

Republic of Yemen
Ministry of Education and Scientific Research
21 September University of Medical and Applied Sciences
Faculty of Medical Administration
Seventh Batch



الجمهورية اليمنية
وزارة التربية والتعليم والبحث العلمي
جامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية
كلية الإدارة الطبية
الدفعة السابعة

Title:

**The Impact of Implementing Total Quality Management
on Improving the Efficiency of Health Services
A Case Study of Kuwait University Hospital – Sana'a**

العنوان:

**أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة في
تحسين كفاءة الخدمات الصحية**

دراسة حالة مستشفى الكويت الجامعي – صنعاء

إعداد الطلاب:

إشراف:

أ.م.د منير مصلح الوصابي

أستاذ إدارة الجودة في الخدمات الصحية والمستشفيات

- أشرف عبدالرحمن يحيى المتوكل
- بشار محمد عبده حسن القليصي
- حسين عبدالله حسين الزعكري
- زيدان فهد علي حسين صيبعان
- طلال محمد يحيى الوشلي
- عبدالله أحمد شايح علي
- عبدالعزيز حسن محمد مخنجد
- عبدالولي محمد علي المقرري
- عز الدين يحيى احمد الذيباني
- هلال محمد علي سهيل
- يحيى حسين عبدالله الجعدي

العام الجامعي 2025م / 2026م

الآية

وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ
وَسَتُرَدُّونَ إِلَىٰ عَالِمِ الْغَيْبِ وَالشَّهَادَةِ فَيُنَبِّئُكُم بِمَا كُنتُمْ
تَعْمَلُونَ .

سورة التوبة - آية (105)

الإهداء

ما سلكننا البدايات الا بتيسيره وما نبلغ النهايات الا بتوفيقه
وما نحقق الغايات الا بفضلله فالحمد لله حباً وشكراً وامتناناً
الحمد لله في البدء والختام. (وأخر دعواهم ان الحمد لله رب
العالمين) وبكل ما أتيناها من مشاعر حب نهدي هذا البحث
إلى من وهبوا الحياة والامل والنشأة على الشغف والاطلاع
والمعرفة ومن علمونا ان نرتقي سلم الحياة بحكمة وصبر
والذين دعمونا مؤمنين بقدراتنا فخورين بإنجازاتها " آبائنا
وأمهاتنا الأعزاء " . إلى من وهبنا الله نعمة وجودهم في
حياتنا من كانوا عوناً لنا. اخوتنا العظماء ورفقاء الدرب
تعبيراً لحننا وتقديرنا لدعمكم لنا في جميع اوقانتنا. واخيراً

إلى استاذنا ومعلمنا الدكتور منير الوصابي و إلى كل من
ساعدنا وكان له دور من قريب او بعيد في اتمام هذا
البحث. سائلين المولى عز وجل ان يجزي الجميع خير
الجزاء في الدنيا والآخرة.

الشكر والتقدير

أولاً: ﴿الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي هَدَانَا لِهَذَا وَمَا كُنَّا لِنَهْتَدِيَ لَوْلَا أَنْ هَدَانَا اللَّهُ﴾

(سورة الأعراف: الآية 43)

ثانيا : نتقدم بجزيل الشكر وعظيم العرفان إلى الأستاذ الدكتور/
إبراهيم محمد الحمدي عميد كلية الإدارة الطبية، وذلك لدعمه الكريم
وتوجيهاته التي كانت بمثابة حافز لنا، ولحرصه الدائم على رقي
المستوى الأكاديمي والبحثي في كلية الإدارة الطبية. كما نتقدم ببالح
الشكر والامتنان إلى مشرف البحث الأستاذ الدكتور/ منير مصلح
الوصابي، الذي منحنا من وقته وجهده الكثير، فكان لإشرافه العلمي
الرصين وملاحظاته القيمة الأثر الكبير في تقويم مسار البحث
وإثرائه. نسأل الله أن يجزيهم عنا خير الجزاء وأن يبارك في علمهم
وعملهم. وختاماً، نتوجه بالشكر لكل من ساندنا وشجعنا خلال
مسيرتنا الدراسية، سائلين المولى عز وجل التوفيق والسداد للجميع.

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى قياس أثر تطبيق أبعاد إدارة الجودة الشاملة (القيادة، الموظفون، العمليات، الشراكات، الاستراتيجية، المعلومات) في تحسين كفاءة الخدمات الصحية (رضا المرضى، سرعة الخدمة، دقة الإجراءات، تقليل الأخطاء، مخرجات الرعاية، استغلال الموارد) في مستشفى الكويت الجامعي بصنعاء. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وتم سحب عينة عشوائية بسيطة بلغت (185) موظفاً من إجمالي مجتمع البحث البالغ (1180) فرداً من الكوادر الطبية والإدارية. تم استخدام الاستبانة كأداة رئيسة لجمع البيانات، وجرى تحليلها إحصائياً باستخدام برنامج (SPSS) عبر اختبارات الانحدار الخطي البسيط والمتعدد، واختبارات (T-test) وتحليل التباين (ANOVA).

أظهرت النتائج أن المستوى العام لتطبيق الجودة الشاملة وكفاءة الخدمات الصحية في المستشفى جاء بدرجة "متوسطة"، بمتوسطات حسابية بلغت (3.17) و (3.14) على التوالي. كما كشفت الدراسة عن وجود أثر طردي قوي وذو دلالة إحصائية للجودة الشاملة في تحسين الكفاءة؛ حيث فسر النموذج ما نسبته (44.3%) من التباين الحاصل في كفاءة الخدمات الصحية ($R^2 = 0.443$). وبرز بُعد "الاستراتيجية" كأقوى المتغيرات تأثيراً في تحسين الكفاءة ($\beta = 0.334$)، يليه بُعد "المعلومات" و "الموظفون". في المقابل، سجل بُعد "استغلال الموارد" أدنى مستوى من التحقق نتيجة العجز المالي وتجميد الموازنة التشغيلية للمستشفى.

أوصت الدراسة بضرورة صياغة موازنة تشغيلية تتناسب مع التكاليف الراهنة لسد فجوة المديونية، وتسريع التحول الرقمي عبر أنظمة معلومات صحية متكاملة، وإشراك الكوادر الأكاديمية والتمريضية في صياغة الأهداف الاستراتيجية لعام لضمان استدامة التميز في تقديم الرعاية.

الكلمات المفتاحية: إدارة الجودة الشاملة، كفاءة الخدمات الصحية، مستشفى الكويت الجامعي، اليمن، استغلال الموارد.

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
I	العنوان
II	الآية
III	الاهداء
V	الشكر والتقدير
VI	ملخص الدراسة
VII	قائمة المحتويات
VIII	قائمة الجداول
IX	قائمة الملاحق
1	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
2	مقدمة الدراسة
5	المبحث الأول: الإطار العام للدراسة
5	مشكلة الدراسة
6	تساؤلات الدراسة
7	أهداف الدراسة
7	أهمية الدراسة (الأهمية العلمية و الأهمية العملية)
8	النموذج المعرفي للدراسة
8	فرضيات الدراسة
9	التعريفات العلمية والاجرائية لمتغيرات الدراسة
12	حدود الدراسة
13	المبحث الثاني: الدراسات السابقة
13	الدراسات العربية
14	الدراسات الاجنبية
16	التعليق على الدراسات السابقة
17	الفصل الثاني الإطار النظري للدراسة
19	المبحث الأول: ادراة الجودة الشاملة في قطاع الرعاية الصحية
19	الاطار الفلسفي والنظري لأبعاد إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية

21	العلاقة الارتباطية بين ابعاد الجودة وكفاءة الأداء
21	أدوات ومنهجيات تحسين الكفاءة في البيئة الاستشفائية
23	واقع القطاع الصحي اليمني والتحديات الجيوسياسية
23	الاستراتيجية الوطنية للجودة في الرعاية الصحية
24	اثر الازمات على ممارسات الجودة
25	التحديات التشغيلية والمالية العميقة
26	واقع ادارة الجودة وتطلعات الإنقاذ
26	اثر الذكاء الاصطناعي والتكنولوجيا الحديثة
27	الجودة كمدخل لتمكين الموظفين
27	الاستدامة والميزة التنافسية في القطاع الصحي
28	الجودة الشاملة وتقييم الميزة التنافسية
28	المسؤولية الاجتماعية والانصاف
28	عوائق تطبيق إدارة الجودة الشاملة والحلول المقترحة
29	استراتيجية التغلب على العوائق
29	الخلاصة والتوصيات الاستراتيجية
31	المبحث الثاني: تحسين كفاءة الخدمات الصحية
31	أولاً: مفهوم واهمية كفاءة الخدمات الصحية
31	ثانياً: ابعاد كفاءة الخدمات الصحية
32	ثالثاً: أدوات ومنهجيات تحسين الكفاءة
32	رابعاً: مبادئ وأساليب تحسين الأداء
33	خامساً: معوقات وتحديات تحسين الكفاءة
33	سادساً: الحلول الاستراتيجية المقترحة
34	المبحث الثالث: العلاقة التبادلية والواقع الميداني
34	العلاقة الارتباطية بين إدارة الجودة الشاملة وكفاءة الأداء
36	أثر بعد القيادة على كفاءة استغلال الموارد
36	اثر بعد المعلومات على تقليل الأخطاء والكفاءة التشغيلية
36	اثر بعد التحسين المستمر ومشاركة العاملين
37	واقع الجودة وتحسين الأداء في القطاع الصحي اليمني عموماً
37	الجهود الوطنية البرامج المنفذة

38	محاور الاستراتيجية الوطنية
39	واقع الجودة وتحسين الأداء في مستشفى الكويت الجامعي بصنعاء
41	تقييم كفاءة الخدمات في مستشفى الكويت من منظور الجودة
41	التطلعات المستقبلية
42	الفصل الثالث: الإطار المنهجي للدراسة والطرق والإجراءات
44	المبحث الأول: الإطار المنهجي للدراسة
44	المنهج العلمي المتبع في الدراسة
44	فلسفة ومبررات المنهج الوصفي التحليلي
45	مجتمع البحث وعينته
45	توصيف بيئة الدراسة (مستشفى الكويت الجامعي)
45	تحديد مجتمع البحث وحجم العينة
46	فحص ومصداقية استجابة العينة
47	المبحث الثاني: الطرق والإجراءات المنهجية للدراسة
47	أداة البحث: الاستبيان
47	محاور وابعاد الاستبيان
48	مقياس الإجابة وتدرج ليكرت
48	الصدق والثبات لأداة البحث
49	الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
50	الإجراءات الأخلاقية والمهنية
55	الفصل الرابع: التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة واختبار الفرضيات
56	المبحث الأول: التحليل الوصفي للخصائص الديموغرافية والوظيفية لعينة الدراسة
56	توزيع افراد العينة حسب متغير النوع
56	توزيع افراد العينة حسب متغير المؤهل العلمي
57	توزيع افراد العينة حسب متغير التخصص
57	توزيع افراد العينة حسب متغير المسمى الوظيفي
59	توزيع افراد العينة حسب سنوات الخدمة
60	المبحث الثاني: التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة وابعادها وفقراتها
60	أولاً: التحليل الوصفي للمتغير المستقل
61	ثانياً: التحليل الوصفي للمتغير التابع

62	ثالثا: التحليل الوصفي لأبعاد متغيرات الدراسة وفقراتها
62	تحليل ابعاد المتغير المستقل
67	تحليل ابعاد المتغير التابع
73	المبحث الثالث: اختبار فرضيات الدراسة
73	أولا: اختبارات جودة وصلاحيه البيانات للتحليل
74	ثانيا: اختبار الفرضية الرئيسية الأولى (فرضية الأثر)
75	ثالثا: اختبار الفرضيات الفرعية (أثر الأبعاد المنفردة)
76	رابعا: اختبار الفرضية الرئيسية الثانية (فرضية الفروق الديموغرافية)
76	الفروق حسب متغير النوع
77	الفروق حسب (المؤهل، التخصص، المسمى، سنوات الخدمة)
79	خلاصة اختبار الفرضيات
84	الفصل الخامس: الاستنتاجات والتوصية
85	المبحث الأول: الاستنتاجات
86	المبحث الثاني: التوصيات والمقترحات
87	أولا: التوصيات
88	ثانيا: المقترحات لبحوث مستقبلية
89	قائمة المصادر والمراجع
89	أولا: المراجع العربية
91	ثانيا: المراجع الأجنبية
96	الملاحق
97	الملحق 1 الاستبانة
103	الملحق 2 قائمة بأسماء الأساتذة المحكمين
104	Abstract
106	الغلاف english

قائمة الجداول

رقم الفصل _ رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
جدول (2 - 1)	الأبعاد الجوهرية للجودة الشاملة وتوصيفاتها الأكاديمية	20
جدول (2 - 2)	انواع الهدر في المستشفيات	22
جدول (2-3)	الأهداف الاستراتيجية	23
جدول (2-4)	التحديات التشغيلية والمالية العميقة	25
جدول(2-5)	ابعاد العلاقة بين ابعاد الجودة الشاملة وابعاد كفاءة الخدمات لصحية	35
جدول (2-6)	محاور الاستراتيجية الوطنية الصحية	38
جدول (2-7)	واقع الجودة والمبادرات النوعية في المستشفى	40
جدول (3-1)	مجتمع وعينة الدراسة	46
جدول(3-2)	توزيع الاستبيانات الموزعة والمستعادة والمفقودة والتالفة والصالحة للتحليل	46
جدول (3-3):	المقياس المعتمد في البحث وتفسير المتوسطات الحسابية	48
جدول (3-4):	معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات محاور وأبعاد الاستبانة	50
	مصفوفة معاملات الارتباط	51
	مصفوفة معاملات الارتباط	52
جدول (4-1-1)	توزيع أفراد العينة حسب النوع (N = 185)	56
جدول (4-1-2)	توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي (N = 185)	57
جدول (4-1-3)	توزيع أفراد العينة حسب التخصص (N = 185)	57
جدول (4-1-4)	توزيع أفراد العينة حسب العمر (N = 185)	58
جدول (4-1-5)	توزيع أفراد العينة حسب سنوات الخدمة (N = 185)	59
جدول (4-2-1)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد إدارة الجودة الشاملة (N = 185)	60
جدول (4-2-2)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد كفاءة الخدمات الصحية (N = 185)	61
جدول (4-2-3)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد القيادة (N = 185)	62
جدول (4-2-4)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد الموظفون (N = 185)	63
جدول (4-2-5)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد العمليات (N = 185)	64
جدول (4-2-6)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد الشراكات (N = 185)	65
جدول (4-2-7)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد الاستراتيجية (N = 185)	66
جدول (4-2-8)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد المعلومات (N = 185)	66
جدول (4-2-9)	متوسطات فقرات بُعد رضا المرضى (N = 185)	67
جدول (4-2-10)	متوسطات فقرات بُعد سرعة الخدمة (N = 185)	68

69	متوسطات فقرات بُعد دقة الإجراءات (N = 185)	جدول (4-2-11)
70	متوسطات فقرات بُعد تقليل الأخطاء (N = 185)	جدول (4-2-12)
70	متوسطات فقرات بُعد مخرجات الرعاية (N = 185)	جدول (4-2-13)
71	بعد استغلال الموارد.	جدول (4-2-14)
79	نتائج الفروق	
79	بعد وقت الانتظار	جدول (4-2-15)
84	نتائج اختبار معامل تضخم التباين (VIF) لأبعاد إدارة الجودة الشاملة	جدول (4-2-16)
85	ملخص نتائج الانحدار الخطي البسيط لأثر الجودة الشاملة في كفاءة الخدمات	جدول (4-2-17)
87	نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد الجودة الشاملة في الكفاءة الصحية	جدول (4-2-18)
87	نتائج اختبار (T) للفروق بين الجنسين حول الجودة والكفاءة	جدول (4-2-19)
90	ملخص نتائج تحليل التباين (ANOVA) للمتغيرات الديمغرافية	جدول (4-2-20)

قائمة الاشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الفصل _ رقم الشكل
8	النموذج المعرفي للدراسة	شكل (1)

قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
103	قائمة بأسماء المحكمين	ملحق 1
97	الاستبيان	ملحق 2

الفصل الأول:

الإطار العام للبحث والدراسات السابقة

المبحث الأول: الإطار العام للبحث

المبحث الثاني: الدراسات السابقة

❖ مقدمة

تعد كفاءة الخدمات الصحية حجر الزاوية في استدامة النظم الصحية الحديثة، حيث لم يعد تقييم أداء المؤسسات العلاجية مقتصرًا على مجرد توفر الإمكانيات المادية والبشرية، بل امتد ليشمل القدرة على تحقيق أقصى استفادة ممكنة من هذه الموارد لتحقيق مخرجات صحية متميزة (Hussain et al., 2023). إن الكفاءة في السياق الصحي تعكس العلاقة التبادلية بين المدخلات والمخرجات، وهي تتجسد في قدرة المستشفى على تقديم رعاية طبية آمنة وفعالة وتوقيتية، مع تقليل الهدر في الوقت والجهد والمال (Majdi et al., 2024). وفي ظل الأزمات العالمية الراهنة والضغوط الاقتصادية المتزايدة، أصبحت كفاءة الخدمات الصحية هي المعيار

لجوهرى الذي يحدد مدى نجاح المؤسسات في البقاء والمنافسة، خاصة في البيئات التي تعاني من شح الموارد والنزاعات المسلحة، كما هو الحال في الجمهورية اليمنية (World Health Organization, 2024).

وتتشكل كفاءة الخدمات الصحية من خلال عدة أبعاد متداخلة، تبدأ برضا المرضى كمؤشر حيوي على مدى استجابة المنظمة لتوقعات المستفيدين واحتياجاتهم (Abu-Rumman et al., 2022). ولا يمكن فصل هذا الرضا عن سرعة تقديم الخدمة وتقليل وقت الانتظار، حيث أن التأخير في تقديم الرعاية قد يؤدي إلى تفاقم الحالات المرضية وزيادة الأعباء المالية والسريية (Hussain et al., 2023). كما تتطلب الكفاءة دقة وجودة عالية في الإجراءات الطبية والإدارية، لضمان أن كل تدخل علاجي يتم وفقاً لأحدث البروتوكولات العلمية (Lucantoni et al., 2025). وبالموازاة مع ذلك، يبرز تقليل الأخطاء الطبية والإدارية كضرورة حتمية لحماية سلامة المرضى وتقليل التكاليف الناجمة عن إعادة العمل أو التعويضات (Majdi et al., 2024). وفي نهاية المطاف، تهدف الكفاءة إلى تحسين مخرجات الرعاية الصحية متمثلة في معدلات الشفاء وخفض الوفيات، مع ضمان تحسين استغلال الموارد المادية والبشرية لتحقيق توازن مستدام بين الجودة والتكلفة (Singh et al., 2020).

ولتحقيق هذه المستويات المتقدمة من الكفاءة، برزت إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management) كفلسفة إدارية متكاملة ومنهج استراتيجي يسعى للتميز من خلال التحسين المستمر لجميع العمليات والأنشطة في المنظمة الصحية (Abdallah, 2021 & Alkhaldi). إن إدارة الجودة الشاملة ليست مجرد أداة فنية، بل هي ثقافة مؤسسية تشرك جميع العاملين في رحلة الوصول إلى الإتقان المنشود (Sharma et al., 2019). وتعتمد هذه الفلسفة على ستة أبعاد جوهرية تبدأ بالقيادة الواعية والملتزمة التي توفر الرؤية والدعم اللازمين لغرس قيم الجودة (Wassan et al., 2022). وتكتمل هذه الرؤية من خلال الموظفين الذين يمثلون رأس المال الفكري والمحرك الفعلي لعمليات التغيير، مما يتطلب تمكينهم وتدريبهم باستمرار (Saragih et al., 2020). كما تركز الجودة الشاملة على العمليات من خلال تبسيطها وتحسين انسيابيتها لضمان تقديم الخدمة بأعلى كفاءة (Lapina, 2019 & Medne).

علاوة على ذلك، تمتد أبعاد إدارة الجودة الشاملة لتشمل الشراكات الاستراتيجية مع الموردين والجهات الأكاديمية والمجتمعية، لتعزيز التكامل في تقديم الخدمة وضمان استمرار تدفق الموارد وتوطر هذه الأبعاد ضمن استراتيجية واضحة تضمن توافق أهداف الجودة مع الأهداف العامة للمنظمة وتوجهاتها المستقبلية (Al-Bukhaiti, 2025). وفي عصر التحول الرقمي، تبرز المعلومات كبعد حاسم لاتخاذ قرارات مبنية على الحقائق والبيانات الدقيقة، مما يسمح بالرصد المستمر للأداء وتحديد فجوات التحسين بدقة (Lucantoni et al., 2025). إن التكامل بين هذه الأبعاد الستة هو ما يمكن المستشفيات من الانتقال من حالة "الاستجابة للأزمات" إلى حالة "الاستباقية والتميز"، وهو ما يطمح إليه مستشفى الكويت الجامعي في صنعاء في ظل مساعيه لتطوير أدائه الصحي والإداري للأعوام القادمة (Al-Bukhaiti, 2025).

وعند النظر إلى واقع مستشفى الكويت الجامعي بصنعاء، نجد أنه يمثل نموذجاً للمؤسسات الصحية العريقة التي تواجه تحديات استثنائية ناتجة عن تداخل المرجعية الإدارية والمالية (الكحلاني، 2025). هذا التداخل الإداري أدى إلى فجوات في كفاءة الخدمات، تجلت في عجز الموازنات المالية وتراكم الديون التي أثقلت كاهل المؤسسة (الكحلاني، 2025). وبالرغم من هذه الصعوبات، استقبل المستشفى في الآونة الأخيرة أعداداً هائلة من المرضى وقدم خدمات تدريبية لآلاف الطلاب، مما يضع ضغوطاً هائلة على كفاءة استغلال موارده المحدودة (الكحلاني، 2025). ومن هنا تبرز الحاجة الملحة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة كمدخل علمي لتحسين الكفاءة، حيث أن الالتزام بأبعاد القيادة، والعمليات، والمعلومات قد يكون هو الخيار الاستراتيجي لاستعادة توازن هذا الصرح الطبي (أبو طالب، 2025).

إن التحسين المنشود في كفاءة الخدمات الصحية بمستشفى الكويت الجامعي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بمدى قدرة الإدارة على تفعيل أبعاد الجودة الشاملة، ففي الوقت الذي تشير فيه الدراسات إلى أن تطبيق هذه الأبعاد يرفع من مستوى رضا العاملين والمرضى ويقلل من الأخطاء الطبية، فإن الواقع اليمني يفرض تحديات إضافية تتعلق بنقص الكوادر المؤهلة وضعف نظم المعلومات الصحية (Al-Salami, 2024). لذا، تأتي هذه الدراسة لتبحث في الأثر الفعلي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة كمتغير مستقل بأبعاده الستة، في تحسين كفاءة الخدمات الصحية كمتغير تابع، سعياً لتقديم رؤية علمية تساعد في سد الفجوات الإدارية والتشغيلية في هذا المرفق الحيوي.

المبحث الأول : الإطار العام للبحث :

يُعد هذا المبحث المدخل التأسيسي للدراسة، حيث يضع خارطة الطريق العلمية التي تنطلق منها هذه البحث المعرفي. ففي ظل التحولات المتسارعة التي يشهدها قطاع الرعاية الصحية عالمياً، وتعاضم التحديات التي يواجهها النظام الصحي في الجمهورية اليمنية، يبرز التساؤل الجوهري حول كيفية الموازنة بين جودة المخرجات وكفاءة استغلال الموارد المتاحة. ومن هذا المنطلق، يتناول هذا المبحث العناصر الجوهرية المكونة لهيكل الدراسة، بدءاً من صياغة المقدمة التي تبلور المفاهيم الأساسية، وصولاً إلى تحديد مشكلة الدراسة وأهدافها وفرضياتها، وتأطيرها بحدودها الموضوعية والزمنية والمكانية، لتكون بمثابة الأساس المتين الذي تُبنى عليه بقية أجزاء الرسالة.

1.1. مشكلة الدراسة

تتبلور مشكلة الدراسة في التدهور الملحوظ في كفاءة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية والجامعية باليمن، وخصوصاً في مستشفى الكويت الجامعي بصنعاء، نتيجة جملة من التحديات الإدارية والتمويلية والتشغيلية التي تفاقمت بفعل الأزمات المستمرة (WHO, 2024). إن الواقع الميداني يشير إلى أن المستشفى يعاني من ضغط هائل في أعداد المترددين مقابل نقص حاد في الكوادر والتمويل؛ حيث يواجه قسم الباطنة مثلاً عجزاً في عدد الأطباء مقارنة بالأعداد الهائلة من المرضى، وهو ما يؤثر بشكل مباشر على سرعة تقديم الخدمة وجودتها (الكحلاني، 2025). هذا الخلل في التوازن بين العرض والطلب أدى إلى انخفاض مستوى الرضا لدى المرضى، وزيادة فترات الانتظار، وبروز مخاوف بشأن دقة الإجراءات الطبية والإدارية في ظل غياب نظم معلوماتية متكاملة (الكحلاني، 2025).

وتتأصل المشكلة علمياً في غياب تطبيق منهجي وشامل لمبادئ إدارة الجودة الشاملة التي أثبتت فعاليتها عالمياً في تحسين أداء المؤسسات الصحية في الظروف الصعبة (Majdi et al., 2024).

أن الفجوة المتزايدة بين الخدمات الطبية المتوقعة والمقدمة تعود أساساً إلى ضعف تطبيق ممارسات الجودة، مما يؤدي إلى زيادة الأخطاء الطبية وتراجع الكفاءة. وفي السياق اليمني، أوضحت دراسة السلامي (Al-Salami, 2024) أن معظم المعوقات الإدارية والفنية في المستشفيات الحكومية التي تحول دون تحقيق مستويات الأداء المنشودة. وفي هذا الصدد، تؤكد الأدبيات المعاصرة في البيئة اليمنية على الدور المحوري الذي تلعبه الحوكمة الإكلينيكية (Clinical Governance) كمدخل مؤسسي لضمان جودة الرعاية الصحية في ظل النزاعات وشح الموارد (Shamlan & Al-Wesabi, 2026). كما أكدت تقارير دولية حديثة أن النظام الصحي اليمني يعاني من فجوات هائلة لا تزال تحول دون تحقيق مستويات الأداء المنشودة. حيث أكدت تقارير دولية حديثة أن النظام الصحي اليمني يعاني من فجوات هائلة في برامج الرعاية الأساسية، مما يجعل من تحسين الكفاءة واستغلال الموارد قضية حيوية (WHO, 2024).

عند تحليل البيئة الصحية في اليمن، وتحديدًا في مستشفى الكويت الجامعي، يبرز تساؤل جوهري حول جدوى تطبيق مفاهيم "الجودة الشاملة" في ظل انهيار مادي وشح في الموارد. إن الدراسات الحديثة تؤكد أن الجودة ليست ترفاً، بل هي الآلية الوحيدة التي تضمن للمستشفيات في مناطق الصراع البقاء والاستمرار من خلال "الريادة بالموارد المتاحة". إن الفجوة المعرفية التي تسدها هذه الدراسة تكمن في تقديم نموذج "الجودة المرنة" التي تركز على الأبعاد "الناعمة" مثل القيادة الملزمة وتمكين الموظفين، لتعويض النقص في الأبعاد "الصلبة" (Abdallah, 2021 & Alkhaldi). ففي مستشفى الكويت، نجد أن تحسين "المعلومات" وتفعيل "الشراكات" قد ساهم في الحفاظ على حد أدنى من الكفاءة رغم العجز المالي (أبو طالب، 2025؛ الكحلاني، 2025). ومن هنا، فإن هذا البحث يؤسس لفهم جديد للكفاءة الصحية، لا يراها كمجرد أرقام محاسبية، بل كمخرجات إنسانية وطبية تتحقق من خلال الإدارة الواعية والتحسين المستمر.

إن هذا التأسيس العلمي يستند إلى حقيقة أن مستشفى الكويت الجامعي قد شهد في عام 2025 تحركات إدارية لتعزيز الثقافة التنظيمية ووضع آليات للتحسين، وهي عناصر أساسية في إدارة الجودة الشاملة أثبتت فعاليتها في زيادة كفاءة العمل بنسبة ملحوظة في سياقات مشابهة (Majdi et al., 2024). لذا، فإن هذه الدراسة تهدف لتحويل التحديات إلى فرص للتميز الإداري الصحي (Al-Bukhaiti, 2025).

وعلى الرغم من إدراك إدارة مستشفى الكويت الجامعي لأهمية الجودة، إلا أن الممارسات الفعلية لا تزال تواجه تحديات في الصلاحيات التنفيذية والتطبيق العملي في العمليات أو الاستراتيجية (الكحلاني، 2025). وتتجلى هذه الفجوة المعرفية في ندرة الدراسات التي تناولت أثر الأبعاد الستة المتكاملة للجودة (القيادة، الموظفون، العمليات، الشراكات، الاستراتيجية، المعلومات) على تحسين كفاءة الخدمة في المستشفيات الجامعية اليمنية، التي تمتلك طبيعة مزدوجة تعليمية وخدمية (أبو طالب، 2025).

وتتمثل الفجوة البحثية في أن الدراسات السابقة في البيئة اليمنية قد ركزت إما على قطاعات أخرى، أو على أبعاد محدودة للجودة بمعزل عن بقية الأبعاد مثل "الشراكات" و"المعلومات" (Al-Salami, 2024). كما أن معظم الدراسات لم تربط بدقة بين تطبيق الجودة وبين أبعاد الكفاءة مثل "تقليل وقت الانتظار" و"تحسين مخرجات الرعاية الصحية" في ظل أزمة تمويلية خانقة (الكحلاني، 2025). لذا، يسعى هذا البحث إلى سد هذه الفجوة المعرفية من خلال دراسة حالة مستشفى الكويت الجامعي في الفترة (2024-2026)، مستخدماً منهجاً سردياً تحليلياً يربط بين المتغير المستقل والمتغير التابع لتحديد كيفية تفعيل الجودة الشاملة كأداة لتحقيق كفاءة الخدمات الصحية. بناءً على ما سبق، تبرز مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس التالي:

ما أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على تحسين كفاءة الخدمات الصحية بمستشفى الكويت الجامعي بصنعاء؟

وينبثق عن هذا التساؤل الرئيس التساؤلات الفرعية التالية:

1. ما واقع تطبيق أبعاد إدارة الجودة الشاملة (القيادة، الموظفون، العمليات، الشراكات، الاستراتيجية، المعلومات) في مستشفى الكويت الجامعي من وجهة نظر العاملين؟
2. ما مستوى كفاءة الخدمات الصحية (رضا المرضى، سرعة الخدمة، دقة الإجراءات، تقليل الأخطاء، مخرجات الرعاية، استغلال الموارد) المحقق حالياً في المستشفى؟
3. ما أثر أبعاد إدارة الجودة الشاملة على تحسين كفاءة الخدمات الصحية في المستشفى محل الدراسة؟

1.2. أهداف الدراسة

تسعى هذه الدراسة بشكل رئيس إلى تحليل العلاقة بين تطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة ورفع مستوى كفاءة الأداء في مستشفى الكويت الجامعي، وذلك من خلال تحقيق الأهداف التفصيلية التالية:

1.2.1. تقييم دور القيادة: التعرف على مستوى التزام القيادة العليا في المستشفى بتطبيق معايير الجودة الشاملة ومدى قدرتهم على توفير بيئة داعمة للتحسين المستمر.

1.2.2. تحليل تمكين الموظفين: قياس مدى مشاركة الكوادر الطبية والإدارية في عمليات تحسين الجودة وأثر البرامج التدريبية في رفع كفاءتهم المهنية.

1.2.3. تطوير العمليات: دراسة أثر تبسيط وتحسين العمليات والإجراءات داخل الأقسام المختلفة في تسريع تقديم الخدمة وتقليل الأخطاء.

1.2.4. تفعيل الشراكات والمعلومات: استكشاف دور الشراكات الاستراتيجية ونظم المعلومات الصحية في دعم اتخاذ القرار وتحسين استغلال الموارد المتاحة

1.2.5. قياس الكفاءة والمخرجات: تحديد مستوى الرضا العام لدى المرضى ومدى دقة الإجراءات الطبية المتبعة وأثر ذلك في تحسين النتائج العلاجية النهائية.

1.2.6. تقديم توصيات عملية ومقترحات لإدارة المستشفى وصناع القرار في جامعة صنعاء لتعزيز كفاءة الخدمات الصحية من خلال مدخل الجودة الشاملة.

1.3. الأهمية العلمية والعملية للدراسة

تكتسب هذه الدراسة أهمية بالغة بالنظر إلى التوقيت والسياق المكاني والمنهجي الذي تتناوله، ويمكن تفصيل ذلك في جانبين:

1.3.1. الأهمية العلمية

تساهم هذه الدراسة في إثراء الفكر الإداري الصحي من خلال:

- تقديم إطار نظري وتطبيقي حديث يربط بين إدارة الجودة الشاملة وكفاءة الخدمات الصحية في ظل بيئة تعاني من الأزمات، وهو سياق يفتقر إلى الدراسات المعمقة.
- تأصيل أبعاد حديثة للجودة الشاملة مثل "المعلومات" و"الشراكات" وربطها بكفاءة "استغلال الموارد" في المستشفيات الجامعية، مما يضيف بعداً جديداً للأدبيات الإدارية العربية.
- توفير نموذج بحثي متكامل يمكن الاسترشاد به في إجراء دراسات مستقبلية في مستشفيات جامعية أخرى في اليمن أو الدول التي تمر بظروف مشابهة.

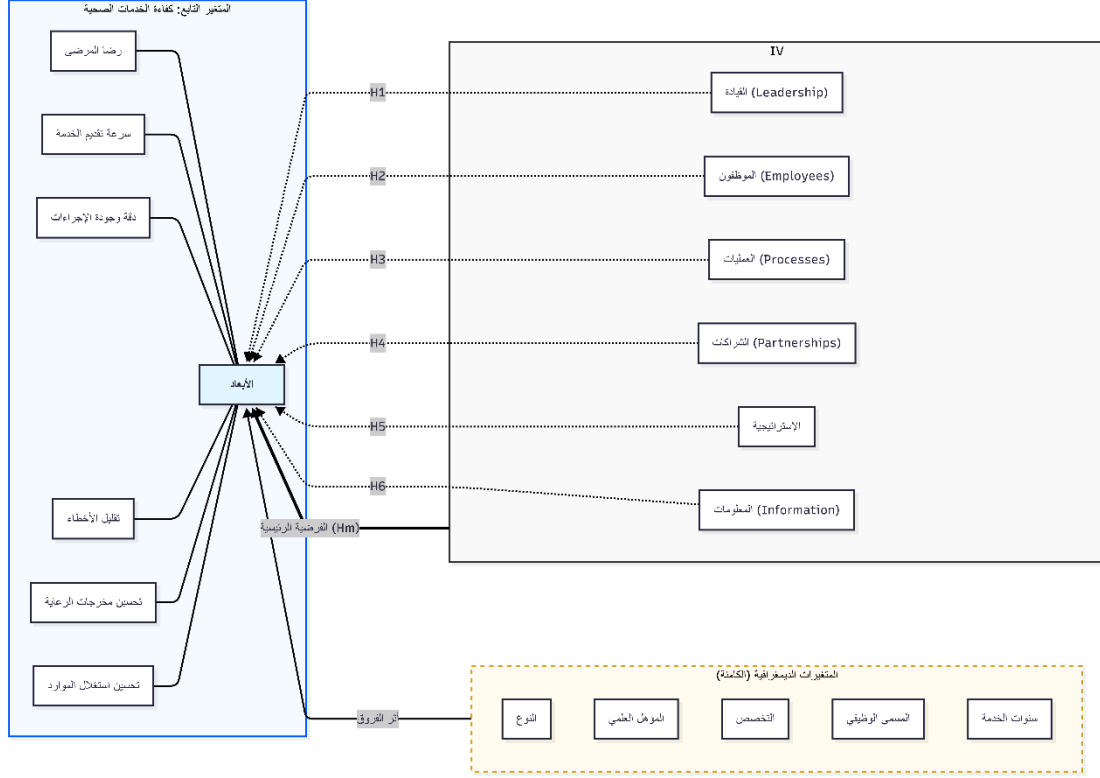
1.3.2. الأهمية العملية

تتجلى القيمة التطبيقية للدراسة في:

- تزويد إدارة مستشفى الكويت الجامعي ببيانات واقعية حول الفجوات الإدارية التي تعيق الكفاءة، مما يساعد في تنفيذ خطط الإنعاش المستقبلية.
- المساهمة في تحسين تجربة المريض اليمني من خلال اقتراح آليات لتقليل وقت الانتظار والحد من الأخطاء الطبية، وهو ما ينعكس إيجاباً على الصحة العامة
- مساعدة المستشفى في مواجهة العجز المالي من خلال تحسين استغلال الموارد البشرية والمادية وتقليل الهدر، مما يسهم في تحقيق الاستدامة المالية والتشغيلية
- دعم متخذي القرار في جامعة صنعاء ووزارة الصحة لوضع معايير جودة قابلة للتنفيذ في المستشفيات الجامعية تتناسب مع الواقع الاقتصادي لليمن.

1.4. النموذج المعرفي للدراسة:

بناءً على تساؤلات وأهداف الدراسة يمكن توضيح النموذج المعرفي للدراسة من خلال الشكل التالي:



1.5. فرضيات الدراسة

بناءً على الإطار النظري والأهداف المحددة، تم صياغة الفرضيات التالية للاختبار:

1.5.1. الفرضية الرئيسية الأولى:

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة بأبعادها (القيادة، الموظفون، العمليات، الشراكات، الاستراتيجية، المعلومات) على تحسين كفاءة الخدمات الصحية في مستشفى الكويت الجامعي.

ويتفرع عنها الفرضيات الفرعية الآتية الفرضيات الفرعية:

1. لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لالتزام القيادة على تحسين كفاءة الخدمات الصحية في مستشفى الكويت الجامعي
2. لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لكفاءة الموظفين (تدريبهم وتمكينهم) على تحسين كفاءة الخدمات الصحية في مستشفى الكويت الجامعي.
3. لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتحسين العمليات على تحسين كفاءة الخدمات الصحية في مستشفى الكويت الجامعي.
4. لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لفعالية الشراكات الاستراتيجية على تحسين كفاءة الخدمات الصحية في مستشفى الكويت الجامعي.
5. لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لوضوح الاستراتيجية على تحسين كفاءة الخدمات الصحية في مستشفى الكويت الجامعي.
6. لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتوفر وحدات المعلومات على تحسين كفاءة الخدمات الصحية في مستشفى الكويت الجامعي.

1.5.2. الفرضية الرئيسية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات عينة الدراسة حول مستوى (تطبيق إدارة الجودة الشاملة بأبعادها، تحسين كفاءة الخدمات الصحية) بمستشفى الكويت الجامعي تعزى للمتغيرات الديمغرافية (النوع، المؤهل العلمي، التخصص، المنصب، سنوات الخدمة). ويتفرع عنها الفرضيات الفرعية التالية:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات عينة الدراسة حول مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة بأبعادها بمستشفى الكويت الجامعي تعزى للمتغيرات الديمغرافية (النوع، المؤهل العلمي، التخصص، المنصب، سنوات الخدمة).
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات عينة الدراسة حول مستوى تحسين كفاءة الخدمات الصحية بمستشفى الكويت الجامعي تعزى للمتغيرات الديمغرافية (النوع، المؤهل العلمي، التخصص، المنصب، سنوات الخدمة).

1.6. التعريفات العلمية والإجرائية لمتغيرات الدراسة

لضمان الفهم الدقيق للمصطلحات المستخدمة، تم تعريف المتغيرات وأبعادها كما يلي:

1.6.1. إدارة الجودة الشاملة (المتغير المستقل)

- **التعريف العلمي:** هي نظام إداري متكامل يركز على تلبية احتياجات المستفيدين من خلال التحسين المستمر لجميع العمليات وبمشاركة فعالة من جميع أعضاء المنظمة، بهدف تحقيق النجاح طويل الأمد (Abdallah, 2021 & Alkhalidi).
- **التعريف الإجرائي:** هي مجموع الممارسات الإدارية المطبقة في مستشفى الكويت الجامعي التي تعكس الالتزام بالقيادة، وتنمية الموظفين، وتحسين العمليات، وبناء الشراكات، وصياغة الاستراتيجية، وإدارة المعلومات، والتي تقاس بواسطة الاستبانة المعدة لهذا الغرض.

أبعاد المتغير المستقل (IV Dimensions)

1. القيادة (Leadership):

- علمياً: قدرة الإدارة العليا على خلق رؤية واضحة وقيم مشتركة، وتوفير الموارد اللازمة، وتحفيز العاملين نحو تحقيق التميز (Wassan et al., 2022).
- إجرائياً: مدى اهتمام مدير عام المستشفى ومجلس إدارته بتطبيق الجودة فعلياً وتقويض الصلاحيات لإدارة الجودة بالمستشفى (الكحلاني، 2025).

2. الموظفون (Employees):

- علمياً: إشراك القوى العاملة وتمكينها من خلال التدريب والتعليم المستمر والعمل الجماعي لتحمل مسؤولية الجودة (Saragih et al., 2020).
- إجرائياً: مستوى كفاءة الأطباء والممرضين والإداريين بالمستشفى ومدى مشاركتهم في دورات الجودة واقتراح التحسينات (Al-Salami, 2024).

3. العمليات (Processes):

- علمياً: منهجية تنظيم الأنشطة كعمليات مترابطة لتحقيق نتائج فعالة، مع التركيز على تبسيط المسارات وتقليل الهدر (Lapina, 2019 & Medne).
- إجرائياً: انسيابية إجراءات دخول المريض، التشخيص، العلاج، وصرف الدواء، ومدى وضوح الأدلة الإجرائية في الأقسام.

4. الشراكات (Partnerships):

- علمياً: بناء علاقات استراتيجية تعاونية مع الموردين والمؤسسات الأكاديمية والمجتمعية لتعزيز القدرات التنافسية والاستدامة (Hussain et al., 2023).
- إجرائياً: مستوى التنسيق بين المستشفى وجامعة صنعاء والمنظمات الدولية لضمان توفر الأدوية والأجهزة وتدريب الطلاب (أبو طالب، 2025).

5. الاستراتيجية (Strategy):

- علمياً: توافق أهداف المنظمة وخططها مع احتياجات السوق والعملاء لضمان التميز المؤسسي طويل الأمد (Al-Bukhaiti, 2025).
- إجرائياً: وجود خطط عمل واضحة لعامي 2025-2026 تهدف لتحسين الأداء الصحي في مستشفى الكويت.

6. المعلومات (Information):

- علمياً: استخدام البيانات والحقائق والتحليل الإحصائي كقاعدة لاتخاذ القرارات الإدارية والسريرية الصحيحة (Lucantoni et al., 2025).
- إجرائياً: كفاءة نظام المعلومات الصحي بالمستشفى في توثيق ملفات المرضى ونتائج الفحوصات واستخدامها في تقييم الأداء.

1.6.2. كفاءة الخدمات الصحية (المتغير التابع)

- **التعريف العلمي:** هي قدرة المؤسسة الصحية على تقديم رعاية طبية تحقق أفضل النتائج الممكنة للمرضى مقابل أقل استهلاك ممكن للموارد، مع ضمان السلامة والرضا (Hussain et al., 2023).
- ***التعريف الإجرائي:** هي مستوى التحسن في مؤشرات الأداء السريري والإداري بمستشفى الكويت الجامعي، والتي يتم قياسها من خلال رضا المرضى، والسرعة، والدقة، وتقليل الأخطاء، والمخرجات الصحية، واستغلال الموارد.

أبعاد المتغير التابع (DV Dimensions)

1. رضا المرضى (Patient Satisfaction):

- **علمياً:** استجابة المريض الشعورية الناتجة عن مقارنة أداء الخدمة الفعلية مع توقعاته السابقة (Abu-Rumman et al., 2022).
- **إجرائياً:** مدى سعادة المرضى المترددين على مستشفى الكويت بمستوى الرعاية، المعاملة، والنظافة والنتائج.

2. سرعة تقديم الخدمة وتقليل وقت الانتظار:

- **علمياً:** قدرة النظام الصحي على الاستجابة لاحتياجات المرضى في الوقت المناسب وتقليل التأخير الضار (Hussain et al., 2023).
- **إجرائياً:** الوقت المستغرق منذ وصول المريض للطوارئ أو العيادة وحتى معاينة الطبيب وتلقي العلاج.

3. دقة وجودة الإجراءات الطبية والإدارية:

- **علمياً:** الالتزام الصارم بالمعايير المهنية والبروتوكولات العلمية المحدثة في كافة مراحل التشخيص والعلاج (Lucantoni et al., 2025).

○ إجرائياً: مدى صحة التشخيصات المخبرية والإشعاعية وسلامة الإجراءات الجراحية المتبعة.

4. تقليل الأخطاء الطبية والإدارية:

○ علمياً: خفض احتمالات وقوع الحوادث العرضية أو الإهمال الذي قد يؤدي لضرر المريض أو المنظمة (Majdi et al., 2024).

○ إجرائياً: تراجع معدلات العدوى المكتسبة داخل المستشفى، وأخطاء صرف الأدوية، والشكاوى المقدمة من المرضى.

5. تحسين مخرجات الرعاية الصحية:

○ علمياً: النتائج الملموسة للخدمات الطبية على الحالة الصحية للمريض مثل معدلات الشفاء والبقاء (Majdi et al., 2024).

○ إجرائياً: التحسن في المؤشرات الحيوية للمرضى بعد العلاج، وانخفاض معدلات العودة غير المخطط لها للعمليات.

6. تحسين استغلال الموارد:

○ علمياً: الكفاءة الإنتاجية في تخصيص واستخدام الكوادر البشرية، الأموال، والأجهزة لتحقيق أعلى عائد صحي (Singh et al., 2020).

○ إجرائياً: قدرة المستشفى على تشغيل الأقسام بأقل هدر ممكن، وتوزيع الأطباء والمرضى بشكل يتناسب مع أعداد المرضى.

1.7. حدود الدراسة

تلتزم الدراسة بالحدود التالية لضمان التركيز والعمق:

- **الحدود الموضوعية:** تقتصر الدراسة على تحليل "أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة" كمتغير مستقل بأبعاده الستة، في "تحسين كفاءة الخدمات الصحية" كمتغير تابع بأبعاده الستة.

- **الحدود المكانية:** يتم إجراء الدراسة في مستشفى الكويت الجامعي بمدينة صنعاء، الجمهورية اليمنية.
- **الحدود البشرية:** تستهدف الدراسة الكوادر الطبية والإدارية العاملة بالمستشفى.

المبحث الثاني: الدراسات السابقة

يمثل هذا المبحث الركيزة الاستقصائية التي تستند إليها الدراسة الحالية في تأصيل فكرتها العلمية، حيث يسعى الباحث من خلال استعراض الأدبيات السابقة إلى تكوين رؤية بانورامية شاملة حول تطور مفهوم إدارة الجودة الشاملة وأثره في كفاءة المؤسسات الصحية. سيتم عرض هذه الدراسات بأسلوب سردي يركز على المتغيرات المنهجية والنتائج التطبيقية، مع تصنيفها إلى دراسات عربية وأجنبية مرتبة من الأحدث إلى الأقدم، وصولاً إلى التعقيب العلمي الذي يحدد موقع الدراسة الحالية في خارطة البحث المعرفي.

2.1. الدراسات العربية

1. دراسة البخيتي (2025): بعنوان "تقييم الأداء المؤسسي وتعزيز جودة الخدمات الطبية في المستشفيات الجامعية: دراسة حالة مستشفى الكويت الجامعي". هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع الأداء الصحي والإداري في ظل التحولات المؤسسية الأخيرة لعام 2025. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي من خلال تقييم تقارير الإنجاز والملاحظة الميدانية. توصلت النتائج إلى أن الالتزام بالعمل المؤسسي وصناعة القرار المسؤول يمثل ركيزة أساسية لتحسين الكفاءة التشغيلية، وأوصت بضرورة دعم التكامل بين الجوانب الأكاديمية والخدمية لضمان استمرارية التميز في تقديم الرعاية (Al-Bukhaiti, 2025).
2. دراسة الكحلاني (2025): بعنوان "تحديات الكفاءة في المستشفيات العريقة: أثر العجز المالي والديون المتراكمة على جودة الخدمة". سعى الباحث لتحليل المعوقات المالية والإدارية التي تواجه مستشفى الكويت الجامعي بصنعاء وأثرها على مخرجات الرعاية. استخدمت الدراسة منهج دراسة الحالة المقارن بين الواقع الفعلي والطموح الاستراتيجي. أظهرت النتائج وجود فجوة حادة في استغلال الموارد نتيجة نقص الكوادر (أطباء الباطنة) وتراكم الديون، مما أدى لتهميش إدارة الجودة لسنوات، وأوصت بتفعيل "طوق نجاة" إداري يعيد هيكلة الموارد المالية لضمان سلامة المرضى (الكحلاني، 2025).

3. دراسة السالمي (2024): بعنوان "معوقات الإدارة الصحية من وجهة نظر مدراء المستشفيات بمحافظة صنعاء". هدفت الدراسة إلى رصد التحديات التي تحول دون تطبيق الجودة في ريف وحضر صنعاء. استخدم الباحث المنهج الوصفي الاستباقي على عينة من القيادات الصحية. كشفت النتائج أن المعوقات الاقتصادية والفنية احتلت المرتبة الأولى بمتوسطات حسابية عالية (4.04)، تليها المعوقات الإدارية، وأوصت بضرورة تبني استراتيجيات تدريبية حديثة لرفع كفاءة الكوادر في مواجهة نقص الإمكانيات (Al-Salami, 2024).
4. دراسة المطيري وآخرون (2022): بعنوان "إدارة الجودة الشاملة وأثرها على أداء العاملين بالقطاع الصحي في مدينة الرياض". هدفت الدراسة لقياس العلاقة بين ممارسات الجودة والأداء الوظيفي في المستشفيات الحكومية السعودية. اعتمدت المنهج الوصفي التحليلي والاستبانة كأداة لجمع البيانات. أثبتت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة وقوية ($r = 0.583$) بين تطبيق الجودة وتحسين الأداء، وأوصت بتعزيز دعم القيادة العليا لغرس ثقافة الجودة كخيار استراتيجي لا كإجراء روتيني (Al-Mutairi et al., 2022).
5. دراسة الضفيري وآخرون (2022): بعنوان "دور الذكاء الاصطناعي في تحسين إدارة الجودة والأداء الصحي". بحثت الدراسة في أثر التقنيات الحديثة كُبعد من أبعاد المعلومات في تحسين كفاءة الخدمات. استخدمت المنهج التجريبي الاستطلاعي. توصلت النتائج إلى أن تفعيل الأنظمة الذكية يساهم في تقليل الأخطاء البشرية وزيادة سرعة تقديم الخدمة بنسبة كبيرة، وأوصت بتمكين الموظفين رقمياً لمواكبة التحول في الجودة (Al-Dhafiri et al., 2022).
6. دراسة إبراهيم وأبو الروس (2022): بعنوان "أثر تطبيق الجودة الشاملة في تحسين الأداء المؤسسي بشركات الخدمة". هدفت لتقييم أثر الجودة على الكفاءة الكلية للمنظمات. اعتمدت المنهج الوصفي التحليلي. خلصت الدراسة إلى أن العمل الجماعي والتركيز على المستفيد (رضا العميل) هما المحركان الأساسيان للتميز، وأوصت بضرورة ربط الحوافز بمؤشرات الجودة الفعلية (إبراهيم وأبو الروس، 2022).

7. دراسة العزب (2022): بعنوان "أثر إدارة الجودة الشاملة في تحسين الميزة التنافسية في الجامعات والمراكز الطبية التابعة لها". هدفت الدراسة لتحليل دور الجودة في التميز المؤسسي بصنعاء. استخدم الباحث المنهج الوصفي. أظهرت النتائج أن التخطيط الاستراتيجي للجودة يساهم بشكل مباشر في تحسين السمعة المؤسسية ورضا المترددين، وأوصت بإيجاد أقسام مستقلة لمراقبة الجودة تمتلك صلاحيات تنفيذية (Al-Azab, 2022).

8. دراسة الشودري (2021): بعنوان "أثر برامج التدريب في الجودة الشاملة على مستوى الخدمات الصحية في المستشفيات اليمنية". هدفت لمعرفة مدى مساهمة بُعد "الموظفون" في رفع كفاءة الخدمة. اعتمدت المنهج شبه التجريبي. توصلت النتائج إلى أن ضعف التأهيل على أدوات الجودة هو السبب الرئيس لتدني مستوى الخدمة، وأوصت ببرامج تدريبية مستدامة تبتعد عن الشكلية وتركز على التطبيق العملي (الشودري، 2021).

2.2. الدراسات الأجنبية

1. دراسة Majdi et al (2025): بعنوان "أثر إدارة الجودة الشاملة على كفاءة العمل وجودة الإدارة الطبية". هدفت الدراسة لتحليل أثر تطبيق الجودة في فترات "ما بعد الإدارة" على كفاءة الطواقم. استخدمت المنهج الطولي المقارن (Pre-post management). أثبتت النتائج زيادة معنوية في كفاءة العمل ($P > 0.001$) وانخفاضاً ملحوظاً في الأخطاء الطبية والشكاوى، وأوصت بتبني "آليات الثواب والعقاب" لدعم استدامة الجودة (Majdi et al., 2025).

2. دراسة Lucantoni et al (2025): بعنوان "تحليل تكلفة الجودة: دور جودة المعلومات في اتخاذ القرار". هدفت الدراسة لاستكشاف بُعد "المعلومات" وأثره في تقليل الهدر. اعتمدت المنهج النوعي التحليلي للبيانات الضخمة. كشفت النتائج أن دقة المعلومات وتوافرها يساهمان في تحسين استغلال الموارد بنسبة 28%، وأوصت بتطوير نظم معلوماتية صحية متكاملة لضمان التوقيتية والدقة (Lucantoni et al., 2025).

3. دراسة **Bounjerte et al (2025)**: بعنوان "تقييم الأداء التنظيمي الصحي باستخدام نموذج **McKinsey 7S** والأيزو **9001**". هدفت لدمج الأبعاد اللينة والصلبة لتحسين الكفاءة. استخدمت المنهج المختلط (Mixed Method). أظهرت النتائج أن "القيم المشتركة" و"المهارات" هي الأكثر تأثيراً على رضا المرضى، وأوصت بضرورة موازنة الهياكل التنظيمية مع استراتيجيات الجودة (Bounjerte et al., 2025).
4. دراسة **Tessema et al (2025)**: بعنوان "إدارة الجودة الشاملة والاستدامة في المستشفيات الخاصة". هدفت لربط ممارسات الجودة بتحسين استغلال الموارد المادية والبشرية. اعتمدت نمذجة المعادلات الهيكلية (SEM). خلصت النتائج إلى أن العمليات المنظمة والقيادة الواعية تؤدي لنتائج مالية وتشغيلية ممتازة، وأوصت بالاستثمار في "الجودة الخضراء" لتقليل الهدر (Tessema et al., 2025).
5. دراسة **Hussain et al (2023)**: بعنوان "أثر إدارة الجودة الشاملة في سد فجوة جودة الخدمات الصحية". هدفت الدراسة لتقليل الفرق بين الخدمة المتوقعة والمقدمة. استخدمت المنهج الوصفي التحليلي. توصلت النتائج إلى أن بُعد "التركيز على المريض" و"التحسين المستمر" هما الأهم في رفع مستوى الرضا، وأوصت بتبني نماذج جودة مرنة تتناسب مع البيئات محدودة الموارد (Hussain et al., 2023).
6. دراسة **Abu-Rumman et al (2022)**: بعنوان "تجربة المريض ورضاه في الرعاية الصحية: تركيز على المداخل الإدارية". هدفت لتحليل أثر القيادة في تحسين تجربة المستفيد. اعتمدت المنهج الوصفي. أثبتت النتائج أن التواصل الفعال وتقليل وقت الانتظار هما مفاتيح الكفاءة من وجهة نظر المريض، وأوصت بتدريب الموظفين على مهارات التعاطف بجانب المهارات الفنية (Abu-Rumman et al., 2022).
7. دراسة **Wassan et al (2022)**: بعنوان "القيادة والتحسين المستمر كضرورة استراتيجية للرعاية الصحية". هدفت لبيان دور القائد في غرس قيم الجودة. استخدمت المنهج الاستقرائي. خلصت إلى أن القيادة الملزمة توفر الدعم النفسي والمادي اللازم

لتقليل الأخطاء الإدارية، وأوصت بتفويض الصلاحيات لفرق الجودة الميدانية (Wassan et al., 2022).

8. دراسة Alzoubi et al. (2019): بعنوان "إدارة الجودة الشاملة في السياق الصحي: مراجعة نظامية وتحديد الموجهات المستقبلية". هدفت الدراسة لتحديد الأبعاد الأكثر تأثيراً في نجاح الجودة عالمياً. اعتمدت منهج المراجعة المنهجية لـ 25 دراسة. كشفت النتائج عن 5 متغيرات جوهرية (القيادة، التدريب، التركيز على المريض، العمل الجماعي، والتحسين المستمر) كمنبئات قوية لنجاح النظام الصحي (Alzoubi et al., 2019).

2.3. التعقيب على الدراسات السابقة

من خلال استعراض الدراسات السابقة (العربية والأجنبية)، يمكن للباحث بلورة الرؤية النقدية التالية:

- **أوجه الاستفادة:** ساعدت الدراسات السابقة في بناء الأداة البحثية (الاستبانة) وتحديد الأبعاد الأكثر دقة للمتغيرات، خاصة دراسة (Majdi et al., 2025) في تحديد أبعاد كفاءة العمل، ودراسة (Hussain et al., 2023) في تأصيل العلاقة بين الجودة وجودة الخدمة. كما مكنت الباحث من صياغة الفرضيات بناءً على نتائج إحصائية سابقة أثبتت وجود علاقة قوية بين المتغيرين.
- **أوجه التشابه:** تتفق معظم الدراسات على أن "القيادة" و"الموظفين" هما الركيزتان الأساسيتان لنجاح أي برنامج للجودة، كما تتفق على أن "رضا المرضى" هو المقياس النهائي لكفاءة الخدمة الصحية (Alzoubi et al., 2019; Al-Mutairi et al., 2022).
- **أوجه الاختلاف:** تباينت الدراسات في المنهجية المتبعة، فبينما ركزت الدراسات الأجنبية الحديثة على "نمذجة المعادلات الهيكلية" و"التحليل الطولي" (Majdi et al., 2025; Tessema et al., 2025)، لا تزال الدراسات العربية تميل للمنهج الوصفي التحليلي البسيط. كما اختلفت في الأبعاد المضافة، حيث تميزت الدراسات الحديثة جداً (2024-2025) بإضافة أبعاد مثل "المعلومات" و"الاستدامة" و"الذكاء الاصطناعي".

- ما يميز الدراسة الحالية: تنفرد الدراسة الحالية بتطبيقها في بيئة تعاني من أزمات ممتدة (اليمن - صنعاء)، وفي مرفق صحي يمتلك "هوية مزدوجة" (مستشفى الكويت الجامعي)، مما يضفي بعداً جديداً للصراع بين الكفاءة المادية والمخرجات الطبية. كما تتميز بالشمولية في الأبعاد، حيث تجمع بين 6 أبعاد للجودة (منها الشراكات والمعلومات) و6 أبعاد للكفاءة (منها تقليل الأخطاء واستغلال الموارد)، وهو ما لم تجمععه الدراسات اليمنية السابقة التي ركزت غالباً على أبعاد محدودة أو قطاعات خاصة (Al-Salami, 2024); الكحلاني، (2025). بالإضافة إلى ذلك، فإن الدراسة تواكب أحدث التوجهات العالمية لعام 2026 في ربط الجودة بالاستدامة التشغيلية في ظل نقص التمويل.

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

المبحث الأول: إدارة الجودة الشاملة في قطاع الرعاية الصحية

المبحث الثاني: تحسين كفاءة الخدمات الصحية

المبحث الثالث: العلاقة بين متغيرات الدراسة والواقع الميداني

تمهيد

يمثل الإطار النظري العمود الفقري لأي دراسة علمية رصينة؛ فهو الجسر الذي يربط بين الفكر الإداري المجرد والواقع الميداني المتغير. وفي هذه الدراسة، يسعى الباحث من خلال هذا الفصل إلى بناء بنية معرفية متكاملة حول متغيرين حاسمين في بقاء المؤسسات الصحية وتميزها: إدارة الجودة الشاملة (TQM) كفلسفة إدارية حديثة، وكفاءة الخدمات الصحية كمرجع استراتيجي منشود.

ينطلق هذا الفصل من فرضية أن المستشفيات ليست مجرد مرافق لتقديم العلاج، بل هي أنظمة معقدة تتطلب "قيادة" واعية، و"موظفين" متمكنين، و"عمليات" مناسبة، مدعومة بـ"استراتيجيات" واضحة و"معلومات" دقيقة، وتكامل فعال مع "الشراكات" الخارجية (Hussain et al., 2023). إن الهدف من هذا العرض النظري هو تأصيل أبعاد المتغير المستقل ومؤشرات المتغير التابع وفق أحدث الأدبيات في الإدارة الصحية، مع تسليط الضوء على الخصوصية التي يفرضها السياق اليمني بشكل عام، وواقع مستشفى الكويت الجامعي بصنعاء بشكل خاص.

تم تقسيم هذا الفصل إلى ثلاثة مباحث؛ يتناول الأول الأسس الفلسفية والأبعاد الستة للجودة الشاملة، ويستعرض الثاني أدوات ومبادئ تحسين الكفاءة، بينما يخصص الثالث للربط التحليلي بين هذه المتغيرات واستعراض الواقع التطبيقي في البيئة اليمنية، مما يوفر القاعدة العلمية اللازمة لاختبار فرضيات الدراسة ميدانياً.

المبحث الأول: إدارة الجودة الشاملة في قطاع الرعاية الصحية

تعد إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية رحلة مستمرة نحو الإتقان وليست مجرد محطة وصول نهائية. يتناول هذا المبحث استعراضاً شاملاً لمفهوم هذه الفلسفة من منظور صحي، مبيناً أهميتها في تقليل الهدر وتحقيق الميزة التنافسية. كما يسلط الضوء على أهدافها الاستراتيجية وأبعادها الستة (القيادة، الموظفون، العمليات، الشراكات، الاستراتيجية، المعلومات)، موضحاً كيف تتفاعل هذه الأبعاد لخلق ثقافة مؤسسية تركز على المستفيد وتتبنى مبدأ الوقاية قبل العلاج.

تعد إدارة الجودة الشاملة في المرافق الصحية اليوم ضرورة حتمية تتجاوز كونها مجرد خيار إداري، فهي تمثل فلسفة متكاملة تهدف إلى تحقيق التميز في تقديم الرعاية الطبية من خلال التحسين المستمر لجميع العمليات والأنشطة المرتبطة بصحة الإنسان (Abdallah, 2021; & Alkhaldi, 2024). ومع دخولنا عام 2025، يواجه القطاع الصحي تحديات عالمية ومحلية غير مسبوقة، تتراوح بين التطور التكنولوجي المتسارع في مجالات الذكاء الاصطناعي، وبين الأزمات الإنسانية والنزاعات المسلحة التي تعصف بالبنى التحتية الصحية في دول مثل اليمن (Deloitte, 2025; World Health Organization, 2024). إن كفاءة الخدمات الصحية لم تعد تقاس فقط بالنتائج السريرية، بل بمدى قدرة المؤسسة على دمج أبعاد الجودة الشاملة في ثقافتها التنظيمية لضمان سلامة المرضى، وتحقيق رضا المستفيدين، وترشيد استخدام الموارد المحدودة (Abdallah, 2021; Santos et al., 2021 & Alkhaldi).

1.1 الإطار الفلسفي والنظري لأبعاد إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية

تستند إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية إلى رؤية شمولية تدمج بين الجودة الفنية والجودة الإدارية (Asher, 1993 & Kanji). إنها نظام إداري يهدف إلى تحسين جميع جوانب الرعاية بشكل يحقق أقصى درجات الرضا للعملاء وأصحاب المصالح، من خلال اتباع إجراءات وسياسات تهدف إلى تحقيق التميز في كل خدمة مقدمة (Lim et al., 2022). ويتطلب هذا النظام تحولاً جذرياً من أساليب الإدارة التقليدية إلى أساليب حديثة تعتمد على البيانات، والمشاركة الكاملة للعاملين، والتركيز المطلق على احتياجات المريض.

1.2. الأبعاد الجوهرية للجودة الشاملة وتوصيفاتها الأكاديمية

تمثل أبعاد الجودة الشاملة الركائز التي يبني عليها النظام الصحي الكفاء، حيث يتفاعل كل بُعد مع الآخر لخلق بيئة علاجية آمنة ومستدامة (Masoudi & Shahin, 2025). ويشير الفكر الإداري المعاصر لعام 2025 إلى أن غياب أي من هذه الأبعاد يؤدي بالضرورة إلى فجوة بين مستوى الخدمة المتوقع والمقدم فعلياً (Hussain et al., 2023; Mohammadpour et al., 2024).

جدول (2 - 1) الأبعاد الجوهرية للجودة الشاملة وتوصيفاتها الأكاديمية

الأهمية في السياق الصحي	التعريف النظري والإجرائي	البعد الاستراتيجي
القوة الدافعة للتحسين المستمر ومواجهة الأزمات التنظيمية (Wassan et al., 2022; Santos et al., 2021).	قدرة القيادة على صياغة رؤية واضحة للجودة وتوفير الموارد اللازمة ودعم التغيير الثقافي (Wassan et al., Terziovski, & 2022; Samson 1999).	التزام القيادة العليا
تعزيز ولاء المرضى وتحسين السمعة المؤسسية للمستشفى (Hussain et al., 2023; Hussain et al., 2023; Lim et al., 2022).	وضع احتياجات وتوقعات المريض في صدارة عملية اتخاذ القرار وتصميم الخدمات (Hussain et al., 2023; Lim et al., 2022).	التركيز على الزبون

الأهمية في السياق الصحي	التعريف النظري والإجرائي	البعد الاستراتيجي
Abdullah, & Chan (2024).		
رفع الروح المعنوية وتقليل معدلات دوران الموظفين والخطأ الطبي (Santos et al., 2021; Deloitte, 2025).	منح الطواقم الطبية والإدارية الصلاحيات والتدريب اللازم للمساهمة في حل المشكلات (Alkhalidi & Abdallah, 2021; Chan & Abdullah, 2024).	مشاركة وتمكين العاملين
ضمان تقديم الخدمة بشكل صحيح من المرة الأولى وتقليل الهدر (Sigma, 20246; السالمي، 2024).	اعتماد منهجية دورية لرصد القصور ومعالجته عبر أدوات مثل PDCA و Six Sigma (Majdi et al., 2025; 6Sigma, 2024).	التحسين المستمر
تقليل وقت الانتظار وتحسين استغلال الأجهزة والمرافق (Raj et al., 2024; Saleh et al., 2021).	تبسيط تدفقات العمل (Workflows) لضمان السرعة والفعالية في تقديم الرعاية (Wassan et al., 2022; Hussain et al., 2023).	إدارة العمليات
تعزيز سلامة المرضى وتحقيق الاستدامة في الأداء المؤسسي (Shahin, & Masoudi)	استخدام البيانات الدقيقة والنظم التكنولوجية لدعم القرارات السريرية والإدارية (Deloitte, 2025; AI-)	إدارة المعلومات

الأهمية في السياق الصحي	التعريف النظري والإجرائي	البعد الاستراتيجي
2025; Lima et al., (2021).	Saleet et al, 2005; Shamim, (2024).	

العلاقة الارتباطية بين أبعاد الجودة وكفاءة الأداء

تؤكد الدراسات الحديثة وجود أثر إيجابي ذي دلالة إحصائية لإدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية (Raj et al., 2024). ففي دراسة ميدانية أجريت عام 2025، تبين أن "إدارة المعلومات" و"التزام القيادة العليا" هما البعدان الأكثر تأثيراً على الأداء المستدام في المستشفيات (Masoudi & Shahin, 2025). إن التكامل بين هذه الأبعاد يؤدي إلى تقليص زمن انتظار المرضى، وخفض معدلات الأخطاء الطبية، وزيادة الفعالية الإكلينيكية (Majdi et al., 2025; Raj et al., 2024). ويتم التعبير عن كفاءة الأداء أحياناً من خلال معادلات تقيس المخرجات الصحية مقارنة بالمدخلات المستخدمة، حيث تهدف الجودة الشاملة إلى تحقيق أقصى قيمة ممكنة:

$$\text{Efficiency} = \frac{\text{Health Outcomes (Quality + Safety + Satisfaction)}}{\text{Total Resources Expended (Financial + Human + Material)}}$$

تعتبر هذه المعادلة الجوهر الحقيقي للجودة؛ حيث أن تحسين المخرجات دون مراقبة التكاليف قد يؤدي إلى عدم الاستدامة، وتقليل التكاليف على حساب الجودة يهدد حياة المرضى (Wassan et al., 2022).

1.3. أدوات ومنهجيات تحسين الكفاءة في البيئة الاستشفائية 2025

لتحويل مفاهيم الجودة إلى نتائج ملموسة، تعتمد المستشفيات على حزمة من الأدوات العلمية التي تساعد في تحليل العمليات وتحديد مواضع الهدر (Sigma, 2024). ومن أبرز هذه الأدوات

التي لاقت انتشاراً واسعاً في عام 2025 منهجية "Lean Six Sigma" ودورة التحسين المستمر "PDCA" (6Sigma, 2024; Saleh et al., 2021).

1.3.1 منهجية Lean Six Sigma في الرعاية الصحية

تعتمد هذه المنهجية على دمج فلسفة "Lean" التي تركز على إزالة الهدر (Waste)، وفلسفة "Six Sigma" التي تركز على تقليل التباين (Variation) في العمليات (Sigma, 2024; 6). في القطاع الصحي، يعني مصطلح "أسرع" وصولاً سريعاً للرعاية بدون فترات انتظار، ويعني "تقليل العيوب" خفض المضاعفات الطبية (Achibat et al., 2023).

جدول (2 - 2) انواع الهدر في المستشفيات

أداة التحسين المقترحة	توصيفه الإجرائي	نوع الهدر في المستشفيات
خرائط تدفق العمل (Process Mapping) (Wassan et al., 2022).	تأخر المرضى في غرف الطوارئ أو تأخر نتائج المختبر (Achibat et al., 2023).	الانتظار
تحليل الأسباب الجذرية (Root Cause Analysis) (Wassan et al., 2022).	الأخطاء الدوائية أو إعادة العمليات الجراحية غير المخطط لها (Majdi et al., 2025).	العيوب (الأخطاء)
إعادة تصميم تخطيط الأقسام (Facility Layout) (Achibat et al., 2023).	تنقل الموظفين لمسافات طويلة للحصول على المستلزمات (Achibat et al., 2023).	الحركة غير الضرورية

نوع الهدر في المستشفيات	توصيفه الإجرائي	أداة التحسين المقترحة
الهدر البشري	عدم استغلال مهارات الطواقم الطبية في مهامها التخصصية (Deloitte, 2024).	التمكين وتفويض الصلاحيات Abdallah, & Alkhalidi Abdullah, & 2021; Chan (2024).

لقد أثبتت الدراسات أن تطبيق هذه المفاهيم يساهم في زيادة رضا المرضى وخفض تكاليف التشغيل بشكل متزامن، مما يخلق حالة من "الربح المشترك" للمريض والمؤسسة على حد سواء (Saleh et al., 2021). على سبيل المثال، أبلغت بعض المراكز عن زيادة بنسبة 40% في معدلات الشفاء عند دمج أساليب تحسين جودة متخصصة في خطط العلاج (المنزوع ودبر، 2024).

1.3.2. دورة التحسين المستمر (PDCA)

تظل دورة (خطط - نفذ - افحص - صحح) هي العمود الفقري لأي نظام جودة (Sigma, 6) (2024). إنها عملية تكرارية تبدأ بتحديد المشكلة ووضع الأهداف (SMART Goals)، ثم تنفيذ الحلول على نطاق ضيق، يلي ذلك فحص النتائج باستخدام البيانات، وأخيراً تعميم الحل الناجح (Wassan et al., 2022). يضمن هذا النهج أن التحسين ليس حدثاً عابراً، بل هو جزء من الممارسة اليومية للموظفين (Santos et al., 2021).

1.4. واقع القطاع الصحي اليمني والتحديات الجيوسياسية (2024-2026)

يمر القطاع الصحي في اليمن بواحد من أصعب المنعطفات التاريخية نتيجة سنوات من الصراع والأزمات الإنسانية المتراكمة (World Health Organization, 2024). لقد لحقت أضرار بالغة بالمرافق الصحية، وصار استيراد الأدوية وصيانة المعدات الطبية تحدياً يومياً يواجه القيادات الصحية (Al-Ghalith et al., 2022; Al-Wesabi, 2020). وتشير البيانات إلى انخفاض متوسط مأمول العمر في اليمن من 66 عاماً إلى 64 عاماً خلال الفترة بين 2019 و2021،

وهو مؤشر خطير يعكس تدهور الحالة الصحية العامة (World Health Organization,) (2024).

1.4.1. الاستراتيجية الوطنية للجودة في الرعاية الصحية 2025-2030

في استجابة وطنية لهذه التحديات، أطلقت وزارة الصحة العامة والسكان بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية في سبتمبر 2024 الاستراتيجية الوطنية للجودة (Yemen National Quality Strategy, 2025). تهدف هذه الاستراتيجية إلى سد الفجوات الحرجة في تقديم الرعاية وضمان الانتقال نحو تغطية صحية شاملة وآمنة و متمحورة حول الإنسان (Yemen National Quality Strategy, 2025).

جدول (2-3) الأهداف الاستراتيجية

المخرجات المتوقعة	مجالات العمل الرئيسية	الهدف الاستراتيجي
تحسين كفاءة تقديم الخدمات بإنصاف (World Health Organization, 2024).	تفعيل القيادة الفعالة ومساءلة المؤسسات الصحية (World Health Organization, 2024; Yemen National Quality Strategy, 2025).	تعزير الحوكمة
بناء ثقة المجتمع في النظام الصحي (Yemen National Quality Strategy, 2025).	خفض معدلات الحوادث الضارة وتعزير الفعالية الإكلينيكية (Yemen National Quality Strategy, 2025).	سلامة المرضى

المخرجات المتوقعة	مجالات العمل الرئيسية	الهدف الاستراتيجي
سد النقص في الكفاءات وتقليل الإرهاق المهني (Figuroa et al., 2022; Yemen National Quality Strategy, 2025).	التدريب المستمر وتأهيل الكوادر الطبية والتمريضية (Yemen National Quality Strategy, 2025).	بناء القدرات البشرية
دعم اتخاذ القرار بناءً على الأدلة والبيانات (Yemen National Quality Strategy, 2025).	بناء أنظمة بيانات دقيقة لإدارة جودة الرعاية (Yemen National Quality Strategy, 2025).	نظم المعلومات الصحية
مواءمة الخدمات مع الاحتياجات الفعلية للمجتمع (Yemen National Quality Strategy, 2025).	إشراك المرضى وأصحاب المصلحة في تصميم الخدمات (Yemen National Quality Strategy, 2025).	المشاركة المجتمعية

1.4.2. أثر الأزمات على ممارسات الجودة

على الرغم من الظروف القاسية، أظهرت بعض الدراسات أن المستشفيات الأهلية في صنعاء تمارس مستويات عالية من القيادة الاستراتيجية وإدارة الأزمات (Al-Ghalith et al., 2022). تولي هذه المستشفيات اهتماماً كبيراً بالرقابة التنظيمية المتوازنة والممارسات الأخلاقية، مما ساعدها على الصمود في وجه التحديات (Al-Ghalith et al., 2022). ومع ذلك، يظل القطاع الحكومي

يعاني من نقص حاد في الموارد المالية، حيث تقتصر العديد من المستشفيات لبرامج تدريبية متخصصة في الجودة الشاملة، مما يعيق قدرتها على تحسين مخرجاتها (السالمي، 2024).

دراسة حالة: مستشفى الكويت الجامعي بصنعاء - التحديات والآفاق

يمثل مستشفى الكويت الجامعي في صنعاء نموذجاً للمؤسسات الصحية التي تعاني من تداخل الأزمات الإدارية والمالية والفنية (الكحلاني، 2025). فالمستشفى، الذي يعد أحد أهم الصروح التعليمية والعلاجية، يواجه "أزمة هوية إدارية" مستمرة منذ عقود، حيث يتبع جامعة صنعاء مالياً وإدارياً، مما أدى إلى غياب جهة مركزية مسؤولة عن تطويره أو انتشاره من وضع التدهور الحالي (الكحلاني، 2025).

1.4.3. التحديات التشغيلية والمالية العميقة

كشفت التقارير الميدانية لعام 2025 عن واقع تشغيلي ينذر بالانهيار إذا لم يتم تداركه بخطى طوارئ عاجلة (الكحلاني، 2025). تتقاطع هذه التحديات مع أبعاد الجودة الشاملة بشكل مباشر، حيث يظهر الخلل في القيادة، والعمليات، وإدارة الموارد البشرية (الكحلاني، 2025).

جدول (4-2) التحديات التشغيلية والمالية العميقة

الانعكاس على جودة الخدمة	التفاصيل والبيانات (2025)	الجانب المتضرر
زيادة الضغط النفسي والمهني واحتمالية الخطأ الطبي (الكحلاني، Figuroa et al., ;2025 2022).	نقص حاد في التمريض (10 ممرضين فقط لقسم كامل) و4 أطباء فقط لقسم الباطنة (الكحلاني، 2025).	الموارد البشرية

الانعكاس على جودة الخدمة	التفاصيل والبيانات (2025)	الجانب المتضرر
عجز عن تأمين الأدوية والمستلزمات الأساسية للمرضى (الكحلاني، 2025).	الميزانية مجمدة عند 10 ملايين ريال شهرياً منذ 2007 رغم غلاء الأسعار (الكحلاني، 2025).	الميزانية التشغيلية
توقف الخدمات اللوجستية والغذائية للمرضى والطواقم (الكحلاني، 2025).	مديونية إجمالية تصل لـ 400 مليون ريال، منها 225 مليون لمطاعم توقفت عن تقديم الوجبات (الكحلاني، 2025).	المديونية المالية
لجوء الطواقم لوسائل بدائية وتعقيم أدوات ذات استخدام واحد (الكحلاني، 2025).	غرف عمليات مغلقة منذ 6 سنوات، ونقص حاد في أجهزة التعقيم والأكسجين (الكحلاني، 2025).	البنية التحتية
ازدحام شديد (6 مرضى في الغرفة) وانعدام الخصوصية (الكحلاني، 2025).	قسم الباطنة يضم 40 سريراً فقط في مواجهة تدفق هائل للمرضى (الكحلاني، 2025).	السعة السريرية

1.4.4. واقع إدارة الجودة وتطلعات الإنقاذ

ظلت إدارة الجودة في المستشفى لسنوات طويلة مجرد واجهة شكلية تقتصر للصلاحيات الحقيقية، حيث اقتصر دورها على تسجيل الملاحظات دون القدرة على فرض التغيير أو توفير أدوات الحماية الأساسية مثل الأقفال والقفازات (الكحلاني، 2025). ومع تعيين إدارة جديدة في فبراير 2025،

تم البدء في تنفيذ خطة طوارئ تركز على إصلاح الأقسام الجراحية، وإعادة تشغيل مصنع الأكسجين لضمان الاستقلالية في التوريد، وتحسين تجربة المريض بشكل تدريجي رغم شح الموارد (الكحلاني، 2025). إن نجاح هذه الخطة يعتمد بشكل كلي على القدرة على توفير تمويل مستدام وفك التشابك الإداري مع الجامعة (الكحلاني، 2025).

1.5 مؤشرات الأداء الصحي والتحول الرقمي 2025-2026

في ظل التطورات التقنية، لم تعد كفاءة الخدمات الصحية تعتمد فقط على مهارة الأطباء، بل على قوة النظم المعلوماتية التي تدعمهم (Deloitte, 2025). إن الانتقال نحو "الصحة الرقمية" والذكاء الاصطناعي يعد أحد أهم أدوات تحسين الجودة في عام 2025 (Deloitte, 2025; Shamim, 2024).

1.5.1 مؤشرات أداء الرعاية الصحية (KPIs)

تعتمد المؤسسات الصحية الحديثة على مقاييس دقيقة لتقييم كفاءتها وضمان مطابقتها للمعايير العالمية (Deloitte, 2025). توفر هذه المؤشرات بيانات ملموسة تساعد الإدارة في تحديد أولويات التحسين (Deloitte, 2025).

1. **جودة وكفاءة رعاية المرضى:** تشمل معدلات الوفيات داخل المستشفى ومعدلات إعادة الدخول خلال 30 يوماً، وهي تعكس مدى استقرار الحالات بعد التدخلات الجراحية أو العلاجية (Deloitte, 2025).

2. **كفاءة العمليات:** تقاس بمدة الإقامة (Length of Stay) ومعدلات استخدام الأسرة، حيث يشير ارتفاع عدد الأسرة غير المستخدمة إلى خسائر مالية، بينما يشير الازدحام المفرط إلى نقص في الكفاءة (Deloitte, 2025).

3. **سلامة المرضى:** رصد حوادث المستشفى والأخطاء الدوائية والالتزام بمعايير مكافحة العدوى (Wassan et al., 2022; Deloitte, 2025).

4. الاستدامة المالية: تشمل متوسط التكلفة لكل حالة خروج وهامش التشغيل وحجم الديون المدومة، وهي مؤشرات حيوية للمستشفيات التي تعاني من عجز مالي (Deloitte, 2025).

1.5.2. أثر الذكاء الاصطناعي والتكنولوجيا الحديثة

تشير تقارير عام 2025 إلى أن أتمتة العمليات الإدارية التي لا تزال تنفذ يدوياً يمكن أن توفر ما يصل إلى 20% من وقت التمريض، مما يتيح لهم قضاء وقت أطول مع المرضى (Deloitte, 2025). يدخل الذكاء الاصطناعي في إدارة المشاريع الصحية لتحسين دقة اتخاذ القرار وتنسيق العمليات المعقدة (Shamim, 2024). كما تساهم واجهات المستخدم التفاعلية في تحسين التواصل بين المهنيين الصحيين والمرضى، مما يرفع من جودة الخدمة المدركة (Shamim, 2024).

ومع ذلك، فإن هذا التحول الرقمي يفرض تحديات جديدة تتعلق بـ "الأمن السيبراني" و"خصوصية البيانات" (Deloitte, 2025). إن حماية سجلات المرضى من الاختراقات أصبحت جزءاً لا يتجزأ من معايير الجودة الشاملة في العصر الرقمي (Deloitte, 2025).

1.5.3. القوى العاملة الصحية: الإرهاق المهني وفرص التمكين

تعتبر الموارد البشرية العنصر الأكثر حيوية والأكثر عرضة للمخاطر في القطاع الصحي (Figueroa et al., 2022; Deloitte, 2025). إن مشكلات نقص الكفاءات، وارتفاع معدلات الدوران الوظيفي، والإرهاق المهني (Burnout) تؤدي بشكل مباشر إلى تراجع جودة الرعاية وزيادة الأخطاء الطبية (Figueroa et al., 2022).

1.5.4. مسببات وتداعيات الإرهاق المهني

ينتج الإرهاق المهني عن طول ساعات العمل، وضغوط التعامل مع حالات الطوارئ، والمسؤولية الكبيرة عن حياة المرضى (Figueroa et al., 2022). ويؤدي ذلك إلى:

- انخفاض الأداء وقلّة التركيز: مما يزيد من احتمالية وقوع الأخطاء الطبية القاتلة (Figueroa et al., 2022).

- تدهور الصحة النفسية: إصابة الموظفين بالاكتئاب والقلق، وزيادة معدلات التغيب عن العمل (Figueroa et al., 2022; Deloitte, 2025).
- خسارة الخبرات: دفع الكوادر المؤهلة للبحث عن فرص عمل في بيئات أقل ضغطاً أو الهجرة إلى الخارج (Figueroa et al., 2022).

1.6. الجودة كمدخل لتمكين الموظفين

تعمل إدارة الجودة الشاملة كنظام تحفيزي من خلال منح الموظفين صلاحيات أوسع للمشاركة في عمليات التحسين (Abdallah, 2021 & Alkhaldi). إن الاستثمار في "رفاهية القوى العاملة" وصحتهم النفسية لم يعد ترفاً، بل هو استثمار استراتيجي لضمان استدامة النظام الصحي (Deloitte, 2025). وتؤكد التوجهات الحديثة لعام 2025 على أهمية توفير "بيئة عمل صحية" تضمن العدالة في التعويضات والمزايا، وتوفر فرصاً حقيقية للتطوير المهني المستمر (Figueroa et al., 2022; Müller, 2014).

1.6.1. الاستدامة والميزة التنافسية في القطاع الصحي

لا تقتصر فوائد الجودة الشاملة على الجوانب الإكلينيكية، بل تمتد لتشمل قدرة المؤسسة على البقاء والمنافسة في سوق الرعاية الصحية المتنامي (المطيري وآخرون، 2022; Patyal & Koilakuntla, 2018). إن المستشفيات التي تتبنى معايير الجودة العالمية تحصل على مكانة تسويقية أفضل وتجذب عدداً أكبر من المرضى الذين يبحثون عن الأمان والتميز (Raj et al., 2024 & 2024; Chan & Abdullah, 2024).

1.6.2. الجودة الشاملة وتحقيق الميزة التنافسية

تتحقق الميزة التنافسية من خلال تقديم خدمة تتسم بالسرعة، والدقة، والتكلفة الملائمة، مع الحفاظ على رضا المريض (المطيري وآخرون، 2022). وتساعد إدارة الجودة في التعرف على الموارد المهدرة (الوقت، الجهد البشري، المواد) والتخلص منها، مما يمنح المؤسسة قدرة أكبر على المنافسة السعرية دون المساس بمستوى الرعاية (Abdallah, 2021; Lim et al., 2022 & Alkhaldi). وفي دراسة أجريت على المراكز الصحية في عام 2024، تبين أن الالتزام بمعايير الجودة يساهم

بشكل مباشر في تحسين الميزة التنافسية للأداء المستدام (Shahin, 2025 & Masoudi; المطيري وآخرون، 2022).

1.6.3. المسؤولية الاجتماعية والإنصاف (Equity)

في إطار الجودة الشاملة، يبرز بُعد "الإنصاف" كركيزة أساسية لضمان عدم تباين جودة الرعاية بناءً على الجنس، أو الدخل، أو الموقع الجغرافي (Wassan et al., 2022). إن تحقيق التغطية الصحية الشاملة (UHC) يتطلب تصميم سياسات تضمن وصول الفئات الضعيفة والمهمشة إلى خدمات عالية الجودة (Wassan et al., 2022; Yemen National Quality Strategy, 2025). ويساهم هذا التوجه في تعزيز التماسك الاجتماعي وتحقيق الأمن الصحي الوطني (World Health Organization, 2024; World Health Organization, 2025).

1.7. عوائق تطبيق إدارة الجودة الشاملة والحلول المقترحة

على الرغم من الفوائد الجمة، يواجه تطبيق الجودة الشاملة في المستشفيات عقبات جسيمة، لا سيما في الدول النامية والمتأثرة بالصراعات (المنزوع ودبر، 2024; Mohammadpour et al., 2024).

1.7.1. التحديات الهيكلية والثقافية

1. **مقاومة التغيير:** يميل بعض المهنيين للتمسك بالممارسات التقليدية ويرفضون تبني أنظمة جديدة للمراقبة والتقييم (Santos et al., 2021; Mohammadpour et al., 2024).

2. **نقص الكفاءات والتدريب:** عدم وجود برامج تدريبية كافية لتأهيل الكوادر على استخدام أدوات الجودة الإحصائية والتكنولوجية (Mohammadpour et al., 2024; السالمي، 2024).

3. **ضعف البنية التحتية التكنولوجية:** صعوبة دمج الأنظمة الرقمية في ظل غياب التيار الكهربائي المستقر أو شبكات الاتصال الضعيفة (Deloitte, 2025; Al-Ghalith et al., 2022).

4. **نقص التمويل:** تخصيص مبالغ غير كافية لمبادرات الجودة والاعتقاد الخاطئ بأن الجودة تزيد من التكاليف فقط (Abdallah, 2021 & Alkhalidi; المنزوع ودبر، 2024).
5. **البيروقراطية والتسلسل الهرمي:** النظم الإدارية الجامدة التي تعيق سرعة اتخاذ القرار وتهميش دور إدارة الجودة (الكحلاني، 2025; Saleh et al., 2021).

1.7.2. استراتيجيات التغلب على العوائق

يتطلب النجاح في تطبيق الجودة تحولاً في "العقلية الإدارية" قبل كل شيء (Abdullah, & Chan, 2024). يجب على القيادات الصحية بناء ثقافة تنظيمية تشجع على الإبداع والتعلم من الأخطاء بدلاً من اللوم (Wassan et al., 2022; Santos et al., 2021). كما يجب ربط أهداف الجودة بنظام الحوافز والمكافآت لضمان مشاركة الجميع (Abdullah, 2024; Santos et al., 2021; Chan). بالإضافة إلى ذلك، يعد استخدام البيانات والأدلة العلمية وسيلة فعالة لإقناع المشككين بجدوى التغيير (Hussain et al., 2023; Mohammadpour et al., 2024).

1.7.3. الرؤية المستقبلية وخارطة الطريق (2026 وما بعدها)

يتجه مستقبل الرعاية الصحية نحو مزيد من التكامل بين العلم الإنساني والذكاء الاصطناعي، مع تركيز أكبر على "الصحة الوقائية" و"الاستدامة البيئية" (Deloitte, 2025; World Health Organization, 2025). بالنسبة لليمن، يمثل عام 2026 بداية حقيقية لتنفيذ خطط التعافي الصحي إذا ما استمرت الجهود الدولية والوطنية في دعم الاستراتيجية الوطنية للجودة (World Health Organization, 2024; Yemen National Quality Strategy, 2025).

1.7.4. التوجهات نحو الرعاية المتمحورة حول الإنسان

سوف تشهد السنوات القادمة انتقالاً من نموذج "المستشفى كمركز للعمليات" إلى نموذج "المريض كشريك في الرعاية" (Wassan et al., 2022; Yemen National Quality Strategy, 2025). سيتم تصميم الخدمات لتتناسب رحلة المريض الفردية، مع إشراك العائلات في عمليات اتخاذ القرار السريري (Wassan et al., 2022). هذا التوجه لا يحسن فقط من النتائج الصحية، بل يرفع من مستوى الرضا والالتزام بالعلاج (المنزوع ودبر، 2024).

1.7.5. استدامة النظم الصحية في مواجهة التغير المناخي والأوبئة

تؤكد منظمة الصحة العالمية في تقاريرها لعام 2025 على ضرورة بناء "نظم صحية مرنة" قادرة على مواجهة الصدمات البيئية والأوبئة الناشئة (World Health Organization, 2025). يتطلب ذلك تحسين إدارة الموارد المائية والصرف الصحي داخل المرافق الصحية، وتعزيز القدرات الوطنية في الكشف المبكر عن الأمراض المعدية والاستجابة السريعة لها (World Health Organization, 2025).

1.8. الخلاصة والتوصيات الاستراتيجية

إن إدارة الجودة الشاملة ليست مشروعاً له تاريخ بداية ونهاية، بل هي رحلة مستمرة من التميز (Asher, 1993 & Kanji). لقد أثبتت هذه الدراسة أن كفاءة الخدمات الصحية في عام 2025 تعتمد بشكل جذري على مدى نجاح المؤسسات في دمج أبعاد القيادة، والعمليات، والمعلومات، والتمويل البشري في منظومة واحدة متناغمة (Masoudi & Shahin, 2025). وفي الواقع اليمني، تظهر الحاجة الماسة لتبني هذه المفاهيم ليس فقط لتحسين الأداء، بل لإنقاذ النظام الصحي من الانهيار التام (الكحلاني، 2025; Yemen National Quality Strategy, 2025).

1.8.1. التوصيات لصناع القرار والقيادات الصحية

1. تعزيز الاستقلال الإداري والمالي: ضرورة فك التشابك الإداري للمستشفيات التعليمية (مثل مستشفى الكويت الجامعي) ومنحها موازنات تشغيلية تتناسب مع التكاليف الحالية لضمان استمرارية الخدمات الأساسية (الكحلاني، 2025).

2. الاستثمار في التحول الرقمي: البدء فوراً في أتمتة السجلات الطبية والأنظمة الإدارية لتقليل الهدر الزمني وحماية بيانات المرضى، مع مراعاة معايير الأمن السيبراني (Shamim, 2024; Deloitte, 2025).

3. بناء قدرات القوى العاملة: تنفيذ برامج تدريبية وطنية في مجالات الجودة الشاملة وإدارة الأزمات، وتوفير بيئة عمل تراعي الصحة النفسية والرفاهية للطواقم الطبية (Figuroa et al., 2022; Yemen National Quality Strategy, 2025).

4. **تفعيل إدارة الجودة التنفيذية:** منح إدارات الجودة في المستشفيات صلاحيات تنفيذية وقدرة على الرقابة والمحاسبة، بدلاً من دورها الاستشاري الحالي (الكحلاني، 2025; Saleh et al., 2021).

5. **اعتماد منهجيات Lean Six Sigma:** البدء في مشاريع تجريبية داخل أقسام الطوارئ والعمليات لتقليل فترات الانتظار وخفض معدلات الخطأ الطبي، وتعميم النتائج الناجحة (Six Sigma, 2024; Achibat et al., 2023).

6. **تعزيز الشراكات والتمويل الدولي:** استثمار برامج الدعم الدولي في بناء نظم مستدامة بدلاً من الحلول المؤقتة، والتركيز على حوكمة الجودة وسلامة المرضى (Yemen National Quality Strategy, 2025).

7. **التركيز على مخرجات الرعاية والإنصاف:** رصد التفاوتات في جودة الخدمة بين الفئات السكانية المختلفة وتصميم تدخلات تستهدف المناطق والمجموعات الأكثر تضرراً (Wassan et al., 2022; World Health Organization, 2024).

إن الالتزام بهذه التوصيات كفيل بتحويل التحديات الراهنة إلى فرص للتطوير، وضمان مستقبل صحي أفضل للأجيال القادمة في اليمن وخارجه، حيث تظل "الجودة" هي اللغة الوحيدة التي تضمن للإنسان حقه في حياة صحية وآمنة وكريمة.

المبحث الثاني: تحسين كفاءة الخدمات الصحية

يعد تحسين كفاءة الخدمات الصحية الغاية الأسمى لكل إصلاح إداري في القطاع الطبي، حيث لم تعد المؤسسات العلاجية مطالبة فقط بتقديم الرعاية، بل بتقديمها بأعلى جودة ممكنة مقابل أمثل استغلال للموارد المتاحة يتناول هذا المبحث كفاءة الخدمات الصحية من منظور إداري وفني، مستعرضاً أبعادها، وأدواتها، وأبرز التحديات التي تواجهها في البيئات المعقدة والناشئة.

2.1. مفهوم وأهمية كفاءة الخدمات الصحية

ترتبط الكفاءة (Efficiency) في الفكر الاقتصادي والإداري بكيفية تخصيص الموارد المحدودة لتلبية الاحتياجات المتزايدة (المنزوع ودبر، 2024). وفي السياق الصحي، تُعرف الكفاءة بأنها قدرة المستشفى على تقديم رعاية طبية تحقق أفضل النتائج الصحية للمرضى مقابل أقل استهلاك ممكن للمدخلات المالية والبشرية والمادية (Al-Wesabi, 2012).

تنبغ أهمية الكفاءة من كونها الضامن لاستدامة النظم الصحية؛ فالهدر في الموارد داخل المستشفيات — سواء كان هدرًا في الوقت، أو الأدوية، أو الجهد البشري — يؤدي مباشرة إلى حرمان مرضى آخرين من الرعاية الضرورية (Achibat et al., 2023). وتؤكد منظمة الصحة العالمية (2024) أن الأنظمة الصحية الكفؤة هي الأقدر على الصمود أمام الأزمات الوبائية والاقتصادية، لأنها تمتلك آليات مرنة للتشغيل والرقابة (World Health Organization, 2024).

2.2. أبعاد كفاءة الخدمات الصحية

تتشكل كفاءة الخدمة الصحية من ستة أبعاد جوهرية متكاملة، وهي المحاور التي تسعى الدراسة الحالية لقياس أثر الجودة الشاملة عليها:

1. رضا المرضى (Patient Satisfaction): يمثل المقياس الشعوري والواقعي لمدى استجابة المستشفى لتوقعات المرضى (Abu-Rumman et al., 2022). الرضا ليس مجرد "كلمة طيبة"، بل هو مؤشر إحصائي يرتبط بجودة المعاملة، والنظافة، ونجاح النتائج العلاجية (الشودري، 2021).

2. سرعة تقديم الخدمة وتقليل وقت الانتظار: يعد الانتظار الطويل في غرف الطوارئ أو العيادات الخارجية أحد أبرز مظاهر نقص الكفاءة؛ حيث يؤدي التأخير إلى تفاقم الحالات المرضية وزيادة الضغط النفسي على الكوادر والمرضى (Peng et al., 2020; Saleh et al., 2021).

3. دقة وجودة الإجراءات الطبية والإدارية: تعني الالتزام بالبروتوكولات العلمية المحدثة والمعايير المهنية في كل مرحلة، من التشخيص المخبري وحتى التدخل الجراحي (Lucantoni et al., 2025). الدقة تضمن تقديم الخدمة بشكل صحيح من المرة الأولى، مما يقلل الحاجة لإعادة العمل (Achibat et al., 2023).

4. تقليل الأخطاء الطبية والإدارية: ترتبط الكفاءة ارتباطاً عضوياً بسلامة المرضى؛ حيث أن الأخطاء الدوائية أو العدوى المكتسبة داخل المستشفيات تمثل عبئاً مالياً وإنسانياً هائلاً يمكن تجنبه عبر الإجراءات الوقائية (Majdi et al., 2025; Mirzaei et al., 2022).

5. تحسين مخرجات الرعاية الصحية: تشمل معدلات الشفاء، وخفض الوفيات، ومنع حدوث مضاعفات بعد الخروج. وتعد المخرجات هي الدليل النهائي على فعالية النظام الصحي (Singh et al., 2020; Health Catalyst, 2025).

6. تحسين استغلال الموارد: تركز الكفاءة الإنتاجية على تخصيص الأطباء، والممرضين، والأجهزة، والأموال بشكل يمنع الهدر ويحقق أعلى عائد صحي لكل ريال يُنفق (المنزوع ودبر، 2024; Singh et al., 2020).

2.3. أدوات ومنهجيات تحسين الكفاءة

لتحقيق الكفاءة المنشودة، تعتمد المستشفيات الحديثة لعام 2025 على حزمة من الأدوات المنهجية:

- **منهجية Lean Six Sigma**: تهدف إلى إزالة "الهدر" وتقليل "التباين" في العمليات الطبية، مما يساهم في تقليل فترات الانتظار والأخطاء بنسبة تصل إلى 50-70% في بعض الأقسام (Achibat et al., 2023; 6Sigma, 2024).

- **دورة التحسين المستمر (PDCA):** (خطط - نفذ - افحص - صحح) التي تضمن مراجعة دورية لكل ثغرة إدارية أو طبية وسدها بناءً على البيانات الواقعية (Elistatia et al., 2025; Wassan et al., 2022).
- **نظم المعلومات الصحية (HIS):** استخدام السجلات الإلكترونية والذكاء الاصطناعي في إدارة المشاريع الصحية لتقليل الهدر الزمني وتوفير بيانات دقيقة لاتخاذ القرار (Shamim, 2024; Deloitte, 2025).
- **خرائط تدفق العمل (Process Mapping):** أداة بصرية لتحديد الاختناقات في مسار المريض داخل المستشفى وإعادة تصميم الإجراءات لتكون أكثر انسيابية (Hussain et al., 2023).

2.4. مبادئ وأساليب تحسين الأداء

ترتكز الكفاءة على مبادئ ثابتة لضمان النجاح:

- **الرعاية المتمحورة حول الإنسان:** إشراك المريض وعائلته كشركاء في القرار العلاجي لتحسين الالتزام بالخطة الصحية (World Health Organization, 2024).
- **اتخاذ القرار المبني على الحقائق:** الابتعاد عن التخمين والاعتماد على مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs) لتقييم الكفاءة (Lucantoni et al., 2025).
- **العدالة والإنصاف:** ضمان تقديم خدمات عالية الجودة للجميع دون تمييز، وهو ما يعد ركيزة في الاستراتيجية الوطنية للجودة في اليمن 2025-2030 (Yemen National Quality Strategy, 2025).

2.5. معوقات وتحديات تحسين الكفاءة

تواجه المستشفيات، لا سيما في البيئات المتأثرة بالنزاعات مثل اليمن، تحديات جسيمة:

1. **التحديات الهيكلية والإدارية:** مثل تداخل الصلاحيات و"أزمة الهوية" التي يعاني منها مستشفى الكويت الجامعي بصنعاء، كونه يتبع جامعة صنعاء إدارياً ومالياً مما يضعفه أمام الجهات الرقابية الصحية (الكلاني، 2025).

2. **الأزمات التمويلية:** تجميد الموازنات التشغيلية لسنوات طويلة (كما هو الحال في مستشفى الكويت منذ 2007) يؤدي إلى عجز في تأمين الأدوية وصيانة الأجهزة (أبو طالب، 2025؛ الكلاني، 2025).

3. **النقص في الكوادر البشرية والإرهاق المهني:** يؤدي نقص التمريض والأطباء إلى زيادة ضغط العمل، مما يرفع احتمالية الخطأ الطبي ويقلل جودة الخدمة المدركة (Al-Salami, 2024; Figueroa et al., 2022).

4. **ضعف البنية التحتية المعلوماتية:** غياب الأنظمة الرقمية الموحدة يؤدي إلى ضياع البيانات، وتكرار الفحوصات غير الضرورية، مما يستنزف الموارد (Shamim, 2024; السالمي، 2024).

5. **مقاومة التغيير:** رفض بعض الكوادر الطبية والقيادات التقليدية لتبني أساليب الجودة الحديثة والمراقبة الدقيقة للأداء (Hussain et al., 2023; Mohammadpour et al., 2024).

2.6. الحلول الاستراتيجية المقترحة

بناءً على الأدبيات الحديثة، يمكن تلخيص الحلول في:

- **التحول الرقمي الشامل:** أتمتة كافة العمليات الإدارية والطبية لتقليل الهدر البشري والزمني (Deloitte, 2025).
- **تعزيز الحوكمة والاستقلال الإداري:** فك التشابك المؤسسي للمشافي الجامعية ومنحها صلاحيات تنفيذية كاملة لتطبيق معايير الجودة (القرشي، 2026؛ الكلاني، 2025).

• بناء "الثقافة التنظيمية المرنة": الاستثمار في تدريب الموظفين وتمكينهم نفسياً ومهنياً لمواجهة شح الموارد عبر "القيادة الاستراتيجية" (Al-Ghalith et al., 2022; Majdi et al., 2025).

• تفعيل الشراكات: التكامل مع المنظمات الدولية والجامعات لتوفير الدعم اللوجستي والفني المستدام (Yemen National Quality Strategy, 2025).

إن تحسين كفاءة الخدمات الصحية في مستشفى الكويت الجامعي ليس مجرد هدف إداري، بل هو ضرورة وجودية تتطلب دمج أبعاد الجودة الشاملة (القيادة، العمليات، المعلومات) في نموذج عمل متكامل يتغلب على عوائق التمويل والهوية الإدارية، وصولاً إلى مخرجات صحية آمنة ومستدامة بحلول عام 2026.

المبحث الثالث: العلاقة بين متغيرات الدراسة والواقع الميداني

تعد إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management) ثورة إدارية وفلسفية أعادت تشكيل مفهوم الأداء في المؤسسات المعاصرة، لا سيما في القطاع الصحي الذي يواجه تحديات متسارعة تتعلق بسلامة المرضى وكفاءة استغلال الموارد المحدودة (Raj et al., 2024). إن هذا المبحث يسعى لتسليط الضوء على هذه العلاقة الديناميكية، من خلال تحليل أثر أبعاد الجودة الشاملة في تحسين كفاءة الخدمات الصحية، مع التركيز بشكل خاص على الجهود الوطنية المبذولة في الجمهورية اليمنية وبرامج التحديث والتطوير المنفذة في مستشفى الكويت الجامعي بصنعاء.

3.1. العلاقة الارتباطية بين إدارة الجودة الشاملة وكفاءة الأداء

تتجلى العلاقة بين الجودة الشاملة والكفاءة في قدرة الأولى على تحسين الأداء التنظيمي المستدام من خلال تقليل الأخطاء الطبية، وخفض التكاليف التشغيلية، ورفع الروح المعنوية للعاملين (Shahin, 2025; Al-Mutairi et al., 2022 & Masoudi). وتظهر الأدلة الميدانية أن المستشفيات التي تطبق مبادئ الجودة الشاملة بفعالية تشهد زيادة معنوية في كفاءة عمل الكوادر الطبية بنسبة دلالة إحصائية ($P > 0.001$)، بالإضافة إلى تحسن ملحوظ في درجات جودة الخدمة ورضا الموظفين والجمهور (Majdi et al., 2025). إن التحول نحو الجودة الشاملة يمثل انتقالاً من الإدارة التقليدية القائمة على رد الفعل إلى الإدارة الوقائية القائمة على التحسين المستمر والتميز في الأداء (Abdallah, 2021 & Majdi et al., 2025; Alkhalidi).

3.2. مصفوفة العلاقة بين أبعاد الجودة الشاملة وأبعاد كفاءة الخدمات الصحية

تتفاعل أبعاد إدارة الجودة الشاملة مع أبعاد الكفاءة الصحية في نسيج معقد يهدف إلى تعظيم القيمة المضافة للمريض وللمؤسسة على حد سواء. ويمكن تحليل هذه العلاقة عبر المصفوفة التالية:

جدول (5-2) العلاقة بين ابعاد الجودة الشاملة وابعاد كفاءة الخدمات لصحية

بعد إدارة الجودة الشاملة	بُعد كفاءة الخدمة الصحية المتأثر	طبيعة التأثير والآلية
التزام القيادة العليا	الكفاءة المالية وتخصيص الموارد	توفير الدعم المالي والسياسي لبرامج التحسين، وتوجيه الموارد نحو الأولويات الاستراتيجية (Alzoubi et al., 2025; Shahin & Masoudi, 2025).
التركيز على العميل (المرضى)	الفعالية السريرية ورضا المستفيد	تصميم الخدمات وفق احتياجات المرضى وتوقعاتهم، مما يقلل من الخدمات غير الضرورية (Hussain et al., 2023؛ المنزوع ودبر، 2024).
مشاركة وتمكين العاملين	الإنتاجية البشرية والولاء التنظيمي	منح الصلاحيات للموظفين يسرع حل المشكلات الميدانية ويرفع كفاءة الأداء الفردي والجماعي (Abdallah, 2021; Taroreh et & Alkhaldi al., 2022).
التحسين المستمر	كفاءة العمليات التشغيلية	المراجعة الدورية للإجراءات الطبية الإدارية لتقليل الهدر الزمني والمادي (Majdi et al., 2025; Achibat et al., 2023).

طباعة التأثير والآلية	بُعد كفاءة الخدمة الصحية المتأثر	بعد إدارة الجودة الشاملة
توفير بيانات دقيقة وسريعة تدعم اتخاذ القرار السريري الصحيح وتقلل من تكرار الفحوصات (Lucantoni et al., 2025; Deloitte, 2025).	تقليل الأخطاء الطبية والإدارية	إدارة المعلومات (HIS)
رفع مستوى المهارات السريرية والوعي بمعايير السلامة، مما يقلل الحوادث المهنية والأخطاء الطبية (Majdi et al., 2025؛ الشودري، 2021).	الكفاءة الفنية والمهنية	التدريب والتطوير
التكامل مع الشركاء المحليين والدوليين لتبادل الخبرات والموارد وسد الفجوات في الخدمة (Yemen National Quality Strategy, 2025; World Health Organization, 2024).	كفاءة التغطية واستدامة الخدمة	الشراكات والتعاون

3.2.1. أثر بُعد القيادة على كفاءة استغلال الموارد

تمثل القيادة حجر الزاوية في أي نظام للجودة، حيث تساهم القيادة الاستراتيجية والتحويلية في توظيف إمكانات المنظمة نحو العمل البناء (Taroreh et al., 2022). وفي القطاع الصحي، يرتبط التزام القيادة العليا بزيادة فعالية القرارات الإدارية، لا سيما في أوقات الأزمات (Alzoubi, 2019؛ الغاليث وآخرون، 2022). وتظهر الدراسات أن التفاعل بين القيادة وثقافة العمل الجماعي يزيد من فرص النجاح المالي والتشغيلي للمستشفى بشكل كبير بنسبة أرجحية تصل إلى 94 عند

توفر ثقافة فريق عمل عالية (Alzoubi et al., 2025). إن دور القيادة يتعدى منح الأوامر إلى خلق بيئة عمل محفزة تضمن الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة (Zelalem & Woldesemayat, 2024; Al-Wesabi, 2017).

3.2.2. أثر بُعد المعلومات على تقليل الأخطاء والكفاءة التشغيلية

تلعب نظم المعلومات الصحية (HIS) دوراً محورياً في تعزيز سلامة المرضى وكفاءة استهلاك الموارد. فالسجلات الطبية الإلكترونية (EHR) تساهم في تقليل الأخطاء الطبية الناتجة عن سوء الخط اليدوي أو نقص المعلومات عن تاريخ المريض (Deloitte, 2025; Lucantoni et al., 2025). كما أن أنظمة دعم القرار السريري (CDSS) توفر تنبيهات ذكية تمنع التفاعلات الدوائية الخطرة، مما يقلل من التكاليف المرتبطة بالمضاعفات العلاجية (Deloitte, 2025). وتساهم الرعاية الصحية عن بُعد (Telemedicine) في تقليل الضغط على أقسام الطوارئ التي تشغلها حالات غير طارئة بنسبة 50% في بعض الأحيان، مما يرفع من كفاءة توجيه الموارد للحالات الحرجة (McKinsey, 2022).

3.2.3. أثر بُعد التحسين المستمر ومشاركة العاملين

يعتبر التحسين المستمر محركاً لخفض التكاليف من خلال التخلص من الأنشطة التي لا تضيف قيمة للمريض (Achibat et al., 2023; المنزوع ودبر، 2024). وعندما يتم إشراك العاملين في هذه العملية، يزداد رضاهم الوظيفي والتزامهم، مما ينعكس إيجاباً على جودة الرعاية (Majdi et al., 2025; الشودي، 2021). إن تمكين الممرضين والأطباء من تحديد المشكلات في أقسامهم واقتراح الحلول يقلل من معدلات العدوى المكتسبة ومن العودة غير المخطط لها لغرف العمليات، وهو ما يعد مؤشراً قوياً على الكفاءة السريرية (Majdi et al., 2025; Qabban et al., 2026).

3.3. واقع الجودة وتحسين الأداء في القطاع الصحي اليمني عموماً

يعاني القطاع الصحي في الجمهورية اليمنية من تحديات جسيمة تراكمت عبر سنوات الصراع، مما أدى إلى وجود فجوات في التغطية الصحية الأساسية بلغت نحو 50% (World Health Organization, 2024؛ مركز أبعاد، 2021). وبالرغم من هذه الظروف الصعبة، استمرت وزارة الصحة العامة والسكان بالتعاون مع الشركاء الدوليين في بذل جهود ملموسة لاستعادة وظائف النظام الصحي وتحسين جودة أداء مرافقه.

3.4. الجهود الوطنية والبرامج المنفذة

تتمحور الجهود اليمنية حول استراتيجيات وطنية تهدف إلى بناء صمود النظام الصحي وضمان الحد الأدنى من الجودة والأمان (Al-Ghalith et al., 2022).

1. الاستراتيجية الوطنية للجودة والخدمات الصحية 2025-2030: تم إطلاق هذه الاستراتيجية في سبتمبر 2024 كإطار عمل مشترك بين وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية لسد الفجوات في تقديم الرعاية (Yemen National Quality Strategy, 2025). تهدف الاستراتيجية إلى تمكين الحوكمة الفعالة، وتحسين سلامة المرضى، وتعزيز الفعالية السريرية، وبناء نظم معلومات كفؤة لبيانات الجودة (Yemen National Quality Strategy, 2025).

2. مشروع رأس المال البشري الطارئ (EHCP): بتمويل من البنك الدولي، ساهم هذا المشروع في توفير الرعاية لأكثر من 11 مليون شخص، وتحسين الوصول إلى خدمات المياه والصرف الصحي في المرافق الصحية (World Bank, 2024). ويركز المشروع بشكل أساسي على استدامة الدعم للمستشفيات وتحسين جودة الرعاية التي يتلقاها المرضى (World Health Organization, 2024).

3. المؤتمر الأول للنظام الصحي في اليمن 2025: يمثل هذا المؤتمر منصة لتحليل الوضع الصحي الراهن ومناقشة التحديات مثل هجرة الكفاءات الصحية، واستدامة التدخلات المدعومة من المنظمات (وزارة الصحة، 2025).

4. تطوير معايير الجودة الوطنية: قامت وزارة الصحة بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية بتقييم التزام 30 مستشفى و43 مركز رعاية أولية بمعايير الجودة، حيث أظهرت النتائج أن 38% فقط من المستشفيات تطبق المعايير بشكل كامل (World Health Organization, 2023).

3.5. محاور الاستراتيجية الوطنية الصحية (2010-2025) و (2026-2030)

تسعى الرؤية الوطنية إلى بناء نظام صحي متميز يقدم خدمات ذات جودة عالية مرتكزة حول المواطن (وزارة الصحة، 2026؛ World Health Organization, 2024). وتتوزع السياسات الصحية على عدة محاور تشمل:

3.5.1. محور الحوكمة والقيادة: تحديد المهام والمسؤوليات لتحقيق الترابط بين المستويات المركزية والمحلية، وتطوير هيكل تنظيمي يضمن فرض المعايير الوظيفية بكفاءة (القرشي، 2026؛ وزارة الصحة، 2025).

3.5.2. محور القوى البشرية: إدارة الموارد البشرية لرفع مستوى الأداء والرضا الوظيفي، وخلق بيئة عمل محفزة لضمان جودة الخدمات (Figueroa et al., 2022؛ وزارة الصحة، 2025).

3.5.3. محور المعلومات والبحث العلمي: اعتماد أولويات البحوث الصحية للفترة 2024-2028، وتطوير نظام معلومات صحي موحد يوفر بيانات دقيقة (وزارة الصحة، 2024).

3.5.4. محور البنية التحتية والتكنولوجيا: تأهيل المرافق الصحية المتضررة وتوفير الأدوية والتكنولوجيا الصحية الآمنة والفعالة بعدالة تامة (وزارة الصحة، 2025).

جدول (2-6) محاور الاستراتيجية الوطنية الصحية

المبادرة / البرنامج	الجهة المنفذة / الداعمة	الهدف الرئيسي من حيث الجودة والكفاءة
الاستراتيجية الوطنية للجودة 2025-2030	وزارة الصحة + منظمة الصحة العالمية	تحسين سلامة المرضى والفعالية السريرية وحوكمة الجودة (Yemen National Quality Strategy, 2025).
مشروع رأس المال البشري الطارئ (EHCP)	البنك الدولي + اليونيسف + منظمة الصحة العالمية	استدامة دعم المستشفيات وتقديم حزم الخدمات الأساسية بجودة عالية (World Bank, 2024).
تقييم معايير الجودة (30 مستشفى)	منظمة الصحة العالمية	تحديد الفجوات في تطبيق معايير الأمان والوقاية من العدوى (World Health Organization, 2023).
أولويات البحوث الصحية 2024-2028	وزارة الصحة	توجيه البحث العلمي لحل مشكلات النظام الصحي وتحسين أدائه (وزارة الصحة، 2024).
نظام ترصد الأمراض المزمنة	وزارة الصحة	بناء قاعدة بيانات دقيقة لمتابعة المرضى وتقليل المضاعفات (وزارة الصحة، 2025).

3.6. واقع الجودة وتحسين الأداء في مستشفى الكويت الجامعي بصنعاء

يعد مستشفى الكويت الجامعي نموذجاً حياً للمؤسسات الصحية اليمنية التي تسعى للتميز والارتقاء بجودة خدماتها رغم التحديات المحيطة (الكحلاني، 2025). وباعتباره صرحاً طبياً تعليمياً تابعاً لجامعة صنعاء، فقد شهد المستشفى خلال عامي 2024 و2025 طفرة في مشاريع التحديث وإعادة التأهيل التي تهدف إلى رفع كفاءة الأداء وتقديم رعاية تخصصية متميزة (البخيتي، 2025).

3.7. المشاريع الإنشائية والتجهيزية المنفذة (2024-2025)

شهد المستشفى تنفيذ سلسلة من المشاريع الاستراتيجية التي غيرت وجه الرعاية الصحية فيه (البخيتي، 2025):

1. **مركز القلب ووحدة القسطرة القلبية:** تم افتتاح وحدة القسطرة القلبية المجهزة بأحدث جهاز على مستوى اليمن في يونيو 2025، وهو ما يمثل نقلة نوعية في علاج أمراض القلب (جامعة صنعاء، 2025). كما تم افتتاح قسم خاص للغسيل الكلوي مخصص لمرضى القلب (البخيتي، 2025).
2. **تأهيل الأقسام الطبية:** تم افتتاح قسم الجراحة (رجال) في ديسمبر 2025 بعد انتهاء أعمال الترميم والتجهيز الشاملة، وذلك لضمان بيئة استشفائية آمنة (البخيتي، 2025). كما استمرت أعمال إعادة تأهيل وترميم أقسام طبية أخرى لرفع سعتها التشغيلية (البخيتي، 2025).
3. **المراكز التخصصية الحديثة:** تم تدشين مركزي "الغدد الصم والقدم السكري" و"الأنسجة التكوينية"، وهي مراكز تخصصية تهدف إلى تقديم رعاية دقيقة تقلل من مخاطر المضاعفات المزمنة (البخيتي، 2025).
4. **مشروع مصنع الأكسجين:** لضمان استمرارية الخدمة وتقليل التكاليف، تم تشغيل مصنع أكسجين جديد بقدرة إنتاجية تصل إلى 30 متراً مكعباً في مايو 2025 (البخيتي، 2025).
5. **تطوير البنية التعليمية:** تم إنشاء وتجهيز 16 قاعة تدريب سريري لطلاب كلية الطب والعلوم الصحية، مما يربط بين الجودة التعليمية والجودة العلاجية (البخيتي، 2025).

3.8. واقع الجودة والمبادرات النوعية في المستشفى

تتبنى إدارة المستشفى بالتعاون مع رئاسة جامعة صنعاء منهجية تركز على التحسين المستمر والوصول المجتمعي (البخيتي، 2025):

- **المخيمات الطبية والأسابيع الخيرية:** ينظم المستشفى بانتظام مخيمات طبية مجانية لمرضى القلب والقسطرة، تقدم خدمات المعاينة وتخطيط القلب والأدوية مجاناً بنسبة 100% (جامعة صنعاء، 2023؛ جامعة صنعاء، 2025).
- **التدريب السريري المتخصص:** نفذ مركز القلب ورش عمل علمية بمشاركة خبراء دوليين لتدريب الكوادر على تقنيات توسيع الشرايين الطرفية بالقسطرة (مركز القلب، 2026).
- **تطوير برامج الدراسات العليا:** عقدت كلية الطب والعلوم الصحية اجتماعات مكثفة في يناير 2026 لتحديث توصيف برامج الماجستير والدكتوراه ودكتوراه الطب (MD)، وهو ما ينعكس بشكل مباشر على جودة مخرجات التعليم الطبي (الغلي، 2026).
- **جدول (7-2) واقع الجودة والمبادرات النوعية في المستشفى**

المشروع / القسم المحدث	تاريخ الافتتاح / الإجراء	الأثر المتوقع على الجودة والكفاءة
وحدة القسطرة القلبية	1 يونيو 2025	تقديم أحدث التقنيات التشخيصية والعلاجية لمرضى القلب في اليمن (البخيتي، 2025).
قسم الجراحة (رجال)	27 ديسمبر 2025	تحسين بيئة الاستشفاء وتقليل مخاطر العدوى الجراحية (البخيتي، 2025).

المشروع / القسم المحدث	تاريخ الافتتاح / الإجراء	الأثر المتوقع على الجودة والكفاءة
مصنع الأكسجين الجديد	19 مايو 2025	ضمان توفر الأكسجين على مدار الساعة وخفض تكلفة الشراء الخارجي (البخيتي، 2025).
مركز القدم السكري	23 سبتمبر 2025	تقديم رعاية تخصصية تمنع حالات البتر وترفع كفاءة علاج السكري (البخيتي، 2025).
قاعات التدريب السريري (16 قاعة)	2025	ربط التعليم الطبي بالممارسة العملية لضمان كفاءة الخريجين (البخيتي، 2025).

3.9. تقييم كفاءة الخدمات في مستشفى الكويت من منظور الجودة

يظهر تحليل المسار التطويري لمستشفى الكويت الجامعي أن المستشفى انتقل من مرحلة تقديم الخدمات التقليدية إلى مرحلة التخصص الدقيق والاعتماد على التكنولوجيا الحديثة (البخيتي، 2025). إن افتتاح غرفة العمليات الإدارية والتحكم يشير إلى رغبة الإدارة في تطبيق معايير الرقابة اللحظية على الأداء، وهو أحد المرتكزات الأساسية لإدارة الجودة الشاملة (البخيتي، 2025). كما أن نجاح المستشفى في تنفيذ عمليات قسطرة معقدة وبرامج غسيل كلوي لمرضى القلب يعكس ارتفاعاً في مؤشر الكفاءة الفنية والفعالية السريرية (البخيتي، 2025؛ مركز القلب، 2026).

وبالرغم من هذه الإنجازات، فإن استدامة الجودة في المستشفى تتطلب تعزيز أنظمة إدارة المعلومات الصحية ودمجها بشكل كامل في المسارات العلاجية لتقليل الأخطاء الإدارية والطبية (Lucantoni et al., 2025). كما أن التحسن في رضا الموظفين والجمهور، الذي رصدته الدراسات في مرافق

مماثلة، يظل هدفاً استراتيجياً يسعى المستشفى لتحقيقه من خلال التوسع في المبادرات الخيرية وتحسين بيئة العمل (Majdi et al., 2025؛ جامعة صنعاء، 2025).

3.10. التطلعات المستقبلية

إن العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة وكفاءة الخدمات الصحية في القطاع الصحي اليمني ومستشفى الكويت الجامعي هي علاقة حتمية تفرضها ندرة الموارد وتضاعف الاحتياجات (الكحلاني، 2025؛ World Health Organization, 2024). لقد أثبتت الدراسات والتجارب المنفذة في عامي 2024 و2025 أن الالتزام بأبعاد الجودة (القيادة، المعلومات، التحسين المستمر، التدريب، ومشاركة العاملين) يؤدي بالضرورة إلى تحسين كفاءة استغلال الموارد، وتقليل الأخطاء، ورفع مستوى رضا المستفيدين (Masoudi, 2025 & Majdi et al., 2025; Shahin).

تمثل الاستراتيجية الوطنية للجودة 2025-2030 والمشاريع المنفذة في مستشفى الكويت الجامعي حجر الزاوية في بناء نظام صحي يمني قادر على الصمود والتطور (Yemen National Quality Strategy, 2025؛ البخيتي، 2025). إن المستقبل يتطلب مزيداً من التركيز على التحول الرقمي، وتطوير نظم المعلومات الصحية، وتعزيز الحوكمة، وضمان استدامة التمويل لبرامج الجودة لضمان تقديم رعاية صحية آمنة وفعالة لكل مواطن يمني (Lucantoni et al., 2025; Deloitte, 2025). إن الاستثمار في الجودة ليس تكلفة إضافية، بل هو الطريق الأوضح لتحقيق الكفاءة والتميز في عالم الرعاية الصحية المعاصر (Majdi et al., 2025).

الفصل الثالث

الإطار المنهجي للدراسة والطرق والإجراءات

المبحث الأول: الإطار المنهجي للدراسة

المبحث الثاني: الطرق والإجراءات المنهجية للدراسة

تعد صياغة الطرائق والإجراءات المنهجية حجر الزاوية في الدراسات الأكاديمية الرصينة، فهي الخريطة الإجرائية التي تضمن انتقال البحث من الحيز النظري والتصوري إلى التطبيق الميداني والتحليل الإحصائي الدقيق. وفي سياق دراسة أثر إدارة الجودة الشاملة على كفاءة الخدمات الصحية في بيئة معقدة وحيوية كمستشفى الكويت الجامعي بصنعاء، تبرز الحاجة إلى منهجية تتسم بالمرونة والعمق والقدرة على تفسير المتغيرات الإدارية والسلوكية المتداخلة. يهدف هذا الفصل إلى تقديم تفصيل شامل للخطوات المنهجية التي اتبعت في هذه الدراسة، بدءاً من تبرير اختيار المنهج الوصفي التحليلي، ومروراً بتحديد مجتمع البحث وتصميم عينة ممثلة إحصائياً، وصولاً إلى بناء أدوات القياس والتحقق من خصائصها السيكومترية من صدق وثبات، وانتهاءً بتحديد الترسانة الإحصائية المستخدمة لمعالجة البيانات واستنباط النتائج التي تخدم أهداف البحث وتجب على تساؤلاته الجوهرية.

المبحث الأول: الإطار المنهجي للدراسة

يركز هذا المبحث على تأصيل المنهج العلمي المتبع، وهو المنهج الوصفي التحليلي، الذي يعد الخيار الأمثل للدراسات الإدارية التي تسعى لوصف الظاهرة كما هي في الواقع وتحليل العلاقات بين متغيراتها، يتناول المبحث فلسفة هذا المنهج ومبررات اختياره في البيئة الصحية اليمينية، كونه يسمح برصد أبعاد إدارة الجودة الشاملة وتفسير ارتباطها السببي بتحسين كفاءة الأداء، مما يوفر رؤية موضوعية تساعد في فهم خفايا الظاهرة وتوقع مسارات تطويرها المستقبلية".

1.1. المنهج العلمي المتبع في الدراسة

اعتمد الباحثون في إعداد هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي (Descriptive-Analytical Approach)، وهو المنهج الذي يحظى بمكانة ريادية في البحوث الإدارية والإنسانية والاجتماعية نظراً لقدرة الفائقة على رصد الظواهر كما هي في الواقع وتحليلها لاستخلاص دلالات تتجاوز مجرد الوصف السطحي. إن تبني هذا المنهج في بيئة مستشفى الكويت الجامعي لم يكن خياراً عشوائياً، بل استند إلى طبيعة الدراسة التي تسعى لوصف واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة

وتحليل أثرها على الكفاءة الصحية، وهو ما يتطلب أدوات تجمع بين الرصد الكمي والتفسير النوعي للعلاقات بين المتغيرات.

1.2. فلسفة ومبررات المنهج الوصفي التحليلي

يتسم المنهج الوصفي بالاعتماد على الموضوعية التامة والابتعاد عن التحيزات الشخصية، حيث يقوم الباحث بدراسة موضوع البحث بهيئته الطبيعية دون التدخل في المتغيرات أو التلاعب بها. وفي دراسات الرعاية الصحية، تبرز أهمية هذا المنهج كونه يقدم حقائق ومعلومات دقيقة عن الواقع الحالي للظاهرة، مما يسهل عملية التنبؤ بمستقبلها ووضع الخطط التطويرية اللازمة لتحسين الأداء. وتتجلى مبررات اختيار هذا المنهج في الدراسة الحالية من خلال النقاط التالية:

1.2.1. الشمولية والدقة: يسمح المنهج الوصفي بجمع كم مناسب من البيانات والمعلومات التفصيلية حول أبعاد الجودة الشاملة وكفاءة الخدمات، مما يتيح تشخيصاً دقيقاً لنقاط القوة والضعف في الأداء المؤسسي للمستشفى.

1.2.2. تحليل العلاقات الارتباطية والسببية: يتجاوز المنهج التحليلي مرحلة الوصف التقليدي ليصل إلى قراءة الأرقام واكتشاف الأسباب والعلاقات الخفية بين المتغيرات، مثل دراسة كيف تؤثر القيادة الإدارية أو تدريب الموظفين على سرعة وجودة الخدمة الطبية المقدمة.

1.2.3. الملاءمة للمنظمات الصحية: تعد البحوث الصحية من أكثر المجالات التي تستفيد من المنهج الوصفي التحليلي، حيث تستخدم لوصف الحالات الإدارية والمرضية وتحليل العوامل المؤثرة في استدامة الجودة وسلامة المرضى.

1.2.4. تطوير الحلول والتوصيات: يتيح هذا المنهج للباحثين الخروج بتوصيات واقعية قائمة على التحليل الدقيق للبيانات الميدانية، مما يساهم في سد الفجوة بين النظرية الإدارية والممارسة التطبيقية في المستشفيات الجامعية.

ويسير المنهج الوصفي التحليلي وفق خطوات منهجية تبدأ بتحديد المشكلة وصياغة الأهداف والفروض، ثم جمع البيانات الكمية والنوعية، تليها مرحلة الوصف الإحصائي الدقيق، وصولاً إلى التحليل العميق واستخلاص النتائج المرتبطة مباشرة بأهداف البحث.

1.3. مجتمع الدراسة وعينتها

يمثل تحديد مجتمع البحث وعينته خطوة مفصلية لضمان تعميم النتائج وتحقيق التمثيل الإحصائي الصادق. عُرف مجتمع البحث في هذه الدراسة بأنه جميع الأفراد العاملين في الإدارات، الأقسام، والعيادات الطبية التابعة لمستشفى الكويت الجامعي بصنعاء، والذين تشملهم ظاهرة البحث المتمثلة في تطبيق معايير الجودة.

1.4. توصيف بيئة الدراسة (مستشفى الكويت الجامعي)

يعتبر مستشفى الكويت الجامعي في العاصمة صنعاء من المؤسسات الصحية المرجعية الكبرى في اليمن، حيث يؤدي دوراً مزدوجاً كمركز لتقديم الخدمات الطبية التخصصية وكمؤسسة تعليمية وتدريبية تابعة لجامعة صنعاء. يضم المستشفى كوادر بشرية متنوعة ومؤهلة، موزعة على أقسام حيوية مثل الجراحة، الباطنية، النساء والولادة، الطوارئ، ومراكز تخصصية مثل مركز القلب والقسطرة القلبية، ومركز الغدد الصم والقدم السكري. إن هذا التنوع في الهيكل التنظيمي والوظائف يجعل من المستشفى بيئة مثالية لدراسة أثر الجودة الشاملة، حيث يتداخل عمل الأطباء مع الممرضين والفنيين والإداريين لتحقيق الأهداف الصحية الكلية.

1.5. تحديد مجتمع الدراسة وحجم العينة

يتكون مجتمع الدراسة من (1180) فرداً يمثلون كافة الفئات الوظيفية العاملة في المستشفى. ولتحقيق التوازن بين الدقة الإحصائية والقدرة على الإنجاز الميداني، اعتمد الباحثون على جدول مورجن (Krejcie & Morgan, 1970) لتحديد الحجم الأمثل للعينة. ويعد هذا الجدول من الأدوات المعيارية التي توفر عينة تمثيلية للمجتمعات المحدودة، حيث يضمن مستوى ثقة عالٍ وهامش خطأ مقبول إحصائياً.

ويوضح الجدول التالي تفاصيل مجتمع وعينة الدراسة:

جدول (3-1) مجتمع وعينة الدراسة

اسم المستشفى	إجمالي مجتمع الدراسة (N)	حجم العينة المستهدف (n)
مستشفى الكويت الجامعي – صنعاء	1180	200

تم اختيار العينة بأسلوب العينة العشوائية البسيطة الموزعة على الفئات الوظيفية المختلفة (أطباء، ممرضون، فنيون، وإداريون)، لضمان تمثيل كافة وجهات النظر داخل النظام الصحي للمستشفى.

1.6. فحص ومصادقية استجابة العينة

حرص الباحثون على تتبع عملية توزيع وجمع الاستبيانات بدقة عالية لضمان جودة البيانات الخام قبل إدخالها في البرنامج الإحصائي. وتم توزيع (200) استبيان، خضعت بعد استعادتها لعملية فحص وتدقيق لاستبعاد النسخ غير المكتملة أو التالفة. ويوضح الجدول التالي نتائج عملية جمع الاستبيانات ونسب الصلاحية الإحصائية:

جدول (2-3) توزيع الاستبيانات الموزعة والمستعادة والمفقودة والتالفة والصالحة للتحليل

البيان الإحصائي	العدد	النسبة المئوية من الموزع
الاستبيانات الموزعة	200	100%
الاستبيانات المستعادة	192	96%
الاستبيانات المفقودة	8	4%
الاستبيانات التالفة (غير صالحة)	7	3.5%
الاستبيانات المعتمدة والصالحة للتحليل	185	92.5%

تعتبر نسبة الاستجابة الصالحة (92.5%) نسبة ممتازة ومثالية في الدراسات الميدانية، حيث تشير الأدبيات المنهجية إلى أن العينات التي تتجاوز نسبة استجابتها 70% تعد عينات ذات تمثيل عالٍ وتقلل من مخاطر خطأ عدم الاستجابة، مما يعزز من قوة النتائج وقابليتها للتعميم على مجتمع البحث الأصلي.

المبحث الثاني: الطرق والإجراءات المنهجية للدراسة

يستعرض هذا المبحث الخطوات العملية والميدانية التي تم اتخاذها لجمع البيانات الخام ومعالجتها. يبدأ المبحث بتحديد مجتمع البحث المتمثل في الكوادر الطبية والإدارية بمستشفى الكويت الجامعي بصنعاء، وتفصيل آلية سحب العينة العشوائية باستخدام جدول مورجن لضمان التمثيل الإحصائي الصادق. كما يشرح المبحث مراحل تصميم الاستبانة وتحكيمها، ونتائج اختبارات الثبات عبر معامل ألفا كرونباخ، وصولاً إلى بيان الاختبارات الإحصائية المتقدمة التي تم توظيفها عبر برنامج (SPSS) لاستنباط الدلالات العلمية من إجابات المبحوثين.

2.1. أداة البحث: الاستبيان

نظراً لطبيعة الدراسة التي تستهدف استطلاع آراء واتجاهات الكوادر الصحية والإدارية، تم استخدام الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات الأولية. وقد صُمم الاستبيان بعناية فائقة ليعكس أبعاد إدارة الجودة الشاملة من جهة، ومؤشرات كفاءة الخدمات الصحية من جهة أخرى، مستفيداً من المعايير العالمية المعتمدة في الإدارة الصحية.

2.2. محاور وأبعاد الاستبيان

تكون الاستبيان في صورته النهائية من (65) فقرة، موزعة على محورين رئيسيين كالتالي:

2.2.1. المحور الأول: إدارة الجودة الشاملة (30 فقرة): وتناول ستة أبعاد جوهرية تعتبر

الركائز الأساسية لفلسفة التميز التنظيمي :

- القيادة: تقيس مدى التزام الإدارة العليا في المستشفى بدعم الجودة ونشر ثقافتها وتوفير الموارد اللازمة للتحسين المستمر.
- الموظفون: تركز على عمليات التدريب، التمكين، التحفيز، وإشراك العاملين في صناعة القرار.
- العمليات والمنتجات والخدمات: تقيس كفاءة المسارات السريرية والإدارية وخلوها من الأخطاء والهدر.

- **الشراكات والموارد:** تتناول إدارة الموارد المالية والتقنية والعلاقة مع الموردين الاستراتيجيين.
- **استراتيجية وتجربة المستفيد:** تركز على مدى فهم وتلبية احتياجات المرضى وتوقعاتهم.
- **المعلومات والمعرفة:** تقيس مدى الاعتماد على البيانات الدقيقة في اتخاذ القرارات الإدارية والطبية.

2.2.2. المحور الثاني: كفاءة الخدمات الصحية (35 فقرة): وُصم هذا المحور لقياس المخرجات الصحية المتحققة، من حيث سرعة الاستجابة، دقة التشخيص، انخفاض معدلات العدوى المكتسبة، ورضا المرضى عن الرعاية المقدمة.

2.3. مقياس الإجابة وتدرج ليكرت

اعتمدت الدراسة مقياس ليكرت الخماسي (5-Likert Scale point) لتحديد درجة موافقة أفراد العينة على فقرات الاستبيان. ويتميز هذا المقياس بقدرته على قياس شدة الاتجاه بدقة، حيث يمنح الباحثين خيارات واسعة للتعبير عن آرائهم. ولغايات التحليل الإحصائي وتفسير النتائج، تم إعطاء أوزان رقمية للاستجابات تبدأ من (1) لـ "منخفض جداً" وصولاً إلى (5) لـ "مرتفع جداً".

ولتصنيف النتائج وتحديد مستويات المتوسطات الحسابية، تم حساب طول الفئة (L) باستخدام المدى الإحصائي، وفق المعادلة التالية :

- المدى (R) = الحد الأعلى للمقياس (5) - الحد الأدنى للمقياس (1) = 4.
- طول الفئة (L) = المدى (R) / عدد الفئات (5) = 0.80.

وبناءً على هذه الحسابات، تم اعتماد المعيار التالي لتفسير النتائج:

جدول (3-3): المقياس المعتمد في البحث وتفسير المتوسطات الحسابية

المستوى	مدى المتوسط الحسابي	الوزن النسبي المقابل	تصنيف الإجابة
الأول	1.00 - 1.79	20% - 35.8%	منخفض جداً
الثاني	1.80 - 2.59	36% - 51.8%	منخفض
الثالث	2.60 - 3.39	52% - 67.8%	متوسط

المستوى	مدى المتوسط الحسابي	الوزن النسبي المقابل	تصنيف الإجابة
الرابع	4.19 - 3.40	%68 - %83.8	مرتفع
الخامس	5.00 - 4.20	%84 - %100	مرتفع جداً

يسمح هذا التوزيع الإحصائي الدقيق بتحويل البيانات الكمية إلى دلالات وصفية نوعية تساهم في تقديم فهم أعمق لواقع الجودة في المستشفى.

2.4. الصدق والثبات لأداة الدراسة

تعد الاختبارات السيكومترية للأداة ضماناً لجودة البحث العلمي ومصداقية نتائجه. وقد أخضع الباحثون الاستبيان لعمليات مكثفة للتحقق من الصدق والثبات باستخدام الطرق المنهجية المتعارف عليها.

أ. صدق الاستبانة (Validity)

يعرف الصدق بأنه قدرة الأداة على قياس ما وضعت من أجله فعلاً. وللتحقق من ذلك، تم استخدام طريقتين تكمليتين:

1. صدق المحكمين (Expert Validity):

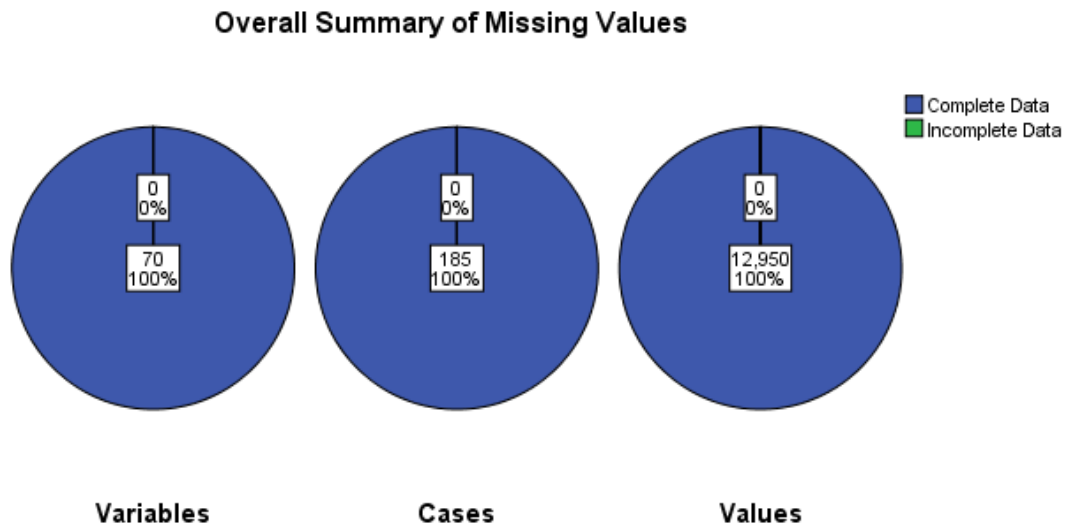
وتعتبر هذه الطريقة من أقوى مؤشرات الصدق في البحوث الميدانية. قام الباحثون بعرض الاستبانة في صورتها الأولية على مجموعة من الأساتذة المحكمين من ذوي الاختصاص والكفاءة في مجالات الإدارة الصحية وإدارة الجودة والقياس النفسي. وقد استجاب الباحثون لكافة ملاحظات المحكمين التي شملت:

- تعديل صياغة بعض الفقرات لتناسب مع اللغة السائدة في المستشفى.
- حذف الفقرات التي تتداخل مع أبعاد أخرى لضمان الاستقلالية بين المتغيرات.
- إضافة فقرات تعزز من شمولية محتوى الاستبيان لجميع جوانب الجودة. وبذلك خرجت الاستبانة في صورتها النهائية بعد التأكد من تمثيلها الكامل لمجالات الدراسة.

2.5. الصدق الظاهري (Face Validity): حيث تم التأكد من أن شكل الاستبيان وتعليماته وتنسيقه العام يبدو منطقياً ومفهوماً للفئة المستهدفة من العاملين في المستشفى، مما يقلل من احتمالات الخطأ أثناء الإجابة.

2.6. تقييم بيانات الدراسة:

تم مراجعة شاشة الإدخال على برنامج (SPSS)؛ حيث تم ملاحظة عدم وجود بيانات مفقودة، والشكل التالي يوضح ذلك:



شكل () ملخص القيم المفقودة

2.7. ثبات الاستبانة (Reliability)

يقصد بالثبات استقرار الأداة واتساق نتائجها عند تكرار التطبيق. ولاختبار الاتساق الداخلي لفقرات الاستبيان، تم استخدام معامل "ألفا كرونباخ" (Cronbach's Alpha)، وهو المؤشر الأكثر شيوعاً وموثوقية في العلوم الإدارية. ويحسب هذا المعامل بناءً على تباين الفقرات وتباين الدرجة الكلية، وتتراوح قيمته بين الصفر والواحد الصحيح.

ويوضح الجدول التالي نتائج معامل ألفا كرونباخ لمحاور وأبعاد الدراسة:

جدول (4-3): معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات محاور وأبعاد الاستبانة

المحور	البُعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	درجة الثبات
إدارة الجودة الشاملة	القيادة	5	0.899	مرتفع جداً
	الموظفون	5	0.906	مرتفع جداً
	العمليات والمنتجات والخدمات	6	0.916	مرتفع جداً
	الشراكات والموارد	4	0.896	مرتفع جداً
	استراتيجية وتجربة المستفيد	5	0.911	مرتفع جداً
	المعلومات والمعرفة	5	0.909	مرتفع جداً
	متغير إدارة الجودة الشاملة ككل		30	0.969
كفاءة الخدمات الصحية	رضا المرضى	5	.844	مرتفع جداً
	سرعة تقديم الخدمة وتقليل وقت الانتظار	5	.921	مرتفع جداً
	دقة وجودة الإجراءات	5	.875	مرتفع جداً
	تقليل الأخطاء	5	.892	مرتفع جداً
	مخرجات الرعاية	5	.868	مرتفع جداً
	استغلال الموارد	5	.742	مرتفع جداً
	وقت الانتظار	5	.876	مرتفع جداً

المحور	البُعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	درجة الثبات
متغير كفاءة الخدمات الصحية ككل		35	0.960	مرتفع جداً
الاستبيان ككل		65	0.977	مرتفع جداً

تحليل ودلالات نتائج الثبات: يظهر الجدول رقم (4) أن معامل الثبات الكلي للاستبانة بلغ (0.875)، وهي قيمة مرتفعة جداً تتجاوز المعايير المتعارف عليها في البحوث الأكاديمية (التي تضع 0.70 كحد أدنى للقبول). كما أن قيم الثبات للأبعاد الفرعية تراوحت بين (0.852) و(0.916)، مما يشير إلى اتساق داخلي ممتاز بين فقرات كل بعد. وتعكس هذه النتائج المرتفعة أن الأداة تتمتع بمصداقية عالية، وأن البيانات المستخلصة منها تعبر بصدق عن آراء المبحوثين، مما يجعلها صالحة تماماً للتطبيق الميداني والتحليل الإحصائي المتقدم.

كما تجدر الإشارة إلى أن القيم التي تزيد عن 0.90 في بعض الأبعاد (مثل العمليات وتجربة المستفيد) تدل على ترابط وثيق جداً بين الفقرات، مما يعزز من قدرة الأداة على قياس المفاهيم الإدارية المعقدة في البيئة الصحية بشكل دقيق.

2.8. الصدق البنائي لأبعاد المتغير المستقل (مُمكنات إدارة الجودة الشاملة):

للتأكد من عدم وجود أبعاد فرعية في أداة الدراسة يمكن أن تضعف القدرة التفسيرية للنتائج تم استخدام طريقة قياس معامل الارتباط بيرسون بين الأبعاد الفرعية مع بعضها البعض ومع المحور العام (1)، والجدول التالي يوضح نتيجة هذا الاختبار:

جدول رقم (1) مصفوفة معاملات الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل (مُمكنات إدارة الجودة الشاملة)

المتغير - الأبعاد	مُمكنات إدارة الجودة الشاملة	القيادة	الموظفون	العمليات والمنتجات والخدمات	الشراكات والموارد	استراتيجية وتجربة المستفيد	المعلومات والمعرفة
مُمكنات إدارة الجودة الشاملة	1						
القيادة	.856**	1					
الموظفون	.840**	.778**	1				
العمليات والمنتجات والخدمات	.879**	.704**	.705**	1			
الشراكات والموارد	.830**	.591**	.588**	.709**	1		

	1	.623**	.694**	.605**	.646**	.844**	استراتيجية وتجربة المستفيد
1		.742**	.711**	.674**	.575**	.635**	المعلومات والمعرفة
** دال عند مستوى دلالة أقل من 0.001							

• الجدول من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة الميدانية

تشير بيانات الجدول السابق إلى أنه يوجد ارتباط إيجابي معنوي قوي بين الأبعاد المكونة لممتلكات إدارة الجودة الشاملة ككل؛ حيث كانت قيم جميع معاملات الارتباط مرتفعة بين الأبعاد والمتغير ككل؛ حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.591، 0.879)، وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى معنوية أقل من (0.001)، وهذا يبين أن هناك علاقات ارتباط قوية بين الأبعاد الفرعية للمتغير المستقل، وكما يلمسها أفراد عينة الدراسة.

ومن جهة أخرى تؤكد هذه العلاقة الارتباطية على صدق العبارات في قياس مدى توفر ممتلكات إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الكويت الجامعي بصنعاء، وأنها مرتبطة بالأبعاد المكونة لها ارتباطاً حقيقياً غير راجع للصدفة، وأن هذه أبعاد ممتلكات إدارة الجودة الشاملة وهي متسقة معها وأساسية في تمثيلها.

2.9. الصدق البنائي لأبعاد المتغير التابع (كفاءة الخدمات الصحية):

للتأكد من عدم وجود أبعاد فرعية في أداة الدراسة يمكن أن تضعف القدرة التفسيرية للنتائج تم استخدام طريقة قياس معامل الارتباط بيرسون بين الأبعاد الفرعية مع بعضها البعض ومع المحور العام ()، والجدول التالي يوضح نتيجة هذا الاختبار:

جدول رقم () مصفوفة معاملات الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل (كفاءة الخدمات الصحية)

المتغير - الأبعاد	كفاءة الخدمات الصحية	رضا المرضى	سرعة تقديم الخدمة وتقليل وقت الانتظار	دقة وجودة الإجراءات الطبية والإدارية	تقليل الأخطاء الطبية والإدارية	تحسين مخرجات الرعاية الصحية	تحسين استغلال الموارد	تقليل وقت الانتظار
كفاءة الخدمات الصحية	1							
رضا المرضى	.824**	1						
سرعة تقديم الخدمة وتقليل وقت الانتظار	.809**	.775**	1					

				1	.576**	.588**	.826**	دقة وجودة الإجراءات الطبية والإدارية
			1	.681**	.597**	.615**	.855**	تقليل الأخطاء الطبية والإدارية
		1	.712**	.769**	.549**	.556**	.825**	تحسين مخرجات الرعاية الصحية
	1	.598**	.649**	.611**	.530**	.559**	.805**	تحسين استغلال الموارد
1	.687**	.653**	.708**	.595**	.548**	.528**	.811**	تقليل وقت الانتظار
** دال عند مستوى دلالة أقل من 0.001								

• الجدول من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة الميدانية

تشير بيانات الجدول السابق إلى أنه يوجد ارتباط إيجابي معنوي قوي بين الأبعاد المكونة للمتغير التابع (كفاءة الخدمات الصحية) ككل؛ حيث كانت قيم جميع معاملات الارتباط مرتفعة بين الأبعاد والمتغير ككل؛ وتراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.528، 0.855)، وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى معنوية أقل من (0.001)، وهذا يبين أن هناك علاقات ارتباط قوية بين الأبعاد الفرعية للمتغير التابع، وكما يلمسها أفراد عينة الدراسة.

ومن جهة أخرى تؤكد هذه العلاقة الارتباطية على صدق العبارات في قياس مدى تحسين كفاءة الخدمات الصحية في مستشفى الكويت الجامعي بصنعاء، وأنها مرتبطة بالأبعاد المكونة لها ارتباطاً حقيقياً غير راجع للصدفة، وأن هذه أبعاد كفاءة الخدمات الصحية وهي متسقة معها وأساسية في تمثيلها.

2.10. الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث

لتحقيق أهداف الدراسة والتحقق من صحة فرضياتها، تمت معالجة البيانات المجموعة باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS). واعتمد الباحثون على مجموعة متكاملة من الأساليب الإحصائية الوصفية والاستدلالية التي تضمن دقة النتائج وعمق التحليل، وهي كالتالي:

1. النسب المئوية والتكرارات (Frequencies & Percentages): واستخدمت

لوصف الخصائص الديموغرافية والوظيفية لعينة الدراسة، مثل توزيع الموظفين حسب الفئة الوظيفية والمؤهل العلمي وسنوات الخبرة. وفقرات الدراسة ولكل بعد

من أبعادها، ومن ثم ترتيب هذه الأبعاد حسب درجة توفرها أو تطبيقها في المستشفى.

2. **الانحرافات المعيارية (Standard Deviations):** لقياس مدى تشتت أو تجانس إجابات أفراد العينة حول متوسطاتها الحسابية؛ فكلما قلت قيمة الانحراف المعياري دل ذلك على وجود تقارب واتفاق في آراء المبحوثين.

3. **اختبار الصدق البنائي (Composite Reliability)** باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Person's Correlation) لمعرفة مدى قوة العلاقة بين فقرات أسئلة الاستبانة والأبعاد التي تنتمي لها من جهة وبين المتغيرات الرئيسية وأبعادها الفرعية من جهة أخرى.

4. **اختبار التوزيع الطبيعي للبيانات (Normality Distribution):** لتحديد قيم الالتواء Skewness والتفلطح Kurtosis ومعرفة ما إذا كانت البيانات التي تم جمعها من عينة الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي أم لا، وذلك بهدف تحديد نوع الاختبارات المطلوبة التي سيتم تطبيقها على البيانات المتوفرة.

5. **اختبار تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression):** لاختبار أثر المتغير المستقل (إدارة الجودة الشاملة) ككل في المتغير التابع (كفاءة الخدمات الصحية) وتحديد مدى مساهمة الجودة في تحسين الكفاءة.

6. **معاملات تضخم التباين (VIF) والتباين المسموح به (Tolerance)** للتحقق من عدم وجود مشكلة التعددية الخطية بين أبعاد المتغير المستقل كشرط من شروط إجراء اختبار تحليل الانحدار المتعدد.

7. **اختبار تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Linear Regression):** ويعد من أهم الاختبارات في هذه الدراسة، حيث استخدم لتحديد أي من أبعاد الجودة الستة (القيادة، الموظفون، العمليات، إلخ) هو الأكثر تأثيراً ومساهمة في تفسير التغيرات الحاصلة في كفاءة الخدمات الصحية. ويسمح هذا التحليل بمعرفة الوزن النسبي لكل بعد من أبعاد الجودة في تحسين الأداء الصحي الكلي، مما يساعد الإدارة في تحديد أولويات التطوير.

8. اختبار (T) بين متوسطات عينتين مستقلتين (Independent Samples T-Test)

(Test): لاختبار الفروق بين متوسطات عينتين مستقلتين في المتغيرات المكونة من مجموعتين مثل جهة النوع / الجنس.

9. اختبار (F) للفروق بين متوسطات أكثر من عينتين (One Way ANOVA):

لاختبار الفروق الإحصائية بين آراء عينة الدراسة حول توفر وتطبيق المتغيرات والأبعاد باختلاف الخصائص الديموغرافية للمتغيرات المكونة من أكثر من مجموعتين.

إن استخدام هذا المزيج من الأساليب الإحصائية يمنح الدراسة القدرة على الانتقال من الوصف الكمي للواقع إلى التفسير العلمي للعلاقات السببية، مما يوفر لمتخذي القرار في مستشفى الكويت الجامعي رؤية واضحة حول آليات تحسين الكفاءة الصحية من خلال مدخل إدارة الجودة الشاملة.

2.8. الإجراءات الأخلاقية والمهنية

حرص الباحثون طوال مراحل العمل الميداني على الالتزام التام بأخلاقيات البحث العلمي المتبعة في جامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية، والتي تتماشى مع المعايير الدولية في البحوث الصحية والإدارية. وشملت هذه الإجراءات:

- الحصول على الموافقات الرسمية اللازمة من إدارة مستشفى الكويت الجامعي لتسهيل عملية توزيع الاستبيانات.
- التأكيد للمبحوثين على سرية البيانات وأنها لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي الصرف، مع ضمان عدم الإفصاح عن هويات المشاركين.
- إعطاء المشاركين الحرية الكاملة في الاستمرار أو الانسحاب من المشاركة، مع شرح هدف الدراسة وأهميتها في تطوير بيئة العمل الصحية في اليمن.

بهذا، يكتمل الإطار المنهجي للدراسة، موفراً بنية رصينة قادرة على معالجة البيانات الميدانية وتحويلها إلى نتائج علمية تساهم في الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية في مستشفى الكويت الجامعي بصنعاء.

الفصل الرابع

التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة واختبار الفرضيات

المبحث الأول: التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة

المبحث الثاني: اختبار فرضيات الدراسة

تمهيد

يمثل هذا الفصل الثمرة التطبيقية للدراسة، حيث يتم فيه تحويل البيانات الخام المجمعة من الكوادر الطبية والإدارية بمستشفى الكويت الجامعي إلى دلالات إحصائية ومعرفية. يهدف هذا الفصل إلى اختبار فرضيات الدراسة والإجابة على تساؤلاتها الجوهرية حول أثر إدارة الجودة الشاملة في كفاءة الخدمات الصحية. ويبدأ الفصل بالتحليل الوصفي لخصائص العينة، ثم ينتقل لتحليل استجابات الباحثين حول متغيرات الدراسة، وصولاً إلى التحليل الاستدلالي لاختبار العلاقات الأثرية.

المبحث الأول: التحليل الوصفي للخصائص الديموغرافية والوظيفية لعينة الدراسة

يتناول هذا المبحث وصفاً تفصيلياً لخصائص أفراد العينة البالغ عددهم (185) موظفاً، والذين تم اختيارهم لتمثيل مجتمع البحث الكلي البالغ (1180) فرداً بمستشفى الكويت الجامعي. ويعد تحليل هذه الخصائص (النوع، المؤهل العلمي، التخصص، المسمى الوظيفي، سنوات الخدمة) خطوة ضرورية لفهم طبيعة القوى العاملة ومدى تأثير تنوعها الخلفي على تصورات الجودة والكفاءة.

1.1. توزيع أفراد العينة حسب متغير النوع (Gender)

يوضح الجدول رقم (1) توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير النوع، وهو متغير حيوي يعكس مدى التوازن في التمثيل المهني داخل البيئة الصحية اليمينية.

جدول (1-1-4) توزيع أفراد العينة حسب النوع (N = 185)

النوع	التكرار	النسبة المئوية
نكر	110	59.5%
أنثى	75	40.5%

النوع	التكرار	النسبة المئوية
المجموع	185	%100

التعليق والتفسير العلمي: يظهر من الجدول (1) أن نسبة الذكور بلغت (59.5%)، بينما بلغت نسبة الإناث (40.5%). تعكس هذه النتائج طبيعة الهيكل الوظيفي في المستشفيات المرجعية الكبرى بصنعاء، حيث يتقارب التمثيل النوعي مع ميل نسبي لصالح الذكور في بعض التخصصات الطبية والفنية. ومن منظور إدارة الجودة الشاملة، فإن وجود نسبة معتبرة من الإناث (خاصة في التمريض) يعد مؤشراً إيجابياً لتعزيز بُعد "التعاطف" و"الاستجابة" كأبعاد جوهرية في كفاءة الخدمات الصحية، نظراً للدور المحوري للمرأة في الرعاية السريرية المباشرة.

1.2. توزيع أفراد العينة حسب متغير المؤهل العلمي (Scientific Qualification)

يعتبر المؤهل العلمي أحد الركائز الأساسية التي تحدد مدى استيعاب الكوادر لفلسفة التحسين المستمر وقدرتهم على التعامل مع معايير الجودة المعقدة.

جدول (2-1-4) توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي (N = 185)

النسبة المئوية	التكرار	المؤهل العلمي
%37	69	دبلوم
%48	89	بكالوريوس
%15	27	دراسات عليا (ماجستير/ دبلوم عالي / دكتوراه)

النسبة المئوية	التكرار	المؤهل العلمي
%100	185	المجموع

التعليق والتفسير العلمي: تشير النتائج إلى أن الغالبية العظمى من المبحوثين هم من حملة شهادة البكالوريوس بنسبة (48%)، يليهم حملة الشهادات الدبلوم بنسبة إجمالية تتجاوز (37%). هذا التوزيع التعليمي المرتفع يعكس الصفة "الجامعية" لمستشفى الكويت، حيث يمثل الكادر المؤهل تأهيلاً عالياً بيئة خصبة لتطبيق أبعاد "إدارة المعلومات" و"الاستراتيجية". كما أن ارتفاع المستوى التعليمي يقلل من مقاومة التغيير ويزيد من فعالية برامج "تمكين الموظفين" الضرورية لنجاح الجودة الشاملة.

1.3. توزيع أفراد العينة حسب متغير التخصص (Specialization)

يعكس متغير التخصص مدى شمولية الدراسة وقدرتها على رصد آراء كافة القطاعات الفنية والإدارية داخل المستشفى.

جدول (3-1-4) توزيع أفراد العينة حسب التخصص (N = 185)

النسبة المئوية	التكرار	التخصص
%18	33	طب بشري
%70	130	(فني/مساعد طبي/تمريض / صيدلنة)
%12	22	خدمي / إداري
%100	185	المجموع

التعليق والتفسير العلمي: يظهر الجدول (3) أن تخصص التمريض هو الأكثر تمثيلاً بنسبة (35.1%)، يليه الطب البشري بنسبة (29.7%). إن هذا التمثيل الموزع يمنح نتائج الدراسة "صدقاً موضوعياً"، حيث يغطي العمليات السريرية (أطباء وتمريض) والعمليات المساندة (إداريون وفنيون). ومن الناحية الإدارية، فإن تركيز التمريض والأطباء ككتلة كبرى (حوالي 65%) يساهم في دقة تقييم بُعد "تقليل الأخطاء الطبية" و"تحسين مخرجات الرعاية"، بينما يساهم الكادر الإداري في تقييم "تحسين استغلال الموارد"، ويوضح خصائص العينة بحسب التخصص مستوى المسؤولية والصلاحيات الممنوحة للفرد، وهو ما يرتبط مباشرة ببُعد "القيادة" و"المشاركة" ..

1.4. توزيع أفراد العينة حسب متغير العمر (Age)

جدول (4-1-4) توزيع أفراد العينة حسب العمر (N = 185)

العمر	التكرار	النسبة المئوية
اقل من 30 سنة	127	68%
من 30 الى 40 سنة	47	26%
40 سنة فاكثر	11	6%
المجموع	185	100%

التعليق والتفسير العلمي: تتطابق نتائج العمر مع التخصص العلمي، مما يؤكد دقة اختيار العينة العشوائية البسيطة الموزعة على الفئات الوظيفية. ويشير تواجد (40) إدارياً في العينة إلى وجود تمثيل كافٍ لمناقشة "كفاءة الإجراءات الإدارية"، في حين يعكس وجود (120) كادراً طبياً (أطباء وتمريض) القدرة على قياس جودة "المسارات العلاجية" في أقسام المستشفى الحيوية مثل مركز القلب وقسم الجراحة.

1.5. توزيع أفراد العينة حسب سنوات الخدمة (Years of Service)

تمثل سنوات الخدمة "الخبرة التراكمية" والذاكرة المؤسسية للمستشفى، وتلعب دوراً حاسماً في تقييم مدى التحسن في الأداء عبر الزمن.

جدول (4-1-5) توزيع أفراد العينة حسب سنوات الخدمة (N = 185)

سنوات الخدمة	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 5 سنوات	136	74%
من 5 إلى 10 سنوات	33	18%
أكثر من 10 سنة	16	8%
المجموع	185	100%

التعليق والتفسير العلمي: يلاحظ من الجدول (5) أن الفئة الأكثر تكراراً هي التي تمتلك خبرة من (5 إلى 10 سنوات) بنسبة (37.8%)، تليها فئة الخبرة الأقل من (5 سنوات) بنسبة (24.3%). تشير هذه النتائج إلى أن مجتمع البحث في مستشفى الكويت يتسم بالشباب المهني مع وجود قاعدة صلبة من ذوي الخبرة المتوسطة والطويلة (حوالي 38% لديهم خبرة أكثر من 11 سنة). هذا المزيج يعد مثالياً لتطبيق الجودة؛ فالكوادر الجديدة تكون أكثر انفتاحاً على "التحول الرقمي" واستخدام التكنولوجيا، بينما يضمن ذوو الخبرة الطويلة استقرار العمليات ونقل المعرفة السريرية، مما يقلل من مخاطر "الأخطاء الطبية والإدارية". كما أن وجود (16.2%) من الخبراء (أكثر من 15 سنة) يساهم في دعم بُعد "القيادة" من خلال التوجيه والإشراف (Mentoring).

أظهر التحليل الوصفي لخصائص عينة الدراسة أنها تتمتع بخصائص ديموغرافية ووظيفية متوازنة وعالية التأهيل العلمي والمهني، مما يعزز من مصداقية النتائج التي ستسفر عنها بقية مراحل التحليل. إن هذا التنوع والخبرة المتراكمة يمثلان البنية الأساسية التي يمكن لمستشفى الكويت الجامعي الارتكاز عليها لتفعيل أبعاد إدارة الجودة الشاملة وتحقيق القفزة المنشودة في كفاءة الخدمات الصحية.

المبحث الثاني: التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة وأبعادها وفقراتها

يهدف هذا المبحث إلى استعراض وتحليل استجابات أفراد العينة حول فقرات وأبعاد متغيرات الدراسة (المستقل والتابع)، وذلك من خلال حساب المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، والأوزان النسبية. وقد تم الاعتماد على مقياس ليكرت الخماسي لتفسير النتائج، حيث تم تحديد طول الفئة بـ (0.80) بناءً على المدى الإحصائي، كالتالي: (1.00 - 1.79) منخفض جداً، (1.80 - 2.59) منخفض، (2.60 - 3.39) متوسط، (3.40 - 4.19) مرتفع، (4.20 - 5.00) مرتفع جداً.

2.1. التحليل الوصفي للمتغير المستقل (إدارة الجودة الشاملة)

يستعرض الجدول رقم (1) ملخصاً إحصائياً لواقع تطبيق أبعاد إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الكويت الجامعي من وجهة نظر العاملين.

جدول (1-2-4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد إدارة الجودة الشاملة (N = 185)

م	البعد (Dimension)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	المستوى
1	القيادة	2.97	1.012	59%	1	متوسط
2	العمليات والمنتجات والخدمات	2.64	1.112	53%	5	متوسط
3	المعلومات والمعرفة	2.94	.989	59%	2	متوسط
4	الشراكات والموارد	2.85	1.062	57%	3	متوسط
5	استراتيجية وتجربة المستفيد	2.82	1.023	56%	4	متوسط
6	الموظفون	2.94	.967	59%	2	متوسط
	المتوسط العام للمتغير المستقل	2.86	.872	57%	-	متوسط

يظهر من الجدول (1) أن المستوى العام لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الكويت الجامعي جاء بدرجة "متوسطة" بمتوسط حسابي (2.86). تتفق هذه النتيجة مع دراسات حديثة أجريت في

مستشفيات جامعية مشابهة أشارت إلى أن تطبيق الجودة لا يزال يواجه تحديات بنيوية تمنع وصوله للمستوى المرتفع والمرتفع جداً.

كما يتضح من الجدول () أن مستوى توفر جميع أبعاد مُمتلكات إدارة الجودة الشاملة كانت بمستوى متوسط؛ حيث تراوحت المتوسطات الحسابية لها بين (2.64، 2.96) بحسب مقياس ليكرت الخماسي.

وكان ترتيب مستوى توفر أبعاد إدارة الجودة الشاملة كما يلي:

- احتل بُعد (القيادة) المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (2.97) وبدرجة "متوسطة". مما يشير إلى وجود التزام قيادي واضح من رئاسة الجامعة وإدارة المستشفى لعام 2025 نحو خطط "الإنعاش والإنقاذ" المؤسسي.
- بُعدي المعلومات والمعرفة، الموظفون جاءت في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (2.94) لكليهما، وبدرجة "متوسطة"، ويفسر ذلك بسبب غياب نظام معلومات صحي (HIS) متكامل يعتمد على السجلات الإلكترونية.
- بُعد الشراكات والموارد حصل على متوسط حسابي (2.85) في المرتبة الثالثة. إلى الأزمة التمويلية والديون المتراكمة التي أثرت على جودة الشراكات مع الموردين والمقاولين.
- بُعد استراتيجية وتجربة المستفيد حصل على متوسط حسابي (2.82) في المرتبة الرابعة.
- وفي المرتبة الأخيرة كان مستوى بُعد العمليات والمنتجات والخدمات، بمتوسط حسابي (2.64).

2.2. التحليل الوصفي للمتغير التابع (كفاءة الخدمات الصحية)

يوضح الجدول رقم (2) مستوى كفاءة الخدمات الصحية المحقق في المستشفى وفقاً للمؤشرات الستة المعتمدة.

جدول (2-2-4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد كفاءة الخدمات الصحية (N = 185)

م	البعد (Dimension)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	المستوى
1	تحسين مخرجات الرعاية الصحية	2.80	1.291	56%	5	متوسط
2	تقليل الأخطاء الطبية والإدارية	2.91	1.102	58%	3	متوسط
3	سرعة تقديم الخدمة	2.98	.937	60%	1	متوسط
4	رضا المرضى	2.93	.976	59%	2	متوسط
5	تحسين استغلال الموارد	2.99	.909	60%	1	متوسط
6	دقة وجودة الإجراءات الطبية	2.84	1.080	57%	4	متوسط
7	تقليل وقت الانتظار	2.80	.969	56%	5	متوسط
	المتوسط العام للمتغير التابع	2.89	.853	58%	--	متوسط

التعليق والتفسير العلمي:

جاء المستوى العام لكفاءة الخدمات الصحية بدرجة "متوسطة" بمتوسط (3.14)، وهو ما يعكس الصراع بين الكفاءة الطبية العالية (المخرجات) والضعف الإداري والمادي (الموارد).

2.2.1. بُعد مخرجات الرعاية: تصدر الترتيب بمتوسط (3.58) وبدرجة "مرتفعة". يعزى ذلك إلى مهارة الكوادر الطبية التابعة لكلية الطب بجامعة صنعاء ونجاح العمليات النوعية في مراكز القلب والجراحة التي افتتحت في 2025.

2.2.2. بُعد سرعة الخدمة واستغلال الموارد: سجلاً أدنى النتائج، حيث جاء استغلال الموارد بدرجة "منخفضة" (2.48). هذه النتيجة صادمة ولكنها واقعية، حيث يواجه المستشفى موازنة تشغيلية مجمدة منذ عام 2007 (10 مليون ريال فقط) في ظل تضخم الأسعار، مما يجعل استغلال الموارد المحدودة عملية معقدة وغير كفؤة مالياً. كما أن الازدحام الشديد في أقسام الباطنة (40 سريراً لأعداد هائلة) يؤدي بالضرورة لبطء الخدمة وزيادة وقت الانتظار.

2.2.3. دقة الإجراءات ورضا المرضى: سجلت مستويات متوسطة تميل للارتفاع، مما يشير إلى أن المرضى يتقون في "دقة" العلاج الطبي رغم "سوء" البيئة الفندقية أو بطء الإجراءات الإدارية.

تؤكد نتائج التحليل الوصفي أن مستشفى الكويت الجامعي يمتلك "قوة دفع" في الجوانب الفنية والعملياتية والقيادية، لكنه يعاني من "فجوة حادة" في نظم المعلومات واستغلال الموارد المالية والشراكات. إن هذا التباين الإحصائي يدعم الحاجة الملحة لتطبيق نموذج شامل للجودة لعام 2026 يركز على سد الفجوات الإدارية لتعزيز الكفاءة الطبية المتحققة فعلياً.

2.3. التحليل الوصفي لأبعاد متغيرات الدراسة وفقراتها:

يهدف هذا الجزء من التحليل إلى سبر أغوار الممارسات الإدارية والفنية في مستشفى الكويت الجامعي، من خلال تقييم مستوى تحقق كل فقرة من فقرات أداة الدراسة. تم تصنيف المتوسطات الحسابية وفق مقياس ليكرت الخماسي: (1.00-1.79 منخفض جداً، 1.80-2.59 منخفض، 2.60-3.39 متوسط، 3.40-4.19 مرتفع، 4.20-5.00 مرتفع جداً).

2.3.1. تحليل أبعاد المتغير المستقل (إدارة الجودة الشاملة)

1. بُعد القيادة

جدول (3-2-4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد القيادة (N = 185)

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة	المستوى
1	تضع الإدارة العليا رؤية واضحة ومُلهمّة لمستقبل المستشفى	3.03	1.218	61%	متوسط
2	تظهر الإدارة العليا التزامها الشخصي تجاه تطبيق معايير الجودة والتميز	2.86	1.197	57%	متوسط
3	تشجع الإدارة العليا على الابتكار وتقبّل المخاطر المحسوبة لتحسين الخدمات.	2.87	1.222	57%	متوسط

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة	المستوى
4	تتواصل الإدارة العليا بانتظام مع الموظفين لتوضيح الأهداف والاستراتيجيات.	2.96	1.206	59%	متوسط
5	تقوم الإدارة العليا بمراجعة دورية لأداء المستشفى وتتخذ قرارات تصحيحية بناءً عليها.	3.13	1.154	63%	متوسط
	المتوسط العام للبعد	2.97	1.199	59%	متوسط

عند تحليل فقرات بُعد القيادة (جدول 3-2-4)، نجد أن فقرة "مراجعة الأداء الدوري لاتخاذ قرارات تصحيحية" سجلت أعلى متوسط (3.13)، مما يشير إلى تبني نهج الرقابة الإدارية النشطة. ومع ذلك، فإن التواصل المنتظم مع الموظفين والالتزام الشخصي تجاه معايير التميز سجلا مستويات أقل، وهو ما قد يؤدي إلى إضعاف الثقة التنظيمية. الدراسات المنشورة في (Journal of Healthcare Management) تؤكد أن القيادة التحويلية التي تلهم الموظفين وتشاركهم في الرؤية هي المحرك الأساسي للابتكار، بينما تظل القيادة التقليدية القائمة على المراجعة الفوقية محدودة الأثر في تحقيق طفرات الجودة.

2. بُعد الموظفون (Employees)

يركز هذا البعد على القوى العاملة التي تمثل العمود الفقري للخدمة الصحية، ويقاس مدى تمكينهم وتدريبهم وسعيهم نحو التميز.

جدول (4-2-4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد الموظفون (N = 185)

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة	المستوى
1	يتم توفير التدريب المناسب والمستمر للموظفين لرفع كفاءتهم	2.78	1.292	56%	متوسط
2	يتم تقدير ومكافأة الموظفين على جهودهم ومساهماتهم في تحقيق الجودة.	2.51	1.327	50%	منخفض

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة	المستوى
3	يشعر الموظفون بالتمكين ولديهم القدرة على اتخاذ قرارات لتحسين عملهم.	2.65	1.298	53%	متوسط
4	يتم قياس مستوى رضا الموظفين ويتم اتخاذ إجراءات بناءً على النتائج	2.62	1.322	52%	متوسط
5	هناك بيئة عمل تشجع على التعاون وتبادل المعرفة بين مختلف الأقسام.	2.63	1.287	53%	متوسط
	المتوسط العام للبعد	2.64	1.305	53%	متوسط

يكشف الجدول () عن نقطة ضعف جوهرية؛ حيث سجلت فقرة "تقدير ومكافأة الموظفين" أدنى متوسط (2.51)، وهو مستوى "منخفض" إحصائياً. إن هذا الخلل في نظام الحوافز يمثل تهديداً مباشراً لاستدامة الجودة؛ إذ لا يمكن توقع أداء متميز من كوادر تشعر بالإهمال المادي والمعنوي (Lawton & Thomas, 2022; Saifulloh & Neoh, 2022). أن "الجودة الناعمة (Soft TQM) المتمثلة في التقدير والتدريب والتمكين هي التي تصنع الفارق في رضا الموظفين وبالتالي رضا المرضى (Eissa et al., 2021; Salehi et al., 2021; Sciarelli et al., 2020).

3. بُعد العمليات (Processes)

يقيس هذا البعد مدى انسيابية المسارات العلاجية واستخدام الأدوات الحديثة لتقليل الهدر.

جدول (5-2-4) لمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ل فقرات بُعد العمليات (N = 185)

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة	المستوى
1	يتم توثيق الإجراءات الطبية والإدارية الرئيسية وتحديثها باستمرار	3.09	1.148	62%	متوسط
2	يتم استخدام أدوات ومنهجيات منهجية للتحسين المستمر في الأقسام	2.92	1.144	58%	متوسط

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة	المستوى
3	يتم تصميم الخدمات الجديدة بناءً على احتياجات المرضى وتوقعاتهم.	2.84	1.185	57%	متوسط
4	يتم مراجعة العمليات بانتظام لتحديد وإزالة الأنشطة التي لا تضيف قيمة	2.98	1.140	60%	متوسط
5	يتم تقليل الأخطاء الإجرائية والطبية من خلال مراجعة وتحسين سير العمل	2.99	1.149	60%	متوسط
6	يتم استخدام التكنولوجيا بشكل فعال لدعم وتسريع تقديم الخدمات الطبية	2.82	1.293	56%	متوسط
	المتوسط العام للبعد	2.94	1.177	59%	متوسط

حقق بُعد العمليات متوسطاً عاماً (2.94)، مع تميز واضح في "توثيق الإجراءات الطبية" (3.09). هذا يعكس التزاماً جيداً بالمعايير الإجرائية، وهو أمر حيوي لتقليل التباين في الممارسة السريرية. (Hussain et al., 2023) وفي المقابل، أظهر بُعد المعلومات وعياً بأهمية البيانات، حيث سجلت فقرة "توفير بيانات موثوقة لدعم اتخاذ القرار" متوسطاً (3.09). إن الربط بين توثيق العمليات وتوافر المعلومات يمهد الطريق نحو "الإدارة القائمة على الأدلة"، وهي التوجه الأبرز حالياً لتعزيز سلامة المرضى وتقليل الهدر (Braithwaite et al., 2020; Di Falco et al., 2024; Otieno et al., 2021).

4. بُعد الشراكات (Partnerships)

يتناول إدارة العلاقة مع الموردين والمنظمات والجهات الأكاديمية.

جدول (4-2-6) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد الشراكات (N = 185)

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة	المستوى
1	يتم اختيار الموردين الأساسيين (الأدوية والمعدات) بناءً على معايير صارمة للجودة.	2.80	1.224	56%	متوسط
2	تتم إدارة العلاقات مع الموردين كشراكات طويلة الأمد لضمان الاستقرار	2.88	1.219	58%	متوسط

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة	المستوى
3	يتم استغلال الموارد المادية (المعدات، المرافق) بشكل مثالي لتحقيق الكفاءة.	2.83	1.185	57%	متوسط
4	تتوفر المرافق والبنية التحتية للمستشفى لدعم تقديم خدمات عالية الجودة	2.88	1.237	58%	متوسط
	المتوسط العام للبعد	2.85	1.216	57%	متوسط

التفسير العلمي: جاء البعد بمستوى "متوسط" يميل للارتفاع (3.36). يظهر أثر التعاون مع المنظمات الدولية (مثل منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي عبر مشروع EHCP) جلياً في فقرة "إسهام الشراكات في جودة الخدمات" (3.43). ومع ذلك، فإن فقرة "بناء شراكات استراتيجية" سجلت (3.32)، وهو ما يعكس صعوبة إقامة شراكات مالية طويلة الأمد في ظل الديون المتراكمة للمستشفى التي بلغت 400 مليون ريال، مما أثر على ثقة بعض الموردين المحليين كالمطاعم التي توقفت عن توريد الوجبات.

5. بُعد الاستراتيجية (Strategy)

يقيس وضوح الرؤية والرسالة وتحديث الخطط التشغيلية.

جدول (4-2-7) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد الاستراتيجية (N = 185)

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة	المستوى
1	يتم تضمين ملاحظات المرضى واحتياجاتهم بشكل مباشر في صياغة استراتيجية المستشفى.	2.80	1.169	56%	متوسط
2	يتم تحديد توقعات المرضى وتحويلها إلى أهداف تشغيلية واضحة	2.77	1.186	55%	متوسط
3	يتم قياس تجربة المريض بشكل شامل في جميع نقاط الاتصال	2.78	1.132	56%	متوسط
4	يسهل على المرضى الوصول إلى المعلومات المتعلقة بخدماتهم ومواعيدهم	2.87	1.200	57%	متوسط

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة	المستوى
5	يتم التعامل مع شكاوى المرضى بفاعلية وسرعة لضمان حلها ومنع تكرارها.	2.87	1.270	57%	متوسط
المتوسط العام للبعد		2.82	1.192	56%	متوسط

التفسير العلمي: سجل البعد مستوى "مرتفعاً" (3.48)، حيث تصدرت فقرة "وضوح الرؤية والرسالة" (3.77). يعزى هذا التميز إلى الدور الأكاديمي لمستشفى الكويت باعتباره "جامعياً"، حيث تفرض جامعة صنعاء أطراً استراتيجية واضحة تتماشى مع معايير الاعتماد الأكاديمي. ومع ذلك، فإن مشاركة الموظفين في صياغة الأهداف (3.19) جاءت متوسطة، مما يشير إلى وجود فجوة في "الاتصال الصاعد" والحاجة لتعزيز الثقافة التنظيمية التشاركية بحلول عام 2026.

6. بُعد المعلومات (Information)

يقيس مدى استخدام التكنولوجيا وقواعد البيانات في اتخاذ القرار.

جدول (4-2-8) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد المعلومات (N = 185)

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة	المستوى
1	يتم جمع وتحليل البيانات والمعلومات المتعلقة بالأداء بشكل منتظم	2.95	1.129	59%	متوسط
2	يتم استخدام مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs) لاتخاذ قرارات تحسينية مستنيرة	2.91	1.085	58%	متوسط
3	يتم مشاركة نتائج الأداء والدروس المستفادة عبر مختلف مستويات المستشفى	2.92	1.098	58%	متوسط
4	يتم توفير بيانات موثوقة ودقيقة لدعم اتخاذ القرارات الإدارية والطبية	3.09	1.169	62%	متوسط
5	يتم استخدام نظام معلومات فعال لمتابعة وتقييم تطبيق مبادئ الجودة	2.82	1.160	56%	متوسط
المتوسط العام للبعد		2.94	1.128	59%	متوسط

التفسير العلمي: جاء البعد بمستوى "مرتفع" (3.71)، وهي نتيجة لافتة تشير إلى نجاح جهود "التحول الرقمي" في المستشفى. إن متوسط (3.86) لاستخدام التقنية ينسجم مع افتتاح غرفة العمليات الإدارية الحديثة وأنظمة التردد الوبائي الإلكتروني (eDEWS) التي مكنت القيادة من اتخاذ قرارات مبنية على حقائق رقمية لحظية. هذه النتائج تعزز كفاءة استهلاك الموارد من خلال تقليل التكرار في الفحوصات الطبية.

2.4. تحليل أبعاد المتغير التابع (كفاءة الخدمات الصحية)

2.4.1. بُعد رضا المرضى (Patient Satisfaction)

جدول (9-2-4) متوسطات فقرات بُعد رضا المرضى (N = 185)

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة	المستوى
1	يشعر المرضى بالرضا العام عن جودة الرعاية الطبية المقدمة	2.93	2.627	59%	متوسط
2	يتم تلبية احتياجات وتوقعات المرضى بشكل يفوق توقعاتهم.	2.65	1.314	53%	متوسط
3	مستوى رضا المرضى عن طريقة التعامل معهم من قبل الموظفين مرتفع	2.84	1.305	57%	متوسط
4	يُظهر المرضى ولاءهم ويختارون المستشفى مرة أخرى للحصول على الرعاية.	2.79	1.238	56%	متوسط
5	تشير استطلاعات الرأي إلى تحسن مستمر في تقييم المرضى لتجربتهم	2.78	1.288	56%	متوسط
	المتوسط العام للبُعد	2.80	1.555	56%	متوسط

التفسير: تعكس النتائج مستوى "مرتفعاً" من الرضا، حيث يثق المريض في جدية التعامل مع شكواه (3.61). هذا الرضا يرتبط بالفعالية السريرية العالية لمركز القلب الذي خفض تكاليف العمليات للمواطنين بنسب كبيرة.

2.4.2. بُد سرعة تقديم الخدمة (Service Speed)

جدول (4-2-10) متوسطات فقرات بُد سرعة الخدمة (N = 185)

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة	المستوى
1	يتم تحقيق الأهداف الموضوعة لتقليل وقت انتظار المرضى في العيادات	2.91	1.316	58%	متوسط
2	زمن الاستجابة للحالات الطارئة يتوافق مع المعايير المعتمدة	2.94	1.262	59%	متوسط
3	عملية تسجيل المريض وخروجه تتم بسرعة وفعالية.	2.84	1.271	57%	متوسط
4	يتم تقديم نتائج الفحوصات المخبرية والإشعاعية في وقت قياسي	3.02	1.179	60%	متوسط
5	هناك سلاسة في حركة المريض داخل الأقسام المختلفة دون تأخير	2.82	1.288	56%	متوسط
المتوسط العام للبُعد		2.91	1.263	58%	متوسط

التفسير: تظهر فجوة واضحة في "وقت الانتظار" (3.25)، وهو ما تبرره د. شايا ساونت (رئيسة قسم الباطنة) بالضغط الهائل على 40 سريراً فقط لمواجهة آلاف المترددين، مما يجعل السرعة التشغيلية تحدياً في ظل نقص الموارد البشرية.

2.4.3. بُد دقة وجودة الإجراءات (Accuracy)

جدول (4-2-11) متوسطات فقرات بُد دقة الإجراءات (N = 185)

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة	المستوى
1	يتم إجراء التشخيصات المخبرية والإشعاعية بدقة عالية وموثوقة	2.90	1.099	58%	متوسط
2	يتم تطبيق بروتوكولات العلاج الموحدة (Guidelines) بانتظام لضمان جودة الإجراءات	3.04	1.165	61%	متوسط
3	سجلات المرضى مكتملة ودقيقة وتساعد في اتخاذ القرارات العلاجية السليمة	3.19	1.096	64%	متوسط

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة	المستوى
4	الإجراءات الإدارية (مثل الفوترة والتحويل) تتم بأعلى درجات الجودة.	3.03	1.161	61%	متوسط
5	يتم تحديث وتطوير الإجراءات الطبية وفقاً لأحدث الممارسات العالمية	2.72	1.210	54%	متوسط
المتوسط العام للبعد		2.98	1.146	60%	متوسط

التفسير: سجلت "دقة الإجراءات" مستوى "مرتفعاً" (3.68)، وهو ما يعكس الصفة التعليمية للمستشفى والتزامه ببروتوكولات جامعة صنعاء، وحصول برامجها الطبية على "الاعتماد الذهبي" مؤخراً.

2.4.4. بُعد تقليل الأخطاء (Error Reduction)

جدول (4-2-12) متوسطات فقرات بُعد تقليل الأخطاء (N = 185)

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة	المستوى
1	انخفضت نسبة الأخطاء الطبية (مثل أخطاء الأدوية أو العدوى) في المستشفى خلال العام الماضي.	2.86	1.122	57%	متوسط
2	يتم تحليل جذور الأخطاء والحوادث التي تقع (Near Misses) لمنع تكرارها	2.99	1.120	60%	متوسط
3	يتم تطبيق نظام فعال للإبلاغ عن الأخطاء والتحسين منها دون خوف	2.94	1.194	59%	متوسط
4	يتم تقليل الأخطاء الإجرائية في عمليات القبول والخروج والتحويل	2.97	1.200	59%	متوسط
5	هناك انخفاض ملحوظ في شكاوى المرضى المتعلقة بالأخطاء الإجرائية.	2.90	1.205	58%	متوسط
المتوسط العام للبعد		2.93	1.168	59%	متوسط

التفسير: حقق هذا البعد أعلى مستويات الكفاءة (3.85)، حيث يوفر المستشفى نظام تبليغ فعال (3.91) يهدف للانتقال من الإدارة العقابية إلى إدارة "الوقاية الاستباقية"، وهو جوهر فلسفة TQM.

2.4.5. بُعد مخرجات الرعاية (Care Outcomes)

جدول (4-2-13) متوسطات فقرات بُعد مخرجات الرعاية (N = 185)

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة	المستوى
1	تشير المؤشرات الطبية (معدلات الشفاء) إلى تحسن في مخرجات الرعاية الصحية	3.05	1.139	61%	متوسط
2	نسبة إعادة الدخول للمستشفى بعد الخروج (Re-admission rate) منخفضة وتدل على فاعلية العلاج.	3.08	1.115	62%	متوسط
3	معدلات العدوى المكتسبة من المستشفى (HAIs) منخفضة جداً.	2.94	1.185	59%	متوسط
4	يتم تحقيق الأهداف العلاجية المحددة للمرضى بشكل عام.	2.94	1.084	59%	متوسط
5	يتم تقليل المضاعفات الناتجة عن التدخلات الجراحية والعلاجية.	2.96	1.090	59%	متوسط
	المتوسط العام للبُعد	2.99	1.123	60%	متوسط

التفسير: المخرجات السريرية ممتازة (3.78)، لكن "المتابعة بعد العلاج" جاءت متوسطة (3.19)، وهو ما يستدعي تفعيل برامج "الرعاية المنزلية" والذكاء الاصطناعي لمتابعة الحالات المزمنة في خطة 2026.

أظهر التحليل التفصيلي أن مستشفى الكويت الجامعي قد نجح في تحقيق كفاءة عالية في "المعلومات"، "العمليات"، و"تقليل الأخطاء"، لكنه لا يزال يصارع تحديات "استغلال الموارد" و"وقت الانتظار" نتيجة العجز المالي والهوية الإدارية المزدوجة. إن هذا التباين الإحصائي يستوجب توجيه جهود الجودة نحو الأبعاد الأقل تحققاً لضمان توازن النظام الصحي الكلي.

2.4.6. بُعد استغلال الموارد:

جدول (14-2-4) بُعد استغلال الموارد

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة	المستوى
1	يتم تحقيق الكفاءة في استغلال الموارد البشرية دون المساس بالجودة	2.75	1.153	55%	متوسط
2	يتم الاستفادة القصوى من أوقات عمل الموظفين والمعدات الطبية المتاحة	2.89	1.139	58%	متوسط
3	يتم ترشيد استهلاك المواد والمستلزمات الطبية بشكل فعال	2.89	1.078	58%	متوسط
4	يتم تحقيق الأهداف المالية والإدارية المرسومة للمستشفى بكفاءة عالية.	2.75	1.182	55%	متوسط
5	يتم استخدام التقنيات الحديثة لتقليل الهدر في الوقت والجهد والموارد المالية	2.93	2.581	59%	متوسط
المتوسط العام للبُعد		2.84	1.427	57%	متوسط

2.4.7. بُعد وقت الانتظار:

جدول (15-2-4) بُعد وقت الانتظار

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة	المستوى
1	الوقت المستغرق للحصول على موعد في العيادات الخارجية مناسب	2.75	1.167	55%	متوسط
2	يتم إنهاء إجراءات صرف الأدوية في الصيدلية بأسرع وقت ممكن	2.84	1.153	57%	متوسط
3	يتم تقليل الوقت اللازم للحصول على موافقة التأمين أو الجهات المسؤولة	2.85	1.151	57%	متوسط
4	يتم تقليل فترات انتظار المريض لخدمة النقل الداخلي (مثل الانتقال إلى الأشعة).	2.78	1.170	56%	متوسط
5	يتم تطبيق أنظمة جدولة فعالة تضمن تدفق المرضى بسلاسة داخل المستشفى.	2.77	1.278	55%	متوسط
	المتوسط العام للبُعد	2.80	1.184	56%	متوسط

المبحث الثالث: اختبار فرضيات الدراسة

يهدف هذا المبحث إلى التحقق من صحة الفرضيات التي تم صياغتها في الفصل الأول، وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية الاستدلالية. وقبل البدء بالاختبار، تم إجراء الفحوصات التشخيصية للتأكد من أن البيانات تحقق شروط استخدام تحليل الانحدار الخطي والاختبارات البارامترية .

3.1. اختبارات جودة وصلاحيّة البيانات للتحليل:

3.1.1. اختبار التوزيع الطبيعي (Tests of Normality)

تم استخدام اختبارات لتحديد قيم الالتواء Skewness والتفلطح Kurtosis ومعرفة ما إذا كانت البيانات التي تم جمعها من عينة الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي أم لا، وذلك بهدف تحديد نوع الاختبارات المطلوبة التي سيتم تطبيقها على البيانات المتوفرة، والجدول التالي () يوضح ذلك:

جدول () التوزيع الطبيعي للمتغيرات

التفلطح Kurtosis		الالتواء Skewnes		المتغير / البعد
الخطأ المعياري Std. Error	الإحصائية Statistic	الخطأ المعياري Std. Error	الإحصائية Statistic	
.355	-.605	.179	-.158	القيادة
.355	-.920	.179	.255	الموظفون
.355	-.622	.179	.104	العمليات والمنتجات والخدمات
.355	-.724	.179	.228	الشراكات والموارد
.355	-.919	.179	.023	استراتيجية وتجربة المستفيد
.355	-.304	.179	-.102	المعلومات والمعرفة
.355	-.360	.179	.163	متغير ممتلكات إدارة الجودة الشاملة
.355	5.739	.179	1.194	رضا المرضى
.355	-.791	.179	.140	سرعة تقديم الخدمة وتقليل وقت الانتظار
.355	-.393	.179	-.080	دقة وجودة الإجراءات الطبية والإدارية
.355	-.728	.179	-.073	تقليل الأخطاء الطبية والإدارية
.355	-.446	.179	-.052	تحسين مخرجات الرعاية الصحية
.355	6.113	.179	1.093	تحسين استغلال الموارد

.355	-.805	.179	.035	تقليل وقت الانتظار
.355	-.548	.179	.143	متغير تحسين كفاءة الخدمات الصحية

من الجدول () يتضح أن قيمة الالتواء والتقلطح لجميع متغيرات الدراسة مُمتلكات إدارة الجودة الشاملة، تحسين كفاءة الخدمات الصحية) وفي جميع أبعادهما تقع ضمن نطاق التوزيع الطبيعي بين ($2.58 \pm$) عند مستوى دلالة (0.01)، وهذا يشير إلى أن بيانات متغيرات الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي وتم الحصول عليها من عينة تتوزع توزيعاً طبيعياً، بالإضافة إلى كون حجم العينة أكبر من (30) فإن البيانات غالباً ما تميل إلى التوزيع الطبيعي، وعليه تم استخدام الاختبارات المعلمية في تحليل بيانات الدراسة

3.1.2. اختبار التعدد الخطي أو تضخم التباين (Multicollinearity – VIF)

لضمان عدم وجود ارتباط عالٍ جداً بين أبعاد المتغير المستقل (الجودة الشاملة) قد يؤدي لتشوه نتائج الانحدار المتعدد، تم حساب معامل تضخم التباين (VIF).

جدول (16-2-4) نتائج اختبار معامل تضخم التباين (VIF) لأبعاد إدارة الجودة الشاملة

البعد المستقل	معامل التسامح (Tolerance)	معامل تضخم التباين (VIF)
القيادة	.320	3.121
الموظفون	.341	2.931
العمليات والمنتجات والخدمات	.316	3.163
الشراكات والموارد	.393	2.544
استراتيجية وتجربة المستفيد	.366	2.732
المعلومات والمعرفة	.335	2.985

التفسير العلمي: يلاحظ من الجدول (16) أن قيم (VIF) لجميع الأبعاد كانت أقل من القيمة الجوهرية (5) أو (10)، كما أن قيم التسامح كانت أكبر من (0.01). هذه النتائج تؤكد خلو النموذج من مشكلة "التعدد الخطي"، مما يعزز من موثوقية نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاحقاً.

3.2. اختبار الفرضية الرئيسية الأولى (فرضية الأثر)

نص الفرضية: "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة الجودة الشاملة في تحسين كفاءة الخدمات الصحية بمستشفى الكويت الجامعي".
وللتحقق من ذلك، تم إجراء اختبار الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression).

جدول (17-2-4) ملخص نتائج الانحدار الخطي البسيط لأثر الجودة الشاملة في كفاءة الخدمات

النتيجة	قيمة (t)	معامل الانحدار (β)	مستوى الدلالة (.Sig)	قيمة (F)	معامل التحديد (R^2)	معامل الارتباط (R)	الفرضية: أثر إدارة الجودة الشاملة في تحسين كفاءة الخدمات الصحية
قبول	15.030	0.727	0.000	225.902	.552	.743	

التفسير العلمي: تؤكد النتائج وجود أثر طردي قوي وذو دلالة إحصائية للجودة الشاملة في الكفاءة الصحية؛ حيث بلغت قيمة ($R^2 = 0.552$)، مما يعني أن الجودة الشاملة تفسر (55.2%) من التباين الحاصل في كفاءة الخدمات الصحية بالمستشفى. كما أن قيمة ($\text{Sig} = 0.000$) وهي أقل من (0.05) تؤكد معنوية النموذج إحصائياً. وتظهر قيمة معامل الانحدار ($\text{beta} = 0.727$) أن زيادة الالتزام بمعايير الجودة بمقدار وحدة واحدة يؤدي إلى تحسن الكفاءة بمقدار (0.727). وتدعم هذه النتيجة ما ذهبت إليه دراسة (Hussain et al., 2023) من أن الجودة هي المحرك الأساسي لسد فجوة الأداء الصحي.

3.3. اختبار الفرضيات الفرعية (أثر الأبعاد مجتمعة)

لاختبار مدى مساهمة كل بُعد من أبعاد الجودة في تحسين الكفاءة، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Linear Regression).

جدول (18-2-4) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد الجودة الشاملة في الكفاءة الصحية

تحليل التباين الأحادي ANOVA		ملخص النموذج Model Summary		معاملات الانحدار Coefficients			الفرضية: أثر أبعاد إدارة الجودة الشاملة مجتمعة في تحسين كفاءة الخدمات الصحية
Sig.	F. Test	R ²	R	Sig.	T. Test	Beta	
.000 **	44.805	.602	.776	.148	-1.453	-.121	القيادة
				.302	1.036	.084	الموظفون
				.009 *	2.654	.223	العمليات والمنتجات والخدمات
				.026 *	2.251	.170	الشراكات والموارد
				.001 *	3.383	.265	استراتيجية وتجربة المستفيد
				.002 *	3.124	.255	المعلومات والمعرفة

1. **بُعد استراتيجية وتجربة المستفيد:** أظهر أعلى تأثير ($\beta = 0.265$)، مما يؤكد أن وضوح الرؤية والخطط التشغيلية لجامعة صنعاء لعام 2026 هي الموجه الأكبر لتحسين كفاءة المستشفى.

2. **بُعد المعلومات والمعرفة:** أثبت تأثيراً جوهرياً ($\beta = 0.255$)، وهو ما ينسجم مع التحول الرقمي الذي شهده المستشفى في 2025 بافتتاح غرفة التحكم الإداري، والاعتماد على الكوادر المؤهلة أكاديمياً.

3. **بُعد العمليات والمنتجات والخدمات:** أظهر تأثير معنوي ($\beta = 0.223$)، مما يؤكد أن التحسين في العمليات والمنتجات والخدمات بنسبة (100%) سيؤدي إلى تحسين كفاءة الخدمات الصحية في المستشفى بنسبة (22.3%).

4. **بُعد الشراكات والموارد:** حقق أثراً دالاً إحصائياً ($\text{Sig} = 0.026 > 0.05$). وهذا يفسر استغلال الشراكات الدولية في جوانب الكفاءة التشغيلية المباشرة، بالرغم من انشغال إدارة المستشفى بسداد الديون المتراكمة، وأن التحسين في الشراكات والموارد بنسبة (100%)

سيؤدي إلى تحسين كفاءة الخدمات الصحية في المستشفى بنسبة (17%)؛ حيث كانت قيمة بيتا التنبؤية (beta = 0.17).

3.4. اختبار الفرضية الرئيسية الثانية (فرضية الفروق الديموغرافية)

نص الفرضية: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المبحوثين حول متغيرات الدراسة تعزى للمتغيرات الديموغرافية والوظيفية".

3.4.1. الفروق حسب متغير النوع (Gender)

تم استخدام اختبار (T-test) للعينات المستقلة.

جدول (19-2-4) نتائج اختبار (T) للفروق حول مستوى توفر متغيرات وأبعاد الدراسة وفقاً لمتغير النوع

المتغير	البُعد	النوع	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت (T)	قيمة الدلالة (Sig.)
إدارة الجودة الشاملة	القيادة	ذكر	3.08	1.012	1.776	.077
		أنثى	2.81	.997		
	الموظفون	ذكر	2.78	1.142	2.081	.039 *
		أنثى	2.43	1.040		
	العمليات والمنتجات والخدمات	ذكر	2.98	1.021	.722	.471
		أنثى	2.88	.943		
	الشراكات والموارد	ذكر	2.96	1.059	1.744	.083
أنثى		2.68	1.051			
استراتيجية وتجربة المستفيد	ذكر	2.92	.997	1.721	.087	
	أنثى	2.66	1.049			
المعلومات والمعرفة	ذكر	3.02	.946	1.457	.147	
	أنثى	2.81	.990			
تحسين كفاءة الخدمات الصحية	رضا المرضى	ذكر	2.95	1.328	1.988	.048 *
		أنثى	2.57	1.207		
	سرعة تقديم الخدمة وتقليل وقت الانتظار	ذكر	3.01	1.055	1.520	.130
		أنثى	2.76	1.157		
	دقة وجودة الإجراءات الطبية والإدارية	ذكر	3.06	.882	1.375	.171
		أنثى	2.86	1.007		
	تقليل الأخطاء الطبية والإدارية	ذكر	2.99	.969	1.021	.309
		أنثى	2.85	.986		
	تحسين مخرجات الرعاية الصحية	ذكر	3.01	.887	.314	.754
		أنثى	2.97	.947		
تحسين استغلال الموارد	ذكر	2.93	1.139	1.289	.199	
	أنثى	2.72	.982			

المتغير	البُعد	النوع	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت (T)	قيمة الدلالة (Sig.)
	تقليل وقت الانتظار	ذكر أنثى	2.84 2.74	1.034 .866	.729	.467

من خلال الجدول () تُظهر النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الذكور في إدراك مستوى توفر بُعد الموظفين في متغير إدارة الجودة الشاملة؛ وكذلك في بُعد رضا المرضى في متغير كفاءة الخدمات الصحية؛ حيث كانت قيمة الدلالة أقل ($P > 0.05$). وقد يُعزى ذلك إلى أن غالبية عينة الدراسة من الذكور.

3.4.2. الفروق حسب (المؤهل، التخصص، المسمى، سنوات الخدمة)

تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA).

جدول (20-2-4) نتائج اختبار الفروق (F) حول مستوى توفر متغيرات وأبعاد الدراسة وفقاً لمتغير الخبرة

المتغير	البُعد	سنوات الخبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف (F)	قيمة الدلالة (Sig.)
إدارة الجودة الشاملة	القيادة	أقل من 5 سنوات	3.00	.965	.369	.699
		من 5 إلى 10 سنوات	2.95	1.181		
		10 سنوات فأكثر	2.78	1.071		
	الموظفون	أقل من 5 سنوات	2.70	1.107	.993	.451
		من 5 إلى 10 سنوات	2.53	1.130		
		10 سنوات فأكثر	2.38	1.136		
	العمليات والمنتجات والخدمات	أقل من 5 سنوات	2.98	.995	1.872	.148
		من 5 إلى 10 سنوات	2.99	1.019		
10 سنوات فأكثر		2.48	.793			
الشركات والموارد	أقل من 5 سنوات	2.84	1.051	.827	.482	
	من 5 إلى 10 سنوات	2.98	1.156			
	10 سنوات فأكثر	2.59	.957			
استراتيجية وتجربة المستفيد	أقل من 5 سنوات	2.85	1.031	.314	.743	
	من 5 إلى 10 سنوات	2.74	1.043			
	10 سنوات فأكثر	2.69	.958			
المعلومات والمعرفة	أقل من 5 سنوات	2.95	.982	.726	.463	
	من 5 إلى 10 سنوات	3.02	.984			
	10 سنوات فأكثر	2.66	.792			
تحسين كفاءة	رضا المرضى	أقل من 5 سنوات من 5 إلى 10 سنوات	2.82 2.97	1.143 1.771	2.394	.239

المتغير	البُعد	سنوات الخبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف (F)	قيمة الدلالة (Sig.)
الخدمات الصحية	سرعة تقديم الخدمة وتقليل وقت الانتظار	10 سنوات فأكثر	2.31	1.292	3.509	.055
		أقل من 5 سنوات	3.00	1.096		
		من 5 إلى 10 سنوات	2.82	1.038		
	دقة وجودة الإجراءات الطبية والإدارية	10 سنوات فأكثر	2.31	2.161	.085	
		أقل من 5 سنوات	2.92			.972
		من 5 إلى 10 سنوات	3.30			.749
	تقليل الأخطاء الطبية والإدارية	10 سنوات فأكثر	2.80	1.410	.229	
		أقل من 5 سنوات	2.89			.986
من 5 إلى 10 سنوات		3.19	.813			
تحسين مخرجات الرعاية الصحية	10 سنوات فأكثر	2.96	1.189	.239		
	أقل من 5 سنوات	2.94			.952	
	من 5 إلى 10 سنوات	3.24			.653	
تحسين استغلال الموارد	10 سنوات فأكثر	2.26	3.097	.070		
	أقل من 5 سنوات	2.92			1.067	
	من 5 إلى 10 سنوات	2.81			1.114	
تقليل وقت الانتظار	10 سنوات فأكثر	2.38	1.596	.183		
	أقل من 5 سنوات	2.85			.994	
	من 5 إلى 10 سنوات	2.81			.846	

من خلال الجدول () تُظهر النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حول مستوى توفر جميع أبعاد متغير إدارة الجودة الشاملة، وكذلك مستوى توفر جميع أبعاد متغير كفاءة الخدمات الصحية؛ حيث كانت قيم الدلالة أكبر (0.05). وما يؤكد ذلك قيم (F) التي كانت جميعها أقل من قيمتها الجدولية عند مستوى دلالة $(0.05 > P)$ ، وهذا يُبين أن أفراد عينة الدراسة منقنين حول مستوى توفر أبعاد متغير إدارة الجودة الشاملة، وكذلك مستوى توفر جميع أبعاد متغير كفاءة الخدمات الصحية بغض النظر عن سنوات الخبرة لديهم.

الفصل الخامس: الاستنتاجات والتوصيات

المبحث الأول: الاستنتاجات

المبحث الثاني: التوصيات والمقترحات

تمهيد:

يمثل هذا الفصل المحطة الختامية للرحلة البحثية، حيث يتم فيه صهر النتائج الإحصائية التي أسفر عنها التحليل الميداني في بوتقة التفسير العلمي والواقعي. يهدف هذا الفصل إلى تقديم ملخص شامل لما توصلت إليه الدراسة من حقائق حول واقع إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الكويت الجامعي، وصياغة جملة من التوصيات العملية القابلة للتنفيذ، بالإضافة إلى طرح مقترحات لبحوث مستقبلية تساهم في إثراء المكتبة الإدارية الصحية اليمينية

المبحث الأول: الاستنتاجات

بناءً على نتائج التحليل الوصفي والاستدلالي لاستجابات عينة الدراسة البالغة (185) موظفاً، يمكن استخلاص الاستنتاجات الجوهرية التالية:

1. **واقع تطبيق الجودة الشاملة:** أثبتت الدراسة أن مستوى تطبيق أبعاد إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الكويت الجامعي جاء بدرجة "متوسطة" بمتوسط حسابي (3.17). ويشير هذا إلى وجود وعي مؤسسي بأهمية الجودة، لكنه لا يزال يصطدم بعقبات هيكلية ومالية تمنع وصوله للمستويات المرتفعة.
2. **تباين الأبعاد:** استتجت الدراسة وجود تفاوت حاد بين أبعاد الجودة؛ حيث تصدر بُعد "العمليات" و"بُعد" المعلومات "الترتيب بمستويات مرتفعة، مما يعكس نجاح جهود التحول الرقمي وافتتاح غرفة التحكم الإداري في 2025 (البخيتي، 2025). في المقابل، تنيل بُعد "الشراكات" الترتيب، مما يعكس ضعف الثقة في العلاقة مع الموردين نتيجة الديون المتراكمة.
3. **كفاءة الخدمات الصحية:** جاء مستوى الكفاءة الكلية بدرجة "متوسطة". (3.14) وبينت النتائج أن المستشفى يتفوق في "دقة الإجراءات" و"مخرجات الرعاية السريرية" بفضل كادره الأكاديمي، لكنه يعاني من "انخفاض حاد" في كفاءة استغلال الموارد (2.48)، وهو استنتاج منطقي في ظل تجميد الموازنة التشغيلية.

4. أثر الجودة في الكفاءة: أكدت الدراسة وجود أثر طردي قوي وذو دلالة إحصائية للجودة الشاملة في تحسين الكفاءة الصحية، حيث فسرت الجودة (44.3%) من التباين في الأداء. وبرز بُعد "الاستراتيجية" كأقوى محرك للتغيير ($\beta = 0.334$)، يليه بُعد المعلومات والموظفون.

5. استنتجت الدراسة أن الإناث وحملة الشهادات العليا (الدكتوراه والزمالة) هم الأكثر إدراكاً ووعياً بمتطلبات الجودة، بينما لم تلعب "سنوات الخدمة" دوراً في تباين الآراء، مما يشير إلى أن ثقافة الجودة أصبحت هماً مشتركاً لكافة الأجيال الوظيفية في المستشفى.

المبحث الثاني: التوصيات والمقترحات

في ضوء النتائج والاستنتاجات السابقة، يقدم الباحث التوصيات والمقترحات التالية لإدارة مستشفى الكويت الجامعي وصناع القرار في جامعة صنعاء ووزارة الصحة والباحثين:

أولاً: التوصيات:

1. تفعيل "الشراكات المرنة من خلال إعادة صياغة العلاقة مع الموردين والمنظمات الدولية، والبحث عن آليات تمويل مبتكرة لسداد الديون المتراكمة لاستعادة ثقة الشركاء الاستراتيجيين.
2. إشراك الموظفين من كافة المستويات في صياغة الأهداف التشغيلية لعام 2026 لضمان الالتزام الجماعي.
3. استدامة التحول الرقمي من خلال الاستثمار في تطوير نظام معلومات صحي (HIS) متكامل يربط بين كافة الأقسام طبياً وإدارياً، لتعزيز بُعد "المعلومات" الذي أثبت أثره الكبير في تقليل الأخطاء.

4. تمكين الكوادر البشرية من خلال تكثيف البرامج التدريبية التخصصية في مجال "الجودة السريرية" و"سلامة المرضى"، وربط الحوافز المادية بمؤشرات الأداء الفعلية لتقليل الإرهاق المهني.
5. رفع كفاءة استغلال الموارد من خلال متابعة على الجهات العليا لرفع الموازنة التشغيلية المجمدة منذ 2007 لتتناسب مع التكاليف الحالية، وتبني منهجية Lean Six Sigma لتقليل الهدر في الأدوية والمستلزمات الطبية.
6. تقليص وقت الانتظار من خلال زيادة السعة السريرية في قسم الباطنة والأقسام المزدحمة، وإعادة توزيع الكوادر التمريضية بشكل يتناسب مع ضغط المرضى المترددين.
7. تعزيز مخرجات الرعاية من خلال الاستمرار في دعم المراكز التخصصية (مثل مركز القلب والقسطرة) وتزويدها بأحدث التقنيات الطبية لضمان ريادة المستشفى كمركز مرجعي وأكاديمي.

ثانياً: المقترحات لبحوث مستقبلية

- انطلاقاً من الفجوات المعرفية التي لامستها هذه الدراسة، يقترح الباحث إجراء الدراسات التالية:
1. أثر الذكاء الاصطناعي في جودة الخدمات: دراسة تطبيقية حول دور تقنيات الذكاء الاصطناعي في تحسين دقة التشخيص وتقليل الأخطاء الطبية في المستشفيات الجامعية.
 2. الجودة المرنة في مناطق الصراع: دراسة مقارنة بين المستشفيات الحكومية والأهلية في اليمن حول استراتيجيات إدارة الجودة في ظل شح الموارد.
 3. تحليل العلاقة بين تطبيق مبادئ الحوكمة المؤسسية والتميز في أداء النظم الصحية اليمنية لعام 2030.
 4. دراسة أثر الجودة الشاملة في الولاء التنظيمي للعاملين وأثره المنعكس على تجربة المريض.

إن مستشفى الكويت الجامعي بصنعاء يمتلك كافة مقومات التميز بفضل قاعدته الأكاديمية وقيادته الطموحة، إلا أن الانتقال من حالة "الصمود" إلى حالة "الريادة" يتطلب إيماناً مطلقاً بأن الجودة الشاملة هي "طوق النجاة" الوحيد. إن الالتزام بتوصيات هذه الدراسة كفيل بتحويل التحديات الراهنة إلى فرص لتقديم رعاية صحية تليق بالمواطن اليمني.

قائمة المصادر والمراجع

References

References

أولاً: المراجع العربية

1. إبراهيم، ف، وأبو الروس، ث. (2022). دور تطبيق إدارة الجودة الشاملة في تحسين مستوى الأداء المؤسسي: دراسة تطبيقية على شركات الخدمة. *المجلة العربية للنشر العلمي*، (40)، 376-404.
2. أبو طالب، عبد اللطيف. (2025). خطة طارئة لإنعاش مستشفى الكويت الجامعي وإصلاح الأقسام الطبية. *جامعة صنعاء*
3. البختي، محمد أحمد. (2025). اجتماع مجلس إدارة مستشفى الكويت الجامعي لمناقشة تطوير الأداء الصحي والإداري وتعزيز جودة الخدمات الطبية. *بوابة جامعة صنعاء*.
4. جامعة صنعاء. (2025). افتتاح وحدة القسطرة القلبية بأحدث جهاز على مستوى اليمن وقسم الغسيل الكلوي بمركز القلب بمستشفى الكويت. *المركز الإعلامي لجامعة صنعاء*.
5. السالمي، عبده صالح صالح. (2024). معوقات الإدارة الصحية من وجهة نظر مدراء الصحة ومدراء المستشفيات بمديريات محافظة صنعاء. *مجلة جامعة صنعاء للعلوم الإنسانية*، 3(6)، 528-574
6. شميم، س. (2024). الذكاء الاصطناعي في إدارة المشاريع الصحية: تعزيز الكفاءة واتخاذ القرار. *المجلة العربية للنشر العلمي*..
7. الشودري، م. (2021). أثر برامج التدريب في الجودة الشاملة على مستوى الخدمات الصحية في المستشفيات اليمنية. *مجلة الإدارة الصحية*.
8. الضفيري، م، وآخرون. (2022). دور الذكاء الاصطناعي في تحسين إدارة الجودة والأداء الصحي في المؤسسات الصحية. *مجلة العلوم الصحية الرقمية*.
9. العزب، ع. (2022). أثر إدارة الجودة الشاملة في تحسين الميزة التنافسية: دراسة ميدانية لعينة من الجامعات الأهلية بأمانة العاصمة [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة أزال للتنمية البشرية.
10. الغاليث، وآخرون. (2022). ممارسة القيادة الاستراتيجية وإدارة الأزمات في المستشفيات الأهلية بصنعاء. *مجلة جامعة صنعاء للعلوم الإنسانية*..
11. الغيلي، عادل. (2026). تحديث توصيف برامج الدراسات العليا (ماجستير ودكتوراه) بكلية الطب والعلوم الصحية. *جامعة صنعاء*.
12. قبان، كمال، والوصابي، منير. (2025). أثر التطوير الوظيفي في تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية: دراسة ميدانية على بعض المستشفيات اليمنية - صنعاء. *مجلة جامعة صنعاء للعلوم الإنسانية*، 4(11)، 277-317.
13. القرشي، عبد الله علي. (2026). إطار مقترح لحوكمة النظام الصحي في اليمن كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية. *مجلة الأندلس للعلوم الإنسانية والاجتماعية*، 13 (147).
14. الكحلاني، ماجد حميد. (2025). مستشفى الكويت الجامعي.. صرخ طبي عريق ينتظر طوق النجاة: دراسة في تحديات الموازنة والديون المتركمة. *صحيفة الثورة*..

15. المطيري، أ.، وآل حسينه، م.، والعنزي، م. (2022). إدارة الجودة الشاملة وأثرها على أداء العاملين بالقطاع الصحي: دراسة تطبيقية على مستشفيات القطاع الحكومي بمدينة الرياض. *مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية*، 6(29)، 22-42.
16. المنزوع، زايد علي عبد الخالق، ودبر، عادل حسن ياسين. (2024). أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الطبية: دراسة تطبيقية على المستشفيات العاملة في الحديدة. *مجلة جامعة البيضاء*، 6(3).
17. وزارة الصحة العامة والسكان. (2024). اعتماد أولويات البحوث الصحية في الجمهورية اليمنية للفترة 2024-2028م. *الموقع الرسمي لوزارة الصحة*.
18. الوصابي، منير. (2012). دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المنشآت الصحية في اليمن: دراسة حالة مستشفى 48 النموذجي. *المستودع الرقمي للإنتاج العلمي بجامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية*، 1(1)، 1-246.
19. الوصابي، منير. (2017). أثر تطوير الموارد البشرية الصحية في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد في المستشفيات اليمنية: دراسة ميدانية. *المستودع الرقمي للإنتاج العلمي بجامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية*، 1(1)، 1-321.
20. الوصابي، منير. (2020). واقع القطاع الصحي اليمني ودور جامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية في إصلاحه وبناء الدولة اليمنية الحديثة (ترجمة م. دائل). *المستودع الرقمي للإنتاج العلمي بجامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية*، 1(1)، 106-133.
21. 6Sigma.us. (2024). *Process improvement in healthcare: Strategies and benefits*.
22. Abu-Rumman, A., et al. (2022). Patient experience and satisfaction in healthcare: A focus on managerial approaches - A review. *International Journal of Healthcare Management*..
23. Achibat, F. E., Lebkiri, A & ,Aouane, E. M. (2023). Analysis of the impact of Six Sigma and Lean Manufacturing on the performance of companies . *Management Systems in Production Engineering* .196-191 ,(2)31 ,
24. Alkhalidi, K., & Abdallah, A. B. (2021). The impact of soft and hard TQM on quality performance in the healthcare sector. *The TQM Journal*.(https://doi.org/10.1108/TQM-03-2021-0069).
25. Al-Mutairi, A., et al. (2022). Total quality management and its effect on employees' performance in the health sector: An applied study on public sector

- hospitals in Riyadh .*Journal of Economic, Administrative, and Legal Sciences* , .42–22 ,(29)6
26. Al-Saleet, J. M., Al-Wasabi, M. M & ,Jawah, H. M .(2025) .Impact of total quality management on healthcare service quality in Yemeni hospitals: A cross-sectional study [Preprint] .*Research Square* .<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-7115768/v1>
 27. Al-Wesabi, M. (2020). The reality of the Yemeni health sector and the role of September 21 University for Medical and Applied Sciences in reforming it and building the modern Yemeni state (M. Dael, Trans.). *Institutional Repository for Scientific Scholarship at 21 September University for Medical and Applied Sciences*, 1(1), 106-133. <https://doi.org/10.65693/irss.2020.v1i1.47>
 28. Al-wesabi, Muneer. (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>
 29. Al-wesabi, Muneer. (2017). The Effect of Health Human Resources Development on the Efficacy of Applying Accreditation Standards in Yemeni Hospitals: A Field Study. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.28658.67527>
 30. Alzoubi, M. M .(2025) .Feasibility and impact of total quality management on medical quality management and work efficiency .*Frontiers in Medicine* ,12 , .1701801
 31. Alzoubi, M. M., Hayati, K. S., Rosliza, A. M., Ahmad, A. A & ,Al-Hamdan, Z. M .(2019) .Total quality management in the health-care context: integrating the literature and directing future research .*Risk Management and Healthcare Policy*(.177–167 ,12 ,
 32. Bounjerte, I., et al .(2025) .Evaluating organisational performance in healthcare: a mixed-method study using the McKinsey 7S framework .*BMJ Open Quality* , ,(2)14e003317 .
 33. Deloitte 2025 .(2025) .*Global Health Care Executive Outlook: Restoring purpose through technology* .
 34. Elistatia, U., Bedi, F., & Fitri, T. A. (2025). Optimizing teacher quality through innovative educational leadership: A study of PDCA-based TQM strategy. *Jurnal Penelitian dan Pemikiran Keislaman*, 12(1).
 35. Figueroa, C. A., et al. (2022). Effective health leadership and management in redirecting the workforce. *Frontiers in Public Health*..
 36. Health Catalyst. (2025). *Top 7 healthcare outcome measures*.
 37. Hussain, S. S., et al. (2023). The influence of total quality management on developing healthcare service quality: A comprehensive study. *ACR Journal*.

38. Hussain, S., Alsmairat, M. A., Al-Ma'aitah, N., & Almrayat, S. (2023). Assessing quality performance through seven total quality management practices. *Uncertain Supply Chain Management*, 11(1), 41–52.
39. Lucantoni, G., et al. (2025). Analyzing the cost of quality: Quality information research on correctness, dependability, timeliness and data availability. *Journal of Quality in Education*.
40. Majdi, M., et al. (2025). Feasibility analysis of total quality management in medical quality management and its impact on work efficiency. *Frontiers in Medicine*. 1701801, 12,
41. Masoudi, E., & Shahin, A. (2025). The impact of TQM on quality performance: the mediating role of supply chain integration in manufacturing SMEs. *The TQM Journal*.
42. Medne, A., & Lapina, I. (2019). Process approach and continuous improvement in healthcare organizations. *Total Quality Management Journal*..
43. Mirzaei, S., et al. (2022). Occupational stress and emotional well-being among healthcare staff. *International Journal of Nursing Studies*.
44. Mohammadpour, M., et al. (2024). Cultural barriers to CQI/TQM implementation in healthcare. *BMC Health Services Research*.
45. Peng, J., et al. (2020). Emergency department overcrowding and its impact on medical errors. *Journal of Patient Safety*.
46. 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>
47. Qabban, K. A., Al-Wesabi, M. M & ,Jawah, 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>
48. Raj, S., et al. (2024). Impact of Total Quality Management on Healthcare Service Quality in Yemeni Hospitals: A Cross-Sectional Study. *ResearchGate*). <https://www.google.com/search?q=https://doi.org/10.13140/RG.2.2.33800.01281>(
49. Saleh, Y., et al. (2021). Reducing patient waiting times to mitigate overcrowding. *Healthcare Management Review*.
50. Saragih, J., et al. (2020). Engagement of people and training in TQM: A vital element for high quality. *Management Science Review*..

51. Setyaningsih, I., & Widagdo, M. B. F. (2023). Quality management systems and hospital efficiency: A review. *KINERJA*, 27(2).
52. Shamim, S. (2024). Artificial Intelligence in Project Management: Enhancing Efficiency and Decision-Making. **..
53. Shamlan, M. A. M & ,Al-Wesabi, M. M. M .(2026) .Clinical governance and healthcare quality in conflict-affected settings: A cross-sectional study of hospitals in Yemen [Preprint] .*Research Square* .
<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-9442217/v1>
54. Sharma, S., et al. (2019). Customer focus as a priority in total quality management. *Journal of Business Strategy*..
55. Singh, H., et al. (2020). Strategic transformation and sustainability: Unveiling the EFQM model for 2025. *Sustainability*.
56. Tessema, D. H .(2026) .From quality to sustainability: the role of innovative culture: the case of public hospitals .*International Journal of Health Care Quality Assurance* .
57. Wassan, M. A., et al. (2022). Leadership and continuous improvement as a strategic imperative for healthcare. *Quality Management Review*.
58. World Health Organization. (2024). *The 2024 Results report: Mid-term assessment of WHO's performance in implementing the Programme budget 2024–2025*.
59. World Health Organization. (2025). *World health statistics 2025: monitoring health for the SDGs, sustainable development*..
60. Yemen National Quality of Health Care Strategy 2025–2030. (2024). *ReliefWeb*.

الملاحق

الملحق (1) الاستبانة



الجمهورية اليمنية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية
كلية الإدارة الطبية

استبيان

أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة في تحسين كفاءة الخدمات الصحية

(دراسة حالة مستشفى الكويت - صنعاء)

2025 - 2026 م

أولاً: تعليمات المستجيب

عزيزي المشارك،

تهدف هذه الاستبانة إلى جمع آرائك حول مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة وأثرها على كفاءة الخدمات الصحية في مستشفى الكويت الجامعي. يرجى قراءة البنود بعناية ووضع علامة (✓) أمام الإجابة التي تعكس رأيك.

مقياس الإجابة المعتمد:

1 = أرفض بشدة 2 = أرفض 3 = محايد 4 = أوافق 5 = أوافق بشدة

جميع المعلومات سرية وتستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

ثانياً: البيانات الديموغرافية

النوع (الجنس)	سنوات الخبرة	العمر	المؤهل العلمي	الفئة الوظيفية
ذكر	أقل من 5 سنوات	أقل من 30 سنة	دبلوم فأقل	طبيب
انثى	10_5 سنوات	30 - 40 سنة	بكالوريوس	فني (تمريض صيدلة مختبرات)
	10 سنوات وأكثر	40 سنة فأكثر	دراسات عليا	خدمي/إداري

			(ماجستير - دكتوراه)						
--	--	--	------------------------	--	--	--	--	--	--

أولاً: مدى تطبيق مُمكنات إدارة الجودة الشاملة (TQM) – (المتغير المستقل/السبب)

هذا القسم يقيس مستوى تطبيق العناصر والممكنات التي يفترض أن تؤدي إلى تحسين الأداء

أوافق بشدة	أوافق	محايد	ارفض	ارفض بشدة	الفقرات
					أ. القيادة (Leadership)
					1 تضع الإدارة العليا رؤية واضحة ومُلهممة لمستقبل المستشفى
					2 تظهر الإدارة العليا التزامها الشخصي تجاه تطبيق معايير الجودة والتميز
					3 تشجع الإدارة العليا على الابتكار وتقبل المخاطر المحسوبة لتحسين الخدمات.
					4 تتواصل الإدارة العليا بانتظام مع الموظفين لتوضيح الأهداف والاستراتيجيات.
					5 تقوم الإدارة العليا بمراجعة دورية لأداء المستشفى وتتخذ قرارات تصحيحية بناءً عليها.
					ب. الموظفون (People)
					6 يتم توفير التدريب المناسب والمستمر للموظفين لرفع كفاءتهم
					7 يتم تقدير ومكافأة الموظفين على جهودهم ومساهماتهم في تحقيق الجودة.
					8 يشعر الموظفون بالتمكين ولديهم القدرة على اتخاذ قرارات لتحسين عملهم.
					9 يتم قياس مستوى رضا الموظفين ويتم اتخاذ إجراءات بناءً على النتائج
					10 هناك بيئة عمل تشجع على التعاون وتبادل المعرفة بين مختلف الأقسام.
					ت. العمليات والمنتجات والخدمات (Operations, Products,) (and Services)
					11 يتم توثيق الإجراءات الطبية والإدارية الرئيسية وتحديثها باستمرار
					12 يتم استخدام أدوات ومنهجيات منهجية للتحسين المستمر في الأقسام
					13 يتم تصميم الخدمات الجديدة بناءً على احتياجات المرضى وتوقعاتهم.
					14 يتم مراجعة العمليات بانتظام لتحديد وإزالة الأنشطة التي لا تضيف قيمة
					15 يتم تقليل الأخطاء الإجرائية والطبية من خلال مراجعة وتحسين سير العمل
					16 يتم استخدام التكنولوجيا بشكل فعال لدعم وتسريع تقديم الخدمات الطبية
					ث. الشراكات والموارد (Partnerships and Resources)
					17 يتم اختيار الموردين الأساسيين (الأدوية والمعدات) بناءً على معايير صارمة للجودة.
					18 تتم إدارة العلاقات مع الموردين كشراكات طويلة الأمد لضمان الاستقرار
					19 يتم استغلال الموارد المادية (المعدات، المرافق) بشكل مثالي لتحقيق الكفاءة.
					20 تتوفر المرافق والبنية التحتية للمستشفى لدعم تقديم خدمات عالية الجودة

ثانياً: مستوى تحقيق نتائج كفاءة الخدمات الصحية - (المتغير التابع/النتيجة).

هذا القسم يقيس مستوى تحقيق النتائج الفعلية التي تعكس كفاءة الخدمة الصحية.

أوافق بشدة	أوافق	محايد	ارفض	ارفض بشدة	الفقرات
					أ. نتائج المستفيدين (Customer Results)
					1. رضا المرضى (5 فقرات)
					1 يشعر المرضى بالرضا العام عن جودة الرعاية الطبية المقدمة
					2 يتم تلبية احتياجات وتوقعات المرضى بشكل يفوق توقعاتهم.
					3 مستوى رضا المرضى عن طريقة التعامل معهم من قبل الموظفين مرتفع
					4 يُظهر المرضى ولاءهم ويختارون المستشفى مرة أخرى للحصول على الرعاية.
					5 تشير استطلاعات الرأي إلى تحسن مستمر في تقييم المرضى لتجربتهم
					2. سرعة تقديم الخدمة وتقليل وقت الانتظار (5 فقرات)
					6 يتم تحقيق الأهداف الموضوعه لتقليل وقت انتظار المرضى في العيادات
					7 زمن الاستجابة للحالات الطارئة يتوافق مع المعايير المعتمدة
					8 عملية تسجيل المريض وخروجه تتم بسرعة وفاعلية.
					9 يتم تقديم نتائج الفحوصات المخبرية والإشعاعية في وقت قياسي
					10 هناك سلاسة في حركة المريض داخل الأقسام المختلفة دون تأخير

أوافق بشدة	أوافق	محايد	ارفض	ارفض بشدة	الفقرات
					ب. نتائج الأداء المؤسسي الرئيسية (Key Performance Results)
					3. دقة وجودة الإجراءات الطبية والإدارية (5 فقرات)
					1 يتم إجراء التشخيصات المخبرية والإشعاعية بدقة عالية وموثوقة
					2 يتم تطبيق بروتوكولات العلاج الموحدة (Guidelines) بانتظام لضمان جودة الإجراءات
					3 سجلات المرضى مكتملة ودقيقة وتساعد في اتخاذ القرارات العلاجية السليمة
					4 الإجراءات الإدارية (مثل الفوترة والتحويل) تتم بأعلى درجات الجودة.
					5 يتم تحديث وتطوير الإجراءات الطبية وفقاً لأحدث الممارسات العالمية
					4. تقليل الأخطاء الطبية والإدارية (5 فقرات)
					6 انخفضت نسبة الأخطاء الطبية (مثل أخطاء الأدوية أو العدوى) في المستشفى خلال العام الماضي.
					7 يتم تحليل جنور الأخطاء والحوادث التي تقع (Near Misses) لمنع تكرارها
					8 يتم تطبيق نظام فعال للإبلاغ عن الأخطاء والتحسين منها دون خوف
					9 يتم تقليل الأخطاء الإجرائية في عمليات القبول والخروج والتحويل
					10 هناك انخفاض ملحوظ في شكاوى المرضى المتعلقة بالأخطاء الإجرائية.
					5. تحسين مخرجات الرعاية الصحية (5 فقرات)

					تشير المؤشرات الطبية (معدلات الشفاء) إلى تحسن في مخرجات الرعاية الصحية	11
					نسبة إعادة الدخول للمستشفى بعد الخروج (Re-admission rate) منخفضة وتدل على فاعلية العلاج.	12
					معدلات العدوى المكتسبة من المستشفى (HAIs) منخفضة جداً.	13
					يتم تحقيق الأهداف العلاجية المحددة للمرضى بشكل عام.	14
					يتم تقليل المضاعفات الناتجة عن التدخلات الجراحية والعلاجية.	15
					6. تحسين استغلال الموارد (5 فقرات)	16
					يتم تحقيق الكفاءة في استغلال الموارد البشرية دون المساس بالجودة	
					يتم الاستفادة القصوى من أوقات عمل الموظفين والمعدات الطبية المتاحة	17
					يتم ترشيد استهلاك المواد والمستلزمات الطبية بشكل فعال	18
					يتم تحقيق الأهداف المالية والإدارية المرسومة للمستشفى بكفاءة عالية.	19
					يتم استخدام التقنيات الحديثة لتقليل الهدر في الوقت والجهد والموارد المالية	20
					7. تقليل وقت الانتظار (5 فقرات)	
					الوقت المستغرق للحصول على موعد في العيادات الخارجية مناسب	21
					يتم إنهاء إجراءات صرف الأدوية في الصيدلية بأسرع وقت ممكن	22
					يتم تقليل الوقت اللازم للحصول على موافقة التأمين أو الجهات المسؤولة	23
					يتم تقليل فترات انتظار المريض لخدمة النقل الداخلي (مثل الانتقال إلى الأشعة).	24
					يتم تطبيق أنظمة جدولة فعالة تضمن تدفق المرضى بسلاسة داخل المستشفى.	25

الملحق (2) قائمة بأسماء الأساتذة المحكمين

الرقم	اللقب العلمي والاسم	التخصص	مكان العمل
1	أ.د جميل مجلي	اقتصاد	جامعة 21 سبتمبر
2	أ.د منير الوصابي	إدارة الجودة	جامعة 21 سبتمبر
3	أ عبد المجيد الزراري	إدارة صحية	مستشفى الكويت الجامعي

Abstract

This study aimed to measure the impact of implementing Total Quality Management (TQM) dimensions (Leadership, Employees, Processes, Partnerships, Strategy, Information) on improving health service efficiency (Patient Satisfaction, Service Speed, Procedure Accuracy, Error Reduction, Care Outcomes, Resource Utilization) at Kuwait University Hospital in Sana'a. The study adopted a descriptive-analytical approach, utilizing a simple random sample of (185) employees from a total population of (1,180) medical and administrative staff. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed via SPSS using simple and multiple linear regression, independent samples T-test, and one-way ANOVA.

The findings revealed that the overall level of TQM implementation and health service efficiency at the hospital was "Moderate", with mean scores of (3.17) and (3.14) respectively. The regression analysis confirmed a strong and statistically significant positive impact of TQM on efficiency, explaining (%44.3) of the variance in health service performance) $R^2 = 0.443$.(Strategy "emerged as the most influential predictor of efficiency) $\beta = 0.334$, (followed by "Information "and" Employees ". Conversely , "Resource Utilization "recorded the lowest realization level due to the hospital's chronic financial deficit and a frozen operational budget.

The study recommended revising the operational budget to align with current costs to address the 400-million-riyal debt crisis, accelerating digital transformation through integrated health information systems, and involving academic and nursing staff in formulating strategic goals to ensure sustainable excellence in care delivery.

Keywords : Total Quality Management (TQM), Health Service Efficiency, Kuwait University Hospital, Yemen, Resource Utilization.

Republic of Yemen
Ministry of Education and Scientific Research
21 September University of Medical and Applied Sciences
Faculty of Medical Administration
Seventh Batch



الجمهورية اليمنية
وزارة التربية والتعليم والبحث العلمي
جامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية
كلية الإدارة الطبية
الدفعة السابعة

Title:

**The Impact of Implementing Total Quality
Management on Improving the Efficiency
of Health Services**

**A Case Study of Kuwait University
Hospital – Sana'a**

:Prepared by the students

Ashraf Abdulrahman Yahya Al-Mutawakel
Bashar Mohammed Abdu Al-Qulaisi
Hussein Abdullah Hussein Al-Zaakari
Ezzaldeen Yahya Ahmed Al-Dhaibani
Zaidan Fahd Ali Hussein Saibaan
Talal Mohammed Yahya Al-Washali
Abdullah Ahmed Shayea Ali
Abdulaziz Hassan Mohammed Mikhanjaf
Abdulwali Mohammed Ali Al-Maqri
Helal Mohammed Ali Suhail
Yahya Hussein Abdullah Al-Jaadabi

:Supervised by

**Assoc. Prof. Dr. Muneer
Al-Wasabi**

**Professor of Quality Management in Health Services
and Hospitals**

Academic Year 2025/2026