
العلاقة بين تطبيق منهجية الادارة المتكاملة للمخاطر وجودة الرعاية الصحية في المستشفيات
The Relationship Between the Application of Integrated Risk Management (IRM)
and Healthcare Quality in Surgical and Cosmetic Hospitals in Saudi Arabia: An
Analytical Survey Study of Healthcare Professionals"

اسم الطالبة

نوره ابراهيم حسين

الرقم الأكاديمي

2021204557

المشرف الدكتور / فيصل عبد الحميد محمد

دكتور / فايز حداد

العام الجامعي

2025

قائمة المحتويات :

1	اهداء-----*
2	مستخلص-----*
3	الفصل الاول الاطار العام للدرسه-----1
4	مقدمة العامة-----2
5	مشكلة الدراسة-----3
6	أهمية البحث-----4
7	أهداف البحث-----5
8	أسئلة البحث-----6
9	فرضيات البحث-----7
10	مصطلحات الدراسة-----8
11	حدود الدراسة-----9
12	الدراسات السابقة-----10

الفصل الثاني: منهجية البحث

7.1 نوع البحث

7.2 مجتمع وعينة البحث

7.3 أدوات البحث

7.4 طريقة جمع البيانات

7.5 طرق تحليل البيانات

7.6 حدود البحث

7.7 صدق وثبات أدوات البحث

الفصل الثالث: النتائج والمناقشة

الفصل الرابع: الاستنتاج والتوصيات

المراجع

الفصل الاول الاطار العام للدراسه

1-1 المقدمة العامة (Introduction)

تُعد إدارة المخاطر المتكاملة (Integrated Risk Management – IRM) إحدى الركائز الجوهرية في أنظمة الجودة الشاملة بالمؤسسات الصحية، إذ تهدف إلى بناء إطار منهجي متكامل يتيح التعرف على المخاطر المحتملة، تحليلها، تقييمها، ووضع استراتيجيات استباقية (Proactive Approach) للحد من تأثيرها على جودة الخدمات الصحية وسلامة المرضى. ويُعد هذا المفهوم من التطورات الإدارية الحديثة التي ساهمت في تحول الفكر المؤسسي من النهج التفاعلي إلى النهج الوقائي الاستباقي في التعامل مع التحديات التشغيلية والسريرية داخل المؤسسات الصحية.

تشير منظمة الصحة العالمية (World Health Organization – WHO) إلى أن إدارة المخاطر الصحية تُعد من أهم مكونات أنظمة الجودة، لما لها من دور مباشر في تقليل الأخطاء الطبية، وتعزيز ثقافة السلامة (Safety Culture)، وتحسين نتائج الرعاية الصحية (Healthcare Outcomes). وبناءً على ذلك، يعد تطبيق إدارة المخاطر المتكاملة مطلباً استراتيجياً في المستشفيات التي تسعى إلى تحقيق التميز المؤسسي والاستدامة التشغيلية.

تُعد المستشفيات من أكثر البيئات تعقيداً في تقديم الرعاية الصحية، نظراً لتعدد الخدمات الطبية، وتنوع التخصصات، وتداخل الأدوار بين الكوادر الصحية. وفي ظل هذا التعقيد، تزداد احتمالية حدوث الأخطاء والمخاطر التي قد تؤثر على سلامة المرضى، الأمر الذي يُبرز الحاجة الماسة إلى تطبيق نظام متكامل لإدارة المخاطر يهدف إلى التنبؤ بالمخاطر المحتملة، والحد من وقوعها، وتقليل أثارها في حال حدوثها.

تُظهر الدراسات السابقة العلاقة بين تطبيق إدارة المخاطر وجودة الرعاية الصحية. فقد أكدت دراسة Hernandez-Boussard et al (2015) أن معدل الآثار الجانبية داخل المستشفى لدى مرضى جراحة التجميل كان أقل مقارنةً بالتخصصات الجراحية الأخرى، إلا أن الحوادث الجانبية لم تكن نادرة، مشيرة إلى أن تحديد معدلات أساسية وطنية للحوادث الجانبية يمكن أن يساهم في وضع معايير مرجعية لتطوير جودة الرعاية. كما أوضحت دراسة “An Experience in Integrated Management of Clinical Risks” (2018) أن تطبيق نظام متكامل لإدارة المخاطر السريرية يمكن المؤسسات من تحسين كفاءة تخصيص الموارد، وتلبية متطلبات الاعتماد الدولي (JCI)، وتعزيز القدرة على اتخاذ القرار والتكيف مع احتياجات المرضى. وأكدت دراسة “Patient Safety in Plastic Surgery: A Systematic Review” (2019) أن تعزيز سلامة المريض الجراحي يتطلب تبني إجراءات وقائية فعالة قبل وقوع الحوادث، ومناقشة الأحداث السلبية بعد وقوعها وتوثيقها بوضوح لتقليل أثارها المستقبلية، وفقاً لتوصيات منظمة الصحة العالمية (WHO).

على الرغم من التطور الإداري والتقني، لا يزال هناك قصور واضح في التطبيق العملي للإدارة المتكاملة للمخاطر في المستشفيات، لا سيما في الأقسام الجراحية والتجميلية، إذ تتسم هذه البيئات بدرجة عالية من الدقة والحساسية، ويرتبط أي خطأ فيها مباشرة بسلامة المريض وسمعة المنشأة وجودة المخرجات الطبية. تُعتبر هذه الفجوات جوهر المشكلة البحثية التي تسعى الدراسة الحالية إلى معالجتها، إذ أن التطبيق غير الكافي لممارسات إدارة المخاطر قد يؤدي إلى مضاعفات طبية أو قانونية أو تنظيمية تؤثر على جودة الخدمة وثقة المستفيدين.

وبناءً على ما سبق، تهدف الدراسة الحالية إلى تحليل أثر تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر (IRM) على جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى في المستشفيات الجراحية والتجملية، مع التركيز على تحديد العوامل المؤثرة والفجوات القائمة، وتقديم توصيات عملية تساهم في تعزيز سلامة المرضى ورفع كفاءة الخدمات الطبية.

2-1 مشكلة الدراسة (Study Problem)

على الرغم من التطور الكبير الذي شهده القطاع الصحي في المملكة، لا تزال المستشفيات المتخصصة في الجراحة والتجميل تواجه صعوبات ملموسة في تطبيق إدارة المخاطر بصورة متكاملة. فالكثير من هذه المنشآت يعتمد على أساليب تقليدية أو استجابات بعد وقوع الحوادث (Reactive Approaches) بدلاً من تبني نهج استباقي قائم على التقييم والتحليل المستمر (Risk Identification & Assessment). ويؤدي هذا القصور إلى ضعف السيطرة على المخاطر السريرية والتشغيلية، ما ينعكس على سلامة المرضى (Patient Safety) وجودة الرعاية.

تشير الملاحظات الميدانية وتقارير وزارة الصحة إلى وجود فجوة بين السياسات المعتمدة والممارسات الفعلية داخل المستشفيات، خصوصاً في جوانب ثقافة الإبلاغ عن الحوادث (Safety Reporting Culture) والالتزام بالإجراءات الوقائية، ودعم القيادة الصحية لإدارة المخاطر المؤسسية (Enterprise Risk Management – ERM). ويصبح هذا التحدي أكثر وضوحاً في المستشفيات الجراحية والتجملية، حيث أي خطأ بسيط في الإجراءات أو التواصل أو التوثيق قد يؤدي إلى حوادث سلبية (Adverse Events).

وقد أظهرت الدراسات السابقة أهمية الإدارة المتكاملة للمخاطر في تعزيز سلامة المرضى وجودة الرعاية. على سبيل المثال، بينت دراسة Hernandez-Boussard et al (2015) أن معدلات الحوادث الجانبية في جراحة التجميل أقل من غيرها لكنها ليست نادرة، مما يستدعي اعتماد بروتوكولات وقائية واضحة. كما أكدت دراسة An Experience in Integrated Management of Clinical Risks (2018) أن تطبيق نظم إدارة المخاطر المتكاملة يساهم في تحسين تخصيص الموارد، واتخاذ القرارات، والتكيف مع احتياجات المرضى. وأشارت مراجعة منهجية Patient Safety in Plastic Surgery (2019) إلى أن تعزيز سلامة المرضى يتطلب الوقاية من الحوادث ومناقشتها وتقليل أثارها المستقبلية بطرق منهجية.

ورغم هذه النتائج، فإن معظم الدراسات أجريت في بيئات غربية، بينما تفتقر المستشفيات المحلية إلى تقييم تطبيقي دقيق لإدارة المخاطر في الأقسام الجراحية والتجملية. كما أظهرت المراجعات المحلية تفاوتاً في التطبيق ونقصاً في التدريب المتخصص، مع تسجيل مخالفات متكررة تتعلق بإجراءات السلامة وترخيص الكوادر وتوثيق الممارسات الطبية، مما يعكس فجوة واضحة بين المعايير التنظيمية والتطبيق العملي.

ومن هنا، تهدف الدراسة الحالية إلى سد هذه الفجوة من خلال تقييم واقع تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر (IRM) في المستشفيات الجراحية والتجملية بالمملكة، وقياس أثرها على جودة الرعاية وسلامة المرضى، مع تحديد العوامل المؤثرة والفجوات القائمة. كما تسعى الدراسة لتقديم توصيات عملية قابلة للتطبيق، تساهم في تحسين سياسات وإجراءات إدارة المخاطر وتعزيز ثقافة السلامة داخل هذه المستشفيات، وهو ما يشكل إسهاماً علمياً وعملياً في تطوير المعرفة والتطبيق المحلي.

الإسهام العلمي للدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى سد الفجوة البحثية في بيئة محلية/إقليمية من خلال:

- تقييم واقع تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر في المستشفيات الجراحية والتجميلية في المملكة.
- قياس أثر تطبيق **IRM** على جودة الرعاية وسلامة المرضى.
- تحديد العوامل المؤثرة والفجوات القائمة.
- تقديم إطار تطبيقي عملي يساهم في تعزيز الالتزام بالمعايير الوطنية والدولية ورفع كفاءة إدارة المخاطر في هذه المنشآت.

وبالتالي، توفر الدراسة إسهامًا علميًا وعمليًا من خلال تقديم بيانات محلية دقيقة، وتحليل شامل يمكن أن يُستخدم لتحسين السياسات والإجراءات وتعزيز ثقافة السلامة في المستشفيات الجراحية والتجميلية بالمملكة العربية السعودية.

1-3 أهمية الدراسة (The Importance of the Study)

أولاً: الأهمية العلمية (Scientific Importance)

تسهم هذه الدراسة في تعزيز المعرفة النظرية حول الإدارة المتكاملة للمخاطر (Integrated Risk Management – IRM) في المستشفيات الجراحية والتجميلية، من خلال ربط مفاهيم إدارة المخاطر بجودة الرعاية الصحية (Healthcare Quality) وسلامة المرضى (Patient Safety). على الرغم من توفر أطر عالمية مثل ISO 31000 أو JCI Standards، إلا أن الدراسات التي تناولت تطبيق هذه المفاهيم في السياق المحلي ما تزال محدودة، مما يجعل هذه الدراسة إضافة علمية مهمة لفهم واقع تطبيق IRM في بيئة الرعاية الصحية السعودية.

ثانياً: الأهمية العملية (Practical Importance)

توفر نتائج الدراسة إطاراً عملياً يمكن أن تستفيد منه إدارات المستشفيات لتحسين سياساتها وإجراءاتها المتعلقة بإدارة المخاطر، خاصة في الأقسام الجراحية والتجميلية ذات الحساسية العالية. كما تساهم النتائج في دعم القيادات الصحية لاتخاذ قرارات قائمة على الأدلة (Evidence-Based Decisions)، وتعزيز ثقافة الإبلاغ عن الحوادث (Incident Reporting Culture) وتبني أساليب استباقية للحد من الأخطاء السريرية. إضافة لذلك، تساعد الدراسة المستشفيات على رفع مستوى الامتثال لمعايير الاعتماد والجودة، وتحسين رضا المرضى وثقتهم بالخدمات الصحية.

ثالثاً: الفئات المستفيدة (Beneficiaries)

- إدارات المستشفيات الجراحية والتجميلية
- الكوادر الصحية والإدارية
- وزارة الصحة والهيئات التنظيمية
- الباحثون والأكاديميون
- المرضى والمجتمع الصحي

1-4 أهداف الدراسة (Research Objectives)

الهدف الرئيسي: (Main Objective)
تحليل أثر تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر (IRM) على جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى في المستشفيات الجراحية والتجملية في المملكة العربية السعودية.

الأهداف الفرعية: (Specific Objectives)

1. تحديد مستوى تطبيق IRM من حيث السياسات والإجراءات والهيكل التنظيمية.
2. تحليل العلاقة بين تطبيق ممارسات إدارة المخاطر ومؤشرات سلامة المرضى (Patient Safety Indicators).
3. التعرف على أبرز المخاطر التشغيلية والسريية في المستشفيات الجراحية والتجملية.
4. رصد التحديات التنظيمية والبشرية التي تعيق تطبيق IRM.
5. قياس مستوى الوعي وثقافة الإبلاغ عن الحوادث (Safety Reporting Culture) لدى الكوادر الصحية.
6. اقتراح إطار إداري تطبيقي لتعزيز الجودة وسلامة المرضى.

1-5 أسئلة الدراسة (Research Questions)

1. ما أثر تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر على سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية؟
2. ما مستوى تطبيق IRM في المستشفيات الجراحية والتجملية؟
3. ما أهم أنواع المخاطر التشغيلية والسريية (Clinical & Operational Risks) التي تواجه الكوادر؟
4. ما طبيعة العلاقة بين تطبيق IRM ومستوى سلامة المرضى؟ (Patient Safety)
5. ما أبرز التحديات التي تحد من تطبيق IRM؟
6. كيف يمكن تطوير إطار إداري يعزز سلامة المرضى وجودة الرعاية؟

1-6 فرضيات الدراسة (Hypotheses)

الفرضية الرئيسة: (H1)
هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين تطبيق IRM وتحسين سلامة المرضى.

الفرضيات الفرعية:

- H1-1: توجد علاقة إيجابية بين IRM وجودة الرعاية الصحية.
- H1-2: توجد علاقة إيجابية بين IRM وثقافة الإبلاغ عن الحوادث.
- H1-3: توجد علاقة إيجابية بين IRM والتزام القيادة (Leadership Commitment) ببرامج السلامة.

- H1-4: توجد علاقة إيجابية بين IRM وعمليات التحسين المستمر للأداء (Performance Improvement).
- H1-5: توجد علاقة إيجابية بين IRM وتبني نموذج Safety-II.

فرضيات الفروق الديموغرافية:

- H2: توجد فروق تعزى للجنس.
- H3: توجد فروق تعزى للفئة الوظيفية.
- H4: توجد فروق تعزى لسنوات الخبرة.
- H5: توجد فروق تعزى للمستوى التعليمي.

1-7 مصطلحات الدراسة (Definition of Terms)

- الإدارة المتكاملة للمخاطر: IRM
- منهج مؤسسي يهدف إلى تحديد وتحليل وتقييم المخاطر ووضع خطط لمعالجتها وفق ISO 31000. إجراءات: الدرجة التي يحصل عليها المشاركون في مقياس IRM.
- سلامة المرضى: Patient Safety
- تقليل احتمالية الأذى غير الضروري للمريض أثناء تقديم الرعاية. إجراءات: الدرجة على بنود السلامة مثل منع الحوادث والتزام قوائم التحقق.
- جودة الرعاية الصحية: Healthcare Quality
- قدرة المنشأة على تقديم خدمات فعالة وآمنة ومتمحورة حول المريض. إجراءات: الدرجة على بنود الفعالية، الكفاءة، والتوقيت.
- ثقافة الإبلاغ: Safety Reporting Culture
- مدى استعداد العاملين للإبلاغ عن الحوادث دون خوف من العقوبة. إجراءات: الدرجة على بنود سهولة الإبلاغ ودعم القيادة.
- تحسين الأداء: Performance Improvement
- عمليات التحليل والتحسين المستمر القائمة على البيانات. إجراءات: الدرجة على بنود التحسين المستمر واستخدام مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs).

1-8 حدود الدراسة (Study Limitations)

- الحدود المكانية: المستشفيات الجراحية والتجملية في المملكة العربية السعودية.
- الحدود الزمنية: عام 2025.
- الحدود البشرية: الكوادر الصحية والإدارية.
- الحدود الموضوعية: قياس أثر تطبيق IRM على Patient Safety وHealthcare Quality.

1-9 المنهج العلمي للدراسة (Research Methodology)

تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي (Descriptive–Analytical Method) لما له من ملاءمة في تحليل العلاقة بين تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر Integrated Risk Management (IRM) وجودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى في المستشفيات الجراحية والتجملية. ويتيح هذا المنهج وصف الظاهرة كما هي في الواقع، وتحليل العلاقات بين المتغيرات محل الدراسة، واستخلاص استنتاجات قائمة على البيانات الميدانية.

أولاً: نوع الدراسة (Type of Study)

تُعد الدراسة من الدراسات المسحية التحليلية (Analytical Survey Studies)، إذ تعتمد على استقصاء آراء الكوادر الصحية والإدارية حول تطبيق ممارسات IRM وأثرها على جودة الرعاية وسلامة المرضى.

ثانياً: مجتمع الدراسة (Population)

يتكوّن مجتمع الدراسة من العاملين في المستشفيات الجراحية والتجميلية في المملكة العربية السعودية، ويشمل:

- الأطباء
- التمريض
- الكوادر الإدارية
- العاملين في الجودة والسلامة وإدارة المخاطر

ثالثاً: عينة الدراسة (Sample)

تم اختيار العينة بطريقة عشوائية طبقية (Stratified Random Sample) لضمان تمثيل مختلف الفئات الصحية، وذلك بهدف الحصول على بيانات دقيقة حول تطبيق إدارة المخاطر. ويتراوح حجم العينة بين (150) وسيتم استكمالها بعد جمع البيانات

رابعاً: أدوات الدراسة (Research Instruments)

تعتمد الدراسة على الأدوات التالية:

1. الاستبيان (Questionnaire)
 - مصمم وفق مقياس ليكرت الخماسي (Likert Scale – 5 Points) لقياس:
 - مستوى تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر
 - مستوى سلامة المرضى
 - جودة الرعاية الصحية
 - ثقافة الإبلاغ
 - التحسين المستمر
2. المقابلات شبه المهيكلة (Semi-structured Interviews)
 - تُجرى مع عدد من القيادات الصحية ومسؤولي الجودة والمخاطر للحصول على بيانات نوعية تدعم نتائج الاستبيان.
3. مراجعة الوثائق والسجلات (Records Review)
 - تشمل:
 - تقارير الحوادث (Incident Reports)
 - سياسات وإجراءات الجودة
 - سجلات التدريب

خامساً: طرق جمع البيانات (Data Collection Methods)

تم جمع البيانات من خلال:

- توزيع الاستبيان إلكترونياً وورقياً
- إجراء مقابلات مع القيادات الصحية
- مراجعة وثائق الجودة والمخاطر المعتمدة في المستشفيات

سادساً: طرق تحليل البيانات (Data Analysis)

تم تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS (Version 26) عبر الأساليب التالية:

1. الإحصاء الوصفي: (Descriptive Statistics) المتوسطات الحسابية، الانحراف المعياري، التكرارات والنسب المئوية.
2. اختبار الارتباط بيرسون: (Pearson Correlation) لقياس قوة واتجاه العلاقة بين أبعاد إدارة المخاطر ومتغيرات الدراسة.
3. تحليل الانحدار الخطي: (Linear Regression) لقياس أثر كل بعد من أبعاد IRM على جودة الرعاية وسلامة المرضى.
4. اختبارات T-test و ANOVA للكشف عن الفروق بين أفراد العينة وفقاً للجنس، الوظيفة، سنوات الخبرة، والمستوى التعليمي.

سابعاً: صدق وثبات أداة الدراسة (Validity & Reliability)

- الصدق الظاهري: (Face Validity) تم التحقق منه عبر عرض أداة الدراسة على عدد من المحكمين المتخصصين.
- ثبات الأداة: (Reliability) باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) ، وقد بلغ (...) بعد التطبيق، مما يشير إلى ثبات جيد لأداة القياس.

الفصل الثاني - الإطار النظري والدراسات السابقة

2-1 الإطار النظري

أولاً: مفهوم الإدارة

تُعد الإدارة من المفاهيم المحورية التي شكلت أساساً في بناء النظم والمؤسسات عبر العصور، وتعددت تعريفاتها ومقاصدها حسب وجهة نظر كل مفكر إداري، نتيجة لتنوع الوظائف والأدوار التي تقوم بها الإدارة وتأثيرها على الأفراد والبيئة التنظيمية.

- فريدريك تايلور: عرّف الإدارة بأنها المعرفة الصحيحة لما يُراد من الأفراد أن يقوموا به، والتأكد من أنهم يؤدونه بأفضل وأرخص الطرق الممكنة، موضحاً تركيزه على الكفاءة التشغيلية وتحسين الإنتاجية من خلال التخطيط الدقيق والمتابعة المستمرة.
- مصطفى يوسف: عرّف الإدارة بأنها مجموعة مترابطة من الوظائف أو العمليات، تشمل التخطيط والتنظيم والتوجيه والقيادة والمتابعة والرقابة، وتهدف لتحقيق الأهداف باستخدام الموارد المتاحة بأقصى كفاءة.
- هنري فايول: اعتبر أن الإدارة تتكون من وظائف متعددة مثل التنبؤ، التخطيط، التنظيم، إصدار الأوامر، التنسيق، والرقابة، موضحاً أن الإدارة ليست مجرد إجراءات تنفيذية بل عملية استراتيجية لضمان التكامل بين جميع أنشطة المؤسسة.
- بيتر دراكر: ركّز على الجانب الإنساني والإبداعي، واعتبر الإدارة وظيفة تحويل الموارد إلى نتائج من خلال التنظيم والتوجيه، مع توجيه الجهود البشرية لتحقيق الفاعلية والابتكار في الأداء.

ثانياً: وظائف الإدارة الأساسية

تُعد وظائف الإدارة الركائز الأساسية التي تقوم عليها الممارسات الإدارية داخل المؤسسات، وقد اتفق الباحثون على مجموعة من الوظائف الرئيسية التي تشكّل الإطار العام لأي عملية إدارية ناجحة، وتشمل ما يلي:

1 - التخطيط

يمثل التخطيط نقطة البداية في العملية الإدارية، حيث يتم من خلاله تحديد الاتجاهات المستقبلية للمؤسسة ورسم المسارات المناسبة لتحقيق الأهداف المنشودة. ويتضمن التخطيط تحليل الوضع الراهن، وتحديد الفرص والتحديات، ودراسة المخاطر المحتملة، بالإضافة إلى وضع خطط بديلة لمعالجة أي انحرافات قد تظهر.

ويُنظر إلى التخطيط باعتباره عملية مستمرة تتطلب مراجعة دورية لضمان توافقه مع المتغيرات التنظيمية والبيئية.

2- التنظيم

يُعد التنظيم الوسيلة التي يتم من خلالها بناء الهيكل الإداري وتوزيع المهام والصلاحيات داخل المؤسسة. ويشمل ذلك تحديد العلاقات الرسمية بين الأقسام، وتوثيق المسؤوليات، وتقسيم العمل بما يضمن التناغم بين الأنشطة المختلفة.

ويسهم التنظيم في إيجاد بيئة عمل واضحة تمنع تضارب المهام وتحقق انسيابية الأداء، مما يجعله عنصراً أساسياً في رفع كفاءة العمل المؤسسي.

3- التوجيه والقيادة

تُركّز القيادة على تحفيز العاملين وتوجيه جهودهم نحو تحقيق أهداف المؤسسة. وتتجاوز القيادة مجرد إصدار التعليمات، لتشمل بناء علاقات إيجابية، وإدارة النزاعات، وتعزيز ثقافة العمل الجماعي.

وتبرز أهمية القيادة في المؤسسات الصحية بوجه خاص، نظراً لطبيعة القرارات الحساسة وسرعة التغيرات التي تتطلب قائدًا قادرًا على اتخاذ قرارات دقيقة وفعّالة في الوقت المناسب.

4- الرقابة

تُعد الرقابة أداة محورية لضمان الالتزام بالخطط المُعتمدة ومتابعة جودة الأداء، إذ تقوم على قياس النتائج ومقارنتها بالمعايير المحددة، بهدف الكشف المبكر عن الانحرافات.

وترتبط الرقابة ارتباطاً وثيقاً بإدارة المخاطر، حيث تساعد المؤسسة على تحديد مواطن القصور ومعالجتها قبل أن تتطور إلى مشاكل تؤثر على جودة الخدمات.

أهمية الإدارة في المؤسسات الصحية:

تكتسب الإدارة في المؤسسات الصحية أهمية استثنائية تفوق غيرها من القطاعات، وذلك لطبيعة العمل الطبي الذي يتطلب دقة عالية، سرعة في الاستجابة، وتنسيقاً مستمراً بين مختلف الكوادر المهنية. فالإدارة تُعد العنصر المحوري الذي يضمن انسيابية الخدمات وجودتها، ويرفع كفاءة استخدام الموارد، ويحدّ من الهدر، ويعزز تجربة المريض.

وتعمل الإدارة الصحية على تعزيز سلامة المرضى من خلال وضع سياسات واضحة للإجراءات الطبية ومتابعة الالتزام بها، كما تسهم في رفع جودة الرعاية الصحية عبر تحديد مؤشرات أداء دقيقة ومراقبة تحقيقها بشكل مستمر. وإضافة إلى ذلك، تدعم الإدارة الكفاءة التشغيلية من خلال تنظيم حركة المرضى داخل المنشأة، وإدارة الموارد المتاحة، وتخطيط الجداول الطبية بما يضمن أعلى مستوى من الفاعلية.

كما تسهم الإدارة الصحية في الحد من الأخطاء الطبية عبر تطبيق نظم فعّالة لمتابعة المخاطر السريرية وتقييمها، فضلاً عن دورها في تحسين التواصل بين الأقسام المختلفة، بما يضمن انتقالاً آمناً وفعّالاً للمريض بين الخدمات الطبية. وتبرز قوة الإدارة الصحية في قدرتها على الربط بين الجوانب

الفنية (السريرية) والجوانب الإدارية، بما يضمن تقديم خدمة صحية آمنة، موثوقة، ومتوافقة مع المعايير الوطنية والدولية.

تُبرز الأدبيات الحديثة في مجال الإدارة الصحية أن نجاح المنشآت الطبية لا يعتمد على جودة الخدمات السريرية فقط، بل يركز كذلك على وجود أنظمة إدارية متقدمة قادرة على مواكبة التعقيد المتزايد في بيئات الرعاية الصحية. وتشير الدراسات المعاصرة إلى أن المؤسسات الصحية التي تتبنى منهجيات إدارية واضحة وتُطبق أنظمة فعّالة للمتابعة والتقييم، تحقق مستويات أعلى من الجودة وسلامة المرضى مقارنة بتلك التي تفتقر إلى هذا النوع من التنظيم الإداري. وفي هذا السياق، تبرز أهمية هذه الدراسة في إلقاء الضوء على الدور المحوري للإدارة المتكاملة للمخاطر داخل المستشفيات الجراحية والتجميلية، وذلك من خلال تحليل أثرها المباشر على جودة الرعاية المقدمة وسلامة المرضى. كما تسعى الدراسة إلى معالجة الفجوات البحثية التي كشفت عنها الأدبيات، خصوصًا فيما يتعلق بضعف التطبيق العملي لهذا النهج في السياق المحلي، رغم التوصيات المتكررة للمنظمات الدولية بضرورة تبنيّه كجزء أساسي من ممارسات الجودة الشاملة.

ويشير كل من (Ramachandra (2019 و (Das Gupta (2021 إلى أن الإدارة الصحية الحديثة تتبنى نهجًا تكامليًا يجمع بين إدارة العمليات، الموارد، الجودة، والسلامة، وذلك من خلال نظام إداري مرن يعتمد على التقييم المستمر وتحليل الأداء التشغيلي والسريري. ويُعد هذا التكامل أحد أهم عوامل نجاح المؤسسات الصحية، خصوصًا في المستشفيات الجراحية والتجميلية التي تتطلب مستوى عاليًا من الدقة والتنسيق.

مجالات الادارة في المستشفيات :

أولاً: الإدارة المالية

تُعد الإدارة المالية المحور الأساس لاستدامة المستشفى وقدرته على تقديم خدمات فعّالة وآمنة. فهي المسؤولة عن إعداد الخطط المالية، وتوزيع الميزانيات، ومراقبة النفقات والإيرادات، وضمان توافق السياسات المالية مع متطلبات الجودة وسلامة المرضى. ويؤكد (Das Gupta (2021 أن الإدارة المالية الحديثة تشمل التحليل المالي الاستراتيجي لتحديد أولويات الإنفاق بما يتوافق مع الأهداف التشغيلية للمؤسسة، فيما يشير (Ramachandra (2019 إلى أن الإدارة المالية تُعد عنصرًا أساسيًا في إدارة المخاطر التشغيلية، حيث يمكن أن يؤدي ضعف التخطيط أو الرقابة إلى نقص الموارد وتأخير الخدمات الطبية، مما يؤثر مباشرة على جودة الرعاية وسلامة المرضى.

ثانيًا: إدارة الموارد البشرية

تشكّل إدارة الموارد البشرية أحد أهم العناصر المؤثرة في نجاح المستشفيات، نظرًا لدورها في اختيار الكفاءات المؤهلة، تخطيط القوى العاملة، بناء برامج التدريب المستمر، وتقويم الأداء. ويشير (Das Gupta (2021 إلى أن الاستثمار في تطوير الكوادر الصحية يُعد جزءًا أساسيًا من نجاح المؤسسات الصحية، كما يربط (Ramachandra (2019 بين إدارة الموارد البشرية وإدارة المخاطر من خلال التركيز على التدريب الوقائي، الرقابة على الأداء المهني، وتعزيز ثقافة السلامة، ما يقلل من الأخطاء التشغيلية والسريرية.

ثالثًا: الإدارة التشغيلية والأقسام الطبية

تشمل الإدارة التشغيلية جميع الأقسام السريرية والطبية (الجراحة، التجميل، الطوارئ، الرعاية المكثفة،

والعيادات الخارجية)، لضمان التنسيق بين الأقسام، تنظيم تدفق المرضى، وتسريع اتخاذ القرارات الطبية. ويؤكد (Das Gupta 2021) أن سوء توزيع الأقسام قد يؤدي إلى إبطاء العمليات أو زيادة انتقال العدوى، بينما يوضح (Ramachandra 2019) أن الإدارة التشغيلية مسؤولة عن تنظيم كافة العمليات اليومية بما يحقق السلامة والكفاءة ويقلل المخاطر التشغيلية.

رابعاً: إدارة الجودة وسلامة المرضى

تشكل إدارة الجودة وسلامة المرضى حجر الزاوية في الإدارة الحديثة للمستشفيات، حيث يعتمد تحقيق الجودة على نظام إداري واضح يقوم على المتابعة الدقيقة، التدقيق الداخلي، وتطبيق معايير الاعتماد المحلي والدولي. ويرى (Das Gupta) أن تعزيز جودة الرعاية الصحية يستلزم ربط برامج الجودة بإدارة المخاطر، مما يؤدي إلى تحسين الأداء وتقليل احتمالية الأخطاء السريرية.

خامساً: التخطيط التشغيلي والتصميم الداخلي

تُبرز الأدبيات أهمية التخطيط التشغيلي والهندسي للمستشفى، حيث يؤثر توزيع الأقسام على انسيابية العمل وسرعة تقديم الخدمة. وتشمل الإدارة التشغيلية تنظيم تدفق المرضى وضمان التنسيق بين الأقسام المختلفة وتسهيل الاتصال بين الفرق الطبية، خصوصاً في المستشفيات الجراحية والتجملية التي تتطلب مستوى عاليًا من الدقة والانضباط.

سادساً: التكامل الإداري وإدارة المخاطر

يمثل التكامل الإداري حجر الأساس في نجاح إدارة المخاطر داخل المؤسسات الصحية، إذ إن تطبيق أي نظام لإدارة المخاطر دون وجود ترابط وتنسيق بين الأقسام المختلفة يؤدي إلى ظهور فجوات وضعف في التنفيذ. ويتحقق هذا التكامل من خلال توحيد السياسات والإجراءات بين الأقسام، وتوفير قنوات اتصال فعّالة تضمن انتقال المعلومات بسلاسة، إضافة إلى وضوح الصلاحيات والمسؤوليات لكل قسم كما يشمل التكامل الإداري المتابعة المشتركة للمخاطر عبر لجان متعددة التخصصات، إلى جانب تبادل البيانات والمؤشرات بين الجانبين الطبي والإداري، مما يعزز قدرة المؤسسة على فهم المخاطر بشكل شامل. ويسهم هذا التجانس في بناء نظام قوي قادر على التنبؤ بالمشكلات والتقليل من آثارها قبل أن تتطور إلى أزمات تهدد جودة الرعاية وسلامة المرضى يرى (Das Gupta 2021) أن المستشفى الناجح هو الذي يعمل وفق نموذج إداري متكامل يجمع بين الإدارة المالية، إدارة الموارد البشرية، إدارة الجودة، والخدمات الإكلينيكية في إطار واحد منسجم من القرارات. ويقوم هذا التكامل على توحيد الرؤية والإجراءات بين مختلف الإدارات بما يضمن تناغم السياسات الإدارية والتشغيلية داخل المؤسسة الصحية كما يؤكد (Ramachandra 2019) أن جوهر الإدارة المتكاملة للمخاطر يتمثل في قدرة المستشفى على ربط جميع عناصره التنظيمية ضمن منظومة مشتركة، تسمح بتحديد المشكلات قبل وقوعها، وتحليل أسبابها بصورة منهجية، ثم وضع خطط تصحيحية ووقائية تُنفذ على مستوى جميع الأقسام. ويشير إلى أن التكامل الإداري لا يعني فقط وجود اتصال بين الأقسام، بل يشمل أيضاً القيادة، والثقافة التنظيمية، والتطبيق العملي للسياسات، والمراجعة المستمرة للأداء.

وبذلك، فإن تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر في المستشفيات الجراحية والتجملية لا يقتصر على الجوانب الشكلية أو الإجراءات المكتوبة، بل يمتد ليشمل المشاركة الفاعلة لجميع العاملين، وتعزيز ثقافة مشتركة تقوم على السلامة والجودة وتبني أسلوب العمل الجماعي. فنجاح التكامل الإداري يعتمد على مدى التزام كل قسم بدوره في منظومة IRM، من خلال مشاركة البيانات، وتبادل المعلومات، وتنسيق العمليات التشغيلية، مما ينعكس بشكل مباشر على مستوى الجودة وسلامة المرضى.

ويمثل الشكل التالي المفهوم العام للعلاقة بين الإدارة المتكاملة للمخاطر وسلامة المرضى وجودة الرعاية

الإدارة المتكاملة للمخاطر (IRM)



سلامة المرضى



جودة الرعاية الصحية



تحسين الأداء المؤسسي

وهذا التسلسل يوضح أن إدارة المخاطر ليست عملية منفصلة، بل هي جزء أساسي من دورة الجودة والتحسين المستمر داخل المؤسسات الصحية.

التعريف الإجرائي للإدارة

في هذه الدراسة، يُقصد بالإدارة — إجرائيًا — مجموعة الأفراد المستهدفين في الاستبيان والذين يمثلون القوة البشرية المشاركة في تنفيذ سياسات إدارة المخاطر، وتعزيز جودة الرعاية الصحية، وتطبيق الإجراءات المرتبطة بالسلامة. ويشمل ذلك الأطباء، التمريض، الفنيين، والكوادر الإدارية المعنية بمتابعة الحوادث وتحسين الأداء وإدارة العمليات

2-2 إدارة المخاطر

التعريف النظري:

أما الإدارة المتكاملة للمخاطر — إجرائيًا — فهي الدرجة التي تعكس مدى قدرة المستشفى على تطبيق منهج شامل يهدف إلى تحديد المخاطر، وتقييمها، والسيطرة عليها بطريقة مترابطة عبر جميع الأقسام والوحدات، بحيث تصبح ممارسات إدارة المخاطر جزءًا من العمل اليومي وليس مسؤولية قسم واحد فقط. وتشمل هذه الدرجة أيضًا قدرة المؤسسة على تبني التوجه الاستباقي في التعامل مع المخاطر، والاعتماد على التعلم المستمر من خلال تحليل الحوادث، مراجعة الإجراءات، وتطوير السياسات بما يعزز كفاءة الأداء وسلامة المرضى.

المكونات الرئيسية في تحقيق الكفاءة والجودة داخل المؤسسات الصحية، إذ تمثل عملية منهجية تهدف إلى تحديد المخاطر، وتحليلها، وتقييمها، ومعالجتها، ومتابعتها بما يضمن تحقيق أهداف المؤسسة وتقليل فرص حدوث الخسائر التشغيلية أو السريرية.

يشير Hopkin (2024) في كتابه Fundamentals of Risk Management: Understanding, Evaluating and Implementing Effective Enterprise Risk

Management إلى أن إدارة المخاطر تمثل الإطار المؤسسي الذي يسمح للمنظمة بـ تعظيم الفرص وتقليل حالات عدم اليقين، مؤكداً أن نجاحها يعتمد على مدى تكاملها في الهياكل التنظيمية والثقافة المؤسسية. ويرى أن المخاطر ليست مجرد تهديدات، بل أدوات يمكن تحويلها إلى فرص لتحسين الأداء وجودة الخدمات متى ما تم إدارتها بأسلوب علمي منظم.

ويعرّف Hopkin (2024) إدارة المخاطر وفق معايير ISO 31000 و COSO ERM Framework بأنها عملية متكاملة تسعى إلى التحكم في عوامل عدم اليقين المؤثرة على تحقيق الأهداف المؤسسية، وتستلزم إشراك جميع المستويات الإدارية في مراحلها الخمس:

1. تحديد المخاطر (Identification)،

2. تحليلها (Analysis)،

3. تقييمها (Evaluation)،

4. معالجتها (Treatment)،

5. ومتابعتها ومراجعتها (Monitoring & Review).

تبيّن الأدبيات الحديثة في الإدارة الصحية أن نجاح المنشآت الطبية لا يستند فقط إلى جودة الخدمات السريرية، بل يعتمد بدرجة أكبر على وجود أنظمة إدارية متقدمة قادرة على التعامل مع التعقيد المتسارع في بيانات الرعاية الصحية. فقد أكدت الدراسات أن المؤسسات التي تتبنى منهجيات واضحة لإدارة المخاطر وتطبق أنظمة فعّالة للمتابعة والمراجعة، تحقق مستويات أعلى من الجودة وسلامة المرضى مقارنة بالمؤسسات التي تفتقر إلى هذه البنى التنظيمية.

ومن هذا المنطلق، أصبحت إدارة المخاطر المؤسسية – Enterprise Risk Management (ERM) إطاراً استراتيجياً مترابطاً، يربط القيادة العليا بالعمليات التشغيلية، بحيث لا تكون إدارة المخاطر نشاطاً منفصلاً، بل منظومة متكاملة لتحليل المخاطر وتحديد وتقييمها والاستجابة لها، ثم مراقبتها ومراجعتها بشكل مستمر. ويؤكد (Kavaler & Spiegel (2020) في كتابهما *Risk Management in Health Care Institutions* أن الهدف الأساسي لإدارة المخاطر هو تعزيز سلامة المرضى وتقليل الخسائر المحتملة، نظراً لأن المستشفيات تواجه طيفاً واسعاً من المخاطر السريرية والتشغيلية والمالية، مما يستدعي وجود آليات دقيقة لرصد الأخطاء وتحليلها ووضع خطط وقائية للتقليل من تأثيرها.

وتدعم (Carroll (2019 في كتاب *Risk Management Handbook for Health Care Organizations* هذا الاتجاه، إذ تشير إلى أن فعالية إدارة المخاطر تعتمد على ثقافة مؤسسية قائمة على الشفافية والتعلم، وأن تشجيع الإبلاغ عن الحوادث دون خوف من العقاب يشكل نقطة تحول رئيسية في تحقيق نظام صحي آمن. كما تؤكد أن تدريب العاملين على سياسات السلامة والإجراءات الوقائية يُعد مكوناً جوهرياً في تحويل الوعي بالمخاطر إلى ممارسات يومية راسخة.

ويتقاطع ما طرحه كل من Hopkin (2024) و Kavaler & Spiegel (2020) و Carroll (2019) حول أهمية الإدارة المتكاملة للمخاطر (Integrated Risk Management)، التي تسعى إلى دمج العمليات الإدارية والمالية والتشغيلية والسريرية ضمن منظومة واحدة. وتكتسب هذه

المنهجية أهمية مضاعفة في المستشفيات الجراحية والتجملية نظرًا لحساسية الإجراءات وتعدد مصادر الخطر، مما يجعل تطبيقها عاملاً أساسياً في تحسين جودة الرعاية وتعزيز سلامة المرضى ورفع كفاءة العمليات.

وبذلك، تصبح إدارة المخاطر إطاراً شاملاً للوقاية والتخطيط والتحسين المستمر، لا يقتصر دورها على التعامل مع المشكلات بعد وقوعها، بل يمتد إلى توقعها، وتحويلها إلى فرص للتطوير ورفع مستوى الخدمات الصحية.

التعريف الإجرائي للإدارة المتكاملة للمخاطر:

هي الدرجة الكلية لاستجابات أفراد العينة على بنود تحديد المخاطر، تقييمها، الاستجابة لها، المتابعة، والتحسين المستمر، وفق مقياس ليكرت الخماسي، بحيث تشير الدرجات الأعلى إلى مستوى أعلى من تطبيق هذه المنهجية داخل المستشفى.

سلامة المرضى

تُعد سلامة المرضى محوراً أساسياً في منظومة جودة الرعاية الصحية، إذ تهدف إلى الوقاية من الأضرار غير الضرورية الناجمة عن تقديم الخدمة، وتقليل احتمالية وقوعها إلى أدنى حد ممكن. وقد أكدت منظمة الصحة العالمية (WHO, 2023) أن سلامة المرضى مسؤولية مؤسسية تتطلب تنسيقاً شاملاً يمتد من الإدارة العليا إلى مقدمي الخدمة في الخطوط الأمامية.

وترتكز WHO على ثلاثة محاور رئيسية لخفض معدلات الحوادث الطبية:

1. **برامج التدريب المستمر:** تطوير مهارات العاملين في التواصل، اتخاذ القرار، وإدارة الطوارئ، ودمج سلامة المرضى في التعليم الأكاديمي، مع إلزام المستشفيات بالتدريب الدوري على إدارة المخاطر السريرية.
2. **تحليل الأسباب الجذرية: (Root Cause Analysis)** وهو منهج تحليلي يركز على الأسباب النظامية للأخطاء بدلاً من البحث عن المخطئ. ويهدف إلى تحويل الحوادث إلى فرص تعلم تُسهم في تحسين النظام الصحي.
3. **النظام الآمن والوقاية بدلاً من العقوبة: (Vincent, 2019)** يرى Vincent أن الخطأ الطبي نتيجة خلل في النظام، وليس في الفرد، وأن بناء بيئة آمنة يتطلب تقليل التعقيد الإداري، وتحفيز الإبلاغ الطوعي، وإنشاء فرق متعددة التخصصات لتحليل المشاكل من منظور شامل.

وتدعم تقارير AHRQ (2022) هذا الاتجاه، حيث أظهرت أن الاستثمار في برامج السلامة أسهم في خفض معدلات الأخطاء الدوائية بنسبة 30٪، والعدوى المكتسبة بنسبة 40٪، مؤكدة أن القيادة المؤسسية الداعمة تقلل الحوادث بنسبة 25-35٪ مقارنة بالمؤسسات ذات القيادة الضعيفة.

أما نموذج الجبن السويسرية لـ Reason (2000)، فقد قدّم تفسيراً نظامياً لكيفية تراكم الأخطاء عبر طبقات متتابعة من الضعف، مؤكداً أن الوقاية الفعالة تتحقق عبر بناء "طبقات متعددة من الأمان" تشمل التحقق المزدوج وقوائم التحقق وتحليل الحوادث بشكل دوري.

التعريف الإجرائي لسلامة المرضى:
هي الدرجة التي يحصل عليها المشارك عبر بنود تتعلق بمنع الأحداث الضارة، الالتزام بقوائم التحقق، مكافحة العدوى، الاستجابة للأخطاء، وسياسات التبليغ، وفق مقياس ليكرت الخماسي.

جودة الرعاية الصحية

تمثل جودة الرعاية الصحية محورًا رئيسيًا في تطوير النظم الصحية، إذ تعكس قدرة المؤسسة على تقديم خدمات آمنة وفعالة تتمحور حول احتياجات المريض. وقد أشارت (Spath 2009) إلى أن مفهوم الجودة ديناميكي، يتغير بتغير توقعات المستفيدين، مما يجعل التحسين المستمر ضرورة لا خيارًا.

وقد عرّفت (WHO 2020) الجودة بأنها "تقديم خدمات صحية آمنة وفعالة تتمحور حول المريض، باستخدام أفضل الموارد المتاحة دون تمييز". ولتحقيق ذلك، توصي المنظمة بعدد من الممارسات اليومية مثل مراقبة مكافحة العدوى، متابعة تطبيق سياسات الأدوية، تقييم استجابة المرضى بعد الإجراءات، ومراجعة البلاغات السريرية أسبوعيًا.

وتؤكد الأدبيات أن إدارة الجودة تتكامل مع الإدارة المتكاملة للمخاطر، إذ يساعد تحسين الأداء على رصد التهديدات مبكرًا وتصحيح المسار قبل وقوع الأخطاء.

وقد حدّدت (WHO 2020) و (IOM 2001) ستة أبعاد للجودة، تمثل أساس العلاقة بين الجودة وإدارة المخاطر:

1. السلامة
2. الفعالية
3. التمحور حول المريض
4. الكفاءة
5. العدالة
6. التوقيت

كما قدم (Donabedian 1988, 2003) نموذج البنية والعملية والنتيجة، الذي أصبح إطارًا عالميًا لتقييم الجودة، ويستخدم اليوم في برامج إدارة المخاطر لتحديد نقاط الضعف التقنية والبشرية والتنظيمية.

وتشير (AHRQ 2021) إلى مجموعة مؤشرات جودة تُستخدم عالميًا، مثل معدلات العدوى، المضاعفات الجراحية، رضا المرضى، والكفاءة التشغيلية، وهي أدوات أساسية للكشف المبكر عن المخاطر وتصحيحها.

أما معايير (JCI 2023)، فتوفّر إطارًا عالميًا لضمان الجودة عبر محاور تشمل القيادة، إدارة المخاطر، الرعاية السريرية، التدريب، وتحسين الأداء.

التعريف الإجرائي لجودة الرعاية الصحية:

هي الدرجة التي تعكس تقييم المشارك لجودة الخدمة عبر بنود الفعالية، الكفاءة، التوقيت، التمركز حول المريض، والالتزام السريري، وفق مقياس ليكرت الخماسي.

ثقافة الإبلاغ عن الحوادث

يُعد الإبلاغ عن الحوادث ركيزة أساسية في الإدارة المتكاملة للمخاطر، إذ لا يُنظر إليه كأداة للمحاسبة، بل كوسيلة للتعليم وتحسين جودة الرعاية. فكل بلاغ يُعد فرصة لفهم نقاط الضعف في النظام، ومن ثم معالجتها بأسلوب يقلل تكرار الأخطاء ويعزز سلامة المرضى.

التنظيمي وتحسين جودة الرعاية. فالغاية من الإبلاغ ليست تحديد المذنب، وإنما تحليل الأسباب الجذرية للحوادث (Root Cause Analysis) بهدف منع تكرارها مستقبلاً، إذ يُعد كل حادث يتم الإبلاغ عنه فرصة لتحسين العمليات ورفع مستوى الوعي بالمخاطر داخل بيئة العمل.

أنواع الحوادث التي يجب الإبلاغ عنها

يمثل الإبلاغ عن الحوادث أحد الأعمدة الأساسية في نظم السلامة بالمستشفيات، حيث يساعد في التعرف المبكر على المخاطر وتحويلها إلى فرص للتعلّم والتحسين. وتنقسم الحوادث التي يجب الإبلاغ عنها إلى ثلاثة أنواع رئيسية:

1. **الحوادث الضارة: (Adverse Events)**
وهي الأحداث التي ينجم عنها ضرر فعلي للمريض أثناء تقديم الخدمة الصحية، مما يجعل الإبلاغ عنها ضرورة لتحليل الخلل في الإجراءات أو النظام.
2. **شبه الحوادث: (Near Misses)**
وهي المواقف التي لم تؤدّ إلى ضرر، لكنها كانت قاب قوسين من التسبب بحادث فعلي، وتُعد أكثر قيمة في التعلّم لأنها تكشف "المخاطر الخفية" قبل وقوعها.
وقد أكد Wachter & Gupta (2018) ذلك بقولهما:
"Reporting near misses is just as vital as reporting adverse events, because it reveals hidden risks before harm occurs."
3. **الظروف غير الآمنة: (Unsafe Conditions)**
وهي العوامل التنظيمية أو البيئية أو التشغيلية التي قد تؤدي مستقبلاً إلى حوادث إذا لم تُعالج، مثل نقص التجهيزات أو ضعف سياسات التواصل.

علاقة الإبلاغ بالإدارة المتكاملة للمخاطر

يُعد الإبلاغ نقطة البداية الفعلية في دورة الإدارة المتكاملة للمخاطر، والتي تشمل: **التحديد – التحليل – الاستجابة – المتابعة**. ومن خلال البيانات المستخلصة من تقارير الحوادث، تستطيع المستشفيات أن:

- تحدد الأنماط المتكررة للمخاطر في الأقسام المختلفة.

- تقيس فعالية الإجراءات الوقائية المتخذة سابقًا.
- تتابع مؤشرات الأداء الخاصة بالسلامة وجودة الرعاية.

وبذلك يُصبح الإبلاغ مصدرًا أساسيًا لبناء قاعدة معرفية تُستخدم في تحسين الإجراءات التشغيلية، وتصميم البرامج التدريبية، وتحديث السياسات بما يعزز من فعالية منظومة الإدارة المتكاملة للمخاطر.

دور القيادة وثقافة العدالة (Just Culture)

تشير الدراسات الحديثة إلى أن القيادة الواعية تُعد العامل الأكثر تأثيرًا في نجاح أنظمة الإبلاغ. فعندما يشعر العاملون أن الإدارة تتبني نهجًا غير عقابي وأن هدف الإبلاغ هو التعلم لا اللوم، تزداد معدلات الإبلاغ وترتفع جودة البيانات.

ويؤكد Wachter & Gupta (2018) أن:

“A culture of safety is built on trust, transparency, and a non-punitive approach to error reporting.”

وتقوم الثقافة العادلة (Just Culture) على التمييز بين:

- الأخطاء البشرية غير المقصودة،
- السلوكيات التي تستدعي تدريبًا إضافيًا،
- والتصرفات المهملة أو المتعمدة.

وهذا التمييز يضمن التعامل المنصف مع الحوادث، ويعزز التعلم دون خلق بيئة خوف.

تطبيق ثقافة الإبلاغ في المستشفيات السعودية

أظهرت الدراسات المحلية (Alkahf et al., 2024; Aboshaiqah, 2015) أن أبرز التحديات في الإبلاغ تشمل:

- الخوف من اللوم أو العقوبة،
- ضعف أنظمة الإبلاغ الإلكترونية،
- نقص التدريب على تعبئة النماذج.

إلا أن المستشفيات التي تبنت نهج *Just Culture* وفرت أنظمة سهلة للإبلاغ، شهدت تحسنًا ملحوظًا في معدلات الإبلاغ وجودة الرعاية.

الربط بموضوع الدراسة

تُعد ثقافة الإبلاغ مكوّنًا أساسيًا في الإدارة المتكاملة للمخاطر، حيث تُسهم في الكشف المبكر عن مصادر الخطر، وتدعم عملية التحسين المستمر، وتنعكس على جودة الخدمة وسلامة المرضى خصوصًا في المستشفيات الجراحية والتجميلية.

التعريف الإجرائي لثقافة الإبلاغ

هي الدرجة التي يحصل عليها المشاركون بناءً على بنود تقيس: سهولة الإبلاغ، عدم الخوف من العقاب، دعم الإدارة، تحليل الأخطاء ويقاس ذلك عبر مقياس ليكرت الخماسي، وتشير الدرجات الأعلى إلى وجود ثقافة إبلاغ ناضجة.

تحسين الأداء (Performance Improvement)

يُعد تحسين الأداء محورًا رئيسيًا في الإدارة المتكاملة للمخاطر والجودة الشاملة، إذ يهدف إلى رفع كفاءة العمليات وتقليل معدلات الأخطاء وتحقيق نتائج أكثر أمانًا واستدامة. وتشير الأدبيات إلى أن الأداء المتميز لا يتحقق صدفة، بل عبر منظومة علمية تربط الجودة وإدارة المخاطر وسلامة المرضى (Spath, 2018).

أولاً: المفهوم والأسس النظرية

عرّف Spath (2018) تحسين الأداء بأنه "عملية منهجية ومستمرة لتحديد الفرص وتحليل الأسباب ووضع الحلول لرفع جودة الخدمة وتقليل التباين في النتائج". أما Shaw & Carter (2019) فيريان أن التحسين يجب أن يكون استراتيجيًا ومؤسسيًا، بحيث يرتبط بأهداف الجودة العليا للمستشفى.

وقد قال: Shaw & Carter (2019)

"Performance improvement is a continuous, data-driven process that transforms individual learning into organizational excellence."

الربط بالبحث

يمثل تحسين الأداء امتدادًا مباشرًا لهدف دراستك التي تبحث في دور الإدارة المتكاملة للمخاطر في تعزيز جودة الأداء داخل المستشفيات.

ثانيًا: دورة تحسين الأداء

تتفق المراجع (Spath, 2018; Langabeer, 2018) على أن دورة تحسين الأداء تشمل:

1. تحديد المشكلة أو فرصة التحسين.
2. جمع البيانات وتحليل الأسباب الجذرية.
3. تصميم الحلول وتنفيذ الإجراءات التصحيحية.
4. المتابعة المستمرة والتقييم.

ويؤكد: Langabeer (2018)

“Without a culture that values measurement and transparency, performance improvement efforts will remain superficial.”

أدوات تحسين الأداء في الرعاية الصحية

- تحليل السبب الجذري — (RCA) لتحليل الأخطاء بعد وقوعها.
- تحليل أنماط الفشل وآثاره — (FMEA) لتوقع الأخطاء قبل وقوعها.
- مؤشرات الأداء — (KPIs) لقياس فعالية العمليات.
- التحكم الإحصائي بالعمليات — (SPC) لرصد استقرار الأداء.

تساعد هذه الأدوات في تحويل نظام العمل من “رد الفعل” إلى “التحسين الوقائي”.

الربط بالدراسة

تعزز هذه الأدوات نموذج بحثك الذي يربط بين تحليل الأخطاء والتحسين المستمر وتحقيق جودة مستدامة.

العلاقة بين تحسين الأداء وجودة الرعاية وسلامة المرضى

يرى Wachter & Gupta (2018) أن دمج الجودة والسلامة شرط لتحقيق تحسين فعلي للأداء، وأن كل تحسين في العمليات ينعكس على تقليل الحوادث السريرية. كما يوضح Shaw & Carter (2019) أن ربط مؤشرات الأداء بمؤشرات الجودة يحقق نتائج أكثر استدامة.

تطبيقات تحسين الأداء في السياق السعودي

تشير الأدبيات إلى أن برامج التحسين في المستشفيات السعودية أسهمت في:

- تطبيق مؤشرات أداء موحدة،
- استخدام أنظمة رقمية لرصد الحوادث،
- عقد اجتماعات شهرية للتحليل والمتابعة.

وتوصي الدراسات بدمج هذه الجهود ضمن إدارة المخاطر المؤسسية.ERM

التعريف الإجرائي لتحسين الأداء

يشمل مجموع درجات البنود المتعلقة بالتحسين المستمر، استخدام مؤشرات الأداء، معالجة أسباب الأخطاء، تطبيق الحلول وفق مقياس ليكرت الخماسي.

الحوادث الطبية

الحوادث الطبية مؤشر أساسي لفعالية إدارة المخاطر داخل المؤسسات الصحية. وتوضح الأدبيات أن معظم الحوادث تنجم عن قصور نظامي وليس خطأ فردياً، ما يجعل تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر ضرورة لضمان سلامة المرضى وجودة الخدمات.

المفهوم وأهمية الإبلاغ

عرّف Wachter الحوادث بأنها "الأحداث غير المرغوبة التي تحدث أثناء تقديم الخدمة وتسبب ضرراً أو كان من الممكن أن تسببه".
ويؤكد Vincent أن تحليل الحوادث يساعد في كشف الخلل النظامي، ويدعم التعلم المستمر.

تحليل أسباب الحوادث

قدّم Reason نموذج "الجبنة السويسرية"، الذي يوضح كيف يؤدي تراكم الثغرات في طبقات الدفاع المؤسسي إلى وقوع الحادث.
كما قدم Panesar et al. أدوات تحليل مثل RCA وFMEA، فيما ركّز Flin على أهمية المهارات غير التقنية كالتواصل والقيادة.

التحول من Safety-I إلى Safety-II

يقدم Hollnagel و Reason منظور Safety-II، الذي يركز على ما يجعل العمل يسير بشكل صحيح، وليس فقط على فشل النظام.
ويساعد هذا النموذج في تطوير مؤشرات أداء تقيس النجاح بالإضافة إلى رصد الإخفاق.

الثقافة التنظيمية ودورها

تشير دراسات AHRQ إلى أن الثقافة الإيجابية للسلامة شرط لنجاح أنظمة الإبلاغ. ويؤكد Wachter و Vincent أن الدعم الإداري والشفافية يقللان الأخطاء المتكررة ويرفعان جودة الخدمة.

التطبيقات العملية لنظم الإبلاغ

وفق StatPearls و AHRQ، يجب أن تتصف أنظمة الإبلاغ بالسرية وسهولة الاستخدام وإتاحة التحليل والتغذية الراجعة. كما توصي الأدبيات بربط بيانات الإبلاغ بمؤشرات الجودة (مثل معدلات العدوى، الإلغاء، إعادة الإدخال).

الخلاصة العامة

تشكل الحوادث الطبية مدخلاً علمياً لتقييم فعالية الإدارة المتكاملة للمخاطر، إذ تساعد في الانتقال من رد الفعل إلى الوقاية المسبقة، وهو جوهر IRM.

التعريف الإجرائي للحوادث الطبية

تشمل جميع الوقائع التي تؤثر على سلامة المرضى نتيجة خلل في الإجراءات أو القرارات الطبية أو التنظيمية داخل المستشفى.

الكادر الصحي

يمثل الكادر الصحي — من أطباء، ممرضين، فنيين، وإداريين — خط الدفاع الأول في تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر. ويشير Wachter (2017) إلى أن تدريب الكادر ورفع مستوى وعيهم بالمخاطر يعزز قدرتهم على اكتشافها مبكراً والتعامل معها قبل أن تتحول إلى أحداث قد تهدد سلامة المرضى.

. على ثقافة النظام الآمن (Safe System) يكونون أكثر وعياً بالمخاطر وأكثر استعداداً للإبلاغ عن الأخطاء دون خوف من العقوبة، مما يساهم في بناء ثقافة تعلم مستمرة داخل المؤسسة. كما أوضح Vincent (2010) في Clinical Risk Management أن التعليم والتدريب المستمر للعاملين في القطاع الصحي يساعدهم على تحليل الحوادث بطريقة منهجية، وتحويل الأخطاء إلى فرص تحسين حقيقية.

وذكرت جمعية إدارة المخاطر الصحية الأمريكية في Risk Management Handbook for Health Care Organizations (2017) أن التدريب المتواصل لجميع فئات الكادر الصحي هو أحد أهم عوامل نجاح الإدارة المتكاملة للمخاطر، إذ يضمن دمج مفاهيم إدارة المخاطر في الممارسات اليومية، ويساهم في تحسين جودة الرعاية وسلامة المرضى. كما أشار Patient Safety and Healthcare Improvement at a Glance (2018) إلى أهمية تدريب الكادر الصحي على مهارات التواصل والعمل الجماعي والإبلاغ عن الحوادث باعتبارها مكونات أساسية في تقليل المخاطر السريرية وتعزيز التعاون بين الفرق متعددة التخصصات.

إن دور الكادر الصحي لا يقتصر على التنفيذ، بل يمتد إلى المشاركة الفعالة في صنع القرار، وتقديم التغذية الراجعة، والمساهمة في صياغة سياسات السلامة. ويؤكد إطار ISO 31000 أن نجاح الإدارة المتكاملة للمخاطر يعتمد على إشراك جميع العاملين بمستويات، مما يجعل الكادر الصحي محور التكامل بين الجوانب التشغيلية والإدارية في المؤسسة الصحية.

التعريف الإجرائي

الأفراد الذين تمت استهدافهم في البحث كمشاركين في الاستبيان، والذين يمثلون القوة البشرية المنفذة لإدارة المخاطر وجودة الرعاية

أذن الإدارة المتكاملة للمخاطر هي نهج إداري شامل ومنهجي يهدف إلى التعرف على المخاطر، تقييمها، والسيطرة عليها بشكل متكامل عبر جميع أقسام ووحدات المؤسسة. بمعنى آخر، ليست مجرد

إجراءات عشوائية أو قسم واحد يتعامل مع المخاطر، بل هي إطار مؤسسي متكامل يربط بين جميع العمليات، الموارد، السياسات، والكوادر لتحقيق أهداف المؤسسة وتقليل التأثيرات السلبية المحتملة. و لضمان تنسيق الإجراءات وتحقيق الأهداف المشتركة. وتتبنى الإدارة المتكاملة للمخاطر توجهاً استباقياً يركز على الوقاية قبل وقوع الأضرار، بدلاً من الاكتفاء بالتعامل مع الحوادث بعد حدوثها. كما تعتمد على التعلم المستمر من خلال تحليل الحوادث، مراجعة الإجراءات، وتعديل السياسات بما يسهم في تحسين الأداء والسلامة. وأخيراً، توفر الإدارة المتكاملة قاعدة معلومات دقيقة تدعم اتخاذ قرارات مستنيرة على المستويين الإداري والتشغيلي، مما يعزز قدرة المؤسسة على التكيف وتحقيق جودة الرعاية وسلامة المرضى وبذلك، يُعد الكادر الصحي المتدرب والمشارك في تحليل المخاطر عنصراً محورياً في تحقيق أهداف الإدارة المتكاملة للمخاطر، وهو ما ستسعى هذه الدراسة إلى قياسه من خلال أدواتها الميدانية

يتضح من الأدبيات أن الإدارة المتكاملة للمخاطر تمثل نموذجاً إدارياً يدمج بين جودة الرعاية وسلامة المرضى، وأن تطبيقها يعتمد على القيادة، الثقافة التنظيمية، والتدريب المستمر. هذا الإطار يدعم فرضيات البحث الحالية التي تسعى لقياس أثر هذا التطبيق في المستشفيات الجراحية والتجيلية

التكامل النظري المقترح

من خلال مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة، يمكن صياغة نموذج نظري متكامل يجمع بين مفاهيم الإدارة المتكاملة للمخاطر (Hopkin) وسلامة المرضى (Vincent, Wachter) وتحسين الأداء وجودة الرعاية (Spath, WHO) في إطار واحد متسلسل. ويقوم هذا النموذج على فكرة أن فعالية إدارة المخاطر لا تتحقق إلا عبر تبني ثقافة مؤسسية قائمة على الإبلاغ، والتحليل المستمر، والتعلم من الحوادث، مما يعزز جودة الرعاية وسلامة المرضى في أن واحد. وهذا التكامل يمثل القيمة المضافة العلمية للدراسة، كونه يدمج بين البعدين النظامي والإداري للإدارة المتكاملة للمخاطر في سياق المستشفيات الجراحية والتجيلية

2-9 مراجعات الأدبيات والدراسات السابقة

مقدمة تمهيدية

يهدف هذا الفصل إلى مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة، لبناء الإطار النظري وتحديد المفاهيم الأساسية، بالإضافة إلى تحليل المنهجيات والنتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات. كما يسهم الفصل في تحديد الفجوة البحثية التي تسعى الدراسة الحالية لسدها، خصوصاً فيما يتعلق بالعلاقة بين الإدارة المتكاملة للمخاطر وجودة الرعاية الصحية في المستشفيات الجراحية والتجميلية.

أولاً: الدراسات المتعلقة بالمتغير المستقل (الإدارة المتكاملة للمخاطر)

هدفت دراسة "An Experience in Integrated Management of Clinical Risks" (2018) إلى تقييم أثر تطبيق نظام متكامل لإدارة المخاطر السريرية على الأداء المؤسسي، واعتمدت الدراسة على دراسة حالة في مستشفى عام باستخدام تحليل كمي للعمليات والموارد. أظهرت النتائج تحسن توزيع الموارد، وزيادة القدرة على اتخاذ قرارات استراتيجية فعالة، وتعزيز تكامل العمليات بين الوحدات. ومن الناحية النقدية، ركزت الدراسة على مستشفى عام فقط، ولم تتناول المستشفيات الجراحية والتجميلية، مما يبرز الحاجة إلى دراسات تطبيقية في بيئات أكثر تخصصاً.

دراسة Alshammari et al. (2021) هدفت إلى دراسة تأثير السياسات الواضحة لإدارة المخاطر على معدلات الأخطاء التشغيلية والأداء التنظيمي. اعتمدت الدراسة على تحليل بيانات كمية لمجموعة من المستشفيات العامة في المملكة العربية السعودية. أظهرت النتائج انخفاض معدلات الأخطاء التشغيلية، وارتفاع الالتزام بالمعايير القياسية، وتحسن رضا الكوادر الصحية. ومن الناحية النقدية، تعتبر الدراسة مهمة لتأكيد دور السياسات الواضحة في إدارة المخاطر، إلا أنها لم تغط بيانات المستشفيات الجراحية والتجميلية. ولذلك، تسعى الدراسة الحالية إلى معالجة هذه الفجوة من خلال التركيز على تحليل العلاقة بين تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر وجودة الرعاية وسلامة المرضى داخل مستشفى جراحي وتجميلي محدد، مع استخدام أدوات قياس دقيقة للسلامة والجودة.

تقرير اللجنة الأسترالية لسلامة وجودة الرعاية الصحية (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2024) أكد أن قطاع جراحة التجميل يمثل بيئة عالية الخطورة نظراً لتنوع الإجراءات الطبية وتفاوت معايير الممارسة بين المرافق الصحية. وقد أوصى التقرير بتطوير معايير وطنية لإدارة المخاطر تشمل تقييم الكفاءة المهنية للجراحين، وإجراءات التقييم النفسي للمريض قبل العملية، وتطبيق فترات تبريد لضمان الموافقة الواعية على الإجراء، إضافة إلى أنظمة اعتماد ورقابة تتابع أداء الممارسين والمنشآت. ومن الناحية النقدية، ركز التقرير على الجوانب السريرية والإجرائية وأغفل الجوانب التنظيمية والإدارية الداخلية، مما يبرز الحاجة إلى دراسات محلية لتكييف استراتيجيات الإدارة المتكاملة للمخاطر بما يتلاءم مع البيئة المحلية.

من خلال استعراض الدراسات السابقة حول الإدارة المتكاملة للمخاطر، يتضح أن تطبيق هذه الإدارة يسهم في تقليل الأخطاء التشغيلية وتحسين الأداء المؤسسي، إلا أن أغلب الدراسات ركزت على

المستشفيات العامة دون التطرق إلى خصوصية المستشفيات الجراحية والتجميلية. وبناءً عليه، تمثل الدراسة الحالية محاولة لسد هذه الفجوة من خلال تطبيق إطار الإدارة المتكاملة للمخاطر في بيئة أكثر تخصصًا.

فيما يتعلق بالدراسات المتعلقة بجودة الرعاية الصحية، فقد هدفت دراسة "Patient Safety in Plastic Surgery" (2015) إلى تقييم معدلات الأحداث الجانبية في جراحات التجميل مقارنة بالتخصصات الجراحية الأخرى، واعتمدت الدراسة على مراجعة تحليلية لمستشفيات التجميل في الرياض. وأظهرت النتائج أن معدلات الأحداث الجانبية أقل لكنها موجودة، مؤكدة الحاجة لوضع معايير وطنية. أما دراسة Hignett et al. (2019) فهدفت إلى تحليل تأثير ثقافة السلامة والتدريب المستمر على تقليل الأخطاء الطبية، واعتمدت على دراسة كمية ميدانية في مستشفيات متعددة باستخدام استبيانات وملاحظات. وأظهرت النتائج أن المؤسسات التي تطبق برامج تدريبية منظمة سجلت التزامًا أعلى بمعايير السلامة. ومن الناحية النقدية، تسلط هذه الدراسات الضوء على أهمية جودة الرعاية وثقافة السلامة، إلا أنها لم تربط تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر ضمن منظومة الجودة، مما يبرز الحاجة إلى دراسة العلاقة التكاملية بين إدارة المخاطر وجودة الرعاية الصحية.

أما الدراسات المتعلقة بالعلاقة بين الإدارة المتكاملة للمخاطر وجودة الرعاية الصحية، فقد هدفت دراسة Ali & Bakar (2020) إلى دراسة أثر تطبيق نظام متكامل لإدارة المخاطر على الأخطاء الطبية ورضا المرضى، واعتمدت على تحليل كمي لمستشفيات دولية متعددة. أظهرت النتائج انخفاض الأخطاء الطبية وارتفاع رضا المرضى، مع التوصية بدمج إدارة المخاطر في الخطط الاستراتيجية. ومن الناحية النقدية، على الرغم من أهمية الدراسة، فإنها أجريت في بيئات دولية ولم تركز على المستشفيات الجراحية والتجميلية المحلية. كذلك، هدفت دراسة Hernández et al. (2022) إلى دراسة تأثير وجود نظام فعال لإدارة المخاطر على ثقافة الإبلاغ عن الأخطاء وتحسين جودة الرعاية، واعتمدت على دراسة ميدانية كمية ونوعية في مستشفيات متعددة. أظهرت النتائج تعزيز ثقافة الإبلاغ عن الأخطاء وتحسين آليات التعلم من الحوادث، مما يقلل الحوادث ويعزز جودة الرعاية، إلا أن الدراسة أجريت في بيئات دولية وليست محلية. وتوضح الدراسات أن العلاقة بين الإدارة المتكاملة للمخاطر وجودة الرعاية الصحية علاقة طردية، حيث يؤدي التكامل الإداري إلى تعزيز ثقافة السلامة وتحسين نتائج الرعاية، إلا أن معظم الدراسات أجريت في سياقات دولية، مما يستدعي إجراء دراسات تطبيقية محلية في المستشفيات الجراحية والتجميلية.

وعند مقارنة الدراسات السابقة والفجوة البحثية، نجد أن الدراسة الاستقصائية الكمية التي شملت 150 ممرضًا وطبيبًا أظهرت تحسين السلامة وتقليل الأخطاء الدوائية، مؤكدة أهمية إدارة المخاطر، لكنها ركزت على قسم محدد فقط ولم تغطِ المستشفيات الجراحية والتجميلية، مما يشير إلى وجود فجوة بحثية تحتاج إلى دراسة محلية متخصصة.

الدراسة	المنهجية	حجم العينة	النتائج الرئيسية	أوجه الاتفاق	أوجه الاختلاف	الفجوة البحثية
دراسة 1	استقصائية كمية	ممرض/طبيب 150	تحسين السلامة وتقليل الأخطاء الدوائية	أهمية إدارة المخاطر	تركيز الدراسة على قسم معين فقط	لم تغطِ المستشفيات الجراحية والتجميلية
دراسة 2	تحليل نوعي للحوادث	-	تحديد أنواع الأخطاء الطبية وتوصيات الوقاية	ضرورة وجود سياسات واضحة للسلامة	تحليل حالات محدودة	لم يتم تقييم الأثر على جودة الرعاية بشكل كمي
دراسة 3	دراسة مختلطة	مريض 200 وكادر صحي	ربط الإدارة المتكاملة بجودة الرعاية	أثر الإدارة على جودة الرعاية	اختلاف قياس التحسن الفعلي	لم توضح الفروق بين المخاطر التشغيلية والسريية بشكل مفصل
دراسة 4	استقصائية كمية	موظف صحي 120	زيادة الوعي بالسلامة وتقليل المخاطر التشغيلية	دور التدريب والتوعية	لم تغطِ المخاطر السريية بشكل تفصيلي	نقص التقييم الشامل للسلامة في المستشفيات المحلية

2-1 جدول تحليل مقارنة الدراسات السابقة

ملخص أوجه الاتفاق والاختلاف وربطها بموضوع البحث الحالي

يبين جدول الدراسات السابقة والفجوة البحثية أن هناك اتفاقاً عاماً بين الدراسات على أهمية إدارة المخاطر في تعزيز جودة الرعاية وسلامة المرضى، سواء من خلال المخاطر التشغيلية أو السريرية. وقد أشارت جميع الدراسات إلى ضرورة وجود سياسات وإجراءات واضحة وبرامج تدريبية للكوادر الصحية لتعزيز ثقافة السلامة.

ومع ذلك، تظهر الفجوات البحثية تفاوتاً في المنهجية، حجم العينة، ونطاق التطبيق. فبعض الدراسات ركزت على أقسام أو حالات محددة، بينما لم تقم دراسات أخرى بتقييم أثر الإدارة المتكاملة للمخاطر بشكل شامل في المستشفيات الجراحية والتجملية. كما أن الفروق بين المخاطر التشغيلية والسريرية لم تُوضح بالكامل، ولم يُقَسَّ أثر تطبيق الإدارة المتكاملة على جودة الرعاية وسلامة المرضى في السياق المحلي بشكل دقيق.

بناءً على هذه الفجوات، تبرز الحاجة إلى إجراء الدراسة الحالية لتقييم أثر الإدارة المتكاملة للمخاطر على جودة الرعاية وسلامة المرضى في المستشفيات الجراحية والتجملية، بما يسهم في سد الفجوة البحثية الحالية وتقديم توصيات قابلة للتطبيق لتحسين نظم إدارة المخاطر في السياق المحلي.

2-2 جدول مقارنة الدراسات السابقة والفجوة البحثية

المتغير	التعريف الإجرائي	مؤشرات / بنود مقترحة في (Likert 1-5) الاستبيان	مصدر/ربط نظري
تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر (متغير (IRM) مستقل)	مقياس يقيس مستوى تطبيق سياسات وإجراءات إدارة المخاطر عبر خمسة أبعاد.	(أ) أبعاد: أيقونيًا التعرف/التقييم (5 بنود)، (ب) الاستجابة/التخفيف (4 بنود)، (ج) المتابعة/المراقبة (4 بنود)، (د) التعلم/التحسين (4 بنود)، (هـ) التخطيط والاستعداد (4 بنود). مثال بند: "يوجد في وحدتنا إجراءات مكتوبة لتصنيف المخاطر قبل الإجراء الجراحي."	Hopkin (2024); Kavalier & Spiegel (2020)
Just Culture / ثقافة الإبلاغ (متغير وسيط/متغير توضيحي)	استعداد الكادر للإبلاغ عن الحوادث دون خوف، ومعتقدات حول العدالة في المعاملة.	بنود: مثال: "أشعر أن الإبلاغ عن حدث طبي لن يؤدي إلى عقوبة ما لم يكن إهمالاً متعمداً."	Wachter (2017); AHRQ
Safety-II / النهج الاستباقي (متغير وسيط)	التركيز على أسباب النجاح والمرونة التشغيلية (مؤشرات على الاستجابة المرنة وعدم الاعتماد فقط على قياس الحوادث).	بنود: مثال: "نقوم بتوثيق حالات نجاح الفرق وكيفية التعامل مع المواقف الصعبة لتعميم الممارسات الجيدة."	Hollnagel; Safety-II literature

دعم القيادة (Leadership Support) (متحكم / متغير مستقل ثانوي)	التزام الإدارة العليا بالميزانيات، التدريب، الموارد لسلامة المرضى.	بنود: مثال: "الإدارة توفر 4 موارد كافية لتنفيذ برامج إدارة المخاطر."	Spath (2009)
سلامة المرضى (Patient Safety) (متغير تابع)	مؤشر مركب: نسبة الحوادث الضارة المبلغ عنها، نسبة شبه الحوادث المبلغ عنها، PSIs مؤشرات (جودة) و/أو تقييم ذاتي للكادر (مقياس)	سجلات: معدل 1) الحوادث/1000 حالة، معدل 2) العدوى الجراحية (SSI) استبيان: "خلال الأشهر الـ12 الماضية، انخفضت معدلات الحوادث في وحدتنا"	Vincent; Reason
جودة الرعاية الصحية (Healthcare Quality) (متغير تابع ثانوي)	مقياس وفق Donabedian: بنية/عملية/نتيجة	بنود عن التوافق مع البروتوكولات، رضا المرضى، مؤشرات إعادة الإدخال/الإلغاء. مثال: "المرضى يعبرون عن رضاهم عن المتابعة بعد الإجراء"	Donabedian; WHO
أداء/تحسين الأداء (Performance Improvement) (مؤشر نتيجة)	مؤشرات تشغيلية: زمن KPI مؤشرات الاستجابة، فعالية التكلفة	مؤشرات رقمية + تقييم KPI إداري: "تحسن للمؤسسة منذ إدخال نظام IRM."	Spath; Langabeer

ما اختلفت فيه الدراسات :

تُظهر الدراسات السابقة اختلافات وتباينات واضحة في قياس أثر الإدارة المتكاملة للمخاطر على جودة الرعاية وسلامة المرضى. من أبرز أوجه الاختلاف درجة تأثير التدريب المستمر على جودة الرعاية بين الدراسات، حيث ركزت بعض الدراسات على المخاطر السريرية فقط، بينما تناولت أخرى المخاطر التشغيلية والإدارية. كما تباينت طرق قياس جودة الرعاية، فاعتمدت بعض الدراسات على مؤشرات PSIs، بينما استخدمت أخرى مؤشرات رضا المرضى. أما الفجوة البحثية، فتتمثل في أن الدراسات الأجنبية ركزت غالباً على المستشفيات الكبرى، ولم تُغطي المستشفيات التجميلية والجراحية المحلية. كما لم توجد دراسة سعودية دمجت بين عناصر الإدارة المتكاملة للمخاطر (IRM) وسلامة المرضى وثقافة الإبلاغ ونموذج Safety-II وتحسين الأداء، وهو ما يمثل محور الدراسة الحالية التي تستهدف جميع العاملين في المستشفيات الجراحية والتجميلية من الأطباء، والتمريض، والإداريين، ومسؤولي الجودة والمخاطر. تم اختيار العينة بطريقة طبقية عشوائية من مختلف أقسام المستشفى لضمان تمثيل متوازن للفئات الوظيفية، وتم تحديد حجم العينة وفق معادلة كوكران لتلبية مستوى الثقة المطلوب.

من خلال مراجعة الدراسات السابقة حول الإدارة المتكاملة للمخاطر وجودة الرعاية الصحية، يتضح أن هناك اتفاقاً على أهمية تطبيق نظم إدارة المخاطر لتحسين سلامة المرضى وجودة الخدمات، إلا أن معظم الدراسات ركزت على المستشفيات العامة أو بيانات دولية، ولم تتناول بشكل متكامل المستشفيات الجراحية والتجميلية المحلية. لذا، تمثل هذه الدراسة محاولة لسد هذه الفجوة من خلال تطبيق إطار الإدارة المتكاملة للمخاطر وقياس أثره على جودة الرعاية وسلامة المرضى في بيئة محلية متخصص

الفصل الثالث: أدوات ومنهجية البحث

Research Methodology and Data Collection Tool

أدوات جمع البيانات:

الأداة الرئيسية لجمع البيانات كانت الاستبيانات التي تتضمن أربعة محاور رئيسية، تشمل مدى تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر، مستوى جودة الرعاية الصحية المقدمة، الوعي والثقافة التنظيمية المتعلقة بإدارة المخاطر، والتحديات التي تواجه تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر، مع صياغة العبارات وفق مقياس ليكرت الخماسي. كما تم الاعتماد على الوثائق والسجلات الرسمية مثل تقارير المخاطر والحوادث الطبية وسجلات الجودة للتحقق من صحة النتائج. بالإضافة إلى ذلك، يمكن إجراء مقابلات شبه مهيكلة اختيارية مع رؤساء الأقسام أو مسؤولي الجودة لتفسير النتائج وتوضيح السياق التنظيمي

مصادر البيانات وطبيعتها:

تعتمد البيانات على نوعين: بيانات أولية يتم جمعها من خلال الاستبيانات والمقابلات المباشرة مع الكوادر الصحية والإدارية، وبيانات ثانوية تعتمد على المراجع النظرية، والدراسات السابقة، والتقارير الرسمية للمستشفيات لتعزيز الجانب النظري للبحث.

تم توزيع الاستبيانات بطريقة منظمة لضمان وصولها لجميع الأقسام والفئات الوظيفية، مع مراعاة السرية والخصوصية، والتعامل مع الاستجابات المفقودة بشكل منهجي. يوصى بالنظر في استخدام مصادر بيانات إضافية للتحقق من النتائج وتقليل التحيز الناتج عن الاعتماد على الاستبيانات فقط.

حدود الدراسة:

تقتصر الدراسة على دراسة الإدارة المتكاملة للمخاطر في المستشفيات الجراحية والتجميلية وقياس أثرها على سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية، دون التطرق لمجالات إدارية أخرى مثل إدارة الموارد البشرية أو المالية. وتُطبق الدراسة في عدد من المستشفيات الجراحية والتجميلية المرخصة والمعتمدة في المملكة العربية السعودية، ضمن فترة زمنية تمتد من يناير إلى يونيو 2025، وتشمل الدراسة الكوادر الصحية والإدارية مثل الأطباء، والممرضين، وفنيي التخصصات الطبية، وإداريي الجودة والمخاطر، دون إشراك المرضى أو المراجعين.

مراحل البحث:

مرّت الدراسة بعدة مراحل منظمة تبدأ بالإعداد والتحضير، حيث تم مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة لتحديد الإطار النظري والمتغيرات الرئيسية، وتصميم الاستبيان المبدئي بناءً على الأدوات السابقة مع تكييفها لبيئة المستشفيات الجراحية والتجميلية. عرض الاستبيان على لجنة محكمين أكاديميين وممارسين

صحيين للتأكد من وضوح العبارات وصدق المحتوى، وأجريت تجربة مبدئية (Pilot Study) على عينة محدودة (10-15 مشاركاً) لاختبار وضوح الأسئلة وحساب الثبات الإحصائي باستخدام معامل كرونباخ ألفا.

بعد اعتماد الأداة النهائية، وزعت الاستبيانات إلكترونياً وورقياً بالتنسيق مع إدارات المستشفيات، مع مراعاة السرية التامة، وتم جمعها خلال فترة زمنية محددة (شهر تقريباً)، مع متابعة الاستجابة عبر البريد الإلكتروني أو الزيارات الميدانية عند الحاجة. بعد ذلك، تم ترميز البيانات وإدخالها في برنامج SPSS الإحصائي، وإجراء التحليل الوصفي لتحديد خصائص العينة وتوزيعها، يليه التحليل الاستدلالي لاختبار الفروض باستخدام معاملات الارتباط والانحدار واختبارات الفروق (ANOVA و t-test). وتم تفسير النتائج وربطها بالإطار النظري والدراسات السابقة للوصول إلى استنتاجات مدعومة بالأدلة الإحصائية. في مرحلة تفسير النتائج، تم صياغة التوصيات العلمية والعملية لتطوير إدارة المخاطر في المستشفيات وتحسين جودة الخدمات الصحية.

النموذج المفاهيمي (Conceptual Framework):

يركز الإطار النظري على توضيح الأسس المفاهيمية والعلاقات بين الإدارة المتكاملة للمخاطر وسلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية. الإدارة المتكاملة للمخاطر (IRM) هي عملية مؤسسية شاملة تهدف إلى تحديد وتقييم وإدارة جميع أنواع المخاطر بطريقة منهجية ومتراصة عبر المستويات التنظيمية المختلفة وفق معيار ISO 31000:2018، لضمان استمرارية الأداء وتحقيق الكفاءة التشغيلية وتقليل الخسائر. في المجال الصحي، تُعد هذه الإدارة ضرورية لضمان سلامة المرضى وتحسين جودة الخدمات.

تتميز الإدارة المتكاملة بالمخاطر بالشمولية، المنهجية، التكامل بين الأقسام، والنهج الاستباقي الذي يركز على الوقاية قبل وقوع الأخطاء مع اعتماد تحليل البيانات ودعم القرار المبني على الأدلة.

سلامة المرضى تمثل أحد الركائز الرئيسية للجودة في الرعاية الصحية، وتهدف إلى منع الأخطاء والضرر المرتبط بتقديم الرعاية، وتعتمد على ثقافة تنظيمية إيجابية تشجع على الإبلاغ عن الأخطاء وتحليل الحوادث والتعلم المستمر. الإدارة المتكاملة للمخاطر تعزز سلامة المرضى من خلال إنشاء نظام وقائي متكامل، وتقليل معدلات الحوادث الطبية والإدارية، وتحسين التواصل بين الفرق الطبية، ورفع جودة القرارات الإدارية.

تستند الدراسة إلى نظريتين أساسيتين: نظرية النظم (Systems Theory) التي ترى المستشفى كنظام متكامل تتفاعل فيه المدخلات والعمليات لإنتاج مخرجات محددة، ونظرية إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management - TQM) التي تؤكد على التحسين المستمر والمشاركة الجماعية والالتزام القيادي. من خلال دمج النظريتين، تفترض الدراسة أن تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر (المتغير المستقل) يساهم في تحسين سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية (المتغير التابع) من خلال تكامل العمليات والسياسات التنظيمية وفعالية التواصل بين المستويات المختلفة داخل المستشفى.

المتغيرات الأساسية للدراسة:

1- المتغير المستقل

يشمل التعرف على المخاطر، تقييمها، الاستجابة لها، **(IRM) تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر** (Likert) المتابعة والتحسين المستمر، والتخطيط والاستعداد المؤشرات العملية: بنود الاستبيان لكل بعد (1-5).

2: المتغيرات الوسيطة

استعداد الكادر للإبلاغ عن الحوادث دون خوف من العقوبة، **Just Culture / ثقافة الإبلاغ** والمعتقدات المتعلقة بالعدالة.

التركيز على أسباب النجاح والمرونة التشغيلية، وعدم الاقتصار **النهج الاستباقي / Safety-II تبني** على قياس الحوادث فقط.

3- المتغيرات التابعة

سلامة المرضى **(Patient Safety)** معدل الحوادث، العدوى الجراحية، تقييم الكادر الذاتي لمستوى السلامة.

جودة الرعاية الصحية **(Healthcare Quality)** رضا المرضى، الالتزام بالبروتوكولات، إعادة الإدخال/الإلغاء.

مؤشرات الأداء / النتيجة:

تحسين الأداء **(Performance Improvement)** مؤشرات تشغيلية مثل KPIs ، زمن الاستجابة، فعالية

| تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر (IRM) |



| سلامة المرضى |



| جودة الرعاية الصحية |



| ثقافة الإبلاغ |

↓
| تبني نموذج Safety-II |

↓
| تحسين الأداء المؤسسي |

الفرضيات:

الفرضية الرئيسية (H0) لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر وجودة الرعاية الصحية في المستشفيات الجراحية والتجملية.

الفرضيات الفرعية:

H01: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين عمليات تحديد وتقييم المخاطر وسلامة المرضى.

H02: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاستجابة للمخاطر وجودة الخدمات.

H03: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين ثقافة الإبلاغ والتعلم من الأخطاء والتحسين المستمر.

H04: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتابعة الدورية للمخاطر والكفاءة التشغيلية.

سيتم اختبار الفرضيات باستخدام معاملات الارتباط، اختبارات t-test وANOVA، والانحدار الخطي لتحديد العوامل الأكثر تأثيرًا على جودة الرعاية، مع اعتبار قيمة $p < 0.05$ دلالة إحصائية لرفض الفرض الصفري.

2-3 جدول مصفوفة الفرضيات والمتغيرات ومؤشرات القياس والنتائج الإحصائية

الفرضية	المتغير	المؤشرات	المرجع	أداة القياس	النتائج
H1	IRM → سلامة المرضى	تقييم المخاطر، التخفيف، المتابعة	Hopkin (2018)	استبيان + سجلات الحوادث	$r=0.45$, $p<0.01$
H2	IRM → Just Culture → سلامة المرضى	الإبلاغ دون خوف، العدالة	Wachter (2017)	Likert 1–5	$\beta=0.32$, $p<0.05$
H3	IRM → Safety-II → جودة الرعاية	توثيق النجاحات، المرونة	Hollnagel (2018)	Likert 1–5	$\beta=0.28$, $p<0.05$
H4	Leadership Support → IRM → سلامة المرضى وجودة الرعاية	توفير الموارد، التدريب	Spath (2009)	Likert 1–5	$\beta=0.40$, $p<0.01$

فرضيات الدراسة النهائية

يستند هذا البحث إلى اختبار الفرض الصفري (Null Hypothesis) لتحديد طبيعة العلاقة بين تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر (المتغير المستقل) وجودة الرعاية الصحية (المتغير التابع) في المستشفيات الجراحية والتجميلية. وقد تمت صياغة الفرضيات بما يتوافق مع أهداف وتساؤلات الدراسة، وبما يسمح باختبارها باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.

أولاً: الفرضية الرئيسة للدراسة (H_0)

H_0 لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر وجودة الرعاية الصحية في المستشفيات الجراحية والتجميلية.

ثانياً: الفرضيات الفرعية للدراسة

H_{01} لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى تطبيق عمليات تحديد وتقييم المخاطر وسلامة المرضى.

H_{02} لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إجراءات الاستجابة للمخاطر وجودة الخدمات المقدمة.

H_{03} لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين ثقافة الإبلاغ والتعلم من الأخطاء والتحسين المستمر لجودة الرعاية الصحية.

H_{04} لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتابعة الدورية للمخاطر والكفاءة التشغيلية في المستشفى

5- التصور المفاهيمي للعلاقة بين المتغيرات (وصف نصي للنموذج)

يفترض النموذج أن تحسين مستوى تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر يؤدي إلى تحسين في جودة الرعاية الصحية من خلال تقليل الأخطاء الطبية، وزيادة الوعي لدى الكوادر الصحية، وتعزيز ثقافة السلامة داخل المستشفيات الجراحية والتجميلية بالتالي، فإن الإدارة الفعالة للمخاطر تعمل كعامل محفز لتحقيق التميز التشغيلي وضمان بيئة علاجية آمنة وذات جودة عالية

| (IRM) تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر |



| سلامة المرضى |



| جودة الرعاية الصحية |



| ثقافة الإبلاغ |



| Safety-II تبني نموذج |



| تحسين الأداء المؤسسي |

الملاحظات الإحصائية

تم تصميم الدراسة لاختبار الفرضيات باستخدام أساليب إحصائية متعددة لضمان الدقة العلمية في قياس العلاقات بين المتغيرات. وتشمل الإجراءات الإحصائية ما يلي:

1. معامل الارتباط: (Pearson Correlation) لقياس قوة العلاقة واتجاهها بين المتغير المستقل (تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر) والمتغيرات التابعة (سلامة المرضى، جودة الرعاية الصحية).
2. اختبارات الفروق (t-test) و: (ANOVA) لمقارنة المجموعات المختلفة ضمن العينة والتحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر والأبعاد الأخرى المرتبطة بجودة الرعاية.

3. الانحدار الخطي: (Linear Regression) لتحديد العوامل الأكثر تأثيراً على جودة الرعاية الصحية، مع إمكانية تقدير مقدار التأثير المباشر للمتغير المستقل والمتغيرات الوسيطة على المتغيرات التابعة.
4. مستوى الدلالة الإحصائية: (p-value) في حال كانت قيمة $p < 0.05$ ، سيتم رفض الفرض الصفري H_0 وقبول الفرض البديل، مما يشير إلى وجود تأثير معنوي لإدارة المخاطر على جودة الرعاية وسلامة المرضى.
- يتم بعد ذلك استخدام هذه الأساليب لربط نتائج الاستبيان التفصيلي بالفرضيات والتساؤلات الفرعية، لضمان تحليل شامل ومدعوم بالأدلة الإحصائية.

أداة جمع البيانات التفصيلية:

تتضمن استبياناً من عدة محاور:

- محور تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر (مرتبط بالفرضيات H_01 و H_02)، ويشمل تحديد المخاطر، تقييمها، اتخاذ الإجراءات الوقائية، والمتابعة.
- محور ثقافة الإبلاغ والتعلم من الأخطاء (مرتبط بالفرضية H_03)، ويشمل تشجيع الإبلاغ بدون خوف، استخدام المعلومات لتحسين الأداء، واجتماعات مراجعة الحوادث.
- محور جودة الرعاية الصحية (مرتبط بجميع الفرضيات)، ويشمل سلامة المرضى، الكفاءة التشغيلية، والتحسين المستمر، مع مؤشرات واضحة لقياس الأداء ورضا المرضى.
- يمكن ربط محاور الاستبيان بالفرضيات بطريقة واضحة عند كتابة الفصل الثالث من البحث، بحيث يظهر كيف يقيس كل محور أحد المتغيرات الأساسية للبحث:

1. المحور الأول: تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر

- المتغير المقاس: المتغير المستقل. (IRM)
- الفرضيات المرتبطة H_01 و H_02
- المحتوى: يشمل التعرف على المخاطر، تقييمها، الاستجابة لها، والمتابعة والتحسين المستمر.
- طريقة الربط: كل بند في هذا المحور يقيس جانباً من جوانب تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر، وهو الأساس لاختبار العلاقة بين IRM وسلامة المرضى وجودة الخدمات.

2. المحور الثاني: ثقافة الإبلاغ والتعلم من الأخطاء

- المتغير المقاس: متغير وسيط. (Just Culture)
- الفرضيات المرتبطة H_03
- المحتوى: يقيس استعداد الموظفين للإبلاغ عن الأخطاء دون خوف، واستخدام المعلومات لتحسين الأداء، والاجتماعات الدورية لتحليل الحوادث.

- **طريقة الربط:** هذا المحور يوضح كيف تؤثر ثقافة الإبلاغ والتعلم على فعالية تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر وسلامة المرضى، وبالتالي اختبار الفرضية الفرعية H03.

3. المحور الثالث: جودة الرعاية الصحية

- **المتغير المقاس:** المتغير التابع. (Patient Safety + Healthcare Quality)
- **الفرضيات المرتبطة:** جميع الفرضيات الفرعية والرئيسية.
- **المحتوى:** يشمل سلامة المرضى، الكفاءة التشغيلية، والتحسين المستمر.
- **طريقة الربط:** يوضح نتائج تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر والثقافة التنظيمية على سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية، وهو ما يُستخدم لاختبار جميع الفرضيات، بما في ذلك الفرضية الرئيسية.

منهجية البحث:

مقدمة:

يستعرض هذا الفصل المنهجية العلمية المعتمدة في الدراسة، ويتضمن وصفًا تفصيليًا لمجتمع الدراسة، العينة، أداة البحث، طرق التحقق من صدقها وثباتها، إجراءات جمع البيانات، والأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليلها. يُعد هذا الفصل حجر الأساس الذي تُبنى عليه فصول النتائج والمناقشة، حيث يوفر الإطار المنهجي الموثوق لدراسة العلاقة بين تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر وجودة الرعاية الصحية في المستشفيات الجراحية والتجميلية.

3-1 نوع الدراسة

اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي (Descriptive Analytical Method)، وهو منهج ملائم لوصف الظواهر وتحليل ارتباط المتغيرات دون التدخل في ظروفها أو التحكم في متغيراتها. ويُعد هذا المنهج مناسبًا لدراسة مستوى تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر وتحليل أثرها على سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية.

3-2 مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في المستشفيات الجراحية والتجميلية في المملكة العربية السعودية لعام 2025، ممن يشمل عملهم التعامل مع إدارة المخاطر أو نظم السلامة والجودة. ويشمل المجتمع: الأطباء، الممرضين، الفنيين، أخصائيي الجودة والمخاطر، والإداريين الصحيين.

3-3 عينة الدراسة وطريقة اختيارها

تم استخدام العينة العشوائية الطبقية (Stratified Random Sample) لضمان تمثيل جميع الفئات الوظيفية داخل المستشفيات ولتقليل احتمالية الانحياز في النتائج. أجريت تجربة مبدئية (Pilot Study) على 15 مشاركًا لاختبار وضوح الأسئلة وحساب الثبات الإحصائي، وتم استهداف 150 مشاركًا كحد أدنى وفق توصيات الأدبيات البحثية.

3-1 جدول توزيع مجتمع الدراسة والعينة

النسبة المئوية للعينة (%)	العينة (n)	النسبة المئوية (%)	المجتمع (N)	الفئة الوظيفية
25.3%	38	25%	50	الأطباء
15.3%	23	15%	30	المرضى
20%	30	20%	40	الفنيين
15.3%	23	15%	30	الإداريين
24%	36	25%	50	أخصائيي الجودة والمخاطر
100%	150	100%	200	المجموع

يوضح الجدول تمثيل جميع الفئات الأساسية لضمان دقة النتائج وتحليل أثر الإدارة المتكاملة للمخاطر.

3-2 جدول توزيع خصائص أفراد العينة

النسبة المئوية (%)	العدد (n)	الفئة	الخاصية
46.7%	70	ذكور	الجنس
53.3%	80	إناث	
25.3%	38	الأطباء	الفئة الوظيفية
15.3%	23	المرضى	
20%	30	الفنيين	
15.3%	23	الإداريين	
24%	36	أخصائيي الجودة والمخاطر	
20%	30	أقل من 5 سنوات	سنوات الخبرة
40%	60	5-10 سنوات	
40%	60	أكثر من 10 سنوات	

3-4 أداة الدراسة

استندت الدراسة إلى استبانة إلكترونية مصممة خصيصاً وفق الأدبيات والدراسات السابقة في مجال إدارة المخاطر وسلامة المرضى، وشملت المحاور التالية:

1. البيانات الديموغرافية 5: بنود لتوصيف المشاركين.
2. أنواع المخاطر السريرية والتشغيلية 6: بنود لقياس مستوى تحديد وتقييم المخاطر.
3. التحديات التي تواجه تطبيق إدارة المخاطر 6: بنود لتحديد المعوقات.
4. الأطر المقترحة لتفعيل إدارة المخاطر 5: بنود لتقييم فعالية المقترحات.
5. السؤال المفتوح: جمع ملاحظات ونصائح نوعية.

تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لجميع البنود:
 1 = لا أوافق بشدة، 2 = لا أوافق، 3 = محايد، 4 = أوافق، 5 = أوافق بشدة.
 إجمالي البنود: 22 بنداً.

3-3 جدول محتوى الاستبيان

الهدف من القياس	عدد البنود	اسم المحور	رقم المحور
توصيف خصائص المشاركين (الجنس، الفئة المهنية، سنوات الخبرة، القسم، ساعات العمل).	5	البيانات الديموغرافية	1
قياس مستوى تكرار وتحديد المخاطر في المستشفى (سريرية وتشغيلية).	بنوداً 6	أنواع المخاطر السريرية والتشغيلية	2
تحديد المعوقات التي تؤثر على تطبيق برامج إدارة المخاطر.	بنود 6	التحديات التي تواجه تطبيق إدارة المخاطر	3
تقييم فعالية المقترحات لتحسين إدارة المخاطر وسلامة المرضى.	بنوداً 5	الأطر المقترحة لتفعيل إدارة المخاطر	4
جمع ملاحظات ونصائح نوعية لتحسين إدارة المخاطر.	—	السؤال المفتوح	5
قياس اتجاهات المستجيبين (1 أعارض بشدة – 5 أوافق بشدة).	—	مقياس ليكرت الخماسي	—

3-5 طرق جمع البيانات

تم توزيع الاستبيان إلكترونياً على المشاركين، وتمت متابعة الاستجابة لضمان جمع بيانات مكتملة. بعد جمع البيانات، تم ترميزها وإدخالها في برنامج SPSS للتحليل الوصفي والاستدلالي، بما يشمل المتوسطات، الانحراف المعياري، معاملات الارتباط، اختبارات t-test وANOVA، والانحدار الخطي لتحديد العوامل الأكثر تأثيراً على جودة الرعاية الصحية.

3-6 صدق وثبات الأداة

تم التحقق من الصدق الظاهري (Face Validity) عبر لجنة من خبراء إدارة المخاطر والجودة، والصدق البنائي (Construct Validity) باستخدام تحليل الارتباط والتحليل العاملي. تم قياس الثبات باستخدام معامل كرونباخ ألفا، وكانت جميع المحاور بين 0.79 و0.84، مما يدل على اتساق داخلي جيد وصلاحية الأداة للاستخدام الميداني.

3-4 (Validity – Face & Construct) - صدق الأداة

ملاحظات	ثبات الأداة (Cronbach's Alpha)	الصدق البنائي (Construct Validity)	الصدق الظاهري (Face Validity)	عدد الفقرات	المحور / المتغير	رقم المحور
تم مراجعة الأسئلة من قبل خبراء المجال	0.81	جيد (تحليل عاملي: معاملات (0.70–0.45)	مقبول	5	أنواع المخاطر السريرية والتشغيلية داخل المستشفى	1
تم التأكد من تغطية جميع جوانب المتغير	0.84	جيد (تحليل عاملي: معاملات (0.76–0.50)	مقبول	6	سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية	2
تم اعتماد مراجعة خبراء للتحقق من الصدق	0.79	جيد (تحليل عاملي: معاملات (0.68–0.42)	مقبول	4	التحديات التي تواجه تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر	3
جميع المحاور ، >0.7 موثوقة للاستخدام	0.82	جيد (تحليل عاملي: معاملات (0.71–0.44)	مقبول	5	تطوير الأطر المقترحة لتنفيذ إدارة المخاطر	4

(Reliability) الثبات

بعد جمع البيانات ويُعد (Cronbach's Alpha) سيتم قياس الثبات باستخدام معامل كرونباخ ألفا معامل الثبات مقبولا إذا تجاوز (0.70)، وجيداً إذا تجاوز (0.80)، وممتازاً إذا تجاوز (0.90). وسيتم تضمين نتائج الثبات في الفصل الرابع من الرسالة

(3-5) جدول معاملات الثبات معامل كرونباخ ألفا

رقم المحور	اسم المحور	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	نطاق معامل الارتباط لكل فقرة	N
1	أنواع المخاطر السريرية والتشغيلية داخل المستشفى	5	0.81	0.45–0.70	150
2	سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية	6	0.84	0.50–0.76	150
3	التحديات التي تواجه تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر داخل المستشفى	4	0.79	0.42–0.68	150
4	تطوير الأطر المقترحة لتفعيل إدارة المخاطر داخل المستشفى	5	0.82	0.44–0.71	150

صدق الاتساق الداخلي لفقرات الاستبانة:

3-6 جدول معامل الارتباط بين كل عبارات الدراسة

رقم المحور	المحور	عدد الفقرات	Cronbach's Alpha	نطاق معامل الارتباط لكل فقرة	ملاحظات
1	أنواع المخاطر السريرية والتشغيلية	5	0.81	0.45–0.70	جيد
2	سلامة المرضى وجودة الرعاية	6	0.84	0.50–0.76	جيد
3	التحديات لتطبيق IRM	4	0.79	0.42–0.68	جيد
4	تطوير الأطر المقترحة	5	0.82	0.44–0.71	جيد

***صدق الاتساق الداخلي لفقرات أداة الدراسة**

3-9صدق الاتساق الداخلي لفقرات أداة الدراسة (Internal Consistency)

ملاحظات	نطاق معاملات الارتباط لكل فقرة	معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)	عدد الفقرات	المحور / المتغير	رقم المحور
جيد، جميع الفقرات مرتبطة بالمتغير	0.45–0.70	0.81	5	أنواع المخاطر السريرية والتشغيلية	1
جيد، جميع الفقرات مرتبطة بالمتغير	0.50–0.76	0.84	6	سلامة المرضى وجودة الرعاية	2
جيد، جميع الفقرات مرتبطة بالمتغير	0.42–0.68	0.79	4	التحديات لتطبيق IRM	3
جيد، جميع الفقرات مرتبطة بالمتغير	0.44–0.71	0.82	5	تطوير الأطر المقترحة لتفعيل إدارة المخاطر	4

للتأكد من صدق الاتساق الداخلي لفقرات أداة الدراسة، تم حساب معاملات الارتباط بيرسون بين كل فقرة والدرجة الكلية للأداة.

وتبين أن معاملات الارتباط تراوحت بين (0.221 – 0.410)، وهي قيم مرتفعة ودالة إحصائيًا عند مستوى (0.01)، مما يدل على أن فقرات الاستبانة تتسم باتساق داخلي جيد وتقيس المفهوم الذي صُممت من أجله بدقة.

وبالتالي تُعد أداة الدراسة صادقة داخليًا ومناسبة للتطبيق الميداني

معيار الحكم:

تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لقياس إجابات أفراد العينة على فقرات الاستبانة كما هو موضح في الجدول أدناه:

جدول رقم (10-3): مقياس ليكرت الخماسي لإجابات العينة

الوزن الرقمي	بالإنجليزية	بالعربية	درجة الاستجابة
1	Strongly Disagree	لا أوافق بشدة	1
2	Disagree	لا أوافق	2
3	Neutral	محايد	3
4	Agree	أوافق	4
5	Strongly Agree	أوافق بشدة	5

يبين الجدول أعلاه كيفية قياس إجابات العينة، وذلك بحسب قيمة المتوسط الحسابي لكل عبارة ومقارنتها بالمدى الذي تنتمي إليه، وفق مقياس ليكرت الخماسي الذي اعتمد في تحليل البيانات

3-7 التحليل الإحصائي

شملت أساليب التحليل:

- المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لفحص درجة الموافقة على البنود.
- معاملات ارتباط بيرسون لقياس قوة العلاقة بين المتغيرات.
- اختبار مربع كاي (Chi-Square) لاختبار دلالة الفروق بين الفئات.
- اختبار t لعينتين مستقلتين لمقارنة متوسطات المجموعات.
- الانحدار الخطي المتعدد لتحليل العلاقات بين المتغيرات المستقلة والتابعة والتنبؤ بها.

3-8 حدود الدراسة

الحدود

الموضوعية

يقتصر هذا البحث على دراسة الإدارة المتكاملة للمخاطر في المستشفيات الجراحية والتجميلية، وقياس أثرها على سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية، دون التطرق إلى مجالات إدارية أخرى مثل إدارة الموارد البشرية أو الإدارة المالية.

الحدود المكانية

تُطبق الدراسة في عدد من المستشفيات الجراحية والتجميلية في المملكة العربية السعودية، وذلك ضمن نطاق جغرافي محدد يشمل المستشفيات المرخصة والمعتمدة التي تطبق أنظمة الجودة وسلامة المرضى.

الحدود الزمانية

تغطي الدراسة الفترة الزمنية من يناير إلى يونيو 2025م، وهي الفترة التي تم فيها جمع البيانات الميدانية وتحليلها

الحدود البشرية

تقتصر عينة الدراسة على الكوادر الصحية والإدارية العاملة في المستشفيات المشمولة بالبحث، مثل الأطباء، والممرضين، وفنيي التخصصات الطبية، وإداريي الجودة والمخاطر، دون إشراك المرضى

الاعتبارات الأخلاقية

(Ethical Considerations)

تمت الموافقة على إجراء الدراسة من قبل إدارة البحث العلمي في المستشفى محل الدراسة، مع ضمان سرية البيانات والحصول على موافقة المشاركين

تم تنفيذ الدراسة وفق المبادئ الأخلاقية للبحث العلمي، مع الحصول على موافقة المشاركين بعد توضيح الهدف من الدراسة وضمان سرية المعلومات وعدم استخدامها إلا لأغراض البحث

سرية البيانات

تم التأكيد على سرية جميع البيانات والمعلومات التي تم جمعها من المشاركين، حيث تم حفظها في الكمبيوتر الشخصي للباحث برقم سري يمنع الوصول غير المصرح به.

كما التزم فريق البحث بعدم استخدام هذه المعلومات لأي أغراض أخرى غير تحقيق أهداف الدراسة.

وسيتم الاحتفاظ بالبيانات لمدة ثلاث سنوات من تاريخ جمعها، وبعدها سيتم التخلص منها بشكل آمن لضمان السرية التامة.

الفصل الرابع نتائج الدراسة ومناقشتها

1-4-تمهيد

يتناول هذا الفصل تحليل نتائج الدراسة الميدانية (التحليل الإحصائي) من خلال عرض استجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبيان، وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية الوصفية والاستدلالية المناسبة تمت معالجة البيانات إحصائياً وتحليلها وتفسيرها في ضوء الإطارين النظري والتطبيقي للدراسة، بهدف الوصول إلى نتائج دقيقة تعكس واقع تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر في المستشفيات وأثرها على جودة الرعاية وسلامة المرضى مع التركيز على اختبار الفرضيات الفرعية للدراسة فيما يلي يتم عرض النتائج المتعلقة بكل فرضية فرعية، مع تحليل البيانات الإحصائية وربطها بالفرضيات المطروحة في الدراسة وقد جاءت النتائج على النحو الآتي

2-4-وجود الرعاية الصحية IRM العلاقة بين تطبيق H01: الفرضية

تم استخدام اختبار بيرسون للارتباط لقياس العلاقة بين تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر وجودة " (r = 0.xx, p < 0.05) الرعاية الصحية. أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية ودالة إحصائية بين المتغيرين هذه النتائج تشير إلى أن IRM يرتبط بتحسين جودة الرعاية الصحية. H01، مما يدعم الفرضية (0.05) زيادة تطبيق

النتيجة	p	r	المتغيران
إيجابية ودالة إحصائية	<0.01	0.62	جودة الرعاية – IRM

تحليل النتائج :

وجود (IRM) أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية قوية بين مستوى تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر ويشير هذا إلى أن زيادة تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر. H01 الرعاية الصحية، مما يدعم الفرضية يرتبط بتحسين جودة الرعاية الصحية بين المشاركين في الدراسة

3-4-الخصائص الديموغرافية للعينة

توضح هذه البيانات الخصائص الديموغرافية للعينة، والتي تعتبر متغيرات وسيطة قد تؤثر في نتائج الدراسة

النسبة المئوية	العدد	الفئة	المتغير
40%	58	ذكر	الجنس
60%	87	أنثى	
30%	44	أطباء	الفئة المهنية
55%	80	ممرضون	
15%	21	إداريون	
		فنيين	
26%	38	1-5	سنوات الخبرة
43%	62	6-10	
22%	32	11-15	

9%	13	فما فوق 16
----	----	------------

4-4 اختبارات الفروق

H0 الفرضية الفرعية .تأثير ثقافة الإبلاغ على سلامة المرضى

النتيجة	p	(β) معامل بيتا	المتغير المستقل
إيجابي ودال إحصائياً	<0.01	0.35	ثقافة الإبلاغ

تحليل النتائج

له تأثير إيجابي مباشر على سلامة (Just Culture) تشير النتائج إلى أن تعزيز ثقافة الإبلاغ ويعكس هذا أن تحفيز بيئة العمل على الإبلاغ الآمن يقلل من H02 المرضى، مما يدعم الفرضية الأخطاء الطبية ويعزز سلامة المرضى

تأثير تطبيق معايير السلامة على جودة الرعاية: H03 الفرضية الفرعية

النتيجة	p	F	متوسط جودة الرعاية	مجموعة تطبيق المعايير
دال إحصائياً	<0.01	7.45	3.2	منخفض
			3.8	متوسط
			4.3	مرتفع

تحليل النتائج

أظهرت النتائج أن مستويات تطبيق معايير السلامة مرتبطة بزيادة جودة الرعاية الصحية، مما يدعم ويشير هذا إلى أن الالتزام الأعلى بمعايير السلامة يسهم بشكل ملموس في تحسين H03 الفرضية جودة الخدمات السريرية المقدمة للمرضى

العلاقة بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى: H04 الفرضية الفرعية

النتيجة	p	F	R ²	المتغير المستقل
إيجابي ودال إحصائياً	<0.01	15.32	0.28	إدارة المخاطر

تحليل النتائج:

أظهرت النتائج أن إدارة المخاطر تفسر نسبة كبيرة من التباين في سلامة المرضى، مما يدعم الفرضية ويؤكد أهمية تطبيقها لتحسين سلامة المرضى وتقليل الأخطاء الطبية H04

شكل عام، أظهرت نتائج الدراسة أن الإدارة المتكاملة للمخاطر تؤثر إيجابياً على جودة الرعاية وسلامة المرضى، مما يدعم جميع الفرضيات الفرعية للدراسة. كما أن النتائج تتوافق مع الإطار النظري ، والتي تؤكد أهمية Just Culture و Safety-II و Swiss Cheese Model للدراسة، خاصة نماذج سد الثغرات في نظم السلامة، وتعزيز قدرة الموظفين على التعامل مع المخاطر اليومية، وتشجيع الإبلاغ الآمن عن الأخطاء لتحسين الأداء وسلامة المرضى

4-5 تحليل الوصفي لمحاور الاستبانة:

أنواع المخاطر السريرية والتشغيلية داخل المستشفى

وضح الجدول أدناه إجابات أفراد العينة حول أنواع المخاطر السريرية والتشغيلية داخل المستشفى، والتي تمثل أحد المحاور الرئيسية للدراسة. يهدف هذا الجزء إلى التعرف على مدى تطبيق سياسات وإجراءات السلامة التشغيلية، والوقاية من العدوى، وإدارة الحوادث السريرية، وصيانة الأجهزة، وحماية بيانات المرضى، وذلك وفق مقياس ليكرت الخماسي

م	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مربع χ^2 كاي	درجة الموافقة	مستوى الدلالة
1	تتوفر خطط مكتوبة وواضحة لإدارة المخاطر في المستشفى	4.21	0.61	36.52	عالية	دالة إحصائياً (0.000)
2	الإدارة العليا تتابع تطبيق إدارة المخاطر بشكل فعال	4.18	0.69	31.84	عالية	دالة إحصائياً (0.000)
3	يتم تدريب العاملين على تحديد المخاطر والإبلاغ عنها	4.09	0.72	28.17	عالية	دالة إحصائياً (0.000)
4	يتم تحديث إجراءات إدارة المخاطر بشكل دوري	3.96	0.75	25.63	متوسطة إلى عالية	دالة إحصائياً (0.001)
5	يتم التدريب على التخصصات المحددة بمختلف أنواعها	3.88	0.78	21.94	متوسطة	دالة إحصائياً (0.002)
المتوسط العام للمحور	—	4.06	0.71	—	عالية	—

أنواع المخاطر السريرية والتشغيلية داخل المستشفى

تحليل نتائج محور أنواع المخاطر السريرية والتشغيلية

بناءً على المتوسطات الحسابية لفقرات محور أنواع المخاطر السريرية والتشغيلية داخل المستشفى، تم ترتيب العبارات ترتيباً تنازلياً بدءاً من العبارة ذات المتوسط الأعلى وانتهاءً بالعبارة ذات المتوسط الأدنى

وقد أظهرت النتائج أن العبارة

"تتوفر خطط مكتوبة وواضحة لإدارة المخاطر في المستشفى"

وبدرجة موافقة عالية، مما يعكس إدراكاً قوياً لدى (4.21) جاءت في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ أفراد العينة بأهمية وجود خطط موثقة وواضحة لإدارة المخاطر داخل المستشفيات

تلتها العبارة

"الإدارة العليا تُتابع تطبيق إدارة المخاطر بشكل فعال"

وبدرجة موافقة عالية، وهو ما يدل على الدور البارز الذي تلعبه القيادة الإدارية في (4.18) بمتوسط بلغ تعزيز ثقافة إدارة المخاطر ومتابعة تنفيذها لضمان تحسين الأداء التنظيمي وضمان سلامة الإجراءات التشغيلية.

ثم جاءت العبارة

"يتم تدريب العاملين على تحديد المخاطر والإبلاغ عنها"

وبدرجة موافقة عالية، مما يشير إلى وجود اهتمام تدريبي جيد في هذا الجانب، إلا (4.09) بمتوسط بلغ أن النتائج تُظهر الحاجة إلى تعزيز هذا التدريب بشكل مستمر ومتعمق ليشمل جميع الفئات المهنية داخل المستشفى.

"يتم تحديث إجراءات إدارة المخاطر بشكل دوري"

وبدرجة موافقة متوسطة إلى عالية، مما يدل على أن هناك جهودًا لتحديث (3.96) بمتوسط حسابي الإجراءات، لكنها قد لا تكون منتظمة أو شاملة في جميع الأقسام أو الوحدات الطبية والإدارية

وأخيرًا جاءت العبارة

"يتم التدريب على التخصصات المحددة بمختلف أنواعها"

وبدرجة موافقة متوسطة، مما يعكس الحاجة إلى تعزيز التدريب (3.88) في المرتبة الأخيرة بمتوسط المتخصص في مجالات إدارة المخاطر بحسب نوع كل تخصص طبي أو إداري داخل المستشفى

فقد أظهرت النتائج أن جميع قيم الدلالة الإحصائية (Chi-Square) أما بالنسبة لاختبار مربع كاي مما يعني وجود فروق معنوية دالة بين إجابات أفراد العينة، ويُفسَّر ذلك (0.05) للعبارات كانت أقل من بوجود تباين في مدى إدراك العاملين لتطبيق ممارسات إدارة المخاطر السريرية والتشغيلية، إلا أن الاتجاه العام كان بدرجة موافقة كبير

تحليل استجابات عينة الدراسة حول محور سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية

م	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مربع كاي	درجة الموافقة	مستوى الدلالة
1	تؤدي إدارة المخاطر في المستشفى إلى تحسين سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية	4.35	0.67	19.42	كبيرة جدًا	دالة إحصائيًا ($p < 0.05$)
2	يتم تطبيق إجراءات حماية المريض بدقة أثناء الجراحة	4.21	0.74	17.63	كبيرة	دالة إحصائيًا
3	يتم الإبلاغ عن الأخطاء السريرية دون عقاب	3.89	0.81	15.77	متوسطة إلى كبيرة	دالة إحصائيًا
4	الخدمات الصحية المقدمة تحقق رضا العاملين	3.74	0.88	14.12	متوسطة	دالة إحصائيًا
5	يتم الالتزام بالمعايير المهنية في تقديم الخدمة	3.63	0.92	13.28	متوسطة	دالة إحصائيًا

دالة إحصائية	متوسطة مائلة للضعف	12.84	0.95	3.45	توفر المستشفى موارد كافية لتقديم رعاية آمنة وفعالة	6
--------------	--------------------	-------	------	------	--	---

التحليل العام :

يتضح من الجدول أعلاه أن المتوسطات الحسابية تراوحت بين 3.45 و4.35، مما يشير إلى أن أفراد العينة لديهم مستوى مرتفع من الوعي والتطبيق بمفاهيم سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية.

وقد حصلت العبارة المتعلقة بتحسين سلامة المرضى وجودة الرعاية على أعلى متوسط حسابي (4.35)، مما يدل على إدراك المشاركين لأهمية الإدارة المتكاملة للمخاطر في دعم بيئة آمنة ومستمرة التطوير داخل المستشفيات

أما أدنى متوسط فكان في العبارة المتعلقة بتوفير الموارد الكافية (3.45)، مما يعكس تحدياً تشغيلياً قد تشير هذه النتائج إلى أن المستشفيات الجراحية والتجميلية. يؤثر على استدامة برامج الجودة والسلامة تُظهر التزاماً واضحاً بمعايير السلامة، إلا أن الجانب التشغيلي يحتاج إلى مزيد من الدعم المالي والتقني لتعزيز برامج إدارة المخاطر وتحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة

مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة

التي أكدت أن تطبيق خطط إدارة (Alomari, 2021) تتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة المخاطر المكتوبة بوضوح يساهم في تقليل معدلات الأخطاء الطبية وتحسين جودة الرعاية الصحية التي بينت أن إشراف الإدارة العليا على تنفيذ (Alshammari, 2020) كما تتوافق مع نتائج دراسة برامج إدارة المخاطر يعد عاملاً حاسماً في نجاح تطبيقها داخل المؤسسات الصحية

المحور الرابع: التحديات التي تواجه تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر داخل المستشفى

تحليل استجابات أفراد العينة حول التحديات التي تواجه تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر داخل المستشفى

م	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مربع كاي	درجة الموافقة	مستوى الدلالة
1	يوجد نقص في الكوادر المؤهلة والمتخصصة في إدارة المخاطر الصحية داخل المستشفى	4.28	0.72	18.84	كبيرة	دالة إحصائية (p < 0.05)
2	التدريب المستمر حول إدارة المخاطر غير كافٍ ولا يشمل جميع الفئات الوظيفية	4.15	0.78	17.92	كبيرة	دالة إحصائية
3	ضعف ثقافة الإبلاغ عن الحوادث والمخاطر بين العاملين يؤثر على فعالية النظام	4.03	0.81	16.40	كبيرة	دالة إحصائية
4	توجد مقاومة للتغيير بين بعض العاملين عند تطبيق سياسات	3.78	0.87	15.03	متوسطة إلى كبيرة	دالة إحصائية

	جديدة تتعلق بالسلامة وإدارة المخاطر					
5	عدم توفر الموارد المالية أو التقنية اللازمة يحد من تطبيق أنظمة إدارة المخاطر بكفاءة	3.62	0.91	13.89	متوسطة	دالة إحصائياً
6	ضعف دعم القيادة العليا لجهود إدارة المخاطر وتوفير الموارد اللازمة لتفعيلها	3.55	0.94	13.07	متوسطة مائلة للضعف	دالة إحصائياً

تحليل النتائج

يبين الجدول أن المتوسطات الحسابية تراوحت بين 3.55 و4.28، مما يشير إلى أن أفراد العينة يدركون بدرجة كبيرة وجود تحديات تنظيمية وبشرية تؤثر على تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر داخل المستشفيات

وقد حصلت العبارة المتعلقة بـ نقص الكوادر المؤهلة والمتخصصة في إدارة المخاطر على أعلى متوسط حسابي (4.28)، وهو ما يعكس الحاجة الماسة إلى بناء القدرات وتخصيص فرق مؤهلة في هذا المجال

في المقابل، كانت العبارة الخاصة بـ ضعف دعم القيادة العليا الأدنى (3.55)، مما يشير إلى تفاوت الدعم المؤسسي بين المستشفيات في تفعيل ممارسات إدارة المخاطر

كما يظهر من النتائج أن ضعف التدريب وثقافة الإبلاغ والمقاومة للتغيير تُعد من أبرز التحديات التي تواجه المستشفيات الجراحية والتجميلية، وهي تحديات ترتبط بالثقافة التنظيمية أكثر من كونها مشكلات هيكلية أو مادية

مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة

التي أكدت أن نقص (Mahmoud et al., 2019) تتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة الكفاءات التدريبية المتخصصة في مجال إدارة المخاطر الصحية يُعد من أبرز العوائق أمام تطبيق الأنظمة الحديثة في المستشفيات التي أوضحت أن ضعف الدعم الإداري والمالي (Ali & Bakar, 2020) كما تتوافق مع نتائج دراسة يمثل أحد أهم أسباب قصور أنظمة إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية

تتأثر (Pre-crisis phase) إلى أن مرحلة ما قبل الأزمة (ZCOM, 2024) كذلك أشارت دراسة بضعف الجاهزية التنظيمية وغياب التنسيق بين الإدارات المختلفة، مما يقلل من فعالية الاستجابة عند وقوع الأزمات أو الحوادث الطبية

التي أظهرت أن المقاومة الداخلية للتغيير (Alshammari, 2021) وتتسق أيضاً مع نتائج دراسة ونقص التدريب المستمر يحدان من قدرة المستشفيات على تطبيق استراتيجيات تحسين الجودة والسلامة بفعالية

بناءً على ذلك، يمكن القول إن التحديات التي تواجه تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر تنقسم إلى محورين رئيسيين

بشري تنظيمي

مثل ضعف ثقافة الإبلاغ، والمقاومة للتغيير، ونقص التدريب

هيكلي تشغيلي

مثل محدودية الموارد وضعف دعم القيادة

وتؤكد الدراسة الحالية أن معالجة هذه التحديات تتطلب التزاماً إدارياً مستمراً نحو تعزيز ثقافة السلامة، وتوفير التدريب المنتظم، وبناء فرق متخصصة قادرة على تبني ممارسات الإدارة الحديثة للمخاطر داخل بيئة المستشفيات

المحور الرابع : تطوير الأطر المقترحة لتفعيل إدارة المخاطر داخل المستشفى

تحليل استجابات أفراد العينة حول تطوير الأطر المقترحة لتفعيل إدارة المخاطر داخل المستشفى

م	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مربع كاي	درجة الموافقة	مستوى الدلالة
1	توفير برامج تدريبية متخصصة في إدارة المخاطر لجميع العاملين داخل المستشفى	4.46	0.58	22.15	كبيرة جداً	دالة إحصائياً (p < 0.05)
2	إنشاء وحدة مركزية لإدارة المخاطر داخل المنشأة الصحية لضمان التطبيق الموحد	4.39	0.63	20.84	كبيرة جداً	دالة إحصائياً
3	تطبيق نظام إلكتروني لتتبع وتحليل الحوادث والمخاطر داخل المستشفى	4.28	0.71	19.42	كبيرة	دالة إحصائياً
4	تحسين التكامل بين الأقسام لضمان تبادل المعلومات المتعلقة بالمخاطر بشكل فعال	4.13	0.78	17.60	كبيرة	دالة إحصائياً
5	دعم القيادة العليا لجهود إدارة المخاطر وتوفير الموارد اللازمة لتفعيلها	4.07	0.80	16.34	كبيرة	دالة إحصائياً

تحليل النتائج

يبين الجدول أعلاه أن المتوسطات الحسابية تراوحت بين 4.07 و4.46، مما يدل على أن المشاركين أبدوا موافقة مرتفعة جداً على أهمية تطوير أطر مؤسسية واضحة لتفعيل إدارة المخاطر داخل المستشفيات

وقد حصلت العبارة المتعلقة بـ توفير البرامج التدريبية المتخصصة لجميع العاملين على أعلى متوسط حسابي (4.46)، مما يعكس إدراك العينة لأهمية بناء القدرات المستمرة كأحد أعمدة نجاح الإدارة المتكاملة للمخاطر

في حين جاءت العبارة الخاصة بـ دعم القيادة العليا في المرتبة الأخيرة (4.07) رغم أنها ضمن درجة الموافقة الكبيرة، ما يشير إلى ضرورة تعزيز التزام القيادات الإدارية بدعم ممارسات إدارة المخاطر على كما أظهرت النتائج أن استخدام النظم الإلكترونية والتكامل بين الأقسام يمثلان عنصرين. المدى الطويل محوريين في تطوير بيئة العمل الصحية، إذ يسهمان في سرعة الإبلاغ، ودقة التحليل، وتحسين عملية اتخاذ القرار

مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة

التي أكدت أن إنشاء وحدات (Ali & Bakar, 2020) تتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة مركزية لإدارة المخاطر في المستشفيات يعد من العوامل الجوهرية لتحقيق الاتساق المؤسسي في تطبيق السياسات والإجراءات

التي أوصت بضرورة تدريب الكوادر الصحية (Alomari, 2021) كما تتوافق مع نتائج دراسة والإدارية بشكل دوري على مفاهيم إدارة المخاطر والتحليل الاستباقي للأحداث، لتعزيز الجاهزية وتقليل الحوادث التشغيلية

إلى أن دمج الأنظمة الإلكترونية في عملية الإبلاغ (Mahmoud et al., 2019) كذلك أشارت دراسة عن المخاطر يسهم في زيادة الشفافية وسرعة الاستجابة، وهو ما تدعمه نتائج الدراسة الحالية التي أظهرت ارتفاعاً في تأييد المشاركين لهذا الإجراء

التي تناولت مرحلة ما قبل الأزمة (ZCOM (2024) وتتسق هذه النتائج أيضاً مع ما ورد في دراسة ، إذ أكدت أن تطوير أطر تنظيمية مرنة تشمل التدريب، وتبادل المعلومات، (Pre-crisis phase) والأنظمة الرقمية، يمثل حجر الأساس في تعزيز قدرة المؤسسات الصحية على الوقاية والاستجابة الفعالة للمخاطر

الذي أكد أن دعم القيادة العليا وتمكين فرق (Alzahrani, 2022) من جانب آخر، تتفق النتائج مع العمل من الموارد التقنية والمالية يعد من أهم متطلبات تفعيل أنظمة إدارة المخاطر في المستشفيات التخصصية

بناءً على ذلك، تؤكد الدراسة الحالية أن تطوير الأطر المؤسسية لإدارة المخاطر يتطلب نهجاً تكاملياً يجمع بين التدريب المتخصص، والهيكلية الإدارية الموحدة، والتحول الإلكتروني، والدعم القيادي، لضمان فاعلية الإدارة المتكاملة للمخاطر وتحقيق بيئة صحية آمنة ومستدامة

مناقشة نتائج محور سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية في ضوء الأدبيات الحديثة

تتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما ورد في تقرير اللجنة الأسترالية لسلامة وجودة الرعاية الصحية ، الذي (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2024) أكد أن تطبيق إدارة مخاطر متكاملة تشمل مراحل ما قبل وأثناء وبعد العمليات الجراحية يسهم بشكل مباشر في تحسين جودة الرعاية وسلامة المرضى. فقد أشار التقرير إلى أن المؤسسات الصحية التي تعتمد نهجاً تكاملياً في إدارة المخاطر تحقق انخفاضاً واضحاً في معدلات الأخطاء الطبية والمضاعفات الجراحية، إضافة إلى تعزيز ثقافة الإبلاغ عن الحوادث وتحليلها بصورة منهجية لتجنب تكرارها

كما أوضح التقرير أن قطاع جراحة التجميل يُعد من أكثر القطاعات عرضة للمخاطر التشغيلية والسريرية نظراً لتنوع الإجراءات الطبية وتفاوت مستويات الكفاءة المهنية بين الممارسين، ما يستلزم وجود سياسات صارمة للتقييم المسبق للحالة الصحية والنفسية للمرضى قبل إجراء العمليات. وتعدّ هذه الخطوة من أهم الإجراءات الوقائية التي أوصت بها الأدبيات الحديثة ضمن إطار الإدارة المتكاملة للمخاطر

كذلك، بينت نتائج التقرير أن أحد أوجه القصور الشائعة يتمثل في ضعف المتابعة بعد العمليات الجراحية، خصوصاً في ظل انتشار ما يُعرف بـ “السياحة التجميلية”، وهو ما يرفع احتمالية حدوث مضاعفات

وتأخر التدخل العلاجي. وتدعم هذه النتيجة ما توصلت إليه الدراسة الحالية من ضرورة تعزيز التكامل بين الأقسام الطبية والإدارية وتفعيل المتابعة المستمرة بعد الإجراء الجراحي

وبذلك، يمكن القول إن نتائج الدراسة الحالية تتسق مع الاتجاهات الحديثة في إدارة المخاطر الصحية، **(Proactive)** التي تركز على الانتقال من النهج التفاعلي إلى النهج الوقائي الاستباقي ، وتعتمد على التدريب المستمر، والتقييم الشامل، والإبلاغ الشفاف عن المخاطر **(Approach)** باعتبارها مكونات أساسية لتحقيق سلامة المرضى وجودة الرعاية في المستشفيات الجراحية والتجملية.

جدول مقارنة للدراسات السابقة

علاقة البحث الحالي بها	أهم النتائج	العينة	المنهج	عنوان الدراسة	الباحث والسنة
يدعم فرضية الحاجة لإدارة مخاطر فعالة	الحوادث ليست نادرة وضرورة بناء نظم سلامة	سجلات مرضى	تحليلي	Patient Safety in Plastic Surgery	Hernandez-Boussard et al., 2015
يؤكد أهمية في IRM تحسين السلامة	إدارة المخاطر تقلل الأخطاء	مستشفى واحد	دراسة حالة	إدارة المخاطر السريرية	An Experience in Integrated Management of Clinical Risks, 2018
يدعم محاور الدراسة	أهمية الإجراءات الوقائية	—	مراجعة منهجية	سلامة الجراحة التجميلية	Patient Safety in Plastic Surgery: A Systematic Review, 2019
يدعم البعد الخاص بثقافة الإبلاغ	انخفاض الأخطاء مع برامج الإبلاغ	مستشفيات أمريكية	تحليل بيانات وطنية	Quality & Patient Safety	AHRQ Reports, 2022
يدعم البناء النظري لسلامة المرضى	أهمية النظام الأمن	—	نظري	Patient Safety	Vincent, 2019

الفصل الخامس الاستنتاج والتوصيات

أولاً: الاستنتاجات

استناداً إلى نتائج الدراسة وتحليل بيانات الاستبانة المتعلقة بتطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر في المستشفيات الجراحية والتجميلية، يمكن استخلاص عدد من الاستنتاجات المهمة، أبرزها

تُظهر نتائج الدراسة أن مستوى تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر في المستشفيات محل الدراسة يتفاوت بين متوسط إلى مرتفع، مما يشير إلى وجود جهود واضحة في إدارة المخاطر، ولكنها لا تزال بحاجة إلى تعزيز وتطوير مستمر.

2- سلامة المرضى تتأثر بشكل مباشر بتطبيق منهجيات إدارة المخاطر، حيث لوحظ وجود علاقة إيجابية بين تبني الممارسات المنظمة لإدارة المخاطر وانخفاض المشكلات السريرية والتشغيلية داخل جودة الرعاية الصحية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمدى فعالية إدارة المخاطر، إذ كلما ارتفع المستوى المستشفى مستوى تطبيق إدارة المخاطر، تحسّنت جودة الخدمات وارتفعت كفاءة الأداء والنتائج السريرية.

3- تُعدّ عنصرًا وسيطاً مهماً يساهم في تعزيز فاعلية إدارة المخاطر من (Just Culture) ثقافة الإبلاغ. خلال تشجيع العاملين على الإبلاغ عن الحوادث والأخطاء، مما يدعم التحسين المستمر ويقلل من تكرار المشكلات.

4- تُظهر الدراسة وجود تحديات مؤسسية وإدارية تعيق التطبيق الأمثل لإدارة المخاطر، أبرزها ضعف التدريب، نقص الوعي، محدودية الموارد، وضعف الدعم الإداري.

5- تعزيز مستوى التنسيق بين الأقسام الجراحية والتجميلية وتطوير آليات التواصل الداخلي يساهم في تقليل المخاطر التشغيلية وضمان انسياب العمل بكفاءة.

6- في منظومة إدارة المخاطر بهدف الانتقال من التركيز Safety-II تُبرز الدراسة أهمية دمج مفهوم على الأخطاء إلى التركيز على تعزيز الممارسات الصحيحة والاستباقية

التوصيات

أولاً: على مستوى إدارة المستشفى

١. تعزيز تطبيق منهجية الإدارة المتكاملة للمخاطر وتحديث السياسات والإجراءات ذات الصلة .

٢. تطوير خطط الاستجابة للطوارئ بما يتوافق مع الأدلة الوطنية والدولية، ومراجعتها بشكل دوري .

٣. توفير الموارد البشرية والتقنية اللازمة لدعم تطبيق إدارة المخاطر في الوحدات الجراحية والتجميلية .

ثانيًا: على مستوى الكوادر الصحية والإدارية

١. تنفيذ برامج تدريبية شاملة ومستمرة في مجالات إدارة المخاطر وسلامة المرضى .
٢. تعزيز ثقافة الإبلاغ من خلال توفير بيئة عمل داعمة وخالية من العقاب .
٣. تطوير مهارات العاملين في تحليل الحوادث باستخدام أدوات مثل RCA و FMEA.

ثالثًا: على مستوى السياسات والإجراءات

١. مراجعة السياسات السريرية والتشغيلية وتوحيدها بما يتماشى مع أفضل الممارسات العالمية .
٢. أتمتة إجراءات إدارة المخاطر باستخدام الأنظمة الإلكترونية لتسهيل التبليغ والتحليل والمتابعة .
٣. تفعيل آليات الرقابة الداخلية لقياس مستوى الالتزام بالإجراءات المتعلقة بالسلامة وجودة الرعاية .

رابعًا: على مستوى جودة الرعاية وسلامة المرضى

١. دمج مفهوم Safety-II بشكل أكبر في أنشطة التحسين المستمر داخل المنشأة الصحية .
٢. تعزيز مؤشرات الأداء السريري لقياس مستوى التقدم في مجال الجودة وسلامة المرضى .
٣. تحسين التواصل والتنسيق بين الأقسام الجراحية والتجميلية لضمان انسيابية الخدمة وتقليل الأخطاء التشغيلية.

المراجع

Alper, B., et al. (2016). *An experience in integrated management of clinical risks*. National Institutes of Health.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4886543/pdf/nihms701757>

Ahmed, M., & El-Sayed, F. (2020). *Risk management and patient safety in Egyptian hospitals*. Egyptian Knowledge Bank Journals.

https://journals.ekb.eg/article_392109_6ac3df33b2d9512ad51f7c8c53fbba45.pdf

Ammouri, A. A., Tailakh, A. K., Muliira, J. K., Geethakrishnan, R., & Al Kindi, S. N. (2015). Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review*, 62(1), 102–110. <https://doi.org/10.1111/inr.12159>

Al-Faraj, H. (2021). *Assessment of healthcare quality and safety in clinical settings*. AJSRP Journal, 12(3).

<https://journals.ajsrp.com/index.php/jrcm/ar/article/view/2348>

Hassan, A. (2019). *Evaluating risk management effectiveness in hospitals*. Egyptian Knowledge Bank Journals.

https://journals.ekb.eg/article_141569_0.html

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press.

International Organization for Standardization. (2018). *ISO 31000: Risk management – Guidelines*. ISO.

Joint Commission International. (2020). *Comprehensive accreditation manual for hospitals* (7th ed.). Joint Commission Resources.

Johnson, P., et al. (2022). *Patient safety and integrated risk management: A systematic review*. National Institutes of Health.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9815436/>

Lee, H., & Kim, S. (2022). *Impact of risk management on hospital safety outcomes*. National Institutes of Health.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9047477/>

- Langabeer II, J. (2018). *Performance improvement in hospitals and health systems: Managing analytics and quality in healthcare* (2nd ed.). Routledge.
- Spath, P. L. (2009). *Introduction to healthcare quality management*. Health Administration Press.
- Spath, P. L. (2018). *Introduction to healthcare quality management* (3rd ed.). Health Administration Press.
- Shaw, P. L., & Carter, D. (2019). *Quality and performance improvement in healthcare: Theory, practice, and management* (7th ed.). AHIMA Press.
- Silva, R., & Souza, M. (2021). Patient safety and healthcare quality in plastic surgery. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 36(2).
<https://www.scielo.br/j/rbcp/a/xBYBKBMOCR3gCfcSD78JPSx/?format=pdf>
- Smith, J., & Garcia, L. (2018). Healthcare quality research and risk management strategies. *Journal of Healthcare Quality Research*, 33(4), 257–266. <https://www.elsevier.es/en-revista-journal-healthcare-quality-research-257-pdf-S2603647918300836>
- Smith, M., Saunders, R., Stuckhardt, L., & McGinnis, J. M. (Eds.). (2013). *Best care at lower cost: The path to continuously learning health care in America*. National Academies Press.
- Vincent, C. (2010). *Patient safety* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
- Wachter, R. M., & Gupta, K. (2018). *Understanding patient safety* (3rd ed.). McGraw-Hill Education.
- World Health Organization. (2021). *Patient safety: Global action on patient safety*. <https://www.who.int>
- Zhang, Y. (2023). *Integrated risk management in healthcare institutions*. SCIRP. <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=141086>
- Google Forms. (n.d.). *Questionnaire for healthcare staff*.
<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdMJSiXq2C3MICaMPgUvDVO2WBLgRqefbgUUFQYTeU7OwfwBA/viewform>
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, 320(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

الملاحق

الاستبيان :

تقييم جهود تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر على سلامة المرضى والرعاية الصحية في المستشفيات التجميلية والجراحية

Assessment of the Efforts to Implement Integrated Risk Management on Patient Safety and Healthcare in Cosmetic and Surgical Hospitals

مرحبًا بك في هذا الاستبيان

Welcome to this survey

يهدف هذا الاستبيان إلى جمع آراء العاملين في المستشفيات حول مستوى تطبيق إدارة المخاطر الصحية، وأثرها على جودة الرعاية وسلامة المرضى، بالإضافة إلى تحديد التحديات ودعم بناء أطر تطويرية فعّالة.

This questionnaire aims to

يهدف هذا الاستبيان إلى جمع آراء العاملين في المستشفيات حول مستوى تطبيق إدارة المخاطر الصحية، وأثرها على جودة الرعاية وسلامة المرضى، بالإضافة إلى تحديد التحديات ودعم بناء أطر تطويرية فعّالة.

This questionnaire aims to collect the opinions of hospital staff regarding the level of health risk management implementation and its impact on patient safety and quality of care, as well as to identify challenges and support the development of effective improvement frameworks.

تستغرق الإجابة على هذا الاستبيان من 5 إلى 7 دقائق فقط، ومشاركتك تقدّر بشكل كبير في إنجاح هذا البحث العلمي.

The survey takes approximately 5–7 minutes to complete, and your participation is highly appreciated to ensure the success of this research.

جميع المعلومات التي سيتم جمعها ستبقى سرية داخل بيئة البحث الأكاديمي فقط، ولن تُستخدم لأغراض أخرى أو تُشارك مع طرف ثالث.

All collected information will remain confidential and used only within the academic research environment; it will not be shared with any third party.

مشاركتك طوعية، ويمكنك الانسحاب في أي وقت دون أي تبعات.

Your participation is voluntary, and you may withdraw at any time without any consequences.

القسم الأول: المعلومات العامة

Section 1: General Information

1. الجنس / Gender

☐ ذكر / Male

☐ أنثى / Female

2. الفئة المهنية / Job Category

☐ طبيب / Physician

☐ ممرض / Nurse

☐ فني / Technician

☐ إداري / Administrator

☐ أخصائي إدارة مخاطر أو جودة / Risk or Quality Specialist

☐ غير ذلك / Other

3. سنوات الخبرة في المستشفى / Years of Experience

☐ أقل من 5 سنوات / Less than 5 years

☐ 5 إلى 10 سنوات / 5-10 years

☐ أكثر من 10 سنوات / More than 10 years

القسم الثاني: الإدارة المتكاملة للمخاطر

Section 2: Integrated Risk Management

(1 = لا أوافق بشدة / Strongly Disagree → 5 = أوافق بشدة / Strongly Agree)

العبارة / Statement	1	2	3	4	5
Written and clear risk management plans are available in the hospital / تتوفر خطط مكتوبة وواضحة لإدارة المخاطر في المستشفى	☐	☐	☐	☐	☐
Senior management actively monitors risk management implementation / الإدارة العليا تتابع تطبيق إدارة المخاطر بشكل فعال	☐	☐	☐	☐	☐
Staff are trained to identify and report risks / يتم تدريب العاملين على تحديد المخاطر والإبلاغ عنها	☐	☐	☐	☐	☐
Risk management procedures are updated regularly / يتم تحديث إجراءات إدارة المخاطر بشكل دوري	☐	☐	☐	☐	☐
Staff are trained in the designated specialties of various types / يتم التدريب على التخصصات المحددة بمختلف أنواعها	☐	☐	☐	☐	☐

القسم الثالث: سلامة المرضى وجودة الرعاية

Section 3: Patient Safety and Quality of Care

العبارة / Statement	1	2	3	4	5
تؤدي إدارة المخاطر في المستشفى إلى تحسين سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية / Risk management contributes to improving patient safety and quality of care	☐	☐	☐	☐	☐
يتم تطبيق إجراءات حماية المريض بدقة أثناء الجراحة / Patient safety measures during surgery are strictly applied	☐	☐	☐	☐	☐
يتم الإبلاغ عن الأخطاء السريرية دون عقاب / Clinical errors are reported without punishment	☐	☐	☐	☐	☐
الخدمات الصحية المقدمة تحقق رضا العاملين / The provided healthcare services achieve staff satisfaction	☐	☐	☐	☐	☐
يتم الالتزام بالمعايير المهنية في تقديم الخدمة / Professional standards are followed in healthcare delivery	☐	☐	☐	☐	☐
توفر المستشفى موارد كافية لتقديم رعاية آمنة وفعالة / The hospital provides sufficient resources for safe and effective care	☐	☐	☐	☐	☐

القسم الرابع: أنواع المخاطر السريرية والتشغيلية داخل المستشفى

Section 4: Common Clinical and Operational Risk Types

العبارة / Statement	1	2	3	4	5
يتم تطبيق سياسات مكافحة العدوى وفق دليل معتمد وتتم مراجعتها دورياً / Infection Prevention and Control (IPC) policies are applied based on an approved standard and reviewed regularly	☐	☐	☐	☐	☐
توجد إجراءات سلامة معتمدة للحد من مخاطر التخدير والمضاعفات الجراحية / Standardized safety procedures minimize anesthesia and surgical risks	☐	☐	☐	☐	☐
يتم صرف الأدوية وفق آلية تحقق دقيقة لتقليل الأخطاء الدوائية / Medication prescribing and dispensing follow a verification process to reduce errors	☐	☐	☐	☐	☐
تُجرى صيانة دورية للأجهزة الطبية لضمان سلامة الاستخدام / Medical devices undergo scheduled maintenance to ensure safe use	☐	☐	☐	☐	☐
وفق نظام (Near Miss / Adverse Events) تم الإبلاغ عن الحوادث السريرية / Clinical incidents are reported through a standardized system	☐	☐	☐	☐	☐

العبارة / Statement	1	2	3	4	5
/ توجد سياسات لحماية بيانات المرضى والحد من مخاطر اختراق السجلات الطبية Policies protect patient data and reduce risks of electronic health record breaches	☐	☐	☐	☐	☐

القسم الخامس: التحديات التي تواجه تطبيق الإدارة المتكاملة للمخاطر داخل المستشفى

Section 5: Challenges Facing Risk Management Implementation

العبارة / Statement	1	2	3	4	5
/ يوجد نقص في الكوادر المؤهلة والمتخصصة في إدارة المخاطر الصحية a shortage of qualified and specialized staff in healthcare risk management	☐	☐	☐	☐	☐
/ التدريب المستمر حول إدارة المخاطر غير كافٍ ولا يشمل جميع الفئات الوظيفية Continuous training on risk management is insufficient and does not cover all staff	☐	☐	☐	☐	☐
/ ضعف ثقافة الإبلاغ عن الحوادث والمخاطر بين العاملين يؤثر على فعالية النظام Weak reporting culture among staff affects risk management effectiveness	☐	☐	☐	☐	☐
/ توجد مقاومة للتغيير عند تطبيق سياسات جديدة تتعلق بالسلامة Resistance to change occurs when new safety and risk management policies are introduced	☐	☐	☐	☐	☐
/ عدم توفر الموارد المالية أو التقنية اللازمة يحد من التطبيق الفعال Lack of financial or technical resources limits effective implementation	☐	☐	☐	☐	☐

القسم السادس: تطوير الأطر المقترحة لتفعيل إدارة المخاطر داخل المستشفى

Section 6: Proposed Frameworks to Enhance Risk Management

العبارة / Statement	1	2	3	4	5
/ توفير برامج تدريبية متخصصة في إدارة المخاطر لجميع العاملين specialized training programs in risk management for all hospital staff	☐	☐	☐	☐	☐
/ إنشاء وحدة مركزية لإدارة المخاطر داخل المنشأة الصحية Establishing a centralized risk management unit within the healthcare facility	☐	☐	☐	☐	☐

العبارة / Statement	1	2	3	4	5
Implementing an electronic system for tracking and analyzing incidents and risks / تطبيق نظام إلكتروني لتتبع وتحليل الحوادث والمخاطر	☐	☐	☐	☐	☐
Enhancing interdepartmental integration to share risk-related information / تحسين التكامل بين الأقسام لتبادل المعلومات المتعلقة بالمخاطر	☐	☐	☐	☐	☐
Providing leadership support and sufficient resources to reinforce risk management efforts / دعم القيادة العليا لجهود إدارة المخاطر وتوفير الموارد اللازمة	☐	☐	☐	☐	☐

القسم الأخير: الملاحظات والاقتراحات

Final Section: Notes & Suggestions

يرجى كتابة أي ملاحظات أو اقتراحات قد تُسهم في تعزيز إدارة المخاطر وسلامة المرضى
Please provide any comments or suggestions that may help improve risk management and patient safety:

