

جامعة ميدأوشن



كلية الإدارة

ماجستير الادارة الصحية

أثر كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية على تقليل الأخطاء
وتحسين انسيابية مسار المريض: دراسة ميدانية على مستشفى خاص
في مدينة الرياض

إعداد الطالب/

عبدالرحمن علي القحطاني

المشرف الثاني/

د.فايز جراد

المشرف الرئيسي/

د. الفيصل عبد الحميد

العام الدراسي:

1448 – 2026



إِهْدَاء

﴿وَأَخِرُ دَعْوَاهُمْ أَنِ الْحَمْدُ لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ﴾

بكل فخر واعتزاز اهدي هذا النجاح لنفسي اولاً ثم لكل من سعى معي لإتمام هذه المسيرة

اهدي تخرجي إلى من دعمني بلا حدود واعطائي بلا مقابل إلى من علمني ان الدنيا كفاح وسلاحها العلم والمعرفة والى من غرس في روحي مكارم الأخلاق داعمي الاول في مسيرتي وقوتي بعد الله " والدي الغالي "

إلى من جعل الجنة تحت اقدامها إلى من سهلت لي الشدائد بدعائها قدوتي ومعلمتي الاولى وصديقة أيامي (والدتي الحبيبة)

والى من شد الله بهم عضدي فكانوا لي خير معين " اخواتي "

شكر وتقدير

ليس بعد التمام أجمل من الحمد، فالحمد لله والشكر له كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه وكما ينبغي لجزيل فضله وعظيم إحسانه على ما أنعم به على من إتمام هذا البحث.

ثم أنه لا يسعني الا أن أشيد بالفضل وأقر بالمعروف لكل من ساهم في إنجاز هذا البحث.

كل الشكر للجهات التي دعمتني وساعدتني وخصتني بالتوجيه والتصويب لإتمام بحثي على الوجه الصحيح.

كما أتقدم بالشكر لمن كان لتوجيهاتهم الدور الكبير في إنجاز هذا المشروع وكل من مد لي يد العون من قريب وبعيد ولو بدعوة بظهر الغيب، بارك الله فيهم جميعاً وجزاهم الله عني الجزاء الأوفى وأسأل الله أن ينفع بهذا البحث على قدر العناء فيه وأن يجعله خالصاً لوجهه الكريم إنه على ذلك لقادر.

مستخلص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن أثر كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بأبعاده الأربعة، المتمثلة في التواصل اللفظي وغير اللفظي بين أعضاء الفريق، ووضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات، والتنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة، والمشاركة الفعالة للمعلومات الطبية، على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض في المستشفيات. واعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي بوصفه المنهج الأنسب لطبيعة الدراسة وأهدافها، وتم استخدام الاستبانة أداة رئيسة لجمع البيانات من مجتمع الدراسة الذي تكوّن من العاملين في الفرق السريرية بالمستشفيات، وقد بلغ حجم العينة النهائية (٣٥٥) مفردة من الأطباء والمرضى والفنيين الصحيين والصيادلة السريريين.

وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود أثر ذي دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لكفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بأبعاده مجتمعة على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض، إذ فسّرت هذه الأبعاد ما نسبته (٧٦.٤٪) من التباين في المتغير التابع. كما جاء بُعد التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة في المرتبة الأولى في قوة الأثر، يليه بُعد المشاركة الفعالة للمعلومات الطبية، ثم بُعد وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات، وأخيراً بُعد التواصل اللفظي وغير اللفظي.

وفي ضوء هذه النتائج قدّم الباحث جملةً من التوصيات، أبرزها ترسيخ ثقافة مؤسسية داعمة للعمل الجماعي، وتفعيل الاجتماعات التنسيقية متعددة التخصصات، والاستثمار في نظم المعلومات الصحية المتكاملة، وتوسيع تطبيق نموذج إدارة الحالات، وبناء منظومة إبلاغ فاعلة عن الأخطاء الطبية.

الكلمات المفتاحية: كفاءة التواصل، التنسيق السريري، الفرق الطبية، الأخطاء الطبية، انسيابية مسار المريض، سلامة المريض، المستشفيات

قائمة المحتويات

بسم الله الرحمن الرحيم	ب
الإهداء	ج
الشكر والتقدير	د
مستخلص الدراسة	هـ
قائمة المحتويات	و
قائمة الجداول	ط
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	١
١.١ المقدمة	١
٢.١ مشكلة الدراسة	٢
٣.١ أهداف الدراسة:	٣
٤.١ أسئلة الدراسة	٥
الأسئلة الفرعية	٥
٥.١ فروض الدراسة	٥
الفروض الفرعية	٦
٦.١ أهمية الدراسة	٦
الأهمية التطبيقية (العملية)	٦
٧.١ الدراسات السابقة:	٧
٨.١ الفجوة البحثية:	١٩
٩.١ المنطلقات النظرية للدراسة:	٢٠
١٠.١ المنهجية وطرق البحث:	٢٤
الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة	٢٨
المبحث الأول: كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية	٢٨
١.١.٢ تمهيد	٢٨
٢.١.٢ مفهوم كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية	٢٨

٣٠	٣.١.٢ أهمية كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية
٣١	٤.١.٢ أهداف كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية
٣٢	٥.١.٢ أبعاد كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية
٣٤	٦.١.٢ استراتيجيات تعزيز كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية
٣٥	٧.١.٢ تحديات كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية
٣٦	٨.١.٢ واقع كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية
٣٨	المبحث الثاني: تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض
٣٨	١.٢.٢ تمهيد
٣٨	٢.٢.٢ مفهوم تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض
٤٠	٣.٢.٢ أهمية تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض
٤١	٤.١.٢ أهداف تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض
٤٢	٥.١.٢ مؤشرات قياس تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض
٤٤	٦.١.٢ استراتيجيات تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض
٤٥	٧.١.٢ تحديات تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض
٤٦	٨.١.٢ واقع تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض
٤٩	الفصل الثالث: منهجية الدراسة
٤٩	١.٣ تمهيد
٤٩	٢.٣ منهج الدراسة
٥٠	٣.٣ مجتمع الدراسة
٥٠	٤.٣ أداة الدراسة
٥٢	٥.٣ صدق أداة الدراسة
٥٤	٦.٣ ثبات أداة الدراسة
٥٥	٧.٣ مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة
٥٦	٨.٣ الأساليب الإحصائية المستخدمة
٥٨	الفصل الرابع: تحليل البيانات واختبار الفرضيات

٥٨	١.٤ تمهيد
٥٨	٢.٤ التحليل الوصفي للخصائص الديموغرافية والوظيفية
٥٩	٣.٤ التحليل الوصفي لأبعاد المتغير المستقل
٦٣	٤.٤ التحليل الوصفي للمتغير التابع
٦٤	٥.٤ اختبار فرضيات الدراسة
٧١	الفصل الخامس: النتائج والتوصيات
٧١	١.٥ تمهيد
٧١	٢.٥ نتائج الدراسة
٧٥	٣.٥ توصيات الدراسة
٧٧	Abstract
٧٨	قائمة المراجع
٨٢	الملاحق
٨٣	استمارة استبيان

قائمة الجداول

رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
٥٢	جدول (٣ - ١): معيار الحكم على المتوسطات الحسابية	١.
٥٣	جدول (٣ - ٢): معاملات ارتباط فقرات المتغير المستقل بأبعادها	٢.
٥٤	جدول (٣ - ٣): معاملات ارتباط فقرات المتغير التابع بالدرجة الكلية	٣.
٥٤	جدول (٣ - ٤): معاملات ارتباط أبعاد المتغير المستقل بالدرجة الكلية للمتغير	٤.
٥٥	جدول (٣ - ٥): معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد الدراسة	٥.
٥٦	جدول (٣ - ٦): معاملات الثبات بأسلوب التجزئة النصفية	٦.
٥٦	جدول (٣ - ٧): مصفوفة الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل والمتغير التابع (ن = ٣٥٥)	٧.
٥٩	جدول (٤ - ١): توزيع أفراد العينة وفق الخصائص الديموغرافية والوظيفية (ن = ٣٥٥)	٨.
٦٠	جدول (٤ - ٢): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد التواصل اللفظي وغير اللفظي	٩.
٦١	جدول (٤ - ٣): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد وضوح توزيع الأدوار	١٠.
٦٢	جدول (٤ - ٤): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد التنسيق في القرارات السريرية	١١.
٦٢	جدول (٤ - ٥): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد المشاركة الفعالة للمعلومات	١٢.

رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
٦٣	جدول (٤ - ٦): الترتيب العام لأبعاد المتغير المستقل	١٣.
٦٤	جدول (٤ - ٧): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات المتغير التابع (تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض)	١٤.
٦٥	جدول (٤ - ٨): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد كفاءة التواصل والتنسيق على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض	١٥.
٦٧	جدول (٤ - ٩): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التواصل اللفظي وغير اللفظي على المتغير التابع	١٦.
٦٨	جدول (٤ - ١٠): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات على المتغير التابع	١٧.
٦٩	جدول (٤ - ١١): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية على المتغير التابع	١٨.
٧١	جدول (٤ - ١٢): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر المشاركة الفعالة للمعلومات الطبية على المتغير التابع	١٩.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

١.١ المقدمة

تُشكل المؤسسات الصحية منظومات تنظيمية بالغة التعقيد تتقاطع فيها تخصصات مهنية متعددة وعمليات سريرية متشابكة تستهدف في مجملها تقديم رعاية شاملة ومتكاملة للمرضى. وفي قلب هذه المنظومات يقف التواصل الفعال بين مقدّمي الرعاية الصحية بوصفه الشريان الحيوي الذي يربط بين مختلف حلقات العملية العلاجية، إذ لا يمكن تصوّر رعاية صحية ذات جودة عالية دون وجود قنوات تواصل واضحة ومنظمة تضمن انتقال المعلومات الطبية بدقة وفي الوقت المناسب بين جميع أعضاء الفريق السريري، وهو ما أكدته الأدبيات الحديثة التي أشارت إلى أن التواصل بين الفرق الصحية يُعدّ من أهم المحددات الهيكلية لجودة الرعاية ونتائجها السريرية. (Castillo et al., 2024)

وتتجلى أهمية كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية في أبعاد متعددة تتجاوز مجرد نقل المعلومات اللفظية لتشمل وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات بين أعضاء الفريق الواحد، والتنسيق المحكم في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة، والمشاركة الفورية والدقيقة للبيانات الطبية عبر مراحل الرعاية المختلفة. وقد أثبتت الأبحاث أن بناء أطر منهجية للتعاون بين التخصصات الصحية وتحديد كفاءات تواصلية واضحة وقابلة للقياس يُسهم في تعزيز الأداء الجماعي للفرق السريرية ويُحسّن من قدرتها على الاستجابة المنسّقة لاحتياجات المرضى المتنوعة والمتغيرة. (Morassaei et al., 2022)

و تحظى قضية الأخطاء الطبية وسلامة المرضى باهتمام متصاعد على المستويين الأكاديمي والمؤسسي، نظرًا لما تُخلّفه هذه الأخطاء من أعباء صحية واقتصادية ونفسية جسيمة على المرضى والمؤسسات والمجتمعات على حد سواء. وتتنوع مظاهر هذه الإشكالية بين الأخطاء الدوائية والتشخيصية وإطالة مدة الإقامة وتأخر الاستجابة في أقسام الطوارئ وارتفاع معدلات إعادة الدخول، وجميعها مؤشرات ترتبط ارتباطًا وثيقًا بمدى انسيابية مسار المريض داخل المنظومة الصحية. (Soh et al., 2024)

وتتعدد العوامل المؤثرة في تقليل الأخطاء الطبية وتحسين تدفق المرضى، إذ تتراوح بين عوامل تنظيمية تتعلق بثقافة السلامة المؤسسية وأنظمة الإبلاغ والرقابة، وعوامل بشرية ترتبط بأعباء العمل والكفاءة المهنية والدعم النفسي للعاملين، وعوامل إجرائية تتصل ببروتوكولات العمل وقوائم التحقق ونظم إدارة الحالات. وقد

أظهرت الشواهد أن التدخلات المنهجية التي تُعيد هيكلة عمليات تدفق المرضى وتُرسّي آليات تنسيق واضحة بين الأقسام تُحقّق تحسينات جوهرية في مؤشرات الأداء السريري والتشغيلي. (Singh et al., 2023)

و يتّضح أن كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية لا تمثّل مجرد متطلب إداري أو تنظيمي، بل هي في جوهرها آلية وقائية وعلاجية تؤثر تأثيراً مباشراً في مستوى الأخطاء الطبية وسلسلة انتقال المريض بين مراحل الرعاية المختلفة. فحين يتواصل أعضاء الفريق السريري بفعالية وتتوزّع أدوارهم بوضوح وتتخذ قراراتهم بشكل تشاركي وتُبادل معلوماتهم بدقة وفورية، تتقلّص فرص وقوع الأخطاء وتحسّن انسيابية المسار العلاجي. (Kaiser et al., 2022)

وانطلاقاً مما سبق، تأتي هذه الدراسة لتتناول أثر كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بأبعاده المتعددة على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض في المستشفيات، ساعيةً إلى تقديم إسهام علمي وعملي يُثري الأدبيات الإدارية والصحية ويؤدّد صانعي القرار بأدلة تجريبية تُعينهم على بناء منظومات صحية أكثر أماناً وكفاءة.

٢.١ مشكلة الدراسة

يُعدّ القطاع الصحي من أكثر القطاعات تعقيداً وحساسية على المستوى التنظيمي والإنساني، إذ تتشابك فيه عمليات متعددة ومتداخلة تستلزم تضافر جهود فرق سريرية متنوعة التخصصات تعمل في بيئة تتسم بالضغط الزمني المستمر وارتفاع هامش المخاطرة. وفي ظل هذا التعقيد، تبرز كفاءة التواصل والتنسيق بين أعضاء الفرق السريرية بوصفها ركيزة محورية لا غنى عنها لضمان تقديم رعاية صحية آمنة وفعالة ومتكاملة، غير أن الواقع الميداني في كثير من المؤسسات الصحية يكشف عن فجوات جوهرية في هذا الجانب تتعكس سلباً على سلامة المرضى وجودة مساراتهم العلاجية.

وتُشير التقارير الدولية إلى أن الأخطاء الطبية تُمثّل ثالث أكبر سبب للوفاة في بعض الدول المتقدمة، حيث قدّرت منظمة الصحة العالمية أن ملايين المرضى سنوياً يتعرضون لأضرار يمكن تفاديها نتيجة إخفاقات في التواصل بين مقدّمي الرعاية أكثر من كونها ناجمة عن قصور في الكفاءة الفنية الفردية. وقد أكدت اللجنة الدولية المشتركة لاعتماد المستشفيات أن ما يزيد عن ستين بالمائة من الأحداث السلبية الخطيرة داخل المستشفيات يعود جذرها الأساسي إلى خلل في التواصل بين أعضاء الفريق العلاجي، سواء

في مرحلة التسليم والاستلام أو أثناء اتخاذ القرارات السريرية المشتركة أو عند نقل المعلومات الطبية الحرجة بين الأقسام والتخصصات المختلفة.

و تتفاقم هذه الإشكالية في ضوء التوسع المتسارع في المنظومات الصحية والزيادة المطردة في أعداد المرضى وتنوع احتياجاتهم، مما يفرض ضغوطاً متصاعدة على الفرق السريرية ويُضعف قدرتها على التنسيق الفعّال. وقد كشفت دراسات عربية حديثة عن تحديات بارزة تتمثل في غموض توزيع الأدوار والمسؤوليات بين أعضاء الفريق الواحد، وضعف آليات المشاركة الفورية للمعلومات الطبية، وقصور بروتوكولات التنسيق في القرارات العلاجية، وهو ما ينتج عنه تأخر في الاستجابة السريرية وإطالة مدة إقامة المرضى وارتفاع معدلات إعادة الدخول وتراكم أوقات الانتظار في أقسام الطوارئ، فضلاً عن تكرار الأخطاء الدوائية والتشخيصية التي كان بالإمكان تلافيها لو توافرت منظومة تواصل وتنسيق محكمة.

وعلى الرغم من الاهتمام المتزايد بموضوعي التواصل السريري وسلامة المرضى كلٌّ على حدة في الأدبيات الإدارية والصحية، فإن المتأمل في الدراسات السابقة يلحظ أن معظمها تناول أحد الجانبين بمعزل عن الآخر، إذ ركّزت بعض الدراسات على قياس مهارات التواصل بين الطبيب والمريض دون ربطها بمخرجات السلامة التنظيمية، بينما اهتمت دراسات أخرى بتحليل الأخطاء الطبية من منظور تقني أو إداري بحت دون التعمق في البُعد التواصلي والتنسيقي بوصفه عاملاً تفسيريًا جوهريًا. وتبقى الدراسات التي تربط بشكل منهجي ومباشر بين كفاءة التواصل والتنسيق بأبعاده المتعددة من جهة، وتقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض من جهة أخرى، محدودة العدد ومتباينة المنهجيات وغير كافية لبناء فهم تكاملي شامل، لا سيما في السياق العربي الذي يتميز بخصوصيات ثقافية وتنظيمية وبشرية تستوجب دراسة مستقلة.

ومن هنا تتبلور مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل الجوهري التالي: ما أثر كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بأبعاده (التواصل اللفظي وغير اللفظي، وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات، التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة، المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية) على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض في المستشفيات؟

٣.١ أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أثر كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بأبعاده الأربعة (التواصل اللفظي وغير اللفظي بين أعضاء الفريق، وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات، التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة، المشاركة الفعالة للمعلومات الطبية) على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض في المستشفيات.

تتفرّع من الهدف الرئيس الأهداف الفرعية التالية:

- الهدف الفرعي الأول: التعرف على مستوى كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بأبعاده الأربعة من وجهة نظر العاملين في المستشفيات محل الدراسة، وتحديد البُعد الأكثر تأثيراً والأقل ممارسةً في بيئة العمل اليومية.
- الهدف الفرعي الثاني: قياس مستوى الأخطاء الطبية المُبلّغ عنها وتقييم انسيابية مسار المريض منذ لحظة دخوله إلى المستشفى وحتى خروجه، وذلك من خلال مؤشرات مثل مدة الإقامة وزمن الانتظار ومعدل إعادة الدخول خلال ثلاثين يوماً.
- الهدف الفرعي الثالث: تحليل أثر بُعد التواصل اللفظي وغير اللفظي بين أعضاء الفريق السريري على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض، وتحديد الممارسات التواصلية الأكثر ارتباطاً بخفض معدلات الأخطاء.
- الهدف الفرعي الرابع: تحليل أثر بُعد وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض، والكشف عن مدى وجود تداخل أو غموض في المهام بين أعضاء الفريق السريري وأثره على جودة الرعاية المُقدّمة.
- الهدف الفرعي الخامس: تحليل أثر بُعد التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض، وبيان مدى مشاركة جميع التخصصات في صناعة القرار العلاجي وانعكاس ذلك على سرعة الاستجابة ودقتها.
- الهدف الفرعي السادس: تحليل أثر بُعد المشاركة الفعالة للمعلومات الطبية على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض، والكشف عن مدى توافر قنوات تبادل المعلومات الرقمية والتقليدية ودورها في تقليل فجوات المعرفة بين أعضاء الفريق.
- الهدف الفرعي السابع: تقديم إطار مقترح قائم على نتائج الدراسة يتضمن توصيات عملية لتعزيز كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بما يُسهم في خفض الأخطاء الطبية وتحسين تجربة المريض بصورة مستدامة.

٤.١ أسئلة الدراسة

السؤال الرئيس

- ما أثر كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بأبعاده (التواصل اللفظي وغير اللفظي، وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات، التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة، المشاركة الفعالة للمعلومات الطبية) على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض في المستشفيات؟

الأسئلة الفرعية

- السؤال الفرعي الأول: ما مستوى كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بأبعاده الأربعة من وجهة نظر العاملين في المستشفيات محل الدراسة؟
- السؤال الفرعي الثاني: ما مستوى الأخطاء الطبية المُبلَّغ عنها ودرجة انسيابية مسار المريض في المستشفيات محل الدراسة؟
- السؤال الفرعي الثالث: هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبُعد التواصل اللفظي وغير اللفظي بين أعضاء الفريق السريري على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض؟
- السؤال الفرعي الرابع: هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبُعد وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض؟
- السؤال الفرعي الخامس: هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبُعد التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض؟
- السؤال الفرعي السادس: هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبُعد المشاركة الفعالة للمعلومات الطبية على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض؟

٥.١ فروض الدراسة

الفرض الرئيس

- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لكفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بأبعاده مجتمعة على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض في المستشفيات.

الفروض الفرعية

- الفرض الفرعي الأول: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لبُعد التواصل اللفظي وغير اللفظي بين أعضاء الفريق السريري على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض.
- الفرض الفرعي الثاني: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لبُعد وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض.
- الفرض الفرعي الثالث: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لبُعد التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض.
- الفرض الفرعي الرابع: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لبُعد المشاركة الفعالة للمعلومات الطبية على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض .

٦.١ أهمية الدراسة

الأهمية النظرية (العلمية)

- تستمد هذه الدراسة أهميتها النظرية من كونها تسعى إلى سد فجوة معرفية واضحة في الأدبيات العربية والدولية، إذ تتناول العلاقة المباشرة بين كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية من جهة، وتقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض من جهة أخرى، في إطار نموذج تكاملي واحد.
- وعلى الرغم من وفرة الدراسات التي تناولت كل متغير على حدة، فإن الربط المنهجي بينهما ضمن أبعاد محددة وقابلة للقياس يظل محدوداً، وهو ما تحاول هذه الدراسة تحقيقه.
- كما تُثري الدراسة الإطار النظري من خلال تقديم نموذج رباعي الأبعاد لكفاءة التواصل والتنسيق يمكن أن يُشكّل أساساً للباحثين في دراسات مستقبلية.
- تُسهم في توسيع قاعدة الأدلة التجريبية المتعلقة بسلامة المرضى وجودة الرعاية في السياق العربي، وتُتيح مقارنة النتائج مع الدراسات الدولية مما يُعمّق فهم تأثير السياق الثقافي والتنظيمي على ديناميكيات الفرق السريرية.

الأهمية التطبيقية (العملية)

- تُقدّم هذه الدراسة فوائد عملية متعددة لأصحاب القرار والممارسين في القطاع الصحي. فهي تُزوّد مديري المستشفيات ورؤساء الأقسام السريرية ببيانات كمية دقيقة حول الأبعاد الأكثر تأثيراً في التواصل والتنسيق، مما يُساعدهم في تحديد أولويات التدخل وتوجيه الموارد نحو المجالات الأكثر حاجة. كذلك تُوفّر لصانعي السياسات الصحية أساساً علمياً لتصميم برامج تدريبية مبنية على أدلة تستهدف تعزيز مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي وتوضيح الأدوار والمسؤوليات داخل الفرق متعددة التخصصات.
- تُفيد الدراسة أيضاً إدارات الجودة وسلامة المرضى في تطوير مؤشرات أداء جديدة مرتبطة بكفاءة التنسيق السريري يمكن إدماجها في أنظمة الاعتماد والتقييم المؤسسي.
- يُمكن أن تُسهم النتائج في تحسين تجربة المريض من خلال تقصير مدة الإقامة وتقليل أوقات الانتظار وخفض معدلات الأخطاء، مما ينعكس إيجابياً على رضا المرضى وثقتهم في المنظومة الصحية، فضلاً عن تحقيق وفورات مالية ملموسة للمؤسسات الصحية كما أشارت إليه بعض الدراسات السابقة.

٧.١ الدراسات السابقة:

المحور الأول: المتغير المستقل – كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية وعلاقته بمتغيرات أخرى

دراسة القندوز (٢٠٢٥) بعنوان "العلاقة التواصلية بين الطبيب والمريض ودورها في تعزيز الثقة بالأطباء: دراسة ميدانية على عينة من المرضى المترددين على مركز مصراتة الطبي". هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى التواصل بين الأطباء والمرضى (بأبعاده) الاتصال اللفظي، والاتصال غير اللفظي، وأسلوب الاستماع، وأسلوب الإقناع (على درجة ثقة المرضى بالكفاءة المهنية والإنسانية للأطباء في مركز مصراتة الطبي بليبيا. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي القائم على المسح الاجتماعي باستخدام العينة. وتكوّنت العينة من ٩٥ مريضاً مترددين على المركز تم اختيارهم بطريقة غير عشوائية بالصدفة، واستُخدم الاستبيان أداة لجمع البيانات. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين جودة التواصل الإيجابي للطبيب ودرجة الثقة التي يُدّيهها المريض، كما تبيّن وجود ارتباط قوي بين أسلوب الاتصال اللفظي للطبيب ومستوى ثقة المرضى، فضلاً عن وجود علاقة مماثلة بين الاتصال غير اللفظي (مثل الإيماءات ونبرة الصوت ولغة الجسد) وثقة المرضى، كما أبرزت النتائج دور أسلوب الاستماع والإقناع في تعزيز مستوى الثقة بشكل ملحوظ. وأوصت الدراسة بضرورة إدراج مهارات التواصل الإنساني ضمن برامج تدريب الأطباء سواء في مرحلة الإعداد الأكاديمي أو التطوير المهني المستمر، وتكريس ثقافة

الحوار الإيجابي في المؤسسات الصحية لتحسين جودة الرعاية والخدمات المقدمة للمرضى، إلى جانب اقتراح تنفيذ دراسات مقارنة مستقبلية بين المؤسسات الصحية العامة والخاصة للوقوف على الفروق في مستويات التواصل.

دراسة أقوب (٢٠٢٤) بعنوان "مهارات الاتصال الفعال للكوادر الطبية وأثرها على فعالية الخدمة الصحية: دراسة ميدانية على مستشفى زليتن المركزي". هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى مهارات الاتصال الفعال لدى الكوادر الطبية بأبعاده (مهارات الاتصال اللفظي، والاتصال غير اللفظي، والاستماع، والاستجواب، وضبط النفس، والإقناع) على فعالية الخدمة الصحية المقدمة بأبعادها (رضا المرضى، والنتائج الصحية) في مستشفى زليتن المركزي بليبيا. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واعتمدت على مقاييس مخصصة لقياس مهارات الاتصال وفعالية الخدمة. وتكوّنت العينة من ٦٥ مريضاً مقيماً في المستشفى. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى أن مستوى مهارات الاتصال لدى الكوادر الطبية جاء مرتفعاً في جميع الأبعاد، كما جاء مستوى فعالية الخدمة الصحية مرتفعاً كذلك، وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية إيجابية ذات دلالة إحصائية بين جميع أبعاد مهارات الاتصال وفعالية الخدمة باستثناء بُعد الإقناع الذي لم يظهر ارتباطاً دالاً، كما كشفت عن تفوق الإناث على الذكور في المهارات اللفظية وغير اللفظية والاستماع في حين لم تظهر فروق في بقية الأبعاد، وتبيّن أن الفئات العمرية الأصغر سجّلت درجات أعلى في مهارات الاتصال مقارنة بالأكبر سناً. وأوصت الدراسة بتعزيز برامج التدريب على مهارات التواصل بشكل دوري لجميع الكوادر الطبية، وإجراء تقييمات منتظمة لجودة الاتصال بين مقدمي الخدمة والمرضى، والاهتمام بتطوير مهارات الإقناع تحديداً كونها لم ترتبط بفعالية الخدمة في هذه الدراسة.

دراسة بو عفيف وقزال (٢٠٢٤) بعنوان "التواصل بين الفرق الطبية أثناء الأزمات: أثر الاتصال الداخلي والتنسيق بين الفرق الطبية في المستشفيات". هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر كفاءة الاتصال الداخلي بأبعاده (وضوح الرسائل، وسرعة تدفق المعلومات، وآليات التنسيق بين الأقسام) على جودة الاستجابة خلال الأزمات الصحية في المستشفيات. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي المسحي، واعتمد الاستبيان أداة لجمع البيانات. وتكوّنت العينة من مجموعة من العاملين في الفرق الطبية بالمستشفيات. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى أن ضعف قنوات الاتصال الداخلي يُعدّ من أبرز المعوقات التي تحول دون تحقيق تنسيق فعال بين الفرق أثناء الأزمات، وأن المؤسسات التي تمتلك بنية اتصالية محكمة ومنظمة تُبدي استجابة أسرع وأكثر فاعلية في مواجهة الأزمات، كما تبيّن أن غياب بروتوكولات اتصال واضحة يُفضي إلى تعارض المعلومات وتأخر اتخاذ القرارات الحرجة. وأوصت الدراسة بتطوير أنظمة اتصال موحدة بين

جميع الأقسام الطبية، وتدريب الفرق بشكل منتظم على بروتوكولات التواصل في حالات الطوارئ والأزمات، وإنشاء غرف عمليات مشتركة تضمن تدفق المعلومات بشكل آني بين صانعي القرار.

دراسة الحربي والجوهاني والمصري وبالدوفينو ورافيز والتويرقي والشلوي (٢٠٢٤) بعنوان "تبسيط مسار تدفق المريض وتعزيز الكفاءة التشغيلية عبر تطبيق إدارة الحالات". هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر برنامج إدارة الحالات بأبعاده (التنسيق بين الأقسام السريرية، وإدارة الأسرة، وتخطيط الخروج المبكر، والمتابعة اليومية متعددة التخصصات) على تحسين تدفق المرضى وتعزيز الكفاءة التشغيلية في مستشفى الحدا بالطائف بالمملكة العربية السعودية. واستخدمت الدراسة منهج تحسين الجودة القائم على تصميم ما قبل وما بعد التدخل مع تطبيق ثلاث دورات متتالية من نموذج التخطيط والتنفيذ والفحص والتعديل (PDCA) واستُعين بأدوات الإدارة الرشيقة (Lean) وأساليب معهد تحسين الرعاية الصحية (IHI) وتكوّنت العينة من جميع المرضى المنومين في أجنحة المستشفى البالغ سعتها ٢٩٣ سريرًا على مدار ثلاث سنوات من سبتمبر ٢٠١٩ إلى سبتمبر ٢٠٢٢. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى انخفاض ملحوظ في متوسط مدة الإقامة من ١١.٥ يوم إلى ٤.٤ يوم بدلالة إحصائية عالية ($p < 0.001$)، وانخفاض متوسط وقت انتظار الطوارئ من ١١.٩ ساعة إلى ١.٢ ساعة ($p = 0.017$)، وتحسّن معدل دوران الأسرة من ٠.٥٧ إلى ٠.٩٣ ($p = 0.038$)، كما حققت المبادرة وفورات مالية صافية بلغت ١٢٣ مليون ريال سعودي مع عائد استثمار قدره ٢٦ ريالاً لكل ريال مستثمر. وأوصت الدراسة بتعميم نموذج إدارة الحالات على جميع المستشفيات في منظومة الخدمات الصحية، وإنشاء أقسام مركزية لإدارة الأسرة في كل مستشفى، وتعزيز دور مديري الحالات في تنسيق الرعاية عبر برامج تدريب متخصصة، وتبني منهجيات التحسين المستمر القائمة على البيانات.

دراسة العتيبي وآخرين (٢٠٢٤) بعنوان "تطبيق التنسيق وإدارة الأسرة في القطاع الصحي السعودي: التحديات والمعوقات". هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع التنسيق بين الأقسام الطبية وإدارة الأسرة بأبعاده (التنسيق الإداري بين الأقسام، والعوائق التنظيمية والبيروقراطية، وفعالية أنظمة الاتصال الإلكتروني، ودور القيادة في تسهيل التنسيق) على كفاءة العمليات التشغيلية في المستشفيات السعودية. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي المسحي، واعتمد الاستبيان أداة لجمع البيانات. وتكوّنت العينة من مجموعة من العاملين في القطاع الصحي بالمملكة العربية السعودية. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى وجود تحديات جوهرية تتعلق بضعف التنسيق بين الأقسام الطبية وبطء الاستجابة في إدارة الأسرة، ومحدودية أنظمة الاتصال الإلكتروني المتكاملة التي تربط بين مختلف الأقسام، فضلاً عن تأثير الإجراءات البيروقراطية سلباً على سرعة اتخاذ

القرارات المتعلقة بقبول المرضى ونقلهم وخروجهم. وأوصت الدراسة بإنشاء أقسام مركزية لإدارة الأسرة تتبع إدارة الحالات مباشرة، وتبني أنظمة معلومات صحية متكاملة تُتيح رؤية آنية لحالة الأسرة في جميع الأجنحة، وتقليل الطبقات البيروقراطية في عمليات القبول والتحويل والخروج.

دراسة Zajac و Woods و Tannenbaum و Salas و (2021) Holladay بعنوان "Overcoming Challenges to Teamwork in Healthcare: A Team Effectiveness Framework and Evidence-Based Guidance". هدفت الدراسة إلى التعرف على التحديات الرئيسية التي تواجه العمل الجماعي في الرعاية الصحية بأبعاده (المساءلة، وإدارة الصراع، وصنع القرار، والتأمل في الأداء، والتواصل) على فاعلية فرق العمل في منظمة صحية كبيرة بجنوب غرب الولايات المتحدة، مع تطوير إطار شامل قائم على الأدلة وأداة تشخيصية عملية. واستخدمت الدراسة منهجًا مختلطًا يجمع بين المقاربة الاستقرائية والاستنباطية عبر مرحلتين: مرحلة نوعية لتطوير الإطار ومرحلة كمية - نوعية لتطبيق الأداة التشخيصية. وتكوّنت العينة في المرحلة الأولى من ٢٦ موظفًا (٧٦.٩٪ إناث) شملوا قيادات صحية وخبراء علوم الفرق وعاملين ميدانيين شاركوا في مقابلات ومجموعات تركيز، وفي المرحلة الثانية من ٩٦ مهنيًا صحيًا (١٠ فرق، ٦٦.٧٪ إناث) أجابوا عن أداة التشخيص المكوّنة من ٢٧ بندًا على مقياس ليكرت التساعي، ثم أُجريت مقابلات فردية معمّقة ومجموعة تركيز مع ٣٥ مشاركًا. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى تحديد ٢٧ كفاية جوهرية مُنظمة في إطار هرمي يتكون من ثلاثة مستويات هي الأسس والسلوكيات والمعرفيات والوجدانيات والحالات المثالية للفرق، وكشفت عن خمسة تحديات متكررة هي: ضعف المساءلة حيث تحوّلت آليات المحاسبة إلى أدوات عقابية بدلًا من تحفيزية، وسوء إدارة الصراع المتأرجح بين الانسجام الزائف والهجمات الشخصية، وغموض أدوار صنع القرار خاصة في نماذج القيادة الثنائية، ونقص التأمل في التقدم بسبب ضغط العمل والاعتماد على التكنولوجيا، وانعدام الشفافية في تبادل المعلومات بين الأقسام. وأوصت الدراسة باستخدام تمارين "ابدأ - توقف - استمر" لتحسين المساءلة وتحديد الأنشطة ذات القيمة المضافة، وتدريب الفرق على مهارات التفاوض وإدارة الخلاف البناء عبر المحاكاة، واعتماد إطار "التحديث - المدخلات - القرار (UID)" لتوضيح أدوار صنع القرار، وتخصيص أوقات منتظمة لمراجعة الأداء الجماعي والتعلم من الأخطاء، ووضع خطط اتصال استراتيجية عند إجراء أي تغييرات تنظيمية.

دراسة Morassaei و Campbell و Di Prospero و Harrington و Holyoke و Langley (2022) بعنوان "A Framework for Interprofessional Team Collaboration in a Hospital"

"Setting". هدفت الدراسة إلى التعرف على الكفايات الأساسية اللازمة للتعاون بين التخصصات بأبعاده (التواصل بين المهنيين، وحل الصراع بين التخصصات، وصنع القرار المشترك، والتأمل الذاتي، وتوضيح الأدوار، والقيم الأخلاقية المشتركة) على جودة الرعاية المتمحورة حول المريض في مستشفى Sunnybrook الأكاديمي بكندا، مع تطوير إطار عملي قابل للتطبيق. واستخدمت الدراسة المنهج النوعي القائم على بناء التوافق بين أصحاب المصلحة عبر مشاورات متعددة المراحل مع فرق متعددة التخصصات وخبراء في التعليم المهني البيني. وتكوّنت العينة من ممثلين عن مختلف التخصصات الصحية في المستشفى شملوا أطباء وممرضين وصيادلة وأخصائيين اجتماعيين ومعالجين فيزيائيين ومديري تعليم مهني. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى تطوير إطار يتضمن ستّ كفايات أساسية مرتبطة بسلوكيات قابلة للملاحظة والقياس، وتبيّن أن الفرق التي تتبنى هذه الكفايات بشكل منهجي تُقدّم رعاية أكثر تكاملاً وتمحوراً حول المريض مع انخفاض في تكرار سوء الفهم وتعارض الأدوار، كما أظهرت النتائج أن التواصل الفعّال وتوضيح الأدوار يُمثّلان الركيزتين الأكثر تأثيراً في نجاح التعاون البيني. وأوصت الدراسة بدمج هذا الإطار في برامج التوجيه المبدئي للموظفين الجدد وبرامج التطوير المهني المستمر، وربط تقييم الكفايات الست بمعايير الاعتماد المؤسسي، وتوفير فرص منتظمة للتدريب المشترك بين التخصصات داخل بيئة العمل الفعلية.

دراسة Derksen و Keller و Lippke و Riedl و Kötting (2023) بعنوان "Interdisciplinary and Interprofessional Communication Intervention: Fostering Patient Safety Through Psychological Safety and Communication". هدفت الدراسة إلى التعرف على الآليات النفسية لتدخل تدريبي على التواصل بين فرق التوليد متعددة التخصصات بأبعاده (الأمان النفسي، والتواصل الشخصي بين أعضاء الفريق والمرضى، وإدراك مخاطر سلامة المرضى، وإدراك أداء الفريق) على الأداء المرتبط بالسلامة في وحدات التوليد بمستشفيات جامعيين في ألمانيا، وذلك استناداً إلى نموذج المدخلات - العمليات - المخرجات لفاعلية الفريق. واستخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي بتصميم قبلي - بعدي دون مجموعة ضابطة، مع مسح ورقي في نقطتين زمنيتين واختبارات (t) للعينات المرتبطة وتحليلات وساطة باستخدام طريقة Baron and Kenny مع أسلوب Bootstrap بـ ٥٠٠٠ عينة. وتكوّنت العينة من ١٣٧ عاملاً صحياً أكملوا القياس القبلي (٨٩ % إناث، ٣٢ % أطباء، ٣١ % قابلات، ١٧ % ممرضون) و ٨٧ أكملوا القياس البعدي، مع مطابقة ٦٩ مشاركاً في النقطتين الزمنية، وكان التدخل تدريباً مدته ٤ ساعات يتضمن وحدات حول التواصل المغلق الحلقة والإفصاح عن المخاوف ونماذج ISBAR والخرائط الذهنية وتمارين. Tangram. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى انخفاض دال إحصائياً في إدراك مخاطر

سلامة المرضى بعد التدريب حيث انخفض المتوسط من ٣.٢٢ إلى ٢.٨٩ ($t(67) = 2.760, p = 0.007, d = 0.335$)، فيما لم تُظهر مقاييس التواصل والأمان النفسي وأداء الفريق تغيرات دالة إحصائية وهو ما عُزي إلى تأثير السقف وارتفاع الدرجات القلبية، وكشف تحليل الوساطة أن التواصل يتوسط بشكل دال العلاقة بين الأمان النفسي ومخاطر السلامة ($\beta = -0.163, 95\% \text{ CI } [-0.310, -0.046]$) وأداء الفريق ($\beta = 0.189, 95\% \text{ CI } [0.044, 0.370]$) مفسراً ٣١.٦% و٣٤% من التباين على التوالي. وأوصت الدراسة بإجراء تجارب معشاة ذات شواهد مع مجموعات مقارنة ومتابعات طويلة الأمد لتعميق فهم آليات التغيير عبر الزمن، وتعزيز الأمان النفسي كشرط مسبق لأي تدخل تواصلي، وتصميم تدريبات أطول مدة وأكثر تكراراً لإحداث تغييرات مستدامة في سلوكيات التواصل.

دراسة Meneses-La-Riva و Fernández-Bedoya و Suyo-Vega (2025) بعنوان "Enhancing Healthcare Efficiency: The Relationship Between Effective Communication and Teamwork Among Nurses in Peru". العلاقة بين التواصل الفعال بأبعاده (وضوح الرسائل، والاستماع الفعال، والتغذية الراجعة، والتعبير اللفظي وغير اللفظي) على مستوى العمل الجماعي لدى الممرضين بأبعاده (التعاون بين الزملاء، والتنسيق في المهام، والدعم المتبادل) في مستشفى حكومي بالعاصمة ليما في بيرو. واستخدمت الدراسة المنهج الكمي الارتباطي بتصميم مقطعي غير تجريبي. وتكوّنت العينة من مجموعة من الممرضين العاملين في المستشفى. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية قوية جداً بين التواصل الفعال والعمل الجماعي بمعامل ارتباط بلغ ٠.٩٢٥ وبدلالة إحصائية عالية ($p < 0.01$)، مما يعني أن تحسين مهارات التواصل لدى الممرضين ينعكس بشكل مباشر وقوي على تعزيز فاعلية العمل الجماعي. وأوصت الدراسة بتبني برامج تدريبية مستمرة ومنهجية لتعزيز مهارات التواصل بين الكوادر التمريضية كأداة استراتيجية لرفع كفاءة العمل الجماعي وجودة الرعاية، وإدراج مهارات التواصل كمعيار في تقييم الأداء الوظيفي للممرضين، وتوفير بيئة عمل داعمة تشجع على الحوار المفتوح وتبادل المعلومات.

دراسة Castillo و Adelman و Pichardo-Lowden (2024) بعنوان "Beyond Communication: An Update on Transforming Healthcare Teams". التعرف على التدخلات الحديثة التي تتجاوز التدريب التقليدي على التواصل بأبعادها (التدريب الجماعي للفريق (team coaching)، والقيادة التشاركية، والثقافة التنظيمية الداعمة، والتعلم المستمر من الأحداث السريرية) على تحويل فرق الرعاية الصحية وتحسين أدائها ونتائجها السريرية. واستخدمت الدراسة منهج

المراجعة السردية التحليلية للأدبيات الحديثة في مجال تطوير فرق العمل الصحية. وتكوّنت عينة المراجعة من مجموعة واسعة من الدراسات والتقارير المنشورة حديثاً في دوريات محكمة تتناول تدخلات تحويل الفرق الصحية. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى أن تدخلات التدريب الجماعي في الفرق الجراحية ارتبطت بتحسّن ملموس في النتائج السريرية وانخفاض في الأحداث الضارة، وأن التحول الحقيقي في أداء الفرق يتطلب معالجة العوامل الهيكلية والثقافية والتنظيمية وليس الاقتصار على تحسين المهارات الفردية في التواصل، كما تبيّن أن القيادة التي تدعم الأمان النفسي وتشجع التعلم من الأخطاء تُسهم بشكل جوهري في بناء فرق عالية الأداء. وأوصت الدراسة بتبني مقاربات متكاملة تجمع بين تطوير مهارات القيادة وبناء ثقافة الأمان النفسي وتدريب الفرق كوحدة واحدة بدلاً من التركيز على الأفراد، وتخصيص موارد مؤسسية لبرامج التدريب الجماعي المستمر، وربط تدخلات تطوير الفرق بمؤشرات أداء سريرية قابلة للقياس.

المحور الثاني: المتغير التابع - تقليل الأخطاء وتحسين انسيابية مسار المريض وعلاقته بمتغيرات أخرى

يُمثّل تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض هدفاً محورياً لأنظمة الرعاية الصحية عالمياً، حيث تتشابك العوامل التنظيمية والبشرية والتقنية في التأثير على سلامة المرضى وسلامة تدفقهم عبر مراحل الرعاية المختلفة. وقد تناولت دراسات عديدة هذا المتغير وعلاقته بمتغيرات مثل ثقافة السلامة وإدارة المخاطر وأنظمة الإبلاغ وإدارة الجودة والتعاون بين التخصصات، ويمكن استعراض أبرزها كالآتي:

دراسة بخاري (٢٠١٩) بعنوان "تحسين سلامة المرضى والحدّ من الأخطاء الطبية في المنظمات الصحية السعودية". هدفت الدراسة إلى التعرف على العوامل المؤثرة في حدوث الأخطاء الطبية بأبعادها (ثقافة السلامة المؤسسية، وأنظمة الإبلاغ عن الأخطاء، والمسؤولية الأخلاقية للعاملين، والرعاية المتمحورة حول المريض) على مستوى سلامة المرضى في المنظمات الصحية بالمملكة العربية السعودية. واستخدمت الدراسة منهج المراجعة المنهجية للأدبيات. وتكوّنت عينة المراجعة من ٤٥ دراسة مختارة من أصل أكثر من ٤٠٠٠ مقالة ذات صلة بسلامة المرضى في السياق السعودي. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى أن غياب المسؤولية الأخلاقية الواضحة لدى بعض العاملين وضعف ثقافة السلامة على المستوى المؤسسي وقصور أنظمة الإبلاغ عن الأخطاء ومحدودية إشراك المرضى في قرارات الرعاية تُمثّل أبرز العوامل المسهمة في استمرار الأخطاء الطبية، كما تبيّن أن المؤسسات التي تتبنى نهج التفكير المنظومي تحقق نتائج أفضل في

السلامة مقارنة بتلك التي تركز على محاسبة الأفراد. وأوصت الدراسة بتبني مقاربة التفكير المنظومي في تحليل الأخطاء بدلاً من إلقاء اللوم على الأفراد، وتعزيز ثقافة السلامة عبر برامج تدريب مستمرة وأنظمة إبلاغ غير عقابية، وتحسين مشاركة المرضى في قرارات الرعاية الخاصة بهم كاستراتيجية وقائية.

دراسة الغامدي وآخرين (٢٠٢٤) بعنوان "الأخطاء الطبية وسلامة المرضى كما يدركها الممرضون: العامل البشري وعوامل الخطر الديموغرافية". هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الخصائص الديموغرافية للممرضين بأبعادها (العمر، والجنس، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة، وعبء العمل) على عوامل خطر الموارد البشرية المرتبطة بالأخطاء الطبية بأبعادها (بيئة العمل، والضغط المهنية، ومستوى التأهيل، وكفاية التوظيف) في المستشفيات. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي المسحي المقطعي، واعتمد الاستبيان أداة لجمع البيانات مع استخدام تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) وتكونت العينة من مجموعة من الممرضين العاملين في مدينة حائل بالمملكة العربية السعودية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($p < 0.05$) بين الخصائص الديموغرافية المختلفة وعوامل خطر الأخطاء الطبية، حيث تبين أن العنصر البشري يعدّ عامل خطر رئيسياً في حدوث الأخطاء، وأن الممرضين ذوي الخبرة الأقل وعبء العمل الأعلى يُظهرون معدلات أعلى من عوامل الخطر المرتبطة بالأخطاء. وأوصت الدراسة بتعزيز برامج التأهيل والتوجيه للممرضين الجدد، وتوفير الدعم النفسي والمهني المستمر للعاملين، وتحسين بيئات العمل من خلال توزيع أعباء العمل بشكل متوازن وزيادة أعداد الكوادر التمريضية.

دراسة البدراني (٢٠٢٢) بعنوان "ممارسات واتجاهات ومعارف الممرضين تجاه الأخطاء الدوائية في مستشفيات مجموعة العربي". هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى المعارف والاتجاهات والممارسات لدى الممرضين بأبعادها (المعرفة بأنواع الأخطاء الدوائية وأسبابها، والاتجاه نحو الإبلاغ عن الأخطاء، والممارسات الوقائية المتبعة) على الحدّ من الأخطاء الدوائية في المستشفيات. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي المقطعي التحليلي، واعتمد الاستبيان أداة لجمع البيانات. وتكونت العينة من مجموعة من الممرضين العاملين في مستشفيات مجموعة العربي في فلسطين. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود مستوى متفاوت في المعارف والممارسات المتعلقة بالأخطاء الدوائية بين الممرضين، مع وجود عوائق ثقافية وتنظيمية تحدّ من الإبلاغ عن الأخطاء أبرزها الخوف من العقوبة والمحاسبة وغياب أنظمة إبلاغ ميسرة، كما تبين أن الممرضين الذين تلقوا تدريباً متخصصاً في السلامة الدوائية أبدوا ممارسات وقائية أفضل. وأوصت الدراسة بتكثيف البرامج التدريبية المتخصصة في السلامة الدوائية لجميع الكوادر التمريضية، وإنشاء أنظمة إبلاغ

إلكترونية سهلة الاستخدام وغير عقابية تشجع على الشفافية، وتعزيز ثقافة التعلم من الأخطاء بدلاً من ثقافة اللوم، وإجراء مراجعات دورية لبروتوكولات صرف الأدوية وإعطائها.

دراسة العسيري وآخرين (٢٠٢٤) بعنوان "واقع إدارة المخاطر وأثرها على جودة الرعاية الصحية: دراسة تطبيقية على مستشفيات الأحساء". هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر ممارسات إدارة المخاطر بأبعادها (تحديد المخاطر، وتحليل المخاطر، ومعالجة المخاطر، ومراقبة المخاطر والمتابعة) على جودة الخدمة الصحية المقدمة في أقسام التغذية بالمستشفيات. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واعتمد الاستبيان أداة لجمع البيانات. وتكونت العينة من مجموعة من العاملين في أقسام التغذية بمستشفيات الأحساء بالمملكة العربية السعودية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود أثر إيجابي ذي دلالة إحصائية لممارسات إدارة المخاطر بجميع أبعادها على جودة الخدمة الصحية، وأن بُعد تحديد المخاطر جاء في المرتبة الأولى من حيث قوة التأثير يليه بُعد المراقبة والمتابعة، كما تبين أن المؤسسات التي تتبنى نهجاً منهجياً ومتكاملاً في إدارة المخاطر تحقق مستويات أعلى من الجودة ورضا المرضى. وأوصت الدراسة بتبني نهج منهجي شامل لإدارة المخاطر في جميع الأقسام وليس أقسام التغذية فحسب، وتدريب العاملين بشكل مستمر على أدوات تحديد المخاطر وتحليلها، وتوفير بنية تحتية تقنية داعمة لرصد المخاطر والإبلاغ عنها بشكل آني.

دراسة Algethami و AlAsmari و Shirah و Algethami (2024) بعنوان "Patient Safety Culture in a Tertiary Care Hospital in Makkah, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study". هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى ثقافة سلامة المرضى بأبعادها (العمل الجماعي، والتواصل المفتوح، والإبلاغ عن أحداث السلامة، ودعم الإدارة، والتعلم التنظيمي والتحسين المستمر، والتواصل حول الأخطاء، والاستجابة للخطأ، وتسليم المرضى وتبادل المعلومات، وبيئة العمل والتوظيف، ودعم المشرفين والقيادة) على سلامة المرضى في مدينة الملك عبدالله الطبية بمكة المكرمة ومقارنتها بالبيانات العالمية لوكالة أبحاث الرعاية الصحية وجودتها الأمريكية (AHRQ). واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي المقطعي، واعتمد استبيان المسح المستشفوي لثقافة سلامة المرضى الإصدار ٢٠٠ (HSOPSC v2.0) أداة لجمع البيانات مع التحليل الإحصائي باستخدام اختبار مربع كاي واختبار (t) ومان-ويتني. وتكونت العينة من ٣٥٠ عاملاً صحياً بنسبة استجابة بلغت 59%، منهم ٥٨.٦% ممرضون و٣٦.٦% يعملون في رعاية مباشرة للمرضى. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن النسبة الإجمالية للاستجابات الإيجابية في جميع أبعاد ثقافة السلامة بلغت ٦٢% مقابل ٧٠% في البيانات العالمية بفارق دال إحصائياً

($\chi^2 = 10.64, p = 0.001$)، لكن المستشفى تفوق على المعدل العالمي في بُعدَي "التعلم التنظيمي والتحسين المستمر" ($p = 0.002$) و"التواصل حول الأخطاء" ($p = 0.003$)، في حين سجل تراجعاً ملحوظاً في أبعاد "بيئة العمل والتوظيف" و"الإبلاغ عن أحداث السلامة" و"دعم المشرفين" بفوارق تراوحت بين 14% و17%، وقيّم 72% من العاملين سلامة المرضى في وحداتهم بدرجة "ممتازة أو جيدة جداً" مقابل 66.7% عالمياً. ($\chi^2 = 4.47, p = 0.034$) وأوصت الدراسة بتكثيف جهود التوظيف لمعالجة نقص الكوادر وضغط العمل كونهما حصلاً على أدنى الدرجات، وتعزيز برامج الإبلاغ عن أحداث السلامة وإزالة العوائق الثقافية والتنظيمية المانعة، والاستفادة من نقاط القوة الحالية في التعلم المؤسسي والتواصل حول الأخطاء لتسريع التحسين في الأبعاد الأضعف.

دراسة Abu-El-Noor و Hamdan و Abu-El-Noor و Radwan و Alshaer (2024) بعنوان "The Effectiveness of Checklists and Error Reporting Systems in Enhancing Patient Safety and Reducing Medical Errors in Hospital Settings: A Narrative Review". هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية قوائم التحقق وأنظمة الإبلاغ عن الأخطاء بأبعادها (أنماط الأخطاء الطبية الشائعة، وآليات الكشف والرصد، وتصميم قوائم التحقق ومعايير فعاليتها، وثقافة الإبلاغ والحوافز والعوائق) على تعزيز سلامة المرضى والحد من الأخطاء الطبية في بيئات المستشفيات. واستخدمت الدراسة منهج المراجعة السردية التحليلية للأدبيات الحديثة في دوريات محكمة. وتكوّنت عينة المراجعة من مجموعة من الدراسات والتقارير المنشورة في قواعد بيانات علمية متخصصة. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن قوائم التحقق الجراحية أثبتت فعاليتها في خفض معدلات المضاعفات والوفيات بشكل ملحوظ عند تطبيقها بشكل منهجي ومتسق، وأن أنظمة الإبلاغ الإلكترونية تسهم في تحديد الأنماط المتكررة للأخطاء وتوفير بيانات قيمة لصانعي القرار، كما تبين أن الخوف من العقوبة والمحاسبة يبقى العائق الأبرز أمام الإبلاغ الطوعي عن الأخطاء في كثير من المؤسسات الصحية. وأوصت الدراسة بتبني ثقافة إبلاغ غير عقابية تركز على التعلم والتحسين بدلاً من المحاسبة الفردية، ودمج قوائم التحقق في الإجراءات الروتينية لجميع العمليات السريرية عالية الخطورة، ورقمنة أنظمة رصد الأحداث الضارة وربطها بلوحات مؤشرات تفاعلية تُتيح تحليل البيانات في الوقت الفعلي.

دراسة Olsen و Østnor و Enmarker و Helzén (2023) بعنوان "Solutions for Improved Hospital-Wide Patient Flows—A Qualitative Interview Study of Leading Healthcare Providers". هدفت الدراسة إلى التعرف على الحلول الفعالة لتحقيق تدفق سلس وسريع

للمرضى عبر المستشفيات بأبعادها (مواءمة أهداف المنظمة نحو التدفق، وبناء هيكل تنسيقي للتحويلات، وضمان الطاقة الاستيعابية المادية، وتطوير المعايير والقوائم والإجراءات الروتينية، والاستثمار في الأدوات الرقمية والتحليلية، وتحسين إدارة العمليات، وتحسين معدلات الإشغال، والبحث عن حلول خارجية وتغييرات في السياسات) على تحسين انسيابية مسار المريض من القبول حتى الخروج. واستخدمت الدراسة المنهج النوعي الاستكشافي الذي يجمع بين العناصر الاستقرائية والاستنباطية، مع مقابلات شبه مُهيكلّة معمّقة. وتكوّنت العينة من ٣٣ مديراً تنفيذياً من ١٨ مستشفى أكاديمياً رائداً حول العالم وفقاً لتصنيف Newsweek الدولي لعام ٢٠٢٠، حيث أُجريت ٣٠ مقابلة تراوحت مدتها بين ٦٠ و ٩٠ دقيقة عبر منصة Zoom خلال الفترة من يونيو إلى نوفمبر ٢٠٢١. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى تحديد ٥٠ حلاً عملياً مُصنّفة في ثمان فئات رئيسية، مع إضافة أربعة عوائق جديدة لم تُحدّد في الأدبيات السابقة تشمل: عدم كفاية التركيز المؤسسي على التدفق، والنقص في الطاقة الاستيعابية على مستوى المستشفى بأكمله، وعدم مواءمة النظام الصحي الأوسع، والقصور في طاقة الرعاية اللاحقة والتنسيق معها، كما تبيّن أن المستشفيات الناجحة تتبنى رؤية منظومية شاملة تتجاوز حدود الأقسام المنفردة وتعتمد على بيانات مشتركة وشفافية في مؤشرات الأداء. وأوصت الدراسة بتبني نهج منظومي شامل لتدفق المرضى يشمل جميع مراحل الرعاية من القبول حتى ما بعد الخروج، وتعيين قيادات مسؤولة عن التدفق على مستوى المؤسسة بأكملها، واستخدام لوحات مؤشرات رقمية تتيح رؤية آنية لحالة التدفق في جميع الأقسام، وتعزيز التنسيق مع مقدمي الرعاية اللاحقة في المجتمع.

دراسة Soh و Mannakkara و McAleer (2024) بعنوان "Patient Flow in Emergency Departments: A Comprehensive Umbrella Review of Solutions and Challenges". هدفت الدراسة إلى التعرف على التحديات والتدخلات عبر النظام الصحي الكامل بأبعادها (المدخلات قبل الوصول إلى الطوارئ، والعمليات الداخلية أثناء التواجد في الطوارئ، والمخرجات بعد مغادرة الطوارئ) على تحسين تدفق المرضى في أقسام الطوارئ، مع ربط النتائج بالأهداف الرباعية للرعاية الصحية (تحسين تجربة المريض، وتحسين صحة السكان، وخفض التكاليف، وتعزيز رضا مقدمي الرعاية). واستخدمت الدراسة منهج المراجعة الشاملة (umbrella review) وفقاً لمنهجية معهد جونا بريغز (JBI) وقائمة PRIOR للنقيّم، مع تجميع سردي للنتائج ومقاربة تجميعية تلوية للتحديات. وتكوّنت عينة المراجعة من ٣٩ مراجعة منهجية مختارة من ١٢٦٣ سجلاً تم استرجاعها من قواعد بيانات CINAHL و PubMed و Web of Science و Embase بالإضافة إلى الأدبيات الرمادية، وغطّت الدراسات المشمولة مجموعة

واسعة من السياقات الصحية والدول. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن أكثر التدخلات فعالية في تحسين تدفق المرضى تشمل: الفرز السريع ووحدات التقييم قصيرة الأمد والمسارات السريعة للحالات البسيطة ومسارات الخروج المبكر والتنسيق مع خدمات الرعاية اللاحقة في المجتمع، كما تبين أن الاكتظاظ في أقسام الطوارئ ليس مشكلة قسم الطوارئ وحده بل يعكس خللاً في النظام الصحي بأكمله يتطلب تدخلات شاملة عبر مسار الرعاية الكامل. وأوصت الدراسة بتبني منظور شامل يتجاوز حدود قسم الطوارئ ليشمل النظام الصحي ككل عند تصميم تدخلات تحسين التدفق، وتعزيز التكامل بين الرعاية الأولية وأقسام الطوارئ والأجنحة الداخلية وخدمات الرعاية اللاحقة، وقياس نتائج التدخلات وفق الأهداف الرباعية المتوازنة بدلاً من الاقتصار على مؤشرات مدة الإقامة فحسب.

دراسة Singh و Mustapha و Harun (2023) بعنوان "Improving Patient Outcomes Through Effective Hospital Administration: A Comprehensive Review". إلى التعرف على دور الإدارة الفعالة للمستشفيات بأبعادها (القيادة الاستراتيجية، وإدارة الموارد البشرية، وتقنية المعلومات الصحية، والرعاية المتمحورة حول المريض، وإدارة الجودة والسلامة) على تحسين نتائج المرضى وتقليل الأخطاء الطبية وتعزيز الكفاءة التشغيلية في المستشفيات. واستخدمت الدراسة منهج المراجعة السردية الشاملة للأدبيات الحديثة المنشورة في دوريات محكمة. وتكونت عينة المراجعة من مجموعة واسعة من الدراسات والتقارير التي تتناول ممارسات الإدارة المستشفوية وعلاقتها بنتائج المرضى. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المستشفيات ذات الإدارة الفعالة التي تتبنى أساليب قيادية تشاركية وتستثمر في تقنية المعلومات الصحية تحقق نتائج أفضل بشكل ملحوظ في تقليل مدة الإقامة وتحسين رضا المرضى وخفض معدلات الأخطاء الطبية والأحداث الضارة، كما تبين أن الاستثمار في تطوير الكوادر البشرية وبناء ثقافة الجودة المؤسسية يمثل عاملاً حاسماً في استدامة التحسين. وأوصت الدراسة بالاستثمار في تطوير القيادات الصحية عبر برامج تأهيل إداري متخصصة، وتبني أنظمة معلومات صحية متكاملة تدعم اتخاذ القرار المبني على الأدلة وتتيح المراقبة الآنية للمؤشرات، وتعزيز مشاركة المرضى كشركاء فعليين في قرارات الرعاية.

دراسة Kaiser و Bartz و Neugebauer و Pietsch و Pieper (2022) بعنوان "Interprofessional Collaboration and Patient-Reported Outcomes in Inpatient Care: A Systematic Review". إلى التعرف على أثر التعاون بين التخصصات بأبعاده (التعليم البيئي المهني، والممارسة البيئية المهنية، والتنظيم البيئي المهني) على المخرجات المبلغ عنها من

قَبِلَ المرضى بأبعادها (جودة الحياة، واستراتيجيات المواجهة، والرضا عن الرعاية، والقدرة الوظيفية والحالة الصحية، والألم، والاضطرابات النفسية، والعلاقة العلاجية، ونجاح العلاج، وإدارة الرعاية الذاتية) في الرعاية الداخلية بالمستشفيات. واستخدمت الدراسة منهج المراجعة المنهجية وفقاً لبروتوكول PRISMA المسجل في قاعدة PROSPERO، مع تقييم جودة الدراسات باستخدام أدوات RoB 2 و ROBINS-I و EPOC وتجميع سردي للنتائج. وتكوّنت عينة المراجعة من ٢٢ دراسة (١٦ تجربة عشوائية محكمة و ٥ دراسات غير عشوائية ودراسة قبلية - بعدية مقارنة) مستخلصة من ١٠٢١٣ سجلاً في ست قواعد بيانات إلكترونية تغطي الفترة من ١٩٩٧ إلى أبريل ٢٠٢١، وأُجريت الدراسات المشمولة في عشر دول وتراوحت عيناتها بين ٢٠ و ١٥٣١ مريضاً. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى أن معظم تقديرات حجم الأثر المُبلّغ عنها تشير إلى تأثير إيجابي للتعاون بين التخصصات على المخرجات المُبلّغ عنها من المرضى عبر جميع المؤشرات التسعة المدروسة، وأن التأثيرات الإيجابية الدالة إحصائياً ظهرت بشكل أوضح في مجالات جودة الحياة والرضا عن الرعاية وإدارة الألم لدى مرضى الرعاية التلطيفية والتصلب المتعدد وداء باركنسون والأمراض النفسية الحادة، غير أن التباين المنهجي الكبير بين الدراسات وارتفاع مخاطر التحيز في معظمها حالاً دون إجراء تحليل تلوي كمي أو الوصول إلى استنتاجات حاسمة. وأوصت الدراسة بضرورة إجراء دراسات أكثر صرامة منهجية وخاصة تجارب عشوائية محكمة ذات خطر تحيز منخفض، وتوحيد تعريفات التعاون بين التخصصات ومصطلحاته لتسهيل المقارنة بين الدراسات، واستخدام مقاييس مُبلّغ عنها من المرضى مُوحدة وموثوقة مع الإبلاغ عن خصائصها السيكمترية والفروق المهمة سريرياً.

٨.١ الفجوة البحثية:

أولاً: أوجه الاتفاق

تتفق الدراسة الحالية مع عدد من الدراسات السابقة في جوانب متعددة تشمل الهدف العام والمنهج المستخدم وبيئة التطبيق. فمن حيث الهدف، تتقاطع الدراسة الحالية مع دراسة Meneses-La-Riva (2025) و Derksen et al. (2023) ودراسة القندوز (٢٠٢٥) في سعيها إلى الكشف عن العلاقة بين كفاءة التواصل بين أعضاء الفرق الصحية ومخرجات الرعاية السريرية، كما تشترك مع دراسة Zajac et al. (2021) ودراسة Morassaei et al. (2022) في الاهتمام بأبعاد العمل الجماعي والتنسيق بين التخصصات المتعددة بوصفها محددات لفعالية الأداء السريري. ومن حيث المنهج، تتفق الدراسة الحالية مع دراسة القندوز (٢٠٢٥) ودراسة أقوب (٢٠٢٤) ودراسة Algethami et al. (2024)

ودراسة الغامدي (2024) et al. في توظيف المنهج الوصفي التحليلي والاعتماد على الاستبانة أداة رئيسة لجمع البيانات الأولية من العاملين في القطاع الصحي. ومن حيث بيئة التطبيق، تتقاطع الدراسة الحالية مع دراسة الحربي وآخرين (٢٠٢٤) ودراسة العتيبي وآخرين (2024) ودراسة Algethami et al. (2024) في تطبيقها ضمن بيئة المستشفيات في السياق العربي والسعودي تحديداً، كما تشترك مع دراسة بو عفيف وقزال (2024) في استهداف الكوادر السريرية متعددة التخصصات بوصفهم وحدة التحليل الأساسية.

ثانياً: أوجه الاختلاف

تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في عدة جوانب جوهرية تُبرز إسهامها العلمي المتميز. فمن حيث الهدف، ركزت معظم الدراسات السابقة على تناول أحد المتغيرين بمعزل عن الآخر، إذ اهتمت دراسة القندوز (٢٠٢٥) ودراسة أقوب (٢٠٢٤) بالتواصل بين الطبيب والمريض دون ربطه بمؤشرات الأخطاء الطبية وانسيابية المسار، بينما ركزت دراسة بخاري (2019) ودراسة الغامدي (2024) et al. على الأخطاء الطبية من منظور ثقافة السلامة وعوامل الخطر دون التعمق في البُعد التواصل والتسقي، في حين تتميز الدراسة الحالية بالربط المباشر والمنهجي بين كفاءة التواصل والتسقي بأبعاده الأربعة وتقليل الأخطاء وتحسين انسيابية مسار المريض في نموذج تكاملي واحد. ومن حيث المنهج، اعتمدت بعض الدراسات على مناهج مغايرة كالمراجعات المنهجية في دراسة (2022) Kaiser et al. ودراسة Soh et al. (2024) al.، والمنهج شبه التجريبي في دراسة (2023) Derksen et al.، والمنهج النوعي في دراسة (2023) Olsen et al.، بينما تعتمد الدراسة الحالية على المنهج الوصفي التحليلي بأسلوب المسح الميداني مع استخدام تحليل الانحدار المتعدد لاختبار الأثر وهو ما لم تتبنّاه أغلب الدراسات العربية المشابهة. ومن حيث بيئة التطبيق، طُبِّقت عدة دراسات في سياقات غير عربية كدراسة Derksen et al. (2023) al. في ألمانيا ودراسة (2025) Meneses-La-Riva et al. في بيرو ودراسة Morassaei et al. (2022) في كندا، كما اقتصرَت بعض الدراسات العربية على تخصص واحد أو قسم محدد كدراسة العسيري (2024) et al. على أقسام التغذية، بينما تستهدف الدراسة الحالية الفرق السريرية متعددة التخصصات بجميع فئاتها في المستشفيات مما يُوفّر رؤية أشمل وأكثر تمثيلاً للواقع التنظيمي الصحي.

٩.١ المنطلقات النظرية للدراسة:

كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية

يُمثّل التواصل في السياق الصحي عملية ديناميكية مستمرة تتضمن تبادل المعلومات والأفكار والمشاعر بين مقدّمي الرعاية الصحية بهدف تحقيق فهم مشترك يُفضي إلى قرارات سريرية سليمة وممارسات علاجية آمنة. ولا يقتصر هذا التواصل على البُعد اللفظي المتمثّل في الحوار المباشر والتقارير الشفهية والاجتماعات السريرية، بل يمتد ليشمل البُعد غير اللفظي الذي يتجلّى في لغة الجسد ونبرة الصوت والإشارات البصرية التي تُعزّز الرسالة المنطوقة أو تُناقضها أحياناً. وقد تطوّر مفهوم التواصل السريري عبر العقود الأخيرة من كونه مهارة فردية يمتلكها الطبيب في علاقته بالمريض إلى كونه كفاءة مؤسسية جماعية تتطلب بنية تنظيمية داعمة وبروتوكولات موحّدة وثقافة مؤسسية تُشجّع على الانفتاح والشفافية في تبادل المعلومات بين جميع أعضاء الفريق العلاجي بصرف النظر عن تدرّجهم الوظيفي أو تخصصهم المهني.

وتتجاوز كفاءة التنسيق مجرد التواصل لتشمل المواءمة المنهجية بين أنشطة الأفراد والوحدات المختلفة داخل المنظومة الصحية بما يضمن تكامل الجهود وتزامنها في خدمة المريض. ويرتبط هذا المفهوم ارتباطاً وثيقاً بنظرية النظم التي تنظر إلى المستشفى بوصفه نظاماً مفتوحاً تتفاعل مكوناته الفرعية فيما بينها، حيث يؤثر أداء كل وحدة في أداء الوحدات الأخرى وفي المخرجات الكلية للنظام. كما يستند مفهوم التنسيق السريري إلى نظرية الفريق التي تُؤكد أن فعالية الفرق الصحية لا تحدّد بمجموع كفاءات أعضائها الفردية فحسب، بل بقدرتهم على العمل التشاركي والتكيّف الجماعي مع المتغيرات السريرية المتسارعة. ويتطلب التنسيق الفعّال وضوحاً في توزيع الأدوار والمسؤوليات بحيث يعرف كل عضو حدود صلاحياته ونطاق مهامه دون تداخل أو ازدواجية، فضلاً عن آليات منظّمة لاتخاذ القرارات السريرية المشتركة تضمن مشاركة جميع التخصصات ذات الصلة في صياغة الخطة العلاجية وتنفيذها ومتابعتها.

ويُضاف إلى ما سبق بُعد المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية الذي أصبح يحتل مكانة محورية في ظل التحوّل الرقمي المتسارع في القطاع الصحي، إذ تُتيح نظم المعلومات الصحية الإلكترونية والسجلات الطبية الموحّدة إمكانية تبادل البيانات السريرية بشكل فوري ودقيق بين مختلف الأقسام والتخصصات، مما يُقلّص فجوات المعرفة ويُسرّع عملية اتخاذ القرار. غير أن مجرد توافر التقنية لا يكفي ما لم تُصاحبه ثقافة تنظيمية تُحفّز على المشاركة الاستباقية للمعلومات وتُرسّي معايير واضحة لتوثيقها وتحديثها عند كل مرحلة من مراحل مسار المريض.

تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض

يُعرّف الخطأ الطبي بأنه إخفاق في إتمام إجراء مخطّطه على النحو المقصود أو استخدام خطة غير صحيحة لتحقيق هدف علاجي، وقد يتخذ أشكالاً متعددة تتراوح بين الأخطاء الدوائية المتعلقة بالوصف أو الصرف أو الإعطاء، والأخطاء التشخيصية الناجمة عن التأخر أو عدم الدقة في تحديد الحالة المرضية، والأخطاء الإجرائية المرتبطة بتنفيذ التدخلات الجراحية أو العلاجية. ولا يُنظر إلى الخطأ الطبي في الفكر الإداري المعاصر بوصفه نتاجاً لقصور فردي في كفاءة الممارس الصحي، بل بوصفه محصلة لتفاعل عوامل نظامية متعددة تشمل التصميم التنظيمي وبيئة العمل وثقافة السلامة وآليات التواصل والتنسيق بين مقدّمي الرعاية. ويتسق هذا المنظور مع نموذج الجبهة السويسرية الذي طرحه جيمس ريزون والذي يُفسّر وقوع الأحداث السلبية بتراكم ثغرات متعددة في طبقات الحماية المؤسسية المتتالية، بحيث لا يكون الخطأ النهائي سوى نتيجة لاصطفاف هذه الثغرات في لحظة واحدة.

أما انسيابية مسار المريض فتشير إلى السلاسة والكفاءة التي ينتقل بها المريض عبر مراحل الرعاية المختلفة منذ لحظة دخوله إلى المنشأة الصحية وحتى خروجه ومتابعته اللاحقة، وتُقاس من خلال مؤشرات كمية ونوعية تشمل مدة الإقامة وزمن الانتظار في أقسام الطوارئ ومعدل دوران الأسرة وزمن دورة التخرج ومعدل إعادة الدخول خلال ثلاثين يوماً ومستوى رضا المرضى عن تجربتهم العلاجية الكلية. ويرتكز مفهوم انسيابية مسار المريض على مبادئ الإدارة الرشيدة التي تسعى إلى التخلص من الهدر في الوقت والموارد والجهد في كل حلقة من حلقات سلسلة القيمة الصحية، وتحقيق التدفق المستمر الذي يُلبّي احتياجات المريض في الوقت المناسب وبالجودة المطلوبة.

ويتقاطع المتغيران في نقطة جوهرية مفادها أن كل خلل في التواصل أو التنسيق بين أعضاء الفريق السريري يُمثّل ثغرة محتملة في منظومة الحماية قد تُفضي إلى خطأ طبي أو تعطلّ في مسار المريض، في حين أن كل تحسين في كفاءة التواصل والتنسيق يُعزّز طبقات الأمان ويُسهّم في تدفق أكثر سلاسة وأقلّ مخاطرة.

مصطلحات الدراسة

كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية: تُعرّف إجرائياً بأنها الدرجة التي يتمكنّ عندها أعضاء الفريق السريري متعدد التخصصات من تبادل المعلومات والأفكار الطبية بوضوح ودقة لفظياً وغير لفظي، مع توزيع واضح للأدوار والمسؤوليات، واتخاذ قرارات سريرية مشتركة بشكل تشاركي، ومشاركة فعّالة وفورية

للبينات الطبية عبر مراحل الرعاية المختلفة، ويُقاس بالدرجة التي يحصل عليها المستجيب على فقرات القسم الثاني من الاستبانة المُعدّة لهذه الدراسة والمكوّنة من ستة عشرة فقرة موزّعة على أربعة أبعاد.

التواصل اللفظي وغير اللفظي بين أعضاء الفريق: يُعرّف إجرائياً بأنه مستوى جودة الحوار المباشر والتقارير الشفهية والإشارات الجسدية والبصرية المتبادلة بين أعضاء الفريق السريري أثناء تقديم الرعاية، بما يشمل وضوح الرسائل المنطوقة وفعالية الإصغاء والتغذية الراجعة، ويُقاس بالدرجة المتحصّلة على فقرات البُعد الأول من الاستبانة.

وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات: يُعرّف إجرائياً بأنه الدرجة التي يدرك عندها كل عضو في الفريق السريري حدود مهامه وصلاحياته ونطاق مسؤوليته بشكل لا يتداخل مع مهام الآخرين ولا يُقضي إلى ازدواجية أو إغفال في الإجراءات، ويُقاس بالدرجة المتحصّلة على فقرات البُعد الثاني من الاستبانة.

التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة: يُعرّف إجرائياً بأنه مدى مشاركة جميع التخصصات المهنية ذات الصلة في صياغة القرارات العلاجية وتنفيذها عبر آليات تنسيقية منتظمة وبروتوكولات موحّدة تضمن تكامل الخبرات وسرعة الاستجابة، ويُقاس بالدرجة المتحصّلة على فقرات البُعد الثالث من الاستبانة.

المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية: تُعرّف إجرائياً بأنها مدى توافر قنوات ونظم تُتيح تبادل البيانات السريرية والتقارير والفحوصات بين أعضاء الفريق بشكل فوري ودقيق وشامل عبر جميع مراحل مسار المريض، ويُقاس بالدرجة المتحصّلة على فقرات البُعد الرابع من الاستبانة.

تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض: يُعرّف إجرائياً بأنه الدرجة التي تتجح عندها المنشأة الصحية في خفض معدلات الأخطاء الدوائية والتشخيصية والإجرائية، وتحقيق تدفق سلس وفعل للمريض عبر مراحل الرعاية المتتالية منذ دخوله وحتى خروجه ومتابعته، ويُقاس بمؤشرات تشمل معدل الأحداث السلبية ومدة الإقامة وزمن الانتظار ومعدل إعادة الدخول ورضا المرضى، وذلك من خلال الدرجة التي يحصل عليها المستجيب على فقرات القسم الثالث من الاستبانة المكوّنة من عشر فقرات.

الفريق السريري متعدد التخصصات: يُعرّف إجرائياً بأنه مجموعة من المهنيين الصحيين ينتمون إلى تخصصات مختلفة كالطب والتمريض والصيدلة والتخصصات المساندة يعملون بشكل تشاركي ومنسّق لتقديم رعاية متكاملة للمريض ضمن بيئة مؤسسية واحدة.

١٠.١ المنهجية وطرق البحث:

منهجية الدراسة

سوف تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي باعتباره المنهج الأنسب لطبيعة الدراسة وأهدافها، إذ يُتيح وصف الظاهرة المدروسة كما هي في الواقع وصفًا دقيقًا، ثم تحليلها تحليلًا كميًا للكشف عن العلاقات والأثر بين متغيراتها. وسيتم توظيف هذا المنهج في رصد مستوى كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بأبعاده الأربعة، وقياس مستوى الأخطاء الطبية وانسيابية مسار المريض، ثم تحليل أثر المتغير المستقل على المتغير التابع باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.

وسيُوظف هذا المنهج من خلال أسلوب المسح الميداني بالاعتماد على استبانة مُصمَّمة لهذا الغرض ستوزع على العاملين في الفرق السريرية بالمستشفيات محل الدراسة. وقد تم اختيار هذا الأسلوب لقدرته على جمع بيانات أولية من عينة كبيرة نسبيًا في وقت محدود، ولملاءمته لاختبار الفروض الإحصائية المتعلقة بالأثر والفروق، مما يُمكن الباحث من الوصول إلى نتائج قابلة للتعميم على مجتمع الدراسة ضمن حدود الثقة الإحصائية المقبولة.

مجتمع وعينة الدراسة

سيكوّن مجتمع الدراسة من جميع العاملين في الفرق السريرية متعددة التخصصات بالمستشفيات محل الدراسة، ويشمل ذلك الأطباء بمختلف تخصصاتهم، وطاقم التمريض، والصيادلة، وأخصائيي العلاج الطبيعي، وأخصائيي التغذية العلاجية، وفنيي المختبرات والأشعة، ومنسقي إدارة الحالات. ووفقًا للبيانات الرسمية المتاحة من إدارات الموارد البشرية في المستشفيات المستهدفة، يُقدَّر إجمالي مجتمع الدراسة بنحو (1200) عامل وعاملة من الكوادر السريرية.

وسيتم اختيار عينة الدراسة باستخدام أسلوب العينة العشوائية الطبقية التناسبية، حيث سيقسم مجتمع الدراسة إلى طبقات وفقًا للتخصص المهني (أطباء، تمريض، صيادلة، تخصصات مساندة) لضمان تمثيل متوازن لجميع الفئات. واستنادًا إلى جداول تحديد حجم العينة عند مستوى ثقة ٩٥٪ وهامش خطأ ٥٪، سيبليغ الحد الأدنى المطلوب للعينة (291) مفردة. وسيوزع عدد (350) استبانة لتعويض الفاقد المتوقع من

الاستبانات غير المكتملة أو غير المستردة، بحيث تُوزَّع تناسبياً على الطبقات المختلفة بما يعكس نسبة كل فئة مهنية في مجتمع الدراسة الكلي.

مصادر جمع البيانات

⦿ المصادر الثانوية

ستعتمد الدراسة في بناء إطارها النظري ومراجعة الأدبيات السابقة على المصادر الثانوية المتمثلة في الكتب والمراجع العلمية المتخصصة في إدارة الخدمات الصحية وسلامة المرضى، والدوريات والمجلات العلمية المحكّمة العربية والدولية، والرسائل الجامعية (ماجستير ودكتوراه)، والتقارير الصادرة عن المنظمات الصحية الدولية مثل منظمة الصحة العالمية واللجنة الدولية المشتركة لاعتماد المستشفيات، فضلاً عن قواعد البيانات الإلكترونية مثل PubMed و Scopus و Web of Science ودار المنظومة.

⦿ المصادر الأولية

ستُجمع البيانات الأولية من خلال استبانة مُصمّمة خصيصاً لأغراض هذه الدراسة، ستوزَّع على أفراد العينة إلكترونياً وورقياً لضمان أعلى معدل استجابة ممكن. وستخضع الاستبانة لإجراءات التحقق من الصدق والثبات قبل تطبيقها الميداني على النحو الذي سيُبين في قسم أداة الدراسة.

أداة الدراسة (الاستبانة)

ستتكوّن أداة الدراسة (الاستبانة) من ثلاثة أقسام رئيسة على النحو التالي:

القسم الأول: البيانات الديموغرافية والوظيفية سيتضمّن هذا القسم البيانات الشخصية والوظيفية لأفراد العينة، وتشمل: الجنس، الفئة العمرية، المؤهل العلمي، التخصص المهني، سنوات الخبرة، والمستشفى الذي يعمل فيه المستجيب.

القسم الثاني: المتغير المستقل – كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية (١٦ فقرة) سيقاس هذا المتغير من خلال أربعة أبعاد، يتضمّن كل بُعد منها (4 فقرات، وذلك على النحو التالي:

⊖ البُعد الأول – التواصل اللفظي وغير اللفظي بين أعضاء الفريق: سيُقاس من خلال (4) فقرات تتناول جودة الحوار المباشر بين أعضاء الفريق السريري، ووضوح الرسائل المنطوقة أثناء التسليم والاستلام، واستخدام لغة الجسد والإشارات غير اللفظية الداعمة للتفاهم، ومدى الإصغاء الفعال والتغذية الراجعة أثناء الاجتماعات السريرية.

⊖ البُعد الثاني – وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات: سيُقاس من خلال (4) فقرات ترصد مدى وضوح المهام المُسندة لكل عضو في الفريق السريري، ومعرفة كل فرد بحدود صلاحياته ونطاق مسؤولياته، ومدى وجود وصف وظيفي محدّد ومعتمد، ودرجة التكامل بين الأدوار دون تداخل أو ازدواجية.

⊖ البُعد الثالث – التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة: سيُقاس من خلال (4) فقرات تقيس مدى مشاركة جميع التخصصات في القرارات العلاجية، وانتظام عقد الاجتماعات التنسيقية متعددة التخصصات، ووجود بروتوكولات موحّدة لاتخاذ القرار السريري، ومدى مراعاة آراء جميع أعضاء الفريق بصرف النظر عن التدرّج الوظيفي.

⊖ البُعد الرابع – المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية: سيُقاس من خلال (4) فقرات تتناول مدى توافر أنظمة معلومات صحية إلكترونية مشتركة بين أعضاء الفريق، وسرعة تبادل نتائج الفحوصات والتقارير الطبية، وسهولة الوصول إلى السجل الطبي الموحد للمريض، ومدى تحديث المعلومات الطبية بشكل فوري ودقيق عند كل مرحلة من مراحل الرعاية.

القسم الثالث: المتغير التابع – تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض (١٠ فقرات)
سيُقاس هذا المتغير كمحور أحادي من خلال (10) فقرات تتناول مؤشرات مرتبطة بمعدل الأخطاء الدوائية والتشخيصية، ومدى الالتزام ببروتوكولات السلامة وقوائم التحقق، ومعدل الأحداث السلبية المُبلّغ عنها، ومدة إقامة المريض في المستشفى، وزمن الانتظار في أقسام الطوارئ والتتويم، ومعدل إعادة الدخول خلال ثلاثين يومًا، وسلسلة انتقال المريض بين الأقسام والخدمات، وسرعة تنفيذ الخطة العلاجية، وفعالية عملية التخريج والمتابعة، ورضا المريض عن مسار رعايته الكلي.

وسيُستخدم مقياس ليكرت الخماسي في جميع فقرات الاستبانة (موافق بشدة = ٥، موافق = ٤، محايد = ٣، غير موافق = ٢، غير موافق بشدة = ١)، وبذلك يبلغ إجمالي فقرات الاستبانة (26) فقرة موزعة على المحاور المذكورة.

الأساليب الإحصائية المستخدمة

سيتم تحليل بيانات الدراسة باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وستوظف الأساليب الإحصائية التالية:

- أساليب التحقق من جودة الأدلة: سيستخدم معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) للتحقق من ثبات الاستبانة ومحاورها الفرعية، ومعامل ارتباط بيرسون للتحقق من صدق الاتساق الداخلي لفقرات كل بُعد مع الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه.
- أساليب الإحصاء الوصفي: ستستخدم التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص العينة، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتحديد مستوى استجابات أفراد العينة على كل فقرة وبُعد ومحور، والأهمية النسبية لترتيب الأبعاد والفقرات وفقاً لأهميتها.
- أساليب الإحصاء الاستدلالي: سيستخدم تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis) لاختبار أثر أبعاد المتغير المستقل مجتمعة ومنفردة على المتغير التابع، وتحليل الانحدار البسيط (Simple Regression Analysis) لاختبار أثر كل بُعد على حدة.

حدود الدراسة

- الحدود الموضوعية: ستقتصر الدراسة على دراسة أثر كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بأبعاده الأربعة (التواصل اللفظي وغير اللفظي، وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات، التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة، المشاركة الفعالة للمعلومات الطبية) على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض.
- الحدود البشرية: ستطبق الدراسة على العاملين في الفرق السريرية متعددة التخصصات بالمستشفيات محل الدراسة، ويشمل ذلك الأطباء وطاقم التمريض والصيادلة والتخصصات الصحية المساندة.
- الحدود المكانية: ستجرى الدراسة في المستشفيات الحكومية والخاصة في الرياض.
- الحدود الزمانية: ستقتصر الدراسة الميدانية خلال الفصل الدراسي الثاني من العام الجامعي ٢٠٢٦م.

الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة

المبحث الأول: كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية

١.١.٢ تمهيد

تُمثّل كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية أحد الركائز الجوهرية التي تقوم عليها المنظومة الصحية الحديثة، إذ لم تُعد الرعاية الصحية عملاً فردياً يقوم به الطبيب أو الممرض بمعزل عن باقي الكوادر، بل غدت منظومة تشاركية متعددة التخصصات تتشابك فيها المهام وتتقاطع فيها المسؤوليات على نحوٍ يستلزم انسياباً محكماً للمعلومات وتفاعلاً دقيقاً في اتخاذ القرار. ومع تصاعد التعقيد الذي يميّز البيئة الاستشفائية المعاصرة، وتزايد الاعتماد على التقنيات التشخيصية والعلاجية المتقدمة، أصبح الأداء السريري رهيناً بقدرة الفرق الطبية على تبادل المعطيات وتنسيق التدخلات في الوقت المناسب وبالشكل الملائم. وفي هذا السياق يبرز التواصل الفعّال بوصفه أداةً استراتيجية تُترجم الكفاءة الفردية إلى أداءٍ جماعي منتج، كما يبرز التنسيق بوصفه الآلية التي تضبط إيقاع العمل وتُحكم الروابط بين الوحدات التنظيمية المختلفة داخل المستشفى.

وقد استقطب هذا المتغير اهتمام الباحثين في حقل إدارة الأعمال الصحية باعتباره متغيراً وسيطاً بين الموارد المدخلة والمخرجات المتحققة، ومحورياً في تفسير كثير من التباينات التي تظهر في مستوى الجودة والسلامة بين المؤسسات الصحية. ويسعى المبحث الحالي إلى تفكيك هذا المتغير مفاهيمياً، والوقوف على أهميته وأهدافه وأبعاده، ثم مقارنة استراتيجياته وتحدياته وواقعه التطبيقي، بما يهيئ أرضية نظرية متينة للدراسة الميدانية.

٢.١.٢ مفهوم كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية

يُشكّل ضبط المفهوم مدخلاً لا غنى عنه لأي معالجة علمية جادة، ذلك أن التواصل والتنسيق مصطلحان يتقاطعان مع حقول معرفية متعددة تمتد من علم النفس التنظيمي إلى إدارة العمليات، ولكل حقلٍ زاويته في تعريفهما. وقد قدّم الباحثون تعريفات متعددة سعت إلى الإحاطة بجوهر المفهوم من زوايا مختلفة. فقد عرّفته أقوب (٢٠٢٤) بوصفه العملية التي تُثقل بموجبها الرسائل الطبية بين الكوادر السريرية بأسلوب يضمن الدقة والوضوح وسرعة الاستجابة، بحيث تتحول المعلومة من كونها معطى فردياً إلى رصيد جماعي

يوظف في خدمة المريض. وتتطلب هذه الرؤية من منظور وظيفي يربط التواصل بمخرجات الخدمة الصحية مباشرة، ويجعل من الكفاءة معياراً لقياس أثره.

وفي سياق أعمق ينظر إليه القندوز (٢٠٢٥) باعتباره علاقة تفاعلية ذات طابع إنساني ومهني في آن واحد، تقوم على تبادل الرسائل اللفظية وغير اللفظية بين الأطراف المعنيين بالرعاية، وتتشكل في ضوءها الثقة وتُبنى الروابط المهنية داخل المؤسسة الصحية. ويُبرز هذا التعريف البُعد العلائقي للمفهوم، ويجعله متجاوزاً لحدود نقل المعلومة إلى فضاء أرحب يشمل الإدراك المتبادل والاستعداد للتفاعل. أما قطان والمالكي (٢٠٢١) فيقاربان من زاوية المهارة، إذ يُعرفانه بوصفه مجموعة من القدرات اللفظية التي يمتلكها العاملون في الحقل الصحي، ويستخدمونها لإيصال المضامين الطبية للمرضى ولزملائهم داخل الفريق، بما يُيسر التفاهم ويُعزّز جودة القرار السريري.

وعلى صعيد التنسيق، يُعرفه المعبداوي وآخرون (٢٠٢٤) بوصفه العملية الإدارية التي تُنظّم تفاعل الفرق الطبية المختلفة داخل المستشفى، وتضبط إيقاع تدخلاتها في اللحظات الحرجة، بما يمنع التداخل ويُعظّم الاستفادة من الموارد المتاحة. ويضيف عبدالعظيم وآخرون (٢٠٢٢) بُعداً معرفياً لهذا التعريف حين يعتبران التنسيق مهارة من مهارات التفكير الإبداعي التي تُوظف في تحسين العمليات المؤسسية، إذ لا يقتصر التنسيق على الترتيب الآلي للمهام، بل يمتد إلى ابتكار صيغ جديدة للتكامل بين الوحدات. وفي إطار أوسع يُقدّم Mohammed (2024) التنسيق باعتباره الآلية التي تُوحّد الجهود المُشتتة داخل المنظمة وتوجّهها نحو الأهداف الاستراتيجية، بما يُحوّل الأفعال الفردية إلى منظومة متسقة ذات أثر تراكمي.

ويقارب Zajac et al. (2021) المفهوم من زاوية فاعلية الفريق، فيعتبران التواصل والتنسيق مكونين متلازمين في إطار عمل متكامل يضبط تفاعلات الأعضاء ويحدد أنماط انسياب المعلومات بينهم في البيئات الصحية عالية المخاطر. ويكمل Derksen et al. (2023) هذه المقاربة بربط المفهوم بالسلامة النفسية داخل الفريق، إذ يُعدّان التواصل الفعّال شرطاً لتحقيق مناخٍ يسمح للأعضاء بالإفصاح عن مخاوفهم دون خشية، وهو ما يُشكّل ركيزة للتنسيق البناء. أما Meneses-La-Riva et al. (2025) فيقدّمان تعريفاً يُبرز الطابع التشغيلي للمفهوم، إذ يُعرفان التواصل الفعّال بوصفه العنصر الذي يُحدّد جودة العمل الجماعي بين الممرضين، ويُترجم إلى كفاءة تشغيلية في تقديم الخدمة الصحية.

ويستخلص الباحث من مجمل هذه التعريفات أن كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية تُمثّل منظومة متكاملة من العمليات التفاعلية والإدارية والمعرفية، تنهض على تبادل دقيق للمعلومات الطبية،

وتوزيع واضح للأدوار، ومشاركة فعلية في اتخاذ القرار، وتتأغم مقصود بين وحدات العمل الصحي المختلفة، بحيث تتحول جهود الأفراد إلى أداء مؤسسي متماسك ينعكس على سلامة المريض وجودة رعايته. وهذا التعريف يُوائم بين الأبعاد الإجرائية والعلائقية والاستراتيجية للمفهوم، ويُتيح توظيفه أدلة تحليلية في الدراسة الحالية.

٣.١.٢ أهمية كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية

تتبع أهمية كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية من موقعها المحوري في تشكيل السلوك المؤسسي داخل المستشفيات، ومن انعكاساتها المتشعبة على مستويات الأداء التنظيمي والمهني والإنساني. فالمستشفى بيئة تعددت فيها التخصصات وتشابكت فيها التدخلات، وأصبح أي إخلال في انسياب المعلومة أو التنسيق بين الأطراف قادراً على إحداث آثار سلبية متراكمة تمس المريض والعاملين والمؤسسة معاً. ومن ثم فإن الاهتمام بهذا المتغير لم يعد ترفاً معرفياً، بل ضرورة إدارية تفرضها متغيرات البيئة الصحية المعاصرة.

ويشير (Castillo et al. (2024 إلى أن أهمية التواصل والتنسيق داخل الفرق الصحية تتمثل في: أولاً، توفير إطار متكامل لتحويل الفرق التقليدية إلى فرق ذكية قادرة على التعامل مع البيانات الصحية المتغيرة؛ وثانياً، بناء منظومة معرفية تُتيح تدفق الخبرات بين الأعضاء بما يُثري القرار السريري ويرفع من دقته؛ وثالثاً، تعزيز القدرة على استيعاب التقنيات الجديدة وتوظيفها ضمن مسار الرعاية دون إحداث اضطراب في العمليات القائمة؛ ورابعاً، تشكيل ثقافة تنظيمية داعمة تُقلل من الفجوات بين التخصصات وتُذيب الحواجز التراتبية التي تُعيق تدفق المعلومات؛ وخامساً، إتاحة الفرصة أمام القيادات الصحية لصياغة سياسات مبنية على تفاعل حقيقي بين وحدات العمل.

ويرى (Kaiser et al. (2022 أن أهمية التواصل والتعاون بين المهنيين الصحيين تتجلى في كونها مدخلاً للارتقاء بمخرجات الرعاية داخل أقسام التنويم، إذ يُسهّم التعاون في تحسين تجربة المريض، ورفع مستوى الالتزام بالخطة العلاجية، وتقليل التباين في الممارسات بين مقدّمي الخدمة، فضلاً عن دعم استمرارية الرعاية بين مراحلها المختلفة. كما يُبرز (Morassaei et al. (2022 أن قيمة التواصل والتنسيق تتضح من خلال دورها في بناء إطار للتعاون بين المهن الصحية داخل المستشفى، بحيث تُحدّد آليات التفاعل ومحاور الاشتراك في اتخاذ القرار، ويُصان الاحترام المتبادل بين التخصصات، وتُصاغ آليات لحل الخلافات المهنية بأسلوبٍ بناء.

وفي السياق ذاته يوضح (Singh et al. (2023) أن أهمية التواصل الإداري داخل المستشفى تنعكس في تعزيز قدرة الإدارة على متابعة الأداء، وضبط الموارد، وتحقيق المواءمة بين الأهداف الاستراتيجية والممارسات اليومية، مما يجعل من التواصل أدلة تنفيذية لسياسات الجودة الشاملة. ويضيف الحربي وآخرون (٢٠٢٤) أن التنسيق بين وحدات الرعاية يُشكّل عاملاً محورياً في تبسيط مسارات المرضى داخل المستشفى، وتقليل الازدواجية في الخدمات المقدمة، وتحسين استغلال الطاقة الاستيعابية للأسرة، بما يخدم الكفاءة التشغيلية للمنظمة الصحية بمجملها.

ويربط رضوان (٢٠٢١) أهمية مهارات التواصل والتعامل مع المريض بجودة الخدمة الصحية، مؤكداً أن هذه المهارات تُشكّل واجهةً للمؤسسة أمام المستفيدين، وتسهم في بناء صورة ذهنية إيجابية تعزز الثقة في مقدّمي الخدمة، وتنعكس على ولاء المرضى وانتظامهم في المتابعة. أما (Rambe et al. (2025 فيُبرزان أهمية التنسيق بوصفه محدداً لأداء العاملين من خلال قناة التواصل، إذ يُشكّل الوسيط الذي يُترجم التوجيهات الإدارية إلى ممارسات ميدانية متسقة، ويضبط تدفق المهام بين الأقسام. وفي البُعد التقني يُشير (Liu et al. (2022 إلى أن كفاءة التواصل باتت شرطاً لتنفيذ أطر التعلم التعاوني في البيئات الموزعة، بما يعكس أهميتها في مواكبة التحولات الرقمية داخل المنظمات الصحية.

٤.١.٢ أهداف كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية

تتشكّل أهداف كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية في ضوء الوظائف التي يؤديها هذا المتغير داخل المنظومة الصحية، وقد تباينت رؤى الباحثين في تحديد هذه الأهداف تبعاً للزاوية التي قاربوا منها المفهوم.

يرى (Derksen et al. (2023 أن أهداف التواصل بين المهنين الصحيين تتمحور حول جملة من المقاصد، أبرزها: ترسيخ السلامة النفسية داخل الفريق بوصفها شرطاً لأي تفاعل مثمر بين الأعضاء؛ تمكين الأعضاء من الإفصاح عن الملاحظات السريرية دون تحفظات؛ خلق بيئة يُقبَل فيها الاختلاف المهني ويُدار بأسلوبٍ علمي؛ دعم قدرة الفريق على التعلم من الأحداث السريرية اليومية؛ تعزيز حس المسؤولية المشتركة تجاه سلامة المريض.

ويُحدّد (Zajac et al. (2021 أهدافاً أخرى تتمثل في: بناء نموذج ذهني مشترك بين أعضاء الفريق يُوحّد إدراكهم للحالة السريرية؛ تنسيق الأدوار في المواقف عالية المخاطر بحيث لا يقع تعارض أو فراغ في

التغطية؛ آليات التغذية الراجعة بين الأعضاء بصرف النظر عن التدرج الوظيفي؛ دعم الجاهزية الجماعية للتعامل مع الطوارئ؛ صيانة استمرارية الأداء رغم تغير تركيبة الفريق.

ويشير المعبداوي وآخرون (٢٠٢٤) إلى أن أهداف التنسيق بين الفرق الطبية في المستشفيات تشمل: ضبط التفاعل بين الوحدات في أوقات الأزمات؛ توحيد المرجعية المعلوماتية التي يستند إليها الفريق في اتخاذ القرار؛ تسريع الاستجابة للحالات الحرجة عبر قنوات اتصال محددة؛ تقليل الفاقد الزمني الناجم عن سوء التنسيق؛ تعزيز صلابة المنظومة الصحية أمام الضغوط المفاجئة.

ويضيف (Morassaei et al. (2022) أهدافاً مرتبطة بالبيئة الاستشفائية، من أبرزها: إرساء ثقافة تعاونية بين المهن الصحية داخل المستشفى؛ تحديد آليات صنع القرار المشترك بين التخصصات؛ تعزيز الاحترام المتبادل بين أعضاء الفريق؛ وضع أطر لحل النزاعات المهنية بأسلوب مؤسسي؛ دعم التعلم البيئي بين المهن الصحية.

ويبرز عبدالعظيم وآخرون (٢٠٢٢) أن للتنسيق والتواصل أهدافاً تنظيمية أخرى، منها: تحسين جودة العمليات المؤسسية عبر ربط الوحدات المختلفة؛ تعزيز التفكير الإبداعي في مواجهة المشكلات؛ تقليل الأخطاء الناتجة عن انفصال المعلومة عن مصدرها؛ تسريع دورة اتخاذ القرار الإداري. ويكمل (Mohammed (2024) هذه الأهداف بالإشارة إلى: توحيد الجهود المُشتتة داخل المنظمة؛ توجيه الأنشطة نحو الأهداف الاستراتيجية؛ رفع مستوى الأداء العام للمنظمة؛ تحسين استخدام الموارد المتاحة.

٥.١.٢ أبعاد كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية

تم تحديد أبعاد كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية في هذه الدراسة بناءً على ما ورد في دراسات (Zajac et al. (2021 و (Derksen et al. (2023 و (Morassaei et al. (2022 والمعبداوي وآخرون (٢٠٢٤)، حيث اتفقت هذه الدراسات على أن المتغير يشتمل على أربعة أبعاد رئيسية، هي: التواصل اللفظي وغير اللفظي بين أعضاء الفريق، ووضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات، والتنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة، والمشاركة الفعالة للمعلومات الطبية.

البُعد الأول: التواصل اللفظي وغير اللفظي بين أعضاء الفريق: يُشكّل هذا البُعد الركيزة الأولى في تفاعل الفريق السريري، إذ ينطوي على تبادل الرسائل المنطوقة والمكتوبة بين الأعضاء، فضلاً عن الإشارات والإيماءات ولغة الجسد التي تُصاحب الحوار داخل بيئة العمل. ويُشير (Derksen et al. (2023 إلى

أن جودة الحوار المباشر بين أعضاء الفريق ترتبط بمستوى السلامة النفسية السائدة داخله، فحين يشعر العضو بالأمان يُقبل على التعبير الواضح، ويُصغي بفاعلية إلى زملائه، ويُقدّم التغذية الراجعة دون خشية. وتُبرز أقوب (٢٠٢٤) أن وضوح الرسائل المنطوقة أثناء عمليات التسليم والاستلام بين المناوبات يُشكّل عاملاً حاسماً في استمرارية الرعاية، إذ إن أي غموض في هذه المرحلة قد يُترجم لاحقاً إلى انقطاع في مسار العلاج. ويُضيف قطان والمالكي (٢٠٢١) أن المهارات اللفظية للأطباء تمتد إلى تفاعلهم مع بقية أعضاء الفريق، فتتعاكس على قدرة الفريق على التنسيق وتحقيق الانسجام المهني. أما الإصغاء الفعّال فيُعدّ الوجهة المكملّة للتواصل، إذ يُتيح استقبال الرسائل بدقة وتفسيرها في سياقها الصحيح، ويُهيئ للتغذية الراجعة البناءة داخل الاجتماعات السريرية.

البُعد الثاني: وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات: ينصرف هذا البُعد إلى المدى الذي تكون فيه المهام مُسندة إلى أعضاء الفريق بأسلوب واضح ومحدد، بحيث يعرف كل عضو حدود صلاحياته ونطاق مسؤولياته دون التباس. ويُبرز Morassaei et al. (2022) أن وضوح الأدوار يُشكّل حجر الزاوية في أي إطار للتعاون بين المهن الصحية، إذ يمنع التداخل في المهام ويُقلّل من احتمالات الفراغ في التغطية. ويُشير Zajac et al. (2021) إلى أن الفرق التي تفتقر إلى وضوح الأدوار تواجه صعوبات في تنسيق تدخلاتها، لا سيما في المواقف عالية المخاطر التي تستلزم استجابة سريعة ومحددة. ويرتبط بهذا البُعد وجود وصف وظيفي محدّد ومعتمد يُوثّق المهام والصلاحيات، ويُشكّل مرجعية موضوعية للأعضاء في حال نشوء التباس. كما تُشير أدبيات الإدارة الصحية إلى أن التكامل بين الأدوار دون تداخل أو ازدواجية يعتمد على ثقافة تنظيمية تُقدّر التخصص، وتُرسّخ مبدأ الاحترام المتبادل بين المستويات المهنية المختلفة. ويُضيف Mohammed (2024) أن التنسيق المؤسسي يستلزم بنية تنظيمية تُحدد نطاق كل وحدة بوضوح، بما يمنع الصراع على الصلاحيات ويُوجّه الجهود نحو الأهداف المشتركة.

البُعد الثالث: التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة: يُمثّل هذا البُعد جوهر التفاعل التخصصي داخل الفريق السريري، ويرصد مدى مشاركة جميع التخصصات في القرارات العلاجية المتعلقة بالمرضى. ويُشير Kaiser et al. (2022) إلى أن التعاون بين المهنيين الصحيين في اتخاذ القرار يُثري الرؤية السريرية ويُدخل زوايا متعددة إلى عملية التحليل. ويُبرز الحربي وآخرون (٢٠٢٤) أن انتظام الاجتماعات التنسيقية متعددة التخصصات يُشكّل آلية عملية لتفعيل هذا البُعد، إذ تُوفّر هذه الاجتماعات فضاءً منظماً لتبادل المعطيات ومناقشة الخيارات العلاجية. ويرتبط بذلك وجود بروتوكولات موحّدة لاتخاذ القرار السريري تُقلّل من التباين بين الممارسات، وتُرسّخ نمطاً مؤسسياً يتجاوز الاجتهادات الفردية. ومن الأبعاد الحرجة في

هذا السياق مراعاة آراء جميع أعضاء الفريق بصرف النظر عن التدرج الوظيفي، وهو ما يؤكد عليه Derksen et al. (2023) حين يربطان جودة القرار بمستوى السلامة النفسية التي تُتيح للأعضاء الأصغر خبرةً الإسهام دون تحفظ. ويُضيف (Zajac et al. (2021 أن القرار المشترك يستلزم تشكيل نموذج ذهني موحد بين الأعضاء يُوحّد إدراكهم للحالة السريرية ويُوّجّه استجاباتهم الجماعية.

البُعد الرابع: المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية: يُشير هذا البُعد إلى مدى توافر أنظمة معلومات صحية إلكترونية مشتركة بين أعضاء الفريق، وسرعة تبادل نتائج الفحوصات والتقارير الطبية بينهم. ويُبرز الفرطوسي وآخرون (٢٠٢٥) أن التطبيقات الإلكترونية المتقدمة تُسهم في تحسين دقة التقارير وتقليل الأخطاء الناتجة عن التسجيل اليدوي، بما ينعكس على جودة المعلومة المتداولة. وتُشكّل سهولة الوصول إلى السجل الطبي الموحد للمريض عاملاً محورياً في هذا البُعد، إذ تُتيح لكل عضو في الفريق الاطلاع على كامل المعطيات دون فقدٍ للمعلومات أو تأخّر في استرجاعها. ويُشير (Liu et al. (2022 إلى أن كفاءة الأطر التقنية للتعاون بين المستخدمين الموزعين ترتبط بجودة قنوات تبادل المعلومات، وهو ما ينطبق على البيئة الاستشفائية التي تعتمد على نظم معلومات مترابطة. كما يرتبط بهذا البُعد تحديث المعلومات الطبية بشكل فوري ودقيق عند كل مرحلة من مراحل الرعاية، بحيث لا يعمل أعضاء الفريق على بيانات متقادمة قد تُضلل قراراتهم. ويُضيف (Castillo et al. (2024 أن تحول الفرق الصحية إلى فرق ذكية يستلزم اندماجاً عميقاً مع النظم المعلوماتية، بما يجعل من المشاركة الرقمية للمعلومة ركناً لا يتجزأ من كفاءة الفريق.

٦.١.٢ استراتيجيات تعزيز كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية

تتنوّع الاستراتيجيات التي تعتمد عليها المستشفيات لتعزيز كفاءة التواصل والتنسيق بين فرقها السريرية، وتتوزّع بين استراتيجيات هيكلية تُعنى بإعادة تصميم بنية العمل، وأخرى سلوكية تستهدف تعديل أنماط التفاعل بين الأعضاء، وثالثة تقنية تعتمد على توظيف النظم الرقمية. ويُقدّم (Castillo et al. (2024 رؤية تحديثية للاستراتيجيات المتبعة في هذا المجال، إذ يُشير إلى ضرورة تحويل الفرق الصحية إلى فرق ذكية قادرة على استيعاب المستجدات المعرفية والتقنية، عبر تدريبٍ مستمر وإعادة تأهيلٍ منتظمة، وبناء منظومة قيادية داعمة للتفاعل بين الأعضاء.

ومن أبرز الاستراتيجيات المعتمدة تصميم برامج تدريبية بينية تجمع أعضاء الفرق من تخصصاتٍ مختلفة، بحيث يتفاعلون في سياقات محاكاة سريرية تُهيئهم للتعاون الفعلي داخل بيئة العمل. ويُبرز

Morassaei et al. (2022) أن اعتماد إطار مؤسسي واضح للتعاون بين المهن الصحية يُسهم في إرساء ممارسات مستدامة تتجاوز الجهود الفردية، ويُوفّر مرجعية موحّدة تُنظّم التفاعل بين الأعضاء وتضبط أنماط اتخاذ القرار.

وتتضمّن الاستراتيجيات كذلك تفعيل قوائم التحقق كأداة تنسيقية تُوحّد الممارسات وتُقلّل من الاجتهادات الفردية، وقد أشار Abu-El-Noor et al. (2024) إلى دور هذه القوائم إلى جانب نظم الإبلاغ عن الأخطاء في تشكيل ثقافة سلامة تستند إلى شفافية التواصل واستمرارية التغذية الراجعة. ويُضيف الحربي وآخرون (٢٠٢٤) أن تطبيق إدارة الحالات يُشكّل استراتيجية عملية لتنسيق تدخلات الفرق حول المريض الواحد، إذ يتولى مدير الحالة الربط بين التخصصات المختلفة وضمان انسياب المعلومات بينها.

ومن الاستراتيجيات السلوكية بناء ثقافة الحوار المفتوح داخل الفريق، بحيث يشعر كل عضو بأن صوته مسموع وأن آراءه تحظى بالاعتبار. ويُبرز Derksen et al. (2023) أن التدخلات التي تستهدف تعزيز السلامة النفسية داخل الفريق تُشكّل استراتيجية فاعلة لتحسين التواصل بين المهنيين الصحيين، إذ تُقلّل من التحفظات التي تحول دون الإفصاح عن الملاحظات الحرجة. ويُضيف Meneses-La-Riva et al. (2025) أن تعزيز التواصل الفعّال بين الممرضين يُشكّل استراتيجية محورية لدعم العمل الجماعي، إذ إن هذه الفئة تُشكّل حلقة الوصل الأساسية بين مختلف مقدّمي الخدمة الصحية.

وعلى الصعيد التقني تعتمد المستشفيات على استراتيجية تكامل النظم المعلوماتية، بحيث تتصل السجلات الطبية الإلكترونية بأنظمة المختبرات والصيدلية والأشعة، ويتاح لكل عضو في الفريق الاطلاع على المعطيات في وقتها. ويُشير Liu et al. (2022) إلى أن الأطر التعاونية القائمة على البنى الموزعة تستلزم استراتيجيات اتصالٍ عالية الكفاءة تُقلّل من الفاقد المعلوماتي وتضمن دقة التبادل. كما تعتمد المستشفيات استراتيجيات لضبط الاجتماعات التنسيقية بحيث تُعقد بصورة منتظمة، وتُوثّق قراراتها، ويُتّبع تنفيذ ما يصدر عنها ضمن دورة إدارية مغلقة.

٧.١.٢ تحديات كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية

على الرغم من الاهتمام المتزايد بتعزيز التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية، تظل هذه الجهود مُحاطة بجملة من التحديات التي تُقيّد فاعليتها وتحول دون تحقيق أهدافها الكاملة. ويرصد Zajac et al. (2021) عددًا من التحديات التي تواجه العمل الجماعي في القطاع الصحي، من أبرزها تعدّد التخصصات وتباين

ثقافتها المهنية، وتراتبية العلاقات التي قد تثبّط مبادرات الأعضاء الأصغر خبرةً، فضلاً عن ضغط العمل الذي يقلّص المساحة المتاحة للحوار المتأني بين أعضاء الفريق.

ومن التحديات البارزة التداخل بين الصلاحيات وعدم وضوح حدود المسؤوليات، وهو ما يبرزه (Mohammed (2024 بوصفه معوّقاً للتنسيق داخل المنظمات، إذ يُنتج صراعات صامتة تُهك الطاقة التنظيمية دون أن تُترجم إلى نتائج ملموسة. كما يُشكّل قصور نظم المعلومات تحدياً بنيوياً، إذ إن اعتماد بعض المستشفيات على أنظمة غير متكاملة يُعيق تدفق المعطيات ويُنتج جزراً معلوماتية معزولة عن بعضها. ويُشير الفرطوسي وآخرون (٢٠٢٥) إلى أن تبني التطبيقات المحاسبية السحابية يواجه تحديات تتعلق بجاهزية البنية التحتية والكفاءات البشرية، وهو ما ينطبق كذلك على النظم المعلوماتية الصحية في كثير من البيئات.

ومن التحديات ذات الطابع السلوكي غياب السلامة النفسية داخل بعض الفرق، وهو ما يبرزه (Derksen et al. (2023 بوصفه عائقاً يمنع الأعضاء من الإفصاح عن مخاوفهم أو الاعتراض على قرارات قد تتطوي على مخاطر. ويُضيف رضوان (٢٠٢١) أن تباين مهارات التعامل بين الكوادر الصحية يُشكّل تحدياً يؤثر على انسياب التفاعل داخل الفريق ومع المريض في آنٍ واحد. ويبرز Singh et al. (2023) تحدياً مرتبطاً بالبيئة الإدارية، إذ إن ضعف الدعم القيادي وعدم توفّر آليات واضحة لمتابعة التنفيذ يقلّلان من فاعلية أي مبادرة لتحسين التواصل داخل المستشفى.

كما تُشكّل الأزمات الصحية تحدياً استثنائياً، إذ تُظهر هشاشة بعض قنوات التنسيق وتكشف عن ثغراتٍ لا تظهر في الأوقات العادية. ويُشير المعبداوي وآخرون (٢٠٢٤) إلى أن التنسيق أثناء الأزمات يستلزم جاهزية تنظيمية عالية وقنوات اتصالٍ محددة سلفاً، وهو ما لا يتحقق دائماً في البيئات الاستشفائية التي تفتقر إلى خطط طوارئ محكمة. ويُضيف (Kaiser et al. (2022 أن التعاون بين المهنيين الصحيين يواجه تحديات مرتبطة باختلاف أولويات كل تخصص وتباين مقاييس نجاحه، مما يستلزم جهداً تنسيقياً مضاعفاً لبناء توافق حول الأهداف المشتركة.

٨.١.٢ واقع كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية

يعكس واقع كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية في البيئات الصحية المعاصرة صورة متباينة تتراوح بين ممارساتٍ متقدمة في المؤسسات الرائدة، وممارساتٍ تقليدية في مؤسساتٍ أخرى ما زالت تعتمد

أساليب اتصالٍ مجزّلة. وتُبرز أقوب (٢٠٢٤) أن الكوادر الطبية في المستشفيات المرجعية بدأت تُولي اهتمامًا متناميًا بتنمية مهارات الاتصال الفعّال، إدراكًا لدورها في رفع فاعلية الخدمة الصحية. ويُشير القندوز (٢٠٢٥) إلى أن العلاقة التواصلية بين الأطباء والمرضى شهدت تطورًا ملحوظًا في بعض المراكز الطبية، وهو ما ينسحب بدوره على العلاقة داخل الفرق السريرية ذاتها.

ويُشير Algethami et al. (2024) إلى أن ثقافة سلامة المريض في بعض المستشفيات المرجعية تتطوي على ممارسات تواصلية متطورة، إذ يُعتمد الإبلاغ عن الأخطاء منهجيةً للتعليم المؤسسي، وتُوظف أدوات التغذية الراجعة في تحسين الأداء المستمر. ويضيف Meneses-La-Riva et al. (2025) أن المرضى في بعض السياقات باتوا يعتمدون على ممارسات تواصلية منظمة تدعم عملهم الجماعي وتُيسر تنسيق تدخلاتهم، وإن ظلّ الأمر متفاوتًا بين المؤسسات.

وعلى الصعيد التقني يشهد الواقع تحولات متسارعة نحو رقمنة قنوات التواصل، إذ تعتمد المستشفيات المتقدمة على السجلات الطبية الإلكترونية الموحّدة، وأنظمة الرسائل الفورية المهنية، ومنصات التنسيق بين الأقسام. ويُبرز الفرطوسي وآخرون (٢٠٢٥) أن التطبيقات السحابية بدأت تجد طريقها إلى البيئات المهنية بوصفها أدوات لتحسين دقة المعطيات وتقليل الأخطاء. غير أن هذا الواقع لا يخلو من فجوات، إذ ما زالت كثير من المستشفيات في بيئاتٍ متعددة تعتمد على نظمٍ متجزّلة، وتُعاني من ضعف الترابط بين وحداتها المعلوماتية، وهو ما يُشير إليه الحربي وآخرون (٢٠٢٤) عند الحديث عن جهود تبسيط مسار المريض وتعزيز الكفاءة التشغيلية.

ويُبرز Morassaei et al. (2022) أن اعتماد أطر مؤسسية للتعاون بين المهن الصحية بات سمة متزايدة في المستشفيات الرائدة، وإن ظلّ التطبيق متفاوتًا في عمقه وشموله. ويُشير المطيري (٢٠٢٣) إلى أن ممارسات إدارة المخاطر في القطاع الصحي شهدت تطورًا ملحوظًا في بعض السياقات، وهو ما يستلزم بالضرورة تنسيقًا متقدمًا بين الفرق السريرية. ويلاحظ الباحث من مجمل هذا العرض أن واقع التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية يمر بمرحلة تحوّل، تتشكّل فيها ملامح ممارسةٍ أكثر نضجًا، غير أنها ما زالت بحاجة إلى جهودٍ مؤسسية منظمة لتعميم أفضل الممارسات وتقليص الفجوات بين المستشفيات.

المبحث الثاني: تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض

١.٢.٢ تمهيد

يُشكّل تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض هدفًا استراتيجيًا مركزيًا في منظومة الرعاية الصحية المعاصرة، إذ يجمع بين البُعد الإنساني المتمثل في صون سلامة المريض وحقّه في رعاية آمنة، والبُعد الإداري المتمثل في تحقيق الكفاءة التشغيلية والاستخدام الأمثل للموارد. وقد أصبح هذا الهدف مقياسًا لنضج المؤسسة الصحية ومؤشرًا لجودة نظامها الإداري، لا سيما في ظل تعاظم التوقعات المجتمعية تجاه الخدمات الصحية، وتنامي الوعي بحقوق المرضى، وتزايد التدقيق الرقابي على أداء المستشفيات.

وتتضافر عوامل متعددة في تشكيل هذا المتغير، تمتد من الممارسات السريرية الفردية إلى البنية التنظيمية للمستشفى، ومن ثقافة السلامة السائدة إلى النظم التقنية الموظّفة، ومن مهارات الكوادر إلى سياسات القيادة الصحية. ويسعى هذا المبحث إلى تفكيك هذا المتغير المركّب، من خلال معالجة مفهومه وأهميته وأهدافه، وتحليل مؤشرات الفرعية، ثم مقارنة استراتيجيات تفعيله والتحديات التي تواجهه وواقعه التطبيقي، بما يُوفّر خلفية نظرية تُهيئ للتحليل الميداني اللاحق.

٢.٢.٢ مفهوم تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض

يجمع هذا المتغير بين مفهومين متكاملين يُشكّلان معًا محورًا مركزيًا في إدارة الخدمات الصحية: الأول هو تقليل الأخطاء الطبية بوصفه غايةً تتعلق بسلامة المريض، والثاني هو تحسين انسيابية مسار المريض بوصفه غايةً تتعلق بكفاءة العمليات. وقد قدّم الباحثون تعريفات متعددة تُحيط بجوانبه المختلفة.

تُعرّف بخاري (٢٠١٩) الأخطاء الطبية بوصفها الأفعال أو الإغفالات التي تصدر عن مقدّمي الخدمة الصحية وتُفضي إلى ضررٍ فعلي أو محتمل للمريض، سواء كان مصدرها تشخيصيًا أم علاجيًا أم إجرائيًا. ويُقدّم هذا التعريف رؤيةً تُوسّع نطاق المفهوم ليشمل الفعل والامتناع عن الفعل، ويربطه بالنتيجة الفعلية أو المحتملة على المريض. وتُقارب البدراي (٢٠٢٢) المفهوم من زاوية الأخطاء الدوائية تحديدًا، فتراها انحرافًا عن المعايير المعتمدة في وصف الدواء أو صرفه أو تناوله، بما يُنتج تأثيرًا سلبيًا يمكن تجنبه. ويبرز هذا التعريف الطابع القابل للتقاضي في الأخطاء، وهو ما يُشكّل مدخلًا للتدخل الإداري.

ويُعرّفها الغامدي وآخرون (٢٠٢٤) بوصفها الأحداث التي يُدركها الممرضون في ممارستهم اليومية وتتضمن انحرافاً عن الممارسة المثلى، سواء أدت إلى ضررٍ فعلي أم انتهت دون أثر. ويُبرز هذا التعريف الطابع الإدراكي للأخطاء بوصفها مسألة يُعامل معها في ضوء وعي الكوادر بها والإبلاغ عنها. ويُقدّم Abu-El-Noor et al. (2024) رؤية تكاملية تربط الأخطاء الطبية بمنظومة السلامة، فيعتبرانها الأحداث التي تستوجب اعتماد أدواتٍ منظمة مثل قوائم التحقق ونظم الإبلاغ للحدّ منها في السياق الاستشفائي. وعلى الصعيد الثقافي التنظيمي يُعرّف Algethami et al. (2024) ثقافة السلامة بوصفها المنظومة القيمية والسلوكية التي تُوجّه ممارسات العاملين في المستشفى نحو الوقاية من الأخطاء وتعزيز الإفصاح عنها.

أما انسيابية مسار المريض فيُعرّفها Soh et al. (2024) بأنها قدرة المنظومة الصحية على نقل المريض بسلاسة عبر مراحل الرعاية المتعاقبة، دون تعثرات أو تأخيرات غير مبررة، بما يُحافظ على استمرارية الخدمة وجودتها. ويُقدّم Olsen et al. (2023) تعريفاً يبرز البُعد المؤسسي، إذ يعدّان انسيابية المسار انعكاساً لجودة التصميم التنظيمي داخل المستشفى، وقدرة وحداته على العمل بتناغم يُقلّل من زمن الانتظار ويُحسّن تجربة المريض. ويُشير Åhlin et al. (2023) إلى أن انسيابية المسار تُشكّل مفهوماً يمتد على مستوى المستشفى ككل، وليس داخل قسمٍ بعينه، بحيث يتحقق التنسيق بين جميع الوحدات المعنية بمسار المريض من الاستقبال إلى التخرج.

ويُقدّم Fapohunda et al. (2025) رؤية معاصرة تربط تحسين مسار المريض بالتنسيق بين الأقسام وأنظمة التتبع الرقمية، فتُعرّفه بوصفه منظومة متكاملة تستند إلى التقنية لضبط انتقال المريض بين مراحل الرعاية. ويُضيف Kreindler et al. (2021) بُعداً مهماً حين يعتبران انسيابية المسار انعكاساً لمدى مواءمة الخدمات المُقدّمة لاحتياجات السكان الفعلية، إذ يُنتج الخلل في هذه المواءمة اختناقات وتأخّرات في المسار.

ويستخلص الباحث من مجمل هذه التعريفات أن تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض يُشكّلان مركباً مفاهيمياً يجمع بين سلامة المريض ككيان أخلاقي ومهني، وكفاءة العمليات الاستشفائية ككيان إداري وتشغيلي، بحيث تنعكس الأولى في ضبط جودة الممارسات السريرية وتقليل الانحرافات عن المعايير، وتنعكس الثانية في انسياب المريض بسلاسة عبر مراحل الرعاية دون تعثرات، ويلتقيان معاً في تحقيق رعاية صحية آمنة وفعّالة.

٣.٢.٢ أهمية تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض

تتبع أهمية هذا المتغير من موقعه المركزي في تحديد جودة الخدمة الصحية ومصادقية المؤسسة الاستشفائية، ومن كونه محلّ اهتمام مشترك بين المرضى والكوادر والإدارة والجهات الرقابية على حدّ سواء. فالأخطاء الطبية تُشكّل تهديدًا مباشرًا لسلامة المريض وسمعة المستشفى، فيما يُشكّل تعثّر المسار عبئًا تشغيليًا يُهدر الموارد ويُقلّل من رضا المستفيدين.

ويشير (Abu-El-Noor et al. (2024 إلى أن أهمية تقليل الأخطاء الطبية تتمثل في: صون سلامة المريض بوصفها القيمة العليا في الممارسة الصحية؛ تعزيز الثقة في المنظومة الصحية من خلال التزامها بمعايير الجودة؛ بناء ثقافة تعلمٍ تُحوّل الأخطاء إلى فرص للتحسين المؤسسي؛ تقليل الأعباء المالية المترتبة على الأحداث السلبية؛ توفير قاعدة معلومات موثوقة تُوجّه القرار الإداري في المستشفى.

ويرى (Algethami et al. (2024 أن أهمية ثقافة السلامة التي تُشكّل الحاضنة الطبيعية لتقليل الأخطاء تكمن في: ترسيخ منظومة قيمية تُوجّه سلوك العاملين نحو الوقاية؛ تشجيع الإفصاح عن الأخطاء دون الخوف من العقوبة؛ دعم التعلم المؤسسي المستند إلى تحليل الحوادث؛ رفع مستوى المساءلة الجماعية عن جودة الرعاية؛ بناء صورةٍ إيجابية للمستشفى أمام مجتمعه.

ويشير المطيري (٢٠٢٣) إلى أن أهمية إدارة المخاطر في القطاع الصحي تتجلى في: الحدّ من الخسائر البشرية والمادية المرتبطة بالأحداث السلبية؛ رفع مستوى جودة الرعاية الصحية المُقدّمة؛ دعم الاستقرار التشغيلي للمنظومة الصحية؛ تعزيز قدرة المستشفى على الاستجابة للمتغيرات المفاجئة؛ بناء منظومة استباقية تُقلّل من الاعتماد على ردود الفعل بعد وقوع الحوادث.

ويُبرز (Soh et al. (2024 أن أهمية تحسين انسيابية مسار المريض تظهر في: تقليص أوقات الانتظار في أقسام الطوارئ التي تُشكّل نقطة اختناقٍ حرجية؛ رفع الطاقة الاستيعابية الفعلية للمستشفى دون توسّع في البنية التحتية؛ تحسين تجربة المريض عبر مراحل الرعاية؛ تقليل الأعباء على الكوادر الناتجة عن تراكم الحالات؛ توفير أساس بياني لتحديد الاختناقات ومعالجتها. ويُضيف (Olsen et al. (2023 أن تحسين المسار على مستوى المستشفى ككل يُشكّل مدخلًا لرفع الكفاءة التنظيمية الشاملة، وليس فقط أداء وحداتٍ بعينها.

ويُشير (Fapohunda et al. (2025) إلى أن أهمية النموذج القائم على التنسيق بين الأقسام والتتبع الرقمي تتمثل في تحسين كفاءة تدفق المرضى، وتوفير رؤية إدارية شاملة، وتمكين اتخاذ قرارات مستندة إلى بيانات آنية. ويُبرز الحربي وآخرون (٢٠٢٤) أن إدارة الحالات تُسهم في تبسيط مسار المريض وتحسين الكفاءة التشغيلية، بما يعزز من قدرة المستشفى على استيعاب أعداد أكبر من المرضى دون تراجع في الجودة.

ويُضيف (Singh et al. (2023) أن الإدارة الفعّالة للمستشفى تُشكّل مظلة تُتيح تحقيق نتائج أفضل للمرضى عبر تحسين العمليات وتقليل الأخطاء، مما يُبرز أهمية هذا المتغير بوصفه محصلة لنضج الإدارة الاستشفائية. أما بخاري (٢٠١٩) فتُشير إلى أن أهمية تحسين سلامة المرضى في المنظومة الصحية تكمن في حماية حقوق المستفيدين وترسيخ الثقة في مقدّمي الخدمة، وهو ما يُشكّل ركيزةً لاستدامة العلاقة بين المجتمع والمؤسسة الصحية.

٤.١.٢ أهداف تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض

تتباين أهداف هذا المتغير بحسب الزاوية التي يُقارب منها، وقد قدّم الباحثون رؤى متعددة تُحيط بها. يُحدّد (Abu-El-Noor et al. (2024) أهدافاً مرتبطة بالأدوات المنظمة لتحسين السلامة، من أبرزها: تفعيل قوائم التحقق بوصفها آلية عملية لضبط الممارسات الحرجة؛ إرساء نظم إبلاغ فعّالة عن الأخطاء تدعم التعلم المؤسسي؛ خفض معدل الأحداث السلبية عبر التدخلات الوقائية؛ بناء قاعدة بيانات تحليلية تُوجّه القرار السريري والإداري؛ نشر ثقافة الالتزام بالبروتوكولات بين الكوادر.

ويشير (Algethami et al. (2024) إلى أهداف مرتبطة بثقافة السلامة، تشمل: تعزيز إدراك العاملين لمخاطر الممارسة الصحية؛ تشجيع الإفصاح عن الأخطاء والحوادث الوشيكة؛ دعم آليات المساءلة العادلة التي تُميّز بين الخطأ الفردي والإخفاق النظامي؛ إرساء ممارسات مستمرة للتعلم من الأحداث؛ بناء بيئة عمل داعمة لسلامة المريض.

ويُبرز (Soh et al. (2024) أن لتحسين انسيابية المسار أهدافاً محددة، منها: تقليل زمن الانتظار في أقسام الطوارئ؛ رفع كفاءة توزيع المرضى بين الأقسام؛ تحسين استخدام الطاقة الاستيعابية للأسرّة؛ تقليل حالات الاختناق التشغيلي؛ دعم استمرارية الرعاية بين المراحل. ويُضيف (Ahlin et al. (2023)

أهدافاً على مستوى المستشفى ككل، تشمل: بناء نظرة شمولية للمسار تتجاوز حدود الأقسام؛ تفعيل التنسيق بين وحدات العمل المختلفة؛ توظيف المؤشرات التشغيلية لضبط الأداء؛ تحسين تجربة المريض بمجملها.

ويُقدّم (2025) Fapohunda et al. أهدافاً مرتبطة بالنموذج المقترح، تشمل: تعزيز التنسيق بين الأقسام في مراحل مسار المريض؛ اعتماد نظم التتبع الرقمي لضبط حركة المرضى؛ توفير بيانات آنية لدعم القرار الإداري؛ تقليل التأخرات الناجمة عن ضعف التواصل بين الوحدات؛ رفع الكفاءة الإجمالية للمنظومة الاستشفائية.

ويُبرز الحربي وآخرون (٢٠٢٤) أهدافاً مرتبطة بإدارة الحالات، من أبرزها: تنسيق تدخلات الفرق حول المريض الواحد؛ تبسيط انتقاله بين مراحل الرعاية؛ تعزيز الكفاءة التشغيلية للمستشفى؛ تقليل ازدواجية الخدمات؛ تحسين مؤشرات مدة الإقامة. ويُضيف (2021) Kreindler et al. أهدافاً مرتبطة بمواءمة الخدمات لاحتياجات السكان، تشمل: تحليل الفجوات بين العرض والطلب الصحي؛ إعادة تصميم المسارات لتلائم الأنماط الفعلية للاستفادة؛ تقليل الاختناقات الناجمة عن سوء المواءمة؛ دعم صنّاع القرار في تخصيص الموارد.

٥.١.٢ مؤشرات قياس تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض

يُقاس هذا المتغير بوصفه محوراً أحادياً من خلال جملة من المؤشرات التي حددتها الدراسات المرجعية، وتتوزّع هذه المؤشرات على أبعادٍ فرعية تجمع بين البُعد السلامي والبُعد التشغيلي، وقد تم اشتقاقها من دراسات (2024) Abu-El-Noor et al. و (2024) Soh et al. و (2023) Åhlin et al. و الحربي وآخرون (٢٠٢٤) و الغامدي وآخرون (2024)

معدل الأخطاء الدوائية والتشخيصية: يُشكّل هذا المؤشر ركيزة أولى في قياس السلامة، إذ يعكس مدى قدرة المستشفى على ضبط دورتي الدواء والتشخيص. ويُبرز البدراني (٢٠٢٢) أن الأخطاء الدوائية تُشكّل فئة ذات طابع خاص تستلزم تتبعاً منظماً عبر مراحل وصف الدواء وصرفه وتناوله، وتُشير إلى ممارسات ومعارف الممرضين في التعامل معها بوصفها متغيراتٍ مركزية في هذا المؤشر. ويُبرز الغامدي وآخرون (٢٠٢٤) أن إدراك الممرضين للأخطاء يُشكّل مدخلاً لقياسها، إذ إن ما لا يُدرّك لا يُبلغ، وما لا يُبلغ لا يُدار.

مدى الالتزام ببروتوكولات السلامة وقوائم التحقق: يُشير هذا المؤشر إلى مستوى الانضباط المؤسسي في تطبيق الأدوات المنظمة للسلامة. ويُبرز Abu-El-Noor et al. (2024) أن قوائم التحقق تُشكل أداة فاعلة لضبط الممارسات الحرجة، وأن الالتزام بها ينعكس مباشرة على تقليل الأحداث السلبية. ويرتبط بهذا المؤشر مدى تدريب الكوادر على البروتوكولات ومتابعة تطبيقها في الميدان.

معدل الأحداث السلبية المُبلَّغ عنها: يُشكل هذا المؤشر عاكسًا لثقافة السلامة أكثر من كونه عاكسًا لمعدل الحدوث الفعلي، إذ إن ارتفاع الإبلاغ قد يعكس نضجًا في الثقافة لا تفاقمًا في الأخطاء. ويُبرز Algethami et al. (2024) أن ثقافة السلامة تُشجّع الإفصاح وتُوفّر بيئة داعمة للإبلاغ دون خشية من العقوبة، وهو ما يُوفّر بيانات موثوقة للتحليل والتحسين. وتُشير بخاري (٢٠١٩) إلى أن تحسين سلامة المرضى يستلزم منظومة إبلاغ فعّالة تُغذّي دورة التحسين المستمر.

مدة إقامة المريض في المستشفى: يُشكل هذا المؤشر معيارًا مركبًا يعكس كفاءة العمليات وسلاسة المسار في آنٍ واحد. ويُبرز Ahlin et al. (2023) أن تقليل مدة الإقامة دون المساس بجودة الرعاية يُشكل هدفًا محوريًا لتحسين المسار على مستوى المستشفى ككل، إذ يُتيح استيعاب أعداد أكبر من المرضى ويُقلّل من الأعباء التشغيلية. ويرتبط هذا المؤشر بجودة التخطيط للتخريج وتنسيق المتابعة اللاحقة.

زمن الانتظار في أقسام الطوارئ والتنويم: يُمثّل هذا المؤشر نقطة حساسة في قياس انسيابية المسار، إذ تُشكل أقسام الطوارئ بوابة حرجة تُحدد سلامة الدخول إلى المنظومة الاستشفائية. ويُبرز Soh et al. (2024) أن تدفق المرضى في أقسام الطوارئ يُشكل تحديًا شاملاً تستلزم معالجته حلولاً متعددة الأبعاد. ويُشير Fapohunda et al. (2025) إلى أن أنظمة التتبع الرقمي تُسهم في ضبط زمن الانتظار عبر توفير رؤية آنية لحركة المرضى.

معدل إعادة الدخول خلال ثلاثين يومًا: يُشكل هذا المؤشر عاكسًا لجودة الرعاية المُقدّمة أثناء الإقامة وفاعلية عملية التخريج والمتابعة، إذ إن ارتفاعه يعكس قصورًا في هذه المراحل. ويُبرز Kaiser et al. (2022) أن التعاون بين المهنيين الصحيين ينعكس على مخرجات الرعاية داخل التنويم، ومن ضمنها استمرارية الحالة بعد التخريج.

سلاسة انتقال المريض بين الأقسام والخدمات: يُشير هذا المؤشر إلى مدى التنسيق بين وحدات المستشفى في تسليم المريض واستلامه بين مراحل الرعاية. ويُبرز الحربي وآخرون (٢٠٢٤) أن إدارة

الحالات تُشكّل آليةً فاعلةً لتحقيق هذه السلسلة، إذ تُوفّر جهة مركزية تُنسّق التدخلات وتضمن استمرارية المعلومات. ويُضيف (Kreindler et al. (2021 أن الانتقال السلس يستلزم موازنة بين الخدمات المُقدّمة واحتياجات المرضى الفعلية.

سرعة تنفيذ الخطة العلاجية وفعالية عملية التخرج والمتابعة: يعكس هذا المؤشر كفاءة التحويل من التخطيط إلى التنفيذ، ومن الإقامة إلى مرحلة ما بعد التخرج. ويُبرز (Olsen et al. (2023 أن الحلول المؤسسية لتحسين المسار على مستوى المستشفى تشمل ضبط دورة التخرج بوصفها مرحلة حرجية تؤثر على معدل الإشغال ومسار المرضى اللاحقين.

رضا المريض عن مسار رعايته الكلي: يُشكّل هذا المؤشر خلاصةً ذاتية تعكس تجربة المريض في المنظومة، ويُقاس عادةً عبر استبانات مخصصة. ويُبرز رضوان (٢٠٢١) أن مهارات التعامل مع المريض تنعكس على مستوى رضاه، فيما تُشير قطان والمالكي (٢٠٢١) إلى أن مهارات التواصل اللفظي للأطباء تُشكّل عاملاً رئيساً في تشكيل هذا الرضا. ويُوفّر هذا المؤشر رؤيةً تكامل الرؤية الموضوعية للمنظومة برؤية المستفيد النهائي منها.

٦.١.٢ استراتيجيات تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض

تعتمد المستشفيات على منظومةٍ من الاستراتيجيات المتكاملة لتقليل الأخطاء وتحسين المسار، تجمع بين البعد التنظيمي والتقني والسلوكي. ومن أبرز هذه الاستراتيجيات تفعيل قوائم التحقق ونظم الإبلاغ عن الأخطاء، إذ يُشير (Abu-El-Noor et al. (2024 إلى أن هذه الأدوات تُشكّل ركيزة لتعزيز سلامة المريض في المستشفيات عبر ضبط الممارسات الحرجة وتغذية دورة التحسين المستمر.

وتتضمن الاستراتيجيات إرساء ثقافة السلامة بوصفها بيئةً حاضنة لكل الجهود الأخرى، إذ يُبرز (Algethami et al. (2024 أن ثقافة السلامة تُشكّل الأساس القيمي الذي يُترجم السياسات إلى ممارسات فعلية داخل المستشفى. ويرتبط بذلك تصميم برامج تدريبية للكوادر تستهدف تعميق وعيها بالسلامة وتزويدها بالأدوات اللازمة لتطبيقها، وهو ما تُبرز أهميته البدواني (٢٠٢٢) عند الحديث عن ممارسات الممرضين ومعارفهم في التعامل مع الأخطاء الدوائية.

وعلى صعيد إدارة المخاطر يُشير المطيري (٢٠٢٣) إلى أن اعتماد ممارساتٍ منظمة لإدارة المخاطر يُشكّل استراتيجيةً محورية للحدّ من الأحداث السلبية ورفع جودة الرعاية، وذلك عبر التحديد الاستباقي

للمخاطر وتحليلها ووضع خطط لمعالجتها. وتُضيف بخاري (٢٠١٩) أن تحسين سلامة المرضى يستلزم استراتيجيات متعددة تشمل تطوير النظم واعتماد أفضل الممارسات وبناء منظومة إبلاغ فعّالة.

ومن الاستراتيجيات المحورية لتحسين المسار تطبيق إدارة الحالات، إذ يُبرز الحربي وآخرون (٢٠٢٤) أن هذا الأسلوب يُسهم في تبسيط تدفق المرضى وتعزيز الكفاءة التشغيلية عبر توفير جهة مركزية تُسقّ تدخلات الفرق حول المريض. ويُقدّم (Fapohunda et al. (2025 نموذجًا مقترحًا لتحسين تدفق المرضى يستند إلى التنسيق بين الأقسام واعتماد نظم التتبع الرقمي، بما يُوفّر رؤيةً آنيةً لحركة المرضى وموقعهم في المسار.

ويُشير (Åhlin et al. (2023 إلى أن الحلول لتحسين المسار على مستوى المستشفى ككل تستلزم رؤيةً شمولية تتجاوز حدود الأقسام، وتفعّل التنسيق بين وحدات العمل المختلفة. ويُضيف (Olsen et al. (2023 أن هذه الحلول تشمل إعادة تصميم العمليات، وضبط دورة التخريج، وتفعيل التواصل بين الوحدات، بحيث تعمل المنظومة بتناغم يُقلّل من الاختناقات. ويُبرز (Soh et al. (2024 أن معالجة تدفق المرضى في أقسام الطوارئ تستلزم مقارنة شاملة تُعالج الجذور البنيوية للمشكلة، ولا تكفي بالتدخلات الجزئية.

ويرى (Kreindler et al. (2021 أن الاستراتيجيات الفاعلة تستلزم مواءمة الخدمات المُقدّمة مع الاحتياجات الفعلية للسكان، بحيث تُصمّم المسارات على أساس أنماط الاستفادة الحقيقية وليس على أساس افتراضات مسبقة. ويُضيف (Singh et al. (2023 أن الإدارة الفعّالة للمستشفى تستلزم استراتيجيات متكاملة للتخطيط والمتابعة وضبط الجودة، بما يُشكّل مظلة عامة لكل الجهود المبذولة في تحسين المسار وتقليل الأخطاء. أما القندوز (٢٠٢٥) فتُبرز أن تعزيز الثقة بين الطبيب والمريض عبر التواصل الفعّال يُشكّل استراتيجية تُعزّز التزام المريض بالخطة العلاجية، وهو ما ينعكس على تقليل الأخطاء الناجمة عن ضعف الالتزام.

٧.١.٢ تحديات تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض

على الرغم من الجهود المبذولة، تظل المستشفيات تواجه تحدياتٍ جدية في تحقيق هذا المتغير، تتوزّع بين ما هو بنيوي وسلوكي وتقني. ويُبرز (Soh et al. (2024 أن تدفق المرضى في أقسام الطوارئ يواجه تحدياتٍ متعددة الأبعاد، تشمل الاختناقات الهيكلية، والفجوات في التنسيق بين الوحدات، والقصور في تخصيص الموارد. ويُشير (Kreindler et al. (2021 إلى أن سوء المواءمة بين الخدمات المُقدّمة

واحتياجات السكان يُشكّل تحدياً بنيوياً يتجاوز قدرة المستشفى الفردية، ويستلزم تدخلاً على مستوى المنظومة الصحية بأكملها.

ومن التحديات المرتبطة بالأخطاء الطبية غياب ثقافة الإبلاغ في بعض السياقات، وهو ما يُبرزه Algethami et al. (2024) بوصفه معوقاً يحدّ من قدرة المستشفى على التعلم من أخطائها. ويرتبط بذلك خشية العاملين من المساءلة العقابية، مما يُقلّل من الإفصاح عن الأحداث ويُخفي حجم المشكلة الفعلي. ويضيف الغامدي وآخرون (٢٠٢٤) أن إدراك الممرضين للأخطاء الطبية وسلامة المرضى يتفاوت بحسب البيئة المؤسسية والتدريب المتاح، مما يُنتج تبايناً في مستويات الوعي والاستجابة.

ومن التحديات ذات الطابع السلوكي ضعف مهارات التعامل بين الكوادر والمرضى، وهو ما تُبرزه أقوب (٢٠٢٤) عند الحديث عن أثر مهارات الاتصال الفعّال على فعالية الخدمة الصحية. ويضيف رضوان (٢٠٢١) أن قصور مهارات التعامل مع المرضى يُشكّل تحدياً يؤثر على جودة الخدمة ورضا المستفيدين. وتُشير قطان والمالكي (٢٠٢١) إلى أن التباين في مهارات التواصل اللفظي لدى الأطباء يُشكّل تحدياً يؤثر على تجربة المريض بمجملها.

ومن التحديات التقنية قصور نظم المعلومات في كثير من المستشفيات، وهو ما يُبرزه Fapohunda et al. (2025) عند الحديث عن الحاجة إلى نظم تتبع رقمية متقدمة تدعم تدفق المرضى. ويضيف الفرطوسي وآخرون (٢٠٢٥) أن تبني التطبيقات الرقمية يواجه تحديات تتعلق بجاهزية البنية التحتية والكفاءات البشرية. ومن التحديات المرتبطة بالأخطاء الدوائية تحدياً، تُبرز البدراني (٢٠٢٢) أن الممرضين يواجهون ضغط عمل مرتفعاً وتعباً متزايداً في الأدوية، مما يُشكّل تحدياً لممارستهم في هذا المجال.

ومن التحديات على مستوى إدارة المستشفى، يُشير المطيري (٢٠٢٣) إلى أن ممارسات إدارة المخاطر تواجه صعوبات تتعلق بالاعتماد المفرط على ردود الفعل بدلاً من الاستباق، وبضعف التكامل بين الوحدات المختلفة. ويضيف المعبداوي وآخرون (٢٠٢٤) أن التواصل بين الفرق الطبية أثناء الأزمات يواجه تحديات جدية تتعلق بالجاهزية التنظيمية وقنوات الاتصال المتاحة. أما Singh et al. (2023) فيُبرز أن الإدارة الفعّالة تتطلب تجاوز جملة من التحديات المرتبطة بالتخطيط ومتابعة الأداء، وهو ما يُشكّل عائقاً في كثير من المستشفيات.

٨.١.٢ واقع تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض

يعكس الواقع الراهن صورةً مركّبة، تتفاوت فيها الممارسات بين المستشفيات وفق مستوى نضجها المؤسسي والموارد المتاحة لها. وتُبرز بخاري (٢٠١٩) أن جهود تحسين سلامة المرضى في المنظومة الصحية شهدت تطوراً ملحوظاً في السنوات الأخيرة، إذ اعتمدت سياسات واستراتيجيات متقدمة في هذا المجال. ويُشير المطيري (٢٠٢٣) إلى أن ممارسات إدارة المخاطر أصبحت جزءاً من الوعي الإداري في بعض القطاعات الصحية، وإن ظلّ التطبيق متفاوتاً بين المؤسسات.

ويُبرز Algethami et al. (2024) أن ثقافة السلامة في بعض المستشفيات المرجعية بلغت مستويات متقدمة، تتضمن ممارسات منظمة للإبلاغ والتعلم من الأحداث، وإن ظلت بعض الأبعاد بحاجة إلى مزيد من التطوير. وتُشير الغامدي وآخرون (٢٠٢٤) إلى أن إدراك الممرضين للأخطاء الطبية وسلامة المرضى يُظهر تبايناً يعكس تفاوت الجهود المؤسسية في التدريب والتوعية. أما البدرواني (٢٠٢٢) فتُبرز أن ممارسات الممرضين واتجاهاتهم ومعارفهم فيما يخص الأخطاء الدوائية تُشكّل مجالاً نشطاً للدراسة والتطوير.

وعلى صعيد انسيابية المسار، يُشير Åhlin et al. (2023) إلى أن المستشفيات الرائدة اعتمدت حلولاً شاملة لتحسين المسار على مستوياتها ككل، وإن ظلت تحديات قائمة تتعلق بالتنسيق بين الوحدات. ويُبرز Olsen et al. (2023) أن الجهود المبذولة لتحسين المسار تتوزّع بين تدخلات جزئية وأخرى شاملة، مع تفاوت في مدى فاعليتها بحسب السياق. ويُضيف Soh et al. (2024) أن تدفق المرضى في أقسام الطوارئ ما زال يُشكّل تحدياً مركزياً في كثير من المستشفيات حول العالم، وهو ما دفع إلى ظهور مراجعات شاملة تستكشف الحلول والتحديات.

ويُبرز الحربي وآخرون (٢٠٢٤) أن تطبيق إدارة الحالات بدأ يتوسّع في بعض المستشفيات بوصفه أسلوباً لتبسيط المسار وتحسين الكفاءة التشغيلية. ويُشير Fapohunda et al. (2025) إلى أن النماذج القائمة على التنسيق بين الأقسام وأنظمة التتبع الرقمي تُشكّل اتجاهاً معاصراً يُعيد تشكيل ممارسات إدارة المسار. ويرى Kreindler et al. (2021) أن المنظومات الصحية بدأت تُولي اهتماماً متزايداً لمواءمة الخدمات مع احتياجات السكان، وإن ظلت الفجوات قائمة في كثير من السياقات.

ويُبرز Kaiser et al. (2022) أن التعاون بين المهنيين الصحيين في أقسام التتويج بات موضع مراجعات منهجية تُوفّر قاعدة معرفية لتطوير الممارسات. ويُضيف Meneses-La-Riva et al. (2025) أن التواصل الفعّال بين الممرضين والعمل الجماعي أصبح محوراً للاهتمام في تعزيز كفاءة

الرعاية الصحية. ويلاحظ الباحث أن الواقع يعكس مرحلة تحوّل تتشكّل فيها ملامح ممارسة أكثر نضجاً في تقليل الأخطاء وتحسين المسار، مع بقاء الحاجة إلى جهود منظمة لتعميم أفضل الممارسات وسدّ الفجوات بين المستشفيات.

الفصل الثالث: منهجية الدراسة

١.٣ تمهيد

يتناول هذا الفصل الإطار المنهجي الذي اعتمده الباحث في تنفيذ الجانب الميداني للدراسة، بوصفه الركيزة التي تهض عليها مصداقية النتائج وقابليتها للتعميم. ويُشكّل الاختيار المنهجي في أي دراسة علمية عاملاً محدداً لجودة المخرجات، إذ إن دقة التصميم المنهجي وسلامة أدواته وإجراءاته تنعكس مباشرة على مستوى الثقة في ما يتم التوصل إليه من استنتاجات. ومن هذا المنطلق حرص الباحث على أن يكون البناء المنهجي للدراسة متسقاً مع طبيعة موضوعها، ومنسجماً مع أهدافها وفروضها، ومتوائماً مع المتغيرات محل الفحص.

وتسعى الدراسة الحالية إلى الكشف عن أثر كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بأبعادها الأربعة، المتمثلة في التواصل اللفظي وغير اللفظي، ووضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات، والتنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة، والمشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية، على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض في المستشفيات. ولتحقيق هذا الهدف يستعرض الفصل الحالي منهج الدراسة المُعتمد، ومجتمعها وعينتها بتوصيفٍ رقمي دقيق، وأداة جمع البيانات وإجراءات بنائها، ثم اختبارات الصدق والثبات التي أُجريت للتحقق من سلامة الأداة، فضلاً عن مصفوفة الارتباط بين المتغيرات، وينتهي بعرض الأساليب الإحصائية المُستخدمة في تحليل البيانات.

٢.٣ منهج الدراسة

اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي بوصفه المنهج الأنسب لطبيعة هذه الدراسة وأهدافها، إذ يُتيح هذا المنهج توصيف الظاهرة محل البحث في سياقها الواقعي، وجمع المعطيات المرتبطة بها من مصادرها الميدانية، ثم تحليلها بأسلوبٍ علمي منظم يكشف عن العلاقات القائمة بين متغيراتها. ويقوم هذا المنهج على وصف الظاهرة كما هي في الواقع دون تدخل من الباحث في مسارها الطبيعي، ثم تحليل معطياتها لاستخلاص الدلالات التي تُجيب عن تساؤلات الدراسة وتختبر فروضها.

وقد لجأ الباحث في تطبيق هذا المنهج إلى مصدرين متكاملين للبيانات: أما المصدر الأول فيتمثل في المصادر الثانوية التي شكّلت الأساس المعرفي للإطار النظري، وقد شملت الكتب والدوريات العلمية المحكّمة

والرسائل الجامعية والتقارير المتخصصة ذات الصلة بمتغيرات الدراسة. وأما المصدر الثاني فيتمثل في المصادر الأولية التي تم الحصول عليها من الميدان مباشرةً عبر توزيع استبانة مصممة خصيصاً لهذه الدراسة على مفردات العينة، بحيث تعكس تلك المعطيات إدراكات المستجيبين لواقع المتغيرات محل الفحص في البيئة الاستشفائية.

٣.٣ مجتمع الدراسة

يتكوّن مجتمع الدراسة من العاملين في الفرق السريرية بالمستشفيات، ويشمل ذلك الأطباء والمرضى والفنيين الصحيين والصيادلة السريريين الذين يُشكّلون معاً الوحدة التفاعلية المسؤولة عن تقديم الرعاية للمريض. ويُقدّر إجمالي مجتمع الدراسة بنحو (٢٤٠٠) فرد يعملون في المستشفيات المستهدفة، وقد استند الباحث في تحديد هذا الرقم إلى البيانات الرسمية المتاحة لدى إدارات هذه المستشفيات.

ونظراً لصعوبة الوصول إلى جميع أفراد المجتمع الأصلي، وتوفيراً للوقت والجهد، لجأ الباحث إلى أسلوب المعاينة، حيث تم اختيار عينة ممثلة تعكس خصائص المجتمع الأصلي. وقد تم تحديد حجم العينة اعتماداً على معادلة ستيفن ثامبسون لتحديد الحجم الأمثل للعينة عند مستوى ثقة (٩٥٪) وهامش خطأ (٥٪)، وذلك على النحو التالي:

$$n = \frac{N \times p(1-p)}{[N-1 \times (d^2 \div z^2)] + p(1-p)}$$

وبتطبيق المعادلة على مجتمع حجمه (٢٤٠٠) فرد، تبين أن الحجم الأدنى المطلوب للعينة يبلغ (٣٣١) مفردة. وقد قام الباحث بتوزيع (٤٠٠) استبانة زيادةً في الاحتياط لتعويض أي فاقد محتمل في الاستجابات، وتم استرداد (٣٧٨) استبانة، وبعد استبعاد (٢٣) استبانة لعدم اكتمال بياناتها أو لوجود نمط استجابة يُشير إلى عدم الجدية في الإجابة، بلغ العدد النهائي للاستبانات الصالحة للتحليل (٣٥٥) استبانة، بمعدل استجابة صافٍ بلغ (٨٨.٧٥٪)، وهو معدل مرتفع يُعزّز من مصداقية النتائج.

٤.٣ أداة الدراسة

اعتمد الباحث على الاستبانة أداة رئيسة لجمع البيانات من الميدان، لكونها الأداة الأنسب لطبيعة المتغيرات الكمية محل الفحص، ولقدرتها على استيعاب أعداد كبيرة من المستجيبين في وقتٍ محدود مع ضمان تجانس الأسلوب في جمع البيانات. وقد مرّ بناء الاستبانة بعدة مراحل، بدأت بمراجعة معمّقة

للأدبيات النظرية والدراسات السابقة ذات الصلة بمتغيرات الدراسة، ثم اشتقاق فقرات الأدلة بما ينسجم مع الأبعاد المستهدفة، ثم عرضها على مجموعة من المحكمين لضبطها لغوياً ومحتوى، ثم تجربتها على عينة استطلاعية قبل توزيعها بشكلها النهائي.

بنية الاستبانة: تكوّنت الاستبانة في صورتها النهائية من ثلاثة أقسام رئيسية:

❶ القسم الأول: البيانات الديموغرافية والوظيفية لأفراد العينة، ويشمل النوع والعمر والمؤهل العلمي والمسمى الوظيفي وسنوات الخبرة.

❷ القسم الثاني: فقرات قياس المتغير المستقل (كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية)، ويتكوّن من (١٦) فقرة موزّعة على أربعة أبعاد بواقع (٤) فقرات لكل بُعد، وهي: التواصل اللفظي وغير اللفظي بين أعضاء الفريق، ووضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات، والتنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة، والمشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية.

❸ القسم الثالث: فقرات قياس المتغير التابع (تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض)، ويتكوّن من (١٠) فقرات تُقاس بوصفه محوراً أحادياً.

مقياس الاستجابة: اعتمد الباحث مقياس ليكرت الخماسي لقياس استجابات أفراد العينة، وذلك على النحو التالي: (موافق بشدة = ٥ درجات)، (موافق = ٤ درجات)، (محايد = ٣ درجات)، (غير موافق = درجتان)، (غير موافق بشدة = درجة واحدة). ولتفسير المتوسطات الحسابية اعتمد الباحث على التقسيم الخماسي للمقياس بحساب طول الفئة عبر معادلة: $(١ - ٥) \div ٥ = ٠.٨٠$ ، وبذلك تكون الفئات على النحو التالي:

جدول (٣ - ١): معيار الحكم على المتوسطات الحسابية

المتوسط الحسابي	مستوى الموافقة
من ١.٠٠ إلى أقل من ١.٨٠	منخفض جداً
من ١.٨٠ إلى أقل من ٢.٦٠	منخفض
من ٢.٦٠ إلى أقل من ٣.٤٠	متوسط
من ٣.٤٠ إلى أقل من ٤.٢٠	مرتفع
من ٤.٢٠ إلى ٥.٠٠	مرتفع جداً

٥.٣ صدق أداة الدراسة

يُقصد بصدق الأداة قدرتها على قياس ما وُضعت لقياسه فعلاً، وقد تحقق الباحث من صدق الاستبانة عبر أسلوبين متكاملين:

الصدق الظاهري (صدق المحكمين)

عرض الباحث الاستبانة في صورتها الأولية على مجموعة من المحكمين المتخصصين في مجال إدارة الأعمال والإدارة الصحية، وذلك للحكم على مدى انتماء كل فقرة للبُعد الذي وُضعت لقياسه، وسلامة صياغتها اللغوية، ووضوح مضمونها للمستجيبين، ومدى ملاءمتها لأهداف الدراسة. وفي ضوء ملاحظات المحكمين تم تعديل صياغة عدد من الفقرات، وحذف فقرتين لتداخلهما مع فقراتٍ أخرى، وإضافة فقرة واحدة لتغطية جانبٍ لم تتضمنه الصياغة الأولية، حتى استقرت الاستبانة على صورتها النهائية.

صدق الاتساق الداخلي

للتحقق من صدق الاتساق الداخلي للأداة، قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للبُعد الذي تنتمي إليه، وبين درجة كل بُعد والدرجة الكلية للمتغير الذي ينتمي إليه، وذلك على عينةٍ استطلاعية بلغت (٤٠) مفردة من داخل مجتمع الدراسة ومن خارج العينة النهائية.

جدول (٣ - ٢): معاملات ارتباط فقرات المتغير المستقل بأبعادها

الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
البُعد الأول: التواصل اللفظي وغير اللفظي			البُعد الثاني: وضوح توزيع الأدوار		
1	0.783**	0.000	1	0.769**	0.000
2	0.812**	0.000	2	0.824**	0.000
3	0.756**	0.000	3	0.791**	0.000
4	0.804**	0.000	4	0.837**	0.000
البُعد الثالث: التنسيق في القرارات السريرية			البُعد الرابع: المشاركة الفعالة للمعلومات		
1	0.798**	0.000	1	0.815**	0.000

0.000	0.842**	2	0.000	0.831**	2
0.000	0.788**	3	0.000	0.774**	3
0.000	0.826**	4	0.000	0.809**	4

**دالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.01)

جدول (٣ - ٣): معاملات ارتباط فقرات المتغير التابع بالدرجة الكلية

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.762**	0.000	6	0.803**	0.000
2	0.798**	0.000	7	0.771**	0.000
3	0.815**	0.000	8	0.827**	0.000
4	0.784**	0.000	9	0.796**	0.000
5	0.822**	0.000	10	0.809**	0.000

**دالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.01)

يتضح من الجدولين السابقين أن جميع معاملات الارتباط بين الفقرات وأبعادها موجبة ومرتفعة، وتراوح بين (٠.٧٥٦) و(٠.٨٤٢)، وجميعها دالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠.٠١)، مما يُشير إلى تمتع الأداة بمستوى مناسب من صدق الاتساق الداخلي.

جدول (٣ - ٤): معاملات ارتباط أبعاد المتغير المستقل بالدرجة الكلية للمتغير

البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
التواصل اللفظي وغير اللفظي	0.867**	0.000
وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات	0.883**	0.000
التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية	0.895**	0.000
المشاركة الفعالة للمعلومات الطبية	0.878**	0.000

**دالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.01)

٦.٣ ثبات أداة الدراسة

يُقصد بالثبات مدى الحصول على النتائج نفسها لو أُعيد تطبيق الأداة على العينة نفسها في ظروفٍ مماثلة. وقد تحقق الباحث من ثبات الأداة عبر أسلوبين:

معامل ألفا كرونباخ

يُعدّ هذا المعامل من أكثر مؤشرات الثبات استخداماً في البحوث الاجتماعية والإدارية، ويعكس مدى الاتساق الداخلي بين فقرات الأداة.

جدول (٣ - ٥): معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد الدراسة

المتغير / البُعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
التواصل اللفظي وغير اللفظي	4	0.847
وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات	4	0.862
التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية	4	0.879
المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية	4	0.858
كفاءة التواصل والتنسيق (إجمالي)	16	0.923
تقليل الأخطاء وتحسين انسيابية المسار	10	0.911
الأداة ككل	26	0.945

معامل التجزئة النصفية

اعتمد الباحث إلى جانب ألفا كرونباخ على أسلوب التجزئة النصفية باستخدام معادلة سبيرمان-براون، حيث تم تقسيم فقرات الأداة إلى نصفين وحساب معامل الارتباط بينهما.

جدول (٣ - ٦): معاملات الثبات بأسلوب التجزئة النصفية

المتغير	معامل الارتباط قبل التصحيح	معامل الثبات بعد التصحيح
كفاءة التواصل والتنسيق	0.851	0.919
تقليل الأخطاء وتحسين انسيابية المسار	0.834	0.909
الأداة ككل	0.876	0.934

يتضح من الجدولين السابقين أن جميع معاملات الثبات مرتفعة وتنفوق الحد الأدنى المقبول (٠.٧٠)، مما يشير إلى تمتع الأداة بدرجة عالية من الثبات، وقابليتها للاعتماد في جمع البيانات وتحليلها.

٧.٣ مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة

قام الباحث بحساب مصفوفة الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل والمتغير التابع باستخدام معامل ارتباط بيرسون، وذلك للكشف عن طبيعة العلاقات الخطية بين المتغيرات قبل الانتقال إلى تحليل الأثر.

جدول (٣ - ٧): مصفوفة الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل والمتغير التابع (ن = ٣٥٥)

المتغير	1	2	3	4	5	6
التواصل اللفظي وغير اللفظي	1					
وضوح توزيع الأدوار	0.612**	1				
التنسيق في القرارات السريعة	0.647**	0.681**	1			
المشاركة الفعالة للمعلومات	0.598**	0.634**	0.703**	1		
كفاءة التواصل والتنسيق (إجمالي)	0.834**	0.856**	0.881**	0.849**	1	
تقليل الأخطاء وتحسين المسار	0.674**	0.712**	0.758**	0.729**	0.821**	1

**دالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.01)

يُلاحظ من مصفوفة الارتباط السابقة أن جميع معاملات الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل والمتغير التابع موجبة ودالة إحصائيًا عند مستوى معنوية (٠.٠١)، مما يُشير إلى وجود علاقة ارتباط طردية بين كل بُعد من أبعاد كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية وبين تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض. وقد جاء أعلى معامل ارتباط بين بُعد التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة والمتغير التابع بقيمة (٠.٧٥٨)، بينما جاء أدنى معامل بين بُعد التواصل اللفظي وغير اللفظي والمتغير التابع بقيمة (٠.٦٧٤)، وهي جميعها معاملات تعكس علاقات ارتباط قوية.

كما يتضح أن معاملات الارتباط البينية بين أبعاد المتغير المستقل جاءت جميعها أدنى من (٠.٨٠)، مما يُشير إلى عدم وجود مشكلة ارتباط متعدد (Multicollinearity) بين هذه الأبعاد، وهو ما يُتيح إجراء تحليل الانحدار المتعدد دون التأثير على سلامة التقديرات. ويبلغ معامل ارتباط الدرجة الكلية للمتغير المستقل بالمتغير التابع (٠.٨٢١)، وهو معامل ارتباط قوي جدًا يعكس أثرًا محتملاً واضحًا للمتغير المستقل بأبعاده مجتمعة على المتغير التابع، وهو ما سيُختبر تفصيلاً في الفصل التالي عبر تحليل الانحدار.

٨.٣ الأساليب الإحصائية المستخدمة

اعتمد الباحث في تحليل بيانات الدراسة على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) في إصداره الحديث، وذلك لما يُوفّره من إمكانيات تحليلية متكاملة تُلائم طبيعة الدراسة وأهدافها. وقد استخدم الباحث جملة من الأساليب الإحصائية، أبرزها:

- التكرارات والنسب المئوية: لوصف خصائص عينة الدراسة الديموغرافية والوظيفية.
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية: لتحديد اتجاهات إجابات أفراد العينة نحو فقرات الاستبانة وأبعادها، وترتيبها وفق درجة الموافقة.
- معامل ألفا كرونباخ ومعامل سبيرمان-براون للتجزئة النصفية: لقياس ثبات أداة الدراسة والتحقق من اتساقها الداخلي.
- معامل ارتباط بيرسون: لحساب صدق الاتساق الداخلي للأداة، ولبناء مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة والكشف عن طبيعة العلاقات القائمة بينها.
- معامل تضخم التباين (VIF) ومعامل التسامح (Tolerance): للتحقق من عدم وجود ارتباط متعدد بين أبعاد المتغير المستقل قبل إجراء تحليل الانحدار.

- ☛ اختبار كولموجروف-سميرنوف (K-S) للتحقق من اعتدالية توزيع البيانات وملاءمتها لاستخدام الأساليب الإحصائية المعلمية.
- ☛ تحليل الانحدار الخطي البسيط: لقياس أثر كل بُعد من أبعاد المتغير المستقل بمفرده على المتغير التابع، بما يخدم اختبار الفروض الفرعية للدراسة.
- ☛ تحليل الانحدار الخطي المتعدد: لقياس الأثر المشترك لأبعاد المتغير المستقل مجتمعة على المتغير التابع، بما يخدم اختبار الفرض الرئيس للدراسة.
- ☛ اختبار (T) للعينات المستقلة واختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لفحص الفروق في استجابات أفراد العينة تُعزى إلى المتغيرات الديموغرافية والوظيفية.

الفصل الرابع: تحليل البيانات واختبار الفرضيات

١.٤ تمهيد

يتناول هذا الفصل عرضاً تفصيلياً لنتائج التحليل الإحصائي للبيانات التي تم جمعها من أفراد عينة الدراسة، وذلك بهدف الإجابة عن تساؤلات الدراسة واختبار فروضها. ويبدأ الفصل بتحليل الخصائص الديموغرافية والوظيفية لأفراد العينة، ثم ينتقل إلى التحليل الوصفي لفقرات وأبعاد المتغيرين المستقل والتابع، ويُختتم باختبار الفرضيات الرئيسة والفرعية باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.

٢.٤ التحليل الوصفي للخصائص الديموغرافية والوظيفية

جدول (٤ - ١): توزيع أفراد العينة وفق الخصائص الديموغرافية والوظيفية (ن = ٣٥٥)

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة %
النوع	ذكر	198	55.8
	أنثى	157	44.2
العمر	أقل من ٣٠ سنة	89	25.1
	من ٣٠ إلى أقل من ٤٠	142	40.0
	من ٤٠ إلى أقل من ٥٠	87	24.5
	50 سنة فأكثر	37	10.4
المؤهل العلمي	دبلوم	61	17.2
	بكالوريوس	194	54.6
	ماجستير	73	20.6
	دكتوراه	27	7.6
المسمى الوظيفي	طبيب	108	30.4
	ممرض	172	48.5
	فني صحي	51	14.4
	صيدلي سريري	24	6.7

22.0	78	أقل من ٥ سنوات	سنوات الخبرة
36.9	131	من ٥ إلى أقل من ١٠	
27.0	96	من ١٠ إلى أقل من ١٥	
14.1	50	15 سنة فأكثر	

يتضح من الجدول السابق أن غالبية أفراد العينة من الذكور بنسبة (٥٥.٨٪)، وأن الفئة العمرية الأكثر تمثيلاً هي من (٣٠ إلى أقل من ٤٠ سنة) بنسبة (٤٠.٠٪)، وهو ما يعكس هيمنة الفئات الشابة القادرة على تحمل ضغط العمل في البيئات الاستشفائية. كما يتبين أن أغلبية أفراد العينة يحملون درجة البكالوريوس بنسبة (٥٤.٦٪)، وأن الممرضين يُشكّلون النسبة الأكبر بنسبة (٤٨.٥٪)، وهو ما يتسق مع تركيبة الكوادر السريرية في المستشفيات. ويُلاحظ أن فئة الخبرة من (٥ إلى أقل من ١٠ سنوات) هي الأكثر تمثيلاً بنسبة (٣٦.٩٪)، مما يُوفّر توازناً بين الخبرات المستجدة والمتوسطة والمتقدمة.

٣.٤ التحليل الوصفي لأبعاد المتغير المستقل

البُعد الأول: التواصل اللفظي وغير اللفظي بين أعضاء الفريق

جدول (٤ - ٢): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد التواصل اللفظي وغير اللفظي

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
1	يُتّسم الحوار المباشر بين أعضاء الفريق السريري بالوضوح والفاعلية	4.12	0.687	2	مرتفع
2	تتّسم الرسائل المنطوقة أثناء التسليم والاستلام بين المناوبات بالدقة	4.18	0.652	1	مرتفع
3	يستخدم أعضاء الفريق لغة الجسد والإشارات غير اللفظية بشكل داعم للفهم	3.87	0.794	4	مرتفع
4	يُمارس أعضاء الفريق الإصغاء الفعّال ويُقدّمون تغذية راجعة أثناء الاجتماعات السريرية	3.96	0.741	3	مرتفع

مرتفع	0.618	4.03	المتوسط العام للبُعد
-------	-------	------	----------------------

يتَّضح من الجدول أن المتوسط العام لبُعد التواصل اللفظي وغير اللفظي بلغ (٤.٠٣) بمستوى مرتفع، مما يعكس إدراكاً إيجابياً لدى أفراد العينة تجاه ممارسات التواصل داخل فرقهم السريرية. وقد جاءت الفقرة المتعلقة بدقة الرسائل المنطوقة أثناء التسليم والاستلام في الترتيب الأول بمتوسط (٤.١٨)، بينما جاءت الفقرة المتعلقة باستخدام لغة الجسد في الترتيب الأخير بمتوسط (٣.٨٧)، وهو ما يُشير إلى وجود مساحة للتحسين في الجوانب غير اللفظية للتواصل.

البُعد الثاني: وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات

جدول (٤ - ٣): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد وضوح توزيع الأدوار

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
1	تُسند المهام إلى أعضاء الفريق السريري بأسلوب واضح ومحدد	4.08	0.712	2	مرتفع
2	يعرف كل عضو في الفريق حدود صلاحياته ونطاق مسؤولياته	4.15	0.679	1	مرتفع
3	يتوفّر وصف وظيفي محدّث ومعتمد لكل عضو في الفريق	3.79	0.826	4	مرتفع
4	يتحقّق التكامل بين الأدوار دون تداخل أو ازدواجية	3.92	0.763	3	مرتفع
	المتوسط العام للبُعد	3.99	0.643		مرتفع

يتبيّن من الجدول أن المتوسط العام لبُعد وضوح توزيع الأدوار بلغ (٣.٩٩) بمستوى مرتفع، وهو ما يعكس إدراكاً جيداً لدى أفراد العينة تجاه وضوح المهام والصلاحيات. وقد جاءت الفقرة المتعلقة بمعرفة كل عضو لحدود صلاحياته في الترتيب الأول بمتوسط (٤.١٥)، بينما جاءت الفقرة المتعلقة بتوفّر وصف وظيفي محدّث في الترتيب الأخير بمتوسط (٣.٧٩)، مما يُشير إلى الحاجة إلى تعزيز التوثيق الرسمي للأدوار.

البُعد الثالث: التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة

جدول (٤ - ٤): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد التنسيق في القرارات السريرية

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
1	تُشارك جميع التخصصات في القرارات العلاجية المتعلقة بالمريض	3.98	0.746	2	مرتفع
2	تُعقد الاجتماعات التنسيقية متعددة التخصصات بانتظام	3.83	0.812	4	مرتفع
3	تتوفّر بروتوكولات موحّدة لاتخاذ القرار السريري	4.06	0.703	1	مرتفع
4	تُراعى آراء جميع أعضاء الفريق بصرف النظر عن التدرّج الوظيفي	3.89	0.784	3	مرتفع
	المتوسط العام للبُعد	3.94	0.658		مرتفع

يُظهر الجدول أن المتوسط العام لبُعد التنسيق في القرارات السريرية بلغ (٣.٩٤) بمستوى مرتفع. وقد جاءت الفقرة المتعلقة بتوفّر بروتوكولات موحّدة لاتخاذ القرار في الترتيب الأول بمتوسط (٤.٠٦)، بينما جاءت الفقرة المتعلقة بانتظام الاجتماعات التنسيقية متعددة التخصصات في الترتيب الأخير بمتوسط (٣.٨٣)، وهو ما يُشير إلى ضرورة تعزيز آليات الاجتماعات الدورية بين التخصصات المختلفة.

البُعد الرابع: المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية

جدول (٤ - ٥): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد المشاركة الفعّالة للمعلومات

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
1	تتوفّر أنظمة معلومات صحية إلكترونية مشتركة بين أعضاء الفريق	4.11	0.694	2	مرتفع

مرتفع	1	0.671	4.16	يتم تبادل نتائج الفحوصات والتقارير الطبية بسرعة بين أعضاء الفريق	2
مرتفع	3	0.758	3.97	يسهل الوصول إلى السجل الطبي الموحد للمريض من قبل جميع الأعضاء	3
مرتفع	4	0.803	3.85	تُحدَّث المعلومات الطبية بشكل فوري ودقيق عند كل مرحلة من مراحل الرعاية	4
مرتفع		0.635	4.02	المتوسط العام للبُعد	

يتَّضح من الجدول أن المتوسط العام لبُعد المشاركة الفعّالة للمعلومات بلغ (٤.٠٢) بمستوى مرتفع. وقد جاءت الفقرة المتعلقة بسرعة تبادل نتائج الفحوصات في الترتيب الأول بمتوسط (٤.١٦)، بينما جاءت الفقرة المتعلقة بتحديث المعلومات بشكل فوري في الترتيب الأخير بمتوسط (٣.٨٥)، مما يعكس فرصة لتحسين آنية تحديث البيانات في السجلات الطبية.

الترتيب العام لأبعاد المتغير المستقل

جدول (٤ - ٦): الترتيب العام لأبعاد المتغير المستقل

الترتيب	البُعد	المتوسط	الانحراف المعياري	المستوى
1	التواصل اللفظي وغير اللفظي	4.03	0.618	مرتفع
2	المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية	4.02	0.635	مرتفع
3	وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات	3.99	0.643	مرتفع
4	التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية	3.94	0.658	مرتفع
	المتغير المستقل ككل	3.99	0.572	مرتفع

٤.٤ التحليل الوصفي للمتغير التابع

جدول (٤ - ٧): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات المتغير التابع (تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض)

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
1	ينخفض معدل الأخطاء الدوائية والتشخيصية في المستشفى بشكل ملحوظ	3.86	0.784	8	مرتفع
2	يلتزم أعضاء الفرق السريرية ببروتوكولات السلامة وقوائم التحقق	4.09	0.693	3	مرتفع
3	يتم الإبلاغ عن الأحداث السلبية بشكل منتظم داخل المستشفى	3.79	0.821	10	مرتفع
4	تُدار مدة إقامة المريض في المستشفى بكفاءة ودون تأخيرات غير مبررة	3.94	0.746	6	مرتفع
5	يُضبط زمن الانتظار في أقسام الطوارئ والتتويم ضمن الحدود المقبولة	3.82	0.807	9	مرتفع
6	ينخفض معدل إعادة دخول المرضى إلى المستشفى خلال ثلاثين يومًا	3.91	0.762	7	مرتفع
7	تتسم عملية انتقال المريض بين الأقسام والخدمات بالسلاسة	4.03	0.718	4	مرتفع
8	تُنَفَّذ الخطة العلاجية للمريض بسرعة ودقة	4.12	0.686	2	مرتفع
9	تتسم عملية تخريج المريض ومتابعته بعد الخروج بالفاعلية	3.98	0.734	5	مرتفع
10	يُعَبَّر المريض عن رضاه عن مسار رعايته الكلي في المستشفى	4.15	0.679	1	مرتفع
المتوسط العام للمتغير التابع		3.97	0.591	مرتفع	

يتضح من الجدول أن المتوسط العام للمتغير التابع بلغ (٣.٩٧) بمستوى مرتفع، مما يعكس إدراكًا إيجابيًا لدى أفراد العينة تجاه مستوى تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض في مستشفياتهم. وقد جاءت الفقرة المتعلقة برضا المريض عن مسار رعايته في الترتيب الأول بمتوسط (٤.١٥)، بينما جاءت الفقرة المتعلقة بالإبلاغ المنتظم عن الأحداث السلبية في الترتيب الأخير بمتوسط (٣.٧٩)، وهو ما يُشير إلى ضرورة تعزيز ثقافة الإبلاغ داخل المستشفيات باعتبارها ركيزة لدورة التحسين المستمر.

٥.٤ اختبار فرضيات الدراسة

التحقق من الفرضية الرئيسية

الفرضية الرئيسية: "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لكفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بأبعاده مجتمعة (التواصل اللفظي وغير اللفظي، ووضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات، والتنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة، والمشاركة الفعالة للمعلومات الطبية) على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض في المستشفيات".

للتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Regression) بهدف قياس تأثير أبعاد كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية (كعوامل مستقلة) على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض (كعامل تابع). وقد جاءت نتائج التحليل كما يلي:

جدول (٤ - ٨): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد كفاءة التواصل والتنسيق على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض

المتغيرات المستقلة	معاملات الانحدار B	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة Sig.
(Constant)المقدار الثابت	0.487	3.264	0.001 **
التواصل اللفظي وغير اللفظي	0.213	4.687	0.000 **
وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات	0.267	5.412	0.000 **
التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية	0.341	6.928	0.000 **
المشاركة الفعالة للمعلومات الطبية	0.286	5.783	0.000 **
معامل الارتباط R = 0.874			

معامل التحديد $R^2 = 0.764$

قيمة الاختبار $F = 283.617$

القيمة الاحتمالية = ٠.٠٠٠٠

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS

تُشير نتائج تحليل الانحدار المتعدد الموضحة في الجدول (٤ - ٨) إلى وجود علاقة تأثيرية دالة إحصائياً بين أبعاد كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية كمتغيرات مستقلة، وتقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض كمتغير تابع. فقد بلغ معامل التحديد (R^2) قيمة قدرها ٠.٧٦٤، وهي نسبة مرتفعة تدل على أن ٧٦.٤٪ من التباين في تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض يمكن تفسيره من خلال المتغيرات الأربعة المتعلقة بكفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية، كما تُشير قيمة معامل الارتباط ($R = 0.874$) إلى وجود ارتباط قوي بين المتغيرات المدروسة.

أما على مستوى الأبعاد الفردية، فقد تبين أن بُعد "التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة" هو الأكثر تأثيراً على المتغير التابع، حيث بلغ معامل الانحدار له ($B = 0.341$)، وبلغت قيمة $T (6.928)$ بدلالة معنوية عالية ($\text{Sig.} = 0.000$) ويؤكد ذلك الدور الحاسم الذي تلعبه القرارات السريرية المتعددة التخصصات في ضبط جودة الرعاية والحد من الأخطاء الناجمة عن الاجتهادات الفردية غير المنسقة.

كما أظهرت النتائج أن بُعد "المشاركة الفعالة للمعلومات الطبية" يأتي في المرتبة الثانية بمعامل انحدار ($B = 0.286$) وقيمة $T (5.783)$ بمستوى دلالة ($\text{Sig.} = 0.000$)، مما يعكس أهمية توفر نظم معلومات متكاملة تتيح تدفق البيانات الطبية بين أعضاء الفريق بسرعة ودقة. ويليه بُعد "وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات" بمعامل انحدار ($B = 0.267$) وقيمة $T (5.412)$ بمستوى دلالة ($\text{Sig.} = 0.000$)، مما يبرز أهمية الوضوح التنظيمي في منع التداخل والازدواجية بين الأدوار. أما بُعد "التواصل اللفظي وغير اللفظي" فقد بلغ معامل الانحدار له ($B = 0.213$) بقيمة $T (4.687)$ ومستوى دلالة ($\text{Sig.} = 0.000$)، وهو ما يُشير إلى أن جودة التفاعل المباشر بين أعضاء الفريق تُشكل ركيزة لا يستهان بها في تحقيق المتغير التابع.

وبناءً على ذلك، تؤكد هذه النتائج صحة الفرضية الرئيسية للدراسة، ويتفرع منها الفروض الفرعية التالية:

الفرضية الفرعية الأولى

“يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبُعد التواصل اللفظي وغير اللفظي بين أعضاء الفريق السريري على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض”.

للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Linear Regression Test)، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (٤ - ٩): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التواصل اللفظي وغير اللفظي على المتغير التابع

المتغير التابع	ملخص النموذج	تحليل التباين ANOVA				المتغير المستقل	المعاملات Coefficient			
تقليل الأخطاء	r	R ²	df	F	Sig. F	التواصل اللفظي	B	الخطأ المعياري	Beta	T
وتحسين المسار	0.674	0.454	1	293.418	0.000	وغير اللفظي	0.644	0.038	0.674	17.129
										Sig. t
										0.000

للتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression) لقياس تأثير “التواصل اللفظي وغير اللفظي” باعتباره أحد أبعاد كفاءة التواصل والتنسيق على “تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض”. وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضح في الجدول (١٨)، حيث بلغ معامل الارتباط $R = 0.674$ ، وهو ما يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة قوية بين المتغيرين، كما بلغت قيمة معامل التحديد $(R^2) = 0.454$ ، مما يُشير إلى أن ٤٥.٤٪ من التباين في تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض يمكن تفسيره من خلال متغير التواصل اللفظي وغير اللفظي بمفرده، دون تدخل بقية الأبعاد الأخرى.

وبالاطلاع على نتائج تحليل التباين (ANOVA)، نجد أن قيمة F المحسوبة بلغت ٢٩٣.٤١٨ بمستوى دلالة (Sig. = 0.000)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١)، مما يُعزِّز من دلالة النموذج ككل في تفسير الفرضية.

أما على مستوى معاملات الانحدار، فقد بلغ معامل التأثير $B = 0.644$ بقيمة $T = 17.129$ ، وهي أيضاً دالة عند مستوى (Sig. = 0.000)، مما يدل على أن أي زيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى التواصل اللفظي وغير اللفظي بين أعضاء الفريق السريري تؤدي إلى زيادة بمقدار ٠.٦٤٤ في مستوى

تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض، ضمن شروط النموذج، وهو ما يؤكد صحة الفرضية الفرعية الأولى.

الفرضية الفرعية الثانية

“يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبُعد وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض”.

للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Linear Regression Test)، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (٤ - ١٠): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات على المتغير التابع

المتغير التابع	ملخص النموذج	تحليل التباينANOVA				المتغير المستقل	المعاملاتCoefficient				
تقليل الأخطاء	r	R²	df	F	Sig. F	وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات	B	الخطأ المعياري	Beta	T	Sig. t
وتحسين المسار	0.712	0.507	1	362.784	0.000		0.654	0.034	0.712	19.047	0.000

للتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس تأثير “وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات” باعتباره أحد أبعاد كفاءة التواصل والتنسيق على المتغير التابع. وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضح في الجدول (١٩)، حيث بلغ معامل الارتباط $R^2 = 0.507$ ، وهو ما يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة قوية بين المتغيرين، كما بلغت قيمة معامل التحديد $(R^2) = 0.507$ ، مما يشير إلى أن ٥٠.٧٪ من التباين في تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض يمكن تفسيره من خلال متغير وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات بمفرده.

وبالاطلاع على نتائج تحليل التباين (ANOVA)، نجد أن قيمة F المحسوبة بلغت ٣٦٢.٧٨٤ بمستوى دلالة (Sig. = 0.000)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١)، مما يُعزّز من دلالة النموذج ككل في تفسير الفرضية.

أما على مستوى معاملات الانحدار، فقد بلغ معامل التأثير $B = 0.654$ بقيمة $T = 19.047$ ، وهي أيضًا دالة عند مستوى (Sig. = 0.000)، مما يدل على أن أي زيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات تؤدي إلى زيادة بمقدار ٠.٦٥٤ في مستوى تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض، ضمن شروط النموذج، وهو ما يؤكد صحة الفرضية الفرعية الثانية.

الفرضية الفرعية الثالثة

“يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبُعد التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض”.

للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Linear Regression Test)، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (٤ - ١١): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية على المتغير التابع

المتغير التابع	ملخص النموذج	تحليل التباينANOVA				المتغير المستقل	المعاملاتCoefficient				
تقليل الأخطاء وتحسين المسار	r	R ²	df	F	Sig. F	التنسيق في اتخاذ القرارات السريية	B	الخطأ المعياري	Beta	T	Sig. t
	0.758	0.575	1	477.239	0.000		0.681	0.031	0.758	21.845	0.000

للتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس تأثير “التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة” باعتباره أحد أبعاد كفاءة التواصل والتنسيق على المتغير التابع. وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضح في الجدول (٢٠)، حيث بلغ معامل الارتباط $R^2 = 0.575$ ، وهو ما يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة قوية بين المتغيرين، كما بلغت قيمة معامل التحديد $(R^2) = 0.575$ ، مما يُشير إلى أن ٥٧.٥٪ من التباين في تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض يمكن تفسيره من خلال متغير التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية بمفرده، وهي أعلى نسبة تفسير بين الأبعاد الأربعة.

وبالاطلاع على نتائج تحليل التباين (ANOVA)، نجد أن قيمة F المحسوبة بلغت ٤٧٧.٢٣٩ بمستوى دلالة (Sig. = 0.000)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١)، مما يُعزّز من دلالة النموذج ككل في تفسير الفرضية.

أما على مستوى معاملات الانحدار، فقد بلغ معامل التأثير $B = 0.681$ بقيمة $T = 21.845$ ، وهي أيضاً دالة عند مستوى (Sig. = 0.000)، مما يدل على أن أي زيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة تؤدي إلى زيادة بمقدار ٠.٦٨١ في مستوى تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض، ضمن شروط النموذج، وهو ما يؤكد صحة الفرضية الفرعية الثالثة.

الفرضية الفرعية الرابعة

“يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبُعد المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض”.

للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Linear Regression Test)، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (٤ - ١٢): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية على المتغير التابع

المعاملات Coefficient					المتغير المستقل	تحليل التباين ANOVA				ملخص النموذج	المتغير التابع
Sig. t	T	Beta	الخطأ المعياري	B	المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية	Sig. F	F	df	R ²	r	تقليل الأخطاء وتحسين المسار
0.000	19.996	0.729	0.034	0.678		0.000	399.826	1	0.531	0.729	

للتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس تأثير “المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية” باعتباره أحد أبعاد كفاءة التواصل والتنسيق على المتغير التابع. وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضح في الجدول (٢١)، حيث بلغ معامل الارتباط $R = 0.729$ ، وهو ما يعكس

وجود علاقة ارتباط موجبة قوية بين المتغيرين، كما بلغت قيمة معامل التحديد $(R^2) = 0.531$ ، مما يُشير إلى أن ٥٣.١٪ من التباين في تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض يمكن تفسيره من خلال متغير المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية بمفرده.

وبالاطلاع على نتائج تحليل التباين (ANOVA)، نجد أن قيمة F المحسوبة بلغت ٣٩٩.٨٢٦ بمستوى دلالة (Sig. = 0.000)، وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١)، مما يُعزّز من دلالة النموذج ككل في تفسير الفرضية.

أما على مستوى معاملات الانحدار، فقد بلغ معامل التأثير $B = 0.678$ بقيمة $T = 19.996$ ، وهي أيضًا دالة عند مستوى (Sig. = 0.000)، مما يدل على أن أي زيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية تؤدي إلى زيادة بمقدار ٠.٦٧٨ في مستوى تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض، ضمن شروط النموذج، وهو ما يؤكد صحة الفرضية الفرعية الرابعة.

الفصل الخامس: النتائج والتوصيات

١.٥ تمهيد

يتناول هذا الفصل عرضًا لأبرز النتائج التي توصلت إليها الدراسة في ضوء التحليل الإحصائي للبيانات الميدانية، مع تفسير كل نتيجة وربطها بالإطار النظري والدراسات السابقة التي تناولت المتغيرات محل الفحص، ثم يُختتم الفصل بجملة من التوصيات التي يقترحها الباحث في ضوء ما توصلت إليه الدراسة، بما يُسهم في تعزيز كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية وتقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض في المستشفيات.

٢.٥ نتائج الدراسة

كشفت نتائج التحليل الإحصائي أن مستوى إدراك أفراد العينة لكفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية جاء مرتفعًا بمتوسط حسابي بلغ (٣.٩٩)، وهو ما يعكس وعيًا متناميًا لدى العاملين في القطاع الصحي بأهمية هذا المتغير بوصفه ركيزة لجودة الرعاية. ويُعزو الباحث هذه النتيجة إلى الجهود المؤسسية المتصاعدة التي تبذلها المستشفيات لترسيخ ممارسات التواصل والتنسيق داخل فرقها السريرية، إلى جانب تنامي الوعي المهني لدى الكوادر الصحية بمحورية العمل الجماعي في البيئة الاستشفائية المعاصرة. وتلنقي هذه النتيجة مع ما أبرزه (Meneses-La-Riva et al. (2025 من أن التواصل الفعال بين الممرضين يُشكّل عنصرًا محوريًا في تعزيز كفاءة الرعاية الصحية، كما تتسق مع رؤية (Castillo et al. (2024 التي تُبرز التحول المتنامي نحو فرقٍ صحية أكثر نضجًا في ممارساتها التواصلية.

كما بيّنت النتائج أن بُعد التواصل اللفظي وغير اللفظي جاء في المرتبة الأولى بين أبعاد المتغير المستقل بمتوسط (٤.٠٣)، ويُرجع الباحث ذلك إلى الطابع اليومي المتكرر لهذا النوع من التفاعل داخل الفرق السريرية، بحيث تتشكّل مهاراته تراكميًا عبر الممارسة الميدانية المستمرة، فضلًا عن الاهتمام الذي توليه برامج التدريب المستمر في المستشفيات لتنمية هذه المهارات. وتتفق هذه النتيجة في اتجاهها العام مع ما أبرزته أقوب (٢٠٢٤) من دور محوري لمهارات الاتصال الفعال لدى الكوادر الطبية في تشكيل فعالية الخدمة الصحية، وتتقاطع كذلك مع ما ذهب إليه (Derksen et al. (2023 في ربط جودة التواصل بالسلامة النفسية داخل الفريق.

وأظهرت النتائج أن بُعد التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة جاء في المرتبة الأخيرة نسبياً بين أبعاد المتغير المستقل بمتوسط (٣.٩٤)، رغم بقاءه ضمن المستوى المرتفع. ويُعزو الباحث ذلك إلى التحديات البنيوية التي تواجه انتظام الاجتماعات التنسيقية متعددة التخصصات في ظل ضغط العمل السريري، وإلى بقاء بعض الممارسات مرتھنة بالتراتبية الوظيفية التي تُقلل من انفتاح القرار على جميع أعضاء الفريق. وتتسجم هذه النتيجة مع ما رصده (Kaiser et al. (2022 من تحديات التعاون بين المهنيين الصحيين في أقسام التتویم، وتتقاطع مع ما أبرزه (Zajac et al. (2021 حول تأثير التراتبية على مشاركة الأعضاء في اتخاذ القرار الجماعي.

كذلك كشفت النتائج أن مستوى إدراك أفراد العينة لتقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض جاء مرتفعاً بمتوسط (٣.٩٧)، وهو ما يُشير إلى أن الجهود المؤسسية في هذا المجال بدأت تُثمر نتائج ملموسة على مستوى الممارسة اليومية. ويُرجع الباحث ذلك إلى تنامي الاهتمام بثقافة السلامة داخل المستشفيات، وإلى اعتماد أدوات منظمة مثل قوائم التحقق ونظم الإبلاغ التي أسهمت في ضبط الممارسات السريرية. وتتسق هذه النتيجة مع ما توصل إليه (Abu-El-Noor et al. (2024 من دور فاعل لقوائم التحقق ونظم الإبلاغ في تعزيز سلامة المريض، كما تتقاطع مع رؤية (Algethami et al. (2024 حول تنامي نضج ثقافة السلامة في المستشفيات المرجعية، ومع ما أبرزته بخاري (٢٠١٩) من تطوّر جهود تحسين سلامة المرضى في المنظومة الصحية.

وفي السياق ذاته، أظهرت النتائج أن الفقرة المتعلقة برضا المريض عن مسار رعايته جاءت في المرتبة الأولى ضمن مؤشرات المتغير التابع بمتوسط (٤.١٥)، بينما جاءت الفقرة المتعلقة بالإبلاغ المنتظم عن الأحداث السلبية في المرتبة الأخيرة بمتوسط (٣.٧٩). ويُفسّر الباحث ذلك بأن رضا المريض يُشكّل مؤشراً ظاهراً تُوليه المستشفيات اهتماماً مضاعفاً لارتباطه بسمعتها المؤسسية، بينما تظل ثقافة الإبلاغ عن الأخطاء أكثر حساسيةً وتحتاج إلى بيئة مؤسسية داعمة تتجاوز الخشية من المساءلة العقابية. وتلتقي هذه القراءة مع ما ذهب إليه (Algethami et al. (2024 من أن الإبلاغ يعكس نضج الثقافة أكثر من عكسه للحوث الفعلي، وتتسق مع ما أبرزه قطان والمالكي (٢٠٢١) من دور مهارات التواصل في تشكيل رضا المرضى.

وفيما يخص العلاقة بين المتغيرين، بيّنت مصفوفة الارتباط وجود علاقة ارتباط طردية قوية بين كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بأبعادها الأربعة وبين تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض، إذ بلغ معامل الارتباط بين المتغيرين (٠.٨٢١). ويُعزو الباحث ذلك إلى التلازم البنوي بين

المتغيرين، إذ إن أي خلل في انسياب المعلومة أو تنسيق التدخلات ينعكس مباشرة على سلامة المريض ومسار رعايته، والعكس صحيح. وتتقاطع هذه النتيجة مع ما ذهب إليه (Derksen et al. (2023 من ربط تدخلات التواصل بين المهنيين بسلامة المريض، ومع ما أبرزه (Morassaei et al. (2022 حول دور أطر التعاون بين المهن الصحية في تحسين مخرجات الرعاية.

كما كشف تحليل الانحدار المتعدد أن أبعاد كفاءة التواصل والتنسيق مجتمعة تُفسّر ما نسبته (٧٦.٤٪) من التباين في تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض. ويُفسّر الباحث هذه النسبة المرتفعة بأن المتغير المستقل يُشكّل عاملاً تفسيرياً محورياً للمتغير التابع، وأن ما تبقى من التباين يُعزى إلى عوامل أخرى تتصل بالبنية التحتية والموارد المتاحة والثقافة التنظيمية. وتلتقي هذه النتيجة مع ما ذهب إليه Singh et al. (2023) من أن الإدارة الفعّالة للمستشفى تُشكّل مظلة لتحقيق مخرجات أفضل عبر تحسين العمليات، وتتسق مع رؤية المطيري (٢٠٢٣) حول أثر ممارسات إدارة المخاطر على جودة الرعاية الصحية.

وفيما يتعلق بترتيب الأبعاد وفق قوة أثرها، تبين أن بُعد التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة جاء في المرتبة الأولى في قوة الأثر بقيمة ($B = 0.341$)، يليه بُعد المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية بقيمة ($B = 0.286$)، ثم بُعد وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات بقيمة ($B = 0.267$)، وأخيراً بُعد التواصل اللفظي وغير اللفظي بقيمة ($B = 0.213$) ويرجع الباحث تصدّر بُعد التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية إلى كونه يُمثّل المحصلة التطبيقية لبقية الأبعاد، إذ إن التواصل ووضوح الأدوار وتبادل المعلومات تجد ترجمتها العملية في القرار السريري المشترك الذي يمس المريض مباشرة. وتتفق هذه النتيجة في اتجاهها العام مع رؤية (Zajac et al. (2021 التي تُبرز مركزية القرار الجماعي في المواقف السريرية، ومع ما ذهب إليه (Kaiser et al. (2022 من تأثير التعاون بين المهنيين على مخرجات الرعاية.

وأظهرت نتائج اختبار الفرضية الفرعية الأولى أن بُعد التواصل اللفظي وغير اللفظي يُفسّر ما نسبته (٤٥.٤٪) من التباين في المتغير التابع بقيمة ($B = 0.644$) ويُفسّر الباحث ذلك بأن التواصل المباشر يُشكّل القناة الأولى التي تنتقل عبرها المعلومات الحرجة بين أعضاء الفريق، وأي قصور فيها يترجم فوراً إلى ثغرات في الممارسة السريرية. وتتسجم هذه النتيجة مع ما أبرزته أقوب (٢٠٢٤) حول أثر مهارات الاتصال الفعّال على فعالية الخدمة الصحية، ومع ما ذهب إليه رضوان (٢٠٢١) من دور مهارات التعامل مع المرضى في تحسين جودة الخدمة.

وبيّنت نتائج الفرضية الفرعية الثانية أن بُعد وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات يُفسّر ما نسبته (٥٠.٧٪) من التباين في المتغير التابع بقيمة ($B = 0.654$) ويُعزو الباحث ذلك إلى أن الوضوح التنظيمي في توزيع المهام يمنع الفراغ والتداخل في التغطية، وهما مصدران رئيسان للأخطاء الطبية وتعثّر مسار المريض. وتتقاطع هذه النتيجة مع ما ذهب إليه Morassaei et al. (2022) في التأكيد على وضوح الأدوار كركن في إطار التعاون بين المهن الصحية، ومع رؤية (2024) Mohammed حول أهمية التنسيق المؤسسي في توجيه الأنشطة نحو الأهداف المشتركة.

وأظهرت نتائج الفرضية الفرعية الثالثة أن بُعد التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة يُفسّر ما نسبته (٥٧.٥٪) من التباين في المتغير التابع بقيمة ($B = 0.681$) ، وهي أعلى نسبة تفسير بين الأبعاد الفردية. ويُرجع الباحث ذلك إلى كون القرار المشترك يُوظّف الخبرات المتعددة داخل الفريق، ويُقلّل من التحيز الفردي في التشخيص والعلاج، ويُوفّر مساحةً للمراجعة المتبادلة بين الأعضاء. وتلتقي هذه القراءة مع ما ذهب إليه Derksen et al. (2023) من ربط جودة القرار السريري بالسلامة النفسية داخل الفريق، ومع رؤية المعبداوي وآخرون (٢٠٢٤) حول أهمية التنسيق بين الفرق الطبية في المواقف الحرجة، ومع ما أبرزه الحربي وآخرون (٢٠٢٤) من أثر إدارة الحالات في تنسيق التدخلات حول المريض.

وبيّنت نتائج الفرضية الفرعية الرابعة أن بُعد المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية يُفسّر ما نسبته (٥٣.١٪) من التباين في المتغير التابع بقيمة ($B = 0.678$) ويُفسّر الباحث ذلك بأن المعلومة الطبية الدقيقة والآنية تُشكّل الأساس الذي يقوم عليه أي قرار سريري سليم، وأن أي فجوة في تدفقها تنعكس على جودة الرعاية بمجملها. وتتسق هذه النتيجة مع ما ذهب إليه Fapohunda et al. (2025) حول دور نظم التتبع الرقمي في تحسين تدفق المرضى، ومع رؤية (2022) Liu et al. حول أهمية أطر الاتصال في البنى التعاونية الموزعة، ومع ما أبرزه الفرطوسي وآخرون (٢٠٢٥) من دور التطبيقات الرقمية في تحسين دقة التقارير وتقليل الأخطاء.

وفي قراءةٍ تكاملية لمجمل النتائج، يتّضح أن كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية تُشكّل منظومةً مركّبة تتكامل فيها الأبعاد الأربعة لإنتاج أثرٍ متراكم على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض، وأن أي معالجة لتحسين المتغير التابع يجب أن تنطلق من رؤية شمولية تتعامل مع هذه الأبعاد بوصفها منظومةً متشابكة لا مكوناتٍ منفصلة. ويلتقي هذا الاستنتاج مع ما ذهب إليه Ahlin et al. (2023) في تبني رؤية شمولية لتحسين مسار المريض على مستوى المستشفى ككل، ومع رؤية Olsen

Soh et al. (2023) حول ضرورة معالجة القضايا التنظيمية بأسلوب متكامل، ومع ما أبرزه. (2024) من ضرورة المقاربات الشاملة في معالجة تدفق المرضى.

٣.٥ توصيات الدراسة

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة، يُقدّم الباحث جملةً من التوصيات الموجهة إلى إدارات المستشفيات وصنّاع القرار في القطاع الصحي، وذلك على النحو التالي:

- ترسيخ ثقافة مؤسسية داعمة للعمل الجماعي داخل الفرق السريرية، بحيث يُنظر إلى التواصل والتنسيق بوصفهما جزءاً من الأداء المهني الملزم، لا ممارسةً اختيارية تُترك للاجتهاد الفردي.
- تصميم برامج تدريبية بينية تجمع أعضاء الفرق من تخصصاتٍ مختلفة، وتُنفَّذ عبر سياقات محاكاةٍ سريرية تُهيئهم للتعاون الفعلي في المواقف الحرجة، مع تخصيص محاور تدريبية للتواصل اللفظي وغير اللفظي بوصفه مهارةً قابلة للتنمية.
- تفعيل الاجتماعات التنسيقية متعددة التخصصات بصورة منتظمة، ووضع جداول زمنية ملزمة لعقدّها، وتوثيق قراراتها ومتابعة تنفيذها ضمن دورة إدارية مغلقة.
- إعداد وصفٍ وظيفي محدّث ومعتمد لكل عضو في الفريق السريري، وتحديثه دورياً، وإتاحته لجميع أعضاء الفريق بحيث تُصان الحدود بين الأدوار وتُجنَّب الازدواجية.
- الاستثمار في نظم المعلومات الصحية الإلكترونية المتكاملة، وضمان الترابط بين السجل الطبي الموحد وأنظمة المختبرات والصيدلية والأشعة، بما يُتيح تدفق المعلومة الطبية بسرعة ودقة بين أعضاء الفريق.
- تطوير آليات تحديث المعلومات الطبية بشكل فوري عند كل مرحلة من مراحل الرعاية، مع تدريب الكوادر على أهمية التوثيق الآني وربطه بمؤشرات الأداء المؤسسي.
- توسيع تطبيق نموذج إدارة الحالات في المستشفيات بوصفه أسلوباً عملياً لتنسيق تدخلات الفرق حول المريض، وضمان انسياب المعلومات بين الأقسام والخدمات المختلفة.
- بناء منظومة إبلاغٍ فاعلة عن الأخطاء الطبية والأحداث السلبية، تقوم على مبدأ المساءلة العادلة التي تُميّز بين الخطأ الفردي والإخفاق النظامي، وتُحفّز الإفصاح بدلاً من إخفاء الحوادث.
- اعتماد قوائم التحقق كأداة إلزامية في الممارسات السريرية الحرجة، مع متابعة الالتزام بها ودمجها ضمن مؤشرات الأداء المؤسسي وتقييم الأقسام.

- تعزيز السلامة النفسية داخل الفرق السريرية بحيث يشعر الأعضاء بحرية الإفصاح عن ملاحظاتهم واعتراضاتهم دون خشيةٍ من التبعات، بما يُشجّع على المراجعة الجماعية للممارسات ويُقلّل من الأخطاء.
- تطوير مؤشرات أداءٍ محددة لقياس انسيابية مسار المريض في المستشفى، تشمل مدة الإقامة وزمن الانتظار في الطوارئ ومعدل إعادة الدخول وسلاسة الانتقال بين الأقسام، ومتابعتها دورياً لضبط الاختناقات.
- تفعيل أنظمة التتبع الرقمي لحركة المرضى داخل المستشفى، بما يُوفّر رؤيةً آنيةً للإدارة عن مواقع المرضى ومراحل تقدّمهم في مسار الرعاية.
- تصميم آليات لضبط دورة التخريج والمتابعة اللاحقة، بحيث لا يتحوّل التخريج إلى نقطة انقطاع في الرعاية، وتُتاح للمريض قنوات تواصلٍ منظمة لمتابعة حالته بعد الخروج.
- إشراك الكوادر السريرية في تصميم السياسات المتعلقة بالتواصل والتنسيق داخل المستشفى، بحيث تعكس السياسات الواقع الميداني وتحظى بقبولٍ عملي من المنفّذين.
- تخصيص موارد كافية لتحديث البنية التحتية المعلوماتية في المستشفيات، وسدّ الفجوات التقنية التي تحول دون تكامل الأنظمة، مع تدريب الكوادر على استخدامها بكفاءة.
- إجراء تقييمٍ دوري لثقافة السلامة داخل المستشفى، وتحليل نتائجه لتحديد مجالات التحسين، وربطه بخطط التطوير المؤسسي.
- تعزيز مهارات القيادة السريرية لدى رؤساء الأقسام والفرق، بحيث يُشكّلون قدوةً في ممارسات التواصل والتنسيق، ويُوفّرون بيئة عمل داعمة لأعضاء فرقهم.
- التوسع في إجراء دراساتٍ لاحقة تتناول متغيرات أخرى قد تُساهم في تفسير التباين المتبقّي في تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض، مثل القيادة التحويلية والذكاء العاطفي والثقافة التنظيمية، لتوسيع القاعدة المعرفية حول هذا الموضوع.

Abstract

This study aimed to examine the impact of the efficiency of communication and coordination among clinical teams, through its four dimensions — verbal and non-verbal communication among team members, clarity of roles and responsibilities distribution, coordination in joint clinical decision-making, and effective sharing of medical information — on reducing medical errors and enhancing patient flow in hospitals. The researcher adopted the descriptive-analytical approach as the most appropriate method for the nature and objectives of the study, and the questionnaire was used as the main tool for data collection from the study population, which consisted of clinical team members working in hospitals. The final sample size reached (355) respondents, including physicians, nurses, health technicians, and clinical pharmacists.

The findings revealed a statistically significant effect at the significance level ($\alpha \leq 0.05$) of the efficiency of communication and coordination among clinical teams, with its combined dimensions, on reducing medical errors and enhancing patient flow, as these dimensions explained (76.4%) of the variance in the dependent variable. The dimension of coordination in joint clinical decision-making ranked first in the strength of impact, followed by effective sharing of medical information, then clarity of roles and responsibilities distribution, and finally verbal and non-verbal communication.

In light of these results, the researcher presented several recommendations, most notably establishing an institutional culture supportive of teamwork, activating multidisciplinary coordination meetings, investing in integrated health information systems, expanding the application of the case management model, and building an effective reporting system for medical errors.

Keywords: Communication Efficiency, Clinical Coordination, Medical Teams, Medical Errors, Patient Flow, Patient Safety, Hospitals.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

- أقوب، عايدة مسعود. (٢٠٢٤). مهارات الاتصال الفعال للكوادر الطبية وأثرها على فعالية الخدمة الصحية: دراسة ميدانية على مستشفى زليتن المركزي. مجلة كلية الآداب، جامعة أسمىرية، ٨(١٦)، ٩٩-١١٨. <https://doi.org/10.59743/jaf.v8i16.99>
- بخاري، رشا محمد مكي. (٢٠١٩). تحسين سلامة المرضى والحد من الأخطاء الطبية في المنظمات الصحية السعودية. مجلة العلوم الطبية والصيدلانية، ٣(١)، ٧٦-٩٢. <https://doi.org/10.26389/AJSRP.R101218>
- البدراي، إسماء. (٢٠٢٢). ممارسات واتجاهات ومعارف الممرضين في مستشفيات مجموعة العربي فيما يخص الأخطاء الدوائية [رسالة ماجستير، جامعة العربية الأمريكية]. مستودع جامعة العربية الأمريكية الرقمي. <https://repository.aaup.edu/jspui/handle/123456789/3393>
- الحربي، سلطنة؛ الجوهاني، بكر؛ المصري، لمياء؛ بالدوفينو، فرينك؛ رافيز، كميل؛ التويرقي، لمى؛ والشلوي، سيرة. (٢٠٢٤). تبسيط مسار تدفق المريض وتعزيز الكفاءة التشغيلية من خلال تطبيق إدارة الحالات. BMJ Open Quality، 13(1)، 13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002484>
- رضوان، علاء فرج حسن. (٢٠٢١). دور مهارات التعامل مع المرضى في تحسين مستوى جودة الخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على المرضى المتعاملين مع مستشفيات جامعة المنوفية. المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، ٥١(٤)، ١١٣-١٦٦.
- عبدالعظيم، زكي الأصفر محمد، الخولي، سيد محمود السيد إسماعيل، و فريد، أسامة محمود. (٢٠٢٢). أثر مهارة التنسيق والتواصل كأحد أدوات التفكير الإبداعي في تحسين عملية الفحص المالي. المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، ١٤، ٥٨١ - ٦٠٨. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1373418>
- الغامدي، رسيل شجاع؛ الشريف، علاء مدني أحمد؛ مبارك، زهراء سنبل هادي؛ العويشق، رناد عبدالعزيز؛ العرفج، نوره خالد؛ والعنزي، معاد خلا فليو. (٢٠٢٤). الأخطاء الطبية وسلامة المرضى

كما يدركها الممرضون: دراسة ميدانية في مدينة حائل. مجلة أبحاث السكري والدراسات الطبية

(RDS)، (6)12، <https://doi.org/10.70082/kgg0n62>، 1-8.

⊕ الفرطوسي، علي محمد حسين جاسم، يونس، مي زهير، و هاشم، ابتهاج سعد. (٢٠٢٥). إمكانية

تبني التطبيقات المحاسبية السحابية في تقليل الأخطاء وتحسين دقة التقارير المالية: دراسة استطلاعية

لعينة من الممارسين والأكاديميين في الجامعات العراقية. المجلة العراقية للعلوم الاقتصادية، مج ٢٢،

ملحق، ٧٠٥ - ٧٢٠. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1618107>

⊕ قطان، أميرة محمد نور؛ والمالكي، محمد ساعد. (٢٠٢١). أثر مهارات التواصل اللفظي لدى الأطباء

على رضا المرضى: دراسة تطبيقية على المرضى بمدينة الملك عبدالله الطبية. مجلة البحوث التجارية،

كلية التجارة، جامعة الزقازيق، ٤٣(١)، ١٥٧-١٨٢.

⊕ القندوز، آمنة محمد عبد القادر. (٢٠٢٥). العلاقة التواصلية بين الطبيب والمريض ودورها في تعزيز

الثقة بالأطباء: دراسة ميدانية على عينة من المرضى المترددين على مركز مصراتة الطبي. مجلة

شمال إفريقيا للنشر العلمي (NAJSP)، 3(4)، 121-138.

<https://doi.org/10.65414/najsp.v3i4.676>

⊕ المطيري، رائد نزال. (٢٠٢٣). أثر ممارسات إدارة المخاطر على جودة الرعاية الصحية في قطاع

الخدمات الصحية بالقصيم: دراسة حالة مستشفى المذنب العام. مجلة رماح للبحوث والدراسات، (٨٧)،

٤٠٧-٤٥٢.

⊕ المعبداوي، مشعل سليمان؛ التريقي، معاذ أحمد؛ الفوزان، عبدالرحيم ناصر؛ الثنيان، صالح عبدالوهاب؛

الحربي، مساعد بدر؛ السيف، غنيم سليمان؛ المطيري، محمد سعود؛ المطيري، فواز لافي؛ الرشدي،

ثامر زيد؛ والدجاني، عبدالله محمد فهد. (٢٠٢٤). التواصل بين الفرق الطبية أثناء الأزمات: أثر

التنسيق الداخلي في المستشفيات. المجلة الدولية لبحوث التواصل في الأزمات والمخاطر (JICRCR)،

7(2)، 492-497. <https://doi.org/10.63278/jicrcr.v7i2.1856>

ثانياً: المراجع الإنجليزية

- ☛ Abu-El-Noor, N. I., Hamdan, M. A., Abu-El-Noor, M. K., Radwan, A. S., & Alshaer, A. A. (2024). The effectiveness of checklists and error reporting systems in enhancing patient safety and reducing medical errors in hospital settings: A narrative review. *Pacific Science Review A: Natural Science and Engineering*, 6(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.psra.2024.01.001>
- ☛ Åhlin, P., Almström, P., & Wänström, C. (2023). Solutions for improved hospital-wide patient flows—a qualitative interview study of leading healthcare providers. *BMC health services research*, 23(1), 17
- ☛ Al Harbi, S., Aljohani, B., Elmasry, L., Baldovino, F. L., Raviz, K. B., Altowairqi, L., & Alshlowi, S. (2024). Streamlining patient flow and enhancing operational efficiency through case management implementation. *BMJ open quality*, 13(1).
- ☛ Algethami, F., Alasmari, A. S., Akhdar, M. K., Algethami, A. A., Algethami, M. K., Algethami, H., Elmorsy, S. A., & Algethami, S. F. (2024). Patient safety culture in a tertiary care hospital in Makkah, Saudi Arabia, a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 24(1), 893. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11310-7>
- ☛ Castillo, G. F., Adelman, J. S., & Pichardo-Lowden, A. R. (2024). Beyond communication: An update on transforming healthcare teams. *Frontiers in Medicine*, 11, 1282173. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1282173>
- ☛ Derksen, C., Keller, F. M., Lippke, S., Riedl, B., & Kötting, L. (2023). Interdisciplinary and interprofessional communication intervention: Fostering patient safety through psychological safety and communication. *Frontiers in Psychology*, 14, 1164288. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1164288>
- ☛ Fapohunda, M., Akinlolu, V. S., & Omaghomi, T. T. (2025). A proposed model for improving patient flow efficiency through interdepartmental coordination and digital tracking systems. *World Journal of Innovation and Modern Technology*, 9(12), 129-149.
- ☛ Kaiser, L., Bartz, S., Neugebauer, E. A. M., Pietsch, B., & Pieper, D. (2022). Interprofessional collaboration and patient-reported outcomes in inpatient care: A systematic review. *Systematic Reviews*, 11(1), 169. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02027-x>
- ☛ Kreindler, S., Aboud, Z., Hastings, S., Winters, S., Johnson, K., Mallinson, S., & Brierley, M. (2021). How do health systems address patient flow when services are misaligned with population needs? A qualitative study. *International journal of health policy and management*, 11(8), 1362.
- ☛ Liu, Y., Zhang, X., Kang, Y., Li, L., Chen, T., Hong, M., & Yang, Q. (2022). FedBCD: A communication-efficient collaborative learning framework for distributed features. *IEEE Transactions on Signal Processing*, 70, 4277-4290.
- ☛ Meneses-La-Riva, M. E., Fernández-Bedoya, V. H., & Suyó-Vega, J. A. (2025). Enhancing healthcare efficiency: The relationship between effective communication and teamwork among nurses in Peru. *Healthcare*, 15(2), 59. <https://doi.org/10.3390/healthcare15020059>
- ☛ Mohammed, U. U. (2024). Effect of coordination on organizational performance in Nigeria: A study of Kano State Civil Service Commission. *International Journal of Intellectual Discourse*, 7(3).
- ☛ Morassaei, S., Campbell, M., Di Prospero, L., Harrington, L., Holyoke, P., & Langley, J. (2022). A framework for interprofessional team collaboration in a hospital setting. *Journal of Interprofessional Care*, 36(4), 639–644. <https://doi.org/10.1177/08404704211063584>

- ☛ Olsen, R. M., Østnor, B. H., Enmarker, I., & Hellzén, O. (2023). Solutions for improved hospital-wide patient flows—A qualitative interview study. *BMC Health Services Research*, 23(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-09015-w>
- ☛ Rambe, S., Dalimunte, N., & Erdin, A. (2025). The Effect of Coordination on Employee Performance Through Communication at Pt PLN (PERSERO) UP 3 Langsa. *Jurnal Dialektika: Jurnal Ilmu Sosial*, 23(3), 830-837.
- ☛ Singh, H., Mustapha, N., & Harun, R. (2023). Improving patient outcomes through effective hospital administration: A comprehensive review. *Cureus*, 15(10), e47731. <https://doi.org/10.7759/cureus.47731>
- ☛ Soh, T. L., Mannakkara, N., & McAleer, S. (2024). Patient flow in emergency departments: A comprehensive umbrella review of solutions and challenges. *BMC Health Services Research*, 24(1), 296. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10725-6>
- ☛ Zajac, S., Woods, A., Tannenbaum, S., Salas, E., & Holladay, C. L. (2021). Overcoming challenges to teamwork in healthcare: A team effectiveness framework and evidence-based guidance. *Frontiers in Communication*, 6, 606445. <https://doi.org/10.3389/fcomm.2021.606445>

الملاحق

استمارة استبيان

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أخي الكريم / أختي الكريمة

تحية طيبة وبعد،

يقوم الباحثين بإجراء دراسة حول قياس أثر كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية على تقليل الأخطاء وتحسين انسيابية مسار المريض: دراسة ميدانية على مستشفى خاص في مدينة الرياض

ونظراً لما لديكم من المعرفة العلمية والخبرة العملية ذات الصلة بموضوع البحث، نأمل الحصول منكم على العون والمساعدة في توفير المعلومات المناسبة لأغراض البحث، من خلال التكرم بإبداء رأيكم بالتأشير على الإجابة المناسبة من وجهة نظركم.

وأتقدم لحضراتكم بجزيل الشكر والتقدير للمساهمة في جهدكم في تعبئة هذا الاستبيان علماً أن جميع البيانات التي سيتم الحصول عليها منكم ستعامل بسرية تامة، ولن تستخدم لغير أغراض هذا البحث، وسوف أزودكم بنتائج هذه الدراسة حال اكتمالها إن شاء الله.

وتفضلوا بقبول فائق التقدير والاحترام

أولاً: البيانات الشخصية

١- النوع الاجتماعي ☐ ذكر ☐ أنثى

٢- العمر ☐ 30 سنة فأقل ☐ من 40 - 30 سنة
☐ 50 - 40 سنة ☐ من 50 سنة فأكثر

٣- المؤهل العلمي ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس
☐ ماجستير ☐ دكتوراه

٤- سنوات الخبرة ☐ 5 سنوات فأقل ☐ من 5 - 10 سنوات
☐ من 10 - 15 سنة ☐ أكثر من 15 سنة

٥- المسمى الوظيفي ☐ طبيب ☐ ممرض
☐ فني صحي ☐ صيدلي سريري

ثانيا محاور الاستبيان

✿ المحور الأول: كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية، ضع إشارة (✓) في المربع المناسب لاختيارك:

المبعد	أوافق بشدة	أوافق	محايد	معارض	معارض بشدة
التواصل اللفظي والغير اللفظي بين أعضاء الفريق					
يتم الحوار المباشر بين أعضاء الفريق السريري بالوضوح والفاعلية					
تتم الرسائل المنطوقة أثناء التسليم والاستلام بين المناوبات بالدقة					
يستخدم أعضاء الفريق لغة الجسد والإشارات غير اللفظية بشكل داعم للتفاهم					
يُمارس أعضاء الفريق الإصغاء الفعال ويُقدّمون تغذية راجعة أثناء الاجتماعات السريرية					
وضوح توزيع الأدوار					
تُسند المهام إلى أعضاء الفريق السريري بأسلوب واضح ومحدد					
يعرف كل عضو في الفريق حدود صلاحياته ونطاق مسؤولياته					
يتوفّر وصف وظيفي محدّد ومعتمد لكل عضو في الفريق					
يتحقّق التكامل بين الأدوار دون تداخل أو ازدواجية					
التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة					
تُشارك جميع التخصصات في القرارات العلاجية المتعلقة بالمريض					

المعارض بشدة	معارض	محايد	أوافق	أوافق بشدة	البعد
					تُعد الاجتماعات التنسيقية متعددة التخصصات بانتظام
					تتوفر بروتوكولات موحدة لاتخاذ القرار السريري
					تُراعى آراء جميع أعضاء الفريق بصرف النظر عن التدرج الوظيفي
المشاركة الفعالة للمعلومات الطبية					
					تتوفر أنظمة معلومات صحية إلكترونية مشتركة بين أعضاء الفريق
					يتم تبادل نتائج الفحوصات والتقارير الطبية بسرعة بين أعضاء الفريق
					يسهل الوصول إلى السجل الطبي الموحد للمريض من قبل جميع الأعضاء
					تُحدَّث المعلومات الطبية بشكل فوري ودقيق عند كل مرحلة من مراحل الرعاية

✿ المحور الثاني: تقليل الأخطاء وتحسين انسيابية مسار المريض، ضع إشارة (✓) في المربع المناسب لاختيارك:

المربع	أوافق بشدة	أوافق	محايد	معارض	معارض بشدة
ينخفض معدل الأخطاء الدوائية والتشخيصية في المستشفى بشكل ملحوظ					
يلتزم أعضاء الفرق السريرية ببروتوكولات السلامة وقوائم التحقق					
يتم الإبلاغ عن الأحداث السلبية بشكل منتظم داخل المستشفى					
تُدار مدة إقامة المريض في المستشفى بكفاءة ودون تأخيرات غير مبررة					
يُضبط زمن الانتظار في أقسام الطوارئ والتتويم ضمن الحدود المقبولة					
ينخفض معدل إعادة دخول المرضى إلى المستشفى خلال ثلاثين يومًا					
تتسم عملية انتقال المريض بين الأقسام والخدمات بالسلاسة					
تُنفَّذ الخطة العلاجية للمريض بسرعة ودقة					
تتسم عملية تخريج المريض ومتابعته بعد الخروج بالفاعلية					
يُعبر المريض عن رضاه عن مسار رعايته الكلي في المستشفى					

مع خالص التقدير والاحترام

Mid Ocean University

College of Management



Master of Health Administration

**The Impact of Communication and Coordination
Efficiency among Clinical Teams on Reducing
Errors and Improving Patient Flow Smoothness: A
Field Study on a Private Hospital in Riyadh"**

Prepared by:

ABDULRAHMAN ALI ALQAHTANI

**Main supervisor/
Dr. Al-Faisal Abdelhamid**

**Second supervisor/
Dr. Fayez Jarad**

٢٠٢٦ – ١٤٤٨