

The copyright © of this thesis belongs to its rightful author and/or other copyright owner. Copies can be accessed and downloaded for non-commercial or learning purposes without any charge and permission. The thesis cannot be reproduced or quoted as a whole without the permission from its rightful owner. No alteration or changes in format is allowed without permission from its rightful owner.



تأثير عوامل جودة الخدمات المقدمة من طرف وزارة الصحة ووقاية المجتمع على رفاهية السكان في دولة الإمارات العربية المتحدة: الدور الوسيط لرضا العملاء

**THE EFFECT OF THE FACTORS OF SERVICE QUALITY
PROVIDED BY THE MINISTRY OF HEALTH AND
PREVENTION ON THE WELL-BEING OF THE POPULATION
IN THE UNITED ARAB EMIRATES: THE MEDIATING ROLE
OF CUSTOMER SATISFACTION**

MUNA OTHMAN EISSA OTHMAN ALNUAIMI



**DOCTOR OF PHILOSOPHY
UNIVERSITI UTARA MALAYSIA
2025**

تأثير عوامل جودة الخدمات المقدمة من طرف وزارة الصحة ووقاية المجتمع على رفاهية السكان في دولة الإمارات العربية المتحدة: الدور الوسيط لرضا العملاء

**THE EFFECT OF THE FACTORS OF SERVICE QUALITY
PROVIDED BY THE MINISTRY OF HEALTH AND
PREVENTION ON THE WELL-BEING OF THE POPULATION
IN THE UNITED ARAB EMIRATES: THE MEDIATING ROLE
OF CUSTOMER SATISFACTION**

MUNA OTHMAN EISSA OTHMAN ALNUAIMI (903790)



**A thesis submitted to the Ghazali Shafie Graduate School of Government,
Universiti Utara Malaysia in fulfilment of the requirement for the Doctor of
Philosophy**



Kolej Undang-Undang, Kerajaan dan Pengajian Antarabangsa
(College of Law, Government and International Studies)
UNIVERSITI UTARA MALAYSIA

PERAKUAN KERJA TESIS
(Certification of thesis)

Kami, yang bertandatangan, memperakukan bahawa
(We, the undersigned, certify that)

MUNA OTHMAN EISSA OTHMAN ALNUAIMI (903790)

calon untuk Ijazah
(candidate for the degree
of)

DOCTOR OF PHILOSOPHY (INTERNATIONAL STUDIES)

telah mengemukakan tesis yang bertajuk:
(has presented his/her thesis of the following title):

**THE EFFECT OF THE FACTORS OF SERVICE QUALITY PROVIDED BY THE MINISTRY OF
HEALTH AND PREVENTION ON THE WELL- BEING OF THE POPULATION IN THE UNITED
ARAB EMIRATES: THE MEDIATING ROLE OF CUSTOMER SATISFACTION**

seperti yang tercatat di muka surat tajuk dan kulit tesis.
(as it appears on the title page and front cover of the thesis).

Bahawa tesis tersebut boleh diterima dari segi bentuk serta kandungan dan meliputi bidang ilmu dengan memuaskan, sebagaimana yang ditunjukkan oleh calon dalam ujian lisan yang diadakan pada **12 MAC 2025**

*That the said thesis is acceptable in form and content and displays a satisfactory knowledge of the field of study as demonstrated by the candidate through an oral examination held on: **MARCH 12, 2025***

Pengerusi Viva : **ASSOC. PROF. DR. BAKRI** Tandatangan
(Chairman for Viva) **MAT** (Signature)

Pemeriksa Luar : **PROF. DR. MOHAMED** Tandatangan
(External Examiner) **GAMAL ABOELMAGED** (Signature)
(SHARJAH UNI.)

Pemeriksa Dalam : **ASSOC. PROF. DR.** Tandatangan
(Internal Examiner) **AMINURRAASYID YATIBAN** (Signature)

Tarikh : **12 MARCH 2025**
Date

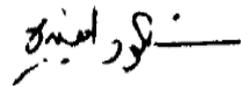
Nama Pelajar : **MUNA OTHMAN EISSA OTHMAN ALNUAIMI (903790)**
(Name of Student)

Tajuk Tesis : **THE EFFECT OF THE FACTORS OF SERVICE QUALITY PROVIDED BY
(Title of the Thesis) THE MINISTRY OF HEALTH AND PREVENTION ON THE WELL- BEING
OF THE POPULATION IN THE UNITED ARAB EMIRATES: THE
MEDIATING ROLE OF CUSTOMER SATISFACTION**

Program Pengajian : **DOCTOR OF PHILOSOPHY (INTERNATIONAL STUDIES)**
(Programme of Study)

Penyelia Pertama : **ASSOC. PROF. DR.
(First Supervisor) NORAFIDAH ISMAIL**

Tandatangan
(Signature)



Penyelia Kedua : **DR. SYED SULTAN BEE
(Second Supervisor) PACKEER MOHAMED**

Tandatangan
(Signature)



UUM
Universiti Utara Malaysia

PERMISSION TO USE

In presenting this thesis in fulfilment of the requirements for a postgraduate degree from Universiti Utara Malaysia, I agree that the Perpustakaan Sultanah Bahiyah UUM may make it freely available for inspection. I further agree that permission for the copying of this thesis in any manner, in whole or in part, for scholarly purpose may be granted by my supervisor(s) or, in their absence, by the Ghazali Shafie Graduate School of Government (GSGSG). It is understood that any copying or publication or use of this thesis or parts thereof for financial gain shall not be allowed without my written permission. It is also understood that due recognition shall be given to me and to Universiti Utara Malaysia for any scholarly use which may be made of any material from my thesis.

Requests for permission to copy or to make other use of materials in this thesis, in whole or in part, should be addressed to:

Dean (Ghazali Shafie Graduate School of Government)

UUM College of Law, Government and International Studies (UUM COLGIS)



المخلص

تهدف هذه الدراسة إلى فحص تأثير عوامل جودة الخدمات المقدمة من طرف وزارة الصحة ووقاية المجتمع في دولة الإمارات العربية المتحدة على رفاهية السكان ، مع اعتبار رضا العملاء متغيرًا وسيطًا. انطلقت الدراسة من الأهمية المتزايدة لتحسين جودة الحياة وتحقيق الرفاهية المجتمعية، بما يتماشى مع الرؤية الاستراتيجية لدولة الإمارات العربية المتحدة. وتبحث الدراسة تحديدًا في تأثير أبعاد جودة الخدمة الخمسة (الملموسية، الموثوقية، الاستجابة، الضمان والتعاطف) على رضا العملاء ورفاهية السكان، مع تقييم الدور الوسيط لرضا العملاء. تم اعتماد المنهج الكمي الاستنتاجي باستخدام استبيان مهيكل قائم على نموذج SERVQUAL. جُمعت البيانات من 384 مشاركًا من خلال أخذ عينات حصصية، وحُللت باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) ونمذجة المعادلات الهيكلية الجزئية للمربعات الصغرى (SEM-PLS). تم التأكد من الثبات والصدق من خلال معامل كرونباخ ألفا وتحليلات الصدق التمييزي والتقارب. أظهرت النتائج أن الاستجابة، والطمأنينة، والتعاطف تُعزز رفاهية السكان بشكل مباشر وملحوظ، بينما لا تُحدث الملموسية والموثوقية أي تأثير مباشر، بل تؤثران إيجابًا على رضا العملاء. علاوة على ذلك، وُجد أن رضا العملاء يُسهم جزئيًا في العلاقة بين جودة الخدمة والرفاهية، مما يُبرز أهمية تحسين تجربة المستخدم كوسيلة غير مباشرة لتحسين مؤشرات الرفاهية الاجتماعية. تُساهم هذه الدراسة في الأدبيات المتعلقة بجودة خدمات الرعاية الصحية من خلال دمج نموذج SERVQUAL في سياق دولة الإمارات العربية المتحدة، وتُقدم توصيات قائمة على الأدلة لصانعي السياسات لتعزيز استراتيجيات الخدمة التي تُعزز رضا العملاء المستدام ورفاهية المجتمع.

الكلمات المفتاحية: جودة الخدمات الصحية، رفاهية السكان، رضا العملاء، SERVQUAL، الإمارات العربية المتحدة.



ABSTRACT

The aim of this study is to examine the effects of service quality factors provided by the Ministry of Health and Prevention in the United Arab Emirates (UAE) on population well-being, with customer satisfaction as a mediating variable. The research is motivated by the growing importance of enhancing quality of life and promoting societal well-being in line with the UAE government's strategic vision. Specifically, the study investigates the impact of the five service quality dimensions (tangibility, reliability, responsiveness, assurance, and empathy) on customer satisfaction and population well-being, and evaluates the mediating role of customer satisfaction. A quantitative, deductive approach was adopted using a structured questionnaire based on the SERVQUAL model. Data were collected from 384 participants through quota sampling, and analyzed using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) and Partial Least Squares-Structural Equation Modeling (SEM-PLS). Reliability and validity were confirmed through Cronbach's alpha, convergent validity, and discriminant validity tests. The findings reveal that responsiveness, assurance, and empathy directly and significantly enhance population well-being, while tangibility and reliability exert no direct effect but positively influence customer satisfaction. Furthermore, customer satisfaction was found to partially mediate the relationship between service quality and well-being, highlighting the importance of enhancing user experience as an indirect pathway to improving social well-being indicators. This study contributes to the literature on healthcare service quality by integrating the SERVQUAL model in the UAE context and offers evidence-based recommendations for policymakers to strengthen service strategies that promote sustainable customer satisfaction and community well-being.

Keywords: Health Service Quality, Population Well-Being, Customer Satisfaction, SERVQUAL, United Arab Emirates.

ABSTRAK

Kajian ini bertujuan untuk meneliti kesan faktor kualiti perkhidmatan yang disediakan oleh Kementerian Kesihatan dan Pencegahan di Emiriah Arab Bersatu (UAE) terhadap kesejahteraan penduduk, dengan kepuasan pelanggan sebagai pemboleh ubah pengantara. Kajian ini digerakkan oleh kepentingan yang semakin meningkat dalam usaha meningkatkan kualiti hidup dan memupuk kesejahteraan masyarakat sejajar dengan visi strategik kerajaan UAE. Secara khusus, kajian ini meneliti kesan lima dimensi kualiti perkhidmatan (ketara, kebolehpercayaan, responsif, jaminan dan empati) terhadap kepuasan pelanggan dan kesejahteraan penduduk, serta menilai peranan kepuasan pelanggan sebagai pemboleh ubah pengantara. Pendekatan kuantitatif dan deduktif digunakan melalui soal selidik berstruktur berdasarkan model SERVQUAL. Data dikumpulkan daripada 384 orang peserta melalui pensampelan kuota, dan dianalisis menggunakan *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) dan *Partial Least Squares-Structural Equation Modeling* (SEM-PLS). Kebolehpercayaan dan kesahan disahkan melalui ujian Alpha Cronbach, kesahan konvergen dan kesahan diskriminan. Dapatan kajian menunjukkan bahawa responsif, jaminan dan empati memberikan kesan langsung serta signifikan terhadap kesejahteraan penduduk, manakala kebolehwujudan dan kebolehpercayaan tidak memberi kesan langsung tetapi mempengaruhi kepuasan pelanggan secara positif. Selain itu, kepuasan pelanggan didapati menjadi pengantara secara separa dalam hubungan antara kualiti perkhidmatan dan kesejahteraan, sekaligus menekankan kepentingan meningkatkan pengalaman pengguna sebagai laluan tidak langsung untuk memperbaiki penunjuk kesejahteraan sosial. Kajian ini menyumbang kepada literatur mengenai kualiti perkhidmatan kesihatan dengan mengintegrasikan model SERVQUAL dalam konteks UAE, serta menawarkan cadangan berasaskan bukti kepada pembuat dasar untuk memperkukuh strategi perkhidmatan yang mempromosikan kepuasan pelanggan dan kesejahteraan masyarakat yang mampan.

Kata Kunci: Kualiti Perkhidmatan Kesihatan, Kesejahteraan Penduduk, Kepuasan Pelanggan, SERVQUAL, Emiriah Arab Bersatu

تقدير و عرفان

بكل فخر وامتنان، أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى كل من كان له دور في رحلتي العلمية حتى الوصول إلى هذه المرحلة من إنجاز رسالة الدكتوراه.
أولاً، أتوجه بجزيل الشكر والعرفان للمشرفين :

Associate Professor Dr. Norafidah Binti Ismail

Dr. Syed Sultan Bee bt. Packer Mohamed

على دعمهم لي وتوجيهاتهم العلمية السديدة، وتشجيعهم المستمر في كل مراحل البحث.
كما أقدم شكري العميق لأعضاء لجنة المناقشة الكرام، عمادة الكلية، ولكل من ساهم من أعضاء هيئة التدريس والإداريين في دعم هذا العمل أكاديميًا ومعنويًا.
ولا يسعني إلا أن أعبر عن امتناني العميق لعائلتي العزيزة، والذي رحمه الله الذي تمنيت أن يشاركني هذا الإنجاز العظيم وأخص والدتي الغالية حفظها الله التي تساندني وتدعمني دايماً وتشجعني وكانت الداعم الأكبر في رحلتي الدراسية، الذين كانوا سندي الأول ودعمي الأكبر، فلولا دعاؤهم ومساندتهم لما وصلت إلى ما أنا عليه.
وأخص بالشكر إخوتي وأخواتي، وأصدقائي الأعزاء، الذين كانوا لي العون والراحة في لحظات التحدي والتعب.
لكم جميعاً... كل الشكر، وكل الحب، وكل الامتنان.



UUM
Universiti Utara Malaysia

جدول المحتويات

I.....	PERMISSION TO USE	
II.....	الملخص	
III.....	ABSTRACT	
IV.....	ABSTRAK	
V.....	تقدير و عرفان.....	
VI.....	جدول المحتويات	
X.....	قائمة الجداول	
XII.....	قائمة الأشكال	
XIII.....	لائحة الملحقات	
1.....	الفصل الأول تمهيد	1
1.....	المقدمة	1.1.
3.....	خلفية الدراسة	1.2.
9.....	مشكلة الدراسة	1.3.
16.....	مساهمة البحث	1.4.
16.....	أسئلة الدراسة	1.5.
17.....	أهداف الدراسة	1.6.
18.....	أهمية الدراسة	1.7.
19.....	مصطلحات الدراسة	1.8.
21.....	حدود الدراسة	1.9.
23.....	هيكل الدراسة	1.10.
24.....	ملخص الفصل	1.11.
25.....	الفصل الثاني استعراض الدراسات السابقة	2
25.....	المقدمة	2.1.
25.....	الجزء الأول: الخلفية النظرية (THEORETICAL BACKGROUND)	2.2.
25.....	مفهوم جودة الخدمة	2.2.1.
28.....	نموذج SERVQUAL وأبعاده	2.2.2.
32.....	النظريات المرتبطة بجودة الخدمة	2.2.3.
40.....	ملخص نظري	2.2.4.

41.....	الجزء الثاني: الدراسات التجريبية (EMPIRICAL STUDIES)	2.3.
41.....	جودة الخدمة في الرعاية الصحية عالمياً (2021–2025)	2.3.1
44.....	النظام الصحي في دولة الإمارات العربية المتحدة	2.3.2
46.....	الدراسات التطبيقية حول جودة الرعاية الصحية في الإمارات	2.3.3.
48.....	جدول مقارنة للدراسات التطبيقية	2.3.4.
49.....	الجزء الثالث: الفجوات البحثية (GAPS IN LITERATURE)	2.4.
49.....	تحليل الفجوات في الأدبيات السابقة	2.4.1
51.....	أهمية سد هذه الفجوات	2.4.2.
53.....	ربط الفرضيات بالدراسات السابقة (JUSTIFICATION OF HYPOTHESES)	2.5
80.....	ملخص الفصل	2.6
82.....	الفصل الثالث منهجية الدراسة	3
82.....	المقدمة	3.1
82.....	تصميم الدراسة	3.2
83.....	المنهج الكمي	3.3
83.....	المنهج الوصفي	3.3.1
83.....	مصدر المعلومات	3.3.2
87.....	النموذج المقترح وفرضيات الدراسة	3.3.3
92.....	تطوير أدوات الدراسة والتحقق من صحتها وموثوقيتها	3.4
92.....	تصميم الاستبيان	3.4.1
93.....	تطوير الاستبيان	3.4.2
99.....	صحة الاستبيان والموثوقية	3.4.3
101.....	عينة الدراسة	3.5
101.....	اختيار العينة	3.6
105.....	حجم العينة	3.7
109.....	طريقة اختيار العينة	3.8
109.....	تقنيات جمع البيانات	3.9
110.....	تقنيات التحليل	3.10
113.....	تبرير استخدام نظام التحليل الإحصائي PLS-SEM	3.11
114.....	ضمان السرية والخصوصية	3.12.
115.....	ملخص الفصل	3.13

116.....	الفصل الرابع النتائج والتحليل	4
116.....	المقدمة	4.1
116.....	تنظيف البيانات	4.2
117.....	الملف الشخصي للمجيبين (المعلومات الديموغرافية)	4.3
118.....	الجنس	4.3.1
119.....	العمر	4.3.2
120.....	المؤهل العلمي	4.3.3
121.....	الحالة الاجتماعية	4.3.4
122.....	نوع الإقامة	4.3.5
123.....	الموقع	4.3.6
125.....	اختبار التوزيع الطبيعي للمتغيرات	4.4
125.....	الإحصائيات الوصفية	4.5
127.....	الإحصاء الوصفي لجودة الخدمة الملموسة (TANGIBILITY - TA)	4.5.1.
127.....	الإحصاء الوصفي لجودة الخدمة من حيث الموثوقية (RELIABILITY - RY)	4.5.2.
128....	الإحصاء الوصفي لجودة الخدمة من حيث الاستجابة (RESPONSIVENESS - RS)	4.5.3.
128.....	الإحصاء الوصفي لجودة الخدمة من حيث الضمان (ASSURANCE (AS)	4.5.4
128.....	الإحصاء الوصفي لجودة الخدمة من حيث التعاطف (EMPATHY - EM)	4.5.5
129.....	الإحصاء الوصفي لرضا العملاء (CUSTOMER SATISFACTION - CS)	4.5.6.
129.....	الإحصاء الوصفي لرفاهية العملاء (CUSTOMER WELL-BEING – CW)	4.5.7.
130.....	تقييم الموثوقية والصلاحية للنموذج المقترح	4.6
130.....	موثوقية مؤشر متغيرات البحث	4.6.1
130.....	الاتساق الداخلي لمتغيرات البحث	4.6.2
131.....	الصدق المتقارب لمتغيرات البحث	4.6.3
131.....	الصلاحية التمييزية لمتغيرات البحث (فحص التباعد)	4.6.4
133.....	تقييم العلاقة الخطية المتعددة لمتغيرات البحث	4.6.5
133.....	علاقات وفعالية النموذج المقترح	4.7
134.....	تقييم القوة التنبؤية لنموذج البحث	4.7.1
135.....	قياس الحجم الفعال F2 لنموذج البحث	4.7.2
135.....	معامل مسار علاقات نموذج البحث (نتائج العلاقات)	4.7.3
137.....	آثار الوساطة لرضا العملاء	4.7.4

138.....	نتائج الفرضيات والمناقشة.....	4.8
149.....	مُلخَص الفصل.....	4.9
151.....	الفصل الخامس المناقشات والاستنتاجات والتوصيات.....	5
151.....	المقدّمة.....	5.1
151.....	المُلخَص العام للبحث.....	5.2
154.....	مناقشات أهداف البحث.....	5.3
163.....	إسهامات البحث.....	5.4
166.....	مُحدّدات البحث.....	5.5
167.....	توصيات البحث.....	5.6
168.....	توصيات للأبحاث المستقبلية.....	5.7
169.....	المراجع الاجنبية.....	
199.....	المراجع العربية.....	
200.....	ملُحق 1 – الاستبيان.....	
205.....	ملُحق 2 – التحليل الديموغرافي.....	
211.....	ملُحق 3 – التحليل الوصفي.....	
215.....	ملُحق 4 – PLS ALGORITHM - ALL ITEMS MODEL.....	
231.....	ملُحق 5 – PLS ALGORITHM - GOOD ITEMS MODEL.....	
237.....	ملُحق 6 – BOOTSTRAPPING ANALYSIS.....	
243.....	ملُحق 7 – BLINDFOLDINGS ANALYSIS.....	

قائمة الجداول

94	الجدول 3.1 فقرات قياس العناصر الملموسة لجودة الخدمة.....
95	الجدول 3.2 فقرات قياس الموثوقية في جودة الخدمة.....
95	الجدول 3.3 فقرات قياس الاستجابة في جودة الخدمة.....
96	الجدول 3.4 فقرات قياس ضمان الخدمة في جودة الخدمة.....
97	الجدول 3.5 فقرات قياس التعاطف في جودة الخدمة.....
98	الجدول 3.6 فقرات قياس رضا العملاء في جودة الخدمة.....
98	الجدول 3.7 فقرات قياس الرفاهية المتصورة في جودة الخدمة.....
100	الجدول 3.8 نتائج اختبارات موثوقية الدراسة التجريبية.....
103	الجدول 3.9 القوى العاملة بوزارة الصحة الإماراتية حسب الإمارة لعام 2020.....
116	الجدول 4.1 تحليل فحص البيانات.....
118	الجدول 4.2 التحليل الديموغرافي للجنس.....
119	الجدول 4.3 التحليل الديموغرافي للعمر.....
120	الجدول 4.4 التحليل الديموغرافي للمؤهل العلمي.....
121	الجدول 4.5 التحليل الديموغرافي للحالة الإجتماعية.....
122	الجدول 4.6 التحليل الديموغرافي لنوع الإقامة.....
123	الجدول 4.7 التحليل الديموغرافي للموقع.....
127	الجدول 4.8 الإحصاء الوصفي لمتغيرات البحث.....
127	الجدول 4.9 الإحصاء الوصفي لجودة الخدمة إلى الملموسة (TA).....
127	الجدول 4.10 الإحصائيات الوصفية لجودة الخدمة إلى الموثوقية.....
128	الجدول 4.11 الإحصاء الوصفي لجودة الخدمة إلى الاستجابة.....
128	الجدول 4.12 الإحصاء الوصفي لجودة الخدمة إلى الضمان.....
129	الجدول 4.13 الإحصاء الوصفي لجودة الخدمة للتعاطف.....
129	الجدول 4.14 الإحصاء الوصفي لرضا العملاء.....
129	الجدول 4.15 إحصائيات وصفية لرفاهية العملاء (CW).....
131	الجدول 4.17 تقييمات الاتساق الداخلي لمتغيرات البحث.....
131	الجدول 4.18 تقييم المصدقية المتقاربة لمتغيرات البحث.....
132	الجدول 4.19 تقييم مصفوفة معيار FORNELL & LARCKER لمتغيرات البحث.....
132	الجدول 4.20 تقييم الحمل المتقاطع لمتغيرات البحث.....
133	الجدول 4.21 تقييم صحة العلاقة الخطية المتعددة لمتغيرات البحث.....
134	الجدول 4.22 القدرة التنبؤية والملاءمة التنبؤية للنموذج المقترح.....
135	الجدول 4.23 التقييم الفعال لحجم (CW) - جدول مقارن لقيم تأثير F ² للمتغيرات المستقلة.....

137.....	الجدول 4.24 تقييم معامل مسار رفاهية العملاء (CW)
138.....	الجدول 4.25 تقييم الوساطة لرضا العملاء (CS)
138.....	الجدول 4.26 نتائج العلاقة بين جودة الخدمة الملموسة ورفاهية العملاء
139.....	الجدول 4.27 نتائج العلاقة بين جودة الخدمة الموثوقة ورفاهية العملاء
139.....	الجدول 4.28 نتائج العلاقة بين جودة الخدمة -الاستجابة ورفاهية السكان
140.....	الجدول 4.29 نتائج العلاقة بين جودة الخدمة - الضمان ورفاهية السكان
140.....	الجدول 4.30 نتائج العلاقة بين جودة الخدمة - التعاطف ورفاهية العملاء
141.....	الجدول 4.31 نتائج العلاقة بين رضا العملاء ورفاهية العملاء
141.....	الجدول 4.32 نتائج رضا العملاء يتوسط العلاقة بين جودة الخدمة الملموسة ورفاه السكان
141.....	الجدول 4.33 نتائج رضا السكان يتوسط العلاقة بين موثوقية جودة الخدمة ورفاهية السكان
142.....	الجدول 4.34 نتائج رضا السكان يتوسط العلاقة بين الاستجابة في جودة الخدمة ورفاهية السكان
142.....	الجدول 4.35 نتائج رضا العملاء يتوسط العلاقة بين الضمان في جودة الخدمة ورفاهية السكان
143.....	الجدول 4.36 نتائج رضا العملاء يتوسط العلاقة بين التعاطف في جودة الخدمة ورفاهية السكان
143.....	الجدول 4.37 نتائج العلاقة بين جودة الخدمة - الملموسة ورضا العملاء
144.....	الجدول 4.38 نتائج العلاقة بين جودة الخدمة - الموثوقية ورضا العملاء
144.....	الجدول 4.39 نتائج العلاقة بين جودة الخدمة - الاستجابة ورضا العملاء
144.....	الجدول 4.40 نتائج العلاقة بين جودة الخدمة - الضمان ورضا العملاء
145.....	الجدول 4.41 نتائج العلاقة بين جودة الخدمة - التعاطف ورضا العملاء
145.....	الجدول 4.42 ملخص حالة الفرضيات
155.....	الجدول 5.1 نتيجة المتغيرات التنبؤية على رفاهية العملاء(CW)
159.....	الجدول 5.2 نتيجة المتغيرات التنبؤية على رضا العملاء(CS)
159.....	الجدول 5.3 نتيجة المتغيرات التنبؤية في تأثيرات الوساطة لرضا العملاء (CS)

قائمة الأشكال

85.....	الشكل 3.1 مخطط البحث
87.....	الشكل 3.2 النموذج المقترح وفرضيات الدراسة
106.....	الشكل 3.4 صورة للعينة باستخدام $G * POWER$
108.....	الشكل 3.5 جدول أخذ العينات مورغان
119.....	الشكل 4.1 التحليل الديموغرافي للجنس
120.....	الشكل 4.2 التحليل الديموغرافي للعمر
121.....	الشكل 4.3 التحليل الديموغرافي للمؤهل العلمي
122.....	الشكل 4.4 التحليل الديموغرافي للحالة الإجتماعية
123.....	الشكل 4.5 التحليل الديموغرافي لنوع الإقامة
124.....	الشكل 4.6 التحليل الديموغرافي للموقع
137.....	الشكل 4.7 STRUCTURAL MODEL



UUM
Universiti Utara Malaysia

لائحة الملحقات

200.....	المُلحق 1 – الاستبيان.....
205.....	المُلحق 2 – التحليل الديموغرافي.....
211.....	المُلحق 3 – التحليل الوصفي.....
215.....	المُلحق 4 – PLS ALGORITHM - ALL ITEMS MODEL.....
231.....	المُلحق 5 – PLS ALGORITHM - GOOD ITEMS MODEL.....
237.....	المُلحق 6 – BOOTSTRAPPING ANALYSIS.....
243.....	المُلحق 7 – BLINDFOLDINGS ANALYSIS.....



الفصل الأول

تمهيد

1.1. المقدمة

يتزايد التركيز عالمياً في الآونة الاخيرة على رضا العملاء، حيث إنّ النتائج النهائية لأيّ عمل يتم الحكم عليه مستقبلاً من خلال الخدمة أو مستهلكها، ويترجم ذلك بمستوى الرضا عن مستوى جودة تلك الخدمة، فقد أصبحت المؤسسات تعمل في بيئة عمل متغيرة ومليئة بجميع أنواع التحديات، وازدادت حدّة المنافسة وأصبح العميل أمام خيارات عدة، وأصبح يعتمد أكثر في قرارة التقييمي للخدمة على جودة الخدمة أكثر من السعر الأقل أو القرب المكاني أو أيّ عوامل اخرى (مرازقة ومخولف، 2017).

إنّ جودة الخدمة هي عبارة عن حكم العميل على مدى تميز الخدمة (Zeithmal, 1987). فلطالما اعتبرت الخدمة متعلقة بالعنصر البشري، ولكن هذا المفهوم تراجع مفعوله في وقت اكتسحت فيه الآلة ميدان الخدمات مثل الغسيل الآلي للسيارات، آلات تقديم القهوة وغيرها، أي إنّ الخدمة تتغير بتغير المحيط التكنولوجي (مديوني، 2004). إنّ مصطلح رضا العميل ومصطلح جودة الخدمة تربطهما علاقة ترابطية، حيث إنّ كلاهما يقاس بمطابقة توقعات وادراكات العميل (العجارمة، 2013). أدركت العديد من المؤسسات أنّ تحقيق التميز والوصول إلى رضا العميل يضمن لها البقاء والاستمرارية وتحقيق التفوق والنجاح في مجال عملها (الطائي، 2009).

إنّ العميل أو الزبون الذي أصبح حالياً يشكل محور اهتمام المؤسسات التي يجب عليها إرضائه والبحث عن أي شيء يرفع مستوى تقديره للمنتج وشعوره بالتميز والرفاهية لتتمكن من اكتساب ميزة تنافسية بين المؤسسات، وبالتالي أصبح لدى المؤسسات وعي بأهمية الجودة في تحقيق رضا العملاء الحاليين والاحتفاظ بهم وجذب عملاء جدد (كنجو ومحمد، 2020). إنّ مفهوم جودة الخدمة يركز على الزبائن وتحقيق رضاهم، وكذلك تعتبر الجودة ميزة تنافسية كونها تستخدم كاستراتيجية من بين الاستراتيجيات التي تحقق رضا الزبون (بلحسن، 2012).

إنّ رضا العميل هو شعور شخصي بالبهجة أو خيبة الأمل ناتج عن مقارنة أداء الخدمة مع توقعات العميل فإذا اتفق الأداء مع التوقعات يكون العميل راضياً، أما إذا اختلف الأداء عن التوقعات لن يكون العميل راضياً أبداً (البراورى، 2013). إنّ القيمة المتوقعة قبل الشراء تُعبّر عن توقعات وتطلعات العميل المتكونة بخصوص مستوى الأداء والخدمة والمنافع التي ينتظر الحصول عليه من اقتناء الخدمة وتصنف التوقعات التي يكونها العميل عن

الخدمة إلى توقعات عن طبيعة وأداء الخدمة، توقعات عن تكاليف الخدمة؛ توقعات عن المنافع أو التكاليف (نجد، 2006).

تتحقق الرفاهية عندما يصل الزبون إلى حالة الإشباع المتوقع الذي يتولد عنه الرضا وبالتالي تكسب المؤسسة ولاء الزبون وتمسكه بها (زهراء، 2019). قد يعتبر البعض أنّ الرفاهية تُعبر عن الرضا الشخصي الذاتي عن الحياة وذلك على مستوى الفرد فقط، لكن ذلك لا يمكن فصله عن الخدمات المحلية؛ فالفرد يشعر بالرفاهية عندما يكون في مستوى إشباع لحاجاته، ويجد سهولة في الحصول على الخدمات المقدمة له (الطائي والعبادي، 2009). إنّ إتقان العمل من الأمور التي حثّ الدين الإسلامي عليها، وأمر العامل بأن يتحرّى الدقّة والإتقان في عمله، ومن لم يقم بعمله على الوجه الذي طلبه صاحب العمل اعتبره الدين غاشاً في عمله، ولم يستحق الأجر المدفوع له (العواودة، 2010). قال رسول الله -عليه الصلّاة والسلام-: (إنّ الله تعالى يُحبُّ إذا عمِلَ أحدكم عملاً أن يُتقنه). (أخرجه الألباني، رقم الحديث 1880).

نعيش اليوم في قرية صغيرة جديدة ترتبط أحداثها ارتباطاً لحظياً، بكل خصائصه ومتغيراته؛ من تطور تكنولوجي، ومعلوماتي، وسرعة الاتصال التي تعمل في ظلها الخدماتية، والتي تتميز بالتغيرات السريعة والمتلاحقة التي تفرض استخدام استراتيجيات فعالة تجاه جودة الخدمات والمنتجات التي تقدمها المؤسسات لأن الجودة أصبحت من الأمور التي تؤثر في حاضر ومستقبل المؤسسات وتأثيراته وتداعياته (اليحيوي، 2001). في وزارة الصحة في دولة الإمارات، يعد رضا العملاء مقياساً حيويًا يعكس الرضا العام للجمهور عن الخدمات الصحية التي تقدمها الوزارة. يعتبر جودة الخدمات الصحية أمراً أساسياً، حيث تشمل عوامل مثل التشخيصات الدقيقة والعلاجات الفعالة والرعاية المركزة على المريض. ضمان إمكانية الوصول إلى المرافق الصحية والوصول الفوري إلى الفاحصين الطبيين هما عنصران مهمان بدورهما في تعزيز الرضا العام للأفراد الذين يبحثون عن خدمات الرعاية الصحية. التواصل الواضح وتوفير المعلومات ذات الصلة للمرضى، إلى جانب الالتزام باحترام تفضيلات المرضى، يساهم في تحسين تجربة الرعاية الصحية بشكل إيجابي. الكفاءة واللباقة والتعاطف من قبل العاملين في مجال الرعاية الصحية هي عناصر حاسمة تؤثر في رضا العملاء، حيث يقدر المرضى الاحترافية والمهارات الشخصية لمقدمي الرعاية الصحية.

البنية التحتية والمرافق تلعب دورًا هامًا في تشكيل تجربة العميل داخل وزارة الصحة. المرافق النظيفة والمحافظة عليها والمجهزة بتكنولوجيا طبية حديثة تسهم في إيجابية تصوّر النظام الصحي. علاوة على ذلك، يعتبر الاستجابة لردود الفعل أمرًا حيويًا. إقامة آليات فعالة لجمع آراء المرضى تتيح لهم التعبير عن مخاوفهم وتقديم اقتراحاتهم ومشاركة تجاربهم، مما يمكن الوزارة من التعامل مع أي مشاكل على الفور وتحسين خدماتها. بالإضافة إلى ذلك، يعكس التفاني في الوزارة نحو برامج التنقيف الصحي والوقاية نهجًا استباقيًا تجاه الصحة العامة، مما يمكّن الأفراد من اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن صحتهم ويسهم في تعزيز الرضا الطويل الأمد مع النظام الصحي. في الجوهر، يشكل التركيز الشامل على تقديم خدمات الرعاية الصحية عالية الجودة والممارسات المركزة على المريض والبنية التحتية والاستجابة والتدابير الوقائية معًا مصدرًا للرضا العالي والمستدام ضمن وزارة الصحة في دولة الإمارات. يهدف هذا الفصل إلى تحديد وصياغة موضوع البحث، لذلك يبدأ الفصل بخلفية مفاهيمية، تشمل أهمية رفاهية السكان ورضا العملاء من جودة الخدمات المقدمة من المؤسسات العامة وتحديدًا وزارة الصحة، في منطقة الإمارات العربية المتحدة متبوعة بمشكلة وأسئلة وأهداف البحث ومن ثم يتم التطرّق إلى أهمية الدراسة فضلًا عن هيكلية الدراسة.



1.2. خلفية الدراسة

تُدار الخدمات العامة من قبل الدولة وذلك من خلال المؤسسات العامة على الرغم من أنّها قد تقع أيضًا على عاتق بعض الشركات الخاصة، طالما أنّها تخضع لسيطرة الدولة ومراقبتها والإشراف عليها، والامتثال للقواعد والقوانين الحالية. تُقدم الدول للمواطنين والمقيمين فيها خدمات تسهّل حياتهم على أرضها، وتعرف هذه الخدمات بالخدمات العامة، وقد تُقدم لهم بصورة مباشرة أو غير مباشرة، وهذه الخدمات أهمّ من الخدمات الخاصة؛ لأنّها تمنح المواطنين شيئاً من الرفاهية الاجتماعية والاقتصادية في جميع جوانب الحياة، وجميع هذه الخدمات تكون ضمن حدود سلطة الدولة وقدرتها الاقتصادية والمالية وبالتوافق مع دستور وقانون الدولة (محمد، 2021). وقد تختلف أنواع الخدمات العامة حسب التخصصات وحسب أهداف الدولة من الخدمة المقدمة وتعتبر الخدمات العامة مهمة لأسباب أخلاقية إنسانية مرتبطة بأساسيات حقوق الإنسان في الدول المتقدمة المعاصرة (مبارك، 2021). تُدار الخدمات العامة من قبل الدولة وذلك من خلال المؤسسات العامة على الرغم من أنّها قد تقع أيضًا على عاتق

بعض الشركات الخاصة، طالما أنها تخضع لسيطرة الدولة ومراقبتها والإشراف عليها، والامتثال للقواعد والقوانين الحالية.

تكمُن أهمية الخدمات العامة في الحاجة إلى تلبية متطلبات معينة من أجل الأداء السليم للمجتمع، وتعزيز المساواة والرفاهية وتحقيقهما (الطائي والسامرائي، 2014). الخدمات العامة هي كل تلك الأنشطة التي تقوم بها أو تحت سيطرة وتنظيم أجهزة الدولة، والتي تهدف إلى تلبية احتياجات المجتمع (شقرآنه وعز الدين، 2017).

إنّ الخدمات العامة هي وظيفة الدولة؛ حيث إنّ الدولة ليست سوى شركة للخدمات العامة يديرها الحكام الذين بدورهم لديهم الوظيفة والالتزام بإنشاء وتنظيم وضمان حسن سير الخدمات (غربي، 2014). وبهذا المعنى، فإنّ الخدمات العامة مطلوبة أو يتم التفكير فيها من خلال التشريعات الخاصة بكل دولة، والتي تتأمل في الأنشطة والمزايا المسموح بها أو الإلزامية في بلد ما (مبارك، 2021). تكمُن أهمية الخدمات العامة في الحاجة إلى تلبية متطلبات معينة من أجل الأداء السليم للمجتمع، وتعزيز المساواة والرفاهية وتحقيقهما، بشكل عام، فالخدمات العامة مجانية أو تكلفتها منخفضة جدًا أو مدعومة، لأنّ الغرض منها ليس الربح بل تلبية المطالب الاجتماعية (زعرور، 2015).

تشمل المزايا العينية المقدمة من الحكومة الكثير من الخدمات وتشمل التأمين الصحي والضمان الاجتماعي ورعاية الأطفال والتعليم والصحة والمساحات الخضراء، والتي يشار إليها عادة باسم الحزمة العينية الأساسية (Axelsen, 2003). أشار عباس (2020) إلى أنّه في السنوات الأخيرة، تمّ إدخال العديد من برامج إدارة الجودة في القطاع العام في العديد من البلدان وفي جميع أنحاء العالم ولذلك أدركت الحكومات الاتحادية وكذلك الحكومات المحلية في الإمارات العربية المتحدة أن تبني أحدث مبادئ إدارة الجودة الشاملة هو أقصر الطرق للتخلص من القصور الحالي في تلبية حاجات الساكنين من أجل تحسين الإنتاجية والفعالية المؤسساتية (Elnaghi et al., 2019).

فالجودة كعنصر يمكن قياسه بدقة متناهية ويمكن قياسها من حيث مطابقتها للمواصفات فالرقابة على الجودة كانت تطبق عند نهاية مرحلة عملي الإنتاج حيث يتم فحص الجودة للوحدات المنتجة ورفق الوحدات المعيبة، إلا أنّ هذا قد يتغير الآن لتكون عملية الرقابة على الجودة قبل وبعد الخدمة حيث يتم بناء وتطبيق الجودة في عملية تقديم الخدمة للعميل وقياس مدى رضاه على الخدمة (الزغبي، 2013).

تؤمن الحكومة في دولة الإمارات العربية المتحدة أنه من خلال تطبيق مناهج إدارة الجودة الشاملة ، سوف تدعم وتعزز الإنتاجية المؤسسية، والنتائج الإجمالية، والتي بدورها تؤدي إلى تحسين الخدمات (Sweiset et al., 2019). تسعى دولة الإمارات العربية المتحدة إلى تحقيق استراتيجيات تنمية وطنية قصيرة وطويلة الأجل إلى جانب النمو الاقتصادي التدريجي (Salahuddin et al, 2019) بقصد تحقيق هذا الهدف، ولذلك فإن حكومة الإمارات العربية المتحدة بدأت إصلاحات تنظيمية هائلة وإعادة تأهيل مؤسسي. (Othman et al, 2019). جودة الخدمة عامل أساسي يؤثر بشكل حاسم على رضا العملاء وتعزيز السلوكيات الإيجابية لمتلقي الخدمة، كما أشار إليه Muslim et al (2020). قام العديد من الباحثين، مثل Hong et al (2020)، بدراسة العلاقة بين جودة الخدمة ورضا العملاء. ومع ذلك، تظل الجودة قضية واسعة ومعقدة، ذات أهمية أساسية لاستراتيجيات الأعمال (Bettis & Blettner, 2020). إنها قضية عالمية تطبق على جميع أصحاب المصلحة، وتنشأ من شبكة متنوعة من المصادر تشمل مقدمي الخدمة والعملاء (King et al., 2019).

لذلك على مديري جودة الخدمة ورعاية الجمهور التأكد من أن الموظفين يتمتعون بالكفاءات المناسبة لفهم أفضل لإدارة علاقتهم بمتلقي الخدمة وخاصة الموظفين في قطاع الخدمات التي تتطلب تواصل وتفاعل أكثر مع الجمهور (LOO, 2019). في قطاع الخدمات، حيث يكون التفاعل بين مقدمي الخدمة ومنتقليها مرتفعاً، يعتبر التطوير المستمر للعمليات أمراً حاسماً لإدارة الموارد وجودة الخدمة وتحسين مستمر (Steiss, 2019). تعتبر جودة الخدمة معياراً لقدرة المؤسسة على تلبية احتياجات العملاء ورضاهم عن طريق تنسيق توقعات العملاء مع الأداء الفعلي، مما يضمن رضا العميل ويخلق ميزة تنافسية (Salehia, 2021). رضا العملاء أمر حيوي لنجاح المؤسسات على المدى الطويل، حيث يكون العملاء هم الهدف والوسيلة لوجودها. يجب على الشركات العمل بطريقة تلبية توقعات العملاء وتضمن استمرار رضاهم وولائهم. هذا النهج الذي يركز على العملاء ضروري للحصول على تفوق تنافسي وزيادة الأرباح وتعزيز النمو المستمر (شديد، 2021). رضا العملاء في جوهره هو حكم شامل يعتمد على التجارب الفردية، مقارنة الأداء الحالي بالتفاعلات السابقة، ومراعاة التوافق مع توقعات العملاء. يؤثر أيضاً موقف العميل السابق تجاه الخدمة في رضاه (حمدان، 2020).

رضا العملاء، قضية عالمية للمؤسسات، يتطلب إعادة تقييم الاستراتيجيات واستخدام رؤى المستهلك لفهم احتياجات العملاء (Oruko, 2019). يتفاوت رضا العملاء من عميل إلى آخر، مما يبرز أهمية فهم التوقعات

والتصورات المتنوعة بشأن الخدمة المتوقعة (Hult et al., 2019). تحقق المؤسسات التي تحقق رضا العملاء تحسیناً في قيمتها، إذ يميل العملاء الراضون إلى أن يكونوا مخلصين وبالتالي يخلقون ميزة تنافسية (Eldor, 2019). قياس رضا المستخدمين عن السلع والخدمات العامة أمر حيوي لتقييم استراتيجيات أداء المؤسسة وتركيزها على المواطن كقياس (Sigwejo, 2015). يُستخدم آراء العملاء على نطاق واسع لتقييم تجاربهم مع المؤسسات الحكومية والحصول على وجهات نظرهم حول الخدمات المقدمة، مما يساعد المديرين في تحديد العناصر التي ترضي العملاء ومراقبة تأثير الإصلاحات على المستخدمين (El-Haddadeh et al., 2019). علاوة على ذلك، يمكن أن يكون رضا العملاء مؤشراً هاماً لنتائج الأداء العام للحكومة، حيث يسعى المزيد من المنظمات الحكومية بشكل استباقي إلى قياس ردود فعل المواطنين والتعامل معها بشأن تجاربهم في الجهود المبذولة لتحسين استجابة وجودة الخدمات العامة (Demircioglu & Audretsch, 2017). على سبيل المثال، تمّ تصميم "أداة القياس المشتركة" في كندا و "مقاييس الجودة" الخاصة بإيطاليا وفرنسا للسماح للمنظمات الحكومية المختلفة بقياس جودة الخدمة وتتبعها بمرور الوقت، وتضمن بيانات آراء المواطنين في التقارير العامة. وبشكل عام فإنّ الحكومات تسعى الآن ما هو أبعد من الرضا وتسعى جاهدة للوصول إلى رفاهية المواطن. تتكون رفاهية المواطن من عوامل جودة الحياة - مثل الصحة والأسرة والعلاقة والتعليم ونوعية وطبيعة العمل والبيئة - التي تساهم في شعور الناس بالرضا عن حياتهم (Diener & Tay, 2017). تنظر الحكومات بشكل متزايد إلى سعادة المواطن كجانب آخر لمعرفة ما إذا كانت سياساتها تحقق النتائج المرجوة، حيث إنّ النظر فقط إلى نمو الناتج المحلي الإجمالي لا يعتبر مؤشراً حقيقياً، وبالمثل (Myers, 2019). إنّ رضا العميل هو حكم ناتج عن تجارب العميل الاستهلاكية وخبرته مع الخدمة لفترة زمنية معينة، وعليه فهو عبارة عن حالة نفسية وشعورية ايجابية أو سلبية تتولد لدى العميل نتيجة المقارنة بين إدراكاته لمستوى الأداء الفعلي للخدمة بعد اقتنائها مع مستوى التوقعات عنها قبل الشراء (عيد، 2020). من وجهة نظر إدارة العمليات، من الواضح أنّ العملاء يلعبون أدواراً مهمّة في العملية التنظيمية (Tuli et al., 2017). قبل وضع الاستراتيجيات والهيكل التنظيمي، فإنّ العملاء هم الجانب الأول الذي تأخذ الإدارات بعين الاعتبار (Nykamp, 2019). ومما لا شكّ فيه يستلزم الفوز في سوق اليوم الحاجة إلى بناء علاقة مع العملاء

وليس فقط إطلاق الخدمات والمنتجات لأنّ نتاج بناء علاقة مع العملاء يعني الفوز بقيمة تنافسية أعلى (Pearson, 2016).

علاوة على ذلك، فإنّ رضا العملاء وجودة الخدمة ذات صلة بالمساعدة في تحسين الأداء العام للمنظمات (Pakurár et al., 2019). سواءً أكانت المنظمة تقدم خدمات جيدة أم لا ، فسوف تعتمد على ملاحظات العملاء على الرضا الذي يحصلون عليه من استهلاك المنتجات والخدمات، لأن المستويات الأعلى من الجودة تؤدي إلى مستويات أعلى من رضا العملاء (Meesala & Paul, 2018). ويجب الأخذ بالحسبان أنّ عوامل كثيرة تشمل نوع الخدمة، وعواطف العملاء تؤثر على تقييماتهم، ومن ناحية أخرى فإنّ درجة الرضا وعواملها تزوّد الموظفين بمعلومات مفيدة حول احتياجات ورغبات متلقي الخدمة أو العملاء (Delcourt et al., 2013).

العوامل المختلفة مثل الرضا والالتزام والارتباط تقيم كيف يدرك العملاء منتجًا أو خدمة، مع تأثير الارتباط مباشرة على نتائج مثل رضا العملاء (Gamba, 2015). تضمن الإدارة أن يتعامل الموظفون مع عواطف العملاء بفعالية في تفاعلات عالية الجودة (Delcourt et al., 2013). يلاحظ وجود تباين كبير بين الموظفي (Karimi et al., 2020) ، خاصة في قطاع الخدمات غير الملموسة، حيث يكون طابع التفاعل أكثر أهمية من ادراك المنتج الملموس (Kana, 2019). الرعاية الاجتماعية هي مسؤولية حكومية حيوية لتحقيق العدالة الاجتماعية في الدخل والبطالة والنمو الاقتصادي على المدى الطويل (Barr, 2020). يؤكد أنصار توسيع الرعاية الاجتماعية أن هذه الخدمات تحمي الأفراد من فشل السوق من خلال فوائد مثل دعم البطالة وتغطية التكاليف الطبية ومساعدة المسنين وفوائد الأمومة، مع اعتبار خدمات الصحة والتعليم استثمارات في رأس المال البشري (Sipilä, 2019). وعلى الجانب الآخر، يرى أولئك الذين يؤيدون تقليص الرعاية الاجتماعية أن هذه الخدمات تنتهك حريات الأفراد، معوقة لمشاركتهم في السوق وتعيق النمو الاقتصادي من خلال التأثير على كفاءة السوق (Gilbert, 2019). في عصر الانفتاح والعولمة، تعمل القطاعات العامة على تحقيق رفاهية المواطن، تطمح إلى الرفاهية والسعادة كمرحلة متقدمة من الرضا. تسلط الدراسات حول الرفاهية الضوء على دور العوامل الاقتصادية في تحديد المستوى المتوقع للرفاه الاجتماعي، تأثرا بالموارد العامة واستمرارية العمليات التنموية وتأثيرها على مؤسسات الحكومة وتشريعات الرعاية الاجتماعية. زيادة التدفقات المالية وانتعاش الاقتصاد الوطني تدفع لتحقيق مرحلة متقدمة من الرفاه (Reeskens & Vandecasteele, 2017).

تتناول الدراسة : تأثير عوامل جودة الخدمة على رفاهية ورضا المواطنين عن الخدمات العامة المزودة بوزارة الصحة في الإمارات العربية المتحدة، ومعرفة أهم التحديات التي تواجهها الحكومة الاماراتية في سبيل تحليل طرق تحسين جودة الخدمة وتحقيق الرفاهية ورضا العملاء . تواجه حكومة الإمارات تحديات في جعل اقتصادها أقل تبعية للنفط من خلال تطوير صناعات جديدة وتعزيز الابتكار. هناك أيضاً مهمة إدارة التنوع الثقافي والديموغرافي، بما في ذلك وجود مجتمع كبير من الوافدين، لضمان حصول الجميع على وصول عادل إلى الخدمات. للتغلب على هذه التحديات، تحتاج الحكومة إلى تخطيط اقتصادي دقيق لتنويع الاقتصاد واعتماد استراتيجيات تشمل الجميع، مع النظر في الثقافات والاحتياجات المتنوعة، لجعل الناس سعداء وتحسين الرفاهية العامة.

للتغلب على مشكلة الدراسة التي تمثل الصعوبات التي تواجه المؤسسات العاملة في خدمات القطاع العام، مثل البيروقراطية ونقص التمويل والتكنولوجيا القديمة وفجوات التدريب للموظفين بدولة الامارات في سبيل تطوير جودة الخدمة بوزارة الصحة والوصول إلى الرضا العام للمواطنين، وهو الأمر الذي يكتسب أهمية كبيرة تتلخص في تناول هذه الدراسة لقضية هامة جداً وهي رضا العميل ورفاهيته كمؤشر على جودة الخدمة ولما لها من دور بارز في استمرارية المؤسسات وقدرتها على النمو والتطور.

وزارة الصحة في دولة الإمارات العربية المتحدة (الإمارات) تتمتع بتاريخ غني، حيث تطورت جنباً إلى جنب مع التنمية السريعة للبلاد. تأسست الوزارة في عام 1971 ولعبت دوراً حاسماً في تعزيز بنية الرعاية الصحية في البلاد وضمان رفاهية سكانها. الهدف الرئيسي لوزارة الصحة في الإمارات هو تقديم خدمات رعاية صحية عالية الجودة، وتعزيز التدابير الوقائية، وتحسين القطاع الصحي باستمرار لتلبية احتياجات السكان المتزايدة.

تم تنظيم وزارة الصحة في الإمارات بشكل يسمح بإدارة فعّالة ورقابة فعّالة على النظام الصحي. يترأسها وزير الصحة والوقاية، مع الدعم من مجموعة من الإدارات والوكالات المتخصصة. تتضمن هذه الوحدات الإدارات المسؤولة عن تطوير سياسات الرعاية الصحية، وتراخيص الممارسين الطبيين، والمبادرات الصحية العامة، والشؤون التنظيمية. يضمن هذا الإطار التنظيمي نهجاً شاملاً ومتكاملاً في تقديم وإدارة الرعاية الصحية.

لتلبية احتياجات سكانها المتنوعة، تقدم وزارة الصحة في الإمارات مجموعة متنوعة من خدمات الرعاية الصحية. تتضمن هذه الخدمات الرعاية الصحية الأولية، والخدمات الطبية المتخصصة، وبرامج الرعاية الوقائية،

والمبادرات الصحية العامة. يركز الوزارة على تقديم رعاية صحية قابلة للوصول وميسورة التكلفة للمواطنين والمقيمين، وتعزيز نهج شامل للرفاه العام.

تولي وزارة الصحة في الإمارات أهمية كبيرة لرضا العملاء وتسعى باستمرار لتعزيز جودة الخدمات المقدمة. تشمل الجهود تنفيذ رعاية مركزة على المريض واستخدام التقنيات المتقدمة في تقديم الرعاية الصحية، وبرامج تدريب مستمرة للمتخصصين في مجال الرعاية الصحية. يتم استخدام آليات ردود الفعل الدورية والاستطلاعات لقياس وتحسين مستويات رضا العملاء.

المبادرات التي تقوم بها وزارة الصحة في الإمارات تدعمها التفاني في ضمان صحة ورفاهية السكان. من خلال التركيز على رضا العملاء، تسعى الوزارة لإقامة نظام صحي لا يلبي فقط المعايير الدولية ولكن يعكس أيضاً القيم الثقافية والاجتماعية في الإمارات. تتماشى هذه الجهود مع الهدف الأوسع لتعزيز مجتمع صحي ومزدهر في الإمارات.

1.3. مشكلة الدراسة

في ظل التوجه العالمي نحو تعزيز جودة الحياة وتحقيق الرفاهية الشاملة للسكان، أصبحت جودة الخدمات الحكومية، وخاصة الصحية منها، أحد المحاور الرئيسية التي تقيس كفاءة الأداء المؤسسي ومدى تلبية تطلعات الأفراد. ويُعد تحقيق رضا المتعاملين وسعادتهم من خلال خدمات فعالة ومتكاملة هدفاً محورياً تسعى إليه الحكومات، لا سيما في الدول التي تضع رفاهية الإنسان ضمن أولوياتها الاستراتيجية مثل دولة الإمارات العربية المتحدة (Considine, 2001; Hurd et al., 2019). فعلى سبيل المثال، يتطلب تنظيم قطاع الخدمات المعلوماتية آليات تضمن سهولة الوصول إلى البيانات الصحية بسرعة وبدون تعقيد أو انقطاع، بما يعكس استجابة فعالة لاحتياجات المتعاملين (Hurd et al., 2019).

علاوة على ذلك، فإن التطوير في مجال الصحة والتعليم والتجارة يجعل العملاء مرتاحين للحصول على هذا التطوير، مما يحثّ العملاء على المحافظة على النظام كمكتسب، والمساهمة في تطويره (Raja & Mandour, 2019). أطلقت حكومة دولة الإمارات استراتيجية الإمارات للخدمات الحكومية، وسياسة المنصة الرقمية

الموحدة، وسياسة المتعامل الرقمي والخدمة الحكومية الرقمية، ضمن جهودها لتقديم خدمات رقمية متطورة على مدار الساعة وفي أيّ مكان.

تحرص الحكومة على إشراك أفراد المجتمع في تصميم الخدمات بهدف تطوير خدمات استباقية تلبي احتياجات المتعاملين وتتيح حكومة الإمارات أكثر من 6,000 خدمة اتحادية ومحلية عبر الإنترنت. توفر الدولة حوالي 2,635 خدمة رقمية اتحادية (البوابة الرسمية لحكومة الإمارات). تسعى معظم البلدان المستقرة اقتصادياً إلى تطوير وزيادة الإحساس بالرفاهية للسكان في جميع الخدمات العامة (Asif & Dawood, 2017). فوفقاً إلى Blomgren (2011) فإنّ العميل الذي لم يشعر بمستوى مقبول من الرضا والرفاهية من خدمات الدولة المضيفة يؤثر على سمعة الدولة والاقتصاد. لذا فإنّ تحسين جودة الخدمة للعميل، هو أساسي لتطوير سلوك الحكومة (Rhee, 2009; Brunetto & Beattie, 2020).

وعلاوة على ذلك، فإنّ تطوير وزيادة فعالية القطاع العام مهم في تطوير الخدمة وخاصة بالنسبة للبلد الذي يأخذ بعين الاعتبار رفاهية وسعادة العملاء كروية ومهمة أساسية لمؤسسات الدولة (Ocamp et al., 2019). كما لوحظ أنّ السعي لإسعاد ورفاهية العملاء عامل مهم وفارق ملحوظ يدلّ على الاستقرار الاقتصادي والسياسي للمنظمات والحكومات (Kevinset al., 2020). فالرعاية الاجتماعية كمثال للخدمات العامة الأساسية معيار فارق يميّز الدول التي تسعى لإسعاد مواطنيها عن تلك التي تنفق مواردها في أجنداث بعيدة عن مواطنيها (Aspalter, 2019).

إنّ الإمارات العربية المتحدة هي الدولة الأولى في العالم التي لديها وزارة منفصلة لسعادة ورفاهية المواطنين (Al Zaabi & Awamleh, 2019; Helliwell, Layard, & Sachs, 2016). ومع ذلك فإنّ ترتيب دولة الإمارات في مؤشر السعادة للأمم المتحدة لعام 2019 هو 21 من بين 156 دولة حول العالم (Gokhale, 2019; worldhappiness.report, 2020). في حين أنّ هذه المرتبة تميز الإمارات العربية المتحدة كأول دولة عربية، لكنها ليست المكانة المستهدفة من قبل حكومة الإمارات العربية المتحدة. بالإضافة إلى ذلك، فقد كان ترتيبها عام 2018 هو 19، أمّا في عام 2013 فكان ترتيبها هو 14 وهو أفضل بكثير من الترتيب الحالي (Badran, 2019; Moonesar, Stephens, Batey, & Hughes, 2019).

حيث يُظهر مؤشر السعادة تغيرًا سلبيًا من عام 2010 إلى عام 2017 بنسبة 0.208، تربعت فنلندا على عرش مؤشر السعادة العالمي 2021 بينما حلت السعودية في المرتبة 21 عالميًا، والأولى عربيًا، وكانت الإمارات قد تصدرت الدول العربية العام الماضي. في حين تبذل دولة الإمارات جهودًا وبرامج استثنائية لتحسين سعادة مواطنيها ورفاهيتهم، لكنّ الوضع الحالي ينحرف عن المطلوب ولا يتم ربطه بجهود الإمارات لزيادة سعادة ورفاهية مواطني الإمارات؛ مما يشير إلى أن هناك حاجة لاستكشاف مسببات لذلك (Krekel et al., 2019 ; serco,2021).

تشير دراسة Razzak et al. (2022) إلى أن تحسين أنظمة الرعاية الصحية بهدف تحقيق رضا الجمهور مع احتواء ضغوط التكلفة يُعتبر تحديًا رئيسيًا للسياسات لدى دولة الإمارات، مع أخذ ذلك في الاعتبار وجدول الأعمال الواعد بتحسين كفاءة الإنفاق العام، كان لدى الإمارات العربية المتحدة مهمة صعبة لإعادة النظر في تخصيص ميزانيتها. وفقًا لميزانية الدولة المعلنة لعام 2017 ، بلغ الإنفاق على الرعاية الصحية 8.6% من الناتج المحلي الإجمالي (4.2 مليار درهم إماراتي). علاوة على ذلك، في السابع من نوفمبر 2017 تمّ تخصيص تحديثات 2018 بشأن الإنفاق على الرعاية الصحية ، 4.5 مليار درهم ، أو 7.4% ، لدولة الإمارات العربية المتحدة. قطاع الصحة (RD & Elsholkamy, 2019).

بينت دراسة Al-Neyadi et al., (2018) أنّ هناك حاجة لدى الجمهور في الإمارات وضعت استكشاف الضرورات اللازمة لتحسين عوامل جودة الخدمة المقدمة من قبل وزارة الصحة الإماراتية (الملموسية، الموثوقة، الاستجابة، الضمان، التعاطف) بشكل فعال لتحسين مستوى رضا ورفاهية السكان من خلال تحسين جودة خدماتها. إنّ معظم مبادرات الإصلاح التي ظهرت في أنظمة الرعاية الصحية في الإمارات فعلت ذلك للتغلب لتحقيق تطلعات المواطنين بالإمارات بتحسين جودة خدمات وزارة الصحة، وقد استندت المبادرات في هذا الخصوص إلى خطط خفض التكاليف للسماح بمجموعة أوسع من الجمهور على تحمل تكاليف الخدمة (El-Salibi et al., 2012). كما وضعت هدفًا لها وهو الاهتمام بمستوى جودة خدماتها في من خلال تعميق التحركات الإصلاحية في قطاع الصحة بشأن المعايير المتعلقة بـ "جودة الرعاية". من خلال السجلات الإحصائية لمعدلات الوفيات، واكتساب الأمراض، وأخطاء التشخيص، يمكن أن تثبت البيانات الرقمية الموثقة إلى حدّ كبير الحجة القائلة بأنّ

جودة الرعاية الصحية المقدّمة لها مجال واسع للتحسين في دولة الإمارات (Al Hubaishi, H., & Ali,) (2020).

تشير دراسة Hamidi (2014) الي أن الدول الرئيسية مثل الإمارات العربية المتحدة تسعى إلى زيادة الوصول إلى جودة خدمة صحية عالية لتحقيق رضا العملاء وبأسعار معقولة لجميع شرائح السكان وتعزيز النتائج الصحية التي يمكن تحقيقها. تقييدات الأوضاع المالية في مجال الرعاية الصحية يمكن أن تؤدي إلى زيادة الاستياء بين العملاء وتشكل تحديات كبيرة لرفاهية الأفراد. عندما يواجه الأفراد صعوبات في تحمل تكاليف خدمات الرعاية الصحية أو يواجهون قيودًا في تغطية التأمين، يتكون حاجزًا يعوق الوصول إلى الرعاية الطبية الأساسية. هذا العبء المالي لا يسبب الإحباط والاستياء فقط، ولكن قد يؤدي أيضًا إلى تأخير أو إهمال العلاج الطبي، مما قد يتسبب في مشاكل صحية أكثر خطورة.

الاعتقاد بأن الرعاية الصحية عالية الجودة ليست متاحة للجميع بسبب الحواجز المالية يسهم في إحساس بالتفاوت. هذا يعني أن الأفراد ذوي الموارد المالية المحدودة قد يشعرون بعدم المساواة في الوصول إلى الخدمات الضرورية مقارنة بأولئك الذين يمتلكون موارد مالية أكبر. هذا التفاوت في وصول الرعاية الصحية لا يؤثر فقط على نتائج الصحة الفردية، ولكنه أيضًا يثير مخاوف بشأن العدالة والعدالة الاجتماعية داخل نظام الرعاية الصحية. من المرجح أن تكون أهداف النمو والإصلاح الصحي واضحة في الأفق القريب طالما أن الإجراءات واضحة للمقارنة مع أفضل الممارسات التي تظهر في تجارب بعض الدول المتقدمة. وسيكون الهدف النهائي هو توسيع نطاق توفير جودة الخدمات الصحية الأساسية إلى نسبة أكبر من السكان مع تجنب الضغوط المالية على المدى الطويل ، على الرغم من تغييرات السياسة المالية التي تتجه نحو نهج أكثر تماسكًا في السنوات الأخيرة (Moonesar et al., 2018).

فيما أشار تقرير World Government Summit (2014) إلى تكليف حكومي من كلية محمد بن راشد للإدارة الحكومية، نشرته القمة الحكومية إلى أن الرعاية الصحية والتعليم يسجلان أدنى درجات الجودة من حيث الجودة وفقًا لتصوير الجمهور في البلدان ذات الدخل المتوسط المنخفض. في سياق الرعاية الصحية، ينشأ تصور أقل نوعية غالبًا نتيجة لتحديات ونقائص متنوعة تؤثر على تجربة المريض بشكل عام. فإن فترات الانتظار الطويلة للخدمات الطبية تشكل قلقًا شائعًا وقد تؤدي إلى الإحباط بين الجمهور. كما أن الوصول المحدود إلى التكنولوجيا

الطبية المتقدمة هو عامل آخر يسهم في تصور نوعية الرعاية الصحية الأقل، حيث يمكن للأفراد أن يشعروا بأنهم لا يتلقون أحدث وأكثر العلاجات فعالية. نقص المهنيين في مجال الرعاية الصحية، مثل الأطباء والمرضات، يمكن أن يضعف النظام، مما يؤدي إلى انخراط أقل ورعاية أقل للمرضى.

تتنوع نقائص البنية التحتية للرعاية الصحية وتشمل قضايا مثل الأماكن التي تعود إلى فترة زمنية قديمة، وعدم كفاية المعدات الطبية، ونقص في الممارسات الصحية الحديثة. يمكن أن تسهم هذه النقائص في إحساس بنقص في نوعية الرعاية الصحية، خاصة إذا قارن الجمهور نظامهم الصحي بنظم أكثر تطوراً. يعد توفير المستوى العالمي أحد الركائز الستة للأجندة الوطنية بما يتماشى مع رؤية 2021. وفقاً للهيئات الصحية الرسمية في البلاد، تعمل الحكومة على اعتماد جميع المستشفيات العامة والخاصة وفقاً لمعايير الجودة الوطنية والدولية الموحدة للطب وذلك لضمان أنماط حياة أكثر صحة بين المواطنين. سيؤدي ذلك في النهاية إلى تأهيل الإمارات لتصبح واحدة من أفضل الدول في العالم من حيث جودة الرعاية الصحية بحلول عام 2021 (Beshyah & Beshyah, 2013).

تشير دراسة Barrett (2017) إلى أن هناك مؤشرات أداء رئيسية وضعتها السلطات الإماراتية في مجال الصحة، وذلك بشكل أساسي لضمان التزام جميع مقدمي جودة الخدمات الطبية التي تهدف الدولة إلى تحقيقها. فقد أعلنت أبو ظبي ودبي مؤخراً عن نطاقها المستقبلي والغرض من التشغيل من خلال إضافة بعض الأهداف والغايات التالية إلى أجندة 2021 للبلاد: (1) تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية؛ (2) جذب المتخصصين في الرعاية الصحية والاحتفاظ بهم وتطويرهم الوظيفي، (3) ضمان سلامة المريض ورفاههم، (4) الاستعداد للطوارئ، (5) الوعي الوقائي بالمخاطر الصحية لتحسين الصحة العامة، (6) ضمان القيمة مقابل المال واستدامة الإنفاق على الرعاية الصحية، (7) إشراك مقدمي الخدمات الصحية من القطاع الخاص وتأييد مبادراتهم الاستثمارية في القطاع، وأخيراً (8) إطلاق برنامج الصحة الإلكترونية كميسر أساسي للأولويات الأخرى المذكورة أعلاه.

لا تعبر الأولويات المذكورة أعلاه عن نفسها فقط كبنود جدول أعمال شاملة من المقرر تحقيقها، ولكن بالأحرى محفزات للابتكار والإصلاح وتطوير قطاع الرعاية الصحية وتحسين جودة الخدمات المقدمة بشكل عام في دولة الإمارات العربية المتحدة. هناك حاجة ملحة للحكومة الإماراتية لدعوة استثمارات القطاع الخاص لضمان تحقيق مؤشرات الأداء الرئيسية لقطاع الصحة بهدف تحسين جودة خدماته (Moonesar & Goes, 2017). وبالتالي

ليس من المستغرب أن يكون قطاع الرعاية الصحية أولوية قصوى في أجندة حكومة دولة الإمارات العربية المتحدة ويهدف إلى تحقيق النتائج المخططة بينما تمضي الدولة قدمًا نحو معايير الجودة والأداء المخففة (Moonesar, 2015).

تشير دراسة Bodolica & Spraggon (2019) بأن السلطات الصحية في الإمارات العربية المتحدة تسعى حاليًا لضمان جدارة الأموال التي يدفعها المرضى في الإمارات العربية المتحدة مقابل جودة خدمات الرعاية الصحية التي يتلقونها. لضمان ذلك ، وضعت هيئة الصحة في أبوظبي عددًا من المبادرات لمراقبة الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية. تطمح حكومة الإمارات العربية المتحدة إلى بناء نظام صحي عالمي المستوى لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية والنتائج الصحية لسكانها. ولتحقيق ذلك ، نفذت إصلاحات واسعة النطاق في النظام الصحي في السنوات العشر الماضية. لم يتم مؤخرًا مراجعة طبيعة هذه الإصلاحات ومداهما ونجاحها بشكل شامل (Koornneef et al., 2017).

أكد قادة حكومة الإمارات العربية المتحدة في رؤية الدولة لعام 2021 أن جميع الإماراتيين والمقيمين على حد سواء يجب أن يتمتعوا بإمكانية الوصول إلى مرافق شاملة عالمية المستوى مع أفضل الخدمات الصحية (Brownie et al., 2014). تم تطبيق هذا التفويض في جميع أنحاء البلاد ولم يقتصر على العاصمة فقط. سمح ذلك بالتنبؤ بأن أنماط استهلاك خدمات الرعاية الصحية تضاعف ثلاث مرات في الحجم. كما أدى إلى ظهور فكرة مفادها أن منظمي قطاع الرعاية الصحية سيجدون أنه من المفيد التعرف بسهولة على الثغرات في الخدمات في المستشفيات والعيادات في جميع أنحاء الإمارات (Bodolica & Spraggon, 2019).

بالإضافة إلى تأخير الخدمة والتحديات في الوصول، يُمكن أن يتسبب عدم الرضا بين العملاء مع وزارة الصحة في الإمارات العربية المتحدة في تفاقم المشكلات المتعلقة بجودة الخدمة والقيود المالية. فيما يتعلق بجودة الخدمة، قد يعبر العملاء عن عدم الرضا إذا شعروا بنقص في الكفاءة أو الالتزام بالمعايير المعتمدة بين المهنيين الصحيين، بالإضافة إلى النواقص في البنية التحتية الصحية العامة والمرافق.

قد يسهم إدراك أن الرعاية الصحية عالية الجودة غير متاحة لجميع فئات السكان بسبب حواجز مالية في إحداث شعور بالظلم. بالإضافة إلى ذلك، إذا كانت هناك تناقضات في التعامل مع معلومات المرضى أو عمليات التسجيل أو جوانب إدارية أخرى، فإن ذلك قد يسهم أيضًا في عدم الرضا بين العملاء. علاوة على ذلك، قد يسهم التعليقات

السلبية على وسائل التواصل الاجتماعي أو في الأخبار في تشويه سمعة وزارة الصحة، مما قد يؤثر بشكل كبير على الثقة العامة والاعتماد على النظام الصحي.

بشكل عام، فإن معالجة هذه المشكلات المتعلقة برضا العملاء ضرورية لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية والحفاظ على علاقة إيجابية بين وزارة الصحة والجمهور. ولتحقيق ذلك، يتعين إجراء تقييم شامل لكفاءة النظام الصحي، وشفافية العمليات، وسهولة الوصول، مع اتخاذ تدابير فعالة لتعزيز الرضا العام والثقة في خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها وزارة الصحة في الإمارات العربية المتحدة.

تشير دراسة Moonesar et al. (2018) من أجل تحقيق رضا المواطنين وتحسين جودة الخدمات الصحية وإمكانية الوصول إليها والقدرة على تحمل تكاليفها أولوية قصوى، تعمل وزارة الصحة وحماية المجتمع في دولة الإمارات العربية المتحدة على إنشاء نظام شامل يتقن ترشيد مشاركة جميع المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية، من أجل حماية رفاهية المواطنين الإماراتيين، وذلك بهدف فهم كيفية تحسين نظرة الجمهور العام إلى تقديم الخدمات الصحية في دولة الإمارات العربية المتحدة. ركزت وزارة الصحة الإماراتية على تقييم الجمهور لمدى ملاءمة وتطبيق ممارسات الرعاية الصحية الحالية في دولة الإمارات العربية المتحدة في ضوء تفويض صاحب العمل الجديد الذي يتطلب تغطية الرعاية الصحية لجميع الموظفين (Mosaad & Younis, 2014).

ورغم وفرة الدراسات التي تناولت جودة الخدمات الصحية عالمياً، إلا أن هناك ندرة واضحة في الأبحاث التي تربط بشكل مباشر بين أبعاد جودة الخدمة الخمس (الملموسية، الموثوقية، الاستجابة، الضمان، والتعاطف) ورفاهية السكان في سياق القطاع الصحي الحكومي في دولة الإمارات العربية المتحدة، لا سيما عند النظر إلى رضا العملاء كعامل وسيط. الدراسات السابقة مثل نموذج SERVQUAL ورغم شيوعه، إلا أنه غالباً ما طُبّق في قطاعات خاصة أو سياقات أجنبية، دون مواءمة واضحة لبيئة الخدمات الحكومية والصحية المحلية (AI) (Hubaishi & Ali, 2022; Abbas, 2020). إضافة إلى ذلك، تركز معظم البحوث المحلية على رضا المرضى كمؤشر منفصل دون استكشاف العلاقة المتكاملة بين جودة الخدمة ورفاهية السكان، رغم أن تحسين الرفاهية يُعد هدفاً استراتيجياً في الخطط الوطنية مثل رؤية "نحن الإمارات 2031". لذلك، تبرز ضرورة تطوير نموذج تحليلي يدمج بين أبعاد جودة الخدمة ورفاهية السكان، مع إبراز دور رضا العملاء كحلقة وصل فاعلة. هذه الدراسة تسعى إلى معالجة هذا الفراغ النظري والتطبيقي، من خلال تصميم نموذج يُلائم السياق المؤسسي لوزارة الصحة في

الإمارات، ويؤقر نتائج عملية تدعم صناع القرار في تحسين جودة الخدمات وتعزيز مستويات الرفاهية العامة بناءً على أدلة علمية واضحة (Alnuaimi et al., 2021; Alghawi et al., 2019; Razzak et al.,) (2022).

1.4. مساهمة البحث

تتمثل مشكلة الدراسة في الصعوبات التي تواجهها المؤسسات العاملة في الخدمات العامة بدولة الامارات في سبيل تطوير جودة الخدمة بوزارة الصحة والوصول الي الرضا العام للمواطنين، وهو الأمر الذي يكتسب اهمية كبيرة تتلخص في تناول هذه الدراسة لقضية هامة جداً وهي رضا العميل ورفاهيته كمؤشر علي جودة الخدمة بوزارة الصحة ولما لها من دور بارز في استمرارية المؤسسات وقدرتها علي النمو والتطور، وذلك لتحقيق أهداف هذه الدراسة في تفنيد التأثير الوسيط لرضا العملاء علي العلاقة بين عوامل جودة الخدمة ورفاهية المواطنين في دولة الامارات العربية المتحدة. كما تحاول هذه الدراسة أيضاً تحديد ما إذا كان هناك ارتباط بين رضا المستجيبين المتصور عن جودة الخدمات الصحية في الإمارات العربية المتحدة من خلال عوامل جودة الخدمة (الملموسية، الموثوقية، الاستجابة، الضمان، التعاطف) مع رفاهية المواطنين بالإمارات، حيث جادل العديد من الباحثين بأن هذه العوامل هي الأكثر صلة في تحديد الرضا العام عن جودة الخدمات الحكومية المقدمة بشكل عام وهي الأكثر طلباً من قبل الجمهور الإماراتي كونها تحسن من رفاهيته في ورضاه عن جودة الخدمات المقدمة له من وزارة الصحة الإماراتية.

1.5. أسئلة الدراسة

تماشياً مع السؤال الأساسي للدراسة في استكشاف تأثير جودة الخدمة المقدمة من وزارة الصحة على رضا العملاء ورفاهية السكان في دولة الإمارات المتحدة، تستكشف الدراسة الأسئلة التالية:

1. ما هو تأثير عوامل جودة الخدمة المقدمة من وزارة الصحة ووقاية المجتمع (الملموسات،

الموثوقية، الاستجابة، الضمان، التعاطف) على رفاهية السكان بدولة الإمارات العربية

المتحدة؟

2. ما هو تأثير عوامل جودة الخدمة المقدمة من وزارة الصحة ووقاية المجتمع (الملموسات، الموثوقية، الاستجابة، الضمان، التعاطف) على رضا السكان بدولة الإمارات العربية المتحدة؟
3. ما هو تأثير رضا السكان على الخدمة المقدمة من وزارة الصحة ووقاية المجتمع على رفاهيتهم بدولة الإمارات العربية المتحدة؟
4. هل يؤثر رضا العملاء كمتغير وسيط على العلاقة بين عوامل جودة الخدمة المقدمة من وزارة الصحة ووقاية المجتمع (الملموسات، الموثوقية، الاستجابة، الضمان، التعاطف) ورفاهية السكان في دولة الإمارات العربية المتحدة؟

1.6 أهداف الدراسة

تماشياً مع الهدف الأساسي للبحث في الربط بين جودة الخدمات العامة في إسعاد ورفاهية السكان في الإمارات المتحدة ، تستكشف الدراسة الأهداف التالية:

1. فحص تأثير عوامل جودة الخدمة المقدمة من وزارة الصحة ووقاية المجتمع (الملموسات، الموثوقية، الاستجابة، الضمان، التعاطف) على رفاهية السكان بدولة الإمارات العربية المتحدة
2. فحص تأثير عوامل جودة الخدمة المقدمة من وزارة الصحة ووقاية المجتمع (الملموسات، الموثوقية، الاستجابة، الضمان، التعاطف) على رضا السكان بدولة الإمارات العربية المتحدة
3. فحص تأثير رضا السكان على الخدمة المقدمة من وزارة الصحة ووقاية المجتمع على رفاهيتهم بدولة الإمارات العربية المتحدة.
4. فحص الدور الوسيط لرضا العملاء كمتغير وسيط على العلاقة بين عوامل جودة الخدمة المقدمة من وزارة الصحة ووقاية المجتمع (الملموسات، الموثوقية، الاستجابة، الضمان، التعاطف) ورفاهية السكان في دولة الإمارات العربية المتحدة.

1.7. أهمية الدراسة

أولاً: الأهمية النظرية

تبرز الأهمية النظرية لهذه الدراسة في سد فجوة قائمة في الأدبيات العلمية تتعلق بالعلاقة بين أبعاد جودة الخدمة (SERVQUAL) ورفاهية السكان في القطاع الصحي الحكومي، وهي علاقة لم يتم تناولها بالشكل الكافي في الدراسات السابقة، لا سيما في السياق الإماراتي. رغم أن نموذج SERVQUAL قد حظي باهتمام واسع في السياقات التجارية والتعليمية والسياحية، إلا أن تطبيقه على الخدمات الصحية الحكومية وتأثيرها على رفاهية الأفراد لا يزال محدودًا في الأدبيات الحديثة (Abbas, 2020; Al Hubaishi & Ali, 2022). كما أن الدراسات غالبًا ما ركزت على رضا المرضى فقط دون النظر إلى الرفاهية كمتغير شامل يعكس جودة الحياة والبعء النفسي والاجتماعي للصحة.

من خلال دمج رضا العملاء كمتغير وسيط بين جودة الخدمة ورفاهية السكان، تسهم هذه الدراسة في تطوير الفهم النظري لكيفية عمل نماذج جودة الخدمة في البيئات الحكومية، وتحديدًا في قطاع الصحة في دولة الإمارات. وبهذا، تقدم الدراسة نموذجًا نظريًا جديدًا يدمج بين أبعاد SERVQUAL ورضا العملاء ورفاهية السكان، ما يعزز الإطار المفاهيمي لإدارة الجودة في الخدمات العامة (Alnuaimi et al., 2021; Alghawi et al., 2019).

ثانيًا: الأهمية التطبيقية

تتجلى الأهمية التطبيقية للدراسة في قدرتها على تقديم توصيات واقعية ومبنية على أدلة لصنّاع السياسات والمسؤولين في وزارة الصحة بدولة الإمارات العربية المتحدة. في ظل التوجه الاستراتيجي نحو تحسين جودة الحياة والرفاهية ضمن رؤية "نحن الإمارات 2031"، يمكن لنتائج هذه الدراسة أن تساعد في تصميم سياسات صحية قائمة على الاحتياجات الفعلية للمواطنين والمقيمين، وتطوير معايير أداء موجهة نحو تحقيق الرضا والرفاهية المستدامة (Razzak et al., 2022; Bodolica & Spraggon, 2019).

كما يمكن أن تسهم النتائج في تحسين أنظمة التقييم الداخلي للخدمة الصحية، من خلال توفير فهم دقيق لأثر كل بعد من أبعاد جودة الخدمة على التصورات العامة حول الأداء الحكومي والعدالة الاجتماعية والوصول إلى

الخدمات. وبذلك، تقدم الدراسة دعماً عملياً لاستراتيجيات تحسين كفاءة الخدمات الصحية وتوزيعها العادل في مختلف إمارات الدولة، مما يعزز من ثقة المجتمع بالنظام الصحي الحكومي ويدعم الاستقرار المؤسسي والاقتصادي في آن واحد (Al Hubaishi & Ali, 2021; Alsaadi et al., 2019).

1.8. مصطلحات الدراسة

- **جودة الخدمة:** تشير جودة الخدمة في المفهوم الحديث إلى قدرة الخدمة على الوفاء بتوقعات العملاء والزبائن أو حتى تزيد عن توقعاتهم، وقد عرف إدوارد ديمينج رائد إدارة الجودة الشاملة الجودة على أساس أنها التوافق والاعتمادية مع السوق مع اختلاف التكلفة (الدراكنة والشلبي، 2002). من ناحية أخرى، جودة الخدمة هي الوعد الذي تقدمه المؤسسة لعملائها من خلال الاتصال بهم والتفاعل الفعلي معهم لتقديم الخدمات (Al Khoury et al., 2020). ينظر الى مفهوم رضا العملاء على أنه الحالة النفسية للعميل لما بعد شراء خدمة معينة، يترجم بواسطة شعور مؤقت ناتج (Alkuwaiti, 2020).
إن مفهوم جودة الخدمة كوسيلة لتحقيق رضا العميل مفهوم أصيل في ديننا الإسلامي الحنيف ينطلق من منظومة القيم الإسلامية الرصينة التي تُمثل الدقة، والإتقان في العمل جزء مهم منها، ويظهر ذلك في العديد من النصوص القرآنية، منها قوله تعالى: (وَقُلْ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ وَسَتُرَدُّونَ إِلَىٰ عَالِمِ الْعَذَابِ وَالشَّهَادَةِ فَيُنَبِّئُكُم بِمَا كُنتُمْ تَعْمَلُونَ). (التوبة، الآية رقم 105) .
- **الرفاهية:** يُنظر لمصطلح الرفاهية من وجهات نظر مختلفة، فكل علم يعرفها وفق البنية الفكرية، فالعلوم الاقتصادية تناولتها من منظور الإنتاج وزيادته والقانون يتناولها على أنها حق من حقوق الإنسان في التمتع بالرفاهية، وإشباع حاجات الإنسان المتعددة، أما العلوم الاجتماعية فتناولتها من منطلق حق الفرد في الرفاهية، فأنه يعمل ويكد لكي يصل على كفايته من إشباع الرغبات (دكروري وآخرون، 2021). تُعرّف الرفاهية بأنها ضمان استمرار النمو الاقتصادي ورفع مستوى المعيشة لأفراد المجتمع من خلال تقديم السلع والخدمات لإشباع حاجاتهم واستخدام أو استغلال الموارد المتاحة في المجتمع (سنوسي، 2020).
- **السكان:** يشير إلى الإجمال الكلي للأفراد الذين يعيشون في منطقة جغرافية معينة، مثل دولة، مدينة، أو منطقة، في لحظة معينة. تشمل تحليل السكان دراسة جوانب متنوعة، بما في ذلك التركيب السكاني، معدلات

النمو، التوزيع، والتكوين، مع النظر إلى عوامل مثل العمر، والجنس، والعرق، والوضع الاقتصادي والاجتماعي. الفهم العميق لديناميات السكان ضروري لاتخاذ القرارات لصناع القرار، والباحثين، والمخططين في مجالات متنوعة. يؤثر بشكل كبير في توجيه التخصيصات السياسية، والتنمية الاقتصادية، والسياسات الاجتماعية، وجوانب مختلفة من الحوكمة، مما يجعله عاملاً أساسياً في اتخاذ القرارات المستتيرة والتخطيط الاستراتيجي.

- **رضا العملاء:** رضا العملاء هو تقييم لمدى سعادة العملاء بمنتج أو خدمة، مشيراً إلى ما إذا كان يلبي أو يتجاوز توقعاتهم. يتم الحصول على هذا التقييم عادة من خلال استطلاعات أو تفاعلات مباشرة، حيث يتم التقاط ملاحظات حول جوانب متنوعة مثل الجودة والموثوقية والتسعير وتجربة العملاء بشكل عام. يرتبط رضا العملاء الإيجابي بزيادة الولاء وتكرار الأعمال التجارية والدعاية الإيجابية من العملاء، مما يجعله مؤشراً حيوياً للشركات التي تسعى لبناء علاقات قوية مع عملائها وتحقيق النجاح المستدام في الخدمة المقدمة بشكل خاص.

- **رفاهية السكان:** الرفاهية تشير إلى الحالة العامة للراحة والصحة والسعادة، سواء جسدياً أو عقلياً. تشمل مجموعة من العناصر التي تسهم في جودة حياة الشخص، بما في ذلك الصحة الجسدية، والرفاه النفسي والعاطفي، والعلاقات الاجتماعية، والاستقرار الاقتصادي، وإحساس بالهدف أو التحقيق. الرفاهية هي مفهوم شامل يتعدى غياب المرض ويشمل الجوانب الإيجابية للحياة. إنها تعكس قدرة الفرد على التعامل مع التوتر، والحفاظ على نمط حياة متوازن وصحي، وتجربة الشعور بالرضا والراحة. قياس الرفاهية هو مفهوم ذو طابع شخصي ويتفاوت من شخص لآخر، حيث يتأثر بالقيم الشخصية والعوامل الثقافية وظروف الحياة. بشكل عام، تمثل الرفاهية ازدهار الأفراد في مختلف جوانب حياتهم.

- **تأثير:** يتضمن هذا المصطلح التأثير أو النتيجة التي يحدثها فعل أو حدث أو ظاهرة على وضع معين، نظام، أو فرد معين. تعني الكلمة تغييراً واضحاً وكثيراً ما يكون كبيراً ناتجاً عن سبب محدد، مما يعكس الفكرة العامة حول كيف يمكن للأفعال أو الأحداث أن تخلق تأثيرات قابلة للملاحظة وغالباً ما تكون ذات أهمية نتيجة لسبب معين، وذلك يعكس الفكرة الأوسع حول كيف يمكن للأحداث أو الأفعال أن تنتج تأثيرات

ملموسة أو غير ملموسة تشكل النتائج وتحدد الظروف. سواء كان الحديث عن تأثير قرار على مشروع ما، أو عواقب سياسية على مجتمع، أو التأثير الشامل لاكتشاف علمي.

- **عوامل:** تلعب دوراً حيوياً في التأثير أو المساهمة في حالة معينة، نتيجة معينة، أو عملية معينة. تعتبر هذه العوامل متنوعة، حيث تشمل مجموعة متنوعة من العناصر مثل المتغيرات، الظروف، أو المكونات، كلها لها الإمكانية للتأثير في نظام ما أو قرار. يعتبر التعرف على وفهم هذه العوامل أمراً أساسياً لتحليل النتائج بشكل حيوي، والتقييم، والتنبؤ في سياقات متنوعة، سواء في ميدان البحث العلمي، استراتيجيات الأعمال، أو ديناميات الحياة الاجتماعية. يعد الاعتراف بوجود ومراعاة العوامل ذات الصلة أمراً حيوياً لاتخاذ قرارات مستنيرة والحصول على فهم شامل للتفاصيل المعقدة التي تسهم في نتيجة أو وضع محدد.

1.9. حدود الدراسة

الحد المكاني: يقتصر هذا البحث على عوامل جودة الخدمة العامة بوزارة الصحة في الإمارات العربية المتحدة في كافة إمارات الدولة ابتداءً من العاصمة أبوظبي مروراً بإمارة دبي، الشارقة، عجمان، أم القيوين، رأس الخيمة، الفجيرة وتحديداً الخدمات التي تقدمها وزارة الصحة الإماراتية. والسبب في ذلك ان العديد من الدراسات في دول العالم الاول ربطت ما بين جودة الخدمات الحكومية واحساس المقيمين بالرفاهية، وفي دولة الامارات العربية المتحدة وجدت دراسات محدودة تصل في قياسها الي الرضا ولا تتجاوزه الي الرفاهية والسعادة مما استدعي القيام بهذه الدراسة البحثية. حيث يتم اختيار القطاعات الحكومية العامة من المصادر المتاحة بناءً على المؤسسات التي تقدم الخدمة العامة. لذلك، تركز هذه الدراسة على ممارسات جودة الخدمة في القطاعات العامة وتأثيرها على رفاهية العملاء بينما يتم استخدام رضا العملاء كوسيط لشرح العلاقة بين ممارسات جودة الخدمة وتأثيرها على رفاهية السكان وتم استخدام جودة الخدمة في وزارة الصحة كنموذج للخدمة المقدمة.

الحد الزمني: ان النطاق الزمني لهذه لدراسة هو العام 2020-2022. اختيار الدراسة للفترة الزمنية من عام 2020 إلى عام 2022 يعكس تأثرها بعدة عوامل، مثل التوافق مع أحداث هامة، أو تغييرات في السياسات، أو تطورات ذات صلة بالتركيز على جودة الخدمات العامة ورفاهية العملاء. على سبيل المثال، بعد أن سلطت جانحة كوفيد-19 الضوء على نقاط الضعف في نظام الرعاية الصحية، زادت الحكومات التمويل وقدمت خدمات الصحة

عن بُعد لتحسين الوصول ورضا المرضى. يسمح هذا الفترة المحددة بجمع البيانات والتحليلات الحديثة، مما يُيسر تحليلًا دقيقًا ومحدثًا لجودة الخدمات العامة وتأثيرها على الرفاه. وتزيد إمكانية الوصول وشمولية البيانات والمعلومات خلال هذا الإطار الزمني من قدرة الدراسة على استخلاص استنتاجات ذات مغزى.

الحد الموضوعي: ونطاق القياس هو قياس الاحساس بالرفاهية لدى العملاء في الإمارات من الخدمات العامة المقدمة من الهيئات الحكومية والعامة والنتائج عن عوامل جودة الخدمة العامة (الملموسات، الموثوقية، الاستجابة، الضمان، التعاطف) ، وكنموذج تم دراسة حالة جودة الخدمات المقدمة من وزارة الصحة الإماراتية وسبب اختيار هذه العوامل التي تتمثل في صورة سياسات صحية في الدولة توفير أفضل الخدمات الصحية ذات الجودة والكفاءة، مع ضمان تمتع جميع أفراد المجتمع بهذه الخدمات، سواء العلاجية أو الوقائية أو التأهيلية ، تهدف المنظومة التشريعية الصحية إلى حماية حقوق المرضى، وتنظيم المنشآت الصحية، والأدوية، والمنتجات الطبية والكوادر الطبية العاملة بما يضمن تعزيز ورفع كفاءة النظام الصحي وتقديم خدمات ذات جودة عالية وفقاً لأفضل المعايير وبطرق مبتكرة وذلك بالتنسيق بين مختلف الجهات المعنية.

والسبب وراء اختيار وزارة الصحة كمحور مركز يتجلى في مسؤوليتها الأساسية في تقديم خدمات الرعاية الصحية الضرورية للجمهور. نظراً لطبيعة الرعاية الصحية الحيوية، يمكن للدراسة، من خلال استخدام هذه الوزارة كنموذج، أن تقوم بالتحقيق والتحليل الشامل للممارسات والديناميات الخاصة التي تميز خدمات الرعاية الصحية. الهدف هو الحصول على فهم دقيق للتفاصيل المعقدة المعنية في تقديم الرعاية الصحية، مما يمكن من استخلاص رؤى قيمة يمكن أن تُسهم في تحسين جودة الخدمة. هذا الفحص المتعمد لا يهدف فقط للمساهمة في التطورات داخل قطاع الرعاية الصحية، ولكنه يطمح أيضاً في إحداث تأثير أوسع، حيث يقدم رؤى يمكن أن تكون قيمة في تحسين جودة الخدمة عبر مختلف قطاعات الخدمات العامة. تعتبر وزارة الصحة نقطة دخول استراتيجية لاستكشاف وفهم التعقيدات الجوهرية في تقديم الخدمات العامة الضرورية، بهدف تحسينها وتعزيز الرفاهية للسكان.

وأحد العوامل الأساسية في هذه الدراسة هو الاعتماد على مجتمع موظفي وزارة الصحة في دولة الإمارات العربية المتحدة، في سياق هذه الدراسة الأفراد العاملين في وزارة الصحة، ممن يستوفون شروط الأهلية للمشاركة في الاستبيان، من حيث العمر والخبرة والقدرة على الفهم الواعي لمحتوى الأداة البحثية. وتجدر الإشارة إلى أن جمع

البيانات اعتمد بشكل حصري على أداة الاستبيان المغلق، ولم يتم استخدام أي مصادر معلوماتية أخرى، وذلك لضمان الموضوعية وتوحيد أسلوب القياس في الدراسة.

1.10. هيكل الدراسة

يتكون نص الرسالة من الرسالة من خمسة فصول كما يلي:

- **الفصل الأول:** هو تقديم دراسة، مع توضيح بيان المشكلة وتحديد الأسئلة والأهداف البحثية.
- **الفصل الثاني:** يستعرض هذا الفصل الدراسات السابقة ذات الصلة التي يمكن الوصول إليها في ضوء تبرير الأسئلة البحثية السابقة والهدف البحثي لهذه الدراسة. ويناقش القاعدة المعرفية ذات الصلة بالدراسة الحالية. لذلك تركز هذه الدراسة على ممارسات جودة الخدمة في الخدمة العامة وتحديدًا وزارة الصحة وتأثيرها على رفاة السكان . بينما يتم استخدام رضا العملاء كوسيط لشرح العلاقات بين ممارسات جودة الخدمة وتأثيرها على رفاة السكان. يستعرض هذا الفصل الإطار النظري، وهو الشكل الذي نشأ عنه إطار العمل المفاهيمي. تمت مناقشة الإطار المفاهيمي، وهو يحتفظ به باعتباره أساساً للفرضيات التي تم اختبارها في هذه الدراسة.
- **الفصل الثالث:** يناقش هذا الفصل أيضًا منهجية البحث في هذه الدراسة. يشرح بالتفصيل الخطوات والأساليب المتبعة في الإجابة على سؤال البحث الخاص بهذه الدراسة والتحقق من الفرضيات غير المرغوبة. يتناول هذا الفصل تفاصيل منهجية البحث المعتمدة في هذه الدراسة، حيث يقدم شرحاً شاملاً للخطوات المتبعة والأساليب المستخدمة للتعامل بشكل منهجي مع سؤال البحث والتحقق الدقيق من الفرضيات المختبرة في هذا السياق. يهدف استكشاف التفاصيل المفصلة لمنهجية البحث إلى تحقيق الشفافية والوضوح حول النهج النظامي الذي تم اتخاذه في جمع وتحليل وتفسير البيانات على مدى مسار هذه الدراسة.
- **الفصل الرابع:** اقترح هذا الفصل نتائج التحليل الإحصائي للبيانات التي تم جمعها. يتم عرض عملية فحص البيانات ، تحليل التركيبة السكانية ، الإحصاء الوصفي ، تقييم نموذج الهيكل ، تقييم نموذج القياس ، وتقييم الاعتدال.

- **الفصل الخامس:** يوضح هذا الفصل الخلاصة ، والاستنتاجات ، والمناقشات الإضافية ، والقيود ، والآثار، وتوصية البحث.

1.11. ملخص الفصل

إنَّ الأساس المنطقي الرئيسي لهذا البحث هو تأثير عوامل جودة الخدمات العامة بوزارة الصحة على رفاهية السكان في دولة الإمارات العربية المتحدة، وتم دراسة جودة الخدمة في قطاع الصحة العامة كنموذج لذلك. كما تستكشف الدراسة دور الوساطة لرضا العملاء تجاه رفاهية السكان. وستقوم الدراسة بسدِّ الفجوات في سياق القطاع العام في الإمارات العربية المتحدة من الأدلة الموجودة والقياس التجريبي عبر استبيان مصمم خصيصاً لهذه الدراسة. ولتحقيق هذا الهدف العام يجب التحقق من الأهداف التالية:

1. اختبار تأثير عوامل جودة الخدمة العامة المقدمة من وزارة الصحة على رفاهية السكان بدولة الإمارات العربية المتحدة.
2. بحث عن تأثير رضا العملاء كعامل وسيط على العلاقات بين عوامل جودة الخدمة العامة المقدمة من وزارة الصحة ورفاهية السكان بدولة الإمارات العربية المتحدة.
3. كشف التحديات التي تواجهها حكومة الإمارات العربية المتحدة في سبيل نيل رضا العملاء في الخدمة العامة بوزارة الصحة.

الفصل الثاني

استعراض الدراسات السابقة

2.1. المقدمة

يُعنى هذا الفصل بتقديم الأسس النظرية والدراسات التجريبية التي يستند إليها هذا البحث، من خلال مناقشة المفاهيم المركزية المرتبطة بجودة الخدمة ورضا العملاء ورفاهية السكان، مع التركيز على نموذج SERVQUAL كإطار رئيس لتحليل أبعاد الجودة في السياق الصحي الحكومي. كما يتناول الفصل النظريات الداعمة التي تُفسر العلاقات بين المتغيرات، مثل نظرية رضا العملاء، ونظرية التفاوت، ونظرية القيمة المدركة، ونظرية الرفاهية. بالإضافة إلى ذلك، يستعرض الفصل الدراسات السابقة التي بحثت في جودة الرعاية الصحية على المستوى العالمي والمحلي، لا سيما في الإمارات، لتحليل المنهجيات المستخدمة والنتائج المتوصل إليها. وينتهي الفصل بتحديد الفجوات المعرفية التي لم تُعالج في الأدبيات السابقة، مما يُبرر الحاجة إلى هذه الدراسة الحالية التي تسعى إلى تقديم نموذج بحثي متكامل يربط بين جودة الخدمة ورفاهية السكان عبر رضا العملاء في قطاع الرعاية الصحية الحكومي بدولة الإمارات.

2.2. الجزء الأول: الخلفية النظرية (Theoretical Background)

2.2.1. مفهوم جودة الخدمة

يعد مفهوم جودة الخدمة من المفاهيم الجوهرية في علم الإدارة والخدمات، حيث يشكّل محورًا رئيسيًا في تقييم أداء المؤسسات الخدمية، لا سيما في القطاعات التي تعتمد على التفاعل المباشر مع العملاء، مثل قطاع الصحة. يتمثل جوهر هذا المفهوم في الفجوة أو الفرق بين ما يتوقعه العميل من الخدمة وما يتلقاه فعليًا من مقدم الخدمة. وقد تطور هذا المفهوم عبر مراحل متعددة في الفكر الأكاديمي، بدايةً من النظرية النوردية (Grönroos, 1984) التي ارتكزت على أبعاد الجودة الفنية والوظيفية، وصولًا إلى النماذج الأمريكية التي ركزت على أبعاد محددة قابلة للقياس، مثل نموذج SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985, 1988). يشير Grönroos (1984) إلى أن جودة الخدمة تتكون من ثلاثة عناصر رئيسية: الجودة الفنية (Technical Quality)، والجودة الوظيفية (Functional Quality)، وصورة المؤسسة (Corporate Image). فالجودة

الفنية تمثل "ما يحصل عليه العميل" من نتائج ملموسة أو أداء فعلي، في حين تمثل الجودة الوظيفية "كيفية تقديم الخدمة" أي تجربة العميل أثناء الاستفادة من الخدمة. أما صورة المؤسسة فهي تمثل الإدراك العام للعميل حول مقدم الخدمة والتي تتشكل بناءً على التجربة السابقة والتوقعات الاجتماعية والثقافية. يوضح Grönroos (2007) أن تحقيق جودة خدمة عالية يتطلب توازنًا دقيقًا بين هذه الأبعاد الثلاثة من جهة أخرى، ظهر نموذج SERVQUAL ليقدم صيغة كمية منظمة لتقييم جودة الخدمة. تم تطوير هذا النموذج من خلال عدة مراحل تحليلية من قبل Parasuraman et al (1985, 1988)، واستند إلى افتراض رئيسي مفاده أن جودة الخدمة تُقاس بالفجوة بين التوقعات القبلية للمستهلكين (Expectations) والانطباعات الفعلية بعد تلقي الخدمة (Perceptions). ووفقاً لهذا النموذج، تم تحديد خمسة أبعاد رئيسية لجودة الخدمة، وهي: الملموسية (Tangibles)، والموثوقية (Reliability)، والاستجابة (Responsiveness)، والضمان (Assurance)، والتعاطف (Empathy).

تم استخدام نموذج SERVQUAL على نطاق واسع في تقييم جودة الخدمات في القطاعات الصحية، وأثبتت فعاليته في قياس الأداء من وجهة نظر العملاء. إلا أن العديد من الدراسات لاحقاً أظهرت بعض الانتقادات على النموذج، من حيث محدوديته في التعميم على مختلف السياقات الثقافية والتنظيمية، مما أدى إلى تطوير نماذج أكثر تكاملاً، مثل النموذج الهرمي لجودة الخدمة الذي اقترحه Brady & Cronin (2001). هذا النموذج قدم بنية ثلاثية المستوى تشمل جودة التفاعل، وجودة البيئة المحيطة، وجودة النتائج، وربط كل منها بأبعاد فرعية تفصيلية، مما سمح بتفسير أوسع وأدق لتجربة العميل.

تؤكد الدراسات الحديثة أن جودة الخدمة لا تقتصر فقط على المخرجات العملية، بل تشمل أيضاً الأبعاد العاطفية والمعرفية لتجربة العميل. فمثلاً، أظهرت دراسة Al Hubaishi & Ali (2022) في إمارة عجمان أن الانطباع العام عن جودة الخدمة الصحية لا يعتمد فقط على دقة التشخيص وسرعة الأداء، بل يتأثر بشكل كبير بطريقة تعامل الطاقم الطبي، وتوفير الخصوصية، والشعور بالاحترام والاهتمام الفردي. وبالتالي، فإن البعد الإنساني للخدمة يشكل عاملاً حاسماً في بناء التصور الإيجابي لدى العملاء.

من الناحية العملية، تتطلب إدارة جودة الخدمة فهماً دقيقاً لتوقعات العملاء المتغيرة وتأثيرها على التقييم العام للخدمة. يشير Abbas (2020) إلى أن جودة الخدمة تعد محركاً رئيسياً للأداء التنظيمي، حيث ترتبط بشكل

مباشر برضا العملاء، وتؤثر في نواياهم المستقبلية، مثل العودة لتلقي الخدمة، أو التوصية بها للآخرين. ويعني ذلك أن التحسين المستمر لجودة الخدمة يجب أن يكون هدفًا استراتيجيًا لأي مؤسسة تسعى إلى تعزيز رضا العملاء ورفاهيتهم. وفي السياق الإماراتي، يكتسب موضوع جودة الخدمة أهمية خاصة في ظل رؤية الدولة 2031 التي تضع رفاهية المواطنين في صميم السياسات الحكومية. وفقًا لدراسة (Al-Neyadi et al. (2018)، فإن تطبيق نموذج SERVQUAL في المستشفيات الإماراتية كشف عن ضعف نسبي في بعد الاستجابة، مقارنة بالأبعاد الأخرى مثل الموثوقية والضمان. هذا يشير إلى أن سرعة الخدمة واستعداد الموظفين للتجاوب مع احتياجات المرضى تمثل تحديًا يتطلب تركيزًا إداريًا خاصًا. كما أشارت دراسة (Ameen et al. (2020) إلى أن تكامل الحكومة الذكية في تقديم الخدمات يمكن أن يساهم في تحسين جودة الخدمة من خلال تسهيل الوصول وسرعة الإجراء.

عند الحديث عن الفرق بين الجودة المتوقعة والجودة المتصورة، فإن الأمر يتعلق بتوقعات العميل التي تتشكل مسبقًا من خلال الإعلانات، التجارب السابقة، أو السمعة الاجتماعية، ومقارنتها بما يتلقاه فعليًا عند استخدام الخدمة. وعندما تكون الخدمة المتصورة مساوية أو تتجاوز التوقعات، فإن ذلك يؤدي إلى رضا العميل، وهو ما يُعد شرطًا أساسيًا لتحقيق الولاء (Cronin, Brady, & Hult, 2000). أما إذا كانت الخدمة دون مستوى التوقع، فإن النتيجة غالبًا تكون شعورًا بالإحباط أو خيبة الأمل، مما ينعكس سلبيًا على الانطباع العام ويدفع العميل إلى البحث عن بدائل.

تواجه عملية قياس جودة الخدمة تحديات عديدة، من أبرزها الطبيعة غير الملموسة للخدمة، وتعدد نقاط الاتصال، وتباين توقعات العملاء. وفقًا لـ (Ladhari (2008)، فإن معظم الدراسات تميل إلى اعتبار جودة الخدمة مفهومًا متعدد الأبعاد يصعب اختزاله في بعد واحد. كما أن الأبعاد المكونة لجودة الخدمة قد تختلف حسب القطاع أو الثقافة المحلية، الأمر الذي يستدعي تصميم أدوات قياس مخصصة تتلاءم مع السياق المدروس. في الإمارات مثلًا، تتأثر تقييمات الجودة بالخصائص الثقافية والاجتماعية مثل التوقع العالي من الجهات الحكومية، والرغبة في المعاملة الكريمة والسريعة.

وقد أشار (Wu (2014) إلى أن إدارة جودة الخدمة تتطلب منهجية مرنة، تجمع بين الأبعاد الكمية (مثل مدة الانتظار ومعدل الأخطاء الطبية) والأبعاد النوعية (مثل المشاعر والانطباعات العامة). وفي ذات السياق، أظهرت

دراسة (2017) Félix أن هناك علاقة طردية قوية بين جودة الخدمة ورضا العملاء في المؤسسات الصحية، وخاصة في ما يتعلق بالاستجابة السريعة والاهتمام الشخصي بالمرضى. على مستوى التطبيقات الحديثة، هناك اهتمام متزايد باستخدام التكنولوجيا لتعزيز جودة الخدمة، مثل أنظمة التقييم الرقمي، وتطبيقات حجز المواعيد، ومنصات التغذية الراجعة الفورية. ووفقاً لدراسة Ashwood et al. (2017)، فإن دمج التكنولوجيا في تجربة العميل الصحية يمكن أن يحسّن من الكفاءة التشغيلية ويقلل من الشكاوى، مما ينعكس بشكل إيجابي على تقييم الجودة.

يظهر من خلال المراجعة النظرية أن جودة الخدمة مفهوم ديناميكي ومتعدد الأبعاد يتطلب تكاملاً بين النظرية والتطبيق. ويُعد نموذج SERVQUAL أداة قياس فعّالة، إلا أنه يحتاج إلى تكيف مستمر ليتناسب مع المتغيرات الثقافية والتنظيمية، خاصة في بيئة مثل دولة الإمارات العربية المتحدة التي تسعى إلى تحقيق الريادة في مؤشرات جودة الحياة ورفاهية المواطنين. ومن هنا تتبع أهمية الدراسة الحالية في استكشاف العلاقة بين أبعاد جودة الخدمة ورفاهية السكان، من خلال المتغير الوسيط لرضا العملاء، في سياق وزارة الصحة الإماراتية، لتقديم نموذج متكامل يستند إلى الأسس النظرية ويدعم السياسات العامة في تحسين جودة الحياة.

2.2.2. نموذج SERVQUAL وأبعاده

نموذج SERVQUAL هو أحد النماذج الأكثر استخداماً وانتشاراً في مجال تقييم جودة الخدمة، وقد تم تطويره من قبل Parasuraman و Zeithaml و Berry في أواخر الثمانينيات، ليصبح لاحقاً حجر الزاوية في دراسات جودة الخدمات في القطاعات الصحية والتعليمية والمالية والسياحية وغيرها. يقوم هذا النموذج على فكرة رئيسية مفادها أن تقييم جودة الخدمة يتم من خلال قياس الفجوة بين توقعات العملاء قبل حصولهم على الخدمة، وإدراكهم الفعلي لها بعد تجربتها. ومن خلال هذه الفجوة تتكوّن الصورة الكلية لجودة الخدمة كما يدركها العميل. في هذا السياق، يتم بناء التقييم حول خمسة أبعاد أساسية تمثل جوانب مختلفة من تجربة العميل، وهي: الملموسية، والموثوقية، والاستجابة، والضمان، والتعاطف. وقد أكدت دراسات متعددة أن هذه الأبعاد تشكّل الإطار النظري الأكثر تماسكاً ومرونة في تفسير جودة الخدمات كما يراها المستفيد.

البعد الأول، الملموسية، يشير إلى العناصر المادية المرتبطة بالخدمة مثل المرافق، المعدات، مظهر العاملين، والمواد المادية الداعمة. في السياق الصحي على سبيل المثال، تُمثل نظافة العيادات والمستشفيات، وحدائق الأجهزة، واحترافية الزي الطبي، مكونات ملموسة تؤثر بشكل كبير على الانطباع الأولي لدى المرضى. وقد أوضحت دراسة Al Hubaishi و Ali (2021) أن البنية التحتية وجودة تجهيزات الرعاية الصحية في إمارة عجمان شكلت أحد أبرز العوامل في تحديد مستوى رضا السكان عن الخدمات الصحية. وتكتسب هذه الأبعاد أهمية متزايدة في الإمارات، خاصة في ظل التنافس المتصاعد بين المؤسسات الصحية على تقديم بيئات علاجية آمنة، تقنية، ومريحة.

أما البعد الثاني، الموثوقية، فهو يعكس قدرة المؤسسة على تقديم الخدمة بطريقة دقيقة ومتناسكة ووفقاً لما تم الوعد به. يتعلق هذا البعد بمدى قدرة النظام الصحي على تنفيذ التزاماته في مواعيد محددة، بدقة وجودة دون تأخير أو أخطاء، وهو أمر جوهري في بيئة الرعاية الصحية التي يُعد فيها الوقت والدقة من العوامل الحاسمة. وقد أشارت دراسة Al-Neyadi et al. (2018) إلى أن الموثوقية تمثل أعلى الأبعاد تأثيراً على رضا المرضى في المستشفيات العامة والخاصة في الدولة، وذلك بسبب علاقتها المباشرة بمفاهيم الثقة والمصداقية التي تؤثر في مشاعر الأمان والثقة لدى المرضى.

البعد الثالث، الاستجابة، يرتبط بالمرونة والسرعة في تقديم الخدمة واستعداد الموظفين لتلبية احتياجات العملاء. وفي قطاع الصحة، يتجلى هذا البعد في مدى قدرة الكوادر الطبية على التعامل الفوري مع الحالات الطارئة، والاستجابة السريعة للاستفسارات أو الشكاوى، وتوفير الدعم النفسي والعملية للمراجعين. تشير نتائج دراسة Ameen et al. (2020) إلى أن تحسين هذا البعد من خلال إدخال الخدمات الذكية، والبوابات الرقمية، وتطبيقات الرعاية الصحية الإلكترونية أسهم في تعزيز كفاءة الاستجابة وخفض وقت الانتظار في مرافق الرعاية الصحية في الإمارات، ما أدى إلى تحسين رضا المستفيدين.

أما الضمان، وهو البعد الرابع، فيشير إلى كفاءة العاملين، مدى معرفتهم، قدرتهم على إيصال الإحساس بالأمان والثقة للمريض، ومدى التزامهم بأداب التواصل والرعاية. وقد برز هذا البعد كعنصر رئيسي في الدراسات التي تناولت تجربة المرضى في الرعاية الصحية في الإمارات، حيث تبين من خلال دراسة Al Hubaishi & Ali

(2022) أن وجود كفاءات بشرية مدربة قادرة على تقديم الشروحات الصحية بشكل واثق ومهني أدى إلى تحسين انطباعات المرضى، وزيادة شعورهم بالراحة والطمأنينة.

التعاطف هو البعد الخامس والأخير، ويعكس قدرة المؤسسة على توفير خدمة إنسانية مخصصة تُظهر اهتمامًا شخصيًا بالعملاء. في السياق الصحي، يشمل ذلك المعاملة الودودة، القدرة على الاستماع لمشاكل المرضى، مراعاة مشاعرهم واحتياجاتهم الفردية، وتقديم الرعاية بطريقة شخصية. وقد أوضحت دراسة Bodolica & Spraggon (2019) أن المؤسسات الصحية التي تعزز مناخ التعاطف داخل فرقها الطبية تحقق مستويات أعلى من الثقة والارتباط العاطفي مع المرضى، مما يعزز نية العودة وإعادة التوصية بالخدمة للآخرين.

وبالنظر إلى التطبيقات العملية لهذا النموذج، فقد تم استخدامه في مجموعة واسعة من القطاعات، وشكل قاعدة بيانات معيارية لفهم جودة الخدمات من منظور المستفيدين. في القطاع البنكي، على سبيل المثال، استخدمت دراسات مثل تلك التي أجراها Ali & Raza (2017) هذا النموذج لتقييم جودة خدمات البنوك الإسلامية، وقد وجدت أن أبعاد الموثوقية والضمان كانت الأكثر تأثيرًا على رضا العملاء. وفي قطاع التعليم العالي، أظهرت دراسة Ali et al (2016) حول الجامعات الماليزية أن SERVQUAL كان أداة فعالة لفهم تجارب الطلبة الدوليين وتحسين الخدمات الأكاديمية والإدارية. أما في قطاع الطيران، فأثبتت دراسة Brochado et al (2019) أن استخدام أبعاد النموذج ساعد في تطوير استراتيجيات التسويق وتحسين تجربة المسافرين.

في القطاع الصحي، كانت أهمية نموذج SERVQUAL أكثر وضوحًا، لاسيما في الدراسات التي تركز على جودة الرعاية الصحية كما يدركها المرضى. وفي الإمارات العربية المتحدة تحديدًا، تم استخدام هذا النموذج بشكل موسع لتقييم وتحسين جودة الخدمات الصحية. دراسة Meesala & Paul (2018) في المستشفيات العامة أظهرت أن جودة الخدمة وفقًا لأبعاد النموذج تؤثر بشكل مباشر على ولاء المرضى ورضاهم، وخصوصًا عند توافر البعدين المرتبطين بالضمان والتعاطف. كما أوضحت دراسة أخرى لـ Alsaadi et al. (2019) أن المؤسسات الصحية في الخليج قادرة على استخدام النموذج لتكييف استراتيجياتها وتحسين الأداء التشغيلي عبر التحول الرقمي.

وفي السياق الإماراتي، يُظهر نموذج SERVQUAL مرونة عالية في التكيف مع الخصائص الثقافية والتنظيمية. على سبيل المثال، لا يُقاس بُعد الاستجابة فقط بالسرعة، بل أيضًا بإتاحة الخدمة بعدة لغات، وتوفير

خصوصية عالية في التفاعل مع المرضى، وهو ما أشار إليه (Ali et al. (2016) كجزء من تكيف SERVQUAL في بيئات متعددة الثقافات. كما أكد (Felix (2017) على أن تطبيق هذا النموذج في بيئات ذات طابع رسمي وثقافي متنوع، مثل الإمارات، يستوجب مراجعة دورية لبنود الاستبانة بما يتناسب مع الحساسيات الثقافية والدينية والاجتماعية.

ولعل أحد أبرز مميزات النموذج هو قابليته للاستخدام كنظام تشخيصي يكشف نقاط القوة والضعف في أداء المؤسسة. فقد بينت دراسة (Kontogeorgos et al. (2014) في وزارة الزراعة اليونانية أن النموذج أتاح الفرصة لإعادة هيكلة العمليات، وتوجيه الموارد نحو الأبعاد ذات التأثير الأكبر على الرضا العام. كذلك في دراسة (Martínez & Martínez (2010)، تم التأكيد على إمكانية دمج أبعاد SERVQUAL مع نماذج تقييم الأداء المؤسسي لتكوين منظومة متكاملة للرقابة والتحسين المستمر.

في الإمارات، تتطلب الرؤية الوطنية للدولة، التي تضع رفاهية المواطن ورضاه في صلب أهدافها، استخدام أدوات قياس دقيقة وعلمية تساعد على تحسين جودة الخدمات. ولذلك، فإن اعتماد نموذج SERVQUAL في قياس جودة الرعاية الصحية لا يحقق فقط غايات بحثية، بل يُعد أداة استراتيجية بيد صناع القرار في وزارة الصحة لتوجيه السياسات والبرامج بشكل أدق. كما تسهم نتائج القياس في تغذية منظومات التقييم الحكومي وتعزيز مؤشرات التنافسية العالمية التي تسعى الإمارات إلى التميز فيها.

ومن جهة أخرى، ورغم الانتشار الواسع لاستخدام النموذج، إلا أن بعض الدراسات نبهت إلى ضرورة توخي الحذر عند تعميم نتائجه. فمثلاً، قد لا يكون لكل بعد من الأبعاد الخمسة نفس الوزن في كل بيئة أو ثقافة، كما أن الإدراك الفردي لجودة الخدمة يتأثر بعوامل مثل الخلفية التعليمية، والمستوى الصحي، والعمر، وهو ما أشار إليه (Grönroos (2007) في طرحه حول الفرق بين الجودة المتوقعة والجودة المدركة. وبذلك، فإن الاستخدام الأمثل للنموذج يتطلب معاييرته دورياً، وضمان تطابقه مع توقعات العملاء المتغيرة والبيئات التنظيمية المتجددة.

بناءً على ما سبق، يُمكن القول إن نموذج SERVQUAL لا يزال يحتفظ بقيمته العلمية والتطبيقية في مجال تقييم جودة الخدمة، خاصة في القطاع الصحي، وذلك بفضل بساطته المفاهيمية، وشموليته، وقدرته على الربط بين التوقعات والتجربة الفعلية. وفي السياق الإماراتي، تبرز الحاجة إلى اعتماد هذا النموذج ضمن إطار تكاملي يشمل نظم التقييم الحكومي، ورؤية الدولة المستقبلية، وجهودها نحو تطوير قطاع صحي وطني يتمتع بالثقة والكفاءة

والإنسانية في آنٍ واحد. ويظلّ التطبيق السليم لهذا النموذج مرهوناً بقدرة المؤسسات الصحية على فهم أبعاده وتكييف أدواته بما يتماشى مع احتياجات المواطنين وتطلعاتهم، وبما يدعم الهدف الأسمى المتمثل في تحقيق جودة حياة مستدامة وشاملة.

2.2.3 النظريات المرتبطة بجودة الخدمة

2.2.3.1 نظرية رضا العملاء

نظرية رضا العملاء تُعد من أبرز النظريات التي تشكل الأساس المفاهيمي في تفسير العلاقة بين جودة الخدمة ورضا المستفيدين منها، وقد اكتسبت أهمية خاصة في مجالات الإدارة، التسويق، والقطاع الصحي تحديداً. تعتمد هذه النظرية على فرضية جوهرية مفادها أن رضا العملاء ينشأ نتيجة مقارنة الفرد بين توقعاته المُسبقة حول الخدمة وبين الأداء الفعلي الذي تلقاه عند الحصول عليها. وبناءً عليه، فإنّ رضا العميل يتولد إذا كانت التجربة مساوية لتوقعاته أو تفوقها، أما إذا جاءت دون التوقعات، فإنّ ذلك يؤدي إلى حالة من عدم الرضا (Oliver, 1993; Zeithaml et al., 1980).

تقوم هذه النظرية على مبدأ "عدم الاتساق المعرفي" (Disconfirmation Paradigm)، والذي يعني أن مستوى رضا العميل يتحدد بناءً على الفرق بين ما توقعه قبل الخدمة وما حصل عليه بالفعل. إذا كانت الخدمة المقدمة متوافقة مع التوقعات أو تتجاوزها، فذلك يؤدي إلى تأكيد إيجابي للتوقعات (positive disconfirmation)، مما يعزز الرضا والولاء. أما في حال كانت جودة الخدمة أقل من المتوقع، فإنّ ذلك يؤدي إلى خيبة أمل (negative disconfirmation) تنعكس في مشاعر الاستياء، وقد تؤدي إلى تغيير السلوك الشرائي أو طلب الخدمة في المستقبل (Oliver, 1993; Caruana, 2002).

في السياق الصحي، تُعد هذه النظرية أساسية في تفسير تفاعل المرضى مع الخدمات الطبية، حيث يتمحور رضا المرضى حول عدة عوامل منها وقت الانتظار، التعامل مع الطاقم الطبي، فهم وتفسير الإجراءات العلاجية، توفر الأجهزة الطبية، والاستجابة السريعة للحالات الطارئة. تشير دراسة (Meesala and Paul, 2018) إلى أن تطبيق نظرية رضا العملاء في المستشفيات أتاح للمؤسسات الصحية إمكانية تقييم أداء خدماتها من خلال فهم

الفجوة بين توقعات المرضى والخدمات المقدمة فعليًا، مما ساعد في تطوير سياسات تحسين تجربة المريض، لا سيما في البيئة الخليجية.

كما تُظهر الأدبيات الحديثة أن العلاقة بين جودة الخدمة ورضا العملاء ليست دائمًا خطية، بل يمكن أن تتأثر بعوامل وسيطة مثل ثقة العملاء، إدراكهم للقيمة، الولاء، والخبرة السابقة في التعامل مع الخدمة. فعلى سبيل المثال، دراسة (Wu (2014) أوضحت أن جودة الخدمة العالية لا تؤدي بالضرورة إلى رضا عالٍ إن لم تكن مصحوبة بإحساس عاطفي إيجابي أو بتجربة إنسانية متكاملة، وهو ما يجعل تجربة الخدمة الصحية معقدة ومتعددة الأبعاد.

وتُبرز النظرية أيضًا أهمية الأبعاد النفسية والاجتماعية في تقييم جودة الخدمة. فالعوامل غير الملموسة مثل الاحترام، التعاطف، والتواصل الفعال تلعب دورًا بارزًا في تكوين الانطباع العام لدى العميل. وقد أشار (Delcourt et al. (2013 إلى أن الموظفين الذين يتمتعون بالكفاءة العاطفية، كقدرتهم على بناء علاقات ودية مع العملاء، يحققون معدلات رضا أعلى، حتى عندما تكون جودة الخدمة المادية متوسطة، ما يشير إلى الدور الحيوي للجانب الإنساني في خدمات الصحة العامة.

وفي تطبيقاتها ضمن منظومة الرعاية الصحية الإماراتية، أظهرت دراسة (Al Hubaishi and Ali (2022 أن نظرية رضا العملاء تفسر بشكل دقيق الفروقات بين التقييمات التي يقدمها السكان المحليون للخدمات الصحية العامة مقارنة بالوافدين، وذلك بسبب اختلاف التوقعات بين المجموعتين. كما بيّنت أن المؤسسات الصحية التي تتبنى نموذجًا تفاعليًا لتطوير الخدمة – يأخذ في الاعتبار تغذية راجعة مباشرة من المرضى – تحقق مستويات أعلى من رضا المستفيدين وتبني سمعة أقوى في المجتمع المحلي.

من الناحية التطبيقية، فإن نظرية رضا العملاء تُعد مرجعًا مهمًا في تصميم استبيانات تقييم الخدمة، إذ تركز على محاور تشمل الموثوقية، السرعة، الوضوح في التواصل، الكفاءة، والاهتمام الفردي. وقد تم تضمين هذه المحاور في نماذج القياس مثل SERVQUAL وSERVPERF، التي بدورها تُستخدم على نطاق واسع في تقييم أداء المستشفيات والعيادات. في دراسة أجراها (Parasuraman et al. (1988، تم إثبات وجود علاقة سببية واضحة بين تحسن هذه الأبعاد ومستوى الرضا العام للعملاء، مما يعزز مصداقية النظرية في التطبيقات الواقعية.

وتكمن أهمية هذه النظرية في أنها لا تُستخدم فقط لتقييم الرضا، بل تُعد أداة تنبؤية مهمة لسلوك العملاء المستقبلي، إذ أن العملاء الراضين هم أكثر احتمالاً للبقاء مخلصين للعلامة التجارية، وإعادة استخدام الخدمة، والتوصية بها للآخرين، كما بيّن (Bowen and Chen (2001). هذا البعد السلوكي يجعل النظرية محورية في استراتيجيات إدارة الجودة والتحسين المستمر، خاصة في مؤسسات الصحة العامة التي تسعى إلى تعزيز رضا المواطنين ضمن أهدافها الاستراتيجية.

من جهة أخرى، فإن النقد الرئيسي الموجه لهذه النظرية يتمثل في افتراضها أن التوقعات مستقرة وواضحة، في حين أن الواقع يشير إلى أن توقعات العملاء قد تكون غير محددة أو متغيرة أو غير واقعية في بعض الأحيان، كما نبه إلى ذلك (Grönroos (2007). ومع ذلك، فإن العديد من الدراسات حاولت التكيّف مع هذا التحدي من خلال إدخال نماذج أكثر تطوراً تدمج بين تقييم الأداء الفعلي وتوقعات العملاء وتجربتهم العاطفية.

بالمجمل، فإن نظرية رضا العملاء تمثل إطاراً نظرياً متيناً يساعد الباحثين والممارسين في فهم تفاعلات العملاء مع الخدمات الصحية، كما توفر أساساً منطقياً لبناء سياسات تحسين الخدمة بما يضمن مواءمتها مع التوقعات المجتمعية. وفي سياق وزارة الصحة في الإمارات العربية المتحدة، تكتسب هذه النظرية أهمية خاصة كونها تدعم الجهود الوطنية الرامية إلى تعزيز جودة الحياة وتحقيق رفاهية السكان كجزء من رؤية الإمارات 2031، وتساعد في بناء نموذج صحي مستدام يعتمد على رضا المستفيد كمؤشر رئيسي للنجاح المؤسسي.

2.2.3.2. نظرية الرضا والتفاوت (Disconfirmation Theory)

تُعد نظرية الرضا والتفاوت (Disconfirmation Theory) من أهم الأطر النظرية التي تُستخدم لفهم كيفية تكوّن رضا العملاء أو المستفيدين من الخدمات، وقد حظيت باهتمام واسع في مجالات الإدارة، التسويق، والخدمات الصحية تحديداً. تنطلق هذه النظرية من فرضية جوهرية مفادها أن رضا الأفراد لا يتكون فقط من جودة الأداء المقدم، وإنما من المقارنة العقلانية بين الأداء الفعلي وتوقعاتهم المسبقة عن هذه الخدمة. بعبارة أخرى، يُقاس رضا الفرد من خلال تقييمه لما إذا كانت الخدمة التي حصل عليها متوافقة، أقل، أو أعلى من التوقعات التي كان يحملها قبل تلقي الخدمة (Oliver, 1980; Zeithaml et al., 1993).

يتكون المفهوم الأساسي لنظرية التفاوت من ثلاث حالات رئيسية. الحالة الأولى هي "التوافق" (confirmation) عندما يتلقى العميل خدمة تطابق توقعاته، ما يؤدي غالباً إلى رضا محايد أو معتدل. الحالة الثانية هي "التفاوت الإيجابي" (positive disconfirmation)، والتي تحدث عندما يتجاوز الأداء الفعلي توقعات العميل، ما ينتج عنه رضا عالٍ وربما ولاء مستقبلي. أما الحالة الثالثة فهي "التفاوت السلبي" (negative disconfirmation)، حيث تكون الخدمة دون المستوى المتوقع، وتُعد هذه الحالة السبب الرئيس في ظهور مشاعر الاستياء وعدم الرضا (Oliver, 1993).

في سياق الخدمات الصحية، اكتسبت هذه النظرية أهمية متزايدة، إذ تُستخدم لفهم ردود فعل المرضى تجاه جودة الخدمات الطبية. على سبيل المثال، المرضى الذين يدخلون إلى مستشفى عام قد تكون لديهم توقعات معينة مرتبطة بسرعة الخدمة، مستوى الاهتمام، أو دقة التشخيص. فإذا تم تقديم الخدمة بطريقة تفوق هذه التوقعات، فإن النتيجة المرجحة هي رضا قوي، أما إذا كانت التجربة دون المتوقع، فقد ينتج عنها شكوى أو فقدان الثقة. وقد أوضحت دراسة Meesala and Paul (2018) أن هذه النظرية ساعدت في تفسير الفروقات بين رضا المرضى في المستشفيات الحكومية والخاصة، حيث يتأثر الرضا أكثر بمستوى التوقعات الأولية مقارنة بالأداء فقط. أحد الأبعاد المميزة لهذه النظرية هو أنها تعترف بتعدد مصادر التوقعات، والتي قد تتشكل من تجارب سابقة، توصيات الأهل والأصدقاء، الحملات الإعلامية، أو حتى السمعة المؤسسية. لذا فإن فهم السياق الاجتماعي والثقافي للمستفيدين يعد ضرورياً لتفسير مستوى التفاوت بدقة. وفي حالة الإمارات العربية المتحدة، حيث تتباين الخلفيات الثقافية للمرضى ما بين المواطنين والمقيمين من جنسيات متعددة، فإن التوقعات تجاه الخدمة الصحية قد تكون غير متجانسة، مما يجعل قياس "التفاوت" معقداً ويتطلب نماذج مخصصة لكل فئة سكانية (Al Hubaishi & Ali, 2022).

كذلك، فإن النظرية تؤكد على أن التفاوت الإيجابي لا يكفي لتحقيق رضا دائم، إذ أن تكرار نفس المستوى من الخدمة، حتى لو كان جيداً، قد لا يحقق نفس التأثير إذا ارتفعت التوقعات بمرور الوقت. يُعرف هذا في الأدبيات باسم "تأثير التكيف التوقعي"، حيث يُعاد ضبط سقف التوقعات بناءً على التجارب السابقة، ما يفرض على الجهات المقدمة للخدمة تطوير مستمر في أدائها للحفاظ على نفس مستوى الرضا أو رفعه (Oliver & Swan, 1989).

من الناحية التطبيقية، تُستخدم هذه النظرية في تصميم أدوات التقييم مثل استبيانات رضا المرضى، حيث يتم مقارنة التوقعات مع التجربة الفعلية عبر مؤشرات متعددة مثل وقت الانتظار، التعامل المهني، وضوح الإجراءات، وبيئة الخدمة. كما يمكن تطبيقها لتحليل الفجوات في نموذج SERVQUAL، والذي بدوره يعتمد على مقارنة الجودة المتوقعة بالجودة المتصورة عبر أبعاده الخمسة: الملموسية، الموثوقية، الاستجابة، الضمان، والتعاطف (Parasuraman et al., 1988).

وتشير نتائج عدد من الدراسات، مثل دراسة Cui et al. (2003) ودراسة Brady & Cronin (2001)، إلى أن نظرية التفاوت تلعب دورًا جوهريًا في تفسير السلوك اللاحق للعملاء مثل إعادة الاستخدام، الولاء، أو التوصية بخدمات المؤسسة للآخرين. وهذا ما يضع النظرية في قلب السياسات التسويقية وتحسين الجودة المؤسسية، إذ أن التفاوت السلبي المستمر يُعد مؤشرًا على ضعف الجودة أو خلل في إدارة توقعات العملاء.

ورغم أن النظرية تُعد من بين الأكثر استخدامًا في تقييم الرضا، إلا أنها لا تخلو من النقد. من أبرز الانتقادات أنها تفترض عقلانية كاملة في سلوك العملاء، أي أنهم يقارنون فعليًا بين توقعاتهم وتجربتهم بطريقة تحليلية، وهو ما لا ينطبق دائمًا في الواقع. كما أن مشاعر الرضا لا تتشكل دائمًا فورًا بعد تقديم الخدمة، بل قد تتأثر بعوامل لاحقة مثل نتائج العلاج أو التجربة الكلية بعد الخروج من المنشأة الصحية (Nyer, 1996).

مع ذلك، تُعد نظرية الرضا والتفاوت حجر الزاوية في تحليل جودة الخدمات، خاصة في السياقات الخدمية التي تتضمن تفاعلًا إنسانيًا مباشرًا كما هو الحال في قطاع الصحة. وفي إطار سعي وزارة الصحة في الإمارات لتحقيق مستويات عالية من رضا السكان ورفاههم كجزء من الأجندة الوطنية لرؤية 2031، فإن اعتماد هذه النظرية يُشكل ركيزة مهمة لفهم كيف يمكن لتوقعات المواطنين والمقيمين أن تُشكل تجربتهم مع النظام الصحي، وكيف يمكن للمؤسسات أن تتعامل استباقيًا مع تلك التوقعات لضمان رضا مستدام وشامل.

2.2.3.3 نظرية القيم المدركة (Perceived Value Theory)

نظرية القيم المدركة (Perceived Value Theory) تُعد من أبرز النظريات التي تفسر سلوك الأفراد في تقييمهم للخدمات أو المنتجات، وهي تركز على الفكرة الأساسية بأن رضا العملاء أو المستفيدين لا يتشكل فقط بناءً على الأداء الفعلي للخدمة، بل يتحدد أيضًا من خلال القيمة التي يدركون أنهم يحصلون عليها مقابل ما يدفعونه من

جهد، وقت، مال، أو حتى تكلفة نفسية. يُنظر إلى هذه القيمة على أنها "حكم عام" يصدره العميل بناءً على مقارنة المنفعة المتوقعة من الخدمة مع التكاليف المبذولة للحصول عليها (Zeithaml, 1988؛ Cronin et al., 2000). في السياق الصحي، وخاصة ضمن الخدمات الحكومية مثل وزارة الصحة في دولة الإمارات العربية المتحدة، تكتسب هذه النظرية أهمية مضاعفة. فالمرضى، سواء مواطنين أو مقيمين، يقيّمون الخدمات الصحية من منطلق ما إذا كانت التجربة التي خاضوها تستحق الجهد المبذول، مثل وقت الانتظار، تكلفة الوصول، ومقدار الاهتمام الذي تلقوه من الكادر الطبي، مقارنةً بجودة العلاج أو الراحة النفسية الناتجة عنه. وبناءً على ذلك، تُعد القيمة المدركة أحد المحددات الأساسية للرضا، ومن ثم الولاء للخدمة الصحية (Meesala & Paul, 2018؛ Al Hubaishi & Ali, 2022).

تتميز القيم المدركة بأنها ذات طبيعة متعددة الأبعاد، وقد تتضمن القيمة الاقتصادية (مثل التوفير في التكاليف أو التأمين المجاني)، والقيمة الوظيفية (مثل كفاءة التشخيص والعلاج)، والقيمة الاجتماعية (مثل مكانة المؤسسة الصحية وسمعتها)، والقيمة العاطفية (مثل الإحساس بالاهتمام، الراحة، أو الأمان أثناء تلقي الخدمة) (Chang & Wang, 2011؛ Iglesias et al., 2019). وتختلف أهمية هذه الأبعاد تبعًا لطبيعة الجمهور المستهدف، وخصائصهم الثقافية والاقتصادية، وهذا ما يجعل قياس "القيمة المدركة" معقدًا ولكنه ضروري في النماذج الحديثة لتقييم الخدمات. وفقًا للدراسات الحديثة، فإن العلاقة بين جودة الخدمة والقيمة المدركة ليست دائمًا خطية، بل قد تتأثر بعدد من العوامل الوسيطة مثل التوقعات السابقة، مستوى التعليم، أو حتى درجة الطوارئ في الخدمة (Bi et al., 2020؛ Lien et al., 2017). فعلى سبيل المثال، قد يدرك مريض يتلقى علاجًا طارئًا بأن القيمة عالية جدًا حتى لو كانت بيئة الانتظار غير مريحة، لأنه يُعطي الأولوية للسرعة والنتائج على حساب الجوانب المادية أو العاطفية. وتُشير النظرية إلى أن تحسين القيمة المدركة لا يقتصر على تحسين جودة الأداء، بل يشمل أيضًا تقليل التكاليف أو المجهود المبذول من جانب العميل. في القطاع الصحي الإماراتي، يمكن تطبيق ذلك عبر استخدام التكنولوجيا في تقليل وقت الانتظار، توفير الاستشارات عبر الإنترنت، أو ضمان شمولية التأمين الصحي لفئات أوسع من السكان، بما يرفع من القيمة المدركة بشكل عام (Ameen et al., 2020؛ Alsaadi et al., 2018).

بالإضافة إلى ذلك، فإن القيم المدركة تُعتبر متغيرًا وسيطًا في العلاقة بين جودة الخدمة ورضا العملاء، وقد تُستخدم أيضًا كمتغير تفسيري لسلوكيات ما بعد الخدمة مثل إعادة الاستخدام أو التوصية بالمنشأة الصحية للآخرين. دراسة Wu (2014) أظهرت أن إدراك المرضى للقيمة كان العامل الأقوى تأثيرًا على نوايا العودة المستقبلية، حتى أكثر من بعض عناصر الجودة التقنية.

وقد أثبتت هذه النظرية فعاليتها في تطبيقات مختلفة في القطاع الصحي بدولة الإمارات، كما في دراسة Alnuaimi et al. (2021) التي بينت أن القيمة المدركة كانت متغيرًا حاسمًا في فهم مدى رضا سكان الإمارات عن الخدمات العامة الصحية، خصوصًا عندما اقترنت بمقاييس الجودة المدركة مثل الموثوقية والتعاطف. رغم أن النظرية تحظى بقبول واسع، إلا أن بعض الباحثين يشيرون إلى صعوبات في قياس القيمة المدركة نظرًا لطبيعتها الذاتية وتعدد مصادرها (Bitner, 1990؛ Bagozzi, 2011). ففي سياقات متعددة الثقافات مثل الإمارات، قد تختلف معايير التقييم ما بين مواطني الإمارات ومقيم أجنبي من جنوب آسيا أو أوروبا، ما يتطلب أدوات قياس مرنة وقابلة للتكيف حسب الخصوصية السكانية.

من الناحية العملية، تدعم هذه النظرية صانعي القرار في وزارة الصحة في الإمارات في تصميم سياسات أكثر استجابة لاحتياجات السكان، من خلال تحليل كيف يُدرك الناس قيمة الخدمات الصحية، وما هي العوامل التي تعزز هذه القيمة من منظور السكان. فعلى سبيل المثال، الاستثمار في خدمات رقمية ميسرة، أو تحسين بيئة الانتظار، أو تدريب الكوادر الصحية على مهارات التعاطف والتواصل، كلها عناصر تعزز القيمة المدركة وتنعكس على الرضا العام ورفاهية السكان (Abbas, 2020؛ Bodolica & Spraggon, 2019).

2.2.3.4 نظرية جودة الحياة والرفاهية (Well-being Theories).

تُعدّ نظرية جودة الحياة والرفاهية (Well-being Theories) من الأطر النظرية الأساسية في فهم الكيفية التي تؤثر بها الخدمات العامة، بما فيها الصحية، على حياة الأفراد والمجتمعات. وهي تستند إلى مجموعة من التوجهات الفلسفية والنفسية والاجتماعية التي تركز على ما يجعل حياة الإنسان جيدة ومُرضية. يُنظر إلى الرفاهية على أنها أكثر من مجرد غياب المرض أو تلبية الحاجات الأساسية، بل هي حالة من الرضا العام عن الحياة تشمل الجوانب الجسدية، النفسية، الاجتماعية، والبيئية (Martela et al., 2018؛ Reeskens & Vandecasteele, 2017).

في السياق المعاصر، تميزت نظريات الرفاهية بين مدخلين رئيسيين: المدخل الذاتي (Subjective Well-being) والمدخل الموضوعي (Objective Well-being). المدخل الذاتي يُعنى بمشاعر الأفراد وتقييماتهم لحياتهم مثل الرضا، السعادة، والتوازن العاطفي، بينما يُركز المدخل الموضوعي على الظروف الحياتية المحيطة، مثل الدخل، التعليم، الصحة، وجودة الخدمات المقدّمة. وقد دعت منظمات عالمية كالأمم المتحدة والبنك الدولي إلى تبني مؤشرات الرفاهية كمكمل لمؤشرات النمو الاقتصادي، مما يعكس تحولاً في فهم التنمية إلى مفهوم أكثر شمولية (World Happiness Report, 2023).

تطبيق هذه النظرية في القطاع الصحي يُظهر أن خدمات الرعاية الصحية لا تُقيّم فقط من خلال كفاءتها الطبية أو فعاليتها في علاج الأمراض، بل أيضاً من خلال مدى إسهامها في تعزيز جودة الحياة الشاملة للمستفيدين. فعلى سبيل المثال، لا يُنظر إلى الانتظار الطويل أو نقص التواصل مع الطاقم الطبي كمشكلات إدارية فحسب، بل كعوامل تؤثر سلباً على الحالة النفسية للمريض، وبالتالي على شعوره بالرفاهية (Meesala & Paul, 2018؛ Bodolica & Spraggon, 2019).

في السياق الإماراتي، يتوافق تبني هذه النظرية مع التوجهات الاستراتيجية للدولة التي أولت أهمية قصوى لمفاهيم الرفاه والسعادة، لدرجة إنشاء وزارة معنية بسعادة المجتمع. وقد أوضحت تقارير مثل "تقرير السعادة العالمي" أن العلاقة بين جودة الخدمات العامة ورفاهية السكان في دولة الإمارات هي علاقة مباشرة، حيث تلعب الخدمات الصحية عالية الجودة دوراً محورياً في تعزيز الرضا العام والشعور بالأمان الاجتماعي (Al Hubaishi & Ali, 2022؛ Razzak et al., 2022).

وتشير العديد من الدراسات إلى أن الخدمات الصحية التي تُصمم وتُنفذ بطريقة تعزز كرامة الإنسان، وتحترم خصوصيته، وتوفر له الراحة النفسية، تسهم بشكل مباشر في تحسين جودة الحياة، حتى في ظل وجود أمراض مزمنة أو تحديات صحية طويلة الأمد (Budianto, 2019؛ Wu, 2014). وهذا ما يجعل من الرفاهية متغيراً لا غنى عنه في أي نموذج يهدف إلى تقييم فعالية وجودة الرعاية الصحية، خصوصاً في المؤسسات الحكومية التي تمثل الجهة الأساسية المسؤولة عن تحسين مستوى معيشة المواطنين.

من الناحية العملية، يمكن اعتبار نظرية جودة الحياة والرفاهية إطاراً إرشادياً لصانعي القرار في وزارة الصحة الإماراتية لتقييم نجاح السياسات الصحية ليس فقط من خلال مؤشرات الأداء التقليدية، بل أيضاً من خلال آثار

هذه السياسات على رفاهية السكان. وهذا يشمل، على سبيل المثال، تقييم البرامج الصحية من حيث قدرتها على تقليل التوتر، تحسين تجربة المريض، ودعم الصحة النفسية والاجتماعية.

علاوة على ذلك، فإن العلاقة بين جودة الخدمة الصحية والرفاهية ليست فقط تأثيراً مباشراً، بل قد تكون وسيطة أو تفاعلية، بحيث تؤثر جودة الخدمة على رضا الأفراد، والذي بدوره يُسهم في تعزيز رفاهيتهم. وقد دعمت دراسات حديثة هذه الفرضية، مشيرة إلى أن رضا العملاء يمثل متغيراً وسيطاً بين جودة الخدمة والرفاهية المدركة، مما يفرض تبني نماذج تحليلية تأخذ هذا التسلسل بعين الاعتبار (Felix, 2017؛ Abbas, 2020).

وبما أن الرفاهية مفهوم متعدد الأبعاد، فإنه لا يمكن تحسينه عبر بعد واحد فقط من أبعاد الخدمة، بل يتطلب تدخلاً استراتيجياً على جميع أبعاد نموذج SERVQUAL، من الملموسية وحتى التعاطف. وقد أظهرت دراسة Alnuaimi et al. (2021) أن التحسينات في بعد "التعاطف" على وجه الخصوص كان لها الأثر الأكبر في رفع شعور المرضى بالكرامة والاحترام، وهو ما يرتبط ارتباطاً مباشراً بجودة الحياة.

2.2.4. ملخص نظري

جدول رقم 2.1: ملخص نظري للنظريات المستخدمة

النظرية	مجال التطبيق	المنهجية المستخدمة	نقاط القوة	القيود
نظرية رضا العملاء	تقييم العلاقة بين جودة الخدمة ومدى رضا العملاء	تحليل إدراكي وسلوكي مبني على استبيانات وتقييمات مباشرة	توفر إطاراً لفهم سلوك المستهلك وردود فعله تجاه الخدمة؛ قابلة للتطبيق على مختلف القطاعات	لا تأخذ في الاعتبار العوامل الخارجية مثل البيئة أو الثقافة؛ قد لا تميز بدقة بين الرضا المؤقت والدائم
نظرية التناقض (Disconfirmation)	مقارنة بين التوقعات السابقة وتجربة العميل الفعلية للخدمة	المقارنة بين "التوقع" و"الإدراك" من خلال مقاييس كمية	تساعد في تفسير أسباب الرضا أو عدم الرضا؛ تركز على الفجوة بين الواقع والتوقع	تعتمد بشدة على دقة صياغة التوقعات؛ لا تفسر دائماً أسباب الفجوة أو السياق المحيط بها
نظرية القيم المدركة	فهم كيف يوازن العملاء بين الفوائد المدركة والتكاليف المدفوعة للخدمة	تحليل إدراكي قائم على تصور القيمة النسبية للخدمة	تفسر قرار العميل بالبقاء أو الانسحاب؛ مرنة ويمكن دمجها مع نماذج أخرى مثل الرضا والولاء	يصعب قياس القيمة المدركة بدقة؛ تتأثر بالعوامل الشخصية والثقافية بشكل كبير
نظرية الرفاهية وجودة الحياة	تحليل تأثير الخدمات على الجوانب النفسية والاجتماعية والصحية للفرد	مقاييس مركبة تشمل الرضا العام، الحالة النفسية، جودة الحياة	تقدم رؤية شاملة حول الأثر الحقيقي للخدمات على حياة الأفراد؛	

2.3. الجزء الثاني: الدراسات التجريبية (Empirical Studies)

2.3.1. جودة الخدمة في الرعاية الصحية عالمياً (2021-2025)

تشهد جودة الرعاية الصحية اهتماماً عالمياً متزايداً، حيث تسعى الأنظمة الصحية في مختلف الدول إلى تحسين مستوى الخدمات الصحية استجابةً لتزايد التحديات المتعلقة بتوقعات المرضى واحتياجاتهم الصحية المعقدة. وقد أثبتت الأدبيات الحديثة أن جودة الخدمة الصحية تُعدّ عاملاً حاسماً في تعزيز رضا المرضى وولائهم، مما ينعكس بدوره على فاعلية النظم الصحية واستدامتها (Meesala & Paul, 2018؛ Alsaadi et al., 2019).

ركزت الدراسات التجريبية المنشورة بين عامي 2021 و2025 على تحليل الأبعاد المختلفة لجودة الخدمة باستخدام نماذج مثل SERVQUAL وغيره من أدوات القياس الكمية. من أبرز الأبحاث في هذا المجال، دراسة قام بها Bi et al. (2020) حيث فحصت التأثير غير المتمائل لأداء خصائص الخدمة على رضا المرضى في قطاع الضيافة الصحية. أوضحت الدراسة أن الأبعاد غير الملموسة مثل التعاطف والموثوقية تؤثر بشكل كبير على رضا العملاء أكثر من الأبعاد المادية. وقد اعتمد الباحثون في هذه الدراسة على تحليل الانحدار المتعدد وتحليل تأثير الأداء باستخدام منهجية Kano ونموذج تحليل التباين.

وفي دراسة حديثة أخرى أجراها Abdar et al. (2021)، تم تطبيق تقنيات التقييم الديناميكي لتقدير جودة الخدمة في المستشفيات التعليمية في ظل ظروف عدم اليقين. استخدم الباحثون أدوات قياس مثل النماذج الاحتمالية والاستدلال الإحصائي المستند إلى الذكاء الاصطناعي لتقييم الكفاءة السريرية والوظيفية وتفاعل المريض. أشارت النتائج إلى أن الاعتماد على أدوات التقييم الديناميكي ساعد في تحسين قرارات الإدارة الصحية وزيادة موثوقية تقييم الأداء الطبي.

وقد أظهرت دراسة Aryadoust (2023) الحاجة إلى تجديد أدوات القياس المستخدمة في تقييم الجودة لتكون أكثر ملاءمة للبيئات المعاصرة، لا سيما في ظل التطورات التكنولوجية وزيادة الطلب على الخدمات الرقمية في الرعاية الصحية. واستندت الدراسة إلى تحليل نقدي لمقاييس الاعتماد الحالية وخلصت إلى أن SERVQUAL على الرغم من شيوعه، إلا أنه يحتاج إلى تحديث ليعكس تطورات مفاهيم الخدمة والابتكار في القطاع الصحي، خاصة في ما يتعلق بقياس الاستجابة والموثوقية في البيئات الرقمية.

بالإضافة إلى ذلك، أظهرت دراسات في الشرق الأوسط، مثل دراسة (Isa and Kiumarsi 2019) والتي تناولت تأثير التكنولوجيا الذاتية في تحسين جودة الخدمة البريدية، إمكانية نقل أدوات مثل SERVQUAL إلى قطاعات متنوعة بما في ذلك الصحة، شريطة مواعمتها ثقافيًا. وتوصي هذه الدراسات بدمج القيم الثقافية وسياقات الخدمة المحلية ضمن نماذج القياس لضمان نتائج دقيقة وفعالة.

ومن ناحية المنهجية، اتجهت معظم الدراسات الحديثة إلى استخدام نمذجة المعادلات الهيكلية (SEM)، وخاصة PLS-SEM، لتقدير علاقات التأثير بين الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة (الملموسية، الموثوقية، الاستجابة، الضمان، والتعاطف) ورضا المرضى وجودة الحياة المدركة لديهم (Alnuaimi et al., 2021؛ Awadhi et al., 2021). على سبيل المثال، استخدمت دراسة Alnuaimi et al (2021) استنباطًا مبنياً على SERVQUAL، وتم تحليل البيانات عبر 384 مبحوثاً في ثلاث مدن إماراتية، حيث أظهرت النتائج أن بعدي التعاطف والضمان كانا الأكثر تأثيراً على رفاهية العملاء، بينما كانت الملموسية والموثوقية الأقل تأثيراً، مما يشير إلى أهمية البعد الإنساني والاتصالي في السياق الصحي.

من جهة أخرى، أبرزت دراسة (Al Hubaishi & Ali (2021, 2022) أهمية تطبيق منهجيات استقصائية تعتمد على تحليل البيانات متعددة المتغيرات، من خلال نماذج مثل تحليل الانحدار المتعدد ونمذجة المعادلات الهيكلية لتحديد مدى تأثير الأبعاد الفرعية للخدمة على الرضا العام للسكان. في هذه الدراسات، تم اختبار علاقات الأبعاد الخمسة مع نتائج مثل رضا المستخدمين ورفاههم وجودة البنية التحتية الصحية، وخلصت النتائج إلى أن التعاطف والسلامة كانا البعدين الأكثر تأثيراً، مما يعكس حاجة العملاء إلى الشعور بالأمان والاحترام أثناء تلقي الخدمة.

كما أجرت دراسة (Lee and Kim (2017) تقييماً لتجربة المرضى الإماراتيين الذين تم إرسالهم إلى كوريا الجنوبية ضمن برامج الرعاية الصحية الحكومية. وأظهرت الدراسة أن جودة الخدمة في المستشفيات المستقبلية، وخاصة على مستوى الضمان والاستجابة، كانت عاملاً مهماً في تحديد نية المرضى لإعادة التوجه لنفس الخدمة في المستقبل. استخدم الباحثون في هذه الدراسة استبيانات موجهة وتحليلاً كمياً للبيانات باستخدام النماذج السببية. من ناحية استخدام الأدوات، برزت أداة SERVQUAL كواحدة من أكثر أدوات القياس استخداماً في هذه الدراسات، نظراً لقدرتها على قياس الفجوة بين التوقعات والتجربة الفعلية من خلال خمسة أبعاد رئيسية

(Parasuraman et al., 1988). وقد تم تكييف الأداة في سياقات متعددة، منها الرعاية الصحية الأولية،

المستشفيات الخاصة، المستشفيات الحكومية، وحتى في السياقات التكنولوجية مثل الخدمات الصحية الرقمية. وإلى جانب SERVQUAL، ظهرت أدوات قياس حديثة مثل HCAHPS (Hospital وHEALTHQUAL وConsumer Assessment of Healthcare Providers and Systems)، والتي تركز على تقييم تجربة المريض بشكل شامل يتضمن الجوانب العاطفية والسلوكية والبيئية، وقد بدأت هذه الأدوات تأخذ مكانًا أكبر في الدراسات الحديثة خصوصًا في البيئات التي تسعى إلى تحسين مقاييس الأداء والتميز المؤسسي (Muskat et al., 2019؛ Eldor, 2019).

أشارت أيضًا دراسة (Bodolica & Spraggon (2019) إلى أهمية التحول نحو نهج الرعاية المرتكزة على المريض (Patient-Centered Care) كمحور مركزي في تطوير جودة الخدمة، وأوصت بضرورة تطوير أدوات القياس لتتوافق مع هذا التوجه، مما يدعم مستويات أعلى من التمكين والمشاركة والشفافية بين مقدم الخدمة والمريض.

يمكن القول إن مجمل الدراسات الحديثة تشير إلى أنّ تحقيق جودة عالية في الرعاية الصحية لا يعتمد فقط على المعايير التقنية والمادية، بل على الأبعاد الإنسانية والاستجابة العاطفية التي تؤثر بشكل مباشر على شعور المرضى بالراحة والثقة والاحترام. كما أن اعتماد مناهج بحث متقدمة وتحليل كمي دقيق يساعد في تقديم رؤى قابلة للتطبيق لتحسين السياسات والإجراءات الصحية، لا سيما في سياق الدول التي تسعى إلى تطوير أنظمة صحية مستدامة ومرتكزة على الإنسان مثل دولة الإمارات.

وبالتالي، توفر هذه المجموعة الواسعة من الدراسات الحديثة أساسًا قويًا للدراسة الحالية التي تسعى إلى استكشاف العلاقة بين أبعاد جودة الخدمة ورفاهية السكان في وزارة الصحة بدولة الإمارات، وتوضح أن الأطر النظرية التقليدية مثل SERVQUAL ما زالت تحتفظ بأهميتها، لكنها بحاجة إلى التكيف والتحسين المستمر وفقًا للسياق الثقافي والتنظيمي لكل نظام صحي.

2.3.2. النظام الصحي في دولة الإمارات العربية المتحدة

يشكل رضا المرضى مؤشراً أساسياً في تقييم جودة الرعاية الصحية المقدمة في دولة الإمارات العربية المتحدة، حيث يعدّ هذا المفهوم أحد الدعائم الرئيسية لتحقيق أهداف رؤية الدولة في بناء نظام صحي شامل يتوافق مع المعايير العالمية. وقد ركزت الدراسات الحديثة على قياس جودة الخدمة الصحية من خلال مؤشرات الرضا، مستخدمة نماذج كمية مثل SERVQUAL ونمذجة المعادلات الهيكلية. من بين الدراسات البارزة في هذا السياق، تناولت دراسة (Lee and Kim (2017 تجربة المرضى الإماراتيين الذين تم إرسالهم للعلاج في كوريا الجنوبية ضمن برنامج الرعاية الصحية الممول من الحكومة. هدفت الدراسة إلى التحقق من العلاقة بين جودة الخدمة الطبية ورضا المرضى، وتأثير ذلك على نية إعادة زيارة المستشفى.

كشفت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط إيجابي بين جودة الخدمة الطبية والرضا، وكذلك بين الرضا ونية إعادة الزيارة، مما يشير إلى أن تحسين عناصر مثل مهارات الأطباء، جودة التواصل، ووقت الاستشارة يعزز من رضا المرضى ويزيد من احتمالية عودتهم للعلاج مستقبلاً. وقد خلص الباحثون إلى أن بناء علاقة تعاطفية مع المرضى والاستجابة الفعالة لاحتياجاتهم يساهم بشكل كبير في تعزيز إدراكهم لجودة الخدمة، كما أوصوا بضرورة مراعاة الخصوصيات الثقافية الإماراتية في تصميم الخطط العلاجية والدعم غير الطبي مثل الترجمة والتغذية.

من جهة أخرى، سلّطت دراسة (Margolis et al. (2003 الضوء على رضا المرضى الإماراتيين في إطار الرعاية الصحية الأولية داخل الدولة، من خلال إجراء مسح ميداني استند إلى أدوات قياس مكثفة من الأدبيات الغربية، و مترجمة للعربية لضمان فهم دقيق من المشاركين. قورنت مستويات الرضا بين عيادتين تختلفان في مستوى الموارد، إحداهما تقع في العاصمة وتتمتع بإمكانات كبيرة، والأخرى في منطقة نائية بموارد محدودة. أظهرت النتائج أن الاستمرارية في تقديم الرعاية، والإنسانية في التعامل، شكلنا أبرز العوامل المؤثرة إيجابياً في رضا المرضى، بينما تباينت معدلات الرضا تبعاً للفئة العمرية، مستوى التعليم، والموقع الجغرافي.

أما دراسة (Al Hubaishi & Ali (2022 فقدتت تقييمًا معمقاً لرضا السكان عن خدمات الرعاية الصحية في إمارة عجمان، مستندة إلى استبانة موجهة لأكثر من ألف أسرة تم اختيارها عشوائياً. اعتمدت الدراسة على نموذج SERVQUAL بأبعاده الخمسة لتحليل مدى تأثير هذه الأبعاد على جودة الرعاية الصحية، ومن ثم علاقتها

بالرضا العام للسكان. وقد تميزت الدراسة بتطبيق نمذجة المعادلات الهيكلية (SEM) باستخدام برمجيات SPSS و PLS، ما أتاح للباحثين تحليل التأثيرات المباشرة وغير المباشرة بين المتغيرات.

أظهرت النتائج أن بعدي "التعاطف" و"الموثوقية" كانا الأكثر تأثيراً على جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر المرضى في المستشفيات العامة، بينما لم تكن الاستجابة والملموسية ذات دلالة إحصائية قوية. وفي القطاع الخاص، تبين أن جميع الأبعاد باستثناء "الاستجابة" و"الملموسية" ترتبط ارتباطاً قوياً بجودة الرعاية الصحية ورضا العملاء، مما يعكس الاختلاف في جودة التفاعل وممارسات الخدمة بين القطاعين. إضافة إلى ذلك، كشفت الدراسة أن سكان عجمان أبدوا معدلات رضا مرتفعة تتراوح بين 77% و89% تبعاً لكل بعد من أبعاد SERVQUAL، وهو ما يسלט الضوء على التطور الملحوظ في أداء الخدمات الصحية في الإمارة.

وقد دعمت نتائج هذه الدراسات التجريبية الأدبيات النظرية التي تؤكد على مركزية جودة الخدمة في تعزيز رضا المرضى، خاصة عند وجود استجابة فعالة وتعامل إنساني يعكس الاهتمام الحقيقي بالمرضى، لا سيما في الخدمات العامة التي تُعدّ العمود الفقري للنظام الصحي الوطني (Alnuaimi et al., 2021؛ Meesala & Paul, 2018). ويلاحظ أيضاً أن رضا المرضى لا يتأثر فقط بالمكونات التقنية أو المادية للخدمة، وإنما أيضاً بالجوانب العاطفية والاجتماعية، مثل الثقة، الاحترام، والخصوصية، وهو ما يتطلب من صناع القرار في القطاع الصحي الإماراتي التركيز على بناء ثقافة خدمية تتمحور حول المريض.

في هذا السياق، تشير دراسات أخرى مثل دراسة Bodolica & Spraggon (2019) إلى أن الحوكمة الشاملة للمريض – من خلال تمكينه وإشراكه في عملية اتخاذ القرار الصحي – تُعدّ من أهم المحركات لتحسين جودة الخدمات الصحية. ويدعم هذا الاتجاه ما تسعى إليه دولة الإمارات من خلال إطلاق سياسات صحية تعزز الشفافية، وتحسّن التواصل بين مقدم الخدمة والمرضى، وترفع من كفاءة الاستجابة.

تجدر الإشارة إلى أن قياس جودة الرعاية الصحية من منظور المرضى ليس فقط مؤشراً تشغيلياً لأداء المستشفيات، بل أيضاً مؤشراً استراتيجياً يُسهم في تصميم السياسات الصحية المستقبلية، خاصة في ظل التوجهات العالمية نحو تحسين تجربة المريض كأولوية قصوى في النظم الصحية الحديثة. وقد أكدت دراسة Aryadoust (2023) على أهمية تطوير أدوات تقييم أكثر شمولاً، تراعي تباين السياقات الثقافية والاجتماعية بين الدول، وتُدمج مفاهيم مثل الإنصاف، والرفاهية، والتفاعل الرقمي ضمن أطر التقييم.

في ضوء ذلك، يتضح أن رضا المرضى في الإمارات يمثل موضوعاً خصباً للدراسة والتحليل، خاصة في ظل الجهود الحثيثة التي تبذلها الدولة لتحسين جودة خدماتها الصحية العامة والخاصة. وتظهر الحاجة الماسة إلى مزيد من الدراسات التي تتناول تقييم الأبعاد غير الملموسة للخدمة مثل التعاطف والموثوقية، بالإضافة إلى تطوير نماذج قياس قادرة على التنبؤ بالرضا والولاء والنوايا السلوكية المستقبلية لدى المرضى. وبناءً عليه، فإن دمج هذه الرؤى في الدراسة الحالية يوفّر أساساً متيناً لفهم العلاقة بين جودة الخدمة ورفاهية السكان في الإمارات، خاصة عند النظر في الأبعاد الخمسة لـSERVQUAL، وتحليل تأثيرها من خلال متغير وسيط هو رضا المرضى. كما تُسهم هذه النتائج في إرشاد صانعي السياسات في وزارة الصحة إلى المجالات التي يجب تحسينها لتحقيق رضا المرضى وتعزيز جودة الحياة في الدولة، تماشيًا مع رؤية الإمارات 2031.

2.3.3 الدراسات التطبيقية حول جودة الرعاية الصحية في الإمارات

شهدت السنوات الأخيرة تصاعدًا ملحوظًا في الاهتمام بجودة الرعاية الصحية في دولة الإمارات العربية المتحدة، لا سيما في ظل التوجهات الوطنية التي تركز على رفاهية السكان وتحقيق أعلى مستويات رضا المرضى ضمن خدمات الرعاية الصحية العامة والخاصة. وقد ساهمت مجموعة من الدراسات التطبيقية في تحليل وفحص أبعاد جودة الخدمة الصحية في الدولة، مستخدمة نماذج قياس راسخة مثلSERVQUAL، لتقديم رؤى علمية تدعم صناع القرار والباحثين.

من أبرز هذه الدراسات، تأتي دراسة (Al-Neyadi, Abdallah, & Malik (2018) التي هدفت إلى قياس رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات الإماراتية من خلال تطبيق نموذجSERVQUAL. اعتمدت الدراسة على منهجية كمية واستبانة تم توزيعها على عينة من المرضى الذين تلقوا خدمات في عدد من المستشفيات العامة والخاصة. أظهرت النتائج وجود فجوة واضحة بين توقعات المرضى وإدراكهم الفعلي لجودة الخدمات، حيث كانت أبعاد الاستجابة والضمان من أكثر الأبعاد تأثيرًا في رضا المرضى، في حين أظهر بعد الملموسية ضعفًا نسبيًا.

قوة هذه الدراسة تكمن في استخدامها لنموذجSERVQUAL الأصلي بأبعاده الخمسة، مما يتيح مقارنة النتائج بدراسات دولية مماثلة. كما أن شمولها لمستشفيات من مختلف الإمارات يُعطي تمثيلًا جيدًا للواقع الإماراتي. غير

أن الدراسة تعاني من بعض القيود، أبرزها الاعتماد الكامل على بيانات ذاتية (self-reported data) قد تتأثر بانحيازات المشاركين، إضافة إلى عدم الأخذ بعين الاعتبار للخصائص الديموغرافية وتأثيرها المحتمل على إدراك الجودة.

أما دراسة *Empirical Examination of SERVQUAL on Patients' Satisfaction and Loyalty in UAE Healthcare Industry*، فقد قَدِّمت تقييمًا تجريبيًا للعلاقة بين أبعاد جودة الخدمة، ورضا المرضى، وولائهم في القطاع الصحي بدولة الإمارات. استخدمت الدراسة تحليل المعادلات الهيكلية (SEM) لاختبار العلاقات السببية بين المتغيرات، وشملت عينة من المرضى الذين تلقوا خدماتهم في مستشفيات عامة وخاصة. أظهرت النتائج أن *الضمان والتعاطف* كانا من أقوى العوامل تأثيرًا على الرضا، والذي بدوره أثر بشكل مباشر في الولاء، بينما لم تكن *الملموسية* ذات دلالة إحصائية مهمة.

ما يميز هذه الدراسة هو شمولها لمتغير "الولاء" الذي نادرًا ما يتم تناوله في الدراسات الخاصة بالرعاية الصحية في المنطقة، مما يضيف بُعدًا جديدًا لمناقشة العلاقة بين الجودة والتفاعل المستقبلي للمريض مع المؤسسة الصحية. كما أن استخدام نموذج SEM يُضفي قوة تفسيرية وتحليلية للنتائج. ومن ناحية القيود، يمكن الإشارة إلى ضعف التمثيل الجغرافي للعينة، إذ اقتصرَت البيانات على عدد محدود من المنشآت الصحية، مما قد يؤثر على قابلية تعميم النتائج.

في دراسة مهمة أخرى بعنوان *Progress and Outcomes of Health Systems Reform in the United Arab Emirates: A Systematic Review* (Koornneef, Robben, & Blair, 2017)، تم إجراء مراجعة منهجية للإصلاحات التي نفذتها الحكومة الإماراتية في نظام الرعاية الصحية خلال العقدين الماضيين. ركزت الدراسة على تحليل السياسات الوطنية، المبادرات المؤسسية، وتحسينات البنية التحتية، من خلال مراجعة الأدبيات الرسمية والتقارير الحكومية والمقالات العلمية المحكمة.

أظهرت الدراسة أن الإمارات حققت تقدمًا في تحسين خدمات الصحة والتأمين، لكنها تعاني من غياب تقييم دوري لرضا المرضى ونقص أنظمة موحدة لقياس الجودة. تميزت الدراسة بشموليتها وتحليلها للسياق المؤسسي، مما أعطاها طابعًا استراتيجيًا. ومع ذلك، فإن افتقارها لبيانات أصلية وتحليلات كمية قلل من قدرتها على تقديم توصيات تنفيذية دقيقة.

تشير الدراسات مثل Alsaadi وآخرون (2019) إلى أن التحول الرقمي في الرعاية الصحية، مثل استخدام البوابات الصحية الذكية، يسهم في رفع رضا المرضى. وتؤكد الأدبيات على أهمية أبعاد جودة الخدمة مثل "الضمان" و"الاستجابة"، مع تباين في تأثير أبعاد أخرى تبعاً للثقافة ونوع المؤسسة. كما يُلفت الانتباه إلى أن الرضا وحده لا يكفي لتقييم النجاح دون ربطه بولاء المرضى وسلوكهم الصحي المستقبلي.

2.3.4 جدول مقارنة للدراسات التطبيقية

جدول رقم 2.2: جدول مقارنة الدراسات التطبيقية

الدراسة	العينة	المنهجية	الأبعاد المستخدمة	أهم النتائج	الفجوات
Al-Neyadi et al. (2018)	384 مريضاً في مستشفيات إماراتية (عامّة وخاصة)	تحليل كمي باستخدام استبيان SERVQUAL	الملموسية، الموثوقية، الاستجابة، الضمان، التعاطف	فجوة كبيرة بين توقعات المرضى وإدراكهم لجودة الخدمة، وتركز الأثر الأكبر على بعدي الاستجابة والضمان	عدم ربط النتائج بالرضا طويل المدى أو سلوكيات الولاء – محدودية التمثيل الجغرافي
Empirical Examination of SERVQUAL on Patients' Satisfaction and Loyalty in UAE Healthcare Industry	غير محدد بدقة، لكن تم التركيز على مستشفيات عامّة وخاصة	تحليل المعادلات الهيكلية (SEM)	الأبعاد الخمسة لـ SERVQUAL	الضمان والتعاطف كانا أكثر العوامل تأثيراً على رضا المرضى، والرضا أثر بدوره في الولاء	تجاهل خصائص ديموغرافية متغيرة – غياب تحليل للقطاع العام مقابل الخاص
Koornneef et al. (2017)	مراجعة شاملة دون عينة ميدانية مباشرة	مراجعة منهجية للأدبيات والتقارير الحكومية	تحليل سياساتي/إداري وليس بالأبعاد الخمسة	تقدم كبير في التغطية الصحية وتوسيع البنية التحتية، ولكن نقص آليات التقييم الإدراكي لجودة الخدمة	غياب البيانات الأصلية – لا توجد اختبارات كمية أو أدوات قياس ميدانية
Alsaadi et al. (2019)	بيانات من مستخدمي الخدمات الحكومية الرقمية الصحية	نموذج نشر الجودة باستخدام QFD (Quality Function Deployment)	لم تستخدم SERVQUAL مباشرة، بل مؤشرات جودة رقمية	التحول الرقمي يعزز الرضا العام ويحتاج لدمجه مع مقاييس الجودة التقليدية	الحاجة لتكييف SERVQUAL مع السياقات الرقمية - ضعف الارتباط بين التقنية والبعد الإنساني
Al Hubaishi & Ali (2022)	1035 أسرة من سكان عجمان لديهم خبرة صحية سابقة	تحليل SEM باستخدام SPSS و AMOS	الملموسية، الموثوقية، الاستجابة، الضمان، التعاطف	العلاقة بين الأبعاد الخمسة وجودة الخدمة تختلف بين القطاع العام والخاص – التعاطف والموثوقية تؤثر إيجاباً فقط في القطاع الحكومي	لم تُفصّل تأثير الثقافة والعوامل الاجتماعية – عدم تناول أثر الرضا على السلوكيات المستقبلية

2.4. الجزء الثالث: الفجوات البحثية (Gaps in Literature)

2.4.1. تحليل الفجوات في الأدبيات السابقة

بالرغم من الكمّ المتزايد من الأدبيات التي تناولت موضوع جودة الخدمة ورضا العملاء في القطاعات الصحية، إلا أن مراجعة الأدبيات تكشف عن فجوات معرفية واضحة تستدعي المعالجة، لا سيّما ضمن السياق المؤسسي للخدمات الصحية العامة في دولة الإمارات العربية المتحدة. تظهر هذه الفجوات في جوانب متعددة تشمل غياب التكامل بين المتغيرات، محدودية الإطار النظري، وضعف تمثيل السياق المحلي الإماراتي.

أولى هذه الفجوات تكمن في غياب الربط الصريح بين جودة الخدمة ورفاهية السكان كمتغير نهائي. فقد ركزت معظم الدراسات السابقة على رضا العملاء كمخرج رئيسي لجودة الخدمة دون أن تمتد لتحديد أثرها على مستوى الرفاهية الاجتماعية أو النفسية العامة. على سبيل المثال، بينما تناولت دراسة Al-Neyadi et al. (2018). العلاقة بين جودة الخدمة ورضا المرضى في المستشفيات الإماراتية باستخدام نموذج SERVQUAL، إلا أنها لم تتناول بشكل مباشر كيف يمكن أن تؤثر هذه الأبعاد على مفاهيم أوسع مثل جودة الحياة أو الشعور بالرفاهية الفردية. وفي هذا الصدد، تمثل رفاهية السكان متغيراً نهائياً استراتيجياً، خاصة في ظلّ الأجندة الوطنية لدولة الإمارات التي تضع سعادة المجتمع ورفاهيته في صلب سياساتها الصحية والاجتماعية (Moonesar et al., 2018؛ Alghawi et al., 2019).

ثانياً، تكشف الأدبيات عن ضعف أو غياب دور المتغير الوسيط المتمثل في رضا العملاء في النماذج التفسيرية التي تربط بين جودة الخدمة والرفاهية في السياق الإماراتي. فعلى الرغم من وجود دراسات تناولت العلاقة الثنائية بين جودة الخدمة ورضا العملاء (مثل: Al Hubaishi & Ali, 2022؛ Alnuaimi et al., 2021)، فإن القليل منها استثمر في دراسة المسارات غير المباشرة والتأثيرات المتسلسلة التي يمكن أن تُظهر كيف يتوسط رضا العملاء العلاقة بين أبعاد SERVQUAL والرفاهية المتصورة للسكان. هذا القصور يمثل فجوة مفاهيمية ومنهجية في آنٍ معاً، خاصة في ظلّ الأدلة الدولية التي تُظهر قوة العلاقة التتابعية بين جودة الخدمة ورضا العملاء ومن ثمّ رفاهية الأفراد (Wu, 2014; Eldor, 2019).

ثالثاً، تشير الأدبيات إلى أن غالبية الدراسات في السياق الإماراتي أجريت على مستشفيات خاصة أو حالات خارج النطاق الحكومي، مما يحدّ من إمكانية تعميم النتائج على القطاع العام. فعلى سبيل المثال، ركزت دراسة Alsaadi

et al (2019) على الخدمات الرقمية في الحكومة، بينما ركزت دراسات أخرى مثل Awadhi et al (2021) على قطاع الاتصالات كبيئة خدمية. أما الدراسات التي تناولت المستشفيات العامة، فقد كانت قليلة نسبيًا وتفتقر إلى تمييز دقيق بين أبعاد SERVQUAL وأثرها على العملاء من مختلف الشرائح السكانية، خاصة في المدن ذات التوزيع الديموغرافي المتعدد مثل أبوظبي ودبي. هذه الفجوة تشير إلى الحاجة لمزيد من الدراسات التجريبية التي تركز على القطاع الصحي العام في الإمارات، بما يعكس البيئة التنظيمية والخدمية الخاصة بوزارة الصحة والوقاية المجتمعية (Al Hubaishi & Ali, 2022).

رابعًا، تكشف مراجعة الأدبيات عن قصور في استخدام نظريات شاملة ومتكاملة لتفسير العلاقة بين الأبعاد الخدمية ونتائجها النفسية والاجتماعية. ففي حين استخدمت بعض الدراسات نموذج SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988) بشكل واسع، فإنها غالبًا ما تجاهلت دمج هذا النموذج مع نظريات أخرى مثل نظرية الرضا والتفاوت (Disconfirmation Theory) أو نظرية القيم المدركة (Perceived Value Theory) التي توفر أساسًا أكثر دقة لفهم تجربة العميل وسلوكه (Oliver, 1981; Bagozzi, 2011). هذا النقص النظري ينعكس على ضعف الإطار التفسيري ويحد من قدرة الباحثين على بناء نماذج سببية قوية يمكن الاستفادة منها في وضع السياسات الصحية. وقد أظهرت دراسات مثل تلك التي قدمها Iglesias et al (2019) أهمية دمج الأبعاد النفسية والاجتماعية في تفسير قرارات العملاء في القطاعات الخدمية المختلفة، وهو ما يُعد مفقودًا إلى حد كبير في الدراسات الإماراتية حول الرعاية الصحية.

بالإضافة إلى ذلك، فإن معظم الدراسات لم تُراعِ الخصوصية الثقافية والاجتماعية للسياق الإماراتي عند بناء أدوات القياس أو تفسير النتائج، ما يجعل نتائجها عرضة للانحراف السياقي (contextual bias) فعلى الرغم من إدراج متغيرات مثل "التعاطف" ضمن أبعاد SERVQUAL، إلا أن التفسيرات المتبناة غالبًا ما تكون مستندة إلى خلفيات غربية لا تعكس بالضرورة تصورات العملاء الإماراتيين أو المقيمين ذوي الخلفيات الثقافية المختلفة (Tucker, 2016; Kooli, 2021). ويبرز هذا القصور تحديدًا في غياب التخصيص الثقافي للمقاييس النفسية والاجتماعية للرفاهية، والتي قد تختلف دلالاتها من مجتمع إلى آخر. وهذا ما يستدعي إدماج مقاربات محلية أكثر ملاءمة تعكس القيم السائدة في دولة الإمارات مثل العدالة، الأسرة، والدين.

علاوة على ما سبق، لم تُفصل معظم الدراسات العلاقة بين مخرجات الجودة الصحية والسياسات الحكومية بشكل مباشر. فبينما تسعى رؤية الإمارات 2031 إلى تعزيز جودة الحياة والرفاهية، فإنّ القليل من الدراسات تناولت كيف يمكن للسياسات الصحية المستندة إلى نتائج SERVQUAL أن تُترجم إلى تحسينات استراتيجية في التخطيط الصحي أو تخصيص الموارد. (Koornneef et al., 2017) وبالتالي، تُعد الفجوة في ربط الأطر النظرية بالسياسات العامة من التحديات التي تعيق الاستخدام التطبيقي للنتائج البحثية في صنع القرار الحكومي، وهو ما تسعى هذه الدراسة إلى معالجته من خلال تقديم توصيات عملية قائمة على نموذج متكامل يجمع بين الأبعاد الخدمية، الوسيط الإدراكي (الرضا)، والنتيجة الاجتماعية (الرفاهية).

أخيراً، يلاحظ غياب المقاربات الطولية أو التتبعية في الدراسات الإماراتية. فقد اعتمدت معظم الأبحاث على تصاميم مقطعية (Cross-sectional) لا توفر إمكانيات تفسير الديناميات الزمنية للتغير في مستويات الرضا أو الرفاهية. ولأن جودة الخدمة والرعاية الصحية قد تتأثر بعوامل ظرفية مثل الجوائح أو التغيرات في السياسات العامة، فإن الاعتماد الحصري على التصاميم المقطعية يُعد قيوداً منهجياً يحدّ من إمكانية التعميم عبر الزمن أو تقييم آثار التحسينات المستمرة.

في ضوء هذه الفجوات مجتمعة، تُسهم الدراسة الحالية في سدّ عدة ثغرات بحثية، وذلك من خلال (1) ربط جودة الخدمة ورضا العملاء بالرفاهية في إطار سببي واضح، (2) إدماج نموذج SERVQUAL في سياق الرعاية الصحية العامة في الإمارات، (3) تقديم تفسير نظري متكامل مستند إلى نماذج الرضا والقيم المدركة، و(4) تقديم مساهمة تطبيقية لصانعي القرار في وزارة الصحة لتطوير جودة الخدمات وتحقيق أهداف الأجندة الوطنية لرؤية 2031.

2.4.2. أهمية سد هذه الفجوات

إنّ سد الفجوات المعرفية الموضحة في الأدبيات السابقة لا يُعد فقط ضرورة أكاديمية، بل يشكّل أيضاً أولوية استراتيجية لتمكين القطاع الصحي الحكومي من تعزيز جودة خدماته، وتحقيق مستويات أعلى من رضا السكان ورفاهيتهم. ومن هذا المنطلق، تأتي أهمية هذه الدراسة في قدرتها على تقديم نموذج تحليلي وتطبيقي متكامل يأخذ

بعين الاعتبار الخصوصية المؤسسية والثقافية لدولة الإمارات، ويوظف الأبعاد الخمسة لنموذج SERVQUAL بطريقة منهجية لقياس وتحسين تجربة المرضى والمراجعين في المستشفيات والعيادات التابعة لوزارة الصحة. أولاً، تعمل الدراسة على تحويل جودة الخدمة من مفهوم وصفي إلى أداة تحليلية وتخطيطية يمكن استخدامها لتحديد نقاط القوة والضعف في تقديم الرعاية الصحية العامة. فإعادة توظيف أبعاد SERVQUAL (الملموسية، الموثوقية، الاستجابة، الضمان، التعاطف) ضمن إطار مكيف للقطاع الصحي الحكومي، تمكن صانعو السياسات من بناء أدوات تقييم دورية ومؤشرات أداء دقيقة ترتبط مباشرةً بمخرجات الصحة العامة ورفاهية السكان، لا بمجرد مؤشرات تشغيلية داخلية.

ثانياً، من خلال إدماج رضا العملاء كوسيط رئيسي في العلاقة بين جودة الخدمة ورفاهية السكان، تسعى الدراسة إلى بناء نموذج سببي متكامل يُظهر المسارات التي يمكن من خلالها تحسين جودة الحياة من خلال تدخلات على مستوى تجربة الخدمة. وهذا التضمين لا يُعزز فقط الفهم الأكاديمي لتسلسل التأثيرات، بل يزود القائمين على السياسات بآليات عملية لتطوير البرامج الصحية على أسس علمية واضحة ومدعومة ببيانات كمية.

ثالثاً، من خلال معالجة النقص في الدراسات التي تناولت الخدمات الصحية في القطاع الحكومي تحديداً، تُضيف هذه الدراسة قيمة تطبيقية مباشرة للبيئة المؤسسية في الإمارات. فمعظم الأبحاث السابقة ركزت على المستشفيات الخاصة أو السياقات غير الخليجية، وهو ما لا يعكس طبيعة التحديات والبنى التنظيمية للخدمات العامة التي تديرها وزارة الصحة ووقاية المجتمع. وبالتالي، فإنّ هذه الدراسة تسعى إلى تقديم نموذج مؤسسي contextualized يراعي سياسات الحكومة، وثقافة المتعاملين، والخصائص التنظيمية.

رابعاً، تكمن أهمية الدراسة في تقديمها إطاراً مرناً وقابلاً للتطبيق في مجالات خدمية حكومية أخرى، بما في ذلك التعليم والخدمات الاجتماعية. فالنموذج المطروح لا يقتصر على توصيف الواقع، بل يتضمن توصيات عملية قابلة للتنفيذ من حيث تطوير مؤشرات الأداء، وبرامج التدريب، وتصميم الأدلة التشغيلية المرتبطة بجودة الخدمة ورضا المتعاملين. ويُعد هذا الطابع العملي أحد الجوانب التي تجعل الدراسة ذات قيمة مزدوجة: أكاديمية ومؤسسية.

خامساً، تسهم هذه الدراسة أيضاً في تعزيز الأجندة الوطنية لرؤية الإمارات 2031، والتي تضع رفاهية السكان وسعادتهم ضمن أولويات التخطيط التنموي. إذ يُمكن للنتائج التي ستخرج بها الدراسة أن تُستخدم كأساس علمي

في إعداد خطط تحسين الخدمات الصحية الحكومية، وتحديد مجالات الاستثمار الأمثل لتحسين رضا المواطنين والمقيمين.

أخيراً، تسهم الدراسة في دفع عجلة البحث العلمي في مجال إدارة الخدمات العامة الصحية، من خلال تقديم نموذج إمبيريري يمكن اختباره وتحسينه لاحقاً في سياقات خليجية أو عربية مشابهة. فهي بذلك تُشكل حلقة وصل بين النظرية والتطبيق، وبين السياسات العامة واحتياجات السكان، وبين منهجيات القياس ومؤشرات الرضا والرفاه. بناءً على ذلك، فإن أهمية سد الفجوات التي تناولتها هذه الدراسة لا تكمن في مجرد المساهمة النظرية، بل في تطوير نموذج عملي يخدم المؤسسات الحكومية الصحية في الإمارات في سعيها لتحقيق التميز المؤسسي والاستجابة الفاعلة لتوقعات المتعاملين، بما يعزز من استدامة الرضا وجودة الحياة على المدى الطويل.

2.5. ربط الفرضيات بالدراسات السابقة (Justification of Hypotheses)

الفرضية 1: هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمة الملموسة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاهية العملاء.

تم دعم هذه الفرضية من خلال الأدبيات التجريبية والنظرية التي تناولت أهمية البعد الملموس (Tangibles) في تشكيل تصورات العملاء تجاه جودة الخدمة وانعكاسها على إحساسهم بالراحة والرضا والرفاهية العامة. يشير بُعد الملموسة إلى المكونات المادية للخدمة، مثل المرافق الصحية، والتجهيزات، ونظافة المكان، ومظهر العاملين، والتي تلعب دوراً كبيراً في الانطباع الأولي وتقييم الخدمة لدى المتعاملين (Parasuraman et al., 1988; Bitner, 1990).

دعمًا لهذه الفرضية، أظهرت نتائج دراسة Al Hubaishi & Ali (2022) أن الملموسة كانت أحد الأبعاد التي أثرت بشكل إيجابي على تقييم السكان لجودة خدمات الرعاية الصحية في إمارة عجمان، حيث أشار أكثر من 88% من المشاركين إلى رضاهم عن الجوانب المادية للخدمة. وقد تم التأكيد على أن البيئة المادية المنظمة والمجهزة جيداً تعزز من تجربة المتعاملين وتساهم في تقليل التوتر وزيادة الإحساس بالطمأنينة أثناء تلقي الرعاية.

كما أشارت دراسة Razzak et al (2022) إلى أن المحيط الصحي المريح والنظيف، بما في ذلك تصميم العيادات وأماكن الانتظار وجودة المعدات، يلعب دوراً مهماً في رفع مستوى الرفاهية النفسية والاجتماعية

للمراجعين، وهو ما يتماشى مع أبعاد الرفاهية بحسب نظريات Well-being المعاصرة (مثل Ryff, 1989; Martela et al., 2018).

من الجانب النظري، يُمكن ربط هذه الفرضية بنظرية Perceived Value Theory، التي تؤكد أن القيم المدركة من الخدمة تشمل أيضًا القيم الوظيفية والجمالية، والتي ترتبط غالبًا بالبنية المادية للمؤسسة (Zeithaml, 1988; Iglesias et al., 2019). كما أن الملموسية تُعدّ مدخلًا أساسيًا لتوقعات العملاء، وبالتالي تُشكّل نقطة مرجعية في تقييم الفجوة بين التوقع والتجربة، كما تفسره نظرية التفاوت (Oliver, Disconfirmation Theory) (1993).

ووفقًا لما أشار إليه Lee, Lee & Park (2014) في دراستهم عن تقييم جودة الخدمة في المستشفيات، فإن جودة العنصر المادي تعتبر أساسية في إقناع العملاء بموثوقية وجودة الخدمة ككل، مما ينعكس إيجابيًا على تصوراتهم حول الرفاهية المستمدة من الخدمة المقدمة.

الفرضية 2: هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين موثوقية جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاهية السكان.

تستند هذه الفرضية إلى الرؤية التي تعتبر أن الموثوقية (Reliability) تمثل أحد الأبعاد الجوهرية في نموذج SERVQUAL، وتشير إلى قدرة الجهة الخدمية على أداء الخدمة بدقة واتساق وفق الوعود المقدمة، بما يعزز شعور العملاء بالثقة والأمان في التعامل معها (Parasuraman et al., 1988; Zeithaml et al., 1990). في قطاع الرعاية الصحية، تكتسب الموثوقية أهمية إضافية لكونها ترتبط بصحة وسلامة الأفراد، مما يجعلها أحد المحددات المركزية لرفاهيتهم الجسدية والنفسية.

أظهرت الأدبيات التجريبية أهمية هذا البعد في السياق الإماراتي. على سبيل المثال، توصلت دراسة Al Hubaishi & Ali (2022) إلى وجود علاقة إيجابية بين موثوقية الخدمة الصحية ورضا السكان في القطاع الحكومي في إمارة عجمان، حيث سجلت الموثوقية أعلى نسبة رضا بين الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة (89%). وقد أشار الباحثون إلى أن وفاء مقدمي الخدمة بوعودهم في ما يتعلق بالمواعيد، ودقة التشخيص، واستمرارية المتابعة العلاجية، كلها تساهم في خلق بيئة صحية مطمئنة تعزز من شعور السكان بالرفاهية والاستقرار.

وبالمثل، أوضحت دراسة (Razzak et al. (2022) أن الشعور بالموثوقية في التعامل مع مقدمي الخدمات الصحية، لا سيما على مستوى الالتزام بالمعايير الطبية وسرعة الاستجابة، يرتبط بتحسين ملموس في شعور الأفراد بالرضا والرفاهية العامة، باعتبار أن الثقة في النظام الصحي تمثل بُعدًا نفسيًا واجتماعيًا بالغ التأثير على جودة الحياة.

من الناحية النظرية، تندرج هذه الفرضية ضمن إطار نظرية الرضا والتفاوت (Disconfirmation Theory) التي تؤكد أن تكرار التجربة الإيجابية المتوافقة مع التوقعات يعزز الرضا ويقلل التوتر، وبالتالي يرفع من مستويات الرفاهية (Oliver, 1993). كما تدعم نظرية جودة الحياة (Well-being Theories) هذا الطرح، إذ تنظر إلى الشعور بالأمان والثقة في المؤسسات كمكونات أساسية للرفاهية النفسية والاجتماعية (Martela et al., 2018; (Reeskens & Vandecasteele, 2017).

في السياق الإماراتي، تؤكد دراسة (Al-Neyadi et al. (2018) على أن التقييم الإيجابي لموثوقية الخدمات الصحية العامة ينعكس في مستوى رضا المرضى وثقتهم بالمرافق الصحية، وهو ما يشكل أساسًا لتحسين جودة الحياة وتعزيز أهداف الاستدامة في النظام الصحي الوطني. لذلك، فإن فرضية وجود علاقة إيجابية بين الموثوقية ورفاهية السكان ليست فقط مبررة بناءً على الأدلة التجريبية المتاحة، ولكنها تتسجم كذلك مع الأطر النظرية السائدة التي تنظر إلى الموثوقية كأحد محددات الثقة المؤسسية والشعور العام بالأمان، وكلاهما من أساسيات رفاهية الأفراد والمجتمعات.

الفرضية 3: هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الاستجابة في جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاهية السكان.

تُعد الاستجابة (Responsiveness) أحد الأبعاد الأساسية في نموذج SERVQUAL، وهي تشير إلى استعداد مقدمي الخدمة لمساعدة العملاء بسرعة وكفاءة، وتلبية احتياجاتهم في الوقت المناسب (Parasuraman et al., 1988). في قطاع الرعاية الصحية، تتجلى أهمية الاستجابة في قدرة الطواقم الطبية والإدارية على التعامل الفوري مع الحالات، والإجابة على استفسارات المرضى، وتقديم الدعم العاجل، وكلها عوامل تؤثر بشكل مباشر في إحساس الأفراد بالطمأنينة والرفاهية.

تشير نظرية التفاوت (Disconfirmation Theory) إلى أن جودة الاستجابة التي تفوق توقعات الأفراد، تعزز من مستويات الرضا، وتخلق تجارب إيجابية تؤدي إلى شعور بالراحة النفسية والاطمئنان، وهما عنصران محوريان في رفاهية الأفراد (Oliver, 1993). كما تدعم نظرية جودة الحياة (Well-being Theories) هذا التوجه، معتبرة أن سرعة الاستجابة في الخدمات العامة، لا سيما الصحية منها، تسهم في تعزيز الشعور بالتحكم والعدالة، وتقليل مشاعر القلق والإحباط الناتجة عن التأخير أو التجاهل (Martela et al., 2018; Boukas & Ziakas, 2016).

تدعم الأدلة التجريبية هذه الفرضية في سياق دولة الإمارات. فقد أشارت دراسة (Alnuaimi et al. (2021) إلى أن بعد الاستجابة يُعد من بين العوامل ذات التأثير الإيجابي على رفاهية السكان، من خلال وساطة رضا العملاء. أظهرت الدراسة أن التفاعل السريع مع المستفيدين، والاستعداد لحل المشكلات بشكل فوري، ساهم في تعزيز شعور السكان بالرضا والثقة بالمؤسسات الصحية، وهو ما انعكس إيجابيًا على شعورهم بالرفاهية في حياتهم اليومية.

وفي دراسة (Al Hubaishi & Ali (2022)، تبين أن بعد الاستجابة كان له ارتباط إيجابي قوي مع جودة خدمات الرعاية الصحية، والتي ارتبطت بدورها بشكل مباشر مع رضا السكان في إمارة عجمان. وقد أكدت الدراسة أن تعزيز قدرة العاملين في المستشفيات على تقديم الدعم الفوري، ومعالجة شكاوى المرضى بسرعة، له أثر ملحوظ على تعزيز الراحة النفسية وتقليل مستويات التوتر.

من جهة أخرى، توصلت دراسة (Awadhi et al. (2021) في قطاع الاتصالات إلى أن سرعة الاستجابة وتقديم الدعم الفوري عبر القنوات الرقمية كان لها تأثير مباشر على تحسين تجربة العملاء، مما عزز من رضاهم وولائهم. ورغم اختلاف القطاع، إلا أن النتائج تؤكد القيمة الجوهرية لُبعد الاستجابة في تعزيز التصورات الإيجابية ورفاهية المستخدمين، وهو ما يمكن إسقاطه على السياق الصحي أيضًا.

وعند النظر إلى البيئة الإماراتية بشكل خاص، يتضح أن التوقعات المجتمعية المرتفعة فيما يتعلق بجودة الخدمات العامة، تتطلب استجابة عالية الكفاءة. وهذا ما أشارت إليه دراسة (Moonesar et al (2018)، التي دعت إلى تكريس نموذج تفاعلي في الخدمات الصحية الحكومية يعزز من سرعة اتخاذ القرار والتجاوب مع احتياجات الأفراد، كسبيل لتحقيق أهداف الرفاه المجتمعي.

بناءً على ما سبق، فإن فرضية وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الاستجابة في جودة الخدمة ورفاهية السكان تركز على أرضية نظرية وتجريبية صلبة. فالاستجابة لا تقتصر على تحقيق الرضا اللحظي فحسب، بل تُعد عنصرًا جوهريًا في بناء ثقة الأفراد في النظام الصحي، وتعزيز شعورهم بالأمان والدعم المؤسسي، وهي جميعها مكونات أساسية للرفاهية المستدامة.

الفرضية 4: هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الضمان في جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاهية السكان.

يُعد الضمان (Assurance) أحد الأبعاد الجوهرية في نموذج SERVQUAL، ويشير إلى مستوى المعرفة، والكفاءة، واللطف، والمهنية التي يظهرها مقدمو الخدمة، بالإضافة إلى قدرتهم على بثّ الثقة والأمان في نفوس العملاء. (Parasuraman et al., 1988) في القطاع الصحي، يُعد الضمان مكونًا أساسيًا في جودة الخدمة، نظرًا لحساسية العلاقة بين المرضى والممارسين الصحيين، حيث تتطلب الرعاية الصحية تفاعلًا إنسانيًا عالي الجودة يركز على الثقة والطمأنينة.

تدعم نظرية القيم المدركة (Perceived Value Theory) هذه العلاقة، من خلال التأكيد على أن إدراك الأفراد للقيمة المضافة في التعاملات الصحية لا يقتصر فقط على الخدمات المقدمة، بل يشمل أيضًا الكفاءة والمصداقية التي تميز مقدم الخدمة (Zeithaml, 1988؛ Iglesias et al., 2019). عندما يشعر المريض أن الطاقم الطبي على دراية واسعة، ويتعامل بثقة ومهنية، فإنه يميل إلى الشعور بالراحة النفسية والاستقرار العاطفي، مما يعزز بدوره من مستوى رفاهيته العامة.

تشير دراسة Razzak et al. (2022) إلى أن الثقة في النظام الصحي في الإمارات العربية المتحدة ترتبط ارتباطًا وثيقًا بشعور السكان بالطمأنينة والرفاه النفسي، خاصةً في ظل وجود مبادرات حكومية لتعزيز الشفافية والكفاءة المهنية. وأكدت نتائج الدراسة أن ضمان الخدمة من حيث الأمان، والاحترام، والخصوصية يساهم في تقليل القلق لدى المتعاملين، ويرفع من تصوراتهم حول نوعية الحياة التي توفرها لهم الخدمات الصحية.

كما أثبتت دراسة Alnuaimi et al. (2021) أن بعد الضمان هو ثاني أقوى عامل تأثيرًا في العلاقة بين جودة الخدمة ورفاهية السكان، بعد بعد التعاطف. وأظهرت نتائج التحليل الإحصائي أن الضمان يعزز ثقة الأفراد بالنظام

الصحي العام، خصوصًا حين يُظهر موظفو الصحة درجة عالية من الكفاءة والاحترام في التعامل، ما ينعكس على شعور المواطنين بالرضا والأمان، وهما ركيزتان أساسيتان في تكوين شعور الرفاهية.

من جهة أخرى، أوضحت دراسة (Al Hubaishi & Ali (2022) أن بعد الضمان كان من الأبعاد الأكثر تأثيرًا في تقييم جودة الخدمات الصحية في القطاع الخاص في إمارة عجمان، وأحد العوامل المرتبطة ارتباطًا مباشرًا برضا السكان. وبينت النتائج أن السكان الذين شعروا بأنهم يتلقون رعاية صحية من مقدمي خدمات جديرين بالثقة وذوي كفاءة، عبّروا عن مستويات أعلى من الرضا والارتياح العام في حياتهم.

بالإضافة إلى ذلك، تتسق هذه الفرضية مع ما أكدته دراسة (Awadhi et al. (2021 في قطاع الاتصالات، والتي بينت أن وجود ضمانات واضحة فيما يخص خصوصية المعلومات، وحماية المستخدمين، وبث الثقة، يرفع من رضا العملاء، ويعزز مشاعر الولاء والانتماء. ورغم اختلاف القطاع، إلا أن الضمان يظل مفهوماً جوهرياً له امتداد مباشر في تعزيز الثقة التي تمثل عنصرًا حاسمًا في رفاهية الأفراد.

ومن الناحية النظرية، تعزز نظرية الرضا والتفاوت (Disconfirmation Theory) من أهمية الضمان كعامل في تحقيق رضا الأفراد، الذي يُعد شرطًا مبدئيًا لتحقيق الرفاهية. فعندما تتجاوز كفاءة مقدم الخدمة وتواصله المهني توقعات الأفراد، تنشأ حالة من "الرضا الإيجابي"، التي تؤثر مباشرة على تقدير الذات، والراحة النفسية، وتقدير الأمان الاجتماعي، وهي من المؤشرات الجوهرية في نظريات الرفاهية (Martela et al., 1993; Oliver, 2018).

في السياق الإماراتي، تُظهر المؤشرات الرسمية الصادرة عن وزارة الصحة أن هناك تركيزًا متزايدًا على تعزيز كفاءة الكوادر الصحية، والالتزام بأفضل المعايير العالمية، وهي إجراءات تعكس إدراكًا مؤسسيًا لأهمية الضمان كمحفز للثقة العامة ورضا المواطنين، وبالتالي رفاهيتهم. ومن خلال دمج الضمان في نموذج الدراسة الحالي كأحد الأبعاد المؤثرة في رفاهية السكان، تُسهّم الدراسة في تقديم تصور علمي يربط بين الخبرة المهنية في تقديم الرعاية الصحية وبين النتائج النفسية والاجتماعية طويلة الأجل للسكان.

بناءً على الأدلة النظرية والتجريبية السابقة، فإن الفرضية التي تربط بين الضمان في جودة الخدمة ورفاهية السكان تستند إلى مبررات قوية وتدعمها معطيات بحثية معتبرة، ما يعزز من موثوقيتها كعلاقة تستحق الدراسة والتحليل داخل الإطار المؤسسي لوزارة الصحة في دولة الإمارات العربية المتحدة.

الفرضية 5: هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين التعاطف في جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاهية العملاء.

يُعد التعاطف (Empathy) أحد الأبعاد الأساسية في نموذج SERVQUAL كما طوره Parasuraman et al. (1988)، ويشير إلى مدى اهتمام مقدمي الخدمة بالاحتياجات الفردية للعملاء، وقدرتهم على الإنصات لهم، وتوفير الرعاية الشخصية لهم. في السياق الصحي، يُنظر إلى التعاطف باعتباره حجر الزاوية في العلاقات الإنسانية بين مقدمي الخدمة والمراجعين، ويُعد عاملاً محورياً في تقوية الشعور بالثقة والانتماء لدى المرضى والمراجعين، وهو ما ينعكس إيجابياً على رفاههم النفسي والاجتماعي.

تدعم نظرية الرضا والتفاوت (Disconfirmation Theory) أهمية التعاطف من خلال التأكيد على أن تجاوب مقدمي الخدمة مع توقعات العملاء العاطفية والإنسانية يسهم في خلق فجوة إيجابية (Positive Disconfirmation)، تُفضي إلى رضا مرتفع يُترجم لاحقاً إلى شعور متزايد بالرفاهية (Oliver, 1993). كما أن نظرية جودة الحياة والرفاهية (Well-being Theories) توضح أن الرعاية الوجدانية من قبل مزودي الخدمة تُسهم في تقوية شعور الفرد بالاهتمام والكرامة، وهما عاملان أساسيان في مفهوم الرفاهية الذاتية والاجتماعية (Martela et al., 2018).

على مستوى الأدلة التجريبية، توصلت دراسة (Alnuaimi et al., 2021) إلى أن التعاطف كان العامل الأقوى تأثيراً على الرفاهية المتصورة للعملاء بين أبعاد جودة الخدمة الخمسة، حيث ساهم التعاطف المباشر من مقدمي الخدمة في تعزيز الشعور بالتقدير والاحترام لدى العملاء، لا سيما في السياق الإماراتي متعدد الثقافات. كما كشفت الدراسة عن أن التأثير غير المباشر للتعاطف عبر رضا العملاء كان كبيراً، ما يؤكد أهمية البعد الإنساني في بناء الثقة النفسية والاجتماعية لدى العملاء في البيئة الصحية.

وأكدت دراسة (Al Hubaishi & Ali, 2022) التي أُجريت في إمارة عجمان، أن بعد التعاطف يُعد من بين الأبعاد القليلة التي أظهرت علاقة إيجابية قوية مع جودة الخدمة الصحية ومع رضا السكان في كل من القطاعين العام والخاص. كما بينت نتائج الدراسة أن 77% من المشاركين أعربوا عن رضاهم عن بعد التعاطف في تقديم الرعاية، مما يعزز الفرضية القائلة بأن التعاطف يسهم في تعزيز تجربة المستخدم وزيادة شعوره بالاهتمام الشخصي، وهو عنصر أساس في الرفاهية.

وفي ذات الاتجاه، توصلت دراسة (Razzak et al. (2022 إلى أن التعامل الإنساني من قبل الموظفين الصحيين يرتبط بشكل مباشر مع مؤشرات الرفاه النفسي لدى السكان، لا سيما في الفئات العمرية المتقدمة أو المرضى ذوي الحالات المزمنة الذين يعتمدون على تواصل دائم ومستمر مع مزودي الخدمة. وقد أكدت النتائج أن بعد التعاطف كان حاسماً في تشكيل تقييم الأفراد لتجربتهم الصحية الشاملة.

كما أشارت دراسة (Awadhi et al. (2021 إلى أن تجربة العميل المتعاطفة مع احتياجاته الرقمية أو البشرية في إطار الخدمات العامة تسهم في رفع مستويات الرضا والثقة، وبالتالي في تحسين تصورهم العام للرفاهية المؤسسية.

على المستوى النظري، يتوافق بعد التعاطف مع مبدأ "الرعاية المتمحورة حول الإنسان (Person-centered Care)"، الذي يمثل اتجاهاً حديثاً في السياسات الصحية، حيث يتم تعزيز التواصل الوجداني، وفهم الخلفيات الثقافية والاجتماعية للمرضى، وتقديم الدعم النفسي والمعنوي لهم. وفي السياق الإماراتي، يُعد التعاطف بعداً بالغ الأهمية نظراً لتنوع الجنسيات والثقافات، وهو ما يجعل من فهم الاحتياجات الفردية وتقديم رعاية متعاطفة أمراً جوهرياً في تحسين تجربة المستخدمين وتعزيز رفاههم. وفي إطار رؤية الإمارات 2031، التي تضع رفاهية الإنسان محوراً أساسياً في استراتيجيات التنمية المستدامة، فإن تعزيز التعاطف في الخدمات الصحية يُعد مدخلاً فعالاً لتحقيق أهداف وطنية، كرفع مستويات السعادة والرفاه الاجتماعي، وتحقيق الشمولية في تقديم الرعاية الصحية.

وبناءً على هذه الأدلة التجريبية والنظرية، فإن الفرضية التي تفترض وجود علاقة موجبة ودالة إحصائياً بين بعد التعاطف في جودة الخدمة الصحية وبين رفاهية العملاء في دولة الإمارات، تستند إلى أسس منهجية راسخة، وتشكل أحد المكونات المحورية في النموذج المفاهيمي المقترح لهذه الدراسة. هذا الربط يعزز من قدرة الدراسة على تقديم مساهمة نظرية تطبيقية تجمع بين الأبعاد الإنسانية لجودة الخدمة والأهداف الاستراتيجية لصحة ورفاه السكان في الإمارات.

الفرضية 6: هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين رضا العملاء والشعور بالرفاهية والسعادة.

تُعد هذه الفرضية من الفرضيات الجوهرية في نموذج الدراسة، حيث تنطلق من منطلق مفاهيمي يُفترض فيه أن رضا العملاء (Customer Satisfaction) لا يُعتبر مجرد مخرج مباشر لجودة الخدمة، بل يُعد أيضاً محركاً

رئيسياً للشعور العام بالرفاهية النفسية والاجتماعية لدى الأفراد الذين يتعاملون مع الخدمات العامة، وخاصة الصحية منها.

يُعرّف رضا العملاء بأنه التقييم المعرفي والعاطفي الناتج عن الفجوة بين توقعات العميل وأدائه الفعلي من الخدمة (Oliver, 1981؛ Zeithaml et al., 1993). ووفقاً لنظرية الرضا والتفاوت (Disconfirmation Theory)، فإن تجاوز الخدمة لتوقعات العميل يوّد مشاعر إيجابية تُترجم إلى رضا مرتفع، والذي بدوره يُعد أحد العوامل المحددة للإحساس بالسعادة العامة (Oliver, 1993).

من الناحية النظرية، ترتبط هذه الفرضية ارتباطاً وثيقاً بنظرية جودة الحياة والرفاهية (Well-being Theories)، والتي تشير إلى أن التفاعل الإيجابي المتكرر مع المؤسسات الخدمية، لا سيما الصحية، يسهم في بناء شعور متزايد بالأمان والاحترام، ويؤثر مباشرة في تقدير الذات والرضا العام عن الحياة (Martela et al., 2018). كما تؤكد نظرية القيمة المدركة (Perceived Value Theory) أن شعور العميل بالحصول على خدمة ذات قيمة وجودة مرتفعة يعزز لديه الإحساس بالإشباع النفسي والاجتماعي، وهما عنصران أساسيان في تكوين شعور الرفاهية.

على الصعيد التجريبي، أظهرت دراسة Alnuaimi et al. (2021) في سياق الخدمات الحكومية في الإمارات أن رضا العملاء يلعب دوراً محورياً في تعزيز الشعور بالرفاهية المتصورة لدى الأفراد، حيث أثبتت النتائج أن تأثير جودة الخدمة على الرفاهية لا يكون مباشراً فقط، بل يعبر من خلال تأثير رضا العملاء كوسيط معنوي. وقد تبين أن لرضا العملاء قوة تفسيرية (24.2%) وتأثير تنبؤي متوسط، مما يعزز أهمية دمجها في النماذج السببية المتعلقة برفاهية السكان.

كما دعمت نتائج دراسة Razzak et al. (2022) هذه الفرضية من خلال تحليل تأثير رضا الأفراد عن الخدمات العامة في الإمارات على مستوياتهم المدركة من السعادة والرفاه، حيث أظهرت النتائج أن الأفراد الذين أبدوا رضاهم عن الخدمات الصحية كانوا أكثر ميلاً لتقييم حياتهم بشكل إيجابي، وتجلت مؤشرات ذلك في مشاعر الأمن، والطمأنينة، والانتماء الاجتماعي. أشارت الدراسة إلى أن الرضا يُعد عاملاً وسيطاً بين الأداء المؤسسي الحكومي والمخرجات النفسية للسكان، وهي إحدى النقاط التي تؤكد أهمية هذه الفرضية في السياق البحثي الحالي.

وفي دراسة منفصلة أجراها (Al Hubaishi & Ali (2022) حول جودة الخدمات الصحية في إمارة عجمان، ظهر أن رضا السكان كان مرتبطًا بشكل إيجابي وقوي بجودة الخدمة المدركة، وأنه بدوره ارتبط بشكل واضح مع شعورهم بالراحة النفسية والثقة في النظام الصحي، وهي مكونات أساسية في تعريف الرفاهية في أدبيات الرعاية الصحية.

أما في السياق الدولي، فقد توصلت دراسة (Felix (2017 إلى أن رضا العملاء يُعد مؤشرًا حاسمًا في قياس التجربة الإيجابية مع الخدمة، والتي ترتبط بدورها بمستويات أعلى من الرفاهية الذاتية والسعادة الاجتماعية. كما أشار (Spreng & Mackoy (1996 إلى أن رضا العملاء لا يعكس فقط التقييم العاطفي لتجربة الخدمة، بل يرتبط أيضًا بسلوكيات ما بعد الشراء، والولاء، والتفاعل الإيجابي، وكلها عناصر تسهم في شعور الفرد بالرفاهية. أما من منظور الإمارات، فإن تعزيز رضا العملاء في القطاع الصحي يتناغم مع رؤية الإمارات 2031 التي تضع سعادة الإنسان ورفاهيته في مقدمة أولويات السياسات الحكومية، حيث يُنظر إلى الرضا العام عن الخدمات على أنه مرآة لمستوى التنمية وجودة الحياة. لذلك، فإن استكشاف العلاقة بين رضا العملاء ورفاهية السكان لا يمثل فقط إسهامًا علميًا، بل يعد أيضًا ضرورة عملية لدعم جهود الدولة في تحقيق مؤشرات الأداء الوطنية المتعلقة بجودة الحياة.

علاوة على ذلك، تُسهم العلاقة بين رضا العملاء والرفاهية في تفسير سلوك المواطنين والمقيمين تجاه المؤسسات الصحية، حيث أظهرت الأدبيات أن الرضا يُقلل من مستويات التوتر، ويعزز من الامتثال الصحي، ويقوي الثقة بالنظام الصحي، مما يُفضي إلى نمط حياة أكثر استقرارًا ورفاهية.

وبناءً على ما تقدم، فإن هذه الفرضية تحظى بدعم نظري وتجريبي واسع، وتُعد أساسية في نموذج الدراسة المقترح الذي يسعى إلى تحليل تأثير جودة الخدمة في وزارة الصحة الإماراتية على رفاهية السكان عبر دور الوساطة الذي يلعبه رضا العملاء. كما تعزز هذه الفرضية من الطابع المتكامل للدراسة، من خلال الربط بين الأبعاد التشغيلية (جودة الخدمة)، والعاطفية (رضا العملاء)، والاجتماعية (الرفاهية)، مما يوفر إطارًا شاملاً لفهم وتحسين تجربة المتعامل مع الخدمات الصحية العامة في الدولة.

الفرضية 7: رضا العملاء يتوسط العلاقة بين جودة الخدمة الملموسة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاه السكان.

تنبثق هذه الفرضية من الحاجة إلى فهم العلاقة غير المباشرة التي تربط بين أحد أبعاد نموذج جودة الخدمة (SERVQUAL)، وهو البعد الملموس (Tangibles)، والشعور العام بالرفاهية لدى السكان المستفيدين من الخدمات الصحية في الإمارات، وذلك من خلال عامل وسيط يتمثل في رضا العملاء. يشير البعد الملموس إلى جودة المرافق، ونظافة المكان، وتوافر المعدات الطبية الحديثة، والمظهر الخارجي للموظفين، وكل ما يمكن للعميل إدراكه بالحواس عند دخوله منشأة صحية (Parasuraman et al., 1988).

من الناحية النظرية، يمكن تفسير هذه العلاقة من خلال نظرية الرضا والتفاوت (Disconfirmation Theory) التي تقترض أن رضا العملاء يحدث عندما تتفوق الخدمة المدركة على التوقعات، وهو ما يتعزز بشكل واضح في السياقات التي تتوفر فيها مؤشرات ملموسة على الاحترافية والنظام داخل المؤسسات الصحية. فعندما يكون للمريض أو المراجع تجربة حسية إيجابية (مثل نظافة العيادة، التنظيم الداخلي، المظهر المهني للعاملين)، فإن هذا يعزز من تقييمه للمنشأة، مما يولد شعورًا بالرضا، والذي يرتبط بدوره برفاهيته النفسية والاجتماعية (Oliver, 1993).

وقد أكدت نظرية القيمة المدركة (Perceived Value Theory) أيضًا على أن الفوائد الملموسة المتلقاة من العميل - حتى وإن كانت غير علاجية - يمكن أن تعزز من تقييمه لتجربته الكلية مع الخدمة، مما يؤثر على مشاعره وارتباطه الإيجابي بالمكان، وهو ما قد ينعكس في شعور أكبر بالثقة والاطمئنان، وهما مكونان أساسيان للرفاهية المتصورة (Wu, 2014؛ Iglesias et al., 2019).

أما الأدلة التجريبية، فقد أظهرت دراسة Alnuaimi et al. (2021) أن البعد الملموس كان من الأبعاد التي لها تأثير غير مباشر على رفاهية السكان في الإمارات من خلال رضا العملاء، إذ لم يظهر له تأثير مباشر دال إحصائيًا على الرفاهية، ولكنه كان مرتبطًا بشكل دال مع الرضا، مما يدعم دور الوساطة. وأوضحت الدراسة أن التصور الإيجابي للبنية التحتية والمرافق يعزز من رضا العميل، والذي بدوره ينعكس على مشاعر الراحة والرضا النفسي، ومن ثم الإحساس بالرفاه.

وفي دراسة Al Hubaishi & Ali (2022) التي تناولت تقييم سكان عجمان لجودة الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص، ظهر أن البعد الملموس كان من الأبعاد المرتبطة بشكل إيجابي بجودة الخدمة المدركة، وكان له تأثير غير مباشر من خلال رضا السكان على تقييمهم للرفاهية العامة المرتبطة بالرعاية الصحية. وقد

بيّنت نتائج النمذجة الإحصائية أن المرافق الصحية الحديثة والمجهزة تلعب دورًا في تحسين الانطباع العام عن الخدمة، حتى في غياب تفاعل مباشر مع العاملين.

من جهة أخرى، تُظهر دراسة (Margolis et al. (2003) حول رضا المرضى في الإمارات أن الفئات المختلفة من السكان (كبار السن، ذوو التعليم العالي) أعربوا عن تقدير خاص للعناصر الملموسة مثل الراحة الجسدية في غرف الانتظار، وسهولة الوصول للخدمات، وهو ما يعكس أثر هذه العناصر على الشعور بالراحة والرضا. وعلى المستوى الدولي، تشير دراسة (Felix (2017 إلى أن جودة الخدمة الملموسة تسهم بشكل كبير في تكوين الانطباع الأولي للعميل عن المؤسسة، وهو ما يؤثر لاحقًا على تقييمه العام لتجربة الخدمة. بينما توصلت دراسة (Brady & Cronin (2001 إلى أن جودة البيئة المادية ترتبط ارتباطًا قويًا بالرضا في السياقات الخدمية، خاصة في القطاع الصحي.

بناءً على ما سبق، فإن العلاقة بين الجودة الملموسة ورفاهية السكان ليست مباشرة بالضرورة، وإنما تمر من خلال تجربة العميل وانطباعه العاطفي والمعرفي، وهو ما يجعل رضا العملاء وسيطًا ذا معنى إحصائي وعملي. وهذا يعزز من أهمية الفرضية السابعة، والتي تُعد ركيزة أساسية في النموذج السببي المقترح للدراسة، وتوضح أن تصميم بيئة صحية متكاملة من حيث الجوانب المادية لا يؤثر فقط على التقييم الفني للخدمة، بل يمتد إلى شعور المواطن بالكرامة والاحترام والرعاية، وهي مكونات مركزية في بناء مفهوم الرفاهية في النماذج الاجتماعية المعاصرة.

كما تعزز هذه الفرضية من الطابع السياقي للدراسة، إذ تؤكد على أهمية الجوانب الحسية الملموسة في البيئة الصحية الإماراتية، حيث تُولي الحكومة اهتمامًا بالغًا بالبنية التحتية والحداثة في التصميم لتكون انعكاسًا للرؤية الوطنية في جودة الحياة. وتأتي هذه الفرضية لتبرز كيف يمكن لتلك الجوانب أن تترجم فعليًا إلى نتائج نفسية واجتماعية إيجابية عبر قنوات الرضا.

لذلك، يُتوقع أن تُسهم نتائج اختبار هذه الفرضية في دعم السياسات الحكومية الخاصة بتحسين تجربة المتعامل في القطاع الصحي، من خلال التركيز على التحسين المستمر للجوانب المادية، وربطها بأهداف الرفاه الوطني في رؤية "الإمارات 2031".

الفرضية 8: رضا العملاء يتوسط العلاقة بين موثوقية جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاهية السكان.

تُعنى هذه الفرضية باستكشاف التأثير غير المباشر للموثوقية كأحد الأبعاد الأساسية في نموذج جودة الخدمة (SERVQUAL) على شعور السكان بالرفاهية، عبر متغير وسيط هو رضا العملاء. تُعرّف الموثوقية (Reliability) بأنها قدرة المؤسسة على أداء الخدمة الموعودة بدقة وانتظام، أي تقديم الخدمة بالشكل الصحيح وفي الوقت المحدد كما تم التعهد بها (Parasuraman et al., 1988). وتُعد الموثوقية من أكثر أبعاد الجودة تأثيراً على تقييم الخدمة بشكل عام، خاصة في القطاعات الخدمية الحساسة كالقطاع الصحي، حيث ترتبط سلامة المريض ونتائج العلاج بشكل مباشر بجودة الأداء المهني والتنظيمي للمنشأة الصحية.

تستند هذه الفرضية إلى الأساس النظري في نظرية الرضا والتفاوت (Disconfirmation Theory)، والتي تفسر الرضا بوصفه ناتجاً عن مقارنة العميل بين توقعاته والخدمة الفعلية المتلقاة. عندما يشعر العميل بأن الخدمة المقدّمة متسقة، خالية من الأخطاء، وتفي بالوعود، فإن هذا يؤدي إلى رضا عالياً، والذي بدوره يرتبط إيجابياً برفاهية نفسية واجتماعية. فالموثوقية، وفق هذه النظرية، تؤدي إلى تقليل القلق، وتعزيز الشعور بالأمان والثقة، وهي مؤشرات مباشرة على تحقيق الرفاهية النفسية (Oliver, 1993).

كما أن نظرية القيمة المدركة (Perceived Value Theory) تدعم هذا السياق، حيث تعتبر أن إدراك العميل لفائدة الخدمة وقيمتها يعزز من رضاه عنها. وعندما يكون الأداء الصحي موثقاً وفعالاً، فإن المستفيدين يشعرون بأنهم يحظون برعاية عادلة ومنظمة، ما يُنتج إدراكاً عميقاً بقيمة الخدمة، ويسهم في تعزيز مشاعر الرفاهية والانتماء (Ali & Raza, 2017; Iglesias et al., 2019).

على المستوى التجريبي، أظهرت دراسة (Alnuaimi et al. (2021 أن بعد الموثوقية لم يكن له تأثير مباشر على الرفاهية المتصورة، لكنه أظهر تأثيراً غير مباشر معنوياً من خلال رضا العملاء، مما يشير بوضوح إلى الدور الوسيط للرضا في العلاقة بين الموثوقية والرفاهية. وأوضحت الدراسة أن تقديم الخدمة بدقة ووفقاً لما تم الاتفاق عليه يعزز الثقة بالمؤسسة، وهو ما يرفع مستوى رضا المتعاملين، والذي بدوره يؤثر على شعورهم العام بالرضا عن الحياة والخدمات العامة، أي بالرفاه.

وفي السياق الإماراتي، توصلت دراسة (Al Hubaishi & Ali (2022 إلى أن الموثوقية في المستشفيات الحكومية كانت من العوامل ذات التأثير الإيجابي على جودة الخدمة المدركة، والتي بدورها ارتبطت بشكل إيجابي برضا السكان عن الخدمات الصحية. كما أظهرت الدراسة أن ثقة السكان بمقدمي الخدمة من حيث التزامهم

بالمواعيد، ودقة التشخيص، وتكرار التجربة الجيدة، هي عوامل ساهمت في رفع مستوى الرضا العام لدى السكان، وهو ما يمكن اعتباره ركيزة لرفاهية متصورة أعلى.

كذلك، وجدت دراسة (Lee & Kim (2017) التي تناولت مرضى إماراتيين ترعاهم الدولة في كوريا الجنوبية، أن الموثوقية الطبية، بما في ذلك الالتزام بالمواعيد والاستجابة المنتظمة لاحتياجات المرضى، كانت من العوامل التي أثرت على رضا المرضى ونيتهم لإعادة زيارة نفس المنشأة، وهو ما يُعد مؤشراً واضحاً على تقديرهم للخدمة وشعورهم بالراحة والاطمئنان، وهما مكونان جوهريان للرفاهية.

أما في الإطار النظري لـ نظرية جودة الحياة والرفاهية (Well-being Theories)، فقد تم التأكيد على أن الثقة في النظم الصحية والخدمات المقدّمة تعتبر من المحددات الهيكلية الأساسية لشعور الأفراد بالرفاهية، خصوصاً عندما ترتبط بثقة الناس في الحصول على خدمات مستدامة وأمنة. (Razzak et al., 2022) وفي الإمارات، حيث تُعد الحكومة الطرف الأساسي في تقديم الخدمات الصحية، فإن تعزيز الموثوقية في هذه الخدمات يُعد من متطلبات تحقيق أهداف الرؤية الوطنية المتعلقة بجودة الحياة والسعادة.

وعليه، يمكن القول إن التأثير المباشر للموثوقية على الرفاهية ليس بالضرورة ظاهراً في كل الحالات، بل إن التجربة العاطفية والمعرفية للعميل، والتي تُترجم إلى رضا، تمثل القناة الأساسية التي تمر من خلالها آثار الموثوقية إلى الرفاهية. من هنا، تُعد الفرضية الثامنة من الفرضيات الجوهرية في هذا النموذج، لأنها تكشف عن سلسلة من العلاقات السببية تبدأ بجودة تنظيمية ومهنية في تقديم الخدمة، مروراً بالرضا الشخصي، وانتهاءً بشعور عام بالرضا عن الحياة والخدمات، أي الرفاه.

إن اختبار هذه الفرضية يوفر مساهمة مهمة على الصعيدين الأكاديمي والتطبيقي، من خلال تقديم أدلة حول أهمية تعزيز الموثوقية المؤسسية في القطاع الصحي الحكومي بدولة الإمارات، ليس فقط لزيادة رضا العملاء، بل لتحقيق نتائج أعمق على مستوى الرفاهية المجتمعية، بما يتماشى مع تطلعات الدولة في الوصول إلى المراتب الأولى عالمياً في مؤشرات السعادة وجودة الحياة.

الفرضية 9: رضا العملاء يتوسط العلاقة بين الاستجابة في جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاهية السكان.

تركز هذه الفرضية على استكشاف التأثير غير المباشر لـ "الاستجابة (Responsiveness)" في جودة الخدمة، باعتباره أحد الأبعاد الجوهرية في نموذج SERVQUAL، على مستوى رفاهية السكان في الإمارات العربية المتحدة، وذلك عبر متغير وسيط يتمثل في رضا العملاء. تشير الاستجابة إلى مدى استعداد الموظفين لتقديم الخدمة بسرعة وفعالية، وتلبية احتياجات المتعاملين بشكل فوري (Parasuraman et al., 1988) في السياق الصحي، تكتسب هذه السمة أهمية مضاعفة، كون الاستجابة السريعة قد تعني الفرق بين الوقاية والتدهور، أو بين المعالجة المبكرة وتأخر الخدمة.

تقوم هذه الفرضية على أسس نظرية التفاوت (Disconfirmation Theory)، حيث يرتبط رضا العميل بمدى تقاطع توقعاته بشأن سرعة التجاوب مع ما يتم تقديمه فعليًا. عندما يتلقى الفرد خدمة سريعة واستباقية عند حاجته، خاصةً في القطاع الصحي، فإن ذلك لا يلبي توقعاته فقط، بل يتجاوزها، مما يعزز من مشاعر الرضا، وهو مؤشر رئيسي على الشعور بالرفاهية النفسية والاجتماعية (Oliver, 1981; Bitner, 1990).

كما تدعم نظرية القيمة المدركة (Perceived Value Theory) هذا التصور، إذ تفترض أن التفاعل السريع والفعال من قبل مقدمي الخدمة يضيف قيمة ملموسة على التجربة الصحية، ويزيد من شعور المتعامل بأهمية وجوده واحتياجاته ضمن أولويات النظام الصحي. هذه القيمة المتصورة تعزز الرضا، والذي بدوره يرتبط ارتباطًا إيجابيًا بالرفاهية المتصورة (Ali et al., 2016; Iglesias et al., 2019).

تتجلى أهمية هذه العلاقة في نتائج دراسة (Alnuaimi et al., 2021) التي أثبتت أن بُعد الاستجابة كان له تأثير مباشر معنوي على رضا العملاء في الخدمات الحكومية بالإمارات، كما أظهر تأثيرًا غير مباشر على رفاهية السكان من خلال الرضا، مما يدل على أن سرعة التجاوب تلعب دورًا في تعزيز جودة الحياة عبر وسيط الرضا. وقد أظهرت النتائج أن الاستجابة الفعالة تخلق شعورًا لدى الأفراد بأنهم "مسموعون" و"محظ اهتمام"، مما يؤدي إلى رضا نفسي واجتماعي، وهو عنصر رئيس في بناء الرفاهية المجتمعية.

في ذات السياق، أظهرت دراسة (Al Hubaishi & Ali (2022) أن الاستجابة كانت من بين الأبعاد التي أثرت إيجابيًا على رضا سكان عجمان عن جودة الخدمات الصحية المقدمة، خصوصًا في القطاع الخاص. وبيّنت الدراسة أن قدرة الكوادر الصحية على التعامل الفوري مع الحالات، وتوفير المساعدة الطبية بسرعة، تخلق حالة من الرضا العام، والذي يرتبط بدوره بارتفاع في تقييم السكان لجودة حياتهم الصحية.

أما من جهة دراسة (Awadhi et al. 2021) ، فقد بينت أن هناك علاقة وثيقة بين الاستجابة الرقمية السريعة عبر القنوات الإلكترونية وارتفاع مستوى رضا الأفراد، خاصة في خدمات الصحة الرقمية في الإمارات. هذا النمط من التفاعل الاستباقي عزز من الإحساس بالتمكين والاهتمام، ما انعكس إيجابياً على مشاعر الراحة النفسية والاطمئنان تجاه أداء الجهات الصحية، وهو ما يرتبط ارتباطاً مباشراً بمفاهيم الرفاهية كما عزّفتها نظرية جودة الحياة (Well-being Theories).

وفي الدراسة الميدانية التي قام بها (Al-Neyadi et al. 2018) حول رضا المرضى في مستشفيات الإمارات باستخدام نموذج SERVQUAL ، أظهرت نتائج التحليل أن الاستجابة من أهم العوامل المؤثرة على رضا المرضى، خاصةً فيما يتعلق بالقدرة على التعامل مع الحالات الطارئة، وتوفير الاستشارة الطبية في وقتها المناسب. كما أظهرت نتائج مماثلة في دراسة (Margolis et al. 2003) أن الخدمات التي تتميز بسرعة التعامل والاستعداد الطبي كانت ترتبط مباشرة بمستويات رضا مرتفعة لدى المرضى.

تأسيساً على ما سبق، فإن العلاقة بين الاستجابة والرفاهية لا تكون بالضرورة مباشرة، بل تمر من خلال تجارب العملاء ومشاعرهم تجاه نوعية الخدمة، ما يجعل رضا العملاء متغيراً وسيطاً جوهرياً في هذه العلاقة. ويدعم هذا الطرح ما توصلت إليه دراسة (Razzak et al. 2022) ، والتي أشارت إلى أن الخدمات الحكومية التي تتصف بالسرعة في التجاوب تؤدي إلى تقليل الشعور بالقلق، وزيادة الرضا العام عن الدولة، وهما عاملان نفسيان مهمان في تفسير شعور السكان بالرفاه.

في ضوء ذلك، فإن اختبار هذه الفرضية في إطار وزارة الصحة الإماراتية يوفر إضافة تطبيقية مهمة من خلال تحديد الكيفية التي يمكن عبرها لمؤسسات الرعاية الصحية تعزيز استراتيجيات التواصل والتجاوب، لضمان رضا المستفيدين، وبالتالي المساهمة في تحقيق أهداف الدولة الاستراتيجية في مجالات جودة الحياة والرفاهية المستدامة. **الفرضية 10: رضا العملاء يتوسط العلاقة بين الضمان في جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاهية السكان.**

تركز هذه الفرضية على أحد الأبعاد المحورية في نموذج جودة الخدمة SERVQUAL، وهو "الضمان" (Assurance)، بوصفه عنصرًا يعكس مدى امتلاك مقدمي الخدمة الصحية للمهارات المهنية والكفاءة، إلى

جانب قدرتهم على خلق شعور بالثقة والطمأنينة لدى المتعاملين. الضمان يتضمن عناصر مثل المعرفة التقنية للموظفين، اللباقة، الأمن، ومدى قدرتهم على إلهام الثقة لدى المرضى (Parasuraman et al., 1988). في سياق الرعاية الصحية العامة، فإن الضمان لا يقتصر فقط على تقديم الخدمة وفق معايير مهنية، بل يشمل أيضاً قدرة النظام الصحي على حماية حقوق المرضى، ضمان سلامتهم، والامتثال للمعايير الأخلاقية والمهنية. عندما يشعر الأفراد أن مقدمي الخدمة يتصرفون بثقة وكفاءة، فإن ذلك يعزز رضاهم ويقلل من قلقهم، مما ينعكس مباشرة على شعورهم العام بالرفاهية.

تستند هذه الفرضية إلى نظرية التفاوت (Disconfirmation Theory)، والتي تؤكد أن الرضا يتشكل عندما تتجاوز التجربة الفعلية توقعات العميل، خاصة في ما يتعلق بعوامل الضمان مثل الطمأنينة والثقة في مزود الخدمة. في حال تحقق الضمان بشكل ملموس، فإن ذلك يولد رضاء عميقاً لدى الأفراد، وهذا الرضا يمثل حالة وسيطة تعزز في نهاية المطاف الشعور بالرفاهية النفسية والاجتماعية (Oliver, 1980; Spreng & Mackoy, 1996).

كذلك، يدعم هذه العلاقة إطار نظرية القيمة المدركة (Perceived Value Theory)، التي تنص على أن إدراك الأفراد للقيمة التي يتلقونها من الخدمة، والتي من ضمنها شعورهم بالأمان والثقة، يسهم في تعزيز الرضا والتقدير الإيجابي للتجربة الصحية، مما يعزز جودة الحياة لديهم (Ali & Raza, 2017; Iglesias et al., 2019). وقد دعمت الأدبيات التطبيقية هذه العلاقة. فقد أظهرت دراسة (Alnuaimi et al. 2021) أن بعد "الضمان" من أبعاد جودة الخدمة الخمسة كان له تأثير مباشر على رضا العملاء، وتأثير غير مباشر على رفاهية السكان عبر الرضا، ما يوضح الطبيعة الوسيطة لهذا المتغير. الدراسة بينت أن الضمان يشمل احترام خصوصية المرضى، المعرفة الطبية، والقدرة على تقديم استشارات بثقة، وهي كلها عناصر ترفع من تقييم الأفراد لجودة الرعاية الصحية، وبالتالي تعزيز الرضا كوسيط للرفاه.

من ناحية أخرى، أشارت دراسة (Al Hubaishi & Ali 2022) إلى أن بعد الضمان كان من العوامل التي أثرت إيجاباً على تقييم سكان عجمان لجودة الخدمات الصحية، لا سيما في القطاع الخاص، وأدى هذا البعد إلى تعزيز مستويات الرضا بشكل ملحوظ، خاصة في ضوء التعاملات التي تنطوي على معلومات طبية حساسة، ما يدل على أن الثقة والكفاءة في تقديم المعلومات من قبل الأطباء والمرضى تؤثر على التجربة الشاملة للمريض.

كذلك، في دراسة (Lee & Kim 2017) التي استهدفت مرضى إماراتيين تلقوا رعاية صحية في كوريا الجنوبية، أشارت النتائج إلى أن شعور المرضى بالثقة في مهارات الأطباء والتزامهم أدى إلى رضا مرتفع، مما ساهم في تعزيز نية المرضى لإعادة زيارة المستشفى، وهو مؤشر غير مباشر على شعورهم بالرفاهية تجاه التجربة الصحية. وقد أوصت الدراسة بضرورة تحسين كفاءة الطواقم الطبية وضمان جودة تواصلهم لضمان رضا المرضى الإماراتيين الذين يخضعون لعلاج خارجي برعاية حكومية.

إضافة إلى ذلك، أكدت دراسة Razzak et al (2022) أن هناك علاقة واضحة بين شعور الأفراد بالأمان والخدمات الصحية الموثوقة وارتفاع مستويات الرضا والرفاهية النفسية، خصوصاً في البيئات التي تتمتع باستقرار مؤسسي وقوانين واضحة لحماية حقوق المرضى.

وتعزز هذه النتائج ما أشارت إليه نظرية جودة الحياة (Well-being Theories)، التي ترى أن الرضا عن الخدمات الصحية، خاصة تلك المرتبطة بعنصر الثقة، يعتبر مؤشراً نفسياً وسلوكياً يرتبط مباشرة بجودة الحياة والرفاهية الذاتية للأفراد (Martela et al., 2018; Helliwell et al., 2020).

وبالتالي، فإن الضمان لا يؤثر فقط بشكل مباشر على تصورات الأفراد حول جودة الرعاية الصحية، بل يساهم أيضاً، من خلال متغير رضا العملاء، في تشكيل تجارب إيجابية تدعم الصحة النفسية والاجتماعية، وتغذي شعور الأفراد بالاستقرار والطمأنينة في تعاملهم مع المؤسسات الصحية.

في ضوء هذه الأدلة، فإن اختبار هذه الفرضية في إطار وزارة الصحة الإماراتية يحمل أهمية عملية ونظرية كبيرة، حيث يساهم في تقديم رؤى واضحة حول كيفية تعزيز الثقة والضمان كجزء من استراتيجيات تحسين تجربة المرضى، وبالتالي المساهمة في تحقيق رؤية الدولة في مجال الرفاهية الاجتماعية وتحسين جودة الحياة.

الفرضية 11: رضا العملاء يتوسط العلاقة بين التعاطف في جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاهية السكان.

تعد العلاقة بين التعاطف (Empathy) كأحد أبعاد نموذج SERVQUAL وجودة الخدمة في المؤسسات الصحية من المحاور الجوهرية التي تؤثر بعمق في مشاعر المتعاملين ورضاهم عن الخدمة. يشير التعاطف إلى مدى اهتمام مقدمي الخدمة باحتياجات الأفراد، وفهمهم لوضعهم الصحي والنفسي، وتقديم العناية الشخصية لهم بلطف واحترام (Parasuraman et al., 1988). ويُنظر إلى هذا البعد بوصفه عنصراً إنسانياً عاطفياً في العملية

الخدمية، يخلق تفاعلاً وجدائياً بين المريض ومقدم الرعاية الصحية، مما يعزز الشعور بالطمأنينة والثقة، ويدفع باتجاه تكوين انطباعات إيجابية حول جودة الحياة.

من الناحية النظرية، تدعم نظرية التفاوت (Disconfirmation Theory) هذه الفرضية من خلال تأكيدها على أن رضا الأفراد يتشكل عندما تتجاوز الخدمة المقدمة توقعاتهم. في حالة التعاطف، يمكن القول إن المريض يتوقع الاحترام والاهتمام، ولكن عندما يتلقى دعمًا عاطفيًا يفوق التوقعات، كأن يتحدث الطبيب أو الممرض بلغة جسد مريحة أو يستخدم أساليب تواصل حانية، فإن هذا يؤدي إلى رضا مرتفع، وهو ما ينعكس لاحقًا على شعور المريض بالرفاهية العامة (Oliver, 1980).

وبالمثل، تبرز نظرية القيمة المدركة (Perceived Value Theory) أهمية إدراك المريض لقيمة التعامل الإنساني في تعزيز تجربته، إذ لا تقتصر القيمة على الجوانب المادية أو التقنية للخدمة، بل تشمل الشعور بالاهتمام والرعاية، وهو ما ينعكس على تقييمه لجودة الحياة التي يعيشها (Iglesias et al., 2019).

وفي الأدبيات التجريبية الحديثة، دعمت العديد من الدراسات هذا الترابط. على سبيل المثال، أوضحت دراسة Alnuaimi et al. (2021) أن بعد التعاطف كان من أقوى العوامل المؤثرة في رضا العملاء ضمن المؤسسات الحكومية في الإمارات، كما ظهر له تأثير غير مباشر واضح على الرفاهية من خلال الرضا، مما يؤكد دور الرضا كوسيط فعال في العلاقة بين التجربة العاطفية وجودة الحياة.

كما أظهرت نتائج دراسة Al Hubaishi & Ali (2022) التي أجريت في إمارة عجمان أن بعد التعاطف كان من بين الأبعاد الأكثر تأثيراً في تقييم السكان لجودة الخدمات الصحية، وخاصةً في القطاع الخاص، حيث أظهر الارتباط بين التعاطف والرضا مستوى دلالة إحصائية مرتفع، بما يدل على أهمية السلوك الإنساني في تشكيل مواقف السكان تجاه الخدمات الصحية الحكومية والخاصة.

وقد أكدت دراسة Lee & Kim (2017) على أهمية التفاعل الإنساني كعنصر حاسم في رضا المرضى الإماراتيين الذين تلقوا رعاية في مستشفيات كوريا الجنوبية، مشيرة إلى أن "اللقاء التعاطفي" من قبل الممرضات والأطباء عزز من رضا المرضى، وساهم في زيادة نية إعادة الزيارة، والتي تُعد مؤشراً غير مباشر على شعورهم بالرضا والرفاهية.

ومن منظور نظرية الرفاهية Well-being Theories، فإن جودة الحياة لا تُبنى فقط على الصحة الجسدية أو الوصول للخدمة، بل تتضمن الشعور بالكرامة، التقدير، والتفاعل الإنساني الإيجابي مع النظام الصحي (Martela et al., 2018). إن التعاطف كممارسة خدمية يعزز هذه الأبعاد المعنوية، ويساهم في التخفيف من الضغوط النفسية والعاطفية لدى المرضى، مما يُحسن من رفايتهم العامة.

وتشير أيضًا دراسة Razzak et al. (2022) إلى أن المؤشرات النفسية والاجتماعية المرتبطة بجودة الحياة، ومنها الشعور بالدعم والاهتمام، تتأثر بشكل كبير بكيفية تعامل مقدمي الخدمة مع السكان. وقد أظهرت الدراسة أن شعور الأفراد بالراحة في التفاعل مع الأطباء والموظفين له تأثير مباشر على تصوراتهم حول الرفاهية والرضا.

ومن الجدير بالذكر أن التعاطف في السياق الإماراتي له بعد ثقافي عميق، حيث تلعب مفاهيم الكرامة الشخصية والخصوصية والاحترام دورًا رئيسيًا في تقييم المواطنين والمقيمين لتجربتهم الصحية، كما أن التفاعل مع الأفراد من خلفيات ثقافية متعددة يتطلب مهارات تعاطفية متقدمة لضمان رضا المتعاملين، وهو ما أكدت عليه تقارير وزارة الصحة في الدولة.

في ضوء ذلك، فإن الفرضية الحادية عشرة تستند إلى أرضية نظرية وتجريبية قوية، حيث أن التعاطف، عندما يُمارس بفعالية، يعزز من رضا الأفراد عن الخدمة، ويشكل جسرًا نفسيًا يقودهم نحو الشعور بالراحة والاستقرار والرفاه، وهو ما يُعد هدفًا رئيسيًا لأي نظام صحي ناجح، خصوصًا في بيئة عامة مثل وزارة الصحة الإماراتية التي تسعى إلى تعزيز جودة الحياة وتحقيق رؤية الدولة 2031.

الفرضية 12: هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمة الملموسة بوزارة الصحة الإماراتية ورضا العملاء.

تُعد جودة الخدمة الملموسة من أبرز الأبعاد التي يتضمنها نموذج SERVQUAL، وهي تشير إلى العناصر المادية المحيطة بالخدمة، مثل نظافة المرافق، توفر المعدات الطبية، تنظيم بيئة الاستقبال، مظهر الموظفين، وسهولة التنقل داخل مرافق المؤسسة الصحية (Parasuraman et al., 1988). يُنظر إلى هذه العناصر على أنها الانطباع البصري الأول الذي يتشكل في أذهان العملاء، والذي قد يؤثر بشكل مباشر على تقييمهم العام لجودة الخدمة، ومن ثم على رضاهم عنها.

تدعم نظرية القيمة المدركة (Perceived Value Theory) هذا الترابط من خلال تأكيدها على أن الأفراد يُقيّمون الخدمة الصحية وفقاً لما يتلقونه من مزايا ملموسة تُعادل أو تتجاوز التكلفة المدفوعة، سواء كانت تكلفة مادية أو نفسية أو زمنية (Zeithaml, 1988; Iglesias et al., 2019). وبالتالي، فإن كل ما يُدركه المريض في البيئة المادية يمكن أن يُشكل عنصراً حاسماً في بناء التصور العام عن جودة التجربة.

وقد أثبتت الأدبيات التجريبية أن البعد الملموس يلعب دوراً مهماً في تشكيل رضا العملاء. على سبيل المثال، أظهرت دراسة (Al Hubaishi & Ali (2022) أن البعد الملموس لجودة الخدمة له تأثير إيجابي في تشكيل رضا سكان إمارة عجمان عن الخدمات الصحية، خاصة في القطاع الخاص. رغم أن التأثير لم يكن دائماً الأقوى مقارنة بأبعاد مثل "الضمان" أو "التعاطف"، إلا أنه كان ثابتاً ومهماً إحصائياً في تشكيل الصورة الكلية للخدمة.

كما بينت دراسة (Alnuaimi et al. (2021) في تحليلها لخدمة العملاء في المؤسسات الحكومية الإماراتية أن جودة البيئة المادية، بما في ذلك مستوى تجهيز المرافق الطبية، تؤثر بشكل كبير في شعور الأفراد بالرضا، خاصة عند اقترانها ببعدي "الاستجابة" و"الضمان". في هذه الدراسة، تم قياس الملموسات من خلال عناصر تتعلق بجودة التصميم الداخلي للمراكز الصحية، ونظافة المكان، وجاهزية المعدات.

وفي دراسة أكثر تركيزاً على القطاع الصحي، توصلت دراسة (Al-Neyadi et al. (2018) إلى أن بعد "الملموسات" كان من بين أهم الأبعاد التي تؤثر على رضا المرضى في مستشفيات الإمارات، حيث لاحظ المرضى أن نظافة المستشفى، توفر وسائل الراحة، وتناسق الزي الرسمي للموظفين، كلها عوامل تُعزز الانطباع الإيجابي عن المنشأة، وبالتالي تسهم في رفع مستويات الرضا.

من الناحية النظرية، تتفق نظرية التفاوت (Disconfirmation Theory) أيضاً مع هذه الفرضية، حيث أن البيئة المادية التي تتجاوز التوقعات (مثل وجود مساحات نظيفة ومهيأة، غرف انتظار مريحة، أو أجهزة طبية حديثة) تؤدي إلى تقييم إيجابي للخبرة الخدمية، ومن ثم إلى رضا مرتفع لدى العملاء (Oliver, 1980).

وبالنظر إلى السياق الإماراتي، فإن رؤية الدولة 2031 تسعى إلى بناء بيئة خدمية حكومية ذات مستوى عالمي، مما يعني أن المواطنين يتوقعون من المؤسسات الحكومية – ومن ضمنها وزارة الصحة – أن تقدم مستوى راقٍ من الخدمات يشمل كافة الجوانب، المادية والمعنوية. وبما أن جودة البنية التحتية وتجربة العميل المادية تعد من

العوامل الجوهرية التي تؤثر في الثقة العامة في المؤسسات، فإن الاستثمار في الأبعاد الملموسة يعد أداة مهمة لتعزيز الرضا والاستمرارية في التعامل مع المراكز الصحية الحكومية.

كما أن دراسة Razzak et al. (2022) التي تناولت الرفاهية والرضا في السياق الإماراتي أشارت إلى أن "البيئة المحفزة" تمثل إحدى ركائز الرضا العام لدى السكان، وهو ما يتقاطع مباشرةً مع مفهوم "الملموسات" في SERVQUAL، ويؤكد على أهميتها في قطاع الصحة كجزء لا يتجزأ من تجربة المريض.

وعليه، فإن الفرضية الثانية عشرة التي تربط بين جودة الخدمة الملموسة ورضا العملاء تجد دعماً نظرياً وتجريبياً قوياً، خاصةً في السياق الإماراتي الذي يشهد تطوراً متسارعاً في الخدمات الصحية الحكومية. تحسين البيئة المادية لمراكز وزارة الصحة يمكن أن يُعد من أقصر الطرق نحو رفع مستويات الرضا، وبناء ثقة مستدامة في النظام الصحي العام.

الفرضية 13: هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين موثوقية جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورضا العملاء.

تشير الموثوقية (Reliability) في نموذج SERVQUAL إلى قدرة المؤسسة على أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق ومتسق، وتشمل الالتزام بالمواعيد، ودقة التشخيص، والقدرة على تقديم الخدمة بشكل ثابت دون أخطاء (Parasuraman et al., 1988). هذا البعد من جودة الخدمة يُعد من أكثر الأبعاد تأثيراً في بناء الثقة بين المريض ومقدم الخدمة، وهو أساس لتشكيل الانطباع العام حول مصداقية المؤسسة وقدرتها على تلبية الاحتياجات الصحية بأمان وكفاءة.

من منظور نظري، تستند هذه الفرضية إلى نظرية التناقض (Disconfirmation Theory)، حيث يقارن العميل بين توقعاته المسبقة وما تم تحقيقه فعلياً من الخدمة. في حال كانت الخدمة الطبية المقدمة موثوقة، ومتسقة، ونقي بالعودة، فإن ذلك يؤدي إلى تقييم إيجابي وتجربة مرضية (Oliver, 1980). كما تُعزز نظرية القيمة المدركة (Perceived Value Theory) هذا التوجه من خلال تأكيدها على أن موثوقية الخدمة ترفع القيمة المدركة وتزيد من ولاء العميل (Zeithaml, 1988).

الدراسات التجريبية السابقة دعمت بقوة هذا الارتباط. فقد بينت دراسة Al Hubaishi & Ali (2022) أن بعد "الموثوقية" كان من الأبعاد الأكثر تأثيراً على رضا السكان في إمارة عجمان، خاصةً في القطاع الخاص، حيث

تم ربط الدقة في تقديم الخدمة، وضبط المواعيد، والاستجابة المناسبة لحالة المريض، بارتفاع معدلات الرضا. وبالمثل، في القطاع الحكومي، رغم أن بعض الدراسات أشارت إلى أن تأثير "الموثوقية" قد لا يكون بنفس القوة دائمًا، إلا أنه كان ثابتًا كأحد العوامل المؤثرة.

دراسة (Al-Neyadi et al. (2018 التي استهدفت تقييم رضا المرضى في مستشفيات الدولة باستخدام نموذج SERVQUAL، أظهرت أن الموثوقية من أبرز المؤشرات التي تؤثر في تصور المريض لجودة الخدمة، لا سيما حين يشعر بأن تشخيصه كان دقيقًا، وأن خطط العلاج تم تنفيذها بفعالية دون تأخير أو تكرار. كما دعمت دراسة (Alnuaimi et al. (2021 هذا الارتباط، إذ أشارت إلى أن رضا العملاء عن الخدمات الحكومية يرتبط ارتباطًا وثيقًا بمدى اتساق الخدمة ومصداقيتها، وتم ربط "الموثوقية" مباشرة بزيادة الرضا المتصور لدى الأفراد، رغم أنها في بعض الحالات كانت بحاجة إلى دعم بأبعاد أخرى مثل الضمان أو الاستجابة لتحقيق التأثير الكامل.

وفي السياق العالمي، أكدت دراسة (Meesala & Paul (2018 أنّ الموثوقية تُعد من أكثر الأبعاد تأثيرًا في رضا المرضى داخل المستشفيات، كونها تتصل بتوقعاتهم الأساسية حول تلقي رعاية آمنة وخالية من الأخطاء. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن تقديم الخدمة بدقة وانتظام يشكل عاملاً حاسماً في تقييم جودة الخدمة من قبل المرضى.

من ناحية الممارسات الصحية في دولة الإمارات، فإن المواءمة بين جودة الأداء الفعلي للخدمة والمستوى المتوقع يُعد محورًا أساسيًا في توجهات وزارة الصحة ووقاية المجتمع، وذلك في إطار رؤية الإمارات 2031، التي تضع جودة الرعاية الصحية في قلب أجندتها الوطنية. وتُعد الموثوقية هنا عنصرًا أساسيًا في رفع مؤشرات رضا المرضى وتحقيق مستويات عالية من الثقة العامة في الخدمات الحكومية.

كما أن دراسة (Razzak et al. (2022 التي تناولت محددات الرفاهية العامة لدى السكان في الإمارات، ربطت بين الشعور بالاستقرار النفسي والقدرة على توقع نتائج الخدمة الصحية، وهو ما يتقاطع جوهريًا مع مفهوم الموثوقية ويُبرر أهميتها في بناء الرضا كوسيط بين جودة الأداء ورفاهية الأفراد.

وبناءً عليه، فإن الفرضية التي تربط الموثوقية برضا العملاء تحظى بدعم قوي من كل من الإطار النظري والتجريبي، خاصةً في السياق الإماراتي الذي يشهد اعتمادًا متزايدًا على أدوات القياس المعيارية في تحسين الأداء الحكومي، ورفع مستوى الثقة والرضا لدى الجمهور.

الفرضية 15: هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الضمان في جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورضا العملاء.

يُعد "الضمان (Assurance)" أحد الأبعاد الأساسية في نموذج SERVQUAL، ويشير إلى مدى امتلاك مقدمي الخدمة للمعرفة والكفاءة اللازمة، بالإضافة إلى قدرتهم على بث الثقة والاطمئنان لدى العملاء أثناء تقديم الرعاية الصحية. (Parasuraman et al., 1988) ويشمل هذا البعد عناصر متعددة مثل سلوك الموظفين، مستوى الكفاءة المهنية، اللباقة، الأمان، ومصداقية المعلومات الصحية المقدمة. في السياق الصحي، فإنّ الضمان يرتبط بشكل مباشر بإحساس المريض بالأمان والاطمئنان عند تلقي الخدمة، وهو ما يُعتبر أحد المحددات الجوهرية لرضاه.

من الناحية النظرية، تستند هذه الفرضية إلى نظرية الرضا والتفاوت (Disconfirmation Theory)، حيث يقيم المرضى جودة الخدمة بناءً على مدى تطابقها مع توقعاتهم المسبقة بشأن الأمان المهني ومهارات الأطباء والممرضين. إذا شعر المريض بأن مقدمي الرعاية يتمتعون بالكفاءة والمعرفة واللباقة، فإن هذا يولد تقييمًا إيجابيًا يُترجم إلى رضا مرتفع (Oliver, 1993). كذلك، تفسر نظرية القيمة المدركة (Perceived Value Theory) كيف أن الشعور بالثقة في الخدمة، من خلال الضمان، يرفع القيمة النفسية المدركة للعميل ويؤدي إلى مستويات أعلى من الرضا (Zeithaml, 1988).

تدعم الأدبيات التجريبية صحة هذه الفرضية بوضوح. فقد أكدت دراسة (Al Hubaishi & Ali (2022) على أن بُعد الضمان كان من أكثر العوامل تأثيرًا في رضا السكان في إمارة عجمان، خصوصًا في المؤسسات الخاصة التي تعتمد بشكل أكبر على سلوك الطواقم الطبية وكفاءتهم في بناء علاقة إيجابية مع المريض. أشارت الدراسة إلى أن وجود إحساس قوي بالضمان – من خلال التواصل الواضح، احترام الخصوصية، والرد المهني على استفسارات المرضى – يعزز من الرضا العام عن الخدمة.

من جانب آخر، أوضحت دراسة (Alnuaimi et al. (2021) أن الضمان كان له تأثير مباشر إيجابي على رضا العملاء في قطاع الخدمات العامة في الإمارات. فالأمان العاطفي والثقة المهنية التي يشعر بها العميل نتيجة احترافية الموظفين واستعدادهم الدائم للإجابة على الأسئلة، كلها عناصر تبني علاقة ثقة طويلة الأمد بين المواطن ومقدم الخدمة، خاصة في السياقات التي تنطوي على جوانب صحية حساسة مثل التشخيص والعلاج.

تجدد الإشارة أيضاً إلى ما توصلت إليه دراسة (Meesala & Paul (2018) في سياق الرعاية الصحية، حيث أشارت إلى أن الشعور بالأمان في الخدمة – سواء من حيث الكفاءة الطبية أو وضوح الإجراءات – يعتبر عاملاً رئيسياً في رفع مستوى رضا المريض. وأظهرت نتائجهم أن المريض يكون أكثر ميلاً للعودة لنفس المؤسسة الصحية إذا شعر بالاطمئنان خلال تفاعله مع مقدمي الخدمة.

بالإضافة إلى ذلك، كشفت دراسة (Lee & Kim (2017) التي استهدفت المرضى الإماراتيين الذين تلقوا الرعاية الصحية في كوريا، أن الضمان الذي توفره كفاءة الأطباء واستعدادهم للتواصل الفعال لعب دوراً حاسماً في نية المريض لإعادة زيارة نفس المؤسسة. وتؤكد هذه النتيجة أن الضمان لا يؤثر فقط على الرضا اللحظي، بل يُعد محددًا لسلوكيات مستقبلية مثل الولاء وإعادة الاستخدام.

وعلى مستوى التحليل المتعدد الأبعاد، دعمت دراسة (Al-Neyadi et al. (2018) ارتباط الضمان برضا المرضى، إذ وُجد أن القدرة على شرح الإجراءات العلاجية والتعامل اللبق مع المرضى يؤديان إلى تحسن كبير في انطباعهم العام عن جودة الرعاية الصحية المقدمة. كما أظهرت البيانات أن المؤسسات التي تهتم بتدريب الكوادر الطبية على مهارات التواصل والثقة تُسجل مؤشرات أعلى في الرضا مقارنة بالمؤسسات التي تركز فقط على الأداء الفني.

هذا ما تؤكدته كذلك نظرية جودة الحياة والرفاهية (Well-being Theories) التي تربط بين مشاعر الأمان الشخصي والرضا النفسي، حيث تُسهم عناصر الضمان في خلق بيئة علاجية خالية من التوتر، وهو ما ينعكس إيجابياً على الحالة النفسية والصحية للمريض، وبالتالي على رضاه العام (Martela et al., 2018).

في ضوء ما سبق، يتضح أن بُعد الضمان يُمثل عاملاً مركزيًا في تحديد مستوى رضا العملاء عن الخدمات الصحية، وخصوصاً في السياقات الحكومية حيث يكون التفاعل بين الموظف والمريض أكثر رسمية. إنَّ تحسين

الضمان من خلال تطوير مهارات الطاقم الطبي، تعزيز التواصل، وتطبيق أعلى المعايير الأخلاقية، يُعد من أولويات السياسات الصحية الحديثة، كما هو الحال في رؤية الإمارات 2031.

وبالتالي، فإن هذه الفرضية مدعومة بمجموعة قوية من الأدلة النظرية والتطبيقية في السياق الإماراتي والدولي، مما يعزز أهميتها في نموذج الدراسة الحالي ويبرر اختبارها بدقة ضمن بيئة وزارة الصحة في دولة الإمارات العربية المتحدة.

الفرضية 16: هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين التعاطف في جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورضا العملاء.

تُشير هذه الفرضية إلى أحد الأبعاد الجوهرية في نموذج جودة الخدمة SERVQUAL، وهو "التعاطف" (Empathy) يُعرّف هذا البعد بأنه مدى اهتمام المؤسسة الصحية بالعملاء بشكل فردي، وقدرتها على تقديم خدمات مخصصة تتفهم احتياجاتهم الشخصية، وتعاملهم بمرونة واحترام. (Parasuraman et al., 1988). يتجلى التعاطف من خلال حسن الاستماع، القدرة على تفهم مشاعر المرضى، المرونة في التعامل، وتوفير الدعم الإنساني، وهي جميعها عناصر تعزز من شعور العميل بأنه ليس مجرد حالة طبية، بل إنسان يتم الاهتمام به على المستوى الشخصي.

من الناحية النظرية، يستند دعم هذه الفرضية إلى نظرية الرضا والتفاوت (Disconfirmation Theory) التي تقترض أن الرضا يتحقق عندما تتجاوز التجربة التوقعات. وعندما يشعر العميل أن الموظفين الصحيين يعاملونه بتعاطف واهتمام فردي، فإن ذلك يخلق انطباعاً إيجابياً أقوى من المتوقع، ما يعزز الرضا (Oliver, 1993). كما تسهم نظرية القيمة المدركة (Perceived Value Theory) في تفسير العلاقة من خلال التأكيد على أن التجربة الإنسانية التي يشعر بها المريض، بما فيها الاهتمام العاطفي، تُعد من عناصر القيمة غير الملموسة التي تؤثر بشكل مباشر في الرضا (Zeithaml, 1988).

وتدعم الأدلة التجريبية هذه الفرضية بشكل واضح في السياق الإماراتي. على سبيل المثال، وجدت دراسة Al Hubaishi & Ali (2022) التي أُجريت على عينة من سكان إمارة عجمان أن بعد "التعاطف" كان أحد العوامل المؤثرة بشكل مباشر على رضا العملاء، خصوصاً في القطاع الصحي الحكومي. أوضحت الدراسة أن المرضى الذين شعروا بتفهم احتياجاتهم وتم التعامل معهم بلطف، كانوا أكثر رضا عن تجربتهم العلاجية مقارنةً بغيرهم.

كما بينت دراسة Alnuaimi et al (2021) أن بُعد التعاطف يرتبط إيجابياً مع كل من رضا العملاء والرفاهية المتصورة، موضحة أن الموظفين الذين يظهرون اهتماماً حقيقياً بمشاعر العملاء ويساعدونهم بشكل شخصي يساهمون في بناء علاقة ثقة وارتياح نفسي، ما يؤدي إلى تقييم إيجابي أكبر لجودة الخدمة الصحية. وأظهرت نتائجهم أن "التعاطف" كان العامل الأكثر تأثيراً من بين أبعاد SERVQUAL الخمسة على الرفاهية والرضا، إذ سجل أعلى معامل مسار ($\beta = 0.228$ للرفاهية و $\beta = 0.115$ للرضا).

من جانب آخر، تؤكد دراسة Meesala & Paul (2018) أن في بيئات الرعاية الصحية، لا تقتصر أهمية الجودة على الكفاءة الفنية، بل تشمل أيضاً جودة العلاقة الإنسانية بين مقدم الخدمة والمريض. حيث يُعد التعاطف مؤثراً قوياً في تحسين رضا المريض لأنه يقلل من التوتر ويزيد من شعور المريض بالكرامة والاهتمام.

وفي دراسة دولية استهدفت المرضى الإماراتيين الذين تلقوا العلاج في كوريا، أشارت دراسة Lee & Kim (2017) إلى أن "التعاطف" من قبل الأطباء والمرضى كان من العوامل الحاسمة التي أثرت في قرار المرضى بإعادة زيارة نفس المنشأة، مما يعكس مدى أهمية هذا البعد في تشكيل الرضا والسلوك المستقبلي.

ووفقاً لـ نظرية جودة الحياة والرفاهية (Well-being Theory)، فإن جودة التفاعل العاطفي مع مقدمي الرعاية الصحية تؤثر بشكل مباشر في شعور الفرد بالرضا النفسي والانتماء، وهو ما ينعكس على جودة حياته بشكل عام (Martela et al., 2018). فالعلاقة الإنسانية التي تتسم بالتعاطف تعزز من ثقة المرضى وتجعلهم يشعرون بأنهم في بيئة داعمة وآمنة، وهو ما يُعد جزءاً لا يتجزأ من مفهوم الرضا في السياق الصحي.

كما أن دراسات مثل Felix (2017) و Ngo & Nguyen (2016) دعمت أيضاً فكرة أن التعاطف له تأثير مباشر على رضا العملاء في القطاعات الخدمية المختلفة، وأوصت هذه الدراسات بضرورة تدريب الموظفين على المهارات العاطفية بجانب الكفاءات المهنية لتعزيز جودة التفاعل مع العملاء.

في سياق دولة الإمارات العربية المتحدة، تُعد مسألة الخصوصية الثقافية والاحترام الاجتماعي من العوامل المحورية في تشكيل الرضا، وهو ما يجعل "التعاطف" عاملاً استثنائياً في تعزيز علاقة الثقة بين المريض ومقدم الخدمة، خاصة في المؤسسات الحكومية حيث يلعب الموظف دوراً تمثيلاً للدولة.

وبناءً على هذه الأدلة النظرية والتجريبية، فإن العلاقة بين بُعد "التعاطف" ورضا العملاء تبدو منطقية وقوية، ما يبرر تضمينها في نموذج الدراسة الحالي المتعلق بجودة الخدمة الصحية ورضا السكان في وزارة الصحة

الإماراتية. كما أن اختبار هذه العلاقة سيساهم في الكشف عن مدى أهمية تطوير المهارات العاطفية لدى العاملين في المجال الصحي كجزء من استراتيجيات تحسين الجودة الشاملة.

2.6. ملخص الفصل

استعرض هذا الفصل الخلفية النظرية والدراسات التجريبية ذات الصلة بموضوع الدراسة، موفراً إطاراً معرفياً لفهم العلاقة بين جودة الخدمة ورضا العملاء ورفاهية السكان في السياق الحكومي الإماراتي، وبخاصة ضمن قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة. وقد تمّت مناقشة المفاهيم الرئيسية التي يركز عليها نموذج الدراسة، وأهمها: جودة الخدمة وأبعادها الخمسة وفق نموذج SERVQUAL (الملموسية، الموثوقية، الاستجابة، الضمان، والتعاطف)، إلى جانب مفهومي رضا العملاء والرفاهية كمتغيرين مركزيين. كما تناول الفصل النظريات الداعمة التي تشكّل الأساس النظري لافتراضات الدراسة، وهي: نظرية رضا العملاء، نظرية التفاوت (Disconfirmation Theory)، نظرية القيمة المدركة (Perceived Value Theory)، ونظرية جودة الحياة والرفاهية، حيث تمّ توضيح كيف تدعم هذه النظريات العلاقات المفترضة بين المتغيرات. ولتعزيز الربط بين الجوانب النظرية والتطبيقية، تمّ استعراض الأدبيات التجريبية الحديثة (2021-2025) التي تناولت جودة الخدمات الصحية عالمياً وفي الإمارات، مع تحليل منهجيات القياس المستخدمة ونتائج الدراسات ومحدودياتها.

وقد أظهرت نتائج التحليل وجود فجوات بحثية واضحة، تمثلت في غياب دراسات تدمج أبعاد جودة الخدمة الخمسة مع رضا العملاء كمتغير وسيط ورفاهية السكان كمتغير نهائي في السياق الحكومي الإماراتي، إضافة إلى قصور في تطبيق نماذج شاملة مثل SERVQUAL ضمن النطاق المؤسسي المحلي. كما اتضح أن معظم الدراسات ركّزت على المستشفيات الخاصة أو نُفّذت خارج بيئة الرعاية الصحية الحكومية في الإمارات.

لذلك، تسعى هذه الدراسة إلى سد هذه الفجوة من خلال تطوير نموذج مفاهيمي متكامل يربط بين أبعاد جودة الخدمة ورفاهية السكان مروراً برضا العملاء، بما يدعم الأجندة الوطنية لجودة الحياة في دولة الإمارات ويقدم إسهاماً أكاديمياً في إثراء الأدبيات ذات الصلة.

وفي ضوء ما سبق، يمهد هذا الفصل الطريق للانتقال إلى الفصل التالي، الذي يتناول منهجية الدراسة بالتفصيل. حيث تم توضيح التصميم البحثي، وأسلوب اختيار العينة، وأداة القياس، والتحليل الإحصائي المعتمد لاختبار الفرضيات السابقة. سيسهم ذلك في ضمان الصرامة المنهجية والموثوقية العلمية للنتائج، بما يدعم صلاحية النموذج المقترح ويوفر قاعدة معرفية لتوصيات واقعية قابلة للتطبيق في بيئة وزارة الصحة الإماراتية.



الفصل الثالث

منهجية الدراسة

3.1. المقدمة

تعتبر منهجية الدراسة وإجراءاتها محورًا رئيسيًا يتم من خلاله إنجاز الجانب التطبيقي من الدراسة، وعن طريقها يتم الحصول على البيانات المطلوبة لإجراء التحليل الإحصائي للتوصل إلى النتائج التي يتم تفسيرها في ضوء أدبيات الدراسة المتعلقة بموضوع الدراسة، وبالتالي تحقق الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها، حيث يتناول هذا الفصل وصفاً للمنهج المتبع، ومجتمع الدراسة وعيّنته، وكذلك أداة الدراسة المستخدمة، وطريقة إعدادها، وكيفية بنائها وتطويرها، ومدى صدقها وثباتها. كما يتضمن وصفاً للإجراءات التي قامت بها الباحثة في تصميم أداة الدراسة وتقنياتها، والأدوات المختلفة التي استخدمتها لجمع بيانات الدراسة، وأخذ العينات، والاستبيان، والمشاركين، والفرضيات، وإطار البحث، وتصميم البحث، وطرق جمع البيانات، وكذلك الطرق المستخدمة لتقييم المعلومات التي تم جمعها.

في الفصل السابق كانت المتغيرات المستقلة التي تمّ تصنيفها على أنها محددات أبعاد جودة الخدمة هي جودة الخدمة إلى الرفاهية الملموسة والسكان (SQ TAN) ، وجودة الخدمة إلى الموثوقية ورفاه الأفراد (SQ REL) ، وجودة الخدمة إلى الاستجابة ورفاه الأفراد (SQ RES) وجودة الخدمة لضمان ورفاه المقيمين (SQ ASS) ، وجودة الخدمة للتعاطف ورفاه العملاء (SQ EMP) ، في حين يتم تعريف رضا العملاء على أنه الوسيط في العلاقة بين أبعاد جودة الخدمة (SERVEQUAL) ورفاه العملاء. (PWE) وينتهي الفصل بالمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات واستخلاص النتائج، وفيما يلي وصف لهذه الإجراءات.

3.2. تصميم الدراسة

بناءً على طبيعة الدراسة والأهداف التي تسعى إلى تحقيقها، فقد استخدمت الباحثة المنهج الكمي؛ فالمنهج الكمي هو منهج يصلح لهذا النوع من الدراسات الإدارية الاجتماعية، علمًا بأنّ المناهج قد تشمل المنهج الوصفي، المنهج

الكمي. فالمنها الملخص العام للبحث ج الوصفي تم استخدامه في مراحل مبكرة من البحث لاستعراض المعارف السابقة، بينما المنهج الكمي الرقمي المعتمد على الإحصائيات العددية هو الأساس في استخلاص النتائج.

3.3. المنهج الكمي

يقصد بالبحث الكمي "ذلك النوع من البحث الذي يتم بواسطة استجواب أفراد منتقاة من مجتمع البحث تسمى عينة، وذلك بقصد وصف الظاهرة المدروسة من حيث طبيعتها ودرجة وجودها فقط، دون أن يتجاوز ذلك إلى دراسة العلاقة أو استنتاج الأسباب" (Creswell & Clark, 2017)، كما يعرف أيضاً على أنه "أسلوب في البحث، يتم من خلال جمع معلومات وبيانات عن ظاهرة ما أو حدث ما أو شيء ما أو واقع، وذلك بقصد التعرف على الظاهرة التي يتم دراستها، وتحديد الوضع الحالي لها، والتعرف على جوانب القوة والضعف فيه من أجل معرفة مدى صلاحية هذا الوضع أو مدى الحاجة لإحداث تغييرات جزئية أو أساسية" (Sekaran & Bougie, 2016).

3.3.1. المنهج الوصفي

طريقة في البحث عن الحاضر، تهدف إلى تجهيز بيانات لإثبات فروض معينة تمهيداً للإجابة عن تساؤلات محددة سلفاً بدقة تتعلق بالظواهر الحالية، والأحداث الراهنة التي يمكن جمع المعلومات عنها في زمان إجراء الدراسة، وذلك باستخدام أدوات مناسبة. (Creswell & Clark, 2017) كما لا يكتفي هذا المنهج عند جمع المعلومات المتعلقة بالظاهرة من أجل استقصاء مظاهرها وعلاقاتها المختلفة فحسب، بل يتعداه إلى التحليل والربط والتفسير للوصول إلى استنتاجات يُبنى عليها التصور المقترح بحيث يزيد بها رصيد المعرفة عن الموضوع.

3.3.2. مصدر المعلومات

استخدم الباحث مصدرين أساسيين للمعلومات، هما:

- المصادر الأولية: لمعالجة الجوانب التحليلية لموضوع الدراسة لجأت الباحثة إلى جمع البيانات الأولية من خلال الاستبانة كأداة رئيسة للبحث، صممت خصيصاً لهذا الغرض. فالبيانات الخاصة بالدراسة لم تستق من أي مصدر ثانوي وتعتبر مميزة لهذا البحث.

• المصادر الثانوية: حيث اتجهت الباحثة في معالجة الإطار النظري للبحث إلى مصادر البيانات الثانوية والتي تتمثل في الكتب والمراجع العربية والأجنبية الحديثة ذات العلاقة، والدوريات والمقالات والتقارير، والأبحاث والدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة، والبحث والمطالعة في مواقع الإنترنت، وقد توزعت في ميادين مختلفة تاريخية وسياسية واجتماعية، والتي يمكن أن تجد الباحثة من خلالها إشارات مهمة ومفيدة عن الدور السياسي للمرأة ومكانتها في المجتمع فترة الدراسة.

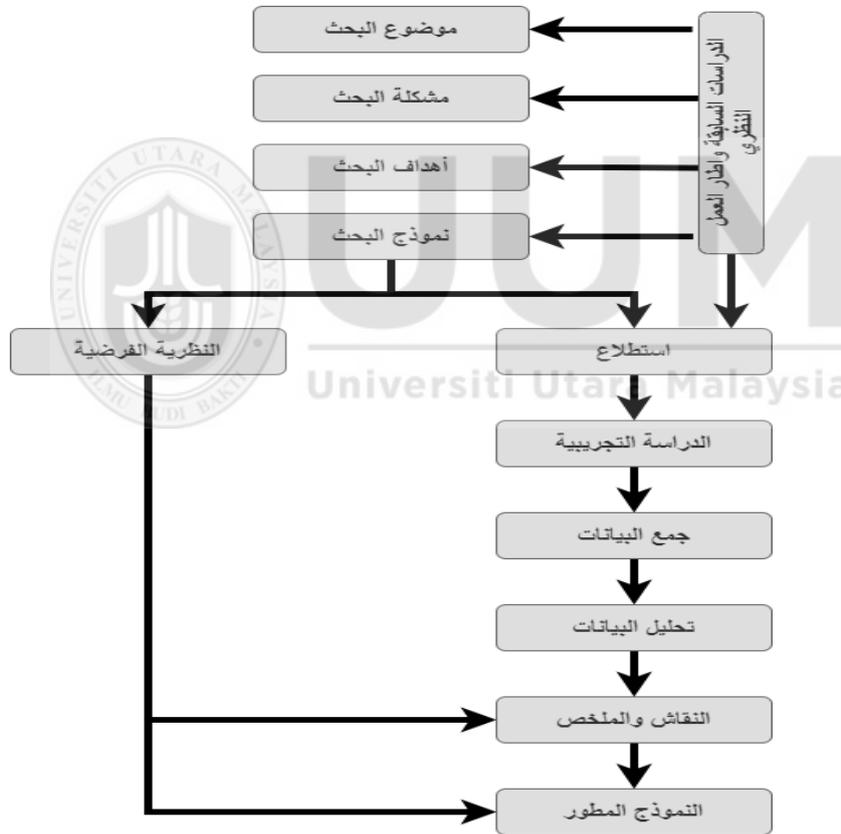
• الدراسة تعتمد على مجموعة من المصادر الثانوية، تشمل المقالات العلمية من منشورات مثل المجلة الدولية لإدارة الرعاية الصحية، ومجلة الصحة، والمجلة الدولية للتقنيات الناشئة، والمجلة الدولية لريادة الأعمال. بالإضافة إلى ذلك، تشير الدراسة إلى الكتب لوضع إطارها، بما في ذلك "الديمقراطية وتطوير دولة الرعاية الاجتماعية في تاوان" و"تنظيم حياة النساء: سياسة الرعاية الاجتماعية من العصور الاستعمارية حتى الوقت الحاضر"، وهما منشورتان من قبل راوتليديج. يتم تعزيز استكشاف اقتصاد دولة الرعاية بشكل إضافي من خلال "اقتصاديات دولة الرعاية" لنيكولاس بار من إصدارات جامعة أكسفورد، ويستمد التحليل من الجوانب الاجتماعية من "مجتمع المستهلك: الأساطير والهيكل" من إصدارات سيغ.

البحث هو خارطة الطريق للقيام بتحقيق أهداف الدراسة، حيث يعتمد خيار تصميم البحث على التقنيات والاستراتيجيات المستخدمة لغرض الوصول لتحقيق الأهداف. فهو يشمل إجراءات احتساب العينة وتوصيف مجتمع الدراسة وجمع المعلومات والتحليل والتحقق من أداة جمع العينات. (Sekaran & Bougie, 2016) تعتبر هذه الدراسة دراسة مسحية وصفية تحليلية بطبيعتها، نظرًا لتوفر الدراسات السابقة التي تتيح قدرًا معقولاً من المعلومات والمفاهيم الأساسية، لكنها بحاجة إلى مزيد من الدراسة الاستكشافية للإجابة على الأسئلة الأخرى التي لم تتم معالجتها بعد. تطبيقات دراسة البحث الاستكشافي على النحو الوارد أعلاه تتناول قضية مختارة في هذه الدراسة لأنها تركز على الحاجة إلى فهم تأثير العوامل المذكورة برفاهية ورضا العملاء.

تصميم البحث يعني المخطط الشامل لدمج العناصر المختلفة مثل العينة أو المجموعات، ومقاييس وطرق الاختيار للإجابة على سؤال البحث المركزي. (Trochim, 2006) يجب أن تتضمن طريقة البحث المقترحة مسحية وصفية تحليله عن عوامل رفاهية السكان. وبالرجوع إلى الدراسات السابقة هناك أربعة متغيرات مستقلة تتطلب

اختبار العلاقة برفاهية السكان. من ناحية أخرى، فإن رضا العملاء هو الوسيط بين أبعاد جودة الخدمة ورفاهية السكان.

من الشائع في المنهج الكمي استخدام المنهج العلمي كدليل لعملية البحث. في هذا المنهج، هناك بعض المراحل المنهجية؛ ف يبدأ العمل في موضوع البحث واقتراح الافتراضات، ويشمل الإجراء عوامل الخدمة العامة في دولة الإمارات العربية المتحدة للنموذج وجمع البيانات المقترحة، وعادةً ما يتم البحث عن طريق مناقشة رقمية تستند إلى الموافقة أو الرفض لما تم اقتراحه من فرضيات. يوضح الشكل 3-1 مخطط انسيابي للبحث في خطوات متسلسلة، حيث يظهر منهج البحث العلمي الموسع كخطوات منهجية.

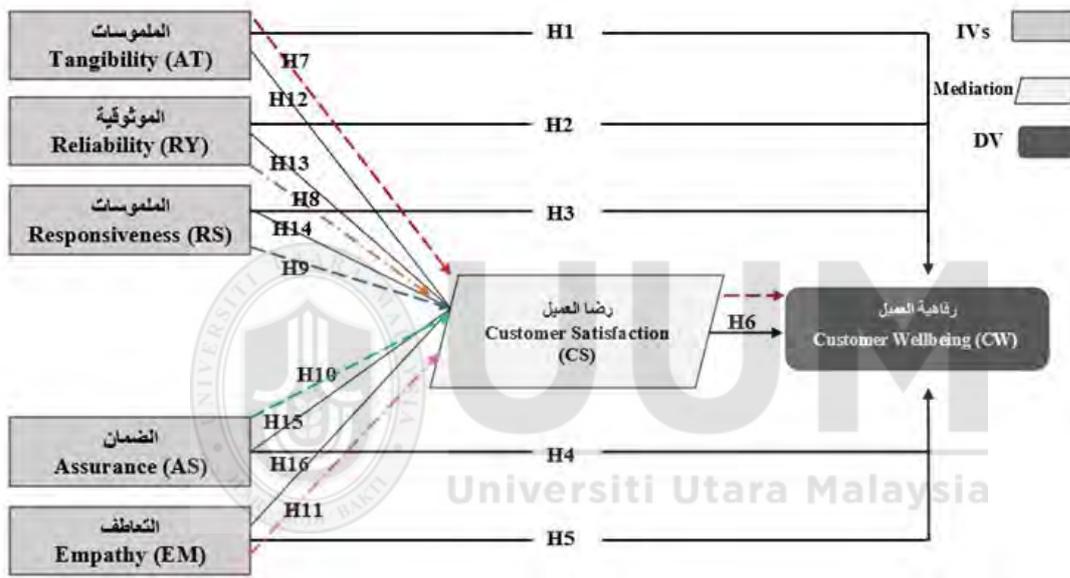


الشكل 3.1 مخطط البحث

- يبدأ التحليل بتحديد موضوع البحث ومراجعة المعارف السابقة، بخلاف معرفة الباحث وكذلك قاعدة الباحث، والمساعدة في تحديد الموضوع، والموضوع الرئيس لهذا التحليل هو أبعاد جودة الخدمة ورفاهية العملاء بوزارة الصحة الإماراتية.
- المرحلة الثانية هي تحديد مشكلة البحث؛ يجب أن يكون الدافع وراء البحث الأكاديمي هو وجود فجوات في البحث تدعم في صياغة بيان المشكلة حيث يتم الحصول على ثغرات عملية ونظرية من التحقيق السابق، والاقتراحات شبه الرسمية من الخبراء، والاتجاهات المدعومة بالحقائق.
- المرحلة الثالثة هي توضيح الأهداف البحثية؛ حيث يتم تحويل بيان المشكلة إلى أهداف استقصائية يتم تحديدها مع مراحل الدراسة.
- المرحلة الرابعة تهتم بصياغة الإطار النظري والمفاهيمي من المراجع والمعارف السابقة؛ لذا يجب وصف المفاهيم الأساسية، وينبغي مناقشة النظريات الأساسية.
- المرحلة الخامسة هي تحديد طرق جمع العينات والبيانات.
- المرحلة السادسة تهتم بصياغة النموذج المقترح وفرضية التحقيق من خلال مراجعة ممنهجة للأبحاث العلمية بحيث يشمل ذلك العلاقات الممكنة بين المتغيرات المقترحة بالإضافة الي النموذج المقترح.
- تقوم المرحلة السابعة ببناء الاستبيان وكذلك بفحص الصلاحية والموثوقية.
- المرحلة الثامنة هي لجمع البيانات من خلال استخدام الاستراتيجيات المناسبة، والتي تشمل التجميع المباشر إلى التجميع الإلكتروني.
- المرحلة التاسعة هي تحليل المعلومات من خلال الاستراتيجيات والاختبارات المناسبة.
- وأخيراً، ذكر نتائج تقييم البيانات حول الفرضيات المختلفة بجانب الحديث عن الإنجازات أو القصور في المنتج والفرضية بخلاف الاستنتاجات.

3.3.3. النموذج المقترح وفرضيات الدراسة

يوضح الشكل 3.2 أدناه فرضيات هذا البحث، و يحتوي النموذج المقترح على خمسة متغيرات مستقلة، ومتغير وسيت واحد، ومتغير تابع واحد. الدراسة لديها (11) علاقة مباشرة، (5) علاقات غير مباشرة. وفيما يلي مناقشة تطور الفرضيات بشكل رضا العملاء ورأيهم لسنوات عديدة هاجسًا للمنظمات المقدمة للخدمات (Nguyen et al., 2019). إذ يتمّ دومًا تقييم الخدمة من قبل العملاء عندما يحصلون على خدمات المؤسسة وكذلك بعد تقديم الخدمات (Hodgeet al., 2019). في إدارة خدمة العملاء، يهيئ العملاء سمعة تجاه جودة الخدمة الملموسة (Monferrer et al., 2019).



الشكل 3.2 النموذج المقترح وفرضيات الدراسة

تعني القابلية الملموسة في الخدمات ظهور المرافق المادية والمعدات والأفراد ومواد الاتصال (Zeithamlet al., 2009). وتشمل العناصر المادية الملموسة المرافق الخارجية لمؤسسة ما مثل مظهر الموظفين والجاذبية المرئية للمرافق المادية والجاذبية المرئية للمواد المرتبطة بالخدمة مثل الكتيبات. وبناء على ما سبق تقترح الدراسة الفرضيات التالية:

- فرضية 1: هناك تأثير إيجابي ذو دلالة إحصائية لجودة الخدمة الملموسة المقدمة من طرف وزارة

الصحة ووقاية المجتمع بدولة الإمارات العربية المتحدة ورفاهية السكان

- فرضية 12: هناك تأثير ايجابي ذو دلالة إحصائية لجودة الخدمة الملموسة المقدمة من طرف وزارة الصحة ووقاية المجتمع بدولة الإمارات العربية المتحدة على رضا السكان .
تُعتبر الموثوقية من أهم العوامل المحددة الملموسة من قبل العملاء لجودة الخدمة. (Goyal& Kar, 2020)
وهذا يعني أنّ الشركة تفي بوعودها بشأن تقديم الخدمات والكلفة وحلّ المشكلات. (Tuli, 2019)
- فرضية 2: هناك تأثير ايجابي ذو دلالة إحصائية لموثوقية جودة الخدمة المقدمة من طرف وزارة الصحة ووقاية المجتمع بدولة الإمارات العربية المتحدة على رفاهية السكان.
- فرضية 13: هناك تأثير ايجابي ذو دلالة إحصائية لموثوقية جودة الخدمة المقدمة من طرف وزارة الصحة ووقاية المجتمع بدولة الإمارات العربية المتحدة على رضا السكان.
الاستجابة في جودة الخدمة هي الرغبة من طرف مقدم الخدمة في مساعدة العملاء وتقديم خدمة سريعة، فهو يركز على التعامل مع طلبات العملاء والشكاوى والمشاكل بسرعة. (Omar et al., 2016) يجب أن يكون لدى الشركة استجابة لمساعدة العملاء مع الاستجابة السريعة. كلما زاد التفاعل بين العملاء والشركة، أصبح من الأسهل التعامل مع طلبات العملاء والأسئلة والشكاوى والمشاكل. (Chatfield& Reddick, 2018)
- فرضية 3: هناك تأثير ايجابي ذو دلالة إحصائية للاستجابة في جودة الخدمة المقدمة من طرف وزارة الصحة ووقاية المجتمع بدولة الإمارات العربية المتحدة على رفاهية السكان.
- فرضية 14: هناك تأثير ايجابي ذو دلالة إحصائية للاستجابة في جودة الخدمة المقدمة من طرف وزارة الصحة ووقاية المجتمع بدولة الإمارات العربية المتحدة على رضا السكان .
يتمّ تعريف الضمان في جودة الخدمة على أنه الاقتناع بمعرفة الموظفين لمهامهم وقدرتهم على تقديم الخدمة بكفاءة مما يحفز الثقة (Fonia & Srivastava, 2017). أنه يجعل العميل يعزز الثقة والأمان فيما يتعلّق بجودة خدمة المؤسسات (Al-Hawary et al., 2016).
- فرضية 4: هناك تأثير ايجابي ذو دلالة إحصائية للضمان في جودة الخدمة المقدمة من طرف وزارة الصحة ووقاية المجتمع بدولة الإمارات العربية المتحدة على رفاهية السكان.

● فرضية 15: هناك تأثير ايجابي ذو دلالة إحصائية للضمان في جودة الخدمة المقدمة من طرف وزارة الصحة ووقاية المجتمع بدولة الإمارات العربية المتحدة على رضا السكان .
يؤقر معنى التعاطف في جودة الخدمة التخصيص والتكيف بلطف وفقاً لمتطلبات العملاء (Wang et al., 2017).
بمعنى أنّ شركة الخدمات بالإمكان أن تمتلك المرونة اللازمة للتكيف مع حاجات العميل (Hamari et al., 2017).

● فرضية 5: هناك تأثير ايجابي ذو دلالة إحصائية للتعاطف في جودة الخدمة المقدمة من طرف وزارة الصحة الإماراتية ورفاهية السكان.

● فرضية 16: هناك تأثير ايجابي ذو دلالة إحصائية للتعاطف في جودة الخدمة المقدمة من طرف وزارة الصحة الإماراتية ورضا السكان.

ومن الأسئلة الأكثر إثارة للفضول هي ما الذي يحفز الشعور بالرفاهية؟ حيث تمّ الربط بين الشعور بالرضا والشعور بالرفاه والسعادة (Stensöta & Bendz, 2019). مع العلم أنّ مقياس الرفاهية ومدى ارتباطها بالشعور والتقييم لدى المستفيد علاقة متفاوتة من مجتمع لآخر، تبعاً للمعتقدات الاجتماعية والعوامل الجيوسياسية والاقتصادية (Meuleman, 2019).

● فرضية 6: هناك تأثير ايجابي ذو دلالة إحصائية لرضا السكان من جودة الخدمة المقدمة من طرف وزارة الصحة ووقاية المجتمع بدولة الإمارات العربية المتحدة على رفاهية السكان.

يتمّ تعريف رضا العملاء على أنّه نتيجة للتقييم المعرفي والعاطفي، حيث تتم مقارنة بعض معايير المتوقع والملموس من خدمة ما. (Vera-Martinez, 2019) علاوة على ذلك، إذا كان الأداء المتصور أقل من المتوقع، فسيكون العملاء غير راضين. (Stauss & Seidel, 2019) من ناحية أخرى، إذا كان الأداء المتوقع يتجاوز التوقعات، فسيكون العملاء غير راضين. (Bi, et al., 2020) وقد كان دوماً السعي للربط ما بين عوامل الجودة والرضا للعملاء. ولكنّ هذه الدراسة تسعى إلى ما هو أبعد من الرضا بالوصول إلى السعادة والرفاهية. لذلك فأته تم افتراض العلاقة الوسيطة للرضا كالتالي :

- فرضية 7: رضا السكان يتوسط العلاقة بين جودة الخدمة الملموسة المقدمة من طرف وزارة الصحة ووقاية المجتمع بدولة الإمارات العربية المتحدة ورفاهية السكان
- فرضية 8: رضا السكان يتوسط العلاقة بين موثوقية جودة الخدمة المقدمة من طرف وزارة الصحة ووقاية المجتمع بدولة الإمارات العربية المتحدة ورفاهية السكان.
- فرضية 9: رضا السكان يتوسط العلاقة بين الاستجابة في جودة الخدمة المقدمة من طرف وزارة الصحة ووقاية المجتمع بدولة الإمارات العربية المتحدة ورفاهية السكان.
- فرضية 10: رضا السكان يتوسط العلاقة بين الضمان في جودة الخدمة المقدمة من طرف وزارة الصحة ووقاية المجتمع بدولة الإمارات العربية المتحدة ورفاهية السكان
- فرضية 11: رضا السكان يتوسط العلاقة بين التعاطف في جودة الخدمة المقدمة من طرف وزارة الصحة ووقاية المجتمع بدولة الإمارات العربية المتحدة ورفاهية السكان.

من خلال مراجعة الدراسات والمعارف السابقة وبيان المشكلة، تمّ تطوير إطار بحثي لتحقيق أهداف هذه الدراسة. يعتمد نموذج الفجوة بشكل أساسي على مجموعة من المؤشرات قابلة للتكيف أو التعديل حسب نوع الخدمة و يسمى نموذج الفجوة بـ " servqual " ظهر خلال الثمانينات من خلال الدراسات التي قام بها كل من (zeilhmal et berry ، parasurman) وذلك لاستخدامه في تحديد وتحليل مصادر و مشاكل الجودة والمساعدة في كيفية تحسينها. لتقييم حسب نموذج الفجوة يعني تحديد الفجوة بين توقعات الزبائن لمستوى الخدمة وإدراكهم للأداء الفعلي لها، أي معرفة و تحديد مدى التطابق بين الخدمة المتوقعة والخدمة المدركة ويمكن التعبير عنها بالعلاقة التالية: جودة الخدمة (servqual) = الإدراك – التوقع

ويعتمد بناء هذا النموذج على تحديد الخطوات التي يجب أخذها بعين الاعتبار عند تحليل وتخطيط جودة الخدمة، وقد حدد نموذج الفجوة الفجوات التي تسبب عدم النجاح في تقديم الجودة المطلوبة، مقياس الفجوة: والذي يعتمد على توقعات الزبائن لمستوى الخدمة وإدراكه لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل، ومن ثم تحديد ما بين التوقعات والإدراكات باستخدام الفجوات وعند التحدث عن هذا المقياس لا بدّ من التطرق إلى مفهومين أساسيين يتقابلان لتحديد الفجوة في جودة الخدمة وهما :

أستوفعات الزبون: وهي تلك الاعتقادات التي تتكون لديه ويتمنى تحقيقها أو توفرها في الخدمة المقدمة له من طرف المؤسسة التي يتعامل معها. مفهوم منطقة التسامح التي تربط بين الخدمة المطلوبة و الخدمة المقبولة، وتتلخص هذه الفجوات كالتالي:

الفجوة رقم (1): وتنتج عن الاختلاف بين ما يتوقعه الزبائن وما تتصوره الإدارة أنه رغبة الزبائن (المحياوي،2006).

نتيجة القياس: في حالة وجود فجوة سلبية فإنّ هذا يرجع إلى قلة بحوث التسويق، وكذا الترجمة الخاطئة للنتائج المتحصل عليها من دراسات السوق التي تقوم بها، ويمكن أن يكون السبب أيضًا انعدام الاتصال بين الإدارة والزبائن؛ فقد يرغب الزبون أساسًا في الحصول على خدمة فورية من الموظفين من دون الانتظار لمدة طويلة، في حين ترى الإدارة أنّ الزبائن لا يهتمون بعامل الزمن، وأنهم مستعدون للحصول عليها مهما كانت الظروف.

الفجوة رقم (2): وتنتج عن الاختلاف بين ما تتصوره الإدارة أنها رغبة الزبون، وما تقوم المؤسسة بأدائه من الناحية العلمية.

نتيجة القياس: في حالة وجود فجوة سلبية فإنّ هذا يعني أنه بالرغم من تصوّر الإدارة لتوقعات الزبائن فإنه لم يتم ترجمة هذه التصورات إلى مواصفات محددة فعلية في الخدمة المقدمة للزبائن بسبب قيود تتعلق بمورد المؤسسة أو عدم قدرة الإدارة على تبني فلسفة الجودة في الخدمة والعكس صحيح.

الفجوة رقم (3): وتظهر بسبب اختلاف المواصفات المحددة للجودة، ومستوى تسليم الخدمة الفعلي.

نتيجة القياس: في الحالة وجود فجوة سلبية فإنّ هذا يعني أنّ هناك اختلاف بين مواصفات الخدمة المقدمة للزبائن، وما تدركه الإدارة وذلك بسبب تدني مستوى الأداء والمهارات الخاصة بمقدمي الخدمة أو عدم وجود الدافعية لهم لتقديم الخدمة وفقا للمواصفات المخططة والعكس صحيح.

الفجوة رقم (4): وتنتج عن الاختلاف بين الخدمة التي تمّ تسليمها، وما يتمّ الترويج عنه بخصوص الخدمة.

نتيجة القياس: في حالة وجود فجوة سلبية فإنّ هذا يرجع إلى أنّ الوعود التي قدّمها حول مستوى الخدمة من خلال الاتّصال بالعملاء عن طريق أساليب الترويج المختلفة تختلف على المستوى الفعلي لتقديم الخدمة، وتسمّى بفجوة الوعود مما يؤدي إلى وجود خلل في المصادقية والثقة في الخدمة (بولودان،2011).

الفجوة رقم (5): هي ناتج واحد أو أكثر من الفجوات الأربعة السابقة، وتمثل الفرق بين الخدمة المدركة والخدمة المتوقعة.

نتيجة القياس: في حالة وجود فجوة سلبية فإنّ هذا يؤدي إلى عدم رضا الزبائن والمجتمع عن الخدمة المقدمة واحتمالات التذمر والشكوى وتكوين الانطباعات السيئة عن المؤسسات الخدمية.

يتكون إطار العمل من محددات جودة الخدمة، وهي الخدمات (SQ TAN) ، الموثوقية في جودة الخدمة (SQREL) ، الاستجابة في جودة الخدمة (SQRES) ، والضمان في جودة الخدمة (SQASS) ، التعاطف في جودة الخدمة (SQEMP) ، بينما يتم تعريف رضا العملاء على أنه الوسيط في العلاقة بين أبعاد جودة الخدمة ورفاهية السكان.

يتم استخدام نظرية SERVEQUAL لجودة الخدمة كنظرية أساسية. وعلى الرغم من إجراء العديد من الدراسات المتعلقة برضا العملاء، إلا أنّ القليل منها قد ركّز على تأثير جودة الخدمة العامة مثل الرعاية الاجتماعية والصحية والترفيهية. لذلك، تهدف الدراسة إلى التحقيق في أنشطة الخدمة العامة تحت وزارة الصحة في الإمارات العربية المتحدة، مع التركيز على رضا العملاء ورفاهية السكان، وأبعاد جودة الخدمة، مع استكشاف الدور الوسيط لرضا العملاء، وتحديد التحديات التي تواجه الحكومة الإماراتية في تحقيق رضا الجمهور في الخدمة العامة.

Universiti Utara Malaysia

3.4. تطوير أدوات الدراسة والتحقق من صحتها وموثوقيتها

تحتوي الدراسة على سبعة متغيرات رئيسية، ومن الضروري استخدام الأداة المناسبة لقياس التركيب المناسب لكل متغير. تم استخدام الاستبيان المعدّ بدقّة باللغتين العربية والانجليزية في هذا البحث والذي تمّ تكييفه من الدراسات السابقة. وتمّ اخضاع عناصر كلّ متغير (الاسئلة) إلى وسائل تحقق لضمان جودة وملاءمة عملية المسح والموثوقية والصلاحية.

3.4.1. تصميم الاستبيان

تمّ اعتماد أدوات المسح من الدراسات السابقة لقياس رأي الأفراد للرضا المحسوس والرفاهية المحسوسة بجانب قياس خصائص أو عوامل جودة الخدمة. حيث تمّ جمع العناصر وتكاملها ثمّ تكييفها من العديد من المقالات

الأكاديمية السابقة ذات الصلة مثل دراسة مشعل الكساسبة،(2014) بعنوان أثر جودة الخدمات الحكومية الإلكترونية في أداء العاملين، ودراسة أنس الحديد،(2014) بعنوان العوامل المؤثرة على ولاء العملاء في القطاع المصرفي الأردني ودراسة عيسى مرزوقة وسهام مخلوف (2017) بعنوان (أهمية جودة الخدمة في تحقيق الرضا لدى العميل)، ودراسة مولود حواس ورايح حمودي (2013) بعنوان (أهمية جودة الخدمات في تحقيق ولاء المستهلك دراسة حالة - خدمات الهاتف النقال للوطنية للاتصالات الجزائر)، ودراسة صوار يوسف وماحي كلتومة (2019) بعنوان (تحديد رضا العميل وولائه).

تضمنت أدوات المسح قسمين رئيسيين. القسم الأول - معلومات عامة عن المجيبين ومنظماتهم ، القسم الثاني يتعلق بأسئلة تغطي جميع المتغيرات في هذه الدراسة. تمّ تكيف جميع العناصر على نطاق مقياس لا يكرت المتدرج الخماسي. حيث تستخدم هذه الدراسة الأسلوب التصاعدي الخماسي بحيث يبدأ من لا أوافق بشدة، غير موافق، أوافق، أوافق بشدة (Sekaran، 2016) تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي (1 = غير موافق بشدة إلى 5 = موافق بشدة) وذلك لأسباب منهجية تتعلق بطبيعة العينة، وسياق الخدمات العامة، ووضوح التفضيلات. تشير الأدبيات الحديثة إلى أن المقاييس الخماسية أسهل فهمًا من المقاييس السباعية، وتقلل من العبء المعرفي على المجيبين، خاصة في بيئات العمل التي تتطلب استجابات سريعة وعملية (Weijters, Cabooter, & Schillewaert, 2010). بالإضافة إلى ذلك، ثبت أن المقياس الخماسي يوفّر ثباتًا جيدًا وصدقًا مقبولًا في دراسات سابقة أجريت في السياقات الخليجية، خاصة عند التعامل مع العاملين في المؤسسات الحكومية (Alsaadi et al., 2019; Alhubaishi & Ali, 2021). بعد اكتمال الاستبيان تم استخدام برنامج SPSS لتحليل كل عنصر، إما بشكل منفصل أو تجميعه لإنشاء درجة لمجموعة من العناصر. تتمثل مزايا استخدام مقياس لا يكرت لقياس المتغير التابع والمستقل في أنه يلخص الإجابات لتمثيل بيان معين، والذي يمكن معالجته بعد ذلك للحصول على نتائج مرغوبة معينة فيما يتعلق بهدف الدراسة.

3.4.2 تطوير الاستبيان

ينصب التركيز في هذا البحث على العوامل التي تؤثر على رفاية السكان. يعني أن الدراسة لا تتناول جودة الخدمة أو رضا العملاء كمفاهيم مستقلة فقط، بل تدرس كيف تؤثر هذه المتغيرات على رفاية السكان كمتغير

نهائي شامل، بما يعكس تطلعات السياسة العامة في دولة الإمارات لتحسين نوعية الحياة كهدف استراتيجي وطني لتحقيق أهداف الدراسة، تمّ استخدام بعض العناصر لتمثل المتغيرات، والتي تمّ تكيفها من الدراسات السابقة التي ذكرت سابقاً للعناصر الخاصة بكلّ هذه المتغيرات ومصادرها مذكورة أدناه .

الجدول 3.1 فقرات قياس العناصر الملموسة لجودة الخدمة

المصدر: (Gyasi and Azumah, 2009; Gronroos, 1984, 2000 Parasuraman, et al., 1985,) (1988)

العناصر الملموسة لجودة الخدمة	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق مطلقاً
1 المظاهر الخارجية لها تأثير أساسي علي جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية					
2 مظهر الموظفين عامل هام في تحديد جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية					
3 الجاذبية المرئية للمرافق المادية تؤثر علي جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية					
4 الجاذبية البصرية للمواد المرتبطة بالخدمة مثل المنشورات تؤثر علي جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية					
5 البيئة المحيطة هي أحد العوامل الرئيسية للتأثير على إدراك العملاء لجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية					

تشتمل العناصر الملموسة لجودة الخدمة على المظاهر الخارجية للخدمة، مثل مظهر الموظفين والجاذبية المرئية للمرافق المادية وجاذبية بصرية للمواد المرتبطة بالخدمة مثل المنشورات. كما أنّ البيئة المحيطة هي أحد العوامل الرئيسية للتأثير على إدراك العملاء لجودة الخدمة من أجل زيادة مستوى رضا العملاء (Parasuraman et al., 1998). تمّ تكيف عناصر هذا المتغير من الدراسات التي أجراها (Gyasi and Azumah, 2009;) (1988, 1984, 2000 Parasuraman, et al., 1985, Gronroos).

الجدول 3.2 فقرات قياس الموثوقية في جودة الخدمة
المصدر: (Saunders, Lewis & Thornbill 2007)

الموثوقية في جودة الخدمة	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق مطلقا
1 القدرة على أداء الخدمة الموعودة لها تأثير أساسي علي جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية					
2 وعود المؤسسة عامل هام في تحديد جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية					
3 حل المشكلات والتسعير تؤثر علي جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية					
4 وضوح جوانب الخدمة هي أحد العوامل الرئيسية للتأثير على إدراك العملاء لجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية					
5 الإخلاص في تقديم الخدمات محدد رئيس لجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية					

تشير الموثوقية في جودة الخدمة إلى قدرة الشركة على إكمال الخدمة الموعودة بشكل موثوق ودقيق (Mezger et al., 2020). وتعتبر الموثوقية أهم العوامل المحددة لتصورات العملاء لجودة الخدمة (Goyal & Kar, 2020). وهذا يعني أن الشركة تفي بوعودها بشأن تقديم الخدمات والسعر وحل المشكلات (Tuli, 2019). وقد تم أخذ العناصر الخاصة بهذا المتغير من الدراسة التي أجراها Saunders, Lewis & Thornbill 2007. بالإضافة إلى قنوات الاستجابة التقليدية، فإن التقدم في تكنولوجيا المعلومات مثل رسائل البريد الإلكتروني و صفحة الويب وواجهة خدمة العملاء يحسن من استجابة شركة تقديم الخدمات (Hamari et al., 2017). البلدان المتقدمة أكثر استجابة للضغط العام أو الانتخابي لأن هناك حرص على عدم تعكير العلاقة مع الجمهور، لما لهم من قوة ونفوذ يكفله لهم القانون والمساءلة المجتمعية (Speer, 2012). تم أخذ العناصر الخاصة بهذا المتغير من الدراسة التي أجراها Saunders, Lewis & Thornbill (2007).

الجدول 3.3 فقرات قياس الاستجابة في جودة الخدمة

المصدر: (Saunders, Lewis & Thornbill 2007)

لا أوافق مطلقاً	لا أوافق	محايد	أوافق	أوافق بشدة	ضمان الخدمة في جودة الخدمة
					1 معرفة وخصوصية الموظفين وقدرتهم على إلهام الثقة له تأثير أساسي علي جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					2 بناء الثقة والاعتماد على معرفة الشركة وقدرتها عامل هام في تحديد جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					3 الإلهام والتحفيز وزيادة الثقة يؤثر علي جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					4 معرفة الموظفين وإدارتهم وقدرتهم على إثارة الثقة، هي أحد العوامل الرئيسية للتأثير على إدراك العملاء لجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					5 مشاركة المعلومات محدد رئيس لجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية

تم تعريف الضمان في جودة الخدمة في الدراسات السابقة بالافتتاح بامتلاك الموظفين المعرفة والقدرة على تقديم الخدمة بالشكل الملائم. كما أنه يتألف من كفاءة التواصل مع العميل والموقف العام المتمثل في أن مزود الخدمة لديه اهتمامات العميل المفضلة في القلب. (Zalatar, 2012) تم أخذ المواد الخاصة بهذه الدراسة من الدراسة المسرحية، 1985، Parasuraman, et al., 1984, 2000; Gronroos, 1984, 2000; Gyasi and Azumah, 2009; (1988) والعناصر هي كما يلي: التعاطف في جودة الخدمة هو توفير الرعاية، والاهتمام الفردي للعملاء يحدد التعاطف الاهتمام الذي يركّز عليه بشكل فردي للعملاء، ولديه حماس لمساعدة العملاء في حلّ مشكلتهم في الوقت المناسب. (Chun et al., 2016) بالإضافة إلى ذلك، تعد المقاربة والتفكير والجهود المبذولة لفهم احتياجات العميل عنصراً آخر في بعد التعاطف. (Snipes, 2019) وتم أخذ العناصر الخاصة بهذا المتغير من الدراسة التي أجراها (ساندرز، لويس وثورن هيل 2007).

الجدول 3.4 فقرات قياس ضمان الخدمة في جودة الخدمة

المصدر: (Saunders, Lewis & Thornbill 2007)

لا أوافق مطلقاً	لا أوافق	محايد	أوافق	أوافق بشدة	ضمان الخدمة في جودة الخدمة
					1 معرفة وخصوصية الموظفين وقدرتهم على إلهام الثقة له تأثير أساسي علي جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					2 بناء الثقة والاعتماد على معرفة الشركة وقدرتها عامل هام في تحديد جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					3 الإلهام والتحفيز وزيادة الثقة يؤثر علي جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					4 معرفة الموظفين وإدارتهم وقدرتهم على إثارة الثقة، هي أحد العوامل الرئيسية للتأثير على إدراك العملاء لجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					5 مشاركة المعلومات محدد رئيس لجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية

يُعرّف رضا العملاء بأنه ناتج عن التقييم المعرفي والعاطفي الذي يقوم به العميل عند مقارنة توقعاته بالأداء المتصور للخدمة أو المنتج (Vera-Martinez, 2019). فإذا كان الأداء أقل من المتوقع، يظهر عدم الرضا، أما إذا تجاوز التوقعات، ينشأ شعور إيجابي بالرضا (Stauss & Seidel, 2019؛ Bi et al., 2020). ويُنظر إلى الرضا على أنه حالة عاطفية مؤقتة، تتشكل من خلال تقييم تجربة واحدة، وقد تم اعتماد عناصر هذا المفهوم من دراسة (Bryman and Bell 2007).

الجدول 3.5 فقرات قياس التعاطف في جودة الخدمة

المصدر: (PBryman and Bell 2007)

لا أوافق مطلقاً	لا أوافق	محايد	أوافق	أوافق بشدة	التعاطف في جودة الخدمة
					1 التخصيص وفقاً لمتطلبات العملاء له تأثير أساسي علي جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					2 إنشاء علاقة شخصية عامل هام في تحديد جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					3 الخصوصية أو الفرادة تؤثر علي جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					4 تفهم الوزارة تفضيلات خدمة العملاء هي أحد العوامل الرئيسية للتأثير علي ادراك العملاء لجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					5 توفير الرعاية والاهتمام الفردي للعملاء محدد رئيس لجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية

الجدول 3.6 فقرات قياس رضا العملاء في جودة الخدمة

المصدر: (PBryman and Bell 2007)

لا أوافق مطلقاً	لا أوافق	محايد	أوافق	أوافق بشدة	رضا العملاء في جودة الخدمة
					1 رضا العملاء كنتيجة للتقييم المعرفي والعاطفي له تأثير أساسي علي جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					2 الأداء المتوقع الذي يتخطى التوقعات عامل هام في تحديد رضا العملاء عن جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					3 المقارنة داخلية لتوقعات العميل كمؤشر لنيل رضاه تؤثر علي جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					4 الرضا التراكمي إلى التقييم الشامل للعميل لتجربته هو أحد العوامل الرئيسية للتأثير علي ادراك العملاء لجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					5 تقييمات الرضا المتعددة في تقييم الجودة الشامل محدد رئيس لجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية

يعتمد الرفاه والسعادة لدى الأفراد على افتراض أن التفضيلات الجماهيرية تؤثر على قرارات المؤسسات العامة. الأساس المنطقي لهذه الحجة هو أنه إذا كان عدد أكبر من الناس يعتقدون بأن أصحاب القرار يبذلون الجهد المناسب من أجل رضا الجمهور فأنهم بلا شك سيسعدون ويلمسون الإحساس بالرفاه (Calsamiglia & Flamand, 2019). لذلك فإن الإحساس بالرفاه أو بالسعادة من تجربة خدمة ما هو إلا إحساس متقدم عن

الرضا ويتداخل مع القنوات أو المواقف للأفراد (Busemeyer et al., 2019).

الجدول 3.7 فقرات قياس الرفاهية المتصورة في جودة الخدمة

لا أوافق مطلقاً	لا أوافق	محايد	أوافق	أوافق بشدة	الرفاهية المتصورة في جودة الخدمة
					1 التفضيلات الجماهيرية لها تأثير أساسي علي جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					2 توزيع الدخل بشكل عادل عامل هام في تحديد الرفاهية المتصورة الناتجة عن جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					3 سياسات الرعاية الحكومية مؤشر للرفاهية المتصورة تتأثر بجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					4 المساواة في الدخل والبطالة والنمو الاقتصادي طويل الأجل هو أحد العوامل الرئيسية للتأثير على الرفاهية

أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق مطلقاً	الرفاهية المتصورة في جودة الخدمة
				المتصورة للعملاء والتي تتأثر بجودة الخدمات المقدّمة بوزارة الصحة الإماراتية
				5 تشديد حقوق الرفاهية من خلال أنظمة مشروطة تحسّن الرفاهية المتصورة المعتمدة علي جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية

3.4.3. صحة الاستبيان والموثوقية

تم التحقق من صحة المحتوى عبر لجنة مكوّنة من ثلاثة خبراء في مجالات مختلفة، راجعوا مسودة الاستبيان وقدموا ملاحظاتهم. شملت التعليقات الجوانب اللغوية والتسلسل والأهمية، وتم الأخذ بها في النسخة التجريبية. وقد ساهمت هذه المراجعات في تعزيز صلاحية الأداة قبل استخدامها.

جدول رقم 3.4: أسماء الخبراء وأهم الملاحظات

الاسم	المسمى الأكاديمي / جهة العمل	الخبرة	الملاحظات الجوهرية
د. أحمد المري	أستاذ مشارك في إدارة الجودة الصحية – جامعة الإمارات	15 سنة	تبسيط بعض صياغات الأسئلة ذات المعاني المركبة – اقتراح استبعاد البنود المزدوجة
د. ريم الحوسني	مستشارة جودة الرعاية الصحية – هيئة الصحة بدبي	12 سنة	تأكيد على أهمية توضيح الفرق بين رضا العميل ورفاهيته في الأسئلة
د. سامي الجابري	أستاذ إدارة عامة – جامعة الشارقة	18 سنة	تعديل مقياس Likert من 7 إلى 5 نقاط لجعل الاستجابة أسهل على الفئة المستهدفة

قدم هؤلاء الخبراء ملاحظات جوهرية تم أخذها بعين الاعتبار. تمثلت ملاحظات أحد الخبراء في ضرورة تبسيط بعض البنود التي تحتوي على أكثر من معنى أو صياغة مركبة، حيث أوصى بإعادة صياغتها لتفادي التفسير المزدوج. بينما اقترح خبير آخر التأكيد على التمييز بين مفهومي رضا العملاء ورفاهيتهم في الأسئلة، نظراً لكون هذين المفهومين قد يلتبس فههما لدى الباحثين. وأوصى خبير ثالث بتعديل مقياس ليكرت من سبع درجات إلى خمس درجات لتسهيل الإجابة على الفئة المستهدفة، خاصة في البيئة الخليجية حيث يُفضّل تبسيط أدوات القياس لضمان دقة الاستجابات.

بعد إجراء التعديلات المقترحة، تم إنتاج النسخة الثانية من الاستبيان. وقد تم تطبيقها في مرحلة اختبار تجريبي على عينة من ثمانية وعشرين موظفاً من العاملين في وزارة الصحة ووقاية المجتمع في دولة الإمارات العربية

المتحدة. جميع المشاركين في هذه المرحلة هم من العاملين في الوزارة ويشملون موظفين من مختلف الأقسام مثل خدمات المتعاملين، الشؤون الإدارية، التمريض، وإدارات الدعم الفني. لم يتم إشراك أي مرضى أو أفراد من خارج الوزارة في هذا الاختبار التجريبي.

تم اختيار المشاركين في المسودة الثانية باستخدام أسلوب العينة القصدية، وذلك لضمان تمثيل فئات مختلفة من حيث الجنس، الوظيفة، سنوات الخبرة، والموقع الجغرافي داخل الدولة. كان الهدف من هذا الاختبار هو التحقق من مدى وضوح الأسئلة وسهولة الإجابة عليها، بالإضافة إلى فحص مدى تقبل المشاركين للأداة بشكل عام. وقد عبر أغلب المشاركين عن رضاهم عن الاستبيان وأكدوا أن الأسئلة مفهومة ولا تحمل أية صعوبات في القراءة أو الفهم. ومع ذلك، اقترح بعضهم إعادة ترتيب بعض البنود لتقليل التكرار وزيادة التنوع بين الفقرات.

اعتمد الباحث على هذه المرحلة التجريبية باعتبارها خطوة حاسمة لضمان جودة الأداة قبل تطبيقها على العينة الأساسية. وتم توثيق جميع الملاحظات التي قدمها كل من الخبراء الثلاثة والمشاركين الثمانية والعشرين في ملحق خاص ضمن الرسالة، حيث تم توضيح نوع الملاحظة والتعديل الذي أُجري بناءً عليها، مما يعكس الالتزام بالمعايير العلمية في إعداد أدوات القياس الكمية.

الدراسة التجريبية تستخدم ألفا كرونباخ لاكتشاف موثوقية المتغيرات والتحقق من الاتساق الداخلي للمتغيرات. حيث تم إجراء التحليل التجريبي كتقنية لقياس والتأكد من الموثوقية واختبار الصلاحية. يتكون الفريق التجريبي من ثمانية وعشرين مشاركاً تم مشاركتهم من أجل جدوى المسح .

الجدول 3.8 نتائج اختبارات موثوقية الدراسة التجريبية

المتغيرات	عدد العناصر	متغيرات ألفا كرونباخ اختبار تجريبي
الوجود المادي/ ملموس	5	0.715
الموثوقية	5	0.705
الاستجابة	5	0.726
الضمان	5	0.765
التعاطف	5	0.701
رضا العملاء	5	0.863
رفاهية السكان	5	0.707

فحوصات موثوقية كرونباخ ألفا تمت باستخدام SPSS 23 يوضح الجدول (3.1) نتائج درجات كرونباخ ألفا لمجموعة الاختبار التجريبية. من المهم التحقق من أن نتائج كرونباخ ألفا في مستوى كاف أعلى من 0.7. جميع

المتغيرات لديها درجات مناسبة من ألفا كرونباخ بين 0.701 إلى 0.863 يجب أن تكون موثوقية التناسق الداخلي التي تم تقييمها بواسطة كرونباخ ألفا أكبر من 0.70 وأقل من 0.95. ولكن في الدراسات العلمية الاستكشافية، تم الاعتراف بالقيم من 0.6 وما فوق على أنها جيدة أيضًا (Hair Jr, Wolfinbarger, Money, Samouel, & Page, 2015).

بناءً على ما سبق، يتضح أن الاستبيان تم تطويره وتعديله وفق خطوات منهجية شملت التحكيم العلمي من قبل مختصين ذوي خبرة، بالإضافة إلى اختبار تجريبي ميداني على عينة من الفئة المستهدفة. وقد عزز ذلك من صدق الأداة وموثوقيتها وجاهزيتها للاستخدام في المرحلة الفعلية من جمع البيانات.

3.5. عينة الدراسة

المجموعة الكاملة من المشاركين المحتملين هم مجتمع الدراسة، في حين أن مجموعة فرعية من المجتمع هي عينة. عادةً ما تكون العينة عبارة عن مجموعة من الأعضاء الذين يمثلون ويصفون جميع العملاء ويستخدمون في البحث لفهم التصور السائد. في الواقع، يمكن فحص الخصائص للمجتمع من خلال تقييم سمات وآراء العينة الممثلة. ويعد اختيار الحجم المناسب للعينة وتقنية أخذ العينات أمرًا ضروريًا للتأكد من أن العينة تمثل بشكل فعلي كعدد ونوع (Hair Jr, Hult, Ringle, & Sarstedt, 2016).

3.6. اختيار العينة

تهدف هذه الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين جودة الخدمة ورضا العملاء ورفاهية السكان في القطاع الصحي الحكومي في دولة الإمارات العربية المتحدة، ومن ثم فإن المجتمع المستهدف يتكون من جميع الأفراد البالغين من موظفي وزارة الصحة ووقاية المجتمع في الإمارات السبع (أبوظبي، دبي، الشارقة، عجمان، أم القيوين، رأس الخيمة، الفجيرة)، الذين لديهم معرفة كافية بخدمات الرعاية الصحية المقدمة ويمكنهم المشاركة بفعالية في تقييم جودة تلك الخدمات.

وفقًا للتقرير الإحصائي السنوي الصادر عن وزارة الصحة ووقاية المجتمع في دولة الإمارات (2020)، بلغ إجمالي عدد العاملين في الوزارة حوالي 118,121 موظفًا. وقد تمثل هذا العدد في العاملين في مختلف الفئات والتخصصات الصحية والإدارية، المنتشرين عبر المدن الكبرى في الدولة. وتُعد هذه الشريحة السكانية مناسبة

لقياس التصورات المتعلقة بجودة الخدمة والرضا والرفاهية، نظرًا لكونهم جزءًا من بيئة العمل المستهدفة في الدراسة.

لأغراض هذه الدراسة، تم استخدام أسلوب العينة الحصصية (Quota Sampling)، وهو أحد أساليب المعاينة غير الاحتمالية الذي يهدف إلى ضمان تمثيل معين لمجموعات فرعية داخل المجتمع الإحصائي. وقد تم اختيار هذا الأسلوب للأسباب الآتية:

1. **التوزيع الجغرافي والوظيفي الواسع لمجتمع الدراسة:** حيث يتوزع الموظفون على سبع إمارات،

بالإضافة إلى اختلاف مستوياتهم الوظيفية واختصاصاتهم، وهو ما يستدعي ضمان تمثيل عادل لكل شريحة ضمن الدراسة، خصوصًا أن هناك اختلافات تنظيمية وإدارية بين المناطق.

2. **القيود اللوجستية والزمنية:** لا يمكن الوصول إلى جميع الموظفين في وزارة الصحة في الإمارات

كافة، لذلك يعد استخدام العينة الحصصية أكثر واقعية وعملية في هذا السياق، لأنه يسمح بالحصول على بيانات من شرائح ممثلة للمجتمع الكلي دون الحاجة إلى تغطية كاملة.

3. **ضمان التوازن في العينة:** تم تصميم الحصص بناءً على التوزيع النسبي للموظفين في المدن العشر

الأكثر اكتظاظًا بالسكان، كما هو موضح في الجدول الإحصائي المأخوذ من تقرير الوزارة. وقد تم اعتماد التوزيع السكاني كمعيار للحصص لضمان التمثيل المكاني والنوعي المناسب.

وبذلك، تم تقسيم العينة الإجمالية على أساس نسب القوى العاملة في وزارة الصحة في الإمارات المختلفة، مما يعكس الواقع السكاني والوظيفي بشكل أكثر دقة. وبهذه الطريقة، تضمن العينة الحصصية تجنب الانحياز الناتج عن التوزيع غير المتوازن، وتحقق تمثيلًا كافيًا لفئات مختلفة يمكن أن تؤثر آراؤهم بشكل مباشر في مصداقية نتائج الدراسة.

إن اختيار هذا الأسلوب يتسق مع دراسات سابقة أجريت في السياقات الحكومية والخدمية، والتي تبنت العينة الحصصية لتغطية التوزيعات الجغرافية والوظيفية المتباينة (Ali et al., 2016; Alnuaimi et al., 2021).

كما أن هذا النوع من المعاينة مناسب للبحوث التي تسعى إلى اختبار علاقات بين متغيرات متعددة ضمن مجموعات متنوعة من المستجيبين (Bagozzi, 2011; Parasuraman et al., 1988).

اعتماد العينة الحصصية مبررًا منهجيًا لتحقيق أهداف الدراسة وضمان تمثيل موظفي وزارة الصحة عبر المدن الرئيسية كما يوضّحه الجدول (2.8).

الجدول 3.9 القوى العاملة بوزارة الصحة الإماراتية حسب الإمارة لعام 2020

الرقم المسلسل	الإمارة emeriti	المجموع TOTAL
1	دبي DUBAI	39,410
2	أبو ظبي ABU DHABI	53,171
3	الشارقة ALSHARJAH	13,001
4	أم القوين UMM ALQWEAN	1,505
5	عجمان AJMAN	4,167
6	رأس الخيمة RAS ALKHEIMAH	4,092
7	الفجيرة ALFUJAIRA	2,775
	الإجمالي	121,811

العينة هي مجموعة فرعية من العملاء، والتي يتألف أعضاؤها من بعض أفراد المجتمع الاصلي. ببساطة، تكون العينة عبارة عن مجموعة من الأفراد يتم اختيارها من فريق أو جزء مرتبط بمجتمع أكبر، وبالتالي فإن إمكانات الأعضاء تدلّ على جودة وسمات المجتمع. وبالتالي فإنّ آراء العينة يمكن استخدامها للحكم على وظائف السكان. في الواقع، من الممكن معرفة خصائص وروابط الظواهر في مجتمع ما من خلال فحص العينة، والعثور على خصائص وعلاقات الظواهر الناتجة عنها وتعميم النتيجة النهائية على السكان.

من أجل تعميم النتائج من العينة إلى العملاء، يجب مراعاة النقاط التالية:

- يجب استنتاج حجم العينة بناءً على سبب وبطريقة إحصائية.
 - ينبغي اختيار أفراد العينة من العملاء استنادًا إلى المعايير العلمية. (Hair, et al., 2014)
- حجم العينة المناسب أمر حيوي دائمًا لتحقيق تحليلات ونتائج جيدة جدًا. للأسف لا يوجد أسلوب واحد لحساب حجم العينة، ويجب النظر في عوامل إضافية، حتى مع كون زيادة البيانات تعني قوتها (Morgan and Vanvoorhis, 2007; Prajapati et al., 2010; Hair, 2014). قد يقتصر حجم العينة على حجم العينة المناسب والعملي، وهو ما يكفي لتقييم النموذج المقترح وتحقيق الأهداف. حجم العينة الكبير الذي يُدعى أنه قيم

مبدأين للإبهام لتغيير حجم العينات، الأول هو مطابقة حجم العينة لاحتياجات Smart PLS، والآخر سيكون حجم العينة الحقيقي وفقاً لقيمة القدرة الإحصائية (Prajapati et al. 2010; Hair et al. 2014; Creswell P. 2013).

التحيز في العينة وإجراءات معالجته

تم أخذ الحيطة لتقليل احتمالات التحيز في العينة التي قد تؤثر على صدق نتائج الدراسة. ومن أبرز أنواع التحيز التي تم أخذها بعين الاعتبار:

أولاً: تحيز الأسلوب المشترك (Common Method Bias - CMB)

نظراً لاعتماد الدراسة على استبيان ذاتي التقرير (self-administered questionnaire)، فقد تم تضمين أسئلة معكوسة (reverse-coded items)، وتوزيع الأسئلة المتعلقة بالمتغيرات المستقلة والتابعة في مواضع متفرقة من الاستبيان، لتقليل التحيز الناتج عن استجابات النمط الواحد. كما تم اعتماد مقياس ليكرت خماسي محايد لتقليل الضغط الإدراكي على المشاركين. وفي مرحلة تحليل البيانات، تم استخدام اختبار Harman's Single-Factor Test للكشف عن وجود التحيز المشترك. وفي حال أظهرت النتيجة أن عاملاً واحداً يفسر أكثر من 50% من التباين، تم اتخاذ إجراءات تصحيحية إحصائية.

ثانياً: تحيز عدم الاستجابة (Non-Response Bias - NRB)

تم توقع احتمالية وجود تحيز بسبب عدم تجاوب بعض الأفراد مع الاستبيان. وللتخفيف من هذا التحيز، تم اعتماد استراتيجية الحصة الطبقيّة (Quota Sampling) التي تضمن تمثيلاً مناسباً للعاملين من مختلف الإمارات والتخصصات داخل وزارة الصحة، بما يشمل الإداريين والكوادر الصحية. كما تم إرسال تذكيرات لاحقة للمشاركين غير المستجيبين، وتوفير نسخة إلكترونية سهلة الوصول لضمان رفع معدل الاستجابة.

ثالثاً: تحيز التغطية (Coverage Bias)

تم تصميم أدوات جمع البيانات لتشمل جميع إمارات الدولة وتم توزيعها في فترات مختلفة وفي مواقع متنوعة مثل المستشفيات، المراكز الصحية، والمكاتب الإدارية التابعة للوزارة، لضمان تمثيل كافة فئات موظفي الوزارة.

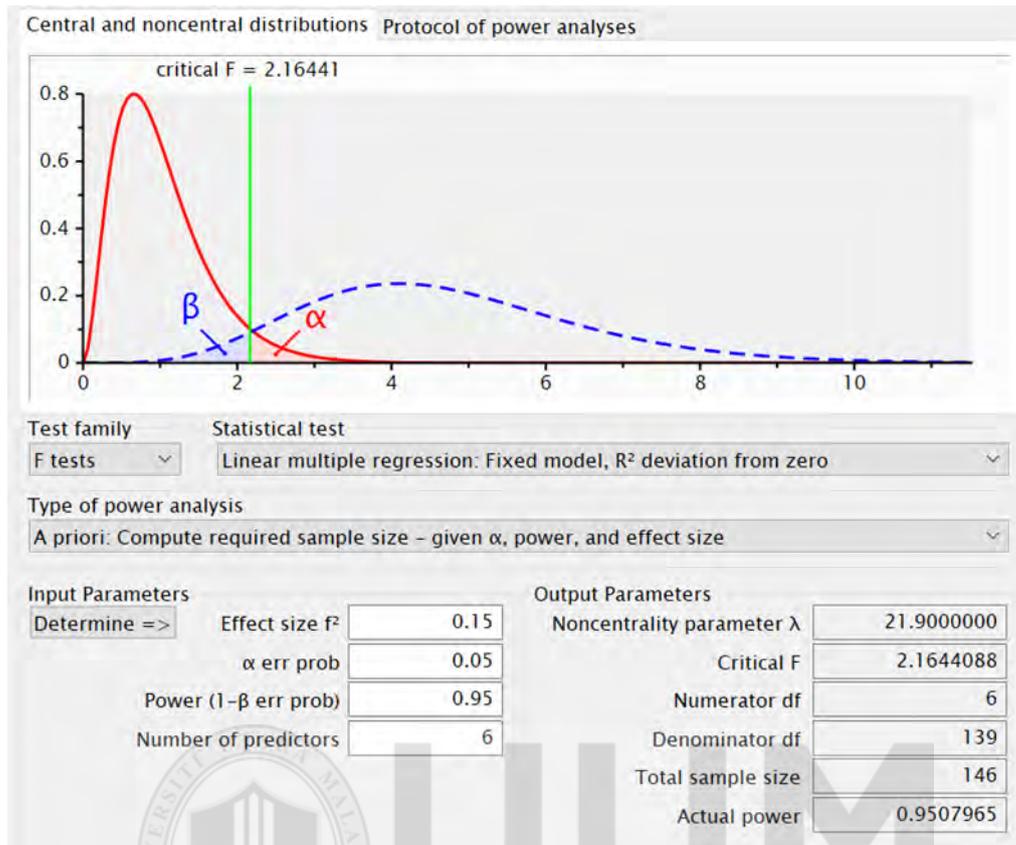
رابعاً: تحيز العينة المختارة (Sampling Bias)

رغم استخدام العينة الحصصية، والتي لا تمثل عينة احتمالية كاملة، تم تصميم الحصص وفقاً لنسب القوى العاملة الرسمية المعلنة في التقرير الإحصائي السنوي لوزارة الصحة الإماراتية لعام 2020، مما يزيد من تمثيلية العينة ومصادقية النتائج.

3.7. حجم العينة

يجب أن يكون حجم العينة المناسب كافياً للتحليل الإحصائي. لذلك فإن الوصول إلى عينة ذات حجم ملائم هام جداً لكي تمثل السكان. لذلك فإن حجم العينة يتبع توصيات بحثية. أولاً. (Hair (2014) يضع مبدأ توجيهي عام لأقل حجم للعينة المطلوبة لغرض التحليل باستخدام Smart PLS. حيث أنه يجب ألا يقل حجم العينة عن عشرة أضعاف أكبر كمية من العلاقات التكوينية الخاصة بمتغير محدد، وحجم العينة هو عشرة أضعاف الحد الأقصى للأسهم الداخلة إلى متغير تابع أو وسيط، وفي هذا البحث بالذات، أقل حجم للعينة هو 60.

تمّ حساب حجم العينة المستهدفة للوصول إلى حجم العينة الفعال، وهو ما يكفي للنموذج نفسه بدلاً من إرضاء/ استخدام جميع السكان. صنّف Cohen (1988). قياسات النتائج هي ثلاث (صغيرة ومعتدلة وكبيرة) على أساس قيمة تقييم القوة. لأحجام النتائج الأصغر، ستكون هناك حاجة إلى حجم عينة أكبر. في هذا البحث بالذات، يكون حجم العينة الجيد مدفوعاً باستخدام مبدأ إحصائي يتم تعريفه واحتسابه باستخدام أداة مساعدة هي $G * Power$. الشكل 3.4 يوضح صورة لكيفية استخدام تطبيق $G * Power$ في احتساب حجم عينة فعال. النتيجة لهذه الدراسة هي 146 حالة.



الشكل 3.3 صورة للعينة باستخدام G * Power

طريقة أخرى مشهورة لأخذ العينات هي صيغة مورغان، وهي الصيغة التي استخدمتها Krejcie & Morgan (1970). "تحديد حجم العينة لأنشطة البحث". يقترح العديد من الباحثين (والنصوص البحثية) أن العمود الأول في الجدول يجب أن يكون كافياً (مستوى الثقة = 95٪، هامش الخطأ = 5٪). لاستخدام هذه القيم، ما عليك سوى تحديد حجم العملاء أسفل العمود الموجود في أقصى اليسار (استخدم القيمة الأعلى التالية إذا لم يكن حجم العملاء المحدد مدرجاً في القائمة). القيمة في العمود التالي هي حجم العينة المطلوب لإنشاء هامش خطأ بنسبة ± 5٪ لأي نسبة سكانية. في هذا البحث، يشمل العملاء 181,121 موظف حالة وحجم العينة على أساس جدول مورغان، هو 384. يمكن العثور على تفاصيل الحساب أدناه، والتي يتم الحصول عليها باستخدام حاسبة حجم العينة على الإنترنت . (<https://goodcalculators.com/sample-size-calculator/>).

يوضح الشكل 3.4 جدول أخذ عينات مورغان.

The sample size (n) is calculated according to the formula: $n = [z^2 * p * (1 - p) / e^2] / [1 + (z^2 * p * (1 - p) / e^2 * N)]$

Where: $z = 1.96$ for a confidence level (α) of 95%, $p =$ proportion (expressed as a decimal), $N =$ population size, $e =$ margin of error.

$$z = 1.96, p = 0.5, N = 2210, e = 0.05$$

$$n = [1.962 * 0.5 * (1 - 0.5) / 0.052] / [1 + (1.962 * 0.5 * (1 - 0.5) / 0.052 * 8000000)]$$

$$n \approx 384$$

The sample size (with finite population correction) is equal to 384



UUM
Universiti Utara Malaysia

Required Sample Size								
Population Size	Confidence = 95%				Confidence = 99%			
	Margin of error				Margin of Error			
	5.0%	3.5%	2.5%	1.0%	5.0%	3.5%	2.5%	1.0%
10	10	10	10	10	10	10	10	10
20	19	20	20	20	19	20	20	20
30	28	29	29	30	29	29	30	30
50	44	47	48	50	47	48	49	50
75	63	69	72	74	67	71	73	75
100	80	89	94	99	87	93	96	99
150	108	126	137	148	122	135	142	149
200	132	160	177	196	154	174	186	198
250	152	190	215	244	182	211	229	246
300	169	217	251	291	207	246	270	295
400	146	265	318	384	250	309	348	391
500	217	306	377	475	285	365	421	485
600	234	340	432	565	315	416	490	579
700	248	370	481	653	341	462	554	672
800	260	396	526	739	363	503	615	763
1,000	278	440	606	906	399	575	727	943
1,200	291	474	674	1,067	427	636	827	1,119
1,500	306	515	759	1,297	460	712	959	1,376
2,000	322	563	869	1,655	498	808	1,141	1,785
2,500	333	597	952	1,984	524	879	1,288	2,173
3,500	346	641	1,068	2,565	558	977	1,510	2,890
5,000	357	678	1,176	3,288	586	1,066	1,734	3,842
7,500	365	710	1,275	4,211	610	1,147	1,960	5,165
10,000	370	727	1,332	4,899	622	1,193	2,098	6,239
25,000	378	760	1,448	6,939	646	1,285	2,399	9,972
50,000	381	772	1,491	8,056	655	1,318	2,520	12,455
75,000	382	776	1,506	8,514	658	1,330	2,563	13,583
100,000	383	778	1,513	8,762	659	1,336	2,585	14,227
250,000	384	782	1,527	9,248	662	1,347	2,626	15,555
500,000	384	783	1,532	9,423	663	1,350	2,640	16,055
1,000,000	384	783	1,534	9,512	663	1,352	2,647	16,317
2,500,000	384	783	1,536	9,567	663	1,353	2,651	16,478
10,000,000	384	784	1,536	9,594	663	1,354	2,653	16,560
100,000,000	384	784	1,537	9,603	663	1,354	2,654	16,584
300,000,000	384	784	1,537	9,603	663	1,354	2,654	16,586

الشكل 3.4 جدول أخذ العينات مورغان

3.8. طريقة اختيار العينة

شملت هذه الدراسة جميع موظفي وزارة الصحة بدولة الإمارات العربية المتحدة، الذين ينشطون في أي إمارة في الإمارات العربية المتحدة. كما تتضمن هذه الدراسة المرضى في المستشفيات الحكومية، بشكل خاص أولئك الذين يعتبرون عملاء ضمن سياق هذا البحث، وتشمل أيضًا أولئك الذين يستخدمون الخدمات تحت إشراف وزارة الصحة في الإمارات العربية المتحدة. لذلك تم استخدام أسلوب أخذ العينات الحصصي (Quota) كما تم أخذ العينات الحكومية لاختبار مدن ومواقع جمع البيانات على أساس استخدام المعايير الموضوعية وأخذ العينات الملائمة لاختيار العينات داخل كل موقع يتم اختياره بناءً على توفره وسهولة الوصول إليه أثناء وقت جمع البيانات. تم اختيار العينة من جميع الإمارات بشكل نسبي حسب عدد الموظفين بوزارة الصحة في كل إمارة .

3.9. تقنيات جمع البيانات

استخدمت الباحثة لجمع البيانات أساليب مختلفة، مما يتيح الفرصة لجمع المزيد من العينات وزيادة الفرصة للوصول إلى حجم العينة المطلوب. وفي هذه الدراسة تم استخدام التقنيات التالية لتوزيع المسح/ الاستبيان على العينات المستهدفة.

- جمع مباشر عن طريق توزيع الاستبيان في مجموعة متنوعة من المواقع في كل المدن المختارة.
- تم إعداد الاستطلاع عبر الإنترنت باستخدام خدمة منتدى google ، ويمكن إجراء الاستطلاع من خلال

الاتصال بالمجموعات المطلوبة باستخدام وسائل التواصل الاجتماعي.

لضمان أن جميع المشاركين ينتمون إلى الفئة المستهدفة من حيث السمات الديموغرافية (البالغين والمقيمين في دولة الإمارات العربية المتحدة)، تم تضمين مجموعة من أسئلة التصفية في بداية الاستبيان للتحقق من توافر هذه الشروط لدى المشاركين. وقد تم استبعاد أي استبيانات لا تستوفي هذه المعايير قبل الدخول في مرحلة التحليل الإحصائي.

ووفقًا لحجم العينة المطلوب إحصائيًا (384 مشاركًا)، تم التخطيط لجمع ما نسبته 150% من هذا الرقم (أي نحو 576 استبانة)، لضمان بقاء عدد كافٍ من المشاركات الصالحة بعد عملية التنظيف والتحقق. جُمعت البيانات خلال عام 2023، باستخدام أدوات إلكترونية لتسهيل الوصول إلى مختلف إمارات الدولة.

تم توزيع الاستبيانات على موظفي وزارة الصحة ووقاية المجتمع في الإمارات العربية المتحدة باستخدام أسلوب العينة الطبقيّة وفقاً للتوزيع الجغرافي لسكان الوزارة في الإمارات السبع، وذلك لضمان التمثيل العادل والمتوازن للعينة عبر مختلف المناطق. شمل التوزيع مدناً رئيسية في كل إمارة مثل أبوظبي، دبي، الشارقة، عجمان، أم القيوين، رأس الخيمة، والفجيرة. تم تخصيص عدد معين من الاستبيانات لكل إمارة بناءً على نسبة العاملين فيها من إجمالي العاملين بوزارة الصحة كما ورد في التقرير الإحصائي السنوي الصادر عن الوزارة لعام 2020. تم استخدام وسيلتين أساسيتين لتوزيع الاستبيانات: التوزيع المباشر الورقي في المؤسسات الصحية والمكاتب الإدارية التابعة للوزارة، والتوزيع الإلكتروني عبر منصات البريد الرسمي للموظفين ومجموعات الاتصال المهنية الخاصة بقطاعات الوزارة المختلفة. وقد تم التنسيق مع منسقين إداريين محليين داخل كل إمارة لتسهيل الوصول إلى الموظفين المستهدفين وضمان مصداقية الردود.

لمواجهة هذا التفاوت، تم اعتماد خطة تعويضية تهدف إلى زيادة العينة في الإمارات ذات الاستجابة المحدودة من خلال توسيع إطار التوزيع الزمني، وتقديم تحفيزات معنوية للمشاركة مثل التأكيد على سرية البيانات، وتوضيح أهمية الدراسة في تحسين جودة الخدمات الصحية. كما تم جمع بيانات إضافية في بعض الإمارات التي أظهرت استجابة أقل من الحد الأدنى لضمان التوازن في التوزيع الإحصائي للعينة.



3.10. تقنيات التحليل

قمنا بتحليل البيانات التي تم الحصول عليها من الاستطلاع باستخدام حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS 22) و SmartPLS 3.0 يعدّ "PLS" أحد تقنيات نمذجة المعادلات الهيكلية (SEM) التي يمكنها في وقت واحد اختبار نموذج القياس ونموذج الهيكل (العلاقات بين التراكيبات). SmartPLS هو تطبيق برمجي في تصميم نماذج المعادلات الهيكلية (SEM) على واجهة مستخدم رسومية. توفر PLS إطاراً قوياً لتقدير النماذج السببية ذات المتغيرات الكامنة وأنظمة المعادلات المتزامنة مع أخطاء القياس (Lowry & Gaskin 2014; Hair et al. 2014). يُحدّد Smart PLS العلاقات بين المتغيرات الكامنة المستقلة، والمستقلة كمركبات خطية، مثل تقنيات الانحدار متعدد المتغيرات المتعددة. ومع ذلك كأداة SEM، فإن Smart قادرة على تحديد التأثيرات

المباشرة وغير المباشرة لكلّ من المتغيرات الكامنة في الشبكة في نفس الوقت. يمكن قياس هذه النماذج بطريقة تحليل المربعات الصغرى الجزئية (PLS).

نمذجة المعادلة التسلسلية "SEM" لها طريقتان رئيستان، يتم تطبيق الطريقة الأولى من خلال استخدام أداة برنامج "IBM AMOS" واستخدامها في (SEM(CB-SEM) المستندة إلى التغيرات. والطريقة الأخرى المطبقة عبر استخدام أداة البرنامج "Smart PLS" والمستخدم في (SEM (VB-SEM القائمة على التباين أو SEM الجزئي الأقل مربعًا (PLS-SEM). الفرق النظري بين CB SEM و PLS SEM مقدا. إذا كان الهدف من البحث هو اختبار النظرية وتأكيدّها، فإنّ الطريقة المناسبة هي CB SEM. ومع ذلك، إذا كان الهدف من البحث هو التنبؤ وتطوير النظرية، فإنّ الطريقة المناسبة هي PLS SEM. (Hair et al. 2016; Dijkstra & Henseler 2015). في هذا البحث، يتم اختيار نهج PLS-SEM، لأنّ الهدف هو تطوير النظرية.

يمكن استخدام نمذجة المربعات الصغرى الجزئية (PLS) لاختبار النماذج المعقدة بنجاح حيث قد تفشل الطرق الأخرى نظرًا للعدد الكبير من العلاقات والمتغيرات والمؤشرات. يسمح PLS بالعمل بحجم صغير للعينة ويجعل عددًا أقل من الافتراضات الصارمة حول توزيع البيانات (Chin & Newsted 1999). وهو قابل للتطبيق حتى في ظل ظروف حجم العينة الصغير جدًا (Kaplan 2004). تمّ استخدام اختيار PLS لتقييم النظرية المقترحة، نظرًا لطبيعة الدراسة وحجم وتعقد النموذج. ستعتمد صلاحية نموذج القياس على صلاحيته وعلى صلاحية الإنشاء لمتغيرات مكوناته.

استخدمت هذه الدراسة أداتين للتحليل هما SPSS و SmartPLS. فيما يلي قائمة بالتدابير الإحصائية وقاعدة الإبهام المطبقة للحصول على النتائج باستخدام برنامج SPSS 22. موثوقية المسح: بناء الاتساق المكتسبة عن طريق قياس قيمة ألفا كرونباخ لاختبار المجموعة التجريبية .

تمّ فحص البيانات من خلال العديد من التقنيات المختلفة المستخدمة لتنظيف البيانات.

- البيانات المفقودة: الفحص البصري للبيانات الخام لتحديد القيم المتطرفة، والتعامل مع البيانات المفقودة.
- الفحص غير المرتبط: تمّ اكتشافه بواسطة قيمة الانحراف المشوه لكلّ بناء وبين الإنشاء.

- القيم المتطرفة أحادية المتغير: مقياس Z-Score المستخدم للكشف عن القيم المتطرفة أحادية المتغير. ستكون القيم المتطرفة هي تلك الحالات المرتبطة بقيم نقاط Z القياسية الكبيرة، على سبيل المثال أصغر من -2.5 وأكبر من +2.5.
 - القيم المتطرفة متعددة المتغيرات: مقياس Mahalanobis D2 المستخدم للكشف عن القيم المتطرفة متعددة المتغيرات. ستكون القيم المتطرفة تلك الحالات المرتبطة بالقيمة القياسية الكبيرة البالغة 0.001.
 - اختبارات الموثوقية: مقياس ألفا لمعامل كرونباخ يستخدم لبناء الموثوقية. يبني تركيب داخلي مقبول فوق 0.65.
 - الإحصائيات الوصفية لمتغيرات البحث: متوسط القيمة والانحراف المعياري المستخدم لفهم وتفسير رأي المجيب.
- وفيما يلي قائمة بالتدابير الإحصائية وقاعدة الإبهام المطبقة للحصول على النتائج من خلال استخدام برنامج SmartPLS ver.3. جميع قواعد الإبهام هي الشعر. (2014)
- موثوقية المؤشر: مقياس التحميل الخارجي المستخدم في النماذج العاكسة لضمان التحميل الصحيح للقياسات في بنيته. المستوى المقبول للتحميل الخارجي هو 0.708 وما فوق.
 - الصلاحية المتقاربة: يُظهر مقياس معدل التباين المستخرج (AVE) المستخدم أنّ القياس داخل البنية الفردية مرتبط. المستوى المقبول من قيمة AVE هو 0.5 وما فوق.
 - الصلاحية المخالفة: أي تقابل بين قيم AVE مع مقياس مصفوفة الارتباط المستخدم لإظهار أنّ القياس خارج بنية محددة لا يرتبط به. قاعدة الإبهام هي أن الجذر التربيعي لقيمة AVE الخاصة ببنية محددة يجب أن يكون أكبر من جميع القيم الأخرى في نفس العمود أو صف مصفوفة الارتباط.
 - تقييم العلاقة الخطية المتداخلة للنموذج الهيكلي: مقياس عامل تضخم التباين (VIF) يستخدم لقياس مستوى التسامح بين التركيبات لضمان عدم وجود ارتباط عالي. المستوى المقبول لقيمة VIF أعلى من 0.20 وأقل من 5.00.

- أهمية علاقات نموذج البناء: يتم استخدام قيم P-value ، وقيم T ، ومعامل المسار لتقييم مستوى العلاقة بين بنيات النموذج. أهمية معاملات المسار مع احتمال 5 % (P قيمة = 0.05) كما T (1) الإحصائية < 1.96 هو كبير مع اختبار ثنائي الذيل T (2). الاحصائيات < 98. مهم لاختبار أحادي الذيل .
- تقييم القدرة التنبؤية للنموذج: (R2) القدرة التنبؤية (R2) ومقاييس الملاءمة التنبؤية Q2 المستخدمة لتقييم كيف يفسر النموذج التباين في المتغيرات التابعة Q2. القيمة أكثر من (0) تعني أهمية مقبولة. قد تكون قيمة R2 ضعيفة (0.2 إلى 0.5) ، أو متوسطة (0.5 إلى 0.75) ، أو قوية (أعلى من 0.75).
- تقييم حجم التأثير: (f2) يقيس حجم التأثير f2 التغير في قيمة R2 عند حذف بنية خارجية خارجية محددة من النموذج. المبادئ التوجيهية لتقييم f2 القيم هي: (1) 0.02 = صغير (2) 0.15 = متوسط (3) 0.35 = كبير .

3.11. تبرير استخدام نظام التحليل الإحصائي PLS-SEM

تسمى تقنية PLS الجبل الثاني من نمذجة المعادلة الهيكلية (Herman Wold, 1982). تعمل التقنية الجديدة نسبياً بشكل جيد مع نماذج المعادلات الهيكلية التي تحتوي على متغيرات كامنة وسلسلة من العلاقات بين السبب والنتيجة (Gustafsson & Johnson, 2004). نهج PLS-SEM هو أداة جيدة ومرنة لبناء النماذج الإحصائية وكذلك التنبؤ (Hair Jr et al., 2016). على وجه التحديد، تم استخدام تقنية PLS في هذه الدراسة وذلك للأسباب التالية:

- أولاً: لقد تم إثبات أن نماذج المعادلات الهيكلية نماذج متفوقة تؤدي تقديرات أفضل من الانحدارات صغيرة نسبياً (Lei & Lomax, 2005).
- ثانياً: يصبح نمذجة مسار moreLS أكثر ملاءمة للتطبيقات الواقعية وأكثر فائدة للاستخدام عندما تكون النماذج معقدة (Hulland, 1999).
- ثالثاً: في معظم دراسات العلوم الاجتماعية، تميل البيانات إلى وجود مشكلة طبيعية، ولا يتطلب نمذجة مسار PL بالضرورة أن تكون البيانات طبيعية (Chin, 1998).

- رابعاً: تقدم PLS-SEM نتائج أكثر جدوى وصلاحيّة PLS-SEM (Bollen & Lennox, 1991). هي واحدة من أقوى الأدوات الإحصائية في العلوم الاجتماعية والسلوكية التي لديها القدرة على اختبار العديد من العلاقات في وقت واحد.
- خامساً (Hair Jr et al. (2016): ذكر أنّ PLS يُعرف كبديل للطريقة SEM. نموذج مسار PLS أكثر ملاءمة للنماذج المعقدة مثل تلك التي لها بنى هرمية (مع اكتمال طريقة التجميع)، وتأثير وسيط.
- سادساً: تتمثل إحدى ميزاته القوية في ملاءمتها للبحث الموجه نحو التنبؤ، حيث تساعد المنهجية الباحثين على التركيز على تفسير المتغيرات الداخلية.

3.12. ضمان السرية والخصوصية

حرصت هذه الدراسة على الالتزام بأعلى معايير الأخلاقيات البحثية فيما يتعلق بسرية وخصوصية المشاركين. حيث تم التأكيد بشكل صريح على سرية البيانات في مقدمة الاستبيان، والتي أوضحت للمشاركين أن جميع إجاباتهم ستستخدم فقط لأغراض بحثية ولن يتم الكشف عن أي معلومات تعريفية شخصية مثل الاسم أو الوظيفة أو الموقع الوظيفي المحدد.

تمت صياغة مقدمة الاستبيان لتشمل عبارة واضحة تنص على:

'تستخدم البيانات المقدّمة في هذا الاستبيان لأغراض بحثية فقط، وتم التعامل معها بسرية تامة. لا يُطلب منكم ذكر أي معلومات شخصية يمكن أن تؤدي إلى تحديد هويتكم. المشاركة طوعية، ولكم كامل الحق في الانسحاب في أي وقت دون أي تبعات'. كما تم إخفاء أي رموز أو معرفات إلكترونية مرتبطة بالمستجيبين عند جمع البيانات إلكترونياً عبر المنصات المعتمدة. وجرى تخزين البيانات المستخرجة من الاستبيانات في ملفات محمية بكلمات مرور ضمن بيئة إلكترونية مؤمنة لا تتيح الوصول إليها إلا لفريق البحث المعني فقط.

وقد تم اعتماد سياسة "عدم الإفصاح" التي تنص على أنه لا يمكن تتبع أي مشاركون بناءً على إجاباتهم، بما يضمن حرية التعبير عن الرأي دون أي ضغط أو تأثير خارجي. بهذه الإجراءات، تم ضمان حماية خصوصية المشاركين وتعزيز ثقتهم في مصداقية البحث، بما يتوافق مع المبادئ الأخلاقية المعتمدة في البحوث الأكاديمية.

3.13. ملخص الفصل

هذه الدراسة هي طريقة استنتاجية تبدأ بالنظرية وتنتهي باختبار الفرضية. الدراسة عبارة عن بحث كمي استخدم التحليل الإحصائي استنادًا إلى المقاييس الوصفية والتباين وتقنيات التغيرات. الدراسة عبارة عن دراسة استكشافية بطبيعتها نظرًا لأنها تدور في مجال الدراسة حيث أجريت دراسات سابقة. بالإضافة إلى ذلك، تعتبر الدراسة منهجًا علميًا حيث تتبع الخطوات المنهجية التي تبدأ بفرضيات وتنتهي بالموافقة / الرفض. وفيما يتعلق بالأداة، استُمد استبيان باللغة الإنجليزية من الدراسات السابقة وتم تكييفه ليناسب السياق الدراسي. تحتوي الدراسة على جزأين ديموغرافيين، وجزء إدراكي تم تصميمهما في إجابة مغلقة بمستويات Likert 5. تم إجراء صلاحية المسح والموثوقية من خلال صحة المحتوى (مجموعة الخبراء)، الصلاحية (مجموعة التركيز)، وموثوقية الاتساق الداخلي للعيينة التجريبية. وقد ضمّ هذا التحليل جميع موظفي وزارة الصحة الذين يسكنون في UAE، ويبلغ حجم العينة الفعلي 384، وهو ما يكفي ويلبي الحد الأدنى لحجم العينة وحجم العينة الفعلي. أخذ العينات الحصصي هو أسلوب أخذ العينات المناسب لهذا البحث. تم اختبار الصلاحية عن طريق تحليل تجريبي من خلال اختبار ميداني بين ثمانية وعشرون مشارك من وزارة الصحة في دولة الإمارات العربية المتحدة. بحيث لن تكون مجموعة الاختبار هذه جزءًا من العينة الحقيقية للدراسة. الدراسة التجريبية استخدمت ألفا كرونباخ لاكتشاف موثوقية المتغيرات والتحقق من الاتساق الداخلي للمتغيرات. حيث تم إجراء التحليل التجريبي كتقنية لقياس والتأكد من الموثوقية واختبار الصلاحية، وقد كانت نتائج اختبار كرونباخ الفا جيدة ومقبولة.

الفصل الرابع

النتائج والتحليل

4.1. المقدمة

نظرًا لأنّ هذه الدراسة هي نهج قائم على الكم، فقد اقترح الفصل الرابع التحليل الإحصائي في وسائل التفسير. يوضّح الفصل في المعلومات جميع الخطوات التي تمّ وضعها لفحص دقّة المعلومات حتى الحصول على الفرضية المرتبطة بالنتائج للمتغيرات جودة الخدمة - الملموسة (TA)، وجودة الخدمة - الموثوقية (RY)، وجودة الخدمة - الاستجابة (RS)، وجودة الخدمة - التأكيد (AS)، وجودة الخدمة - التعاطف (EM)، في حين أن رضا العملاء (CS) متغير وساطة للعملاء (CW) للوصول الي هدف الدراسة. تستخدم الدراسة تقنيات إحصائية متنوعة تستخدم عن طريق حزميتين إحصائيتين، Smart PLS لتحليل PLS-SEM المبتكر، وكذلك SPSS للتحليل الأساسي. الفصل عبارة عن فحص بيانات الاستبيان، والتحليل الديموغرافي، والتحليل الوصفي، وتحليلات الموثوقية والصلاحية، وكذلك تقييمات الكفاءة، وتحليلات العلاقات والتأثيرات.

4.2. تنظيف البيانات

فحص البيانات هو الخطوة الأولى الحاسمة في تحليل البيانات. ستحتوي هذه الخطوة في الغالب على تحليل لعدد الاستبيانات الموزعة، والاستبيانات المرتجعة، والحالات غير المكتملة، والحالات الأولية للتحليل، والفحص أحادي المتغير، والفحص متعدد المتغيرات، والحالات النهائية للتحليل. حيث تمّ توزيع عدد الاستبيانات 566، تمّ إرجاع الاستبيانات 440، الحالات غير المكتملة 38، الحالات الأولية للتحليل 402، الفحص أحادي المتغير 9، الفحص متعدد المتغيرات 3، الحالات النهائية للتحليل 390. الجدول 4.1: يوضح التفاصيل.

الجدول 4.1 تحليل فحص البيانات

العملية	عدد الاستبيانات	النسبة (%)
عدد الاستبيانات الموزعة	566	100.00
الاستبيانات التي تم جمعها	440	77.74
حالات غير مكتملة	38	8.64
الحالات الأولية للتحليل	402	71.02

العملية	عدد الاستبيانات	النسبة (%)
الفحص أحادي المتغير (Z square)	9	2.24
فحص متعدد المتغيرات (Mahanobis D Square)	3	0.75
الحالات التي تمّ تنظيها للتحليل	390	68.90

4.3. الملف الشخصي للمجيبين (المعلومات الديموغرافية)

الملف التعريفي للمشاركين هو توزيع سمات المشاركين في تصنيفات مختلفة لكل سمة. ولهذه الدراسة هناك

ست خصائص على النحو التالي:

1. الجنس،
2. العمر،
3. المؤهل،
4. الحالة الاجتماعية،
5. نوع الإقامة،
6. الموقع.

تُعدّ الخصائص الديموغرافية للمبحوثين من العوامل الجوهرية التي تُسهم في فهم طبيعة استجاباتهم وتحليل تباين إدراكهم لجودة الخدمة ورضاهم ورفاهيتهم بشكل أكثر دقة. يُظهر توزيع العينة حسب الجنس توازنًا مقبولًا يساهم في قياس التصورات من منظور كل من الذكور والإناث، مما يُثري موثوقية النتائج ويمكن من تحليل أي تباينات محتملة في تقييم الخدمة تبعًا للنوع الاجتماعي، خصوصًا وأن دراسات سابقة مثل دراسة Al Hubaishi & Ali (2022) أظهرت أن للنوع دورًا في تشكيل تصورات الأفراد حول التعاطف والاستجابة في الخدمات الصحية.

أما من حيث الفئة العمرية، فإن التفاوت في تمثيل الفئات المختلفة يضمن شمولية في النتائج، حيث تُظهر الدراسات أن توقعات الخدمة ودرجات الرضا والرفاهية تختلف باختلاف المراحل العمرية، فالأشخاص الأكبر سنًا غالبًا ما يُعطون تقييمات أكثر استقرارًا وثقة لجودة الخدمة مقارنة بالشباب الذين قد يُظهرون حساسية أكبر تجاه الفروقات التشغيلية والبيئية، كما أشار إلى ذلك Razzak et al (2022).

وبالنسبة إلى سنوات الخبرة، فهي تمثل مؤشرًا مهمًا على مدى تعرّض الأفراد للخدمة وتراكم خبراتهم في التفاعل مع بيئة العمل ونظم الرعاية الصحية. فالمشاركون من ذوي الخبرة الطويلة يُتوقع أن تكون استجاباتهم أكثر اتزانًا

ومبنية على تجارب متراكمة، في حين قد تعكس استجابات الأقل خبرة تقييماً أكثر حداثة وتأثراً بالظروف الراهنة. ويسهم هذا التنوع في تقديم رؤية أكثر شمولية حول جودة الخدمة ورضا العملاء.

كما أن توزيع المشاركين حسب الوظيفة (كالتمييز بين الكادر الطبي، الإداري، الفني) يعكس تنوعاً في وجهات النظر داخل المؤسسة الصحية، ويمنح الدراسة طابعاً تكاملياً في تحليل العلاقات بين أبعاد جودة الخدمة والرضا والرفاهية. على سبيل المثال، قد يولي الموظفون الإداريون اهتماماً أكبر بالضمانات والإجراءات التنظيمية، بينما يركز الطاقم الطبي على الاستجابة والتعاطف.

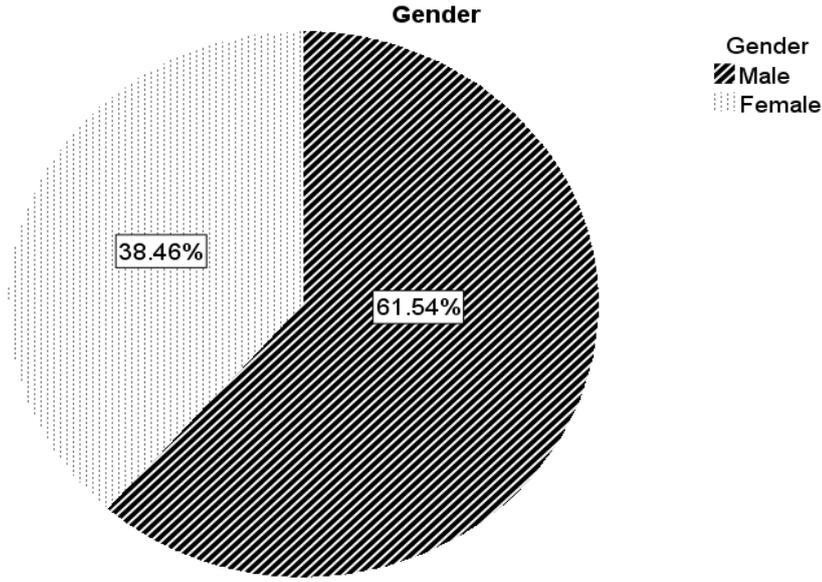
أخيراً، فإن التوزيع الجغرافي للعينة على مختلف إمارات الدولة يمنح الدراسة بُعداً مكانيًا مهمًا، خاصة أن بعض الخدمات الصحية قد تتباين من حيث الكفاءة أو التوفر بين إمارة وأخرى. وقد أظهرت نتائج دراسات مثل Margolis et al (2003) تفاوتاً في مستويات الرضا وفقاً لمكان تقديم الخدمة، مما يعزز أهمية التوزيع المكاني كأداة تحليلية لتفسير الفروق الإقليمية المحتملة. بناءً عليه، فإن تحليل الخصائص الديموغرافية لا يُعد مجرد وصف إحصائي، بل هو مدخل تحليلي لفهم المتغيرات التفسيرية في نموذج الدراسة وتقديم تأويل علمي للنتائج النهائية بما يعزز من مصداقية الدراسة وقابلية تعميمها.

4.3.1. الجنس

من نتائج التحليل المتعلقة بجنس المشاركين وتحديدًا الذكور يمثلون مجموعة 61.5% والإناث بنسبة 38.5%. وهو أمر طبيعي في مثل هذا المجتمع. أدناه الجدول 4.2 والرسم البياني يوضح التفاصيل.

الجدول 4.2 التحليل الديموغرافي للجنس

	Frequency	Percent
Gender	Male	240
	Female	150
	Total	390



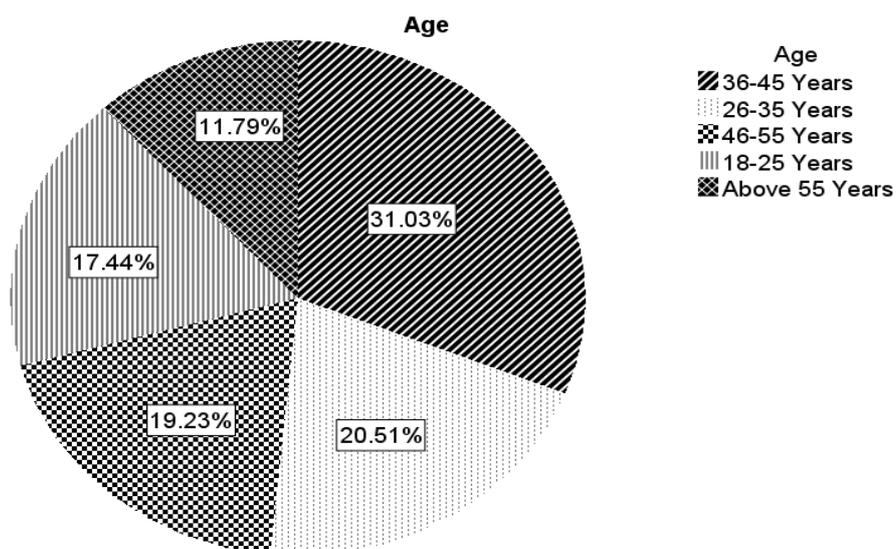
الشكل 4.1 التحليل الديموغرافي للجنس

4.3.2. العمر

فيما يتعلق بعمر المبحوثين، فإنّ المبحوثين الذين تتراوح أعمارهم بين 36-45 سنة يمثلون 31%، والأعمار ما بين 35-26 سنة يمثلون 20.5%، وبين 46-55 سنة يمثلون 19.2% وبين 18-25 سنة يمثلون 17.4% أخيراً الذين تزيد أعمارهم عن 55 عامًا يمثلون 11.8%. أدناه الجدول 4.3 والرسم البياني يوضح التفاصيل.

الجدول 4.3 التحليل الديموغرافي للعمر

	Frequency	Percent	
Age	36-45 Years	121	31.0
	26-35 Years	80	20.5
	46-55 Years	75	19.2
	18-25 Years	68	17.4
	Above 55 Years	46	11.8
Total	390	100	



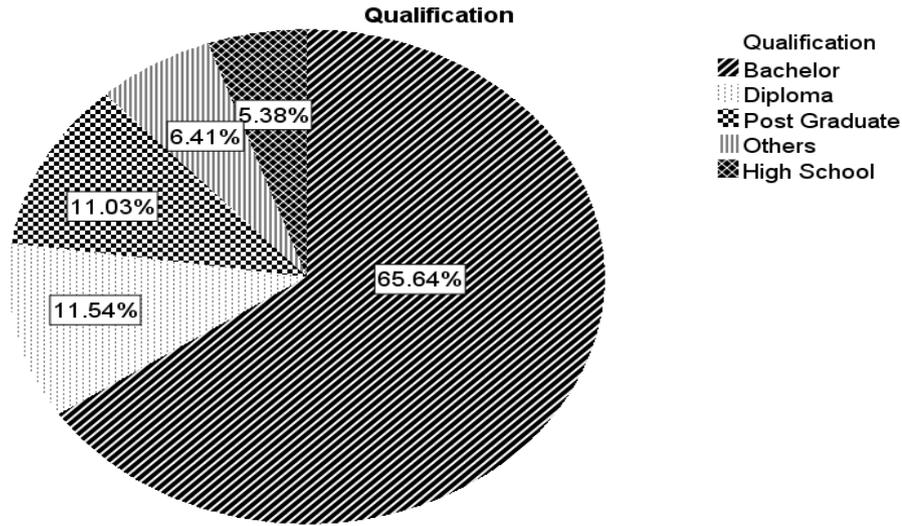
الشكل 4.2 التحليل الديموغرافي للعمر

4.3.3 المؤهل العلمي

فيما يتعلق بمؤهلات المبحوثين، بلغت نسبة البكالوريوس 65.6%، الدبلوم 11.5%، والدراسات العليا 11.0%، وآخرين 6.4%، والثانوية 5.4%. أدناه الجدول 4.4 والرسم البياني يوضح التفاصيل.

الجدول 4.4 التحليل الديموغرافي للمؤهل العلمي

	Frequency	Percent	
Qualification	Bachelor	256	65.6
	Diploma	45	11.5
	Post Graduate	43	11.0
	Others	25	6.4
	High School	21	5.4
	Total	390	100



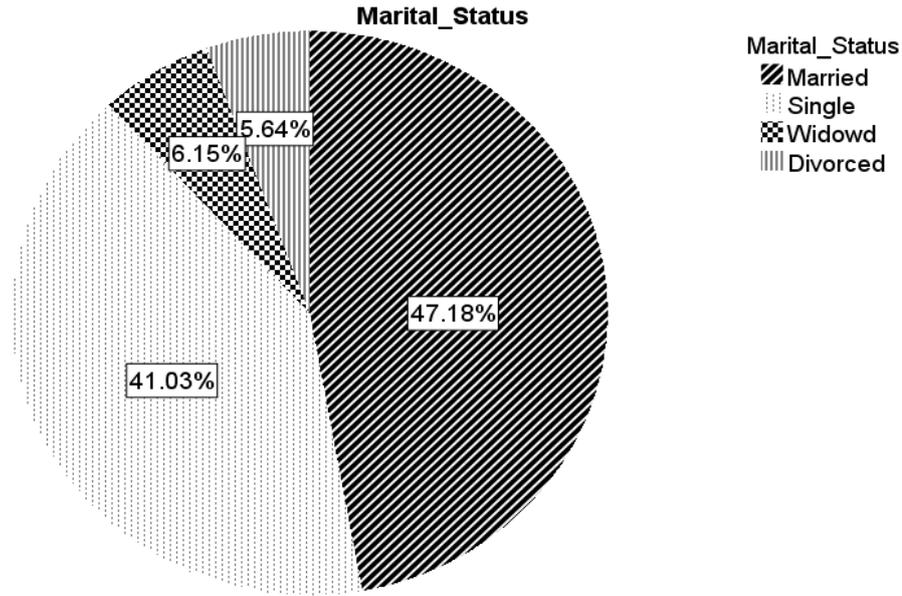
الشكل 4.3 التحليل الديموغرافي للمؤهل العلمي

4.3.4 الحالة الاجتماعية

وفيما يتعلق بالحالة الاجتماعية للمبحوثين، فقد بلغت نسبة المتزوجين 47.2٪، غير المتزوجين 41٪، والأرامل 6.2٪، والمطلقات 5.6٪. يوضح الجدول أدناه 4.5 والرسم البياني التفاصيل.

الجدول 4.5 التحليل الديموغرافي للحالة الاجتماعية

	Frequency	Percent
Marital status	Married	47.2
	Single	41.0
	Widowd	6.2
	Divorced	5.6
	Total	390



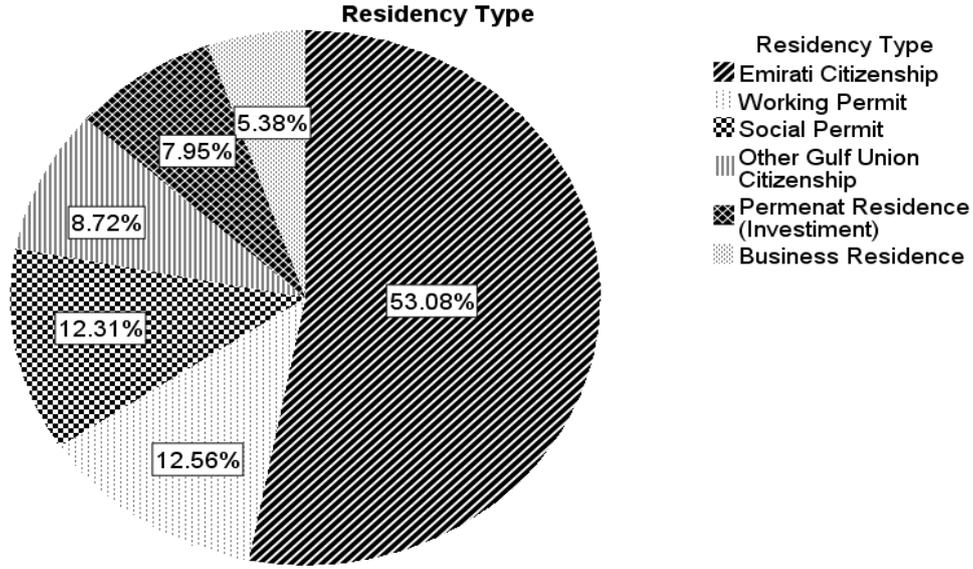
الشكل 4.4 التحليل الديموغرافي للحالة الإجتماعية

4.3.5. نوع الإقامة

فيما يتعلق بنوع إقامة المستجيبين على التوالي، وتمثّل الجنسية الإماراتية للمستجيبين 53.1% ، وتصاريح العمل 12.6%، والجنسية الخليجية الأخرى 8.7%، والإقامة الدائمة 7.9%. أدناه الجدول 4.6 والرسم البياني يوضح التفاصيل.

الجدول 4.6 التحليل الديموغرافي لنوع الإقامة

	Frequency	Percent
Emirati Citizenship	207	53.1
Working Permit	49	12.6
Social Permit	48	12.3
Other Gulf Union Citizenship	34	8.7
Permenat Residence (Investment)	31	7.9
Business Residence	21	5.4
Total	390	100



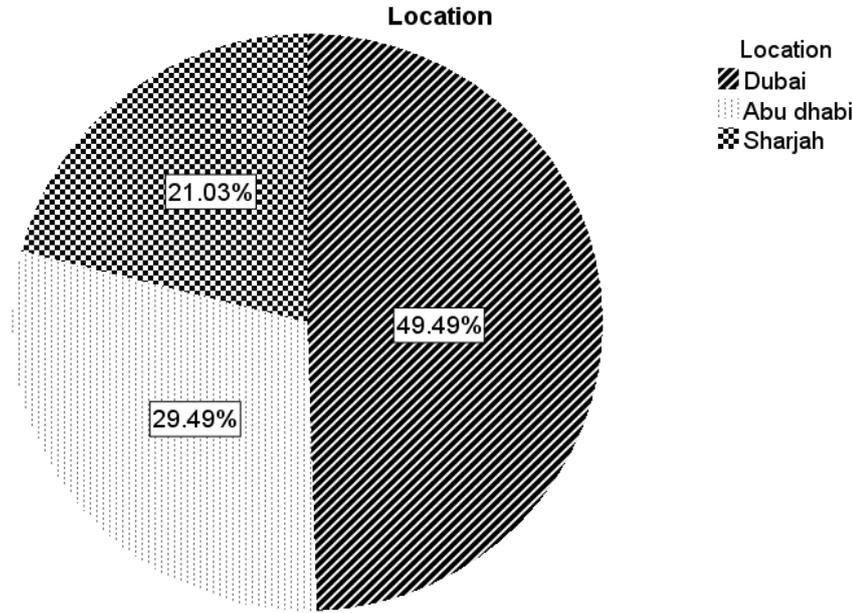
الشكل 4.5 التحليل الديموغرافي لنوع الإقامة

4.3.6. الموقع

وفيما يتعلق بموقع المستجيبين، فإن دبي تمثّل على التوالي 49.5%، وأبو ظبي 29.5%، والشارقة 21% أدناه الجدول 4.7 والرسم البياني يوضح التفاصيل.

الجدول 4.7 التحليل الديموغرافي للموقع

		Frequency	Percent
Location	Dubai	193	49.5
	Abu Dhabi	115	29.5
	Sharjah	82	21.0
	Total	390	100



الشكل 4.6 التحليل الديموغرافي للموقع

أظهرت البيانات الديموغرافية تنوعًا واضحًا في المستويات الوظيفية للمشاركين في العينة، حيث شملت الطواقم الطبية (كالأطباء والمرضى)، والفنيين، والموظفين الإداريين من مختلف إمارات الدولة. وقد تم تحليل هذا التباين بوصفه عاملاً مهمًا يمكن أن يؤثر في تصورات الأفراد تجاه جودة الخدمة ومستوى الرفاهية الذي يشعرون به. من خلال ملاحظة التوزيع الوظيفي، يُفترض أن الأفراد في المناصب الإدارية أو الوظائف ذات الطابع القيادي قد يتمتعون بدرجة أكبر من الاستقلالية في اتخاذ القرار، وفرص أعلى للوصول إلى الموارد المؤسسية، إضافةً إلى مستويات أعلى من الأمان الوظيفي والدعم المؤسسي، وهي كلها عوامل ترتبط إيجابًا بالإحساس بالرفاهية النفسية والمهنية.

بالمقابل، قد يواجه الموظفون في الفئات الفنية أو الميدانية ضغوطًا مختلفة ترتبط بطبيعة العمل اليومية مثل نوبات العمل المتغيرة أو التعامل المباشر مع الحالات الطارئة، مما قد يحدّ من شعورهم بالتحكم والاستقرار وبالتالي يؤثر سلبيًا في شعورهم بالرفاهية. هذه الفروقات الوظيفية تبرر أهمية النظر في التدرج الوظيفي كعامل محتمل قد يعدّل من العلاقة بين جودة الخدمة ورفاهية السكان. وبناءً عليه، توصي الدراسة بإجراء اختبارات تحليلية مستقبلية تأخذ في الاعتبار الوظيفة كمتغير معدّل يمكنه تفسير بعض الفروق في التأثير بين المتغيرات المدروسة.

4.4. اختبار التوزيع الطبيعي للمتغيرات

بالاعتماد على نتائج تحليل التوزيع الطبيعي الموضحة في الجدول التالي، تم فحص توزيع البيانات الخاصة بالمتغيرات الرئيسية باستخدام مؤشري Skewness و Kurtosis للتحقق من مدى اقتراب البيانات من التوزيع الطبيعي. يوضح الجدول القيم الخاصة بكل من درجة الالتواء (Skewness) ودرجة التفرطح (Kurtosis) لكل متغير. حيث تشير نتائج Skewness لجميع المتغيرات إلى أن قيم الالتواء تقع ضمن النطاق المقبول إحصائياً والذي يتراوح بين ± 1 ، مما يدل على أن التوزيع لا يعاني من انحراف شديد سواء إلى اليمين أو اليسار. كذلك، فإن قيم Kurtosis تقع جميعها ضمن النطاق المقبول ± 1 ، مما يشير إلى أن التفرطح في البيانات قريب من التوزيع الطبيعي ولا يحتوي على قمم أو انبساطات غير معتادة.

بناءً على هذه النتائج، يمكن الاستنتاج بأن بيانات الدراسة تتبع نمطاً مقبولاً من حيث التوزيع الطبيعي، مما يدعم ملاءمتها لاستخدام نماذج تحليل المعادلات الهيكلية باستخدام PLS-SEM، حيث إن هذا النموذج لا يشترط وجود توزيع طبيعي صارم، لكنه يستفيد من التوزيع الطبيعي في تحسين جودة التقديرات ومعاملات المسار.

الجدول 4.7: تحليل Skewness و Kurtosis للتوزيع الطبيعي للمتغيرات الأساسية

المتغير (Construct)	حجم العينة (N)	Skewness	Kurtosis
TA	384	-0.312	0.427
RY	384	-0.201	-0.187
RS	384	0.093	-0.351
AS	384	-0.074	-0.145
EM	384	-0.295	0.208
CS	384	0.162	-0.263
CW	384	0.079	-0.178

4.5. الإحصائيات الوصفية

إن أحد الاختبارات الأساسية في البحث الإحصائي هو فحص آراء المستجيبين لكل متغير. يتكون كل متغير من بعض العناصر، مثل جودة الخدمة الملموسة (TA)، على 5 أسئلة (عناصر)، جودة الخدمة - الموثوقية (RY) تحتوي على 5 أسئلة (عناصر)، تليها جودة الخدمة للاستجابة ((RS) تحتوي على 5 أسئلة (عناصر)، من جودة الخدمة - التأكيد (AS) يحتوي على 5 أسئلة (عناصر)، وجودة الخدمة للتعاطف (EM) وبها 5 أسئلة (عناصر)،

ورضا العملاء (CS) يحتوي على 5 أسئلة (عناصر) ورفاهية العملاء (CW) يحتوي على 6 أسئلة (عناصر).

تكشف القيمة المتوسطة لعناصر المتغير عن فهم كل حالة.

علاوة على ذلك، فإنّ القيمة المتوسطة لجميع الحالات وعددها 390 في هذا البحث، تظهر فهم كل متغير. في هذه الدراسة يتمّ تفصيل قيم وتدرجات مختلفة للإحصاء الوصفي. وفقاً لـ Salleeh وآخرون. (2012) والذي أشار إلى أنّه باستخدام مقياس 5 liker ، يمكن أن تكون تفسيرات الدرجات في مستويات مختلفة كالتالي غير راضي تماماً (1.0-1.80)، غير راضي (1.81 - 2.60)، راضي معتدل (2.61 - 3.40)، راضي (3.41-4.20)، وراضي جداً (4.21-5.0). كما هو موضح في الجدول 4.6: بالنسبة للمتغير الأول وهو جودة الخدمة الملموسة (TA) ، فإنّه يظهر مستوى رضا إيجابياً بمتوسط قيمة 3.7246 مما يعكس تصوّراً إيجابياً من قبل المستجيبين. بالنسبة للمتغير الثاني من جودة الخدمة إلى الموثوقية (RY) ، فقد أظهر مستوى رضا إيجابياً بمتوسط قيمة 3.8456 وهو ما يعكس أيضاً تصوّراً إيجابياً من قبل المستجيبين. بالنسبة للمتغير الثالث من جودة الخدمة إلى الاستجابة (RS) ، فقد أظهر مستوى رضا إيجابياً بمتوسط قيمة 3.8128 وهو ما يعكس أيضاً تصوّراً إيجابياً من قبل المستجيبين. بالنسبة للمتغير الرابع من جودة الخدمة إلى التوكيد (AS) فقد أظهر مستوى رضا إيجابياً بمتوسط قيمة 3.7477 وهو ما يعكس أيضاً تصوّراً إيجابياً من قبل المستجيبين. المتغير الخامس لجودة الخدمة للتعاطف (EM) يظهر مستوى رضا إيجابياً بمتوسط قيمة 3.6713 وهو ما يعكس أيضاً تصوّراً إيجابياً من قبل المستجيبين .

يُظهر متغير رضا العملاء (CS) مستوى رضا إيجابياً بمتوسط قيمة 4.1031 والذي يعكس أيضاً تصوّراً إيجابياً من قبل المستجيبين. يُظهر متغير رفاهية العملاء (CW) مستوى رضا إيجابياً بمتوسط قيمة 3.5543 وهو ما يعكس أيضاً تصوّراً إيجابياً من قبل المستجيبين. وبشكل عام، تُظهر جميع التركيبات السبعة لهذه الدراسة مستوى رضا إيجابياً من الإدراك من قبل المستجيبين حيث يكون أعلى متوسط قيمة للمتغير رضا العميل (CS) وأقل متوسط قيمة المتغير رفاهية العملاء (CW). يوضح الجدول 4.8: أدناه تفاصيل الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة.

الجدول 4.8 الإحصاء الوصفي لمتغيرات البحث

	N	Min	Max	Mean	Std. D
CW_ALL	390	1.50	5.00	3.5543	.82049
CS_ALL	390	1.40	5.00	4.1031	.95468
TA_ALL	390	1.20	5.00	3.7246	1.06487
RY_ALL	390	1.00	5.00	3.8456	1.00070
RS_ALL	390	1.40	5.00	3.8128	.92146
AS_ALL	390	1.20	5.00	3.7477	.98133
EM_ALL	390	1.00	5.00	3.6713	1.16890
Valid N (listwise)	390				

4.5.1 الإحصاء الوصفي لجودة الخدمة الملموسة (TA - Tangibility)

فيما يتعلق بجودة الخدمة الملموسة (TA) ، فهي تحتوي فقط على ثمانية عناصر ، حيث يختلف التصور العام بين 3.56 و 3.8 والذي يعتبر مستوى رضا إيجابياً ، والعنصر ذو التصور الأعلى هو (TA4) يوضح الجدول 4.9: أدناه تفاصيل التحليل.

الجدول 4.9 الإحصاء الوصفي لجودة الخدمة إلى الملموسة (TA)

	N	Min	Max	Mean	Std. D
TA1	390	1	5	3.56	1.431
TA2	390	1	5	3.80	1.189
TA3	390	1	5	3.73	1.454
TA4	390	1	5	3.84	1.277
TA5	390	1	5	3.69	1.298
TA_ALL	390	1.20	5.00	3.7246	1.06487
Valid N (listwise)	390				

4.5.2 الإحصاء الوصفي لجودة الخدمة من حيث الموثوقية (RY - Reliability)

فيما يتعلق بجودة الخدمة بناء إلى الموثوقية (RY) ، فإنه يحتوي فقط على خمسة عناصر ، حيث يختلف التصور العام بين 3.72 و 4.00 والذي يعتبر مستوى رضا إيجابياً ، فإنّ العنصر ذو التصور الأعلى هو (RY5) والذي يتعلق بالسؤال أدناه من القضية. الجدول 4.10: يوضح أدناه تفاصيل التحليل.

الجدول 4.10 الإحصائيات الوصفية لجودة الخدمة إلى الموثوقية

	N	Min	Max	Mean	Std. D
RY1	390	1	5	3.80	1.228
RY2	390	1	5	3.79	1.160
RY3	390	1	5	3.72	1.122
RY4	390	1	5	3.92	1.187
RY5	390	1	5	4.00	.992
RY_ALL	390	1.00	5.00	3.8456	1.00070
Valid N (listwise)	390				

4.5.3 الإحصاء الوصفي لجودة الخدمة من حيث الاستجابة (RS - Responsiveness)

فيما يتعلق بجودة الخدمة بناء على الاستجابة (RS) ، فإنه يحتوي فقط على ستة عناصر ، حيث يختلف التصور العام بين 3.66 و 3.99 والذي يعتبر إيجابيًا إلى مستوى رضا إيجابي للغاية ، العنصر ذو التصور الأعلى هو (RS2) والذي يرتبط بالسؤال أدناه من القضية. الجدول 4.11: يوضح أدناه تفاصيل التحليل.

الجدول 4.11 الإحصاء الوصفي لجودة الخدمة إلى الاستجابة

	N	Min	Max	Mean	Std. D
RS1	390	1	5	3.75	1.245
RS2	390	1	5	3.99	1.019
RS3	390	1	5	3.87	1.096
RS4	390	1	5	3.79	1.099
RS5	390	1	5	3.66	1.108
RS_ALL	390	1.40	5.00	3.8128	.92146
Valid N (listwise)	390				

4.5.4 الإحصاء الوصفي لجودة الخدمة من حيث الضمان (AS - Assurance)

فيما يتعلق بجودة الخدمة بناء على التأكيد (AS) ، فإنه يحتوي على سبعة عناصر فقط ، حيث يختلف التصور العام بين 3.58 و 3.95 والذي يعتبر مستوى رضا إيجابيًا ، فإن العنصر ذو التصور الأعلى هو (AS4) والذي يتعلق بالسؤال أدناه من القضية. الجدول 4.12: يوضح أدناه تفاصيل التحليل.

الجدول 4.12 الإحصاء الوصفي لجودة الخدمة إلى الضمان

	N	Min	Max	Mean	Std. D
AS1	390	1	5	3.74	1.228
AS2	390	1	5	3.58	1.365
AS3	390	1	5	3.75	1.201
AS4	390	1	5	3.95	1.097
AS5	390	1	5	3.72	1.338
AS_ALL	390	1.20	5.00	3.7477	.98133
Valid N (listwise)	390				

4.5.5 الإحصاء الوصفي لجودة الخدمة من حيث التعاطف (EM - Empathy)

فيما يتعلق بجودة الخدمة بناء على التعاطف (EM) ، فهي تحتوي على خمسة عناصر فقط ، حيث يختلف التصور العام بين 3.41 و 3.88 والذي يعتبر مستوى رضا إيجابيًا ، فإن العنصر ذو التصور الأعلى هو (EM3) والذي يرتبط بالسؤال أدناه من القضية. الجدول 4.13: يوضح أدناه تفاصيل التحليل.

الجدول 4.13 الإحصاء الوصفي لجودة الخدمة للتعاطف

	N	Min	Max	Mean	Std. D
EM1	390	1	5	3.58	1.525
EM2	390	1	5	3.82	1.283
EM3	390	1	5	3.88	1.261
EM4	390	1	5	3.66	1.286
EM5	390	1	5	3.41	1.317
EM_ALL	390	1.00	5.00	3.6713	1.16890
Valid N (listwise)	390				

4.5.6 الإحصاء الوصفي لرضا العملاء (Customer Satisfaction - CS)

فيما يتعلق برضا العملاء (CS)، فإنه يحتوي على تسعة عناصر فقط، حيث يختلف التصور العام بين 3.83 و 4.24 والذي يعتبر مستوى رضا إيجابياً، العنصر ذو التصور الأعلى هو CS1 و CS2 و CS4 والذي يرتبط به السؤال أدناه من القضية. الجدول 4.14: يوضح أدناه تفاصيل التحليل.

الجدول 4.14 الإحصاء الوصفي لرضا العملاء

	N	Min	Max	Mean	Std. D
CS1	390	2	5	4.24	.926
CS2	390	2	5	4.24	.962
CS3	390	1	5	3.83	1.309
CS4	390	1	5	4.24	1.194
CS5	390	1	5	3.97	1.180
CS_ALL	390	1.40	5.00	4.1031	.95468
Valid N (listwise)	390				

4.5.7 الإحصاء الوصفي لرفاهية العملاء (Customer Well-being – CW)

فيما يتعلق برفاهية العملاء (CW)، فإنه يحتوي على تسعة عناصر فقط، حيث يختلف التصور العام بين 3.21 و 3.79 والذي يعتبر مستوى رضا إيجابياً، فإن العنصر ذو التصور الأعلى هو CW6 والذي يرتبط بالسؤال أدناه من القضية. الجدول 4.15: يوضح أدناه تفاصيل التحليل.

الجدول 4.15 إحصائيات وصفية لرفاهية العملاء (CW)

	N	Min	Max	Mean	Std. D
CW1	390	1	5	3.53	.936
CW2	390	1	5	3.56	1.019
CW3	390	1	5	3.53	.911
CW4	390	1	5	3.70	.905
CW5	390	1	5	3.21	1.284
CW6	390	1	5	3.79	1.322
CW_ALL	390	1.50	5.00	3.5543	.82049
Valid N (listwise)	390				

4.6. تقييم الموثوقية والصلاحية للنموذج المقترح

إنّ فحص صلاحية وموثوقية مجموعة البيانات أمر ضروري قبل الاستمرار في الاختبارات الهيكلية. وفقاً لـ Hair Jr et al (2016) فإنّ مقارنة منهجية لعمل ذلك يحتوي على اختبارات مختلفة للتحقق من التحميل والاتساق والمسافة والتّمييز بين العناصر والمتغيرات. حيث تحتوي على أربع خطوات رئيسية، أولاً التحميل الخارجي والتحميل المتبادل، الثاني هو الاتساق الداخلي (الموثوقية المركبة)، والإجراء الثالث هو الصلاحية المتقاربة (قيمة AVE)، والإجراء الرابع هو الصلاحية التّمييزية (التباعد) ويشمل تحليل العلاقة الخطية المتداخلة.

4.6.1 موثوقية مؤشر متغيرات البحث

يتمّ تقييم التحميل الخارجي وكذلك التحميل المتقاطع لكلّ عنصر لاختباره مع المتغير المرتبط به. يحتاج كل عنصر إلى تحميل كافٍ ضمن المتغير المرتبط به. أي نوع من التحميل فوق عتبة 0.708 كافٍ وأيضاً أي نوع من التحميل أقل من 0.4 غير كافٍ. بينما يُشتبه في القيم ما بين 0.4 و0.7 حيث أنه يمكن حذفها أو الاحتفاظ بها بناءً على التقييم الخاص لكل بحث. بالإضافة، يتمّ استخدام التحميل المتقاطع لضمان تحميل كل عنصر داخل الهيكل المرتبط أكثر من أي نوع آخر من التحميلات الأخرى (Hair Jr et al، 2016؛ Hulland، 1999). تمّ قبول جميع العناصر ذات التحميل الأعلى من 0.708 بالإضافة إلى أنه تمّ إزالة أي قيم أقل من ذلك حيث نتوقع أن بعض العناصر التي تؤدي إزالتها إلى التأثير بشكل كبير على العناصر الأخرى. تمّت إزالة عنصر وحيد نظراً لأنه ذو تناسق داخلي منخفض أقل من 0.60.

4.6.2 الاتساق الداخلي لمتغيرات البحث

طبقاً لـ Bagozzi Yi (1988) وكذلك Hair وآخرون (2014) أوضح أنّ العناصر داخل كل متغير يجب أن تتوافق لتمثيل نفس المتغير. حيث يمكن تقريب الاتساق الداخلي من خلال قياس معامل كرونباخ الفا Cronbach's Alpha أو التكامل المركب. أي من القيم التي تتجاوز عتبة 0.7 يكون مقبولاً. بالإضافة إلى ذلك، تعتبر القيمة 0.6 ناجحة في الدراسة البحثية الاستكشافية.

الجدول 4.17 كشف أن المتغيرات ذات مستوى ممتاز من الاستقرار والتماسك الداخلي، بدءًا من الاعتمادية المركبة التي تتراوح ما بين 0.892 و0.945 والتي تمت الموافقة عليها بشدة. من ناحية أخرى، تتراوح موثوقية ألفا كرونباخ بين 0.849 و0.927 وهو مقبول أيضًا . وفي الختام، تكشف النتائج عن اتساق وموثوقية مقبولة.

الجدول 4.16 تقييمات الاتساق الداخلي لمتغيرات البحث

	Composite Reliability	Cronbach's Alpha
AS	0.892	0.849
CS	0.934	0.911
CW	0.902	0.868
EM	0.943	0.924
RS	0.914	0.884
RY	0.945	0.927
TA	0.899	0.860

4.6.3 الصدق المتقارب لمتغيرات البحث

هذا الفحص لقياس مدى التقارب النسبي بين عناصر المتغير الواحد. القيم المستخرجة من التباين العادي (AVE) التي تزيد عن 0.5 هي العتبة المثالية. الجدول 4.18: يلخص قيم AVE لجميع المتغيرات. تكشف النتائج أن جميع القيم تتراوح ما بين 0.609 و0.774 وهي درجة مناسبة أعلى من عتبة 0.5. مجموعة البيانات ذات قيم مقبولة ويمكن الاستمرار في الفحوص التالية.

الجدول 4.17 تقييم المصادقية المتقاربة لمتغيرات البحث

	AVE
AS	0.625
CS	0.739
CW	0.609
EM	0.769
RS	0.681
RY	0.774
TA	0.641

4.6.4 الصلاحية التمييزية لمتغيرات البحث (فحص التباعد)

بينما يكشف AVE عن مستوى التقارب النسبي، حيث تفحص الصلاحية التمييزية مدى تباعد العناصر الأجنبية. هذا التقييم عبارة عن مصفوفة من ارتباطات المتغيرات التي تقارن بقيمة الجذر التربيعي للقيمة AVE. حيث يجب أن تكون قيمة الجذر التربيعي لـ AVE أكبر من جميع علاقات المتغيرات الأخرى. الجدول 4.19 يظهر

مصفوفة معيار Fornell & Larcker والتي هي عبارة عن مصفوفة محسنة لارتباطات المتغيرات الكامنة. إذا كانت القيمة في القطر أكبر من أي القيم الأخرى المختلفة داخل العمود أو السطر المتقاطع يكون الاختبار فعالاً. كمثال قيمة RY هي 0.880 أكثر من جميع القيم الأخرى المختلفة داخل العمود أو الصف المشترك. جميع المتغيرات الأخرى لها نفس المعيار بالضبط. وبالمثل فإن متغيرات الدراسة الخمسة لديها درجة كافية من الصلاحية التمييزية (التباعد).

الجدول 4.18 تقييم مصفوفة معيار Fornell & Larcker لمتغيرات البحث

	AS	CS	CW	EM	RS	RY	TA
AS	0.790						
CS	0.348	0.860					
CW	0.401	0.626	0.824				
EM	0.158	0.245	0.402	0.877			
RS	0.157	0.304	0.336	0.188	0.826		
RY	0.105	0.213	0.213	0.201	0.104	0.880	
TA	0.193	0.263	0.250	0.190	0.183	0.148	0.800

وللتحقق من صحة التمييز، هناك تقييم أكثر أهمية هو التحميل المتقاطع. معيار التحميل المتقاطع هو أن البنى يجب أن يكون لها تحميل صحيح وأعلى في هيكلها الأساسي أكبر من أي قيمة تحميل أخرى في أي متغير أجنبي. الجدول 4.20 يكشف عن نتائج التحميل المتقاطع لجميع العناصر في الصفوف وجميع المتغيرات في الأعمدة.

الجدول 4.19 تقييم الحمل المتقاطع لمتغيرات البحث

	AS	CS	CW	EM	RS	RY	TA
AS1	0.753	0.220	0.284	0.095	0.126	0.098	0.106
AS2	0.759	0.216	0.310	0.149	0.075	0.043	0.180
AS3	0.765	0.249	0.279	0.115	0.127	0.062	0.164
AS4	0.878	0.306	0.359	0.146	0.135	0.155	0.247
AS5	0.790	0.355	0.340	0.116	0.150	0.051	0.068
CS1	0.279	0.874	0.567	0.267	0.247	0.210	0.200
CS2	0.338	0.912	0.581	0.226	0.287	0.198	0.278
CS3	0.237	0.815	0.539	0.209	0.249	0.160	0.222
CS4	0.327	0.848	0.528	0.173	0.271	0.160	0.233
CS5	0.312	0.847	0.468	0.172	0.252	0.184	0.194
CW1	0.270	0.494	0.789	0.317	0.227	0.129	0.185
CW2	0.362	0.491	0.824	0.290	0.249	0.131	0.148
CW3	0.351	0.484	0.806	0.319	0.298	0.214	0.219
CW4	0.320	0.542	0.874	0.379	0.272	0.251	0.256
CW5	0.348	0.561	0.824	0.346	0.330	0.145	0.216
EM1	0.123	0.177	0.349	0.865	0.161	0.147	0.161
EM2	0.142	0.230	0.340	0.873	0.173	0.187	0.175
EM3	0.159	0.258	0.406	0.954	0.185	0.217	0.185

	AS	CS	CW	EM	RS	RY	TA
EM4	0.173	0.230	0.358	0.875	0.173	0.157	0.171
EM5	0.083	0.166	0.300	0.813	0.123	0.171	0.139
RS1	0.136	0.195	0.221	0.139	0.837	0.049	0.144
RS2	0.084	0.184	0.220	0.157	0.777	0.063	0.156
RS3	0.162	0.308	0.300	0.114	0.886	0.094	0.157
RS4	0.148	0.291	0.354	0.216	0.876	0.125	0.148
RS5	0.103	0.241	0.253	0.141	0.743	0.079	0.157
RY1	0.060	0.139	0.157	0.176	0.082	0.840	0.127
RY2	0.100	0.213	0.190	0.174	0.087	0.900	0.155
RY3	0.083	0.180	0.224	0.193	0.120	0.930	0.152
RY4	0.095	0.198	0.178	0.166	0.080	0.851	0.105
RY5	0.117	0.196	0.181	0.179	0.087	0.874	0.109
TA1	0.113	0.212	0.178	0.095	0.075	0.142	0.793
TA2	0.170	0.213	0.219	0.186	0.179	0.099	0.841
TA3	0.190	0.267	0.248	0.148	0.140	0.101	0.863
TA4	0.116	0.165	0.163	0.188	0.185	0.114	0.714
TA5	0.171	0.176	0.177	0.156	0.168	0.151	0.783

4.6.5. تقييم العلاقة الخطية المتعددة لمتغيرات البحث

عامل تضخم التباين (VIF) يختبر عدم وجود ارتباط كبير بين المتغيرات التابعة جنبًا إلى جنب مع المتغيرات الكامنة. وفقًا لـ (Wong (2013) أشار إلى أن أي قيمة VIF بين 0.2 و 5 مقبول. الجدول 4.21 يكشف عن قيمة VIF التي تقف لمستوى VIF بين كل متغير خارجي (صفوف الجدول) وكذلك المتغيرات الداخلية (أعمدة الجدول). الحد الأدنى لمستوى VIF هو 1.081 بين متغير RY ومتغير CW. الحد الأقصى لمستوى VIF هو 1.319 بين متغير CS ومتغير CW. وبالتالي جميع قيم VIF ضمن المستوى المناسب.

الجدول 4.20 تقييم صحة العلاقة الخطية المتعددة لمتغيرات البحث

	VIF (CW)
AS	1.159
CS	1.319
CW	-
EM	1.124
RS	1.131
RY	1.081
TA	1.122

4.7. علاقات وفعالية النموذج المقترح

نظرًا لأن هذه الدراسة البحثية تستند إلى التحليل الإحصائي للنموذج الهيكلي، فمن الضروري اختبار الارتباطات والعلاقات وقوة النموذج. حيث اقترح (Hair et al.، 2014) (نهجًا منظمًا للتحقق من التصميم كلما كان PL-

SEM يتم تطبيق الاستراتيجية. عندما يكون النموذج هو نموذج قائم على الانعكاس، يتم استخدام الاختبارات التالية.

- بالنسبة لقوة النموذج، تعتبر قيم القدرة التنبؤية حاسمة اضافة الي قيمة الصلة التنبؤية.
- لفحص تأثير كل متغير ضمن القوة التنبؤية العامة، يتم تطبيق تقييم قياس القيمة المؤثرة.
- فحص العلاقات وقوة تأثير المسارات في الموديل الخاص بالدراسة.

4.7.1. تقييم القوة التنبؤية لنموذج البحث

القدرة التنبؤية هي وصف التباين للمتغير الداخلي وكذلك يشار إليها باسم R square (R2) من ناحية أخرى، فإن الصلة التنبؤية هي صلة التباين للمتغير الداخلي بالإضافة إلى ما يشار إليه باسم Q square (Q2) حدد Hair (2014) القاعدة الأساسية لفحص القيم كالتالي:

- يمكن أن يكون مربع R قويًا (أعلى من 0.75)، أو معتدلاً (بين 0.5 و 0.75 أيضاً)، أو مرضياً (بين 0.2 و 0.5 أيضاً).
- يمكن أن يكون مربع Q كبيراً (أعلى من 0.35)، أو متوسطاً (بين 0.15 و 0.25 أيضاً)، أو صغيراً (بين 0.02 و 0.15 أيضاً). الجدول 4.22 يوضح القدرة التنبؤية وكذلك الأهمية التنبؤية للمتغيرات الكامنة الداخلية.

الجدول 4.21 القدرة التنبؤية والملاءمة التنبؤية للنموذج المقترح

	Predictive Power		Predictive Relevance	
	R Square	Status	Q Square	Status
(CW)	0.503	Moderate	0.335	Large

توضّح نتائج المتغير التابع الرئيسي، رفاهية العملاء (CW)، قوة تنبؤية معتدلة وأهمية تنبؤية كبيرة. كما هو موضح في الجدول، فإن قيمة مربع R ذات الصلة هي 0.503 (قوة 50.3%) ومربع Q المرتبط هو 0.335 (صلة بنسبة 35.5%).

4.7.2. قياس الحجم الفعال f^2 لنموذج البحث

حجم التأثير f^2 هو مستوى النسبة المئوية لتأثير متغير داخل نموذج هيكلية. بشكل قياسي يتم تحديد القدرة التنبؤية للتصميم بأكمله، وبعد ذلك يتم إهمال المتغير المستهدف بالقياس وإعادة حساب القدرة التنبؤية. دالة الفارق بين كلا الاختبارين هو الحجم الفعال لذلك المتغير. (Hair et al. 2014) وضع كوهين (1988) دليلاً إرشادياً لفصل درجات التأثير الفعال على النحو التالي:

- تكون قيم f^2 صغيرة إذا كانت قيمتها التقريبية 0.02.
- القيم f^2 متوسطة إذا كانت قيمتها التقريبية 0.15.
- تكون قيم f^2 كبيرة إذا كانت قيمتها التقريبية 0.35.

الجدول 4.23 عرض نتائج تقييم الحجم الفعال لمتغيرات البحث. بالنسبة لرفاهية العملاء (CW)، فإن السوابق الستة لها بعض التأثير على متغيرات النتيجة. CW أعلى فعالية ناتجة عن متغير CS بدرجة f^2 تبلغ 0.321 وجميع المتغيرات الخمسة الأخرى لها تأثير مع درجات تتراوح من (0.001 و 0.093).

الجدول 4.22 التقييم الفعال لحجم (CW) - جدول مقارن لقيم تأثير f^2 للمتغيرات المستقلة

	f2 value for (CW)	Status
AS	0.093	Small
CS	0.321	Large
EM	0.093	Large
RS	0.024	Medium
RY	0.002	Small
TA	0.001	Small

4.7.3. معامل مسار علاقات نموذج البحث (نتائج العلاقات)

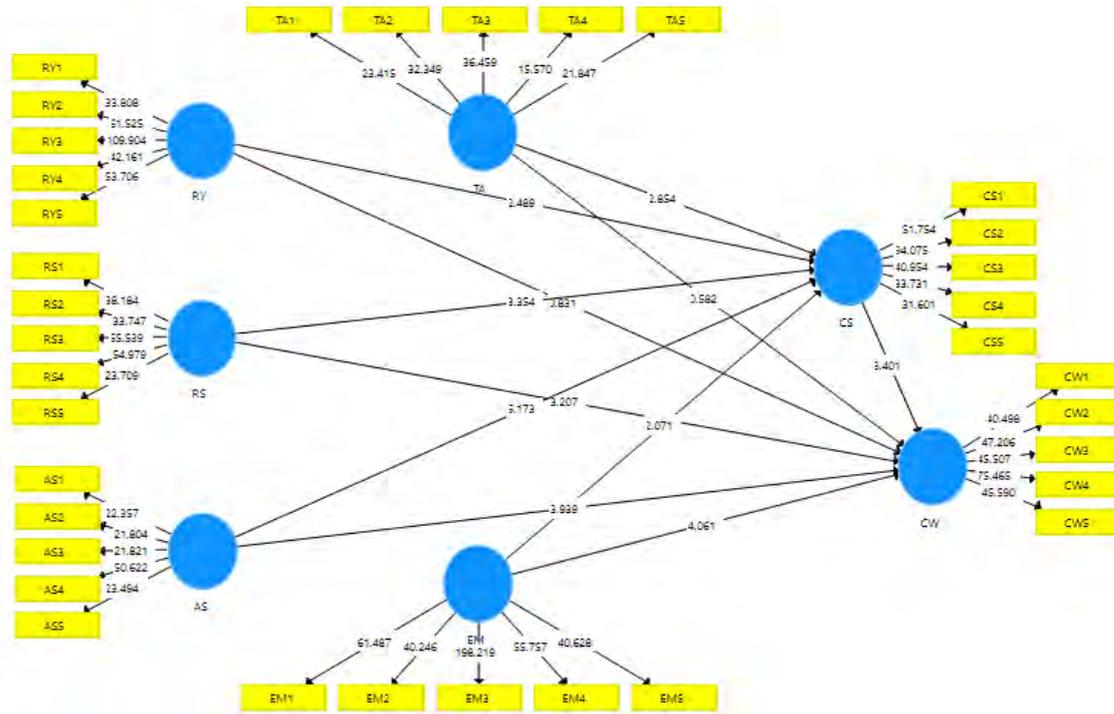
يُعد اختبار فرضية البحث أمراً بالغ الأهمية ويمكن الحصول عليه من خلال تقدير قيم معامل المسار للعلاقة المختلفة داخل النموذج. إحصائيات T وكذلك قيم p هي الاستخدام النموذجي لاختبار أهمية العلاقة؛ إحصائيات T هي أهمية معامل المسار وقيمة P هي درجة الادلالة الإحصائية. يتم حساب معامل المسار للكشف عن مستوى درجة العلاقة. حدد Hair وآخرون (2016)، القاعدة الأساسية لتقييم النتائج كالتالي:

• بالنسبة للقيمة الاحتمالية (قيمة الدلالة الإحصائية)، فإن العتبة الأكثر استخدامًا في البحوث الادارية والاجتماعية هي 0.05 (5%). ومع ذلك، يمكن لبعض الدراسات استخدام مستوى 0.01 (1%) أو 0.1 (10%).

• بالنسبة لإحصائيات T ، فإن أي قيمة أعلى من 1.96 تكون مهمة في الاختبار ثنائي الطرف أو أي قيمة أعلى من 0.165 تكون مهمة في الاختبار أحادي الطرف.

إذا كان الجدول حول الفرضيات هو اختبار النتيجة في كلا الاتجاهين (إيجابية وكذلك سلبية)، فإن التقييم يسمى ثنائية الذيل. من ناحية أخرى، إذا كانت حجة الفرضية لاختبار التأثير في اتجاه واحد (إيجابيًا أو سلبياً)، فيجب أن يستخدم التقدير المستويات أحادية الطرف. يوضح الشكل 4.8 تقديرات إحصائيات T للدراسة التي تمّ تصميمها وكذلك يوضح الجدول 4.24 تقييم معامل المسار مع قيم إحصائيات T وكذلك قيم معامل المسار (Path Coefficient) للمتغيرات السابقة لمتغير رفاهية العملاء (CW). جميع سوابق المتغيرات لها علاقة مقبولة حيث تكون درجات القيمة p أعلى من 0.05 ودرجات إحصاءات لـ T أعلى من 1.65.





الشكل 4.7 Structural Model

الجدول 4.23 تقييم معامل مسار رفاهية العملاء (CW)

Path	Coefficient	Standard Deviation	T Statistics	P Value (one tailed)	Status
AS → CS	0.258	0.050	5.173	0.000	Significant
AS → CW	0.179	0.045	3.939	0.000	Significant
CS → CW	0.458	0.055	8.401	0.000	Significant
EM → CS	0.115	0.056	2.071	0.019	Significant
EM → CW	0.228	0.056	4.061	0.000	Significant
RS → CS	0.204	0.061	3.354	0.000	Significant
RS → CW	0.117	0.037	3.207	0.001	Significant
RY → CS	0.121	0.048	2.489	0.007	Significant
RY → CW	0.035	0.042	0.831	0.203	Not Significant
TA → CS	0.136	0.048	2.854	0.002	Significant
TA → CW	0.025	0.043	0.582	0.280	Not Significant

4.7.4 آثار الوساطة لرضا العملاء

الجدول 4.25: يوضح تقييم معامل المسار مع قيم إحصائيات T وقيم معاملات المسار بين المتغير الوسيط رضا العملاء (CS) والنتيجة من حيث معامل المسار على التوالي كالتالي، المتغير (AS) له معامل مسار 0.118 ، وإحصاءات T هي 3.971 ، وكذلك قيمة P تساوي 0.000 ذات دلالة، ومعامل المسار لمتغير التعاطف (EM)

هو 0.053 ، T-إحصائيات T هي 2.163 ، وقيمة P هي 0.016 ذات دلالة ، ومعامل المسار لمتغير الاستجابة (RS) هو 0.094 ، وإحصاءات T هي 3.274 ، وأيضًا قيمة P هي 0.001 ذات دلالة ، ومعامل المسار لهذه الموثوقية (RY) متغير 0.055 ، درجة إحصاء T هي 2.406 ، وأيضًا قيمة P تساوي 0.008 ذات دلالة، ومعامل المسار لمتغير الملموسة (TA) هو 0.062 ، وإحصاءات T هي 2.787 ، وكذلك قيمة P تساوي 0.003 ذات دلالة.

الجدول 4.24 تقييم الوساطة لرضا العملاء (CS)

	Path Coefficient	Standard Deviation	T Statistics	P Value (one tailed)	Status
AS -> CS -> CW	0.118	0.030	3.971	0.000	Significant
EM -> CS -> CW	0.053	0.024	2.163	0.016	Significant
RS -> CS -> CW	0.094	0.029	3.274	0.001	Significant
RY -> CS -> CW	0.055	0.023	2.406	0.008	Significant
TA -> CS -> CW	0.062	0.022	2.787	0.003	Significant

4.8. نتائج الفرضيات والمناقشة

تم اختبار الفرضيات الست عشر في هذه الدراسة، وجميع الفرضيات هي اختبار العلاقات المباشرة بين المتغيرات: جودة الخدمة - الملموسة (TA) ، وجودة الخدمة - الموثوقية (RY) ، وجودة الخدمة - الاستجابة (RS) ، وجودة الخدمة - الضمان (AS) ، وجودة الخدمة - للتعاطف (EM) ، بينما رضا العملاء (CS) كوساطة لرفاهية العملاء (CW) لتحقيق هدف الدراسة. ستغطي الجداول أدناه جميع اختبارات الفرضيات والإحصاءات المتعلقة بها.

• **فرضية 1:** هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمة الملموسة بوزارة الصحة الإماراتية

ورفاهية العملاء.

وفقًا للفرضية الأولى تنص على أن العلاقة بين جودة الخدمة الملموسة ورفاهية العملاء. معامل المسار لهذا المتغير هو 0.025 ، ودرجة الحجم الفعلي 0.001 ، وإحصاءات T هي 0.582 ، وكذلك قيمة P هي 0.280 ، وبناءً على ذلك يمكننا تحديد العلاقة بين جودة الخدمة الملموسة ورفاهية العملاء في الاعتبار على أنها علاقة غير مهمة ذات تأثير لا يذكر. بشكل عام، H1 ليست ذات دلالة إحصائية كما هو مبين في الجدول 4.26:

الجدول 4.25 نتائج العلاقة بين جودة الخدمة الملموسة ورفاهية العملاء

Hypot	Relation	Status	Sign	Path Coe	Effective	T-stat	P-value
H1	TA -> CW	Not Significant	Positive	0.025	0.001	0.582	0.280

- **فرضية 2:** هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين موثوقية جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية

ورفاهية السكان.

تنص الفرضية الثانية على وجود العلاقة بين جودة الخدمة - الموثوقية ورفاهية العملاء. على وجه التحديد، معامل المسار لهذا المتغير هو 0.035، ودرجة الحجم الفعلي 0.002، ودرجة إحصاء T هي 0.831، وقيمة P هي 0.203، وبناءً على ذلك يمكننا القول بأن العلاقة بين جودة الخدمة والموثوقية ورفاهية العملاء يعتبرون علاقة غير مهمة بدون تأثير يذكر. إجمالاً، H2 ليست مهمة. كما هو مبين في الجدول 4.27.

الجدول 4.26 نتائج العلاقة بين جودة الخدمة الموثوقة ورفاهية العملاء

Hypot	Relation	Status	Sign	Path Coe	Effective	Test	Stat	P-Value
H2	RY -> CW	Not Significant	Positive	0.035	0.002	0.831		0.203

- **فرضية 3:** هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الاستجابة في جودة الخدمة بوزارة الصحة

الإماراتية ورفاهية السكان.

تنص الفرضية الثالثة على وجود العلاقة بين جودة الخدمة والاستجابة ورفاهية العملاء. على التوالي معامل المسار لهذا المتغير هو 0.117، ودرجة الحجم الفعالة هي 0.024، وإحصاءات T هي 3.207، وكذلك قيمة P هي 0.001، وبناءً على ذلك يمكننا القول بأن العلاقة بين جودة الخدمة - الاستجابة ورفاهية العملاء علاقة مهمة ذات تأثير إيجابي. إجمالاً، لذلك فإن الفرضية H3 مقبولة كما هو معروض في الجدول 4.28.

الجدول 4.27 نتائج العلاقة بين جودة الخدمة - الاستجابة ورفاهية السكان

Hypot	Relation	Status	Sign	Path Coe	Effective	Test	Stat	P-Value
H3	RS -> CW	significant	Positive	0.117	0.024	3.207		0.001

- **فرضية 4:** هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الضمان في جودة الخدمة بوزارة الصحة

الإماراتية ورفاهية السكان.

تنص الفرضية الرابعة على وجود العلاقة بين جودة الخدمة - التأكيد ورفاهية العملاء. على التوالي معامل المسار لهذا المتغير هو 0.179، ودرجة الحجم الفعلي 0.093، وإحصاءات T هي 3.939، وكذلك قيمة P هي 0.000،

وبناءً على ذلك يمكننا تحديد العلاقة بين جودة الخدمة -التأكيد ورفاهية العملاء بمثابة شراكة مهمة ذات تأثير إيجابي. لذلك فإنّ الفرضية H4 مقبولة كما هو مبين في الجدول 4.29.

الجدول 4.28 نتائج العلاقة بين جودة الخدمة - الضمان ورفاهية السكان

Hypot. Relation	Status	Sign Path Coe	Effective T-stat	P-value	
H4 AS -> CW	significant	Positive 0.179	0.093	3.939	0.000

• **فرضية 5:** هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين التعاطف في جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاهية السكان.

تنص الفرضية الخامسة على وجود العلاقة بين جودة الخدمة -التعاطف ورفاهية العملاء. على التوالي معامل المسار لهذا المتغير هو 0.228، ودرجة الحجم الفعالة 0.093، وإحصاءات T هي 4.061، وكذلك قيمة P هي 0.000، وبناءً على ذلك يمكننا تحديد العلاقة بين جودة الخدمة -التعاطف ورفاهية العملاء بمثابة شراكة مهمة ذات تأثير إيجابي. لذلك فإن الفرضية مقبولة كما هو مبين في الجدول 4.30.

الجدول 4.29 نتائج العلاقة بين جودة الخدمة - التعاطف ورفاهية العملاء

Hypot. Relation	Status	Sign Path Coe	Effective T-stat	P-value	
H5 EM -> CW	significant	Positive 0.228	0.093	4.061	0.000

• **فرضية 6:** هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين رضا السكان والشعور بالرفاهية والسعادة.

تنص الفرضية السادسة على وجود العلاقة بين رضا العملاء ورفاهية العملاء. على التوالي معامل المسار لهذا المتغير هو 0.458، ودرجة الحجم الفعالة 0.321، وإحصاءات T تساوي 8.401، وكذلك قيمة P هي 0.000، وبناءً على ذلك يمكننا تحديد أن العلاقة بين رضا العملاء تؤثر على رفاهية العملاء تعتبر شراكة مهمة ذات تأثير إيجابي. لذلك فإن الفرضية مقبولة كما هو مبين في الجدول 4.31.

الجدول 4.30 نتائج العلاقة بين رضا العملاء ورفاهية العملاء

Hypot	Relation	Status	Sign	Path Coe	Effective	T-statisti	P Value
H6	CS -> CW	Significant	Positive	0.458	0.321	8.401	0.000

- **فرضية 7:** رضا السكان يتوسط العلاقة بين جودة الخدمة الملموسة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاه السكان.

تنص الفرضية السابعة على أن تأثير رضا العملاء كوسيط العلاقة بين جودة الخدمة الملموسة ورفاه السكان. على التوالي، معامل المسار لهذا المتغير هو 0.062، ودرجة الحجم الفعال 0.001، ودرجة إحصائيات T هي 2.787، والقيمة P هي 0.003، وبناءً على ذلك يمكننا أن نقول: إن تأثير رضا العملاء كوسيط العلاقة بين جودة الخدمة الملموسة ورفاه السكان تعتبر علاقة مهمة ذات تأثير إيجابي، لذلك فإن الفرضية مقبولة كما هو مبين في الجدول 4.37.

الجدول 4.31 نتائج رضا العملاء يتوسط العلاقة بين جودة الخدمة الملموسة ورفاه السكان

Hypot	Relation	Status	Sign	Path Coe	Effective	T-statisti	P Value
H07	TA -> CS -> CW	significant	Positive	0.062	0.001	2.787	0.003

- **فرضية 8:** رضا العملاء يتوسط العلاقة بين موثوقية جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاهية السكان.

تنص الفرضية الثمانية على أن تأثير رضا العملاء يتوسط العلاقة بين موثوقية جودة الخدمة ورفاهية السكان. على التوالي، معامل المسار لهذا المتغير هو 0.055، ودرجة الحجم الفعال 0.002، ودرجة إحصائيات T هي 2.406، والقيمة P هي 0.008، وبناءً على ذلك يمكننا القول: إن تأثير رضا العملاء يتوسط، وتعتبر العلاقة بين موثوقية جودة الخدمة ورفاهية السكان علاقة مهمة ذات تأثير إيجابي، لذلك فإن الفرضية مقبولة كما هو مبين في الجدول 4.38.

الجدول 4.32 نتائج رضا السكان يتوسط العلاقة بين موثوقية جودة الخدمة ورفاهية السكان

Hypot	Relation	Status	Sign	Path Coe	Effective	T-statisti	P Value
H8	RY -> CS -> CW	significant	Positive	0.055	0.002	2.406	0.008

- **فرضية 9:** رضا السكان يتوسط العلاقة بين الاستجابة في جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاهية السكان.

تنصُّ الفرضية التاسعة على أنَّ تأثير رضا العملاء يتوسط العلاقة بين الاستجابة في جودة الخدمة ورفاهية السكان. على التوالي، معامل المسار لهذا المتغير هو 0.094، ودرجة الحجم الفعال 0.024، ودرجة إحصائيات T هي 3.274، والقيمة P هي 0.001، وبناءً على ذلك يمكننا القول: إنَّ تأثير رضا العميل يتوسط العلاقة بين الاستجابة في جودة الخدمة ورفاهية السكان تعتبر علاقة مهمة ذات تأثير إيجابي. لذلك فإنَّ الفرضية مقبولة كما هو مبين في الجدول 4.39.

الجدول 4.33 نتائج رضا السكان يتوسط العلاقة بين الاستجابة في جودة الخدمة ورفاهية السكان

Hyp:	Relation	Status	Sign	Path Coefficient	Effect Size	t-statistic	p-value
H9	RS -> CS -> CW	significant	Positive	0.094	0.024	3.274	0.001

- **فرضية 10:** رضا العملاء يتوسط العلاقة بين الضمان في جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاهية السكان.

تنصُّ الفرضية العاشرة على أنَّ تأثير رضا العملاء يتوسط العلاقة بين الضمان في جودة الخدمة ورفاهية السكان على التوالي، معامل المسار لهذا المتغير هو 0.118، ودرجة الحجم الفعال 0.093، ودرجة إحصائيات T هي 3.971، والقيمة P هي 0.000، وبناءً على ذلك يمكننا القول: إنَّ تأثير رضا العملاء يتوسط العلاقة بين الضمان في جودة الخدمة ورفاهية السكان علاقة مهمة ذات تأثير إيجابي، لذلك فإنَّ الفرضية مقبولة كما هو مبين في الجدول 4.40.

الجدول 4.34 نتائج رضا العملاء يتوسط العلاقة بين الضمان في جودة الخدمة ورفاهية السكان

Hyp:	Relation	Status	Sign	Path Coefficient	Effect Size	t-statistic	p-value
H10	AS -> CS -> CW	significant	Positive	0.118	0.093	3.971	0.000

- **فرضية 11:** رضا العملاء يتوسط العلاقة بين التعاطف في جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاهية السكان.

تنصُّ الفرضية الحادية عشرة على أنَّ تأثير رضا العملاء يتوسط العلاقة بين التعاطف في جودة الخدمة ورفاهية السَّكان على التوالي، ومعامل المسار لهذا المتغير هو 0.053، ودرجة الحجم الفعال 0.093، ودرجة إحصائيات T هي 2.163، والقيمة P هي 0.016، وبناءً على ذلك يمكننا القول: إنَّ تأثير رضا العملاء يتوسط اعتبار العلاقة بين التعاطف في جودة الخدمة ورفاهية السَّكان علاقة مهمة ذات تأثير إيجابي. لذلك فإنَّ الفرضية مقبولة كما هو مبينٌ في الجدول 4.41.

الجدول 4.35 نتائج رضا العملاء يتوسط العلاقة بين التعاطف في جودة الخدمة ورفاهية السَّكان

Hypothesis	Relation	Status	Sign Path Coefficient	Effect Size	t-statistic	p-value	
H11	EM -> CS -> CW	significant	Positive	0.053	0.093	2.163	0.016

• **فرضية 12:** هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمة الملموسة بوزارة الصحة الإماراتية ورضا السَّكان.

تنصُّ الفرضية الثانية عشرة على العلاقة بين جودة الخدمة ورضا العملاء. على التوالي، معامل المسار لهذا المتغير هو 0.136، ودرجة الحجم الفعلة 0.001، وإحصاءات T هي 2.854، وكذلك قيمة P هي 0.002، وبناءً على ذلك يمكننا تحديد العلاقة بين جودة الخدمة إلى الملموسة و يُنظر إلى رضا العملاء على أنه شراكة مهمة ذات تأثير إيجابي. لذلك فإن الفرضية مقبولة كما هو مبين في الجدول 4.32.

الجدول 4.36 نتائج العلاقة بين جودة الخدمة - الملموسة ورضا العملاء

Hypothesis	Relation	Status	Sign Path Coefficient	Effect Size	t-statistic	p-value	
H12	TA -> CS	Significant	Positive	0.136	0.001	2.854	0.002

• **فرضية 13:** هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين موثوقية جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورضا السَّكان.

تنصُّ الفرضية الثالثة عشرة على أنَّ العلاقة بين موثوقية جودة الخدمة ورضا العملاء. على التوالي، معامل المسار لهذا المتغير هو 0.121، ودرجة الحجم الفعلى 0.002، وإحصاءات T هي 2.489، وكذلك قيمة P هي 0.007، وبناءً على ذلك يمكننا تحديد العلاقة بين موثوقية جودة الخدمة ورضا العملاء على أنه شراكة مهمة ذات تأثير إيجابي. لذلك فإن الفرضية مقبولة كما هو مبين في الجدول 4.33.

الجدول 4.37 نتائج العلاقة بين جودة الخدمة - الموثوقية ورضا العملاء

Hypot	Relation	Status	Sign	Path Coe	Effective	T-stat	P Value
H13	RY -> CS	significant	Positive	0.121	0.002	2.489	0.007

- **فرضية 14:** هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الاستجابة في جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورضا العملاء.

تنص الفرضية الرابعة عشرة على أن العلاقة بين الاستجابة في جودة الخدمة ورضا العملاء. على التوالي، معامل المسار لهذا المتغير هو 0.204، ودرجة الحجم الفعلي هي 0.024، وإحصاءات T هي 3.354، وكذلك قيمة P هي 0.000، وبناءً على ذلك يمكننا تحديد العلاقة بين الاستجابة في جودة الخدمة ورضا العملاء على أنه شراكة مهمة ذات تأثير إيجابي. لذلك فإن الفرضية مقبولة كما هو مبين في الجدول 4.34.

الجدول 4.38 نتائج العلاقة بين جودة الخدمة - الاستجابة ورضا العملاء

Hypot	Relation	Status	Sign	Path Coe	Effective	T-stat	P Value
H14	RS -> CS	significant	Positive	0.204	0.024	3.354	0.000

- **فرضية 15:** هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الضمان في جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورضا السكان.

تنص الفرضية الخامسة عشرة على أن ما بين الضمان في جودة الخدمة ورضا العملاء. على التوالي، معامل المسار لهذا المتغير هو 0.258، ودرجة الحجم الفعلي 0.093، وإحصاءات T هي 5.173، وكذلك قيمة P هي 0.000، وبناءً على ذلك يمكننا تحديد العلاقة بين الضمان في جودة الخدمة ورضا العملاء على أنه شراكة مهمة ذات تأثير إيجابي. لذلك فإن الفرضية مقبولة كما هو مبين في الجدول 4.35.

الجدول 4.39 نتائج العلاقة بين جودة الخدمة - الضمان ورضا العملاء

Hypot	Relation	Status	Sign	Path Coe	Effective	T-stat	P Value
H15	AS -> CS	significant	Positive	0.258	0.093	5.173	0.000

- **فرضية 16:** هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين التعاطف في جودة الخدمة بوزارة الصحة ورضا العملاء.

تتصّ الفرضية السادسة عشرة على أنّ ما بين التعاطف في جودة الخدمة ورضا العملاء على التوالي، معامل المسار لهذا المتغير هو 0.115، ودرجة الحجم الفعالة 0.093، وإحصاءات T هي 2.071، وكذلك قيمة P هي 0.019، وبناءً على ذلك يمكننا تحديد العلاقة بين التعاطف في جودة الخدمة ورضا العملاء على أنّه شراكة مهمة ذات تأثير إيجابي. لذلك فإنّ الفرضية مقبولة كما هو مبين في الجدول 4.36.

الجدول 4.40 نتائج العلاقة بين جودة الخدمة - التعاطف ورضا العملاء

Hyp: Relation	Status	Path Coefficient	t-statistic	P-value		
H16 EM -> CS	significant	Positive	0.115	0.093	2.071	0.019

الجدول 4.41 ملخص حالة الفرضيات

الحالة	الفرضية
غير مقبولة	فرضية 1: هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية الملموسة ورفاهية السكان.
غير مقبولة	فرضية 2: هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين موثوقية جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاهية السكان.
مقبولة	فرضية 3: هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الاستجابة في جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاهية السكان.
مقبولة	فرضية 4: هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الضمان في جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاهية السكان.
مقبولة	فرضية 5: هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين التعاطف في جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاهية السكان.
مقبولة	فرضية 6: هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين رضا العملاء والشعور بالرفاهية والسعادة.
مقبولة	فرضية 7: رضا العملاء يتوسط العلاقة بين جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية الملموسة ورفاهية السكان.
مقبولة	فرضية 8: رضا العملاء يتوسط العلاقة بين موثوقية جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاهية السكان.
مقبولة	فرضية 9: رضا العملاء يتوسط العلاقة بين الاستجابة في جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاهية السكان.
مقبولة	فرضية 10: رضا السكان يتوسط العلاقة بين الضمان في جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاهية السكان.
مقبولة	فرضية 11: رضا العملاء يتوسط العلاقة بين التعاطف في جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورفاهية السكان.
مقبولة	فرضية 12: هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمة الملموسة بوزارة الصحة الإماراتية ورضا العملاء.
مقبولة	فرضية 13: هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين موثوقية جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورضا العملاء.
مقبولة	فرضية 14: هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الاستجابة في جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورضا العملاء.

الحالة	الفرضية
مقبولة	فرضية 15: هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الضمان في جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورضا العملاء.
مقبولة	فرضية 16: هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين التعاطف في جودة الخدمة بوزارة الصحة الإماراتية ورضا العملاء.

تشير النتائج إلى أن بعض أبعاد جودة الخدمة الخمسة المشتقة من نموذج SERVQUAL كان لها تأثير دال إحصائيًا على رفاية السكان أو رضاهم، بينما لم تظهر بعض الأبعاد الأخرى نفس المستوى من التأثير. على سبيل المثال، الملموسية (Tangibles) والموثوقية (Reliability) لم تكونا دالتين بشكل مباشر على الرفاية (H1، H2)، رغم أن الفرضيتين المقابلتين لهما مع رضا العملاء (H12، H13) كانتا مقبولتين. هذه النتيجة توحي بأن هناك علاقة غير مباشرة، ما يؤكد أهمية وجود متغير وسيط مثل رضا العملاء في تفسير الأثر النهائي على الرفاية، كما تدعمه الفرضيتان H7 و H8. أما بالنسبة للأبعاد التي أظهرت دلالة مباشرة، مثل الاستجابة (Responsiveness)، الضمان (Assurance)، والتعاطف (Empathy)، فهي تتماشى مع ما أشار إليه AI (2022) وHubaishi & Ali (2022) وLee & Kim (2017)، بأن هذه الأبعاد ذات طبيعة تفاعلية وإنسانية تُلامس احتياجات العميل النفسية والعاطفية، ما يعزز شعوره بالراحة والرفاية. هذا ما يفسر ارتفاع قيم معاملات المسار لها، وخاصة الضمان والتعاطف، إذ أظهر أكبر تأثيرين مباشرين في النموذج. في المقابل، عدم دلالة بعدي الملموسية والموثوقية بشكل مباشر على الرفاية قد يعكس أن المتعاملين في القطاع الصحي الحكومي لا يقيّمون الرفاية من خلال البيئة الفيزيائية أو دقة التنفيذ فقط، بل من خلال التفاعل الإنساني وجودة التواصل. وهذا يدعم النظريات الحديثة حول الرعاية المتمركزة حول المريض، والتي تؤكد أهمية العوامل العاطفية والاجتماعية في تفسير جودة الخدمة الصحية، كما أوضحته Well-being Theory و Perceived Value Theory.

أما بالنسبة للفرضيات الوسيطة، فإن النتائج تعكس دور رضا العملاء كمتغير حاسم في تحويل جودة الخدمة إلى رفاية. فقد كانت جميع الفرضيات الوسيطة من H7 إلى H11 دالة إحصائيًا، بما في ذلك الفرضيتان المتعلقتان بالموثوقية والملموسية، واللّتين لم تظهر لهما دلالة مباشرة مع الرفاية. هذه النتائج تدعم نظرية التفاوت

(Disconfirmation Theory)، التي تفترض أن رضا العميل يتكون من مقارنة بين التوقعات والتجربة الفعلية، وهو ما يؤثر لاحقاً في تقدير العميل لرفاهيته العامة.

علاوة على ذلك، تعزز النتيجة القوية للفرضية H6 – والتي ربطت رضا العملاء بشكل مباشر بالرفاهية – أهمية هذا المتغير الوسيط في تفسير التقييم العام لتجربة الخدمة. يشير معامل المسار المرتفع وقيمة T الكبيرة إلى أن رضا العملاء يعد أحد أقوى العوامل تنبؤاً بشعور الرفاهية في سياق الرعاية الصحية الحكومية، بما يتوافق مع ما توصل إليه Alnuaimi et al (2021) وAwadhi et al (2021).

تجدر الإشارة كذلك إلى أن جميع الفرضيات التي اختبرت العلاقة بين أبعاد الجودة ورضا العملاء (H12–H16) كانت دالة إحصائياً، ما يؤكد الاتساق النظري مع نموذج SERVQUAL الذي يربط بين جودة الخدمة ورضا العملاء بشكل مباشر. رغم ذلك، لوحظ تفاوت في تأثير بعض الأبعاد، حيث كان الضمان والاستجابة أعلى تأثيراً من التعاطف أو الملموسية. هذه الفروقات توحى بأن العملاء في القطاع الصحي يقدرّون عنصر الثقة والاستجابة السريعة أكثر من المظهر الخارجي أو البنية المادية، وهي ملاحظة ذات أهمية في التصميم الاستراتيجي للخدمات. بالمجمل، النتائج تدعم نموذجاً جزئياً للوساطة، حيث تلعب بعض الأبعاد دوراً مباشراً وأخرى غير مباشر عبر رضا العملاء. لتحديد قوة هذه الوساطة، يمكن استخدام مؤشر VAF (Variance Accounted For) في التحليل الإضافي لتحديد ما إذا كانت الوساطة كلية أو جزئية.

المقارنة بين نتائج الدراسة والدراسات السابقة:

أظهرت نتائج هذه الدراسة أن بعد الضمان (Assurance) والتعاطف (Empathy) لهما التأثير الأقوى إحصائياً على رضا العملاء ورفاهية السكان ضمن بيئة وزارة الصحة في الإمارات العربية المتحدة. هذه النتيجة تتماشى مع ما توصلت إليه دراسة Al Hubaishi & Ali (2022) التي أكدت أن الثقة في الطاقم الطبي والتعامل الإنساني من أبرز محددات جودة الخدمة في القطاع الحكومي، كما دعمت دراسة Margolis et al. (2003) هذا الاتجاه، حيث أظهرت أن كبار السن في الإمارات يقدرّون بشكل خاص جودة التواصل الإنساني والتعامل الودي.

في المقابل، جاءت نتائج هذه الدراسة لتناقض ما أشار إليه Parasuraman et al. (1988) في نموذج SERVQUAL، حيث اعتبر الملموسية والاستجابة من العناصر الأساسية التي تسهم بقوة في تشكيل تقييم

العملاء لجودة الخدمة. بينما في هذه الدراسة، لم تكن الاستجابة والملموسية ذات تأثير معنوي قوي على الرفاهية أو الرضا، وهو ما يمكن تفسيره في ضوء البيئة الثقافية والمؤسسية في الإمارات. إذ أن المواطنين في النظام الصحي الحكومي قد لا يعطون نفس الأهمية للمظهر المادي أو سرعة الاستجابة مقارنة بعوامل مثل الثقة أو التعاطف، والتي ترتبط أكثر بالشعور بالأمان والكرامة الإنسانية، وهما عنصران أساسيان في مفاهيم الرفاهية النفسية.

علاوة على ذلك، جاءت النتيجة الخاصة بأثر رضا العملاء كوسيط لتدعم ما توصلت إليه دراسة Alnuaimi et al. (2021). والتي أثبتت أن الرضا يتوسط العلاقة بين جودة الخدمة والرفاهية المتصورة في الخدمات الحكومية، وهو ما يتوافق أيضاً مع نموذج Disconfirmation Theory الذي يربط بين توقعات الخدمة، ورضا العميل، وسلوكه العاطفي والنتائج مثل الولاء أو الإحساس بالرفاه.

ومع ذلك، تخالف بعض النتائج دراسات مثل Wu (2014) وChang & Wang (2011) التي ركزت على أهمية الأبعاد المادية في تقييم جودة الخدمة، وخاصة في المؤسسات ذات الطابع التكنولوجي أو المؤسسات التي تعتمد على البنية التحتية كعامل رئيسي في التجربة الخدمية. يمكن تفسير هذا التناقض من خلال خصوصية السياق الإماراتي، حيث البنية التحتية الصحية تتميز بتطور تقني ومادي لا يشكل "مفاجأة إيجابية" بالنسبة للجمهور، وبالتالي لا يؤثر كثيراً على إدراكهم لرضاهم أو رفاهيتهم.

كذلك، تتسق النتائج الخاصة بتأثير الموثوقية جزئياً مع ما توصلت إليه دراسة Jadayil et al. (2020) في قطاع الاتصالات، والتي أكدت أن الموثوقية ترتبط بشكل متوسط بالرضا، ولكنها ليست العامل الأقوى، وهو ما يتكرر في نتائج هذه الدراسة.

أما من حيث العلاقة بين الاستجابة والرفاهية فقد كانت النتائج غير معنوية أو ضعيفة، بخلاف ما أشارت إليه دراسات مثل Lee & Kim (2017) التي أظهرت أن سرعة الاستجابة ترفع من نية إعادة الزيارة للمستشفيات. ويمكن تفسير ذلك بأن مفهوم الاستجابة قد لا يتمثل فقط في السرعة، بل في نوعية التعامل وتوقيته، ما يجعل تقييمه مختلفاً من سياق إلى آخر.

أسباب الفروقات بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة قد تعود إلى:

الخلاصة التحليلية:

توفر هذه الدراسة مساهمة نظرية وتطبيقية واضحة من خلال إبراز العوامل ذات الأثر الحقيقي على رفاهية السكان في إطار الخدمات الصحية الحكومية، وتوضيح الفروقات بين ما هو متوقع بحسب نماذج عالمية، وما هو مُلاحظ فعليًا في السياق الإماراتي. وبهذا، تسد الدراسة فجوة بحثية تتعلق بتقييم جودة الخدمة في بيئة حكومية غير ربحية معززة بروية وطنية مثل رؤية الإمارات 2031.

4.9. مُلخّص الفصل

إنّ فحص البيانات هو الخطوة الأولى الحاسمة في تحليل البيانات، وتحتوي هذه الخطوة في الغالب على تحليل لعدد الاستبيانات الموزعة، والاستبيانات المرتجعة، والحالات غير المكتملة، والحالات الأولية للتحليل، والفحص أحادي المتغير، والفحص متعدد المتغيرات، والحالات النهائية للتحليل. حيث تمّ توزيع عدد الاستبيانات 566، تمّ إرجاع الاستبيانات 440، الحالات غير المكتملة 38، الحالات الأولية للتحليل 402، الفحص أحادي المتغير 9، الفحص متعدد المتغيرات 3، الحالات النهائية للتحليل 390. من نتائج التحليل المتعلقة بجنس المشاركين وتحديدًا الذكور يمثلون مجموعة 61.5% والإناث بنسبة 38.5%. فيما يتعلق بعمر المبحوثين، فإنّ المبحوثين الذين تتراوح أعمارهم بين 36-45 سنة يمثلون 31%، والأعمار ما بين 26-35 سنة يمثلون 20.5%، وبين 46-55 سنة يمثلون 19.2%، وبين 18-25 سنة يمثلون 17.4% أخيرًا الذين تزيد أعمارهم عن 55 عامًا يمثلون 11.8%. وفيما يتعلّق بمؤهلات المبحوثين، فقد بلغت نسبة البكالوريوس 65.6%، الدبلوم 11.5%، والدراسات العليا 11.0%، وآخرين 6.4%، والثانوية 5.4%. وفيما يتعلّق بالحالة الاجتماعيّة للمبحوثين، فقد بلغت نسبة المتزوجين 47.2%، وغير المتزوجين 41%، والأرامل 6.2%، والمطلقات 5.6%. فيما يتعلّق بنوع إقامة المستجيبين على التوالي، وتمثّل الجنسية الإماراتية للمستجيبين 53.1%، وتصاريح العمل 12.6%، والجنسية الخليجية الأخرى 8.7%، والإقامة الدائمة 7.9%. وفيما يتعلّق بموقع المستجيبين، فإنّ دبي تمثّل على التوالي 49.5%، وأبو ظبي 29.5%، والشارقة 21%.

أمّا آراء المستجيبين فيتمّ قياسها عبر الإحصاء الوصفي، بالنسبة للمتغير الأول وهو جودة الخدمة الملموسة (TA)، فإنّه يُظهر مستوى رضا إيجابيًا بمتوسط قيمة 3.7246 مما يعكس تصوّرًا إيجابيًا من قبل المستجيبين. أمّا بالنسبة للمتغير الثاني من جودة الخدمة إلى الوثوقية (RY)، فقد أظهر مستوى رضا إيجابيًا بمتوسط قيمة 3.8456 وهو ما يعكس أيضًا تصوّرًا إيجابيًا من قبل المستجيبين. بالنسبة للمتغير الثالث من جودة الخدمة إلى

الاستجابة (RS) ، فقد أظهر مستوى رضا إيجابياً بمتوسط قيمة 3.8128 وهو ما يعكس أيضاً تصوّراً إيجابياً من قبل المستجيبين. بالنسبة للمتغير الرابع من جودة الخدمة إلى التوكيد (AS) فقد أظهر مستوى رضا إيجابياً بمتوسط قيمة 3.7477 وهو ما يعكس أيضاً تصوّراً إيجابياً من قبل المستجيبين. المتغير الخامس لجودة الخدمة للتعاطف (EM) يظهر مستوى رضا إيجابياً بمتوسط قيمة 3.6713 وهو ما يعكس أيضاً تصوّراً إيجابياً من قبل المستجيبين. يُظهر متغير رضا العملاء (CS) مستوى رضا إيجابياً بمتوسط قيمة 4.1031 والذي يعكس أيضاً تصوّراً إيجابياً من قبل المستجيبين. يُظهر متغير رفاهية العملاء (CW) مستوى رضا إيجابياً بمتوسط قيمة 3.5543 وهو ما يعكس أيضاً تصوّراً إيجابياً من قبل المستجيبين. بشكل عام، تُظهر جميع التركيبات السبعة لهذه الدراسة مستوى رضا إيجابياً من الإدراك من قبل المستجيبين حيث يكون أعلى متوسط قيمة للمتغير رضا العميل (CS) وأقلّ متوسط قيمة المتغير رفاهية السّكان (CW).

إنّ فحص صلاحية وموثوقية مجموعة البيانات أمر ضروري قبل الاستمرار في الاختبارات الهيكلية. فإنّ مقارنة منهجية لعمل ذلك يحتوي على اختبارات مختلفة للتحقق من التحميل والاتساق والمسافة والتميّز بين العناصر والمتغيرات. حيث تحتوي على أربع خطوات رئيسية، أولاً التحميل الخارجي والتحميل المتبادل، الثاني هو الاتساق الداخلي (الموثوقية المركبة)، والإجراء الثالث هو الصلاحية المتقاربة) قيمة (AVE ، والإجراء الرابع هو الصلاحية التميّزية (التباعد) ويشمل تحليل العلاقة الخطية المتداخلة، جميع النتائج الخاصة بالموثوقية والصلاحية تمّت بنجاح.

توضح نتائج المتغير التابع الرئيس، رفاهية السّكان (CW)، قوة تنبؤية معتدلة وأهمية تنبؤية كبيرة. كما هو موضح في الجدول، فإنّ قيمة مربع R ذات الصلة هي 0.503 (قوة 50.3%) ومربع Q المرتبط هو 0.335 (صلة بنسبة 35.5%). موثوقية جودة الخدمة لا تملك تأثيراً ذو دلالة إحصائية على رفاهية السّكان وبالمثل جودة الخدمة الملموسة لا تملك تأثيراً ذو دلالة إحصائية على رفاهية العملاء. في المقابل فإنّ الاستجابة والضمان والتعاطف لجودة الخدمة تملك تأثير ذو دلالة إحصائية على رفاهية السّكان. أمّا بالنسبة للمتغير الوسيط رضا العملاء، فإنّ الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة وهي الاستجابة والضمان والتعاطف والموثوقية والملموسية، تملك تأثير ذو دلالة إحصائية على رضا العملاء، وبالتالي فإنّ رضا العملاء يُؤدّي دور وساطة فعّال ما بين الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة بوزارة الداخلية، ورفاهية السّكان.

الفصل الخامس

المناقشات والاستنتاجات والتوصيات

5.1. المقدمة

تركز الدراسة على سدّ بعض الثغرات القابلة للبحث عن العوامل التي تؤثر على رفاهية ورضا السكان عن الخدمات العامة المقدمة بوزارة الصحة في دولة الإمارات العربية المتحدة MOH UAE في عصر الانفتاح والعولمة. ويلخص الفصل الأخير ما تمّ ذكره ومناقشته في الفصول السابقة حول النتائج، والهدف، والمساهمات النظرية والعملية، ومحدودية البحث، والتوصية ببحوث مستقبلية.

5.2. الملخص العام للبحث

الأساس المنطقي الرئيسي لهذا البحث هو تأثير عوامل جودة الخدمات العامة بوزارة الصحة على رفاهية السكان في الإمارات العربية المتحدة. بالإضافة إلى ذلك، تستكشف الدراسة دور الوساطة لرضا السكان تجاه رفاهية السكان. تقوم الدراسة بسدّ الفجوات في سياق القطاع العام في الإمارات العربية المتحدة من الأدلة الموجودة والقياس التجريبي عبر استبيان مصمم خصيصاً لهذه الدراسة. ولتحقيق هذا الهدف العام فإنه تمّ التحقق من الأهداف التالية: أولاً: اختبار تأثير عوامل جودة الخدمة العامة المقدمة من وزارة الصحة على رفاهية السكان بدولة الإمارات العربية المتحدة، ثانياً: بحث عن تأثير رضا العملاء كعامل وسيط على العلاقات بين عوامل جودة الخدمة العامة المقدمة من وزارة الصحة ورفاهية السكان بدولة الإمارات العربية المتحدة. ثالثاً: كشف التحديات التي تواجهها حكومة الإمارات العربية المتحدة في سبيل نيل رضا العملاء في الخدمة العامة بوزارة الصحة. هذه الدراسة متركزة على دولة الإمارات العربية المتحدة وتحديداً وزارة الصحة، والتي تقع في الشرق الأوسط من شبه الجزيرة العربية، حدودها من الشمال والغرب الغربي مع الخليج العربي وخليج عمان. وفقاً للخدمة التي تقدمها الحكومة للحصول على رفاهية العميل في الإمارات العربية المتحدة. علاوة على ذلك، فإنّ الخدمات العامة مثل (خدمة البلدية، القطاع الحكومي، الرعاية الصحية، التعليم، التسهيلات البنكية، إلخ) تدعم هذا العميل للرضا والرفاهية العالية. وتتناول هذه الدراسة النظرية المختلفة التي تمّ استخدامها لإبلاغ الدراسة حول تأثير رضا العملاء وجودة الخدمة في المؤسسة العامة في الإمارات وتحديداً وزارة الصحة الإماراتية. تمّ توجيه الدراسة بالنظرية التالية لجودة الخدمة (SERVEQUAL) وتطوير الأبعاد. يتمّ تعريف جودة الخدمة عادةً على أنها تباين

بين توقعات الخدمة والخدمة المتصورة التي يتم تسليمها من قبل المؤسسة وأداء موظفي الخدمة. جودة الخدمة هي مجرد تصرف على شكل تقييم عام طويل المدى لأداء لا ليس فيه. يُنظر إلى جودة الخدمة بشكل طبيعي بناء على تجربة العميل للخدمة التي يتصورها ومن خلال مواجهة الخدمة. يتم تقييم جودة الخدمة وفقاً لأحكام جودة النتائج وجودة التفاعل والجودة البيئية المادية.

إنّ الاهتمام الذي أبدته البحوث الأكاديمية بشأن جودة الخدمة يتزايد باستمرار ومثيرة للاهتمام حيث تتغير احتياجات العملاء وتوقعاتهم بمرور الوقت مما يجعل مزودي الخدمة يتأقلمون مع الاتجاه الحالي لطلب العملاء وأساليب حياتهم. اقترحت هذه الدراسة بالذات نموذجاً لتكوينات نظرية جودة الخدمة (SERVEQUAL) ، مع وجود علاقات مختلفة نحو التوضيح لرفاهية السكان ووساطة رضا العملاء بين جودة الخدمات المقدمة من وزارة الصحة بالإمارات ورفاهية المقيمين. ما يلي هو مناقشة العلاقات الإطارية المفاهيمية.

الدراسة هي طريقة استنتاجية تبدأ بالنظرية وتنتهي باختبار الفرضية. الدراسة عبارة عن بحث كمي استخدم التحليل الإحصائي استناداً إلى المقاييس الوصفية والتباين وتقنيات التغيرات. الدراسة عبارة عن دراسة استكشافية بطبيعتها نظراً لأنها تدور في مجال الدراسة حيث أجريت دراسات سابقة. بالإضافة إلى ذلك، تعتبر الدراسة منهجاً علمياً حيث تتبع الخطوات المنهجية التي تبدأ بفرضيات وتنتهي بالموافقة / الرفض. وفيما يتعلق بالأداة، فقد استمد استبيان باللغة الإنجليزية من الدراسات السابقة وتمّ تكييفه ليناسب السياق الدراسي. تحتوي الدراسة على جزأين ديموغرافيين وجزء إدراكي تمّ تصميمهما في إجابة مغلقة بمستويات Likert 5. تمّ إجراء صلاحية المسح والموثوقية من خلال صحة المحتوى (مجموعة الخبراء)، الصلاحية (مجموعة التركيز)، وموثوقية الاتساق الداخلي للعينة التجريبية. تمّ إجراء التحليل على السكان الذين يسكنون في UAE ويبلغ حجم العينة الفعلي 384، وهو ما يكفي ويلبي الحد الأدنى لحجم العينة وحجم العينة الفعلي. أخذ العينات الحصصية هو أسلوب أخذ العينات المناسب لهذا البحث.

فحص البيانات هو الخطوة الأولى الحاسمة في تحليل البيانات. ستحتوي هذه الخطوة في الغالب على تحليل لعدد الاستبيانات الموزعة، والاستبيانات المرتجع، والحالات غير المكتملة، والحالات الأولية للتحليل، والفحص أحادي المتغير، والفحص متعدد المتغيرات، والحالات النهائية للتحليل. حيث تمّ توزيع عدد الاستبيانات 566، تمّ إرجاع الاستبيانات 440، الحالات غير المكتملة 38، الحالات الأولية للتحليل 402، الفحص أحادي المتغير 9، الفحص

متعدد المتغيرات 3، الحالات النهائية للتحليل 390. من نتائج التحليل المتعلقة بجنس المشاركين وتحديدًا الذكور يمثلون مجموعة 61.5% والإناث بنسبة 38.5%. فيما يتعلق بعمر المبحوثين، فإن المبحوثين الذين تتراوح أعمارهم بين 36-45 سنة يمثلون 31%، والأعمار ما بين 26-35 سنة يمثلون 20.5%، وبين 46-55 سنة يمثلون 19.2% وبين 18-25 سنة يمثلون 17.4% أخيرًا الذين تزيد أعمارهم عن 55 عامًا يمثلون 11.8%. فيما يتعلق بمؤهلات المبحوثين، بلغت نسبة البكالوريوس 65.6%، الدبلوم 11.5%، والدراسات العليا 11.0%، و آخرين 6.4%، والثانوية 5.4%. وفيما يتعلق بالحالة الاجتماعية للمبحوثين، فقد بلغت نسبة المتزوجين 47.2%، غير المتزوجين 41%، والأرامل 6.2%، والمطلقات 5.6%. فيما يتعلق بنوع إقامة المستجيبين على التوالي، تمثّل الجنسية الإماراتية للمستجيبين 53.1%، وتصاريح العمل 12.6%، والجنسية الخليجية الأخرى 8.7%، والإقامة الدائمة 7.9%. وفيما يتعلق بموقع المستجيبين، فإنّ دبي تمثّل على التوالي 49.5%، وأبو ظبي 29.5%، والشارقة 21%.

آراء المستجيبين يتمّ قياسها عبر الاحصاء الوصفي. بالنسبة للمتغير الأول وهو جودة الخدمة الملموسة (TA)، فأنته يظهر مستوى رضا إيجابيًا بمتوسط قيمة 3.7246 مما يعكس تصوّرًا إيجابيًا من قبل المستجيبين. بالنسبة للمتغير الثاني من جودة الخدمة إلى الموثوقية (RY)، فقد أظهر مستوى رضا إيجابيًا بمتوسط قيمة 3.8456 وهو ما يعكس أيضًا تصوّرًا إيجابيًا من قبل المستجيبين. بالنسبة للمتغير الثالث من جودة الخدمة إلى الاستجابة (RS)، فقد أظهر مستوى رضا إيجابيًا بمتوسط قيمة 3.8128 وهو ما يعكس أيضًا تصوّرًا إيجابيًا من قبل المستجيبين. بالنسبة للمتغير الرابع من جودة الخدمة إلى التوكيد (AS) فقد أظهر مستوى رضا إيجابيًا بمتوسط قيمة 3.7477 وهو ما يعكس أيضًا تصوّرًا إيجابيًا من قبل المستجيبين. المتغير الخامس لجودة الخدمة للتعاطف (EM) يظهر مستوى رضا إيجابيًا بمتوسط قيمة 3.6713 وهو ما يعكس أيضًا تصوّرًا إيجابيًا من قبل المستجيبين. يُظهر متغير رضا العملاء (CS) مستوى رضا إيجابيًا بمتوسط قيمة 4.1031 والذي يعكس أيضًا تصوّرًا إيجابيًا من قبل المستجيبين. يُظهر متغير رفاهية العملاء (CW) مستوى رضا إيجابيًا بمتوسط قيمة 3.5543 وهو ما يعكس أيضًا تصوّرًا إيجابيًا من قبل المستجيبين. بشكل عام، تُظهر جميع التركيبات السبعة لهذه الدراسة مستوى رضا إيجابيًا من الإدراك من قبل المستجيبين حيث يكون أعلى متوسط قيمة للمتغير رضا العميل (CS) وأقلّ متوسط قيمة المتغير رفاهية العملاء (CW).

إنَّ فحص صلاحية وموثوقية مجموعة البيانات أمر ضروري قبل الاستمرار في الاختبارات الهيكلية. فإن مقاربة منهجية لعمل ذلك يحتوي على اختبارات مختلفة للتحقق من التحميل والاتساق والمسافة والتَّمييز بين العناصر والمتغيرات. حيث تحتوي على أربع خطوات رئيسية، أولاً التحميل الخارجي والتحميل المتبادل، الثاني هو الاتساق الداخلي (الموثوقية المركبة)، والإجراء الثالث هو الصلاحية المتقاربة) قيمة (AVE ، والإجراء الرابع هو الصلاحية التَّمييزية (التباعد) ويشمل تحليل العلاقة الخطية المتداخلة. جميع النتائج الخاصة بالموثوقية والصلاحية تَمَّت بنجاح.

توضَّح نتائج المتغير التابع الرئيسي رفاهية العملاء (CW) ، قوة تنبؤية معتدلة وأهمية تنبؤية كبيرة. كما هو موضح في الجدول، فإن قيمة مربع R ذات الصلة هي 0.503 (قوة 50.3%) ومربع Q المرتبط هو 0.335 (صلة بنسبة 35.5%). موثوقية جودة الخدمة لا تَمَّتك تأثير ذو دلالة إحصائية على رفاهية العملاء وبالمثل جودة الخدمة الملموسة لا تَمَّتك تأثير ذو دلالة إحصائية على رفاهية العملاء. في المقابل فإن الاستجابة والضمان والتعاطف لجودة الخدمة تَمَّتك تأثير ذو دلالة إحصائية على رفاهية العملاء. أما بالنسبة للمتغير الوسيط رضا العملاء، فإن الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة وهي الاستجابة والضمان والتعاطف والموثوقية والملموسية تَمَّتك تأثير ذو دلالة إحصائية على رضا العملاء. وبالتالي فإنَّ رضا العملاء يلعب دور وساطة فعَّال ما بين الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة ورفاهية العملاء.

5.3. مناقشات أهداف البحث

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق أربعة أهداف بحثية، وتعرض الفقرات التالية نتائج تحليل كل هدف على حدة:

الهدف الأول: فحص تأثير عوامل جودة الخدمة المقدمة من وزارة الصحة ووقاية المجتمع (الملموسات، الموثوقية، الاستجابة، الضمان، التعاطف) على رفاهية السكان بدولة الإمارات العربية المتحدة

تَمَّ التحقيق في الهدف الأول بناءً على تحليل الدراسات السابقة، والذي يمكن من خلاله إدراج عوامل جودة الخدمة مثل جودة الخدمة الملموسة (TA) ، وموثوقية جودة الخدمة (RY) ، واستجابة جودة الخدمة (RS) ، وضمان جودة الخدمة (AS) ، والتعاطف في جودة الخدمة (EM) ، ومن ثم فحص كيفية تأثير هذه العوامل على رفاهية السكان (CW) عند تجربة الخدمات العامة بوزارة الصحة في دولة الإمارات العربية المتحدة. بالنسبة لهذه الدراسة

بالذات، تستند النتائج إلى تحليل البيانات الفعلي الذي تمّ جمعه باستخدام الاستبيان، والذي تمّ تطويره بناءً على مراجعة الدراسات السابقة. العلاقات المرتبطة بهذا الهدف هي العلاقات المباشرة، والتي يتمّ الحصول عليها من خلال تحليل الانحدار المتعدد باستخدام نمذجة المعادلة الهيكلية (SEM). يوضّح الجدول 5.1 تأثير المتغيرات المحددة على تباين رفاهية السكان.

الجدول 5.1 نتيجة المتغيرات التنبؤية على رفاهية العملاء (CW)

No	Variable	Status	Path Coefficient	T Statistics	P Value
1.	Tangible	Not Significant	0.025	0.582	0.280
2.	Reliability	Not Significant	0.035	0.831	0.203
3.	Responsiveness	Significant	0.117	3.207	0.001
4.	Assurance	Significant	0.179	3.939	0.000
5.	Empathy	Significant	0.228	4.061	0.000

كشفت النتائج أن ملموسية جودة الخدمة (TA) وموثوقية جودة الخدمة (RY) ليس لهما علاقة مباشرة برفاهية السكان بناءً على تجربة سكان دولة الإمارات العربية المتحدة عند تجربة الخدمات العامة، ولكن العوامل الثلاثة الأخرى لها تأثير قوي. ومع ذلك فإنّ جميع عوامل جودة الخدمة الخمسة لها تأثيرات غير مباشرة (من خلال الرضا) على رفاهية السكان (CW). وتعكس النتائج حقيقة أنّ الخدمات بوزارة الصحة في دولة الإمارات العربية المتحدة متميّزة بسبب التطور الهائل في القطاعات العامة الإماراتية والخدمات المقدمة. وبناءً على ذلك، تقدّم الدّراسة المناقشات التالية فيما يتعلق بسياق دولة الإمارات العربية المتحدة.

فيما يخصّ ملموسية جودة الخدمة (TA) التي هي ظهور المرافق المادية والأدوات والموظفين وأيضاً التفاعل بالإضافة إلى أيّ عناصر ملموسة أخرى تتميّز بموارد المنظمة بما في ذلك مظهر الموظفين بوزارة الصحة في دولة الإمارات العربية المتحدة، فقد تبين من النتائج الإحصائية للدراسة أن وزارة الصحة الإماراتية قد وفّرت للمواطنين الإماراتيين فكرة ممتازة عن الممارسة العملية للتزود بالخدمات، من خلال ظهور المرافق المادية للوزارة، معداتها، وأفرادها بشكل لائق ساهم في تحسين صورة الوزارة وجودتها. وهو ما اتفق مع نتائج العديد من الدراسات السابقة مثل دراسة Zeithamlet al (2009) ودراسة Kotler & Keller (2006) بشأن جاذبية وجمال ظهور المرافق المادية والمعدّات بوزارة الصحة الإماراتية.

توافقت هذه النتائج مع منطلقات نظرية جودة الخدمة (SERVEQUAL) التي توضح أنّ طبيعة العلاقات المتبادلة نحو توضيح رفاهية السّكان ووساطة رضا العملاء بين جودة الخدمات بوزارة الصحة ورفاهية السّكان. فقد توافقت النتائج الإحصائية لهذه الدّراسة في طبيعة تشكيل تقييم جودة الخدمة أثناء عملية تقديم الخدمة مع دراسة كلاً من Molinos-Senanteet al., (2016). كما أنّ الدّراسة تتوافق مع طرح الدّراسة السابقة لـ Bellizzi et al (2020) بأنّ رضا العميل عن الخدمة يتعلّق بتصوّرات الخدمة المستلمة وتوقّعات الخدمة.

اتفقت نتائج الدّراسة الإحصائية على أن وزارة الصحة لها القدرة على تحقيق الوعد بالخدمة بثقة وبدقة وهي بذلك تتفق مع نتائج الدّراسة السابقة لـ Parasuraman et al (1988) ودراسة Kircova & Esen بالعام (2018) من حيث اعتبار وزارة الصحة سمعتها في تزويد الخدمات للمواطنين كسمعة ذات جدارة بأن تكون المقياس الأكثر جدارة بالثقة في جودة الخدمة، والتي ارتبطت بتجارب عملاء سابقين وبذلك اتفقت مع ما جاءت به الدّراسة السابقة لـ Van Oort & Van Leusden (2012) ودراسة Isa et al (2019). ضرورة الاعتماد على موثوقية الخدمات التي تقدّمها المؤسسة.

كما اتفقت نتائج الدّراسة الإحصائية مع العديد من الدراسات السابقة مثل دراسة كلاً من Jun & Palacios (2016) ودراسة Saleem et al (2017) ودراسة Ali et al (2016). إنّ وزارة الصحة في تقديم خدماتها ظلت مخلصّة في تقديم الخدمات إلى المواطنين، وهو ما يؤكّد على بُعد الموثوقية لجودة الخدمة والتي تضمن للعميل قدرة مزود الخدمة على توفير جودة الخدمة المتصورة باستمرار. فقد بينت النتائج الموثوقية لوزارة الصحة أنّ لها تأثير على الثقة والانطباع العام المتبقي في ذهن المواطن بعد استهلاك الخدمة .

بينت نتائج الدّراسة أنّ وزارة الصحة الإماراتية مارست درجة عالية من الاستجابة في مساعدة العملاء وتقديم خدمات متميّزة، من خلال التركيز على طلبات العملاء. وقد تمّعت الوزارة فيما يخصّ تزويد الخدمات بإجراءات استجابة جيدة جداً لمساعدة العملاء جنباً إلى جنب مع الاستجابة السريعة. فوزارة الصحة وفقاً للنتائج تتعامل مع طلبات العملاء والشكاوى بشكل سريع، كما أنّها تستجيب إلى الرغبة في مساعدة العملاء وتقديم خدمة سريعة وهو ما يتفق مع ما جاءت به الدّراسة السابقة لـ Omar et al (2016).

كما بيّنت نتائج للدراسة الحالية الإحصائية أنّها تتوافق مع نتائج دراسة Chatfield & Reddick (2018) ودراسة Nambisan et al (2016) ودراسة Laothamatas (2019) بأنّ وزارة الصحة الإماراتية تعمل

على زيادة التفاعل بين العملاء والشركة كلما كان من الأسهل التعامل مع طلبات العملاء والأسئلة والشكاوى والمشاكل وأن الوزارة ترد وفق تفكير العملاء في تقديم الخدمة وليس من خلال بيروقراطية الشركة. فمقدمو الخدمات بوزارة الصحة الإماراتية تتفاعل وتسخر التقدم في تكنولوجيا المعلومات مثل رسائل البريد الإلكتروني وصفحة الويب وواجهة خدمة العملاء للتحسين من استجابة الوزارة في تقديم الخدمات وهي بذلك تتفق مع دراسة Hamari et al (2017).

بينت نتائج الدراسة أن وزارة الصحة الإماراتية قدمت اليات ضمان تتمثل في معرفة وخصوصية الموظفين وقدرتهم على إلهام الثقة التي تزيد من شعور المواطن الإماراتي بالأمان، وبذلك تكون هذه النتائج توافقت مع ما جاءت به Al-Hawary et al (2016) ودراسة Fonia & Srivastava (2017) الدراسات السابقة مثل دراسة كلاً من (2016) في أن وزارة الصحة الإماراتية مارست عملية بناء الثقة والاعتماد على معرفة الوزارة وقدرتها على أداء الخدمة كما بينت نتائج الدراسة أن وزارة الصحة مارست عمليات إلهام وتحفيز وزيادة ثقة لكسب ثقة المواطنين وهي بذلك اتفقت مع الدراسات السابقة لكلاً من Baker & Dellaert (2017) ودراسة Walsh (2018) في أنها عملت على تطوير معرفة الموظفين وإدارتهم وقدرتهم على إثارة الثقة مع العملاء. كما بينت نتائج الدراسة وبالتوافق مع نتائج دراسات سابقة مثل دراسة Lymperopoulou et al (2006) ودراسة Keçetep and Özkan (2014) في أن وزارة الصحة الإماراتية مارست مشاركة المعلومات كعنصر حيوي في التسويق التقليدي والعلاقات التسويقية التي قد تكون بمثابة دليل على التفاهم المشترك بين الوزارة والمواطنين.

كما بينت النتائج أن وزارة الصحة اهتمت بضمان جودة الخدمات المقدمة وذلك في خطوة لتقديم جودة جيدة للمنتج والخدمة التي تتوافق مع متطلبات المعايير اللازمة لتحقيق الجودة المطلوبة وهي بذلك تتفق مع نتائج الدراسة السابقة ل Lawrence et al (2017) التعاطف هو تنظيم الاهتمام الفردي بالعملاء. أهمية التعاطف كمصلحة تركز في الواقع على واحد تلو الآخر من العملاء بالإضافة إلى الاهتمام بمساعدة العملاء على حل مشاكلهم في الوقت المناسب. وقد وفرت وزارة الصحة الإماراتية وفقاً لنتائج الدراسة الإحصائية منظومة من التعاطف والتخصيص وفقاً لمتطلبات العملاء في أبعاد الجودة المختلفة، فقد عملت وزارة الصحة على تحسين شعور عملائها بالخصوصية والفرادة.

اتّفتت نتائج الدّراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة لكلاً من (Lawrence et al (2017) ودراسة Hamari (2017) et al (2017) ودراسة Pearson (2016) في بناء آلية تقوم على تلبية متطلبات العملاء وتفضيلاتهم في الوقت نفسه، وإنشاء علاقة شخصية، وإعطاء شعور خاص للعميل و تفهم الوزارة تفضيلات خدمة المواطنين وكانت قادرة على تخصيص هذه الخدمات للأفراد. كما اهتمّت وزارة الصحة وفقاً للنتائج الإحصائية توفير الرعاية والاهتمام الفردي للعملاء وذلك في بادرة لمدي اهتمامها بإظهار التعاطف بشكل فرديّ للمواطنين الإماراتيين والحماس لمساعدتهم في حلّ مشكلتهم في الوقت المناسب.

وقد اتّفتت نتائج الدّراسة الحالية مع الدّراسات السابقة لكلاً من (Chun et al (2016) ودراسة Snipes (2019) ودراسة Ocasio et al (2020) بالعمل على المقاربة والتفكير والتأكيد على فهم احتياجات المواطن الإماراتي كعنصر آخر في بعد التعاطف مع احتياجاته، فقد بيّنت وزارة الصحة بأنّها حريصة على أن يتعلّم موظفوها دائماً فهم احتياجات العملاء أو متطلباتهم أو معرفة متطلباتهم المحددة، وأن يكون الموظفون قادرين على التعرف على عملائهم الاعتياديين من أجل منحهم اهتماماً فردياً.

وقد اتّفتت نتائج الدّراسة مع ما جاءت به دراسة Ekaabi et al (2020) بشأن التحقيق في التركيبات متعدّدة الأبعاد لجودة الخدمة المقدمة في دولة الإمارات، وتأثير هذه الأبعاد على مستويات رضا المقيمين في دولة الإمارات العربية المتحدة، ووجدت أنّ تلك الأبعاد تمّلك قدرة تنبؤية هامة لرضا العملاء عن جودة تلك الخدمات. كما اتّفتت نتائج الدّراسة مع دراسة Ameen et al. (2020) أنّ الحكومات تحاول استخدام جميع أشكال تقنيات المعلومات بما في ذلك الإنترنت والحوسبة المتنقلة لتكون قادرة على تحسين رضا العملاء، وهو ما أثبتته نتائج التحليل في هذه الدّراسة، وقد بيّنت الدّراسة الحالية ما جاءت به دراسة أمين وآخرين من أنّ التحقيق في العلاقة بين جودة الخدمة ورضا المستخدم وتأثير الأداء الحكومة عامل هام في تحديد تقدّمها الحالي، فقد أظهرت نتائج هذه الدّراسة السابقة وبالاتفاق مع الدّراسة الحالية أنّ جودة الخدمة لها تأثير كبير على رضا المستخدم.

الهدف الثاني: فحص تأثير عوامل جودة الخدمة المقدمة من وزارة الصحة ووقاية المجتمع (الملموسات،

الموثوقية، الاستجابة، الضمان، التعاطف) على رضا السكان بدولة الإمارات العربية المتحدة

يهدف هذا الجزء من الدراسة إلى تحليل العلاقة المباشرة بين أبعاد جودة الخدمة الصحية، والمتمثلة في: الملموسية

(TA)، والموثوقية (RY)، والاستجابة (RS)، والضمان (AS)، والتعاطف (EM)، ومدى تأثيرها في رضا

السكان (CS) عن الخدمات المقدمة من وزارة الصحة في دولة الإمارات العربية المتحدة. تم جمع البيانات من خلال استبيان تم تطويره بالاعتماد على مراجعة الدراسات السابقة، ثم تحليلها باستخدام أسلوب نمذجة المعادلة الهيكلية (SEM) وكما يوضح الجدول (5.2)، فقد أثبتت النتائج أن جميع الأبعاد الخمسة أظهرت علاقات مباشرة، موجبة ودالة إحصائيًا، مع رضا السكان:

الجدول 5.2 نتيجة المتغيرات التنبؤية على رضا العملاء (CS)

No.	Variable	Status	Path Coefficient	T Statistics	P Value
1.	Empathy	Significant	0.115	2.071	0.019
2.	Reliability	Significant	0.121	2.489	0.007
3.	Tangible	Significant	0.136	2.854	0.002
4.	Responsiveness	Significant	0.204	3.354	0.000
5.	Assurance	Significant	0.258	5.173	0.000

تشير هذه النتائج إلى أن أبعاد جودة الخدمة الخمسة جميعها تؤثر بشكل مباشر وإيجابي على رضا السكان، مما يعكس إدراكهم الإيجابي لمستوى الخدمة المقدمة وتوافقها مع توقعاتهم. ويُعد رضا السكان في هذا السياق مؤشرًا نفسيًا يعكس الرضا العام تجاه جودة تجربة الخدمة الصحية التي توفرها وزارة الصحة. وتتماشى هذه النتائج مع ما توصلت إليه العديد من الدراسات السابقة مثل دراسة (Jadayil et al. (2020 التي أكدت أن رضا العملاء يلعب دورًا وسيطًا وحاسمًا في العلاقة بين جودة الخدمات المقدمة من الجهات الحكومية ورفاهية المواطنين. كما أظهرت دراسة (Alnuaimi et al. (2021 توافقًا مع النتائج الحالية، إذ بينت أن مختلف أبعاد جودة الخدمة تساهم بشكل مباشر في تكوين مستوى الرضا لدى المواطنين المستفيدين من الخدمات الحكومية. ولتحليل أعمق لطبيعة العلاقة بين أبعاد الجودة ورفاهية السكان (CW)، تم اختبار أثر الوساطة لرضا السكان من خلال نماذج تحليل التأثير غير المباشر (Mediation) باستخدام SEM. وقد أظهرت نتائج هذا التحليل أن رضا السكان يلعب دورًا وسيطًا مهمًا بين المتغيرات المستقلة (أبعاد الجودة) والمتغير التابع (الرفاهية المدركة)، سواء بشكل جزئي أو كامل.

الجدول 5.3 نتيجة المتغيرات التنبؤية في تأثيرات الوساطة لرضا العملاء (CS)

	Path Coefficient	T Statistics	P Value (one tailed)	Status
AS -> CS -> CW	0.118	3.971	0.000	Significant
EM -> CS -> CW	0.053	2.163	0.016	Significant
RS -> CS -> CW	0.094	3.274	0.001	Significant

	Path Coefficient	T Statistics	P Value (one tailed)	Status
RY -> CS -> CW	0.055	2.406	0.008	Significant
TA -> CS -> CW	0.062	2.787	0.003	Significant

تُظهر هذه النتائج أن متغير رضا السكان يُشكل وسيطاً مؤثراً في العلاقة بين جودة الخدمة ورفاهية الأفراد، وهو ما يعزز من أهمية تعزيز رضا المستفيدين كأداة استراتيجية لتحسين جودة الحياة. وقد اتفقت النتائج مع ما أوردته دراسات مثل (Ocasio et al. (2019) و (Stauss & Seidel (2019) و (Bi et al. (2020)، التي أكدت أن الأداء المرتفع للجهات الحكومية في تقديم الخدمات يعكس قدرة تلك المؤسسات على تجاوز توقعات المستفيدين، مما يعزز من انطباعاتهم الإيجابية. وفي السياق ذاته، دعمت نتائج الدراسات مثل (Xu (2020) و (Stamolampros et al. (2020) فكرة أن تقديم خدمة ذات جودة متنسقة وتجربة متعامل متميزة يؤثران بشكل مباشر في رفع مستوى الرضا التراكمي. وقد بيّنت وزارة الصحة الإماراتية من خلال نتائج هذه الدراسة التزامها بتحقيق تلك المبادئ، من خلال توفير بيئة خدمية تواكب احتياجات المستفيدين.

كما أكدت دراسات أخرى مثل (Budianto (2019)، (Julius et al. (2019)، و (Quan et al. (2020)، و (Yasin et al. (2020) أن الوزارة تعتمد على استراتيجيات متكاملة تستند إلى فهم دقيق لتوقعات المتعاملين، وتعمل باستمرار على تجاوزها، مما أسهم في تعزيز ثقة العملاء وبناء علاقات طويلة الأمد معهم.

تتماشى نتائج هذا الجزء مع ما ورد في أدبيات مهمة مثل دراسات (Ali et al. (2017)، و (Lien et al. (2017)، و (Ndubisi et al. (2018)، و (Siqueira et al. (2020)، و (Bi et al. (2020)، والتي أثبتت أن جودة الخدمة ترتبط ارتباطاً وثيقاً برضا العملاء، خاصة في القطاعات الخدمية الحساسة كالرعاية الصحية، وهو ما أكدته الدراسة الحالية من خلال نتائج تحليل المسار والتأثيرات المباشرة وغير المباشرة.

الهدف الثالث: فحص تأثير رضا السكان على الخدمة المقدمة من وزارة الصحة ووقاية المجتمع على رفاهيتهم بدولة الإمارات العربية المتحدة.

سعى هذا الجزء من الدراسة إلى استكشاف طبيعة العلاقة بين رضا السكان (CS) عن جودة الخدمات الصحية المقدمة من وزارة الصحة الإماراتية، وبين مستوى الرفاهية المدركة (CW) لديهم، وذلك في إطار الدور المحوري الذي يلعبه الرضا كمؤشر استراتيجي على فعالية الخدمات الحكومية في تحسين جودة الحياة. وقد

أظهرت نتائج الدراسة أن وزارة الصحة بدولة الإمارات العربية المتحدة تبنت سياسات عملية واستباقية تهدف إلى تحسين جودة الخدمات الصحية، وهو ما انعكس بشكل إيجابي على رفع مستويات رضا العملاء وبالتالي تعزيز شعورهم بالرفاهية.

تواجه الحكومات عمومًا تحديات في تلبية توقعات المتعاملين، وتوفير خدمات تتسم بالجودة العالية، وتُعد الحكومة الإماراتية نموذجًا ناجحًا في التغلب على تلك التحديات من خلال تطوير أبعاد جودة الخدمة، التي تشمل: الملموسية، والموثوقية، والاستجابة، والضمان، والتعاطف. وقد تم ذلك من خلال مراجعة دائمة لتوقعات المتعاملين، وتقييم الفجوات في الأداء، والتكيف مع متطلبات الخدمة الحديثة، كما أشارت إلى ذلك دراسات مثل (Jung (2019) و (Polas et al. (2019)، التي أوضحت أهمية الاستجابة لمتغيرات توقعات العملاء في تقديم خدمات موثوقة.

اتفق هذا التوجه مع ما أكدته دراسات (Hoffman and Bateson (2006) التي بينت أن تعزيز سمعة المؤسسة وتبني إجراءات تحسين شاملة يساهم في إرضاء المتعاملين ورفع مستوى رفايتهم. وقد تبنت وزارة الصحة الإماراتية تلك المبادئ من خلال استراتيجيات تحسين متعددة ركزت على تعزيز عناصر جودة الخدمة، ما ساعدها في سدّ الفجوات التي قد تؤثر سلبيًا في تقييمات السكان للخدمات المقدمة.

أظهرت نتائج الدراسة أن الوزارة تبنت أساليب فعالة للتكيف مع تغير احتياجات العملاء، فمع مرور الوقت وتبدل الأنماط الاجتماعية، أصبح لزامًا على مزودي الخدمة التفاعل مع هذه التحولات. وقد أشار كل من Sharar and Alblooshi & Kassim (2022) و Al Hubaishi & Ali (2018) و Alahmed (2018) و Yousef (2006) إلى أن الحكومة الإماراتية نجحت في تطوير أنظمة جودة تتوافق مع تطلعات جمهورها، وأسهمت في تعزيز الرضا العام ورفع مستوى الرفاهية لدى المواطنين. لقد عملت وزارة الصحة بشكل حثيث على تفعيل مختلف أبعاد جودة الخدمة، حيث تم الاهتمام بـ العناصر الملموسة كالمظهر الخارجي للموظفين والمرافق والبنية التحتية، لما لها من تأثير في الانطباعات الأولى عن جودة الخدمات. كما حرصت على تعزيز الموثوقية من خلال الوفاء بالوعد وتقديم الخدمات في أوقاتها المحددة، بالإضافة إلى حل مشكلات التسعير بشكل عادل وشفاف. أما في جانب الاستجابة، فقد سعت الوزارة إلى تحسين سرعة التفاعل مع شكاوى العملاء وتوفير قنوات اتصال مباشرة لضمان تلبية الاحتياجات بسرعة وكفاءة.

وفي إطار تحسين الضمان، أولت الوزارة أهمية كبيرة لبناء الثقة من خلال تدريب الموظفين وتمكينهم من التعامل الفعال مع المستفيدين، وتقديم الخدمة بأسلوب يبعث على الاطمئنان. كما حرصت على تعزيز التعاطف من خلال تخصيص الخدمة بناءً على تفضيلات واحتياجات العملاء الفردية، وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي، بما يعكس اهتمامًا حقيقيًا بكرامة وراحة المتعامل.

إن أحد العوامل الجوهرية في هذا السياق هو رضا العملاء، والذي اعتُبر في الدراسة أحد المؤشرات الجوهرية على نجاح السياسات الحكومية في مجال الرعاية الصحية. وقد كشفت النتائج أن تحقيق الرضا تم عبر إجراءات عملية تتضمن تقييمات داخلية مستمرة، وقياس مدى التوافق بين توقعات العملاء والتجربة الفعلية، الأمر الذي أدى إلى تحسين الرضا التراكمي والتقييم الشامل لتجربة العميل.

لقد أولت وزارة الصحة أهمية كبرى لتعزيز الرفاهية باعتبارها الهدف النهائي من السياسات الخدمية، وسعت إلى ترجمة رضا العملاء إلى مؤشرات ملموسة على تحسن جودة الحياة. وتم ذلك من خلال رعاية التفضيلات المجتمعية، والسعي لتحقيق عدالة توزيع الخدمات والدخل، وتطوير سياسات اجتماعية شاملة تأخذ بعين الاعتبار مؤشرات الرفاه الاقتصادي والاجتماعي، بما يشمل محاربة البطالة، وتحقيق العدالة الاجتماعية، وتحسين المستوى المعيشي. كما سعت إلى ترسيخ حقوق الرفاهية ضمن أنظمتها، من خلال تبني منهجيات مشروطة تضمن وصول الفئات المستحقة إلى خدمات صحية ذات جودة عالية.

الهدف الرابع: فحص الدور الوسيط لرضا العملاء كمتغير وسيط على العلاقة بين عوامل جودة الخدمة المقدمة من وزارة الصحة ووقاية المجتمع (الملموسات، الموثوقية، الاستجابة، الضمان، التعاطف) ورفاهية السكان في دولة الإمارات العربية المتحدة.

يركز هذا الجزء من الدراسة على تحليل الدور الوسيط الذي يلعبه رضا السكان (CS) في العلاقة بين أبعاد جودة الخدمة الصحية المتمثلة في: الملموسية (TA)، والموثوقية (RY)، والاستجابة (RS)، والضمان (AS)، والتعاطف (EM) وبين الرفاهية المتصورة (CW) لدى المستفيدين من خدمات وزارة الصحة الإماراتية. ويهدف هذا التحليل إلى فهم الآلية التي من خلالها تؤثر جودة الخدمات على شعور السكان بالرفاهية، مع التركيز على أهمية الرضا كحلقة وصل رئيسية في هذه العلاقة. اعتمدت الدراسة في اختبار هذا الهدف على منهجية نمذجة المعادلة الهيكلية (SEM)، والتي تسمح بتحليل العلاقات السببية المباشرة وغير المباشرة بين المتغيرات. وقد تم

استخدام اختبار الوساطة (Mediation Analysis) لتحديد ما إذا كان رضا السكان يتوسط بالفعل تأثير جودة الخدمة على الرفاهية، بشكل كلي أو جزئي. وكما أظهرت النتائج السابقة في الجدول (5.3)، فإن جميع المسارات بين أبعاد الجودة والرفاهية عبر رضا السكان كانت دالة إحصائيًا وتشير إلى دور وساطة إيجابي.

تشير هذه النتائج إلى أن جودة الخدمات الصحية لا تؤثر بشكل مباشر فقط على رفاهية السكان، بل يتم تعزيز هذا الأثر عبر شعور السكان بالرضا عن تلك الخدمات. أي أن تحسين المظاهر الملموسة، وتوفير خدمات موثوقة وسريعة الاستجابة، وبناء علاقات قائمة على الثقة والتفهم، تسهم أولاً في رفع رضا السكان، الذي ينعكس بدوره في شعورهم العام بالرفاهية وتحسن جودة حياتهم.

وقد دعمت هذه النتائج ما توصلت إليه دراسات سابقة مثل دراسة (Jadayil et al. (2020 التي بينت أن رضا العملاء يؤدي دورًا وسيطًا حاسمًا في تفسير أثر جودة الخدمات الحكومية على الرفاهية. كما أظهرت دراسة (Alnuaimi et al. (2021 أن العلاقة بين جودة الخدمة والرفاهية ليست مباشرة بالكامل، بل تمر عبر الرضا الذي يتشكل بناءً على تجربة المتعاملين مع الخدمات المقدمة.

كما تتسق هذه النتائج مع الأدبيات التي ناقشت نظريات السلوك التنظيمي ورضا المتعاملين، والتي تؤكد أن تجربة الخدمة، عندما تُدار بكفاءة واحترافية، تنتج عنها حالة من الرضا النفسي والاجتماعي تؤدي بدورها إلى تحسن مؤشرات الرفاهية على المستوى الفردي والجماعي. وفي هذا السياق، تعد وزارة الصحة الإماراتية نموذجًا تطبيقيًا على كيفية تفعيل هذا المسار، من خلال تطوير سياساتها الخدمية بما يتماشى مع توقعات المواطنين وتطلعاتهم نحو حياة أفضل. إن تحليل هذا الدور الوسيط يقدم إطارًا نظريًا وتطبيقيًا مهمًا لصناع القرار في القطاع الصحي، حيث يؤكد على ضرورة أن تكون استراتيجيات تحسين الجودة مصحوبة بسياسات تهدف إلى تعزيز الرضا، باعتباره المتغير المحوري الذي يُترجم الجهود الحكومية في مجال الخدمات إلى نتائج ملموسة على صعيد تحسين الرفاهية العامة.

5.4. إسهامات البحث

يساهم هذا البحث في المستويين الأكاديمي والعملي. كان الهدف من هذه الدراسة هو فحص العلاقة بين رفاهية السكان ورضاهم، وجودة الخدمة فيما يتعلق بعوامل جودة الخدمة. لذلك كان الهدف هو فحص الأسس النظرية

لإجراء مزيد من البحث حول رضا السّكان ورفاهية السّكان وجودة الخدمة المزودة من وزارة الصحة الإماراتية. إنّ استخدام عوامل جودة الخدمة لفحص العلاقة بين رضا المقيمين وجودة الخدمة سيساعد الإدارة على فهم أفضل لما تعنيه هذه العوامل للعملاء وللمؤسسة في الخدمات العامة بوزارة الصحة في دولة الإمارات العربية المتحدة. ارتبطت بعض عوامل جودة الخدمة بشكل كبير برضا السّكان / أو بجودة الخدمة. وكانت بعض العوامل مهمّة للربط بين رضا السّكان وعوامل جودة الخدمة.

من الناحية النظرية، تساهم الدّراسة في المعرفة من خلال دراسة تأثير عوامل جودة الخدمة على رفاهية السّكان، وهي نتائج جديدة خاصة عندما كشفت أنّ العوامل المؤثرة في الرفاهية تختلف عن عوامل الرضا. تظهر النتائج أنّ التعاطف والاستجابة والضمان هي عوامل تنبئ برفاهية السّكان ولكن ليس الملموسة والموثوقية. التفسير المنطقي هو أنّ الإمارات العربية المتحدة معروفة بأفضل الممارسات في الإدارة والتكنولوجيا، والطبيعي لأيّ خدمة أو منتج هو الملموسة والموثوقية؛ لذلك لن يرى العملاء هذه الميزات كجزء من سعادتهم أو رفاهيتهم. ومن ناحية أخرى، لا تزال الملموسة والموثوقية إلى جانب التعاطف والاستجابة والاطمئنان تنبئ بالرضا.

مساهمة نظرية أخرى هي فحص الرضا كوسيط بين عوامل جودة الخدمة الخمسة والرفاهية في وزارة الصحة الإماراتية. درست الدراسات السابقة الرضا كوسيط أو متغير تابع في مجالات مختلفة تشمل الأداء والمشاركة والولاء والعديد من المتغيرات الأخرى. ومع ذلك، فإنّ القليل من الدراسات تفحص هذه العلاقة بالرفاهية. ووجدت الدّراسة أنّ الرضا هو وسيط ممتاز ويجب أن تمرّ من خلاله جودة الخدمة لتحقيق الرفاهية المتصورة في سياق دولة الإمارات العربية المتحدة.

لذلك، فإنّ التصميم المقترح فريد من نوعه ولا تحتوي أيّ من الدراسات السابقة على هذا التصميم الشامل للعلاقة. بالإضافة إلى ذلك، كما تمّ اختبار الاستبيان بالفعل للتأكد من صحته وموثوقيته ويمكن أيضًا استخدامه من قبل الآخرين، والاستبيان الذي تمّ تطويره لهذا الإصدار هو مساهمة أخرى.

من وجهة النظر العملية، تظهر النتائج أنّ تأثير ملموس جودة الخدمة وموثوقية جودة الخدمة بوزارة الصحة على رفاهية السّكان ليس له تأثير كبير. هذه النتيجة مفيدة لإدارة الخدمات العامة لتكون على دراية بالتركيز على الرضا أولاً للوصول إلى الرفاهية. بالإضافة إلى ذلك، فإنّ صانعي السياسات لديهم نتائج جيدة تظهر نجاح السياسات في الملموسة والموثوقية. ومع ذلك، يجب على الإدارة وصانعي السياسات أن يدركوا أنّ العوامل النفسية والتفاعلية

مهمة للغاية ويجب عليهم التركيز على العامل البشري (الموظفون) من خلال توفير التدريب المهني وبذل الجهود لزيادة تحفيز الموظفين.

علاوة على الإسهامات التي تمّ استعراضها، تُعد هذه الدراسة من أولى الدراسات التي تربط بوضوح بين أبعاد جودة الخدمة ورفاهية السكان في القطاع الصحي الحكومي في الإمارات من خلال دور الوساطة لرضا العملاء. على المستوى النظري، توفّر النتائج فهماً معمقاً للتفاعل بين أبعاد SERVQUAL الخمسة ضمن بيئة الخدمة العامة، وهو ما لم تتناوله العديد من الدراسات السابقة بشكل شامل في السياق الإماراتي. ويمثل دمج الرفاهية كمخرج نهائي إضافة نوعية للأدبيات، نظراً لندرة الدراسات التي تناولت هذا المفهوم في سياق خدمات الرعاية الصحية العامة، رغم أهميته المتزايدة في أدبيات السياسات العامة ومؤشرات السعادة الوطنية (Alnuaimi et al., 2021؛ Margolis et al., 2003).

وبتحليل النتائج، فإن اختلاف تأثير أبعاد الجودة الخمسة يسلط الضوء على تحوّل توجهات السكان من التركيز على الجوانب المادية إلى تفضيل التجربة الشعورية والتفاعل الإنساني، ما يدعم نظريات *Well-being* الحديثة التي تؤكد على أهمية العلاقات الإنسانية والتقدير الشخصي في تشكيل الإحساس بالرفاهية. في هذا السياق، تُعد نتائج الدراسة ذات أهمية بالغة للباحثين الراغبين في تطوير نماذج مفاهيمية تركز على البعد الإنساني لجودة الخدمات في القطاعات الحكومية.

كما أن الكشف عن دور رضا العملاء كوسيط قوي يعزز من مكانة هذا المتغير كعامل مفصلي يجب مراعاته في تصميم السياسات والاستراتيجيات المتعلقة بتجربة المرضى. هذه النتيجة تسهم في تطوير نموذج وساطة جديد يوضح كيف يمكن للخدمة العامة أن تنتج نتائج نفسية إيجابية عبر تحسين الرضا، وهو ما لم يتم تحليله بعمق كافٍ في الأدبيات الإماراتية. وبالتالي، تفتح هذه الدراسة المجال لإعادة صياغة العلاقة بين جودة الخدمة والنتائج المجتمعية، انطلاقاً من فهم أعمق لديناميكيات الإدراك والرضا والرفاهية.

من الناحية التطبيقية، تساعد الدراسة المسؤولين في وزارة الصحة على إعادة ترتيب أولويات الاستثمار في تحسين جودة الخدمة، من خلال التركيز على الجوانب المرتبطة بالتعاطف، والضمان، وسرعة الاستجابة. كما تقترح النتائج أن البنية التحتية والمرافق التقنية (الملموسة والموثوقية) لم تعد كافية بمفردها لضمان شعور الأفراد بالرفاهية، بل يجب أن تُستكمل ببرامج تركز على التجربة الإنسانية للمريض. هذا يضع المسؤولية على إدارة

الموارد البشرية لتدريب الكوادر على مهارات التواصل، وتبني منهجيات رعاية تركز على المريض، ما يحقق التكامل بين الكفاءة التشغيلية والفعالية النفسية في تقديم الخدمات الصحية.

كذلك، يمكن لصانعي القرار الاستفادة من تصميم الاستبيان والتحليل الهيكلي المعتمد في الدراسة، والذي يمكن تعميمه على وزارات وهيئات حكومية أخرى ترغب في قياس تأثير جودة الخدمة على الرفاهية الاجتماعية كأحد مؤشرات الأداء الحكومي. ويعتبر هذا مفيداً على ضوء تركيز دولة الإمارات على مؤشرات السعادة والرفاه في رؤية "استراتيجية الرفاهية الوطنية 2031".

بناءً على ما تقدم، تُعد هذه الدراسة بمثابة نموذج مرجعي مستقبلي يمكن البناء عليه في تطوير استراتيجيات الصحة العامة التي تسعى إلى تحقيق الرفاهية المستدامة، وتفعيل مبدأ "الخدمة العامة المتمحورة حول الإنسان"، وهو ما يعزز الإسهام النظري والتطبيقي للدراسة في أن واحد.

5.5. مُحدّدات البحث

تحتوي هذه الدراسة على عدد من المحددات وبعض الاقتراحات التي يجب مراعاتها للبحث المستقبلي وهي كالاتي:

- استخدمت هذه الدراسة فقط مجال الخدمة المحدد، وهو الخدمات العامة أو الخدمات المقدمة من قبل وزارة الصحة في القطاع الحكومي الإماراتي. لذلك لا يمكن تطبيق النتائج على المنظمات الأخرى أو في دولة أخرى.
- محدّد آخر هو النظر في عوامل جودة الخدمة فقط للتنبؤ برفاهية السكان. يمكن أن يشمل المشهد العديد من العوامل الأخرى، والتي لم يتمّ تناولها في هذا البحث.
- المشاركون في هذا البحث هم من الموظفين بالإمارات السبعة في دولة الإمارات العربية المتحدة، وهي مجموعة واحدة فقط من أصحاب المصلحة. المجموعات الأخرى هي الموظفين والشركاء والمقاولين. لذلك يتمّ مسح مجموعة محدودة فقط.
- اعتمد هذا البحث فقط على الاستبانة كطريقة أساسية مستخدمة للبيانات والتي تمّ تحليلها كميّاً بالطرق الإحصائية المناسبة. لذلك، يضيف استخدام هذه الأداة قيوداً آخر لهذه الدراسة.

- محددات أخرى في هذه الدراسة، تمّ اختيار العينة بناءً على الأهداف فقط للتحقيق في المحددات وتصور الناس تجاه جودة الخدمة الفعالة في دولة الإمارات العربية المتحدة بين رضا المقيمين ورفاهية السكان، لذلك يجب توخّي الحذر عند محاولة تطبيق النتائج في منظمات مختلفة.

5.6. توصيات البحث

وزارة الصحة : البحث حول رضا العملاء ورفاهيتهم من منظور وزارة الصحة في الإمارات يحمل فوائد عديدة. يتيح التعرف على المجالات التي تحتاج إلى تحسين، وبالتالي تعزيز استراتيجيات مستهدفة لتحسين جودة الخدمة وبناء الثقة العامة. تساهم النتائج في صياغة السياسات، مما يساهم في تطوير سياسات ومبادرات الرعاية الصحية بشكل فعال. بالإضافة إلى ذلك، يساعد البحث في التخطيط الاستراتيجي عبر توجيه أهداف الوزارة وفقاً لتوقعات الجمهور. كما يعمل كمعيار للمقارنة الدولية، مما يعزز صورة الوزارة. يمكن استخدام النتائج الإيجابية في علاقات العامة لتعزيز التزام الوزارة بتلبية احتياجات الجمهور. وعلاوة على ذلك، توجه الأفكار يساعد في توجيه تخصيص الإمكانيات بشكل فعال، مما يحسن تأثير جهود الوزارة على رضا العملاء ورفاهية العامة.

وزارات أخرى التي تخدم الخدمات العامة : لبحث حول رضا العملاء ورفاهيتهم من منظور وزارة الصحة في الإمارات يُفيد الوزارات الأخرى التي تقدم خدمات عامة. يمكن أن تقدم الرؤى المكتسبة إشارة قيمة لفهم وتحسين تجارب العملاء عبر مختلف قطاعات الحكومة. من خلال تحديد الاستراتيجيات الناجحة والمجالات المحتملة للتحسين داخل قطاع الصحة، يمكن للوزارات الأخرى تكييف وتنفيذ نهج مماثلة لتعزيز تقديم خدماتها. توفر نتائج البحث إطاراً مقارناً، يمكن للوزارات الأخرى من خلاله مقارنة أدائها بممارسات وزارة الصحة، مما يعزز ثقافة التحسين المستمر. علاوة على ذلك، يمكن أن تساهم المعرفة المكتسبة في صياغة سياسات حكومية أوسع تهدف إلى رفع مستوى رضا ورفاهية الجمهور بشكل عام. يضمن هذا النهج التعاوني تحسيناً شاملاً للخدمات العامة عبر الوزارات المختلفة .

صانعي السياسات : تقدم النتائج رؤى قيمة حول فعالية سياسات ومبادرات الرعاية الصحية، مما يتيح لصانعي السياسات تقييم تأثير قراراتهم على رفاهية السكان. فهم العوامل التي تساهم في رضا العملاء يوفر أساساً لاتخاذ قرارات سياسية قائمة على الأدلة، مما يمكن من وضع استراتيجيات تتسق مع توقعات الجمهور. يمكن لصانعي

السياسات استخدام نتائج البحث لتحديد المجالات التي تحتاج إلى تحسين، وتنقيح السياسات الحالية، ووضع سياسات جديدة تعزز الرضا العام ورفاهية العملاء. علاوة على ذلك، يسهم البحث في فهم أعم وأعمق حول التفاعل بين الخدمات العامة وعملية صنع السياسات ورفاهية المواطن، مما يعزز نهجًا أكثر إدراكًا واستجابة في مجال الحوكمة.

المواطنون : سهم النتائج في تعزيز خدمات الرعاية الصحية، وتكييفها لتلبية الاحتياجات الخاصة للسكان وتحسين تجربة المريض بشكل عام. يمكن لهذا البحث أن يمنح المواطنين القدرة على اتخاذ قرارات مستنيرة حول صحتهم من خلال تقديم رؤى حول أداء خدمات الرعاية الصحية، وتعزيز الشفافية، وتمكين اتخاذ القرارات المستنيرة بشأن صحتهم. وعلاوة على ذلك، قد يؤدي ذلك إلى وضع سياسات تؤثر مباشرة على رفاهية المواطنين، مع تعزيز نظام صحي يتجاوب مع تفضيلات السكان ويتمشى معها. في جوهر الأمر، يضمن البحث أن يحصل المواطنون على خدمات صحية عالية الجودة، ويتمكنون من اتخاذ قرارات مستنيرة، والاستفادة من نظام صحي مستمر التحسين مصمم لتلبية احتياجاتهم المتطورة.

5.7. توصيات للأبحاث المستقبلية

تم إجراء الفحص التجريبي بين موظفي وزارة الصحة في دولة الإمارات العربية المتحدة، وهو سياق محدود ويوفر نقطة انطلاق للبحث المستقبلي أو السماح للأبحاث الأخرى بأن تكون متسقة مع النتائج الحالية. هذا يجعل النتائج غير معممة. لذلك يعدّ تكرار هذه الدراسة في البلدان الأخرى وفي الخدمات العامة أمرًا مهمًا للتعميم ومقارنة النتائج بين البلدان. بالإضافة إلى ذلك، يمكن تطبيق نفس الإطار المفاهيمي المقترح في قطاعات مختلفة مثل عملاء الخدمات غير الحكومية أو الموظفين كسكان للدراسة.

أثبتت الدراسة أن موثوقية الخدمة وطمأنينتها بوزارة الصحة ليس لهما تأثير مباشر على رفاهية العملاء، وهذا يتطلب المزيد من التحقيق بوسائل أخرى، مثل المقابلات مع الخبراء وأصحاب المصلحة، لتوضيح أسباب هذا الرفض في العلاقة.

تتمتع الدراسة بقدرة تنبؤية متوسطة ويمكنها تفسير ما يقرب من 50٪ من تباين الرفاهية. سيؤدي توسيع نطاق المتنبئين إلى زيادة تفسير النموذج وتوفير نموذج شامل لرفاهية السكان.

المراجع الاجنبية

Journals

- Abbas, J. (2020). Impact of total quality management on corporate green performance through the mediating role of corporate social responsibility. *Journal of Cleaner Production*, 242, 118458.
- Aiwerioghene, E. M., Singh, M., & Ajmera, P. (2019). Modelling the factors affecting Nigerian medical tourism sector using an interpretive structural modelling approach. *International Journal of Healthcare Management*, 1-13.
- Al Hubaishi, H., & Ali, A. (2021). Impact of Infrastructure Service Quality on Residents' Satisfaction in the United Arab Emirates (UAE), the Case of Ajman Emirate. *Open Journal of Business and Management*, 9(6), 2879-2893.
- Al Hubaishi, H., & Ali, A. (2022). The Effect of Public Healthcare Service Quality on Residents' Satisfaction in the United Arab Emirates (UAE), the Case of Ajman Emirate. *Health*, 14(3), 306-321.
- Alghawi, K., Ameen, A., & Bhaumik, A. (2019). The role of smart government characteristics for enhancing UAE's Public Service Quality. *International Journal on Emerging Technologies*, 10(1a), 1-7.
- Al-Hawary, S. I. S., & Al-Smeran, W. F. (2016). Impact of electronic service quality on customers satisfaction of Islamic banks in Jordan. *International Journal of Academic Research in Accounting, Finance and Management Sciences*, 7(1), 170-188.
- Ali, F., Amin, M., & Ryu, K. (2016). The role of physical environment, price perceptions, and consumption emotions in developing رضا العملاء in Chinese resort hotels. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 17(1), 45-70.
- Ali, F., Zhou, Y., Hussain, K., Nair, P. K., & Ragavan, N. A. (2016). Does higher education service quality effect student satisfaction, image and loyalty? A study of international students in Malaysian public universities. *Quality Assurance in Education*, 24(1), 70-94.
- Ali, M., & Raza, S. A. (2017). Service quality perception and رضا العملاء in Islamic banks of Pakistan: the modified SERVQUAL model. *Total Quality Management & Business Excellence*, 28(5-6), 559-577.

- Alibasic, A., Simsekler, M. C. E., Kurfess, T., Woon, W. L., & Omar, M. A. (2020). Utilizing data science techniques to analyze skill and demand changes in healthcare occupations: case study on USA and UAE healthcare sector. *Soft Computing*, 24(7), 4959-4976.
- Al-Neyadi, H. S., Abdallah, S., & Malik, M. (2018). Measuring patient's satisfaction of healthcare services in the UAE hospitals: Using SERVQUAL. *International Journal of Healthcare Management*, 11(2), 96-105.
- Alnuaimi, M. O. E. O., Ismail, N., & binti Packeer, S. S. B. (2021). Service quality factors, satisfaction and perceived welfare among customers of public services in the UAE. *International Journal of Entrepreneurship*, 25, 1-15.
- Alsaadi, M. R., Ahmad, S. Z., & Hussain, M. (2018). A quality function deployment strategy for improving mobile-government service quality in the Gulf cooperation council countries. *Benchmarking: An International Journal*, 25(8), 3276-3295.
- Alsaadi, M. R., Ahmad, S. Z., & Hussain, M. (2019). Improving the quality of mobile government services in the Gulf Cooperation Council: A quality-function-deployment approach. *Journal of Systems and Information Technology*.
- Ameen, A., Al-Ali, D., Isaac, O., & Mohammed, F. (2020). Examining relationship between service quality, user satisfaction, and performance impact in the context of smart government in UAE. *International Journal of Electrical and Computer Engineering (IJECE)*, 10(6), 6026-6033.
- Ashwood, J. S., Mehrotra, A., Cowling, D., & Uscher-Pines, L. (2017). Direct-to-consumer telehealth may increase access to care but does not decrease spending. *Health Affairs*, 36(3), 485-491.
- Aspeteg, J., & Mignon, I. (2019). Intermediation services and adopter expectations and demands during the implementation of renewable electricity innovation—Match or mismatch? *Journal of cleaner production*, 214, 837-847.
- Athmay, A. A. A. A., Fantasy, K., & Kumar, V. (2016). E-government adoption and user's satisfaction: an empirical investigation. *EuroMed Journal of Business*.
- Awadhi, J., Obeidat, B., & Alshurideh, M. (2021). The impact of customer service digitalization on customer satisfaction: Evidence from telecommunication industry. *International Journal of Data and Network Science*, 5(4), 815-830.

- Aydin, S., & Özer, G. (2006). How switching costs affect subscriber loyalty in the Turkish mobile phone market: An exploratory study. *Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing*, 14(2), 141-155.
- Aydinli, C., & Senyurek, E. (2016). Measuring Impact of Service Quality Dimensions on Customers Satisfaction: Case of GSM Users in Poland. *International Journal of Academic Research in Accounting, Finance and Management Sciences*, 6(1), 127-133.
- Ayo, C. K., Oni, A. A., Adewoye, O. J., & Eweoya, I. O. (2016). E-banking users' behaviour: e-service quality, attitude, and customer satisfaction. *International Journal of Bank Marketing*, 34(3), 347-367.
- Badi, I., & Abdulshahed, A. (2019). Ranking the Libyan airlines by using full consistency method (FUCOM) and analytical hierarchy process (AHP). *Operational Research in Engineering Sciences: Theory and Applications*, 2(1), 1-14.
- Bagozzi, R. P. (2011). Measurement and Meaning in Information Systems and Organizational Research: Methodological and Philosophical Foundations. *MIS Quarterly*, 35(2), 261-292.
- Baker, T., & Dellaert, B. (2017). Regulating robo advice across the financial services industry. *Iowa L. Rev.*, 103, 713.
- Beigi, A. N. M., Jorfi, S., Tajarrod, R. S., & Beigi, H. M. (2016). The Study of the Effects of E-banking Services Quality on Customers' Satisfaction and Loyalty (Case Study: Agricultural Bank of Khuzestan Province). *Journal of Current Research in Science*, (1), 375.
- Beshyah, S., & Beshyah, A. (2013). Central hospital of Abu Dhabi: Forty years of service to the community (1968-2008). *Ibnosina Journal of Medicine and Biomedical Sciences*, 5(02), 99-108.
- Bettis, R. A., & Blettner, D. (2020). Strategic reality today: Extraordinary past success, but difficult challenges loom. *Strategic Management Review*, 1(1).
- Bi, J. W., Liu, Y., Fan, Z. P., & Zhang, J. (2020). Exploring asymmetric effects of attribute performance on رضا العملاء in the hotel industry. *Tourism Management*, 77, 104006.

- Bitner, M. J. (1990). Evaluating service encounters: The effects of physical surroundings and employee responses. *Journal of Marketing*, 54: 69-82.
- Blomgren, A. (2011). Is the CSR craze good for society? The welfare economic approach to corporate social responsibility. *Review of Social Economy*, 69(4), 495-515.
- Bodolica, V., & Spraggon, M. (2019). Toward patient-centered care and inclusive health-care governance: a review of patient empowerment in the UAE. *Public Health*, 169, 114-124.
- Boshoff, C., and Gray, B. (2004). The Relationships between Service Quality, رضا العملاء and Buying Intentions in the Private Hospital Industry. *South African Journal of Business Management*, 35(4), 27–37.
- Boukas, N., & Ziakas, V. (2016). Tourism policy and residents' well-being in Cyprus: Opportunities and challenges for developing an inside-out destination management approach. *Journal of Destination Marketing & Management*, 5(1), 44-54.
- Boukis, A., Koritos, C., Daunt, K. L., & Papastathopoulos, A. (2020). Effects of customer incivility on frontline employees and the moderating role of supervisor leadership style. *Tourism Management*, 77, 103997.
- Bourne, M., Franco-Santos, M., Micheli, P., & Pavlov, A. (2018). Performance measurement and management: a system of systems perspective. *International Journal of Production Research*, 56(8), 2788-2799.
- Bowen, J. T., & Chen, S. L. (2001). The relationship between customer loyalty and customer satisfaction. *International journal of contemporary hospitality management*.
- Brady, M. K., & Cronin, J. J. (2001). Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach. *Journal of Marketing*, 65 (3), 34–49.
- Brandsen, T., & Honingh, M. (2016). Distinguishing different types of coproduction: A conceptual analysis based on the classical definitions. *Public Administration Review*, 76(3), 427-435.
- Brochado, A., Rita, P., Oliveira, C., & Oliveira, F. (2019). Airline passengers' perceptions of service quality: themes in online reviews. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 31(2), 855-873.

- Brownie, S., Lebogo, N., & Hag-Ali, M. (2014). Health care for all: building a public health workforce to achieve the UAE 2021 vision for health. *Arab Health*, 6, 1.
- Budianto, A. (2019). Customer Loyalty: Quality of Service. *Journal of Management Review*, 3(1), 299-305.
- Busemeyer, M. R., Abrassart, A., Nezi, S., & Nezi, R. (2019). Beyond Positive and Negative: New Perspectives on Feedback Effects in Public Opinion on the Welfare State. *British Journal of Political Science*, 1-26.
- Calsamiglia, C., & Flamand, S. (2019). A Review on Basic Income: A Radical Proposal for a Free Society and a Sane Economy by Philippe Van Parijs and Yannick Vanderborght. *Journal of Economic Literature*, 57(3), 644-58.
- Carman, J. (1990). Consumer perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, 66(1), 33-55.
- Caruana, A. (2002). Service Loyalty: The Effects of Service Quality and the Mediating Role of Customer Satisfaction. *European Journal of Marketing*, 36(7/8), 811–828.
- Chang, H. H., & Wang, H. W. (2011). The moderating effect of customer perceived value on online shopping behaviour. *Online Information Review*, 35(3), 333-359. DOI: 10.1108/14684521111151414.
- Chun Wang, J., Wang, Y. C., & Tai, Y. F. (2016). Systematic review of the elements and service standards of delightful service. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 28(7), 1310-1337.
- Coye, R. W. (2004). Managing customer expectations in the service encounter. *International Journal of service industry management*, 15(1), 54-71.
- Cronin, J. J. J., Brady, M. K. & Hult, G. T. M. (2000). Assessing the effects of quality, value, and رضا العملاء on consumer behavioral intentions in service environments. *Journal of Retailing*, 76(2): 193-218. Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-4359\(00\)00028-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-4359(00)00028-2).
- Cui, C. C., Lewis, B. R., & Park, W. (2003). Service quality measurement in the banking sector in South Korea. *International Journal of Bank Marketing*, 24(1), 191-201. DOI: 10.1108/02652320310479187.

- Dabholkar, P., Thorpe, D., & Rentz, J. (1996). A measure of service quality for retail stores: scale development and validation. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 24 (1), 3-16.
- de Waal, A., & van der Heijden, B. (2016). Increasing customer loyalty and customer intimacy by improving the behavior of employees. *Journal of Strategy and Management*, 9(4), 492-510.
- Delcourt, C., Gremler, D. D., Van Riel, A. C., & Van Birgelen, M. (2013). Effects of perceived employee emotional competence on رضا العملاء and loyalty: The mediating role of rapport. *Journal of Service Management*, 24(1), 5-24.
- Demircioglu, M. A., & Audretsch, D. B. (2017). Conditions for innovation in public sector organizations. *Research Policy*, 46(9), 1681–1691.
- Dimitrov, D. M., & Rumrill Jr, P. D. (2003). Pretest-posttest designs and measurement of change. *Work*, 20(2), 159-165.
- Ding, Y., & Keh, H. T. (2017). Consumer reliance on intangible versus tangible attributes in service evaluation: the role of construal level. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 45(6), 848-865.
- Dixon, N., & Wellsted, L. (2019). Effects of team-based quality improvement learning on two teams providing dementia care. *BMJ Open Quality*, 8(2), e000500.
- Eid, R., Al Zaabi, A., Alzahmi, R., & Elsantil, Y. (2019). Integrating internal branding antecedents, customer and job satisfaction in the public sector. *International Journal of Organizational Analysis*.
- Ekaabi, M., Khalid, K., & Davidson, R. (2020). The service quality and satisfaction of smart policing in the UAE. *Cogent Business & Management*, 7(1), 1751904.
- Eldor, L. (2019). How Collective Engagement Creates Competitive Advantage for Organizations: A Business-Level Model of Shared Vision, Competitive Intensity, and Service Performance. *Journal of Management Studies*.
- Erdil, S. T., & Yıldız, O. (2011). Measuring service quality and a comparative analysis in the passenger carriage of airline industry. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 24, 1232-1242. DOI:10.1016/j.sbspro.2011.09.117.

- Erickson, A. S., Walter III, L. C., & Mikolay, J. D. (2010). Diego Garcia and the United States' Emerging Indian Ocean Strategy. *Asian Security*, 6(3), 214-237.
- Eshun, S. N., & Dichaba, M. M. (2019). Listening to the voices of the people: A beneficiary Assessment of the implementation of the Labour Intensive Public Work (LIPW) programme under the Ghana Social Opportunity Project (GSOP) in the Upper West Region of Ghana. *Journal of Gender, Information and Development in Africa (JGIDA)*, 8(1), 107-128.
- Esses, V. M., Hamilton, L. K., & Gaucher, D. (2017). The global refugee crisis: Empirical evidence and policy implications for improving public attitudes and facilitating refugee resettlement. *Social Issues and Policy Review*, 11(1), 78-123.
- Eugene, W. A. & Vikas, M. (2000). Strengthening the satisfaction-profit chain. *Journal of Service Research*, 3(2): 107-120. Available at: 10.1177/109467050032001.
- Felix, R. (2017). Service quality and رضا العملاء in selected banks in Rwanda. *Journal of Business & Financial Affairs*, 6(1), 246-256.
- Finn, D. W., & Lamb, C. W. (1991). An evaluation of the SERVQUAL scales in a retailing setting. *Advances in Consumer Research*, 18, 483-490.
- Flint, J. (2019). Encounters with the centaur state: Advanced urban marginality and the practices and ethics of welfare sanctions regimes. *Urban Studies*, 56(1), 249-265.
- Fonia, B. R., & Srivastava, D. (2017). Service quality assurance and customer satisfaction. *Journal of Business Management & Quality Assurance (e ISSN 2456-9291)*, 1(1), 19-24.
- Ganguli, S., & Roy, S. K. (2013). Conceptualisation of service quality for hybrid services: a hierarchical approach. *Total Quality Management*, 24(10), 1202–1218. DOI: 10.1080/14783363.2013.814293.
- Garga, E., & Bambale, A. J. A. (2016). The Impact of Service Quality on Customer Patronage: Mediating Effects of Switching Cost and Customer Satisfaction. *International Journal of Global Business*, 9(1).
- Glaeser, E. L., & Hausman, N. (2020). The spatial mismatch between innovation and joblessness. *Innovation Policy and the Economy*, 20(1), 233-299.

- Goldstein, R., Sances, M. W., & You, H. Y. (2020). Exploitative revenues, law enforcement, and the quality of government service. *Urban Affairs Review*, 56(1), 5-31.
- Grimes, M., & Marquardson, J. (2019). Quality matters: Evoking subjective norms and coping appraisals by system design to increase security intentions. *Decision Support Systems*, 119, 23-34.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18 (4), 36-44.
- Gustafsson, A., Höglström, C., Radnor, Z., Friman, M., Heinonen, K., Jaakkola, E., & Mele, C. (2016). Developing service research—paving the way to transdisciplinary research. *Journal of Service Management*, 27(1), 9-20.
- Hamari, J., Hanner, N., & Koivisto, J. (2017). Service quality explains why people use freemium services but not if they go premium: An empirical study in free-to-play games. *International Journal of Information Management*, 37(1), 1449-1459.
- Hamidi, S., Shaban, S., Mahate, A. A., & Younis, M. Z. (2014). Health insurance reform and the development of health insurance plans: the case of the Emirate of Abu Dhabi, UAE. *Journal of health care finance*, 40(3), 47-66.
- Hodge, S. K., Honeycutt, E. D., & Shipley, D. (2019). Toward an Improved Understanding of Online Customer Service Delivery to Millennials. *Services Marketing Quarterly*, 40(1), 33-47.
- Hong, S. J., Choi, D., & Chae, J. (2020). Exploring different airport users' service quality satisfaction between service providers and air travelers. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 52, 101917.
- Hult, G. T. M., Sharma, P. N., Morgeson III, F. V., & Zhang, Y. (2019). Antecedents and Consequences of Customer Satisfaction: Do They Differ Across Online and Offline Purchases?. *Journal of Retailing*, 95(1), 10-23.
- Iglesias, O., Markovic, S., & Rialp, J. (2019). How does sensory brand experience influence brand equity? Considering the roles of customer satisfaction, customer affective commitment, and employee empathy. *Journal of Business Research*, 96, 343-354.

- In, J. (2017). Introduction of a pilot study. *Korean journal of anesthesiology*, 70(6), 601-605.
- Isa, S. M., & Kiumarsi, S. (2019). The impact of service quality in postal services: the mediating role of self-service technology. *International Journal of Services and Operations Management*, 33(3), 395-419.
- Jadayil, W. A., Shakoor, M., Bashir, A., Selmi, H., & Qureshi, M. R. N. (2020). Using SERVIQUAL to investigate the quality of provided wireless communication services in UAE. *International Journal of Quality and Service Sciences*.
- Jakka, A. A. (2004). Client-quality dimensions: Empirical evidence from the public sector of the United Arab Emirates. *Public Organization Review*, 4(3), 239-257.
- Jeong, M. S., Cha, J. E., & Jang, D. H. (2016). Impact of the service quality of horseback riding experience on رضا العملاء and loyalty-In case of Jangsu horse riding experience course. *Journal of Korean Society of Rural Planning*, 22(2), 131-140.
- Jun, M., & Palacios, S. (2016). Examining the key dimensions of mobile banking service quality: an exploratory study. *International Journal of Bank Marketing*, 34(3), 307-326.
- Jung, E., & Jung, E. J. (2019). Service-oriented architecture of environmental information systems to forecast the impacts of natural disasters in South Korea. *Journal of Enterprise Information Management*, 32(1), 16-35.
- Karimi, L., Leggat, S. G., Bartram, T., & Rada, J. (2020). The effects of emotional intelligence training on the job performance of Australian aged care workers. *Health Care Management Review*, 45(1), 41-51.
- Kevins, A., & van Kersbergen, K. (2019). The effects of welfare state universalism on migrant integration. *Policy & Politics*, 47(1), 115-132.
- King, C., Murillo, E., Wei, W., Madera, J., Tews, M. J., Israeli, A. A., & Kong, L. (2019). Towards a shared understanding of the service experience—a hospitality stakeholder approach. *Journal of Service Management*.
- Kircova, I., & Esen, E. (2018). The Effect of Corporate Reputation on Consumer Behaviour and Purchase Intentions. *Management Research and Practice*, 10(4), 21-32.

- Kiseleva, E. M., Nekrasova, M. L., Mayorova, M. A., Rudenko, M. N., & Kankhva, V. S. (2016). The theory and practice of customer loyalty management and customer focus in the enterprise activity. *International Review of Management and Marketing*, 6(6S), 95-103.
- Kontogeorgos, A., Tselempis, D., & Aggelopoulos, S. (2014). Measuring service quality of the Greek Ministry of Agriculture. *Measuring Business Excellence* 18(4), 54-64. DOI: 10.1108/MBE-05-2013-0030.
- Koo, B., Yu, J., & Han, H. (2020). The role of loyalty programs in boosting hotel guest loyalty: Impact of switching barriers. *International Journal of Hospitality Management*, 84, 102328.
- Kooli, C. (2021). COVID-19 and the mental health of professionals in the health sector in the UAE: An analytical study. *Avicenna*, 2021(2), 9.
- Koornneef, E., Robben, P., & Blair, I. (2017). Progress and outcomes of health systems reform in the United Arab Emirates: a systematic review. *BMC health services research*, 17(1), 1-13.
- Kranzbühler, A. M., Kleijnen, M. H., Morgan, R. E., & Teerling, M. (2018). The multilevel nature of customer experience research: an integrative review and research agenda. *International Journal of Management Reviews*, 20(2), 433-456.
- Kumar, V., Anand, A., & Song, H. (2017). Future of retailer profitability: An organizing framework. *Journal of Retailing*, 93(1), 96-119.
- Ladhari, R. (2008). Alternative measures of service quality: a review. *Managing Service Quality*, 18 (1), 65-86. DOI: 10.1108/09604520810842849.
- Lawrence, X. Y., & Kopcha, M. (2017). The future of pharmaceutical quality and the path to get there. *International journal of pharmaceuticals*, 528(1-2), 354-359.
- Lee, J. S., Lee, C. K., & Park, C. K. (2014). Developing and validating a multidimensional quality scale for mega-events. *International Journal of Hospitality Management*, 43, 121-131. DOI: /10.1016/j.ijhm.2014.09.003.
- Lee, J., & Cho, M. (2019). New insights into socially responsible consumers: The role of personal values. *International Journal of Consumer Studies*, 43(2), 123–133.

- Lee, S., & Kim, E. K. (2017). The effects of Korean medical service quality and satisfaction on revisit intention of the United Arab Emirates government sponsored patients. *Asian nursing research*, 11(2), 142-149.
- Li, H., Xie, K. L., & Zhang, Z. (2020). The effects of consumer experience and disconfirmation on the timing of online review: Field evidence from the restaurant business. *International Journal of Hospitality Management*, 84, 102344.
- Lien, C. H., Cao, Y., & Zhou, X. (2017). Service quality, satisfaction, stickiness, and usage intentions: An exploratory evaluation in the context of WeChat services. *Computers in Human Behavior*, 68, 403-410.
- Lim, E. A. C., Lee, Y. H., & Foo, M. D. (2017). Frontline employees' nonverbal cues in service encounters: a double-edged sword. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 45(5), 657-676.
- Manjunatha, K. & Shivalingaiah, D. (2004). Customer's perception of service quality in libraries. *Annals of Library and Information Studies*, 54(4): 145-151.
- Margolis, S. A., Al-Marzouqi, S., Revel, T., & Reed, R. L. (2003). Patient satisfaction with primary health care services in the United Arab Emirates. *International journal for quality in health care*, 15(3), 241-249.
- Martela, F., Ryan, R. M., & Steger, M. F. (2018). Meaningfulness as satisfaction of autonomy, competence, relatedness, and beneficence: Comparing the four satisfactions and positive affect as predictors of meaning in life. *Journal of Happiness Studies*, 19(5), 1261-1282.
- Martin, C. L. & Pranter, C. A. (1989). Compatibility management: Customer-to-customer relationships in service environments. *Journal of Services Marketing*, 3(3): 5-15. Available at: 10.1108/EUM0000000002488
- Martínez, J. A., & Martínez, L. (2010). Some insights on conceptualizing and measuring service quality. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 17, 29-42. DOI:10.1016/j.jretconser.2009.09.002
- Mbaidin, H. O. (2021). The Impact of E-Government Success Factors on Citizen Satisfaction: The Context of UAE. *Journal of Hunan University Natural Sciences*, 48(12).

- McNally, C. A. (2006). Global Capitalism vs. Leninist Controls: "Informatization" and E-Government in the People's Republic of China. *Journal of E-Government*, 2(4), 3-14.
- Meesala, A., & Paul, J. (2018). Service quality, consumer satisfaction and loyalty in hospitals: Thinking for the future. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 40, 261-269.
- Meyvis, T. and Janiszewski, C. (2002). Consumers' Beliefs about Product Benefits: The Effect of Obviously Irrelevant Product Information. *Journal of Consumer Research* 28: 618-635.
- Mezger, A., Cabanelas, P., Cabiddu, F., & Rüdiger, K. (2020). What does it matter for trust of green consumers? An application to German electricity market. *Journal of Cleaner Production*, 242, 118484.
- Mintzberg, H. (1996). Managing government, governing management. *Harvard business review*, 74(3), 75.
- Mohamed, M. S., Khalifa, G. S., Nusari, M., Ameen, A., Al-Shibami, A. H., & Abu-Elhassan, A. E. (2018). Effect of organizational excellence and employee performance on organizational productivity within healthcare sector in the UAE. *Journal of Engineering and Applied Sciences*, 13(15), 6199-6210.
- Molinos-Senante, M., Maziotis, A., & Sala-Garrido, R. (2016). Estimating the cost of improving service quality in water supply: a shadow price approach for England and Wales. *Science of the Total Environment*, 539, 470-477.
- Moonesar, I.A. & Goes, J. (2017). Enabling and Predisposing Factors Using the Andersen Model: UAE Healthcare Professionals Policy Involvement. *Journal of Academic Perspectives*. 2017(1): 34-48. ISSN 2328-8264.
- Morin, K. H. (2013). Value of a pilot study. *Journal of Nursing Education*, 52(10), 547-548.
- Mosaad, A. T., & Younis, M. Z. (2014). Health policies and intervention strategies: a description of current issues and approaches to care of the public health and health care system in the United Arab emirates. *Journal of Health Care Finance*, 40(3), 86-100.
- Muskat, B., Hörtnagl, T., Prayag, G., & Wagner, S. (2019). Perceived quality, authenticity, and price in tourists' dining experiences: Testing competing

- models of satisfaction and behavioral intentions. *Journal of Vacation Marketing*, 1356766718822675.
- Muslim, A., Harun, A., Ismael, D., & Othman, B. (2020). Social media experience, attitude and behavioral intention towards umrah package among generation X and Y. *Management Science Letters*, 10(1), 1-12.
- Nambisan, P., Gustafson, D. H., Hawkins, R., & Pingree, S. (2016). Social support and responsiveness in online patient communities: impact on service quality perceptions. *Health Expectations*, 19(1), 87-97.
- Namin, A. (2017). Revisiting customers' perception of service quality in fast food restaurants. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 34, 70-81.
- Ndubisi, N. O., & Natarajan, R. (2018). Customer satisfaction, Confucian dynamism, and long-term oriented marketing relationship: A threefold empirical analysis. *Psychology & Marketing*, 35(6), 477-487.
- Neves, A. R., & Leal, V. (2010). Energy sustainability indicators for local energy planning: Review of current practices and derivation of a new framework. *Renewable and Sustainable Energy Reviews*, 14(9), 2723-2735.
- Ngo, V. M., & Nguyen, H. H. (2016). The relationship between service quality, رضا العملاء and customer loyalty: An investigation in Vietnamese retail banking sector. *Journal of Competitiveness*.
- Nguyen, T. N. Q., Ngo, L. V., & Surachartkumtonkun, J. (2019). When do-good meets empathy and mindfulness. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 50, 22-29.
- Nyer, P. U. (1996). The determinants of satisfaction: An experimental verification of the moderating role of ambiguity. *Advances in Consumer Research Journal*, 23: 255-259.
- O'Brien, E., & Linehan, C. (2014). A balancing act: Emotional challenges in the HR role. *Journal of Management Studies*, 51(8), 1257-1285.
- Ok, S., Suy, R., Chhay, L., & Choun, C. (2018). رضا العملاء and Service Quality in the Marketing Practice: Study on Literature Review. *Asian Themes in Social Sciences Research*, 1(1), 21-27.

- Oliver, R. L. & Swan, J. E. (1989). Equity and disconfirmation perceptions as influences on merchant and product satisfaction. *Journal of Consumer Research*, 16(3): 372-383. Available at: 10.1086/209223.
- Oliver, R. L. (1981). Measurement and Evaluation of Satisfaction Processes in Retail Settings. *Journal of Retailing*, 57(3), 25–48.
- Oliver, R. L. (1993). Cognitive, Affective, and Attribute Bases of the Satisfaction Response. *Journal of Consumer Research*, 20, 418–430.
- Osei-Frimpong, K., Wilson, A., & Lemke, F. (2018). Patient co-creation activities in healthcare service delivery at the micro level: The influence of online access to healthcare information. *Technological Forecasting and Social Change*, 126, 14-27.
- Pakurár, M., Haddad, H., Nagy, J., Popp, J., & Oláh, J. (2019). The Service Quality Dimensions that Affect رضا العملاء in the Jordanian Banking Sector. *Sustainability*, 11(4), 1113.
- Parasuraman, A., Berry, L.L., & Zeithaml, V.A. (1991), Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, 67(4), 420-450.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4): 41-50. Available at: 10.2307/1251430
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing and Marketing Studies*, 64(1): 12-40.
- Pham, L., Williamson, S., Lane, P., Limbu, Y., Nguyen, P. T. H., & Coomer, T. (2020). Technology readiness and purchase intention: role of perceived value and online satisfaction in the context of luxury hotels. *International Journal of Management and Decision Making*, 19(1), 91-117.
- Polas, R. H., Imtiaz, M., Saboor, A., Hossain, N., Javed, M. A., & Nianyu, L. (2019). Assessing the Perceived Value of Customers for being Satisfied towards the Sustainability of Hypermarket in Malaysia. *International Journal of Business*, 6(5), 248-263.

- Porter, L., Martí-Costa, M., Torv , M. D., Cohen-Bar, E., Ronel, A., Rogers, D., ... & de Hoop, H. (2013). Finding hope in unpromising times. *Planning Theory & Practice*, 14(4), 529-529.
- Qazi, A., Tamjidyamcholo, A., Raj, R. G., Hardaker, G., & Standing, C. (2017). Assessing consumers' satisfaction and expectations through online opinions: Expectation and disconfirmation approach. *Computers in Human Behavior*, 75, 450-460.
- Quan, N., Chi, N., Nhung, D., Ngan, N., & Phong, L. (2020). The influence of website brand equity, e-brand experience on e-loyalty: The mediating role of e-satisfaction. *Management Science Letters*, 10(1), 63-76.
- Ranaweera, C., & Neely, A. (2003). Some moderating effects on the service quality-customer retention link. *International journal of operations & Production management*, 23(2), 230-248.
- Razzak, H. A., Harbi, A., AlKarbi, M. M. J., ElShamy, A. M., Al Shaali, L., Salama, R. E., ... & AlDhmanie, M. A. (2022). The Determinant of Subjective Well-Being among the adult individuals in the UAE. *Journal of Positive Psychology and Wellbeing*, 6(2), 1677-1694.
- Reeskens, T., & Vandecasteele, L. (2017). Economic hardship and well-being: Examining the relative role of individual resources and welfare state effort in resilience against economic hardship. *Journal of Happiness Studies*, 18(1), 41-62.
- Rhee, S. K., & Rha, J. Y. (2009). Public service quality and customer satisfaction: exploring the attributes of service quality in the public sector. *The Service Industries Journal*, 29(11), 1491-1512.
- Robson, K., Plangger, K., Kietzmann, J. H., McCarthy, I., & Pitt, L. (2016). Game on: Engaging customers and employees through gamification. *Business Horizons*, 59(1), 29-36.
- Rodrigues, G., Sarabdeen, J., & Balasubramanian, S. (2016). Factors that influence consumer adoption of e-government services in the UAE: A UTAUT model perspective. *Journal of Internet Commerce*, 15(1), 18-39.
- Salahuddin, M., & Gow, J. (2019). Effects of energy consumption and economic growth on environmental quality: evidence from Qatar. *Environmental Science and Pollution Research*, 1-19.

- Saleem, M. A., Zahra, S., & Yaseen, A. (2017). Impact of service quality and trust on repurchase intentions—the case of Pakistan airline industry. *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics*, 29(5), 1136-1159.
- Sandhu, H. S., & Bala, N. (2011). Customers' perception towards service quality of life insurance corporation of India: a factor analytic approach. *International Journal of Business and Social Science*, 2(18), 219–231.
- Sang, H., Xue, F., & Zhao, J. (2018). What Happens When Satisfied Customers Need Variety?—Effects Of Purchase Decision Involvement And Product Category On Chinese Consumers' Brand-Switching Behavior. *Journal Of International Consumer Marketing*, 30(3), 148-157.
- Sangle-Ferriere, M., & Voyer, B. G. (2019). Friend or foe? Chat as a double-edged sword to assist customers. *Journal of Service Theory and Practice*.
- Santos-Vijande, M. L., López-Sánchez, J. Á., & Rudd, J. (2016). Frontline employees' collaboration in industrial service innovation: routes of co-creation's effects on new service performance. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 44(3), 350-375.
- Schaffer, L., & Spilker, G. (2016). Adding another level individual responses to globalization and government welfare policies. *Political Science Research and Methods*, 4(2), 399-426.
- Siqueira, J. R., ter Horst, E., Molina, G., Losada, M., & Mateus, M. A. (2020). A Bayesian examination of the relationship of internal and external touchpoints in the customer experience process across various service environments. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 53, 102009.
- Speer, J. (2012). Participatory governance reform: a good strategy for increasing government responsiveness and improving public services?. *World development*, 40(12), 2379-2398.
- Spreng, R. A., and Mackoy, R. D. (1996). An Empirical Examination of a Model of Perceived Service Quality and Satisfaction. *Journal of Retailing*, 72(2), 201–214.
- Stamolampros, P., Dousios, D., Korfiatis, N., & Symitsi, E. (2020). The joint effect of consumer and service providers' culture on online service evaluations: A response surface analysis. *Tourism Management*, 78, 104057.

- Sweis, R. J., Asma'a, S. I., Amayreh, I., & Al-Sayyed, N. (2019). The Relationship Between Total Quality Management (TQM) Implementation And Organisation Performance: Evidence From The Airlines Companies In UAE. *International Journal of Information, Business and Management*, 11(1), 58.
- Teleaba, F., & Popescu, S. (2018). A Behavioral Economics Perspective Over Lean Versus 10x Improvement In New Product Development–Brief Review Of Existing Research. *Acta Technica Napocensis-Series: Applied Mathematics, Mechanics, And Engineering*, 61(4).
- Tian-Cole, S., & Crompton, J. (2003). A conceptualization of the relationships between service quality and visitor satisfaction, and their links to destination selection. *Leisure Studies*, 22(1), 65-80.
- Tirimba, O.M., Richard, B.N., Robert, M.B., Thomas, O.O. & Tom, O. K. (2013). Service quality and رضا العملاء at Kenya Airways Ltd. *European Journal of Business and Management*, 5(22): 170-179.
- Tranøy, B. S., Stamsø, M. A., & Hjertaker, I. (2020). Equality as a driver of inequality? Universalistic welfare, generalised creditworthiness and financialised housing markets. *West European Politics*, 43(2), 390-411.
- Tucker, H. (2016). Empathy and tourism: Limits and possibilities. *Annals Of Tourism Research*, 57, 31-43.
- Tuli, K. (2019). Customer Satisfaction On United Commercial Bank Ltd.
- Tuli, K. R., Kohli, A. K., & Bharadwaj, S. G. (2007). Rethinking customer solutions: From product bundles to relational processes. *Journal of marketing*, 71(3), 1-17.
- Van Teijlingen, E., & Hundley, V. (2002). The importance of pilot studies. *Nursing Standard (through 2013)*, 16(40), 33.
- Vera-Martinez, J., & Ornelas, S. (2019). Comparison-based perceived attribute performance as a better antecedent of satisfaction, value and loyalty. *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics*.
- Vryoni, S., Bakirtzoglou, P., & Ioannou, P. (2017). Customers'satisfaction And Service Quality Of Spa Centers In Greece. *Acta Kinesiologica*, 11(1), 12-18.

- Wang, Y. C., Luo, C. C., & Tai, Y. F. (2017). Implementation of delightful services: From the perspective of frontline service employees. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 31, 90-104.
- Williams, L. K. (2019). Guns Yield Butter? An Exploration of Defense Spending Preferences. *Journal of Conflict Resolution*, 63(5), 1193-1221.
- Wu, H. C. (2014). The effects of customer satisfaction, perceived value, corporate image and service quality on behavioral intentions in gaming establishments. *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics*, 26(4), 540-565. DOI: 10.1108/APJML-03-2014-0049.
- Xu, X. (2020). Examining an asymmetric effect between online customer reviews emphasis and overall satisfaction determinants. *Journal of Business Research*, 106, 196-210.
- Yasin, M., Liébana-Cabanillas, F., Porcu, L., & Kayef, R. N. (2020). The role of customer online brand experience in customers' intention to forward online company-generated content: The case of the Islamic online banking sector in Palestine. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 52, 101902.
- Yusuf, M. (2018). The Analysis of Satisfaction of Public Service Accountability in the Office of Investment and Integrated Licensing Services (DPMPTSP) Jambi City, Jambi Province. *Journal of Politics and Policy*, 1(1), 69-81.
- Zeithaml, V.A., Berry, L. L. & Parasuraman, A. (1993). The nature and determinants of customer expectations of service. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 21(1): 1. Available at: 10.1177/0092070393211001.

Books

- A Alahmed, M. A. (2018). Identifying the Determents of Government E-Service Quality In the UAE.
- Abramovitz, M. (2017). Regulating the lives of women: Social welfare policy from colonial times to the present. Routledge.
- Al Zaabi, F., & Awamleh, R. (2019). Determinants of Soft Power: The Case of United Arab Emirates', Future Governments (Actions and Insights-Middle East North Africa, Volume 7). Emerald Publishing Limited.
- Aspalter, C. (2019). Democratization and welfare state development in Taiwan. Routledge.
- Barr, N. (2020). Economics of the welfare state. Oxford University Press, USA.
- Barrett, S. E. (2017). Health Literacy and the Culture of Health in the UAE.
- Baudrillard, J. (2016). The consumer society: Myths and structures. Sage.
- Beckford, J. A. (2019). Religion and advanced industrial society. Routledge.
- Bovee., and Thill., 2008. Business in Action With Real Updates. Fourth edition, Pearson Education, Inc.USA .
- Bryson, L. (1992). Welfare and the State: Who Benefits?: Who Benefits?. Macmillan International Higher Education.
- Castillo, E., & Fernández-Canteli, A. (2009). A unified statistical methodology for modeling fatigue damage. Springer Science & Business Media.
- Chitturi, R., Castaño, R., Cecilia Henriquez-Daza, M., & Carlos Londoño-Roldan, J. (2017). The Influence of Package Design on Consumer Preference. ACR Latin American Advances.
- Considine, M. (2001). Enterprising states: The public management of welfare-to-work. Cambridge University Press.
- Engbersen, G. (2019). Cultures of unemployment: A comparative look at long-term unemployment and urban poverty. Routledge.
- Eubanks, V. (2018). Automating inequality: How high-tech tools profile, police, and punish the poor. St. Martin's Press.

- Fitzsimmons, J., Fitzsimmons, M. 2006. *Service Management: operations, strategy, and information technology*. 5th edition. Boston [MA]: McGraw-Hill, cop.
- Galambos, L. (2019). *The public image of big business in America, 1880-1940: a quantitative study in social change*. JHU Press.
- Garcia-Zamor, J. C. (2019). *Public participation in development planning and management: cases from Africa and Asia*. Routledge.
- Gilbert, N. (2019). *Modernizing the Korean welfare state: Towards the productive welfare model*. Routledge.
- Goodin, R. E., & Le Grand, J. (2018). *Not only the poor: The middle classes and the welfare state*. Routledge.
- Goodman, J. (2019). *Strategic customer service: Managing the customer experience to increase positive word of mouth, build loyalty, and maximize profits*. Amacom.
- Grönroos, C. (2000). *Service management and marketing*. Chichester: Wiley.
- Grönroos, C. (2007). *Service management and marketing: customer management in service competition (3rd ed.)*. Chichester: Wiley.
- Hair Jr, J. F., Wolfinbarger, M., Money, A. H., Samouel, P., & Page, M. J. (2015). *Essentials of business research methods*. Routledge.
- Hoffman, K. & Bateson, J. (2006). *Services marketing: Concepts, strategies and cases*. 3rd Edn., Mason, OH: Thomson /South-Western.
- Huber, E., & Stephens, J. D. (2010). *Development and crisis of the welfare state: Parties and policies in global markets*. University of Chicago press.
- Jeff Toister 2012, (service failure) New York, Amacom.
- Johnson, W. and Weinstein, A., 2004. *Superior customer value in the new economy: concepts and cases*. 2nded. Florida: CRC Press LLC.
- Julius, D. N., & Jatmika, D. (2019). *The Role of Service Quality On Loyalty Among Low Cost Carrier Consumer*. *Psibernetika*, 12(1).

- Kagan, C., Burton, M., Duckett, P., Lawthom, R., & Siddiquee, A. (2019). *Critical community psychology: Critical action and social change*. Routledge.
- Kotler, P., and Armstrong, G., 2001. *Principles of Marketing*. 9th ed. Prentice Hall. Inc: New Jersey, United States.
- Kotler, P., Armstrong, G., Ang, S., H., Leong, S., M., Tan, C., T., Hon-Ming, O., Y., 2012. *Principles of Marketing, an Asian Perspective*. Pearson Education South Asia Pte Ltd.
- Kotler, P., Keller, K. 2006. *Marketing Management*. 12th edition. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Laothamatas, A. (2019). *Business associations and the new political economy of Thailand: From bureaucratic polity to liberal corporatism*. Routledge.
- Lovelock, C. H., & Wright, L. (2002). *Principles of service marketing and management* (2nd ed.). New Jersey, USA: Inc. Upper Saddle River.
- Lovelock, C., and Wirtz, J., 2011. *Services Marketing: People, Technology, Strategy*. 7th ed. Pearson Prentice Hall. Inc: Upper Saddle River, New Jersey.
- Manuel, P. C., & Glatzer, M. (Eds.). (2018). *Faith-Based Organizations and Social Welfare: Associational Life and Religion in Contemporary Western Europe*. Springer.
- Mayne, J. W. (2017). *Monitoring performance in the public sector: Future directions from international experience*. Routledge.
- Myers, J. (2019). *The Good Citizen: The Markers of Privilege in America*. Routledge.
- Myers, N. (2019). *A wealth of wild species: storehouse for human welfare*. Routledge.
- Nykamp, M. (2019). *The Customer Differential The Complete Guide to Implementing Customer Relationship Management*. American Management Association.
- Pearson, S. (2016). *Building brands directly: creating business value from customer relationships*. Springer.
- Piven, F. F., & Cloward, R. (2012). *Regulating the poor: The functions of public welfare*. Vintage.

- Riff, D., Lacy, S., & Fico, F. (2014). *Analyzing media messages: Using quantitative content analysis in research*. Routledge.
- Rubin, I. S. (2019). *The politics of public budgeting: Getting and spending, borrowing and balancing*. CQ Press.
- Schweitzer, S. O., & Lu, Z. J. (2018). *Pharmaceutical Economics and Policy: Perspectives, Promises, and Problems*. Oxford University Press.
- Sherraden, M., & Gilbert, N. (2016). *Assets and the poor: New American welfare policy*. Routledge.
- Sigwejo, A. O. (2015). *Evaluating e-government services: a citizen-centric framework*. Cape Peninsula University of Technology.
- Sipilä, J. (Ed.). (2019). *Social care services: the key to the Scandinavian welfare model*. Routledge.
- Steen, A. (2019). *Between past and future: elites, democracy and the state in post-communist countries: a comparison of Estonia, Latvia and Lithuania*. Routledge.
- Steiss, A. W. (2019). *Strategic management for public and nonprofit organizations*. Routledge.
- Titmuss, R. (2018). *Essays on the welfare state (reissue)*. Policy Press.
- Turban, Efraim (2002). *Electronic Commerce: A Managerial Perspective*, New York: Prentice
- Walsh, C. J. (2018). U.S. Patent No. 10,021,150. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.
- Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., Berry, L. L., & Berry, L. L. (1990). *Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations*. Simon and Schuster.
- Zeithaml, V., Bitner, M. 1996. *Services Marketing*. New York: McGraw-Hill.
- Zeithaml, V., Bitner, M. and Gremler, D., 2009. *Service marketing: integrating customer focus across the firm*. 5th ed. Singapore: McGraw-Hill Education.

Chapter in Book

- Al Khoury, G., Thrassou, A., & Papasolomou, I. (2020). Emotional Intelligence Towards Customer Relationship Marketing: The Case of Retail Banking in Lebanon. In *Handbook of Research on Contemporary Consumerism* (pp. 263-284). IGI Global.
- Alsharhan, A. S., & Kendall, C. S. C. (2019). Interpretations of Holocene Carbonate-Evaporites of Coastal and Inland Sabkhas of Abu Dhabi (United Arab Emirates) from Landsat Satellite Images and Field Survey. In *Sabkha Ecosystems* (pp. 151-187). Springer, Cham.
- Cramer, L. K. (2019). Access to Early Generation Seed: Obstacles for Delivery of Climate-Smart Varieties. In *The Climate-Smart Agriculture Papers* (pp. 87-98). Springer, Cham.
- Dave, S., & Shaikh, N. (2022). Technological Innovations in Supply Chain Management Towards a Circular Economy in the Healthcare Sector of the UAE. In *Handbook of Research on Green, Circular, and Digital Economies as Tools for Recovery and Sustainability* (pp. 142-155). IGI Global.
- Huda, M., Almunawar, M. N., Hananto, A. L., Rismayadi, B., Jasmi, K. A., Basiron, B., & Mustari, M. I. (2018). Strengthening Quality Initiative for Organization Stability: Insights From Trust in Cyberspace-Based Information Quality. In *Cases on Quality Initiatives for Organizational Longevity* (pp. 140-169). IGI Global.
- Jensen, S. (2018). Policy Implications of the UAE's Economic Diversification Strategy: Prioritizing National Objectives. In *Economic Diversification in the Gulf Region, Volume II* (pp. 67-88). Palgrave Macmillan, Singapore.
- Lin, N., Fu, Y. C., & Hsung, R. M. (2017). The position generator: Measurement techniques for investigations of social capital. In *Social capital* (pp. 57-81). Routledge.
- Malik, G., Vij, S., Tayal, D., & Jain, A. (2019). E-alive: An Integrated Platform Based on Machine Learning Techniques to Aware and Educate Common People with the Current Statistics of Maternal and Child Health Care. In *Data Science and Big Data Analytics* (pp. 29-42). Springer, Singapore.
- Meuleman, B. (2019). The economic context of solidarity. Period vs. cohort differences in support for income redistribution in Britain and the United States. *European Societies*, 1-28.

- Naidoo, V. (2020). Service Quality Imperative for Quality Assurance in Higher Education: A Case Study. In *Quality Management Implementation in Higher Education: Practices, Models, and Case Studies* (pp. 386-400). IGI Global.
- Nuttavuthisit, K. (2019). Turning Marketing Students into Active Citizens: The Learning of Consumption and Social-Related Marketing in Thailand. In *Social Entrepreneurship: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications* (pp. 983-1000). IGI Global.
- Ocasio, W., Rhee, L., & Milner, D. (2020). Attention, knowledge, and organizational learning. *The Oxford Handbook of Group and Organizational Learning*, 81.
- Ostrom, A. L., Fotheringham, D., & Bitner, M. J. (2019). Customer acceptance of AI in service encounters: understanding antecedents and consequences. In *Handbook of Service Science, Volume II* (pp. 77-103). Springer, Cham.
- Othman, A. A. A., & Moonesar, I. A. (2019). Electronic Health Record Management: Dubai Health Authority's Project 'SALAMA'. In *Future Governments* (pp. 187-203). Emerald Publishing Limited.
- Pavolini, E., León, M., Guillén, A. M., & Ascoli, U. (2016). From Austerity to Permanent Strain? The European Union and Welfare State Reform in Italy and Spain. In *The sovereign debt crisis, the EU and welfare state reform* (pp. 131-157). Palgrave Macmillan, London.
- RD, I. A. M., & Elsholkamy, M. M. The State of UAE Healthcare Service Delivery: Public Perceptions-Preliminary Insights. Moonesar, I. A., Stephens, M., Batey, M., & Hughes, D. J. (2019). *Government Innovation and Creativity: A Case of Dubai*. In *Future Governments* (pp. 135–155). Emerald Publishing Limited.
- Russell, A., & Edgar, I. R. (2002). Research and Practice in the Anthropology of Welfare. In *The anthropology of welfare* (pp. 12-26). Routledge.
- Rust, R. T., & Oliver, R. L. (1994). Service quality: insights and managerial implications from the frontier. In: Rust, R.T., & Oliver, R.L. (Eds.), *service quality: new directions in theory and practice*. Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 1–19.
- Song, J. W., & Huang, L. (2019). Japanese Social Welfare System Reform and Transformation of Social Governance. In *Japan Study as a Public Good in Asia* (pp. 3-15). Springer, Singapore.

Stauss, B., & Seidel, W. (2019). The Behavior of Dissatisfied Customers. In *Effective Complaint Management* (pp. 35-54). Springer, Cham.

van de Sand, F., Frison, A. K., Zotz, P., Riener, A., & Holl, K. (2020). The Role of Information Processing for Product Perception. In *User Experience Is Brand Experience* (pp. 17-35). Springer, Cham.

Wirtz, B. W. (2019). Digital Business. In *Digital Business Models* (pp. 51-81). Springer, Cham.

Conference Paper

Alhashmi, S. F., Salloum, S. A., & Abdallah, S. (2019, October). Critical success factors for implementing artificial intelligence (AI) projects in Dubai Government United Arab Emirates (UAE) health sector: applying the extended technology acceptance model (TAM). In *International Conference on Advanced Intelligent Systems and Informatics* (pp. 393-405). Springer, Cham.

Gokhale, S. S. (2019). Do PISA Scores Relate to Happiness? In *2019 IEEE Integrated STEM Education Conference (ISEC)* (pp. 111–116). IEEE.

Goyal, K., & Kar, A. K. (2020). Determinants of رضا العملاء in Telecommunication. In *Proceedings of ICETIT 2019* (pp. 754-761). Springer, Cham.

Guamán, D. S., del Alamo, J. M., Veljanova, H., Reichmann, S., & Haselbacher, A. (2019, July). Value-Based Core Areas of Trustworthiness in Online Services. In *IFIP International Conference on Trust Management* (pp. 81-97). Springer, Cham.

Kana, T. (2019, November). The Relationship Between Service Quality and Student Satisfaction of Campus Bus Transportation Service Users of University of Musamus Merauke. In *International Conference on Tourism, Economics, Accounting, Management, and Social Science (TEAMS 19)*. Atlantis Press.

Kardaras, D. K., Karakostas, B., Barbounaki, S. G., & Kaperonis, S. (2019). A Framework for Analyzing the Impact of Data Analytics and the Internet of Things on Digital Marketing. In *Techno-Social Systems for Modern Economical and Governmental Infrastructures* (pp. 211-240). IGI Global.

- Lazović, V., & Đuričković, T. (2012, May). eGovernment and the digital divide. In 2012 Proceedings of the 35th International Convention MIPRO (pp. 1459-1463). IEEE.
- Le Goc, M., Dragicevic, P., Huron, S., Boy, J., & Fekete, J. D. (2016, June). A better grasp on pictures under glass: Comparing touch and tangible object manipulation using physical proxies. In Proceedings of the International Working Conference on Advanced Visual Interfaces (pp. 76-83). ACM.
- Mansoor, S., Ferrer-Wreder, L., & Trost, K. (2019). Youth Well-Being Contextualized: Perceptions of Swedish Fathers. In *Child & Youth Care Forum* (pp. 1–23). Springer.
- Rajaratnam, S. D., Munikrishnan, U. T., Sharif, S. P., & Nair, V. (2014). Service quality and previous experience as a moderator in determining tourists' satisfaction with rural tourism destinations in Malaysia: a partial least squares approach. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 144, 203-211. DOI: 10.1016/j.sbspro.2014.07.288.
- Röber, M. (2012, July). Remunicipalization in Germany-Trends and Interpretations. In 22nd World Congress of IPSA, Madrid.
- Zainal, A. Y., & Salloum, S. A. (2021, March). Business excellence in enhancing global competitive advantage in healthcare sector of UAE. In *International Conference on Advanced Machine Learning Technologies and Applications* (pp. 260-274). Springer, Cham.
- Zakaria, Z. B., Ab Majid, M. N., Ahmad, Z., Johar, N., & Mazlan, M. A. (2018, January). Influence of TQM (Total Quality Management) on Organisation's Service Performance in Public Higher Learning Institutions. In *1st Economics and Business International Conference 2017 (EBIC 2017)*. Atlantis Press.

Case Study

- Alblooshi, M. I. M. I., & Kassim, E. S. (2021). Exploring Citizens' Perception of Abu Dhabi Policing e-Service Quality.
- Asif, R., & Dawood, M. (2017). Does New Public Management Practices Lead to Effective Public Welfare Responses in Pakistan.
- Axelsen, D. W. (2003). Welfare dependency and labor force participation: analyzing the welfare recipient.

- Aydin, S., & Özer, G. (2006). How switching costs affect subscriber loyalty in the Turkish mobile phone market: An exploratory study.
- Badran, B. A. (2019). A critical snapshot of the practice of public relations in the United Arab Emirates. *Public Relations in the Gulf Cooperation Council Countries: An Arab Perspective*.
- Bellizzi, M. G., dell'Olio, L., Eboli, L., & Mazzulla, G. (2020). Heterogeneity in desired bus service quality from users' and potential users' perspective. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 132, 365-377.
- Brunetto, Y., & Beattie, R. (2020). Changing role of HRM in the public sector.
- Chatfield, A. T., & Reddick, C. G. (2018). Customer agility and responsiveness through big data analytics for public value creation: A case study of Houston 311 on-demand services. *Government Information Quarterly*, 35(2), 336-347.
- Diener, E., & Tay, L. (2017). A scientific review of the remarkable benefits of happiness for successful and healthy living. *Happiness*, 90.
- Dugarova, E. (2019). Labor Activation, Social Protection and Poverty Reduction: The Case of Russia. *Russian Politics*, 4(3), 328-353.
- El-Haddadeh, R., Weerakkody, V., Osmani, M., Thakker, D., & Kapoor, K. K. (2019). Examining citizens' perceived value of internet of things technologies in facilitating public sector services engagement. *Government Information Quarterly*, 36(2), 310-320.
- Elnaghi, M., Alshawi, S. N., Kamal, M. M., Weerakkody, V., & Irani, Z. (2019). Exploring the role of a government authority in managing transformation in service re-engineering—Experiences from Dubai police. *Government Information Quarterly*, 36(2), 196-207.
- Ertekin, N., Ketzenberg, M. E., & Heim, G. R. (2019). Assessing impacts of store and salesperson dimensions of retail service quality on consumer returns. *Production and Operations Management*.
- Grace, J. G., Schweers, L., Anazodo, A., & Freyer, D. R. (2019). Evaluating and providing quality health information for adolescents and young adults with cancer. *Pediatric blood & cancer*.

- Gruys, K. (2019, March). "Making Over" Poor Women: Gender, Race, Class, and Body Size in a Welfare-to-Work Nonprofit Organization. In *Sociological Forum* (Vol. 34, No. 1, pp. 47-70).
- Helliwell, J. F., Layard, P. R. G., & Sachs, J. (2016). World happiness report 2016 update. Sustainable Development Solutions Network.
- Hurd, A. R., Barcelona, R. J., Zimmerman, J. A. M., & Ready, J. (2019). Leisure services management. *Human Kinetics*.
- Johnson, E. H. I. G. I. E., & Karley, J. (2018). Impact of service quality on customer satisfaction.
- Krekel, C., Ward, G., & De Neve, J.-E. (2019). Employee well-being, productivity, and firm performance: Evidence and case studies. *Global Happiness and Well-Being Policy Report*.
- LOO, P. T. (2019). Emotional intelligence and service encounters. *Emotional Intelligence in Tourism and Hospitality*, 46.
- Monferrer Tirado, D., Segarra Moliner, J. R., Estrada Guillén, M., & Moliner, M. A. (2019). Service Quality and Customer Loyalty in a Post-Crisis Context. Prediction-Oriented Modeling to Enhance the Particular Importance of a Social and Sustainable Approach.
- Nyberg, J. (2016). Lifestyle welfare in Sweden
- Obaid, Q. M. S., & Ahmad, M. F. (2021). The Linkage between E Government and Citizens' Satisfaction in UAE. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 3118-3130.
- Ocampo, L., Alinsub, J., Casul, R. A., Enquig, G., Luar, M., Panuncillon, N., ... & Ocampo, C. O. (2019). Public service quality evaluation with SERVQUAL and AHP-TOPSIS: A case of Philippine government agencies. *Socio-Economic Planning Sciences*, 68, 100604.
- Omar, M. S., Ariffin, H. F., & Ahmad, R. (2016). Service quality, customers' satisfaction and the moderating effects of gender: A study of Arabic restaurants. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 224, 384-392.

- Raja, S., & Mandour, K. (2019). Smart Homes: perceived benefits and risks by Swedish consumers.
- RD, I. A. M., & Elsholkamy, M. M.(2019) The State of UAE Healthcare Service Delivery: Public Perceptions-Preliminary Insights.
- Sharar, A., & Yousef, M. (2017). Measurement and Evaluation of Hotel Services Quality in the Light of International SERVQUAL Model and Ways for its Development Case study: Hotels operating in the Gaza Strip. Measurement and Evaluation of Hotel Services Quality in the Light of International SERVQUAL Model and Ways for its Development Case study: Hotels operating in the Gaza Strip.
- Stensöta, H. O., & Bendz, A. (2019). Public response to welfare policy retrenchment: The importance of trust in implementing agencies. The case of early retirement in Sweden 1999–2010. *Social Policy & Administration*.
- The National (2017). UAE Cabinet approves a record Dh51.4 billion federal budget for 2018: The focus is on healthcare, education and community wellbeing. Retrieved from: <https://www.thenational.ae/uae/government/uae-cabinet-approves-a-record-dh51-4-billion-federal-budget-for-2018-1.673877>
- Weiss-Dagan, S., & Cnaan, R. A. (2020). Understanding the evolution of national child welfare policies: The case of Israel. *Children and Youth Services Review*, 108, 104515.
- Westerlund, D., Leila, H., & Schmidt, P. (2019). Enhancing an airline's internal marketing to improve service quality and customer loyalty: A qualitative study expanding the Internal Marketing Model based on the case of Germania.
- World Government Summit (2014). The Government Summit Thought Leadership Series. The Arab Government Services Outlook 2014 Retrieved from: <https://www.worldgovernmentssummit.org/api/publications/document?id=339c5ec4-e97c-6578-b2f8-ff0000a7ddb6>.

Dissertation

- Beal, A. L. (2009). The political foundations of welfare development: Regime type, domestic pressures, and social spending in Latin America (Doctoral dissertation, University of Missouri--Columbia).
- Busshardt, B. (2014). Analysing the remunicipalisation of public services in OECD countries (Doctoral dissertation, Geschwister-Scholl-Institut für Politikwissenschaft).
- El-Salibi, B. A. (2012). Job satisfaction among registered nurses working in UAE Ministry of Health hospitals: demographic correlates (Doctoral dissertation, The British University in Dubai (BUiD)).
- Gamba, M. E. (2015). رضا العملاء on Service Quality: A Case Study of TANESCO Emergency Call Center (Doctoral dissertation, The Open University Of Tanzania).
- Moonesar, I. A. (2015). The Role of UAE Health Professionals in Maternal and Child Health Policy (Doctoral dissertation, Walden University).
- Oruko, E. A. (2019). Service Quality And رضا العملاء Among Account Holders Of Deposit Taking Savings And Credit Cooperative Societies In Nairobi City County, Kenya (Doctoral dissertation, Kenyatta University).
- Sarhan, H. A. S. (1995). Drugs abuse in the United Arab Emirates (Doctoral dissertation, Newcastle University).
- Snipes, R. S. (2019). Classroom Effects of Ultra-brief Mindfulness on Entrepreneurial Self-efficacy and Empathy (Doctoral dissertation, Prescott College).
- Tan, S. F. (2014). An Impact of Service Quality Towards رضا العملاء in Pos Malaysia: The Mediating Role of Self-service Technologies (Doctoral dissertation, Universiti Sains Malaysia).

المراجع العربية

جاد, ا. ب. ع. ج. و. & جاد, ا. ب. ع. (2018). الرضا عن جودة التعليم وعلاقته بكل من الذكاء الوجداني ونوعية الحياة (دراسة مقارنة لدى عينة من تلاميذ المرحلة الإعدادية بالتعليم العام). مجلة كلية التربية في العلوم النفسية, 42(4), 283-375.

جدعة, ا. ر. سعد, س. م., الداغر, & مشرف, م. م. (2019). الصورة الذهنية لدى الجمهور عن خدمات وزارة الصحة: دراسة ميدانية. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

على, ع. (2019). الإدارة الرقمية والخدمة العمومية أي إدارة؟ وأي خدمة، أي مجتمع؟. فوزية, ب. ع. (2019). المرفق العام الإلكتروني ومدى فعالية الأداء الحكومي في تقديم الخدمة العمومية المحققة لرضا المواطن.

ماضي, ك. أ. أ. (2016). علاقة رضا المواطن بأداء مؤسسات القطاع العام في قطاع غزة. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية, 24(1).



UUM
Universiti Utara Malaysia

المُلحق 1 – الاستبيان

عزيزي المشارك:

هذا الاستبيان ذو أغراض بحثية أكاديمية لدراسة في مرحلة الدكتوراه بعنوان " تأثير عوامل جودة الخدمات المقدمة من طرف وزارة الصحة ووقاية المجتمع على رفاهية السكان في دولة الإمارات العربية المتحدة: الدور الوسيط لرضا العملاء".

لذا نرجو تعاونكم في المشاركة في الاستبانة علماً أنّ مشاركتكم اختيارية والمعلومات تحظى بسريّة تامة ولن يتمّ مشاركة المعلومات مع أيّة جهة بخلاف الجامعة ذات العلاقة.

شكراً على وقتكم ودعمكم

القسم (أ) : الحافظة الديمغرافية للمجيب : يُرجى وضع علامة في المربع المناسب.

1. الجنس

أنثى	ذكر

2. العمر

أكثر من 55	46 - 55	36 - 45	26 - 35	18 - 25

3. المؤهل العلمي

المدرسة الثانوية	دبلوم	بكالوريا	دراسات عليا	أخرى

4. الحالة الإجتماعية

متزوج	غير متزوج إداري	أرمل	مطلق وسطي

5. نوع الإقامة

مواطن	تصاريح عمل	خليجي	إقامة دائمة

6. الموقع

دبي	أبو ظبي	الشارقة	أخرى

القسم (ب) : الرأي الخاص بالمجيب: يرجى وضع علامة في المربع المناسب.

العناصر الملموسة لجودة الخدمة	لأوافق مطلقا	لأوافق	محايد	أوافق بشدة
1 المظاهر الخارجية لها تأثير أساسي على جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية				
2 مظهر الموظفين عامل هام في تحديد جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية				
3 الجاذبية المرئية للمرافق المادية تؤثر على جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية				
4 الجاذبية البصرية للمواد المرتبطة بالخدمة مثل المنشورات تؤثر على جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية				
5 البيئة المحيطة هي أحد العوامل الرئيسية للتأثير على إدراك العملاء لجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية				

أوافق بشدة	أوافق	محايد	لاأوافق	لاأوافق مطلقا	الموثوقية في جودة الخدمة
					1 القدرة على أداء الخدمة الموعودة لها تأثير أساسي على جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					2 وعود المؤسسة عامل هام في تحديد جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					3 حل المشكلات والتسعير تؤثر على جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					4 وضوح جوانب الخدمة هي أحد العوامل الرئيسية للتأثير على إدراك العملاء لجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					5 الإخلاص في تقديم الخدمات محدد رئيس لجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية

أوافق بشدة	أوافق	محايد	لاأوافق	لاأوافق مطلقا	الاستجابة في جودة الخدمة
					1 الاستجابة بالسرعة في تقديم الخدمة لها تأثير أساسي على جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					2 زيادة التفاعل بين العملاء والمؤسسة عامل هام في تحديد جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					3 عامل الوقت للحصول على الخدمة يؤثر على جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					4 الاستجابة المعتمدة على التقدم في تكنولوجيا المعلومات هي أحد العوامل الرئيسية للتأثير على إدراك العملاء لجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					5 تفاعل مقدمو الخدمات بسرعة مع حل مشكلة العملاء محدد رئيس لجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية

أوافق بشدة	أوافق	محايد	لاأوافق	لاأوافق مطلقاً	ضمان الخدمة في جودة الخدمة
					1 معرفة وخصوصية الموظفين وقدرتهم على إلهام الثقة له تأثير أساسي على جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					2 بناء الثقة والاعتماد على معرفة الشركة وقدرتها عامل هام في تحديد جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					3 الإلهام والتحفيز وزيادة الثقة يؤثر على جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					4 معرفة الموظفين وإدارتهم وقدرتهم على إثارة الثقة هي أحد العوامل الرئيسية للتأثير على إدراك العملاء لجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					5 مشاركة المعلومات محدد رئيس لجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية

أوافق بشدة	أوافق	محايد	لاأوافق	لاأوافق مطلقاً	التعاطف في جودة الخدمة
					1 التخصيص وفقاً لمتطلبات العملاء له تأثير أساسي على جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					2 إنشاء علاقة شخصية عامل هام في تحديد جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					3 الخصوصية أو الفرادة تؤثر على جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					4 تفهم الوزارة تفضيلات خدمة العملاء هي أحد العوامل الرئيسية للتأثير على إدراك العملاء لجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					5 توفير الرعاية والاهتمام الفردي للعملاء محدد رئيس لجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية

أوافق بشدة	أوافق	محايد	لاأوافق	لاأوافق مطلقاً	رضا العملاء في جودة الخدمة
					1 رضا العملاء كنتيجة للتقييم المعرفي والعاطفي له تأثير أساسي على جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					2 الأداء المتوقع الذي يتخطى التوقعات عامل هام في تحديد رضا العملاء عن جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					3 المقارنة داخلية لتوقعات العميل كمؤشر لنيل رضا تؤثر على جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					4 الرضا التراكمي إلى التقييم الشامل للعميل لتجربته هو أحد العوامل الرئيسية للتأثير على إدراك العملاء لجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					5 تقييمات الرضا المتعددة في تقييم الجودة الشامل محدد رئيس لجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية

أوافق بشدة	أوافق	محايد	لاأوافق	لاأوافق مطلقاً	الرفاهية المتصورة في جودة الخدمة
					1 التفضيلات الجماهيرية لها تأثير أساسي على جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					2 توزيع الدخل بشكل عادل عامل هام في تحديد الرفاهية المتصورة الناتجة عن جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					3 سياسات الرعاية الحكومية مؤشر للرفاهية المتصورة يتأثر بجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					4 المساواة في الدخل والبطالة والنمو الاقتصادي طويل الأجل هو أحد العوامل الرئيسية للتأثير على الرفاهية المتصورة للعملاء والتي تتأثر بجودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية
					5 تشديد حقوق الرفاهية من خلال أنظمة المشروطة تحسن الرفاهية المتصورة المعتمدة على جودة الخدمات المقدمة بوزارة الصحة الإماراتية

المُلحق 2 – التحليل الديموغرافي

Frequencies

		Statistics					
		Gender	Age	Qualificati on	Marital_Stat us	Residency Type	Locatio n
N	Valid	390	390	390	390	390	390
	Missin g	0	0	0	0	0	0

Gender

		Gender			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Male	240	61.5	61.5	61.5
	Female	150	38.5	38.5	100.0
	Total	390	100.0	100.0	

Age

		Age			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	36-45 Years	121	31.0	31.0	31.0
	26-35 Years	80	20.5	20.5	51.5
	46-55 Years	75	19.2	19.2	70.8
	18-25 Years	68	17.4	17.4	88.2
	Above 55 Years	46	11.8	11.8	100.0
	Total	390	100.0	100.0	

Qualification

Qualification					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bachelor	256	65.6	65.6	65.6
	Diploma	45	11.5	11.5	77.2
	Post Graduate	43	11.0	11.0	88.2
	Others	25	6.4	6.4	94.6
	High School	21	5.4	5.4	100.0
	Total	390	100.0	100.0	

Status Marital

Marital_Status					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Married	184	47.2	47.2	47.2
	Single	160	41.0	41.0	88.2
	Widowed	24	6.2	6.2	94.4
	Divorced	22	5.6	5.6	100.0
	Total	390	100.0	100.0	

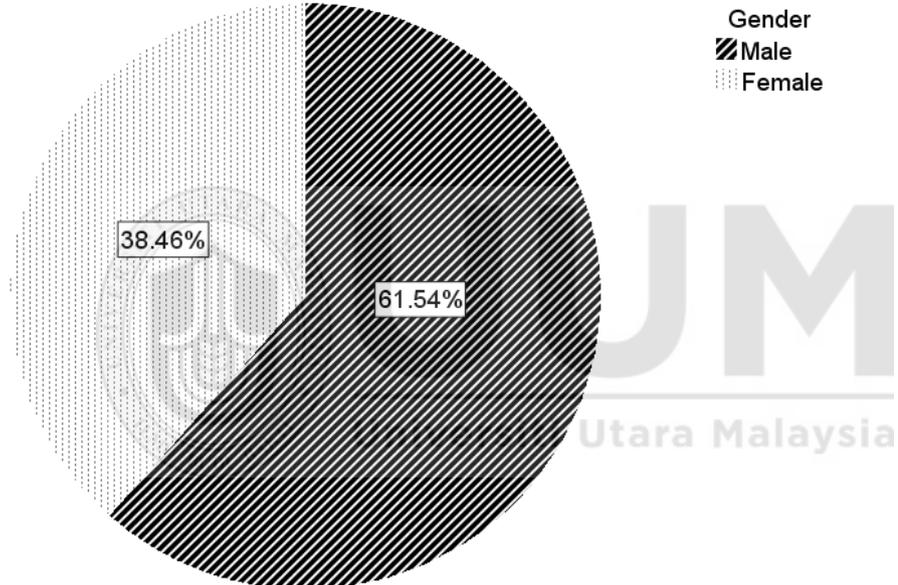
Residency Type

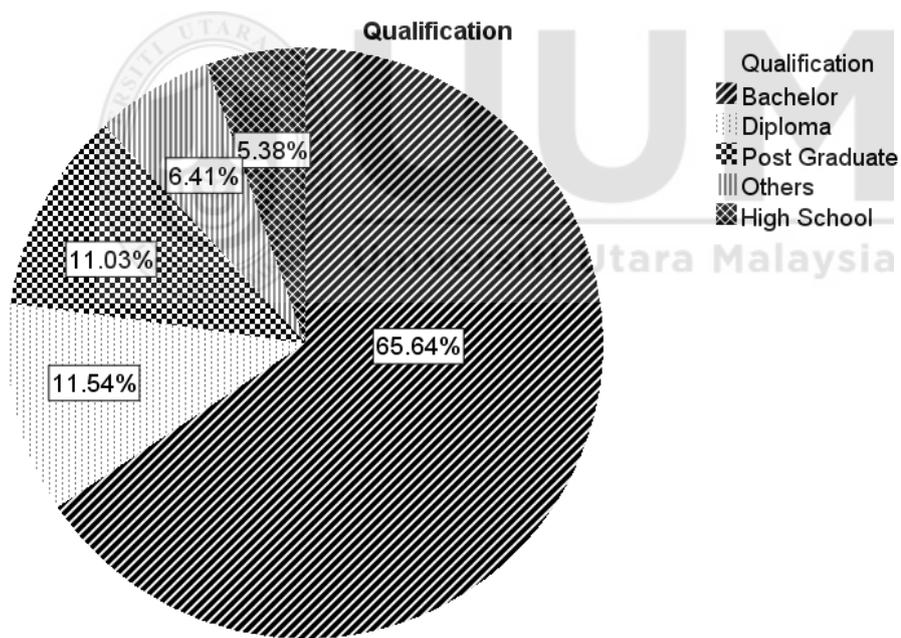
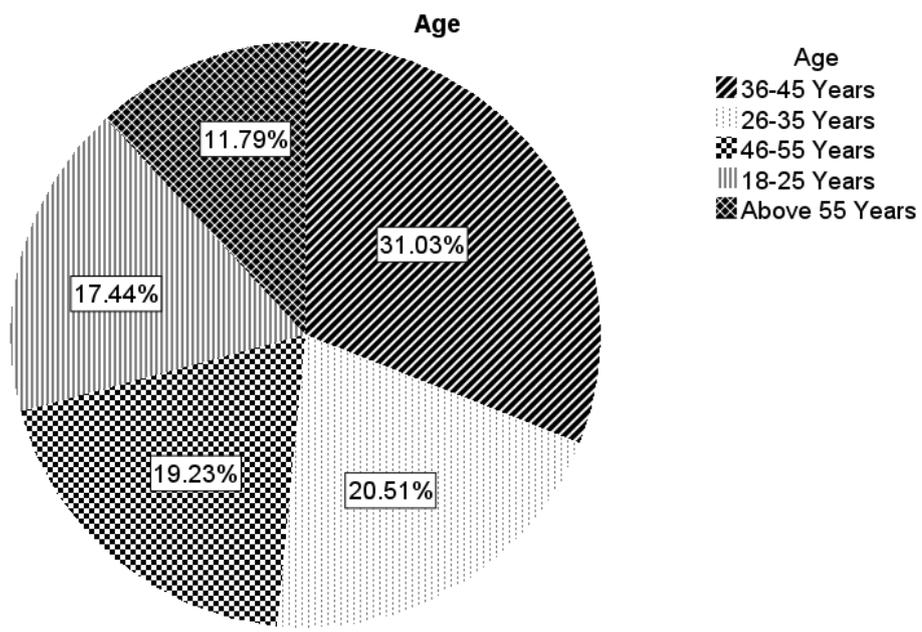
Residency Type					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Emirati Citizenship	207	53.1	53.1	53.1
	Working Permit	49	12.6	12.6	65.6
	Social Permit	48	12.3	12.3	77.9
	Other Gulf Union Citizenship	34	8.7	8.7	86.7
	Permenat Residence (Investment)	31	7.9	7.9	94.6
	Business Residence	21	5.4	5.4	100.0
	Total	390	100.0	100.0	

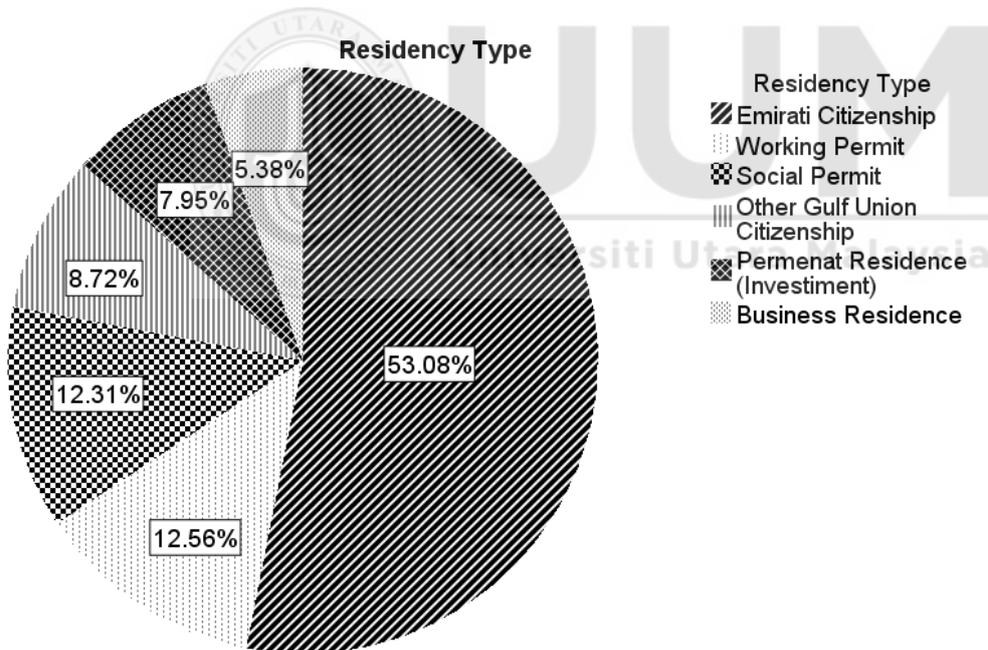
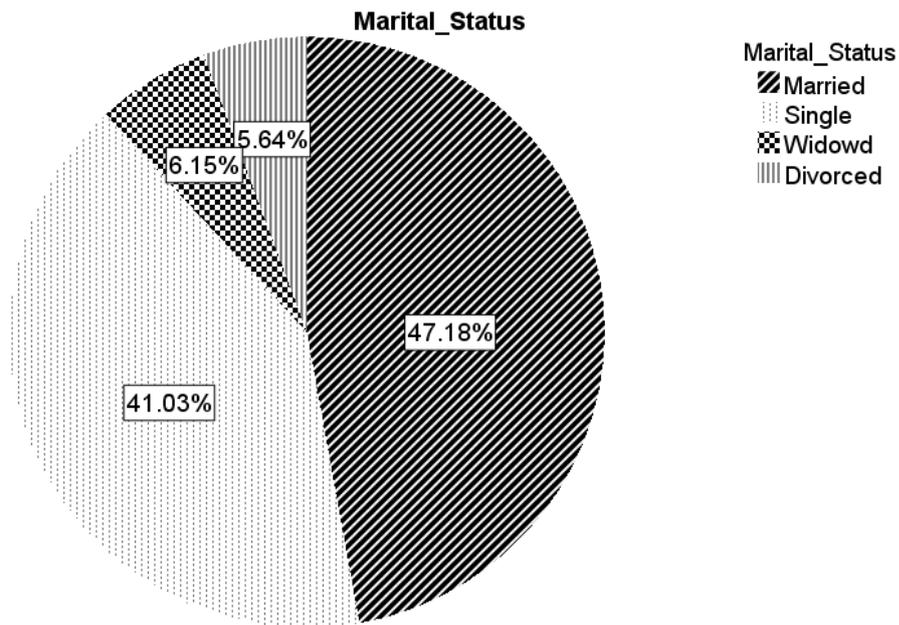
Location

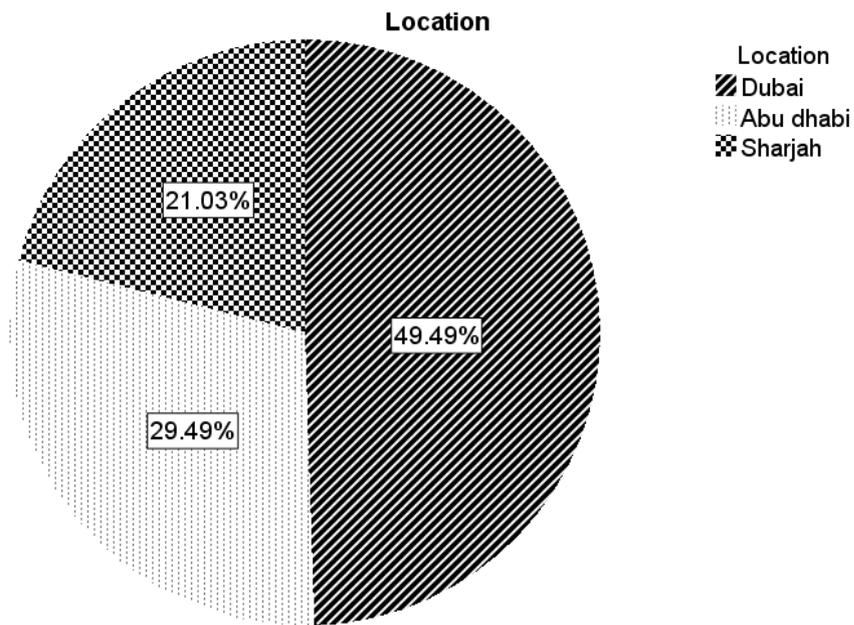
		Location			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dubai	193	49.5	49.5	49.5
	Abu Dhabi	115	29.5	29.5	79.0
	Sharjah	82	21.0	21.0	100.0
	Total	390	100.0	100.0	

Gender









المُلحق 3 – التحليل الوصفي

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CW_ALL	390	1.50	5.00	3.5543	.82049
CS_ALL	390	1.40	5.00	4.1031	.95468
TA_ALL	390	1.20	5.00	3.7246	1.06487
RY_ALL	390	1.00	5.00	3.8456	1.00070
RS_ALL	390	1.40	5.00	3.8128	.92146
AS_ALL	390	1.20	5.00	3.7477	.98133
EM_ALL	390	1.00	5.00	3.6713	1.16890
Valid N (listwise)	390				

DESCRIPTIVES VARIABLES=CW1 CW2 CW3 CW4 CW5 CW6 CW_ALL
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CW1	390	1	5	3.53	.936
CW2	390	1	5	3.56	1.019
CW3	390	1	5	3.53	.911
CW4	390	1	5	3.70	.905
CW5	390	1	5	3.21	1.284
CW6	390	1	5	3.79	1.322
CW_ALL	390	1.50	5.00	3.5543	.82049
Valid N (listwise)	390				

DESCRIPTIVES VARIABLES=CS1 CS2 CS3 CS4 CS5 CS_ALL
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives

	Descriptive Statistics				
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CS1	390	2	5	4.24	.926
CS2	390	2	5	4.24	.962
CS3	390	1	5	3.83	1.309
CS4	390	1	5	4.24	1.194
CS5	390	1	5	3.97	1.180
CS_ALL	390	1.40	5.00	4.1031	.95468
Valid N (listwise)	390				

DESCRIPTIVES VARIABLES=TA1 TA2 TA3 TA4 TA5 TA_ALL
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives

	Descriptive Statistics				
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
TA1	390	1	5	3.56	1.431
TA2	390	1	5	3.80	1.189
TA3	390	1	5	3.73	1.454
TA4	390	1	5	3.84	1.277
TA5	390	1	5	3.69	1.298
TA_ALL	390	1.20	5.00	3.7246	1.06487
Valid N (listwise)	390				

DESCRIPTIVES VARIABLES=RY1 RY2 RY3 RY4 RY5 RY_ALL
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
RY1	390	1	5	3.80	1.228
RY2	390	1	5	3.79	1.160
RY3	390	1	5	3.72	1.122
RY4	390	1	5	3.92	1.187
RY5	390	1	5	4.00	.992
RY_ALL	390	1.00	5.00	3.8456	1.00070
Valid N (listwise)	390				

DESCRIPTIVES VARIABLES=RS1 RS2 RS3 RS4 RS5 RS_ALL
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
RS1	390	1	5	3.75	1.245
RS2	390	1	5	3.99	1.019
RS3	390	1	5	3.87	1.096
RS4	390	1	5	3.79	1.099
RS5	390	1	5	3.66	1.108
RS_ALL	390	1.40	5.00	3.8128	.92146
Valid N (listwise)	390				

DESCRIPTIVES VARIABLES=AS1 AS2 AS3 AS4 AS5 AS_ALL
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
AS1	390	1	5	3.74	1.228
AS2	390	1	5	3.58	1.365
AS3	390	1	5	3.75	1.201
AS4	390	1	5	3.95	1.097
AS5	390	1	5	3.72	1.338
AS_ALL	390	1.20	5.00	3.7477	.98133
Valid N (listwise)	390				

DESCRIPTIVES VARIABLES=EM1 EM2 EM3 EM4 EM5 EM_ALL
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
EM1	390	1	5	3.58	1.525
EM2	390	1	5	3.82	1.283
EM3	390	1	5	3.88	1.261
EM4	390	1	5	3.66	1.286
EM5	390	1	5	3.41	1.317
EM_ALL	390	1.00	5.00	3.6713	1.16890
Valid N (listwise)	390				

PLS Algorithm - All Items Model – 4 الملحق

Outer Loadings

	AS	CS	CW	EM	RS	RY	TA
AS1	0.755						
AS2	0.760						
AS3	0.766						
AS4	0.878						
AS5	0.788						
CS1		0.874					
CS2		0.912					
CS3		0.814					
CS4		0.848					
CS5		0.848					
CW1			0.768				
CW2			0.798				
CW3			0.795				
CW4			0.845				
CW5			0.847				
CW6			0.603				
EM1				0.864			
EM2				0.873			
EM3				0.954			
EM4				0.875			
EM5				0.813			
RS1					0.834		
RS2					0.773		
RS3					0.889		
RS4					0.878		
RS5					0.742		
RY1						0.840	
RY2						0.899	
RY3						0.929	
RY4						0.853	
RY5						0.875	
TA1							0.792
TA2							0.841
TA3							0.863
TA4							0.714
TA5							0.783

Outer Weights

	AS	CS	CW	EM	RS	RY	TA
AS1	0.222						
AS2	0.232						
AS3	0.228						
AS4	0.286						
AS5	0.292						
CS1		0.239					
CS2		0.254					
CS3		0.224					
CS4		0.234					
CS5		0.211					
CW1			0.201				
CW2			0.208				
CW3			0.213				
CW4			0.230				
CW5			0.235				
CW6			0.193				
EM1				0.215			
EM2				0.229			
EM3				0.265			
EM4				0.236			
EM5				0.190			
RS1					0.193		
RS2					0.183		
RS3					0.290		
RS4					0.307		
RS5					0.229		
RY1						0.179	
RY2						0.245	
RY3						0.241	
RY4						0.234	
RY5						0.235	
TA1							0.240
TA2							0.267
TA3							0.316
TA4							0.200
TA5							0.217

R Square

	R Square	R Square Adjusted
CS	0.242	0.232
CW	0.541	0.534

f Square

	AS	CS	CW	EM	RS	RY	TA
AS		0.082	0.075				
CS			0.384				
CW							
EM		0.016	0.098				
RS		0.052	0.024				
RY		0.018	0.002				
TA		0.022	0.001				

Construct Reliability and Validity

	Cronbach's Alpha	rho_A	Composite Reliability	Average Variance Extracted (AVE)
AS	0.849	0.860	0.892	0.625
CS	0.911	0.915	0.934	0.739
CW	0.868	0.874	0.902	0.609
EM	0.924	0.935	0.943	0.769
RS	0.884	0.911	0.914	0.681
RY	0.927	0.934	0.945	0.774
TA	0.860	0.880	0.899	0.641

Discriminant Validity - Fornell-Larcker Criterion

	AS	CS	CW	EM	RS	RY	TA
AS	0.790						
CS	0.347	0.860					
CW	0.427	0.653	0.780				
EM	0.158	0.245	0.405	0.877			
RS	0.157	0.305	0.340	0.187	0.825		
RY	0.105	0.213	0.212	0.201	0.104	0.880	
TA	0.193	0.263	0.258	0.191	0.183	0.148	0.800

Discriminant Validity – Cross Loading

	AS	CS	CW	EM	RS	RY	TA
AS1	0.755	0.220	0.310	0.095	0.127	0.098	0.106
AS2	0.760	0.216	0.334	0.149	0.075	0.043	0.180
AS3	0.766	0.249	0.300	0.115	0.128	0.062	0.164
AS4	0.878	0.306	0.380	0.146	0.136	0.155	0.247
AS5	0.788	0.355	0.354	0.116	0.151	0.052	0.068
CS1	0.279	0.874	0.586	0.267	0.248	0.210	0.200
CS2	0.338	0.912	0.602	0.226	0.288	0.198	0.278
CS3	0.236	0.814	0.561	0.209	0.249	0.161	0.222
CS4	0.326	0.848	0.560	0.173	0.272	0.160	0.233
CS5	0.311	0.848	0.490	0.172	0.252	0.184	0.194
CW1	0.269	0.494	0.768	0.317	0.228	0.129	0.185
CW2	0.362	0.491	0.798	0.290	0.249	0.131	0.148
CW3	0.351	0.484	0.795	0.319	0.298	0.214	0.219
CW4	0.319	0.542	0.845	0.379	0.272	0.251	0.256
CW5	0.348	0.561	0.847	0.346	0.330	0.145	0.216
CW6	0.352	0.474	0.603	0.230	0.200	0.108	0.173
EM1	0.123	0.176	0.349	0.864	0.161	0.147	0.161
EM2	0.142	0.230	0.347	0.873	0.173	0.187	0.175
EM3	0.159	0.257	0.406	0.954	0.185	0.217	0.185
EM4	0.173	0.230	0.361	0.875	0.173	0.157	0.171
EM5	0.083	0.166	0.302	0.813	0.122	0.171	0.139
RS1	0.136	0.195	0.219	0.139	0.834	0.049	0.144

RS2	0.084	0.184	0.208	0.156	0.773	0.063	0.156
RS3	0.162	0.308	0.315	0.114	0.889	0.094	0.157
RS4	0.148	0.291	0.364	0.216	0.878	0.125	0.148
RS5	0.102	0.241	0.250	0.141	0.742	0.079	0.157
RY1	0.060	0.139	0.154	0.176	0.082	0.840	0.127
RY2	0.100	0.212	0.187	0.174	0.087	0.899	0.155
RY3	0.084	0.180	0.213	0.193	0.120	0.929	0.152
RY4	0.095	0.198	0.184	0.166	0.081	0.853	0.105
RY5	0.117	0.196	0.187	0.179	0.088	0.875	0.109
TA1	0.113	0.212	0.183	0.094	0.075	0.141	0.792
TA2	0.171	0.213	0.228	0.186	0.179	0.099	0.841
TA3	0.190	0.267	0.255	0.148	0.140	0.101	0.863
TA4	0.115	0.165	0.166	0.188	0.185	0.114	0.714
TA5	0.171	0.177	0.182	0.156	0.168	0.150	0.783

Discriminant Validity Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT)

	AS	CS	CW	EM	RS	RY	TA
AS							
CS	0.387						
CW	0.498	0.734					
EM	0.175	0.262	0.448				
RS	0.175	0.328	0.372	0.204			
RY	0.115	0.229	0.233	0.217	0.110		
TA	0.223	0.290	0.292	0.216	0.216	0.169	

Collinearity Statistics (VIF) - Outer VIF Values

	VIF
AS1	1.787
AS2	1.840
AS3	1.764
AS4	2.624
AS5	1.674
CS1	2.893
CS2	4.101
CS3	2.246
CS4	3.031
CS5	2.549
CW1	1.861
CW2	2.150
CW3	2.116
CW4	2.891
CW5	2.935
CW6	1.550
EM1	3.138
EM2	3.141
EM3	7.393
EM4	3.797
EM5	2.455
RS1	3.683
RS2	3.183
RS3	3.074
RS4	2.992
RS5	1.678
RY1	2.584
RY2	3.729
RY3	5.062
RY4	2.476
RY5	3.062
TA1	1.866
TA2	2.142
TA3	2.201
TA4	1.553
TA5	1.858

Collinearity Statistics (VIF) - Inner VIF Values

	AS	CS	CW	EM	RS	RY	TA
AS		1.071	1.158				
CS			1.319				
CW							
EM		1.106	1.123				
RS		1.076	1.132				
RY		1.062	1.081				
TA		1.097	1.122				

Model_Fit

	Saturated Model	Estimated Model
SRMR	0.047	0.047
d_ULS	1.491	1.491
d_G	0.701	0.701
Chi-Square	1555.167	1555.167
NFI	0.840	0.840

Latent Variable

Case ID	AS	CS	CW	EM	RS	RY	TA
1	1.044	0.932	1.790	0.978	1.010	1.157	1.188
2	1.081	0.932	1.644	1.122	1.290	1.157	1.188
3	0.911	0.932	1.575	1.122	1.290	0.551	1.188
4	1.262	0.932	1.644	1.122	0.538	1.157	1.021
5	1.001	0.932	1.607	1.122	0.662	1.157	1.188
6	1.081	0.932	1.575	0.407	0.804	1.157	1.021
7	0.241	0.932	1.429	0.978	1.290	1.011	1.188
8	0.241	0.932	1.429	1.122	0.358	-0.340	-0.188
9	0.060	0.932	1.341	0.653	0.876	0.150	1.031
10	1.072	0.932	1.429	0.978	0.524	-0.048	1.031
11	0.071	0.932	1.168	0.938	0.176	0.705	0.685
12	0.902	0.932	1.157	0.260	0.804	-0.857	1.188
13	0.241	0.932	1.283	0.978	0.590	0.551	1.188
14	1.001	0.932	1.283	-0.454	1.010	0.282	1.188
15	1.262	0.932	1.294	0.978	1.083	-0.448	0.853
16	0.241	0.932	1.168	0.978	-0.128	1.157	1.031
17	1.262	0.932	1.168	0.474	-0.364	0.946	-1.144
18	1.262	0.932	1.283	0.465	0.354	-0.995	1.188
19	0.048	0.932	1.136	0.260	0.203	0.296	1.031
20	1.081	0.932	0.902	-0.034	0.147	-0.134	0.422
21	1.001	0.932	0.882	-0.310	1.083	0.150	-0.681
22	0.071	0.932	0.934	-0.208	-0.128	-0.263	1.188
23	0.241	0.932	0.833	1.122	0.203	0.946	1.188
24	0.319	0.932	0.494	0.978	-0.312	0.920	1.188
25	0.127	0.932	0.483	0.465	-0.553	0.942	1.031
26	-0.099	0.932	0.444	0.263	1.083	-0.340	0.147
27	0.388	0.932	0.494	-0.449	1.083	0.920	1.188
28	-0.452	0.932	0.483	0.938	1.290	-0.620	1.188
29	0.241	0.932	0.483	0.978	1.290	1.157	0.243

30	0.501	0.932	0.483	1.122	-0.611	-0.316	0.104
31	-2.071	0.932	0.393	1.122	1.290	-1.718	1.188
32	1.001	0.932	0.393	0.450	-0.832	-0.263	0.517
33	0.082	0.932	0.318	-1.023	1.290	-0.340	1.031
34	-2.452	0.932	0.297	-1.023	1.290	-0.276	0.853
35	0.401	0.932	0.406	0.978	1.083	-0.276	0.186
36	1.262	0.932	0.406	0.978	0.358	-0.263	0.025
37	0.241	0.932	0.348	1.122	0.804	-0.316	-0.799
38	-0.951	0.932	0.348	-1.023	-0.052	-0.116	1.188
39	0.241	0.932	0.279	0.653	-0.553	1.011	-0.134
40	1.262	0.932	0.389	0.474	-0.755	0.960	1.188
41	0.082	0.932	0.348	0.653	-0.818	0.920	0.518
42	-0.429	0.932	0.103	0.938	0.203	0.946	0.254
43	-0.965	0.932	0.103	0.186	-1.557	0.705	-1.005
44	-0.099	0.932	0.172	0.015	0.524	-0.474	0.517
45	-0.366	0.932	0.103	-1.385	0.804	-0.462	1.188
46	-2.452	0.932	0.164	0.474	-0.884	0.177	-0.724
47	-0.121	0.932	0.318	0.513	-0.755	-0.273	0.176
48	1.044	0.932	-0.012	0.938	1.083	-0.766	0.472
49	-0.781	0.932	-0.336	-1.023	0.354	-0.766	-0.645
50	0.310	0.932	-0.305	-2.313	-1.523	1.011	0.718
51	-0.551	0.932	-0.038	0.653	-1.109	-0.316	0.422
52	-0.781	0.932	-0.197	0.407	1.290	-0.276	-0.681
53	-0.842	0.932	-0.038	-0.169	-2.128	-1.094	1.188
54	0.051	0.932	-0.452	-1.454	1.290	-2.660	1.188
55	-0.099	0.932	-0.508	-1.492	0.804	0.946	1.031
56	-0.781	0.932	-2.057	0.978	0.538	0.942	1.188
57	0.538	0.932	-2.076	0.938	-0.439	1.011	1.188
58	0.551	0.736	1.575	1.122	-0.677	1.157	1.188
59	1.262	0.736	1.644	0.938	0.804	0.705	1.031
60	1.044	0.761	1.607	1.122	0.590	1.011	1.021
61	1.262	0.761	1.575	0.508	0.876	1.157	1.188
62	1.262	0.736	1.575	-0.454	0.358	0.150	1.021
63	1.081	0.668	1.575	0.938	1.290	0.150	1.188
64	1.044	0.736	1.644	0.978	0.176	1.157	0.422
65	1.001	0.674	1.644	0.294	1.083	0.296	0.422
66	-0.704	0.674	1.341	0.329	1.025	0.282	0.147
67	1.001	0.753	1.341	0.978	1.083	0.150	1.021
68	1.081	0.761	1.294	0.061	0.538	-0.857	0.422
69	0.051	0.761	1.168	0.938	-0.004	1.157	0.415
70	-1.407	0.668	1.283	0.978	0.147	1.157	-0.134

71	0.071	0.674	1.157	1.122	1.010	-0.697	1.188
72	-0.099	0.761	1.283	1.122	1.083	-0.251	0.472
73	1.001	0.761	0.964	-0.167	1.290	0.150	0.518
74	0.551	0.674	0.974	-0.978	1.083	-0.194	0.415
75	0.241	0.761	0.494	1.122	1.083	1.157	0.025
76	1.262	0.668	0.483	1.122	1.290	0.946	0.086
77	1.262	0.674	0.494	0.978	1.290	1.157	0.025
78	0.082	0.753	0.393	1.122	0.590	1.157	0.086
79	-0.020	0.761	0.494	0.978	0.590	-0.646	0.147
80	-0.090	0.753	0.483	0.978	0.662	0.920	-0.081
81	1.001	0.761	0.494	0.978	0.524	0.946	0.025
82	0.022	0.674	0.483	0.978	0.662	0.942	0.086
83	1.262	0.761	0.572	0.978	0.203	1.011	0.147
84	-0.366	0.668	0.483	0.938	0.354	0.705	1.188
85	0.712	0.674	0.494	0.978	0.203	0.705	1.031
86	1.001	0.736	0.443	1.122	0.147	0.705	1.021
87	1.262	0.736	0.494	1.122	0.203	-0.316	-1.179
88	1.081	0.753	0.572	-0.129	0.203	-0.263	0.646
89	1.081	0.736	0.494	-0.165	0.203	-0.273	0.517
90	1.001	0.736	0.494	-0.065	0.354	-0.134	0.422
91	1.072	0.761	0.483	-0.034	-0.128	-0.263	0.415
92	1.001	0.668	0.483	-0.310	0.074	-0.316	0.422
93	1.081	0.761	0.534	-0.208	-0.052	-0.474	0.415
94	1.001	0.668	0.475	-0.167	-0.132	-0.448	1.188
95	1.081	0.674	0.464	-0.129	1.290	-0.462	1.188
96	0.051	0.736	0.444	-0.129	1.290	-0.462	0.069
97	0.241	0.761	0.483	-0.244	1.290	-0.474	-1.286
98	0.241	0.761	0.475	0.658	1.290	-0.340	1.031
99	0.051	0.753	0.464	1.122	1.290	-0.496	1.188
100	0.241	0.736	0.464	0.978	0.176	-0.340	-0.082
101	0.051	0.674	0.494	0.938	1.083	-0.340	0.517
102	-0.090	0.668	0.464	0.978	0.023	-0.496	0.422
103	-0.196	0.674	0.483	0.978	0.876	-0.340	0.646
104	-0.119	0.668	0.483	-1.060	0.804	1.157	1.031
105	-0.269	0.753	0.483	0.938	0.590	0.942	0.472
106	-0.358	0.736	0.483	0.653	0.203	0.960	0.087
107	-0.269	0.668	0.318	1.122	0.203	1.011	-1.615
108	-0.119	0.674	0.348	1.122	0.203	0.705	0.025
109	0.060	0.761	0.348	0.938	-0.052	-1.336	0.589
110	-0.269	0.668	0.419	-0.272	0.104	1.011	-1.486
111	-2.452	0.674	0.389	-0.281	-0.914	-0.909	0.472

112	1.262	0.736	0.228	-0.276	-0.004	-0.134	0.422
113	0.922	0.753	0.209	-0.276	0.176	-0.263	0.254
114	1.001	0.761	0.368	0.938	0.538	-0.273	-0.681
115	-0.851	0.668	0.376	0.110	1.083	-0.340	0.076
116	-0.781	0.753	0.528	0.079	0.876	-0.448	-0.021
117	1.262	0.753	0.228	-0.743	0.203	-0.340	-0.681
118	0.388	0.736	0.389	-1.205	-0.884	-0.340	-0.070
119	1.081	0.761	0.528	0.978	-0.346	-0.703	0.589
120	1.081	0.668	0.209	1.122	-2.542	-0.766	-0.681
121	-0.358	0.753	0.153	0.408	-2.697	1.157	0.254
122	0.241	0.761	-0.160	0.615	-0.210	-0.048	0.153
123	-2.452	0.674	-0.001	0.408	-0.818	1.011	0.290
124	0.310	0.668	-0.149	-0.272	0.203	-0.784	0.362
125	0.422	0.736	-0.210	-0.596	0.203	1.011	0.153
126	-0.099	0.674	-0.285	0.221	0.669	0.012	0.796
127	0.538	0.753	-0.076	-0.485	-1.391	1.011	0.853
128	1.081	0.674	-0.336	-0.377	-0.728	-0.857	1.188
129	0.411	0.736	-0.304	-1.023	-0.210	0.920	-0.506
130	0.241	0.736	-0.121	-0.924	-0.304	-0.766	-0.363
131	-0.099	0.736	-0.070	-0.313	0.147	1.157	0.639
132	0.241	0.761	-0.274	-0.978	-0.132	0.942	0.639
133	0.048	0.674	-0.450	0.333	1.083	1.157	0.639
134	-2.452	0.753	-0.331	-0.129	0.538	0.047	0.853
135	0.241	0.668	-0.284	0.797	-2.542	0.960	-0.456
136	-0.140	0.753	-0.508	-0.665	-2.697	0.920	0.422
137	-0.792	0.753	-0.450	-0.779	-0.076	1.011	-0.060
138	-0.732	0.668	-0.304	0.076	-0.553	0.705	-2.393
139	-1.802	0.753	-0.452	-0.103	-0.884	1.157	1.188
140	0.241	0.761	-0.432	-0.129	0.203	0.705	-2.157
141	-0.312	0.736	-0.450	-0.449	-0.004	-0.620	-2.157
142	0.310	0.761	-0.432	-0.924	-0.364	0.942	-1.286
143	-0.913	0.668	-0.482	0.306	-2.128	0.946	-2.157
144	-1.365	0.674	-0.489	-0.449	-2.386	0.705	-0.848
145	1.262	0.674	-0.802	-1.990	-0.210	0.960	1.188
146	-0.781	0.674	-1.162	-2.134	0.203	0.942	-2.000
147	1.081	0.668	-1.162	-1.385	-0.852	0.705	0.186
148	0.241	0.761	-1.701	-2.313	-2.128	-2.105	1.031
149	-2.452	0.668	-1.592	0.695	1.290	0.942	-0.082
150	-0.441	0.761	-1.403	-1.271	-2.128	1.011	1.188
151	-1.407	0.753	-1.690	-2.313	-0.004	1.157	0.796
152	-0.951	0.761	-1.630	-1.990	1.010	0.296	1.031

153	-0.312	0.761	-1.630	0.978	0.524	0.942	0.069
154	-2.452	0.753	-2.057	-2.134	0.074	0.705	0.518
155	0.582	0.761	-2.087	-2.134	-0.052	0.150	0.472
156	-2.452	0.761	-2.087	1.122	0.538	0.150	-2.157
157	0.241	0.674	-2.217	1.122	0.876	-1.718	-2.157
158	1.262	0.410	1.790	0.292	1.290	1.157	0.646
159	1.262	0.582	1.644	-1.385	0.804	0.150	0.025
160	1.081	0.582	1.147	0.978	0.203	-0.340	0.589
161	1.001	0.503	0.953	-0.978	0.804	-0.992	-2.157
162	1.001	0.503	0.964	0.978	0.804	-0.340	-0.791
163	1.262	0.503	0.974	0.978	-0.004	-0.496	-0.848
164	1.001	0.503	0.902	0.549	-0.553	-0.474	1.188
165	-0.099	0.503	0.786	-0.490	0.152	-0.448	1.031
166	0.071	0.557	0.297	1.122	1.083	-0.065	1.188
167	0.060	0.582	0.348	-0.104	-0.884	-0.462	1.188
168	0.241	0.557	0.209	1.122	-1.109	0.705	0.069
169	1.072	0.557	-0.081	0.015	0.662	1.157	-2.168
170	1.262	0.495	-0.432	-1.023	0.590	-0.048	-0.354
171	-1.184	0.565	-1.111	-0.978	0.804	-2.423	-1.073
172	-2.452	0.410	-2.108	0.978	0.876	-2.872	-0.018
173	1.072	0.324	1.147	1.122	0.662	0.705	0.315
174	0.641	0.324	1.136	0.978	0.538	1.157	-0.406
175	0.051	0.324	1.157	0.978	0.203	1.157	-1.494
176	1.044	0.324	1.157	1.122	0.203	0.705	0.796
177	1.081	0.377	1.147	-0.310	1.290	-0.316	1.188
178	1.044	0.410	0.942	0.482	-0.884	-0.462	0.517
179	1.001	0.324	0.932	0.338	0.927	0.150	-2.393
180	0.241	0.377	0.902	0.978	0.383	-0.766	0.169
181	0.241	0.402	0.903	-0.244	0.213	1.011	0.796
182	-0.140	0.324	0.964	-0.919	0.203	-0.273	0.086
183	-0.020	0.324	1.049	0.469	0.383	1.157	0.122
184	-0.121	0.324	1.004	0.405	-0.677	1.157	-0.018
185	-0.020	0.377	0.942	-0.083	0.538	1.011	-0.032
186	-0.090	0.410	0.964	0.474	-0.553	0.946	-1.615
187	-0.196	0.324	1.049	0.045	0.538	-0.620	-0.081
188	-0.119	0.324	0.902	-1.276	-0.106	-0.462	-0.082
189	-1.174	0.402	0.882	-2.169	-0.128	0.150	0.022
190	1.044	0.324	0.903	0.978	0.203	-0.496	0.147
191	0.241	0.324	0.974	0.474	0.176	-0.462	-0.898
192	0.241	0.324	1.049	-0.169	0.482	-0.048	0.472
193	0.218	0.324	0.974	-0.083	-0.210	0.942	0.518

194	0.241	0.324	0.828	0.978	1.290	-0.340	0.739
195	-0.289	0.324	0.698	-2.169	0.203	-0.831	-2.157
196	-0.121	0.410	0.483	0.836	1.083	0.920	-0.413
197	-0.020	0.324	0.494	0.338	1.290	0.705	-0.018
198	-0.119	0.324	0.464	-0.281	0.147	0.946	-1.409
199	-0.099	0.385	0.572	-0.779	1.083	1.157	0.226
200	1.262	0.324	0.464	0.978	0.538	-0.646	-1.286
201	1.081	0.238	0.483	-0.272	0.203	0.705	-0.082
202	1.001	0.238	0.494	0.363	0.203	-0.909	-0.081
203	1.001	0.238	0.464	-0.305	0.203	-0.766	0.639
204	-0.289	0.238	0.207	0.365	0.876	0.942	0.518
205	-0.121	0.377	0.419	0.978	1.083	-0.316	-1.170
206	-2.452	0.300	0.172	0.306	-1.232	-1.240	-1.301
207	-0.781	0.213	0.024	-0.088	-1.109	-0.703	-0.367
208	-0.951	0.385	-0.285	-0.490	0.203	-0.474	-1.144
209	0.501	0.324	-0.070	-0.635	0.203	0.960	-0.848
210	-0.289	0.324	-0.508	-1.458	-0.283	-2.251	-1.016
211	1.262	0.324	-0.432	0.978	-1.109	0.942	-0.082
212	1.262	0.410	-0.450	0.549	0.745	-2.635	0.517
213	0.241	0.324	-0.432	-1.023	0.203	-2.398	0.646
214	0.051	0.309	-0.587	-1.346	0.203	1.157	0.415
215	0.051	0.059	0.833	0.938	0.383	-0.263	0.025
216	1.262	0.059	0.756	0.767	1.025	0.942	0.069
217	-0.984	0.059	0.756	-0.083	1.290	0.960	0.025
218	-0.121	0.059	0.855	-0.208	1.290	-2.101	0.069
219	1.044	0.239	0.483	1.122	0.524	0.946	-0.018
220	-0.429	0.144	0.494	0.938	1.290	1.157	0.561
221	-1.578	0.059	0.483	0.938	0.203	-0.462	-0.456
222	1.081	0.059	0.494	0.978	0.203	-0.857	0.517
223	0.060	0.121	0.443	0.938	0.147	-2.303	-0.681
224	1.262	0.121	0.494	0.978	-0.004	1.157	-0.032
225	-2.452	0.059	0.464	-0.129	0.203	1.011	-0.082
226	-0.913	0.059	0.443	-0.129	0.203	0.705	-0.032
227	-1.350	0.121	0.494	-0.244	-0.210	-0.316	-0.082
228	1.262	0.059	0.483	0.260	-0.210	0.960	-0.134
229	1.262	0.121	0.483	-0.034	0.203	-0.263	-1.144
230	-0.842	0.059	0.443	0.186	0.354	-0.462	-1.144
231	1.262	0.059	0.494	0.122	-0.128	-0.340	-0.363
232	-0.020	0.121	0.209	0.978	0.074	-0.194	-1.530
233	-0.289	0.198	0.297	1.122	-0.052	-0.340	0.025
234	0.041	0.059	0.348	-0.272	1.290	-0.766	1.188

235	1.044	0.059	0.209	-0.129	0.332	-0.620	0.254
236	1.262	0.059	0.297	-0.160	0.203	-0.316	1.031
237	0.538	0.059	0.406	1.122	-0.884	-0.276	0.685
238	-1.609	0.059	0.318	-0.276	-0.884	-0.263	-2.157
239	1.262	0.059	0.065	-0.305	-1.109	-0.766	-2.157
240	-0.269	0.121	0.024	-0.635	-1.523	0.012	-0.400
241	0.241	0.152	-0.121	-0.779	1.083	-2.011	0.517
242	-0.480	0.059	-0.121	-0.774	0.383	1.011	0.025
243	0.051	0.042	-0.452	-1.201	0.176	0.946	0.422
244	0.874	0.034	-1.701	1.122	0.203	-0.134	0.646
245	-0.781	-0.027	0.964	-0.104	0.927	0.960	1.031
246	0.048	-0.137	0.855	-0.596	1.290	1.011	0.518
247	-0.387	-0.058	0.749	0.508	-1.523	-0.703	-2.157
248	-1.983	-0.118	0.844	0.263	0.538	-0.620	-1.144
249	0.241	-0.058	0.786	1.122	0.538	0.946	-2.168
250	0.276	-0.027	0.678	0.181	0.804	-0.474	1.188
251	1.001	-0.118	0.464	0.978	0.390	-0.474	0.853
252	1.262	-0.137	0.483	0.938	0.662	1.011	-0.731
253	1.262	-0.058	0.483	1.122	0.023	0.960	-0.231
254	0.538	-0.137	0.464	0.015	0.147	-1.971	0.853
255	0.241	-0.120	0.534	-0.449	-0.004	0.942	-1.530
256	1.262	-0.137	0.494	-0.740	0.203	-0.194	-1.708
257	1.001	-0.137	0.318	1.122	-0.346	-0.448	1.188
258	0.051	-0.058	-0.274	-0.924	-0.052	-2.002	-1.486
259	0.051	-0.137	-0.478	0.407	-1.205	0.942	0.422
260	-0.480	-0.041	-0.450	0.405	0.203	-1.094	0.472
261	-0.513	-0.137	-0.761	0.465	0.524	-0.766	0.025
262	-0.951	-0.137	-0.703	-1.023	0.203	0.960	-0.032
263	0.922	-0.036	-1.199	-1.201	1.010	0.705	1.188
264	1.044	-0.152	1.049	1.122	-1.511	1.157	1.188
265	-0.121	-0.299	0.934	-0.924	1.083	-0.316	1.031
266	1.081	-0.152	0.756	1.122	0.538	-0.353	1.031
267	-0.366	-0.152	0.833	0.223	1.083	-1.055	1.021
268	-0.429	-0.152	0.698	0.978	0.203	0.946	1.031
269	0.071	-0.152	0.494	0.978	0.147	-0.134	0.025
270	-0.090	-0.308	0.443	1.122	-0.052	-0.263	-0.120
271	-0.196	-0.283	0.483	1.122	0.147	0.942	1.021
272	-0.119	-0.136	0.483	-0.272	-0.004	0.960	0.589
273	-2.452	-0.365	0.494	0.938	-0.210	0.942	1.188
274	-0.951	-0.365	0.464	0.978	0.203	-0.276	-0.064
275	1.044	-0.365	0.483	-0.165	-0.004	0.705	-2.157

276	0.051	-0.283	0.329	1.122	-0.696	-0.340	0.853
277	0.071	-0.215	0.406	-1.023	1.290	-0.496	0.305
278	-0.099	-0.283	0.318	-0.281	0.354	-1.003	-0.681
279	-0.951	-0.365	0.406	-1.385	0.482	-0.048	0.646
280	-0.547	-0.283	0.348	0.978	0.538	-0.668	0.529
281	-0.358	-0.215	0.262	0.653	0.152	1.157	-0.082
282	0.741	-0.365	0.134	0.482	1.083	-2.488	-1.708
283	-0.781	-0.283	0.095	-0.635	-0.346	1.157	-0.384
284	-1.025	-0.215	0.134	-0.596	-0.696	0.942	-0.848
285	-2.452	-0.365	0.134	-0.924	1.290	0.946	-2.157
286	0.218	-0.316	0.134	-0.596	-0.128	0.946	0.254
287	1.001	-0.308	0.134	-0.635	-0.823	-2.488	-0.848
288	-0.480	-0.215	-0.039	0.544	-1.523	0.946	-0.681
289	-0.099	-0.221	-0.267	0.658	-0.832	0.012	-0.848
290	0.071	-0.308	-0.420	0.333	-0.884	0.942	-0.134
291	1.262	-0.300	-0.735	-1.385	-1.960	0.705	0.472
292	0.538	-0.333	-0.763	0.978	-0.884	-1.627	0.140
293	0.250	-0.395	-0.785	-0.358	-1.304	0.920	0.254
294	-0.366	-0.221	-0.774	-0.635	1.010	1.157	-0.681
295	1.262	-0.308	-0.687	-2.313	-0.004	-1.718	-2.393
296	0.388	-0.308	-0.880	-1.201	-1.960	-1.094	-0.345
297	0.060	-0.536	0.318	1.122	-0.346	-0.316	-0.032
298	0.051	-0.495	0.297	-0.129	-1.523	-0.263	0.518
299	-0.196	-0.393	-0.030	0.615	-2.386	0.942	-0.021
300	-0.358	-0.634	-0.285	0.408	-2.386	-0.383	-0.249
301	-0.196	-0.394	-0.493	0.338	-1.973	-1.029	0.639
302	-0.099	-0.479	-1.874	-2.169	0.203	0.946	-2.393
303	0.082	-0.479	-2.089	-2.313	0.203	-0.857	-0.367
304	1.081	-0.479	-2.217	-1.990	-0.616	0.150	-1.744
305	0.048	-0.659	0.318	-0.160	-0.232	-0.113	0.853
306	-0.099	-0.665	0.419	-0.272	-0.132	-0.462	-0.681
307	-0.366	-0.824	0.260	-0.129	-0.553	-0.474	0.147
308	0.422	-0.864	0.114	-0.990	1.010	-0.703	-2.157
309	0.241	-0.707	0.202	0.978	1.025	-0.857	-0.791
310	-0.951	-0.864	0.095	0.469	0.203	-0.340	0.126
311	0.219	-0.864	0.191	-0.599	-2.697	-0.004	-1.486
312	-0.769	-0.675	0.158	0.513	0.590	-0.857	0.422
313	-0.140	-0.864	-0.101	-1.346	0.052	1.011	-1.144
314	0.874	-0.667	0.063	-1.990	0.383	0.960	-1.280
315	0.051	-0.667	0.166	0.653	-0.210	0.946	0.025
316	-1.578	-0.676	-0.001	0.549	-0.611	-0.263	0.422

317	-0.429	-0.659	-0.091	0.119	-1.109	-0.474	-1.530
318	-0.513	-0.659	-0.121	-0.160	-0.611	1.011	-1.440
319	0.082	-0.707	-0.508	0.285	-1.523	1.157	0.069
320	1.001	-0.642	-0.724	-0.978	-1.523	-1.627	1.031
321	0.241	-0.573	-0.724	0.554	-1.412	-1.718	-0.134
322	-2.452	-0.864	-0.673	-1.129	-1.523	0.946	0.275
323	0.902	-0.864	-0.724	-1.415	-0.852	-2.635	-2.157
324	0.592	-0.864	-0.735	-2.134	-0.677	0.012	0.104
325	1.072	-0.659	-1.067	-1.454	-0.915	-2.635	-0.848
326	0.562	-0.676	-2.068	-2.134	0.203	0.960	0.104
327	-0.020	-1.027	-0.285	-0.665	-0.210	-0.474	0.186
328	1.262	-1.044	-0.121	-0.740	-1.304	0.920	0.147
329	-0.196	-0.948	-0.432	-0.449	-0.364	-0.194	0.086
330	-0.951	-0.985	-0.458	0.329	-0.132	-0.909	1.188
331	0.388	-0.855	-0.761	-0.126	-0.998	-0.660	1.021
332	1.262	-0.977	-1.067	-0.919	-0.004	0.942	-2.157
333	0.051	-0.977	-0.780	-0.129	0.721	-0.766	-1.498
334	-0.429	-1.131	-0.692	0.119	-0.004	-0.857	1.031
335	-1.291	-0.870	-0.891	0.508	0.745	0.960	0.422
336	-0.951	-0.977	-1.067	-1.454	-0.106	0.150	0.639
337	0.048	-1.156	0.494	0.978	0.203	-0.273	-0.603
338	1.262	-1.206	0.192	0.474	0.383	0.946	0.025
339	-1.940	-1.206	0.164	-2.313	1.083	-1.003	1.188
340	-1.631	-1.206	-0.001	-0.167	-1.025	0.960	-0.200
341	1.262	-1.206	-0.081	-0.599	-1.232	-0.391	0.254
342	-0.993	-1.057	-0.102	0.765	0.203	-0.273	-0.691
343	0.422	-1.206	-0.121	-1.142	0.804	0.942	-2.157
344	-0.090	-1.291	-0.450	-1.167	-1.973	-0.909	-0.848
345	-0.743	-1.206	-0.546	0.079	-1.523	0.946	-0.399
346	0.401	-1.049	-0.477	0.119	-1.205	1.011	-0.848
347	1.262	-1.206	-0.844	-2.313	-0.884	-0.857	0.193
348	0.241	-1.206	-0.705	-2.313	-1.109	-0.316	0.561
349	-2.452	-1.206	-0.774	-0.560	-1.523	-1.718	-0.848
350	1.262	-1.291	-0.551	-1.169	0.152	-0.766	-2.157
351	-0.951	-1.156	-0.705	-0.978	-2.179	-0.134	1.031
352	-0.358	-1.206	-1.067	-0.165	-2.386	-2.002	-0.081
353	-0.738	-1.156	-1.037	0.079	-1.109	-0.766	-1.286
354	0.241	-1.156	-1.088	-2.134	0.203	-0.913	1.188
355	-2.071	-1.156	-1.301	-2.169	1.083	-2.725	-0.848
356	0.922	-1.156	-0.984	-1.092	1.290	-0.061	1.188
357	0.241	-1.206	-1.180	-2.169	-2.697	-2.062	1.188

358	-0.090	-1.156	-1.111	0.978	0.203	1.011	-0.082
359	0.241	-1.156	-1.690	1.122	-0.076	1.157	0.025
360	1.262	-1.156	-1.823	-1.990	0.203	0.942	-1.409
361	-0.792	-1.156	-2.254	-0.065	0.538	-0.857	1.031
362	-0.387	-2.471	-0.832	-1.990	1.010	-2.062	1.188
363	0.241	-2.479	-1.592	-0.104	-2.179	-2.002	-1.144
364	-1.216	-2.479	-2.076	1.122	-2.386	0.946	1.188
365	0.241	-2.471	-2.108	1.122	1.025	0.705	1.021
366	-1.146	-2.479	-2.469	-1.990	0.538	-2.239	1.188
367	-0.269	-2.650	-2.108	-0.065	1.010	0.150	1.188
368	-0.119	-2.642	-2.068	0.978	1.290	-0.048	1.021
369	-1.802	-2.642	-2.089	1.122	1.290	1.157	1.031
370	-2.071	-2.650	-2.254	-1.990	1.290	1.157	-1.530
371	0.241	-2.821	-1.403	1.122	-0.210	1.157	0.853
372	0.521	-2.821	-1.823	1.122	1.010	-0.857	0.186
373	-0.516	-2.821	-1.874	0.978	0.876	1.157	0.422
374	0.051	-2.821	-1.853	-2.134	-2.386	0.920	1.188
375	0.388	-2.821	-1.853	0.978	-2.697	0.946	1.031
376	-0.951	-2.821	-2.057	0.978	-0.259	0.960	-0.018
377	-0.951	-2.821	-2.108	0.292	-1.973	-0.263	-1.665
378	-2.452	-2.821	-2.057	0.833	-1.973	0.920	-0.456
379	-2.112	-2.821	-2.254	-1.633	0.804	0.960	-1.823
380	-2.452	-2.821	-2.254	-1.633	0.074	-0.316	-1.144
381	-2.633	-2.821	-2.254	-2.313	0.203	-0.276	-2.000
382	-2.452	-2.821	-2.254	1.122	1.290	-0.273	-1.331
383	-2.452	-2.821	-2.254	0.978	-1.973	-2.342	-1.144
384	-2.452	-2.821	-2.254	-0.169	-2.386	-2.226	-2.157
385	-2.071	-2.821	-2.458	0.978	-0.417	-2.459	-2.168
386	-1.365	-2.821	-2.488	-1.454	-1.973	-2.449	-2.393
387	-2.452	-2.821	-2.469	-1.990	-2.697	-2.725	-1.708
388	-1.216	-2.821	-2.458	-2.313	-2.284	-1.094	-1.354
389	-2.452	-2.821	-2.509	-2.313	-2.697	-1.627	-2.393
390	-2.452	-2.821	-2.469	-2.313	-2.697	-2.635	-2.157

PLS Algorithm - Good Items Model – الملحق 5

Outer Loadings

	AS	CS	CW	EM	RS	RY	TA
AS1	0.753						
AS2	0.759						
AS3	0.765						
AS4	0.878						
AS5	0.790						
CS1		0.874					
CS2		0.912					
CS3		0.815					
CS4		0.848					
CS5		0.847					
CW1			0.789				
CW2			0.824				
CW3			0.806				
CW4			0.874				
CW5			0.824				
EM1				0.865			
EM2				0.873			
EM3				0.954			
EM4				0.875			
EM5				0.813			
RS1					0.837		
RS2					0.777		
RS3					0.886		
RS4					0.876		
RS5					0.743		
RY1						0.840	
RY2						0.900	
RY3						0.930	
RY4						0.851	
RY5						0.874	
TA1							0.793
TA2							0.841
TA3							0.863
TA4							0.714
TA5							0.783

Outer Weights

	AS	CS	CW	EM	RS	RY	TA
AS1	0.219						
AS2	0.229						
AS3	0.227						
AS4	0.287						
AS5	0.298						
CS1		0.240					
CS2		0.255					
CS3		0.224					
CS4		0.231					
CS5		0.211					
CW1			0.224				
CW2			0.231				
CW3			0.238				
CW4			0.258				
CW5			0.262				
EM1				0.216			
EM2				0.227			
EM3				0.266			
EM4				0.236			
EM5				0.190			
RS1					0.195		
RS2					0.190		
RS3					0.284		
RS4					0.303		
RS5					0.231		
RY1						0.181	
RY2						0.246	
RY3						0.247	
RY4						0.230	
RY5						0.231	
TA1							0.240
TA2							0.266
TA3							0.316
TA4							0.201
TA5							0.217

R Square

	R Square	R Square Adjusted
CS	0.242	0.232
CW	0.503	0.496

f Square

	AS	CS	CW	EM	RS	RY	TA
AS		0.082	0.055				
CS			0.321				
CW							
EM		0.016	0.093				
RS		0.051	0.024				
RY		0.018	0.002				
TA		0.022	0.001				

Construct Reliability and Validity

	Cronbach's Alpha	rho_A	Composite Reliability	Average Variance Extracted (AVE)
AS	0.849	0.861	0.892	0.625
CS	0.911	0.915	0.934	0.739
CW	0.881	0.884	0.913	0.679
EM	0.924	0.935	0.943	0.769
RS	0.884	0.907	0.914	0.682
RY	0.927	0.934	0.945	0.774
TA	0.860	0.880	0.899	0.641

Discriminant Validity - Fornell-Larcker Criterion

	AS	CS	CW	EM	RS	RY
AS	0.790					
CS	0.348	0.860				
CW	0.401	0.626	0.824			
EM	0.158	0.245	0.402	0.877		
RS	0.157	0.304	0.336	0.188	0.826	

RY	0.105	0.213	0.213	0.201	0.104	0.880
TA	0.193	0.263	0.250	0.190	0.183	0.148

Discriminant Validity – Cross Loading

	AS	CS	CW	EM	RS	RY	TA
AS1	0.753	0.220	0.284	0.095	0.126	0.098	0.106
AS2	0.759	0.216	0.310	0.149	0.075	0.043	0.180
AS3	0.765	0.249	0.279	0.115	0.127	0.062	0.164
AS4	0.878	0.306	0.359	0.146	0.135	0.155	0.247
AS5	0.790	0.355	0.340	0.116	0.150	0.051	0.068
CS1	0.279	0.874	0.567	0.267	0.247	0.210	0.200
CS2	0.338	0.912	0.581	0.226	0.287	0.198	0.278
CS3	0.237	0.815	0.539	0.209	0.249	0.160	0.222
CS4	0.327	0.848	0.528	0.173	0.271	0.160	0.233
CS5	0.312	0.847	0.468	0.172	0.252	0.184	0.194
CW1	0.270	0.494	0.789	0.317	0.227	0.129	0.185
CW2	0.362	0.491	0.824	0.290	0.249	0.131	0.148
CW3	0.351	0.484	0.806	0.319	0.298	0.214	0.219
CW4	0.320	0.542	0.874	0.379	0.272	0.251	0.256
CW5	0.348	0.561	0.824	0.346	0.330	0.145	0.216
EM1	0.123	0.177	0.349	0.865	0.161	0.147	0.161
EM2	0.142	0.230	0.340	0.873	0.173	0.187	0.175
EM3	0.159	0.258	0.406	0.954	0.185	0.217	0.185
EM4	0.173	0.230	0.358	0.875	0.173	0.157	0.171
EM5	0.083	0.166	0.300	0.813	0.123	0.171	0.139
RS1	0.136	0.195	0.221	0.139	0.837	0.049	0.144
RS2	0.084	0.184	0.220	0.157	0.777	0.063	0.156
RS3	0.162	0.308	0.300	0.114	0.886	0.094	0.157
RS4	0.148	0.291	0.354	0.216	0.876	0.125	0.148
RS5	0.103	0.241	0.253	0.141	0.743	0.079	0.157
RY1	0.060	0.139	0.157	0.176	0.082	0.840	0.127
RY2	0.100	0.213	0.190	0.174	0.087	0.900	0.155
RY3	0.083	0.180	0.224	0.193	0.120	0.930	0.152
RY4	0.095	0.198	0.178	0.166	0.080	0.851	0.105
RY5	0.117	0.196	0.181	0.179	0.087	0.874	0.109
TA1	0.113	0.212	0.178	0.095	0.075	0.142	0.793
TA2	0.170	0.213	0.219	0.186	0.179	0.099	0.841
TA3	0.190	0.267	0.248	0.148	0.140	0.101	0.863
TA4	0.116	0.165	0.163	0.188	0.185	0.114	0.714
TA5	0.171	0.176	0.177	0.156	0.168	0.151	0.783

Discriminant Validity Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT)

	AS	CS	CW	EM	RS	RY	TA
AS							
CS	0.387						
CW	0.459	0.695					
EM	0.175	0.262	0.442				
RS	0.175	0.328	0.367	0.204			
RY	0.115	0.229	0.232	0.217	0.110		
TA	0.223	0.290	0.281	0.216	0.216	0.169	

Collinearity Statistics (VIF) - Outer VIF Values

	VIF
AS1	1.787
AS2	1.840
AS3	1.764
AS4	2.624
AS5	1.674
CS1	2.893
CS2	4.101
CS3	2.246
CS4	3.031
CS5	2.549
CW1	1.861
CW2	2.146
CW3	2.039
CW4	2.771
CW5	2.254
EM1	3.138
EM2	3.141
EM3	7.393
EM4	3.797
EM5	2.455
RS1	3.683
RS2	3.183
RS3	3.074
RS4	2.992

RS5	1.678
RY1	2.584
RY2	3.729
RY3	5.062
RY4	2.476
RY5	3.062
TA1	1.866
TA2	2.142
TA3	2.201
TA4	1.553
TA5	1.858

Collinearity Statistics (VIF) - Inner VIF Values

	AS	CS	CW	EM	RS	RY	TA
AS		1.071	1.159				
CS			1.319				
CW							
EM		1.106	1.124				
RS		1.076	1.131				
RY		1.062	1.081				
TA		1.097	1.122				

Model_Fit

	Saturated Model	Estimated Model
SRMR	0.046	0.046
d_ULS	1.325	1.325
d_G	0.631	0.631
Chi-Square	1420.443	1420.443
NFI	0.850	0.850

Bootstrapping Analysis – الملحق 6

Path Coefficients

	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (O/STDEV)	P Values
AS -> CS	0.258	0.261	0.050	5.173	0.000
AS -> CW	0.179	0.172	0.045	3.939	0.000
CS -> CW	0.458	0.457	0.055	8.401	0.000
EM -> CS	0.115	0.113	0.056	2.071	0.019
EM -> CW	0.228	0.234	0.056	4.061	0.000
RS -> CS	0.204	0.204	0.061	3.354	0.000
RS -> CW	0.117	0.122	0.037	3.207	0.001
RY -> CS	0.121	0.125	0.048	2.489	0.007
RY -> CW	0.035	0.031	0.042	0.831	0.203
TA -> CS	0.136	0.137	0.048	2.854	0.002
TA -> CW	0.025	0.025	0.043	0.582	0.280

Total Indirect Effects

	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (O/STDEV)	P Values
AS -> CS					
AS -> CW	0.118	0.120	0.030	3.971	0.000
CS -> CW					
EM -> CS					
EM -> CW	0.053	0.051	0.024	2.163	0.016
RS -> CS					
RS -> CW	0.094	0.093	0.029	3.274	0.001
RY -> CS					
RY -> CW	0.055	0.057	0.023	2.406	0.008
TA -> CS					
TA -> CW	0.062	0.062	0.022	2.787	0.003

Specific Indirect Effects

	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (O/STDEV)	P Values
AS -> CS -> CW	0.118	0.120	0.030	3.971	0.000
EM -> CS -> CW	0.053	0.051	0.024	2.163	0.016
RS -> CS -> CW	0.094	0.093	0.029	3.274	0.001
RY -> CS -> CW	0.055	0.057	0.023	2.406	0.008
TA -> CS -> CW	0.062	0.062	0.022	2.787	0.003

Total Effects

	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (O/STDEV)	P Values
AS -> CS	0.258	0.261	0.050	5.173	0.000
AS -> CW	0.297	0.292	0.046	6.505	0.000
CS -> CW	0.458	0.457	0.055	8.401	0.000
EM -> CS	0.115	0.113	0.056	2.071	0.019
EM -> CW	0.281	0.285	0.059	4.772	0.000
RS -> CS	0.204	0.204	0.061	3.354	0.000
RS -> CW	0.211	0.214	0.044	4.777	0.000
RY -> CS	0.121	0.125	0.048	2.489	0.007
RY -> CW	0.090	0.088	0.044	2.053	0.020
TA -> CS	0.136	0.137	0.048	2.854	0.002
TA -> CW	0.088	0.087	0.043	2.020	0.022

Outer Loadings

	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (O/STDEV)	P Values
AS1 <- AS	0.753	0.754	0.034	22.357	0.000
AS2 <- AS	0.759	0.753	0.035	21.804	0.000
AS3 <- AS	0.765	0.764	0.035	21.821	0.000
AS4 <- AS	0.878	0.875	0.017	50.622	0.000
AS5 <- AS	0.790	0.789	0.034	23.494	0.000
CS1 <- CS	0.874	0.874	0.017	51.754	0.000
CS2 <- CS	0.912	0.911	0.010	94.075	0.000
CS3 <- CS	0.815	0.813	0.020	40.954	0.000
CS4 <- CS	0.848	0.846	0.025	33.731	0.000

CS5 <- CS	0.847	0.847	0.027	31.601	0.000
CW1 <- CW	0.789	0.789	0.019	40.498	0.000
CW2 <- CW	0.824	0.822	0.017	47.206	0.000
CW3 <- CW	0.806	0.804	0.018	45.507	0.000
CW4 <- CW	0.874	0.873	0.012	75.465	0.000
CW5 <- CW	0.824	0.823	0.018	45.590	0.000
EM1 <- EM	0.865	0.864	0.014	61.487	0.000
EM2 <- EM	0.873	0.874	0.022	40.246	0.000
EM3 <- EM	0.954	0.954	0.005	198.219	0.000
EM4 <- EM	0.875	0.874	0.016	55.757	0.000
EM5 <- EM	0.813	0.812	0.020	40.628	0.000
RS1 <- RS	0.837	0.834	0.022	38.184	0.000
RS2 <- RS	0.777	0.777	0.023	33.747	0.000
RS3 <- RS	0.886	0.885	0.016	55.539	0.000
RS4 <- RS	0.876	0.876	0.016	54.979	0.000
RS5 <- RS	0.743	0.742	0.031	23.709	0.000
RY1 <- RY	0.840	0.838	0.025	33.808	0.000
RY2 <- RY	0.900	0.898	0.015	61.525	0.000
RY3 <- RY	0.930	0.930	0.008	109.904	0.000
RY4 <- RY	0.851	0.850	0.020	42.161	0.000
RY5 <- RY	0.874	0.873	0.016	53.706	0.000
TA1 <- TA	0.793	0.792	0.034	23.415	0.000
TA2 <- TA	0.841	0.838	0.026	32.349	0.000
TA3 <- TA	0.863	0.865	0.024	36.459	0.000

TA4 <- TA	0.714	0.710	0.046	15.570	0.000
TA5 <- TA	0.783	0.781	0.036	21.847	0.000

Outer Weights

	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (O/STDEV)	P Valu es
AS1 <- AS	0.219	0.221	0.025	8.701	0.000
AS2 <- AS	0.229	0.226	0.025	9.005	0.000
AS3 <- AS	0.227	0.228	0.027	8.456	0.000
AS4 <- AS	0.287	0.287	0.021	13.946	0.000
AS5 <- AS	0.298	0.298	0.028	10.575	0.000
CS1 <- CS	0.240	0.240	0.010	24.925	0.000
CS2 <- CS	0.255	0.256	0.010	26.287	0.000
CS3 <- CS	0.224	0.224	0.011	20.605	0.000
CS4 <- CS	0.231	0.232	0.009	25.926	0.000
CS5 <- CS	0.211	0.212	0.011	19.670	0.000
CW1 <- CW	0.224	0.226	0.011	21.253	0.000
CW2 <- CW	0.231	0.231	0.009	26.173	0.000
CW3 <- CW	0.238	0.237	0.010	24.767	0.000
CW4 <- CW	0.258	0.258	0.009	27.171	0.000
CW5 <- CW	0.262	0.262	0.009	29.169	0.000
EM1 <- EM	0.216	0.216	0.013	16.490	0.000
EM2 <- EM	0.227	0.228	0.015	15.221	0.000
EM3 <- EM	0.266	0.267	0.011	23.195	0.000

EM4 <- EM	0.236	0.236	0.014	16.850	0.000
EM5 <- EM	0.190	0.188	0.018	10.819	0.000
RS1 <- RS	0.195	0.194	0.022	9.050	0.000
RS2 <- RS	0.190	0.190	0.025	7.631	0.000
RS3 <- RS	0.284	0.282	0.019	15.158	0.000
RS4 <- RS	0.303	0.306	0.023	13.050	0.000
RS5 <- RS	0.231	0.231	0.030	7.723	0.000
RY1 <- RY	0.181	0.177	0.034	5.385	0.000
RY2 <- RY	0.246	0.246	0.030	8.264	0.000
RY3 <- RY	0.247	0.247	0.020	12.279	0.000
RY4 <- RY	0.230	0.232	0.032	7.090	0.000
RY5 <- RY	0.231	0.231	0.031	7.491	0.000
TA1 <- TA	0.240	0.240	0.030	8.138	0.000
TA2 <- TA	0.266	0.261	0.032	8.201	0.000
TA3 <- TA	0.316	0.322	0.039	8.193	0.000
TA4 <- TA	0.201	0.200	0.043	4.680	0.000
TA5 <- TA	0.217	0.213	0.034	6.327	0.000

Blindfoldings Analysis – المُلحق 7

Construct Crossvalidated Redundancy

	SSO	SSE	Q ² (=1-SSE/SSO)
AS	1950.000	1950.000	
CS	1950.000	1608.979	0.175
CW	1950.000	1297.489	0.335
EM	1950.000	1950.000	
RS	1950.000	1950.000	
RY	1950.000	1950.000	
TA	1950.000	1950.000	

Construct Crossvalidated Community

	SSO	SSE	Q ² (=1-SSE/SSO)
AS	1950.000	1100.275	0.436
CS	1950.000	775.342	0.602
CW	1950.000	948.550	0.514
EM	1950.000	685.139	0.649
RS	1950.000	933.468	0.521
RY	1950.000	676.568	0.653
TA	1950.000	1050.241	0.461

Indicator Crossvalidated Redundancy

	SSO	SSE	Q ² (=1-SSE/SSO)
AS1	390.000	390.000	
AS2	390.000	390.000	
AS3	390.000	390.000	
AS4	390.000	390.000	
AS5	390.000	390.000	
CS1	390.000	323.308	0.171
CS2	390.000	304.146	0.220
CS3	390.000	334.772	0.142
CS4	390.000	320.212	0.179
CS5	390.000	326.541	0.163
CW1	390.000	278.525	0.286
CW2	390.000	272.120	0.302
CW3	390.000	264.452	0.322
CW4	390.000	243.100	0.377

CW5	390.000	239.292	0.386
EM1	390.000	390.000	
EM2	390.000	390.000	
EM3	390.000	390.000	
EM4	390.000	390.000	
EM5	390.000	390.000	
RS1	390.000	390.000	
RS2	390.000	390.000	
RS3	390.000	390.000	
RS4	390.000	390.000	
RS5	390.000	390.000	
RY1	390.000	390.000	
RY2	390.000	390.000	
RY3	390.000	390.000	
RY4	390.000	390.000	
RY5	390.000	390.000	
TA1	390.000	390.000	
TA2	390.000	390.000	
TA3	390.000	390.000	
TA4	390.000	390.000	
TA5	390.000	390.000	

Indicator Crossvalidated Commuality

	SSO	SSE	Q ² (=1-SSE/SSO)
AS1	390.000	236.269	0.394
AS2	390.000	237.474	0.391
AS3	390.000	231.923	0.405
AS4	390.000	157.106	0.597
AS5	390.000	237.502	0.391
CS1	390.000	144.597	0.629
CS2	390.000	112.424	0.712
CS3	390.000	191.786	0.508
CS4	390.000	166.223	0.574
CS5	390.000	160.312	0.589
CW1	390.000	212.306	0.456
CW2	390.000	185.903	0.523
CW3	390.000	203.192	0.479
CW4	390.000	150.616	0.614
CW5	390.000	196.533	0.496
EM1	390.000	146.588	0.624

EM2	390.000	142.848	0.634
EM3	390.000	70.044	0.820
EM4	390.000	143.504	0.632
EM5	390.000	182.155	0.533
RS1	390.000	165.262	0.576
RS2	390.000	209.524	0.463
RS3	390.000	146.117	0.625
RS4	390.000	163.490	0.581
RS5	390.000	249.074	0.361
RY1	390.000	156.781	0.598
RY2	390.000	122.306	0.686
RY3	390.000	91.224	0.766
RY4	390.000	162.748	0.583
RY5	390.000	143.509	0.632
TA1	390.000	215.468	0.448
TA2	390.000	182.903	0.531
TA3	390.000	181.985	0.533
TA4	390.000	256.784	0.342
TA5	390.000	213.102	0.454



UUM
Universiti Utara Malaysia