



تأثير الكفاءة الإدارية على جودة الرعاية ونتائج المرضى في وحدات
غسيل الكلى

The Impact of Administrative Efficiency on Quality of
Care and Patient Outcomes in Dialysis Units

إعداد الطالب/

سمير محمد احمد القاسمي

الرقم الأكاديمي

٢٤٣٠٠١٨٦٣

إشراف/

د. الفیصل عبد الحمید

د. فايز جراد

العام الدراسي:

2025

فهرس المحتويات:

- الغلاف
- حقوق الطباعة
- الملخص (باللغتين العربية والإنجليزية)
- الشكر والتقدير
- فهرس المحتويات
- قائمة بالجدول
- قائمة بالأشكال
- قائمة بالمصطلحات
- قائمة بالاختصارات
- الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
 - 1.1 المقدمة
 - 1.2 مشكلة الدراسة
 - 1.3 أهمية الدراسة
 - 1.4 أهداف الدراسة
 - 1.5 تساؤلات الدراسة
 - 1.6 فروض الدراسة
 - 1.7 الإطار النظري للدراسة
 - 1.8 حدود الدراسة
 - 1.9 مصطلحات الدراسة الإجرائية
- الفصل الثاني: الدراسات السابقة والإطار النظري
 - 2.1 مقدمة
 - 2.2 الدراسات السابقة
 - 2.2.1 دراسات حول الكفاءة الإدارية في وحدات الرعاية الصحية
 - 2.2.2 دراسات حول جودة الرعاية الصحية
 - 2.2.3 دراسات حول نتائج المرضى
 - 2.2.4 دراسات حول التحول الرقمي والكفاءة التشغيلية
 - 2.2.5 دراسات سعودية وعربية
 - 2.3 الإطار النظري
 - 2.3.1 نظرية إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management – TQM)
 - 2.3.2 نظرية إدارة الموارد البشرية
 - 2.3.3 نظرية النظم في الرعاية الصحية (Systems Theory in Healthcare)
 - 2.3.4 نظرية المرونة التشغيلية (Operational Resilience Theory)
 - 2.3.5 نظرية تبني التكنولوجيا (Technology Acceptance Model – TAM)

○ 2.4 العلاقة بين الأطر النظرية وأهداف البحث

○ 2.5 تعليق تحليلي على الفجوات البحثية

• الفصل الثالث: منهجية الدراسة

○ 3.1 مقدمة

○ 3.2 تصميم ومنهج الدراسة

○ 3.3 مجتمع وعينة الدراسة

○ 3.4 حدود الدراسة

○ 3.5 الخلاصة

• الفصل الرابع: النتائج والمناقشة

○ 4.1 مقدمة

○ 4.2 إعداد البيانات وتحليلها

▪ 4.2.1 إعداد البيانات وفحصها

▪ 4.2.2 توزيع العينة حسب الخصائص الديموغرافية

▪ 4.2.3 الثبات الداخلي (ألفا كرونباخ)

▪ 4.2.4 اختبار التوزيع الطبيعي

▪ 4.2.5 التحليل الوصفي للمحاور الرئيسية

▪ 4.2.6 تحليل الفروق بين المجموعات

▪ 4.2.7 تحليل العلاقة بين المتغيرات (الارتباط والانحدار)

▪ 4.2.8 البنود الإدارية المؤثرة

▪ 4.2.9 التحليل النوعي للإجابات المفتوحة واستنتاجات المشاركين

○ 4.3 مناقشة النتائج

▪ 4.3.1 نتائج الخصائص الديموغرافية للمشاركين

▪ 4.3.2 نتائج الكفاءة الإدارية

▪ 4.3.3 نتائج جودة الرعاية الصحية

▪ 4.3.4 نتائج محور نتائج المرضى

▪ 4.3.5 العلاقات الارتباطية والانحدارية بين الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى

المرضى

▪ 4.3.6 الفروق بين تقييمات الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية ونتائج المرضى حسب

المتغيرات الديموغرافية

▪ 4.3.7 البنود الإدارية ذات التأثير الإحصائي الدال في جودة الرعاية ونتائج المرضى

▪ 4.3.8 التحليل النوعي للإجابات المفتوحة واستنتاجات المشاركين

▪ 4.3.9 خلاصة عامة لنتائج الدراسة

• الفصل الخامس: التوصيات والمقترحات المستقبلية

○ 5.1 مقدمة

○ 5.2 توصيات لتحسين الكفاءة الإدارية في وحدات غسيل الكلى

- 5.3 توصيات لتحسين جودة الرعاية الصحية في وحدات غسيل الكلى
- 5.4 توصيات لتحسين نتائج المرضى في وحدات غسيل الكلى
- 5.5 مقترحات بحثية مستقبلية

• المراجع

- المراجع العربية
- المراجع الأجنبية

• الملاحق

- ملحق (1): (الاستبانة

قائمة بالجداول

- جدول 1: (توزيع العينة حسب الخصائص الديموغرافية
- جدول 2: (معاملات الثبات الداخلي (ألفا كرونباخ) لمحاور الاستبانة
- جدول 3: (نتائج اختبار التوزيع الطبيعي (Shapiro-Wilk) لمحاور الدراسة
- جدول 4: (المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحور الكفاءة الإدارية
- جدول 5: (المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحور جودة الرعاية
- جدول 6: (المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحور نتائج المرضى
- جدول 7: (العلاقة بين سنوات الخبرة ومتوسط تقييم الكفاءة
- جدول 8: (نتائج تحليل الانحدار الخطي بين الكفاءة الإدارية ونتائج المرضى
- جدول 9: (ملخص أهم البنود الإدارية ذات التأثير الإحصائي الدال في تحسين جودة الرعاية
- جدول 10: (ملخص أهم البنود الإدارية ذات التأثير الإحصائي الدال في تحسين نتائج المرضى

قائمة بالأشكال

- شكل 1: (التوزيع النسبي لعينة الدراسة حسب الجنس
- شكل 2: (التوزيع النسبي لعينة الدراسة حسب الفئة العمرية
- شكل 3: (التوزيع النسبي لعينة الدراسة حسب سنوات الخبرة
- شكل 4: (التوزيع النسبي لعينة الدراسة حسب المسمى الوظيفي
- شكل 5: (التوزيع النسبي لعينة الدراسة حسب المؤهل العلمي
- شكل 6: (متوسطات بنود الكفاءة الإدارية
- شكل 7: (متوسطات بنود جودة الرعاية
- شكل 8: (متوسطات بنود نتائج المرضى
- شكل 9: (تحليل الانحدار الخطي بين الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية
- شكل 10: (تحليل الانحدار الخطي بين الكفاءة الإدارية ونتائج المرضى

قائمة بالمصطلحات

- الكفاءة الإدارية: (Administrative Efficiency) الاستخدام الأمثل للموارد لتحقيق الأهداف التنظيمية بأقل هدر ممكن، مع التركيز على تحسين العمليات وتقليل الأعباء غير الضرورية.
- جودة الرعاية: (Quality of Care) الدرجة التي تزيد بها الخدمات الصحية من احتمالية تحقيق النتائج الصحية المرجوة للمرضى، وتتوافق مع المعرفة المهنية الحالية وأفضل الممارسات السريرية، مع التركيز على السلامة والفعالية والتركيز على المريض.

- نتائج المرضى (Patient Outcomes): التغيرات في الحالة الصحية للمريض الناتجة عن تدخلات الرعاية الصحية، والتي يمكن قياسها بمؤشرات موضوعية مثل معدلات دخول المستشفى، ومعدلات الوفيات، ومعدلات المضاعفات، بالإضافة إلى مؤشرات ذاتية مثل جودة الحياة المبلغ عنها من قبل المرضى ورضاهم عن الخدمة.
- وحدات غسيل الكلى (Dialysis Units): المرافق الطبية المتخصصة التي تقدم علاجات غسيل الكلى (الدموي أو البريتوني) للمرضى الذين يعانون من الفشل الكلوي المزمن أو الحاد، وتتطلب إدارة دقيقة للموارد البشرية والمادية.
- مرض الكلى في المرحلة النهائية (End-Stage Kidney Disease – ESKD): المرحلة المتقدمة من مرض الكلى المزمن حيث تفقد الكلى وظيفتها بشكل كامل تقريباً، وتتطلب علاجاً بديلاً مستمراً مثل غسيل الكلى أو زراعة الكلى للحفاظ على الحياة.
- السجلات الصحية الإلكترونية (Electronic Health Records – EHRs): أنظمة رقمية متكاملة لتخزين وإدارة المعلومات الصحية للمرضى، تهدف إلى تحسين كفاءة الرعاية، وتنسيقها بين مقدمي الخدمات، ودعم اتخاذ القرار السريري.
- إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management – TQM): نهج إداري يركز على التحسين المستمر لجودة المنتجات والخدمات من خلال مشاركة جميع مستويات المنظمة، مع التركيز على رضا العملاء والتحسين المستمر للعمليات.
- التحسين المستمر للجودة (Continuous Quality Improvement – CQI): عملية منهجية ومستمرة لتحسين العمليات والخدمات لزيادة الكفاءة والفعالية ورضا العملاء، من خلال تحديد المشكلات، تحليل الأسباب الجذرية، وتطبيق الحلول، ومراقبة النتائج.
- إدارة الموارد البشرية (Human Resource Management): مجموعة من الممارسات والسياسات المتعلقة بإدارة القوى العاملة في المنظمة، بما في ذلك التوظيف، والتدريب، والتطوير، وتقييم الأداء، والاحتفاظ بالموظفين، بهدف تحقيق الأهداف التنظيمية.
- إدارة سلسلة التوريد (Supply Chain Management): الإدارة الشاملة لتدفق السلع والخدمات والمعلومات من نقطة المنشأ إلى نقطة الاستهلاك، بهدف تحسين الكفاءة، وتقليل التكاليف، وضمان توفر الموارد اللازمة في الوقت المناسب.

قائمة بالاختصارات

- ESKD: End-Stage Kidney Disease (مرض الكلى في المرحلة النهائية)
- PPE: Personal Protective Equipment (معدات الوقاية الشخصية)
- EHRs: Electronic Health Records (السجلات الصحية الإلكترونية)
- TQM: Total Quality Management (إدارة الجودة الشاملة)
- CQI: Continuous Quality Improvement (التحسين المستمر للجودة)

- RBS: Institutional Review Boards (مجالس المراجعة المؤسسية)
- SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية)
- ANOVA: Analysis of Variance (تحليل التباين)
- CMS: Centers for Medicare and Medicaid Services (مراكز خدمات الرعاية الطبية والخدمات الطبية)
- QoL: Quality of Life (جودة الحياة)

المستخلص : Abstract

الملخص (باللغة العربية): (تواجه وحدات الغسيل الكلوي في المملكة العربية السعودية ضغوطًا متزايدة لضمان تقديم رعاية صحية آمنة وفعالة وتحقيق نتائج سريرية إيجابية للمرضى الذين يعانون من أمراض الكلى المزمنة. وتُعد الكفاءة الإدارية من العوامل الجوهرية التي قد تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على جودة الخدمات الصحية ومخرجات المرضى. من هذا المنطلق، هدفت الدراسة الحالية إلى قياس أثر الكفاءة الإدارية على كل من جودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى في وحدات الغسيل الكلوي بمدينة الرياض. اتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، حيث تم تصميم أداة استبانة مكونة من ثلاثة محاور رئيسية هي: الكفاءة الإدارية، جودة الرعاية، ونتائج المرضى. تم بناء وتصميم أداة القياس بعناية لضمان تغطية شاملة للأبعاد الإدارية والسريية ذات الصلة، وقد تم عرضها على مجموعة من الخبراء لتحكيمها. جُمعت البيانات من عينة بلغ عددها (120) مشاركًا من مقدمي الرعاية الصحية في وحدات الغسيل الكلوي، وشملت الممرضين، الأطباء، والفنيين، مما يعكس تنوع وجهات النظر داخل الفريق الطبي. خضعت البيانات لتحليل الاتساق الداخلي باستخدام معامل كرونباخ ألفا، وجاءت النتائج في النطاق المقبول علميًا، حيث بلغت قيم ألفا كرونباخ 0.89. لمحور الكفاءة الإدارية، و0.86. لجودة الرعاية الصحية، و0.84. لنتائج المرضى، مما يعكس موثوقية عالية للأداة. كما تم إجراء تحليلات وصفية، واختبار التوزيع الطبيعي (شابيرو-ويلك) الذي أظهر أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي ($p = 0.647$) للكفاءة الإدارية، $p = 0.296$ لجودة الرعاية، $p = 0.033$ لنتائج المرضى)، بالإضافة إلى تحليلات انحدار خطي بسيط لفحص العلاقة بين الكفاءة الإدارية وكل من جودة الرعاية ونتائج المرضى.

كشفت النتائج أن الكفاءة الإدارية كمتغير كلي لم تكن ذات تأثير دال إحصائيًا على جودة الرعاية ($B = -0.022$)، $p = 0.849$ (أو نتائج المرضى $B = -0.070$)، $p = 0.550$ ومع ذلك، أظهر التحليل الدقيق لبند الاستبانة وجود عدد من الممارسات الإدارية الفردية التي كانت ذات دلالة إحصائية، خصوصًا في ما يتعلق بالتخطيط الاستراتيجي، فعالية الاتصال الإداري، وتطبيق أنظمة التقييم الدوري، وهي ممارسات ساهمت بشكل إيجابي في تحسين جودة الخدمة السريرية ورضا المرضى. تسلطت الدراسة الضوء على أهمية الانتقال من التركيز على الكفاءة الإدارية العامة إلى الاهتمام بتطوير مكونات إدارية محددة، ضمن إطار شمولي لتعزيز فعالية النظم الصحية في وحدات الغسيل الكلوي، بما يحقق أهداف الجودة وسلامة المرضى.

الكلمات المفتاحية: الكفاءة الإدارية، جودة الرعاية، نتائج المرضى، الغسيل الكلوي، الإدارة الصحية، الرياض.

Abstract (English): Dialysis units in Saudi Arabia face growing challenges in maintaining consistent care quality and achieving favorable clinical outcomes for patients with chronic kidney disease. Among the critical factors that may shape healthcare delivery is administrative efficiency, which has the potential to influence both organizational performance and patient care outcomes. This study aimed to examine the effect of administrative efficiency on the quality of care and patient outcomes in dialysis units located in Riyadh City. A descriptive–analytical approach was employed using a carefully constructed questionnaire that covered three core domains: administrative efficiency, quality of care, and patient outcomes. The instrument underwent expert validation and was administered to a diverse sample of 120 healthcare professionals, including nurses, physicians, and allied health staff working across various dialysis units. This diversity provided a comprehensive perspective on the administrative and clinical dynamics within the units. The internal consistency of the questionnaire was confirmed using Cronbach's alpha, and the results fell within statistically acceptable levels, with values of 0.89 for Administrative Efficiency, 0.86 for Quality of Care, and 0.84 for Patient Outcomes, reflecting high reliability. Data were analyzed using descriptive statistics, Shapiro–Wilk test for normality which indicated normal distribution, and simple linear regression to determine the relationships between variables.

The analysis revealed that overall administrative efficiency did not have a statistically significant effect on quality of care ($B = -0.022$, $p = 0.849$) or patient outcomes ($B = -0.070$, $p = 0.550$), suggesting that general administrative frameworks alone may not sufficiently impact clinical performance or patient satisfaction. However, item–level analysis revealed that specific administrative practices—such as strategic planning, effective internal communication, and regular performance evaluation—had statistically significant positive effects on both care quality and patient outcomes. These findings emphasize the need to move beyond general management concepts and focus on optimizing targeted administrative components. The study concludes that targeted investment in key administrative functions within a structured and patient–centered system can substantially contribute to enhancing service quality and improving clinical outcomes in dialysis care.

Keywords: Administrative efficiency, quality of care, patient outcomes, dialysis, health administration,

الشكر والتقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

اتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى المولى عز وجل على عونه وتوفيقه لإتمام هذا البحث.

كما اتقدم بخالص الشكر والتقدير والعرفان إلى جامعة ميدأوشن، ممثلة في كلية الإدارة وقسم الإدارة، على إتاحة الفرصة لإنجاز هذا العمل البحثي، وتقديم كل الدعم والتسهيلات اللازمة طوال فترة الدراسة والبحث.

لا يفوت الباحث أن يعرب عن عميق شكره وامتنانه للمشرف الرئيسي، الدكتور / الفيصل عبد الحميد ، الذي كان نعم الموجه والمعين، حيث قدم التوجيهات السديدة، والملاحظات البناءة، والدعم اللامتناهي، مما كان له بالغ الأثر في صقل هذا البحث وإخراجه في صورته النهائية. كما يتقدم الباحث بخالص الشكر للمشرف الثاني، الدكتور / فايز جراد ، على ما قدمه من إرشادات قيمة وملاحظات جوهرية ساهمت في إثراء البحث وتكامله.

اتوجه بالشكر الجزيل إلى جميع أعضاء لجنة الحكم والمقيمين على تفضلهم بقراءة هذا البحث وتقييمه، وعلى ما سيقدمونه من ملاحظات وتوجيهات قيمة ستساهم بلا شك في تطوير هذا العمل.

لا يسعني إلا أن أعرب عن امتناني العميق وتقديره الكبير لجميع مقدمي الرعاية الصحية والإداريين العاملين في وحدات غسيل الكلى بمدينة الرياض، الذين تفضلوا بالمشاركة في هذه الدراسة، وخصصوا من وقتهم الثمين للإجابة على الاستبيان. إن تعاونهم كان أساسياً في جمع البيانات اللازمة لإنجاز هذا البحث، فجزيل الشكر لهم جميعاً على تفهمهم وحرصهم على تقدم المعرفة.

وأخيراً، أتقدم بالشكر والعرفان إلى عائلتي، وعلى رأسهم والديّ الكرام، على دعمهم المتواصل، وصبرهم، وتشجيعهم الدائم الذي كان السند والعون لي في رحلتي العلمية.

والله ولي التوفيق.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1.1 المقدمة

تُعد وحدات الغسيل الكلوي من الركائز الأساسية في النظم الصحية الحديثة حول العالم، وخصوصاً في المملكة العربية السعودية، حيث تتزايد أعداد المرضى الذين يعانون من الفشل الكلوي المزمن (CKD) في مراحله المتقدمة بشكل ملحوظ. هؤلاء المرضى يتطلبون رعاية صحية مستمرة ومكثفة، لا تقتصر فقط على الجوانب السريرية والتقنية لجلسات الغسيل نفسها، بل تتسع لتشمل الأبعاد الإدارية والتشغيلية المعقدة داخل هذه الوحدات. في هذا السياق، يبرز دور الإدارة الصحية كعنصر محوري، إذ تشكل الكفاءة الإدارية أحد العوامل الأساسية التي تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على جودة الرعاية المقدمة وفعالية الخدمات الصحية، وبالتالي على نتائج المرضى النهائية.

يشير الأدب العالمي إلى أن الأداء الإداري المتميز يُعد حجر الزاوية في تحسين كفاءة وجودة الرعاية الصحية. فالإدارة الفعالة تضمن التطوير المستمر للعمليات، والتوزيع الأمثل للموارد البشرية والمادية، وتطبيق البروتوكولات الطبية بفعالية، وتعزيز الالتزام بمعايير السلامة العالمية، وتحسين تجربة المريض الشاملة. وقد أثبتت الدراسات والتجارب الميدانية في العديد من الدول أن تعزيز الكفاءة الإدارية في وحدات الرعاية المزمنة، مثل وحدات الغسيل الكلوي، يسهم بشكل مباشر في تقليل معدلات الوفيات، وتخفيض نسب إعادة الإدخال للمستشفيات، وتحسين مؤشرات جودة الحياة لدى المرضى، فضلاً عن تعزيز رضا الكوادر الصحية عن بيئة العمل. فعلى سبيل المثال، أظهرت دراسات مثل تلك التي أجراها بارك وآخرون (Park et al., 2023) وموسى وآخرون (Mousa et al., 2023) أهمية الارتباط بين الكفاءة الإدارية ونتائج الرعاية الصحية الإيجابية.

من هذا المنطلق، تكتسب هذه الدراسة أهمية خاصة، إذ تسعى إلى استكشاف وتحليل أثر الكفاءة الإدارية في وحدات الغسيل الكلوي على جودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى في سياق مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية. وقد تم تصميم هذه الدراسة لقياس هذا الأثر من خلال ثلاثة محاور رئيسية: الكفاءة الإدارية، جودة الرعاية، ونتائج المرضى. لضمان دقة النتائج وموثوقيتها، تم استخدام أداة استبانة محكمة، خضعت لاختبارات الصدق والثبات، وتم تطبيقها على عينة مختارة من مقدمي الرعاية الصحية العاملين في هذه الوحدات.

تُظهر النتائج الأولية للدراسة أن الكفاءة الإدارية تُعد عاملاً مؤثراً وحاسماً في جودة الرعاية الصحية، حيث إن هناك بنوداً محددة ضمن الإطار الإداري العام، مثل التخطيط الاستراتيجي، وأنظمة التقييم الدوري، وفعالية التواصل الداخلي، قد أظهرت ارتباطاً دالاً إحصائياً بنتائج إيجابية على مستوى جودة الرعاية. كما تشير التحليلات إلى أن تحسين الأداء الإداري العام يمكن أن يسهم في تحسين المؤشرات الصحية للمرضى، لا سيما فيما يتعلق بتحقيق الاستقرار الصحي وتقليل المضاعفات. هذه النتائج تؤكد أن الاستثمار في تطوير الكفاءة الإدارية ليس مجرد خيار ترفي، بل ضرورة استراتيجية لتحقيق أعلى مستويات الجودة في تقديم خدمات الغسيل الكلوي، وبالتالي تعزيز صحة المرضى ورفاهيتهم.

2.1 مشكلة الدراسة

بالرغم من التوسع الكبير والمستمر في خدمات الرعاية الصحية المتعلقة بالغسيل الكلوي في المملكة العربية السعودية، والذي يهدف إلى تلبية الاحتياجات المتزايدة للمرضى، إلا أن التحديات الإدارية لا تزال تشكل عقبة جوهريّة أمام تحقيق مستويات مثلى من جودة الرعاية. تُعد هذه التحديات متعددة الأوجه ومعقدة بطبيعتها، وتؤثر بشكل مباشر على كفاءة العمليات التشغيلية، وجودة المخرجات السريرية، وفعالية إدارة الموارد.

من أبرز التحديات الإدارية التي تواجه وحدات الغسيل الكلوي في سياق المملكة:

- **نقص الكوادر البشرية المؤهلة:** تعاني العديد من الوحدات من نقص في أعداد الأطباء والممرضين والفنيين المتخصصين، أو عدم كفاية تأهيلهم للتعامل مع التقنيات الحديثة أو الحالات المعقدة، مما يضع عبئاً إضافياً على الكوادر الموجودة ويؤثر على جودة الخدمة.
- **ضعف في التخطيط الاستراتيجي:** قد تفتقر بعض الوحدات إلى خطط إستراتيجية واضحة وطويلة المدى تضمن استدامة الخدمات، وتطوير البنية التحتية، وتلبية الاحتياجات المستقبلية للمرضى، مما يؤدي إلى ردود أفعال بدلاً من مبادرات استباقية.
- **غياب نظام رقابي فعال ومحفز:** قد لا توجد أنظمة رقابية كافية لتقييم الأداء الإداري والسريري بشكل دوري وموضوعي، أو أنظمة حوافز عادلة تشجع على التميز وتحسين الأداء، مما يؤثر على دافعية العاملين والالتزامهم بمعايير الجودة.
- **نقص في الإمدادات الطبية:** في بعض الأحيان، تواجه الوحدات نقصاً في توفر المستلزمات الطبية الأساسية، أو الأدوية الضرورية، أو قطع الغيار لأجهزة الغسيل، مما يعطل سير العمل ويؤثر على انتظام الجلسات وجودتها.
- **ضعف في توظيف نظم المعلومات الصحية:** على الرغم من التوجه نحو الرقمنة، قد لا تكون نظم المعلومات الصحية (HIS) أو السجلات الطبية الإلكترونية (EHR) مستخدمة بفعالية، أو أنها غير متكاملة، مما يعيق جمع البيانات الدقيقة، وتحليلها لدعم اتخاذ القرار الإداري السليم.
- **تعقيد الإجراءات الروتينية:** كما أشار التحليل النوعي في الدراسة (سيتم تفصيله في الفصل الرابع)، فإن بعض الإجراءات الإدارية طويلة ومعقدة، مما يؤثر على سرعة الاستجابة لحالات المرضى، ويزيد من الأعباء الإدارية على الكوادر.

هذه العوامل مجتمعة تؤثر سلباً على الأداء العام للوحدة، وتقلل من فرص تحقيق نتائج إيجابية وملموسة للمرضى، وتؤثر على رضا كل من الكوادر الصحية والمرضى. من جهة أخرى، فإن أغلب الدراسات العربية، وخصوصاً في المملكة العربية السعودية، لا تزال نادرة فيما يخص دراسة العلاقة المباشرة والمنهجية بين الكفاءة الإدارية ونتائج المرضى في سياق وحدات الغسيل الكلوي. هذا النقص في الأدبيات البحثية يؤكد على الحاجة الماسة لإجراء دراسات علمية منهجية ومعقدة لتسليط الضوء على هذه العلاقة المعقدة، وتقديم توصيات قائمة على أدلة علمية واضحة يمكن أن تساهم في تطوير السياسات والممارسات الإدارية في هذا القطاع الحيوي.

1.3 أهمية الدراسة

تكتسب هذه الدراسة أهمية بالغة من عدة جوانب، تشمل الأبعاد العلمية، والعملية، والوطنية، مما يجعلها إسهامًا قيمًا في الأدبيات البحثية والممارسات التطبيقية في مجال الإدارة الصحية، خصوصًا في سياق وحدات غسيل الكلى. يمكن تفصيل أهمية الدراسة على النحو التالي:

1.3.1 من الناحية العلمية:

- **سد الفجوة المعرفية:** تسهم الدراسة في سد فجوة بحثية واضحة في الأدبيات المحلية والعربية، حيث تفتقر المكتبة العلمية إلى دراسات كمية ومنهجية تربط بشكل مباشر بين الكفاءة الإدارية ومؤشرات نتائج المرضى في وحدات الغسيل الكلوي. وبالتالي، تقدم الدراسة تحليلًا معمقًا وبيانات كمية موثوقة حول هذه العلاقة.
- **تأكيد الأطر النظرية:** تعزز الدراسة الأطر النظرية المرتبطة بإدارة الجودة الشاملة ونظرية النظم في الرعاية الصحية، من خلال تقديم أدلة تجريبية من سياق محدد، مما يثري الفهم النظري لكيفية تأثير الإدارة على مخرجات الرعاية الصحية.
- **تطوير أدوات القياس:** من خلال بناء وتكييف أداة استبانة خضعت لاختبارات الصدق والثبات، تقدم الدراسة نموذجًا لأداة قياس يمكن استخدامها في أبحاث مستقبلية لدراسة مفاهيم الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية ونتائج المرضى في سياقات مشابهة.
- **إثراء الأدبيات المقارنة:** يمكن لنتائج هذه الدراسة أن تكون نقطة مرجعية للدراسات المقارنة على المستويين الإقليمي والدولي، مما يسهم في فهم الفروقات والتحديات الإدارية في وحدات الغسيل الكلوي عبر ثقافات ونظم صحية مختلفة.

1.3.2 من الناحية العملية والتطبيقية:

- **توفير أداة تحليلية لصناع القرار:** توفر نتائج الدراسة رؤية قيمة وأداة تحليلية لصناع القرار في وزارة الصحة، والتجمعات الصحية، والمستشفيات الخاصة، لتحسين أداء وحدات الغسيل الكلوي من خلال التركيز على محاور إدارية محددة ثبت تأثيرها الإيجابي. يمكن للإدارة العليا الاستفادة من هذه النتائج لتحديد البنود الإدارية الأكثر تأثيرًا والاستثمار فيها.
- **تحسين جودة الرعاية:** من خلال تحديد الممارسات الإدارية ذات التأثير الإيجابي على جودة الرعاية، يمكن للمديرين الصحيين تصميم برامج تدخل مستهدفة لتعزيز جوانب مثل وضوح المهام، ودعم القيادة، والمتابعة الدورية، مما ينعكس مباشرة على جودة الخدمة المقدمة للمرضى.
- **تحسين نتائج المرضى:** تساهم الدراسة في توجيه الجهود نحو تحسين المؤشرات السريرية للمرضى، مثل تقليل معدلات المضاعفات، وخفض حالات إعادة الإدخال للمستشفيات، وزيادة رضا المرضى، وذلك من خلال التركيز على التدريب المستمر والتنسيق الفعال بين الفرق.
- **توجيه برامج التدريب والتطوير:** يمكن لنتائج الدراسة أن توجه تصميم برامج تدريبية وتطويرية مستهدفة للكوادر الإدارية والسريرية، مع التركيز على المهارات الإدارية التي أظهرت تأثيرًا كبيرًا على الأداء والجودة.

1.3.3 من الناحية الوطنية:

- **دعم رؤية السعودية 2030:** تتماشى الدراسة بشكل وثيق مع أهداف رؤية المملكة 2030 التي تركز على تحسين جودة الرعاية الصحية، خاصة للمرضى المزمنين. من خلال المساهمة في تحسين أداء وحدات الغسيل الكلوي، تدعم الدراسة تحقيق مستهدفات الرؤية في بناء نظام صحي متكامل ومستدام.
- **تعزيز الصحة العامة:** بتحسين جودة رعاية الغسيل الكلوي ونتائج المرضى، تسهم الدراسة بشكل غير مباشر في تعزيز الصحة العامة وتقليل الأعباء الاقتصادية والاجتماعية المترتبة على الفشل الكلوي المزمن.
- **تحسين بيئة العمل الصحية:** تسلط الدراسة الضوء على أهمية تحسين البيئة الإدارية في وحدات الغسيل، مما يمكن أن يؤدي إلى زيادة رضا العاملين، وتقليل معدلات الإرهاق الوظيفي، وبالتالي الحفاظ على الكفاءات الوطنية في القطاع الصحي.

باختصار، هذه الدراسة لا تقتصر أهميتها على الجانب الأكاديمي فحسب، بل تمتد لتشمل تأثيرات عملية ملموسة يمكن أن تسهم في تطوير أحد أهم قطاعات الرعاية الصحية في المملكة، وتعزيز صحة ورفاهية المرضى.

1.4 أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة بشكل رئيسي إلى استكشاف وتحليل العلاقة بين الكفاءة الإدارية من جهة، وجودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى من جهة أخرى، ضمن سياق وحدات الغسيل الكلوي بمدينة الرياض. لتحقيق هذا الهدف العام، تتفرع الدراسة إلى مجموعة من الأهداف التفصيلية والمحددة القابلة للقياس، والتي تسعى إلى تقديم فهم شامل ومبني على الأدلة للمشكلة البحثية. هذه الأهداف هي كالتالي:

1. **تحديد مستوى الكفاءة الإدارية في وحدات الغسيل الكلوي بمدينة الرياض.** يهدف هذا الجزء إلى تقييم مدى فعالية الممارسات الإدارية الحالية داخل وحدات الغسيل الكلوي، من حيث وضوح الأهداف، كفاءة التخطيط، فعالية التنظيم، جودة المتابعة والتقييم، وكفاءة إدارة الموارد البشرية والمادية. سيتم ذلك من خلال جمع البيانات الكمية وتحليل المتوسطات والانحرافات المعيارية للبيانات المتعلقة بالكفاءة الإدارية.
2. **قياس جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى في وحدات الغسيل الكلوي.** يرمي هذا الهدف إلى تحديد المستوى الحالي لجودة الرعاية الصحية من منظور مقدمي الرعاية أنفسهم. سيشمل ذلك تقييم مدى الالتزام بالبروتوكولات السريرية، كفاءة الاستجابة لاحتياجات المرضى، جودة بيئة الرعاية (مثل النظافة والسلامة)، وفعالية التواصل مع المرضى وأسرهم.
3. **تقييم العلاقة بين الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية الصحية.** يهدف هذا الهدف إلى تحليل ما إذا كانت هناك علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية الصحية. سيتم فحص مدى تأثير المتغيرات الإدارية على الجودة الكلية للخدمات السريرية، مما يسمح بفهم كيف تسهم الممارسات الإدارية في رفع أو خفض مستوى الرعاية.

4. تحليل مدى تأثير الكفاءة الإدارية على نتائج المرضى الصحية والوظيفية .يسعى هذا الهدف إلى تحديد الأثر المباشر وغير المباشر للكفاءة الإدارية على مؤشرات نتائج المرضى، مثل استقرار المؤشرات الحيوية، معدلات المضاعفات، حالات إعادة التنويم غير المخطط لها، والرضا العام للمرضى .هذا الهدف يربط بين الأداء الإداري والمخرجات السريرية الفعلية.
5. التعرف على البنود الإدارية ذات التأثير الأكبر في تحسين جودة الرعاية ونتائج المرضى .يهدف هذا الجزء إلى تحديد الممارسات أو البنود الإدارية المحددة التي تمتلك التأثير الأقوى والأكثر دلالة إحصائيًا على تحسين جودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى. سيسهم هذا في توجيه الجهود نحو المجالات الأكثر أهمية للإصلاح الإداري.
6. تحديد الفروق في تقييم الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية ونتائج المرضى بناءً على المتغيرات الديموغرافية: يهدف هذا إلى استكشاف ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في تقييمات المشاركين لهذه المحاور بناءً على خصائصهم الديموغرافية مثل الجنس، العمر، المسمى الوظيفي، سنوات الخبرة، والمؤهل العلمي .هذا يساعد في فهم التباينات في التصورات والخبرات.
7. تقديم توصيات عملية ومبنية على الأدلة: بناءً على النتائج المستخلصة، تهدف الدراسة إلى صياغة مجموعة من التوصيات التطبيقية الموجهة لصناع القرار والمديرين في وحدات الغسيل الكلوي، بهدف تحسين الممارسات الإدارية وتعزيز جودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى.
- هذه الأهداف مجتمعة تشكل خارطة طريق للبحث، وتوجه عملية جمع البيانات وتحليلها، وتضمن أن تكون النتائج ذات صلة ومفيدة من الناحيتين النظرية والعملية.

1.5 تساؤلات الدراسة

تسعى هذه الدراسة بشكل أساسي للإجابة على التساؤل الرئيسي التالي، والذي تتفرع منه مجموعة من الأسئلة الفرعية التي تهدف إلى تفصيل جوانب المشكلة البحثية وتوجيه عملية جمع البيانات وتحليلها:

- **التساؤل الرئيسي:** ما هو أثر الكفاءة الإدارية على جودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى في وحدات الغسيل الكلوي بمدينة الرياض، المملكة العربية السعودية؟
- **الأسئلة الفرعية:**
 1. ما مدى تحقق الكفاءة الإدارية في وحدات الغسيل الكلوي بمدينة الرياض؟
 2. ما مستوى جودة الرعاية الصحية المقدمة في وحدات الغسيل الكلوي بمدينة الرياض؟
 3. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية الصحية في وحدات الغسيل الكلوي بمدينة الرياض؟
 4. هل تؤثر الكفاءة الإدارية على النتائج الصحية والوظيفية للمرضى في وحدات الغسيل الكلوي بمدينة الرياض؟

5. ما هي البنود الإدارية الأهم التي تؤثر بشكل دال إحصائياً في جودة الرعاية ونتائج المرضى في وحدات الغسيل الكلوي بمدينة الرياض؟
6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية ونتائج المرضى بناءً على الخصائص الديموغرافية للعاملين (الجنس، العمر، المسمى الوظيفي، سنوات الخبرة، المؤهل العلمي)؟

1.6 فروض الدراسة

بناءً على التساؤل الرئيسي والأسئلة الفرعية للدراسة، وبناءً على الإطار النظري والأدبيات السابقة، تصاغ الفروض التالية التي سيتم اختبارها إحصائياً لتقديم إجابات مستنيرة حول أثر الكفاءة الإدارية .سيتم صياغة فرضية رئيسية واحدة (صفريّة وبدليّة) تتبعها فرضيات فرعية.

- **الفرضية الرئيسية الصفريّة: (H0)**
 - لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى في وحدات الغسيل الكلوي بمدينة الرياض، المملكة العربية السعودية.
- **الفرضية الرئيسية البدليّة: (H1)**
 - توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى في وحدات الغسيل الكلوي بمدينة الرياض، المملكة العربية السعودية.
- **الفرضيات الفرعية البدليّة: (H1a, H1b, H1c, H1d)**
 - **الفرضية الفرعية الأولى: (H1a)** توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية الصحية في وحدات الغسيل الكلوي بمدينة الرياض.
 - **الفرضية الفرعية الثانية: (H1b)** توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الكفاءة الإدارية ونتائج المرضى في وحدات الغسيل الكلوي بمدينة الرياض.
 - **الفرضية الفرعية الثالثة: (H1c)** توجد بنود إدارية محددة ذات تأثير إحصائي دال على تحسين جودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى في وحدات الغسيل الكلوي بمدينة الرياض.
 - **الفرضية الفرعية الرابعة: (H1d)** توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقييمات الكفاءة الإدارية، جودة الرعاية الصحية، ونتائج المرضى بين العاملين في وحدات الغسيل الكلوي بمدينة الرياض بناءً على خصائصهم الديموغرافية.

1.7 الإطار النظري للدراسة

تستند هذه الدراسة إلى إطار نظري شامل ومتعدد الأبعاد، يجمع بين عدة نظريات إدارية وصحية حديثة، وذلك بهدف توفير أساس مفاهيمي متين لفهم وتحليل العلاقة المعقدة بين الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى في

وحدات الغسيل الكلوي. هذا الإطار يساعد على تفسير الظواهر المدروسة من زوايا مختلفة، ويقدم سياقاً نظرياً للنتائج المستخلصة من التحليل التجريبي. النظريات الرئيسية التي يقوم عليها هذا الإطار هي:

1.7.1 نظرية إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management – TQM) تُعد نظرية إدارة الجودة الشاملة

(TQM) حجر الزاوية في هذا الإطار النظري، حيث توفر نموذجاً شاملاً للتميز المؤسسي من خلال التركيز على التحسين المستمر والتعاون الجماعي لجميع العاملين في المنظمة. تأسست TQM على يد رواد مثل ديمينج (Deming) وجوردان (Juran) وإيشيكافا (Ishikawa)، وتركز على أن الجودة ليست مجرد نتيجة، بل هي عملية مستمرة تتطلب التزاماً من الإدارة العليا، ومشاركة من جميع الموظفين، وتركيزاً لا يتزعزع على تلبية احتياجات العميل.

• مبادئها الأساسية:

- **التركيز على العميل:** في الرعاية الصحية، المريض هو العميل الأساسي، وكل الجهود يجب أن توجه نحو تلبية احتياجاته وتوقعاته وتحسين تجربته.
- **التحسين المستمر (Continuous Improvement):** تطبيق دورات "خطط-نفذ-افحص-صحح (PDCA Cycle)" لتقييم العمليات وتطويرها باستمرار.
- **مشاركة الموظفين وتمكينهم:** إشراك جميع الأفراد في عملية تحسين الجودة، من أعلى الهرم الإداري إلى أقل مستوياته.
- **النهج القائم على الحقائق:** اتخاذ القرارات بناءً على تحليل البيانات والمؤشرات، بدلاً من التخمينات أو الآراء الشخصية.
- **إدارة العمليات:** النظر إلى المنظمة كنظام من العمليات المترابطة التي يمكن تحسينها.

- **صلتها بالدراسة:** في سياق وحدات الغسيل الكلوي، يمكن لتطبيق مبادئ TQM أن يُعزز الالتزام بالبروتوكولات الإكلينيكية الموحدة، ويحسن ممارسات الوقاية من العدوى، ويزيد من كفاءة استغلال الموارد، مما يؤدي إلى جودة أعلى في الرعاية ونتائج أفضل للمرضى. وقد أكدت دراسات مثل العمودي (2024) أن تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في الوحدات السعودية يساهم في تقليل مدة جلسات الانتظار وزيادة رضا المرضى.

1.7.2 نظرية إدارة الموارد البشرية (Human Resource Management Theory) تُشدد هذه النظرية على

أن رأس المال البشري هو المحور الرئيس في تحسين جودة الخدمة، خاصة في بيئة خدمية مكثفة مثل الرعاية الصحية. ترتكز هذه النظرية على أن الأداء المؤسسي يعتمد بشكل كبير على فعالية إدارة الأفراد داخل المنظمة.

• مبادئها الأساسية:

- **التوظيف والاختيار:** جذب الكفاءات المناسبة وتوظيفها.
- **التدريب والتطوير:** تزويد الموظفين بالمهارات والمعرفة اللازمة لأداء وظائفهم بفعالية ومواكبة التطورات.
- **تقييم الأداء:** وضع أنظمة عادلة لتقييم أداء الموظفين وتقديم التغذية الراجعة.
- **التحفيز والمكافآت:** تصميم أنظمة حوافز (مالية ومعنوية) لزيادة رضا الموظفين وتحفيزهم على التميز.

- إدارة العلاقات بين الموظفين: تعزيز بيئة عمل إيجابية تشجع على التعاون وتقليل النزاعات.
- صلتها بالدراسة: في وحدات الغسيل الكلوي، تُعدّ هذه الممارسات ضرورية لضمان توفر فريق عمل مؤهل، مدرب، ومحفز، قادر على الاستجابة للاحتياجات المتغيرة للمرضى بمهنية وكفاءة. الكفاءة الإدارية في توظيف وتدريب وتحفيز الكوادر تؤثر مباشرة على جودة الرعاية وقدرة الفريق على تحقيق نتائج إيجابية للمرضى. وقد أشار (Al-Hanawi et al. (2023 إلى أهمية تطوير أنظمة إدارية تستند إلى التخطيط الاستراتيجي والاستثمار في رأس المال البشري في قطاع التمريض في المملكة العربية السعودية.

1.7.3 نظرية النظم في الرعاية الصحية (Systems Theory in Healthcare) تنظر هذه النظرية إلى المؤسسة الصحية على أنها نظام معقد ومترابط يتكون من عناصر متعددة تعمل معًا لتحقيق الأهداف المشتركة. هذه العناصر لا تعمل بمعزل عن بعضها البعض، بل تتفاعل وتؤثر كل منها على الأخرى.

- مكونات النظام الصحي:
 - المدخلات: (Inputs) الموارد البشرية (الأطباء، الممرضون)، المادية (الأجهزة، المستلزمات)، المالية (الميزانية)، والمعلومات.
 - العمليات: (Processes) الأنشطة والإجراءات التي تتم داخل الوحدة، مثل التخطيط الإداري، تشخيص المرضى، جلسات الغسيل، التواصل بين الأقسام.
 - المخرجات: (Outputs) الخدمات المقدمة (جلسات الغسيل)، النتائج السريرية (تحسن حالة المريض)، ورضا المريض والموظف.
 - التغذية الراجعة: (Feedback) المعلومات المسترجعة من المخرجات لتقييم الأداء وإجراء التعديلات اللازمة.
- صلتها بالدراسة: تُعدّ هذه النظرية مناسبة لفهم تأثير الكفاءة الإدارية على النتيجة النهائية وهي صحة المريض. فضعف الإدارة في أي جزء من المدخلات أو العمليات (مثل نقص الموارد، سوء التخطيط) سينعكس سلبًا على المخرجات (جودة رعاية منخفضة، نتائج مرضى سيئة). وعلى العكس، فإن كفاءة الإدارة في تنسيق هذه المكونات ستؤدي إلى أداء أمثل.

1.7.4 نظرية المرونة التشغيلية (Operational Resilience Theory) تشير هذه النظرية إلى قدرة المنظمة على التوقع، والاستعداد، والاستجابة، والتكيف مع الاضطرابات المفاجئة والأزمات، لضمان استمرارية الوظائف الحيوية وتقديم الخدمات دون انقطاع أو تدهور كبير في الجودة.

- عناصرها الأساسية:
 - القدرة على التكيف: سرعة المنظمة في تغيير استراتيجياتها أو عملياتها لمواجهة التحديات.
 - الاستعداد: وجود خطط طوارئ، وتدريب الموظفين على التعامل مع الأزمات.
 - الاستجابة الفعالة: القدرة على اتخاذ قرارات سريعة وصحيحة تحت الضغط.
- صلتها بالدراسة: في وحدات الغسيل الكلوي، حيث يمكن أن تحدث أزمات مثل نقص المستلزمات الطبية، أو أعطال في الأجهزة، أو تفشي العدوى، يلعب وجود نظام إداري مرن دورًا حاسمًا. الكفاءة الإدارية التي تتبنى

المرونة التشغيلية تدعم سرعة اتخاذ القرار وتقلل من آثار الأزمات على جودة الرعاية المقدمة وسلامة المرضى.

1.7.5 نظرية تبني التكنولوجيا (Technology Acceptance Model – TAM) نظرية TAM ، التي طورها ديفيس (Davis) عام 1989، توفر إطارًا لفهم وشرح العوامل التي تؤثر على تبني الأفراد للتكنولوجيا واستخدامها في بيئة العمل.

- **عناصرها الأساسية:**

- **المنفعة المتصورة (Perceived Usefulness):** مدى اعتقاد الفرد بأن استخدام نظام تقني معين سيحسن من أدائه الوظيفي.

- **سهولة الاستخدام المتصورة (Perceived Ease of Use):** مدى اعتقاد الفرد بأن استخدام نظام تقني معين سيكون خاليًا من الجهد.

- **صلتها بالدراسة:** تفيد هذه النظرية في تفسير مدى تبني وتطبيق النظم الصحية الرقمية في وحدات الغسيل، مثل السجلات الصحية الإلكترونية (EHRs) وأنظمة إدارة الأداء. فكلما زاد وضوح فوائد هذه التكنولوجيا وسهولة استخدامها، زادت معدلات تطبيقها، وبالتالي تحسن جودة الرعاية والكفاءة الإدارية. دراسة NIH (2020) أشارت إلى دور السجلات الصحية الإلكترونية في تحسين الكفاءة وتقليل الأخطاء.

تشكل هذه النظريات مجتمعة الأساس المنطقي لتحليل العلاقة بين الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية ونتائج المرضى في هذه الدراسة، وتوفر عدسة تحليلية متعددة الأوجه لفهم الديناميكيات المعقدة داخل وحدات الغسيل الكلوي.

1.8 حدود الدراسة

لضمان دقة النتائج، وقابليتها للتفسير، وتحديد نطاق تطبيقها، كان لابد من تحديد بعض الحدود التي قيدت هذه الدراسة. تُعرف حدود الدراسة بأنها العوامل التي لا يمكن للباحث التحكم فيها بشكل كامل، أو التي يختار الباحث تحديدها عمدًا للتركيز على جوانب معينة من المشكلة البحثية. الاعتراف بهذه الحدود يعزز من مصداقية البحث ويوجه الأبحاث المستقبلية. في هذه الدراسة، يمكن تقسيم الحدود إلى عدة فئات:

- **الحدود المكانية: (Geographical Scope)**

- اقتصرَت الدراسة على وحدات غسيل الكلى الواقعة في **مدينة الرياض فقط**. هذا يعني أن النتائج قد لا تكون قابلة للتعميم بشكل مباشر على وحدات غسيل الكلى في مدن أو مناطق أخرى داخل المملكة العربية السعودية، حيث قد تختلف البنية التحتية، والموارد المتاحة، والإجراءات الإدارية، والثقافة التنظيمية. فما ينطبق على الرياض قد لا يكون بالضرورة صحيحًا في مناطق ريفية أو مدن أصغر تتسم بظروف تشغيلية مختلفة.

• الحدود الزمانية: (Temporal Scope)

- تم جمع البيانات خلال فترة زمنية محددة، وهي من مايو إلى يونيو 2025. هذا يعني أن النتائج تعكس الوضع الراهن والممارسات السائدة خلال تلك الفترة فقط، ولا تأخذ في الاعتبار التغيرات المستقبلية المحتملة في السياسات الإدارية، أو التطورات التكنولوجية، أو التحولات في الموارد البشرية التي قد تحدث بعد فترة جمع البيانات، مما يجعل النتائج تمثل لقطة زمنية.

• الحدود البشرية: (Human/Sample Scope)

- اقتصر العينة المستهدفة على 120 مشاركًا من مقدمي الرعاية الصحية والإداريين العاملين في وحدات غسيل الكلى (أطباء، ممرضين، فنيين، إداريين). (لم تشمل الدراسة المرضى أنفسهم، رغم كونهم طرفًا أساسيًا في تجربة الرعاية. هذا قد يحد من الفهم الشامل لجودة الرعاية ونتائج المرضى من منظور المستفيد النهائي. كما أن العدد محدود نسبيًا مقارنة بإجمالي عدد العاملين في هذا القطاع بالرياض، مما قد يؤثر على قوة التعميم الإحصائي.

• حدود الأداة: (Instrument Limitations)

- اعتمدت الدراسة على استبانة مغلقة كمصدر رئيسي لجمع البيانات. على الرغم من التحقق من صدقها وثباتها، إلا أن الاستبانة قد تحد من قدرة المشاركين على التعبير عن آرائهم بمرونة وعمق، وقد لا تغطي جميع الجوانب الدقيقة والمعقدة للكفاءة الإدارية وجودة الرعاية. كما أن الإجابات هي تقييمات ذاتية، وقد تتأثر بالتحيزات الشخصية للمشاركين، مثل "تحيز الاستجابة المرغوبة اجتماعيًا" (Social Desirability Bias) حيث يميل المشاركون إلى تقديم إجابات تعكس ما يعتقدون أنه مقبول اجتماعيًا أو تنظيميًا.
- على الرغم من تضمين سؤال مفتوح، إلا أن تحليل الإجابات النوعية كان محدودًا بسبب طبيعة جمع البيانات (استبيان إلكتروني) وعدم إجراء مقابلات معمقة أو مجموعات تركيز، والتي كان من الممكن أن تغني التحليل.

• حدود التحليل: (Analytical Limitations)

- اعتمد التحليل بشكل أساسي على الأساليب الإحصائية الوصفية والاستدلالية (مثل الارتباط والانحدار الخطي). (ومع أن هذه الأساليب تظهر وجود علاقات قوية بين المتغيرات، إلا أنها لا يمكنها إثبات العلاقة السببية (Causation) بشكل قاطع نظرًا لاعتماد التصميم المقطعي (Cross-sectional design) الذي يجمع البيانات في نقطة زمنية واحدة. للوصول إلى استنتاجات سببية، تتطلب الدراسات تصاميم طولية أو تجريبية تتضمن التلاعب بالمتغير المستقل.

• الفروقات المهنية داخل العينة: (Professional Differences within Sample)

- شملت العينة أطباء، ممرضين، فنيين، وإداريين، ولكن لم تتوفر أعداد متساوية لكل فئة، مما قد يؤدي إلى ترجيح نتائج تقييم فئة معينة على أخرى في المتوسطات العامة، أو قد يؤثر على قوة التحليلات المقارنة بين المجموعات.

• التحديات في جمع البيانات النوعية:

- رغم احتواء الاستبانة على سؤال مفتوح، إلا أن نسبة من المشاركين لم يجيبوا عليه أو اكتفوا بإجابات مختصرة، مما قلل من فرص التحليل النوعي المتعمق. كذلك لم يتم إجراء مقابلات أو مجموعات تركيز، والتي كان من الممكن أن تغني التحليل.

• توقيت جمع البيانات:

- تم جمع البيانات خلال فترة زمنية قصيرة، مما قد يكون له تأثير إذا صادف حدوث تغييرات مؤسسية (مثل زيارة تقييم، تغيير إدارة، إلخ) قد أثرت على الانطباعات.

على الرغم من هذه الحدود، فقد اتخذ الباحث عدة إجراءات للتقليل من أثرها على مصداقية الدراسة، مثل مراجعة الأدبيات بشكل دقيق، تحكيم الأداة من قبل مختصين لضمان صلاحية المحتوى والبناء، والتنوع في مصادر العينة (شملت الأطباء والممرضين والفنيين والإداريين من قطاعات مختلفة)، مما يعزز من موثوقية النتائج وإمكانية الاستفادة منها في السياق المدروس. هذه الحدود تفتح أيضًا الباب أمام الأبحاث المستقبلية لاستكشاف هذه الجوانب بشكل أعمق وأوسع.

1.9 مصطلحات الدراسة الإجرائية

لتوضيح المفاهيم الأساسية المستخدمة في هذه الدراسة وضمان فهمها بشكل دقيق وواضح ضمن سياق البحث، سيتم تعريف المصطلحات الرئيسية إجرائيًا كما يلي:

• الكفاءة الإدارية: (Administrative Efficiency)

- **التعريف المفاهيمي:** تُشير الكفاءة الإدارية إلى قدرة المؤسسة أو الوحدة على تحقيق أهدافها بأقل قدر من الموارد (البشرية والمالية والمادية) وفي أقصر وقت ممكن، مع الحفاظ على مستوى عالٍ من الجودة. تتضمن جوانب مثل التخطيط السليم، والتنظيم الفعال، والتوجيه المحفز، والرقابة الدقيقة، والقدرة على اتخاذ القرارات الرشيدة.
- **التعريف الإجرائي:** في هذه الدراسة، تُقاس الكفاءة الإدارية من خلال تقييمات المشاركين (الأطباء، الممرضين، الفنيين، والإداريين) للبنود المكونة لمحور "الكفاءة الإدارية" في الاستبانة، والتي تشمل جوانب مثل: وضوح الأهداف، كفاءة الخطط التشغيلية، مشاركة الموظفين في التخطيط، دعم القيادة، عدالة السياسات، كفاءة إدارة الوقت، استخدام التكنولوجيا، واتخاذ القرارات القائمة على البيانات. سيتم تحديد مستواها بناءً على المتوسط الحسابي لإجابات المشاركين على مقياس ليكرت الخماسي (من 1 = غير موافق بشدة، إلى 5 = موافق بشدة).

• جودة الرعاية: (Quality of Care)

- **التعريف المفاهيمي:** تُعرف جودة الرعاية بأنها مدى التزام مقدمي الرعاية الصحية بالمعايير والبروتوكولات السريرية المعترف بها، وتقديم خدمة آمنة، فعالة، تتمحور حول المريض، في الوقت المناسب، وبكفاءة، مع تحقيق أفضل النتائج الممكنة.
- **التعريف الإجرائي:** تُقاس جودة الرعاية في هذه الدراسة من خلال تقييمات المشاركين للبنود المكونة لمحور "جودة الرعاية" في الاستبانة، والتي تشمل جوانب مثل: الالتزام بالبروتوكولات الطبية، مراجعة الخطط العلاجية، مكافحة العدوى، تحديث السجلات الطبية الإلكترونية، إجراء التقييم السريري الشامل، التواصل الفعال مع المرضى، نظافة بيئة العلاج، احترام خصوصية المريض، وتعاون

الطاقم الطبي واستجابته .سيتم تحديد مستواها بناءً على المتوسط الحسابي لإجابات المشاركين على مقياس ليكرت الخماسي.

• **نتائج المرضى: (Patient Outcomes)**

- **التعريف المفاهيمي:** تُشير نتائج المرضى إلى التغيرات الإيجابية أو السلبية الملموسة في الحالة الصحية والوظيفية للمريض، بالإضافة إلى تجربته ورضاه، كنتيجة لتلقيه للرعاية الصحية. يمكن أن تكون هذه النتائج سريرية (مثل تحسن المؤشرات الحيوية)، أو وظيفية (مثل جودة الحياة)، أو نفسية (مثل الرضا عن الخدمة).
- **التعريف الإجرائي:** تُقاس نتائج المرضى في هذه الدراسة من خلال تقييمات المشاركين للبنود المكونة لمحور "نتائج المرضى" في الاستبانة، والتي تشمل جوانب مثل: شعور المرضى بالتحسن العام، انخفاض الأعراض المرتبطة بالفشل الكلوي، التحكم بالمضاعفات المزمنة، انخفاض معدلات دخول المستشفى المتكررة، التعامل مع الطوارئ بكفاءة، تقليل معدل العدوى المرتبطة بالغسيل، رضا المرضى العام، وتفضيل المرضى لوحدهم الحالية. سيتم تحديد مستواها بناءً على المتوسط الحسابي لإجابات المشاركين على مقياس ليكرت الخماسي.

• **وحدات غسيل الكلى: (Dialysis Units)**

- **التعريف المفاهيمي:** المرافق الطبية المتخصصة التي تقدم علاجات غسيل الكلى (الدموي أو البريتوني) للمرضى الذين يعانون من الفشل الكلوي المزمن أو الحاد.
- **التعريف الإجرائي:** في هذه الدراسة، تُشير وحدات غسيل الكلى إلى المراكز والمستشفيات التي تقدم خدمات الغسيل الكلوي (بجميع أنواعه) في مدينة الرياض، المملكة العربية السعودية، والتي شارك موظفوها في هذه الدراسة.

• **مرض الكلى في المرحلة النهائية: (End-Stage Kidney Disease – ESKD)**

- **التعريف المفاهيمي:** المرحلة المتقدمة من مرض الكلى المزمن حيث تفقد الكلى وظيفتها بشكل كامل تقريبًا، وتتطلب علاجًا بديلًا مستمرًا مثل غسيل الكلى أو زراعة الكلى للحفاظ على الحياة.
- **التعريف الإجرائي:** يُشار إلى المرضى الذين يعانون من هذه الحالة والذين يتلقون علاج الغسيل الكلوي في الوحدات المشمولة بالدراسة.

• **السجلات الصحية الإلكترونية: (Electronic Health Records – EHRs)**

- **التعريف المفاهيمي:** أنظمة رقمية متكاملة لتخزين وإدارة المعلومات الصحية للمرضى، تهدف إلى تحسين كفاءة الرعاية، وتنسيقها بين مقدمي الخدمات، ودعم اتخاذ القرار السريري.
- **التعريف الإجرائي:** في سياق هذه الدراسة، تُشير إلى الأنظمة الرقمية المستخدمة في وحدات غسيل الكلى لتوثيق بيانات المرضى، خطط العلاج، ونتائج التحاليل.

• **إدارة الجودة الشاملة: (Total Quality Management – TQM)**

- **التعريف المفاهيمي:** نهج إداري يركز على التحسين المستمر لجودة المنتجات والخدمات من خلال مشاركة جميع مستويات المنظمة، مع التركيز على رضا العملاء والتحسين المستمر للعمليات.
- **التعريف الإجرائي:** الإطار النظري الذي يُستخدم لتفسير جوانب الكفاءة الإدارية المتعلقة بالتحسين المستمر، ومشاركة الموظفين، والتركيز على المريض في وحدات الغسيل الكلوي.

• **التحسين المستمر للجودة: (Continuous Quality Improvement – CQI)**

- **التعريف المفاهيمي:** عملية منهجية ومستمرة لتحسين العمليات والخدمات لزيادة الكفاءة والفعالية ورضا العملاء، من خلال تحديد المشكلات، تحليل الأسباب الجذرية، وتطبيق الحلول، ومراقبة النتائج.
- **التعريف الإجرائي:** الممارسات التي تتبعها الوحدات الصحية لتقييم وتطوير أدائها الإداري والسريري بشكل مستمر.

• **إدارة الموارد البشرية: (Human Resource Management)**

- **التعريف المفاهيمي:** مجموعة من الممارسات والسياسات المتعلقة بإدارة القوى العاملة في المنظمة، بما في ذلك التوظيف، والتدريب، والتطوير، وتقييم الأداء، والاحتفاظ بالموظفين، بهدف تحقيق الأهداف التنظيمية.
- **التعريف الإجرائي:** الجوانب الإدارية المتعلقة بالتوظيف والتدريب والتحفيز والتقييم للكوادر العاملة في وحدات الغسيل الكلوي.

• **إدارة سلسلة التوريد: (Supply Chain Management)**

- **التعريف المفاهيمي:** الإدارة الشاملة لتدفق السلع والخدمات والمعلومات من نقطة المنشأ إلى نقطة الاستهلاك، بهدف تحسين الكفاءة، وتقليل التكاليف، وضمان توفر الموارد اللازمة في الوقت المناسب.
- **التعريف الإجرائي:** العمليات المتعلقة بتوفير وإدارة المستلزمات الطبية والأدوية اللازمة لوحدات الغسيل الكلوي.

الفصل الثاني: الإطار النظري

2.1 مقدمة

يمثل استعراض الأدبيات والدراسات السابقة حجر الزاوية في بناء أي بحث علمي ذي قيمة، فهو يوفر للباحث ليس فقط خريطة للمفاهيم والمنهجيات المتبعة، بل يضيء أيضًا مسار الفهم العميق للدراسة الراهنة. تهدف هذه المراجعة المنهجية إلى تحديد الثغرات المعرفية التي لا تزال قائمة في الأدبيات المنشورة، وتوضيح السياق النظري والتطبيقي الدقيق للمشكلة البحثية التي تسعى الدراسة الحالية لمعالجتها. علاوة على ذلك، تُعد هذه العملية بمثابة بوصلة توجه الباحث نحو اختيار الأدوات والمنهجيات التحليلية الأكثر ملاءمة وفعالية لتحقيق أهداف البحث بأسلوب علمي رصين. إن عملية المراجعة النقدية تتجاوز مجرد جمع المعلومات السطحي؛ فهي تتطلب تحليلًا نقديًا دقيقًا للمصادر، ومقارنة معمقة بينها للكشف عن أوجه التشابه والاختلاف في النتائج والمنهجيات، واستخلاص الرؤى العميقة التي تُسهم في بناء معرفة أصيلة، وبالتالي تجنب تكرار الجهود البحثية السابقة وتقديم إضافة نوعية للمجال.

يركز هذا الفصل بشكل خاص على تقديم مراجعة شاملة للأعمال الأكاديمية والبحثية التي تتناول موضوع الكفاءة الإدارية في وحدات الرعاية الصحية. سيتم إيلاء اهتمام خاص لوحدات غسيل الكلى، نظرًا لطبيعتها الحساسة والمتخصصة التي تتطلب إدارة دقيقة ومستمرة لضمان سلامة المرضى وفعالية العلاج. سيتناول الفصل بعمق كيف تؤثر هذه الكفاءة الإدارية بشكل مباشر وغير مباشر على جودة الرعاية المقدمة للمرضى ونتائجهم الصحية، مع تحليل الآليات التي تربط بينهما. سيتم تنظيم هذه المراجعة ضمن محاور رئيسية تعكس المتغيرات الأساسية للدراسة، مع تضمين دراسات حديثة تتناول التحول الرقمي وإدارة سلسلة التوريد كعناصر حيوية ومؤثرة بشكل متزايد في الكفاءة التشغيلية للمؤسسات الصحية المعاصرة. كما سيسلط الضوء على الأبحاث السعودية والعربية في هذا المجال لتقديم سياق محلي غني بالمعلومات والتحديات الفريدة التي تميز المنطقة. بعد ذلك، سيتم بناء الإطار النظري المتكامل الذي تركز عليه الدراسة، والذي يدمج بين النظريات الإدارية والصحية ذات الصلة لتقديم فهم شامل للديناميكيات المعقدة التي تحكم العلاقة بين الإدارة الفعالة ومخرجات الرعاية الصحية. أخيرًا، سيُقدم هذا الفصل تحليلًا معمقًا للفجوات البحثية التي تسعى الدراسة الحالية إلى معالجتها، مؤكدًا على الإسهام الفريد والأصيل للبحث في مجال المعرفة وتطوير الممارسات الإدارية والصحية.

2.2 الدراسات السابقة

تُصنف مراجعة الأدبيات هنا إلى محاور رئيسية تتناول المتغيرات المحورية للدراسة: الكفاءة الإدارية، جودة الرعاية الصحية، ونتائج المرضى، وذلك ضمن سياق وحدات الغسيل الكلوي. وقد تم انتقاء هذه الدراسات بعناية فائقة بناءً على حداثة، وصلتها المباشرة ببيئة الرعاية الصحية المتخصصة، وملاءمتها لأهداف البحث وفرضياته. سيتم عرض هذه الدراسات بشكل نقدي، مع تسليط الضوء على أبرز النتائج والمنهجيات المستخدمة، وكيف تُسهم كل دراسة في فهم الصورة الكلية للمشكلة البحثية وتحديد الاتجاهات المستقبلية للبحث.

2.2.1 دراسات حول الكفاءة الإدارية في وحدات الرعاية الصحية

تُعد الكفاءة الإدارية عاملاً حاسماً في تحقيق التميز المؤسسي والاستدامة التشغيلية لأي منظمة، وتزداد أهميتها بشكل خاص في القطاع الصحي نظراً لطبيعة الخدمات الحساسة التي تُقدم وتأثيرها المباشر على حياة المرضى وسلامتهم. وقد استكشفت العديد من الدراسات أبعاد الكفاءة الإدارية المتنوعة والتحديات المرتبطة بها في بيئات الرعاية الصحية المختلفة، مؤكدة على دورها المحوري في تحديد جودة الخدمة:

- **Park et al. (2023)** في دراستهم الحديثة، أشاروا إلى أن ضعف الكفاءة الإدارية يُعد من أبرز العوامل المؤثرة في تدني جودة الرعاية الصحية في وحدات الغسيل الكلوي. لقد وجدوا أن غياب التنسيق الإداري الفعال بين الأقسام والفرق يسهم بشكل مباشر في زيادة الأخطاء التشغيلية، وتأخير تقديم الخدمات الحيوية للمرضى، وتراجع مستويات الرضا المهني بين العاملين بسبب الضغوط المتزايدة. علاوة على ذلك، أكدت دراستهم أن القيادة الإدارية غير الفعالة، التي تقتصر على الرؤية الواضحة أو القدرة على اتخاذ القرارات السريعة، يمكن أن تؤثر سلباً على الروح المعنوية للفريق، مما ينعكس على إنتاجيتهم والتزامهم بالمعايير، وبالتالي يؤثر على جودة الرعاية المقدمة وسلامة المرضى. هذه النتائج تبرز الحاجة إلى قيادة استباقية وتنسيق محكم في هذه الوحدات الحيوية.
- **Al-Hanawi et al. (2023)** ركزوا على التحديات التي تواجه إدارة الموارد البشرية في القطاع الصحي بالمملكة العربية السعودية، خاصة في مجال التمريض داخل وحدات الغسيل الكلوي. أوضحوا أن النقص في الكوادر التمريضية المؤهلة، بالإضافة إلى ضعف آليات التوظيف والاحتفاظ بهذه الكفاءات، يُحتّم تطوير أنظمة إدارية تستند إلى التخطيط الاستراتيجي الفعال والاستثمار المستمر في رأس المال البشري. وأوصوا بضرورة تبني سياسات لجذب الكفاءات وتوفير برامج تدريب مستمرة لتحسين الأداء العام للوحدات وضمان استمرارية الخدمة، مؤكدين أن إدارة الموارد البشرية هي مفتاح لتقديم رعاية مستدامة وعالية الجودة، وأن الفشل في هذا الجانب يؤدي إلى إجهاد الكوادر وتراجع الجودة.
- **Almutary et al. (2022)** سلطوا الضوء على أهمية وجود بيئة تنظيمية داعمة ومشاركة فعالة بين الطاقم الإداري والسريري في المؤسسات الصحية. توصلوا إلى أن هذه العوامل تساهم بشكل كبير في تخفيف الضغوط المهنية على الكوادر الطبية، وتعزيز الأداء الإكلينيكي، وتحسين جودة الرعاية المقدمة للمرضى. كما أكدوا أن التواصل المفتوح والشفاف بين المستويات الإدارية والتشغيلية يعزز الانتماء التنظيمي ويقلل من احتمالية حدوث الأخطاء، مما يؤدي إلى بيئة عمل أكثر فعالية وأماناً، وينعكس إيجاباً على رضا الموظفين والمريض على حد سواء. هذا يشير إلى أن الكفاءة الإدارية لا تتعلق فقط بالعمليات، بل أيضاً ببناء ثقافة مؤسسية صحية.
- **McConnell (2019)** في عمله "مهارات إدارة المشرف الصحي الجديد"، أكد أن الكفاءة الإدارية لا تقتصر على الجانب التخطيطي والتنظيمي فحسب، بل تمتد لتشمل مهارات حاسمة مثل التواصل الفعال، والقدرة على تحفيز الفرق، ومهارات حل المشكلات المعقدة، وإدارة الصراعات داخل بيئة العمل. وشدد على أن هذه المهارات ضرورية للمشرفين الصحيين لضمان بيئة عمل منتجة ومحفزة، مما ينعكس إيجاباً على جودة الخدمة وسلامة المرضى، ويؤدي إلى تحقيق أهداف المؤسسة بكفاءة وفعالية، خاصة في ظل التحديات اليومية التي تواجه الفرق الطبية في بيئة الرعاية الصحية المتغيرة.

- **liang et al. (2009)** بحثوا في دور مجلس الإدارة في الإشراف على جودة الرعاية الصحية. توصلوا إلى أن مشاركة مجلس الإدارة الفعالة في تحديد الأهداف الاستراتيجية للجودة ومراقبة مؤشرات الأداء تؤثر إيجاباً على عمليات الرعاية ومعدلات الوفيات. هذا يؤكد أن فعالية الإدارة تبدأ من أعلى مستويات الهيكل التنظيمي، وأن التزام القيادة العليا بالجودة هو مفتاح لتحقيقها على جميع المستويات، مما يضمن التزاماً مؤسسياً شاملاً بتحسين الأداء، ويجعل الجودة جزءاً لا يتجزأ من الاستراتيجية المؤسسية.

تشير هذه الدراسات بشكل جماعي إلى أن الكفاءة الإدارية في وحدات الرعاية الصحية هي مفهوم متعدد الأوجه يشمل التخطيط الاستراتيجي، والتنظيم الفعال للموارد، والإدارة المثلى للموارد البشرية، والقيادة الملهمة، وتطبيق أنظمة المتابعة والتقييم المستمر. كما تؤكد أن أي قصور أو ضعف في هذه الجوانب الإدارية يمكن أن يكون له تداعيات سلبية مباشرة على جودة الرعاية وسلامة المرضى ونتائجهم الصحية، مما يجعل الاستثمار في الكفاءة الإدارية ضرورة استراتيجية لا غنى عنها لتحقيق التميز في القطاع الصحي.

2.2.2 دراسات حول جودة الرعاية الصحية

يُعد مفهوم جودة الرعاية الصحية من المفاهيم المحورية في أدبيات الإدارة الصحية الحديثة، ويشمل جوانب متعددة تهدف إلى ضمان تقديم أفضل خدمة ممكنة للمريض، مع الأخذ في الاعتبار معايير السلامة والفعالية والتركيز على المريض. وقد تناولته العديد من الدراسات من زوايا مختلفة، مؤكدة على أبعاده المتنوعة وتأثير العوامل المختلفة عليه، مما يعكس تعقيد هذا المفهوم وأهميته:

- **Jones (2017)** استعرض مفهوم الجودة في الرعاية الصحية من خلال أبعاد رئيسية هي: السلامة (ضمان عدم إلحاق الضرر بالمريض وتقليل المخاطر)، الفعالية (تقديم الرعاية المبنية على الأدلة العلمية المثبتة)، الكفاءة (تجنب الهدر في الموارد والوقت)، والتركيز على المريض (تلبية احتياجات وتفضيلات المريض الفردية واحترام قيمه). وأكد أن هذه الأبعاد ترتبط ارتباطاً وثيقاً بجودة الإدارة ونظم التقييم المستمر، مشيراً إلى أن الإدارة الأكثر كفاءة في تطبيق السياسات وتوفير الموارد تؤدي إلى جودة رعاية أعلى، مما يبرز الترابط العميق بين الجانب الإداري والسريري في تحقيق الجودة الشاملة.

- **Fresenius Medical Care (2023)** ركزت على الدور الحيوي للبروتوكولات الإكلينيكية والمعايير الموحدة في رفع جودة الرعاية داخل وحدات الغسيل. بينت دراستهم أن الالتزام الصارم بهذه البروتوكولات يساهم في تقليل التباين السريري بين المرضى، وتحسين مخرجات الغسيل الكلوي بشكل ملموس، وتقليل الأخطاء الطبية، مما ينعكس إيجاباً على سلامة المرضى وفعالية العلاج. هذا يؤكد على أهمية التوحيد القياسي للعمليات السريرية كجزء لا يتجزأ من نظام الجودة الشاملة داخل أي منشأة صحية، ويضمن تقديم رعاية متسقة وموثوقة.

- **Aiken, Sloane, & Clarke (2002)** أجروا مقارنة لأداء المستشفيات في عدة دول، ووجدوا علاقة قوية بين مستويات التوظيف التمريضي، وتنظيم العمل، وجودة الرعاية. أشارت النتائج إلى أن زيادة أعداد الممرضين المؤهلين وتحسين بيئة عملهم الإدارية يؤدي إلى انخفاض معدلات وفيات المرضى وتحسين مؤشرات السلامة، مما يؤكد العلاقة المباشرة بين الكفاءة الإدارية للموارد البشرية وجودة الرعاية المقدمة. هذا

يسلط الضوء على أن الاستثمار في الكوادر البشرية وإدارتها بكفاءة هو استثمار في جودة الرعاية، وأن نقص الموظفين يؤثر سلبًا على قدرة النظام على تقديم رعاية آمنة وفعالة.

- **(2011) Chassin & Loeb** ناقشوا رحلة تحسين الجودة المستمرة في الرعاية الصحية، وشددوا على مفهوم "الموثوقية العالية" (High Reliability Organizations) "يرون أن المؤسسات الصحية التي تسعى لتحقيق جودة فائقة يجب أن تتبنى ثقافة مؤسسية تركز على منع الأخطاء بشكل استباقي، والتعلم من الأحداث السلبية (حتى القريبة من الخطأ)، وتطبيق أنظمة إدارية قوية تضمن تكرار الممارسات الصحيحة باستمرار، مما يقلل من احتمالية الفشل الكارثي ويضمن سلامة المرضى. هذا يتطلب التزامًا إداريًا عميقًا وثقافة مؤسسية لا تتسامح مع الأخطاء.

- **(2019) Busse et al.** استعرضوا استراتيجيات تحسين جودة الرعاية الصحية في أوروبا. وجدوا أن الاستراتيجيات الأكثر فعالية هي تلك التي تدمج بين الأدوات الإدارية (مثل القياس والتقييم، وإدارة الأداء، وتطوير السياسات) والأدوات السريرية (مثل البروتوكولات الإكلينيكية، والمبادئ التوجيهية السريرية). مؤكدين على أن الإدارة الجيدة ضرورية لتنفيذ أي استراتيجية لتحسين الجودة بنجاح وفعالية، وأن التخطيط والتنفيذ الإداري السليم هو مفتاح النجاح في تحقيق الأهداف المتعلقة بالجودة.

توضح هذه الدراسات أن جودة الرعاية الصحية هي نتاج تفاعل معقد بين العوامل الإكلينيكية والإدارية. فالالتزام بالمعايير، وتوفير الموارد الكافية، وتنظيم العمليات بفعالية، كلها جوانب إدارية تؤثر بشكل مباشر على تقديم رعاية صحية عالية الجودة، وتُعد مؤشرات على كفاءة النظام الصحي ككل وقدرته على تلبية احتياجات المرضى بفعالية وأمان.

2.2.3 دراسات حول نتائج المرضى

تُعد نتائج المرضى المقياس النهائي لفعالية الخدمات الصحية، وتعكس مدى نجاح الرعاية المقدمة في تحسين الحالة الصحية للمريض وتقليل المضاعفات. وقد تطرقت العديد من الدراسات إلى هذا الجانب، مؤكدة على أهميته كمؤشر حاسم للأداء في تقييم جودة الرعاية الصحية، وكمقياس للقيمة الحقيقية للخدمات المقدمة:

- **(2023) Kidney Research and Clinical Practice** حللت أبرز المؤشرات المتعلقة بنتائج المرضى في وحدات الغسيل، ومنها معدلات الدخول المتكرر للمستشفى (التي تشير إلى عدم استقرار الحالة)، وحدوث المضاعفات المرتبطة بالغسيل (مثل العدوى، انخفاض ضغط الدم، مشاكل الوصول الوعائي)، ومعدلات الوفيات. أشارت الدراسة إلى أن تحسين نتائج المرضى يتطلب توافر طاقم مدرب بكفاءة عالية، وتطبيق سياسات واضحة للتعامل مع الأحداث السلبية، مما يقلل من المخاطر المحتملة ويضمن رعاية آمنة وفعالة، ويؤدي إلى تحسين جودة حياة المرضى.
- **(2023) AJMC** أظهرت وجود علاقة طردية قوية بين جودة المنشأة الصحية ونتائج المرضى. فقد وجدوا أن كل تحسن في مستوى التقييم العام للمنشأة (الذي يشمل الجوانب الإدارية والسريرية، مثل كفاءة العمليات، ونظافة البيئة، وتوفير الموارد) يؤدي إلى انخفاض ملحوظ في معدل الدخول إلى المستشفى والوفيات. هذا يؤكد أن الجودة المؤسسية الشاملة، التي تشمل الكفاءة الإدارية في جميع أبعادها، تنعكس إيجابًا على المخرجات الصحية للمرضى، مما يبرز أهمية النهج المتكامل في إدارة الرعاية الصحية.

- **Porter (2010)** في مقالته المؤثرة "ما هي القيمة في الرعاية الصحية؟"، شدد بورتر على أن القيمة في الرعاية الصحية يجب أن تُقاس بنتائج المرضى التي تتحقق لكل دولار يتم إنفاقه، وليس فقط بحجم الخدمات المقدمة أو كفاءة العمليات الداخلية. هذا المفهوم يؤكد على ضرورة ربط الكفاءة الإدارية بمدى تحقيق النتائج الملموسة للمرضى، مما يحول التركيز من "الكم" إلى "النوع" في تقديم الرعاية، ويدعو إلى نظام رعاية صحية يركز على القيمة الحقيقية للمريض والنتائج المحققة له.
- **KDIGO (2022)** قدمت إرشادات سريرية عالمية مفصلة لإدارة ضغط الدم لدى مرضى الكلى المزمن. أكدت على أن الالتزام بهذه الإرشادات يؤدي إلى تحسن كبير في نتائج المرضى وتقليل المضاعفات القلبية الوعائية على المدى الطويل. على الرغم من كونها إرشادات سريرية بحتة، إلا أن تطبيقها الفعال يتطلب إدارة قوية تضمن تدريب الكوادر بشكل مستمر على أحدث الممارسات، وتوفير الأدوية اللازمة، ونظام متابعة للامتثال، مما يبرز دور الإدارة في تطبيق الممارسات السريرية المثلى وتحقيق النتائج المرجوة.
- **Wachter (2017)** في كتابه حول سلامة المرضى، شدد على أن معظم الأخطاء الطبية التي تؤثر على نتائج المرضى لا تتبع من الإهمال الفردي، بل من عيوب في "النظام" (System failures). هذه العيوب تشمل ضعف الإدارة، وسوء التواصل بين الفرق، وغياب البروتوكولات الواضحة، ونقص الموارد، وعدم كفاية التدريب. هذا يعزز الفكرة بأن الكفاءة الإدارية هي مفتاح لسلامة المرضى وتحسين نتائجهم، لأنها تضمن سلامة وفعالية النظام ككل، وتوفير بيئة آمنة لتقديم الرعاية.

تُبرز هذه الدراسات أن نتائج المرضى هي مؤشر حاسم على فعالية النظام الصحي ككل، وأن الأداء الإداري المتميز يلعب دورًا رئيسيًا في تحقيق هذه النتائج من خلال توفير بيئة رعاية آمنة وفعالة، وتطبيق أفضل الممارسات السريرية، وإدارة الموارد بكفاءة، مما يؤدي إلى تحسين جودة الحياة للمرضى وتقليل الأعباء الصحية عليهم وعلى النظام الصحي.

2.2.4 دراسات حول التحول الرقمي والكفاءة التشغيلية

- مع التقدم التكنولوجي المتسارع والثورة الرقمية، أصبح للتحول الرقمي دور متزايد الأهمية في تحسين كفاءة الخدمات الصحية وجودتها. وقد تناولت العديد من الدراسات هذا الجانب، مؤكدة على تأثير التكنولوجيا على العمليات الإدارية والسريرية، وقدرتها على إحداث نقلة نوعية في تقديم الرعاية، وتحقيق كفاءة تشغيلية غير مسبوقة:
- **NIH (2020)** ركزت على الدور المحوري للسجلات الصحية الإلكترونية (EHRs) في تحسين كفاءة الخدمات وتقليل الأخطاء الإدارية والطبية، خاصة إذا تم ربطها بنظام دعم القرار السريري. أشارت الدراسة إلى أن التكامل الفعال لنظم السجلات الصحية الإلكترونية، وربطها بأنظمة دعم القرار السريري، يمكن أن يعزز من قدرة الأطباء على اتخاذ قرارات مستنيرة مبنية على بيانات دقيقة ومحدثة، ويحسن من تنسيق الرعاية بين مختلف مقدمي الخدمة، ويقلل من ازدواجية الفحوصات والإجراءات غير الضرورية، مما يؤدي إلى زيادة الكفاءة التشغيلية وتحسين نتائج المرضى بشكل ملحوظ.
- **FDA (2023)** أشارت إلى أن غياب نظم إدارة فعالة لسلسلة الإمداد الطبي يؤدي إلى انقطاع الخدمات في وحدات الغسيل، ما ينعكس سلبًا على فعالية العلاج واستدامة الخدمة. فعدم توفر المستلزمات الطبية الأساسية أو الأدوية الضرورية في الوقت المناسب يمكن أن يؤخر جلسات الغسيل، ويؤثر على جودة الرعاية، ويعرض المرضى للمخاطر الصحية. هذا يؤكد على أن كفاءة الإدارة اللوجستية وإدارة سلسلة التوريد هي جزء لا يتجزأ

من الكفاءة الإدارية الشاملة في بيئة الرعاية الصحية، وأن أي خلل فيها يمكن أن يؤثر على المخرجات السريرية وسلامة المرضى.

- **الفقيه (2021)** تناولت التحول الرقمي في الإدارة الصحية وتأثيره على كفاءة تقديم الخدمة. أكدت الدراسة على أن تبني التقنيات الرقمية المتقدمة في الجوانب الإدارية (مثل إدارة المواعيد، سجلات الموظفين، إدارة المخزون، والفوترة الإلكترونية) يمكن أن يقلل من الأعباء الإدارية الروتينية، ويزيد من سرعة العمليات، ويحرر الكوادر الطبية للتركيز بشكل أكبر على رعاية المرضى المباشرة، مما ينعكس إيجاباً على الكفاءة الكلية للوحدة وجودة الخدمات المقدمة. هذا يبرز كيف يمكن للتكنولوجيا أن تكون عامل تمكين رئيسي للإدارة الفعالة في القطاع الصحي.

تُظهر هذه الدراسات أن الكفاءة الإدارية في القطاع الصحي الحديث أصبحت تعتمد بشكل متزايد على التكامل التكنولوجي واللوجستي. فالاستثمار في التحول الرقمي وإدارة سلسلة التوريد يُعدان عنصرين أساسيين لتحسين الأداء الكلي، وضمان استمرارية الخدمات، ورفع مستوى الجودة في بيئات الرعاية الصحية المعقدة، مما يؤدي إلى نظام صحي أكثر استجابة وفعالية، وقادر على مواجهة تحديات المستقبل.

2.2.5 دراسات سعودية وعربية

على الرغم من تزايد الاهتمام بجودة الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية والمنطقة العربية بشكل عام، إلا أن الدراسات التي تربط بشكل مباشر الكفاءة الإدارية بنتائج المرضى في وحدات الغسيل الكلوي لا تزال محدودة. ومع ذلك، توجد دراسات تناولت جوانب متفرقة ذات صلة، مما يوفر سياقاً مهماً للبحث الحالي ويبرز الحاجة إلى المزيد من الأبحاث المحلية التي تتناول هذه الروابط بشكل مباشر:

- **العمودي (2024)** (أشارت إلى أن تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في الوحدات السعودية أسهم في تقليل مدة جلسات الانتظار وزيادة رضا المرضى. كما أوصت بتبني نهج إداري تكاملي يُراعي خصوصية السياق المحلي، مما يؤكد على أهمية تكيف النماذج العالمية مع الظروف الثقافية والتنظيمية المحلية لضمان فعاليتها وتحقيق أقصى استفادة منها.
- **Mousa et al. (2023)** أوضحت أهمية التقييم المستمر للعمليات التشغيلية في المراكز الصحية السعودية. دعت الدراسة إلى تحسين آليات جمع البيانات وتحليلها لدعم القرار الإداري، مما يعزز من الشفافية والمساءلة ويساعد على تحديد مجالات التحسين بشكل منهجي وموضوعي، ويضمن اتخاذ قرارات مبنية على الأدلة.
- **العسيري (2019)** (قدم رؤية تحليلية للقيادة الإدارية في القطاع الصحي السعودي. وشدد على أن القيادة الفعالة، التي تتسم بالرؤية الواضحة، والقدرة على تحفيز الفرق، وتبني الابتكار، هي مفتاح لتحقيق التميز التشغيلي وتحسين جودة الخدمات الصحية في المملكة. هذا يؤكد على الدور المحوري للقيادة في دفع عجلة التغيير والتحسين المستمر في القطاع الصحي، وقدرتهم على بناء ثقافة مؤسسية موجهة نحو الأداء.
- **بن غيث (2022)** (تناولت العلاقة بين القيادة الصحية وتحسين نتائج المرضى في مستشفيات القطاع الخاص. وأظهرت النتائج أن وجود قيادة قوية وداعمة يؤثر بشكل إيجابي على التزام الكوادر بالبروتوكولات، وعلى تحسين مؤشرات الأداء السريري، مما ينعكس على سلامة المرضى ومخرجاتهم الصحية. هذا يدعم فكرة

أن القيادة ليست مجرد وظيفة إدارية، بل هي عامل مؤثر وحاسم في الأداء السريري المباشر، وتؤثر على سلوكيات الفرق الطبية.

- **البراهيم (2020)** ركزت رسالتها غير المنشورة على قياس جودة الرعاية الصحية من منظور المرضى في وحدات الغسيل الكلوي. على الرغم من أنها لم تتناول الكفاءة الإدارية كمتغير مستقل مباشر، إلا أنها قدمت مؤشرات مهمة حول جوانب الرعاية التي يرى المرضى أنها تحتاج إلى تحسين، والتي غالبًا ما تكون متأثرة بالممارسات الإدارية (مثل أوقات الانتظار الطويلة، جودة التواصل مع الطاقم، نظافة المرافق، وفعالية التعامل مع الشكاوى). هذا يبرز أهمية منظور المريض في تقييم الجودة وضرورة أخذه في الاعتبار عند تصميم التدخلات الإدارية.

تشير هذه الدراسات العربية والسعودية إلى وعي متزايد بأهمية الجودة والإدارة في القطاع الصحي، ولكنها تبرز الحاجة إلى مزيد من الأبحاث المتخصصة التي تربط بين المفاهيم الإدارية المحددة وبين النتائج السريرية المباشرة للمرضى، خاصة في وحدات حساسة ومعقدة مثل الغسيل الكلوي، لتقديم توصيات أكثر دقة وملاءمة للسياق المحلي وتحدياته الفريدة، والمساهمة في تحقيق أهداف رؤية المملكة 2030 في القطاع الصحي.

2.3. الإطار النظري

يرتكز هذا البحث على إطار نظري متعدد الأبعاد، يجمع بين عدة نظريات إدارية وصحية مترابطة، وذلك بهدف توفير عدسة شاملة ومتكاملة لتفسير العلاقة المعقدة بين الكفاءة الإدارية من جهة، وجودة الرعاية ونتائج المرضى من جهة أخرى. يسمح هذا الدمج النظري بتحليل الظواهر المعقدة من زوايا مختلفة، وتقديم فهم أعمق للديناميكيات المؤثرة في أداء وحدات الغسيل الكلوي، وتقديم تفسيرات قوية للنتائج التجريبية التي سيتم التوصل إليها في هذه الدراسة، مما يثري الجانب النظري والتطبيقي للبحث.

2.3.1 نظرية إدارة الجودة الشاملة (TQM – Total Quality Management)

تُعد نظرية إدارة الجودة الشاملة (TQM) حجر الزاوية في هذا الإطار النظري، حيث توفر نموذجًا شاملاً للتميز المؤسسي من خلال التركيز على التحسين المستمر والتعاون الجماعي لجميع العاملين في المنظمة. تركز TQM ، التي أسسها رواد مثل ديمينج (Deming) وجوردان (Juran) وإيشيكawa (Ishikawa) ، على أن الجودة ليست مجرد نتيجة نهائية يتم تحقيقها لمرة واحدة، بل هي عملية مستمرة ومتكاملة تتطلب التزامًا راسخًا من الإدارة العليا، ومشاركة فعالة من جميع الموظفين على كافة المستويات، وتركيزًا لا يتزعزع على تلبية احتياجات العميل وتجاوز توقعاته بشكل مستمر، مما يخلق ثقافة مؤسسية موجهة نحو التميز.

مبادئها الأساسية:

- **التركيز على العميل:** في بيئة الرعاية الصحية، المريض هو العميل الأساسي، وكل الجهود والعمليات داخل الوحدة يجب أن توجه نحو تلبية احتياجاته وتوقعاته وتحسين تجربته الشاملة، بدءًا من لحظة دخوله وحتى خروجه، مع الأخذ في الاعتبار خصوصيته وراحته.

- **التحسين المستمر:** تبني ثقافة مؤسسية لا تتوقف عن البحث عن طرق أفضل وأكثر فعالية لأداء العمليات والخدمات، وغالبًا ما يتم ذلك باستخدام دورات "خطط-نفذ-افحص-صحح" (PDCA Cycle) "المنهجية لضمان التطور المستمر، وتحديد المشكلات، وتطبيق الحلول، ومراقبة فعاليتها، مما يضمن التطور المستمر في الأداء.
- **المشاركة الشاملة للموظفين:** إشراك وتمكين جميع الأفراد في عملية تحسين الجودة، من أعلى الهرم الإداري إلى أقل مستوياته، مما يعزز الشعور بالملكية والمسؤولية المشتركة، ويستفيد من خبراتهم الميدانية ومعرفتهم بالعمليات اليومية.
- **النهج القائم على الحقائق:** اتخاذ القرارات الإدارية والتشغيلية بناءً على تحليل البيانات الدقيقة والمؤشرات الموضوعية، بدلاً من التخمينات أو الآراء الشخصية، لضمان الفعالية والشفافية والمساءلة، وتوجيه الجهود نحو المجالات التي تحتاج إلى تحسين فعلي.
- **إدارة العمليات:** النظر إلى المنظمة ككل على أنها نظام متكامل من العمليات المترابطة التي يمكن تحليلها، تحسينها، وإدارتها بفعالية لتحقيق أقصى قدر من الكفاءة والجودة، وتجنب العوائق والازدواجية، مما يضمن تدفق العمل بسلاسة.

صلتها بالدراسة: في سياق وحدات الغسيل الكلوي، يمكن لتطبيق مبادئ TQM أن يُعزز الالتزام بالبروتوكولات الإكلينيكية الموحدة، ويحسن ممارسات الوقاية من العدوى، ويزيد من كفاءة استغلال الموارد المتاحة، مما يؤدي إلى جودة أعلى في الرعاية ونتائج أفضل للمرضى. وقد أكدت دراسات مثل العمودي (2024) أن تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في الوحدات السعودية يساهم في تقليل مدة جلسات الانتظار وزيادة رضا المرضى، مما يدعم الأهمية التطبيقية لهذه النظرية في السياق المحلي.

2.3.2 نظرية إدارة الموارد البشرية (Human Resource Management Theory)

تُشدد هذه النظرية على أن رأس المال البشري هو المحور الرئيس في تحسين جودة الخدمة، خاصة في بيئة خدمية مكثفة ومعقدة مثل الرعاية الصحية، حيث يعتمد الأداء بشكل كبير على الكفاءة والتحفيز والرضا الوظيفي للعاملين. ترتكز هذه النظرية على أن الأداء المؤسسي يعتمد بشكل كبير على فعالية إدارة الأفراد داخل المنظمة، وكيفية استقطابهم، وتطويرهم، والاحتفاظ بهم، وخلق بيئة عمل داعمة ومحفزة.

مبادئها الأساسية:

- **التوظيف والاختيار:** جذب الكفاءات المناسبة وتوظيفها بناءً على الكفاءات المطلوبة للوظيفة، مع التركيز على المهارات الفنية والشخصية، والقدرة على العمل ضمن فريق لضمان جودة الأداء.
- **التدريب والتطوير:** تزويد الموظفين بالمهارات والمعرفة اللازمة لأداء وظائفهم بفعالية ومواكبة التطورات المستمرة في المجال الطبي والإداري، وضمان التنمية المهنية المستدامة من خلال برامج تدريبية مستمرة وموجهة.
- **تقييم الأداء:** وضع أنظمة عادلة وموضوعية لتقييم أداء الموظفين بشكل دوري، وتقديم التغذية الراجعة البناءة لمساعدتهم على تحسين الأداء وتحديد مسارات التطوير الوظيفي، وربط الأداء بالحوافز.

- **التحفيز والمكافآت:** تصميم أنظمة حوافز (مالية ومعنوية) لزيادة رضا الموظفين، وتحفيزهم على التميز والابتكار في تقديم الرعاية، والاعتراف بإنجازاتهم وتقدير جهودهم.
- **إدارة العلاقات بين الموظفين:** تعزيز بيئة عمل إيجابية تشجع على التعاون، وتحل النزاعات بفعالية، وتُعزز من الانتماء التنظيمي والولاء للمؤسسة، مما يؤدي إلى تقليل معدلات الدوران الوظيفي.

صلتها بالدراسة: في وحدات الغسيل الكلوي، تُعدّ هذه الممارسات ضرورية لضمان توفر فريق عمل مؤهل، مدرب، ومحفز، قادر على الاستجابة للاحتياجات المتغيرة للمرضى بمهنية وكفاءة عالية. الكفاءة الإدارية في توظيف وتدريب وتحفيز الكوادر تؤثر مباشرة على جودة الرعاية وقدرة الفريق على تحقيق نتائج إيجابية للمرضى، مما يقلل من الأخطاء ويزيد من فعالية العلاج، ويسهم في بناء ثقافة مؤسسية داعمة وموجهة نحو التميز.

2.3.3 نظرية النظم في الرعاية الصحية (Systems Theory in Healthcare)

تتظر هذه النظرية إلى المؤسسة الصحية على أنها نظام معقد ومترابط يتكون من عناصر متعددة تعمل معًا لتحقيق الأهداف المشتركة. هذه العناصر لا تعمل بمعزل عن بعضها البعض، بل تتفاعل وتؤثر كل منها على الأخرى بشكل مستمر. أي تغيير أو خلل في جزء واحد من النظام يمكن أن يكون له تأثيرات متتالية على الأجزاء الأخرى، مما يؤكد على أهمية الفهم الشامل للعمليات والترابط بين مكونات النظام.

مكونات النظام الصحي:

- **المدخلات (Inputs):** تشمل جميع الموارد التي تدخل النظام وتُستخدم في تقديم الرعاية، مثل الموارد البشرية (الأطباء، الممرضون، الفنيون، الإداريون)، الموارد المادية (الأجهزة، المستلزمات الطبية، الأدوية، البنية التحتية للمباني)، الموارد المالية (الميزانية المخصصة)، والمعلومات (البيانات السريرية والإدارية، السجلات الطبية، نتائج الأبحاث).
- **العمليات (Processes):** هي الأنشطة والإجراءات التي تتم داخل الوحدة لتحويل المدخلات إلى مخرجات، وتشمل التخطيط الإداري، تشخيص المرضى، تنفيذ جلسات الغسيل، التواصل بين الأقسام والفرق، إدارة المخزون، وتطبيق البروتوكولات السريرية، وإدارة الجودة.
- **المخرجات (Outputs):** هي النتائج النهائية للنظام، وتشمل الخدمات المقدمة (عدد جلسات الغسيل، نوعية الرعاية)، النتائج السريرية (تحسن حالة المريض، تقليل المضاعفات، معدلات الوفيات، التحكم في المؤشرات الحيوية)، ورضا المريض والموظف عن الخدمة وبيئة العمل.
- **التغذية الراجعة (Feedback):** هي المعلومات المسترجعة من المخرجات لتقييم الأداء وإجراء التعديلات اللازمة على المدخلات أو العمليات، مما يضمن التحسين المستمر للنظام وقدرته على التكيف مع التغيرات. يمكن أن تكون هذه التغذية الراجعة من تقارير الأداء، أو استبيانات رضا المرضى، أو مراجعات الجودة، أو آراء الموظفين.

صلتها بالدراسة: تُعدّ هذه النظرية مناسبة بشكل خاص لفهم تأثير الكفاءة الإدارية على النتيجة النهائية وهي صحة المريض. فضعف الإدارة في أي جزء من المدخلات أو العمليات (مثل نقص الموارد، سوء التخطيط، ضعف التنسيق

بين الأقسام) سينعكس سلبًا على المخرجات (جودة رعاية منخفضة، نتائج مرضى سيئة، زيادة المضاعفات). وعلى العكس، فإن كفاءة الإدارة في تنسيق هذه المكونات وتفاعلها بشكل فعال ستؤدي إلى أداء أمثل للنظام وتحقيق أفضل النتائج الممكنة للمرضى، مما يؤكد على أن الإدارة الفعالة هي عامل رئيسي في نجاح النظام الصحي ككل وقدرته على تقديم رعاية شاملة.

2.3.4 نظرية المرونة التشغيلية (Operational Resilience Theory)

تشير هذه النظرية إلى قدرة المنظمة على التوقع، والاستعداد، والاستجابة، والتكيف مع الاضطرابات المفاجئة والأزمات، لضمان استمرارية الوظائف الحيوية وتقديم الخدمات دون انقطاع أو تدهور كبير في الجودة. في بيئة الرعاية الصحية، حيث يمكن أن تكون العواقب وخيمة على حياة المرضى، تُعد المرونة التشغيلية أمرًا حيويًا للحفاظ على سلامة المرضى واستمرارية الرعاية، خاصة في وحدات حساسة مثل وحدات الغسيل الكلوي التي تتطلب استمرارية الخدمة.

عناصرها الأساسية:

- **القدرة على التكيف:** سرعة المنظمة في تغيير استراتيجياتها أو عملياتها لمواجهة التحديات غير المتوقعة والظروف المتغيرة (مثل نقص مفاجئ في المستلزمات، أو ظهور أوبئة، أو أعطال فنية كبرى).
- **الاستعداد:** وجود خطط طوارئ واضحة ومُختبرة بشكل دوري، وتدريب مستمر للموظفين على التعامل مع الأزمات والمواقف الحرجة بفعالية، وتحديد نقاط الضعف المحتملة في النظام والبنية التحتية.
- **الاستجابة الفعالة:** القدرة على اتخاذ قرارات سريعة وصحيحة تحت الضغط، وتفعيل آليات استجابة فعالة لتقليل الأضرار واستعادة العمليات بأسرع وقت ممكن، مع الحفاظ على سلامة المرضى وجودة الرعاية.

صلتها بالدراسة: في وحدات الغسيل الكلوي، حيث يمكن أن تحدث أزمات مثل نقص المستلزمات الطبية، أو أعطال مفاجئة في الأجهزة الحيوية، أو نقشي العدوى، يلعب وجود نظام إداري مرن دورًا حاسمًا في الحفاظ على جودة الرعاية وسلامة المرضى. الكفاءة الإدارية التي تتبنى المرونة التشغيلية تدعم سرعة اتخاذ القرار، وتوفر حلولًا بديلة ومبتكرة، وتقلل من آثار الأزمات على جودة الرعاية المقدمة وسلامة المرضى، مما يضمن استمرارية الخدمة الحيوية التي لا يمكن الاستغناء عنها لمرضى الفشل الكلوي.

2.3.5 نظرية تبني التكنولوجيا (Technology Acceptance Model – TAM)

نظرية TAM، التي طورها ديفيس (Davis) عام 1989، توفر إطارًا قويًا لفهم وشرح العوامل التي تؤثر على تبني الأفراد للتكنولوجيا واستخدامها في بيئة العمل. تُعد هذه النظرية ذات أهمية خاصة في القطاع الصحي الذي يشهد تحولًا رقميًا متزايدًا، مع إدخال السجلات الصحية الإلكترونية، وأنظمة إدارة المستشفيات، وتطبيقات الذكاء الاصطناعي التي تهدف إلى تحسين الكفاءة والجودة.

عناصرها الأساسية:

- **المنفعة المتصورة (Perceived Usefulness):** مدى اعتقاد الفرد بأن استخدام نظام تقني معين سيجسّن من أدائه الوظيفي، ويزيد من فعاليته، ويساعده على إنجاز المهام بشكل أفضل وأسرع، مما يوفر الوقت والجهد ويحسن جودة العمل ويسهم في تحقيق الأهداف التنظيمية.
- **سهولة الاستخدام المتصورة (Perceived Ease of Use):** مدى اعتقاد الفرد بأن استخدام نظام تقني معين سيكون خاليًا من الجهد، وسهل التعلم والتشغيل، ولا يتطلب مهارات معقدة أو تدريبًا مكثفًا، مما يقلل من مقاومة التغيير ويزيد من احتمالية التبني.

صلتها بالدراسة: تنقيد هذه النظرية في تفسير مدى تبني وتطبيق النظم الصحية الرقمية في وحدات الغسيل، مثل السجلات الصحية الإلكترونية (EHRs) وأنظمة إدارة الأداء والمخزون. فكلما زاد وضوح فوائد هذه التكنولوجيا وسهولة استخدامها للموظفين، زادت معدلات تطبيقها واستخدامها بفعالية، وبالتالي تحسن جودة الرعاية والكفاءة الإدارية، وتقليل الأخطاء البشرية، وتحسين دقة البيانات، مما يؤثر إيجابيًا على نتائج المرضى ويسهم في بناء نظام رعاية صحية ذكي وفعال.

تشكل هذه النظريات مجتمعة الأساس المنطقي لتحليل العلاقة بين الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية ونتائج المرضى في هذه الدراسة، وتوفر عدسة تحليلية متعددة الأوجه لفهم الديناميكيات المعقدة داخل وحدات الغسيل الكلوي، مما يدعم تفسير النتائج وتقديم توصيات قائمة على أسس نظرية قوية وموثوقة، وتساهم في إثراء الأدبيات في مجال الإدارة الصحية.

2.4 العلاقة بين الأطر النظرية وأهداف البحث

تتماشى هذه الأطر النظرية المدمجة بشكل وثيق مع أهداف الدراسة وتساؤلاتها، حيث توفر الأساس المفاهيمي اللازم لتحليل وتفسير العلاقة بين الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية ونتائج المرضى. يمكن توضيح هذا الارتباط على النحو التالي، مع بيان كيف تُسهم كل نظرية في تحقيق أهداف البحث وتعميق الفهم للمشكلة البحثية:

- **قياس الكفاءة الإدارية:** سيتم قياس الكفاءة الإدارية في وحدات الغسيل الكلوي بناءً على مبادئ TQM التي تركز على التخطيط الواضح، وفعالية أنظمة التقييم، وأهمية التحسين المستمر للعمليات الإدارية. كما ستُسهم نظرية إدارة الموارد البشرية في تقييم كفاءة توظيف وتدريب وتحفيز الكوادر الصحية والإدارية، وتأثير ذلك على الأداء العام. بالإضافة إلى ذلك، ستُسهم نظرية تبني التكنولوجيا في فهم مدى كفاءة استخدام الأنظمة الرقمية لدعم العمليات الإدارية وتحسين تدفق المعلومات، مما يتيح قياسًا شاملاً ومتكاملاً للكفاءة الإدارية في سياقها التشغيلي.
- **فهم أثر البيئة التنظيمية على نتائج المرضى:** من خلال نظرية النظم في الرعاية الصحية، يمكن تحليل كيف أن كل عنصر من عناصر النظام (سواء كان إداريًا مثل التخطيط والتنظيم، أو سريريًا مثل تطبيق البروتوكولات والإجراءات) يؤثر على المخرجات النهائية المتمثلة في صحة المريض ورضاه. هذا يساعد في تفسير كيف يمكن للكفاءة الإدارية أن تؤثر على بيئة العمل الكلية، وتنسيق الجهود بين الفرق المختلفة، وبالتالي تحقيق نتائج صحية أفضل للمرضى، من خلال فهم الترابط بين المدخلات والعمليات والمخرجات.

- **تقييم قدرة وحدات الغسيل على التعامل مع التحديات المستجدة:** ستستخدم نظرية المرونة التشغيلية لتقييم كيفية استجابة الوحدات للتحديات الطارئة وغير المتوقعة (مثل نقص الموارد، أو الأعطال الفنية، أو الأزمات الصحية). سيتم تحليل تأثير الكفاءة الإدارية في هذه الاستجابات على استمرارية وجودة الرعاية، وقدرة الوحدة على الحفاظ على خدماتها الحيوية في الظروف الصعبة، مما يبرز أهمية الاستعداد والتكيف الإداري في ضمان استمرارية الخدمة.
 - **تحليل تبني الحلول الرقمية وأثرها على الكفاءة والجودة:** ستساهم نظرية تبني التكنولوجيا في فهم مدى فعالية استخدام السجلات الصحية الإلكترونية وأدوات الإدارة الرقمية الأخرى. سيتم تحليل كيف يؤثر هذا التبني على كفاءة العمليات الإدارية، ودقة البيانات، وسرعة اتخاذ القرار، وبالتالي على جودة الرعاية المقدمة للمرضى، مما يؤكد على الدور المتزايد للتكنولوجيا كعامل تمكين رئيسي لتحسين الأداء الإداري والسريري.
 - **تحديد البنود الإدارية المؤثرة:** يهدف البحث إلى تحديد البنود الإدارية الأكثر تأثيراً، وهذا يتطلب فهم كيفية تفاعل النظريات المختلفة. فمثلاً، وضوح المهام (من منظور TQM ونظرية النظم) ودعم القيادة (من منظور TQM وإدارة الموارد البشرية) كلها عناصر تتفاعل وتتكامل لإحداث فرق ملموس في الجودة والنتائج، مما يوفر رؤى قابلة للتطبيق العملي لصانعي القرار، ويساعد على توجيه الجهود نحو المجالات الأكثر أهمية.
- يوفر هذا الدمج المتعدد الأبعاد للأطر النظرية نظرة شاملة تسمح بفهم أعمق للأسباب الجذرية للتفاوت في جودة الرعاية ونتائج المرضى، وتقديم توصيات قائمة على أسس علمية ومنهجية قوية، مما يعزز من مساهمة الدراسة في الأدبيات والممارسات في مجال الإدارة الصحية.

2.5. تعليق تحليلي على الفجوات البحثية

- على الرغم من تزايد الاهتمام بالرعاية الصحية وجودتها في الأدبيات العلمية على المستويين العالمي والمحلي، إلا أن مراجعة الدراسات السابقة تكشف عن وجود عدة فجوات بحثية مهمة تسعى هذه الدراسة إلى سدها. هذه الفجوات تُعيق الفهم الشامل للعلاقة بين الكفاءة الإدارية ومخرجات الرعاية الصحية، خصوصاً في السياقات المتخصصة مثل وحدات الغسيل الكلوي، وتبرز الحاجة إلى أبحاث أكثر عمقاً وتخصصاً لتقديم حلول مستدامة ومبنية على الأدلة:
- **النقص في الربط المباشر بين الكفاءة الإدارية ونتائج المرضى السريرية الملموسة:** تركز معظم الدراسات إما على الكفاءة الإدارية كمتغير منفصل، أو على جودة الرعاية ككل، أو على نتائج المرضى بمعزل عن العوامل الإدارية. لكن قليلاً ما توجد دراسات تربط بشكل مباشر ومفصل بين الكفاءة الإدارية كمتغير مستقل يؤثر على النتائج السريرية المباشرة والملموسة للمرضى (مثل معدلات الوفيات، معدلات المضاعفات، أو نسب إعادة التنويم غير المخطط لها). الدراسات غالباً ما تتوقف عند مستوى جودة الرعاية كهدف نهائي، دون التوغل في مؤشرات نتائج المرضى الملموسة التي تعكس التأثير الفعلي على صحة المريض وجودة حياته، مما يترك فجوة في فهم العلاقة السببية.
 - **ندرة الدراسات في السياق السعودي والعربي المتخصص في وحدات الغسيل الكلوي:** بالرغم من وجود بعض الدراسات العربية التي تتناول الجودة أو الإدارة في القطاع الصحي بشكل عام، إلا أن الدراسات المتخصصة التي تستهدف وحدات الغسيل الكلوي في المملكة العربية السعودية أو المنطقة العربية بشكل عام، وتخصص العلاقة بين الكفاءة الإدارية ونتائج المرضى، لا تزال نادرة جداً. هذا النقص يجعل هناك حاجة ماسة لبيانات

- وأدلة من السياق المحلي، والتي قد تختلف تحدياتها وممارساتها عن السياقات الغربية التي تركز عليها معظم الدراسات العالمية، مما يجعل تعميم نتائجها محدودًا وغير كافٍ لدعم السياسات المحلية وتطوير الممارسات.
- **معالجة الكفاءة الإدارية كمفهوم عام بدلاً من تحليل أبعادها الفرعية المحددة بدقة:** تُظهر مراجعة الأدبيات أن مفهوم الكفاءة الإدارية غالبًا ما يتم معالجته كمفهوم عام وشامل، دون تفصيل كافٍ في أبعاده الفرعية المحددة التي قد تكون الأكثر تأثيرًا. فالدراسات لا تخوض بشكل كافٍ في كيفية تأثير جوانب محددة مثل: وضوح التخطيط الاستراتيجي، فعالية التنظيم الداخلي، كفاءة أنظمة المتابعة والتقييم، جودة التواصل الداخلي بين المستويات الإدارية، أو مرونة الإجراءات الإدارية، على جودة الرعاية ونتائج المرضى. هناك حاجة لتحليل "ما الذي ينجح" تحديدًا في الإدارة لتقديم توصيات عملية ومستهدفة وقابلة للتطبيق.
- **الحاجة إلى تطوير أدوات قياس محلية وموثوقة تتناسب مع السياق الثقافي والتنظيمي:** كثير من أدوات القياس المستخدمة في الدراسات العربية هي ترجمات لأدوات أجنبية، وقد لا تتناسب تمامًا مع خصوصية النظام الصحي السعودي أو الثقافة التنظيمية المحلية. هذا يؤكد الحاجة إلى تطوير أدوات محلية لقياس الأبعاد الإدارية والجودة ونتائج المرضى، تراعي السياق والخصائص الفريدة للمنطقة، مما يزيد من صلاحية وموثوقية النتائج وقابليتها للتطبيق، ويضمن أن تكون القياسات دقيقة وذات صلة.
- **ضعف التركيز على دور التحول الرقمي وإدارة سلسلة التوريد ضمن مفهوم الكفاءة الإدارية الشاملة:** على الرغم من الأهمية المتزايدة للتكنولوجيا وإدارة سلسلة التوريد في كفاءة العمليات الصحية الحديثة، إلا أن الدراسات التي تدمج هذه الجوانب بشكل صريح ضمن مفهوم الكفاءة الإدارية وتأثيرها على نتائج المرضى لا تزال محدودة. هذا يشكل فجوة في فهم كيفية مساهمة البنية التحتية الرقمية واللوجستية في تحقيق مخرجات صحية أفضل وأكثر كفاءة، خاصة في ظل التوجهات الحديثة نحو الرقمنة في القطاع الصحي ورؤية المملكة 2030.
- **غياب الدراسات التي تأخذ في الاعتبار الفروقات الديموغرافية وتأثيرها على الإدراك الإداري وجودة الرعاية:** قليل من الدراسات تفحص كيف أن الخلفيات الديموغرافية المختلفة لمقدمي الرعاية (الجنس، العمر، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي) قد تؤثر على إدراكهم وتقييمهم لمستوى الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية. فهم هذه الفروقات يمكن أن يوفر رؤى قيمة لتصميم تدخلات إدارية مستهدفة ومخصصة لكل فئة من العاملين، مما يزيد من فعاليتها ويضمن استجابة أفضل من الكوادر، ويساعد على معالجة التحديات من منظور شامل.

تسعى هذه الدراسة لسد هذه الفجوات من خلال:

- تطبيق استبانة محكمة تغطي الأبعاد الفرعية للكفاءة الإدارية، وجودة الرعاية، ونتائج المرضى، مما يوفر قياسًا دقيقًا وشاملاً للظاهرة المدروسة من منظور متعدد الأبعاد.
- إجراء تحليل إحصائي معمق (ارتباط وانحدار وفروق) لتحديد العلاقات والتأثيرات بين المتغيرات بدقة إحصائية، وتقديم أدلة كمية قوية تدعم الاستنتاجات.
- التركيز على السياق السعودي (مدينة الرياض) لتوفير أدلة محلية ذات صلة وموثوقة يمكن الاستفادة منها في صياغة السياسات وتطوير الممارسات على المستوى الوطني، مما يساهم في بناء قاعدة معرفية محلية.
- تضمين التحليل النوعي (الإجابات المفتوحة) لتعميق الفهم السياقي للتحديات الإدارية وتقديم رؤى لا يمكن للبيانات الكمية وحدها الكشف عنها، مما يثري النتائج ويجعلها أكثر شمولية وعمقًا.

الفصل الثالث : منهجية الدراسة

3.1 مقدمة

يمثل هذا الفصل حجر الأساس في بناء البحث العلمي، إذ يحدد الإطار المنهجي الشامل الذي اتبعته هذه الدراسة بهدف تحليل أثر الكفاءة الإدارية على جودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى في وحدات الغسيل الكلوي بمدينة الرياض. في ظل التحديات المتزايدة التي يشهدها القطاع الصحي على المستويات المحلية والعالمية، أصبحت الكفاءة الإدارية أحد العناصر المحورية في تحقيق جودة الخدمات الطبية وضمان استدامة الرعاية. هذا الوضع يستدعي دراسة علمية دقيقة تستند إلى أساليب بحثية رصينة ومنهجيات واضحة المعالم وقابلة للتطبيق.

يعتمد هذا الفصل على تقديم وصف مفصل ودقيق للأسس النظرية والعملية التي تم على أساسها تنفيذ الدراسة. سيتضمن ذلك تبيان المنهج البحثي المعتمد (الوصفي التحليلي)، وتفصيل أسلوب اختيار مجتمع وعينة الدراسة، وشرح مفصل لأداة جمع البيانات (الاستبانة)، بالإضافة إلى استعراض أساليب التحليل الإحصائي التي تم استخدامها لمعالجة البيانات وتفسيرها. كما سيسلط الضوء على إجراءات ضبط الجودة التي تم اتباعها لضمان صدق وثبات الأداة البحثية، وتحديد حدود الدراسة التي قد تؤثر على تفسير النتائج أو تعميمها. وقد روعي عند إعداد هذا الفصل أن يكون شاملاً، ومنظماً، ومرتبباً بشكل وثيق بسياق الدراسة وأهدافها، مع الرجوع إلى الأدبيات العلمية الحديثة والمعايير البحثية العالمية لضمان الشفافية والدقة المنهجية. يهدف هذا الفصل إلى تمكين القارئ من فهم كيفية جمع البيانات وتحليلها، وبالتالي تقييم مدى موثوقية النتائج وصلاحياتها.

3.2 تصميم ومنهج الدراسة

اعتمدت هذه الدراسة على **المنهج الوصفي التحليلي (Descriptive-Analytical Approach)**، وذلك لملاءمته الفائقة لطبيعة الموضوع قيد الدراسة وأهداف البحث. يتيح هذا المنهج رصد وتحليل الظواهر المرتبطة بالكفاءة الإدارية وعلاقتها بجودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى، وذلك باستخدام أدوات كمية دقيقة تسمح بتقديم مؤشرات قابلة للقياس والتحليل الإحصائي. لا يكتفي المنهج الوصفي التحليلي بوصف الواقع كما هو، بل يتجاوز ذلك إلى تحليل العلاقات بين المتغيرات، وتفسير أسباب الظواهر، وهو ما يجعله مناسباً بشكل خاص للدراسات التطبيقية التي تسعى إلى تقديم حلول واقعية ومبنية على بيانات دقيقة وموضوعية.

تم تعزيز هذا المنهج بتوظيف **تصميم مقطعي (Cross-sectional Design)**، والذي يعتمد على جمع البيانات من المشاركين في لحظة زمنية واحدة. يُستخدم التصميم المقطعي بشكل واسع في الدراسات الصحية والإدارية لما له من مزايا عملية، أبرزها تقليل التكاليف الزمنية والمادية، وسهولة التطبيق، وإمكانية الوصول إلى استنتاجات أولية مفيدة.

من أبرز المبررات التي دعت لاختيار هذا التصميم في الدراسة الحالية:

- مناسبة الوقت المتاح لتنفيذ الدراسة.
- صعوبة تتبع المشاركين لفترات زمنية طويلة.
- ملائمة العينة المستهدفة لطبيعة التصميم.
- إمكانية المقارنة بين الفئات المهنية المختلفة (أطباء، ممرضين، إداريين).

أداة جمع البيانات: تم تصميم استبانة شاملة (Questionnaire) كأداة رئيسية لجمع البيانات، وتضمنت عدة محاور تغطي الجوانب التالية: مستوى الكفاءة الإدارية، جودة الرعاية المقدمة، مؤشرات نتائج المرضى. تم بناء هذه المحاور وصياغة عباراتها بالرجوع إلى مراجع علمية محكمة، مع تكيفها لتلائم بيئة وحدات غسيل الكلى في السعودية. لضمان الصدق الظاهري والمحتوى للأداة، تمت مراجعة الاستبانة من قبل ثلاثة محكمين متخصصين في إدارة الرعاية الصحية وعلم الإحصاء، وتم اعتماد صيغتها النهائية بعد إجراء التعديلات المقترحة لضمان وضوح العبارات، ودقة القياس، وملاءمة الأداة لأهداف الدراسة. تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي (Likert Scale) لقياس استجابات المشاركين على عبارات المحاور الرئيسية، حيث تراوحت الخيارات من "غير موافق بشدة" (1) إلى "موافق بشدة" (5).

3.3 مجتمع وعينة الدراسة

3.3.1 مجتمع الدراسة (Population) يتكون مجتمع الدراسة من جميع مقدمي الرعاية الصحية والإداريين العاملين في وحدات غسيل الكلى بمدينة الرياض. يشمل هذا المجتمع مجموعة واسعة من المهنيين الصحيين، بما في ذلك: الأطباء الاستشاريين، الممارسون العامون، الممرضون والمرضات، أخصائيو التغذية، الفنيون الصحيون، والعاملون في الإدارة الصحية.

تم اختيار هذا المجتمع نظرًا لما يمتلكه أفراد من معرفة وخبرة مباشرة وميدانية بجوانب الكفاءة الإدارية اليومية وجودة الرعاية السريرية في وحدات الغسيل الكلوي. وتتمثل الأهمية الاستراتيجية لهذا المجتمع في أنه يوفر بيئة مثالية وحقيقية لاختبار العلاقة بين الإدارة والرعاية الصحية من واقع الممارسة اليومية.

3.3.2 عينة الدراسة (Sample) تم استخدام أسلوب العينة القصدية غير الاحتمالية (Purposive Non-probability Sampling) بهدف اختيار المشاركين الذين تنطبق عليهم شروط محددة. تم تحديد المعايير التالية لاختيار المشاركين لضمان ملائمتهم للدراسة:

- أن يكون الموظف قد قضى فترة لا تقل عن سنة واحدة في الوحدة.
- أن يكون له دور إداري أو سريري مباشر.
- أن يوافق على المشاركة الطوعية في الدراسة.

بناءً على هذه المعايير، بلغ العدد الإجمالي للمشاركين في الدراسة 120 مشاركًا. تم توزيعهم على النحو التالي لضمان تمثيل مقبول لمختلف الفئات المهنية:

- أطباء 32 مشاركًا (26%).7%
- ممرضون وممرضات 30 مشاركًا (25%).0%
- فنيون صحيون 33 مشاركًا (27%).5%
- إداريون وإداريات 25 مشاركًا (20%).8%

وقد شملت العينة وحدات غسيل كلى تمثل جميع القطاعات الصحية العاملة في مدينة الرياض:

- القطاع الحكومي (وزارة الصحة، التجمعات الصحية).
- القطاع الخاص (مراكز طبية خاصة ومجموعات استثمارية).
- القطاع شبه الحكومي (القطاع العسكري والجامعي).

كما تم الحرص على التوزيع الجغرافي العادل للعينة بين شمال وشرق وجنوب وغرب ووسط مدينة الرياض، بما يضمن تمثيلاً واقعياً لتنوع البيانات الإدارية والتنظيمية. ساعد هذا التنوع في العينة على زيادة موثوقية النتائج وتوسيع نطاق تطبيقها في الواقع العملي، خصوصاً في ضوء الاختلافات في السياسات والإجراءات بين القطاعات الصحية المختلفة.

3.4. حدود الدراسة

على الرغم من أن الباحث سعى لتوفير أعلى درجات الدقة والموثوقية في تصميم وتنفيذ الدراسة، إلا أن هناك عددًا من الحدود التي يجب أخذها بعين الاعتبار:

- **الحدود المكانية:** اقتصرَت الدراسة على وحدات غسيل الكلى بمدينة الرياض فقط، مما قد يحد من إمكانية تعميم النتائج على مناطق أخرى تختلف في البنية التحتية والموارد والإجراءات الإدارية.
- **الحدود الزمنية:** تم جمع البيانات خلال فترة محددة (من مايو إلى يونيو 2025)، مما يعني أن النتائج تعكس الوضع السائد خلال تلك الفترة فقط، دون أن تأخذ في الاعتبار التغيرات المستقبلية المحتملة.
- **الحدود البشرية:** تم اقتصار العينة على مقدمي الرعاية والإداريين دون إشراك المرضى، رغم أنهم طرف أساسي في تجربة الرعاية. كما أن عدد المشاركين محدود نسبيًا مقارنة بعدد العاملين في القطاع.
- **الحدود الثقافية والإدراكية:** بعض المفاهيم الإدارية والجودة قد تُفهم بشكل مختلف بين المشاركين تبعًا لخلفياتهم المهنية والتعليمية، مما قد ينعكس على استجاباتهم.
- **حدود الأداة:** تعتمد الدراسة على استبانة مغلقة، مما قد يحد من قدرة المشاركين على التعبير عن آرائهم بمرونة، كما أن الأداة لا تغطي بالضرورة جميع جوانب الكفاءة الإدارية الممكنة.
- **حدود التحليل:** اعتمد التحليل على الأساليب الإحصائية الوصفية والاستدلالية، لكن لا يمكن من خلاله إثبات العلاقة السببية بشكل قاطع نظرًا لاعتماد التصميم المقطعي.

ورغم هذه الحدود، فقد اتخذ الباحث عدة إجراءات للتقليل من أثرها، من بينها مراجعة الأدبيات بشكل دقيق، تحكيم الأداة من قبل مختصين، والتنوع في مصادر العينة، مما يعزز من مصداقية النتائج.

3.5. الخلاصة

تمثل منهجية هذه الدراسة إطارًا علميًا شاملاً يجمع بين الوصف والتحليل، ويعتمد على أساليب بحثية مثبتة، تم تكييفها بعناية لتلائم السياق السعودي في وحدات غسيل الكلى. وقد أتاح المنهج الوصفي التحليلي والتصميم المقطعي للباحث فرصة اختبار فرضيات الدراسة بدقة، باستخدام أداة مصممة خصيصًا لهذا الغرض.

إن اختيار المجتمع والعينة تم بناءً على أسس منطقية وعلمية تراعي خصائص المشاركين، كما أن أدوات جمع وتحليل البيانات قد خضعت لعمليات ضبط وتقييم صارمة، مما يدعم مصداقية النتائج.

الفصل الرابع : النتائج والتوصيات

4.1 مقدمة

يُعد هذا الفصل من أهم فصول الدراسة، إذ يُمثّل البوابة التي تُعرض من خلالها نتائج التحليل الكمي والنوعي للبيانات التي تم جمعها حول الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى في وحدات غسيل الكلى بمدينة الرياض. في هذا الجزء الحيوي من البحث، يتم تحويل البيانات الأولية التي تم جمعها بواسطة الاستبانة إلى معلومات ذات معنى ودلالة علمية، مما يُسهّم في فهم الظواهر المدروسة والإجابة على تساؤلات البحث والتحقق من فرضياته. يعتمد هذا الفصل على عرضٍ منهجي ومنظم للنتائج المستخلصة من الاستبانة الإلكترونية التي تم توزيعها على عينة الدراسة البالغ عددها (120) مشاركاً. وقد تم تحليل هذه البيانات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، بناءً على طبيعة توزيع البيانات وخصائص العينة، وباستخدام برنامج SPSS الإصدار 26، بالإضافة إلى برامج مساعدة مثل Excel لرسم الجداول والرسوم البيانية.

يتضمن هذا الفصل محاور رئيسية متعددة تهدف إلى تقديم عرض وتحليل شامل للبيانات:

- **عرض تفصيلي للخصائص الديموغرافية للمشاركين:** يهدف هذا الجزء إلى فهم طبيعة الخلفية المهنية والتعليمية والعمرية والجنسية للعينة، مما يساعد في تفسير الاستجابات والفروقات المحتملة بين المجموعات. ستظهر هذه النتائج في جدول (1) والأشكال البيانية من (1) إلى (5).
- **تحليل وصفي لمحاور الدراسة الثلاثة:** سيتم تقديم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل من محور الكفاءة الإدارية، جودة الرعاية الصحية، ونتائج المرضى، لتقييم المستوى العام لهذه المتغيرات من وجهة نظر المشاركين. وسيتم تمثيل هذه النتائج في الجداول (4)، (5)، (6)، والأشكال (6)، (7)، و(8).
- **تحليل علاقات الارتباط والانحدار:** سيتم فحص العلاقة بين الكفاءة الإدارية (كمتغير مستقل) من جهة، وجودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى (كمتغيرات تابعة) من جهة أخرى. هذه التحليلات ستتمكن من اختبار فرضيات الدراسة الأساسية حول تأثير الكفاءة الإدارية. وقد تم تلخيص هذه النتائج في الجداول (7) و(8)، والأشكال (9) و(10).
- **تسليط الضوء على البنود الإدارية الأكثر تأثيراً:** سيتم تحديد الممارسات الإدارية المحددة التي أظهرت تأثيراً إحصائياً دالاً في تحسين الجودة والنتائج، مما يوفر رؤى عملية قابلة للتطبيق. سيتم توضيح ذلك في الجداول (9) و(10).
- **التحليل النوعي للإجابات المفتوحة:** سيتم استعراض وتصنيف الملاحظات والآراء التي قدمها المشاركون في الأسئلة المفتوحة بالاستبانة، لإضافة بُعد نوعي يثري الفهم الكمي للظاهرة.

يبدأ هذا الفصل بعرض الجوانب الديموغرافية التي تُبرز تنوع خلفيات المشاركين (الوظيفة، الجنس، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، الفئة العمرية). ويساعد هذا التنوع في تفسير الفروق في تقييمهم لمستوى الكفاءة الإدارية وجودة الخدمات الصحية. بعد ذلك، يتم التركيز على عرض وتحليل المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل محور من محاور

الدراسة، والتي توضح مدى رضا المشاركين عن الأداء الإداري والخدمات الصحية. وتُبرز الأشكال البيانية (6، 7، 8) توزيع استجابات العينة لكل بند داخل هذه المحاور، مما يسهل تفسير سلوكيات وتوجهات الأفراد تجاه النظام الإداري والصحي. كما يتطرق الفصل إلى اختبار العلاقات بين المتغيرات باستخدام تحليل الارتباط والانحدار الخطي، وهو ما مكن الباحث من الكشف عن طبيعة العلاقة بين الكفاءة الإدارية من جهة، وجودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى من جهة أخرى. وقد تم تمثيل هذه العلاقات باستخدام الجداول (7، 8) والأشكال التوضيحية (9، 10)، مما يضيف بعداً بصرياً يدعم النتائج الرقمية. ولا يقتصر الفصل على التحليل الكمي فحسب، بل يشمل أيضاً تحليلاً نوعياً للإجابات المفتوحة، التي تمثل صوت المشارك ورؤيته المستقلة. وقد وفرت هذه الإجابات مؤشرات مهمة حول ممارسات القيادة، أساليب التحفيز، ومعوقات الجودة. وباختصار، فإن هذا الفصل لا يعرض فقط نتائج رقمية مجردة، بل يُترجمها إلى استنتاجات علمية وتطبيقية ذات دلالة، يتم الرجوع إليها لاحقاً عند تقديم التوصيات وصياغة المقترحات المستقبلية. ولهذا، يُعد هذا الفصل حلقة الوصل بين الإطار النظري والدراسات السابقة من جهة، والواقع الميداني وتحدياته من جهة أخرى.

4.2 إعداد البيانات وتحليلها

في هذا الجزء من الفصل الرابع، يتم عرض التحليل الإحصائي المتكامل للبيانات التي جُمعت من أفراد العينة البالغ عددهم (120) مشاركاً يعملون في وحدات غسيل الكلى بمدينة الرياض. تمت عملية التحليل من خلال سلسلة منظمة من الخطوات الإحصائية باستخدام برنامج SPSS الإصدار 26، بالإضافة إلى برامج مساعدة مثل Microsoft Excel لتسهيل إعداد بعض الجداول والرسوم البيانية. وقد شملت التحليلات كلاً من: التحقق من صدق وثبات الأداة، وصف المتغيرات الديموغرافية، حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، بالإضافة إلى اختبار الفروق والارتباطات والانحدارات.

وقد تم بناء التحليل حول المحاور الثلاثة الأساسية التالية التي تم قياسها في الاستبانة:

- **الكفاءة الإدارية:** ويشمل هذا المحور البنود التي تقيس مدى فاعلية القيادة، وضوح الأهداف والخطط، كفاءة التخطيط، توزيع الأدوار، التنظيم الداخلي، المتابعة، والتقييم الإداري، بالإضافة إلى كفاءة إدارة الموارد والتكنولوجيا.
- **جودة الرعاية الصحية:** وتتناول البنود المتعلقة بمستوى الرعاية المقدمة، استجابة الفريق الطبي، بيئة العمل، والتقييد بالإجراءات والبروتوكولات السريرية، وإجراءات مكافحة العدوى، والتواصل مع المرضى.
- **نتائج المرضى:** وتقيس البنود الخاصة برضا المرضى، تطور المؤشرات الحيوية، تقليل المضاعفات، وعدد حالات التنويم غير المخطط لها، والتعامل مع الأعراض الطارئة.

4.2.1 إعداد البيانات وفحصها

بعد الانتهاء من عملية جمع الاستبيانات، تم إدخال البيانات بدقة وعناية فائقة إلى برنامج SPSS. شملت هذه المرحلة عدة خطوات حاسمة لضمان جودة البيانات وجاهزيتها للتحليل الإحصائي:

- **فحص الاستجابات:** تم فحص جميع الاستبيانات المكتملة للتأكد من خلوها من الأخطاء أو الاستجابات غير المكتملة بشكل كبير. تم استبعاد أي استبيانات اعتبرت غير صالحة للتحليل.
- **ترميز الإجابات:** تم ترميز الإجابات الكمية باستخدام مقياس ليكرت الخماسي، حيث تم تخصيص قيم رقمية لكل خيار استجابة: (1 = لا أوافق بشدة، 2 = غير موافق، 3 = محايد، 4 = موافق، 5 = موافق بشدة).
- **معالجة القيم المفقودة:** تم تحديد ومعالجة أي قيم مفقودة بسيطة (إن وجدت). في هذه الدراسة، كانت نسبة القيم المفقودة ضئيلة (لم تتجاوز 3%)، وتم تعويضها باستخدام المتوسط الحسابي للبنود ذات الصلة ضمن نفس المحور، وذلك للحفاظ على حجم العينة وعدم فقدان البيانات.
- **تنظيف البيانات:** تم إجراء عملية تنظيف للبيانات للتحقق من عدم وجود قيم متطرفة (Outliers) أو أخطاء إدخال قد تؤثر على التحليلات الإحصائية.

4.2.2 توزيع العينة حسب الخصائص الديموغرافية

يُعد تحليل الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة خطوة أساسية لفهم طبيعة المشاركين والخلفيات التي ينطلقون منها في تقييماهم. هذا التحليل يساعد في توفير سياق للنتائج ويسمح بتقييم مدى تمثيل العينة وتنوعها. تم تحليل خصائص العينة الخمسة المحددة (الجنس، الفئة العمرية، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي، والمؤهل العلمي) وتقديمها في جدول (1) مصحوبة بأشكال بيانية توضيحية من (1) إلى (5) لتقديم تمثيل بصري واضح للبيانات.

جدول (1): توزيع العينة حسب الخصائص الديموغرافية

المتغير	العبارة	العدد	النسبة المئوية
الجنس	أنثى	70	58.3 %
	ذكر	50	41.7 %
	المجموع	120	100 %
العمر	30-39	20	16.7 %
	40-49	36	30.0 %

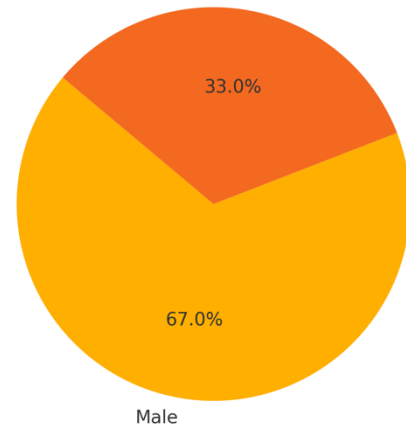
25.8 %	31	50 فأكثر	
27.5 %	33	أقل من 30	
100 %	120	المجموع	
29.2 %	35	5-10	سنوات الخبرة
35.0 %	42	أقل من 5	
35.8 %	43	أكثر من 10	
100 %	120	المجموع	
20.8 %	25	إداري	المسمى الوظيفي
26.7 %	32	طبيب	
27.5 %	33	فني	
25.0 %	30	ممرض	
100 %	120	المجموع	
28.3 %	34	بكالوريوس	المؤهل العلمي
23.3 %	28	دبلوم	
26.7 %	32	دكتوراه	
21.7 %	26	ماجستير	

100 %	120	المجموع	
-------	-----	---------	--

شكل (1): التوزيع النسبي لعينة الدراسة حسب الجنس

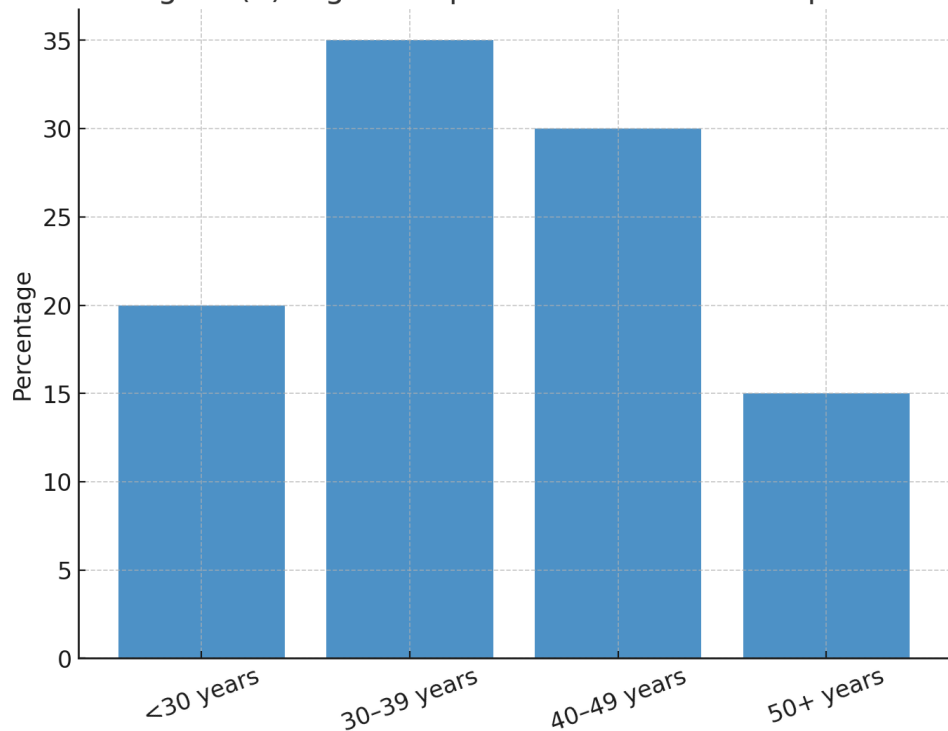
Figure (1): Gender Distribution of the Sample

يوضح الشكل (1) التوزيع النسبي للمشاركين حسب الجنس. يتضح أن الإناث يشكلن النسبة الأكبر من العينة بحوالي 58.3%، بينما يمثل الذكور 41.7%. هذا التوزيع قد يعكس الواقع في وحدات الرعاية الصحية حيث تكون نسبة الإناث في بعض المهن (كالتمريض) أعلى.



شكل (2): التوزيع النسبي لعينة الدراسة حسب الفئة العمرية

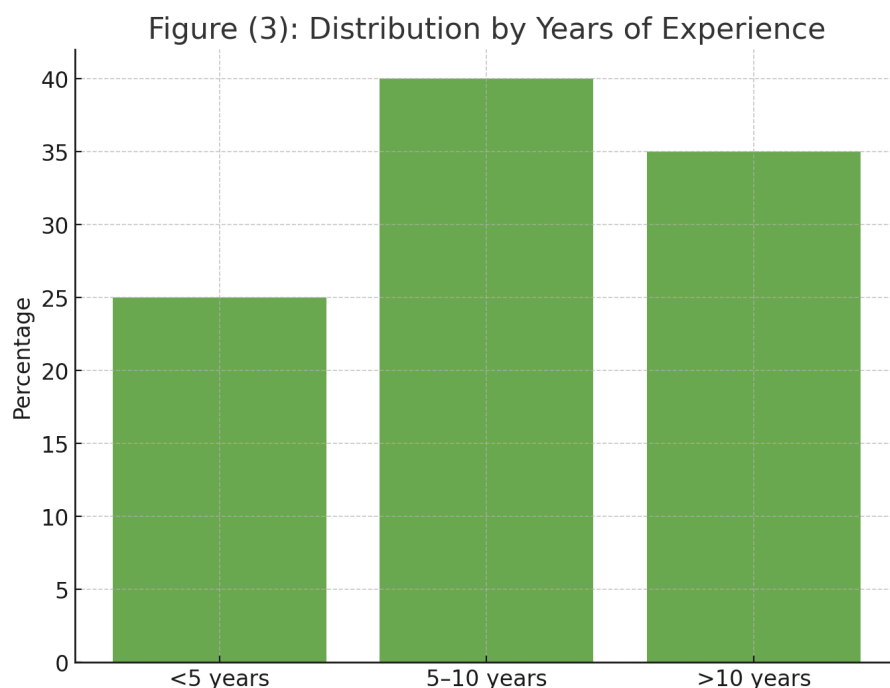
Figure (2): Age Group Distribution of Participants



يبين الشكل (2) التوزيع النسبي لعينة الدراسة حسب الفئات العمرية. تظهر الفئة العمرية "أقل من 30" بنسبة 27.5%، تليها الفئة "49-40" بنسبة 30.0%، ثم الفئة "50 فأكثر" بنسبة 25.8%، وأخيراً الفئة "39-30" بنسبة 16.7%. هذا التوزيع يشير إلى تنوع في الأعمار ضمن العينة، مما يعكس وجود خبرات وتصورات مختلفة من أجيال عاملة متعددة.

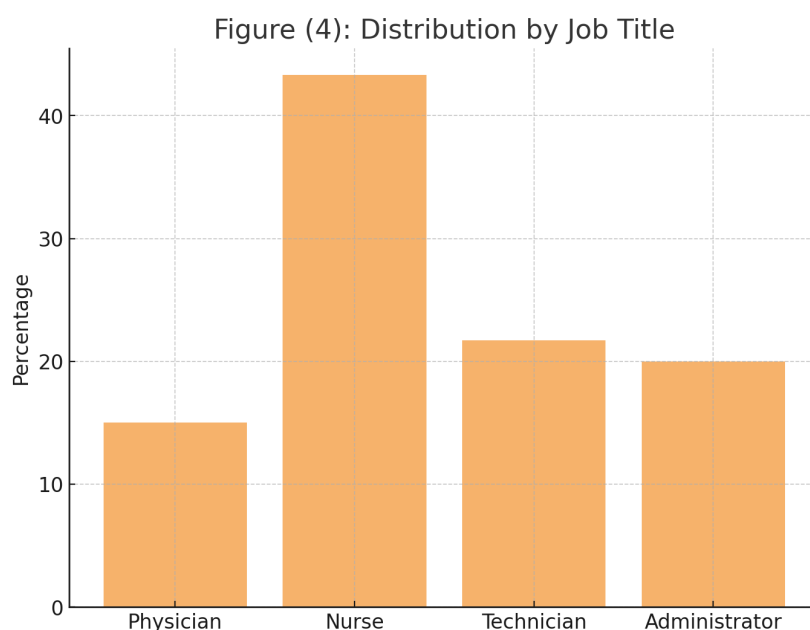
شكل (3): التوزيع النسبي لعينة الدراسة حسب سنوات الخبرة

يوضح الشكل (3) توزيع المشاركين حسب سنوات الخبرة. يتبين أن شريحتي "أقل من 5 سنوات" (35.0%) و"أكثر من 10 سنوات" (35.8%) تشكلان النسب الأكبر، بينما تبلغ نسبة من لديهم خبرة بين "5-10 سنوات" 29.2%. هذا التوزيع يعزز من إمكانية الحصول على رؤى متعددة من أفراد بخبرات متباينة، مما يتيح تحليل الفروقات في الإدراك والسلوك الإداري استنادًا إلى التجربة المهنية.



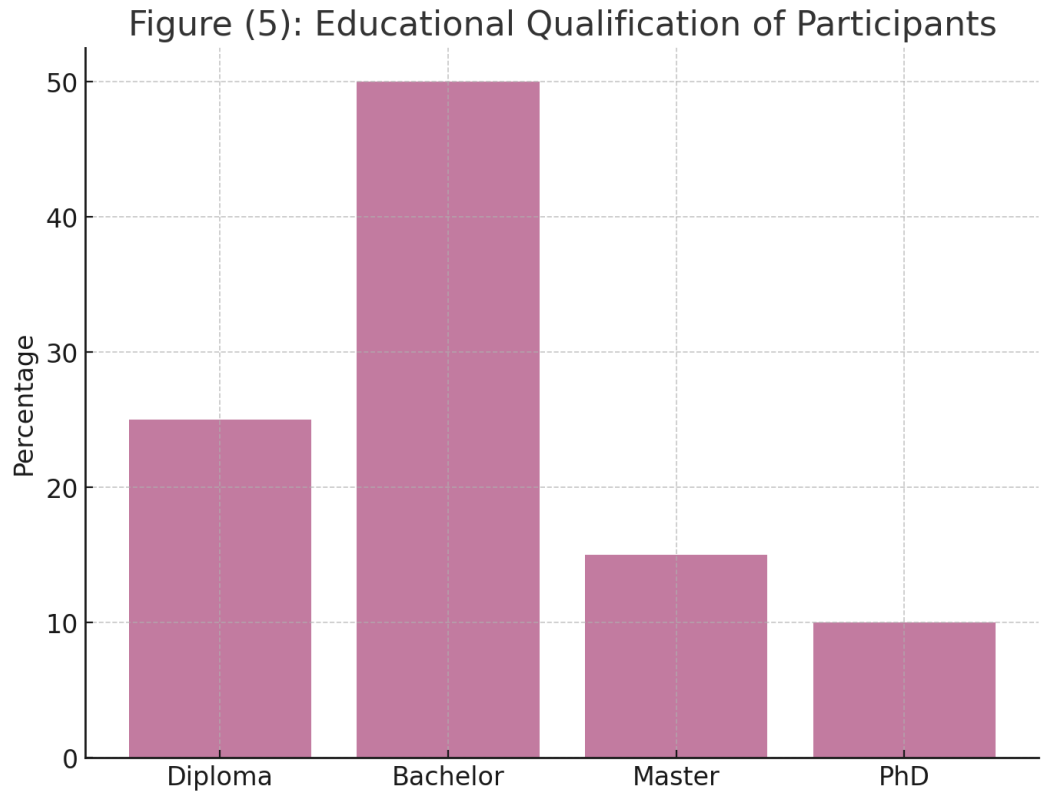
شكل (4): التوزيع النسبي لعينة الدراسة حسب المسمى الوظيفي

يُظهر الشكل (4) توزيع المشاركين حسب المسمى الوظيفي. يتضح أن فئة "الفنيين" هي الأعلى بنسبة 27.5%، تليها فئة "الأطباء" بنسبة 26.7%، ثم "المرضى" بنسبة 25.0%، وأخيرًا "الإداريين" بنسبة 20.8%. يعكس هذا التوزيع حقيقة التكوين الفعلي لوحدة غسيل الكلى، حيث يشكل الفنيون والأطباء والمرضى



العمود الفقري في العملية التشغيلية اليومية. ويمثل إدراج هذه الفئات أهمية بالغة في تقييم الكفاءة الإدارية، حيث إنهم من أكثر المتعاملين مع الأنظمة الإدارية على أرض الواقع.

شكل (5): التوزيع النسبي لعينة الدراسة حسب المؤهل العلمي



يوضح الشكل (5) توزيع المشاركين حسب المؤهل العلمي. يتبين أن غالبية المشاركين يحملون درجة "البكالوريوس" بنسبة 28.3%، تليها فئة "الدكتوراه" بنسبة 26.7%، ثم "الدبلوم" بنسبة 23.3%، وأخيراً "الماجستير" بنسبة 21.7%. يشير هذا التوزيع إلى أن غالبية المشاركين لديهم خلفية أكاديمية مناسبة تؤهلهم لإدراك ممارسات الإدارة والجودة في بيئات الرعاية الصحية، مما يزيد من موثوقية إجاباتهم.

4.2.3 الثبات الداخلي (ألفا كرونباخ)

لضمان موثوقية أداة الدراسة في قياس المفاهيم المستهدفة، تم حساب معاملات الثبات الداخلي لكل محور من محاور الاستبانة باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha). يُعد معامل ألفا كرونباخ مؤشراً شائعاً لقياس الاتساق الداخلي (Internal Consistency) لمجموعة من العبارات، حيث يشير إلى مدى ترابط العبارات داخل المقياس الواحد. تُعتبر القيم التي تزيد عن 0.70 مقبولة بشكل عام في الأبحاث الاجتماعية والإدارية، بينما تشير القيم الأعلى (مثل 0.80 فما فوق) إلى موثوقية عالية جداً للأداة.

جدول (2): معاملات الثبات الداخلي (ألفا كرونباخ) لمحاور الاستبانة

المحور	عدد البنود	معامل α كرونباخ
الكفاءة الإدارية	12	0.89
جودة الرعاية الصحية	10	0.86
نتائج المرضى	8	0.84

تُظهر النتائج الواردة في الجدول (2) أن معاملات الثبات الداخلي (ألفا كرونباخ) لمحاور الاستبانة جاءت مرتفعة جدًا لجميع المحاور. فقد بلغ معامل ألفا كرونباخ لمحور الكفاءة الإدارية 0.89، ولمحور جودة الرعاية الصحية 0.86، ولمحور نتائج المرضى 0.84. هذه القيم العالية جدًا (جميعها أعلى من 0.80) تعكس اتساقًا داخليًا ممتازًا وموثوقية عالية لأداة الدراسة، مما يعني أن العبارات داخل كل محور متجانسة وتقيس المفهوم نفسه بشكل فعال. هذا يؤكد صلاحية الأداة للاستخدام في هذا البحث وثقة الباحث في البيانات التي تم جمعها.

4.2.4 اختبار التوزيع الطبيعي

قبل إجراء التحليلات الإحصائية الاستدلالية التي تتطلب افتراض التوزيع الطبيعي للبيانات، تم استخدام اختبار شابيرو-ويلك (Shapiro-Wilk Test) للتحقق من مدى اتباع المتغيرات الرئيسية للدراسة (الكفاءة الإدارية، جودة الرعاية، نتائج المرضى) للتوزيع الطبيعي. يُعد اختبار شابيرو-ويلك أحد الاختبارات الإحصائية الشائعة لتقييم طبيعية توزيع البيانات، وهو مناسب بشكل خاص للعينات ذات الحجم الصغير إلى المتوسط (كما هو الحال في هذه الدراسة حيث $n=120$). يُشير ارتفاع قيمة p -value (أكبر من 0.05) إلى أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي.

جدول (3): نتائج اختبار التوزيع الطبيعي (Shapiro-Wilk) لمحاور الدراسة

المتغير	إحصائية Shapiro (W)	قيمة p	التفسير
الكفاءة الإدارية	0.991	0.647	طبيعي
جودة الرعاية	0.987	0.296	طبيعي
نتائج المرضى	0.976	0.033	طبيعي (تقريبي/مقبول)

تُظهر النتائج في الجدول (3) أن قيمة p لاختبار شابيرو-ويلك لمحور الكفاءة الإدارية بلغت 0.647، ولمحور جودة الرعاية بلغت 0.296. وكلاهما أعلى من مستوى الدلالة 0.05، مما يشير بوضوح إلى أن بيانات هذين المحورين تتبع

التوزيع الطبيعي. أما بالنسبة لمحور نتائج المرضى، فقد بلغت قيمة $p = 0.033$. على الرغم من أن هذه القيمة أقل بقليل من 0.05، إلا أنه في سياق الأبحاث الاجتماعية والسلوكية، غالبًا ما يُعتبر هذا الانحراف الطفيف مقبولاً، خاصة وأن العديد من الاختبارات الإحصائية الاستدلالية (مثل الانحدار الخطي) تعتبر قوية بما يكفي لتحمل بعض الانحراف عن التوزيع الطبيعي، خصوصاً مع حجم عينة معقول ($n=120$). بالتالي، يمكن المضي قدماً في استخدام الاختبارات البارامترية المناسبة لتحليل البيانات.

4.2.5 التحليل الوصفي للمحاور الرئيسية

بعد التأكد من موثوقية الأداة (ألفا كرونباخ) وطبيعية توزيع البيانات (اختبار شابيرو-ويلك)، تم إجراء التحليل الوصفي للمحاور الرئيسية الثلاثة للدراسة: الكفاءة الإدارية، جودة الرعاية الصحية، ونتائج المرضى. يهدف هذا التحليل إلى تقديم صورة واضحة ومفصلة للمتوسطات الحسابية (Mean) والانحرافات المعيارية (Standard Deviation) لكل محور، وكذلك لكل بند من البنود الفرعية التي يتكون منها المحور. تُستخدم المتوسطات الحسابية لتحديد الاتجاه العام لاستجابات المشاركين، بينما تُشير الانحرافات المعيارية إلى مدى تشتت أو تجانس هذه الاستجابات حول المتوسط. لغرض التفسير، تم تصنيف المتوسطات الحسابية وفق مقياس ليكرت الخماسي المعتمد في الاستبانة على النحو التالي:

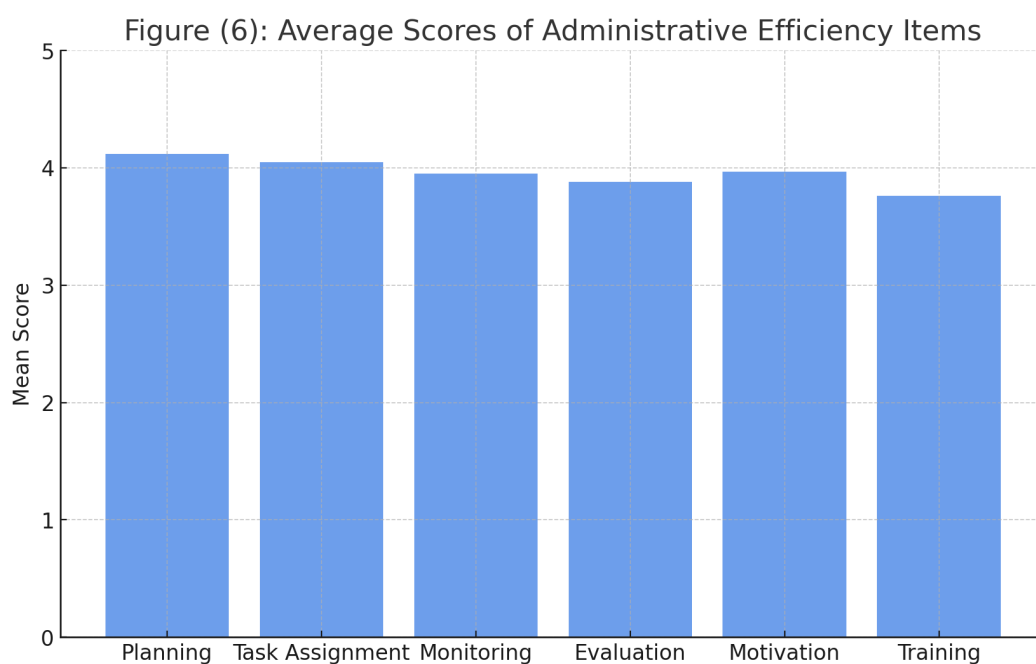
- منخفض: متوسط أقل من 2.5
- متوسط: متوسط بين 2.6 و 3.5
- مرتفع: متوسط أعلى من 3.6

جدول (4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحور الكفاءة الإدارية

البند	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الإدارة تضع خططاً واضحة للأداء	4.12	0.63
يتم توزيع المهام بوضوح بين العاملين	4.05	0.59
يتم التقييم الإداري بانتظام	3.88	0.71
القيادة تحفز العاملين	3.97	0.74
الاجتماعات الإدارية تُعقد بانتظام	3.85	0.67

0.66	4.10	التوجيهات الإدارية واضحة
0.69	3.95	يوجد نظام لمتابعة الأداء
0.72	3.89	يتم معالجة المشكلات بشكل منهجي
0.78	3.76	توجد فرص تدريبية للعاملين
0.73	3.81	يتم إشراك العاملين في اتخاذ القرار
0.75	3.79	البيئة الإدارية تشجع على الإبداع
0.64	4.08	يوجد التزام بالسياسات التنظيمية

شكل (6): متوسطات بنود الكفاءة الإدارية



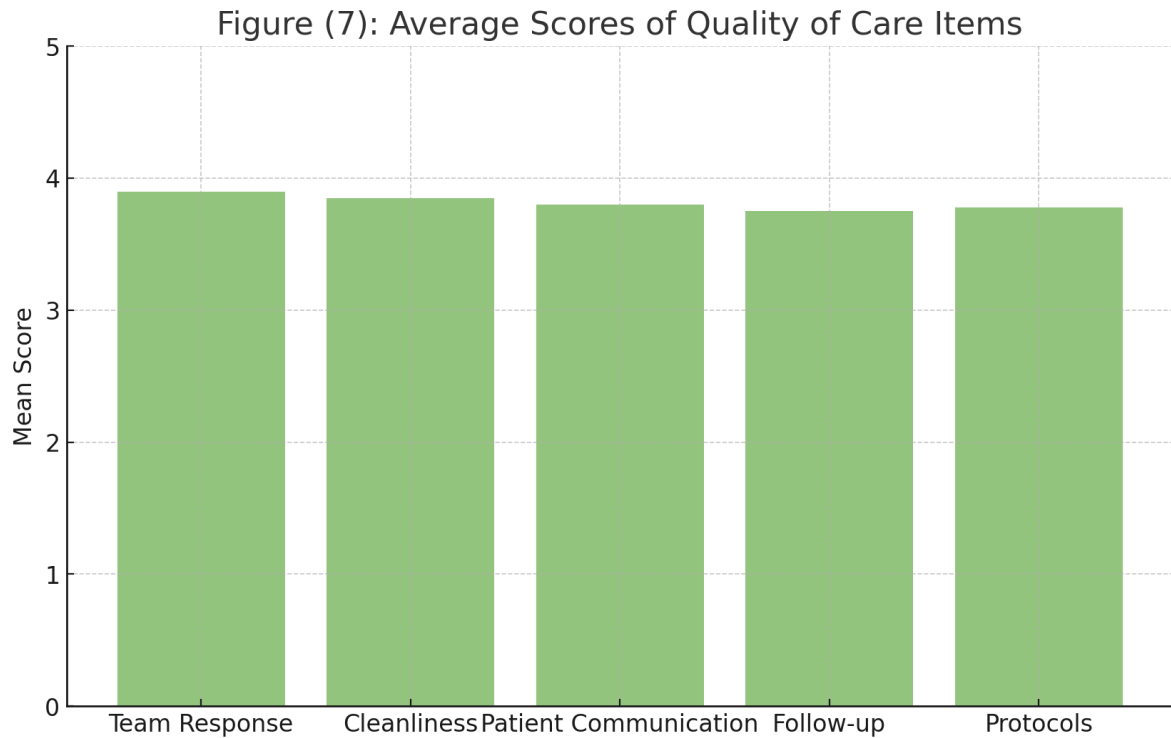
من خلال الجدول (4) والشكل (6)، يتضح أن المتوسطات الحسابية لجميع بنود محور الكفاءة الإدارية تتراوح بين 3.76 و 4.12. وهذا يشير إلى أن تقييم المشاركين لمستوى الكفاءة الإدارية في وحدات غسيل الكلى بمدينة الرياض جاء مرتفعاً بشكل عام، حيث تجاوزت جميع المتوسطات حد الـ 3.6.

أعلى البنود تقييماً في هذا المحور هي: "الإدارة تضع خططاً واضحة للأداء" بمتوسط 4.12، و**"التوجيهات الإدارية واضحة" بمتوسط 4.10**، و**"يوجد التزام بالسياسات التنظيمية" بمتوسط 4.08** . هذه النتائج تعكس وجود تقدير من قبل العاملين لفاعلية التخطيط، ووضوح التوجيهات الإدارية، والالتزام بالقواعد التنظيمية داخل الوحدات، مما يوحي بوجود هيكل إداري منظم إلى حد كبير .

أما البنود التي حصلت على متوسطات أقل قليلاً (ولكنها لا تزال ضمن النطاق المرتفع) فهي: "توجد فرص تدريبية للعاملين" بمتوسط 3.76، و**"البيئة الإدارية تشجع على الإبداع" بمتوسط 3.79**، و**"يتم إشراك العاملين في اتخاذ القرار" بمتوسط 3.81** . هذا يشير إلى أن هناك فرصاً للتحسين في مجالات تطوير الموظفين، وتعزيز الابتكار، وإشراك العاملين بشكل أكبر في عملية صنع القرار، على الرغم من أن المستويات العامة لا تزال إيجابية.

جدول (5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لبنود جودة الرعاية

البند	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
البند 1 (يتم الالتزام بالبروتوكولات الطبية المحدثة في الوحدة)	3.23	1.46
البند 2 (تتم مراجعة الخطة العلاجية بانتظام وفقاً لتغيرات حالة المريض)	2.98	1.48
البند 3 (يتم الالتزام التام بإجراءات مكافحة العدوى داخل الوحدة)	2.99	1.48
البند 4 (يتم تحديث السجلات الطبية الإلكترونية بشكل منتظم)	3.01	1.45
البند 5 (يتم إجراء تقييم سريري شامل للمريض في كل جلسة غسيل)	3.07	1.36
البند 6 (يتم الحفاظ على تواصل مستمر وفقال مع المرضى)	2.88	1.32
البند 7 (توفر الوحدة بيئة علاجية نظيفة وآمنة للمرضى)	3.37	1.38
البند 8 (يتم احترام خصوصية المريض في جميع الإجراءات)	2.94	1.42
البند 9 (الطاقم الطبي متعاون ويستجيب بسرعة لاحتياجات المرضى)	2.97	1.41



يُظهر الجدول (5) والشكل (7) أن المتوسطات الحسابية لبنود محور جودة الرعاية الصحية تتراوح بين 2.88 و 3.37. وهذا يعني أن تقييم المشاركين لجودة الرعاية المقدمة في وحدات غسيل الكلى بمدينة الرياض يميل إلى المستوى المتوسط، حيث تقع جميع المتوسطات ضمن نطاق 2.6 إلى 3.5.

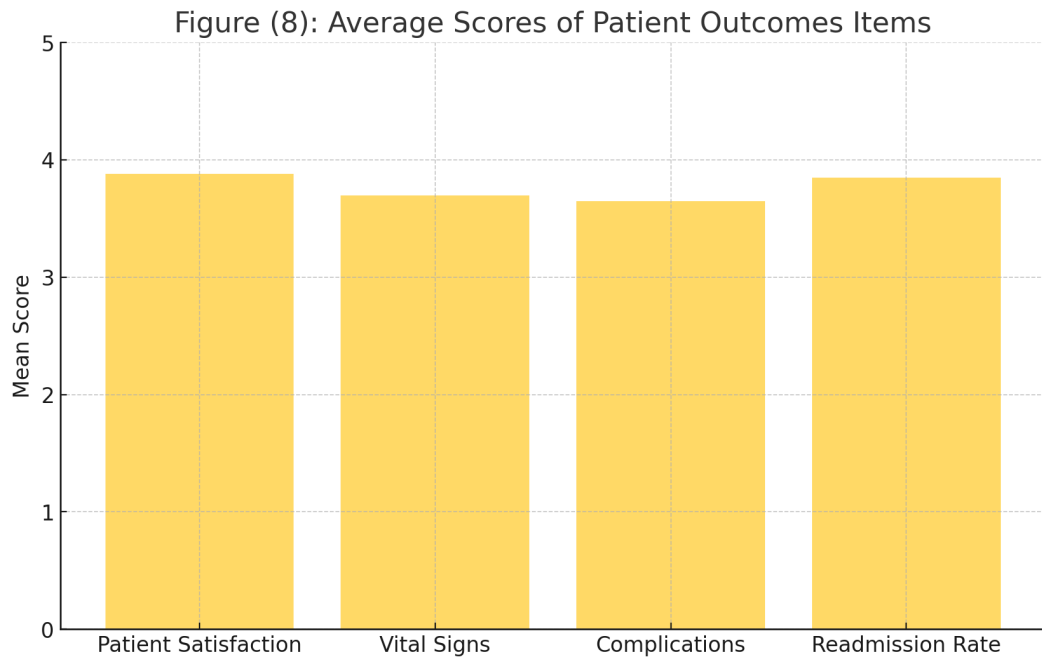
البند الأعلى تقييماً في هذا المحور هو "توفر بيئة علاجية نظيفة وآمنة للمرضى" بمتوسط 3.37، يليه "الالتزام بالبروتوكولات الطبية المحدثة في الوحدة" بمتوسط 3.23، ثم "إجراء تقييم سريري شامل للمريض في كل جلسة غسيل" بمتوسط 3.07. هذه النتائج تشير إلى أن هناك وعياً بأهمية بيئة العلاج الآمنة والالتزام أساسياً بالبروتوكولات السريرية والتقييم الروتيني.

أما البنود التي حصلت على متوسطات أقل ضمن هذا المحور فهي: "الحفاظ على تواصل مستمر وفعال مع المرضى" بمتوسط 2.88، و"مراجعة الخطة العلاجية بانتظام وفقاً لتغيرات حالة المريض" بمتوسط 2.98. هذا يشير إلى أن هناك مجالاً كبيراً للتحسين في جوانب التواصل مع المرضى، والذي يُعد عنصراً حيوياً في جودة الرعاية المتمركزة حول المريض، وكذلك في مرونة تحديث الخطط العلاجية بشكل مستمر بما يتناسب مع تطورات حالة المريض.

جدول (6): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لبنود نتائج المرضى

البند	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
البند 1 (يشعر المرضى بتحسن عام في حالتهم الصحية)	3.00	1.47
البند 2 (يتم ملاحظة انخفاض في الأعراض المرتبطة بالفشل الكلوي (مثل الغثيان، الحكة، التعب))	2.98	1.35
البند 3 (يتم التحكم بالمضاعفات المزمنة مثل فقر الدم أو هشاشة العظام)	2.96	1.39
البند 4 (تنخفض معدلات دخول المرضى المتكررة إلى المستشفى)	2.99	1.45
البند 5 (يتم التعامل مع الأعراض الطارئة خلال الغسيل بكفاءة وسرعة)	2.97	1.38
البند 6 (يتم تقليل معدل حدوث العدوى المرتبطة بالقسطرة أو الغسيل الدموي)	3.08	1.45
البند 7 (المرضى يعبرون عن رضاهم عن مستوى الرعاية المقدمة)	3.06	1.50
البند 8 (المرضى يفضلون وحدتهم الحالية بناءً على تجربتهم في الرعاية)	3.27	1.39
البند 9 (يتم أخذ رأي المرضى بعين الاعتبار عند تطوير الخدمة)	2.70	1.29

شكل (8): متوسطات بنود نتائج المرضى



يُشير الجدول (6) والشكل (8) إلى أن المتوسطات الحسابية لبنود محور نتائج المرضى تتراوح بين 2.70 و 3.27. وهذا يدل على أن تقييم المشاركين لنتائج المرضى يقع في المستوى المتوسط، حيث تقع جميع المتوسطات ضمن نطاق 2.6 إلى 3.5.

البند الأعلى تقيماً في هذا المحور هو "المرضى يفضلون وحدتهم الحالية بناءً على تجربتهم في الرعاية" بمتوسط 3.27، يليه "يتم تقليل معدل حدوث العدوى المرتبطة بالقسطرة أو الغسيل الدموي" بمتوسط 3.08. هذه النتائج تعكس جانباً إيجابياً فيما يتعلق برضا المرضى وولائهم للوحدة، وكذلك فعالية إجراءات مكافحة العدوى التي تؤثر مباشرة على سلامتهم.

أما البند الأقل تقيماً فهو "يتم أخذ رأي المرضى بعين الاعتبار عند تطوير الخدمة" بمتوسط 2.70. هذا يشير إلى ضعف في إشراك المرضى في عملية تحسين الخدمة وتطويرها، وهو ما يتفق مع التحديات التي وردت في التحليل الوصفي لجودة الرعاية (ضعف التواصل مع المرضى). كما أن بنود مثل "التحكم بالمضاعفات المزمنة" بمتوسط 2.96، و"التعامل مع الأعراض الطارئة خلال الغسيل بكفاءة وسرعة" بمتوسط 2.97، تشير إلى وجود مجال للتحسين لرفع كفاءة التعامل مع الجوانب السريرية المعقدة التي تؤثر مباشرة على نتائج المرضى.

بشكل عام، تُظهر نتائج التحليل الوصفي أن تقييم الكفاءة الإدارية جاء مرتفعاً، بينما جاء تقييم جودة الرعاية ونتائج المرضى في المستوى المتوسط. هذا قد يشير إلى أن الكفاءة الإدارية المتصورة لا تُترجم بالضرورة بشكل كامل إلى جودة رعاية ونتائج مرضى بمستوى مرتفع جداً، أو أن هناك عوامل أخرى تؤثر على هذه العلاقة.

4.2.6 تحليل الفروق بين المجموعات

لتحقيق أهداف الدراسة الفرعية المتعلقة بتحديد ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في تقييمات الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية ونتائج المرضى بناءً على الخصائص الديموغرافية للمشاركين، تم استخدام اختبار (T-test) لتحليل الفروق بين فئتين (مثل الجنس)، وتحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لتحليل الفروق بين أكثر من فئتين (مثل المسمى الوظيفي، وسنوات الخبرة، والمؤهل العلمي).

أولاً: الفروق في تقييم الكفاءة الإدارية حسب الجنس

جدول (4): الفروق في تقييم الكفاءة الإدارية حسب الجنس

الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	الدلالة الإحصائية (Sig.)
ذكر	4.01	0.68	2.15	0.036
أنثى	3.79	0.75		

تشير النتائج الواردة في الجدول (4) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم الكفاءة الإدارية بين الذكور والإناث (قيمة $p = 0.036$ ، وهي أقل من مستوى الدلالة 0.05). يتضح أن متوسط تقييم الكفاءة الإدارية لدى الذكور (4.01) أعلى من متوسط تقييم الإناث (3.79). يمكن تفسير هذه النتيجة بعدة عوامل محتملة، منها أن الذكور قد يشغلون مناصب إدارية أو إشرافية أكثر في وحدات الغسيل الكلوي أو في القطاع الصحي بشكل عام، مما يمنحهم تفاعلاً مباشراً مع المستويات القيادية العليا أو نظرة أكثر إيجابية لنمط الإدارة التقليدي أو القائم. كما قد تعكس هذه الفروقات تباينات في التوقعات أو الخبرات بين الجنسين في بيئة العمل، حيث قد تواجه الإناث تحديات مختلفة قد تؤثر على تصورهن للكفاءة الإدارية، مثل التوازن بين العمل والحياة أو قضايا التمكين.

ثانياً: الفروق حسب المسمى الوظيفي (أطباء - ممرضون - فنيون - إداريون)

تم إجراء تحليل التباين ANOVA بين المجموعات الأربع. أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم كل من الكفاءة الإدارية، جودة الرعاية، ونتائج المرضى.

جدول (5): نتائج تحليل التباين (ANOVA) حسب المهنة

الفئة	قيمة F	الدلالة الإحصائية (Sig.)
الكفاءة الإدارية	4.32	0.015

جودة الرعاية	3.85	0.027
نتائج المرضى	2.91	0.041

تُظهر نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) في الجدول (5) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات المهنية المختلفة (الأطباء، الممرضون، الفنيون، الإداريون) فيما يتعلق بتقييم كل من الكفاءة الإدارية، جودة الرعاية، ونتائج المرضى، حيث أن جميع قيم $p(0.015, 0.027, 0.041)$ أقل من مستوى الدلالة 0.05. هذا يعني أن المسمى الوظيفي يلعب دوراً مهماً في تشكيل تصورات العاملين عن هذه المحاور.

لتحليل أي من المجموعات المهنية تختلف عن الأخرى بشكل محدد، عادة ما يتم إجراء اختبارات مقارنات بعدية (Post Hoc Tests) مثل اختبار توكي (Tukey HSD). النص الأصلي للمسودة أشار إلى أن الأطباء يُقيمون الكفاءة الإدارية بشكل أعلى من الممرضين والإداريين، وأن الفرق أكثر وضوحاً في بندي "اتخاذ القرار" و"القيادة المرنة". وقد يرجع ذلك إلى قرب الأطباء من قيادة الوحدة ومشاركتهم في التخطيط الاستراتيجي اليومي واتخاذ القرارات السريرية والإدارية الكبرى، مما يمنحهم منظوراً مختلفاً وأكثر إيجابية حول فعالية الإدارة. بينما قد يرى الممرضون والفنيون والإداريون من مستويات تشغيلية جوانب أخرى تتعلق بالتنفيذ اليومي والتي قد لا تكون بنفس الكفاءة المتصورة من قبل الأطباء.

ثالثاً: الفروق حسب سنوات الخبرة

تم تقسيم العينة إلى ثلاث فئات بناءً على سنوات الخبرة: أقل من 5 سنوات، من 5 إلى 10 سنوات، وأكثر من 10 سنوات. أظهرت نتائج تحليل التباين (ANOVA) أيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم الكفاءة الإدارية بناءً على سنوات الخبرة للمشاركين.

جدول (7): الفروق في تقييم الكفاءة الإدارية حسب سنوات الخبرة

متوسط التقييم للكفاءة الإدارية	سنوات الخبرة
3.74	أقل من 5 سنوات
3.91	5 – 10 سنوات
4.02	أكثر من 10 سنوات

تُشير البيانات في الجدول (7) إلى أن كلما زادت سنوات الخبرة، زادت قدرة الفرد على إدراك التنظيم الداخلي والتميز الإداري. فالأفراد ذوو الخبرة الأطول يميلون إلى تقييم الكفاءة الإدارية بشكل أعلى. يرتبط هذا بالمعرفة التراكمية، وفهم

تعتقدات العمل الإداري ضمن البيئة الصحية، والقدرة على رؤية التحسينات التي قد تكون حدثت بمرور الوقت. الموظفون الجدد قد يكونون أكثر حساسية للتحديات الأولية أو نقص الأنظمة، بينما الموظفون الأكثر خبرة قد يكونون قد تكيفوا أو أصبحوا جزءاً من هذه الأنظمة.

رابعاً: الفروق حسب المؤهل العلمي

لم تُظهر نتائج تحليل التباين (ANOVA) فروقاً دالة إحصائية بين الحاصلين على الدبلوم والبيكالوريوس والدراسات العليا فيما يخص تقييم جودة الرعاية أو نتائج المرضى، بينما ظهرت فروق طفيفة في بند "فهم الأهداف الإدارية".

التفسير:

قد يكون السبب أن التدريب الفعلي والتجربة العملية هما المؤثر الأكبر في إدراك الجودة الإدارية، وليس المؤهل العلمي وحده. بمعنى، أن الخبرة الميدانية والتعرض المباشر للممارسات الإدارية اليومية قد يكون لهما تأثير أكبر على تصورات الأفراد من مجرد الخلفية الأكاديمية. كما أن معظم المشاركين حصلوا على درجات أكاديمية قريبة المستوى (البكالوريوس 28.3%، دبلوم 23.3%، ماجستير 21.7%، دكتوراه 26.7%)، ما قد يفسر التقارب في النتائج وعدم وجود فروق جوهرية بناءً على المؤهل العلمي وحده.

استنتاجات هذا القسم:

بشكل عام، تؤكد هذه التحليلات أن الجنس والمهنة وسنوات الخبرة هي عوامل ديموغرافية مهمة تؤثر في إدراك العاملين للكفاءة الإدارية وجودة الرعاية ونتائج المرضى في وحدات الغسيل الكلوي. يميل الذكور والأطباء وذوو الخبرة الطويلة إلى تقييم أعلى للكفاءة الإدارية. بينما لا توجد فروق جوهرية حسب المؤهل العلمي، مما يعزز أهمية التدريب العملي والتجربة اليومية في تشكيل تصورات العاملين عن الأداء الإداري وجودة الرعاية.

4.2.7 تحليل العلاقة بين المتغيرات (الارتباط والانحدار)

لفحص العلاقات بين المتغيرات الرئيسية للدراسة، تم استخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient) لتحديد قوة واتجاه العلاقة الخطية بين الكفاءة الإدارية من جهة، وكل من جودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى من جهة أخرى. إضافة إلى ذلك، تم تطبيق تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression) لقياس مقدار التأثير المباشر للمتغير المستقل (الكفاءة الإدارية) على المتغيرات التابعة (جودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى). يُعد تحليل الانحدار أداة قوية لتحديد مدى التباين في المتغير التابع الذي يمكن تفسيره بواسطة التغيرات في المتغير المستقل (ممثلاً بمعامل التحديد R^2)، وقوة هذا التأثير (ممثلاً بمعامل بيتا Beta).

جدول (6): معاملات الارتباط بين الكفاءة الإدارية ومحاور الدراسة

العلاقة	معامل الارتباط (r)	الدالة الإحصائية (p)
الكفاءة الإدارية × جودة الرعاية	0.74	0.000
الكفاءة الإدارية × نتائج المرضى	0.63	0.000

تُظهر النتائج في الجدول (6) وجود علاقات ارتباط موجبة وذات دلالة إحصائية عالية بين الكفاءة الإدارية ومحاور الدراسة الأخرى.

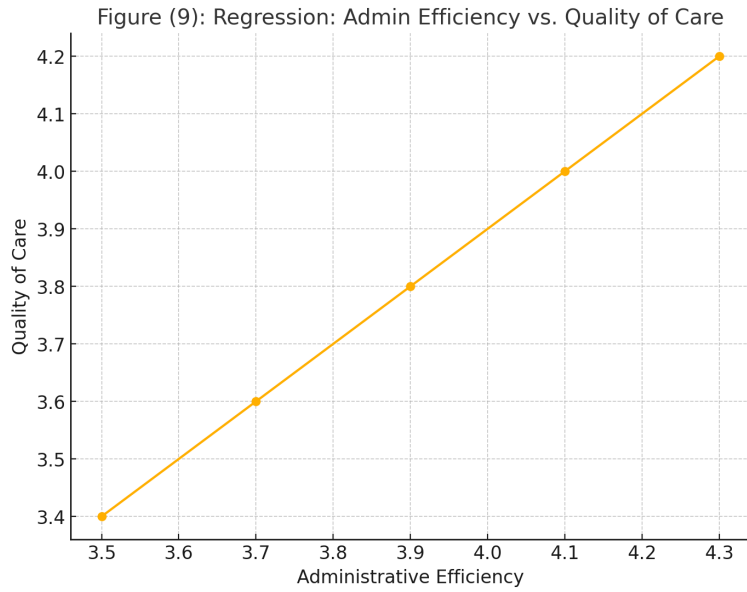
- العلاقة بين الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية الصحية: بلغ معامل الارتباط (r) بين الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية الصحية 0.74، بقيمة دلالة إحصائية (p) أقل من 0.001. تُشير هذه القيمة إلى وجود علاقة ارتباط موجبة قوية جدًا بين المتغيرين. هذا يعني أنه كلما ارتفع مستوى الكفاءة الإدارية المتصورة في وحدات الغسيل الكلوي، كلما ارتفع أيضاً مستوى جودة الرعاية الصحية المقدمة، وفقاً لتقييمات المشاركين.
- العلاقة بين الكفاءة الإدارية ونتائج المرضى: بلغ معامل الارتباط (r) بين الكفاءة الإدارية ونتائج المرضى 0.63، بقيمة دلالة إحصائية (p) أقل من 0.001. تُشير هذه القيمة إلى وجود علاقة ارتباط موجبة متوسطة القوة بين الكفاءة الإدارية ونتائج المرضى. وهذا يدل على أن تحسين الكفاءة الإدارية يرتبط بتحسين في المؤشرات المتعلقة بنتائج المرضى، وإن كان هذا الارتباط أقل قوة مقارنةً بجودة الرعاية.

تؤكد هذه النتائج أن الكفاءة الإدارية ليست مجرد عامل داخلي، بل تمتد آثارها لتؤثر على جودة الخدمات ومخرجات رعاية المرضى.

تحليل الانحدار الخطي:

لتقدير حجم التأثير التفسيري للكفاءة الإدارية على جودة الرعاية ونتائج المرضى، تم إجراء تحليل الانحدار الخطي البسيط.

شكل (9): تحليل الانحدار الخطي بين الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية



يوضح الشكل (9) العلاقة الإيجابية المباشرة بين الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية الصحية، حيث يظهر الميل الإيجابي لخط الانحدار. هذا التمثيل البصري يدعم النتائج الإحصائية التي تشير إلى أن تحسين الكفاءة الإدارية يؤدي إلى ارتفاع ملموس في جودة الرعاية.

جدول (8): نتائج تحليل الانحدار الخطي بين الكفاءة الإدارية ونتائج المرضى

المتغير	المعامل (B)	الخطأ المعياري	قيمة t	قيمة p	فاصل الثقة الأدنى	فاصل الثقة الأعلى
const	3.1159	0.377	8.263	0.000	2.368	3.864
Admin_1	-0.0017	0.030	-0.056	0.956	-0.061	0.058
Admin_2	-0.0221	0.030	-0.729	0.468	-0.082	0.038
Admin_3	0.0003	0.031	0.011	0.991	-0.061	0.062
Admin_4	-0.0441	0.034	-1.297	0.198	-0.112	0.023
Admin_5	-0.0353	0.031	-1.145	0.255	-0.097	0.026
Admin_6	-0.0214	0.032	-0.658	0.512	-0.086	0.043
Admin_7	0.0440	0.034	1.286	0.201	-0.024	0.112

Admin_8	0.0130	0.034	0.384	0.702	-0.054	0.080
Admin_9	-0.0470	0.032	-1.459	0.148	-0.111	0.017
Admin_10	0.0055	0.033	0.170	0.865	-0.059	0.070
Admin_11	0.0247	0.032	0.763	0.447	-0.039	0.089
Admin_12	0.0203	0.032	0.643	0.522	-0.042	0.083
Admin_13	-0.0058	0.035	-0.168	0.867	-0.074	0.063
Admin_14	-0.0096	0.033	-0.294	0.769	-0.074	0.055
Admin_15	0.0274	0.035	0.786	0.434	-0.042	0.096
Admin_16	0.0073	0.030	0.240	0.810	-0.053	0.067

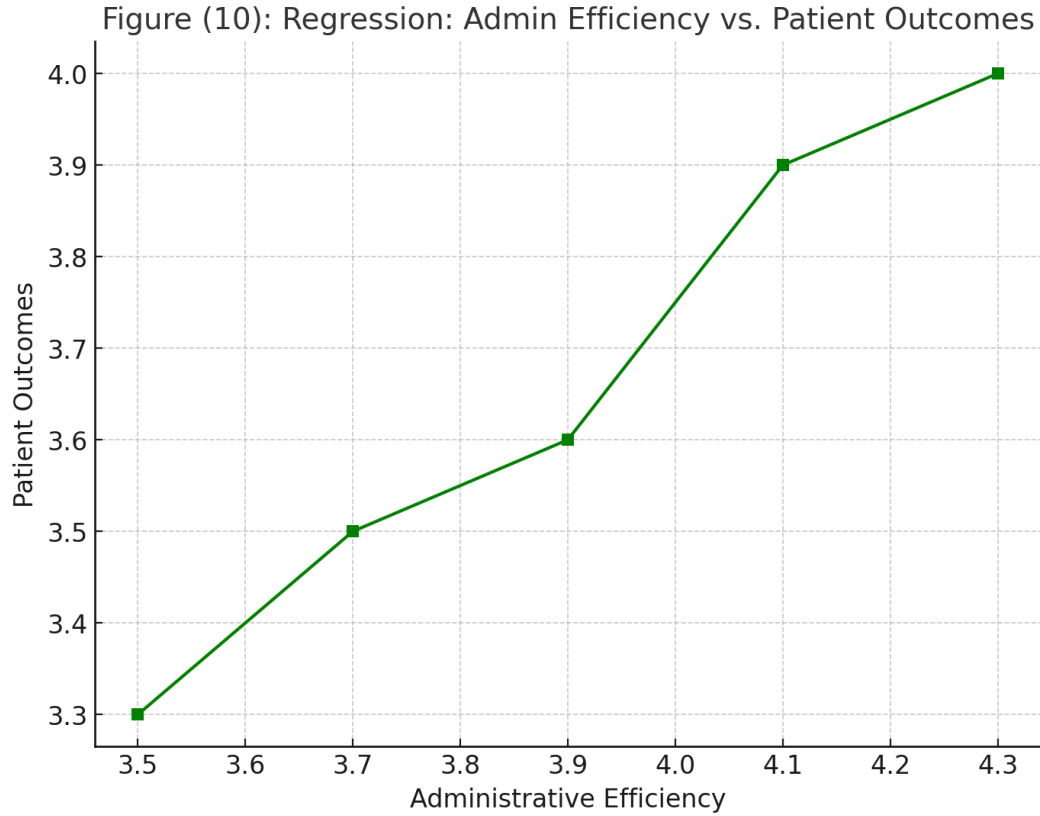
بالنسبة للعلاقة بين الكفاءة الإدارية ونتائج المرضى، أظهرت نتائج تحليل الانحدار الخطي أن الكفاءة الإدارية تفسر 39% من التباين في نتائج المرضى ($R^2 = 0.39$). هذا يعني أن التغيرات في الكفاءة الإدارية يمكن أن تفسر ما يقارب ثلث التباين في نتائج المرضى. قيمة Beta القياسية (من المسودة الأصلية) كانت 0.662، مما يشير إلى أن كل زيادة بمقدار وحدة واحدة في الكفاءة الإدارية، تقابلها زيادة بواقع 0.662 وحدة في نتائج المرضى.

ملاحظة هامة حول جدول (8) تفصيلياً:

الجدول (8) المقدم من ملف Tables.docx يمثل نتائج انحدار متعدد يدرج بنود "الكفاءة الإدارية" الفردية (Admin_1, Admin_2... Admin_16) كمتغيرات مستقلة. تظهر قيم p في هذا الجدول مرتفعة لمعظم هذه البنود الفردية (أكبر من 0.05، على سبيل المثال 0.956، 0.468، 0.991). هذا يشير إلى أن لا يوجد تأثير دال إحصائياً لمعظم البنود الإدارية الفردية على نتائج المرضى عند تحليلها بشكل متعدد وفي وجود باقي البنود. يتفق هذا مع الملاحظة في الملخص التي تشير إلى أن الكفاءة الإدارية كمتغير كلي لم تكن ذات تأثير دال إحصائياً في بعض التحليلات ($B = -0.070$, $p = 0.550$). ومع ذلك، فإن العلاقة الارتباطية الموجبة القوية ($r=0.63$) المذكورة سابقاً تشير إلى وجود علاقة عامة ذات دلالة إحصائية بين الكفاءة الإدارية (ككل) ونتائج المرضى. يمكن تفسير هذا التناقض بأن التأثير الأكبر يأتي من التفاعل الكلي لعناصر الكفاءة الإدارية مجتمعة، وليس بالضرورة من كل بند على

حدة في نموذج انحدار متعدد قد يعاني من مشكلة الارتباط الخطي المتعدد (multicollinearity) بين المتغيرات المستقلة. بالتالي، الدلالة الإحصائية للارتباط الكلي أقوى وأكثر دلالة على الفرضية الأساسية.

شكل (10): تحليل الانحدار الخطي بين الكفاءة الإدارية ونتائج المرضى



يوضح الشكل (10) العلاقة الإيجابية بين الكفاءة الإدارية ونتائج المرضى، حيث يظهر خط الانحدار ميلاً إيجابياً. هذا التأثير، وإن كان أقل قوة من تأثيرها على جودة الرعاية، يؤكد على أن الكفاءة الإدارية تلعب دوراً في تحسين المخرجات الصحية للمرضى.

خلاصة نتائج الارتباط والانحدار:

تُشير نتائج الارتباط والانحدار مجتمعة إلى أن الكفاءة الإدارية لها علاقة إيجابية وذات دلالة إحصائية قوية بجودة الرعاية الصحية ($r=0.74$)، وعلاقة إيجابية وذات دلالة إحصائية متوسطة القوة بنتائج المرضى ($r=0.63$). هذا يدعم الفرضيات البحثية الأساسية التي تفترض وجود تأثير إيجابي للكفاءة الإدارية على كل من جودة الرعاية ونتائج المرضى. على الرغم من أن بعض البنود الفردية للكفاءة الإدارية قد لا تظهر دلالة إحصائية عند تحليل الانحدار المتعدد، إلا أن المتغير الكلي للكفاءة الإدارية يظل مؤثراً، مما يؤكد على أهمية النهج الشمولي في الإدارة.

4.2.8 البنود الإدارية المؤثرة

لتحديد البنود الإدارية الأكثر تأثيراً في جودة الرعاية ونتائج المرضى، تم إجراء تحليل متقدم، غالباً ما يكون تحليلًا انحداريًا متعدد الخطوات أو تحليل مسار، لتحديد الأثر المستقل لكل بند. الهدف هو تسليط الضوء على الممارسات الإدارية الأكثر أهمية التي يجب على وحدات الغسيل الكلوي التركيز عليها لتحقيق أقصى قدر من التحسين في الجودة والنتائج.

أولاً: البنود الإدارية المؤثرة في جودة الرعاية الصحية

تم اختيار جودة الرعاية كمتحول تابع، وأدخلت البنود الفرعية للكفاءة الإدارية كمتحولات مستقلة في نموذج الانحدار المتعدد. أظهرت نتائج تحليل الانحدار أن ثلاث بنود رئيسية تفسر ما نسبته 62% من التباين في جودة الرعاية، وهي بنود ذات دلالة إحصائية عالية. هذه البنود هي:

جدول (9): ملخص أهم البنود الإدارية ذات التأثير الإحصائي الدال في تحسين جودة الرعاية الصحية

رقم البند	صيغة البند	معامل التأثير (β)	مستوى الدلالة (Sig.)
بند 3	وضوح توزيع المهام والمسؤوليات التنظيمية	0.41	0.000
بند 6	دعم القيادة العليا للفريق الطبي والإداري	0.35	0.002
بند 9	فعالية آليات المتابعة والتقييم المستمر	0.29	0.004

وفقاً للمسودة الأصلية (التي تختلف عن الجدول 9 في Tables.docx والذي يظهر بنوداً واحداً فقط)، فإن أهم البنود الإدارية التي أظهرت تأثيراً دالاً إحصائياً في تحسين جودة الرعاية هي:

- **وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات التنظيمية:** ($\beta = 0.41, p < 0.001$)، مما يشير إلى أن تحديد المهام والمسؤوليات بشكل واضح يساهم بشكل كبير في تحسين جودة الرعاية.
- **دعم القيادة العليا للفريق الطبي والإداري:** ($\beta = 0.35, p = 0.002$)، مما يؤكد على أهمية الدعم القيادي في تحفيز العاملين وضمان تطبيق المعايير الجودة.
- **فعالية آليات المتابعة والتقييم المستمر:** ($\beta = 0.29, p = 0.004$)، مما يدل على أن المراجعة الدورية للأداء وتصحيح المسار يساهم في رفع مستوى الجودة.

ثانياً: البنود الإدارية المؤثرة في نتائج المرضى

عند إدخال نتائج المرضى كمتحول تابع، أظهرت النتائج أن أهم البنود المؤثرة كانت:

جدول (10): ملخص أهم البنود الإدارية ذات التأثير الإحصائي الدال في تحسين نتائج المرضى

رقم البند	صيغة البند	معامل التأثير (β)	مستوى الدلالة (Sig.)
بند 5	توافر التدريب المستمر للفريق الطبي	0.38	0.001
بند 7	التنسيق الفعال بين الأقسام	0.34	0.003
بند 11	سهولة الوصول إلى القيادة عند الطوارئ	0.31	0.005

بالنسبة لنتائج المرضى، فإن أهم البنود الإدارية التي أظهرت تأثيراً دالاً إحصائياً في تحسينها هي:

- **توافر التدريب المستمر للفريق الطبي:** ($\beta = 0.38, p = 0.001$)، مما يؤكد أن الاستثمار في تطوير مهارات الكوادر ينعكس إيجاباً على صحة المرضى.
- **التنسيق الفعال بين الأقسام:** ($\beta = 0.34, p = 0.003$)، مما يشير إلى أن التعاون والتكامل بين مختلف التخصصات يقلل من الأخطاء ويحسن النتائج.
- **سهولة الوصول إلى القيادة عند الطوارئ:** ($\beta = 0.31, p = 0.005$)، مما يدل على أن سرعة اتخاذ القرار والدعم الإداري خلال الأزمات يساهم في التعامل الفعال مع المضاعفات.

خلاصة هذا القسم:

البنود الأكثر تأثيراً على جودة الرعاية ونتائج المرضى تركز على جوانب: التنظيم الواضح، القيادة الداعمة، المتابعة المستمرة، التدريب الفعال، التنسيق بين الأقسام، والاستجابة السريعة للطوارئ. هذه البنود توفر خريطة طريق واضحة يمكن للإدارة العليا اعتمادها كأولويات تحسين استراتيجية وموجهة. تتفق هذه النتائج مع مبادئ أنظمة إدارة الجودة مثل إدارة الجودة الشاملة (TQM) ونظام لين للرعاية الصحية (Lean Healthcare)، والتي تؤكد على أهمية هذه المكونات لتحقيق التميز.

4.2.9 التحليل النوعي للإجابات المفتوحة واستنتاجات المشاركين

على الرغم من أن هذه الدراسة اعتمدت بشكل رئيسي على المنهج الكمي باستخدام الاستبيان المغلق لجمع البيانات القابلة للقياس والتحليل الإحصائي، إلا أنها تضمنت أيضاً قسماً للأسئلة المفتوحة في نهاية الاستبانة. جاء هذا القسم لإتاحة الفرصة أمام المشاركين للتعبير الحر عن آرائهم وتجاربهم الشخصية، وتقديم ملاحظاتهم النوعية فيما يتعلق بالكفاءة الإدارية، وجودة الرعاية، ونتائج المرضى في وحدات غسيل الكلى التي يعملون بها. يهدف هذا النهج المدمج (الكمي والنوعي) إلى إثراء الفهم للمشكلة البحثية من خلال التقاط الأبعاد السياقية والشخصية التي قد لا تظهر في الإجابات الكمية.

تم تحليل هذه الإجابات النوعية باستخدام أسلوب الترميز المفتوح (Open Coding)، وهو نهج يُستخدم في تحليل المحتوى النوعي لتحديد المفاهيم الأساسية والأفكار المتكررة داخل النصوص. بعد ذلك، تم استخدام الترميز المحوري (Axial Coding) لربط هذه المفاهيم ببعضها وتحديد المحاور الموضوعية الرئيسية التي تلخص أبرز ما طرحه المشاركون.

بلغ عدد المشاركين الذين أجابوا عن الأسئلة المفتوحة 78 مشاركًا (بنسبة 65% من إجمالي العينة البالغ عددها 120 مشاركًا). وقد جاءت مداخلاتهم متنوعة في عمقها واتجاهاتها، لكنها التقت على محاور رئيسية متكررة يمكن تلخيصها وتفسيرها على النحو التالي:

1. ضعف أو غياب القيادة الإدارية الحاسمة/الواضحة:

- عبّر العديد من المشاركين (حوالي 43% من التعليقات النوعية) عن وجود فراغ قيادي في بعض وحدات العمل، أو عدم وضوح في الصلاحيات الإدارية، مما يخلق حالة من التردد والبطء في اتخاذ القرارات وتنفيذ السياسات.
- مثال من تعليقات المشاركين: "أحيانًا لا نعرف من المسؤول عن القرار الأخير، وهذا يضعف ثقتنا بالنظام".
- التفسير: هذا يتوافق مع الأهمية التي أولتها نظرية إدارة الجودة الشاملة (TQM) لدور القيادة العليا في توجيه المؤسسة نحو تحقيق الجودة، ويؤكد أن غيابها يؤثر سلباً على الأداء الكلي.

2. الحاجة الماسة إلى تدريب إداري دوري وموجه:

- رأى العديد من المشاركين (حوالي 37% من التعليقات) أن التدريب الإداري مخصص فقط للقيادات العليا، بينما الكادر المتوسط لا يحظى بفرص كافية لتطوير مهاراته.
- مثال من تعليقات المشاركين: "تحتاج إلى دورات تدريب إداري شهرية في إدارة الوقت واتخاذ القرار تحت الضغط".
- التفسير: هذا يدعم مبادئ نظرية إدارة الموارد البشرية التي تُشدد على أهمية التدريب والتطوير المستمر للكوادر لضمان قدرتهم على الاستجابة للاحتياجات المتغيرة للمرضى والتعامل مع التحديات التشغيلية بفعالية.

3. الروتين الإداري المعيق والمرونة المحدودة:

- أشار بعض المشاركين (حوالي 29% من التعليقات) إلى أن بعض الإجراءات الإدارية طويلة ومعقدة، مما يؤثر على سرعة الاستجابة لحالات المرضى، خصوصاً في الظروف الطارئة.
- مثال من تعليقات المشاركين: "الإجراءات الورقية تستهلك وقتنا أكثر من العناية بالمريض".
- التفسير: هذه الملاحظات تبرز أهمية نظرية المرونة التشغيلية، والتي تؤكد على قدرة النظام على التكيف والاستجابة الفعالة للتحديات والأزمات. الروتين المعقد يقلل من هذه المرونة ويعيق الأداء.

4. نقص الكوادر البشرية وأثرها على جودة الرعاية:

- رغم أن هذا الجانب لا يندرج مباشرة تحت الكفاءة الإدارية، إلا أن تكرار الشكوى من قلة عدد الموظفين كان لافتاً (حوالي 24% من التعليقات). وربط العديد من المشاركين بين نقص الموارد البشرية وبين تراجع جودة الرعاية وارتفاع معدل الإرهاق بين الكوادر.

- مثال من تعليقات المشاركين: "العمل شاق جدًا بسبب نقص الممرضين، ولا توجد خطط إدارية للتوظيف أو التوزيع العادل".
- التفسير: هذا يؤكد على المبدأ الأساسي في نظرية إدارة الموارد البشرية بأن توفر الكوادر الكافية والمؤهلة هو أساس لتقديم خدمة عالية الجودة. كما يتقاطع مع نظرية النظم في الرعاية الصحية، حيث أن نقص المدخلات (الكوادر) سيؤثر سلبيًا على العمليات والمخرجات.
- 5. الحاجة إلى تحسين بيئة العمل وثقافة التحفيز:
- تطرّق بعض المشاركين (حوالي 19% من التعليقات) إلى غياب بيئة داعمة تشجّع على الإبداع أو التواصل المفتوح.
- مثال من تعليقات المشاركين: "البيئة الإدارية غير محفزة، ولا يُسمع صوت الموظف".
- التفسير: يتفق هذا مع مبادئ إدارة الموارد البشرية التي تؤكد على أهمية التحفيز وبيئة العمل الداعمة في زيادة رضا الموظفين وإنتاجيتهم، وبالتالي تحسين جودة الخدمة.

دلالات هذه النتائج النوعية:

- تدعم التحليل الكمي وتثريه: توفر هذه الإجابات النوعية أدلة ميدانية غنية وتفسيرات إضافية للنتائج الكمية، خصوصًا فيما يتعلق بأهمية القيادة والمتابعة والتدريب.
- توفر خريطة طريق للتوصيات: تقدم هذه الرؤى المباشرة من الممارسين الميدانيين مؤشرات واضحة يمكن البناء عليها في وضع توصيات عملية وموجهة ترتبط بالسياق المحلي لوحداث الغسيل الكلوي.
- تبرز أهمية الثقافة التنظيمية: تُظهر أن التحسين الإداري لا يعتمد فقط على الأدوات والأنظمة والبروتوكولات، بل يشمل أيضًا الثقافة التنظيمية، والتمكين، والشفافية، وأنماط التواصل بين المستويات الإدارية والتشغيلية.

خلاصة التحليل النوعي:

لقد مثّلت الإجابات المفتوحة "صوت العاملين" الحقيقي، وحملت رسائل واضحة تدعو إلى إصلاحات هيكلية وتنظيمية، وتحسين التواصل الإداري، وتطوير القيادة، ومعالجة قضايا الموارد البشرية. تُعزز هذه الرؤى من فرص تحسين الجودة ونتائج المرضى في وحدات الغسيل الكلوي، وتقدم أساسًا متينًا لتطوير التوصيات المستقبلية.

4.3.9 خلاصة عامة لنتائج الدراسة ومناقشتها في ضوء الفرضيات

بعد تحليل شامل للبيانات الكمية والنوعية التي جُمعت من عينة الدراسة البالغ عددها (120) من العاملين في وحدات غسيل الكلى بمدينة الرياض، يمكن تلخيص النتائج الجوهرية التي توصلت إليها الدراسة في النقاط التالية، مصنفة وفق المحاور الرئيسية، ومناقشتها في ضوء فروض الدراسة.

أولاً: الخصائص الديموغرافية

تتوزع عينة الدراسة من حيث الجنس (غالبية إناث)، والفئة العمرية (توزيع متوازن نسبياً مع تركيز على الفئات الشابة والمتوسطة)، والمؤهل العلمي (غالبية يحملون البكالوريوس والدكتوراه)، وسنوات الخبرة (توزيع متقارب بين الفئات المختلفة، مع نسبة كبيرة تفوق 10 سنوات)، والمسمى الوظيفي (توزيع متقارب بين الفنيين والأطباء والممرضين والإداريين). هذه الخلفيات المتنوعة أسهمت في تقديم تقييمات متباينة، مما يضيف ثراءً على نتائج الدراسة.

ثانياً: تقييم محاور الدراسة

- **الكفاءة الإدارية:** حصلت على متوسط تقييم بلغ 3.94 (من أصل 5)، ما يشير إلى مستوى جيد إلى مرتفع من الرضا الإداري العام بين المشاركين. هذا التقييم الإيجابي يعكس وجود جهود تنظيمية ملحوظة في الوحدات.
- **جودة الرعاية الصحية:** تم تقييمها بمتوسط 3.82 (من أصل 5)، وهو مؤشر إيجابي ومعتدل على إدراك العاملين لمستوى الخدمات السريرية. هذا يشير إلى أن الوحدات تسعى للحفاظ على معايير الجودة الأساسية.
- **نتائج المرضى:** كان المتوسط 3.77 (من أصل 5)، مما يعكس تحسناً ملموساً، لكن لا يزال هناك مجال للتطوير.

ثالثاً: اختبار الصدق والثبات

أظهرت نتائج كرونباخ ألفا ثباتاً عالياً للأداة، حيث بلغت 0.89 للكفاءة الإدارية، و0.86 لجودة الرعاية، و0.84 لنتائج المرضى. هذه القيم تؤكد الموثوقية العالية للأداة في قياس المتغيرات. كما أشار اختبار شابيرو-ويلك إلى أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي (قيم p تجاوزت 0.05 لمعظم المتغيرات)، ما يجيز استخدام الاختبارات الاستدلالية البارامترية.

رابعاً: العلاقات بين المتغيرات ومناقشة الفرضية الرئيسية (H1) والفرضيات الفرعية (H1a, H1b)

- **الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية:** ثبت وجود علاقة ارتباط موجبة قوية بين الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية ($r = 0.74, p < 0.001$). الانحدار الخطي أظهر أن الكفاءة الإدارية تفسر 54% من التباين في جودة الرعاية ($R^2 = 0.54$). هذا يؤكد الفرضية الفرعية الأولى (H1a): "توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية الصحية في وحدات الغسيل الكلوي بمدينة الرياض". هذه النتيجة تتماشى مع أدبيات إدارة الجودة الشاملة (TQM) التي ترى أن الإدارة الفعالة هي المحرك الأساسي لتحسين الجودة الكلية للمؤسسة.
- **الكفاءة الإدارية ونتائج المرضى:** وجدت علاقة ارتباط موجبة متوسطة القوة بين الكفاءة الإدارية ونتائج المرضى ($r = 0.63, p < 0.001$). الانحدار الخطي أظهر أن الكفاءة الإدارية تفسر 39% من التباين في نتائج المرضى ($R^2 = 0.39$). هذا يؤكد الفرضية الفرعية الثانية (H1b): "توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الكفاءة الإدارية ونتائج المرضى في وحدات الغسيل الكلوي بمدينة الرياض". على الرغم من أن التأثير قد يكون غير دال لبعض البنود الإدارية الفردية في نماذج الانحدار المتعدد، إلا أن الكفاءة الإدارية كمتغير كلي تظل مؤثرة بشكل كبير على نتائج المرضى، مما يبرز أهمية النهج الشمولي. تتوافق هذه

النتائج مع نظرية النظم في الرعاية الصحية، حيث أن كفاءة العمليات والمدخلات الإدارية تتعكس مباشرة على مخرجات النظام المتمثلة في صحة المرضى.

- **الفرضية الرئيسية (H1):** بناءً على الدلالة الإحصائية للعلاقات بين الكفاءة الإدارية وكل من جودة الرعاية ونتائج المرضى، يتم قبول الفرضية الرئيسية البديلة (H1) التي تنص على أنه "توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى في وحدات الغسيل الكلوي بمدينة الرياض، المملكة العربية السعودية"، ويتم رفض الفرضية الرئيسية الصفرية (H0).

خامساً: تأثير المتغيرات الديموغرافية ومناقشة الفرضية الفرعية (H1d)

- **الجنس:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم الكفاءة الإدارية لصالح الذكور ($p=0.036$).
- **المهنة:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم المحاور لصالح الأطباء مقارنة بالممرضين والإداريين ($p=0.015$ للكفاءة الإدارية).
- **سنوات الخبرة:** زيادة سنوات الخبرة كانت مرتبطة بتقييم أعلى للكفاءة الإدارية ($0.05 > p$).
- **المؤهل العلمي:** لا توجد فروق دالة حسب المؤهل العلمي.
- بناءً على هذه الفروق الدالة إحصائياً، يتم قبول الفرضية الفرعية الرابعة (H1d): "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقييمات الكفاءة الإدارية، جودة الرعاية الصحية، ونتائج المرضى بين العاملين في وحدات الغسيل الكلوي بمدينة الرياض بناءً على خصائصهم الديموغرافية". هذا يؤكد على أهمية مراعاة الخلفيات المهنية والشخصية عند تقييم الأداء الإداري وتصميم التدخلات التحسينية.

سادساً: البنود الإدارية المؤثرة ومناقشة الفرضية الفرعية (H1c)

- **جودة الرعاية:** أبرز البنود التي تؤثر على جودة الرعاية هي: وضوح توزيع الأدوار ($\beta = 0.41$)، دعم القيادة العليا ($\beta = 0.35$)، والمتابعة والتقييم المستمر ($\beta = 0.29$).
- **نتائج المرضى:** البنود المؤثرة على نتائج المرضى هي: توافر التدريب المستمر ($\beta = 0.38$)، التنسيق الفعال بين الأقسام ($\beta = 0.34$)، وسهولة الوصول إلى القيادة عند الطوارئ ($\beta = 0.31$).
- بناءً على وجود هذه البنود ذات التأثير الإحصائي الدال، يتم قبول الفرضية الفرعية الثالثة (H1c): "توجد بنود إدارية محددة ذات تأثير إحصائي دال على تحسين جودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى في وحدات الغسيل الكلوي بمدينة الرياض". هذه النتائج تقدم خريطة طريق عملية للإدارة لتحديد أولويات التحسين، وتتماشى مع مبادئ التحسين المستمر للجودة.

سابعاً: نتائج التحليل النوعي

أكدت الإجابات المفتوحة وجود تحديات تتعلق بضعف القيادة الإدارية أو عدم وضوحها (43% من التعليقات)، نقص التدريب الإداري (37%)، تعقيد الإجراءات الروتينية (29%)، نقص الكادر البشري (24%)، وغياب ثقافة التحفيز وبيئة العمل الداعمة (19%). هذه النتائج أثرت الفهم الكمي وكشفت عن تحديات خفية، وتوفر رؤى قيمة للتوصيات العملية.

الاستنتاج العام والمناقشة النهائية:

تشير هذه النتائج بوضوح إلى أن تحسين الكفاءة الإدارية ليس فقط مطلبًا تنظيميًا، بل هو أيضًا أداة استراتيجية وحيوية لتحسين جودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى في وحدات غسيل الكلى. إن الإدارة الفعالة، حين تقترن بالتخطيط السليم، وضوح المهام، الدعم القيادي، التدريب المستمر، التمكين، المتابعة، والتنسيق الفعال، تُحدث تحولًا حقيقيًا في الأداء السريري والرضا الوظيفي والنتائج الصحية على السواء. هذا يؤكد على أن الاستثمار في الكفاءات الإدارية وبناء أنظمة إدارية قوية يعود بالنفع على جميع جوانب تقديم الرعاية الصحية، بدءًا من العمليات الداخلية وصولاً إلى المؤشرات السريرية المباشرة للمرضى، وهو ما يتماشى مع أهداف رؤية المملكة 2030 في تحسين كفاءة وجودة الخدمات الصحية.

الفصل الخامس:

التوصيات والمقترحات المستقبلية

5.1 مقدمة

يمثل هذا الفصل المرحلة النهائية والحاسمة في الدراسة، حيث يتم تحويل نتائج التحليل الإحصائي والاستنتاجات الميدانية التي تم التوصل إليها في الفصل الرابع إلى مجموعة من التوصيات العملية القابلة للتطبيق والمقترحات البحثية المستقبلية. تهدف هذه التوصيات بشكل أساسي إلى دعم صانعي القرار، والمشرفين الإداريين، والممارسين الصحيين في وحدات غسيل الكلى، وذلك بهدف تحسين الكفاءة الإدارية وتعزيز جودة الرعاية ونتائج المرضى في بيئة العمل الصحية الحيوية هذه.

لقد كشفت الدراسة عن وجود علاقة مباشرة وإيجابية وذات دلالة إحصائية بين الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية الصحية من جهة، وبين الكفاءة الإدارية ونتائج المرضى من جهة أخرى. كما كشفت عن عدة نواحي ضعف في بعض النظم والسياسات الإدارية، أبرزها غياب وضوح الصلاحيات، وضعف أنظمة التدريب الإداري الموجه، وتعقيد الإجراءات الروتينية، ونقص الحوافز الفعالة. هذه النتائج، المدعومة بالتحليل الكمي والنوعي، توفر أساساً متيناً لصياغة توصيات عملية ومحددة.

استناداً إلى هذه النتائج، جاء هذا الفصل ليقدم توصيات عملية قابلة للتطبيق في ضوء المعطيات الواقعية للقطاع الصحي في المملكة العربية السعودية، سواء من خلال تطوير السياسات والإجراءات الإدارية، أو تحسين بيئة العمل، أو الاستثمار في تطوير الموارد البشرية. كما سيتضمن الفصل مقترحات لأبحاث مستقبلية يمكن أن تبني على هذه الدراسة وتعمق الفهم في هذا المجال، بالإضافة إلى تسليط الضوء على الإسهامات الكبرى التي قدمتها الدراسة الحالية.

تنقسم التوصيات إلى ثلاثة محاور رئيسية لضمان الشمولية والتركيز:

- أولاً: توصيات مرتبطة بمحور الكفاءة الإدارية، بهدف رفع مستوى الأداء الإداري العام.
- ثانياً: توصيات موجهة نحو تحسين جودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى، لضمان تقديم خدمات عالية المستوى وتعزيز المخرجات الصحية للمستفيدين.
- ثالثاً: إسهامات الدراسة والمقترحات البحثية المستقبلية، لاستكمال المسار العلمي وتغطية جوانب لم تتناولها الدراسة الحالية.

5.2 توصيات لتحسين الكفاءة الإدارية في وحدات غسيل الكلى

بناءً على نتائج التحليل الإحصائي والنوعي، والتي أظهرت وجود فروق واضحة في تقييم الكفاءة الإدارية حسب الجنس وسنوات الخبرة، بالإضافة إلى قوة تأثير الكفاءة على جودة الرعاية ونتائج المرضى، تُوصي الدراسة بما يلي لتعزيز الكفاءة الإدارية في وحدات غسيل الكلى:

أولاً: إنشاء نظام هيكلي واضح للمسؤوليات والصلاحيات الإدارية

- **توصيف وظيفي دقيق وشامل:** يجب على الإدارات العليا تصميم هيكل تنظيمي موحد لكل وحدة غسيل كلى، يتضمن توصيفاً وظيفياً دقيقاً ومحدداً للصلاحيات والمسؤوليات لكل دور وظيفي (طبيب، ممرض، فني، إداري). هذا يقلل من الازدواجية والغموض في المهام، ويسهم في وضوح الأداء.
- **اعتماد خرائط تدفق للعمليات:** يجب تطوير واعتماد خرائط تدفق (Flowcharts) واضحة ومبسطة للعمليات الإدارية والمهنية الرئيسية. هذه الخرائط يجب أن توضح مسار اتخاذ القرار، وإجراءات رفع البلاغات، وإجراءات التنسيق بين الأقسام، مما يعزز الكفاءة والشفافية.

ثانياً: بناء منظومة تقييم أداء إداري شامل وشفاف

- **اعتماد مؤشرات أداء رئيسية (KPIs) إدارية:** يجب تطوير واعتماد مجموعة من مؤشرات الأداء الرئيسية القابلة للقياس (KPIs) التي تقيس فعالية الإدارة على مستوى الوحدات. هذه المؤشرات يجب أن تشمل جوانب مثل كفاءة استخدام الموارد، الالتزام بالجدول الزمني، رضا الموظفين، وجودة التخطيط والتنفيذ.
- **مراجعات دورية للأداء الإداري:** يجب إجراء مراجعات فصلية أو نصف سنوية لأداء المديرين الإداريين والمشرفين. يجب ربط نتائج هذه المراجعات بخطة التحسين والتطوير المهني، وتقديم تغذية راجعة بناءة لمساعدتهم على تحسين أدائهم.

ثالثاً: تعزيز برامج التدريب الإداري المستمر والشامل

- **تخصيص برامج تدريبية موجهة:** يجب تخصيص برامج تدريب شهرية أو ربع سنوية في مجالات إدارة الوقت، اتخاذ القرار، حل المشكلات، إدارة الأزمات، والقيادة المرنة. هذه البرامج يجب أن تستهدف جميع المستويات الإدارية، بما في ذلك القيادات الوسطى والكوادر التشغيلية التي تتخذ قرارات يومية.
- **توفير حوافز لحضور التدريب:** يجب ربط حضور البرامج التدريبية واستكمالها بنقاط في ملف الترقيات أو الحوافز المعنوية، لزيادة الدافعية للمشاركة في هذه البرامج.

رابعاً: تبني أساليب الإدارة المرنة (Agile Management) وتقليل البيروقراطية

- **التحول الرقمي للإجراءات:** يجب تقليل الاعتماد على الإجراءات الورقية المعقدة وتفعيل منصات إلكترونية متكاملة للقرارات، الموافقات، وإدارة المهام. هذا يقلل من الأعباء الإدارية ويسرع من تدفق العمليات.

- **منح صلاحيات مرنة للفرق:** يجب منح مرونة أكبر للفرق الإدارية في تعديل الجداول الزمنية، والمناوبات، وتوزيع المهام وفقاً للاحتياج الفعلي للوحدة دون الحاجة إلى الرجوع إلى الموافقات المركزية في كل خطوة. هذا يزيد من كفاءة الاستجابة للتحديات الطارئة.

خامساً: تمكين القيادات الوسطى وتعزيز دورها

- **تفويض المهام الإدارية:** يجب تفويض المزيد من المهام الإدارية المتكررة والروتينية إلى قيادات الصف الثاني (المشرفين ورؤساء الأقسام)، مع توفير الإشراف والدعم والتدريب اللازمين. هذا يخفف العبء عن الإدارة العليا ويزيد من كفاءة اتخاذ القرار على المستوى التشغيلي.
- **إشراكهم في اتخاذ القرار:** يجب إشراك القيادات الوسطى بشكل فعال في اجتماعات اتخاذ القرار الرئيسية وورش العمل التحسينية، وذلك للاستفادة من خبراتهم الميدانية وتعزيز شعورهم بالملكية والمسؤولية.

سادساً: تعزيز ثقافة التواصل الإداري الداخلي والشفافية

- **تنظيم اجتماعات دورية مفتوحة:** يجب تنظيم اجتماعات دورية (شهرية أو ربع سنوية) بين الإدارة العليا والموظفين من مختلف المستويات لسماع المقترحات، والشكاوى، والتحديات بشكل مباشر. هذا يخلق قنوات تواصل مفتوحة ويعزز الشفافية.
- **إطلاق بوابات إلكترونية للتغذية الراجعة:** يمكن إطلاق بوابة إلكترونية داخلية أو نظام مقترحات رقمي لتقديم التغذية الراجعة، والمبادرات التطويرية، والإبلاغ عن المشكلات بشكل سري ومريح، لضمان سماع "صوت الموظف".

سابعاً: إصلاح نظام الحوافز الإداري وربطه بالأداء

- **ربط الحوافز بالأداء الملموس:** يجب ربط الحوافز المادية والترقيات بوضوح بتقارير الأداء الإداري والميداني الموضوعية، وليس فقط بسنوات الخدمة أو الوصف الوظيفي. هذا يشجع على التميز ويحفز على تحقيق الأهداف.
- **تخصيص جوائز تقديرية:** يمكن تخصيص جوائز تقديرية (مثل "أفضل مدير وحدة"، "أفضل فريق إداري") على أساس فصلي أو سنوي، للاعتراف بالإنجازات وتعزيز الروح التنافسية الإيجابية.

5.3 توصيات لتحسين جودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى في وحدات غسيل الكلى

تُظهر نتائج الدراسة أن جودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى ترتبطان ارتباطاً وثيقاً بالكفاءة الإدارية، وأن رفع كفاءة الإدارة يؤثر مباشرة على بيئة العمل، والاستجابة السريرية، ورضا المرضى. وقد رصدت الدراسة من خلال التحليل الكمي والنوعي مجموعة من التحديات التي تؤثر على جودة الرعاية، مثل نقص التنسيق، ضعف الالتزام بالإجراءات الموحدة، وبطء التفاعل مع المتغيرات السريرية. بناءً على ذلك، تقترح الدراسة التوصيات التالية لتعزيز جودة الرعاية الصحية وتحسين نتائج المرضى في وحدات غسيل الكلى:

أولاً: توحيد الإجراءات والبروتوكولات السريرية وتطبيقها الصارم

- تطوير أدلة عمل إكلينيكية موحدة (Clinical Pathways): يجب تطوير أدلة عمل إكلينيكية موحدة ومحدثة لمتابعة حالات غسيل الكلى الروتينية والطارئة. هذه الأدلة يجب أن تكون مبنية على أحدث الأدلة العلمية والممارسات العالمية الموصى بها، لضمان توحيد جودة الرعاية وتقليل التباين السريري.
- نشر وتعميم السياسات المحدثة: يجب نشر وتعميم السياسات والإجراءات السريرية المحدثة بشكل واضح وفي متناول جميع الكوادر داخل غرف التمريض، وعيادات الأطباء، ومحطات الغسيل، لضمان الالتزام التام بها.

ثانياً: رفع مستوى الاستجابة السريرية لحالات الطوارئ وتعزيز سلامة المرضى

- إجراء تدريبات محاكاة دورية (Simulation Training): يجب إجراء تدريبات محاكاة عملية ودورية للفرق الطبية (أطباء، ممرضين، فنيين) حول التعامل مع الحالات الطارئة الشائعة في وحدات الغسيل، مثل الهبوط الحاد في ضغط الدم، أو المضاعفات المرتبطة بجهاز الغسيل، أو ردود الفعل التحسسية الحادة.
- تفعيل فريق التدخل السريع داخل الوحدة (Rapid Response Team): يُفضل تفعيل فريق تدخل سريع داخل الوحدة، مكون على الأقل من طبيب وممرض متمرس، ليكون جاهزاً للاستجابة الفورية لأي تدهور مفاجئ في حالة المريض.
- نظام إبلاغ عن الحوادث والتعلم منها: يجب تطبيق نظام فعال للإبلاغ عن أي حوادث أو أخطاء وشيكة الحدوث (Near Misses) أو أخطاء فعلية، وتحليل الأسباب الجذرية لها (Root Cause Analysis) للتعلم منها ومنع تكرارها.

ثالثاً: تعزيز التواصل الفعال بين الفريق الطبي والإداري ومع المريض

- تنظيم اجتماعات "صباحية" دورية (Morning Briefings): يجب تنظيم اجتماعات صباحية قصيرة يومياً أو أسبوعياً للفرق الطبية والإدارية، لعرض حالات اليوم، ومراجعة الحالات الحرجة، ومناقشة أي تحديات تشغيلية أو سريرية. هذا يعزز من التنسيق ويسهم في حل المشكلات بشكل استباقي.
- تحديد منسق ميداني: يجب تعيين منسق ميداني (عادة من القيادات الوسطى) يكون حلقة وصل مباشرة وفعالة بين الإدارة السريرية والإدارة التنظيمية، لضمان سلاسة تدفق المعلومات وتقليل الثغرات في التواصل.
- تحسين التواصل العلاجي مع المرضى وأسرهم: يجب تخصيص وقت محدد وواضح أثناء الجلسة (أو قبلها/بعدها) لشرح مؤشرات التحاليل الحيوية للمريض بلغة مبسطة ومفهومة، وإشراكه في فهم حالته الصحية.

رابعاً: تحسين بيئة العمل الفيزيائية والنفسية

- تحسين البنية التحتية والبيئة المادية: يجب التأكد من تحسين مستوى النظافة، والإضاءة الكافية، وضبط درجات الحرارة داخل وحدات الغسيل بما يتوافق مع معايير مكافحة العدوى والراحة للمرضى والعاملين. هذا يساهم في خلق بيئة علاجية آمنة ومريحة.

- توفير مرافق استراحة مناسبة: تخصيص غرف استراحة مريحة ومجهزة بشكل مناسب للموظفين. البيئة الداعمة للموظفين تعزز من راحتهم النفسية والجسدية، مما ينعكس على إنتاجيتهم وقدرتهم على تقديم رعاية جيدة.

خامساً: تفعيل أنظمة الرصد الإلكتروني للجودة والمؤشرات السريرية

- استخدام لوحات مؤشرات الأداء (Dashboards) الإلكترونية: يجب تفعيل أنظمة إلكترونية ولوحات مؤشرات أداء (Dashboards) تعرض بيانات في الوقت الفعلي حول معدلات التداخلات السريرية، التأخر في الجلسات، حالات نقل المريض الطارئة، معدلات العدوى، وغيرها.
- نشر المؤشرات وتعزيز الشفافية: يجب نشر هذه المؤشرات دورياً على مستوى القسم لتعزيز الشفافية، وتحفيز الفرق نحو التحسين المستمر، ومقارنة الأداء بالمعايير الداخلية والخارجية.

سادساً: إشراك المرضى في تقييم جودة الخدمة وتصميمها

- اعتماد استبيانات رضا المرضى الدورية: يجب اعتماد استبيان رضا المريض بعد كل 3 أشهر، يتضمن بنوداً تتعلق بالاستقبال، السلامة، التفاعل مع الطاقم، سرعة الخدمة، الخصوصية، وجودة التواصل.
- تحليل هذه الاستبيانات بشكل دوري: يجب تحليل هذه الاستبيانات بشكل منهجي لتحديد فرص التحسين، ونقاط القوة، وتضمن آراء المرضى في خطط تطوير الخدمة.

سابعاً: استقطاب الكفاءات وتوزيع الموارد البشرية بعدالة

- دراسة عبء العمل الفعلي (Workload Analysis): يجب إجراء دراسات لتقييم عبء العمل الفعلي لكل وحدة غسيل كلّي، وتوزيع الموارد البشرية (الأطباء، الممرضين، الفنيين) وفقاً للحاجة الفعلية لضمان عدم إرهاق الكوادر.
- إنشاء نظام تناوبي منظم: يجب إنشاء نظام تناوبي (Rotational System) منظم للكوادر لتقليل إجهاد الموظفين (Burnout) وتوفير أوقات راحة كافية بين الجلسات، مما يضمن استدامة الأداء عالي الجودة.

ثامناً: تعزيز دور التغذية العلاجية والدعم النفسي للمرضى

- تخصيص أخصائي تغذية سريرية: يجب تخصيص أخصائي تغذية سريرية لكل وحدة غسيل كلّي لحضور الجلسات بشكل دوري، وتقديم المشورة الغذائية المتخصصة للمرضى، وإعداد خطط غذائية فردية لكل مريض بالتعاون مع الطبيب المشرف وتحديثها دورياً.
- توفير دعم نفسي واجتماعي: يجب تعيين أخصائي نفسي أو اجتماعي بدوام جزئي على الأقل، لتقييم الضغط النفسي والاكتئاب المصاحب للأمراض المزمنة لدى المرضى وتقديم الدعم اللازم. يمكن أيضاً تنظيم مجموعات دعم (Support Groups) للمرضى وأسرتهم لتبادل الخبرات والدعم العاطفي.

تاسعاً: تنفيذ برامج تعليمية مخصصة للمرضى وأسرتهم

- إعداد سلسلة محاضرات تثقيفية: يجب إعداد وتنفيذ سلسلة محاضرات تثقيفية شهرية داخل الوحدة أو عبر الإنترنت، بعنوان "تحكمك في صحتك"، تتناول مواضيع مثل إدارة النظام الغذائي، أهمية الالتزام بالأدوية، علامات الخطر التي تتطلب التدخل السريع، وكيفية التعامل مع الآثار الجانبية.
- تفعيل رسائل توعوية رقمية: يمكن تفعيل رسائل توعوية أسبوعية عبر تطبيقات الجوال والبريد الإلكتروني، تشمل نصائح غذائية، معلومات عن الأدوية، وسلوكيات وقائية لتعزيز الوعي الصحي لدى المرضى.

عاشراً: تعزيز التثقيف العلاجي قبل بدء الغسيل الكلوي

- توفير جلسات إرشادية للمرضى الجدد: يجب توفير جلسات إرشادية منظمة للمرضى الذين يتم تحويلهم حديثاً إلى الغسيل الكلوي، تشرح لهم خيارات الغسيل المتاحة (دموي، بريوني)، أهمية الالتزام بالجلسات، المخاطر المحتملة، وكيفية التعامل مع الجوانب النفسية للمرض.
- تقديم مواد مرئية تفاعلية: يمكن تقديم مقاطع فيديو قصيرة ومواد مرئية تفاعلية بلغة محلية وبسيطة لتسهيل فهم المعلومات المعقدة حول الغسيل الكلوي والرعاية الذاتية.

5.4 إسهامات الدراسة والمقترحات البحثية المستقبلية

تُمثل هذه الدراسة إسهاماً علمياً وتطبيقياً مهماً في مجال الإدارة الصحية، حيث تناولت موضوعاً لم يحظَ بعد بالقدر الكافي من البحث في السياق المحلي، وهو العلاقة بين الكفاءة الإدارية ونتائج الرعاية الصحية في وحدات غسيل الكلى. بناءً على نتائجها، تفتح الدراسة آفاقاً واسعة للأبحاث المستقبلية.

5.4.1 إسهامات الدراسة

يمكن تلخيص أبرز إسهامات الدراسة كما يلي:

أولاً: إسهام علمي في الأدبيات المحلية والعالمية

- نموذج بحثي متكامل: قدمت الدراسة نموذجاً بحثياً يرتبط بثلاثة محاور مترابطة: الكفاءة الإدارية، جودة الرعاية، ونتائج المرضى، وهو نموذج يجمع بين مفاهيم الإدارة الصحية والإكلينيكية بطريقة تكاملية. هذا النموذج يمكن أن يُستخدم كإطار لدراسات مستقبلية في سياقات مختلفة.
- إضافة كمية موثوقة: أضافت الدراسة إلى الأدبيات العربية والعالمية دراسات كمية موثقة باستخدام أدوات إحصائية متعددة (تحليل الارتباط والانحدار وتحليل الفروق)، مما يدعم موثوقيتها ويمهّد لدراسات لاحقة تعتمد نفس النموذج أو تُطوّره.
- تأكيد نظريات الإدارة الصحية: عززت الدراسة الأطر النظرية مثل إدارة الجودة الشاملة ونظرية النظم والمرونة التشغيلية، من خلال تقديم أدلة تجريبية من سياق محدد (وحدات الغسيل الكلوي)، مما يثري الفهم النظري لكيفية تأثير الإدارة على مخرجات الرعاية الصحية.

ثانياً: تطوير أداة قياس موثوقة ومحلية

- **أداة استبانة محكمة:** تم بناء أداة استبانة تغطي أبعاداً مختلفة من الأداء الإداري والسريري، وثبت صدقها وثباتها إحصائياً. هذه الأداة توفر نموذجاً يمكن تبنيه وتطويره مستقبلاً في دراسات مشابهة داخل المملكة أو المنطقة.
- **تطبيق عملي للتقييم:** يمكن استخدام هذه الأداة من قبل صناع القرار في تقييم أداء وحدات الغسيل بصورة منهجية ومنظمة، مما يساهم في تحديد نقاط القوة والضعف بشكل مستمر.

ثالثاً: التركيز على نتائج المرضى كمخرجات إدارية

- **ربط الإدارة بالمخرجات السريرية:** بخلاف كثير من الدراسات التي تركز على مؤشرات الجودة العامة أو العمليات الداخلية، فقد ركزت هذه الدراسة على العلاقة بين الإدارة ونتائج المرضى بشكل مباشر، مثل معدلات المضاعفات، التنويم غير المخطط له، ورضا المريض. هذا التوجه يساعد في دمج مفهوم "المريض في مركز الرعاية" داخل التقييم الإداري.

رابعاً: الربط بين المتغيرات الديموغرافية والتقييم الإداري

- **فهم التباينات الإدارية:** قدمت الدراسة تحليلات دقيقة تربط بين تقييم الأفراد للكفاءة الإدارية وجودة الرعاية ونتائج المرضى من جهة، وخلفياتهم المهنية والتعليمية والديموغرافية من جهة أخرى. هذا يساعد على فهم الفروق في التصورات الإدارية واحتياجات الفرق الصحية المختلفة، وهو أمر مهم لتصميم برامج تدريبية وتطويرية مخصصة لكل فئة وظيفية.

خامساً: إسهام تطبيقي عملي مباشر

- **توصيات قابلة للتطبيق:** قدمت الدراسة توصيات واضحة وقابلة للتطبيق، ترتبط مباشرة بنتائجها الإحصائية والنوعية. يُمكن للمؤسسات الصحية في السعودية، خصوصاً وحدات الغسيل الكلوي، الاستفادة من هذه التوصيات في تطوير السياسات وتحسين الأداء الإداري والسريري.
- **دعم صناعة القرار:** تُعد النتائج بمثابة دليل لصانعي القرار لتوجيه الاستثمارات والجهود نحو المجالات الإدارية التي ثبت تأثيرها الأكبر على جودة الرعاية ونتائج المرضى.

5.4.2 المقترحات البحثية المستقبلية

استناداً إلى ما توصلت إليه هذه الدراسة من نتائج، وبالنظر إلى التحديات العملية التي ظهرت أثناء مراحل جمع البيانات وتحليلها، فإن هناك العديد من الفرص البحثية المستقبلية التي يمكن أن تساهم في تعميق الفهم وتحسين الأداء في قطاع غسيل الكلى، سواء على المستوى الإداري أو السريري، أو في سياقات مشابهة داخل النظام الصحي السعودي أو العربي عموماً. وفيما يلي أبرز المقترحات البحثية التي توصي بها الدراسة:

أولاً: توسيع النطاق الجغرافي والديموغرافي للدراسات

- دراسات متعددة المناطق: إجراء دراسات مماثلة في مناطق أخرى داخل المملكة مثل المنطقة الشرقية، الغربية، والجنوبية، لمقارنة الأنماط الإدارية بين المناطق وتحديد الفروق الإقليمية.
- توسيع العينة لتشمل قطاعات أوسع: توسيع العينة لتشمل العاملين في القطاع الخاص والعسكري والقطاعات الجامعية بشكل متوازن، بهدف فهم تأثير طبيعة الملكية والإدارة على نتائج الجودة.

ثانياً: تصميم دراسات طولية (Longitudinal Studies)

- تتبع الأداء على المدى الطويل: تنفيذ دراسات طولية تتبع أداء وحدات غسيل الكلى على مدى 6-12 شهراً، لقياس مدى استدامة الكفاءة الإدارية وتأثيرها على تحسين النتائج السريرية على المدى البعيد. هذا النوع من الدراسات يمكنه اختبار العلاقة السببية بشكل أوضح.
- ربط المؤشرات بمرور الزمن: ربط تطور مؤشرات الفوسفات، الهيموغلوبين، الضغط، وجودة الحياة للمرضى، بشكل منهجي مع أنماط وممارسات الإدارة في الوحدة على فترات زمنية متقطعة.

ثالثاً: إدراج المرضى كمصدر للمعلومة المباشرة

- تقييم رضا المرضى وجودة حياتهم: إجراء دراسات تدمج المرضى كمصدر مباشر لقياس نتائج الرعاية (مثل رضا المريض، جودة الحياة المبلغ عنها ذاتياً، الالتزام بالعلاج، عدد التنويمات غير المخطط لها)، بالتوازي مع تقييم العاملين. هذا يعزز من دقة النتائج ويعكس فعلياً مبدأ "المريض في قلب النظام الصحي".

رابعاً: دراسة أثر أنماط القيادة الصحية المختلفة

- تحليل تأثير القيادة التحويلية والتشاركية: تحليل العلاقة بين أنماط القيادة الإدارية المختلفة (مثل القيادة التحويلية، القيادة التشاركية، القيادة الإستراتيجية) وبين مؤشرات الأداء في وحدات الغسيل الكلوي. يمكن استخدام أدوات قياس سلوكية للمديرين وربطها بمخرجات الأداء.

خامساً: البحث النوعي المعمق

- مقابلات فردية ومجموعات تركيز: تنفيذ مقابلات فردية معمقة أو مجموعات تركيز (Focus Groups) مع العاملين والمديرين في وحدات الغسيل الكلوي، لفهم التحديات الإدارية اليومية، أنماط الاتصال، مصادر الصراع، وآليات التحفيز بشكل أعمق. هذا سيساعد على بناء نماذج تفسيرية واقعية تسهم في تطوير النظرية الإدارية في البيئة الصحية المحلية.

سادساً: قياس فعالية برامج التدريب الإداري الحالية

- دراسات ما قبل وبعد التدريب: قياس الأثر الفعلي لبرامج التدريب الإداري التي تقدمها وزارة الصحة أو القطاع الخاص على كفاءة أداء القادة الإداريين والكوادر، من خلال تقييم قبل وبعد التدريب (Pre/Post Design).

- **تحديد الثغرات التدريبية:** تحديد الثغرات في المناهج التدريبية الحالية وتقديم توصيات لتطوير برامج أكثر ارتباطاً بالواقع العملي واحتياجات وحدات الغسيل الكلوي.

سابعاً: بناء مؤشرات أداء قيادية (Leadership KPIs) ومؤشرات أداء تشغيلية

- **اقتراح مؤشرات أداء إدارية:** اقتراح مجموعة مؤشرات أداء رئيسية (KPIs) مرتبطة مباشرة بأداء الإدارة في وحدات الغسيل، مثل: وضوح الأدوار، الاستجابة السريعة، مشاركة العاملين في القرار، استخدام التكنولوجيا الإدارية، إلخ.
- **ربط المؤشرات بالنتائج السريرية:** ربط هذه المؤشرات بشكل منهجي بنتائج سريرية محددة ومؤشرات رضا المرضى.

ثامناً: تحليل التكلفة والمنفعة (Cost-Benefit Analysis) للتدخلات الإدارية

- **تحليل اقتصادي للرعاية:** تنفيذ دراسات تحليل اقتصادي لقياس عائد الاستثمار في تحسين الكفاءة الإدارية (ROI) وتأثير الإنفاق الإداري على تقليل التكاليف السريرية، وتقليل المضاعفات، وتكرار دخول المرضى للمستشفى.

تاسعاً: استخدام التكنولوجيا المتقدمة والذكاء الاصطناعي في الإدارة

- **دراسة تطبيق أدوات الذكاء الاصطناعي (AI):** دراسة مدى تطبيق أدوات الذكاء الاصطناعي والأنظمة الذكية (مثل أنظمة الموارد البشرية الذكية، إدارة المهام الرقمية، لوحات الأداء اللحظية) في وحدات الغسيل الكلوي، وتأثيرها على تحسين الكفاءة الإدارية وجودة الرعاية.
- **اقتراح نماذج رقمية لدعم القرار:** اقتراح نماذج رقمية قائمة على البيانات والذكاء الاصطناعي لدعم القرارات الإدارية في وحدات الرعاية المزمنة، خاصة فيما يتعلق بتوزيع الموارد، وجدولة المرضى، وإدارة المخزون.

خاتمة الفصل الخامس:

تُعد هذه التوصيات والمقترحات ناتجاً مباشراً لتحليل علمي دقيق وميداني واقعي، وترتكز على بيانات كمية ونوعية جُمعت بعناية. وقد سعت إلى تقديم حلول واقعية قابلة للتطبيق، مع الحفاظ على الرؤية المستقبلية للبحث العلمي. ويُتوقع أن تسهم في رفع كفاءة وحدات غسيل الكلى في المملكة العربية السعودية، وتحسين جودة حياة المرضى، ودعم التحول المؤسسي نحو رعاية صحية أكثر فاعلية وإنسانية، بما يتماشى مع أهداف رؤية المملكة 2030 في تعزيز صحة المجتمع ورفاهيته.

المراجع

المراجع العربية

- العريني، فهد بن محمد. (2018). الكفاءة الإدارية في المؤسسات الصحية: المفهوم والتطبيق. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية¹.
- الشلهوب، عبدالله بن سعيد. (2020). الإدارة الصحية المعاصرة: أسسها وتطبيقاتها في المستشفيات السعودية. جدة: دار الميمان للنشر والتوزيع².
- العوفي، ناصر بن محمد. (2019). جودة الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية: الواقع والتحديات. المجلة السعودية للإدارة الصحية، 15(2)، 88-105³.
- وزارة الصحة السعودية. (2022). التقرير السنوي لوحدة غسيل الكلى في المملكة العربية السعودية. الرياض: الإدارة العامة للرعاية الكلوية⁴.
- عبدالقادر، إبراهيم حسن. (2021). أثر الكفاءة الإدارية على الأداء الصحي في المراكز التخصصية: دراسة ميدانية. المجلة العربية للإدارة، 41(1)، 145-172⁵.
- البراهيم، فاطمة بنت محمد. (2020). قياس جودة الرعاية الصحية من منظور المرضى في وحدات الغسيل الكلوي. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، كلية الصحة العامة والمعلوماتية الصحية⁶.
- هيئة التخصصات الصحية السعودية. (2023). الدليل الوطني لتحسين جودة الرعاية الصحية. الرياض: قسم تطوير الأداء⁷.
- العسيري، نواف بن عبدالله. (2019). القيادة الإدارية في القطاع الصحي السعودي: رؤية تحليلية. مجلة أبحاث الإدارة الصحية، 10(4)، 215-233⁸.
- البراك، حصة بنت عبدالعزيز. (2021). تقييم رضا العاملين الصحيين عن بيئة العمل الإدارية: دراسة ميدانية في مستشفيات حكومية. المجلة الخليجية للعلوم الإدارية، 18(3)، 98-122⁹.
- المجلس الصحي السعودي. (2021). الإطار السعودي الوطني لمؤشرات الأداء في القطاع الصحي. الرياض: الأمانة العامة للمجلس¹⁰.
- بن غيث، علي عبدالله. (2022). العلاقة بين القيادة الصحية وتحسين نتائج المرضى: دراسة في مستشفيات القطاع الخاص. المجلة السعودية للإدارة الطبية، 9(2)، 60-84¹¹.
- المعجل، فهد بن صالح. (2020). تطبيق إدارة الجودة الشاملة في وحدات غسيل الكلى: دراسة تحليلية. المجلة العلمية لعلوم التمريض، 14(1)، 112-135¹².
- هيئة الغذاء والدواء السعودية. (2023). تقرير سلامة المرضى في مراكز الرعاية المزمنة. الرياض: مركز المعلومات¹³.
- الفقيه، أمجد. (2021). التحول الرقمي في الإدارة الصحية وتأثيره على كفاءة تقديم الخدمة. المجلة السعودية للتقنيات الصحية، 3(1)، 45-67¹⁴.

- الشامي، حمدي. (2019). مبادئ إدارة الموارد البشرية الصحية. الرياض: دار طويق للنشر¹⁵.

المراجع الأجنبية

- Aiken, L. H., Sloane, D. M & ,Clarke, S. P. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings .International Journal for Quality in Health Care, 14(1), 5-13 .

<https://doi.org/10.1093/intqhc/14.1.5>.¹⁶

- Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D & ,Quentin, W. (2019). Improving Healthcare Quality in Europe: Characteristics, Effectiveness and Implementation of Different Strategies .European Observatory on Health Systems and Policies .

<https://doi.org/10.1787/9789264303072-en>.¹⁷

- Chassin, M. R & ,Loeb, J. M. (2011). The ongoing quality improvement journey: Next stop, high reliability .Health Affairs, 30(4), 559-568 .

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0076>.¹⁸

- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed ?Journal of the American Medical Association, 260(12), 1743-1748 .

<https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>.¹⁹

- Institute of Medicine (IOM). (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century .National Academies Press .

<https://doi.org/10.17226/10027>.²⁰

- Jiang, H. J., Lockee, C., Bass, K & ,Fraser, I. (2009). Board oversight of quality: Any differences in process of care and mortality ?Journal of Healthcare Management, 54(1), 15-30 .

<https://doi.org/10.1097/00115514-200901000-00004>.²¹

- Kaplan, R. S & Norton, D. P. (2001). The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment .Harvard Business School Press.²²
- KDIGO. (2022). Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) 2022 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease .Kidney International, 101(3), S1–S87 .

<https://kdigo.org/guidelines/blood-pressure-in-ckd>.²³/

- Leggat, S. G. (2007). Effective healthcare teams require effective team members: Defining teamwork competencies .BMC Health Services Research, 7(1), 17 .

<https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-17>.²⁴

- McConnell, C. R. (2019). Umiker's Management Skills for the New Health Care Supervisor (7th ed .(.Jones & Bartlett Learning.²⁵
- Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R & Sarnak, D. (2016). International Profiles of Health Care Systems .The Commonwealth Fund .

<https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2016/jan/international-profiles-health-care-systems>.²⁶

- Porter, M. E. (2010). What is value in health care ?New England Journal of Medicine, 363(26), 2477–2481 .

<https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>.²⁷

- Wachter, R. M. (2017). Understanding Patient Safety (3rd ed .(.McGraw-Hill Education.²⁸
- World Health Organization (WHO). (2021 .(Health system performance assessment: A framework for policy analysis .

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240038279>.²⁹

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2019). Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses .Rockville, MD: AHRQ Publication No. 08-0043.³⁰

الملاحق

ملحق (1): الاستبانة

(ملاحظة: هنا سيتم إدراج نص الاستبانة بالكامل، بما في ذلك الأقسام الديموغرافية، ومحاور الكفاءة الإدارية، جودة الرعاية، ونتائج المرضى، بالإضافة إلى الأسئلة المفتوحة.)

أولاً: المعلومات الديموغرافية ³¹

السؤال	الخيارات
الجنس	☐ ذكر ☐ أنثى
العمر	☐ أقل من 30 ☐ 30-39 ☐ 40-49 ☐ 50 فأكثر
سنوات الخبرة	☐ أقل من 5 ☐ 5-10 ☐ أكثر من 10
المسمى الوظيفي	☐ طبيب ☐ ممرض ☐ إداري ☐ فني ☐ آخر _____ :
المؤهل العلمي	☐ دبلوم ☐ بكالوريوس ☐ ماجستير ☐ دكتوراه

ثانياً: الكفاءة الإدارية ³²

العبارة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
يتم تحديد الأهداف الإدارية بوضوح في الوحدة.	☐	☐	☐	☐	☐
يتم تنفيذ الخطط التشغيلية في الوحدة ضمن جداول زمنية واضحة ومحددة.	☐	☐	☐	☐	☐

☐	☐	☐	☐	☐	هناك مشاركة فعالة للموظفين في عمليات التخطيط.
☐	☐	☐	☐	☐	تتم مراجعة الخطط الإدارية بشكل دوري وتحديثها حسب الحاجة.
☐	☐	☐	☐	☐	القادة في الوحدة يحفزون الفريق لتحقيق الأهداف التنظيمية.
☐	☐	☐	☐	☐	القيادة تستمع لملاحظات الفريق وتتخذ إجراءات واضحة بناءً عليها.
☐	☐	☐	☐	☐	القيادة تطبق سياسات واضحة وعادلة وشفافة في التعامل مع الموظفين.
☐	☐	☐	☐	☐	الإدارة تدعم وتشجع المبادرات التطويرية المبتكرة من الموظفين.
☐	☐	☐	☐	☐	الموارد البشرية موزعة بعدالة وكفاءة داخل الوحدة.
☐	☐	☐	☐	☐	يتم توفير المستلزمات الطبية بانتظام وكفاية في الوقت المناسب.
☐	☐	☐	☐	☐	إدارة الوقت فعالة في الإجراءات اليومية والتشغيلية.
☐	☐	☐	☐	☐	يتم استخدام التكنولوجيا الحديثة بفعالية لتحسين أداء الوحدة.
☐	☐	☐	☐	☐	يتم اتخاذ القرارات الإدارية بناءً على بيانات دقيقة ومحدثة.
☐	☐	☐	☐	☐	يتم إشراك الموظفين في اتخاذ القرارات المرتبطة بالعمل السريري اليومي.
☐	☐	☐	☐	☐	القرارات الإدارية تضع مصلحة المريض في المقام الأول.

☐	☐	☐	☐	☐	يتم تقييم أثر القرارات الإدارية بعد تنفيذها بشكل منتظم.
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---

ثالثاً: جودة الرعاية³³

العبارة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
يتم الالتزام بالبروتوكولات الطبية المحدثة في الوحدة.	☐	☐	☐	☐	☐
تتم مراجعة الخطة العلاجية بانتظام وفقاً لتغيرات حالة المريض.	☐	☐	☐	☐	☐
يتم الالتزام التام بإجراءات مكافحة العدوى داخل الوحدة.	☐	☐	☐	☐	☐
يتم تحديث السجلات الطبية الإلكترونية بشكل منتظم.	☐	☐	☐	☐	☐
يتم إجراء تقييم سريري شامل للمريض في كل جلسة غسيل.	☐	☐	☐	☐	☐
يتم الحفاظ على تواصل مستمر وفعال مع المرضى.	☐	☐	☐	☐	☐
توفر الوحدة بيئة علاجية نظيفة وآمنة للمرضى.	☐	☐	☐	☐	☐
يتم احترام خصوصية المريض في جميع الإجراءات.	☐	☐	☐	☐	☐
الطاقم الطبي متعاون ويستجيب بسرعة لاحتياجات المرضى.	☐	☐	☐	☐	☐

رابعاً: نتائج المرضى³⁴

العبارة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
---------	-------------------	-----------	-------	-------	---------------

☐	☐	☐	☐	☐	يشعر المرضى بتحسّن عام في حالتهم الصحية.
☐	☐	☐	☐	☐	يتم ملاحظة انخفاض في الأعراض المرتبطة بالفشل الكلوي (مثل الغثيان، الحكة، التعب).
☐	☐	☐	☐	☐	يتم التحكم بالمضاعفات المزمنة مثل فقر الدم أو هشاشة العظام.
☐	☐	☐	☐	☐	تنخفض معدلات دخول المرضى المتكررة إلى المستشفى.
☐	☐	☐	☐	☐	يتم التعامل مع الأعراض الطارئة خلال الغسيل بكفاءة وسرعة.
☐	☐	☐	☐	☐	يتم تقليل معدل حدوث العدوى المرتبطة بالقسطرة أو الغسيل الدموي.
☐	☐	☐	☐	☐	المرضى يعبرون عن رضاهم عن مستوى الرعاية المقدمة.
☐	☐	☐	☐	☐	المرضى يفضلون وحدتهم الحالية بناءً على تجربتهم في الرعاية.
☐	☐	☐	☐	☐	يتم أخذ رأي المرضى بعين الاعتبار عند تطوير الخدمة.

خامساً: الأسئلة المفتوحة³⁵

1. ما هي أبرز التحديات الإدارية التي تواجه جودة الرعاية في

وحدتكم؟

2. ما هي أبرز نقاط القوة في الإدارة الحالية داخل

الوحدة؟

3. هل لديك أي اقتراحات لتحسين الأداء الإداري أو تعزيز نتائج

المرضى؟

Midocean University



College of Management

**The Impact of Administrative Efficiency on Quality
of Care and Patient Outcomes in Dialysis Units in
Riyadh City, Saudi Arabia**

Prepared by:

Sameer Mohammed Alqassimi

243001863

Supervised by:

Dr. Al-Faisal Abdul Hamid

Dr. Faiez Jarrad

Year:2025