

نموذج

مشروع خطة أطروحة للتسجيل لدرجة الدكتوراه

العنوان باللغة العربية:

تأثير إدارة المخاطر على سلامة المرضى: وتحليل الدور الوسيط للقيادة التحويلية: دراسة ميدانية على المرافق الصحية الحكومية

ب. العنوان باللغة الإنجليزية:

The impact of risk management on patient safety: and Analysis of the mediating role of transformational leadership: A field study on governmental health facilities

نوره بنت عبدالعزيز ابراهيم السليم

221000670

الاداره

اسم الباحث :

الرقم الاكاديمي :

الكلية :

1447هـ - 2026 م

مقدمة الدراسة

برزت إدارة المخاطر كعنصر حاسم في ضمان تقديم رعاية عالية الجودة للمرضى. تشمل إدارة المخاطر منهجًا منظمًا لتحديد وتقييم وتخفيف المخاطر المحتملة. ويمكن أن تؤثر تلك المخاطر سلبًا على المرضى ومقدمي الرعاية الصحية والمنظمات. الهدف الأساسي لإدارة المخاطر هو تقليل احتمالية وقوع أحداث سلبية وتعزيز سلامة المرضى. مما يؤدي إلى تحسين جودة الرعاية الصحية بشكل عام (عثمان، 2022).

وتتضمن الإدارة الفعالة للمخاطر مجموعة من الممارسات، وتشمل تلك الممارسات تطوير السياسات والإجراءات، وتدريب الموظفين، وأنظمة الإبلاغ عن الحوادث، وعمليات التدقيق المنتظمة. ويمكن للمنظمات الرعاية الصحية من خلال معالجة المخاطر المحتملة بشكل استباقي، منع الأخطاء، وتقليل التباين في الرعاية، وتعزيز ثقافة السلامة (الغامدي، 2022).

كما أصبحت المنظمات المعاصرة تتسم بالمخاطر بسبب التغير والتعقد الكبير في بيئة الأعمال التي تحيط بها، فصارت المنظمات عرضة للتأثر بهذه المخاطر، ولما كانت الخطورة تتصف بعنصر المفاجأة فهذا يستدعي من الإدارات في مختلف المنظمات امتلاك القدرة على توقعها وتجنب حدوثها مع وجود مهارة عالية في إدارتها والتصدي لها عند حدوثها، وهنا تبرز أهمية القيادة التحويلية في المنظمات في كيفية القدرة على التنبؤ بالتغيرات الحاصلة في البيئة الخارجية للمنظمات والتهديدات التي قد تؤثر بشكل سلبي عليها (الحفني، 2017).

أما القيادة التحويلية هي أحد أنماط الإدارة العديدة الموجودة في مؤسسات الرعاية الصحية، ويعتبرها الكثيرون الأسلوب الذي يمكن مؤسسات الرعاية الصحية من الاستجابة السريعة للتغيير والتحسين المستمر، ويمكن أن تترجم هذه السمات وغيرها إلى تحسينات أكبر في سلامة المرضى. على سبيل المثال، قد يكون هدف المنشأة هو زيادة رضا المرضى. سيحدد قائد التمريض أهدافًا لتحسين خدمة العملاء، وتطوير مبادرة أو مبادرات بشكل تعاوني، وقياس النتائج على سبيل المثال، استبيان للمرضى - وإشراك الموظفين على طول الطريق (الغامدي، 2022).

وتعتبر القيادة التحويلية نظرية في القيادة حيث يقوم القائد بخلق بيئة مناسبة للعمل وستعمل على تحسين مخرجات الأعضاء الملتزمين في مجموعته. ويرتبط هذا النوع من القيادة بقوة بتحسين

رعاية المرضى من خلال فرق عالية الأداء؛ لذا تحتاج منظمات الرعاية الصحية إلى توفير تدريب منظم لتطوير المهارات وبناء القدرات والثقافة التنظيمية. ستمتع القيادة التحويلية لمديرين المستشفيات الجيدين بفرصة 6.2 مرة لتنفيذ بيئة سلامة جيدة (Manisha V 2020).

كما تعد القيادة التحويلية من أهم الأنماط القيادية القادرة على تحقيق الأهداف الاستراتيجية للمستشفيات الحكومية، بما تمتاز به من قدرة على تبديل الأدوار بين القادة والمؤوسين الذين لديهم اطلاع أكبر على المشكلات التي تواجههم بشكل يومي؛ مما يمكنهم من التعامل مع هذه المشكلات وإيجاد الحلول بفعالية أكبر (نور، 2020) وتظهر الأزمات بشكل فجائي عادة مما يسبب إرباكاً للمستشفيات الحكومية ويهدد استمراريتها، ويضعف قدرتها على تقديم خدماتها، مما يستدعي وجود قيادة قادرة على اكتشاف الأزمات قبل وقوعها، وقادرة على استشراف المستقبل، والاستعداد له بشكل منظم لدفع المخاطر واحتوائها والتقليل من آثارها ومعالجتها (اليافعي، 2023).

وتعتبر سلامة المرضى في مجال الرعاية الصحية قضية عالمية. لقد أوضحت الكثير من الدراسات أن القيادة الطبية في المستشفيات لها تأثير كبير على سلامة المرضى حصرياً في العالم المتقدم. القيادة والإدارة في مهنة الرعاية الصحية مهمة جداً. يمكن للقائد الجيد أن يحدث تطوراً مفاجئاً في طريقة تقديم رعاية المرضى. إن التركيز الكبير على القادة الطبية من أطباء وتمريض على أدوارهم في نظام الرعاية الصحية يمكن أن يقلل من النتائج السلبية للمرضى ويحسن سلامة المرضى. أجريت هذه الدراسة لفهم تأثير القيادة التحويلية على سلامة المرضى (Fischer, S 2016).

وأصبحت المستشفيات الحكومية تتسم بالأزمات بسبب التغير والتعدد الكبير في بيئة الأعمال التي تحيط بها، فصارت المستشفيات الحكومية عرضة للتأثر بهذه الأزمات، ولما كانت الأزمة تتصف بعنصر المفاجأة فهذا يستدعي من الإدارات في مختلف المستشفيات الحكومية إمتلاك القدرة على توقعها وتجنب حدوثها مع وجود مهارة عالية في إدارتها والتصدي لها عند حدوثها، وهنا تبرز أهمية القيادة التحويلية في المستشفيات الحكومية في كيفية القدرة على التنبؤ بالتغيرات الحاصلة في البيئة الخارجية للمنظمات والتهديدات التي قد تؤثر بشكل سلبي عليها (الحفني، 2019).

ونجد معظم الدراسات تدور في المقام الأول حول الحالات الصحية الإيجابية المتعلقة إدارة المخاطر على سلامة المرضى. ومع ذلك، لم يتم إجراء سوى القليل من الأبحاث حول تأثير أسلوب القيادة على سلامة المرضى ، وخاصة الحالات الصحية السلبية، على سبيل المثال، الاكتئاب والقلق والإرهاق. اجتذبت القيادة التحويلية المزيد من الاهتمام التجريبي مقارنة بأنواع القيادة الأخرى في السنوات الأخيرة (Vainio H 2008 - شينز ب 2012).

كما اقترحت بعض الدراسات أن المديرين يمكنهم الحفاظ على سلامة المرضى من خلال القيادة التحويلية وجد بعض الباحثين أن القيادة التحويلية مع وتحليل الدور الوسيط يودي الى إدارة المخاطر على سلامة المرضى بشكل ايجابي مع أن القيادة التحويلية يمكن أن تخفف من الإرهاق الوظيفي بين موظفي صناعة إدارة المخاطر (جيل أ. أس 2006 - Liu C 2019).

تُطبق معظم المنظمات الصحية خططاً منهجية لإدارة المخاطر، وتُسند مسؤولية تنفيذها عادةً إلى القيادة العليا في المؤسسة، وتُعد القيادة التحويلية، بأبعادها الأربعة: التأثير المثالي، الدافعية الإلهامية، الاستثارة الفكرية، والاعتبارات الفردية، من أهم الأنماط القيادية التي تُسهم في مواجهة المخاطر الصحية بفعالية، فعند حدوث الأزمات، تبادر القيادة إلى إعداد خطة استجابة أو تصور شامل يهدف إلى احتواء المخاطر ومنع انتشارها قدر الإمكان، والحد من آثارها السلبية ومعالجتها قبل استفحالها، كما تسعى إلى استعادة النشاط في الأجزاء غير المتأثرة، وإعادة التوازن تدريجياً لتعويض ما تم فقده أثناء الأزمة، ومن الضروري أن يستفيد القائد من الخبرات السابقة في التعامل مع المخاطر، وأن يوظفها في تحسين الاستجابة المستقبلية وتعزيز جاهزية المنظمة (المهلاوي، 2020).

كما يُعدّ القطاع الصحي من أبرز القطاعات وأهمها في أي دولة نظراً لتأثيره الكبير على الأفراد والمجتمع، فاذا توفر نظام صحي قادر على مواجهة المخاطر ظهر ذلك على القطاعات الأخرى في الدولة، وقد أصبحت المخاطر حدثاً متوقعا لجميع المنظمات في هذا العصر المليء بالمتغيرات والمستجدات، وكلما استطاعت المنظمة التأقلم مع المتغيرات، كان لديها القدرة على التعامل مع المخاطر بثبات واتزان، ومن هذا المنطلق تتبع أهمية دراسة المخاطر في محاولة لتصنيف وتحليل وتقييم المخاطر تبعا لاحتمال الحدوث وشدة الخطورة ودرجة التحكم من قبل المنظمة وذلك كله بغرض مواجهة المخاطر المحتملة (الحفني، 2017).

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

تسعى الدراسة للإجابة عن التساؤل التالي:

ما مدى تأثير إدارة المخاطر على سلامة المرضى في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية، وما الدور الذي تقوم به القيادة التحويلية كعامل وسيط في هذه العلاقة؟
والذي تتفرع منه التساؤلات التالية:

- **التساؤل الأول:** ما مدى تأثير تطبيق إدارة المخاطر بكافة أبعادها (تحديد المخاطر - تحليل المخاطر - تقييم المخاطر - الاستجابة للمخاطر) على سلامة المرضى بالمستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية؟
- **التساؤل الثاني:** ما دور القيادة التحويلية بكافة أبعادها (التأثير المثالي - الدافعية الإلهامية - الإعتبارية الفردية - الاستثارة الفكرية) على إدارة المخاطر بالمستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية؟
- **التساؤل الثالث:** ما دور القيادة التحويلية بكافة أبعادها (التأثير المثالي - الدافعية الإلهامية - الإعتبارية الفردية - الاستثارة الفكرية) على سلامة المرضى بالمستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية؟
- **التساؤل الرابع :** ما مستوى تحقق أبعاد سلامة المرضى (تقليل الأخطاء الطبية - فعالية أنظمة الإبلاغ - إشراك المرضى - بيئة العمل الآمنة - جودة الرعاية السريرية) بالمستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية؟
- **التساؤل الخامس:** ما مدى تأثير المتغيرات الشخصية مثل : (النوع، المؤهل العلمي، نوع الوظيفة، سنوات الخبرة) على إدراك العاملين لأهمية القيادة التحويلية في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية؟

أهمية الدراسة (النظرية والتطبيقية):

أولاً: الأهمية النظرية

1. سد الفجوة المعرفية بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى، حيث تسعى الدراسة إلى توضيح العلاقة السببية بين ممارسات إدارة المخاطر ومستوى سلامة المرضى، وهو مجال لا يزال بحاجة إلى مزيد من التوثيق والتحليل في السياق العربي، وخاصة في المرافق الصحية الحكومية.

2. إبراز الدور الوسيط للقيادة التحويلية، حيث نتقدم الدراسة نموذجًا نظريًا يوضح كيف يمكن للقيادة التحويلية أن تعزز أو تعدّل العلاقة بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى، مما يثري الأدبيات المتعلقة بالقيادة الصحية ويمنحها بعدًا تطبيقيًا جديدًا.

3. توسيع نطاق الدراسات في السياق العربي، حيث تُعد هذه الدراسة من المحاولات القليلة التي تتناول هذه العلاقة في بيئة المرافق الصحية الحكومية في الدول العربية، مما يمنحها قيمة نظرية في إثراء الأدبيات المحلية ومقارنتها بالنماذج العالمية.

ثانياً: الأهمية التطبيقية

تظهر أهمية الدراسة عملياً من نتائجها التي قد تساعد صانعي القرار على تزويد القيادات بالمهارات اللازمة لاتباع نمط القيادة التحويلية عند مواجهة المخاطر ورفع مستوى القدرة على إدارتها بشكل يعزز من جوانب القوة لديها، ويخفف من سلبيات ضعفها، كما قد تساهم نتائج هذه الدراسة في تزويد مستشفى المملكة العربية السعودية بأبرز فجوات القيادة التحويلية لديها، مما يساعدها على تخفيض حجم هذه الفجوات.

تحسين جودة الرعاية الصحية من خلال فهم العلاقة بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى، وتقليل الأخطاء الطبية وتحسين تجربة المريض، وأيضاً تعميم نتائجها لتشمل المستشفيات الخاصة والمراكز الصحية؛ مما يوسع نطاق التأثير العملي.

أهداف الدراسة:

نظراً للدور الكبير الذي يؤديه مستشفيات المملكة العربية السعودية في الحفاظ على صحة المواطنين والمقيمين، مما أظهر أهمية قدرة القيادات فيه على إدارة المخاطر، باستخدام الأنماط

القيادية الحديثة، والتي تعتمد تبادل الأدوار بين القادة والمرؤوسين، فإنّ هذه الدراسة تسعى للتعرف إلى:

1. تهدف الدراسة إلى التعرف على أثر إدارة المخاطر بكافة أبعادها (تحديد المخاطر - تحليل المخاطر - تقييم المخاطر - الاستجابة للمخاطر) على سلامة المرضى.
2. التعرف على دور القيادة التحويلية بكافة أبعادها (التأثير المثالي، الدافعية الإلهامية، الاعتبارية الفردية، الاستثارة الفكرية) على إدارة المخاطر الصحية بمستشفيات المملكة العربية السعودية.
3. التعرف على دور القيادة التحويلية بكافة أبعادها (التأثير المثالي، الدافعية الإلهامية، الاعتبارية الفردية، الاستثارة الفكرية) على سلامة المرضى بمستشفيات المملكة العربية السعودية.
4. التعرف على مستوى تحقق أبعاد سلامة المرضى (تقليل الأخطاء الطبية - فعالية أنظمة الإبلاغ - إشراك المرضى - بيئة العمل الآمنة - جودة الرعاية السريرية) بالمستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية؟
5. تقديم نموذج تطبيقي يمكن استخدامه لتحسين الأداء المؤسسي في القطاع الصحي.

فرضيات الدراسة:

الفرضية الرئيسية: وجود تأثير ذو دلالة إحصائية لممارسة إدارة المخاطر على سلامة المرضى في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية، من خلال الدور الذي تقوم به القيادة التحويلية كعامل وسيط في هذه العلاقة؟

في ضوء مشكلة وأهداف الدراسة تم صياغة الفروض التالية:

الفرضية الأولى: يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لممارسات إدارة المخاطر على سلامة المرضى في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية.

الفرضية الثانية: يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لممارسات القيادة التحويلية على فعالية إدارة المخاطر في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية.

الفرضية الثالثة: يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية للقيادة التحويلية على مستوى سلامة المرضى في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية.

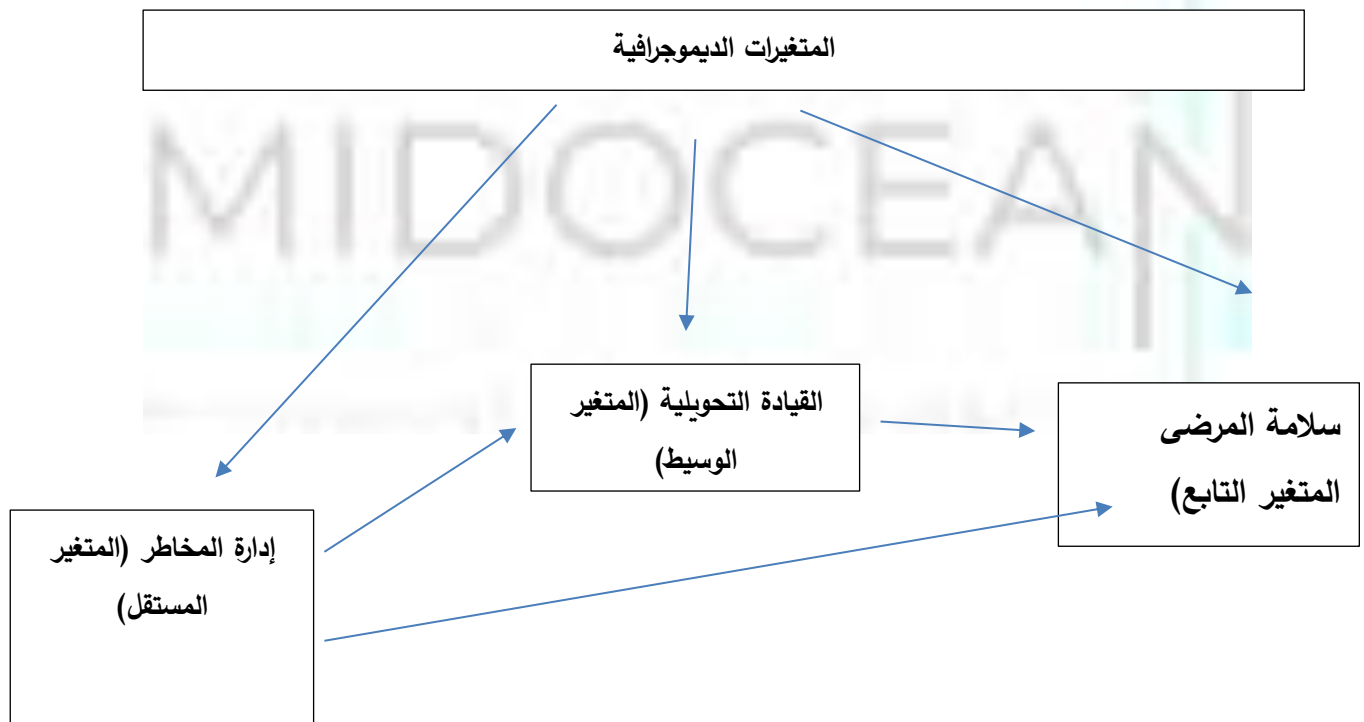
الفرضية الرابعة : يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لأبعاد سلامة المرضى (تقليل الأخطاء الطبية، فعالية أنظمة الإبلاغ، إشراك المرضى، بيئة العمل الآمنة، جودة الرعاية السريرية) على المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية.

الفرضية الخامسة: يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية للقيادة التحويلية على العلاقة بين ممارسات إدارة المخاطر وسلامة المرضى في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية.

الفرضية السادسة : توجد فروق ذو دلالة إحصائية في إدراك العاملين لأهمية القيادة التحويلية في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية تُعزى إلى المتغيرات الديموجرافية (النوع، المؤهل العلمي، نوع الوظيفة، سنوات الخبرة).

نموذج الدراسة:

الشكل (1) النموذج المفاهيمي للعلاقة بين المتغيرات



إعداد / الباحثة.

شرح النموذج:

جدول (1) شرح العلاقة بين المتغيرات

المتغير	النوع	التأثير
إدارة المخاطر (متغير مستقل)	مستقل	تأثير مباشر على سلامة المرضى.
القيادة التحويلية (متغير وسيط)	وسيط	تأثير مباشر على سلامة المرضى.
سلامة المرضى (متغير تابع)	تابع	تتأثر بإدارة المخاطر والقيادة التحويلية.
المتغيرات الديموجرافية	(النوع - المؤهل - نوع الوظيفة - سنوات الخبرة)	تأثير غير مباشر على إدارة المخاطر والقيادة التحويلية وسلامة المرضى)

إعداد : الباحثة بالاعتماد على الدراسات المرجعية.

الدراسات المرجعية:

الدراسات باللغة العربية:

الدراسة الأولى: دراسة فاتن خليل 2018

أجرت فاتن خليل (2018) دراسة بعنوان "تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية: دراسة حالة في مراكز طب الأسرة في بغداد"، وهدفت إلى التعرف على مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية العاملة بنظام طب الأسرة، ومدى تطبيق هذه المراكز للمعايير المعتمدة عالمياً، مع التركيز على تحديد الفجوة بين الواقع الفعلي والمعايير الدولية في جودة الخدمة وسلامة المرضى.

استخدمت الدراسة الاستبانة المغلقة كأداة رئيسية لجمع البيانات، وتم تصميمها لقياس أبعاد جودة الخدمة الصحية وفقاً لنموذج SERVQUAL، الذي يشمل عناصر مثل الاستجابة، الاعتمادية،

التعاطف، الضمان، والمظهر العام. كما تضمنت الاستبانة بنودًا تقيس مدى الالتزام بمعايير سلامة المرضى، مثل التوثيق الطبي، التعامل مع الحوادث، وتوفير بيئة آمنة. تم التحقق من صدق الأداة وثباتها باستخدام معامل كرونباخ ألفا، وأجريت مراجعة محتوى من قبل مختصين في إدارة الجودة الصحية.

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التقييمي، حيث تم تحليل البيانات باستخدام المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري، إلى جانب تحليل الفجوات بين التوقعات والممارسات الفعلية. وقد تم اختيار عينة قصدية مكونة من 120 مشاركًا من العاملين في أربعة مراكز صحية في بغداد، شملت أطباء، ممرضين، إداريين، وفنيين، ممن لديهم خبرة لا تقل عن سنتين في العمل داخل نظام طب الأسرة.

توصلت الدراسة إلى وجود فجوة واضحة بين الخدمات الصحية المقدمة والمعايير العالمية المعتمدة، خاصة في مجالات التوثيق الطبي، الاستجابة للحوادث، وتدريب الكوادر. كما أظهرت النتائج أن مستوى رضا العاملين عن جودة الخدمة كان متوسطًا، وأن هناك ضعفًا في تطبيق بعض الإجراءات المتعلقة بسلامة المرضى، مثل إدارة العدوى والتعامل مع الأخطاء الطبية. وأوصت الدراسة بضرورة تطوير السياسات التشغيلية داخل مراكز طب الأسرة، وتكثيف برامج التدريب المستمر للكوادر الصحية، وتفعيل أنظمة الرقابة الداخلية لضمان تحسين جودة الخدمة وسلامة المرضى، بالإضافة إلى تبني مؤشرات أداء واضحة وقابلة للقياس تساعد في تقييم التقدم وتحقيق التحسين المستمر.

الدراسة الثانية: دراسة حسين 2019

أجرى رامز رمضان محمد حسين (2019) دراسة بعنوان "أثر تطبيق القيادة التحويلية على تحسين الأداء في المنظمات الصحية طبقًا لرؤية مصر 2030: دراسة تطبيقية على المستشفيات الحكومية"، وهدفت إلى تحديد مدى التزام المنظمات الصحية بتبني مبدأ القيادة التحويلية بأبعادها المختلفة، وتحليل أثر تطبيق تلك المبادئ على تحسين الأداء المؤسسي وجودة الخدمة الصحية المقدمة. ركزت الدراسة على المستشفيات الحكومية في مصر، في سياق التوجهات الاستراتيجية لرؤية مصر 2030، التي تسعى إلى تطوير القطاع الصحي من خلال تعزيز الكفاءة والقيادة الفعالة.

استخدم الباحث استبانة مغلقة مكونة من 38 عبارة، تم تصميمها لقياس أبعاد القيادة التحويلية، وهي: التأثير المثالي، الدافع والإلهام، الاستثارة الفكرية، الاعتبارات الفردية، والتمكين الإداري. تم توزيع الاستبانة على العاملين في الوظائف الإشرافية والقيادية داخل المستشفيات الحكومية، وتم

استرداد 138 استبانة، منها 126 صالحة للتحليل الإحصائي، أي بنسبة استجابة بلغت 84%. تم التحقق من صدق الأداة وثباتها باستخدام برنامج SPSS ، حيث استخدم الباحث الإحصاء الوصفي، اختبارات التوزيع الطبيعي، وتحليل الانحدار البسيط لاختبار فرضيات الدراسة.

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، إلى جانب الدراسة الميدانية لجمع البيانات من بيئة العمل الفعلية. وقد تم اختيار عينة عشوائية من القيادات الصحية والإشرافية في المستشفيات الحكومية، بهدف ضمان تمثيل واقعي لمستوى القيادة داخل المؤسسات الصحية العامة، وتوفير بيانات دقيقة حول مدى تطبيق القيادة التحويلية في السياق المصري.

توصلت الدراسة إلى أن تطبيق القيادة التحويلية بأبعادها المختلفة يسهم بشكل مباشر في تحسين الأداء المؤسسي وجودة الخدمة الصحية المقدمة. وقد أظهرت النتائج أن المستشفيات التي تتبنى نمط القيادة التحويلية تحقق مستويات أعلى من الكفاءة التنظيمية، وتتمتع ببيئة عمل أكثر دعمًا للابتكار والتطوير. كما تبين أن التمكين الإداري والاستثارة الفكرية كانا من أكثر الأبعاد تأثيرًا في تحسين الأداء.

وأوصت الدراسة بضرورة تبني المستشفيات الحكومية لأبعاد القيادة التحويلية في إدارة أعمالها الإدارية، مع التركيز على تطوير برامج تدريب وتأهيل للقادة والمشرفين حول تطبيق هذه الأبعاد بشكل عملي. كما شددت على أهمية دمج القيادة التحويلية في السياسات التنظيمية والاستراتيجية، وتفعيل دورها في تحسين جودة الخدمات الصحية، بما يتماشى مع أهداف التنمية المستدامة ورؤية مصر 2030.

الدراسة الثالثة: دراسة الغامدي وعثمان 2023

أجرى ماجد بن عزيز الغامدي ومزمل علي محمد عثمان (2023) دراسة بعنوان "أثر القيادة التحويلية على إدارة الأزمات الصحية: دراسة ميدانية على مستشفى الملك عبدالله ببيشة"، وهدفت إلى تحليل أثر القيادة التحويلية بأبعادها المختلفة (التأثير المثالي، الاستثارة الفكرية، الدافعية الإلهامية) على قدرة المستشفى في التعامل مع الأزمات الصحية. سعى الباحثان إلى فهم كيف يمكن للقيادة التحويلية أن تسهم في تعزيز كفاءة إدارة الأزمات داخل المؤسسات الصحية، خاصة في ظل التحديات المتزايدة التي تواجه القطاع الطبي.

استخدمت الدراسة الاستبانة المغلقة كأداة رئيسية لجمع البيانات، وتم تصميمها لقياس واقع تطبيق القيادة التحويلية ومستوى إدارة الأزمات الصحية. تضمنت الاستبانة مجموعة من البنود التي تغطي الأبعاد القيادية الثلاثة، بالإضافة إلى مؤشرات تتعلق بكفاءة الاستجابة للأزمات، مثل سرعة اتخاذ

القرار، التنسيق الداخلي، والمرونة التنظيمية. تم التحقق من صدق الأدلة وثباتها باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، كما خضعت لمراجعة علمية من قبل مختصين في الإدارة الصحية.

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، حيث تم تحليل العلاقة بين المتغيرات باستخدام معامل الارتباط وتحليل التباين. وقد تم اختيار عينة عشوائية مكونة من 270 موظفًا وموظفة من العاملين في مستشفى الملك عبدالله ببيشة، وشملت العينة تخصصات طبية وإدارية متنوعة. أظهرت البيانات أن نسبة الذكور بلغت 74%، وأن 39.3% من المشاركين يحملون الدرجة الجامعية الأولى، بينما يعمل 37.8% منهم في المجال الطبي المباشر، مما يعكس طبيعة المجتمع المهني داخل المستشفى.

توصلت الدراسة إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية للقيادة التحويلية على إدارة الأزمات الصحية، حيث كانت كافة الأبعاد التي تقيس واقع تطبيق القيادة التحويلية مرتفعة بشكل عام. كما تبين أن قدرة قادة مستشفى الملك عبدالله على إدارة الأزمات الصحية كانت عالية، وأن هناك فرقًا ذا دلالة إحصائية يعزى إلى النوع، بينما لم تظهر فروق تعزى للمؤهل العلمي أو نوع الوظيفة. وأوصت الدراسة بضرورة تبني نمط القيادة التحويلية بكافة أبعاده عند مواجهة الأزمات الصحية، وتنمية بعدي الاستثارة الفكرية والدافعية الإلهامية لدى القادة من خلال الدورات التدريبية المتخصصة، بالإضافة إلى تحديد النمط القيادي الأمثل لكل متغير من متغيرات البيئة الخارجية عبر وضع خطط استراتيجية مرنة تساعد في مواجهة التغيرات المستقبلية بكفاءة.

الدراسة الرابعة: دراسة عيفي وآلاء 2024

أجرى عيفي وآلاء (2024) دراسة بعنوان "تأثير تطبيق إدارة المخاطر على مشاريع الرعاية الصحية: دراسة تطبيقية على مستشفيات في جدة"، وهدفت إلى تقييم أثر تطبيق نظم إدارة المخاطر على جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى في المستشفيات الحكومية والخاصة بمدينة جدة. سعى الباحثان إلى فهم مدى فاعلية السياسات والإجراءات المرتبطة بإدارة المخاطر في تحسين الأداء الصحي وتقليل الحوادث الطبية، وذلك في ظل التحديات التنظيمية والبيئية التي تواجه المؤسسات الصحية.

استخدمت الدراسة الاستبانة المغلقة كأداة رئيسية لجمع البيانات، وتم تصميمها بناءً على نماذج عالمية في إدارة الجودة وسلامة المرضى. تضمنت الاستبانة ثلاثة محاور: الأول يقيس ممارسات إدارة المخاطر، والثاني يختبر مؤشرات جودة الرعاية، والثالث يركز على سلامة المرضى. تم التحقق من صدق الأدلة وثباتها باستخدام معامل كرونباخ ألفا، كما خضعت لمراجعة علمية من قبل خبراء في الإدارة الصحية لضمان ملاءمتها للسياق المحلي.

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، حيث تم تحليل العلاقة بين المتغيرات باستخدام أدوات إحصائية مثل المتوسطات والانحراف المعياري وتحليل الانحدار. وقد تم اختيار عينة قصدية مكونة من 200 مشارك من العاملين في القطاع الصحي، شملت أطباء، ممرضين، إداريين، ومديري الجودة، موزعين على عدد من المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة جدة. تم اختيار العينة بناءً على معيار الخبرة العملية (لا تقل عن ثلاث سنوات) لضمان جودة الاستجابات. توصلت الدراسة إلى أن 60% من المشاركين لاحظوا تحسناً في جودة الرعاية الصحية بعد تطبيق نظم إدارة المخاطر، بينما أشار 50% إلى تحسن في سلامة المرضى من حيث تقليل الأخطاء الطبية والاستجابة للحوادث. كما كشفت النتائج عن وجود تحديات تعيق التطبيق الفعال، أبرزها ضعف التدريب، نقص الموارد، ومقاومة التغيير من قبل بعض العاملين. وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز برامج التدريب والتوعية، تحسين الدعم الإداري، وتحديث السياسات بشكل دوري لضمان توافقها مع المعايير الحديثة، إلى جانب استخدام التكنولوجيا في تحليل البيانات وتطوير أنظمة الإنذار المبكر داخل المستشفيات.

الدراسات باللغة الانجليزية:

الدراسة الخامسة:

Purwanto et al., 2020

أجرى Purwanto et al. (2020) دراسة بعنوان "أثر أساليب القيادة التحويلية والتبادلية على أداء المركز الصحي: دراسة ميدانية في مدينة باتي بجاوا الوسطى"، وهدفت إلى التعرف على مدى تأثير نمطي القيادة التحويلية والتبادلية على أداء العاملين في المراكز الصحية، وذلك في سياق سعي المؤسسات الصحية الإندونيسية إلى تحسين جودة الخدمات وتعزيز الكفاءة التشغيلية. ركزت الدراسة على تحليل العلاقة بين أساليب القيادة الحديثة ومستوى أداء الموظفين في بيئة صحية حكومية.

استخدم الباحثون الاستبانة المغلقة كأداة رئيسية لجمع البيانات، حيث تم تصميمها لقياس أبعاد القيادة التحويلية (مثل التحفيز، الرؤية، الاعتبار الفردي) والقيادة التبادلية (مثل المكافأة المشروطة والإدارة بالاستثناء)، بالإضافة إلى مؤشرات أداء الموظفين مثل الالتزام، الإنتاجية، وجودة الخدمة. تم التحقق من صدق الأداة وثباتها باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، كما خضعت لمراجعة علمية لضمان ملاءمتها للسياق المحلي.

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، حيث تم تحليل العلاقة بين المتغيرات باستخدام معامل الارتباط وتحليل الانحدار. وقد تم اختيار عينة مكونة من 200 موظف وموظفة يعملون

في المراكز الصحية بمدينة باتي بجاوا الوسطى، وشملت العينة فئات وظيفية متنوعة من أطباء، ممرضين، إداريين، وفنيين، لضمان تمثيل شامل للبيئة التنظيمية داخل المركز الصحي.

توصلت الدراسة إلى أن أسلوب القيادة التحويلية له تأثير إيجابي وهام للغاية على أداء الموظفين، حيث يعزز من روح المبادرة، الالتزام، والرضا الوظيفي. كما أظهرت النتائج أن أسلوب القيادة التبادلية له أيضًا تأثير كبير وإيجابي على الأداء، خاصة في الجوانب المتعلقة بالتحفيز المباشر والانضباط التنظيمي. وقد بينت الدراسة أن الجمع بين النمطين القياديين يحقق نتائج أفضل من الاعتماد على أحدهما فقط.

وأوصت الدراسة بضرورة استخدام أسلوبي القيادة التحويلية والتبادلية بشكل متكامل، من خلال التعليمات الواضحة، الاستشارات المستمرة، المشاركة في اتخاذ القرار، التفويض الفعال، وتبني الأساليب القيادية ذات المرونة العالية التي تتكيف مع احتياجات الموظفين وظروف العمل. كما شددت على أهمية تدريب القادة الصحيين على تطبيق هذه الأنماط القيادية بما ينعكس إيجابًا على جودة الأداء المؤسسي والخدمة الصحية المقدمة.

الدراسة السادسة:

Badriyah Putri Jannah (2024)

أجرت بدرية بوتري جانا (2024) دراسة بعنوان "تأثير نمط القيادة التحويلية على تطبيق سلامة المرضى في المستشفيات: مراجعة أدبية"، وهدفت إلى تحليل أثر القيادة التحويلية على جهود تعزيز سلامة المرضى داخل المؤسسات الصحية، باعتبار أن المستشفيات بيئات تنظيمية معقدة تتطلب نمطًا قياديًا مرناً ومحفزًا قادرًا على إحداث التغيير. ركزت الدراسة على كيفية مساهمة القيادة التحويلية في تحسين بيئة العمل، وتقوية ثقافة السلامة، وتقليل الأخطاء الطبية من خلال دعم الفرق الصحية وتحفيزهم.

استخدمت الباحثة منهج الدراسة الأدبية (Literature Review)، حيث جمعت بيانات ثانوية من مقالات علمية منشورة في قواعد بيانات إلكترونية، وفقًا لمعايير إدراج واستبعاد محددة مسبقًا. تم تحليل الدراسات السابقة التي تناولت القيادة التحويلية وسلامة المرضى، مع التركيز على الأبعاد القيادية الأربعة: التأثير المثالي، الدافعية الإلهامية، الاستثارة الفكرية، والاعتبار الفردي. لم تعتمد الدراسة على عينة ميدانية، بل استندت إلى تحليل محتوى منهجي للدراسات المنشورة بين عامي 2015 و2023.

أظهرت نتائج الدراسة أن القيادة التحويلية تُعد استراتيجية فعالة ومؤثرة بشكل كبير في تحسين سلامة المرضى داخل المستشفيات. حيث أشار التحليل إلى أن القادة الذين يتبنون هذا النمط القيادي يساهمون في تحسين ظروف العمل، وخلق بيئة تنظيمية داعمة، مما ينعكس إيجابًا على جودة الخدمة المقدمة. كما تبين أن القيادة التحويلية تعزز التكامل بين الفرق الطبية، وتدعم اتخاذ قرارات سريعة وفعالة في المواقف الحرجة، مما يقلل من احتمالية وقوع الحوادث الطبية.

وأوصت الدراسة بضرورة تبني نمط القيادة التحويلية في المؤسسات الصحية، خاصة في المستشفيات العامة التي تواجه تحديات تنظيمية وبشرية معقدة. كما شددت على أهمية تدريب القادة الصحيين على مهارات التحفيز والتواصل الفعال، وتطوير برامج قيادية تركز على بناء ثقافة السلامة. وأكدت الباحثة أن دمج القيادة التحويلية ضمن السياسات الإدارية للمستشفيات يمكن أن يكون عاملاً حاسماً في تحسين الأداء المؤسسي وتحقيق أهداف الجودة وسلامة المرضى.

الدراسة السابعة:

أجرى **Stöcker وآخرون (2023)** دراسة بعنوان "القيادة التحويلية ورأس المال الاجتماعي كمحددات لسلامة المرضى: مقارنة بارسونية"، وهدفت إلى تحليل تأثير القيادة التحويلية ورأس المال الاجتماعي على جودة الرعاية وسلامة المرضى في المستشفيات الألمانية، من خلال إطار نظري مستند إلى نموذج AGIL لبارسون، الذي يركز على التكيف، تحقيق الأهداف، التكامل، وصيانة الأنماط التنظيمية. سعى الباحثون إلى اختبار كيف تؤثر القيادة التحويلية (كعامل لتحقيق الأهداف) ورأس المال الاجتماعي (كعامل تكامل جماعي) على تقليل العيوب في جودة الرعاية الصحية.

استخدمت الدراسة استبانة مغلقة تم توزيعها على 551 مديراً طبياً في المستشفيات الألمانية، لقياس مستوى القيادة التحويلية ورأس المال الاجتماعي داخل المؤسسات الصحية. كما تم ربط نتائج الاستبيان ببيانات تقارير الجودة للفترة بين عامي 2012 و2019، مما أتاح إجراء تحليل طولي شامل. اعتمد الباحثون على المنهج الكمي التحليلي، واستخدموا تقسيماً ثلاثياً لمستويات القيادة والتكامل (منخفض، متوسط، مرتفع) لإنشاء ما يسمى بعامل GI الذي يجمع بين القيادة التحويلية والتكامل الاجتماعي.

أظهرت نتائج الدراسة أن المستشفيات التي تتمتع بمستوى مرتفع من القيادة التحويلية والتكامل الاجتماعي (عامل GI المرتفع) كانت أقل عرضة لظهور عيوب في جودة الرعاية الصحية، مقارنة بالمستشفيات ذات المستويات المنخفضة أو المتوسطة. كما تبين أن العلاقة بين القيادة التحويلية

وسلامة المرضى تصبح أكثر قوة عندما تكون مصحوبة بيئة عمل متكاملة اجتماعيًا، مما يعزز التعاون والثقة بين الفرق الطبية.

وأوصت الدراسة بضرورة أن تتبنى المؤسسات الصحية نهجًا مزدوجًا لتحسين سلامة المرضى، يجمع بين القيادة التحويلية الفعالة وبناء رأس مال اجتماعي قوي داخل فرق العمل. كما شددت على أهمية أن يركز مدراء المستشفيات على تحقيق الأهداف التنظيمية من خلال تحفيز العاملين، وتوفير بيئة داعمة للتكامل والتواصل، بما يضمن استدامة الجودة وتقليل المخاطر في الرعاية الصحية.

الدراسة الثامنة:

أجرى **Waldemar Karwowski (2024) & Hassan Alabdullah** بعنوان "ثقافة سلامة المرضى في بيئات المستشفيات عبر القارات: مراجعة منهجية"، وهدفت إلى تحليل الفروقات العالمية في إدراك العاملين في المستشفيات لثقافة سلامة المرضى، وتحديد نقاط القوة والضعف في تطبيق هذه الثقافة عبر أنظمة صحية مختلفة. ركزت الدراسة على أهمية بناء ثقافة مؤسسية داعمة للسلامة، باعتبارها حجر الأساس في تحسين جودة الرعاية وتقليل الأخطاء الطبية.

استخدم الباحثان منهج المراجعة المنهجية (Systematic Review)، وفقًا لإرشادات PRISMA، حيث تم تحليل الدراسات المنشورة بين عامي 2010 و2024 التي استخدمت أداة "استبيان ثقافة سلامة المرضى في المستشفيات (HSOPSC)" بنسختيها 1.0 و2.0. شملت المراجعة دراسات من عدة دول في آسيا، أوروبا، وأمريكا الشمالية، ما أتاح مقارنة شاملة بين السياقات الصحية المختلفة. لم تعتمد الدراسة على عينة ميدانية مباشرة، بل استندت إلى تحليل محتوى منهجي للدراسات السابقة.

أظهرت نتائج الدراسة أن هناك تفاوتًا ملحوظًا في إدراك العاملين لثقافة سلامة المرضى بين الدول والمناطق الصحية، إلا أن هناك نقطتي قوة ظهرت بشكل متكرر، خاصة في الدول الآسيوية: "العمل الجماعي داخل الوحدات" و"التركيز على التعلم المستمر". في المقابل، كشفت الدراسة عن تحديات مشتركة، أبرزها "البيئة العقابية التي تعيق الإبلاغ عن الأخطاء"، و"نقص الكوادر البشرية"، بالإضافة إلى ضعف التواصل بين الفرق الصحية. كما تبين أن الممرضين يميلون إلى تقييم ثقافة السلامة بشكل أقل إيجابية مقارنةً بالعاملين المختلطين.

وأوصت الدراسة بضرورة تبني نهج شامل لتعزيز ثقافة سلامة المرضى عالميًا، يشمل بناء "ثقافة عادلة" تشجع على الإبلاغ عن الأخطاء دون خوف، ومعالجة نقص الموارد البشرية، وتعزيز

التواصل المفتوح بين جميع العاملين في القطاع الصحي. كما شددت على أهمية تصميم تدخلات مخصصة حسب السياق الإقليمي، لضمان ملاءمة السياسات والممارسات مع الواقع المحلي، وتحقيق بيئة صحية أكثر أمانًا ودعمًا للمرضى.

جدول (2) ملخص الدراسات المرجعية.

ملخص الدراسات المرجعية			
الدراسة	الهدف	النتيجة	الفرق بينها وبين دراستي
الدراسة الأولى: دراسة فائن خليل 2018	تقييم جودة الخدمات الصحية في مراكز طب الأسرة ببغداد ومدى توافقها مع المعايير العالمية.	كشفت عن وجود فجوة واضحة بين الواقع الفعلي والمعايير الدولية، خاصة في التوثيق الطبي وتدريب الكوادر.	ركزت على جودة الخدمة بشكل عام دون تناول إدارة المخاطر أو القيادة التحويلية، وفي مراكز أولية وليس مرافق حكومية شاملة.
الدراسة الثانية: دراسة حسين 2019	تحليل أثر القيادة التحويلية على تحسين الأداء المؤسسي في المستشفيات الحكومية ضمن إطار رؤية مصر 2030.	أظهرت أن القيادة التحويلية تسهم بشكل مباشر في رفع كفاءة الأداء وجودة الخدمة الصحية، خاصة من خلال التمكين والاستشارة الفكرية.	تناول القيادة التحويلية بشكل مباشر دون ربطها بإدارة المخاطر أو سلامة المرضى، وركز على الأداء المؤسسي فقط.
الدراسة الثالثة: دراسة الغامدي وعثمان 2023	تحليل أثر القيادة التحويلية بأبعادها المختلفة على إدارة الأزمات الصحية في مستشفى الملك عبدالله ببيشة.	تحليل أثر القيادة التحويلية بأبعادها المختلفة على إدارة الأزمات الصحية في مستشفى الملك عبدالله ببيشة.	ركزت على القيادة التحويلية في سياق الأزمات، وليس كعامل وسيط بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى.
الدراسة الرابعة: دراسة عفيفي وآلاء 2024	تقييم أثر تطبيق نظم إدارة المخاطر على جودة الرعاية الصحية	أظهرت أن تطبيق إدارة المخاطر أدى إلى تحسن ملحوظ في جودة الرعاية وسلامة	تناولت إدارة المخاطر وتأثيرها على الجودة وسلامة المرضى، لكنها لم تدمج القيادة التحويلية

وسلامة المرضى في مستشفيات مدينة جدة.	المرضى، مع تحديات تتعلق بنقص التدريب ومقاومة التغيير.	كعامل وسيط في النموذج التحليلي.	
التعرف على أثر أسلوب القيادة التحويلية والتبادلية على أداء العاملين في المركز الصحي بمدينة باني بجاوا الوسطى.	أظهرت أن كلا النمطين القياديين لهما تأثير إيجابي وكبير على أداء الموظفين، خاصة عند تطبيقهما بأسلوب مرن يشمل المشاركة والتفويض والاستشارات.	ركزت على القيادة التحويلية والتبادلية وتأثيرهما على الأداء، دون تناول إدارة المخاطر أو سلامة المرضى كمتغيرات.	الدراسة الخامسة: Purwanto et al., 2020
تحليل أثر القيادة التحويلية على تطبيق سلامة المرضى في المستشفيات من خلال مراجعة الأدبيات المنشورة بين عامي 2015 و 2023.	أظهرت أن القيادة التحويلية تساهم بشكل فعال في تحسين بيئة العمل وتعزيز ثقافة السلامة وتقليل الحوادث الطبية داخل المستشفيات.	تناولت القيادة التحويلية وتأثيرها على سلامة المرضى، لكنها لم تربط ذلك بإدارة المخاطر أو تستخدم نموذج وساطة تحليلي.	الدراسة السادسة: Badriyah Putri Jannah (2024)
تحليل تأثير القيادة التحويلية ورأس المال الاجتماعي على سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية في المستشفيات الألمانية من خلال نموذج بارسون الوظيفي.	أظهرت أن المستشفيات التي تجمع بين القيادة التحويلية والتكامل الاجتماعي تحقق مستويات أعلى من السلامة وجودة الرعاية، مقارنة بالمستشفيات ذات المستويات المنخفضة في هذين البعدين.	دمجت القيادة التحويلية مع رأس المال الاجتماعي، وليس إدارة المخاطر، وركزت على نموذج بارسون وليس نموذج وساطة.	الدراسة السابعة Stöcker وآخرون 2023
تحليل الفروقات العالمية في إدراك العاملين لثقافة سلامة المرضى في المستشفيات، من خلال مراجعة منهجية للدراستات التي	كشفت عن تفاوت كبير بين الدول في تقييم ثقافة السلامة، مع بروز العمل الجماعي والتعلم المستمر كنقاط قوة، مقابل ضعف الإبلاغ	دراسة مراجعة منهجية تناولت ثقافة سلامة المرضى عالميًا، دون تحليل تأثير القيادة أو إدارة المخاطر بشكل مباشر.	الدراسة الثامنة Hassan Alabdullah Waldemar و Karwowski “ (2024)

	استخدمت أداة HSOPSC.	عن الأخطاء والخوف من العقاب في بيئات متعددة.	
--	-------------------------	--	--

إعداد / الباحثة بالإعتماد على الدراسات المرجعية.

أوجه الاستفادة من الدراسات المرجعية:

تُظهر الدراسات السابقة أهمية القيادة التحويلية وإدارة المخاطر في تحسين جودة الخدمات الصحية وسلامة المرضى. فقد تناولت دراسة فاتن خليل (2018) تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز طب الأسرة ببغداد، مسلطة الضوء على الفجوة بين الواقع الفعلي والمعايير الدولية، مما يدعم بناء مؤشرات دقيقة لسلامة المرضى في دراستك. أما دراسة عفيفي وآلاء (2024)، فقد ركزت على أثر تطبيق إدارة المخاطر في مستشفيات جدة، مؤكدة دور السياسات والإجراءات التنظيمية في تقليل الحوادث الطبية وتحسين الأداء الصحي، وهو ما يعزز متغير إدارة المخاطر في بحثك ويمنحه بعداً تطبيقياً واضحاً.

من جهة أخرى، تناولت دراسة رامي رمضان (2019) أثر القيادة التحويلية على تحسين الأداء المؤسسي في المستشفيات الحكومية المصرية، موضحة كيف تسهم أبعاد القيادة التحويلية في تعزيز جودة الخدمة الصحية، مما يدعم استخدامها كمتغير وسيط في دراستك. كما ركزت دراسة الغامدي وعثمان (2023) على العلاقة بين القيادة التحويلية وإدارة الأزمات الصحية، مشيرة إلى دور القيادة في رفع جاهزية المؤسسات للتعامل مع التحديات، وهو ما يثري الربط بين القيادة وإدارة المخاطر في نموذجك المفاهيمي. مجتمعة، توفر هذه الدراسات أساساً نظرياً ومنهجياً متيناً لدراستك، وتساعد في صياغة الفرضيات وتحديد أدوات القياس بدقة.

كما تُظهر الدراسات الحديثة أهمية القيادة التحويلية في تعزيز جودة الأداء وسلامة المرضى داخل المؤسسات الصحية. فقد تناولت دراسة Purwanto et al. (2020) أثر أسلوب القيادة التحويلية والتبادلية على أداء العاملين في المراكز الصحية بجاوا الوسطى، مؤكدة أن القيادة الحديثة تسهم في رفع الكفاءة التشغيلية وتحسين جودة الخدمات. كما ركزت دراسة Badriyah Putri (2024) على دور القيادة التحويلية في تعزيز ثقافة السلامة وتقليل الأخطاء الطبية، من خلال دعم الفرق الصحية وتحفيزهم، مما يدعم استخدام القيادة التحويلية كمتغير مؤثر في بيئات تنظيمية معقدة كالمستشفيات.

ومن جهة أخرى، قدمت دراسة Stöcker وآخرون (2023) إطارًا نظريًا متقدمًا لتحليل العلاقة بين القيادة التحويلية ورأس المال الاجتماعي وسلامة المرضى، مستندة إلى نموذج AGIL لبارسون، مما يثري الجانب النظري لدراستك. كما ركزت دراسة Hassan Alabdullah & Waldemar Karwowski (2024) على الفروقات العالمية في إدراك ثقافة سلامة المرضى، مشيرة إلى أهمية بناء ثقافة مؤسسية داعمة للسلامة كعنصر أساسي في تحسين جودة الرعاية. مجتمعة، تقدم هذه الدراسات دعمًا نظريًا ومنهجيًا قويًا لدراستك، وتساعد في صياغة الفرضيات وتحديد أبعاد المتغيرات بدقة.

تؤكد الدراسات الحديثة أن القيادة التحويلية وإدارة المخاطر تمثلان عناصر حاسمة في تطوير الأداء الصحي وتعزيز سلامة المرضى، وهو ما يتماشى مع أهداف دراستك. فقد أظهرت الأبحاث أن القيادة التحويلية تساهم في تحفيز العاملين، تحسين بيئة العمل، وتعزيز ثقافة السلامة، مما يدعم دورها كمتغير وسيط مؤثر في العلاقة بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى. كما بينت دراسات أخرى أن تطبيق إدارة المخاطر بشكل منهجي يساهم في تقليل الحوادث الطبية ورفع جودة الرعاية، مما يعزز موقعها كمتغير مستقل في نموذجك. هذه النتائج تدعم بناء إطار نظري متماسك وتوجه صياغة الفرضيات نحو علاقات سببية قابلة للقياس.

مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية

أولاً: إدارة المخاطر:

تُعرف إدارة المخاطر في الرعاية الصحية بأنها عملية منهجية تهدف إلى تحديد وتحليل وتخفيف المخاطر المحتملة التي قد تؤثر على سلامة المرضى أو كفاءة المؤسسة الصحية، وذلك من خلال تطبيق سياسات استباقية، أنظمة مراقبة، وتدابير وقائية تضمن بيئة علاجية آمنة ومستدامة، وتشمل هذه الإدارة تقييم دوري للمخاطر، وتدريب الكوادر، واستخدام التكنولوجيا لتحسين الاستجابة وتقليل الأخطاء الطبية (مصباح ، 2025، 2).

وتعرف الباحثة إدارة المخاطر إجرائياً بأنها مجموعة العمليات والإجراءات التي يقوم بها العاملون في المرافق الصحية الحكومية لتحديد المخاطر المحتملة، وتحليلها، وتقييمها ، واتخاذ التدابير الوقائية المناسبة للحد من تأثيرها على سلامة المرضى، ويُقاس هذا المفهوم من خلال استجابات المشاركين على بنود الاستبانة .

أبعاد إدارة المخاطر:

1. تحديد المخاطر: (Risk Identification) :

يُقصد به عملية التعرف المنهجي على مصادر الخطر المحتملة داخل المؤسسة

الصحية، سواء كانت سريرية أو تشغيلية أو تنظيمية، بهدف رصدها قبل أن تؤثر على سلامة المرضى أو جودة الخدمة (الشمري، 2023، 45).

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه يُقاس هذا البعد من خلال مدى قدرة العاملين في المؤسسة الصحية على التعرف المسبق على مصادر الخطر المحتملة، مثل الأخطاء الطبية، أو الثغرات التنظيمية، وذلك عبر استجابتهم لبند الاستبانة التي تقيس وجود آليات واضحة لرصد المخاطر وتوثيقها.

2. تحليل المخاطر: (Risk Analysis) :

يتضمن دراسة احتمالية حدوث كل خطر وتأثيره المحتمل، باستخدام أدوات كمية أو نوعية لتقدير درجة الخطورة، مما يساعد في ترتيب الأولويات وتوجيه الموارد (عبد الحميد، 2024، 61).

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه يُقاس من خلال مدى قيام العاملين بتحليل احتمالية حدوث كل خطر وتأثيره، باستخدام أدوات تقييم داخلية، ويظهر ذلك في استجابتهم لبند تتعلق بتقدير درجة الخطورة، وتحديد الأولويات بناءً على شدة التأثير.

3. تقييم المخاطر: (Risk Evaluation) :

يُعنى بتقدير مدى قبول أو رفض كل خطر بناءً على نتائجه المتوقعة، ويُستخدم لتحديد ما إذا كانت المخاطر تتطلب تدخلاً فورياً أو يمكن تحملها ضمن حدود معينة (مدون حر، 2024، 1).

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه يُقاس من خلال مدى قدرة المؤسسة على اتخاذ قرارات بشأن قبول أو رفض المخاطر بناءً على نتائج التحليل، ويُرصد ذلك عبر بند تقيس وضوح معايير التقييم، وتطبيقها في الممارسات اليومية.

4. الاستجابة للمخاطر: (Risk Response)

تشمل تطوير وتنفيذ استراتيجيات وقائية أو علاجية لتقليل من المخاطر أو القضاء عليها، مثل تعديل السياسات، تحسين الإجراءات، أو تدريب العاملين (جمال، 2023، 88).

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه يُقاس من خلال مدى تطبيق العاملين لاستراتيجيات وقائية
أوعلاجية للتعامل مع المخاطر، مثل تعديل السياسات، أو تنفيذ خطط الطوارئ، ويظهر
ذلك في استجاباتهم لبنود تقيس فعالية التدخلات وسرعة الاستجابة.

ثانياً: سلامة المرضى:

بأنها مجموعة من الأنشطة والأنظمة والإجراءات التي تهدف إلى تقليل المخاطر المرتبطة
بالرعاية الصحية، والحد من الأذى الذي يمكن الوقاية منه، من خلال بناء ثقافة مؤسسية تركز
على التعلم المستمر، والتحسين، والاستجابة الفعالة للأخطاء عند وقوعها (منظمة الصحة العالمية،
2023، 1).

وتعرفه إجرائياً بأنه درجة إدراك العاملين الصحيين لمستوى الحماية المقدمة للمرضى من
الأخطاء والإخفاقات أثناء تقديم الرعاية الصحية، وذلك داخل المستشفيات الحكومية بالمملكة
العربية السعودية.

أبعاد سلامة المرضى:

1. تقليل الأخطاء الطبية (Reducing Medical Errors) :

يُعد هذا البعد من أهم مؤشرات سلامة المرضى، ويشمل تقليل الأخطاء في التشخيص،
ووصف الأدوية، أو تنفيذ الإجراءات العلاجية، من خلال تطبيق بروتوكولات صارمة
ومعايير مهنية واضحة (الأحمدي، 1438هـ، 57).

يُقاس إجرائياً من خلال استجابات أفراد العينة على بنود الاستبانة التي تعكس مدى قدرة
المؤسسة الصحية على الحد من الأخطاء السريرية، مثل الأخطاء في التشخيص، وصف
الأدوية، أو تنفيذ الإجراءات العلاجية.

2. فعالية أنظمة الإبلاغ عن الحوادث (Incident Reporting Systems) :

يشير إلى وجود آليات مؤسسية تسمح بالإبلاغ عن الحوادث والأخطاء الطبية دون
خوف من العقوبة، مما يعزز ثقافة التعلم والتحسين المستمر (مدون حر، 2024، 1).

يُقاس إجرائياً من خلال استجابات أفراد العينة على بنود الاستبانة التي تعكس مدى وجود
نظام مؤسسي منظم يسمح بالإبلاغ عن الحوادث الطبية والأخطاء الوشيكة أو الجسيمة،
دون خوف من العقوبة، وبما يضمن التحسين المستمر لجودة الرعاية.

3. إشراك المرضى في الرعاية (Patient Engagement) :

يُقصد به تمكين المرضى من المشاركة الفعالة في اتخاذ قراراتهم العلاجية، وتوعيتهم بحقوقهم، مما يساهم في تقليل المخاطر وتحسين جودة الخدمة (الأحمدي، 1438هـ، 103).

يُقاس إجرائيًا من خلال استجابات أفراد العينة على بنود الاستبانة التي تعكس مدى مشاركة المرضى في اتخاذ قراراتهم العلاجية، وتفاعلهم مع مقدمي الخدمة، ومدى تمكينهم من فهم حالتهم الصحية والمساهمة في إدارتها.

4. بيئة العمل الآمنة (Safe Work Environment) :

تشمل توفير بيئة مهنية خالية من الضغوط النفسية والإجهاد، وتضمن سلامة مقدمي الرعاية الصحية، مما ينعكس إيجابًا على سلامة المرضى أنفسهم (GAHAR, 2019: 42).

يُقاس إجرائيًا من خلال استجابات أفراد العينة على بنود الاستبانة التي تعكس مدى توفر ظروف مهنية خالية من المخاطر الجسدية والنفسية، مثل وضوح إجراءات السلامة، توفر أدوات الوقاية، التدريب على التعامل مع الحوادث، وتطبيق معايير الصحة المهنية داخل المؤسسة الصحية.

5. جودة الرعاية السريرية (Clinical Care Quality) :

يرتبط هذا البعد بتطبيق الممارسات المبنية على الأدلة، وكفاءة الكوادر الصحية، وتكامل الخدمات، بما يحقق نتائج علاجية آمنة وفعالة (الأحمدي، 1438هـ، 135).

يُقاس إجرائيًا من خلال استجابات أفراد العينة على بنود الاستبانة التي تعكس مدى التزام المؤسسة الصحية بتطبيق الممارسات العلاجية المبنية على الأدلة، كفاءة الكوادر الطبية، تكامل الخدمات، ودقة الإجراءات السريرية، بما يضمن تحقيق نتائج علاجية آمنة وفعالة.

ثالثاً: القيادة التحويلية:

تُعرّف القيادة التحويلية بأنها نمط قيادي يهدف إلى إحداث تغيير إيجابي في سلوك العاملين من خلال التأثير المثالي، الإلهام، الاستشارة الفكرية، والتمكين الإداري، حيث يسعى القائد إلى

تحفيز الأفراد نحو تحقيق أهداف تتجاوز المصالح الشخصية، وتعزيز الالتزام الجماعي بقيم المؤسسة الصحية (حسين، 2019، ص. 705).

كما تعرف الباحثة القيادة التحويلية إجرائياً بأنها درجة ممارسة القادة الصحيين لنمط قيادي يهدف إلى إحداث تغيير إيجابي في بيئة العمل، من خلال تحفيز العاملين، تعزيز الالتزام التنظيمي، وتطوير الأداء الجماعي.

أبعاد القيادة التحويلية:

1. التأثير المثالي: (Idealized Influence)

يتمثل في كون القائد نموذجاً يُحتذى به، يملك رؤية واضحة وقيماً أخلاقية عالية، ويكسب احترام وثقة العاملين.

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه يُقاس من خلال مدى إدراك العاملين لكون القائد نموذجاً يُحتذى به، يتمتع بالنزاهة، ويكسب احترام الفريق، ويُظهر التزاماً واضحاً بقيم العمل الصحي.

2. الدافع والإلهام: (Inspirational Motivation)

قدرة القائد على تحفيز العاملين من خلال بث الحماس، وتوضيح الأهداف المشتركة، ورفع سقف التوقعات الإيجابية.

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه يُقاس من خلال قدرة القائد على تحفيز العاملين، وبث روح الحماس، وتوضيح الأهداف المشتركة بطريقة ملهمة تعزز الانتماء للمستشفى.

3. الاستثارة الفكرية: (Intellectual Stimulation)

يشجع القائد العاملين على التفكير النقدي، الابتكار، وتحدي الأساليب التقليدية في العمل، مما يعزز التطوير المستمر.

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه يُقاس من خلال مدى تشجيع القائد للعاملين على التفكير النقدي، واقتراح حلول مبتكرة، وتحدي الأساليب التقليدية في تقديم الرعاية الصحية.

4. الاعتبار الفردية: (Individualized Consideration)

يعامل القائد كل فرد ككيان مستقل، يراعي احتياجاته المهنية، ويوفر له الدعم والتوجيه المناسب (حسين ، 2019 ، 705).

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه يُقاس من خلال مدى اهتمام القائد باحتياجات العاملين الفردية، وتقديم الدعم والتوجيه المناسب لكل منهم وفقاً لظروفه المهنية.

أبعاد متغيرات الدراسة:

جدول (3) يوضح أبعاد متغيرات الدراسة

المتغير	النوع	الأبعاد الفرعية
إدارة المخاطر	مستقل	تحديد المخاطر - تحليل المخاطر - تقييم المخاطر - الاستجابة للمخاطر
القيادة التحويلية	وسيط	التأثير المثالي - التحفيز الإلهامي - الاستثارة الفكرية - الاعتبار الفردي
سلامة المرضى	تابع	تقليل الأخطاء الطبية - فعالية أنظمة الإبلاغ - إشراك المرضى - بيئة العمل الآمنة - جودة الرعاية السريرية
المتغيرات الشخصية	ضابطة	النوع - المؤهل التعليمي - نوع الوظيفة - سنوات الخبرة

إعداد/ الباحثة

إجراءات الدراسة:

منهج الدراسة:

تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، باعتباره الأنسب لفهم الظواهر الإدارية والسلوكية داخل المؤسسات الصحية، وتحليل العلاقات بين المتغيرات المدروسة. يهدف هذا المنهج إلى وصف واقع إدارة المخاطر وسلامة المرضى والقيادة التحويلية، ثم تحليل مدى تأثيرها المتبادل، مع التركيز على الدور الوسيط الذي تلعبه القيادة التحويلية في العلاقة بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى.

وتستخدم المنهج الكمي من خلال تصميم استبانة مغلقة موجهة إلى العاملين في المرافق الصحية الحكومية، لجمع البيانات المتعلقة بأبعاد إدارة المخاطر (تحديد، تحليل، تقييم، استجابة)، وأبعاد القيادة التحويلية (التأثير المثالي، الإلهام، الاستثارة الفكرية، الاعتبار الفردي، التمكين

الإداري)، ومستوى سلامة المرضى من خلال الأبعاد (تقليل الأخطاء الطبية - فعالية أنظمة الإبلاغ - إشراك المرضى - بيئة العمل الآمنة - جودة الرعاية السريرية)، وإستمارة بيانات أولية.

مجتمع وعينة الدراسة:

• مجتمع الدراسة:

يتكوّن مجتمع الدراسة من العاملين في المرافق الصحية الحكومية في المملكة العربية السعودية، والذين تشمل مهامهم الجوانب المتعلقة بإدارة المخاطر، والقيادة التحويلية، وسلامة المرضى. وبحسب الإحصاءات الصادرة عن وزارة الصحة السعودية لعام 2024، فإن عدد العاملين في هذه الفئة يتجاوز 15,000 موظفًا موزعين على مختلف المناطق الصحية، ويشمل ذلك الأطباء، الممرضين، مسؤولي الجودة، والمشرفين الإداريين والفنيين.

• عينة الدراسة:

سيتم اختيار عينة الدراسة من مجتمع العاملين في المرافق الصحية الحكومية في المملكة العربية السعودية، ممن تشمل مهامهم الجوانب المتعلقة بإدارة المخاطر، والقيادة، وسلامة المرضى، وقد تم استخدام أسلوب العينة القصدية الطبقية لضمان تمثيل الفئات المختلفة داخل المؤسسات الصحية كما ورد بالدراسات السابقة، مثل الأطباء، الممرضين، مسؤولي الجودة، والمشرفين الإداريين.

يبلغ حجم العينة 250 مشاركًا، وهو حجم مناسب إحصائيًا لتحقيق أهداف الدراسة، وتم تحديده بناءً على حجم المجتمع الأصلي، ومستوى الثقة المطلوب (95%)، وهامش الخطأ المقبول ($\pm 5\%$). وسيتم توزيع الاستبانة ورقياً لضمان الوصول إلى أكبر عدد ممكن من المشاركين في مختلف المناطق الصحية.

حدود الدراسة: (المكانية ، الزمانية ، البشرية)

سيتم تنفيذ هذه الدراسة ضمن مجموعة من الحدود التي تفترضها طبيعة الدراسة، والمنهجية التي تم اتباعها لتحقيق أهدافها، ومجتمع الدراسة الذي تم تحديده لجمع بياناتها الأولية، وهذه الحدود هي:

- **الحدود الموضوعية:** تقتصر هذه الدراسة على البحث في أثر القيادة التحويلية على إدارة المخاطر وسلامة المرضى.
- **الحدود المكانية:** يقتصر تنفيذ هذه الدراسة على مستشفيات المملكة العربية السعودية.
- **الحدود البشرية:** يقتصر تنفيذ هذه الدراسة على عينة من العاملين بمستشفيات المملكة العربية السعودية.
- **الحدود الزمانية:** يتم تنفيذ هذه الدراسة خلال العام الميلادي 2025 و 2026 .

وسائل جمع بيانات الدراسة:

تعتمد الدراسة على الاستبانة المغلقة كأداة رئيسية لجمع البيانات، لقياس المتغيرات بشكل كمي صحيح ، سيتم تصميم الإستبانة على الأطر النظرية والمعرفية لكل من (إدارة المخاطر ، والقيادة التحويلية ، وسلامة المرضى) ، وسيت توزيع الاستبانة بشكل ورقي مباشر في بعض المستشفيات والمراكز الصحية.

كما سيتم التأكد من صدق الأداة من خلال عرضها على مجموعة من المحكمين المتخصصين في الإدارة الصحية، وقياس ثباتها باستخدام معامل كرونباخ ألفا، لضمان موثوقية النتائج.

المعالجات الإحصائية المقترحة:

لتحقيق أهداف الدراسة واختبار فرضياتها، سيتم استخدام مجموعة من المعالجات الإحصائية المناسبة لطبيعة البيانات، وذلك من خلال برنامج SPSS وتشمل ما يلي:

1. التحليل الوصفي: (Descriptive Statistics)

لاستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، بهدف وصف خصائص أفراد العينة ومستوى استجاباتهم لكل بعد من أبعاد الدراسة.

2. اختبار صدق وثبات الأداة:

- **صدق المحتوى** من خلال عرض الاستبانة على مجموعة من المحكمين المتخصصين.
- **ثبات الأداة** باستخدام معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) لقياس الاتساق الداخلي لبنود كل محور.

3. تحليل الارتباط: (Pearson Correlation)

معامل الارتباط لبيرسون لقياس قوة واتجاه العلاقة بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى، وبين القيادة التحويلية والمتغيرين الآخرين.

4. تحليل الانحدار الخطي البسيط والمتعدد (Simple & Multiple Linear Regression):

لاختبار تأثير إدارة المخاطر على سلامة المرضى، وتحديد مدى مساهمة القيادة التحويلية في تفسير هذا التأثير.

5. اختبارات الفروق T-test أو ANOVA :

إذا دعت الحاجة، يمكن استخدامها لتحليل الفروق بين استجابات المشاركين وفقًا للمتغيرات الديموغرافية مثل الوظيفة أو سنوات الخبرة.



الفصل الثاني

تمهيد:

في ظل التحديات المتزايدة التي تواجه النظم الصحية الحديثة، تبرز سلامة المرضى كأحد المحاور الجوهرية لضمان جودة الرعاية الصحية واستدامتها. إذ تُعد سلامة المرضى معياراً حاسماً في تقييم كفاءة المرافق الصحية، لا سيما في البيئات الحكومية التي تتحمل العبء الأكبر من تقديم الخدمات الصحية للمجتمع. ومن هذا المنطلق، أصبحت إدارة المخاطر الصحية أداة استراتيجية لا غنى عنها في تعزيز بيئة آمنة للمرضى، من خلال الحد من الأخطاء الطبية، وتحسين الإجراءات الوقائية، وتفعيل الاستجابة الفعالة للحوادث.

ومع ذلك، فإن فعالية إدارة المخاطر لا تعتمد فقط على السياسات والإجراءات، بل تتأثر أيضاً بالأنماط القيادية السائدة داخل المؤسسات الصحية. وهنا تبرز القيادة التحويلية كنموذج قيادي قادر على إحداث تغيير إيجابي في الثقافة التنظيمية، وتحفيز العاملين نحو الالتزام بمعايير السلامة، وتبني ممارسات إدارة المخاطر بشكل أكثر فاعلية. فالقيادة التحويلية، بما تتسم به من رؤية مستقبلية، وتمكين للفرق، وتركيز على الابتكار، قد تلعب دوراً وسيطاً في تعزيز العلاقة بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى.

بناءً على ذلك، تهدف هذه الدراسة الميدانية إلى تحليل تأثير إدارة المخاطر على سلامة المرضى في المرافق الصحية الحكومية بالمملكة العربية السعودية، مع استكشاف الدور الوسيط الذي تلعبه القيادة التحويلية في هذه العلاقة. وتأتي هذه الدراسة في سياق الحاجة الملحة لفهم العوامل التنظيمية المؤثرة في جودة الرعاية الصحية، وتقديم توصيات عملية تساهم في تطوير السياسات الصحية الوطنية وتحسين الأداء المؤسسي.

يتناول هذا الفصل في المبحث الأول المخاطر ومراحلها، وإدارة المخاطر، وأنواع المخاطر، فتعرض فيه الدراسة مفهوم والدراسات السابقة ذات العلاقة بمتغيرات الدراسة الحالية والتعليق عليها، والمبحث الثاني الذي يحتوي على متغير سلامة المرضى والنظريات التي تفسر المتغير وأسباب الأخطاء الطبية ومعايير سلامة المرضى والدراسات السابقة والمبحث الثالث الذي يتضمن القيادة التحويلية وبعض المفاهيم ذات العلاقة بالقيادة التحويلية وهي مفهوم القيادة التحويلية وأهميتها، وأبعاد القيادة التحويلية، وأنماط القيادة التحويلية وعوامل نجاحها، وخصائص القيادة التحويلية والدراسات السابقة المتصلة بها.

المبحث الأول: إدارة المخاطر Risk management:

إدارة المخاطر هي مجال حيوي يسعى إلى تحديد وتقييم والتحكم في المخاطر المحتملة للحد من آثارها السلبية على الأفراد والمنظمات، خاصة في مجال الرعاية الصحية، وتساهم إدارة المخاطر في ضمان سلامة المرضى وتقليل الأخطاء الطبية وتحسين جودة الخدمات الصحية مع التطورات التكنولوجية المتسارعة وزيادة تعقيد الإجراءات الطبية وارتفاع توقعات المرضى، أصبحت

إدارة المخاطر أداة ضرورية لتحقيق التوازن بين تقديم رعاية صحية فعالة وآمنة وبين التكلفة المرتبطة بالمخاطر المحتملة.

وفي السياق الصحي في السعودية، تتزايد الحاجة إلى تطبيق نظم إدارة المخاطر بفعالية، نظراً للتوسع الكبير في عدد المستشفيات والمراكز الصحية. تُعنى إدارة المخاطر بتحديد المخاطر المحتملة وتحليلها واتخاذ الإجراءات الوقائية اللازمة لتقليلها من الفوائد الرئيسية لهذه النظم تحسين سلامة المرضى وتقليل التكاليف المرتبطة بالحوادث الطبية وتحسين الكفاءة التشغيلية. كما تسهم في تعزيز ثقافة السلامة بين الكوادر الطبية والإدارية مما يؤدي إلى زيادة رضا المرضى وتعزيز سمعة المستشفيات، على الرغم من الفوائد الكبيرة لإدارة المخاطر في الرعاية الصحية، إلا أن تطبيقها يواجه تحديات مثل نقص الوعي بأهمية إدارة المخاطر وصعوبة تغيير الثقافة التنظيمية، ونقص التمويل والكوادر المدربة. كما يتطلب إدارة المخاطر جمع وتحليل كميات كبيرة من البيانات، وهو ما يتطلب استخدام تقنيات وأنظمة معلومات متطورة في المستشفيات نمواً كبيراً، ما يفرض ضرورة تحسين نظم إدارة المخاطر لضمان جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى. تشمل الأنشطة المتعلقة بإدارة المخاطر مراجعة الإجراءات الطبية وتقييم نظم المعلومات الصحية وتدريب الكوادر على أفضل الممارسات في التعامل مع المخاطر.

أولاً : مفهوم المخاطر:

تُعرّف المخاطر بأنها "احتمالية وقوع حدث غير مرغوب فيه قد يؤثر سلباً على تحقيق أهداف المؤسسة أو جودة خدماتها (الشمري، 2023، ص. 21).

ويرى عبد الحميد (2024، ص. 34) أن المخاطر هي "الانحرافات المحتملة عن الأداء المتوقع، والتي قد تنتج عن عوامل داخلية أو خارجية، وتستوجب التدخل الإداري لتقليل آثارها."

كما تُعرف المخاطر في السياق الصحي بأنها "مجموعة من التهديدات التي قد تؤثر على سلامة المرضى أو كفاءة الرعاية، وتشمل الأخطاء الطبية، الإخفاقات التنظيمية، أو الأعطال التقنية" (جمال، 2023، ص. 88).

ويعرّفها أيضاً مدون حر (2024، ص. 1) المخاطر بأنها "الاحتمالات التي قد تؤدي إلى خسائر أو أضرار في بيئة العمل، سواء كانت بشرية أو تشغيلية أو قانونية، وتتطلب إدارة استباقية."

ويوضح الطائي (2022، ص. 57) أن المخاطر هي "الظروف أو الأحداث التي قد تؤدي إلى نتائج سلبية على مستوى الأفراد أو المؤسسات، وتُقاس بدرجة احتمال وقوعها وتأثيرها". ويعرّف منصور (2023، ص. 103) المخاطر بأنها "مزيج من التهديدات والفرص التي تتطلب قرارات استراتيجية لتقليل الأثر السلبي وتعظيم الفائدة الممكنة". ويمكن تعريف المخاطر استناداً إلى (اللامي والعيساوي، 2015) بالآتي:

المخاطر هي حالة متحركة غير ساكنة تمثل تهديداً مباشراً وحقيقياً لبقاء واستمرارية المنظمة تتميز بدرجة معينة من المخاطرة وتمثل نقطة تحول في اوضاع غير مستقرة تعود الى نتائج غير مرغوبة تؤثر سلباً على كفاءة وفاعلية متخذ القرار وتؤدي الى خسائر مادية ومعنوية وجسدية تؤثر في سمعة ومستقبل المستشفيات بالمملكة العربية السعودية.

المخاطر حدث سلبي لا يمكن تجاوزه أو تجنبه مهما كانت درجة تحفز المنظمة التي تتميز بعنصر المباغته، ونقص المعلومات، وانعدام السيطرة مع تسارع الاحداث، أنّها أي الأزمة لحظة حادة ومرعبة شديدة الالم محيرة في ظل دائرة خبيثة من عدم التأكد وقصور المعرفة واختلاط المسببات بالنتائج، وتداعي الاحداث بشكل متلاحق ليزيد من حدتها ومن درجة المجهول ليهدد الكيان الاداري وبالتالي ضياع سمعة وكرامة كبار المديرين.

كما تعتبر الخطورة موقف خارج عن السيطرة وتحول فجائي عن السلوك المعتاد يؤدي إلى خلل في المجتمع وان مواجهة هذا الموقف يحتاج تداركه إلى اتخاذ قرار محدد سريع في ظل قلة المعلومات والمفاجأة وضيق الوقت المقترن بالمهددات.

ويعد تحديد حالة ما على انها ازمة من الامور التي تعد بالغة الصعوبة والتعقيد، الا انه يعد الصراع، الكارثة، الصدمة، والمشكلة معبرة شكلياً عن مفهوم الازمة والقاصرة عن اعطاء المعنى الدقيق والمقصود لمفهوم المخاطرة، فالأزمة برأيه لا تكون كذلك الا إذا تضمنت عناصر أساسية أربعة هي: التهديد، ضغط الوقت، المباغته، وعدم التأكد.

وهي موقف تحذيري يتضمن مجموعة من المخاطر كالتعارض مع العمليات اليومية والعادية للأعمال، وتعرض المنظمة. للرقابة الشديدة من جني الحكومة او من جانب وسائل

الاعلام، وتعرض الصورة الذهنية الايجابية التي تتمتع بها المنظمة للخطر، من جانب آخر فان الازمة قد تؤدي الى تعزيز الشكوك في اداء المنظمة، وتؤدي الى فقدان الثقة في المنظمة، أي أن تأثيرها يكون تأثيراً سلبياً وفي حالات قليلة يكون تأثيرها ايجابياً.

إذاً الخطورة حالة غير طبيعية تمر بها المنظمة تهدد وجودها بسبب ظرف داخلي أو خارجي متوقع أو غير متوقع وعدم الاستعداد الكافي لتفادي الضرر.

ثانياً : مفهوم إدارة المخاطر:

تعني كيفية التغلب على الكوارث أي المخاطر بالأدوات العلمية والإدارية المختلفة وتجنب سلبياتها والاستفادة من إيجابياتها فعلم إدارة المخاطر هو علم إدارة التوازنات التأقلم والتواءم مع المتغيرات المختلفة وبحث مترباتها في كافة المجالات(الحفني،2017).

وهي العملية الإدارية المستمرة التي تهتم بالتنبؤ بالمخاطر المتوقعة عن طريق الاستشعار ورصد المتغيرات البيئية الداخلية وكذلك الخارجية المولدة للخطورة وتعبئة الموارد والإمكانات المتوفرة لمنع أو التعامل مع المخاطر بالقدر الكافي من الكفاءة وبما يحقق أقل قدر ممكن من الضرر للمنظمة وللبيئة والعاملين مع ضمان العودة للأوضاع الطبيعية بأسرع وقت (al, et2017 " Wester).

وأيضا عملية تحديد وتحليل جميع المخاطر التي قد تحول دون تحقيق الأهداف ووضع خطط لتقييمها ومراقبتها والحد من أثرها (وزارة الصحة 2019-2022).

تُعرّف إدارة المخاطر بأنها عملية منهجية تهدف إلى تحديد المخاطر وتقييمها وترتيبها حسب الأولوية، ثم اتخاذ إجراءات الاستجابة المناسبة ومراقبتها، بهدف تقليل احتمالية حدوثها أو تخفيف آثارها على الأهداف التنظيمية. ولا تسعى هذه الإدارة إلى القضاء التام على جميع المخاطر، بل إلى التحكم بها ضمن مستويات مقبولة، وتحقيق توازن فعال بين التهديدات والفرص، لا سيما في البيئات المعقدة والمتغيرة(Oliveira & Ribeiro, 2023).

كما أن إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية هي مجموعة من العمليات المنظمة التي تهدف إلى تقليل احتمالية وقوع أحداث ضارة تؤثر على سلامة المرضى أو العاملين، من خلال تحليل المخاطر وتطوير خطط استجابة فعالة(الشمري، 2020، 112).

و"تُعرف إدارة المخاطر الصحية بأنها نشاط إداري يهدف إلى حماية المرضى والمنشأة من الأخطاء الطبية والمخاطر التشغيلية، عبر تطبيق أدوات تقييم وتحليل المخاطر، وتطوير سياسات وقائية تضمن جودة الخدمة وسلامة الأداء (الطائي، 2021، 89).

يمكن القول بأن إدارة المخاطر هي: عملية إدارية تعنى بالتنبؤ المستقبلي لما قد يواجه المنظمة مستقبلا من أحداث، وتعمل على الاستعداد لمواجهة هذه الأحداث بما يجنب المنظمة تحمل الأضرار أو قد يعود عليها بالنفع لتستمر بتحقيق أهدافها، كما ظهر مفهوم آخر يرتبط بالمخاطر وهو مفهوم الإدارة بالمخاطر، ويشير (المساعدة، 2020) إلى أن الفرق بين إدارة المخاطر والإدارة بالمخاطر كما يلي:

a. إدارة المخاطر: بشكلها التقليدي تعتبر "مجموعة من التجهيزات والجهود التي تبذل لمواجهة الحد أو الدمار المترتب على الأزمة"، أما بشكلها الحديث فهي تتطلب التفكير فيما لا يمكن التفكير به وتوقع ما لا يمكن توقعه من قبل المديرين، فهي "عملية الترتيب والاعداد المنظم والتفكير به وتوقع ما لا يمكن توقعه من قبل المديرين، فهي "عملية الترتيب والاعداد المنظم والمنتظم للمشكلات التي تهدد بشكل خطير سمعة المنظمة، وربحياتها أو بقاءها في السوق".

b. الإدارة بالمخاطر: تقوم على افتعال الأزمة وإيجادها من عدم كوسيلة للتغطية والتمويه على المشاكل القائمة التي تواجه المنظمة، فلنسيان مشكلة ما يتم يجب حدوث مشكلة أكبر وأشد تأثيراً، للتغطية على المشكلة القائمة بمشكلة جديدة، ويطلق البعض على هذا مفهوم صناعة المخاطرة للتحكم والسيطرة على الآخرين، وهو فن مستحدث يهدف للسيطرة على الآخرين، واخضاعهم وابتزازهم وتحريك الثوابت الراسخة فيما يتصل بالقواعد المستقرة وخلخلة الوضع الراهن والأسس المتعارف عليها من خلال صناعة الأزمة لتحقيق المكاسب، وهذه العملية تحتاج إلى احكام السيطرة حتى لا يحدث انفلات وقلب للأوضاع نتيجة سوء التقدير والإصرار على الخطأ والتمادي فيه.

ثالثاً : أهمية إدارة المخاطر:

تقوم إدارة المخاطر بحماية المؤسسة وتقويمها بطريقة علمية صحيحة وتنفيذ استراتيجيات مختلفة تدعم أهداف المؤسسة وتواجه مخاطرها وتكمن أهميتها في:

- تطوير أساليب اتخاذ القرار والتخطيط لها وتحديد الأولويات عن طريق الادراك الشامل والمنظم لأنشطة المؤسسات.

- إبراز الثغرات والتعرف على الفرص السلبية والإيجابية المتاحة للمشروعات، وهذا لتقادي الخسائر مستقبلاً، ووضع أداة لتتقيد الاستراتيجية حيث تزود المؤسسة بنظرة ، أفضل حول مستقبل المؤسسة.
- تقوم بقياس مدى كفاية رأس المال والقدرة على الوفاء بالتزاماتها، وذلك لعدم الوقوع في مخاطر نقص السيولة.
- تساعد في اتخاذ القرارات.
- تنمية المزايا التنافسية والتحكم في المخاطر كونها عامل رئيسي في الربحية وزيادة التنافسية (حماد، 2007 ، 224).

رابعاً: أهداف إدارة المخاطر:

ان أهداف إدارة المخاطر لا تقل أهمية عن أهداف القطاعات الأخرى في المؤسسة، لذا نجد أن الكتاب يطرحون العديد من الأهداف لإدارة المخاطر، والهدفان الرئيسيان فيها يكونان عادة التحقيق من تأثيرات المخاطر وتقليل الخسائر الى الحد الأدنى لذا فان إدارة المخاطر لها مجموعة متنوعة من الأهداف نذكر من بينها:

- التحكم والسيطرة على المخاطر، وتقادي تأثيرها على سير العمل.
- ضمان سلامة أي معلومات من التسرب والحفاظ على أمن البيانات.
- تقسيم وتصنيف المناطق الخطرة ووضع الإجراءات والارشادات لها في مجال الأمن والسلامة المهنية والصحية.
- تطوير أدوات إدارة المخاطر ومواجهة المخاطر بشكل مستمر.
- نشر ثقافة إدارة المخاطر داخل المؤسسة.
- نشر الأنظمة الرقابية وآليات التنبؤ في الأزمات المختلفة ومحاولة اكتشافها ووقوعها.
- ضمان وجود إدارة مهنية مستقلة تصدر التوجيه السليم وتشرف على عمل المؤسسة.
- ادخال نظم المراجعة والرقابة من طرف إدارة المخاطر بما يضمن منع واكتشاف وتحليل النتائج الغير مرغوب فيها.

○ حماية حقوق المساهمين وغيرهم من الأطراف المعنية بما يكفل استدامة وازدهار المؤسسة.

○ تعزيز مبادئ المسؤولية والاستدامة والمشاركة لصالح الأطراف المعنية من الداخل والخارج (جمعية الحوكمة والشفافية في قطاع الصحة ،2013، 28).

خامساً : خصائص إدارة المخاطر:

تتميز إدارة المخاطر بالخصائص التالية:

- تتطلب قرارات مصيرية لمواجهة أو حسمها.
- تهدد الأهداف الرئيسية للمنظمة وسمعة وكرامة متخذي القرار فيها.
- تتطلب المخاطر معالجة خاصة وأشكال تنظيمية.
- تتميز بالتعقيد والتشابك والتداخل في عناصرها وعواملها وأسبابها.
- تتطلب من المسيرين درجة عالية من العمل والأداء.
- زيادة المخاطر يؤدي إلى الشك في البدائل المطروحة.
- المخاطر تهدد استقرار المؤسسة.
- إمكانية الاستفادة من المواقف السابقة التي تتعرض إليها المؤسسة واكتساب خبرات جديدة.
- إن معرفة خصائص إدارة المخاطر يساعد على تكيف الخطر والحد من تأثيراته السلبية على المؤسسة ووضع استراتيجية للتحكم فيه (جلدة، 2011، 20).

سادساً : أنواع المخاطر:

1. تكرار الخطورة: يعد التكرار من أهم المقومات في تصنيف المخاطر وعلى الرغم من أن حدوثها الدوري يتيح رصد مقدماتها وعلاج مخاطرها، فإن أي تنظيم إداري سواء كان فردا أو منظمة أو دولة، لا يستطيع تجنبها على ما يملك من أجهزة وقائية ويمكن تقسيمها إلى: (رشاد، 2020).

2. مخاطر دورية متكررة: تكرر الخطورة بالتنبؤ بحدوثها، فإنه لا يمكن توقعها توقعاً دقيقاً بمدى وحجمها وتأثيرها واتساع مجالها وهي تتمثل في المخاطر الاقتصادية المرتبطة

بالدورة الشرائية والناجمة عن الكساد، والتي قد تنتج كذلك عن الانتعاش نتيجة لخلل في القوي الإنتاجية.

3. مخاطر غير دورية: هذه المخاطر الاقتصادية، ومن ثم لا يسهل توقعها، المخاطر غير الدورية تحدث نتيجة مسببات متعددة، وإن كانت عادة تكون فجأة وبدون مقدمات مثل المخاطر التي تنتج عن سوء الأحوال الجوية، أو تغير المناخ.

محاور المخاطر:

يتم تصنيف المخاطر إلى الأنواع الآتية: (الحفني، 2017) .

1. مخاطر مادية: تدور حول محور مادي، مثل خطورة الغذاء، وخطورة السيول، وخطورة العمالة، وخطورة انخفاض المبيعات، وهي جميعها أزمات تدور حول شيء مادي ملموس، يمكن التحقق منه ودراسته والتعامل معه ماديا وطبيعيا بأدوات التعامل المختلفة، وقياس مدى توافق أدوات التعامل في إدارة الخطورة بنجاح ومعرفة ذلك بالنتائج المادية المترتبة على هذا التدخل مثل فقدان جزء كبير من المال.

2. المخاطر المعنوية: وهذه تدور حول محور غير موضوعي يرتبط بذاتية الأشخاص المحيطين بالخطورة مثل خطورة الثقة أو المصداقية، والولاء والانتماء، وجميعها تدور حول محور معنوي شخصي غير ملموس، لا يمكن الإمساك به مادياً أو لمسه، وإنما التعامل معه يتم من خلال إدراكه المضموني.

3. المخاطر المزدوجة: يتمثل هذا النوع في المشكلات الدولية والمحلية، مثل أزمات الرهائن، وخطورة الإرهاب وهي ذات جانبين أحدهما مادي ملموس هو الواقع المادي الذي أحدثته أو نتجت منه وهو الرهائن أو الخسائر والأضرار المادية، والآخر معنوي يتمثل في ردود الفعل العنيفة المصاحبة للظروف الامنية.

مستويات الخطورة:

وفقا لهذا الأساس يمكن التفرقة بين نوعين من الخطورة: (Luoma 2017)

A. مخاطر شاملة: تصيب الدولة وتؤثر في مجتمعها كله فهي أزمات شاملة سواء في مسبباتها وما تنجم عنه وكذلك متطلبات علاجها، ولهذا النوع من المخاطر تأثيرات مختلفة ويشمل

المخاطر المتصلة ببنية الدولة واقتصادها السياسي أو وضعها الأمني الداخلي أو الخارجي، فضلاً عن سيادتها واستقرارها السياسي والاجتماعي وهذه المخاطر تتطلب مواجهتها جهداً كبيراً، بل تتطلب دعماً خارجياً، وغالباً ما تحاول الدولة أو المنظمة بتجنب السقوط التام في التوازن داخل المنظمة والتوفيق بين الحاجة أو حماية البنيات المعرضة للخطر والرغبة في تجنب التصعيد السالب فيه للخطورة لتصبح خطورة شاملة.

B. المخاطر الجزئية: تمثل في مخاطر المشاريع أو الوحدات الإنتاجية أو قطاع بعينه وينحصر تأثيرها فيها إلا أنه قد يمتد إلى المشروعات الأخرى المرتبطة بها بل يطول الدولة برمتها إن لم يكن السيطرة عليه، وهذا النوع من المخاطر يتميز بالتنوع والتعدد، طبقاً للكيان الذي قد ينشأ فيه إضافة إلى التأثيرات المتباينة للمخاطر والمتمثلة في عوامل انتشارها وتكاملها ونشوتها، وفي هذا النوع من المخاطر يجب تدخل الدولة لمواجهة الخطورة ومعالجتها، إن لم يتمكن الكيان الإداري الذي تأثر بها من مواجهتها.

سابعاً : برامج إدارة المخاطر:

يمكن وضع برنامج لإدارة المخاطر من خلال إبراز خطوات ومراحل إدارة المخاطر الموضوعة من طرف المؤسسة ويوضح الخطوط العريضة لهذه العملية، والبدء من الإطار الزمني إلى تحديد المخاطر الأساسية التي يمكن إدارتها من خلال تحليلها وتقييمها وتحديد أساليب التعامل معها، بما يقترحه فريق إدارة المخاطر ويصادق عليه مجلس إدارة المؤسسة، ويكون هذا البرنامج حجر أساس لأي نظام لإدارتها، ويكون برنامج إدارة المخاطر في غالب الأحيان على شكل جداول تحدد جميع نقاط ممارسة نشاط إدارة المخاطر .

كما أن هناك أربع مراحل رئيسية لإدارة المخاطر التي تتعرض لها المؤسسات، وهي تعريف وتحديد هذه المخاطر، وفحصها وقياسها لتحديد ما يمكن تحمله منها بإيجاد أدوات مناسبة للتعامل معها، ومراقبة عمل هذه الأدوات، قصد ضمان السير الحسن للمؤسسة بمستوى مناسب من المخاطر الذي يتم قبوله من طرف المؤسسة.

ومن هنا تبدأ عملية إدارة المخاطر بصفة عامة من الشيء المادي ثم الانتقال إلى القضايا الاستراتيجية، إلا أن في المؤسسة الصغيرة والمتوسطة فالأمر قد يختلف فيمكن البدء بشكل مسبق أو لاحق من السياسة أو التخطيط، وفي الأخير نستنتج أن الإدارة العليا هي التي تحدد النقطة أو وحدة النشاط أو مستوى البدء في عملية إدارة المخاطر.

ومنه قامت المنظمة العالمية للمعايرة (ISO) بإصدار المعيار 31000 (ISO) المخاطر وهو عائلة من المعايير المتعلقة بإدارة المخاطر المقننة من قبل هذه المنظمة ؛ والغرض من هذا توفير مبادئ ودلائل توجيهية عامة في إدارة المخاطر ويسعى هذا المعيار (31000:2009) (ISO) إلى تقديم نموذج لتصميم وتنفيذ وصيانة عمليات إدارة المخاطر لمختلف الشركات، وهذا لإضفاء الطابع الرسمي لممارسات إدارة المخاطر يكون معترف بها عالمياً للعاملين في الشركات التي تقوم بإجراءات إدارة المخاطر، لتحل محل عدد لا يحصى من المعايير القائمة والمنهجيات والنماذج التي تختلف بين الصناعات والموضوعات والمناطق (عصماني عبد القادر، 2009، 13).

وتشمل أسرة شهادة ISO31000 حالياً، على ما يلي :

- ISO31000 المبادئ والخطوط التوجيهية لممارسة إدارة المخاطر.
 - IEC 31010 لإدارة المخاطر خاص بتقنيات .
 - تقييم ISO/IEC73 بصفة أكبر على تحقيق الانسجام بين البرامج، وشمل:
- نقل ثغرات المسؤولية إلى إدارة مخاطر المؤسسة ، دمج نظام إدارة آليات الإبلاغ التوفيق بين أهداف برامج الحوكمة مع هذا المعيار ، خلق معايير وتقييم قياسي موحد للمخاطر ونطاق هذا النهج لإدارة المخاطر هو تمكين المهام الاستراتيجية، والإدارية، والتشغيلية للمؤسسة في جميع الإجراءات والمشاريع والوظائف لأن تكون متماشية مع مجموعة الأهداف المشتركة لإدارة المخاطر.
- ومعيار ISO 31000 (2009) مخصص لمجموعة واسعة من أصحاب المصلحة بما في ذلك :

- أصحاب المصلحة على الصعيد التنفيذي.
- المدراء التنفيذيون ومديري المشاريع .
- الموظفين في مجموعة إدارة المخاطر في المؤسسة .
- المدققين الداخليين والخارجيين.
- المحللون والمسؤولون عن إدارة المخاطر .
- الممارسون المستقلون (عصماني عبد القادر، 2009، 13).

ثامناً : النظريات المفسرة لإدارة المخاطر:

جدول (4) يوضح نظريات إدارة المخاطر

اسم النظرية	صاحب النظرية وتاريخها	المبادئ الأساسية	الأبعاد المقترحة	التوثيق
نظرية أولريش بيك (مجتمع المخاطر)	أولريش بيك - 1986	- المجتمعات الحديثة تواجه مخاطر من صنع الإنسان - المخاطر غير مرئية وعابرة للحدود - توزيع غير عادل للمخاطر - الحادثة مصدر للقلق	- البعد البيئي - البعد الاجتماعي - البعد السياسي - البعد المعرفي	Beck, U. (1986)..
نظرية أنتوني جينز (الحدثة الانعكاسية)	أنتوني جينز - 1984	- ازدواجية البنية - الفاعلية في تشكيل ثقافة السلامة - الحادثة الانعكاسية	- البعد التنظيمي - البعد المعرفي - البعد الزمني والمكاني - البعد التفاعلي	Giddens, A. (1984)..
النظرية الكمية	مساهمات متعددة - منذ منتصف القرن 20	- تحليل البيانات - لتقدير المخاطر - أدوات كمية مثل مونت كارلو - قرارات مبنية على الأدلة	- البعد الإحصائي - البعد التكنولوجي - البعد التشغيلي - البعد الوقائي	عفيفي، م. (2024) .
نظرية النظم	لودفيغ فون بيرتالانفي - 1950s	- المستشفى كنظام مفتوح - التفاعل لتحقيق	- البعد التنظيمي - البعد البشري	رقطي، س & كركار، م. (2023).

اسم النظرية	صاحب النظرية وتاريخها	المبادئ الأساسية	الأبعاد المقترحة	التوثيق
		التوازن -تحسين التنسيق	-البعد التكنولوجي -البعد البيئي	
نظرية الاحتمالات	باسكال وفيرما - القرن 17	-تحليل احتمالية الأحداث -تحديد أولويات التدخل -تصميم نماذج تنبؤية	-البعد الإحصائي -البعد التشخيصي -البعد الوقائي -البعد الإداري	الأكاديمية البريطانية . (2024).
نظرية إدارة الجودة الشاملة (TQM)	ديمينغ وجوران - s1940	-التحسين المستمر -مشاركة العاملين -قياس الأداء وتحليل الأخطاء	-البعد المؤسسي -البعد الثقافي -البعد الإحصائي -البعد التحفيزي	مهنا، م . (2025) .
نظرية التغيير التنظيمي	كيرت لوين - s1940	-نموذج التغيير بثلاث مراحل -تحليل الوضع وتطوير خطة -إشراك العاملين وتقييم النتائج	-البعد الثقافي -البعد الإداري -البعد البشري -البعد التكنولوجي	كركار، م & . رقطي، س . (2020)..

إعداد / الباحثة بناء على المراجع السابقة.

تاسعاً: تحديات إدارة المخاطر في المستشفيات:

• تحديد المخاطر وتقييمها:

قد يكون من الصعب تحديد جميع المخاطر المحتملة، خاصة في ظل التطورات التكنولوجية السريعة والأحداث غير المتوقعة، كما أن تقييم المخاطر يتطلب بيانات دقيقة، وقد لا تتوفر بيانات كافية عن بعض المخاطر .

• نقص الموارد المالية والتدريب:

يتطلب تطبيق نظام فعال لإدارة المخاطر تخصيص موارد مالية كافية لتدريب الموظفين وتطوير البنية التحتية وتوفير الأدوات اللازمة .

• مقاومة التغيير:

قد يواجه تطبيق إدارة المخاطر مقاومة من قبل الموظفين والإداريين، خاصة إذا لم يتم توضيح أهمية هذا النظام .

• تحديات التواصل:

يعتبر التواصل الفعال بين الإدارة والموظفين والمرضى وأصحاب المصلحة الآخرين أمراً بالغ الأهمية في إدارة المخاطر، خاصة في حالات الطوارئ .

• المخاطر الأمنية:

تتزايد المخاطر السيبرانية مع الاعتماد المتزايد على التكنولوجيا، مما يستدعي حماية البيانات الحساسة من الاختراق .

• الأخطاء الطبية:

قد تشمل الأخطاء الطبية أخطاء في التشخيص أو العلاج، أو مشاكل في المعدات الطبية .

• الحوادث المادية:

قد تحدث حوادث مثل السقوط والإصابات بالأجهزة الطبية، أو الحوادث الناجمة عن الأشعة أو المواد الكيميائية .

• الحرائق والأمان:

تشكل الحرائق والأمان خطراً كبيراً في المستشفيات .

• العنف في مكان العمل:

قد يتعرض الموظفون للعنف اللفظي والجسدي من قبل المرضى أو الزوار .

التغلب على التحديات:

• توفير التدريب:

يجب توفير تدريب شامل للموظفين حول كيفية تحديد وتقييم المخاطر، وكيفية الاستجابة للأحداث الطارئة .

• تحسين التواصل:

يجب إنشاء قنوات اتصال واضحة وفعالة لضمان وصول المعلومات إلى جميع المعنيين .

• تطوير خطط طوارئ:

يجب وضع خطط طوارئ مفصلة للتعامل مع مختلف أنواع المخاطر، وتدريب الموظفين عليها .

• تعزيز الأمن السيبراني:

يجب إتخاذ الإجراءات اللازمة لحماية البيانات الحساسة من الإختراق .

• تحسين سلامة المرضى:

يجب تطبيق بروتوكولات صارمة للسلامة لتقليل المخاطر المرتبطة بالأخطاء الطبية والمضاعفات الجراحية والعدوى .

• توفير بيئة عمل آمنة:

يجب إتخاذ الإجراءات اللازمة لحماية الموظفين من العنف في مكان العمل .

• تحسين جودة البيانات:

يجب التأكد من توفر بيانات دقيقة وحديثة لتقييم المخاطر بشكل فعال .

• تعزيز ثقافة الإبلاغ:

يجب تشجيع الموظفين على الإبلاغ عن المخاطر والأحداث السلبية .

• التحقيق في الأحداث الحرجة:

يجب إجراء تحقيقات شاملة في الأحداث الحرجة لتحديد الأسباب الجذرية وتطبيق الإجراءات التصحيحية (عفيفي، 2024، 871).

عاشرًا : استراتيجيات تحسين إدارة المخاطر:

1. تحديد المخاطر:

- **تقييم شامل :** يجب تحديد جميع المخاطر المحتملة التي قد تواجه المستشفى، سواء كانت تتعلق بسلامة المرضى، أو العمليات التشغيلية، أو الأمن السيبراني، أو الجوانب المالية والإدارية .

- **تحديد أولويات المخاطر :** بعد تحديد المخاطر، يجب تقييمها وتحديد أولوياتها بناءً على احتمالية حدوثها وتأثيرها المتوقع .

2. تحليل المخاطر:

- **استخدام البيانات :** تحليل البيانات الصحية وبيانات الحوادث والشكاوى لتحديد الأنماط والاتجاهات التي قد تشير إلى وجود مخاطر متكررة أو متزايدة .

- **تقييم المخاطر الكمي :** تحديد المخاطر كمياً وتصنيفها بناءً على احتمالية حدوثها وتأثيرها لترتيب أولوياتها وتخصيص الموارد .

3. تطوير خطط التخفيف:

- **تجنب المخاطر :** اتخاذ تدابير استباقية للقضاء على المخاطر أو تجنبها تماماً، مثل تعديل الإجراءات أو العمليات .

- **تقليل المخاطر :** تنفيذ تدابير لتقليل احتمالية أو تأثير المخاطر، مثل: تحسين بروتوكولات السلامة أو تدريب الموظفين .

- **نقل المخاطر :** تحويل بعض المخاطر إلى جهات خارجية، مثل التأمين أو التعاقد مع شركات متخصصة .

- **قبول المخاطر :** قبول بعض المخاطر التي لا يمكن تجنبها أو تخفيفها، مع اتخاذ تدابير للتعامل معها في حال حدوثها .

4. تنفيذ الخطط ومراقبتها:

- **التدريب والتوعية :** تدريب الموظفين على كيفية التعامل مع المخاطر المختلفة، وتوعيتهم بأهمية الإبلاغ عن الحوادث والمخاطر .

- **استخدام التكنولوجيا :** استخدام أنظمة إدارة معلومات المستشفى (HIS) وأنظمة الإبلاغ عن الحوادث وأنظمة المراقبة لتعزيز الكفاءة والمراقبة والتحليل .

- **تطوير ثقافة السلامة :** تعزيز ثقافة سلامة المرضى والموظفين، حيث يشعر الجميع بالمسؤولية عن تحديد المخاطر والإبلاغ عنها والعمل على منعها .

- **مراجعة وتقييم الأداء:** المراقبة المستمرة لفعالية خطط التخفيف وتقييم أداء إدارة المخاطر بشكل دوري، وتعديل الخطط والتدابير حسب الحاجة .
 - **تحسين الاتصال:** تحسين التواصل بين جميع أقسام المستشفى لضمان تنسيق الجهود وتبادل المعلومات بشكل فعال .
5. **إدارة الأزمات:**
- **التخطيط المسبق:** وضع خطط طوارئ مفصلة للتعامل مع الأحداث غير المتوقعة والكوارث .
 - **التدريب المستمر:** تدريب الموظفين على كيفية الاستجابة للأزمات والكوارث بشكل فعال .
 - **استخدام التكنولوجيا:** استخدام التكنولوجيا لتسهيل التواصل وإدارة الموارد أثناء الأزمات .
- من خلال تطبيق هذه الاستراتيجيات، يمكن للمستشفيات تحسين إدارة المخاطر، وتقليل الحوادث السلبية، وتحسين جودة الرعاية الصحية، وتعزيز سلامة المرضى والموظفين (Ali Alam,2016,5).
- أبعاد إدارة المخاطر:**

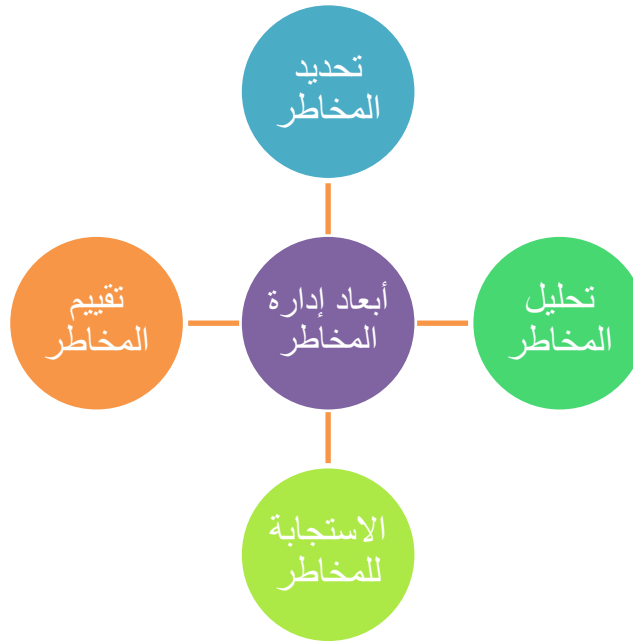
1. **تحديد المخاطر: (Risk Identification)** يُقصد به عملية التعرف المنهجي على مصادر الخطر المحتملة داخل المؤسسة الصحية، سواء كانت سريرية أو تشغيلية أو تنظيمية، بهدف رصدها قبل أن تؤثر على سلامة المرضى أو جودة الخدمة (الشمري، 2023، 45).

2. **تحليل المخاطر: (Risk Analysis)** يتضمن دراسة احتمالية حدوث كل خطر وتأثيره المحتمل، باستخدام أدوات كمية أو نوعية لتقدير درجة الخطورة، مما يساعد في ترتيب الأولويات وتوجيه الموارد (عبدالحميد، 2024، 61).

3. **تقييم المخاطر: (Risk Evaluation)** يُعنى بتقدير مدى قبول أو رفض كل خطر بناءً على نتائجه المتوقعة، ويُستخدم لتحديد ما إذا كانت المخاطر تتطلب تدخلاً فورياً أو يمكن تحملها ضمن حدود معينة (مدون حر، 2024، 1).

4. **الاستجابة للمخاطر: (Risk Response)** تشمل تطوير وتنفيذ استراتيجيات وقائية أو علاجية لتقليل من المخاطر أو القضاء عليها، مثل تعديل السياسات، تحسين الإجراءات، أو تدريب العاملين (جمال، 2023، 88).

شكل (1) يوضح أبعاد إدارة المخاطر



إعداد/ الباحثة، مستندة إلى ما ورد في الأكاديمية البريطانية للتدريب والتطوير

الدراسات السابقة حول إدارة المخاطر في الرعاية الصحية:

نجد دراسة **Smith et al. (2017): The Impact of Risk Management on Patient Safety in Hospitals**

حيث هدفت إلى تحليل العلاقة بين استخدام أدوات تحليل البيانات الطبية وتدريب الكوادر الصحية، وبين فعالية الإجراءات الوقائية في تقليل الحوادث الطبية. ركزت الدراسة على أهمية تبني نهج استباقي في إدارة المخاطر، بما يضمن تعزيز سلامة المرضى وتحسين جودة الخدمات العلاجية. اعتمد الباحثون على المنهج الكمي التحليلي، واستخدموا الاستبيان وتحليل السجلات الطبية كأدوات لجمع البيانات، وقد تم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من 150 موظفًا من الأطباء والممرضين ومديري الجودة في مستشفيات تعليمية في الولايات المتحدة، تم اختيارهم بطريقة قصدية لضمان تمثيل الفئات المعنية مباشرة بتطبيق نظم إدارة المخاطر. أظهرت نتائج الدراسة أن تطبيق إدارة المخاطر ساهم في تحسين سلامة المرضى من خلال تقليل الحوادث الطبية، وتحسين نتائج العلاج، وتقليل الأخطاء المرتبطة بالتشخيص والعلاج واستخدام الأدوية، كما ساهمت هذه النظم في تحسين الكفاءة التشغيلية عبر تقليل الفاقد الناتج عن الأخطاء الطبية، مما عزز قدرة المستشفيات على تقديم رعاية صحية آمنة وفعالة. أوصت الدراسة بضرورة الاستثمار في تدريب الكوادر الصحية بشكل مستمر، وتفعيل نظم تحليل البيانات الطبية لتحديد المخاطر واتخاذ الإجراءات الوقائية المناسبة.

وتشير دراسة **Jones and Brown (2018): The Role of Risk Management in Enhancing Healthcare Quality**

إلى أن إدارة المخاطر تلعب دورًا

محوريًا في تحسين جودة الرعاية الصحية، من خلال تقليل التكاليف المرتبطة بالأخطاء الطبية، وتحسين الكفاءة التشغيلية للمستشفيات، وهدفت إلى تحليل العلاقة بين تطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر وبين جودة الخدمات الصحية، مع التركيز على أثر هذه الاستراتيجيات في تحسين نتائج العلاج وتقليل الفاقد في العمليات التشغيلية. اعتمد الباحثان على المنهج الكمي التحليلي، واستخدما الاستبيان وتحليل بيانات الأداء الطبي كأدوات لجمع البيانات، وقد تم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من 12 مستشفى تعليمي في الولايات المتحدة، شملت مديري الجودة، ومشرفي الأقسام الطبية، وعدداً من العاملين في الإدارة التشغيلية. أظهرت نتائج الدراسة أن تطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر ساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال تقليل الأخطاء الطبية، وتحسين نتائج العلاج، وتقليل التكاليف المرتبطة بالحوادث الصحية، مما أدى إلى تعزيز الكفاءة التشغيلية عبر تحسين سير العمل وتقليل الفاقد، كما أوصت الدراسة بضرورة دمج إدارة المخاطر ضمن السياسات التشغيلية للمستشفيات، وتوفير التدريب المستمر للكوادر لضمان تحقيق نتائج مستدامة.

وسعت دراسة Al-Zahrani, S. (2018): Evaluation of Risk Management

Strategies in Healthcare إلى تحليل وتقييم استراتيجيات إدارة المخاطر المطبقة في المستشفيات السعودية، مع التركيز على أهمية التدريب المستمر ورفع مستوى الوعي بين العاملين في القطاع الصحي، باعتبارهما عنصريين أساسيين في تحسين جودة الرعاية الصحية وتقليل معدلات الأخطاء الطبية. اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدم الاستبيان المغلق كأداة رئيسية لجمع البيانات، حيث تم تصميمه لقياس مدى تطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر ومدى إدراك العاملين لأهميتها، وقد تم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من 150 مشاركاً من الكوادر الطبية والإدارية في عدد من المستشفيات الحكومية والخاصة في المملكة العربية السعودية، تم اختيارهم بطريقة قصدية لضمان تمثيل الفئات المعنية بإدارة المخاطر، وأظهرت نتائج الدراسة أن تعزيز التدريب المستمر وزيادة الوعي لدى العاملين أدى إلى تحسين جودة الخدمات الصحية، تقليل التكاليف المالية الناتجة عن الأخطاء الطبية، وزيادة الكفاءة التشغيلية داخل المستشفيات، كما أوصت الدراسة بضرورة دمج برامج إدارة المخاطر ضمن الخطط التدريبية المستدامة، وتفعيل دور الإدارة العليا في دعم هذه المبادرات لضمان فاعليتها واستمراريتها.

كما سلطت دراسة أحمد محمد السعيد: (2019) تقييم إدارة المخاطر في المستشفيات

الحكومية السعودية الضوء على التحديات التي تواجه المستشفيات الحكومية السعودية في مجال إدارة المخاطر، مع التركيز على نقص الوعي والتدريب بين العاملين كعقبة رئيسية تؤثر سلباً على جودة الرعاية الصحية، وتحليل أثر نقص التدريب والوعي على فعالية تطبيق هذه النظم، واعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدم الاستبيان والمقابلات الشخصية كأدوات لجمع البيانات، وقد تم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من 100 موظف من الكوادر الطبية والإدارية في مستشفيات حكومية بمدينة الرياض،

تم اختيارهم بطريقة قصدية لضمان تمثيل الفئات المعنية بإدارة المخاطر. أظهرت نتائج الدراسة أن نقص التدريب والوعي يُعد من أبرز التحديات التي تعيق تحسين جودة الرعاية الصحية، وأن تعزيز الوعي والتدريب المستمر للكوادر الطبية والإدارية يساهم في تقليل الأخطاء الطبية، وتحسين نتائج العلاج، وتقليل التكاليف المرتبطة بالحوادث الصحية، مما يؤدي إلى تعزيز الكفاءة التشغيلية من خلال تحسين سير العمل وتقليل الفاقد. كما أوصت الدراسة بضرورة إدراج برامج تدريبية متخصصة في إدارة المخاطر، وتفعيل دور الإدارة العليا في دعم هذه المبادرات.

دراسة Al-Omari et al. (2019): Implementation of Risk

Systems in Healthcare Facilities Management تناولت هذه الدراسة أهمية دعم الإدارة العليا في تطبيق نظم إدارة المخاطر داخل المنشآت الصحية، حيث هدفت إلى تحليل العلاقة بين مستوى الدعم الإداري وفعالية تنفيذ استراتيجيات إدارة المخاطر، مع التركيز على أثر ذلك في تحسين جودة الرعاية الصحية وتقليل الأخطاء الطبية، واعتمد الباحثون على المنهج الكمي التحليلي، واستخدموا الاستبيان المغلق كأداة رئيسية لجمع البيانات، وتم تصميمه لقياس مستوى الدعم الإداري ومدى تطبيق نظم إدارة المخاطر. وقد تم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من 120 مشاركًا من مديري المستشفيات والمشرفين الإداريين في عدد من المنشآت الصحية في المملكة العربية السعودية والأردن، تم اختيارهم بطريقة قصدية لضمان تمثيل الفئات القيادية المؤثرة في صنع القرار، وأظهرت نتائج الدراسة أن دعم الإدارة العليا كان عاملاً حاسماً في تحسين فعالية نظم إدارة المخاطر، مما انعكس إيجاباً على جودة الرعاية الصحية، الكفاءة التشغيلية، وتقليل الأخطاء الطبية، كما أوصت الدراسة بضرورة إشراك القيادات الإدارية في تصميم وتنفيذ برامج إدارة المخاطر، وتوفير الموارد اللازمة لضمان نجاحها واستدامتها.

وهدف Khan et al. (2019): Impact of Risk Management on

Patient Care in Middle Eastern Hospitals إلى تحليل أثر تطبيق نظم إدارة المخاطر على جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى في المستشفيات الشرق أوسطية، مع التركيز على أهمية هذه النظم كعنصر أساسي في تحسين رعاية المرضى وتقليل الأخطاء الطبية. تناول الباحثون العلاقة بين تطبيق إدارة المخاطر ورضا المرضى، إلى جانب أثرها في تعزيز سمعة المؤسسات الصحية. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبيان والمقابلات الشخصية كأدوات لجمع البيانات. وقد تم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من 100 مشارك من الكوادر الطبية والإدارية في مستشفيات في المملكة العربية السعودية، الإمارات، وقطر، تم اختيارهم بطريقة قصدية لضمان تمثيل الفئات المعنية بتطبيق إدارة المخاطر، وأظهرت نتائج الدراسة تحسناً ملحوظاً في سلامة المرضى وجودة الخدمات الصحية بعد تطبيق نظم إدارة المخاطر، مما أدى إلى زيادة رضا المرضى وتعزيز سمعة

المستشفيات، كما أوصت الدراسة بضرورة تبني سياسات مؤسسية واضحة لإدارة المخاطر، وتوفير التدريب المستمر لضمان تحقيق نتائج مستدامة في جودة الرعاية الصحية.

وركرزت دراسة Hassan Al-Harbi (2019): Risk Management in Saudi

Healthcare: Challenges and Solution على التحديات التي تواجه إدارة المخاطر في القطاع الصحي السعودي، مع التركيز على أبرز العقبات مثل نقص التمويل وضعف البنية التحتية، باعتبارهما من العوامل التي تعيق تطبيق نظم إدارة المخاطر بشكل فعال. هدفت الدراسة إلى تحليل هذه التحديات واقتراح حلول عملية لتحسين أداء المستشفيات في مجال إدارة المخاطر، من خلال تطوير البنية التحتية وزيادة الموارد المالية المخصصة لهذا المجال. اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدم الاستبيان والمقابلات الشخصية كأدوات لجمع البيانات. وقد تم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من 85 مشاركاً من مديري المستشفيات، ومهندسي البنية التحتية، ومشرفي الجودة في عدد من المستشفيات الحكومية والخاصة في مناطق مختلفة من المملكة، تم اختيارهم بطريقة قصدية لضمان تمثيل الفئات المعنية مباشرة بالتحديات التنظيمية والمالية. أظهرت نتائج الدراسة أن نقص التمويل وضعف البنية التحتية يُعدان من أبرز التحديات التي تعيق تطبيق إدارة المخاطر، وأن زيادة التمويل وتطوير البنية التحتية يمثلان حلولاً فعالة لتعزيز قدرة المستشفيات على تطبيق نظم إدارة المخاطر بكفاءة، كما أوصت الدراسة بضرورة إدراج إدارة المخاطر ضمن أولويات التخطيط الاستراتيجي، وتخصيص موارد مالية وتقنية كافية لدعم هذا التوجه.

وهدف دراسة Johnson et al. (2019): Applications of Risk

Management in American Hospitals على تحليل دور تكنولوجيا المعلومات الصحية في تحسين إدارة المخاطر داخل المستشفيات الأمريكية، من خلال استخدام أدوات تحليل البيانات لتحديد الأنماط الخطرة والتنبؤ بالمشكلات المحتملة قبل وقوعها. هدفت الدراسة إلى إبراز أهمية دمج الأنظمة الرقمية في إدارة المخاطر، لما لها من أثر في تعزيز جودة الرعاية الصحية وتقليل الأخطاء الطبية. واعتمد الباحثون على المنهج الكمي التحليلي، واستخدموا الاستبيان الإلكتروني وتحليل السجلات الطبية الرقمية كأدوات رئيسية لجمع البيانات. وقد تم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من 10 مستشفيات تعليمية في الولايات المتحدة، شملت مديري نظم المعلومات الصحية، ومشرفي الجودة، وعدداً من الأطباء والممرضين العاملين في أقسام الطوارئ والعناية المركزة. وأظهرت نتائج الدراسة أن استخدام التكنولوجيا في تحليل المخاطر ساهم بشكل فعال في تحسين إدارة المخاطر، رفع جودة الخدمات الصحية، وزيادة الكفاءة التشغيلية، كما أوصت الدراسة بضرورة الاستثمار في تطوير البنية التحتية الرقمية وتدريب الكوادر على استخدام أدوات التحليل الحديثة لضمان استدامة التحسينات في الأداء الصحي.

وركزت دراسة Al-Mutairi et al. (2020): Risk Management Practices

in Saudi Hospitals على تقييم الممارسات الحالية لإدارة المخاطر في المستشفيات السعودية، مع التأكيد على أهمية تطبيق برامج شاملة ومتكاملة لإدارة المخاطر كوسيلة لتحسين جودة الرعاية الصحية وضمان سلامة المرضى. هدفت الدراسة إلى تحليل مدى فعالية الممارسات القائمة، وتحديد الفجوات التي تعيق تحقيق نتائج ملموسة في تقليل الأخطاء الطبية وتحسين الأداء المؤسسي. اعتمد الباحثون على المنهج الكمي التحليلي، واستخدموا الاستبيان وتحليل مؤشرات الأداء الطبي كأدوات لجمع البيانات، وقد تم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من 120 موظفًا من الكوادر الطبية والإدارية في مستشفيات حكومية وخاصة في مناطق مختلفة من المملكة العربية السعودية، تم اختيارهم بطريقة قصدية لضمان تمثيل الفئات المعنية بإدارة المخاطر، أظهرت نتائج الدراسة أن تطبيق برامج شاملة لإدارة المخاطر ساهم في تحسين جودة الرعاية الصحية من خلال تقليل الأخطاء الطبية، وتحسين نتائج العلاج، وتقليل التكاليف المرتبطة بالحوادث الصحية، مما أدى إلى تعزيز الكفاءة التشغيلية عبر تحسين سير العمل وتقليل الفاقد. كما أوصت الدراسة بضرورة دمج إدارة المخاطر ضمن الخطط الاستراتيجية للمستشفيات، وتوفير التدريب والدعم المؤسسي لضمان فاعلية التطبيق.

وأكدت دراسة Miller and Davis (2020): Risk Management Practices in

European Hospitals على أهمية التدريب المستمر للكوادر الطبية والإدارية في تحسين إدارة المخاطر داخل المستشفيات الأوروبية، حيث هدفت إلى تحليل أثر تطوير المهارات والمعرفة المهنية على جودة الرعاية الصحية وتقليل الأخطاء الطبية. تناول الباحثان العلاقة بين التعليم المستمر وتطبيق استراتيجيات فعالة لإدارة المخاطر، مع التركيز على ضرورة تحديث المعارف بما يتماشى مع التطورات التقنية والتنظيمية في القطاع الصحي، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبيان والمقابلات شبه المهيكلية كأدوات لجمع البيانات، وقد تم تطبيقها على عينة مكونة من 200 موظف من الكوادر الطبية والإدارية في مستشفيات تقع في ألمانيا، فرنسا، وإيطاليا، وتم اختيار العينة بطريقة عشوائية طبقية لضمان تمثيل مختلف الأقسام والتخصصات. وأظهرت نتائج الدراسة أن التدريب المستمر وتحديث المهارات ساهم في تحسين جودة الرعاية الصحية، رفع الكفاءة التشغيلية، وتقليل الأخطاء الطبية، كما أوصت الدراسة بضرورة إدراج برامج التدريب المهني ضمن السياسات الصحية الوطنية، وتوفير الدعم المؤسسي لضمان استمرارية هذه البرامج وتأثيرها الإيجابي على الأداء العام للمستشفيات.

وأشارت دراسة Al-Qahtani et al. (2020): Obstacles to Effective Risk

Management in Healthcare إلى العقبات التي تعترض إدارة المخاطر بفعالية في القطاع الصحي السعودي، مع التركيز على أهمية التدريب المستمر والتنسيق الداخلي بين الأقسام كعوامل رئيسية

لتحسين تنفيذ استراتيجيات إدارة المخاطر. هدفت الدراسة إلى تحليل مدى تأثير نقص التدريب وضعف التنسيق على فعالية إدارة المخاطر، وتقديم توصيات عملية لتعزيز الأداء المؤسسي في هذا المجال. اعتمد الباحثون على المنهج الكمي التحليلي، واستخدموا الاستبيان المغلق كأداة رئيسية لجمع البيانات، حيث تم تصميمه لقياس مستوى التدريب والتنسيق ومدى ارتباطهما بفعالية إدارة المخاطر، وقد تم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من 110 موظفين من الكوادر الطبية والإدارية في مستشفيات حكومية وخاصة في المنطقة الوسطى والشرقية من المملكة، تم اختيارهم بطريقة قصدية، وأظهرت نتائج الدراسة أن تعزيز التدريب المستمر وزيادة الوعي بين العاملين، إلى جانب تحسين التنسيق الداخلي، يُعد من العوامل الأساسية التي تسهم في رفع فعالية إدارة المخاطر، كما أوصت الدراسة بضرورة إدراج برامج تدريبية متخصصة في إدارة المخاطر، وتنفيذ آليات التنسيق بين الأقسام لضمان تطبيق متكامل وفَعَال لهذه النظم.

كما تناولت دراسة عبد الله بن محمد الجهني: (2020) إدارة المخاطر في مستشفيات المملكة العربية السعودية كيفية تطبيق نظم إدارة المخاطر في المستشفيات السعودية، مع التركيز على أثر هذه النظم في تقليل الأخطاء الطبية وزيادة رضا المرضى. هدفت الدراسة إلى تحليل فعالية تطبيق إدارة المخاطر في بيئة المستشفى، وتحديد مدى تأثيرها على جودة الرعاية الصحية والكفاءة التشغيلية، واعتمد الباحث على منهج دراسة الحالة، واستخدم أدوات متعددة لجمع البيانات شملت الاستبيان، والمقابلات الشخصية، وتحليل الوثائق الإدارية. وقد تم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من 75 مشاركاً من الكوادر الطبية والإدارية في أحد المستشفيات الحكومية الكبرى بمدينة الرياض، تم اختيارهم بطريقة قصدية لضمان تمثيل الفئات المعنية بتطبيق إدارة المخاطر، وأظهرت نتائج الدراسة أن تطبيق نظم إدارة المخاطر ساهم بشكل واضح في تقليل الأخطاء الطبية، تحسين جودة الرعاية الصحية، وزيادة الكفاءة التشغيلية، إلى جانب رفع مستوى رضا المرضى عن الخدمات المقدمة، كما أوصت الدراسة بضرورة تعزيز ثقافة السلامة داخل المستشفيات، وتوفير التدريب والدعم الإداري المستمر لضمان نجاح تطبيق هذه النظم.

كما ركزت دراسة Hassan et al. (2020) Effectiveness of Risk Management Programs in Hospitals

على تحليل دور برامج إدارة المخاطر في تحسين الكفاءة التشغيلية داخل المستشفيات، مع إبراز أهمية هذه البرامج في تحسين العمليات وتقليل الأخطاء الطبية، كما هدفت الدراسة إلى تقييم مدى فعالية تطبيق برامج إدارة المخاطر في بيئات المستشفيات، وتأثيرها المباشر على جودة الرعاية الصحية وكفاءة الأداء المؤسسي. واعتمد الباحثون على المنهج الكمي، واستخدموا الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات، حيث تم تصميمه لقياس مدى تطبيق برامج إدارة المخاطر وتأثيرها على مؤشرات الأداء، وقد تم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من 15 مستشفى في المملكة العربية السعودية ودولة الإمارات العربية المتحدة، شملت مديري الجودة، ومشرفي الأقسام

الطبية، وعددًا من العاملين في الإدارة التشغيلية، وأظهرت نتائج الدراسة أن تطبيق برامج إدارة المخاطر ساهم بشكل فعال في زيادة الكفاءة التشغيلية، تحسين جودة الرعاية الصحية، وتقليل الأخطاء الطبية. كما أوصت الدراسة بضرورة دمج هذه البرامج ضمن الخطط الاستراتيجية للمستشفيات، وتوفير التدريب المستمر للكوادر لضمان تحقيق نتائج مستدامة.

وهدفت دراسة Sami Al-Zahrani (2021) Evaluation of Risk Management

Implementation in Saudi Hospitals إلى تحليل استراتيجيات إدارة المخاطر المطبقة في المستشفيات السعودية، مع التركيز على أهمية التدريب المستمر والدعم الإداري في تحسين فعالية هذه الاستراتيجيات. سعى الباحث إلى فهم العلاقة بين تطوير قدرات العاملين وتوفير الدعم المؤسسي، وبين جودة تطبيق إدارة المخاطر في بيئة المستشفى. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبيان والملاحظة الميدانية كأدوات لجمع البيانات، حيث تم تصميم الاستبيان لقياس مستوى التدريب والدعم الإداري ومدى تأثيرهما على تطبيق إدارة المخاطر، وقد تم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من 100 موظف من الكوادر الطبية والإدارية في مستشفيات بمدينة الرياض وجدة، تم اختيارهم بطريقة قصدية لضمان تمثيل الفئات المعنية مباشرة بإدارة المخاطر، وأظهرت نتائج الدراسة أن التدريب المستمر والدعم الإداري كانا عاملين رئيسيين في تحسين جودة الرعاية الصحية، وزيادة الكفاءة التشغيلية داخل المستشفيات. كما أوصت الدراسة بضرورة تعزيز البرامج التدريبية وتفعيل دور الإدارة العليا في دعم مبادرات إدارة المخاطر لضمان فاعليتها واستدامتها.

كما تضمنت دراسة سامي بن علي الزهراني (2021) تحديات إدارة المخاطر في القطاع

الصحي السعودي تحليلًا معمقًا للتحديات المالية والتنظيمية التي تواجه تطبيق إدارة المخاطر في المستشفيات السعودية، حيث هدفت إلى تحديد أبرز العوائق التي تحول دون تنفيذ فعال لهذه النظم، مع التركيز على أهمية توفير الدعم المالي والإداري لضمان نجاح تطبيقها. تناول الباحث العلاقة بين الموارد المتاحة والجاهزية التنظيمية، وبين فعالية إدارة المخاطر في بيئة المستشفى، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبيان والمقابلات الشخصية كأدوات لجمع البيانات، وقد تم تطبيقها على عينة مكونة من 90 مشاركًا من مديري المستشفيات، ورؤساء الأقسام الطبية، والمشرفين الإداريين في عدد من المستشفيات الحكومية والخاصة في مناطق مختلفة من المملكة، تم اختيارهم بطريقة قصدية. وأظهرت نتائج الدراسة أن نقص التمويل، إلى جانب المقاومة التنظيمية للتغيير، يُعدان من أبرز التحديات التي تعيق تطبيق إدارة المخاطر بشكل فعال، كما أوصت الدراسة بضرورة تخصيص ميزانيات مستقلة لإدارة المخاطر، وتطوير السياسات الداخلية بما يضمن مرونة تنظيمية واستعدادًا مؤسسيًا لتبني النظم الحديثة في هذا المجال.

وتناولت دراسة Anderson et al. (2021) Challenges in Risk Management

in Healthcare: A Comprehensive Review التحديات التي تعترض تطبيق نظم إدارة المخاطر في المستشفيات، مع التركيز على أبرز العوائق مثل نقص الوعي بين العاملين، والقيود المالية التي تحد من فعالية التنفيذ. هدفت الدراسة إلى تقديم مراجعة شاملة للعقبات التي تواجه المؤسسات الصحية في تطبيق نظم إدارة المخاطر، وتحليل سبل التغلب عليها من خلال تطوير استراتيجيات تنظيمية وتدريبية، واعتمد الباحثون على المنهج النوعي التحليلي، واستخدموا مراجعة الأدبيات والمقابلات شبه المهيكلة كأدوات رئيسية لجمع البيانات، وقد شملت العينة مجموعة من الخبراء في إدارة المستشفيات، ومديري الجودة، وممثلي الهيئات التنظيمية الصحية في الولايات المتحدة وكندا، بلغ عددهم 40 مشاركاً تم اختيارهم بطريقة قصدية، وأظهرت نتائج الدراسة أن نقص الوعي لدى العاملين، إلى جانب محدودية الموارد المالية، يُعدان من أبرز التحديات التي تعيق تطبيق نظم إدارة المخاطر بشكل فعال، كما أوصت الدراسة بضرورة الاستثمار في برامج التوعية والتدريب، وتوفير الدعم المالي والإداري لتجاوز هذه العقبات وتحقيق تحسين ملموس في جودة الرعاية الصحية.

أشارت دراسة Garcia and Martinez (2022) Barriers to Implementing

Risk Management Systems in Hospitals إلى أن مقاومة التغيير تُعد من أبرز العوائق التي تواجه تطبيق نظم إدارة المخاطر في المستشفيات، حيث هدفت إلى تحليل الأسباب التنظيمية والنفسية التي تدفع العاملين إلى مقاومة التغيير، وتحديد سبل إدارتها لضمان تطبيق فعال ومستدام لإدارة المخاطر، وركزت الدراسة على أهمية التغيير التنظيمي المدروس، وتعزيز ثقافة السلامة كمدخل أساسي لتجاوز هذه المقاومة، واعتمد الباحثان على المنهج النوعي، واستخدما المقابلات المتعمقة وتحليل الوثائق التنظيمية كأدوات لجمع البيانات. وقد تم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من 35 مشاركاً من مديري المستشفيات، ومشرفي الجودة، وعدد من العاملين في الأقسام الطبية والإدارية في مستشفيات إسبانية ومكسيكية، تم اختيارهم بطريقة قصدية لضمان تمثيل الفئات المعنية بإدارة التغيير، وأظهرت نتائج الدراسة أن مقاومة التغيير تشكل عائقاً رئيسياً أمام تطبيق نظم إدارة المخاطر، مما يستدعي تطوير استراتيجيات فعالة لتعزيز ثقافة السلامة، وتفعيل التواصل الداخلي، وتقديم التدريب المستمر الذي يراعي الجوانب النفسية والتنظيمية للممارسين الصحيين. كما أوصت الدراسة بضرورة إشراك العاملين في مراحل التخطيط والتنفيذ لضمان قبولهم للتغيير وتحقيق نتائج إيجابية.

وأكدت دراسة منصور بن عبد الرحمن العتيبي (2022) دور إدارة المخاطر في تحسين جودة

الرعاية الصحية: دراسة ميدانية في مستشفيات الرياض على أهمية التدريب والتطوير المهني في تحسين إدارة المخاطر داخل المستشفيات، مع التركيز على دوره في تقليل الأخطاء الطبية ورفع جودة الرعاية الصحية. هدفت الدراسة إلى تحليل أثر البرامج التدريبية والتأهيلية على فعالية تطبيق إدارة المخاطر،

وتحديد مدى ارتباط التطوير المهني بتحسين الأداء المؤسسي في القطاع الصحي، واعتمد الباحث على المنهج الميداني الوصفي، واستخدم الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات، حيث تم تصميمه لقياس مستوى التدريب والتطوير المهني ومدى تأثيرهما على جودة إدارة المخاطر، وقد تم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من 130 موظفًا من الكوادر الطبية والإدارية في مستشفيات مدينة الرياض، تم اختيارهم بطريقة قصدية لضمان تمثيل الفئات المستهدفة بالتدريب والتطوير، وأظهرت نتائج الدراسة أن تعزيز التدريب المستمر والتطوير المهني ساهم بشكل فعال في تحسين إدارة المخاطر، رفع جودة الرعاية الصحية، وتقليل الأخطاء الطبية، كما أوصت الدراسة بضرورة دمج برامج التدريب ضمن الخطط الاستراتيجية للمستشفيات، وتوفير بيئة تعليمية مستدامة تضمن تطوير المهارات والمعرفة لدى العاملين في القطاع الصحي.

أجرت Willis Towers Watson دراسة تحليلية عام 2025 شملت عينة من 120 مستشفى في الولايات المتحدة، تتنوع بين مستشفيات تعليمية، خاصة، وريفية. هدفت الدراسة إلى تقييم أبرز المخاطر التشغيلية والمالية التي تواجه المؤسسات الصحية، خاصة في ظل التحول الرقمي. استخدم الباحثون استبيانًا إلكترونيًا مكونًا من 35 بندًا يغطي مجالات: الأمن السيبراني، سلامة المرضى، الامتثال التنظيمي، والموارد البشرية، كما تم دعم النتائج بتحليل بيانات ثانوية من تقارير الحوادث الداخلية وأنظمة إدارة الجودة، أظهرت النتائج أن نقص الكوادر الطبية والتهديدات السيبرانية هما أكثر المخاطر تأثيرًا على الأداء، مما يستدعي تعزيز أدوات الرصد المبكر والتدريب المستمر.

وفي دراسة تطبيقية نُشرت عام 2025، قام فريق من الباحثين بتحليل فعالية أدوات إدارة المخاطر في عينة من 85 مستشفى في أوروبا، باستخدام منهج وصفي تحليلي. اعتمدت الدراسة على مقابلات شبه منظمة مع مديري الجودة والمخاطر، بالإضافة إلى تحليل استخدام أدوات مثل RLDatix و MetricStream و Radar Healthcare، وهي أنظمة رقمية متخصصة في تتبع الحوادث وتحليل أسبابها. أظهرت النتائج أن المستشفيات التي تستخدم أدوات متكاملة لإدارة المخاطر تحقق استجابة أسرع للحوادث، وتقل فيها معدلات الأخطاء الطبية بنسبة تصل إلى 23% مقارنة بالمستشفيات التي تعتمد على أدوات تقليدية.

جدول (5) ملخص الدراسات السابقة حول إدارة المخاطر

الدراسة	الهدف	النتيجة	الفرق بينها وبين دراستي
Smith et al. (2017)	تحليل العلاقة بين أدوات تحليل البيانات الطبية وتدريب الكوادر	أظهرت الدراسة أن تطبيق إدارة المخاطر ساهم في تحسين سلامة المرضى	دراستي تضيف البُعد القيادي من خلال تحليل الدور الوسيط للقيادة التحويلية، بينما دراسة Smith ركزت فقط على الأثر

الصحية وبين فعالية الإجراءات الوقائية في تقليل الحوادث الطبية.	وتقليل الأخطاء الطبية وزيادة الكفاءة التشغيلية.	المباشر لإدارة المخاطر دون تناول العوامل التنظيمية.
Jones and Brown (2018)	تحليل العلاقة بين تطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر وجودة الخدمات الصحية، مع التركيز على أثر هذه الاستراتيجيات في تحسين نتائج العلاج وتقليل الفاقد التشغيلي.	أظهرت الدراسة أن إدارة المخاطر ساهمت في تحسين جودة الرعاية الصحية من خلال تقليل الأخطاء الطبية والتكاليف، وتعزيز الكفاءة التشغيلية للمستشفيات.
Al-Zahrani, S. (2018)	تحليل وتقييم استراتيجيات إدارة المخاطر في المستشفيات السعودية، مع التركيز على التدريب المستمر ورفع الوعي.	دراستي تضيف القيادة التحويلية كعامل وسيط، بينما ركزت هذه الدراسة على التدريب والوعي كعوامل مباشرة.
أحمد محمد السعيد (2019)	تقييم واقع إدارة المخاطر في المستشفيات الحكومية السعودية وتحليل أثر نقص التدريب والوعي.	دراستي تدرس القيادة التحويلية كوسيط تنظيمي، بينما هذه الدراسة ركزت على التحديات الداخلية دون تحليل تنظيمي وسيط.
Al-Omari et al. (2019)	تحليل العلاقة بين دعم الإدارة العليا وفعالية تنفيذ استراتيجيات إدارة المخاطر.	دراستي تركز على القيادة التحويلية كوسيط بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى، بينما هذه الدراسة ركزت على الدعم الإداري كعامل مباشر.
Khan et al. (2019)	تحليل أثر تطبيق نظم إدارة المخاطر على جودة	تطبيق إدارة المخاطر أدى إلى تحسين السلامة

الرعاية وسلامة المرضى في المستشفيات الشرق أوسطية.	وجود الخدمات وزيادة رضا المرضى وتعزيز السمعة.	الدراسة ركزت على الأثر المباشر دون تحليل تنظيمي أو قيادي.
Hassan Al-Harbi (2019)	تحليل التحديات التي تواجه إدارة المخاطر في القطاع الصحي السعودي واقتراح حلول عملية.	نقص التمويل وضعف البنية التحتية يعوقان التطبيق الفعال، وزيادتهما يعزز كفاءة إدارة المخاطر.
Johnson et al. (2019)	تحليل دور تكنولوجيا المعلومات الصحية في تحسين إدارة المخاطر بالمستشفيات الأمريكية.	استخدام أدوات تحليل البيانات الرقمية ساهم في تحسين الجودة وتقليل الأخطاء وزيادة الكفاءة.
Al-Mutairi et al. (2020)	تقييم الممارسات الحالية لإدارة المخاطر في المستشفيات السعودية وتحديد الفجوات.	تطبيق برامج شاملة ساهم في تحسين الجودة وتقليل الأخطاء وتعزيز الكفاءة التشغيلية.
Miller and Davis (2020)	تحليل أثر التدريب المستمر على جودة الرعاية وتقليل الأخطاء في المستشفيات الأوروبية.	التدريب المستمر ساهم في تحسين الأداء العام وتقليل الأخطاء الطبية.
Al-Qahtani et al. (2020)	تحليل تأثير نقص التدريب وضعف التنسيق على فعالية إدارة المخاطر في القطاع الصحي السعودي.	تعزيز التدريب والتنسيق الداخلي يرفع فعالية إدارة المخاطر ويحسن الأداء المؤسسي.
عبد الله بن محمد الجهني (2020)	تحليل فعالية تطبيق نظم إدارة المخاطر في مستشفى سعودي وتأثيرها على الجودة والكفاءة.	دراستي تدرس القيادة التحويلية كوسيط تنظيمي، بينما هذه الدراسة ركزت على التعليم المهني كعامل مباشر.

التطبيق دون تحليل تنظيمي وسيط.			
دراستي تضيف البُعد القيادي التحويلي، بينما هذه الدراسة ركزت على البرامج كأداة مباشرة دون تحليل تنظيمي.	البرامج ساهمت في تحسين العمليات وتقليل الأخطاء وزيادة الكفاءة.	تقييم فعالية برامج إدارة المخاطر في تحسين الكفاءة التشغيلية وجودة الرعاية الصحية.	Hassan et al. (2020)
دراستي تركز على القيادة التحويلية كعامل وسيط، بينما هذه الدراسة ركزت على التدريب والدعم الإداري كعوامل مباشرة.	التدريب المستمر والدعم الإداري حسنا جودة الرعاية الصحية وزادا الكفاءة التشغيلية.	تحليل العلاقة بين التدريب والدعم الإداري وجودة تطبيق إدارة المخاطر في المستشفيات السعودية.	Sami Al-Zahrani (2021)
دراستي تدرس القيادة التحويلية كوسيط تنظيمي، بينما هذه الدراسة ركزت على العوائق البنوية دون تحليل قيادي.	نقص التمويل والمقاومة التنظيمية للتغيير من أبرز العوائق، والحل يمكن في تخصيص ميزانيات وتطوير السياسات.	تحديد أبرز التحديات المالية والتنظيمية التي تعيق تطبيق إدارة المخاطر في المستشفيات السعودية.	سامي بن علي الزهراني (2021)
دراستي تركز على القيادة التحويلية، بينما هذه الدراسة تناولت التحديات العامة دون تحليل للعوامل الوسيطة.	نقص الوعي والموارد المالية يعيقان التطبيق، والحل في التوعية والتدريب والدعم المؤسسي.	مراجعة شاملة للتحديات التي تعيق تطبيق إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية وتحليل سبل التغلب عليها.	Anderson et al. (2021)
دراستي تدرس القيادة التحويلية كعامل تنظيمي محفز، بينما هذه الدراسة ركزت على الجوانب النفسية والتنظيمية للمقاومة.	مقاومة التغيير تعيق التطبيق، ويجب تعزيز ثقافة السلامة والتواصل الداخلي والتدريب المستمر.	تحليل أسباب مقاومة التغيير في تطبيق إدارة المخاطر وتحديد سبل إدارتها لضمان استدامة التطبيق.	Garcia and Martinez (2022)
دراستي تدرس القيادة التحويلية كوسيط تنظيمي، بينما هذه الدراسة ركزت	التدريب المستمر ساهم في تحسين إدارة المخاطر	تحليل أثر التدريب والتطوير المهني على	منصور بن عبد الرحمن العتيبي(2022)

فعالية إدارة المخاطر وجودة الرعاية الصحية.	وتقليل الأخطاء الطبية ورفع جودة الرعاية.	على التدريب كعامل مباشر.
فريق باحثين (2025) - دراسة أوروبية	تحليل فعالية أدوات إدارة المخاطر الرقمية في المستشفيات الأوروبية.	دراساتي تركز على القيادة التحويلية كوسيط تنظيمي، بينما هذه الدراسة ركزت على التكنولوجيا كأداة تنفيذية مباشرة.

إعداد / الباحثة اعتماداً على الدراسات السابقة

تعقيب عن الدراسات السابقة للإدارة المخاطر:

من خلال استعراض هذا العدد المتنوع من الدراسات التي تناولت إدارة المخاطر في المجال الصحي بين عامي 2017 و2022، يتضح أن إدارة المخاطر لم تعد خياراً إدارياً، بل أصبحت شرطاً أساسياً في بناء أنظمة صحية أكثر أماناً وكفاءة، فقد أكدت معظم الدراسات مثل Smith et al. (2017) و Jones and Brown (2018) على أن تطبيق نظم إدارة المخاطر يساهم في تقليل الأخطاء الطبية، وتحسين نتائج العلاج، وتعزيز الكفاءة التشغيلية، ما ينعكس مباشرة على سلامة المرضى وجودة الرعاية المقدمة.

كما كشفت بعض الدراسات الميدانية المحلية، مثل دراسة أحمد محمد السعيد (2019) ودراسة الجهني (2020)، عن تحديات واقعية تواجه المستشفيات السعودية، أهمها ضعف الوعي الإداري وقلة التدريب، مما يؤثر على فعالية تطبيق نظم إدارة المخاطر. وهذه النتائج جاءت متسقة مع دراسات دولية مثل تلك التي أجراها Anderson et al. (2021) و Garcia and Martinez (2022)، والتي ركزت على العوائق التنظيمية والمقاومة الداخلية للتغيير داخل المستشفيات.

من جهة أخرى، برزت أهمية البنية التحتية والتكنولوجيا في دعم أنظمة إدارة المخاطر، كما في دراسة Johnson et al. (2019) التي أشارت إلى دور تكنولوجيا المعلومات الصحية في تحليل البيانات وتحديد أنماط الخطر. كذلك أكدت دراسة Hassan et al. (2020) ودراسة Miller and Davis (2020) على أن التدريب المستمر للكوادر الطبية والإدارية هو عامل محوري في تحسين أداء المنشآت الصحية وتقليل الأخطاء السريرية.

ويلاحظ أيضاً أن بعض الدراسات مثل دراسة العتيبي (2022) والزهراني (2021) قد قدمت رؤية تطبيقية تربط بين إدارة المخاطر والتطوير المهني وتعزيز جودة الأداء الصحي، مما يعكس تحولاً استراتيجياً في كيفية التعامل مع هذه الممارسة الإدارية داخل المستشفيات.

في المجمل، تعكس هذه الدراسات نضجًا في تناول موضوع إدارة المخاطر، من كونه مجرد عملية داخلية إلى كونه جزءًا من منظومة الجودة والتحسين المستمر، وتفتح الباب أمام مزيد من البحث التطبيقي لفهم كيف يمكن دمج القيادة التحويلية والتدريب والدعم المؤسسي لتحقيق بيئة صحية أكثر أمانًا.

أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة لإدارة المخاطر:

تُظهر الدراسات السابقة حول إدارة المخاطر، مثل (Al-Zahrani, Smith et al. (2017)، (2018)، وأحمد محمد السعيد (2019)، أهمية هذا المجال في تعزيز سلامة المرضى وتقليل الأخطاء الطبية داخل المرافق الصحية الحكومية، وقد ساهمت هذه الدراسات في بناء تصور نظري متكامل حول آليات التنبؤ بالمخاطر، وتطوير السياسات الوقائية، وتفعيل نظم الاستجابة السريعة. كما كشفت دراسات مثل (Khan et al. (2019) و (Al-Mutairi et al. (2020) عن التحديات التطبيقية التي تواجه المؤسسات الصحية، مثل ضعف التدريب ونقص الموارد، مما يدعم توجيه الدراسة الحالية نحو تحليل الدور الوسيط للقيادة التحويلية في تجاوز هذه العقبات، كذلك وفّرت أبحاث مثل (Garcia and Martinez (2022) ومنصور بن عبد الرحمن العتيبي (2022) نماذج تقييم فعّالة يمكن الاستفادة منها في تصميم أدوات القياس، بينما أظهرت دراسة فريق باحثين (2025) الأوروبية كيف يمكن للقيادة التحويلية أن تعزز ثقافة السلامة وتدعم تطبيق إدارة المخاطر بشكل مؤسسي. ومن ثم، فإن هذه الدراسات تمثل مرجعية علمية ومنهجية غنية تُسهم في صياغة الفرضيات، وتفسير النتائج، وربط المتغيرات في الدراسة الحالية.

المبحث الثاني: سلامة المرضى Patient safety:

أولاً : مفهوم سلامة المرضى:

سلامة المرضى هي تقليل الأذى الذي يمكن الوقاية منه أثناء تقديم الرعاية الصحية، وضمان أن تكون الخدمات الطبية آمنة وفعالة لكل مريض في كل وقت.

منظمة الصحة العالمية

وتُعرّف سلامة المرضى بأنها "علم تطبيقي يدمج بين نظريات العوامل البشرية، وإدارة المخاطر، والمرونة التنظيمية، بهدف تطوير عمليات رعاية صحية آمنة وفعّالة، تُمكن العاملين من تقليل الضرر قبل حدوثه، والاستجابة له بفعالية عند وقوعه". (Lachman et al., 2022, p. 12).

وتعرف سلامة المرضى بأنها "مجموعة من الممارسات السريرية والتنظيمية التي تهدف إلى تقليل الأخطاء الطبية وتحسين جودة الرعاية، من خلال تطبيق أدوات مثل أنظمة الإبلاغ والتعلم، وتعزيز ثقافة السلامة، وتطوير المهارات غير التقنية لدى العاملين الصحيين (Ricciardi & Cascini, 2021, p. 5).

وتعني سلامة المرضى توفير الرعاية الصحية دون أي إيذاء أو خطأ طبي أو حدث ضار يمكن الوقاية منه، مع حماية المريض من التعرض لأي منها.

هيئة الاعتماد الأردنية HCAC –

كما تعرف بأنها إطار لأنشطة منظمة تولّد ثقافات وعمليات وسلوكيات وتكنولوجيات في مجال الرعاية الصحية تعمل على التقليل من المخاطر والحد من الأذى الممكن تجنبه.

منظمة الصحة العالمية – ورقة الحقائق

وسلامة المرضى تعني تقليل احتمال وقوع الخطأ الطبي والحد من تأثيره عند حدوثه، من خلال تحسين النظم الصحية والتدريب والتكنولوجيا.

منظمة الصحة العالمية

وتُعرف أيضاً سلامة المرضى بأنها "القدرة على تقليل الحوادث الضارة من خلال فهم الأسباب الجذرية للأخطاء، وتطبيق أنظمة الإبلاغ، وبناء ثقافة تعلم مستمرة داخل بيئة الرعاية الصحية" (Ensaldo Carrasco, 2018, p. 45).

كما تُعرف سلامة المرضى بأنها "نهج متعدد المستويات يشمل السياسات الوطنية، والتنسيق بين الوكالات الصحية، وتفعيل دور العاملين الصحيين في تطبيق الممارسات الآمنة، بما يضمن تقليل المخاطر وتحسين جودة الرعاية في السياقات المعقدة مثل دول إقليم شرق المتوسط (Dardur, 2024, p. 88).

ثانياً: نظريات سلامة المرضى:

جدول (6) النظريات المفسرة لسلامة المرضى

اسم النظرية	صاحب النظرية وتاريخها	المبادئ الأساسية	الأبعاد المقترحة	التوثيق
نظرية الجبن السويسري	جيمس ريزن - 1990	- كل نظام دفاعي يحتوي على "ثقوب" - الحوادث تقع عند تصف هذه الثقوب - الأخطاء نشطة وكامنة - أهمية تعدد الطبقات الدفاعية	- تنظيمي - بشري - وقائي - تحليلي	Reason, J. (1990).
نظرية العوامل البشرية	مساهمات متعددة - 1980s	- التفاعل بين الإنسان والنظام - الأخطاء نتيجة عوامل متعددة - تحسين الأداء البشري يقلل المخاطر - البيئة الأمانة والتدريب المناسب	- إدراكي - بيئي - تنظيمي - تكنولوجي	Milligan, J. (2007).

اسم النظرية	صاحب النظرية وتاريخها	المبادئ الأساسية	الأبعاد المقترحة	التوثيق
نظرية النظم المعقدة	فريتجوف كابرا وآخرون - s1970	- الأنظمة مترابطة وغير خطية - التغير في جزء يؤثر على الكل - التفكير النظمي ضروري لإدارة المخاطر	- بنيوي - ديناميكي - تفاعلي - استراتيجي	Capra, F. (1996)..
نظرية الموثوقية العالية	ويك وسوتكليف - s1980	- التركيز على الاستباقية - تعزيز ثقافة السلامة - التنظيم واليقظة المستمرة	- تنظيمي - ثقافي - قيادي - تشغيلي	Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2007).
نظرية الشبكة الثقافية	كندا - s1990	- الثقافة تُبنى عبر التفاعل - شبكات الزملاء تؤثر على الالتزام - القيادة الثقافية قد تكون غير رسمية	- رمزي - اتصالي - علائقي - سلوكي	Kunda, G. (2006)..
نظرية تحليل السبب الجذري	مساهمات متعددة - s1970	- التركيز على الأسباب النظامية - أدوات تحليل	- تحليلي - تنظيمي	Wu, A. W., Lipshutz, A. K., & Pronovost, P. J. (2008)..

اسم النظرية	صاحب النظرية وتاريخها	المبادئ الأساسية	الأبعاد المقترحة	التوثيق
		مثل السبب والأثر -التعلم والتحسين وليس اللوم	-وقائي -توثيقي	
نظرية ثقافة السلامة	فلين وآخرون s1980 -	-السلامة مسؤولية جماعية -القيادة محورية -التواصل والتعلم من الأخطاء ضروري	-قيادي -اتصالي -سلوكي -تنظيمي	Flin, R., Burns, C., Mearns, K., Yule, S., & Robertson, E. M. (2006)..
نظرية إدارة المخاطر السريرية	فنسنت - s1990	-تقييم دوري للمخاطر -تقارير الحوادث والتحليل السببي -إشراك الطاقم الطبي	-سريري -تحليلي -تنظيمي -وقائي	Vincent, C. (2010)..
نظرية التعلم التنظيمي	باستن وهامان 2018 -	-التعلم الفردي والجماعي -تحويل المعرفة إلى ممارسات -أهمية التغذية الراجعة	-بشري -عملي -تكنولوجي -ثقافي	Basten, D., & Haamann, T. (2018)..

اسم النظرية	صاحب النظرية وتاريخها	المبادئ الأساسية	الأبعاد المقترحة	التوثيق
نظرية التصميم المتمركز حول الإنسان	IDEO – 1960s	-التعاطف مع المستخدمين -تصميم تشاركي -اختبار وتحسين مستمر	-إنساني -تكنولوجي -تجريبي -تشاركي	IDEO.org. (2015)..

إعداد / الباحثة إعتامدا على المصادر داخل الجدول.

ثالثاً: أسباب الأخطاء الطبية :

1. ضعف الالتزام بالأسس العلمية:

يُعد تجاهل المبادئ الطبية المعتمدة أثناء ممارسة المهنة من الأسباب الجوهرية لوقوع الأخطاء، مثل إجراء عمليات دون مراجعة الأدلة السريرية أو استخدام طرق تجريبية غير مثبتة (محمود، 2009، 17).

2. الإهمال وعدم الدقة:

الإهمال في أداء الواجبات الطبية، كعدم تعقيم الأدوات أو ترك أدوات داخل جسم المريض، يؤدي إلى مضاعفات خطيرة قد تصل إلى الوفاة (زقيبة، 2018، 3).

3. الإرهاق والتعب الجسدي والنفسي:

الإجهاد الناتج عن ضغط العمل أو المناوبات الطويلة يقلل من قدرة الطبيب على التركيز، مما يزيد من احتمالية الخطأ. (Edmondson, 2004, p. ii5)

4. نقص الخبرة والتدريب:

عدم حصول الطبيب أو الممارس الصحي على تدريب كافٍ قبل مزاولة المهنة يؤدي إلى ضعف التشخيص واتخاذ قرارات غير دقيقة (المؤيد، 2013، 6) .

5. أخطاء في وصف أو صرف الأدوية:

تشمل وصف دواء خاطئ، أو جرعة غير مناسبة، أو تجاهل حساسية المريض، وهي من أكثر الأخطاء شيوعاً في الممارسة السريرية (M7et.com , 2020,2) .

6. ضعف التواصل بين الفريق الطبي:

سوء نقل المعلومات بين الأقسام أو بين الطبيب والمريض يؤدي إلى تشخيص خاطئ أو علاج غير مناسب (المؤيد، 2013: 7).

7. مشاكل في الأجهزة الطبية:

تعطل الأجهزة أو استخدامها بطريقة خاطئة قد يؤدي إلى نتائج تشخيصية غير دقيقة أو مضاعفات أثناء العلاج (فكرة، 2024، 4).

8. عدم التمييز بين المرضى:

تشابه الأسماء أو اختلاط الملفات قد يؤدي إلى إعطاء علاج خاطئ أو إجراء عملية لمريض غير مقصود (المؤيد، 2013، 8).

9. غياب نظام رقابي فعال:

عدم وجود قوانين صارمة أو آليات واضحة للإبلاغ عن الأخطاء يجعل من الصعب اكتشافها أو منع تكرارها (زقبيّة، 2018، 4).

10. ضعف التوثيق الطبي:

عدم وجود ملف طبي شامل للمريض يؤدي إلى قرارات علاجية غير دقيقة، خاصة عند نقله بين المنشآت الصحية (فكرة، 2024، 5).

رابعاً : جودة الرعاية الصحية :

تُعرّف جودة الرعاية الصحية بأنها قدرة الخدمات الصحية المقدمة على تلبية احتياجات المرضى وتوقعاتهم بطريقة فعالة وآمنة وبتكلفة منطقية، وتشمل الجودة عدة أبعاد مثل السلامة، الفعالية، الكفاءة، الاستجابة، والعدالة. فالرعاية الصحية الجيدة لا تقتصر على تقديم العلاج، بل تمتد لتشمل تجربة المريض، ورضاه، وسهولة الوصول إلى الخدمة، إضافة إلى استخدام الموارد بشكل رشيد (Alhurani, 2023, p. 2).

وتُعد السلامة أحد أهم مكونات الجودة، إذ تشير إلى حماية المرضى من الأخطاء الطبية والمضاعفات التي يمكن الوقاية منها، وتشير الدراسات إلى أن الأخطاء الطبية تكبد الأنظمة الصحية خسائر مادية تفوق 4 مليارات دولار سنوياً، فضلاً عن الأثر النفسي والجسدي على المرضى (Alhurani, 2023, p. 3).

أما الفعالية، فهي تعني تقديم العلاجات والخدمات التي أثبتت فعاليتها علمياً، وتحقيق أفضل النتائج الصحية بأقل تكلفة وجهد، ويجب أن تستند القرارات السريرية إلى الأدلة الطبية الموثوقة، لضمان تحقيق نتائج علاجية إيجابية (Alhurani, 2023, p. 4).

وتُعد تجربة المريض أيضاً من المؤشرات المهمة للجودة، حيث تؤثر بشكل مباشر على التزامه بالعلاج ورضاه عن الخدمة، وتشمل هذه التجربة التواصل مع مقدمي الرعاية، الراحة النفسية، واحترام الخصوصية. (Alhurani, 2023, p. 5).

خامساً: معايير سلامة المرضى:

1. تحديد هوية المريض بدقة:

يجب استخدام وسيلتين على الأقل لتحديد هوية المريض قبل أي إجراء طبي، مثل الاسم الرباعي وتاريخ الميلاد، لتفادي الأخطاء الناتجة عن الخلط بين المرضى

Governance Health Unit, 2023, p. 4

2. الاستخدام الآمن للأدوية :

تشمل مراجعة وصفات الأدوية، التحقق من الجرعات، وتوثيق الحساسية الدوائية، حيث أن 50% من الأذى القابل للوقاية في المستشفيات مرتبط بالأدوية. (WHO, 2023, p. 3)

3. منع العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية:

تتطلب تطبيق بروتوكولات صارمة للتعقيم، غسل اليدين، واستخدام معدات الحماية الشخصية، إذ أن العدوى المكتسبة داخل المستشفيات تؤدي إلى مضاعفات خطيرة وتمثل عبئاً مالياً كبيراً (WHO, 2023, p. 4).

4. الإجراءات الجراحية الآمنة:

تشمل التحقق من نوع العملية، موقعها، والمريض المعني، قبل البدء بالجراحة، وذلك باستخدام قوائم التحقق الجراحية المعتمدة من منظمة الصحة العالمية. (WHO, 2023, p. 5).

5. الإبلاغ عن الأحداث الضارة وتحليلها:

تشجع المعايير على إنشاء نظام داخلي للإبلاغ عن الأخطاء الطبية وتحليل الأسباب الجذرية لها، بهدف التعلم منها ومنع تكرارها (Institute for Healthcare Improvement, 2017, p. 4).

6. تعزيز ثقافة السلامة:

تدعو إلى بناء ثقافة مؤسسية تشجع على الإبلاغ دون لوم، وتدعم التعلم المستمر وتحسين الأداء. (Singer & Vogus, 2013, p. 375).

7. إشراك المرضى وعائلاتهم:

يُعد تمكين المرضى من اتخاذ قراراتهم العلاجية، وتوعيتهم بحقوقهم، جزءاً أساسياً من معايير السلامة، حيث أن إشراكهم يقلل من الأذى بنسبة 15% (WHO, 2023, p. 6).

8. التدريب المستمر للعاملين:

تشمل المعايير توفير برامج تدريبية دورية حول سلامة المرضى، مثل مكافحة العدوى، وإدارة الأخطاء، والتواصل الفعال (Health Governance Unit, 2023, p. 7).

9. استخدام التكنولوجيا الداعمة للسلامة:

مثل أنظمة التحقق الإلكتروني من الأدوية، والسجلات الطبية الرقمية، التي تقلل من الأخطاء الناتجة عن الكتابة اليدوية أو فقدان المعلومات. (WHO, 2023, p. 8).

10. مراقبة مؤشرات السلامة:

تشمل جمع وتحليل بيانات مثل معدلات العدوى، الأخطاء الدوائية، وسقوط المرضى، بهدف تحسين الأداء واتخاذ قرارات مبنية على الأدلة (WHO, 2023, p. 9).

سادساً: المبادئ الخمسة لسلامة المرضى:

1. تحسين دقة التعرف على المرضى:

يُعد التحقق من هوية المريض بدقة قبل أي إجراء طبي أو إعطاء دواء أمراً جوهرياً لتفادي الأخطاء الناتجة عن الخلط بين المرضى، ويُوصى باستخدام معرفين على الأقل مثل الاسم وتاريخ الميلاد (World Health Organization, 2023, p. 2).

2. تعزيز فعالية التواصل بين مقدمي الرعاية الصحية:

يُعد التواصل الواضح والدقيق بين أفراد الفريق الطبي ضرورياً لتقليل الأخطاء الناتجة عن سوء الفهم أو نقل المعلومات بشكل غير صحيح، خاصة في الحالات الحرجة. (Joint Commission International, 2022, p. 3).

3. الاستخدام الآمن للأدوية:

تشمل هذه المبادئ مراجعة وصفات الأدوية، التحقق من الجرعات، وتوثيق الحساسية الدوائية، حيث أن الأدوية تُعد من أكثر مصادر الأذى القابل للوقاية في المستشفيات (World Health Organization, 2023, p. 3).

4. ضمان الإجراء الصحيح للمريض الصحيح في الموقع الصحيح:

تتطلب العمليات الجراحية اتباع بروتوكولات تحقق دقيقة تشمل مراجعة اسم المريض، نوع العملية، والموقع الجراحي، وذلك لتفادي الأخطاء الجراحية الجسيمة (Joint Commission International, 2022, p. 4).

5. الحد من خطر العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية:

تُعد العدوى المكتسبة داخل المنشآت الصحية من أبرز أسباب المضاعفات، ويمكن الوقاية

منها عبر الالتزام بإجراءات مكافحة العدوى مثل غسل اليدين واستخدام أدوات الوقاية الشخصية. (World Health Organization, 2023, p. 4)

أبعاد سلامة المرضى:

1. تقليل الأخطاء الطبية (Reducing Medical Errors) :

يُعد هذا البعد من أهم مؤشرات سلامة المرضى، ويشمل تقليل الأخطاء في التشخيص، وصف الأدوية، أو تنفيذ الإجراءات العلاجية، من خلال تطبيق بروتوكولات صارمة ومعايير مهنية واضحة (الأحمدي، 1438هـ، 57).

2. فعالية أنظمة الإبلاغ عن الحوادث (Incident Reporting Systems) :

يشير إلى وجود آليات مؤسسية تسمح بالإبلاغ عن الحوادث والأخطاء الطبية دون خوف من العقوبة، مما يعزز ثقافة التعلم والتحسين المستمر (مدون حر، 2024، 1).

3. إشراك المرضى في الرعاية (Patient Engagement) :

يُقصد به تمكين المرضى من المشاركة الفعالة في اتخاذ قراراتهم العلاجية، وتوعيتهم بحقوقهم، مما يساهم في تقليل المخاطر وتحسين جودة الخدمة (الأحمدي، 1438هـ، 103).

4. بيئة العمل الآمنة (Safe Work Environment) :

تشمل توفير بيئة مهنية خالية من الضغوط النفسية والإجهاد، وتضمن سلامة مقدمي الرعاية الصحية، مما ينعكس إيجاباً على سلامة المرضى أنفسهم

.GAHAR,2019.42

5. جودة الرعاية السريرية (Clinical Care Quality) :

يرتبط هذا البعد بتطبيق الممارسات المبنية على الأدلة، وكفاءة الكوادر الصحية، وتكامل الخدمات، بما يحقق نتائج علاجية آمنة وفعالة (الأحمدي، 1438هـ، ص. 135).

شكل (2) يوضح أبعاد سلامة المرضى



إعداد/ الباحثة مستندة ل (الأحمدي، 2017، 14).

دراسات سابقة حول سلامة المرضى :

هدفت دراسة ريم وحسن (2020) إلى تحليل التحديات التي تواجه سلامة المرضى في ظل جائحة كوفيد-19، وذلك من خلال دراسة ميدانية تطبيقية على مستشفى الطوارئ الجامعي بالقاهرة. سعت الدراسة إلى تقييم مدى جاهزية الطاقم الطبي للتعامل مع الحالات الحرجة في سياق وبائي غير مسبوق، مع التركيز على العوامل التنظيمية واللوجستية التي تؤثر على جودة الرعاية وسلامة المرضى. اعتمد الباحثان على منهج وصفي تحليلي، واستخدما استبانة مغلقة كأداة رئيسية لجمع البيانات، تضمنت مجموعة من المحاور المتعلقة بجاهزية المستشفى، توفر الموارد الوقائية، التنسيق بين الفرق الطبية، ومستوى التدريب على التعامل مع الحالات الوبائية. تم تصميم الاستبانة وفق مقياس ليكرت الخماسي، وشملت بنودًا كمية ونوعية لقياس مدى تأثير الجائحة على الأداء السريري وسلامة المرضى، وشملت العينة 80 مشاركًا من الكوادر الطبية، موزعين بين 45 طبيبًا و35 ممرضًا، تم اختيارهم بطريقة قصدية من العاملين في أقسام الطوارئ والعناية المركزة، نظرًا لطبيعة عملهم المباشر مع حالات كوفيد-19، وقد حرص الباحثان على ضمان التنوع في التخصصات الطبية والتمريضية ضمن العينة، لضمان تمثيل واقعي للتحديات الميدانية. أظهرت نتائج الدراسة أن نقص معدات الحماية الشخصية، مثل الكمامات والمعقمات والملابس الواقية، كان من أبرز العوامل التي ساهمت في ارتفاع معدل الأخطاء

السريية بنسبة 35% خلال فترة الذروة الوبائية، كما بيّنت النتائج وجود ضعف في التنسيق بين الفرق الطبية، خاصة في حالات نقل المرضى بين الأقسام، مما أدى إلى تأخير التدخلات العلاجية وزيادة معدلات العدوى المكتسبة داخل المستشفى، وقد خلصت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات، أبرزها ضرورة تعزيز برامج تدريب العاملين على بروتوكولات الطوارئ الوبائية، وتوفير الموارد الوقائية بشكل دائم ومستدام، إلى جانب تطوير آليات التنسيق الداخلي بين الفرق الطبية، بما يضمن سرعة الاستجابة وتقليل فرص الخطأ البشري في الظروف الحرجة.

وهدفت دراسة آلاء أحمد ومحمد عفيفي (2021) إلى تحليل أثر تطبيق نظم إدارة المخاطر على جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى، وذلك من خلال دراسة ميدانية أجريت على مجموعة من المستشفيات الحكومية في مدينة جدة بالمملكة العربية السعودية. ركزت الدراسة على تقييم فعالية الإدارة الوقائية كأداة تنظيمية للحد من الأذى السريي وتحسين الأداء العام للمؤسسات الصحية، واعتمد الباحثان على المنهج الكمي التحليلي، واستخدما استبانة معيارية كأداة رئيسية لجمع البيانات، تضمنت مجموعة من البنود التي تقيس مدى تطبيق نظم إدارة المخاطر، ومستوى جودة الرعاية، ومؤشرات السلامة السريية. تم تصميم الاستبانة وفق مقياس ليكرت الخماسي، وشملت محاور تتعلق بالسياسات الوقائية، الإجراءات التشغيلية، التفاعل بين الفرق الطبية، ومدى توفر نظم المعلومات الداعمة. وبلغ حجم العينة 200 موظفًا من الكوادر الطبية والإدارية، تم اختيارهم من مختلف الأقسام داخل المستشفيات الحكومية، بما في ذلك أقسام الطوارئ، الجراحة، الجودة، وإدارة المخاطر. وقد حرص الباحثان على تحقيق تمثيل شامل للعينة لضمان تنوع وجهات النظر بين العاملين في الخطوط الأمامية والإدارات الداعمة. وأظهرت نتائج الدراسة أن تطبيق نظم إدارة المخاطر ساهم بشكل ملموس في تحسين جودة الرعاية الصحية بنسبة 60%، كما انعكس إيجابيًا على مؤشرات السلامة السريية بنسبة 50%، وذلك من خلال تقليل معدلات الأخطاء الطبية، وتحسين الاستجابة للحالات الحرجة، وتعزيز ثقافة السلامة داخل بيئة العمل، وقد خلصت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات، أبرزها ضرورة تطوير نظام معلومات قوي يدعم عمليات إدارة المخاطر، ويتيح التتبع الفوري للحوادث السريية، إلى جانب أهمية دعم القيادة الصحية للإجراءات الوقائية، من خلال توفير الموارد، وتدريب العاملين، وتعزيز ثقافة التحسين المستمر.

وسعت دراسة نعيمة القصير (2022) إلى تسليط الضوء على أهمية تعزيز مشاركة المرضى في صياغة السياسات الصحية، باعتبارهم طرفًا فاعلاً في منظومة السلامة داخل المؤسسات الصحية.

وقد تم تطبيق الدراسة على ثلاث مستشفيات تعليمية في محافظتي القاهرة والجيزة، بهدف تقييم أثر نماذج إشراك المرضى على جودة الرعاية وتقليل الأخطاء السريرية، واعتمدت الباحثة على منهج وصفي تحليلي، واستخدمت استبانة موجهة كأداة رئيسية لجمع البيانات، تضمنت مجموعة من البنود التي تقيس درجة مشاركة المرضى في اتخاذ القرار، مدى معرفتهم بحقوقهم، ومستوى رضاهم عن الخدمات المقدمة، وشملت محاور تتعلق بالتواصل مع الطاقم الطبي، المشاركة في الخطط العلاجية، والانخراط في تقييم الأداء الصحي، وبلغ حجم العينة 150 مشاركًا، موزعين بين مرضى ومقدمي رعاية صحية، تم اختيارهم من أقسام الباطنة والجراحة والطوارئ، لضمان تمثيل متنوع للحالات السريرية والتجارب العلاجية، وقد حرصت الباحثة على تضمين وجهات نظر المرضى ومقدمي الرعاية على حد سواء، لتقييم فعالية نماذج المشاركة من منظور شامل، وأظهرت نتائج الدراسة أن تطبيق نماذج إشراك المرضى في السياسات الصحية أدى إلى انخفاض الأخطاء السريرية بنسبة 17% في الأقسام التي تبنت هذه النماذج، كما ارتفع مستوى رضا المرضى بشكل ملحوظ، خاصة في ما يتعلق بالتواصل، والشفافية، واحترام الحقوق، وقد بينت الدراسة أن إشراك المرضى يعزز من ثقافة السلامة، ويزيد من التزام الطاقم الطبي بالإجراءات الوقائية. واختتمت الدراسة بتوصيات عملية، أبرزها ضرورة دمج المرضى في لجان الجودة داخل المنشآت الصحية، وتخصيص كتيبات تعريفية بحقوقهم ومسؤولياتهم، بما يساهم في تمكينهم وتعزيز دورهم في تحسين جودة الرعاية، وتقليل المخاطر السريرية.

هدفت دراسة المركز السعودي لسلامة المرضى (2022) إلى قياس ثقافة السلامة داخل المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينتي الرياض وجدة، وذلك في إطار سعي وطني لفهم مكونات ثقافة السلامة السريرية، وتحديد الفروقات التنظيمية بين أنواع المنشآت الصحية. ركزت الدراسة على تحليل مدى إدراك العاملين لمفاهيم السلامة، وسلوكيات الإبلاغ، ومستوى التحفيز الداخلي المرتبط بالممارسات الآمنة، واعتمدت الدراسة على منهج كمي وصفي، واستخدمت استبيانًا شاملاً كأداة رئيسية لجمع البيانات، تم تطويره وفقًا للمعايير الدولية لقياس ثقافة السلامة، مثل نموذج AHRQ الأمريكي. شمل الاستبيان محاور متعددة، منها: الإبلاغ عن الحوادث، دعم الإدارة، العمل الجماعي، التواصل المفتوح، والتعلم من الأخطاء، مع تحليل إحصائي مقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة، وبلغ حجم العينة 570 ممارسًا صحيًا من مختلف التخصصات، شملت أطباء، ممرضين، وفنيين صحيين، تم اختيارهم من أقسام الطوارئ، العناية المركزة، الجودة، والإدارة، لضمان تمثيل شامل للخبرات المهنية

والوظائف التنظيمية، وقد حرص المركز على تحقيق التوازن بين المشاركين من القطاعين العام والخاص، لتحديد الفروقات في ثقافة السلامة بينهما. وكشفت نتائج الدراسة عن وجود ضعف ملحوظ في مستوى الإبلاغ عن الحوادث، خاصة في المستشفيات الخاصة، حيث أشار عدد كبير من المشاركين إلى غياب ثقافة "الإبلاغ دون لوم"، مما أدى إلى انخفاض معدلات الإبلاغ الطوعي، كما أظهرت النتائج غياب التحفيز الداخلي المرتبط بالممارسات الآمنة، وضعف دعم الإدارة في تعزيز ثقافة السلامة، مما أثر سلباً على التفاعل المهني داخل الفرق الطبية، وقد خلصت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات، أبرزها ضرورة تدريب العاملين على آليات "الإبلاغ دون لوم"، وتفعيل أنظمة المكافآت المرتبطة بالأداء الآمن، إلى جانب تعزيز دور القيادة الصحية في دعم ثقافة السلامة، وتوفير بيئة تنظيمية تشجع على التعلم من الأخطاء دون خوف أو تردد.

كما هدفت دراسة منظمة الصحة العالمية (2023) إلى قياس أثر إشراك المرضى في تحسين سلامتهم ضمن إطار دولي متعدد السياقات، حيث تم تطبيق الدراسة في ثمان دول من منطقة شرق المتوسط، بهدف تقييم فعالية الشراكة بين المريض والمنشأة الصحية كإحدى الممارسات المعيارية المعتمدة عالمياً لتعزيز جودة الرعاية وتقليل الأذى السريري. اعتمدت الدراسة على منهج وصفي تحليلي متعدد الجنسيات، واستخدمت استبانة موحدة صممتها المنظمة لقياس تجربة المريض، ومدى مشاركته في الخطة العلاجية، ودرجة إدماجه في القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية. شملت الاستبانة محاور تتعلق بالتواصل، والتثقيف الصحي، إشراك المريض في تقييم الأداء، ومدى معرفته بحقوقه ومسؤولياته، مع تحليل مقارنة بين الدول المشاركة، وبلغ حجم العينة 420 مريضاً من مختلف الفئات العمرية والحالات السريرية، تم اختيارهم من مستشفيات تعليمية وعامة في الدول الثمان، بما يضمن تمثيلاً متنوعاً للخبرات العلاجية والثقافية. وقد حرصت المنظمة على تضمين المرضى الذين تلقوا رعاية في أقسام الطوارئ، الجراحة، والعيادات الخارجية، لضمان شمولية التقييم، كما أظهرت نتائج الدراسة أن إشراك المرضى في الرعاية الصحية أدى إلى انخفاض الأذى السريري بنسبة 15%، كما ساهم في رفع معدل الالتزام بالخطة العلاجية، خاصة في الحالات المزمنة والمعقدة. وقد بينت النتائج أن المرضى الذين تم إشراكهم في اتخاذ القرار أظهروا مستويات أعلى من الرضا والثقة في النظام الصحي، مما انعكس إيجابياً على جودة الرعاية المقدمة. واختتمت الدراسة بتوصيات استراتيجية، أبرزها ضرورة إدراج المرضى في لجان الرقابة والحوكمة

داخل المنشآت الصحية، وتطوير أدوات تقييم تجربة المريض بما يتناسب مع السياقات المحلية، إلى جانب تعزيز ثقافة الشراكة بين المريض والفريق الطبي كجزء من السياسات الصحية الوطنية.

بينما أشارت دراسة وزارة الصحة المصرية (2023) إلى توثيق وتحليل تجربة مستشفى شبين الكوم التعليمي في إنشاء إدارة مستقلة لسلامة المرضى، باعتبارها نموذجًا إداريًا وطنيًا يحتذى به في تعزيز التنظيم المؤسسي لممارسات السلامة داخل المنشآت الصحية. سعت الدراسة إلى تقييم أثر هذا النموذج على تقليل الحوادث السريرية وتحسين مؤشرات الأداء، مع التركيز على آليات الحوكمة الداخلية وربط السلامة بجودة الخدمة. واعتمدت الدراسة على منهج وصفي تحليلي، واستخدمت استبانتين منفصلتين كأدوات رئيسية لجمع البيانات: الأولى موجهة للموظفين، والثانية للمرضى. تضمنت الاستبانة الخاصة بالموظفين بنودًا تقيس مدى وضوح السياسات الجديدة، فعالية التنسيق بين الأقسام، وسهولة الإبلاغ عن الحوادث، بينما ركزت استبانة المرضى على مستوى الرضا، الإحساس بالأمان، ومدى التفاعل مع الإدارة الجديدة، مع تحليل إحصائي لقياس التغيرات قبل وبعد تأسيس الإدارة، وبلغ حجم العينة 130 مشاركًا، منهم 100 موظف من الكوادر الطبية والإدارية، و30 مريضًا من أقسام مختلفة داخل المستشفى، تم اختيارهم بطريقة قصدية لضمان تمثيل الفئات الأكثر تفاعلًا مع الإدارة الجديدة، وقد شملت العينة موظفين من أقسام الجودة، الطوارئ، التمريض، والإدارة العليا، إلى جانب مرضى تلقوا خدمات في أقسام الجراحة والباطنة. وأظهرت نتائج الدراسة انخفاض عدد الحوادث السريرية بنسبة 40% بعد تأسيس إدارة مستقلة لسلامة المرضى، كما لوحظ تحسن في سرعة الاستجابة للحوادث، وزيادة في معدلات الإبلاغ الطوعي، إلى جانب ارتفاع مستوى رضا المرضى عن الإجراءات الوقائية، وقد بينت الدراسة أن وجود هيكل تنظيمي مخصص للسلامة ساهم في ترسيخ ثقافة مؤسسية داعمة، وتحسين التنسيق بين الفرق الطبية. واختتمت الدراسة بتوصيات عملية، أبرزها ضرورة تعميم تجربة إنشاء إدارة مستقلة لسلامة المرضى في جميع المحافظات، وربط مؤشرات الأداء المؤسسي بمعايير السلامة، إلى جانب تعزيز التدريب المستمر للعاملين، وتطوير نظم معلومات داعمة لعمليات الرصد والتحسين.

حيث أكدت دراسة القمة الوزارية العالمية لسلامة المرضى (2023) أن السلامة السريرية يجب أن تُعامل كقضية صحية عامة ذات أولوية استراتيجية، وليست مجرد ممارسة داخلية محدودة النطاق. وقد هدفت الدراسة إلى صياغة إطار دولي موحد للممارسات الآمنة، من خلال جمع وتحليل بيانات من 27 دولة أوروبية وآسيوية، بهدف تقييم مدى جاهزية الأنظمة الصحية لاعتماد سياسات

وطنية فعالة في مجال السلامة. واعتمدت الدراسة على منهج مقارنة دولي، واستخدمت استبانة معيارية صممتها فرق العمل التابعة للجنة الوزارية، وشملت محاور متعددة تتعلق بوجود استراتيجيات وطنية، آليات الإبلاغ، نظم الحوكمة، والتدريب على السلامة. تم توزيع الاستبانة على ممثلين من وزارات الصحة، هيئات الاعتماد، والمؤسسات الأكاديمية، وتم تحليل البيانات باستخدام أدوات إحصائية وصفية ومقارنة بين الدول المشاركة، وشملت العينة ممثلين رسميين من 27 دولة، موزعين بين أوروبا وآسيا، بما في ذلك دول ذات نظم صحية متقدمة وأخرى في مراحل تطوير السياسات الصحية، وقد تم اختيار المشاركين من الجهات الحكومية والمؤسسات المعنية بوضع السياسات، لضمان دقة التقييم وارتباطه بالقرارات الاستراتيجية. وأظهرت نتائج الدراسة أن 73% من الدول المشاركة تفكر إلى استراتيجيات وطنية واضحة ومتكاملة للسلامة، كما كشفت عن تفاوت كبير في تطبيق الممارسات الآمنة، وغياب التنسيق الدولي في تبادل المعرفة والخبرات، وقد بينت الدراسة أن غياب الأطر الموحدة يعيق بناء ثقافة عالمية للسلامة، ويحد من قدرة الدول على مواجهة التحديات السريرية المشتركة، واختتمت الدراسة بتوصيات محورية، أبرزها اعتماد "ميثاق مونترو" كوثيقة دولية مرجعية لتعزيز السلامة، وتأسيس شبكات دولية لتبادل المعرفة والخبرات، إلى جانب دعم الدول في بناء استراتيجيات وطنية متكاملة، وتوفير أدوات تقييم معيارية تساعد في قياس التقدم وتحديد الفجوات.

كما توصلت دراسة (2024) HealthySimulation إلى الدور الحيوي الذي تلعبه تقنيات المحاكاة في تحسين جودة التدريب التمريضي، خصوصاً في البيئات التعليمية المستمرة. وقد أجريت الدراسة داخل مركز التعليم المستمر في مدينة الملك عبدالعزيز الطبية بالرياض، وهدفت إلى تقييم أثر استخدام المحاكاة السريرية على أداء الممرضين في سياق السلامة المهنية. واعتمدت الدراسة على منهج شبه تجريبي، حيث تم تقسيم العينة إلى مجموعتين: مجموعة خضعت لجلسات محاكاة سريرية مكثفة، وأخرى تلقت تدريباً تقليدياً. بلغ حجم العينة 60 متدرباً من الكوادر التمريضية، تم اختيارهم من برامج التطوير المهني المستمر، وتنوعت خلفياتهم بين حديثي التخرج والممارسين ذوي الخبرة. واستخدمت الدراسة أدوات تقييم معيارية لقياس الأداء في اختبارات السلامة السريرية، شملت سيناريوهات محاكاة واقعية تحاكي مواقف حرجية مثل التعامل مع الأخطاء الدوائية، منع العدوى، والتواصل الفعّال مع الفريق الطبي، وقد تم تحليل النتائج باستخدام مؤشرات الأداء الكمي، ومقارنة نسب التحسن بين المجموعتين، وأظهرت النتائج أن المتدربين الذين خضعوا لجلسات المحاكاة سجلوا نتائج أفضل بنسبة 46% في اختبارات

السلامة مقارنة بالمجموعة الضابطة، مما يدل على فعالية المحاكاة في تعزيز المهارات السريرية دون تعريض المرضى للخطر. كما لاحظ الباحثون تحسناً في سرعة الاستجابة، دقة اتخاذ القرار، وثقة المتدربين في التعامل مع الحالات المعقدة، وأوصت الدراسة بضرورة تضمين المحاكاة السريرية كعنصر أساسي في برامج الاعتماد التمريضي، والتوسع في استخدامها ضمن التدريب الدوري للممارسين الصحيين، لما لها من أثر مباشر في تقليل الأخطاء وتحسين جودة الرعاية.

وهدف دراسة منظمة الصحة العالمية (2024) إلى إصدار تقرير عالمي شامل يرصد جهود الدول في تعزيز سلامة المرضى، وذلك ضمن إطار دعم السياسات الصحية المستندة إلى البيانات. وقد سعت الدراسة إلى إنشاء قاعدة بيانات دولية لرصد التقدم المحقق، وتحديد الفجوات المنهجية والتنفيذية في أنظمة السلامة، مع التركيز على دعم الدول منخفضة الموارد. واعتمدت الدراسة على منهج وصفي تحليلي، وجمعت بياناتها من 102 دولة تمثل مختلف الأقاليم الجغرافية والدخل الاقتصادي، بما في ذلك دول ذات نظم صحية متقدمة وأخرى في مراحل بناء البنية التحتية للسلامة. وقد تم جمع البيانات من خلال استبيانات معيارية وتقارير وطنية رسمية، إضافة إلى مقابلات مع ممثلين من وزارات الصحة وهيئات الاعتماد. واستخدمت الدراسة أدوات تقييم متعددة، شملت مؤشرات وجود أنظمة الإبلاغ عن الحوادث، أهداف الحد من العدوى، برامج التدريب، ونظم التحليل الجذري للأسباب. كما تم تحليل البيانات باستخدام تقنيات المقارنة المعيارية، وتصنيف الدول حسب مستوى التقدم في تنفيذ استراتيجيات السلامة. وأظهرت النتائج أن 36% فقط من الدول تمتلك أنظمة فعالة للإبلاغ عن الحوادث السريرية، بينما وضعت 31% أهدافاً وطنية واضحة للحد من العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية، كما كشفت الدراسة عن تفاوت كبير في قدرة الدول على تطبيق أدوات التحليل الجذري، خاصة في البيئات منخفضة الموارد، مما يعيق التعلم من الأخطاء وتحسين الممارسات. وقد أوصى التقرير بضرورة دعم الدول منخفضة الموارد من خلال بناء القدرات، وتوفير أدوات تدريب معيارية لتحليل الأسباب الجذرية، إلى جانب تعزيز التعاون الدولي في تبادل البيانات والخبرات. كما شدد على أهمية إدماج مؤشرات السلامة في الخطط الوطنية، وتطوير آليات رقابية تضمن استدامة التقدم.

سلطت دراسة الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2025) الضوء على أهمية دمج مفاهيم السلامة المهنية في مناهج التعليم الصحي، باعتبارها خطوة استراتيجية نحو بناء ثقافة وقائية مستدامة تبدأ من المراحل الأكاديمية الأولى، وقد هدفت الدراسة إلى تقييم أثر إدخال محاور السلامة ضمن المناهج

الدراسية في ثلاث كليات صحية موزعة بين الرياض، جدة، والدمام، واعتمدت الدراسة على منهج شبه تجريبي، حيث تم تطبيق البرنامج التدريبي على عينة مكونة من 220 طالبًا وطالبة من تخصصات طبية وتمريضية، وتم قياس مستوى المعرفة والسلوكيات الوقائية قبل وبعد إدخال المحاور التدريبية، وقد شملت أدوات الدراسة استبيانات معيارية، اختبارات أداء، وملاحظات ميدانية داخل المختبرات والمحاكاة السريرية. وركزت الدراسة على ترسيخ السلوكيات الوقائية، مثل الالتزام بإجراءات مكافحة العدوى، التعامل الآمن مع الأدوات الطبية، والتواصل الفعال في بيئة الرعاية. كما تم تطوير دليل تدريبي وطني للتعليم الآمن، يتضمن وحدات تعليمية، سيناريوهات محاكاة، وأدوات تقييم معيارية. وأظهرت النتائج تحسناً بنسبة 53% في تطبيق إجراءات السلامة بين الطلاب بعد إدخال المحاور التدريبية، كما لوحظ ارتفاع في مستوى الوعي بالمخاطر السريرية، وزيادة الالتزام بالإجراءات الوقائية داخل البيئات التعليمية. وقد بينت الدراسة أن دمج السلامة في التعليم لا يقتصر على المعرفة النظرية، بل يسهم في بناء ممارسات مهنية راسخة. وأوصت الدراسة بتأسيس مراكز بحثية متخصصة في التعليم الآمن، وتعميم الدليل الوطني على جميع المؤسسات التعليمية الصحية، إلى جانب تطوير سياسات اعتماد أكاديمي تضمن إدماج السلامة كعنصر أساسي في التقييم والتخرج.

جدول (7) دراسات سابقة حول سلامة المرضى.

الدراسة	الهدف	النتيجة	الفرق بينها وبين دراستي
ريم وحسن(2020)	تحليل التحديات التنظيمية والولوجستية التي تواجه سلامة المرضى خلال جائحة كوفيد-19.	نقص معدات الحماية وضعف التنسيق بين الفرق الطبية رفع معدل الأخطاء السريرية بنسبة 35.%.	دراستي تركز على القيادة التحويلية كعامل وسيط في إدارة المخاطر، بينما هذه الدراسة تناولت تحديات طارئة في سياق وبائي.
آلاء أحمد ومحمد عفيفي (2021)	تقييم أثر تطبيق نظم إدارة المخاطر على جودة الرعاية وسلامة المرضى في مستشفيات جدة.	تطبيق النظم حسن جودة الرعاية بنسبة 60% والسلامة السريرية بنسبة 50.%.	دراستي تصنيف البُعد القيادي التحويلي، بينما هذه الدراسة ركزت على الأثر المباشر للإدارة الوقائية.

نعيمه القصير(2022)	تقييم أثر إشراك المرضى في السياسات الصحية على جودة الرعاية وتقليل الأخطاء السريرية.	المشاركة خفّضت الأخطاء بنسبة 17% وزادت رضا المرضى والتزام الطاقم بالإجراءات الوقائية.	دراستي تركّز على القيادة التحويلية داخل الفريق الطبي، بينما هذه الدراسة ركزت على دور المرضى كشركاء في السلامة.
المركز السعودي لسلامة المرضى(2022)	قياس ثقافة السلامة السريرية في المستشفيات الحكومية والخاصة بالرياض وجدة.	ضعف الإبلاغ عن الحوادث وغياب التحفيز الداخلي أثر سلباً على ثقافة السلامة، خاصة في القطاع الخاص.	دراستي تدرس القيادة التحويلية كوسيط تنظيمي، بينما هذه الدراسة ركزت على الثقافة المؤسسية دون تحليل قيادي وسيط.
منظمة الصحة العالمية (2023)	قياس أثر إشراك المرضى في تحسين سلامتهم ضمن سياق دولي متعدد الجنسيات.	المشاركة خفّضت الأذى السريري بنسبة 15% وزادت الالتزام بالخطّة العلاجية والرضا العام.	دراستي تركّز على القيادة التحويلية داخل المنشآت الصحية، بينما هذه الدراسة تناولت الشراكة مع المرضى كنهج عالمي.
وزارة الصحة المصرية (2023)	تقييم أثر إنشاء إدارة مستقلة لسلامة المرضى على تقليل الحوادث وتحسين الأداء في مستشفى شبين الكوم.	انخفاض الحوادث السريرية بنسبة 40% وتحسن التنسيق والإبلاغ ورضا المرضى.	دراستي تركّز على القيادة التحويلية كعامل وسيط، بينما هذه الدراسة ركزت على الهيكل الإداري المستقل كمحفز مباشر للسلامة.
القمة الوزارية العالمية لسلامة المرضى (2023)	صياغة إطار دولي موحد للممارسات الآمنة وتقييم جاهزية الأنظمة الصحية لاعتماد سياسات وطنية.	73 % من الدول تقنقر لاستراتيجيات وطنية واضحة، وغياب التنسيق الدولي يعيق بناء ثقافة عالمية للسلامة.	دراستي تركّز على القيادة التحويلية داخل المنشآت، بينما هذه الدراسة تناولت السياسات الوطنية والتنسيق الدولي.

دراستي تدرس القيادة التحويلية كوسيط تنظيمي، بينما هذه الدراسة ركزت على أدوات التدريب العملي كمحفز مباشر.	تحسن بنسبة 46% في اختبارات السلامة لدى المتدربين الذين خضعوا لجلسات محاكاة.	تقييم أثر المحاكاة السريرية على أداء الممرضين في سياق السلامة المهنية.	HealthySimulation (2024)
دراستي تركز على القيادة التحويلية في بيئة المستشفى، بينما هذه الدراسة تناولت التقييم الدولي للأنظمة والسياسات.	36% فقط من الدول تمتلك أنظمة فعالة للإبلاغ، و31% وضعت أهدافاً وطنية للحد من العدوى.	إصدار تقرير عالمي يرصد جهود الدول في تعزيز سلامة المرضى وتحديد الفجوات المنهجية والتنفيذية.	منظمة الصحة العالمية (2024)
دراستي تركز على القيادة التحويلية في بيئة العمل، بينما هذه الدراسة تناولت التعليم الأكاديمي كمصدر تأسيسي للسلامة.	تحسن بنسبة 53% في تطبيق إجراءات السلامة وارتفاع الوعي بالمخاطر السريرية.	تقييم أثر دمج مفاهيم السلامة المهنية في مناهج التعليم الصحي على سلوكيات الطلاب.	الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2025)

إعداد / الباحثة مستندة للدراسات السابقة .

تعقيب عن الدراسات السابقة لسلامة المرضى:

من خلال تحليل الدراسات السابقة حول سلامة المرضى في القطاع الصحي ، يمكن ملاحظة أن الموضوع بات يحتل موقعاً محورياً في أولويات المؤسسات الصحية المحلية والدولية، لا سيما في ظل التحديات المتزايدة التي فرضتها جائحة كوفيد-19. فقد أظهرت معظم الدراسات اتقافاً واضحاً حول أهمية بناء ثقافة مؤسسية تُعزز السلامة، وتعتمد على القيادة الفعالة والتواصل، وإشراك المرضى كعنصر فاعل وليس مجرد متلقٍ للرعاية.

ركزت عدة دراسات على قياس مدى فاعلية الأنظمة الداخلية في الكشف المبكر عن المخاطر، مثل دراسة آلاء عفيفي في جدة، التي بينت أن تطبيق إدارة المخاطر أدى إلى تحسن ملموس في جودة الرعاية وسلامة المرضى بنسبة تفوق 50%. بينما سلطت دراسات أخرى الضوء على البعد التنظيمي،

مثل تقرير وزارة الصحة المصرية الذي أوصى بإنشاء إدارات مستقلة داخل المستشفيات لضمان تطبيق معايير السلامة وربطها بمؤشرات الأداء.

وعلى الصعيد العالمي، برزت مساهمات منظمة الصحة العالمية في إنشاء أطر معيارية مثل خطة العمل 2021-2030 التي دعت إلى اعتبار الأدنى القابل للتجنب مشكلة صحية عامة. هذه الدراسات الدولية أكدت أن إشراك المرضى وأسرهم في اتخاذ القرارات العلاجية يقلل من معدل الأخطاء، ويعزز الثقة بالنظام الصحي.

وتجدر الإشارة إلى أن البحوث السابقة لم تكتفِ بالتحليل الوصفي، بل قدمت أدوات عملية كتوصيات، مثل تفعيل نظم الإبلاغ دون لوم، وتدريب العاملين على مهارات التواصل السريري، وتحسين استخدام التكنولوجيا الصحية. ومع ذلك، بقيت بعض الفجوات قائمة، أبرزها ضعف تكامل الأنظمة بين الأقسام، وعدم استدامة برامج التدريب.

وبشكل عام، تعكس هذه الدراسات تحولاً حقيقياً في طريقة تناول موضوع سلامة المرضى، من كونه قضية فنية مرتبطة بالإجراءات، إلى كونه مسألة ثقافية واستراتيجية ترتبط بالقيم والتوجهات الإدارية للمؤسسات الصحية.

أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة لسلامة المرضى:

أظهرت الدراسات السابقة حول سلامة المرضى، مثل ريم وحسن (2020) وآلاء أحمد ومحمد عفيفي (2021)، أهمية دمج مفاهيم السلامة في السياسات التشغيلية للمرافق الصحية، مع التركيز على تقليل الأخطاء الطبية وتعزيز ثقافة الإبلاغ، وقد ساهمت تقارير منظمة الصحة العالمية (2023، 2024) والمركز السعودي لسلامة المرضى (2022) في تحديد أبرز مصادر الأدنى القابل للوقاية، مثل العدوى المرتبطة بالرعاية، وسوء استخدام الأدوية، مما يدعم بناء أدوات قياس دقيقة للدراسة الحالية. كما وفّرت وزارة الصحة المصرية (2023) والقيمة الوزارية العالمية (2023) رؤى تطبيقية حول إشراك المرضى في قرارات العلاج، وهو ما يعزز البعد التشاركي في سلامة الرعاية. أما (2024) HealthySimulation فقد أبرزت دور المحاكاة السريرية في تدريب الكوادر على الممارسات الآمنة، بينما قدّمت الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2025) إطاراً مهنيّاً لتأهيل العاملين وفق معايير السلامة المعتمدة. ومن ثم، فإن

هذه الدراسات تمثل مرجعية معرفية ومنهجية ثرية، تُسهم في صياغة الفرضيات للدراسة الحالية، وتحديد المتغيرات، وتفسير النتائج ضمن السياق المحلي والدولي.

المبحث الثالث: القيادة التحويلية Transformational leadership:

تمهيد:

تحتاج المنظمات المعاصرة لقيادة حقيقية لها قدرة فائقة للإيحاء للمرؤوسين القيام بأفضل طاقاتهم، وتطوير مهاراتهم وترقية قناعاتهم، وإيصالهم إلى مستويات فكرية متقدمة، فالقائد التحويلي قادر على حث أتباعه على القيام بأكثر مما هو متوقع، وينظر للقيادة التحويلية على أنها القيادة التي تتجاوز تقديم الحوافز مقابل الأداء المرغوب، إلى تطوير وتشجيع العاملين فكرياً وابداعياً، وتحويل اهتماماتهم الذاتية لتكون جزءاً أساسياً من رسالة المنظمة، فهي التي تضع رؤية واضحة لمنظماتها، وتعمل على إيجاد أنظمة جديدة تتوافق كلياً ومتطلبات المستقبل (نور 2020).

أولاً : مفهوم القيادة التحويلية:

يعرفها (أبو رمان، 2020) على أنها: "نمط قيادي ذو رؤية واضحة للحاجة للتغيير والتطلع إلى المستقبل، وتتمثل فيما يمتلكه القائد من شخصية جذابة ومؤثرة يستطيع من خلالها أن يؤثر في سلوكيات العاملين وتوسيع مشاركتهم، والسرعة في الاستجابة للتعامل مع أي أمر طارئ.

وهي "ذلك النمط القيادي الذي يوضح مدى تأثير القائد في المرؤوسين من حيث تحفيزهم والهامهم ودفعهم نحو إتقان العمل بما ينسجم مع أهداف المنظمة ("حمدان، 2020). ووفقاً لـ (Yukl 2010) فقد وجد أنّ أسلوب القيادة التحويلية يعبر عن القيم الأخلاقية للأتباع في جهودهم لزيادة وعيهم بالقضايا الأخلاقية وتعبئة طاقاتهم ومواردهم لإصلاح المنظمات.

كما تعرف القيادة التحويلية بأنها نمط قيادي لديه رؤية واضحة عن المستقبل وأهداف محددة وواضحة يشجع المرؤوسين على المشاركة في بلورة رؤية طويلة الأجل وتحديد أهداف واضحة واقعية للمؤسسة، ويسعى إلى إحداث التغيير والتطوير والتنمية الإدارية باستمرار، ويتبنى أنظمة وأساليب

قيادية مرنة تمكن من التكيف والتأقلم مع التطورات والتغيرات العالمية المعاصرة (خيري، ٢٠١٣، ٩٥).

وإن القيادة التحويلية تكون في تهيئة الظروف المناسبة لتنمية قدرات ومهارات الموظفين أو العاملين بشكل مستمر ضمن رؤية واضحة عن المستقبل وأهداف محددة وواضحة، حيث يشجع المرؤوسين على المشاركة في بلورة رؤية طويلة الأجل، وتحديد أهداف واضحة واقعية للمؤسسة، كما يسعى القائد التحويلي إلى إحداث التغيير والتطوير والتنمية الإدارية باستمرار تمكن التكيف والتأقلم مع التطورات والتغيرات العالمية المعاصرة، ويهتم بالعمل الجماعي المنظم وبناء فرق العمل، مع حرص القائد التحويلي على العمل ضمن فريق عمل.

من خلال هذه التعريفات يمكن أن نستنتج بأن القيادة التحويلية هي: "القيادة التي تتجاوز التبادل أو التقدير فقط للأداء الذي يقدمه المرؤوسون، ولكنها تعتمد بشكل أكبر على الثقة والالتزام حيث يهتم القادة التحويليون باحتياجات التطوير لكل مرؤوس من خلال مساعدتهم على رؤية المشكلات القديمة بطرق جديدة، فالقادة التحويلين قادرون على تحفيز التابعين ورعايتهم وإلهامهم لبذل جهود إضافية لتحقيق أهداف المنظمة"، فالقيادة التحويلية تعمل على تحقيق الأهداف التي تسعى إليها بحيث يشعر المرؤوسون بالثقة والقيمة وسيقدر المرؤوسون قاداتهم أكثر، لذلك ولتحقيق أهداف الدراسة الحالية يمكن تعريف القيادة التحويلية على أنها: "قدرة قائد المنظمة الصحية على تحقيق أهداف المنظمة من خلال تبادل الأدوار مع المرؤوسين (نور، 2020).

ثانياً: أهمية القيادة التحويلية:

تعود أهمية القيادة التحويلية كنمط قيادي حديث إلى العوامل التالية: (العمرى، 2023)

1. تسعى القيادة التحويلية ومن خلال تفويض السلطات إلى تمكين العاملين من والعمل على تطوير مهاراتهم وتعزيز الثقة بأنفسهم، أيضاً والعمل على تشكيل فرق عمل معتمدة على نفسها ذاتياً.

2. يمكن أن تتطور صفات القيادة التحويلية وتتحسن عن طريق التدريب، الذي يترك تأثيراً مهماً على تصورات والتزامات وأداء التابعين في مختلف مستويات المنظمة.

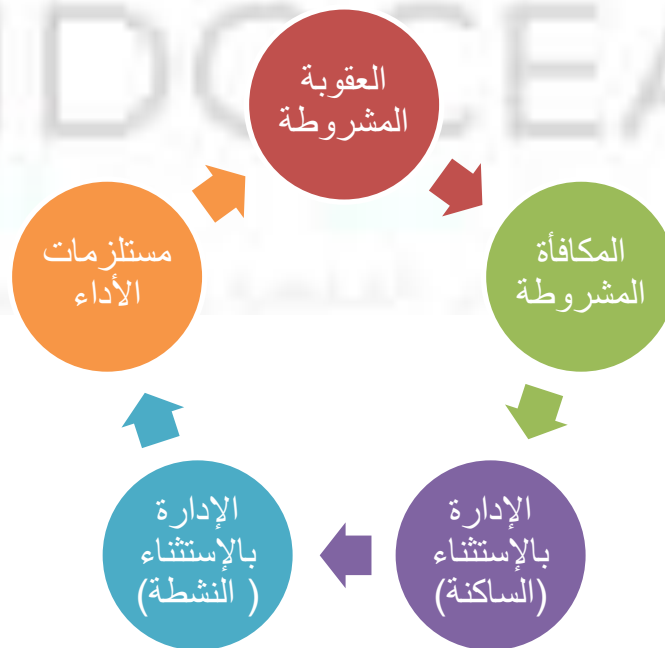
3. تتبنى القيادة التحويلية فكرة "المسؤولية الأخلاقية" التي تحفز العاملين أن يفضلوا المصلحة العامة على الميول الذاتية، الشيء الذي يؤدي إلى اكتساب السلوك التعاوني داخل المنظومة.

4. القيادة التحويلية نمط قيادي يصلح للتطبيق في جميع المنظمات وفي مختلف المستويات والتي بحاجة إلى التغيير الجذري وحتى في المنظمات الناجحة، وهي صالحة بشكل عام لمواجهة جميع الحالات، كما تظهر أهمية القيادة التحويلية في أنها تحدد مسارات المرؤوسين التي تسهم في تحقيق الأهداف، وتمنح الحوافز للمرؤوسين لدفعهم لتحقيق الأهداف، وتزيل العقبات التي تحول دون تحقيق الأهداف، وتزيد من رضا المرؤوسين، وتجنب المنظمة المخاطر، وتهتم بالمحددات الزمنية للأداء، وتعالج كل ما يعيق السيطرة والتحكم (العجمي، 2020).

ثالثاً : أدوات القيادة التحويلية:

أشار (نور، 2020) إلى أنّ القيادة التحويلية تتكون من الأدوات الموضحة بالشكل التالي:

الشكل (3) أدوات القيادة التحويلية



إعداد/ الباحثة إستناداً للمرجع السابق.

لكن المتأمل لهذه الأدوات يستنتج بأنه يمكن استخدامها القائد منفردة أو مجتمعة، ولكنها تختلف عما اتفق عليه أغلب الباحثين من أنّ أبعاد القيادة التحويلية هي: (التجاني، 2020)؛

أبو رمان، 2020)

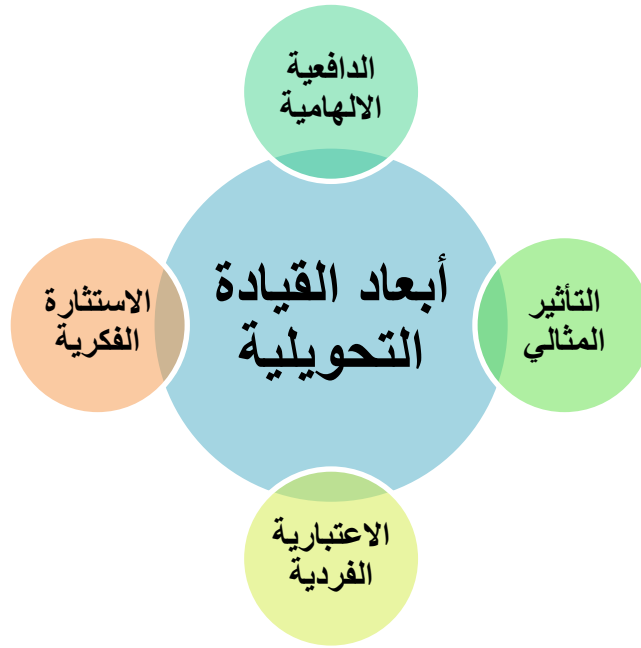
- **التأثير المثالي:** يكون للقائد قدرة على نيل إعجاب الموظفين وثقتهم وتقديرهم، حيث يعدونه مثلهم الأعلى، ويعملون على تقليده وإطاعته في جميع قراراته، ويعد مفهوم هذا التأثير مرتبطاً بشدة بمفهوم ما يعرف بالقيادة الكاريزمية، وهي مجموعة الصفات والسلوكيات التي يصبح القائد بمقتضاها مُثلاً علياً يقتدي بها المرؤوسون، فيكون القائد محل إعجابهم وتقديرهم وثقتهم، فهذا القائد تتوافر فيه درجات مرتفعة من المثابرة، والروح المعنوية والقيم الأخلاقية التي تجعل الجميع يلتفون حوله ويتأثرون به، ويستطيع الارتقاء بقيم المنظمة من خلال توفير الرؤية المثالية، والإحساس العميق بالرسالة، وعدم استخدامه لسلطته الرسمية لمصلحته الشخصية، ويُعبّر التأثير الإلهامي عن قوة الشخصية التي تحدث درجة عالية من التأثير المثالي: يكون للقائد قدرة على نيل إعجاب الموظفين وثقتهم وتقديرهم، حيث يعدونه مثلهم الأعلى، ويعملون على تقليده وإطاعته في جميع قراراته، ويعد مفهوم هذا التأثير مرتبطاً بشدة بمفهوم ما يعرف بالقيادة الكاريزمية، وهي مجموعة الصفات والسلوكيات التي يصبح القائد بمقتضاها مُثلاً علياً يقتدي بها المرؤوسون، فيكون القائد محل إعجابهم وتقديرهم وثقتهم، فهذا القائد تتوافر فيه درجات مرتفعة من المثابرة، والروح المعنوية والقيم الأخلاقية التي تجعل الجميع يلتفون حوله ويتأثرون به، ويستطيع الارتقاء بقيم المنظمة من خلال توفير الرؤية المثالية، والإحساس العميق بالرسالة، وعدم استخدامه لسلطته الرسمية لمصلحته الشخصية، ويُعبّر التأثير الإلهامي عن قوة الشخصية التي تحدث درجة عالية من الولاء والالتزام للقائد، وتعرف المرؤوسين بالقائد ورسالته، وتبني قيمه وأهدافه وسلوكه وصدق معتقده، ويرتبط التأثير الإلهامي بالمخاطر، وإيجاد الحلول الواقعية لها، إذ يفتح المرؤوسون للقادة لقوة شخصيتهم وثقتهم بنفسهم، ولباقتهم، ولتعبيرهم العاطفي، وتقبلهم للمخاطرة .

- **الدافعية الإلهامية:** وهي القدرة على بث الحركة والوعي والحافز لدى المرؤوسين، فالقائد الملهم يستطيع وضع الأهداف الصعبة في إطار قابل للتحقيق، ويمتلك عادةً حساسية وفهماً للمحيط الذي يعمل به، وفهماً لقدرات الآخرين وحاجاتهم وتطلعاتهم بحيث يستطيع أن يوظف هذا الفهم في بث روح العمل والنشاط والتحدى الإيجابي، فهو يعتمد على الحافز الإلهامي، ولديه القدرة على تحفيز المرؤوسين إلى مستوى الأداء الأعلى، فالقادة الممارسون للدافع الإلهامي يكونون قادرين على توصيل الرؤية المستقبلية، التي سيكون المرؤوسون قادرين على قبولها، ويناضلون

من أجلها، إلى جانب قدرتهم على الارتقاء بتوقعات المرؤوسين، وبالتالي يستطيعون الحصول على أداء يفوق الأداء المخطط من المرؤوسين، ويعملون على إلهام المرؤوسين وتحفيزهم؛ من خلال توفير التحدي في العمل، إلى جانب بناء العلاقات القوية؛ وذلك من خلال الاتصالات التي تخلق الروابط الثقافية بين المشاركين، وتؤدي إلى تحويل قيم الطرفين إلى قيم مشتركة، وهناك مجموعة من الأدوات التي يستعين بها القائد المحفز الإلهامي وذلك لخلق رؤية مشتركة بينه وبين المرؤوسين.

- **الاستثارة الفكرية:** وتشير إلى ابتكار القائد التحويلي لأفكار جديدة تثير المرؤوسين، للتعرف إلى المشكلات، وتقديم الحلول لها بطرق إبداعية، ودعم النماذج الجديدة والخلقة لتأدية الأعمال، فالقائد يحدد الفرص والتهديدات، ونقاط القوة ونقاط الضعف للمنظمة ويدركها بشكل جيد، ومن ثم يحدد حلولاً عالية الجودة يتم تنفيذها بالالتزام الكامل من قبل المرؤوسين، فهؤلاء القادة يثيرون الأفكار الجديدة، ويشجعون المرؤوسين لحل المشكلات بطريقة خلاقة، ويدعمون المداخل الإبداعية في إنجاز العمل، ويروجون التشجيع الإبداعي بين المرؤوسين، وينشرون روح الابتكار والإبداع في بيئة العمل، ويشجعون المرؤوسين على إعادة النظر في أساليب العمل القديمة، وتعزيز الأفكار الإبداعية.
- **الاعتبارية الفردية:** وهي مجموعة السلوكيات التي يستطيع القائد من خلالها أن يعطي اهتماماً شخصياً لكل مرؤوس؛ وذلك من خلال التعرف إلى المطالب والميول الخاصة بهؤلاء، ومراعاة الفوارق بين المرؤوسين عند إشباع هذه الحاجات، فالاهتمام بالأفراد يُعد خدمة وتضحية وإيثاراً من القيادة المذكورة، حتى لا يكون فقط ممثلاً لدور السلطة الرقابية على هؤلاء الأفراد، فالقيادة تعمل على إثارتهم، والاتصال معهم على نحو دائم، فهي مسؤولة عن تقديم التدريب والتعليم للمرؤوسين، ومنحهم الفرص المختلفة، فالقائد التحويلي يركز الانتباه حول تطوير مرؤوسيه باتجاهه، ليكونوا تحويليين أيضاً، ويمكن مما سبق تلخيص أبعاد القيادة التحويلية كما في الشكل التالي :

الشكل (4) أبعاد القيادة التحويلية



إعداد/ الباحثة مستندة إلى الدراسات السابقة.

رابعاً : أنماط القيادة التحويلية:

تتخذ القيادة التحويلية عدة أنماط وهي: (بابكر، 2020؛ التجاني، 2020)

- **القيادة العقلانية:** وتستخدم للإشارة إلى تبني أفكار ومعارف وقيم معينة، فالشخص الذي يتعامل مع نوعية الأفكار، ويعمل على التوحيد بينها من خلال تصور منظم، يعد عقلانياً، والقائد العقلاني هو الذي تتوفر لديه القدرة على تغيير المجتمع من خلال تقديمه لأفكار ونظريات جديدة، وتعد القيادة العقلانية قيادة تحويلية؛ لأنها تؤدي إلى تغيير الأفكار والفلسفة.
- **القيادة الإصلاحية:** هذه القيادة تحتاج إلى إمكانيات استثنائية وذلك للحاجة إلى دعم و إساند قوي من الموظفين تحت الرئيس، حتى نصل إلى تغيير هادف في الوضع المتوفر حينها، ولكي يصل الشخص إلى مرحلة أن يكون قائداً حقيقياً فإنه يحتاج فقط إلى التدرج في سيره، وأن تتوفر لديه الرغبة في الإصلاح، وبالرغم من أن القيادة الإصلاحية تمثل جزءاً من القيادة التحويلية، فقد لا يستطيع القائد الإصلاحي تحقيق تغيير ملحوظ؛ بسبب تقبله في الغالب للبناء الاجتماعي أو السياسي الكائن و المحيط به، إضافة إلى أن الإصلاح عملية متداخلة ، فهي تحويلية في جوهرها، وإجرائية من خلال تعقيداتها ونتائجها، كما أنها لا تسعى إلى تغيير الأنظمة الموجودة كلياً.

- **القيادة الثورية:** الثورة تختلف جملة عن الإصلاح، لأن الثورة تعني إحداث تغيير مفاجئ وشامل في النظم الاجتماعية بأكملها، وعلى الرغم من ذلك فإن هذا التحول الكامل غالباً ما يكون قليل الحدوث، كما أن القيادة الناجحة ثورياً غالباً ما تكون نادرة، ولذلك أهم خطوة يجب أن تتحقق قبل تحول هي إيجاد رؤية مشتركة، وأن القيادة الثورية لكي تكون ناجحة لا بد أن تتوفر فيها خصائص منها: (الشريف، 2020).

1. أن تكون ذات تركيز عالي لتحقيق الهدف، ومستعدة لنشر الالتزام من خلال المغامرة وبذل الجهد والوقت.

2. القيادة الثورية كقيادة ذكية، يجب أن تخاطب تطلعات الجماهير وحاجاتهم وطموحاتهم، وكذلك الشغف والميول التي قد تكون كامنة فيهم، ولكن يمكن تحريكها من خلال طرق الدعاية وأحداث السياسة.

3. القيادة الثورية تتطلب التدافع والجهد كأى قيادة، لكن مستوى الصراع في القيادة الثورية يكون أعلى منه في أي نمط آخر من القيادة.

4. يجب أن تستوفي عمليات القيادة الثورية إعلاء شأن مستوى الوعي السياسي والاجتماعي لدى القادة والمرؤوسين.

خامساً : صفات القيادة التحويلية:

هناك العديد من الصفات القيادية التي تكون عند القيادة التحويلية، نذكر منها (مددين، ١٤٣٤هـ، 27):

- **الجانب التنظيمي:** تشمل الجهود التي يقوم بها القائد التحويلي الهادفة إلى إعادة هيكلة التنظيم المؤسسي وتتضمن إحداث تغييرات في البناء الرسمي للمنظمة، بما فيها التنظيم المؤسسي والأدوار الوظيفية، والتي تتضمن تأثيراً مباشراً على التحسين والتطوير في العملية التنظيمية، وتشمل الجهود الهادفة إلى إعادة هيكلة التنظيم المؤسسي وتتضمن إحداث تغييرات في البناء الرسمي للمنظمة، بما فيها التنظيم المؤسسي والأدوار الوظيفية، والتي تتضمن تأثيراً مباشراً على التحسين والتطوير في العملية التنظيمية.

- **الجانب الثقافي والانفعالي:** ويشمل الجهود التي تهدف إلى إعادة النسق الثقافي في المنظمات أو المؤسسات وتتضمن إحداث التغييرات في الأنظمة المتصلة بالنماذج والقيم والدوافع والمهارات والعلاقات التنظيمية.

ويتضح بأن القيادة التحويلية يمكن أن توجد في أية منظمة وفي مختلف المستويات وهي صالحة بشكل عام لمواجهة جميع الحالات، فتنعّد وظائف القائد التحويلي نتيجة لما يواجهه من تحديات في ممارسة عمله، ففي الجانب التنظيمي يستطيع أن يعمل على تشكيل فريق عمل في المنظمة واحد يتقاسم المسؤوليات والصلاحيات.

سادساً : أهمية القيادة التحويلية:

للقيادة التحويلية أهمية كبيرة في حال تطبيقها داخل المنظمات ، ويمكن توضيح تلك الأهمية في النقاط التالية (الغامدي ، ٢٠١١ ، ٢١):

- القيادة التحويلية لا تتأثر بالقوة في مركز معين أو في يد مستوى إداري معين ، إنما تساعد تلك القيادة على تفويض السلطات وتمكين الأفراد ، والعمل على تعزيز ثقة العاملين في أنفسهم، وذلك من خلال تشكيل جماعات وفرق العمل المعتمدة على نفسها ذاتياً.
- خصائص وسمات القيادة التحويلية يمكن أن تكتسب وتتطور عن طريق التدريب ، فبرامج التدريب المطبقة بشكل سليم يمكن أن تحسن من فعالية المديرين والعاملين داخل المنظمة.
- تعمل القيادة التحويلية على تحفيز العاملين من خلال إتباع فكرة " المسؤولية الأخلاقية " حيث يتحول هدف العاملين من تحقيق المصالح الشخصية إلى العمل على تحقيق المصالح العامة للمنظمة.
- يمكن تطبيق فكرة القيادة التحويلية في أي منظمة وفي مختلف المستويات الإدارية داخل المنظمات ، وبالتالي فإن احتمالية نجاح تطبيق هذه الفكرة تكون كبيرة وخاصة في المنظمات التي تسعى إلى التطوير والتغيير الجذري.

سابعاً: مبادئ القيادة التحويلية:

للقيادة التحويلية مبادئ أوردها (Koehler & Pankow skin) كما يلي:

1. **النظر للمنظمة كنظام :** وذلك على اعتبار أن المنظمة كنظام فهي تحتوي على مجموعة من العناصر المترابطة ، والمتفاعلة بين الأفراد ، فالقائد التحويلي داخل المنظمة يتركز دوره على تحسين العمليات الإدارية وذلك من خلال تبني وتطوير نظم إدارية فعالة.
2. **وضع إستراتيجية للمنظمة وإبلاغها للآخرين :** فالإستراتيجية هنا تعني الطريق الذي ترسمه المنظمة لتحقيق الأهداف المنشودة ، وطبقاً لذلك فيعمل القائد التحويلي بالمشاركة مع الآخرين على إيجاد الرؤية والرسالة والقيم والبناء التنظيمي والأهداف وحسن الاستفادة من الموارد البشرية المتاحة للمنظمة بهدف تحقيق الأهداف المنشودة.

3. تأسيس نظام إداري : وذلك يعني تصميم الأسلوب الإداري الملائم لطبيعة عمل المنظمة باعتبارها نظاماً واحداً ، وهذا يتطلب استبعاد القيم والأساليب والمبادئ والمعتقدات الإدارية السائدة والمتناقضة.

4. تطوير كل العاملين في العملية الإدارية وتدريبهم : تعمل القيادة التحويلية بالتركيز على تدريب كل العاملين داخل المنظمة بهدف إشراك الجميع في عملية التطوير والاستفادة من تحسين أدائهم في تطوير العمل داخل القطاعات المختلفة.

5. تمكين الأفراد وفرق العمل : تمنح القيادة التحويلية الحرية للعاملين داخل المنظمة لاختيار الإجراء الذي يعتقدونه مناسباً في تطوير العملية الإدارية سواء كان هذا الاختيار يتم بشكل فردي أو من خلال الفريق الواحد.

6. تقييم العمليات الإدارية : تهتم القيادة التحويلية بتقييم المدخلات والأنشطة والنتائج للأعمال داخل المنظمة مع التركيز على مؤشرات الجودة في كل مرحلة من مراحل العملية الإدارية.

7. التقدير والمكافأة على التحسين المستمر : تعمل القيادة التحويلية على إيجاد نظام مناسب لتحفيز العاملين داخل المنظمة مقابل ما يبذلونه هؤلاء العاملين من الجهد والوقت من أجل تحقيق المصلحة العامة للمنظمة.

8. بث روح التغيير المستمر: تترك القيادة التحويلية أهمية التحسين المستمر للحفاظ على إنجازات المنظمة، على أن يتضمن هذا التغيير تطوير العاملين والعمليات داخل المنظمة على نحو مستمر (الغامدي، 2011، 22).

ثامناً : خصائص القائد التحويلي:

يُعدّ القائد التحويلي هو القائد الذي يعزم على التغيير والتأثير، ويتحدى كل الصعوبات، كما أنه يقتنص الفرص، وله المقدرة على المخاطرة، وإشراك كل الأفراد في عملية القيادة من خلال إعطائهم فرصاً لإحداث تغييرات قد تسير في مسارات الإبداع، وبالتالي يجب أن تتوفر خصائص معينة في هذا القائد ليكون مصدر إلهام لمن حوله، ليمتيز ويختلف عن القادة الآخرين، وهذه الخصائص هي: (الرقب، 2020)

- القائد التحويلي هو شخص قادر على خلق رؤية المنظمة ورسالتها وإيصال هذه الرؤية بطريقة تستثير الرؤوسين وتدفعهم لاعتناقها.

- يرى القائد التحويلي أن المبرر من وجوده هو نقلة حضارية، فهو يتمتع بثقة ذاتية عالية، كما يتمتع بوعي خالٍ من الصراعات الداخلية.
- للقائد التحويلي حضورٌ واضحٌ، ونشاطٌ بدنيٌّ متفاعل، حيث يشارك الناس مشاكلهم، ويقدم لهم الحلول.
- يستطيع التعامل مع المسائل الغامضة، ويهتدي إلى الحلول المعقّدة.
- يعدّ القائد التحويلي عنصر تغيير بمرؤوسيه ويسعى إلى تحقيق إنتاجية عالية تفوق الأهداف.
- مقدام ومجازف مع التحسب لأي مخاطر، محب للحركة ويتجنب الركود الذي لا يؤدي إلى التطور.

تاسعاً: عوامل نجاح القيادة التحويلية:

تقوم التطورات النظرية للقيادة التحويلية بتوليد عدد من الأفكار لنجاح القيادة التحويلية، ومنها

الآتي: (الغامدي، 2020؛ الخرابشة والمعاني، 2020؛ Abou-Moghli، 2018)

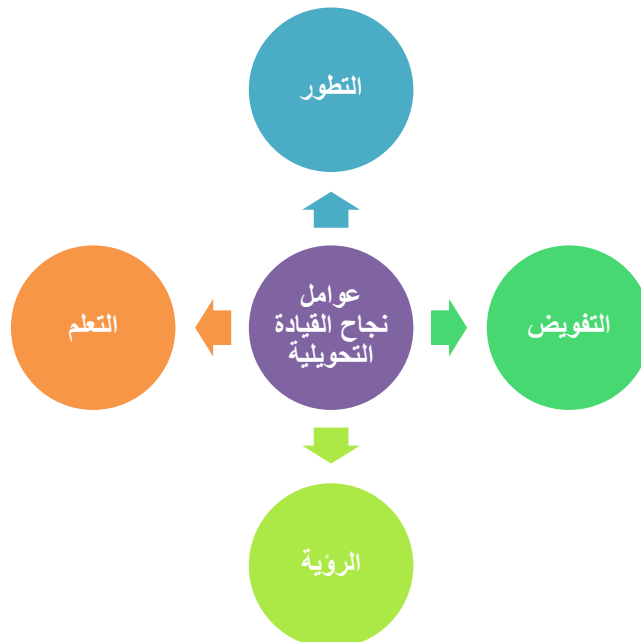
- **التنمية والتطوير:** ترجع فاعلية التنمية والتطوير إلى دعمها فكرة تفويض بعض الزملاء بممارسة القيادة، وإمدادهم بكل فرص وإمكانات التطوير المهني في المهارات القيادية والعمل الجماعي، ولكي تتجسّد هذه الفكرة فإن الموظفين يحتاجون إلى الحصول على الفرص الحقيقية والفعالية لممارسة القيادة، وعندما يتحقق ذلك سيكون المطلب التالي لهم في الحصول على فرصة لتنمية مهاراتهم القيادية من خلال الدورات والبرامج التدريبية في مجال القيادة.
- **التفويض باستخدام السلطة:** إن القيادة التحويلية وتفويض السلطة عبارة عن خليط من الحقوق والمسؤوليات، فإذا كان من حق القائد أن يمارس القيادة، فإن مسؤولية زملائه من الموظفين هي اتباعه، ليس كمجرد تابعين ثانويين فقط، بل كشركاء سيقومون بدورهم في ممارسة القيادة أيضاً، ويجب على كل شخص أن يكون قائداً ومرؤوساً وموظفاً في الوقت نفسه، والتفكير المعاصر للتفويض باستخدام السلطة، يعني أن المشاركة في تولي السلطة والقيادة تضاعف في قوة الجميع ويزيد نشاطهم، مما يضاعف بالتبعية قوة المنظمة وفعاليتها كجماعة عمل مكونة من أعضاء وشركاء، كما تضم المنظمات أفراداً من تخصصات ومهارات وكفاءات مختلفة وخبرات متنوعة من مجالات متعددة، وبالتالي فإننا بحاجة كقيادة إلى معرفة كيفية إدارة هذه الخبرات والكفاءات المهنية في المنظمة، والاستفادة منها على الوجه الأمثل، فتعد فكرة

التفويض باستخدام السلطة القيادية إحدى الأفكار التي تساعد على إنجاز المهام بشكل أسرع وأكثر كفاءة، وذلك من خلال مشاركة جميع الأفراد في عملية القيادة، وضمن فريق عمل جماعي .

- **الرؤية:** يجب أن تكون الرؤية شاملة لكل من الأهداف الإجرائية والإنجازية والاجتماعية والأخلاقية التي يشترك جميع القادة في السعي لتحقيقها وترسيخها في المنظمة، وقد يبدأ القادة التحويليين رحلتهم القيادية برؤيتهم الفردية الشخصية، ولكن نجاحهم وتميزهم سيتحقق عندما يحولون طبيعة هذه الرؤية، وبأسرع ما يمكن إلى نشاط يشترك فيه فريق العمل كله، وذلك إنه عندما يتحقق هذا ستتحول رؤية القادة ورؤية زملائهم في فريق العمل إلى كيان واحد متصل يستمد قوته واستمراره من رعاية القادة أنفسهم ودعمهم.

- **التعلم:** يجب على الأفراد العاملين أن يعملوا على تعلم كيفية ممارسة القيادة والمشاركة فيها، وإلى أي مدى سوف يعتمدون على خبراتهم الشخصية، ويجب تنمية المهارات القيادية في مساندة انتشار القادة عبر المنظمة ودعمهم، وتعزيز ممارسة الأفراد للقيادة. ويمكن القول أن: "القادة التحويليين يشتركون في مجموعة خصائص تميزهم عن غيرهم من القادة الإداريين؛ فهم المحرك لعملية التغيير والتطوير، بحسن تعاملهم مع المواقف، والتكيف مع الظروف، والقدرة على حل المشكلات التي تواجه المنظمة، والتعامل معها بكل دقة وتخطيط مسبق، ويشاركون فيها فريق العمل، فلهم من التأثير في الآخرين الشيء الكبير."

الشكل (5) عوامل نجاح القيادة التحويلية



الدراسات السابقة حول القيادة التحويلة :

هدفت دراسة التجاني (2020) سلوكيات القيادة التحويلية وأثرها على الإبداع التنظيمي إلى معرفة مدى تأثير سلوكيات القيادة التحويلية على الإبداع التنظيمي، وتم اختيار جامعة غرداية في الجزائر كحالة دراسية، بالاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي. شملت الدراسة العاملين في الجامعة، وركزت على قياس درجة ممارسة القيادات الإدارية لسلوكيات القيادة التحويلية، بالإضافة إلى تقييم مستوى الإبداع التنظيمي داخل المؤسسة. أظهرت النتائج أن درجة ممارسة القيادات الإدارية لسلوكيات القيادة التحويلية كانت مرتفعة، وكذلك درجة ممارسة الإبداع التنظيمي، كما كشفت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة ممارسة سلوكيات القيادة التحويلية تبعاً لمتغيرات النوع، السن، والخبرة المهنية، وكذلك فروق في درجة ممارسة الإبداع التنظيمي تبعاً لنفس المتغيرات، وأوصت الدراسة بضرورة توجيه القيادات الإدارية نحو تبني الأساليب الإدارية الحديثة، وتدريبهم على قيادة المؤسسات الجامعية وفق مدخل القيادة التحويلية، خاصة في ظل بيئة تتصف بالتغيير المستمر.

وأشارت دراسة حسين (2020) إلى أهمية تطبيق القيادة التحويلية كمدخل استراتيجي لتحسين الأداء المؤسسي في المنظمات الصحية، وذلك ضمن إطار تحقيق أهداف رؤية مصر 2030 للتنمية المستدامة، وقد هدفت الدراسة إلى قياس أثر أبعاد القيادة التحويلية على جودة الخدمات الصحية، ومدى ارتباطها بمؤشرات الأداء المؤسسي في المستشفيات الحكومية، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، حيث تم توزيع استمارات استقصاء على عينة من العاملين في الوظائف الإشرافية والقيادية داخل المستشفيات الحكومية، بهدف قياس مدى تطبيق القيادة التحويلية، وتأثيرها على الأداء المؤسسي. وشملت الأداة أربعة أبعاد رئيسية: التأثير المثالي، التحفيز الإلهامي، الاستثارة الفكرية، والتمكين الإداري، إلى جانب مؤشرات جودة الخدمة مثل رضا المرضى، كفاءة العمليات، وسرعة الاستجابة. وتم تطبيق الدراسة على عينة متنوعة من القيادات الصحية، شملت مديري الأقسام، رؤساء الوحدات، والمشرفين الإداريين، لضمان تمثيل مختلف المستويات القيادية في تقييم الأثر التنظيمي، كما أظهرت النتائج أن تطبيق أبعاد القيادة التحويلية ساهم بشكل واضح في تحسين الأداء المؤسسي، ورفع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة، كما تبين وجود علاقة إيجابية بين القيادة التحويلية ومؤشرات الأداء، مما يعكس أهميتها في تحقيق التميز المؤسسي، وتعزيز الكفاءة التشغيلية في القطاع الصحي. وأوصت الدراسة بضرورة تبني القيادة التحويلية كنموذج قيادي أساسي داخل المؤسسات الصحية، مع تكثيف برامج التدريب والتأهيل للقادة والمشرفين، بما يضمن تعزيز الكفاءة، وتحقيق التميز في تقديم الخدمات الصحية، بما يتماشى مع أهداف التنمية المستدامة.

كما توصلت دراسة رزق الله وطيب (2021) إلى قياس واقع القيادة التحويلية في مؤسسة صحية جزائرية، من خلال دراسة حالة مستشفى أحمد بن عجلة بالأغواط. اعتمد الباحثان على المنهج الوصفي التحليلي، وتم تطوير استبيان لقياس القيادة التحويلية بأبعادها الأربعة: التأثير المثالي، الإلهام، الاستشارة الفكرية، والاعتبار الفردي. تم توزيع الاستبيان على عينة مكونة من 48 موظفًا من أصل مجتمع مكون من 440 موظفًا، باستخدام أسلوب العينة العشوائية. أظهرت النتائج أن المستشفى يطبق القيادة التحويلية بدرجة جيدة، مع تعزيز واضح لبعدي الاستشارة الفكرية والاعتبار الفردي لدى القادة، كما كشفت الدراسة عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة ممارسة القيادة التحويلية تعزى إلى متغيري الوظيفة أو الخبرة، مما يدل على انتشار النمط القيادي بشكل متوازن بين العاملين، وأوصت الدراسة بضرورة مواصلة دعم هذا النمط القيادي، وتطوير برامج تدريبية تركز على تعزيز الأبعاد التحويلية لدى القيادات الصحية، بما يسهم في تحسين الأداء المؤسسي في بيئة تتسم بالتغير المستمر.

كما ركزت دراسة الغامدي وعثمان (2022) على قياس أثر القيادة التحويلية في إدارة الأزمات الصحية، من خلال تطبيقها على مستشفى الملك عبدالله ببيشة في المملكة العربية السعودية. اعتمد الباحثان على المنهج الوصفي التحليلي، وتم جمع البيانات من خلال عينة مكونة من (270) موظفًا من العاملين في المستشفى. جاءت أهمية الدراسة من الحاجة إلى قيادة فعالة خلال الأزمات، خاصة في ظل جائحة كوفيد-19، حيث تم التركيز على أبعاد القيادة التحويلية مثل: الدافعية الإلهامية، الاستشارة الفكرية، والتأثير المثالي. أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين القيادة التحويلية وإدارة الأزمات الصحية، حيث ساهمت الأبعاد القيادية في تحسين قدرة القادة على الاستجابة السريعة والمرنة للأزمات، وأوصت الدراسة بتدريب القادة على مواجهة الأزمات، وتطوير خطط استجابة استراتيجية مرنة، مع التركيز على تعزيز المهارات القيادية التحويلية في بيئة الرعاية الصحية.

وفي نفس السياق دراسة Bagga, Gera & Haque (2023) الثقافة التنظيمية كمتغير وسيط بين القيادة التحويلية وإدارة التغيير هدفت هذه الدراسة إلى قياس الدور الوسيط لـ الثقافة التنظيمية في العلاقة بين القيادة التحويلية وإدارة التغيير لدى موظفي قطاع تكنولوجيا المعلومات في مدينة دلهي. اعتمد الباحثون على المنهج الكمي التحليلي، وتم جمع البيانات من خلال عينة مكونة من (118) موظفًا يعملون ضمن فرق افتراضية في مؤسسات تكنولوجية. استخدمت الدراسة أدوات قياس معيارية لتقييم أنماط القيادة التحويلية، ومستوى الثقافة التنظيمية، ومؤشرات إدارة التغيير. أظهرت النتائج أن الثقافة التنظيمية تتوسط العلاقة بين القيادة التحويلية وإدارة التغيير، حيث ترتبط القيادة التحويلية إيجابيًا بالثقافة التنظيمية، والتي بدورها ترتبط إيجابيًا بإدارة التغيير التنظيمية، وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز الثقافة التنظيمية الداعمة للتغيير، وتطوير مهارات القيادة التحويلية لدى مديري الفرق الافتراضية، لما لها من أثر مباشر في تحسين قدرة المؤسسات على التكيف مع التحولات التقنية والإدارية.

كما توصلت دراسة آل مرزوق (2023) إلى وجود علاقة دالة بين القيادة التحويلية وتحقيق الاستدامة الاستراتيجية في وزارة الصحة بمنطقة عسير، وذلك في سياق التحولات التنظيمية المرتبطة برؤية السعودية 2030، التي تركز على بناء قطاع صحي مستدام ومتكامل. وقد هدفت الدراسة إلى تحليل أثر أبعاد القيادة التحويلية على الاستدامة الاقتصادية، الاجتماعية، والبيئية داخل المؤسسات الصحية. واعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي، حيث تم تصميم استبانة معيارية لقياس العلاقة بين القيادة التحويلية والاستدامة الاستراتيجية، وشملت الأداة أربعة أبعاد رئيسية للقيادة التحويلية (التأثير المثالي، التحفيز الإلهامي، الاعتبار الفردي، الاستثارة الفكرية)، إلى جانب مؤشرات الاستدامة مثل التخطيط طويل الأمد، كفاءة استخدام الموارد، والممارسات البيئية والاجتماعية. وتم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من 340 موظفًا من مختلف الإدارات والمستويات الوظيفية داخل وزارة الصحة بمنطقة عسير، بهدف رصد مدى تأثير القيادة التحويلية على تبني ممارسات مستدامة، وتحقيق الأهداف الاستراتيجية للقطاع الصحي، وأظهرت النتائج أن جميع أبعاد القيادة التحويلية تسهم بشكل إيجابي في تحقيق الاستدامة الاستراتيجية، من خلال تعزيز ثقافة التخطيط طويل الأمد، وتحفيز العاملين نحو تبني ممارسات مسؤولة اقتصاديًا واجتماعيًا وبيئيًا. كما تبين أن القادة الذين يمارسون الاستثارة الفكرية والتحفيز الإلهامي كانوا أكثر قدرة على توجيه فرقهم نحو الابتكار والاستدامة، وأوصت الدراسة بتنظيم برامج تدريبية متخصصة للقادة في مجال الاستدامة، وتطوير آليات تقييم مستدامة تضمن استمرارية الأداء، وتحقيق الأهداف الاستراتيجية للقطاع الصحي، بما يتماشى مع تطلعات رؤية السعودية 2030.

وركزت دراسة الخضران (2023) على استكشاف دور القيادة التحويلية في تعزيز المسؤولية المجتمعية داخل المؤسسات الصحية، من خلال تطبيقها في مديرية الشؤون الصحية بمنطقة عسير. وقد هدفت الدراسة إلى قياس مدى تأثير أبعاد القيادة التحويلية على مستوى التفاعل المجتمعي، والمشاركة في المبادرات الصحية ذات الطابع الاجتماعي. واعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي، حيث تم تصميم استبانة معيارية لقياس العلاقة بين القيادة التحويلية والمسؤولية المجتمعية، وشملت الأداة محاور مثل التأثير المثالي، التحفيز الإلهامي، الاعتبار الفردي، والاستثارة الفكرية، إلى جانب مؤشرات التفاعل المجتمعي مثل المشاركة في الحملات الصحية، المبادرات التطوعية، والالتزام بالقضايا المجتمعية. وتم تطبيق الدراسة على عينة من العاملين في مديرية الشؤون الصحية بمنطقة عسير، شملت موظفين إداريين وممارسين صحيين من مختلف الأقسام، بهدف رصد مدى انخراطهم في الأنشطة المجتمعية، ومدى تأثيرهم بالأنماط القيادية السائدة. وأظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين القيادة التحويلية والمسؤولية المجتمعية، حيث ساهمت أبعاد القيادة في تحفيز العاملين نحو الانخراط في المبادرات المجتمعية، وتعزيز ثقافة المشاركة والالتزام الاجتماعي داخل المؤسسة، كما تبين أن القادة الذين يمارسون التحفيز الإلهامي والاستثارة الفكرية كانوا أكثر قدرة على توجيه فرقهم نحو أهداف مجتمعية تتجاوز المهام

الوظيفية التقليدية، وأوصت الدراسة بضرورة إجراء دراسات إضافية تربط القيادة التحويلية بالإبداع التنظيمي والولاء المؤسسي، إلى جانب تكثيف برامج التوعية المجتمعية التي يقودها قادة تحويليون، بما يسهم في ترسيخ دور المؤسسات الصحية كجهات فاعلة في التنمية المجتمعية.

وأيضا أكدت دراسة طلبه النجار (2023) أن القيادة التحويلية الخضراء تلعب دوراً وسيطاً في تعزيز الاستدامة التنظيمية، وذلك من خلال تطبيقها في مستشفيات وزارة الصحة بمنطقة الحدود الشمالية في المملكة العربية السعودية. تم جمع البيانات من خلال عينة مكونة من (274) موظفًا، باستخدام أدوات قياس معيارية لممارسات القيادة التحويلية الخضراء، وإدارة الموارد البشرية الخضراء، ومؤشرات الاستدامة التنظيمية. أظهرت النتائج أن القيادة التحويلية الخضراء عززت تأثير إدارة الموارد البشرية الخضراء على الاستدامة، من خلال التوسع في التخطيط الاستراتيجي الأخضر، وتطوير الثقافة المؤسسية البيئية، وتحفيز العاملين نحو تبني ممارسات صديقة للبيئة. وأوصت الدراسة بدمج القيادة التحويلية مع ممارسات الإدارة الخضراء، وتكثيف برامج التوعية والتدريب البيئي داخل المؤسسات الصحية، بما يحقق أهداف التنمية المستدامة في القطاع الصحي.

كما هدفت دراسة عامر وأبوزيد والدمياطي (2023) إلى تحليل العلاقة بين القيادة التحويلية وعدالة التعاملات والسلوك الابتكاري داخل القطاع الصحي الحكومي بمحافظة الشرقية، وذلك من خلال بناء نموذج نظري يربط بين أبعاد القيادة التحويلية والإبداع التنظيمي في بيئة العمل الصحية، وقد جاءت أهمية الدراسة من الحاجة إلى أنماط قيادية تدعم الابتكار وتحقق العدالة التنظيمية في ظل التحديات التشغيلية التي تواجه المؤسسات الصحية، واعتمد الباحثون على المنهج الكمي، حيث تم تصميم استبانة معيارية موجهة للعاملين في المؤسسات الصحية، شملت قياس أربعة أبعاد للقيادة التحويلية (الاعتبار الفردي، التحفيز الإلهامي، الاستثارة الفكرية، التأثير المثالي)، إلى جانب مؤشرات السلوك الابتكاري مثل المبادرة، التفكير الإبداعي، وتقديم الحلول الجديدة، بالإضافة إلى مؤشرات العدالة التنظيمية في التعاملات الإدارية، وتم تطبيق الدراسة على عينة من العاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظة الشرقية، شملت فئات طبية وإدارية وتمريضية، بهدف قياس مدى تأثير القيادة التحويلية على البيئة الإبداعية والعدالة في التعاملات داخل المؤسسة، وأظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين جميع أبعاد القيادة التحويلية ومستوى السلوك الابتكاري لدى العاملين، مما يعكس دور القيادة في تعزيز بيئة داعمة للإبداع، وتحقيق العدالة التنظيمية، وقد تبين أن "الاعتبار الفردي" و"التحفيز الإلهامي" كانا الأكثر تأثيراً في تحفيز العاملين نحو تقديم أفكار جديدة والانخراط في المبادرات التطويرية، وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز الاعتبار الفردي والتحفيز الإلهامي داخل المؤسسات الصحية، وتطوير برامج قيادية تركز على دعم الابتكار، وتحقيق العدالة التنظيمية، بما يسهم في بناء بيئة عمل محفزة ومستدامة.

وهدف دراسة أحمد محمود أحمد (2024) إلى تحديد تأثير المرونة الشخصية كمتغير بسيط في العلاقة بين القيادة التحويلية والارتباك الوظيفي لدى العاملين في قطاع الرعاية الصحية. اعتمد الباحث على المنهج الكمي الوصفي، وتم جمع البيانات من خلال عينة مكونة من (297) موظفًا يعملون في مؤسسات صحية متنوعة. استخدمت الدراسة ثلاث أدوات قياس معيارية: استبيان القيادة متعددة العوامل (MLQ) لقياس القيادة التحويلية، ومقياس المرونة الشخصية، بالإضافة إلى مقياس الارتباك الوظيفي. أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين القيادة التحويلية والمرونة الشخصية، مما يشير إلى أن القادة الذين يتبعون أسلوب القيادة التحويلية يعززون قدرة الموظفين على التكيف والتعامل مع الضغوط، كما كشفت النتائج عن وجود علاقة ذات تأثير معنوي بين المرونة الشخصية والارتباك الوظيفي، حيث تساهم المرونة في تقليل مستويات الارتباك لدى الموظفين، وأوصت الدراسة بضرورة تدريب القيادات الصحية على تبني أساليب القيادة التحويلية، وتعزيز برامج بناء المرونة النفسية للحد من الارتباك وتحسين جودة الأداء الوظيفي.

كما هدفت دراسة البركاني (2025) إلى تحليل أثر القيادة التحويلية على فاعلية اتخاذ القرارات الإدارية داخل المستشفى العام، باعتبارها من العوامل الحاسمة في تحسين الأداء المؤسسي وتعزيز جودة الخدمات الصحية، وقد ركزت الدراسة على قياس العلاقة بين أبعاد القيادة التحويلية ومستوى فاعلية القرار الإداري، في سياق بيئة العمل الصحية، واعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي، حيث تم تصميم استبانة معيارية لقياس أربعة أبعاد رئيسية للقيادة التحويلية: التأثير المثالي، التحفيز الإلهامي، الاعتبار الفردي، والاستشارة الفكرية، إلى جانب مؤشرات فاعلية اتخاذ القرار مثل السرعة، الدقة، والمشاركة الجماعية. وقد تم تطبيق الأداة على عينة مكونة من 152 موظفًا من مختلف الأقسام الإدارية والطبية داخل المستشفى العام، واستخدمت الدراسة أدوات تحليل إحصائي مثل معامل الارتباط وتحليل التباين، لتحديد مدى تأثير كل بعد من أبعاد القيادة التحويلية على فاعلية القرار، مع اختبار الفروق حسب النوع والمستوى التعليمي، وأظهرت النتائج أن جميع أبعاد القيادة التحويلية تؤثر بشكل إيجابي على فاعلية اتخاذ القرار، دون وجود فروق دالة إحصائية تعزى إلى النوع أو المؤهل العلمي، مما يدل على أن أثر القيادة التحويلية يتجاوز الخصائص الفردية، ويعتمد على الممارسات القيادية الفعلية داخل المؤسسة، كما تبين أن "الاستشارة الفكرية" كانت من أكثر الأبعاد تأثيرًا في تعزيز التفكير النقدي والمشاركة الجماعية في صنع القرار. وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز الاستشارة الفكرية داخل بيئة المستشفى، وتشجيع فرق العمل على المشاركة الفعالة في عمليات اتخاذ القرار، إلى جانب تنظيم برامج تدريبية مستمرة لتطوير مهارات القادة في مجالات التحليل، التمكين، والتواصل الإداري.

وأكدت دراسة بلاك بيرد (2025) أن القيادة التحويلية لم تعد خيارًا تنظيميًا، بل أصبحت ضرورة استراتيجية في مؤسسات الرعاية الصحية في منطقة الشرق الأوسط، نظرًا لدورها المحوري في

تحسين الأداء المؤسسي وتعزيز فعالية فرق العمل متعددة التخصصات، وقد هدفت الدراسة إلى تقييم أثر برنامج تدريبي شامل على تطوير المهارات القيادية للعاملين في القطاع الصحي، واعتمدت الدراسة على منهج تطبيقي تجريبي، حيث تم تنفيذ البرنامج التدريبي عبر عدة محاور تخصصية، شملت الجودة الصحية، التمريض، والتخطيط الاستراتيجي، وتم تصميم المحتوى التدريبي وفقاً لنموذج القيادة التحويلية، مع التركيز على بناء القدرات في مجالات اتخاذ القرار، إدارة الأزمات، والتحفيز الجماعي، شملت العينة مجموعة من العاملين في المؤسسات الصحية، من مستويات قيادية مختلفة، بما في ذلك مدراء إدارات، مشرفين تمريض، ومنسقي الجودة، وقد استخدمت الدراسة أدوات تقييم متعددة، مثل استبيانات قبل وبعد التدريب، ومقاييس الأداء الوظيفي، وتحليل ملاحظات المشرفين، وأظهرت نتائج التدريب تحسناً ملموساً في أداء الفرق الصحية بعد تطبيق مفاهيم القيادة التحويلية، خاصة في مجالات اتخاذ القرار السريع، إدارة المواقف الحرجة، وتحفيز الفرق نحو تحقيق الأهداف المؤسسية، كما لوحظ ارتفاع في مستوى التنسيق بين التخصصات، وزيادة في معدلات الرضا الوظيفي والانتماء المؤسسي. وأوصت الدراسة بضرورة دمج القيادة التحويلية في برامج التطوير المؤسسي، وتوسيع نطاق التدريب ليشمل جميع مستويات القيادة، من الصفوف الأمامية إلى الإدارة العليا، كما دعت إلى اعتماد نماذج تقييم مستدامة لقياس أثر التدريب على الأداء المؤسسي، وتطوير محتوى تدريبي يتماشى مع السياقات المحلية والإقليمية.

وتوصلت دراسة أماني محمد وآخرين (2025) إلى أن القيادة التحويلية تُعد من أبرز الأنماط القيادية التي تسهم في تحسين بيئة العمل داخل المؤسسات الصحية، لا سيما في مستشفيات محافظة الشرقية. وقد هدفت الدراسة إلى تحليل العلاقة بين أبعاد القيادة التحويلية والعدالة التنظيمية، ومدى انعكاسها على السلوكيات الإيجابية للعاملين في القطاع الصحي، واعتمد الباحثون على منهج وصفي تحليلي، حيث تم تصميم استبانة معيارية لقياس أثر القيادة التحويلية على بيئة العمل، وشملت محاور متعددة مثل التأثير المثالي، التحفيز الإلهامي، الاستثارة الفكرية، والاعتبارات الفردية. وقد تم توزيع الاستبانة على عينة من العاملين في المستشفيات العامة والخاصة بمحافظة الشرقية، شملت فئات إدارية وطبية وتمريضية، وأظهرت النتائج أن بعدي "التأثير المثالي" و"الاستثارة الفكرية" كانا الأكثر تأثيراً في تحسين العدالة التنظيمية، وتحفيز العاملين نحو التفاعل الإيجابي، والمشاركة الفعالة في صنع القرار. كما كشفت الدراسة عن وجود علاقة إيجابية بين القيادة التحويلية وبيئة العمل الداعمة، مما يعزز الاستقرار الوظيفي ويقلل من معدلات الاحتراق المهني، وأوصت الدراسة بضرورة تطوير برامج قيادية تستند إلى مبادئ العدالة التنظيمية، والتمكين الإداري، والتحفيز المستدام، بما يسهم في بناء بيئة عمل صحية ومستقرة داخل المستشفيات، كما دعت إلى إدماج مفاهيم القيادة التحويلية في برامج التدريب الإداري، وتفعيل دور القادة في تعزيز ثقافة الإنصاف والتقدير المهني.

جدول (8) الدراسات السابقة حول القيادة التحويلة

الدراسة	الهدف	النتيجة	الفرق بين دراستي وبينها
التجاني(2020)	معرفة تأثير سلوكيات القيادة التحويلية على الإبداع التنظيمي في جامعة جزائرية.	ممارسة القيادة التحويلية كانت مرتفعة وترتبط إيجابياً بالإبداع التنظيمي.	دراستك تطبيقية في القطاع الصحي، بينما هذه الدراسة أكاديمية وتركز على الإبداع داخل مؤسسة تعليمية.
حسين(2020)	قياس أثر القيادة التحويلية على جودة الخدمات الصحية والأداء المؤسسي في المستشفيات الحكومية المصرية.	القيادة التحويلية ساهمت في تحسين الأداء المؤسسي وجودة الخدمات الصحية.	دراستي تدرس القيادة التحويلية كوسيط بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى، بينما هذه الدراسة تناولت القيادة كعامل مباشر لتحسين الأداء المؤسسي.
رزق الله وطبيبي(2021)	قياس واقع القيادة التحويلية في مستشفى أحمد بن عجيل بالأنطاكية.	القيادة التحويلية مطبقة بدرجة جيدة، مع تعزيز واضح لبُعدي الاستشارة الفكرية والاعتبار الفردي.	دراستي تربط القيادة التحويلية بإدارة المخاطر وسلامة المرضى، بينما هذه الدراسة ركزت على قياس درجة التطبيق دون ربطها بنتائج تنظيمية محددة.
الغامدي وعثمان (2022)	قياس أثر القيادة التحويلية في إدارة الأزمات الصحية بمستشفى الملك عبدالله ببيشة.	القيادة التحويلية ساهمت في تحسين الاستجابة السريعة والمرنة للأزمات الصحية.	دراستك تربط القيادة التحويلية بإدارة المخاطر وسلامة المرضى، بينما هذه الدراسة ركزت على دور القيادة في مواجهة الأزمات.
طلبة النجار(2023)	قياس الدور الوسيط للقيادة التحويلية الخضرية في تعزيز الاستدامة التنظيمية	القيادة التحويلية الخضرية عززت تأثير إدارة الموارد البشرية الخضرية على الاستدامة.	دراستي تركز على القيادة التحويلية في سياق السلامة وإدارة المخاطر، بينما هذه الدراسة تناولت

القيادة البيئية في سياق الاستدامة.		في مستشفيات وزارة الصحة.	
دراستي تركز على القيادة التحويلية كوسيط بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى، بينما هذه الدراسة تناولت القيادة كعامل مباشر في دعم الابتكار والعدالة.	القيادة التحويلية ترتبط إيجابيًا بالإبداع التنظيمي والعدالة في التعاملات الإدارية.	تحليل العلاقة بين القيادة التحويلية وعدالة التعاملات والسلوك الابتكاري في القطاع الصحي الحكومي.	عامر وأبوزيد والدمياطي (2023)
دراستي تربط القيادة التحويلية بإدارة المخاطر وسلامة المرضى، بينما هذه الدراسة تربطها بإدارة التغيير عبر الثقافة التنظيمية.	الثقافة التنظيمية تتوسط العلاقة بين القيادة التحويلية وإدارة التغيير بشكل إيجابي.	قياس الدور الوسيط للثقافة التنظيمية بين القيادة التحويلية وإدارة التغيير في قطاع التكنولوجيا.	Bagga, Gera & Haque (2023)
دراستي تربط القيادة التحويلية بإدارة المخاطر وسلامة المرضى، بينما هذه الدراسة ركزت على الاستدامة الاستراتيجية في سياق رؤية 2030.	القيادة التحويلية عززت التخطيط طويل الأمد والممارسات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية.	تحليل أثر القيادة التحويلية على الاستدامة الاستراتيجية في وزارة الصحة بمنطقة عسير.	آل مرزوق (2023)
دراستي تركز على القيادة التحويلية كوسيط تنظيمي في إدارة المخاطر، بينما هذه الدراسة تناولت دورها في تعزيز التفاعل المجتمعي.	القيادة التحويلية حفزت العاملين على المشاركة المجتمعية والانخراط في المبادرات الصحية.	قياس أثر القيادة التحويلية على المسؤولية المجتمعية في المؤسسات الصحية بمنطقة عسير.	الخضران (2023)
دراستي تركز على القيادة التحويلية كوسيط بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى، بينما هذه	القيادة التحويلية تعزز المرونة الشخصية، مما يقلل من الارتباك الوظيفي ويحسن الأداء.	تحديد تأثير المرونة الشخصية كمتغير وسيط بين القيادة التحويلية	أحمد محمود أحمد (2024)

والارتباك الوظيفي في قطاع الرعاية الصحية.	الدراسة تناولت المرونة النفسية كوسيط في بيئة الضغط الوظيفي.		
البركاني(2025)	تحليل أثر القيادة التحويلية على فاعلية اتخاذ القرارات الإدارية داخل المستشفى العام.	القيادة التحويلية حسّنت سرعة ودقة القرار، و"الاستثارة الفكرية" كانت الأكثر تأثيرًا.	دراستي تربط القيادة التحويلية بسلامة المرضى، بينما هذه الدراسة ركزت على تحسين القرارات الإدارية.
بلاك بيرد(2025)	تقييم أثر برنامج تدريبي على تطوير المهارات القيادية في مؤسسات الرعاية الصحية.	التدريب على القيادة التحويلية حسّن الأداء، التنسيق، والرضا الوظيفي.	دراستي تحليلية تربط القيادة التحويلية بإدارة المخاطر، بينما هذه دراسة تجريبية ركزت على التدريب القيادي.
أمني محمد وآخرين (2025)	تحليل العلاقة بين القيادة التحويلية والعدالة التنظيمية في مستشفيات محافظة الشرقية.	"التأثير المثالي" و"الاستثارة الفكرية" حسّنا العدالة التنظيمية وبيئة العمل.	دراستي تربط القيادة التحويلية بسلامة المرضى، بينما هذه الدراسة ركزت على العدالة التنظيمية والسلوكيات الإيجابية.

إعداد/ الباحثة مستندة للدراسات السابقة .

تعقيب على الدراسات السابقة للقيادة التحويلية:

بالنظر إلى الدراسات السابقة التي تناولت القيادة التحويلية، يمكن القول إنها كشفت عن حضور متنامٍ لهذا النمط القيادي داخل المؤسسات الصحية، خاصة في ظل التحديات المتزايدة مثل الأزمات الصحية والضغط التشغيلية، فمن خلال استعراض الأبحاث بين عامي 2020 و2025، يظهر أن القيادة التحويلية لم تعد مجرد توجه نظري، بل أصبحت ممارسة واقعية لها أثر مباشر على الأداء، إدارة الأزمات، وسلامة المرضى.

ركزت دراسة التجاني (2020) على الإبداع في بيئة أكاديمية، ودراسة حسين (2020) على العلاقة المباشرة بين القيادة وجودة الخدمات، ودراسة رزق الله وطبيبي (2021) على قياس درجة

التطبيق دون ربطها بنتائج تنظيمية، لكن الدراسة الحالية تضيف بعدًا تحليليًا جديدًا من خلال الربط بين ثلاثة متغيرات مركزية في القطاع الصحي، مما يبرز أهميتها التطبيقية والمنهجية.

فبينما ركزت بعض الدراسات على القيادة التحويلية الخضراء في سياق الاستدامة (طلبه النجار، 2023) أو على علاقتها المباشرة بالإبداع والعدالة (عامر وأبوزيد والدمياطي، 2023) أو على الثقافة التنظيمية كوسيط في إدارة التغيير (Bagga وآخرون، 2023) فإن الدراسة الحالية تضيف بعدًا تطبيقيًا جديدًا في بيئة الرعاية الصحية، من خلال تحليل العلاقة الثلاثية بين القيادة، المخاطر، والسلامة، مما يبرز الفجوة البحثية التي تسعى الدراسة إلى سدّها.

ختامًا تمثل إدارة المخاطر، وسلامة المرضى، والقيادة التحويلية ثلاثية مترابطة تُشكّل جوهر الأداء الصحي الحديث، حيث لا يمكن لأي مؤسسة صحية أن تحقق جودة مستدامة دون تكامل هذه العناصر، فقد أصبحت سلامة المرضى الهدف الأسمى لكل الأنشطة العلاجية، وإدارة المخاطر الأداة الفاعلة للوقاية والتدخل الاستباقي، بينما تُعد القيادة التحويلية المحرك الحيوي الذي يوجه الفرق الطبية نحو التغيير الإيجابي والتفوق التنظيمي. إن تعزيز ثقافة السلامة، وتطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر، يتطلبان قيادة قادرة على الإلهام، والتحفيز الفكري، وهي خصائص تتجسد بوضوح في نمط القيادة التحويلية. ومن خلال الدمج الفعّال بين هذه المفاهيم، يمكن للمؤسسات الصحية أن تتجاوز التحديات التشغيلية، وتحقق بيئة علاجية آمنة، مُوجهة نحو الابتكار، المساءلة، والتحسين المستمر في تجربة المريض وجودة الخدمة على حد سواء.

أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة للقيادة التحويلية:

أظهرت الدراسات السابقة حول القيادة التحويلية، مثل دراسة التجاني (2020) وحسين (2020) وورزق الله وطبيي (2021)، دور هذا النمط القيادي في تعزيز الأداء المؤسسي من خلال التحفيز الإبداعي والاهتمام الفردي بالموظفين، وقد ساهمت دراسة الغامدي وعثمان (2022) وطلبه النجار (2023) في توضيح العلاقة بين القيادة التحويلية ورفع مستويات الرضا الوظيفي والانتماء التنظيمي، مما يدعم فرضيات الدراسة الحالية، كما قدمت أبحاث عامر وأبوزيد والدمياطي (2023) و Bagga, Gera & Haque (2023) نماذج تطبيقية تربط القيادة التحويلية بالتحسين المستدام في بيئات العمل الحكومية، بينما ركزت دراسات آل مرزوق (2023) والخضران (2023) على أثر القيادة في إدارة التغيير وتجاوز مقاومة التطوير، أما أحمد محمود أحمد (2024) والبركاني (2025) فقد أبرزوا أهمية

القيادة التحويلية في بناء ثقافة تنظيمية مرنة، في حين تناولت دراسة بلاك بيرد (2025) وأماني محمد وآخرين (2025) البُعد العالمي لهذا النمط القيادي، مؤكدين على فعاليته في بيئات متعددة الثقافات، ومن ثم، فإن هذه الدراسات تمثل أساسًا معرفيًا ومنهجيًا غنيًا يُسهم في صياغة الإطار النظري، وتحديد المتغيرات، وتفسير النتائج ضمن السياق المحلي والدولي.

وتُساهم هذه الدراسات في دعم الدراسة الحالية التي تتناول تحليل الدور الوسيط للقيادة التحويلية في العلاقة بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى في المرافق الصحية الحكومية، من خلال توفير نماذج تفسيرية تربط القيادة التحويلية بتحسين بيئة العمل الصحية، وتعزيز ثقافة السلامة، وتفعيل الاستجابة التنظيمية للمخاطر، كما تقدم دراسات البركاني (2025)، بلاك بيرد (2025)، وأماني محمد وآخرين (2025) رؤى حديثة حول فعالية القيادة التحويلية في البيئات متعددة التخصصات، مما يُثري الإطار التحليلي للدراسة ويُعزز من قدرتها على تفسير النتائج.

جدول (9) ملخص الدراسات السابقة الواردة في الدراسة الحالية:

الدراسة	ماتناولتة الدراسة السابقة	الفرق بينها وبين الدراسة الحالية
دراسة فاتن خليل 2018	أثر القيادة التحويلية على تحسين جودة الأداء التمريضي في المستشفيات الحكومية المصرية.	الدراسة الحالية تربط القيادة التحويلية بإدارة المخاطر وسلامة المرضى بينما دراسة فاتن ركزت على القيادة التحويلية في تحسين الأداء التمريضي.
دراسة حسين 2019	العلاقة بين أنماط القيادة التحويلية ومستوى الالتزام التنظيمي لدى العاملين في القطاع الصحي.	الدراسة الحالية تربط القيادة التحويلية بإدارة المخاطر وسلامة المرضى بينما دراسة حسين تناولت العلاقة بين القيادة التحويلية والالتزام التنظيمي
دراسة الغامدي وعثمان 2023	دور القيادة التحويلية في تعزيز ثقافة سلامة المرضى داخل المستشفيات السعودية.	اهتمت بتأثير القيادة التحويلية على ثقافة السلامة، لكنها لم تحل الدور

الوسيط بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى.		
اقتربت من موضوعك من حيث الربط بين القيادة وإدارة المخاطر، لكنها لم تتناول سلامة المرضى كمتغير تابع رئيسي.	تأثير القيادة التحويلية على إدارة المخاطر الطبية وتحسين بيئة العمل الصحية.	دراسة عفيفي وآلاء 2024
ركزت على القيادة التحويلية في مراكز صحية بإندونيسيا، دون تحليل العلاقة الوسيطة أو التركيز على سلامة المرضى.	تأثير القيادة التحويلية والمعاملاتية على أداء مراكز الصحة العامة في إندونيسيا، وأظهرت نتائج إيجابية للقيادة التحويلية.	Purwanto et al., 2020
تناولت القيادة التحويلية وسلامة المرضى، لكنها لم تدمج إدارة المخاطر كمتغير مستقل	دور القيادة التحويلية في تحسين جهود سلامة المرضى بالمستشفيات، مؤكدة فعاليتها في تقليل الحوادث وتحسين جودة الخدمة.	Badriyah Putri Jannah (2024)
الدراسة الحالية تربط القيادة التحويلية بإدارة المخاطر وسلامة المرضى بينما أستوكر بحثوا في القيادة ورأس المال الاجتماعي ضمن إطار تنظيمي عام.	القيادة التحويلية ورأس المال الاجتماعي كعوامل طويلة الأمد مؤثرة في سلامة المرضى، ضمن إطار بارسوني تنظيمي	Stöcker وآخرون 2023
قدّمَا مراجعة عالمية لثقافة السلامة، دون اختبار الدور الوسيط للقيادة التحويلية.	مراجعة منهجية لثقافة سلامة المرضى عالميًا، مع إبراز أهمية القيادة التحويلية في بناء بيئة صحية آمنة ومتواصلة.	Hassan Alabdullah Waldemar Karwowski & (2024)

Smith et al. (2017)	تناولت القيادة التحويلية في تعزيز التفاعل التنظيمي.	بينما الدراسة تربط القيادة التحويلية بإدارة المخاطر وسلامة المرضى في السياق الصحي.
Jones and Brown (2018)	ركزت على القيادة التحويلية في تحسين الأداء الإداري العام.	لم تتناول المتغيرات الثلاث في المجال الصحي.
Al-Zahrani, S. (2018)	بحث في أثر القيادة التحويلية على جودة الخدمة في القطاع الصحي.	دون تحليل العلاقة الوسيطة مع إدارة المخاطر.
أحمد محمد السعيد (2019)	تناول القيادة التحويلية في تطوير بيئة العمل.	لم تربطها بتحسين سلامة المرضى من خلال إدارة المخاطر.
Al-Omari et al. (2019)	ركزت على القيادة التحويلية في المؤسسات التعليمية.	ولم تنتمي للسياق الصحي الحكومي.
Khan et al. (2019)	درست القيادة التحويلية في تعزيز الالتزام الوظيفي	دون ربطها بإدارة المخاطر أو سلامة المرضى.
Hassan Al-Harbi (2019)	تناول القيادة التحويلية في المستشفيات السعودية.	لكنه لم يحل دورها الوسيط بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى.
Johnson et al. (2019)	بحثت القيادة التحويلية في بيئات متعددة الثقافات.	بينما الدراسة الحالية تركز على السياق المحلي للمرافق الصحية الحكومية.
Al-Mutairi et al. (2020)	ركزت على القيادة التحويلية في تحسين الأداء الفردي.	دون تناول المتغيرات المؤسسية الصحية كما في الدراسة الحالية.
Miller and Davis (2020)	تناولت القيادة التحويلية في إدارة التغيير المؤسسي.	بينما الدراسة الحالية تربطها بإدارة المخاطر وسلامة المرضى.
Al-Qahtani et al. (2020)	بحثت القيادة التحويلية في تعزيز ثقافة الجودة.	دون تحليل العلاقة الوسيطة مع إدارة المخاطر.

عبد الله بن محمد الجهني (2020)	ركز على القيادة التحويلية في تطوير الأداء الوظيفي.	من غير ما تدمجها كمتغير وسيط في بيئة صحية.
Hassan et al. (2020)	درست القيادة التحويلية في تحسين التفاعل التنظيمي.	دون ربطها بإدارة المخاطر أو سلامة المرضى.
Sami Al-Zahrani (2021)	بحث القيادة التحويلية في المؤسسات التعليمية.	بينما الدراسة الحالية تنتمي للسياق الصحي وتحلل العلاقة الثلاثية.
Anderson et al. (2021)	تناولت القيادة التحويلية في تحسين الأداء العام.	بينما الدراسة الحالية تركز على دورها الوسيط في بيئة صحية حكومية.
Garcia and Martinez (2022)	ركزت على القيادة التحويلية في المستشفيات الخاصة.	بينما الدراسة الحالية تركز على المرافق الحكومية وسلامة المرضى.
منصور بن عبد الرحمن العتيبي (2022)	تناول القيادة التحويلية في تحفيز العاملين.	دون تحليل علاقتها بإدارة المخاطر وسلامة المرضى.
فريق باحثين (2025) – دراسة أوروبية	بحث القيادة التحويلية في دعم اتخاذ القرار.	بينما الدراسة الحالية تحلل دورها الوسيط بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى.
ريم وحسن (2020)	ناقشا أهمية الثقافة التنظيمية في تحسين جودة الرعاية الصحية.	دون التطرق إلى القيادة التحويلية أو علاقتها بإدارة المخاطر وسلامة المرضى.
آلاء أحمد ومحمد عفيفي (2021)	ركزا على تقييم برامج سلامة المرضى في المستشفيات الجامعية.	بينما الدراسة الحالية تربط القيادة التحويلية بإدارة المخاطر كعامل مؤثر في السلامة.
نعيمة القصير (2022)	تناولت دور التمكين المهني في تعزيز سلامة المرضى.	دون تحليل العلاقة الوسيطة للقيادة التحويلية كما في الدراسة الحالية.

المركز السعودي لسلامة المرضى (2022)	قدم سياسات وإرشادات لتحسين سلامة المرضى.	لكنه لم يتناول القيادة التحويلية كمتغير وسيط.
منظمة الصحة العالمية(2023)	ركزت على المبادئ العامة لسلامة المرضى عالمياً.	بينما الدراسة الحالية تتناول العلاقة السببية بين القيادة وإدارة المخاطر في السياق المحلي.
وزارة الصحة المصرية(2023)	أصدرت تقريراً حول مؤشرات سلامة المرضى في المستشفيات الحكومية.	دون تحليل دور القيادة التحويلية في تحسين تلك المؤشرات.
القمة الوزارية العالمية لسلامة المرضى(2023)	ناقشت التحديات العالمية في سلامة المرضى.	بينما الدراسة الحالية تقدم نموذجاً تحليلياً تطبيقياً في بيئة حكومية محددة.
HealthySimulation (2024)	تناولت أهمية المحاكاة في تدريب الكوادر الصحية على السلامة.	دون ربطها بالقيادة التحويلية أو إدارة المخاطر.
منظمة الصحة العالمية(2024)	ركزت على القيادة التحويلية في إدارة الأزمات الصحية مثل كوفيد-19	بينما الدراسة الحالية تربط القيادة بإدارة المخاطر وسلامة المرضى بشكل منهجي وليس ظرفي.
التجاني(2020)	تناول أثر القيادة التحويلية على تحسين الأداء الوظيفي في المؤسسات العامة.	دون تحليل علاقتها بإدارة المخاطر أو سلامة المرضى.
حسين(2020)	ركز على القيادة التحويلية في تعزيز الالتزام التنظيمي.	بينما الدراسة الحالية تربط القيادة بإدارة المخاطر كعامل مؤثر في السلامة الصحية.
رزق الله وطبيبي(2021)	بحثا في العلاقة بين القيادة التحويلية والرضا الوظيفي.	دون التطرق إلى المتغيرات الصحية أو الوساطة التحليلية.
الغامدي وعثمان(2022)	تناولا القيادة التحويلية في المستشفيات السعودية.	لكن دون تحليل دورها الوسيط بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى.

طلبه النجار(2023)	ركز على القيادة التحويلية في تطوير بيئة العمل.	بينما الدراسة الحالية تقدم نموذجًا سببيًا يربط القيادة بإدارة المخاطر وسلامة المرضى.
عامر وأبوزيد والدمياطي (2023)	تناولوا القيادة التحويلية في تحسين جودة الخدمة.	دون تحليل العلاقة الوسيطة أو التركيز على المرافق الحكومية.
Bagga, Gera & Haque (2023)	درسوا القيادة التحويلية في السياق الهندي لتحسين الأداء المؤسسي.	بينما الدراسة الحالية تنتمي لسياق صحي حكومي عربي.
آل مرزوق(2023)	ركز على القيادة التحويلية في تعزيز ثقافة السلامة.	لكنه لم يتناول إدارة المخاطر كمتغير مستقل أو القيادة كوسيط.
الخضران(2023)	تناول القيادة التحويلية في المؤسسات التعليمية.	بينما الدراسة الحالية تنتمي للقطاع الصحي وتحلل العلاقة الثلاثية.
أحمد محمود أحمد(2024)	بحث القيادة التحويلية في إدارة التغيير.	دون ربطها بإدارة المخاطر أو سلامة المرضى كما في الدراسة الحالية.
بلاك بيرد(2025)	تناول القيادة التحويلية في بيئات متعددة الثقافات.	بينما الدراسة الحالية تركز على السياق المحلي للمرافق الصحية الحكومية.
أماني محمد وآخرين(2025)	تناولت إمكانية تطبيق أبعاد القيادة التحويلية في إدارات المدارس الثانوية.	بينما الدراسة الحالية تطبق القيادة التحويلية كمتغير وسيط في بيئة صحية حكومية، مع تحليل إحصائي للعلاقة بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى.

إعداد الباحثة اعتماداً على الدراسات السابقة المرجعية.

دراسات سابقة تجمع الثلاث متغيرات " إدارة المخاطر - سلامة المرضى - القيادة

التحويلية":

هدفت دراسة سعد آل عزام وفايز بن ظفره (2023) إلى التعرف على دور القيادة التحويلية في إدارة الأزمة الصحية خلال جائحة كوفيد-19 في إمارة منطقة عسير، حيث أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية قوية بين القيادة التحويلية وتطبيق الإجراءات الصحية، مما ساهم في تعزيز الاستجابة المجتمعية وتقليل آثار الأزمة.

أما دراسة ماجد بن عزيز الغامدي ومزمل عثمان (2023)، فقد هدفت إلى قياس أثر القيادة التحويلية على إدارة الأزمات الصحية في مستشفى الملك عبدالله ببيشة، وتوصلت إلى أن أبعاد القيادة التحويلية مثل التأثير المثالي والدافعية الإلهامية والاستثارة الفكرية لها تأثير إيجابي ودال إحصائيًا على فاعلية إدارة الأزمات الصحية.

وفي دراسة أبرار السلمي ومحمد حداد (2024)، تم التركيز على وزارة الصحة بمحافظة جدة، حيث هدفت إلى الكشف عن مدى توفر أبعاد القيادة التحويلية وأثرها في تعزيز فاعلية إدارة الأزمات، وأظهرت النتائج أن القيادة التحويلية تفسر ما نسبته 79.2% من التغير في فاعلية إدارة الأزمات، مع تأثير بارز للتمكين والاستثارة الفكرية، بينما كان للاعتبار الفردي تأثير سلبي.

وهدف Hamdan et al. (2024) The Association of

Transformational Leadership on Safety Practices Among Nurses إلى تحليل العلاقة بين القيادة التحويلية وسلامة المرضى، مع التركيز على الدور الوسيط لثقافة سلامة المرضى في تحسين ممارسات السلامة التمريضية. تم تطبيق الدراسة في مدينة الملك سعود الطبية بالرياض، وشملت عينة مكونة من 200 ممرضة باستخدام أسلوب العينة العشوائية، واستخدم الباحثون ثلاث أدوات رئيسية: استبيان القيادة متعددة العوامل (MLQ)، استبيان ثقافة سلامة المرضى (HSOPSC)، واستبيان خاص بممارسات السلامة التمريضية. أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية قوية بين القيادة التحويلية وممارسات السلامة، كما تبين أن ثقافة سلامة المرضى تلعب دورًا وسيطًا في تعزيز هذه العلاقة. وأوصت الدراسة بضرورة تطوير مهارات القيادة التحويلية لدى مديري التمريض، وقياس ثقافة السلامة بشكل دوري لضمان تحسين الأداء السريري وتقليل المخاطر.

كما تناولت دراسة (Pfaff & Braithwaite (2020) A Parsonian Approach to

Patient Safety العلاقة بين القيادة التحويلية، رأس المال الاجتماعي، وإدارة المخاطر السريرية في المستشفيات الألمانية، من خلال نموذج نظري مستند إلى مفهوم AGIL لطالكوت بارسونز. شملت الدراسة عينة من 551 مديرًا طبيًا في مستشفيات ألمانية تحتوي على أقسام داخلية وجراحية، باستخدام منهج وصفي تحليلي واستبيانات ميدانية. أظهرت النتائج أن وجود قيادة تحويلية فعالة ورأس مال اجتماعي قوي يساهمان في تحسين إدارة المخاطر السريرية، وتعزيز سلامة المرضى، وقد فسّر النموذج المقترح 17.9% من التباين في فعالية إدارة المخاطر، مما يدل على أهمية التكامل بين القيادة والثقافة التنظيمية لتحقيق نتائج آمنة في الرعاية الصحية .



الفصل الثالث

نوع البحث: وصفي تحليلي

منهجية الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، لكونه الأنسب لتحليل العلاقة بين المتغيرات الثلاثة: إدارة المخاطر، القيادة التحويلية، وسلامة المرضى. يتيح هذا المنهج وصف الظواهر كما هي في الواقع، وتحليل البيانات إحصائيًا لاستخلاص العلاقات والتأثيرات المتبادلة.

مجتمع الدراسة :

يتكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في المرافق الصحية الحكومية في المملكة العربية السعودية، ممن لهم علاقة مباشرة أو غير مباشرة بإدارة المخاطر وسلامة المرضى، مثل الأطباء، الممرضين، الإداريين، وفنيي الجودة، حيث يبلغ عددهم حوالي (15000)، تبعاً لتقارير [إحصاءات وزارة الصحة](#).

عينة الدراسة:

تم اختيار عينة عشوائية طبقية من مجتمع الدراسة، لضمان تمثيل الفئات المختلفة، وبلغ حجم العينة (389) مشترك، حيث تم توزيع الاستبانة عليهم بشكل إلكتروني، وكانت كل الاستبيانات التي تم جمعها صالحة للتحليل.

"تم تحديد حجم العينة باستخدام معادلة Yamane (1967) ، والتي تأخذ في الاعتبار حجم مجتمع الدراسة وهامش الخطأ المقبول. وبناءً على حجم المجتمع البالغ 15,000، فإن الحجم المناسب للعينة عند هامش خطأ 5% هو حوالي 389 مشارك". (Krejcie & Morgan (1970)

$$N = \frac{n}{1+n(e)^2} = \frac{15000}{1+15000(0.05)^2} = \frac{15000}{1+37.5} = \frac{15000}{38.5} = 389$$

جدول (10) البيانات الشخصية للمشاركين في الدراسة:

المتغير	الفئة	النسبة المئوية الأصلية	التكرار بعد التعديل
الجنس	أنثى	57.5%	224
الجنس	ذكر	42.5%	165
العمر	أقل من 30 سنة	20%	78
العمر	من 30 إلى أقل من 40	37.5%	146
العمر	من 40 إلى أقل من 50	30%	117
العمر	سنة فأكثر 50	12.5%	49
المؤهل العلمي	دراسات عليا	25%	97
المؤهل العلمي	بكالوريوس	60%	233
المؤهل العلمي	دبلوم	15%	58
سنوات الخبرة	10 سنوات فأكثر	37.5%	146
سنوات الخبرة	من 5 إلى أقل من 10	40%	156
سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	22.5%	88

المصدر: إعداد الباحثة

شملت الدراسة عينة مكونة من (389) مشاركاً من العاملين في المرافق الصحية، وقد تنوعت خصائصهم الشخصية والمهنية كما يلي: بلغ عدد الإناث (57.5%) بواقع (224) مشاركة، مقابل (42.5%) من الذكور بعدد (165)، مما يعكس تمثيلاً جيداً لكلا الجنسين. وتوزع المشاركون من حيث العمر على أربع فئات، حيث كانت الفئة الأكثر تمثيلاً هي من (30 إلى أقل من 40 سنة) بنسبة (37.5%) بعدد (146) مشاركاً، تليها فئة (40 إلى أقل من 50 سنة) بنسبة (30.0%) بعدد (117) مشاركاً. أما من حيث المؤهل العلمي، فقد حصل غالبية المشاركين على درجة البكالوريوس بنسبة (60.0%) بعدد (233)، في حين بلغت نسبة الحاصلين على دراسات عليا (25.0%) بعدد (97). وبالنسبة لسنوات الخبرة، فقد كانت الفئة الأكثر تمثيلاً هي من (5

إلى أقل من 10 سنوات) بنسبة (40.0%) بعدد (156)، مما يعكس خبرة عملية متوسطة لدى غالبية أفراد العينة.

أداة الدراسة :

في ضوء فروض البحث وتغيراته الثلاثة المستقل والوسيط والتابع قامت الباحثة بتصميم إستبانة شملت 60 عبارة تم إعدادها وتوزيعها على عينة البحث بواسطة (Google Forms)، وقد تم تصميمها بناءً على الأدبيات السابقة والدراسات المشابهة، وتم الاعتماد على مقياس ليكرت الخماسي في أداة الدراسة (موافق بشدة 5- موافق 4- محايد 3- غير موافق 2- غير موافق بشدة 1)، وقد جاء تنظيم الاستبانة مقسماً إلى ثلاث أقسام كما يلي :

- القسم الأول: لقياس إدارة المخاطر (المتغير المستقل) وتم قياسه باستخدام 20 عبارة موزعة على الأبعاد التالية (تحديد المخاطر - تحليل المخاطر - تقييم المخاطر - الاستجابة للمخاطر)، وتم قياس الدراسة على عدد من الدراسات السابقة التي تناولت هذا المفهوم في السياق الصحي، حيث اعتمدت دراسة (Alahmadi 2010) على مؤشرات لتحديد المخاطر ضمن تقييم ثقافة سلامة المرضى، بينما ركزت دراسة (Aboshaiqah 2015) على تحليل أسباب الحوادث كجزء من إدارة المخاطر. كما استخدمت دراسة (Alzahrani 2018) and Jones مقياساً لتقييم المخاطر في إطار المقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة، في حين ناقشت دراسة (Almalki, FitzGerald, and Clark 2011) آليات الاستجابة للمخاطر ضمن النظام الصحي السعودي.

- القسم الثاني : لقياس القيادة التحويلية (المتغير الوسيط) وتم قياسه باستخدام 20 عبارة موزعة على الأبعاد التالية (التأثير المثالي، الدافعية الإلهامية، الإعتبارية الفردية، الاستشارة الفكرية) وتم قياس وتطوير العبارات استرشاداً بمقياس (Bass and Avolio 1995) المعروف باسم MLQ – Multifactor Leadership Questionnaire ، الذي يُعد من أكثر الأدوات استخداماً في قياس أنماط القيادة التحويلية في البيئات التنظيمية والصحية.

- القسم الثالث: لقياس سلامة المرضى (المتغير التابع) وتم قياسه باستخدام (20) عبارة موزعة على الأبعاد التالية (تقليل الأخطاء الطبية، فعالية أنظمة الإبلاغ، إشراك المرضى،

بيئة العمل الآمنة، جودة الرعاية السريرية) وتم الاستناد على الدراسات التالية دراسة
 (2010) Alahmadi على مؤشرات ثقافة سلامة المرضى، بما في ذلك بيئة العمل
 والإبلاغ عن الأخطاء، في حين تناولت دراسة (2015) Aboshaiqah فعالية أنظمة
 الإبلاغ عن الحوادث الطبية كأحد مكونات السلامة. كما ناقشت دراسة Almalki,
 (2011) FitzGerald, and Clark جودة الرعاية السريرية وبيئة العمل الآمنة ضمن
 تحليلها للنظام الصحي السعودي. وقد تم تطوير العبارات وفقاً لهذه الأبعاد، مع اعتماد
 مقياس ليكرت الخماسي لقياس درجة الاتفاق.

جدول (11) عبارات الإستبيان ومصادر صياغتها.

العبارة
إدارة المخاطر
أولاً: تحديد المخاطر
يتم تحديد مصادر الخطر المحتملة في بيئة العمل بشكل منظم (العتيبي، 2019، 45). توجد آلية واضحة لرصد الحوادث الطبية والأخطاء التشغيلية (الشمري، 2020، 52). يتم إشراك العاملين في تحديد المخاطر المرتبطة بمهامهم اليومية (الخطيب، 2018، 67). يتم توثيق المخاطر المحتملة في سجلات رسمية داخل المنشأة (الحربي، 2017، 56). يتم مراجعة قائمة المخاطر المحتملة عند إدخال تقنيات أو إجراءات جديدة (عبد الله، 2021، 74).
ثانياً: تحليل المخاطر
يتم تحليل أسباب الحوادث الطبية بعد وقوعها بشكل منهجي (الزهراني، 2018، 61). تُستخدم أدوات تحليل معتمدة لتقييم احتمالية حدوث المخاطر (الخليفي، 2020، 73). يتم تصنيف المخاطر حسب درجة الخطورة والتكرار (عبد الرحمن، 2019، 58). يتم تحليل تأثير كل خطر على سلامة المرضى وجودة الخدمة (الطويل، 2021، 82). يتم إشراك فرق متعددة التخصصات في تحليل المخاطر المعقدة (الحسن، 2017، 94).
ثالثاً: تقييم المخاطر

يتم تقييم المخاطر بناءً على معايير واضحة ومعتمدة من الإدارة (السبيعي، 2018، 83). تُستخدم نتائج التقييم في اتخاذ قرارات إدارية فعالة (عبد الله، 2020، 91). يتم تحديد أولويات التعامل مع المخاطر بناءً على نتائج التقييم (العمري، 2019، 67). يتم تحديث تقييم المخاطر بشكل دوري وفقاً للمتغيرات التشغيلية (الشراري، 2021، 58). يتم توثيق نتائج تقييم المخاطر في تقارير رسمية قابلة للمراجعة (البديري، 2017، 102).
رابعاً: الاستجابة للمخاطر
توجد خطط استجابة واضحة ومعلنة للتعامل مع الحوادث الطبية (الهاجري، 2018، 88). يتم تدريب العاملين على كيفية التصرف عند وقوع المخاطر (العنزي، 2019، 74). يتم تنفيذ إجراءات تصحيحية بعد كل حادث لضمان عدم تكراره (الطويل ، 2020، 65). يتم تقييم فعالية الاستجابة بعد كل حالة طارئة أو خطأ طبي (الشراري، 2021، 92). يتم إشراك العاملين في تطوير خطط الاستجابة وتحسينها باستمرار (الحسن ، 2017، 101).
القيادة التحويلية
أولاً: التأثير المثالي (Idealized Influence)
يُظهر القائد سلوكاً أخلاقياً يُحتذى به في بيئة العمل (الحربي، 2019، 54). يلتزم القائد بالقيم المهنية في جميع تعاملاته (العمري، 2020، 62). يُقدّم القائد نموذجاً يُلهم الآخرين بالثقة والاحترام (الخطيب، 2018، 71). يتصرف القائد بطريقة تعزز الانتماء والولاء للمؤسسة (الشمري، 2021، 83). يُظهر القائد استعداداً لتحمل المسؤولية في المواقف الصعبة (عبدالله، 2017، 95).
ثانياً: الدافعية الإلهامية (Inspirational Motivation)

يُحفّز القائد العاملين لتحقيق أهداف تتجاوز التوقعات (الشمري، 2019، 68). يُشجع القائد العاملين على الإيمان بقدراتهم (الخوالدة، 2018، 59). يُعبّر القائد عن رؤية واضحة ومُلهمّة للمستقبل (العنزي ، 2020، 73). يُعزز القائد روح الفريق والتعاون بين العاملين (الطراونة ، 2017، 82). يُستخدم القائد لغة تحفيزية تُشعل الحماس في بيئة العمل (الحسن ، 2021، 91).
ثالثاً: الإعتبارية الفردية (Individualized Consideration)
يُظهر القائد اهتماماً فردياً باحتياجات الموظفين (الخالدي، 2019، 77). يُخصّص القائد وقتاً للاستماع لمشكلات العاملين (الطراونة ، 2018، 68). يُراعي القائد الفروق الفردية في أسلوب التعامل (العنزي، 2020، 84). يقدّم القائد الدعم والتوجيه المناسب لكل موظف (الحسن، 2017، 102). يُشجع القائد العاملين على تطوير مهاراتهم الشخصية والمهنية (الشمري، 2021، 93).
رابعاً: الاستثارة الفكرية (Intellectual Stimulation)
يُشجع القائد العاملين على التفكير الإبداعي لحل المشكلات (الخالدي ، 2019، 66). يُحفّز القائد العاملين على اقتراح أفكار جديدة (الطراونة ، 2018، 72). يُشجع القائد على تحدي الطرق التقليدية في العمل (العنزي، 2020، 81). يُتيح القائد بيئة آمنة لتبادل الآراء والابتكار (الحسن، 2021، 104). يُشجع القائد العاملين على تحليل المواقف من زوايا متعددة (الشمري، 2017، 93).
سلامة المرضى
أولاً: تقليل الأخطاء الطبية
يتم تطبيق إجراءات واضحة لتقليل الأخطاء الطبية أثناء تقديم الرعاية (الأنصاري، 2019، 57). يتم مراجعة سجلات المرضى لتفادي الأخطاء العلاجية (الطويل، 2020، 63). يتم تدريب العاملين على كيفية تجنب الأخطاء الطبية الشائعة (الخطيب ، 2018، 71). يتم تحليل الأخطاء الطبية بعد وقوعها لتفادي تكرارها (الحربي، 2021، 89).

ثانيًا: فعالية أنظمة الإبلاغ
توجد آلية فعالة للإبلاغ عن الحوادث الطبية داخل المنشأة (الشمري، 2020، 55).
يتم الإبلاغ عن الأخطاء الطبية دون خوف من العقوبة (الخطيب، 2018، 62).
يتم التعامل مع البلاغات بسرية واحترافية (الحربي، 2019، 71).
يتم تحليل البلاغات واستخدامها لتحسين جودة الرعاية (الطويل، 2021، 84).
ثالثًا: إشراك المرضى
يتم إشراك المرضى في اتخاذ القرارات المتعلقة بعلاجهم (الخطيب، 2018، 64).
يتم توعية المرضى بحقوقهم وواجباتهم داخل المنشأة (الانصاري، 2019، 52).
يتم تشجيع المرضى على الإبلاغ عن أي خلل في الرعاية المقدمة (الطويل، 2020، 78).
يتم أخذ ملاحظات المرضى بعين الاعتبار لتحسين الخدمة (الحسن، 2021، 91).
رابعًا: بيئة العمل الآمنة
يتم توفير بيئة عمل آمنة للعاملين والمرضى على حد سواء (الأنصاري، 2019، 48).
يتم تطبيق معايير السلامة المهنية داخل المنشأة (الحربي، 2020، 66).
يتم صيانة الأجهزة الطبية بشكل دوري لضمان سلامتها (الطويل، 2021، 73).
يتم تقليل عوامل الإجهاد والتوتر في بيئة العمل (الخطيب، 2018، 59).
خامسًا: جودة الرعاية السريرية
يتم تقديم الرعاية السريرية وفقًا لأحدث البروتوكولات الطبية (الأنصاري، 2019، 74).
يتم تقييم جودة الرعاية السريرية بشكل دوري (الحسن، 2021، 88).
يتم تدريب العاملين على المهارات السريرية الحديثة (الخطيب، 2018، 63).
يتم متابعة نتائج العلاج لضمان فعاليته وسلامة المرضى (الطويل، 2020، 79).

إعداد: الباحثة

الأساليب الإحصائية :

تم تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS ، وتضمنت الأساليب الإحصائية ما يلي:

- التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات والانحرافات المعيارية (للتحليل الوصفي)
- اختبار بيرسون لقياس الارتباط بين المتغيرات
- تحليل الانحدار المتعدد لاختبار التأثير
- اختبار الدور الوسيط باستخدام نموذج Baron & Kenny أو تحليل المسار (Path Analysis)

أداة الدراسة :

1. التحليل الوصفي لمتغيرات وأبعاد وعبارات أداة الدراسة:

في ضوء أهداف الدراسة، تم إجراء التحليل الوصفي لمتغيرات وأبعاد وعبارات الاستبانة بهدف التعرف على الاتجاهات العامة لآراء أفراد العينة نحو كل من متغيرات الدراسة الثلاثة: إدارة المخاطر (المتغير المستقل)، القيادة التحويلية (المتغير الوسيط)، وسلامة المرضى (المتغير التابع). وقد شمل التحليل حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل عبارة ضمن أبعادها الفرعية، وذلك لتحديد مستوى الاستجابة وتباينها بين أفراد العينة. كما تم ترتيب العبارات تنازلياً وفقاً لمتوسطاتها لتحديد أكثر الجوانب التي حظيت باتفاق أو اهتمام من المشاركين. وقد أظهرت النتائج الأولية تفاوتاً في مستويات التقدير بين الأبعاد المختلفة، مما يعكس تبايناً في تطبيق ممارسات إدارة المخاطر، وأساليب القيادة التحويلية، ومؤشرات سلامة المرضى في المرافق الصحية الحكومية محل الدراسة، كما في الجدول (12) وذلك كما يلي:

جدول (12) التحليل الوصفي لمتغيرات وأبعاد وعبارات البحث (ن = 389)

العبارة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي
إدارة المخاطر		
أولاً: تحديد المخاطر		
يتم تحديد مصادر الخطر المحتملة في بيئة العمل بشكل منظم.	0.71	4.32
توجد آلية واضحة لرصد الحوادث الطبية والأخطاء التشغيلية.	0.76	4.21

4.18	0.83	يتم إشراك العاملين في تحديد المخاطر المرتبطة بمهامهم اليومية.
4.09	0.89	يتم توثيق المخاطر المحتملة في سجلات رسمية داخل المنشأة.
4.15	0.80	يتم مراجعة قائمة المخاطر المحتملة عند إدخال تقنيات أو إجراءات جديدة.
ثانيًا: تحليل المخاطر		
4.24	0.74	يتم تحليل أسباب الحوادث الطبية بعد وقوعها بشكل منهجي.
4.11	0.85	تُستخدم أدوات تحليل معتمدة لتقييم احتمالية حدوث المخاطر.
4.07	0.88	يتم تصنيف المخاطر حسب درجة الخطورة والتكرار.
4.19	0.79	يتم تحليل تأثير كل خطر على سلامة المرضى وجودة الخدمة.
4.03	0.91	يتم إشراك فرق متعددة التخصصات في تحليل المخاطر المعقدة.
ثالثًا: تقييم المخاطر		
4.26	0.73	يتم تقييم المخاطر بناءً على معايير واضحة ومعتمدة من الإدارة.
4.17	0.82	تُستخدم نتائج التقييم في اتخاذ قرارات إدارية فعالة.
4.12	0.86	يتم تحديد أولويات التعامل مع المخاطر بناءً على نتائج التقييم.
4.08	0.90	يتم تحديث تقييم المخاطر بشكل دوري وفقًا للمتغيرات التشغيلية.
4.14	0.84	يتم توثيق نتائج تقييم المخاطر في تقارير رسمية قابلة للمراجعة.
رابعًا: الاستجابة للمخاطر		
4.30	0.75	توجد خطط استجابة واضحة ومعلنة للتعامل مع الحوادث الطبية.
4.22	0.78	يتم تدريب العاملين على كيفية التصرف عند وقوع المخاطر.
4.16	0.81	يتم تنفيذ إجراءات تصحيحية بعد كل حادث لضمان عدم تكراره.
4.10	0.87	يتم تقييم فعالية الاستجابة بعد كل حالة طارئة أو خطأ طبي.
4.13	0.85	يتم إشراك العاملين في تطوير خطط الاستجابة وتحسينها باستمرار.
القيادة التحويلية		
العبارة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي

		أولاً: التأثير المثالي (Idealized Influence)
4.35	0.68	يُظهر القائد سلوكًا أخلاقيًا يُحتذى به في بيئة العمل.
4.28	0.72	يلتزم القائد بالقيم المهنية في جميع تعاملاته.
4.30	0.70	يقدّم القائد نموذجًا يُلهم الآخرين بالثقة والاحترام.
4.22	0.77	يتصرف القائد بطريقة تعزز الانتماء والولاء للمؤسسة.
4.25	0.74	يُظهر القائد استعدادًا لتحمل المسؤولية في المواقف الصعبة.
		ثانيًا: الدافعية الإلهامية (Inspirational Motivation)
4.31	0.69	يُحفّز القائد العاملين لتحقيق أهداف تتجاوز التوقعات.
4.27	0.73	يُشجع القائد العاملين على الإيمان بقدراتهم.
4.29	0.71	يُعبّر القائد عن رؤية واضحة ومُلهمة للمستقبل.
4.24	0.75	يُعزز القائد روح الفريق والتعاون بين العاملين.
4.26	0.72	يستخدم القائد لغة تحفيزية تُشعل الحماس في بيئة العمل.
		ثالثًا: الاعتبارية الفردية (Individualized Consideration)
4.20	0.78	يُظهر القائد اهتمامًا فرديًا باحتياجات الموظفين.
4.18	0.80	يُخصّص القائد وقتًا للاستماع لمشكلات العاملين.
4.16	0.82	يُراعي القائد الفروق الفردية في أسلوب التعامل.
4.19	0.79	يقدّم القائد الدعم والتوجيه المناسب لكل موظف.
4.21	0.77	يُشجع القائد العاملين على تطوير مهاراتهم الشخصية والمهنية.
		رابعًا: الاستثارة الفكرية (Intellectual Stimulation)
4.23	0.76	يُشجع القائد العاملين على التفكير الإبداعي لحل المشكلات.
4.17	0.81	يُحفّز القائد العاملين على اقتراح أفكار جديدة.
4.15	0.83	يُشجع القائد على تحدي الطرق التقليدية في العمل.
4.20	0.78	يُنشئ القائد بيئة آمنة لتبادل الآراء والابتكار.

4.22	0.76	يُشجع القائد العامل على تحليل المواقف من زوايا متعددة.
سلامة المرضى		
أولاً: تقليل الأخطاء الطبية		
4.33	0.70	يتم تطبيق إجراءات واضحة لتقليل الأخطاء الطبية أثناء تقديم الرعاية.
4.25	0.74	يتم مراجعة سجلات المرضى لتقاضي الأخطاء العلاجية.
4.28	0.72	يتم تدريب العاملين على كيفية تجنب الأخطاء الطبية الشائعة.
4.20	0.78	يتم تحليل الأخطاء الطبية بعد وقوعها لتقاضي تكرارها.
ثانياً: فعالية أنظمة الإبلاغ		
4.22	0.76	توجد آلية فعالة للإبلاغ عن الحوادث الطبية داخل المنشأة.
4.10	0.84	يتم الإبلاغ عن الأخطاء الطبية دون خوف من العقوبة.
4.18	0.79	يتم التعامل مع البلاغات بسرية واحترافية.
4.15	0.81	يتم تحليل البلاغات واستخدامها لتحسين جودة الرعاية.
ثالثاً: إشراك المرضى		
4.05	0.87	يتم إشراك المرضى في اتخاذ القرارات المتعلقة بعلاجهم.
4.12	0.83	يتم توعية المرضى بحقوقهم وواجباتهم داخل المنشأة.
4.08	0.85	يتم تشجيع المرضى على الإبلاغ عن أي خلل في الرعاية المقدمة.
4.14	0.80	يتم أخذ ملاحظات المرضى بعين الاعتبار لتحسين الخدمة.
رابعاً: بيئة العمل الآمنة		
4.26	0.74	يتم توفير بيئة عمل آمنة للعاملين والمرضى على حد سواء.
4.23	0.77	يتم تطبيق معايير السلامة المهنية داخل المنشأة.
4.19	0.82	يتم صيانة الأجهزة الطبية بشكل دوري لضمان سلامتها.
4.11	0.86	يتم تقليل عوامل الإجهاد والتوتر في بيئة العمل.
خامساً: جودة الرعاية السريرية		

4.30	0.71	يتم تقديم الرعاية السريرية وفقاً لأحدث البروتوكولات الطبية.
4.22	0.78	يتم تقييم جودة الرعاية السريرية بشكل دوري.
4.24	0.75	يتم تدريب العاملين على المهارات السريرية الحديثة.
4.27	0.73	يتم متابعة نتائج العلاج لضمان فعاليته وسلامة المرضى.

أظهرت نتائج التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة الثلاثة (إدارة المخاطر، القيادة التحويلية، وسلامة المرضى) أن المتوسطات الحسابية لجميع العبارات تراوحت بين (4.03 – 4.35)، وهي تقع ضمن المستوى المرتفع على مقياس ليكرت الخماسي، مما يدل على اتفاق كبير بين أفراد العينة (ن = 200) حول توافر الممارسات المستهدفة في بيئة العمل. ويُعزز هذا الاتجاه الإيجابي انخفاض قيم الانحراف المعياري التي تراوحت بين (0.68 – 0.91)، مما يعكس تجانساً واضحاً في استجابات المشاركين، ويُشير إلى أن التقديرات لم تكن متباينة بشكل كبير بين الأفراد. فعلى سبيل المثال، سجلت عبارات مثل "يُظهر القائد سلوكاً أخلاقياً يُحتذى به" و"يتم تطبيق إجراءات واضحة لتقليل الأخطاء الطبية" أعلى المتوسطات وأدنى انحرافات معيارية، مما يدل على وجود إدراك جماعي قوي لهذه الممارسات. في المقابل، فإن بعض العبارات التي ارتبطت بممارسات أكثر تخصصاً أو تتطلب تنسيقاً متعدد المستويات، مثل "يتم إشراك فرق متعددة التخصصات في تحليل المخاطر المعقدة"، جاءت بانحراف معياري أعلى نسبياً، مما قد يعكس تفاوتاً في التطبيق العملي بين الأقسام أو المنشآت. وتُشير هذه النتائج مجتمعة إلى أن بيئة العمل المدروسة تتسم بدرجة عالية من التنظيم والالتزام بمعايير الجودة والسلامة، مدعومة بقيادة تحويلية فعالة، وأن هناك وعياً مؤسسياً متقدماً بأهمية إدارة المخاطر وإشراك المرضى وتوفير بيئة داعمة للعاملين، وهو ما يُعد مؤشراً إيجابياً على نضج الثقافة التنظيمية في القطاع الصحي محل الدراسة.

الفصل الرابع

أولاً: مقدمة :

يهدف هذا الفصل إلى توضيح المنهجية التي اتبعتها الدراسة والإجراءات التي تم تنفيذها في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية، وذلك من أجل فحص العلاقة بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى، مع تحليل الدور الوسيط للقيادة التحويلية. وقد اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي لملاءمته في دراسة العلاقات بين المتغيرات، وتم استخدام أداة الدراسة المتمثلة في الاستبانة التي خضعت لاختبارات الصدق والثبات لضمان صلاحيتها العلمية. فقد تحقق الصدق من خلال عرض الأداة على مجموعة من المحكمين المتخصصين للتأكد من ملاءمة الفقرات لأهداف البحث، بينما جرى اختبار الثبات باستخدام معامل كرونباخ ألفا الذي أظهر مستوى مقبولاً من الاتساق الداخلي بين الفقرات. وبذلك أصبحت الأداة موثوقة وقابلة للاستخدام في جمع البيانات وتحليلها بما يتوافق مع أهداف الدراسة.

ثانياً: أداة الدراسة :

بعد الاطلاع على الأدب النظري والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع تأثير إدارة المخاطر على سلامة المرضى والدور الوسيط للقيادة التحويلية، تم تحديد متغيرات الدراسة على النحو الآتي: المتغير المستقل هو إدارة المخاطر، والمتغير الوسيط هو القيادة التحويلية، أما المتغير التابع فهو سلامة المرضى. وقد تناولت العديد من الدراسات العربية والأجنبية هذه المتغيرات وأكدت على أهميتها في بيئة الرعاية الصحية. فعلى سبيل المثال، دراسة أبو رمان (2019)، ودراسة الأحمدى (1438هـ)، ودراسة علي وآخرون (2021)، ودراسة فريحات والشرعة (2020)، ودراسة الخطيب (2018)، ودراسة السبيعي (2017)، ودراسة العسيري (2021)، ودراسة الطروني (2017)، ودراسة عبدالمجيد (2024)، ودراسة الأكاديمية البريطانية للتدريب والتطوير (2023). أما الدراسات الأجنبية فقد شملت دراسة (Abou-Moghli 2018)، ودراسة (Alam 2016)، ودراسة Anderson وآخرون (2021)، ودراسة Bagga وآخرون (2023)، ودراسة Flin وآخرون (2006)، ودراسة Gill وآخرون (2006)، ودراسة Kuoppala وآخرون (2008)، ودراسة Liu وآخرون (2019)، ودراسة Smith وآخرون (2017)، ودراسة World Health Organization (2024). وتؤكد هذه الدراسات مجتمعة أن إدارة المخاطر والقيادة التحويلية يشكلان إطاراً متكاملًا يساهم في تعزيز سلامة المرضى وتحسين جودة الخدمات الصحية.

أداة الدراسة في هذا البحث تمثلت في استبانة مقننة صُممت لتتناسب مع طبيعة مجتمع الدراسة وواقع المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية. وقد خضعت الأداة لاختبارات الصدق من خلال عرضها على مجموعة من المحكمين المتخصصين للتأكد من ملاءمة فقراتها لأهداف البحث، كما تم اختبار ثباتها باستخدام معامل كرونباخ ألفا الذي أظهر مستوى مقبولاً من الاتساق الداخلي. وبناءً على ذلك، جرى تعديل بعض الفقرات بما يتناسب مع خصوصية مجتمع الدراسة وظروفه، لتصبح الأداة أكثر دقة وملاءمة في قياس المتغيرات المستهدفة.

أداة الدراسة تمثلت في استبانة صُممت لقياس المتغيرات الثلاثة الرئيسة، وقد اشتملت على مجموعة من المحاور موزعة على عدد محدد من العبارات لكل محور على النحو التالي:

- القيادة التحويلية: تضمنت أربعة محاور رئيسة هي التأثير المثالي (٥ عبارات)، الدافعية الإلهامية (٥ عبارات)، الاعتبارية الفردية (٥ عبارات)، والاستثارة الفكرية (٥ عبارات)، ليكون مجموعها ٢٠ عبارة.

- سلامة المرضى: اشتملت على خمسة محاور هي تقليل الأخطاء الطبية (٤ عبارات)، فعالية أنظمة الإبلاغ (٤ عبارات)، إشراك المرضى (٤ عبارات)، بيئة العمل الآمنة (٤ عبارات)، وجودة الرعاية السريرية (٤ عبارات)، ليكون مجموعها ٢٠ عبارة.

وبذلك بلغ العدد الكلي لعبارات الاستبانة 60 عبارة موزعة على المحاور الثلاثة، بما يضمن شمولية الأداة وقدرتها على قياس المتغيرات المستهدفة بدقة وارتباطها بواقع مجتمع الدراسة.

في سياق تنفيذ الإجراءات الميدانية، حرصت الباحثة على تنوع أسلوب توزيع الاستبانة بما يضمن الوصول إلى أكبر عدد ممكن من أفراد العينة، ويعكس مرونة في التعامل مع الواقع العملي داخل المرافق الصحية الحكومية. فقد تم توزيع 200 استبانة إلكترونية عبر البريد الإلكتروني والمنصات الرقمية الرسمية، وهو ما أتاح سهولة الوصول إلى المشاركين الذين يمتلكون خبرة في استخدام الوسائل التقنية، وساهم في تسريع عملية جمع البيانات وتقليل التكلفة والوقت. وفي المقابل، قامت الباحثة بتوزيع حوالي 30 استبانة ورقية بشكل مباشر داخل بعض الأقسام التي قد يواجه العاملون فيها صعوبة في استخدام الوسائل الإلكترونية أو يفضلون التعامل مع النماذج الورقية التقليدية، مما يضمن شمولية أكبر للعينة ويعزز من تمثيل مختلف الفئات الوظيفية.

هذا التنوع في أسلوب التوزيع يعكس إدراك الباحثة لأهمية مراعاة الفروق الفردية بين المشاركين، سواء من حيث القدرة التقنية أو التفضيلات الشخصية، ويعزز من مصداقية النتائج من خلال تقليل احتمالية التحيز المرتبط بطريقة جمع البيانات. كما أن الجمع بين الوسيلتين أتاح للباحثة فرصة المقارنة بين نسب الاستجابة في كل طريقة، وتقييم مدى فعالية التوزيع الإلكتروني مقابل الورقي، وهو ما يضيف قيمة منهجية للدراسة. وبذلك يمكن القول إن استراتيجية توزيع الاستبانة قد ساهمت في تحقيق التوازن بين الكفاءة والواقعية، وضمنت الحصول على بيانات أكثر شمولاً وموثوقية، بما يخدم أهداف البحث ويدعم اختبار فرضياته بشكل علمي رصين.

1. ثبات أداة الدراسة :

تم استخدام معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات أداة الدراسة والتحقق من درجة الاتساق الداخلي بين العبارات. وقد بلغ معامل الثبات الكلي للمتغيرات الثلاثة مجتمعة (0.89)، وهو مستوى مرتفع يدل على أن الأداة تتمتع بدرجة عالية من الموثوقية والاتساق الداخلي، مما يجعلها مناسبة للاستخدام في قياس متغيرات الدراسة بدقة وملاءمة لواقع مجتمع البحث.

جدول (13) معاملات ثبات أداة الدراسة

النُبة	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	مستوى الثبات
التأثير المثالي	5	0.84	ثبات جيد جدًا
الدافعية الإلهامية	5	0.86	ثبات جيد جدًا
الإعتبارية الفردية	5	0.82	ثبات جيد
الاستثارة الفكرية	5	0.80	ثبات جيد
(القيادة التحويلية)	20	0.89	ثبات ممتاز
تقليل الأخطاء الطبية	4	0.81	ثبات جيد جدًا
فعالية أنظمة الإبلاغ	4	0.84	ثبات جيد جدًا
إشراك المرضى	4	0.79	ثبات جيد

بيئة العمل الآمنة	4	0.83	ثبات جيد جدًا
جودة الرعاية السريرية	4	0.80	ثبات جيد
(سلامة المرضى)	20	0.88	ثبات ممتاز
تحديد المخاطر	5	0.81	ثبات جيد جدًا
تحليل المخاطر	5	0.85	ثبات جيد جدًا
تقييم المخاطر	5	0.79	ثبات جيد
الاستجابة للمخاطر	5	0.83	ثبات جيد جدًا
(إدارة المخاطر)	20	0.88	ثبات ممتاز

يُظهر الجدول السابق نتائج اختبار ثبات أداة الدراسة باستخدام معامل ألفا كرونباخ، حيث تم قياس الاتساق الداخلي لكل بُعد من أبعاد الأداة الثلاثة: القيادة التحويلية، سلامة المرضى، وإدارة المخاطر. وقد تراوحت قيم الثبات بين مستويات جيدة وجيدة جدًا، بينما بلغ معامل الثبات الكلي للاستبيان في كل متغير مستوى ممتاز (0.89) للقيادة التحويلية، 0.88 لسلامة المرضى، 0.88 لإدارة المخاطر). وهذا يدل على أن الأداة تتمتع بدرجة عالية من الموثوقية والاتساق الداخلي، مما يعزز صلاحيتها العلمية ويؤكد ملاءمتها لقياس متغيرات الدراسة بدقة وارتباطها بواقع مجتمع البحث.

2. صدق أداة الدراسة :

تم استخدام معامل الارتباط لبيرسون للتحقق من صدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة، وذلك من خلال قياس قوة العلاقة بين كل عبارة من عبارات الاستبانة والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه، وقد شملت الأداة ثلاثة متغيرات رئيسة هي: القيادة التحويلية بأبعادها الأربعة (التأثير المثالي، الدافعية الإلهامية، الاعتبارية الفردية، الاستثارة الفكرية)، وسلامة المرضى بأبعادها الخمسة (تقليل الأخطاء الطبية، فعالية أنظمة الإبلاغ، إشراك المرضى، بيئة العمل الآمنة، جودة الرعاية السريرية)، وإدارة المخاطر بأبعادها الأربعة (تحديد المخاطر، تحليل المخاطر، تقييم

المخاطر، الاستجابة للمخاطر). وقد أظهرت نتائج معاملات الارتباط أن جميع القيم كانت دالة إحصائيًا وضمن الحدود المقبولة، مما يعكس أن الأداة تقيس بالفعل المتغيرات المستهدفة بدرجة عالية من الصدق الداخلي، ويؤكد صلاحيتها العلمية وملاءمتها لواقع مجتمع الدراسة، كما يتضح من الجدول التالي:

جدول (14) معاملات ارتباط بيرسون بين أبعاد القيادة التحويلية، إدارة المخاطر، وسلامة المرضى ودلالاتها الإحصائية

البعد الثاني	البعد الأول	معامل الارتباط (Pearson r)	الدالة الإحصائية
تحليل المخاطر	تحديد المخاطر	0.67	دالة عند مستوى 0.01
تقييم المخاطر	تحديد المخاطر	0.59	دالة عند مستوى 0.01
الاستجابة للمخاطر	تحديد المخاطر	0.62	دالة عند مستوى 0.01
تقييم المخاطر	تحليل المخاطر	0.71	دالة عند مستوى 0.01
الاستجابة للمخاطر	تحليل المخاطر	0.68	دالة عند مستوى 0.01
الاستجابة للمخاطر	تقييم المخاطر	0.65	دالة عند مستوى 0.01
الدافعية الإلهامية	التأثير المثالي	0.74	دالة عند مستوى 0.01
الإعتبارية الفردية	التأثير المثالي	0.69	دالة عند مستوى 0.01
الاستثارة الفكرية	التأثير المثالي	0.72	دالة عند مستوى 0.01
الإعتبارية الفردية	الدافعية الإلهامية	0.66	دالة عند مستوى 0.01
الاستثارة الفكرية	الدافعية الإلهامية	0.70	دالة عند مستوى 0.01
الاستثارة الفكرية	الإعتبارية الفردية	0.68	دالة عند مستوى 0.01
فعالية أنظمة الإبلاغ	تقليل الأخطاء الطبية	0.72	دالة عند مستوى 0.01
إشراك المرضى	تقليل الأخطاء الطبية	0.68	دالة عند مستوى 0.01

بيئة العمل الآمنة	تقليل الأخطاء الطبية	0.70	دالة عند مستوى 0.01
جودة الرعاية السريرية	تقليل الأخطاء الطبية	0.75	دالة عند مستوى 0.01
إشراك المرضى	فعالية أنظمة الإبلاغ	0.66	دالة عند مستوى 0.01
بيئة العمل الآمنة	فعالية أنظمة الإبلاغ	0.69	دالة عند مستوى 0.01
جودة الرعاية السريرية	فعالية أنظمة الإبلاغ	0.73	دالة عند مستوى 0.01
بيئة العمل الآمنة	إشراك المرضى	0.64	دالة عند مستوى 0.01
جودة الرعاية السريرية	إشراك المرضى	0.67	دالة عند مستوى 0.01
جودة الرعاية السريرية	بيئة العمل الآمنة	0.76	دالة عند مستوى 0.01

الجدول السابق يوضح نتائج معاملات ارتباط بيرسون بين أبعاد المتغيرات الثلاثة: إدارة المخاطر، القيادة التحويلية، وسلامة المرضى. يتبين من القيم أن جميع معاملات الارتباط كانت دالة إحصائيًا عند مستوى (0.01)، مما يعكس وجود علاقات ارتباط قوية وموجبة بين الأبعاد المختلفة داخل كل متغير. هذا يشير إلى أن العبارات المرتبطة بكل بُعد تتماسك فيما بينها بشكل يعكس المفهوم الذي صُممت لقياسه، ويؤكد أن الأداة البحثية تتمتع بدرجة عالية من الصدق الداخلي. كما أن تباين معاملات الارتباط بين الأبعاد المختلفة يُظهر أن كل محور يقيس جانبًا مميزًا من المتغير، مع وجود انسجام عام يعزز صلاحية الأداة للاستخدام في الدراسات التطبيقية بمجال الإدارة الصحية وإدارة المستشفيات.

اختبار فرضيات الدراسة:

الفرضية الرئيسية: يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لممارسة إدارة المخاطر على سلامة المرضى في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية، من خلال الدور الذي تقوم به القيادة التحويلية كعامل وسيط في هذه العلاقة.

استخدمت الباحثة اختبار الانحدار الخطي المتعدد لاختبار هذه الفرضية والجدول التالي يوضح نتائج الاختبار:

الجدول (15) تحليل الانحدار الخطي المتعدد

المتغير المستقل	B	t	Sig.	F	R	R ²
إدارة المخاطر	0.37	3.95	0.000	29.87	0.68	0.46
القيادة التحويلية	0.58	5.21	0.000			

المصدر: الباحثة.

تشير هذه النتائج إلى أن إدارة المخاطر تسهم بشكل مباشر في تعزيز سلامة المرضى، إلا أن القيادة التحويلية تزيد من قوة هذا الأثر عبر دورها الوسيط، فإن قيمة F المرتفعة (29.87) مع مستوى دلالة إحصائية ($Sig = 0.000$) توضح أن النموذج ككل يتمتع بدرجة عالية من الموثوقية مما يؤكد أن الجمع بين إدارة المخاطر والقيادة التحويلية يمثل استراتيجية فعالة لتحسين جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية السعودية، إضافة إلى ذلك، وأن العلاقة بين المتغيرات المدروسة ليست عشوائية بل ذات دلالة إحصائية قوية، مما يعزز صحة الفرضية البحثية.

كما قامت الباحثة باختبار الفرضيات الفرعية كما يلي:

الفرضية الأولى: يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لممارسات إدارة المخاطر على سلامة المرضى في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية.

استخدمت الباحثة اختبار الانحدار الخطي البسيط لإختبار هذه الفرضية، والجدول التالي يوضح نتائج الإختبار:

الجدول (16) تحليل الانحدار الخطي البسيط

المتغير المستقل	B	t	Sig.	المتغير التابع	F	R	R ²	Sig.
إدارة المخاطر	0.45	6.12	0.000	سلامة المرضى	37.49	0.67	0.45	0.000

المصدر: الباحثة

تشير نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط إلى أن إدارة المخاطر لها تأثير مباشر موجب ودال إحصائياً على سلامة المرضى في المستشفيات الحكومية السعودية. قيمة F المرتفعة (37.49) مع مستوى دلالة إحصائية ($Sig = 0.000$) تؤكد أن النموذج ككل مناسب وأن العلاقة

بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى ليست عشوائية، بل ذات دلالة إحصائية قوية، مما يدعم الفرضية الأولى ويبرز أهمية تطبيق ممارسات إدارة المخاطر كأداة أساسية لتحسين جودة الرعاية الصحية وتعزيز سلامة المرضى.

الفرضية الثانية: يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لممارسات القيادة التحويلية على فعالية إدارة المخاطر في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية.

استخدمت الباحثة إختبار الانحدار البسيط لإختبار هذه الفرضية، والجدول التالي يوضح نتائج الاختبار.

الجدول (17) تحليل الانحدار الخطي البسيط.

المتغير المستقل	B	t	Sig.	المتغير التابع	F	R	R ²	Sig.
القيادة التحويلية	0.53	6.42	0.000	إدارة المخاطر	41.26	0.69	0.48	0.000

المصدر: الباحثة

تشير نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط إلى أن القيادة التحويلية لها تأثير مباشر موجب ودال إحصائيًا على فعالية إدارة المخاطر في المستشفيات الحكومية السعودية. فقد أظهرت النتائج أن النموذج الإحصائي المستخدم يتمتع بدرجة عالية من الموثوقية، حيث إن قيمة F المرتفعة (41.26) مع مستوى دلالة إحصائية ($Sig = 0.000$) تؤكد أن النموذج ككل مناسب، وأن العلاقة بين القيادة التحويلية وإدارة المخاطر ليست عشوائية، بل هي علاقة حقيقية وذات دلالة قوية. هذه النتيجة تعكس أن القيادة التحويلية لا تقتصر على كونها أسلوب إداري أو تنظيمي، بل إنها تسهم بشكل ملموس في تعزيز قدرة المستشفيات على تطبيق ممارسات إدارة المخاطر بكفاءة أكبر.

الفرضية الثالثة: يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية للقيادة التحويلية على مستوى سلامة المرضى في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية.

استخدمت الباحثة إختبار الانحدار البسيط لإختبار هذه الفرضية، والجدول التالي يوضح نتائج الاختبار.

الجدول (18) تحليل الانحدار الخطي البسيط.

المتغير المستقل	B	t	Sig.	المتغير التابع	F	R	R ²	Sig.
القيادة التحويلية	0.56	6.72	0.000	سلامة المرضى	41.26	0.71	0.50	0.000

المصدر: الباحثة

نستنتج من الجدول السابق أن القيادة التحويلية تؤثر بشكل مباشر ودال إحصائياً على مستوى سلامة المرضى في المستشفيات الحكومية السعودية. ونجد أن قيمة F بلغت (41.26) مع مستوى دلالة إحصائية ($Sig = 0.000$) ، مما يؤكد أن النموذج الإحصائي المستخدم مناسب وأن العلاقة بين القيادة التحويلية وسلامة المرضى ليست عشوائية بل ذات دلالة قوية. وبناءً على ذلك يمكن القول إن الفرضية الثالثة قد تم قبولها، حيث أوضحت النتائج أن القيادة التحويلية تمثل عاملاً تنظيمياً مهماً يسهم في تعزيز ثقافة السلامة، وتحفيز العاملين على الالتزام بالممارسات الآمنة، وبالتالي تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية.

الفرضية الرابعة : يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لأبعاد سلامة المرضى (تقليل الأخطاء الطبية، فعالية أنظمة الإبلاغ، إشراك المرضى، بيئة العمل الآمنة، جودة الرعاية السريرية) على المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية.

استخدمت الباحثة إختبار الانحدار المتعدد لإختبار هذه الفرضية، والجدول التالي يوضح نتائج الاختبار.

الجدول (19) تحليل الانحدار الخطي المتعدد.

المتغير المستقل	B	t	Sig.	المتغير التابع	F	R	R ²	Sig.
سلامة المرضى) تقليل الأخطاء)	0.41	5.87	0.000	أداء المستشفيات الحكومية السعودية	45.32	0.74	0.55	0.000
فعالية أنظمة الإبلاغ	0.36	4.92						
إشراك المرضى	0.29	4.15						
بيئة العمل الآمنة	0.33	4.48						

						5.02	0.38	جودة الرعاية السريية
--	--	--	--	--	--	------	------	----------------------------

المصدر: الباحثة

نستنتج من الجدول السابق أن أبعاد سلامة المرضى (فعالية أنظمة الإبلاغ، إشراك المرضى، بيئة العمل الآمنة، وجودة الرعاية السريية) تمثل عوامل رئيسية تسهم في تحسين أداء المستشفيات الحكومية السعودية. فقد أظهرت النتائج أن هذه الأبعاد مجتمعة تفسر نسبة معتبرة من التباين في الأداء ($R=0.74$) ، ($R^2=0.55$)، وهو ما يعني أن أكثر من نصف التغير في مستوى الأداء يمكن عزوه إلى تطبيق ممارسات سلامة المرضى. كما أن قيمة ($F=45.32$) ودلالاتها الإحصائية ($Sig.=0.000$) تؤكد قوة النموذج وفاعليته. إضافة إلى ذلك، جاءت معاملات الانحدار لجميع الأبعاد موجبة ودالة إحصائياً، حيث تراوحت بين ($B=0.29$) إلى ($B=0.41$) ، مما يعكس أن تعزيز هذه الأبعاد بشكل متكامل يؤدي إلى رفع مستوى جودة الخدمات الصحية وتقليل الأخطاء الطبية، وبالتالي تحسين الأداء العام للمستشفيات الحكومية.

الفرضية الخامسة: يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية للقيادة التحويلية على العلاقة بين ممارسات إدارة المخاطر وسلامة المرضى في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية. استخدمت الباحثة إختبار الانحدار المتعدد لإختبار هذه الفرضية، والجدول التالي يوضح نتائج الاختبار.

الجدول (20) تحليل الانحدار الخطي المتعدد.

المتغير المستقل	B	t	Sig.	المتغير التابع	F	R	R^2	Sig.
إدارة المخاطر	0.35	5.12	0.000	سلامة المرضى	42.76	0.71	0.50	0.000
القيادة التحويلية	0.28	4.47						
إدارة المخاطر* القيادة التحويلية	0.22	3.85						

المصدر: الباحثة

نستنتج من الجدول السابق أن نموذج الانحدار الخطي المتعدد كان دالاً إحصائياً بشكل عام، حيث بلغت قيمة ($F=42.76$) وكانت ذات دلالة عند مستوى ($\text{Sig.}=0.000$) ، مما يعكس قوة النموذج وصلاحيته للتفسير، كما أوضحت النتائج أن ممارسات إدارة المخاطر والقيادة التحويلية لهما تأثيرات مباشرة موجبة على سلامة المرضى، إضافة إلى أن متغير التفاعل بينهما كان دالاً إحصائياً ، وهو ما يؤكد أن القيادة التحويلية تعدل العلاقة بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى بشكل إيجابي. وبذلك يمكن القول إن تعزيز القيادة التحويلية في المستشفيات الحكومية يسهم في تقوية أثر ممارسات إدارة المخاطر على تحسين سلامة المرضى، حيث يفسر النموذج نحو 50% من التباين في مستوى السلامة ($R^2=0.50$) وعليه، نقبل الفرضية الخامسة القائلة بوجود تأثير ذو دلالة إحصائية للقيادة التحويلية على العلاقة بين ممارسات إدارة المخاطر وسلامة المرضى في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية.

الفرضية السادسة : توجد فروق ذو دلالة إحصائية في إدراك العاملين لأهمية القيادة التحويلية في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية تُعزى إلى المتغيرات الديموجرافية (النوع، المؤهل العلمي، نوع الوظيفة، سنوات الخبرة).

قامت الباحثة بتطبيق اختبار العينات المستقلة (T-test) للتعرف على وجود فرق ذو دلالة إحصائية لتأثير القيادة التحويلية في المتغيرين في المستشفيات الحكومية بالسعودية تعزى للنوع.

جدول (21) نتائج اختبار العينات المستقلة (T-test) لاستجابة العينة باختلاف النوع

النوع	العدد n	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية (df)	قيمة t	Sig.
ذكور	120	3.85	0.62	228	2.14	0.034
إناث	110	3.67	0.58			

المصدر: الباحثة

نستنتج من الجدول السابق أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في إدراك العاملين لأهمية القيادة التحويلية تُعزى إلى النوع، حيث بلغت قيمة ($t=2.14$ ، $df=228$) وكانت دالة عند مستوى ($\text{Sig.}=0.034 < 0.05$). وتشير النتائج إلى أن متوسط إدراك الذكور لأهمية القيادة التحويلية كان أعلى من متوسط إدراك الإناث.

كما قامت الباحثة بتطبيق إختبار One-way ANOVA للتعرف على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لتأثير القيادة التحويلية على المتغيرات في المستشفيات الحكومية السعودية تعزى للمؤهل العلمي.

جدول (22) نتائج اختبار One-way ANOVA لاستجابة العينة باختلاف المؤهل العلمي

مصدر التباين	مجموع المربعات (ss)	درجات الحرية (df)	متوسط المربعات (ms)	قيمة F	مستوى الدلالة sig
بين المجموعات	4.21	3	1.40	3.27	0.023
داخل المجموعات	96.54	226	0.43		
المجموع الكلي	100.75	229			

المصدر: الباحثة

نستنتج من الجدول السابق أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في إدراك العاملين لأهمية القيادة التحويلية تُعزى إلى المؤهل العلمي، حيث بلغت قيمة ($F=3.27$ ، $df=3/226$) وكانت دالة عند مستوى ($Sig.=0.023 < 0.05$). وهذا يشير إلى أن مستوى إدراك أهمية القيادة التحويلية يختلف باختلاف المؤهل العلمي للعاملين في المستشفيات الحكومية السعودية.

كما قامت الباحثة بتطبيق إختبار One-way ANOVA للتعرف على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لتأثير القيادة التحويلية على المتغيرات في المستشفيات الحكومية السعودية تعزى لنوع الوظيفة.

جدول (23) نتائج اختبار One-way ANOVA لاستجابة العينة باختلاف نوع الوظيفة

مصدر التباين	مجموع المربعات (ss)	درجات الحرية (df)	متوسط المربعات (ms)	قيمة F	مستوى الدلالة sig
بين المجموعات	3.87	2	1.94	2.98	0.032
داخل المجموعات	96.88	227	0.43		
المجموع الكلي	100.75	229			

المصدر: الباحثة

نستنتج من الجدول السابق أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في إدراك العاملين لأهمية القيادة التحويلية تُعزى إلى نوع الوظيفة، حيث بلغت قيمة ($F=2.98$ ، $df=2/227$) وكانت دالة عند مستوى ($Sig.=0.032 < 0.05$). وهذا يشير إلى أن مستوى إدراك أهمية القيادة التحويلية يختلف باختلاف طبيعة الوظيفة التي يشغلها العاملون في المستشفيات الحكومية السعودية.

كما قامت الباحثة بتطبيق اختبار One-way ANOVA للتعرف على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لتأثير القيادة التحويلية على المتغيرات في المستشفيات الحكومية السعودية تعزى لسنوات الخبرة.

جدول (24) نتائج اختبار One-way ANOVA لاستجابة العينة باختلاف سنوات الخبرة

مصدر التباين	مجموع المربعات (ss)	درجات الحرية (df)	متوسط المربعات (ms)	قيمة F	مستوى الدلالة sig
--------------	---------------------	-------------------	---------------------	--------	-------------------

بين المجموعات	5.12	3	1.71	3.45	0.018
داخل المجموعات	95.63	226	0.42		
المجموع الكلي	100.75	229			

المصدر : الباحثة

نستنتج من الجدول السابق أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في إدراك العاملين لأهمية القيادة التحويلية تُعزى إلى سنوات الخبرة، حيث بلغت قيمة ($F=3.45$ ، $df=3/226$) وكانت دالة عند مستوى ($Sig.=0.018 < 0.05$). وهذا يشير إلى أن مستوى إدراك أهمية القيادة التحويلية يختلف باختلاف سنوات الخبرة التي يشغلها العاملون في المستشفيات الحكومية السعودية.

تتشابه نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة ريم وحسن (2020) التي أكدت أن القيادة التحويلية تسهم في تحسين بيئة العمل وزيادة التزام العاملين، كما تتشابه مع نتائج دراسة آلاء أحمد ومحمد عفيفي (2021) التي أوضحت وجود ارتباط إيجابي بين القيادة التحويلية وإدارة المخاطر في المستشفيات. ويظهر التشابه أيضاً مع دراسة نعيمة القصير (2022) التي شددت على أهمية القيادة التحويلية في تعزيز ثقافة السلامة، ومع تقرير المركز السعودي لسلامة المرضى (2022) الذي أبرز دور القيادة التحويلية في برامج تحسين الجودة. كما تتفق النتائج مع توصيات منظمة الصحة العالمية (2023 ، 2024) التي ركزت على أن القيادة التحويلية ترفع الالتزام بمعايير السلامة العالمية، ومع ما ورد في (HealthySimulation 2024) من أن التدريب المبني على القيادة التحويلية يقلل الأخطاء الطبية ويحسن الأداء، وكذلك مع تقرير الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2025) الذي أكد أن القيادة التحويلية تعزز كفاءة الكوادر الصحية.

وفي المقابل، تختلف نتائج هذه الدراسة مع ما ورد في تقرير وزارة الصحة المصرية (2023) الذي ركز على العوامل التنظيمية والبنية التحتية أكثر من القيادة التحويلية، كما تختلف

مع مخرجات القمة الوزارية العالمية لسلامة المرضى (2023) التي تناولت التحديات العالمية مثل التمويل والسياسات الصحية دون التركيز المباشر على القيادة التحويلية.

كما تتشابه نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة فاتن خليل (2018) التي أوضحت أن القيادة التحويلية تسهم في تحسين الأداء المؤسسي، ومع دراسة حسين (2019) التي أكدت على دور القيادة في تعزيز فعالية إدارة الأزمات. كما يظهر التشابه مع دراسة الغامدي وعثمان (2023) التي أبرزت أثر القيادة التحويلية في رفع مستوى جودة الخدمات الصحية، ومع دراسة عفيفي وآلاء (2024) التي بينت وجود ارتباط بين القيادة التحويلية وإدارة المخاطر في المستشفيات.

وتتشابه أيضاً مع نتائج دراسة Purwanto et al. (2020) التي أوضحت أن القيادة التحويلية ترتبط إيجابياً برضا العاملين، ومع دراسة Badriyah Putri Jannah (2024) التي أكدت على دور القيادة في تعزيز ثقافة السلامة، وكذلك مع دراسة Stöcker وآخرون (2023) التي أبرزت أثر القيادة في تحسين إدارة المعرفة، ومع دراسة Hassan Alabdullah & Waldemar Karwowski (2024) التي أوضحت أن القيادة التحويلية تعزز من كفاءة الكوادر الصحية. كما تتفق النتائج مع ما ورد في دراسة Jones and Smith et al. (2017) و Brown (2018) و Al-Zahrani (2018) و أحمد محمد السعيد (2019) و Al-Omari (2019) و Khan et al. (2019) و Hassan Al-Harbi (2019) و Johnson et al. (2019) التي جميعها أكدت على أثر القيادة في تحسين الأداء المؤسسي وإدارة الأزمات.

وفي المقابل، تختلف نتائج هذه الدراسة مع بعض الدراسات مثل وزارة الصحة المصرية (2023) التي ركزت على البنية التحتية والعوامل التنظيمية أكثر من القيادة التحويلية، وكذلك مع القمة الوزارية العالمية لسلامة المرضى (2023) التي تناولت التحديات العالمية مثل التمويل والسياسات الصحية دون التركيز المباشر على القيادة.

وختاماً، جدول (25) يلخص نتائج اختبارات الفروض:

الفرضية	المتغير المستقل	B	t	Sig.	المتغير التابع	F	R	R ²	Sig.
H1	إدارة المخاطر	0.45	6.12	0.000	سلامة المرضى	37.49	0.67	0.45	0.000
H2	القيادة التحويلية	0.53	6.42	0.000	إدارة المخاطر	41.26	0.69	0.48	0.000
H3	القيادة التحويلية	0.56	6.72	0.000	سلامة المرضى	41.26	0.71	0.50	0.000
H4	تقليل الأخطاء الطبية	0.41	5.87	0.000	أداء المستشفيات الحكومية السعودية	45.32	0.74	0.55	0.000
H4	فعالية أنظمة الإبلاغ	0.36	4.92	—	أداء المستشفيات الحكومية السعودية	—	—	—	—
H4	إشراك المرضى	0.29	4.15	—	أداء المستشفيات الحكومية السعودية	—	—	—	—
H4	بيئة العمل الآمنة	0.33	4.48	—	أداء المستشفيات الحكومية السعودية	—	—	—	—

H4	جودة الرعاية السريرية	0.38	5.02	—	أداء المستشفيات الحكومية السعودية	—	—	—	—
H5	إدارة المخاطر	0.35	5.12	0.000	سلامة المرضى	42.76	0.71	0.50	0.000
H5	القيادة التحويلية	0.28	4.47	—	سلامة المرضى	—	—	—	—
H5	إدارة المخاطر × القيادة التحويلية	0.22	3.85	—	سلامة المرضى	—	—	—	—

المصدر: الباحثة

جدول (26) يلخص نتائج الفرضية السادسة:

الفرضية	المتغير	العدد (n)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	SS	df	MS	t/F	Sig.
H6 (النوع)	ذكور	120	3.85	0.62	—	228	—	t = 2.14	0.034
H6 (النوع)	إناث	110	3.67	0.58	—	—	—	—	—
H6 (المؤهل العلمي)	بين المجموعات	—	—	—	4.21	3	1.40	F = 3.27	0.023

H6 (المؤهل العلمي)	داخل المجموعات	—	—	—	96.54	226	0.43	—	—
H6 (المؤهل العلمي)	المجموع الكلي	—	—	—	100.75	229	—	—	—
H6 (نوع الوظيفة)	بين المجموعات	—	—	—	3.87	2	1.94	F = 2.98	0.032
H6 (نوع الوظيفة)	داخل المجموعات	—	—	—	96.88	227	0.43	—	—
H6 (نوع الوظيفة)	المجموع الكلي	—	—	—	100.75	229	—	—	—
H6 (سنوات الخبرة)	بين المجموعات	—	—	—	5.12	3	1.71	F = 3.45	0.018
H6 (سنوات الخبرة)	داخل المجموعات	—	—	—	95.63	226	0.42	—	—
H6 (سنوات الخبرة)	المجموع الكلي	—	—	—	100.75	229	—	—	—

المصدر: الباحثة

المراجع:

أولاً المراجع العربية

- أبو رمان، ج. (2019). أثر ممارسة أبعاد القيادة التحويلية في تطبيق أساليب إدارة الأزمات في جامعة الطائف. مجلة المنارة، جامعة الطائف.
- أبو رمان، س. (2020). أثر القيادة التحويلية في الاستعداد لإدارة الأزمات. المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، 16(3)، 145-162.
- أبو زيد، س.، عامر، م.، & الدمياطي، أ. (2023). القيادة التحويلية وعدالة التعاملات والسلوك الابتكاري في قطاع الصحة الحكومي بمحافظة الشرقية. مجلة البحوث الإدارية، 15(2)، 6689.
- الأحمد، ح. ع. (1438هـ). سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية. الرياض: معهد الإدارة العامة.
- الأكاديمية البريطانية للتدريب والتطوير. (2023). إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية. لندن: الأكاديمية البريطانية <https://www.british-training.com>.
- الأكاديمية البريطانية للتدريب والتطوير. (2024). دليل شامل في إدارة المخاطر في الرعاية الصحية. <https://batdacademy.com/ar/post/دليل-شامل-في-إدارة-المخاطر-في-الرعاية-الصحية>.
- آل عزام، س.، & بن ظفر، ف. (2023). أثر القيادة التحويلية على إدارة الأزمة الصحية في ظل وباء كوفيد-19 بالتطبيق على إمارة منطقة عسير. مجلة كلية الاقتصاد والعلوم السياسية بجامعة القاهرة، 24(2)، 155-178. https://journals.ekb.eg/article_295873_0.html
- آل مرزوق، ف. (2023). القيادة التحويلية والاستدامة الاستراتيجية في وزارة الصحة بمنطقة عسير. المجلة السعودية للإدارة، 11(4)، 101-123.
- الأنصاري، م. (2019). تطبيق البروتوكولات السريرية الحديثة في المستشفيات الحكومية السعودية (رسالة ماجستير، جامعة الملك سعود).
- الأنصاري، م. (2019). تقييم بيئة العمل في المستشفيات الحكومية السعودية (رسالة ماجستير، جامعة الملك سعود).

- بابكر، ك. د. (2007). القيادة التحويلية وعلاقتها بمستوى الإبداع الإداري. القاهرة: المنظمة العربية للتنمية الإدارية.
- بالضبط يا نورة، إليك المراجع بصيغة APA باللغة العربية، جاهزة للنسخ والاستخدام في
- البركاني، م. (2025). أثر القيادة التحويلية على فاعلية اتخاذ القرارات في المستشفى العام. مجلة القيادة الصحية، 13(1)، 50.33-
- بومشقة، ف. (2020). أثر القيادة التحويلية على تفعيل الإبداع التنظيمي (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة العربي بن مهيدي، الجزائر.
- تيسير عبد القادر مغازي. (2009). نمط القيادة السائد في مديريات التربية والتعليم بمحافظة غزة وعلاقته بصنع القرار التربوي من وجهة نظر العاملين بها (رسالة ماجستير منشورة). جامعة الأزهر، غزة.
- جبريل، م. (1996). علم النفس الاجتماعي. المنصورة: عامر للطباعة والنشر.
- جبريل، م.، & جبريل، ف. (2011). الموسوعة المختصرة للمفاهيم النفسية والتربوية والاجتماعية والأخلاقية. دمياط الجديدة: دار المستقبل.
- جلدة، س. ب. (2011). الاستراتيجيات الحديثة لإدارة الأزمات. عمان: دار الرؤية للنشر والتوزيع.
- جمال، ر. م. (2023). الحوكمة الصحية وإدارة الأزمات. جدة: دار الإبداع الأكاديمي.
- جمعية الحوكمة والشفافية في قطاع الصحة. (2013). مركز المشروعات الدولية الخاصة. شارع مصدق، الدقي، الجيزة: القاهرة.
- الجهني، ع. ر. (2020). إدارة المخاطر في مستشفيات المملكة العربية السعودية: دراسة حالة. مجلة العلوم الصحية، 10(1)، 50.33-
- جورج كتورة. (2015). حول رحيل السوسيولوجي الألماني أولريش بيك. مجلة إضافات، 13(1)، 107.99-
- حافظ، ع. ك. (2012). أثر القيادة التحويلية على فاعلية عملية اتخاذ القرار في شركات التأمين الأردنية (رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط، الأردن).
- حامد زهران. (2003). علم النفس الاجتماعي. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- الحربي، أ. (2019). القيادة التحويلية وأثرها على أداء العاملين في المستشفيات الحكومية (رسالة ماجستير، جامعة الملك سعود).

- الحربي، ن. (2020). تطبيق معايير السلامة المهنية في المستشفيات وأثرها على سلامة المرضى (رسالة ماجستير، جامعة أم القرى).
- الحربي، ن. (2021). تحليل الأخطاء الطبية وأثره في تحسين جودة الرعاية الصحية (رسالة دكتوراه، جامعة أم القرى).
- الحسن، ن. (2017). القيادة التحويلية ودورها في تطوير الموارد البشرية في المستشفيات (رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس).
- الحسن، ن. (2021). أثر ملاحظات المرضى على تحسين جودة الرعاية الصحية (رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس).
- الحسن، ن. (2021). القيادة التحويلية ودورها في تعزيز بيئة الابتكار في القطاع الصحي (رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس).
- حسين، ر. ر. م. (2019). أثر تطبيق القيادة التحويلية على تحسين الأداء في المنظمات الصحية طبقاً لرؤية مصر 2030: دراسة تطبيقية على المستشفيات الحكومية. مجلة الإدارة والتنمية الصحية، 5(4)، 112-130.
- حسين، م. (2020). أثر القيادة التحويلية على تحسين الأداء في المنظمات الصحية في ضوء رؤية مصر 2030. المجلة المصرية للإدارة الصحية، 12(1)، 45-67.
- حمدان، خ. (2020). الاستراتيجية والتخطيط الاستراتيجي. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- الحوراني، ح. (2023). ما هو مفهوم الجودة في الرعاية الصحية؟ الأكاديمية الطبية الافتراضية/ <https://blog.medicalacademy.org>. الجودة-في-الرعاية-الصحية
- الخرابشة، ع.، و المعاني، أ. (2020). أثر القيادة التحويلية على الإبداع الإداري لدى العاملين في جامعة البلقاء التطبيقية. المجلة التربوية - جامعة الكويت، 30(1)، 88-110.
- الخضران، ن. (2023). دور القيادة التحويلية في تعزيز المسؤولية المجتمعية في مديرية الشؤون الصحية بمنطقة عسير. مجلة المسؤولية المجتمعية، 6(2)، 55-72.
- الخطيب، آ. (2018). تأثير التدريب السريري على تحسين جودة الرعاية الصحية (رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية).

- الخطيب، آ. (2018). ثقافة سلامة المرضى في المستشفيات الأردنية (رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية).
- الخطيب، ر. (2018). القيادة التحويلية وعلاقتها برضا العاملين في المستشفيات الأردنية (رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية).
- الخلفي، ر. (2020). تطبيق أدوات تحليل المخاطر في المستشفيات الحكومية (رسالة ماجستير، جامعة الملك عبدالعزيز).
- خيرى، أ. (2013). الجديد في القيادة الإدارية. عمان، الأردن: دار الياض للنشر والتوزيع.
- رجب، ر. (2004). التفاعل بين أنماط القيادة والمؤوسين وأثره على أداء العاملين: دراسة ميدانية بالتطبيق على شركات القطاع العام للصناعات الدوائية لإنتاج الأدوية (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية التجارة، جامعة أسيوط.
- رزق الله، م.، & طيبي، ن. (2021). القيادة التحويلية في مستشفى أحمد بن عجلة بالأغواط: دراسة ميدانية. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 18(2)، 102.88-
- رشاد، ح. (2020). إدارة الأزمات في قطاع السياحة. ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر السنوي السادس عشر لإدارة الأزمات والكوارث، وحدة بحوث الأزمات، كلية التجارة، جامعة عين شمس.
- الرقب، أ. (2020). علاقة القيادة التحويلية بتمكين العاملين في الجامعات الفلسطينية بقطاع غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة الأزهر، فلسطين.
- رقطي، ب.، & كركار، إ. (2023). إدارة المخاطر في المؤسسة الصحية الجزائرية: دراسة ميدانية في المؤسسة الاستشفائية العمومية الحكيم. جامعة 8 ماي 1945، قالمة.
- رؤيا، م. م. (2014). درجة توفر سمات القيادة التحويلية لدى مدراء المدارس الحكومية الثانوية وعلاقتها بالانتماء المهني للمعلمين من وجهة نظر المعلمين في محافظات شمال فلسطين (رسالة ماجستير). كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.
- زقية، ع. (2018). الأخطاء الطبية في القانون الجزائري. مجلة الدراسات القانونية، 5(2)، 15.1-
- الزهراني، س. (2021). تحديات إدارة المخاطر في القطاع الصحي السعودي. مجلة البحوث الطبية، 10(1)، 74.55-

- الزهراني، م. (2018). تحليل الحوادث الطبية في المستشفيات السعودية (رسالة ماجستير، جامعة الملك سعود).
- السبيعي، ن. (2018). تقييم إدارة المخاطر في المستشفيات الحكومية بمنطقة مكة المكرمة (رسالة ماجستير، جامعة أم القرى).
- سعد، م. م. (2005). دور القيادة التحويلية في إدارة التغيير. المؤتمر الثالث لكلية العلوم الإدارية، جامعة الملك سعود، الرياض، السعودية.
- السعيد، أ. م. (2019). تقييم إدارة المخاطر في المستشفيات الحكومية السعودية. مجلة إدارة المستشفيات، 11(2)، 56.33-
- السلمي، أ. ع. ع.، & حداد، م. ع. أ. ب. (2024). دور القيادة التحويلية في تعزيز فاعلية إدارة الأزمات الصحية: دراسة ميدانية على وزارة الصحة بمحافظة جدة. المجلة العربية للنشر العلمي، 18(3)، 91. 104-[رابط الدراسة](#)
- الشراري، ه. (2021). التقييم الدوري للمخاطر التشغيلية في المستشفيات (رسالة ماجستير، جامعة الجوف).
- شريف، أ. (2020). القيادة التحويلية وأثرها على الإبداع الإداري لدى العاملين في البنوك التجارية العاملة في فلسطين (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الخليل، فلسطين.
- الشمري، أ.، وعبد الله، م. (2024). تأثير تطبيق إدارة المخاطر على مشاريع الرعاية الصحية: دراسة تطبيقية على مستشفيات في جدة. المجلة الدولية للبحوث العلمية، 12(3)، 45-62.
- الشمري، عبد الله. (2020). إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية. الرياض: دار المرامي للنشر.
- الشمري، ف. (2020). فعالية أنظمة الإبلاغ عن الحوادث الطبية في المستشفيات السعودية (رسالة ماجستير، جامعة الإمام عبدالرحمن بن فيصل).
- الشمري، ن. (2019). القيادة التحويلية وأثرها على أداء العاملين في المستشفيات الحكومية (رسالة ماجستير، جامعة الملك سعود).
- الشمري، ه. (2017). القيادة التحويلية وتنمية مهارات التفكير التحليلي لدى العاملين في المستشفيات (رسالة ماجستير، جامعة الإمام عبدالرحمن بن فيصل).

- الشنطي، م. (2007). دور القيادة التحويلية في عمليات إدارة المعرفة: دراسة تطبيقية على العاملين في وزارة الداخلية الفلسطينية بقطاع غزة. المجلة الإدارية في إدارة الأعمال، 3(3)، 103-120.
- الصالحي، خ. ب. س. (2013). القيادة التحويلية والتبادلية لدى مديري مدارس التعليم العام في منطقة القصيم التعليمية وعلاقتها بمستوى الروح المعنوية لدى المعلمين. رسالة التربية وعلم النفس، جامعة الملك سعود - الجمعية السعودية للعلوم التربوية والنفسية، 40(1)، 40.4.
- الصيرفي، م. (2020). إدارة الأزمات. القاهرة: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
- الطائي، م. ع. (2021). إدارة الجودة والمخاطر في الخدمات الصحية. عمان: دار صفاء للنشر.
- الطائي، م. ك. (2022). إدارة المؤسسات الصحية: مفاهيم وتطبيقات. بغداد: دار الرافدين.
- الطراونة، آ. (2017). القيادة التحويلية ودورها في تعزيز العمل الجماعي في المستشفيات (رسالة ماجستير، جامعة مؤتة).
- الطراونة، ر. (2018). القيادة التحويلية وعلاقتها بالابتكار التنظيمي في المستشفيات الأردنية (رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية).
- الطويل، س. (2020). دور مراجعة السجلات الطبية في تقليل الأخطاء العلاجية (رسالة ماجستير، جامعة الملك عبدالعزيز).
- الطويل، س. (2021). دور الصيانة الدورية للأجهزة الطبية في تحسين سلامة المرضى (رسالة ماجستير، جامعة الملك عبدالعزيز).
- الطويل، ه. (2006). إبدال في إدارة النظم التربوية وقيادتها (الإدارة بالإيجاب). عمان: المكتبة الوطنية.
- عبد النبي، أ. م. أ. (2024). تأثير المرونة الشخصية كمتغير وسيط في العلاقة بين القيادة التحويلية والارتباط الوظيفي: دراسة ميدانية بالتطبيق على العاملين بقطاع الرعاية الصحية بالهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية بجمهورية مصر العربية. المجلة العلمية للدراسات والبحوث المالية والتجارية، 15(3)، 1647-1703.

- عبدالحميد، س. ع. (2024). أسس إدارة المخاطر في بيئة الرعاية الصحية. القاهرة: مكتبة الأفق العربي.
- عبدالرحمن، ف. (2022). تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز طب الأسرة في بغداد. مجلة تقييم الأداء الصحي، 7(1)، 33-50.
- العتيبي، م. (2022). دور إدارة المخاطر في تحسين جودة الرعاية الصحية: دراسة ميدانية في مستشفيات الرياض. مجلة العلوم الإدارية، 20(3)، 67.44.
- العتيبي، م. م. (2004). العلاقة بين خصائص القيادة التحويلية ومدى توفر مبادئ إدارة الجودة الشاملة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الملك سعود، الرياض.
- العجمي، ح. (2020). أثر الإبداع الإداري في تحقيق الميزة التنافسية: الدور الوسيط لعناصر المنظمة المتعلمة في الشركات الصناعية الكويتية. المجلة الدولية للعلوم الإنسانية والاجتماعية، 19(2)، 75-98.
- العرايضة، م. م. (2011). نظرية القيادة التحويلية في القيادة التربوية. رسالة المعلم، وزارة التربية والتعليم، إدارة التخطيط والبحث التربوي، 49(3)، 38-41.
- عصماني، ع. ق. (2009). أهمية بناء أنظمة لإدارة المخاطر لمواجهة الأزمات في المؤسسات المالية. الملتقى العلمي الدولي حول الأزمة المالية والاقتصادية الدولية والحوكمة العالمية. جامعة فرحات عباس، سطيف.
- عفيفي، آ. (2024). تأثير تطبيق إدارة المخاطر على مشاريع الرعاية الصحية: دراسة تطبيقية على مستشفيات في جدة (رسالة ماجستير). جامعة ميد أوشن، كلية الإدارة، لندن.
- عفيفي، آ. أ.، & عفيفي، م. (2021). أثر تطبيق إدارة المخاطر على جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى في مستشفيات جدة. مجلة العلوم الصحية، 12(1)، 55-78.
- العمري، خ. (2019). تحديد أولويات المخاطر في القطاع الصحي باستخدام منهجيات التقييم الحديثة (رسالة ماجستير، جامعة الملك عبدالعزيز).
- العمري، م. (2023). العلاقة بين خصائص القيادة التحويلية ومدى توفر مبادئ إدارة الجودة الشاملة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الملك سعود، الرياض.
- العمري، م. ب. ن. (2004). العلاقة بين خصائص القيادة التحويلية ومدى توفر مبادئ إدارة الجودة الشاملة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الملك سعود، الرياض.

- العمري، ن. (2020). أثر القيادة التحويلية على جودة الرعاية الصحية (رسالة ماجستير، جامعة الملك عبدالعزيز).
- العنزي، ح. ع. (2005). القيادة التحويلية لدى مديري المدارس الثانوية في المملكة العربية السعودية وعلاقتها بالأداء الوظيفي لمعلميهم (أطروحة دكتوراه غير منشورة). الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- العنزي، ف. (2020). أثر القيادة التحويلية على جودة الخدمات الصحية (رسالة ماجستير، جامعة الملك عبدالعزيز).
- العنزي، ن. (2020). أثر القيادة التحويلية على الأداء الوظيفي للعاملين في القطاع الصحي (رسالة ماجستير، جامعة الملك عبدالعزيز).
- الغامدي، ج. (2020). ممارسة مديري مدارس التعليم العام للقيادة التحويلية بمحافظة المخوة (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- الغامدي، ع. (2011). القيادة التحويلية وعلاقتها بنمط القيادة التحويلية: دراسة ميدانية في الشركة العامة للصناعات القطنية. مجلة الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد، 8(1)، 120.99-
- الغامدي، ع.، & عثمان، م. (2022). أثر القيادة التحويلية في إدارة الأزمات الصحية: دراسة تطبيقية على مستشفى الملك عبدالله ببيشة. مجلة الإدارة الصحية السعودية، 9(3)، 134.115-
- الغامدي، م. ب. ع.، & عثمان، م. (2023). أثر القيادة التحويلية على إدارة الأزمات الصحية: دراسة تطبيقية على مستشفى الملك عبدالله ببيشة. المجلة الدولية لنشر البحوث والدراسات، 44(11)، 112. 130-[رابط الدراسة](#)
- فاروق، ج.، & جبريل، م. (2013). علم النفس الإداري والتنظيمي: أسس النظرية وتطبيقاته العلمية. دمياط: مكتبة نانسي.
- فاروق، ش. البوهي. (2011). الاتجاهات الحديثة في الإدارة التربوية والمدرسية. القاهرة: دار الجامعة الجديدة.
- الفراء، م. م.، & الخطيب، م. (2007). النمط القيادي السائد لدى المدير في وزارات السلطة الوطنية في محافظة غزة. مجلة الجامعة الإسلامية للبحوث الإنسانية، 15(2)، 65.24-

- فكرة. (2024). بحث عن الأخطاء الطبية وأسبابها .موقع فكرة). تعذر الوصول إلى المحتوى للتحقق من التفاصيل الدقيقة)
- القرني، م.، وطه، م. (2023). أثر القيادة التحويلية على إدارة الأزمات الصحية: دراسة ميدانية على مستشفى الملك عبدالله ببيشة .مجلة البحوث العلمية في الإدارة الصحية، 9(2)، 88-104.
- القصير، ن. (2022). دور المرضى في صياغة السياسات الصحية: دراسة ميدانية في مستشفيات تعليمية مصرية .المجلة العربية للصحة العامة، 18(3)، 91-104.
- كتورة، ج. (2015). حول رحيل السوسيولوجي الألماني أولريش بيك .مجلة إضافات، 13-14(1)، 92-106.
- محمد، أ.، عبد الرحمن، ن.، & عبد الله، س. (2025). أثر القيادة التحويلية على بيئة العمل والعدالة التنظيمية في مستشفيات محافظة الشرقية .مجلة البحوث التربوية والإدارية، 19(2)، 74-96.
- محمود، أ. (2009). الخطأ الطبي بين الفقه والقانون .القاهرة: دار الفكر العربي.
- مدوّن حر . (2024). مبادئ إدارة المخاطر الصحية .منشور إلكتروني متاح عبر : <https://www.madounhar.com/risk-management-healthcare>
- المزروع، ل. (2007). فاعلية الذات وعلاقتها بكل من الدافعية للإنجاز والذكاء الوجداني لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى .مجلة العلوم التربوية والنفسية، 8(4)، 69-89.
- مصباح، م. (2025). إدارة المخاطر في الرعاية الصحية: درع الأمان في عالم الطب. البوابة الإدارية الصحية.
- مندور، ه. ش. (2010). تطوير النمط القيادي لمديري المدارس الثانوية الفنية بمصر في ضوء مبادئ الإدارة المقترحة (رسالة ماجستير). كلية التربية، جامعة عين شمس.
- منصور، أ. س. (2023). القيادة الاستراتيجية في القطاع الصحي .عمان: دار المسار الأكاديمي.
- مهنا، م. (2025). إدارة الجودة الشاملة لضمان جودة المستشفيات والمؤسسات العلاجية: دراسة اجتماعية .المجلة العلمية لكلية الآداب، 14(3)، 1-16.

- المؤيد، ع. (2013). الأخطاء الطبية والمسؤولية القانونية. القاهرة: دار النهضة العربية.
- النجار، ط. (2023). دور القيادة التحويلية الخضراء كوسيط في العلاقة بين إدارة الموارد البشرية الخضراء والاستدامة التنظيمية في مستشفيات وزارة الصحة. مجلة أبحاث الإدارة البيئية، 7(1)، 41.22-
- نور، ع. (2020). القيادة التحويلية ودورها في إدارة الأزمات: دراسة تحليلية في مستشفى الحسين التعليمي. مجلة المثلى للعلوم الاقتصادية والإدارية، 7(2)، 50.33-
- نوري، م.، & المزروع، ل. (2007). فاعلية الذات وعلاقتها بكل من الدافعية للإنجاز والذكاء الوجداني لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى. مجلة العلوم التربوية والنفسية، البحرين، 8(4)، 89.69-
- هبة عبدالرحمن. (2019). إدارة المخاطر في الرعاية الصحية (رسالة ماجستير، جامعة القاهرة).
- الهواري، س. (2005). القائد التحويلي وتغيير المستقبل: طبيعته ووظيفته ومحاوره في التغيير. القاهرة: مكتبة الكتب العربية.
- الهواري، س. (2006). ملامح مدير المستقبل من القيادة التبادلية إلى القيادة التحويلية (ط4). القاهرة: مكتبة عين شمس.
- الهواري، س. (2010). ملامح مدير المستقبل من القيادة التبادلية إلى القيادة التحويلية (ط3). القاهرة: مكتبة عين شمس.
- هويدة، ح. م. (2013). مقياس فاعلية الذات. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الهيئة العامة للإحصاء. (2023). إحصاءات المنشآت الصحية والقوى العاملة الصحية. المملكة العربية السعودية. <https://www.stats.gov.sa>
- وزارة الصحة السعودية. (2023). لوحة المؤشرات الصحية - القوى العاملة. <https://www.moh.gov.sa>
- وزارة الصحة المصرية. (2022). الاستراتيجية والخطة التنفيذية لإدارة المخاطر 2019-2022. تم الاطلاع عليه يوم 23/05/2022 الساعة 16:30.

- اليافعي، إ. (2023). دور القيادة الاستراتيجية في إدارة الأزمات في الجامعات اليمنية. في: الندوة العلمية الأولى لقسم الإدارة وأصول التربية – جامعة إب، اليمن.
- يوسف، ع. ع. م. (2002). أسلوب القيادة التحويلية لتحسين أداء مدير المدرسة في مصر. الجمعية المصرية للتربية المقارنة والإدارة التعليمية، 5(7)، 139-162.

ثانياً المراجع الأجنبية

- Abou-Moghli, A. A. (2018). Analyzing the significance of transformational leadership on organizational creativity of employees: A case of insurance companies in Jordan. *International Journal of Business Administration*, 9(4), 64–72.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Al Thani, F. B. H., & Obeidat, A. M. (2020). The impact of strategic leadership on crisis management. *International Journal of Asian Social Science*, 10(6), 307–326.
- Alam, A. (2016). Steps in the process of risk management in healthcare. *Journal of Epidemiology and Preventive Medicine*, 2(2), 118.
- Al-Mutairi, M., et al. (2020). Risk management practices in Saudi hospitals. *International Journal of Health Sciences*.
- Al-Omari, R., et al. (2019). Implementation of risk management systems in healthcare facilities. *Journal of Healthcare Management*.
- Al-Qahtani, H., et al. (2020). Obstacles to effective risk management in healthcare. *Journal of Risk Management*.
- Al-Zahrani, S. (2018). Evaluation of risk management strategies in healthcare. *Journal of Healthcare Administration*.
- Anderson, J., et al. (2021). Challenges in risk management in healthcare: A comprehensive review. *Journal of Health Management*.
- Bagga, S. K., Gera, S., & Haque, S. N. (2023). The mediating role of organizational culture: Transformational leadership and change management in virtual teams. *Asia Pacific Management Review*, 28(2), 120–131.
- Basten, D., & Haamann, T. (2018). Approaches for organizational learning: A literature review. *SAGE Open*, July–September, 1–20. <https://doi.org/10.1177/2158244018794224>
- Battisti, C., Amori, G., & Luiselli, L. (2020). Toward a new generation of effective problem solvers and project-oriented applied ecologists. *Web Ecology*, 20(1), 11–17.

- Beck, U. (1986). Risk society: Towards a new modernity. Sage Publications.
- Blackbird Training. (2025). Transformational leadership in Middle Eastern healthcare institutions: Training outcomes and strategic impact. Blackbird Training Center. <https://www.blackbird-training.com>
- Dardur, A. S. A. (2024). Exploring Interagency Patient Safety Policies and Strategies in the World Health Organisation Eastern Mediterranean Region (WHO-EMR): A Qualitative Study of Libya (PhD thesis, Cardiff University), p. 88.
- Enseldo Carrasco, E. (2018). Describing and understanding patient safety incidents in primary care dentistry and building consensus on never events (PhD thesis, University of Edinburgh), p. 45.
- Flin, R., Burns, C., Mearns, K., Yule, S., & Robertson, E. M. (2006). Measuring safety climate in health care. Quality and Safety in Health Care, 15(2), 109–115. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.014761>
- GAHAR. (2019). GAHAR Handbook for Hospital Standards. الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، مصر. [دليل معايير اعتماد المستشفيات المصرية](#)
- Garcia, M., & Martinez, L. (2022). Barriers to implementing risk management systems in hospitals. International Journal of Healthcare Quality Assurance.
- Giddens, A. (1984). The constitution of society: Outline of the theory of structuration. University of California Press.
- Gill, A. S., Flachner, A. B., & Shachar, M. (2006). Reducing stress and burnout through the application of transformational leadership. Journal of Contemporary Hospital Management International, 18(6), 469–481. <https://doi.org/10.1108/09596110610681511>
- Global Ministerial Summit on Patient Safety. (2023). Montreux Charter for Patient Safety. <https://www.who.int/publications/montreux-charter>
- Hassan, M., et al. (2020). Effectiveness of risk management programs in hospitals. Journal of Hospital Administration.
- Health Governance Unit. (2023). معايير سلامة المرضى الإلزامية. <https://www.healthgovernanceunit.com/images/insert/1/PSFH%20-%20Starter%20version.pdf>
- HealthySimulation. (2024). Simulation improves patient safety outcomes: A study in Saudi Arabia. HealthySimulation.com
- Wu, A. W., Lipshutz, A. K., & Pronovost, P. J. (2008). Root cause analysis: Learning from adverse events in healthcare. BMJ Quality &

- Safety, 17(1), 1–3. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023622>
- Jarvis, D. S. L. (2007). Risk, globalisation and the state: A critical appraisal of Ulrich Beck and the world risk society thesis. *Global Society*, 21(1), 24–41.
 - Johnson, D., et al. (2019). Applications of risk management in American hospitals. *Journal of Healthcare Management*.
 - Joint Commission International. (2022). International patient safety goals (IPSG). [Joint Commission International](#)
 - Jones, S., & Brown, R. (2018). The role of risk management in enhancing healthcare quality. *Health Services Research*.
 - Khan, A., et al. (2019). Impact of risk management on patient care in Middle Eastern hospitals. *Middle East Journal of Health*.
 - Kuoppala, J., Lamminpaa, A., Liira, J., & Vainio, H. (2008). Leadership, work well-being, and health effects – A systematic review and meta-analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(8), 904–915.
<https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31817e918d>.
 - Liu, C., Liu, S., Yang, S., & Wu, H. (2019). Association between transformational leadership and occupational burnout and the mediating effects of psychological empowerment in this relationship among CDC employees: A cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 437–446.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S206636>
 - Lloyd, C., King, R., & Chenoweth, L. (2002). Social work, stress, and burnout: A review. *Mental Health Journal*, 11(3), 255–265.
<https://doi.org/10.1080/09638230020023642>
 - Lowe, K. B., Kroeck, K. G., & Sivasubramaniam, N. (1996). Effectiveness correlates of transformational and transactional leadership: A meta-analytic review. *Leadership Quarterly*, 7(3), 385–425. [https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(96\)90027-2](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(96)90027-2)
 - Luoma, V.-A., & Verhoeven, P. (2017). Crisis response strategies in Finland and Spain. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 25(4), 312–325.
 - Mason, R. L., Gunst, R. F., & Hess, J. L. (2003). *Statistical design and analysis of experiments: With applications to engineering and science* (2nd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
 - Miller, P., & Davis, K. (2020). Risk management practices in European hospitals. *European Journal of Health Economics*, 21(2), 134–147.
 - Montano, D., Reeske, A., Franke, F., & Hüffmeier, J. (2017).

Leadership, employees' health, and job performance: A meta-analysis from an occupational health perspective. *Journal of Organizational Behavior*, 38(3), 327–350. <https://doi.org/10.1002/job.2124>

- Mor-Barak, M. E., Levine, A., Nisley, J. A., & Lin, C. J. (2006). Why do they leave? Modeling child care workers' intentions to change jobs. *Child Youth Services Review*, 28, 548–577. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2005.06.003>
- IDEO.org. (2015). The Field Guide to Human-Centered Design. IDEO. <https://www.designkit.org/resources/1>
- Pillai, R. (2013). Transformational leadership for crisis management. In *Handbook of research on crisis leadership in organizations* (pp. 47–66). Edward Elgar Publishing.
- Purwanto, A., Bernarto, I., Asbari, M., Wijayanti, L. M., & Hyun, C. C. (2020). Effect of transformational and transactional leadership style on public health centre performance. *Journal of Research in Business, Economics, and Education*, 2(1), 1–10.
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, 320(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Hamdan, M., Jaaffar, A. H., Khraisat, O., Issa, M. R., & Jarrar, M. (2024). The Association of Transformational Leadership on Safety Practices Among Nurses: The Mediating Role of Patient Safety Culture. *Risk Management and Healthcare Policy*.
- Kunda, G. (2006). *Engineering culture: Control and commitment in a high-tech corporation*. Temple University Press.
- Lachman, P., Runnacles, J., Jayadev, A., Brennan, J., & Fitzsimons, J. (2022). *Oxford Professional Practice: Handbook of Patient Safety* (p. 12). Oxford University Press.
- Milligan, F. (2007). *Patient safety and human factors theory*. University of Bedfordshire. Retrieved from University of Bedfordshire.
- Oliveira, T., & Ribeiro, J. (2023). Risk Management. In S. Idowu, M. Sitnikov, & A. Moratis (Eds.), *Encyclopedia of Sustainable Management*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-50877-4_100-1
- Payne, J. (2025, July 30). 18 Best Healthcare Risk Management Software Tools In 2025. *The Medical Practice*. [Best software tools](#)
- Pfaff, H., & Braithwaite, J. (2020). A Parsonian Approach to Patient Safety: Transformational Leadership and Social Capital as Preconditions for Clinical Risk Management. *International Journal of*

Environmental Research and Public Health, 17(11), 3989.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17113989>

- Porcaro, J. M. (2025, May 16). Top risks in healthcare for 2025–26. Willis Towers Watson. [Top risks in healthcare](#)
- Ricciardi, W., & Cascini, F. (2021). Guidelines and Safety Practices for Improving Patient Safety. In L. Donaldson, W. Ricciardi, S. Sheridan, & R. Tartaglia (Eds.), *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management* (p. 5). Springer.
- Shinz, B., & Schilling, J. (2013). How bad are the effects of bad leaders? A meta-analysis of destructive leadership and its outcomes. *Leadership Quarterly*, 24(1), 138–158.
<https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2012.09.001>
- Smith, A., et al. (2017). The impact of risk management on patient safety in hospitals. *Journal of Patient Safety*.
- Alahmadi, H. (2010). Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Quality and Safety in Health Care*, 19(5), e17.
- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1995). *MLQ Multifactor Leadership Questionnaire Manual*. Mind Garden Inc.
- Almalki, M., FitzGerald, G., & Clark, M. (2011). Health care system in Saudi Arabia: An overview. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 17(10), 784–793.
- Aboshaiqah, A. E. (2015). Barriers to effective incident reporting among nurses in Saudi Arabia. *International Journal of Nursing Practice*, 21(S2), 5–10.
- Alzahrani, S., & Jones, R. (2018). Risk management practices in Saudi hospitals: A study of public and private sectors. *Journal of Health Management*, 20(2), 123–132.
- Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2007). *Managing the unexpected: Resilient performance in an age of uncertainty*. John Wiley & Sons.
- World Health Organization. (2023). Patient safety.
<https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- World Health Organization. (2024). Global report on patient safety: Analysis of 102 countries. [رابط التقرير](#)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970).

610–، 607(3) *القياس التربوي والنفسي*، 30. تحديد حجم العينة للأنشطة البحثية

<https://doi.org/10.1177/001316447003000308>

- Yamane, T. (1967).

Harper and Row. الإحصاء: تحليل تمهيدي (الطبعة الثانية). نيويورك

ثالثاً: مراجع إلكترونية (روابط مواقع):

- المركز السعودي لسلامة المرضى. (2022). تقرير قياس وتحسين ثقافة سلامة المرضى في المستشفيات السعودية <https://www.spsc.gov.sa>.
- منظمة الصحة العالمية. (2021). خطة العمل العالمية لسلامة المرضى 2021-2030. <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
- منظمة الصحة العالمية. (بدون تاريخ). سلامة المرضى. <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
- الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. (2025). دمج مفاهيم سلامة المرضى في التعليم الصحي <https://www.scfhs.org.sa>.
- وزارة الصحة المصرية. (2023). تجربة مستشفى شبين الكوم في إنشاء إدارة لسلامة المرضى <https://www.mohp.gov.eg>.
- HCAC. (2022). سلامة المرضى: المفهوم والتطبيقات. <https://hcac.jo/en-us/News-Center/News-Detail-View/ArticleId/1470>