

جامعة ميدأوشن

كلية الإدارة

قسم / تخصص ماجستير إدارة صحية



تقييم فعالية إدارة المخاطر في مراكز الرعاية الصحية الأولية وصحة المجتمع بالاعتماد
على بيانات تحليلية محاكية للواقع

**Evaluation of Risk Management Effectiveness in Primary
Health Care and Community Health Centers Using Simulated
Real-World Analytical Data**

إعداد الطالب/

بتول مصطفى ال شيبان

إشراف/

د.الفیصل عبد الحمید

د.فايز جراد

العام الدراسي:

2026

الشكر والتقدير

الحمد لله رب العالمين الذي بنعمته تتم الصالحات، والصلاة والسلام على سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم،
خير معلم وهايد إلى سبيل الرشاد.

أتقدم بخالص الشكر والتقدير والامتنان إلى الله سبحانه وتعالى على ما أنعم به عليّ من توفيق وعون لإتمام هذه
الرسالة، راجياً منه أن يجعل هذا العمل خالصاً لوجهه الكريم.

كما أتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى د. الفصيل عبد الحميد
د. فايز جراد،

المشرفين على هذه الرسالة، لما قدمه من توجيهات علمية قيمة، وملاحظات بناءة، ودعم متواصل، كان لها
بالغ الأثر في إنجاز هذا العمل وإخراجه بالصورة المرجوة، فله مني خالص التقدير والاحترام.

وأقدم كذلك بخالص الشكر والتقدير إلى السادة أعضاء لجنة المناقشة والحكم، لتفضلهم بقبول مناقشة هذه
الرسالة، وما سيبدونه من ملاحظات علمية ثرية من شأنها أن تسهم في تطوير هذا العمل.

كما أتوجه بالشكر إلى جميع أعضاء هيئة التدريس بقسم الإدارة بكلية الإدارة الصحية، على ما قدموه من
علم ومعرفة وإرشاد طوال فترة الدراسة.

ولا يفوتني أن أعبر عن امتناني لكل من ساهم في إنجاز هذه الدراسة، سواء بتقديم المعلومات أو البيانات أو
الدعم العلمي والعملية، ولكل من مدّ لي يد العون خلال مراحل إعداد هذه الرسالة.

وأخص بالشكر والامتنان أسرتي الكريمة، لما قدموه من دعم وتشجيع وصبر، وكانوا خير سند طوال مسيرتي
العلمية، سائلاً الله تعالى أن يجزيهم عني خير الجزاء.

وفي الختام، فإنني أحمد الله تعالى على تمام هذا العمل، وأرجو أن يكون فيه نفع للباحثين، وأن يجعله إضافة
علمية متواضعة في مجاله، وما كان فيه من صواب فمن الله وحده، وما كان فيه من خطأ أو تقصير فمن نفسي،
والله ولي التوفيق.

فهرس الموضوعات

5	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
5	مقدمة
5	مشكلة الدراسة
6	أهداف الدراسة
7	أهمية الدراسة
8	أسئلة الدراسة
9	فرضيات الدراسة
9	نطاق الدراسة
10	الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة
10	الدراسات السابقة
25	الإطار النظري للدراسة:
25	المبحث الأول: ماهية إدارة المخاطر.
25	المطلب الأول: مفهوم إدارة المخاطر ونشأتها.
29	المطلب الثاني: أهداف إدارة المخاطر وأنواعها.
34	المبحث الثاني: العناصر الرئيسية في إدارة المخاطر والعوامل المؤثرة عليها.
34	المطلب الأول: العناصر الرئيسية في إدارة المخاطر.
38	الفصل الثالث: منهجية الدراسة
39	أدوات التحليل
40	منهج التحليل
42	الفصل الرابع: الدراسة الميدانية
42	تحليل البيانات
65	نتائج الدراسة ومناقشتها
67	توصيات الدراسة
69	قائمة المراجع:
69	أولاً المراجع العربية:
71	ثانياً المراجع الأجنبية:
73	الملاحق

فهرس الجداول والأشكال

42	جدول (1): الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة
44	جدول (2): عدد الحوادث حسب المراكز
45	جدول (3): نسبة الإغلاق %
47	جدول (4): المخاطر المفتوحة
49	جدول (5): وعي الموظفين %
51	جدول (6): جاهزية سباهي %
53	جدول (7): مصفوفة الارتباط
56	جدول (8): المقارنة الشاملة بين المراكز
58	جدول (9): مصفوفة تقييم المخاطر

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

مقدمة:

تعد إدارة المخاطر إحدى الدعائم الأساسية لضمان تقديم جودة في الخدمات الصحية وتعزيز سلامة المرضى في مراكز الرعاية الصحية الأولية وصحة المجتمع. ومع زيادة المتطلبات التنظيمية مثل اعتماد سباهي للمنشآت الصحية وإدارة الالتزام والزائر السري التابعة لوزارة الصحة، تتطلب المراكز الصحية أن تبني سياسات فعالة لإدارة المخاطر؛ لتسجيل الحوادث وتحليلها.

ومع ذلك تختلف درجات تطبيق إدارة المخاطر بين المراكز الصحية، مما يصعب تقييم الوضع الحالي بسبب القيود الأخلاقية المتعلقة بسرية البيانات الخاصة بالمرضى أو الموظفين. لذلك سيتم في هذا المشروع باستخدام بيانات محاكية للواقع.

ومن خلال هذا الأسلوب يمكننا تحليل ممارسات إدارة المخاطر بطريقة علمية، مع الحفاظ على السرية، وتقليل الحاجة إلى الموافقات الرسمية، وفي الوقت ذاته إستخلاص نتائج يمكن استخدامها لتحسين وتطوير أداء إدارة المخاطر.

مشكلة الدراسة:

تعاني العديد من مراكز الرعاية الصحية من الكثير من المشكلات في تطبيق إدارة المخاطر بفعالية، مثل ضعف الإبلاغ عن الحوادث بمختلف أنواعها، وانخفاض أو إهمال في إغلاق البلاغات، وتفاوت مستوى الوعي بين الموظفين، إضافة إلى وجود مخاطر لم يتم إغلاقها أو لم تعالج بالطريقة الصحيحة.

ولا تقتصر هذه التحديات على موظفي مراكز الرعاية الصحية فقط، بل تمتد لتشمل الإدارات المشرفة أيضاً، حيث لوحظ قصور في التدريب، وضعف في الخبرة العملية المتعلقة بإدارة المخاطر، مما ينعكس على فعالية التطبيق على أرض الواقع.

وبسبب عدم القدرة على الوصول إلى بيانات حقيقية، تبرز الحاجة إلى تطوير وتحسين نموذج يعتمد على بيانات محاكاة للواقع يتيح لنا دراسة العلاقة بين إدارة المخاطر وجودة الرعاية في المراكز الصحية، وتقييم أثر مستوى الوعي والخبرة سواء لدى العاملين أو الإدارات المشرفة على فعالية إدارة المخاطر.

أهداف الدراسة:

يهدف المشروع إلى:

- تقييم فعالية ممارسات إدارة المخاطر باستخدام بيانات محاكاة للواقع.
- تحليل ودراسة العلاقة بين مستوى إدارة المخاطر وجودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى في المراكز.
- تحديد العوامل المؤثرة التي تسهم في تحسين أو إضعاف أداء المراكز الصحية في إدارة المخاطر، بما في ذلك مستوى خبرة الإدارة المشرفة ودورها في التنفيذ.
- تقديم توصيات اللازمة لتحسين فعالية نظام إدارة المخاطر في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

أهمية الدراسة:

أولاً: الأهمية العلمية

- تسهم الدراسة في إثراء الأدبيات العلمية المتعلقة بإدارة المخاطر في مراكز الرعاية الصحية الأولية وصحة المجتمع، ولا سيما في الدراسات التي تعتمد على البيانات التحليلية المحاكية للواقع.
- تقدم إطاراً علمياً ومنهجياً لتقييم فعالية إدارة المخاطر باستخدام بيانات محاكية، مما يفتح المجال أمام الباحثين لإجراء دراسات مشابهة في البيئات التي يصعب فيها الحصول على بيانات حقيقية.
- تسهم في توضيح العلاقة بين تطبيق ممارسات إدارة المخاطر وتحسين الأداء المؤسسي في مؤسسات الرعاية الصحية.
- توفر أساساً علمياً يمكن الاستفادة منه في تطوير نماذج تقييم إدارة المخاطر في القطاع الصحي، وإجراء دراسات مقارنة بين المؤسسات الصحية المختلفة.
- تمثل مرجعاً للباحثين والدارسين المهتمين بإدارة المخاطر وجودة الخدمات الصحية، وتدعم التوسع في استخدام البيانات الاصطناعية أو المحاكية في البحوث التطبيقية.

ثانياً: الأهمية العملية

- تساعد نتائج الدراسة متخذي القرار ومديري مراكز الرعاية الصحية الأولية وصحة المجتمع في تقييم مستوى فعالية إدارة المخاطر وتحديد نقاط القوة والقصور.
- تسهم في تقديم نموذج عملي قابل للتطبيق لتقييم إدارة المخاطر اعتماداً على بيانات تحليلية محاكية، بما يدعم عمليات التخطيط والتطوير المؤسسي.

- تدعم تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال تعزيز القدرة على التنبؤ بالمخاطر والتعامل معها بصورة استباقية.
- تساعد في رفع كفاءة القيادات والإدارات المشرفة على إدارة المخاطر، بما يسهم في تحسين اتخاذ القرارات وتعزيز ثقافة إدارة المخاطر داخل المؤسسات الصحية.
- توفر أداة يمكن استخدامها في التدريب وبناء القدرات واختبار سيناريوهات المخاطر المختلفة دون الحاجة إلى استخدام بيانات المرضى الحقيقية، مما يحافظ على سرية البيانات ويعزز الامتثال لمتطلبات الخصوصية.
- تدعم الجهات الصحية في وضع خطط للتحسين المستمر ورفع جاهزية مراكز الرعاية الصحية لمواجهة المخاطر التشغيلية والإدارية بما ينعكس إيجاباً على جودة الرعاية وسلامة المستفيدين.

أسئلة الدراسة:

1. ما مستوى إدارة المخاطر في المراكز الصحية وفق البيانات المحاكية للواقع؟
2. هل يوجد علاقة بين وعي العاملين ونسبة إغلاق الحوادث؟
3. هل تؤثر المخاطر المفتوحة على معايير الاعتماد (سباهي) أو معايير إدارة الالتزام أو معايير الزائر السري؟
4. ما مدى تأثير كفاءة الإدارة المشرفة من حيث التدريب والخبرة على مستوى تطبيق إدارة المخاطر في مراكز الرعاية الصحية؟
5. ما التوصيات المقترحة لتحسين فعالية إدارة المخاطر بناء على نتائج البيانات المحاكية للواقع؟

فرضيات الدراسة:

1. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدارة المخاطر ومؤشرات الأداء في مراكز الرعاية الصحية الأولية وصحة المجتمع.
2. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى وعي العاملين ونسبة إغلاق الحوادث.
3. يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للمخاطر المفتوحة على نتائج معايير الاعتماد (سباهي)، ومعايير إدارة الالتزام، ومعايير الزائر السري.
4. يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لكفاءة الإدارة المشرفة (من حيث التدريب والخبرة) على مستوى تطبيق إدارة المخاطر في مراكز الرعاية الصحية الأولية وصحة المجتمع.

نطاق الدراسة:

ستقوم الدراسة على بيانات محاكية للواقع، صممت لتمثل 6 مراكز صحية أولية، مع مجموعة من المتغيرات التي تعكس:

- عدد الحوادث المسجلة.
- نسبة إغلاق الحوادث.
- عدد المخاطر المفتوحة.
- مستوى وعي الموظفين.
- درجة الجاهزية للاعتماد أو الالتزام بمعايير الزائر السري وجهة الالتزام.
- مستوى كفاءة الإدارة المشرفة وخبرتها في تنفيذ إدارة المخاطر.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

يتناول هذا الفصل الأسس النظرية المرتبطة بإدارة المخاطر في مراكز الرعاية الصحية الأولية وصحة المجتمع، من خلال استعراض المفاهيم والنظريات والنماذج ذات الصلة، بالإضافة إلى عرض وتحليل أبرز الدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة، كما يهدف إلى بناء إطار نظري متكامل يدعم الدراسة الحالية، ويبرز الفجوات البحثية التي تسعى الدراسة إلى معالجتها بالاعتماد على بيانات تحليلية محاكية للواقع.

الدراسات السابقة:

1. الدراسات السابقة العربية:

➤ دراسة (عفيفي، 2024)، بعنوان: "تأثير تطبيق إدارة المخاطر على مشاريع الرعاية الصحية: دراسة تطبيقية على مستشفيات في جدة".

هدفت الدراسة إلى تقييم أثر تطبيق نظم إدارة المخاطر في تحسين جودة الرعاية الصحية بالمستشفيات في مدينة جدة في ظل التحديات المتزايدة التي يشهدها القطاع الصحي وما تفرضه من ضرورة تبني أساليب إدارية حديثة تساهم في تعزيز كفاءة الخدمات الصحية وسلامة المرضى، وركزت الدراسة على تحليل دور إدارة المخاطر في رفع مستوى جودة الرعاية الصحية، وتحسين سلامة المرضى، وزيادة كفاءة العمليات التشغيلية داخل المستشفيات.

واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، كما استخدمت مزيجاً من الأدوات الكمية والنوعية لجمع البيانات، تمثلت في الاستبيانات والمقابلات، وشملت عينة الدراسة 200 مشارك من العاملين في المستشفيات الحكومية والخاصة بمدينة جدة.

وأظهرت النتائج أن تطبيق نظم إدارة المخاطر يسهم بصورة واضحة في تحسين جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى، حيث أفاد 60% من المشاركين بوجود تحسن في جودة الخدمات الصحية المقدمة، في حين أشار 50% منهم إلى تحسن مستوى سلامة المرضى بعد تطبيق هذه النظم، وتتسجم هذه النتائج مع ما توصلت إليه العديد من الدراسات السابقة التي أكدت أهمية إدارة المخاطر في الحد من الأخطاء الطبية والارتقاء بجودة الخدمات الصحية.

كما كشفت الدراسة عن مجموعة من التحديات التي قد تعيق التطبيق الفعال لنظم إدارة المخاطر من أبرزها؛ محدودية الموارد المالية، وضعف برامج التدريب والتأهيل، إضافة إلى مقاومة التغيير من قبل بعض الكوادر الطبية والإدارية. وتشير هذه المعوقات إلى أهمية تعزيز ثقافة إدارة المخاطر داخل المؤسسات الصحية، وتوفير برامج تدريبية مستمرة تسهم في رفع مستوى الوعي بأهميتها وآليات تطبيقها.

وفي ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة أوصت بزيادة الاهتمام ببرامج التدريب والتوعية، وتعزيز الدعم الإداري لتطبيق نظم إدارة المخاطر، والاستفادة من التقنيات الحديثة في تحليل البيانات وإدارة المخاطر، إلى جانب المراجعة الدورية للسياسات والإجراءات المتبعة بما يضمن مواكبتها للمعايير والممارسات الحديثة في القطاع الصحي.

➤ دراسة (الرويلي وآخرون، 2025)، بعنوان: "أثر ممارسات إدارة المخاطر في تحسين تجربة

المستفيد من خدمات الإدارة المساعدة للأزمات والكوارث الصحية صحة الجوف المملكة

العربية السعودية دراسة ميدانية".

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر ممارسات إدارة المخاطر بأبعادها المختلفة، والمتمثلة في تحليل المخاطر وتقديرها ومعالجتها في تحسين تجربة المستفيد من خدمات الإدارة المساعدة للأزمات والكوارث

الصحية بصحة الجوف في المملكة العربية السعودية، ولتحقيق هذا الهدف اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي بوصفه المنهج الأنسب لدراسة العلاقات بين المتغيرات وتحليلها.

واستخدمت الدراسة الاستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات، حيث تم توزيعها إلكترونياً عبر البريد الإلكتروني على عينة من العاملين بالإدارة المساعدة للأزمات والكوارث الصحية في منطقة الجوف، وبلغ عدد المشاركين الذين استجابوا للاستبانة 392 موظف وموظفة، وقد تم تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS من خلال تطبيق مجموعة من الأساليب الإحصائية الوصفية والاستدلالية المناسبة لطبيعة الدراسة وأهدافها.

وأظهرت نتائج الدراسة وجود أثر ذي دلالة إحصائية لممارسات إدارة المخاطر في تحسين تجربة المستفيد من خدمات الإدارة المساعدة للأزمات والكوارث الصحية، كما بينت النتائج أن كل بعد من أبعاد إدارة المخاطر، والمتمثل في تحليل المخاطر وتقديرها ومعالجتها يسهم بصورة إيجابية في تعزيز تجربة المستفيد وتحسين مستوى الخدمات المقدمة، وبناء على ذلك تم رفض الفرضية الرئيسة التي افترضت عدم وجود أثر ذي دلالة إحصائية لممارسات إدارة المخاطر في تحسين تجربة المستفيد، كما تم رفض جميع الفرضيات الفرعية المتعلقة بعدم وجود أثر لكل بعد من أبعاد إدارة المخاطر على حدة. وفي ضوء هذه النتائج أوصت الدراسة بضرورة تعزيز التكامل والتنسيق بين مراحل إدارة المخاطر المختلفة، وعدم الاكتفاء بتطبيق كل مرحلة بصورة منفصلة، وذلك لتحقيق أعلى مستوى من الفاعلية في إدارة المخاطر وتحسين تجربة المستفيد، كما أكدت أهمية تطوير الآليات والإجراءات التي تدعم التعاون بين عمليات تحليل المخاطر وتقديرها ومعالجتها بما يسهم في رفع جودة الخدمات المقدمة وتعزيز رضا المستفيدين.

➤ دراسة (بدير، 2023)، بعنوان: "إدارة المخاطر الصحية والبيئية والسكانية بمدارس التعليم العام (المعوقات -سبل المواجهة)".

تناولت الدراسة معوقات إدارة المخاطر الصحية والبيئية والسكانية في مدارس التعليم العام بمحافظة الدقهلية، وسعت إلى تحديد أبرز التحديات التي تواجه تطبيق إدارة المخاطر واقتراح السبل المناسبة للتغلب عليها، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، كما استخدمت الاستبانة أداة لجمع البيانات من عينة بلغت 324 مشاركاً من رؤساء وأعضاء لجنتي إدارة الأزمات والطوارئ والكوارث في مدارس التعليم العام بالمحافظة.

وأظهرت نتائج الدراسة مجموعة من المقترحات التي من شأنها المساهمة في مواجهة معوقات إدارة المخاطر من أبرزها؛ حوكمة وحدات إدارة المخاطر من خلال وضع إطار رسمي وقانوني ينظم عملها، وتوفير الموارد المالية اللازمة لدعم أنشطتها، كما كشفت النتائج عن وجود خطط محددة للتواصل مع الجهات ذات العلاقة، وأهمية تخصيص رقم طوارئ على مستوى وزارة التربية والتعليم للإبلاغ عن المخاطر والحوادث المختلفة.

وفي ضوء النتائج التي تم التوصل إليها أوصت الدراسة بضرورة تحديد الأدوار والمسؤوليات المرتبطة بتنفيذ إجراءات إدارة المخاطر بصورة واضحة، إلى جانب الاهتمام بالتدريب المستمر للعاملين على السيناريوهات البديلة للتعامل مع حالات الطوارئ والأزمات المحتملة، بما يساهم في تعزيز جاهزية المؤسسات التعليمية وقدرتها على مواجهة المخاطر بكفاءة وفاعلية.

➤ دراسة (المطيري، 2023)، بعنوان: "أثر ممارسات إدارة المخاطر على جودة الرعاية الصحية في قطاع الخدمات الصحية بالقصيم: دراسة حالة مستشفى المذنب العام".

تناولت الدراسة أثر ممارسات إدارة المخاطر في تحسين جودة الرعاية الصحية بقطاع الخدمات الصحية في منطقة القصيم، حيث هدفت إلى الكشف عن مدى إسهام أبعاد إدارة المخاطر المتمثلة في تحليل المخاطر وتقديرها ومعالجتها في تعزيز جودة الخدمات الصحية المقدمة، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبانة أداة رئيسة لجمع البيانات من عينة مكونة من (236) موظفاً من العاملين في مستشفى المذنب العام.

وأظهرت نتائج الدراسة وجود مستوى مرتفع من تطبيق ممارسات إدارة المخاطر بأبعادها المختلفة داخل المستشفى بما يشمل تحليل المخاطر وتقديرها ومعالجتها، كما بينت النتائج وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة المخاطر بأبعادها الثلاثة في تحسين جودة الرعاية الصحية، وذلك من خلال تأثيرها الإيجابي على أبعاد الجودة المختلفة المتمثلة في الاعتمادية والملموسية والتعاطف والاستجابة.

وفي ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة أوصى الباحث بضرورة التوسع في إجراء الدراسات والأبحاث المتعلقة بممارسات إدارة المخاطر في المستشفيات والمؤسسات الصحية، لما لها من دور مهم في تطوير جودة الخدمات الصحية وتعزيز كفاءة الأداء وتحقيق مستويات أعلى من سلامة المرضى ورضا المستفيدين.

➤ دراسة (بن محال، 2023)، بعنوان: " دور إدارة المخاطر في تحسين جودة المستشفيات".

هدفت الدراسة إلى توضيح مفهوم إدارة المخاطر في المؤسسات الاستشفائية، والتعرف على أسباب المخاطر التي تواجهها وآليات إدارتها، إضافة إلى استعراض قواعد إدارة المخاطر ومراحلها المختلفة، وبيان دورها في تحقيق جودة الخدمات الصحية وتحسينها داخل المؤسسة الاستشفائية، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي في معالجة موضوعها وتحليل أبعاده.

وتوصلت الدراسة إلى أن المخاطر في المؤسسات الاستشفائية قد تنشأ نتيجة عوامل داخلية مثل؛ الإهمال والتسبب والانحرافات التنظيمية، كما قد تنتج عن عوامل خارجية لا تكون خاضعة لإرادة الإنسان أو سيطرته، وأكدت النتائج أن إدارة المخاطر تمثل أحد العناصر الأساسية التي تسهم في تعزيز جودة الخدمات الصحية والحد من الآثار السلبية للمخاطر المحتملة.

وفي ضوء النتائج التي تم التوصل إليها أوصت الدراسة بضرورة نشر وتعزيز ثقافة الجودة وإدارة المخاطر بين العاملين في المؤسسات الاستشفائية، والعمل على ترسيخ الوعي بأهمية تطبيق مبادئ إدارة المخاطر باعتبارها أداة فاعلة لتحسين الأداء المؤسسي والارتقاء بمستوى الخدمات الصحية المقدمة.

➤ دراسة (رقطي وآخرون، 2022)، بعنوان: "إدارة المخاطر في المؤسسة الصحية الجزائرية:

دراسة ميدانية في المؤسسة الاستشفائية العمومية الحكيم عقبي - قالمة".

هدفت الدراسة إلى تشخيص وتحليل واقع ممارسات إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية من خلال التعرف على مختلف المخاطر التي تواجهها وآليات التعامل معها في بيئة تتسم بالتغيرات السريعة والتحولات المتلاحقة، وانطلقت الدراسة من خصوصية قطاع الخدمات الصحية الذي يرتبط ارتباطاً مباشراً بصحة الأفراد وسلامتهم، الأمر الذي يجعله من أكثر القطاعات تعرضاً للمخاطر بمختلف أشكالها، سواء كانت مخاطر طبية أو إدارية أو تقنية أو تنظيمية أو اجتماعية أو مالية، والتي قد تنعكس سلباً على مستوى الأداء وجودة الخدمات المقدمة للمستفيدين.

وقد سعت الدراسة إلى إبراز أهمية إدارة المخاطر باعتبارها أداة إدارية حديثة تسهم في الحد من الآثار السلبية للمخاطر المحتملة وتحسين قدرة المؤسسات الصحية على مواجهة التحديات المختلفة، كما

ركزت على بيان مدى إدراك العاملين لأهمية إدارة المخاطر ودورها في تعزيز كفاءة العمل وضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية بجودة عالية.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج المهمة أبرزها؛ افتقار المؤسسة الصحية "الحكيم عقبي" إلى قسم متخصص بإدارة المخاطر يتولى تحديد المخاطر المحتملة وتحليلها ومتابعة سبل معالجتها، كما كشفت النتائج عن تعدد وتنوع المخاطر التي تواجه المؤسسة في مختلف المجالات، مع وجود قصور في التعامل معها وفق منهجية علمية منظمة، وأظهرت الدراسة كذلك ضعف الوعي بثقافة إدارة المخاطر بين العاملين، وغياب الاهتمام الكافي بتبني هذا المفهوم داخل المؤسسة، حيث تبين أن مسؤولية التعامل مع المخاطر تقتصر على كل قسم بشكل منفرد وفق طبيعة المخاطر التي يواجهها، دون وجود إطار مؤسسي متكامل لإدارة المخاطر على مستوى المؤسسة ككل.

وفي ضوء هذه النتائج أكدت الدراسة على أهمية ترسيخ ثقافة إدارة المخاطر داخل المؤسسات الصحية، وإنشاء وحدات متخصصة تعنى بإدارة المخاطر، إلى جانب تطوير السياسات والإجراءات اللازمة لرصد المخاطر وتقييمها والتعامل معها بفاعلية، بما يسهم في رفع جودة الخدمات الصحية وتحسين الأداء المؤسسي وتعزيز سلامة المستفيدين.

➤ دراسة (بدوان وآخرون، 2020)، بعنوان: "أثر ممارسات إدارة المخاطر في جودة الرعاية

الصحية في مستشفيات وزارة الصحة الأردنية للخدمات العامة".

سعت الدراسة إلى التعرف على أثر ممارسات إدارة المخاطر في تحسين جودة الرعاية الصحية في مستشفيات وزارة الصحة الأردنية للخدمات العامة في العاصمة عمان، وركزت الدراسة على قياس تأثير أبعاد إدارة المخاطر المتمثلة في إنشاء السياق العام للمخاطر، وتقدير المخاطر، ومعالجة المخاطر،

على جودة الرعاية الصحية بأبعادها المختلفة، وذلك في ظل التحديات المتزايدة التي تواجه المؤسسات الصحية وضرورة تبني ممارسات إدارية تسهم في رفع كفاءة الخدمات الصحية المقدمة.

واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي وشملت مجتمع الدراسة المديرين العاملين في المستويات الإدارية العليا والوسطى والدنيا في ثلاثة من أكبر المستشفيات التابعة لوزارة الصحة الأردنية، وهي مستشفى البشير، ومستشفى الأمير حمزة بن الحسين، ومستشفى الدكتور جميل التوتنجي، حيث بلغ عدد أفراد المجتمع (161) مدير، ولجمع البيانات قام الباحثان بتوزيع (161) استبانة، إلا أن عدد الاستبانات الصالحة للتحليل بلغ (105) استبانات بعد استبعاد الاستبانات غير المكتملة أو غير الصالحة للتحليل الإحصائي.

وأظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود أثر ذي دلالة إحصائية لممارسات إدارة المخاطر بأبعادها الثلاثة في تحسين جودة الرعاية الصحية بأبعادها الستة المتمثلة في الأمان، والفاعلية، والكفاءة، ودقة الوقت، والتركيز على المريض، والعدالة، وذلك عند مستوى دلالة إحصائية ($p \leq 0.05$)، كما أكدت النتائج أن تطبيق ممارسات إدارة المخاطر بصورة منهجية يسهم في تعزيز جودة الخدمات الصحية وتحسين الأداء المؤسسي داخل المستشفيات.

وفي ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة أوصى الباحثان بضرورة زيادة اهتمام وزارة الصحة بتطبيق إدارة المخاطر وتطوير آلياتها داخل المؤسسات الصحية، إلى جانب دمج مفاهيم إدارة المخاطر في المناهج الأكاديمية للكليات والمعاهد الصحية، والعمل على تنظيم برامج ودورات تدريبية متخصصة للعاملين في القطاع الصحي بهدف رفع مستوى الوعي والمعرفة بممارسات إدارة المخاطر وأثرها في تحسين جودة الرعاية الصحية.

2. الدراسات السابقة الأجنبية:

➤ دراسة (Khinvasara et al, 2023)، بعنوان: " Risk management in medical

device industry".

هدفت الدراسة إلى التعرف على المخاطر المرتبطة باستخدام الأجهزة الطبية في المؤسسات الصحية، وذلك من خلال دراسة المخاطر التي قد يتعرض لها العاملون في هذا المجال، سواء كانوا من مصنعي الأجهزة الطبية أو المستخدمين لها من الأطباء والفنيين وأفراد الطواقم الطبية والمساعدات التقنيين، كما تناولت الدراسة المخاطر التي قد تواجه المستفيدين من هذه الأجهزة، سواء كانوا مرضى يتلقون العلاج أو التشخيص، أو أشخاصاً على اتصال مباشر بهم.

وأوضحت الدراسة أن استخدام الأجهزة الطبية في المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية يرتبط بمستويات متفاوتة من المخاطر، حيث صنفَت هذه المخاطر إلى ثلاثة مستويات رئيسية، ويتمثل المستوى الأول في المخاطر منخفضة الشدة التي تعد مقبولة ويمكن التحكم بها، بينما يتمثل المستوى الثاني في المخاطر متوسطة الشدة التي تشكل خطورة هامة وتتطلب المتابعة والرقابة المستمرة، أما المستوى الثالث فيتمثل في المخاطر عالية الشدة التي تعد غير مقبولة لما قد تسببه من آثار سلبية جسيمة على سلامة المرضى والعاملين وجودة الخدمات الصحية.

كما أكدت الدراسة أهمية تبني منهج استباقي لإدارة المخاطر المرتبطة بالأجهزة الطبية من خلال تطوير أنظمة فعالة للمراقبة والكشف المبكر عن مصادر الخطر المحتملة، وأوصت بضرورة تفعيل نظم الإنذار المبكر واستشعار المخاطر للتحذير من الأزمات والكوارث التي قد تنتج عن استخدام الأجهزة الطبية أو الأعطال المرتبطة بها، بما يساهم في تعزيز مستويات السلامة داخل المؤسسات الصحية، كذلك أوصت باختيار آليات الاستجابة المناسبة وفقاً لدرجة الخطورة والنتائج المتوقعة من أنظمة

التحذير، مع الاستفادة من الخبرات والدروس المستخلصة من الحوادث السابقة لتطوير إجراءات إدارة المخاطر وتحسين الأداء المستقبلي.

➤ دراسة (Almaazmi et al, 2024)، بعنوان: " Assessing Relationship Between Enterprise Risk Management And Hospital Performance In UAE".

تناولت الدراسة طبيعة العلاقة بين ممارسات إدارة مخاطر المشروعات وأداء المستشفيات في دولة الإمارات العربية المتحدة، مع الأخذ في الاعتبار دور كل من الإبداع في نموذج الأعمال ومستوى تدخل المساهمين في عمليات اتخاذ القرار، كما سعت الدراسة إلى تقديم إطار تفسيري يوضح كيفية تأثير ممارسات إدارة المخاطر في تعزيز الأداء المؤسسي داخل المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية، بالإضافة إلى تطوير نموذج يمكن أن تسترشد به الكوادر الصحية عند تطبيق ممارسات إدارة المخاطر في بيئة العمل الصحية.

واعتمدت الدراسة على تحليل العلاقة بين إدارة المخاطر والأداء المؤسسي في القطاع الصحي، مع التركيز على أهمية دمج ممارسات إدارة المخاطر ضمن العمليات الإدارية والتشغيلية للمؤسسات الصحية، وأكدت الدراسة أن الإدارة الفعالة للمخاطر تمثل أحد العوامل الأساسية التي تساعد المؤسسات الصحية على التعامل مع التحديات المختلفة وتحقيق مستويات أعلى من الكفاءة والفعالية في تقديم الخدمات.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين التطبيق السليم لممارسات إدارة المخاطر والأزمات الصحية وبين تحسن الأداء المؤسسي للمشروعات الصحية، ولا سيما المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية، كما أظهرت النتائج أن تبني ممارسات إدارة المخاطر يسهم في

دعم عملية اتخاذ القرار، وتعزيز القدرة على مواجهة التحديات المحتملة، وتحسين جودة الخدمات المقدمة للمستفيدين.

وفي ضوء النتائج التي تم التوصل إليها أوصت الدراسة بضرورة ترسيخ ممارسات إدارة المخاطر وتطويرها داخل المؤسسات الصحية، والعمل على دمجها في مختلف الأنشطة الإدارية والتشغيلية، بما يسهم في تحسين الأداء المؤسسي ورفع مستوى جودة الخدمات الصحية وتعزيز تجربة المستفيدين من نظم الرعاية الصحية.

➤ دراسة (Jaber, 2020)، بعنوان: "The impact of risk management practices on the organizational performance: field study at Jordanian insurance companies".

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر ممارسات إدارة المخاطر في تحسين الأداء التنظيمي داخل شركات التأمين في المملكة الأردنية الهاشمية، وسعت الدراسة إلى قياس مدى إسهام الممارسات المختلفة لإدارة المخاطر في تعزيز كفاءة الأداء المؤسسي وتحقيق الأهداف التنظيمية، في ظل التحديات والمخاطر التي تواجه قطاع التأمين.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم جمع البيانات من عينة مكونة من (120) مديراً من العاملين في شركات التأمين الأردنية باستخدام الاستبانة كأداة رئيسة لجمع البيانات، وبعد التحقق من التوزيع الطبيعي للبيانات والتأكد من صدق الأداة وثباتها تم إجراء مجموعة من التحليلات الإحصائية الوصفية والاستدلالية، بالإضافة إلى اختبار علاقات الارتباط بين متغيرات الدراسة.

وأظهرت نتائج الدراسة وجود أثر إيجابي ذي دلالة إحصائية لممارسات إدارة المخاطر على الأداء التنظيمي في شركات التأمين، كما بينت النتائج أن عملية التخفيف من المخاطر كانت الأكثر تأثيراً في

تحسين الأداء التنظيمي مقارنة ببقية الممارسات، تلتها عمليات تحديد المخاطر ثم تقييمها والسيطرة عليها، في حين كان تطبيق إدارة المخاطر بصورة عامة هو الأقل تأثيراً نسبياً، وعلى الرغم من تفاوت درجات التأثير فقد أكدت النتائج أن جميع ممارسات إدارة المخاطر تسهم بشكل إيجابي في دعم الأداء التنظيمي وتعزيز كفاءة العمل المؤسسي.

وفي ضوء هذه النتائج أوصت الدراسة بضرورة اهتمام شركات التأمين بتطوير نظم فعالة لإدارة المخاطر، والتركيز على اتخاذ إجراءات استباقية ومنخفضة التكلفة تساعد على تحديد المخاطر في مراحل مبكرة والتعامل معها بفاعلية، كما أكدت أهمية تعزيز آليات التخفيف من المخاطر وتطوير السياسات والإجراءات المرتبطة بها بما يسهم في رفع مستوى الأداء التنظيمي وتحقيق الاستقرار والاستدامة داخل شركات التأمين.

➤ دراسة (Fusari et al, 2021)، بعنوان: "Best leadership practices of

"nurses in hospital risk management: case study

سعت الدراسة إلى تسليط الضوء على أفضل الممارسات القيادية التي تمارسها الممرضات في مجال إدارة المخاطر داخل المستشفيات، وبيان الدور الحيوي الذي تؤديه القيادات التمريضية في تعزيز سلامة المرضى والحد من المخاطر المرتبطة بالعمل الصحي، كما سعت الدراسة إلى تحديد الخصائص والمهارات القيادية التي تسهم في رفع كفاءة إدارة المخاطر وتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.

واعتمدت الدراسة على أسلوب المقابلات لجمع البيانات من المشاركين بهدف الحصول على فهم أعمق للممارسات القيادية الفعالة ودورها في التعامل مع المخاطر داخل البيئة الصحية، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن نجاح الممرضات في إدارة المخاطر يرتبط بتوافر مجموعة من الكفاءات الفنية وغير الفنية

من أهمها؛ المهارات السلوكية والقدرة على التواصل الفعال، والاعتماد على المعرفة العلمية المتخصصة، والالتزام بالمبادئ والإرشادات المتعلقة بالجودة وسلامة المرضى، بالإضافة إلى تبني أسلوب الإدارة التشاركية مع أعضاء الفريق الصحي.

كما أكدت النتائج أن الممارسات القيادية الفعالة تسهم في تعزيز ثقافة السلامة داخل المستشفيات، وتحسين القدرة على اكتشاف المخاطر المحتملة والتعامل معها بصورة استباقية، مما ينعكس إيجاباً على جودة الرعاية الصحية ومستوى الأمان المقدم للمرضى.

وفي ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة أوصى الباحثون بضرورة الاهتمام بتنمية المهارات القيادية لدى الممرضات والعاملين في القطاع الصحي، وتعزيز دورهم في إدارة المخاطر ومواجهة التحديات المختلفة داخل المؤسسات الصحية، كما أوصت الدراسة بإجراء المزيد من البحوث والدراسات المتخصصة في مجال إدارة المخاطر بالمستشفيات، بما يسهم في تطوير الممارسات المهنية وتحسين جودة الخدمات الصحية وسلامة المرضى.

➤ دراسة (Wang et al, 2020)، بعنوان: " Risk management of COVID-19 by universities in China".

هدفت الدراسة إلى استعراض وتحليل الإسهامات التي قدمتها الجامعات الصينية خلال جائحة كوفيد-19، ودورها في دعم المستفيدين من الخدمات الصحية والمحافظة على سلامة العاملين في القطاع الصحي بالمستشفيات الصينية، كما سعت الدراسة إلى إبراز الجهود التي بذلتها المؤسسات الأكاديمية في مواجهة التحديات الصحية الطارئة، من خلال توظيف إمكاناتها العلمية والبشرية لدعم منظومة الرعاية الصحية أثناء الأزمة.

واعتمدت الدراسة على الطرح النظري والتحليل الوصفي للإجراءات والممارسات التي تبنتها الجامعات الصينية خلال فترة الجائحة، وقد أظهرت النتائج أن الجامعات أسهمت بصورة فعالة في دعم الجهود الوطنية لمواجهة الأزمة الصحية، حيث تم إنشاء قواعد بيانات تضم موارد الخريجين والمتخصصين للاستفادة من خبراتهم عند الحاجة، كما شاركت في أنشطة إدارة الطوارئ والإنقاذ الطبي، وقدمت فرق الرعاية الصحية النفسية دعماً مهماً للعاملين والمرضى المتأثرين بالجائحة، كذلك ساهمت الجامعات في الحفاظ على استمرارية العمل داخل المؤسسات الصحية، وتطوير أساليب مبتكرة للتعليم والتدريب الإلكتروني لضمان استمرار العملية التعليمية في ظل الظروف الاستثنائية.

وفي المقابل أوضحت الدراسة أن الجامعات والمؤسسات الصحية واجهت عدداً من المخاطر والتحديات خلال الجائحة من أبرزها؛ ارتفاع احتمالات الإصابة بالعدوى بين العاملين في المجال الصحي، وزيادة معدلات الوفيات بين بعض أفراد الأطقم الطبية، إضافة إلى تعرض عدد كبير من الطلاب وأعضاء هيئة التدريس لخطر الإصابة بالفيروس، كما أشارت النتائج إلى وجود بعض أوجه القصور في استخدام تكنولوجيا المعلومات والتطبيقات الرقمية خلال إدارة الأزمة الأمر الذي أثر في كفاءة التعامل مع بعض جوانبها.

وبناءً على هذه النتائج أوصت الدراسة بضرورة تعزيز إجراءات الأمن والسلامة الطبية، ودعم البحوث العلمية المتعلقة بالطوارئ والأزمات الصحية، وتوفير المساندة المهنية المتخصصة للعاملين في القطاع الصحي، إلى جانب تعزيز قنوات التواصل الإيجابي بين مختلف الجهات المعنية، كما أكدت أهمية تبني أساليب تعليمية وتدريبية تراكمية تسهم في نقل المعرفة والخبرات بصورة مستمرة، بما يعزز جاهزية المؤسسات الصحية والأكاديمية لمواجهة الأزمات الصحية المستقبلية.

التعليق على الدراسات السابقة:

يتضح من خلال استعراض الدراسات السابقة وجود اهتمام متزايد بموضوع إدارة المخاطر في القطاع الصحي لما لها من دور محوري في تحسين جودة الخدمات الصحية وتعزيز كفاءة الأداء المؤسسي، فقد ركزت الدراسات العربية على إبراز أثر ممارسات إدارة المخاطر في تحسين جودة الرعاية الصحية وتجربة المستفيدين، حيث توصلت دراسة المطيري (2023) إلى وجود أثر إيجابي ذي دلالة إحصائية لممارسات إدارة المخاطر في جودة الرعاية الصحية بمستشفى المذنب العام، كما أكدت دراسة عفيفي (2024) أهمية تطبيق إدارة المخاطر في دعم نجاح مشاريع الرعاية الصحية بالمستشفيات، كذلك أظهرت دراسة بدوان والرقاد (2020) أن أبعاد إدارة المخاطر تؤثر بشكل مباشر في جودة الرعاية الصحية بمستشفيات وزارة الصحة الأردنية.

كما ركزت بعض الدراسات على واقع إدارة المخاطر والمعوقات المرتبطة بها، حيث بينت دراسة بدير وآخرون (2023) وجود مجموعة من التحديات التي تعيق إدارة المخاطر في المؤسسات التعليمية، وأوصت بتعزيز الحوكمة والتدريب المستمر، وأكدت دراسة بن محال (2023) أهمية إدارة المخاطر في المؤسسات الاستشفائية ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية، بينما كشفت دراسة رقطي وكركار (2022) عن ضعف ثقافة إدارة المخاطر وغياب الأقسام المتخصصة بها في المؤسسة محل الدراسة، الأمر الذي يحد من فاعلية التعامل مع المخاطر الصحية المختلفة.

أما الدراسات الأجنبية فقد تناولت الموضوع من زوايا أكثر تخصصاً، حيث ركزت دراسة (al, 2022 Almaazmi, et) على العلاقة بين إدارة مخاطر المشروعات والأداء المؤسسي للمستشفيات في دولة الإمارات، وأثبتت وجود علاقة إيجابية بين تطبيق ممارسات إدارة المخاطر وتحسين الأداء، كما تناولت دراسة (Khinvasara et al, 2023) المخاطر المرتبطة باستخدام الأجهزة الطبية وأهمية نظم الإنذار المبكر في الحد منها، في حين أبرزت دراسة (Fusari et al,)

2021) دور القيادات التمريضية في إدارة المخاطر وتعزيز سلامة المرضى، بينما استعرضت دراسة (Wang, 2020) دور المؤسسات الأكاديمية في دعم إدارة المخاطر خلال جائحة كوفيد-19، كما أكدت دراسة (Jaber, 2020) أن ممارسات إدارة المخاطر تسهم بصورة مباشرة في تحسين الأداء التنظيمي للمؤسسات.

ويتضح من مجمل الدراسات السابقة اتفاقها على أهمية إدارة المخاطر في تحسين الأداء المؤسسي وجودة الخدمات وتقليل الآثار السلبية للمخاطر المحتملة، إلا أنها اختلفت في بيئات التطبيق وأدوات الدراسة ومجتمعاتها، كما أن معظم الدراسات اعتمدت على البيانات الميدانية التي تم جمعها من خلال الاستبانات والمقابلات، وركزت بصورة أساسية على المستشفيات والمؤسسات الصحية الكبرى.

وتتميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة بأنها تتناول تقييم فعالية إدارة المخاطر في مراكز الرعاية الصحية الأولية وصحة المجتمع، وهي بيئة بحثية لم تحظ بالاهتمام الكافي مقارنة بالمستشفيات، كما تعتمد الدراسة على بيانات تحليلية محاكية للواقع بدلاً من البيانات الميدانية التقليدية، بما يتيح اختبار مؤشرات إدارة المخاطر وتحليلها في ظل سيناريوهات مختلفة، الأمر الذي يسهم في تقديم رؤية أكثر شمولاً حول مستوى فعالية إدارة المخاطر في مراكز الرعاية الصحية الأولية ودورها في دعم جودة الخدمات الصحية واستدامتها.

الاطار النظري للدراسة:

المبحث الأول: ماهية إدارة المخاطر.

المطلب الأول: مفهوم إدارة المخاطر ونشأتها.

إن إدارة المخاطر هي تقنية علمية للتعامل مع المخاطر البحتة، والتي تتضمن التنبؤ بالخسائر غير المقصودة المحتملة وإنشاء وتنفيذ الإجراءات التي من شأنها تقليل احتمال الخسارة أو التأثير المالي

للخسائر التي تحدث، وهي توصف بأنها الإجراء المستخدم لحساب وتقييم ووضع خطط إدارة المخاطر، وتتألف هذه التكتيكات من تحويل المخاطر إلى شخص آخر، أو تجنبها تماماً، وتقليل آثارها السيئة، وقبول بعض أو كل التداعيات، ومن أجل تجنب المخاطر المحتملة بأقل تكلفة من حيث المال والجهد والوقت. (أبو كرش، 2005)

وتُعرف إدارة المخاطر المصرفية بأنها وحدة تحكم مركزية تهدف إلى تنسيق جهود الأفراد والوحدات، ويشمل ذلك فهم المخاطر وتقييم حجمها وتأثيرها واتخاذ القرارات اللازمة بشأنها، فضلاً عن ضمان حصول البنك على رأس مال كافٍ لامتصاص جميع المخاطر وتجنب الإفلاس. (حماد، 2003)

ولا تعد إدارة المخاطر أحد الأمور الحديثة، فقد واجه الأقدمون نفس المخاطر التي يواجهها البشر اليوم، حيث أنهم قاموا بالسعي للوصول إلى نفس هذه الأهداف،

ومن ناحية أخرى، تختلف الحياة الحديثة اختلافاً كبيراً عن العادات التاريخية، فالحياة الحديثة أقل تكراراً واضطراباً من حياة القدماء بسبب عدد من العناصر التي تضافرت معاً، ولكننا نجد صيغاً استخدمها القدماء في المقام الأول للتخلص من الفوضى والمشاكل، والتي تمثلت في إدارة المخاطر. (آل شبيب، 2004)

كما تطورت إدارة المخاطر من علم مستقل إلى أداة يستخدمها المديرون لتقييم المخاطر المحتملة واتخاذ أفضل القرارات لتقليل تأثيرها، ولم تعد إدارة المخاطر مرادفة للتأمين، بل أصبح التأمين مجرد أداة من بين أدوات متعددة في التعامل مع المخاطر. (أبو كرش، 2005)

وبما أن قياس المخاطر يستند إلى قاعدتين أساسيتين، هما احتمال وقوعها وتأثيرها المادي، فإن القراءة التاريخية تثبت أن إدارة المخاطر نشأت من الاعتقاد السابق وأنها مجرد إجراء وقائي للحد من وقوع الخسائر من خلال شراء التأمين أو حماية المخاطر المالية من خلال المشتقات المالية للحد من الخسائر

الناجمة عن تقلبات أسعار العملات أو أسعار الفائدة التجارية، وعلى العموم، كان اتجاه دراسة المخاطر خلال الخمسينيات من القرن العشرين يعتمد على العمليات الرياضية البحتة من خلال تطبيق نظرية الاحتمالات من أجل محاولة التنبؤ بكيفية نجاح الشركات في ضوء تقلبات السوق.

وفي أواخر الثمانينيات والتسعينيات، أدركت الشركات أهمية إدارة المخاطر كبديل لإدارة التأمين لخفض تكاليف التأمين الباهظة، مما أدى إلى تبنيها على نطاق واسع في الهياكل التنظيمية، وفي يومنا هذا تُعد إدارة المخاطر جزءاً أساسياً من عمليات صنع القرار في المؤسسات الكبرى لضمان الاستمرارية والاستقرار. (آل شبيب، 2004)

بغض النظر عن نوع المخاطر أو الأحداث أو قطاع المنشأة التي تتعلق بها فإن كافة الأنشطة والعمليات تدخل في هذه الإدارة وهذا يدل على أن إدارة المخاطر تستخدم في كافة المنشآت والمجالات سواء كانت حكومية أو تجارية طالما تم اتخاذ القرارات وتوقع العواقب ولا يقتصر تطبيقها على عناصر الاستثمار أو القرارات المالية أو التجارية ونتيجة لذلك وبدون الوعي الكامل بالمخاطر التي تحيط به لن يتمكن المدير أو المسؤول الذي يتخذ القرار من الإدارة أو اتخاذ القرار.

ونتيجة لذلك أصبحت إدارة المخاطر الآن حقيقة معترف بها ونظاماً متطوراً للضمان والتحكم من شأنه أن يعزز جودة ونتائج العمليات التجارية ويشكل أداة حاسمة لمعالجة الاتجاهات الناشئة ومجموعة واسعة من المخاطر. (طليب وعبيدات، 1997)

ويمكن التفريق بين نوعين من إدارة المخاطر، وهما إدارة مخاطر المنشأة وإدارة المخاطر التقليدية، فمنذ وقت قريب كان الباحثين يتناولون إدارة المخاطر بطريقة تقليدية، والتي كان بها العديد من الانتقادات، مثل أنها كانت تركز على الخطر المالي والتشغيلي فقط، دون الاهتمام بباقي المخاطر، كما أنه كان يتم

إدارة المخاطر بصورة فردية من خلال الأقسام المخصصة لذلك، ولا تهتم باقي الأقسام بهذا الأمر.

(Coso, 2009)

إلا أنه قد ظهرت بعض الأمور التي أدت إلى تعقيد الأمور في المنشآت وزيادة المخاطر، مما أدى إلى تطوير مفهوم إدارة المخاطر، والذي أدى بدوره إلى تبويب هذه المخاطر إلى ثلاث مجموعات، تتمثل فيما يلي:

- المخاطر التي يمكن الوقاية منها والتي تنشأ من داخل الشركة وبالتالي تكون تحت المراقبة والإدارة.
- المخاطر المرتبطة بالخطأ والتي يتم التحكم فيها لتوفير عوائد كبيرة، مثل الخطأ الحالية.
- المخاطر المالية مثل مخاطر الائتمان والسيولة وسعر الفائدة والسوق هي أمثلة على المخاطر الخارجية، والمخاطر التشغيلية، والتي تشمل المخاطر المتعلقة بالعنصر البشري والعمليات والتكنولوجيا المستخدمة، كما تشمل المخاطر الطبيعية المتعلقة بالإرهاب والبيئة والكوارث الطبيعية، وتشمل المخاطر الاستراتيجية المخاطر المتعلقة بتحقيق الاستراتيجية والقوانين والتشريعات وتغير احتياجات العملاء. (Kaplan et al, 2012)

ونظراً لهذه الأنواع المختلفة من المخاطر يمكننا أن نستنتج أن الشركة تواجه مخاطر عديدة في تحقيق أهدافها الاستراتيجية، الأمر الذي يجعل تقنيات إدارة المخاطر القياسية غير كافية. ومن أجل تأمين أداء المنظمة وتوسعها، أصبح من الضروري تطوير نظام متقدم لإدارة المخاطر. ففي سبعينيات القرن العشرين، ركزت إدارة المخاطر التقليدية على المخاوف المالية والبيئية؛ وفي ثمانينيات القرن العشرين، أضافت إدارة مخاطر المؤسسة مخاطر السوق إلى هذه المخاطر. وعلى مدى السنوات التالية، بدأنا في فحص المخاطر المختلفة التي تواجه كل كيان اقتصادي، بما في ذلك المخاطر المالية والتشغيلية

والاستراتيجية والطبيعية. (Kraus et al, 2012)

وتغطي إدارة المخاطر للمنشآت أيضًا المخاطر التشغيلية والاستراتيجية المذكورة أعلاه، على الرغم من أن إدارة المخاطر التقليدية لا تعالج سوى المخاطر المالية والطبيعية لأنها قابلة للنقل، وبعبارة أخرى، تُعد إدارة مخاطر المنشآت مفهومًا شاملاً يتطلب التخطيط الاستراتيجي والخبرة في السوق والابتكار، في حين تتطلب إدارة المخاطر التقليدية قدرات محاسبية، وبينما تركز إدارة مخاطر المنشآت على جميع المخاطر التي تواجه المنظمة، سواء كانت طبيعية أو فكرية، فإن إدارة المخاطر التقليدية تحلل المخاطر وتديرها واحدة تلو الأخرى. تنشأ المخاطر الطبيعية عن حدوث العالم الطبيعي ويمكن تخفيفها من خلال شراء التأمين، في حين أن المخاطر الفكرية هي نتيجة للقرارات التي تتخذها الوحدة الاقتصادية ويمكن أن يكون لها تأثير إيجابي أو سلبي أو محايد على قيمة الصناعة، ولأنها تدير المخاطر بطريقة منهجية وثابتة بدلاً من أساس لامركزي في وقت معين، فإن إدارة المخاطر المؤسسية تتمتع بمزايا مقارنة بإدارة المخاطر التقليدية، ويؤدي النهج اللامركزي إلى نقص التنسيق وانعدام الكفاءة عبر أقسام إدارة المخاطر المختلفة. كما يسهل تنفيذ الخطة الاستراتيجية من خلال تمكين تحديد وتحليل وبحث المخاطر والارتباطات المترابطة بينها. وهذا يختلف عن الطريقة التقليدية، التي تركز على المخاطر بشكل مستقل.

(Thomson, 2007)

المطلب الثاني: أهداف إدارة المخاطر وأنواعها.

أولاً أهداف إدارة المخاطر:

هناك العديد من الأهداف التي تحققها إدارة المخاطر، منها على سبيل المثال لا الحصر:

- وضع البرامج التوضيحية للتعرف على المخاطر التي قد تحدث مستقبلاً، والتي تحاول هذه البرامج تقليلها وتقاديرها.
- العمل على بعض البرامج الإجرائية التي توضح الاستعداد والقدرات للاستجابة للمخاطر.

- إنشاء برامج تهدف إلى تحسين طريقة عمل النظام التعليمي وبيئة التدريس وربطهما في حالة التهديد.
- الصحة والسلامة، وأمن المؤسسة واستقرارها للموظفين، والوقاية من الإصابات، والدعم النفسي بعد وقوع حادث أو مواجهة خطر هي الأهداف التي تحققها إدارة المخاطر. (بطاح، 2016)
- تزويد المديرين التنفيذيين ومجلس الإدارة بفهم شامل لجميع المخاطر التي يواجهها البنك.
- وضع إطار للرقابة الداخلية للتعامل مع المخاطر المختلفة على مستوى البنك.
- تجنب الخسائر المحتملة.
- التأكد من استعداد البنك للتعامل مع أي مخاطر قد تنشأ.
- الاستفادة من إدارة المخاطر كأداة للمنافسة.
- إدارة الأصول والخصوم، وهو فرع من فروع إدارة المخاطر يركز على التحكم الكمي في مخاطر الفائدة والسيولة على نطاق دولي. (شليبي، د.ت)

وبالتالي يجب الإشارة إلى أن إدارة المخاطر ضرورية لاستقرار المؤسسات باختلاف مجالاتها، وللتقدم المنتظم لها، وللحفاظ على مواردها المادية والبشرية، بما في ذلك أصولها الفكرية والجسدية. ومن الأهمية بمكان الآن أن نفهم كل جانب من جوانب المخاطر. فالمخاطر هي حدث مفاجئ لا يمكن التنبؤ به ويحدث بسرعة، مما يجعل من الصعب الحفاظ على التوازن أثناء العمل. ونتيجة لذلك، يجب على الإدارة وضع خطة استراتيجية للتعامل معها واتخاذ الإجراءات الأساسية لتقييد الخيارات والعلاجات عندما تنشأ. ولأنهم هم الذين يستهلكون نتيجة للمخاطر، فيجب تقليل الهدر وخسارة الموارد. بالإضافة إلى ذلك، يجب الحد من النتائج غير المؤكدة والخسائر المحتملة من خلال خفض احتمالية حدوث المخاطر، وتوقع حدوثها، وتوفير الأمن والثقة والاستقرار لجميع فئات المؤسسة. وأخيراً، يجب اتخاذ إجراءات منظمة

للتدخل في الوقت المناسب وبطريقة مناسبة، ومواجهة المخاطر وجهاً لوجه من أجل اكتساب السيطرة الكاملة على الموقف وضمان وضوح جميع الأوامر والتعليمات المطلوبة لإدارتها. (القلاف، 2022)

وهذا يشير إلى أن وجود فريق لإدارة المخاطر في المدرسة يقلل من التأثيرات النفسية للمخاطر على الطلاب والموظفين والمجتمع ككل. كما يساعد في إنشاء خطة استراتيجية لمنع المخاطر والتعامل معها، ويزود مدير المدرسة بالمعلومات التي يحتاجونها لإنشاء بيئة متكاملة تواكب الأحداث.

ثانياً أنواع إدارة المخاطر وكيفية تقييمها:

ونظراً لتعدد المخاطر فإنه من الضروري تصنيفها لتسهيل التعامل معها والسيطرة عليها، ومن أبرز هذه المخاطر: المخاطر البيئية والتي تم تصنيفها إلى مخاطر كهربائية وفيزيائية وكيميائية وميكانيكية وبيولوجية، إلى جانب المخاطر المتعلقة بالمرور وعلم النفس ووسائل التواصل الاجتماعي والمخاطر العامة، وتتمثل المخاطر فيما يلي: (ناصف، 2012)

- **مخاطر فيزيائية:** تنتج هذه المخاطر عن عدم كفاية بروتوكولات الصحة العامة والسلامة أثناء بناء وتجهيز المؤسسة، مما يجعل مستويات الإضاءة والحرارة والضوضاء في المنشأة غير مناسبة.
- **المخاطر الهندسية:** وتشمل هذه المخاطر المرتبطة بالتوصيلات الكهربائية، وتشغيل الكمبيوتر، وأجهزة المختبر، واللوحات الفرعية الكهربائية، وأعمدة الإنارة.
- **المخاطر الإنشائية:** وهي المخاطر التي قد يتعرض لها المؤسسات والموظفون والعاملين نتيجة لضعف أنظمة السلامة والصحة المعمول بها في مناطق مثل المخرج والممرات وسلالم الطوارئ ومعدات الأمن والسلامة.

- **المخاطر الميكانيكية:** نتيجة افتقارهم إلى السلامة والصحة المهنية وتعرضهم لمخاطر المختبرات وورش العمل والآلات.
 - **المخاطر الكيميائية:** تنشأ عن استخدام الأبخرة والغازات والمواد الكيميائية في الورش الصناعية والعمليات العلمية.
 - **المخاطر الصحية:** وهي المخاطر التي تنتج عن إصابة العمال بالمرض نتيجة تعرضهم للبكتيريا والفيروسات التي تفرزها البيئة المحيطة بهم، أو نتيجة عدم كفاية المرافق الصحية من حيث الكمية والنوعية، أو نتيجة تراكم النفايات في البيئة المحيطة.
 - **مخاطر الحرائق:** وهي تشكل تهديداً لحياة العمال والموظفين في المنشأة عند تجاهل تدابير الصحة والسلامة العامة، مثل تركيب أجهزة الإنذار ومعدات مكافحة الحرائق، وعدم تدريب الفرق داخل المنشأة على الاستجابة بشكل مناسب في حالات الخطر.
 - **المخاطر الشخصية:** وهي الأضرار الناجمة عن تجاهل الحاجة إلى وضع بروتوكولات مناسبة للصحة والسلامة العامة فضلاً عن الافتقار إلى حملات وتقنيات التوعية.
- ويتم التخطيط وإدارة المخاطر من خلال تطبيق بعض الخطوات الأساسية، والتي تتمثل في الخطوات الخمس التالية:
- **تحديد المخاطر:** هذه هي المرحلة الأولية في تحديد المخاطر المرتبطة بالعمل، حيث تعد أمر ضروري قبل أن نتمكن من إدارتها، فهناك العديد من المخاطر المرتبطة بكل سلعة أو خدمة تقدمها المؤسسة، ولابد أن يكون تحديد المخاطر نشاطاً مستمراً، مع فهم المخاطر المطلوبة على مستوى العمليات والمحفظة.

- **تحليل المخاطر:** الذي يصنف المخاطر ويحدد أصولها الأولية.
 - **قياس وتقييم المخاطر:** يستلزم ذلك تحديد كل مما يلي: عواقب المخاطر واحتمال حدوثها، وتتمثل هذه المرحلة في قياس أو تقييم المخاطر المرتبطة بنشاط معين بعد تحديدها، ويتعين النظر في كل نوع من أنواع المخاطر من خلال ثلاثة أبعاد: الحجم، والمدة، والتأثير، واحتمالية الحدوث، ولإدارة المخاطر، يشكل القياس الدقيق وفي الوقت المناسب أهمية بالغة.
 - **التحكم في المخاطر:** يشير التحكم في المخاطر إلى الاستراتيجيات والتكتيكات المستخدمة لمعالجة المخاطر، وهذه المرحلة تأتي بعد تحديد المخاطر وقياسها، وهناك ثلاثة أساليب أساسية لإدارة المخاطر، أو على الأقل منع النتائج غير المواتية: تقييد أو القضاء على تأثير أنشطة معينة، وتعويض المخاطر والحد منها. ومن أجل التحكم في هذه المخاطر، يتعين على الإدارة أن تزن التكاليف والعائدات. ويتعين على البنوك أن تضع حدوداً للمخاطر من خلال السياسات والمعايير والسياسات والإجراءات التي تظهر المساءلة والسلطة.
 - **المراقبة والمتابعة الدورية:** بالإضافة إلى كونها حيوية ومطلوبة للتحقيق في كل خطر جديد ومعالجته، فإن المراقبة والمتابعة الدورية أمران حاسمان في ضمان إدارة المخاطر بشكل مناسب.
- (اليافعي، 2023)
- وبصورة عامة يمكن تصنيف الآليات التي يتم من خلالها إدارة المخاطر، والتي تحدد في أربعة آليات هي:
- تجنب الخطر أو الابتعاد عنه ليس مطلوباً دائماً إلا إذا كان من الصعب معالجته أو إذا تم تجنبه قبل وقوعه وإلا فإن هذا النهج قد يفقد فرص النمو والتقدم.

- قبول المخاطر: ويقصد بذلك احتضان الخطر وكل تداعياته سواء عن علم أو بغير علم.
- تحويل المخاطر: ويقصد بذلك تحويل المخاطر إلى أشخاص آخرين ومن الأمثلة على ذلك إسناد بعض أو كل العمل إلى أشخاص آخرين حتى يتمكنوا من تنفيذه أو الحصول على التأمين.
- تقليل المخاطر: تهدف هذه الآلية التي يتم تطبيقها بشكل متكرر على المخاطر الاقتصادية الطبيعية إلى تقليل الشعور بعدم اليقين الذي ينشأ طوال عملية اتخاذ القرار. ويتم ذلك من خلال الاستفادة من أدوات التحكم الصحيحة واتخاذ الاحتياطات اللازمة. (جبرا، 2015)

المبحث الثاني: العناصر الرئيسية في إدارة المخاطر والعوامل المؤثرة عليها.

المطلب الأول: العناصر الرئيسية في إدارة المخاطر.

منذ أن أصبحت المؤسسات مهووسة بالمخاطر، وخاصة منذ أوائل تسعينيات القرن العشرين، بُذلت جهود ليس فقط على مستوى لجنة بازل بل وأيضاً على مستوى العديد من المنظمات والمننديات الدولية. على سبيل المثال، أصدرت مجموعة الثلاثين (G-30) دراسة في عام 1997 حول التوصيات المتعلقة بإدارة المخاطر، والمخاطر النظامية، والشفافية، كما وضعت لجنة الخدمات المالية الأميركية مبادئ إدارة المخاطر في هذا السياق. ويمكن تلخيص هذه العناصر، التي يشار إليها مجتمعة بالمبادئ السبعة، على النحو التالي:

1. مسؤولية مجلس الإدارة والإدارة العليا:

تضع الإدارة العليا سياسات إدارة المخاطر التي يشرف عليها مجلس الإدارة لضمان توافقها مع الوضع المالي للمؤسسة وطبيعة المخاطر، حيث يجب أن يتضمن إطار إدارة المخاطر آليات فعالة لقياس المخاطر وتتبعها وتنظيمها لتحقيق أهداف المؤسسة.

ويجب على الإدارة العليا أن تنفذ بشكل مستمر التوجيهات الاستراتيجية التي تبناها مجلس الإدارة، بالإضافة إلى تحديد الأدوار والواجبات المتعلقة بإدارة المخاطر وتتبعها والإفصاح عنها بوضوح، ويجب عليها أيضًا التأكد من أن إدارة المخاطر منفصلة عن إدارة الإجراءات التي تزيد من المخاطر. (بإبر، 2006)

2. إطار إدارة المخاطر:

يجب على الإدارة توفير موارد تمويل كافية لأعضاء الموظفين والموافقة على إطار العمل المختار للمخاطر، ويجب أن يكون لدى المؤسسة إطار عمل فعال وشامل وموحد لإدارة المخاطر.

3. تكامل إدارة المخاطر:

نظرًا لأن المخاطر التي تواجهها المؤسسة متداخلة، فإن التحليل المناسب يتطلب تحليلًا شاملاً ومتكاملاً للمخاطر، وسيساعد هذا في ضمان تحديد التداخل بين المخاطر المختلفة وفهمه وإدارته بشكل مناسب. لا ينبغي تقييم المخاطر بمعزل عن بعضها البعض.

4. محاسبة خطوط الأعمال:

بما أن عمليات المؤسسات تكون منفصلة عن خطوط العمل، مثل أنشطة التجزئة والشركات، فإن الأفراد المسؤولين عن كل خط عمل يجب أن يتحملوا المسؤولية عن إدارة المخاطر المتعلقة بخط العمل الذي تم تفويضه إليهم. (عبد الرحيم، 2006)

5. تقييم وقياس المخاطر:

يجب تقييم كل خطر بشكل منتظم نوعيًا، وعندما يكون ذلك عمليًا، بشكل كمي، أيضًا يجب مراعاة تأثير الأحداث المتوقعة وغير المتوقعة في تقييم المخاطر.

6. المراجعة المستقلة:

لضمان فعالية إطار إدارة المخاطر، يجب إكمال تقييم المخاطر من قبل طرف محايد يتمتع بالسلطة والخبرة اللازمتين لتقييم المخاطر، وقياس نجاح مبادرات إدارة المخاطر، وتقديم التوصيات المطلوبة.

7. التخطيط للطوارئ:

يجب أن تكون هناك إجراءات وأساليب للتعامل مع المخاطر في حالة الطوارئ أو الأزمات المحتملة أو المواقف الاستثنائية الأخرى، ويجب تقييم فعاليتها. (شحاد، 2005)

المطلب الثاني: العوامل المؤثرة على إدارة المخاطر.

هناك العديد من العوامل التي تؤثر على إدارة المخاطر، والتي تنقسم إلى:

1. التغيرات التنظيمية والإشرافية:

فرضت عدد من الدول قيوداً تنظيمية على المؤسسات في محاولة لخفض المخاطر التي تهدد المنافسة، وتحفيزها على تخصيص رأس المال الأكثر خطورة، وتحديد حدود عليا للخدمات التي يمكن تقديمها لعميل واحد.

2. المنافسة:

تمكن المجتمع الدولي من التوصل إلى قرار اتفاقية تحرير الخدمات في إطار المنظمة العالمية للتجارة، وكان ذلك نتيجة لتزايد العولمة، حيث يمكن ملاحظة زيادة المنافسة في الأسواق، والتي اتخذت اتجاهات رئيسية مثل المنافسة بين المؤسسات وبعضها البعض، سواء فيما يتعلق بالأسواق على المستوى الدولي أو المحلي. (النعيمي والتميمي، 2008)

3. عدم استقرار العوامل الخارجية:

لجأت العديد من الشركات الكبرى إلى الأسواق للتحوط ضد الخسائر المحتملة أو الاستفادة منها بسبب تقلب أسعار الفائدة والتحول المفاجئ في أسعار العملات، بالإضافة إلى ذلك، دفع عدم الاستقرار إلى تطوير عدد من أدوات التغطية القادمة، ولكن على حساب إدخال مخاطر جديدة إلى مزيج المخاطر المصرفية. (نعيمة، 2009)

4. التطورات التكنولوجية:

وكانت أبرز نتائج الثورة المعلوماتية هي البطاقات البلاستيكية والتحويلات المالية الإلكترونية، والتي أدت أيضاً إلى خفض التكاليف وتحسين قدرة البنك على التعرف على المخاطر وقياسها وإدارتها والمتغيرات المؤثرة عليها. (زيدان، 2013)

الفصل الثالث

منهجية الدراسة

يتناول هذا الفصل المنهجية العلمية التي اعتمدت عليها الدراسة لتحقيق أهدافها والإجابة عن تساؤلاتها واختبار فرضياتها، وذلك من خلال توضيح منهج الدراسة، وتصميم البيانات التحليلية المحاكية للواقع، ومتغيرات الدراسة، وأساليب التحليل الإحصائي المستخدمة في تقييم فعالية إدارة المخاطر في مراكز الرعاية الصحية الأولية وصحة المجتمع، كما يستعرض الفصل إجراءات إعداد البيانات وآليات تحليلها بما يضمن تحقيق نتائج تتسم بالموضوعية والدقة العلمية.

تصميم البيانات المحاكية للواقع:

سيتم توليد بيانات محاكاة تمثل ستة مراكز صحية (A-F) وفق المتغيرات التالية:

جاهزية سباهي	وعي الموظفين	عدد المخاطر المفتوحة	نسبة الإغلاق	عدد الحوادث	المركز
78%	3	16	71%	27	A
90%	4	4	80%	10	B
65%	3	19	65%	44	C
94%	5	8	93%	18	D
80%	4	5	60%	11	E
62%	2	11	55%	29	F

أدوات التحليل:

- الإحصاء الوصفي: المتوسط الحسابي، الوسيط الانحراف المعياري لتحليل المتغيرات الأساسية في البيانات المحاكية للواقع.
- تحليل الارتباط بين المتغيرات: لقياس العلاقة بين مستوى وعي الموظفين، عدد المخاطر، نسبة الإغلاق، وجاهزية المراكز للاعتماد أو الامتثال للمعايير جهة الإلتزام والزائر السري بالإضافة إلى ارتباط هذه النتائج والمتغيرات بمستوى كفاءة الإدارة المشرفة على إدارة المخاطر.
- مقارنة أداء المراكز في مؤشرات الجودة وسلامة المرضى من خلال مقارنة النتائج بين المراكز الستة المحاكية للواقع.
- تقييم المخاطر باستخدام مصفوفة الخطر (Risk Matrix) وذلك عن طريق:
 - احتمالية الحدوث (Likelihood).
 - حدة التأثير (Severity).

ثم تحديد:

- مستوى الخطر: (منخفض - متوسط - عال - عال جداً).
 - أولويات المعالجة.
 - خطة خفض المخاطر.
- كما سيتم دراسة مدى قدرة الإدارة على التعامل مع مستويات الخطر، وتحديد تأثير خبرتها واستجاباتها في تقليل المخاطر.

منهج التحليل:

سيتم تحليل البيانات باستخدام برامج Excel اعتمادًا على مجموعة من الأساليب ومنهجيات تقييم المخاطر، وذلك بهدف الوصول إلى نتائج دقيقة تدعم مستوى إدارة المخاطر في المراكز الصحية، ويتضمن ما يلي:

1. التحليل الإحصائي الوصفي:

لاستخراج المتوسط، والانحراف المعياري، والاتجاه العام لمتغيرات الدراسة مثل: عدد الحوادث، نسبة الإغلاق مستوى الوعي، وجاهزية المراكز الامتثال للمعايير وبالإضافة إلى تقييم كفاءة الإدارة المشرفة وخبرتها في التعامل مع المخاطر في مراكز الرعاية الصحية.

2. تحليل الارتباط بين المتغيرات:

لتحديد العلاقة بين:

- مستوى وعي الموظفين ونسبة إغلاق البلاغات للمخاطر.
- عدد المخاطر غير المغلقة ومستوى جاهزية المراكز للاعتماد (سباهي) والامتثال للمعايير إدارة الالتزام والزائر السرية، بالإضافة إلى قياس أثر ودور الإدارة على فعالية إدارة المخاطر.

حيث يسهم هذا التحليل في معرفة تأثير ممارسات إدارة المخاطر على جودة الخدمات المقدمة في مراكز الرعاية الصحية.

3. مقارنة أداء المراكز الصحية:

مقارنة المتغيرات الأساسية لجميع المراكز المطروحة في مؤشرات ودور الإدارة في دعم تطبيق إدارة المخاطر

- السلامة.
- الجودة.
- مستوى الخطر: لتحديد المركز الأفضل والأعلى أداء والمركز الأدنى والأقل أداء، ومعرفة الأسباب لهذا التباين.

4. تقييم المخاطر باستخدام مصفوفة الخطر:

سيتم تصنيف المخاطر حسب:

- احتمالية الحدوث.
 - شدة التأثير.
- ثم تحديد مستوى الخطر (منخفض، متوسط عال، عال جدا)، مع تقييم قدرة الإدارة على التعامل مع مستويات الخطر.

الفصل الرابع

الدراسة الميدانية

تحليل البيانات

أولاً تحليل الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة:

جدول (1): الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة

المتغير	المتوسط	الوسيط	الانحراف المعياري
عدد الحوادث	23.17	22.5	12.89
نسبة الإغلاق %	71%	68%	0.14
المخاطر المفتوحة	10.5	9.5	6.02
وعي الموظفين	3.5	3.5	1.05
جاهزية سباهي %	78%	79%	0.13

تشير نتائج الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة إلى صورة شاملة عن مستوى التباين والاتساق داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية محل الدراسة، حيث يتضح أن هناك اختلافات ملحوظة في أداء هذه المراكز فيما يتعلق بإدارة المخاطر وجودة الخدمات وسلامة المرضى. فعند النظر إلى عدد الحوادث، نجد أن المتوسط الحسابي بلغ 23.17 حادثاً، بينما بلغ الوسيط 22.5، وهو تقارب نسبي بين القيمتين يعكس أن البيانات لا تعاني من انحراف شديد في التوزيع، وأن هناك درجة من التوازن النسبي في تسجيل الحوادث بين المراكز، إلا أن الانحراف المعياري المرتفع نسبياً (12.89) يكشف في المقابل عن وجود تفاوت واضح بين المراكز، حيث توجد مراكز تسجل معدلات مرتفعة جداً من الحوادث مقارنة بمراكز أخرى منخفضة الأداء، مما يعكس عدم تجانس في مستوى تطبيق معايير السلامة وإدارة المخاطر التشغيلية، ويشير إلى أن الفروقات بين المراكز ليست عشوائية بل مرتبطة غالباً بكفاءة الإدارة المحلية ومدى التزامها بإجراءات الوقاية والمتابعة.

أما فيما يتعلق بنسبة الإغلاق، فقد بلغ المتوسط 71% مع وسيط 68%، وهو ما يعكس مستوى أداء متوسط إلى جيد في التعامل مع المخاطر وإغلاق البلاغات، إلا أن الانحراف المعياري (0.14) يشير إلى وجود تفاوت واضح بين المراكز في سرعة وكفاءة الاستجابة للمخاطر، مما يدل على أن بعض المراكز تمتلك أنظمة أكثر فاعلية في إغلاق البلاغات في الوقت المناسب، بينما تعاني مراكز أخرى من تأخر أو ضعف في المتابعة، وهو ما قد يؤدي إلى تراكم المخاطر وزيادة احتمالية حدوث حوادث مستقبلية. وهذا التباين يعكس بشكل مباشر اختلاف مستوى نضج أنظمة إدارة المخاطر من مركز إلى آخر، ويؤكد أن تطبيق السياسات لا يتم بشكل موحد على مستوى النظام الصحي محل الدراسة.

وفيما يتعلق بالمخاطر المفتوحة، فإن متوسطها بلغ 10.5 مع وسيط 9.5 وانحراف معياري 6.02، وهو ما يعكس وجود تشتت ملحوظ في البيانات، ويشير إلى أن بعض المراكز تعاني من تراكم كبير في المخاطر غير المعالجة، في حين تتمكن مراكز أخرى من السيطرة عليها بشكل أفضل، وهذا يعكس فجوة واضحة في كفاءة أنظمة المتابعة والإغلاق، ويؤكد أن إدارة المخاطر لا تزال غير مستقرة بشكل كامل داخل جميع المراكز. كما أن ارتفاع الانحراف المعياري يعزز فكرة أن هذه الفروقات ليست بسيطة بل جوهرية وتؤثر بشكل مباشر على جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى.

أما بالنسبة لوعي الموظفين، فقد بلغ المتوسط 3.5 وهو ما يشير إلى أن هذا المتغير تم قياسه على مقياس محدود (غالبًا مقياس ليكرت)، مع وسيط مساوي له تقريبًا (3.5)، مما يعكس حالة من الاستقرار النسبي في تقييم مستوى الوعي بين المراكز، إلا أن الانحراف المعياري (1.05) يشير إلى وجود اختلافات ليست كبيرة ولكنها ذات دلالة، مما يعني أن برامج التوعية والتدريب قد تكون غير موحدة أو غير متساوية في فعاليتها بين المراكز المختلفة، وهو ما قد ينعكس على الأداء العام في إدارة المخاطر.

وأخيرًا، فإن جاهزية سباهي بلغت متوسطًا مرتفعًا نسبيًا (78%) مع وسيط (79%) وانحراف معياري (0.13)، وهو ما يعكس مستوى جيد من الالتزام بمعايير الجودة والاعتماد، مع درجة عالية من الاتساق النسبي بين المراكز، إلا أن وجود انحراف معياري يشير إلى اختلافات بسيطة لكنها مهمة في مدى الالتزام الكامل بمعايير سباهي. وبشكل عام، توضح هذه النتائج أن النظام الصحي محل الدراسة يتمتع بمستوى متوسط إلى جيد من الأداء العام، إلا أنه يعاني من تفاوت داخلي واضح بين المراكز، خاصة في مؤشرات الحوادث والمخاطر المفتوحة، وهو ما يشير إلى أن التحدي الرئيسي لا يكمن في ضعف النظام ككل، بل في عدم توحيد مستوى التطبيق والكفاءة بين المراكز المختلفة، مما يستدعي تدخلات إدارية لتعزيز الاتساق وتحسين فعالية إدارة المخاطر بشكل شامل.

ثانيًا: التحليل التفصيلي لكل متغير

جدول (2): عدد الحوادث حسب المراكز

عدد الحوادث	المركز
27	A
10	B
44	C
18	D
11	E
29	F

تشير بيانات جدول عدد الحوادث حسب المراكز إلى وجود تفاوت واضح وملحوظ بين مراكز الرعاية الصحية الأولية محل الدراسة، وهو تفاوت يعكس اختلافًا جوهريًا في مستوى كفاءة إدارة المخاطر ودرجة الالتزام بإجراءات السلامة داخل كل مركز. حيث يُلاحظ أن المركز C قد سجل أعلى عدد من الحوادث بواقع 44 حادثًا، وهو رقم مرتفع بشكل كبير مقارنة ببقية المراكز، مما يشير إلى وجود خلل محتمل في تطبيق سياسات السلامة أو ضعف في أنظمة الرقابة الداخلية أو حتى قصور في تدريب

الكوادر الصحية على أساليب الوقاية والتعامل مع المخاطر. هذا الارتفاع الكبير في عدد الحوادث لا يمكن تفسيره على أنه مجرد حالة عرضية، بل يعكس نمطاً إدارياً يحتاج إلى مراجعة شاملة، خاصة إذا ما تم ربطه ببقية مؤشرات الدراسة مثل المخاطر المفتوحة أو جاهزية الاعتماد، حيث غالباً ما يكون هذا النوع من المراكز الأكثر تعرضاً للقصور في الأداء العام.

في المقابل، نجد أن المركز B والمركز E قد سجلا أقل عدد من الحوادث (10 و 11 حادثاً على التوالي)، وهو ما يعكس مستوى أفضل نسبياً في التحكم في المخاطر التشغيلية والقدرة على تطبيق إجراءات السلامة بشكل أكثر فعالية. هذا الانخفاض في عدد الحوادث قد يشير إلى وجود بيئة عمل أكثر انضباطاً، أو إلى كفاءة أعلى في الإدارة المشرفة على تطبيق معايير الجودة وسلامة المرضى، أو إلى نجاح برامج التوعية والتدريب داخل هذه المراكز. كما أن تقارب الأرقام بين بعض المراكز مثل A و F يعكس أن هناك مستوى متوسط من الأداء، إلا أنه لا يزال أقل من المستوى المثالي المطلوب في بيئات الرعاية الصحية التي تتطلب أعلى درجات الدقة والالتزام.

وبشكل عام، فإن التباين الواضح بين المراكز في عدد الحوادث يعكس أن إدارة المخاطر ليست موحدة في التطبيق، بل تختلف بشكل كبير من مركز إلى آخر، وهو ما يشير إلى أن العامل الإداري والتنظيمي يلعب دوراً محورياً في تفسير هذه الفروقات. كما توضح هذه النتائج أن تقليل عدد الحوادث لا يعتمد فقط على وجود سياسات مكتوبة، بل على مدى فعالية تنفيذ هذه السياسات على أرض الواقع، وعلى قدرة الإدارة على المتابعة المستمرة وتقييم الأداء بشكل دوري، مما يجعل عدد الحوادث مؤشراً حساساً يعكس جودة النظام الصحي ككل ومستوى نضجه في التعامل مع المخاطر.

جدول (3): نسبة الإغلاق %

المركز	نسبة الإغلاق
A	71%

80%	B
65%	C
93%	D
60%	E
55%	F

تشير بيانات جدول نسبة الإغلاق إلى وجود تفاوت واضح بين مراكز الرعاية الصحية الأولية محل الدراسة من حيث كفاءة التعامل مع البلاغات والمخاطر وإغلاقها في الوقت المناسب، وهو ما يعكس بشكل مباشر مستوى فعالية نظام إدارة المخاطر داخل كل مركز. حيث يُلاحظ أن المركز D قد حقق أعلى نسبة إغلاق بلغت 93%، وهي نسبة مرتفعة جدًا مقارنة ببقية المراكز، مما يدل على وجود نظام إداري قوي وفعال قادر على التعامل السريع مع المخاطر واتخاذ الإجراءات التصحيحية بشكل فوري ومنظم. هذا الأداء المرتفع في المركز D يشير إلى وجود نضج إداري واضح في إدارة المخاطر، وربما إلى كفاءة عالية في فرق الجودة وسلامة المرضى، إضافة إلى وجود متابعة دقيقة للبلاغات وعدم تركها مفتوحة لفترات طويلة، وهو ما ينعكس إيجابيًا على تقليل احتمالية تكرار الحوادث وتحسين جودة الرعاية الصحية بشكل عام.

في المقابل نجد أن المركز F قد سجل أدنى نسبة إغلاق بلغت 55%، وهو ما يعكس وجود ضعف واضح في سرعة الاستجابة أو في آليات متابعة البلاغات والمخاطر داخل هذا المركز، الأمر الذي قد يؤدي إلى تراكم المشكلات وعدم معالجتها في الوقت المناسب، وبالتالي زيادة احتمالية وقوع حوادث أو تفاقم المخاطر القائمة. كما أن انخفاض نسبة الإغلاق في بعض المراكز مثل (60%) E و C (65%) يشير إلى وجود تحديات تشغيلية وإدارية تحتاج إلى تحسين، سواء من حيث الموارد البشرية أو من حيث كفاءة النظام الإداري المسؤول عن إدارة المخاطر.

أما المراكز التي تقع في المستوى المتوسط مثل A و B، فإنها تعكس أداءً مقبولاً نسبياً، حيث تتراوح نسب الإغلاق بين 71% و 80%، وهو ما يدل على وجود نظام عمل فعال إلى حد ما، لكنه لا يزال بحاجة إلى تطوير للوصول إلى مستويات أعلى من الكفاءة والتميز. وبشكل عام، توضح هذه النتائج أن نسبة الإغلاق تُعد مؤشراً حاسماً في تقييم جودة إدارة المخاطر، حيث ترتبط بشكل مباشر بقدرة المركز على التحكم في الأحداث السلبية وتقليل تأثيرها، كما تعكس مدى التزام الإدارة المشرفة بمتابعة البلاغات وتحويلها إلى إجراءات تصحيحية فعالية.

وبناءً على ذلك، يمكن القول إن التباين في نسب الإغلاق بين المراكز لا يعكس فقط اختلافاً في الأداء الفني، بل يعكس أيضاً اختلافاً في كفاءة الإدارة، ومستوى الالتزام المؤسسي، ودرجة النضج في تطبيق معايير الجودة وسلامة المرضى، مما يجعل هذا المؤشر أحد أهم الأدوات المستخدمة في تقييم فعالية إدارة المخاطر داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية.

جدول (4): المخاطر المفتوحة

المركز	المخاطر المفتوحة
A	16
B	4
C	19
D	8
E	5
F	11

توضح بيانات جدول المخاطر المفتوحة وجود تباين جوهري بين مراكز الرعاية الصحية الأولية محل الدراسة من حيث القدرة على إدارة المخاطر غير المغلقة ومعالجتها في الوقت المناسب، وهو ما يعكس بشكل مباشر كفاءة النظام الإداري الخاص بإدارة المخاطر داخل كل مركز. حيث يتضح أن المركز C قد سجل أعلى عدد من المخاطر المفتوحة بواقع 19 خطراً، وهو ما يمثل مؤشراً سلبياً واضحاً على

وجود تراكم كبير في المشكلات التشغيلية وعدم القدرة على التعامل معها بشكل فعال وسريع، الأمر الذي قد يشير إلى ضعف في نظام المتابعة أو نقص في الموارد أو قصور في آليات الإغلاق واتخاذ الإجراءات التصحيحية. هذا الارتفاع في المخاطر المفتوحة يعزز الفرضية القائلة بأن المركز الذي يعاني من ارتفاع في عدد الحوادث غالبًا ما يعاني أيضًا من ضعف في إغلاق المخاطر، مما يؤدي إلى دورة مستمرة من المشكلات غير المعالجة التي تؤثر على جودة الرعاية وسلامة المرضى.

في المقابل، يظهر المركز B والمركز E بأفضل أداء نسبيًا من حيث انخفاض عدد المخاطر المفتوحة (4 و 5 على التوالي)، وهو ما يعكس قدرة أفضل على التعامل مع المخاطر بشكل سريع وفعال، ويشير إلى وجود نظام إداري أكثر انضباطًا في متابعة البلاغات وتحويلها إلى إجراءات تصحيحية، مما يقلل من احتمالية تراكم المخاطر أو استمرارها لفترات طويلة. كما يعكس هذا الأداء وجود مستوى أعلى من الكفاءة التنظيمية داخل هذه المراكز، سواء على مستوى الإدارة المشرفة أو فرق الجودة وسلامة المرضى.

أما المراكز الأخرى مثل A و F، فإنها تقع في نطاق متوسط من حيث عدد المخاطر المفتوحة، مما يشير إلى وجود أداء غير مستقر نسبيًا يحتاج إلى تحسين، حيث لا تزال بعض المخاطر تُترك دون إغلاق لفترات قد تؤثر على جودة الخدمة. كما أن المركز D، رغم أنه يتمتع بنسبة إغلاق مرتفعة، إلا أنه لا يزال يحتفظ بعدد متوسط من المخاطر المفتوحة، مما يشير إلى أن الأداء الجيد في الإغلاق لا يعني بالضرورة غياب المخاطر، بل يعكس فقط قدرة نسبية على إدارتها.

وبشكل عام، تؤكد هذه النتائج أن عدد المخاطر المفتوحة يُعد مؤشرًا بالغ الأهمية في تقييم فعالية إدارة المخاطر داخل المراكز الصحية، حيث يعكس بشكل مباشر مدى قدرة النظام الصحي على تحويل البلاغات إلى إجراءات فعلية، ويكشف عن الفجوات المحتملة بين تسجيل المخاطر ومعالجتها. كما

توضح النتائج أن تراكم المخاطر المفتوحة يرتبط ارتباطاً وثيقاً بانخفاض جودة الأداء العام وارتفاع احتمالية حدوث الحوادث، مما يجعل هذا المتغير أحد أهم المؤشرات المستخدمة في قياس كفاءة الإدارة المشرفة ومستوى نضج نظام إدارة المخاطر داخل المؤسسات الصحية.

جدول (5): وعي الموظفين %

المركز	وعي الموظفين
A	78%
B	90%
C	65%
D	94%
E	80%
F	62%

تُظهر بيانات جدول وعي الموظفين وجود تباين ملحوظ وذو دلالة بين مراكز الرعاية الصحية الأولية محل الدراسة من حيث مستوى الإدراك المهني والمعرفة الإجرائية لدى الكوادر الصحية فيما يتعلق بمفاهيم السلامة وإدارة المخاطر والإبلاغ عن الحوادث والتعامل مع الأحداث غير المرغوبة داخل بيئة العمل. هذا التفاوت لا يمكن النظر إليه باعتباره مجرد اختلاف رقمي بين المراكز، بل هو انعكاس مباشر لمدى قوة أو ضعف المنظومة التدريبية والتوعوية داخل كل مركز، وكذلك يعكس درجة الاهتمام الإداري ببناء ثقافة تنظيمية قائمة على السلامة والجودة والتحسين المستمر. فكلما ارتفع مستوى الوعي لدى الموظفين، انعكس ذلك بشكل محتمل على جودة الأداء العام وتقليل الأخطاء وتحسين سرعة الاستجابة للمخاطر، بينما يشير انخفاض الوعي إلى احتمالية وجود فجوات في المعرفة أو التدريب أو حتى ضعف في التواصل المؤسسي بين الإدارة والعاملين.

وعند النظر بشكل أكثر تفصيلاً إلى النتائج، نجد أن المركز D قد سجل أعلى مستوى وعي بنسبة 94%، وهو مستوى يُعد مرتفعاً جداً ويعكس حالة من النضج المؤسسي في جانب التثقيف المهني

والتدريب المستمر. هذا الارتفاع الكبير في مستوى الوعي داخل المركز D يشير إلى وجود نظام تدريبي فعال ومنظم يعتمد على التحديث المستمر للمعرفة، بالإضافة إلى وجود قيادة إدارية تدرك أهمية الاستثمار في العنصر البشري باعتباره المحرك الأساسي لجودة الخدمات الصحية. كما أن هذا المستوى المرتفع من الوعي لا يعكس فقط معرفة نظرية لدى الموظفين، بل يُفترض أنه يترجم إلى سلوكيات عملية داخل بيئة العمل مثل الالتزام الصارم بإجراءات مكافحة العدوى، والإبلاغ المبكر عن الحوادث، والتفاعل الإيجابي مع أنظمة إدارة المخاطر، وهو ما يجعل هذا المركز نموذجًا يمكن دراسته من حيث الممارسات الإدارية الناجحة.

في المقابل، نجد أن المركز F والمركز C قد سجلا أدنى مستويات الوعي (62% و65% على التوالي)، وهو ما يشير العديد من التساؤلات حول مدى كفاءة البرامج التدريبية داخل هذه المراكز، ومدى انتظامها، ومدى قدرة الإدارة على ضمان وصول المعرفة لجميع العاملين بشكل متساوٍ. هذا الانخفاض في مستوى الوعي قد يكون نتيجة لعدة عوامل متداخلة، مثل ضعف في برامج التدريب المستمر، أو نقص في الموارد التعليمية، أو حتى ضعف في ثقافة التعلم التنظيمي داخل بيئة العمل. والأهم من ذلك أن انخفاض الوعي لا يمثل مجرد مؤشر تعليمي، بل قد يتحول إلى عامل خطورة مباشر يزيد من احتمالية حدوث الأخطاء الطبية أو الإدارية، ويؤثر سلبيًا على سرعة الاستجابة للحوادث، ويقلل من فعالية نظام الإبلاغ عن المخاطر، مما ينعكس في النهاية على جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى.

أما المراكز الأخرى مثل A و E و B، فتظهر مستويات وعي تتراوح بين المتوسطة والمرتفعة نسبيًا، وهو ما يعكس وجود درجة من الاستقرار في المعرفة المهنية، إلا أن هذا الاستقرار لا يعني بالضرورة الوصول إلى المستوى الأمثل، بل يشير إلى وجود مجال واضح للتحسين والتطوير المستمر، خاصة

في ظل التطورات المتسارعة في مجال الرعاية الصحية وارتفاع معايير الجودة والاعتماد مثل معايير سباهي. ومن المهم الإشارة إلى أن وجود مستوى وعي مرتفع نسبياً في بعض المراكز لا يضمن وحده تحقيق أداء مرتفع في إدارة المخاطر، إذ إن الوعي يجب أن يكون مصحوباً بنظام إداري فعال يترجم هذا الوعي إلى إجراءات عملية واضحة ومتابعة دقيقة وتقييم مستمر للأداء.

وبشكل عام، تعكس هذه النتائج أن وعي الموظفين يُعد أحد الأعمدة الأساسية في منظومة إدارة المخاطر، إلا أنه ليس العامل الوحيد الحاسم، بل يتفاعل بشكل مباشر مع مجموعة من العوامل الأخرى مثل كفاءة الإدارة المشرفة، ونظم الإبلاغ والمتابعة، ونسبة إغلاق المخاطر، ومستوى الجاهزية المؤسسية. كما توضح النتائج أن الفجوة بين المراكز في مستوى الوعي قد تكون أحد الأسباب الجوهرية التي تفسر التباين في الأداء العام، مما يجعل من الضروري التركيز على تعزيز برامج التدريب المستمر، وتوحيد معايير التوعية المهنية، وبناء ثقافة تنظيمية قوية تقوم على التعلم المستمر والمساءلة وتحسين الأداء، وذلك بهدف رفع كفاءة النظام الصحي ككل وتحقيق أعلى مستويات السلامة والجودة في تقديم الخدمات الصحية.

جدول (6): جاهزية سباهي %

المركز	جاهزية سباهي
A	78%
B	90%
C	65%
D	94%
E	80%
F	62%

تُظهر بيانات جدول جاهزية سباهي وجود تباين ملحوظ بين مراكز الرعاية الصحية الأولية محل الدراسة فيما يتعلق بدرجة الالتزام بمعايير الجودة والاعتماد الوطني، وهو ما يعكس بشكل مباشر

مستوى نضج النظام المؤسسي داخل كل مركز، ومدى قدرته على تطبيق متطلبات الجودة وسلامة المرضى وفقاً للمعايير المعتمدة. إن جاهزية سباهي تُعد من أهم المؤشرات الاستراتيجية في تقييم أداء المنشآت الصحية، لأنها لا تقيس فقط الالتزام الشكلي بالمعايير، بل تعكس أيضاً مدى تكامل العمليات الداخلية، وكفاءة الإدارة، وفعالية نظم إدارة المخاطر، بالإضافة إلى مدى قدرة المركز على التحسين المستمر والاستجابة لمتطلبات الاعتماد. لذلك فإن تحليل هذا المؤشر يعطي صورة شاملة عن جودة الأداء المؤسسي وليس مجرد رقم إحصائي.

وعند تحليل النتائج بشكل تفصيلي، نجد أن المركز D قد حقق أعلى مستوى جاهزية بنسبة 94%، وهو ما يعكس مستوى متقدماً جداً من الالتزام المؤسسي بمعايير سباهي، ويشير إلى وجود نظام إداري قوي ومنظم قادر على تحقيق متطلبات الجودة بشكل فعال ومستدام. هذا المستوى المرتفع من الجاهزية يدل على أن المركز لا يكتفي فقط بتطبيق الحد الأدنى من المعايير، بل يسعى إلى تحقيق التميز في الأداء، وهو ما قد يكون نتيجة مباشرة لوجود قيادة إدارية واعية بأهمية الجودة، بالإضافة إلى وجود فرق عمل مدربة بشكل جيد قادرة على تحويل السياسات إلى ممارسات فعلية داخل بيئة العمل. كما أن هذا الارتفاع في الجاهزية غالباً ما يرتبط بانخفاض نسبي في المخاطر وتحسن في مؤشرات السلامة، مما يعكس تكاملاً بين نظام الجودة وإدارة المخاطر داخل هذا المركز.

في المقابل، نجد أن المركز F والمركز C قد سجلا أدنى مستويات الجاهزية (62% و 65% على التوالي)، وهو ما يشير إلى وجود فجوة واضحة في الالتزام بمعايير سباهي، وقد يعكس ذلك ضعفاً في تطبيق السياسات أو عدم اكتمال بعض متطلبات الاعتماد أو حتى وجود تحديات تنظيمية وإدارية تؤثر على قدرة المركز على تحقيق مستويات أعلى من الجودة. هذا الانخفاض في الجاهزية لا يمكن فصله عن مؤشرات أخرى مثل ارتفاع عدد الحوادث أو زيادة المخاطر المفتوحة، مما يعزز فكرة أن ضعف

الجاهزية غالبًا ما يكون مرتبطًا بضعف عام في نظام إدارة المخاطر وليس مجرد قصور في جانب واحد فقط.

أما المراكز الأخرى مثل A و E و B، فتظهر مستويات جاهزية تتراوح بين المتوسطة إلى المرتفعة نسبيًا، حيث سجل المركز B نسبة 90% وهو ما يعكس أداءً قويًا وقريبًا من المستوى المتميز، بينما سجل المركز A و E نسبةً متوسطة إلى جيدة، مما يشير إلى وجود التزام مقبول بمعايير الجودة مع وجود مجال للتحسين والتطوير المستمر. هذا التفاوت بين المراكز يعكس أن تطبيق معايير سباهي لا يتم بشكل موحد، بل يتأثر بعوامل متعددة مثل كفاءة الإدارة المحلية، مستوى التدريب، جودة المتابعة، ومدى تكامل نظم العمل الداخلية.

وبشكل عام، توضح هذه النتائج أن جاهزية سباهي تُعد مؤشرًا محوريًا يعكس مدى تطور النظام الصحي وقدرته على تقديم خدمات آمنة وعالية الجودة، كما أنها ترتبط ارتباطًا وثيقًا ببقية مؤشرات الدراسة مثل نسبة الإغلاق، وعدد الحوادث، والمخاطر المفتوحة، ووعي الموظفين. وبالتالي فإن تحسين هذا المؤشر لا يمكن أن يتم بشكل منفصل، بل يتطلب تطويرًا شاملاً لمنظومة إدارة المخاطر، وتعزيز كفاءة الإدارة المشرفة، ورفع مستوى الوعي والتدريب، وتحسين آليات المتابعة والتقييم المستمر، بهدف الوصول إلى نظام صحي أكثر نضجًا واستقرارًا وقدرة على تحقيق أعلى معايير الجودة وسلامة المرضى بشكل مستدام.

ثالثًا: تحليل الارتباط (Correlation)

جدول (7): مصفوفة الارتباط

العلاقة	معامل الارتباط
الوعي ↔ الإغلاق	0.8047
الوعي ↔ المخاطر المفتوحة	-0.5539

الإغلاق ↔ الجاهزية	0.8581
الحوادث ↔ الوعي	-0.6139

تُظهر نتائج تحليل الارتباط بين متغيرات الدراسة مجموعة من العلاقات الإحصائية المهمة التي تعكس بشكل عميق طبيعة التفاعل بين عناصر إدارة المخاطر في مراكز الرعاية الصحية الأولية، حيث لا تقتصر هذه العلاقات على مجرد ارتباطات رقمية، بل تمثل انعكاسًا واقعيًا لكيفية تأثير الوعي التنظيمي، وكفاءة الإجراءات الإدارية، ومستوى الجاهزية المؤسسية على أداء النظام الصحي ككل. إن فهم هذه العلاقات يُعد عنصرًا أساسيًا في تفسير نتائج الدراسة، لأنه يساعد على توضيح كيفية تداخل العوامل البشرية والتنظيمية في تشكيل مستوى السلامة والجودة داخل المؤسسات الصحية، ويكشف في الوقت ذاته عن نقاط القوة والضعف في منظومة إدارة المخاطر.

وبالنظر إلى العلاقة بين وعي الموظفين ونسبة إغلاق المخاطر، نجد أن معامل الارتباط بلغ (0.8047)، وهو ارتباط إيجابي قوي جدًا، مما يشير إلى أن ارتفاع مستوى الوعي لدى العاملين يرتبط بشكل مباشر بزيادة كفاءة إغلاق البلاغات والمخاطر داخل المراكز الصحية. هذه النتيجة تعكس أهمية العنصر البشري في تحسين الأداء التشغيلي، حيث إن الموظفين الأكثر وعيًا يكونون أكثر قدرة على التعرف على المخاطر في وقت مبكر، وأكثر التزامًا بالإجراءات الصحيحة للإبلاغ والمتابعة، وأكثر إدراكًا لأهمية إنهاء الإجراءات التصحيحية في الوقت المناسب. ومع ذلك، فإن قوة هذا الارتباط لا تعني أن الوعي وحده كافٍ لتحقيق أداء مثالي، بل تشير إلى أنه يمثل عاملًا محوريًا يتفاعل مع بقية عناصر النظام الإداري، حيث إن الوعي بدون دعم تنظيمي قوي قد لا يترجم دائمًا إلى نتائج عملية فعالة.

أما العلاقة بين وعي الموظفين والمخاطر المفتوحة، فقد أظهرت النتائج وجود ارتباط سلبي متوسط بقيمة (-0.5539)، وهو ما يعني أن زيادة مستوى الوعي ترتبط بانخفاض عدد المخاطر المفتوحة

داخل المراكز الصحية. هذه النتيجة منطقية إلى حد كبير، حيث إن الموظفين الأكثر وعياً يكونون أكثر قدرة على التعامل مع المخاطر بشكل مبكر وأكثر التزاماً بالإجراءات الوقائية التي تمنع تراكم المشكلات أو تأخر معالجتها. ومع ذلك، فإن كون العلاقة متوسطة وليس قوية جداً يشير إلى أن هناك عوامل أخرى مؤثرة في عدد المخاطر المفتوحة، مثل كفاءة الإدارة، وسرعة الاستجابة، وتوفر الموارد، ونظم المتابعة، مما يعني أن تقليل المخاطر المفتوحة لا يعتمد فقط على وعي الموظفين، بل على تكامل المنظومة الإدارية بأكملها.

وفيما يتعلق بالعلاقة بين نسبة الإغلاق جاهزية سباهي، فقد أظهرت النتائج وجود ارتباط إيجابي قوي جداً (0.8581)، وهو من أقوى العلاقات في التحليل، مما يدل على أن ارتفاع كفاءة إغلاق المخاطر يرتبط بشكل مباشر بارتفاع مستوى الجاهزية للاعتماد والالتزام بمعايير الجودة. هذه النتيجة تُعد من أهم النتائج التفسيرية في الدراسة، لأنها تؤكد أن تحسين عمليات إدارة المخاطر ليس فقط هدفاً تشغيلياً، بل هو عامل أساسي في رفع مستوى الاعتماد المؤسسي وتحقيق متطلبات الجودة وسلامة المرضى. فالمراكز التي تتمتع بقدرة عالية على إغلاق المخاطر بشكل فعال تكون عادة أكثر تنظيمًا وانضباطًا، وتملك أنظمة رقابية أقوى، مما يجعلها أكثر جاهزية لتحقيق معايير سباهي، وهذا يعكس التكامل بين إدارة المخاطر وإدارة الجودة باعتبارهما وجهين لعملية واحدة تهدف إلى تحسين الأداء الصحي.

أما العلاقة بين عدد الحوادث ووعي الموظفين، فقد جاءت سلبية قوية نسبياً (-0.6139)، مما يشير إلى أن ارتفاع مستوى وعي الموظفين يرتبط بانخفاض عدد الحوادث داخل المراكز الصحية. هذه النتيجة تعكس الدور الوقائي المهم للوعي في تقليل الأخطاء والحوادث، حيث إن الموظف الأكثر وعياً يكون أكثر التزاماً بالإجراءات الصحيحة، وأكثر قدرة على تجنب الممارسات الخاطئة، وأكثر إدراكاً لمخاطر بيئة العمل. ومع ذلك، فإن هذه العلاقة رغم قوتها لا تصل إلى الكمال، مما يشير إلى أن

تقليل الحوادث لا يعتمد فقط على الوعي، بل يحتاج أيضًا إلى نظام إداري فعال، وبيئة عمل منظمة، وإجراءات واضحة ومطبقة بشكل صارم، مما يعزز فكرة أن إدارة المخاطر هي منظومة متكاملة وليست عنصرًا واحدًا فقط.

وبشكل عام، توضح نتائج مصفوفة الارتباط أن هناك ترابطًا قويًا بين عناصر إدارة المخاطر المختلفة، وأن تحسين أي عنصر منها يؤدي إلى تأثير إيجابي على بقية العناصر، مما يؤكد الطبيعة التفاعلية للنظام الصحي. كما تعكس النتائج أن أقوى العوامل تأثيرًا على جودة الأداء هي نسبة الإغلاق والجاهزية المؤسسية، يليها وعي الموظفين، بينما يظل عدد الحوادث مؤشرًا ناتجًا يعكس مستوى كفاءة النظام ككل. وبالتالي فإن هذه العلاقات تقدم تفسيرًا علميًا مهمًا لكيفية تحسين أداء مراكز الرعاية الصحية من خلال تعزيز التكامل بين التدريب، والإدارة، ونظم الجودة، وإدارة المخاطر بشكل متكامل ومستدام.

مقارنة أداء المراكز في مؤشرات الجودة وسلامة المرضى

جدول (8): المقارنة الشاملة بين المراكز

المركز	عدد الحوادث	نسبة الإغلاق %	المخاطر المفتوحة	وعي الموظفين	جاهزية سباهي %	التقييم العام
A	27	71%	16	78%	78%	متوسط
B	10	80%	4	90%	90%	جيد جدًا
C	44	65%	19	65%	65%	ضعيف
D	18	93%	8	94%	94%	ممتاز
E	11	60%	5	80%	80%	جيد
F	29	55%	11	62%	62%	ضعيف إلى متوسط

تُظهر نتائج المقارنة بين مراكز الرعاية الصحية الأولية الستة وجود تباين واضح ومهم في مؤشرات الجودة وسلامة المرضى وإدارة المخاطر، مما يعكس اختلافًا جوهريًا في مستوى كفاءة الإدارة المشرفة ودرجة نضج أنظمة إدارة المخاطر داخل كل مركز. حيث يتضح أن المركز D هو الأفضل أداءً بشكل عام، إذ يجمع بين أعلى نسبة إغلاق للمخاطر (93%) وأعلى جاهزية سباهي (94%) وأعلى مستوى وعي للموظفين (94%)، وهو ما يعكس وجود منظومة إدارية متكاملة وفعالة قادرة على تحويل السياسات إلى تطبيق فعلي داخل بيئة العمل، مع قدرة عالية على الاستجابة السريعة للمخاطر وتقليل تأثيرها قبل تفاقمها. هذا الأداء المتميز يشير إلى أن الإدارة في هذا المركز لا تعتمد فقط على الجانب الإجرائي، بل تمتلك ثقافة تنظيمية واضحة تركز على الجودة والتحسين المستمر وسلامة المرضى.

في المقابل، يظهر المركز C كأضعف المراكز أداءً، حيث سجل أعلى عدد من الحوادث (44 حادثًا) وأعلى عدد من المخاطر المفتوحة (19 خطرًا)، إلى جانب انخفاض واضح في جاهزية سباهي (65%)، مما يعكس وجود خلل إداري أو ضعف في تطبيق إجراءات إدارة المخاطر بشكل فعلي. وعلى الرغم من أن مستوى الوعي في هذا المركز ليس منخفضًا جدًا مقارنة ببعض المراكز الأخرى، إلا أن ارتفاع الحوادث والمخاطر المفتوحة يشير إلى وجود فجوة واضحة بين المعرفة والتطبيق العملي، وهو ما يعني أن الوعي وحده غير كافٍ دون وجود نظام إداري فعال يترجم هذا الوعي إلى ممارسات واقعية تقلل من المخاطر وتحسن الأداء.

أما المراكز B و E، فتظهر أداءً جيدًا نسبيًا، حيث يتميز المركز B بشكل خاص بانخفاض عدد الحوادث (10) وارتفاع نسبة الإغلاق (80%) وارتفاع جاهزية سباهي (90%)، مما يعكس وجود توازن جيد بين الوعي والتطبيق الإداري. بينما المركز E يظهر أداءً متوسطًا مع بعض نقاط القوة في الوعي، إلا أن نسبة الإغلاق المنخفضة نسبيًا تشير إلى الحاجة إلى تحسين سرعة الاستجابة للمخاطر.

وفيما يتعلق بالمركز A ، فهو يقع في المنطقة المتوسطة، حيث لا يوجد خلل حاد لكنه أيضًا لا يحقق مستويات متميزة، مما يعكس حالة من الاستقرار النسبي دون تطور ملحوظ.

أما المركز F ، فيُعد حالة غير متوازنة، حيث يعاني من انخفاض في نسبة الإغلاق (55%) وانخفاض في جاهزية سباهي (62%)، إلى جانب عدد حوادث مرتفع نسبيًا، مما يشير إلى وجود ضعف في التكامل بين عناصر إدارة المخاطر المختلفة داخل هذا المركز. وبشكل عام، توضح هذه المقارنة أن الأداء لا يعتمد على عامل واحد مثل الوعي أو الجاهزية فقط، بل يعتمد على التكامل بين جميع المؤشرات، وخاصة كفاءة الإدارة وسرعة الاستجابة وفعالية نظم المتابعة.

تقييم المخاطر باستخدام مصفوفة الخطر (Risk Matrix)

جدول (9): مصفوفة تقييم المخاطر

المركز	احتمالية الحدوث	شدة التأثير	مستوى الخطر
C	عالية جدًا	عالية	خطر عالي جدًا
A	متوسطة	عالية	خطر عالي
F	عالية	متوسطة	خطر عالي
B	منخفضة	منخفضة	خطر متوسط إلى منخفض
E	منخفضة	متوسطة	خطر متوسط
D	منخفضة	منخفضة	خطر منخفض

توضح نتائج تقييم المخاطر باستخدام مصفوفة الخطر أن هناك تباينًا واضحًا بين مراكز الرعاية الصحية الأولية من حيث مستوى الخطورة واحتمالية وقوع الأحداث السلبية وشدة تأثيرها، حيث يظهر المركز C كأعلى المراكز خطورة على الإطلاق، إذ يجمع بين احتمالية مرتفعة جدًا لحدوث المخاطر وشدة تأثير عالية، مما يضعه ضمن فئة الخطر العالي جدًا، وهذا يعكس وجود خلل جوهري في نظام

إدارة المخاطر داخل هذا المركز، سواء على مستوى العمليات التشغيلية أو كفاءة الإدارة أو آليات المتابعة والإغلاق، مما يتطلب تدخلاً عاجلاً لإعادة هيكلة النظام بشكل شامل.

في المقابل، يظهر المركز D كأفضل نموذج من حيث إدارة المخاطر، حيث يقع ضمن فئة الخطر المنخفض، وهو ما يعكس فعالية عالية في تقليل احتمالية وقوع الحوادث، بالإضافة إلى قدرة قوية على التحكم في شدة التأثير عند حدوثها، مما يدل على وجود نظام إداري ناضج قادر على الاستجابة السريعة والتعامل الفعال مع المخاطر قبل تفاقمها. هذا الأداء يعكس مستوى متقدم من الحوكمة الإدارية والانضباط التشغيلي، ويؤكد أن قوة الإدارة المشرفة تلعب دوراً محورياً في تقليل المخاطر وتحسين جودة الخدمات.

أما المراكز A و F، فتقع ضمن فئة الخطر العالي، وهو ما يشير إلى وجود تحديات واضحة في إدارة المخاطر، حيث إن احتمالية وقوع الحوادث لا تزال مرتفعة نسبياً، مع عدم كفاية في سرعة الاستجابة أو قوة الإجراءات التصحيحية، مما يجعل هذه المراكز بحاجة إلى خطط تحسين عاجلة تشمل رفع كفاءة الإغلاق وتعزيز التدريب وتحسين نظم المتابعة. بينما يظهر المركز B و E في مستويات أقل خطورة نسبياً، مما يعكس أداءً أكثر استقراراً، إلا أنه لا يزال بحاجة إلى تطوير لتحقيق مستويات أفضل من النضج المؤسسي.

ثالثاً: أولويات المعالجة (Priorities)

أولوية عاجلة جداً: المركز C

تُظهر نتائج تقييم المخاطر أن المركز C يقع في أعلى مستويات الخطورة مقارنة ببقية المراكز، مما يجعله في صدارة أولويات التدخل العاجل. ويعود ذلك إلى كونه يسجل أعلى عدد من الحوادث وأعلى مستوى من المخاطر المفتوحة إلى جانب انخفاض واضح في جاهزية سباهي، وهو ما يعكس حالة من

عدم الاستقرار في منظومة إدارة المخاطر داخل هذا المركز. إن هذا الوضع لا يمكن اعتباره مجرد ضعف جزئي في الأداء، بل هو مؤشر على وجود خلل هيكلي يتطلب تدخلاً فورياً وشاملاً لإعادة تقييم جميع العمليات التشغيلية، بدءاً من آليات الإبلاغ عن الحوادث، مروراً بكفاءة فرق الاستجابة، وانتهاءً بقدرة الإدارة على متابعة وإغلاق المخاطر في الوقت المناسب. كما أن استمرار هذا الوضع دون تدخل قد يؤدي إلى تراكم المخاطر بشكل أكبر وزيادة احتمالية حدوث حوادث أكثر خطورة تؤثر بشكل مباشر على سلامة المرضى وجودة الخدمات الصحية المقدمة.

أولوية عالية: المركز A والمركز F

يأتي كل من المركز A والمركز F ضمن فئة الأولوية العالية، حيث يشير الأداء العام لهذين المركزين إلى وجود تحديات واضحة في إدارة المخاطر، رغم أنهما لا يصلان إلى مستوى الخطورة الحرجة مثل المركز C. فالمركز A يعاني من مستوى متوسط إلى مرتفع في عدد الحوادث والمخاطر المفتوحة، مما يعكس وجود قصور نسبي في كفاءة المتابعة وسرعة الاستجابة، في حين يظهر المركز F ضعفاً ملحوظاً في نسبة إغلاق المخاطر وانخفاضاً في جاهزية سباهي، وهو ما يشير إلى وجود فجوة بين السياسات المطبقة والنتائج الفعلية على أرض الواقع. إن هذا المستوى من الخطورة يتطلب خطط تحسين عاجلة ولكن ليست طارئة بشكل فوري، بحيث تركز على رفع كفاءة الإدارة التشغيلية، وتحسين آليات الإغلاق، وتعزيز قدرات الموظفين في التعامل مع المخاطر، مع ضرورة متابعة دورية دقيقة لضمان عدم انتقال هذه المراكز إلى مستويات خطورة أعلى مستقبلاً.

أولوية متوسطة: المركز E والمركز B

يمثل كل من المركز E والمركز B مستوى خطر متوسطاً إلى منخفض نسبياً، حيث تتميز هذه المراكز بدرجة من الاستقرار في الأداء العام، إلا أن هذا الاستقرار لا يعني غياب التحديات، بل يشير إلى

وجود نقاط ضعف محدودة تحتاج إلى تحسين تدريجي. فالمركز B رغم أنه يُعد من أفضل المراكز نسبيًا من حيث انخفاض عدد الحوادث وارتفاع جاهزية سباهي، إلا أنه لا يزال بحاجة إلى تعزيز بعض جوانب إدارة المخاطر لضمان الحفاظ على هذا الأداء المتقدم وعدم تراجعته. أما المركز E فيعكس أداءً متوسطاً يتطلب تطويراً في بعض الجوانب مثل تحسين سرعة الإغلاق ورفع كفاءة التعامل مع المخاطر المفتوحة. وبشكل عام، فإن هذه الفئة من المراكز تحتاج إلى تدخلات تطويرية مستمرة وليست عاجلة، تركز على التحسين التدريجي ورفع الكفاءة التشغيلية لضمان الوصول إلى مستويات أعلى من الجودة والاستدامة في الأداء.

منخفضة: المركز D

يُعد المركز D الأفضل أداءً بين جميع المراكز محل الدراسة، حيث يقع ضمن فئة الخطر المنخفض، وهو ما يعكس مستوى متقدماً من النضج المؤسسي وكفاءة عالية في إدارة المخاطر وسلامة المرضى. يتميز هذا المركز بارتفاع نسبة إغلاق المخاطر وانخفاض مستوى الحوادث وارتفاع جاهزية سباهي، مما يدل على وجود نظام إداري فعال قادر على التعامل مع المخاطر بشكل استباقي وليس فقط تفاعلي. كما يعكس هذا الأداء وجود قيادة إدارية قوية، وثقافة تنظيمية قائمة على الجودة والتحسين المستمر، بالإضافة إلى كفاءة عالية في تنفيذ السياسات والإجراءات. وعلى الرغم من ذلك، فإن تصنيف هذا المركز ضمن الفئة المنخفضة الخطورة لا يعني التوقف عن التطوير، بل يشير إلى أهمية الحفاظ على هذا المستوى المتميز وتعزيزه لضمان استمرارية الأداء الجيد ومنع أي تراجع محتمل في المستقبل.

رابعاً: خطة خفض المخاطر (Risk Reduction Plan)

تحسين إدارة البلاغات

تُعد إدارة البلاغات وإغلاق المخاطر من أهم المحاور الأساسية في تحسين نظام إدارة المخاطر داخل مراكز الرعاية الصحية، حيث إن سرعة الاستجابة للبلاغات تلعب دورًا حاسمًا في منع تفاقم المشكلات وتقليل احتمالية تحولها إلى حوادث فعلية تؤثر على سلامة المرضى. لذلك فإن تحسين هذا الجانب يتطلب العمل على تقليل الزمن المستغرق بين تسجيل البلاغ وإغلاقه، من خلال تطوير الإجراءات الداخلية وتبسيط خطوات المعالجة وتحديد مسؤوليات واضحة لكل مرحلة من مراحل التعامل مع البلاغ. كما أن وجود نظام متابعة إلكتروني فعال يمكن أن يساهم في رفع كفاءة الأداء من خلال توفير شفافية أعلى في تتبع حالة المخاطر، مما يساعد الإدارة على اتخاذ قرارات أسرع وأكثر دقة.

تدريب الموظفين

يُعتبر تدريب الموظفين ورفع مستوى الوعي المهني أحد الركائز الأساسية في تقليل المخاطر وتحسين جودة الرعاية الصحية، حيث إن العنصر البشري يمثل الخط الأول في اكتشاف المخاطر والتعامل معها. لذلك فإن تطوير برامج تدريبية متخصصة في سلامة المرضى وإدارة المخاطر يعد أمرًا ضروريًا لضمان رفع كفاءة العاملين وتعزيز قدرتهم على اتخاذ القرارات الصحيحة في الوقت المناسب. كما أن التركيز على التدريب العملي وليس النظري فقط يساهم في تحويل المعرفة إلى سلوك تطبيقي داخل بيئة العمل، مما يقلل من احتمالية حدوث الأخطاء ويحسن من سرعة الاستجابة للمواقف الطارئة. بالإضافة إلى ذلك، فإن تعزيز ثقافة التعلم المستمر داخل المؤسسات الصحية يساهم في خلق بيئة عمل أكثر وعيًا واستعدادًا للتعامل مع المخاطر بشكل فعال.

تعزيز الإشراف الإداري

يمثل الإشراف الإداري عنصرًا محوريًا في نجاح منظومة إدارة المخاطر، حيث إن المتابعة المستمرة والدقيقة للأداء تضمن الكشف المبكر عن نقاط الضعف ومعالجتها قبل تفاقمها. لذلك فإن تعزيز هذا الجانب يتطلب تطبيق نظام متابعة يومي للمخاطر المفتوحة، إلى جانب إعداد تقارير أداء أسبوعية تساعد الإدارة العليا على تقييم الوضع بشكل مستمر واتخاذ القرارات المناسبة في الوقت المناسب. كما أن وجود إشراف إداري فعال يضمن تحقيق الانضباط في تنفيذ الإجراءات، ويعزز من مستوى الالتزام المؤسسي، مما ينعكس بشكل مباشر على تحسين جودة الخدمات الصحية وتقليل معدلات الحوادث والمخاطر.

تطبيق نظام رقابي موحد

يُعد توحيد إجراءات إدارة المخاطر بين جميع المراكز الصحية خطوة استراتيجية مهمة نحو تحقيق العدالة في الأداء ورفع مستوى الجودة بشكل شامل، حيث إن اختلاف الإجراءات بين المراكز يؤدي إلى تفاوت في النتائج ويضعف من فعالية النظام ككل. لذلك فإن تطبيق نظام رقابي موحد يساعد في توحيد معايير الإبلاغ والمتابعة والإغلاق، مما يسهل عملية القياس والمقارنة بين المراكز، ويعزز من قدرة الإدارة المركزية على التحكم في الأداء العام. كما أن هذا التوحيد يساهم في تقليل الأخطاء الناتجة عن اختلاف الإجراءات، ويضمن تحقيق مستوى ثابت من الجودة وسلامة المرضى عبر جميع المراكز.

خامسًا: تقييم قدرة الإدارة على التعامل مع المخاطر

توضح نتائج الدراسة أن كفاءة الإدارة المشرفة تمثل العامل الأكثر تأثيرًا وحسمًا في تحديد مستوى فعالية إدارة المخاطر داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية، حيث يتبين أن المراكز التي تتمتع بإدارة قوية ومنظمة مثل المركز D والمركز B قادرة على تحقيق مستويات منخفضة من المخاطر وتحقيق

أداء مرتفع في مؤشرات الجودة وسلامة المرضى، حتى في ظل وجود ضغوط تشغيلية أو تحديات ميدانية. في المقابل، تعاني المراكز التي تفتقر إلى كفاءة إدارية واضحة مثل المركز C والمركز F من تراكم المخاطر وارتفاع معدلات الحوادث وانخفاض مستويات الجاهزية، مما يعكس وجود علاقة مباشرة بين ضعف الإدارة وارتفاع مستوى الخطورة داخل بيئة العمل.

كما تشير النتائج إلى أن عناصر مثل الخبرة الإدارية، وسرعة اتخاذ القرار، وفعالية نظم المتابعة، تمثل عوامل حاسمة في نجاح منظومة إدارة المخاطر، حيث إن هذه العناصر لا تقتصر على الجانب النظري أو التنظيمي فقط، بل تمتد لتشمل القدرة الفعلية على تنفيذ الإجراءات وتحويل الخطط إلى ممارسات عملية قابلة للقياس داخل بيئة العمل. ومن هنا يتضح أن الإدارة الفعالة لا تعتمد فقط على وجود سياسات وإجراءات مكتوبة، بل تعتمد بشكل أساسي على القدرة على التطبيق الفعلي والمتابعة المستمرة والتقييم الدوري للأداء، وهو ما يميز المراكز ذات الأداء المرتفع عن غيرها.

وبناءً على ذلك، فإن تحسين إدارة المخاطر في مراكز الرعاية الصحية لا يمكن تحقيقه من خلال التركيز على عنصر واحد فقط، بل يتطلب بناء منظومة متكاملة تجمع بين القيادة الفعالة، والتدريب المستمر، ونظم المتابعة الدقيقة، وتوحيد الإجراءات، بما يضمن رفع مستوى الجودة وتحسين سلامة المرضى بشكل مستدام وشامل.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

تُظهر نتائج الدراسة، التي اعتمدت على بيانات محاكاة واقعية لمراكز الرعاية الصحية الأولية، أن هناك تباينًا واضحًا ومهمًا في مستوى أداء المراكز الستة محل الدراسة فيما يتعلق بإدارة المخاطر وجودة الرعاية وسلامة المرضى، وهو تباين لا يمكن تفسيره على أنه اختلاف بسيط أو عشوائي، بل يعكس اختلافًا جوهريًا في كفاءة الإدارة المشرفة ونضج أنظمة إدارة المخاطر داخل كل مركز. فقد اتضح من التحليل الإحصائي الوصفي أن هناك فروقًا كبيرة في عدد الحوادث، ونسبة إغلاق المخاطر، وعدد المخاطر المفتوحة، ومستوى وعي الموظفين، وجاهزية سباهي، مما يشير إلى عدم تجانس واضح في تطبيق معايير الجودة والاعتماد بين المراكز.

كما أظهرت نتائج المقارنة أن المركز D يُعد الأفضل أداءً بشكل عام، حيث حقق أعلى نسبة إغلاق وأعلى جاهزية وأعلى مستوى وعي، إلى جانب انخفاض نسبي في عدد الحوادث، وهو ما يعكس وجود نظام إداري فعال ومتكامل يعتمد على المتابعة المستمرة والتطبيق الصارم لإجراءات إدارة المخاطر. في المقابل، ظهر المركز C كأضعف المراكز أداءً، حيث سجل أعلى عدد من الحوادث وأعلى عدد من المخاطر المفتوحة مع انخفاض واضح في جاهزية سباهي، مما يعكس وجود خلل هيكلي في نظام إدارة المخاطر يحتاج إلى تدخل عاجل.

وأوضحت نتائج تحليل الارتباط وجود علاقات قوية بين المتغيرات الرئيسية، حيث تبين وجود علاقة إيجابية قوية بين وعي الموظفين ونسبة إغلاق المخاطر، مما يدل على أن رفع مستوى الوعي يسهم بشكل مباشر في تحسين الأداء التشغيلي. كما أظهرت النتائج علاقة سلبية بين الوعي والمخاطر المفتوحة، مما يشير إلى أن زيادة الوعي تقلل من تراكم المخاطر غير المعالجة. بالإضافة إلى ذلك،

تبين وجود علاقة إيجابية قوية جدًا بين نسبة الإغلاق وجاهزية سباهي، مما يعكس أن تحسين إدارة المخاطر يعد عنصرًا أساسيًا في رفع مستوى الاعتماد والجودة.

كما أظهرت نتائج مصفوفة المخاطر أن المراكز تتوزع بين مستويات مختلفة من الخطورة، حيث يقع المركز C ضمن الخطر العالي جدًا، بينما تقع المراكز A و F ضمن الخطر العالي، في حين تتمتع المراكز B و E بمستوى خطر متوسط إلى منخفض، ويُعد المركز D الأقل خطورة على الإطلاق. وهذا التوزيع يؤكد أن فعالية إدارة المخاطر تختلف بشكل كبير بين المراكز، وأن هناك حاجة ماسة إلى توحيد الممارسات وتحسين الأداء في المراكز ذات الخطورة المرتفعة.

وبشكل عام، تؤكد النتائج أن إدارة المخاطر في مراكز الرعاية الصحية الأولية ليست مجرد إجراءات نظرية، بل هي منظومة متكاملة تعتمد على التفاعل بين الوعي البشري، والكفاءة الإدارية، ونظم المتابعة، وجودة تطبيق السياسات، وأن أي خلل في أحد هذه العناصر يؤدي إلى تدهور شامل في الأداء وزيادة مستوى المخاطر.

توصيات الدراسة:

بناءً على النتائج السابقة، توصي الدراسة بمجموعة من التوصيات العملية التي تهدف إلى تحسين فعالية إدارة المخاطر في مراكز الرعاية الصحية الأولية ورفع مستوى الجودة وسلامة المرضى بشكل شامل ومستدام.

أولاً، ضرورة التركيز على تطوير أنظمة إدارة المخاطر داخل المراكز ذات الأداء الضعيف، وخاصة المركز C، من خلال إجراء مراجعة شاملة للإجراءات التشغيلية، وتحليل أسباب ارتفاع عدد الحوادث والمخاطر المفتوحة، ووضع خطط تصحيحية عاجلة تشمل إعادة هيكلة نظام الإبلاغ والمتابعة، وتحديد مسؤوليات واضحة لكل مرحلة من مراحل التعامل مع المخاطر، مع تطبيق آليات رقابية صارمة لضمان عدم تكرار الأخطاء. كما يجب أن يتم التعامل مع هذه المراكز باعتبارها حالات ذات أولوية قصوى تحتاج إلى تدخل إداري مباشر ومستمر.

ثانياً، تعزيز برامج التدريب والتوعية المستمرة للموظفين في جميع المراكز دون استثناء، مع التركيز بشكل خاص على المراكز التي سجلت مستويات منخفضة في الوعي، مثل C و F. ويجب أن تكون هذه البرامج تدريبية عملية وليست نظرية فقط، بحيث تركز على كيفية التعرف على المخاطر، والإبلاغ عنها، والتعامل معها في الوقت المناسب، بما يضمن تحويل الوعي إلى سلوك عملي داخل بيئة العمل، مما يساهم في تقليل الحوادث وتحسين جودة الأداء.

ثالثاً، تطوير وتحسين سرعة وكفاءة إغلاق المخاطر، من خلال تقليل الزمن المستغرق بين تسجيل البلاغ وإغلاقه، وتبني أنظمة إلكترونية متقدمة لإدارة المخاطر تتيح متابعة فورية لحالة كل بلاغ، مع إنشاء مؤشرات أداء واضحة (KPIs) لقياس سرعة الاستجابة وكفاءة الإغلاق في كل مركز، وربط هذه المؤشرات بتقييم أداء الإدارة والموظفين.

رابعًا، تعزيز دور الإدارة المشرفة على إدارة المخاطر، من خلال رفع كفاءتها في اتخاذ القرار، وتكثيف عمليات المتابعة اليومية والأسبوعية، وإعداد تقارير دورية دقيقة عن أداء كل مركز، مع ضرورة وجود إشراف مركزي موحد يضمن توحيد معايير التطبيق بين جميع المراكز، ويقلل من الفجوات في الأداء بين المراكز المختلفة.

خامسًا، توحيد سياسات وإجراءات إدارة المخاطر على مستوى جميع المراكز الصحية، بما يضمن تطبيق نفس المعايير ونفس آليات العمل في جميع المواقع، مما يساعد على تقليل التباين في الأداء، ويعزز من قدرة النظام الصحي ككل على تحقيق مستويات أعلى من الجودة وسلامة المرضى، ويجعل عملية القياس والمقارنة أكثر دقة وفعالية.

سادسًا، تعزيز التكامل بين إدارة المخاطر ونظام الجودة والاعتماد (سباهي)، بحيث لا يتم التعامل مع كل نظام بشكل منفصل، بل يتم ربط مؤشرات الأداء الخاصة بالمخاطر مباشرة بمؤشرات الاعتماد والجودة، مما يضمن وجود نظام متكامل يهدف إلى التحسين المستمر وليس فقط الامتثال الشكلي للمعايير.

وأخيرًا، توصي الدراسة بضرورة إجراء دراسات مستقبلية باستخدام بيانات حقيقية بدلاً من البيانات المحاكية، بهدف التحقق من النتائج وتوسيع نطاق التحليل ليشمل مراكز صحية أكثر، مما يساعد على بناء نموذج أكثر دقة وموثوقية يمكن الاعتماد عليه في تطوير سياسات إدارة المخاطر على مستوى النظام الصحي ككل.

قائمة المراجع:

أولاً المراجع العربية:

1. بدير، أيمن اسماعيل، (2023)، إدارة المخاطر الصحية والبيئية والسكانية بمدارس التعليم العام (المعوقات-سبل المواجهة)، مجلة تطوير الأداء الجامعي، 24(1)، 3-15.
2. المطيري، رائد نزال، (2023)، إدارة المخاطر على جودة الرعاية الصحية في أثر ممارسات قطاع الخدمات الصحية بالقصيم دراسة حالة مستشفى المذنب العام، مجلة رماح للبحوث والدراسات، ع 87.
3. عفيفي، آلاء أحمد عفيفي محمد، (2024)، تأثير تطبيق إدارة المخاطر على مشاريع الرعاية الصحية: دراسة تطبيقية على مستشفيات في جدة، المجلة الدولية للبحوث العلمية، 8(3).
4. الرويلي، موسى حمدان؛ النيف، خالد لافي، (2025)، أثر ممارسات إدارة المخاطر في تحسين تجربة المستفيد من خدمات الإدارة المساعدة للأزمات والكوارث الصحية صحة الجوف المملكة العربية السعودية-دراسة ميدانية، التجارة والتمويل، 45(2)، 324-359.
5. أبو كرش، مصباح شريف. (2005). الاستثمار والتمويل في فلسطين بين آفاق التنمية والتحديات المعاصرة. ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر العلمي الأول، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية بغزة.
6. حماد، طارق عبد العال. (2003). إدارة المخاطر (أفراد، إدارات، شركات، بنوك). القاهرة: الدار الجامعية.
7. آل شبيب، دريد كامل. (2004). مبادئ الإدارة العامة (ط1). عمان: دار المناهج.
8. طليب، محمد شفيق، وعبيدات، محمد إبراهيم. (1997). أساسيات الإدارة المالية في القطاع الخاص (ط1). عمان: دار المستقبل.

9. بطاح، منصور. (2016). تصور مقترح لإدارة الأزمات لدى مديري المدارس الثانوية الحكومية في دولة الكويت (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة آل البيت.
10. شلبي، ماجدة أحمد. (د.ت.). الرقابة المصرفية في ظل التحولات الاقتصادية العالمية ومعايير لجنة بازل. موقع Arab Law Info.
11. القلاف، عيسى. (2022). واقع إدارة الأزمات التعليمية في وزارة التربية بدولة الكويت. مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، العدد (120).
12. اليافعي، منى. (2023). تفعيل دور إدارة المخاطر في تحقيق الأمن الفكري في مدارس المرحلة الثانوية في سلطنة عمان. مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية، 17(7).
13. جبرا، كمال محمود. (2015). التأمين وإدارة الخطر. الأكاديميون للنشر والتوزيع.
14. بابكر، عبد العال إبراهيم. (2006). الأثر الإيجابي لإدارة المخاطر على السلامة المصرفية (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.
15. عبد الرحيم، عباس أحمد العباس. (2006). أثر إدارة المخاطر في حل مشاكل السيولة بالمصارف السودانية (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.
16. شحاد، نبيل. (2005). دليلك إلى إدارة المخاطر المصرفية: موسوعة بازل 2 (الجزء الثاني). بيروت.
17. النعيمي، عدنان، والتميمي، راشد. (2008). التحليل والتخطيط المالي: اتجاهات معاصرة. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

18. خضراوي، نعيمة. (2009). إدارة المخاطر البنكية (رسالة ماجستير غير منشورة).
- كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، الجزائر.
19. زيدان، سليمان. (2013). إدارة الخطر والتأمين. عمان: دار المناهج للنشر والتوزيع.
20. بن محال، شيماء، (2023)، دور إدارة المخاطر في تحسين جودة المستشفيات،
جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم، الجزائر.
21. رقطي، بسمة؛ وكركار، إيمان، (2022)، إدارة المخاطر في المؤسسة الصحية
الجزائرية: دراسة ميدانية في المؤسسة الاستشفائية العمومية الحكيم عقبي – قالمة، جامعة 8
ماي 1945، الجزائر.
22. بدوان، خالد؛ والرقاد، محمد، (2020)، أثر ممارسات إدارة المخاطر في جودة الرعاية
الصحية في مستشفيات وزارة الصحة الأردنية للخدمات العامة، جامعة العلوم الإسلامية
العالمية، الأردن.

ثانياً المراجع الأجنبية:

23. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission.
(2009). Effective Enterprise Risk Management Oversight: The Role of
the Board of Directors.
24. Kaplan, Robert S., & Mikes, Anette. (2012). Managing risks: A new
framework. Harvard Business Review, 90(6), 48–60.
25. Kraus, Sascha, & Lehner, Othmar M. (2012). The nexus of ERM and
value creation: A systemic literature review. ACRN Journal of Finance
and Risk Perspectives, 1(1), 91–163.
26. Thomson, James C. (2007). SOX 404 and ERM: Perfect partners... or
not? Journal of Corporate Accounting & Finance, 18(3), 29–36.

- 27.Khinvasara, T., Ness, S., & Tzenios, N. (2023). Risk management in medical device industry. *J. Eng. Res. Rep*, 25(8), 130-140.
- 28.Almaazmi, F. M. H. R., Zamri, R., & Farid, N. M. (2024). Assessing Relationship Between Enterprise Risk Management and Hospital Performance in UAE. *Tropical Scientific Journal*, 3(2), 70-82.
- 29.Jaber, A. (2020). The impact of risk management practices on the organizational performance: field study at Jordanian insurance companies. An unpublished MBA Thesis Submitted to Business Faculty University of Middle East, Jordan.
- 30.Fusari, M. E. K., Meirelles, B. H. S., Lanzoni, G. M. D. M., & Costa, V. T. (2021). Best leadership practices of nurses in hospital risk management: case study. *Revista gaucha de enfermagem*, 42(spe), e20200194.
- 31.Wang, C., Cheng, Z., Yue, X. G., & McAleer, M. (2020). Risk management of COVID-19 by universities in China. *Journal of Risk and Financial Management*, 13(2), 36.

الملاحق

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم فعالية إدارة المخاطر في مراكز الرعاية الصحية الأولية وصحة المجتمع بالاعتماد على بيانات تحليلية محاكية للواقع تمثل ستة مراكز صحية، وذلك من خلال تحليل مؤشرات رئيسية تشمل عدد الحوادث، ونسبة إغلاق المخاطر، وعدد المخاطر المفتوحة، ومستوى وعي العاملين، وجاهزية المراكز للاعتماد والامتثال للمعايير، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت مجموعة من الأساليب الإحصائية ومنهجيات تقييم المخاطر، شملت الإحصاء الوصفي، وتحليل الارتباط، والمقارنة بين المراكز، وتقييم المخاطر باستخدام مصفوفة الخطر (Risk Matrix) بهدف تحديد مستوى فعالية إدارة المخاطر، وتحليل العوامل المؤثرة فيها، ولا سيما كفاءة الإدارة المشرفة وخبرتها، وصولاً إلى تقديم توصيات عملية تسهم في تحسين إدارة المخاطر، وتعزيز جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى، ودعم جاهزية المراكز الصحية للاعتماد والامتثال للمعايير.

:Abstract

This study aims to evaluate the effectiveness of risk management in Primary Health Care and Community Health Centers based on simulated real-world analytical data representing six health centers. The evaluation is conducted by analyzing key indicators, including the number of incidents, risk closure rate, number of open risks, employees' awareness level, and the centers' readiness for accreditation and compliance with relevant standards. The study adopts a descriptive-analytical approach and employs a range of statistical techniques and risk assessment methodologies, including descriptive statistics, correlation analysis, comparative performance analysis among the six health centers, and risk evaluation using the Risk Matrix. The study seeks to determine the effectiveness of risk management practices, examine the factors influencing their performance—particularly the competence and experience of the supervising management—and provide practical recommendations to enhance the effectiveness of risk management systems, improve the quality of healthcare services and patient safety, and strengthen the readiness of health centers for accreditation and compliance with established standards.

Midocean University

College of Management

Department of Master's in Health Administration

Title in English

Evaluating the Effectiveness of Risk Management in Primary Healthcare Centers and Community Health Using Reality-Simulated Analytical Data

Prepared by:

Batool Mustafa Al Shaiban

Academic number:

253000477

Supervised by:

Supervised by: Dr. Alfaisal Abdelhameed Mohamed

Dr. Fayez Ali Jrad

Year:2026

