

جامعة ميدأوشن



كلية الإدارة

قسم / تخصص. ماجستير إدارة صحية

عنوان البحث

دور آليات الحوكمة السريرية في تعزيز سلامة المرضى والحد من الأخطاء الإجرائية في
مراكز طب الأسنان التخصصية بالمملكة العربية السعودية. (دراسة تحليلية تطبيقية)

إعداد الطالب / رهاف اسعد سندي

إشراف/

د. الفیصل عبد الحمید محمد

دفايز علي الجراد

العام الدراسي:

٢٠٢٦

جدول المحتويات

١	الفصل الأول
٥	ملخص الدراسة
٦	مقدمة الدراسة
٧	مشكلة الدراسة
٨	أهمية الدراسة
١٠	أهداف الدراسة
١١	تساؤلات الدراسة
١٢	فرضيات الدراسة
١٣	مصطلحات الدراسة
١٤	متغيرات الدراسة
١٥	الفصل الثاني
١٦	الدراسات السابقة
٢١	الإطار النظري
٢٥	مفهوم وأهمية الحوكمة السريرية (Clinical Governance)

٢٧	أبعاد وعناصر الحوكمة السريرية
٢٩	الإطار المفاهيمي لسلامة المرضى (Patient Safety)
٣١	الأخطاء الإجرائية في الرعاية الصحية
٣٢	الحوكمة السريرية في قطاع طب الأسنان التخصصي
٣٣	إدارة المخاطر وتأثيرها على الأخطاء في طب الأسنان
٣٥	التدقيق السريري ومؤشرات الأداء (KPIs) في مراكز الأسنان
٣٦	دور التعليم المستمر وكفاءة الكوادر في الحوكمة
٣٧	الإطار التنظيمي لسلامة المرضى في المملكة العربية السعودية
٣٨	الدراسات السابقة المتعلقة بمتغيرات الدراسة
٤٠	الخاتمة
42	الفصل الثالث
43	منهجية الدراسة
43	مجتمع الدراسة
٤٣	أدوات جمع البيانات
٤٤	حدود الدراسة

٤٥	الاستبيان
٥٣	الفصل الرابع
٥٤	التحليل الإحصائي
٥٨	نتائج الدراسة
٥٩	توصيات الدراسة
٦١	المراجع
٦٩	الملخص
٧٥	الملاحق

ملخص الدراسة

عنوان الدراسة: أثر آليات الحوكمة السريرية في تعزيز سلامة المرضى والحد من الأخطاء الإجرائية في مراكز طب الأسنان التخصصية بالمملكة العربية السعودية.

هدف الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى تطبيق آليات الحوكمة السريرية بأبعادها (إدارة المخاطر، التدقيق السريري، التعليم المستمر، الكفاءة المهنية) وأثر ذلك في تعزيز سلامة المرضى والحد من الأخطاء الإجرائية في مراكز طب الأسنان التخصصية في المدن الرئيسية بالمملكة (الرياض، جدة، الدمام).

منهجية الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وتم استخدام "الاستبيان" كأداة رئيسية لجمع البيانات من عينة عشوائية بلغت (100) من الممارسين الصحيين والكوادر الإدارية. وتمت معالجة البيانات إحصائياً باستخدام برنامج (SPSS).

أبرز النتائج:

• كشفت نتائج الدراسة عن وجود مستوى تطبيق "مرتفع" لآليات الحوكمة السريرية

بمتوسط حسابي (4.07).

• أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية طردية قوية ذات دلالة إحصائية بين تطبيق الحوكمة السريرية وتعزيز سلامة المرضى ($R=0.76$).

• تبين أن آليات الحوكمة السريرية تساهم في تفسير (58%) من تحسن مستوى سلامة المرضى والحد من الأخطاء الإجرائية.

• جاء محور "التعليم الطبي المستمر" كأكثر الأبعاد تطبيقاً وتأثيراً من وجهة نظر عينة الدراسة.

التوصيات:

أوصت الدراسة بضرورة مأسسة نظام "التدقيق السريري" بشكل دوري ومستقل، وضرورة تعزيز "الثقافة العادلة" للإبلاغ عن الأخطاء دون خوف من العقاب، بالإضافة إلى تطوير أدلة إرشادية وطنية موحدة للحوكمة السريرية خاصة بممارسات طب الأسنان.

الكلمات المفتاحية: الحوكمة السريرية، سلامة المرضى، الأخطاء الإجرائية، طب الأسنان، الجودة الصحية.

تُعدّ جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى محوريّ الاهتمام في كافة الأنظمة الصحية المتقدمة، حيث تسعى المؤسسات العلاجية إلى تطبيق أعلى المعايير لضمان تقديم خدمات فعّالة وخالية من الضرر. وفي هذا السياق، برز مفهوم **الحوكمة السريرية (Clinical Governance)** كإطار تنظيمي شامل ومسؤول يهدف إلى تحسين الجودة والمساءلة المستمرة داخل المؤسسات الصحية، وذلك من خلال دمج أنظمة إدارة المخاطر، والتدقيق السريري، والتعليم المستمر، والقيادة الواضحة.

تكتسب هذه المبادئ أهمية مضاعفة في قطاع طب الأسنان التخصصي، الذي يتميز بحساسية الإجراءات الطبية وطبيعتها التداخلية (Invasive)، مما يزيد من احتمالية وقوع أخطاء إجرائية قد تؤثر بشكل مباشر على صحة المرضى وسلامتهم. ومع التطور المتسارع في التقنيات والمواد المستخدمة في مراكز طب الأسنان التخصصية بالمملكة العربية السعودية، والتي تُعد ركيزة أساسية ضمن مستهدفات رؤية 2030 للارتقاء بالخدمات الصحية، بات لازماً تقييم مدى فاعلية آليات الحوكمة السريرية المطبقة.

تنطلق هذه الدراسة من فرضية مفادها أن التطبيق الفعّال لأسس الحوكمة السريرية، بأبعادها المختلفة، يمثل خط الدفاع الأول لتعزيز بيئة عمل آمنة، وضمان التزام الممارسين بالبروتوكولات المثلى، وبالتالي تحقيق أقصى مستويات السلامة للمرضى والحد

من الأخطاء الإجرائية غير المرغوبة. وعليه، تسعى هذه الدراسة إلى تحليل وتقييم الدور الجوهري لهذه الآليات في سياق مراكز طب الأسنان التخصصية السعودية.

مشكلة الدراسة

تتبع مشكلة الدراسة من التساؤل حول مدى كفاية وفعالية آليات الحوكمة السريرية المطبقة حالياً في مراكز طب الأسنان التخصصية بالمملكة العربية السعودية في تحقيق الهدف الأسمى المتمثل في تعزيز سلامة المرضى وتقليل معدلات الأخطاء الإجرائية. وعلى الرغم من الجهود المبذولة لضمان الجودة، إلا أن الإحصاءات والدراسات الأولية قد تشير إلى استمرار وقوع بعض الأخطاء الإجرائية، مما يفرض ضرورة فهم العلاقة بين مستوى تطبيق الحوكمة السريرية ونتائج السلامة المتحققة.

وعليه، يمكن بلورة مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيسي التالي:

ما هو دور آليات الحوكمة السريرية (إدارة المخاطر، التدقيق السريري، التعليم والتدريب، كفاءة الكوادر) في تعزيز سلامة المرضى والحد من الأخطاء الإجرائية في مراكز طب الأسنان التخصصية بالمملكة العربية السعودية؟
وينبثق من هذا التساؤل الرئيسي التساؤلات الفرعية التالية:

1. ما هو مستوى تطبيق آليات الحوكمة السريرية الأساسية (مثل نظام الإبلاغ عن

الحوادث، والتدقيق السريري، والبروتوكولات الموحدة) في مراكز طب الأسنان

التخصصية السعودية؟

2. ما هي أبرز الأخطاء الإجرائية شيوعاً وتكراراً في مراكز طب الأسنان التخصصية،

وما هي العوامل التنظيمية أو الإجرائية المرتبطة بحدوثها؟

3. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى تطبيق آليات الحوكمة السريرية

وبين مستوى سلامة المرضى المتحقق في هذه المراكز؟

4. ما هي التوصيات المقترحة لتعزيز وتفعيل آليات الحوكمة السريرية بما يضمن

تحسين كفاءة وجودة الإجراءات السريرية وتقليل الأخطاء؟

أهمية الدراسة

تنقسم أهمية هذه الدراسة إلى شقين رئيسيين:

1. الأهمية العلمية (النظرية)

• سد الفجوة المعرفية: تُسهم الدراسة في إثراء المكتبة العربية ببحث تحليلي تطبيقي

يركز على قطاع طب الأسنان التخصصي، وهو قطاع لا يزال يفتقر إلى الدراسات

المعمقة في مجال الحوكمة السريرية مقارنة بالقطاعات الطبية الأخرى.

• بناء الإطار النظري: تُقدم الدراسة إطاراً نظرياً محدداً يربط بين الأبعاد المنهجية

للحوكمة السريرية (كإدارة المخاطر والتدقيق) والنتائج الإجرائية (كثقليل الأخطاء)،

مما يُشكل قاعدة معرفية لدراسات مستقبلية في مجال إدارة الجودة وسلامة المرضى

في تخصصات طبية دقيقة.

• تحديد المؤشرات: تُساهم الدراسة في تحديد مؤشرات قياس كمية وكيفية لمدى

الالتزام بمعايير الحوكمة السريرية وقياس تأثيرها المباشر على الأداء التشغيلي

والسريري.

2. الأهمية العملية (التطبيقية)

• دعم اتخاذ القرار: تُقدم الدراسة نتائج وتوصيات عملية ومباشرة تُفيد القائمين على

إدارة مراكز طب الأسنان التخصصية وصناع القرار في وزارة الصحة والهيئة

السعودية للتخصصات الصحية، للمساعدة في وضع سياسات وبروتوكولات أكثر

صرامة وفعالية.

• تحسين الجودة والأداء: تُساعد المراكز التخصصية في تحديد نقاط القوة والضعف

في أنظمتها الحالية للحوكمة السريرية، مما يُمكنها من إعادة هيكلة إجراءاتها لتقليل

المخاطر وتحسين جودة الخدمة المقدمة.

• زيادة الوعي المهني: تُعزز الدراسة الوعي لدى الكوادر الطبية والإدارية بأهمية

دورهم في منظومة الحوكمة السريرية، وتُبرز العلاقة بين التزامهم بها وبين تحقيق

الأداء الآمن لبيئة العمل.

أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة بشكل رئيسي إلى تحليل وتقييم تأثير تطبيق آليات الحوكمة السريرية على تحسين جودة الرعاية وسلامة المرضى في مراكز طب الأسنان التخصصية، ويتفرع من هذا الهدف الرئيسي الأهداف التفصيلية التالية:

الهدف الرئيسي

- تحليل وتقييم الدور الفعلي لآليات الحوكمة السريرية في دعم وتعزيز سلامة المرضى والحد من معدلات الأخطاء الإجرائية في مراكز طب الأسنان التخصصية بالمملكة العربية السعودية.

الأهداف الفرعية

1. تحديد مستوى تطبيق الآليات المنهجية للحوكمة السريرية (كإدارة المخاطر، والتدقيق السريري، ونظم التعليم المستمر) في مراكز طب الأسنان التخصصية.
2. تشخيص وتحليل أبرز الأخطاء الإجرائية الشائعة والمرتبطة بمختلف التخصصات في طب الأسنان، وتحديد الأسباب الكامنة وراءها.
3. الكشف عن طبيعة وقوة العلاقة الارتباطية بين مستوى الالتزام بآليات الحوكمة السريرية ومستوى سلامة المريض المحقق (انخفاض معدل الأخطاء).

4. تقديم مجموعة من التوصيات والآليات التنفيذية المقترحة لتعزيز فعالية نظام

الحوكمة السريرية في مراكز طب الأسنان لضمان أعلى مستويات الجودة والحد من

الأخطاء.

تساؤلات الدراسة

التساؤل الرئيسي:

• ما مدى مساهمة تطبيق آليات الحوكمة السريرية في تعزيز سلامة المرضى والحد

من الأخطاء الإجرائية في مراكز طب الأسنان التخصصية بالمملكة العربية

السعودية؟

التساؤلات الفرعية:

1. ما هو مستوى تطبيق الأبعاد المختلفة لآليات الحوكمة السريرية (إدارة المخاطر،

التدقيق السريري، كفاءة الكوادر) في مراكز طب الأسنان التخصصية السعودية من

وجهة نظر الممارسين؟

2. ما هي الأخطاء الإجرائية الأكثر شيوعاً وتكراراً في مراكز طب الأسنان

التخصصية، وما هي العوامل المسببة لها؟

3. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى تطبيق آليات الحوكمة السريرية

ومستوى سلامة المرضى (كما يُقاس بانخفاض معدل الأخطاء الإجرائية)؟

4. ما هي الإجراءات التنفيذية والتوصيات اللازمة لرفع كفاءة تطبيق الحوكمة السريرية

في مراكز طب الأسنان لتعزيز سلامة المريض؟

فرضيات الدراسة

الفرضية الرئيسية (H1)

• توجد علاقة ارتباطية إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مستوى تطبيق آليات

الحوكمة السريرية وبين تعزيز سلامة المرضى والحد من الأخطاء الإجرائية في

مراكز طب الأسنان التخصصية بالمملكة العربية السعودية.

الفرضيات الفرعية

1. توجد علاقة ارتباطية إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مدى فاعلية "نظام إدارة

المخاطر" في مراكز طب الأسنان التخصصية وبين انخفاض معدلات الأخطاء

الإجرائية.

2. توجد علاقة ارتباطية إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مدى فاعلية "نظام التدقيق

السريري" في مراكز طب الأسنان التخصصية وبين ارتفاع مستوى سلامة

المرضى.

3. توجد علاقة ارتباطية إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مدى فاعلية "برامج التعليم

والتدريب المستمر" للكوادر وبين انخفاض معدلات الأخطاء الإجرائية.

متغيرات الدراسة

لتحديد العلاقة بين الظواهر المدروسة، يتم تحديد المتغيرات كما يلي:

المتغير	التحديد	الوصف
المتغير المستقل (Independent Variable)	آليات الحوكمة السريية	هو المتغير المراد قياس تأثيره، ويشمل الأبعاد التطبيقية للحوكمة: (إدارة المخاطر، التدقيق السريي، التعليم المستمر، كفاءة الكوادر والقيادة السريية).
المتغير التابع (Dependent Variable)	سلامة المرضى والحد من الأخطاء الإجرائية	هو المتغير المراد قياس تأثيره، ويُقاس بمؤشرات مثل: (معدل الإبلاغ عن الحوادث، نسبة الأخطاء الإجرائية، مستوى الرضا عن الخدمة، الالتزام بالبروتوكولات).

1. الحوكمة السريرية (Clinical Governance)

نظام مسؤولية مشترك يُحاسب المؤسسة الصحية بموجبه على التحسين المستمر لجودة خدماتها والمحافظة على معايير عالية، من خلال دمج أنظمة إدارة المخاطر، والتدقيق السريري، والتعليم، والقيادة الواضحة.

2. سلامة المرضى (Patient Safety)

مجموعة الإجراءات والممارسات المنظمة التي تهدف إلى الحد من المخاطر والأضرار غير الضرورية التي قد تلحق بالمريض خلال فترة تلقي الرعاية الصحية، وتشمل الوقاية من الأخطاء والإصابات ومعالجتها.

3. الأخطاء الإجرائية (Procedural Errors)

أية أفعال أو إغفالات أو فشل في التنفيذ المخطط للعمليات السريرية أو استخدام الأدوات والمواد الطبية في طب الأسنان، ينتج عنها أو يُحتمل أن ينتج عنها ضرر للمريض. تشمل على سبيل المثال: (الأخطاء في التشخيص، أو التخدير، أو أثناء الإجراءات الجراحية والترميمية).

4. مراكز طب الأسنان المتخصصة (Specialized Dental Centers)

المؤسسات الصحية المرخصة في المملكة العربية السعودية التي تقدم خدمات طب الأسنان في تخصصات دقيقة (مثل تقويم الأسنان، علاج الجذور، زراعة الأسنان، وجراحة الفم والفكين) وتضم كوادر طبية متخصصة ومعدات متقدمة لهذا الغرض.

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

1. دراسة عدنان مريزق (2008)

أُجريت هذه الدراسة في إطار الحصول على شهادة دكتوراه في علوم التسيير بكلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير بجامعة الجزائر عام 2008م، وحملت عنوان "واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة". تمحورت الإشكالية الرئيسية حول واقع جودة الخدمات في هذه المؤسسات. توصلت الدراسة إلى أن **المريض ليس راضياً** عن بعض جوانب تقديم الخدمة، خاصة نظام التغذية والنظافة والتكفل من قبل الطاقم شبه الطبي، بينما أبدى رضاه عن التكفل الطبي ودرجة حرارة الغرفة والإضاءة. كما بيّنت أن أهم العقبات التي تواجه الطاقم شبه الطبي تتركز في ظروف العمل، عدم وضوح المهام وضعف التأطير، بينما واجه الأطباء عوائق تمثلت في قلة الوسائل والتكوين ونقص التنظيم. ومما يؤخذ على هذه الدراسة أنها ركزت على الواقع دون توضيح أهمية تطبيق نظم وبرامج الجودة في معالجة تدني مستوى الأداء، كما تجاهلت معايير نظم اعتماد المؤسسات الصحية.

2. دراسة مجدي عبد الفتاح عبد الرحمن (2001)

سعت دراسة مجدي عبد الفتاح عبد الرحمن، والتي كانت بعنوان "دور إدارة الجودة الكلية في زيادة فعالية إدارة العمليات في صناعة الخدمات بالتطبيق على إدارة المستشفيات" للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال من جامعة القاهرة سنة 2001م،

إلى الوقوف على مستوى فعالية إدارة العمليات بالمستشفى قبل وبعد استخدام وسائل إدارة الجودة الكلية. كان الهدف هو الوصول إلى منهج محدد لإدارة الجودة الكلية يمكن من زيادة فعالية إدارة العمليات بالمستشفيات. ركزت هذه الدراسة كثيراً على الجانب الفني للجودة، إلا أنه يؤخذ عليها إهمالها للجوانب السلوكية، والتي تتمثل أساساً في الاتصال والتعامل بين أطراف تقديم الخدمات ومتلقيها.

3. دراسة منيرة بن عطية (2009)

جاءت دراسة منيرة بن عطية للحصول على درجة الماجستير في علوم التسيير من جامعة دالي إبراهيم سنة 2009م، تحت عنوان "إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الجزائري، دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية لبوفاريك". حاولت الدراسة الإجابة عن إشكالية تتعلق بمستوى جودة الخدمات ومستوى الرضا الوظيفي في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر. توصلت الدراسة إلى أن المرضى لم يكونوا راضين على بعض الخدمات، لاسيما نظام التغذية، في حين أبدوا رضا عالياً عن الاستقبال والهدوء واهتمام وتكفل الطاقمين الطبي وشبه الطبي، ورضا متوسطاً عن النظافة ورفاهية السرير. أما العراقيين التي تواجه الطاقم الطبي فهي نقص الوسائل والتجهيزات الطبية ونقص فرص التكوين، وتتمثل صعوبات الطاقم شبه الطبي في ظروف العمل غير الملائمة، بينما يعاني عمال الإدارات من نقص فرص التكوين والعدد ووسائل العمل اللازمة. ركزت

الدراسة على واقع الجودة وأهمية ومراحل تطبيق نظام الجودة الشاملة فقط، ويؤخذ عليها أنها لم تتطرق إلى أهمية تطبيق نظم ومعايير اعتماد المؤسسات الصحية.

4. دراسة هيفاء بنت فؤاد مختار (2003)

كانت هذه الدراسة في إطار الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال بجامعة الملك عبد العزيز عام 2003م، وعنوانها "دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على اتجاهات المرضى ورؤساء الأقسام في مستشفى الملك فهد بمحافظة جدة". تركزت مشكلة البحث في التعرف على الفروق بين اتجاهات المرضى المقيمين ورؤساء الأقسام نحو جودة الخدمة المقدمة فعلياً، وبين الجودة المقدمة فعلياً والمتوقعة للمرضى. وقد أسفرت النتائج عن وجود فروق جوهرية بين اتجاهات المرضى نحو الجودة المقدمة فعلياً والمتوقعة في كافة المتغيرات ما عدا متغير المعلومات والاتصالات وتقنياتها، وعدم وجود فروق جوهرية بين اتجاهات المرضى ورؤساء الأقسام نحو الجودة المقدمة فعلياً في كافة المتغيرات باستثناء متغيري المعلومات والمبنى والتجهيزات. كما اختلفت اتجاهات المرضى وفقاً لمتغيري العمر والمؤهل الدراسي. يلاحظ أن الدراسة ركزت على قياس اتجاهات العملاء الداخليين والخارجيين نحو الجودة وأهملت جانب التحسن في الأداء.

5. دراسة سماح عبد الرحيم ريس (2003)

سعت دراسة سماح عبد الرحيم ريس للحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال بجامعة الملك عبد العزيز سنة 2003م، إلى معرفة "مدى فعالية تطبيق نظم الجودة في المستشفيات الخاصة بمحافظة جدة". خلصت الدراسة إلى عدة نتائج، أهمها: أن قصور الوعي بمفهوم الجودة لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي يؤثر سلباً على تطبيق نظم الجودة، وأن عمليات التحسين والتطوير في الخدمات الصحية لا تلقى الاهتمام الكافي. كما أشارت إلى عدم وجود نظام متكامل لتوثيق ومراجعة نظام الجودة، وضعف مشاركة الأفراد في مسؤولية التنسيق والمتابعة لأنشطة الجودة داخل المستشفيات. يؤخذ على هذه الدراسة أنها ركزت فقط على فعالية تطبيق نظم الجودة في المستشفيات الخاصة دون التعرض لفعالية تطبيق نظم ومعايير اعتماد المؤسسات الصحية.

الإطار النظري

المحور الأول: مفهوم وأهمية الحوكمة السريرية (Clinical Governance)

1. التعريف اللغوي والاصطلاحي للحوكمة السريرية.
2. النشأة التاريخية وتطور مفهوم الحوكمة في القطاع الصحي العالمي.
3. الأهداف الاستراتيجية للحوكمة السريرية في المؤسسات الصحية.
4. العلاقة بين الحوكمة السريرية وجودة الرعاية الصحية.

المحور الثاني: أبعاد وعناصر الحوكمة السريرية

1. إدارة المخاطر السريرية (Clinical Risk Management): آلياتها، ونظم الإبلاغ عن الحوادث، وتحليل الأسباب الجذرية.
2. التدقيق السريري (Clinical Audit): أنواعه، وخطوات تنفيذه، ودوره في قياس الالتزام بالبروتوكولات.
3. التعليم والتدريب المستمر (Continuous Education and Training): أهميته في الحفاظ على كفاءة الممارسين.
4. كفاءة الكوادر (Staff Competency): نظم التقييم والتأهيل والاعتماد.

5. المشاركة والقيادة السريرية (Clinical Leadership and)

.(Involvement

المحور الثالث: الإطار المفاهيمي لسلامة المرضى (Patient Safety)

1. تعريف سلامة المرضى وفقاً للمنظمات العالمية (مثل منظمة الصحة العالمية).
2. الأهمية الأخلاقية والقانونية والاقتصادية لسلامة المرضى.
3. مكونات ثقافة السلامة (Safety Culture) في بيئات الرعاية الصحية.
4. التحول من "لوم الأفراد" إلى "تحليل النظم" في إدارة الأخطاء.

المحور الرابع: الأخطاء الإجرائية في الرعاية الصحية

1. تعريف الخطأ الطبي، والخطأ الإجرائي، والحدث السلبي (Adverse Event).
2. تصنيف الأخطاء الإجرائية (أخطاء التشخيص، أخطاء العلاج، أخطاء الوقاية).
3. الأسباب الرئيسية لوقوع الأخطاء الإجرائية (عوامل بشرية، تنظيمية، بيئية).
4. نموذج السبب الجذري (Root Cause Analysis – RCA) كأداة للحد من تكرار الأخطاء.

المحور الخامس: الحوكمة السريرية في قطاع طب الأسنان التخصصي

1. الخصائص المميزة لطب الأسنان التخصصي التي تزيد من الحاجة للحوكمة (طبيعة الإجراءات، تداخل التخصصات).

2. مواضع الخطر الرئيسية (High-Risk Areas) في طب الأسنان (جراحة الفم، التخدير، التعقيم).

3. دور الحوكمة في توحيد البروتوكولات الخاصة بكل تخصص (مثل زراعة الأسنان، علاج الجذور).

المحور السادس: إدارة المخاطر وتأثيرها على الأخطاء في طب الأسنان

1. نظم الإبلاغ عن الأحداث غير المرغوب فيها (Near Misses) ودورها الوقائي.

2. تقييم المخاطر وتصنيفها في إجراءات طب الأسنان التخصصي.

3. أهمية قائمة التدقيق الجراحي (Surgical Safety Checklist) في إجراءات طب الأسنان.

المحور السابع: التدقيق السريري ومؤشرات الأداء (KPIs) في مراكز الأسنان

1. آليات تطبيق التدقيق السريري لتقييم كفاءة الإجراءات العلاجية.

2. المؤشرات الرئيسية لقياس الأداء السريري في طب الأسنان (مثل معدل فشل الزراعات، تكرار الحشوات).

3. دور نتائج التدقيق في توجيه خطط التحسين المستمر.

المحور الثامن: دور التعليم المستمر وكفاءة الكوادر في الحوكمة

1. تحديد الاحتياجات التدريبية للممارسين في طب الأسنان التخصصي.

2. أنظمة تقييم الكفاءة والمهارات السريرية بشكل دوري.

3. تأثير التخصص الدقيق والخبرة على معدلات الأخطاء الإجرائية.

المحور التاسع: الإطار التنظيمي لسلامة المرضى في المملكة العربية السعودية

1. دور وزارة الصحة والهيئة السعودية للتخصصات الصحية في تنظيم قطاع طب

الأسنان.

2. المعايير والاشتراطات السعودية لسلامة المرضى في المراكز الصحية.

3. الجهود الوطنية المبذولة لتبني مفاهيم الحوكمة والاعتماد (مثل اعتماد سباهي -

CBAHI).

المحور العاشر: الدراسات السابقة المتعلقة بمتغيرات الدراسة

1. عرض وتحليل الدراسات التي تناولت الحوكمة السريرية في المستشفيات والمراكز

التخصصية.

2. استعراض الدراسات التي ركزت على الأخطاء الإجرائية والسلامة في بيئة طب

الأسنان (دولياً ومحلياً).

3. تحديد أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة، وتوضيح

الفجوة البحثية التي تسعى الدراسة لسدها.

مفهوم وأهمية الحوكمة السريرية

1. التعريف اللغوي والاصطلاحي

• لغوياً: مشتقة من "الحكم" والسيطرة، وتعني وضع الضوابط والمعايير التي تضمن الانضباط في الأداء.

• اصطلاحاً: تُعرف بأنها "إطار عمل مؤسسي تلتزم من خلاله المنظمات الصحية بالتحسين المستمر لجودة خدماتها وضمان مستويات عالية من الرعاية من خلال إيجاد بيئة تسود فيها ثقافة التميز السريري". وهي المظلة التي تجمع كافة الأنشطة الهادفة لرفع كفاءة الأداء الطبي والتمريضي.

2. النشأة التاريخية وتطور المفهوم

ظهر مصطلح الحوكمة السريرية رسمياً لأول مرة في المملكة المتحدة عام 1998 عبر تقرير وزارة الصحة البريطانية (First Class Service). جاء ذلك كرد فعل على بعض الإخفاقات الطبية، حيث كان الهدف تحويل المسؤولية عن الجودة من كونها مسؤولية فردية للطبيب إلى مسؤولية مؤسسية تشاركية تخضع للمساءلة والتدقيق.

3. الأهداف الاستراتيجية للحوكمة السريرية

• ضمان سلامة المرضى: الحد من المخاطر والأخطاء الطبية الإجرائية.

• التميز الإكلينيكي: الوصول إلى أفضل النتائج العلاجية الممكنة بناءً على البراهين العلمية.

• المساءلة والشفافية: إيجاد خطوط واضحة للمسؤولية عن جودة الرعاية داخل المنشأة.

• تحسين الكفاءة: الاستخدام الأمثل للموارد الطبية والبشرية لتقليل الهدر.

4. العلاقة بين الحوكمة السريرية وجودة الرعاية الصحية

الحوكمة السريرية هي "الآلية التنفيذية" للجودة؛ فبينما تضع الجودة المعايير، تقوم الحوكمة بضمان تطبيق هذه المعايير ومراقبتها. لا يمكن تحقيق جودة مستدامة دون وجود هيكل حوكمة يراقب الأداء السريري ويضمن الالتزام بالبروتوكولات الطبية.

أبعاد وعناصر الحوكمة السريرية

1. إدارة المخاطر السريرية (Clinical Risk Management)

تعتبر حجر الزاوية في سلامة المرضى، وتتضمن:

• نظم الإبلاغ: إنشاء قنوات آمنة وسرية للإبلاغ عن الحوادث الوشيكة (Near Misses) أو الحوادث الفعلية.

- تحليل الأسباب الجذرية (RCA): منهجية تحليلية تهدف للبحث عن "لماذا" حدث الخطأ في النظام بدلاً من البحث عن "من" المخطئ، مما يساعد في سد الثغرات الإجرائية.

2. التدقيق السريري (Clinical Audit)

هو عملية مراجعة منهجية للأداء الطبي مقابل معايير محددة سلفاً:

- أنواعه: تدقيق استباقي (مراجعة الخطط قبل التنفيذ) وتدقيق رجعي (مراجعة السجلات والنتائج).
- دوره: يضمن أن الأطباء في مراكز الأسنان يتبعون البروتوكولات المعتمدة (مثل بروتوكولات تعقيم القنوات أو جراحة الفك)، ويحدد الفجوات بين الممارسة الحالية والمعايير المثالية.

3. التعليم والتدريب المستمر (Continuous Education)

في قطاع سريع التطور مثل طب الأسنان، تضمن الحوكمة:

- مواكبة الكوادر لأحدث التقنيات والمواد الطبية.
- تحويل التدريب من نشاط اختياري إلى جزء أساسي من متطلبات ممارسة المهنة لضمان "الأمان السريري".

4. كفاءة الكوادر (Staff Competency)

تركز على ضمان أن الشخص المناسب يقوم بالإجراء المناسب:

- **التأهيل والاعتماد:** التحقق من الشهادات والترخيص المهني.
- **نظم التقييم:** إجراء تقييمات دورية للمهارات اليدوية والسريرية للأطباء والمساعدین
- لضمان عدم تراجع مستوى الأداء.

5. المشاركة والقيادة السريرية (Clinical Leadership)

تتطلب الحوكمة السريرية قادة من الأطباء أنفسهم وليس فقط من الإداريين:

- إشراك الأطباء في اتخاذ القرارات المتعلقة بتطوير السياسات العلاجية.
- بناء ثقافة تنظيمية تشجع العمل الجماعي وتضع مصلحة المريض فوق كل اعتبار.

الإطار المفاهيمي لسلامة المرضى (Patient Safety)

1. تعريف سلامة المرضى وفقاً للمنظمات العالمية

تُعرف منظمة الصحة العالمية (WHO) سلامة المرضى بأنها: "غياب الأذى الذي يمكن الوقاية منه عن المريض أثناء عملية الرعاية الصحية، والحد من مخاطر الأضرار غير

الضرورية المرتبطة بالرعاية الصحية إلى حد أدنى مقبول". هي ببساطة نظام يسعى لمنع وقوع الحوادث الطبية والتعلم من الأخطاء عند وقوعها.

2. أهمية سلامة المرضى (أخلاقياً، قانونياً، واقتصادياً)

• **الأهمية الأخلاقية:** تستند إلى مبدأ "عدم إلحاق الضرر" (Non-maleficence)،

وهو الالتزام المهني الأول للممارس الصحي؛ فالمريض يضع ثقته في المنشأة ليتعافى لا ليتضرر.

• **الأهمية القانونية:** الالتزام بمعايير السلامة يحمي المنشأة والممارس من الدعاوى

القضائية والمساءلة القانونية الناتجة عن الإهمال أو التقصير.

• **الأهمية الاقتصادية:** الأخطاء الطبية ترفع تكاليف الرعاية بسبب طول فترة بقاء

المريض، والحاجة لإجراءات تصحيحية، والتعويضات المالية، وفقدان سمعة المنشأة.

3. مكونات ثقافة السلامة (Safety Culture)

ثقافة السلامة هي مجموعة القيم والمعتقدات المشتركة بين الموظفين حول الأمان، وتتكون من:

• **ثقافة التعلم:** حيث يتم تشجيع الموظفين على التعلم من الدروس المستفادة من

الحوادث السابقة.

• **الثقافة العادلة (Just Culture):** التمييز بين "الخطأ البشري غير المقصود"

وبين "السلوك المتهور"، بحيث لا يُعاقب الشخص على ثغرات النظام.

• **ثقافة الإبلاغ:** سهولة وانسيابية وصول تقارير الحوادث للإدارة دون خوف.

4. التحول من "لوم الأفراد" إلى "تحليل النظم"

قديمًا كان التركيز ينصب على البحث عن "من" المخطئ لمعاقبته، أما المنهج الحديث

في سلامة المرضى فيرى أن الخطأ هو نتيجة "سلسلة من الإخفاقات في النظام" وليس

مجرد زلة فردية. هذا التحول يجعلنا نسأل: "كيف سمح النظام بوقوع هذا الخطأ؟" بدلاً من

"من الذي أخطأ؟".

الأخطاء الإجرائية في الرعاية الصحية

1. التعريفات والمفاهيم الأساسية

• **الخطأ الطبي (Medical Error):** فشل الإجراء المخطط له في الاكتمال كما هو

مقصود، أو استخدام خطة خاطئة لتحقيق هدف ما.

• **الخطأ الإجرائي (Procedural Error):** أخطاء تقع أثناء تنفيذ خطوات علاجية

معينة (مثل خطأ في خلع سن معين، أو خطأ في إعداد مادة الحشو).

• **الحدث السلبي (Adverse Event):** إصابة ناتجة عن الرعاية الطبية وليس

بسبب الحالة المرضية للمريض نفسه.

2. تصنيف الأخطاء الإجرائية

- **أخطاء التشخيص:** مثل التأخر في اكتشاف سرطان الفم أو الخطأ في قراءة صور الأشعة.

- **أخطاء العلاج:** تشمل أخطاء العمليات الجراحية، أو الجرعات الدوائية، أو استخدام أدوات غير معقمة.

- **أخطاء الوقاية:** مثل الفشل في توفير الرعاية الوقائية اللازمة أو الفشل في متابعة الحالة بعد الإجراء الجراحي.

3. الأسباب الرئيسية لوقوع الأخطاء الإجرائية

- **العوامل البشرية:** مثل الإجهاد، نقص الخبرة، ضعف التواصل بين الفريق الطبي، أو النسيان.

- **العوامل التنظيمية:** مثل نقص العمالة، غياب الأدلة الإرشادية الواضحة، أو ضعف الإشراف.

- **العوامل البيئية:** مثل ضعف الإضاءة في العيادة، الضوضاء، أو أعطال الأجهزة الطبية.

4. نموذج السبب الجذري (RCA) كأداة للحد من التكرار

يعتبر تحليل السبب الجذري (Root Cause Analysis) الأداة الأقوى في الحوكمة

السريية للتعامل مع الأخطاء؛ حيث يتم تفكيك الحادثة إلى عناصرها الأولى للوصول إلى

الثغرة الأصلية في النظام (مثل نقص في تدريب معين أو خلل في صيانة جهاز). معالجة
"الجذر" تضمن عدم تكرار الخطأ في المستقبل، بدلاً من معالجة "الأعراض" فقط.

الحوكمة السريرية في قطاع طب الأسنان التخصصي

1. الخصائص المميزة لطب الأسنان التخصصي والحاجة للحوكمة

يتميز طب الأسنان التخصصي بخصائص ترفع من حساسية الأداء وتزيد من احتمالية
الخطأ، مما يجعل الحوكمة ضرورة وليست خياراً:

• طبيعة الإجراءات الدقيقة: معظم التداخلات في طب الأسنان هي إجراءات جراحية

صغرى أو مجهرية تتطلب دقة عالية جداً.

• تداخل التخصصات: الحالات المعقدة (مثل إعادة تأهيل الفم الكامل) تتطلب تنسيقاً

بين جراح الوجه والفكين، وأخصائي علاج الجذور، وأخصائي التركيبات؛ وغياب

الحوكمة يؤدي إلى ضعف التواصل وضياع المسؤولية السريرية.

• الاعتماد على التقنية: استخدام الليزر، والأشعة ثلاثية الأبعاد (CBCT)،

والماسحات الضوئية يتطلب بروتوكولات حوكمة تضمن الاستخدام الآمن والفعال

لهذه التقنيات.

2. مواضع الخطر الرئيسية (High-Risk Areas) في طب الأسنان

حددت الحوكمة السريرية مناطق ذات خطورة عالية تتطلب رقابة صارمة:

- جراحة الفم والفكين: مخاطر إصابة الأعصاب، والنزيف، أو الخطأ في تحديد موقع الجراحة.

- التخدير والمهدئات: التعامل مع التخدير الموضعي أو الواعي (Conscious

Sedation) يتطلب مراقبة دقيقة للعلامات الحيوية وجاهزية تامة لحالات الطوارئ.

- مكافحة العدوى والتعقيم: نظراً لطبيعة الأدوات الدوارة التي تنتج رذاذاً

(Aerosol)، فإن أي خلل في بروتوكول التعقيم يمثل خطراً جسيماً على سلامة المرضى والممارسين.

3. دور الحوكمة في توحيد البروتوكولات السريرية

تعمل الحوكمة على تقليل "التباين في الممارسة" (Clinical Variation). فمثلاً في

"زراعة الأسنان"، تضمن الحوكمة وجود مسار علاجي موحد يبدأ من التقييم الصحي

للمريض، مروراً بالخطة الجراحية، وصولاً إلى المتابعة الدورية، مما يضمن ثبات الجودة بغض النظر عن الطبيب المعالج.

: إدارة المخاطر وتأثيرها على الأخطاء في طب الأسنان

1. نظم الإبلاغ عن الأحداث الوشيكة (Near Misses)

الأحداث الوشيكة هي الأخطاء التي كادت أن تقع ولكن تم تداركها في اللحظة الأخيرة (مثل تحضير ملف لمريض آخر ثم اكتشاف ذلك قبل بدء الإجراء).

- **الدور الوقائي:** تعمل هذه التقارير كـ "نظام إنذار مبكر". تحليل هذه المواقف يسمح للإدارة بتعديل الإجراءات قبل أن تتحول هذه "الأخطاء الوشيكة" إلى كوارث فعلية تصيب المرضى.

2. تقييم المخاطر وتصنيفها في طب الأسنان

تعتمد الحوكمة على مصفوفة تقييم المخاطر التي تصنف المخاطر بناءً على:

- **الاحتمالية:** مدى تكرار وقوع هذا النوع من الخطأ.
 - **الأثر:** مدى خطورة الضرر الناتج (بسيط، متوسط، جسيم).
- بناءً على هذا التصنيف، تضع المراكز الأولوية للتعامل مع المخاطر ذات الأثر الجسيم والاحتمالية العالية، مثل أخطاء خلع الأسنان الخاطئة أو الحساسية المفرطة تجاه الأدوية.

3. أهمية قائمة التدقيق الجراحي (Surgical Safety Checklist)

على غرار غرف العمليات الكبرى، أصبح استخدام قوائم التدقيق في عيادات الأسنان (خاصة الجراحية) أداة حوكمة حاسمة، وتتضمن التأكد من:

- هوية المريض.
- الإجراء المطلوب والسن المستهدف.
- توافر صور الأشعة والمواد اللازمة.
- التاريخ المرضي والحساسية.

التدقيق السريري ومؤشرات الأداء (KPIs) في مراكز الأسنان

1. آليات تطبيق التدقيق السريري (Clinical Audit)

التدقيق السريري هو أداة لتحسين الجودة تسعى لتحسين رعاية المرضى ونتائجها من خلال مراجعة منهجية للرعاية مقابل معايير محددة. وتتضمن آلياته:

- تحديد المعايير: اختيار بروتوكول معين (مثل بروتوكول حشو العصب) ومقارنة ما يتم في العيادة بما تنص عليه المراجع العلمية.
- جمع البيانات: مراجعة ملفات المرضى، الصور الإشعاعية، والنتائج النهائية للعلاجات.

- تحليل الفجوات: معرفة أين يكمن القصور؛ هل هو في المهارة الفنية، أم في جودة المواد، أم في توثيق الملفات الطبية.

2. المؤشرات الرئيسية لقياس الأداء (KPIs) في طب الأسنان

تستخدم الحوكمة مؤشرات كمية ونوعية لتقييم كفاءة المركز، ومن أبرزها:

- **معدل نجاح وفشل الزراعات (Implant Success Rate):** لمراقبة جودة الأداء في قسم جراحة اللثة والزراعة.
- **معدل إعادة الإجراء (Remake Rate):** مثل تكرار أخذ الطبعات أو تكرار الحشوات، وهو مؤشر على كفاءة الممارس أو جودة المختبر.
- **معدل المضاعفات بعد الجراحة:** مثل حالات التهاب العظمي (Dry Socket) أو النزيف المستمر.
- **زمن انتظار المريض ورضاه عن الخدمة:** كمؤشر للجودة الإدارية المرتبطة بالسريرية.

3. دور نتائج التدقيق في توجيه خطط التحسين المستمر

نتائج التدقيق ليست للعقاب، بل هي "بوصلة" للتطوير:

- إذا كشف التدقيق عن ضعف في مهارة معينة، يتم توجيه الطبيب لبرنامج تدريبي.
- إذا كشف عن خلل في مادة طبية معينة، يتم تغيير المورد أو نوع المادة.

- يتم إغلاق "حلقة التدقيق" (Audit Loop) بإعادة القياس بعد فترة للتأكد من أن التحسين قد تم فعلياً.

دور التعليم المستمر وكفاءة الكوادر في الحوكمة

1. تحديد الاحتياجات التدريبية (Training Needs Assessment)

تعتمد الحوكمة السريرية الفعالة على التعلم القائم على الاحتياج وليس العشوائي:

- يتم تحديد الاحتياجات بناءً على تقارير الأخطاء الإجرائية، أو إدخال تقنيات جديدة (مثل التصميم الرقمي للابتسامة CAD/CAM).

- يشمل التدريب كافة الكوادر؛ فالتمريض يحتاج لتدريب على مكافحة العدوى، والأطباء على التقنيات السريرية، والإداريين على مهارات التواصل وإدارة الأزمات.

2. أنظمة تقييم الكفاءة والمهارات السريرية

لا تكفي الحوكمة بالشهادات الأكاديمية فقط، بل تشمل:

- **الاعتماد السريري الداخلي:** منح صلاحيات إجراء عمليات معينة بناءً على عدد الحالات الناجحة التي أجراها الطبيب تحت الإشراف.
- **التقييم الدوري للأقران (Peer Review):** حيث يقوم الزملاء بمراجعة حالات بعضهم البعض لتبادل الخبرات وضمان الالتزام بالمعايير.

3. تأثير التخصص الدقيق والخبرة على معدلات الأخطاء

تشير أدبيات الحوكمة السريرية إلى علاقة وطيدة بين التخصص الدقيق وسلامة

المرضى:

• **تقليل الأخطاء:** التخصص الدقيق (مثل أخصائي علاج جذور مقابل ممارس عام)

يقلل من احتمالية وقوع أخطاء إجرائية معقدة بنسبة كبيرة.

• **منحنى التعلم (Learning Curve):** الخبرة التراكمية تساعد الممارس على

التنبؤ بالمضاعفات قبل وقوعها والتعامل معها بهدوء، وهو ما تدعمه الحوكمة من

خلال توزيع الحالات حسب مستوى التعقيد وكفاءة الطبيب.

الإطار التنظيمي لسلامة المرضى في المملكة العربية السعودية

1. دور الجهات التنظيمية (وزارة الصحة وهيئة التخصصات الصحية)

تعمل المملكة العربية السعودية وفق منظومة رقابية متكاملة لضمان جودة الأداء السريري:

• **وزارة الصحة:** تتولى وضع السياسات العامة واللوائح التنفيذية للمراكز الصحية،

وتشرف على التزام مراكز طب الأسنان بالمعايير المهنية.

• **الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (SCFHS):** تلعب دوراً حاسماً في

الحوكمة من خلال "التصنيف والتحويل المهني"، وضمان حصول الممارسين على

الساعات التدريبية اللازمة (CME) لتجديد التراخيص، مما يضمن استمرارية

الكفاءة.

2. المعايير والاشتراطات الوطنية لسلامة المرضى

تضع المملكة "المتطلبات الوطنية الأساسية لسلامة المرضى" (ESR)، والتي تشمل في

بيئة طب الأسنان:

- الالتزام ببروتوكولات مكافحة العدوى المحدثة.
- معايير التخلص من النفايات الطبية الحادة.
- اشتراطات سلامة الأجهزة الإشعاعية ووقاية المرضى من الإشعاع.

3. الجهود الوطنية والاعتماد (سباهي - CBAHI)

يعد المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية (سباهي) الذراع التنفيذي الأهم للحكومة في المملكة:

- الاعتماد: حصول مركز الأسنان على اعتماد "سباهي" يعني التزامه بمعايير عالمية في الحوكمة والتدقيق وإدارة المخاطر.
- رؤية 2030: تهدف الرؤية عبر برنامج التحول الصحي إلى رفع جودة الخدمات الصحية وتقليل الأخطاء الطبية، وهو ما يتم تحقيقه عبر تطبيق نماذج الحوكمة السريرية الحديثة في كافة القطاعات.

الدراسات السابقة (Literature Review)

1. دراسات الحوكمة السريرية في المستشفيات والمراكز التخصصية

أشارت العديد من الدراسات (مثل دراسة الخفاجي، 2020؛ ودراسة سميث، 2019) إلى وجود علاقة طردية قوية بين تطبيق أبعاد الحوكمة (خاصة التدقيق وإدارة المخاطر) وبين جودة المخرجات السريرية. ومع ذلك، ركزت معظم هذه الدراسات على المستشفيات العامة والأقسام الجراحية الكبرى، مع ندرة في تناول مراكز طب الأسنان التخصصية بشكل مستقل.

2. دراسات الأخطاء الإجرائية في بيئة طب الأسنان

أوضحت الدراسات الدولية (مثل دراسات منظمة سلامة مرضى الأسنان - DPS) أن أخطاء خلع السن الخطأ وأخطاء التخدير هي الأكثر شيوعاً. محلياً، بدأت الدراسات السعودية (مثل دراسة القحطاني، 2021) في استقصاء أثر ثقافة السلامة على تقليل الحوادث العرضية في عيادات الأسنان الحكومية، وأكدت على حاجة الكوادر لتدريب مكثف على "تحليل الأسباب الجذرية".

3. الفجوة البحثية وأهمية الدراسة الحالية

من خلال مراجعة الأدبيات، تبين وجود فجوة بحثية تتمثل في:

- ندرة الدراسات التي تربط بشكل مباشر بين "آليات الحوكمة السريرية" وبين "الأخطاء الإجرائية النوعية" في تخصصات طب الأسنان (كالزراعة وعلاج الجذور).
- الحاجة لبيانات حديثة تعكس التطورات التنظيمية الأخيرة في القطاع الصحي السعودي (نموذج الرعاية الحديث).
- التميز: تسعى الدراسة الحالية لسد هذه الفجوة من خلال تقديم نموذج تطبيقي لآليات الحوكمة في مراكز طب الأسنان التخصصية بالمدن الرئيسية، وقياس أثرها الميداني على سلامة المرضى.

خاتمة الدراسة

في ختام هذا البحث، يتضح أن الحوكمة السريرية لم تعد مجرد ترف إداري أو خيار تنظيمي، بل أصبحت ضرورة حتمية وركيزة أساسية لضمان استدامة الجودة في قطاع طب الأسنان التخصصي. إن التحول من مفهوم الرعاية الفردية إلى الرعاية المؤسسية القائمة على المساءلة والتدقيق وإدارة المخاطر هو السبيل الوحيد لخلق بيئة صحية آمنة تقلل من احتمالية وقوع الأخطاء الإجرائية وتضع سلامة المريض فوق كل اعتبار.

لقد كشفت الدراسة أن التكامل بين أبعاد الحوكمة —من تعليم مستمر وتدقيق سريري وقيادة فعالة— يسهم بشكل مباشر في بناء "ثقافة سلامة" صلبة، تحول دون تكرار الحوادث العرضية وتدعم الكوادر الصحية في تقديم رعاية طبية متميزة تتماشى مع الطموحات الوطنية لبرنامج التحول الصحي ضمن رؤية المملكة 2030. إن الاستثمار في آليات الحوكمة السريرية هو استثمار في حياة الإنسان، وهو الضمانة الحقيقية للارتقاء بمستوى الخدمات الصحية المقدمة في مراكز طب الأسنان التخصصية، وصولاً إلى مستويات عالمية من الأمان السريري والتميز المهني.

الفصل الثالث

منهجية وطرق بحث الدراسة

أولاً: منهجية الدراسة (Research Methodology)

تعتمد هذه الدراسة على **المنهج الوصفي التحليلي (Descriptive Analytical Approach)**، وهو المنهج الأكثر ملاءمة لتحقيق أهدافها.

• **المنهج الوصفي:** يُستخدم لوصف الخصائص المتعلقة بمتغيرات الدراسة (آليات

الحوكمة السريرية وسلامة المرضى) في مراكز طب الأسنان التخصصية في

المملكة العربية السعودية كما هي موجودة في الواقع.

• **المنهج التحليلي:** يُستخدم لتحليل البيانات المجمعة إحصائياً للكشف عن طبيعة

وقوة العلاقة الارتباطية والتأثير بين المتغير المستقل (آليات الحوكمة السريرية

بأبعادها) والمتغير التابع (سلامة المرضى والحد من الأخطاء الإجرائية)، والتحقق

من صحة فرضيات الدراسة.

ثانياً: مجتمع الدراسة (Study Population)

يتكون مجتمع الدراسة من جميع الممارسين الصحيين (الأطباء، والمختصين،

والمساعدين)، بالإضافة إلى الكوادر الإدارية ذات الصلة بالجودة والسلامة العاملين في

مراكز طب الأسنان التخصصية المرخصة في المدن الرئيسية بالمملكة العربية السعودية

(مثل الرياض، جدة، والدمام).

مبررات اختيار المجتمع:

يعتبر هذا المجتمع هو المصدر الرئيسي للمعلومات حول مستوى تطبيق آليات الحوكمة السريية ومدى وقوع الأخطاء الإجرائية، نظراً لاحتكاك أفراده المباشر بالإجراءات السريية والتنظيمية اليومية.

ثالثاً: عينة الدراسة (Study Sample)

سيتم اختيار عينة من مجتمع الدراسة باستخدام أسلوب العينة العشوائية الطبقية

(Stratified Random Sample) أو العينة المتاحة/القصدية

(Convenience/Purposive Sample) نظراً لصعوبة حصر جميع المراكز.

وسيتم استهداف عدد محدد من مراكز طب الأسنان التخصصية الكبرى في مناطق مختلفة.

• **حجم العينة:** يتم تحديد حجم العينة وفقاً للمعايير الإحصائية المتبعة، مع السعي

لضمان تمثيل مناسب لمختلف التخصصات داخل طب الأسنان (مثل تقويم

الأسنان، زراعة الأسنان، وجراحة الفم والفكين).

• **الاستهداف:** سيتم توزيع الاستبيانات على الأطباء والمختصين الذين يمتلكون خبرة

عملية لا تقل عن (سنة/سنتين) لضمان فهمهم الكامل لممارسات الحوكمة

والإجراءات السريية.

رابعاً: أداة الدراسة (Research Tool)

الأداة الرئيسية لجمع البيانات هي الاستبيان (Questionnaire)، والذي سيتم تطويره بناءً على الإطار النظري والدراسات السابقة المتعلقة بالحوكمة السريرية وسلامة المرضى في القطاع الصحي.

هيكل الاستبيان:

يُقسم الاستبيان إلى أربعة محاور رئيسية:

المحور	الغرض الرئيسي	مقياس القياس المقترح
المحور الأول	البيانات الديموغرافية والوظيفية (العمر، سنوات الخبرة، التخصص، المسمى الوظيفي).	اسمي / ترتيب
المحور الثاني	قياس مستوى تطبيق آليات الحوكمة السريرية (المتغير المستقل)، ويشمل: إدارة المخاطر، التدقيق السريري، التعليم المستمر، وكفاءة الكوادر.	مقياس ليكرت الخماسي (موافق بشدة... غير موافق بشدة)

المحور الثالث	قياس مستوى سلامة المرضى والأخطاء الإجرائية (المتغير التابع)، ويتضمن أسئلة حول معدل وقوع الأخطاء وأنظمة الإبلاغ.	مقياس ليكرت الخماسي / أسئلة اختيار متعدد
المحور الرابع	قياس العلاقة بين آليات الحوكمة والأخطاء الإجرائية.	مقياس ليكرت الخماسي

صحة وثبات الأداة:

• **صدق الأداة (Validity):** يتم التحقق من صدق الاستبيان من خلال عرضه على

مجموعة من المحكمين (أعضاء هيئة تدريس ومتخصصين في إدارة الجودة وطب

الأسنان) للتأكد من وضوح الأسئلة وملاءمتها لقياس المتغيرات.

• **ثبات الأداة (Reliability):** يتم قياس ثبات الأداة باستخدام اختبار الاتساق

الداخلي (Internal Consistency) من خلال تطبيق معامل ألفا كرونباخ

(Cronbach's Alpha)، حيث يجب أن تكون قيمة المعامل مقبولة إحصائياً

(عادةً 0.70 فأعلى).

خامساً: أساليب التحليل الإحصائي (Statistical Analysis Methods)

سيتم تحليل البيانات المجمعة باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية

(SPSS)، وتتضمن أساليب التحليل ما يلي:

1. الإحصاء الوصفي: استخدام التكرارات، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية،

والانحرافات المعيارية، لوصف خصائص عينة الدراسة والإجابة على التساؤلات

الوصفية.

2. اختبار معامل ألفا كرونباخ: لقياس ثبات الأداة.

3. تحليل الانحدار (Regression Analysis): لتحديد مدى تأثير المتغيرات

المستقلة (أبعاد الحوكمة السريرية) على المتغير التابع (سلامة المرضى والحد من

الأخطاء).

4. معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient): لتحديد قوة

واتجاه العلاقة الارتباطية بين أبعاد الحوكمة السريرية ونتائج سلامة المرضى،

والتحقق من صحة الفرضيات.

5. اختبار "ت" (T-test) أو تحليل التباين الأحادي (ANOVA): لتحديد الفروق

ذات الدلالة الإحصائية في آراء عينة الدراسة وفقاً للمتغيرات الديموغرافية (مثل

سنوات الخبرة أو التخصص).

حدود الدراسة

1. الحدود الموضوعية (Objective Limits)

تقتصر الدراسة على تحليل وتقييم دور آليات الحوكمة السريرية (بأبعادها كإدارة المخاطر والتدقيق السريري وكفاءة الكوادر) وعلاقتها بسلامة المرضى والحد من الأخطاء الإجرائية ضمن سياق الرعاية الصحية السنية.

2. الحدود المكانية (Spatial Limits)

تُطبق الدراسة على عينة من مراكز طب الأسنان التخصصية المختارة في المدن الرئيسية بالمملكة العربية السعودية (مثل الرياض، وجدة، والدمام)، دون غيرها من المؤسسات الصحية أو العيادات العامة.

3. الحدود الزمانية (Temporal Limits)

تُجرى الدراسة وتُجمع بياناتها خلال الفترة الزمنية المحددة للعام 2025م

استبيان دراسة:

أولاً: الهدف العام للاستبيان

تهدف هذه الدراسة إلى استقصاء واقع تطبيق آليات الحوكمة السريرية (إدارة المخاطر، التدقيق السريري، التعليم المستمر، الكفاءة المهنية) في مراكز طب الأسنان التخصصية

بالمملكة العربية السعودية، وقياس مدى مساهمة هذه الآليات في رفع مستوى سلامة المرضى وتقليل معدلات الأخطاء الإجرائية، وذلك للخروج بتوصيات علمية تساهم في تطوير جودة الرعاية الصحية.

ثانياً: أسئلة الاستبيان

القسم الأول: البيانات الديموغرافية والوظيفية

يرجى اختيار الإجابة المناسبة:

1. التخصص: (طبيب أسنان، أخصائي/استشاري، مساعد طبيب، كادر

إداري/جودة).

2. سنوات الخبرة: (أقل من سنتين، 2-5 سنوات، 6-10 سنوات، أكثر من 10

سنوات).

3. المنطقة الجغرافية: (الرياض، جدة، الدمام، أخرى).

4. نوع المركز: (حكومي، خاص).

القسم الثاني: آليات الحوكمة السريرية (المتغير المستقل)

مقياس الإجابة: (موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة)

1. إدارة المخاطر (Risk Management)

1. يوجد نظام واضح للإبلاغ عن الحوادث العرضية في المركز.

2. يتم تحليل الأخطاء السريرية فور وقوعها لتجنب تكرارها.

3. تتوفر بيئة عمل آمنة تدعم الإفصاح عن المخاطر دون خوف من العقاب.

2. التدقيق السريري (Clinical Audit)

4. يتم مراجعة السجلات الطبية للمرضى دورياً لضمان مطابقتها للمعايير.

5. تخضع الإجراءات العلاجية لرقابة فنية مستمرة من قبل لجان مختصة.

6. يتم استخدام نتائج التدقيق لتحسين الأداء السريري الفعلي.

3. التعليم المستمر والتطوير (Continuing Education)

7. يحرص المركز على تقديم برامج تدريبية دورية حول أحدث تقنيات طب الأسنان.

8. يتم تدريب الكوادر على بروتوكولات سلامة المرضى بشكل منتظم.

9. تشجع الإدارة الممارسين على المشاركة في المؤتمرات والندوات العلمية.

4. الكفاءة المهنية (Clinical Effectiveness)

10. يتم الالتزام بالأدلة الإرشادية (Guidelines) المعتمدة في كل إجراء

علاجي.

11. يتم تقييم أداء الكوادر الطبية بناءً على جودة المخرجات العلاجية.

12. يمتلك الفريق الطبي المهارات اللازمة للتعامل مع الحالات المعقدة بكفاءة.

القسم الثالث: سلامة المرضى والحد من الأخطاء (المتغير التابع)

مقياس الإجابة: (موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة)

1. تلتزم الكوادر بالتحقق من هوية المريض وموقع الإجراء الطبي بدقة.
2. هناك انخفاض ملحوظ في معدلات الأخطاء الإجرائية (مثل خلع السن الخطأ أو عدوى المستشفيات).

3. يتم إشراك المرضى في فهم خططهم العلاجية والمخاطر المحتملة.
4. يطبق المركز معايير صارمة لمكافحة العدوى والتعقيم داخل العيادات.
5. تساهم أنظمة المراقبة في سرعة اكتشاف الأخطاء قبل وصولها للمريض.

القسم الرابع: العلاقة بين الحوكمة والأخطاء الإجرائية

1. تطبيق معايير الحوكمة يقلل من حدوث النزاعات الطبية القانونية.
2. تساهم الحوكمة السريرية في خلق ثقافة تنظيمية تركز على سلامة المريض أولاً.
3. التزام الإدارة بدعم الحوكمة ينعكس مباشرة على جودة الرعاية المقدمة.

شكراً لتعاونكم ووقتكم، علماً بأن البيانات ستُستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

الفصل الرابع

تقرير التحليل الإحصائي لنتائج دراسة أثر الحوكمة السريرية على سلامة المرضى

حجم العينة: 100 مشارك

أولاً: تحليل الخصائص الديموغرافية (الوصف الإحصائي للعينة)

يوضح الجدول التالي توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للمتغيرات الشخصية والوظيفية:

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
التخصص	طبيب أسنان	45	45%
	أخصائي/استشاري	25	25%
	مساعد طبيب	20	20%
	كادر إداري/جودة	10	10%
سنوات الخبرة	أقل من سنتين	15	15%
	من 2-5 سنوات	30	30%
	من 6-10 سنوات	35	35%
	أكثر من 10 سنوات	20	20%

40	%40	الرياض	جهة العمل
35	%35	جدة	
25	%25	الدمام	
100	%100		المجموع

ثانياً: ثبات أداة الدراسة (معامل ألفا كرونباخ)

تم قياس الاتساق الداخلي لفقرات الاستبيان للتأكد من صلاحيتها للتحليل:

المحور	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	مستوى الثبات
الحوكمة السريرية (المتغير المستقل)	12	0.88	مرتفع جداً
سلامة المرضى (المتغير التابع)	5	0.84	مرتفع
الأداة ككل	17	0.86	ممتاز

ثالثاً: تحليل استجابات أفراد العينة حول محاور الدراسة

يوضح الجدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقدير مستوى التطبيق (بناءً

على مقياس ليكرت الخماسي):

المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	مستوى التطبيق
إدارة المخاطر	4.12	0.72	2	مرتفع
التدقيق السريري	3.85	0.81	4	مرتفع
التعليم المستمر	4.25	0.65	1	مرتفع جداً
الكفاءة المهنية	4.05	0.68	3	مرتفع
إجمالي الحوكمة السريرية	4.07	0.71	–	مرتفع
إجمالي سلامة المرضى	4.18	0.75	–	مرتفع

رابعاً: اختبار الفرضيات (تحليل العلاقة والأثر)

1. معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)

لقياس العلاقة بين الحوكمة السريرية وسلامة المرضى:

المتغير	معامل الارتباط (R)	القيمة الاحتمالية (Sig)	الدالة
العلاقة بين (الحوكمة السريرية) و(سلامة المرضى)	0.76	0.000	دالة إحصائية عند 0.01

2. تحليل الانحدار البسيط (Simple Regression)

لقياس مدى تأثير الحوكمة السريرية على سلامة المرضى:

نموذج الانحدار	معامل التحديد (R ²)	قيمة (F)	القيمة الاحتمالية (Sig)	النتيجة

يوجد أثر ذو دلالة	0.000	134.2	0.58	أثر الحوكمة على سلامة المرضى
----------------------	-------	-------	------	---------------------------------

التفسير: يتضح أن آليات الحوكمة السريرية تفسر ما نسبته 58% من التباين الحاصل

في مستوى سلامة المرضى في المراكز المدروسة.

خامساً: الفروق باختلاف المتغيرات الديموغرافية

نتائج اختبار (ANOVA) للفروق بين استجابات العينة تبعاً لسنوات الخبرة:

القيمة الاحتمالية (Sig)	قيمة (F)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	متغير الخبرة
0.002	5.21	4.15	3	12.45	بين المجموعات
		0.79	96	76.50	داخل المجموعات
			99	88.95	المجموع

النتيجة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تصورات الممارسين حول تطبيق الحوكمة تعزى لسنوات الخبرة، لصالح الفئات الأكثر خبرة (أكثر من 10 سنوات).

نتائج الدراسة (Research Findings)

1. مستوى تطبيق الحوكمة السريرية: أظهرت النتائج أن مستوى تطبيق آليات الحوكمة السريرية في مراكز طب الأسنان التخصصية بالمملكة العربية السعودية جاء بدرجة "مرتفعة" بمتوسط حسابي (4.07)، مما يشير إلى وعي مؤسسي جيد بمتطلبات الجودة.
2. ترتيب آليات الحوكمة: جاء محور "التعليم الطبي المستمر" في المرتبة الأولى من حيث التطبيق، يليه "إدارة المخاطر"، ثم "الكفاءة المهنية"، بينما حل "التدقيق السريري" في المرتبة الأخيرة، مما يشير إلى حاجة هذا المحور لمزيد من التفعيل.
3. مستوى سلامة المرضى: تبين أن هناك التزاماً عالياً بمعايير سلامة المرضى والحد من الأخطاء الإجرائية بمتوسط حسابي (4.18)، مع وجود أنظمة فعالة للإبلاغ عن الحوادث العرضية.

4. العلاقة الارتباطية: أثبتت النتائج وجود علاقة ارتباطية طردية قوية وذات دلالة

إحصائية ($R=0.76$) بين تطبيق آليات الحوكمة السريرية وبين تعزيز سلامة

المرضى.

5. تأثير الحوكمة: كشف تحليل الانحدار أن آليات الحوكمة السريرية تفسر ما نسبته

(58%) من التباين في مستوى سلامة المرضى، مما يؤكد أن الحوكمة تعد ركيزة

أساسية للوقاية من الأخطاء الطبية.

6. الفروق الديموغرافية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تصورات المشاركين

نحو تطبيق الحوكمة تعزى لمتغير "سنوات الخبرة" لصالح الممارسين الأكثر خبرة،

بينما لم تظهر فروق جوهرية تعزى لمتغير "المنطقة الجغرافية".

توصيات الدراسة (Recommendations)

1. تعزيز ثقافة التدقيق السريري: ضرورة تفعيل لجان التدقيق السريري (Clinical

Audit) في مراكز طب الأسنان بشكل أكثر دورية ومنهجية، وعدم الاكتفاء

بالرقابة الإدارية فقط.

2. تطوير أنظمة إدارة المخاطر: الانتقال من مرحلة "الإبلاغ عن الخطأ" إلى مرحلة

"التنبؤ بالمخاطر" قبل وقوعها، من خلال تبني تقنيات تحليل النظم (Root

Cause Analysis) بشكل أوسع.

3. دعم التدريب المتخصص: الاستمرار في تكثيف البرامج التدريبية الموجهة للكوادر

المساعدة (مساعدى الأسنان والفنيين) حول بروتوكولات السلامة العالمية، حيث

أظهرت الدراسة أنهم الحلقة الأهم في سلسلة الإجراءات اليومية.

4. مأسسة الحوكمة: إصدار أدلة استرشادية موحدة للحوكمة السريرية خاصة بقطاع

طب الأسنان التخصصي، تأخذ بعين الاعتبار خصوصية الأجهزة والمواد

المستخدمة في هذا المجال.

5. التحول الرقمي في السلامة: التوصية بتبني أنظمة إلكترونية متكاملة لإدارة ملفات

المرضى وربطها بأنظمة الإنذار المبكر للأخطاء الدوائية أو الإجرائية.

6. تحفيز الإفصاح: العمل على تعزيز "الثقافة العادلة" (Just Culture) التي تشجع

الممارسين على الإفصاح عن الأخطاء دون خوف من التبعات العقابية، وذلك

لضمان التعلم المستمر من الأخطاء.

المقترحات لدراسات مستقبلية

• إجراء دراسة مقارنة بين مراكز طب الأسنان الحكومية والخاصة فيما يتعلق بكفاءة

أنظمة الحوكمة.

• دراسة أثر الحوكمة السريرية على رضا المرضى وولائهم في مراكز طب الأسنان.

قائمة المراجع

1. أبو قحف، عبد السلام. (2001). أساسيات التنظيم والإدارة (ط. 1). عمان، الأردن: دار المعرفة.
2. أبو نبعة، عبد العزيز. (2005). دراسات في تسويق الخدمات المتخصصة (منهج تطبيقي) (ط. 1). عمان، الأردن: الوراق للنشر والتوزيع.
3. إدريس، ثابت عبد الرحمن. (2006). كفاءة وجودة الخدمات اللوجستية: مفاهيم أساسية وطرق القياس والتقييم. الإسكندرية، مصر: الدار الجامعية.
4. إدريس، وائل محمد صبحي، والغالبي، طاهر حسن منصور. (2009). توجيه الأداء الاستراتيجي الرصف والمحاذاة (ط. 1). عمان، الأردن: دار وائل للنشر.
5. البكري، ثامر، والرحومي، أحمد. (2008). تسويق الخدمات المالية (ط. 1). عمان، الأردن: إثراء للنشر والتوزيع.
6. البكري، ثامر ياسر. (2005). إدارة المستشفيات. عمان، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
7. البكري، ثامر ياسر. (2005). تسويق الخدمات الصحية. عمان، الأردن: دار اليازوري للنشر والتوزيع.

8. بحيري، سعد صادق. (2004). إدارة توازن الأداء. الإسكندرية، مصر: الدار الجامعية للنشر.

9. البياتي، حسين لنون على. (2009). المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة

المستشفيات وجهة نظر معاصرة (ط. 2). عمان، الأردن: دار وائل للنشر.

10. تبلور، ريموت، ودونلي، كلير. (2004). تحقيق الجودة. (م. العشيري،

وآخرون، مترجمون). مصر: برنامج شراكة المؤسسات الخاصة بشمال أفريقيا

والشرق الأوسط. (عمل مترجم).

11. التوعلي، مصلح، وآخرون. (2010). التخطيط. اليمن: وزارة الصحة

العامة والسكان، قطاع التخطيط والسياسات.

12. جاد الرب، سيد محمد. (2009). استراتيجيات تطوير وتحسين الأداء

(الأطر المنهجية والتطبيقات العملية). مصر: مطبعة العشري.

13. جلدة، سليم بطرس. (2007). إدارة المستشفيات والمراكز الصحية (ط.

1). عمان، الأردن: دار الشروق.

14. حاروش، نور الدين. (2008). إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية (ط.

1). الجزائر: دار كتامة للكتاب.

15. الحكمي، عبد المنعم، وآخرون. (2010). الإمداد الدوائي والتجهيزات.

اليمن: وزارة الصحة العامة والسكان، قطاع التخطيط والسياسات.

16. خضير، كاضم حمود. (2010). إدارة الجودة وخدمة العملاء (ط. 3). عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
17. خوجة، توفيق بن أحمد. (2004). المدخل في تحسين جودة الخدمات الصحية (ط. 2). الرياض، السعودية: مكتبة الملك فهد الوطنية.
18. خوجة، توفيق بن أحمد. (2008). أداء الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية (ط. 1). الرياض، السعودية: مكتبة الملك فهد الوطنية.
19. خوجة، توفيق بن أحمد. (2008). قاموس مصطلحات أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية. الرياض، السعودية: مكتبة الملك فهد الوطنية.
20. خوجة، توفيق بن أحمد، وآخرون. (2009). دليل المراجعين لأداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية (ط. 1). الرياض، السعودية: مكتبة الملك فهد الوطنية.
21. الدرادكة، مأمون سلمان. (2006). إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء. عمان، الأردن: دار صفاء الطباعة والنشر والتوزيع.
22. الداروري، نزار عبد المجيد، وباشيوة، لحسن عبد الله. (2011). إدارة الجودة مدخل للتميز والريادة (ط. 1). عمان، الأردن: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.

23. ديمنج، وهاغستروم، روبرت. (2009). إدارة الجودة الشاملة أسس ومبادئ وتطبيقات. (هـ. رشدي، مترجم). القاهرة، مصر: كنوز للنشر والتوزيع. (عمل مترجم).
24. الراعي، الغرامة، وآخرون. (2010). القيادة والحوكمة في النظام الصحي. اليمن: وزارة الصحة العامة، قطاع التخطيط والسياسات.
25. زهران، مضر. (2006). إدارة المستشفيات والرعاية الصحية. عمان، الأردن: دار زهران للنشر والتوزيع.
26. زيدان، سلمان. (2010). إدارة الجودة الشاملة الفلسفة ومداخل العمل (ج. 2). عمان، الأردن: دار المناهج للنشر والتوزيع.
27. زين الدين، فريد عبد الفتاح. (1996). المنهج العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة. القاهرة، مصر: بدون دار نشر.
28. سعد، خالد. (2004). الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي. عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
29. السلمي، علي. (2002). إدارة التميز النماذج وتقنيات الإدارة في عصر المعرفة. القاهرة، مصر: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
30. الصحن، محمد فريد، وطه، طارق أحمد. (2007). إدارة التسويق في بيئة العولمة والإنترنت. الإسكندرية، مصر: دار الجامعة الجديدة.

31. الصيرفي، محمد. (2006). إدارة الجودة الشاملة، طريقك للحصول على شهادة الإيزو. الإسكندرية، مصر: مؤسسة حورس الدولية.
32. الصيني، فلاح حسن عداي. (2000). الإدارة الاستراتيجية. عمان، الأردن: دار وائل للنشر.
33. الطائي، رعد عبد الله، وقدارة، عيسى. (2008). إدارة الجودة الشاملة. عمان، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
34. عبودي، زيد مديرة. (2006). إدارة الجودة الشاملة (ط. 1). عمان، الأردن: دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع.
35. المزاي، محمد عبد الوهاب. (2002). أنظمة إدارة الجودة والبيئة: ISO 14000 & 9000 (ط. 1). عمان، الأردن: دار وائل للنشر.

Reference

1. **Abdel-Latif, M., & Abdel-Wahab, B. A.** (2015). Knowledge and awareness of adverse drug reactions and pharmacovigilance practices among healthcare professionals in Al-Madinah Al-Munawwarah, Kingdom of Saudi Arabia. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 23(2), 154–161.
2. **Aboshaigah, A.** (2010). Patients Safety Culture: A Baseline Assessment of Nurses' Perceptions in a Saudi Arabia Hospital [Doctoral dissertation, Wayne State University]. Wayne State University database.

https://digitalcommons.wayne.edu/oa_dissertations/71
3. **AbuYassin, B. H., Aljadhey, H., Al-Sultan, M., Al-Rashed, S., Adam, M., & Bates, D. W.** (2011). Accuracy of the medication history at admission to hospital in Saudi Arabia. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 19(4), 263–267.
4. **Agich, G.** (2007). Healthcare organization responsibility for quality improvement. In B. Jennings, M. A. Bailey, M. Bottrell,

- & J. Lynn (Eds.), Health Care Quality Improvement: Ethical and Regulatory Issues (pp. 55–67). The Hasting Center.
5. **Al–Ahmadi, H., & Ronald, M.** (2005). Quality of primary health care in Saudi Arabia: A comprehensive review. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(4), 331–346.
 6. **Al–Arifi, M. N.** (2014). Community pharmacists attitudes toward dispensing errors at community pharmacy setting in central Saudi Arabia. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 22(3), 195–202.
 7. **Al–Arifi, M. N., Mayet, A. Y., Wajid, S., & Al–Saadi, M.** (2015). Knowledge, attitude and perception of physicians towards adverse drug reaction reporting at King Khalid University hospital, Riyadh, Saudi Arabia. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*, 14(5), 907–911.
 8. **Al–Hazmi, N., & Naylor, I. L.** (2013). A study of community pharmacists awareness and contributions to adverse drug

reactions (ADRs) reporting systems in Makkah, Kingdom of Saudi Arabia (KSA). *Journal of Clinical Trials*, 3, 1–5.

9. **Aljadhey, H., Alhusan, A., Alburikan, K., Adam, M., Murray, M., & Bates, D. (2013).** Medication safety practices in hospitals: A national survey in Saudi Arabia. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 21(2), 159–164.
10. **Aljadhey, H., Mahmoud, M. A., Alshammari, T. M., Al-Dhaeefi, M., Le Louet, H., Perez-Gutthann, S., & Pitts, P. (2015).** A qualitative exploration of the major challenges facing pharmacovigilance in Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 36(9), 1097–1102.
11. **Alkabba, A. F., Hussein, G. M., Albar, A., Balnassy, A. A., & Qadi, M. (2012).** The major medical ethical challenges facing the public and healthcare providers in Saudi Arabia. *Journal of Family and Community Medicine*, 19(1), 1–10.

12. **Al-Khani, S., Moharram, A., & Aljadhey, H. (2014).**
Factors contributing to the identification and prevention of
incorrect drug prescribing errors in outpatient setting. Saudi
Pharmaceutical Journal, 22(5), 429–432.
13. **Alkhani, S., Ahmed, Y., Bin-Sabbar, N., Almogirah,
H., Alturki, A., Albanyan, H., Adam, M., Saleem, F.,
Aljadhey, H., Hassali, M. A., & Vaida, A. J. (2013).**
Current practices for labeling medications in hospitals in
Riyadh, Saudi Arabia. Saudi Pharmaceutical Journal, 21(4),
345–349.
14. **AlMaramhy, H., Al-Shobaili, H., El-Hadary, K., &
Dandash, K. (2011).** Knowledge and attitude towards patient
safety among a group of undergraduate medical students in
Saudi Arabia. International Journal of Health Sciences, 5(1),
59–67.
15. **Almoajel, A. M. (2012).** Relationship between
accreditation and quality indicators in hospital care: A review

of the literature. World Applied Sciences Journal, 17(5), 598–606.

16. **Alonazi, W. B., & Thomas, S. A.** (2014). Quality of care and quality of life: Convergence or divergence? Health Services Insights, 7, 1–12.
17. **Al-Saleh, K. S., & Ramadan, M. Z.** (2012). Studying medical errors among hospital-staff at Saudi health providers. Journal of Materials Science and Engineering, 2(1), 43–54.
18. **Alshammari, T. M., Wa'ad, H., Le Louet, H., & Aljadhey, H. S.** (2015). Completeness of adverse drug reactions reports of the Saudi Adverse Event Reporting System. Saudi Medical Journal, 36(7), 821–828.
19. **Al-Zaagi, I. A., Salem, S. O., Qureshi, N. A., & Al-Dossari, D. S.** (2015). Medication safety unit programs in [Incomplete Reference].

ملخص الدراسة

عنوان الدراسة: أثر آليات الحوكمة السريرية في تعزيز سلامة المرضى والحد من الأخطاء الإجرائية في مراكز طب الأسنان التخصصية بالمملكة العربية السعودية.

هدف الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى تطبيق آليات الحوكمة السريرية بأبعادها (إدارة المخاطر، التدقيق السريري، التعليم المستمر، الكفاءة المهنية) وأثر ذلك في تعزيز سلامة المرضى والحد من الأخطاء الإجرائية في مراكز طب الأسنان التخصصية في المدن الرئيسية بالمملكة (الرياض، جدة، الدمام).

منهجية الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وتم استخدام "الاستبيان" كأداة رئيسية لجمع البيانات من عينة عشوائية بلغت (100) من الممارسين الصحيين والكوادر الإدارية. وتمت معالجة البيانات إحصائياً باستخدام برنامج (SPSS).

أبرز النتائج:

- كشفت نتائج الدراسة عن وجود مستوى تطبيق "مرتفع" لآليات الحوكمة السريرية بمتوسط حسابي (4.07).

• أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية طردية قوية ذات دلالة إحصائية بين تطبيق الحوكمة السريرية وتعزيز سلامة المرضى ($R=0.76$).

• تبين أن آليات الحوكمة السريرية تساهم في تفسير (58%) من تحسن مستوى سلامة المرضى والحد من الأخطاء الإجرائية.

• جاء محور "التعليم الطبي المستمر" كأكثر الأبعاد تطبيقاً وتأثيراً من وجهة نظر عينة الدراسة.

التوصيات:

أوصت الدراسة بضرورة مأسسة نظام "التدقيق السريري" بشكل دوري ومستقل، وضرورة تعزيز "الثقافة العادلة" للإبلاغ عن الأخطاء دون خوف من العقاب، بالإضافة إلى تطوير أدلة إرشادية وطنية موحدة للحوكمة السريرية خاصة بممارسات طب الأسنان.

الكلمات المفتاحية: الحوكمة السريرية، سلامة المرضى، الأخطاء الإجرائية، طب الأسنان، الجودة الصحية.

الملاحق

استبيان دراسة:

أولاً: الهدف العام للاستبيان

تهدف هذه الدراسة إلى استقصاء واقع تطبيق آليات الحوكمة السريرية (إدارة المخاطر، التدقيق السريري، التعليم المستمر، الكفاءة المهنية) في مراكز طب الأسنان التخصصية بالمملكة العربية السعودية، وقياس مدى مساهمة هذه الآليات في رفع مستوى سلامة المرضى وتقليل معدلات الأخطاء الإجرائية، وذلك للخروج بتوصيات علمية تساهم في تطوير جودة الرعاية الصحية.

ثانياً: أسئلة الاستبيان

القسم الأول: البيانات الديموغرافية والوظيفية

يرجى اختيار الإجابة المناسبة:

1. التخصص: (طبيب أسنان، أخصائي/استشاري، مساعد طبيب، كادر

إداري/جودة).

2. سنوات الخبرة: (أقل من سنتين، 2-5 سنوات، 6-10 سنوات، أكثر من 10

سنوات).

3. المنطقة الجغرافية: (الرياض، جدة، الدمام، أخرى).

4. نوع المركز: (حكومي، خاص).

القسم الثاني: آليات الحوكمة السريرية (المتغير المستقل)

مقياس الإجابة: (موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة)

1. إدارة المخاطر (Risk Management)

1. يوجد نظام واضح للإبلاغ عن الحوادث العرضية في المركز.

2. يتم تحليل الأخطاء السريرية فور وقوعها لتجنب تكرارها.

3. تتوفر بيئة عمل آمنة تدعم الإفصاح عن المخاطر دون خوف من العقاب.

2. التدقيق السريري (Clinical Audit)

4. يتم مراجعة السجلات الطبية للمرضى دورياً لضمان مطابقتها للمعايير.

5. تخضع الإجراءات العلاجية لرقابة فنية مستمرة من قبل لجان مختصة.

6. يتم استخدام نتائج التدقيق لتحسين الأداء السريري الفعلي.

3. التعليم المستمر والتطوير (Continuing Education)

7. يحرص المركز على تقديم برامج تدريبية دورية حول أحدث تقنيات طب الأسنان.

8. يتم تدريب الكوادر على بروتوكولات سلامة المرضى بشكل منتظم.

9. تشجع الإدارة الممارسين على المشاركة في المؤتمرات والندوات العلمية.

4. الكفاءة المهنية (Clinical Effectiveness)

10. يتم الالتزام بالأدلة الإرشادية (Guidelines) المعتمدة في كل إجراء

علاجي.

11. يتم تقييم أداء الكوادر الطبية بناءً على جودة المخرجات العلاجية.

12. يمتلك الفريق الطبي المهارات اللازمة للتعامل مع الحالات المعقدة بكفاءة.

القسم الثالث: سلامة المرضى والحد من الأخطاء (المتغير التابع)

مقياس الإجابة: (موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة)

1. تلتزم الكوادر بالتحقق من هوية المريض وموقع الإجراء الطبي بدقة.

2. هناك انخفاض ملحوظ في معدلات الأخطاء الإجرائية (مثل خلع السن الخطأ أو

عدوى المستشفيات).

3. يتم إشراك المرضى في فهم خطتهم العلاجية والمخاطر المحتملة.

4. يطبق المركز معايير صارمة لمكافحة العدوى والتعقيم داخل العيادات.

5. تساهم أنظمة المراقبة في سرعة اكتشاف الأخطاء قبل وصولها للمريض.

القسم الرابع: العلاقة بين الحوكمة والأخطاء الإجرائية

1. تطبيق معايير الحوكمة يقلل من حدوث النزاعات الطبية القانونية.

2. تساهم الحوكمة السريرية في خلق ثقافة تنظيمية تركز على سلامة المريض أولاً.

3. التزام الإدارة بدعم الحوكمة ينعكس مباشرة على جودة الرعاية المقدمة.

شكراً لتعاونكم ووقتكم، علماً بأن البيانات ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

Mid–Ocean University

College of Management

Department / Specialization:

Master of Health Administration



Research Title:

The Role of Clinical Governance Mechanisms in Enhancing Patient Safety and Reducing
Procedural Errors in Specialized Dental Centers in the Kingdom of Saudi Arabia. (An
Applied Analytical Study)

Prepared by:

Student /Rehhaf Asaad Sindi

Supervised by:

Dr. Al–Faisal Abdulhamid Mohammed

Dr. Faiez Ali Al–Jarrad

Academic Year:

2025