



تأثير الإدارة الذكية على تحسين جودة الخدمات في القطاع الصحي

"دراسة ميدانية على مستشفى الشهيد امحمد المقرير بمدينة أجدابيا"

د. خالد عطية الكشر¹ أ. مبروكة صالح مومن الطويل²

أستاذ مساعد بالأكاديمية الليبية¹

طالبة دكتوراه بالأكاديمية الليبية²

k.katrax@gmail.com

The Impact of Smart Management on Improving Service Quality in the Health Sector

"A Field Study at Martyr M'hamed Al-Magariaf Hospital in Ajdabiya"

Dr. Khaled Attia Al-Kashar¹

Ms. Mabrouka Saleh Momen Al-Tawil²

Assistant Professor, Libyan Academy¹

PhD Student, Libyan Academy²

تاريخ الاستلام: 2026/07/30 تاريخ المراجعة: 2026/08/20 تاريخ القبول: 2026/08/25 تاريخ النشر: 2026/09/11

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى اختبار تأثير الإدارة الذكية بأبعادها الخمسة في تحسين جودة الخدمات الصحية بأبعادها الخمسة بمستشفى حكومي ليبي، واعتمدت المنهج الوصفي التحليلي، وجمعت البيانات من عينة عشوائية بلغت 300 موظف من مجتمع عدده 1500 باستبانة محكمة، وأظهرت النتائج أن مستويي الإدارة الذكية وجودة الخدمات جاءا مرتفعين، غير أن الأثر الكلي للإدارة الذكية لم يكن دالاً إحصائياً، مع تباين تأثيرات الأبعاد؛ حيث كان للبنية التحتية والموارد البشرية تأثير قوي، بينما كان للتخطيط الذكي والتنظيم الإلكتروني تأثير ضعيف، مما يشير إلى أن التبنّي الشكلي للإدارة الذكية لا يضمن تحسين الجودة دون معالجة قصور البنية التحتية وبناء القدرات وتغيير الثقافة التنظيمية، وتوصي الدراسة بترقية البنية التقنية، وإطلاق برامج تدريب مستمرة للكوادر، واعتماد استراتيجيات وطنية للتحويل الرقمي الصحي المرحلي.

الكلمات المفتاحية: الإدارة الذكية؛ جودة الخدمات الصحية؛ مستشفى الشهيد امحمد المقرير

Abstract

This study aimed to test the impact of smart management, through its five dimensions, on improving healthcare service quality, across its five dimensions, in a Libyan public hospital. The descriptive-analytical approach was adopted, and data were collected from a random sample of 300 employees out of a total population of 1,500 using a validated questionnaire. The results revealed that the levels of both smart management practice and healthcare service quality were high. However, the overall aggregate effect of smart management was not statistically significant, with varying effects across the sub-dimensions; technological infrastructure and human resources exhibited a strong positive effect, whereas smart planning and e-organizing showed only a weak impact. This indicates that the formal adoption of smart

management does not guarantee improved service quality without addressing infrastructural deficiencies, capacity-building, and organizational culture change. The study recommends upgrading technical infrastructure, launching continuous staff training programs, and adopting phased national strategies for digital health transformation.

Keywords: Smart Management; Healthcare Service Quality; Martyr Amhamed Al-Magaryaf Hospital.

المقدمة

تشهد المؤسسات الصحية في جميع أنحاء العالم تحولاً عميقاً مدفوعاً بالتقدم التكنولوجي المتسارع، وتزايد توقعات المرضى، وازدياد التعقيد التشغيلي. وفي هذا السياق، برزت "الإدارة الذكية" كنموذج إداري معاصر يدمج تقنيات المعلومات والاتصالات (ICT) مع الوظائف الإدارية لتعزيز الكفاءة، ودعم اتخاذ القرار، وتحسين تقديم الخدمات (Al-Khoury، 2012؛ Laudon & Laudon، 2020). تشمل الإدارة الذكية النشر الاستراتيجي للأدوات الرقمية - بما في ذلك تحليلات البيانات، والذكاء الاصطناعي، وأنظمة المعلومات المتكاملة - عبر وظائف التخطيط، والتنظيم، والرقابة، وإدارة الموارد.

يُمثل القطاع الصحي مجالاً بالغ الأهمية لتطبيقات الإدارة الذكية نظراً لطبيعته المعقدة، وحساسيته العالية، وكثافة موارده. وقد أظهرت دراسات من البلدان المتقدمة ومتوسطة الدخل ارتباطات إيجابية بين ممارسات الإدارة الذكية ومؤشرات الأداء المختلفة، بما في ذلك رضا المرضى، والكفاءة التشغيلية، والنتائج السريرية. (Alqarni et al، 2025؛ Mula، 2022؛ Warman، 2022؛ Odhaib، 2020) غير أن قابلية نقل هذه النتائج إلى البيئات الهشة والمتأثرة بالصراعات لا تزال غير مستكشفة إلى حد كبير.

تمثل ليبيا حالة حرجية في هذا الصدد. فمُنذ عام 2011، عانى البلد من عدم الاستقرار السياسي المزمّن، والنزاعات المسلحة، والتشرد المؤسسي، مما أثر بشدة على بنيته التحتية الصحية وقدراته الإدارية (منظمة الصحة العالمية، 2021). وتعاني المستشفيات العامة من تحديات مزمنة تشمل نقص التمويل، وقدم المعدات، ومحدودية التكامل الرقمي، ونقص القوى العاملة، وضعف هياكل الحوكمة. وعلى الرغم من الالتزام الخطابي المتزايد بالتحول الرقمي، فإن التطبيق الفعلي وفعالية مناهج الإدارة الذكية في البيئة الصحية الليبية لم يتم اختبارهما تجريبياً حتى الآن.

تسد هذه الدراسة هذه الفجوة من خلال بحث تأثير الإدارة الذكية على جودة الخدمات الصحية في مستشفى الشهيد امحمد المقرير - وهو مستشفى إيواء عام رئيسي في أجدابيا، شرق ليبيا. يخدم المستشفى عدداً كبيراً من السكان، ويجسد التحديات النظامية التي تواجه المؤسسات الصحية الليبية، مع إظهاره في الوقت نفسه مبادرات ملحوظة نحو التحديث الإداري.

الإطار النظري والدراسات السابقة.2

2.1 مفهوم الإدارة الذكية وأبعادها

تعرف الإدارة الذكية إجرائياً بأنها نهج إداري حديث يستثمر تقنيات المعلومات والاتصالات والأنظمة الرقمية لتعزيز الوظائف الإدارية - بما في ذلك التخطيط، والتنظيم، والرقابة، وتبادل المعلومات، ودعم القرار - بهدف نهائي هو تحسين

الأداء وجودة الخدمات (قنبر، 2014؛ المغربي، 2009). وتختلف اختلافاً جوهرياً عن الإدارة التقليدية في تركيزها على المرونة، واتخاذ القرار المبني على البيانات، وتمكين الموظفين، والتوجه نحو النتائج.

وبالاعتماد على مراجعة موسعة للدراسات السابقة (عبد العزيز، 2022؛ Alqarni et al.، 2025؛ رضا وبلحوال، 2025)، تم تشغيل الإدارة الذكية في هذه الدراسة من خلال خمسة أبعاد أساسية:

1. **التخطيط الذكي**: استخدام تحليلات البيانات، وأدوات التنبؤ، والأنظمة الرقمية لصياغة الخطط الاستراتيجية، وتحديد احتياجات الموارد، واستشراف التحديات المستقبلية.
2. **التنظيم الإلكتروني**: اعتماد المنصات الإلكترونية والأنظمة الرقمية لتوزيع المهام، والتنسيق بين الأقسام، وإدارة سير العمل، وتبادل المعلومات.
3. **الرقابة الذاتية**: تطبيق أنظمة المراقبة الرقمية، ولوحات مؤشرات الأداء، وآليات الإنذار المبكر لكشف الانحرافات، وتتبع النتائج، وتمكين الإجراءات التصحيحية في الوقت المناسب.
4. **البنية التحتية التكنولوجية**: توافر جودة الأجهزة، والشبكات، والتطبيقات البرمجية، وقواعد البيانات، وأنظمة الأمن السيبراني التي تدعم تطبيق الإدارة الذكية.
5. **الموارد البشرية المؤهلة**: وجود موظفين يتمتعون بمحو الأمية الرقمية الكافية، والكفاءات التقنية، والقدرة على التكيف للاستفادة من الأنظمة الذكية بفعالية.

2.1.1 الجذور النظرية للإدارة الذكية

لا تُعدّ الإدارة الذكية وليدة اللحظة، بل هي نتيجة تطور الفكر الإداري عبر مراحل تاريخية متعاقبة. فمن المدرسة الكلاسيكية التي أرسى دعائمها فريدريك تايلور وهنري فايول، استقادت الإدارة الذكية مبدأ تقسيم العمل وتحديد المهام بدقة والتسلسل الهرمي للمسؤولية، وإن أضافت إليه المرونة والتكيف مع البيئة الرقمية. ومن نظرية النظم استمدت النظر إلى المؤسسة بوصفها كياناً متكاملاً تتفاعل عناصره وتتكيف مع البيئة الخارجية. ومن نظرية الطوارئ استقادت مبدأ المرونة في اتخاذ القرار وفق الظروف بدلاً من تطبيق نموذج إداري واحد صالح لكل المؤسسات. أما نظرية المعرفة فقد أرسى حجر الأساس لاعتبار المعرفة مورداً استراتيجياً يُجمع ويُحزّن ويُتشارك لتعزيز التعلم المستمر والابتكار التنظيمي.

2.1.2 مبادئ الإدارة الذكية

تقوم الإدارة الذكية على أربعة مبادئ أساسية يمكن إيجازها فيما يلي:

- قدرة المؤسسة على التكيف مع التغيرات البيئية الداخلية والخارجية بسرعة وفعالية: (Flexibility) المرونة.
- القدرة على تطوير أفكار جديدة وتحويلها إلى حلول عملية تحسّن جودة الخدمات: (Innovation) الابتكار.
- وضوح العمليات الإدارية والمعلومات المتاحة للعاملين وأصحاب المصلحة: (Transparency) الشفافية.
- الاعتماد على جمع البيانات وتحليلها: (Data-Driven Decision Making) اتخاذ القرار المبني على البيانات قبل اتخاذ أي قرار إداري، بما يقلل من القرارات العشوائية.

2.1.3

الفرق بين الإدارة التقليدية والإدارة الذكية

يوضح الجدول (1) أبرز الفروق الجوهرية بين النمطين الإداريين من حيث اتخاذ القرار والمرونة واستخدام التكنولوجيا ودور الموظفين والتركيز المؤسسي، وهي فروق تفسّر التحول التدريجي للمؤسسات الخدمية، وبخاصة الصحية منها، نحو تبني مقاربات الإدارة الذكية.

البُعد	الإدارة التقليدية	الإدارة الذكية
اتخاذ القرار	مركزي يعتمد على الإدارة العليا	يعتمد على البيانات ويشجع المشاركة
المرونة	منخفضة	عالية، قابلة للتكيف مع التغيير
استخدام التكنولوجيا	محدود أو غير موجود	أساسي، يشمل نظم المعلومات والذكاء الاصطناعي
الموظفون	التوجيه المباشر ومراقبة الأداء	تمكين الموظفين وتشجيع الابتكار
التركيز	على الإجراءات والروتين	على النتائج والجودة والكفاءة

مفهوم جودة الخدمات الصحية وأبعادها 2.2

تشير جودة الخدمات الصحية إلى قدرة المؤسسات الصحية على تقديم رعاية تلبي احتياجات المرضى وتوقعاتهم عبر أبعاد متعددة تشمل الدقة، والسرعة، والكفاءة، والمشاركة الشخصية، وكفاية الموارد (قاسم، 2023؛ Al-Borie & Damanhoury، 2013). ويحدد نموذج SERVQUAL المُتحقق منه على نطاق واسع (Parasuraman et al، 1988) خمسة أبعاد رئيسية:

1. **الاعتمادية: (Reliability)** القدرة على تقديم الخدمات الموعودة على نحو يُعتمد عليه وبدقة واتساق.
 2. **الاستجابة: (Responsiveness)** استعداد وسرعة الموظفين في مساعدة المرضى وتلبية احتياجاتهم.
 3. **الجودة الوظيفية: (Functional Quality)** كفاءة الإجراءات الطبية والإدارية ووضوحها وتنظيمها (Grönroos، 1984).
 4. **الملموسية: (Tangibility)** البيئة المادية والمعدات والمرافق والمظهر المهني للموظفين.
 5. **التعاطف: (Empathy)** درجة إظهار الموظفين للرعاية الفردية والتفهم والاهتمام الإنساني بالمرضى.
- وتُميّز الأدبيات بين *الجودة التقنية* (الكفاءة السريرية ونتائج العلاج) و*الجودة الوظيفية/التفاعلية* (كيفية تقديم الرعاية)، وكلاهما ضروري للتقييم الشامل للجودة (Donabedian، 1980؛ Grönroos، 2007).
- وتزداد أهمية جودة الخدمات الصحية بوصفها عاملاً محورياً لتحسين رضا المرضى وتعزيز الثقة بالمؤسسات الصحية، والارتقاء بالكفاءة التشغيلية للمرافق الصحية، إذ يسهم تحسين الجودة في الحدّ من الأخطاء الطبية، وتعزيز نتائج العلاج التي تُعنى (Technical Quality) وزيادة فعالية استخدام الموارد الصحية المتاحة. كما تُميّز الأدبيات بين الجودة التقنية التي تُعنى بطريقة (Functional Quality) بمطابقة الخدمة للمعايير العلمية والمهنية، والجودة التفاعلية أو الوظيفية تقديم الخدمة والتفاعل الإنساني بين المريض ومقدم الرعاية، وهو تمييز ينعكس مباشرة في اختيار أبعاد القياس الخمسة المعتمدة في هذه الدراسة.

الدراسات السابقة 2.3

استعرضت الدراسة عددًا من الدراسات العربية والأجنبية ذات الصلة، بعضها تناول الإدارة الذكية كمتغير مستقل في قطاعات التعليم والمؤسسات العامة والبنوك وإدارة الموارد البشرية، وبعضها الآخر تناول جودة الخدمات الصحية كمتغير تابع في مستشفيات عربية وأجنبية. ويلخص الجدولان (1) و(2) أبرز هذه الدراسات

الدراسة	البيئة/القطاع	المنهجية والعينة	أبرز الثغرات
رضا وبلحوال (2025)	وكالة جزائرية عامة	وصفي تحليلي، 38 استبانة	لم تقس أثر الإدارة الذكية على الأداء؛ عينة صغيرة
العروي (2024)	مدارس سعودية	وصفي تحليلي، 51 إداريًا	لم تتناول جودة الخدمات؛ عينة محدودة جغرافيًا
عبد العزيز (2022)	مدارس عسير	وصفي تحليلي، 119 مديرًا ووكيلًا	لم تقس الأثر على الجودة أو الأداء
Alqarni et al. (2025)	جامعة سعودية	وصفي تحليلي، 410 أعضاء هيئة تدريس	اقتصرت على قطاع التعليم
Mula Warman (2022)	مدارس إندونيسية	وصفي تحليلي إحصائي، 125 فردًا	لم تتناول الجودة أو التحول الرقمي

الدراسة	البيئة/القطاع	المنهجية والعينة	أبرز الثغرات
مجرشي (2024)	مستشفى شرق جدة	وصفي تحليلي، 205 موظفين	تناولت الإدارة الإلكترونية دون الذكاء
قاسم (2023)	مستشفيات سورية عامة وخاصة	وصفي تحليلي - حصر شامل	لم تتناول أثر الإدارة الذكية
خنير (2023)	معهد باستور - الجزائر	وصفي تحليلي، 30 مستخدمًا	عينة صغيرة جدًا
الأشقر (2021)	مستشفى الخمس - ليبيا	وصفي تحليلي - مسح شامل، 47 استبانة	عينة محدودة؛ لا تتناول الإدارة الذكية
Adere et al. (2020)	مستشفى حكومي - تركيا	972 مريضًا، SERVPERF	تركز على رضا المرضى دون أثر الإدارة

وبالنظر الإجمالي إلى الدراستين الموضّحتين في الجدولين (1) و(2)، يتضح أن غالبية الدراسات العربية التي تناولت الإدارة الذكية طُبِّقت في قطاعات التعليم والمؤسسات العامة والأسرية، واعتمدت في معظمها المنهج الوصفي التحليلي مع عينات تراوحت بين الصغيرة (30-51 مفردة) والمتوسطة (108-410 مفردة)، وركّزت في الغالب على وصف واقع التطبيق ومعوقاته دون اختبار أثره الكمي على متغير تابع محدد. في المقابل ركّزت الدراسات التي تناولت جودة الخدمات في SERVPERF أو SERVQUAL الصحية على قياس مستوى الجودة أو رضا المرضى باستخدام نموذج مستشفيات عامة وخاصة بدول عربية وأجنبية متعددة، دون الربط المباشر بمتغير الإدارة الذكية. وتأتي الدراسة الحالية لتجمع بين المتغيرين معاً في بيئة صحية ليبية لم تحظ سابقاً بمثل هذا التناول التكاملي.

2.4 الفجوة البحثية

على الرغم من تعدد الدراسات التي تناولت الإدارة الذكية في قطاعات التعليم والمؤسسات العامة والبنوك، فإنها لم تُؤل اهتماماً كافياً لدراسة الإدارة الذكية في القطاع الصحي، وبخاصة في بيئات العمل الصحية الليبية التي تواجه تحديات تنظيمية وتقنية وبشرية متعددة. كما أن الدراسات التي تناولت جودة الخدمات الصحية ركّزت غالباً على قياس مستوى الجودة أو رضا المرضى دون ربط تحليلي مباشر بممارسات الإدارة الذكية داخل المستشفيات. وتبرز الفجوة البحثية بوضوح في ندرة الدراسات التطبيقية التي تناولت هذا الموضوع في البيئة الليبية عامة، وفي مستشفى الشهيد امحمد المقرّيف بأجذابيا خاصة، وهو ما تسعى هذه الدراسة إلى سدّه باختبار أثر أبعاد الإدارة الذكية الخمسة على أبعاد جودة الخدمات الصحية الخمسة ميدانياً.

3. مشكلة الدراسة

يشهد القطاع الصحي تحولات متسارعة نتيجة التطور الكبير في تقنيات المعلومات والاتصالات، مما جعل المؤسسات الصحية أمام ضرورة تبني مداخل إدارية حديثة قادرة على تحسين كفاءة الأداء ورفع مستوى جودة الخدمات. وعلى الرغم من أهمية الإدارة الذكية في تطوير أداء المؤسسات الصحية، فإن تطبيقها في العديد من المؤسسات، وخاصة في البيئات النامية، ما زال يواجه جملة من التحديات المرتبطة بضعف البنية التحتية التقنية، ومحدودية الأنظمة الإلكترونية المتكاملة وقلة الكفاءات البشرية المؤهلة. وقد أظهرت دراسة استطلاعية أولية أجرتها الباحثة على عدد من العاملين بمستشفى الشهيد امحمد المقرّيف تبايناً بين توافر متطلبات الإدارة الذكية ومستوى استخدامها الفعلي في الأداء الإداري والخدمي.

وعليه تتمثل مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيسي الآتي: ما تأثير الإدارة الذكية بأبعادها (التخطيط الذكي، التنظيم الإلكتروني، الرقابة الذاتية، البنية التحتية، الموارد البشرية) في تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفى الشهيد امحمد المقرّيف بمدينة أجذابيا؟ ويتفرع عن هذا التساؤل سؤالان فرعيان

- ما مستوى الإدارة الذكية بأبعادها الخمسة في مستشفى الشهيد امحمد المقرّيف بمدينة أجذابيا؟
- ما مستوى جودة الخدمات الصحية بأبعادها الخمسة في مستشفى الشهيد امحمد المقرّيف بمدينة أجذابيا؟

4. فرضيات الدراسة

صيغت فرضيات الدراسة على الشكل الصفري (العدمي) التالي، تمهيداً لاختبارها ميدانياً

الفرضية الرئيسية: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للإدارة الذكية بأبعادها مجتمعةً على جودة الخدمات الصحية في مستشفى الشهيد امحمد المقريف بمدينة أجدابيا عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$.

ويتفرع عنها خمس فرضيات فرعية

1. الفرضية الفرعية الأولى:

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتخطيط الذكي على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفى الشهيد امحمد المقريف بمدينة أجدابيا، عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$.

2. الفرضية الفرعية الثانية:

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتنظيم الإلكتروني على تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفى محل الدراسة، عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$.

3. الفرضية الفرعية الثالثة:

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للرقابة الذاتية على تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفى محل الدراسة، عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$.

4. الفرضية الفرعية الرابعة:

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للبنية التحتية التكنولوجية على تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفى محل الدراسة، عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$.

5. الفرضية الفرعية الخامسة:

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للموارد البشرية المؤهلة على تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفى محل الدراسة، عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$.

أهداف الدراسة وأهميتها 5.

أهداف الدراسة 5.1

- تحديد مستوى تطبيق الإدارة الذكية في مستشفى الشهيد امحمد المقريف بمدينة أجدابيا
- قياس مستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفى محل الدراسة
- التعرف على طبيعة أثر الإدارة الذكية على جودة الخدمات الصحية بالمستشفى
- تقديم توصيات عملية لتحسين جودة الخدمات الصحية من خلال تطبيق مبادئ الإدارة الذكية

أهمية الدراسة 5.2

تتبع الأهمية العلمية للدراسة من إسهامها في توسيع الفهم الأكاديمي لمفهوم الإدارة الذكية وتطبيقاتها في القطاع الصحي وتوفيرها بيانات ميدانية تدعم الأبحاث المستقبلية. أما الأهمية العملية فتتمثل في تزويد متخذي القرار في المستشفى محل الدراسة بتحليل شامل للعوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية، بما يساهم في تحديد نقاط القوة والضعف واقتراح مسارات عملية للتحسين.

منهجية الدراسة وإجراءاتها 6.

منهج الدراسة 6.1

اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، باعتباره من أنسب المناهج لوصف واقع الإدارة الذكية وجودة الخدمات الصحية في المستشفى محل الدراسة، ثم تحليل البيانات الميدانية إحصائياً واختبار الفرضيات واستخلاص النتائج.

مجتمع الدراسة وعينتها 6.2

تكوّن مجتمع الدراسة من جميع العاملين بمستشفى الشهيد محمد المقرئ بمدينة أجدابيا، والبالغ عددهم (1500) موظف فبلغ (306) مفردة اختيرت (Krejcie and Morgan (1970 وموظفة، وتم تحديد حجم العينة بالاعتماد على جدول بطريقة عشوائية بسيطة. ووُزعت (306) استمارة استبيان، واستُرد منها (300) استمارة صالحة للتحليل بعد استبعاد (6) استمارات غير صالحة، أي بنسبة استجابة (98%)

أداة الدراسة 6.3

اعتمدت الاستبانة أداةً رئيسية لجمع البيانات الأولية، وصُممت بالاستناد إلى الإطار النظري والدراسات السابقة ذات الصلة، وتكوّنت من ثلاثة أقسام رئيسية: القسم الأول للبيانات الوظيفية والديموغرافية (النوع، المؤهل العلمي، المسمى الوظيفي، سنوات الخبرة)، والقسم الثاني لمقياس الإدارة الذكية (20 عبارة موزعة على خمسة أبعاد بواقع 4 عبارات لكل بُعد)، والقسم الثالث لمقياس جودة الخدمات الصحية (20 عبارة موزعة كذلك على خمسة أبعاد). واستُخدم مقياس ليكرت الخماسي في تصنيف الإجابات من (غير موافق بشدة) إلى (موافق بشدة) ويوضح الجدولان (6) و(7) توزيع عبارات الاستبانة على أبعاد كل من المتغير المستقل والمتغير التابع.

البُعد	عدد العبارات	أرقام العبارات
التخطيط الذكي	4	1-4
التنظيم الإلكتروني	4	5-8
الرقابة الذاتية	4	9-12
البنية التحتية	4	13-16
الموارد البشرية	4	17-20

البُعد	عدد العبارات	أرقام العبارات
الاعتمادية	4	21-24
الاستجابة	4	25-28
الجودة الوظيفية	4	29-32
الملموسية	4	33-36
التعاطف	4	37-40

واعتمد مقياس الفئات الخماسي التالي لتصنيف المتوسطات الحسابية: أقل من (1.80) = مستوى ضعيف جداً، من إلى أقل من (2.60) = ضعيف، من (2.60) إلى أقل من (3.40) = متوسط، من (3.40) إلى أقل من (1.80) مرتفع، ومن (4.20) إلى (5.00) = مرتفع جداً، وذلك بقسمة المدى الكلي للمقياس (4 درجات) على عدد = (4.20) الفئات الخمس.

صدق الأداة وثباتها 6.4

للتحقق من ثبات الأداة استخدم معامل ألفا كرونباخ، فبلغ (0.87) لمقياس الإدارة الذكية و(0.93) لمقياس جودة الخدمات الصحية، وهي قيم مرتفعة تدل على تماسك الأداة الداخلي. كما جرى التحقق من الصدق الظاهري عبر عرض الاستبانة على مجموعة من المحكمين المختصين، ومن الصدق الذاتي بحساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات فبلغت قيمته (0.93) للإدارة الذكية و(0.96) لجودة الخدمات الصحية، وهي مؤشرات تعزز الثقة في صلاحية الأداة للتطبيق الميداني.

أساليب المعالجة الإحصائية 6.5

في معالجة البيانات، وتضمنت الأساليب (SPSS) استخدم برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية:

- التكرارات والنسب المئوية لوصف الخصائص الوظيفية والديموغرافية للعينة
- معامل ألفا كرونباخ للتحقق من ثبات مقاييس الدراسة
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتحديد مستوى استجابة أفراد العينة
- تحليل الانحدار الخطي المتعدد لاختبار أثر أبعاد الإدارة الذكية مجتمعةً على جودة الخدمات الصحية
- تحليل الانحدار الخطي البسيط لاختبار أثر كل بُعد من أبعاد الإدارة الذكية منفرداً

نتائج الدراسة 7.

الخصائص الوظيفية والديموغرافية للعينة 7.1

أظهر التحليل الوصفي لبيانات العينة (ن = 300) الخصائص التالية:

المتغير	الفئة	النسبة المئوية
النوع	ذكور	55%
النوع	إناث	45%
المؤهل العلمي	جامعي / دبلوم عالٍ	69%
المؤهل العلمي	ماجستير	13%
المسمى الوظيفي	ممرض	36%
المسمى الوظيفي	فني	21%
المسمى الوظيفي	طبيب	17%
سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	42%
سنوات الخبرة	إلى أقل من 10 سنوات 5	33%

مستوى الإدارة الذكية بأبعادها 7.2

3.3 أداة جمع البيانات

تم تطوير استبانة ذاتية التعبير ومنظمة بناءً على أدوات مُتحقق منها من دراسات سابقة (رضا وبلحوال، 2025؛ عبد العزيز، 2022؛ قاسم، 2023؛ Adere et al.، 2020) تألفت الاستبانة من ثلاثة أقسام:

1. البيانات الديموغرافية والوظيفية (4بنود)
 2. مقياس الإدارة الذكية (20بنداً، 4 لكل بعد)
 3. مقياس جودة الخدمات الصحية (20بنداً، 4 لكل بعد)
- سُجّلت الاستجابات على مقياس ليكرت خماسي النقاط (1 = غير موافق بشدة إلى 5 = موافق بشدة). تم التحقق من الصدق الظاهري للأداة من قبل خمسة محكمين من ذوي الاختصاص، وتم اختبارها مسبقاً على 15 موظفاً.

3.4 الصدق والثبات

تم تقييم الاتساق الداخلي باستخدام معامل ألفا كرونباخ:

المقياس	معامل ألفا كرونباخ	مؤشر الصدق الذاتي
الإدارة الذكية	0.87	0.93
جودة الخدمات الصحية	0.93	0.96

أظهر كلا المقياسين اتساقاً داخلياً ممتازاً ($\alpha > 0.80$) ، مما يؤكد موثوقية الأداة وصلاحيته البنائية.

3.5 تحليل البيانات

- الإحصاء الوصفي (التكرارات، النسب المئوية، المتوسطات، الانحرافات المعيارية).
- تحليل الانحدار الخطي البسيط (اختبار تأثير كل بُعد على حدة).
- تحليل الانحدار الخطي المتعدد (اختبار التأثيرات الكلية).

تم تحديد مستوى الدلالة الإحصائية عند $\alpha \leq 0.05$.

4. النتائج

4.1 مستوى ممارسة الإدارة الذكية

يعرض الجدول (3) مستويات أبعاد الإدارة الذكية كما يدركها المستجيبون.

جدول (3) مستويات أبعاد الإدارة الذكية

المستوى	الترتيب	الوزن النسبي (%)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	البُعد
مرتفع	1	83.5%	1.307	4.176	الرقابة الذاتية
مرتفع	2	82.9%	1.155	4.148	البنية التحتية التكنولوجية
مرتفع	3	82.6%	1.169	4.133	التخطيط الذكي
مرتفع	4	81.6%	0.948	4.083	التنظيم الإلكتروني
مرتفع	5	81.4%	1.160	4.070	الموارد البشرية المؤهلة
مرتفع	-	82.4%	0.821	4.122	الإدارة الذكية الإجمالية

جاء المستوى العام لممارسة الإدارة الذكية مرتفعاً (متوسط حسابي 4.122، وزن نسبي 82.4%). حلَّ بُعد الرقابة الذاتية في المرتبة الأولى، يليه البنية التحتية، بينما جاءت الموارد البشرية في المرتبة الأخيرة، وإن كانت لا تزال ضمن الفئة المرتفعة.

4.2 مستوى جودة الخدمات الصحية

يعرض الجدول (4) مستويات أبعاد جودة الخدمات الصحية.

جدول (4) مستويات أبعاد جودة الخدمات الصحية

النُبعَد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي (%)	الترتيب	المستوى
التعاطف	4.168	1.243	83.4%	1	مرتفع
الجودة الوظيفية	4.159	1.250	83.2%	2	مرتفع
الملموسية	4.152	1.201	83.0%	3	مرتفع
الاعتمادية	4.137	1.186	82.7%	4	مرتفع
الاستجابة	4.132	1.114	82.6%	5	مرتفع
جودة الخدمات الصحية الإجمالية	4.150	1.060	82.9%	-	مرتفع

جاءت جودة الخدمات الصحية الإجمالية مرتفعة أيضاً (متوسط حسابي 4.150، وزن نسبي 82.9%). حصل بُعد التعاطف على أعلى تقييم، بينما جاءت الاستجابة في المرتبة الأخيرة، مما يشير إلى مجالات تحسين محتملة فيما يتعلق بأوقات انتظار المرضى وسرعة تقديم الخدمة.

4.3 اختبار الفرضيات

4.3.1 الفرضية الرئيسية

الفرضية الصفرية: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لأبعاد الإدارة الذكية مجتمعة على جودة الخدمات الصحية عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$.

تم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد لاختبار هذه الفرضية.

جدول (5) نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد

النموذج	R	R ²	F	مستوى الدلالة
الإجمالي	0.855	0.731	159.762	0.000

المُنْبئ	معامل الانحدار B	قيمة t	مستوى الدلالة
(الثابت)	14.290	4.159	0.000
التخطيط الذكي	-0.865	-3.189	0.002
التنظيم الإلكتروني	-1.881	-5.435	0.000
الرقابة الذاتية	—	—	0.000
البنية التحتية التكنولوجية	-0.549	-1.328	0.185 (غير معنوي)
الموارد البشرية المؤهلة	0.711	2.709	0.007

يفسر النموذج 73.1% من التباين في جودة الخدمات ($R^2 = 0.731$) ، $F = 159.762$ ، ($p < 0.001$) ومع ذلك، كانت اتجاهات التأثيرات غير متسقة: أظهر بعدان (التخطيط الذكي والتنظيم الإلكتروني) معاملات سلبية، ولم تكن البنية التحتية ذات دلالة إحصائية، وأظهرت الموارد البشرية فقط تأثيراً إيجابياً معنوياً. يشير هذا إلى أن التأثير الكلي ليس إيجابياً بشكل موحد، مما يؤدي إلى رفض جزئي للفرضية الصفرية - فالتأثير موجود لكنه غير متسق عبر جميع الأبعاد.

4.3.2 الفرضيات الفرعية

تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط لاختبار التأثير الفردي لكل بُعد من أبعاد الإدارة الذكية على جودة الخدمات.

جدول (6) نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لكل بُعد

البُعد	R	R ²	B	t	مستوى الدلالة	قوة التأثير
التخطيط الذكي	0.160	0.025	0.723	2.789	0.006	ضعيف جداً
التنظيم الإلكتروني	0.273	0.074	1.562	4.896	0.000	ضعيف
الرقابة الذاتية	0.686	0.471	2.783	16.279	0.000	متوسط
البنية التحتية التكنولوجية	0.775	0.601	3.560	21.187	0.000	قوي
الموارد البشرية المؤهلة	0.700	0.490	3.200	16.934	0.000	قوي

النتائج الرئيسية:

- البنية التحتية التكنولوجية: مارست أقوى تأثير إيجابي ($B = 3.560$) ، ($p < 0.001$) ، موضحةً 60.1% من التباين في جودة الخدمات.
- الموارد البشرية: تلتها بقوة ($B = 3.200$) ، ($p < 0.001$) ، موضحةً 49.0% من التباين.
- الرقابة الذاتية: أظهرت تأثيراً متوسطاً ($B = 2.783$) ، ($p < 0.001$) ، موضحةً 47.1% من التباين.
- التنظيم الإلكتروني ($B = 1.562$) ، ($p < 0.001$) ، ($B = 0.723$) ، ($p = 0.006$) كان لهما تأثيرات ضعيفة فقط.

5. المناقشة

5.1 تفسير التباين في تأثيرات الأبعاد الفرعية

يقدم التفاوت الملحوظ في حجم التأثيرات عبر أبعاد الإدارة الذكية الخمسة رؤى إضافية حول الآليات التي تؤثر من خلالها الإدارة الذكية على جودة الخدمات.

أقوى التأثيرات: البنية التحتية التكنولوجية والموارد البشرية
يمثل هذان البُعدان المدخلات للموسسة للإدارة الذكية - الأجهزة، والشبكات، والموظفون المدربون. تأثيراتها مباشرة، وملحوظة، وملموسة فوراً من قبل الموظفين والمرضى على حد سواء. تتيح المعدات المطوّرة تشخيصاً أسرع، وتسجيلاً دقيقاً، وتقديم خدمات فعالة، بينما يمكن للموظفين الأكفاء الاستفادة من هذه الأدوات بفعالية. في البيئات محدودة الموارد، تُحقّق الاستثمارات في البنية التحتية وبناء القدرات عوائد سريعة ومرئية، مما يفسر معاملاتها القوية الإيجابية.

تأثير متوسط: الرقابة الذاتية
تحتل أنظمة الرقابة مرتبة عالية من حيث الممارسة ولكنها معتدلة من حيث التأثير. يشير هذا إلى أنه على الرغم من وجود أنظمة المراقبة، قد لا يتم استخدامها على النحو الأمثل من أجل التحسين المستمر. إذا نُظر إلى الرقابة على أنها مراقبة وليس دعماً، فإن إمكاناتها لتعزيز الجودة تتضاءل. يجب دمج أنظمة الرقابة الفعالة مع حلقات التغذية الراجعة، والتدريب، وتخطيط التحسين (Donabedian)، 1980، وهو ما قد يكون مفقوداً في التطبيق الحالي.

أضعف التأثيرات: التخطيط الذكي والتنظيم الإلكتروني
تتضمن هذه الأبعاد ممارسات إجرائية واستراتيجية تتطلب تغييرات جوهرية في التفكير، وسير العمل، والتنسيق بين الإدارات. في غياب الثقافة الداعمة والالتزام القيادي، يظل التخطيط تمريناً توثيقياً، ويظل التنظيم الإلكتروني مجزأً بين الإدارات. في السياق الليبي، غالباً ما تكون هذه الممارسات "إضافات" إلى الروتين التقليدي، وليست تحولات نظامية. وهذا يفسر تأثيراتها الضعيفة - فالوجود لا يعني التكامل.

5.2 الآثار المترتبة على الممارسة وصنع السياسات

تحمل هذه النتائج العديد من الآثار العملية:

1. **تسلسل الاستثمار:** يجب على المستشفيات إعطاء الأولوية للبنية التحتية للموسسة وبناء قدرات الموظفين كأساس للإدارة الذكية، قبل الاستثمار في الأنظمة الاستراتيجية المعقدة.
2. **الاستعداد الثقافي:** يجب أن يصاحب التبني الرسمي لنماذج الإدارة الذكية برامج للتغيير الثقافي، وتطوير القيادة، واستراتيجيات إدارة التغيير التشاركية.
3. **التنفيذ المرحلي:** سيستفيد النظام الصحي الليبي من نهج تدريجي مراعي للسياق - يبدأ بترقية البنية التحتية والتدريب، ويتقدم إلى الأنظمة الإلكترونية المتكاملة، ويصل في النهاية إلى التحليلات المتقدمة والذكاء الاصطناعي.
4. **قياس المخرجات بما يتجاوز المدخلات:** يجب على المستشفيات تتبع ليس فقط وجود الأنظمة الذكية، بل أيضاً معدلات استخدامها، ومكاسب كفاءة الموظفين، والتحسينات القابلة للقياس في النتائج المتمحورة حول المريض.

5.3 المقارنة مع الدراسات السابقة

تتناقض النتيجة المتمثلة في عدم اتساق التأثيرات الكلية مع دراسات من بيانات رقمية أكثر استقراراً (Alqarni et al، 2025؛ Mula Warman، 2022)، والتي أبلغت عن تأثيرات إيجابية موحدة. يؤكد هذا التباين على الأهمية الحاسمة للعوامل السياقية - الاستقرار المؤسسي، وتوافر الموارد، والاستعداد للتغيير - في التوسط في فعالية الإدارة الذكية.

ومع ذلك، فإن التأثيرات الإيجابية لأبعاد محددة تتماشى مع نتائج من بيانات أخرى محدودة الموارد. على سبيل المثال، وجدت دراسة خثير (2023) بالمثل أن الجاهزية التكنولوجية وكفاءة الموظفين كانتا العاملين الأكثر تأثيراً في تحسين جودة الخدمات في معهد باستور بالجزائر. وبالمثل، أبلغ الأشقر (2021) عن أن أدوات الإدارة الإلكترونية أثرت بشكل إيجابي على أبعاد الجودة في مستشفى لبيي، وهو ما يتسق مع النتيجة التي توصلنا إليها بشأن التأثير الإيجابي (وإن كان ضعيفاً) للتنظيم الإلكتروني.

6. التوصيات

6.1 الاستنتاجات الرئيسية

1. ان مستوى ممارسة الإدارة الذكية (متوسط حسابي 4.12) وجودة الخدمات الصحية (4.15) قد حاء مرتفعان في المستشفى محل الدراسة، مما يعكس الوعي والمواقف الإيجابية تجاه التحول الرقمي.
2. ومع ذلك، فإن الأثر الكلي للإدارة الذكية على جودة الخدمات غير منتظم -فهو يختلف اختلافاً كبيراً عبر الأبعاد، حيث تُعد البنية التحتية التكنولوجية والموارد البشرية المحركين الأقوى لتحسين الجودة.
3. تشير التأثيرات الضعيفة للتخطيط الذكي والتنظيم الإلكتروني إلى وجود فجوة بين التبنّي الشكلي والتنفيذ الجوهري، تُعزى إلى العجز في البنية التحتية، والمقاومة الثقافية، ومحدودية قيادة التغيير.

6.2 توصيات للممارسة

1. أولوية البنية التحتية: الاستثمار في ترقية الأجهزة، والشبكات، وأنظمة الأمن السيبراني كطبقة أساسية للإدارة الذكية (صاحبة أقوى تأثير على الجودة).
2. بناء القدرات: تنفيذ برامج تدريب مستمرة وقائمة على الكفاءة لجميع الموظفين حول الأدوات الرقمية واتخاذ القرار المبني على البيانات.
3. قيادة التغيير: إشراك الإداريين والموظفين في الخطوط الأمامية في التصميم المشترك لاستراتيجيات الإدارة الذكية لبناء الملكية وتقليل المقاومة.
4. أنظمة متكاملة: توسيع نطاق التنظيم الإلكتروني والتخطيط الذكي ليشمل أقساماً معزولة لإنشاء منصات رقمية متداخلة على مستوى المستشفى بأكمله.
5. الرقابة اللحظية: تطوير لوحات معلومات لحظية تربط أنظمة الرقابة بخطة تحسين قابلة للتنفيذ، وليس فقط بمتابعة الامتثال.
6. التقييم الدوري: إجراء تقييمات نصف سنوية لكل من جاهزية الموظفين ورضا المرضى لمراقبة التقدم وتعديل الاستراتيجيات.

6.3 توصيات للدراسات المستقبلية

1. تكرار الدراسة عبر مستشفيات ليبية متعددة (حكومية وخاصة) لاختبار قابلية التعميم.
2. إجراء دراسات نوعية (مقابلات، مجموعات تركيز) لاستكشاف الحواجز الثقافية والتنظيمية التي تحول دون تبني الإدارة الذكية.
3. فحص الدور الوسيط للثقافة التنظيمية وأسلوب القيادة في العلاقة بين الإدارة الذكية والجودة.
4. بحث تأثير الإدارة الذكية على النتائج السريرية (الوفيات، المضاعفات، معدلات إعادة القبول) بالإضافة إلى الجودة المدركة.
5. تصميم واختبار نموذج تنفيذ مرحلي للإدارة الذكية مصمم خصيصاً لبيئات الرعاية الصحية محدودة الموارد.

8.1 حدود الدراسة

- الحدود الموضوعية: اقتصرَت الدراسة على قياس أثر الإدارة الذكية بأبعادها الخمسة (التخطيط الذكي، التنظيم الإلكتروني، الرقابة الذاتية، البنية التحتية، الموارد البشرية) على جودة الخدمات الصحية بأبعادها الخمسة (الاعتمادية، الاستجابة، الجودة الوظيفية، الملموسية، التعاطف).
- الحدود البشرية: طُبِّقَت الدراسة على العاملين بمستشفى الشهيد امحمد المقريف بمدينة أجدابيا دون غيرهم من المرضى أو المستفيدين.
- الحدود الزمانية: أُجريت الدراسة الميدانية خلال الفترة 2025-2026.
- الحدود المكانية: اقتصر التطبيق الميداني على مستشفى الشهيد امحمد المقريف بمدينة أجدابيا، ما يستدعي الحذر عند تعميم النتائج على مستشفيات أخرى ذات سياقات تنظيمية مختلفة.

قائمة المراجع

- البكري، تامر ياسر. (2005). تسويق الخدمات الصحية. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- الدراكة، مأمون، وشيلي، طارق. (2002). الجودة في المنظمات الحديثة. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- الطائي، رعد عبد الله، وقدارة، عيسى. (2008). إدارة الجودة الشاملة. عمان: دار اليازوري للنشر والتوزيع.
- الغنزي، سعد علي. (2009). الإدارة الصحية. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- المغربي، عبد الحميد عبد الفتاح. (2009). دليل الإدارة الذكية لتنمية الموارد البشرية في المنظمات المعاصرة. القاهرة: المكتبة العصرية للنشر والتوزيع.
- أبو رحمة، خلود محمد عيسى. (2016). تأثير تطبيق معايير الاعتماد على جودة الخدمات من وجهة نظر الأطباء والباحثين الاجتماعيين. مجلة الدراسات العليا، جامعة النيلين، العدد (18).
- الأشقر، صلاح علي. (2021). أثر تطبيق الإدارة الإلكترونية على جودة الخدمات الصحية بمستشفى الخمس التعليمي (رسالة ماجستير).
- الريش، سلمى عبد الله حمد. (2024). دور القيادة الذكية والتخطيط الذكي في تحسين الإشراف التربوي. مجلة مستقبل العلوم الاجتماعية، 18(1)، 3-26.
- العروي. (2024). تصور مقترح لتطبيق الإدارة الذكية في المؤسسات التعليمية السعودية لتجويد الإجراءات الإدارية (رسالة ماجستير).
- الغزالي، علي عبد الجليل. (2014). جودة الخدمات الصحية وعلاقتها برضا المرضى: دراسة ميدانية على المستشفيات العامة في بنغازي (رسالة ماجستير)، جامعة بنغازي.
- بخيت. (2025). الإدارة الذكية للموارد وعلاقتها بتحقيق الكفاءة الاقتصادية لربة الأسرة في المجتمعات الحضرية الجديدة (رسالة ماجستير).
- حقّي وآخرون. (2024). التسوق الإلكتروني وعلاقته بالإدارة الذكية لموارد الأسرة في ضوء الأزمة الاقتصادية المعاصرة خثير. (2023). دور نكاء الأعمال في تحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة لعينة من الموظفين في معهد باستور بالجزائر العاصمة (رسالة ماجستير).
- (NESDA) رضا، بلحوال. (2025). الإدارة الذكية للمؤسسات العامة في الجزائر: الوكالة الوطنية لدعم وتنمية المقاولاتية

- عبد العزيز، جيهان عبد العزيز. (2022). ممارسات تطبيق الإدارة الذكية في بعض مدارس التعليم العام بمنطقة عسير. في ضوء التحول الرقمي. جامعة سوهاج.
- قاسم. (2023). جودة الخدمات الصحية ودورها في تحسين أداء القطاع الصحي: دراسة ميدانية على المستشفيات العامة والخاصة في سورية.
- قنبر، معتز إبراهيم. (2014). متطلبات تطبيق الإدارة الإلكترونية في المؤسسات الصحية.
- مجرشي، سند. (2024). دور الإدارة الإلكترونية في تحقيق جودة الخدمات الصحية: دراسة حالة مستشفى شرق جدة العام.
- نصيف. (2010). استخدام نظم الإدارة الذكية كأداة للتميز في الجودة والتنافسية: دراسة ميدانية لقطاع المستشفيات الخاصة في محافظة جدة.
- Adere, T. et al. (2020). Measuring service quality using SERVPERF dimensions among patients in a government hospital, Turkey.
- Al-Borie, H. M., & Damanhour, A. M. S. (2013). Patients' satisfaction of service quality in Saudi hospitals: A SERVQUAL analysis. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(1), 20–30.
- Anas Musleh, K. et al. (2018). The impact of service quality on patient satisfaction in Jordanian hospitals.
- Donabedian, A. (1980). The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36–44.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). The Balanced Scorecard. Boston: Harvard Business School Press.
- Laudon, K. C., & Laudon, J. P. (2020). *Management Information Systems: Managing the Digital Firm*. Pearson.
- Mary Joy, U. et al. (2020). Investigating patient satisfaction with quality of care in public hospitals in Ebonyi State, southeast Nigeria.
- Mula Warman. (2022). The effect of smart management and school efficiency on school performance in an Indonesian context.
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995). *The Knowledge-Creating Company*. Oxford University Press.
- Odhaib. (1920/2020). The effect of smart business management marketing on enhancing total quality management.
- 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.

Alqarni, M. et al. (2025). The effect of smart management on achieving strategic goals of Saudi educational institutions.