

جامعة ميدأوشن

كلية الإدارة

قسم / تخصص الإدارة الصحية



كفاءة إدارة أقسام الرعاية العاجلة في المستشفيات العامة بمدينة الرياض: دراسة
تحليلية

*Efficiency of Urgent Care Department Management in Public Hospitals in
Riyadh: An Analytical Stud*

إعداد الطالب/

إبراهيم عجل حسين الدوسري

IBRAHIM Ijl Hussain Aldawsari

ORCID:

البريد الإلكتروني:

ibrahim.aldawsari@outlook.com

إشراف/

د.الفیصل عبد الحمید

د.فايز جراد

العام الدراسي:

2026

المستخلص: Abstract

الأهداف: هدفت هذه الدراسة إلى تقييم كفاءة إدارة أقسام الرعاية العاجلة في المستشفيات العامة بمدينة الرياض، من خلال تحليل أربعة أبعاد إدارية وتشغيلية مؤثرة في الأداء، وهي: القيادة والتنظيم الإداري، وإدارة العمليات التشغيلية، وإدارة الموارد البشرية، وإدارة الموارد المادية والتقنية، وقياس علاقة هذه الأبعاد بمؤشرات كفاءة الأداء وجودة الخدمة ورضا المرضى.

مكان الدراسة: أقسام الرعاية العاجلة في المستشفيات العامة بمدينة الرياض، المملكة العربية السعودية.

المنهجية: اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي الكمي، باستخدام استبانة إلكترونية مكونة من 37 فقرة موزعة على ستة محاور، طبقت على عينة قوامها 126 من العاملين في أقسام الرعاية العاجلة (أطباء وممرضون وإداريون ومسؤولو جودة ومشرفو أقسام). وتم التحقق من صدق الأداة وثباتها، إذ تراوحت معاملات كرونباخ ألفا بين 0.82 و 0.93. وحُللت البيانات إحصائياً ببرنامج SPSS باستخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، ومعامل ارتباط بيرسون، وتحليل الانحدار الخطي المتعدد، واختباري T و ANOVA.

النتائج: جاء المستوى العام لكفاءة الإدارة مرتفعاً بمتوسط حسابي 3.65، وتصدر محور القيادة والتنظيم الإداري المحاور بمتوسط 3.80، تلتها إدارة العمليات التشغيلية بمؤشرات كفاءة الأداء فالموارد المادية والتقنية فجودة الخدمة ورضا المرضى، وأخيراً إدارة الموارد البشرية بمتوسط 3.57. وأظهر تحليل الانحدار أن الأبعاد الإدارية الأربعة فسّرت 62% من التباين في كفاءة الأداء ($R^2=0.62$)، وكانت إدارة العمليات التشغيلية أكثرها تأثيراً ($Beta=0.36$)، تلتها القيادة والتنظيم ($Beta=0.24$) فالموارد المادية والتقنية ($Beta=0.22$) فالموارد البشرية ($Beta=0.19$). كما تبين وجود علاقة ارتباط موجبة قوية بين كفاءة الإدارة وجودة الخدمة ورضا المرضى ($r=0.71$)، ووجود فروق دالة إحصائية في تقييم الكفاءة تُعزى إلى المسمى الوظيفي وسنوات الخبرة، ولا تُعزى إلى الجنس.

التوصيات: أوصت الدراسة بتبني خطط تشغيلية واضحة لإدارة أوقات الذروة، وتحسين نظام الفرز الطبي، ومراجعة كفاية الكوادر البشرية وتوزيعها، وتطوير أنظمة المعلومات الصحية وربطها إلكترونياً بالمختبر والأشعة والأقسام الداخلية، وقياس رضا المرضى بصورة دورية وربط نتائجه بخطط تحسين الأداء.

الكلمات المفتاحية: كفاءة الإدارة، الرعاية العاجلة، المستشفيات العامة، إدارة العمليات، جودة الخدمة، رضا المرضى.

Abstract

Objectives: This study aimed to evaluate the efficiency of urgent care department management in public hospitals in Riyadh by analyzing four administrative and operational dimensions affecting performance — administrative leadership and organization, operational process management, human resource management, and material and technological resource management — and by measuring the relationship of these dimensions with performance efficiency indicators, service quality, and patient satisfaction.

Study Location: Urgent care departments in public hospitals in Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia.

Methodology: The study adopted a descriptive-analytical quantitative approach using a 37-item electronic questionnaire across six axes, administered to a sample of 126 staff members (physicians, nurses, administrators, quality and patient-safety officers, and department supervisors). Validity and reliability were confirmed, with Cronbach's alpha coefficients ranging between 0.82 and 0.93. Data were analyzed in SPSS using means, standard deviations, Pearson correlation, multiple linear regression, t-tests, and one-way ANOVA.

Results: Overall management efficiency was high (mean = 3.65). Leadership and administrative organization ranked highest (3.80), followed by operational process management, performance efficiency indicators, material and technical resources, and service quality and patient satisfaction, with human resource management ranking lowest (3.57). Regression analysis showed the four administrative dimensions jointly explained 62% of the variance in performance efficiency ($R^2 = 0.62$), with operational process management the strongest predictor (Beta = 0.36), followed by leadership and organization (Beta = 0.24), material and technical resources (Beta = 0.22), and human resource management (Beta = 0.19). A strong positive correlation was found between management efficiency and service quality/patient satisfaction ($r = 0.71$). Statistically significant differences in efficiency ratings were found according to job title and years of experience, but not according to gender.

Recommendations: The study recommends adopting clear operational plans for peak-demand periods, improving the medical triage system, reviewing the adequacy and distribution of nursing and medical staff, developing health information systems with electronic links to laboratory, radiology, and inpatient units, and measuring patient satisfaction periodically to inform performance-improvement plans.

Keywords: Management efficiency, urgent care, public hospitals, operations management, service quality, patient satisfaction.

1. المقدمة

تعد أقسام الرعاية العاجلة والطوارئ من أكثر الوحدات الصحية أهمية وحساسية داخل المستشفيات، نظراً لدورها المباشر في استقبال الحالات الحادة والطارئة وتقديم التدخلات الأولية التي قد تسهم في إنقاذ الحياة وتقليل المضاعفات وتحسين نتائج الرعاية الصحية. وتكتسب هذه الأقسام مكانة محورية في النظم الصحية الحديثة لأنها تمثل نقطة الاتصال الأولى بين المريض والنظام الصحي في كثير من الحالات الحرجة، كما تعكس كفاءة المستشفى في سرعة الاستجابة وجودة التنظيم وفعالية استخدام الموارد المتاحة. وقد أكدت منظمة الصحة العالمية أن تطوير أنظمة الرعاية الطارئة يمثل أحد المداخل الأساسية لتعزيز التغطية الصحية الشاملة وضمان وصول المرضى إلى خدمات صحية عاجلة وآمنة في الوقت المناسب (World Health Organization, 2007).

ولا تقتصر أهمية أقسام الرعاية العاجلة على الجانب السريري فقط، بل تمتد إلى الجوانب الإدارية والتنظيمية والتشغيلية؛ فهذه الأقسام تعمل في بيئة تتسم بسرعة التغير وارتفاع حجم الطلب وتفاوت شدة الحالات وصعوبة التنبؤ بعدد المراجعين، مما يجعل الإدارة الفعالة عاملاً أساسياً في تحقيق التوازن بين سرعة تقديم الخدمة وجودتها وسلامة المرضى. وتشير الأدبيات إلى أن ازدحام أقسام الطوارئ والرعاية العاجلة يُعد ظاهرة عالمية ترتبط بزيادة زمن الانتظار وتأخر تقديم العلاج وانخفاض رضا المرضى وارتفاع احتمالية حدوث الأخطاء الطبية (Morley et al., 2018)، كما أن ضعف إدارة تدفق المرضى داخل هذه الأقسام يؤدي إلى اختناقات تشغيلية تؤثر في كفاءة القسم والمستشفى بشكل عام (Asplin et al., 2003).

وفي السياق السعودي، تشهد مدينة الرياض نمواً سكانياً وعمرانياً متسارعاً وتوسعاً كبيراً في الخدمات الصحية الحكومية، الأمر الذي يفرض ضغطاً متزايداً على أقسام الرعاية العاجلة في المستشفيات العامة، وهو ما تعكسه مؤشرات وزارة الصحة السعودية لارتفاع أعداد مراجعي خدمات الطوارئ والرعاية العاجلة في المرافق الصحية الحكومية خلال السنوات الأخيرة (وزارة الصحة، 2022؛ وزارة الصحة، 2023). (ويزداد هذا الضغط مع ارتفاع توقعات المستفيدين وتوجهات التحول الصحي في المملكة العربية السعودية نحو رفع كفاءة الأداء وتحسين جودة الخدمات وتعزيز سلامة المرضى وترشيد استخدام الموارد) (وزارة الصحة، 2023). (وبناءً على ذلك، تأتي هذه الدراسة بعنوان: كفاءة إدارة أقسام الرعاية العاجلة في المستشفيات العامة بمدينة الرياض: دراسة تحليلية، استجابةً للحاجة إلى دراسة علمية منهجية تقيس أبعاد الكفاءة الإدارية والتشغيلية في هذه الأقسام، وتحلل أثرها في مؤشرات الأداء كسرعة الاستجابة وزمن الانتظار وجودة الخدمة ورضا المرضى وكفاءة استخدام الموارد).

2. مشكلة الدراسة

تواجه أقسام الرعاية العاجلة في المستشفيات العامة تحديات تشغيلية وإدارية متزايدة نتيجة طبيعة الخدمات التي تقدمها، إذ تستقبل حالات صحية متفاوتة في درجة الخطورة وتتطلب استجابة سريعة وقرارات دقيقة وتنسيقاً مستمراً بين الفرق الطبية والإدارية. ويُعد الازدحام وطول زمن الانتظار ونقص الكوادر وضعف التنسيق بين الوحدات وعدم كفاءة إدارة تدفق المرضى من أبرز المشكلات التي تؤثر في أداء هذه الأقسام، وقد بينت الأدبيات أن ازدحام أقسام الطوارئ لا يمثل مشكلة تشغيلية بسيطة، بل يرتبط بانخفاض جودة الرعاية وتأخر التدخلات العلاجية وزيادة الضغط على العاملين وارتفاع مخاطر عدم رضا المرضى (Hwang et al., 2011; Morley et al., 2018).

ورغم أن دراسات سابقة تناولت كفاءة أقسام الطوارئ والرعاية العاجلة من جوانب متعددة، فإن كثيراً منها ركّز على السياقات الغربية أو على الجوانب السريرية والتشغيلية الجزئية، بينما لا تزال الحاجة قائمة إلى دراسات محلية تركز على الكفاءة الإدارية في المستشفيات العامة بمدينة الرياض من منظور شامل يجمع بين القيادة والتنظيم وإدارة العمليات وإدارة الموارد البشرية وإدارة الموارد المادية والتقنية. وتتمثل مشكلة الدراسة الحالية في عدم وضوح المستوى الفعلي لكفاءة إدارة أقسام الرعاية العاجلة في المستشفيات العامة بمدينة الرياض، وعدم كفاية الدراسات المحلية التي تقيس هذه الكفاءة بصورة شاملة. ومن ثم تسعى هذه الدراسة إلى الإجابة عن السؤال الرئيس الآتي:

ما مستوى كفاءة إدارة أقسام الرعاية العاجلة في المستشفيات العامة بمدينة الرياض؟

3. أهمية الدراسة

الأهمية العلمية

تسهم هذه الدراسة في إثراء الأدبيات العلمية المتعلقة بالإدارة الصحية، ولا سيما في مجال إدارة أقسام الرعاية العاجلة والطوارئ؛ فهي لا تقتصر على قياس جودة الخدمة من منظور سريري، بل تركز على الكفاءة الإدارية والتشغيلية بوصفها عاملاً مؤثراً في جودة الأداء، وترتبط بين عدد من المفاهيم الإدارية المهمة كالقيادة والتنظيم وإدارة العمليات وإدارة الموارد ونظم المعلومات الصحية من جهة، ومؤشرات الأداء في أقسام الرعاية العاجلة من جهة أخرى. كما تسعى الدراسة إلى سد فجوة بحثية تتعلق بندرة الدراسات المحلية والعربية التي تناولت كفاءة إدارة أقسام الرعاية العاجلة من منظور تحليلي شامل، رغم أن الدراسات الدولية أشارت إلى أن تحسين تدفق المرضى وتطوير نظم الفرز وإعادة تصميم العمليات التشغيلية يسهم في رفع كفاءة الأداء داخل أقسام الطوارئ. (Oredsson et al., 2011; Wiler et al., 2015).

الأهمية العملية

يمكن أن تساعد نتائج هذه الدراسة إدارات المستشفيات وصناع القرار في القطاع الصحي على فهم واقع إدارة أقسام الرعاية العاجلة وتحديد العوامل التي تعيق الأداء الفعال، كما يمكن أن توفر مؤشرات عملية حول جوانب القوة والضعف في القيادة وتوزيع الكوادر وإدارة تدفق المرضى واستخدام الموارد وتوظيف أنظمة المعلومات الصحية. وتكتسب التوصيات المقترحة أهمية خاصة في ظل الحاجة المستمرة إلى رفع جودة الخدمات الصحية الحكومية وتحقيق الاستخدام الأمثل للموارد، بما يتسق مع توجهات برنامج تحول القطاع الصحي ضمن رؤية المملكة 2030 نحو تطوير نموذج الرعاية الصحية ورفع كفاءة المرافق الصحية الحكومية (برنامج تحول القطاع الصحي، 2023).

4. أهداف الدراسة

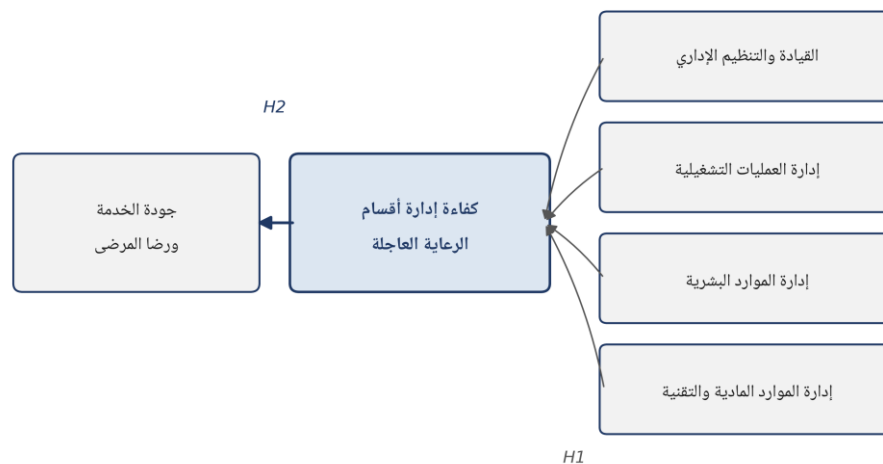
تهدف الدراسة بصورة رئيسة إلى تقييم كفاءة إدارة أقسام الرعاية العاجلة في المستشفيات العامة بمدينة الرياض من خلال تحليل الأبعاد الإدارية والتشغيلية المؤثرة في الأداء. ويتفرع عن هذا الهدف الرئيس الأهداف الآتية:

- التعرف على مستوى كفاءة الإدارة التنظيمية في أقسام الرعاية العاجلة من حيث وضوح الهيكل الإداري وتوزيع الصلاحيات ونمط القيادة وآليات اتخاذ القرار.
- قياس مستوى كفاءة العمليات التشغيلية داخل أقسام الرعاية العاجلة، بما يشمل إدارة تدفق المرضى ونظام الفرز وزمن الانتظار والتنسيق بين الفرق الطبية.

- تقييم كفاءة إدارة الموارد البشرية من حيث توزيع الكوادر وعبء العمل والتدريب وفاعلية العمل الجماعي.
- قياس كفاءة استخدام الموارد المادية والتقنية، بما في ذلك توافر التجهيزات الطبية واستخدام أنظمة المعلومات الصحية في دعم القرار الإداري.
- تحليل العلاقة بين الأبعاد الإدارية والتشغيلية ومؤشرات الأداء، مثل سرعة الاستجابة وجودة الخدمة ورضا المرضى وكفاءة استخدام الموارد.
- تحديد أبرز مواطن القوة والضعف في إدارة أقسام الرعاية العاجلة في المستشفيات العامة بمدينة الرياض.
- تقديم توصيات عملية تساعد في تحسين كفاءة إدارة أقسام الرعاية العاجلة وتعزيز جودة الخدمات الصحية وسلامة المرضى.

فرضيات الدراسة

- بناءً على مشكلة الدراسة وأهدافها، صيغت الفرضيات الآتية للاختبار عند مستوى دلالة: ($\alpha \leq 0.05$)
- الفرضية الرئيسية الأولى: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأبعاد الإدارية ومستوى كفاءة إدارة أقسام الرعاية العاجلة، وتتفرع عنها أربع فرضيات فرعية (H1a-H1d) تختبر كل بُعد على حدة: القيادة والتنظيم الإداري، وإدارة العمليات التشغيلية، وإدارة الموارد البشرية، وإدارة الموارد المادية والتقنية.
 - الفرضية الرئيسية الثانية: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين كفاءة إدارة أقسام الرعاية العاجلة ومستوى رضا المرضى عن الخدمات المقدمة.
 - الفرضية الرئيسية الثالثة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم كفاءة الإدارة تُعزى إلى المتغيرات الديموغرافية والوظيفية للمشاركين، مثل المسمى الوظيفي وسنوات الخبرة والجنس.



الشكل (1): نموذج الدراسة المقترح

5. الأدب النظري للدراسة

تشير الرعاية العاجلة إلى الخدمات الصحية المقدمة للحالات التي تحتاج إلى تقييم وتدخل سريع، سواء كانت حالات طارئة مهددة للحياة أو حالات حادة تتطلب تدخلاً طبياً خلال فترة زمنية قصيرة. وتتميز أقسام الرعاية العاجلة بعملها على مدار الساعة واستقبالها المرضى دون مواعيد مسبقة وتعاملها مع حجم طلب متغير يصعب التنبؤ به بدقة، الأمر الذي يستلزم إدارة عالية الكفاءة قادرة على تنظيم العمل وضبط الأولويات وتوجيه الموارد بحسب شدة الحالات (World Health Organization, 2007). وتُعرّف الكفاءة الإدارية بأنها قدرة المنظمة على تحقيق أهدافها باستخدام الموارد المتاحة بأفضل صورة ممكنة، مع تقليل الهدر وتحقيق أعلى مستوى من النتائج؛ وفي المؤسسات الصحية، تعني الكفاءة القدرة على تقديم خدمة صحية آمنة وسريعة وذات جودة مع الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمادية والتقنية (Daft, 2016).

وتعتمد كفاءة إدارة أقسام الرعاية العاجلة على أربعة أبعاد متكاملة لا يمكن النظر إليها بمعزل عن بعضها. فالقيادة والتنظيم الإداري يوفران الإطار الذي يوجه العمل، إذ تتطلب طبيعة العمل في هذه الأقسام سرعة في اتخاذ القرار ووضوحاً في توزيع المسؤوليات، وقد أكدت الأدبيات أن القيادة الصحية الفعالة تسهم في تحسين جودة الأداء وتقليل الأخطاء وتعزيز ثقافة العمل الجماعي في البيئات الصحية ذات الضغط العالي (West et al., 2015). أما إدارة العمليات التشغيلية فتتمثل جوهر الأداء اليومي، إذ تشمل تنظيم جميع الإجراءات التي يمر بها المريض منذ وصوله حتى خروجه أو تحويله أو تنويمه؛ وقد أوضحت دراسة (Oredsson et al., 2011) أن تحسين إجراءات الفرز وتنظيم مسارات المرضى يساهم في تقليل زمن الانتظار وتحسين تدفق المرضى، كما تؤكد نظرية إدارة العمليات أن تحسين الأداء المؤسسي يتحقق من خلال تحليل العمليات وإزالة الأنشطة غير الضرورية وتبسيط الإجراءات (Slack et al., 2019).

ويمثل البعد الثالث إدارة الموارد البشرية، التي تشمل توزيع الكوادر وتحديد الجداول ومعالجة نقص العاملين وتدريبهم وإدارة عبء العمل، وقد بينت دراسة (Hwang et al., 2011) أن تحسين توزيع الموارد البشرية والتخطيط التشغيلي يقلل من الآثار السلبية للازدحام داخل أقسام الطوارئ. أما البعد الرابع فهو إدارة الموارد المادية والتقنية، التي تشمل الأسرة والتجهيزات الطبية وأنظمة المعلومات الصحية والسجلات الإلكترونية؛ وتشير الأدبيات إلى أن تطوير أنظمة المعلومات الصحية في أقسام الطوارئ يساهم في دعم اتخاذ القرار وتحسين التواصل بين الفرق وتقليل الأخطاء المرتبطة بنقص المعلومات (Institute of Medicine, 2006).

وترتبط سلامة المرضى ارتباطاً مباشراً بكفاءة الإدارة والتنظيم داخل قسم الرعاية العاجلة؛ فقد أشارت دراسة (Sun et al., 2013) إلى أن ازدحام أقسام الطوارئ يرتبط بارتفاع مخاطر النتائج السلبية لدى بعض المرضى المنومين، ما يؤكد أن الكفاءة الإدارية ليست مسألة تنظيمية فقط، بل تمتد لتشمل سلامة المرضى وجودة نتائج الرعاية.

وتستند الدراسة إلى عدد من النماذج النظرية المكتملة لفهم العلاقة بين الإدارة والكفاءة داخل أقسام الرعاية العاجلة، أبرزها نموذج تدفق المرضى الذي قدمه (Asplin et al., 2003)، والذي يقسم عملية الخدمة إلى ثلاثة عناصر: المدخلات (حجم الطلب وخصائص المرضى)، والعمليات الداخلية (التسجيل والفرز والتشخيص والعلاج)، والمخرجات (الخروج أو التحويل أو التنويم)؛ ويفسر هذا النموذج كيف أن الازدحام قد ينتج عن خلل في أي من هذه المراحل وليس بالضرورة عن زيادة أعداد المرضى فقط. كما يعد نموذج (Donabedian) من النماذج المهمة في تقييم جودة الرعاية الصحية، إذ يقسم الجودة إلى ثلاثة أبعاد (الهيكلي: الموارد البشرية والمادية والسياسات)، (العملية: الإجراءات والتنسيق وتقديم الرعاية)، والنتائج (رضا المرضى وسلامتهم وجودة الخدمة). (Donabedian, 1988) (وأخيراً، تنظر نظرية النظم الصحية إلى

المستشفى باعتباره نظاماً متكاملًا تتفاعل داخله وحدات متعددة، بحيث لا تعتمد كفاءة قسم الرعاية العاجلة على أداء العاملين داخله فقط، بل تتأثر أيضاً بتوفر الأسرة والمختبرات والأشعة والصيدلية والأقسام الداخلية ونظم المعلومات الصحية، مما يستلزم رؤية شاملة لتحسين كفاءته. (World Health Organization, 2007).

6. مراجعة الدراسات السابقة

تناولت عدة دراسات دولية موضوع كفاءة أقسام الطوارئ والرعاية العاجلة من زوايا متعددة. فقد قدمت دراسة Asplin et al. (2003) نموذجاً مفاهيمياً لتفسير ازدحام أقسام الطوارئ مقسماً أسبابه إلى المدخلات والعمليات الداخلية والمخرجات، وأوضحت أن ضعف إدارة العمليات الداخلية يؤدي إلى اختناقات تشغيلية تؤثر في سرعة الاستجابة. وتناول تقرير Institute of Medicine (2006) واقع الرعاية الطارئة في المستشفيات، وأشار إلى أن أقسام الطوارئ تعاني من ضغط متزايد نتيجة ضعف التخطيط ونقص الموارد وعدم التكامل بين وحدات المستشفى، مؤكداً أن تحسين القيادة الإدارية وتطوير نظم المعلومات وتطبيق مؤشرات أداء واضحة من العوامل الأساسية لرفع الكفاءة.

وركزت دراسة Oredsson et al. (2011) على التدخلات المرتبطة بنظام الفرز الطبي، وأظهرت أن تطوير إجراءات الفرز وزيادة استقلالية بعض الكوادر يساهمان في تقليل زمن الانتظار. كما بحثت دراسة Hwang et al. (2011) العلاقة بين ازدحام أقسام الطوارئ وانخفاض جودة الرعاية، وتوصلت إلى أن ارتفاع كثافة المرضى يرتبط بتأخر تقديم الخدمة. وركزت دراسة Wiler et al. (2015) على مؤشرات قياس الأداء في أقسام الطوارئ، كزمن الانتظار ومدة بقاء المريض ونسبة المرضى الذين يغادرون قبل تلقي الخدمة، مؤكدة أن وجود مؤشرات قياس منتظمة يساعد الإدارة على اتخاذ قرارات مبنية على البيانات. وتناولت دراسة Morley et al. (2018) أسباب ازدحام أقسام الطوارئ ونتائجه، موضحة أنه ينتج غالباً عن تدخل عدة عوامل كارتفاع الطلب وضعف التنسيق ونقص الموارد وتأخر خروج المرضى.

وفي السياق السعودي والخليجي، تناولت عدة دراسات جودة الخدمة وزمن الانتظار ورضا المرضى في أقسام الطوارئ. فقد بينت دراسة Al-Wathinani et al. (2022) أن مستوى رضا المرضى عن خدمات الطوارئ في المستشفيات السعودية يتأثر بشكل مباشر بزمن الانتظار وسرعة الاستجابة. وتوصلت دراسة Alrajhi et al. (2020) إلى أن تزويد المرضى بتقديرات واضحة لزمن الانتظار في مستشفى من الدرجة الثالثة يحسن مستوى رضاهم، بما ينسجم مع ما توصلت إليه دراسة Pines et al. (2011) من أن ازدحام أقسام الطوارئ يرتبط سلباً برضا المرضى الذين يتم تنويمهم. كما أظهرت دراسة Jawhari et al. (2023) في مدينة الطائف وجود علاقة عكسية بين طول زمن الانتظار ورضا المرضى، بينما أشارت دراسة Alsharqi et al. (2017) إلى أن وضوح الإجراءات وسرعة الخدمة من أهم العوامل المؤثرة في رضا المرضى داخل أقسام الطوارئ بالمستشفيات العسكرية السعودية. وبينت دراسة Khubrani et al. (2020) وجود ارتباط بين ازدحام أقسام الطوارئ وارتفاع معدلات الوفيات في المملكة العربية السعودية، مما يؤكد أن للبعد الإداري والتنظيمي أثراً مباشراً في سلامة المرضى وليس فقط في رضاهم. وفي مراجعات منهجية أوسع، خلصت دراسة Almass et al. (2022) ودراسة Alasiri et al. (2024) إلى أن رضا المرضى عن جودة الرعاية في المستشفيات السعودية يتأثر بعوامل تنظيمية وتشغيلية مشتركة عبر مختلف المرافق الصحية، أبرزها زمن الانتظار وجودة التواصل وتوفر الموارد.

التعليق على الدراسات السابقة والفجوة البحثية

يتضح من استعراض الدراسات السابقة أن كفاءة أقسام الرعاية العاجلة ترتبط بعوامل إدارية وتشغيلية متعددة، أبرزها القيادة وإدارة تدفق المرضى ونظام الفرز وتوزيع الموارد البشرية واستخدام التكنولوجيا ومؤشرات قياس الأداء، وأن الازدحام وطول

زمن الانتظار لا يرتبطان بزيادة عدد المرضى فقط، بل بكفاءة الإدارة والتنظيم داخل القسم. ومع ذلك، فإن معظم الدراسات الدولية أُجريت في سياقات مختلفة عن السياق السعودي، كما أن الدراسات السعودية والخليجية المتاحة ركزت بصورة رئيسة على زمن الانتظار ورضا المرضى دون تناول شامل للأبعاد الإدارية الأربعة مجتمعة (القيادة والتنظيم، والعمليات التشغيلية، والموارد البشرية، والموارد المادية والتقنية) وعلاقتها بكفاءة الأداء. لذلك تسعى الدراسة الحالية إلى سد هذه الفجوة من خلال تقديم تحليل إداري وتشغيلي شامل لكفاءة إدارة أقسام الرعاية العاجلة في المستشفيات العامة بمدينة الرياض.

7. المنهجية

منهج الدراسة ومجتمعها وعينتها

اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي ذا الطابع الكمي، لمناسبته لطبيعة الموضوع وأهداف الدراسة؛ إذ يساعد المنهج الوصفي على وصف واقع كفاءة إدارة أقسام الرعاية العاجلة كما هو قائم من وجهة نظر العاملين، بينما يساعد المنهج التحليلي على تفسير العلاقات بين الأبعاد الإدارية والتشغيلية ومستوى كفاءة الأداء. ويتكون مجتمع الدراسة من العاملين في أقسام الرعاية العاجلة في المستشفيات العامة بمدينة الرياض، ويشمل الأطباء والممرضين والإداريين ومسؤولي الجودة وسلامة المرضى ومشرفي الأقسام ومديريها.

تم استخدام أسلوب العينة المتاحة أو القصدية، إذ وُجِه رابط الاستبانة الإلكترونية إلى الفئات المهنية المرتبطة مباشرة بموضوع الدراسة، وذلك في عدد من المستشفيات العامة بمدينة الرياض التي تضمها بيانات وزارة الصحة الإحصائية الرسمية حول توزيع منشآت الرعاية الصحية الحكومية (وزارة الصحة، دت ب. (بلغ عدد الاستجابات المستلمة 135 استجابة، وبعد استبعاد 9 استجابات غير مكتملة أو غير صالحة للتحليل (6.7%)، بلغ عدد الاستجابات النهائية المعتمدة 126 استجابة (93.3%) من إجمالي الاستجابات، وهو عدد مناسب لإجراء التحليلات الوصفية والاستدلالية المعتمدة في الدراسة. ويوضح الجدول (2) الخصائص الديموغرافية والوظيفية لأفراد العينة.

جدول (2): الخصائص الديموغرافية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	68	54.0%
	أنثى	58	46.0%
الفئة العمرية	أقل من 30 سنة	29	23.0%
	من 30 إلى أقل من 40 سنة	54	42.9%
	من 40 إلى أقل من 50 سنة	31	24.6%
	50 سنة فأكثر	12	9.5%
	دبلوم	18	14.3%
المؤهل العلمي	بكالوريوس	76	60.3%
	ماجستير	25	19.8%

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
	دكتوراه	7	5.6%
المسمى الوظيفي	طبيب	28	22.2%
	ممرض / ممرضة	52	41.3%
	إداري	20	15.9%
	مسؤول جودة / سلامة مرضى	14	11.1%
	مشرف أو مدير قسم	12	9.5%
سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	24	19.0%
	من 5 إلى أقل من 10 سنوات	45	35.7%
	من 10 إلى أقل من 15 سنة	34	27.0%
	15 سنة فأكثر	23	18.3%

ويتضح من الجدول أن أفراد العينة يتسمون بتنوع مناسب من حيث الجنس (54.0% ذكور، 46.0% إناث) والفئة العمرية (تركز 42.9% منهم بين 30 وأقل من 40 سنة) (والمؤهل العلمي 60.3% بكالوريوس) (والمسمى الوظيفي 41.3% تمريض و 22.2% أطباء)، إضافة إلى تركيز أكبر فئة من حيث سنوات الخبرة بين 5 وأقل من 10 سنوات (35.7%)؛ ويعكس هذا التنوع إمكانية الحصول على تقييم شامل لكفاءة إدارة أقسام الرعاية العاجلة من وجهات نظر مهنية مختلفة.

أداة الدراسة، الصدق والثبات

اعتمدت الدراسة على استبانة إلكترونية مكونة من قسمين رئيسيين: الأول يتضمن البيانات الديموغرافية والوظيفية لأفراد العينة، والثاني يتضمن 37 فقرة موزعة على ستة محاور رئيسية كما في الجدول (1)، استُخدم في قياسها مقياس ليكرت (الخماسي) من = 1 إلى 5 (وافق بشدة، إلى = 5 (وافق بشدة)، واعتمد المعيار الآتي لتفسير المتوسطات الحسابية: من 1.00 إلى 1.80 منخفض جداً، ومن 1.81 إلى 2.60 منخفض، ومن 2.61 إلى 3.40 متوسط، ومن 3.41 إلى 4.20 مرتفع، ومن 4.21 إلى 5.00 مرتفع جداً.

جدول (1): محاور الاستبانة وعدد الفقرات

م	المحور	عدد الفقرات
1	القيادة والتنظيم الإداري	6
2	إدارة العمليات التشغيلية	7
3	إدارة الموارد البشرية	6
4	إدارة الموارد المادية والتقنية	6
5	مؤشرات كفاءة الأداء	7
6	جودة الخدمة ورضا المرضى	5

م	المحور	عدد الفقرات
	الإجمالي	37

وتم التحقق من الصدق الظاهري والبنائي للاستبانة بعرضها على عدد من المختصين في الإدارة الصحية ومناهج البحث العلمي، ثم باحتساب معاملات الارتباط بين كل محور والدرجة الكلية، كما تم التحقق من الثبات باستخدام معامل كرونباخ ألفا. ويبيّن الجدول (3) أن معاملات الارتباط البنائي تراوحت بين 0.74 و 0.85 وكانت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى 0.000، كما تراوحت معاملات الثبات بين 0.82 و 0.90 للمحاور الفرعية، وبلغ معامل الثبات للاستبانة ككل 0.93، وهي قيم مرتفعة تؤكد تمتع الأداة بدرجة عالية من الصدق والثبات.

جدول (3): معاملات الصدق البنائي الارتباط بالدرجة الكلية (والثبات) كرونباخ ألفا لمحاور الاستبانة

المحور	عدد الفقرات	الارتباط بالدرجة الكلية	مستوى الدلالة	كرونباخ ألفا
القيادة والتنظيم الإداري	6	0.78	0.000	0.86
إدارة العمليات التشغيلية	7	0.82	0.000	0.89
إدارة الموارد البشرية	6	0.76	0.000	0.84
إدارة الموارد المادية والتقنية	6	0.74	0.000	0.82
مؤشرات كفاءة الأداء	7	0.85	0.000	0.90
جودة الخدمة ورضا المرضى	5	0.79	0.000	0.85
الاستبانة ككل	37	—	—	0.93

الأساليب الإحصائية المستخدمة

خلّلت بيانات الدراسة باستخدام برنامج SPSS، إذ استُخدمت الأساليب الإحصائية الآتية بما يتناسب مع أهداف الدراسة وفرضياتها:

- التكرارات والنسب المئوية، لوصف الخصائص الديموغرافية والوظيفية لأفراد العينة.
 - المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، لقياس مستوى موافقة أفراد العينة على فقرات ومحاور الاستبانة.
 - معامل ارتباط بيرسون، لقياس العلاقة بين الأبعاد الإدارية ومستوى كفاءة إدارة أقسام الرعاية العاجلة.
 - تحليل الانحدار الخطي المتعدد، لاختبار أثر الأبعاد الإدارية والتشغيلية على كفاءة الأداء.
 - اختبار T وتحليل التباين الأحادي ANOVA، لاختبار الفروق بين متوسطات استجابات أفراد العينة وفقاً للمتغيرات الديموغرافية والوظيفية.
- واعتمد مستوى الدلالة الإحصائية $\alpha \geq 0.05$ للحكم على معنوية النتائج طوال مراحل التحليل.

8. النتائج

النتائج الوصفية لمحاوَر الدراسة

استُخدمت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للتعرف على مستوى استجابات أفراد العينة تجاه محاور الدراسة الستة، وفق معيار التفسير الموضح في فقرة المنهجية.

جدول (4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحور القيادة والتنظيم الإداري

م	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	يوجد هيكل تنظيمي واضح داخل قسم الرعاية العاجلة	3.86	0.74	مرتفع
2	يتم توزيع الصلاحيات والمسؤوليات بصورة واضحة	3.78	0.81	مرتفع
3	تتسم القيادة الإدارية بسرعة اتخاذ القرار في الحالات العاجلة	3.91	0.69	مرتفع
4	يوجد تنسيق فعال بين القيادة الإدارية والفرق الطبية	3.74	0.83	مرتفع
5	يتم التعامل مع المشكلات التشغيلية بصورة منظمة	3.69	0.86	مرتفع
6	تشجع الإدارة العاملين على المشاركة في تحسين الأداء	3.82	0.77	مرتفع
	المتوسط العام للمحور	3.80	0.78	مرتفع

المصدر: إعداد الباحث بناءً على نتائج تحليل بيانات الاستبانة (SPSS).

جاء المتوسط العام لمحور القيادة والتنظيم الإداري (3.80 مستوى مرتفع)، ما يشير إلى أن أفراد العينة يرون أن القيادة والتنظيم داخل أقسام الرعاية العاجلة يتمتعان بدرجة جيدة من الوضوح والفاعلية، خصوصاً في سرعة اتخاذ القرار ووضوح الهيكل التنظيمي، في حين جاءت فقرة التعامل مع المشكلات التشغيلية بمتوسط أقل نسبياً (3.69).

جدول (5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحور إدارة العمليات التشغيلية

م	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	تتم إجراءات استقبال المرضى بصورة منظمة	3.71	0.82	مرتفع
2	يُطبَّق نظام الفرز الطبي بطريقة واضحة وفعالة	3.88	0.73	مرتفع
3	يتم توجيه المرضى حسب أولوية الحالة الصحية	3.94	0.68	مرتفع
4	تسهم إجراءات القسم في تقليل زمن الانتظار	3.42	0.91	مرتفع
5	يوجد تنسيق جيد مع المختبر والأشعة	3.55	0.88	مرتفع
6	تتم متابعة حركة المرضى داخل القسم بفاعلية	3.63	0.84	مرتفع
7	توجد آليات واضحة للتعامل مع أوقات الذروة	3.36	0.96	متوسط
	المتوسط العام للمحور	3.64	0.83	مرتفع

بلغ المتوسط العام لمحور إدارة العمليات التشغيلية (3.64مستوى مرتفع)؛ وجاءت فقرة توجيه المرضى حسب أولوية الحالة في المرتبة الأعلى (3.94)، في حين جاءت فقرة وجود آليات واضحة للتعامل مع أوقات الذروة في المستوى المتوسط (3.36)، ما يدل على أن إدارة أوقات الازدحام لا تزال بحاجة إلى تحسين.

جدول (6): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحور إدارة الموارد البشرية

م	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	عدد العاملين مناسب لحجم العمل في القسم	3.28	0.98	متوسط
2	يتم توزيع الكوادر بشكل مناسب خلال فترات العمل	3.46	0.91	مرتفع
3	يحصل العاملون على تدريب مناسب لطبيعة العمل	3.59	0.86	مرتفع
4	يوجد تعاون فعال بين الفريق الطبي والإداري	3.81	0.75	مرتفع
5	يتم التعامل مع ضغط العمل بطريقة مناسبة	3.35	0.94	متوسط
6	يمتلك العاملون المهارات اللازمة للتعامل مع الحالات العاجلة	3.90	0.70	مرتفع
	المتوسط العام للمحور	3.57	0.86	مرتفع

بلغ المتوسط العام لمحور إدارة الموارد البشرية 3.57مستوى مرتفع وهو أدنى محاور الدراسة؛ إذ جاءت فقرة عدد العاملين المناسب لحجم العمل في المستوى المتوسط (3.28) وكذلك فقرة التعامل مع ضغط العمل (3.35)، ما يشير إلى أن كفاية الكوادر وتوزيعها يمثلان أحد أبرز مجالات التطوير.

جدول (7): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحور الموارد المادية والتقنية

م	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	تتوفر التجهيزات الطبية الأساسية داخل القسم	3.83	0.72	مرتفع
2	عدد الأسرة مناسب نسبياً لحجم المراجعين	3.31	0.97	متوسط
3	تُستخدم الأنظمة الإلكترونية في متابعة المرضى	3.76	0.79	مرتفع
4	تساعد أنظمة المعلومات الصحية في سرعة اتخاذ القرار	3.72	0.82	مرتفع
5	تتوفر المستلزمات الطبية اللازمة بصورة منتظمة	3.67	0.85	مرتفع
6	يوجد تكامل مناسب بين نظام القسم وبقية أقسام المستشفى	3.44	0.93	مرتفع
	المتوسط العام للمحور	3.62	0.85	مرتفع

بلغ المتوسط العام لمحور الموارد المادية والتقنية (3.62مستوى مرتفع)؛ وجاءت فقرة عدد الأسرة المناسب لحجم المراجعين في المستوى المتوسط (3.31)، ما يدل على أن الطاقة الاستيعابية تمثل تحدياً في بعض الحالات رغم توفر مستوى جيد من التجهيزات والأنظمة الإلكترونية.

جدول (8): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحور مؤشرات كفاءة الأداء

م	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	يتم التعامل مع الحالات العاجلة بسرعة مناسبة	3.87	0.71	مرتفع
2	زمن انتظار المرضى مقبول في أغلب الحالات	3.39	0.95	متوسط
3	ينجح القسم في تقديم خدمة صحية ذات جودة جيدة	3.74	0.80	مرتفع
4	يتم استخدام الموارد المتاحة بكفاءة	3.61	0.84	مرتفع
5	توجد متابعة مستمرة لمؤشرات الأداء	3.52	0.89	مرتفع
6	يسهم تنظيم العمل في تقليل الازدحام	3.47	0.92	مرتفع
7	يتم الالتزام بإجراءات سلامة المرضى داخل القسم	3.84	0.76	مرتفع
	المتوسط العام للمحور	3.63	0.84	مرتفع

بلغ المتوسط العام لمحور مؤشرات كفاءة الأداء (3.63مستوى مرتفع)، وجاءت فترة زمن انتظار المرضى المقبول في المستوى المتوسط (3.39)، في حين تميزت فترتا سرعة التعامل مع الحالات العاجلة (3.87) والالتزام بإجراءات سلامة المرضى (3.84) بأعلى المتوسطات.

جدول (9): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحور جودة الخدمة ورضا المرضى

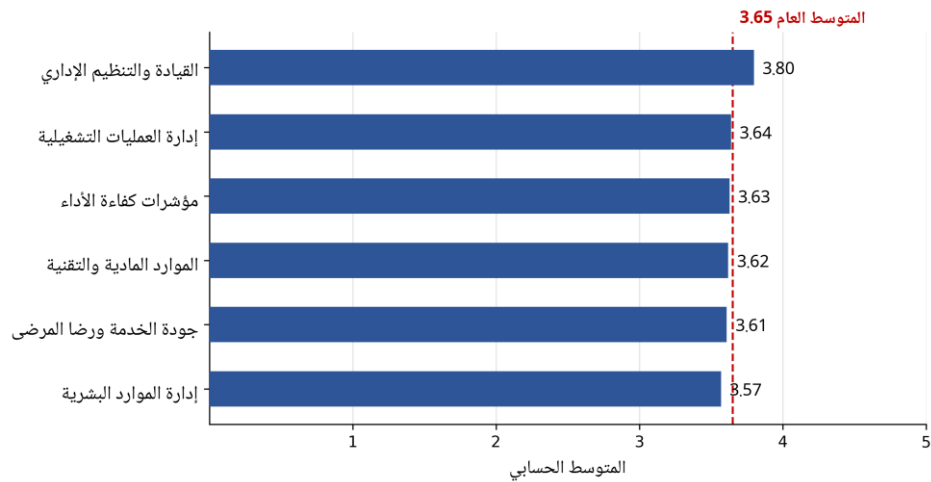
م	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	يشعر المرضى غالباً بالرضا عن سرعة الخدمة	3.41	0.93	مرتفع
2	يتم توضيح الإجراءات للمرضى ونويعهم بصورة مناسبة	3.58	0.86	مرتفع
3	يتعامل العاملون مع المرضى باحترام واهتمام	3.92	0.68	مرتفع
4	يتم التعامل مع شكاوى المرضى بصورة فعالة	3.49	0.91	مرتفع
5	تسهم الإدارة في تحسين تجربة المريض داخل القسم	3.64	0.83	مرتفع
	المتوسط العام للمحور	3.61	0.84	مرتفع

بلغ المتوسط العام لمحور جودة الخدمة ورضا المرضى (3.61مستوى مرتفع)؛ وتصدرت فترة تعامل العاملين مع المرضى باحترام واهتمام الترتيب (3.92)، بينما جاءت فترة رضا المرضى عن سرعة الخدمة بمتوسط أقل (3.41)، ما يؤكد أن سرعة الخدمة وزمن الانتظار من أكثر الجوانب التي تحتاج إلى تحسين.

ملخص النتائج الوصفية لمحاور الدراسة

جدول (10): المتوسطات الحسابية العامة لمحاور الدراسة مرتبة تنازلياً

المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
القيادة والتنظيم الإداري	3.80	0.78	مرتفع	1
إدارة العمليات التشغيلية	3.64	0.83	مرتفع	2
مؤشرات كفاءة الأداء	3.63	0.84	مرتفع	3
الموارد المادية والتقنية	3.62	0.85	مرتفع	4
جودة الخدمة ورضا المرضى	3.61	0.84	مرتفع	5
إدارة الموارد البشرية	3.57	0.86	مرتفع	6
المتوسط العام للدراسة	3.65	0.83	مرتفع	—



الشكل (2): المتوسطات الحسابية لمحاور الدراسة مقارنة بالمتوسط العام

يتضح أن المتوسط العام لمحاور الدراسة بلغ (3.65 مستوى مرتفع)، ما يشير إلى أن كفاءة إدارة أقسام الرعاية العاجلة في المستشفيات العامة بمدينة الرياض جاءت بدرجة مرتفعة من وجهة نظر أفراد العينة. وقد حصل محور القيادة والتنظيم الإداري على أعلى متوسط، بينما حصل محور إدارة الموارد البشرية على أقل متوسط رغم بقائه ضمن المستوى المرتفع، ما يعكس أن إدارة الموارد البشرية، خاصة من حيث عدد العاملين وضغط العمل، تحتاج إلى اهتمام أكبر ضمن خطط التحسين.

اختبار فرضيات الدراسة

اختُبرت فرضيات الدراسة باستخدام معامل ارتباط بيرسون وتحليل الانحدار الخطي المتعدد واختبارات الفروق، عند مستوى دلالة إحصائية $0.05 \geq \alpha$.

لاختبار الفرضية الرئيسية الأولى التي تنص على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأبعاد الإدارية ومستوى كفاءة إدارة أقسام الرعاية العاجلة، استُخدم معامل ارتباط بيرسون بين الأبعاد الإدارية الأربعة ومؤشرات كفاءة الأداء، كما يبين الجدول (11).

جدول (11): معامل الارتباط بين الأبعاد الإدارية وكفاءة الأداء

البعد الإداري	معامل ارتباط Pearson	مستوى الدلالة	نوع العلاقة
القيادة والتنظيم الإداري	0.68	0.000	موجبة قوية
إدارة العمليات التشغيلية	0.74	0.000	موجبة قوية
إدارة الموارد البشرية	0.61	0.000	موجبة متوسطة إلى قوية
الموارد المادية والتقنية	0.66	0.000	موجبة قوية
الأبعاد الإدارية مجتمعة	0.77	0.000	موجبة قوية

يتضح أن جميع معاملات الارتباط جاءت موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى 0.05، إذ بلغ معامل الارتباط بين الأبعاد الإدارية مجتمعة وكفاءة الأداء 0.77، ما يدل على علاقة موجبة قوية، وبناءً عليه تُقبل الفرضية الرئيسية الأولى وفرضياتها الفرعية الأربع (H1a–H1d).

وللتعرف على أثر الأبعاد الإدارية في كفاءة الأداء، استُخدم تحليل الانحدار الخطي المتعدد، كما في الجدولين (12) و(13).

جدول (12): نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد لأثر الأبعاد الإدارية على كفاءة الأداء

المتغير المستقل	معامل Beta	قيمة T	مستوى الدلالة
القيادة والتنظيم الإداري	0.24	3.18	0.002
إدارة العمليات التشغيلية	0.36	4.72	0.000
إدارة الموارد البشرية	0.19	2.64	0.009
الموارد المادية والتقنية	0.22	2.97	0.004

جدول (13): ملخص نموذج الانحدار

R	R ²	Adjusted R ²	F	مستوى الدلالة
0.79	0.62	0.60	49.35	0.000

تشير النتائج إلى أن قيمة معامل التحديد بلغت $R^2 = 0.62$ ، أي أن الأبعاد الإدارية الأربعة تفسر ما نسبته 62% من التباين في كفاءة الأداء داخل أقسام الرعاية العاجلة، وأن قيمة F بلغت 49.35 عند مستوى دلالة 0.000، ما يدل على معنوية النموذج ككل. وكانت إدارة العمليات التشغيلية أكثر الأبعاد تأثيراً ($Beta = 0.36$)، تليها القيادة والتنظيم الإداري ($Beta = 0.24$)، فالموارد المادية والتقنية ($Beta = 0.22$)، وأخيراً إدارة الموارد البشرية ($Beta = 0.19$)؛ ما يشير إلى أن تحسين العمليات التشغيلية، خاصة تدفق المرضى والفرز وزمن الانتظار، يُعد من أكثر العوامل تأثيراً في رفع كفاءة أقسام الرعاية العاجلة.

ولاختبار الفرضية الرئيسية الثانية التي تنص على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين كفاءة إدارة أقسام الرعاية العاجلة ومستوى رضا المرضى، استُخدم معامل ارتباط بيرسون بين كفاءة الأداء وجودة الخدمة ورضا المرضى.

جدول (14): العلاقة بين كفاءة الإدارة وجودة الخدمة ورضا المرضى

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	النتيجة
كفاءة الإدارة وجودة الخدمة ورضا المرضى	0.71	0.000	علاقة موجبة دالة

بلغ معامل الارتباط 0.71 عند مستوى دلالة 0.000، ما يدل على وجود علاقة موجبة قوية ودالة إحصائياً بين كفاءة الإدارة من جهة وجودة الخدمة ورضا المرضى من جهة أخرى، وبناءً عليه تُقبل الفرضية الرئيسية الثانية.

ولاختبار الفرضية الرئيسية الثالثة المتعلقة بالفروق في تقييم الكفاءة تبعاً للمتغيرات الديموغرافية والوظيفية، استُخدم اختبار T للفروق حسب الجنس، وتحليل التباين الأحادي ANOVA حسب المسمى الوظيفي وسنوات الخبرة.

جدول (15): نتائج اختبار T للفروق حسب الجنس

الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	مستوى الدلالة
ذكر	3.67	0.61	0.84	0.402
أنثى	3.58	0.64	—	—

لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى إلى الجنس (قيمة الدلالة $0.402 > 0.05$).

جدول (16): نتائج تحليل التباين الأحادي ANOVA حسب المسمى الوظيفي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
بين المجموعات	4.18	4	1.045	3.26	0.014
داخل المجموعات	38.76	121	0.320	—	—
الإجمالي	42.94	125	—	—	—

جدول (17): نتائج تحليل التباين الأحادي ANOVA حسب سنوات الخبرة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
بين المجموعات	3.72	3	1.240	3.71	0.013
داخل المجموعات	40.82	122	0.335	—	—
الإجمالي	44.54	125	—	—	—

ظهرت فروق دالة إحصائياً تُعزى إلى المسمى الوظيفي (مستوى الدلالة 0.014 وإلى سنوات الخبرة) (مستوى الدلالة 0.013)، إذ كان المشرفون ومسؤولو الجودة أكثر ميلاً إلى تقييم الكفاءة بدرجة أعلى مقارنة ببعض الفئات الأخرى، كما كان العاملون ذوو الخبرة الأطول أكثر قدرة على تقييم الجوانب الإدارية والتشغيلية بدقة. وبذلك تُقبل الفرضية الرئيسية الثالثة جزئياً، إذ تظهر الفروق حسب المسمى الوظيفي وسنوات الخبرة، ولا تظهر حسب الجنس.

ملخص نتائج اختبار الفرضيات

جدول (18): ملخص نتائج اختبار فرضيات الدراسة

الفرضية	نص الفرضية	النتيجة
الفرضية الرئيسية الأولى	توجد علاقة بين الأبعاد الإدارية وكفاءة إدارة أقسام الرعاية العاجلة	مقبولة
H1a	توجد علاقة بين القيادة والتنظيم وكفاءة الأداء	مقبولة
H1b	توجد علاقة بين إدارة العمليات وكفاءة الأداء	مقبولة
H1c	توجد علاقة بين إدارة الموارد البشرية وكفاءة الأداء	مقبولة
H1d	توجد علاقة بين الموارد المادية والتقنية وكفاءة الأداء	مقبولة
الفرضية الرئيسية الثانية	توجد علاقة بين كفاءة الإدارة ورضا المرضى	مقبولة
الفرضية الرئيسية الثالثة	توجد فروق في تقييم الكفاءة تُعزى للمتغيرات الديموغرافية والوظيفية	مقبولة جزئياً

9. الخاتمة ومناقشة النتائج

أظهرت النتائج أن مستوى كفاءة إدارة أقسام الرعاية العاجلة في المستشفيات العامة بمدينة الرياض جاء بدرجة مرتفعة، إذ بلغ المتوسط العام لمحاوَر الدراسة 3.65، ما يعكس وجود مستوى جيد من التنظيم الإداري وإدارة العمليات وتوفير الموارد وجودة الخدمة، مع وجود جوانب تحتاج إلى تحسين، خاصة في إدارة أوقات الذروة وزمن انتظار المرضى وكفاية عدد العاملين وعدد الأسرة المتاحة. وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه الأدبيات من أن أقسام الطوارئ والرعاية العاجلة غالباً ما تواجه تحديات مرتبطة بالازدحام وزمن الانتظار حتى في الأنظمة الصحية المتقدمة (Morley et al., 2018).

جاء محور القيادة والتنظيم الإداري في المرتبة الأولى بمتوسط 3.80، ما يشير إلى أن وجود قيادة واضحة وهيكَل تنظيمي محدد يساعد على تحسين سرعة القرار وتنسيق العمل بين الفرق الطبية والإدارية، بما ينسجم مع نظرية القيادة في المنظمات الصحية التي تؤكد أن القيادة الفعالة تسهم في رفع الأداء وتقليل الأخطاء (West et al., 2015). وجاءت إدارة العمليات التشغيلية بدرجة مرتفعة (3.64)، إلا أن فقرة التعامل مع أوقات الذروة جاءت في المستوى المتوسط، ما يتسق مع نموذج تدفق المرضى الذي يوضح أن الازدحام لا ينتج فقط عن زيادة أعداد المرضى، بل عن خلل في المدخلات أو العمليات الداخلية أو المخرجات (Asplin et al., 2003).

في المقابل، جاء محور إدارة الموارد البشرية في المرتبة الأخيرة نسبياً (3.57)، إذ جاءت فقرتا عدد العاملين المناسب وضغط العمل في المستوى المتوسط، ما يشير إلى أن الكوادر البشرية تمثل أحد أهم مجالات التطوير في ضوء اعتماد أقسام الرعاية العاجلة بدرجة كبيرة على العنصر البشري. كما أظهرت النتائج أن الموارد المادية والتقنية جاءت بدرجة مرتفعة (3.62)، إلا أن عدد الأسرة وتكامل الأنظمة مع بقية أقسام المستشفى جاءا بمتوسطات أقل نسبياً، بما يتسق مع نظرية النظم الصحية التي ترى أن أداء قسم الرعاية العاجلة لا يمكن فصله عن بقية أقسام المستشفى.

وأظهر تحليل الانحدار أن الأبعاد الإدارية الأربعة فسّرت 62% من التباين في كفاءة الأداء، وكانت إدارة العمليات التشغيلية الأكثر تأثيراً، يليها القيادة والتنظيم الإداري، ثم الموارد المادية والتقنية، وأخيراً إدارة الموارد البشرية؛ كما تبين وجود علاقة موجبة قوية بين كفاءة الإدارة وجودة الخدمة ورضا المرضى ($r = 0.71$)، بما يتفق مع نموذج Donabedian الذي يربط جودة النتائج (رضا المرضى وسلامتهم) بجودة الهيكل والعملية (Donabedian, 1988) وأخيراً، ظهرت فروق دالة إحصائية في تقييم الكفاءة تُعزى إلى المسمى الوظيفي وسنوات الخبرة، ولم تظهر فروق تُعزى إلى الجنس، ما يشير إلى أن القرب من الجوانب الإدارية وطول الخبرة العملية يرتبطان بدقة أكبر في تقييم واقع الأداء.

وفي ضوء هذه النتائج، يمكن استخلاص أن كفاءة إدارة أقسام الرعاية العاجلة في المستشفيات العامة بمدينة الرياض جاءت بمستوى مرتفع بوجه عام، وأن القيادة والتنظيم الإداري وإدارة العمليات التشغيلية يمثلان أقوى جوانب هذه الكفاءة، في حين لا تزال إدارة أوقات الذروة وكفاية الموارد البشرية وتكامل الأنظمة بين الأقسام من أبرز التحديات التي تستلزم مزيداً من التطوير، خاصة في ظل العلاقة الإيجابية القوية القائمة بين كفاءة الإدارة من جهة وجودة الخدمة ورضا المرضى من جهة أخرى.

10. التوصيات

توصيات متعلقة بالقيادة والتنظيم الإداري

- تعزيز وضوح الهيكل التنظيمي داخل أقسام الرعاية العاجلة، وتحديث الوصف الوظيفي لكل فئة مهنية وإدارية.
- تمكين القيادات الإدارية داخل الأقسام من اتخاذ قرارات سريعة أثناء أوقات الذروة والحالات الطارئة.
- عقد اجتماعات دورية بين الإدارة والفرق الطبية والإدارية لمراجعة الأداء ومناقشة التحديات التشغيلية.

توصيات متعلقة بإدارة العمليات التشغيلية

- تطوير مسارات واضحة لتدفق المرضى داخل أقسام الرعاية العاجلة، بدءاً من الاستقبال وحتى الخروج أو التنويم.
- تحسين نظام الفرز الطبي من خلال تدريب الكوادر وتوحيد معايير التصنيف ومراجعة دقة الفرز بشكل دوري.
- وضع خطة تشغيلية خاصة بأوقات الذروة، تشمل إعادة توزيع الكوادر وفتح مسارات إضافية وتسريع إجراءات التسجيل.
- تحسين التنسيق مع المختبر والأشعة والصيدلية والأقسام الداخلية لتقليل زمن بقاء المريض داخل القسم.

توصيات متعلقة بالموارد البشرية

- مراجعة عدد الكوادر العاملة في أقسام الرعاية العاجلة بما يتناسب مع حجم المراجعين وأوقات الذروة.
- تنفيذ برامج تدريبية دورية للعاملين في مجالات الفرز وإدارة الأزمات والتواصل مع المرضى وسلامة المرضى.
- تبني برامج للحد من الإرهاق المهني وضغط العمل، خاصة لدى الأطباء والممرضين في النوبات الطويلة أو المزدحمة.

توصيات متعلقة بالموارد المادية والتقنية

- تقييم كفاية الأسرة والتجهيزات الطبية بصورة دورية وربطها بمؤشرات الطلب الفعلي على الخدمة.
- تطوير أنظمة المعلومات الصحية المستخدمة في أقسام الرعاية العاجلة بحيث تسمح بمتابعة حركة المريض داخل القسم، وربطها إلكترونياً بالمختبر والأشعة والصيدلية والأقسام الداخلية.
- توفير لوحات أداء إلكترونية (Dashboard) تعرض مؤشرات مثل زمن الانتظار وعدد المرضى وأوقات الذروة ونسبة إشغال الأسرة.

توصيات متعلقة بجودة الخدمة ورضا المرضى

- تحسين التواصل مع المرضى وذوهم من خلال توضيح مراحل الخدمة وسبب الانتظار المتوقع.
- تخصيص آلية سريعة لاستقبال شكاوى المرضى داخل قسم الرعاية العاجلة ومعالجتها.
- قياس رضا المرضى بصورة دورية وربط نتائجه بخطة تحسين الأداء، بما ينسجم مع برنامج قياس تجربة المريض المعتمد من وزارة الصحة على مستوى المرافق الصحية الحكومية (وزارة الصحة، د.ت.أ.).

مقترحات لدراسات مستقبلية

- إجراء دراسة مقارنة بين كفاءة إدارة أقسام الرعاية العاجلة في المستشفيات العامة والخاصة بمدينة الرياض.
- دراسة أثر أنظمة المعلومات الصحية والتحول الرقمي في تقليل زمن الانتظار داخل أقسام الطوارئ والرعاية العاجلة.
- إجراء دراسة من وجهة نظر المرضى أنفسهم لقياس رضاهم المباشر عن خدمات الرعاية العاجلة.
- دراسة أثر تطبيق منهجيات التحسين المستمر، مثل منهجية Lean الإدارية التي طبقها (Handel et al. (2010 في أقسام الطوارئ، على كفاءة تدفق المرضى في أقسام الرعاية العاجلة بالمستشفيات السعودية.
- توسيع نطاق الدراسة لتشمل مستشفيات عامة في مدن سعودية أخرى للمقارنة بين المناطق.

11. قائمة المصادر والمراجع

أولاً: المراجع العربية

1. برنامج تحول القطاع الصحي. (2023). التقرير السنوي لبرنامج تحول القطاع الصحي. 2023 الرياض: برنامج تحول القطاع الصحي، رؤية المملكة. 2030.
2. وزارة الصحة. (2022). التقرير السنوي لوزارة الصحة للعام المالي 2022م 1443-1444 هـ. الرياض: وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية.
3. وزارة الصحة (2023). أ. (التقرير السنوي لوزارة الصحة للعام المالي 2023م 1444-1445 هـ. الرياض: وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية.
4. وزارة الصحة (2023). ب. (المؤشرات الصحية لعام 2023م. الرياض: وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية.
5. وزارة الصحة. (د.ت.أ.). (برنامج قياس تجربة المريض. الرياض: وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية.
6. وزارة الصحة. (د.ت.ب.). (الكتاب الإحصائي السنوي. الرياض: وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية.

Second: English References

1. Al-Wathinani, A. M., Alakeel, A., Alani, A. H., Alharbi, M., Almutairi, A., Alonaizi, T., Mobrad, A., & Goniewicz, K. (2022). Assessment of emergency department satisfaction level in Saudi Arabia. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 16(1), 34–39.
2. Alasiri, A. A., Mohammed, V., & Mohammed, M. A. (2024). Patient satisfaction among Saudi academic hospitals: A systematic review. *BMJ Open*, 14, e081185.
3. Almass, A., Aljohani, H. M., Alhaqbani, R. M., Alromih, A. M., Hadal, S., & Abozaid, H. S. (2022). Patient satisfaction with quality of care at the Kingdom of Saudi Arabia. *Cureus*, 14, e32102.
4. Alrajhi, K. N., Algerian, N. A., Alghamdi, M. S., Alrashidi, L. S., Alanazi, A. H., Almutairi, M. S., & Aljasser, A. A. (2020). Effect of waiting time estimates on patients' satisfaction in the emergency department in a tertiary care center. *Saudi Medical Journal*, 41(8), 883–886.
5. Alsharqi, O. Z., AlBarakati, M., AlQamdi, A. A., Al-Borie, H., & Ahmad, A. M. K. (2017). Factors influencing waiting time as key of patient satisfaction in the emergency department in King Fahd Armed Forces Hospital, Saudi Arabia. *International Journal of Business and Management*, 12(5), 1–79.
6. Asplin, B. R., Magid, D. J., Rhodes, K. V., Solberg, L. I., Lurie, N., & Camargo, C. A. (2003). A conceptual model of emergency department crowding. *Annals of Emergency Medicine*, 42(2), 173–180.
7. Daft, R. L. (2016). *Organization theory and design* (12th ed.). Cengage Learning.
8. Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748.
9. Handel, D. A., Ginde, A. A., Raja, A. S., Rogers, A. J., Sullivan, A. F., & Espinola, J. A. (2010). Implementation of lean methodology in emergency departments: A multicenter study. *Annals of Emergency Medicine*, 55(5), 401–410.
10. Hwang, U., McCarthy, M. L., Aronsky, D., Asplin, B., Crane, P. W., Craven, C. K., Epstein, S. K., Fee, C., Handel, D. A., Pines, J. M., Rathlev, N. K., Schafermeyer, R. W., Zwemer, F. L., Bernstein, S. L., & Baumlin, K. M. (2011). Measures of crowding in the emergency department: A systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 18(5), 527–538.
11. Institute of Medicine. (2006). *Hospital-based emergency care: At the breaking point*. National Academies Press.
12. Jawhari, A. M., Alsharif, A. A., Alzahrani, S. A., Alsharif, F. A., & Alnofaiey, Y. H. (2023). Waiting time and patients' satisfaction in the emergency department in Taif city, Saudi Arabia. *Saudi Journal for Health Sciences*, 12(3), 194–201.
13. Khubrani, F. Y., Al-Ahmadi, A., Alzahrani, A., & Alshammari, M. (2020). Association between emergency department overcrowding and mortality rate in Saudi Arabia. *The Open Public Health Journal*, 13, 756–763.
14. Morley, C., Unwin, M., Peterson, G. M., Stankovich, J., & Kinsman, L. (2018). Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLOS ONE*, 13(8), e0203316.
15. Oredsson, S., Jonsson, H., Rognes, J., Lind, L., Göransson, K. E., Ehrenberg, A., Asplund, K., Castrén, M., & Farrokhnia, N. (2011). A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19, 43.

16. Pines, J. M., Iyer, S., Disbot, M., Hollander, J. E., Shofer, F. S., & Datner, E. M. (2011). The impact of emergency department crowding on patient satisfaction for admitted patients. *Academic Emergency Medicine*, 18(6), 642–648.
17. Slack, N., Brandon-Jones, A., & Johnston, R. (2019). *Operations management* (9th ed.). Pearson.
18. Sun, B. C., Hsia, R. Y., Weiss, R. E., Zingmond, D., Liang, L. J., Han, W., McCreath, H., & Asch, S. M. (2013). Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. *Annals of Emergency Medicine*, 61(6), 605–611.
19. West, M., Eckert, R., Steward, K., & Pasmore, B. (2015). *Developing collective leadership for health care*. The King's Fund.
20. Wiler, J. L., Welch, S., Pines, J. M., Schuur, J. D., Jouriles, N., & Stone-Griffith, S. (2015). Emergency department performance measures updates: Proceedings of the 2014 Emergency Department Benchmarking Alliance Consensus Summit. *Academic Emergency Medicine*, 22(5), 542–553.
21. World Health Organization. (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to i*