21 September University for Medical and Applied Sciences.
Journal of Administrative Sciences.
Vol. 3, No. 1, Sep 2026

جـامـعـــة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية
مـجـلـــة العلوم الإدارية
العدد. 3، المجلد. 1، سبتمبر 2026

Availability of Health Resources and Financial and Geographic Access to Services and Their Association with Beneficiary Satisfaction at Al-Hazm Rural Hospital, Ibb, Yemen

Amir Salim Saleh Al-Assadi

(Type: Full Article). Received 12/8/2026, Accepted: 10/9/2026, Published: (16/9/2026)

DOI: https://ojs.21umas.edu.ye/jas/article/view/395

Abstract:

Objectives: This research aims to assess perceived availability of health resources, geographic and financial access, and their associations with beneficiary satisfaction at a rural hospital in Yemen

Methods: This focused analysis used cross-sectional data from 400 external beneficiaries at Al-Hazm Rural Hospital, Ibb, collected in February 2026. The proportionally allocated sample covered curative (n=185) and preventive (n=215) services. An expert-reviewed, pilot-tested interview questionnaire measured resource availability, travel time, ability to pay, fee suitability, and satisfaction. Descriptive statistics, Pearson correlations, and adjusted multiple linear regression were used.

Results: Mean resource availability was 3.83±0.79 out of 5 (76.7%), and mean access was 3.48±0.67 (69.6%). A needed unavailable service was reported by 14.3%; among these respondents, specialized imaging/CT and laboratory tests were each reported by 35.1%, medicines by 24.6%, and specialists by 15.8% (multiple responses). Overall, 82.8% reached the hospital within 45 minutes, but 43.1% reported absent or weak ability to pay; 63.3% were satisfied with fee suitability. Availability ($r=.629$) and access ($r=.315$) were associated with satisfaction ($p<.05$).

Conclusion: Resource continuity was the more robust contextual correlate of satisfaction. Planning should combine essential-resource monitoring, reliable referral, and targeted financial protection.

Keywords: access to healthcare; affordability; resource availability; rural hospital; beneficiary satisfaction; Yemen

توافر الموارد وإمكانية الوصول الجغرافي والمالي إلى الخدمات الصحية وعلاقتهما برضا المستفيدين في مستشفى الحزم الريفي محافظة إب–اليمن

أمير سالم صالح الأسعدي

تاريخ التسليم: (2026/8/12)، تاريخ القبول: (2026/9/10)، تاريخ النشر: (2026/9/16)

الملخص:

هدف البحث الى تقييم مدى توافر الموارد الصحية وإمكانية الوصول الجغرافي والمالي، وتحليل علاقتهما برضا المستفيدين من مستشفى ريفي في اليمن.

المنهجية: أُجري تحليل مركز لبيانات دراسة مقطعية شملت 400 مستفيد خارجي في مستشفى الحزم الريفي بمحافظة إب في فبراير 2026. وُزعت العينة تناسبيًا بين الخدمات العلاجية (185) والوقائية (215). جُمعت البيانات بالمقابلة بواسطة استبانة محكمة ومختبرة قبليًا، واستُخدم الإحصاء الوصفي وارتباط بيرسون ونموذج انحدار خطي متعدد معدل.

النتائج: بلغ متوسط توافر الموارد (3.83±0.79) من 5 (76.7%)، ومتوسط الوصول(69.6%) (3.48±0.67). أفاد 14.3%

بخدمة مطلوبة غير متوافرة؛ وضمنهم ذُكر التصوير المتخصص/الأشعة المقطعية والفحوص المختبرية بنسبة 35.1% لكل منهما، والأدوية (24.6%)، والاختصاصيون (15.8%) (إجابات متعددة). وصل 82.8% خلال 45 دقيقة، لكن 43.1% وصفوا قدرتهم على الدفع بالمعدومة أو الضعيفة، ورضي 63.3% عن ملاءمة الرسوم. ارتبط التوافر (r=.629) والوصول (r=.315) بالرضا (p<.05).

الخلاصة: كان توافر الموارد الإرتباط السياقي الأكثر ثباتًا بالرضا، ويتطلب التخطيط رصد العناصر الأساسية، ومسارات إحالة موثوقة، وحماية مالية موجهة.

الكلمات المفتاحية: الوصول إلى الرعاية الصحية؛ القدرة على تحمل التكلفة؛ توافر الموارد؛ المستشفيات الريفية؛ رضا المستفيدين؛ اليمن.

مساق الإدارة الصحية، المجلس اليمني للاختصاصات الطبية والصحية، وزارة الصحة والبيئة، الجمهورية اليمنية، طالب دكتوراه في الإدارة الصحية، جامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية.

1 Health Administration Program, Yemeni Council for Medical and Health Specializations, Ministry of Health and Environment, Yemen, study in 21 september university for medical and applied sciences,

المقدمة

يمثل الوصول إلى الرعاية الصحية أحد الاختبارات العملية

يمثل الوصول إلى الرعاية الصحية أحد الاختبارات العملية

لعدالة النظام الصحي؛ فوجود منشأة أو إعلان خدمة لا يعني بالضرورة أن السكان قادرون على الحصول عليها في الوقت المناسب وبكلفة محتملة. يتكون الوصول من تفاعل بين ما يتيحه النظام من خدمات وموارد، وما يملكه الأفراد من قدرة على التعرف إلى الحاجة وطلب الرعاية والوصول إليها ودفع تكلفتها والاستمرار فيها. ولذلك ينتقل التحليل من سؤال: هل توجد خدمة؟ إلى أسئلة أكثر تحديدًا: هل تتوافر فعليًا عند الحاجة؟ هل يمكن بلوغها؟ وهل يؤدي استخدامها إلى عبء مالي يمنع أو يؤخر الرعاية؟ (Penchansky & Thomas, 1981; Levesque et al., 2013)

في المناطق الريفية تتداخل هذه الأبعاد بصورة أوضح فالتباعد الجغرافي ورداءة الطرق ومحدودية وسائل النقل يرفعان الكلفة الزمنية والمالية للزيارة، بينما تزيد ندرة الكوادر والتجهيزات وتعطل سلسلة الإمداد من احتمال الإحالة أو تكرار الرحلة. وقد لا يظهر أثر هذه العوائق في سجلات المستشفى؛ لأن السجلات تصف من وصلوا بالفعل، ولا تشمل بالضرورة من عدلوا عن الزيارة أو تأخروا أو لجأوا إلى بديل أقل ملاءمة. ومن هنا تكتسب شهادات المستفيدين الحاضرين قيمة تشخيصية، لكنها تحتاج إلى تفسير واعٍ بهذا الانتقاء.

تفرق أدبيات الوصول بين الإتاحة أو التوافر، وإمكانية الوصول الجغرافي، والقدرة على تحمل التكلفة، والملاءمة التنظيمية، والمقبولية. وقد صاغ Penchansky and Thomas (1981) الوصول بوصفه درجة توافق بين خصائص المستفيد والنظام، ثم وسع Levesque et al. (2013) التحليل ليربط خصائص الخدمات بقدرات السكان عبر مسار طلب الرعاية. وفي البيئات منخفضة ومتوسطة الدخل أضاف Peters et al. (2008) أهمية الجودة والقيود المالية والمكانية، لأن وجود خدمة منخفضة الاعتمادية أو مرتفعة الكلفة لا يحقق وصولًا فعليًا منصفًا.

يرتبط توافر الموارد بجودة التجربة وبثقة المستفيد .فتوافر الدواء والفحوص الأساسية يحد من الرحلات الإضافية ويقصر زمن التشخيص ويقلل النفقات غير المباشرة، في حين قد يؤدي النقص المتكرر إلى تجزئة مسار العلاج بين جهات متعددة. ومع ذلك لا ينبغي مساواة طلب خدمة تخصصية غير متوافرة بفشل المستشفى تلقائيًا؛ إذ تتحدد حزمة الخدمات بحسب مستوى المرفق وقدرته المرجعية.

المعيار الإداري الأدق هو وضوح حزمة الخدمة، واستقرار عناصرها الأساسية، وسلامة الإحالة عندما تتجاوز الحاجة قدرة المستشفى.

أما القدرة المالية فلا تختزل في رضا المستفيد عن سعر

أما القدرة المالية فلا تختزل في رضا المستفيد عن سعر
الفحص أو الأشعة. فقد يرى الفرد أن الرسوم عادلة مقارنة بالخدمة، لكنه يظل غير قادر على دفعها بسهولة بسبب الدخل المحدود أو تكاليف النقل والدواء والفحوص خارج المرفق. كما قد يضطر إلى الاقتراض أو تأجيل احتياجات أسرية أخرى. ويؤكد تقرير التغطية الصحية الشاملة أن الحماية المالية، إلى جانب تغطية الخدمات، مكون أصيل للوصول؛ وأن الدفع المباشر قد يحول الاستخدام نفسه إلى مصدر ضائقة مالية (World Health Organization & World Bank, 2023).

في اليمن تعمل المرافق الريفية ضمن ضغوط ممتدة تشمل قيود التمويل والإمداد والطاقة والكوادر، مع استمرار الحاجة إلى خدمات الأمومة والطفولة والطوارئ والأمراض السارية والمزمنة وفي هذا السياق لا تكون إدارة الموارد مسألة مخزون فحسب؛ بل تتصل بتحديد أولويات الخدمة، وتوقع الطلب، ومراقبة الانقطاعات، وبناء روابط إحالة واقعي، كما أن رصد زمن الرحلة والقدرة على الدفع يساعد الإدارة على التمييز بين القرب المكاني الظاهر والوصول الفعلي المنصف.

تتناول الأدلة اليمنية المنشورة رضا المرضى وجودة الخدمة بصورة أكبر من تناولها المركب للوصول والتوافر. فقد بينت دراسة Anbori et al. (2010) في مستشفيات خاصة بصنعاء أن الرضا والولاء يتأثران بجوانب متعددة من الخدمة، لكنها أجريت في بيئة حضرية وخاصة تختلف عن المستشفى الريفي العام. كما أظهرت دراسات إقليمية ودولية أن تقييمات الريف قد تكون مرتفعة أحيانًا رغم القيود، بسبب اختلاف التوقعات أو العلاقات القريبة مع مقدمي الخدمة أو تحويل الحالات المعقدة إلى مرافق أخرى؛ لذلك لا يصح تفسير الرضا المرتفع وحده بوصفه دليلًا على غياب عوائق الوصول (Vu et al., 2024).

يحلل هذا البحث محور الوصول وتوافر الأدوية والخدمات التشخيصية، والخدمات المطلوبة غير المتوافرة، وزمن الوصول، والقدرة على تحمل التكلفة، وملاءمة الرسوم، ثم يختبر علاقة محوري التوافر والوصول بالرضا العام. ويساعد هذا التركيز الموضوعي على تجنب تكرار النتائج وعلى إنتاج استنتاجات إدارية أكثر وضوحًا.

مشكلة الدراسة

تظهر سجلات النشاط في مستشفى الحزم الريفي حجمًا مستمرًا من الاستخدام العلاجي والوقائي، لكنها لا تكشف وحدها ما إذا كانت الموارد المطلوبة متاحة عند الزيارة، ولا مقدار الزمن والضغط المالي اللذين يتحملهما المستفيد للوصول إلى الخدمة. وقد يبدو الأداء مقبولًا عند قياس أعداد الزيارات، بينما يضطر بعض المستفيدين إلى شراء الدواء أو إجراء الفحص خارجيًا أو تكرار الرحلة أو تحمل نفقة تفوق قدرتهم. وفي المقابل، قد تتوافر معظم الخدمات الأساسية وتظل طلبات محدودة لخدمات تخصصية تحتاج إلى إحالة لا إلى إنشاء محلي.

تتمثل المشكلة البحثية في نقص دليل ميداني متكامل من مستشفى ريفي يمني يصف الإتاحة والوصول الجغرافي والمالي في الوقت نفسه، ويميز بين العدالة المتصورة للرسوم والقدرة الواقعية على دفعها، ثم يربط هذه المؤشرات بالرضا العام. هذا التمييز ضروري؛ لأن المتوسط المركب قد يحجب جيوبًا من الحرمان، كما أن الارتباط البسيط قد يتغير بعد ضبط أبعاد تجربة الخدمة الأخرى.

وعليه صيغت المشكلة في السؤال الرئيس الآتي: ما مستوى توافر الموارد وإمكانية الوصول المالي والجغرافي إلى خدمات مستشفى الحزم الريفي، وما طبيعة علاقتهما برضا المستفيدين؟ وتقرأ الإجابة في حدود تصميم مقطعي وعينة من الحاضرين الفعليين؛ فهي تقيس التجربة بين من استطاعوا الوصول ولا تقدّر معدل الحرمان من الرعاية في المجتمع كله.

أسئلة الدراسة

1. ما مستوى توافر الأدوية الضرورية والخدمات التشخيصية كما يدركه المستفيدون ب مستشفى الحزم الريفي؟
2. ما نسبة المستفيدين الذين أبلغوا عن خدمات مطلوبة غير متوافرة، وما أنواعها ب مستشفى الحزم الريفي؟
3. ما توزيع زمن الوصول إلى المستشفى، والقدرة على تحمل التكلفة، والرضا عن ملاءمة الرسوم ب مستشفى الحزم الريفي؟
4. هل يرتبط توافر الموارد وإمكانية الوصول بالرضا العام لدى المستفيدين من خدمات مستشفى الحزم الريفي؟

أهداف الدراسة

1. قياس مستوى توافر الموارد والخدمات الأساسية من منظور المستفيدين.
2. تحديد الفجوات المبلغ عنها في الخدمات المطلوبة، مع تمييز الطلب التخصصي من النقص في العناصر الأساسية
3. وصف الوصول الجغرافي والمالي باستخدام زمن الرحلة والقدرة على الدفع وملاءمة الرسوم
4. اختبار الارتباطات الثنائية بين التوافر والوصول والرضا العام
5. تفسير تقديرات التوافر والوصول داخل نموذج الانحدار المعدّل، واستخلاص أولويات إدارية قابلة للتنفيذ.

أهمية الدراسة

علميًا، توفر الدراسة بيانات حديثة من سياق ريفي يمني قليل التمثيل في أدبيات الوصول إلى الرعاية. وهي تجمع في تحليل واحد بين عرض الخدمة من خلال التوافر، وتجربة الوصول من خلال الزمن والقدرة المالية، ومخرج إدراكي هو الرضا. كما توضح الفرق بين العلاقة الثنائية والارتباط المستقل بعد الضبط، وهو فرق كثيرًا ما يغيب عند تحويل نتائج المسوح إلى توصيات.

عمليًا، تحول النتائج المتوسطات إلى قرارات تشغيلية: ما العناصر التي تحتاج مراقبة مخزون؟ ما الخدمات التي تتطلب مسار إحالة معلنًا؟ ما نسبة الحاضرين المعرضين لضغط مالي؟ وأي مؤشرات ينبغي أن تدخل لوحة متابعة الإدارة؟ وتفيد هذه الإجابات إدارة المستشفى والسلطات الصحية في ترتيب الأولويات ضمن الموارد المتاحة بدل تبني توسعات غير واقعية أو الاكتفاء بمؤشر رضا عام.

مجتمعيًا، يركز البحث على الإنصاف. فاستقرار متوسط الوصول لا يضمن أن الفئات الأشد هشاشة ممثلة بصورة كافية، كما أن رضا غالبية الحاضرين لا ينفي وجود أقلية تواجه رحلة طويلة أو قدرة دفع معدومة. لذلك تقترح الدراسة رصد التوزيع والحدود الدنيا، لا المتوسط وحده، وربط تحسين الخدمة بالحماية المالية والإحالة الآمنة.

الإطار النظري والمفاهيمي

عرّف Penchansky and Thomas (1981) الوصول باعتباره درجة التوافق بين المستفيد ونظام الرعاية، وحددا

أبعادًا تشمل التوافر، وإمكانية الوصول المكاني، والقدرة المالية، والملاءمة التنظيمية، والمقبولية. تفيد فكرة التوافق في تجنب النظر إلى العرض أو الطلب منفردًا؛ فوجود مختبر لا يكفي إذا كانت ساعات تشغيله لا تناسب تدفق المرضى، وانخفاض الرسوم لا يحقق الوصول إذا كانت كلفة النقل مرتفعة، وقرب المستشفى لا يضمن استخدامه إذا كان الدواء منقطعًا.

وسع Levesque et al. (2013) المفهوم إلى واجهة بين خصائص النظام وقدرات الأفراد. يقابل قابلية الخدمة لأن تُعرف قدرة السكان على إدراك الحاجة، ويقابل قبولها قدرتهم على طلبها، وتقابل إتاحتها وتنظيمها قدرتهم على بلوغها، وتقابل كلفتها قدرتهم على الدفع، وتقابل ملاءمتها قدرتهم على المشاركة والاستفادة. يوضح هذا النموذج أن التعثر قد يحدث في أي حلقة، وأن نجاح الحلقة الأخيرة مشروط بما سبقها.

في هذه الدراسة يعرّف توافر الموارد إجرائيًا بمتوسط إدراك المستفيد لتوافر الأدوية الضرورية والخدمات التشخيصية المساندة مثل المختبر والأشعة. ويضاف إليه سؤال مستقل عما إذا كانت هناك خدمة يحتاجها المستفيد أو أحد أفراد أسرته وغير موجودة ضمن خدمات المستشفى. فصل السؤال المفتوح عن المقياس مهم؛ لأن المتوسط يلتقط الأداء المعتاد، بينما يكشف السؤال المفتوح حاجات محددة قد تكون نادرة أو تخصصية.

يعرّف الوصول إجرائيًا بمركب يجمع زمن الوصول، والقدرة المدركة على تحمل تكاليف الخدمات، وتقييم ملاءمة الرسوم المدفوعة مقارنة بالخدمة. لا يمثل هذا المركب جميع أبعاد الوصول؛ فهو لا يقيس المعرفة بالخدمة، أو ساعات العمل، أو المقبولية الثقافية، أو تكلفة الفرصة الزمنية بصورة مباشرة. ولذلك تُستخدم تسميته في حدود المؤشرات المقاسة، ولا يُقدّم على أنه مقياس شامل للوصول المجتمعي.

يعد زمن الرحلة مؤشرًا عمليًا للإتاحة المكانية، لكنه يتأثر بوسيلة النقل وحالة الطريق والطقس ونقطة الانطلاق. وتبين مراجعات المسافة والزمن أن أثر البعد ليس خطيًا أو موحدًا؛ فقد يتقبل الأفراد رحلة أطول لخدمة تخصصية أو ذات جودة متصورة أعلى، بينما تكفي زيادة محدودة في الزمن لتقليل استخدام الوقاية أو المتابعة المتكررة. كما تتضاعف الكلفة عندما يحتاج المريض إلى مرافق أو إلى رحلات متكررة (Kelly et al., 2016; Mseke et al., 2024).

أما القدرة على تحمل التكلفة فهي نسبة الموارد التي يستطيع الفرد تخصيصها للرعاية من دون تضحية غير مقبولة باحتياجات أخرى. وهي تختلف عن انخفاض السعر الاسمي؛ فالعبء يشمل الرسوم الرسمية، والنقل، والدواء، والفحوص الخارجية، والغذاء، وفقدان الدخل. وقد يجيب المستفيد بأنه راض عن الرسوم لكنه يصف قدرته على الدفع بأنها ضعيفة، لأن السؤال الأول يقيس العدالة أو القيمة المدركة، بينما يقيس الثاني الهامش المالي الشخصي، يرتبط التوافر بالرضا عبر عدة مسارات. فالحصول على الدواء والفحص في المكان نفسه يقلل التجزئة والانتظار والإنفاق، ويعزز توقع أن المرفق قادر على إتمام مسار الرعاية، كما أن الانقطاع قد ينعكس على تقييم الثقة حتى إذا كان التعامل المهني جيدًا، لكن الرضا يتشكل كذلك من التواصل، والاحترام والبيئة والاستجابة.

قد يرتبط الوصول بالرضا ارتباطًا موجبًا لأن الرحلة الأقصر والعبء المالي الأقل يجعلان التجربة أيسر. ومع ذلك يمكن أن يضعف هذا الارتباط في نموذج متعدد المتغيرات لأسباب مفاهيمية وإحصائية، تداخل الوصول مع التوافر والجودة، محدودية تباين الزمن بين الحاضرين، الجمع

بين مؤشرات غير متجانسة في مركب واحد، أو كون أثر الوصول سابقًا لقرار الحضور بحيث لا يظهر بالكامل داخل عينة مستخدمي الخدمة. لذلك لا يعني معامل غير دال بعد الضبط أن الوصول غير مهم للإنصاف أو الاستخدام.

يقترح النموذج التحليلي أن التوافر والوصول يرتبطان بالرضا العام، مع توقع أن يكون أثر التوافر أقوى داخل عينة من الحاضرين؛ لأنهم تجاوزوا بالفعل عائق الدخول إلى المرفق، بينما يواجهون مباشرة نتيجة وجود الدواء والفحص أو غيابهما. ويظل هذا التوقع تفسيريًا لا سببيًا، لأن القياس تم في وقت واحد ولا يمكن إثبات التسلسل الزمني

جدول (1) التعريفات الإجرائية لمحاور الدراسة ومؤشراتها

المحور	التعريف الإجرائي	المؤشرات المستخدمة	حدود القياس
توافر الموارد	**إدراك وجود العناصر الأساسية عند الحاجة**	**الأدوية الضرورية؛ المختبر/الأشعة؛ الخدمات المطلوبة غير المتوافرة**	**إدراك المستفيد ولا يمثل جردًا فنيًا للمخزون**
الوصول الجغرافي	**الزمن اللازم للوصول من المنزل إلى المستشفى**	**خمس فئات من أقل من 30 إلى أكثر من 120 دقيقة**	**لا يقيس المسافة أو جودة الطريق ووسيلة النقل معًا**
القدرة المالية	**القدرة المدركة على دفع تكلفة الخدمة دون ضغط غير محتمل**	**معدومة؛ ضعيفة؛ متوسطة؛ جيدة؛ ممتازة**	**لا يقيس الدخل أو الإنفاق الكارثي مباشرة**

المصدر: إعداد الباحث بالاستناد إلى الادبيات والدراسات السابقة ذات الصلة Penchansky and Thomas (1981) و Levesque et al. (2013).

الدراسات السابقة والتعليق النقدي

أرسى Penchansky and Thomas (1981) الصلة بين مفهوم الوصول ورضا المستهلك، موضحين أن سوء التوافق في أي بُعد قد يخفض الاستخدام أو الرضا. وتتبع قيمة هذا العمل للدراسة الحالية من أنه يمنع تفسير الوصول باعتباره مسافة فقط. إلا أن الإطار يظل عامًا، ولا يقدم وزنًا ثابتًا لكل بعد؛ إذ تتغير الأهمية بحسب نوع الخدمة والسكان ومستوى المرفق.

راجع Peters et al. (2008) الوصول في البلدان النامية ضمن إطار يضم الجودة والإتاحة الجغرافية، والتوافر، والقدرة المالية، والمقبولية. وأكدوا أن الفقراء يواجهون عوائق متراكبة، وأن رسوم الاستخدام والنقل وسوء الطرق ونقص الإمداد قد تعمل معًا. ينسجم ذلك مع الحاجة إلى قراءة قدرة الدفع بجانب زمن الرحلة وتوافر الدواء، لا كل مؤشر بمعزل عن الآخر.

قدم Levesque et al. (2013) نموذجًا متمحورًا حول المستفيد يربط خصائص النظام بقدرات السكان عبر عملية الوصول. يفيد النموذج في تفسير أن هذه الدراسة تقيس من أكملوا مسارًا مهمًا ووصلوا إلى المستشفى، ولذلك لا تمثل الأشخاص الذين تعذر عليهم إدراك الحاجة أو طلب الرعاية أو بلوغها. هذه الملاحظة تحد من التعميم لكنها تزيد دقة التفسير.

بينت مراجعة Kelly et al. (2016) أن أغلب الدراسات المدرجة وجدت أثرًا سلبيًا للمسافة أو زمن السفر في النتائج الصحية، مع وجود نتائج عكسية أو غير دالة في بعضها، وهو ما يعكس تحيز الإحالة واختلاف نوع الخدمة. وأظهرت مراجعة أحدث في البيئات الريفية والنائية أن أثر الزمن قد

يبدأ عند حدود مختلفة وأن الحالة الاجتماعية والاقتصادية وكلفة النقل تعدلان العلاقة (Mseke et al., 2024). ومن ثم لا يوجد حد عالمي واحد لما يعد وصولًا جيدًا.

أظهرت دراسة Siddique et al. (2024) في مجتمعات ريفية ببنغلاديش مستوى مرتفعًا من عدم الرضا وارتباطه بعوامل في تقديم الرعاية. ويختلف السياق والعينة والأداة عن الدراسة الحالية، فلا تجوز مقارنة النسب مباشرة، لكن التباين الحاد يبين أن صفة «ريفي» لا تنتج نمط رضا واحدًا؛ فالتمويل وبنية الإحالة والعرض المحلي والتوقعات عوامل حاسمة.

استخدم Vu et al. (2024) بيانات مستشفيات أمريكية ووجدوا تقييمات أعلى في المستشفيات الريفية عبر مؤشرات عدة، مع تنبيه إلى أثر التحويلات وظروف الجائحة والاختلافات الإقليمية. توضح النتيجة مفارقة مهمة: قد يسجل الريف رضا مرتفعًا رغم محدودية بعض الخدمات، لذلك يجب فصل خبرة من تلقى الخدمة عن كفاية النظام للسكان ومن لم يصلوا إليه.

تؤكد الأدلة الحديثة أن الوصول الى الخدمات الصحية في المناطق الريفية مفهوم متعدد الأبعاد ولا يقتصر على المسافة الجغرافية وحدها، إذ يتأثر بوسائل النقل، والقدرة المالية وتوافر مقدمي الخدمة والأدوية والتجهيزات.

وفي السياق اليمني أوضح Salem et al. (2025) أن تضرر البنية التحتية ونقص الكوادر والأدوية والمعدات، الى جانب الصعوبات الاقتصادية والأمنية، تمثل محددات رئيسية للوصول الى الخدمات الصحية، في بيئة متأثرة بالصراع مشابهة نسبياً، وجد Jalei et al. (2025) أن انخفاض سهولة الوصول والدخل يرتبطان بمستوى رضا المرضى.

في اليمن، درس Anbori et al. (2010) الرضا والولاء في مستشفيات خاصة بصنعاء على عينة كبيرة، وأبرزوا أثر جودة الخدمة والتكلفة في التقييم. تقدم الدراسة مرجعًا وطنيًا مهمًا، لكنها تختلف في الملكية والحضرية ونوع المستفيد. كما أن مرور سنوات وتغير النظام الصحي يحدان من نقل نتائجها مباشرة إلى مستشفى ريفي عام في محافظة إب.

يظهر من المراجعة ثلاث فجوات. الأولى قلة البيانات من المستشفيات الريفية اليمنية. والثانية ندرة الدراسات التي تميز بين القدرة على الدفع وملاءمة الرسوم. والثالثة شيوع الاكتفاء بالارتباطات البسيطة من دون مقارنة النتيجة بنموذج معدل. تستجيب الدراسة لهذه الفجوات بتركيزها على محورين محددين، مع الاعتراف بأن بياناتها مقطعية ومن مستخدمي الخدمة فقط.

منهجية الدراسة

تصميم الدراسة ومكانها وزمانها: اعتمدت الدراسة تصميمًا كميًا وصفيًا تحليليًا مقطعيًا.

نُفذت الدراسة في مستشفى الحزم الريفي بمديرية حزم العدين في محافظة إب، وهو مرفق يقدم خدمات علاجية ووقائية لسكان المديرية والمناطق المجاورة.

جُمعت البيانات خلال الأسبوعين الأولين من فبراير 2026 بعد حصول الموافقات اللازمة. اختيرت مدة قصيرة ومنظمة لتوحيد ظروف القياس وتقليل التغير الزمني داخل المسح، لكنها قد لا تلتقط موسمية الطرق أو الأمراض أو الإمدادات؛ ولذلك تمثل النتائج فترة الجمع ولا تعد متوسطًا سنويًا للمخزون أو الوصول. كما اعتمدت الدراسة أوزاناً متساوية للمكونات الثلاثة لعدم وجود أساس نظري او تجريبي سابق في سياق الدراسة يبرر ترجيح أحدها على الأخر.

مجتمع الدراسة والعينة

تكون المجتمع المستهدف من المستفيدين الخارجيين الذين يتلقون خدمة علاجية أو وقائية. أظهرت سجلات يناير–

أكتوبر 2025 عدد 22,390 زيارة مرجعية، واستخدمت تقديرًا مصححًا للمجتمع المتوقع بلغ 13,434 عند حساب العينة. حُسب الحجم الأولي بمعادلة كوجران عند ثقة 95% وهامش خطأ 5% وافتراض p=.50، فبلغ نحو 385، ثم طبق تصحيح المجتمع المحدود فبلغ نحو 374، وزيد الحجم لتعويض عدم الاستجابة واعتمد 400 مشارك.

وُزعت العينة تناسبيًا إلى 185 مستفيدًا من الخدمات العلاجية (46%) و215 من الخدمات الوقائية (54%). وفي الميدان استخدمت حصص خدمية مع اختيار منتظم داخل تدفق المراجعين؛ إذ دُعي كل ثالث أو رابع مستفيد مؤهل وفق كثافة العيادة حتى استكمال الحصة. يرفع هذا التنظيم اتساق الاختيار داخل المسار، لكنه لا يجعل العينة احتمالية كاملة على مستوى سكان منطقة الخدمة.

شملت معايير الإدراج المستفيد الخارجي البالغ 18 سنة فأكثر أو ولي أمر القاصر، القادر على فهم الأسئلة، الموافق طوعًا، والذي تلقى خدمة حديثة. واستُبعدت الحالات الحرجة، ومن تعذر تواصله من دون مجيب موثوق، والقاصر بلا ولي، والعاملون في المستشفى. وقد أعطت هذه المعايير الأولوية لسلامة المريض وجودة الإجابة.

جدول (2) إطار المجتمع وحساب العينة وتوزيعها

البند	القيمة	التفسير
الزيارات المرجعية في سجلات 2025	22,390	إجمالي علاجي ووقائي للفترة المرجعية
المجتمع المتوقع المصحح	13,434	القيمة المستخدمة في التصحيح المحدود
الحجم الأولي التقريبي	385	كوجران: ثقة95% ، خطأ5% ، p=.50
بعد تصحيح المجتمع المحدود	نحو 374	قبل التعويض عن عدم الاستجابة
العينة النهائية	400	اعتمدت للتحليل
الخدمات العلاجية	185 (46%)	توزيع تناسبي
الخدمات الوقائية	215 (54%)	توزيع تناسبي
التجربة القبلية	30	من خارج العينة الأساسية

المصدر: سجلات مستشفى الحزم الريفي.

أداة الدراسة

استخدمت استبانة منظمة بالمقابلة المباشرة، واشتمل قسم الوصول والإتاحة على زمن الرحلة، والقدرة على تحمل التكلفة، وملاءمة الرسوم، وتوافر الأدوية، وتوافر المختبر/الأشعة، وسؤال عن الخدمات المطلوبة غير المتوافرة. كما استخدم مؤشر الرضا العام من قسم النتائج في الأداة. صيغت البنود بمقياس ليكرت خماسي حيث تعبر القيمة الأعلى عن وضع أفضل، عدا الأسئلة الفئوية التي عُرضت بالتكرار والنسبة.

حُسب مؤشر توافر الموارد من بندي الدواء والخدمات التشخيصية، وحُسب مؤشر الوصول من ثلاثة مؤشرات بعد توحيد اتجاه درجاتها على مقياس (1–5). ورُمز زمن الرحلة ترميزاً عكسياً بحيث تشير الدرجة الأعلى إلى وصول أفضل: أقل من 30 دقيقة =5، و30–45 =4، و46–60دقيقة =3، و61–120دقيقة =2، وأكثر من 120 دقيقة =1. ورُمزت القدرة على دفع تكلفة الخدمة من معدومة =1 إلى ممتازة =5، كما رُمزت ملاءمة الرسوم من غير راض ابداً =1 الى راض جداً=5. ثم حسب المتوسط الحسابي البسيط للمؤشرات الثلاثة بأوزان متساوية وفق المعادلة الاتية: مؤشر الوصول = (درجة زمن الرحلة المعكوسة +درجة القدرة على الدفع+درجة ملاءمة الرسوم) ÷ 3. وتراوحت الدرجة الكلية بين 1 و5 وتشير الدرجة الأعلى إلى وصول أفضل. وحُسب الوزن النسبي وفق المعادلة: (متوسط المؤشر ÷5) ×100.

عُرض المتوسط من خمس درجات والوزن النسبي ومعامل الاختلاف. ولأن أنواع الخدمات غير المتوافرة جُمعت بإجابة مفتوحة تسمح بأكثر من ذكر، فإن نسبها تستخدم عدد من أبلغوا عن فجوة (N=57) مقامًا ويمكن أن يتجاوز مجموعها 100%.

بلغ متوسط الرضا العام 0.78±3.54 ووزنه النسبي 70.8% في البيانات.

الصدق والثبات والتجربة القبلية

عرضت الأداة على خبراء في الإدارة الصحية والجودة والإحصاء واللغة العربية للتحقق من وضوح البنود وملاءمتها للسياق، وأُدخلت تعديلات على الصياغة والترتيب. ثم أُجريت تجربة قبلية على 30 مستفيدًا خارج العينة الأساسية لاختبار الفهم وزمن المقابلة ومسار الجمع، ولم تُدمج بياناتها في التحليل النهائي

بلغ معامل كرونباخ ألفا الكلي للاستبانة 829.، وتراوحت معاملات الأبعاد المبلغ عنها بين 75. و.82، بما يشير إلى اتساق داخلي مقبول إلى جيد للأغراض البحثية (Tavakol & Dennick, 2011). ولا يُفسر ألفا بوصفه دليلًا كافيًا على الصدق البنائي أو الثبات الزمني، كما لا تُنسب قيمة محددة لمحور التوافر أو الوصول ما لم تكن معروضة منفصلة في المصدر.

جمع البيانات وضبط الجودة

أجريت المقابلات بعد تلقي الخدمة أو في نقطة لا تعطل الرعاية. استخدمت القراءة الموحدة للأسئلة لتقليل أثر تفاوت التعليم، مع التأكيد أن المشاركة طوعية وأن الإجابة لا تؤثر في الخدمة. راجع فريق البحث الاستبانات يوميًا، وتحقق من اكتمالها واتساق الترميز قبل الإدخال.

تفيد المقابلة المباشرة في تقليل البيانات المفقودة ودعم من لا يقرأ، لكنها قد تزيد المجاملة أو الرغبة الاجتماعية، خصوصًا داخل المرفق. ولتقليل ذلك روعي إجراء المقابلة بعيدًا قدر الإمكان عن مقدم الخدمة وعدم جمع الأسماء. ومع هذه الإجراءات لا يمكن استبعاد التحيز تمامًا.

التحليل الإحصائي

نُفذ التحليل في SPSS الإصدار 31. حُسبت التكرارات والنسب للمتغيرات الفئوية، والمتوسطات والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية ومعاملات الاختلاف للمقاييس المستمرة. استخدم ارتباط بيرسون لفحص العلاقة بين كل من توافر الموارد والوصول من جهة والرضا العام من جهة أخرى، واعتمد مستوى دلالة .05.

استُخدمت نتائج نموذج الانحدار الخطي المتعدد لتقدير العلاقة المعدلة. أدخل في التحليل توافر الموارد وإمكانية الوصول.

فُحصت دلالة النموذج ومعاملاته غير المعيارية والمعيارية وقيم t. واستبدلت قيمة p=.000 بصيغة p<.001 وفق قواعد الإبلاغ الإحصائي. وتقرأ المعاملات كعلاقات معدلة لا آثار سببية، لأن التصميم مقطعي والمتغيرات تقاس من المصدر نفسه وفي الوقت نفسه.

الاعتبارات الأخلاقية

حصلت الدراسة على الموافقة الأكاديمية من الجهة المشرفة وموافقة إدارة المستشفى. شُرح الهدف للمشاركين، وأُخذت الموافقة الطوعية، وأُكد حق الانسحاب من دون أثر في الرعاية. لم تُجمع أسماء أو معرفات شخصية في ملف التحليل، وعُرضت النتائج بصورة مجمعة. واستُبعدت الحالات التي قد تعطل المقابلة رعايتها أو تزيد خطرها.

نتائج الدراسة

خصائص العينة وسياق الخدمة

اكتملت بيانات 400 مستفيد، منهم 185 من الخدمات العلاجية و215 من الخدمات الوقائية. شكلت الإناث 70.8%، وكان 83.1% من المشاركين بين 20 و39 سنة، وهو تركيب يتسق مع حضور خدمات الأمومة والصحة الإنجابية والوقاية إلى جانب العيادات والطوارئ. وتفيد هذه البنية في فهم النتائج، لكنها تعني أن خبرة الرجال وكبار السن أقل تمثيلًا نسبيًا.

بلغ متوسط الرضا العام المستخدم كمتغير تابع 3.54±0.78من خمس درجات، بوزن نسبي .70.8% يرد هذا المؤشر هنا لتفسير الارتباطات.

جدول (3): مؤشرات العينة والمتغير التابع

المؤشر	العدد/المتوسط	النسبة/الانحراف
إجمالي المشاركين	400	100%
الخدمات العلاجية	185	46.0%
الخدمات الوقائية	215	54.0%
الذكور	117	29.2%
الإناث	283	70.8%

مستوى توافر الموارد والخدمات

بلغ متوسط توافر الموارد والخدمات 3.83±0.79 من خمس درجات، بوزن نسبي 76.7% ومعامل اختلاف 20.72%. يشير المتوسط إلى تقييم إيجابي نسبيًا، بينما يدل التشتت على وجود اختلاف ملحوظ بين التجارب؛ ومن ثم لا يعني المتوسط أن كل زيارة شهدت المستوى نفسه من التوافر.

سجل بند الخدمات التشخيصية مثل المختبر والأشعة متوسطًا 3.88±0.911 ووزنًا نسبيًا 77.6%، مقابل 3.79±0.879 و75.8% لتوافر الأدوية الضرورية. الفارق بين المتوسطين صغير، لكن ارتفاع الانحراف ومعامل الاختلاف في كليهما يبين أن التوافر لم يكن متجانسًا تمامًا بين المستفيدين أو الخدمات.

ترتيب المتوسطات لا يكفي للحكم على الأهمية التشغيلية؛ فالدواء عنصر يومي واسع الاستخدام، في حين قد تكون الخدمة التشخيصية أقل تكرارًا لكنها حاسمة لمن يحتاجها. لذلك ينبغي أن تربط الإدارة مؤشرات التقييم بمعدلات الطلب والانقطاع والإحالة، لا أن تعتمد على المتوسط وحده.

جدول (4) : التوزيع الرئيس للعينة بحسب نوع الخدمة

المؤشر	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	معامل الاختلاف
توافر الأدوية الضرورية	3.79	0.879	75.8%	23.20%
توافر الخدمات التشخيصية (مختبر/أشعة)	3.88	0.911	77.6%	23.49%
المحور الكلي لتوافر الموارد	3.83	0.79	76.7%	20.72%

الخدمات المطلوبة غير المتوافرة

أفاد 343 مشاركًا (85.8%) بعدم وجود خدمة يحتاجونها هم أو أحد أفراد الأسرة وكانت غير متوافرة ضمن خدمات المستشفى، بينما أفاد 57 (14.3%) بوجود فجوة. تمثل هذه النسبة أقلية مهمة لا يجوز إخفاؤها خلف المتوسط الإيجابي؛ فهي تعني أن نحو واحد من كل سبعة مستفيدين أبلغ عن حاجة لم تلبَّ محليًا.

بين المشاركين السبعة والخمسين ذُكر التصوير التشخيصي المتخصص/الأشعة المقطعية لدى 20 شخصًا (35.1%)، والفحوص المختبرية لدى 20 (35.1%)، والأدوية غير المتوافرة لدى 14 (24.6%)، والاختصاصيون في الباطنة العامة أو الجراحة لدى 9 (15.8%). ولأن السؤال سمح بأكثر من إجابة، تتجاوز النسب مجتمعة 100% ولا تمثل فئات متنافية.

يجب تفسير طلب الأشعة المقطعية والاختصاصيين بحسب مستوى المستشفى وحزمة خدماته. لا يثبت التقرير أن إنشاء هذه الخدمات محليًا هو الخيار الأكفأ؛ فقد يكون الحل الأكثر أمانًا واستدامة هو بروتوكول إحالة سريع واتفاق تشغيلي مع مرفق مرجعي، مع توضيح التكلفة والنقل والمتابعة. في المقابل، تكرار الإبلاغ عن فحوص مخبرية أو أدوية مدرجة أصلًا ضمن الحزمة الأساسية يتطلب تحقيقًا في الانقطاعات وسلسلة الإمداد.

جدول (5): الخدمات المطلوبة غير المتوافرة كما أبلغ عنها المستفيدون

المؤشر/الخدمة	العدد	النسبة
لا توجد خدمة مطلوبة غير متوافرة	343	85.8%
توجد خدمة مطلوبة غير متوافرة	57	14.3%
تصوير تشخيصي متخصص/أشعة مقطعية	20	35.1%
فحوص مختبرية تشخيصية	20	35.1%
أدوية غير متوافرة	14	24.6%
اختصاصيون طبيون (باطنة/جراحة)	9	15.8%

سمح سؤال نوع الخدمة بإجابات متعددة؛ لذلك لا تجمع نسب الأنواع إلى 100%. وقد يبلغ مجموع النسب الأساسية 100.1% بسبب التقريب.

الوصول الجغرافي

وصل 188 مشاركًا (47.0%) إلى المستشفى في أقل من 30 دقيقة، و143 (35.8%) خلال 45–30 دقيقة؛ وبذلك بلغ مجموع من وصلوا خلال 45 دقيقة 82.8%. واحتاج 32 (8.0%) إلى 60–46 دقيقة، و25 (6.3%) إلى 120–61 دقيقة، و12 (3.0%) إلى أكثر من ساعتين. وبلغت نسبة من تجاوزت رحلتهم ساعة 9.3%.

يعطي هذا التوزيع صورة إيجابية نسبيًا عن القرب لدى أغلب الحاضرين، لكنه لا يقدّر وصول سكان منطقة الخدمة كاملة. فالأشخاص الأبعد أو الأشد فقرًا قد يكونون أقل احتمالًا للحضور أصلًا، كما أن الدراسة لا تقيس زمن العودة أو تكرار الرحلات. لذلك يسمى المؤشر زمن رحلة المستفيدين لا تغطية جغرافية للسكان.

تكشف الأقلية ذات الرحلات الطويلة حاجة إلى استجابة موجهة. فالرحلة التي تتجاوز ساعة قد تكون أشد أثرًا على الحوامل والأطفال والحالات الطارئة، وقد ترفع تكلفة المرافق وفقدان الدخل. ويستحسن ربط زمن الوصول بنوع الخدمة والقرية ووسيلة النقل في دورة رصد لاحقة لتحديد جيوب البعد بدل تطبيق حل واحد على الجميع.

جدول (6): زمن الوصول من المنزل إلى المستشفى (N=400)

زمن الوصول	العدد	النسبة المئوية	النسبة التراكمية
أقل من 30 دقيقة	188	47.0%	47.0%
30–45دقيقة	143	35.8%	82.8%
46–60دقيقة	32	8.0%	90.8%
61–120دقيقة	25	6.3%	97.0%
أكثر من 120 دقيقة	12	3.0%	100.0%
الإجمالي	400	100%	—

قد تختلف النسبة التراكمية 0.1 نقطة بسبب جمع القيم المقربة؛ وحُسب 82.8% و9.3% من القيم المعروضة.

القدرة على تحمل التكلفة وملاءمة الرسوم

وصف 41 مشاركًا (10.3%) قدرتهم على دفع تكاليف الخدمات بالمعدومة، و131 (32.8%) بالضعيفة؛ أي إن 43.1% واجهوا عجزًا أو صعوبة شديدة. وكانت القدرة متوسطة مع ضغط مالي بسيط لدى 159 (39.8%)، وجيدة لدى 54 (13.5%)، وممتازة لدى 15 (3.8%). وبذلك لم تتجاوز فئتا الجيدة والممتازة 17.3%.

في المقابل، كان 191 مشاركًا (47.8%) راضين عن ملاءمة الرسوم مقارنة بالخدمة و62 (15.5%) راضين جدًا، بإجمالي 63.3%. وبلغ المحايدون 19.0%، وغير الراضين أو غير الراضين أبدًا 17.8%. وبلغ متوسط بند ملاءمة الرسوم 3.58±1.021، مقابل 2.68±0.960 للقدرة على تحمل التكلفة.

ليست النتيجتان متناقضتين. يمكن أن تكون الرسوم عادلة نسبيًا وأن تظل فوق الهامش المالي لأسرة منخفضة الدخل. كما قد يقيم المشاركون الرسوم المدفوعة داخل المستشفى فقط، بينما تتأثر القدرة على الدفع بنفقات النقل والدواء والفحوص الإضافية. لذلك ينبغي ألا تستخدم الإدارة رضا الرسوم بديلًا عن قياس الحماية المالية

جدول (7): القدرة على تحمل التكلفة والرضا عن ملاءمة الرسوم

المتغير	الفئة	العدد	النسبة
القدرة على الدفع	معدومة	41	10.3%
	ضعيفة	131	32.8%
	متوسطة	159	39.8%
	جيدة	54	13.5%
	ممتازة	15	3.8%

ملاءمة الرسوم	غير راضٍ أبدًا	13	3.3%
	غير راضٍ	58	14.5%
	محايد	76	19.0%
	راضٍ	191	47.8%
	راضٍ جدًا	62	15.5%

المتوسط للقدرة على الدفع2.68±0.960 ، ولملاءمة الرسوم .3.58±1.021 مجموع بعض النسب قد يختلف 0.1 بسبب التقريب.

المؤشر المركب للوصول

بلغ متوسط محور الوصول 3.48±0.67 من خمس درجات، بوزن نسبي 69.6% ومعامل اختلاف 19.22%، وتراوح بين 1.33 و5.00. يقع المتوسط قرب الحد الفاصل بين التقييم المتوسط والإيجابي، ويقل عن توافر الموارد بنحو 0.35 نقطة، بما يعكس أن الضغط المالي خفض التقييم المركب رغم قصر الرحلة لدى الأغلبية.

يفيد المتوسط في المقارنة العامة، لكن قرارات السياسة ينبغي أن تبقى مبنية على مكونات المحور؛ إذ لا يعالج تحسين الطريق عجز القدرة على الدفع، ولا تعالج الإعفاءات غياب خدمة أساسية. كما أن دمج فئات زمنية مع أحكام مالية في مؤشر واحد قد يقلل حساسية النموذج لأثر كل مكوّن على حدة.

جدول (8): مقارنة المؤشرات المركبة للتوافر والوصول

المحور	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	معامل الاختلاف
توافر الموارد والخدمات	3.83	0.79	76.7%	20.72%
إمكانية الوصول	3.48	0.67	69.6%	19.22%

القيمة الأعلى تعني تقييمًا أفضل. لا تعني المقارنة أن المحورين متطابقان في عدد البنود أو المحتوى.

قراءة تكاملية لفجوة التوافر والوصول

يبلغ الفرق الوصفي بين متوسط التوافر ومتوسط الوصول 0.35 نقطة على مقياس من خمس درجات. ومع ذلك يوفر الاتجاه قرينة إدارية مفيدة: تقييم ما وجده المستفيد داخل المستشفى كان أفضل من تقييم مجموع ما تحمله حتى يحصل على الخدمة. لذلك ينبغي ألا تكتفي الإدارة برفع مخزون الدواء أو تشغيل الفحص، بل تراجع أيضًا الكلفة الكلية للزيارة والزمن والإحالة وما يدفع خارج المرفق.

يكشف تفكيك المؤشر المركب صورة لا يظهرها المتوسط وحده. فمن جهة، وصل 82.8% خلال 45 دقيقة، وهي نتيجة إيجابية للحاضرين؛ ومن جهة أخرى، وصف 43.1% قدرتهم على الدفع بالمعدومة أو الضعيفة. ويعني ذلك أن القرب الزمني لا يضمن سهولة مالية، وأن التحسن في مكون يمكن أن يتعايش مع عائق حاد في مكون آخر. كما أن تقارب معاملي الاختلاف للمحورين لا يعني تماثل توزيعهما أو عدالتهما؛ فالمتوسط ومعامل الاختلاف لا يحددان أي الفئات تحمل العبء الأكبر ولا يكشفان التراكم داخل الأسرة الواحدة بين النقل والدواء والفحص وفقدان يوم العمل.

وتؤكد المقارنة بين القدرة على الدفع وملاءمة الرسوم ضرورة الفصل بين مفهومين مختلفين. فقد رضي 63.3% عن ملاءمة الرسوم، بينما أفاد 43.1% بقدرة معدومة أو ضعيفة على الدفع. يستطيع المستفيد أن يرى السعر عادلاً قياسًا إلى الخدمة، ثم يعجز عن توفيره بسهولة بسبب انخفاض الدخل أو تعدد النفقات. وعليه لا يصلح رضا

الرسوم بديلًا عن قياس الحماية المالية، ولا تصلح القدرة المدركة وحدها لتقدير الإنفاق الكارثي. المتابعة الأدق تجمع قيمة ما دفع داخل المستشفى وخارجه، وتكلفة النقل، ومصدر التمويل، والاقتراض أو بيع الأصول، وتأجيل الرعاية بسبب المال.

أما نسبة 14.3% للخدمة المطلوبة غير المتوافرة فتصف وجود فجوة لدى سبعة وخمسين مشاركًا من الحاضرين، ولا تعني أن 14.3% من جميع احتياجات سكان المنطقة غير ملباة. كذلك فإن نسب أنواع الخدمات داخل هذه الفئة متعددة الاستجابات؛ ولذلك لا تضاف بوصفها توزيعًا حصريًا. القيمة الإدارية للسؤال المفتوح أنه يسمي مواقع الاحتكاك: التصوير المتخصص، والفحوص المختبرية، والأدوية، والاختصاصيون. لكن قرار إضافة خدمة أو جهاز يحتاج إلى ربط التكرار بحجم الطلب المتوقع، وخطورة التأخير، وتكلفة التشغيل والصيانة، وتوافر الكادر، وقابلية الإحالة، وليس بعدد البلاغات وحده.

وتتطلب قراءة الإنصاف تجاوز عينة من تمكنوا من الحضور. فالأبعد جغرافيًا، والأقل دخلًا، ومن تعذر عليهم النقل أو رسوم الزيارة قد يكونون ناقصي التمثيل، مما يرفع تقييم الوصول الظاهر. ويمكن تقليل هذا القصور بربط مسح المستفيدين بسجل الإحالات غير المكتملة، وحالات إلغاء الفحص لعدم الدفع، ونفاد الأصناف، ومسح مجتمعي دوري في القرى الأبعد. كما ينبغي عرض المؤشرات بحسب نوع الخدمة والجنس والعمر والقرية وفئات زمن الرحلة والقدرة المالية متى توافرت أحجام خلايا آمنة؛ لأن المتوسط العام قد يتحسن بينما تبقى جيوب محددة محرومة.

بناءً على ذلك، تقترح الدراسة تفسيرًا تسلسليًا لا تجميعيًا: تبدأ الرحلة بالقدرة على الوصول، ثم توافر العنصر المطلوب، ثم اكتمال الخدمة أو الإحالة، ثم الكلفة النهائية والرضا. فشل أي حلقة قد يغير تقييم الحلقة التالية أو يمنع قياسها أصلًا. هذه القراءة تمنع الاستنتاج بأن ارتفاع الرضا يلغي مشكلة الوصول، وتحوّل النتائج إلى مجموعة مؤشرات تشغيلية مترابطة يمكن تتبعها عبر الزمن بدل الاعتماد على متوسط واحد قد يخفي أسباب التعثر.

العلاقة بالرضا العام والتحليل متعدد المتغيرات

ارتبط توافر الموارد بالرضا العام ارتباطًا موجبًا متوسطًا إلى قوي ($r=0.629$، $p<0.001$)، بينما ارتبطت إمكانية الوصول بالرضا العام ارتباطًا موجبًا أضعف ($r=0.315$، $p<0.001$). وتشير هذه النتائج إلى أن تحسن تقييم توافر الموارد وإمكانية الوصول ترافق مع ارتفاع مستوى رضا المستفيدين، مع كون العلاقة بين توافر الموارد والرضا أقوى من العلاقة بين إمكانية الوصول والرضا في عينة الدراسة.

وأظهر نموذج الانحدار المتعدد دلالة إحصائية كلية ($R=0.826$، $R^2=0.682$، $SEE=0.44402$، $F=140.475$، $p<0.001$). وتُعرض هذه المؤشرات بوصفها نتائج للنموذج المتعدد المستخدم في التحليل، ولا تُنسب قيمة R^2 البالغة 68.2% إلى توافر الموارد وإمكانية الوصول وحدهم.

وفي النموذج المتعدد، ظل توافر الموارد متنبئًا دالًا إحصائيًا بالرضا ($B=0.212$، $SE=0.038$، $\beta=0.216$، $t=5.628$، $p<0.001$)، في حين لم يحتفظ متغير إمكانية الوصول بدلالة إحصائية مستقلة ($B=0.010$، $SE=0.037$، $\beta=0.008$، $t=0.266$، $p=0.791$). وتشير هذه النتيجة إلى أن العلاقة الثنائية بين إمكانية الوصول والرضا لا تعني بالضرورة وجود إسهام مستقل دال لها ضمن النموذج المتعدد.

ولا تثبت معاملات الانحدار وجود علاقة سببية، وإنما تعكس الارتباطات المقدرة في إطار النموذج الإحصائي

المستخدم. وتشير النتائج، في حدود تصميم الدراسة، إلى أهمية توافر الموارد في تفسير الاختلاف في مستويات رضا المستفيدين، مع استمرار أهمية إمكانية الوصول باعتبارها أحد محددات الاستفادة من الخدمات الصحية.

جدول (9): الارتباط بين توافر الموارد وإمكانية الوصول والرضا، ومعاملات الانحدار المتعدد

المتغير	R مع الرضا	B	SE	B	T	P	TOLERANCE	VIF	الاستنتاج
توافر الموارد	0.629	0.212	0.038	β=0.216	5.628	p<0.001	0.549	1.820	دال إحصائيًا في النموذج المتعدد
إمكانية الوصول	0.315	0.010	0.037	β=0.008	0.266	p=0.791	0.797	1.255	غير دال إحصائيًا في النموذج المتعدد

الاستنتاجات

قدمت الدراسة صورة مركبة: كان تقييم توافر الموارد إيجابيًا نسبيًا، ووصل معظم الحاضرين خلال 45 دقيقة، ورضيت أغلبية عن ملاءمة الرسوم؛ لكن قرابة واحد من كل سبعة أبلغ عن خدمة لازمة غير متوافرة، ووصف أكثر من اثنين من كل خمسة قدرتهم على الدفع بالمعدومة أو الضعيفة. توضح هذه الصورة أن المتوسطات المطمئنة والجيوب الهشة يمكن أن توجد معًا، وأن الإدارة تحتاج إلى كليهما.

بلغ وزن التوافر 76.7%، وهو أعلى من وزن الوصول 69.6%. يمكن تفسير ذلك بأن المستشفى استطاع، خلال فترة الدراسة، توفير قدر معتبر من الدواء والخدمات التشخيصية للحاضرين. كما قد تسهم الطبيعة الوقائية لأكثر من نصف العينة في ارتفاع التوافر إذا كانت مسارات التحصين والأمومة والتغذية مستقرة نسبيًا. لكن البيانات لا تسمح بمقارنة الأقسام أو إثبات هذا التفسير، ولذلك يطرح كفرضية إدارية للاختبار.

إن ارتفاع تقييم المختبر/الأشعة إلى 3.88 لا يتعارض مع ذكر الفحوص المختبرية والتصوير المتخصص بين الفجوات. فالسؤال الأول يقيس الخبرة العامة عبر 400 مشارك، بينما يصف الثاني حاجات محددة لدى 57 فقط. وقد يكون المقصود في الفجوة اختبارًا غير مدرج أو مادة تشغيلية منقطعة أو تصويرًا متقدمًا، في حين تظل الفحوص الروتينية متاحة. يلزم في نظام الشكاوى المستقبلي تسجيل اسم الاختبار والسبب والإحالة بدل فئة عامة.

تساوي الإبلاغ عن التصوير المتخصص والفحوص المختبرية عند 35.1% لكل منهما يوجه الانتباه إلى التشخيص. ومع ذلك ينبغي تحليل القرار الاستثماري وفق حجم الطلب والتكلفة والصيانة والطاقة والكوادر ومعايير الجودة. قد تكون خدمة الأشعة المقطعية غير مناسبة لمستوى مستشفى ريفي إذا تعذر تشغيلها بأمان واستدامة؛ في هذه الحالة يكون المؤشر الحقيقي للنجاح هو زمن الإحالة،

وسلامة النقل، ومعرفة المريض بالوجهة، وإتاحة النتيجة لمقدم الخدمة الأصلي.

أما الدواء، فقد سجل متوسطًا جيدًا نسبيًا، لكنه ظهر لدى ربع من أبلغوا عن فجوة. وتؤدي انقطاعات الأدوية إلى شراء خارجي قد يزيد العبء المالي ويضعف الالتزام. لذلك لا يكفي جرد شهري إجمالي؛ بل يلزم تعريف قائمة أدوية أساسية حرجة، وقياس أيام الانقطاع لكل صنف، ونسبة الوصفات المصروفة كاملة، وربط إعادة الطلب بمعدل الاستهلاك والمهلة الزمنية للمورد.

تشير نسبة 82.8% خلال 45 دقيقة إلى قرب نسبي للمستشفى من غالبية مستخدميه الحاليين. لكنها قد تعكس أيضًا أن الأقرب هم الأكثر حضورًا. يسمى هذا أحيانًا تحيز الاستخدام أو انتقاء الحاضرين: فالدراسة لا ترى من ألغى الزيارة بسبب البعد. وتدعم مراجعات المسافة هذا الحذر، إذ يختلف أثر الزمن بحسب نوع الخدمة والحالة ووجود بدائل، وقد يظهر تدهور الاستخدام حتى عند زيادات متوسطة في الرحلة (Kelly et al., 2016; Mseke et al., 2024).

تمثل نسبة 9.3% ممن تجاوز زمنهم ساعة مجموعة صغيرة عدديًا لكنها مهمة من منظور الإنصاف. المتوسط لا يصف مخاطرهم في الطوارئ أو عند الحاجة إلى متابعة متكررة. وقد تكون تكلفة الرحلة على هذه المجموعة أعلى بكثير من رسوم الخدمة نفسها. لذلك ينبغي ألا تكون أولوية التدخل مرتبطة بالحجم فقط؛ بل بحدة العائق وحساسية الخدمة للزمن.

تكشف القدرة المالية النتيجة الأكثر حساسية: 43.1% كانت قدرتهم معدومة أو ضعيفة. لا تعني هذه النسبة أن جميعهم امتنعوا عن العلاج، فهم حضروا بالفعل، لكنها تشير إلى احتمال الاقتراض أو المساعدة الأسرية أو تقليص بنود معيشية أو ترك أجزاء من الخطة. ولأن السؤال إدراكي ولم يقس الدخل والإنفاق، فلا يمكن تسميته إنفاقًا صحيًا كارثيًا؛ لكنه إشارة واضحة تستحق قياسًا ماليًا أدق.

يشرح البحث بين القدرة على الدفع وملاءمة الرسوم سبب رضا 63.3% عن الرسوم رغم هشاشة القدرة. قد يقارن المستفيد السعر ببدائل خاصة أغلى فيراه مناسبًا، أو يقدّر أن الخدمة تستحق الرسم، لكنه يظل يواجه دخلًا محدودًا. وتتفق هذه القراءة مع مفهوم الحماية المالية في التغطية الصحية الشاملة، حيث لا يكفي أن تكون الخدمة أقل كلفة من البديل إذا أدت المدفوعات المباشرة إلى ضغط أو حرمان من احتياجات أساسية (World Health Organization & World Bank, 2023).

كان ارتباط التوافر بالرضا r=.629 أكبر من ارتباط الوصول r=.315. تعني النتيجة أن التوافر يفسر اختلافًا مشتركًا أكبر مع الرضا، وليس أنه سبب منفرد أو أنه أهم لكل فئات المجتمع. فالرضا يقاس بعد تلقي الخدمة، ومن الطبيعي أن يكون ما حدث داخل المرفق — الحصول على الدواء أو الفحص — قريبًا زمنيًا وإدراكيًا من الحكم الكلي أكثر من رحلة سبقت الوصول.

قوة النتيجة تزداد لأن التوافر بقي دالًا، بمعامل معياري 216. وهذا يعني أن إدراك وجود الموارد حمل معلومات إضافية عن الرضا، ولا يمكن للتواصل الجيد أو النظافة أن يعوضا بصورة كاملة غياب عنصر علاجي أو تشخيصي ضروري.

في المقابل، اختفت دلالة الوصول بعد الضبط. أحد التفسيرات أن القدرة على الدفع وملاءمة الرسوم وزمن الرحلة تعمل عبر تقييمات أخرى أو تتشارك معها التباين. وتفسير آخر هو تقييد المدى: معظم العينة قريبة نسبيًا، ومن لم يستطع الوصول غير ممثل. كما قد تلغي المكونات بعضها إحصائيًا؛ فزمن قصير مع قدرة مالية ضعيفة يعطي متوسطًا

لا يكشف اتجاه كل مكون. لا يمكن اختبار هذه التفسيرات من النتائج المنشورة من دون تحليل خام إضافي.

لا ينبغي استخدام p=.791 لتهميش الوصول في التخطيط. فالانحدار يجيب عن سؤال ضيق: هل يفسر المحور فرقًا فريدًا في الرضا بين الحاضرين بعد المتغيرات الأخرى؟ ولا يجيب: هل يمنع البعد أو الفقر بعض السكان من الحضور؟ وهل تؤدي التكلفة إلى ترك العلاج؟ هذه أسئلة استخدام وإنصاف تحتاج عينة مجتمعية أو متابعة طولية، لا مقياس رضا فقط.

تنسجم النتائج إجمالًا مع الأطر التي ترى الوصول سلسلة مترابطة لا مؤشرًا واحدًا. كما تفسر التباين بين الدراسات الريفية؛ فقد ترتفع تقييمات المستشفى عند من يصلون ويتلقون رعاية جيدة، بينما يبقى الوصول على مستوى السكان غير متكافئ. لذلك يجب أن يجمع نظام التقييم بين تجربة المستفيدين، ومؤشرات التغطية والاستخدام، وأيام الانقطاع، والإحالات غير المكتملة، والعبء المالي.

الآثار الإدارية والسياساتية

الأثر الأول هو بناء لوحة توافر شهرية بدل الاعتماد على الانطباع العام. تتضمن اللوحة نسبة الوصفات المصروفة كاملة، وأيام انقطاع الأدوية الحرجة، ونسبة الفحوص الأساسية المنفذة في اليوم نفسه، وعدد الإحالات بسبب عطل أو نقص مستلزم، وزمن إغلاق الانقطاع. ويجب تحليل المؤشرات بحسب القسم والخدمة حتى لا يخفي المتوسط مشكلة موضعية.

الأثر الثاني هو تحويل قائمة الخدمات غير المتوافرة إلى خريطة إحالة. لكل خدمة خارج الحزمة تحدد الجهة المرجعية، وأيام العمل، وآلية التواصل، والتكلفة المتوقعة، والنقل عند الطوارئ، وطريقة عودة النتيجة. ويُسلّم المستفيد تعليمات مكتوبة أو مصورة، ويُتصل به في الحالات ذات الأولوية للتحقق من اكتمال الإحالة.

الأثر الثالث هو فصل إدارة السعر عن الحماية المالية. يمكن مراجعة الرسوم وشفافيتها مع وضع معايير إعفاء أو دعم للفئات الأشد هشاشة، وتوثيق الإعفاءات بحيث لا تعتمد على تفاوض فردي. كما ينبغي رصد النفقات غير المباشرة التي يولدها نقص الدواء أو الفحص؛ لأن تحسين التوافر قد يكون تدخلًا للحماية المالية بقدر ما هو تدخل للجودة.

الأثر الرابع هو توجيه التدخل الجغرافي. لا تبرر بيانات الحاضرين إنشاء نقاط جديدة وحدها، لكنها تبرر جمع القرية ووسيلة النقل وزمن الرحلة والإحالات. ويمكن استخدام عيادات دورية أو فرق متنقلة أو تنسيق نقل للحالات الحساسة في التجمعات التي يظهر فيها زمن مرتفع أو متابعة منخفضة، مع تقييم التكلفة والنتيجة.

الأثر الخامس هو دمج صوت غير الحاضرين. يمكن إجراء مسح مجتمعي صغير في القرى الأبعد، ومراجعة حالات الإحالة المنقطعة والمواعيد الفائتة، والاستفادة من العاملين الصحيين المجتمعيين لرصد من لم يطلبوا الرعاية بسبب التكلفة أو البعد. وبهذا تكتمل صورة المستشفى بصورة أقرب إلى تغطية السكان.

إطار تنفيذي مقترح للتحسين والمتابعة

يتطلب الانتقال من النتيجة البحثية إلى التحسين تحديدًا صريحًا للأولوية والمسؤول والمؤشر والزمن. ويمكن ترتيب مشكلات التوافر وفق ثلاثة معايير: خطورة غياب العنصر على سلامة المريض، وتكرار الطلب أو الانقطاع، وإمكان تدخل المستشفى في السبب. فدواء إسعافي ينقطع يومًا واحدًا قد يتقدم على خدمة تخصصية مرتفعة الكلفة قليلة الطلب، حتى إذا ذُكرت الأخيرة أكثر في السؤال المفتوح. ويمنع هذا الترتيب توجيه الموارد وفق عدد الشكاوى وحده.

ينبغي أن يملك كل مؤشر تعريفًا تشغيليًا ثابتًا يتضمن البسط والمقام ومصدر البيانات ودورية الحساب والمسؤول عن المراجعة. فـ «توافر الدواء» يمكن أن يقاس بنسبة أيام الشهر التي كان فيها كل دواء حرج متاحًا، و«اكتمال الوصفة» بنسبة الوصفات التي صُرفت جميع أصنافها داخل المستشفى، و«اكتمال الإحالة» بنسبة الحالات التي وصلت إلى الجهة المرجعية وعادت نتيجتها خلال المدة المحددة. هذه التعريفات أدق من وصف عام مثل متوافر أو غير متوافر.

يبدأ التنفيذ بخط أساس مدته ثلاثة أشهر يربط سجل المخزون وسجل المختبر والإحالات وشكاوى المستفيدين. وبعد تحديد أكثر عنصرين أو ثلاثة تأثيرًا، تنفذ دورة تحسين قصيرة: تحليل سبب الانقطاع، وتجربة تدخل محدود، وقياس النتيجة، ثم التثبيت أو التعديل. وقد يكون التدخل تغيير حد إعادة الطلب، أو توحيد نموذج الإحالة، أو تخصيص نافذة إعفاء، أو تنسيق يوم ثابت لخدمة دورية؛ ولا يفترض الحل شراء تجهيز جديد دائمًا.

يجب تحليل لوحة المتابعة بحسب القسم ونوع الخدمة والقرية وزمن الرحلة، مع حد أدنى لعدد الحالات يحمي السرية. وقد يبقى المتوسط العام ثابتًا بينما يتحسن قسم ويتراجع آخر، أو تتكرر الفجوة لدى القرى الأبعد. كما يفيد الجمع بين مؤشر العملية ومؤشر النتيجة؛ فعدد الإحالات لا يبين جودتها ما لم يقترن بنسبة اكتمالها وزمنها ورضا المستفيد عن وضوح التعليمات.

تحتاج الإدارة أيضًا إلى مراقبة الآثار غير المقصودة. فقد يخفض تشديد صرف الدواء الهدر لكنه يزيد رفض الوصفات، وقد يرفع التوسع في فحص معين الطلب غير الضروري، وقد تؤدي الإعفاءات غير الواضحة إلى تفاوت المعاملة. لذلك تتضمن كل دورة تحسين مؤشر توازن مثل الشكاوى، أو زمن الانتظار، أو تكلفة الحالة، أو نسبة الرفض، إلى جانب المؤشر المستهدف.

يعرض الجدول التالي حزمة أولية قابلة للتكييف، ولا يقدم حدودًا معيارية مفروضة؛ فالقيم المستهدفة تحددها الإدارة بعد خط الأساس وبحسب حزمة الخدمة والموارد. الأهم أن تكون عتبة التنبيه معلنة وأن يترتب عليها إجراء ومسؤول وموعد إغلاق، حتى لا تتحول اللوحة إلى تجميع بيانات بلا قرار.

جدول (10): إطار مقترح لمتابعة الوصول وتوافر الموارد

المجال	المؤشر التشغيلي	طريقة الحساب المختصرة	الدورية	الإجراء عند التنبيه
الأدوية	أيام انقطاع الصنف الحرج	عدد أيام عدم التوافر لكل صنف	أسبوعية/شهرية	تحليل السبب وتعديل حد إعادة الطلب
الوصفات	اكتمال الصرف داخل المرفق	الوصفات المصروفة كاملة ÷ جميع الوصفات	شهرية	تحديد الأصناف المتكررة ومصدر التعطل
التشخيص	إنجاز الفحص في الزيارة نفسها	الفحوص المنفذة في اليوم نفسه ÷ المطلوبة	شهرية	مراجعة المستلزمات والأعطال وجدولة العمل
الإحالة	اكتمال الإحالة وعودة النتيجة	الإحالات المكتملة ÷ جميع الإحالات	شهرية	التواصل مع الجهة المرجعية والحالات المتأخرة
الحماية المالية	الاستفادة من الإعفاء/الدعم	المستحقون الذين تلقوا الدعم ÷ المستحقين	شهرية	مراجعة معايير الاستحقاق وسهولة الإجراء
الوصول المكاني	الحاضرون بزمن رحلة يتجاوز ساعة	عددهم ÷ المشاركين أو المراجعين المقيسين	ربع سنوية	تحليل القرى والنقل ونوع الخدمة

صوت المجتمع	احتياج غير ملبى بين غير الحاضرين	حالات المسح المجتمعي المبلغة ÷ المستجيبين	نصف سنوية	تعديل الإحالة أو الخدمة المتنقلة وفق النمط

تحدد العتبات المستهدفة بعد قياس خط الأساس، ويضاف لكل مؤشر مسؤول وموعد إغلاق ومؤشر توازن يمنع الأثر غير المقصود.

التوصيات

1. ضمان توافر الأدوية والفحوصات الأساسية.
2. نظام واضح للخدمات غير المتوافرة والإحالة.
3. حماية مالية للفئات ضعيفة القدرة على الدفع.
4. رصد زمن الوصول حسب القرية ووسيلة النقل.
5. ربط بيانات المستشفى بمؤشرات الإحالة والمخزون.
6. إجراء دراسة مجتمعية تشمل غير المستخدمين.

نقاط القوة ومحددات الدراسة

تتمثل نقاط القوة في حجم عينة 400، والتوزيع التناسبي على خدمات علاجية ووقائية، واستخدام أداة محكمة ومختبرة قبليًا ذات اتساق داخلي جيد، والجمع بين مؤشرات مكانية ومالية وتوافريه.

أول الحدود أن الدراسة أجريت في مستشفى ريفي واحد، فلا يمكن تعميم النسب على محافظة إب أو اليمن. وثانيها أن التصميم المقطعي لا يثبت السببية أو الاتجاه الزمني. وثالثها أن العينة من الحاضرين؛ وبالتالي قد تستبعد تلقائيًا من منعتهم المسافة أو التكلفة من الوصول، بما يؤدي إلى تقدير أكثر إيجابية للوصول من الواقع المجتمعي.

رابعًا، تعتمد المؤشرات على التقرير الذاتي وقد تتأثر بالمجاملة أو التذكر، ولا تقارن توافر الموارد بجرد مخزون أو سجل أعطال. خامسًا، القدرة على الدفع مدركة ولا تقوم على دخل الأسرة أو نسبة الإنفاق، فلا يجوز استخدامها لتقدير الإنفاق الكارثي. سادسًا، سمح سؤال الخدمة غير المتوافرة بإجابات متعددة ولم يميز دائمًا بين خدمة خارج حزمة المستشفى وانقطاع عنصر مفترض توافره.

سابعًا، يجمع محور الوصول زمن الرحلة والقدرة المالية وملاءمة الرسوم؛ وهي مكونات مختلفة قد تكون لها علاقات مستقلة متباينة.

الخاتمة

أظهر مستشفى الحزم الريفي تقييمًا إيجابيًا نسبيًا لتوافر الأدوية والخدمات التشخيصية، ووصل معظم المستفيدين الحاضرين خلال 45 دقيقة. ومع ذلك أبلغ 14.3% عن حاجة غير متوافرة، وتركزت في التصوير المتخصص والفحوص والأدوية والاختصاصيين، كما واجه 43.1% قدرة معدومة أو ضعيفة على دفع التكلفة رغم رضا أغلبية عن ملاءمة الرسوم.

كان توافر الموارد أقوى ارتباطًا بالرضا، بينما لم يبقَ الوصول دالًا في النموذج المعدّل. لا تعني النتيجة أن الوصول غير مهم، بل توضح أن الرضا بين الحاضرين يلتقط استمرارية الموارد بصورة أوضح من العوائق التي قد تعمل قبل الحضور. وعليه فإن التحسين المتوازن يجمع بين استقرار العناصر الأساسية، وإحالة موثوقة للخدمات خارج الحزمة، وحماية مالية موجهة، ورصد مجتمعي لمن لا يصلون.

بيانات الإفصاح

مساهمة الباحث: تولى الباحث تصور الدراسة، وجمع البيانات وتحليلها، وصياغتها ومراجعتها، تحت الإشراف الأكاديمي.

تضارب المصالح: يصرح الباحث بعدم وجود تضارب مصالح معروف يتعلق بهذا البحث.

التمويل: ذاتي.

إتاحة البيانات: البيانات ليست مرفقة بالبحث لما تتضمنه من معلومات ميدانية؛ ويمكن النظر في إتاحتها بصورة منزوعة الهوية وفق الموافقات الأكاديمية والأخلاقية ومتطلبات الجهة المالكة.

شكر وتقدير: يتقدم الباحث بالشكر والامتنان إلى الدكتور/ بسام محمد غالب السياني، الذي أسقاني من نبع علمه الصافي، وأمدني بكل ما أحتاجه في بناء هذا البحث، ولم يتوان لحظة واحدة في تزويدي بتوجيهاته ونصائحه القيمة؛ فجزاه الله عني خير الجزاء.

المراجع العربية:

- البغدادي، م. أ. أ.، وآخرون. (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
- القطب، س. (2022). تقييم رضا المستفيدين من الوصول إلى الرعاية الصحية والحواجز داخل نظام تقديم الرعاية الصحية في السعودية. Saudi Journal of Health Systems Research, 2، 156–163. https://doi.org/10.1159/000527562
- مستشفى الحزم الريفي. (2025). الإحصاء العام للعام 2025 وتقارير الاستجابة والاحتياجات [سجلات إدارية غير منشورة].
- وزارة الصحة العامة والبيئة. (2024). الاستراتيجية الصحية الوطنية 2022–2027. الجمهورية اليمنية.

References

– 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

– Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M. M., & Amenta, P. (2017). Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspectives in public health*, *137*(2), 89–101. https://doi.org/10.1177/1757913916634136

– 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

– 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

e1196–e1252. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3

– Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. International Journal for Equity in Health, 12, 18. https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18

– 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

– Mseke, E. P., Jessup, B., & Barnett, T. (2024). Impact of distance and/or travel time on healthcare service access in rural and remote areas: A scoping review. Journal of Transport & Health, 37, 101819. https://doi.org/10.1016/j.jth.2024.101819

– Ng, J. H. Y., & Luk, B. H. K. (2019). Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. Patient Education and Counseling, 102(4), 790–796. https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.013

– Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and Ideas in Health, 3(2), 176–182. https://doi.org/10.47108/jidhealth.vol3.iss2.44

– Jalei, A. A., Hassan, Y. S. A., Omar, A. I., & Ali, M. A. (2025). Patient satisfaction and health services in two public hospitals in Mogadishu, Somalia: A cross-sectional study. Frontiers in Health Services, 5, 1552322. https://doi.org/10.3389/frhs.2025.1552322

– Kelly, C., Hulme, C., Farragher, T., & Clarke, G. (2016). Are differences in travel time or distance to healthcare for adults in global north countries associated with an impact on health outcomes? A systematic review. BMJ Open, 6, e013059. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013059

– 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),

– 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

Vu, S., Reese, L., Patel, N. and Hung, M. (2024), Patient Satisfaction in Rural Versus Non-Rural US Hospitals. Public Health Chall., 3: e219. https://doi.org/10.1002/puh2.219

World Health Organization, & International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. (2023). Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. World Health Organization.

relationship to consumer satisfaction. Medical Care, 19(2), 127–140. https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001

– Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Rahman, M. H. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. Annals of the New York Academy of Sciences, 1136, 161–171. https://doi.org/10.1196/annals.1425.011

– Siddique, A. B., Nath, S. D., Rasel, S. M., Roy, C., Monim, M. M., & Amin, M. Z. (2024). Unraveling patient satisfaction, associated factors, and dissatisfaction reasons in the provision of health care services for rural communities in Bangladesh: A cross-sectional investigation. Clinical Epidemiology and Global Health, 29, 101724. https://doi.org/10.1016/j.cegh.2024.101724

– Salem, A., Rosen, A., Alharazi, I., Gamallat, Y., Aldbyani, A., Amer, B., & Chimpandu, N. (2025). Healthcare accessibility in Yemen's conflict zones: Comprehensive review focused on strategies and solutions. Conflict and Health, 19, 42. https://doi.org/10.1186/s13031-025-00685-x