

**أثر تطبيق الحوكمة السريرية على الحد من الأخطاء الطبية  
وتعزيز كفاءة الأداء التشغيلي في المستشفيات  
(دراسة ميدانية على بعض مستشفيات الرياض)**

إعداد الطالب

خالد غزاي بن عبد المحسن العتيبي

الرقم الجامعي / 243000082

المشرف الثاني

د / قايسر جواد

المشرف الرئيسي

د / الفيصل عبد الحميد

العام الدراسي

2025م

## حقوق الطبعاعة

حقوق الطبعاعة تمتلكها جامعة ميدأوشن. حيث إن جميع المواد والمحتويات الواردة في هذا البحث هي ملك للجامعة. ولا يجوز استخدامها أو إعادة نشرها أو توزيعها بدون إذن مسبق من جامعة ميدأوشن.

الباحث

## شكر وتقدير

الحمد لله الذي وفقني لإتمام هذا البحث، وسدد خطاي لتحقيق أهدافه، وجعل هذا العمل لبنه تسهم في تطوير جودة الرعاية الصحية وكفاءة الأداء في مستشفياتنا. أتقدم بجزيل الشكر والعرفان لكل من أسهم في إنجاز هذا البحث، وعلى رأسهم أساتذتي الأفاضل:

د. الفیصل عبدالحمید

د. فايز جراد

الذين بذلوا معي الجهد في توجيهي وإرشادي بخبرتهم العلمية، ودعمهم المستمر حتى خرج هذا العمل إلى النور بأفضل صورة ممكنة. كما أعبر عن بالغ تقديري لإدارة المستشفيات المشاركة وكافة العاملين فيها، الذين تعاونوا معي بكل رحابة صدر وقدموا التسهيلات اللازمة لجمع البيانات الميدانية. ولا يفوتني أن أشكر أسرتي الكريمة، زوجتي وأبنائي وبناتي، وأصدقائي الأعزاء، الذين كانوا سنداً لي طوال فترة البحث، بدعائهم وتشجيعهم وتحملهم مشاق هذه المرحلة معي. أسأل الله أن يكتب لهذا العمل القبول وأن يجعله نافعا لكل من يطلع عليه، وأن يكون خطوة نحو تحسين الخدمات الصحية في وطننا الغالي.

## إهداء

إلى أبنائي وبناتي وزوجتي، الذين كانوا مصدر سعادتي، وسبب إلهامي، والدافع الأكبر الذي  
منحني القوة للاستمرار والسعي لتحقيق هذا الإنجاز.



إلى والدتي الغالية، رمز العطاء والصبر والرحمة، التي كانت دعواتها لي زادًا لا ينفد.



وإلى روح والدي رحمه الله، الذي غرس في قلبي حب العلم والاجتهاد، وأسأل الله أن يجعل هذا  
العمل في ميزان حسناته.



إلى إخوتي وأخواتي وأصدقائي الأعزاء، الذين كانوا سندًا ودعمًا طوال هذه الرحلة.



أهدي ثمرة هذا الجهد المتواضع إليكم جميعًا، عرفانًا ووفاء وتقديرًا لا ينتهي

## المستخلص

هدفت الدراسة إلى الكشف عن تأثير أثر تطبيق الحوكمة السريرية على الحد من الأخطاء الطبية وتعزيز كفاءة الأداء التشغيلي في المستشفيات، والتعرف على أهمية تطبيق الحوكمة السريرية بالمستشفى، وقد تكون مجتمع الدراسة من الكوادر الصحية والإدارية العاملة في عدد من المستشفيات في مدينة الرياض، واشتملت عينة الدراسة على (361) مفرقة من الكوادر الصحية بالرياض، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي كمنهج للدراسة، واعتمد على الاستبانة، والمقابلة كأدوات لجمع البيانات، وقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج، أهمها تبين وجود أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية (لتطبيق الحوكمة السريرية) على الحد من الأخطاء الطبية، وعلى تعزيز كفاءة الأداء التشغيلي، كما تبين وجود ارتباط معنوي بين مستوى تطبيق الحوكمة السريرية ومستوى جودة سلامة الرعاية الصحية المقدمة. وتمكن أهمية تطبيق الحوكمة السريرية بالمستشفى في الحد من الأخطاء الطبية، فتساعد الحوكمة السريرية على وضع معايير وإجراءات واضحة، مما يقلل من فرص حدوث الأخطاء في التشخيص والعلاجي، وتطوير جودة الرعاية الصحية، حيث تساهم في تعزيز جودة الخدمات المقدمة للمرضى من خلال تقييم الأداء وتطبيق أفضل الممارسات، وتعزيز كفاءة الأداء التشغيلي في إدارة الموارد بشكل أفضل. مما يزيد من كفاءة العمليات داخل المستشفى.

وقد أوصت الدراسة بالعديد من التوصيات أهمها ضرورة استخدام أنظمة المعلومات الصحية لإدارة البيانات بشكل فعال. مما يساهم في تحسين رصد الأخطاء وتعزيز كفاءة الأداء. وتعزيز التعاون وتبادل المعرفة بين المستشفيات المختلفة. مما يساهم في تبني أفضل الممارسات وتحسين جودة الرعاية.

كلمات مفتاحية: الحوكمة السريرية، الأخطاء الطبية، كفاءة الأداء التشغيلي، مستشفيات الرياض.

## **Abstract**

The current study aimed to investigate the impact of implementing clinical governance on reducing medical errors and enhancing operational performance efficiency in hospitals, in addition to exploring the importance of implementing clinical governance in the hospitals. The study population encompassed the health and administrative staff working in some of Al-Riyadh hospitals; the study sample included (361) respondents from the health sector staff in Al-Riyadh. The researcher adopted the analytical descriptive approach as the study methodology and used the questionnaire and interview to collect data. The study results indicated that there is a positive statistically significant impact of implementing the clinical governance on reducing the medical errors and enhancing the operational performance efficiency, it was also indicated that there is a significant correlation between the level of clinical governance implementation and the level of the provided health care quality and integrity, the importance of implementing the clinical governance in hospitals lies in reducing the medical errors, since the clinical governance contributes to setting clear standards and procedures, which reduces the occurrence chances of medical errors in diagnosis and treatment, and enhances the health care quality, since it promotes the quality of the services provided to patients through performance assessment, implementation of the best practices, and enhancing the operational performance in resource management, which improves the processes efficiency within the hospital.

The study provided several recommendations, the most important of which is the need to utilize health information systems to manage data effectively, which contributes to improving error monitoring, enhancing performance efficiency, and promoting cooperation and knowledge sharing among different hospitals, which contributes to the adoption of the best practices and improving the health care quality.

**Keywords:** Clinical Governance, Medical Errors, Operational Performance Efficiency, Al-Riyadh Hospitals.



## فهرس المحتويات

|    |                                                    |    |
|----|----------------------------------------------------|----|
| ب  | حقوق الطبعاعة                                      | 1  |
| ج  | شكر وتقدير                                         | 1  |
| د  | اهداء                                              | 1  |
| هـ | المستخلص                                           | 1  |
| و  | Abstract                                           | 1  |
| 1  | الفصل الأول: الإطار العام للدراسة                  | 1  |
| 1  | المقدمة Introduction                               | 1  |
| 2  | مشكلة الدراسة - Research Problem                   | 2  |
| 3  | أهمية الدراسة - Significance of the Study          | 3  |
| 4  | أهداف الدراسة - Study Objectives                   | 4  |
| 5  | تساؤلات الدراسة - Study Questions                  | 5  |
| 6  | المنطلقات النظرية للدراسة - Theoretical Framework  | 6  |
| 7  | الفرضيات الإحصائية للدراسة                         | 7  |
| 8  | حدود الدراسة - Scope and Limitations of the Study  | 8  |
| 10 | الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة      | 10 |
| 10 | أولاً: الإطار النظري                               | 10 |
| 10 | المحور الأول: الحوكمة السريرية                     | 10 |
| 10 | مقدمة                                              | 10 |
| 12 | مفهوم الحوكمة السريرية                             | 12 |
| 14 | دور القيادة الإدارية في دعم تطبيق الحوكمة السريرية | 14 |
| 17 | دور الحوكمة السريرية في تعزيز جودة الرعاية الصحية  | 17 |
| 19 | تحديات تطبيق الحوكمة السريرية في المستشفيات        | 19 |
| 22 | عوامل نجاح تطبيق الحوكمة السريرية                  | 22 |
| 27 | المحور الثاني: الأخطاء الطبية                      | 27 |
| 27 | مقدمة                                              | 27 |

|         |                                                                        |
|---------|------------------------------------------------------------------------|
| 29..... | مفهوم الأخطاء الطبية                                                   |
| 30..... | أنواع الأخطاء الطبية                                                   |
| 35..... | اللائحة المترتبة على الأخطاء الطبية                                    |
| 37..... | دور فريق الجودة وسلامة المرضى في الحد من الأخطاء الطبية                |
| 40..... | برامج التدريب ودورها في الحد من الأخطاء الطبية                         |
| 41..... | دور الحوكمة الطبية في الحد من الأخطاء الطبية في المستشفيات             |
| 45..... | المحور الثالث: كفاءة الأداء التشغيلي                                   |
| 45..... | مقدمة                                                                  |
| 47..... | مفهوم الكفاءة                                                          |
| 48..... | مفهوم الأداء التشغيلي                                                  |
| 49..... | أهمية تحسين كفاءة الأداء التشغيلي للمستشفيات                           |
| 52..... | معايير تحسين كفاءة الأداء التشغيلي للمستشفيات                          |
| 56..... | دور الحوكمة السريرية في تحسين كفاءة الأداء التشغيلي للمستشفيات         |
| 57..... | واقع القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية في ضوء رؤية المملكة 2030 |
| 61..... | ثانياً: الدراسات السابقة                                               |
| 61..... | أولاً: الدراسات المحلية                                                |
| 62..... | ثانياً: الدراسات العربية                                               |
| 64..... | ثالثاً: الدراسات الأجنبية                                              |
| 66..... | ما الذي يميز دراسة الحالية عن الدراسات السابقة                         |
| 68..... | الفصل الثالث: إجراءات الدراسة                                          |
| 68..... | منهج الدراسة                                                           |
| 68..... | مجتمع الدراسة وعينته                                                   |
| 69..... | خصائص عينة الدراسة                                                     |
| 71..... | وصف أداة الدراسة                                                       |
| 71..... | أ. أولاً: الاستبانة                                                    |
| 75..... | ب. ثانياً: أداة دراسة المقابلة                                         |
| 76..... | الأساليب الإحصائية                                                     |

|           |                                                       |
|-----------|-------------------------------------------------------|
| 78.....   | الفصل الرابع: نتائج الدراسة ومناقشتها                 |
| 78.....   | تمهيد                                                 |
| 78.....   | القسم الأول: فرضيات الدراسة                           |
| 83.....   | القسم الثاني: أسئلة المقابلة                          |
| 96.....   | الفصل الخامس: ملخص نتائج الدراسة والتوصيات والمقترحات |
| 96.....   | ملخص الدراسة                                          |
| 98.....   | توصيات الدراسة                                        |
| 98.....   | مقترحات الدراسة: عمل دراسات مستقبلية                  |
| 99.....   | قائمة المراجع                                         |
| 99.....   | أولاً: المراجع العربية                                |
| 104 ..... | ثالثاً: المراجع الأجنبية                              |
| 111 ..... | الملاحق                                               |
| 111 ..... | ملحق (1) الاستبانة                                    |
| 115 ..... | ملحق (2) استمارة مقابلة                               |

## فهرس الجداول

|                                                                                                                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| الجدول رقم (3-1) توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة.....                                                                                                             | 68 |
| الجدول رقم (3-2) توزيع أفراد العينة حسب عدد سنوات الخبرة.....                                                                                                    | 69 |
| الجدول رقم (3-3) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع المستشفى.....                                                                                             | 70 |
| الجدول رقم (3-4) معاملات ارتباط بيرسون بين درجات ككل عبارة والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه العبارة في المحور الثاني: الحوكمة السريرية.....                 | 71 |
| الجدول رقم (3-5) معاملات ارتباط بيرسون بين درجات ككل عبارة والدرجة للمحور الذي تنتمي إليه العبارة في الثالث: الأخطاء الطبية.....                                 | 72 |
| الجدول رقم (3-6) معاملات ارتباط بيرسون بين درجات ككل عبارة والدرجة للمحور الذي تنتمي إليه العبارة في المحور الرابع: كفاءة الأداء التشغيلي.....                   | 72 |
| جدول رقم (3-7) الصدق البنائي العام لمحاور الاستبانة.....                                                                                                         | 73 |
| الجدول رقم (3-8) معامل ثبات ألفا كرونباخ لمحاور الاستبانة.....                                                                                                   | 73 |
| الجدول رقم (4-1) نتائج "تحليل الانحدار" لمعرفة وجود أثر ذو دلالة إحصائية (لتطبيق الحوكمة السريرية) على (الحد من الأخطاء الطبية).....                             | 77 |
| الجدول رقم (4-2) نتائج "تحليل الانحدار" لمعرفة وجود أثر ذو دلالة إحصائية (لتطبيق الحوكمة السريرية) على (تعزيز كفاءة الأداء التشغيلي).....                        | 78 |
| الجدول رقم (4-3) نتائج "تحليل التباين الأحادي" (One Way Anova) للشروق في مدى تطبيق الحوكمة السريرية بين المستشفيات الحكومية والخاصة.....                         | 79 |
| الجدول رقم (4-4) معامل ارتباط بيرسون (Pearson) بين مستوى تطبيق الحوكمة السريرية ومستوى جودة سلامة الرعاية الصحية المقدمة.....                                    | 79 |
| الجدول رقم (4-5) نتائج "تحليل التباين الأحادي" (One Way Anova) للشروق في وجهات نظر العاملين في المستشفى حول تأثير الحوكمة السريرية وفقا لمتغير الوظيفة.....      | 80 |
| الجدول رقم (4-6) نتائج "تحليل التباين الأحادي" (One Way Anova) للشروق في وجهات نظر العاملين في المستشفى حول تأثير الحوكمة السريرية وفقا لمتغير سنوات الخبرة..... | 81 |
| الجدول رقم (4-7) نتائج اختبار (T-test) للشروق في وجهات نظر العاملين في المستشفى حول تأثير الحوكمة السريرية وفقا لمتغير نوع المستشفى.....                         | 81 |

## فهرس الأشكال

- الشكل رقم (3-1) يوضح توزيع افراد عينة الدراسة حسب الوظيفة.....69
- الشكل رقم (3-2) يوضح توزيع افراد عينة الدراسة حسب عدد سنوات الخبرة.....69
- الشكل رقم (3-3) يوضح توزيع افراد عينة الدراسة حسب نوع المستشفى.....70

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

### المقدمة Introduction

تعد جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى من أبرز الأولويات في الأنظمة الصحية المعاصرة، خاصة في ظل التحديات المتزايدة التي تواجه المستشفيات من حيث تعقيد الخدمات الصحية وتنوع احتياجات المرضى. وقد ظهر مفهوم الحوكمة السريرية (Clinical Governance) كإطار شامل يسعى إلى تعزيز الأداء المهني، وضمان المساءلة السريرية، وتحقيق التحسين المستمر في جودة الرعاية المقدمة. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية (WHO, 2020)، فإن "الحوكمة السريرية تعد أداة محورية لتعزيز جودة الخدمات الصحية، من خلال ترسيخ الممارسات المبنية على الأدلة، وتعزيز ثقافة الشفافية، وتقديم الرعاية الآمنة والفعالة للمرضى".

تسهم الحوكمة السريرية في الحد من معدلات الأخطاء الطبية، والتي تعد من التحديات الكبرى في نظم الرعاية الصحية، كما أنها تمكن المؤسسات من تحقيق الاستخدام الأمثل للموارد وتحسين الكفاءة التشغيلية. وتشمل عناصرها الأساسية كلاً من إدارة المخاطر، والتدقيق السريري، والتعليم المستمر، ومشاركة المرضى، والتقييم المستمر للأداء، وهي بذلك تشكل إطاراً متكاملاً يربط بين الجوانب السريرية والإدارية لضمان جودة الرعاية الصحية.

وفي ضوء ما تشهده المملكة العربية السعودية من تحولات نوعية في قطاعها الصحي ضمن مستهدفات رؤية المملكة 2030، أصبح من الضروري تبني ممارسات حوكمة حديثة في المؤسسات الصحية، لا سيما الحوكمة السريرية. بما يعزز الكفاءة التشغيلية ويرتقي بمستوى الخدمات المقدمة. وتعد منطقة الرياض من المناطق الحيوية التي تضم عدداً من المستشفيات التي تمثل مستويات إدارية وتشغيلية متنوعة، مما يجعلها بيئة مناسبة لدراسة أثر الحوكمة السريرية.

وعليه، تهدف هذه الدراسة إلى تحليل أثر تطبيق الحوكمة السريرية في الحد من الأخطاء الطبية وتعزيز كفاءة الأداء التشغيلي في عدد من مستشفيات مدينة الرياض، من خلال منهجية تحليلية ميدانية. تستند إلى معايير علمية وميدانية لرصد

التحديات والفرص المتعلقة بهذا التطبيق، وصولاً إلى تقديم توصيات عملية تدعم صانعي القرار في تحسين جودة الرعاية الصحية بالمملكة.

## مشكلة الدراسة - Research Problem

تعد الأخطاء الطبية من أبرز التحديات التي تواجه النظم الصحية عالمياً. لها لها من تأثير مباشر على سلامة المرضى وجودة الرعاية المقدمة، إضافة إلى ما تسببه من هدر في الموارد وانخفاض في كفاءة الأداء التشغيلي داخل المستشفيات. وقد أظهرت تقارير ودراسات دولية أن نسبة كبيرة من هذه الأخطاء يمكن تجنبها من خلال تطبيق آليات فعالة للحوكمة السريرية، التي تمكن من رصد الأداء، وتطبيق المعايير، وتعزيز ثقافة التحسين المستمر. ولقد أظهرت دراسات سابقة في بيئات صحية متعددة أن تطبيق الحوكمة السريرية يساهم بشكل مباشر في تحسين جودة الرعاية الصحية، وتقليل الأخطاء الطبية، وتعزيز الأداء المؤسسي. فقد أشار Donaldson و Scally (1998) إلى أن الحوكمة السريرية تعد الإطار الأكثر فعالية لضمان تحسين الأداء الإكلينيكي وتقليل المخاطر. كما بينت دراسات عربية مثل دراسة الخليفي (2021) والعتيبي (2020) أن اعتماد مبادئ الحوكمة السريرية في المستشفيات السعودية يظل متفاوتاً من حيث النطاق والتطبيق الفعلي، مما يؤثر سلباً على مستوى السلامة والكفاءة التشغيلية.

وعلى الرغم من الدراسات السابقة والتوجه المتزايد نحو تطبيق الحوكمة السريرية في المستشفيات السعودية، إلا أن هناك تفاوتاً في مدى تبني هذا المفهوم بين المؤسسات الصحية، كما لا تزال هناك فجوة معرفية وميدانية حول الأثر الفعلي لتطبيق الحوكمة السريرية على تقليل الأخطاء الطبية وتعزيز كفاءة الأداء التشغيلي في السياق المحلي، خصوصاً في منطقة الرياض، التي تعد من أكثر المناطق كثافة في تقديم الخدمات الصحية.

من هذا المنطلق، تنبع مشكلة الدراسة من التساؤل حول:

- ما مدى تأثير تطبيق الحوكمة السريرية على الحد من الأخطاء الطبية وتعزيز كفاءة الأداء التشغيلي في المستشفيات؟

وذلك من خلال إجراء دراسة تحليلية ميدانية على عدد من مستشفيات مدينة الرياض، بهدف تشخيص واقع التطبيق، وتحديد نقاط القوة والضعف، واستكشاف العلاقة بين تبني

الحوكمة السريرية ومستويات الجودة والكفاءة التشغيلية في تلك المؤسسات

الإضافية المتوقعة لهذه الدراسة للمعرفة العلمية،

تهدف هذه الدراسة إلى سد الفجوة البحثية من خلال تقديم تحليل ميداني يستند إلى بيانات من واقع المستشفيات السعودية في مدينة الرياض. وذلك من خلال:

- تقييم مدى الالتزام الفعلي بتطبيق مبادئ الحوكمة السريرية.
- تحليل العلاقة بين هذا التطبيق وبين مؤشرين مهمين هما: الأخطاء الطبية والأداء التشغيلي.
- تقديم توصيات قائمة على نتائج ميدانية قابلة للتطبيق في بيئة الرعاية الصحية السعودية.

ومن شأن النتائج المتوقعة للدراسة أن تسهم في تطوير السياسات الصحية، وتمكين صناع القرار من تبني نماذج حوكمة فعالة، مما يعزز الجهود الوطنية في تحسين جودة وسلامة الخدمات الصحية

### أهمية الدراسة - Significance of the Study

تتبع أهمية هذه الدراسة من أهمية الموضوع الذي تتناوله. وهو الحوكمة السريرية، باعتبارها أحد الأسس الرئيسية لضمان جودة الرعاية الصحية وتعزيز سلامة المرضى وتحقيق كفاءة الأداء داخل المؤسسات الصحية. وتزداد أهمية الدراسة بالنظر إلى التحديات التي تواجه المستشفيات في الحد من معدلات الأخطاء الطبية ورفع كفاءة التشغيل. وهو ما يتطلب تبني أنظمة إدارية قائمة على مفاهيم الحوكمة والشفافية والمساءلة.

كما تتمثل أهمية هذه الدراسة فيما يلي:

1. أهمية نظرية: تسهم الدراسة في إثراء الأدبيات العلمية في مجال إدارة الخدمات الصحية من خلال تسليط الضوء على العلاقة بين تطبيق الحوكمة السريرية وبين مؤشرين رئيسيين من مؤشرات الأداء المؤسسي، وهما: الحد من الأخطاء الطبية. وتعزيز كفاءة الأداء التشغيلي. لا سيما في السياق المحلي الذي لا تزال فيه الدراسات المتخصصة في هذا المجال محدودة نسبياً.
2. أهمية تطبيقية: تقدم الدراسة نتائج ميدانية يمكن أن تفيد صناع القرار ومديري

المستشفيات في تقييم واقع تطبيق الحوكمة السريرية. وتحديد أوجه القصور والفرص المتاحة لتحسين الأداء. كما توفر توصيات عملية تساعد المؤسسات الصحية في تبني استراتيجيات فاعلة للحد من الأخطاء وتحسين الكفاءة التشغيلية.

3. أهمية مكانية وزمانية: تأتي هذه الدراسة في وقت تشهد فيه المملكة العربية السعودية تحولاً كبيراً في نظامها الصحي في إطار رؤية 2030، وتسعى إلى تحقيق جودة شاملة في الرعاية الصحية. كما أن اختيار مستشفيات منطقة الرياض، كونها من أكثر المناطق كثافة من حيث الخدمات الصحية. يمنح الدراسة أهمية خاصة من حيث قدرتها على تقديم مؤشرات واقعية يمكن تميمها أو البناء عليها في دراسات مستقبلية.

### أهداف الدراسة - Study Objectives

- يمكن الهدف الرئيسي من هذه الدراسة في التعرف على أثر تطبيق الحوكمة السريرية على الحد من الأخطاء الطبية وتعزيز كفاءة الأداء التشغيلي في المستشفيات وتحليل مدى تطبيق مبادئ الحوكمة السريرية في المستشفيات محل الدراسة. ويتفرع من الهدف الرئيسي مجموعة من الأهداف الفرعية التي تتمثل في:
  1. التعرف على مدى وعي الكوادر الصحية بمفاهيم الحوكمة السريرية ومكوناتها الأساسية.
  2. تحليل دور القيادة الإدارية في دعم وتنفيذ سياسات الحوكمة السريرية داخل المستشفيات.
  3. تقييم فعالية أنظمة الإبلاغ عن الأخطاء الطبية في ضوء تطبيق الحوكمة السريرية.
  4. تحديد أثر تطبيق الحوكمة السريرية في الحد من معدلات الأخطاء الطبية والإخفاقات السريرية.
  5. قياس تأثير الحوكمة السريرية على مؤشرات الأداء التشغيلي. مثل مدة الإقامة، معدلات الإشغال، وكفاءة استخدام الموارد.
  6. استكشاف العلاقة بين تطبيق الحوكمة السريرية وتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى.
  7. تحديد أبرز التحديات والمعوقات التي تواجه تطبيق الحوكمة السريرية في

8. تقديم توصيات عملية لتعزيز تطبيق الحوكمة السريرية بما يساهم في رفع مستوى سلامة المرضى وكفاءة الأداء في المؤسسات الصحية.

### تساؤلات الدراسة - Study Questions

السؤال الرئيسي: ما أثر تطبيق الحوكمة السريرية علي الحد من الأخطاء الطبية وتعزيز كفاءة الأداء التشغيلي في بعض مستشفيات مدينة الرياض؟

• السؤال الفرعي الأول، ما مدى تطبيق الحوكمة السريرية في المستشفيات محل الدراسة؟

- ما مدى وعي الكوادر الصحية بمفهوم الحوكمة السريرية ومبادئها الأساسية؟
- ما هي الآليات المستخدمة لتفعيل الحوكمة السريرية في الممارسة اليومية؟
- ما دور القيادة الإدارية في دعم تطبيق الحوكمة السريرية؟
- ما مستوى التزام الأقسام المختلفة بتنفيذ سياسات الحوكمة السريرية؟
- ما مدى فعالية نظم الإبلاغ عن الأخطاء الطبية في ظل تطبيق الحوكمة السريرية؟
- ما أنواع الأخطاء الطبية الأكثر شيوعاً قبل وبعد تطبيق الحوكمة السريرية؟
- ما دور فرق الجودة وسلامة المرضى في الحد من الأخطاء الطبية؟
- ما مدى استعادة الطاقم الطبي من برامج التدريب المتعلقة بمنع الأخطاء الطبية؟
- كيف يؤثر تطبيق الحوكمة السريرية على تقليل مدة الإقامة للمرضى؟
- ما العلاقة بين الحوكمة السريرية ومعدلات إشغال الأسرة؟
- ما مدى تأثير الحوكمة السريرية على ترشيد استخدام الموارد الصحية؟
- كيف يساهم تطبيق الحوكمة السريرية في تحسين سير العمل داخل الأقسام السريرية؟

• السؤال الفرعي الثاني: ما التحديات التي تواجه تطبيق الحوكمة السريرية في المستشفيات محل الدراسة؟

- ما أبرز المعوقات التنظيمية والإدارية التي تحد من تطبيق الحوكمة السريرية؟
- ما مدى توفر الكفاءات البشرية القادرة على تطبيق الحوكمة السريرية بكفاءة؟
- كيف تؤثر الثقافة المؤسسية على مستوى التزام العاملين بتطبيق الحوكمة؟

- ما دور التمويل والدعم الفني في نجاح تطبيق الحوكمة السريرية؟

## المنطلقات النظرية للدراسة - Theoretical Framework

تعد الحوكمة السريرية أحد المفاهيم الحديثة في إدارة وتحسين جودة الخدمات الصحية، حيث تسعى إلى ضمان تقديم رعاية صحية آمنة وفعالة وذات كفاءة عالية. وقد تطور هذا المفهوم استجابةً للحاجة المتزايدة إلى الحد من الأخطاء الطبية وتحسين الأداء المهني للعاملين في القطاع الصحي، خصوصاً في المستشفيات التي تعد البيئة الأكثر عرضة للمخاطر الطبية والتشغيلية.

ويستند هذا البحث إلى مجموعة من الأطر والنظريات التي تشكل أساساً علمياً لفهم العلاقة بين تطبيق الحوكمة السريرية وجودة الأداء الصحي، وأهم هذه المنطلقات ما يلي:

- أولاً، نظرية الجودة الشاملة (Total Quality Management - TQM) تقوم هذه النظرية على مبدأ التحسين المستمر في العمليات والخدمات من خلال المشاركة الجماعية لكل أفراد المنظمة. وتدعم هذه النظرية مفهوم الحوكمة السريرية باعتبارها أحد أساليب تحسين الجودة الحد من الأخطاء الطبية من خلال الالتزام بالمعايير والإجراءات الموحدة. والتقييم المستمر للأداء.
- ثانياً، نظرية النظم (Systems Theory) تؤكد هذه النظرية أن المستشفى عبارة عن نظام مترابط من الوحدات (العلاجية، التمريضية، الإدارية...). وأن الأداء الكلي يعتمد على تفاعل هذه المكونات. وتبرز هذه النظرية أهمية تطبيق الحوكمة السريرية كآلية لضمان التنسيق والتشافية والمساءلة في جميع العمليات السريرية والتشغيلية.
- ثالثاً، نموذج الحوكمة السريرية (Clinical Governance Model) هذا النموذج يشتمل على عدة محاور رئيسية، مثل، القيادة الفعالة، إدارة المخاطر، التعليم والتدريب المستمر، المشاركة السريرية، ونظم المعلومات الصحية. ويستخدم هذا النموذج كأساس لتقييم مدى تطبيق الحوكمة السريرية وتأثيرها على الأداء السريري والتشغيلي داخل المستشفيات.
- رابعاً، نظرية إدارة المخاطر (Risk Management Theory) تركز على التعرف على المخاطر المحتملة وتحليلها واتخاذ الإجراءات الوقائية المناسبة لتقليل حدوثها أو

- التخفيف من أثارها. وتعد الحوكمة السريرية أحد أدوات إدارة المخاطر الطبية، خاصة في ما يتعلق بالأخطاء الطبية وتكرار الحوادث السريرية.
- خامساً، نظرية الفعالية التنظيمية (Organizational Effectiveness Theory) تستخدم هذه النظرية لقياس مدى قدرة المنظمات الصحية على تحقيق أهدافها بكفاءة وفعالية. وتربط هذه الدراسة بين تطبيق الحوكمة السريرية وكفاءة الأداء التشغيلي، مثل، تقليل الهدر، تحسين استغلال الموارد، وتقليص أوقات الانتظار.

## الفرضيات الإحصائية للدراسة

1. الفرض الرئيس،
  - H0 (الفرضية الصفرية)، لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لتطبيق الحوكمة السريرية على الحد من الأخطاء الطبية وتعزيز كفاءة الأداء التشغيلي في المستشفيات بمدينة الرياض.
  - H1 (الفرضية البديلة)، يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لتطبيق الحوكمة السريرية على الحد من الأخطاء الطبية وتعزيز كفاءة الأداء التشغيلي في المستشفيات بمدينة الرياض.
2. الفروض الفرعية،
  - H0، لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لتطبيق الحوكمة السريرية على الحد من الأخطاء الطبية في المستشفيات.
  - H1، يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لتطبيق الحوكمة السريرية على الحد من الأخطاء الطبية في المستشفيات.
  - H0، لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لتطبيق الحوكمة السريرية على تعزيز كفاءة الأداء التشغيلي في المستشفيات.
  - H1، يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لتطبيق الحوكمة السريرية على تعزيز كفاءة الأداء التشغيلي في المستشفيات.
  - H0، لا يوجد اختلاف في مدى تطبيق الحوكمة السريرية بين المستشفيات الحكومية والخاصة.
  - H1، يوجد اختلاف في مدى تطبيق الحوكمة السريرية بين المستشفيات الحكومية والخاصة.

- H0، لا يوجد ارتباط معنوي بين مستوى تطبيق الحوكمة السريرية ومستوى جودة وسلامة الرعاية الصحية المقدمة.
- H1، يوجد ارتباط معنوي بين مستوى تطبيق الحوكمة السريرية ومستوى جودة وسلامة الرعاية الصحية المقدمة.
- H0، لا تختلف وجهات نظر العاملين في المستشفى حول تأثير الحوكمة السريرية وفقا لمتغيراتهم الشخصية (الوظيفة، سنوات الخبرة، نوع المستشفى).
- H1، تختلف وجهات نظر العاملين في المستشفى حول تأثير الحوكمة السريرية وفقا لمتغيراتهم الشخصية (الوظيفة، سنوات الخبرة، نوع المستشفى)

### حدود الدراسة - Scope and Limitations of the Study

- الحدود المكانية: تقتصر الدراسة على عدد من المستشفيات المختارة في منطقة الرياض بالمملكة العربية السعودية. وذلك نظرا لكون الرياض تمثل مركزا صحيا وإداريا مهما، وتضم تنوعا في أنواع المستشفيات (حكومية، تعليمية، وخاصة)، مما يتيح إمكانية تعميم النتائج بشكل أولي على بيئات صحية مشابهة داخل المملكة.
- الحدود الزمانية: تغطي هذه الدراسة الفترة الزمنية الممتدة من مايو 2025م وحتى بداية سبتمبر 2025م، وهي الفترة التي سيتم خلالها تنفيذ الجانب الميداني من الدراسة، بما في ذلك توزيع أدوات البحث، جمع البيانات، وتحليل النتائج. وقد تم اختيار هذه المدة لتوفير وقت كاف لرصد واقع تطبيق الحوكمة السريرية في المستشفيات المستهدفة وتحليل أثرها على الحد من الأخطاء الطبية وتعزيز كفاءة الأداء التشغيلي ضمن إطار زمني عملي ومناسب.
- الحدود البشرية: اقتصرت الدراسة على عينة من الكوادر الصحية والإدارية العاملة في المستشفيات محل الدراسة، وتشمل الأطباء، والتمريض، وفنيي الصحة، وموظفي الجودة، ومديري الأقسام والإدارات التشغيلية وتم اختيار هذه الفئة كونها المعنية بشكل مباشر بتطبيق مبادئ الحوكمة السريرية، وهي الأقدر على تقديم بيانات دقيقة حول التحديات والنتائج المرتبطة بها.
- الحدود الموضوعية: تركز الدراسة على تحليل أثر تطبيق الحوكمة السريرية في جانبين محددين هما :  
- الحد من الأخطاء الطبية، وذلك من خلال الالتزام بالبروتوكولات والإجراءات السريرية الموحدة، وتطبيق الممارسات القائمة على الأدلة.

- تعزيز كفاءة الأداء التشغيلي، ويشمل ذلك تحسين إدارة الموارد - وتسريع سير العمليات العلاجية، وتقليل الهدر الإداري والسريري.

وقد تم تحديد هذين الجانبين نظرا لأهميتهما في تحقيق الجودة والسلامة في الرعاية الصحية، وارتباطهما المباشر بمخرجات تطبيق الحوكمة السريرية.

## الفصل الثاني، الإطار النظري والدراسات السابقة

### أولاً، الإطار النظري

#### المحور الأول الحوكمة السريرية

##### مقدمة

تهدف الحوكمة في وزارة الصحة إلى دعم تحقيق أهداف رؤية المملكة العربية السعودية 2030م وذلك من خلال تعزيز التعاون مع برامج ومبادرات التحول داخل الوزارة بما يساهم في الارتقاء بجودة الرعاية الصحية وتحسين الكفاءة التشغيلية لمؤسساتها، وهو ما أشار إليه وزارة الصحة السعودية (2022، ص.5) بأن تسعى الحوكمة في وزارة الصحة إلى تمكين العمل على تحقيق أهداف رؤية المملكة العربية السعودية 2030م من خلال التعاون مع برامج ومشاريع التحول بالوزارة للوصول إلى رعاية صحية عالية الجودة وتحسين الكفاءة التشغيلية في مؤسسات الرعاية الصحية، وأن التحول في وزارة الصحة يهدف إلى تحويل دور الوزارة والمديريات التابعة لها لتكون هي المنظم والمراقب على خدمات الرعاية الصحية، وانتقال تقديم خدمات الرعاية الصحية إلى شركة الصحة القابضة من خلال تشكيل تجمعات صحية تعنى بإيصال هذه الخدمات إلى المواطنين والمقيمين وانتقال أدوار ومهام التمويل إلى مركز التأمين الصحي الوطني كجهة ممولة لمقدمي الرعاية الصحية، للوصول إلى ضمان الحصول على الخدمة والتحسين المستمر لجودة الخدمات المقدمة للمواطنين والمقيمين في المملكة، وضمان الاستدامة المالية للقطاع.

وتعد الحوكمة السريرية بأنها الإطار الذي تحاسب من خلاله مؤسسات الرعاية الصحية على التحسين المستمر لجودة خدماتها وضمان جودة رعاية عالية، حيث ينبغي أن يكون تحسين الجودة هدف أساسي لمؤسسات الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم. وهناك العديد من ركائز الحوكمة السريرية. ولكن جميعها تركز على تقديم رعاية آمنة وفعالة ومركزة على المريض، ويتحمل الرئيس التنفيذي المسؤولية الكاملة عن الحوكمة السريرية، وبناء على حجم المؤسسة وهيكلها، يمكن تشكيل الحوكمة في عدة مستويات متعددة التخصصات، ويشترط وجود قيادة لضمان دمج عمليات الحوكمة السريرية في تقديم الخدمات (Macfarlane, 2019).

كما تجدر الإشارة إلى أنه قد طرح مفهوم الحوكمة السريرية لأول مرة في المملكة المتحدة عام 1997 استجابةً للتدهور الكبير في جودة الرعاية المقدمة. وقد ازداد استخدام الحوكمة السريرية في أواخر التسعينيات عندما واجهت هيئة الخدمات الصحية الوطنية مشكلات خطيرة تتعلق بالجودة، مثل زيادة معدلات وفيات الأطفال بعد جراحات القلب، وفشل اختبار مسحة عنق الرحم. وتعد الحوكمة السريرية بمثابة تطبيق مجموعة من الوظائف السريرية لضمان تقديم رعاية عالية الجودة (Alsaedi et al., 2025)

وجدير بالذكر أنه تتضمن آليات الحوكمة السريرية هيكل حوكمة سريرية مشترك بين التخصصات وفريق عمل. تجرى من خلاله أنشطة صنع القرار. ويتألف هيكل الحوكمة السريرية من مزيج من فرق صنع القرار السريري المختلفة على المستويين الفردي والتنظيمي مثل فرق الرعاية الفردية، ولجان الجودة والسلامة السريرية ولجان سريرية أخرى تابعة للهيئة الحاكمة، واللجان القضائية ولجان الشراكة مع منظمات أخرى، ويتضمن الهيكل آليات عمل الفرق وأعضائها مع لاتخاذ القرارات السريرية ومحاسبة بعضهم البعض عليها، وقد يختلف هيكل الحوكمة السريرية لكل منظمة في أنواع وأعداد فرق صنع القرار السريري لديها؛ وما إذا كان كل فريق مؤقتاً أم دائماً، ويجب على المنظمات ضمان عمل الفرق بشكل جيد بشكل مستقل وجماعي لدعم مبادئ التعاون بين المهن المختلفة والتعاون القائم على الفريق، مع الحفاظ على المرونة والقدرة على التكيف والابتكار والاستناد إلى الأدلة. لتقديم رعاية آمنة وموثوقة ومتكاملة ومركزة على الفرد (HSO, 2021).

حيث أن القطاع الصحي يتميز عن القطاعات الأخرى بطبيعته وفلسفته إذ أن محركه الأساسي هو محرك إنساني، فهو يسعى إلى تقديم الخدمات الصحية للمرضى ويعمل على تعزيز جانب الوقاية، فهو من أهم القطاعات التي يجب أن تتحلى بسميزات الأخلاق الرهيبة، والكفاءة العالية. والبعد عن التمييز والوساطة والمحسوبية والفساد. بالتالي فإن حوكمة القطاع الصحي لها أهمية خاصة (المطيري وآخرون، 2022).

وعلى هذا القرار فبناء منظومة صحية متكاملة هدف تسعى له كل الدول. يقينا منها بأن الاهتمام بالصحة أحد عوامل تقدم الأمم ورقيها، وتعد الحوكمة من أهم السبل لتحقيق ذلك. لذا فقد أصبحت قضية الحوكمة على رأس أولويات القطاعات الصحية، كما أن الحوكمة من أهم الأدوات التي تعتمد عليها المنظمات الصحية من أجل تحقيق الاستدامة التنظيمية (زلف، 2025).

حيث إن الحوكمة السريرية للمستشفيات تعتبر من القضايا الأكثر حساسية وأهمية إذ لا ترتبط فقط بأبعاد مالية واقتصادية، بل ترتبط بجانب أسمى وأكثر تأثيراً على المجتمع فهي مرتبطة بتوفير الرعاية الصحية لأفراد المجتمع. إذ يمكن اعتبار حوكمة المستشفيات مرتبطاً أكثر بالنهج المؤسسي أكثر من المالي. ويرى بعض المؤلفين أنه يمكن اعتبارها مزيج من العناصر المالية وغير المالية لأن الغرض منها هو الإشراف ودعم جميع أنشطة المستشفى لتحسين الخدمات الطبية. فهي حقبة مضت كانت حوكمة المستشفيات تهتم بالمقام الأول بإدارة الهياكل والبنى التحتية وتوفير الموارد. أما اليوم فقط تطورت لترتكز أكثر على إدارة العمليات ودعم أنشطة الرعاية الصحية (كافي، 2021).

مما سبق يمكن استنتاج أن تعد الحوكمة السريرية استراتيجية فريدة وشاملة لدمج جميع الأنشطة المحلية في برنامج واحد متماسك بهدف التحسين المستمر للجودة من خلال نموذج منهجي، وهي استراتيجية تشجع جميع العاملين في المؤسسة على العمل لتحسين جودة وسلامة رعاية المرضى. علاوة على ذلك، تتيح الحوكمة السريرية فرصة لهم وتعلم مكييفية بناء العناصر الأساسية اللازمة لدعم بناء ثقافة رعاية عالية الجودة، كما أنها تعزز القيادة القوية وبيئة عمل يحترم فيها أعضاء الفريق ويشجعون على بناء شراكات مع المرضى.

### مفهوم الحوكمة السريرية

تعدد مفاهيم الحوكمة السريرية في التعليم التي تساعد على شرح مقتضاه وتمثلاً أبرز تلك المفاهيم في كلاً من:

عرف تقرير "اللجنة الملكية الاستراتيجية لجودة وسلامة رعاية المسنين" (Aged Care Quality and Safety Commission, 2019, P.2) الحوكمة السريرية على أنها: "مجموعة متكاملة من سلوكيات القيادة والسياسات والإجراءات التي تتضمن المسؤوليات والتخطيط والمراقبة. فضلاً عن آليات التحسين التي تنفذ لدعم رعاية سريرية آمنة وعالية الجودة، ونتائج سريرية جيدة لكل مريض".

وعرف "ماكفارلين" (Macfarlane, 2019, P.174) الحوكمة السريرية على أنها: "الإطار الذي تحاسب من خلاله مؤسسات الرعاية الصحية على التحسين المستمر لجودة خدماتها وضمان جودة الرعاية العالية".

كما عرف "منظمة معايير الصحة" (HSO, 2021, P.10) الحوكمة السريرية على أنها: "نهج منهجي تستخدمه المنظمات للإشراف على خدماتها السريرية الصحية والاجتماعية وتشكيلها وإدارتها وتحسينها باستمرار لضمان رعاية آمنة وعالية الجودة للعملاء طوال رحلة رعايتهم".

وقد ذكر "مادونا" (Maduna, 2022, P.3) أنه يمكن تعريف الحوكمة السريرية على أنها: "النظام الذي تحاسب من خلاله السلطات الصحية على التحسين المستمر لجودة خدماتها والحفاظ على معايير الرعاية العالية من خلال خلق مناخ تزدهر من خلاله الخدمات السريرية".

عرف الرمادي (2022، ص.315) الحوكمة السريرية بأنها: "مجموعة القواعد والأحكام التي تنظم الهيكل الملزم الذي تستطبع فيه المؤسسات الطبية وضع أهدافها والوسائل اللازمة لتحقيق تلك الأهداف، ومراقبة الأداء، وتوزيع الحقوق والمسؤوليات بين مختلف المشاركين في المؤسسة الطبية من مجلس إدارة ومديرين وأطباء وإداريين وغيرهم من الأطراف المعنية، والتعاون بين كل المعنيين في المؤسسة الطبية من أجل الوصول إلى خدمة صحية عالية الجودة".

عرف المطيري وآخرون (2022، ص.259) الحوكمة السريرية بأنها: "نظام إداري شامل ومنظم ومراقب لكافة الجوانب الإدارية والتنظيمية للمستشفى ويتم قياسه من خلال عدد من المبادئ (دعم الممارسات السليمة والفعالة في الحوكمة الإكلينيكية، تطوير مجلس الإدارة، الممارسات السليمة في المراجعة والرقابة وإدارة المخاطر، تعزيز المسؤولية والأخلاقيات، والشفافية)".

عرف العتيبي وآخرون (2022، ص.86) الحوكمة السريرية بأنها: "نظام يهدف لتحديد الأطر العامة للمستشفيات يهدف لتحديد المهام والمسؤوليات لجميع العاملين في المستشفى من مدراء ومجلس إدارة وطاقم طبي حتى تلتزم جميع الموارد البشرية في المستشفى بالمسؤوليات المهنية".

عرف العنزي وخوجه (2023، ص.43) الحوكمة السريرية بأنها: "القواعد والمعايير التي تحدد العلاقة بين إدارة المستشفى من ناحية، وحملات الأسهم وأصحاب المصالح أو الأطراف المرتبطة بالمستشفى".

عرف زلط (2025، ص.595) الحوكمة السريرية بأنها، "مجموعة المبادئ والسياسات التي يعتمد عليها القطاع الصحي وتساعد في توجيه أنشطته وتنفيذ خططه الاستراتيجية، لتحقيق التوازن بين الإتاحة والجودة في تقديم الخدمات الصحية، وتتطلب تعاون مستدام بين كافة الأفراد المعنية. وتنهض على مبادئ (سيادة القانون، الرقابة العادلة، المساواة الشفافية، النزاهة، الفعالية والكفاءة المشاركة) للنهوض بالمستوى الصحي لأفراد المجتمع. وضمان استدامة الخدمات الصحية".

فيما عرف الصاعدي وآخرون" (Alsaedi et al., 2025, P.2350) الحوكمة السريرية على أنها، "نظام مساءلة يتم من خلاله تقييم مدى جودة مؤسسات الخدمات الصحية الوطنية ومدى سعيها نحو التحسين المستمر لجودة خدماتها والحفاظ على معايير عالية للرعاية من خلال تهيئة بيئة تتسم بالرعاية السريرية الفائقة".

خلاصة ما سبق يمكن التوصل إلى تعريف الحوكمة السريرية بأنها منظومة تستهدف محاسبة مؤسسات الرعاية الصحية، على المستوى القومي، على التحسين المستمر لجودة خدماتها، والحفاظ على معايير رعاية عالية من خلال تهيئة مناخ تزدهر فيه الرعاية السريرية.

### دور القيادة الادارية في دعم تطبيق الحوكمة السريرية.

من المهم الإشارة إلى أن حوكمة الرعاية الصحية تعتمد على قيادة فعالة وواعية تعزز كفاءة الإدارة من خلال تطبيق سبع ركائز أساسية تشمل التدقيق السريري وإدارة المخاطر والتعليم والتدريب والتطوير المهني المستمر، وهو ما توصل إليه "عبد الحميد وآخرون" Abd Elhamid et al., 2024) بأنه من الضروري تذكر أن حوكمة الرعاية الصحية تركز على القيادة الواعية التي تقوم بتطبيق سبع ركائز أساسية تتعلق بكفاءة الإدارة وهي، التدقيق السريري، وإدارة المخاطر، والتعليم والتدريب، والتطوير المهني المستمر، وإشراك المرضى والجمهور، وإدارة المعلومات، وإدارة الموظفين، والرعاية القائمة على الأدلة وفعاليتها، ويتكون إطار تطبيق الحوكمة السريرية في أي منشأة من هذه الركائز، التي تتأثر بنمط القيادة الموجود داخل المنشأة.

وتلعب القيادة السريرية دورا رئيسيا في تقديم خدمات عالية الجودة ورعاية للمرضى، وتستثمر البلدان مرتفعة الدخل موارد وجهودا كبيرة في تطوير القيادة السريرية، وتعرف الحوكمة السريرية بأنها عملية ابتكار وتحسين في العمليات التنظيمية للرعاية الصحية

بهدف تعزيز جودة الرعاية والسلامة، ويمكن للقائد السريري من خلال قدرته على إدارة الكادر السريري، أن يقوم بتقديم خدمات فعالة وكفؤة، ومن خلال الحوكمة السريرية يتمكن القائد من تدريب الأطباء على المشاركة بشكل أكبر في التخطيط الجيد لتقديم الخدمات وتطويرها. حيث يستند هذا الإطار إلى فكرة القيادة المشتركة التي تخلق شعوراً بالمسؤولية تجاه العمل (Al Alawi, 2024).

وقد أشار حسين وآخرون (Hussain et al., 2024) إلى أنه يتطلب تحقيق الحوكمة السريرية إرساء ثقافة من قبل الإدارة تحفز العاملين على تحسين أدائهم، وتعزز هذه الثقافة التعلم المستمر ونجاح تحسين الجودة، ويشمل مناخ الحوكمة السريرية ست مجالات: هي، تحسين الجودة المخطط والمتكامل، والإدارة الاستباقية للمخاطر. وتعديل مناخ اللوم والعقاب، وتعزيز العمل مع الزملاء، وتوفير فرص التدريب والتطوير، والتعلم التنظيمي، وبالتالي يمكن للقيادة الإدارية تحقيق الحوكمة السريرية من خلال تعزيز هذه المجالات الست:

- تحسين الجودة المخطط والمتكامل، يعد تحسين الجودة المخطط والمتكامل إجراء مستمرا ومنهجيا يؤدي إلى تحسين ملحوظ في خدمات الرعاية الصحية والحالة الصحية للمرضى والموظفين والمجتمع.
- إدارة المخاطر الاستباقية، تهدف إدارة المخاطر الاستباقية إلى منع المخاطر والتنبؤ بها وتجنب الضرر من خلال تحليل الماضي والحاضر والمستقبل للتعرف على المخاطر قبل وقوعها، وتحديد أسبابها الجذرية، ووضع الخطط لمواجهتها
- تغيير مناخ اللوم والعقاب، تتطلب الحوكمة السريرية تعديلات ثقافية بعيدا عن مناخ العقاب واللوم، لتعزيز التعلم من الأخطاء
- تعزيز العمل مع الزملاء، حيث يعد التواصل والتعاون المثمر بين الزملاء أمرا حيويا لبنية عمل منتجة وإيجابية
- توفير فرص التدريب والتطوير، وتعد فرص التدريب والتطوير بمثابة أنشطة تعليمية تقدمها مؤسسة الرعاية الصحية لتحسين أداء العاملين
- التعلم التنظيمي، وهو عملية نقل المعرفة بين العاملين بناء على المعلومات المكتسبة من الخبرة العملية. ومن خلال التعلم التنظيمي في مجال الرعاية الصحية، يكتسب العاملون مهارات ومعارف جديدة تمكّنهم من التكيف مع بيئتهم

المتغيرة، ومشاركة اهتماماتهم العملية مع الآخرين، والعمل معا ضمن فرق العمل لتحسين الجودة وتحسين أدائهم.

وعليه أشار بقاش والطاهر (2019) إلى دور القيادة في دعم تطبيق الحوكمة السريية في التالي،

1. فالقيادي يرى أن الاستشاري يحصل على كل التقدير في حالة النجاح ولا يحتمل أي مسؤولية في حالة الفشل. فهم يرون أن الاستشاريين يتدخلون دائما في سلطاتهم ولا يتحملون أي مسؤولية في الأخير.

2. أما بالنسبة للاستشاريين فإن سبب النزاع مع السلطة التنفيذية عدم تقدير هاته الأخيرة للدراسات التي يجرونها. والنصائح التي يقدمونها. فالوظيفة الاستشارية هي ممكنة فقط أو ثانوية.

وبالتالي أضاف وزارة الصحة السعودية (2022) إلى دور القيادة الادارية في دعم تطبيق الحوكمة السريية في التالي،

1. وضع الخطط الاستراتيجية للتجمع الصحي.
2. وضع الخطط الاستراتيجية للتجمع الصحي.
3. مشاركة الخطط الاستراتيجية للتجمع مع المديرية
4. وضع خطة الانتقال والتي تشمل المهام والعقود والموظفين والمستندات والعهد
5. إعداد واعتماد الاتفاقية الثنائية
6. اعتماد قائمة جاهزية المديرية تقييم التجمع
7. تفعيل النموذج التشغيلي 2.0 للمديرية عبور البوابة الأولى للتجمع
8. وضع الاتفاقية الثنائية
9. تقييم الجاهزية
10. إصدار القرار الوزاري

استناداً على ما تم ذكره يتضح أن تلعب القيادة الإدارية دوراً أساسياً في دعم تطبيق الحوكمة السريرية من خلال تهيئة بيئة داعمة تركز على تحسين الجودة وضمان السلامة في خدمات الرعاية الصحية وتمثل مهامها في وضع الرؤية الاستراتيجية وتوفير الموارد المطلوبة وتعزيز مشاركة كافة الأطراف ذات العلاقة كما تسهم في ترسيخ ثقافة الشفافية والمساءلة وتشجيع الابتكار في الممارسات السريرية بما ينعكس إيجاباً على النتائج الصحية للمرضى ويسهم في رفع كفاءة المؤسسات الصحية بما يتماشى مع المعايير العالمية.

### دور الحوكمة السريرية في تعزيز جودة الرعاية الصحية

شدت الحوكمة على أهمية التزام المؤسسات الصحية بالمعايير التي ترفع من جودة الخدمات المقدمة، نظراً لما تحظى به الرعاية الصحية من اهتمام بالغ يثوق غيرها من الخدمات. لما لها من أثر مباشر على صحة الإنسان وحياته، وهو ما توصل إليه العتيبي وآخرون (2022) بأنه أكدت الحوكمة على التزام المؤسسات الصحية بالمعايير التي تسهم في زيادة جودة الخدمات الصحية، وذلك لما حظيت به جودة الخدمات الصحية من اهتمام كبير عن غيرها من الخدمات لما تتعلق الأمر بصحة وحياة الإنسان. وقد تبلور هذا الاهتمام بجودة الخدمات الصحية بقيام المهتمين بهذا المجال بتحديد أبعاد جودة الخدمات الصحية، وهذه الأبعاد تعتبر بمثابة مؤشرات لقياس مستوى جودة الخدمات الصحية. كما أنه من المهم أن تدرك أن جودة الخدمات الصحية عملية مستمرة ينبغي بذورها وتقديمها، وتحسينها، ورصدها باستمرار ولن يتأتى ذلك إلا من خلال تطبيق معايير الحوكمة في كافة القطاعات الصحية لتحقيق أقصى درجات الرضا لجميع عمليات المؤسسات الصحية لكافة المستويات.

كما يتمثل دور الحوكمة في الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة البشرية والمادية والتقنية والبيئية، وبكفاءة عالية الضمان جعل خدمات الرعاية الصحية المقدمة في مستشفى البشير ملبية لتوقعات متلقيها. وبشكل يرفع من مستوى رضاها، وبالحدا الأدنى من المخاطر بالإضافة إلى العمل على توسيع دائرة الموارد والعمل على تنميتها لضمان استمرارية مستوى جودة مرتفع. والتي تم قياسها بأبعادها بفقرات الاستبانة (الخطورة والشبلي، 2023).

وعلى هذا القرار تعد الحوكمة السريرية بمثابة إطار عمل يساعد على التحسين المستمر

والمستدام لجودة الخدمات لكل من الموظفين والمرضى، وتختلف منهجيتها المتبعة بين مختلف مؤسسات الرعاية الصحية والدول. ويعتمد تقديم رعاية عالية الجودة للمرضى على إطار الحوكمة السريرية. وتعتمد سلامة المرضى على رعاية صحية عالية الجودة، وبالتالي هناك حاجة ماسة معقدة تدور حول الحوكمة السريرية. والجودة والسلامة، والقيادة السريرية، حيث يؤثر كل منهم على الآخر، وتنعكس جودة الرعاية العالية في التركيز على المريض. والسلامة. والفعالية والكفاءة، والتوقيت المناسب، والفعالية من حيث التكلفة، ووضع وتنفيذ استراتيجيات سليمة لسلامة المرضى. يجب مراعاة عدة مفاهيم، وهي: وجود متخصصين في الرعاية الصحية ذوي كفاءات عالية ومهارات عالية، وتعزيز قدرتهم القيادية، ووضع سياسات واضحة (Al Alawi, 2024).

كما يصف إطار الحوكمة السريرية نهج تتبعه المؤسسة الصحية لضمان جودة وسلامة الرعاية السريرية للمستهلكين، وهو وسيلة تمكن كل فرد من فهم دوره. وتقاسم المسؤولية. وتحمل المسؤولية عن ضمان الجودة والسلامة السريرية، مما يعزز من جودة الخدمات الصحية. ويدعم إطار الحوكمة السريرية العمل على تحقيق نتائج سريرية جيدة للمستهلكين، وتمثل أهميته في تحديد التوجه الاستراتيجي للجودة والسلامة السريرية، والإشارة إلى الهيكل التنظيمي والسياسات والإجراءات التي ستفعل هذا التوجه، ووصف أدوار ومسؤوليات الأفراد المسؤولين عن تنفيذ هذا التوجه وتقديم الرعاية السريرية والإشراف عليها، مما يعود بالنفع على جودة الرعاية الصحية بشكل عام (Aged Care Quality and Safety Commission, 2019).

وينسب توفير مناخ الحوكمة السريرية في تطوير معارف ومهارات جديدة تبرز أهمية العمل الجماعي، وتحسين رضا الأفراد الوظيفي وتحفيزهم. وبالتالي تعزيز من جودة الرعاية الصحية. كما يعزز أداء وكفاءة المؤسسات الصحية من خلال رفع مستوى رضا العاملين، كما أنه من خلال الحوكمة السريرية يمكن للعاملين مواجهة كل المعوقات في أداء عملهم، وتحويل هذه العقبات إلى وسائل لتسهيل عملهم. وبالتالي فإن التطبيق الدقيق للقيادة المبتكرة والحوكمة السريرية أمر جدير بالاهتمام (Hussain et al., 2024). استناداً على ما تم ذكره يتضح أن لعب الحوكمة السريرية دوراً محورياً في الارتقاء بجودة الرعاية الصحية وذلك من خلال توفير إطار تنظيمي يضمن تحسين الأداء السريري وتعزيز الممارسات الآمنة والفعالة وترسيخ مبادئ المساءلة والشفافية بين مقدمي الرعاية حيث تعتمد على معايير دقيقة وآليات تقييم مستمرة تساهم في الحد من الأخطاء الطبية ورفع

مستوى رضا المرضى وتحقيق نتائج صحية أفضل كما تدعم تبني الممارسات المبتكرة على الأدلة وتشجع على التعلم المستمر والابتكار مما يجعلها أحد الأعمدة الأساسية للتميز في النظام الصحي.

### تحديات تطبيق الحوكمة السريرية في المستشفيات

- التحديات التنظيمية: من بين المعوقات التي تعوق تفعيل الحوكمة السريرية نقص الإرشادات والبروتوكولات الموحدة وضعف الثقافة التنظيمية. حيث أنه على سبيل المثال، فيما يتعلق بالتدقيق السريري، بالإضافة إلى ذلك، لا يوجد تدريب مكثف في مجال الحوكمة السريرية، وهناك نقص في التأهيل، كما أن هناك تحدي آخر يتمثل في نقص وعي المرضى بالحوكمة السريرية، حيث أن العديد من المرضى ليسوا على دراية بهذا البرنامج، ومن المشكلات الأخرى عدم وجود بنية تحتية معلوماتية مناسبة ومنصة مناسبة لاستخدام البيانات في البرامج المتعلقة بالحوكمة السريرية (Behzadifar et al., 2019).

كما أشار "مادونا" (Maduna, 2022) إلى أنه تتمثل أبرز التحديات التنظيمية التي تواجه الحوكمة السريرية،

1. تدهور الإشراف على جميع المستويات
2. نقص المهارات اللازمة للوظيفة
3. حدوث أخطاء سريرية عديدة من قبل الأطباء
4. ضعف إدارة المخاطر
5. عدم فعالية لجان معلومات المرضى
6. سوء سلوك الرئيس التنفيذي مع المدير السريري
7. نقص خبرة المديرين السريريين في الإدارة السريرية
8. عدم وجود استراتيجيات أو خطط لإدارة وتطوير المهارات
9. موقف الإدارة السلبي تجاه تدريب وتطوير الموظفين
10. نقص فاعلية نظام إدارة وتطوير الأداء.

وأشار "زياري وآخرون" (Ziari et al., 2019) إلى أنه تتمثل أبرز تحديات الحوكمة السريرية في،

1. تحديات تتعلق بالقوى العاملة، وتتمثل في نقص التعليم والتدريب والخبرة، والأداء غير الفعال، وعدم كفاءة القوى العاملة
2. عدم كفاية الموارد المالية، وضعف التمويل، وتحديات تخصيص الميزانية المستقلة للحوكمة
3. وجود نظام تسجيل غير مكتمل ووثائق غير كافية وضعف البنية التحتية، ووجود نظام معلومات لا يعتمد عليه
4. ثقافة تنظيمية غير مناسبة للحوكمة، وسوء التخطيط والتغيير المتكرر للإدارة
5. عدم الاستفادة الكافية من الخبرات الوطنية والدولية
6. عدم وجود خطة للحوكمة على المستوى التنظيمي
7. ضعف المعرفة بالموظفين والإدارة
8. التدريب غير الكاف للموظفين والإدارة
9. وجود خلل في السياسات والإجراءات التي تعزز من تطبيق الحوكمة السريرية
10. غياب المعايير الكافية لتحسين القوى العاملة، والحاجة إلى خبراء متخصصين في المراقبة والتقييم
11. ضعف التنسيق بين مختلف الإدارات في المؤسسة، وضعف التكامل والتنسيق بين جميع أنظمة المستشفى، وضعف القيادة التنظيمية
12. ضعف التخطيط والجداول الزمنية، والحاجة إلى التزام كامل من الإدارة، والتسرع في تنفيذ البرنامج.

• التحديات الإدارية، ينبغي أن يكون تطبيق الحوكمة السريرية لتحسين جودة الخدمات المقدمة هو الهدف الرئيسي للعاملين في الرعاية الصحية. ومع ذلك، وجد أن سياسة الحوكمة التي وضعتها الإدارة قد تكون مربكة وغامضة لبعض الموظفين بسبب ضعف المشاركة في عملية صنع السياسات. ونقص الوعي بأهمية

الحوكمة السريرية، والتردد في المشاركة في البرامج التي لا تحمل أطقا واضحة، يمكن أن يكون دور الأطباء حاسما في تحقيق أهداف الحوكمة السريرية، ولذلك يعد تحسين معدل مشاركة العاملين أمر ضروري لنجاح الحوكمة، كما تتأثر مواقف الموظفين بشكل كبير بالثقافة التنظيمية، ويلعب فريق الإدارة دورا مهما في تشكيل المواقف تجاه الحوكمة السريرية، ومن ثم: فإن اختيار وتعيين المديرين الذين يؤمنون بالتغيير ويعتبرون الحوكمة السريرية سياسة مناسبة لتحسين الجودة من شأنه أن يعزز التميز التنظيمي ويخلق موقفا إيجابيا تجاه هذه السياسة (Behzadifar et al., 2019).

حيث يمكن لمؤسسات الرعاية الصحية تهيئة بيئة داعمة لتعزيز جودة الخدمات الصحية من خلال الحوكمة السريرية الرشيدة عبر تبني ستة مبادئ أساسية. وتشمل هذه المبادئ خلق ثقافة يكون فيها تحسين الدمة مسؤولية جميع العملاء من خلال بناء برنامج متكامل ومخطط لتحسين الجودة. واتباع نهج استباقي لتقييم المخاطر الفعلية والمحتملة والقضاء عليها، وتجنب اللوم والعقاب الجائر. وتشجيع التعاون بين المهن المختلفة مع الاعتراف بمساهمات الموظفين، وفتح قنوات للتدريب والتطوير المستمر لهم: وبناء بيئة تعليمية تتيح للموظفين والمؤسسات الاستفادة من الدروس المستفادة من التجارب السابقة لتعزيز الحاضر وتعزيز المستقبل (Abd Elhamid et al., 2024). وقد أشار "محقق وآخرون" (Mohaghegh et al., 2016) إلى أنه تتمثل أبرز التحديات الإدارية للحوكمة السريرية في:

1. نقص الموارد ونقص الهياكل الرسمية. وغياب ثقافة الدعم على مستوى المؤسسة والمجتمع
2. عدم كفاية الدعم من الإدارة العليا
3. انخفاض الروح المعنوية بين الموظفين بسبب الإرهاق وسوء التنظيم والعبء الزائد
4. كما يعد نقص التمويل من بين معوقات الحوكمة
5. انخفاض مستوى معرفة الموظفين بإدارة حوكمة المؤسسات بشكل عام بشكل عائقا كبيرا أمام تنفيذ مبادرات الحوكمة وتحسين الجودة
6. ضعف مشاركة كبار المديرين في فعاليات الحوكمة على مستوى المستشفيات
7. عدم كفاية ممارسات التخطيط، والتموض بشأن الأساليب والمبادئ التوجيهية

الدقيقة، وغياب الهيكل الرسمي الذي يدعم تطبيق الحوكمة السريرية

8. عدم وجود حوافز وتوجيهات واضحة لإشراك الاستشاريين الأكاديميين في عملية الحوكمة السريرية

9. غياب المساءلة عن جودة الخدمات، ونقص العمل الجماعي الفعال، والممانعة الملحوظة من جانب الموظفين، وخاصة بين الاستشاريين الذين يقدرون استقلاليتهم السريرية ويقاومون محاولات المديرين لمراقبة جودة عملهم.

خلاصة ما سبق يمكن التطرق إلى أن يواجه تطبيق الحوكمة السريرية في المستشفيات جملة من التحديات أبرزها التحديات التنظيمية المتمثلة في غياب وضوح السياسات والإجراءات وضعف التنسيق بين الأقسام مما يعيق توحيد المعايير السريرية؛ كما تشمل التحديات الإدارية نقص الموارد المالية والبشرية وقصور برامج التدريب الموجهة للكوادر الطبية إلى جانب مقاومة بعض العاملين للتغيير وهو ما ينعكس سلباً على جودة الرعاية الصحية وفعالية النتائج العلاجية للمرضى.

#### عوامل نجاح تطبيق الحوكمة السريرية

تعدد وتنوع عوامل نجاح تطبيق الحوكمة السريرية وتتمثل في الكفاءات البشرية والتمويل والدعم الفني ويمكن التطرق إليها بالتفاصيل في التالي:

- الكفاءات البشرية تزيد الحوكمة من فعالية الإدارة الصحية من خلال اعتماد هذه الأخيرة على وسائل تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، والتي تساعد على الأداء الجيد والفعال للإدارة في نشاطاتها. مثل، فحص وتشخيص عدد كبير من الملفات، وجمع البيانات والمعلومات وتبادلها بين مختلف المصالح الإدارية والأجهزة الحكومية. إضافة لسهولة الاتصال بالمواطنين والمتعاملين معها (بحراوي، 2025، ص.134)، حيث يعد نقص الموارد البشرية ونقص الحافز والكفاءة من بين المشاكل الرئيسية التي تعيق نجاح الحوكمة السريرية. حيث أن هناك حاجة ملحة لموارد بشرية كافية وذات كفاءة، كما أنه في كثير من الأحيان، يكون لدى الشخص المسؤول عن متابعة البرنامج مسؤوليات أخرى في المستشفى، ولا يستطيع الاهتمام بكل شيء بدقة، ونظراً لعدم وجود عدد كاف من الموظفين، لا يتم تحقيق الحوكمة بنجاح (Ziari et al., 2019).

وأشارت دراسة المطيري وآخرون (2022) إلى المكافأة البشرية هي التالي،

1. فترات انتظار المرضى للحصول على الخدمة الصحية القصيرة ولا تشكل خطورة على المريض
2. يوجد أنظمة اتصال حديثة وكفؤة.
3. يوجد إدارة فعالة للمعلومات من حيث جمع المعلومات وتصنيفها وتوزيعها على الأقسام
4. يثق المرضى بخبرات ومهارات ومؤهلات الأطباء المستشفى ومرضيها.
5. تقدم المستشفى الخدمة الصحية بدرجة عالية من الدقة والموثوقية.
6. تقدم الخدمة الطبية بالدقة في العلاج.
7. تنقسم العمليات الجراحية إلى المستشفى بنسب عالية من النجاح.

كما أضاف تقرير "منظمة معايير الصحة" (HSO, 2021) إلى أنه تقوم الحوكمة السريرية على المكافآت البشرية التي يمكن تصنيفها إلى أربع فئات،

1. صناع القرار على مستوى الرعاية الفردية، وهم مقدمو الخدمات السريرية الأكثر مسؤولية المعينون والذين يتخذون قرارات الرعاية ضمن فرق الرعاية الفردية
2. الشركاء على مستوى الرعاية الفردية، وهم العملاء والأسر الفردية الذين يشاركون في رعايتهم الخاصة كجزء من الفريق، بالإضافة إلى مقدمي الخدمات السريرية الآخرين المشاركين في الفريق والذين قد يقدمون لعملاء خدمات متشابهة
3. صناع القرار على المستوى التنظيمي، وهم القائمون على الإدارة السريرية. بما في ذلك الإداريون ومقدمو الخدمات السريرية الذين يتولون أدوار صنع القرارات السريرية، مثل المديرين السريريين والرؤساء والمديرين التنفيذيين وأعضاء مجلس الإدارة
4. الشركاء على المستوى التنظيمي، أي مقدمو الخدمات السريرية. وغيرهم من الموظفين والعملاء والأسر وأعضاء المجتمع، والشركاء في الأدوار الاستشارية في فرق صنع القرار السريري التنظيمي.

- التمويل يعد التمويل إحدى الوظائف الأساسية الأربع للنظام الصحي. وفقا لتصنيف منظمة الصحة العالمية، وهو ما يغطي وظيفتين أخريين، الاستثمار في الأفراد والمباني والمعدات، وتقديم الخدمات الصحية، ويعد التمويل من العوامل المؤثرة على تحقيق الحوكمة السريرية، وتضمن الحوكمة الرشيدة خضوع الحكومة للمساءلة أمام مواطنيها، ويتمثل التمويل في جمع الإيرادات وشراء الخدمات الصحية، ومن مكونات الشراء الدفع لمقدمي الرعاية الصحية، وتتطلب جميع هذه الأجزاء حوكمة رشيدة (Hong, 2017).

حيث يعتمد التشغيل السليم لمؤسسات الرعاية الصحية. مثل المستشفيات والعيادات والممارسات الطبية، بشكل كبير على الإدارة المالية الفعالة، ولتعظيم تخصيص الموارد وضمان الاستدامة المالية. يتولى مديرو الشؤون المالية في قطاع الرعاية الصحية مسؤولية وضع الميزانية، وإدارة دورة الإيرادات، واحتواء التكاليف. وإعداد التقارير المالية، وتعزيز رعاية المرضى وتوفير التكاليف، تربط استراتيجيات مثل منظمات الرعاية المسؤولة ونماذج الرعاية القائمة على القيمة الحوافز المالية بجودة النتائج، كما يتم تعزيز الابتكار في التقنيات الطبية الجديدة والعلاجات والأساليب العلاجية من خلال التمويل، الذي يمكن من تحقيق تقدم في مجالات مثل الطب الدقيق والصحة الرقمية (Khan, 2022).

وتلعب الإدارة المالية للرعاية الصحية دورا محوريا في الأداء الفعال لأنظمة الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم. وقد أصبح التوازن الدقيق بين تقديم رعاية عالية الجودة للمرضى والحفاظ على الاستدامة المالية تحديا بالغ الأهمية لمؤسسات الرعاية الصحية، ومع مواكبتنا لتطورات التطورات الطبية، والتغيرات الديموغرافية، والتحديات الاقتصادية، تتضح الحاجة إلى استراتيجيات قوية للإدارة المالية في مجال الرعاية الصحية بشكل متزايد، ويعد مشهد الإدارة المالية للرعاية الصحية معقدا، ويتأثر بعوامل مثل ارتفاع التكاليف الطبية، والتطورات التكنولوجية. ونماذج السداد المتغيرة، والطلب المتزايد على خدمات الرعاية الصحية، وبالتالي تواجه المستشفيات والعيادات ومقدمو الرعاية الصحية تحديا دائما يتمثل في تحسين الموارد المالية مع ضمان تقديم رعاية عالية الجودة للمرضى، ويمكن مواجهة ذلك التحدي من خلال الحوكمة السريرية. وجدير بالذكر إن الصحة المالية لمنظمات الرعاية الصحية أمر بالغ الأهمية لاستدامتها ورفاهية المجتمعات (Owolabi et al., 2024).

- الدعم الفني يتعلق الدعم الفني بالرقابة الذاتية والتزام الفرد بالإيجابية تجاه

عمله من خلال تحمل الضغوط والمساهمة في حل مشاكل العمل بحيث أن هذا العمل يحدد للسيطرة على التواحي السلبية في تفكيره وسلوكه، خاصة عندما نتكلم عن الأطباء فإن الرقابة الذاتية تشكل عنصر مهم في عملهم إذ لا أحد يمكن له أن يعرف هل الطبيب يقوم بعمله بإتقان أو أنه يقدم كل ما لديه أو لا، وإذا نظرنا إلى المهارة أيضا فهذا مهم في الرقابة الذاتية، وعليه فإن درجة المعلومات التي يحتاجها الفرد لإدراك وفهم عمله، ودقة وضوح الدور عامل أساسي في توقع ما هو مطلوب وكيفية عمله. وإذا ما نظرنا إلى الطبيب في المستشفى فإن وضوح دوره يزيده اطمئنانا ومسؤولية في نفس الوقت لتقديم عمل جيد ومتقن (بقاش والطاهر، 2019).

وعلاوة على ذلك تحتاج الحوكمة السريرية إلى الدعم الفني من خلال دمج ما يسمى بتكنولوجيا معلومات الرعاية الصحية، والتي تعرف على أنها تطبيق معالجة المعلومات، الذي يشمل كلا من أجهزة وبرامج الحاسوب، والذي يعني بتخزين معلومات الرعاية الصحية وبياناتها واسترجاعها ومشاركتها واستخدامها لأغراض التواصل واتخاذ القرارات السريرية، وتشمل تكنولوجيا معلومات الرعاية الصحية تقنيات متنوعة، بدءا من أعداد المخططات البسيطة، وصولا إلى دعم القرارات الأكثر تقدما والتكامل مع التكنولوجيا الطبية، وتتيح تكنولوجيا معلومات الرعاية الصحية فرصا عديدة لتحسين الرعاية الصحية وتطويرها، فضلا عن تقليل الأخطاء البشرية، وتحسين النتائج السريرية، وتسهيل تنسيق الرعاية، وتحسين كفاءة الممارسات، وتتبع البيانات بمرور الوقت (Alotaibi & Federico, 2017).

كما تتحقق الحوكمة السريرية من خلال تحسين الدعم الفني المتمثل في تعزيز وتحديث المعدات الطبية، كما يتحقق من خلال التحول الرقمي للنظام الصحي وذلك عبر دمج تقنيات المعلومات والاتصالات في سلسلة القيمة الخاصة به، ويتطلب هذا التحول حوكمة تراعي الحقوق واللوائح والمسؤوليات والمخاطر في مجالات مثل الإنترنت والصحة واستخدام البيانات الصحية ونظم المعلومات، وتهدف حوكمة الصحة إلى تحسين جودة وكفاءة وفعالية النظام الصحي، إن العبء الثلاثي المتمثل في مكافحة الأمراض، والاستدامة المالية، والحاجة إلى تحسين فعالية وجودة الرعاية الطبية، كلها عوامل تستلزم تغييرات جذرية في النظام الصحي. وتجعل من تحقيق تحوله الرقمي أمرا بالغ الأهمية لتعزيز الدعم الفني (IDB, 2020).

ومن المتوقع أن يحدث دمج التقنيات المتقدمة، مثل الذكاء الاصطناعي والتعلم الآلي وسلسلة الكتل، نقلة نوعية في الدعم الفني في مجال الرعاية الصحية من خلال تحسين نتائج المرضى، وتبسيط العمليات، وزيادة إمكانية الوصول، حيث تمكن هذه الابتكارات من إجراء تشخيصات أكثر دقة، وتقديم علاجات مخصصة، وتحسين إدارة الأمراض المزمنة، مما يؤدي إلى رعاية صحية عالية الجودة. والاستفادة الكاملة من هذه التطورات، من الضروري معالجة التحديات المصاحبة المتعلقة بخصوصية البيانات والأمن والاعتبارات الأخلاقية، ويتطلب التنفيذ الفعال استثمارات في البنية التحتية، وتدريباً مستمراً لمختصي الرعاية الصحية، ووضع أطر تنظيمية واضحة، يعد التعاون بين مقدمي الرعاية الصحية ومطوري التكنولوجيا ووضع السياسات والمرضى أمراً حيوياً لضمان تعزيز الدعم الفني اللازم للحكومة السريرية (Sinha, 2024).

بناءً على ما سبق يمكن استقراء أن يعتبر التمويل الكافي عنصراً جوهرياً لنجاح الحكومة السريرية حيث تعد الكفاءات البشرية نهج الحكومة السريرية هو نهج يهدف إلى دعم التواصل والتفاعل وتقليل الأخطاء وتحسين وتطوير عملية الخدمة في مؤسسات الرعاية الصحية. ويتطلب تحقيق الحكومة السريرية إرساء ثقافة تحفز الكفاءات على تحسين أدائهم، كما يوفر الموارد المالية المطلوبة لتحديث البنية التحتية. وتأهيل الكوادر الطبية واقتناء التقنيات المتقدمة؛ إلى جانب الدعم الفني وذلك من خلال توفير أنظمة إلكترونية متكاملة مثل السجلات الصحية الإلكترونية ونظم مراقبة الجودة مما يسهم في رفع كفاءة الأداء السريري وتعزيز جودة الرعاية الصحية بشكل مستدام.

## المحور الثاني، الأخطاء الطبية

### مقدمة

يتميز المستشفى عن غيره من المؤسسات بتركيبته البشرية المتنوعة التي تضم الكوادر الطبية وشبه الطبية والفنية والإدارية وبهذا يشكل المستشفى كياناً تنظيمياً وإدارياً فريداً من جهة ونظاماً نفسياً واجتماعياً متكامل من جهة أخرى، وهو ما توصل إليه بقاش والطاهر (2019) بأن يتميز المستشفى عن غيره من التنظيمات بتعقيدته نظراً لتشكله من مزيج تركيبي بشريّة مختلفة ممثلة في الأسلاك الطبية والشبه طبيّة والمهنيّة والإداريّة، وبذلك يكون المستشفى هيكل إداري وتنظيمي متميز من جهة ونظام نفسي اجتماعي فريد من جهة أخرى، وهي حقيقة الأمر هو تنظيم بشري وبالتالي فهو نظام اجتماعي معقد؛ إذ أن مادته الخام هو الإنسان، إنتاجه إنساني، هدفه إنساني يتمثل في خدمة الأفراد.

ومهنة الطب هي التي تحرر البدن من الآلام عن طريق العلاج ويقوم بهذه المهنة الطبيب، ومن ثم فإن مهنة الطب هي مهنة شريفة تهدف أساساً إلى خدمة الإنسان والإنسانية، والتخفيف من آلام الأفراد وأوجاعهم. وبالتالي يفترض في الطبيب أن يكون ذا كفاءة عالية ومسيراً لأحدث سبل ووسائل العلاج (العتيبي، 2019، ص.13). كما تعد مهنة الطب من أبل المهن الإنسانية ويحتاج الطبيب الذي ينهض بها - إلى قدر كبير من الحرية والثقة والاطمئنان، وبالمقابل فإن حياة المريض أو سلامته الجسدية. وتعد من أسمى القيم التي يحرص المجتمع على حمايتها، والتي تعد من الأمور المتعلقة بالنظام العام (سوار الذهب، 2017).

حيث يختلف الخطأ الطبي عن غيره من الأخطاء بسبب ماله من تأثير مباشر على حياة الإنسان وصحته التي هي من أغلى الأشياء في وجوده وهي لذلك أولى بالرعاية والعناية والاحترام من غيرها، فالعمل الطبي يحتفظ بخصوصية استثنائية ويتسم بأهمية بالغة تتمركز بالأخص في تحديده وتمييزه من سواء من الأخطاء التي يرتكبها أصحاب المهن الأخرى (عمران، 2020). وفي هذا الصدد وضع المنظم السعودي مفهوم الخطأ الطبي فنص على أنه كل مخالفة أو خروج من الطبيب في سلوكه على القواعد والأصول الطبية التي يقضي بها العلم أو المتعارف عليها نظرياً وعملياً. وقت تنفيذ العمل الطبي، أو إخلاله بواجبات الحيطة والحذر واليقظة التي يفرضها القانون وواجبات المهنة على الطبيب، متى

ترتب على فعله نتائج جسيمة في حين كان قدرته وواجب عليه أن يكون يقظا وحذرا في تصرفه حتى لا يضر بالمريض (أبو دياب، 2020).

حيث للأخطاء الطبية تاريخ طويل يعود إلى العصور القديمة. ففي بلاد ما بين النهرين، وجدت بالفعل شريعة حمورابي. والتي تناولت الأخطاء التي يرتكبها الأطباء في ممارستهم لمهنتهم، وكان من أوائل التقارير عن الأخطاء الطبية ما نشره الباحث القانوني البريطاني السير ويليام بلاكستون. ففي عام 1765، نشر بلاكستون مجموعة من المبادئ القانونية بعنوان "شروحات على قوانين إنجلترا" وأشار إلى مفهوم "الخطأ الطبي". ومنذ ذلك الحين، في عام 1794، رفعت أول دعوى قضائية مسجلة تتعلق بسوء الممارسة الطبية في الولايات المتحدة في ولاية كونيتيكت، وكانت هذه بداية ظهور مفهوم الأخطاء الطبية (Miziara, 2022).

وقد تم الاعتراف بالأخطاء الطبية كمشكلة صحية عامة خطيرة. حيث تصنف كثالث سبب رئيسي للوفاة في الولايات المتحدة على سبيل المثال. وقد أفادت إحدى الدراسات أن ما يقرب من 400,000 مريض في المستشفيات يتعرضون لأضرار يمكن الوقاية منها سنويا، بينما قدرت دراسة أخرى أن أكثر من 200,000 حالة وفاة سنويا ناجمة عن أخطاء طبية يمكن الوقاية منها، علاوة على ذلك، للأخطاء الطبية تكلفة باهظة، حيث يقدر بعض الخبراء أن الآثار الجانبية تكلف نظام الرعاية الصحية 20 مليار دولار سنويا. بينما يقدر آخرون تكاليف الرعاية الصحية بما يتراوح بين 35.7 و45 مليار دولار سنويا للعدوى المكتسبة من المستشفيات وحدها. كما تؤثر الأخطاء الطبية سلبا على المريض وأسرته والأطباء المعنيين وهريق الدعم ومرفق الرعاية الصحية والمجتمع. كما قد يعاني أخصائيو الرعاية الصحية من آثار نفسية عميقة مثل الغضب والشعور بالذنب والأفكار الانتحارية بسبب الأخطاء الطبية. والتي قد يضاعفها خطر اتخاذ إجراءات قانونية (Rodziewicz et al., 2024).

ولكن لا تزال الأخطاء الطبية تشكل تحديا عالميا كبيرا، إذ تمثل أحد الأسباب الرئيسية للأمراض والوفيات التي يمكن الوقاية منها. كما يمكن أن تهدد هذه الأخطاء سلامة المرضى، وتضعف ثقة الجمهور في أنظمة الرعاية الصحية. وتعرض أعباء مالية كبيرة على كل من المرضى ومقدمي الرعاية الصحية، وفي المملكة العربية السعودية، أصبحت معالجة الأخطاء الطبية أولوية، لا سيما في ضوء مبادرات التحول في الرعاية الصحية في إطار رؤية 2030، حيث تركز هذه الاستراتيجية الوطنية على تحسين الجودة

والشكافية والرعاية المركزة على المريض. من خلال فهم العوامل النظامية والثقافية التي تؤدي إلى حدوث الأخطاء الطبية ومعالجتها (Alhur et al., 2024).

وبالتعقيب على ما تم تناوله يمكن التطرق إلى أن الأخطاء الطبية تعد خلل في نظام الرعاية الصحية لذلك يجب توجيه جهود الوقاية من الأخطاء بشكل رئيسي نحو نقاط الضعف في النظام وبشير هذا إلى ضرورة تركيز مؤسسات الرعاية الصحية على التحسين المستمر للأنظمة لتقليل الأخطاء بفعالية ويجب التحقيق في الأخطاء الطبية لتحديد نقاط الضعف في الأنظمة أو العمليات بدلا من التسرع في إلقاء اللوم على الأطباء وبعد نظام الإبلاغ الفعال عن أحداث السلامة جزءا أساسيا من ثقافة شاملة لسلامة المرضى.

### مفهوم الأخطاء الطبية

تعددت الآراء ووجهات النظر في تعريف مفهوم الأخطاء الطبية ولكنها تمحورت أغلبها حول ما يلي،

عرف ضمرة (2015، ص.293) الأخطاء الطبية بأنها، "خروج الطبيب عن الأصول الطبية المقررة بتعريض المريض للخطر أو مصلته - من غير - قصد إبان القيام بمعالجة مأمونة العاقبة في الأصل، بحيث يحتمل إفضاؤها إلى الضرر".

عرف الحربي (2017، ص.62) الأخطاء الطبية بأنها، "أحد أهم الأخطاء الطبية المعروفة، وتعتبر بعض الحالات المرضية أكثر من غيرها لحدوث خطأ التشخيص خلال مرحلة العلاج".

عرف سعيد (2019، ص.14) الأخطاء الطبية بأنها، "إخلال وتقصير وعدم التزام القيام بالواجبات من قبل الطبيب أو العاملين الصحيين".

وقد عرف سكور وأخرون (Kaur et al., 2019, P.16) الأخطاء الطبية على أنها، "الضرر الناتج عن إغفال أمر ما أو خلل في القيام بمهمة ما، مما يساهم في حدوث نتيجة غير مقصودة".

عرف أبو دياب (2020، ص.222) الأخطاء الطبية بأنها، "نسبة الخطر التي تصاحب العمل الطبي اللازم للعلاج أو التشخيص، والتي يكون وجودها معروفاً، غير أن تحققها يعتبر أمر استثنائي ولا صلة له بحالة المريض الأولى ولا يمكن اعتبارها تطورا متوقعا لها، ويتخلف عنها ضرر خطورة استثنائية".

في حين عرف " تانسوانارات وآخرون" (Tansuwannarat et al., 2022, P.669) الأخطاء الطبية على أنها: "أي فشل في عملية العلاج من شأنه أن يؤدي إلى الإضرار بالمريض أثناء وجود العلاج تحت سيطرة أخصائي الرعاية الصحية".

كما أشار "أحسني استحبناقي وآخرون" (Ahsani-Estahbanati et al., 2022, P.245) إلى الأخطاء الطبية على أنها: "فشل في تنفيذ إجراء طبي مخطط له على النحو المقصود أو استخدام خطة خاطئة لتحقيق هدف طبي. مما يتسبب في خلل ما".

كما عرف "تساي وآخرون" (Tsai et al., 2023, P.1) الأخطاء الطبية على أنها: "فعل إهمالي أو إغفال أو ضرر يتسبب في إصابة أو وفاة غير مقصودة لمريض، ويتحمل مسؤوليتها طبيب أو أخصائي رعاية صحية".

عرف الصمادي (2024، ص.6) الأخطاء الطبية بأنها: "أخطاء عطاء ترتكب من قبل الطبيب أو مساعديه نتيجة إخلال الطبيب بأحد التزاماته المهنية أو بسبب قلة الخبرة والكفاءة والاستهتار أثناء ممارسته للعمل الطبي".

عرف "فايز ودغيدى" (Fayed & Deghidy, 2024, P.29) الأخطاء الطبية على أنها: "الانحرافات عن المعايير الطبية المقبولة والتي تؤدي إلى الأذى أو الإصابة غير المتعمدة". خلاصة ما سبق يمكن استنتاج تعريف الأخطاء الطبية على أنها الفشل في تحقيق الإجراءات المخطط لها أو استخدام خطط خاطئة أثناء السعي نحو تحقيق هدف ما.

## أنواع الأخطاء الطبية

الخطأ الطبي قد يكون خطأ عاديًا يقوم على الإهمال، وقد يكون خطأ مهنيًا يتمثل في مخالفة الأصول الفنية الثابتة للمهنة والخروج عليها فالطبيب يكون مسؤولاً في الحالتين أيما كانت درجة خطئه (العتيبي، 2019، ص.14).

كما أشار أبو دياب (2020) إلى أنواع الأخطاء الطبية في التالي،

- أخطاء الطبية الناجمة عن النشاطات الطبية، ينتج عن العمل الطبي الذي يقوم به الطبيب أو الموظفين الآخرين حوادث طبية تسبب أضرار للمريض، كالأعمال التي تقوم بها المستشفيات من إعادة البناء في الهياكل. وتخصيب أجهزة طبية حديثة وتجريبها التي تؤثر بشكل مباشر على المريض وكذلك كل الأعمال التي يقوم

بها الأطباء أثناء استعمالهم لمختلف التجهيزات الطبية والوسائل الحديثة والمبتكرة في المجال الطبي.

- الأخطاء الناتجة عن الأوضاع الخطرة، فتشمل المسؤولية المدنية لتعويض الحوادث الطبية التي تقع في المستشفيات العامة والخاصة، حالات العدوى بالأمراض أثناء التواجد بالمؤسسات الاستشفائية، والأضرار الجسمية الناتجة عن أعمال العلاج ومن بينها نقل الدم. فيلتزم المستشفى بنقل دم سليم خالي من أي فيروسات قد تصيب جسد المريض بمضاعفات تضاعف من حالته المرضية الأولى الموجود من أجلها في المستشفى. أو ينتقل إليه مرض معدى كان جسده سليماً منه قبل مباشرته العمل الطبي، وذلك لأن المستشفى أو القائم بالأعمال الطبية ملزم بحماية المريض وسلامته. هذا إلى جانب الأضرار التي تحدث نتيجة التطعيمات الإجبارية.

- الأخطاء الناشئة عن المواد والمعدات المستخدمة، تدخلت الآلة بشكل ملحوظ في العلاج الطبي، فقد يصاب المريض بسبب تلك الآلات التي يستخدمها الأطباء أثناء قيامهم بالعمل الطبي، وكثيراً ما تحدث أضرار والأجهزة عديدة للمرضى بسبب وجود عيب أو عطل في الأجهزة والآلات المستخدمة، حيث يقع الالتزام على عاتق الطبيب وكذلك المستشفى باستخدام آلات سليمة خالية من أي عيب يؤثر على استخدامها.

أشار ضمرة (2015) إلى أنواع الأخطاء الطبية في التالي:

1. الأخطاء الطبية العادية، تلك الأخطاء التي لا يتصل معيار تقديرها بالأصول الفنية للمهنة الطبية بل يتعلق تقديرها بحسب الشخص العادي ذي الحيطات والحرص فوقوق الطبيب بخطأ لا يقع به شخص عادي يتصف بالحرص والحيطة يعد هذا خطأ طبياً عادياً ومن أمثله، إجراء الطبيب عملية جراحية بناء على نتائج مخبرية لا تختص بمن أجريت له العملية الجراحية قسراً أو غفلة، ونسيان الطبيب أو أحد معاونيه أثناء إجراء العملية الجراحية منضجاً طبياً داخل جسد المريض بغير أن يستشعروا نقصانه. ولم يستظفروا هذا الخطأ إلا بعد ظهور الالتهابات المبرحة ونحوه.

2. الأخطاء الطبية الفنية، تلك الأخطاء التي يرتكبها المعالج والتي يخرج بها عن الأصول والقواعد المتعارف عليها في مهنة الطب سواء أكانت نظرية أم عملية ومن

أمثله، إجراء عملية جراحية قبل استكمال الضحوصات والتحليل اللازمة للتحقق من سلامة المريض. أو صرف دواء خطأ لا يتناسب حالة المريض أو عمره مما يؤدي إلى مضاعفات ضرورية، أو خطأ طبيب التخدير بزيادة الجرعة مما من شأنه الإفضاء إلى موت المريض أو شلله ونحوها. والملاحظ أن هذا التقسيم للخطأ الطبي لا يترتب عليه آثار فقهية أو قانونية، لاسيما مع استقرار الوجهة القانونية بمؤاخظة الطبيب على جملة الأخطاء الصادرة عنه بغض النظر عن ضالتها أو جسامتها.

وعلاوة على ذلك أضاف ثوني (2020) إلى أنواع الأخطاء الطبية في التالي،

أ. الخطأ في العلاج، يعد الضحص قآي مرحلة العلاج وكيفية، فالطبيب في هذه المرحلة غير مجبر على تحقيق النتيجة. لكنه ملزم ببذل عناية الطبيب البقظ الذي يحرص على مصلحة المريض، فيبعد عنه ما يضره قدر الإمكان. وفقا للأصول العلمية الثابتة وما توصل إليه العلم.

ب. الخطأ في التخدير، حتى يكون العلاج جراحيا لابد من استعمال التخدير كوسيلة للتقليل من آلام المريض، وهي عملية لا تخلو من الخطورة مما يوجب معه عناية هائلة من حيث قدرة المريض على تحملها، وقد أصبح هذا النوع من الطب تخصصا قائما بذاته. وعلى الطبيب القائم به أن يراعي أصول الفن في ذلك. تحت طائلة مساءلة جزائيا إن وقع تقصير من طرفه أثناء وبعد العملية.

ج. الخطأ الجراحي، تعتبر الجراحة على جانب كبير من الأهمية والخطورة، وهي تتطلب حذرا وحيطة تتجاوز غيرها، لأنها غير مضمونة النتائج، ويسأل الجراح عن نسيان أشياء في جسم المريض.

وبالتالي أشار "رودزيويتش وآخرون" (Rodziewicz et al., 2024) إلى أنه ينبغي أن يكون أخصائيو الرعاية الصحية على دراية بأنواع الأخطاء الطبية المختلفة لفهم الآثار الجانبية التي قد تنتج عنها بشكل أفضل. ومن خلال تحديد أوجه القصور والأخطاء وعوامل الخطر التي تؤدي إلى حدوث آثار جانبية، يمكن وضع تدابير تصحيحية لمنع حدوث أخطاء مماثلة في المستقبل. وتشمل الأنواع الشائعة من الأخطاء الطبية الأخطاء الجراحية. وأخطاء التشخيص، وأخطاء الأدوية، وأعطال المعدات،

- الأخطاء الجراحية: تعد الأخطاء الجراحية الأكثر خطورة في إصابة المريض بإصابات بالغة أو الوفاة. وتقدر الأخطاء أثناء الجراحة بأنها المشكلة الرئيسية في 75% من حالات سوء الممارسة التي تشمل الجراحين، وقد أظهرت الدراسات التي تناولت العوامل المؤدية إلى هذه الأنواع من الأخطاء الجراحية أن الأسباب الشائعة تشمل عوامل تتعلق بالطبيب مثل الشعور بالتسرع والتشتت والإرهاق وسوء التواصل وعدم كفاية الكادر الطبي وسوء العوامل التنظيمية، ومشاكل السجلات الطبية، والأخطاء المعرفية.

- أخطاء التشخيص: تعرف الأكاديمية الوطنية للطب خطأ التشخيص بأنه عدم تقديم شرح دقيق في الوقت المناسب لمشاكل المريض الصحية أو عدم إبلاغه بها، وبالتالي، وتؤدي أخطاء التشخيص إلى وفاة أو إصابة ما بين 40,000 و80,000 مريض سنوياً، وتعد أخطاء التشخيص أكثر شيوعاً في عيادات الرعاية الأولية الفردية نظراً لضغط العمل وضيق الوقت، وعدم القدرة على التواصل بسهولة مع الزملاء، وفي المقابل: يتواجد العديد من الأطباء السريريين مثل الأطباء المقيمين لدى المرضى الذين يعالون في المؤسسات الطبية التعليمية: مما يقلل من احتمالية حدوث خطأ تشخيصي، وتسبب أخطاء التشخيص أثاراً جانبية لحوالي 5% من مرضى العيادات الخارجية و17% من مرضى المستشفيات.

- الأخطاء الدوائية: تشمل أخطاء الأدوية الشائعة تجاوز قواعد استخدام الأدوية، أو إعطاء دواء مشابه في الاسم عن طريق الخطأ، أو استخدام أدوية منتهية الصلاحية، وهناك عدد من الممارسات التي يمكن أن تساعد في تقليل الأخطاء الدوائية مثل إدخال طلبات مقدمي الخدمات إلكترونياً (CPOE)، وأنظمة الترميز الشريطي لتحديد المرضى والأدوية، ووحدات القياس الموحدة، والجرعات القائمة على الوزن، ووجود صيدلي للمساعدة في حساب الجرعة الصحيحة.

- أخطاء الأجهزة والمعدات: يعتقد أخصائيو الرعاية الصحية عموماً أن التكنولوجيا ستحسن كفاءة الرعاية الصحية. وتخفف التكلفة، وتحسن الجودة، وتعزز السلامة، إلا أن هذه التقنيات نفسها قد تسبب أيضاً أخطاء وأثاراً جانبية، ويستخدم ملايين مقدمي الرعاية الصحية حوالي 5000 نوع من الأجهزة الطبية حول العالم، لذا فإن الأخطاء المتعلقة بالأجهزة حتمية، وتعد عيوب تصميم المعدات الطبية، وسوء التعامل، وأخطاء المستخدم، والأعطال من الأسباب الشائعة للأخطاء الطبية،

وقد تعزى أخطاء المعدات إلى اختلافات بين الشركات المصنعة. وعدم كفاية الاختبارات والصيانة، وسوء التصميم، وسوء الصيانة، وينبغي إشراك المتخصصين في الرعاية الصحية في وضع وتقييم السياسات المؤسسية والتنظيمية والعامّة المتعلقة بالتكنولوجيا.

كما أوضح "بوراسين وآخرين" (Baurasien et al., 2023) أنه هناك أنواع أخرى من الأخطاء الطبية والتي تتمثل في،

- أخطاء ناتجة عن التواصل، يعدّ التواصل الفعال أساسيا لرعاية المرضى، وغالبا ما يؤدي انقطاعه إلى عواقب وخيمة. قد تحدث هذه الأخطاء بين مقدمي الرعاية الصحية، أو بين مقدمي الرعاية الصحية والمرضى. أو أثناء تسليم معلومات المريض، وقد تنشأ أخطاء التواصل من سوء التوثيق، أو عدم وضوح التعليمات أو سوء الفهم الناتج عن الهياكل الهرمية داخل فرق الرعاية الصحية. ويمكن أن يساعد تطبيق أدوات اتصال موحدة، مثل بروتوكولات (SBAR) وتعزيز تعاون الفريق، وتهيئة بيئة تواصل مفتوحة، في الحد من هذه الأخطاء.

- أخطاء النظام، تشير أخطاء النظام إلى أوجه القصور في نظام الرعاية الصحية نفسه، والتي تسهم بشكل غير مباشر في حدوث الأخطاء الطبية، وتشمل هذه العوامل عوامل مثل عدم كفاية الكوادر، وضعف عمليات التسليم، والبنية التحتية التكنولوجية القديمة أو غير الكافية، وتتطلب معالجة أخطاء النظام نهجا شاملا قائما على النظم، مع التزام قادة الرعاية الصحية بالتحسين المستمر للجودة، وتخصيص الموارد بشكل مناسب، وتعزيز ثقافة السلامة والمساءلة.

بناء على ما سبق يمكن التطرق إلى أن تتمثل أبرز الأخطاء الطبية في،

1. أخطاء التشخيص: تحدث أخطاء التشخيص عندما لا يحدد الطبيب حالة المريض بدقة، مما يؤدي إلى علاج خاطئ. أو تأخير في التدخل، أو سوء الرعاية، وقد تحدث هذه الأخطاء لأسباب عديدة. مثل سوء فهم العلامات السريرية أو الاختبارات.

2. أخطاء العلاج: يرتكب العاملون في مجال الرعاية الصحية أخطاء علاجية عندما لا يقدمون الرعاية الطبية المناسبة أو يقدمون رعاية خاطئة، مما يضر بالمريض،

وعادة ما تحدث هذه الأخطاء عند اتخاذ القرارات السريرية، مثل اختيار الطريقة الخاطئة لعلاج حالة المريض.

### الآثار المترتبة على الأخطاء الطبية

تعد الأخطاء الطبية من العوامل المؤثرة سلباً على سلامة المرضى حيث تنطوي على مخاطر كبيرة قد تؤثر في جودة نتائج الرعاية الصحية وتشمل هذه الأخطاء مشكلات مثل التشخيص غير الدقيق وأخطاء وصف أو صرف الأدوية والحوادث الجراحية، وهو ما توصل إليه القاضي (2022) فالطبيب الذي يحدث بخطئه ضرراً للمريض يقعه عن العمل يحكم عليه بتعويض مشتمل على عنصرين العنصر الحال وهو ما أصابه من ضرر عاجل والعنصر المستقبل وهو عجزه عن العمل في المستقبل وكسب لقمة عيشه. فإذا استطاع القاضي تقدير قدره في الحال. وإذا لم يستطع قدر التعويض عن الضرر الحالي، واحتفظ للمريض بحقه في التعويض عن الضرر المستقبل خلال فترة معينة.

حيث تؤثر الأخطاء الطبية بشكل كبير على سلامة المرضى، مما يشكل مخاطر جسيمة على نتائج الرعاية الصحية. ويمكن أن تؤدي هذه الأخطاء، التي تشمل عدم دقة التشخيص، وأخطاء الأدوية، والحوادث الجراحية، وفشل التواصل، إلى آثار جانبية سيئة، وإطالة مدة الإقامة في المستشفى، فضلاً عن زيادة معدلات الاعتلال والوفيات، وغالباً ما تسبب أخطاء التشخيص: النتائج عن التحيزات المعرفية أو نقص المعلومات. إلى تناول علاجات غير صحيحة، مما يتسبب في أضرار جسيمة. وتعد معالجة هذه الأخطاء بشكل شامل أمراً أساسياً لتحسين سلامة المرضى وتحسين جودة الرعاية الصحية بشكل عام (Baurasien et al., 2023).

وعلى هذا فإنّ تشمل عواقب الأخطاء الطبية زيادة معدلات الاعتلال والوفيات، كما تؤثر على المرضى وعائلاتهم ومقدمي الرعاية الصحية من خلال زيادة نفقات المستشفى. وإطالة مدة الإقامة فيه. والتسبب في آثار نفسية: كما يُصاب بعض المرضى بآثار سلبية خطيرة نتيجة للأخطاء الطبية، لذلك، ينبغي على مؤسسات الرعاية الصحية النظر في تحسين نظام سلامة المرضى لديها لمنع تضرر المرضى الناتج من الأخطاء الطبية (Tansuwannarat et al., 2022).

وعليه تعد الأخطاء الطبية حتمية. ويمكن أن يكون لها تأثير مكارهي على المريض والطبيب المعالج. والممرضات والمؤسسة أيضاً، إن بناء نظام رعاية صحية آمن يعني تصميم

إجراءات رعاية تضمن سلامة المريض من الإصابات العرضية. وقد ذكر أحد التقارير على سبيل المثال أن عدد الأمريكيين الذين يموتون سنوياً نتيجة للأخطاء الطبية يفوق عدد الوفيات الناجمة عن حوادث السيارات، وأشار إلى أن هناك ما يصل إلى 98,000 حالة وفاة سنوياً بسبب الأخطاء الطبية (Bari et al., 2016).

وتتجاوز عواقب الأخطاء الطبية الضرر المباشر الذي يلحق بالمرضى، فهي تؤدي إلى إطالة فترات التعافي، وزيادة تكاليف الرعاية الصحية، وضغوط نفسية على المرضى وأسرهم، ولا تؤدي هذه العواقب إلى إرهاق موارد الرعاية الصحية فحسب، بل تقوّض أيضاً ثقة عامة السكان في المؤسسات الطبية. لذلك، يجب أن تشمل الجهود المبذولة لتحسين سلامة المرضى التثقيف العام، والإصلاحات النظامية، وتعزيز ممارسات الإبلاغ عن الأخطاء بشفاافية (Alhur et al., 2024).

وبالتالي أشار " أولوغوند وآخرون" (Ologunde et al., 2022) إلى أنه أكدت التقارير أنه قد لقي ما يقرب من 142,000 شخص حتفهم في عام 2013 نتيجة للآثار السلبية للعلاج الطبي، ويتوفي ما لا يقل عن 250,000 شخص سنوياً في الولايات المتحدة بسبب الأخطاء الطبية والإهمال. وقد قدر تقرير صادر عن معهد الطب عام 2000 أن الأخطاء الطبية تسبب ما بين 44,000 و 98,000 حالة وفاة يمكن الوقاية منها، وفي المملكة المتحدة، وجدت دراسة أجريت عام 2000 أن ما يقدر بـ 850,000 خطأ طبي يحدث سنوياً. ومن خلال العناصر التالية سيتم عرض الآثار المترتبة على الأخطاء الطبية،

- الآثار على المرضى وعائلاتهم: تتراوح عواقب الأخطاء الطبية بين الضرر البسيط والوفاة. ففي بعض الحالات، يمكن أن تحدث حالات ضرر بسيطة مثل الحكة والطفح الجلدي أو تشوه الجلد نتيجة لتناول دواء خاطئ، وعلى الرغم من ندرة هذا، يمكن أن تؤدي أخطاء الأدوية إلى إصابة خطيرة للمريض أو وفاته، مما يؤثر على عائلات هؤلاء المرضى. حيث إن فقدان أحد الأحباء يعد أمر مدمر للعائلة.

- الآثار على مقدمي الرعاية الصحية: قد يعاني الأطباء أو الممرضون الذين يرتكبون أخطاء طبية، من الخجل والذنب والشك الذاتي. وقد يكون تأثير هذه المتلازمة مهدداً للحياة: فعلى سبيل المثال هناك حالات انتحار بين الممرضات تحدث بسبب الإضرار غير المتعمد بالمرضى، كما قد يرفع المرضى أو أفراد أسرهم دعوى

قضائية ضد أخصائي الرعاية الصحية بتهمة الإهمال، مما يعود بالضرر عليه، حيث قد يتعرض لفقدان وظيفته أو السجن أو الغرامة.

- الآثار على المستشفيات، قد يرفع المرضى أو أفراد أسر المرضى دعوى إصابته شخصية ليس فقط ضد مقدم الرعاية الصحية، بل أيضا ضد مؤسسة الرعاية الصحية التي يعمل بها، ومن الناحية القانونية: قد تواجه المستشفيات تكاليف باهظة للمحاماة القانونية وتكاليف التسوية المحتملة، وقد تضطر المستشفيات أيضا إلى تحمل تكلفة الاستشفاء المطول غير المخطط له وعلاج المرضى، كما قد يحتاج فريق إدارة المستشفى إلى إنفاق الوقت والعمال للتحقيق في السياسات وتعديلها للحد من الأخطاء المستقبلية: فضلا عن التأثير السيء على سمعة المستشفى.

تبين باستقراء ما سبق أن تعد الأخطاء الطبية من القضايا البالغة الخطورة التي قد تترتب عليها آثار جسيمة سواء على صحة المريض أو على النظام الصحي بأكمله فقد تؤدي هذه الأخطاء إلى مضاعفات صحية دائمة أو تدهور في الحالة المرضية وقد تصل في بعض الحالات إلى الوفاة كما أن تكرارها ينعكس سلبا على ثقة المجتمع في المؤسسات الصحية ويزيد من الأعباء المالية الناتجة عن التعويضات والتكاليف القانونية الأمر الذي يفرض ضرورة تشديد الرقابة وتكثيف البرامج التدريبية للكوادر الطبية للحد من وقوعها.

### دور فرق الجودة وسلامة المرضى في الحد من الأخطاء الطبية

أصبحت جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى من الركائز الجوهرية لنظام الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية وانطلاقا من الوعي بأهمية هذا الجانب تعمل غالبية مؤسسات الرعاية الصحية على تطوير برامج وأنظمة متقدمة تهدف إلى تحسين النتائج وتعزيز مستوى الرعاية المقدمة، وهو ما أشار إليه الموقع الرسمي لجامعة السعودية الإلكترونية (2025) بأن أصبحت جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى من العناصر الأساسية لنظام الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية وإدراكا لأهمية هذا الجانب، تقوم معظم مؤسسات الرعاية الصحية بتطوير برامج وأنظمة لتعزيز النتائج من خلال تحسين الجودة وسلامة المرضى بهدف تحقيق الرعاية الآمنة وتحسين نتائج المرضى. وتحقيق تلك المستهدفات يتطلب قادة متخصصين في مجال جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى ويمتلكون المعرفة والمهارات والخبرات الأساسية

ويجب على الأطباء، والممارسين المتقدمين والممرضين والصيادلة وفنيي الجراحة والصيادلة، وغيرهم من أعضاء فريق الرعاية الصحية العمل معا لتحديد أوجه القصور التي تؤدي إلى أخطاء طبية، وتطبيق استراتيجيات وقائية. حيث أنه لا تجدي التدخلات، مثل قوائم التحقق الجراحية، ومطابقة الأدوية، وتأکید الأوامر الشفهية، نفعاً إلا عندما يسهم كل فرد من أعضاء الفريق في تحسين سلامة المرضى، علاوة على ذلك، يتحمل كل متخصص في الرعاية الصحية مسؤولية مراقبة المرضى وتهيئة بيئة تشجع على التواصل الفعال للمساعدة في تقليل الأخطاء السريرية. كما يجب على هيئات الاعتماد وبرامج التدريب التركيز باستمرار على تحسين سلامة المرضى، وتعليم طرق الحد من الأخطاء الطبية الشائعة (Rodziewicz et al., 2024).

كما تعد برامج سلامة المرضى جزءاً أساسياً من مؤسسات الرعاية الصحية، إذ تعمل على الحفاظ على سلامة المرضى أثناء رعايتهم، ولضمان أن تكون سلامة المرضى دائماً على رأس قائمة الاهتمامات، صنمت هذه البرامج لاكتشاف المخاطر التي قد تسبب أخطاء طبية، والتعامل معها والحد منها، وتدريب الفرق الصحية على التعامل مع كافة المشكلات التي قد يتعرضون لها. ويعد إعداد برامج سلامة المرضى وتشغيلها، وتحسينها باستمرار، من أهم عناصر إدارة الرعاية الصحية للحد من الأخطاء وتحسين مستوى الرعاية بشكل عام، ويعد وضع إرشادات ومعايير السلامة التي قرشد العاملين في مجال الرعاية الصحية إلى كيفية تقديم الرعاية بطريقة تقلل المخاطر جزءاً أساسياً من برامج سلامة المرضى Patil (et al., 2023).

ويعد الانخراط في مبادرات التحسين المستمر للجودة أمراً بالغ الأهمية لتحديد الأخطاء الطبية ومنعها، وتساعد المراقبة المنتظمة، والإبلاغ عن الحوادث، وتحليل الأسباب الجذرية على تحديد نقاط الضعف في أنظمة الرعاية الصحية. مما يمكن من تطبيق حلول مستهدفة، كما يساعد تبادل الدروس المستفادة بين الفرق الصحية وبين مؤسسات الرعاية الصحية على تحسين ثقافة السلامة والتحسين المستمر، أي أنه تساعد مبادرات الجودة على تعزيز التغيير المنهجي وتحسن نتائج سلامة المرضى (Baurasien et al., 2023).

وبالتالي أشار الموقع الرسمي للإدارة العامة للشؤون الصحية بجامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن (2024) إلى دور فرق الجودة وسلامة المرضى في الحد من الأخطاء الطبية في التالي:

1. جاهزية الاعتماد وإدارة السياسات: تتمثل في التحكم في جميع السياسات والإجراءات الإدارية والمشاركة بين الإدارات (السياسات والإجراءات الإدارية والسياسات والإجراءات المشتركة بين الإدارات) التي تم إعدادها في المستشفى الجامعي والمنشآت التابعة له، كما أنها توفر التوجيه اللازم لضمان استمرار امتثال المستشفى (النظام والسياسات والموظفين) لأعلى مستويات جودة الرعاية ومعايير سلامة المرضى على النحو المنصوص عليه من قبل اللجنة الدولية المتحدة لاعتماد المنظمات الصحية والمركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية والكلية الأمريكية لأطباء علم الأمراض والهيئات التنظيمية الأخرى.

2. إدارة المخاطر وسلامة المرضى: يتطلب الحد من المخاطر وضمان السلامة مزيداً من الاهتمام بالأنظمة التي تمنع الأخطاء وتقليصها، ويركز برنامج سلامة المرضى على التعزيز المستمر للسلامة لجميع المرضى والزوار والموظفين كما أن لكل موظف دور مهم في ضمان سلامة المريض والزائر بالإضافة إلى ذلك يسعى البرنامج جاهداً من أجل ثقافة السلامة من خلال تنفيذ استراتيجيات للحد من الأخطاء الطبية علاوة على ذلك تسعى إدارة المخاطر الأكاديمية إلى تحسين الجودة وتقديم الرعاية الصحية بأمان من خلال تحديد المواقف التي قد تعرض المرضى للخطر والعمل على منع هذه المخاطر أو السيطرة عليها.

3. التحسين المستمر: تعتبر وحدة التحسين المستمر جزءاً من إدارة تحسين الجودة وسلامة المرضى في المستشفى الجامعي حيث أن تتعاون مع الوحدات الأخرى في الإدارة لدعم التزام المستشفى بالجودة وسلامة المرضى وينصب التركيز على المساعدة في تحسين الخدمات الأكاديمية والداعمة من خلال قياس الأداء وإقامة مشاريع تحسين الجودة لسد أي ثغرات.

بناءً على ما سبق يمكن استخلاص أن تلعب فرق الجودة وسلامة المرضى دوراً محورياً في تقليل الأخطاء الطبية من خلال وضع معايير دقيقة للرعاية الصحية ومراقبة الأداء وتطبيق برامج تحسين مستمرة وتقوم هذه الفرق بتحليل الحوادث الطبية لتحديد الأسباب

الجذرية وتصميم خطط وقائية تشمل استخدام الأنظمة الإلكترونية لتوثيق المعلومات الصحية وتدريب العاملين على تطبيق الممارسات الآمنة كما تعمل على ترسيخ ثقافة السلامة داخل المنشآت الصحية من خلال تشجيع الإبلاغ عن الأخطاء دون خوف مما يفتح المجال للتعليم المستمر وتضادي تكرار المشكلات.

### برامج التدريب ودورها في الحد من الأخطاء الطبية

يجب تنفيذ برامج تدريبية شاملة للأطباء تتناول كل ما هو جديد في مجالات العمل الطبي، مع التركيز على الدورات التنشيطية في موضوعات إدارة الجودة الشاملة، وهو ما توصل إليه طلحة (2017) بأن يجب تطبيق برامج التدريب للأطباء على كل ما هو جديد ومطروح في مجال العمل كما يجب أن يشتمل التدريب على دورات تنشيطية في المواد التدريبية التي تتعلق بإدارة الجودة الشاملة بالإضافة إلى الطرق الحديثة المتقدمة التي تؤدي إلى تحقيق مستويات جديدة من الإقناع والجدارة

وتعد جودة التدريب أفضل ضمان لتحسين جودة الخدمات الطبية، فتحسين الجودة في العملية التدريبية يؤدي إلى رفع كفاءة الأداء التدريبي لإدارة التدريب، مما يؤدي إلى نوع من التكامل بين ما يتعلمه المتدرب وبين ما يحتاج إليه فعليا في تطوير أدائه وتحسين قدراته مما يزيد من فاعلية التعليم والتدريب وعمليا التدريب يؤدي إلى تحسين الأداء وتقليل الأخطاء، وأداء العمل على نحو صحيح من المرة الأولى، وهذا يؤدي إلى تخفيض التكاليف مما بعد أمرا هاما في مجال الخدمات الصحية، حيث إن تكاليف العلاج والتمريض والإقامة واشغال السرير تزداد في حال نقص الخبرة الطبية والتمريضية، علما بأن جودة الخدمات الطبية غير محددة المعالم وتتأثر بأمور كثيرة ويعتمد نجاح مجهودات تحسين الجودة أساسا على العنصر البشري، ومن هنا تأتي أهمية دور إدارة التدريب في تبني أي تغيير من شأنه الإسهام في تطوير الجودة وتحسينها، على اعتبار أن التدريب يتصب أساسا في إطار تحسين وتنمية وتطوير قدرات ومهارات واتجاهات العنصر البشري (موسى، 2019).

وعلى هذا القرار يعد تثقيف العاملين في مجال الرعاية الصحية وتعليمهم باستمرار أمرا بالغ الأهمية للحد من الأخطاء الطبية، إذ يضمن حصولهم على المعلومات والمهارات والقدرات اللازمة لتقديم رعاية آمنة وفعالة، ويجب أن يتم إعداد برامج التطوير المهني، التي تبقى الموظفين على اطلاع بأحدث المعايير السريرية وممارسات السلامة والتطورات التكنولوجية، فالعاملون في مجال الرعاية الصحية الذين تلقوا تدريباً جيداً أقل عرضة

لارتكاب الأخطاء، لأنهم لم يعرفون ما يجب عليهم فعله، كما أنهم على دراية بأفضل الممارسات التي يجب اتباعها. وبالتالي يجب على إدارة الرعاية الصحية وضع برامج تدريبية لتنمية المهارات التقنية وغير التقنية، وتجنب الأخطاء (Patil et al., 2023).

حيث تلعب مبادرات التعليم والتدريب المستمر دوراً رئيسياً في الحد من الأخطاء الطبية، حيث تساعد البرامج التي تركز على منع الأخطاء والعمل الجماعي وسلامة المرضى، مختصي الرعاية الصحية على تطوير المعرفة والمهارات والوعي اللازمين للممارسة الآمنة، كما يحسن التطوير المهني المستمر. بما في ذلك التدريب القائم على المحاكاة والتعليم المشترك بين المهن، من الوعي بالمواقف ويقلل من احتمالية وقوع الأخطاء، وبالتالي تعد البرامج التعليمية المنهجية ضرورية لفرس ممارسات السلامة لدى مختصي الرعاية الصحية (Baurasien et al., 2023).

مما سبق سرده نعزز تدريب الفرق متعددة التخصصات، وخاصة من خلال التعليم القائم على المحاكاة، التعاون واتخاذ القرارات والقدرة على العمل تحت الضغط، ومن خلال محاكاة سيناريوهات واقعية، يمكن لمهنيي الرعاية الصحية التدريب على الاستجابة للمواقف المعقدة وتحسين قدرتهم على العمل كفريق، مما يقلل من مخاطر الأخطاء الطبية، وقد أثبت التدريب القائم على المحاكاة فعاليته في البيئات عالية الخطورة، مثل أقسام الطوارئ وغرف العمليات (Thakur & Joshi, 2025).

وبالتعقيب على ما تم تناوله يمكن التطرق إلى أن تعد برامج التدريب عنصراً أساسياً في تقليل الأخطاء الطبية إذ تساهم في تطوير مهارات الكوادر الصحية وتعزيز وعيهم بأفضل الممارسات الآمنة وذلك من خلال التدريب المستمر حيث يواكب الأطباء والممرضون أحدث البروتوكولات العلاجية مما يحسن من دقة التشخيص ويعزز تطبيق الإجراءات الوقائية لتفادي الأخطاء الدوائية أو الجراحية كما تساهم هذه البرامج في ترسيخ مظاهر العمل الجماعي والتواصل الفعال داخل الفريق الطبي مما يقلل من احتمالات سوء الفهم ويساهم في تقديم رعاية صحية أكثر أماناً.

#### دور الحوكمة الطبية في الحد من الأخطاء الطبية في المستشفيات

تساهم الإدارة الفعالة للرعاية الصحية في الوقاية من الأخطاء الطبية وتعزيز سلامة المرضى ورفع جودة الخدمات الصحية المقدمة لها لها من تأثير مباشر على نتائج المرضى وفترة إقامتهم في المستشفى، وهو ما أكد عليه "باتيل وآخرون" (Patil et al., 2023) بأن

تساعد الإدارة الجيدة للرعاية الصحية على منع الأخطاء الطبية، والحفاظ على سلامة المرضى، وتحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة، ولأنها تؤثر على نتائج المرضى، وتطيل فترة إقامتهم في المستشفى، وتزيد من نفقات الرعاية الصحية. تمثل الأخطاء الطبية مشكلة عالمية رئيسية، وتساعد ممارسات الإدارة الفعالة مؤسسات الرعاية الصحية على الحد من هذه الأخطاء، وزيادة دقة التقييمات، وتحسين خطط العلاج. وتوفير بيئة آمنة، وتبني القيادة الجيدة بيئة آمنة يشعر فيها الخبراء الطبيون بالراحة للإبلاغ عن الأخطاء دون التفكير في العواقب. وهذا يتيح حل المشكلات. كما يعتمد التسليم الدقيق لمعلومات المريض المهمة إلى مقدم رعاية صحية آخر على التواصل الجيد، مما يقلل من احتمالية سوء الفهم والتشخيص الخاطئ، كما يمكن للتقنيات المتقدمة، بما في ذلك السجلات الصحية الإلكترونية (EHR) وأنظمة دعم القرار (DSS) والنكاه الاصطناعي (AI)، أن تساعد الأفراد على اتخاذ قرارات أفضل، وتقليل الأخطاء التي يرتكبونها، وتوفير دعم فوري للأطباء. بالإضافة إلى دورات تعليمية وتدريبية مستمرة للعاملين في مجال الرعاية الصحية

ولتحسين سلامة المرضى والحد من الأخطاء الطبية التي تضر بحياتهم أو قد تؤدي إلى وفاتهم. ينبغي على مؤسسات الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية تحويل اهتمامها من إلقاء اللوم على الممارسين الصحيين إلى حوكمة وتحسين نظام الرعاية الصحية نفسه، والتركيز على تحديد الأسباب الجذرية لهذه الآثار الجانبية التي يمكن الوقاية منها، وينبغي أن تركز أهم المبادرات لتحسين سلامة المرضى على المجالات التالية: المسؤولية الأخلاقية التنظيمية تجاه المرضى، وثقافة السلامة الإيجابية، وأنظمة الإبلاغ، وإشراك المرضى، وسياسة الأخلاقيات (Bokhari, 2019).

وعلى النحو الآخر نظراً لطبيعة الرعاية الصحية عالية المخاطر، تعد حوكمة الصحة ضرورية لخلق شعور بالشفافية والثقة والمساءلة بين الجمهور ومقدمي الخدمات الصحية، وبالتالي تقليل الأخطاء الطبية. فهي تضمن للمرضى الحصول على رعاية صحية بأعلى مستوى. كما تحاسب مقدمي الخدمات على الرعاية السريرية التي لا ترقى إلى تلك المعايير، كما أن للحوكمة السريرية الفعالة أثراً إيجابياً على الأطباء والممرضين وطلاب الطب، فبفضل المراجعة المستمرة للتقنيات والممارسات السريرية المتنافسة، تعزز الحوكمة السريرية بيئة تعليمية تشجع أخصائيي الرعاية الصحية على تطوير مهاراتهم باستمرار وتحسين عملية اتخاذ القرارات ونتائج الرعاية الصحية، وباختصار، تتعدد الآثار

الإيجابية للحوسبة السريرية لتشمل تحقيق ثقة ومساءلة أكبر، وقدرة على تقييم المخاطر وتوقعها بشكل أفضل. وبالتالي تجنب الأخطاء الطبية. وتحسين بيانات العمل، وتحقيق نتائج رعاية أكثر إيجابية للمرضى (WGU, 2025).

كما أشارت نتائج دراسة العنبي وأخرون (2022) إلى دور الحوسبة الطبية في الحد من الأخطاء الطبية وضمان الرعاية الصحية في التالي:

1. للعامل في المستشفى القدرة على نقل مشاكل المجتمع المدني.
2. تسهيل المستشفى مؤسسات المجتمع المدني تجري المستشفى لقاءات مع المرضى.
3. الإعلان عن الإجراءات المتخذة من قبل المستشفى في الوقت المناسب.
4. يشعر العاملون في المستشفى بوجود مساندة حول ما يقدمون من خدمات.
5. يخضع الإطار العام الذي تعمل فيه المستشفى الأحكام القوانين والتعليمات تعتبر القوانين واللوائح هي مرجعية المستشفى لحل الخلافات والمشاكل.
6. تطبيق القوانين والأنظمة والتعليمات التي تحكم عمل المستشفى دون تحيز.
7. تحاول المستشفى تحقيق مطالب جميع فئات المرضى قرارات المستشفى تستجيب لحاجات مختلف فئات المرضى.
8. التفاوض في المستشفى وسيلة لحل المشكلات بين كافة فئات المرضى.
9. تخطط المستشفى مستقبلا إلى تقديم الخدمات لجميع الفئات المستهدفة.
10. تقوم المستشفى في التخطيط لسد حاجات الفئات وتوقعاتهم المستقبلية.

من خلال ما سبق يتسنى للباحث استقراء أن تلعب الحوسبة الطبية دورا جوهريا في تقليل الأخطاء الطبية داخل المستشفيات من خلال تطبيق أنظمة رقابية فعالة وضمان الالتزام بالمعايير الطبية العالمية وتعزيز الشفافية في الإبلاغ عن الحوادث وتركز الحوسبة الفعالة على توثيق الإجراءات وتحليل الأخطاء للاستفادة من الدروس المستخلصة وتوفير برامج تدريب مستمرة للكوادر الطبية بهدف رفع مستوى الجودة كما تدعم إنشاء لجان متخصصة لمراجعة الحالات المعقدة واتخاذ قرارات جماعية مدروسة مما يقلل من احتمالات التسرع أو الإهمال وبهذا تعد الحوسبة الطبية عنصرا محوريا في تعزيز سلامة المرضى

وبناء الثقة في الخدمات الصحية وتقليل التكاليف الناتجة عن الأخطاء القابلة للتفادي.

## المحور الثالث، كفاءة الأداء التشغيلي

### مقدمة

تعد الكفاءة مفهومًا محوريًا لا يمكن تجاهله في مجالات العلوم الإنسانية والاجتماعية والتربوية بل وحتى السياسية ومما لا شك فيه أن الكفاءة تنبثق من الخبرة المهنية والممارسة المستمرة في السياقات العملية، وهو ما توصل إليه عبد العزيز (2020) بأن تعتبر الكفاءة مصطلحًا لا يمكن تجنبه في العلوم الإنسانية والاجتماعية والتربوية وحتى السياسية مما لا شك فيه أن الكفاءة تنتج عن الخبرة المهنية والممارسة اليومية في وضعية مهنية والتي تجعل الفرد المتعلم يترجم قدراته المعرفية غير الملاحظة إلى سلوك ملاحظ من الآخر. مما يجعل الكفاءة تتضمن قطب باطني يمثل العمليات العقلية وقطب مرئي كالسلوك أو العقل الملاحظ من طرف آخر.

وبالتالي يعتبر الأداء من المفاهيم التي تشغل اهتمام جميع المنظمات في جميع المجالات وذلك لأهميته على كل من مستوى العاملين والمنظمات، فتسعى المنظمات دائمًا إلى أن تترقى بمستوى أدائها من أجل تحقيق الرؤى والأهداف والقيم الجوهرية التي قرستها، وخاصة الأداء التشغيلي الذي يهتم على نطاق واسع بالعمليات والأنشطة التحويلية والتشغيلية، من كفاءة العمليات الداخلية، ومدى جودة المنتج. ومدى قدرة المنظمات على تقديم توليفة من المنتجات الجديدة، بالإضافة للأداء المالي، لذلك فالأداء التشغيلي يهتم بمصلحة جميع الأطراف المعنية بالمنظمة من خلال تحقيق أهدافهم المختلفة (حسين وفريد وجبريل، 2023).

وعليه يتضح أن الهدف الرئيسي من استخدام مؤشرات قياس الأداء التشغيلي ومتابعتها بشكل دوري بالمستشفيات خاصة الحكومية منها هو تتبع ضمان تقديم خدمة طبية للمرضى بشكل يتوافق مع معايير الجودة وبروتوكولات العلاج المعتمدة وبتكاليف منخفضة وفي الوقت المناسب. ولعل ذلك هو الدافع للدراسة الحالية من محاولة البحث عن علاقة الارتباط المتوقعة بين نظام التحكم على أساس النشاط ومؤشرات الأداء المالي والتشغيلي كنظام معلومات تكاليف ترتبط معلوماته بالجوانب المالية والتشغيلية بالمستشفى، حيث أن هذا النظام يؤدي إلى ترشيد القرارات بالمستشفى الذي يؤدي بدوره إلى تحسين مؤشرات التشغيل ومؤشرات الربحية والتدفقات النقدية بالمستشفى مما يساهم في تعزيز القيمة السوقية للمستشفى، أي أن هذا النظام له علاقة بالأداء (رطبة، 2024).

والجدير بالذكر أن تعني الكفاءة التشغيلية تحقيق أقصى استفادة من الوقت والأفراد والآلات والإمدادات والأموال بما يعود بالنفع على المؤسسة. فالمؤسسات الناجحة أكثر رشاقة ومرونة وافتاجية. وتهدف استراتيجيات الكفاءة التشغيلية إلى تقليل الوقت الذي يقضيه الموظفون في الإجراءات أو الأنشطة غير الضعالة، ومن خلال تحسين مقدار العمل ذي القيمة المضافة الذي يؤديه الموظفون. يمكن لمبادرة الكفاءة التشغيلية أن تزيد بشكل كبير من قدرة الشركة التنافسية، ولتحسين الكفاءة التشغيلية. من الضروري تحديد مواطن الضعف وتطبيق التعديلات اللازمة لتعزيز الإنتاجية؛ كما يجب أن يتم وضع خطة من أجل الفهم الشامل للعمليات. توجد طرق متعددة لتحقيق أهداف الكفاءة التشغيلية. وقد تختلف هذه الاستراتيجيات من مؤسسة إلى أخرى. ويمكن تعزيز الكفاءة التشغيلية من خلال تقليل العمليات غير الأساسية والتخلص من الإجراءات عديمة الجدوى، والتركيز على استغلال الموارد وإدارة المخزون وتحقيق الأهداف Al Doghan & Sundram, (2023).

كما يعد تحسين كفاءة المستشفيات مصدر قلق متزايد في النظم الصحية حول العالم، حيث تواجه هذه المؤسسات تحديات فريدة نظراً لدورها المزدوج في تقديم الرعاية وتدريب الكوادر الطبية. يؤثر هذا الأمر على المرضى، ومقدمي الرعاية الصحية، ومقدمي الخدمات، وأصحاب المصلحة الماليين. وصانعي السياسات، فمن خلال تحسين الكفاءة التشغيلية للمستشفيات، يمكن تحقيق رؤية تحويلية لمرافق الرعاية الصحية. مع التركيز على مرونة التصميم المعياري، والبنية التحتية المقاومة لتغير المناخ، وتحسين سير العمل من خلال التكامل الرقمي (Chen & Wang, 2022).

وبالتعقيب على ما تم تناوله يتضح أن تعتبر الكفاءة التشغيلية من بين الأساليب والتقنيات القليلة المستخدمة لتحقيق الهدف الأساسي المتمثل في تقديم منتجات وخدمات عالية الجودة للعملاء بأكثر الطرق فعالية من حيث التكلفة والتوقيت إن استخدام الأصول وإدارة المخزون هي أبرز جوانب الكفاءة التشغيلية. وتعد الكفاءة التشغيلية العامل الرئيسي في تحديد قابلية المؤسسات للانحلال على المدى الطويل، وتتمحور المؤشرات الاقتصادية والصحة المالية للشركات حول الكفاءة التشغيلية، ومن المفترض أن تحسين الكفاءة التشغيلية يؤثر بشكل مباشر على هوامش ربح المؤسسات.

## مفهوم الكفاءة

تعددت وتنوعت تعريفات الباحثين للكفاءة، وذلك تبعاً للوجهة التي انطلق منها أصحاب كل اتجاه ويعرض الباحث فيما يلي بعض هذه التعريفات،

عرف القدومي ومحمد وعبوي (2015، ص.194) الكفاءة بأنها، "فاعلية المنظمة وكفاءتها هي استخدام مواردها المتاحة لتحقيق أهدافها بشكل أمثل، وهناك فرق بين الفاعلية والكفاءة".

وعرف نجلت (2016، ص.109) الكفاءة بأنها، "تلك التركيبة من المعرفة، المهارات والسلوكيات التي يستعملها الفرد من أجل إنجاز مهام عمله على أكمل وجه، كما أنها تلك المهارات التي يكتسبها العامل في فترة معينة".

كما عرف الدوري وآخرون (2019، ص.107) الكفاءة بأنها، "تحقيق الأهداف المطلوبة بأفضل الشروط سواء كانت هذه الشروط تتعلق بالكفاءة المطلوبة أو الكيفية أو التكلفة أو الزمن أو غير ذلك".

وعلاوة على ذلك عرف عبد العزيز (2020، ص.98) الكفاءة بأنها، "القدرة على إنجاز النشاطات المهنية المنتظرة من شخص ما في إطار الدور المتوقع به في المنظمة أو المجتمع هذا التعريف يضع الكفاءة في موقع التقاء بين الأفراد وكفاءاتهم من جهة والهيكل التنظيمي والنشاطات الواجب إنجازها من جهة أخرى، فهو يميز بين البعد الفردي والتنظيمي".

وبالنسبة لعرف خضر (2022، ص.161) الكفاءة بأنها، "سمة أساسية في الشخص الذي ينتج في الأداء الفعال أو المتفوق. وكان من أبرز القادة في تحديد وتعميم مفهوم الكفاءة بويانديس، فقد أجرى بحثاً أثبت أنه يوجد مجموعة من العوامل التي تفرق بين الأداء الناجح والأداء أقل نجاحاً. وتشمل هذه العوامل الصفات الشخصية، والدوافع، والخبرة، والخصائص السلوكية. ومنذ مساهمته، تم تحديد ثلاثة أنواع من الكفاءات السلوكية والكفاءات الفنية والكفاءات المهنية الوطنية".

وعرف "الدوغان وسوندرام" (Al Doghan & Sundram, 2023, P.110) الكفاءة على أنها، "قدرة المنظمة على استخدام الموارد لتحقيق الأهداف من خلال الاستخدام الأمثل للموارد".

كما عرف "بارازا-لورينس وآخرين" (Barraza-Lloréns et al., 2025, P.8) الكفاءة على أنها: "الاستخدام الأمثل للموارد لتحقيق النتائج الصحية المرجوة، من خلال تقييم العلاقة بين المدخلات مثل التكاليف والموارد والمخرجات مثل النتائج الصحية. مع التركيز على مدى فعالية الرعاية من حيث التكلفة".

مما سبق يمكن استخلاص أن الكفاءة هي أساليب الممارسة الإدارية المتمثلة في الاستغلال الأمثل للموارد، والتوزيع الأمثل للأدوار. وتلبية قيود الميزانية. وبذل أقصى جهد ممكن، والتقليل من الهدر سواء في الوقت أو الميزانية أو أي موارد أخرى.

### مفهوم الأداء التشغيلي

ظهر اختلاف كبير في تعريف الأداء التشغيلي وذلك بحسب الزاوية التي ينظر كل واحد منها فكل متخصص يتناول التعريف من زاويته،

عرف الطويل وجاسم (2019، ص.96) الأداء التشغيلي بأنها، "النتائج التي تسعى إدارة العمليات إلى تحقيقها وتتمثل بالكفاءة والجودة والمرونة والتسليم والخدمة والبيئة. كما عرفه المعهد العالي للتقييس والتقانة".

وعرف إسماعيل ومحمد (2020، ص.82) الأداء التشغيلي بأنها، "مجموعة من الأولويات التنافسية المتمثلة في الجودة والتكلفة المنخفضة والمرونة والسرعة في التسليم والتي تمكن المنظمات من قياس الأداء التشغيلي الخاص بها".

وعرف السردية (2021، ص.35) الأداء التشغيلي بأنها، "عدد من الاعتبارات التنافسية الهامة بزيادة حصة المؤسسة في الأسواق كالجودة، السرعة في التسليم، المرونة والتكلفة المنخفضة والتي تستطيع المؤسسة من خلال تحديد مستوى أدائها التشغيلي".

وبالتالي عرف الصفدي وأبو زيد (2022، ص.42) الأداء التشغيلي بأنها، "يشكل الأداء التشغيلي محورا رئيسيا تنصب حوله جهود القائمين على مسؤولية الإشراف باعتبارهم مؤشرا على درجة تحقيق الأهداف ويتمثل في الجودة والتكلفة المنخفضة والمرونة والسرعة في التسليم والكفاءة والفاعلية".

وعلاوة على ذلك عرف عبد الحميد والسيد (2022، ص.50) الأداء التشغيلي بأنها، "الأداء الكلي ويتجسد في الإنجازات التي ساهمت كل الوظائف والأنظمة الفرعية للمؤسسة في تحقيقها دون انفراد جزء أو عنصر الوحدة في تحقيقها. ومن خلال الأداء الكلي يمكن

الحكم على مدى تحقيق المؤسسة وبلوغها لأهدافها العامة كالاتمرازية والنمو والربحية".

كما أشار "بوربا وآخرون" (purba, etc, 2022, P.5) بأنها "نظام يصف جميع عمليات المؤسسة بالكامل ويحدد النتائج والإنجازات التي توصلت إليها المؤسسة".

وبالتالي عرف "أوكي" (Oke, 2022, P.129) الأداء التشغيلي على أنه: "المستوى الذي تقوم فيه جميع وحدات الأعمال في المؤسسة بأداء عمل جماعي لتحقيق أهداف العمل. ويتجلى من خلال سمات يمكن قياسها. مثل الموثوقية ومعدل دوران المخزون".

وأضافت إلى ذلك عرف حسين وفريد وجبريل (2023، ص.22) الأداء التشغيلي بأنها: "مجموعة من الأبعاد التنافسية للمنظمة المتمثلة في الجودة: والمرونة: وسرعة تسليم المنتج، والتصميم. والتكلفة المنخفضة: والتي تمكن المنظمات من تحقيق النتائج التي تريدها وتزيد من قدرتها على وضع الأهداف وتحديدها فضلاً عن تنفيذها".

وعرف كل من أحمد ويدوي (Ahmed & Badawy, 2024, P.1547) الأداء التشغيلي بأنه: "قدرة المنظمة على تحويل الأفكار والمعلومات إلى خدمات وعمليات أو منتجات بشكل دوري لصالح أصحاب المؤسسة".

وبالتعقيب على ما تم تناوله يمكن التوصل إلى أن الأداء التشغيلي هو عملية تهدف إلى تحقيق أهداف المؤسسة من خلال خلق علاقة متوازنة بين الهيكل التنظيمي والقيادة من أجل ضمان تعزيز المؤسسة وضمان استمراريته.

### أهمية تحسين كفاءة الأداء التشغيلي للمستشفيات

تتضح أهمية قياس الأداء التشغيلي أيضاً في أن مقاييس الأداء التشغيلي تركز على الأجل الطويل وبالتالي تعمل على تحسين الأداء وإيضاً القدرة على التنبؤ، كما توضح مدى التقدم في تحقيق الأهداف طويلة الأجل، كما تعمل على ربط أنشطة المنظمة الحالية مع الأداء المستقبلي، وأيضاً المقاييس التي تستخدم لقياس الأداء التشغيلي تكون أقل عرضة للتلاعب، توفر معلومات عن الأداء أولاً بأول، وأيضاً تتميز بمقاييسه بسهولة تتبعها وسهولة ربطها باستراتيجية المنظمة. مما يعني أنها مقاييس عملية تساعد على اتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة في الوقت المناسب (إسماعيل ومحمد، 2020).

وتتجلى أهمية الأداء التشغيلي على مستوى المنظمات الطبية كمثل: بما في ذلك مستوى ربحيتها، والاستجابة لاحتياجات العملاء وبالتالي تعزيز مستوى رضاهم عن الخدمات المقدمة لهم، وتخفيف مستوى الضغوطات في بيئة العمل وبيان العاملين أنفسهم مما يعزز من رغبتهم في تحسين مستوى أداء المنظمة (السردية: 2021، ص.36). كما يساعد تحسين كفاءة الأداء التشغيلي على تحسين سير العمليات اليومية للمؤسسة ورفع مستوى نتائج المؤسسة مما يساعد في تحقيق مستوى تنافسية أعلى وتلبية احتياجات المستفيدين من خدمات المؤسسة وتحسين الأداء المالي والتشغيلي للمؤسسة (Kamau & Wachira & Mwenda, 2024).

حيث يشير أداء المستشفيات إلى مفهوم واسع يشمل كلاً من جودة الرعاية والكفاءة، وتعد الرعاية أساسية لتحقيق أفضل النتائج الصحية الممكنة وتجنب الضرر، بينما تعد الكفاءة عنصراً حاسماً لضمان الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة، كما يعد تقييم أداء المستشفى مهماً لتحديد مصادر التفاوتات غير المبررة المحتملة في النتائج الصحية، ولتوجيه الجهود الرامية إلى تحسين النتائج الصحية من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية، علاوة على ذلك، يمكن قياس أداء المستشفى أن يساعد في الحد من الرعاية غير الفعالة أو الاستخدام غير الضروري للموارد (Barraza-Lloréns et al., 2025).

والجدير بالذكر أن تعد الكفاءة في العمليات اليومية أمراً أساسياً لتحقيق رعاية فعالة من حيث التكلفة، وغالباً ما تبسط مؤسسات الرعاية الصحية عملياتها وتحسن سير العمل، وتستثمر في التكنولوجيا لتعزيز كفاءتها التشغيلية. وذلك من خلال تطبيق السجلات الصحية الإلكترونية (EHRs)، وأنظمة الفوترة الآلية. ومبادئ الإدارة الرشيدة، كما يمكن للمؤسسات تخصيص الموارد بشكل أكثر فعالية لرعاية المرضى من خلال تقليل النفقات الإدارية العامة وتقليل هدر الموارد. ويعد التحول من نموذج الرعاية القائم على الرسوم مقابل الخدمة إلى نموذج الرعاية القائم على القيمة استراتيجية تحويلية تحظى باهتمام متزايد، حيث يحفز هذا النهج مقدمي الرعاية الصحية على التركيز على جودة الرعاية بدلاً من حجم الخدمات المقدمة (Owolabi et al., 2024).

كما أضاف الصفدي وأبو زيد (2022) إلى أهمية تحسين كفاءة الأداء التشغيلي للمستشفيات في التالي،

1. مؤشر يقيس مدى تحقيق المنظمة أهدافها.

2. يساعد المنظمة وإدارتها في التحكم على تنفيذ المهام الموكلة للأفراد ومدى نجاح تنفيذها.
  3. يساعد المنظمات على تحقيق الاستمرارية في نشاطها من خلال تحسين الأداء وتطويره.
  4. التعرف إلى مهارات العاملين وإمكانياتهم في المؤسسة.
  5. يساهم غالباً في ربط ما يحصل عليه العامل من حوافز مالية ومعنوية بمستوى الأداء المقدم منه ، مما يعزز لديهم الدافعية لزيادة الإنتاجية وتحسين الأداء.
  6. يولد لدى العامل الشعور بالأمان والاستقرار.
- وعلاوة على ذلك تشير نتائج دراسة عبد الحميد والسيد (2022) إلى أهمية تحسين كفاءة الأداء التشغيلي للمستشفيات في التالي:

1. تتممكن الإدارة بالمستشفى من زيادة متابعة العملاء للحفاظ على صحتهم وراحتهم.
2. تقوم الإدارة بالمستشفى بإدخال المستهلكات الطبية للأماكن المخصصة للمخلفات الصحية.
3. تستطيع الإدارة بالمستشفى شراء المستهلكات الطبية من الموارد الطبيعية.
4. تراعي الإدارة بالمستشفى أثناء أداء الخدمة زيادة كفاءة الإنتاجية الصحية.
5. تقدم الإدارة بالمستشفى خدمات صحية بأعلى مواصفات الجودة طبقاً للمقاييس العالمية للحفاظ على صحة العملاء.
6. تتممكن الإدارة بالمستشفى من تقليل مراحل المستهلكات من خلال إعادة تدوير المخلفات مرة أخرى.

تبين باستقراء ما سبق أن تتمثل أهمية تحسين كفاءة الأداء التشغيلي بالمستشفى في تقديم خدمات صحية آمنة وعالية الجودة، خالية من التمييز، مع إعطاء الأولوية لمصالح المرضى، بما يتماشى مع معايير خدمات المستشفى التي يراعي تطبيقها المعايير المهنية، ومعايير الخدمة لكل عامل صحي، وإجراءات التشغيل القياسية، وتحسين جودة خدمات المستشفى صورة الخدمات مما يسهم في زيادة الإقبال عليها وبالتالي زيادة الدخل. ولا شك أنه من الضروري الاهتمام بتحقيق اعتماد المستشفى وفقاً للمعايير المعمول بها وتحسين

نظام إدارة المستشفى، وتنفيذ مهام تخطيط وتنفيذ والإشراف على البرامج الصحية، وتحسين إدارة جودة الخدمات الصحية بها.

### معايير تحسين كفاءة الأداء التشغيلي للمستشفيات

أضاف السردية (2021) إلى معايير تحسين كفاءة الأداء التشغيلي للمستشفيات في التالي،

#### • جودة الخدمات المقدمة.

1. تعمل إدارة المستشفى على تحسين الخدمات المقدمة للمرضى والمراجعين.
2. يوجد في المستشفى نظام لتقييم أداء العاملين دوريا أو سنويا.
3. تقوم المستشفى باستقطاب اصحاب الكفاءات والقدرات.
4. يقلل النظام المستخدم في المستشفى من نسبة حدوث الخطأ.
5. تتسم الخدمات المقدمة في المستشفى بالثبات.

#### • سرعة الخدمات المقدمة.

1. تعمل المستشفى على أن تكون مواعيد المرضى خلال فترات زمنية لا تتجاوز الشهر.
2. تحرص إدارة المستشفى بإلزام الموظفين في مكاتبتهم وعياداتهم خلال أوقات الدوام.
3. توفر المستشفى نظام لتقديم الخدمات عند الطلب.
4. يوجد عيادات كافية في المستشفى وذلك لتنظيم عمليات المراجعة للمرضى.

#### • ملائمة الخدمات المقدمة.

1. تقوم المستشفى بتلبية احتياجات المرضى والمراجعين باستمرار.
2. تسعى إدارة المستشفى لتحقيق الرضى للمستفيدين من الخدمات المقدمة.
3. يوجد أنظمة في المستشفى تسهل عمليات الاتصال مع المستفيدين.
4. تتلاءم الخدمات التي تقدمها المستشفى مع احتياجات اصحاب العلاقة.

5. تححرص إدارة المستشفى على تلقي الشكاوى أو الاقتراحات من المستفيدين.

- سهولة الخدمات المقدمة.

1. يتسم النظام المستخدم بالسهولة.

2. تعمل إدارة المستشفى على التخفيف من معاناة المستفيدين من خدماتها باستمرار.

3. توفر إدارة المستشفى التدريب المستمر لمستخدمي النظام.

4. تححرص إدارة المستشفى على تسهيل الوصول للمعلومات لأصحاب العلاقة.

وأشار سيف الدين ومحمد وعمر (2021) إلى معايير تحسين كفاءة الأداء التشغيلي للمستشفيات في التالي:

- التكلفة.

1. هناك رقابة على كميات المواد الطبية المستخدمة.

2. تعمل إدارة المستشفى على التقليل قدر الإمكان من الكميات المستهلكة من مختلف المواد.

3. يستخدم المستشفى عمليات البحث والتطوير من أجل خفض تكاليف الخدمات.

4. يدعم المستشفى خفض التكلفة عن طريق تدريب الموظفين.

5. هناك رقابة على كيفية استخدام المعدات والتسهيلات.

- الجودة.

1. يسعى المستشفى إلى جعل مواصفات خدماته مطابقة للمواصفات والمعايير الوطنية والدولية.

2. يحرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بأقل العيوب الممكنة.

3. يستخدم المستشفى أساليب متعددة للرقابة على الجودة.

4. يحرص المستشفى على تصميم خدماته بشكل متميز للحصول على أعلى مستوى من الجودة.

5. يتم التعامل مع المعلومات الخاصة بالمرضى بدقة وتحفظ.

• المرونة.

1. الذي استعداد دائم للمساعدة والاستجابة لطلبات المرضى.

2. تتميز خدمات المستشفى بالقابلية على التكيف مع الظروف المتغيرة.

3. يقوم المستشفى بتأجيل الحالات العادية (الغير خطيرة) من أجل التضرع للحالات المستعجلة.

4. يمتلك العاملون بالمستشفى مهارات متعددة تجعلهم قادرين على أداء أكثر من وظيفة.

كما أوضحت "منظمة الصحة العالمية" (WHO, 2018) أن هناك اعتراف بأن الخدمات الصحية الجيدة، وفقاً لمعايير كفاءة الأداء التشغيلي، ينبغي أن تسهم بالآتي:

- الفعالية، بحيث يتم تقديم خدمات رعاية صحية فعالة لمن يحتاجونها
- الأمان، بحيث يتم تجنب إلحاق الضرر بالأشخاص الذين تقدم لهم الرعاية، وتقليل مخاطر الضرر المرتبط بالرعاية الصحية إلى أدنى حد مقبول
- التمرکز حول الإنسان، من خلال تبني وجهات نظر الأفراد ومقدمي الرعاية والأسر والمجتمعات المحلية كمشاركين ومستفيدين من أنظمة صحية موشوقة. قائمة على الاحتياجات الشاملة للأشخاص. وتحترم التفضيلات الاجتماعية
- التقديم في الوقت المناسب، بحيث يتم تقليل أوقات الانتظار للمرضى. وتزويدهم بالخدمات في الوقت المفعلي
- الانصاف، تقديم رعاية لا تختلف جودتها ولا تتأثر باختلاف العمر، أو الجنس، أو العرق، أو الموقع الجغرافي
- التكامل، من خلال التنسيق الكامل بين كافة قطاعات الرعاية الصحية ومقدميها
- تجنب الهدر، بحيث يتم تعظيم الاستفادة من الموارد المتاحة وتجنب الهدر

كما أشار "رفاعي وآخرون" (Rifa'i et al., 2019) إلى أنه تحسين كفاءة الأداء التشغيلي تحسين القدرة التنظيمية على إدارة الموارد البشرية والعمليات والهيكل والعمل الجماعي والاستراتيجيات لتحقيق الأهداف بما يتوافق مع توقعات العملاء، لذا يهتم أصحاب المؤسسة والمسؤولين بالالتزام بعدة معايير منها:

1. الحفاظ على فعالية القدرة التنظيمية على استخدام الموارد البشرية والمادية

2. القدرة التنظيمية على التعرف على احتياجات العملاء وتلبيتها

3. القدرة التنظيمية على تحديد وتنفيذ الاستراتيجيات المناسبة لتحسين الأداء

4. العمل في شكل جماعي والتعاون من أجل تحقيق الأهداف المؤسسية

5. القدرة التنظيمية على تحقيق النتائج المالية المرتفعة

6. تحسين فعالية نظام الإدارة من حيث المدخلات والمخرجات والنتائج

كما أوضح "أحمد وآخرون" (Ahmed et al., 2023) أنه تتمثل معايير تحسين كفاءة الأداء في المستشفيات في:

- التميز في القيادة التنظيمية، يشير هذا الجانب إلى وجود القادة الذين ينشئون ويعززون مهمة المؤسسة ورؤيتها، ويلهمون ويحفزون الموظفين على الالتزام بالرؤية
- التميز الاستراتيجي التنظيمي، والذي يشير إلى تميز المؤسسة في الجوانب الإدارية واتخاذ أفضل القرارات، واتباع أفضل السياسات من أجل تحقيق الأهداف
- التميز في الخدمة، وذلك من خلال اتباع أفضل العمليات والإجراءات التنظيمية لتقديم خدمة متميزة داخل المستشفى.

بناء على ما سبق يمكن التطرق إلى أن يعتمد تحسين كفاءة الأداء التشغيلي للمستشفيات على مجموعة من المعايير الجوهرية أبرزها التكلفة لضمان الاستخدام الرشيد للموارد المالية والحد من الهدر، والجودة لتحقيق نتائج علاجية مثلى وتعزيز رضا المرضى من خلال الالتزام بالبروتوكولات الطبية الحديثة، والمرونة التي تمكن المستشفى من الاستجابة الفعالة للتغيرات المفاجئة، كارتفاع الطلب على الخدمات أو حدوث أزمات صحية، دون الإخلال بالكفاءة.

## دور الحوكمة السريرية في تحسين كفاءة الأداء التشغيلي للمستشفيات

تركز حوكمة المستشفيات على رفع كفاءة العمل وتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية وضبط التكاليف التشغيلية كما تهدف إلى تحفيز وتفعيل مختلف أنشطة الرعاية الصحية لضمان تقديم خدمات فعالة وشاملة، وهو ما توصل إليه مقرش والضمور (2021) بأنه تم تركيز حوكمة المستشفيات على رفع إنتاجية العمل. وتحسين جودة الرعاية الصحية، وكذلك ضبط التكاليف، إلى جانب هذه النقاط فحوكمة المستشفيات تهدف إلى تحفيز مختلف أنشطة الرعاية الصحية والرفع من كفاءتها وجودتها بنفس الوقت، أي ضبط التكلفة دون خلق تأثيرات سلبية على الأداء

حيث أن هناك علاقة إيجابية بين الحوكمة السريرية وأداء المستشفى، لذلك، قد يسهم الاستثمار في الحوكمة السريرية في تحسين الأداء التشغيلي في المستشفى، وتكتسب الحوكمة السريرية اعترافاً متزايداً بين المتخصصين في مجال الصحة والباحثين حول العالم. حيث يستثمر مديرو الرعاية الصحية في تدابير لتحسين جودة الرعاية وضمان معايير رعاية عالية، وتشير الحوكمة السريرية إلى التدابير التي تتخذها المؤسسات الصحية لتعزيز الجودة السريرية والمعايير العالية من خلال تهيئة بيئة داعمة، وتسهم الحوكمة السريرية في سد الفجوة بين النهجين الإداري والسريري لتحسين جودة الرعاية الصحية، بالإضافة إلى ذلك. فإن اعتماد إدارة فعالة للمخاطر وإجراءات تدقيق سريري يعزز الكفاءة ويقلل الخسائر المالية، وبالتالي يساعد تطبيق الحوكمة الرشيدة على ضمان معايير رعاية عالية. والذي بدوره يعزز من الأداء الأفضل (Azilaku et al., 2021).

وبالتالي نشأ مفهوم واستخدام مصطلح "الحوكمة السريرية" في أواخر التسعينيات في المملكة المتحدة. وأصبح منذ ذلك الحين محوريا في السياسة الصحية في مجموعة من البلدان، وتعد الحوكمة السريرية إطاراً تنظيمياً لتحسين جودة الخدمات، وتقديم رعاية سريرية بمعايير عالية، وبالتالي تحسين الأداء التشغيلي للمستشفيات، ويتطلب تطبيق الحوكمة السريرية إرساء ثقافة تشجع المهنيين الصحيين على تحسين أدائهم. وتعزيز التعلم المستمر وتدرج مفتاح النجاح لتحسين الجودة (Ahmed et al., 2023).

وتشير حوكمة النظم الصحية إلى العمليات والهيكل والمؤسسات القائمة للإشراف على نظام الرعاية الصحية في أي بلد. وهي تدير العلاقات بين مختلف الجهات الفاعلة وأصحاب المصلحة المعنيين بالرعاية الصحية. بما في ذلك الهيئات الحكومية، ومقدمي الرعاية

الصحية، والمرضى وعائلاتهم، والأفراد والمجتمعات، ومنظمات المجتمع المدني، ومكونات القطاع الخاص، مما يساعد على تحسين الأداء في تلك المؤسسات، وذلك عبر توفير سياسات استراتيجية، ودمجها مع الرقابة الفعلية، وبناء التحالفات، وتوفير اللوائح والحواجز المناسبة، والاهتمام بتصميم النظام، والمساءلة، وتعد الحوكمة الفعالة للنظم الصحية أساسية لضمان إتاحة خدمات الرعاية الصحية للجميع، وعدالة الوصول إليها وكفاءتها، وجودتها العالية (WHO, 2025).

خلاصة ما سبق يمكن التطرق إلى أن تلعب الحوكمة السريية دورا محوريا في تعزيز كفاءة الأداء التشغيلي للمستشفيات من خلال إرساء أسس واضحة للمساءلة وضمان الجودة فهي تسهم في توحيد الممارسات الطبية وفقا لأرقى المعايير العالمية مما يحد من الأخطاء الطبية ويحسن استثمار الموارد المتاحة كما تدعم الشفافية في اتخاذ القرارات السريية والإدارية وتشجع على التطوير المهني المستمر للكوادر الصحية من خلال برامج التدريب والتقييم المنتظم وبهذا تسهم الحوكمة السريية في رفع جودة الخدمات الصحية وتحسين تجربة المرضى وتعزيز الاستدامة التشغيلية للمستشفيات ضمن بيئة صحية تنافسية ومتطورة.

#### واقع القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية في ضوء رؤية المملكة 2030

يهدف النظام الصحي في المملكة العربية السعودية إلى ضمان توفير الرعاية الصحية الشاملة والمتكاملة لجميع السكان بطريقة عادلة وميسرة، وتعمل الدولة ممثلة بوزارة الصحة على توفير شبكة متكاملة من خدمات الرعاية الصحية تغطي جميع مناطق المملكة، وتقوم الوزارة بالتعاون مع مجالس المناطق بتحديد الاحتياجات ومواقع ومستويات تقديم الرعاية الصحية وفقا للوضع الجغرافي والسكاني وأنماط الأمراض السائدة في المنطقة، علما بأن الرعاية الصحية في المرافق الطبية الحكومية تقدم للمواطنين بشكل مجاني وحسب الخطة الاستراتيجية المواءم لاحتياجات القطاع الصحي (الموقع الرسمي للمنصة الوطنية، 2025). حيث يهتم برنامج تحول القطاع الصحي بالصحة العامة بكافة مكوناتها، ويعمل لتسهيل الوصول للخدمات الصحية ورفع من جودتها، عبر تطوير وتحسين المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية والخدمات الإسعافية وتعزيز التحول الرقمي الصحي، مع التركيز على الوقاية قبل العلاج، والحفاظ على صحة الإنسان داخل وخارج أسوار المستشفى، وتعزيز مستوى السلامة على الطرق" (الموقع الرسمي لرؤية المملكة 2030، 2025).

كما يهدف البرنامج إلى إعادة هيكلة القطاع الصحي في المملكة بما يساهم في تعزيز مكانته وتفعيل مقوماته كنظام صحي فعال ومتكامل، يركز على صحة المستفيد بالاعتماد على مبدأ القيمة المحصلة من المخرجات. ويطبق قيم الشفافية والاستدامة المالية من خلال تعزيز الصحة العامة والوقاية من الأمراض، بالإضافة إلى تطبيق نموذج الرعاية الصحية الحديث كما يهدف البرنامج إلى تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية والتأمين المجاني للمواطنين عبر ضمان تغطية الخدمات وفق التوزيع الجغرافي العادل والشامل الذي يمكن منظومة الرعاية الصحية من الوصول لكافة مناطق المملكة، والتوسع في تقديم خدمات الصحة الإلكترونية والحلول الرقمية، وكذلك الارتقاء بجودة الخدمات الصحية بالتركيز على تعزيز مستويات رضا المستفيدين من خلال تطبيق واتباع أفضل المعايير الدولية. بالإضافة إلى تعزيز وعي المجتمع بالسلامة المرورية وعليه سيقوم برنامج تحول القطاع الصحي بالمواءمة والتنسيق مع جميع جهات القطاع الصحي وبرامج تحقيق رؤية المملكة 2030 والجهات الحكومية المعنية. للربط مع الأهداف الوطنية الاستراتيجية خلال رحلة التحول (برنامج تحول القطاع الصحي، 2021).

وعليه قد صدر في المملكة العربية السعودية نظام مزاولة المهن الصحية بموجب المرسوم الملكي رقم (م/ ٥٩) وتاريخ ٤ / ١١ / ١٤٣٦هـ وقد بلغ عدد مواد (٢٤) مادة خصصت منها (١٥) مادة لتناول أخطاء الأطباء وحدود مسؤوليتهم عنها، وكيفية التحقيق معهم ومحاكمتهم وذلك في المواد (٢٦ - ٤١) (العتيبي، 2019، ص.16). كما صدر قرار المجلس الأعلى للقضاء رقم (9/3/42) بتاريخ 5/7/1442هـ المتضمن بنقل اختصاص الهيئات الشرعية المنصوص عليها في نظام مزاولة المهن الصحية إلى القضاء العام، ويصدر بتحديد تاريخ المباشرة قرار من رئيس المجلس وينعقد الاختصاص المكاني في نظر الدعاوى للمحكمة العامة بالرياض ومحكمة الاستئناف في منطقة الرياض، ويكون هناك قمان دوائر قضائية في المحكمة العامة بالرياض تولف كل منها من ثلاث قضاة، وتنشأ دائرتان في محكمة الاستئناف بمنطقة الرياض وتولف كل منها من ثلاث قضاة، وتختص بالنظر في الاعتراض على الأحكام والقرارات، وتختص الدائرة الحقوقية الثالثة في المحكمة العليا بالنظر في الاعتراضات على الأحكام الصادرة في دعاوى الأخطاء المهنية الصحية (الغنامي، 2022).

ويواجه قطاع الصحة السعودي تحديات هائلة. ويخضع لإصلاحات جوهرية مواكبة للاتجاهات الإقليمية والعالمية، ويتمثل المحور الأول في برنامج التحول الوطني في "تطوير

الرعاية الصحية": والذي يهدف إلى إعادة هيكلة القطاع الصحي، حيث ستعزز وزارة الصحة الرعاية الصحية العامة من خلال التركيز على الوقاية والتوعية الصحية للمجتمع، وستضمن الوزارة الوصول إلى الخدمات الصحية من خلال تغطية ماثلية، وتوزيع جغرافي عادل، وخدمات صحية إلكترونية شاملة وموسعة، وحلول رقمية، علاوة على ذلك. ستستهدف الوزارة التحسين المستمر للخدمات الصحية من خلال التركيز على تجربة المستفيدين ورضاهم بما يتماشى مع المعايير الدولية وأفضل الممارسات، وقد تم تحديد ثلاث تحديات رئيسية هي نظام الرعاية الصحية، (1) صعوبة الوصول إلى الخدمات الصحية، (2) محدودية جودة الخدمات الصحية وعدم كفاءتها، (3) عدم كفاءة الرعاية الصحية الوقائية. وقد وضعت استراتيجيات مختلفة للتغلب على هذه التحديات في إطار رؤية المملكة 2030 (Chowdhury et al., 2021).

ونقد أحدثت رؤية المملكة العربية السعودية 2030 نقلة نوعية في قطاع الرعاية الصحية، من خلال التركيز على تحسين الجودة وإمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية والابتكار، ومن خلال الاستفادة من التقنيات المتقدمة، وتعزيز الشراكات بين القطاعين العام والخاص، والاستثمار في البنية التحتية، تهدف رؤية 2030 إلى توفير رعاية صحية عالمية المستوى لجميع المواطنين، مع ترسيخ مكانة المملكة العربية السعودية كدولة رائدة في مجال الابتكار في مجال الرعاية الصحية. وتسعى الرؤية إلى معالجة التحديات الرئيسية، مثل التفاوتات الإقليمية في الرعاية الصحية، والأمراض المزمنة، والحاجة إلى إصلاحات في قطاع الرعاية الصحية تتماشى مع التوجهات العالمية (Kiani, 2024).

كما قد حظرت رؤية 2030 قضية تحويلية في قطاع الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية من خلال استثمارات مستهدفة واستراتيجيات استشرافية. لم تؤد هذه المبادرة إلى توسيع البنية التحتية للرعاية الصحية فحسب، بل أدخلت أيضا تحولا نموذجيا نحو نظام رعاية صحية أكثر تكاملا وتقدما من الناحية التكنولوجية، ويتمثل جوهر هذه الأجندة التحويلية في التركيز على الاستفادة من التكنولوجيا والابتكار لزيادة سعة الرعاية الصحية من خلال إنشاء مستشفيات ذكية مجهزة بأحدث التقنيات الطبية والأنظمة الرقمية لتحسين تقديم الرعاية الصحية ونتائج المرضى، كما تم وضع خطة دقيقة للتوزيع الجغرافي لهذه المرافق الجديدة لضمان الوصول العادل إلى خدمات الرعاية الصحية في جميع أنحاء المملكة، كما تركز رؤية 2030 على تطوير خدمات الرعاية

الصحية التي تلبي الاحتياجات المتطورة للسكان السعوديين ، ويشمل ذلك توسيع خدمات الرعاية المتخصصة، مثل خدمات أمراض القلب والأورام والصحة النفسية، وتوفير رعاية شاملة تلبي احتياجات الصحة البدنية والنفسية (Mani & Goniewicz, 2024).

أشار (Suleiman & Ming, 2025) إلى أن تشمل رؤية المملكة العربية السعودية 2030 قطاعات متنوعة، بما في ذلك الرعاية الصحية. ويتمثل الهدف الرئيسي لرؤية 2030 هي:

- تحسين خدمات الرعاية الصحية
- تشجيع استخدام تدابير الرعاية الوقائية
- جذب الاستثمارات في المجال الصحي
- وإنشاء نظام رعاية صحية مرن
- تعزيز قفطية التأمين الصحي
- وإنشاء مدن طبية ومرافق رعاية صحية متخصصة
- تشجيع الابتكار في مجال الرعاية الصحية بين أصحاب المصلحة

استناداً على ما تم ذكره يمكن التوصل إلى أن حققت المملكة العربية السعودية تقدماً ملحوظاً في تطوير الرعاية الصحية، إلا أنها لا تزال تواجه تحديات في تحقيق وصول عادل وغير متحيز وتحسين جودة الرعاية. وقد صدرت رؤية المملكة العربية السعودية 2030 في أبريل 2016، وهي إطار عمل استراتيجي متكامل لتنويع الاقتصاد وتحسين حياة الأفراد بشكل عام. وأضافت إلى الأهداف المحددة في رؤية 2023، توفر هذه الرؤية إطار عمل منظماً جيداً لأعمال رائدة في مختلف المجالات، وقد حظي قطاع الرعاية الصحية باهتمام كبير. لا سيما بفضل إطار عمل رؤية 2030. الذي يهدف إلى تحسين مستوى ونتائج الرعاية الصحية لسكان المملكة العربية السعودية، وتماشياً مع رؤية 2030، يمثل "نموذج الرعاية" النقطة المحورية في هذه الوثيقة نظراً لتأثيره المحتمل على المستشفيات الممولة من القطاع العام.

## ثانيًا: الدراسات السابقة

تنقسم الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع البحث إلى ثلاث فئات محلية، عربية، وأجنبية وفيما يلي استعراض لأبرز هذه الدراسات مع بيان أوجه الاتفاق والاختلاف بينها وبين الدراسة الحالية:

### أولاً: الدراسات المحلية

- الزهراني (2020)

بحثت الدراسة دور القيادة الطبية في تعزيز تطبيق ممارسات الحوكمة في المستشفيات الخاصة. وأكدت أن دعم الإدارة العليا يعد عاملاً حاسماً في نجاح التطبيق. الربط بالدراسة الحالية تسلط الضوء على عنصر القيادة، والذي يمكن أخذه كعامل وسيط في دراستنا الحالية.

- العنزي، (2021)

تناولت الدراسة مدى تطبيق مفاهيم الحوكمة السريرية في المستشفيات الحكومية السعودية. وخلصت إلى وجود تفاوت في تطبيق عناصر الحوكمة، لا سيما فيما يتعلق بإدارة المخاطر السريرية وجودة الأداء الطبي. الربط بالدراسة الحالية، تتفق مع بحثنا في التوجه العام لكنها لم تركز بشكل مباشر على الأخطاء الطبية أو الأداء التشغيلي.

- الشهري (2022)

هدفت إلى قياس أثر جودة الرعاية الصحية على كفاءة الأداء التشغيلي في مستشفيات وزارة الصحة. وأظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين تطبيق نظم الجودة وتحسين الكفاءة التشغيلية. الربط بالدراسة الحالية، تشترك في التركيز على الأداء التشغيلي، لكنها لم تربط ذلك بمفهوم الحوكمة السريرية.

- الربيعي: (2023)

- تناولت العلاقة بين تطبيق برامج الجودة والاعتماد (مثل سياهي) وتحسين سلامة المرضى في المستشفيات السعودية. أظهرت الدراسة أن وجود أنظمة رقابية داخلية تساهم في تقليل معدل الأخطاء الطبية. الربط بالدراسة الحالية، رغم أن الدراسة تناولت السلامة، إلا أنها لم تتطرق لمفهوم الحوكمة السريرية كم إطار شامل أو لقياس الكفاءة التشغيلية.

## ثانياً: الدراسات العربية

- الخطيب (2019) - الأردن:  
درست تطبيق الحوسبة السريرية في المستشفيات التعليمية بالأردن. ووجدت أن ضعف التدريب ونقص الموارد من أبرز معوقات التطبيق. الربط بالدراسة الحالية: توفر أساساً لمقارنة التحديات الإدارية بين الدول العربية.
- الهاشمي (2020) - الإمارات:  
بحث في العلاقة بين تطبيق الحوسبة السريرية وتقليل الأخطاء الطبية. وأثبتت النتائج وجود انخفاض ملحوظ في معدل الأخطاء مع تفعيل برامج الحوسبة. الربط بالدراسة الحالية: تتقاطع مباشرة مع هدف الدراسة الحالي من حيث تقليل الأخطاء الطبية.
- حمدي (2021) - مصر:  
هدفت لدراسة فاعلية الحوسبة السريرية في تقليل معدلات العدوى المكتسبة داخل المستشفيات التعليمية. وخلصت إلى أن تفعيل الإجراءات الوقائية ومراجعة الأداء الطبي دورياً يحد من الحوادث الطبية. الربط بالدراسة الحالية: تركز على أحد جوانب السلامة، دون النظر إلى كفاءة الأداء أو الجوانب التشغيلية.
- العتيبي وآخرون (2022) - المملكة العربية السعودية:  
التعرف على أثر معايير الحوسبة على جودة الخدمات الصحية الحكومية بالمملكة العربية السعودية. وأظهرت وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين معايير الحوسبة وجودة الخدمات الصحية الحكومية في مستشفيات مدينة الرياض. أي أن تطبيق معايير الحوسبة ينعكس إيجاباً على تحسين جودة الخدمات. الربط بالدراسة الحالية: اتفقت في بحث تأثير تطبيق الحوسبة على تحسين أداء المستشفيات لكنها اقتصرت على جودة الخدمات الصحية بوجه عام، بينما تركز دراستنا على الحوسبة السريرية وعلاقتها المباشرة بخفض الأخطاء الطبية.
- يوسف، آخرون (2022) - ليبيا:  
التعرف على مستوى ثر تطبيق قواعد واليات الحوسبة على زيادة رضا المرضى ومراقبيهم، وأنه يوجد أثر إيجابي معنوي ذو دلالة إحصائية لتطبيق قواعد الحوسبة على زيادة رضا المرضى ومراقبيهم بمقدار معامل تحديد قدره (TV.'). الربط بالدراسة الحالية: تشابهت في بحث أثر الحوسبة داخل المستشفيات. لكنها

ركزت على رضا المرضى فقط، دون تناول الحوكمة السريية أو علاقتها بالأخطاء الطبية والكفاءة التشغيلية.

• الرمادي (2022) - مصر،

تطلعت إلى تحديد الأبعاد الاجتماعية للرعاية الصحية، وتبين أن الأبعاد الاجتماعية مثل الشفافية والمساءلة والمشاركة موجودة جزئياً، لكن تطبيقها ضعيف وغير منتظم داخل المستشفى؛ مما يحث من تأثيرها الفعلي على تحسين الخدمات الربط بالدراسة الحالية، اتفقت في تناول مفاهيم الشفافية والمساءلة، لكنها ركزت على الجوانب الاجتماعية دون بحث الحوكمة السريية أو أثرها على الأخطاء الطبية.

• الكبيسي (2022) - قطر:

درست تطبيق الحوكمة السريية في المستشفيات القطرية وتأثيرها على رضا الكادر الطبي. ووجدت أن الحوكمة تسهم في تعزيز ثقافة العمل الجماعي وتقليل الضغوط المهنية. الربط بالدراسة الحالية، تناولت الحوكمة من زاوية الموظف، بينما دراستنا تسلط الضوء على النتائج التشغيلية وسلامة المرضى.

• الطورة والشلي (2023) - الأردن،

التعرف على مستوى جودة الخدمة المقدمة في مستشفى البشير من وجهة نظر مقدمي الخدمة. وأشارت أن مستوى جودة الخدمات المقدمة في مستشفى البشير جاء بمستوى متوسط. الربط بالدراسة الحالية، اتحدت مع الدراسة الأساسية في الاهتمام بجودة الخدمات. لكنها ركزت فقط على تقييم المستوى دون بحث أثر الحوكمة السريية أو علاقتها بالأخطاء الطبية.

• عبد المعز (2024) - مصر،

هدفت إلى تحليل أثر الحوكمة على الأداء المؤسسي في المستشفيات والمعاهد التعليمية بمحافظة القاهرة والجيزة، وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين أبعاد الحوكمة (الشفافية، المساءلة، المشاركة في صناعة القرارات الإدارية) والأداء المؤسسي؛ مما يوضح أن تطبيق الحوكمة يساهم في تحسين الأداء وتحقيق التميز المؤسسي. الربط بالدراسة الحالية، اتفقت في أثر الحوكمة على الأداء. لكنها ركزت على الجوانب المؤسسية دون التطرق للحوكمة السريية أو الأخطاء الطبية.

• محضرواخرون (2024) - المملكة العربية السعودية،

هدفت هذه الدراسة الى دراسة وتحليل دور تطبيق الحوكمة وأثرها على كفاءة الأداء المؤسسي في مستشفيات القطاع الحكومي بمكة المكرمة بالملكة العربية السعودية. وتوصل إلى وجود تأثير ذو دلالة معنوية عند مستوى معنوية أقل من 5% لتطبيق الحوكمة وتحسين كفاءة الأداء المؤسسي في مستشفيات القطاع الحكومي بمكة المكرمة بالملكة العربية السعودية محل الدراسة والبحث. الربط بالدراسة الحالية، كلا الدراستين تركزان على أثر تطبيق الحوكمة في المستشفيات الحكومية. بينما ركزت الدراسة الحالية على الحوكمة العامة دون التطرق للحوكمة السريرية أو علاقتها بسلامة المرضى.

### ثالثاً، الدراسات الأجنبية

- المملكة المتحدة: - Smith et al. (2018)  
ناقشت الدراسة أثر الحوكمة السريرية على جودة الرعاية وتقليل المخاطر الطبية في مستشفيات القطاع العام، وأكدت أهمية القيادة السريرية والمراجعة المستمرة للأداء. الربط بالدراسة الحالية، تعتبر هذه الدراسة مرجعية في تحليل آليات الحوكمة السريرية وتطبيقها الواقعي.
- إيطاليا: - Poscia et al. (2018)  
بحثت الدراسة في أثر الحوكمة السريرية على جودة الرعاية الطبية المتمثلة في السجلات الطبية في مؤسسات الرعاية الطبية. وأوضحت أن هناك تأثير إيجابي للحوكمة السريرية (المساءلة - التدقيق السريري) في تحسين جودة الرعاية الطبية جودة التقارير التي توثق المسار العلاجي للمريض وتقليل الأخطاء الطبية. الربط بالدراسة الحالية، تنطق الدراسة في الربط بين الهدف الأول وهو (الحوكمة السريرية) والهدف الثاني وهو (سلامة المرضى)، ولكن دراستنا تتكامل عبر جمع الجانبين الكفاءة + السلامة.
- كندا: - Garvin & Patel (2019)  
بحثت الدراسة العلاقة بين الحوكمة السريرية وتقليل الأخطاء الجراحية. وأشارت إلى أن تدقيق الأداء الجراحي وتحليل الأخطاء جزء أساسي من تطبيق الحوكمة. الربط بالدراسة الحالية، تركز على التخصص الجراحي، بينما دراستنا أوسع وتشمل جميع الأقسام التشغيلية.

• أستراليا: - Johnson & Clark (2020)

ركزت الدراسة على العلاقة بين الحوسبة السريرية وكفاءة الأداء التشغيلي، ووجدت أن الحوسبة تساهم في تقليل التكاليف وتحسين استغلال الموارد البشرية والطبية. الربط بالدراسة الحالية: تساهم بشكل كبير في دعم الجانب الثاني من أهداف البحث الحالي، المتعلق بكفاءة الأداء.

• الولايات المتحدة الأمريكية: - Dobrzykowski & McFadden (2020)

استهدفت الدراسة الكشف عن العلاقة بين الحوسبة وبين كفاءة الأداء التشغيلي داخل المستشفيات. وأوضحت الدراسة وجود علاقة إيجابية بين الحوسبة والتي تمثلت في الثقة (كألية حوسبة غير رسمية) وتوظيف الأطباء ذوي المهارة والمعرفة المرتفعة (كألية حوسبة رسمية)، في تعزيز مستويات كفاءة الأداء التشغيلي وتحسين مستويات رضا المرضى، الربط بالدراسة الحالية: تساهم الدراسة في التعرف على تأثير الحوسبة على الأداء التشغيلي، ولكنها تختلف مع دراستنا في تناولها الحوسبة بمفهومها الشمولي دون التخصيص للحوسبة السريرية.

• إسبانيا: - Lopez et al. (2021)

درست أثر الحوسبة السريرية على الإنتاجية التشغيلية في المستشفيات العامة، وأوضحت أن التحسين المستمر للممارسات السريرية يرفع من كفاءة استخدام الموارد. الربط بالدراسة الحالية: تتفق في الهدف الثاني (الكفاءة التشغيلية)، ولكن دراستنا تتكامل عبر جمع الجانبين (الكفاءة + السلامة).

• غانا: - Azilaku et al. (2021)

بحثت الدراسة في أثر تطبيق الحوسبة السريرية على كفاءة أداء مستشفيات الطب النفسي. وأوضحت الدراسة وجود أثر إيجابي للحوسبة السريرية (الفعالية السريرية - التدقيق السريري - إدارة المخاطر - التعليم والتدريب - ضمان الجودة) في رفع مستويات الكفاءة في أداء مستشفيات الطب النفسي من حيث جودة الرعاية والوقت المستغرق في تقديم الخدمة. الربط بالدراسة الحالية: اتفقت في الهدف الأول (كفاءة الأداء) لكن دراستنا تناولت الهدفين كفاءة الأداء التشغيلي وسلامة المرضى، كما أن هذه الدراسة لم تتوسع في تناول كفاءة الأداء التشغيلي وتناولت الأداء بشكل عام، بينما تناولت دراستنا كفاءة الأداء التشغيلي.

• استراليا:- Lucas. (2021)

تناولت الدراسة العلاقة بين الحوكمة السريرية وبين سلامة المرضى في مستشفيات القطاع العام. وأوضحت أن أبعاد الحوكمة السريرية (القيادة والثقافة التنظيمية - الممارسة السريرية المبنية على الأدلة - إدارة المخاطر) لها تأثير إيجابي على تحسين مستويات سلامة المرضى. بينما لم تظهر أبعاد (شراكة المرضى والقوى العاملة) تأثير ملحوظ على تحسين مستويات سلامة المرضى. الربط بالدراسة الحالية، اتفقت في الهدف الأول (سلامة المرضى) ولكن دراستنا تناولت الهدفين كفاءة الأداء التشغيلي وسلامة المرضى.

• إندونيسيا:- Fitriani et al. (2024)

فحصت الدراسة العلاقة بين الحوكمة السريرية وبين جودة الرعاية الطبية وسلامة المرضى في المستشفيات الحكومية. وأوضحت الدراسة أن الحوكمة السريرية القائمة على (تحسين الجودة - إدارة المخاطر - تدريب وتطوير العاملين - تعزيز التعلم التنظيمي) لها علاقة إيجابية مع تحسين قدرة المؤسسات الصحية في تقديم رعاية صحية بمعايير مرقعة، ورفع معدلات سلامة المرضى وخفض مستويات الأخطاء الطبية. الربط بالدراسة الحالية، اتفقت في الهدف الأول (سلامة المرضى) ولكن دراستنا تناولت الهدفين كفاءة الأداء التشغيلي وسلامة المرضى.

• جنوب أفريقيا:- Naidoo & Suthiram (2025)

درست أثر الحوكمة السريرية على الأخطاء الطبية والكفاءة التشغيلية، وخفض معدلات الاعتلال والوفيات، وأوضحت أن الحوكمة السريرية أحدثت تحسينات ملحوظة في رعاية المرضى والكفاءة السريرية وتقليل الأخطاء الطبية وتحسين مستويات الخدمة الطبية، والاستخدام الفعال للموارد، انخفاض معدلات الاعتلال والوفيات، الربط بالدراسة الحالية، تتفق الدراسة في الهدف الأول وهو (الحوكمة السريرية) والهدف الثاني وهو (الحد من الأخطاء الطبية)، والهدف الثالث وهو (الكفاءة التشغيلية)، ولكنها تناولت تطبيق الحوكمة في بعد التدقيق السريري فقط، ولكن دراستنا تناولت الحوكمة السريرية من جميع الأبعاد.

ما الذي يميز دراستنا الحالية عن الدراسات السابقة؟

1. الدمج بين بعدين أساسيين، معظم الدراسات ركزت إما على تقليل الأخطاء الطبية أو على كفاءة الأداء، أما هذه الدراسة فتتناول كلا الجانبين معاً في إطار تكاملي.

2. السياق المحلي الدقيق (مستشفيات الرياض)، دراسات سابقة تناولت المملكتين بوجه عام أو دولاً عربية، أما هذه الدراسة فتتم على عينة ميدانية محددة من مستشفيات مدينة الرياض.
3. استخدام منهج تحليلي ميداني تعتمد الدراسة على جمع بيانات ميدانية مباشرة من المستشفيات، بعكس بعض الدراسات السابقة التي اعتمدت على الأسلوب الوصفي أو النظري.
4. قياس أثر التطبيق العملي للحوسبة: لا تكتفي الدراسة بوصف مستوى تطبيق الحوسبة، بل تسعى إلى قياس أثرها الفعلي على مؤشرين رئيسيين، الأخطاء الطبية وكفاءة التشغيل.
5. المساهمة في سد فجوة بحثية في الأدبيات السعودية، لا تزال هناك فجوة في الأدبيات المحلية فيما يخص الحوسبة السريرية كإطار شامل وربطها بأداء المستشفيات.

## الفصل الثالث: إجراءات الدراسة

تناول الباحث في هذا الفصل وصفاً لإجراءات الدراسة التي قام بها الباحث لتحقيق أهداف الدراسة. وتتضمن تحديد المنهج المتبع في الدراسة، ومجتمع الدراسة، وعينة الدراسة، وأدوات الدراسة والتحقق من صدقها وثباتها، والمعالجة الإحصائية المستخدمة في تحليل النتائج.

### منهج الدراسة:

استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، لكونه الأنسب لطبيعة الدراسة التي تهدف إلى وصف وتحليل واقع تطبيق الحوسبة السحابية في المستشفيات، وقياس أثرها في الحد من الأخطاء الطبية وتحسين الأداء التشخيصي. وقد عرف (مليح والمسولي، 2020، ص. 27) المنهج الوصفي التحليلي بأنه المنهج الذي يتم استخدامه من أجل تحقيق أهداف الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها. سوف يتم الاستعانة بالمنهج الوصفي التحليلي. وهو "المنهج الذي يبدأ من الشعور بالمشكلة وينتهي بتحليل النتائج تفسيرها ومن ثم استخلاص التعميمات والاستنتاجات".

### مجتمع الدراسة وعينته:

تتكون مجتمع الدراسة من الكوادر الصحية والإدارية العاملة في عدد من المستشفيات في مدينة الرياض. وتطبيق الدراسة الحالية اعتمد الباحث على أسلوب المعاينة (العينة)، وقد عرف الحصموتي (2019، ص. 60) عينة الدراسة بأنها "ذلك الجزء من مخرجات الظاهرة التربوية موضع الدراسة، ويفضل الباحثون الأخذ بالعينة بدلاً من الأخذ بالمجتمع الأصلي للدراسة لأسباب، ومنها تزود العينة الباحث بالبيانات اللازمة التي يجدها في حالة الأخذ بمجتمع الدراسة. وتجنب العينة الباحث مواجهة صعوبة تطبيق الدراسة على المجتمع الأصلي. والأخذ بالعينة يقلل من صرف النفقات على الباحث. لتغطية مخرجات الدراسة، ويختصر الوقت على الباحث فلا يجد الباحث نفسه مضطراً إلى أخذ وقت طويل في تطبيق الدراسة. وصعوبة وصول الباحث إلى بعض أفراد الدراسة، فقد يكون بعضهم من ذوي المراكز الوظيفية القيادية في المجتمع، أو من ذوي العلل البدنية التي تحول دون الإفادة منهم بصورة سليمة"، حيث اشتملت عينة الدراسة الحالية على (361) مخرجة من الكوادر الصحية بالرياض وتشمل الأطباء، والتمريض، وفنيي الصحة، وموظفي الجودة، ومديري

الأقسام والإدارات التشغيلية. وقد تم جمع البيانات من خلال توزيع الاستبانة على العينة عن طريق عمل رابط إلكتروني يتم توزيعه بنظام المراسلات. والبريد الإلكتروني. ووسائل التواصل الاجتماعي. حيث لا يمكن للمستجيب إرسال استجابته إلا بعد الإجابة على جميع عبارات الاستبانة.

كما سيتم أخذ عينة عشوائية من (5) من المسؤولين أو قادة الفرق الصحية في المستشفيات المشاركة لتقديم رؤى حول العوامل المؤثرة في تطبيق الحوكمة السريرية والمعوقات التي قد تواجهها.

### خصائص عينة الدراسة:

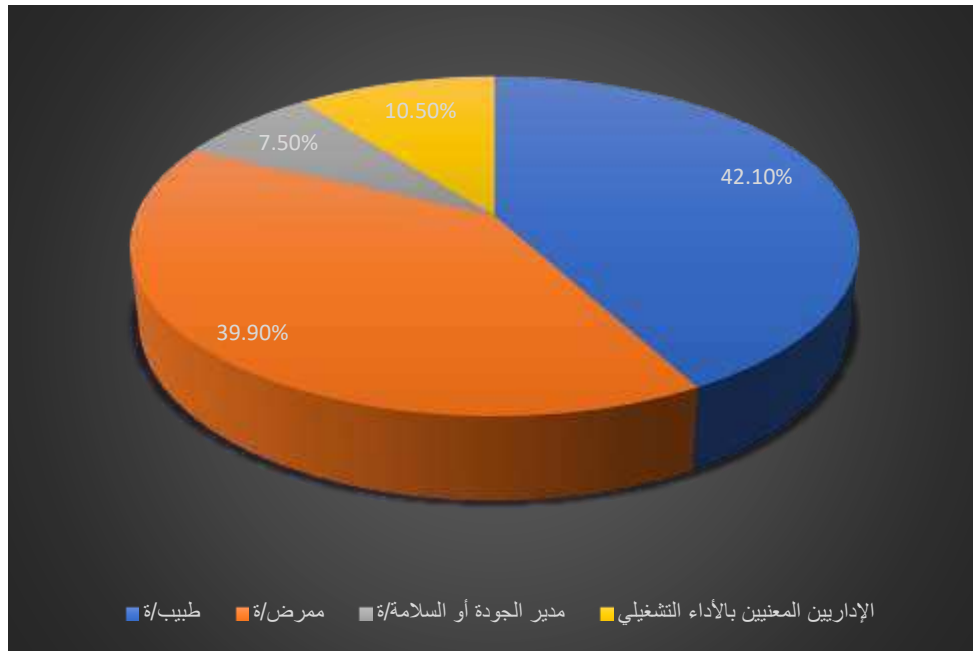
تم حساب التكرارات والنسب المئوية لأفراد عينة الدراسة وتمثل في البيانات الأساسية:

#### أ- توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة

الجدول رقم (3-1) توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة

| الوظيفة                             | التكرارات | النسب المئوية |
|-------------------------------------|-----------|---------------|
| طبيبة                               | 152       | 42.1%         |
| ممرضة                               | 144       | 39.9%         |
| مدير الجودة أو السلامة              | 27        | 7.5%          |
| الإداريين المعنيين بالأداء التشغيلي | 38        | 10.5%         |
| الدرجة الكلية                       | 361       | 100%          |

يتبين من الجدول السابق أن أكبر نسبة حصل عليها أفراد عينة الدراسة حسب (الوظيفة) هي (42.1%)، والخاصة بـ (طبيبة)، بينما جاءت أقل نسبة (7.5%) وهي الخاصة بـ (مدير الجودة أو السلامة).



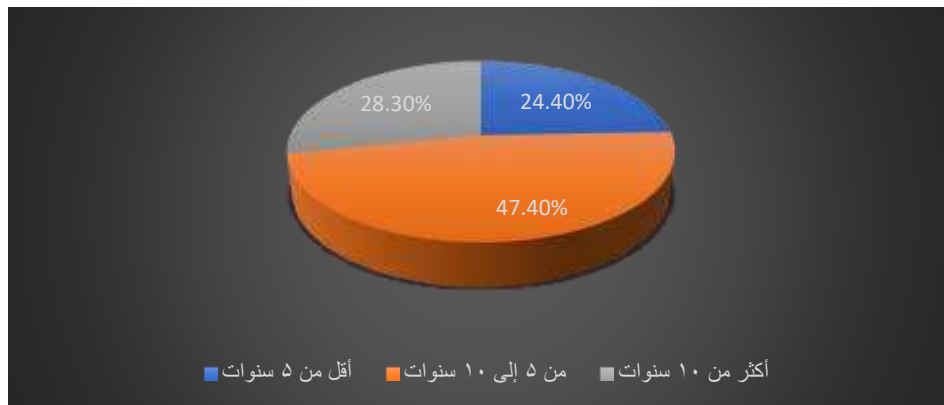
الشكل رقم (3-1) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة

ب- توزيع أفراد العينة حسب عدد سنوات الخبرة،

الجدول رقم (3-2) توزيع أفراد العينة حسب عدد سنوات الخبرة

| عدد سنوات الخبرة  | التكرارات | النسبة المئوية |
|-------------------|-----------|----------------|
| أقل من 5 سنوات    | 88        | 24.4%          |
| من 5 إلى 10 سنوات | 171       | 47.4%          |
| أكثر من 10 سنوات  | 102       | 28.3%          |
| الدرجة الكلية     | 361       | 100%           |

يتبين من الجدول السابق، أن أكبر نسبة حصل عليها أفراد عينة الدراسة حسب (عدد سنوات الخبرة) هي (47.4%)، والخاصة بـ (من 5 إلى 10 سنوات). بينما جاءت أقل نسبة (24.4%) وهي الخاصة بـ (أقل من 5 سنوات).



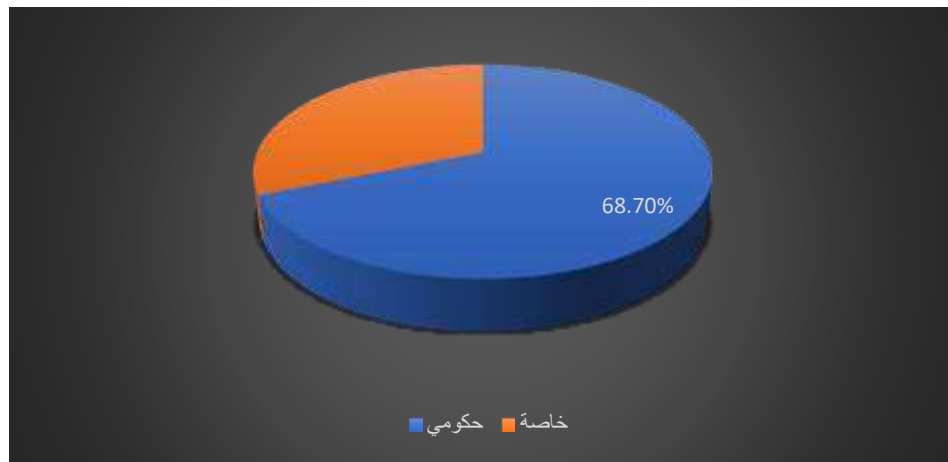
الشكل رقم (3-2) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب عدد سنوات الخبرة

### ج- توزيع أفراد العينة حسب نوع المستشفى،

الجدول رقم (3-3) توزيع أفراد العينة حسب نوع المستشفى

| نوع المستشفى  | التكرارات | النسب المئوية |
|---------------|-----------|---------------|
| حكومي         | 248       | 68.7%         |
| خاصة          | 113       | 31.3%         |
| الدرجة الكلية | 361       | 100%          |

يتبين من الجدول السابق، أن أكبر نسبة حصل عليها أفراد عينة الدراسة حسب (نوع المستشفى) هي (68.7%)، والخاصة بـ (حكومي)، بينما جاءت أقل نسبة (31.3%) وهي الخاصة بـ (خاصة).



الشكل رقم (3-3) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع المستشفى

### وصف أداة الدراسة

#### أ. أولاء الاستبانة

لقد احتوت الاستبانة في صورتها النهائية على جزأين رئيسيين هما:

- المحور الأول، عبارة عن بيانات أولية عن عينة الدراسة تتمثل في المعلومات الديموغرافية.
- الجزء الثاني، يتكون من محاور الاستبانة، المتمكونة من ثلاث محاور، وهم على النحو التالي:
- المحور الثاني، الحوسبة السحابية، ويتكون من (10) عبارات.
- المحور الثالث، الأخطاء الطبية، ويتكون من (10) عبارات.

- المحور الرابع، كفاءة الأداء التشغيلي - ويتكون من (10) عبارات.

ولقد تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي (غير موافق بشدة، غير موافق، موافق، موافق بشدة، أوافق إلى حد ما، موافق، موافق بشدة) لتصحيح أداة الدراسة، حيث تعطي الاستجابة لا غير موافق بشدة (1)، غير موافق (2)، أوافق إلى حد ما (3)، موافق (4)، موافق بشدة (5).

صدق الأداة (الاستبانة)،

• صدق المحكمين، بعد الانتهاء من إعداد الاستبانة وبناء عباراتها، وعرضها على مجموعة من المحكمين المختصين للتحقق من مدى فاعلية الأداة وتحقيقها لأهداف الدراسة. وذلك للتأكد من مدى ارتباط كل عبارة من عباراتها بالمحور الذي تنتمي إليه، ومدى وضوح كل عبارة وسلامة صياغتها اللغوية وملاءمتها لتحقيق الهدف الذي وضعت من أجله. واقتراح طرق تحسينها وذلك بالحذف أو بالإضافة أو إعادة الصياغة أو غير ما ورد مما يرويه مناسباً. وبعد استعادة النسخ المحكّمة من المحكمين وفي ضوء اقتراحات بعض المحكمين أعاد الباحث صياغة الاستبانة، حيث تم حذف وإعادة صياغة بعض العبارات في الاستبانة وذلك فيما اتفق عليه أكثر من (80%) من السادة المحكمين. وبذلك أصبحت الاستبانة في شكلها النهائي بعد التأكد من صدقها الظاهري مكوّنة من (30) عبارة مقسمة على ثلاثة محاور.

صدق الاتساق الداخلي لمحاور الاستبانة،

• المحور الثاني، الحوسبة السريية، تم حساب صدق الاتساق الداخلي بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل عبارة والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه العبارة من عبارات المحور الثاني بالاستبانة ويوضح نتائجها الجدول التالي،

الجدول رقم (3-4) معاملات ارتباط بيرسون بين درجات كل عبارة والدرجة الكلية

للمحور الذي تنتمي إليه العبارة في المحور الثاني، الحوسبة السريية

| رقم العبارة | معامل الارتباط | رقم العبارة | معامل الارتباط | رقم العبارة | معامل الارتباط |
|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|
| 1           | .726**         | 2           | .758**         | 3           | .698**         |
| 4           | .810**         | 5           | .615**         | 6           | .639**         |
| 7           | .607**         | 8           | .716**         | 9           | .664**         |
| 10          | .747**         |             |                |             |                |

\*\*دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01).

يتبين من الجدول السابق أن معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه العبارة في المحور الثاني جاءت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، وجاءت جميع قيم معاملات الارتباط قيم دالة، حيث تراوحت في المحور بين (0.607\*\* - 0.758\*\*)، مما يدل على توافر درجة عالية من صدق الاتساق الداخلي لعبارات المحور الثاني.

- المحور الثالث، الأخطاء الطبية تم حساب صدق الاتساق الداخلي بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل عبارة والدرجة الكلية للمحور الثالث التي تنتمي إليه العبارة من عبارات المحور الثالث بالاستبانة ويوضح نتائجها الجدول التالي،

الجدول رقم (3-5) معاملات ارتباط بيرسون بين درجات كل عبارة والدرجة للمحور الذي تنتمي إليه العبارة في الثالث، الأخطاء الطبية

| رقم العبارة | معامل الارتباط | رقم العبارة | معامل الارتباط | رقم العبارة | معامل الارتباط |
|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|
| 11          | .888**         | 12          | .652**         | 13          | .751**         |
| 14          | .627**         | 15          | .883**         | 16          | .701**         |
| 17          | .727**         | 18          | .887**         | 19          | .869**         |
| 20          | .859**         |             |                |             |                |

\*\* دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01).

يتبين من الجدول السابق أن معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه العبارة في المحور الثالث جاءت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، وجاءت جميع قيم معاملات الارتباط قيم دالة، حيث تراوحت بين (0.627\*\* - 0.888\*\*)، مما يدل على توافر درجة عالية من صدق الاتساق الداخلي لعبارات المحور الثالث بالاستبانة.

- المحور الرابع، كفاءة الأداء التشغيلي تم حساب صدق الاتساق الداخلي بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل عبارة والدرجة الكلية للمحور الرابع الذي تنتمي إليه العبارة من عبارات المحور الرابع بالاستبانة ويوضح نتائجها الجدول التالي،

الجدول رقم (3-6) معاملات ارتباط بيرسون بين درجات كل عبارة والدرجة للمحور الذي تنتمي إليه العبارة في المحور الرابع، كفاءة الأداء التشغيلي

| رقم العبارة | معامل الارتباط | رقم العبارة | معامل الارتباط | رقم العبارة | معامل الارتباط |
|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|
| 21          | .809**         | 22          | .835**         | 23          | .778**         |
| 24          | .761**         | 25          | .839**         | 26          | .764**         |
| 27          | .717**         | 28          | .829**         | 29          | .877**         |
| 30          | .699**         |             |                |             |                |

\*\* دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01).

يتبين من الجدول السابق أن معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه العبارة في المحور الرابع جاءت جميعها ذات إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)، وجاءت جميع قيم معاملات الارتباط قيم ذاتية، حيث تراوحت بين (-0.699\*\* - 0.877\*\*)، مما يدل على توافر درجة عالية من صدق الاتساق الداخلي لعبارات المحور الرابع بالاستبانة.

#### • الصدق البنائي العام لمحاور الاستبانة

تم التحقق من الصدق البنائي العام لمحاور الاستبانة من خلال إيجاد معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل محور والمتوسط العام للاستبانة، ويوضح نتائجها الجدول التالي:

جدول رقم (3-7) الصدق البنائي العام لمحاور الاستبانة

| م | المحاور                              | معامل الارتباط |
|---|--------------------------------------|----------------|
| 1 | المحور الثاني- الموصفات السريرية     | .939**         |
| 2 | المحور الثالث، الأخطاء الطبية        | .978**         |
| 3 | المحور الرابع، كفاءة الأداء التشغيلي | .945**         |

يتبين من الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط لكل محور والمتوسط العام للاستبانة جاءت بقيم عالية، حيث تراوحت بين (.939\*\* - .978\*\*) وكانت جميعها ذات إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)، مما يدل على توافر درجة عالية من الصدق البنائي للاستبانة.

#### • ثبات الأداء، ألفا كرونباخ لمحاور الاستبانة،

تم حساب معامل ثبات ألفا كرونباخ لمحاور الاستبانة ويوضح نتائجها الجدول التالي:

الجدول رقم (3-8) معامل ثبات ألفا كرونباخ لمحاور الاستبانة

| م | المحاور                              | معامل الارتباط |
|---|--------------------------------------|----------------|
| 1 | المحور الثاني- الموصفات السريرية     | .942           |
| 2 | المحور الثالث، الأخطاء الطبية        | .889           |
| 3 | المحور الرابع، كفاءة الأداء التشغيلي | .937           |
|   | المتوسط العام                        | .949           |

يتبين من الجدول السابق أن قيم معاملات الثبات لمحاور الاستبانة جاءت بقيم عالية، حيث تراوحت قيم معاملات الثبات بين (.889 - .942)، وبلغت قيمة معامل الثبات الكلي لمحاور الاستبانة (.949)، وتشير هذه القيم من معاملات الثبات إلى صلاحية الاستبانة للتطبيق وامكانية الاعتماد على نتائجها والوثوق بها.

## ب. ثانياً: أداة دراسة المقابلة،

قام الباحث بإعداد مجموعة من الأسئلة المفتوحة التي من شأنها أن تساعد في تحقيق الهدف الرئيسي للدراسة، حيث تم إجراء مقابلات شبه منظمة مع بعض المسؤولين أو قادة الفرق الصحية في المستشفيات المشاركة، لتقديم رؤى حول العوامل المؤثرة في تطبيق الحوكمة السريرية والمعوقات التي قد تواجهها.

فجميع أسئلة المقابلة هي أسئلة مفتوحة وقد اعتمد نموذج شبه منظم، والتي تم إعدادها مسبقاً للمقابلة هي كما يلي،

- الجزء الأول: هي البيانات الأولية عن عينة الدراسة والتي تتمثل في البيانات العامة وتشمل (الوظيفة، عدد سنوات الخبرة، نوع المستشفى).
- الجزء الثاني، أسئلة المقابلة الخاصة بموضوع الدراسة والتي كانت على النحو التالي،
  - السؤال الأول، من وجه نظرك، ما أهمية تطبيق الحوكمة السريرية؟
  - السؤال الثاني، ما مدى تطبيق الحوكمة السريرية في المستشفى؟
  - السؤال الثالث، من خلال عملك ما هي الآليات المستخدمة لتفعيل الحوكمة السريرية في الممارسة اليومية؟
  - السؤال الرابع، ما هي أبرز التحديات التي تواجه تطبيق الحوكمة السريرية؟
  - السؤال الخامس، من وجهة نظرك يوجد تأثير لتطبيق الحوكمة السريرية على الحد من الأخطاء الطبية في المستشفيات؟
  - السؤال السادس، هل ترى أنه يوجد تأثير لتطبيق الحوكمة السريرية على تحسين كفاءة الأداء التشغيلي في المستشفيات؟
  - السؤال السابع، توجد تحديات تنظيمية وبشرية تؤثر على فعالية تطبيق الحوكمة السريرية في المستشفيات؟
  - السؤال الثامن، يساهم الدعم المالي والفني في التغلب على بعض التحديات التي تعيق تطبيق الحوكمة السريرية؟

صلاحيّة وموثوقيّة أداة الدراسة (المقابلة)،

بعد الانتهاء من إعداد المقابلة وبناء أسئلتها، وعرضها على مجموعة من المحكمين المتخصصين للتحقق من فعالية الأداة وتحقيقها لأهداف الدراسة. وذلك للتأكد من

وضوح ككل سؤال وسلامة صياغته اللفوية ومدى ملائمته لتحقيق الهدف الذي تم تحديده من أجله، واقتراح طرق لتحسينه عن طريق الحذف أو الإضافة أو إعادة الصياغة أو غيرها من الأشياء التي يرونها مناسبة.

بعد استرجاع النسخ التي راجعها الأقران من المحكمين وفي ضوء اقتراحات بعض المحكمين، أعاد الباحث صياغة المقابلة، تم حذف بعض الأسئلة في المقابلة وإعادة صياغتها، كما اتفق عليه أكثر من (80%) من المحكمين وهكذا فإن المقابلة في شكلها النهائي بعد التحقق من صحتها الظاهرية تتكون من (8) أسئلة.

### الأساليب الإحصائية:

بناء على طبيعة الدراسة والأهداف التي سعى الباحث إلى تحقيقها، تم تحليل البيانات باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) واستخراج النتائج وفقاً للأساليب الإحصائية التالية:

1. التكرارات والنسب المئوية، للتعرف على خصائص أفراد عينة الدراسة وفقاً للبيانات الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة.
2. معامل ارتباط بيرسون، لحساب الاتساق الداخلي.
3. معامل ألفا كرونباخ، لحساب الثبات لعبارة الاستبانة.
4. تحليل التباين الأحادي (One Way Anova) واختبار (T Test)، لحساب الفروق الإحصائية بين استجابات أفراد عينة الدراسة.
5. اختبار تحليل الانحدار الخطي.
6. معادلة المدى، وذلك لوصف المتوسط الحسابي للاستجابات على ككل عبارة ومتغير على النحو التالي:

تم تحديد درجة الاستجابة بحيث يعطي الدرجة منخفضة جداً (1)، منخفضة (2)، متوسطة (3)، عالية (4)، عالية جداً (5). ويتم تحديد درجة التحقق لكل متغير بناء على ما يلي:

$$\text{طول الضئف} = \frac{\text{الحد الأعلى} - \text{الحد الأدنى}}{\text{عدد المستويات}} = \frac{1-5}{5} = 0.80$$

- من 1 إلى أقل من 1.80 تمثل درجة استجابة (منخفضة جدا).
- من 1.80 إلى أقل من 2.60 تمثل درجة استجابة (منخفضة).
- من 2.60 إلى أقل من 3.40 تمثل درجة استجابة (متوسطة).
- من 3.40 إلى أقل من 4.20 تمثل درجة استجابة (عالية).
- من 4.20 إلى أقل من 5 تمثل درجة استجابة (عالية جدا).

## الفصل الرابع: نتائج الدراسة ومناقشتها

### تمهيد

يتضمن هذا الفصل عرضاً للنتائج التي تم التوصل إليها بعد تطبيق أدوات الدراسة واستخدام الأساليب الإحصائية المشار إليها. وذلك للإجابة عن أسئلة الدراسة. وبلي ذلك تفسير النتائج ومناقشتها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

### القسم الأول: فرضيات الدراسة

- عرض وتحليل نتائج الفرضية الصفرية والتي نصت على: لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لتطبيق الحوسبة السريرية على الحد من الأخطاء الطبية في المستشفيات.

- عرض وتحليل نتائج البديلة والتي نصت على: يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لتطبيق الحوسبة السريرية على الحد من الأخطاء الطبية في المستشفيات.

للتحقق من صحة أو خطأ الفرضيتين تم استخدام اختبار تحليل الانحدار لمعرفة وجود أثر ذو دلالة إحصائية (لتطبيق الحوسبة السريرية) على (الحد من الأخطاء الطبية)

الجدول رقم (1-4) نتائج تحليل الانحدار لمعرفة وجود أثر ذو دلالة إحصائية (لتطبيق الحوسبة السريرية) على (الحد من الأخطاء الطبية)

| المتغير المستقل        | B                             | Beta | R                 | R2   | T.value | Sig.T |
|------------------------|-------------------------------|------|-------------------|------|---------|-------|
| تطبيق الحوسبة السريرية | .666                          | .773 | .773 <sup>a</sup> | .597 | 23.058  | .000  |
| المعامل الثابت         | 1.356                         |      |                   |      |         |       |
| Adj R2                 | .596                          |      |                   |      |         |       |
| قيمة F                 | 531.672                       |      |                   |      |         |       |
| Sig F                  | تمودج معنوي <sup>b</sup> .000 |      |                   |      |         |       |

يتبين من الجدول السابق، وجود أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية (لتطبيق الحوسبة السريرية) على (الحد من الأخطاء الطبية)، حيث جاءت قيمة (R) (.773a) بمستوى دلالة (.000b)، وبذلك تم التحقق من صحة الفرضية البديلة وقبولها، وخطأ الفرضية الصفرية ورفضها، ويمكن تفسير ذلك أن تطبيق الحوسبة السريرية والالتزام بمبادئها وإجراءاتها وتطبيق بروتوكولات واضحة وتدريب الكوادر الطبية وتعزيز التواصل يساهم في تقليل

معدلات الأخطاء الطيبة وتعزيز الثقة في النظام الصحي، وهو ما يؤدي إلى نتائج صحية أفضل للمجتمعات.

- عرض وتحليل نتائج الفرضية الصفرية والتي نصت على: لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لتطبيق الحوكمة السريرية على تعزيز كفاءة الأداء التشغيلي في المستشفيات.

- عرض وتحليل نتائج البديلة والتي نصت على: يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لتطبيق الحوكمة السريرية على تعزيز كفاءة الأداء التشغيلي في المستشفيات.

للتحقق من صحة أو خطأ الفرضيتين تم استخدام اختبار تحليل الانحدار لمعرفة وجود أثر ذو دلالة إحصائية (لتطبيق الحوكمة السريرية) على (تعزيز كفاءة الأداء التشغيلي)

الجدول رقم (4-2) نتائج تحليل الانحدار لمعرفة وجود أثر ذو دلالة إحصائية (لتطبيق الحوكمة السريرية) على (تعزيز كفاءة الأداء التشغيلي)

| المتغير المستقل        | B       | Beta | R     | R2   | T.value | Sig.T |
|------------------------|---------|------|-------|------|---------|-------|
| تطبيق الحوكمة السريرية | .502    | .565 | .565a | .320 | 12.983  | .000  |
| المعامل الثابت         | 2.019   |      |       |      |         |       |
| Adj R2                 | .318    |      |       |      |         |       |
| F قيمة                 | 168.566 |      |       |      |         |       |
| Sig F                  | .000b   |      |       |      |         |       |

يتبين من الجدول السابق، وجود أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية وجود أثر ذو دلالة إحصائية (لتطبيق الحوكمة السريرية) على (تعزيز كفاءة الأداء التشغيلي)، حيث جاءت قيمة (R) (.565a) بمستوى دلالة (.000b)؛ وبذلك تم التحقق من صحة الفرضية البديلة وقبولها. وخطأ الفرضية الصفرية ورفضها، ويمكن تفسير ذلك إلى أن الحوكمة السريرية تعتمد على جمع وتحليل البيانات المتعلقة بالأداء، مما يمكن الإدارة من تقييم فعالية الخدمات المقدمة، من خلال مراقبة المؤشرات مثل معدلات إعادة الإدخال ومدة الإقامة. وهو ما يساهم في تحديد المجالات التي تحتاج إلى تحسين، مما يساهم في تحسين الأداء العام.

- عرض وتحليل نتائج الفرضية الصفرية والتي نصت على: لا يوجد اختلاف في مدى تطبيق الحوكمة السريرية بين المستشفيات الحكومية والخاصة.

- عرض وتحليل نتائج البديلة والتي نصت على: يوجد اختلاف في مدى تطبيق الحوكمة السريرية بين المستشفيات الحكومية والخاصة.

للتحقق من صحة الفرضية أو خطاها تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Anova) للكشف عن وجود اختلاف في مدى تطبيق الحوكمة السريرية بين المستشفيات الحكومية والخاصة.

الجدول رقم (4-3) نتائج "تحليل التباين الأحادي" (One Way Anova) للفروق في مدى تطبيق الحوكمة السريرية بين المستشفيات الحكومية والخاصة.

| الدلالة الإحصائية | قيمة F | متوسط المربعات | درجات الحرية | مجموع مربعات | مصدر التباين   | تطبيق الحوكمة السريرية بين المستشفيات الحكومية والخاصة |
|-------------------|--------|----------------|--------------|--------------|----------------|--------------------------------------------------------|
| .944              | .005   | .003           | 1            | .003         | بين المجموعات  |                                                        |
|                   |        | .598           | 359          | 214.647      | داخل المجموعات |                                                        |
|                   |        | --             | 360          | 214.650      | المجموع        |                                                        |

يتبين من الجدول السابق، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05)، حول (مدى تطبيق الحوكمة السريرية بين المستشفيات الحكومية والخاصة)، وهو ما يعبر عن عدم وجود اختلاف في مدى تطبيق الحوكمة السريرية بين المستشفيات الحكومية والخاصة، ويمكن تفسير ذلك إلى وجود معايير وطنية موحدة تنظم العمل في جميع المستشفيات، مما يفرض على مكافئة المستشفيات الالتزام بالبروتوكولات والإجراءات.

- عرض وتحليل نتائج الفرضية الصفرية والتي نصت على: لا يوجد ارتباط معنوي بين مستوى تطبيق الحوكمة السريرية ومستوى جودة وسلامة الرعاية الصحية المقدمة.
- عرض وتحليل نتائج الفرضية البديلة والتي نصت على: يوجد ارتباط معنوي بين مستوى تطبيق الحوكمة السريرية ومستوى جودة وسلامة الرعاية الصحية المقدمة.

للتحقق من صحة الفرضيتين أو خطاها تم استخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson) بين مستوى تطبيق الحوكمة السريرية ومستوى جودة وسلامة الرعاية الصحية المقدمة، على النحو التالي:

الجدول رقم (4-4) معامل ارتباط بيرسون (Pearson) بين مستوى تطبيق الحوكمة السريرية ومستوى جودة وسلامة الرعاية الصحية المقدمة.

| معامل ارتباط بيرسون |                | تطبيق الحوكمة السريرية |
|---------------------|----------------|------------------------|
| الدلالة الإحصائية   | معامل الارتباط |                        |
| .000                | .773**         |                        |

يتبين من الجدول السابق ما يلي: وجود ارتباط معنوي بين مستوى تطبيق الحوكمة السريرية ومستوى جودة وسلامة الرعاية الصحية المقدمة. حيث بلغ معامل الارتباط ( $0.773^{**}$ )، بدلالة إحصائية (0.000)، وبذلك تم التأكد من صحة الفرضية البديلة وقبولها، ورفض الفرضية الصفرية، ويمكن تفسير ذلك أن تطبيق الحوكمة السريرية يتضمن وضع بروتوكولات وإجراءات واضحة تعزز من دقة وفعالية الرعاية الصحية، فعندما يتبع الأطباء والممرضون معايير محددة، تقل الأخطاء الطبية ويزداد مستوى السلامة.

- عرض وتحليل نتائج الفرضية الصفرية والتي نصت على: لا تختلف وجهات نظر العاملين في المستشفى حول تأثير الحوكمة السريرية وفقا لمتغيراتهم الشخصية (الوظيفة، سنوات الخبرة، نوع المستشفى).

- عرض وتحليل نتائج الفرضية البديلة والتي نصت على: تختلف وجهات نظر العاملين في المستشفى حول تأثير الحوكمة السريرية وفقا لمتغيراتهم الشخصية (الوظيفة، سنوات الخبرة، نوع المستشفى).

للتحقق من صحة الفرضية أو خطأها تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي واختبار (T-test)، واختبار (One Way Anova) للكشف عن وجهات نظر العاملين في المستشفى حول تأثير الحوكمة السريرية وفقا لمتغيراتهم الشخصية (الوظيفة، سنوات الخبرة، نوع المستشفى)، ويوضح نتائجهم الجداول التالية:

الجدول رقم (4-5) نتائج "تحليل التباين الأحادي" (One Way Anova) للضروفي في وجهات نظر العاملين في المستشفى حول تأثير الحوكمة السريرية وفقا لمتغير الوظيفة

| الدلالة الإحصائية | قيمة F | متوسط المربعات | درجات الحرية | مجموع مربعات | مصدر التباين   | تأثير الحوكمة السريرية |
|-------------------|--------|----------------|--------------|--------------|----------------|------------------------|
| .456              | .871   | .520           | 3            | 1.560        | بين المجموعات  |                        |
|                   |        | .597           | 357          | 213.090      | داخل المجموعات |                        |
|                   |        | --             | 360          | 214.650      | المجموع        |                        |

يتبين من الجدول السابق، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05)، حول (وجهات نظر العاملين في المستشفى حول تأثير الحوكمة السريرية) تعزي لمتغير الوظيفة، وفي الغالب يرجع ذلك إلى التوافق في الفهم بين جميع العاملين: سواء كانوا أطباء، ممرضين، أو إداريين، لأهمية الحوكمة السريرية وتأثيرها على جودة الرعاية والضوابط المرتبطة بتطبيق الحوكمة، مثل تقليل الأخطاء الطبية وتحسين السلامة.

الجدول رقم (4-6) نتائج "تحليل التباين الأحادي" (One Way Anova) للضروقي في وجهات نظر العاملين في المستشفى حول تأثير الحوكمة السريرية وفقاً لمتغير سنوات الخبرة

| الدلالة الإحصائية | قيمة F | متوسط المربعات | درجات الحرية | مجموع مربعات | مصدر التباين   | تأثير الحوكمة السريرية |
|-------------------|--------|----------------|--------------|--------------|----------------|------------------------|
| .248              | 1.401  | .833           | 2            | 1.666        | بين المجموعات  |                        |
|                   |        | .595           | 358          | 212.983      | داخل المجموعات |                        |
|                   |        | --             | 360          | 214.650      | المجموع        |                        |

يتبين من الجدول السابق، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05)، حول (وجهات نظر العاملين في المستشفى حول تأثير الحوكمة السريرية)، تعزي لمتغير سنوات الخبرة، وهي الغالب يرجع ذلك إلى الخبرات العملية المتشابهة التي يمر بها العاملين بالمستشفيات، حيث يتعرض الجميع لنفس التحديات والتجاذبات المتعلقة بتطبيق الحوكمة السريرية، فإذا كانت النتائج الإيجابية واضحة للجميع، فإن ذلك يعزز من توافق الآراء.

الجدول رقم (4-7) نتائج اختبار (T-test) للضروقي في وجهات نظر العاملين في المستشفى حول تأثير الحوكمة السريرية وفقاً لمتغير نوع المستشفى

| الدلالة | مستوى الدلالة | درجات الحرية | القيمة (ت) المحسوبة | الانحراف المعياري | المتوسط | العدد | نوع المستشفى | تأثير الحوكمة السريرية |
|---------|---------------|--------------|---------------------|-------------------|---------|-------|--------------|------------------------|
| غير دال | .944          | 359          | 0.70                | .817              | 3.95    | 248   | حكومي        |                        |
|         |               |              |                     | .667              | 3.96    | 113   | خاصة         |                        |

يتبين من الجدول السابق، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05)، حول (وجهات نظر العاملين في المستشفى حول تأثير الحوكمة السريرية)، تعزي لمتغير نوع المستشفى. وبذلك تم التأكد من صحة الفرضية البديلة وقبولها، ورفض الفرضية الصفرية، وهي الغالب يرجع ذلك إلى التواصل الفعال وتبادل للمعرفة والخبرات بين المستشفيات الحكومية والخاصة. وهو ما يعزز من تطبيق أفضل الممارسات في كلا القطاعين.

## القسم الثاني: أسئلة المقابلة

- عرض نتائج السؤال الأول، من وجه نظرك، ما أهمية تطبيق الحوكمة السريرية بالمستشفى؟

أشار تحليل نتائج عينة البحث إلى أن هناك العديد من الفوائد التي يمكن أن يحققها تطبيق الحوكمة السريرية بالمستشفى. وهم على النحو التالي:

- الحد من الأخطاء الطبية: فتساعد الحوكمة السريرية على وضع معايير وإجراءات واضحة، مما يقلل من فرص حدوث الأخطاء في التشخيص والعلاج.
- تطوير جودة الرعاية الصحية: حيث تساهم في تعزيز جودة الخدمات المقدمة للمرضى من خلال تقييم الأداء وتطبيق أفضل الممارسات.
- تعزيز كفاءة الأداء التشغيلي في إدارة الموارد بشكل أفضل. مما يزيد من كفاءة العمليات داخل المستشفى.
- تعزيز رضا المرضى والمستفيدين من الخدمات من خلال تحسين الخدمات وتقليل الأخطاء، يزداد رضا المرضى عن تجربتهم في المستشفى.
- تطوير التواصل بين الفرق الطبية: فيعزز التعاون والتنسيق بين الأطباء والممرضين، مما يؤدي إلى رعاية أكثر تكاملاً.
- تطبيق ممارسات قائمة على الأدلة، فيتم دعم البحث العلمي والدراسات العلمية في اتخاذ القرارات السريرية.
- خلق بيئة عمل آمنة وفعالة للموظفين: مما يؤدي إلى تحسين الروح المعنوية.
- يساعد المستشفى على الالتزام بالقوانين واللوائح المتعلقة بالرعاية الصحية.
- تحسين إدارة المخاطر: من خلال تقييم المخاطر دورياً، وهو ما يمكن المستشفيات من اتخاذ خطوات استباقية.

### كلمات ردود أعضاء العينة على النحو التالي

وأشار المشاركون (1) إلى "أرى أن تطبيق الحوكمة السريرية يؤثر تأثير كبير على سلامة المرضى، فعندما نتبع معايير واضحة في العمل، نتجنب الكثير من الأخطاء التي قد تحدث

أثناء العمليات، كالمعاملات الجراحية، فكل إجراء يتطلب اهتماما دقيقا للتفاصيل، وعندما يكون لدينا بروتوكولات محددة، نركز أكثر على تقديم أفضل رعاية ممكنة."

وأشار المشاركون (2) إلى "الحوسبة السريرية تزيد من التواصل الفعال بين أعضاء الفريق الطبي، فعندما نكون جميعا متواصلين، يمكننا تبادل المعلومات بشكل أفضل، وهذا هو ما يقلل الفجوات في التواصل، مما يؤدي إلى رعاية أكثر تناسقا".

وأشار المشاركون (3) "أعتقد أن الحوسبة السريرية تساعد في تحليل البيانات وتقييم الأداء بشكل دوري، فيمكننا الكشف عن الفجوات في الخدمات التي نقدمها، فمثلا ارتفاع معدلات العدوى بعد العمليات. يمكننا من اتخاذ إجراءات سريعة لتحسين التعقيم أو التدريب".

وأشار المشاركون رقم (4) "الحوسبة السريرية تعني أننا نطبق ممارسات قائمة على الأدلة، وهو ما يساعد على اتخاذ قرارات مستندة إلى أبحاث موثوقة. مما يزيد من فعالية العلاج، فنحن لا نعمل فقط على تقليل الأخطاء، بل نعمل على تحقيق نتائج إيجابية للمرضى، هذا يجعلني أشعر أنني أساهم في تحسين النظام الصحي بشكل عام".

وأشار المشاركون رقم (5) "تمثل أهم فوائد تطبيق الحوسبة السريرية في إمكانية تقييم المخاطر دوريا، وهو ما يساعد في وضع خطط وقائية، ويمكننا من تقديم رعاية صحية آمنة وفعالة، وتقليل حدوث المضاعفات".

#### • عرض نتائج السؤال التالي: ما مدى تطبيق الحوسبة السريرية في المستشفى؟

أشار تحليل نتائج عينة البحث إلى أنه يتم الاهتمام بتطبيق الحوسبة السريرية في المستشفيات بدرجة عالية. ويتم ذلك من خلال:

- يتم صياغة معايير وإجراءات محددة لجميع جوانب الرعاية الصحية.
- تجرى تقييمات دورية للأداء لضمان الالتزام بالمعايير.
- تعطى الأولوية للتدريب المستمر للكوادر الطبية لضمان معرفتهم بأحدث الممارسات.
- يتم العمل على تعزيز التعاون والتواصل بين الفرق الطبية لتحقيق رعاية شاملة.
- يوجد نظام فعال لتحديد المخاطر والتعامل معها بشكل استباقي.

وقد جاءت ردود أعضاء الهيئة على النحو التالي:

أشار المشاركون رقم (1) "في المستشفى لدينا بروتوكولات واضحة فيتم تدريب الجميع على هذه الإجراءات، وهذا يضمن أننا جميعاً على دراية بالخطوات اللازمة، ونقوم بإجراء مراجعة جماعية للبروتوكولات، مما يقلل من الأخطاء ويزيد من سلامة المرضى".

أشار المشاركون رقم (2) "يتم التركيز على تقوية التواصل بين الفرق الطبية وهو ما يعبر عن أبرز جوانب تطبيق الحوكمة السريرية في مستشفانا، فنحن نعمل معاً كفريق، وتبادل المعلومات بشكل مستمر، بالإضافة إلى أننا نجتمع لمناقشة الوضع العام للمستشفى، وحالات المرضى ونقيم أي مشاكل قد تواجهنا، هذه الاجتماعات تساعدنا على التعلم من بعضنا البعض وتطبيق الحلول الفعالة، فأشعر أن هذا التعاون هو ما يجعلنا نقدم رعاية أفضل للمرضى".

أشار المشاركون رقم (3) "تقييم الأداء والمراجعة الدورية هو أمر حيوي في مستشفانا، حيث نعزز الحوكمة السريرية في المستشفى من خلال ذلك فنحن نقوم بتقييم الأداء بشكل دوري، ونقوم بتحليل البيانات لمعرفة السبب ونضع خطة عمل ملائمة".

أشار المشاركون رقم (4) "نشجع التدريب والتطوير كنوع من أنواع تطبيق الحوكمة السريرية، فنحرص على تقديم ورش عمل ودورات تدريبية للكوادر الطبية بانتظام، وللعاملين، لتحسين مستوى الأداء العام وتطوير جودة الأدوات التي يتم تقديمها".

أشار المشاركون رقم (5) "نطبق نظام قوي يعمل على تحديد المخاطر المحتملة، فنراجع كل حالة جديدة ونقيم المخاطر المحتملة، سواء كانت تتعلق بالأدوية أو العلاجات، وهو ما يساعدنا على وضع خطط احترازية، ويقلل من حدوث المضاعفات، فمن خلال هذه العملية، نشعر بأننا نعمل في بيئة آمنة، وهذا يعزز من ثقتنا في تقديم الرعاية للمرضى".

• عرض نتائج السؤال الثالث: من خلال عملك ما هي الآليات المستخدمة لتفعيل الحوكمة السريرية في الممارسة اليومية؟

أشار تحليل نتائج عينة البحث إلى أنه هناك مجموعة من الآليات لتفعيل الحوكمة السريرية. ويتم ذلك من خلال:

- صياغة بروتوكولات علاجية موحدة، من خلال معايير واضحة للعلاج والرعاية.
- تقييم الأداء والمراجعة المستمرة لمراقبة الجودة.

- توفير برامج تدريبية منتظمة للكوادر الصحية.
- تشجيع النقاشات المفتوحة بين الفرق الطبية.
- تنفيذ إجراءات لتحديد وتقييم المخاطر المحتملة.

وقد جاءت ردود أعضاء الهيئة على النحو التالي:

أشار المشاركون رقم (1) إلى "نعمد على تطوير بروتوكولات علاجية موحدة كإحدى الآليات الأساسية للحوكمة السريرية، هذه البروتوكولات تتضمن خطوات دقيقة لكل نوع من العمليات، مما يضمن أن يكون كل عضو في الفريق على دراية بما يجب القيام به، وهو ما يساعد على تقليل الأخطاء. وشعورنا بالثقة أثناء العملية ينعكس على النتائج، حيث نلاحظ انخفاضاً في معدلات المضاعفات".

أشار المشاركون رقم (2) إلى "من وجهة نظري: فإن الحوكمة السريرية ثقافة عمل تبدأ بسلامة المريض، أهم أليتها هي إدارة المخاطر الاستباقية، نحن نطبقها من خلال نظام الإبلاغ عن الأحداث غير لا نتظر وقوع خطأ. بل نشجع الكوادر على الإبلاغ عن أي شيء قد يؤدي إلى ضرر. مهما كان صغيراً، وهو ما يساعدنا على تحليل السبب الجذري للأخطاء التي تحدث، واتخاذ قرار فوري بتحديد إجراءات".

أشار المشاركون رقم (3) إلى "أهم الآليات من وجه نظري نظام إدارة المخاطر، فنحن نتبع إجراءات دقيقة لتحديد المخاطر المحتملة لكل مريض. ولدينا تقييم شامل يتم في بداية كل زيارة، حيث نقوم بتحديد المخاطر المتعلقة بالأدوية والحالات الصحية السابقة. في إحدى الحالات، كان لدينا مريض يعاني من مشاكل قلبية، وقمنا بوضع خطة وقائية أدت إلى تقليل المخاطر بشكل كبير. هذا النظام يمنحنا القدرة على تقديم رعاية آمنة وفعالة، ويعزز من ثقة المرضى في خدماتنا".

أشار المشاركون رقم (4) إلى "تقييم الأداء والمراجعة المستمرة هما جزء لا يتجزأ الآليات التي يجب تطبيقها، ويتم استخدام أدوات تحليل البيانات لمراقبة مؤشرات الجودة، كمعدلات إعادة الإدخال ومدة الإقامة. في نهاية كل شهر، نكتشف الاتجاهات ونحدد المجالات التي تحتاج إلى تحسين".

أشار المشاركون رقم (5) إلى "أرى أن التدريب والتطوير المستمر هما أساس تحسين جودة الرعاية الصحية، فيجب تقديم ورش عمل ودورات تدريبية بشكل دوري، حيث يتعلم

الموظفون تقنيات جديدة وأفضل الممارسات. هذا النوع من التدريب لا يساعد فقط في تحديث معارفنا، بل يعزز أيضا من شعورنا بالاحترافية والالتزام بالجودة".

• عرض نتائج السؤال الرابع الذي نص على: ما هي أبرز التحديات التي تواجه تطبيق الحوكمة السريرية؟

أشار تحليل نتائج عينة البحث إلى أنه هناك مجموعة من الآليات لتفعيل الحوكمة السريرية. ويتم ذلك من خلال:

- تدني الموارد المالية والبشرية. بالإضافة إلى ضيق الوقت، مما يعيق تنفيذ برامج الجودة والتدريب اللازم.
- ضعف أنظمة معلومات صحية متكاملة وفعالة لجمع وتحليل البيانات السريرية. مما يجعل من الصعب قياس الأداء وتحديد مجالات التحسين.
- عدم وجود دعم كاف من الإدارة العليا، أو عدم وضوح الأدوار والمسؤوليات، مما يؤدي إلى ضعف الالتزام بالحوكمة.
- صعوبة تحديد مؤشرات أداء قابلة للقياس الكمي، لتقييم فعالية التدخلات وتحقيق التحسينات الملموسة.
- زيادة الأعباء الورقية والإدارية التي قد تؤثر على وقت الكوادر الطبية المخصص لرعاية المرضى.
- مقاومة التغيير من بعض الكوادر الطبية التي اعتادت على ممارسات تقليدية وتجد صعوبة في التكيف مع الإجراءات الجديدة.

**وقد جاءت ردود أعضاء العينة على النحو التالي:**

أشار المشاركون رقم (1) إلى من وجهة نظري، التحدي الأكبر هو مقاومة التغيير والعبء الإداري، فنحن ندرّبنا على تقديم الرعاية المباشرة للمرضى، وأحيانا نشعر أن متطلبات الحوكمة السريرية، مثل التوثيق التفصيلي في السجلات الإلكترونية أو حضور اجتماعات الجودة، تستهلك وقتا يمكن أن يخصص للمريض، بالإضافة إلى شعور البعض بأن هذه الإجراءات هي لا تضيف قيمة حقيقية للرعاية، فالتحدي يكمن في إقناع الكوادر

الطبيبة بأن هذه الإجراءات ليست عبثاً. بل هي جزء أساسي من ضمان سلامة المريض وتحسين النتائج".

أشار المشاركون رقم (2) إلى أن التحدي الأبرز هو نقص الموارد المالية والبشرية فبرامج الحوسبة السريرية ليست مجانية، فهي تتطلب توظيف التكنولوجيا كالسجلات الطبية الإلكترونية، وتدريب الموظفين، وتوظيف متخصصين في الجودة. في ظل الميزانيات المحدودة، حيث يصبح من الصعب جداً تخصيص الأموال اللازمة لهذه المبادرات.

أشار المشاركون رقم (3) إلى ضعف البنية التحتية للمعلومات وصعوبة قياس النتائج فهي أكثر من الأحيان نجد أن البيانات السريرية إما غير مكتملة أو غير دقيقة، أو أنها موزعة على أنظمة مختلفة وغير متصلة ببعضها، هذا يجعل من المستحيل تقريباً الحصول على صورة واضحة عن الأداء، بالإضافة إلى صعوبة جمع البيانات، وتحويلها إلى مؤشرات أداء قابلة للقياس (مثل معدل الإصابة بالعدوى أو متوسط مدة الإقامة) يتطلب جهداً كبيراً، وهو ما يضعف قدرتنا على إثبات أن جهود الحوسبة السريرية تحقق تحسناً ملموساً في رعاية المرضى".

أشار المشاركون رقم (4) إلى اعتقاد أن التحدي هو غياب القيادة الواضحة والمساءلة، في بعض الأحيان، يتم إطلاق مبادرات الحوسبة السريرية من الإدارة العليا دون إشراك الكوادر الميدانية في عملية التخطيط، هذا يخلق شعوراً بأن هذه المبادرات مفروضة عندما لا يكون هناك دعم واضح من القيادة. أو عندما لا يتم تحديد المسؤوليات بشكل دقيق. يصبح من السهل جداً تجاهل الإجراءات الجديدة والعودة إلى الممارسات القديمة.

أشار المشاركون رقم (5) إلى أن التحدي الأكبر هو التكامل التكنولوجي والتقني للحوسبة السريرية فتعتمد بشكل كبير على البيانات، وهذا يتطلب أنظمة معلومات صحية متطورة، فهناك ضرورة شراء هذه الأنظمة، ودمجها مع الأنظمة القديمة المختلفة التي قد تكون موجودة في المنشأة، بالإضافة إلى نظام السجلات الطبية قد لا يتكامل بسلاسة مع نظام المختبر أو نظام الصيدلية.

- عرض نتائج السؤال الخامس، من وجهة نظرك يوجد تأثير لتطبيق الحوكمة السريرية على الحد من الأخطاء الطبية في المستشفيات؟

أشار تحليل نتائج عينة البحث إلى أنه تطبيق الحوكمة السريرية يؤثر في الحد من الأخطاء الطبية في المستشفيات، ويتم ذلك من خلال:

- تعمل الحوكمة السريرية على تحديد وتحليل المخاطر المحتملة قبل وقوعها، مما يمنع حدوث الأخطاء من الأساس.
- تضمن أن القرارات العلاجية مبنية على أحدث الأبحاث العلمية والإرشادات المثبتة، مما يقلل من الممارسات الخاطئة.
- توفر برامج تدريبية وتطويرية مستمرة للكوادر الطبية، مما يحد من الأخطاء الناتجة عن نقص المعرفة أو المهارات.
- تشجيع الإبلاغ عن الأخطاء، مما يسمح للمستشفيات التعلم من أخطائها وتفاذي تكرارها.
- تحسين التواصل وإدارة المعلومات وتسهيل تدفق المعلومات بين الفرق الطبية، مما يقلل من الأخطاء الناتجة عن سوء التواصل أو المعلومات المغفولة.

وقد جاءت ردود أعضاء العينة على النحو التالي:

أشار المشاركون رقم (1) إلى "من خبرتي اليومية، أؤكد أن الحوكمة السريرية لها تأثير كبير على تقليل الأخطاء، خاصة من خلال الاعتماد على أبحاث جديدة وبروتوكولات علاجية محدثة باستمرار، فالحوكمة السريرية تضمن أننا لا نعتمد على الخبرة وحدها، بل نلتزم بالإرشادات السريرية الوطنية والدولية، ففي حالات الطوارئ كالتنوبات القلبية، لدينا بروتوكولات واضحة جداً تحدد خطوات التشخيص والعلاج بدقة، وهو ما لا يترك مجالاً للخطأ البشري الناتج عن اتخاذ قرارات فردية."

أشار المشاركون رقم (2) "بصفتي مسؤولاً عن سلامة المرضى، أرى أن الحوكمة السريرية هي الإطار الذي يمكننا من خلاله تطبيق إدارة المخاطر بشكل استباقي، بدلاً من الانتظار حتى يقع الخطأ الطبي. نحن نستخدم أدوات تحليل المخاطر لتحديد نقاط الضعف في

الأنظمة والعمليات، وهو ما يمنع منات الأخطاء المحتملة التي قد تنجم عن سوء قراءة الوصفات.

أشار المشاركون رقم (3) "من منظور إداري شامل. أعتبر أن الحوكمة السريرية تقلل الأخطاء عن طريق توفير البنية التحتية اللازمة للسلامة. فلا يمكن للكوادر الطبية أن تقدم رعاية آمنة إذا لم يكن لديها الأنظمة والأدوات المناسبة، فنضمن من خلال الحوكمة السريرية وجود سياسات واضحة لجميع الإجراءات، وتوفير سجلات طبية إلكترونية موحدة، وتخصيص ميزانيات كافية للتدريب".

أشار المشاركون رقم (4) "أجد أن أهم تأثير للحوكمة السريرية هو تحسين التواصل وتحديد المسؤوليات. فالعديد من الأخطاء الطبية، خاصة في الأقسام المزدهمة مثل العناية المركزة. تحدث بسبب سوء التواصل بين الممرضين والأطباء أو بين الفرق المختلفة. فتساعد الحوكمة السريرية في فرض آليات تواصل موحدة وواضحة، كاستخدام السجلات الطبية الإلكترونية التي يمكن للجميع الوصول إليها وتحديثها في الوقت الفعلي".

أشار المشاركون رقم (5) "أرى أن الحوكمة السريرية تؤثر بشكل مباشر في تقليل الأخطاء من خلال الاستثمار في الكفاءة البشرية، فلا يمكن للكوادر أن تتجنب الأخطاء إذا لم تكن على اطلاع بأحدث الممارسات، فنحن نطبق من خلال الحوكمة برامج تدريب إلزامية ودورية، كبرامج تدريب على كيفية حقن الأدوية عالية الخطورة أو كيفية استخدام الأجهزة الطبية الجديدة، هذا التدريب المستمر لا يرفع فقط من كفاءة الأطباء والممرضين، بل يفرس فيهم ثقافة الالتزام بالبروتوكولات، مما يقلل بشكل كبير من الأخطاء الناتجة عن نقص المعرفة أو المهارات".

#### • السؤال السادس: هل ترى أنه يوجد تأثير لتطبيق الحوكمة السريرية على تحسين كفاءة الأداء التشخيصي في المستشفيات؟

أشار تحليل نتائج عينة البحث إلى أنه تطبيق الحوكمة السريرية يؤثر في الحد من الأخطاء الطبية في المستشفيات، ويتم ذلك من خلال:

- تفرض الحوكمة السريرية بروتوكولات وإرشادات موحدة، مما يقلل التباين في الرعاية ويجعل العمليات أكثر انسيابية وفعالية.

- تقليل الأخطاء أدى إلى انخفاض تكاليف علاج المضاعفات، وتقليل مدة إقامة المرضى، وتجنب الهدر في الموارد.
- تتيح الحوسبة جمع وتحليل البيانات التي تساعد على استخدام الأسرة والمعدات والموظفين بشكل أمثل، مما يقلل من فترات الانتظار غير الضرورية.
- تدعم استخدام أنظمة معلومات صحية متكاملة يقلل من التأخيرات الإدارية، وسوء التواصل، والجهد المبذول في البحث عن المعلومات.
- تشجع التدريب المستمر والتطوير المهني يرفعان من مستوى مهارات الكوادر، مما يجعلهم أكثر كفاءة في إنجاز مهامهم في وقت أقل وبجودة أعلى.

#### وقد جاءت ردود أعضاء العينة على النحو التالي:

أشار المشاركون رقم (1) إلى " من وجهة نظري فإن الحوسبة السريرية هي الأداة التي تربط الجودة بالكفاءة المالية، فعندما نطبق بروتوكولات موحدة، فإننا نضمن أن كل طبيب وممرض يتبع أفضل الممارسات الممكنة. وهو ما يقلل من الهدر في الوقت والموارد، سواء كان ذلك بسبب الأخطاء التي تتطلب وقتاً إضافياً لتصحيحها، أو بسبب العمليات غير الفعالة".

أشار المشاركون رقم (2) إلى " أرى أن الحوسبة السريرية هي ما يجعل عملنا منظم وأقل إرهاقاً، فقبل تطبيقها، كان كل فرد يتبع طريقة مختلفة في تنفيذ مهمة معينة. مما كان يسبب الارتباك ويستهلك وقتاً إضافياً. أما الآن فبفضل وجود بروتوكولات واضحة، فإن كل فرد يعرف بالضبط ما يجب فعله في كل خطوة، هذا التوحيد يقلل من الوقت المستغرق في اتخاذ القرارات أو تصحيح الأخطاء".

أشار المشاركون رقم (3) إلى " أرى أن أهم تأثير لها على الكفاءة التشغيلية ويتم عن طريق تعزيز تدفق المعلومات، فعندما يتم توثيق جميع بيانات المريض في سجل طبي إلكتروني موحد، فإننا نقضي على الأخطاء الناتجة عن الخطأ في قراءة الخط اليدوي أو عن ضياع السجلات. ويمكن للأطباء الوصول إلى نتائج المختبر أو الأشعة فور صدورهما، مما يقلل من وقت الانتظار ويسمح لهم باتخاذ القرارات بشكل أسرع".

أشار المشاركون رقم (4) إلى " إن الحوسبة تؤثر في الكفاءة من خلال التقليل من الأخطاء والمضاعفات، فالالتزام بالبروتوكولات المحددة، يساعد في خفض معدل المضاعفات بعد إجراء العملية الجراحية مثلاً هذا يعني أن المريض يتعافى بشكل أسرع، ولا يحتاج إلى قضاء

وقت أطول في المستشفى لعلاج مضاعفات مثل العدوى. بالإضافة فكل سرير يتم إخلاؤه مبكراً يعد فرصة لاستقبال مريض آخر في قائمة الانتظار. وهو ما يحقق الجودة من خلال الحوكمة السريرية".

أشار المشاركون رقم (5) إلى "أهم تأثير هو أن الحوكمة السريرية تضع الأساس لثقافة التحسين المستمر. فنحن لا نكتفي بتطبيق الإجراءات. بل نقوم بمراجعتها وتحليلها باستمرار من خلال التدقيق السريري، هذا التحليل يساعدنا على تحديد نقاط الضعف في سير العمليات. فمن خلال تحليل البيانات. يمكننا تحديد الأسباب الجذرية للأخطاء كنقص الكوادر أو الإجراءات غير الفعالة. ومن ثم نضع خطة لتحسينها، هذه العملية الدورية من القياس. والتحليل، والتحسين هي جوهر الحوكمة السريرية، وهي ما يضمن أن الأداء التشغيلي للمستشفى يتطور باستمرار ليصبح أكثر كفاءة وفعالية".

• عرض نتائج السؤال السابع، توجد تحديات تنظيمية وبشرية تؤثر على فعالية تطبيق الحوكمة السريرية في المستشفيات؟

أشار تحليل نتائج عينة البحث إلى أنه توجد تحديات تنظيمية وبشرية تؤثر على فعالية تطبيق الحوكمة السريرية في المستشفيات، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

وقد جاءت ردود أعضاء العينة على النحو التالي:

- ضعف القيادة والدعم الإداري وعدم وجود التزام مكافئ من الإدارة العليا أو رؤساء الأقسام بتنفيذ الحوكمة.
- مقاومة التغيير من الكوادر الطبية فتمسك الموظفين بالممارسات التقليدية ورفضهم للأساليب الجديدة أو تحديث السياسات.
- عدم توفير برامج تدريب مكافية للكوادر حول مبادئ الحوكمة السريرية وآليات تطبيقها.
- عدم وضوح من هو المسؤول عن ماذا في تطبيق معايير الجودة والمساءلة.
- عدم وجود أنظمة معلومات صحيحة متكاملة؛ لدعم جمع وتحليل بيانات الجودة.

أشار المشاركون رقم (1) إلى "أرى أن التحدي التنظيمي الأكبر يكمن في ضعف القيادة والدعم الإداري الفعال، حيث يمكننا وضع أفضل السياسات والبروتوكولات على الورق،

لكن إذا لم يكن هناك التزام حقيقي من الإدارة العليا ورؤساء الأقسام بتنفيذ هذه السياسات ومتابعة تطبيقها، فإنها ستظل مجرد أفكار. فنحتاج إلى قادة يدرسون قيمة الحوكمة السريرية. ويخصصون لها الموارد اللازمة"

أشار المشاركون رقم (2) إلى "مقاومة التغيير فنحن كبشر. نميل إلى التمسك بما اعتدنا عليه. فالبعض يرون أن الأساليب الجديدة لا ضرورة لها بالإضافة إلى ذلك، يشعر البعض بأن تطبيق الحوكمة السريرية يفرض عليهم أعباء إدارية إضافية كالتوثيق الدقيق أو الالتزام ببروتوكولات قد لا تناسب دائما مع كل حالة فردية، فالتحدي هنا يكمن في إيصال الفكرة بأن هذه التغييرات هي في مصلحة المريض وهي النهاية تجعل عملنا أكثر أمانا وفعالية"

أشار المشاركون رقم (3) إلى "أجد أن نقص التدريب المناسب وغموض الأدوار والمسؤوليات يشكلان تحديين كبيرين، غالبا ما يتم إطلاق مبادرات الحوكمة السريرية. ولكن لا يتم توفير التدريب الكافي للموظفين حول كيفية تطبيق هذه المبادرات على أرض الواقع"

أشار المشاركون رقم (4) إلى "ضعف البنية التحتية للمعلومات، فالحوكمة السريرية تعتمد بشكل كبير على البيانات الدقيقة والشاملة لقياس الأداء وتحديد مجالات التحسين، لكن في العديد من المستشفيات، ما زلنا نعتمد على أنظمة قديمة أو أنظمة غير متصلة ببعضها البعض، وهو ما يجعل من الصعب جمع البيانات وتحليلها بشكل فعال."

أشار المشاركون رقم (5) إلى "التحدي البشري والتنظيمي يكمن في غياب ثقافة المساءلة العادلة ونقص الكوادر المتخصصة في الجودة. فإذا كان الموظفون يخشون الإبلاغ عن الأخطاء لأنهم يعتقدون أنهم سيعاقبون. فلن نتمكن أبدا من التعلم من أخطائنا وتحسين نظامنا."

• السؤال الثامن، يساهم الدعم المالي والفني في التغلب على بعض التحديات التي تعيق تطبيق الحوكمة السريرية؟

أشار تحليل نتائج عينة البحث إلى أنه تطبيق الحوكمة السريرية يؤثر في الحد من الأخطاء الطبية في المستشفيات، ويتم ذلك من خلال:

- يوفر الدعم المالي شراء وتطوير أنظمة المعلومات الصحية كالسجلات الإلكترونية الضرورية؛ لجمع وتحليل البيانات

- يتيح تمويل برامج التدريب المتخصصة للكوادر الطبية والإدارية لرفع كفاءتهم في تطبيق معايير الجودة.

- يمكن الدعم المالي من استقطاب وتوظيف خبراء في إدارة الجودة وسلامة المرضى.

- يضمن توفير الأجهزة والتقنيات الحديثة التي تدعم الممارسات السريرية الآمنة والفعالة.

- يوفر الدعم الفني المعرفة المتخصصة، أفضل الممارسات، والاستشارات اللازمة لتصميم وتنفيذ برامج الجودة.

وقد جاءت ردود أعضاء اللجنة على النحو التالي:

أشار المشاركون رقم (1) إلى "أرى أن الدعم المالي هو الشريان الحيوي لتطبيق الجودة السريرية بدون التمويل الكافي فتظل الأفكار مجرد أفكار، فلا يمكننا تطوير أو شراء نظام سجلات طبية إلكترونية متكامل بدون ميزانية مخصصة، فهذا النظام ليس مجرد ترف. بل هو الأساس لجمع البيانات، وتحليل الأداء، وتقليل الأخطاء."

أشار المشاركون رقم (2) إلى "أرى ضرورة توظيف المزيد من الأموال، لاستقطاب خبراء في إدارة الجودة، في تحليل البيانات السريرية. وفي تصميم البروتوكولات، الدعم الفني يأتي على شكل استشارات من مؤسسات رائدة، أو ورش عمل يقدمها متخصصون، أو حتى برامج تدريب معتمدة تعلم كوادنا كيفية تطبيق أحدث معايير الجودة وسلامة المرضى"

أشار المشاركون رقم (3) إلى "أرى أن الدعم المالي والفني يساعد في تأهيل وتدريب الكوادر البشرية، فالموظفون هم رأس مال المستشفى، وتطبيق الجودة يحتاج منهم مهارات ومعارف جديدة، فالدعم المالي يمكننا من توفير برامج تدريب متخصصة حول الممارسة القائمة على الأدلة، إدارة المخاطر، واستخدام التكنولوجيا الجديدة"

أشار المشاركون رقم (4) إلى "إن الدعم المالي والفني في تسهيل اعتمادنا على أحدث الأدلة والممارسات، فالدعم المالي يوفر للمستشفى فرصة الاشتراك في قواعد البيانات العلمية والمجلات الطبية الحديثة، وربما تمويل حضور المؤتمرات الطبية الهامة التي تعرض آخر التطورات، بالإضافة إلى أن الدعم الفني يأتي من خلال وجود متخصصين يساعدوننا في تفسير هذه الأدلة وتحويلها إلى بروتوكولات عمل واضحة قابلة للتطبيق في الممارسة اليومية".

أشار المشاركون رقم (5) إلى " من وجه نظري يساعد الدعم المالي والفني في استقطاب وتحفيز الكفاءات، فالحوكمة السريية تتطلب وجود خبراء في الجودة والسلامة، وهؤلاء لا يمكن جذبهم والاحتفاظ بهم دون رواتب ومزايا تنافسية، وهو ما يحتاج إلى المزيد من الدعم المالي، كما إن الدعم الفني يمكن أن يأتي على شكل شراكات مع جامعات أو مؤسسات تدريب؛ لتوفير برامج تطوير مهني مستمرة تجعل المستشفى بيئة جاذبة للمواهب".

## الفصل الخامس: ملخص نتائج الدراسة والتوصيات والمقترحات

يقدم هذا الفصل ملخصاً لما تم عرضه في الفصول السابقة. والنتائج التي تم التوصل إليها. يلي ذلك عدد من التوصيات والمقترحات على نتائج الدراسة.

### ملخص الدراسة،

ملخص نتائج الفرضية الصفريّة والتي نصت على: لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لتطبيق الحوكمة السريرية على الحد من الأخطاء الطبية في المستشفيات.

عرض وتحليل نتائج البديلة والتي نصت على: يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لتطبيق الحوكمة السريرية على الحد من الأخطاء الطبية في المستشفيات.

- وجود أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية (لتطبيق الحوكمة السريرية) على (الحد من الأخطاء الطبية)، حيث جاءت قيمة (R) (0.773a) بمستوى دلالة (0.000b)، وبذلك تم التحقق من صحة الفرضية البديلة وقبولها، وخطأ الفرضية الصفريّة ورفضها.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الصفريّة والتي نصت على: لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لتطبيق الحوكمة السريرية على تعزيز كفاءة الأداء التشغيلي في المستشفيات.

عرض وتحليل نتائج البديلة والتي نصت على: يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لتطبيق الحوكمة السريرية على تعزيز كفاءة الأداء التشغيلي في المستشفيات.

- وجود أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية وجود أثر ذو دلالة إحصائية (لتطبيق الحوكمة السريرية) على (تعزيز كفاءة الأداء التشغيلي)، حيث جاءت قيمة (R) (0.565a) بمستوى دلالة (0.000b)، وبذلك تم التحقق من صحة الفرضية البديلة وقبولها، وخطأ الفرضية الصفريّة ورفضها

عرض وتحليل نتائج الفرضية الصفريّة والتي نصت على: لا يوجد اختلاف في مدى تطبيق الحوكمة السريرية بين المستشفيات الحكومية والخاصة.

عرض وتحليل نتائج البديلة والتي نصت على: يوجد اختلاف في مدى تطبيق الحوكمة السريرية بين المستشفيات الحكومية والخاصة.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05)، حول مدى تطبيق الحوكمة السريية بين المستشفيات الحكومية والخاصة، وهو ما يعبر عن عدم وجود اختلاف في مدى تطبيق الحوكمة السريية بين المستشفيات الحكومية والخاصة، وبذلك تم التحقق من صحة الفرضية الصرية وقبولها. وخطأ الفرضية البديلة ورفضها.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الصرية والتي نصت على: لا يوجد ارتباط معنوي بين مستوى تطبيق الحوكمة السريية ومستوى جودة سلامة الرعاية الصحية المقدمة.

عرض وتحليل نتائج الفرضية البديلة والتي نصت على: يوجد ارتباط معنوي بين مستوى تطبيق الحوكمة السريية ومستوى جودة سلامة الرعاية الصحية المقدمة.

- وجود ارتباط معنوي بين مستوى تطبيق الحوكمة السريية ومستوى جودة سلامة الرعاية الصحية المقدمة، حيث بلغ معامل الارتباط ( $0.773^{**}$ )، بدلالة إحصائية (0.000)، وبذلك تم التأكد من صحة الفرضية البديلة وقبولها. ورفض الفرضية الصرية

عرض وتحليل نتائج الفرضية الصرية والتي نصت على: لا تختلف وجهات نظر العاملين في المستشفى حول تأثير الحوكمة السريية وفقا لمتغيراتهم الشخصية (الوظيفة). سنوات الخبرة. نوع المستشفى).

عرض وتحليل نتائج الفرضية البديلة والتي نصت على: تختلف وجهات نظر العاملين في المستشفى حول تأثير الحوكمة السريية وفقا لمتغيراتهم الشخصية (الوظيفة). سنوات الخبرة. نوع المستشفى)

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05)، حول (وجهات نظر العاملين في المستشفى حول تأثير الحوكمة السريية) تعزى لمتغير الوظيفة
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05)، حول (وجهات نظر العاملين في المستشفى حول تأثير الحوكمة السريية): تعزى لمتغير سنوات الخبرة
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05)، حول (وجهات نظر العاملين في المستشفى حول تأثير الحوكمة السريية): تعزى لمتغير نوع المستشفى

## توصيات الدراسة:

- صياغة بروتوكولات وإجراءات واضحة ومحدثة للحوكمة السريرية، تضمن التزام جميع الكوادر الطبية بمعايير محددة، مما يساهم في تقليل الأخطاء الطبية.
- إعداد برامج تدريب دورية للكوادر الطبية والإدارية حول مفاهيم الحوكمة السريرية وأفضل الممارسات، مما يساهم في رفع كفاءة الأداء.
- إنشاء نظام فعال لرصد وتوثيق الأخطاء الطبية. بحيث يتم تحليل هذه البيانات بشكل دوري لاستخلاص الدروس وتحسين الأداء.
- تعزيز ثقافة التواصل المفتوح بين جميع العاملين في المستشفى، مما يسهل تبادل المعلومات ويعزز من التنسيق بين الفرق الطبية.
- إشراك المرضى في عمليات اتخاذ القرار المتعلقة برعايتهم، مما يزيد من رضاهم ويعزز من سلامة الرعاية المقدمة.
- إجراء تقييم دوري لفعالية تطبيق الحوكمة السريرية من خلال مؤشرات أداء محددة، مما يساعد في تحديد المجالات التي تحتاج إلى تحسين.
- تقديم الدعم المستمر لمبادرات الحوكمة السريرية، مما يضمن التزام جميع المستويات بتطبيقها.
- تعزيز التعاون وتبادل المعرفة بين المستشفيات المختلفة. مما يساهم في تبني أفضل الممارسات وتحسين جودة الرعاية.
- استخدام أنظمة المعلومات الصحية لإدارة البيانات بشكل فعال، مما يساهم في تحسين رصد الأخطاء وتعزيز كفاءة الأداء.

## مقترحات الدراسة: عمل دراسات مستقبلية:

- "تأثير الحوكمة السريرية على جودة الخدمات الصحية المقدمة بمستشفيات المملكة العربية السعودية".
- " دور القيادة في تعزيز الحوكمة السريرية وكفاءة الأداء في المؤسسات الصحية "

## قائمة المراجع

### أولاً، المراجع العربية

إسماعيل، صلاح الدين، محمد، حسين. (2020). دور المتغيرات البيئية في تحسين الأداء التشغيلي (دراسة تطبيقية على الشركات الدولية في مصر). المجلة العلمية للبحوث والدراسات التجارية، 34(4)، 75-114.

بحراوي، سلوى عبد الحفيظ. (2025). التخطيط لتطبيق الحوسبة الإلكترونية كآلية لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية بالمستشفيات الحكومية. دراسات في الخدمة الاجتماعية، 69(1)، 117-160.

برنامج تحول القطاع الصحي. (2021). برنامج تحول القطاع الصحي خطة التنفيذ. السعودية.

بقاش، وليد، بعلت، الطاهر. (2019). حوسبة المستشفيات من منظور إدارة الأعمال. مجلة البحوث في العلوم المالية والمحاسبية، 4(1)، 57-69.

الحزبي، محمد بخيتان. (2017). ضحايا الأخطاء الطبية الجزء الأول. السعودية: مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر والتوزيع.

حسين، محمد حسين، فريد، أسامة محمود، جبريل، ماجدة محمد. (2023). دور الابتكار في تحسين الأداء التشغيلي: دراسة ميدانية على الشركة المصرية للاتصالات. المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة جامعة عين شمس، 3(3)، 13-42.

الحصموني، قاسم محمد كريم. (2019). القيم في كتب التاريخ المدرسية عمان، دار ابن النفيس للنشر والتوزيع.

خضر، شيراز محمد. (2022). ممارسة إدارة الموارد البشرية. لندن، دار الأكاديمية للطباعة والنشر والتوزيع.

الخليفي، ف. (2021). أثر الحوسبة السريرية على تقليل الأخطاء الطبية في المستشفيات السعودية. مجلة الإدارة الصحية السعودية، 14(2)، 33-52.

الخليفي، ف. (2021). أثر الحوسبة السريرية على تقليل الأخطاء الطبية في المستشفيات السعودية. مجلة الإدارة الصحية السعودية، 14(2)، 33-52.

- الدوري، زمكريباء العزاوي، نجم، السكارنة، بلال، شاكور، شفيق. (2019). وظائف وعمليات منظمات الاعمال. الأردن، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- أبو دياب، علي السيد حسين. (2020). تعويض ضحايا الحوادث الطبية في النظام السعودي (دراسة تحليلية مقارنة). مجلة روح القانون: (89)، 215-304.
- الرشيد، أ. (2021). دور الحوسبة السريرية في تحسين سلامة المرضى في المستشفيات السعودية. مجلة العلوم الصحية، 10(1)، 45-60.
- رطوبة. جمال السيد إبراهيم. (2024). دراسة العلاقة بين تطبيق نظام التكلفة على أساس النشاط والأداء المالي والتشغيلي بالمستشفيات الحكومية: دراسة اختيارية. مجلة المحاسبة والمراجعة جامعة بني سويف: (3)، 114-167.
- الرمادي، م. (2022). الأبعاد الاجتماعية لحوسبة الخدمات الصحية وتأثيرها على جودة الخدمات الصحية دراسة تطبيقية على العاملين في المستشفى التعليمي العالمي بجامعة طنطا. مجلة كلية الآداب: (21)، 308-342.
- الرمادي، محمد محمود أحمد. (2022). الأبعاد الاجتماعية لحوسبة الخدمات الصحية وتأثيرها على جودة الخدمات الصحية دراسة تطبيقية على العاملين في المستشفى التعليمي العالمي بجامعة طنطا. مجلة كلية الآداب جامعة بورسعيد: (21)، 309-342.
- زلط، ندى نبيل أحمد. (2025). حوسبة المؤسسات الصحية وعلاقتها بالاستدامة التنظيمية (دراسة ميدانية بمستشفى دمياط العام). المجلة العلمية لكلية الآداب جامعة أسيوط، 33(93)، 583-658.
- الزبد، خ. (2020). أثر تطبيق الحوسبة السريرية على الأداء التشغيلي في مستشفيات وزارة الصحة. المجلة السعودية للجودة الصحية، 6(2)، 100-118.
- السيبي، و. (2019). الحوسبة السريرية كمدخل لتحسين جودة الرعاية الصحية. مجلة دراسات إدارية، 17(4)، 21-38.
- السردية. إيمان محمود علي. (2021). أثر تطبيق نظام تخطيط موارد المؤسسة على الأداء التشغيلي في المستشفيات الأردنية الخاصة. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة البلقاء التطبيقية كلية الدراسات العليا، الأردن.

سعيد، عمر أحمد أمين. (2019). مدى ملائمة الإجراءات القانونية والإدارية في ضبط الأخطاء الطبية، دراسة ميدانية في مستشفيات شمال الضفة الغربية (محافظة جنين). (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة القدس، فلسطين.

سوار الذهب، محمد عيسى الطاهر عيسى. (20174). المسؤولية عن الخطأ الطبي: دراسة مقارنة. مجلة الشريعة والقانون جامعة إفريقيا العالمية، (29)، 94-113.

سيف الدين، بلواضح أحمد، محمد، دجلولي، عمر. مهدي. (2020). أثر إدارة الإمداد الداخلي على الأداء التشغيلي بالمؤسسة الصحية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية رزيق البشير بوسعادة. دراسات اقتصادية، 14(3)، 178-200.

الصفدي، فادي حسين عبدا الله. (2022). أثر الثقافة التنظيمية في الأداء التشغيلي، الدور الوسيط لتكامل سلسلة التوريد: دراسة تطبيقية على شركات الصناعات الغذائية الأردنية. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة البلقاء التطبيقية كلية الدراسات العليا. الأردن.

الصمادي، عبير. (2024). دور العلاقات العامة في وزارة الصحة بمتابعة الآثار الناجمة عن الأخطاء الطبية في المستشفيات الأردنية من وجهة نظر الأطباء. المجلة المصرية لبحوث الاتصال والإعلام الرقمي، 4(4)، 1-47.

ضمرة، عبد الجليل زهير عبد الجليل. (2015). الخطأ الطبي مفهومه ومعايير ومسؤولية مرتكبيه. مجلة الشريعة والدراسات الإسلامية، (101)، 287-344.

طلحة، محمد السيد البدوي الدسوقي. (2017). إدارة المستشفيات والمراكز الطبية إدارة وتطوير المستشفيات والمراكز الطبية، التسويق للخدمات والمنتجات الطبية. مصر، دار العلوم للنشر والتوزيع.

الطويرة، إيتاس عصام إسماعيل، الشيلي، مطيع صالح. (2023). أثر الحوكمة في جودة الخدمات في مستشفى البشير خلال جائحة كوفيد-19. مجلة جامعة عمان العربية للبحوث، 8(1)، 100-125.

الطويل، أكرم أحمد. جاسم، صلاح الدين شبل. (2019). الشراء وفقا لـ (Seven Rights) والأداء الاستراتيجي. الأردن، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

عبد الحميد، محمد عصام الدين بهي الدين، السيد، خالد قدري. (2022). أثر تحسين الأداء التنظيمي لمستشفيات جامعة القاهرة من خلال تطبيق استراتيجيات التبسيط. مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية، 6(25)، 45-70.

عبد العزيز- زواتني. (2020). الموارد البشرية بين الكفاءة والفعالية. عمان، مركز الكتاب الأكاديمي للنشر والتوزيع.

عبد المعز. م. (2024). أثر الحوسبة على الأداء المؤسسي، دراسة ميدانية على المستشفيات والمعاهد التعليمية بمحافظة القاهرة والجيزة. مجلة البحوث الإدارية، 42(2)، 1-40.

العتيبي، صالح بن محمد بن مشعل. (2019). الأخطاء الطبية وتقدير التعويض عنها في النظام السعودي دراسة تطبيقية. السعودية، مكتبة القانون والاقتصاد للنشر والتوزيع.

العتيبي، عيدان شاهر، النضبي، مشاري مجهر، العتيبي، نواف ماجد، المطيري. عبد الكريم معبد، العتيبي، محمد ماجد. (2022). تأثير معايير الحوسبة على جودة الخدمات الصحية الحكومية بمستشفيات مدينة الرياض. مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية، 6(26)، 82-105.

العتيبي: ن. (2020). جودة الرعاية الصحية ودور الحوسبة السريرية في تحسين الأداء التشغيلي. المجلة السعودية للإدارة الصحية، 12(1)، 25-40.

عمران: علي سعد. (2020). نقل الأعضاء البشرية من الأحياء إلى الأموات في إطار المسؤولية الطبية. مصر، المصرية للنشر والتوزيع.

العززي. ثويني خلف عويصي، خوجه. عثمان عبد الله عبد الرؤوف. (2023). أثر المهارات الرقمية على الحوسبة في المستشفيات بالتطبيق على المستشفيات الخاصة بالطائف. مكتبات نت، 24(4)، 34-51.

الغنامي: سعود بن منيف. (2022). الأخطاء الطبية وفق نظام مزاولة المهن الصحية السعودي الصادر برقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426 هـ. المجلة الأكاديمية للأبحاث والنشر العلمي، (35)، 179-193.

القاضي. تركي محمود مصطفى. (2022). أركان العقد الطبي دراسة مقارنة. مصر، المصرية للنشر والتوزيع.

القدومي، محمد، محمد، محمد هاني، عبوي. زيد. (2015). المفاهيم الإدارية الحديثة. الأردن، دار المعزز للنشر والتوزيع.

مكافي، مصطفى يوسف، (2021). إدارة المؤسسات الطبية. مصر، دار مؤسسة وصال للطباعة والنشر والتوزيع.

لثوني، فريدة، (2020). مدى مسؤولية الطبيب الجراحية عن أخطائه المهنية. مجلة المحلل القانوني، 2(2)، 57-75.

محضر، م، بدوي، إ، سلمان، أ، (2024). أثر تطبيق الحوكمة على كفاءة الأداء المؤسسي في مستشفيات القطاع الحكومي بمكة المكرمة. المجلة العلمية للدراسات التجارية والبيئية، 15(4)، 2304-2334.

المطيري، س. (2019). التحديات التي تواجه تطبيق الحوكمة السريرية في المستشفيات الحكومية بالملكة العربية السعودية. مجلة جامعة الملك سعود للعلوم الإدارية، 31(3)، 77-95.

المطيري، ساطي مساعد، المطيري، عبد الرحيم ملقي، المولد، نهي سعيد، الصغار، سارة عبد الله، المطيري، عبد الرزاق ملقي، (2022). الحوكمة وأثرها على أداء العاملين في المستشفيات الحكومية (دراسة تطبيقية على عدد من المستشفيات الحكومية بالملكة العربية السعودية). مجلة الشرق الأوسط للنشر العلمي، 5(4)، 255-270.

مقرش، فوزية، الضمور، فيروز مصلح، (2021). مساهمة حوكمة المستشفيات في تحسين الأداء التنظيمي - دراسة حالة مستشفى محمد الصديق بن يحيى - جيجل. مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، 15(2)، 60-77.

مليح، يونس، العسولي، عبد الصمد، (2020). المنهج الوصفي التحليلي في مجال البحث العلمي. المنارة للدراسات القانونية والإدارية، (29)، 36-64.

موسى، عبد الرحيم عباس، (2019). أثر التدريب على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات المملكة العربية السعودية - دراسة تطبيقية على مستشفى الملك عبد الله بمحافظة بيشة. مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية، 3(5)، 20-40.

الموقع الرسمي لجامعة السعودية الإلكترونية (2025). كلية العلوم الصحية. تم الدخول على الموقع بتاريخ 2025/7/12. المتاح على الرابط التالي:  
<https://seu.edu.sa/hsc/ar/master-programs/emhqps/>

الموقع الرسمي لرؤية المملكة 2030 م. (2025). برنامج تحول القطاع الصحي. تم الدخول على الموقع بتاريخ 2025/7/14. المتاح على الرابط التالي:  
<https://www.vision2030.gov.sa/explore/programs/health-sector-transformation-program>

الموقع الرسمي للإدارة العامة للشؤون الصحية بجامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن. (2024). تحسين الجودة وسلامة المرضى. تم الدخول على الموقع بتاريخ 2025/7/12،  
المتاح على الرابط التالي:  
<https://pnu.edu.sa/ar/Departments/HealthAffairs/Pages/QualityAndPatientSafety.aspx>

الموقع الرسمي للمنصة الوطنية. (2025). الرعاية الصحية. تم الدخول على الموقع بتاريخ 2025/7/15، المتاح على الرابط التالي:  
<https://my.gov.sa/ar/content/health-care#section-2>

نحلة، نجاد. (2016). سوسيولوجيا الكفاءات من مفهوم التأهيل إلى مفهوم الكفاءة. مجلة المعارف، (21)، 100-119.

الهاجري، م. (2018). تطبيق مبادئ الحوكمة السريرية في المستشفيات التعليمية العربية. المجلة العربية للإدارة الصحية، 9(3)، 63-80.

وزارة الصحة السعودية. (2022). دليل الحوكمة السريرية في المستشفيات. الإدارة العامة للجودة وسلامة المرضى. <https://www.moh.gov.sa>

وزارة الصحة السعودية. (2022). دليل حوكمة مديريات الشؤون الصحية والتجمعات الصحية السعودية.

يوسف، أفضالي، د، المنشاوي، د. (2022). أثر تطبيق قواعد الحوكمة على إدارة الجودة الشاملة دراسة تطبيقية على مستشفى الجفويوب بدولة ليبيا. المجلة العلمية للدراسات التجارية والبيئية، 13(3)، 335-364.

### ثالثاً: المراجع الأجنبية

Abd Elhamid, A. M. A. E., Abdou, H. A., & El Sayed, A. A. I. (2024). Assessment Of Clinical Governance Climate and Its Relationship with Job Empowerment Among Healthcare Providers. Alexandria Scientific Nursing Journal, 26(4), 123-137.

- Aged Care Quality and Safety Commission. (2019). Toolkit Developing and implementing a clinical governance framework. Australian Government. [https://www.agedcarequality.gov.au/sites/default/files/media/Developing\\_and\\_implementing\\_a\\_clinical\\_governance\\_framework.pdf](https://www.agedcarequality.gov.au/sites/default/files/media/Developing_and_implementing_a_clinical_governance_framework.pdf)
- Ahmed, A., Badawy, S. (2024). Influence of leadership Agility and Organizational innovation on Organizational Performance. *Journal of the Higher Institute for qualitative studies*, 4(5), 1543-1577.
- Ahmed, N. A., Ahmed, E. S., & Ismail, Z. I. (2023). organizational excellence and its relation to human resources management as perceived by academic teaching staff. *Benha Journal of Applied Sciences*, 8(4), 139-146.
- Ahmed, S. M. I., Awad, N. H. A., & Sayed, N. M. E. (2023). The relationship between clinical governance and organizational culture at Kafr El Dawar Central Hospital. *Int J Novel Res Healthc Nurs*, 10(3), 73-83.
- Ahsani-Estahbanati, E., Doshmangir, L., Najafi, B., Akbari Sari, A., & Sergeevich Gordeev, V. (2022). Incidence rate and financial burden of medical errors and policy interventions to address them: a multi-method study protocol. *Health Services and Outcomes Research Methodology*, 22(2), 244-252.
- Al Alawi, E. (2024). Clinical Leadership in Managing Healthcare Services - A Surgeon's View Point. *Acta Scientific Medical Sciences* 8(1),122-127.
- Al Doghan, M. A., & Sundram, V. P. K. (2023). Organization operational efficiency and Innovativeness: Exploring the role of employees' task-based training, operational task commitment, operational engagement, and supervisor support. *International Journal of Operations and Quantitative Management*, 29(1), 108-127.
- Alhur, A. A., Alharbi, A., Alnajem, A., Almatroudi, T., Alhunayni, A., Alshumrani, K., ... & Al Mustafa, W. (2024). Medical Errors and Their Consequences: Insights from the General Population in Saudi Arabia. *AMA, Agricultural Mechanization in Asia, Africa and Latin America*, 55(12), 19759-19770.
- Alotaibi, Y. K., & Federico, F. (2017). The impact of health information technology on patient safety. *Saudi medical journal*, 38(12), 1173-1180.
- Alsaedi, A. R., Haddad, M. E., Alshelaly, S. E., Alsadei, M. M., Alharbi, A. J., Alkhurais, A. A., ... & Alneami, N. A. (2025). Assessing Clinical Governance Awareness and Implementation Among Healthcare Professionals in Madinah, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2349-2360.
- Azilaku, J. C., Abor, P. A., Abuosi, A. A., Anaba, E. A., & Titiati, A. (2021). Relationship between clinical governance and hospital performance: a cross-sectional study of psychiatric hospitals in Ghana. *International Journal of Health Governance*, 26(3), 225-236.

- Azilaku, J. C., Abor, P.A., Abuosi, A. A., Anaba, E. A., & Titiati, A. (2021). Relationship between clinical governance and hospital performance: a cross-sectional study of psychiatric hospitals in Ghana. *International Journal of Health Governance*, 26(3), 225-236.
- Bari, A., Khan, R. A., & Rathore, A. W. (2016). Medical errors; causes, consequences, emotional response and resulting behavioral change. *Pakistan journal of medical sciences*, 32(3), 523-528.
- Barraza-Lloréns, M., Arceo-Schraivesande, A., Campos-Hernández, Á., Bauhoff, S., & Bernal, P.(2025). Measures of hospital efficiency and quality. Inter-American Development Bank Health, Nutrition and Population Division.
- Baurasien, B. K., Alareefi, H. S., Almutairi, Diyanah B., Alanazi, Maserah M., Alhasson, Aseel H., Alshahrani, A. D., Almansour, S. A., Alshagag, Z. A., Alqattan, K. M., & Alotaibi, H. M. (2023). Medical errors and patient safety: Strategies for reducing errors using artificial intelligence. *International Journal of Health Sciences*, 7(S1), 3471–3487.
- Behzadifar, M., Bragazzi, N. L., Arab-Zozani, M., Bakhtiari, A., Behzadifar, M., Beyranvand, T., ... & Gorji, H. A. (2019). The challenges of implementation of clinical governance in Iran: a meta-synthesis of qualitative studies. *Health research policy and systems*, 17(1), 1-14.
- Bokhari, R. M. (2019). Improving Patient Safety and Reducing Medical Errors in Saudi Healthcare Organizations. *Journal of Medical & Pharmaceutical Sciences*, 3(1)76-92.
- Braithwaite, J., Matsuyama, Y., Mannion, R., Johnson, J., & Bates, D. W. (2020). How to do clinical governance in health care: A strategic guide. *The Lancet*, 395(10237), 1473–1475. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30212-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30212-7)
- Braithwaite, J., Matsuyama, Y., Mannion, R., Johnson, J., & Bates, D. W. (2020). How to do clinical governance in health care: A strategic guide. *The Lancet*, 395(10237), 1473–1475. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30212-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30212-7)
- Brown, A., & Miles, D. (2018). Clinical governance in healthcare: Strategies for improvement. *Healthcare Management Review*, 43(2), 125–133. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000186>
- Brown, A., & Miles, D. (2018). Clinical governance in healthcare: Strategies for improvement. *Healthcare Management Review*, 43(2), 125–133. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000186>
- Chen, N., & Wang, K. (2022). Operational Efficiency in Teaching Hospitals: A Review of Evidence from Selected Countries. *International Healthcare Review* (online), 1-7.
- Chowdhury, S., Mok, D., & Leenen, L. (2021). Transformation of health care and the new model of care in Saudi Arabia: Kingdom's Vision 2030. *Journal of medicine and life*, 14(3), 347-354.

- Dobrzykowski, D. D., & McFadden, K. L. (2020). Examining governance in hospital operations: The effects of trust and physician employment in achieving efficiency and patient satisfaction. *Decision Sciences*, 51(1), 74-109.
- Fayed, N. N., & Deghidy, E. (2024). INCIDENCE AND AWARENESS ABOUT MEDICAL ERRORS IN A SAMPLE OF EGYPTIAN PHYSICIANS. *The Egyptian Journal of Forensic Sciences and Applied Toxicology*, 24(2), 29-39.
- Fitriani, R., Antonio, F., & Wuisan, D. S. (2024). The relation of clinical governance climate on quality of care mediated by patient safety culture. *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 13(2), 597- 610.
- Hong, K. (2017). Governance Issues in Health Financing. In: Quah, S.R. and Cockerham, W.C. (eds.) *The International Encyclopedia of Public Health*, 2nd edition. vol. 3, pp. 330–341.
- HSO. (2021). Clinical Governance. Health Standards Organization and its licensors. <https://healthstandards.org/files/40-StandardPR-EN-ClinGov-17Mar2021.pdf>
- Hussain, N. M., El-Sayed, K. A., El Demerdash, S. M., & Edrees, D. A. E. F. (2024). Innovative Leadership and Clinical Governance Climate as Perceived by Nurses. *Tanta Scientific Nursing Journal*, 35(4), 208-221.
- IDB. (2020). Governance for Digital Health The art of health systems transformation. Inter-American Development Bank.
- Kamau, J. N., Wachira, A. W., & Mwenda, L. K. M. (2024). The Importance of Customer Focus on the Institutional Performance of Private Universities in Kenya.
- Kaur, A. P., Levinson, A. T., Monteiro, J. F. G., & Carino, G. P. (2019). The impact of errors on healthcare professionals in the critical care setting. *Journal of Critical Care*, 52, 16-21.
- Khan, A. A. (2022). The Intersection of Finance and Healthcare: Financing Healthcare Delivery Systems. *Journal of Education and Finance Review*, 1(1), 22-34
- Kiani, D. (2024). Transforming Healthcare in Saudi Arabia: Vision 2030's Impact on Quality, Accessibility, and Innovation. *European Journal of Science, Innovation and Technology*, 4(5), 406-423.
- Lucas, J., Leggat, S. G., & Taylor, N. F. (2022). Association between use of clinical governance systems at the frontline and patient safety: a pre-post study. *International Journal of Health Governance*, 27(3), 282-295.
- Macfarlane, A. J. R. (2019). What is clinical governance? *BJA education*, 19(6), 174-175.
- Maduna, P.H. (2022). Clinical governance implementation challenges in the Department of Health, Mpumalanga, South Africa (Unpublished Doctoral dissertation, University of Fort Hare.)

- Mani, Z. A., & Goniewicz, K. (2024). Transforming healthcare in Saudi Arabia: a comprehensive evaluation of vision 2030's impact. *Sustainability*, 16(8), 1-23.
- Miziara, I. D., & Miziara, C. S. M. G. (2022). Medical errors, medical negligence and defensive medicine: A narrative review. *Clinics*, 77, 1-5.
- Mohaghegh, B., Ravaghi, H., Mannion, R., Heidarpour, P., & Sajadi, H. S. (2016). Implementing clinical governance in Iranian hospitals: purpose, process and pitfalls. *Electronic physician*, 8(1), 1796.
- Naidoo, M., & Suthiram, K. T. (2025). Optimising clinical governance and risk management in resource-limited hospitals: A family medicine model. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 17(1), 1-5.
- Oke, A. E. (2022). Operational Performance: A Measure of Project Success. In *Measures of Sustainable Construction Projects Performance* (pp. 129-134). Emerald Publishing Limited.
- Ologunde, O., Ohaeri, B., Ojo, I., & Babarimisa, O. (2022). Medical Errors: The Impact and Way Out,". *International Journal of Medicine, Nursing & Health Sciences*, 3(2), 1-10.
- Owolabi, O. & Olatoye, F. & Elufioye, O. & Okunade, B. (2024). Reviewing healthcare financial management. Strategies for cost-effective care. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 21(02), 958–966.
- Patil, N. J., Yadav, P., Sharma, M., Hanumanthayya, M., & Kanwar, J. B. (2023). The Impact of Effective Healthcare Management in Mitigating Medical Errors. *Health Leadership and Quality of Life*, 2, 320, 1-13.
- Poscia, A., Azzolini, E., Cacciatore, P., De Belvis, A. G., Volpe, M., Cambieri, A., & Specchia, M. L. (2018). Does Clinical Governance influence the quality of medical records?. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 54(2), 104-108.
- Purba, S., Muda, I., Lumbanraja, P., & Kholis, A. (2022). Factors that Influence the Organizational Performance in Private Universities: A Review of Literature. *International Journal of Finance, Economics and Business*, 1(4), 284-291.
- Rifa'i, A. A., Permana, J., Komariah, A., & Sudarsyah, A. (2019, March). The influence of internal quality assurance and quality culture on performance of higher education institution. In *2nd International Conference on Research of Educational Administration and Management (ICREAM 2018)* (pp. 274-278). Atlantis Press.
- Rodziewicz, T. L., Houseman, B., & Hipskind, J. E. (2024). Medical error reduction and prevention. *National Library of Medicine*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
- Sally, G., & Donaldson, L. J. (1998). Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*, 317(7150), 61–65. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7150.61>

- Shaw, C. D. (2010). Evaluating clinical governance: A review of frameworks and tools. *Quality and Safety in Health Care*, 19(6), 423–427. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.034827>
- Sinha, R. (2024). The role and impact of new technologies on healthcare systems. *Discover Health Systems*, 3(1), 1-14.
- Smith, P., & Walshe, K. (2020). *Healthcare management: Strategy, leadership, and performance*. Oxford University Press.
- Suleiman, A. K., & Ming, L. C. (2025). Transforming healthcare: Saudi Arabia's vision 2030 healthcare model. *Journal of pharmaceutical policy and practice*, 18(1), 1-20.
- Tansuwannarat, P., Vichiensanth, P., Sivarak, O., Tongpoo, A., Promrungsri, P., Sriapha, C., ... & Trakulsrichai, S. (2022). Characteristics and consequences of medication errors in pediatric patients reported to ramathibodi poison center: a 10-year retrospective study. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 669-681.
- Thakur, P.& Joshi, K. (2025). Strategies for Reducing Medical Errors: Key Approaches to Enhancing Patient Safety. *Zeichen Journal*, 11(1), 126-148.
- Tsai, S. F., Wu, C. L., Ho, Y. Y., Lin, P.Y., Yao, A. C., Yah, Y. H., ... & Chen, C. H. (2023). Medical malpractice in hospitals—how healthcare staff feel. *Frontiers in Public Health*, 11, 1-11.
- WGU. (2025). Importance of Clinical Governance. Western Governors University. Retrieved from <https://www.wgu.edu/blog/importance-clinical-governance2111.html>
- WHO. (2018). Improving the quality of health services: tools and resources. Turning recommendations into practice. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2025). Health systems governance. World Health Organization. Retrieved from [https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance#tab=tab_1)
- Ziari, A., Rassouli, M., Mirbaha-Hashemi, F., Heidarnia, M. A., & Abachizadeh, K. (2019). Prioritizing barriers to implement clinical governance in teaching hospitals of Iran: A mixed method study. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 33, 140, 1-8.



## الملاحق

### ملحق (1) الاستبانة

بسم الله الرحمن الرحيم

أخي/أختي الفاضل/ة ..... المحترم/ة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ... وبعد .

يقوم الباحث بإجراء دراسة حول " أثر تطبيق الحوسبة السريية على الحد من الأخطاء الطبية وتعزيز كفاءة الاداء التشغيلي في المستشفيات (دراسة تحليلية ميدانية على بعض مستشفيات الرياض)"

وعليه يتشرف الباحث بأن يضع بين أيديكم هذه الاستبانة، أملا منكم التكرم بالإجابة على فقراتها؛ وذلك بوضع علامة (√) في الخانة التي تعبر عن وجهة نظرهم بدقة وموضوعية وأمانة، لأن نتائج الدراسة تتوقف على ذلك.

هذا ويؤكد لكم الباحث بأن جميع المعلومات الواردة في الاستبانة سوف تحاط بالسرية التامة. وسيكون استخدامها بحسب ما تقتضيه أخلاقيات البحث العلمي فقط.

وأخيرا أتوجه بكل الشكر والتقدير لكل من ساهم في هذه الاستبانة، والإجابة والمشورة، راجيا من الله تعالى، أن يجزيهم عني أحسن الجزاء.

الباحث

المحور الأول، معلومات عامة (بيانات ديموغرافية)

• الوظيفة

☐ طبيب/ة

☐ ممرض/ة

☐ مدير الجودة أو السلامة

☐ الإداريين المعنيين بالأداء التشغيلي

• عدد سنوات الخبرة،

☐ أقل من 5 سنوات

☐ من 5 إلى 10 سنوات

☐ أكثر من 10 سنوات

• نوع المستشفى

☐ مستشفى حكومي

☐ مستشفى خاص

| الرقم                                | الفقرة                                                                | درجة الاستجابة |       |                 |                |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------|-------|-----------------|----------------|
|                                      |                                                                       | موافق بشدة     | موافق | أوافق الى حد ما | غير موافق بشدة |
| المحور الثاني: الحوكمة السريرية      |                                                                       |                |       |                 |                |
| 1-                                   | تعمل الحوكمة السريرية على تطوير سياسات وإجراءات واضحة.                |                |       |                 |                |
| 2-                                   | تركز الحوكمة السريرية على تحسين معايير السلامة والجودة.               |                |       |                 |                |
| 3-                                   | تعزز الحوكمة السريرية الشفافية في الخدمات الصحية.                     |                |       |                 |                |
| 4-                                   | تتضمن الحوكمة السريرية تقييم الأداء ومراقبة الجودة.                   |                |       |                 |                |
| 5-                                   | تهدف الحوكمة السريرية إلى الالتزام بالمعايير الأخلاقية.               |                |       |                 |                |
| 6-                                   | تساعد الحوكمة السريرية في تحديد دور ومسؤولية كل فرد بوضوح.            |                |       |                 |                |
| 7-                                   | تعزز الحوكمة السريرية عملية التواصل بين الفرق الطبية.                 |                |       |                 |                |
| 8-                                   | تتضمن الحوكمة السريرية مشاركة كافة المهنيين في الرعاية الصحية.        |                |       |                 |                |
| 9-                                   | تدعم الحوكمة السريرية طرق تحليل البيانات لدعم جودة القرارات.          |                |       |                 |                |
| 10-                                  | تدعم الحوكمة السريرية التدريب للعاملين بالرعاية الصحية.               |                |       |                 |                |
| المحور الثالث: الأخطاء الطبية        |                                                                       |                |       |                 |                |
| 11-                                  | تسجل الأخطاء الطبية لتفادي تكرارها.                                   |                |       |                 |                |
| 12-                                  | يبادر العاملون بالإبلاغ عن الخطأ الطبي.                               |                |       |                 |                |
| 13-                                  | تدعم الثقافة المؤسسية تقليل الأخطاء الطبية.                           |                |       |                 |                |
| 14-                                  | تقل الأخطاء الطبية بشكل ملحوظ.                                        |                |       |                 |                |
| 15-                                  | تساعد الإجراءات الوقائية المحددة في تقليل الأخطاء الطبية.             |                |       |                 |                |
| 16-                                  | تتعاون فرق العمل بشكل متسق مما يقلل الأخطاء الطبية.                   |                |       |                 |                |
| 17-                                  | تسجل المستشفيات انخفاض مستمر في الأخطاء الطبية.                       |                |       |                 |                |
| 18-                                  | تساعد التقنيات الحديثة في خفض حدوث الأخطاء الطبية.                    |                |       |                 |                |
| 19-                                  | تختص جهات وزارة الصحة بتصميم لجان للتحقيق في الأخطاء الطبية.          |                |       |                 |                |
| 20-                                  | تعلن آليات المساءلة عن الأخطاء الطبية لجميع العاملين بشكل دقيق وواضح. |                |       |                 |                |
| المحور الرابع: سلامة الأداء التشغيلي |                                                                       |                |       |                 |                |
| 21-                                  | تتمكن المستشفى من إدارة الموارد المتاحة بفعالية.                      |                |       |                 |                |
| 22-                                  | تسهم العمليات في تسريع تقديم الخدمات الطبية.                          |                |       |                 |                |
| 23-                                  | تعزز التكنولوجيا الحديثة سير العمليات العلاجية.                       |                |       |                 |                |
| 24-                                  | تساعد الممارسات الفعالة في تقليل الهدر الإداري والسريري.              |                |       |                 |                |

| الرقم | الفقرة                                                                          | درجة الاستجابة |       |                 |                |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------|-----------------|----------------|
|       |                                                                                 | موافق بشدة     | موافق | أوافق إلى حد ما | غير موافق بشدة |
| 25-   | تساهم العمليات الفعالة في تقليل مدة إقامة المريض.                               |                |       |                 |                |
| 26-   | يتم تدفق المرضى عبر المختبرات والعيادات داخل المستشفى بسلاسة دون تأخير.         |                |       |                 |                |
| 27-   | تقلل الإجراءات المبسطة من أوقات انتظار المرضى.                                  |                |       |                 |                |
| 28-   | تقدم الكوادر الصحية مهامهم بفعالية أكبر، مما يمكنهم من خدمة عدد أكبر من المرضى. |                |       |                 |                |
| 29-   | يتم إنجاز المزيد من المهام في وقت أقل.                                          |                |       |                 |                |
| 30-   | يتم توفير المستلزمات الطبية والأدوية بكفاءة، مما يقلل من النقص أو الهدر.        |                |       |                 |                |

## ملحق (2) استمارة مقابلة

بسم الله الرحمن الرحيم

أخي / أختي الفاضل/ة/.....

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ... وبعد .

يقوم الباحث بعمل دراسة علمية بعنوان "اثر تطبيق الحوكمة السريرية علي الحد من الأخطاء الطبية وتعزيز كفاءة الاداء التشغيلي في المستشفيات (دراسة تحليلية ميدانية على بعض مستشفيات الرياض)"

ونظرا لخبرتكم الواسعة، وأهمية دوركم في تحقيق أهداف الدراسة، فإن الباحث يأمل منكم التكرم بالموافقة على مشاركتكم بإجراء المقابلة معكم، مثنيا لكرم تعاونكم وحرصكم على دعم البحث العلمي، واستقطاع الجزء الثمين من وقتكم. مؤكدا لكم أن رأيكم لن يستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

شاكر لكم حسن اهتمامكم وتعاونكم. وفتمكم الله.

## أولاً البيانات الديموغرافية:

### • الوظيفة

☐ طبيب/ة

☐ ممرض/ة

☐ مدير الجودة أو السلامة/ة

☐ الإداريين المعنيين بالأداء التشغيلي

### • عدد سنوات الخبرة:

☐ أقل من 5 سنوات

☐ من 5 إلى 10 سنوات

☐ أكثر من 10 سنوات

### • نوع المستشفى

☐ مستشفى حكومي

☐ مستشفى خاص

## القسم الثاني، أسئلة المقابلة،

السؤال الأول، من وجه نظرك، ما أهمية تطبيق الحوكمة السريية بالمستشفى؟

- ..... -
- ..... -
- ..... -
- ..... -

السؤال الثاني، ما مدى تطبيق الحوكمة السريية في المستشفى؟

- ..... -
- ..... -
- ..... -
- ..... -

السؤال الثالث، من خلال عملك ما هي الآليات المستخدمة لتفعيل الحوكمة السريية في الممارسة اليومية؟

- ..... -
- ..... -
- ..... -
- ..... -

السؤال الرابع، ما هي أبرز التحديات التي تواجه تطبيق الحوكمة السريية؟

- ..... -
- ..... -

- .....
- .....

**السؤال الخامس: من وجهة نظرك يوجد تأثير لتطبيق الحوكمة السريية علي الحد من الأخطاء الطيية في المستشفيات؟**

- .....
- .....
- .....
- .....

**السؤال السادس: هل ترى أنه يوجد تأثير لتطبيق الحوكمة السريية علي تحسين كفاءة الأداء التشغيلي في المستشفيات؟**

- .....
- .....
- .....
- .....

**السؤال السابع: توجد تحديات تنظيمية وبشرية تؤثر علي فعالية تطبيق الحوكمة السريية في المستشفيات؟**

- .....
- .....
- .....
- .....

السؤال الثامن، يساهم الدعم المالي والضمي في التغلب على بعض التحديات التي تعيق تطبيق الحوكمة السريية؟

- ..... -
- ..... -
- ..... -
- ..... -

- تمت بحمد الله -

Mid-Ocean University  
College of Management  
Master of Health  
Administration



# **The Impact of Implementing Clinical Governance on Reducing Medical Errors and Enhancing Operational Performance in Hospitals**

(A Field Study of Selected Riyadh Hospitals)

**Prepared by**

Khaled Ghazi bin Abdul Mohsen Al-Otaibi

**Principal Supervisor**

Dr. Al-Faisal Abdul Hamid

**Second Supervisor**

Dr. Fayez Jarad

**Academic Year**

**2025 AD**