



Organizational Development and Its Role in Enhancing the Efficiency and Effectiveness of Health Services in Crisis Settings: A Comparative Applied Study of Yemeni Hospitals in the Capital Secretariat of Sana'a

Muneer Musleh Al-Wesabi, Saddam Mohsen Ali Al-Jurmi, Sadiq Mutee Al-Sudai

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

DOI: <https://ojs.21umas.edu.ye/jas/article/view/393>

Abstract

This study aimed to measure and test the effect of organizational development, through its four dimensions—systems and policies, methods and technology, training and development, and analysis and adaptation of the organizational structure—on improving the efficiency and effectiveness of health services in Yemeni hospitals in the Capital Secretariat of Sana'a, with a comparative analysis between the public and private sectors. The study adopted the descriptive-analytical approach to diagnose the phenomenon under conditions of crisis and resource scarcity. A proportionate stratified random sample of 400 individuals was selected, from which 347 valid questionnaires were retrieved for statistical analysis, representing a response rate of 86.75%. The statistical results, using SPSS v26, showed that the overall level of organizational development was high ($M = 3.94$, $SD = 0.64$), with the systems and policies dimension ranking first ($M = 4.16$). The overall level of health service efficiency and effectiveness was also high ($M = 3.92$, $SD = 0.71$). Multiple regression analysis revealed that the dimensions of organizational development explained 55.8% of the variance in health service efficiency ($R^2 = 0.558$), with systems and policies being the strongest predictor ($\beta = 0.315$, $p < 0.001$). They also explained 48.6% of the variance in health service effectiveness ($R^2 = 0.486$), with methods and technology emerging as the strongest predictor ($\beta = 0.341$, $p < 0.001$), followed by analysis and adaptation of the organizational structure ($\beta = 0.308$, $p < 0.001$). In contrast, the analysis revealed no statistically significant direct effect of the training and development dimension in either model ($p = 0.054$ for efficiency and $p = 0.857$ for effectiveness). This finding was discussed in terms of the phenomenon of the “training paradox,” which may be attributed to the randomness of humanitarian aid programs, the migration of qualified personnel, and the deterioration of the physical operational environment. The study also identified statistically significant differences in favor of private hospitals, respondents with higher educational qualifications, and those with moderate work experience (4–7 years). The study concluded by proposing a guiding model and a set of practical recommendations to support institutional recovery.

Keywords: Organizational Development; Health Service Efficiency; Health Service Effectiveness;

التطوير التنظيمي ودوره في تعزيز كفاءة وفاعلية الخدمات الصحية في بيئات الأزمات: دراسة تطبيقية مقارنة على المستشفيات اليمنية بأمانة العاصمة صنعاء

منير مصلح الوصافي، صدام محسن علي الجرمي، صادق مطيع السدعي

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

ملخص الدراسة

استهدفت هذه الدراسة قياس واختبار أثر التطوير التنظيمي بأبعاده الأربعة (الأنظمة والسياسات، الأساليب والتكنولوجيا، التدريب والتطوير، والتحليل والمواكبة للهيكل التنظيمي) في تحسين كفاءة وفاعلية الخدمات الصحية بالمستشفيات اليمنية بأمانة العاصمة صنعاء، مع إجراء تحليل مقارنة بين القطاعين العام والخاص، واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي لتشخيص الظاهرة في ظل ظروف الأزمات وشح الموارد، وتم اختيار عينة عشوائية طبقية متناسبة قوامها (400) فرد، واسترداد (347)، استبانة صالحة للتحليل الإحصائي بنسبة استجابة بلغت 86.75%، وأظهرت النتائج الإحصائية باستخدام برنامج (SPSS v26) أن واقع التطوير التنظيمي جاء بمستوى مرتفع (متوسط 3.94، انحراف معياري 0.64)، متصداً بعد الأنظمة والسياسات (متوسط 4.16)، كما سجلت كفاءة وفاعلية الخدمات الصحية مستوى مرتفعاً (متوسط 3.92، انحراف معياري 0.71)، وكشف تحليل الانحدار المتعدد أن أبعاد التطوير التنظيمي تفسر 55.8% من التغير في كفاءة الخدمات الصحية ($R^2=0.558$) بتصدر بعد الأنظمة والسياسات ($\beta=0.315$, $p<0.001$) وتفسر 48.6% من التغير في فاعليتها ($R^2=0.486$) بتصدر بعد الأساليب والتكنولوجيا ($\beta=0.341$, $p<0.001$)، متبوعاً بالتحليل الهيكلي ($\beta=0.308$, $p<0.001$) في المقابل، أظهر التحليل غياب التأثير المباشر المعنوي لبعدها التدريب والتطوير في كلا النموذجين ($p=0.054$) للكفاءة، ($p=0.857$) للفاعلية، وهو ما تمت مناقشته تحت ظاهرة "مفارقة التدريب" الناتجة عن عشوائية البرامج الإغائية وهجرة الكفاءات وتدهور البيئة المادية التشغيلية، كما رصدت الدراسة فروقاً دالة إحصائياً لصالح المستشفيات الأهلية، ولصالح حملة المؤهلات العليا، وللجنة ذات الخبرة المتوسطة (4-7 سنوات) وخلصت الدراسة إلى تقديم نموذج إرشادي وتوصيات إجرائية لدعم التعافي المؤسسي.

الكلمات المفتاحية: التطوير التنظيمي؛ كفاءة الخدمات الصحية؛ فاعلية الخدمات الصحية؛ أمان المرضى؛ بيئة الأزمات؛ المستشفيات اليمنية

Faculty of medical admin, 21 september university, yemen
Corresponding author email: mwesabi@21umas.edu.ye

1 قسم إدارة الخدمات الطبية، كلية الإدارة الطبية -ماجستير إدارة صحية، جامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية، اليمن.

أسباب غياب الأثر المباشر للتدريب في ظل هجرة العقول وشح التمويل التنموي.
• توثيق تفوق أدائي وهيكل معنوي للمستشفيات الأهلية مقارنة بالمستشفيات الحكومية، يعود لمرونة القرار والتحول الرقمي الرشيق.

1. مقدمة

تترجع الرعاية الصحية على قمة الأولويات الإنسانية والتنمية في الفكر الإداري المعاصر، بوصفها الركيزة الأساسية لحماية رأس المال البشري واستدامة المجتمعات (WHO, 2024)، ولم يعد تقييم أداء المؤسسات الاستشفائية يقتصر على المخرجات العلاجية التقليدية، بل بات متمحوراً حول

أبرز نقاط البحث

- إثبات القدرة التفسيرية العالية للتطوير التنظيمي في التنبؤ بكفاءة ($R^2=55.8\%$) وفاعلية ($R^2=48.6\%$) الرعاية الاستشفائية في بيئات التعافي والأزمات المعقدة.
- الكشف عن تباين أدوار الأبعاد التنظيمية؛ إذ يتصدر بعد الأنظمة والسياسات قيادة الكفاءة التشغيلية، بينما يتصدر بعد الأساليب والتكنولوجيا والتحليل الهيكلي قيادة الفاعلية السريرية.
- تشخيص ظاهرة مفارقة التدريب في المؤسسات الصحية بالدول النامية، وتفسير

القدرة على الموازنة الدقيقة بين تعظيم المخرجات السريرية وتحقيق الأمان الطبي ورضا المرضى من جهة، وبين الاستغلال الأمثل والرشد للموارد المادية والمالية الشحيحة من جهة أخرى (Donabedian, 2003)، ولتحقيق هذه المواءمة في بيئة استشفائية تتسم بالتغيرات المتسارعة، يفرض الواقع المتجدد التخلي عن الأنماط البيروقراطية الجامدة والتوجه نحو إستراتيجيات مرنة قادرة على التكيف المؤسسي والهيكل (Mishra et al., 2026; Teece, 2007)، وتبرز هنا الأهمية الاستراتيجية لعمليات التطوير التنظيمي كمدخل شامل يستهدف إعادة هندسة السياسات والأساليب التقنية، وتأهيل الموارد البشرية، وتعديل الهياكل التنظيمية بما يحقق الرشاقة المؤسسية والتعافي المستدام (Dahlia et al., 2025; West, 2020).

وتزداد هذه الأهمية تعقيداً عند النظر إلى المشهد الاستشفائي في الجمهورية اليمنية، والذي يعيش ظروفاً استثنائية شديدة الهشاشة جراء استمرار النزاع وتدمير أجزاء واسعة من البنية التحتية، فضلاً عن النزيف الحاد في الكفاءات الطبية والتمريضية المترتب على الانقطاعات التمويلية (Awuah et al., 2024; WHO, 2024)، وتتأزم هذه التحديات في مستشفيات أمانة العاصمة صنعاء، التي تواجه ضغوطاً ديموغرافية وتشغيلية غير مسبقة ناتجة عن الكثافة السكانية وتدفق آلاف النازحين من المحافظات الأخرى، مما يضع قيادات القطاعين العام والخاص أمام حتمية الموازنة بين تشغيل الطاقة السريرية القصوى وبين الالتزام ببروتوكولات الجودة والسلامة (Al-Sabri et al., 2026; Ghallab & Sallam, 2026).

مشكلة الدراسة

تتبلور المشكلة البحثية في وجود اختلالات تنظيمية وإدارية هيكلية تعاني منها المستشفيات اليمنية بأمانة العاصمة، مما ينعكس سلباً على مستويات كفاءة وفاعلية الخدمات الصحية المقدمة (Al-Arafi & Al-Qahali, 2024; Al-Somat & Al-Siaghi,

2024)، وتتجلى أبرز مظاهر هذه المشكلة في ترهل الهياكل الإدارية، وتداخل الصلاحيات السريرية والتنفيذية، وبطء قنوات الاتصال، والاعتماد المفرط على المعاملات الورقية، متبوعاً بضعف الامتثال للسياسات والبروتوكولات الوقائية المحدثة (Al-wesabi & Shamlan, 2022; Assaf, 2023)، ويرافق ذلك تراجع ملحوظ في مردود البرامج التدريبية الموجهة للكوادر، والتي باتت تتسم بالارتجالية والعشوائية المعتمدة على المساعدات الإغاثية الطارئة، مما أفقدها أثرها المباشر في الارتقاء بالأداء التشغيلي (MSF, 2025).

إن استمرار هذا القصور التنظيمي في ظل شح التمويل يؤدي بالضرورة إلى زيادة معدلات الأخطاء السريرية، وهدر الأدوية والمستلزمات الحيوية، وانخفاض معدلات إشغال الأسرة المخططة، وتراجع رضا المستفيدين (Al-Saffar, 2009; Zhang et al., 2025)، وتتحدد الفجوة المعرفية والبحثية التي تسعى هذه الدراسة لسدها في ندرة الدراسات الصحية المتكاملة التي تجمع بين أبعاد التطوير التنظيمي الأربعة (الأنظمة، التكنولوجيا، التدريب، الهيكل) كنموذج تفسيري موحد للتعافي المؤسسي في اليمن، والافتقار إلى أبحاث تفصل منهجياً وقياسياً بين كفاءة الخدمات الصحية المرتبطة بالمدخلات وفعاليتها المرتبطة بالمخرجات السريرية، فضلاً عن ندرة الدراسات الميدانية المقارنة التي تشمل المستشفيات الحكومية الكبرى والأهلية في نسيج جغرافي موحد.

تساؤلات الدراسة

1. ما مستوى تطبيق التطوير التنظيمي بأبعاده الأربعة بالمستشفيات اليمنية محل الدراسة بأمانة العاصمة؟
2. ما مستوى كفاءة وفاعلية الخدمات الصحية بالمستشفيات اليمنية محل الدراسة؟
3. هل يوجد دور ذو دلالة إحصائية لأبعاد التطوير التنظيمي مجتمعة ومنفردة في تحسين كفاءة وفاعلية الخدمات الصحية؟

تستمد الدراسة أهميتها النظرية من تقديم نموذج فكري متكامل يربط بين حقل التطوير التنظيمي وإدارة الجودة الصحية في بيئات العمل الهشة وشححة الموارد، رادماً الفجوة المعرفية في الأدبيات العربية واليمنية عبر الفصل القياسي بين الكفاءة التشغيلية والفاعلية السريرية، وتتجلى أهميتها العملية في تزويد وزارة الصحة العامة والسكان وقيادات المستشفيات المبحوثة (الجمهوري، الكويت، أزال، النخبة) بدليل إرشادي وحلول إجرائية خالية من التكلفة المالية الباهظة لإعادة هندسة العمليات وتفعيل أتمتة السجلات الطبية لضمان سلامة المرضى وتأمين تعاف مؤسسي مستدام.

5. فرضيات الدراسة

استناداً إلى الأطر النظرية والتساؤلات المطروحة، تم صياغة الفرضيات الصفرية الآتية:

- **H01:** لا يوجد دور ذو دلالة إحصائية للتطوير التنظيمي بأبعاده مجتمعة في تحسين كفاءة وفاعلية الخدمات الصحية بالمستشفيات اليمنية محل الدراسة عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$.

○ **H01.1:** لا يوجد دور ذو دلالة إحصائية لبعده الأنظمة والسياسات في تحسين كفاءة وفاعلية الخدمات الصحية.

○ **H01.2:** لا يوجد دور ذو دلالة إحصائية لبعده الأساليب والتكنولوجيا في تحسين كفاءة وفاعلية الخدمات الصحية.

○ **H01.3:** لا يوجد دور ذو دلالة إحصائية لبعده التدريب والتطوير في تحسين كفاءة وفاعلية الخدمات الصحية.

○ **H01.4:** لا يوجد دور ذو دلالة إحصائية لبعده التحليل والمواكبة للهيكل التنظيمي في تحسين كفاءة وفاعلية الخدمات الصحية.

4. ما دور كل بعد من أبعاد التطوير التنظيمي (الأنظمة والسياسات، الأساليب والتكنولوجيا، التدريب والتطوير، التحليل والمواكبة للهيكل التنظيمي) في تحسين كفاءة الخدمات الصحية؟

5. ما دور كل بعد من أبعاد التطوير التنظيمي الأربعة في تحسين فاعلية الخدمات الصحية؟

6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كفاءة وفاعلية الخدمات الصحية تعزى للمتغيرات الديموغرافية والتشغيلية (النوع، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي، نوع المستشفى)؟

أهداف الدراسة

تسعى الدراسة بشكل رئيس إلى تقييم دور التطوير التنظيمي بأبعاده الأربعة في تحسين كفاءة وفاعلية الخدمات الصحية بالمستشفيات اليمنية بأمانة العاصمة صنعاء، وتفرع من هذا الهدف الغايات التفصيلية الآتية:

1. قياس مستوى تطبيق التطوير التنظيمي بأبعاده الأربعة في المستشفيات المبحوثة.
2. تحديد مستوى كفاءة وفاعلية الخدمات الصحية المباشرة والسريرية من وجهة نظر العاملين.
3. الكشف عن القدرة التفسيرية والتنبؤية لكل بعد من أبعاد التطوير التنظيمي في تحسين كفاءة الخدمات الصحية.
4. تحديد المقدار التنبؤي لأبعاد التطوير التنظيمي في تحسين فاعلية الخدمات الصحية والأمان الطبي.
5. تشخيص الفروق الجوهرية في تقديرات المبحوثين لمستوى الكفاءة والفاعلية وفقاً للمتغيرات الديموغرافية والقطاعية (حكومي مع أهلي).

الأهمية العلمية والعملية للبحث

(Telukdarie et al., 2026; Thomas, 2024) وتفسر هذه النظرية تعثر المبادرات التقنية في بعض المستشفيات عند تغيب التأهيل السلوكي والتشاركي للعاملين (Davis et al., 2014; Winby & Mohrman, 2018).

3. نظرية القدرات الديناميكية (Dynamic Capabilities Theory):

طورها ديفيد تيس وزملاؤه (Teece, 2007)، وتعريف القدرة الديناميكية بأنها الشفط التنظيمي لإعادة تشكيل وبناء الكفايات والموارد الداخلية لمواجهة الاضطرابات الحادة (Mishra et al., 2026)، وتعتبر هذه النظرية الأساس المفسر لمدى استجابة المستشفيات اليمنية للأزمات عبر إعادة تنظيم طاقتها السريرية وهياكلها بمرونة عالية (Aboagye & Haozhen, 2026; Ghallab & Sallam, 2026).

المراجعة المنهجية للدراسات السابقة

شهد الفكر الإداري الصحي حراكاً واسعاً لبحث أثر التغيير الهيكلي والتقني في جودة الرعاية، وفي البيئة اليمنية والإقليمية، كشفت دراسة الجراش (2025) عن وجود أثر إيجابي ذي دلالة إحصائية للتحويل الرقمي في تحقيق جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الخاصة بأمانة العاصمة، وأكدت دراسة الصمات والسياسي (2024) أن تطبيق التطوير التنظيمي بأبعاده المختلفة يؤدي إلى رفع مستويات الأداء الاستشفائي والفعالية السريرية في المستشفيات الخاصة تصنيف (A) بصنعاء، وفي سياق الرعاية الأولية، أظهرت دراسة الحلاق وآخرين (2025) في شمال سوريا أن التكنولوجيا وشبكات الاتصال تعزز كفاءة إدارة المراكز الطبية في ظروف النزاع، وعلى صعيد إدارة الموارد البشرية، بيّنت دراسة قبان والوصابي (2025) أن التطوير الوظيفي يفسر 65.5% من التباين في أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية ($R^2=0.655$)، وأكدت دراسة

• **H02**: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات العاملين في المستشفيات الحكومية والأهلية لمستوى كفاءة وفاعلية الخدمات الصحية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

• **H03**: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء عينة الدراسة حول مستوى كفاءة وفاعلية الخدمات الصحية تعزى للمتغيرات الديموغرافية (النوع، العمر، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي).

2. الإطار النظري والدراسات السابقة

التأصيل الفلسفي والنظري لنموذج الدراسة يرتكز النموذج المعرفي للدراسة على ثلاث نظريات إدارية وسلوكية متكاملة تفسر تفاعل النظم الاستشفائية مع بيئاتها:

1. نظرية النظم العامة (Systems Theory):

صاغها لودفيج فون برتالانفي (von Bertalanffy, 1968)، وتفترض أن المستشفى كيان مفتوح ومترابط يتكون من أنظمة فرعية (طبية، إدارية، مالية، تقنية) تعتمد على المدخلات، والعمليات التحويلية، والمخرجات، وحلقات التغذية العكسية (Bhuyan et al., 2025)، وفي السياق اليمني، يسهم التطوير التنظيمي في حوكمة العمليات التحويلية الداخلية لتعويض شح المدخلات المادية والبشرية لضمان مخرجات صحية آمنة.

2. النظرية السوسيو - تقنية (Socio-Technical Systems Theory):

طورها إريك تريست وزملاؤه في معهد تافيسستوك (Trist, 1981; Kemp et al., 2023)، وتؤكد أن الأداء المؤسسي الكفء يتطلب التصميم المشترك والتوازن التام بين النظام التقني (الأجهزة والبرمجيات) والنظام الاجتماعي (الكوادر وسلوكياتها)

القيادة الظرفية تؤثر بقوة في جودة الخدمات الصحية
($\beta=0.52$) عبر وسيط إدارة الأزمات.

علي والقرص (2025) بالحديدة أن القيادة الاستراتيجية والرقابة التنظيمية تعززان نظام الصحة والسلامة المهنية بالمشافي، وفي الأدبيات الدولية الحديثة، أثبتت دراسة ميشرا وآخرين (Mishra et al., 2026) في الهند أن قدرات الاستشعار وإعادة التشكيل الهيكلي تعزز المرونة التنظيمية وأداء الحوكمة البيئية والاجتماعية (ESG) في المستشفيات، كما أوضحت دراسة غلاب وسلام (Sallam, 2026 & Ghallab) في صنعاء أن

مصفوفة المقارنة المنهجية للدراسات السابقة

الباحثان والشهر/السنة	المتغيرات المدروسة	المنهج والعينة	البيئة الجغرافية	أبرز النتائج الإحصائية
الجراس (2025)	التحول الرقمي → جودة الخدمات الصحية	وصفي تحليلي (N=159)	اليمن (صنعاء - خاص)	أثر إيجابي مرتفع للرقمنة في الجودة.
الصماط والسياعي (2024)	التطوير التنظيمي → أداء المنشآت الصحية	وصفي تحليلي (N=400)	اليمن (صنعاء - خاص)	التطوير التنظيمي يرفع الفعالية والأمان.
قبان والوصابي (2025)	التطوير الوظيفي → أداء التمريض	وصفي تحليلي (N=526)	اليمن (صنعاء - عام وخاص)	التطوير الوظيفي يفسر 65.5% من أداء التمريض.
غلاب وسلام (Ghallab & Sallam, 2026)	القيادة الظرفية وإدارة الأزمات → جودة الخدمة	كمي مقطعي-PLS-SEM (N=319)	اليمن (صنعاء - خاص)	للقيادة وإدارة الأزمات أثر مباشر قوي ($\beta=0.52$).
ميشرا وآخرون (Mishra et al., 2026)	القدرة الديناميكية → المرونة وأداء ESG	كمي - نمذجة معادلات (N=558)	الهند (مستشفيات متعددة)	القدرة الديناميكية تقود المرونة والاستدامة.
الحسيني (El Husseiny, 2022)	الكفاءة الفنية للنظم الصحية ومحدداتها	تحليل مغلف البيانات (DEA) وتوبيت (Tobit)	20 دولة عربية	تراجع متوسط الكفاءة والإنفاق الحكومي يختلف أثره.
جانغ وآخرون (Zhang et al., 2025)	الكفاءة التشغيلية ومحدداتها في المشافي	Bootstrap-DEA وتوبيت (N=167)	الصين (شانشي)	مدة الإقامة ونسبة الأسرة تحددان الكفاءة.

المصدر: إعداد الباحث اعتماداً على المراجع الموثقة في متن البحث

التعليق النقدي والفجوة البحثية

تكشف القراءة النقدية للأدبيات السابقة عن ثغرات منهجية ومفهومية حاسمة تسعى الدراسة الحالية لردمها:

1. القصور في الشمولية الهيكلية ركزت غالبية الدراسات المحلية على متغيرات أحادية معزولة مثل التحول الرقمي بمفرده

(الجراس، 2025) أو إدارة الجودة الشاملة

(الشامي والصوفي، 2024)، مغفلة التفاعل الديناميكي الشامل بين الأنظمة والتقنية والتدريب والهيكل التنظيمي.

2. الخلط القياسي بين الكفاءة والفاعلية عانت الأدبيات التقليدية من دمج مؤشرات الكفاءة التشغيلية (المدخلات والموارد) مع الفاعلية

وتطوير فقراتها بالاستناد إلى الأدبيات المرجعية ومعايير الجودة الصحية (Cronbach, 1951).

مجتمع وعينة الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين الكليين من الأطباء، والتمريض، والإداريين، والفنيين بالمستشفيات الأربع المبحوثة بأمانة العاصمة صنعاء والبالغ عددهم (3130) موظفاً حسب إحصائيات الموارد البشرية لعام 2026م، وتم تحديد حجم العينة وفق معادلة الجدول المعياري لكريجي (Morgan, 1970 & Krejcie) (342) مفردة، ولضمان المقارنة القطاعية المتوازنة واستيفاء متطلبات الاختبارات الإحصائية المعلمية، استخدم الباحثان أسلوب العينة العشوائية الطبقية المتساوية بواقع (100) استبانة لكل مستشفى (إجمالي 400 استبانة موزعة)، واسترد منها الباحثان (347) استبانة صالحة للتحليل الإحصائي بنسبة استجابة نهائية بلغت 86.75%.

السريية (المخرجات والأمان) ضمن مفهوم فضفاض واحد، بينما تقدم الدراسة الحالية تفكيراً قياسياً يثبت تمايز المسارات التنبؤية لكل منهما.

3. غياب الموازنة القطاعية المقارنة اقتضت معظم الأبحاث اليمنية الحديثة على القطاع الخاص الاستثماري فئة (A) (الصماط والسياسي، 2024)، بينما تقدم الدراسة الحالية تحليلاً مقارناً ميدانياً يجمع بين كبريات المشافي الحكومية (الجمهوري والكويت) والمشافي الأهلية (آزال والنخبة) تحت بيئة أزمات جغرافية موحدة.

3. منهجية الدراسة والنتائج

منهج البحث والتصميم الميداني

اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي القائم على التكميم الإحصائي والمقارنة الميدانية لتشخيص أثر التطوير التنظيمي في كفاءة وفاعلية الخدمات الصحية. وتمثلت أداة الدراسة في استبانة محكمة تم تصميمها

توزيع مجتمع وعينة الدراسة

م	المستشفى	نوع المستشفى	حجم المجتمع	العينة الموزعة	العينة المستردة الصالحة	نسبة الاسترداد	النسبة من إجمالي العينة
1	مستشفى الجمهوري التعليمي	حكومي	1800	100	91	91.0%	26.2%
2	مستشفى الكويت الجامعي	حكومي	630	100	90	90.0%	25.9%
3	مستشفى آزال النموذجي	أهلي	400	100	84	84.0%	24.2%
4	مستشفى النخبة التخصصي	أهلي	300	100	82	82.0%	23.6%
الإجمالي			3130	400	347	86.75%	100%

المصدر: من إعداد الباحث مستنداً على الاستبانات الموزعة في المستشفيات محل الدراسة

الخصائص الديموغرافية والتشغيلية للعينة (N=347)

توزعت العينة إحصائياً حسب نوع المستشفى إلى 181 فرد بالقطاع الحكومي (52.2%)، و166 فرد بالقطاع الأهلي (47.8%)، وحسب الجنس إلى 193 ذكور (55.6%) و154 إناث (44.4%)، وحسب العمر: أقل من 30 سنة (124 فئة، 35.7%)، من 30-40 سنة (151 فئة، 43.5%)، من 41-50 سنة (53 فئة، 15.3%)، وأكثر من 50 سنة (19 فئة، 5.5%)، أما المؤهل العلمي: ثانوي فأقل (33 فئة، 9.5%)، دبلوم عال (117 فئة، 33.7%)، بكالوريوس (140 فئة، 40.3%)، ماجستير (27 فئة، 7.8%)، بورد طبي (14 فئة، 4.0%)، ودكتوراه فأكثر (16 فئة، 4.6%)، وفي سنوات الخبرة: أقل من سنة (26 فئة، 7.5%)، 1-3 سنوات (94 فئة، 27.1%)، 4-7 سنوات (114 فئة، 32.9%)، 8-11 سنة (48 فئة، 13.8%)، وأكثر

من 12 سنة (65 فئة، 18.7%)، وفي التخصص الوظيفي: تمريض (82 فئة، 23.6%)، إداريون (80 فئة، 23.1%)، أطباء (61 فئة، 17.6%)، فنيون (49 فئة، 14.1%)، مختبرات (34 فئة، 9.8%)، خدمات مساندة (18 فئة، 5.2%)، أستاذ جامعي (4 فئات، 1.2%)، وأخرى (19 فئة، 5.5%).

الصدق والثبات لاختبار أداة الدراسة

تم التأكد من الصدق الظاهري بعرض الأداة على (6) من المحكمين المتخصصين، وثبت الصدق البنائي بوجود ارتباطات بينية دالة عند مستوى (0.01) تراوحت بين (0.501-0.615) للمتغير المستقل، وبلغت (0.797) بين بعدي المتغير التابع، وتأكد الثبات العالي باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) (Cronbach, 1951):

معاملات الثبات والاتساق الداخلي لأبعاد أداة الدراسة

متغيرات وأبعاد الدراسة	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ (α)	مستوى الثبات والاتساق
بعد الأنظمة والسياسات	5	0.850	مرتفع جداً
بعد الأساليب والتكنولوجيا	5	0.800	مرتفع جداً
بعد التدريب والتطوير	5	0.880	مرتفع جداً
بعد التحليل والمواكبة للهيكلي التنظيمي	5	0.880	مرتفع جداً
إجمالي المتغير المستقل (التطوير التنظيمي)	20	0.935	ممتاز وفائق الاعتمادية
بعد كفاءة الخدمات الصحية	10	0.917	مرتفع جداً
بعد فاعلية الخدمات الصحية	10	0.918	مرتفع جداً
إجمالي المتغير التابع (كفاءة وفاعلية الخدمات)	20	0.950	ممتاز وفائق الاعتمادية
الثبات الإجمالي العام لأداة الدراسة الكلية	40	0.9649	أعلى درجات الموثوقية العلمية

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS

اختبار التوزيع الطبيعي

أظهرت الاختبارات الإحصائية أن قيم معامل الالتواء (Skewness) لكافة الأبعاد تراوحت بين

(-0.836) و (-0.994)، وقيم التفرطح (Kurtosis) تراوحت بين (0.373) و (1.296)، وبما أن كافة القيم تقع حتماً ضمن النطاق المعياري المقبول (± 2.0)، فقد ثبت اتباع البيانات للتوزيع الطبيعي، مما يجيز استخدام الاختبارات الإحصائية المعلمية (Parametric Tests).

نتائج التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد الدراسة

الرتبة	المحاور والأبعاد	المتوسط الحسابي (M)	الانحراف المعياري (SD)	النسبة المئوية (%)	مستوى الموافقة اللفظي
1	بعد الأنظمة والسياسات	4.16	0.72	83.20%	مرتفع
2	بعد الأساليب والتكنولوجيا	3.96	0.69	79.20%	مرتفع
3	بعد التدريب والتطوير	3.84	0.84	76.80%	مرتفع
4	بعد التحليل والمواكبة الهيكلية	3.82	0.83	76.40%	مرتفع
--	الدرجة الكلية للتطوير التنظيمي	3.94	0.64	78.80%	مرتفع كلياً
1	بعد فاعلية الخدمات الصحية	3.93	0.71	78.59%	مرتفع
2	بعد كفاءة الخدمات الصحية	3.91	0.75	78.29%	مرتفع
--	الدرجة الكلية للمتغير التابع	3.92	0.71	78.44%	مرتفع كلياً

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS

نتائج الإحصاء الاستدلالي واختبار الفرضيات

1. مصفوفة ارتباط بيرسون بين الأبعاد

أظهرت النتائج وجود علاقات ارتباط طردية قوية موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى معنوية ($p < 0.01$) بين أبعاد التطوير التنظيمي وكفاءة الخدمات الصحية: الأنظمة والسياسات ($r = 0.549$)، الأساليب والتكنولوجيا ($r = 0.597$)، التدريب والتطوير ($r = 0.550$)، والتحليل الهيكلي ($r = 0.597$)، كما سجلت ارتباطات طردية قوية مع فاعلية الخدمات الصحية: الأنظمة والسياسات ($r = 0.646$)، الأساليب والتكنولوجيا ($r = 0.613$)،

التدريب والتطوير ($r = 0.609$)، والتحليل الهيكلي ($r = 0.610$).

2. نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر التطوير التنظيمي في كفاءة الخدمات الصحية

$$\text{Efficiency} = \beta_0 + \beta_1(\text{Systems}) + \beta_2(\text{Tech}) + \beta_3(\text{Training}) + \beta_4(\text{Structure}) + \epsilon$$

نموذج الانحدار المتعدد والتعدد الخطي لتأثير أبعاد التطوير التنظيمي في كفاءة الخدمات الصحية

المتغيرات المستقلة	معامل الانحدار غير المعياري (B)	الخطأ المعياري (SE)	معامل الانحدار المعياري (β)	قيمة (t)	الدلالة الإحصائية (p-value)	التباين المسموح (Tolerance)	معامل تضخم التباين (VIF)
الثابت (Constant)	0.317	0.179	--	1.767	0.078	--	--
الأنظمة والسياسات	0.329	0.051	0.315	6.476	0.000	0.570	1.754
الأساليب والتكنولوجيا	0.302	0.051	0.278	5.865	0.000	0.589	1.698
التدريب والتطوير	0.103	0.053	0.115	1.932	(0.054 غير دال)	0.365	2.742
التحليل والمواكبة الهيكلية	0.168	0.052	0.186	3.249	0.001	0.570	1.754

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS

ملاحظة النموذج: $R=0.747$ ؛ $R^2=0.558$ ؛ المحسوبة $F=107.904$ ($p=0.000$)، تثبت النتائج رفض الفرضية الصفرية الفرعية الأولى والثانية والرابعة وقبول الفرضية البديلة، بينما يقبل النفي الصفر للبعد الثالث (التدريب والتطوير) لعدم تجاوزه حد المعنوية ($p=0.054>0.05$).

3. نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر التطوير التنظيمي في فاعلية الخدمات الصحية

نموذج الانحدار المتعدد والتعدد الخطي لتأثير أبعاد التطوير التنظيمي في فاعلية الخدمات الصحية

المتغيرات المستقلة	معامل الانحدار غير المعياري (B)	الخطأ المعياري (SE)	معامل الانحدار المعياري (β)	قيمة (t)	الدلالة الإحصائية (p-value)	التباين المسموح (Tolerance)	معامل تضخم التباين (VIF)
الثابت (Constant)	0.823	0.182	--	4.510	0.000	--	--
الأنظمة والسياسات	0.166	0.052	0.169	3.222	0.001	0.570	1.754
الأساليب والتكنولوجيا	0.348	0.052	0.341	6.664	0.000	0.589	1.698
التدريب والتطوير	0.010	0.054	0.012	0.181	(0.857 غير دال)	0.365	2.742
التحليل والمواكبة الهيكلية	0.262	0.053	0.308	4.987	0.000	0.570	1.754

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS

ملاحظة النموذج: $R=0.697$ ؛ $R^2=0.486$ ؛ المحسوبة $F=80.952$ ($p=0.000$)، تؤكد النتائج رفض الفرضيات الصفرية للأنظمة والتكنولوجيا والهيكل، وقبول الفرضية الصفرية لبعد التدريب والتطوير لعدم معنويته المباشرة

($p=0.857>0.05$)، كما تثبت مؤشرات $VIF<3.0$ و $Tolerance>0.20$ خلو كلا النموذجين تماماً من مشكلة التعدد الخطي (Hair et al., 2019) (Multicollinearity)

وأظهر المقارن البعدي تفوق الفئة متوسطة الخبرة (4-7 سنوات، $M=4.02/4.05$) على الفئة القديمة (أكثر من 12 سنة، $M=3.67/3.70$).

4. مناقشة النتائج

تستمد هذه الدراسة عمقها التحليلي من تقديم تحليل علمي ونظري رصين يفسر سلوك المتغيرات والنتائج الإحصائية المستخلصة في بيئة الرعاية الصحية اليمنية بأمانة العاصمة (Ghallab & Sallam, 2026):

تفسير تصدر الأنظمة والسياسات في قيادة الكفاءة التشغيلية

كشفت النتائج أن بعد "الأنظمة والسياسات" يمثل المحدد المستقل الأقوى والأعلى تأثيراً في تحسين كفاءة الخدمات الصحية ($\beta=0.315$, $p<0.001$)، ويفسر ذلك علمياً بكون المستشفيات مؤسسات عالية الحساسية والتعقيد البيئي؛ وبالتالي فإن توفير لوائح وإجراءات مكتوبة وواضحة لجميع العمليات السريرية والإدارية يسهم مباشرة في تقييس خطوات تقديم الخدمة، والحد من الاجتهادات الشخصية والعشوائية التشغيلية (Al-Donabedian, 2003; Somat & Al-Siaghi, 2024)، وتعمل السياسات المحدثة كمرشح تنظيمي يمنع الهدر في الأدوية والتحليل المخبرية المكررة، ويوحد آليات إدارة الأسرة، مما يعظم عائد الموارد المتاحة دون زيادة التكاليف المالية، وهو ما يتطابق مع افتراضات نظرية النظم العامة في ضبط كفاءة العمليات التحويلية (Bhuyan et al., 2025; Zhang et al., 2025).

تفسير هيمنة الأساليب والتكنولوجيا والتحليل الهيكلي على الفاعلية السريرية

أظهر التحليل القياسي أن بعد "الأساليب والتكنولوجيا" يمثل القوة التنبؤية الأولى لفاعلية الخدمات الصحية ($\beta=0.341$, $p<0.001$)، يليه

4. نتائج تحليل الفروق الديموغرافية

أظهر اختبار (t) للعينات المستقلة وجود فروق ذات دلالة إحصائية حاسمة عند ($p=0.000$) بين المستشفيات الحكومية والأهلية لصالح القطاع الأهلي في كفاءة الخدمات ($t=-7.682$)؛ متوسط الأهلي 4.21 مقارنةً بالحكومي (3.64) وفي فاعليتها ($t=-6.884$)؛ متوسط الأهلي 4.19 vs. الحكومي (3.69)، وبذلك تُرفض الفرضية الرئيسية الثانية ($H02$).

أما الفروق الفردية والديموغرافية ($H03$)، فلم تسجل اختبارات (t) و (ANOVA) أي فروق دالة إحصائية تعزى لمتغيرات: الجنس ($t=1.756$, $p=0.080$ للكفاءة؛ $t=1.726$, $p=0.085$ للفاعلية)، أو العمر ($F=2.235$, $p=0.083$ للكفاءة؛ $F=0.512$, $p=0.675$ للفاعلية)، أو المسمى الوظيفي ($F=1.071$, $p=0.380$ للكفاءة؛ $F=1.411$, $p=0.196$ للفاعلية)، بينما أثبتت نتائج (ANOVA) وجود فروق دالة إحصائية عند ($\alpha\leq 0.05$) تعزى لـ:

• **المستشفيات** ($F=20.277$, $p=0.000$)

للكفاءة؛ ($F=15.860$, $p=0.000$ للفاعلية)؛ وأظهر اختبار توكي (Tukey HSD) تفوق أزال ($M=4.26/4.21$) والنخبة ($M=4.17/4.16$) على الجمهوري ($M=3.58/3.67$) والكويتي ($M=3.70/3.72$).

• **المؤهل العلمي** ($F=2.777$, $p=0.018$)

للكفاءة؛ ($F=2.750$, $p=0.019$ للفاعلية)؛ وتؤكد المقارنات البعدية تفوق حملة الدكتوراه ($M=4.42/4.21$) والبكالوريوس على حاملي البورد الطبي ($M=3.45/3.36$).

• **سنوات الخبرة** ($F=3.254$, $p=0.012$)

للكفاءة؛ ($F=2.876$, $p=0.023$ للفاعلية)؛

التدريب بالاحتياجات التشغيلية والهيكلية طويلة الأجل للمستشفى (MSF, 2025).

2. نزيف رأس المال البشري تسببت ظروف انقطاع الحوافز المالية في هجرة ونزوح واستقطاب العقول الطبية والتمريضية التي خضعت للتأهيل والتطوير نحو القطاع الخاص أو المنظمات الخارجية، مما أفرغ المستشفيات الحكومية من أثر الاستثمار التدريبي ومنع تراكم الخبرة السريرية المؤسسية (Awuah et al., 2024; WHO, 2024).

3. تدهور البيئة المادية المكملّة تؤكد أدبيات العلوم السلوكية أن المهارات المعرفية المكتسبة لا تعطي أثراً ملموساً إلا بوجود بيئة مادية مساندة؛ فنقص الأجهزة الطبية الحديثة وانقطاع الكهرباء يمنع المتدرب من تطبيق ما تعلمه، فيتحول التدريب إلى متغير تمكيني غير مباشر يعتمد نجاحه كاملاً على توافر التقنية المرنة والسياسات الحاكمة (Davis et al., 2014; Fanta & Pretorius, 2023).

مناقشة الفروق التشغيلية والديموغرافية

يعود التفوق المعنوي للمستشفيات الأهلية (آزال والنخبة) على المستشفيات الحكومية (الجمهوري والكويت) إلى الاستقلالية المالية والإدارية التي تمكن القطاع الخاص من الاقتناص السريع للتكنولوجيا، وصيانة المعدات، وتطبيق الحوافز المادية لاستبقاء الكفاءات، في حين تترجح المشافي العامة تحت وطأة البيروقراطية المقيدة، وتدفق آلاف المرضى المعدمين، وانعدام الموازنات التشغيلية (El Husseiny, 2022; Ghallab & Sallam, 2026)، وفيما يتعلق بالمؤهل، أظهر حملة الدكتوراه والبيكالوريوس وعياً منظومياً أعلى بأهمية التغيير الإداري مقارنة بحملة البورد الطبي الذين ينحصر تركيزهم في الممارسة السريرية الضيقة والمقاومة للرقابة الإدارية (Vera & Kuntz, 2007)، بينما

مباشرة بعد "التحليل والمواكبة للهيكل التنظيمي" ($\beta=0.308, p<0.001$)، وتتكامل هذه النتيجة مع أطروحات "النظرية السوسيو - تقنية"؛ فإدخال الرقمنة الصحية وأتمتة السجلات الطبية والربط الشبكي بين الصيدلية والمختبر والطوارئ يوفر قاعدة بيانات فورية وموثوقة لمتخذي القرار الطبي (Al-Sabri et al., 2026; Winby & Mohrman, 2018)، وتمنع هذه التقنيات المحدثّة وقوع الأخطاء الدوائية والتشخيصية الفاتلة، وتسرع زمن الاستجابة للحالات الإسعافية الحرجة (Awuah et al., 2024). بالتوازي مع ذلك، ينعكس تبسيط الهيكل التنظيمي وتقليل الحلقات البيروقراطية اللامركزية في منح الأطباء والكوادر السريرية المرونة الاستجابية لاتخاذ قرارات طبية عاجلة تحمي حياة المرضى، وهو ما يفسر الارتفاع المباشر في معدلات الشفاء والأمان السريري ورضا المستفيدين (Ghallab & Sallam, 2026; Mishra et al., 2026).

التفسير العلمي لظاهرة مفارقة التدريب

شكلت النتيجة الإحصائية المتعلقة بعدم معنوية التأثير المباشر لبعد "التدريب والتطوير" في نموذج الانحدار المتعدد ($p=0.054$ للكفاءة، $p=0.857$ للفاعلية) ظاهرة أكاديمية تستوجب التفكير العميق، بالرغم من حصول البعد على متوسط وصفي مرتفع ($M=3.84$) وارتباطات ثنائية موجبة قوية ($r=0.550/0.609$)، وتفسر هذه المفارقة بالمعطيات الواقعية والتنظيمية الآتية:

1. عشوائية البرامج الإغاثية والتمويل الطارئ بحيث تعتمد البرامج التدريبية المتاحة بالمستشفيات اليمنية بصورة رئيسة على الدعم الإغاثي المؤقت للمنظمات الدولية (مثل WHO و UNICEF) للتعامل مع أزمات طارئة (كالأوبئة وسوء التغذية)، فتكون برامج مقطعية تفتقر للتصميم الاستراتيجي المستدام المكتمل الذي يربط

أثبتت الفئة متوسطة الخبرة (4-7 سنوات) امتلاكها لمزيج مثالي يجمع بين الحيوية، والتمكن الفني، والتقبل المرن للرقمنة، بعيداً عن مشاعر الاحتراق الوظيفي التي تعاني منها الفئات القديمة (أكثر من 12 سنة) الناتجة عن تراكم الضغوط المعيشية.

5. الاستنتاجات، التوصيات، والآفاق المستقبلية

5.1 الاستنتاجات

1. يثبت نموذج البحث أن التطوير التنظيمي يمثل الممكن الاستراتيجي والآلية المبرهنة لإنقاذ المؤسسات الصحية وتأمين تعافيتها المؤسسي في بيئات الأزمات وشح التمويل.

2. تتولى "الأنظمة والسياسات" المحدثّة الدور القيادي الأول في ترشيد الاستهلاك وضبط الكفاءة التشغيلية، بينما تقود "الأساليب والتكنولوجيا" والتحليل الهيكلي تحقيق الفاعلية السريرية والأمان الطبي.

3. لا يمارس التدريب والتطوير تأثيراً مباشراً أحادياً في الأداء الصحي ما لم يندمج ضمن بيئة تشغيلية مكتملة توفر التقنية الحديثة، والسياسات الصارمة، ونظام حوافز يحد من تسرب الكفاءات.

4. تعاني المستشفيات الحكومية من فجوة تنظيمية وهيكلية حادة مقارنة بالمستشفيات الأهلية، جراء ترهل البيروقراطية وانقطاع التمويل، مما يهدد استدامة التغطية الصحية الشاملة للطبقات الضعيفة.

5.2 التوصيات

1. صياغة برنامج وطني للتوأمة والتعافي المؤسسي من خلال إلزام المستشفيات الأهلية الكبرى (تصنيف A) بتقديم دعم فني وتقني ونقل خبرات الميكنة والرقمنة للمستشفيات الحكومية المجاورة لها (كالجمهوري والكويت) لرمد الفجوة القطاعية.

2. إعادة هندسة برامج التدريب والتطوير من خلال توجيه إدارات المستشفيات المبحوثة بالتخلي عن الدورات الإغاثية العشوائية، وبناء خطط تدريبية استراتيجية قائمة على تشخيص دقيق للاحتياجات السريرية، مع ربط مخرجات التدريب بتقييم الأداء الوظيفي وتأمين البيئة التقنية المادية المكتملة لها.

3. تحديث السياسات وتأمين الطاقة المستدامة من خلال إثراء اللوائح والسياسات التشغيلية ببروتوكولات حوكمة سريرية صارمة، مع توجيه الشركاء الدوليين والمنظمات التنموية لتأمين منظومات طاقة شمسية مستدامة للمشافي العامة لحماية الطاقة التشغيلية الهالكة وضمن الاستغلال الأمثل للأسرة.

4. تبسيط الهياكل التنظيمية والتمكين السلوكي من خلال التحول التدريجي نحو الهياكل المترابطة القائمة على المسارات السريرية، وتفويض الصلاحيات التنفيذية للكوادر متوسطة الخبرة وحملة المؤهلات العليا لتمكينهم من اتخاذ القرارات الإكلينيكية الحرجة بعيداً عن التعقيد البيروقراطي.

5.3 المقترحات لبحوث مستقبلية

تغطية لمحددات الدراسة المقطعية الحالية، يُقترح إجراء الأبحاث المستقبلية الواعدة التالية:

1. قياس الكفاءة الفنية والتخصيصية للمستشفيات اليمنية باستخدام نموذج تحليل مغلف البيانات (DEA) وبوتستراب.

2. أثر القيادة الرحيمة والتشاركية في بناء المرونة التنظيمية واستبقاء الكوادر الطبية في بيئات النزاع: دراسة طولية.

3. الدور الوسيط للتحول الرقمي والحوكمة السريرية في العلاقة بين التطوير التنظيمي وأمان المريض بالمستشفيات العامة.

6. الجوانب الأخلاقية والإدارية

6.1 الجوانب الأخلاقية

تمت الدراسة بالتوافق التام مع المعايير الأخلاقية المعتمدة في البحث العلمي واللائحة التنظيمية للدراسات العليا بجامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية، وحصل الباحثان على الموافقة الإدارية والميدانية الرسمية لتطبيق الاستبانة بالمستشفيات المبحوثة (الجمهوري، الكويت، أزال، النخبة)، كما تم الحصول على موافقة طوعية من كافة المشاركين، مع التأكيد المسبق على السرية المطلقة لبياناتهم وعدم استخدامها إلا لأغراض البحث العلمي المعرفي فقط.

6.2 تضارب المصالح

يقر الباحثون بصورة رسمية وأكاديمية بعدم وجود أي تضارب فعلي أو محتمل في المصالح المالية أو الشخصية أو الوظيفية مرتبط بنشر هذه الدراسة أو بالتأثير في مخرجاتها وتحليلاتها الإحصائية.

6.3 التمويل والشكر والتقدير

تعد هذه الدراسة إنجازاً علمياً ذاتي التمويل بالكامل دون تلقي أي دعم مالي أو منحة بحثية من أي جهات حكومية أو تجارية أو منظمات خارجية، ويتوجه الباحثان بأسمى آيات الشكر والتقدير لإدارات وكوادر المستشفيات المبحوثة بأمانة العاصمة صنعاء على تسهيلهم الميداني وتجاوبهم المثمر في تعبئة أداة الدراسة.

7 قائمة المراجع (References)

1. أبو حصيرة، ميساء فتحي عيد (2016)، تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية: دراسة حالة مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي [رسالة ماجستير غير منشور]. الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين.
<https://iugspace.iugaza.edu.ps/bitstream/handle/20.500.12358/17583>
2. البقمي، م. س. م.، وعثمان، م. ع. م. (2022)، قياس أثر مؤشرات الأداء في تحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية على مديرية الشؤون الصحية بالطائف. مجلة القانون والطب والصحة العامة، (1)2، 1-22.
<https://doi.org/10.52609/jmlph.v2i1.32>

3. الجراش، خديجة أحمد علي يحيى. (2025)، دور التحول الرقمي في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة بأمانة العاصمة [رسالة ماجستير غير منشورة]. الأكاديمية اليمنية للدراسات العليا، صنعاء، اليمن.

<https://yemenacademy.edu.ye/directory-thesis/listing>

4. الحلاق، حسام أحمد، والعبد، علي الحسين، والحسين، عطية الحسين. (2025). دور التحول الرقمي في تحسين كفاءة إدارة المركز الطبي: مراكز الرعاية الصحية الأولية في شمال سورية أنموذجاً. المجلة العربية للعلوم ونشر الأبحاث، 11(3)، 11-26.

<https://doi.org/10.26389/AJSRP.L2206>

5. الربيع، يحيى محمد علي، والمرهضي، سارة غالب (2025)، أثر التدريب في جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية في المستشفيات الخاصة بأمانة العاصمة صنعاء. مجلة جامعة صنعاء للعلوم الإنسانية، 4(1)، 64-93.

<https://journals.su.edu.ye/index.php/jhs>

6. الريمي، عمار علي حمود، والنشمي، مراد محمد عبدالله. (2024)، أثر تطبيق معايير الاعتمادية المتمحورة حول المريض للجنة المشتركة الدولية (JCI) في تحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية على بعض المستشفيات اليمنية. مجلة جامعة صنعاء للعلوم الإنسانية، 3(2)، 112-145.

7. السبيئي، رشاد عبدالله عبدالوهاب. (2023)، مدى تبني الشفافية الإدارية وأثرها في الالتزام التنظيمي: دراسة ميدانية على المستشفيات اليمنية. المجلة العلمية لجامعة إقليم سبأ، 6(1)، 37-64.
<https://doi.org/10.54582/TSJ.2.2.64>

8. الشامى، أحمد محمد، والصوفي، سماح مطلق. (2024)، أثر إدارة الجودة الشاملة على تحسين الأداء التنظيمي: دراسة حالة على المستشفيات الخاصة في اليمن. مجلة جامعة صنعاء للعلوم الإنسانية، 3(1)، 558-573.

<https://doi.org/10.59628/jhs.v3i1.915>

9. الصفار، نزار قاسم. (2009)، تقييم كفاءة أداء المؤسسات الصحية: دراسة تطبيقية. مجلة تنمية الرافدين، 31(94)، 215-238.

16. سلاطنية، بلقاسم، والجيلاني، حامد. (2017). منهجية العلوم الاجتماعية: أدوات جمع البيانات وكتابة تقرير البحث الاجتماعي. الدار الجزائرية للنشر والتوزيع.

17. صويص، محمد. (2020). دور الرقابة الإدارية في تحقيق التطوير التنظيمي: دراسة تطبيقية في الجامعات الحكومية الفلسطينية. المجلة العربية للإدارة، (4)40، 23-42.
<https://doi.org/10.21608/AJA.2020.88301>

18. علام، محمد تركي موسى. (2022). رؤية مستقبلية لاستخدام التطوير التنظيمي كمدخل لتنمية الموارد البشرية العاملة بمراكز الشباب. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية، (2)58، 233-272.
<https://doi.org/10.21608/dss.2022.133118.1112>

19. علي، رقية يحيى فتح، والقرص، عبد القادر علي محمد. (2025). أثر القيادة الاستراتيجية في تعزيز نظام الصحة والسلامة المهنية في المستشفيات اليمنية في مدينة الحديدة. مجلة جامعة صنعاء للعلوم الإنسانية، (1)4، 243-279.
<https://doi.org/10.59628/jhs.v4i1.1402>

20. عساف، أحمد سليمان. (2023). إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات والمنظمات الصحية. دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

21. غيث، حسين، والفزاني، ربيعة علي. (2020). التطوير التنظيمي وأثره في كفاءة أداء العاملين: دراسة تطبيقية في جامعة الزاوية. مجلة كلية الاقتصاد للبحوث العلمية، (5)1، 45-68.
<https://repository.zu.edu.ly>

22. قبان، كمال أحمد مصلح حسين، والوصابي، منير مصلح محمد. (2025)، 2 أثر التطوير الوظيفي في تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية: دراسة ميدانية على بعض المستشفيات اليمنية-صنعاء. مجلة جامعة صنعاء للعلوم الإنسانية، (11)4، 277-317.
<https://doi.org/10.59628/jhs.v4i11.1809>

23. معمر، مهند سليمان حسين. (2023). دور التطوير التنظيمي في تحسين جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين في شركة توزيع الكهرباء بمحافظة غزة.

<https://doi.org/10.33899/tanra.2009.161828>

10. الصماط، إبراهيم عبد الله، والسياعي، عبد الكريم قاسم. (2024). أثر التطوير التنظيمي في مستوى أداء المنشآت الصحية: دراسة ميدانية على المستشفيات الخاصة تصنيف (A) بأمانة العاصمة. مجلة جامعة صنعاء للعلوم الإنسانية، (1)3، 197-235.

<https://journals.su.edu.ye/index.php/jhs/article/view/797>

11. العزيزي، صبرية عبده حسن، وزيد، جمال درهم أحمد، والعزيزي، محمود عبده حسن. (2024). جودة الحياة الوظيفية وأثرها في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا اليمنية. مجلة الأندلس للعلوم الإنسانية والاجتماعية، (100)11، 6-73.

<https://doi.org/10.35781/1637-000-0100-001>

12. العرافي، عباس محمد يحيى، والقهالي، أحمد محسن. (2024). معوقات الإدارة الصحية من وجهة نظر العاملين في المستشفيات اليمنية العامة والخاصة. مجلة جامعة صنعاء للعلوم الإنسانية، (6)3، 528-574.
<https://doi.org/10.59628/jhs.v3h6.1174>

13. الغالي، طاهر محسن منصور، وصالح، أحمد علي. (2010). التطوير التنظيمي: مدخل تحليلي للمفاهيم والعلاقات، الإستراتيجيات والعمليات، المناهج والتقنيات. دار وائل للنشر والتوزيع.

14. ربحان، محمد جمال الدين محمد حسن. (2025). أثر استخدام القياس المقارن بالأفضل على كفاءة أداء المنظمات الصحية: دراسة تطبيقية. مجلة راية الدولية للعلوم التجارية، (13)4، 1127-1158.
<https://doi.org/10.21088/com/rijcs.20252.323563.1176>

15. سلامة، صلاح الدين محمود. (2018). التطوير التنظيمي ودوره في نجاح إدارة الجودة الشاملة: دراسة ميدانية لشركة المشروعات الكهربائية بمدينة طرابلس [مشروع بحثي غير منشور]. أكاديمية الدراسات العليا بطرابلس، ليبيا.
<https://dspace.academy.edu.ly/handle/123456789/1306>

29. Aboagye, S & ,Haozhen, Z. (2026). Dynamic capabilities for healthcare technology integration: A conceptual framework for operations and supply chain transformation .International Journal of Professional Business Review , (7)11 , e05959 .
<https://doi.org/10.26668/businessreview/2026.v11i7.5959>
30. Alharbi, A., Alzuwaed, J & ,Qasem, H. (2021). Evaluation of e-health (Seha) application: A cross-sectional study in Saudi Arabia .BMC Medical Informatics and Decision Making , (1)21 , Article 103 .
<https://doi.org/10.1186/s12911-021-01437-6>
31. Al-Wesabi, M., & Shamlan, M. (2022). The Effect of Applying Infection Prevention and Control Standards in Sana'a Governorate Hospitals at the Level of Reducing the Spread of Diseases and Epidemics. *Journal of 21 September University for Medical and Applied Sciences*, 1(1). <https://doi.org/10.65693/masj.2022.v1i1.17>
32. Alsalit, G. M., Al-Wesabi, M. M., Jowah, H. M. (2026, February 18). Drivers of healthcare quality in a conflict-affected setting: A cross-sectional study on total quality management implementation in Yemen [Preprint]. Research Square.
<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-8835527/v1>
33. 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-

24. ميمي، نبيلة، وشاوش، خواف جهيدة. (2022). واقع التطوير التنظيمي في المؤسسة الجزائرية. *مجلة علوم الإنسان والمجتمع*، 11(2)، 180-205.
<https://asjp.cerist.dz/en/article/193337>
25. ياسين، جبار. (2014). التطوير التنظيمي وإدارة التغيير في المنظمات الحكومية: المتطلبات والمعوقات. المؤتمر الدولي العلمي حول إدارة التغيير في عالم متغير، مركز البحث وتطوير الموارد البشرية (رماح)، عمان، الأردن، 1-13.
<https://search.mandumah.com/Record/641976>
26. لأكوع س.، العتاكى ع.، العواضي أ.، عبد المغني إ.، المدومي إ.، الوصابي م.، السامعي ع.، الحجاجي ب.، الدعيس ت.، سالم ر.، جرواش ف.، النفيش م.، العزيزي ج.، & النظاري م. (2024). دور الحوكمة في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات اليمنية دراسة حالة هيئة المستشفى الجمهوري التعليمي. *المستودع الرقمي للإنتاج العلمي بجامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية*، 5(1)، 1-133.
<https://doi.org/10.65693/irss.2024.v5i1.39>
27. الصبري آ.، شعبان ش.، كامل ب.، شروح ل.، مهدي ر.، مفضل ن.، الزماني س.، السهيلي و.، عبدالله س.، الجابري و.، & الوصابي م. (2026). دور التحول الرقمي في تحسين كفاءة الخدمات الصحية والإدارية بالمستشفيات اليمنية الأهلية: (دراسة ميدانية بأمانة العاصمة صنعاء). *المستودع الرقمي للإنتاج العلمي بجامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية*، 7(1)، 1-115.
<https://doi.org/10.65693/irss.2026.v7i1.58>
28. قبان، كمال. الوصابي، منير. (2025). أثر التطوير الوظيفي في تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية دراسة ميدانية على بعض المستشفيات اليمنية - صنعاء. (2025). *مجلة*

37. 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>
38. Awuah, W. A., Tan, J. K., Shah, M. H., Ahluwalia, A., Roy, S., Ali, S. H., Ferreira, T., Bharadwaj, H. R., Adebuseye, F. T., Aderinto, N., Mazzoleni, A., Abdul-Rahman, T & Ovechkin, D. (2024). Addressing abdominal trauma from conflict and warfare in under-resourced regions :A critical narrative review .*Health Science Reports* ,(10)7 ,e70151 . <https://doi.org/10.1002/hsr2.70151>
39. Bhuyan, S. S., Rai, A & Broom, K. D. (2025). Systems thinking in healthcare. In S. S. Bhuyan & K. D. Broom (Eds.) , *Healthcare management fundamentals: Theory and application* (pp. 12–35). Springer Publishing Company . <https://doi.org/10.1891/9780826145420.0001>
40. Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests . *Psychometrika* .334–297 ,(3)16 , <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
41. Dahlia, D., Nurkholis, N., Andayani, W & Prihatiningtias, Y. W. (2025). Transforming healthcare management: The role of organizational change, service quality, and information technology in improving managerial performance .*Cogent Business & Management* ,(1)12 ,Article 2482017 . <https://doi.org/10.1080/23311975.2025.2482017>
42. Davis, M. C., Challenger, R., Jayewardene, D. N & Clegg, C. W. (2014). Co-designing socio-technical systems: A new formula for organizational resilience . *Applied Ergonomics* .625–613 ,(3)45 , <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2013.03.013>
317. <https://doi.org/10.59628/jhs.v4i11.1809>
34. 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>
35. Al-sabri, A., Sha'aban, S., kamil, B., sharoh, L., Mahdi, R., Mufaddal, N., Al-zomani, S., Al-sohili, W., Abdullah, S., Al-jaberi, W., & Al-Wesabi, M. (2026). The Role of Digital Transformation in Improving the Efficiency of Health and Administrative Services (A Field Study in Yemeni Private Hospitals for Amanat Al-Asimah – Sana'a. *Institutional Repository for Scientific Scholarship at 21 September University for Medical and Applied Sciences*, 7(1), 1-115. <https://doi.org/10.65693/irss.2026.v7i1.58>
36. Al-Akwa, S., Al-Ataki, A., Al-Awadhi, A., Abdulmoghani, I., Al-Madoumi, I., Al-Wesabi, M., Al-Samei, A., Al-Hajjaji, B., Al-Doais, T., Salem, R., Jarwash, F., Al-Nofeesh, M., Al-Azizi, J., & Al-Nazari, M. (2024). The Role of Governance in Improving the Quality of Healthcare Services in Yemeni Hospitals: (A Case Study of the Republican Teaching Hospital Authority). *Institutional Repository for Scientific Scholarship at 21 September University for Medical and Applied Sciences*, 5(1), 1-133. <https://doi.org/10.65693/irss.2024.v5i1.39>

50. Krejcie, R. V & „Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities .Educational and Psychological Measurement .610–607 ,(3)30 , <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
51. Kudelina, O. V., Gamirova, K. A & „Grishenko, M. Y. (2025). Efficiency assessment of hospital bed capacity in a regional oncology center: An observational retrospective study .Kuban Scientific Medical Bulletin .106–94 ,(3)32 , <https://doi.org/10.53388/HPM2025015>
52. Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes .Archives of Psychology .55–1 ,(140)22 ,
53. Mishra, S., Sharma, A., Shivhare, A & „Srivastava, M. (2026). Dynamic capabilities, organizational resilience and ESG performance in healthcare .Journal of Health Organization and Management , .138–115 ,(2)40 <https://doi.org/10.1108/JHOM-01-2026-0032>
54. Somerville, K., Cinite, I & „Largacha-Martínez, C. (2021). Organizational change skills: A cross-national empirical study . Open Journal of Business and Management .920–894 ,(2)9 , <https://doi.org/10.4236/ojbm.2021.92048>
55. Ștefan, S. C., Popa, I & „Breazu, A. (2025). Healthcare organizations and performance: The role of environment, strategic orientation, and organizational structure .Systems ,(11)13 ,Article 1018 . <https://doi.org/10.3390/systems13111018>
56. Teece, D. J. (2007). Explicating dynamic capabilities: The nature and microfoundations of (sustainable) enterprise performance .Strategic Management Journal .1350–1319 ,(13)28 , <https://doi.org/10.1002/smj.640>
57. Telukdarie, A., Munsamy, M & „Gamede, N. (2026). An overview of the theoretical approaches to transforming healthcare in Society 5.0. In A. Telukdarie (Ed.) ,Society
43. Donabedian, A .(2003) .An introduction to quality assurance in health care .Oxford University Press .
44. El Husseiny, I. A. (2022). The efficiency of healthcare systems in the Arab countries: A two-stage data envelopment analysis approach .Journal of Humanities and Applied Social Sciences .358–339 ,(4)5 , <https://doi.org/10.1108/JHASS-10-2021-0168>
45. Fanta, G. B & „Pretorius, L. (2023). Sociotechnical factors of sustainable digital health systems: A system dynamics model . Health Policy and Technology ,(2)12 , Article 100729 . <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2023.100729>
46. Ghallab, A & „Sallam, F. (2026). The effect of situational leadership on healthcare service quality through crisis management and resources availability: The moderating role of leader experience . Risk Management and Healthcare Policy , .230–215 ,19 <https://doi.org/10.2147/RMHP.S589078>
47. Hair, J. F., Risher, J. J., Sarstedt, M & „Ringle, C. M. (2019). When to use and how to report the results of PLS-SEM . European Business Review .24–2 ,(1)31 , <https://doi.org/10.1108/EBR-11-2018-0203>
48. Karthikeyan, A., Darney, P. E & „Husain, Y. (2025). A study on organizational development in the hospital sector through the adoption of excellent HRM practices . Journal of Management .21–1 ,(1)12 , <https://doi.org/10.34218/JOM.12.1.2025.001>
49. Kemp, T., Ayton, J., Butler-Henderson, K. A & „Lam, M. (2023). Using socio-technical systems theory to study the health information management workforce in Australian acute hospitals .BMC Health Services Research ,(1)23 ,Article 612 . <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3071953/v1>

- 5.0: People-centered technologies for sustainable community development (pp. 269–281). Springer Nature .
https://doi.org/10.1007/978-3-032-12614-6_14
58. Thomas, A. (2024). Digitally transforming the organization through knowledge management: A socio-technical system (STS) perspective .European Journal of Innovation Management .460–437 ,(9)27 ,
<https://doi.org/10.1108/EJIM-02-2024-0114>
59. Vera, A & ,Kuntz, L. (2007). Process-based organization design and hospital efficiency .Health Care Management Review .65–55 ,(1)32 ,
<https://doi.org/10.1097/00004010-200701000-00008> .
60. West, M. A. (2020). Compassionate and collective leadership for cultures of high-quality care. In A. Montgomery, M. van der Doef, E. Panagopoulou & ,M. P. Leiter (Eds.) ,Connecting healthcare worker well-being, patient safety and organisational change (pp. 207–225). Springer .
https://doi.org/10.1007/978-3-030-60998-6_13
61. Winby, S & ,Mohrman, S. A. (2018). Digital sociotechnical system design .The Journal of Applied Behavioral Science , .423–399 ,(4)54
<https://doi.org/10.1177/0021886318781581>
62. World Health Organization .(2024) .Yemen launches its National Quality of Health Care Strategy 2025–2030 .WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean .
<https://reliefweb.int/report/yemen/yemen-launches-its-national-quality-health-care-strategy-2025-2030>
63. Zhang, J., Li, Y., Qu, H & ,Chen, P. (2025). An analysis of operational efficiency and its influencing factors in traditional Chinese medicine hospitals in Shaanxi Province, China .Frontiers in Public Health ,13 ,Article 1499134 .