



# The Impact of Career Development on Improving Nursing Performance in Yemen Hospitals - Sana'a

**Kamal Ahmed Mosleh Hussein Qabban <sup>1,\*</sup>, Muneer Musleh Mohammed Al Wesabi <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Center of Business Administration - Sana'a University, Sana'a, Yemen.

<sup>2</sup> Faculty of Medical Management - 21 September University for Medical and Applied Sciences, Sana'a, Yemen.

\*Corresponding author: [ahadimi@gmail.com](mailto:ahadimi@gmail.com)

---

## Keywords

1. Career development
  2. Improving Nursing Performance
  3. Hospitals
- 

## Abstract:

The study aimed to measure the impact of career development on improving nursing performance of Yemen hospitals within city Sana'a. This study employed a descriptive-analytical approach, and relied on a questionnaire as the primary tool for data collection. The sample size was determined based on the Krejcie and Morgan table. The total sample size was (526) nursing staff working in general emergency departments and inpatient wards of Yemeni hospitals were selected through random sampling method. The data was analyzed using Application of the statistical package for the social sciences (SPSS-26).

The study reached that there is a medium level of career development with an average of (3.99) and improvement performance of nursing staff with an average of (4.64) in Yemen hospitals within city Sana'a in Yemen. The results of the study also showed that there is a statistically significant of career development on Improving Nursing Performance, where the coefficient of determination was ( $R^2=0.655$ ), and the coefficient of impact was beta ( $B=0.555$ ).

The study recommended: The significance of this study lies in its potential to inform healthcare policymakers, administrators, and practitioners about the importance to improve nursing performance through administrative and development practice of nursing staff. This study can contribute to the literature by highlighting the impact size of career development on improving nursing performance.

## أثر التطوير الوظيفي في تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية دراسة ميدانية على بعض المستشفيات اليمنية – صنعاء

كمال أحمد مصلح حسين قبان<sup>1\*</sup> , منير مصلح محمد الوصابي<sup>2</sup>

<sup>1</sup> مركز إدارة الأعمال - جامعة صنعاء ، صنعاء ، اليمن.

<sup>2</sup> كلية الإدارة الطبية - جامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية ، صنعاء ، اليمن.

\*المؤلف: [ahadimi@gmail.com](mailto:ahadimi@gmail.com)

### الكلمات المفتاحية

2. تحسين الأداء التمريضي

1. التطوير الوظيفي

3. المستشفيات اليمنية

### الملخص:

هدفت الدراسة إلى قياس أثر التطوير الوظيفي المرتبط بتحسين الأداء بأبعاده: (التدريب، القيادة الإدارية، الثقافة التنظيمية، التمكين) في تحسين أداء الكوادر التمريضية في المستشفيات اليمنية بصنعاء، واستخدمت المنهج الوصفي التحليلي، واعتمدت على الاستبانة لجمع البيانات، وتم تحديد حجم العينة بناءً على جدول كريجسي ومورجان، وتم اختيار (526) من الكوادر التمريضية العاملة في أقسام الطوارئ العامة والرقود والعناية المركزة بالمستشفيات اليمنية، وتم معالجة البيانات بواسطة برنامج الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS)، وتوصلت الدراسة إلى أن هناك مستوى متوسط لتحقيق التطوير الوظيفي للكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية بمتوسط حسابي (3.99)، وبدرجات متقاربة في جميع أبعاده، وبالنسبة لواقع أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية فكان بمستوى عالٍ إلى حدٍ ما حيث بلغ المتوسط الحسابي (4.64) بحسب مقياس ليكرت السباعي، كما بينت الدراسة وجود تأثير إيجابي دال إحصائيًا للتطوير الوظيفي للكوادر التمريضية على تحسين أدائهم بالمستشفيات اليمنية؛ حيث بلغ معامل التحديد ( $R^2=0.655$ )، ومعامل التأثير بيتا ( $B=0.555$ )، وأوصت الدراسة بضرورة إعطاء أولوية واهتمام أكبر لبرامج التطوير الوظيفي للكوادر التمريضية بجميع أبعاده، وتنفيذ برامج تدريبية تخصصية مبنية على واقع الاحتياجات التدريبية الفنية للكوادر التمريضية وتمكينهم من أعمالهم وتسهيل أساليب تنفيذها بكفاءة وفاعلية وضرورة أن تسود ثقافة تنظيمية مشجعة ومحفزة لتحسين الأداء، وتفعيل دور القيادة الإدارية والتمريضية في ممارسة وظائفهم بفاعلية وتشجيع ودعم وإشراف وتوجيه ومتابعة وتقييم وتحسين أداء الكوادر التمريضية في تقديم خدمات الرعاية الصحية للمرضى بالمستشفيات اليمنية لما لها من أثر في تعزيز ثقافة السلامة والتحسين المستمر للأداء الوظيفي.

## المقدمة:

يعد العنصر البشري من أهم الموارد الأساسية في المنظمات الصحية وبشكل كبير لما له من أهمية وتأثير على واقعها ومستقبلها في ظل المتغيرات البيئية والتكنولوجية والاجتماعية والتنافسية وغيرها، حتى أصبح الاستثمار في العنصر البشري وسيلة للوصول إلى تحسين الأداء وتحقيق أهداف المنظمة، ويعد الأداء المتغير التابع النهائي في إدارة الموارد البشرية، وفي مجال خدمات الرعاية الصحية يُعد أداء الكوادر التمريضية أمراً بالغ الأهمية، نظراً لارتباطه بمستوى خدمات الرعاية الصحية وسلامة المرضى، بالإضافة إلى تأثيره في تعزيز النتائج المالية التنظيمية الأخرى للمستشفيات. وتعد خدمات الرعاية التمريضية الشكل الأكثر شيوعاً لخدمات الرعاية الصحية المقدمة للمريض حسب الخطة العلاجية للطبيب المعالج، وعلى ضوءها يضع الممرض القانوني أو مشرف القسم خطة الرعاية التمريضية وتشمل الرعاية التمريضية تضديد الجراح، وإدارة وإعطاء الأدوية، ومراقبة العلامات الحيوية والصحة العامة للمريض، والسيطرة على الألم، وغيرها من أشكال الرعاية التمريضية والدعم الصحي للمريض (Maaik, 2015).

والكوادر التمريضية في المستشفيات هي الشريحة الأهم التي تقوم بتقديم خدمات الرعاية الصحية مباشرة للمريض، وتؤثر إيجاباً أو سلباً على مستوى خدمات الرعاية الصحية ومعدلات المرضى والوفيات والحد من حدوث الأخطاء الطبية، لذلك فإن هناك حاجة دائمة ومُلحة لتحسين أداء الكوادر التمريضية في المستشفيات اليمنية.

كما تعد الكوادر التمريضية جزءاً حيوياً من نظام الرعاية الصحية؛ حيث يلعبون دوراً رئيساً في تقديم الرعاية الجيدة للمرضى، لذا فإن تحسين أدائهم يُعد أمراً بالغ الأهمية (Buchan, 2018)، وتدعم الأدبيات الحالية أهمية الاستثمار في تطوير مهارات الكوادر التمريضية؛ حيث تؤدي فرص التعليم والتدريب إلى زيادة المهنية وتعزيز نتائج الرعاية الصحية (Rose et al., 2019).

وخدمات الرعاية التمريضية تعتمد بشكل أساسي على مستوى أداء الكوادر التمريضية؛ حيث تعد الخدمة أهم مخرجاته ويتلقاها المستفيد (أكرم من خلق الله على وجه الأرض وهو الإنسان)؛ لذلك يجب إعطاء أهمية كبيرة لجعل الكوادر التمريضية ذات كفاءة ومستوى أداء عال من خلال تطويرهم وظيفياً ومتابعة مستوى أدائهم حسب المعايير المعتمدة، باعتبارهم العنصر الحيوي الذي يحقق عملية الاتصال المباشر مع المريض.

وجاءت هذه الدراسة نتيجة لاهتمامات الباحثين بموضوع تحسين أداء الكوادر التمريضية في تقديم خدمات الرعاية الصحية، وتحديد أبعاد وعناصر التطوير الوظيفي التي يمكن أن تؤثر في تحسين أدائهم؛ حيث إن سلامة المرضى مرتبطة بمستوى الأداء الوظيفي للكوادر التمريضية باعتبارهم الفئة الأكثر اتصالاً بالمرضى، لذا فإن الأمر يتطلب العمل والتركيز على تحسين مستوى أدائهم وخبراتهم بشكل مستمر.

وتناولت عدد من الدراسات السابقة موضوع أثر التطوير الوظيفي في تحسين أداء الموظفين، مثل: دراسة (Heita, 2021) التي تناولت أثر التطوير

من خلال تمكين ومشاركة الموظفين كمتغير وسيط، كما يؤثر تمكين ومشاركة الموظفين على الأداء.

وتناولت بعض الدراسات مثل: (Aiken, Smith, and Lake 1994; Havens and Aiken 1999; Robinson 2001; Avallone and Gibbon 1998) علاقة التطوير المهني والعوامل التنظيمية والتمكين وبيئة الممارسة والتواصل الفعال بين الكوادر التمريضية والقيادة الإدارية وأثر ذلك في تحسين الأداء التمريضي، وأظهرت جميعها وجود علاقة وتأثير إيجابي للعوامل المستقلة في تحسين الأداء الوظيفي للعاملين.

بينما هدفت دراسات أخرى إلى دراسة العوامل المؤثرة في تحسين الأداء الوظيفي، والتي تمثلت في: (القيادة الإدارية، التمكين، الثقافة التنظيمية، التدريب، والتأهيل)، مثل: دراسة (غانم، 2024) في اليمن، ودراسة (Virgiawan & Endri, 2021) في إندونيسيا، وجود أثر معنوي ذي دلالة إحصائية لمتغيري الثقافة التنظيمية والقيادة الإدارية التحولية في أداء العاملين، وفي دراسة ميدانية أجريت بالمستشفيات الأهلية بأمانة العاصمة صنعاء (علي، 2018) أظهرت وجود أثر معنوي للثقافة التنظيمية والتمكين الإداري في الأداء الوظيفي، وكذا توصلت دراسة (الصومالي وآخرين 2021)، ودراسة (لوباني، 2021) إلى وجود علاقة طردية قوية بين القيادة الإدارية وتحسين أداء الموظفين، وهدفت دراسة (المحاسنة، 2007) إلى تحديد أثر التمكين الإداري في تكوين فرق العمل وتحسين أدائها، فقد أظهرت النتائج وجود أثر مهم ذي دلالة إحصائية للتمكين الإداري في تعزيز الأداء، ودراسة (Gilad, et al., 2025)، وهي دراسة شبه تجريبية متعددة المستويات للقيادة والتفويض والأداء في فرق العمل؛

الوظيفي بأبعاده (التدريب، القيادة الإدارية، الثقافة التنظيمية وبيئة العمل، التحفيز) في تحسين أداء الموظفين، أجريت الدراسة في مطارات شركة نامبيا (Namibia Airports Company (NAC)، واستخدمت المنهج الوصفي التحليلي، وأداة الاستبانة لجمع البيانات وتحليلها بواسطة برنامج (ATLAS. ti)، وتوصلت إلى أن جميع أبعاد التطوير الوظيفي تؤثر بشكل إيجابي في تحسين أداء الموظفين، عدا بُعد الثقافة التنظيمية وبيئة العمل.

وكذا دراسة (Caniago and Rustanto 2022) في إندونيسيا هدفت إلى دراسة تأثير التطوير الوظيفي في أداء العاملين؛ وتم تحليل البيانات بأسلوب تحليل الانحدار الخطي، وأظهرت النتائج أنه يوجد تأثير إيجابي للتطوير الوظيفي في تحسين الأداء.

كما توصلت دراسات سابقة أخرى إلى وجود علاقة قوية وأثر معنوي بين التطوير الوظيفي وتحسين أداء العاملين، مثل الدراسة التي أجريت في نيجيريا (Odanwu, et al., 2024)، على قطاع الخدمة المدنية الحكومية في ولاية إيبوني بنيجيريا، ودراسة (Muthumbi & Kamau 2021) في كينيا بالتطبيق على شركة ديوليت المحدودة، وفي ماليزيا هدفت دراسة (Malik1, et al., 2025) إلى تحليل أثر التطوير الوظيفي في أداء الموظفين بشكل مباشر وغير مباشر من خلال تأثير تمكين الموظفين كمتغير وسيط، واستخدمت المنهج الإحصائي التحليلي، وتم تحليل البيانات باستخدام برنامج (Warp PLS 7.0) عن طريق تحليل المسار ونمذجة المعادلات الهيكلية (SEM)، وتوصلت إلى أن التطوير الوظيفي يؤثر على أداء الموظفين بشكل منفرد، ويؤثر على أداء الموظفين

حيث تم تفويض وتمكين قسمين من فرق العمل لمستويات مختلفة من السلطة، ومنح كل قسم مستويات من الاستقلالية؛ حيث توصلت إلى وجود أداء عالٍ في الفرق المدعومة بتمكينها بدرجة عالية، في حين كانت مستويات الأداء متدنية لدى الفرق التي كان تمكينها بدرجة متدنية.

كما بينت عدد من الدراسات السابقة أهمية وأهداف أبعاد وعناصر التطوير الوظيفي ودورها في تحسين أداء الموظفين، مثل: دراسة (Judy, 2000) التي هدفت إلى دراسة تحقق التميز في خدمة المريض من خلال تعزيز القيادة الفعالة بطريقة تضمن احترام خصوصية المريض وكرامته، وأشارت إلى أنه من أهم أبعاد التطوير الوظيفي لتحقيق التميز في العمل وتقديم الخدمة المناسبة، كما أكدت على أهمية التدريب والتعليم المستمرين، واستحداث ثقافة مناسبة تشجع على المشاركة والتعاون، وتشجيع الموظفين على التميز في الأداء ومكافأة الأداء المتفوق، وأكدت على أهمية تطبيق برنامج توجيه وإرشاد للعاملين والتطوير الوظيفي والتفاعل مع المرضى وحاجاتهم. كما أشار (اللوذي، 1999) إلى أن الثقافة التنظيمية أحد عناصر وأساليب التطوير الوظيفي كونها تعمل على نشر الوعي والمعرفة بين الموظفين، وذلك من خلال التركيز على مشاركة الموظفين في كل المستويات.

وهدف دراسة (طواف، 2009) لاختبار نموذج مقترح لتحسين الأداء التنظيمي في جامعة صنعاء، وشمل النموذج عددا من المتغيرات المستقلة مثل القيادة الإدارية، الموارد البشرية، التمكين والثقافة التنظيمية، وأثبت النموذج تأثير القيادة الإدارية،

والتمكين مع الثقافة التنظيمية في تحسين الأداء التنظيمي.

وما يميز هذه الدراسة تمثل في سد فجوة بحثية لم تتطرق لها الدراسات السابقة -على حد علم الباحثين- وذلك من خلال قياس (التدريب، القيادة الإدارية، الثقافة التنظيمية، التمكين) كعناصر وأبعاد للتطوير الوظيفي المهني المرتبط بتأثيره على تحسين الأداء الوظيفي للكوادر التمريضية وتحسين مخرجاتها وخدماتها المقدمة للمرضى، بالإضافة إلى أن هذه الدراسة تميزت عن الدراسات السابقة بمجال تطبيقها؛ حيث تناولت القطاع الصحي في البيئة اليمنية والذي يُعد من أهم القطاعات الحيوية، ومجتمع الكوادر التمريضية، وخاصة موضوع تحسين الأداء الوظيفي للكوادر التمريضية العاملة في الأقسام الحيوية بالمستشفيات اليمنية وهذا من شأنه يساهم في تحسين خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرضى والحد من تزايد معدلات المضاعفات والمرضى والوفيات، وخاصة في ظل الظروف التي تعيشها بلادنا الحبيبة من حرب وحصار.

### مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

تعد خدمات الرعاية الصحية والتمريضية المقدمة من الكوادر التمريضية من أهم الخدمات التي تقدمها المستشفيات، والتي تتطلب توفر كوادر تمريضية عالية التأهيل والتدريب والخبرة.

وقد أظهرت عدد من الدراسات السابقة تدني مستوى أداء الكوادر التمريضية على جميع المستويات المحلية والإقليمية والعالمية، فعلى المستوى الإقليمي والعالمي توصلت عدد من الدراسات إلى تدني مستوى الأداء التمريضي، مثل دراسة (غزال،

2009) التي هدفت إلى تقييم جودة الأداء التمريضي في مشفى الأسد الجامعي في جامعة تشرين بسورية، وكشفت النتائج انخفاض نسبة جودة الأداء التمريضي الإجمالي بنسبة (24.7%) فقط، كما أظهرت الدراسة أن المهارات التمريضية المطبقة في المشفى لسياسات وإجراءات العمل التمريضية غير مطبقة بالشكل المطلوب؛ حيث لم تتجاوز نسبة (38.4%) فقط، وعلى المستوى المحلي تعد اليمن من الدول النامية التي تحتاج إلى تحسين أداء الكوادر التمريضية لتقديم خدمات الرعاية الصحية للمجتمع اليمني بالمستوى المرغوب من الجودة الذي يعزز من تقليل المضاعفات للمرضى؛ حيث أظهرت نتائج دراسات محلية حديثة تدني مستوى أداء الكوادر التمريضية من خلال قياس مستوى معارفهم وممارساتهم اللازمة لتقديم خدمات الرعاية الصحية للمرضى في المستشفيات اليمنية بشكل عام، ومنها دراسة (Nusari, & Waleed, 2019)، والتي توصلت إلى تدني مستوى الأداء الوظيفي للكوادر التمريضية بالمستشفيات العامة في محافظتي عدن وأبين، كما توصلت دراسة (AL-Noani, 2021) إلى أن (26%) فقط حصلوا على دورات تدريبية في مجال البرامج التدريبية الأساسية لدعم الحياة مثل: (الإنعاش القلبي الرئوي الأساسي والمتقدم) وأن معارف ممرضي وحدات العناية المركزة حول البرامج التدريبية الأساسية لدعم الحياة كانت جيدة، ولكن درجة الممارسة كانت غير مرضية لدى الكوادر التمريضية في هيئة مستشفى الثورة العام بصنعاء، وتوصلت دراسة (Al-Jaradi, 2018)، إلى أن معارف ممرضي العناية المركزة حول الوقاية من الالتهاب الرئوي المصاحب لجهاز التنفس الاصطناعي غير كافية، وكذلك

مستوى ممارستهم ضعيفة، ونسبة الممرضين الحاصلين على برنامج تدريبي في العناية المركزة (21.7%) فقط. وأوضحت دراسة (Lap Fung, 2017, et al, TSANG) والتي أجريت في الصين أن مشرفي ومسؤولي التمريض يحتاجون إلى مجموعة متنوعة من التدريب لصنع قائد عالي الأداء؛ حيث ارتبطت خصائص الأداء الإداري والأداء المهني باحتياجاته التدريبية، وأنهم يحتاجون إلى تدريب في المهارات: (العلاقات والتواصل مع المرضى، التخطيط والإشراف والرقابة، القيادة والابتكار). وبما أن سلامة المرضى مرتبطة بمستوى الأداء الوظيفي للكوادر التمريضية باعتبارهم الفئة الأكثر اتصالاً بالمرضى، فإن الأمر يتطلب العمل والتركيز على تحسين مستوى أدائهم وخبراتهم بشكل مستمر وبما يتماشى مع التطور العلمي والتكنولوجي المتسارع في شتى مجالات العلوم الصحية. لذا فإن مشكلة هذه الدراسة تأتي من حقيقة أن العديد من الكوادر التمريضية العاملة بالمستشفيات اليمنية تقتصر إلى المعرفة والممارسة بالمهارة المطلوبة التي تمكنها من رفع مستوى أدائها الوظيفي وتنفيذ المهام الموكلة لها بكفاءة وفاعلية، وهذا يتطلب توفر بعض العوامل المساعدة والمؤثرة في تحسين الأداء التمريضي، مثل تطوير وتنمية الكوادر التمريضية وظيفياً وتزويدها بالمعارف والمهارات والممارسات من خلال التدريب المستمر والدعم والتشجيع والمتابعة والتقييم، والتمكين الوظيفي لأداء المهام، وإرساء ثقافة تنظيمية مناسبة ومشجعة، الأمر الذي يساعد في تعزيز وتحسين أداء الكوادر التمريضية وجودة مخرجاتها وسلامة المرضى، وبالتالي يمكن تحديد مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس التالي:



### الأهمية العلمية:

- 1) ستسهم في البناء المعرفي وسد الفجوة العلمية والمعرفية في مجال التطوير الوظيفي وتحسين أداء الكوادر التمريضية.
- 2) ستمثل إضافة جديدة للمراجع والأبحاث لرصد المكتبة اليمنية والعربية بمرجع جديد وإسهامات نظرية وتطبيقية في مجال تطوير الموارد البشرية الصحية، لا سيما الكوادر التمريضية والتي تسهم في تحسين الأداء التمريضي وتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرضى بالمستشفيات اليمنية.
- 3) ستفيد الباحثين والمهتمين لفتح آفاق جديدة في مجال الدراسة.

### الأهمية العملية:

- 1) تشخيص واقع كل من التطوير الوظيفي للكوادر التمريضية ومستوى أدائهم في عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية للمرضى بالمستشفيات اليمنية.
- 2) توضيح الدور الرئيس والمحوري للكوادر التمريضية وأهمية تحسين أدائهم الوظيفي، والعمل على تعزيز وفهم المعارف والمهارات والمواقف المطلوبة والممارسات القائمة على الأدلة أثناء تقديم خدمات الرعاية الصحية للمرضى، وبالتالي المساهمة في تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية بشكل عام.
- 3) تقديم مجموعة من التوصيات للقيادات الصحية وصانعي القرار بهدف تجويد خدمات الرعاية الصحية وسلامة المرضى من خلال تعزيز تحقق التطوير الوظيفي بكفاءة وفاعلية.

### ما أثر التطوير الوظيفي في تحسين أداء الكوادر

#### التمريضية بالمستشفيات اليمنية؟

- ويتفرع من التساؤل الرئيس التساؤلات الفرعية التالية:
1. ما مستوى تحقق التطوير الوظيفي للكوادر التمريضية (التدريب، القيادة الإدارية، الثقافة التنظيمية، التمكين) في المستشفيات اليمنية؟
  2. ما مستوى تحسين أداء الكوادر التمريضية (كفاءة الأداء، فاعلية الأداء، مؤشرات الأداء) في المستشفيات اليمنية؟
  3. ما مدى تأثير التطوير الوظيفي بأبعاده (التدريب، القيادة الإدارية، الثقافة التنظيمية، التمكين) في تحسين أداء الكوادر التمريضية في المستشفيات اليمنية؟

### أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى الآتي:

1. التعرف على مستوى التطوير الوظيفي للكوادر التمريضية في المستشفيات اليمنية.
2. تقييم مستوى أداء الكوادر التمريضية في المستشفيات اليمنية (محل الدراسة).
3. تحديد أثر التطوير الوظيفي بأبعاده: (التدريب، القيادة الإدارية، الثقافة التنظيمية، التمكين) في تحسين مستوى أداء الكوادر التمريضية في المستشفيات اليمنية.

### أهمية الدراسة: تأتي أهمية الدراسة الحالية من

أهمية القطاع المدروس وهو القطاع الصحي لا سيما المستشفيات، ويمكن توضيح الأهمية العلمية والعملية للدراسة على النحو الآتي:

## حدود الدراسة: تحددت الدراسة بالحدود الآتية:

**الحدود الموضوعية:** ركزت الدراسة على أثر التطوير الوظيفي بأبعاده: (التدريب، القيادة الإدارية، الثقافة التنظيمية، التمكين) في تحسين أداء الكوادر التمريضية بأبعاده (كفاءة الأداء، فاعلية الأداء، مؤشرات الأداء).

**الحدود المكانية:** تطبق هذه الدراسة في المستشفيات الحكومية والخاصة بأمانة العاصمة والمحافظة صنعاء وقد تحددت في المستشفيات: (هيئة مستشفى الثورة العام النموذجي، مستشفى 48 النموذجي، مستشفى آزال النموذجي، المستشفى الأوروبي الحديث، المستشفى الملكي، المستشفى اليمني هلت الدولي).

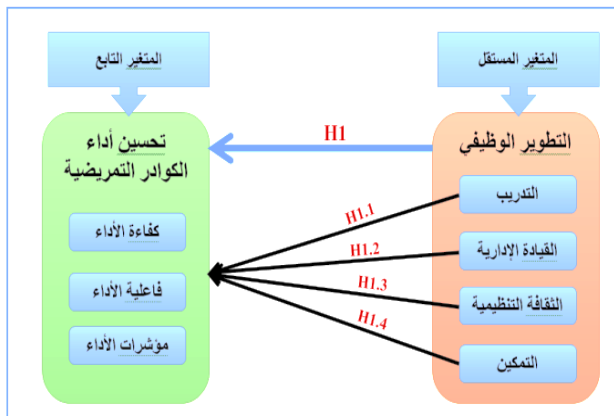
**الحدود البشرية:** اقتصرت الحدود البشرية للدراسة على الكوادر التمريضية العاملة في أقسام الطوارئ العامة وأقسام العناية والرقود بالمستشفيات اليمنية محل الدراسة.

**نموذج الدراسة:** من خلال الدراسات السابقة التي تم استعراضها والذي توضح أبعاد التطوير الوظيفي؛ لوحظ تعدد وجهات النظر في الأبحاث والدراسات السابقة التي سعت إلى تحديد أبعاد التطوير الوظيفي، ويرجع هذا الأمر إلى طبيعة وأهداف كل دراسة، حيث تناول الباحثون عددًا من العناصر التي يمكن للمنظمات أن توفرها لموظفيها لتطويرهم وظيفيًا بالتدرج في المستويات الإدارية، والترقيات والتدوير، بينما هدفت هذه الدراسة إلى تناول عدد من العناصر والأبعاد التي يمكن للمستشفيات توفيرها لتطوير كوادرها التمريضية وتمكينهم وظيفيًا من تأدية مهامهم بكفاءة وفاعلية وتحسين مخرجاتها، وليس تطويرهم وظيفيًا من خلال الترقية والمسار الوظيفي كون طبيعة عملهم ليست إدارية تحتاج إلى

الترقية وتطوير المسار الوظيفي، ولكنها أعمال فنية يُعتمد عليها في تقديم خدمات الرعاية الصحية بمستوى أداء عال وتحسين مستوى جودة الخدمات الصحية ومخرجات المستشفيات بشكل عام، ونظرًا لتعدد مجالات وعناصر التطوير الوظيفي والعوامل المؤثرة فيه وعدم إمكانية الاعتماد على مجالات وأبعاد محددة، فقد اجتهد الباحثون في الدراسات السابقة لتحديد أبعاد وعناصر التطوير الوظيفي المرتبط بتحسين الأداء الوظيفي، وبالتالي سعى الباحث من خلال هذه الدراسة إلى بناء توافق في الآراء بناءً على الدراسات السابقة وطبيعة الفئة المستهدفة بالدراسة (الكوادر التمريضية) وأهداف المستشفيات المرتبطة بتلك الأبعاد، مما توجب على الباحثين تحديد نوع المقاييس المناسبة التي يمكن استعمالها في قياس التطوير الوظيفي المنشود، لتقديم صورة حقيقية عن مستوى تحقق التطوير الوظيفي الذي توفره المستشفيات اليمنية [محل الدراسة] لتطوير كوادرها التمريضية وظيفيًا بما يمكنها من تحسين مستوى أدائها لخدمات الرعاية الصحية؛ حيث تم تحديد نوع المقاييس المناسبة التي يمكن استعمالها في قياس التطوير الوظيفي، من خلال التركيز على أربعة أبعاد: (التدريب، القيادة الإدارية، الثقافة التنظيمية، التمكين) وبالأستفادة من دراسات سابقة حددت هذه الأبعاد للتطوير الوظيفي المرتبط بتحسين الأداء الوظيفي، مثل: (Heita, 2021)، (Aiken, Smith, and Lake 1994; Havens and Aiken 1999; Robinson 2001; Avallone and Jacqueline et, (Judy, 2000)، (Gibbon 1998)، (al., 2021)، (الوصابي، 2017)، (أبو رحمة، 2016)، (الوشلي، 2018)، (بن حمدون، 2023)، لكي يصبح النموذج ذات شمولية وخصوصية في موضوع



التركيز على ثلاثة أبعاد ذات شمولية وخصوصية في موضوع متطلبات تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية: (كفاءة الأداء، فاعلية الأداء، مؤشرات الأداء)، والاستفادة من (American Nurses Association. 1998) وقاعدة البيانات الوطنية لمؤشرات جودة التمريض (NDNQI)، بالإضافة إلى (Mark & Ta'an, et al., 2024) (Idvall & Rooke, Saylor, and Smith 1996) and Hamrin 1997) (Lap Fung, et al., 2017)، (Nori, 2017). والشكل (1) التالي يوضح النموذج المعرفي للدراسة:



الشكل (1) النموذج المعرفي للدراسة

### فرضيات الدراسة:

من خلال مشكلة وتساؤلاتها والنموذج المعرفي للدراسة، وتحقيقاً لأهدافها، وبعد الاطلاع على الأسس النظرية لمتغيرات الدراسة ذات الصلة، تم صياغة فرضيات الدراسة على النحو الآتي:

**الفرضية الرئيسية الأولى:** يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0.05$ ) للتطوير الوظيفي بأبعاده (التدريب، القيادة الإدارية، الثقافة التنظيمية، التمكين) في تحسين أداء الكوادر التمريضية

متطلبات التطوير الوظيفي للتحسين أداء الكوادر التمريضية في المستشفيات اليمنية.

وكذلك الحال في تحديد أبعاد المتغير التابع (تحسين أداء الكوادر التمريضية)؛ حيث لوحظ تعدد وجهات النظر في الأبحاث والدراسات السابقة التي في تحديد أبعاد تحسين الأداء الوظيفي، ويرجع هذا الأمر إلى طبيعة وأهداف كل دراسة، بالإضافة إلى كون تحسين الأداء نمطاً إدارياً حديثاً بحدثة الجودة الشاملة والتحسين المستمر، وذلك لارتباط كلمة تحسين الأداء بجودة الأداء كون تحسين الأداء يعد ركيزة أساسية للجودة، وتناول الباحثون عدداً من العناصر التي يمكن للمنظمات أن تقيس مستوى تحسين أداء موظفيها وتميزهم في الأداء، من خلال قياس مستوى كفاءة وفاعلية أداء موظفيها في تنفيذ المهام المناطة بها وقياس مدى مطابقة مخرجاتهم مع المعايير المعتمدة؛ حيث إن طبيعة العمل في المستشفيات لها خصوصية مهمة في كونها تتعامل مع صحة الإنسان التي هي أعلى ما وهبه الله وأنعم بها عليه، والعمل على تجنب القصور والأخطاء حتى وإن كانت ممكنة الحدوث، ونظراً لتعدد عناصر وأبعاد قياس تحسين الأداء وعدم إمكانية الاعتماد على مجالات وأبعاد محددة، فقد اجتهد الباحثون في الدراسات السابقة لتحديد أبعاد تحسين الأداء الوظيفي، وبالتالي سعى الباحث إلى تحديد نوع المقاييس المناسبة التي يمكن استعمالها في قياس تحسين أداء الكوادر التمريضية، لتقديم صورة حقيقية عن مستوى أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية؛ حيث تم تحديد نوع المقاييس المناسبة التي يمكن استعمالها في قياس تحسين الأداء، من خلال

الموظف لشغل مستويات إدارية أعلى، وهذا من زاوية تهدف إلى (تطوير المسار الوظيفي للموظف)، مثل تعريف (عقيلي، 2005: 438)؛ الذي أشار إلى أن التطوير الوظيفي هو عمل مخطط يتكون من مجموعة من البرامج المصممة من أجل تدريب وتطوير الموارد البشرية وإكسابها معارف وسلوكيات ومهارات جديدة مُتوقع أن تحتاجها في أداء مهام أو وظائف جديدة مستقبلاً.

كما عرف آخرون التطوير الوظيفي من زاوية أخرى تهدف إلى تطوير الموظف وإكسابه المعلومات والمعارف اللازمة لإنجاز مهامه ومسؤولياته في وظيفته الحالية، وتشجيعه وإرشاده ومتابعته وتمكينه وظيفياً لأداء مهامه الوظيفية بالمستوى المطلوب والمستهدف الذي ينتج عنه تحسين الأداء الوظيفي وتميز المخرجات، ومن هذه التعريفات للتطوير الوظيفي على سبيل المثال لا الحصر؛ عرف (Benner, 2004)، التطوير الوظيفي للكوادر التمريضية بأنه العملية التي يتم من خلالها تراكم المعرفة والمهارات والمواقف ذات الصلة بمهامهم، وكذلك الطريقة التي يفهمون بها ويمارسون مهامهم، كما عُرِف التطوير الوظيفي للكوادر التمريضية بأنه عملية مستمرة للتحسين نحو زيادة فاعلية مقدمي خدمات الرعاية، من خلال تمكين فرق العمل، (McCormack et al. 1999).

**ويعرف الباحثان التطوير الوظيفي إجرائياً بأنه** مجموعة العوامل والنشاطات والبرامج والدعم والتسهيلات المقدمة من إدارة المستشفيات اليمنية لتنمية وتطوير الكوادر التمريضية وظيفياً لتكون أكثر كفاءة وفاعلية في تنفيذ مهامها وتحسين أداءها.

بالمستشفيات اليمنية محل الدراسة. وينبثق منها الفروض الفرعية التالية:

1. يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \leq 0.05)$  للتدريب في تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية.
2. يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \leq 0.05)$  للقيادة الإدارية في تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية.
3. يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \leq 0.05)$  للثقافة التنظيمية في تحسين مستوى أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية.
4. يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \leq 0.05)$  للتمكين في تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية.

**الفرضية الرئيسية الثانية:** لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين آراء عينة الدراسة حول مستوى تحقق التطوير الوظيفي، ومستوى أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية تُعزى لنوع المستشفى (حكومي، خاص). ويتفرع منها الفروض الفرعية التالية:

1. لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين آراء عينة الدراسة حول مستوى تحقق التطوير الوظيفي للكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية تُعزى لنوع المستشفى (حكومية، خاصة).
2. لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين آراء عينة الدراسة حول مستوى أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية تُعزى لنوع المستشفى (حكومية، خاصة).

### **التعريفات الاصطلاحية والإجرائية:**

**التطوير الوظيفي:** عرف الكثير من الكُتّاب والباحثين التطوير الوظيفي بأنه تدريب وتأهيل وتحفيز وترقية

كسب تعاونهم وحفزهم على العمل بأعلى درجة من الكفاية في سبيل تحقيق الأهداف الموضوعية".

**ويعرف الباحثان القيادة الإدارية إجرائياً بأنها:** "مستوى ممارسة القيادة الإدارية والتمريضية في المستشفيات اليمنية لأساليب القيادة الهادفة لتطوير الكوادر التمريضية وظيفياً من خلال دعمهم وتحفيزهم والإشراف الداعم بالتثقيف والتوجيه والتواصل معهم بشفافية ومعاملتهم باحترام ونزاهة وتعزيز الدافعية الذاتية لديهم والمتابعة المستمرة لتحسين أدائهم ومخرجاتهم المتمثلة في جودة خدمات الرعاية التمريضية وسلامة المرضى".

**الثقافة التنظيمية:** يعرف طواف (2009) الثقافة التنظيمية بأنها المساواة في التعامل، وطريقة التقويم، وجود حوافز موضوعية، وبيئة عمل مناسبة، وربط المكافأة بالإنجاز، وقواعد إدارية جيدة، ومدى اهتمام المديرين بالموظفين.

وعُرفت الثقافة التنظيمية على أنها "مجموعة القيم والمعتقدات التي يمتلكها أعضاء التنظيم نحو غاياته الأساسية وأساليب تحقيق تلك الغايات (عاشور، 1990: 24).

**ويعرف الباحثان الثقافة التنظيمية إجرائياً بأنها:** "مجموعة من اللوائح والقواعد الإدارية المحفزة والمساواة في التعامل والعمل بروح الفريق الواحد وتعزيز الرضا والولاء الوظيفي للالتزام بقيم التحسين المستمر الهادف إلى تحسين أداء الكوادر التمريضية. **التمكين:** يُعرف التمكين بأنه الإجراء الذي يُعطى بمقتضاه الموظفون في المنظمة سلطة ومسؤولية حل المشكلات اليومية التي تظهر أثناء العمل، بينما يوسع بعضهم من نطاق مفهوم التمكين، فيرى أنه

**التدريب:** يُعد التدريب من أهم وسائل الاستثمار في رأس المال البشري في العصر الحاضر، والذي أصبح يحتل مكان الصدارة في أولويات عدد كبير من دول العالم المتقدمة والنامية على حد سواء (جودة، 2010: 4)، وعرف (عقيلي، 2005: 438) التدريب بأنه عمل مخطط يتكون من مجموعة من برامج مصممة من أجل تعليم الموارد البشرية كيف تؤدي أعمالها الحالية بمستوى عالٍ من الكفاءة، من خلال تطوير وتحسين أدائهم.

**ويعرف الباحثان التدريب إجرائياً بأنه** توفر وحدة إدارية تقوم بتقييم الاحتياجات التدريبية للكوادر التمريضية وتخطيط وتنفيذ البرامج التدريبية على ضوءها وبما يساهم في تحسين مستوى جودة الأداء ومخرجات خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرضى في المستشفيات اليمنية.

**القيادة الإدارية:** القيادة هي إحدى الوظائف الإدارية الأساسية التي تبذل جهوداً مختلفة لتوجيه جهود الموظفين في المنظمة نحو تحقيق أهداف محددة، سواءً على مستوى الموظف أو المنظمة (Rahi, et. al, 2021).

ويعرفها دودين (2014) بأنها الكيفية التي تتمكن بها الإدارة من قيادة الموظفين في المنظمة، من أجل التطوير والتغيير في المنظمة، وتحقيق التعاون بينهم، وحفزهم للعمل بأقصى طاقاتهم، وتوفير بيئة عمل ملائمة تمكنهم من إشباع حاجاتهم وتحقيق أهدافهم.

ويعرف (المغربي وآخرون 1995: 163-164) القيادة بأنها قدرة القائد في التأثير على شخص أو مجموعة من الأشخاص وتوجيههم وإرشادهم من أجل

يتضمن مشاركة الموظفين في المنظمة لسلطة تحديد بدائل السياسات المحققة للأهداف الموضوعة وتحديد أساليب العمل المناسبة مع تحمل مسؤولية تحقيق هذه الأهداف، كما يرى البعض الآخر في مجال تحديد نطاق المفهوم ضرورة إعطاء الموظفين سلطة أو مسؤولية تحديد أهداف المنظمة وأطر عملها وأساليب تحقيق هذه الأهداف" (طواف، 2009: 93). وعرف (اللوزي، و حمود، 2008: 256) التمكين بأنه القدرة على إنجاز الأداء الذي يحاول إقصاء القيود غير الضرورية أمام الموظفين في إنجاز أدائهم.

**ويعرف الباحثان التمكين إجرائياً بأنه:** "تمكين الكوادر التمريضية وظيفياً من أداء مهامهم بكفاءة وفاعلية عن طريق توفير الوصف الوظيفي وأدلة العمل الإجرائية وإشراكهم في حل المشكلات وصنع القرارات من خلال فرق العمل والتواصل الفعال وممارستهم الصلاحيات الوظيفية وتحملهم المسؤولية".

**الأداء التمريضي:** عرف (Mckay, 2020) الأداء الوظيفي بأنه النتيجة التي يحققها الموظف من حيث: الجودة والكمية، ويظهر فيه مهارات وقدرات الموظفين في إنجاز مهامهم وفقاً لمعايير والتزامات المنظمة.

وعرف (Schwirian, 1978) الأداء التمريضي بأنه مدى أداء الكوادر التمريضية لمهامها ومسؤولياتها لتحقيق خدمات الرعاية الصحية العالية الجودة، كما عرفه (AbuAlrub, 2004) بأنه قدرة الكوادر التمريضية على الوفاء بواجبات رعاية المرضى، وقدرتهم على أداء مهامهم بكفاءة.

**ويعرف الباحثان تحسين أداء الكوادر التمريضية إجرائياً بأنه:** "مدى التزام الكوادر التمريضية بتأدية

مهامهم بكفاءة وفاعلية، وينعكس ذلك على مؤشرات أداء كمية توضح مستوى الأداء التمريضي".

**كفاءة الأداء:** عرف عدد من الباحثين كفاءة الأداء بأنها مزيج من المعرفة والمهارات والقيم والمواقف التي تنعكس في عادات التفكير والتمثيل، وتستخدم الكفاءة لوصف القدرات المهنية، أي القدرة على إظهار المعرفة والتحسين إلى مستوى أداء أعلى، (Ansar, Farida, et al., 2019), (Umar, Amrin, et al., 2019), (Yusriadi, Sahid, et al., 2019) وتُعرف على أنها إنجاز المهام والأعمال بطريقة صحيحة، تضمن الوصول إلى تحقيق الأهداف، أي أنها مفهوم يرتبط بين المدخلات والمخرجات. (TONY Alberto, 1998: 128).

كما تُعرف كفاءة الأداء بأنها القدرة على أداء المهام التمريضية عن طريق دمج المعرفة والمهارة في الممارسة. (Duff, Elsie 2016).

**ويعرف الباحثان كفاءة الأداء التمريضي إجرائياً بأنها:** "مزيج من المعرفة والمهارات والقيم والسلوك والمواقف لدى الكوادر التمريضية وقدرتها المهنية على إظهار المعرفة في الممارسة".

**فاعلية الأداء:** تعرف فاعلية الأداء التمريضي بأنها درجة تحقيق الأهداف والنتائج المرغوبة التي تعتمد على توفير خدمات العلاج الوظيفي المبنية على الأدلة للمرضى (أداة استراتيجية تقييم الجودة، 2020)، تمت الترجمة للعربية يوليو 2021.

**ويعرف الباحثان فاعلية الأداء بأنها** "مستوى تقديم خدمات الرعاية التمريضية في مواعيدها المطلوبة وبدرجة عالية من الدقة والموثوقية وبما يعزز سلامة المرضى من خلال التواصل الفعال بين مقدمي خدمات الرعاية الصحية وبروح الفريق الواحد".

**مؤشرات الأداء:** هي عبارة عن مقياس رقمي لدرجة تحقيق الهدف، كما يمكن تعريفها بأنها مقاييس كمية ونقاط مراقبة للأداء الفردي، وضرورة معرفة إجراءات التشغيل القياسية وما يجب تحقيقه في كل خدمة مقدمة، ويعرفها الورشان (2015) على أنها: "مجموعة من المقاييس الكمية والنوعية تستخدم لتتبع الأداء بمرور الوقت للاستدلال على مدى تلبية مستويات الأداء المنفق عليه، وهي نقاط الفحص التي تراقب التقدم نحو تحقيق المعايير". ويرى كساب (2021) أن مؤشرات الأداء عبارة عن نسب مترابطة تقيد في قياس النشاطات الرئيسية والنتائج في المنظمة، وكلها منتظمة معاً في ارتباطات وعلاقات محددة، الأمر الذي يعطي صورة واضحة عن مجريات العمل، ويشير إلى المتغيرات ويساعد على التحكم بتأثيراتها.

وتعرف الهيئة الأمريكية المؤشرات بأنها "مقاييس كمية يمكن استخدامها لمراقبة وتقييم جودة الوظائف الإدارية والإكلينيكية والمساندة التي تؤثر على المخرجات الخاصة بالمرضى" (الأحمدي، 2000: 436).

ويعرف الباحثان مؤشرات الأداء بأنها "مقاييس كمية ونوعية لقياس مستوى تحسن مخرجات الأداء

التمريضي وسلامة المرضى، من خلال عدد من المؤشرات مثل: التعامل الجاد مع شكاوى ومقترحات المرضى، والحد من حدوث الأخطاء أثناء إنتاج وتقديم خدمات الرعاية الصحية التمريضية للمرضى، والحد من الالتهابات والمضاعفات المحتملة للمرضى المرقدين في المستشفى".

**منهجية الدراسة:** تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي كونه أكثر المناهج استخداماً في دراسة الظواهر الاجتماعية والإنسانية، وأشار (الريمي والنشمي 2024: 782) إلى أن المنهج الوصفي التحليلي يعتمد على دراسة المتغيرات بأبعادها كما هي في الواقع ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً، ويعبر عنها تعبيراً كمياً وكيفياً، ولذا فهو يدرس قياس تحقق وممارسة المتغيرات المستقلة والتابعة للدراسة على أرض الواقع، ولا يتوقف هذا المنهج عند جمع المعلومات وتحديد مستوى تحقق متغيرات الدراسة، والأثر للمتغير المستقل على المتغير التابع فقط، بل يتعداه إلى التحليل والربط والتفسير للوصول إلى استنتاجات وتعميمات.

جدول (1) مجتمع الدراسة حسب المستشفى والقسم

الإجمالي	القسم				جهة الملكية	المستشفى
	الحضانة	العناية المركزة	الرقود	الطوارئ العامة		
320	19	89	184	28	حكومي	هيئة مستشفى الثورة العام
224	10	67	125	22	حكومي	مستشفى 48 النموذجي
150	8	44	79	19	خاص	مستشفى آزال
70	4	15	40	11	خاص	المستشفى الأوروبي الحديث
50	4	19	18	9	خاص	المستشفى الملكي
33	4	9	13	7	خاص	المستشفى اليمني هلت الدولي
847	41	251	459	96		الإجمالي

المصدر: إدارة الموارد البشرية في المستشفيات 2024م

**مجتمع الدراسة:** يُعرف مجتمع الدراسة بأنه المجتمع المُتاح المحدود الذي يستطيع الباحث تحديد أفراده، ويختار منه العينة المناسبة لدراسته ويعمم عليه نتائجها (العريقي، 2020: 185)، كما أن حجم مجتمع الدراسة وخصائصه وتجانسه تعد عاملاً أساسياً في إجراء اختيارات العينة وحجمها، بالإضافة إلى معرفة وتقدير التكاليف والفترة الزمنية اللازمة لجمع بيانات الدراسة من العينة المستهدفة.

وبناءً على مشكلة الدراسة وأهدافها فإن وحدة التحليل في هذه الدراسة هي المستشفيات اليمنية؛ حيث تم اختيار ستة مستشفيات حكومية وخاصة بصنعاء هي: مستشفى الثورة العام النموذجي، مستشفى 48 النموذجي، مستشفى آزال النموذجي، المستشفى الأوروبي الحديث، المستشفى الملكي، المستشفى اليمني هلت الدولي، أما مجتمع الدراسة فبلغ حجمه (847) فرداً، وهم الكوادر التمريضية العاملة بالمستشفيات المذكورة في أقسام (الرقود، العناية المركزة، الطوارئ العامة).

وقد تم اختيار هذا المجتمع من المستشفيات كونها كبيرة ومتوسطة الحجم في أمانة العاصمة ومحافظة صنعاء، ويوجد بها الكوادر التمريضية العاملة في أقسام الطوارئ العامة والأقسام الداخلية للرقود (الرقود، والعناية المركزة، الحضانة) ذات الخبرة والتأهيل العلمي المناسب -حيث تم استبعاد مساعدي التمريض غير الحاصلين على مؤهلات علمية، ومن ذوي الدورات القصيرة- لكونهم مدرّكين للمعلومات محل الدراسة، وكون طبيعة عملهم تتعامل مع الحالات المرضية الطارئة والمرقدة وتحتاج إلى تدخل سريع وإنتاج وتقديم خدمات الرعاية الصحية بكفاءة وفعالية تحقق مستوى أداء مرغوب لعمليات تقديم

خدمات الرعاية الصحية وسلامة المرضى للحد والتقليل من الحالات المرضية والوفيات، وبالتالي الحصول على نتائج دقيقة تتناسب مع أهداف الدراسة.

**عينة الدراسة:** تم اختيار عينة الدراسة باستخدام أسلوب المعاينة العشوائية البسيطة، وتم تحديد حجم مجتمع وعينة الدراسة بعد حصر عناصر المجتمع بناءً على إفادات إدارات الموارد البشرية في المستشفيات، واعتمد الباحثان على بيانات جدول كرجيسي ومورجان لتحديد حجم العينة، وحرصاً من الباحثين في الحصول على عينة تمثل مجتمع الدراسة لكل مستشفى على حدة، وليس لمجتمع المستشفيات المستهدفة بشكل عام؛ حيث تم اختيار عينة مناسبة من كل مستشفى لتمثيل جميع المستشفيات تمثيلاً دقيقاً في مجتمع الدراسة بغرض عدم تحميل عينة الدراسة على مستشفى دون آخر، وكذلك الحال بالنسبة للخصائص الوظيفية لمجتمع الدراسة؛ حيث تم استهداف الكوادر التمريضية العاملة في الأقسام المستهدفة بالدراسة بنسب متساوية تقريباً مع حجم ونسبة كل قسم من مجتمع الدراسة، سواء في المستشفى بشكل خاص أو في مجتمع المستشفيات المستهدفة بشكل عام، وبلغ حجم عينة الدراسة (526) من الكوادر التمريضية العاملة في أقسام [الطوارئ العامة، والرقود والعناية المركزة، وحضانة المواليد والخدج] في المستشفيات اليمنية محل الدراسة، وتم توزيع الاستبانة على عينة الدراسة المحددة من مجتمع الدراسة المستهدف، وتم استرجاعها ومراجعتها وفرزها واستبعاد غير الصالحة للتحليل، والجدول التالي (2) يوضح ذلك.



جدول رقم (2) توزيع عينة الدراسة حسب المستشفيات والاستبانة الموزعة والمسترجعة والصالحة للتحليل

المستشفى	حجم المجتمع	حجم العينة	النسبة	الاستبانة الموزعة	الاستبانة المسترجعة	الاستبانة المحللة	نسبة الاستبانة المحللة من المجتمع
مستشفى الثورة العام	320	175	31%	230	196	170	53%
مستشفى 48 النموذجي	224	140	25%	170	152	134	60%
مستشفى آزال	150	110	20%	130	120	103	69%
المستشفى الأوروبي الحديث	70	59	11%	75	65	51	73%
المستشفى الملكي	50	44	8%	70	55	40	80%
المستشفى اليمني هلت الدولي	33	30	5%	35	33	28	85%
الإجمالي	847	558	100%	710	621	526	62%

والدراسات في صياغة فقرات المتغير التابع مثل: (American Nurses Association. 1998) وقاعدة البيانات الوطنية لمؤشرات جودة التمريض (NDNQI)، بالإضافة إلى (Ta'an, et al., 2024, Mark & Sayler, and Smith 1996, Idvall & Rooke and Hamrin 1997, Lap Fung, et al., 2017, Nori, 2017). وذلك بعد إعادة صياغة هذه الفقرات، وتعديلها لتكون ملائمة ومناسبة لأهداف الدراسة.

#### اختبارات الصدق والثبات لأداة الدراسة:

أولاً: اختبار الثبات: تم عرض أداة الدراسة على محكمين من ذوي الاختصاص في مجالات إدارة الأعمال، والتمريض والجودة، والإدارة الصحية، والإحصاء، بهدف التأكد من مناسبتها لما أعدت من أجله، وسلامة صياغة الفقرات وانتماء كل فقرة للبعد الذي وضعت فيه، وتم تعديل الاستبانة في ضوء آراء المحكمين، ولمعرفة مدى ثبات أداة الدراسة قام الباحثان باستخدام طريقة معادلة الاتساق الداخلي، باستخدام اختبار ألفا كرونباخ ( $\alpha$ )، والجدول التالي (3) يبين قيم معامل الثبات والثبات المركب ومتوسط

أداة جمع البيانات والمعلومات: اعتمدت الدراسة على الاستبانة كأداة لجمع البيانات، باعتبارها من أنسب أدوات البحث العلمي التي تحقق أهداف الدراسة الميدانية للحصول على المعلومات المرتبطة بالواقع العملي لمجال الدراسة وتحقيق أهدافها، وتم تصميم استبانة مكونة من ثلاثة أقسام رئيسية: (معلومات ديموغرافية، متغير مستقل، متغير تابع).  
تطوير أداة الدراسة: بعد الاطلاع على الجانب النظري لمواضيع الدراسة المتمثلة في متغيراتها (المستقل: التطوير الوظيفي، والتابع: تحسين أداء الكوادر التمريضية)، تم تطوير الاستبانة كأداة لجمع بيانات الدراسة وبناء وصياغة الفقرات المكونة لكل بُعد في كل متغير؛ حيث تم بناء أبعاد المتغير المستقل وصياغة فقراتها بالاسترشاد من بعض فقرات استبانة الدراسات السابقة مثل: (Jacqueline et, al., 2021)، (الوصابي، 2017)، (أبو رحمة، 2016)، (الوشلي، 2018)، (بن حمدون، 2023)، (Heita, 2021)، وبالنسبة لبناء فقرات المتغير التابع الخاص بتحسين أداء الكوادر التمريضية فقد تم الاستفادة من بعض المراجع

التباين المستخرج لأداة الدراسة في المتغيرات الرئيسية.

جدول (3) نتائج اختبار الثبات وصدق التقارب لمتغيرات الدراسة

متغيرات الدراسة	البُعد	معامل ألفا كرونباخ	الثبات المركب CR	متوسط التباين المفسر AVE
المتغير المستقل: التطوير الوظيفي	التدريب	.926	0.933	0.776
	القيادة الإدارية	.876		
	الثقافة التنظيمية	.932		
	التمكين	.906		
	إجمالاً	.965		
المتغير التابع: تحسين الأداء	كفاءة الأداء	.897	0.845	0.645
	فاعلية الأداء	.922		
	مؤشرات الأداء	.944		
	إجمالاً	.956		

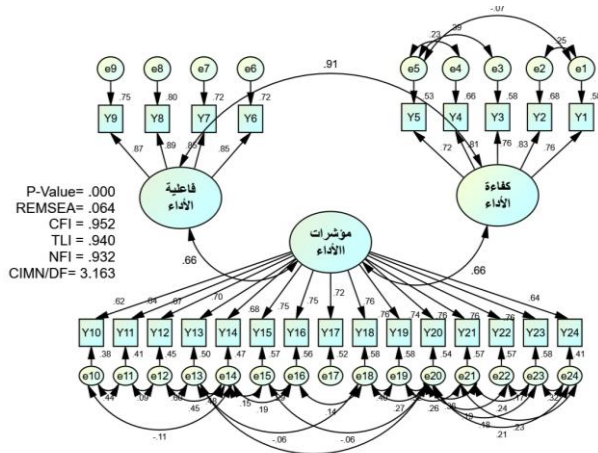
يتضح من الجدول (3) أن قيمة معامل ألفا كرونباخ موجبة وعالية لكل بُعد، وهي أكبر من (70%)، وهي القيمة المقبولة عادة في البحوث والدراسات الاجتماعية (Hair et al., 2006)؛ حيث تراوحت بين (0.876-0.944) لأبعاد الدراسة، وتراوحت قيم الثبات المركب (CR) بين (0.845-0.950)، وهي قيم مقبولة تعكس ثبات الاتساق الداخلي، ويرى خبراء الإحصاء أنه كلما كان معامل الثبات يقترب من الواحد الصحيح زاد ثبات الاتساق الداخلي (Sekaran & Bougie, 2019)، بالإضافة إلى قيم متوسط التباين المفسر (AVE) لمتغيرات الدراسة بلغت (0.776) للمتغير المستقل، وبلغت (0.645) للمتغير التابع، وجميعها أكبر من (0.500)، ما يدل على وجود صدق تقارب كبير في أبعاد متغيرات الدراسة، وهذا يشير إلى أن كل بُعد من أبعاد المتغيرين المستقل والتابع يفسر أكثر من (50%) من التباين في المؤشرات المكونة له، وهذا يُبين أن

الصدق التقاربي لنموذج القياس مرتفع، مما يعطي الموثوقية والمصادقية لنتائج الدراسة.

التحليل العاملي التوكيدي لمقياس التطوير الوظيفي:

يتضح من الشكل (2) التالي أن متغير التطوير الوظيفي تم قياسه بـ (25) فقرة موزعة على أربعة أبعاد فرعية: (التدريب (7 فقرات، القيادة الإدارية (6 فقرات، الثقافة التنظيمية (6 فقرات، والتمكين (6 فقرات)، ويؤكد ذلك قيمة معاملات الارتباط فيما بينها (النسب الظاهرة على الأسهم التي تربط بين الأبعاد متغير التطوير الوظيفي)، وعند مراجعة النسب الظاهرة على الأسهم التي تربط بين الأبعاد بفقراتها، نجد أنها قيم جيدة وتزيد عن (0.50)، ولذلك لم يتم حذف أيٍّ منها، كذلك نجد أن قيم مؤشرات جودة التطابق جيدة ومقبولة، وهذا يؤكد أن الأبعاد الفرعية للمتغير المستقل (التدريب، القيادة الإدارية، الثقافة التنظيمية، التمكين) مرتبطة ببعضها البعض وتمثل التطوير الوظيفي تمثيلاً حقيقياً، وأن متغير التطوير الوظيفي يُقاس من خلال أربعة أبعاد مترابطة.

### الكوادر التمريضية يُقاس من خلال هذه الثلاثة الأبعاد المترابطة.



شكل (3) التحليل العاملي التوكيدي لمقياس تحسين أداء الكوادر التمريضية

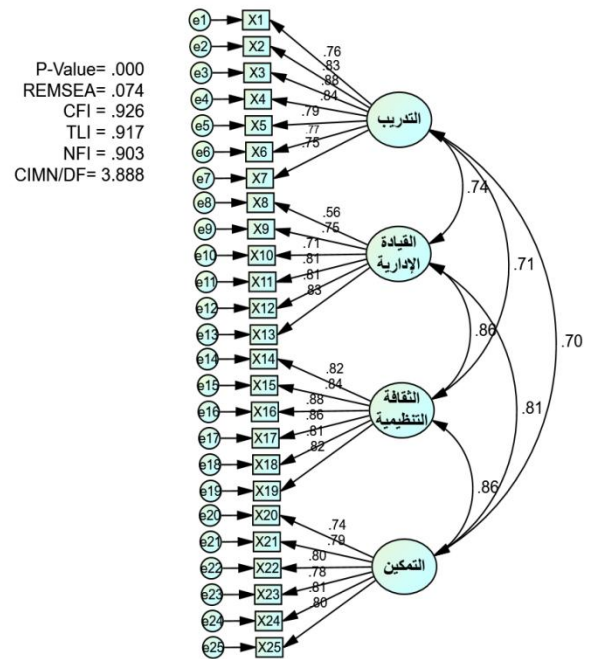
### نتائج الدراسة ومناقشتها:

#### أولاً: خصائص عينة الدراسة:

يتضح من الجدول (5) التالي أن نسبة عينة الدراسة من الذكور بلغت (47.7%)، مقابل نسبة الإناث (52.3%)، وهذا التوزيع يتوافق مع حجم المجتمع من الكوادر التمريضية الذكور والإناث العاملين في المستشفيات اليمنية كون طبيعة العمل التمريضي تتطلب توفر الكادر النسائي في جميع الأقسام في المستشفى، بخلاف المؤسسات الأخرى غير الصحية.

جدول (4) توزيع العينة حسب المتغيرات الديموغرافية  
n=526

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة
الجنس	ذكور	251	47.7%
	إناث	275	52.3%
القسم	طوارئ عامة	62	11.8%
	رقود	280	53.2%
	عناية مركزة	160	30.4%
	حضانة مواليد و خدج	24	4.6%
العمر	> 30 سنة	292	55.5%
	> 30 < 40 سنة	183	34.8%
	> 40 < 50 سنة	45	8.6%



شكل (2) التحليل العاملي التوكيدي للتطوير الوظيفي

### التحليل العاملي التوكيدي لمقياس تحسين أداء الكوادر التمريضية:

يتضح من الشكل (3) التالي أن متغير تحسين أداء الكوادر التمريضية تم قياسه بـ (24) فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد فرعية: كفاءة الأداء (5) فقرات، فاعلية الأداء (4) فقرات، ومؤشرات الأداء (15) فقرة، ويؤكد ذلك قيمة معاملات الارتباط فيما بينها (النسب الظاهرة على الأسهم التي تربط بين أبعاد متغير تحسين أداء الكوادر التمريضية)، وبالنظر للنسب الظاهرة على الأسهم التي تربط بين الأبعاد بفقراتها، وهي تمثل تقديرات المعلمات المعيارية نجد أنها قيم جيدة وتزيد عن (0.50)، ولذلك لم يتم حذف أيٍّ منها، كذلك نجد أن قيم مؤشرات جودة التطابق جيدة ومقبولة، وهذا يؤكد أن الأبعاد الفرعية للمتغير التابع (كفاءة الأداء، فاعلية الأداء، مؤشرات الأداء) مرتبطة ببعضها البعض وتمثل تحسين أداء التمريضي تمثيلاً حقيقياً، وأن متغير تحسين أداء

كبيرة للعل ودافعية قوية للأداء والتطوير المستمر، بالإضافة إلى أن طبيعة إنتاج وتقديم خدمات الرعاية الصحية في أقسام الرقود والطوارئ والعناية المركزة تتطلب ذلك، وعلى العكس في الأقسام الأخرى في العيادات الخارجية أو في المجالات الإدارية التمريضية.

ومثلت فئة سنوات الخبرة (3 إلى 6 سنوات) بنسبة (37.8%) من الكوادر التمريضية المشاركين في عينة الدراسة، تليها الفئتين العليا والدنيا (أكثر من 10 سنوات، أقل من 3 سنوات) بنسبة (22.8%، 22.1%) على التوالي، ويعزو الباحثان تقارب نسب الفئتين إلى مشاركة الكوادر التمريضية في المستشفيات الحكومية العريقة مثل هيئة مستشفى الثورة العام الذي لديه كوادر تمريضية ثابتة بدرجات وظيفية حكومية تمتد خبرتها إلى أكثر من عشر سنوات بالإضافة إلى مستشفى 48 والمستشفيات الخاصة الأخرى التي تعمل على استقطاب الكوادر التمريضية من ذوي الخبرات الطويلة وتحسين مخرجات الأداء، أما بالنسبة لفئة الخبرة (أقل من 3 سنوات) فقد يرجع ذلك إلى تخرج الكثير من الطلاب في تخصص التمريض، وهذا يسد عجزاً كان موجوداً في الماضي.

وفيما يخص المؤهلات العلمية الحاصل عليها مفردات العينة فقد شكّل حاملو مؤهل الدبلوم نسبة (54.8%)، (دبلوم سنتين أو ثلاث سنوات) -حيث لم يتم استهداف حاملي الدبلومات المتوسطة والقصيرة أقل من سنتين، وكذلك الحال لمساعد التمريض لم يكونوا ضمن الفئة المستهدفة عينة الدراسة-، ثم حاملو مؤهل البكالوريوس بنسبة (43.5%)، أما نسبة الحاصلين على مؤهلات دراسات عليا من الكوادر التمريضية العاملة في المستشفيات محل الدراسة المشاركين في عينة

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة
سنوات الخدمة	50 سنة وما فوق	6	1.1%
	أقل من 3 سنوات	116	22.1%
	من 3 إلى 6 سنوات	199	37.8%
	من 7 إلى 10 سنوات	91	17.3%
المؤهل العلمي	أكثر من 10 سنوات	120	22.8%
	دبلوم	288	54.8%
	بكالوريوس	229	43.5%
	دراسات عليا	9	1.7%

ولا يختلف توزيع عينة الدراسة حسب القسم عن توزيع مجتمع الدراسة حسب القسم، فقد حرص الباحثان على تغطية جميع الأقسام المستهدفة بالدراسة بتوزيع الاستبانات واسترجاعها من جميع الأقسام المستهدفة بالمستشفيات اليمنية؛ حيث كانت النسبة الأكبر من نصيب أقسام الرقود (53.2%)، يليه أقسام العناية المركزة بنسبة (30.4%)، ثم أقسام الطوارئ العامة بنسبة (11.8%)، وفي الأخير أقسام ووحدات حضانة المواليد والخدج بنسبة (4.6%)، وهذا التوزيع طبيعي ويعزز في الحصول على نتائج دقيقة وموثوقة بحسب الأقسام، ويسهم في تحقيق أهداف الدراسة.

وكانت غالبية العينة من الفئة العمرية الأولى (أقل من 30 سنة) بنسبة (55.5%) والفئة العمرية الثانية (30 إلى أقل من 40 سنة) بنسبة (34.8%)، وبما نسبته (90.3%)، بينما بقية الفئات العمرية (40 إلى 50 سنة، وأكثر من 50 سنة) لم تمثل سوى (9.7%) فقط، وهذا التوزيع يُعد طبيعياً ومتوافقاً مع نتائج دراسات محلية سابقة في خصائص عينات من الكوادر التمريضية في عدد من المستشفيات اليمنية، مثل دراسات: (Al-Wasabi, Al-Qubati, 2021)، وقد تم الاعتماد على الفئات الشابة لقدرتها على العطاء وهي أكثر نشاطاً وحيوية، ولديهم طاقة

من ذوي الخبرات أو الدورات القصيرة أو مساعدي التمريض، وبقيّة النسب توزعت بين مشرفي الأقسام التمريضية في الطوارئ والأقسام السريرية، وبين مدراء الإدارات التمريضية بنسبة (11.8%، 2.1%) على التوالي.

#### ثانيًا: التحليل الوصفي لمتغيرات وأبعاد الدراسة:

تم استخدام مقياس ليكرت السباعي في تحديد درجة الموافقة حول فقرات أداة الدراسة لمعرفة آراء العينة حول مستوى تحقق متغيرات الدراسة، ولما كان من أهداف هذه الدراسة قياس مستوى تحقق المتغير المستقل والتابع، ولتحقيق هذا الهدف تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لإثبات درجة موافقة أو عدم موافقة عينة الدراسة على مستوى تحقق فقرات وأبعاد ومتغيرات الدراسة.

وفيما يتعلق بالانحراف المعياري، فإن قيمته تعبر عن مدى تشتت إجابات المشاركين في العينة حول المتوسط الحسابي؛ بحيث إذا اقتربت قيمته من (0) فإن تشتت إجابات العينة حول الوسط الحسابي بسيط جدًا، وكلما زادت قيمة الانحراف المعياري حتى تقارب (4) قيمة الوسط الفرضي لمقياس الدراسة ليكرت السباعي، فهذا يدل على وجود تشتت كبير في إجابات العينة عن الوسط الحسابي لمتوسط إجاباتهم، وفيما يلي نتائج اختبارات الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة من وجهة نظر عينة الدراسة المستهدفة (الكوادر التمريضية في المستشفيات اليمنية عينة الدراسة): وتم احتساب التقدير اللفظي لدرجة الموافقة، كما هو موضح في الجدول التالي (5):

الدراسة فكانت (1.7%) فقط، وهذا التوزيع يعد طبيعيًا لعينة الدراسة ومتوافقًا مع خصائص عينات دراسات محلية سابقة استهدفت الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية من حيث إن نسبة حاملي مؤهل الدبلوم أكبر من نسبة مؤهل البكالوريوس، ولكن في الدراسة الحالية فإن نسبة حاملي مؤهل الدبلوم أكبر من نسبة حاملي البكالوريوس ولكن بأقل مما كان في نتائج الدراسات السابقة؛ مثل دراسات أجريت في مستشفى الثورة بصنعاء، ومنها: (Al-Qubati, 2021, Al-Wasabi, 2021, AL-Noani, 2021, Abol-Gaith, 2015)، وهذا يُعزى إلى توجه وزارة التعليم العالي ووزارة الصحة إلى الحد من مساقات الدبلومات والعمل على الحصول على درجة البكالوريوس كحد أدنى، وهذا ما حصل من تحويل بعض المعاهد الصحية إلى كليات صحية مثل المعهد العالي للعلوم الصحية بصنعاء وفروعه في المحافظات.

ولا تختلف خصائص العينة حسب المسمى الوظيفي كثيرًا عن خصائصها بحسب المؤهل العلمي؛ حيث استحوذت المسميات الوظيفية الفنية والمهنية على غالبية العينة بنسبة (86.1%) توزعت بين المسمى (فني تمريض بنسبة 49.4%) وهم حاملو مؤهل الدبلوم، والمسمى الوظيفي (ممرض بنسبة 36.5%) وهم الممرضون الممارسون من حاملي مؤهل البكالوريوس، وهذا يعزز من ثقة ومصداقية نتائج الدراسة وتحقيق أهدافها؛ حيث إن عينة الدراسة كانت مركزة على الكوادر التمريضية العاملة في الأقسام المستهدفة بالمستشفيات دونما العاملين في مجال التمريض غير الحاصلين على مؤهلات علمية



#### جدول (5) المستويات والدرجات والأوزان النسبية لإجابات مقياس ليكرت السباعي

م	درجة الموافقة، (التقدير اللفظي)، (النسبة المئوية)
1	غير موافق بشدة، (ضعيف جدًا)، (أقل من 27%)
2	غير موافق على الأغلب (ضعيف)، (27% إلى 39%)
3	غير موافق (ضعيف إلى حد ما)، (39% إلى 51%)
4	موافق إلى حد ما / محايد (متوسط)، (51% إلى 63%)
5	موافق (عالٍ إلى حد ما)، (63% إلى 76%)
6	موافق على الأغلب (عالٍ)، (76% إلى 88%)
7	موافق بشدة (عالٍ جدًا)، (88% إلى 100%)

#### جدول (6) مستوى تحقق أبعاد التطوير الوظيفي

الترتيب	التقدير اللفظي	النسبة	الانحراف المعياري	المتوسط	البُعد
1	متوسط	57%	1.584	4.01	التدريب
1	متوسط	57%	1.584	4.01	القيادة الإدارية
3	متوسط	56%	1.546	3.93	الثقافة التنظيمية
2	متوسط	57%	1.581	3.99	التمكين
--	متوسط	57%	1.57	3.99	المتوسط

الثقافة التنظيمية، ولكن هذا الترتيب لا يضيف عليها ميزة الترتيب والأفضلية فيما بينها لتقارب نسبة تحققها، وهذا يبين قصور وتدني في تطبيق المستشفيات اليمنية لبرامج تطوير الكوادر التمريضية وظيفيًا بشكل عام (في الجوانب المتعلقة بالمعارف والمهارات والممارسات الصحيحة، والدعم والتحفيز والإشراف والمتابعة والتواصل الفعال، والثقافة التنظيمية الملائمة، بالإضافة إلى توفير البيئة الوظيفية الملائمة والتفويض والمشاركة الفاعلة

يوضح الجدول (6) السابق أن ممارسة المستشفيات اليمنية محل الدراسة للتطوير الوظيفي بمستوى متوسط بشكل عام؛ حيث كان المتوسط العام لتطبيق وممارسة أبعاد التطوير الوظيفي للكوادر التمريضية في المستشفيات اليمنية (3.99؛ ونسبة 57%)، وأن المتوسط الحسابي لجميع أبعاد التطوير الوظيفي مقارنة وبمستوى متوسط؛ حيث تراوحت بين (3.99-4.01، ونسبة 56%-57%)؛ بدءًا بالتدريب والقيادة الإدارية، ثم التمكين وفي الأخير



والهادفة للتطوير الوظيفي وتحسين أداء الكوادر التمريضية)، وقد يُعزى ذلك إلى عدم توفر الموارد المالية الكافية لتغطية نفقات التدريب والتأهيل نظرا للأوضاع الاقتصادية والسياسية التي تمر بها اليمن، مما دفع قيادة المستشفيات إلى إعطاء الأولوية في الإنفاق على أوجه الإنفاق الرئيسة مثل المرتبات والأجور التجهيزات والمستلزمات. وفيما يلي عرض

النتائج التفصيلية لمستوى تحقق كل بُعد من أبعاد التطوير الوظيفي وفقرات كل بُعد، وذلك لتحقيق الهدف الأول والإجابة على التساؤل الأول للدراسة لمستوى تحقق أبعاد التطوير الوظيفي للكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية (محل الدراسة):

**1. بُعد التدريب:**

جدول (7) مستوى تحقق فقرات بُعد التدريب

م	الفقرات	المتوسط	الانحراف المعياري	النسبة	التقدير اللفظي
1.	يتم تحديد الاحتياجات التدريبية واختيار المتدربين في ضوء نتائج تقييم الأداء التمريضي	3.85	1.598	55%	متوسط
2.	تلتزم الإدارة بتنفيذ خطة التدريب والتعليم الطبي المستمر في تدريب الكوادر التمريضية	4.09	1.614	58%	متوسط
3.	يتم تزويد الممرضين بالمعارف والمهارات والقيم التي تمكنهم من الارتقاء بمستوى الأداء	4.12	1.606	59%	متوسط
4.	يتم تدريب الكوادر التمريضية على سياسات جودة خدمات الرعاية الصحية وسلامة المرضى	4.33	1.592	62%	متوسط
5.	يتم تنفيذ برامج توعوية وتدريبية للكوادر التمريضية الجديدة (الموظفين الجدد)	4.06	1.705	58%	متوسط
6.	يتوفر لدى المستشفى آلية واضحة لتقييم فاعلية البرامج التدريبية المنفذة	3.98	1.538	57%	متوسط
7.	تطبق الكوادر التمريضية المعارف والمهارات المكتسبة في التدريب أثناء العمل	4.42	1.471	63%	متوسط
	المتوسط	4.12	1.589	59%	متوسط

عام كان بمستوى متوسط، وحصلت الفقرة (1): (يتم تحديد الاحتياجات التدريبية واختيار المتدربين في ضوء نتائج تقييم الأداء التمريضي) على أقل متوسط حسابي (3.85 ونسبة 55%)، كما حصلت الفقرة (7: تطبق الكوادر التمريضية المعارف والمهارات المكتسبة في التدريب أثناء العمل)، والفقرة (4: يتم تدريب الكوادر التمريضية على سياسات جودة خدمات الرعاية الصحية وسلامة المرضى) على مستوى ممارسة أعلى حتى وإن كانت في المستوى المتوسط، وقد يُعزى ذلك إلى الاهتمام بتدريب الكوادر التمريضية والحرص على متابعة

يتضح من الجدول (7) السابق أن المتوسط العام لإجابات المشاركين في العينة حول مستوى تحقق الفقرات المكونة لبُعد التدريب، بشكل عام كان (4.12؛ ونسبة 59%)، وانحراف معياري 1.589 بحسب مقياس ليكرت السباعي، وهي قيمة تشير إلى تجانس استجابات أفراد العينة في تقييمهم لواقع تحقق وممارسة بُعد التدريب في المستشفيات اليمنية محل الدراسة، وقد حصلت جميع الفقرات على متوسطات حسابية ونسب ممارسة متقاربة تراوحت بين (3.85- 4.42، 55%-63%)، وهذا يبين أن ممارسة المستشفيات اليمنية للتدريب والعملية التدريبية بشكل

التنفيذ في الواقع العملي (وإن كان بشكل موسمي أثناء نزول لجان التقييم من قبل وزارة الصحة).

### 3. بُعد القيادة الإدارية:

جدول (8) مستوى تحقق فقرات بُعد القيادة الإدارية

م	الفقرات	المتوسط	الانحراف المعياري	النسبة	التقدير اللفظي
8.	يتوفر لدى المستشفى قيادات تمريضية خبيرة وماهرة	4.68	1.539	67%	عالٍ إلى حدٍ ما
9.	توفر إدارة المستشفى نظاماً وبيئة عمل محفزة ومشجعة لتحسين أداء الكوادر التمريضية	3.85	1.638	55%	متوسط
10.	تطبق الإدارة نظاماً فعالاً للحوافز والمكافآت لتعزيز الدافعية الذاتية للكوادر التمريضية	3.31	1.784	47%	ضعيف
11.	تشرف وتوجه القيادة التمريضية كوادرها لتطبيق سياسات جودة خدمات الرعاية الصحية	4.13	1.555	59%	متوسط
12.	تتواصل القيادة التمريضية بفاعلية مع الكوادر التمريضية لمتابعة إنجاز المهام بكفاءة	4.11	1.514	59%	متوسط
13.	تقيم القيادة التمريضية أداء الكوادر التمريضية معرفياً وفنياً بشكل دوري وفق معايير عادلة.	4.00	1.474	57%	متوسط
	المتوسط	4.01	1.584	57%	متوسط

يتضح من الجدول (8) أن المتوسط العام لإجابات المشاركين في العينة حول مستوى تحقق الفقرات المكونة لبُعد القيادة الإدارية، كان (4.01؛ وبنسبة 57%) بشكل عام، وبانحراف معياري (1.584) بحسب مقياس ليكرت السباعي، وهي قيمة تشير إلى تجانس استجابات أفراد العينة في تقييمهم لواقع توفر وممارسة بُعد القيادة الإدارية في المستشفيات اليمنية محل الدراسة، وهذا يبين أن مستوى ممارسات القيادة الإدارية والتمريضية الجيدة والعادلة والمحفزة والداعمة للكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية تتم بمستوى متوسط بشكل عام وفي جميع الفقرات المكونة لهذا البُعد، عدا الفقرة (8: يتوفر لدى المستشفى قيادات تمريضية خبيرة وماهرة)؛ حيث حصلت على أعلى متوسط حسابي (4.68، بنسبة 67%) وبمستوى تحقق عالٍ إلى حدٍ ما، وحصلت الفقرتان (9، 10)

المتعلقة بممارسات القيادة الإدارية لإدارة التمريض وإدارة المستشفى من توفير بيئة عمل محفزة ونظام حوافز ومكافآت لتحسين أداء الكوادر التمريضية؛ حيث حصلت الفقرة (10: تطبق الإدارة نظاماً فعالاً للحوافز والمكافآت لتعزيز الدافعية الذاتية للكوادر التمريضية)؛ على أقل متوسط حسابي (3.31، بنسبة 47%) وبدرجة تحقق ضعيفة، والفقرة (9) بمتوسط حسابي (3.85، ونسبة 55%)، كما حصلت الفقرات (11، 12، 13) الخاصة بالممارسات القيادة الإدارية التمريضية المباشرة من إشراف وتوجيه وتواصل وتقييم الكوادر التمريضية على متوسطات حسابية ونسبة تطبيق تراوحت بين (4.00-4.13، 57%-59%) وهي تعبر عن مستويات تحقق وممارسة متوسطة لوظائف القيادة الإدارية لتطوير الكوادر التمريضية.

### 3. بُعد الثقافة التنظيمية:

جدول (9) مستوى تحقق فقرات بُعد الثقافة التنظيمية

م	الفقرات	المتوسط	الانحراف المعياري	النسبة	التقدير اللفظي
14.	تلتزم إدارة المستشفى بقيم التحسين المستمر في جميع خططها وأنشطتها	3.93	1.572	56%	متوسط
15.	تتعامل إدارة المستشفى باحترام ومساواة مع الكوادر التمريضية.	3.69	1.632	53%	متوسط
16.	تسود بالمستشفى ثقافة تنظيمية محفزة للأداء التمريضي وفق معايير جودة الرعاية الصحية	3.86	1.475	55%	متوسط
17.	تُرَيل إدارة المستشفى عوائق تطبيق معايير جودة خدمات الرعاية الصحية التمريضية	3.88	1.493	55%	متوسط
18.	تشجع إدارة المستشفى الكوادر التمريضية على العمل الجماعي بروح الفريق الواحد	4.11	1.541	59%	متوسط
19.	تعزز الثقافة التنظيمية السائدة في المستشفى الولاء الوظيفي لدى الكوادر التمريضية	4.12	1.562	59%	متوسط
	المتوسط	3.93	1.546	56%	متوسط

لتحسين الأداء بشكل عام كان بمستوى متوسط، وذلك من وجهة نظر الكوادر التمريضية عينة الدراسة، وقد حصلت جميع الفقرات على متوسطات حسابية ونسب تحقق مقارنة تراوحت بين (3.69-4.12، 53%-59%)؛ حيث كان أقل الفقرات تحققاً هي الفقرة (15: تتعامل إدارة المستشفى باحترام ومساواة مع الكوادر التمريضية) بمتوسط حسابي (3.69؛ ونسبة 53%).

### 4. بُعد التمكين:

يتضح من الجدول (9) أن المتوسط العام لإجابات المشاركين في العينة حول مستوى ممارسات الفقرات المكونة لبُعد الثقافة التنظيمية، بشكل عام كان (3.93؛ بنسبة 56%)، وانحراف معياري (1.564) بحسب مقياس ليكرت السباعي، وهي قيمة تشير إلى تجانس استجابات أفراد العينة في تقييمهم لواقع توفر وممارسة بُعد الثقافة التنظيمية في المستشفيات اليمنية محل الدراسة، وهذا يبين أن مستوى ممارسة المستشفيات اليمنية للثقافة التنظيمية الملائمة والمعززة للرضا الوظيفي والولاء المؤسسي والمحفزة

جدول (10) مستوى تحقق فقرات بُعد التمكين

م	الفقرات	المتوسط	الانحراف المعياري	النسبة	التقدير اللفظي
20.	يتوفر وصف وظيفي واضح وأدلة عمل إجرائية (سياسات وإجراءات الجودة) في القسم	4.13	1.636	59%	متوسط
21.	يتوفر نظام معلومات فعال لتمكين الكوادر التمريضية من إنجاز المهام بكفاءة وفاعلية	4.13	1.623	59%	متوسط
22.	تفوض إدارة المستشفى الكوادر التمريضية الصلاحيات المناسبة لأداء المهام الموكلة إليهم	4.16	1.414	59%	متوسط
23.	تشجع إدارة المستشفى الكوادر التمريضية على المشاركة في صنع القرارات	3.78	1.592	54%	متوسط
24.	تشارك الكوادر التمريضية بفاعلية في لجان الجودة وفرق التحسين المستمر	3.91	1.586	56%	متوسط
25.	تشارك الكوادر التمريضية في حل المشكلات واتخاذ القرارات وتقديم المقترحات الإبداعية	3.84	1.633	55%	متوسط
	المتوسط	3.99	1.581	57%	متوسط

القرارات)، على أقل متوسط حسابي (3.78 ونسبة 54%)، وبمستوى تحقق متوسط.

### مستوى تحقق فقرات وأبعاد تحسين أداء الكوادر التمريضية:

وللتعرف على مستوى تحقق تحسين أداء الكوادر التمريضية في المستشفيات اليمنية محل الدراسة بأبعاده (كفاءة الأداء، فاعلية الأداء، مؤشرات)، وفيما يلي عرض لنتائج الدراسة لتحقيق الهدف الثاني والإجابة عن التساؤل الثاني والذي نص على: ما مستوى أداء الكوادر التمريضية في المستشفيات اليمنية من وجهة نظر الكوادر التمريضية في المستشفيات اليمنية؟، فإنه يتطلب التحليل الوصفي بإيجاد المتوسط الحسابي العام لاستجابات عينة الدراسة، والانحرافات المعيارية ونسب التحقق، وكما توضحه البيانات الواردة في الجدول (12) التالي:

جدول (11) مستوى تحقق أبعاد تحسين أداء الكوادر التمريضية

الترتيب	التقدير اللفظي	النسبة	الانحراف المعياري	المتوسط	البُعد
2	عالٍ إلى حدٍ ما	66%	1.448	4.65	كفاءة الأداء
1	عالٍ إلى حدٍ ما	69%	1.318	4.86	فاعلية الأداء
3	متوسط	63%	1.401	4.41	مؤشرات الأداء
--	عالٍ إلى حدٍ ما	66%	1.389	4.64	المتوسط

المستشفيات عينة الدراسة حول فاعلية الأداء للفقرات المكونة لهذا المجال كان أعلى؛ وقد يُعزى السبب إلى أن فقرات هذا البُعد خاصة بالكوادر التمريضية دون التطرق لجوانب تتعلق بإدارة المستشفى أو بإدارة التمريض كوظائف إشرافيه وتقييم وغيرها؛ حيث تتعلق هذه الفقرات بالممارسات التمريضية حول كيفية تقديم الكوادر التمريضية خدمات الرعاية الصحية للمرضى في الأوقات المطلوبة وبشكل

يتضح من الجدول (10) أن المتوسط العام لإجابات المشاركين في العينة حول مستوى تحقق وممارسات الفقرات المكونة لبُعد التمكين كان (3.99؛ بنسبة 57%)، وانحراف معياري (1.581)، وهذا يبين أن المستشفيات اليمنية تطبق التمكين الوظيفي المطلوب للكوادر التمريضية للقيام بالمهام المناطة بالشكل المطلوب وبما يعزز من جودة الأداء بشكل عام بمستوى متوسط، وقد حصلت جميع الفقرات على متوسطات حسابية ونسب ممارسة متقاربة تراوحت بين (3.78-4.16، 54%-59%)، وحصلت الفقرة (22: تفوض إدارة المستشفى الكوادر التمريضية الصلاحيات المناسبة لأداء المهام الموكلة إليهم) على أعلى متوسط حسابي (4.16 ونسبة 55%)، كما حصلت الفقرة (23: تشجع إدارة المستشفى الكوادر التمريضية على المشاركة في صنع

من خلال البيانات الواردة في الجدول السابق (11) يتضح أن المتوسط الكلي لإجابات المشاركين في العينة حول مستوى أداء الكوادر التمريضية في المستشفيات اليمنية، بشكل عام كان (4.64، بنسبة 66%)، وحصل بُعد: فاعلية الأداء على مستوى الترتيب الأول بمتوسط حسابي (4.86، بنسبة 69%) وبمستوى عالٍ إلى حدٍ ما، ويتضح من ذلك أن تقييم الكوادر التمريضية المشاركة من

جماعي وتواصل فعال فيما بينهم ولا تتعلق بالمعارف، بالإضافة إلى توجه القيادات التمريضية في المستشفيات نحو سرعة تقديم خدمات الرعاية الصحية للمرضى في الأوقات المناسبة أكثر من التوجه نحو تقديمها بشكل صحيح من أول مرة، الأمر الذي انعكس على ممارسة الكوادر التمريضية في تطبيق سياسات هذا البعد، وحصل بُعد: كفاءة الأداء على الترتيب الثاني بمتوسط حسابي (4.65)، وبنسبة 66%) وبمستوى عالٍ إلى حدٍ ما، وقد يُعزى السبب إلى أن هذا البعد خاص بالكفاءة والكيفية التي من خلالها يتم الحكم على أن الكوادر التمريضية لديها المعارف اللازمة وتقديم الخدمات وتوثيقها وفق المعايير المعتمدة، وأنه يتم التأكد من ذلك والتقييم بشكل دوري من قبل القيادات التمريضية؛ لذلك فكان مستوى تقييم الكوادر التمريضية لبُعد كفاءة الأداء أقل من مستوى تقييمهم لبُعد فاعلية الأداء، بينما حصل بُعد مؤشرات الأداء على الترتيب الثالث والأخير من أبعاد الأداء للكوادر التمريضية بمتوسط حسابي (4.41، بنسبة 63%) بمستوى متوسط، وقد

يُعزى السبب إلى أن هذا البعد خاص بالنتائج أو المخرجات النهائية لجودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة من الكوادر التمريضية، والتي عادة ما تكون مسؤولية ارتفاع أو تدني النتائج الواقعية والملموسة لهذا البعد ليست مسؤولية الكوادر التمريضية حصراً، وإنما تكون المسؤولية مشتركة مع القيادات التمريضية وإدارة المستشفى، بالإضافة إلى عوامل أخرى تخص المرضى وطبيعة حالاتهم المرضية، دون التطرق لجوانب تتعلق بإدارة المستشفى أو بإدارة التمريض كوظائف إشرافيه وتقييم وغيرها؛ كما تتعلق هذه الفقرات بالممارسات.

وفيما يلي عرض النتائج التفصيلية لمستوى تحقق كل بُعد من أبعاد تحسين أداء الكوادر التمريضية وفقرات كل بُعد، وذلك لتحقيق الهدف الثاني والإجابة على التساؤل الثاني للدراسة لمعرفة مستوى تحقق أبعاد تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية (محل الدراسة):

#### 1. بُعد كفاءة الأداء:

جدول (12) مستوى تحقق فقرات بُعد كفاءة الأداء

م	الفقرات	المتوسط	الانحراف المعياري	النسبة	التقدير اللفظي
1.	تلتزم جميع الكوادر التمريضية بالهندام وحسن المظهر بدرجة كبيرة	4.64	1.398	66%	عالٍ إلى حدٍ ما
2.	تقدم الكوادر التمريضية الرعاية الصحية للمرضى بطريقة صحيحة من أول مرة وفي كل مرة	4.79	1.350	68%	عالٍ إلى حدٍ ما
3.	يتم عمل اختبار كفاءة (معرفي ومهني وسلوكي) لمعرفة مستوى جودة أداء الكوادر التمريضية	4.31	1.599	62%	متوسط
4.	تحتفظ الكوادر التمريضية بالسجلات الطبية للمرضى مكتملة ودقيقة خلال فترة ترقيدهم	4.90	1.326	70%	عالٍ إلى حدٍ ما
5.	يتم كتابة تقارير الحوادث العرضية بشكل مستمر والرفع للمعنيين	4.62	1.566	66%	عالٍ إلى حدٍ ما
	المتوسط	4.65	1.448	66%	عالٍ إلى حدٍ ما

يتضح من الجدول (12) أن المتوسط الكلي لإجابات المشاركين في العينة حول بُعد كفاءة الأداء الوظيفي للكوادر التمريضية في المستشفيات اليمنية، كان (4.65؛ وبنسبة 66%) بشكل عام، وتفسر هذه النتيجة أن كفاءة أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية ومدى الاستغلال الأمثل للموارد المالية والبشرية والمادية لتحقيق المخرجات المخطط لها بأقل جهد ووقت وتكلفة بمستوى عالٍ إلى حدٍ ما، وقد حصلت الفقرة (4): (تحتفظ الكوادر التمريضية بالسجلات الطبية للمرضى مكتملة ودقيقة خلال فترة ترقيدهم) على أعلى متوسط حسابي (4.90، وبنسبة 70%)، بينما حصلت الفقرة (3): (يتم عمل اختبار كفاءة (معرفي ومهني وسلوكي) لمعرفة مستوى جودة أداء الكوادر التمريضية) على أقل

متوسط حسابي (4.31، وبنسبة 62%)، وهذا يبين ضعف اهتمام إدارات المستشفيات بشكل عام وإدارات التمريض بشكل خاص بتقييم الكفاءة (Competency Assessment) للكوادر التمريضية التقييم المعرفي والمعلوماتي والسلوكي في الجوانب العملية وما يتعلق بمهنة التمريض، وتتسجم هذه النتيجة مع الفقرة (13): (تُقيم القيادة التمريضية أداء الكوادر التمريضية معرفيًا وفنيًا بشكل دوري وفق معايير عادلة) في بُعد القيادة الإدارية كبُعد من أبعاد المتغير المستقل (التطوير الوظيفي)؛ حيث كان مستوى تحققها منخفض بنسبة (57%) حسب تقييم المشاركين في عينة الدراسة.

## 2. بُعد فاعلية الأداء:

جدول (13) مستوى تحقق فقرات بُعد فاعلية الأداء

م	الفقرات	المتوسط	الانحراف المعياري	النسبة	التقدير اللفظي
6.	تُقدم الكوادر التمريضية خدمات الرعاية الصحية في المواعيد المناسبة	4.79	1.378	68%	عالٍ إلى حدٍ ما
7.	تُقدم الكوادر التمريضية خدماتها وتمارس مهامها بشكل جماعي وبروح الفريق الواحد	4.84	1.319	69%	عالٍ إلى حدٍ ما
8.	تُقدم الكوادر التمريضية خدمات الرعاية الصحية للمرضى بدرجة عالية من الدقة والموثوقية	4.85	1.277	69%	عالٍ إلى حدٍ ما
9.	يتم تعزيز سلامة المرضى من خلال التواصل الفعال مع الأطباء والزملاء	4.96	1.298	71%	عالٍ إلى حدٍ ما
	المتوسط	4.86	1.318	69%	عالٍ إلى حدٍ ما

يتضح من الجدول (13) أن المتوسط الكلي لإجابات المشاركين في العينة حول بُعد كفاءة الأداء الوظيفي للكوادر التمريضية في المستشفيات اليمنية، كان (4.86؛ وبنسبة 69%)، وتفسر هذه النتيجة أن كفاءة أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية بمستوى عالٍ إلى حدٍ ما بشكل عام، وعلى مستوى فقرات هذا البُعد بمتوسطات حسابية ونسب تطبيق

تراوحت بين (4.79-4.96، 68%-71%)، وقد حصلت الفقرة (9): (يتم تعزيز سلامة المرضى من خلال التواصل الفعال مع الأطباء والزملاء) على أعلى متوسط حسابي (4.96، وبنسبة 71%)، بينما حصلت الفقرة (6): (تُقدم الكوادر التمريضية خدمات الرعاية الصحية في المواعيد المناسبة) على أقل متوسط حسابي ونسبة تطبيق (4.79، 68%).



## 2. بُعد مؤشرات الأداء :

جدول (14) مستوى تحقق فقرات بُعد فاعلية الأداء

م	الفقرات	المتوسط	الانحراف المعياري	النسبة	التقدير اللفظي
10.	تتعامل الكوادر التمريضية مع شكاوى ومقترحات المرضى بجدية وبشكل إيجابي وسريع	4.40	1.473	63%	متوسط
11.	يتم التسجيل في سجل المؤشرات بشكل مستمر لجميع المؤشرات المعتمدة في القسم	4.55	1.541	65%	عالٍ إلى حدٍ ما
12.	لا تحدث أخطاء عند عمل أي إجراء للمرضى بسبب عدم التعرف عليهم بشكل صحيح	4.34	1.429	62%	متوسط
13.	لا تحدث أخطاء أو مضاعفات للمرضى بسبب قصور في التواصل أو التواصل غير الفعال	4.29	1.460	61%	متوسط
14.	لا تحدث أخطاء أو مضاعفات للمرضى بسبب قصور في الاستلام والتسليم	4.34	1.416	62%	متوسط
15.	لا يحدث سقوط للمرضى أثناء فترة ترقيدهم في القسم	4.61	1.373	66%	عالٍ إلى حدٍ ما
16.	لا يتعرض المرضى لقروح ضغط الفراش أثناء ترقيدهم في القسم	4.50	1.383	64%	عالٍ إلى حدٍ ما
17.	يتحسن المرضى المرقدون في القسم من قروح ضغط الفراش الحاصلة من خارج المستشفى	4.63	1.307	66%	عالٍ إلى حدٍ ما
18.	لا يحدث للمرضى التهابات / عدوى مكتسبة مصاحبة لجهاز التنفس الاصطناعي	4.19	1.391	60%	متوسط
19.	لا يحدث للمرضى التهابات القسطة البولية ومحيطها	4.13	1.432	59%	متوسط
20.	لا يحدث للمرضى انسداد لأنبوب التنفس الرغامي لدى المرضى.	4.31	1.348	62%	متوسط
21.	لا يحدث للمرضى انسداد للقسطة الوريدية والمركزية	4.32	1.350	62%	متوسط
22.	لا يحدث أخطاء دوائية عند التحضير والإعطاء للمرضى (بحسب العشر الصحاح)	4.64	1.343	66%	عالٍ إلى حدٍ ما
23.	لا يحدث للمرضى التهابات / عدوى في موقع العملية الجراحية	4.44	1.368	63%	عالٍ إلى حدٍ ما
24.	لا يحدث أن يقوم المريض بإزالة أنبوب التنفس الرغامي	4.39	1.398	63%	متوسط
	المتوسط	4.41	1.401	63%	متوسط

الحسابية بين (4.13-4.40)، وينسب تطبيق بين (59%-63%)، وهي الفقرات الخاصة بحدوث الأخطاء في الأداء أثناء تقديم خدمات الرعاية التمريضية للمرضى نتيجة قصور في التواصل أو التواصل غير الفعال، وعدم التعرف على المرضى بشكل صحيح، وقصور في عملية استلام وتسليم المرضى بشكل صحيح بين الكوادر التمريضية، بالإضافة إلى القصور في تشييك ومراقبة القساطر البولية والوريدية والمركزة والأنبوب الرغامي وتنظيف

يتضح من الجدول (14) السابق أن المتوسط الكلي لبُعد مؤشرات الأداء الوظيفي للكوادر التمريضية في المستشفيات اليمنية، كان (4.41؛ وبنسبة 63%)، وتفسر هذه النتيجة أن كفاءة أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية بمستوى متوسط بشكل عام، وقريباً من المستوى عالٍ إلى حدٍ ما، وقد تفاوتت المتوسطات الحسابية لفقرات هذا البُعد بين المستوى المتوسط وعالٍ إلى حدٍ ما؛ حيث حصلت بعض الفقرات على مستوى متوسط تراوحت المتوسطات

بذلك في بُعد التمكين على مستوى فقرات وُبُعد التمكين بنسبة (57%) بشكل عام، بينما حصلت الفقرات الأخرى على متوسطات حسابية ونسب تطبيق بمستوى عالٍ إلى حدٍ ما تراوحت بين (4.44-4.64، 63%-66%)، وهي الفقرات الدالة على المؤشرات الخاصة برعاية المرضى مثل الاهتمام بالمرضى بعد العمليات الجراحية وعدم حصول عدوى في موقع العملية الجراحية، وعدم حدوث قرح الفراش وتحسنها، وتحضير وإعطاء الأدوية.

#### اختبار فرضيات الدراسة:

**الفرضية الأولى:** يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتطوير الوظيفي (التدريب، القيادة الإدارية، الثقافة التنظيمية، التمكين) في تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية.

محيطها وعدم حدوث انسدادات لها. وتعزز نتائج هذه الدراسة ما توصلت إليه دراسات محلية أجريت في مستشفى الثورة بصنعاء، مثل: دراسة (Al-Jaradi, 2018, Abol-Gaith, 2015)؛ حيث كشفت أن نسبة (5.7%) فقط من الممرضين يملكون معارف جيدة حول الوقاية من الالتهاب الرئوي المصاحب لجهاز التنفس الاصطناعي، وأن أكثر من نصف الكادر التمريضي ممارساتهم ضعيفة بنسبة (52%)، ونسبة الالتهاب الرئوي الناتج عن دخول المستشفى (41.8%)، العدوى الجراحية بنسبة (16.5%)، التهاب الوريد الخثاري بنسبة (37.9%)، وبالنسبة لضعف التعامل السريع والإيجابي مع شكاوى ومقترحات المرضى، والذي قد يرجع إلى قلة تفويض الإدارة للكوادر التمريضية ومنحهم الصلاحيات المناسبة لحل مثل هذه الشكاوى وإنجاز المهام؛ حيث كان مستوى ذلك واضح في تقييم الفقرات الخاصة

جدول (15) نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط للفرضية الرئيسية الأولى

معاملات الانحدار Coefficient				تحليل التباين ANOVA			Model Summary	
Sig.(*) الدلالة	T المحسوبة	درجة التأثير B	Sig.(*) مستوى الدلالة	DF درجة الحرية		F المحسوبة	(R <sup>2</sup> ) معامل التحديد	(R) الارتباط
.000	19.837	.555	.000	1	الانحدار	393.51 4	.429	.655
				524	البواقي			
				525	المجموع			

(43%) من التغيرات في أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية ناتج عن التغير في التطوير الوظيفي، وأن نسبة (67%) من التغير الحاصل في أداء الكوادر التمريضية يُعزى لمتغيرات أخرى، كما بلغت قيمة معامل الانحدار (B=555)، وهذا يعني أن الزيادة بدرجة واحدة في ممارسة التطوير الوظيفي سيؤدي إلى زيادة تحسين أداء الكوادر التمريضية بنسبة (55%) في حالة افتراض تحديد أي متغيرات

يتضح من الجدول (15) السابق أن قيمة معامل الارتباط بلغت (R=.655) وإلى وجود علاقة ارتباطية قوية بين التطوير الوظيفي وتحسين أداء الكوادر التمريضية، وهو دال إحصائياً، وذلك بدلالة قيمة (T) والتي بلغت (19.837) وهي أعلى من قيمتها الجدولية (1.96) بالإضافة إلى قيمة الدلالة الإحصائية لها أقل من (0.001)، وتشير إلى قيمة معامل التحديد (R<sup>2</sup>=.429) وهذا يفسر ما نسبته

(Muthumbi & Kamau 2021)، ودراسة (Malik1, et al., 2025)، وجميعها توصلت إلى وجود أثر معنوي ذي دلالة إحصائية للتطوير الوظيفي في تحسين الأداء، وللتعرف على أي أبعاد التطوير الوظيفي أكثر تأثيراً في تحسين أداء الكوادر التمريضية (المتغير التابع)، يمكن استخدام اختبار تحليل الانحدار الخطي المتعدد؛ حيث كانت النتائج كما في الجدول (17) التالي:

جدول (16) نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد للفرضية الرئيسية الأولى

معاملات تضخم التباين VIF	تحليل التباين ANOVA الأحادي		ملخص النموذج Model Summary		معاملات الانحدار Coefficients			الفرضية: تأثير / أثر التطوير الوظيفي في أداء الكوادر التمريضية
	Sig.	F. Test	R <sup>2</sup>	R	Sig.	T. Test	Beta	
2.210	.000*	98.33 2	.430	.656	.000*	4.816	.237	التدريب
3.147					.059	1.891	.111	القيادة الإدارية
3.726					.001*	3.458	.221	الثقافة التنظيمية
3.118					.004*	2.876	.168	التمكين

المستقل دالة إحصائية في تأثيرها على المتغير التابع عند مستوى دلالة (Sig.=0.05) عدا بُعد القيادة الإدارية، وبناءً على النتائج السابقة لاختبار الفرضية الرئيسية الأولى في الجدولين (16، 17) السابقين فإننا نقبل الفرضية البديلة التي تنص على أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتطوير الوظيفي (التدريب، القيادة الإدارية، الثقافة التنظيمية، التمكين) في تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية، ونرفض الصفرية العدمية.

كما تم تحقيق الهدف الثالث للدراسة.

وفيما يلي نتائج اختبار الفرضيات الفرعية للفرضية الرئيسية الأولى، وتم توضيحها فيما يلي:

أخرى، وتؤكد معنوية هذا الأثر قيمة (F=393.514) بمستوى دلالة أقل من (0.001)، وبالتالي يتم قبول الفرضية الرئيسية الأولى؛ حيث إنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتطوير الوظيفي (التدريب، القيادة الإدارية، الثقافة التنظيمية، التمكين) في تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية. وتتوافق هذه النتيجة مع نتائج دراسات سابقة محلية مثل: دراسة (Heita, 2021)، (Caniago and Rustanto 2022)، (Odanwu, et al., 2024)،

حيث أظهرت النتائج الواردة في الجدول (16) أن قيم معاملات الانحدار لأبعاد التطوير الوظيفي متفاوتة فيما بينها؛ حيث بلغت قيم معامل الأثر Beta لها (0.237، 0.111، 0.221، 0.168)، على التوالي، وتؤدي إلى زيادة بمقدار (23.7%، 11.1%، 22.1%، 16.8%) في تحسين الأداء الوظيفي للكوادر التمريضية على التوالي، وجميعها دالة إحصائية عدا بُعد القيادة الإدارية غير دال إحصائياً عندما تكون تأثيرات الأبعاد مجتمعة، وما يؤكد هذه الدلالة قيمة (T) لأبعاد التطوير الوظيفي نفسها، والتي بلغت (4.816، 1.891، 3.458، 2.876) على التوالي، وهي أعلى من قيمتها الجدولية (1.96) عدا بُعد القيادة الإدارية، كما نلاحظ أن جميع التأثيرات لأبعاد المتغير

## الفرضية الفرعية الأولى من الفرضية الرئيسية الأولى: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتدريب في تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية.

جدول (17) نتائج اختبار الفرضية الفرعية الأولى من الرئيسية الأولى

الفرضية: أثر التدريب في تحسين أداء الكوادر التمريضية		ملخص النموذج Model Summary		معاملات الانحدار Coefficients		تحليل التباين الأحادي ANOVA	
		R	R <sup>2</sup>	B	T. Test	Sig. T	F. Test
		.574	.330	.427	16.063	.000 *	258.012
							Sig. F
							.000 *

بمستوى دلالة أقل من (0.001)، وبالتالي يتم قبول الفرضية الفرعية الأولى من الفرضية الرئيسية الأولى. وتتوافق هذه النتائج مع نتائج عدد من الدراسات المحلية السابقة التي تطرقت إلى اختبار العلاقة والتأثير بين التدريب وتحسين أداء الموظفين في المستشفيات اليمنية، مثل دراسات: ( Al-Nehmi, 2019، علي، 2018، صلاح، 2018، الليث، 2017)،

وبناءً على النتائج السابقة لاختبار الفرضية الفرعية الأولى من الفرضية الرئيسية الأولى في الجدول (18) السابق فإننا نقبل الفرضية البديلة التي تنص على أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتدريب في تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية، ونرفض الصفرية العدمية.

الفرضية الفرعية الثانية من الفرضية الرئيسية الأولى: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للقيادة الإدارية في تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية.

يتضح من الجدول السابق (17) أن قيمة معامل الارتباط بلغت (R=.574) وإلى وجود علاقة ارتباطية بين التدريب وتحسين أداء الكوادر التمريضية، وهو دال إحصائياً، وذلك بدلالة قيمة (T) والتي بلغت (16.063) وهي أعلى من قيمتها الجدولية (1.96) بالإضافة إلى قيمة الدلالة الإحصائية لها أقل من (0.001)، وتشير إلى قيمة معامل التحديد (R<sup>2</sup>=0.330) وهذا يفسر ما نسبته (33%) من التغيرات في أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية ناتج عن التغير في التدريب، أي أن نسبة (33%) من أداء الكوادر التمريضية ناتج عن تحقق التدريب في المستشفيات اليمنية عينة الدراسة، وأن نسبة (67%) من التغير الحاصل في أداء الكوادر التمريضية يُعزى لمتغيرات أخرى، كما بلغت قيمة معامل الانحدار (B=.427)، وهذا يعني أن الزيادة بدرجة واحدة في تحقق التدريب سيؤدي إلى زيادة تحسين أداء الكوادر التمريضية بنسبة (42.7%) في حالة افتراض تحييد أي متغيرات أخرى، ويؤكد معنوية هذا الأثر قيمة (F=258.012)

جدول (18) نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثانية من الرئيسية الأولى

الفرضية: أثر القيادة الإدارية في تحسين أداء الكوادر التمريضية		ملخص النموذج Model Summary		معاملات الانحدار Coefficients		تحليل التباين الأحادي ANOVA	
		R	R <sup>2</sup>	B	T. Test	Sig. T	F. Test
		.573	.328	.451	15.998	.000 *	255.930
							Sig. F
							.000 *

والتأثير بين أساليب القيادة والأداء التمريضي كدراسات: (Ibrahim et al., 2016, Ernawati, 2020)، وأن ممارسات أسلوب القيادة التحويلية تؤدي إلى نتائج أفضل للمنظمة، وترتبط ارتباطاً جيداً بأداء الموظف. وأن أسلوب القيادة التحويلية له تأثير كبير وإيجابي على أداء كادر التمريض، وتحسين رضاهم الوظيفي. (Risambessy, et al., 2012).

وبناءً على النتائج السابقة لاختبار الفرضية الفرعية الثانية من الفرضية الرئيسية الأولى في الجدول (19) السابق فإننا نقبل الفرضية البديلة التي تنص على أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للقيادة الإدارية في تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية، ونرفض الصفرية العدمية.

**الفرضية الفرعية الثالثة من الفرضية الرئيسية الأولى: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للثقافة التنظيمية في تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية.**

الجدول (20) التالي يوضح نتائج اختبار الأثر للثقافة التنظيمية كُبعد من أبعاد التطوير الوظيفي في تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية (محل الدراسة):

يتضح من الجدول (18) السابق أن قيمة معامل الارتباط بلغت ( $R=0.573$ ) ووجود علاقة ارتباطية بين القيادة الإدارية وتحسين أداء الكوادر التمريضية، وهو دال إحصائياً، وذلك بدلالة قيمة ( $T$ ) والتي بلغت (15.998) وهي أعلى من قيمتها الجدولية (1.96) بالإضافة إلى قيمة الدلالة الإحصائية لها أقل من (0.001)، وتشير إلى قيمة معامل التحديد ( $R^2=0.328$ ) وهذا يفسر ما نسبته (32.8%) من التغيرات في تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية ناتج عن التغير في القيادة الإدارية، أي أن نسبة (32.8%) من أداء الكوادر التمريضية ناتج عن ممارسات القيادة الإدارية في المستشفيات اليمنية عينة الدراسة، وأن نسبة (67.2%) من التغير الحاصل في أداء الكوادر التمريضية يُعزى لمتغيرات أخرى، كما بلغت قيمة معامل الانحدار ( $B=451$ )، وهذا يعني أنه بافتراض تحييد أي متغيرات أخرى الزيادة بدرجة واحدة في ممارسة القيادة الإدارية سيؤدي إلى زيادة تحسين أداء الكوادر التمريضية بنسبة (45.1%)، ويؤكد معنوية هذا الأثر قيمة ( $F=255.930$ ) بمستوى دلالة أقل من (0.001)، وبالتالي يتم قبول الفرضية الفرعية الثانية من الفرضية الرئيسية الأولى.

وتتوافق نتائج هذه الدراسة مع نتائج عدد من الدراسات السابقة التي تطرقت إلى اختبار العلاقة

**جدول (19) نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثالثة من الفرضية الرئيسية الأولى**

تحليل التباين الأحادي ANOVA		معاملات الانحدار Coefficients			ملخص النموذج Model Summary		الفرضية: أثر الثقافة التنظيمية في تحسين أداء الكوادر التمريضية
Sig. F	F. Test	Sig. T	T. Test	B	$R^2$	R	
.000 *	298.174	.000 *	17.268	.444	.363	.602	

يتضح من الجدول (19) السابق أن قيمة معامل الارتباط بلغت ( $R=0.602$ ) ووجود علاقة ارتباطية بين الثقافة التنظيمية وتحسين أداء الكوادر التمريضية، وهو دال إحصائياً، وذلك بدلالة قيمة ( $T$ ) والتي بلغت (17.268) وهي أعلى من قيمتها الجدولية (1.96) بالإضافة إلى قيمة الدلالة الإحصائية لها أقل من (0.001)، وتشير إلى قيمة معامل التحديد ( $R^2=0.363$ ) وهذا يفسر ما نسبته (36.3%) من التغيرات في أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية ناتج عن التغير في الثقافة التنظيمية، أي أن نسبة (36.3%) من أداء الكوادر التمريضية ناتج عن تحقق الثقافة التنظيمية في المستشفيات اليمنية عينة الدراسة، وأن نسبة (63.7%) من التغير الحاصل في أداء الكوادر التمريضية يُعزى لمتغيرات أخرى، كما بلغت قيمة معامل الانحدار ( $B=0.444$ )، وهذا يعني أن الزيادة بدرجة واحدة في تحقق الثقافة التنظيمية سيؤدي إلى زيادة تحسين أداء الكوادر التمريضية بنسبة (44.4%) في حالة افتراض تثبيت أي متغيرات أخرى، ويؤكد معنوية هذا الأثر قيمة ( $F=298.174$ )

بمستوى دلالة أقل من (0.001)، وبالتالي يتم قبول الفرضية الفرعية الثالثة من الفرضية الرئيسية الأولى. وتتوافق هذه النتائج مع نتائج عدد من الدراسات السابقة التي تطرقت إلى اختبار العلاقة والتأثير بين الثقافة التنظيمية السائدة وتحسين الأداء، مثل دراسات: (برهوم، وآخرون، 2017، علي، 2018، درهوب والصادق 2020، Indiyati et al. 2021، Fidyah & Setiawati, 2020)؛ حيث توصلت جميعها إلى وجود تأثير إيجابي طردي بين الثقافة التنظيمية ومستوى أداء الموظفين.

وبناءً على النتائج السابقة لاختبار الفرضية الفرعية الثالثة من الفرضية الرئيسية الأولى في الجدول (20) السابق فإننا نقبل الفرضية البديلة التي تنص على أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للثقافة التنظيمية في تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية، ونرفض الصفرية العدمية. الفرضية الفرعية الرابعة من الفرضية الرئيسية الأولى: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتمكين في تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية.

جدول (20) نتائج اختبار الفرضية الفرعية الرابعة من الرئيسية الأولى

تحليل التباين الأحادي ANOVA		معاملات الانحدار Coefficients		ملخص النموذج Model Summary			الفرضية: أثر التمكين في تحسين أداء الكوادر التمريضية
Sig. F	F. Test	Sig. T	T. Test	B	$R^2$	R	
.000 *	268.122	.000 *	16.374	.439	.338	.582	

الجدولية (1.96) بالإضافة إلى قيمة الدلالة الإحصائية لها أقل من (0.001)، وتشير إلى قيمة معامل التحديد ( $R^2=0.338$ ) وهذا يفسر ما نسبته (33.8%) من التغيرات في أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية ناتج عن التغير في التمكين،

يتضح من الجدول (20) السابق أن قيمة معامل الارتباط بلغت ( $R=0.582$ ) وإلى وجود علاقة ارتباطية بين التمكين وتحسين أداء الكوادر التمريضية، وهو دال إحصائياً، وذلك بدلالة قيمة ( $T$ ) والتي بلغت (16.374) وهي أعلى من قيمتها



أي أن نسبة (33.8%) من أداء الكوادر التمريضية ناتج عن تحقق التمكين في المستشفيات اليمنية عينة الدراسة، وأن نسبة (66.2%) من التغير الحاصل في أداء الكوادر التمريضية يُعزى لمتغيرات أخرى، كما بلغت قيمة معامل الانحدار ( $B=0.439$ )، وهذا يعني أن الزيادة بدرجة واحدة في تحقق التمكين سيؤدي إلى زيادة تحسين أداء الكوادر التمريضية بنسبة (43.9%) في حالة افتراض تحييد أي متغيرات أخرى، ويؤكد معنوية هذا الأثر قيمة ( $F=268.122$ ) بمستوى دلالة أقل من (0.001)، وبالتالي يتم قبول الفرضية الفرعية الرابعة من الفرضية الرئيسة الأولى.

وتتوافق هذه النتائج مع نتائج عدد من الدراسات السابقة التي تطرقت إلى اختبار العلاقة والتأثير بين التمكين وتحسين الأداء، مثل دراسة (ضحوي، 2021) ودراسة (علي، 2018)، ودراسة (Malik1, et al., 2025)، وجميعها أظهرت أن التمكين يؤثر بشكل إيجابي في الأداء الوظيفي.

وبناءً على النتائج السابقة لاختبار الفرضية الفرعية الأولى من الفرضية الرئيسة الأولى في الجدول (18) السابق فإننا نقبل الفرضية البديلة التي تنص على أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتدريب في تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية، ونرفض الصفرية العدمية.

**الفرضية الرئيسة الثانية:** لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين آراء عينة الدراسة حول مستوى تحقق التطوير الوظيفي، ومستوى أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية تُعزى لنوع المستشفى (حكومي، خاص)، ويتفرع منها فرضيتان فرعيتان تم اختبارهما باستخدام اختبارت في حالة عينتين مستقلتين (Independent Samples T-Test)، وكما يلي:

**الفرضية الفرعية الأولى من الفرضية الرئيسة الثانية:** لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين آراء عينة الدراسة حول مستوى تطبيق وممارسة التطوير الوظيفي بالمستشفيات اليمنية تُعزى لنوع المستشفى (حكومي، خاص)،

جدول (21) الفروق بين متوسطات استجابات العينة حول مستوى تحقق التطوير الوظيفي وفقاً لمتغير نوع المستشفى

أبعاد التطوير الوظيفي	نوع المستشفى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	قيمة الدلالة (Sig.)
التدريب	خاص حكومي	4.84 3.60	.907 1.338	12.675	.000 *
القيادة الإدارية	خاص حكومي	4.65 3.55	1.040 1.191	11.240	.000 *
الثقافة التنظيمية	خاص حكومي	4.58 3.46	1.156 1.258	10.657	.000 *
التمكين	خاص حكومي	4.57 3.57	1.088 1.292	9.574	.000 *

يتضح من الجدول (21) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد عينة

الدراسة حول مستوى تطبيق وممارسة التطوير الوظيفي للكوادر التمريضية وفقاً لمتغير نوع

المستشفى؛ حيث كانت قيم (T) أكبر من القيم الجدولية لها عند مستوى دلالة (0.005)، وذلك في جميع أبعاد التطوير الوظيفي وبمستوى دلالة أقل من (0.001)، ولصالح المستشفيات الخاصة؛ حيث كانت المتوسطات الحسابية لها أكبر من المتوسطات الحسابية للمستشفيات الحكومية، وذلك في جميع الأبعاد، وقد تعزى هذه النتيجة لوجود المنافسة بين المستشفيات الخاصة والأهداف التي تسعى إلى تحقيقها من خلال توفير وممارسة التطوير الوظيفي للكوادر التمريضية، بالإضافة إلى الضغوط والاهتمام والمتابعة المستمرة للمستشفيات الخاصة من قبل وزارة ومكاتب الصحة، كما أن المستشفيات الخاصة لديها موارد مالية أفضل من المستشفيات الحكومية تمكنها من تنفيذ برامج التطوير الوظيفي لكوادرها التمريضية من أجل تحسين مستوى أدائهم وتحقيق مستوى تنافسي أفضل.

وبناءً على النتائج السابقة لاختبار الفرضية الفرعية الأولى من الفرضية الرئيسية الثانية في الجدول (22) السابق فإننا نرفض الفرضية والتي تنص على أنه لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين آراء عينة الدراسة حول مستوى تحقق التطوير الوظيفي للكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية، ونقبل الصفرية العدمية.

**الفرضية الفرعية الثانية من الفرضية الرئيسية الثانية:** لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين آراء عينة الدراسة حول مستوى أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية تُعزى لنوع المستشفى (حكومي، خاص).

تم اختبار الفروق بين آراء عينة الدراسة حول مستوى أداء الكوادر التمريضية في المستشفيات اليمنية (محل الدراسة)، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول (16) التالي:

جدول (22) الفروق بين متوسطات استجابات العينة حول مستوى أداء الكوادر التمريضية وفقاً لمتغير نوع المستشفى

أبعاد تحسين الأداء	نوع المستشفى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	قيمة الدلالة (Sig.)
كفاءة الأداء	خاص	222	5.17	9.225	.000 *
	حكومي	304	4.27		
فاعلية الأداء	خاص	222	5.23	6.446	.000 *
	حكومي	304	4.59		
مؤشرات الأداء	خاص	222	4.77	7.349	.000 *
	حكومي	304	4.14		

يتضح من الجدول (22) السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة حول مستوى الأداء التمريضي وفقاً لمتغير نوع المستشفى؛ حيث كانت قيم (T) المحسوبة في

الجدول (23) أكبر من القيم الجدولية لها عند مستوى دلالة (0.005)، وذلك في جميع أبعاد تحسين أداء الكوادر التمريضية وبمستوى دلالة أقل من (0.001)، لصالح المستشفيات الخاصة؛ حيث

- بدءًا بالتدريب والقيادة الإدارية، ثم التمكين، وفي الأخير بُعد الثقافة التنظيمية.
2. تتوفر كفاءة وفاعلية أداء بمستوى جيد للكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية.
3. يوجد قصور في مستوى مؤشرات الأداء لمخرجات خدمات الرعاية الصحية المقدمة من الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية.
4. وجود تأثير إيجابي للتطوير الوظيفي في تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية (محل الدراسة).
5. هناك تأثير إيجابي لأبعاد التطوير الوظيفي مجتمعة (التدريب، القيادة الإدارية، الثقافة التنظيمية، التمكين) في تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية (محل الدراسة)، وكان أكثرها تأثيرًا بُعد التدريب، وأقلها تأثيرًا بُعد القيادة الإدارية في ظل وجود تأثير أبعاد التطوير الوظيفي الأخرى مجتمعة.
6. وجود تأثير إيجابي معنوي عند مستوى دلالة أقل من (0.05) لجميع أبعاد التطوير الوظيفي (التدريب، القيادة الإدارية، الثقافة التنظيمية، التمكين) كل على حدة في تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية (محل الدراسة)، وكان أكثرها تأثيرًا بُعد التدريب، وأقلها تأثيرًا بُعد القيادة الإدارية.

#### ثانيًا التوصيات:

من خلال الاستنتاجات السابقة، خرج الباحثان بمجموعة من التوصيات التي قد تقيد قيادة القطاع الصحي ومدراء المستشفيات في تحسين التطوير الوظيفي وتحسين أداء الكوادر التمريضية في تقديم

كانت المتوسطات الحسابية لها أكبر من المتوسطات الحسابية للمستشفيات الحكومية، وذلك في جميع الأبعاد، وقد تعزى هذه النتيجة لوجود المنافسة بين المستشفيات الخاصة والأهداف التي تسعى إلى تحقيقها من خلال تحسين أداء الكوادر التمريضية للحصول على مستوى عالٍ من جودة خدمات الرعاية الصحية؛ حيث إن خدمات الرعاية الصحية وبالأخص الخدمات التي تقدمها الكوادر التمريضية تؤثر بشكل كبير في معدلات المرضى والوفيات وبالتالي تحسين سمعة المستشفى، بالإضافة لضغوط واهتمام والمتابعة المستمرة للمستشفيات الخاصة من قبل وزارة ومكاتب الصحة.

وبناءً على النتائج السابقة لاختبار الفرضية الفرعية الثانية من الفرضية الرئيسة الثانية في الجدول (23) السابق فإننا نرفض الفرضية والتي تنص على أنه لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين آراء عينة الدراسة حول مستوى تحسين أداء الكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية، ونقبل الصفرية العدمية.

#### الاستنتاجات والتوصيات:

##### أولًا الاستنتاجات:

توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها:

1. أظهرت نتائج الدراسة أن هناك مستوى تحقق متوسط لممارسة التطوير الوظيفي للكوادر التمريضية بالمستشفيات اليمنية بجميع أبعاده، وبنسبة تحقق متقاربة لا تضيف ميزة الترتيب والأفضلية؛ تراوحت بين (56% إلى 57%)

## قائمة المصادر والمراجع:

### أولاً: المراجع باللغة العربية:

- [1] غانم، إبراهيم طاهر (2024) "دور القيادة التحويلية في تحقيق الأداء المتميز في ظل الثقافة التنظيمية" دراسة تطبيقية على قطاع الاتصالات في الجمهورية اليمنية، دكتوراه، مركز إدارة الأعمال - جامعة صنعاء.
- [2] علي، عمرو محمد، (2018) "أثر الثقافة التنظيمية في الأداء الوظيفي من خلال التمكين الإداري دراسة ميدانية في المستشفيات الأهلية بأمانة العاصمة صنعاء" أطروحة دكتوراه جامعة العلوم والتكنولوجيا - اليمن.
- [3] غزال، سوسن (2009) بحث منشور بعنوان: "الطريق إلى ضمان جودة الأداء التمريضي في مشفى الأسد الجامعي في جامعة تشرين"، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية - سلسلة العلوم الصحية المجلد 31، العدد 1، 2009.
- [4] عقيلي، عمر وصفي، (2005)، "إدارة الموارد البشرية المعاصرة بُعد استراتيجي"، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان - الأردن.
- [5] جودة، محفوظ أحمد، 2010، "إدارة الموارد البشرية"، (الطبعة الأولى)، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- [6] دودين، احمد يوسف، (2014) "إدارة التغيير والتطوير التنظيمي". الطبعة العربية، الإصدار الثاني، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان.
- [7] كامل المغربي وآخرون، "أساسيات في الإدارة"، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع، 1995.
- [8] طواف، عبدالخالق هادي، 2009، أطروحة دكتوراه بعنوان: "نموذج مقترح لتحسين الأداء التنظيمي في جامعة صنعاء"، جامعة حلب، سورية.

خدمات الرعاية الصحية بجودة عالية، وذلك من خلال العمل بالتوصيات التالية:

1. توفير برامج تدريبية نوعية في الجوانب المهنية مدروسة ومبنية على الاحتياجات التدريبية للكوادر التمريضية ونتائج تقييم أدائهم، ومتابعة تنفيذ المعارف والممارسات المكتسبة في الواقع العملي، بالإضافة إلى تنفيذ برامج التوعية والتدريب للكوادر التمريضية حديثة التوظيف.
2. إنشاء نظام فعال للحوافز والمكافآت وتوفير بيئة عمل محفزة تعزز الدافعية الذاتية للكوادر التمريضية وتحسن من أدائهم.
3. تفعيل ممارسات القيادات الإدارية بالمستشفيات اليمنية وخاصة القيادات التمريضية، مثل التواصل بفاعلية مع الكوادر التمريضية للمتابعة والإرشاد وحل المشكلات والمعوقات التي تواجههم أثناء إنجاز المهام الموكلة إليهم بكفاءة وبحسب معايير وسياسات جودة الخدمات الصحية.
4. إرساء ثقافة تنظيمية محفزة للأداء التمريضي، والالتزام بقيم التحسين المستمر وتشجيع الكوادر التمريضية على العمل الجماعي وروح الفريق الواحد والعمل على إزالة عوائق تطبيق معايير وسياسات جودة خدمات الرعاية الصحية.
5. تعزيز تمكين الكوادر التمريضية من تأدية مهامهم بكفاءة وفاعلية من خلال توفير أدلة العمل وسياسات وإجراءات الجودة التشغيلية وتوفير نظام معلومات فعال يشجع ويسهل التواصل والمشاركة في حل المشكلات وصنع القرارات وتقديم المقترحات الإبداعية.

- [9] موسى اللوزي، التطوير التنظيمي أساسيات ومفاهيم حديثة، ط1، عمان الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع، 1999، ص 256
- [10] عاشور، أحمد صقر "السلوك الإنساني في المنظمات"، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1990.
- [11] اللوزي، موسى سلامة و حمود، خضير كاظم (2008) "مبادئ إدارة الأعمال"، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، إسرائ للنشر والتوزيع.
- [12] الورثان، عدنان (2015) "مؤشرات قياس الأداء المؤثرة في التعليم الجامعي: دراسة تحليلية في ضوء الاعتماد الأكاديمي"، مجلة العلوم التربوية، جامعة القاهرة - كلية الدراسات العليا للتربية، مج23، ع3.
- [13] كساب، عماد، 2021، بحث منشور بعنوان: "مؤشرات قياس الأداء الوظيفي والمؤسسي بين النظرية والتطبيق: نماذج عملية"، المجلة العربية للآداب والدراسات الإنسانية، المؤسسة العربية للتربية والعلوم والآداب، العدد 16.
- [14] الأحمد، حنان عبد الرحيم "التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية"، مجلة الإدارة العامة، دورية علمية متخصصة ومحكمة معهد الإدارة العامة، مج40، ع3، الرياض، أكتوبر 2000.
- [15] الريمي، عمار علي والنشمي، مراد محمد (2024) "أثر تطبيق معايير الاعتمادية المتمحورة حول المريض للجنة المشتركة الدولية (JCI) في تحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية على بعض المستشفيات اليمنية"، مجلة جامعة صنعاء للعلوم الإنسانية، مجلد1، عدد2، صفحة 770-792.
- [16] العريقي، منصور محمد إسماعيل (2020). طرق البحث، جامعة العلوم والتكنولوجيا، صنعاء، اليمن، الطبعة السابعة.
- [17] الوصابي، منير مصلح، (2017) دكتوراه بعنوان: "أثر تطوير الموارد البشرية الصحية في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد في المستشفيات اليمنية"، دراسة حالة، جامعة الجزائر 3.
- [18] أبو رحمة، خلود محمد عيسى، 2016، أطروحة دكتوراه بعنوان: "تأثير تطبيق معايير الاعتماد على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء والمرضى والباحثين الاجتماعيين (دراسة ميدانية في مستشفيات منطقة مكة المكرمة بالمملكة العربية السعودية)"، مجلة الدراسات العليا - جامعة النيلين (مج 5)، (ع 18)، GCNU Journal ISSN: 1858- 2016.
- [19] أداة استراتيجية تقييم الجودة، (2020) الدليل الأساسي لاستخدام مؤشرات الجودة في العلاج الوظيفي من قبل الاتحاد العالمي للمعالجين الوظيفيين (QUEST)، ترجمة ( Hassan Izzeddin Sarsak, PhD, OTR, Jordan Areej Meny, MS, OTR, Saudi Arabia. يوليو 2021).
- [20] صلاح، عباس العزي، (2018)، "دور التدريب في تحسين جودة الخدمات الطبية في المستشفى العسكري بصنعاء"، رسالة ماجستير، الأكاديمية اليمنية للدراسات العليا.
- [21] الصومالي، صباح عبدالله، وباجنيد، أريج عبدالله وزكي، خديجة محمود (2021) بعنوان: "دور القيادة الإبداعية في تحسين أداء العاملين على المستشفيات الخاصة بقطاع جدة"، مجلة العلوم

والدراسات العلمية \_ سلسلة العلوم الاقتصادية  
والقانونية المجلد (39)، العدد 1.

[28] درهوب، عبدالهادي محمد و الصادق، أحمد  
الصادق 2020 "أثر الثقافة التنظيمية على أداء  
العاملين - دراسة ميدانية على كلية الهندسة التقنية  
جنزور"، جامعة الزيتونة، ليبيا، مجلة القرطاس،  
العدد التاسع، يوليو 2020.

[29] ضحوي، سارة (2021) "علاقة التمكين الإداري  
بتحسين الأداء الوظيفي في المؤسسات العمومية  
للصحة في الجزائر" دراسة حالة المؤسسة العمومية  
للصحة الجوارية بسكرة، رسالة ماجستير، جامعة  
محمد خيضر بسكرة.

#### ثانياً: المراجع باللغة الإنجليزية:

- [1] Maaike E. Walters (2015): Development of a training programme for home health care workers to promote preventive activities focused on a healthy lifestyle: an intervention mapping approach.
- [2] Buchan, J. (2018). "The global nursing workforce: Challenges and opportunities". International Nursing Review, 65(1), 6-12.
- [3] Rose, L., Johnson, B., & Miller, C. (2019). "The impact of professional development on nurse retention and satisfaction". Journal of Nursing Management, 27(2), 181-188.
- [4] Heita, Hilya Ndinela (2021) "Investigating the Impact of Career Development on Employee Performance at the Namibia Airports Company", a thesis submitted in Partial Fulfilment, Master Administration Management, the University of Namibia.
- [5] Caniago, Aspizain and Rustanto, Agung Edi (2022) "The Effect of Career Development on Employee Performance (Case Study at CV Anggara Prima)", Majalah Ilmiah Bijak Vol 19 , No.2, September 2022 pp. 222-229, E ISSN 2621-749X. <http://ojs.stiami.ac.id>
- [6] Odanwu Augustine Ituma, Sylvia Uchenna Agu, Friday Kennedy Ozo, Ogbuene Anthony Chinweike, Joshua Chukwuma Onwe (2024) "The Impact of Career Development on Employee Performance in the Civil Service Sector: A Nigerian Context", Journal of

الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية،  
المجلد 28، العدد 3، ص ص 234-261.

[22] لوباني، كمال حبيب (2021) بعنوان: "أثر نمط  
القيادة على أداء العاملين في مستشفى رفيع  
الحري"، رسالة ماجستير، بيروت، المجلة  
الإلكترونية الشاملة متعددة المعرفة لنشر الأبحاث  
العلمية والتربوية، العدد 37.

[23] الليث، حياة علي، (2017)، "فعالية البرامج  
التدريبية وعلاقتها بالأداء الوظيفي - دراسة ميدانية  
بجامعة العلوم"، رسالة ماجستير، الأكاديمية العربية  
للعلوم المالية والمصرفية - اليمن.

[24] المحاسنة، محمد عبدالرحيم، "أثر التمكين الإداري  
في بلورة سمات فريق العمل: دراسة تطبيقية على  
مدينة العقبة الخاصة - الأردن، مجلة النهضة،  
جامعة القاهرة، جمهورية مصر العربية، المجلد 8،  
العدد 1، يناير 2007، ص ص 20-31.

[25] الوشلي، نجلاء علي يحيى (2018) رسالة  
ماجستير "أثر إدارة التميز في تحسين الأداء  
الوظيفي لدى هيئة مستشفى الثورة العام النموذجي  
أمانة العاصمة-صنعاء (دراسة حالة)" الأكاديمية  
اليمنية للدراسات العليا.

[26] بن حمدون، خديجة (2023)، أطروحة دكتوراه  
بعنوان: "استراتيجية تطوير الموارد البشرية  
وانعكاسها على جودة الخدمات الصحية في  
الجزائر، دراسة مقارنة"، جامعة غرداية، الجزائر.

[27] برهوم، أديب و حسن، فداء و سعيد، رشا، 2017.  
"أثر الثقافة التنظيمية على الأداء الوظيفي للعاملين  
- دراسة حالة مشفى الشهيد مازن إبراهيم في  
محافظة طرطوس"، مجلة جامعة تشرين للبحوث



- Christian Hospital: A Cross-Sectional Exploratory Study" China, REVIEW ARTICLE | VOLUME 3, ISSUE 2 | OPEN ACCESS <https://DOI:10.23937/2469-5823/1510069>
- [16] Nusari, Mohammed & Waleed Abdullah (2019). The Relationship between Nurses' Job Satisfaction and Nurses' Performance in the Public Health Care Sector in Yemen. International Journal of Management and Human Science (IJMHS), Volume 3, Issue 2, Pages 23-43, 2019 eISSN: 2590-3748 URL: <http://www.ijmhs.org>.
- [17] McCormack, B., Manley, K., Kitson, A., Titchen, A., & Harvey, G. (1999). Towards practice development- a vision in reality or a reality without vision? Journal of Nursing Management, 7(5), 255-264. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.1999.00133.x>
- [18] Benner, P. 2004. "Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education". Bulletin of Science, Technology and Society, 24(3), 188 199. <https://doi.org/10.1177/0270467604265061>
- [19] Rahi, S., Alghizzawi, M., Ahmad, S., Munawar Khan, M., & Ngah, A. H.(2021). Does employee readiness to change impact organization change implementation? Empirical evidence from emerging economy. International Journal of Ethics and Systems, ahead-of-p(ahead of print). <https://doi.org/10.1108/IJOES-06-2021-0137>
- [20] Schwirian PM. Evaluating the performance of nurses: a multidimensional approach. Nurse Res. 1978;27(6):347-51.
- [21] Abualrub, R. (2004), "Job stress, job performance, and social support among hospital nurses", Journal of Nursing Scholarship, Vol. 36 No. 1, pp.8.
- [22] Ansar, Farida, U., Yahya, M., Yusriadi, Y., & Bin-Tahir, S. Z. (2019). Institutional economic analysis of bugis merchants in the inter-island trade. International Journal of Scientific and Technology Research, 8(8), 149-152. <https://www.scopus.com/inward/record>
- Chinese Human Resources Management 2024, VOL. 15, NO. 1, 42-63 <https://DOI:10.47297/wspchrmWSP2040-800504.20241501>
- [7] Muthumbi, Diana Muringo & Kamau, Joyce (2021) "Effect of Career Development on Employee Performance in Deloitte Limited, Kenya" EdinBurg Peer Reviewed Journals and Books Publishers, Journal of Human Resource and Leadership, 1(1), 9-16.
- [8] Malik1 M. Musthabiq Dzikril, Herlambang Toni, Thamrin Mohammad, and Satoto Eko Budi. 2025 "The Effect of Career Development on Performance through Employee Engagement as an Intervening Variable", Muhammadiyah University of Jember, Indonesia, International Conference on Social Science and Humanity, e-ISSN: 3063-9611, ICOSSH, Vol. 2, No. 1, 2025 Page 26-35. DOI: <https://doi.org/10.61796/icossh.v2i1.63>
- [9] Aiken, L. H., H. L. Smith, and E. T. Lake. 1994. Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. Medical Care 32 (8): 771-87.
- [10] Havens, D. S., and L. H. Aiken. 1999. Shaping systems to promote desired outcomes. The magnet hospital model. Journal of Nursing Administration 29 (2): 14-20.
- [11] Robinson, C. A. 2001. Magnet nursing services recognition: Transforming the critical care environment. AACN Clinical Issues 12 (3): 411-23.
- [12] Avallone, I., and B. Gibbon. 1998. Nurses' perceptions of their work environment in a Nursing Development Unit. Journal of Advanced Nursing 27 (6): 1193-201.
- [13] AL-Noani, Fozia Yahia, 2021, "Evaluation of Basic Life Support Training Program on Intensive Care Nurses at Al-Thawra Hospital - Sana'a City-Yemen", MSc. in Critical Care Nursing, Al-Razi University, Sana'a – Yemen.
- [14] Al-Jaradi, Abdul Fattah Saleh, 2018, "Knowledge and Practice of Intensive Care Unit Nurses toward Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia at Public Hospitals in Sana'a City-Yemen", MSc. in Critical Care Nursing, AL-Razi University.
- [15] Lap Fung TSANG, and Others, 2017 "Self-Perceived Performance-Based Training Needs of Senior Nurse Managers Working in United

- (Vol. 6). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- [31] Al-Qubati, Ashwaq Mohammed Shaher, 2021, "Assessment Knowledge and Practices of Intensive Care Unit Nurses Regarding Central Line Catheter Care at Al-Thawra Hospital in Sana'a city-Yemen", MSc. in Critical Care Nursing, Al-Razi University, Sana'a – Yemen.
- [32] Al-Wasabi, Nawal Abdu Ali, 2021, "Knowledge and Practice of Critical Care Nurses Regarding Enteral Feeding in Mechanically Ventilated Critically Ill Patients in Al-Thawra General Hospital in Sana'a, City Yemen", MSc. in Critical Care Nursing, Al-Razi University, Sana'a – Yemen.
- [33] Abol-Gaith, Fawz Mohammed, 2015, "The Effectiveness of the Standards Nursing care: An Experimental Study in Intensive Care Units In Al-Thawra Hospital - Sana'a", PhD in Public Health, Sana'a University.
- [34] Duff, Elsie, 2016 "The Effects of Empowerment on Role Competency and Patient Safety Competency for Newly Graduated Nurse Practitioners", PhD in Nursing, The University of Western Ontario. <https://ir.lib.uwo.ca/etd/4091>
- [35] Al-Nehmi, Salah Mohammed, 2019, "Impact of Training and Development on Employee Performance - with a case study of UST Hospital", The Arab Academy for Banking & Financial Sciences
- [36] Judy Schueler, "Customer service Through Leadership: The Disney Way", Training & Development, October 2000, Pp 29-32.
- [37] Gilad Chen, Bradley L. Kirkman, Ruth Kanfer, Don Allen, (2025). A Multilevel Quasi- Experimental Study of Leadership, Empowerment, and Performance in Teams, Academy of Management Best Conference Paper, 2005 Ob: D1.
- [38] Mark, B. A., J. Salyer, and C. S. Smith (1996) "A theoretical model for nursing systems outcomes research". 1996. Nurs Admin Q 20:12-27.
- [39] Idvall E, L. Rooke, and E. Hamrin. 1997. Quality indicators in clinical nursing: A review of the literature Journal of Advanced Nursing 25:6-17.
- [40] American Nurses Association. 1998. The National Database of Nursing Quality Indicators.
- .uri?eid=2-s2.0-  
&85070862100partnerID=40&md5=a72c  
fe916b358ecfa0172480f407ef8a
- [23] Umar, A., Amrin, Madani, M., Farida, U., Yusriadi, Y., Tamsa, H., Bahtiar, Ansar, Yahya, M., Nurnaningsih, Alam, S., Gunawan, H., Darwis, Sahabuddin, C., Jamaluddin, Misbahuddin, Elpisah, Akbar, Z., Sakkir, G., ... Misnawati, M. (2019). One-stop service policy as a bureaucratic reform in Indonesia. Academy of Strategic Management Journal, 18(2) [https://www.scopus.com/inward/record](https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-)
- [24] Yusriadi, Sahid, A., Amirullah, I., Azis, A., & Rahman, A. A. (2019). Bureaucratic reform to the human resources: A case study on the one-stop integrated service. Journal of Social Sciences Research, 5(1), 61–66. <https://doi.org/10.32861/jssr.51.61.66>
- [25] TONY Alberto, comprendre Intreprise, Nathan, Paris; 1998.
- [26] Jacqueline S Martin, et al., 2021, "Evaluation of a clinical leadership programme for nurse leaders", Switzerland, <https://doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01271.x>
- [27] NDNQI RN Satisfaction Survey: An Instrument to An Instrument to Generate Sustainable Empirical Quality Outcomes. Michael Becker, MSN, RN; Charles A. Belmont, BSN, RN; & William J. Hudson, BSN, RN, OCN. Penn Presbyterian Medical Center (PPMC); Philadelphia, PA. <https://www.nursingquality.org/>
- [28] Ta'an, Wafa'a F. et. al., 2024. Validation and cross-cultural adaptation of the six-dimension scale of nursing performance Arabic version, BMC Nursing (2024) 23:55 <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01740-3>
- [29] Nori, Bassam Mohamed 2017. Total Quality Management Practices and Challenges in Yemeni Hospitals. A Descriptive Study on a Selected Private Hospitals in Yemen. Center of Business Administration (CBA) at Sana'a University, Yemen
- [30] Hair, J. F., Tatham, R. L., Anderson, R. E., & Black, W. 2006. "Multivariate Data Analysis"

- Style, Motivation, Burnout towards Job Satisfaction and Employee Performance". ISSN 2090-4304, Journal of Basic and Applied Scientific Research Indonesia. [www.textroad.com](http://www.textroad.com)
- [46] Indiyati, D., Ghina, A., & Romadhona, A. F. (2021). "Human Resource Competencies, Organizational Culture, and Employee Performance". International Journal of Science and Society, 3(1), 1-10.
- [47] Sekaran, U., & Bougie, R. (2019). Research Methods for Business: A Skill Building Approach (Vol. 7th ed). John, Wiley & Sons.
- [48] Fidyah, D. N., & Setiawati, T. (2020). "Influence of organizational culture and employee engagement on employee performance": job satisfaction as intervening variable. Review of Integrative Business and Economics Research, 9(4), 64-81.
- <http://www.mriresearch.org/health/ndnqi.html>.
- [41] Virgiawan, A. R., Riyanto, S., & Endri, E. (2021). Organizational Culture as a Mediator Motivation and Transformational Leadership on Employee Performance. Academic Journal of Interdisciplinary Studies, 10(3), pp. 67-79.
- [42] Mckay, D. (2020). Career development and Career Planning. New York: New York Times
- [43] Ibrahim, S. A. E., El Sayed, R. I., Attala, M. M., & Elmezin, N. K. (2016). Relationship between head nurses' leadership styles and staff nurses' job performance. IOSR Journal of Nursing and Science, 5(1), 66-74.
- [44] Ernawati, D. K. (2020). Collaborative competencies in public health center in Indonesia: An explorative study. Journal of Interprofessional Education & Practice, 18.
- [45] Risambessy, Agusthina, et al., (2012): "The Influence of Transformational Leadership