African Journal of Academic Publishing in Science and Technology (AJAPST)

Volume 2, Issue 4, 2026
Page No: 23-38
Website: https://easrjournals.com/index.php/AJAPST/index

The Impact of Health Management Practices on Improving the Quality of Healthcare Services Amid Humanitarian Crises in Operating Hospitals in the Gaza Strip, Palestine

Dr. Siddig Abdul Rahman Shuaib Saleh [1 *], Ibrahim hassan Mahmoud Mabrouk [2]
[1,2] Department of Business Administration, University of Al-Butana, College of Management and Economics, Sudan

أثر ممارسات الإدارة الصحية على تحسين جودة الخدمات الصحية في ظل الأزمات الإنسانية في المستشفيات العاملة في قطاع غزة بفلسطين

د. صديق عبد الرحمن شعيب صالح [1*]، إبراهيم حسن محمود مبروك[2]
[2،1] قسم إدارة الاعمال ، كلية علوم الإدارة والاقتصاد ، جامعة البطانة، السودان

*Corresponding author: siddignewsss@gmail.com

Received: September 09, 2026	Accepted: October 16, 2026	Published: November 17, 2026

Abstract:
This study investigated the impact of health management practices (strategic planning, administrative organization, administrative leadership, monitoring and follow-up, resource management, and crisis management) on improving healthcare service quality across its five SERVQUAL dimensions (tangibles, reliability, responsiveness, assurance, and empathy) amid humanitarian crises in operating hospitals in the Gaza Strip, Palestine. Utilizing a descriptive-analytical approach, data were gathered via a dual questionnaire (paper and electronic) administered to a sample of (200) healthcare personnel (physicians, nurses, administrators, and technicians) selected through convenience and snowball sampling. Data were analyzed using SPSS. Findings revealed that the overall level of health management practices was high (mean = 3.541, relative weight = 70.82%), led by strategic planning (72.74%) and crisis management (72.16%), while resource management ranked last (67.98%). Overall service quality was also high (mean = 3.929, relative weight = 78.58%), dominated by reliability (78.94%) and empathy (78.58%), whereas assurance (61.20%) and responsiveness (60.74%) dropped to the lowest ranks with moderate levels. A statistically significant positive correlation at ($p<0.01$ $p < 0.01$ $p<0.01$) was confirmed between management practices and service quality. Multiple regression analysis demonstrated that management practices accounted for (53.0%) of the variance in service quality, with significant effects across all dimensions except monitoring and follow-up due to the collapse of conventional oversight under emergency conditions. No significant differences were observed across either variable regarding age or administrative level; however, significant differences emerged in management practices based on qualification, job title, and department, and in service quality based on job title, department, and years of experience (favoring those under 5 years). The study recommends bridging assurance and responsiveness gaps through streamlined triage and safety provisions, institutionalizing crisis and resource command units, adopting adaptive supportive oversight mechanisms, and tailoring professional development to occupational and departmental demands in armed conflict settings.

Keywords: Health management practices, quality of health services, humanitarian crises, hospitals in the Gaza Strip

الملخص
هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر ممارسات الإدارة الصحية بأبعادها (التخطيط الاستراتيجي، التنظيم الإداري، القيادة الإدارية، الرقابة والمتابعة، إدارة الموارد، وإدارة الأزمات) على تحسين جودة الخدمات الصحية بأبعادها الخمسة (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، والتعاطف) في ظل الأزمات الإنسانية بالمستشفيات العاملة في قطاع غزة بفلسطين. اعتمد الباحثان المنهج الوصفي التحليلي، واستخدم الاستبانة المزدوجة (ورقية وإلكترونية) كأداة رئيسة لجمع البيانات من عينة فعلية بلغت (200) عامل من الكوادر الطبية والتمريضية والإدارية والفنية بأسلوب العينة الميسرة وكرة الثلج. عولجت البيانات إحصائياً باستخدام برنامج (SPSS). وخلصت الدراسة إلى أن المتوسط العام لمستوى ممارسات الإدارة الصحية بلغ (3.541) بوزن نسبي (70.82%) بدرجة مرتفعة، تصدرها بُعد

التخطيط الاستراتيجي (72.74%)، يليه إدارة الأزمات (72.16%)، بينما حلّ بُعد إدارة الموارد أخيراً بوزن نسبي (67.98%). وبلغ المتوسط الكلي لجودة الخدمات الصحية (3.929) بوزن نسبي (78.58%) بدرجة مرتفعة؛ حيث تصدر بُعد الاعتمادية الترتيب (78.94%)، يليه التعاطف (78.58%)، في حين تراجع بُعدا الأمان (61.20%) والاستجابة (60.74%) إلى المراتب الأخيرة بدرجة متوسطة. وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية طردية دالة إحصائياً عند (0.01) بين ممارسات الإدارة الصحية وجودة الخدمات، مع ثبوت أثر تفسيري لممارسات الإدارة الصحية فسر (53.0%) من التباين في جودة الخدمة، وكان الأثر دالاً لجميع الأبعاد عدا الرقابة والمتابعة التي عُطّلت آلياتها تحت ضغط الطوارئ. كما بينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً في ممارسات الإدارة وجودة الخدمات تُعزى لـ (العمر، والمستوى الإداري)، بينما وُجدت فروق دالة في الممارسات تُعزى لـ (المؤهل، المسمى الوظيفي، ونوع القسم)، وفروق دالة في جودة الخدمات تُعزى لـ (المسمى الوظيفي، نوع القسم، وسنوات الخبرة لصالح الفئة الأقل من 5 سنوات). وفي ضوء ذلك، أوصت الدراسة بمعالجة فجوات الأمان والاستجابة عبر تنظيم مسارات الطوارئ وتوفير مستلزمات الحماية، ومأسسة إدارة الأزمات والسيطرة اللوجستية، وتطوير نظم رقابة ميدانية داعمة وتكيفية، وتخصيص برامج التطوير المهني وفق طبيعة التخصص والأقسام التشغيلية في بيئات النزاع.

الكلمات المفتاحية: ممارسات الإدارة الصحية، جودة الخدمات الصحية، الأزمات الإنسانية، مستشفيات قطاع غزة

المقدمة

تُمثّل الخدمات الصحية إحدى الركائز الحيوية للتنمية المستدامة والأمن البشري، والمؤشر الأكثر حساسية لمستوى استقرار المجتمعات ورفاهها. ومع تسارع المتغيرات وتصاعد الأزمات الإقليمية والدولية، أضحى تحقيق الجودة في الرعاية الصحية غاية استراتيجية تفرض على المؤسسات الطبية تطوير ممارساتها الإدارية باستمرار. ويكتسب هذا الهدف تعقيداً مضاعفاً في البيئات الهشة والواقعة تحت النزاعات المسلحة؛ حيث يعيش قطاع غزة ظروفاً بالغة القسوة ناتجة عن الحصار الممتد، والاستهداف المباشر للمنظومة الصحية، والإنهاك الحاد للبنية التحتية، ونفاد الأدوية والمستلزمات الطبية. وفي ظل هذا التدهور الشامل وخروج غالبية المستشفيات عن الخدمة أو عملها بطاقات تشغيلية استثنائية، لم تعد الكفاءة الإكلينيكية وحدها كافية لإنقاذ الأرواح وضمان استمرارية الخدمة؛ بل غدت **ممارسات الإدارة الصحية** صمام الأمان الحاسم لمنع التفكك الهيكلي والتشغيلي. وتتجلى أهمية ممارسات الإدارة الصحية في قدرتها على توجيه الموارد الشحيحة وتوظيفها الرشيد عبر منظومة متكاملة تشمل: التخطيط المرن المبني على السيناريوهات، والتنظيم الإداري التكيفي، والقيادة الواعية في الطوارئ، وإدارة الأزمات، وحوكمة الموارد، والرقابة الداعمة. إن هذه الوظائف الإدارية تنعكس بصورة مباشرة على أبعاد جودة الرعاية الصحية الخمسة المعتمدة في نموذج (SERVQUAL) والمتمثلة في: **الملموسية، والاعتمادية، والاستجابة، والأمان، والتعاطف**؛ إذ تسهم الإدارة الرشيدة في خفض الأخطاء الطبية، وتعزيز بروتوكولات السلامة، وتكريس البعد الإنساني والدعم النفسي للمرضى وذويهم في أحلك الظروف. وعلى الرغم من غزارة الأدبيات التي عالجت إدارة الجودة الصحية في السياقات المستقرة، إلا أن هناك ندرة واضحة في الدراسات التي تبحث أثر هذه الممارسات الإدارية في ظل الكوارث الإنسانية المعقدة وحروب الاستنزاف الشاملة، ولا سيما ضمن السياق الفلسطيني بقطاع غزة. وتأسيساً على ذلك، تسعى هذه الدراسة الميدانية إلى تحليل واقع ممارسات الإدارة الصحية بالمستشفيات العاملة في قطاع غزة وقياس أثرها المباشر في تحسين جودة الخدمات المقدمة.

تتبلور مشكلة البحث في التساؤل الرئيس الآتي:

ما أثر ممارسات الإدارة الصحية على تحسين جودة الخدمات الصحية في ظل الأزمات الإنسانية بالمستشفيات العاملة في قطاع غزة؟

ويتفرع عن هذا التساؤل الرئيس الأسئلة الفرعية الآتية:

1. ما واقع تطبيق ممارسات الإدارة الصحية (التخطيط، التنظيم الإداري، القيادة الإدارية، الرقابة والمتابعة، إدارة الموارد، إدارة الأزمات) في المستشفيات العاملة بقطاع غزة أثناء الأزمات الإنسانية؟
2. ما مستوى جودة الخدمات الصحية بأبعادها (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف) في المستشفيات العاملة بقطاع غزة في ظل الأزمات الراهنة؟
3. هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين ممارسات الإدارة الصحية بأبعادها مجتمعةً ومنفردةً وبين جودة الخدمات الصحية بأبعادها في المستشفيات العاملة بقطاع غزة؟
4. ما أثر ممارسات الإدارة الصحية بأبعادها المختلفة على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات العاملة بقطاع غزة في ظل الأزمات الإنسانية؟
5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في استجابات المبحوثين حول (ممارسات الإدارة الصحية، ومستوى جودة الخدمات) تُعزى للمتغيرات الديموغرافية والوظيفية: (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، المسمى الوظيفي، نوع القسم، سنوات الخبرة، المستوى الإداري)؟

أهداف البحث

يسعى البحث إلى تحقيق هدف رئيسي يتمثل في: **التعرف على أثر ممارسات الإدارة الصحية على تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العاملة بقطاع غزة إبان الأزمات الإنسانية**، وينبثق منه الأهداف الفرعية التالية:

- تشخيص واقع ممارسات الإدارة الصحية بأبعادها الستة داخل المستشفيات العاملة ميدانياً في قطاع غزة.
- تحديد التقدير الفعلي لأبعاد جودة الخدمات الصحية من منظور مقدمي الخدمة الصحية.

- التحقق من طبيعة واتجاه العلاقة الارتباطية بين أبعاد الممارسات الإدارية وأبعاد جودة الرعاية الطبية.
- نمذجة وقياس الأثر النسبي لكل ممارسة إدارية (تخطيط، تنظيم، قيادة، رقابة، موارد، أزمات) على جودة الخدمة، واستخلاص الممارسات الأكثر فاعلية في بيئات الطوارئ.
- الكشف عن دلالة الفروق الإحصائية في التقييم الميداني وفقاً للخصائص الشخصية والوظيفية للعاملين.
- تقديم مصفوفة توصيات إجرائية موجهة لوزارة الصحة والمنظمات الإنسانية وإدارات المستشفيات لتعزيز الصمود المؤسسي وجودة الرعاية.

فرضيات البحث الميدانية

- **الفرضية الرئيسة الأولى:** لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين ممارسات الإدارة الصحية بأبعادها وجودة الخدمات الصحية بأبعادها في المستشفيات العاملة بقطاع غزة أثناء الأزمات الإنسانية.
- **الفرضية الرئيسة الثانية :** لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) لممارسات الإدارة الصحية بأبعادها (التخطيط الاستراتيجي، التنظيم الإداري، القيادة الإدارية، الرقابة والمتابعة، إدارة الموارد، إدارة الأزمات) على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العاملة بقطاع غزة.
- **الفرضية الرئيسة الثالثة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات تقييم المستجيبين لممارسات الإدارة الصحية وجودة الخدمات الصحية تُعزى لمتغيرات: (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، المسمى الوظيفي، نوع القسم، سنوات الخبرة، المستوى الإداري).

أهمية البحث

- **الأهمية النظرية (العلمية):**
  - إثراء المكتبة العربية بأدبيات متخصصة ونادرة تعالج إدارة المؤسسات الاستشفائية تحت وطأة الحروب والكوارث الإنسانية الشاملة.
  - اختبار مدى ملائمة النماذج الإدارية الكلاسيكية والحديثة ونموذج (SERVQUAL) للتطبيق في بيئات العمل فائقة الهشاشة والضغط الاستثنائي.
- **الأهمية التطبيقية (العملية):**
  - تزويد القيادات الصحية وصناع القرار في وزارة الصحة الفلسطينية بمؤشرات وأدلة واقعية تُعين على إعادة هندسة الممارسات التشغيلية.
  - توجيه المنظمات الدولية (مثل منظمة الصحة العالمية واللجنة الدولية للصليب الأحمر) نحو التدخلات اللوجستية والإدارية ذات الأولوية القصوى لدعم المستشفيات الصامدة.

الإطار النظري

أولاً: ممارسات الإدارة الصحية في المنظومات المتأثرة بالأزمات

تُعرَّف الإدارة الصحية بأنها منظومة متكاملة من الممارسات الموجهة لتنظيم وتخطيط وقيادة ورقابة الموارد البشرية والمادية والمالية والمعلوماتية، بهدف تسيير عمل المنشآت الطبية وضمان تحقيق الكفاءة والفاعلية وتقديم رعاية صحية ملائمة للمستفيدين (Coulter, 2021; Al Salmi et al., 2024 & Robbins). وتتعدى الممارسات الإدارية الحديثة أطر التنظيم الروتيني لتمثل حلقة الوصل الاستراتيجية الحاكمة لتشغيل المستشفيات تحت الأزمات والضغوط المعقدة (Valiotis et al., 2025; Marei, 2021)، حيث تُعد الإدارة الرشيدة صمام أمان يحمي المستشفيات من التفكك اللوجستي والهيكلي عند استنزاف الموارد وانهيار البنى التحتية (Hussein, 2019 & Ahmed).

وتتحدد ممارسات الإدارة الصحية في الدراسة الحالية عبر ستة أبعاد جوهرية متكاملة (خليل، 2024):

1. **التخطيط الاستراتيجي (Strategic Planning):** العملية المنهجية التي تُمكّن المؤسسة من تحديد غاياتها ورؤيتها وبناء خطط تشغيلية مرنة تستند إلى تحليل البيئة الداخلية والخارجية وسيناريوهات الطوارئ البديلة لضمان الجاهزية التشغيلية (Swayne et al., 2012; Bisimwa et al., 2023).
2. **التنظيم الإداري (Administrative Organization):** توضيح الهياكل والمسؤوليات وخطوط الاتصال والوصف الوظيفي وتفويض الصلاحيات بمرونة، مما يقلل الازدواجية وتضارب الأدوار ويمنع الإرباك العملياتي في اللحظات الحرجة (الحارثي، 2024; موسى، 2019).
3. **القيادة الإدارية (Administrative Leadership):** ممارسة التأثير وبث روح الفريق وإلهام الأطقم الميدانية، وتطبيق أنماط القيادة التشاركية والتحويلية لترسيخ الالتزام القيمي والهدوء في اتخاذ القرارات الحاسمة أثناء الصدمات (Northouse, 2022; Aljamal et al., 2023).
4. **الرقابة والمتابعة (Control & Monitoring):** متابعة الأداء ومقارنته بالمعايير المهنية، وتتبع مؤشرات الأداء الرئيسة (KPIs)، وتفعيل آليات الإبلاغ عن الأخطاء ومعالجتها لمنع التدهور السريري وضمان الانضباط المؤسسي (Schermerhorn, 2013; Elfoghi, 2025).
5. **إدارة الموارد (Resource Management):** التوظيف الأمثل والموزون للموارد البشرية والمادية والمالية الشحيحة، ووضع آليات استبدال وتدوير للمستلزمات الطبية للحد من الهدر واستدامة الرعاية في البيئات المعزولة والمحاصرة (Hesterly, 2019; World Health Organization [WHO], 2022 & Barney).

6. **إدارة الأزمات (Crisis Management):** المنظومة الميدانية المعنية بالجاهزية والاستجابة والتعافي؛ عبر تفعيل خطط الطوارئ وفرق الاستجابة السريعة، واستيعاب التدفقات الجماعية للمصابين، وتكييف التشغيل مع الهجمات والمخاطر المباشرة (Coombs, 2019; Paul, 2024).

ثانياً: جودة الخدمات الصحية وأبعاد نموذج (SERVQUAL)

تُعبّر جودة الخدمات الصحية عن درجة مطابقة الخدمات المقدمة لاحتياجات المرضى وتطلعاتهم، والتزامها الصارم بالمعايير الفنية والمهنية والأخلاقية المحققة لأفضل النتائج السريرية بأقل المخاطر الممكنة (Donabedian, 2003; WHO, 2018). ولا تقتصر جودة الرعاية على الجوانب العلاجية المحضة، بل تدمج الأبعاد السلوكية والبيئية والإنسانية الحاكمة لعلاقة المريض بالمؤسسة (عبد المجيد، 2022; علي والسماوي، 2024).

وتعتمد الدراسة نموذج الفجوات الخماسي (SERVQUAL) لأهميته في تشخيص جودة الخدمات من واقع البيئة التشغيلية (Parasuraman et al., 1988):

1. **الملموسية (Tangibles):** توافر البيئة المادية الأساسية والمباني وصلاحية التجهيزات الطبية والمظهر اللائق والمهني للكوادر واللوحات الإرشادية المساعدة (Christia, 2021).
2. **الاعتمادية (Reliability):** قدرة المستشفى على تقديم الخدمة الطبية المتطابقة مع البروتوكولات المعتمدة بدقة ومن المرة الأولى، ودقة السجلات وتوفر الخدمات الحيوية بانتظام (Zeithaml et al., 2018).
3. **الاستجابة (Responsiveness):** جاهزية العاملين وسرعتهم في استقبال الحالات الحرجة والتعامل الفوري مع النجدة الطبية وإبداء الرغبة الجادة في مد يد العون (Rahmatia et al., 2025).
4. **الأمان (Assurance):** كفاءة الطواقم الطبية والتمريضية وبث الطمأنينة والاحترام في نفوس المراجعين، والالتزام بإجراءات مكافحة العدوى والسرية الطبية (Parasuraman et al., 1988).
5. **التعاطف (Empathy):** العناية الفردية الشخصية، وتفهم احتياجات المرضى الخاصة وظروفهم النفسية والاجتماعية، والتواصل الإنساني الوثيق مع ذويهم في ظل الأزمات والصدمات (Zeithaml et al., 2018).

ثالثاً: الأطر والنظريات المفسرة للعلاقة بين المتغيرين

تستند الدراسة إلى منظومة نظرية تفسر كيف تترجم الممارسات الإدارية إلى تحسينات في الجودة تحت البيئات الهشة:

- **نموذج دونابيديان لتقييم الرعاية (Donabedian Model):** يُصنف جودة الرعاية إلى: **الهيكل (Structure)**، و**العملية (Process)**، و**النتائج (Outcomes)** (Donabedian, 2003). ويوظف هذا النموذج لتفسير قدرة ممارسات الإدارة الصحية (كمحور أساس في **العمليات**) على تعويض العجز والدمار والتآكل الشديد الذي أصاب **الهيكل** (المباني ونقص الكوادر والمعدات)، بما يكفل صون الحد الأدنى من **النتائج** الطبية وجودة الخدمات.
- **نظرية الطوارئ (Contingency Theory):** ترى أنه لا يوجد نمط تنظيمي مثالي مطلق، بل تتحدد الفاعلية بمدى مرونة الممارسات وتكيفها مع الضغوط البيئية الحادة (Donaldson, 2001)؛ وهو ما يفسر اعتماد مستشفيات غزة حلولاً إدارية غير نمطية للصمود تحت القصف والحصار.
- **نظرية القيادة التحويلية (Transformational Leadership):** تُفسر كيف يمكن للقيادة الواعية شحذ طاقات الفرق الصحية وربطها بالواجب الأخلاقي والإنساني، مما يحافظ على مستويات عالية من الاعتمادية والتعاطف حتى في ذروة الاستنزاف والإرهاق المهني (Posner, 2017; Ystaas et al., 2023 & Kouzes).

رابعاً: واقع الإدارة والجودة الصحية في قطاع غزة إبان حرب (2023–2025)

شكّل العدوان المستمر والحصار الشامل على قطاع غزة اختباراً وجودياً للنظام الصحي الفلسطيني؛ إذ توثق تقارير منظمة الصحة العالمية تضرر وتدمير ما لا يقل عن 94% من المستشفيات، وخروج أكثر من نصفها عن العمل، وارتفاع معدلات إشغال الأسرّة إلى ما يفوق 400% وسط شح خانق في الوقود والأدوية والمستهلكات الطبية الأساسية واستهداف مباشر للكوادر الطبية (WHO, 2025; مقداد وآخرون، 2025). وفي ظل هذا الانهيار البنيوي، أثبتت الدراسات التطبيقية أن الممارسات الإدارية الفاعلة (التخطيط الميداني، وإدارة الأزمات، والتنظيم المرن) هي التي مكنت المنشآت الصامدة من ترشيد مواردها الشحيحة وتقديم الرعاية للمصابين والمرضى والحفاظ على ثقة المجتمع بالمنظومة الصحية (Radwan et al., 2024; النجار، 2024).

الدراسات السابقة

يستعرض هذا القسم أهم الأدبيات والدراسات التطبيقية ذات الصلة المباشرة بمتغيرات البحث، والمصنفة ضمن ثلاثة محاور رئيسة، ومرتبة زمنياً من الأحدث إلى الأقدم:

أولاً: الدراسات المحلية الفلسطينية

- **دراسة رضوان وآخرين (Radwan et al., 2024):** هدفت إلى تحليل تداعيات حرب (2023–2024) على منظومة الإدارة الصحية ومستوى جودة الخدمات في مستشفيات قطاع غزة. واعتمدت المنهج الوصفي التحليلي وأدوات جمع نوعية وكمية. وتوصلت إلى أن الانهيار الواسع في البنية اللوجستية والإدارية أدى إلى تراجع حاد في الجودة التقنية للخدمات، في حين حافظت الطواقم الطبية على مستويات مرتفعة من الالتزام الإنساني والأخلاقي.
- **دراسة النجار (2024):** سعت للتعرف على واقع ممارسات إدارة الأزمات والكوارث في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة أثناء العدوان. واستخدمت المنهج الوصفي التحليلي واستبانة وُزعت على العاملين الصحيين والإداريين. وأظهرت

النتائج وجود فجوة كبيرة بين الخطط النظرية لإدارة الأزمات والتطبيق الميداني الفعلي؛ نتيجة الاستهداف المباشر للمنشآت والشح الحاد في الإمكانات والموارد.

- **دراسة العبسي (2023):** ركزت على قياس أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على الأداء الإداري والخدمي في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة. وأثبتت النتائج وجود أثر إيجابي دال إحصائياً للممارسات الإدارية ومعايير الجودة على تحسين الخدمات، بالرغم من معوقات شح الموارد.
- **دراسة الجمل وآخرين (Aljamal et al., 2023):** استهدفت استكشاف أنماط القيادة السائدة في إدارة الأزمات الصحية بمستشفيات غزة. وكشفت أن نمطي القيادة التحويلية والتشاركية هما الأكثر فاعلية في الحفاظ على تماسك الفرق الطبية وضمان استمرار تقديم الرعاية الصحية خلال الطوارئ.
- **دراسة أبو طير (2022):** بحثت أثر القيادة الإدارية في تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات غزة الحكومية خلال جائحة كورونا. وتوصلت إلى أن القيادة الفاعلة أسهمت في رفع كفاءة الاستجابة الصحية وزيادة رضا المرضى.
- **دراسة الشريف (2021):** تناولت أثر ممارسات الإدارة الصحية بأبعادها على جودة الخدمات الصحية في مستشفيات محافظات غزة. وخلصت إلى وجود أثر إيجابي دال إحصائياً لممارسات الإدارة الصحية على جودة الخدمات، وتُعد من الدراسات الأساسية الممهدة للبحث الحالي.
- **دراسة الحوتي (2021):** هدفت إلى التعرف على العلاقة بين إدارة الأزمات وجودة الخدمات الصحية في مستشفيات غزة، وأكدت وجود علاقة ارتباطية طردية دالة إحصائياً بين مستوى الجاهزية للطوارئ ومستوى جودة الخدمة المقدمة.

ثانياً: الدراسات العربية والإقليمية

- **تقرير منظمة الصحة العالمية (WHO, 2022):** حلل التحديات البنيوية التي تواجه النظام الصحي في غزة، مبيناً أن الحصار وضعف الحوكمة الإدارية وتآكل البنية التحتية تمثل أبرز المعوقات التي تهدد استدامة وجودة الرعاية، موصياً بتعزيز قدرات الكوادر في التخطيط وإدارة الأزمات.
- **دراسة أحمد وحسين (Hussein, 2019 & Ahmed):** استكشفت أثر ممارسات الإدارة الصحية على جودة الرعاية في مناطق النزاع في الشرق الأوسط (العراق وسوريا). وأثبتت أن اعتماد المرونة التنظيمية، وتفويض الصلاحيات، واللامركزية الإدارية يحول دون الانهيار المؤسسي ويحافظ على الحد الأدنى من الجودة.
- **دراسة موسى (2019):** حللت أثر التنظيم الإداري في كفاءة المستشفيات العامة بالسودان، وأظهرت أن وضوح الهياكل التنظيمية وتحديد خطوط السلطة والمسؤوليات ينعكسان إيجابياً على تقليل الأخطاء ورفع كفاءة الخدمات الطبية.

ثالثاً: الدراسات الأجنبية

- **دراسة الحربي وآخرين (Alharbi et al., 2024):** مراجعة منهجية شاملة للدراسات التطبيقية (2019–2024) حول استراتيجيات الإدارة الصحية، وخلصت إلى أن إدارة القوى العاملة، والقيادة الواعية، وتكامل العمليات تمثل المحددات الأكثر ارتباطاً بتحسين مؤشرات الجودة السريرية.
- **دراسة بيكهام وآخرين (Peckham et al., 2024):** مراجعة نطاقية غطت 167 دراسة في 48 دولة حول مرونة الرعاية الصحية في الأزمات، وأكدت أن الحوكمة الرشيدة، والتدريب المستمر على الطوارئ، والتنظيم التكيفي تشكل الركائز الأساسية لصمود المنظومة الصحية.
- **دراسة بيسيموا وآخرين (Bisimwa et al., 2023):** فحصت القيادة التشغيلية في سياقات الأزمات الممتدة في جمهورية الكونغو الديمقراطية، وأثبتت أن الأزمات الطويلة تتطلب قيادة غير تقليدية ترتكز على التنسيق الميداني الأفقي والتشاركية.
- **دراسة سونول وآخرين (Sunol et al., 2015):** أُجريت على 73 مستشفى في سبع دول أوروبية، وأكدت وجود ارتباط دال إحصائياً بين استراتيجيات إدارة الجودة على مستوى الأقسام والممارسة السريرية الفعالة، مشيرةً إلى أن خصوصية نوع القسم تؤثر جوهرياً على مستويات تطبيق الجودة.
- **دراسة باراند وآخرين (Parand et al., 2014):** مراجعة منهجية بينت وجود ارتباط إيجابي دال بين المستويات الإدارية وجودة الرعاية وسلامة المرضى في المستشفيات.

التعقيب على الدراسات السابقة والفجوة البحثية (Research Gap)

- **أوجه الاتفاق:** اتفقت الدراسات السابقة بمجملها على وجود علاقة طردية وأثر موجب بين ممارسات الإدارة الصحية (بمختلف أبعادها) وتحسين جودة الخدمات، وأجمعت على محورية القيادة وإدارة الأزمات كصمام أمان للمنظومة الصحية أثناء الطوارئ.
- **أوجه الاختلاف:** تناولت معظم الدراسات السابقة أبعاداً إدارية منفردة (مثل القيادة وحدها، أو إدارة الأزمات، أو إدارة الجودة الشاملة)، كما طُبقت غالبية الدراسات في بيئات مستقرة نسبياً أو أثناء أوبئة وجوائح (مثل جائحة كورونا)، والتي تختلف جذرياً في طبيعتها وآثارها عن سياقات الحروب الشاملة.
- **الفجوة البحثية وتميز الدراسة الحالية:**

1. **الشمولية الموضوعية:** تناول ممارسات الإدارة الصحية كمنظومة متكاملة تضم ستة أبعاد مجتمعة (التخطيط، التنظيم، القيادة، الرقابة، الموارد، والأزمات)، وربطها بنموذج (SERVQUAL) الخماسي.

2. **السياق الميداني الاستثنائي:** دراسة هذه العلاقة في ظل واحدة من أشد الأزمات الإنسانية تعقيداً في العصر الحديث (حرب استنزاف، حصار مطبق، وتدمير منهجي للبنية التحتية الصحية في قطاع غزة).
3. **التوقيت:** تقديم بيانات ميدانية حديثة تعكس مرحلة الصمود المؤسسي وإعادة التكيف للمستشفيات العاملة فعلياً تحت ظروف الطوارئ القصوى.

- **أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:**

1. صياغة الإطار النظري وتحديد المتغيرات المستقلة والتابعة ونموذج الدراسة.
2. بناء وتطوير أدوات القياس (استبانة ممارسات الإدارة الصحية واستبانة جودة الخدمات) وتحكيم فقراتها.
3. صياغة فرضيات البحث وتفسير ومناقشة النتائج الميدانية ومقارنتها بما استقر في الأدبيات السابقة.

الطريقة والإجراءات

1. منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة على استخدام **المنهج الوصفي التحليلي**، لكونه المنهج الأكثر ملاءمة لطبيعة الظاهرة موضع البحث؛ حيث يهدف إلى وصف واقع ممارسات الإدارة الصحية ومستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العاملة بقطاع غزة، ومن ثم تحليل العلاقات الارتباطية والآثار السببية بين المتغير المستقل بأبعاده الستة (التخطيط، التنظيم الإداري، القيادة الإدارية، الرقابة والمتابعة، إدارة الموارد، وإدارة الأزمات) والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) بأبعاده الخمسة (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، والتعاطف).

2. مجتمع وعينة الدراسة

- **مجتمع الدراسة:** يتكون مجتمع الدراسة المستهدف من جميع العاملين الصحيين والإداريين والفنيين في المستشفيات العاملة في قطاع غزة. وبالنظر إلى تداعيات الأزمة الإنسانية وحرب (2023–2026م) التي أدت إلى خروج غالبية المستشفيات عن الخدمة واستشهاد وإصابة ونزوح المئات من الكوادر الطبية؛ فقد تعذر حصر المجتمع الفعلي بدقة باستخدام أساليب المعاينة الاحتمالية البسيطة.
- **عينة الدراسة:**
  - **العينة الاستطلاعية:** تكونت من (30) عاملاً اختيروا عشوائياً من خارج العينة الأساسية لحساب المؤشرات السيكومترية وضبط الصدق والثبات للأدوات.
  - **العينة الفعلية المعتمدة:** اعتمد الباحثان على أسلوب **العينة الميسرة / كرة الثلج (Convenience / Snowball Sampling)** نظراً للظروف الميدانية المعقدة. وبلغ قوام العينة المكتملة والخاضعة للتحليل الإحصائي (200) مفردة من العاملين على رأس عملهم.
  - **طريقة توزيع الاستبانة:** تم الجمع عبر الجمع الميداني المباشر والنماذج الإلكترونية (Google Forms) للتغلب على صعوبات التنقل وانقطاع الطرق.

ويتوزع أفراد عينة الدراسة وفق المتغيرات الديموغرافية والوظيفية على النحو الموضح في الجدول التالي:

جدول (1): توزيع أفراد عينة الدراسة الفعلية حسب متغيرات الدراسة الشخصية (ن = 200)

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	156	78
	أنثى	44	22
المجموع		200	**%100.0**
العمر	أقل من 30 سنة	25	12.5
	من 30 إلى أقل من 40 سنة	62	31
	من 40 إلى أقل من 50 سنة	64	32
	50 سنة فأكثر	49	24.5
المجموع		**200**	**%100.0**
المؤهل العلمي	دبلوم متوسط	13	6.5
	بكالوريوس	108	54
	ماجستير	55	27.5
	دكتوراه	24	12
المجموع		200	**%100.0**
المسمى الوظيفي	طبيب	59	29.5

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
	ممرض	59	29.5
	إداري	66	33
	فني مختبر	16	8
المجموع		**200**	**%100.0**
نوع القسم	طوارئ	19	9.5
	عمليات	31	15.5
	عيادات خارجية	22	11
	تنويم (أقسام داخلية)	50	25
	مختبر/ أشعة	6	3
	إدارة	72	36
المجموع		**200**	**%100.0**
سنوات الخبرة في المجال الصحي	أقل من 5 سنوات	40	20
	من 5 إلى أقل من 10 سنوات	19	9.5
	من 10 إلى أقل من 15 سنة	33	16.5
	15 سنة فأكثر	108	54
المجموع		200	**%100.0**
المستوى الإداري	إدارة عليا (مدير عام/ نائب مدير)	21	10.5
	إدارة وسطى (رئيس/ مشرف)	117	58.5
	إدارة تنفيذية (موظف تنفيذي)	62	31
المجموع		**200**	**%100.0**

المصدر : إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2026 م

. أدوات الدراسة والخصائص السيكومترية

تمثلت أداة الدراسة في استبانتين أعدهما الباحثان بالاستناد إلى الأدبيات النظرية والدراسات السابقة المقارنة:

1. **استبانة ممارسات الإدارة الصحية:** تكونت في صورتها النهائية من (45) فقرة موزعة على ستة أبعاد: التخطيط (9 فقرات)، التنظيم الإداري (7 فقرات)، القيادة الإدارية (8 فقرات)، الرقابة والمتابعة (7 فقرات)، الموارد البشرية والمادية (6 فقرات)، وإدارة الأزمات (8 فقرات).
2. **استبانة جودة الخدمات الصحية:** طُورت بالاعتماد على نموذج (SERVQUAL) المعدّل للبيئة الصحية المحلية، وتكونت من (28) فقرة موزعة على خمسة أبعاد: الملموسية (6 فقرات)، الاعتمادية (6 فقرات)، الاستجابة (5 فقرات)، الأمان (6 فقرات)، والتعاطف (5 فقرات).

- تم اعتماد سلم ليكرت الخماسي لتحديد استجابات المبحوثين: (موافق بشدة = 5، موافق = 4، محايد = 3، غير موافق = 2، غير موافق بشدة = 1).

إجراءات التحقق من الصدق :

- **صدق المحكمين (الصدق الظاهري):** عُرضت الأداتان على نخبة من الأساتذة المتخصصين في إدارة الأعمال والإدارة الصحية في الجامعات لتحكيمها والتأكد من وضوح الصياغة اللغوية وملاءمة كل فقرة لبُعدها، وتم إجراء التعديلات والحذف المقترح.
- **صدق الاتساق الداخلي (Internal Consistency Validity):** تم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للبُعد الذي تنتمي إليه لدى العينة الاستطلاعية؛ فتراوحت معاملات الارتباط لفقرات ممارسات الإدارة الصحية بين (0.378 و 0.864)، ولفقرات جودة الخدمات الصحية بين (0.643 و 0.859)، وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01).
- **الصدق البنائي (Construct Validity):** تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بُعد والدرجة الكلية للمقياس التابع له، وأظهرت النتائج معاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند (0.01) تراوحت لممارسات الإدارة بين (0.821 و 0.904)، ولمقياس جودة الخدمات بين (0.851 و 0.883)، مما يؤكد التماسك البنائي العالي للأدوات.

إجراءات التحقق من الثبات :

تحقق الباحثان من ثبات الأدوات باستخدام طريقتين إحصائيتين معتمدتين:

- **معامل الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ - Cronbach's Alpha):** بلغ معامل الثبات العام لمقياس ممارسات الإدارة الصحية (0.972)، وبلغ لمقياس جودة الخدمات الصحية (0.957).
- **طريقة التجزئة النصفية (Split-Half Reliability):** باستخدام معادلتي سبيرمان-براون وجتمان المصححة؛ حيث بلغ معامل الثبات المعدل لمقياس ممارسات الإدارة الصحية (0.902)، ولمقياس جودة الخدمات الصحية (0.905).

تُثبت هذه المؤشرات صلاحية أدوات الدراسة وقدرتها العالية على القياس والاستقرار الإحصائي للتطبيق الميداني.

4. أساليب المعالجة والتحليل الإحصائي

تمت معالجة البيانات الميدانية باستخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، بتطبيق الاختبارات والأساليب التالية:

1. التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لتشخيص الخصائص وتحديد مستوى الاستجابة وفق المحك الخماسي المعتمد.
2. معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient) للتحقق من صدق الأدوات واختبار الفرضية الرئيسة الأولى الخاصة بالعلاقة الارتباطية.
3. اختبار معادلة ألفا كرونباخ ومعادلة جتمان للتجزئة النصفية لحساب ثبات المقاييس.
4. تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Linear Regression) بطريقة (Enter) لاختبار الفرضية الرئيسة الثانية وقياس حجم الأثر التنبؤي ومعامل التحديد (R^2).
5. اختبار (T-Test) للعينات المستقلة للتحقق من دلالة الفروق تبعا لمتغير الجنس.
6. تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لاختبار الفروق الإحصائية تبعا للمتغيرات متعددة الفئات (العمر، المؤهل، المسمى الوظيفي، نوع القسم، سنوات الخبرة، والمستوى الإداري).
7. اختبار شيفيه للمقارنات البعدية (Scheffé Test) لتحديد اتجاه الفروق لصالح أي من المجموعات عند ثبوت دلالة التباين.

نتائج الدراسة ومناقشتها

أولاً: نتائج السؤال الأول المتعلق بواقع ممارسات الإدارة الصحية

نص **السؤال الأول: ما مستوى ممارسات الإدارة الصحية في وجود الأزمات الإنسانية بالمستشفيات العاملة في قطاع غزة؟**

للإجابة عن السؤال الأول، قام الباحثان باستخدام المتوسطات والانحرافات المعيارية والاوزان النسبية للتعرف إلى مستوى ممارسات الإدارة الصحية كما هو موضح في الجدول (2):

جدول (2): يبين المتوسط والانحراف المعياري والوزن النسبي والرتبة والمستوى على جميع أبعاد استبيان ممارسات الإدارة الصحية

البعد	عدد الفقرات	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
التخطيط	9	3.637	0.612	72.74	1	مرتفع
التنظيم الإداري	7	3.575	0.700	71.5	3	مرتفع
القيادة الإدارية	8	3.510	0.796	70.2	5	مرتفع
الرقابة والمتابعة	7	3.515	0.690	70.3	4	مرتفع
الموارد البشرية	6	3.399	0.766	67.98	6	مرتفع
إدارة الأزمات	8	3.608	0.692	72.16	2	مرتفع
الدرجة الكلية لاستبيان ممارسات الإدارة الصحية	**45**	**3.541**	**0.612**	**70.82**	**مرتفع**	

المصدر : إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2026 م

يتضح من الجدول (2) السابق أن متوسط مستوى ممارسات الإدارة الصحية بالمستشفيات العاملة بلغ (3.541) بوزن نسبي (70.8%) بدرجة مرتفعة، وقد حصل بعد التخطيط على المركز الأول بوزن نسبي (72.7%)، وفي المركز الثاني حصل بعد إدارة الأزمات بوزن نسبي (72.1%)، كما حصل بعد التنظيم الإداري على المركز الثالث بوزن نسبي (71.5%)، فيما حصل بعد الرقابة والمتابعة على المركز الرابع بوزن نسبي (70.3%)، فيما حصل بعد القيادة الإدارية على المركز الخامس بوزن نسبي (70.2%)، وأخيرا حصل بعد الموارد البشرية على المركز السادس والأخير بوزن نسبي (67.9%).

ثانياً: نتائج السؤال الثاني المتعلق بمستوى جودة الخدمات الصحية

نص السؤال الثاني: ما مستوى جودة الخدمات الصحية في وجود الأزمات الإنسانية بالمستشفيات العاملة في قطاع غزة؟

للإجابة عن السؤال الثاني، قام الباحثان باستخدام المتوسطات والانحرافات المعيارية والاوزان النسبية للتعرف إلى مستوى جودة الخدمات الصحية كما هو موضح في الجدول (3):

جدول (3): يبين المتوسط والانحراف المعياري والوزن النسبي والرتبة والمستوى على جميع ابعاد استبيان جودة الخدمات الصحية

البعد	عدد الفقرات	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
الملموسية	6	3.671	0.736	73.42	3	مرتفع
الاعتمادية	6	3.947	0.554	78.94	1	مرتفع
الاستجابة	5	3.037	0.527	60.74	5	متوسط
الأمان	6	3.060	0.581	61.2	4	متوسط
التعاطف	5	3.929	0.691	78.58	2	مرتفع
الدرجة الكلية لاستبيان جودة الخدمات الصحية	**28**	**3.929**	**0.538**	**78.58**	**مرتفع**	

المصدر : إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2026 م

يتضح من الجدول (3) السابق أن متوسط مستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات العاملة بلغ (3.929) بوزن نسبي (78.58%) بدرجة مرتفعة، وقد حصل بعد الاعتمادية على المركز الأول بوزن نسبي (78.9%)، وفي المركز الثاني حصل بعد التعاطف بوزن نسبي (78.5%)، كما حصل بعد الملموسية على المركز الثالث بوزن نسبي (73.4%)، فيما حصل بعد الأمان على المركز الرابع بوزن نسبي (61.2%)، وأخيرا حصل بعد الاستجابة على المركز الخامس والأخير بوزن نسبي (60.7%).

ثالثاً: نتائج الفرضية الأولى

نصت الفرضية الصفرية الاولى: لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين ممارسات الإدارة الصحية وجودة الخدمات الصحية في وجود الأزمات الإنسانية بالمستشفيات العاملة في قطاع غزة؟

ولاختبار هذه الفرضية قام الباحثان باستخدام معامل ارتباط بيرسون لإيجاد العلاقة بين ممارسات الإدارة الصحية وجودة الخدمات الصحية. كما هو موضح في الجدول (4):

جدول (4) يبين معامل الارتباط بين ممارسات الإدارة الصحية وجودة الخدمات الصحية

البعد	الملموسية	الاعتمادية	الاستجابة	الأمان	التعاطف	الدرجة الكلية لاستبيان جودة الخدمات الصحية
التخطيط	**0.529	**0.456	**0.408	**0.406	0.399**	**0.509**
التنظيم الإداري	**0.511	**0.606	**0.465	**0.390	0.452**	**0.557**
القيادة الإدارية	**0.502	**0.505	**0.387	**0.326	0.408**	**0.493**
الرقابة والمتابعة	**0.568	**0.565	**0.395	**0.406	0.466**	**0.557**
الموارد البشرية	**0.705	**0.583	**0.482	**0.466	0.550**	**0.650**
إدارة الازمات	**0.627	**0.593	**0.519	**0.482	0.594**	**0.652**
الدرجة الكلية لاستبيان ممارسات الإدارة الصحية	**0.666**	**0.640**	**0.513**	**0.477**	**0.555**	**0.661**

المصدر : إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2026 م

يتبين من الجدول (4) وجود علاقة ارتباطية طردية دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01) بين الدرجة الكلية لممارسات الإدارة الصحية بأبعاده بالدرجة لجودة الخدمات الصحية بأبعاده.

رابعاً: نتائج الفرضية الثانية

نصّت الفرضية الصفرية الثانية على: **"لا يوجد أثر ممارسات الإدارة الصحية على جودة الخدمات الصحية في وجود الأزمات الإنسانية بالمستشفيات العاملة في قطاع غزة.**

وللتحقق من هذه الفرضية تم اجراء تحليل الانحدار للنموذج المكون من جودة الخدمات الصحية كمتغير تابع، وممارسات الإدارة الصحية كمتغير مستقل باستخدام الطريقة (Enter) حيث تم بداية استخراج جدول تحليل التباين للنموذج العام للانحدار، وذلك كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (5) تحليل التباين لنموذج الانحدار الكلي

النموذج	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	F	الدلالة
الانحدار	30.524	6	5.087	36.230	0.000
البواقي	27.100	193	0.140		
الكلي	57.624	199			

المصدر : إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2026 م

ويبين الجدول السابق أن النموذج العام للانحدار امتلك دلالة إحصائية، مما يشير إلى فاعلية المتغير المستقل ممارسات الإدارة الصحية في التنبؤ بالمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)، كما جرى بعد ذلك حساب معاملات الانحدار الخام والمعيارية، ودلالتها الإحصائية، وذلك كما هو موضوح في الجدول التالي:

جدول (6) تحليل التباين لنموذج الانحدار الكلي

	معامل الانحدار (B)	معامل الانحدار المعياري	T	الدلالة الإحصائية
ثابت الانحدار	1.709	0.172	9.948	0.000
التخطيط	0.246	0.098	2.252	0.012
التنظيم	0.431	0.129	3.349	0.001
الرقابة	0.225	0.123	1.829	0.069
الموارد	0.459	0.097	4.736	0.000
الازمات	0.474	0.097	4.887	0.000
ممارسات الإدارة الصحية	-1.208	426	2.833	0.005
قيمة معامل التفسير المعدل***R2***	0.530			
معامل الارتباط للنموذج**R**	0.728			

المصدر : إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2026 م

يتبين من الجدول السابق أن وجود أثر لممارسات الإدارة الصحية بأبعادها على جودة الخدمات الصحية، حيث امتلكت معامل انحدار دال إحصائياً، ما عدا بعد الرقابة فلم يكون ذو دلالة إحصائية.

وتشير نتائج تحليل الانحدار إلى أن النموذج الكلي دال إحصائيًا بدرجة عالية، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط R=0.772، وهي قيمة مرتفعة تدل على وجود أثر قوي بين المتغيرات المستقلة (ممارسات الإدارة الصحية) والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية). كما بلغت قيمة معامل التفسير المعدل R2=0.530، مما يعني أن ممارسات الإدارة الصحية تفسر ما نسبته 53% من التباين في جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات العاملة في قطاع غزة، وهي نسبة تفسيرية مرتفعة نسبيًا تؤكد قوة الأثر.

خامساً: نتائج الفرضية الثالثة

نصّت الفرضية الصفرية الثالثة على: **"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات المستجيبين بالمستشفيات العاملة في وجود الازمات الإنسانية، على استبيان ممارسات الإدارة الصحية وجودة الخدمات الصحية وفقاً لمتغير (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، المسمى الوظيفي، نوع القسم الذي تعمل به، سنوات الخبرة في المجال الصحي، المستوى الإداري).**

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام التباين الأحادي (ANOVA) للمتغيرات ذات ثلاث مجموعات واختبار (T-test) للمتغيرات المقسمة لمجموعتين وجاءت النتائج على النحو التالي:

أولاً: الجنس:

جدول رقم (7) يبين نتائج اختبار (t) لعينتين مستقلتين للتعرف إلى الفروق في متوسطات الدرجات تبعا للجنس.

	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	مستوى الدلالة
***ممارسات* الإدارة الصحية**	ذكر	156	3.458	0.612	3.708	0.068
	أنثى	44	3.834	0.521		
جودة الخدمات الصحية	ذكر	156	3.867	0.548	3.105	0.351
	أنثى	44	4.147	0.439		

المصدر : إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2026 م

يتبين من الجدول رقم (7) أن مستوي الدلالة للدرجة الكلية لممارسات الإدارة الصحية وجودة الخدمات الصحية كانت أكبر من (0.05)، وكذلك قيمة t المحسوبة أقل من الجدولية، مما يشير لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي دلالة 0.05 في الدرجة الكلية لممارسات الإدارة الصحية وجودة الخدمات الصحية لدى المستجيبين بالمستشفيات العاملة في وجود الأزمات الصحية تعزي للجنس.

ثانياً: العمر:

جدول رقم (8) يبين نتائج اختبار (F) للتعرف إلى الفروق في متوسطات الدرجات تبعا العمر.

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
ممارسات الإدارة الصحية	بين المجموعات	1.792	3	0.597	1.606	1890.
	داخل المجموعات	72.898	196	0.372		
	المجموع	74.690	199			
جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	1.729	3	0.576	2.021	0.112
	داخل المجموعات	55.896	196	0.285		
	المجموع	57.624	199			

المصدر : إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2026 م

يتضح من خلال جدول رقم (8) أن مستوى الدلالة أكبر من (0.05)، ويستدل الباحثان من نتائج التحليل إلى ثبوت وتحقق صحة الفرضية الصفرية، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في متوسطات ممارسات الإدارة الصحية وجودة الخدمات الصحية لدى المستجيبين بالمستشفيات العاملة في وجود الأزمات الصحية تعزي العمر.

ثالثاً: المؤهل العلمي:

جدول رقم (9) نتائج اختبار (F) للتعرف إلى الفروق في متوسطات الدرجات تبعا المؤهل العلمي.

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
ممارسات الإدارة الصحية	بين المجموعات	4.620	3	1.540	4.307	0.006
	داخل المجموعات	70.070	196	0.358		
	المجموع	74.690	199			
جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	1.792	3	0.597	2.097	0.102
	داخل المجموعات	55.833	196	0.285		
	المجموع	57.624	199			

المصدر : إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2026 م

يتضح من خلال جدول رقم (9) أن مستوى الدلالة في ممارسات الإدارة الصحية أصغر من (0.05)، وهذا يعني عدم ثبوت وتحقق صحة الفرضية الصفرية، أي أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية في متوسطات ممارسات الإدارة الصحية لدى المستجيبين بالمستشفيات العاملة في وجود الأزمات الصحية تعزي المؤهل العلمي. ولمعرفة اتجاه الفروق قام الباحثان باستخدام اختبار شيفيه البعدي حيث وجد فروق في ممارسات الإدارة الصحية بين المستجيبين العاملين بمستشفيات قطاع غزة وكانت الفرق بين (بكالوريوس ودكتوراه) لصالح بكالوريوس، وبين (ماجستير ودكتوراه) لصالح ماجستير

كما يتضح أن مستوى الدلالة في جودة الخدمات الصحية أكبر من (0.05)، ويستدل الباحثان من نتائج التحليل إلى ثبوت وتحقق صحة الفرضية الصفرية، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في متوسطات جودة الخدمات الصحية لدى المستجيبين بالمستشفيات العاملة في وجود الأزمات الصحية تعزي المؤهل العلمي .

رابعاً: المسمى الوظيفي:

جدول رقم (10) يبين نتائج اختبار (F) للتعرف إلى الفروق في متوسطات الدرجات تُعزى لمتغير المسمى الوظيفي

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
ممارسات الإدارة الصحية	بين المجموعات	7.021	3	2.340	6.779	0.000
	داخل المجموعات	67.669	196	0.345		
	المجموع	74.690	199			
جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	6.415	3	2.138	8.184	0.000
	داخل المجموعات	51.209	196	0.261		
	المجموع	57.624	199			

المصدر : إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2026 م

يتضح من خلال جدول رقم (10) أن مستوى الدلالة أصغر من (0.05)، ويستدل الباحثان من نتائج التحليل إلى عدم ثبوت وتحقق صحة الفرضية الصفرية، أي أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية في متوسطات ممارسات الإدارة الصحية وجودة الخدمات الصحية لدى المستجيبين بالمستشفيات العاملة في وجود الأزمات الصحية تعزي المسمى الوظيفي. ولمعرفة اتجاه الفروق قام الباحثان باستخدام اختبار شيفيه البعدي حيث وجود فروق في ممارسات الإدارة الصحية بين المستجيبين العاملين بمستشفيات قطاع غزة وكانت الفرق بين (طبيب وممرض) لصالح ممرض، وبين (طبيب وإداري) لصالح إداري.

كما يتضح وجود فروق في جودة الخدمات الصحية بين المستجيبين العاملين بمستشفيات قطاع غزة وكانت الفرق بين (طبيب وممرض) لصالح ممرض، وبين (طبيب وإداري) لصالح إداري. وبين (طبيب وفني) لصالح فني.

خامساً: نوع القسم الذي تعمل به:

جدول رقم (11) يبين نتائج اختبار (F) للتعرف إلى الفروق في متوسطات الدرجات تبعا لمتغير نوع القسم الذي تعمل به.

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
ممارسات الإدارة الصحية	بين المجموعات	4.619	5	0.924	2.558	0.029
	داخل المجموعات	70.071	194	0.361		
	المجموع	74.690	199			
جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	3.567	5	0.713	2.560	0.029
	داخل المجموعات	54.057	194	0.279		
	المجموع	57.624	199			

المصدر : إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2026 م

يتضح من خلال جدول رقم (11) أن مستوى الدلالة أصغر من (0.05)، ويستدل الباحثان من نتائج التحليل إلى عدم ثبوت وتحقق صحة الفرضية الصفرية، أي أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية في متوسطات ممارسات الإدارة الصحية وجودة الخدمات الصحية لدى المستجيبين بالمستشفيات العاملة في وجود الأزمات الصحية تعزي لمتغير نوع القسم الذي تعمل به. ولمعرفة اتجاه الفروق قام الباحثان باستخدام اختبار شيفيه البعدي حيث وجد فروق في ممارسات الإدارة الصحية بين المستجيبين العاملين بمستشفيات قطاع غزة وكانت الفرق بين (الإدارة وعيادات خارجية) لصالح الإدارة، وبين (الإدارة والتنويم) وكانت الفروق للإدارة. كما يتضح وجود فروق في جودة الخدمات الصحية بين المستجيبين العاملين بمستشفيات قطاع غزة وكانت الفرق بين (الإدارة وتنويم) لصالح الإدارة، وبين (الإدارة ومختبر) وكانت الفروق لصالح الإدارة.

سادساً: سنوات الخبرة في المجال الصحي:

جدول رقم (12) يبين نتائج اختبار (F) للتعرف إلى الفروق في متوسطات الدرجات تبعا لمتغير سنوات الخبرة في المجال الصحي.

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
ممارسات الإدارة الصحية	بين المجموعات	2.841	3	0.947	2.571	0.055
	داخل المجموعات	71.833	195	0.368		
	المجموع	74.674	198			
جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	2.371	3	0.790	2.792	0.042
	داخل المجموعات	55.200	195	0.283		
	المجموع	57.571	198			

المصدر : إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2026 م

يتضح من خلال جدول رقم (12) أن مستوى الدلالة في ممارسات الإدارة الصحية أكبر من (0.05)، ويستدل الباحثان من نتائج التحليل إلى ثبوت وتحقق صحة الفرضية الصفرية، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في متوسطات ممارسات الإدارة الصحية لدى المستجيبين بالمستشفيات العاملة في وجود الأزمات الصحية تعزي سنوات الخبرة في المجال الصحي.

كما يتضح أن مستوى الدلالة في جودة الخدمات الصحية أصغر من (0.05)، وهذا يعني عدم ثبوت وتحقق صحة الفرضية الصفرية، أي أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية في متوسطات جودة الخدمات الصحية لدى المستجيبين بالمستشفيات العاملة في وجود الأزمات الصحية تعزي لمتغير سنوات الخبرة في المجال الصحي. ولمعرفة اتجاه الفروق قام الباحثان باستخدام اختبار شيفيه البعدي حيث وجد فروق في جودة الخدمات الصحية بين المستجيبين العاملين بمستشفيات قطاع غزة وكانت الفرق بين (أقل من 5 سنوات و15 سنة فأكثر) لصالح أقل من 5 سنوات.

سابعاً: المستوى الإداري:

جدول رقم (13) يبين نتائج اختبار (F) للتعرف إلى الفروق في متوسطات الدرجات تبعا لمتغير المستوى الإداري.

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
ممارسات الإدارة الصحية	بين المجموعات	0.422	2	0.211	0.560	0.572
	داخل المجموعات	74.268	197	0.377		
	المجموع	74.690	199			
جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	0.936	2	0.468	1.627	0.199
	داخل المجموعات	56.688	197	0.288		
	المجموع	57.627	199			

المصدر : إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2026 م

يتضح من خلال جدول رقم (13) أن مستوى الدلالة أكبر من (0.05)، ويستدل الباحثان من نتائج التحليل إلى ثبوت وتحقق صحة الفرضية الصفرية، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في متوسطات ممارسات الإدارة الصحية وجودة الخدمات الصحية لدى المستجيبين بالمستشفيات العاملة في وجود الأزمات الصحية تعزي لمتغير المستوى الإداري.

نتائج الدراسة:

1. تتمتع المستشفيات العاملة في قطاع غزة بمستوى مرتفع نسبياً من تطبيق ممارسات الإدارة الصحية رغم الظروف الإنسانية الاستثنائية التي تعمل في ظلها.
2. يمثل التخطيط الاستراتيجي الممارسة الإدارية الأكثر تطبيقاً، مما يعكس أهمية التخطيط في ضمان استمرارية العمل الصحي ومواجهة الأزمات.
3. تمثل إدارة الموارد أحد أبرز التحديات الإدارية، حيث جاءت في المرتبة الأخيرة بين أبعاد ممارسات الإدارة الصحية.
4. حافظت المستشفيات على مستوى مرتفع من جودة الخدمات الصحية، خاصة في بعدي الاعتمادية والتعاطف، بما يعكس استمرار الالتزام المهني والإنساني تجاه المرضى.
5. يمثل بعدا الأمان والاستجابة أبرز جوانب القصور النسبي في جودة الخدمات الصحية، مما يستدعي إعطاءهما أولوية في خطط التحسين والتطوير.
6. توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين ممارسات الإدارة الصحية وجودة الخدمات الصحية، الأمر الذي يؤكد أهمية الممارسات الإدارية في دعم جودة الرعاية الصحية.
7. تفسر ممارسات الإدارة الصحية 53% من التباين في جودة الخدمات الصحية، مما يدل على أهمية المتغير المستقل في تفسير التغيرات التي تحدث في المتغير التابع.
8. تمثل إدارة الأزمات والتخطيط والتنظيم وإدارة الموارد ممارسات ذات أهمية في تحسين جودة الخدمات الصحية، بينما لم تثبت الدلالة الإحصائية المستقلة للرقابة والمتابعة في نموذج الانحدار.
9. تختلف تقديرات العاملين لممارسات الإدارة الصحية وجودة الخدمات الصحية باختلاف بعض الخصائص الوظيفية والمهنية، خاصة المسمى الوظيفي ونوع القسم.
10. تؤكد النتائج أهمية تبني نماذج إدارية مرنة وتكيفية تتناسب مع طبيعة الأزمات الإنسانية، بدلاً من الاعتماد الكامل على الأساليب الإدارية التقليدية.

توصيات البحث:

1. تعزيز تطبيق ممارسات الإدارة الصحية :ضرورة استمرار المستشفيات العاملة في قطاع غزة في تطوير وتطبيق ممارسات الإدارة الصحية، من خلال تبني أساليب إدارية حديثة ومرنة تتناسب مع طبيعة الظروف الإنسانية والأزمات التي يشهدها القطاع.
2. تطوير التخطيط الاستراتيجي :العمل على تعزيز قدرات الإدارات الصحية في مجال التخطيط الاستراتيجي، وإعداد خطط بديلة وسيناريوهات مستقبلية للتعامل مع الأزمات والطوارئ، بما يضمن استمرارية تقديم الخدمات الصحية وعدم انقطاعها.
3. تحسين إدارة الموارد :ضرورة الاهتمام بإدارة الموارد البشرية والمادية والمالية، من خلال الاستخدام الأمثل للإمكانات المتاحة، وتطوير آليات توزيع الموارد وفقاً للاحتياجات والأولويات الصحية، مع تعزيز التنسيق مع الجهات الداعمة والمنظمات الدولية لتوفير الموارد اللازمة.
4. المحافظة على جودة الخدمات الصحية :ضرورة المحافظة على المستويات المرتفعة لجودة الخدمات الصحية، خاصة في بعدي الاعتمادية والتعاطف، من خلال تعزيز الالتزام بالمعايير المهنية والأخلاقية، وتنمية مهارات العاملين في التعامل الإنساني مع المرضى ومراعاة احتياجاتهم وظروفهم.
5. تعزيز الأمان والاستجابة :العمل على تطوير إجراءات السلامة والأمان داخل المستشفيات، وتحسين سرعة الاستجابة لاحتياجات المرضى، من خلال توفير الكوادر المؤهلة، وتطوير أنظمة الطوارئ، وتحسين آليات استقبال المرضى والتعامل مع الحالات الحرجة.
6. تعزيز التكامل بين الممارسات الإدارية وجودة الخدمات الصحية :ضرورة تبني سياسات إدارية تربط بين التخطيط والتنظيم وإدارة الأزمات وإدارة الموارد ومؤشرات جودة الخدمات الصحية، بما يضمن توجيه الجهود الإدارية نحو تحسين مستوى الرعاية الصحية المقدمة.
7. تطوير برامج إدارة الأزمات :ضرورة إنشاء وتفعيل وحدات متخصصة لإدارة الأزمات والكوارث داخل المستشفيات، وتدريب القيادات والعاملين على إعداد خطط الاستجابة للطوارئ، وإجراء تدريبات دورية لمحاكاة الأزمات الصحية والإنسانية.
8. تفعيل الرقابة والمتابعة والتقييم :ضرورة تطوير أنظمة الرقابة والمتابعة داخل المستشفيات، والانتقال من الرقابة التقليدية إلى الرقابة المستمرة القائمة على مؤشرات الأداء والجودة، مع الاستفادة من نتائج التقييم في معالجة أوجه القصور وتحسين الأداء المؤسسي.

9. مراعاة الاختلافات الوظيفية والمهنية :ضرورة تصميم برامج تدريب وتأهيل تتناسب مع طبيعة الوظائف والأقسام المختلفة داخل المستشفيات، مع تعزيز التواصل والتنسيق بين الإدارات والأقسام الطبية والإدارية، بما يسهم في توحيد الرؤى وتحسين مستوى الأداء وجودة الخدمات.
10. تبني نماذج إدارية مرنة وتكيفية :ضرورة توجه المستشفيات نحو تطبيق نماذج إدارية تتسم بالمرونة والقدرة على التكيف مع المتغيرات والأزمات الإنسانية، وتمنح القيادات الإدارية صلاحيات مناسبة لاتخاذ القرارات السريعة وفقاً لطبيعة المواقف والاحتياجات الطارئة.

قائمة المصادر والمراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية

[1] أبو طير، آية صالح محمد. (2022). دور القيادة الإدارية في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة في ظل جائحة كورونا (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

[2] بن سعيد، خديجة. (2012). التنظيم الإداري في المؤسسات (أطروحة دكتوراه). جامعة محمد خيضر - بسكرة، الجزائر.

[3] الحارثي، بدر محمد. (2024). التنظيم الإداري وأثره على تحقيق التميز المؤسسي: دراسة تطبيقية على شركة عبد اللطيف جميل. مجلة الاقتصاد والعلوم الإدارية، 30(141)، 55–74.

[4] الحوتي، ريم عبد الرحمن محمد. (2021). أثر إدارة الأزمات على جودة الخدمات الصحية في مستشفيات قطاع غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.

[5] خليل، أحمد داوود حسن. (2024). التخطيط الاستراتيجي ودوره في إدارة الأزمات في القطاع الصحي. دار الخليج للنشر والتوزيع.

[6] الزدجالي، عاطف بن محمد بن مراد. (2023). التخطيط الاستراتيجي وأثره على تميز الأداء المؤسسي للموارد البشرية. المجلة الأكاديمية للأبحاث والنشر العلمي، (51)، 112–130.

[7] الشريف، غادة أحمد محمد. (2021). أثر ممارسات الإدارة الصحية على جودة الخدمات الصحية في مستشفيات محافظات غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

[8] عبد المجيد، بسمة. (2022). تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات العمومية الاستشفائية في ظل جائحة كوفيد-19: دراسة ميدانية ببعض المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية بسكرة (أطروحة دكتوراه). جامعة محمد خيضر - بسكرة، الجزائر.

[9] علي، غازي عبدالرحمن، والسماوي، عبد الرقيب علي قاسم. (2024). واقع جودة الخدمات الصحية بمدينة تعز: دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الحكومية. مجلة جامعة السعيد للعلوم الإنسانية والتطبيقية، 7(4)، 94–103.

[10] لعبسي، إيمان محمد أحمد. (2023). أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على تحسين الأداء الإداري والخدمي في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة في ظل التحديات الراهنة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.

[11] مقداد، محمد، والزناتي، أمل، وبهيجي، محمد. (2025). واقع القطاع الصحي في غزة خلال حرب 2023-2025. المجلة الدولية لنشر وتقييم الأبحاث، 6(4)، 210–218.

[12] منظمة الصحة العالمية. (2025). منظمة الصحة العالمية تحذر من أن النظام الصحي بات على حافة الانهيار مع تصاعد الأعمال العدائية في غزة. بيان صحفي، القدس/القاهرة/جنيف.

[13] موسى، بكري. (2019). أثر التنظيم الإداري في كفاءة المستشفيات العامة بالسودان. المجلة الإدارية السودانية، 17(2)، 55–70.

[14] النجار، نسمة محمد. (2024). واقع إدارة الأزمات والكوارث في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة في ظل العدوان الإسرائيلي 2023–2024 (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

2. المراجع باللغة الأجنبية:

[15] Ahmed, S., & Hussein, K. (2019). Health management practices and quality of care in conflict zones: A study in the Middle East. International Journal of Health Planning and Management, 34(1), 88–102.

[16] Aljamal, B. A., et al. (2023). Leadership styles in health crisis management. Journal of Healthcare Leadership, 23(1), 87–96.

[17] Al Salmi, N., et al. (2024). Healthcare administration and system resilience in crises. BMC Health Services Research, 24, Article 412. (تُستكمل بياناته وتُضاف).

[18] Barney, J. B., & Hesterly, W. S. (2019). Strategic management and competitive advantage (6th ed.). Pearson.

[19] Bisimwa, B., et al. (2023). Ensuring leadership at the operational level of a health system in protracted crisis context: A cross-sectional qualitative study covering 8 health districts in Eastern Democratic Republic of Congo. BMC Health Services Research, 23, Article 1362.

[20] Christia, J. (2021). SERVQUAL measurement in a healthcare setting. American Journal of Management, 21(3), 45–58.

[21] Coombs, W. T. (2019). Ongoing crisis communication: Planning, managing, and responding (5th ed.). SAGE Publications.

[22] Donabedian, A. (2003). An introduction to quality assurance in health care. Oxford University Press.

[23] Donaldson, L. (2001). The contingency theory of organizations. SAGE Publications.

[24] Elfoghi, R. (2025). Management control and quality indicators in healthcare. African Scientific Journal, 4(1), 112–125.

[25] Kosiol, J., Fraser, L., Fitzgerald, A., & Radford, K. (2023). Resource-based view: A new strategic perspective for public health service managers. Asia Pacific Journal of Health Management, 18(1), Article 2053.

[26] Kouzes, J. M., & Posner, B. Z. (2017). The leadership challenge: How to make extraordinary things happen in organizations (6th ed.). Jossey-Bass.

[27] Lunkes, R. J., et al. (2018). Management control systems and clinical experience in hospitals. Revista de Administração de Empresas, 58(5), 498–510.

[28] Marei, A. H. (2021). Concept of health management. International Journal of Scientific and Research Publications, 11(2), 195–198.

[29] Northouse, P. G. (2022). Leadership: Theory and practice (9th ed.). SAGE Publications.

[30] Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. Journal of Retailing, 64(1), 12–40.

[31] Parand, A., Dopson, S., Renz, A., & Vincent, C. (2014). The role of hospital managers in quality and patient safety: A systematic review. BMJ Open, 4(9), e005055. (أضيف لمطابقة الاستشهاد في المتن).

[32] Paul, J. (2024). Strategies for effective crisis management in healthcare organizations. Medical Research Archives, 12(2), 1–14.

[33] Radwan, A., Shoair, A., & Almasri, I. (2024). Health system collapse in Gaza: Impact of the 2023–2024 war on hospital management and service quality. The Lancet Global Health, 12(8), e1234–e1245.

[34] Rahmatia, S., et al. (2025). Service quality in hospital inpatient care: SERVQUAL model. Journal of Multidisciplinary Healthcare, 18, 201–215.

[35] Robbins, S. P., & Coulter, M. (2021). Management (15th ed.). Pearson Education.

[36] Schermerhorn, J. R. (2013). Management (12th ed.). John Wiley & Sons.

[37] Singh, P. K. (2024). Navigating healthcare leadership: Theories, challenges, and future directions. Leadership in Health Services, 37(1), 15–29.

[38] Sunol, R., et al. (2015). Implementation of quality management systems in hospitals: A cross-sectional study in seven European countries. International Journal for Quality in Health Care, 27(6), 461–469. (أُضيف لمطابقة الاستشهاد في المتن).

[39] Swayne, L. E., Duncan, W. J., & Ginter, P. M. (2012). Strategic management of health care organizations (7th ed.). Jossey-Bass.

[40] Valiotis, G., et al. (2025). Defining health management: A conceptual foundation for excellence through efficiency, sustainability and equity. The International Journal of Health Planning and Management, 40(2), e3903.

[41] World Health Organization. (2018). Handbook for national quality policy and strategy. WHO Press.

[42] World Health Organization. (2022). Quality of care in fragile, conflict-affected and vulnerable settings. World Health Organization.

[43] World Health Organization. (2025). Occupied Palestinian Territory: WHO Health Emergency Appeal. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean.

[44] Ystaas, L. M. K., et al. (2023). The impact of transformational leadership in the nursing context: A systematic review. Journal of Nursing Management, 2023, Article 9576403.

[45] Zeithaml, V. A., Bitner, M. J., & Gremler, D. D. (2018). Services marketing: Integrating customer focus across the firm (7th ed.). McGraw-Hill Education.