة المتبادلة.

أ. فجوة التأثير بين "التعاطف" و"الموثوقية": أظهرت النتائج أن الموثوقية ارتبطت بالرضا العام بمعامل ارتباط ($r = 0.655$)، وحلت في المرتبة الرابعة من حيث القوة التنبؤية ($\beta = 0.196$). ويشير هذا الترتيب إلى استنتاج إداري مهم؛ وهو أن التفاعل الإنساني والتعاطف قد يرفعان مستويات الرضا بصورة مباشرة، في حين تظل الموثوقية عنصراً أساسياً في استدامة الثقة والنية المحتملة للاستمرار في استخدام الخدمة. فبينما قد يمتص التعاطف بعض آثار القصور التشغيلي، تبقى الموثوقية مرتبطة بثبات الأداء واستمرارية الجودة. ولا ينبغي أن تُفهم الموثوقية الإدراكية باعتبارها بديلاً عن المؤشرات الفنية والسريرية، مثل دقة السجلات وسلامة الإجراءات واستمرارية العلاج.

ب. الموثوقية كشرط للوفاء: تتفق هذه الرؤية مع دراسة (Anbori et al., 2010) التي أجريت في اليمن، والتي أكدت أن الموثوقية هي أحد أقوى محددات الوفاء للمنشآت الصحية فالمستفيد الذي يجد نظاماً دقيقاً في مواعيده وصادقاً في وعده الخدمة (مثل توافر المختبر والأشعة التي نالت تقييم 3.88) يكون أكثر ميلاً لتكرار الزيارة والتوصية بالمستشفى للآخرين.

ت. الموازنة بين المؤشرات الإدراكية والسريرية: توصي الدراسة إدارة المستشفى بضرورة عدم الاكتفاء بمؤشرات الرضا "الإدراكية" وحدها؛ إذ يجب دمجها مع مؤشرات سريرية موضوعية (Objective Clinical Indicators) مثل معدلات الخطأ السريري، ونسب استكمال الخطط العلاجية، ودقة السجلات الطبية إن هذا التكامل يضمن أن السعي لرفع تقييمات المستفيدين لا يتم على حساب جودة الرعاية الطبية الفنية، بل يعزز "الموثوقية" كصمام أمان يحمي المريض والمؤسسة معاً.

الآثار الإدارية والتطبيقية

أول أثر إداري هو الانتقال من استبانة سنوي عام إلى لوحة قياس شهرية مختصرة. يمكن أن تضم متوسط الرضا، والانتظار الفعلي، ونسبة من حصلوا على شرح مفهوم، والخصوصية، ونظافة الانتظار، وعدد الشكاوى المغلقة في موعدها. ويفضل تحليل المؤشرات بحسب القسم والجنس ونوع الخدمة، مع حد أدنى لحجم المجموعة يحمي السرية.

ثانياً، توجيه التحسين إلى رحلة المستفيد. تبدأ الرحلة بالوصول والاستقبال، ثم التسجيل والانتظار والفحص والصرف أو الإحالة. ويمكن لفريق متعدد التخصصات رسم الخطوات وتحديد نقاط التكرار والانتقال غير الضروري، واختبار نظام أرقام أو علامات واضحة ومسؤول توجيه في أوقات الذروة. ويقاس الأثر بزمان المراحل لا بالانطباع فقط.

ثالثاً، إدماج التواصل والخصوصية في إجراءات العمل. يشمل ذلك تعريف مقدم الخدمة بنفسه، وشرح ما سيحدث قبل الإجراء، والتحقق من فهم الخطة بطريقة إعادة الشرح، وخفض الصوت وحماية مساحة الفحص، وعدم مناقشة المعلومات أمام غير المعنيين. وتراجع هذه الممارسات بالملاحظة الداعمة والتغذية الراجعة، لا بالتدريب النظري وحده.

رابعاً، حماية البيئة المادية من التدهور عبر جدول صيانة ونظافة موثق. ينبغي فصل مؤشرات غرف الفحص عن الممرات والانتظار ودورات المياه، لأن النتائج أظهرت تفاوتاً بينها. ويمكن اعتماد فحص صباحي ومسائي قصير مع مسؤولية محددة للاستجابة، وإشراك ممثل للمستفيدين في جولة دورية

وتتسق هذه التوجهات مع منهج منظمة الصحة العالمية الذي يؤكد ضرورة بناء استراتيجيات تحسين الجودة انطلاقاً من تحليل النظام الصحي وتحديد أولويات التدخل المناسبة للسباق المحلي (World Health Organization, 2006).

التوصيات

1. توصيات عاجلة خلال ثلاثة أشهر

- قياس أزمدة التسجيل والانتظار والدخول إلى مقدم الخدمة في عينة أسبوعية، ووضع خط أساس لكل قسم قبل تحديد هدف التخفيض.
- تنفيذ جولة يومية موثقة للنظافة والصيانة في الممرات وغرف الفحص والانتظار ودورات المياه، مع إغلاق ملاحظات محددة زمنياً.
- اعتماد نص تواصل قصير للاستقبال يوضح مسار الخدمة والوقت المتوقع، وتعيين نقطة واضحة للاستفسار في أوقات الذروة.
- تعزيز الخصوصية في الفحص والمقابلة باستخدام الحواجز المتاحة وتنظيم الدخول ومنع مناقشة بيانات المريض في مناطق عامة.

2. توصيات متوسطة المدى خلال 3-12 شهراً

- تنفيذ برنامج تطبيقي للكادر في الإنصات وشرح الخطة والتحقق من الفهم، مع ملاحظة أداء وتغذية راجعة بعد التدريب.
- إعادة تصميم رحلة المستفيد لتقليل التكرار والانتقال بين النقاط، وربط ذلك بمؤشرات زمنية وشكاوى محددة.
- تحسين أماكن الجلوس والتهوية واللوحات الإرشادية وفق أولوية الاستخدام والسلامة، لا وفق المظهر فقط.
- إدراج تحليل الرضا بحسب الجنس ونوع الخدمة والتعليم في اجتماعات الجودة لفهم الفروق بدل الاكتفاء بالمتوسط الكلي.
- إنشاء آلية آمنة للشكاوى والمقترحات تتيح الرد والتتبع، مع نشر التحسينات المنفذة لتعزيز الثقة.

3. توصيات للقياس والبحث

- إعادة القياس كل ستة أشهر بالأداة نفسها لمتابعة الاتجاه، مع عينة مستقلة وتوثيق أي تغيير في الأداة أو نقاط القطع.
- إضافة مقابلات نوعية مع النساء والفئات الأعلى تعليمياً وغير الراضين لفهم أسباب الفروق التي لا يفسرها التحليل الكمي.
- ربط تجربة المستفيد بمؤشرات موضوعية مثل أزمدة الخدمة، واكتمال السجلات، والانقطاع، والعودة غير المخطط لها، ومؤشرات السلامة.
- تنفيذ دراسة متعددة المراكز في مستشفيات ريفية يمنية للتحقق من ثبات الأبعاد وقابلية تعميم النتائج.

نقاط القوة

تتمثل نقاط قوة الدراسة في حجم العينة المناسب، والتوزيع التناسبي للمشاركين على الخدمات العلاجية والوقائية، واستخدام أداة قياس محكمة ومختبرة قبلياً ذات اتساق داخلي جيد، بالإضافة إلى الجمع بين التحليل الوصفي وتحليل الارتباط والفروق الديموغرافية. كما تسهم الدراسة في سد فجوة معرفية تتعلق بتقييم الجودة المدركة ورضا المستفيدين في المستشفيات الريفية اليمنية، وهو مجال لا يزال محدود التداول في الأدبيات المحلية.

الخاتمة

أظهرت الدراسة أن المستفيدين الخارجيين في مستشفى الحزم الريفي يقيمون تجربتهم إيجابياً عموماً، بمتوسط رضا بلغ 3.54 من 5، وبنسبة 78.3% ضمن فئة الراضين. وكانت الخصوصية، والإنصات، ووضوح الشرح، والشعور بالأمان من أبرز نقاط القوة، وهو ما انعكس في الارتفاع النسبي لأبعاد الضمان والتعاطف والموثوقية.

في المقابل، ارتبط الرضا العام بصورة أقوى ببعدي الاستجابة والملموسية، ثم التعاطف، مما يشير إلى أن تدفق الخدمة، وإدارة الانتظار، والبيئة المادية، والتواصل الفعال تمثل مجالات مترابطة لتحسين تجربة المستفيد. كما أظهرت النتائج وجود فروق في الرضا بحسب الجنس والمستوى التعليمي، بما يدل على أن المتوسط الكلي لا يعكس تجربة جميع الفئات بالدرجة نفسها، في حين لم تظهر فروق دالة إحصائية بحسب العمر ضمن تركيب العينة الحالي.

وتوصي الدراسة بتبني نهج إداري قائم على القياس الدوري يجمع بين مؤشرات الرضا وتجربة المستفيد وأزمة الخدمة الفعلية ومؤشرات السلامة. وبهذا يصبح صوت المستفيد أداة داعمة للتحسين المستمر وجودة الرعاية، لا حكماً منفرداً على الجودة ولا مجرد مؤشر يُعرض من دون إجراءات استجابة وتطوير.

المراجع العربية

البغداد، م. أ. أ. عبد العزيز، س. م.، أبوبكر، ف. م.، عبد الرعب، أ. ف. ق.، سعيد، س. م. د.، علي، ف. أ.، منصور، ف. أ.، علي، ز.، العبيدي، أ. ع. أ.، علي، ف. أ.، غالب، م. أ. أ.، محمد، م. س.، سالم، ن. س.، حمود، ح. م.، شيف، م. أ.، ومحسن، أ. س. ح. (2025). رضا المستفيدين عن جودة الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية في محافظة عدن، اليمن. المجلة اليمنية للعلوم الطبية، 19(10)، 15-35. <https://doi.org/10.20428/YJMS.V19I10.3151>

بلخير، صالح عمر جمعان. (2013). قياس جودة الخدمات الصحية المقدمة من المستشفيات الحكومية اليمنية باستخدام مقياس الفجوة (SERVQUAL). مجلة جامعة حضرموت للعلوم الإنسانية، 10(1)، 245-266. <https://hu.edu.ye/hu-publications/journals/index.php/huih/ar/article/view/561/535>

باوزير، س. أ. م. (2022). أثر جودة الخدمات الصحية في رضا المرضى في المستشفيات الخيرية: دراسة ميدانية على عينة من عملاء مستشفى بابر الخيري في محافظة حضرموت [رسالة ماجستير، جامعة الريان].

الحاج، أ.، والنهاري، ج. (2025). أثر أبعاد جودة خدمات الرعاية الصحية على رضا المرضى في المؤسسات الصحية: دراسة حالة مستشفى الصداقة التعليمي - عدن. مجلة الدراسات الاجتماعية، 31(6). <https://doi.org/10.20428/JSS.V31I6.2909>

الزويد، م.، العلي، س.، الأحمد، ل.، الحاجي، ز.، والقويدي، أ. (2023). تقييم مستوى الرضا من خدمات الرعاية قبل الولادة بين الإناث الحوامل في الأحساء، المملكة العربية السعودية. المجلة الدولية للطب في الدول النامية. <https://doi.org/10.24911/IJMDC.51-1686515926>

علي، غ. ع.، والسماوي، ع. ا. ع. ق. (2024). واقع جودة الخدمات الصحية بمدينة تعز: دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الحكومية. مجلة جامعة السعيد للعلوم الإنسانية، 7(4)، 94-120.

العماد، عادل أحمد. (2012). تقييم رضا المرضى المرقدين في المستشفيات الحكومية والخاصة بمدينة صنعاء عن الخدمات المقدمة لهم. مجلة جامعة ذمار للعلوم الطبيعية والتطبيقية، 5(ب)، 13-21.

المطهر، أ. م. ي. (2023). رضا المرضى في قسم الأشعة في اليمن. مجلة جامعة ذمار للعلوم الطبيعية والتطبيقية، 8(1)، 17-25. <https://doi.org/10.59167/TUJNAS.V8I1.1486>

مستشفى الحزم الريفي. (2025). الإحصاء العام للعام 2025م [ملف إداري غير منشور].

وزارة الصحة العامة والبيئة. (2023). التقرير الإحصائي الصحي السنوي لعام 2023م. الجمهورية اليمنية. <https://moh-ye.org/?p=12134>

المراجع الأجنبية

- Anbori, A., Ghani, S. N., Yadav, H., Daher, A. M., & Su, T. T. (2010). Patient satisfaction and loyalty to the private hospitals in Sana'a, Yemen. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(4), 310–315. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq029>
- Banda, S., Nkungula, N., Chiumia, I. K., Rylance, J., & Limbani, F. (2023). Tools for measuring client experiences and satisfaction with healthcare in low- and middle-income countries: A systematic review of measurement properties. *BMC Health Services Research*, 23(1), 133. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09129-9>
- Coughlin, S. S. (1990). Recall bias in epidemiologic studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43(1), 87–91. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(90\)90060-3](https://doi.org/10.1016/0895-4356(90)90060-3)
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: A reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55–68. <https://doi.org/10.1177/002224299205600304>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Fisher, R. J. (1993). Social desirability bias and the validity of indirect questioning. *Journal of Consumer Research*, 20(2), 303–315. <https://doi.org/10.1086/209351>
- Fu, S., Rees, L., Patel, N., & Hong, M. (2024). Patient satisfaction in rural versus non-rural hospitals in the United States. *Public Health Challenges*, 3, e219. <https://doi.org/10.1002/puh2.219>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage Learning.
- Jadoo, S. A. A., Yaseen, S. M., Al-Samarrai, M. A. M., & Mahmood, A. S. (2020). Patient satisfaction in outpatient medical care: The case of Iraq. *Journal of Ideas in Health*, 3(2), 176–182. <https://doi.org/10.47108/jidhealth.vol3.iss2.44>
- Jonkisz, A., Karniej, P., & Krasowska, D. (2021). SERVQUAL method as an 'old new' tool for improving the quality of medical services: A literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10758. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010758>
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., García-Elorrio, E., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196–e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- Lee, S., Gross, S. E., Pfaff, H., & Dresen, A. (2020). Waiting time, communication quality, and patient satisfaction: An analysis of moderated effects. *Patient Education and Counseling*, 103(4), 819–825. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.11.013>
- Levin, K. A. (2006). Study design III: Cross-sectional studies. *Evidence-Based Dentistry*, 7(1), 24–25. <https://doi.org/10.1038/sj.ebd.6400375>
- Naim, B., Naseem, J., Anwar, A., Noor, S., Arshad, A., Khan, M., Ahmed, M., & Shah, I. (2024). Assessment of parental satisfaction with child health services in public tertiary hospitals in a low-income

setting using the PSQ-18. *BMJ Paediatrics Open*, 8, e002418. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2023-002418>

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.

Sheikh, B. T., Mubeen, N., Azam, S. I., & Rabbani, F. (2008). Using SERVQUAL to assess and improve patient satisfaction in a rural health facility in Pakistan. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 14(2), 447-456.

Siddiq, A., Nath, S., Russell, S., Roy, S., Mony, M., & Amin, M. (2024). Patient satisfaction, related factors, and reasons for dissatisfaction in the provision of health care services to rural communities in Bangladesh: A cross-sectional investigation. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 29, 101724. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2024.101724>

Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>

World Health Organization. (2006). *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/43470>

Wolf, J. A., Niederhauser, V., Marshburn, D., & LaVela, S. L. (2014). Defining patient experience. *Patient Experience Journal*, 1(1), 7–19. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1004>