

أثر ممارسات إدارة المخاطر على جودة الرعاية الصحية في مستشفيات وزارة الصحة

بالسعودية وفقاً لرؤية المملكة 2030

**The impact of risk management practices on the quality of health
care in the hospitals of the Ministry of Health in Saudi
Arabia in accordance with the
Kingdom's Vision 2030**

إعداد

ساره الحيزان 222001621

ايلاف السويد 222000819

إشراف

د. وليد صديق

د. الفيصّل حسن

2023/1445

فهرس المحتويات

م	الموضوع	رقم الصفحة
1	الغلاف	1
2	فهرس المحتويات	2
3	فهرس الجداول	3
4	فهرس الاشكال	4
5	المستخلص العربي	5
6	المستخلص الاجني	6
7	مقدمة الدراسة	7
8	إشكالية الدراسة	9
9	نموذج الدراسة	12
10	أهمية الدراسة	13
11	تساؤلات الدراسة	14
12	أهداف الدراسة	14
13	الدراسات المرجعية	14
14	فرضيات الدراسة	17
15	مصطلحات الدراسة	18
16	حدود ومحددات الدراسة	18
17	إجراءات الدراسة	19
18	منهج الدراسة	19
19	مجتمع وعينة الدراسة	19
20	طرق جمع البيانات	21
21	أداة الدراسة	22
22	الأساليب الإحصائية المستخدمة	25
23	عرض ومناقشة النتائج	25
24	الاستنتاجات	38
25	التوصيات	39
26	قائمة المراجع العربية	40
27	قائمة المراجع الأجنبية	40
28	الشبكة العلمية للمعلومات	41
29	قائمة المرفقات	42

فهرس الجداول

م	الموضوع	رقم الصفحة
1	توصيف عينة الدراسة الأساسية وفق متغير النوع	19
2	توصيف عينة الدراسة الأساسية وفق متغير سنوات الخبرة	20
3	توصيف عينة الدراسة الأساسية وفق متغير الفئة العمرية	20
4	توصيف عينة الدراسة الأساسية وفق متغير المؤهل العلمي	21
5	توصيف عينة الدراسة الأساسية وفق متغير المستوى الوظيفي	21
6	صدق الاتساق الداخلي لاستبيان	23
7	معاملات الارتباط بين المحاور والدرجة الكلية لاستبيان	24
8	ثبات الاستبيان	24
9	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب والأهمية النسبية لفقرات التعامل مع المخاطر	26
10	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب والأهمية النسبية لفقرات تقدير المخاطر	26
11	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب والأهمية النسبية لفقرات معالجة المخاطر	27
12	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب والأهمية النسبية لأبعاد ممارسات إدارة المخاطر	28
13	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب والأهمية النسبية لفقرات الأمان	28
14	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب والأهمية النسبية لفقرات الفاعلية	29
15	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب والأهمية النسبية لفقرات الكفاءة	30
16	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب والأهمية النسبية لفقرات دقة الوقت	31
17	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب والأهمية النسبية لفقرات المريض	32
18	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب والأهمية النسبية لفقرات العدالة	33
19	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب والأهمية النسبية لأبعاد جودة الرعاية الصحية	33
20	نتائج اختبار أثر بعد التعامل مع المخاطر في جودة الرعاية الصحية	35
21	نتائج اختبار أثر بعد تقدير المخاطر في جودة الرعاية الصحية	36
22	نتائج اختبار أثر بعد معالجة المخاطر في جودة الرعاية الصحية	37
23	نتائج اختبار أثر ممارسات إدارة المخاطر في جودة الرعاية الصحية	37

فهرس الاشكال

م	الموضوع	رقم الصفحة
1	نموذج الدراسة.	12

المستخلص:

تهدف الدراسة التعرف على أثر ممارسات إدارة المخاطر على جودة الرعاية الصحية في مستشفيات وزارة الصحة بالسعودية وفقاً لرؤية المملكة 2030، وقد استخدم المنهج السمي والارتباط وأدوات كمية وإحصائية تمثل بنسب مئوية عن طريق الاستبانة، ويتمثل مجتمع الدراسة المستهدف في العاملين من المستويات الإدارية الثلاثة بهذه الدراسة: مستوى الإدارة العليا، والوسطى، والدنيا ببعض مستشفيات وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية وقد تم اختيار عينة الدراسة بالطريقة العشوائية وقد بلغت (214) من العاملين بمستشفيات وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية، وفيما يلي وصف شامل للعينة، وظهرت النتائج أن ممارسات إدارة المخاطر في حقيقة أمرها تهدف إلى الاختيار العلمي المنظم للحد من آثار تهديد معين على جودة الرعاية الصحية في مستشفيات وزارة الصحة، وإن إدارة المخاطر عملية لا يمكن أن ننفي وجودها فعلاً في ممارسات المديرين في مستشفيات وزارة الصحة، إن ممارسات إدارة المخاطر في مستشفيات وزارة الصحة لتطبق فعلاً بالشكل المثالي فإنها تحتاج إلى فريق متخصص ومدرب جيداً في كل مستشفى، ورغد هذا الفريق بكافة ما يحتاجه لتنفيذ عمله بالشكل الصحيح، فهناك مخاطر من النوع غير الملموس، واحتمالية حدوث أثرها عالية جداً، كمخاطر نقص المعرفة التي يعاني منها كثير من مزودي الخدمة، أو حتى نقص التعاون بين مزودي الخدمة فيما بينهم، وأوصت الباحثين بضرورة تعزيز اهتمام وزارة الصحة السعودية بموضوع إدارة المخاطر من الناحية الأكاديمية لإدراجها ضمن المناهج الأكاديمية في الكليات والمعاهد التابعة لها، لتحقيق الوعي الأكاديمي بهذا النوع من الأدب الحديث، تكثيف وزارة الصحة للدورات العلمية والتطبيقية حول استخدام ممارسات إدارة المخاطر المثالية بين كوادرها في مختلف المنشآت التابعة لها من خلال مديرية التدريب والتعليم المستمر، والاهتمام بالتفاصيل. مع ضرورة أن لا تقتصر العملية على الأطباء والممرضين بل تشمل كافة الإداريين والعاملين عموماً في وزارة الصحة بالإضافة إلى وجود رقابة على آلية توزيع الدورات في هذا الأدب الحديث، قيام وزارة الصحة بإنشاء مديرية متخصصة بإدارة المخاطر في وزارة الصحة، تفعيل دور إدارة المخاطر في كافة طلبات الاحتياجات التي تقدمها إدارة المستشفيات، سواء الاحتياجات البشرية أو المادية أو المالية.

Abstract:

The study aims to identify the impact of risk management practices on the quality of health care in the hospitals of the Ministry of Health in Saudi Arabia in accordance with the Kingdom's Vision 2030. The causal approach, correlation, quantitative and statistical tools represented in percentages through a questionnaire were used, and the target study population is represented by workers from the three administrative levels in this study. The level of senior, middle, and lower management in some Ministry of Health hospitals in the Kingdom of Saudi Arabia. The study sample was chosen randomly and amounted to (214) employees in the Ministry of Health hospitals in the Kingdom of Saudi Arabia. The following is a comprehensive description of the sample. The results showed that risk management practices are in fact Its purpose aims at systematic scientific selection to reduce the effects of a specific threat on the quality of health care in the Ministry of Health's hospitals. Risk management is a process whose existence cannot be denied in the practices of managers in the Ministry of Health's hospitals. Risk management practices in the Ministry of Health's hospitals are actually applied in an ideal manner. It requires a specialized and well-trained team in each hospital, and providing this team with everything it needs to carry out its work properly, as there are risks of the intangible kind, and the probability of their impact occurring is very high, such as the risks of lack of knowledge that many service providers suffer from, or even lack of cooperation. Among service providers among themselves, the two researchers recommended that the Saudi Ministry of Health should strengthen its interest in the subject of risk management from an academic standpoint and include it within the academic curricula in its affiliated colleges and institutes, to achieve academic awareness of this type of modern literature. The Ministry of Health should intensify scientific and applied courses on the use of risk management practices. Idealism among its cadres in its various facilities through the Directorate of Training and Continuing Education, and attention to detail. With the need for the process not to be limited to doctors and nurses, but rather to include all administrators and workers in general in the Ministry of Health, in addition to having oversight over the mechanism for distributing courses in this modern literature, the Ministry of Health establishing a specialized directorate for risk management in the Ministry of Health, activating the role of risk management in all requests. The needs provided by hospital management, whether human, material or financial needs.

1-1 مقدمة الدراسة:

تمثل الرعاية الصحية أولوية قصوى للحكومة في المملكة العربية السعودية، حيث تعمل الحكومة على اصلاح النظام الصحي وتتبع جودة الرعاية الصحية حيث تعد واحدة من اهم مجالات التركيز الرئيسية في رؤية المملكة لعام 2030 والبرنامج الوطني للتحويل، ولما كانت الصحة مقياساً للتقدم، ورفي الأمم والشعوب، فإن ذلك يستلزم تطوير النظام الصحي في المملكة حيث اخذت الخدمات الصحية بوزارة الصحة تنمو وتتطور بشكل ملحوظ بما يتلاءم مع ما طرأ على المجتمع من تغيرات في السنوات الأخيرة.

إن تطور مفهوم جودة الرعاية الصحية ليصبح: "تقديم خدمات صحية أكثر أماناً، وأسهل منالاً، وأكثر إقناعاً لمقدميها، وأكثر إرضاء للمستفيدين منها بحيث تتولد في المجتمع نظرة إيجابية إلى الرعاية الصحية المقدمة". (سيف، 2013، ص159).

وجودة الرعاية الصحية هي مستوى القيمة (الاهتمام) الذي يقدمه أي مصدر من مصادر الرعاية الصحية تبعاً لما تحدده بعض الإجراءات، كما حال الجودة في أي مجال آخر، فإنها عبارة عن تقييم ما إذا كان شيء ما جيداً بشكل كاف وإذا كان ملائماً للغرض منه. إن الهدف من الرعاية الصحية هو تقديم الموارد الطبية عالية الجودة إلى جميع من يحتاجها؛ وذلك من أجل ضمان جودة جيدة للحياة، ومعالجة الأمراض حيثما أمكن، وإمداد متوسط العمر المتوقع وما إلى ذلك، يستخدم الباحثون العديد من مقاييس الجودة بهدف محاولة تحديد جودة الرعاية الصحية، والتي تشمل تخفيف الأمراض، وانخفاض عدد عوامل الخطر المتعلقة بالمؤشرات الصحية والمتعلقة بجودة الرعاية الصحية. (الأحمدي 2017)

ومن هنا حدد المعهد الطب الأمريكي (IOM) Institute of Medicine مجموعة من المعايير المناسبة لتقييم جودة الرعاية الصحية، ليتسنى لهم العمل على تحسينها، والتي تتمثل "الأمان، والفاعلية، والكفاءة، ودقة الوقت، المريض، والعدالة". (IOM 2001)

وبالرغم من التحسن الملحوظ في جودة الخدمات الصحية التي تقدمها وزارة الصحة السعودية، وزيادة حجم الاعتمادات المالية لوزارة الصحة التي يصل الي (7%) من ميزانية المملكة، إلا أنها تتأثر بالعديد من المعوقات وذلك لعدم الدراية الكافية لأهمية ممارسة إدارة المخاطر بمستشفيات الصحة، وتعتبر ممارسة إدارة المخاطر اليوم عاملاً مهماً حيث أن بيئة الأعمال اليوم تتسم بالديناميكية والتغير السريع فإن الكثير من المفاجآت والمخاطر أثناء عملية التطوير غير المأخوذة بالحسبان تبرز فجأة مما يؤدي إلى إرباك المشروع وعرقلة تنفيذه أو ربما انهياره بالكامل، كما تعتبر إدارة المخاطر هي عملية لتقييم وتحديد أولويات المخاطر وأنواعها المختلفة أثناء مراحل الإنشاء المختلفة ويتم تحديد تلك المخاطر، ووضع خطة لتقليل أو القضاء على الآثار السلبية لها، وهذا يتوقف على نوعية تلك المخاطر. (وزارة الصحة 1445هـ)

يهدف النظام الصحي في المملكة العربية السعودية إلى ضمان توفير الرعاية الصحية الشاملة المتكاملة لجميع السكان بطريقة عادلة وميسرة، وتعمل الدولة ممثلةً بوزارة الصحة على توفير شبكة متكاملة من خدمات الرعاية الصحية تغطي جميع مناطق المملكة، وتقوم الوزارة بالتعاون مع مجالس المناطق بتحديد الاحتياجات ومواقع ومُستويات تقديم هذه الرعاية وفقًا للوضع الجغرافي والسكاني وأنماط الأمراض السائدة في المنطقة، وتقدم الرعاية الصحية في المرافق الطبية الحكومية للمواطنين بشكل مجاني وحسب الخطة الاستراتيجية المواكبه لاحتياجات القطاع الصحي. (<https://www.globalhealthisaudi.com>)

وإيمانًا من حكومة المملكة بحق تمكين المريض وإشراكه في القرارات التي تدعم وتحسن من الخدمات المقدمة، التزمت وزارة الصحة بإيضاح حقوق المريض ومسؤولياته تجاه المنشأة الصحية في وثيقة الحقوق بالتعاون مع الجهات ذات الاختصاص في مجال تقديم خدمات الرعاية الصحية، مع الأخذ بالاعتبار الحقوق والواجبات الإنسانية والاجتماعية والوطنية التي كفلها النظام للأفراد للارتقاء بمستوى الخدمة المقدمة وزيادة ثقة المرضى بالمنشآت الصحية وتوطيد أواصر العمل الصحي والإنساني المشترك بين مقدمي الخدمة ومتلقيها على جميع الأصعدة. (الأحمدي 2017، ص 143)

وتقدّم خدمات الرعاية الصحية لأكثر من 31 مليون نسمة من المواطنين والمقيمين، بالإضافة إلى ملايين الزوار خلال فترات الحج والعمرة، عبر منظومة المرافق الصحية التي تتضمن المدن الطبية والمستشفيات التخصصية والجامعية والعسكرية ومراكز الرعاية الأولية. ولمعرفة المواقع والمعلومات المتعلقة بجميع مرافق الرعاية الصحية داخل المملكة، بما في ذلك المستشفيات والمختبرات والصيديات ومراكز الهلال الأحمر، وتعتبر إدارة المخاطر من أهم المشاكل الحيوية التي تؤثر على جودة الخدمات تأثيراً فعالاً، لذا يجب أن نتعرف عليها بشكل علمي لأن ازدياد الخطر داخل أي منظمة يتحول إلى مشكلة ويمكن تقنين تلك المخاطر عن طريق دراسة أنواع هذه المخاطر وتحديدّها بشكل أكثر دقة.

(<https://www.moh.gov.sa/Ministry/About/Strategy>)

وممارسة إدارة المخاطر أداة أو وسيلة يمكن ممارستها لتفادي الخسائر قدر الإمكان، وذلك لإمكانية استمرار العمل، وتكمن أهمية إدارة المخاطر في أن بعض المخاطر من المحتمل أن تحدث أثناء مراحل التطوير والبناء المختلفة، كما أنها تتضمن الوقاية من حدوث المشاكل المحتملة وتصحيح المشاكل الفعلية في حال حدوثها والحد منها ووضع خطة عمل لتفادي أو تقليل تأثير تلك المخاطر. (Enshassi et al 2008, pp 251)

وتهدف إدارة المخاطر إلى الارتقاء بمستوى المؤسسات والمنظمات بشكل عام وجودة الرعاية الصحية في مستشفيات وزارة الصحة بشكل خاص، والتي تعد من الأهداف الاستراتيجية الموضوعه من قبل وزارة الصحة والتي تلي متطلبات رؤية المملكة 2030 (عبادي ، 2018 ، ص 146).

ويحظى تطبيق مفهوم إدارة المخاطر باهتمام متزايد من قبل العديد من القطاعات سواء كانت حكومية أو غير حكومية، وتعتبر إدارة المخاطر مسئولية جميع وحدات القطاع الحكومي بما يكفل الاستخدام الكفء والفعال للموارد الاقتصادية المحدودة المتاحة، وإدارة المخاطر هي عملية يقوم من خلالها القائمين على إدارة المؤسسة بوضع السياسات والإجراءات اللازمة لتحديد المخاطر المحيطة بكافة أنشطتها، ومن ثم قياسها وتقييم أثارها المختلفة والتعامل معها والاستجابة لها من خلال الحد منها أو التقليل من أثارها إلى الحد المقبول من قبل الإدارة العليا. (درويش 2013، ص5)

تحتاج المستشفيات إلى وجود خطة ثابتة ومستمرة لممارسة إدارة المخاطر لتحديد هذه المستشفيات للمخاطر وإدارتها وتخفيفها بشكل استراتيجي، يجب أن تكون قيادة المستشفى وجميع رؤساء الأقسام على دراية بالتطوير والتقييم المستمر للخطة ومشاركتهم فيها، توضح خطط إدارة مخاطر الرعاية الصحية الغرض من بروتوكول إدارة المخاطر في المؤسسة ونطاقه وأهدافه، كما أنها تحدد الأدوار والمسؤوليات المنوطة بمدير المخاطر والموظفين الآخرين المعنيين بتخفيف المخاطر. (البكري 2015، ص 133)

ومن خلال ما سبق تعد جودة الرعاية الصحية بمستشفيات وزارة الصحة بالمملكة إحدى الأهداف الاستراتيجية التي تسعى لها الوزارة وفقاً لرؤية المملكة 2030، كما أن ممارسة إدارة المخاطر تعتبر من الأمور المهمة والتي من شأنها التأثير على تحقيق الأهداف الاستراتيجية والتي تحتاج إلى تحليلات مدروسة لتحديد أي مخاطر متوقعة قد يواجهها النظام وبالتالي يمكن تلخيص إدارة المخاطر في أنها العملية التي يمكن لمقدم الخدمة الصحية التصدي بشكل استباقي لأي أخطار محتمله تواجه النظام الصحي وهذه الخطوة تعتبر أساس بناء نظام صحي متكامل، وإن من ضمن أهداف إدارة المخاطر: حماية المرضى، والعاملين والمتبردين على المنشأة الصحية من المخاطر سواء الحالية أو المحتملة، والحفاظ على الأصول المادية للمنشأة، وتغطي إدارة المخاطر كافة أجزاء المنشأة الصحية، فإدارة المخاطر أولاً وأخيراً تهدف إلى تقليل حجم الخسائر، وتلافي المخاطر السريرية بأنواعها، من خلال برنامج علمي عملي تشاركي يسعى لتحديد وتعريف هوية المخاطر الداخلية والخارجية للمستشفيات، ثم العمل على تحليلها وقياس درجة شدتها لجعلها جوهر عملية اتخاذ القرار بما يضمن تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة.

2-1 إشكالية الدراسة:

تواجه مختلف المؤسسات والمجتمعات مخاطر عديدة عند ممارستها لأعمالها، ففي الوقت الذي تزداد فيه إهتمامات البشرية وإمكاناتها بفعل التطور والتقدم في مختلف ميادين الحياة تقابلها زيادة المخاطر الناتجة عن سوء استغلال هذا التطور، هذا ما دفع الأفراد والمجتمعات والمؤسسات خاصة إلى تبني والإهتمام بمصطلح إدارة المخاطر لكونه أحد الأعمدة التي ترتكز عليها المؤسسة. (حمزة 2012)

وتعتبر المؤسسات الصحية خاصة كانت أو عامة من المؤسسات الهامة في المجتمع الحديث حيث تتولى تقديم مزيج متنوع من الخدمات الصحية والوقائية والتعليمية والتدريبية والدراسية كما تعتبر أهم وأشمل المؤسسات التي تساهم في رفع مستوى جودة الرعاية الصحية بالسعودية وفقا لرؤية المملكة 2030.

إن إدارة المخاطر في أي مؤسسة تعتبر من المكملات الضرورية وتستعمل للتقليل من الوقوع في الخطر وبلوغ الأهداف، لذلك كان من الضروري في كل خطة يتم اعدادها التعرف على المخاطر وتحديدتها وادارتها بفعالية داخل أي مؤسسة. (Haimes 2004)

فوجود الخطر والتعامل معه ليس بالمعنى الجديد داخل المؤسسة، لكن مفهوم إدارة المخاطر يعتبر كمنهجية لتعزيز السلامة، كأداة أساسية لبلورة الخطط الاستراتيجية وهذا ما دفع المؤسسات الى مراجعة منهجيات إدارة المخاطر والنظر في كيفية تعزيز دورها في التنافسية وزيادة الفعالية في الأداء، لذلك لم تقتصر رؤية إدارة المخاطر على تطبيق إجراءات تقييم وتحديد المخاطر، التي يمكن أن تؤثر في قدرتها على تقديم خدمات منتظمة الى المؤسسات المستفيدة والأطراف ذات العلاقة بها وما يتصل بذلك من أساليب وإجراءات لتحديد المخاطر الرئيسية لأنشطة المؤسسات وعملياتها وتطبيق معايير ملائمة لرصد ومعالجة تلك المخاطر. (Abd El-Moneim 2005)

تختلف آليات الرقابة والمتابعة فيما يخص عملية إدارة المخاطر من مؤسسة إلى أخرى حسب حجمها وطبيعة عملها وهيكله المخاطر التي تواجهها واتباع كافة الإجراءات التي تضمن ذلك، وتحافظ على سلامة كل من العناصر المادية والبشرية في المؤسسات من أي خسائر محتملة ومحاولة السيطرة عليها، والتقليل من تأثيرها المباشر على سير العمل. (Normand, C.& Thomas, S 2008)

فالمستشفيات والمؤسسات الصحية تعتبر من أهم المؤسسات التي تقدم الخدمة الصحية للفرد والمجتمع سواء كانت خدمات صحية او وقائية او علاجية المقدمة من طرف الفريق الطبي هدفها الحماية والإرتقاء، وتقوم على مهارات متخصصة ومتنوعة، وتضم مجموعة من الأنظمة الفرعية التي تغطي جميع أوجه النشاط الطبي والإداري، وتتكامل معا من أجل تحقيق الأهداف والإرتفاع بمستويات الأداء لأقصى حد ممكن والتنسيق بين المؤسسات والمنظمات الاجتماعية لتحقيق كفاءة العمل. (الخازم، الأحمدى 2010)

إن المحيط الذي تتواجد فيه المستشفيات الصحية السعودية والضغوط والمشاكل والمخاطر التي تواجهها، وخصوصا في ظل التطورات والعلوم والمعارف الطبية والإكتشافات العلمية المتلاحقة من انتشار الامراض ومعالجتها والتي لم

تكن معروفة في السابق، مما ضاعفت الضغوطات وساهمت في إنتشار المنافسة بين المستشفيات الصحية من ناحية الخدمات المقدمة عامة او خاصة. (الأحمدي 2014)

فاليوم تعاني المستشفيات الصحية من عدة مشاكل حالت دون الوصول إلى نتائج، فقد بذلت الحكومة العديد من الجهود لتطوير قطاع الخدمات الصحية وقامت بمجموعة من الإصلاحات من خلال وضع الاستراتيجيات المختلفة، حيث اشارت وزارة الصحة بوجود العديد من المخاطر والتي تسعى لدراسة هذ الأخطار ومصادرها وبالتالي التعامل معها والحد من آثارها بشكل كامل لتحقيق المحاور الاستراتيجية والمرتبطة بخلق نظام صحي آمن خالي من الأخطار المؤثرة وتقديم أفضل الخدمات الصحية في بيئة آمنة للحد من تأثير الأخطار والكوارث التي قد يتعرض لها النظام الصحي من خلال تطبيق أفضل الممارسات في إدارة المخاطر داخل جميع المنظمات والمستشفيات الصحية وفقاً لخطة عمل موحدة..

وبالرغم من الاهتمام المتزايد بجودة الخدمات الصحية بالسعودية وفقاً لرؤية المملكة 2030 إلا انه لازال يواجه العديد من المشاكل والمعوقات والصعوبات التي حالت دون تحقيق الأهداف المرجوة من قبل المستشفيات والوزارة، وكذلك تصاعد الانتقادات الموجهة للمستشفيات الصحية لعجزها في عدم القدرة على مواجهة الطلب المتزايد على خدماتها.

ومن خلال الاطلاع علي خطة وزارة الصحة 1445/1441هـ تم حصر العديد من المشاكل والتحديات التي تواجه تحسين جودة الرعاية الصحية والتي منها " نموذج الرعاية الصحية الحالي يميل أكثر إلى العلاج بدلاً من الوقاية، وبذل جهود كبيرة جداً للتعامل مع الأمراض ومعالجتها بدلاً من تلاقيها عبر تعزيز مبدأ الوقاية منها. وفي نفس السياق، يميل النظام الصحي الحالي إلى إيجاد الحلول المرتبطة بالموارد والموظفين بصورة أكبر من تلك المرتبطة بالمستفيدين، ضعف في التكامل بين الرعاية الأولية والثانوية والتخصصية وفي التوزيع المتوازن لها على مستوى المملكة، بالإضافة إلى وجود حاجة لتطوير خدمات الرعاية الموسعة مثل إعادة التأهيل والرعاية طويلة الأجل والرعاية المنزلية، كما أن هناك حاجة لتعزيز كفاءة إدارة شغل الأسرة الطبية وفق مستوى الرعاية، والبنية التحتية الحالية تحتاج إلى التطوير لدعم الصحة الإلكترونية والرقمية والرعاية الصحية الافتراضية (عن بعد)، وعدم وصول الخدمات المقدمة للمستفيدين إلى المستوى المثالي من حيث النوعية والكمية، وذلك بسبب غياب البروتوكولات والمسارات المنسقة مع العلاج، وكذلك غياب الآلية لاستكمال قياس إجراءات ونتائج الرعاية الصحية، فضلاً عن حاجة القطاع إلى تمكين القوى العاملة به ورفع قدراته عبر البرامج التطويرية المختلفة، وكذلك ضرورة رفع كفاءة عمل النظام، للحد من ازدواجية الحصول على الخدمة للمستفيدين الذين لديهم أهلية مزدوجة، ويحصلون على الرعاية عبر قطاعات الرعاية الصحية المختلفة، بالإضافة إلى خفض معدلات الإصابة بالأمراض والاستجابة الملائمة لمشاكل الأمن الصحي. (خطة وزارة الصحة 1445/1441هـ، ص9)

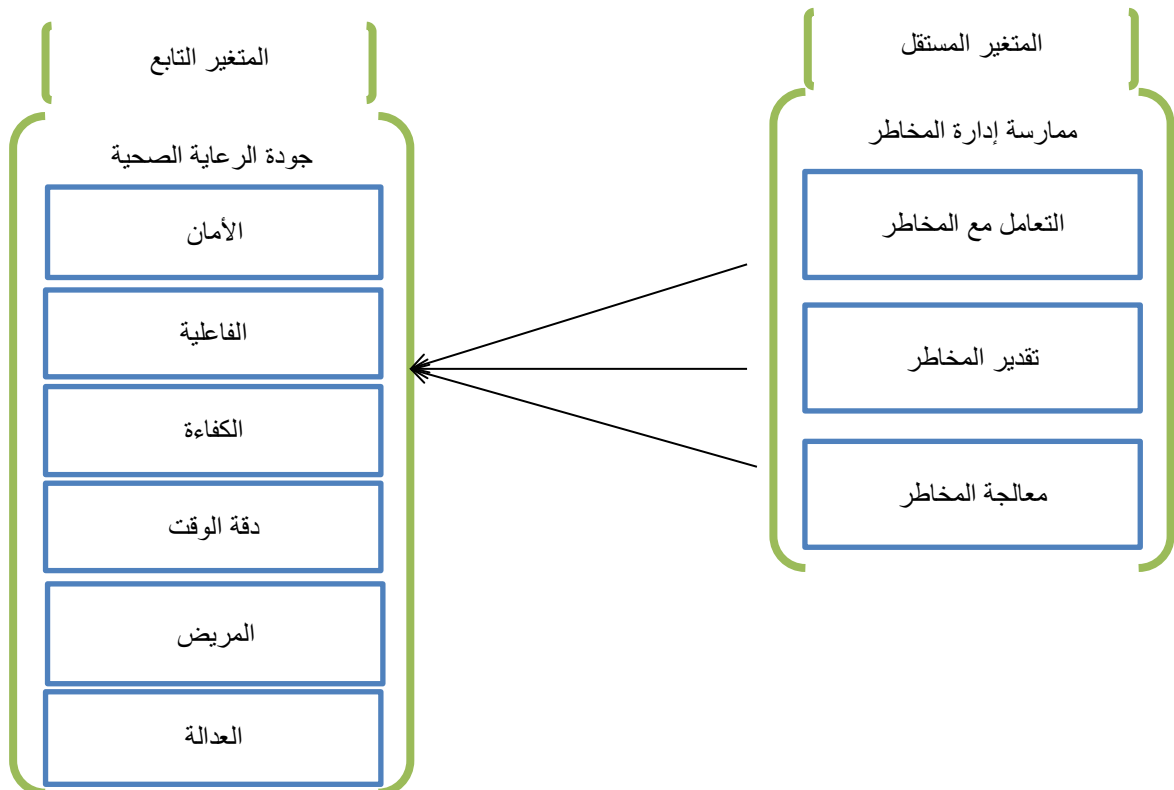
ومما سبق يتضح لنا ان هناك العديد من المخاطر والتي نسعي لدراستها و التعامل معها والحد من آثارها من خلال تحديد المخاطر وتقديرها، وخطوات التعامل معها ومعالجتها، وذلك لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في بيئة آمنة

وفقاً لرؤية المملكة 2030 م ، من خلال الاطلاع على مراجع وبحوث علمية أولت دور إدارة المخاطر أهمية بالغة في تحسين جودة الرعاية الصحية من خلال التخطيط الاستباقي للأخطار المحيطة ببيئة العمل، وقد كان أغلب هذه المراجع والبحوث باللغة الإنجليزية، مما يؤكد أن هذا النوع من الأدب لم يعط حقه في بياناتنا العربية عامة والسعودية خاصة، وقد تسنى لنا إجراء مجموعة من المقابلات مع بعض العاملين في إدارة المخاطر ببعض المؤسسات الحكومية الأخرى وذلك بهدف التعرف علي دور ممارسة إدارة المخاطر في تحسين وتقديم أفضل الخدمات في بيئة آمنة من خلال تطبيق أفضل الممارسات في إدارة المخاطر داخل هذه المؤسسات من خلال استخدام الطرق السليمة للمحافظة على استدامة تقديم الخدمات، وهنا يمكن صياغة مشكلة الدراسة في سؤال رئيسي هو : "أثر ممارسات إدارة المخاطر على جودة الرعاية الصحية في مستشفيات وزارة الصحة بالسعودية وفقاً لرؤية المملكة 2030؟"

3-1 نموذج الدراسة.

من المراجع العلمية والدراسات ذات الصلة، والتي اعتنت بمتغيرات الدراسة، قامنا بتصميم نموذج الدراسة كما هو موضح في الشكل (1-1)

شكل رقم (1) نموذج الدراسة.



المصدر: نموذج من تطوير الباحثان اعتماداً على الدراسات التالية:

- مصادر المتغير المستقل: ISO 31000 (2018).

- مصادر المتغير التابع : IOM (2001).
- رؤية السعودية 2030 في القطاع الصحي

4-1 أهمية الدراسة:

تأتي أهمية هذه الدراسة من كونها تعالج موضوعاً يؤرق المنظمات الصحية عموماً، ووزارة الصحة السعودية خصوصاً، وهو جودة خدمات الرعاية الصحية التي تعتبر خليطاً من حاجة استثمارية، وحاجة استهلاكية والسعي في صناعة خدمة صحية حكومية متطورة من خلال مصطلح جديد في أدبيات الإدارة وهو "إدارة المخاطر"، وبناءً عليه يمكن إجمال أهمية الدراسة في الجوانب التالية:

1-4-1 الأهمية النظرية:

- تسلط الدراسة الضوء على معايير قياس جودة الرعاية الصحية المعتمدة عالمياً من قبل معهد الطب الأمريكي (IOM) ووفقاً لرؤية المملكة 2030م، والمتمثلة بأبعادها الستة الأمان والفاعلية، والكفاءة، ودقة الوقت، والمريض مركز الرعاية والعدالة وأهمية اعتمادها في مستشفيات وزارة الصحة السعودية للخدمات العامة.
- تسلط الدراسة الضوء على ممارسات إدارة المخاطر: إنشاء السياق العام، وتقدير المخاطر، ومعالجتها) وأهمية تطبيقها في مستشفيات وزارة الصحة السعودية للخدمات العامة.
- تسلط الدراسة الضوء على أثر ممارسات إدارة المخاطر في جودة الرعاية الصحية، والتي تعنى بالتنبؤ بالأحداث السلبية قبل وقوعها، ومحاولة وضع حلول استباقية لها، لتحقيق خدمة صحية آمنة ذات كفاءة وفاعلية وبأقل حجم من الهدر في مستشفيات وزارة الصحة السعودية للخدمات العامة.

2-4-1 الأهمية التطبيقية:

- إن أهمية هذه الدراسة العملية التطبيقية جاءت من تسابق الدول نحو تقديم خدمات رعاية صحية مميزة، والذي بدوره خلق تحدياً حقيقياً لتنفيذ ذلك، خاصة بعد أن أصبح العالم قرية صغيرة، وبالتالي فإن تحقيق المملكة لخدمات مميزة في الرعاية الصحية الحكومية يتطلب من القائمين على هذا الشأن في وزارة الصحة السعودية اعتماد أساليب وأدوات تضمن سرعة التأهب المسبق لتجاوز تهديدات المستقبل، ووضع خطط استباقية إدارية لضمان رعاية صحية مأمونة بأقل حجم من الخسائر.
- ستظهر هذه الدراسة مدى أهمية أن يتبنى أصحاب القرار والمدراء في مستوياتهم الثلاثة في وزارة الصحة السعودية عامة عملية جمع المعلومات من البيئة الصحية الداخلية والخارجية وتحليلها رغبة في كشف المستقبل المجهول وما يحمله من أحداث سلبية لتجنبها، أو تجنب آثارها، أو منع تكرارها، لأنها تشكل بمجملها خطراً على صحة وحيات المريض.

- أسهمت هذه الدراسة في تقديم النتائج والتوصيات التي ستدعم وزارة الصحة السعودية وتشجعها على إيلاء جودة الرعاية الصحية مزيداً من الاهتمام من خلال تبنيها لمنظومة قيم ونشر فلسفة عمل تعتنى جداً بإدارة المخاطر وإنجاحها إيماناً بدورها الفاعل في تحقيق الأهداف الوطنية بتقديم خدمة رعاية صحية عالية الجودة.

5-1 تساؤلات الدراسة:

- ما أثر ممارسات إدارة المخاطر على جودة الرعاية الصحية في مستشفيات وزارة الصحة بالسعودية وفقاً لرؤية المملكة 2030؟ ويتفرع من هذه التساؤل التساؤلات التالية:
- ما مستوى ممارسة المديرين في وزارة الصحة لممارسات إدارة المخاطر (خطوات التعامل مع المخاطر، وتقدير المخاطر، ومعالجة المخاطر)؟
- ما مستوى جودة الرعاية الصحية بأبعادها (الأمان، والفاعلية، والكفاءة، ودقة الوقت والمريض مركز الرعاية والعدالة في مستشفيات وزارة الصحة السعودية وفقاً لرؤية المملكة 2030.
- ما أثر ممارسات إدارة المخاطر في جودة الرعاية الصحية في مستشفيات وزارة الصحة السعودية وفقاً لرؤية المملكة 2030؟

6-1 أهداف الدراسة:

- إن الهدف الرئيس لهذه الدراسة هو: التعرف على أثر ممارسات إدارة المخاطر على جودة الرعاية الصحية في مستشفيات وزارة الصحة بالسعودية وفقاً لرؤية المملكة 2030، ويتفرع من هذه الدراسة الأهداف التالية:
- التعرف إلى مستوى ممارسة المديرين في وزارة الصحة لممارسات إدارة المخاطر (خطوات التعامل مع المخاطر، وتقدير المخاطر، ومعالجة المخاطر)، ومدى وضوح رؤيتهم حول هذا المصطلح، وطبيعته، ومدى أهميته.
- التعرف إلى مستوى جودة الرعاية الصحية بأبعادها (الأمان، والفاعلية، والكفاءة، ودقة الوقت والمريض مركز الرعاية والعدالة في مستشفيات وزارة الصحة السعودية وفقاً لرؤية المملكة 2030.
- التعرف على أثر ممارسات إدارة المخاطر في جودة الرعاية الصحية في مستشفيات وزارة الصحة السعودية وفقاً لرؤية المملكة 2030.

7-1 الدراسات المرجعية:

- دراسة أجرتها الباحثة أمينة تير (2018) والتي كانت تحت عنوان "دور إدارة المخاطر في الرفع من جودة مخرجات المؤسسة الصحية وأجريت هذه الدراسة الميدانية في مستشفى الدكتور صالح زرداني أم لبواقي سنة 2017-2018" كما هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية العمومية، وتقييم أدائها حيث تعتبر جودة الخدمات الصحية الهدف الأساسي للمؤسسة كما أن أي نشاط يساهم في الرفع منها أو تحسينها له أهمية بالغة من طرف المؤسسة الأمر الذي ينطبق على إدارة المخاطر التي تعتبر حلقة جوهرية لأهم وظائف

الإدارة في المؤسسة الصحية ومن خلال دراستها لهذا الموضوع الذي تم تقسيمه إلى جانب نظري وجانب تطبيقي، والذي تم تسليط الضوء فيها على الإطار المفاهيمي لإدارة المخاطر ودورها في الإرتقاء والتحسين المستمر من جودة مخرجات المؤسسة الصحية اما الجانب التطبيقي فقد حاولت من خلاله اسقاط الدراسة النظرية على الجانب التطبيقي وذلك من اجل معرفة الفدور الفعال لإدارة المخاطر في رفع مستوى جودة مخرجات المؤسسة الصحية.

- دراسة الباحثة الفة بغو (2013): دور إدارة المخاطر في تحقيق جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية حيث أجريت الدراسة الميدانية في المؤسسة العمومية الاستشفائية على بوساحة، خنشلة، 2012-2013، وهدفت من خلال هذه الدراسة حصر مفهوم كل من إدارة المخاطر والمؤسسة الاستشفائية وإبراز دور إدارة المخاطر في تحقيق جودة الخدمة في المؤسسة الاستشفائية وتحسينها حيث اعتمدت على منهج دراسة الحالة من اخلال استعمال الأدوات الملاحظة، المقابلة، الانترنت وقد طبقت الدراسة على عينة من عمال المؤسسة العمومية الاستشفائية على بوساحة والذين تختلف مهامهم من أطباء، ممرضين، إداريين وآخرين، كما توصلت لمجموعة من النتائج وهي: إرتباط المؤسسات الاستشفائية والخاصة بصحة الأفراد وسلامتهم وكذا حياتهم، تعتبر من المؤسسات المعقدة والمهمة التي تستوجب التعاون - في مواجهة المخاطر وتخصيص إدارة خاصة للتعامل مع هذه المخاطر.

- من الدراسة النظرية لهذا الموضوع توصلت في النهاية إلى جملة من النتائج ، أهمها: ينتج الخطر أساسا من حالة عدم التأكد التي تجعل من متخذ القرار في حالة قلق وخوف نتيجة تلك القرارات المبنية على عدم القدرة على التنبؤ بالمستقبل ودور إدارة المخاطر هو التقليل من عنصر المفاجئة بدلا من رد فعل غير مدروسة، إدارة المخاطر هي عبارة عن منهج علمي للتعامل مع مختلف المخاطر من خلال القدرة على كشفها وتحديد طبيعتها ونوعها، وآليات التعامل معها. تتعرض المؤسسات الصحية إلى جملة من المخاطر، قد تكون هذه المخاطر مرتبطة بجودة الخدمة المقدمة أو متعلقة بالنظام الخاص في المستشفى. وتحسيس العمال بضرورة التحلي بروح المسؤولية الجماعية والعمل على مجابهة الأخطار التي تواجه مؤسستهم بكل ما يملكون من وسائل وموارد.

- دراسة مسك (2011) بعنوان: " واقع إدارة الأزمات في مستشفيات القطاع العام العاملة في الضفة الغربية واستراتيجيات التعامل معها من وجهة نظر العاملين " هدفت الدراسة إلى تسليط الضوء على واقع إدارة الأزمات في مستشفيات القطاع العام العاملة في الضفة الغربية واستراتيجيات التعامل معها من وجهة نظر العاملين وقد أظهرت نتائج هذا الدراسة أنه يوجد نظام لإدارة الأزمات بمراحله المختلفة بدرجة متوسطة في هذه المستشفيات، كذلك بين هذا الدراسة أنه يتم اتباع استراتيجيات في التعامل مع الأزمات بدرجة متوسطة أيضا، الدراسة إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد العينة نحو مدى توفر نظام لإدارة الأزمات واستراتيجيات التعامل معها في مستشفيات القطاع العام ترجع إلى متغير "الجنس، المؤهل العلمي" ، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد العينة نحو مدى توفر نظام لإدارة الأزمات في مستشفيات القطاع العام ترجع إلى "متغير المسمى الوظيفي، العمر، مكان المستشفى، مدة الخدمة" كذلك بين الدراسة وجود معوقات تحد من وجود نظام لإدارة

الأزمات في هذه المستشفيات بدرجة متوسطة، وتتوفر العناصر الرئيسية لنظام إدارة الأزمات بدرجة متوسطة أيضاً. وقد أوصت الباحثة بضرورة إنشاء وحدات خاصة لإدارة الأزمات في وزارة الصحة وفي المستشفيات، وتكون مدرجة على الهيكل التنظيمي لكل مستشفى، كذلك ضرورة العمل على توفير العناصر الرئيسية لإدارة الأزمات والمتمثلة في "الجانب الاستراتيجي، جانب الثقافة التنظيمية، الجانب التنظيمي".

- دراسة القرني (2010) بعنوان: "تقويم المخاطر الصناعية في المملكة العربية السعودية في ضوء المقاييس والتجارب الدولية" هدفت الدراسة إلى تحديد المخاطر الصناعية في بيئة العمل في المنشآت الصناعية في المملكة العربية السعودية؛ وذلك من خلال معرفة المخاطر الفيزيائية والكيميائية والميكانيكية والصحية المهنية والكهربائية ومخاطر الحريق ومخاطر تدابير السلامة في بيئة العمل، ومن ثم التعرف على مدى تطبيق المنشآت الصناعية للمعايير الدولية الخاصة بالمخاطر والمعايير السعودية، ومدى مشاركة العاملين في تقييم المخاطر، اتبعت الدراسة المنهجية العلمية في تنظيم الخطوات المنطقية في تداول المشكلة، ومعالجة القضايا العلمية، والمنهج الوصفي التحليلي بأسلوب المسح الاجتماعي؛ لأنه يعتبر المنهج الأنسب لطبيعة المشكلة وتحقيق الأهداف. أظهرت الدراسة أن المخاطر الصناعية تكرر وقوعها جاء من خلال المخاطر الكيميائية والصحية، وأن أكثر الطرق العالمية للتعرف على المخاطر كانت من خلال قائمة فحصها ثم تحليل الحوادث ومسبباتها، وأكثر المعايير لتقييم المخاطر يعتمد على تكرار الحوادث، ومعدل تكرار الإصابات، وأن عمليات التعرف على المخاطر الصناعية من خلال مراجعة قوائم الخسائر والفحص الشخصي ومقابلة العاملين. وأوصت الدراسة بضرورة رفع مستوى الإدراك لدى أصحاب المنشآت بأهمية التحكم بالمخاطر الصناعية، والحد من خطورتها على العاملين، وتكثيف الدورات التدريبية لمشرفي السلامة في هذا المجال، وأن يكون هناك تفاعل بين المراكز الدراسية الأكاديمية والمنشآت الصناعية لتطبيق الأبحاث في مجال التحكم في المخاطر.

- دراسة بعنوان: مراجعة مقارنة لمقياس إدارة المخاطر: (Hillson & others) هدفت الدراسة لمقارنة معايير إدارة المخاطر، حيث تناولت 87 معيار لإدارة المخاطر ومقارنتهم من حيث المدى والعمليات والاختلافات وكيف يكمل كل منهما الآخر، وقد تم استخدام المسح الشامل لجميع معاهد المعايير العالمية، وقد توصل الباحث إلى مجموعة من النتائج أهمها جميع معايير إدارة المخاطر لا يوجد بها اختلاف جوهري على الرغم من تصنيفها إلى مجموعتين إحداها تعني بالشروط العامة لإدارة مخاطر المنظمات، والأخرى تعني بالممارسات الفعلية لإدارة مخاطر المشاريع، كما أوضح الباحث أن جميع عمليات إدارة المخاطر التسعة معايير متشابهة إلى حد ما، أما الاختلاف الجوهري بين المعايير كما أوضح الباحث بأن هناك مجموعة من المعايير اعتبرت الخطر بأنه عبارة عن تهديدات التي تصيب المنظمات بينما معايير أخرى وجدت الخطر أنه الفرص الإيجابية والتهديدات السلبية، وقد خلص الباحث بالحاجة إلى تطوير معيار إدارة مخاطر المشاريع بالاعتماد على معيار إدارة الخطر البريطاني لما يعكسه من أكثر الممارسات.

- دراسة بعنوان: نظام إدارة الأزمات: الاختلافات بين آراء رؤساء التمريض وبين الممرضين (Hueymink, 2008): هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الاختلافات بين آراء رؤساء التمريض وبين الممرضين اتجاه ضرورة توفر نظام إدارة الأزمات بكافة جوانبه المتمثلة في الجوانب الاستراتيجية والاتصالات والثقافة التنظيمية والقيم في المستشفيات الحكومية، وكان مجتمع الدراسة عبارة عن الفئة التمريضية في المستشفيات الحكومية في تايوان حيث تم توزيع 290 استبيان في مؤتمر التمريض في تايوان تم استرداد 121 منها وقد أظهرت الدراسة أن الموظفين أكدوا على ضرورة توفر نظام إدارة الأزمات بدرجة كبيرة من مسؤوليتهم.
- دراسة Pillay (2005) بعنوان: الرعاية الصحية ممارسة إدارة المخاطر في المستشفيات الخاصة في ماليزيا، هدفت الدراسة إلى تقييم مدى تنفيذ ممارسات إدارة المخاطر في المستشفيات الخاصة في ماليزيا حيث بلغ عدد المستشفيات التي تم مسحها 34 مستشفى، وقد قام الباحث بتقييم مراحل إدارة المخاطر من تعريف الخطر، وتحليله وعلاجه والسيطرة عليه مستخدما معيار إدارة المخاطر الأسترالي، وقد أوضحت نتائج الدراسة ان هناك 87 مستشفيات فقط تقوم بمنهجية شمولية لإدارة المخاطر وأن جميع المستشفيات تقوم بتعريف أخطارها وتوثيقها، كما تقوم بالتدريبات الخاصة بالسلامة، كما أوضحت النتائج بان 37 % من المستشفيات لديها وظيفة مدير الخطر، ولجان لإدارة الخطر، وخطة لإدارة مخاطرها وأن عملية إدارة المخاطر مفهومة بشكل كامل بين العاملين، كما أوضحت النتائج بأن 74 % من المستشفيات لديها سجل مخاطر، وأن الأدوات الشائعة في تعريف الخطر هي خبرة منظمة والتدقيق، وتحليل السبب، وقد أوضحت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات كبيرة الحجم والصغيرة.

8-1 فرضيات الدراسة:

اعتمادا على ما سبق تحديده حول مشكلة الدراسة، ومعرفة أثر ممارسات إدارة المخاطر على جودة الرعاية الصحية في مستشفيات وزارة الصحة بالسعودية وفقا لرؤية المملكة 2030 قامت الباحثتان بصياغة الفرضيات التالية:

الفرضية الرئيسة:

- لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($P > 0.05$) لممارسات إدارة المخاطر بأبعادها "خطوات التعامل مع المخاطر، وتقدير المخاطر ومعالجة المخاطر" في جودة الرعاية الصحية بأبعادها "الأمان، والفاعلية، والكفاءة ودقة الوقت، والمريض مركز الرعاية، والعدالة" في مستشفيات وزارة الصحة بالسعودية وفقا لرؤية المملكة 2030.
- وينبثق عن الفرضية الرئيسة الفرضيات الفرعية التالية:**

- لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($P > 0.05$) لبعد "خطوات التعامل مع المخاطر" على جودة الرعاية الصحية بأبعادها مجتمعة: (الأمان، والفاعلية، والكفاءة، ودقة الوقت، والمريض مركز الرعاية والعدالة) في مستشفيات وزارة الصحة بالسعودية وفقا لرؤية المملكة 2030.

- لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($P > 0.05$) لبعد "تقدير المخاطر" على جودة الرعاية الصحية بأبعادها مجتمعة (الأمان، والفاعلية، والكفاءة، ودقة الوقت، والمريض مركز الرعاية، والعدالة)، في مستشفيات وزارة الصحة بالسعودية وفقا لرؤية المملكة 2030.
- لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($P > 0.05$) لبعد "معالجة المخاطر" على جودة الرعاية الصحية بأبعادها مجتمعة (الأمان والفاعلية، والكفاءة، ودقة الوقت، والمريض مركز الرعاية والعدالة في مستشفيات وزارة الصحة بالسعودية وفقا لرؤية المملكة 2030).

9-1 مصطلحات الدراسة.

- ممارسات إدارة المخاطر: هي عملية قياس وتقييم المخاطر وتطوير الاستراتيجيات لإدارتها تتضمن هذه الاستراتيجيات نقل المخاطر إلى جهة أخرى وتجنبها، وللتقليل من أثارها السلبية وقبول بعض أو كل تبعاتها، كما يمكن تعريفها بأنها النشاط الإداري الذي يهدف إلى التحكم بالمخاطر وتخفيضها إلى مستويات مقبولة، وبشكل أدق هي عملية قياس و سيطرة وتخفيض المخاطر التي تواجه المؤسسة.
- جودة الرعاية الصحية: هي مستوى القيمة التي تقدمها المستشفيات السعودية من مصادر الرعاية الصحية والموارد الطبية عالية الجودة إلى جميع من يحتاجها، وذلك من أجل ضمان جودة جيدة للحياة الصحية للمواطنين داخل المملكة.

10-1 حدود ومحددات الدراسة:

- الحدود الموضوعية: اقتصر على دراسة أثر ممارسات إدارة المخاطر علي جودة الرعاية الصحية في مستشفيات وزارة الصحة السعودية.
- الحدود المكانية: مستشفيات وزارة الصحة السعودية.
- الحدود الزمانية: ستم الدراسة في العام الدراسي 2024/2023.
- الحدود البشرية: سيتم استهداف المستويات الإدارية الثلاثة بهذه الدراسة: مستوى الإدارة العليا، والوسطى، والدنيا في مستشفيات وزارة الصحة بالسعودية.

11-1 إجراءات الدراسة:

تناولت الباحثين في هذا الفصل وصفا للطريقة التي تم السير عليها تحقيقا لأهداف الدراسة من خلال وصف مجتمع الدراسة ومتغيراته، وأداة الدراسة المستخدمة، وطريقة بنائها، وصدقها وثباتها، بالإضافة إلى المعالجة الإحصائية التي تم استخدامها في تحليل البيانات، واستخراج النتائج.

1-11-1 منهج الدراسة:

تري الباحثين أن هذه الدراسة تدخل ضمن البحوث الاستقرائية التي تعتمد على الملاحظة ثم التحليل ثم وصف وتحديد العلاقة لممارسات إدارة المخاطر وأثرها على جودة الرعاية الصحية في مستشفيات وزارة الصحة بالسعودية وفقاً لرؤية المملكة 2030 مستخدمة في ذلك أسلوب المسح والارتباط وأدوات كمية وإحصائية تمثل بنسب مئوية عن طريق الاستبانة.

2-11-1 مجتمع وعينة الدراسة:

يتمثل مجتمع الدراسة المستهدف في العاملين من المستويات الإدارية الثلاثة بهذه الدراسة: مستوى الإدارة العليا، والوسطى، والدنيا ببعض مستشفيات وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية وقد تم اختيار عينة الدراسة بالطريقة العشوائية وقد بلغت (214) من العاملين بمستشفيات وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية، وفيما يلي وصف شامل للعينة.

3-11-1 خصائص عينة الدراسة:

أولاً: النوع:

جدول (1): توصيف عينة الدراسة الأساسية وفق متغير النوع

(ن=214)

م	المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
1	ذكر	126	58.879%
2	أنثى	88	41.121%
3	الاجمالي	214	100%

يتضح من جدول (1) أن عدد عينة الدراسة من الذكور بلغ (126) بنسبة (58.879%) ومن الاناث بلغ (88) بنسبة (41.121%) ، وهذا يشير إلى أن نسبة العاملين من الذكور في المستويات الإدارية العليا والوسطى والدنيا في مستشفيات وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية عينة الدراسة أعلى من نسبة الإناث ، وهذا قد يعود لسبق الرجل للمرأة السوق العمل، ناهيك عن أن مهنة الطب بالذات والذي يشغل أصحابها أكثرهم من فئة الذكور .

ثانياً: سنوات الخبرة:

جدول (2): توصيف عينة الدراسة الأساسية وفق متغير سنوات الخبرة

(ن=214)

م	المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
1	اقل من 5 سنوات	10	4.673%
2	5 سنوات الي اقل من 10 سنوات	19	8.879%
3	من 10 سنوات الي اقل من 15 سنة	26	12.150%
4	من 15 سنة الي اقل من 20 سنة	62	28.972%

20 سنة فأكثر	97	45.327%
الاجمالي	214	100%

نلاحظ من الجدول (2) أن أفراد العينة من فئة الخبرة (20) سنة فأكثر قد شكلت النسبة الكبرى من عينة الدراسة، حيث بلغت نسبتهم (45.237%)، في حين شكلت فئة الخبرة أقل من 5 سنوات النسبة الصغرى من أفراد عينة الدراسة، حيث بلغت نسبتهم (4.673%)، وهذا يتوافق مع متطلبات التعيين في المستويات الإدارية في مستشفيات وزارة الصحة، والتي تشترط وجود خبرة كافية في العضو الإداري، كما أن هذا يدل على تمتع العاملين في مستشفيات وزارة الصحة - عينة الدراسة بالخبرات اللازمة والكافية لتولي المناصب الإدارية وأداء المهام والواجبات الموكلة إليهم.

ثالثاً: الفئة العمرية:

جدول (3): توصيف عينة الدراسة الأساسية وفق متغير الفئة العمرية

(ن=214)

م	المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
1	من 20 الي اقل من 30 سنة	34	15.888%
2	من 30 الي اقل من 40 سنة	56	26.168%
3	من 40 سنة فأكثر	124	57.944%
4	الاجمالي	214	100%

يتضح من الجدول (3) بأن الفئة العمرية (40) سنة فأكثر قد شكلت النسبة الكبرى من أفراد عينة الدراسة، حيث بلغت نسبتهم (57.944%)، وهذا يتوافق مع الفترة العمرية اللازمة للوصول إلى المناصب الإدارية، ويُعزى انخفاض أعداد العاملين ممن هم دون سن الثلاثين مقارنة بمن هم فوق ذلك إلى قلة التعيينات في القطاع الحكومي.

رابعاً: المؤهل العلمي:

جدول (4): توصيف عينة الدراسة الأساسية وفق متغير المؤهل العلمي

(ن=214)

م	المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
1	دبلوم او ثانوية	46	21.495%
2	بكالوريوس	72	33.645%
3	ماجستير	54	25.234%
4	دكتوراه	42	19.626%
5	الاجمالي	214	100%

نلاحظ من الجدول (4) أن فئة حملة الشهادة الجامعية (دكتوراة) قد شكلت النسبة الكبرى من أفراد عينة الدراسة، حيث بلغت نسبتهم (19.626%)، وهذا يدل على تمتع العاملين في مستشفيات وزارة الصحة عينة الدراسة بالكفاءة والمعرفة العلمية التي تمكنهم من أداء المهام والوظائف الموكلة إليهم بالشكل الأمثل. وقد يُعزى ذلك إلى أن ممارسي العملية الإدارية، بالإضافة إلى فتح الوزارة الباب أمام من يرغب بتطوير شهادته العلمية مقابل التحسين في الرواتب ساهم في رفع دافعية الموظفين لنيل شهادة الدراسات العليا الماجستير والدكتوراة، أما ارتفاع معدل حملة شهادة الدبلوم فيرجع إلى أن نسبة كبيرة من القطاع التمريضي بالذات هم من حملة شهادة الدبلوم، والسبب أن القطاع الأكاديمي التابع لوزارة الصحة (كليات التمريض، ومعهد المهن الطبية المساندة لا يعطي إلا شهادة الدبلوم، وعددهم لا يستهان به.

خامساً: المستوى الوظيفي:

جدول (5): توصيف عينة الدراسة الأساسية وفق متغير المستوى الوظيفي

(ن=214)

م	المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
1	الإدارة العليا	19	8.879%
2	الإدارة وسطي " التنفيذية "	110	51.402%
3	الإدارة الدنيا " المباشرة "	85	39.720%
6	الاجمالي	214	100%

نلاحظ من الجدول (5) أن فئة إدارة وسطى قد شكلت النسبة الكبرى من أفراد عينة الدراسة، والتي بلغت (51.402%)، وهذا يعود لتعدد وتنوع الأقسام والوحد والشعب في هيكلية المستشفيات الحكومية وفقاً لرؤية المملكة العربية السعودية 2030 بتطوير وإعادة هيكلة المستشفيات الحوكمية بما يواكب تطورات العصر.

1-11-3 طرق جمع البيانات:

تبعاً لطبيعة الدراسة ومتغيراتها تم اعتماد أسلوبين رئيسيين لجمع البيانات والمعلومات هما:

1- المصادر الثانوية تم جمع البيانات المطلوبة من المراجع باللغتين العربية والأجنبية، والمتمثلة في الكتب المطبوعة، والإلكترونية، والمجلات المحكمة والدراسات والنشرات، ومواقع الشبكة العنكبوتية المحكمة، في بناء الإطار النظري للدراسة.

2- المصادر الأولية تم جمع المعلومات الأولية من خلال تصميم الاستبانة كأداة دراسة، والتي تم إنشاؤها لتغطي كافة أبعاد متغيرات الدراسة المستقل، والتابع، والتي جعلت من عينة الدراسة المختارة من مجتمع الدراسة هدفاً، والمتمثل في مستشفيات وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية، وقد لجأ الباحثين لأسلوب المقابلة الشخصية مع بعض أفراد العينة من مستوى الإدارة العليا والوسطى.

1-11-4 أداة الدراسة:

تم استخدام المنهج الوصفي المسحي الارتباطي؛ لملائمته لأهداف الدراسة، والتي تهدف إلى استجواب أفراد مجتمع الدراسة أو عنة ممثلة لهم؛ بهدف وصف الظاهرة المدروسة من حيث طبيعتها ودرجة وجودها وذلك باستخدام أداة الاستبانة لأنها أداة اتصال فعالة لجمع البيانات والمعلومات المتعلقة بمشكلة الدراسة وسيكون الاستبيان مجموعة من الأسئلة المحددة والمدروسة التي يطلب من مجتمع الدراسة الإجابة عنها بعدة طرق تحددها الباحثين، كما تم اختيار المقابلة كوسيلة أخرى لجمع البيانات من خلال مقابلة عينة عشوائية من مجتمع الدراسة للتوصل إلى أهم الجوانب المتعلقة بمشكلة الدراسة.

اعتمدا الباحثين على بعض المراجع العلمية والدراسات المرجعية المتعلقة بمتغيرات الدراسة والاطلاع على رؤية المملكة العربية السعودية 2030 والمتعلقة بتطوير الصحة والمستشفيات الحكومية، وذلك لبناء أدوات الدراسة، والتي تكونت الاستبانة من الأجزاء التالية:

1- الجزء الأول: الفقرات المتعلقة بأبعاد إدارة المخاطر المتغير المستقل.

2- الجزء الثاني: يتضمن الفقرات المتعلقة بأبعاد جودة الرعاية الصحية المتغير التابع

كما قامت الباحثين بعرض أداة الدراسة الاستبانة على مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص، للتحقق من مدى فعالية الاستبانة، وتحقيقها لهدف الدراسة، ولدقة قياسها لما وضعت من أجله.

المعاملات العلمية للاستبيان:

أولاً: صدق الاتساق الداخلي:

للتحقق من مدى ملائمة عبارات استبيان ممارسات إدارة المخاطر وجود الرعاية الصحية في مستشفيات وزارة الصحة بالسعودية وفقاً لرؤية المملكة 2030، حيث قامت الباحثين بتطبيق الاستبيان على عينة استطلاعية من داخل مجتمع الدراسة وخارج العينة الأساسية وبلغ قوامها (42) من العاملين ببعض مستشفيات وزارة الصحة السعودية، وقد استخدمت الباحثين صدق الاتساق الداخلي لحساب صدق عبارات ومحاور الاستبيان من خلال إيجاد معامل الارتباط فيما بين كل من العبارات والدرجة الكلية للمحور الذي تمثله والدرجة الكلية للاستبيان، وبين محاور الاستبيان وبعضها وبين الدرجة الكلية لكل محور والدرجة الكلية للاستبيان كما هو موضح بالجدول الآتية:

جدول (6) : صدق الاتساق الداخلي لاستبيان

(ن=42)

العبارة	الارتباط مع		العبارة	الارتباط مع		العبارة	الارتباط مع		العبارة
	المحور	الاستبيان		المحور	الاستبيان		المحور	الاستبيان	
ممارسة إدارة المخاطر									
معالجة المخاطر			تقدير المخاطر			التعامل مع المخاطر			
1	**0.769	**0.709	6	**0.677	**0.643	11	**0.631	**0.547	
2	**0.612	**0.656	7	**0.764	**0.708	12	**0.655	**0.583	
3	**0.693	**0.725	8	**0.592	**0.525	13	**0.547	**0.590	
4	**0.795	**0.770	9	**0.801	**0.714	14	**0.717	**0.662	

الارتباط مع		العبارة	الارتباط مع		العبارة	الارتباط مع		العبارة
الاستبيان	المحور		الاستبيان	المحور		الاستبيان	المحور	
**0.564	**0.583	15	**0.704	**0.742	10	**0.753	**0.782	5
جدوة الرعاية الصحية								
الكفاءة			الفاعلية			الامان		
**0.718	**0.776	28	**0.465	**0.618	22	**0.719	**0.713	16
**0.739	**0.695	29	**0.490	**0.460	23	**0.597	**0.637	17
**0.636	**0.815	30	**0.418	**0.529	24	**0.718	**0.600	18
**0.389	**0.493	31	**0.398	**0.418	25	**0.725	**0.802	19
**0.422	**0.448	32	**0.419	**0.608	26	0.615	**0.759	20
			**0.557	**0.677	27	0.633	**0.683	21
العدالة			المريض			دقة الوقت		
**0.490	**0.522	45	**0.621	**0.799	39	**0.620	**0.718	33
**0.566	**0.691	46	**0.440	**0.529	40	**0.576	**0.651	34
**0.728	**0.822	47	**0.493	**0.483	41	**0.463	0.599	35
**0.751	**0.881	48	**0.570	**0.607	42	**0.485	0.572	36
**0.387	**0.410	49	**0.633	**0.711	43	**0.508	0.644	37
			**0.599	**0.753	44	**0.679	0.748	38

**قيمة (ر) الجدولية عند مستوى معنوية $0.01=0.264$

يتضح من الجدول (6)، وجود ارتباط دال إحصائياً بين عبارات الاستبيان ومع الدرجة الكلية للمحور المنتمية الية والدرجة الكلية للاستبيان، حيث أن قيمة (ر) المحسوبة أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى معنوية 0.01 مما يدل على صدق العبارات.

جدول (7) معاملات الارتباط بين المحاور والدرجة الكلية للاستبيان

(ن=42)

الدرجة الكلية للاستبيان	المحاور
**0.725	التعامل مع المخاطر
**0.681	تقدير المخاطر
**0.802	معالجة المخاطر
**0.638	الأمان
**0.593	الفاعلية

**0.721	الكفاءة
**0.628	دقة الوقت
**0.588	المريض
**0.715	العدالة

**قيمة (ر) الجدولية عند مستوى معنوية (0.01)=0.264

يتضح من الجدول (7)، وجود ارتباط دال إحصائياً بين محاور الاستبيان مع بعضها والدرجة الكلية للاستمارة، حيث أن قيمة (ر) المحسوبة والتي تراوحت ما بين (0.588 : 0.802) وهي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى معنوية (0.01).

ثانياً: حساب ثبات الاستبيان:

للتحقق من ثبات الاستبيان، قام الباحثون بتطبيق الاستبيان على عينة استطلاعية من داخل مجتمع الدراسة وخارج العينة الأساسية وبلغ قوامها (42) من العاملين ببعض مستشفيات وزارة الصحة السعودية.

جدول (8): ثبات الاستبيان

(ن=42)

المحاور	معامل جتمان	سبيرمان براون	معامل ألفا كرونباخ
ممارسة إدارة المخاطر	0.852	0.907	0.876
	0.896	0.923	0.910
	0.871	0.917	0.895
جودة الرعاية الصحية	0.936	0.944	0.832
	0.878	0.926	0.917
	0.911	0.942	0.839
	0.826	0.892	0.882
	0.874	0.912	0.901
	0.735	0.744	0.843
	0.846	0.859	0.916
الاستبيان ككل			

يتضح من الجدول (8)، ان معامل ثبات الاستبيان بطريقة ألفا كرونباخ بلغ (0.916)، وقد بلغ معامل ثبات الاستبيان بطريقة جتمان (0.846) وبطريقة سبيرمان برون (0.859) وكان معامل الاتساق الداخلي لكل المحاور دال مما يشير لارتفاع معامل ثبات الاستبيان قيد الدراسة.

5-11-1 الأساليب الإحصائية المستخدمة:

بعد قيام الباحثين بجمع وفرز وترميز البيانات فإنه عمد إلى معالجة هذه البيانات باستخدام Statistical Package for the social / SPSS V.21 ، وتطبيق الأساليب التالية في الإحصاء

1. مقاييس النزعة المركزية كالانحراف المعياري، والوسط الحسابي في توصيف متغيرات الدراسة.
2. معامل الارتباط بيرسون
3. القياس ثبات أداة الدراسة أستخدم معامل كرونباخ ألفا.

4. لاختبار العلاقات الارتباطية البينية للمتغيرات الفرعية في المتغير المستقل استخدم معامل ارتباط بيرسون لدى مستوى دلالة معنوية (5%)
5. ولقياس مدى تأثير عدة متغيرات مستقلة معا على متغير تابع واحد فأستخدم الانحدار المتعدد.
6. استخدم مقياس ليكرت الخماسي.

12-1 عرض ومناقشة النتائج:

تحليل فقرات أداة الدراسة

أولاً: وصف المتغيرات المستقلة ممارسات إدارة المخاطر

لتحقيق أهداف الدراسة قام الباحثين باحتساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لكل ممارسة من ممارسات إدارة المخاطر على حدة، ثم حسابها لممارسات إدارة المخاطر ككل، وستقومان الباحثان بالبداية بسرد ممارسات إدارة المخاطر كل على حدة وعلى النحو التالي.

1- التعامل مع المخاطر:

نلاحظ من الجدول رقم (9) أن المتوسط الحسابي العام لفقرات إنشاء السياق العام من حيث الأهمية النسبية متوسط، حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.35). وقد حلت الفقرة "يعتمد العاملين إدارة المخاطر لتقليل حجم الخسائر المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (2.44) وبأهمية نسبية بلغت (48.80%)، في حين حلت الفقرة يعطي العاملين في اجتماعاتهم وقتاً كافياً لمناقشة سجلات المخاطر للتعديل على مسار عمل المستشفى المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (2.21) وبأهمية نسبية (44.20%)، مما يعكس طبيعة ممارسات إدارة المخاطر التي يمارسها العاملين وكونها تقليدية، بدليل أنهم لا يعطون الوقت الكافي لمناقشة سجلات المخاطر في اجتماعاتهم، هذا على فرض أن هناك سجلات مخاطر توضع أصلاً على طاولة النقاش.

الجدول (9)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب والأهمية النسبية لفقرات التعامل مع المخاطر

م	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الأهمية النسبية
1	يدرك العاملون المقصود بممارسات إدارة المخاطر	2.43	0.95	2	48.6%
2	يعتمد العاملون ممارسات إدارة المخاطر كقضية جوهرية في استراتيجية عمل المستشفى الحكومي	2.42	0.78	3	48.40%
3	يتوفر برامج علمية لتثقيف الموظفين بجميع جوانب استراتيجيات إدارة المخاطر، وكيفية الاستجابة لها.	2.27	0.84	4	45.40%
4	يعتمد العاملون إدارة المخاطر لتقليل حجم الخسائر	2.44	0.83	1	48.80%
5	يعطي العاملون في اجتماعاتهم وقتاً كافياً لمناقشة سجلات المخاطر للتعديل على مسار عمل المستشفى	2.21	0.89	5	44.20%
	المتوسط العام	2.35	0.86		47.08%

2- تقدير المخاطر

نلاحظ من الجدول رقم (9) أن المتوسط الحسابي العام لفقرات تقدير المخاطر من حيث الأهمية النسبية متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.36). وقد حلت الفقرة يدرك العاملين أنواع المخاطر التي تواجه بيئة العمل داخل المستشفى الحكومي المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (2.92) وبأهمية نسبية (58.4%)، في حين حلت الفقرة يعتمد العاملين نتائج تقدير المخاطر الرسم خريطة تظهر مناطق الخطورة العالية في المستشفى المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (1.98) وبأهمية نسبية (39.6%). ولعل هذا يُعزى إلى عدم ممارسة إدارة المخاطر بطريقة علمية واحترافية من قبل كثير من العاملين مما غيب هوية بعض المخاطر عنهم، وذلك لعدم اعتمادهم الأساليب العلمية في تحديد هوية المخاطر، وتحليلها، وقياس شدتها. مما خلق خللا في عملية ترتيب الأولويات التي تميز صناع القرار عن بعضهم. ومما يقوي هذا التعليل النسبة المنخفضة التي حققتها أكثر فقرات هذه الممارسة التي تعكس حجم المعرفة بهذه الممارسة وطريقة تطبيقها على النحو الأمثل.

الجدول (10)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب والأهمية النسبية لفقرات تقدير المخاطر

م	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الأهمية النسبية
6	يدرك العاملين أن ممارسة تقدير المخاطر تشمل عملية تعريف، وتحليل، وقياس شدة المخاطر	2.33	0.92	2	46.6%
7	يدرك العاملين أنواع المخاطر التي تواجه بيئة العمل داخل المستشفى الحكومي	2.92	0.89	1	58.4%
8	يعتمد العاملين أساليب علمية حديثة في تحليل بيانات المخاطر الواردة إليهم	2.32	0.86	3	46.4%
9	يعتمد العاملين أساليب علمية حديثة في قياس درجة شدة المخاطر في المستشفى لترتيب أولوياتهم	2.25	0.83	4	45%
10	يعتمد العاملين نتائج تقدير المخاطر لرسم خريطة تظهر مناطق الخطورة العالية في المستشفى	1.98	0.84	5	39.6%
	المتوسط العام	2.36	0.87		47.2%

3- معالجة المخاطر:

نلاحظ من الجدول رقم (10) أن المتوسط الحسابي العام لفقرات معالجة المخاطر من حيث الأهمية النسبية متوسط، حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.36)، وقد حلت الفقرة يسعى العاملون لاختيار بدائل تجنب المرضى المخاطر من خلال المراقبة الدائمة المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (2.92) وبأهمية نسبية (58.4%)، في حين حلت الفقرة يدرك العاملين الوقت المناسب لاستخدام استراتيجيات معالجة المخاطر منفردة أو مجتمعة المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (2.03) وبأهمية نسبية (40.06%)، ولعل هذا يُعزى إلى أن مفهوم إدارة المخاطر موجود بحده الأدنى على الأقل لدى كل من يعمل في إدارة بيئة القطاع الصحي، وبالتالي فمن المتوقع أن يقوم بعضهم بتلافي السلبيات قدر المستطاع، لكن ذلك لن يكون بتلك الدرجة التي يمارس فيها الخبراء إدارة المخاطر على قواعد علمية مدروسة وراسخة، ومن لم تكن لديه الدراية الكافية باستراتيجيات

معالجة المخاطر، والوقت المناسب لاستعمال أي منها منفردة، أو أن يجمع أكثر من استراتيجية معا، وحسب ما تمليه عليه المؤشرات والأرقام، فلن يقوم بتلك الممارسة بشكلها المطلوب.

الجدول (11)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب والأهمية النسبية لفقرات معالجة المخاطر

م	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الأهمية النسبية
11	يدرك العاملون أنواع استراتيجيات معالجة المخاطر	2.26	0.56	3	45.2%
12	يدرك العاملون الوقت المناسب لاستخدام استراتيجيات معالجة المخاطر منفردة أو مجتمعة	2.03	0.72	5	40.6%
13	يعتمد العاملون سجلات إدارة المخاطر متضمنة مرحلة المعالجة	2.19	0.82	4	43.8%
14	يسعى العاملون لاختيار بدائل تجنب المرضى المخاطر من خلال المراقبة الدائمة.	2.92	0.59	1	58.4%
15	يستخدم العاملون أدوات المخاطر العلمية الوقائية لمنع حدوث المخاطر أو تكرارها	2.38	0.93	2	47.6%
	المتوسط العام	2.36	0.72		47.12%

4- ممارسات إدارة المخاطر:

يبين الجدول (11) الآتي مستوى ممارسات إدارة المخاطر ككل، والذي نلاحظ فيه أن المتوسط العام للممارسات إدارة المخاطر من حيث الأهمية النسبية كان متوسطا، إذ بلغ المتوسط العام لهذه الممارسات (2.357). ليحل بعد معالجة المخاطر المرتبة الأولى وبمتوسط حسابي بلغ (2.36) وبأهمية نسبية (47.20%)، في حين حل بعد التعامل مع المخاطر المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (2.350) وبأهمية نسبية (47.00%). وهذه الأهمية المتوسطة للممارسات الثلاث تعزى إلى ما تم ذكره من ضعف المعرفة بممارسات إدارة المخاطر المثالية، والاعتماد على الخبرة، والحدس، التي تشكل في أصلها أساسا لممارسة إدارة المخاطر التقليدية التي لن تعكس الأثر الحقيقي لممارسة إدارة المخاطر باحتراف على جودة الرعاية الصحية.

الجدول (12)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب والأهمية النسبية لأبعاد ممارسات إدارة المخاطر

م	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الأهمية النسبية
1	التعامل مع المخاطر	2.350	0.860	3	47.00%
2	تقدير المخاطر	2.360	0.870	1	47.20%
3	معالجة المخاطر	2.360	0.720	2	47.20%
	ممارسات إدارة المخاطر	2.357	0.817		47.13%

ثانياً: وصف المتغيرات التابعة جودة الرعاية الصحية

سيقوم الباحث بتحقيق هدف الدراسة الثاني والمتمثل في معرفة مستوى جودة الرعاية الصحية في مستشفيات وزارة الصحة بالملكة العربية السعودية للخدمات العامة من خلال احتساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لكل بعد من أبعاد جودة الرعاية الصحية على حدة وكالتالي:

1- الأمان:

نلاحظ من الجدول (5-10) أن المتوسط الحسابي العام لفقرات الأمان من حيث الأهمية النسبية متوسط، حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.040). وقد حلت الفقرة يعتمد العاملون خاصية تقديم خدمة صحية خالية من الضرر كأحد خصائص المستشفى الحكومي المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (2.730) وبأهمية نسبية (74.60%)، في حين حلت الفقرة يعتمد العاملون أساليب علمية لقياس مدى قناعة المرضى بتلقيهم خدمة صحية آمنة المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (2.530) وبأهمية نسبية (50.60%).

الجدول (13)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب والأهمية النسبية لفقرات الأمان

م	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الأهمية النسبية
16	يعتمد العاملون خاصية تقديم خدمة صحية خالية من الضرر كأحد خصائص المستشفى الحكومي.	3.730	1.020	1	74.600%
17	يحرص العاملون على توفير قاعدة بيانات الضرر السابق للمرضى كحالات العدوى، والتدخلات الدوائية.	2.990	0.895	3	59.800%
18	يعتمد العاملون مؤشرات علمية لقياس الرعاية المأمونة في المستشفى، كرسد معدل الوفيات الإجمالي.	2.910	0.694	4	58.200%
19	يعتمد العاملون إجراءات حازمة لضمان التزام العاملين بتقديم خدمة صحية مأمونة.	3.320	0.890	2	66.400%
20	يعتمد العاملون برامج علمية لجعل أمان المرضى قيمة عليا لدى جميع العاملين.	2.800	0.844	5	56.000%
21	يعتمد العاملون أساليب علمية لقياس مدى قناعة المرضى بتلقيهم خدمة صحية آمنة.	2.530	0.930	6	50.600%
	المتوسط العام	3.047	0.879		60.933%

تظهر فقرات الاستبانة أهمية نسبية بلغت (60.933%) لدى العاملين في توفير قاعدة بيانات الضرر السابق للمرضى كحالات العدوى، والتدخلات الدوائية، وفي اعتماد المؤشرات العلمية لقياس الرعاية المأمونة في المستشفى كرسد معدل الوفيات الإجمالي، ولحجم الإجراءات الحازمة المتبعة لضمان التزام العاملين بتقديم خدمة صحية مأمونة، و أيضا في تكثيف البرامج العلمية لجعل أمان المرضى قيمة عليا لدى جميع العاملين والباحث يدرك أن الخلل يكمن في المتابعة الحثيثة لتطبيق الإجراءات المعتمدة لتصبح واقعا وليس حبرا على ورق.

2- الفاعلية:

الجدول (14)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب والأهمية النسبية لفقرات الفاعلية

م	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الأهمية النسبية
22	يعتمد العاملين في المستشفى الحكومي تقديم رعاية صحية قائمة على الأدلة المثبتة بالتجارب العلمية بدل الاعتماد - فقط - على الخبرة والمهارات الشخصية.	3.23	0.958	1	%64.600
23	يعتمد العاملين في المستشفيات الحكومية التعليم المستمر لنشر ثقافة الرعاية القائمة على الأدلة المثبتة.	2.79	0.761	3	%55.800
24	يقوم العاملون بتسهيل وصول العاملين في المستشفى الحكومي لقواعد البيانات العلمية الإلكترونية لرفع مستوى فاعلية الرعاية.	1.98	0.824	6	%39.600
25	يعتمد العاملون سبل التحفيز للتغيير القيمي في اتجاه خدمة صحية قائمة على الأدلة.	2.61	0.881	4	%52.200
26	يعتمد العاملون على أدلة الرعاية الصحية المثبتة بالتجارب العلمية في صنع قراراتهم المتعلقة بزيادة الفعالية السريرية (النتائج).	2.80	0.914	2	%56.000
27	يدرك العاملون أن مهارات المزود وخبرته قد تعرقل الامتثال للتوجهات القائمة على الأدلة المثبتة ويضعون ذلك في حساباتهم للتغيير.	2.59	0.744	5	%51.800
	المتوسط العام	2.667	0.847		%53.33

نلاحظ من الجدول رقم (14) أن المتوسط الحسابي العام لفقرات الفاعلية من حيث الأهمية النسبية متوسط، حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.667)، وقد حلت الفقرة يعتمد العاملون في المستشفى الحكومي تقديم رعاية صحية قائمة على الأدلة المثبتة بالتجارب العلمية بدل الاعتماد - فقط على الخبرة والمهارات الشخصية المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (2.23) وبأهمية نسبية (%64.600)، في حين حلت الفقرة يقوم العاملون بتسهيل وصول العاملين في المستشفى الحكومي للقواعد البيانات العلمية الإلكترونية لرفع مستوى فاعلية الرعاية المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (1.98) وبأهمية نسبية (%36.600)، ومن هنا ترى الباحثين أنه من الظاهر ومن خلال إجابات فقرات بعد "الفاعلية" أن العاملين لا يمارسون هذا النوع من الرعاية الصحية بالشكل الكافي، وأن جل اعتماد مزودي الخدمة على الأدلة هو في تصميم خطط العلاج التي من الممكن أن تكون أكثر ملاءمة فيما لو بقي مزود الخدمة الصحية على اطلاع دائم على أفضل الممارسات الطبية عبر التعليم المستمر، وتسهيل ودعم الوصول إلى قواعد البيانات الإلكترونية العالمية، واعتماد أنظمة تحفيز مادية ومعنوية لتحقيق هذا التغيير الثقافي والقيمي عكست إجابات فقرات هذا البعد أهمية نسبية منخفضة لكل ذلك قد يُعزى أيضاً إلى عدم معرفة العاملين الكافية بمفهوم هذا البعد، وسبل تحقيقه على أرض الواقع، وأهميته في رفع جودة الرعاية الصحية، وتحسين شفافية التفكير وراء السياسات، وزيادة المساءلة من خلال تبرير القرارات على أساس المعلومات الصحيحة التي يمكن أن تقف حتى التمهيد.

3- الكفاءة:

نلاحظ من الجدول رقم (5-12) أن المتوسط الحسابي العام لفقرات الكفاءة من حيث الأهمية النسبية متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.036) وقد حلت الفقرة "يعتمد العاملون في المستشفيات الحكومية خاصة تقديم رعاية صحية عند الحاجة دون هدر" المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (3.67) وبأهمية نسبية (73.400%)، في حين حلت الفقرة "يعتمد العاملون في المستشفى نظام التوثيق لأي نوع من أنواع الهدر في خدمات الرعاية الصحية والتي يمكن دراستها واستخدامها كمرجع" المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (2.40) وبأهمية نسبية (48.00%).

يعزو الباحث هذه النتيجة إلى غياب المعنى الكامل لمفهوم الهدر في الرعاية الصحية عن بعض العاملين، وأنها تشمل ثلاثة أنواع، وأن بعضهم يظن أن الهدر يكمن في الاستخدام الخاطئ (سوء الاستخدام، والمفرط فقط في بعض الجوانب، ويغيب عنهم التخطيط لتلافي الهدر الناتج عن الاستخدام الناقص إضافة إلى غياب نظام التوثيق لكافة أنواع الهدر في المستشفى مما يضعف قياس أثره على التكاليف السنوية.

الجدول (15)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب والأهمية النسبية لفقرات الكفاءة

م	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الأهمية النسبية
28	يدرك العاملون أن مفهوم الهدر في خدمة الرعاية الصحية يشمل الاستخدام المفرط، وسوء الاستخدام، و الاستخدام الناقص	2.61	0.49	4	52.200%
29	يعتمد العاملون في المستشفيات الحكومية خاصة تقديم رعاية صحية - عند الحاجة - دون هدر.	3.67	0.52	1	73.400%
30	يعتمد العاملون في المستشفى نظام التوثيق لأي نوع من أنواع الهدر في خدمات الرعاية الصحية والتي يمكن دراستها واستخدامها كمرجع.	2.40	0.63	5	48.000%
31	يعتمد العاملون الأساليب العلمية لتقييم كفاءة خدمة الرعاية الصحية كمؤشر الضرر والمقارنة بين التكاليف وتحسين صحة المريض.	2.97	0.83	3	59.400%
32	يعتمد العاملون في المستشفى أنظمة المعلومات الإلكترونية لإدخال أوامر الطبيب التشخيصية والعلاجية لتقليل خسائر الأخطاء والعيوب.	3.53	0.87	2	70.600%
	المتوسط العام	3.036	0.668		60.720%

4- دقة الوقت:

نلاحظ من الجدول رقم (15) أن المتوسط الحسابي العام لفقرات دقة الوقت من حيث الأهمية النسبية متوسط، حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.868)، وقد حلت الفقرة "يدرك العاملون أهمية عامل الوقت في خدمة الرعاية الصحية" المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (3.56) وبأهمية نسبية (71.200%)، في حين حلت الفقرة "اعتماد العاملون أساليب علمية - كسيناريو المحاكاة - لتحديد مواطن الاختناق في مراحل الرعاية الصحية المرتبة الأخيرة" بمتوسط حسابي (2.32) وبأهمية نسبية (46.400%). ومن الظاهر من إجابات الفقرات لهذا البعد أن الضغط الهائل لمتلقي خدمة الرعاية الصحية أضعف قدرة

العاملين على التخطيط الجيد لإدارة الوقت بالإضافة إلى عدم اعتماد الأساليب العلمية لتحديد مواطن الاختناق وأسبابه الذي يرجع إما لعدم التدريب الكافي على تلك الأساليب، أو عدم المعرفة بها أساساً، أو الافتقار إلى الإرادة في تنفيذ كافة السياسات المعتمدة في هذا الشأن.

الجدول (16)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب والأهمية النسبية لفقرات دقة الوقت

م	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الأهمية النسبية
33	يدرك العاملین أهمية عامل الوقت في خدمة الرعاية الصحية.	3.56	0.92	1	%71.200
34	يعتمد العاملین أساليب علمية لتحديد وقت انتظار المرضى المعياري في المستشفيات الحكومية.	2.74	0.83	4	%54.800
35	اعتماد العاملین أساليب علمية - كسيناريو المحاكاة لتحديد مواطن الاختناق في مراحل الرعاية الصحية.	2.32	0.77	6	%46.400
36	يعتمد العاملین معايير عالمية لبناء أقسام ومرافق المستشفيات الحكومية تراعى اختصار الوقت في تقديم خدمة الرعاية الصحية	3.01	0.81	3	%60.200
37	يدرك العاملین دور الموارد البشرية والمادية الكافية في تحقيق خدمة رعاية صحية في وقتها.	3.17	0.84	2	%63.400
38	يعتمد العاملین أساليب حديثة للحصول على تقييم المتفاعلين لخدمة الرعاية الصحية في وقتها.	2.41	0.95	5	%48.200
	المتوسط العام	2.868	0.853		%57.367

5- المريض:

الجدول (17)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب والأهمية النسبية لفقرات المريض

م	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الأهمية النسبية
39	يدرك العاملین معنى كون المريض مركز الرعاية الصحية، وأنه يعني أكثر من مجرد وصف العلاج له.	3.02	0.88	1	%60.400
40	يعتمد العاملین برامج علمية لنشر ثقافة "المريض مركز الرعاية الصحية في بيئة المستشفيات الحكومية.	2.57	0.79	5	%51.400
41	يعتمد العاملین في المستشفى آلية إطلاع المرضى على مراحل خدمة الرعاية المقدمة لهم.	2.87	0.58	2	%57.400
42	يعتمد العاملین إشراك أهل المريض في مراحل خدمة الرعاية المقدمة لمريضهم.	2.59	0.69	4	%51.800
43	يعتمد العاملین نظاماً يؤكد على أحقية المريض في الحماية من أي ضرر معنوي يستهدف الحريات والقيم والمعتقدات.	2.84	0.85	3	%56.800
44	تعتمد الإدارة أدوات المراقبة تطبيق العاملین لبعده المريض مركز الرعاية كصندوق الشكاوى، أو التقييم الإلكتروني.	2.34	0.84	6	%46.800
	المتوسط العام	2.705	0.772		%54.100

نلاحظ من الجدول رقم (17) أن المتوسط الحسابي العام لفقرات المريض مركز الرعاية من حيث الأهمية النسبية متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.705). وقد حلت الفقرة "يدرك العاملون معنى كون المريض مركز الرعاية الصحية، وأنه يعني أكثر من مجرد وصف العلاج له" المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (30.2) وبأهمية نسبية (60.400%)، في حين حلت الفقرة "تعتمد الإدارة أدوات لمراقبة تطبيق العاملين لبعد المريض مركز الرعاية كصندوق الشكاوى، أو التقييم الإلكتروني" المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (2.34) وبأهمية نسبية (46.800%) وتعزى هذه النتيجة لمفهوم وواقع، أما المفهوم فيخضع لوجهة نظر نفسية اجتماعية تشكل شراكة قوية بين المريض والطبيب، وأما الواقع فيخضع المنظور بيولوجي بحث، والثاني هو واقع خدمة الرعاية الصحية في مستشفيات وزارة الصحة الذي يقع تحت وطأة اكتظاظ مرضى والذي يحول بدوره دون استطاعة مزود الخدمة لتطبيق المفهوم النفسي الاجتماعي لرعاية صحية تركز على المرضى، فهذا البعد كمثال يتيح للمرضى خيار التفاعل مع الطبيب أو فريق الرعاية دون زيارة المنشأة، وهذا غير متيسر بالنسبة لإمكانيات مستشفيات وزارة الصحة.

6- العدالة:

الجدول (18)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب والأهمية النسبية لفقرات العدالة

م	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الأهمية النسبية
45	يعتمد العاملون في المستشفيات الحكومية خدمة صحية عادلة تقدم دون تحيز	3.31	0.96	1	66.200%
46	بعد العاملين في المستشفيات الحكومية عدالة خدمة الرعاية الصحية قيمة جوهرية	3.30	0.62	2	66.000%
47	يعتمد العاملون سياسات وإجراءات حازمة لضمان تلقي المنتفعين خدمة رعاية صحية عادلة	2.94	0.73	3	58.800%
48	يتم توثيق العاملين شكاوى التحيز في الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية.	2.51	0.80	4	50.200%
49	يعتمد العاملون أساليب حديثة كالتقييم الإلكتروني لقياس رضا المرضى حول عدالة الرعاية الصحية في المستشفى الحكومي.	2.12	0.94	5	42.400%
	المتوسط العام	2.836	0.810		56.720%

نلاحظ من الجدول رقم (18) أن المتوسط الحسابي العام لفقرات العدالة من حيث الأهمية النسبية متوسط، حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.836). وقد حلت الفقرة "يعتمد العاملون في المستشفيات الحكومية خدمة صحية عادلة تقدم دون تحيز" المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (3.31) وبأهمية نسبية (66.20%)، في حين حلت الفقرة "يعتمد العاملون أساليب حديثة كالتقييم الإلكتروني لقياس رضا المرضى حول عدالة الرعاية الصحية في المستشفى الحكومي" المرتبة الأخيرة

بمتوسط حسابي (2.12) وبأهمية نسبية (42.400%)، وتعزو الباحثين بعض هذه النتيجة لطبيعة المجتمعات العربية التي تمتاز بالنموذج القبلي الذي يقدس الروابط الأسرية والعشائرية، والذي بناء عليه لا يملك الفرد منهم إلا أن يتحيز القريبه وابن عمه مقارنة مع الآخرين، فيحدث الانحياز في المعاملة، وفي الاهتمام، وحتى وإن لم يكن قريباً له مباشرة فقد تدخل عوامل الشفاعة، فيشفع القريب القريبه عند صديقه الطبيب أو الصيدلي، أو الممرض، أو غيره، وكم من طابور ينتظر فيه الناس جاء من أقصاه رجل فاستلم دواءه أو تلقى الخدمة التي يريد لها ليس إلا لأنه يعرف المزود للخدمة، أو موصى عليه من قبل آخر.

الجدول (19)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب والأهمية النسبية لأبعاد جودة الرعاية الصحية

م	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الأهمية النسبية
1	الأمان	3.047	0.879	2	60.933%
2	الفاعلية	2.667	0.847	6	53.33%
3	الكفاءة	3.036	0.668	1	60.720%
4	دقة الوقت	2.868	0.853	3	57.367%
5	المريض	2.705	0.772	5	54.100%
6	العدالة	2.836	0.810	4	56.720%
	جودة الرعاية الصحية	2.860	0.805		57.292%

والمقارنة أبعاد جودة الرعاية الصحية تم إعداد الجدول (19) والذي نلاحظ فيه أن المتوسط العام الجودة الرعاية الصحية من حيث الأهمية النسبية كان متوسطاً، حيث بلغ المتوسط العام (2.860). وقد حل بعد (الكفاءة) المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (3.036)، وبأهمية نسبية (60.720%)، في حين حل بعد (الفاعلية) المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (2.667) وبأهمية نسبية (53.33%).

ثالثاً: اختبار فرضيات الدراسة:

في هذا الجزء من الدراسة ستعتمد الباحثين إلى تحقيق الهدف الثالث من أهداف الدراسة وهو التعرف إلى مستوى أثر ممارسات إدارة المخاطر في جودة الرعاية الصحية في مستشفيات وزارة الصحة بالملكة العربية السعودية وفقاً لرؤية المملكة 2030، وذلك من خلال اختبار الفرضيات، حيث تم إخضاع الفرضية الرئيسة الأولى لتحليل الانحدار الخطي المتعدد والمتدرج (Linear & Stepwise Multiple Regression)، وتم إخضاع الفرضيات المتفرعة منها لتحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression).

الفرضية الرئيسة:

"لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($P > 0.05$) لممارسات إدارة المخاطر بأبعادها " خطوات التعامل مع المخاطر، وتقدير المخاطر ومعالجة المخاطر " في جودة الرعاية الصحية بأبعادها "الأمان، والفاعلية، والكفاءة ودقة الوقت، والمريض مركز الرعاية، والعدالة" في مستشفيات وزارة الصحة بالسعودية وفقا لرؤية المملكة 2030"

قد تم إخضاع الفرضيات المتفرعة من هذه الفرضية، لتحليل الانحدار الخطي البسيط، وكانت النتائج كما يلي:

1- لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($P > 0.05$) لبعد " التعامل مع المخاطر " على جودة الرعاية الصحية بأبعادها مجتمعة: (الأمان، والفاعلية، والكفاءة، ودقة الوقت، والمريض مركز الرعاية والعدالة) في مستشفيات وزارة الصحة بالسعودية وفقا لرؤية المملكة 2030.

تشير نتائج الجدول رقم (20) أن قيمة ($r = 0.525$)، وهذا يعني أن هناك علاقة موجبة بين بعد التعامل مع المخاطر و جودة الرعاية الصحية، ويتبين أن قيمة معامل التحديد (0.276) وهذا يعني أن بعد التعامل مع المخاطر قد فسر ما مقداره (27.6%) من التباين في جودة الرعاية الصحية، مع بقاء العوامل الأخرى ثابتة. كما يتبين أن قيمة (F) قد بلغت (32.365) عند مستوى ثقة ($0.000 = sig$) وهذا يؤكد معنوية الانحدار عند مستوى ($P > 0.05$) وعند درجة حرية واحدة.

جدول (20)

نتائج اختبار أثر بعد التعامل مع المخاطر في جودة الرعاية الصحية

جدول المعاملات Coefficients					تحليل التباين ANOVA			ملخص النموذج Model Summery		المتغير التابع
*Sig. t مستوى الدلالة	T المحسوبة	الخطأ المعياري	معامل الانحدار B	البيان	Sig F مستوى الدلالة	درجة الحرية Df	F المحسوبة	R2 معامل التحديد	R معامل الارتباط	
0.000	5.925	0.051	0.274	التعامل مع المخاطر	0.000	1	32.365	0.276	0.525	جودة الرعاية الصحية

يكون التأثير ذا دلالة إحصائية عند مستوى ($p \leq 0.05$)

كما يتبين من جدول المعاملات أن قيمة ($B = 0.274$) وأن قيمة ($t = 5.925$) عند مستوى ثقة ($0.000 = sig$) وهذه تؤكد معنوية المعامل عند مستوى ($p \leq 0.05$) وبناء على ما سبق، نرفض الفرضية العدمية الفرعية الأولى ونقبل الفرضية الفرعية البديلة القائلة:

"يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($P > 0.05$) لبعد " التعامل مع المخاطر " على جودة الرعاية الصحية بأبعادها مجتمعة: (الأمان، والفاعلية، والكفاءة، ودقة الوقت، والمريض مركز الرعاية والعدالة) في مستشفيات وزارة الصحة بالسعودية وفقا لرؤية المملكة 2030

2- لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($P > 0.05$) لبعـد "تقدير المخاطر" على جودة الرعاية الصحية بأبعادها مجتمعة: (الأمان، والفاعلية، والكفاءة، ودقة الوقت، والمريض مركز الرعاية والعدالة) في مستشفيات وزارة الصحة بالسعودية وفقاً لرؤية المملكة 2030.

تشير نتائج الجدول رقم (21) أن قيمة ($r = 0.658$)، وهذا يعني أن هناك علاقة موجبة بين بعد تقدير المخاطر و جودة الرعاية الصحية، ويتبين أن قيمة معامل التحديد (0.433) وهذا يعني أن بعد تقدير المخاطر قد فسر ما مقداره (43.3%) من التباين في جودة الرعاية الصحية، مع بقاء العوامل الأخرى ثابتة. كما يتبين أن قيمة (F) قد بلغت (82.336) عند مستوى ثقة ($0.000 = sig$) وهذا يؤكد معنوية الانحدار عند مستوى ($P > 0.05$) وعند درجة حرية واحدة.

جدول (21)

نتائج اختبار أثر بعد تقدير المخاطر في جودة الرعاية الصحية

ANOVA تحليل التباين					ملخص النموذج Model Summery		المتغير التابع
Sig F	درجة الحرية	F	R2	معامل الارتباط	معامل الارتباط	معامل الارتباط	
المستوى	المستوى	المستوى	المستوى	المستوى	المستوى	المستوى	المستوى
الدلالة	الدلالة	الدلالة	الدلالة	الدلالة	الدلالة	الدلالة	الدلالة
0.000	1	82.336	0.433	0.658	0.433	0.658	جودة الرعاية الصحية
0.000	1	82.336	0.433	0.658	0.433	0.658	جودة الرعاية الصحية

يكون التأثير ذا دلالة إحصائية عند مستوى ($p \leq 0.05$)

كما يتبين من جدول المعاملات أن قيمة ($B = 0.416$) وأن قيمة ($t = 9.165$) عند مستوى ثقة ($0.000 = sig$) وهذه تؤكد معنوية المعامل عند مستوى ($p \leq 0.05$) وبناء على ما سبق، نرفض الفرضية العدمية الفرعية الثانية ونقبل الفرضية الفرعية البديلة القائلة:

"يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($P > 0.05$) لبعـد "تقدير المخاطر" على جودة الرعاية الصحية بأبعادها مجتمعة: (الأمان، والفاعلية، والكفاءة، ودقة الوقت، والمريض مركز الرعاية والعدالة) في مستشفيات وزارة الصحة بالسعودية وفقاً لرؤية المملكة 2030

3- لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($P > 0.05$) لبعد "معالجة المخاطر" على جودة الرعاية الصحية بأبعادها مجتمعة: (الأمان، والفاعلية، والكفاءة، ودقة الوقت، والمريض مركز الرعاية والعدالة) في مستشفيات وزارة الصحة بالسعودية وفقا لرؤية المملكة 2030.

تشير نتائج الجدول رقم (22) أن قيمة ($r = 0.642$) ، وهذا يعني أن هناك علاقة موجبة بين بعد التعامل مع المخاطر و جودة الرعاية الصحية، ويتبين أن قيمة معامل التحديد (0.432) وهذا يعني أن بعد معالجة المخاطر قد فسر ما مقداره (41.2%) من التباين في جودة الرعاية الصحية، مع بقاء العوامل الأخرى ثابتة. كما يتبين أن قيمة (F) قد بلغت (72.631) عند مستوى ثقة ($0.000 = sig$) وهذا يؤكد معنوية الانحدار عند مستوى ($P > 0.05$) وعند درجة حرية واحدة.

جدول (22)

نتائج اختبار أثر بعد معالجة المخاطر في جودة الرعاية الصحية

ANOVA تحليل التباين					ملخص النموذج Model Summery		المتغير التابع		
ANOVA					ANOVA			ANOVA	
ANOVA					ANOVA			ANOVA	
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		
ANOVA					ANOVA		ANOVA		ANOVA
ANOVA									

يكون التأثير ذا دلالة إحصائية عند مستوى ($p \leq 0.05$)

كما يتبين من جدول المعاملات أن قيمة ($B = 0.432$) وأن قيمة ($t = 9.011$) عند مستوى ثقة ($0.000 = sig$) وهذه تؤكد معنوية المعامل عند مستوى ($p \leq 0.05$) وبناء على ما سبق، نرفض الفرضية العدمية الفرعية الثانية ونقبل الفرضية الفرعية البديلة القائلة:

"يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($P > 0.05$) لبعد "معالجة المخاطر" على جودة الرعاية الصحية بأبعادها مجتمعة: (الأمان، والفاعلية، والكفاءة، ودقة الوقت، والمريض مركز الرعاية والعدالة) في مستشفيات وزارة الصحة بالسعودية وفقا لرؤية المملكة 2030

ولاختبار الفرضية الرئيسة الأولى، تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (23)

نتائج اختبار أثر ممارسات إدارة المخاطر في جودة الرعاية الصحية

جدول المعاملات Coefficients					تحليل التباين ANOVA			ملخص النموذج Model Summary		المتغير التابع
*Sig. t	T	الخطأ المعياري	معامل الانحدار B	البيان	Sig F	درجة الحرية Df	F المحسوبة	R2 معامل الارتباط	معامل R	
0.236	1.291	0.071	0.081	التعامل مع المخاطر	0.000	3	29.556	0.464	0.681	جودة الرعاية الصحية
0.001	3.326	0.090	0.282	تقدير المخاطر						
0.002	3.122	0.92	0.270	معالجة المخاطر						

يكون التأثير ذا دلالة إحصائية عند مستوى ($p \leq 0.05$)

تشير نتائج الجدول رقم (23) أن معامل الارتباط (0.681) يشير إلى العلاقة بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع، كما أن أثر المتغيرات المستقلة ممارسات إدارة المخاطر في المتغير التابع جودة الرعاية الصحية هو أثر ذو دلالة إحصائية، حيث كانت قيمة F المحسوبة (29.556) وبمستوى دلالة ($\text{sig} = 0.000$) وهو أقل من 0.05، حيث ظهر أن قيمة معامل التحديد (0.464) وهي تشير إلى أن (46.4%) من التباين في جودة الرعاية الصحية يمكن تفسيره من خلال التباين في أبعاد ممارسات إدارة المخاطر مجتمعة.

أما جدول المعاملات فقد أظهر أن قيمة B عند بعد التعامل مع المخاطر قد بلغت (0.081) وأن قيمة t عنده هي (1.199)، وبمستوى دلالة ($\text{sig} = 0.236$) مما يشير إلى أن أثر هذا البعد غير معنوي. وأن قيمة B عند بعد تقدير المخاطر قد بلغت (0.282) وأن قيمة t عنده هي (3.326) وبمستوى دلالة ($\text{sig} = 0.001$) مما يشير إلى أن أثر هذا البعد معنوي. أما قيمة B عند بعد معالجة المخاطر فقد بلغت (0.270) وقيمة و عنده هي (3.122)، وبمستوى دلالة ($\text{sig} = 0.002$) ، مما يشير إلى أن أثر هذا البعد معنوي.

وبناء على ما سبق، نرفض الفرضية الرئيسية الأولى ونقبل الفرضية البديلة القائلة: "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($P > 0.05$) لممارسات إدارة المخاطر بأبعادها التعامل مع المخاطر، تقدير المخاطر، ومعالجة المخاطر في جودة الرعاية الصحية بأبعادها الأمان الفاعلية الكفاءة دقة الوقت المريض مركز الرعاية، والعدالة في مستشفيات وزارة الصحة بالسعودية وفقاً لرؤية المملكة 2030

13-1 الاستنتاجات:

- 1- ممارسات إدارة المخاطر في حقيقة أمرها تهدف إلى الاختيار العلمي المنظم للحد من آثار تهديد معين على جودة الرعاية الصحية في مستشفيات وزارة الصحة.
- 2- إن إدارة المخاطر عملية لا يمكن أن ننفي وجودها فعلا في ممارسات المديرين في مستشفيات وزارة الصحة.
- 3- إن إدارة المخاطر معني بتحديد هوية المخاطر، ثم تفصيلها حسب احتمال الحدوث، وحجم خسائرها، لتقديم معالجة المخاطر ذات الخسائر الكبيرة قبل الأقل خسارة.
- 4- إن العائق المالي والعملي ليس هو العائق الوحيد أمام فريق إدارة المخاطر، فحجم المسؤولية المترتبة على فريق المخاطر قد يكون عائقا حقيقيا أمامهم، إذ قد يجد الفريق نفسه أمام قرار لا بد أن يتخذ في حالة المخاطر المتبقية، وتقدير مستوى حجم الخسائر الذي على الوزارة أن تتقبله، ولتتحمل فريق إدارة المخاطر كامل التبعية عن هذا القرار.
- 5- إن ممارسات إدارة المخاطر في مستشفيات وزارة الصحة لتطبق فعلا بالشكل المثالي فإنها تحتاج إلى فريق متخصص ومدرّب جيدا في كل مستشفى، ورفد هذا الفريق بكافة ما يحتاجه لتنفيذ عمله بالشكل الصحيح، فهناك مخاطر من النوع غير الملموس، واحتمالية حدوث أثرها عالية جدا، كمخاطر نقص المعرفة التي يعاني منها كثير من مزودي الخدمة، أو حتى نقص التعاون بين مزودي الخدمة فيما بينهم.
- 6- إن قناعة الفريق الإداري خصوصا بجدوى تطبيق ممارسات إدارة المخاطر، وأنها ذات أثر واضح على جودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفى، قد تشكل عائقا أمام فريق إدارة المخاطر.

14-1 التوصيات:

- 1- تعزيز اهتمام وزارة الصحة السعودية بموضوع إدارة المخاطر من الناحية الأكاديمية لإدراجها ضمن المناهج الأكاديمية في الكليات والمعاهد التابعة لها، لتحقيق الوعي الأكاديمي بهذا النوع من الأدب الحديث.
- 2- تكثيف وزارة الصحة للدورات العلمية والتطبيقية حول استخدام ممارسات إدارة المخاطر المثالية بين كوادرها في مختلف المنشآت التابعة لها من خلال مديرية التدريب والتعليم المستمر، والاهتمام بالتفاصيل. مع ضرورة أن لا تقتصر العملية على الأطباء والممرضين بل تشمل كافة الإداريين والعاملين عموما في وزارة الصحة بالإضافة إلى وجود رقابة على آلية توزيع الدورات في هذا الأدب الحديث.
- 3- ابتعاث المعنيين بتنفيذ ممارسات إدارة المخاطر في المستشفيات التابعة لوزارة الصحة إلى مستشفيات خارجية مشهورة في هذا المجال للعمل على نقل المعرفة حول الاستخدام الأمثل للممارسات إدارة المخاطر في قطاع الرعاية الصحية، وبما يخدم تحسين جودة خدمة الرعاية المقدمة.
- 4- التركيز على الفئات الإدارية في مستشفيات وزارة الصحة خصوصا على تعلم مختلف جوانب إدارة المخاطر، وتحفيز جميع العاملين في خدمة الرعاية الصحية على فعل الشيء نفسه.

- 5- السعي في بناء ثقافة في مستشفيات وزارة الصحة تكون فيها سلامة المرضى ذات أولوية قصوى من خلال التعليم والتدريب المستمر، والمتابعة الإدارية الحديثة للتأكد من تطبيق كافة الإجراءات التي تعنى بسلامة المرضى في مستشفيات وزارة الصحة.
- 6- قيام وزارة الصحة بإنشاء مديرية متخصصة بإدارة المخاطر في وزارة الصحة.
- 7- تفعيل دور إدارة المخاطر في كافة طلبات الاحتياجات التي تقدمها إدارة المستشفيات، سواء الاحتياجات البشرية أو المادية أو المالية.

15-1 قائمة المراجع

1-15-1 قائمة المراجع العربية:

1. روفيد، جوثان: إدارة مخاطر الأعمال، ط 1، ترجمة علاء أحمد إصلاح، مجموعة النيل العربية للنشر مصر، 2012
2. الشقيري، نوري موسى: إدارة المخاطر، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2010
3. جزاع، هاني ارتيمة، عكور، سامر محمد: إدارة الخطر والتأمين، دار حامد للنشر، والتوزيع، عمان، 2014
4. الأحمدى، طلال بن عايد: إدارة الرعاية الصحية، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2014
5. الخازم، محمد، الأحمدى، حنان: المشهد الصحي السعودي "لمحات الماضي، تشخيص الحاضر، استشراف المستقبل". الرياض: مركز الملك عبد العزيز للحوار الوطني، 2010
6. حمزة، زيد: الطب والصحة في نصف قرن، المؤتمر العربي السادس في الأساليب الحديثة لإدارة المستشفيات "تمويل الخدمات الصحية والطبية في المستشفيات العربية"، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر، 2012
7. درويش، عبد الناصر محمد سيد: "دور أنشطة المراجعة الداخلية في تفعيل إدارة المخاطر في شركات التأمين المصرية"، مجلة المحاسبة والمراجعة، كلية التجارة، جامعة بني سويف، المجلد الأول، العدد الثاني، ديسمبر 2013.
8. عبادى، إيمان: استراتيجية الاتصال في إدارة الأزمات بالمؤسسة: مقارنة وصفية تحليلية، مجلة الدراسات، (64):2018م.
9. الأحمدى، حنان بنت عبد الرحيم: سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية، السعودية، الرياض، الإدارة العامة لطباعة والنشر، 2017
10. وزارة الصحة: الخطة الاستراتيجية 1441 - 1445هـ، المملكة العربية السعودية

11. سيف، ناصر ابراهيم: أثر تطبيق أبعاد جودة الخدمات في نتائج المرضى دراسة ميدانية علي مراكز الرعاية الصحية الأولية في السعودية، المجلة السعودية في إدارة الأعمال، جامعة عمان العربية، عمان، السعودية،

2013

2-15-1 قائمة المراجع الاجنبية:

12. Abd El-Moneim, A. M. Risk Assessment and Risk Management, Center for Advancement of Postgraduate Studies and Research, Cairo, University Press, Egypt, 2005.
13. Enshassi, A. and Abu Mosa, J, "Risk Management in Building Projects; Owners' Perspective". The Islamic University Journal, Vol. 16. (2008)
14. Haimes, Y.Y. "Risk Modeling, Assessment, and Management", 2nd edition, Wiley Interscience. 2004.
15. IOM (2001). Crossing the quality chasm: anew health system for the 21" century.<http://www.nationalacademies.org/hamd//media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm%20Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>
16. ISO 31000 (2018). Risk management Guidelines. International Organization for Standardization <https://www.iso.org/standard/65694.html> <https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/store/en/PUB100426.pdf>
17. Normand, C.& Thomas, S. (2008). health Care Finance and the Health System, in international Encyclopedia of Public health

3-13-1 الشبكة العلمية للمعلومات:

18. [http://www.nationalacademies.org/hmd/-/media/Files/Report Files/2001/ Crossing- the -Quality-Chasm Quality%20Chasm %202001%20%20 repor t%20 brief.pdf](http://www.nationalacademies.org/hmd/-/media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm%20Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf)
19. https://www.moh.gov.sa/Ministry/About/Strategy_Policies_SLA/Pages/default.aspx
20. https://www.moh.gov.sa/Ministry/About/Strategy_Policies_SLA/Pages/default.aspx
21. <https://www.globalhealthsaudi.com/ar/overview/industry-insights/2019-saudi-arabia-healthcare-industry-overview.html>

قائمة المرفقات

جامعة الجميع الذكية



كلية الإدارة

تخصص إدارة مخاطر

السيد / السيدة

تحية طيبة وبعد ،،،

تقوم الباحثتان بعمل دراسة بعنوان "أثر ممارسات إدارة المخاطر على جودة الرعاية الصحية في

مستشفيات وزارة الصحة بالسعودية وفقا لرؤية المملكة 2030" استكمالا لنيل درجة الماجستير في إدارة

المخاطر ، لذا ان تعاونكم معنا في إجابة كافة الأسئلة المطروحة في هذا الاستبيان من خلال وضعكم علامة (

✓) أمام الإجابة التي ترونها مناسبة وتعبر عن واقع الحالي هو خدمة جليلة منكم للبحث العلمي.

ملاحظة : كافة المعلومات والإجابات هي غاية في السرية ولن تستخدم إلا لغرض الدراسة العلمي.

شكراً لكم علي تعاونكم

الباحثتان

ساره الحيزان – ايلاف السويد

فيما يلي مجموعة من الفقرات راجياً وضع (√) أمام الاختيار المناسب من وجهة نظركم:
 أولاً: الجزء الخاص بالخصائص الديموغرافية والشخصية
 أولاً: النوع:

م	المتغيرات	الاستجابة
1	ذكر	
2	أنثى	

ثانياً: سنوات الخبرة:

م	المتغيرات	الاستجابة
1	اقل من 5 سنوات	
2	5 سنوات الي اقل من 10 سنوات	
3	من 10 سنوات الي اقل من 15 سنة	
4	من 15 سنة الي اقل من 20 سنة	
5	20 سنة فأكثر	

ثالثاً: الفئة العمرية:

م	المتغيرات	الاستجابة
1	من 20 الي اقل من 30 سنة	
2	من 30 الي اقل من 40 سنة	
3	من 40 سنة فأكثر	

رابعاً: المؤهل العلمي:

م	المتغيرات	الاستجابة
1	دبلوم او ثانوية	
2	بكالوريوس	
3	ماجستير	
4	دكتوراه	

خامساً: المستوى الوظيفي:

م	المتغيرات	الاستجابة
1	الإدارة العليا	
2	الإدارة وسطي " التنفيذية"	

3	الإدارة الدنيا " المباشرة "
---	-----------------------------

ثانياً: الفقرات المتعلقة بمتغيرات الدراسة:
المتغير المستقل: ممارسة إدارة المخاطر:

5- التعامل مع المخاطر:

م	الفقرات	موافق جدا	موافق	الي حد ما	غير موافق	غير موافق جدا
1	يدرك العاملون المقصود بممارسات إدارة المخاطر					
2	يعتمد العاملون ممارسات إدارة المخاطر كقضية جوهرية في استراتيجية عمل المستشفى الحكومي					
3	يتوفر برامج علمية لتثقيف الموظفين بجميع جوانب استراتيجيات إدارة المخاطر، وكيفية الاستجابة لها.					
4	يعتمد العاملون إدارة المخاطر لتقليل حجم الخسائر					
5	يعطي العاملون في اجتماعاتهم وقتاً كافياً لمناقشة سجلات المخاطر للتعديل على مسار عمل المستشفى					

6- تقدير المخاطر

م	الفقرات	موافق جدا	موافق	الي حد ما	غير موافق	غير موافق جدا
6	يدرك العاملون أن ممارسة تقدير المخاطر تشمل عملية تعريف، وتحليل، وقياس شدة المخاطر					
7	يدرك العاملون أنواع المخاطر التي تواجه بيئة العمل داخل المستشفى الحكومي					
8	يعتمد العاملون أساليب علمية حديثة في تحليل بيانات المخاطر الواردة إليهم					
9	يعتمد العاملون أساليب علمية حديثة في قياس درجة شدة المخاطر في المستشفى لترتيب أولوياتهم					
10	يعتمد العاملون نتائج تقدير المخاطر لرسم خريطة تظهِار مناطق الخطورة العالية في المستشفى					

7- معالجة المخاطر:

م	الفقرات	موافق جدا	موافق	الي حد ما	غير موافق	غير موافق جدا
11	يدرك العاملون أنواع استراتيجيات معالجة المخاطر					
12	يدرك العاملون الوقت المناسب لاستخدام استراتيجيات					

					معالجة المخاطر منفردة أو مجتمعة
13					يعتمد العاملون سجلات إدارة المخاطر متضمنة مرحلة المعالجة
14					يسعى العاملون لاختيار بدائل تجنب المرضى المخاطر من خلال المراقبة الدائمة.
15					يستخدم العاملون أدوات المخاطر العلمية الوقائية لمنع حدوث المخاطر أو تكرارها

المتغير التابع جودة الرعاية الصحية

7- الأمان:

م	الفقرات	موافق جدا	موافق	الي حد ما	غير موافق	غير موافق جدا
16	يعتمد العاملون خاصية تقديم خدمة صحية خالية من الضرر كأحد خصائص المستشفى الحكومي.					
17	يحرص العاملون على توفير قاعدة بيانات الضرر السابق للمرضى كحالات العدوى، والتدخلات الدوائية.					
18	يعتمد العاملون مؤشرات علمية لقياس الرعاية المأمونة في المستشفى، كرصد معدل الوفيات الإجمالي.					
19	يعتمد العاملون إجراءات حازمة لضمان التزام العاملون بتقديم خدمة صحية مأمونة.					
20	يعتمد العاملون برامجا علمية لجعل أمان المرضى قيمة عليا لدى جميع العاملين.					
21	يعتمد العاملون أساليب علمية لقياس مدى قناعة المرضى بتلقيهم خدمة صحية آمنة.					

8- الفاعلية:

م	الفقرات	موافق جدا	موافق	الي حد ما	غير موافق	غير موافق جدا
22	يعتمد العاملون في المستشفى الحكومي تقديم رعاية صحية قائمة على الأدلة المثبتة بالتجارب العلمية بدل الاعتماد - فقط - على الخبرة والمهارات الشخصية.					
23	يعتمد العاملون في المستشفيات الحكومية التعليم المستمر لنشر ثقافة الرعاية القائمة على الأدلة المثبتة.					
24	يقوم العاملون بتسهيل وصول العاملين في المستشفى الحكومي لقواعد البيانات العلمية الإلكترونية لرفع مستوى فاعلية الرعاية.					
25	يعتمد العاملون سبل التحفيز للتغيير القيمي في اتجاه خدمة صحية قائمة على الأدلة.					

26	يعتمد العاملین على أدلة الرعاية الصحية المثبتة بالتجارب العلمية في صنع قراراتهم المتعلقة بزيادة الفعالية السريرية (النتائج).				
27	يدرك العاملین أن مهارات المزود وخبرته قد تعرقل الامتثال للتوجيهات القائمة على الأدلة المثبتة ويضعون ذلك في حساباتهم للتغيير.				

9- الكفاءة:

م	الفقرات	موافق جدا	موافق	الي حد ما	غير موافق	غير موافق جدا
28	يدرك العاملین أن مفهوم الهدر في خدمة الرعاية الصحية يشمل الاستخدام المفرط، وسوء الاستخدام، و الاستخدام الناقص					
29	يعتمد العاملین في المستشفيات الحكومية خاصة تقديم رعاية صحية - عند الحاجة - دون هدر.					
30	يعتمد العاملین في المستشفى نظام التوثيق لأي نوع من أنواع الهدر في خدمات الرعاية الصحية والتي يمكن دراستها واستخدامها كمرجع.					
31	يعتمد العاملین الأساليب العلمية لتقييم كفاءة خدمة الرعاية الصحية كمؤشر الضرر والمقارنة بين التكاليف وتحسين صحة المريض.					
32	يعتمد العاملین في المستشفى أنظمة المعلومات الإلكترونية لإدخال أوامر الطبيب التشخيصية والعلاجية التقليل خسائر الأخطاء والعيوب.					

10- دقة الوقت:

م	الفقرات	موافق جدا	موافق	الي حد ما	غير موافق	غير موافق جدا
33	يدرك العاملین أهمية عامل الوقت في خدمة الرعاية الصحية.					
34	يعتمد العاملین أساليب علمية لتحديد وقت انتظار المرضى المعيارى في المستشفيات الحكومية.					
35	اعتماد العاملین أساليب علمية - كسيناريو المحاكاة التحديد مواطن الاختناق في مراحل الرعاية الصحية.					
36	يعتمد العاملین معايير عالمية لبناء أقسام ومرافق المستشفيات الحكومية تراعى اختصار الوقت في تقديم خدمة الرعاية الصحية					
37	يدرك العاملین دور الموارد البشرية والمادية الكافية في تحقيق خدمة رعاية صحية في وقتها.					

38	يعتمد العاملین أساليب حديثة للحصول على تقييم المنتفعين لخدمة الرعاية الصحية في وقتها.					
----	--	--	--	--	--	--

11- المريض:

م	الفقرات	موافق جدا	موافق	الي حد ما	غير موافق	غير موافق جدا
39	يدرك العاملین معنى كون المريض مركز الرعاية الصحية، وأنه يعني أكثر من مجرد وصف العلاج له.					
40	يعتمد العاملین برامج علمية لنشر ثقافة "المريض مركز الرعاية الصحية في بيئة المستشفيات الحكومية.					
41	يعتمد العاملین في المستشفى آلية إطلاع المرضى على مراحل خدمة الرعاية المقدمة لهم.					
42	يعتمد العاملین إشراك أهل المريض في مراحل خدمة الرعاية المقدمة لمريضهم.					
43	يعتمد العاملین نظاما يؤكد على أحقية المريض في الحماية من أي ضرر معنوي يستهدف الحريات والقيم والمعتقدات.					
44	تعتمد الإدارة أدوات المراقبة تطبيق العاملین لبعده المريض مركز الرعاية كصندوق الشكاوى، أو التقييم الإلكتروني.					

12- العدالة:

م	الفقرات	موافق جدا	موافق	الي حد ما	غير موافق	غير موافق جدا
45	يعتمد العاملین في المستشفيات الحكومية خدمة صحية عادلة تقدم دون تحيز					
46	بعد العاملین في المستشفيات الحكومية عدالة خدمة الرعاية الصحية قيمة جوهرية					
47	يعتمد العاملین سياسات وإجراءات حازمة لضمان تلقي المنتفعين خدمة رعاية صحية عادلة					
48	يتم توثيق العاملین شكاوى التحيز في الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية.					
49	يعتمد العاملین أساليب حديثة كالتقييم الإلكتروني لقياس رضى المرضى حول عدالة الرعاية الصحية في المستشفى الحكومي.					

**The impact of risk management practices on the quality of health
care in the hospitals of the Ministry of Health in Saudi
Arabia in accordance with the
Kingdom's Vision 2030**

Preparation

Sarah AlHaizan 222001621

Elaf ALSweed 222000819

Supervisor

Dr.. Walid Siddiq

Dr. Al-Faisal Hassan

1445/2023