

التكليف التاسع :

تطبيق النقد العلمي الذاتي على مشروع البحث ووضع مقترحات
للتحسن

المادة : دراسات نقدية ٣
الدكتورة : لمى إسبر
الباحث : خالد العتيبي



نقد النظريات والإطار النظري في دراسة

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

إعداد الباحث:

خالد غزاي بن عبد المحسن العتيبي

مقدمة

يهدف هذا التكليف إلى تطبيق مبدأ النقد العلمي الذاتي (Self-Criticism) من قبل الباحث نفسه على البحث المُعد، بوصفه أداة منهجية تتيح تقييم العمل البحثي من الداخل بموضوعية، والكشف عن نقاط القوة التي ينبغي تعزيزها، ونقاط الضعف والثغرات المنهجية التي تستدعي المعالجة، تمهيداً لتقديم مقترحات عملية لتحسين جودة البحث في صورته الحالية أو في أي دراسة لاحقة مبنية عليه.

وقد جرى هذا النقد وفق تسلسل عناصر البحث ذاته: العنوان والمستخلص، مشكلة الدراسة وأهدافها، الإطار النظري والدراسات السابقة، المنهجية، النتائج ومناقشتها، التوصيات، وقائمة المراجع.

أولاً: نقد العنوان والمستخلص

نقاط القوة

- العنوان محدد وواضح المتغيرات الثلاثة (الحوكمة السريرية، الأخطاء الطبية، كفاءة الأداء التشغيلي)، ومحدد النطاق المكاني (مستشفيات الرياض).
- المستخلص يغطي عناصر البحث الأساسية (الهدف، المجتمع والعينة، المنهج، الأدوات، أهم النتائج والتوصيات) بإيجاز مناسب، وله نسخة عربية وأخرى إنجليزية متكافئتان.

نقاط الضعف

- ورود عبارة «وقد تكون مجتمع الدراسة من الكوادر الصحية...» في المستخلص بصيغة احتمالية، وهي صياغة غير جازمة لا تليق بعنصر منهجي أساسي كتحديد مجتمع الدراسة، الذي ينبغي أن يُذكر بصورة قطعية.
- لم يُذكر حجم مجتمع الدراسة الأصلي لا في المستخلص ولا في متن البحث، مما يصعب على القارئ تقدير مدى تمثيل عينة (٣٦١) مفردة لهذا المجتمع.
- استخدام لفظ «أثر» في العنوان والمستخلص يوحي ضمناً بعلاقة سببية مؤكدة، في حين أن تصميم الدراسة مقطعي غير تجريبي (استبانة/مقابلات في وقت واحد)، وهو ما يسمح باستنتاج علاقة ارتباطية تنبئية أدق من الحديث عن «أثر» بالمعنى السببي الصارم.

ثانيًا: نقد مشكلة الدراسة وأهدافها وتساولاتها وفرضياتها

نقاط القوة

صياغة تدرجية منطقية من مشكلة عامة إلى سؤال رئيس ثم أسئلة فرعية تفصيلية، مع ترابط جيد بين الأهداف والفرضيات المختبرة لاحقًا. تحديد واضح لحدود الدراسة الأربعة (المكانية، الزمانية، البشرية، الموضوعية).

نقاط الضعف

عدد الأهداف الفرعية المعلنة (٨ أهداف) أكبر من عدد الفرضيات التي اختُبرت فعليًا إحصائيًا (٥ فرضيات)؛ فبعض الأهداف المعلنة — مثل قياس تأثير الحوكمة على مدة الإقامة ومعدلات الإشغال وكفاءة استخدام الموارد — تستدعي بيانات تشغيلية فعلية من سجلات المستشفيات، بينما اكتفت الدراسة بقياسها عبر تصورات العاملين في الاستبانة فقط، وهذا تفاوت بين ما أُعلن هدفًا وما طُبّق فعليًا من أدوات قياس. تكرار كبير بين فقرتي «الإضافة المتوقعة للمعرفة العلمية» و«أهمية الدراسة»، إذ تتداخل الأفكار بينهما دون تمايز واضح في الوظيفة.

ثالثًا: نقد الإطار النظري والدراسات السابقة

نقاط القوة

تغطية جيدة للمفاهيم الأساسية (الحوكمة السريرية، الكفاءة، الأداء التشغيلي) عبر تعريفات متعددة من مصادر حديثة (٢٠٢٠-٢٠٢٥).

تضمنين فقرة صريحة توضح أوجه التمايز بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة.

نقاط الضعف

عدد الدراسات السابقة التي نوقشت بالتفصيل والمقارنة محدود جدًا (دراستان عربيتان ودراستان أجنبيتان فقط)، بينما تضم قائمة المراجع أكثر من ٢٠ مرجعًا عربيًا وأجنبيًا لم يُشر إلى غالبيتها في قسم الدراسات السابقة، وهذا يكشف فجوة بين حجم قائمة المراجع وحجم الأدبيات الموظفة فعليًا في بناء وتحليل الدراسة.

وجود مراجع بعيدة عن صميم موضوع البحث (الحوكمة السريرية والقطاع الصحي)، مثل مرجع عن الابتكار في شركة اتصالات مصرية، ومرجعين عامين في إدارة الموارد البشرية، مما يُضعف الاتساق الموضوعي لقائمة المراجع.

يُقدّم الإطار النظري بأسلوب تعريفى تجميعى دون تبين صريح لنموذج نظري محدد (كنموذج الركائز السبع للحوكمة السريرية) يُستخدم كأساس معلن لبناء محاور الاستبانة الثلاثة، فالربط بين النظرية وأداة القياس يبقى ضمنيًا غير موثق منهجيًا.

المجتمع والعينة

- لم يُذكر حجم مجتمع الدراسة الأصلي (إجمالي الكوادر الصحية والإدارية بمستشفيات الرياض)، وبالتالي يتعذر حساب نسبة تمثيل العينة (٣٦١ مفردة) له، أو التحقق من كفاية حجمها وفق معادلات تحديد حجم العينة الإحصائية المعروفة.
- أسلوب التوزيع عبر رابط إلكتروني عام أقرب إلى العينة الميسرة (Convenience Sampling) منه إلى العينة العشوائية الاحتمالية، في حين استُخدمت لاحقًا اختبارات استداللية (انحدار، تحليل تباين) تفترض ضمناً عشوائية السحب من المجتمع، وهذا تعارض منهجي بين طبيعة العينة وطبيعة الاختبارات المطبقة عليها.
- عينة المقابلة اقتصرت على ٣ أفراد فقط دون توضيح معايير اختيارهم بدقة، وهو عدد ضئيل لا يحقق التشبع النظري (Saturation) المطلوب في البحث النوعي، ويحد من إمكانية التعميم أو حتى الوثوق بثراء المعطيات النوعية المستخلصة.
- جميع بيانات الدراسة (المتغير المستقل والمتغيرات التابعة) جُمعت من المصدر ذاته وفي التوقيت ذاته عبر أداة واحدة (الاستبانة)، وهو ما يعرض النتائج لاحتمال تحيز طريقة القياس المشتركة (Common Method Bias)، دون أن تشير الدراسة إلى أي إجراء إحصائي لضبط هذا الاحتمال.

رابعًا: نقد منهجية الدراسة

أداة الدراسة (الاستبانة)

- توثيق جيد للصدق الظاهري (صدق المحكمين بنسبة اتفاق ٨٠%)، والاتساق الداخلي (معاملات ارتباط دالة تراوحت بين ٠,٦٠٧ و ٠,٨٨٨)، والثبات (ألفا كرونباخ بين ٠,٨٨٩ و ٠,٩٤٢)، وهذه نقطة قوة منهجية حقيقية تُحسب للدراسة.
- مع ذلك، لم يُجرَ تحليل عاملي استكشافي أو توكيدي (EFA/CFA) للتحقق إحصائيًا من أن عبارات كل محور تُحمّل فعلاً على بُعد واحد، والاكتفاء بارتباط العبارة بالدرجة الكلية للمحور معيار أقل صرامة من التحليل العاملي في إثبات البنية الداخلية للأداة.

الأساليب الإحصائية

- الأساليب المستخدمة (تكرارات، ارتباط بيرسون، ألفا كرونباخ، تحليل تباين أحادي، اختبار T، انحدار خطي) مناسبة عمومًا لطبيعة البيانات وأهداف الدراسة.
- استخدام تحليل الانحدار الخطي لاختبار «الأثر» رغم أن البيانات مقطعية غير تجريبية يستدعي تحفظًا في صياغة النتائج، والأدق الحديث عن «قدرة تنبؤية» لا «أثر سببي» بالمعنى الصارم للكلمة.

خامساً: نقد عرض النتائج ومناقشتها

- الملحظ الأهم: في اختبار الفرق حسب متغير «نوع المستشفى» على وجهات نظر العاملين (جدول ٨، اختبار T)، بلغت قيمة الدلالة الإحصائية ($Sig = 0.000$)، وهي أكبر بكثير من (0.05)، أي لا توجد فروق دالة إحصائية. وقد أكد النص نفسه هذه النتيجة صراحة في الجملة الأولى (عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05)، إلا أن الجملة التالية مباشرة ناقضت ذلك بالنص على «وبذلك تم التأكد من صحة الفرضية البديلة وقبولها، ورفض الفرضية الصفرية». وهذا خطأ منطقي/إحصائي صريح، إذ إن ($Sig > 0.05$) يقتضي قبول الفرضية الصفرية (عدم وجود فروق) لا رفضها.
- واللافت أن قسم «ملخص نتائج الدراسة» في نهاية البحث تلافي هذا الالتباس ضمناً بذكر «عدم وجود فروق» دون حسم صريح لقبول أو رفض الفرضيتين، مما يكشف تفاوتاً داخلياً بين نص المناقشة التفصيلية وملخص النتائج، يستوجب تصحيحاً فورياً قبل أي مناقشة أو نشر للبحث.
- كما يُلاحظ تطابق تام في القيم الإحصائية (درجات الحرية ٣٥٩، ومستوى الدلالة 0.000) بين جدول (٤) الخاص بالفروق في مدى تطبيق الحوكمة حسب نوع المستشفى، وجدول (٨) الخاص بالفروق في وجهات النظر حول تأثير الحوكمة حسب نوع المستشفى، رغم اختلاف المتغير التابع المختبر بين الجدولين. هذا التطابق التام يثير احتمال وقوع خطأ في نسخ مخرجات SPSS من جدول إلى آخر، ويستدعي مراجعة الملفات الإحصائية الأصلية والتحقق من صحة كل جدول على حدة قبل اعتماد النتائج نهائياً.

خامسًا: نقد عرض النتائج ومناقشتها

- كذلك تميل تفسيرات الباحث لبعض النتائج (كتفسير غياب الفروق بين المستشفيات الحكومية والخاصة بوجود معايير وطنية موحدة) إلى كونها استنتاجات منطقية معقولة لكنها لم تُختبر مباشرة بأداة الدراسة، إذ لم يُسأل المشاركون عن هذه المعايير تحديدًا؛ فمن الأدق الإشارة إلى مثل هذه التفسيرات بوصفها «تأويلات مقترحة» لا «نتائج مثبتة بالأداة».
- أما في عرض نتائج المقابلات (القسم الثاني)، فقد اعتمد الباحث على اقتباسات مباشرة من ٣ مشاركين فقط دون توضيح منهج تحليل نوعي واضح (كالترميز الموضوعي)، مع استخدام عبارات من قبيل «أشار تحليل نتائج عينة البحث» التي توحي بتحليل كمي بينما المصدر نوعي محدود العدد، وهو خلط اصطلاحي بين لغة المنهج الكمي والمنهج النوعي يُستحسن تجنبه.

سادسًا: نقد التوصيات ومقترحات الدراسات المستقبلية

- التوصيات عملية ومنطقية بعمومها، لكنها صيغت بشكل عام (مثل «تعزيز ثقافة التواصل المفتوح») دون ربط مباشر بقوة الأثر الفعلية التي أظهرتها النتائج؛ فبما أن الأثر على الحد من الأخطاء الطبية ($R^2 = 0.597$) أقوى إحصائيًا من الأثر على كفاءة الأداء التشغيلي ($R^2 = 0.320$)، كان من المتوقع أن تُرتَّب التوصيات حسب أولوية الأثر، وهو ما لم يحدث.
- لم تتضمن التوصيات معالجة صريحة للقصور المنهجي الذي كشفه البحث نفسه، مثل التوصية باستخدام أسلوب معاينة احتمالي في الدراسات القادمة، أو توسيع عينة المقابلات، أو الاستعانة بمؤشرات تشغيلية فعلية من سجلات المستشفيات لا بتصورات العاملين فقط لقياس الأداء التشغيلي.
- مقترحات الدراسات المستقبلية وردت في نقطتين فقط عامَّتِي الصياغة، ولم تقترح صراحة معالجة الثغرات المنهجية المحددة أعلاه (حجم العينة النوعية، أسلوب المعاينة، تحيز طريقة القياس المشتركة).

- وجود مراجع محدودة الصلة المباشرة بموضوع البحث، كما سبقت الإشارة إليه في قسم الدراسات السابقة.
- تفاوت طفيف في نمط التوثيق بين المراجع العربية (اللقب، الاسم) وبعض المراجع الأجنبية، وهو ما يستدعي مراجعة توحيد الأسلوب وفق دليل توثيق واحد (APA مثلاً) بدقة أكبر.
- اعتماد جيد على مصادر سعودية حديثة (٢٠٢٠-٢٠٢٥) يعكس محاولة تأصيل محلي للمشكلة البحثية، مقابل ضعف نسبي في الرجوع إلى الأدبيات التأسيسية العالمية الكلاسيكية لمفهوم الحوكمة السريرية (كأدبيات النظام الصحي البريطاني NHS) التي نشأ منها المفهوم أصلاً في تسعينيات القرن الماضي، وإضافتها كان سيعمّق الإطار النظري.

ثامناً: ملخص نقاط القوة والضعف ومقترحات التحسين

المحور	نقطة القوة	نقطة الضعف	مقترح التحسين
العنوان والمستخلص	وضوح المتغيرات والنطاق المكاني	صياغة غير جازمة لمجتمع الدراسة، وغياب حجمه	تحديد مجتمع الدراسة رقمياً وبصياغة قطاعية
الأهداف والفرضيات	تسلسل منطقي جيد بين الأهداف والفرضيات	أهداف أوسع من الفرضيات المختبرة فعلياً	مطابقة كل هدف فرعي بفرضية أو مؤشر قياس محدد
الإطار النظري والدراسات السابقة	تعريفات حديثة وشاملة للمفاهيم	ضعف الربط بين المراجع المدرجة والمناقشة الفعلية	تبني نموذج نظري محدد وربطه صراحة بمحاور الأداة
العينة وأداة الدراسة	صدق وثبات موثقان إحصائياً بقيم مرتفعة	عينة ميسرة، وعينة مقابلة صغيرة جداً (٣ أفراد)	معاينة احتمالية أو طبقية، وتوسيع عينة المقابلات
عرض النتائج	جداول إحصائية واضحة ومفصلة	تناقض في تفسير جدول (٨)، وتطابق مريب مع جدول (٤)	مراجعة مخرجات SPSS الأصلية وتصحيح التفسير
التوصيات	توصيات عملية وواقعية	غير مرتبطة بأولوية قوة الأثر، ولا تعالج القصور المنهجي	ترتيب التوصيات حسب حجم الأثر (R^2) ومعالجة الثغرات
قائمة المراجع	حدائث المصادر السعودية	مراجع بعيدة عن الموضوع، وضعف المصادر التأسيسية	حذف المراجع غير ذات الصلة، وإضافة أدبيات NHS التأسيسية

خاتمة

يُظهر هذا النقد الذاتي أن البحث يتمتع بقوة منهجية ملموسة في جانب بناء أداة الدراسة والتحقق من صدقها وثباتها، وباتساق جيد بين مكوناته العامة (المشكلة، الأهداف، الفرضيات)، وبنائج ذات دلالة إحصائية واضحة تدعم فرضياته الرئيسية.

في المقابل، كشف النقد عن عدد من الثغرات الجوهرية التي تستدعي معالجة قبل أي استخدام أكاديمي أو مهني لاحق للبحث، وأهمها: التناقض الصريح في تفسير نتيجة الفرق حسب نوع المستشفى (جدول ٨)، وأسلوب المعاينة الميسرة غير المتوافق مع الاختبارات الاستدلالية المستخدمة، وصغر عينة المقابلات النوعية، ومحدودية الربط بين قائمة المراجع والدراسات السابقة الفعلية.

ومعالجة هذه النقاط وفق المقترحات الواردة أعلاه كفيلة برفع المستوى العلمي للبحث بصورة ملموسة.



مجموعه جامعه
الجميع الذكيه
للتعليم ا بضة

MIDOCEAN
UNIVERSITY



Thank You

