21 September University for Medical and Applied Sciences.

Journal of Administrative Sciences.
Vol. 3, No. 1, sep 2026

جـامـعـــة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية

مـجـلـــة العلوم الإدارية

العدد. 3، المجلد. 1، سبتمبر 2026

REGULATORY OVERSIGHT AND COMPLIANCE WITH MANDATORY PATIENT SAFETY STANDARDS IN YEMEN: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Al-Hasan Al-saman [1], Muneer Musleh Al-Wesabi [2], Muhammed Mahmoud Dael [3]

(Type: Full Article(. Received 12/7/2026, Accepted: 15/08/2026, Published: (12/9/2026). DOI: : jfma@21umas.edu.ye

Abstract:

Background: Regulatory oversight is key to protecting patient rights and safety. However, research on regulatory bodies' role in patient safety compliance in complex conflict settings, such as Yemen, remains limited.

Objective: To explore healthcare professionals' perceptions of the impact of regulatory oversight of the Yemeni Medical Council on compliance with mandatory patient safety standards in Yemeni's hospitals.

Methodology: A descriptive-analytical, cross-sectional study was conducted. Data were collected through a questionnaire distributed to a stratified random sample of 435 medical and administrative staff from three public hospitals, four private hospitals, and the Yemeni Medical Council. Data analysis was performed using SPSS.

Results: Regulatory oversight had a statistically significant positive effect on compliance with mandatory patient safety standards (R = 0.739), accounting for 54.6% of the variance in hospital compliance. Overall, both regulatory oversight and compliance levels were high, with mean scores of 3.92 and 3.91, respectively. Significant differences based on hospital type favored private hospitals (mean = 4.27) over public hospitals (mean = 3.74), with hospital type explaining 12.2% of the varianceon compliance with patient safety standards. A need to improve continuous learning was identified.

Conclusion: Council oversight is vital for enhancing patient safety. However, overlapping responsibilities for regulating healthcare personnel and managing facility operations can lead to inefficiencies. This study recommends restructuring the Council's mandate, establishing a national hospital accreditation body, and creating a dedicated patient safety center while shifting from a punitive to a just culture.

Keywords: Medical council oversight; mandatory standards; patient safety; hospitals, Yemen

الرقابة التنظيمية والامتثال للمعايير الالزامية لسلامة المرضى في اليمن: دراسة مقطعية

الحسن محمد حسن السمان[1]، منير مصلح الوصابي[2]، محمد محمود دائل [3]

تاريخ التسليم: (2026/07/12)، تاريخ القبول: (2026/08/15)، تاريخ النشر: (2026/9/12)

ملخص:

الخلفية: تعد الرقابة التنظيمية المحرك الرئيسي لحماية حقوق المرضى وضمان سلامتهم، إلا أن الأبحاث التي تدرس دور الجهات الرقابية في الالتزام بسلامة المرضى في بيئات النزاع المعقدة كاليمن ما زالت محدودة.

الهدف: هدفت الدراسة إلى استكشاف تصورات الكوادر الصحية حول أثر الرقابة التنظيمية للمجلس الطبي اليمني في الامتثال للمعايير الإلزامية لسلامة المرضى في المستشفيات اليمنية.

المنهجية: استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي ذا التصميم المقطعي، وجُمعت البيانات عبر استبانة وُزعت على عينة طبقية عشوائية بلغت 435 مبحوثاً من الكوادر الطبية والإدارية. شملت العينة ثلاثة مستشفيات حكومية وأربعة مستشفيات خاصة بالإضافة إلى موظفي المجلس الطبي. وحُللت البيانات باستخدام برنامج (SPSS).

النتائج: كان للرقابة التنظيمية تأثير إيجابي ذو دلالة إحصائية على الامتثال لمعايير سلامة المرضى الإلزامية (R = 0.739)، وفسر الدور الرقابي ما نسبته 54.6% من التباين في مستوى التزام المستشفيات، وجاء المستوى العام للرقابة ومستوى الامتثال للمعايير بدرجة كبيرة لكلا المتغيرين بمتوسط (3.92) (3.91)، على التوالي، ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير نوع المستشفى لصالح المستشفيات الخاصة بمتوسط (4.27) مقارنة بالحكومية (3.74)، حيث فسر نوع المستشفى 12.2% من التباين في الامتثال، وظهرت حاجة لتحسين بعد التعلم المستمر.

الاستنتاج: رقابة المجلس تمثل محركاً أساسيًا لتحسين سلامة المرضى، إلا أن تداخل الاختصاصات بين تنظيم الكوادر الصحية والرقابة الفنية على المنشآت في جهة واحدة يراكم الأعباء ويحد من الكفاءة، لذا توصي الدراسة بضرورة إعادة هيكلة اختصاصات المجلس، والسعي لإنشاء هيئة وطنية لاعتماد المستشفيات ومركز لسلامة المرضى، والسعي للتحول من الثقافة العقابية إلى الثقافة العادلة.

الكلمات المفتاحية: رقابة المجلس الطبي، المعايير الإلزامية، سلامة المرضى، المستشفيات اليمنية.

[1،2,3] قسم إدارة الخدمات الصحية والمستشفيات، كلية الإدارة الطبية والأعمال، جامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية، اليمن

[1,2,3] Faculty of Medical Administration, 21 September University for medical and applied sciences, Yemen

* Email: alhsn6857@gmail.com

* Email: mwesabi@gmail.com

* Email Mdail2000d@gmail.com

1. المقدمة

تشكل سلامة المرضى غاية وأولوية للأنظمة الصحية (Babamohamadi et al, 2015)، وركيزة أساسية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة ضمن أهداف التنمية المستدامة 2030م، وتشير التقديرات العالمية إلى أن الرعاية غير المأمونة تتسبب في وقوع نحو 134 مليون حدث ضار مما يؤدي لحدوث نحو 2.6 مليون حالة وفاة سنوياً في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل (WHO 2021)، وفي إقليم شرق المتوسط، ترتبط ما يقارب 18% من حالات الدخول للمستشفيات بأحداث ضارة يمكن تفادي حدوث 83% منها (WHO, 2020)، واستجابة لهذه التحديات أطلق المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية مبادرة المستشفيات المراعية لسلامة المرضى في العام 2011، كإطار عمل لتعزيز الرعاية الصحية الآمنة، واعتبرت الالتزام بالمعايير الإلزامية شرطاً أساسياً لضمان الحد الأدنى من السلامة والانضمام للمبادرة (WHO, 2020)، ومع ذلك لا يزال هناك تحديات كبيرة لتحويل هذه المبادرة إلى واقع ملموس نتيجة تدهور الأنظمة الصحية ومشاكل التمويل وقصور البنية التحتية في بلدان

الإقليم التي تعمل في ظل ظروف معقدة (Letaief et al., 2021).

في اليمن يعاني النظام الصحي منذ وقت مبكر من فساد إداري ونقص في التمويل والمعدات وضعف الرقابة على الأدوية وعلى القطاع الخاص (Qirbi & Ismail, 2017) وعجز النظام الصحي كذلك من تلبية احتياجات وتوقعات المجتمع اليمني (الوصابي، 2012، 171)، حيث سجلت اليمن في وقت سابق أدنى مستويات الامتثال في تطبيق المعايير الإلزامية لسلامة المرضى في إقليم الشرق الأوسط بنسبة تطبيق بلغت 8% فقط في التقييمات الأساسية (Siddiqi et al., 2012)، وتسببت حالة النزاع المستمرة في تحويل ذلك العجز إلى تدهور حاد للنظام الصحي، أدى إلى تشغيل 50% فقط من المرافق بكامل طاقتها (Lebbos & Duran, 2021)، مما زاد من المخاطر السريرية والأخطاء الطبية (Qabban et al., 2026)، وأدى إلى تراجع ثقة المجتمع بفاعلية أنظمة الشكاوى والرقابة التنظيمية على مقدمي الرعاية الصحية (WHO, 2024)، وبروز حاجة ملحة لتطوير الإرشادات الوطنية وتطبيقها ومراقبتها (Al-Sayaghi et al., 2023).

ورغم استقرار الادبيات على أهمية دور الجهات التنظيمية والرقابية، باعتبار الدور التنظيمي والرقابي وإعادة التحقق المهني هما الركيزة الأساسية لتعزيز ثقة الجمهور وضبط الممارسة السريرية (Asghari, 2025; Tazzyman et al., 2019)، والرقابة الخارجية واللوائح هي المحرك الأهم لتحسين سلامة المرضى (Wachter, 2004)، إلا أن هناك ندرة في البحوث التي تتناول أثر الرقابة التنظيمية كمتغير مستقل في الامتثال للمعايير الإلزامية لسلامة المرضى في بيئة نزاع معقدة، حيث يعد المجلس الطبي اليمني الجهة المخولة قانوناً بحماية حقوق المرضى وتنظيم المهن الصحية (الجمهورية اليمنية، 2000)، إذ تبرز الحاجة لفهم تأثير رقابة المجلس الطبي في تطبيق المعايير الإلزامية لسلامة المرضى في المستشفيات اليمنية محل الدراسة.

بناءً على ذلك، تهدف هذه الدراسة إلى استكشاف تصورات الافراد المعنين بتقديم الرعاية حول واقع المنظومة الرقابية للمجلس الطبي وأثرها في تطبق المعايير الإلزامية لسلامة المرضى في مستشفيات أمانة العاصمة صنعاء، وتشخيص التحديات التي تعيق تحقيق أهدافه التنظيمية.

منهجية الدراسة

تصميم الدراسة

استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي ذا التصميم المقطعي (Cross-sectional design)، خلال الفترة من نوفمبر 2025 إلى أبريل 2026، وذلك لاستكشاف واقع الرقابة التنظيمية للمجلس الطبي اليمني وأثرها في تطبيق المعايير الإلزامية لسلامة المرضى بأمانة العاصمة صنعاء. وشملت الدراسة ثلاث مستشفيات عامة حكومية وأربعة مستشفيات عامة خاصة اختيرت عشوائياً، إضافة لاختيار الكادر الوظيفي للمجلس الطبي بصورة قصدية لتحليل الفروقات في التصورات بين الجهة المراقَبة (المستشفيات)، والجهة المُراقِبة (المجلس الطبي)، واعتمد الإطار النظري للدراسة على تحليل نصوص قانون إنشاء المجلس الطبي رقم (28) لسنة 2000م، والمعايير الحاسمة لمبادرة المستشفيات المراعية لسلامة المرضى الصادر من منظمة الصحة العالمية.

مجتمع وعينة الدراسة

بلغ إجمالي المجتمع الإحصائي المصرّح به عبر المؤسسات المشمولة 7,135 موظفاً، موزعين في ثلاثة مستشفيات حكومية عامة (هيئة مستشفى الثورة، هيئة المستشفى الجمهوري، ومستشفى 48) بنسبة 81.1% من مجتمع الدراسة، وأربعة مستشفيات خاصة (اليمن السعيد، المتوكل، الألماني الحديث، والتوفيق)، بنسبة 17.7% من مجتمع الدراسة، بالإضافة إلى موظفي المجلس الطبي اليمني، بنسبة 1.2% من مجتمع الدراسة. وتم تحديد حجم العينة الممثل للمجتمع باستخدام معادلة روبرت ميسن (Robert Mason)، بدرجة ثقة 95%، حيث تبين أن حجم العينة الأدنى المطلوب هو 365 مفردة. ولضمان كفاية التمثيل الإحصائي وتفادي الفقد، وُزعت 490 استبانة اعتُمد فيها أسلوب العينة العشوائية

الطبقية غير التناسبية بزيادة كثافة المعاينة للمستشفيات الخاصة والمجلس الطبي وذلك لدواعي منهجية وميدانية تتمثل في كثافة الإقبال على القطاع الخاص (WHO, 2024)، وزيادة نسبة تغطيته للطلب على الرعاية (Alraimi et al., 2024)، مقارنة بحال القطاع العام، وأيضا لضمان القوة الإحصائية اللازمة للمقارنة والتحليل كانت العينة القصدية لموظفي المجلس 50% من إجمالي الموظفين في المجلس، استرد منها 456 استبانة، واستُبعدت 21 استبانة لعدم صلاحيتها نتيجة النقص في البيانات، فيما خُلّلت 435 استبانة صالحة. وشملت العينة التحليلية الصالحة 225 مستجيباً من المستشفيات العامة، و170 من المستشفيات الخاصة، و40 من المجلس الطبي، وضمنت هذه العينة تمثيلاً متنوعاً لمختلف الفئات الوظيفية (إداريين 26.7%، ممرضين26%، أطباء 19.8%، صيادلة ومخبريين ووظائف طبية مساعدة أخرى 27.5%) بمستويات خبرة ومؤهلات علمية متفاوتة.

أداة جمع البيانات

اعتمدت الدراسة على الاستبانة كأداة رئيسة لجمع البيانات، والتي طُورت استناداً إلى الأطر القانونية والعلمية، واختُبر صدق الاستبانة أولا باستخدام طريقة صدق المحتوى، فروجعت وحكم عليها خمسة خبراء في مجال الإدارة الطبية والتشريعات الطبية والإدارة العامة، وتم تقييم بساطة ووضوح كل بند ومدى ارتباطه وتكامله مع البنود الأخرى في كل بعد من أبعاد المتغير التابع والمستقل، ثم وزعت الاستبانة على الموظفين في المستشفيات والمجلس الطبي، مع الأخذ بالاعتبار أن الاستبانة الخاصة بموظفي المجلس الطبي قد صُممت لتقيس آرائهم حول رقابة المجلس ودرجة الالتزام بتطبيق كل المستشفيات للمعايير الإلزامية لسلامة المرضى وبذات الدلالة للفقرات نفسها الموزعة على المستشفيات، وتكونت الأداة من محورين أساسيين: المحور الأول للبيانات الديموغرافية والوظيفية، والمحور الثاني لقياس متغيرات الدراسة عبر 50 فقرة لكل متغير 25 فقرة، تضمن المتغير المستقل (رقابة المجلس الطبي) خمسة أبعاد تم اختيارها عبر (مصفوفة ترجيح الأوزان النسبية) لضمان ارتباطها بسلامة المرضى. أما المتغير التابع (تطبيق معايير سلامة المرضى)، فقد استند إلى المعايير الحاسمة في دليل منظمة الصحة العالمية للعام 2023م، واستخدمت الدراسة مقياس ليكرت الخماسي (5- point Likert scale)، لتحديد درجات الاستجابة. كما تم قياس الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)، حيث كانت قيمة معامل الاتساق الداخل ألفا كرونباخ لأبعاد رقابة المجلس الطبي تتراوح بين (0.84-0.90)، فيما كانت بالنسبة لأبعاد تطبيق المعايير الإلزامية لسلامة المرضى تتراوح بين (0.69-0.94)، حصل بعد معايير إشراك المرضى والجمهور على أقل قيمة ثبات، فيما بلغت القيمة الإجمالية للثبات 0.96، وهي قيمة مرتفعة تعكس اتساقاً داخلياً عالياً وصلاحية البيانات لتحقيق هدف الدراسة.

تحليل البيانات

عولجت البيانات باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وشملت الأساليب الإحصائية المستخدمة، الإحصاء الوصفي: (المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، والنسب المئوية) لوصف العينة وتحليل الفقرات، وتحليل الانحدار الخطي البسيط والمتعدد: لاختبار علاقات التأثير بين متغيرات الرقابة وتطبيق المعايير الإلزامية لسلامة المرضى، واختبار (Scheffe)، واختبار التباين الأحادي (One-Way ANOVA)، للكشف عن الفروق الإحصائية التي تعزى للمتغيرات الديموغرافية (كالنوع، المؤهل، ونوع المستشفى)، واختبار معامل إيتا تربيع (Eta-squared)، لتحديد حجم أثر نوع المستشفى في تفسير التباين الحاصل في تطبيق المعايير . واعتمد مستوى دلالة إحصائية قدره ($P \leq 0.05$)، للحكم على معنوية النتائج واختبار الفرضيات.

الموافقات والإجراءات الأخلاقية

تمت الموافقة على إجراء هذه الدراسة من قِبل لجنة الأخلاقيات والمراجعة المؤسسية (IRB)، المختصة تحت

رقم القيد (Ref. No.: 21UMAS-IRB-2025-089)، واعتُمدت الإجراءات الأخلاقية وفقاً لإعلان هلسنكي وأدلة منظمة الصحة العالمية.

1. الحصول على موافقة مستنيرة من جميع المشاركين قبل توزيع الاستبانات، وضمان السرية للمعلومات وعدم جمع المعرفات الشخصية، واستخدام البيانات للأغراض البحثية فقط.

● النتائج

أولاً: الخصائص الديموغرافية والتنظيمية

شملت الدراسة 435 مبحوثاً من الكوادر الطبية والإدارية والفنية العاملة في المستشفيات محل الدراسة. أظهر التوزيع النوعي أن 61.4% من المشاركين من الذكور و38.6% من الإناث. ومن حيث المؤهل العلمي، مثل حملة البكالوريوس الفئة الأكبر بنسبة 57.2%، بينما مثل حملة الدبلوم 24.6%، والماجستير 12.6%، والدكتوراه 5.5%. أما التوزيع الوظيفي فقد توزع بشكل رئيسي بين الإداريين (26.7%) والممرضين (26.0%) والأطباء (19.8%)، وصيادلة ومخبريين ووظائف طبية مساعدة أخرى 27.5%، كما أفاد 65.5% من المشاركين بوجود أثر إيجابي ملموس لرقابة المجلس الطبي في تطبيق المعايير الإلزامية لسلامة المرضى.

ثانياً: الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة

جدول 1 الإحصاء الوصفي لرقابة المجلس الطبي ومعايير سلامة المرضى الإلزامية

المتغير / البُعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التفسير / المستوى
رقابة المجلس الطبي	3.92	0.693	مرتفع
تطبيق المعايير الإلزامية لسلامة المرضى	3.91	0.865	مرتفع
مشاركة المرضى والجمهور	4.01	0.992	أعلى أبعاد السلامة
التعلم المستمر	3.79	0.993	أدنى أبعاد السلامة

أظهرت النتائج أن المستوى العام لرقابة المجلس الطبي (المتغير المستقل) جاء بدرجة مرتفعة بمتوسط حسابي قدره (3.92 ± 0.693)، وبالمثل، حقق مستوى تطبيق المعايير الإلزامية لسلامة المرضى (المتغير التابع) درجة مرتفعة بمتوسط (3.91 ± 0.865). وعلى مستوى أبعاد السلامة سجل بُعد إشراك المرضى والجمهور أعلى متوسط تطبيق (4.01)، بينما سجل بُعد التعلم المستمر أدنى متوسط (3.79)، (الجدول)1

ثالثاً: تحليل الانحدار وأثر الرقابة

أظهرت النتائج الظاهره في الجدول رقم 2 وجود أثر إيجابي طردي ذي دلالة إحصائية لرقابة المجلس الطبي في تطبيق المعايير الإلزامية لسلامة المرضى بالمستشفيات اليمنية، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (R = 0.739)، عند مستوى دلالة (p < 0.001)، وكشف تحليل الانحدار أن الرقابة تفسر ما نسبته 54.6% من التباين الحاصل في مستوى التزام المستشفيات بمعايير السلامة (R2 = 0.546).

جدول 2 : نتائج تحليل الانحدار البسيط والمتعدد للتنبؤ بتطبيق معايير سلامة المرضى الإلزامية

المتغير المستقل	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري (Beta)	قيمة اختبار T	المستوى الدلالي (p)	معامل التحديد (R^2))	قيمة (F)

النموذج الأول: الانحدار البسيط					0.546	521.107
رقابة المجلس الطبي	0.923	0.739		< 0.001		
النموذج الثاني: الانحدار المتعدد					0.595	125.806
رقابة المجلس الطبي	0.582		3.664	0.000		
بعد متابعة ومراقبة تنفيذ القوانين المرتبطة بمهنة الطب	0.410	0.405	7.606	< .001		
بعد وضع قواعد وآداب المهنة ورقابة تنفيذها	0.320	0.322	6.039	< .001		

وعند إجراء تحليل الانحدار المتعدد لاختبار الأبعاد التنبؤية، ارتفعت القدرة التفسيرية للنموذج إلى 59.5%، وأن بُعد متابعة ومراقبة تنفيذ القوانين المرتبطة بالمهن والأخلاقيات الطبية هو الأكثر تأثيراً في التنبؤ بمستوى تطبيق المعايير (بيتا = 0.405)، يليه بُعد وضع قواعد وآداب المهنة والرقابة على تنفيذها (بيتا = 0.322) (جدول2).

رابعاً: تحليل الفروق الإحصائية

كشفت الدراسة عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تصورات العينة حول رقابة المجلس وتطبيق لمعايير تعزى لمتغيرات النوع الاجتماعي، أو نوع الوظيفة، أو سنوات الخبرة. ومع ذلك، يشير الجدول رقم 3 إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير نوع المستشفى لصالح المستشفيات الخاصة بمتوسط تطبيق (4.27) مقارنة بالمستشفيات الحكومية التي سجلت متوسطاً قدره (3.74)، ووفقاً لاختبار معامل إيتا تربيع، فإن نوع المستشفى تفسر بمفردها ما نسبته 12.2% من التباين في مستوى الامتثال للمعايير الإلزامية لسلامة المرضى (Eta-squared = 0.122). (جدول 3)

جدول 3 الفروق في تطبيق المعايير الإلزامية لسلامة المرضى وفقاً لنوع المستشفى

المجموعات	العدد	متوسط درجة التطبيق	نتيجة تحليل التباين واختبار (Scheffe)
المستشفيات الحكومية	225	3.74	أقل من المستشفيات وأعلى من المجلس الطبي
المستشفيات الخاصة	170	4.27	أعلى متوسط لدرجة التطبيق
المجلس الطبي	40	3.39	تقييم المجلس لتطبيق معايير السلامة أقل من التقييم الذاتي للمستشفيات
حجم التأثير	--	مربع إيتا = 0.122	قوة تفسيرية بنسبة 12.2%

المناقشة

تظهر هذه الدراسة الدور المحوري للرقابة التنظيمية كمنهجية أساسية لتعزيز سلامة المرضى في البيئات الصحية المعقدة، حيث كشف التحليل الإحصائي عن ارتباط طردي قوي (R = 0.739)، بين الدور الرقابي للمجلس الطبي اليمني ومستوى امتثال المستشفيات لمعايير سلامة المرضى الإلزامية، وهو ما يفسر 54.6% من التباين في امتثال المستشفيات لمعايير السلامة، مما يؤكد الأهمية الحرجة للرقابة التنظيمية الفاعلة في سياق النظام الصحي اليمني المتأثر بالنزاع، حيث تقل الموارد وتتراجع قدرة المستشفيات وتزداد مخاطر الأخطاء الطبية (Qabban et al., 2026)، تساعد الرقابة التنظيمية الفاعلة في الحفاظ على الحد الأدنى من متطلبات سلامة المرضى ودعم الجودة (Macrae, 2025)

تتوافق هذه النتيجة مع المبادئ الأساسية التي تضع الرقابة التنظيمية المستمرة كضامن أساسي لجودة الرعاية وسلامة المرضى (Macrae, 2025)، ونتيجة هذه الدراسة التي تفيد بأن بعد مراقبة ومتابعة تنفيذ القوانين كان الأقوى في التنبؤ بالامتثال في الانحدار المتعدد (beta = 0.405)، يليه بعد وضع قواعد وآداب المهن ومراقبة تنفيذها، في مقابل اختفاء معنوية الأبعاد الإجرائية، يعزز الأدبيات العالمية والمحلية التي تؤكد أن الإشراف التشريعي وإنفاذ البروتوكولات الموحدة هما محركان أساسيان للجودة السريرية (Tama et al., 2021) حتى في البيئات محدودة الموارد (Qabban et al., 2025).

ومع ذلك، فإن تركز المسؤوليات في جهة رقابية وحيدة يراكم الأعباء الإدارية وقد يحد من كفاءة المنظومة الكلية، مما يستدعي إعادة النظر في هيكل الاختصاصات للمجلس الطبي؛ للفصل بين تنظيم الكوادر والرقابة على المنشآت.

اختلاف الامتثال للسلامة بين القطاعين كاختلاف الاستجابة للرقابة التنظيمية من القطاعين

أظهرت الدراسة تبايناً معتبراً فيما يتعلق بمدى الامتثال للمعايير الإلزامية لسلامة المرضى حسب نوع المستشفى، حيث فسر نوع المستشفى وحده 12.2%، من التباين في مستوى الامتثال للمعايير الإلزامية لسلامة المرضى، وتفوقت المستشفيات الخاصة (4.27) بشكل ملحوظ على المنشآت الحكومية (3.74). ويتماشى هذا التباين مع نتائج إقليمية سجلت فها المستشفيات الخاصة درجات أعلى إحصائياً من المستشفيات العامة في ثقافة سلامة المرضى (Alsaleh et al., 2025)، وقد تفسر هذه النتيجة التقديرات المتضمنة تفضيل 75% من طالبي الرعاية للخدمات المقدمة في القطاع الخاص (WHO, 2024). ويرجح تُفسير هذا التباين إلى مدى توفر الموارد ودرجة الاستجابة للضغوط الرقابية. إذ قد تعطي المؤسسات الخاصة الأولوية للامتثال للحفاظ على ميزتها التنافسية وسمعتها المؤسسية، بينما تواجه المستشفيات الحكومية قيودًا هيكلية وتنظيمية تعيق الالتزام بالمعايير الإلزامية لسلامة المرضى (Qabban et al., 2026).

ويزيد من تعقيد عدم التوافق بين الموارد والالتزام وجود فجوة إدراكية كبيرة بين تقييم المجلس الطبي كجهة رقابية خارجية لدرجة الامتثال للمعايير الإلزامية بكل المستشفيات (3.39) والتقييمات الذاتية الأعلى الصادرة عن الأفراد مقدمي الرعاية لدرجة الامتثال للمعايير الإلزامية لسلامة المرضى في المستشفيات (حكومية – وخاصة)، وهو تناقض شائع في التقارير ناتج عن الدفاعية المؤسسية واختلاف التعاريف نظرا لغياب المعايير الوطنية الموحدة (Tama et al., 2021) وقد يعد أمر إيجابي إذا ما نظرنا لحالة التقييم المنخفض للسلامة من الجهة الرقابي باعتبارها حالة تعبر عن عدم رضى المجلس عن الأداء، مما قد يدفعه مستقبلا إلى وضع وتطوير معايير وطنية وتعزيز الالزام بالمعايير الإلزامية في المستشفيات، ولا يجب تفسير التقييمات الذاتية للمستشفيات على أنها مكافئة للتقييمات الرقابية المستقلة.

الرقابة التنظيمية والتعلم المستمر

تُشير الدرجة المنخفضة نسبياً في بُعد التعلم المستمر (3.79) إلى قصور هيكلي في القدرات المؤسسية على التحسين المتكرر لسلامة المرضى، ويُعبر هذا العجز عن ثقافة لوم مستمرة بدلاً من ثقافة التعلم، حيث تُعامل الأحداث العكسية والحوادث الوشيكة كإخفاقات فردية بدلاً من تحليل النظام وفرص التعلم المؤسسي، وتنسجم هذه المعطيات مع التقارير العالمية التي تقترح أن الخوف من التبعات السلبية يظل العائق الأبرز أمام الإبلاغ عن الحوادث (Murray et al., 2023)، حيث يميل المناخ العقابي إلى تقويض الأمان النفسي الضروري لمشاركة الدروس المستفادة (Edmondson, 2004)، ويفترض البحث كآلية تفسيرية أن الدور المزدوج للمجلس الطبي كجهة تنظيمية وتأديبية في آن واحد قد يساهم في تعزيز فجوة الإفصاح، مما قد يدفع الكوادر نحو التواصل الدفاعي لتجنب المساءلة القانونية (Cusin et al., 2022)، وباعتبار هذه الدراسة من أواخر الأبحاث التي تناولت هذا البُعد في

بيئة نزاع ممتد بمعيارية عالية، فإن النتائج تؤكد الحاجة الملحة لتبني مبادئ الثقافة العادلة التي تميز بين الخطأ البشري العفوي والسلوك المتهور (Murray et al., 2023)، لذا يُعد فك ترابط وظائف المجلس واختصاصاته المتنوعة أمرًا ضروريًا لتهيئة بيئة تسمح بتحقق التعلم المستمر، لضمان بيئة آمنة تمنح الأولوية لإصلاح النظام بدلاً من لوم الأفراد (Mira et al., 2025).

محددات الدراسة ونقاط قوتها

وأخيراً، ينبغي الإشارة لبعض القيود، كاحتمال انحياز الرغبة الاجتماعية؛ وقد سعت الدراسة للحد من هذا الأثر عبر ضمان السرية التامة للمشاركين وتأكيد الغرض العلمي للبحث، وصعوبة تعميم النتائج نظرا للتصميم المقطعي للدراسة، وتكمن المساهمة المتواضعة لهذه الدراسة في تقديمها أساس ميداني يستند على قانون إنشاء المجلس والمعايير العالمية لسلامة المرضى، يقيّم إنفاذ الرقابة التنظيمية وإنفاذ اللوائح ضمن بيئة تتسم بالقساوة البالغة، من خلال استكشاف وفحص أثر الدور التنظيمي والرقابي للمجلس الطبي في الامتثال للمعايير الإلزامية لسلامة المرضى في اليمن — وهو سياق يتسم بنزاع طال أمده، وهشاشة مؤسسية، وندرة في الموارد — تقدم هذه الدراسة أدلة ميدانية نادرة حول كيفية تأثير الأطر التنظيمية على سلامة المرضى تحت ظروف تختبر القدرة التنظيمية والرقابية، لتعزيز سلامة المرضى، ودعم جهود الحد من الأخطاء الطبية وحماية حقوق المرضى في الجمهورية اليمنية.

الخاتمة

تقدم هذه الدراسة رؤى قيمة حول وأقع أثر رقابة المجلس الطبي اليمني في تطبيق معايير سلامة المرضى الإلزامية في المستشفيات بأمانة العاصمة صنعاء. وتشير النتائج إلى وجود ارتباط طردي وثيق وذو دلالة إحصائية عالية بين الدور الرقابي للمجلس ومستوى امتثال المنشآت الصحية ($R = 0.739$)، حيث فسر الدور الرقابي وحده ما نسبته 54.6%، من التباين في مستوى التزام المستشفيات بمعايير السلامة. ومع ذلك، كشفت النتائج عن فجوة ملموسة في الامتثال لصالح القطاع الخاص مقارنة بالقطاع العام، وقصور جوهري في أبعاد التعلم المستمر كأحد ركائز السلامة المؤسسية، وتشير هذه المعطيات إلى أن تراكم الأعباء وتعدد الاختصاصات الرقابية لدى جهة وحيدة قد يحد من كفاءة المنظومة الصحية مستقبلاً ما لم يتم تدارك الفجوات القائمة بشكل عاجل، وتؤكد التباينات المرصودة الحاجة الملحة لتعزيز الرقابة الميدانية وتطوير أدلة وطنية موحدة لضمان عدالة جودة الرعاية وحماية حقوق المرضى من الآثار السلبية للأخطاء الطبية. ولمعالجة هذه التحديات، تتضمن الخطوات العملية المقترحة إعادة هيكلة اختصاصات المجلس الطبي من خلال الفصل بين مهام تنظيم الكوادر ومهام الرقابة على المنشآت، والتمهيد لإنشاء هيئة وطنية مستقلة للاعتماد، ومركز متخصص لسلامة المرضى، مع تعزيز بيئة عمل غير عقابية تدعم الشفافية والتعلم من الأخطاء. تدعم هذه الإجراءات ترسيخ الامتثال المستدام للقوانين والأخلاقيات الطبية، مما يؤدي بدوره إلى الحد من الأخطاء الطبية وتحسين النتائج السريرية وضمان رعاية صحية أكثر أماناً في الجمهورية اليمنية.

Reverances:

1. Babamohamadi H, Nemati RK, Nobahar M, Keighobady S, Ghazavi S, Izadi-Sabet F, et al. Evaluation of Patient Safety Indicators in Semnan City Hospitals by Using the Patient Safety Friendly Hospital Initiative (PSFHI). Glob J Health Sci. 2015 Dec 18;8(8):1. doi:10.5539/gjhs.v8n8p1
2. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 : Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care [Internet]. World Health Organization; 2021 [cited 2026 Jul 30]. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/343477

3. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Patient safety assessment manual [Internet]. 3rd ed. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2020 [cited 2026 Jul 30]. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/363992
4. Letaief M, Leatherman S, Tawfik L, Alboksmaty A, Neilson M, Horemans D. Quality of health care and patient safety in extreme adversity settings in the Eastern Mediterranean Region: a qualitative multicountry assessment. Eastern Mediterranean Health Journal. 2021 Feb 1;27(2):167–76. doi:10.26719/2021.27.2.167
5. Qirbi N, Ismail SA. Health system functionality in a low-income country in the midst of conflict: the case of Yemen. Health Policy Plan. 2017 Jul;32(6):911–22. https://doi.org/10.1093/heapol/czx031
6. Al-wesabi M. (2012). The Role of Quality Systems in Improving the Performance of Healthcare Facilities in Yemen: A Case Study of the 48 Model Hospital. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.12720.32009
7. Siddiqi S, Elasady R, Khorshid I, Fortune T, Leotsakos A, Letaief M, et al. Patient Safety Friendly Hospital Initiative: from evidence to action in seven developing country hospitals. International Journal for Quality in Health Care. 2012 Apr 1;24(2):144–51. doi:10.1093/intqhc/mzr090
8. Lebbos TJ, Duran D. Yemen health sector policy note: crisis and system resilience. Washington, DC: World Bank; 2021. https://thedocs.worldbank.org/en/doc/8aca65c4db5338cd3a408c0d4a147123-0280012021/original/Yemen-Health-Policy-Note-Sep2021.pdf.
9. Qabban, K. A., Al-Wesabi, M. M., & Jowah, H. M. (2026). Association between Joint Commission International patient-centered standards and self-reported nursing performance in Sana′a, Yemen hospitals. *Journal of Nursing Management*, *2026*, Article 8353270. https://doi.org/10.1155/jonm/8353270
10. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Understanding the private health sector in Yemen, Cairo: World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2024 [cited 2026 Jul 29]. 44 p. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/378656
11. Al-Sayaghi KM, Alqalah TAH, Alkubati SA, Alshoabi SA, Alsabri M, Alrubaiee GG, et al. Healthcare workers' compliance with the catheter associated urinary tract infection prevention guidelines: an observational study in Yemen. Antimicrob Resist Infect Control. 2023 Dec 10;12(1):144. doi:10.1186/s13756-023-01352-7
12. Asghari F. Organizational Professionalism: Role of Medical Council in Public Trust in the Profession. J Adv Med Educ Prof. 2025 Oct;13(4):353–8. doi:10.30476/jamp.2025.105902.2133 PubMed PMID: 41215992.
13. Tazzyman A, Bryce M, Ferguson J, Walshe K, Boyd A, Price T, et al. Reforming regulatory relationships: The impact of medical revalidation on doctors, employers, and the General Medical Council in the United Kingdom. Regul Gov. 2019 Dec 9;13(4):593–608. doi:10.1111/rego.12237
14. Wachter RM. The End Of The Beginning: Patient Safety Five Years After 'To Err Is Human.' Health Aff.

2004 Jan;23(Suppl1):W4-534-W4-545. doi:10.1377/hlthaff.W4.534
15. Republic of Yemen. Law No. 28 of 2000 concerning the establishment of the Yemeni Medical Council. Sana'a: Official Gazette; 2000. https://yemenconsumer.org/28-2000/.(Accessed on 6.MAY.26).
16. Alraimi AA, Al-Nashmi MM. The interactive effect of the application of accreditation standards (JCIs) and the practice of administrative control in improving the quality of health services: a study on Yemeni hospitals. BMC Health Serv Res. 2024 Nov 14;24(1):1403. doi:10.1186/s12913-024-11894-0.
17. Macrae C. Regulating reliably: building high-reliability regulators in healthcare. J R Soc Med. 2025 Jan 24;118(1):11–5. doi:10.1177/01410768241309191.
18. Auraaen, A., K. Saar and N. Klazinga (2020), "System governance towards improved patient safety: Key functions, approaches and pathways to implementation", OECD Health Working Papers, No. 120, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/2abdd834-en
19. Tama E, Khayoni I, Goodman C, Ogira D, Chege T, Gitau N, et al. What Lies Behind Successful Regulation? A Qualitative Evaluation of Pilot Implementation of Kenya's Health Facility Inspection Reforms. Int J Health Policy Manag. 2021 Aug 25. doi:10.34172/ijhpm.2021.90
20. Qabban, K. A., Al-Wesabi, M. M. (2025). The Impact of Career Development on Improving Nursing Performance in Yemen Hospitals - Sana'a. Sana'a University Journal of Human Sciences, 4(11), 277-317. https://doi.org/10.59628/jhs.v4i11.1809
21. Alsaleh FM, Albraikan S, Alzoubi H, Abahussain EA, Elamir H. Assessment of a patient safety culture: a nationwide cross-sectional study comparing public and private hospitals in Kuwait. BMC Health Serv Res. 2025 Apr 22;25(1):579. doi:10.1186/s12913-025-12668-y
22. Murray JS, Clifford J, Larson S, Lee JK, Sculli GL. Implementing Just Culture to Improve Patient Safety. Mil Med. 2023 Jul 22;188(7–8):1596–9. doi:10.1093/milmed/usac115
23. Edmondson AC. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. Qual Saf Health Care. 2004 Dec 1;13(suppl_2):ii3–9. doi:10.1136/qshc.2003.009597
24. Cusin J, Goujon-Belghit A. Managing Medical Errors in a University Hospital: How to Handle the Internal Learning–External Protection Paradox? M@n@gement. 2022 Mar 15;25(1). doi:10.37725/mgmt.v25.4558
25. Mira JJ, Lorenzo S, Aranaz-Andrés JM, Macías-Maroto M, Cobos-Vargas Á, Moreno Campoy EE, et al. Understanding and reframing clinical errors through just culture: protocol for the DECIDE mixed-methods study in Spanish healthcare and community contexts. BMJ Open. 2025 Oct;15(10):e101421. doi:10.1136/bmjopen-2025-101421
26. Al-Wesabi, M.M., Measar, M.A. & Eskander, N.A. Combined impact of surgical lighting and flooring surface characteristics on staff stress: A hospital field study. *Sci Rep* (2026). https://doi.org/10.1038/s41598-026-70738-5