



The Role of Clinical Governance in Enhancing Patient Experience: An Analytical Field Study at the University of Science and Technology Hospital in the Capital Secretariat, Sana'a

Muneer Musleh Al-Wesabi. Wafaa Ismail Al-Shalali

(Type: Full Article). Received 12 Augst 2026, Accepted: 10 Sep 2026, Published: 12 Sep 2026.

DOI: <https://doi.org/10.65693/jas.2026.v3.i1.301>

Accepted Manuscript, First Online

Abstract:

This study aimed to measure and evaluate the role of clinical governance across its four dimensions (clinical audit, staffing, risk management and patient safety, and patient and public involvement) in enhancing patient experience across its four dimensions (effective interaction and communication, service accessibility and responsiveness, efficiency and effectiveness of care and treatment, and tangibility and safety) within Yemeni hospitals, applied to the University of Science and Technology Hospital in the Capital Secretariat, Sana'a. The study adopted a descriptive-analytical field methodology. The target population comprised all medical, nursing, technical, and administrative personnel, as well as supervisors at the hospital, from which a proportional stratified random sample of 260 respondents was drawn. Data were processed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) to compute arithmetic means, standard deviations, t-tests, and ANOVA, alongside AMOS software to conduct Structural Equation Modeling (SEM), path analysis, and structural goodness-of-fit testing.

The findings revealed that the overall implementation level of clinical governance was high, with a mean score of 3.67 (73.5% implementation rate). The Risk Management and Patient Safety dimension ranked highest ($M = 3.80$), followed by Staffing ($M = 3.65$), Clinical Audit ($M = 3.63$), and Patient and Public Involvement ($M = 3.61$). Similarly, the patient experience level achieved a high rating with a mean of 3.92 (78.4%); the Tangibility and Safety dimension ranked first ($M = 4.05$), followed by Care Efficiency and Effectiveness ($M = 4.03$), Interaction and Communication ($M = 3.83$), and Service Accessibility and Responsiveness ($M = 3.77$). Path analysis confirmed a strong, statistically significant positive impact of clinical governance on enhancing patient experience ($\beta = 0.717$, $p < 0.001$), explaining a substantial proportion of the variance ($R^2 = 51.4\%$). In the direct multivariate model, Patient and Public Involvement exerted the largest direct effect ($\beta = 0.535$), followed by Risk Management ($\beta = 0.269$) and Staffing ($\beta = 0.234$), whereas Clinical Audit exhibited a full mediating effect. Furthermore, ANOVA and t-test analyses showed no statistically significant differences attributable to demographic variables, except within the staffing dimension in favor of male respondents, and within the staffing and safety dimensions in favor of the most experienced cohort (over 10 years). The study provides a theoretical and practical contribution, proving that clinical governance serves as a structural cornerstone and an institutional prerequisite for advancing the patient experience within high-pressure healthcare settings.

Keywords: Clinical Governance, Patient Experience, Clinical Audit, Patient Safety, University of Science and Technology Hospital, Sana'a – Yemen.

دور الحوكمة السريرية في تحسين تجربة المرضى (دراسة ميدانية تحليلية في مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا بأمانة العاصمة صنعاء)

منير مصلح الوصابي، وفاء إسماعيل الشلاللي.

تاريخ التسليم: (12 أغسطس 2026)، تاريخ القبول: (10 سبتمبر 2026)، تاريخ النشر: (12 سبتمبر 2026)

ملخص: هدفت هذه الدراسة العلمية إلى قياس وتقييم دور الحوكمة السريرية بأبعادها الأربعة (التدقيق السريري، التوظيف، إدارة المخاطر وسلامة المرضى، ومشاركة المرضى والجمهور) في تحسين تجربة المرضى بأبعادها الأربعة (التفاعل والتواصل الفعال، إتاحة الخدمة وسرعة الاستجابة، كفاءة وفعالية الرعاية والعلاج، والملموسية والأمان) بالمستشفيات اليمنية، بالتطبيق على مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا بأمانة العاصمة صنعاء. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي الميداني. وتكون

مجتمع الدراسة من كافة الكوادر الطبية والتمريضية والفنية والإدارية والمشرفين بالمستشفى، حيث سُحبت عينة عشوائية طبقية قوامها 260 مفردة. غُولجت البيانات إحصائياً باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) لحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبارات (T-Test) و (ANOVA)، وبرنامج (AMOS) لتطبيق نمذجة المعادلة البنائية (SEM) وتحليل المسار واختبار الملاءمة الهيكلية.

أظهرت النتائج أن واقع تطبيق الحوكمة السريرية جاء بمستوى مرتفع بمتوسط حسابي (3.67) ونسبة تطبيق (73.5%)؛ وتصدر بُعد إدارة المخاطر وسلامة المرضى المراتب بمتوسط (3.80)، يليه التوظيف (3.65)، ثم التدقيق السريري (3.63)، وأخيراً مشاركة المرضى والجمهور (3.61). كما تحقق مستوى تجربة المرضى بدرجة مرتفعة بمتوسط حسابي (3.92) ونسبة (78.4%)؛ وتصدر بُعد الملموسية والأمان المراتب بمتوسط (4.05)، يليه كفاءة وفعالية الرعاية (4.03)، ثم التفاعل والتواصل (3.83)، وأخيراً إتاحة الخدمة وسرعة الاستجابة (3.77). وأثبتت نتائج تحليل المسار وجود أثر إيجابي قوي وذو دلالة إحصائية للحوكمة السريرية في تحسين تجربة المرضى ($\beta = 0.717, P < 0.001$)، وبقدرة تفسيرية عالية بلغت ($R^2 = 51.4\%$). وفي النموذج المتعدد المباشر، أظهر بُعد مشاركة المرضى والجمهور الأثر المباشر الأكبر ($\beta = 0.535$)، يليه إدارة المخاطر ($\beta = 0.269$)، والتوظيف ($\beta = 0.234$)؛ بينما أظهر التدقيق السريري أثراً وسيطاً كاملاً. أظهرت نتائج الفروق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى للمتغيرات الديموغرافية، باستثناء بُعد التوظيف لصالح الذكور، وبُعد التوظيف والسلامة لصالح الفئة الأكثر خبرة (أكثر من 10 سنوات). تُقدم الدراسة إسهاماً نظرياً وعملياً يثبت أن الحوكمة السريرية تمثل الركيزة الهيكلية والشرط المؤسسي لارتفاع تجربة المريض في البيئات الصحية الضاغطة.

الكلمات المفتاحية: الحوكمة السريرية، تجربة المرضى، التدقيق السريري، سلامة المرضى، مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا، صنعاء - اليمن.

1 College of Medical Administration, 21 September University for Medical and Applied Sciences. Sana, a, Yemen.

* Corresponding author email: mwesabi@21umas.edu.ye

1 قسم إدارة الخدمات الطبية، كلية الإدارة الطبية، جامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية، صنعاء، اليمن.

* الباحث المراسل: mwesabi@21umas.edu.ye

أبرز نقاط البحث

- إثبات أن الحوكمة السريرية تفسر ما نسبته 51.4% من التباين الكلي في تحسين تجربة المرضى بالمستشفيات التعليمية اليمنية.
- الكشف عن أن "مشاركة المرضى والجمهور" هي البُعد الأكثر تأثيراً مباشراً ($\beta = 0.535$) في رفع مستوى تجربة المريض الإيجابية.
- إثبات الدور الوسيط الكامل لبُعد "التدقيق السريري"؛ حيث يتحول أثره الفردي القوي إلى مُمكن تنظيمي يطور السلامة والتوظيف وإشراك المستفيدين.
- تأكيد أن التركيز المؤسسي على سياسات إدارة المخاطر والسلامة يمثل الخط الدفاعي الأول للمستشفيات في الدول النامية والبيئات المتأثرة بالأزمات.

1. المقدمة

1.1 خلفية عامة: يشهد قطاع الرعاية الصحية المعاصر تحولات بنوية وفلسفية عميقة فرضتها التطورات المعرفية المتسارعة، وتساعد الوعي المجتمعي حيال حقوق المرضى وسلامتهم (Scully

Donaldson, 1998). ولم تعد إدارة المنشآت الصحية الحديثة مقتصرة على تحقيق الكفاءة التشغيلية أو الحفاظ على التوازن المالي، بل أضحت الأداء السريري وسلامة المرضى وجودة مخرجات الرعاية في صلب المسؤولية القيادية والمؤسسية (Halligan, 2005). وتُعد "الحوكمة السريرية" (Clinical Governance) الإطار الإداري والأخلاقي المتكامل الذي يسد الفجوة التاريخية بين الإدارة التنفيذية والممارسة الطبية، واضعاً جودة الرعاية وسلامة متلقيها في قمة هرم الأولويات الاستراتيجية للمنظمات الصحية (Department of Health [DH], 1998; Scally & Donaldson, 1998).

وتتكامل الحوكمة السريرية مع التحول نحو الرعاية المتمحورة حول المريض، حيث لم يعد يُنظر إلى جودة الخدمة من خلال المؤشرات السريرية البيولوجية فحسب، بل من خلال العمق الإنساني والتفاعلي الذي يختبره الفرد طوال رحلته العلاجية والمتمثل في "تجربة المريض" (Wolf et al., 2014). وتقاس تجربة المريض من خلال نتائج كافة التفاعلات التي يمر بها مع منظومة الرعاية الصحية، بدءاً من لحظة الحجز والاستقبال، مروراً بمرحلة التشخيص والعلاج، وصولاً إلى إجراءات الخروج

والرعاية اللاحقة، شاملة الجوانب النفسية والاجتماعية والسريرية (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2024; Gerteis et al., 1993).

وفي السياق اليمني، يكتسب هذا الموضوع أهمية استثنائية بالغة نظراً للظروف الصعبة والأزمات الممتدة التي يمر بها القطاع الصحي، حيث تسببت الضغوط الاقتصادية في إضعاف البنية التحتية ونزيف الكوادر المؤهلة (Al-Wesabi, 2020; WHO, 2018). ولوزارة الصحة العامة والسكان بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية لعام 2022م أن 38% فقط من المستشفيات اليمنية تطبق المعايير الإلزامية لسلامة المرضى بشكل كامل، و 47% تطبقها جزئياً، في حين أظهرت دراسات محلية تدني مستوى ثقافة سلامة المرضى وتراجع جودة الخدمات المقدمة (Al-Wesabi & Munassar, 2023; Alswaidi & Webair et al., 2015; Ismail, 2023). ومع ذلك، يبرز مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا بأمانة العاصمة صنعاء كنموذج للمؤسسات التعليمية والأهلية التي تسعى للحفاظ على التميز والجودة والحاصلة على التصنيف الأول (A) بحسب تقييم وزارة الصحة (العريزي والعريزي، 2024؛ وزارة الصحة العامة والسكان، 2023).

1.2 مشكلة الدراسة: تتبلور مشكلة الدراسة في وجود فجوة حادة بين التطلعات العلاجية للمرضى وبين واقع الخدمات الصحية بالمستشفيات اليمنية، تتمثل في تراجع جودة التواصل، وطول فترات الانتظار، وزيادة الشكاوى من الأخطاء الطبية، وغياب نظام مكتمل للرقابة والتدقيق السريري (إسكندر، 2021؛ تقرير لجنة التحقيق بالمجلس الطبي، 2022). وتكمن المشكلة في أن ضعف الحوكمة السريرية يقلل من فرص التعلم التنظيمي من الأخطاء ويقوض سلامة المرضى، مما يؤدي إلى تجارب سلبية تضعف ثقة الجمهور في المنظومة الصحية الوطنية (George et al., 2023; OECD, 2020). بناءً على ذلك، تسعى هذه الدراسة لتشخيص هذا الخلل من خلال دراسة حالة مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا، وتحديد الكيفية التي يمكن بها لأبعاد الحوكمة السريرية

أن تساهم في ردم هذه الفجوة وتحسين تجربة المرضى.

1.3 تساؤلات الدراسة

- **التساؤل الرئيس:** ما دور الحوكمة السريرية بأبعادها (التدقيق السريري، التوظيف، إدارة المخاطر وسلامة المرضى، مشاركة المرضى والجمهور) في تحسين تجربة المرضى بأبعادها (التفاعل والتواصل، إتاحة الخدمة والاستجابة، كفاءة وفعالية الرعاية، الملموسية والأمان) في مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا بأمانة العاصمة صنعاء؟
- **التساؤلات الفرعية:**

1. ما مستوى تطبيق أبعاد الحوكمة السريرية بمستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا من وجهة نظر الكادر الصحي والإداري؟
2. ما واقع تجربة المرضى المدركة بأبعادها الأربعة في المستشفى محل الدراسة من وجهة نظر الكادر الصحي والإداري؟
3. ما دور كل بُعد من أبعاد الحوكمة السريرية في تحسين تجربة المرضى بالمستشفى محل الدراسة؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في آراء عينة الدراسة حول متغيرا الدراسة تعزى للمتغيرات الديموغرافية (النوع، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، طبيعة العمل، المسمى الوظيفي)؟

1.4 أهداف الدراسة

1. تشخيص واقع تطبيق الحوكمة السريرية بأبعادها (التدقيق السريري، التوظيف، إدارة المخاطر وسلامة المرضى، مشاركة المرضى والجمهور) بمستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا بصنعاء.
2. قياس مستوى تحقق أبعاد تجربة المرضى (التفاعل والتواصل، إتاحة الخدمة، كفاءة الرعاية، الملموسية والأمان) في المستشفى محل الدراسة.

3. تحليل طبيعة العلاقة الأثرية والسببية للحوكمة السريرية بأبعادها مجتمعة ومنفردة في تحسين تجربة المرضى باستخدام نمذجة المعادلة البنائية وتحليل المسار.
4. التحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات آراء عينة الدراسة حول متغيري الدراسة تعزى للمتغيرات الديموغرافية والوظيفية.

1.5 الأهمية العلمية والعملية

- الأهمية العلمية (النظرية): إثراء الأدبيات العربية واليمنية حول الحوكمة السريرية وتجربة المريض، وتقديم نموذج معرفي رصين يربط بينهما في بيئة متأثرة بالنزاعات والأزمات، مع توفير قاعدة بيانات إحصائية موثقة تعتمد أحدث مقاييس الجودة العالمية.
- الأهمية العملية (التطبيقية): تقديم تشخيص واقعي لقيادة مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا ولصناع القرار بوزارة الصحة اليمنية حول مواطن القوة والخلل في رحلة المريض العلاجية، وتزويدهم بنموذج تطبيقي يساهم في تعزيز المساءلة الشفافة وتقليل الهدر المالي والسريري عبر أدوات الحوكمة الرشيدة.

1.6 فرضيات الدراسة

- الفرضية الرئيسية الأولى: (لا يوجد دور ذو دلالة إحصائية للحوكمة السريرية بأبعادها مجتمعة (التدقيق السريري، التوظيف، إدارة المخاطر وسلامة المرضى، ومشاركة المرضى والجمهور) في تحسين تجربة المرضى بمستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا.

○ لا يوجد دور ذو دلالة إحصائية لـ "التدقيق السريري" في تحسين تجربة المرضى بمستشفى محل الدراسة.

○ لا يوجد دور ذو دلالة إحصائية لـ "التوظيف" في تحسين تجربة المرضى بمستشفى محل الدراسة.

- لا يوجد دور ذو دلالة إحصائية لـ "إدارة المخاطر وسلامة المرضى" في تحسين تجربة المرضى بالمستشفى محل الدراسة.
- لا يوجد دور ذو دلالة إحصائية لـ "مشاركة المرضى والجمهور" في تحسين تجربة المرضى بالمستشفى محل الدراسة.

- الفرضية الرئيسية الثانية: (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات آراء عينة الدراسة حول مستوى تحقق (الحوكمة السريرية) ومستوى تحقق (تجربة المرضى) تعزى للمتغيرات الديموغرافية (النوع، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، طبيعة العمل، المسمى الوظيفي).

2. الإطار النظري والدراسات السابقة

2.1 التأصيل الفلسفي والنظري لمتغيرات الدراسة

يتأسس النموذج المعرفي للدراسة على مرتكزات نظرية متعددة تنتمي إلى حقول الإدارة الاستراتيجية، واقتصاديات الصحة، وعلم الاجتماع التنظيمي لتقييم الأداء السريري (Brennan & Flynn, 2013; Halligan, 2005):

1. نظرية الوكالة (Agency Theory):

طورها Jensen & Meckling (1976) ونقلها Eisenhardt (1989) للعلوم الإدارية. تقوم على فرضية وجود علاقة التعاقد بين "الأصيل" (المريض أو إدارة المستشفى) و"الوكيل" (الطبيب). ونظراً لظاهرة عدم تماثل المعلومات (Information Asymmetry)، يمتلك الطبيب المعرفة الفنية التي يفتقر إليها المريض. (Arrow, 1963) تبرز الحوكمة السريرية كآلية لتقليل "تكاليف الوكالة" (Agency Costs) عبر إلزام الكادر بالبروتوكولات القائمة على الأدلة والتدقيق السريري الصارم ضماناً لحقوق الأصيل.

2. نظرية أصحاب المصلحة (Stakeholder Theory):

استناداً إلى أطروحة

4. نموذج دونابيديان (Donabedian)

(Model): يربط دونابيديان (1988) بين البنية التحتية (Structure)، والعمليات السريرية (Process)، والمخرجات (Outcomes) المتمثلة في تجربة المريض الإيجابية والنتائج الصحية الفعالة.

5. نظرية نفي التوقعات المدركة

(Expectancy Disconfirmation)

(Theory - EDT): طورها Oliver (1980) وتوضح أن تجربة المريض تتشكل من المقارنة النفسية المستمرة بين توقعاته المسبقة والأداء السريري والسلوكي الفعلي المقدم من المستشفى.

2.2 الفروق بين المفاهيم المشابهة والمرتبطة بمفهوم الحوكمة:

المفهوم المقارن	الحوكمة السريرية (Clinical Governance)	الحوكمة المؤسسية (Corporate Governance)	إدارة الجودة الشاملة (TQM)	الاعتماد السريري (Accreditation)
التركيز الأساسي	جودة الرعاية، سلامة المرضى، والأداء المهني السريري (Halligan, 2005).	النزاهة المالية، الامتثال القانوني، وحقوق الملاك (Cadbury, 1992).	كفاءة العمليات التشغيلية والتحسين المستمر وتقليل الهدر (Deming, 1986).	مطابقة المعايير الخارجية والحصول على شهادة الاعتراف (Braithwaite et al., 2014).
أداة التنفيذ والضبط	التدقيق السريري، إدارة المخاطر الطبية، والطب المسند بالبراهين (NICE, 2020).	مجالس الإدارة، ولجان المراجعة المالية والمخاطر التجارية.	دوائر الجودة، ومؤشرات الأداء، ومنهجية كايزن (Ishikawa, 1985).	المسوح والزيارات التقييمية الخارجية، ومراجعة الوثائق (WHO, 2011).
المسؤولية التنفيذية	القيادات الطبية والإكلينيكية بشراكة الإدارة التنفيذية.	مجلس الإدارة والإدارة المالية والإدارية العليا.	كافة الإدارات والأقسام والعاملين بالمنظمة.	لجان الجودة والاعتماد وفرق العمل المختصة.

(1984) Freeman، يتوقف نجاح المستشفى على تلبية التطلعات المشروعة لكافة الأطراف المتأثرة بعملياته (المرضى، الأطباء، الإدارة، المجتمع). وتعد الحوكمة السريرية الأداة التوافقية التي تخلق توازناً مستداماً بين التكاليف التشغيلية ورضا متلقي الخدمة وسامته (Donaldson & Gray, 1998).

3. نظرية الأنظمة المفتوحة (Open Systems Theory)

(Systems Theory): استناداً إلى أعمال Katz & von Bertalanffy (1968) Kahn (1978)، يُعد المستشفى كائناً حيوياً يتفاعل مع بيئته عبر مدخلات (كوادر، تجهيزات)، وعمليات تحويلية (تشخيص، علاج، تدقيق)، ومخرجات (شفاء، تجربة مريض)، وحلقات تغذية راجعة مستمرة (Davies et al., 2000).

2.3 المراجعة المنهجية للدراسات السابقة

تناولت العديد من الدراسات الحديثة أبعاد الحوكمة وجودة الرعاية. أظهرت دراسة شملان والوصابي (Shamlan & Al-Wesabi, 2026) في المستشفيات اليمنية أن الحوكمة السريرية تفسر 58.5% من التباين في جودة الرعاية الصحية مع تفوق ملموس للمستشفيات الخاصة. وفي السعودية، كشفت دراسة السعيد وآخرون (Alsaedi et al., 2025) عن مستوى تطبيق مرتفع للحوكمة بمدينة

الملك سلمان الطبية مع تصدر بُعد إشراك المرضى والجمهور بمتوسط (3.84) وفي مصر، بينت دراسة باقر وآخرين (Bakr et al., 2025) أن إدماج إطار الحوكمة السريرية رفع نسبة الامتثال لنظافة اليدين من 78% إلى 85% وخفض عدوى موضع الجراحة إلى 0.83 لكل 100 عملية. أما دراسة سينغ وآخرين (Singh et al., 2025) بالهند والمستندة لتحليل سيغما الستة، فأثبتت أن الرعاية السريرية المباشرة

للأطباء والتمريض هي المحدد الأساسي لرضا المرضى وتجربتهم.

وفي اليمن، أكدت دراسة الأكوع وآخرين (2024) بـ هيئة المستشفى الجمهوري أن الحوكمة السريرية تطبق بمستوى متوسط (76%) مع وجود ضعف في ترشيد الإنفاق المالي. وأشارت دراسة القحطاني وآخرين (2024) إلى أن دمج ممارسات الحوكمة وإدارة المخاطر والامتثال (GRC) يرتبط إيجابياً بتعزيز سلامة المرضى والاستدامة التشغيلية. دولياً، أكدت دراسة هيربرت وآخرين (Hibbert et al., 2023) أن ثقافة السلامة ودعم العاملين وإشراك المرضى تمثل أعمدة حوكمة سلامة المرضى الفاعلة. وفي دراسة لوكاس وآخرين (Lucas et al., 2022)، تبين أن أجنحة المستشفيات ذات الامتثال المرتفع للحوكمة السريرية (90% ≥) أظهرت انخفاضاً حاداً في الأحداث الضارة بسلامة المرضى.

2.4 التعليق النقدي والفجوة البحثية

يُظهر الاستعراض النقدي للأدبيات أن أثر الحوكمة على الخدمات الصحية قد قيس في دول عدة، إلا أن معظم الدراسات السابقة ركزت إما على "الحوكمة الإدارية العامة" أو على "رضا المريض" التقليدي

دون التمييز الدقيق بينه وبين "تجربة المريض" كمتغير مستقل وبناء متعدد الأبعاد السلوكية والبيئية (Wolf et al., 2014). وتتنجس الفجوة البحثية في ندرة الدراسات العربية واليمنية التي تدمج بين أبعاد الحوكمة السريرية التخصصية (التدقيق، التوظيف، المخاطر، المشاركة) وبين المحطات الإجرائية لرحلة المريض داخل المستشفيات باستعمال نماذج المعادلة البنائية (SEM) وتحليل المسار المتعدد، لا سيما في البيانات الصحية المتأثرة بالآزمات الاستثنائية.

3. منهجية الدراسة

3.1 تصميم البحث، مجتمع وعينة الدراسة، وأدوات الجمع

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي الميداني. يتكون مجتمع الدراسة من جميع الكوادر الطبية والتمريضية والفنية والإدارية بمستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا بصنعاء. وسُحبت عينة عشوائية طبقية قوامها (260) مفردة. واستُخدمت استبانة محكمة ومقننة مؤلفة من قسمين لقياس أبعاد الحوكمة السريرية (23 فقرة) وتجربة المرضى (27 فقرة) على مقياس ليكرت الخماسي.

الخصائص الديموغرافية والوظيفية	الفئات والشرائح	التكرار (N=260)	النسبة المئوية (%)
الجنس (النوع الاجتماعي)	ذكر	133	51.0%
	أنثى	127	49.0%
المؤهل العلمي	دبلوم فأقل	65	25.0%
	بكالوريوس	130	50.0%
	دراسات عليا (بورد، ماجستير، دكتوراه)	65	25.0%
سنوات الخبرة العملية	أقل من 3 سنوات	49	19.0%
	من 3 إلى 6 سنوات	102	39.0%
	من 7 إلى 10 سنوات	65	25.0%
	أكثر من 10 سنوات	44	17.0%
طبيعة العمل	إداري	68	26.0%
	طبيب	57	22.0%
	ممرض أو فني	135	52.0%
المسمى الوظيفي	مختص / فني	146	56.0%
	رئيس قسم أو مشرف	88	34.0%
	مدير إدارة	26	10.0%

3.2 اختبارات الصدق والثبات وجودة القياس

تم التحقق من ثبات الأداة باستخدام معامل ألفا كرونباخ والصدق البنائي بواسطة معامل ارتباط بيرسون.

المحور الرئيس / الأبعاد الفرعية	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	التقييم السيكمي
الحوكمة السريرية (المتغير المستقل)	23	0.958	ثبات ممتاز جداً
-التدقيق السريري	5	0.889	ثبات مرتفع جداً
-التوظيف	6	0.876	ثبات مرتفع جداً
-إدارة المخاطر وسلامة المرضى	7	0.916	ثبات ممتاز
-مشاركة المرضى والجمهور	5	0.869	ثبات مرتفع جداً
تجربة المرضى (المتغير التابع)	27	0.959	ثبات ممتاز جداً
-التفاعل والتواصل الفعال	7	0.854	ثبات مرتفع جداً
-إتاحة الخدمة وسرعة الاستجابة	6	0.880	ثبات مرتفع جداً
-كفاءة وفعالية الرعاية والعلاج	6	0.918	ثبات ممتاز
-الملموسية والأمان (البيئة)	8	0.918	ثبات ممتاز
الاستبانة الكلية	60	0.971	ثبات عالي جداً

العينة لكاييسر-ماير-أولكن (KMO) القيمة (0.876) بدلالة إحصائية معنوية للبارتليت ($P < 0.001$) ، مما يؤكد جاهزية وصلاحيّة النموذج لنمذجة المعادلة البنائية.

4. نتائج الدراسة

4.1 عرض نتائج التحليل الوصفي

أولاً: واقع تطبيق الحوكمة السريرية (المتغير المستقل)

أظهرت نتائج اختبار التوزيع الطبيعي أن قيم الالتواء (Skewness) والتفطح (Kurtosis) وقعت جميعها ضمن المدى المقبول إحصائياً. ($p = 2.58$) وثبت عدم وجود تداخل خطي بين المتغيرات المستقلة؛ حيث تراوحت قيم معامل تضخم التباين (VIF) بين (2.556) و (3.898) وهي أقل من (10) ، وراعت قيم التباين المسموح (Tolerance) الحدود المعيارية (> 0.10) إذ تراوحت بين (0.257) و (0.391). وسجل اختبار استقلالية البواقي (Durbin-Watson) قيمة قدرها (1.531) وبلغ معامل كفاية

الترتيب	أبعاد الحوكمة السريرية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	نسبة التطبيق (%)	المستوى
1	إدارة المخاطر وسلامة المرضى	3.80	0.985	76.0%	مرتفع
2	التوظيف وإدارة الكوادر	3.65	1.140	72.9%	مرتفع
3	التدقيق السريري	3.63	0.991	72.6%	مرتفع
4	مشاركة المرضى والجمهور	3.61	0.948	72.1%	مرتفع
--	المعدل الإجمالي للحوكمة السريرية	3.67	1.016	73.5%	مرتفع

حين حققت فقرة التوازن بين أعداد الموظفين وحجم العمل أدنى متوسط في بُعد التوظيف (3.38) بدرجة متوسطة نظراً لكثافة ضغط المراجعين.

جاء مستوى تطبيق الحوكمة السريرية ككل مرتفعاً بمتوسط (3.67) ونسبة (73.5%) وتصدر بُعد "إدارة المخاطر وسلامة المرضى" الأبعاد بمتوسط (3.80)، حيث حققت فقرة تطبيق سياسات محدثة للسلامة ونشر ثقافتها أعلى المتوسطات (3.97) في

ثانياً: واقع تجربة المرضى (المتغير التابع)

الترتيب	أبعاد تجربة المرضى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	نسبة التطبيق (%)	المستوى
1	الملموسية والأمان (البيئة الاستشفائية)	4.05	0.971	80.9%	مرتفع
2	كفاءة وفعالية الرعاية والعلاج	4.03	0.892	80.7%	مرتفع
3	التفاعل والتواصل الفعال	3.83	0.855	76.5%	مرتفع
4	إتاحة الخدمة وسرعة الاستجابة	3.77	0.946	75.5%	مرتفع
--	المعدل الإجمالي لتجربة المرضى	3.92	0.916	78.4%	مرتفع

حققت تجربة المرضى مستوى إيجابياً مرتفعاً بمتوسط (3.92) ونسبة (78.4%) وحل بُعد "الملموسية والأمان" في المرتبة الأولى بمتوسط (4.05)، مسجلاً أعلى قيمة في فقرة وفرة نظم الاتصال الداخلي المتقدمة بمتوسط (4.20) وتقدير مرتفع جداً. بينما حصلت فقرة أماكن استراحة الزوار على أدنى متوسط بـ (3.51) نتيجة الكثافة الزائرية المرافقة.

4.2 عرض نتائج التحليل الاستدلالي (اختبار الفرضيات)

أولاً: نتائج تحليل المسار واختبار الفرضية الرئيسية الأولى

مسار النموذج البنائي الكلي	معامل التحديد (R ²)	معامل التأثير المعياري (β)	الخطأ المعياري (S.E.)	القيمة الحرية (C.R.)	مستوى الدلالة (P-value)	القرار الإحصائي
الحوكمة السريية ↓ تجربة المرضى	0.514	0.717	0.093	5.030	0.000	رفض الفرضية الصفريية

التباين الحاصل في تجربة المرضى بالمستشفى محل الدراسة.

أظهرت نتائج تحليل المسار بواسطة برنامج (AMOS) وجود دور إيجابي قوي وذو دلالة إحصائية للحوكمة السريية في تحسين تجربة المرضى. ($\beta = 0.717, P < 0.001$) وشكل معامل التحديد قيمة مرتفعة بلغت ($R^2 = 0.514$) ؛ بما يعني أن الحوكمة السريية تفسر ما نسبته 51.4% من

ثانياً: نتائج اختبار الفرضيات الفرعية المباشرة والمتعددة

أبعاد المتغير المستقل (المسارات الفرعية)	التأثير المباشر المتعدد (β)	القيمة الحرية (C.R.)	مستوى الدلالة (P)	التأثير الفردي المباشر (β)	معامل التحديد الفردي (R ²)	القرار الإحصائي (النموذج المباشر)
التدقيق السريي ↓ تجربة المرضى	-0.094	-1.015	0.310	0.536	0.287	قبول الصفريية (أثر وسيط كامل)
التوظيف ↓ تجربة المرضى	0.234	2.251	0.024	0.622	0.387	رفض الصفريية (أثر إيجابي دال)
إدارة المخاطر والسلامة ↓ تجربة المرضى	0.269	2.620	0.009	0.679	0.460	رفض الصفريية (أثر إيجابي دال)
مشاركة المرضى والجمهور ↓ تجربة المرضى	0.535	4.047	0.000	0.732	0.536	رفض الصفريية (أثر إيجابي قوي جداً)

المخاطر وسلامة المرضى ($\beta = 0.269, P = 0.009$)، ثم التوظيف ($\beta = 0.234, P = 0.024$). بينما أظهر التدقيق السريي أثراً غير دال في

في النموذج المتعدد المباشر، أظهر بُعد مشاركة المرضى والجمهور الأثر المباشر الأكبر في تحسين التجربة ($\beta = 0.535, P < 0.001$) ، يليه إدارة

بتوجه إدارة المستشفى نحو تبني منهجية الرعاية الوقائية والدفاعية لضمان سلامة المرضى والحد من الأخطاء في بيئة ضاغطة تشهد نقصاً في المستلزمات الطبية (Al-Wesabi & Munassar, 2023). فالتركيز على السلامة يحمي المؤسسة من التبعات القانونية ويحفظ ترخيصها العلمي المتقدم. وتتفق النتيجة مع دراسة البوسعيدي وآخرين (2021) ودراسة شملان والوصابي (2026) اللتين أكدتا أن إدارة المخاطر تُعد الخط الدفاعي الأول للمستشفيات في البيئات غير المستقرة.

وتقدم الدراسة تفسيراً نقدياً لظاهرة "التدقيق السريري"؛ فبالرغم من قدرته التفسيرية الفردية العالية (28.7%)، إلا أنه أظهر أثراً غير دال في النموذج المتعدد المباشر. وتفسير ذلك أن التدقيق السريري يُعد عملاً فنياً وإدارياً يجري خلف الكواليس داخل اللجان الطبية وفي مراجعة السجلات، ولا يتصل مباشرة بمدرجات المريض السطحية. وإنما يعمل التدقيق كـ "مُمكن وسيط خفي" يطور سياسات السلامة والتوظيف وإشراك المرضى، والتي تنعكس بدورها على التجربة المباشرة للمريض (Braithwaite et al., 2014; Flynn, 2002). ويُعَلّل التأثير المباشر القوي لُبعد "مشاركة المرضى والجمهور" ($\beta = 0.535$) "بأن تجربة المريض في جوهرها بناء عاطفي وإدراكي يرتبط بالطريقة التي يُعامل بها الفرد. فالمرضى يدرك تماماً مدى الاحترام والإنصات لشكواه والشفافية في شرح خطته العلاجية، حتى وإن لم يمتلك المعرفة الطبية التخصصية لتقييم الدواء. (Wolf et al., 2014) وتتسق هذه النتيجة مع أطروحات معهد بيكر المعتمدة على الرعاية المتمحورة حول الشخص. كما أن الفروق لصالح الذكور في التوظيف، ولصالح الخبراء (أكثر من 10 سنوات) في السلامة تعود لمشاركتهم المباشرة في اللجان وصياغة السياسات الاستراتيجية بالمستشفى.

6. الاستنتاجات والتوصيات والآفاق المستقبلية

6.1 الاستنتاجات العلمية العامة

1. تشكل الحوكمة السريرية شرطاً تنظيمياً ومحركاً استراتيجياً يتنبأ بـ (51.4%) من

النموذج المتعدد المباشر ($\beta = -0.094$, $P = 0.310$)، رغم قوته الفردية في النموذج الأحادي ($\beta = 0.536$, $R^2 = 0.287$)، وهو ما يثبت إحصائياً وجود دور وسيط كامل للتدقيق السريري عبر الأبعاد الأخرى.

ثالثاً: نتائج اختبار الفروق الإحصائية

- **الجنس:** أظهر اختبار (T-Test) عدم وجود فروق دالة في متغيرات الدراسة ($P > 0.05$)، باستثناء بُعد **التوظيف** لصالح الذكور ($T = 2.22$, $P = 0.029$) بمتوسط (3.84) مقابل (3.45) للإناث.
- **سنوات الخبرة:** أظهر اختبار (ANOVA) فروقاً دالة في بُعد **التوظيف** ($F = 3.407$, $P = 0.021$) وإدارة المخاطر والسلامة ($F = 2.926$, $P = 0.038$) لصالح الفئة الأكثر خبرة (أكثر من 10 سنوات) بمتوسطات (4.24) و(4.28).
- **المؤهل العلمي، طبيعة العمل، والمسمى الوظيفي:** لم تظهر أي فروق ذات دلالة إحصائية في كافة المحاور والأبعاد ($P > 0.05$)، مما يؤكد اتساق الرؤية التقييمية لجميع العاملين على اختلاف شرائحهم.

5. مناقشة النتائج

تؤكد النتائج الميدانية للدراسة أن الحوكمة السريرية تمثل المحرك الاستراتيجي والركيزة الهيكلية للارتقاء بتجربة المريض بالمستشفيات اليمينية. وتُفسر القدرة التفسيرية المرتفعة (51.4%) بأن مأسسة الحوكمة تنقل الأداء الاستشفائي من الاجتهاد الفردي العشوائي إلى النظام المؤسسي القائم على الشفافية والمساءلة والتحسين المستمر. وتتفق هذه النتيجة مع أطروحات نظرية الوكالة ونظرية أصحاب المصلحة ونموذج دونابيديان، حيث إن ضبط الممارسات العلاجية عبر الحوكمة يقلل من تضارب المصالح ويضمن توجيه العمليات المباشرة نحو خدمة المريض وتلبية احتياجاته (Donabedian, 2005; Freeman, 1984; Jensen & Meckling, 1976). وتُعلّل الدراسة تصدر بُعد "إدارة المخاطر وسلامة المرضى" لواقع تطبيق الحوكمة بمتوسط (3.80)

التحسن الحاصل في تجربة المرضى بالمستشفيات اليمنية.

2. يمثل بُعد "مشاركة المرضى والجمهور" الأداة الأكثر قيادة وتأثيراً مباشراً في تشكيل التجربة الإيجابية، مما يؤكد أن أنسنة الرعاية والشفافية هما المحور الأساسي للجودة الاستشفائية.

3. يعمل "التدقيق السريري" كممكن تنظيمي وسيط كامل؛ حيث يطور ممارسات السلامة والتوظيف التي تنعكس لاحقاً على تجربة المستفيد.

4. تعطي المستشفيات التعليمية بالبيئات المتأثرة بالنزاعات الأولوية لإدارة المخاطر والسلامة لحماية مركزها القانوني والخدمي، غير أن التميز يتطلب دمج المشاركة الجماهيرية الفاعلة.

6.2 التوصيات

1. أتمتة قياس تجربة المريض الرقمية بتبني الاستبيانات الرقمية اللحظية عبر رمز الاستجابة السريع لجمع التغذية الراجعة فور مغادرة المريض.

2. تطبيق نظام الشفافية وإعلام المرضى بمسببات التأخير في العيادات والطوارئ عبر شاشات تفاعلية تقود لتقليل التوتر النفسي.

3. اعتمادات مؤشرات محاكاة عبء العمل موازنة التوظيف لحماية الكادر من الاحتراق الوظيفي وضمان التوازن بين الحجم والجودة.

4. تطوير برامج التدقيق السريري لتكون متمحورة حول تجربة المريض وتثقيف المستفيدين بالنتائج لتعزيز الشفافية.

5. توسيع مرافق استراحة الزوار والمراجعين لتتلاءم مع النمط الاجتماعي اليمني وتخفف الازدحام بالأقسام السريرية.

6.3 المقترحات لدراسات مستقبلية

- دراسة مقارنة لأثر الحوكمة السريرية في خفض معدلات الوفيات والعدوى بين المستشفيات الحكومية والخاصة باليمن.
- قياس الدور المعدل للتحويل الرقمي والسجلات الإلكترونية في العلاقة بين الحوكمة السريرية وتجربة المرضى.
- استكشاف المحددات الثقافية المعيقة لمشاركة المرضى وعائلاتهم في قرارات الرعاية السريرية بالمجتمعات النامية.

7. الجوانب الأخلاقية والإدارية

7.1 الجوانب الأخلاقية

حصلت الباحثة على موافقة لجنة الأخلاقيات بكلية الإدارة الطبية بجامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية، وعلى خطاب تسهيل المهمة الرسمي الموجه لمستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا. وتم الحصول على الموافقة المستنيرة الشفهية والكتابية من جميع المشاركين، مع الضمان الصارم لسرية البيانات واستخدامها الحصري لأغراض البحث العلمي.

7.2 تضارب المصالح

يقر الباحثان بعدم وجود أي تضارب في المصالح المالية أو الشخصية أو الوظيفية المتعلقة بإنجاز ونشر هذا البحث.

7.3 التمويل والشكر والتقدير

أنجز هذا البحث بتمويل ذاتي كامل من الباحثة. ويتوجه الباحثان ببالغ الشكر لجامعة 21 سبتمبر ولإدارة مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا بصنعاء ولجميع الكوادر الطبية والإدارية التي ساهمت في تقديم البيانات الميدانية.

8. قائمة المراجع

1. الأكوخ، س.، العتاكى، ع.، العواضي، أ.، عبد المغني، إ.، المدومي، إ.، الوصابي، م.، السامعي، ع.، الحجاجي، ب.، الدعيس، ت.، سالم، ر.، جرواش، ف.، النفيش، م.، العزيزي، ج.، والنظاري، م. (2024). دور الحوكمة في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات اليمنية: دراسة حالة هيئة المستشفى الجمهوري التعليمي. المستودع الرقمي للإنتاج العلمي بجامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية، (1)5، 1-133. <https://doi.org/10.65693/irss.2024.v5i1.391>
2. إسكندر، ن. ع. م. (2021). أثر تمكين العاملين على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات القطاع الخاص في الجمهورية اليمنية: دراسة حالة المستشفى الأوروبي. مجلة جامعة الرازي للعلوم الإدارية والإنسانية، (1)2، 45-68.
3. الجنيدي، ع.، وآخرون. (2023). البيئة التنظيمية والحد من الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الطبية بالمستشفيات المرجعية. المجلة اليمنية للبحوث والدراسات الصحية، (1)7، 10-22.
4. الخزان، أ.، وآخرون. (2021). واقع الممارسة الطبية والتوثيق السريري في القطاع الصحي اليمني. مجلة العلوم الطبية والصيدلانية، (2)5، 1-15.
5. الربيع، ي. م. ع.، والمرهضي، س. غ. (2025). أثر التدريب في جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية في المستشفيات الخاصة بأمانة العاصمة صنعاء. مجلة جامعة صنعاء للعلوم الإنسانية، (1)4، 64-93. <https://doi.org/10.59628/jhs.v4i1.1327>
6. الريمي، ع. ع.، والنشمي، م. م. (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، (2)1، 770-792. <https://doi.org/10.59628/jhs.v1i2.655>
7. السبني، ر. ع. (2023). مدى تبني الشفافية الإدارية وأثرها في الالتزام التنظيمي: دراسة ميدانية على المستشفيات اليمنية. المجلة العلمية لجامعة إقليم سبأ، (1)3، 112-135.
8. العتيبي، ع. ش.، النفيعي، م. م.، العتيبي، ن. م.، المطيري، ع. م.، العتيبي، م. م.، الغبيوي، ن. س.، والعنزي، ع. ف. (2022). تأثير معايير الحوكمة على جودة الخدمات الصحية الحكومية بمستشفيات مدينة الرياض. مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية، (26)6، 82-105. <https://doi.org/10.26389/AJSRP.H011022>
9. العرافي، ع. م.، والرميم، م. م. (2026). تقييم جودة الرعاية التمريضية في مراحل الولادة القيصرية:
10. العزيزي، م. ع. ح. م.، والعزيزي، ص. ع. ح. م. (2024). مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا اليمنية. مجلة الدراسات الاجتماعية، (2)30، 49-85. <https://doi.org/10.20428/jss.v30i2.2400>
11. القرشي، ع. ع. أ. (2026). إطار مقترح لحوكمة النظام الصحي في اليمن كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية. مجلة الأندلس للعلوم الإنسانية والاجتماعية، (6)14، 1-28. <https://doi.org/10.35781/1637-000-147-006>
12. الوصابي، م. م. م. (2012). دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية في اليمن: دراسة حالة مستشفى 48 النموذجي [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة الجزائر 3. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.22616.78086>
13. الوصابي، م. م. م. (2017). أثر تطوير الموارد البشرية الصحية في نجاعة تطبيق معايير الاعتماد في المستشفيات اليمنية [أطروحة دكتوراه منشورة، جامعة الجزائر]. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.15617.53602>
14. الوصابي، م. م. م.، وشملان، م. (2022). أثر تطبيق معايير الوقاية من العدوى والسيطرة عليها بمستشفيات محافظة صنعاء على مستوى الحد من تفشي الأمراض والأوبئة. مجلة جامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية، (1)1، 40-58. <https://doi.org/10.65693/masj.2022.v1i1.1.17>
15. الوصابي، م. م. م.، ومنصر، س. (2026). إدارة المخاطر المؤسسية وسلامة المرضى في الأنظمة الصحية المتأثرة بالحروب: دراسة مقطعية في المستشفيات المرجعية باليمن. مجلة العلوم الإدارية، (2)1، 1-24. <https://doi.org/10.65693/jas.2026.v1i1.1>
16. الوصابي، م. م. م.، وزايد، م. (2017). العلاقة بين تطوير الموارد البشرية ونجاعة تطبيق معايير الاعتماد في المستشفيات اليمنية الخاصة والعامة في العاصمة صنعاء. مجلة المؤسسة (L'entreprise)، (6)6، 9475-.
17. شحاتة، أ. م. (2025). الأثر التنموي لحوكمة الخدمات الصحية: حالة المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة الإسكندرية. جقامة، (1)3، 1-22. <https://doi.org/10.31430/WONO5927>
18. شاملان، م. أ. م.، والوصابي، م. م. (2026). الحوكمة السريرية وجودة الرعاية الصحية في

25. Alsaedi, A., Haddad, M., Alshelaly, S., Alsadei, M., Alharbi, A., Alkhurais, A., Almajnoni, F., & Alneami, N. (2025). Assessing clinical governance awareness and implementation among healthcare professionals in Madinah, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 18, 2349–2360. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s515427>
26. Alswaidi, F., & Ismail, A. (2023). Patient safety culture among physicians at public hospitals in Sana'a, Yemen: A retrospective cross-sectional study. *Journal of 21 September University for Medical and Applied Sciences*, 2(1), 40–53. <https://doi.org/10.65693/masj.2023.v2i1.26>
27. Al-Wesabi, M. (2020). The reality of the Yemeni health sector and the role of 21 September University for Medical and Applied Sciences in reforming it. *Institutional Repository for Scientific Scholarship at 21 September University*, 1(1), 106–133. <https://doi.org/10.65693/irss.2020.v1i1.47>
28. Andres, E. B., Song, W., & Johnston, J. M. (2019). Can hospital accreditation enhance patient experience? Longitudinal evidence from a Hong Kong hospital patient experience survey. *BMC Health Services Research*, 19(1), 623. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4452-z>
29. Bakr, M., El-Asady, R., Al Qasseer, N., El Sobki, A., Konsowa, R., Dowidar, N., & El-Kareem, G. G. (2025). Embedding a clinical governance framework within Egypt's health insurance system. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 31(10), 567–573.
- البيئات المتأثرة بالنزاعات: دراسة مقطعية للمستشفيات في اليمن. سكوير للبحوث، 1(1)، 1–18. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-9442217/v1>
19. وزارة الصحة العامة والسكان. (2023). تقرير التقييم الشامل للخدمات الصحية والمستشفيات في الجمهورية اليمنية. قطاع الطب العلاجي، صنعاء، اليمن.
20. يوب، أ.، وبوديزة، إ. (2017). حوكمة المستشفيات العمومية وأثرها في تحسين جودة الخدمات الصحية في الجزائر: دراسة حالة المستشفى العمومي سكيكدة. *المجلة الجزائرية للتقييم والمالية العامة*، 1(7)، 76–96.
21. Abdalla, R., Pavlova, M., & Groot, W. (2023). Association of patient experience and the quality of hospital care. *International Journal for Quality in Health Care*, 35(3), mzad047. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzad047>
22. Abd El Fatah, T. A., Ali, N. A., Elazazy, E. M., Dowidar, N. L., Abd Elgalil, H. M., & Mohamed, S. S. (2019). Assessment of clinical governance in primary health care services: A case study on Dakahlia Governorate, Egypt. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 76(1), 3355–3365. <https://doi.org/10.21608/ejhm.2019.36899>
23. Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ]. (2024). *What is patient experience?* U.S. Department of Health & Human Services. <https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html>
24. Almohaisen, N., Woodman, A., Abid, M. H., AlGhazali, O. S., & Alnowaiser, N. (2025). Patient experience at discharge: A quality improvement study in an armed forces hospital, Saudi Arabia. *Journal of Patient Experience*, 12, 23743735251325507. <https://doi.org/10.1177/23743735251325507>

- International Journal of Health Policy and Management*, 11(10), 2540–2552.
<https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.208>
36. Clark, K. S. B., Manohar, N., Ahmad, J., & Oliver, B. J. (2024). Positive Deviance Theory: Leveraging Compliments Data to Guide Strategic Planning for Patient Experience Improvement in a Large Rural Health Care System. *The Permanente journal*, 28(3), 223–233.
<https://doi.org/10.7812/TPP/24.008>
 37. De Regge, M., & Eeckloo, K. (2020). Balancing hospital governance: A systematic review of 15 years of empirical research. *Social Science & Medicine*, 262, 113252.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113252>
 38. Dodson, P., Haase, A. M., Jeffreys, M., & Hales, C. (2024). Capturing patient experiences of care with digital technology to improve service delivery and quality of care: A scoping review. *Digital health*, 10, 20552076241282900.
<https://doi.org/10.1177/20552076241282900>
 39. Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
 40. Ebadi Fardazar, F., et al. (2014). Readiness of hospitals for implementing clinical governance in Iran. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 28, 115.
 41. Figueroa, J. F., Feyman, Y., Zhou, X., & Joynt Maddox, K. (2018). Hospital-level care coordination strategies associated with better patient experience. *BMJ Quality & Safety*, 27(10), 844–851.
<https://doi.org/10.26719/2025.31.10.567>
 30. Bastemeijer, C. M., Boosman, H., van Ewijk, H., de Jong-Verweij, L. M., Voogt, L., & Hazelzet, J. (2019). Patient experiences: A systematic review of quality improvement interventions in a hospital setting. *Patient Related Outcome Measures*, 10, 157–169.
<https://doi.org/10.2147/prom.s201737>
 31. Berger, S., Saut, A. M., & Berssaneti, F. T. (2020). Using patient feedback to drive quality improvement in hospitals: A qualitative study. *BMJ Open*, 10(10), e037641.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037641>
 32. Bergerum, C., Wolmesjö, M., & Thor, J. (2022). Organising and managing patient and public involvement to enhance quality improvement—Comparing a Swedish and a Dutch hospital. *Health Policy*, 126(7), 603–612.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.04.002>
 33. Braithwaite, J., Marks, D., & Taylor, N. (2014). Harnessing implementation science to improve care quality and patient safety: a systematic review of targeted literature, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 26, Issue 3, June 2014, Pages 321–329,
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu047>
 34. Brennan, N., & Flynn, M. (2013). Differentiating clinical governance and corporate governance in healthcare. *Journal of Health Organization and Management*, 27(6), 892–896.
<https://doi.org/10.1108/JHOM-05-2013-0100>
 35. Clavel, N., & Pomey, M.-P. (2022). Clinical governance to enhance user involvement in care: A Canadian multiple case study in mental health.

- International Journal for Quality in Health Care*, 35(4), mzad088. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzad088>
48. Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, 3(4), 305–360. [https://doi.org/10.1016/0304-405X\(76\)90026-X](https://doi.org/10.1016/0304-405X(76)90026-X)
 49. Jones, L., Pomeroy, L., Robert, G., Burnett, S., Anderson, J. E., & Fulop, N. J. (2017). How do hospital boards govern for quality improvement? A mixed methods study of 15 organisations in England. *BMJ Quality & Safety*, 26(12), 978–986. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006433>
 50. Koch, K., et al. (2024). Barriers and facilitators of patient involvement in safety improvement: A Delphi expert survey. *Journal of Patient Safety*, 20(2), 110–118. <https://doi.org/10.1097/PTS.00000000000001192>
 51. Lee, R., Baeza, J. I., & Fulop, N. J. (2018). The use of patient feedback by hospital boards of directors: A qualitative study of two NHS hospitals in England. *BMJ Quality & Safety*, 27(2), 103–109. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006312>
 52. Lima, H. O., et al. (2025). Association between hospital accreditation and healthcare providers' perceptions of patient safety culture: A longitudinal study in a healthcare network in Brazil. *Israel Journal of Health Policy Research*, 14(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13584-025-00690-8>
 - <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007597>
 42. George, J., Jack, S., Gauld, R., Colbourn, T., & Stokes, T. (2023). Impact of health system governance on healthcare quality in low-income and middle-income countries: A scoping review. *BMJ Open*, 13(12), e073669. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-073669>
 43. Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., & Delbanco, T. L. (1993). *Through the patient's eyes: Understanding and promoting patient-centered care*. Jossey-Bass.
 44. Halligan, A. (2005). Clinical governance: The story so far. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 98(1), 8–12. <https://doi.org/10.1177/014107680509800103>
 45. Hanskamp-Sebregts, M., Zegers, M., Westert, G. P., Boeijen, W., Teerenstra, S., van Gurp, P. J., & Wollersheim, H. (2019). Effects of patient safety auditing in hospital care: Results of a mixed-method evaluation (part 1). *International Journal for Quality in Health Care*, 31(7), 8–15. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy134>
 46. Havana, T., Kuha, S., Laukka, E., & Kanste, O. (2023). Patients' experiences of patient-centred care in hospital setting: A systematic review of qualitative studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(4), 1001–1015. <https://doi.org/10.1111/scs.13174>
 47. Hibbert, P. D., Stewart, S., Wiles, L. K., Braithwaite, J., Runciman, W. B., & Thomas, M. J. W. (2023). Improving patient safety governance and systems through learning from successes and failures: Qualitative surveys and interviews with international experts.

- satisfaction. *Health Science Reports*, 5(6), e925. <https://doi.org/10.1002/hsr2.925>
59. Scally, G., & Donaldson, L. J. (1998). Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*, 317(7150), 61–65. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7150.61>
 60. Singh, S., Kumar, P., Singh, A., Shukla, S., Halemani, K., & Kumar, P. (2025). Toward better clinical governance: A Six Sigma analysis of patient satisfaction determinants in a tertiary care government hospital. *Cureus*, 17(1), e94068. <https://doi.org/10.7759/cureus.94068>
 61. Veenstra, G. L., Ahaus, K., Welker, G. A., Heineman, E., van der Laan, M. J., & Muntinghe, F. L. H. M. (2017). Rethinking clinical governance: Healthcare professionals' views: A Delphi study. *BMJ Open*, 7(1), e012591. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012591>
 62. Willgoss, T., et al. (2023). Co-creating a global patient experience data navigator: A multi-stakeholder initiative to ensure the patient voice is represented in health decision-making. *Research Involvement and Engagement*, 9(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s40900-023-00501-4>
 63. Wolf, J. A., Niederhauser, V., Marshburn, D., & LaVela, S. L. (2014). Defining patient experience. *Patient Experience Journal*, 1(1), 7–19. <https://doi.org/10.35745/ecei2014.1.1.03>
 64. World Health Organization [WHO]. (2018). *Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage*. World
 53. Lucas, J., Leggat, S. G., & Taylor, N. F. (2022). Association between use of clinical governance systems at the frontline and patient safety: A pre-post study. *International Journal of Health Governance*, 27(3), 282–295. <https://doi.org/10.1108/IJHG-02-2022-0023>
 54. Mohammadi, A., & Didekhani, H. (2023). Effective dimensions for successful clinical governance implementation using Fuzzy-Delphi method. *Journal of Health Administration*, 26(2), 45–58.
 55. Monaca, C., Bestmann, B., Kattein, M., Langner, D., Müller, H., & Manser, T. (2020). Assessing patients' perceptions of safety culture in the hospital setting: Development and initial evaluation of the Patients' Perceptions of Safety Culture Scale. *Journal of Patient Safety*, 16(1), 90–97. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000436>
 56. Naidoo, M., & Suthiram, K. T. (2025). Optimising clinical governance and risk management in resource-limited hospitals: A family medicine model. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 17(1), a4876. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v17i1.4876>
 57. Nixon, J., Steel, E., Stubbs, W., Williamson, A., Khan, J., Carswell, P., & Coccetti, A. (2024). The symphony of consumer partnering and clinical governance: An organizational review using the RE-AIM framework. *Health Expectations*, 27(6), e70095. <https://doi.org/10.1111/hex.70095>
 58. Park, H. N., Park, D. J., Han, S. Y., Tae, J. Y., Jung, K. H., Bae, E. J., & Yoon, J. Y. (2022). Effect of inpatient experiences on patient satisfaction and the willingness to recommend a hospital: The mediating role of patient

Health Organization.
<https://doi.org/10.1596/978-92-4-151390-6>

65. World Health Organization [WHO]. (2020). *Clinical governance framework for quality healthcare delivery*. World Health Organization.