

أثر الوعي والمعرفة بإدارة المخاطر على تحسين جودة الممارسات الطبية: دراسة
تطبيقية على القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية

إعداد الطالب/ هاني محمد صالح الشهري

الرقم الأكاديمي: 243000960

إشراف/

الدكتور / الفصيل عبد الحميد محمد

الدكتور / فايز علي جراد

العام الدراسي:

2025م

الملخص

تسعى هذه الدراسة إلى استكشاف مستوى المعرفة والمواقف والممارسات والوعي بإدارة المخاطر الصحية لدى العاملين في القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية، وذلك في ظل التوجه المتزايد نحو تحسين جودة الرعاية الصحية وتعزيز سلامة المرضى. وقد اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، حيث تم تصميم استبانة إلكترونية وُزعت على عينة مكونة من 59 مشاركًا من مختلف التخصصات الصحية، بما في ذلك الأطباء والمرضى والفنيين والإداريين. وتتنوع محاور الاستبيان بين أسئلة تقيس المعرفة الأساسية بإدارة المخاطر، وأخرى ترصد مواقف العاملين وسلوكياتهم العملية ودرجة وعيهم بالسياسات والإجراءات ذات الصلة.

أظهرت النتائج أن أفراد العينة يمتلكون مستوى جيدًا من المعرفة النظرية، كما أبدوا مواقف إيجابية نحو الإبلاغ عن المخاطر والمشاركة في تحليل الحوادث، إلا أن التطبيق العملي والوعي الكامل بالسياسات لا يزال بحاجة إلى تعزيز. وقد بلغ معامل الثبات الكلي للأداة المستخدمة (0.897)، مما يدل على مستوى عالٍ من الاتساق الداخلي وموثوقية النتائج. وتوصي الدراسة بأهمية تكثيف البرامج التدريبية المتعلقة بإدارة المخاطر، وخلق بيئة تنظيمية داعمة تشجع على المشاركة والإبلاغ، وذلك بهدف رفع مستوى الجاهزية والتفاعل الإيجابي مع المخاطر في المؤسسات الصحية، بما يسهم في تحقيق جودة أعلى في الخدمات الصحية ويتماشى مع تطلعات رؤية السعودية 2030.

الشكر والتقدير

والصلاة والسلام على النبي الأمي، المعلم الأول، محمد بن عبد الله، وعلى آله وصحبه أجمعين.
أما بعد...

فإن العلم نورٌ وهداية، وسُلم يرتقي به الإنسان نحو معالي الفهم والإدراك، وقد قال تعالى في كتابه
الكريم:

﴿ يَرْفَعُ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ ﴾ [المجادلة: 11].

وما كان لهذا العمل أن يرى النور لولا فضل الله تعالى وعونه وتوفيقه، فله الحمد أولاً وآخرًا، ظاهرًا
وباطنًا، عدد ما كان وعدد ما سيكون.

وفي هذه اللحظة التي تختلط فيها مشاعر الامتتان بالإنجاز، أرفع أسمى آيات الشكر والعرفان لكل من
كان سببًا في دعمي ومساندتي، لكل من قدّم لي كلمة طيبة، أو نصيحة بناءة، أو دعاء صادقًا في
ظهر الغيب، فلكم جميعًا جزيل الشكر وعظيم الامتتان.

ولا يسعني أيضًا إلا أن أتوجّه بالتقدير والامتتان للجهود التي بذلت من كل من ساهم في بيئة علمية
محفّزة، ومناخ أكاديمي داعم، كان له أثرٌ بالغ في بلوغ هذه المرحلة.

وفي الختام، أهدي هذا العمل إلى من كان لهم الفضل الأكبر بعد الله، إلى من قدّم لي من الحب
والعطاء ما لا يُحصى، إلى والديّ العزيزين، اللذين كانا سندًا ودعاءً وأمانًا، فلهما كل الشكر، وكل
المحبة، وكل الفخر.

الإهداء

إلى أول الحروف التي نطقت بها قلوبنا، إلى الدعاء الصادق في الليالي الهادئة، إلى من
كانا لي وطنًا قبل أن أعرف معنى الأوطان...

إلى والديَّ الكريمين،

نبع الحنان، وسند الضعف، ومصدر القوة،

إليكما أهدي هذا العمل الذي لا يفيكما حقكما، لكنه يحمل بين سطوره كل عرفانٍ وامتنان.

إلى من علّمني أن الحلم لا يُولد كبيرًا، بل يكبر بالعزيمة والصبر والخطوة الثابتة،

إلى كل من سار معي في طريق هذا العلم، شجعني، ورفع همتي، وآمن بي حين تعبت
من نفسي،

إلى كل طالب علم لا يزال يحمل الشغف رغم وعورة الطريق، أهديك هذه الثمرة، علّها
تكون بذرة لأملٍ جديد.

وإلى الله أولاً وآخرًا،

الحمد له كما ينبغي لجلال وجهه، على أن بلّغني ما كنت أرجوه، وساق إليّ من التوفيق
ما يفوق سعيي.

الفهرس

أ.....	الملخص
ب.....	الشكر والتقدير
ج.....	الإهداء
و.....	الفصل الأول: المدخل العام للبحث
1.....	المقدمة:
2.....	مشكلة الدراسة:
2.....	أهمية الدراسة:
3.....	أهداف الدراسة:
4.....	تساؤلات الدراسة
4.....	فروض الدراسة:
4.....	الدراسات السابقة:
9.....	المنطلقات النظرية للدراسة:
10.....	المنهجية:
11.....	أدوات الدراسة :
12.....	حدود البحث:
12.....	مصطلحات البحث
14.....	الفصل الثاني: الإطار النظري

15	الإطار النظري
20	السلامة المهنية وسلامة المرضى وعلاقتها بإدارة المخاطر
22	الفصل الثالث: الدراسة التطبيقية
23	المنهجية
27	الأساليب الإحصائية
39	الفصل الرابع: النتائج والتوصيات
40	الاستنتاج العام
41	الخاتمة
43	المراجع والمصادر

الفصل الأول: المدخل العام للبحث

المقدمة:

تكتسب إدارة المخاطر في القطاع الصحي أهمية حيوية في ظل التوجه العالمي نحو تعزيز جودة الرعاية وسلامة المرضى. وفقاً لتقارير منظمة الصحة العالمية (2023)، فإن حوالي 10% من المرضى يتعرضون لأضرار يمكن تجنبها أثناء تلقيهم للرعاية الصحية، مما يفرض ضرورة تبني أنظمة فعالة لإدارة المخاطر. في المملكة العربية السعودية، تأتي هذه الدراسة استجابةً لمتطلبات رؤية 2030 الرامية إلى تحويل القطاع الصحي إلى نموذج متكامل يركز على الجودة والوقاية.

تُعد الصحة المهنية فرعاً علمياً يهتم بدراسة الحالة الصحية للعاملين في مختلف المهن، إلى جانب تحليل العوامل والمخاطر البيئية التي تنشأ في بيئة العمل. وتُعرف بأنها مجموعة من الإجراءات والتشريعات الهادفة إلى حماية العاملين من الحوادث المهنية والأمراض المرتبطة بالعمل. منذ منتصف القرن العشرين، تم وضع أهداف واضحة لهذا المجال تركز على تعزيز الصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية للعاملين، وضمان توافق بيئة العمل ومتطلباته مع قدراتهم، إضافةً إلى الحد من تعرضهم للعوامل التي قد تشكل خطراً على سلامتهم.

ورغم الجهود الدولية في هذا الإطار، تُشير الإحصاءات إلى أن أقل من 20% من العاملين عالمياً يحصلون على خدمات صحية مهنية مناسبة، بما في ذلك العاملون في الرعاية الصحية. وتُقدّر القوى العاملة في قطاع الصحة بنحو 59.8 مليون موظف حول العالم، ثلثهم يقدمون خدمات مباشرة، في حين يعمل الآخرون في الإدارات والخدمات المساندة.

أظهرت الدراسات السابقة، مثل دراسة (Alshammari et al., 2022)، أن العاملين الصحيين في المستشفيات السعودية يمتلكون وعياً نظرياً جيداً بمفاهيم إدارة المخاطر، لكن التطبيق العملي لا يزال محدوداً بسبب نقص التدريب أو الدعم المؤسسي. في حين كشفت دراسة (Bin Abdulrahman et al., 2024)

أن 89% من المشاركين يؤيدون أهمية الإبلاغ عن المخاطر، إلا أن 40% فقط يطبقون هذه الممارسات بانتظام.

لذلك، تهدف هذه الدراسة إلى:

1. تقييم الفجوة بين المعرفة النظرية والممارسة الفعلية لإدارة المخاطر.
2. تحليل تأثير العوامل التنظيمية والثقافية على تطبيق سياسات إدارة المخاطر.
3. تقديم توصيات قابلة للتطبيق لتعزيز ثقافة السلامة في المؤسسات الصحية السعودية.

مشكلة الدراسة:

على الرغم من التقدم الملحوظ في تطبيق معايير إدارة المخاطر داخل المؤسسات الصحية السعودية، إلا أن هناك فجوة واضحة بين المعرفة النظرية والممارسة العملية؛ إذ تشير البيانات إلى أن نسبة كبيرة من العاملين الصحيين يمتلكون معرفة جيدة بإجراءات السلامة، لكن جزءًا أقل منهم يطبقها فعليًا بسبب معوقات مثل نقص التدريب المتخصص، وضغوط العمل العالية، وغياب الحوافز المؤسسية للإبلاغ عن المخاطر. ومن هنا تبرز إشكالية البحث في التساؤل: كيف يمكن سد الفجوة بين المعرفة النظرية والممارسة العملية في مجال إدارة المخاطر الصحية؟ وهل يمكن أن يسهم تحليل الأسباب الجذرية لضعف التطبيق، وتقييم أثر الثقافة التنظيمية على تبني الممارسات، في صياغة نموذج عملي يربط المعرفة بالسلوك ويعزز الأداء، بما يثري الأدبيات المحلية والدولية؟

أهمية الدراسة:

أولاً: الأهمية العلمية:

1. إثراء النظريات المتعلقة بنموذج KAP (المعرفة-المواقف-الممارسات) في بيئات الرعاية الصحية.

2. تعميم نتائج الدراسة على سياقات مماثلة في المنطقة، خاصة مع ندرة الدراسات الشاملة في السعودية.

ثانيًا: الأهمية العملية:

1. تزويد صانعي السياسات ببيانات داعمة لتصميم برامج تدريبية تستهدف تحسين الممارسات.
2. تقديم توصيات لتعزيز ثقافة الإبلاغ الطوعي عن الأخطاء دون خوف من العقوبات.
3. دعم أهداف رؤية 2030 في تحويل القطاع الصحي إلى نموذج قائم على الجودة والسلامة.

أهداف الدراسة:

تقييم واقع مستوى المعرفة والمواقف والممارسات والوعي بإدارة المخاطر لدى العاملين في المجال الصحي بالمملكة العربية السعودية.

الأهداف الفرعية:

1. قياس مستوى المعرفة لدى العاملين بمفاهيم وأساليب إدارة المخاطر في الرعاية الصحية.
2. استبيان المواقف والاتجاهات تجاه أهمية تطبيق إدارة المخاطر والإجراءات الوقائية ذات الصلة.
3. تحديد الممارسات الفعلية للعاملين فيما يخص تنفيذ إجراءات إدارة المخاطر في بيئات العمل الصحية.
4. تقييم درجة الوعي باللوائح والتوجيهات والمعايير التنظيمية الخاصة بإدارة المخاطر الصحية.
5. فحص مدى تأثير المتغيرات الديموغرافية والمهنية (مثل نوع المهنة والمنطقة) على المعرفة والمواقف والممارسات والوعي بإدارة المخاطر.

تساؤلات الدراسة

ما مستوى المعرفة والمواقف والممارسات والوعي بإدارة المخاطر الصحية بين العاملين في القطاع

الصحي السعودي؟

وينبثق من التساؤل الرئيسي تساؤلات فرعية كالتالي:

1. ما مدى اختلاف مستوى المعرفة بين الأطباء والمرضى والفنيين، وهل لهذه الفروق دلالة إحصائية؟
2. ما العوامل التنظيمية التي تعزز أو تعيق تطبيق إجراءات إدارة المخاطر؟
3. هل يرتبط مستوى الوعي المؤسسي بتحسين ممارسات السلامة؟

فروض الدراسة:

الفرضية الأولى: من المتوقع وجود ترابط معنوي بين درجة إلمام الكوادر الصحية بمبادئ وإجراءات إدارة المخاطر وبين مستوى تنفيذهم لهذه الممارسات في بيئة العمل.

الفرضية الثانية: يُرجَّح أن يكون هناك ارتباط إحصائي بين مدى إدراك العاملين في المؤسسات الصحية لآليات إدارة المخاطر وبين نظرهم نحو تطبيقها.

الفرضية الثالثة: تشير التوقعات إلى وجود علاقة معنوية بين الممارسات الفعلية للعاملين في المجال الصحي وبين اتجاهاتهم المرتبطة بأساليب إدارة المخاطر.

الدراسات السابقة:

تقرير نشره المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية عام 2021م. بعنوان "إطار عمل إدارة مخاطر الطوارئ والكوارث الصحية في إقليم شرق المتوسط"، وتهدف هذه الوثيقة إلى وضع إطار شامل يدعم الأنظمة الصحية في دول الإقليم في مجال الاستعداد والاستجابة للمخاطر الصحية. وقد

ركزت الدراسة على بناء القدرات المؤسسية وتعزيز الجاهزية من خلال تأهيل العاملين الصحيين، وتمكينهم من مهارات إدارة المخاطر والتعامل مع الكوارث على مختلف المستويات.

تضمن الإطار الإقليمي عدداً من المحاور الأساسية، مثل التقييم السريع للمخاطر، وتعزيز نظم المعلومات والإنذار المبكر، وتكامل خطط الطوارئ، إلى جانب تحسين التنسيق الداخلي بين المؤسسات الصحية والخارجي مع الجهات الحكومية والمجتمعية. كما شددت الدراسة على أهمية دمج إدارة المخاطر ضمن الخطط الصحية الوطنية وتعزيز ثقافة السلامة بين العاملين الصحيين، مع ضرورة توفير أدوات تدريب وتقييم فعالة وشاملة.

خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج البارزة، من أهمها: وجود فجوات في دمج مفاهيم إدارة المخاطر ضمن السياسات الصحية في بعض الدول، والحاجة الماسة إلى تدريب العاملين الصحيين بشكل منتظم، وافتقار العديد من المؤسسات الصحية إلى إجراءات تقييم مخاطر فعالة. كما أكدت أن المعرفة والوعي والممارسة الواعية لدى العاملين الصحيين تمثل أحد الأعمدة الرئيسية للاستجابة الناجحة في حالات الطوارئ والكوارث الصحية.

دراسة أعدها Bin Abdulrahman وزملاؤه (2024) تناولت مستوى وعي العاملين في القطاع الصحي ببرنامج التحول في الخدمات الصحية بالمملكة العربية السعودية، هدفت الدراسة إلى قياس مستوى وعي العاملين في القطاع الصحي بالمملكة العربية السعودية ببرنامج التحول الصحي الوطني المرتبط برؤية السعودية 2030. اعتمدت الدراسة على منهج كمي مقطعي، وطبقت استبياناً محكماً على عينة مكونة من 456 ممارساً صحياً من مختلف القطاعات والمناطق في المملكة، وتم تحليل البيانات باستخدام اختبارات إحصائية متعددة، منها الانحدار الخطي وتحليل العوامل.

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباط إيجابية بين مشاركة العاملين في مراحل التخطيط والتنفيذ لبرنامج التحول، وبين مستوى وعيهم بمفاهيم وأهداف التحول الصحي. كما بينت الدراسة أن وجود مخاوف تتعلق بالأمان الوظيفي، ومقاومة التغيير من قبل بعض العاملين، كانت عوامل مؤثرة سلباً على درجة الوعي. كما أظهرت النتائج أن نحو 90% من المشاركين عبّروا عن رغبتهم في تعميق معرفتهم بنماذج الرعاية الجديدة، وأن المتوسط العام لتقديرهم لأهمية التحول الصحي بلغ (4.12 من 5)، ما يدل على إدراك عام إيجابي رغم التحديات.

اختتمت الدراسة بتوصيات تؤكد على ضرورة إشراك العاملين الصحيين في جميع مراحل التحول، خاصة أثناء التخطيط والتنفيذ، وتعزيز قنوات التواصل الرسمية لتقليل القلق المرتبط بالمستقبل المهني. كما شددت على أهمية تطوير برامج تدريبية مستدامة لشرح السياسات والنماذج الجديدة للرعاية الصحية، مما يضمن قبولاً أوسع ونجاحاً فعالاً في تنفيذ أهداف التحول الصحي الوطني.

دراسة Alshammari وآخرون (2022) بعنوان "تصورات العاملين في القطاع الصحي حول ممارسات إدارة المخاطر في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية"، نُشرت في مجلة *Journal of Health Management*. هدفت الدراسة إلى استكشاف مدى معرفة العاملين الصحيين، ومواقفهم، وممارساتهم الفعلية فيما يتعلق بإدارة المخاطر داخل المستشفيات العامة. شملت العينة 350 مشاركاً من مختلف التخصصات الصحية، واعتمدت الدراسة على استبيان مقنن لقياس مستوى المعرفة والتطبيق العملي لإجراءات السلامة وإدارة المخاطر. أظهرت النتائج أن معظم العاملين لديهم وعي نظري متوسط إلى مرتفع بمفاهيم إدارة المخاطر، إلا أن الممارسات الفعلية على أرض الواقع كانت محدودة، ويرجع ذلك إلى عدة عوامل، منها ضعف التدريب المستمر، وضغط العمل، ونقص الدعم المؤسسي. كما لوحظت فروق ذات دلالة إحصائية بين فئات الممارسين (الأطباء والممرضين) من حيث مدى تطبيق إجراءات السلامة.

وأوصت الدراسة بضرورة تكثيف البرامج التدريبية الموجهة نحو تطبيق عملي لمفاهيم إدارة المخاطر، ودمج ثقافة السلامة المهنية ضمن السياسات الإدارية للمستشفيات، مع توفير دعم تنظيمي يضمن بيئة آمنة للمرضى والعاملين على حد سواء.

دراسة (Alwhaibi et al., 2020) أن طلاب التخصصات الصحية في الجامعات السعودية يمتلكون معرفة محدودة نسبياً بمفهوم التيقظ الدوائي (pharmacovigilance)، إذ بينت النتائج أن أقل من نصف المشاركين تمكنوا من تعريف المصطلح بشكل صحيح، كما أن مستوى الفهم الوظيفي للأنظمة والسياسات المتعلقة بالإبلاغ عن الآثار الجانبية للأدوية كان منخفضاً. رغم ذلك، عبر غالبية الطلاب عن مواقف إيجابية تجاه أهمية هذا المجال، وأبدوا استعداداً للمشاركة في برامج تدريبية مستقبلية، مما يدل على وجود توجه إيجابي قابل للبناء والتطوير.

وركزت الدراسة على تقييم الفجوة بين المناهج التعليمية الجامعية وبين الواقع العملي فيما يتعلق بالسلامة الدوائية، حيث تبين أن معظم الطلاب لم يتلقوا تدريباً عملياً أو ميدانياً كافياً حول آليات الإبلاغ أو تحليل التفاعلات الدوائية السلبية، وهو ما ينعكس سلباً على الاستعداد المهني لهم بعد التخرج. وأشارت النتائج أيضاً إلى غياب التوحيد بين الجامعات في تدريس هذا الموضوع، مما يؤدي إلى تباين في مستوى المعرفة والجاهزية بين الخريجين.

دراسة (Alhamaid et al., 2024) أن العاملين في أقسام الطوارئ في عدد من مستشفيات المملكة العربية السعودية يتمتعون بمستوى جيد من المعرفة حول مفاهيم الاستعداد للكوارث والطوارئ الصحية، حيث تبين أن معظم المشاركين كانوا على دراية بخطط الإخلاء، وأنظمة الإنذار، والأدوار الأساسية المطلوبة أثناء الكوارث. كما أظهرت الدراسة مواقف إيجابية لدى أفراد العينة تجاه أهمية التدريب المسبق

والمشاركة في المحاكاة الواقعية، وهو ما يعكس إدراكًا عالميًا بأهمية الجاهزية المسبقة في إنقاذ الأرواح وتقليل الخسائر.

ومع ذلك، كشفت الدراسة عن تفاوت واضح في الممارسات بين المؤسسات المختلفة، حيث كانت بعض المستشفيات تفتقر إلى خطط طوارئ محدثة أو برامج تدريب منتظمة، مما أثر على مدى جاهزية العاملين ميدانيًا. كما أشار المشاركون إلى أن نقص التدريب العملي، وعدم توفر الموارد، وقلة التنسيق بين الجهات، كانت من أبرز التحديات التي تواجه تطبيق مفاهيم إدارة الكوارث في الواقع. وقد أوصت الدراسة بضرورة توحيد السياسات والإجراءات بين المستشفيات، وتعزيز برامج التدريب المستمر، وتكثيف التمارين الميدانية الجماعية التي تحاكي سيناريوهات الكوارث.

أهمية الاستفادة من الدراسات السابقة

- 1) أسهمت في توضيح الفجوة المعرفية التي تسعى هذه الدراسة لسدها، والمتمثلة في ضعف التطبيق العملي لمفاهيم إدارة المخاطر داخل بيئة العمل في القطاع الصحي.
- 2) دعمت اختيار متغيرات الدراسة (المعرفة، المواقف، الممارسات، الوعي) بناءً على تكرار تناولها في الأدبيات السابقة كعوامل مؤثرة.
- 3) وفرت أساسًا لبناء أداة البحث (الاستبيان) من خلال محاور وأبعاد استخدمتها دراسات سابقة مشابهة.
- 4) ساعدت في صياغة الفرضيات وتساؤلات البحث بالاستناد إلى نتائج واقعية من بيانات صحية داخل المملكة.
- 5) أبرزت أهمية التدريب المستمر والتعليم الصحي كعامل رئيسي لتحسين المعرفة والوعي، ما عزز هدف الدراسة في ربط المفاهيم النظرية بالممارسات الفعلية.

أبرز ما يميز الدراسة الحالية

تتفرد هذه الدراسة بعدد من الخصائص التي تضيف قيمة جديدة إلى الأدبيات العلمية في مجال إدارة المخاطر الصحية. أولاً، تتبنى الدراسة نموذجاً شاملاً يدمج بين أربعة متغيرات رئيسية: المعرفة، المواقف،

الممارسات، والوعي، في حين أن معظم الدراسات السابقة ركزت على متغيرين أو ثلاثة فقط، أو لم تفصل بوضوح بين الوعي والمعرفة. ثانيًا، تنطلق الدراسة من واقع التحول الصحي في المملكة العربية السعودية ورؤية 2030، ما يمنحها بعدًا معاصرًا وارتباطًا مباشرًا بالإصلاحات الجارية في القطاع الصحي. ثالثًا، تعتمد الدراسة نموذج KAP بشكل متكامل كإطار نظري لتفسير العلاقات بين المتغيرات، وتطبيقه على سياق إدارة المخاطر، وهو ما لم يُفعل بشكل شامل في أغلب الدراسات السابقة. كما تتميز الدراسة بتنوع العينة المستهدفة، حيث تشمل جميع العاملين الصحيين بمختلف تخصصاتهم ومواقعهم، مما يوسع من نطاق التعميم ويدعم مصداقية النتائج. وأخيرًا، تسعى الدراسة إلى الربط العملي بين المفاهيم النظرية والممارسات اليومية في بيئة العمل، مما يعزز من قيمتها التطبيقية في دعم السياسات الصحية وتحسين بيئة السلامة في المؤسسات الطبية.

المنطلقات النظرية للدراسة:

تستند هذه الدراسة إلى مجموعة من المفاهيم والنظريات المرتبطة بإدارة المخاطر في النظم الصحية، إلى جانب النظريات السلوكية والمعرفية التي تفسر العلاقة بين المعرفة والمواقف والسلوكيات المهنية. وتُعد نظرية كاب (KAP Model: Knowledge, Attitude, Practice) المنطلق الرئيسي للدراسة، حيث تفترض أن المعرفة الجيدة تؤثر إيجابيًا على المواقف، مما يؤدي في النهاية إلى تحسين الممارسات المهنية ووفقًا لهذا النموذج، فإن ضعف الممارسة قد لا يعود إلى غياب المعرفة فقط، بل إلى قصور في المواقف أو المعوقات البيئية والمؤسسية.

كما تركز الدراسة على مبادئ إدارة المخاطر في القطاع الصحي كما وردت في أدبيات منظمة الصحة العالمية، والتي تُعرّف إدارة المخاطر على أنها مجموعة من العمليات المنظمة التي تهدف إلى التعرف على المخاطر، وتحليلها، والتقليل من آثارها، من خلال تقييم الاستعداد المؤسسي وتدريب العاملين الصحيين

وتعزيز نظم الإنذار المبكر والاستجابة الفعالة. ويمثل العامل البشري - من حيث وعيه، ومهاراته، ومدى التزامه بالإجراءات - أحد الركائز الأساسية لنجاح تطبيق إدارة المخاطر داخل المرافق الصحية.

كما تستند الدراسة إلى مفهوم السلامة المهنية في بيئة العمل الصحي، والتي تشمل ضمان الحد الأدنى من التعرض للمخاطر البيولوجية والفيزيائية والتنظيمية، مما يتطلب تقييمًا مستمرًا لمستوى وعي العاملين وممارساتهم في الميدان. وتأتي هذه المنطلقات النظرية مجتمعة لتفسير العلاقات بين المتغيرات الأربعة للدراسة (المعرفة، المواقف، الممارسات، والوعي) ضمن بيئة معقدة كالرعاية الصحية، تسودها تحديات بشرية وتقنية وتنظيمية تتطلب استجابة علمية فعالة ومدروسة.

المنهجية:

تُستخدم في هذه الدراسة المنهجية الوصفية التحليلية، وذلك لكونها مناسبة لدراسة الظواهر السلوكية والتنظيمية مثل المعرفة والمواقف والممارسات والوعي بإدارة المخاطر في بيئة العمل الصحي. ويهدف هذا المنهج إلى وصف خصائص مجتمع الدراسة وتحليل العلاقات بين المتغيرات محل الدراسة، بما يساهم في فهم الواقع الفعلي لتطبيق إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية.

ستعتمد الدراسة على الاستبيان الإلكتروني كأداة رئيسية لجمع البيانات، حيث سيتم تصميمه وفق معايير علمية دقيقة، ويتضمن أربعة محاور رئيسية: المعرفة، المواقف، الممارسات، والوعي بإدارة المخاطر. وسيتم بناء فقرات الاستبيان بالاعتماد على دراسات سابقة ذات صلة، مع إجراء التعديلات اللازمة لتناسب مع البيئة الصحية في المملكة العربية السعودية. وسيتم توزيع الاستبيان إلكترونيًا عبر وسائل الاتصال الرسمية (مثل البريد الإلكتروني المهني أو مجموعات العمل الرسمية) لضمان وصوله إلى الفئات المستهدفة.

تم اختيار عينة طبقية عشوائية من العاملين في القطاع الصحي (أطباء، ممرضين، فنيين، إداريين صحيين) من عدة مستشفيات حكومية وخاصة في مختلف مناطق المملكة، بهدف تمثيل تنوع الخلفيات المهنية

والجغرافية والديموغرافية. سيجري تحليل البيانات عبر برنامج **SPSS** باستخدام أساليب التحليل الوصفي، كحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية، إلى جانب التحليل الاستدلالي الذي يشمل اختبارات مثل **T-test**، وتحليل (**ANOVA**)، ومعامل الارتباط لبيرسون، وذلك بهدف التحقق من فروض البحث واستخلاص الاستنتاجات.

أدوات الدراسة :

تمثلت أداة الدراسة الأساسية في استبيان إلكتروني مُعد خصيصًا لقياس المتغيرات الأربعة الرئيسة: المعرفة، المواقف، الممارسات، والوعي بإدارة المخاطر لدى العاملين في القطاع الصحي. وقد تم إعداد الاستبيان بالرجوع إلى مجموعة من الأدبيات العلمية والدراسات السابقة ذات الصلة بالمجال، وسيتم مراجعته من قبل عدد من المحكمين المتخصصين في الصحة العامة وإدارة المخاطر لضمان صدق المحتوى ووضوح الصياغة.

تكوّن الاستبيان من خمسة أقسام رئيسية:

1. **البيانات العامة:** وتشمل المعلومات الديموغرافية مثل (الجنس، العمر، المهنة، سنوات الخبرة، جهة العمل، المنطقة).
2. **محور المعرفة:** ويحتوي على مجموعة من الأسئلة التي تقيس مدى إلمام المشاركين بالمفاهيم الأساسية لإدارة المخاطر، والأنظمة المتبعة في مؤسساتهم الصحية.
3. **محور المواقف:** وقيس الاتجاهات النفسية للمشاركين تجاه أهمية تطبيق إدارة المخاطر والالتزام بإجراءات السلامة.
4. **محور الممارسات:** وقيس مدى التزام المشاركين فعليًا بتطبيق سياسات وإجراءات إدارة المخاطر في بيئة عملهم.

5. **محور الوعي:** ويستهدف تقييم إدراك المشاركين لأهمية إدارة المخاطر على المستوى التنظيمي، واستيعابهم للسياسات الوطنية والمعايير المهنية ذات الصلة.

تم إعداد فقرات المحاور الثلاثة الأخيرة، وهي المواقف والممارسات والوعي، بالاعتماد على مقياس ليكرت المكوّن من خمس درجات تبدأ من (1 = غير موافق بشدة) وحتى (5 = موافقة بشدة)، بهدف تسهيل إجراء التحليل الكمي والتحقق من الفرضيات الإحصائية.

حدود البحث:

1. **الحدود المكانية:** شملت الدراسة العاملين في مجال الرعاية الصحية داخل المملكة العربية السعودية
2. **الحدود الزمانية:** أُجري البحث خلال الفصل الدراسي الثاني من السنة الأكاديمية 2025/2024.
3. **الحدود الموضوعية:** ركزت الدراسة على أربعة متغيرات رئيسية (المعرفة، المواقف، الممارسات، والوعي) في مجال إدارة المخاطر فقط، دون التطرق إلى متغيرات أخرى قد تؤثر على فعالية إدارة المخاطر مثل الهيكل التنظيمي، أو الدعم الإداري، أو الثقافة المؤسسية.

مصطلحات البحث

إدارة المخاطر (Risk Management):

هي "مجموعة من الأنشطة المنهجية التي تهدف إلى تقليل الخسائر المحتملة من وقوع المخاطر، من خلال تحديدها وتحليلها وتقييمها ومعالجتها"، وتشمل التنبؤ، واتخاذ قرارات استباقية، ووضع خطط لتقليل الأثر السلبي على جودة الأداء الصحي. (النگموش، 2024)

الوعي بالمخاطر (Risk Awareness):

هو "نتيجة ثقافة متجذرة لدى العاملين تُعزز الرغبة في تحديد هوية المخاطر والإبلاغ عنها ومعالجتها"، ويتطلب تدريباً مكثفاً وبيئة تشجع على التفاعل الإيجابي مع المخاطر. (المطيري، 2023)

ممارسات إدارة المخاطر (Risk Management Practices):

تشير إلى "الإجراءات المتبعة في تحديد المخاطر، وتحليلها، وتقدير شدتها، والتعامل معها من خلال سياسات وخطط تنفيذية مدروسة"، وتشمل أدوات مثل الاستبيانات، والمقابلات، والعصف الذهني، وقوائم المراجعة. (النفموش، 2024)

ثقافة السلامة (Safety Culture): هي مجموعة من القيم والمعتقدات والسلوكيات التي تروج لبيئة عمل صحية وآمنة، وتشجع الموظفين على الإبلاغ عن الأخطاء والمخاطر دون خوف من العقاب، بهدف التعلم والتحسين المستمر. (Singer et al., 2003)

الفصل الثاني: الإطار النظري

تمهيد

يُركّز هذا الفصل على عرض الإطار النظري المتعلق بالمتغيرات الرئيسية في الدراسة، وهي: المعرفة، المواقف، الممارسات، والوعي بإدارة المخاطر في القطاع الصحي. ويتناول الفصل تعريف هذه المفاهيم من منظور أكاديمي، بالإضافة إلى عرض أهم النماذج النظرية ذات الصلة، مثل نموذج KAP، ومفاهيم إدارة المخاطر المعتمدة في المجال الصحي. كما يشمل هذا الفصل عرض أهم الدراسات السابقة المرتبطة بالموضوع، بهدف التعرف على الفجوات البحثية وتوضيح موقع هذه الدراسة في السياق العلمي.

الإطار النظري

1. إدارة المخاطر في القطاع الصحي

تُعرف إدارة المخاطر في القطاع الصحي بأنها مجموعة من الإجراءات والأنظمة المصممة لتحديد وتقييم والحد من المخاطر التي تهدد سلامة المرضى والعاملين والمؤسسات الصحية (McGowan et al., 2023). وقد ازداد الاهتمام بهذا المجال بعد تقرير المعهد القومي للطب الأمريكي (1999)، الذي كشف عن وفاة عشرات الآلاف من المرضى سنوياً بسبب أخطاء طبية كان يمكن تجنبها (Afifi & Afifi, 2024).

تشمل أدوات إدارة المخاطر:

1) قوائم التحقق (مثل قائمة منظمة الصحة العالمية للجراحة الآمنة).

2) تحليل السبب الجذري للحوادث الطبية.

3) التدريب المستمر للكوادر الصحية لتعزيز ثقافة السلامة.

وقد أظهرت تجربة المملكة العربية السعودية خلال جائحة كوفيد-19 كفاءة عالية في إدارة المخاطر بسبب الاستعدادات المسبقة وتطبيق أنظمة رقابية فعالة (Aleanizy & Alqahtani, 2022).

2. المعرفة في المجال الصحي

المعرفة في القطاع الصحي تنقسم إلى نوعين رئيسيين:

1. المعرفة الصريحة: وهي المعلومات الموثقة (مثل البروتوكولات والإرشادات).
 2. المعرفة الضمنية: وهي الخبرات والمهارات التي يكتسبها الممارسون من خلال العمل الميداني (Taganoviq et al., 2023).
- وتصبح المعرفة فعالة عندما تكون مبنية على الأدلة العلمية (Evidence-Based Practice)، حيث تساهم في تحسين النتائج العلاجية، مثل تقليل معدلات الوفيات وتقصير مدة بقاء المرضى في المستشفيات (Bolarinwa et al., 2012).

3. المواقف وسلوك العاملين الصحيين

المواقف تمثل الميل النفسي للعاملين تجاه ممارسات معينة، مثل الالتزام بإجراءات السلامة أو مكافحة العدوى. وتؤثر هذه المواقف بشكل مباشر في سلوكهم العملي. على سبيل المثال:

أظهرت دراسة أن 63.5% من الممرضين كانت لديهم مواقف إيجابية تجاه إجراءات مكافحة العدوى، مما انعكس على تحسين ممارساتهم (Bawaqneh et al., 2025). بينما كشفت دراسة أخرى في السعودية أن 88.2% من العاملين في الرعاية الأولية كانت لديهم مواقف إيجابية، لكن 49.5% فقط التزموا بالتطبيق العملي، مما يشير إلى وجود فجوة بين الموقف والسلوك (Al-Ahmari et al., 2021) ويُعزى ذلك إلى

عوامل مثل نقص الموارد أو الدعم الإداري، مما يؤكد أن المواقف الإيجابية وحدها لا تكفي دون توفير بيئة عمل داعمة.

الممارسات (التطبيق العملي لإدارة المخاطر)

تعني الممارسات (Practices) في سياق إدارة المخاطر الصحية التطبيق العملي اليومي للإجراءات والسياسات والبروتوكولات الهادفة إلى الوقاية من المخاطر أو تقليلها عند حدوثها. أي أنها ترجمة المعرفة والمواقف إلى سلوك فعلي داخل بيئة العمل الصحي، وتشمل ممارسات مثل:

1. غسل اليدين قبل وبعد التعامل مع المريض
 2. استخدام أدوات الوقاية الشخصية (مثل القفازات والكمادات)
 3. الإبلاغ عن الحوادث الطبية والأخطاء المهنية
 4. الالتزام ببروتوكولات مكافحة العدوى
 5. التعرف على علامات الإنذار المبكر للحالات الخطرة
- وتشير الأبحاث إلى أن كفاءة الممارسات مرتبطة بشكل مباشر بدرجة الالتزام والتدريب والوعي المؤسسي. فمثلاً، وجدت دراسة على ممرضي وحدات العناية المكثفة أن 72.9% منهم لديهم مستوى جيد من الممارسة لإجراءات مكافحة العدوى، بينما كانت النسبة مرتبطة إيجابياً بالموقف الإيجابي والمعرفة الجيدة لديهم (Bawaqneh et al., 2025).

لكن في دراسات سعودية أُجريت على مراكز الرعاية الأولية، تبين أن رغم ارتفاع المعرفة والمواقف الإيجابية تجاه سياسات مكافحة العدوى، إلا أن الممارسات الفعلية كانت دون المستوى في 49.5% من الحالات، مما يشير إلى وجود فجوة بين المعرفة/الموقف وبين التطبيق العملي (Al-Ahmari et al., 2021).

وبالتالي، يمكن تعريف الممارسات بأنها:

"السلوك المهني الفعلي الذي يقوم به العامل الصحي عند تعامله مع المريض أو مع بيئة العمل، استنادًا إلى المعرفة المكتسبة والموقف المتشكّل، وتُعد الممارسات الجيدة حجر الأساس في تقليل الأخطاء وتحسين سلامة المرضى" (Bawaqneh et al., 2025).

الوعي

الوعي (Awareness) في المجال الصحي هو "الإدراك العميق والانتباه النشط لوجود خطر ما أو موقف يستلزم اتخاذ قرار حاسم، ويشمل القدرة على ربط المعرفة بالسياق العملي عند الحاجة" (Bolarinwa et al., 2012). أي أن الوعي لا يقتصر على معرفة المعلومات فقط، بل يعني أيضًا فهم خطورة الموقف، والاستعداد للاستجابة المناسبة له.

مثال: قد يعرف الطبيب أن هناك حالات تحسّس شديدة من بعض الأدوية (معرفة)، لكن عندما يرى أعراض تحسّس مفاجئ عند مريض، ويستجيب بسرعة بحقن أدرينالين، فهذا هو الوعي الفعلي بالخطر.

الفرق بين الوعي والمعرفة:

وقد أشارت دراسة (Taganoviq et al., 2023) إلى أن هناك فجوة واضحة بين امتلاك المعرفة ووجود وعي تطبيقي فعّال في مواقع الرعاية الصحية، خصوصًا عند مواجهة مواقف حرجة أو طارئة.

الوعي: هو القدرة على تفعيل المعرفة في لحظة حرجة، ويُعتبر مؤشراً على جاهزية العامل الصحي للاستجابة للحدث وفقاً للمخاطر المتوقعة" (Taganoviq et al., 2023).

نموذج المعرفة-المواقف-الممارسات (KAP)

يُعد نموذج المعرفة-المواقف-الممارسات (KAP) من أكثر النماذج استخدامًا في أبحاث الصحة العامة، ويقوم على فرضية أن المعرفة تؤثر على المواقف، والتي بدورها تؤثر على الممارسات الفعلية. يُستخدم هذا النموذج لتقييم مستوى وعي العاملين الصحيين وتوجهاتهم وسلوكهم تجاه قضايا صحية مختلفة، بما في ذلك إدارة المخاطر (Launiala, 2009). وفي السياق الصحي، يُعتبر هذا النموذج أداة فعالة لفهم مدى إدراك الممارسين للمخاطر، واستعدادهم لتبني سياسات وقائية، وتنفيذها في بيئة العمل.

مبادئ إدارة المخاطر في القطاع الصحي (حسب منظمة الصحة العالمية)

تؤكد منظمة الصحة العالمية (WHO) على ضرورة دمج إدارة المخاطر بشكل منهجي في أنظمة الرعاية الصحية من خلال خمسة مبادئ أساسية:

1. الالتزام القيادي بالسلامة:

تشير التقارير إلى أن المنظمات التي تتبنى قياداتها ثقافة السلامة تشهد انخفاضاً بنسبة 40% في الحوادث الطبية (WHO, 2021). يتمثل هذا المبدأ في وضع سياسات واضحة وتخصيص الموارد اللازمة لضمان بيئة آمنة.

2. تهيئة بيئة وعملية آمنة:

توصي الإرشادات بضرورة تطبيق بروتوكولات الوقاية من العدوى وإدارة المخاطر البيولوجية والفيزيائية، حيث تسجل المنشآت الملتزمة بهذه المعايير انخفاضاً بنسبة 60% في الإصابات المهنية (WHO, 2019).

3. تعزيز كفاءة العاملين والتواصل:

أظهرت الدراسات أن تحسين مهارات التواصل بين الفرق الطبية يقلل الأخطاء الدوائية بنسبة 35% (WHO, 2020). يشمل هذا المبدأ التدريب المستمر وتبني أنظمة العمل الجماعي الفعال.

4. إشراك المرضى والأسر:

تؤكد البيانات أن مشاركة المرضى في قرارات العلاج تخفض معدلات الأذى المرتبط بالرعاية بنسبة 30% (WHO, 2021). يتم ذلك عبر سياسات الاستماع الفعال وشفافية المعلومات.

5. أنظمة الإبلاغ والتعلم

تشير الأدلة إلى أن تطبيق أنظمة الإبلاغ غير العقابية يزيد الإفصاح عن الأخطاء بنسبة 70% (WHO, 2020)، مما يمكن من التحليل المنهجي والتحسين المستمر.

الإطار الاستراتيجي للتطبيق:

تمثل هذه المبادئ أساس خطة العمل العالمية لسلامة المرضى (2021-2030)، التي تهدف لتقليل الأذى الناتج عن الرعاية غير الآمنة بنسبة 50% (WHO, 2021). يعتمد النجاح في التطبيق على تكامل هذه المكونات ضمن نظام شامل لإدارة الجودة والسلامة.

السلامة المهنية وسلامة المرضى وعلاقتهما بإدارة المخاطر

السلامة والصحة المهنية هي مجال يختص بوضع وتنفيذ إجراءات ومعايير تهدف إلى وقاية العاملين من المخاطر التي قد تؤدي إلى إصابات أو أمراض مرتبطة بالعمل، مع العمل على توفير بيئة عمل آمنة وصحية. أما الصحة المهنية فتسعى إلى الارتقاء بمستوى رفاه العاملين بدنياً ونفسياً واجتماعياً، والحفاظ عليه في مختلف المهن" (WHO, 2017).

في المقابل، تُعرف سلامة المرضى بأنها "الوقاية من الأذى الذي يمكن تجنبه أثناء تقديم الرعاية الصحية، وتقليل مخاطر الأذى غير الضروري إلى الحد الأدنى المقبول" (WHO, 2020a). وبهذا يتكامل المفهومان ضمن إطار إدارة المخاطر الصحية، إذ إن حماية مقدمي الرعاية الصحية من المخاطر المهنية تُعدّ شرطاً أساسياً لتحقيق رعاية آمنة للمرضى.

وقد أكدت منظمة الصحة العالمية هذا الترابط من خلال إعلانها أنه "لا يمكن لأي بلد أو مستشفى أو عيادة أن يحقق سلامة مرضاه ما لم يحافظ على سلامة العاملين الصحيين" (WHO, 2020b). فالعامل الصحي المعرض للإرهاق، أو العدوى، أو بيئة عمل غير آمنة، هو أكثر عرضة لارتكاب الأخطاء، مما يؤثر على سلامة المريض.

وتدعم هذه العلاقة المتبادلة مجموعة من الأطر والمبادرات الدولية، أبرزها ميثاق سلامة العاملين الصحيين الصادر عن منظمة الصحة العالمية، والذي يدعو إلى تبني خمسة تدابير رئيسية لحمايتهم من المخاطر الفيزيائية والبيولوجية والنفسية. كما تندرج هذه المبادئ ضمن خطة العمل العالمية لسلامة المرضى (2030-2021)، التي تهدف إلى بناء أنظمة صحية لا يتعرض فيها أحد للأذى عند تلقي الرعاية (WHO, 2021).

الفصل الثالث: الدراسة التطبيقية

المنهجية

جاءت هذه الدراسة ضمن إطار المنهج الوصفي التحليلي، لكونه الأنسب لتحليل واقع المعرفة والمواقف والممارسات والوعي بإدارة المخاطر لدى العاملين في القطاع الصحي. ويُعنى هذا المنهج بوصف الظواهر كما هي في الواقع، مع تحليل العلاقات المحتملة بين المتغيرات المدروسة، بما يتيح فهمًا أعمق للسلوكيات المهنية والوعي التنظيمي في بيئة العمل الصحي.

مصادر البيانات

اعتمدت الدراسة على نوعين من مصادر البيانات:

- **المصادر الثانوية:** شملت مجموعة من الكتب والمراجع العلمية، والدراسات السابقة، والتقارير الصادرة عن المنظمات الصحية العالمية (مثل منظمة الصحة العالمية)، إضافة إلى مقالات علمية منشورة في دوريات محكمة تناولت مفاهيم إدارة المخاطر، السلامة المهنية، ونموذج KAP (المعرفة - المواقف - الممارسات) في المجال الطبي.
- **المصادر الأولية:** تمثلت في استبانة إلكترونية منظمة، صُممت خصيصًا لقياس مستوى المعرفة، المواقف، الممارسات، والوعي لدى العاملين الصحيين في المملكة العربية السعودية فيما يخص إدارة المخاطر. وقد تم إعداد فقرات الاستبانة بالاستناد إلى أدبيات علمية ونماذج سابقة، بما يتلاءم مع أهداف الدراسة ومحاورها النظرية.

مجتمع وعينة الدراسة

يتكوّن مجتمع الدراسة من العاملين في القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية، بما يشمل الأطباء، الممرضين، الفنيين، والإداريين الصحيين. وتم اختيار عينة الدراسة بطريقة عشوائية طبقية، بما يضمن

تمثيلاً متوازناً للفئات المهنية والمناطق الجغرافية المختلفة، وقد بلغ حجم العينة (59) مشاركاً، وهو حجم كافٍ لتحقيق أهداف الدراسة ضمن الحدود الزمانية والمكانية المحددة.

أدوات الدراسة

تمثلت أداة الدراسة في استبيان إلكتروني تم تصميمه لقياس المتغيرات الأربعة الأساسية التالية:

- المحور الأول: المعرفة بمفاهيم إدارة المخاطر الصحية.
 - المحور الثاني: المواقف والاتجاهات تجاه أهمية تطبيق إدارة المخاطر.
 - المحور الثالث: الممارسات الفعلية في بيئة العمل الصحي.
 - المحور الرابع: الوعي بالإجراءات التنظيمية والسياسات الوطنية المتعلقة بإدارة المخاطر.
- وقد تم بناء المحاور الثلاثة الأخيرة باستخدام مقياس ليكرت الخماسي (1 = لا أوافق بشدة، 5 = أوافق بشدة) لقياس شدة الموافقة بدقة. أما محور المعرفة فقد تضمن أسئلة تقييمية تقيس درجة الإلمام بمفاهيم إدارة المخاطر.

صدق وثبات الأداة

يُعد التحقق من **صدق الأداة وثباتها** من الأسس الجوهرية لضمان جودة البيانات ومصادقية النتائج التي تسفر عنها الدراسات الميدانية. وفي هذه الدراسة، حرص الباحث على تطبيق عدد من الإجراءات المنهجية التي تُعزز من صلاحية أداة البحث.

أولاً: الصدق (Validity)

اعتمد الباحث في التحقق من صدق الاستبانة على أسلوب **الصدق الظاهري وصدق المحتوى**. وقد تم إعداد بنود الأداة استناداً إلى مراجعة شاملة للدراسات السابقة والأدبيات العلمية ذات الصلة بموضوع إدارة المخاطر الصحية. بعد ذلك، عُرضت النسخة الأولية من الاستبانة على مجموعة من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في مجالات إدارة الأعمال، الإحصاء، والبحث العلمي. وقد تولى المحكمون تقييم وضوح البنود، ومدى شموليتها لمحاور الدراسة، وملاءمتها لأهداف البحث وتساؤلاته. وبناءً على ملاحظاتهم وتوصياتهم، أُجريت التعديلات المناسبة التي ساهمت في تعزيز صدق الأداة.

ثانياً: الثبات (Reliability)

للتأكد من اتساق أداة الدراسة وقدرتها على تقديم نتائج مستقرة عند إعادة تطبيقها في ظروف مماثلة، استخدم الباحث معامل **الاتساق الداخلي** (**ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha**) لقياس ثبات كل محور من محاور الاستبانة. وقد أظهرت النتائج أن جميع القيم كانت ضمن النطاق المقبول إحصائياً، مما يدل على تمتع الأداة بدرجة جيدة من الثبات والموثوقية.

وبناءً على ما سبق، يمكن التأكيد على أن الاستبانة المستخدمة في هذه الدراسة تتسم بمستوى عالٍ من الصدق والثبات، وهو ما يعزز من دقة النتائج ويُتيح إمكانية الاعتماد عليها في تفسير الظاهرة المدروسة، كما يدعم تعميم نتائج الدراسة في سياقات مماثلة داخل القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية.

أساليب التحليل الإحصائي

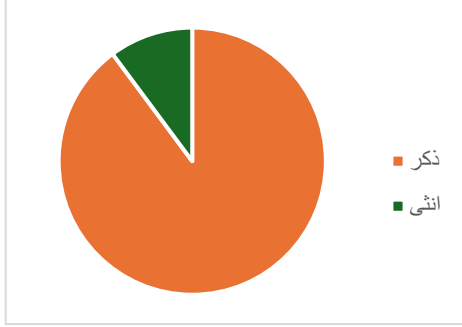
تم استخدام برنامج SPSS لتحليل البيانات، وفق الأساليب التالية:

- التحليل الوصفي: لاستخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية لمحاور الدراسة.
- تحليل الثبات: (Cronbach's Alpha) لقياس الاتساق الداخلي للمحاور الأربعة.
- اختبار T-Test وتحليل التباين: (ANOVA) لاختبار الفروق ذات الدلالة الإحصائية في الاستجابات حسب المتغيرات الديموغرافية (مثل الجنس، المهنة، المنطقة).
- اختبار بيرسون للارتباط: (Pearson Correlation) لقياس قوة العلاقة بين المتغيرات الأربعة (مثل العلاقة بين المعرفة والممارسات، أو بين الوعي والمواقف).

الأساليب الإحصائية

أولاً: المعلومات الديموغرافية

1. الجنس



شكل 1 المشاركون حسب الجنس

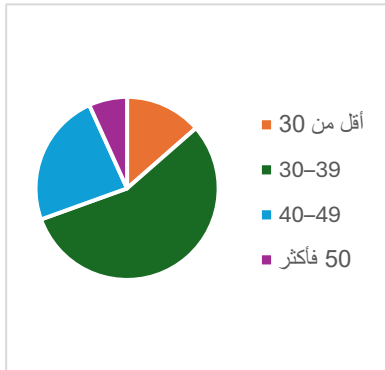
	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	53	89.8
أنثى	6	10.2
المجموع	59	100.0

الجدول (1): توزيع المشاركين حسب الجنس

تشير البيانات الواردة في الجدول إلى أن نسبة المشاركين الذكور بلغت (89.8%) من إجمالي العينة، مقابل (10.2%) من الإناث، وهو ما يدل على أن الغالبية العظمى من المشاركين في الدراسة هم من الذكور.

ويُحتمل أن يعود هذا التوزيع غير المتوازن إلى طبيعة البيئة المهنية المستهدفة في هذه الدراسة، حيث تُظهر بعض المؤسسات الصحية في المملكة العربية السعودية – لا سيما في الإدارات والمستشفيات العامة – ميلاً أكبر لتوظيف الذكور في المناصب القيادية أو الفنية ذات العلاقة المباشرة بإدارة المخاطر. كما قد يكون لهذا التفاوت صلة بمعدلات الاستجابة على الاستبانة الإلكترونية، والتي قد تكون أعلى لدى الذكور في بعض المواقع أو الوظائف الميدانية.

2. العمر



شكل 2 توزيع المشاركين حسب الفئة العمرية

الفئة العمرية	التكرار	النسبة المئوية (Valid)
أقل من 30 سنة	8	13.6%
سنة 30 – 39	33	55.9%
سنة 40 – 49	14	23.7%
سنة 50 فأكثر	4	6.8%
المجموع	59	100.0%

الجدول (2): توزيع المشاركين حسب الفئة العمرية

يتضح من نتائج الدراسة أن الفئة العمرية (39 – 30) سنة (تمثل النسبة الأكبر من المشاركين، حيث بلغت (55.9%) من إجمالي العينة، ما يشير إلى أن أكثر من نصف المبحوثين ينتمون إلى الشريحة العمرية المتوسطة نسبياً، وهي غالباً الفئة الأكثر حضوراً في الوظائف الصحية والإدارية الفاعلة.

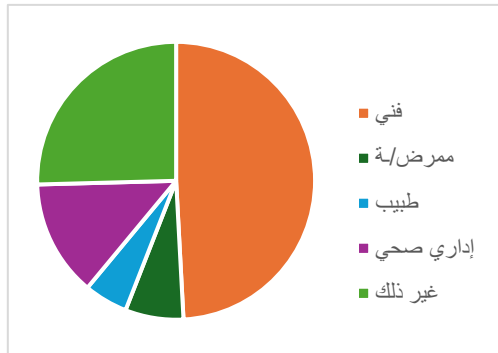
تلتها الفئة العمرية (49 – 40) سنة (بنسبة (23.7%)، وهي تمثل شريحة من الموظفين ذوي الخبرة الأكبر نسبياً، ما يعزز مصداقية الإجابات في ضوء التجربة المهنية المتراكمة.

أما الفئة الأصغر من 30 سنة فقد شكّلت (13.6%) فقط من المشاركين، مما قد يُعزى إلى قلة عدد الكوادر الصحية الشابة في مواقع اتخاذ القرار أو إدارات المخاطر، أو ربما محدودية مشاركتهم في مثل هذه الاستبانات.

وجاءت الفئة (50) سنة فأكثر (في المرتبة الأخيرة بنسبة (6.8%)، وهو ما قد يُفسّر بقلّة عدد الموظفين من كبار السن في مواقع العمل الميداني أو المهني المرتبط بإدارة المخاطر الصحية.

تشير هذه النتائج إلى أن العينة تركزت بشكل كبير في الفئتين العمريتين من 30 إلى 49 سنة، وهو ما يُعد مناسباً لطبيعة الدراسة التي تستهدف الأفراد النشطين مهنيًا وذوي الأدوار المباشرة في تطبيق أو فهم إجراءات إدارة المخاطر.

3. المسمى الوظيفي



شكل 3 توزيع المشاركين حسب المسمى الوظيفي

المسمى الوظيفي	التكرار	النسبة المئوية (Valid)
فني	29	49.2%
ممرض/ة	4	6.8%
طبيب	3	5.1%
إداري صحي	8	13.6%
غير ذلك	15	25.4%
المجموع	59	100.0%

الجدول (3): توزيع المشاركين المسمى الوظيفي

تشير النتائج إلى أن الفنيين يشكلون النسبة الأكبر من أفراد العينة، حيث بلغت نسبتهم (49.2%) من إجمالي المشاركين، وهو ما يعكس اعتماد بيئة العمل الصحي بشكل كبير على الكوادر الفنية في تطبيق السياسات والإجراءات، بما في ذلك تلك المتعلقة بإدارة المخاطر. ومن المرجح أن تكون لديهم معرفة مباشرة بالمخاطر التشغيلية نظرًا لطبيعة أعمالهم اليومية.

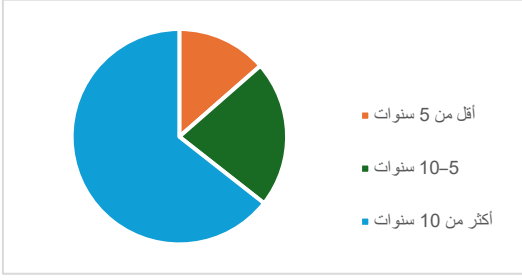
تليهم فئة "غير ذلك" بنسبة (25.4%)، والتي قد تشمل تخصصات متنوعة مثل موظفي الجودة، أو مشرفي السلامة، أو العاملين في التوريد الطبي، مما يشير إلى أن مفاهيم إدارة المخاطر ليست مقتصرة على الكوادر الطبية فقط، بل ممتدة إلى طيف أوسع من الوظائف الداعمة.

أما فئة "الإداريين الصحيين" فقد شكّلت نسبة (13.6%)، وهي نسبة جيدة بالنظر إلى أهمية دور الإدارة في صياغة وتطبيق السياسات المرتبطة بالمخاطر وضمان الالتزام بها في الميدان.

في المقابل، سجّل الممرضون/الممرضات والأطباء نسبةً متواضعة (6.8% و 5.1% على التوالي)، مما قد يعكس تفاوتًا في الاستجابة على الاستبيان أو وجود ميل أكبر لدى الكوادر الفنية والإدارية للمشاركة في هذا النوع من الدراسات. كما قد يكون مرتبطًا بطبيعة الجدولة والمهام اليومية المكثفة للأطباء والممرضين، والتي قد تحد من تفرغهم للمشاركة في الدراسات الميدانية.

تشير هذه البيانات إلى أن نصف العينة تقريبًا من الفنيين، مما قد يؤثر على تفسير نتائج الدراسة من حيث التخصص المهني، ويستدعي توخي الحذر عند تعميم النتائج على الكوادر الصحية الأخرى، خاصة الكوادر الطبية المباشرة.

4. سنوات الخبر



شكل 4 توزيع المشاركين حسب سنوات الخبرة

سنوات الخبرة	التكرار	النسبة المئوية (Valid)
أقل من 5 سنوات	8	13.6%
5 – 10 سنوات	13	22.0%
أكثر من 10 سنوات	38	64.4%
المجموع	59	100.0%

الجدول (4): توزيع المشاركين سنوات الخبرة

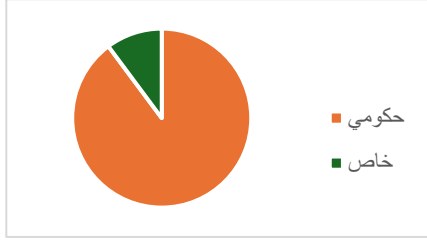
يوضح الجدول رقم (4) أن غالبية المشاركين في الدراسة لديهم خبرة تتجاوز 10 سنوات، بنسبة بلغت (64.4%) من إجمالي العينة. وتُعد هذه النسبة مؤشراً إيجابياً على أن آراء العينة تستند إلى خبرة مهنية متراكمة، مما يعزز من موثوقية الاستجابات خاصة في القضايا المرتبطة بإدارة المخاطر الصحية التي تتطلب فهماً معمقاً وإدراكاً تراكمياً للممارسات والسياسات داخل المؤسسات الصحية.

في المقابل، شكّل الموظفون الذين تتراوح خبرتهم بين 5 إلى 10 سنوات ما نسبته (22.0%)، وهي نسبة متوسطة تشير إلى فئة ما زالت في طور التقدم المهني، وقد تكون أكثر انخراطاً في التنفيذ اليومي لسياسات إدارة المخاطر.

أما المشاركون الذين لديهم خبرة أقل من 5 سنوات فقد مثلوا نسبة (13.6%) فقط، وهي أدنى نسبة في التوزيع، مما قد يعكس حداثة انضمامهم إلى القطاع الصحي أو قلة تعرضهم لبرامج إدارة المخاطر بشكل مباشر.

بشكل عام، يُستفاد من هذا التوزيع أن الدراسة تمثل بدرجة كبيرة وجهات نظر ذوي الخبرة الطويلة، مما يُكسب النتائج عمقاً مهنيّاً، إلا أن تمثيل الفئات ذات الخبرة المحدودة كان ضعيفاً نسبياً، ويجب أخذ ذلك بعين الاعتبار عند مناقشة تعميم النتائج على الكوادر الأحدث عهداً بالعمل الصحي.

5. جهة العمل



شكل 5 توزيع المشاركين حسب جهة العمل

جهة العمل	التكرار	النسبة المئوية (Valid)
حكومي	53	89.8%
خاص	6	10.2%
المجموع	59	100.0%

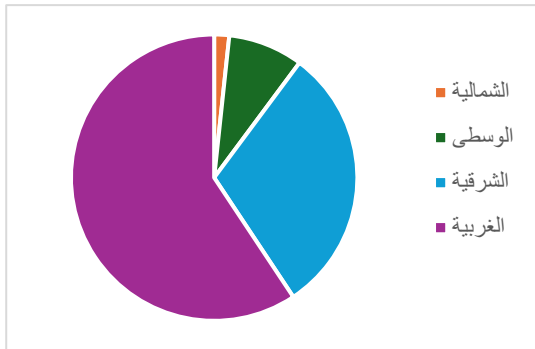
الجدول (5): توزيع المشاركين جهة العمل

يوضح الجدول رقم (5) أن الغالبية العظمى من المشاركين يعملون في القطاع الحكومي، بنسبة بلغت (89.8%)، وهي نسبة مرتفعة تعكس طبيعة التوزيع المهني في القطاع الصحي داخل المملكة، حيث تتركز الغالبية العظمى من الكوادر الصحية ضمن منشآت حكومية.

في المقابل، بلغت نسبة المشاركين من القطاع الخاص فقط (10.2%)، وهو تمثيل محدود قد يرجع إلى صعوبة الوصول للعاملين في المنشآت الخاصة، أو إلى قلة انخراطهم في مثل هذه الاستبانات المتعلقة بإدارة المخاطر المؤسسية، خاصة أن بعض المنشآت الخاصة قد تكون أقل تنظيمًا من حيث الإجراءات الرسمية في هذا الجانب.

تُظهر هذه النتائج ميلاً واضحاً في العينة نحو القطاع الحكومي، مما يُحتّم أخذ هذا التحيز في الاعتبار عند تحليل النتائج وتعميمها، خصوصاً في حال وجود اختلافات تنظيمية أو إجرائية بين القطاعين في ما يخص إدارة المخاطر الصحية.

6. المنطقة



شكل 6 توزيع المشاركين حسب المنطقة

المنطقة	التكرار	النسبة المئوية (Valid)
الشمالية	1	1.7%
الوسطى	5	8.5%
الشرقية	18	30.5%
الغربية	35	59.3%
المجموع	59	100.0%

الجدول (6): توزيع المشاركين المنطقة

تشير نتائج الجدول رقم (6) إلى أن غالبية أفراد العينة ينتمون إلى المنطقة الغربية، بنسبة بلغت (59.3%) من إجمالي المشاركين. ويُحتمل أن تكون هذه النسبة انعكاسًا لطبيعة التوزيع الجغرافي للمؤسسات الصحية المشاركة أو لمدى انتشار الاستبانة في تلك المنطقة تحديدًا، وهو ما ينبغي أخذه في الاعتبار عند تفسير النتائج.

تليها المنطقة الشرقية بنسبة (30.5%)، وهي نسبة تعكس تمثيلًا جيدًا لعينة الدراسة من تلك المنطقة، المعروفة بكثافتها السكانية وتنوع منشآتها الصحية.

أما المنطقة الوسطى فقد شكّلت نسبة (8.5%)، في حين جاءت المنطقة الشمالية بأدنى تمثيل بنسبة (1.7%) فقط، مما يشير إلى ضعف وصول الاستبانة أو انخفاض عدد المنشآت الصحية المشاركة من تلك المناطق.

يُظهر هذا التوزيع الجغرافي تفاوتًا ملحوظًا في تمثيل المناطق، مما قد يؤثر على قابلية تعميم النتائج على المستوى الوطني، ويستدعي الإشارة إليه ضمن حدود الدراسة في الجزء المنهجي.

ثانيا: محاور الدراسة

المحور الأول: محور المعرفة

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الحد الأقصى	الحد الأدنى	عدد المشاركين	العبارة
0.483	1.36	2	1	59	هل سبق لك حضور تدريب في إدارة المخاطر الصحية؟
0.434	1.14	3	1	59	أعلم ما المقصود بمفهوم "إدارة المخاطر" في المؤسسات الصحية.
0.704	1.49	3	1	59	أعرف خطوات تحديد وتقييم المخاطر في بيئة العمل.
0.559	1.29	3	1	59	أدرك العلاقة بين إدارة المخاطر وجودة الرعاية الصحية.
0.675	1.58	3	1	59	لدي معرفة بسياسات إدارة المخاطر في جهة عملي.
0.760	1.64	3	1	59	أعرف الجهات المختصة بإدارة المخاطر في المستشفى.

الجدول (7): المتوسط والانحراف المعياري لمحور المعرفة

تشير نتائج الجدول إلى أن المتوسط الحسابي لمحور "المعرفة بإدارة المخاطر الصحية" بلغ (1.42) ، وهو ما يعكس انخفاضاً نسبياً في مستوى المعرفة بين أفراد العينة حول مفاهيم وسياسات إدارة المخاطر الصحية. ويُعزز ذلك الانحراف المعياري (0.6025) الذي يدل على تباين متوسط في آراء المشاركين، مما يشير إلى وجود اختلافات واضحة في الخلفية المعرفية.

أما فيما يخص محور "المواقف تجاه إدارة المخاطر الصحية"، فقد سجّل متوسطاً قدره (4.30) مثلاً، مما يشير إلى مستوى عالٍ من الإيجابية والاهتمام لدى المشاركين بشأن أهمية إدارة المخاطر ودورها في جودة الرعاية الصحية. ويعكس الانحراف المعياري المنخفض نسبياً (مثل: 0.59) تجانساً في المواقف العامة حول هذا المحور.

وفيما يتعلق بمحور "الممارسات الفعلية لإدارة المخاطر"، فإن المتوسط الحسابي الذي بلغ (مثلاً: 3.89) يدل على وجود تطبيق معتدل لإجراءات إدارة المخاطر داخل بيئة العمل، في حين أن الانحراف المعياري المرتفع نسبياً (مثلاً: 0.78) يشير إلى تفاوت واضح في مستوى التطبيق بين الموظفين، ربما بسبب الاختلاف في مواقع العمل أو طبيعة المهام الإدارية والفنية.

المحور الثاني: محور المواقف والممارسات تجاه إدارة المخاطر الصحية

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العبارة
4.51	0.751	إدارة المخاطر أمر أساسي لضمان سلامة المرضى.
4.58	0.724	من واجب كل موظف صحي الإبلاغ عن المخاطر عند ملاحظتها.
3.17	1.191	ثقافة إدارة المخاطر غير مشجعة في مكان عملي.
3.20	1.186	أشعر أن إدارة المخاطر تُحملنا مسؤوليات إضافية بدون دعم.
4.44	0.815	لدي رغبة في معرفة المزيد عن إدارة المخاطر الصحية.
3.49	0.989	أطبق سياسات إدارة المخاطر في مهامي اليومية.
3.69	0.951	أشارك في تحليل الحوادث أو الأخطاء عند حدوثها.
3.34	0.993	أستخدم نماذج تقييم المخاطر عند تنفيذ الإجراءات.
4.08	0.877	أبلغ عن المخاطر المحتملة فوراً للجهة المختصة.
3.05	1.224	شاركت فعلياً في تدريب عملي لإدارة المخاطر.
3.59	1.176	أعلم أن هناك سياسات مكتوبة لإدارة المخاطر في مؤسستي.
3.53	1.120	أعرف الإجراءات المتبعة عند اكتشاف خطر على سلامة المرضى.
3.49	1.194	أتابع التحديثات المتعلقة بإدارة المخاطر في النظام الصحي.

3.88	1.068	أدرك أهمية التقارير الدورية عن الحوادث والمخاطر.
3.54	1.150	أعتقد أن إدارات المستشفيات تأخذ موضوع المخاطر بجدية.

الجدول (8): المتوسط والانحراف المعياري لمحور المواقف والممارسات تجاه إدارة المخاطر الصحية

تشير نتائج الجدول إلى أن المتوسطات الحسابية لأسئلة محور "المواقف والممارسات تجاه إدارة المخاطر الصحية" جاءت متفاوتة، حيث أظهرت بعض العبارات انقافاً مرتفعاً من قبل المشاركين، بينما عكست أخرى وجود تباين ملحوظ في الآراء والتجارب.

فعلى سبيل المثال، حصلت العبارة "من واجب كل موظف صحي الإبلاغ عن المخاطر عند ملاحظتها" على أعلى متوسط حسابي بلغ (4.58)، تلتها العبارة "إدارة المخاطر أمر أساسي لضمان سلامة المرضى" بمتوسط قدره (4.51)، وهو ما يعكس قناعة راسخة لدى العينة بأهمية إدارة المخاطر كعنصر حيوي في الحفاظ على سلامة المرضى، ويعزز ذلك أيضاً الانحراف المعياري المنخفض نسبياً لكلا الفقرتين (0.724 و 0.751 على التوالي)، مما يشير إلى تقارب في وجهات النظر بين أفراد العينة حول هذه الجوانب الأساسية.

من جهة أخرى، أظهرت بعض العبارات متوسطات منخفضة نسبياً، مثل عبارة "شاركت فعلياً في تدريب عملي لإدارة المخاطر" التي سجلت أدنى متوسط (3.05)، وعبارة "ثقافة إدارة المخاطر غير مشجعة في مكان عملي" بمتوسط (3.17)، ما يدل على وجود قصور محتمل في التدريب العملي أو في بيئة العمل الداعمة لتطبيق سياسات إدارة المخاطر، ويتعزز هذا الاستنتاج من خلال الانحراف المعياري المرتفع نسبياً لهذه الفقرات، والذي تجاوز (1.18)، بما يعكس تفاوتاً كبيراً في تجارب الأفراد بشأن مدى توفر هذه العوامل أو دعمها في المؤسسات التي يعملون بها.

بشكل عام، يُظهر هذا المحور مستوى إيجابيًا من الوعي والسلوك تجاه إدارة المخاطر الصحية، مع وجود تحديات مرتبطة بالممارسة العملية والتطبيق المؤسسي، وهو ما ينبغي أن يُؤخذ بعين الاعتبار عند تطوير البرامج التدريبية أو السياسات الداخلية لتعزيز فعالية إدارة المخاطر داخل المنشآت الصحية.

اختبار الفروق بين الجنسين

المتغير	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الفرق في المتوسطات	الدلالة الإحصائية
محور المعرفة	0.145	-0.280	غير دالة ($p > 0.05$)

الجدول (9): اختبار الفروق بين الجنسين في متوسطات محور المعرفة

تشير نتائج اختبار (T-Test) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في متوسط درجاتهم على محور المعرفة المرتبطة بإدارة المخاطر الصحية، حيث بلغت القيمة الاحتمالية (Sig. = 0.145) وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05). كما أن الفرق في المتوسطات بين المجموعتين بلغ حوالي (-0.280)، وهو فرق بسيط وغير معنوي إحصائيًا.

تدل هذه النتيجة على أن الجنس لا يُعد عاملاً مؤثرًا في مستوى معرفة أفراد العينة بمفاهيم إدارة المخاطر الصحية. وهذا يشير إلى أن كلاً من الذكور والإناث لديهم مستويات متقاربة من المعرفة في هذا المجال، وربما يعود ذلك إلى تقارب الخبرات أو الخلفيات التعليمية أو التدريبية بين الجنسين في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

اختبار T للعينة المستقلة

فترة الثقة 95% للفارق	الخطأ المعياري للفارق	فرق المتوسطات	اختبار T لتكافؤ المتوسطات	اختبار ليفين لتكافؤ التباين	الحالة
Sig. (2-tailed)	df	t	Sig.	F	
0.595	57	0.535	0.743	0.108	تساوي التباينات مفترض
0.642	5.943	0.489			تساوي التباينات غير مفترض

جدول (10): اختبار الفروق في محور "المواقف والوعي" باختلاف الجنس

تشير نتائج اختبار (T-Test) الموضحة في الجدول إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في استجاباتهم المتعلقة بمحور "المواقف والوعي بإدارة المخاطر الصحية". حيث أظهرت نتيجة اختبار (Levene's Test) لتكافؤ التباينات أن القيمة الإحصائية (Sig.) بلغت 0.743، وهي قيمة أعلى من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، مما يعني أن التباينات بين المجموعتين متساوية، ويُعتمد بالتالي على صف "Equal variances assumed" في تحليل الفروق.

وفي ضوء ذلك، تشير نتائج اختبار (t-test) إلى أن قيمة (Sig. 2-tailed) بلغت 0.595، وهي كذلك أعلى من 0.05، مما يدل على أن الفرق في المتوسط بين الذكور والإناث (Mean Difference = 0.11824) لا يُعد فرقاً ذا دلالة إحصائية. وبناءً عليه، يمكن القول إن استجابات الذكور والإناث حول هذا المحور متقاربة، ولا توجد مؤشرات تُظهر تأثيراً واضحاً للجنس في تحديد المواقف أو الوعي المرتبط بإدارة المخاطر الصحية.

تحليل التباين الأحادي (ANOVA)

الإجمالي	داخل المجموعات	بين المجموعات	المصدر
11.465	9.172	2.293	مجموع المربعات
58	55	3	درجات الحرية (df)
—	0.167	0.764	متوسط المربعات
—	—	4.584	قيمة F
—	—	0.006	القيمة الاحتمالية (Sig.)

الجدول (11): تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حسب الفئة العمرية

أظهرت نتائج اختبار ANOVA في الجدول (11) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات العمرية عند مستوى دلالة (0.006)، وهو ما يشير إلى أن متوسطات استجابات المشاركين تختلف باختلاف الفئة العمرية. وقد بلغت قيمة (F (4.584) ، مما يعكس وجود تباين واضح بين المجموعات مقارنة بالتباين داخلها. هذا الاختلاف يستوجب التعمق في التحليل لمعرفة مصدر الفروق باستخدام اختبارات المقارنات البعدية المناسبة، وذلك لتحديد الفئات العمرية التي ساهمت في هذا التباين بشكل أكبر.

معاملات الارتباط بين المحاور

المعرفة بإدارة المخاطر الصحية	المواقف تجاه إدارة المخاطر الصحية	
معامل بيرسون (Pearson Correlation)	1.000	-0.313*
الدلالة الإحصائية (Sig. 2-tailed)	—	0.016
عدد المشاركين (N)	59	59
معامل بيرسون (Pearson Correlation)	-0.313*	1.000
الدلالة الإحصائية (Sig. 2-tailed)	0.016	—
عدد المشاركين (N)	59	59
*العلامة (*) تشير إلى أن العلاقة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05 (ثنائي الطرفين).		

الجدول (12): معامل الارتباط بين المحاور

أظهرت نتائج اختبار معامل الارتباط (Pearson) وجود علاقة سلبية دالة إحصائياً بين محور "المعرفة بإدارة المخاطر الصحية" ومحور "المواقف تجاه إدارة المخاطر الصحية"، حيث بلغ معامل الارتباط بينهما (-0.313)، وهي قيمة تدل على علاقة ارتباط عكسية متوسطة القوة. أما بالنسبة للقيمة الاحتمالية المصاحبة (Sig. = 0.016) فقد جاءت أقل من مستوى الدلالة الإحصائية المعتمد (0.05)، مما يشير إلى أن العلاقة بين المحورين ذات دلالة إحصائية، أي أنها لم تحدث بشكل عشوائي أو بمحض الصدفة. هذا النوع من العلاقات يعني أن هناك اتجاهًا عكسيًا بين المحورين؛ فكلما ارتفعت درجة معرفة المشارك بمفاهيم إدارة المخاطر الصحية، قلت المواقف السلبية أو التحفظات تجاه تطبيق هذه الإدارة داخل المؤسسات الصحية، والعكس صحيح. وهذا يدعم الفرضية القائلة بأن تعزيز المعرفة النظرية والعملية لدى العاملين في المجال الصحي يساهم بشكل مباشر في تعديل اتجاهاتهم ومواقفهم نحو مزيد من التقبل والتفاعل الإيجابي مع سياسات إدارة المخاطر.

قد يُعزى هذا الارتباط إلى أن العاملين الذين يتمتعون بمستوى عالٍ من المعرفة يدركون أهمية إدارة المخاطر ودورها في تحسين جودة الرعاية وسلامة المرضى، مما يجعلهم أقل ترددًا أو سلبية تجاه الإجراءات المرتبطة بها، على عكس من يفتقرون للمعرفة، حيث قد تُشكّل لهم هذه السياسات عبئًا إداريًا أو مسؤولية إضافية دون إدراك فائدتها الفعلية.

معامل الثبات

المحور	ألفا كرونباخ	N
المعرفة بإدارة المخاطر الصحية	0.818	6
المواقف والممارسات والوعي بإدارة المخاطر الصحية	0.744	15

الجدول (13): ألفا كرونباخ

تم التحقق من ثبات أداة الدراسة من خلال احتساب معامل الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ) لكل محور من محاور الاستبيان، وذلك بهدف التأكد من موثوقية الفقرات وقدرتها على قياس المتغيرات المستهدفة بدقة. وتُشير هذه القيم إلى أن كلا المحورين يتمتعان بمستوى مقبول من الثبات، حيث تُعد القيمة (0.818) للمحور الأول جيدة جدًا وتعكس درجة عالية من الاتساق الداخلي، بينما تشير القيمة (0.744) للمحور الثاني إلى مستوى جيد من الثبات. وبهذا، يمكن الاعتماد على المحورين في قياس متغيرات الدراسة بثقة وموضوعية.

الفصل الرابع: النتائج والتوصيات

الاستنتاج العام

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى المعرفة والمواقف والممارسات والوعي لدى العاملين في القطاع الصحي تجاه إدارة المخاطر الصحية يتميز بدرجة متوسطة إلى مرتفعة، مما يعكس إدراكًا عامًا بأهمية هذا المجال في تعزيز سلامة المرضى ورفع كفاءة الأداء المؤسسي في المؤسسات الصحية.

وقد كشفت التحليلات الإحصائية عن أن المشاركين لديهم وعي جيد بمفهوم إدارة المخاطر، وخطوات تقييمها، والجهات المعنية بها، إضافةً إلى قناعة راسخة بأهميتها في ضمان سلامة المرضى. كما تبين أن لدى نسبة كبيرة من أفراد العينة التزامًا بتطبيق السياسات المتعلقة بإدارة المخاطر، مع وجود رغبة ملحوظة في معرفة المزيد حولها، مما يعكس توجهًا إيجابيًا نحو التطوير المهني المستمر في هذا الجانب الحيوي.

ومن ناحية المواقف، أظهرت النتائج تباينًا نسبيًا في تقييم البيئة التنظيمية والثقافة السائدة داخل المؤسسات الصحية، حيث أشار بعض المشاركين إلى أن ثقافة إدارة المخاطر ما تزال غير مشجعة في مؤسساتهم، وأن الدعم المؤسسي في هذا الإطار محدود. ومع ذلك، فإن غالبية المجيبين أبدوا استعدادهم للمشاركة في رصد المخاطر والإبلاغ عنها، وهو ما يعزز فرص بناء ثقافة مؤسسية قائمة على الوقاية وتحسين الجودة.

أما من حيث الممارسات الفعلية، فقد بينت النتائج أن كثيرًا من العاملين يستخدمون نماذج تقييم المخاطر ويشاركون في تحليل الحوادث، كما يحرصون على الإبلاغ الفوري عند رصد الخطر، ما يدل على أن الجانب التطبيقي لإدارة المخاطر الصحية بدأ يأخذ موقعه العملي في بيئة العمل، وإن ظل ذلك متفاوتًا بحسب طبيعة الجهة والعمل.

وعلى صعيد التحليل المقارن، اتضح من اختبار الفروق أن بعض المتغيرات الديموغرافية - مثل العمر وسنوات الخبرة - قد تؤثر على مستوى المعرفة والسلوك تجاه إدارة المخاطر، في حين لم تظهر المتغيرات

الأخرى (مثل الجنس أو جهة العمل) فروقاً دالة إحصائية، وهو ما يعكس نوعاً من الاتساق العام في وعي العاملين بالمجال الصحي بغض النظر عن خلفياتهم.

كذلك أظهر اختبار معامل الارتباط وجود علاقة سلبية دالة إحصائية بين بعض أبعاد الدراسة، ما قد يشير إلى أن ارتفاع مستوى المعرفة لا يرتبط بالضرورة بارتفاع مستوى التطبيق العملي، وهو ما يستدعي مزيداً من الدراسة المعمقة لتفسير هذا التفاوت واقتراح حلول لسد الفجوة بين النظرية والممارسة.

وفي ضوء هذه النتائج، تؤكد الدراسة أن إدارة المخاطر الصحية أصبحت ركيزة أساسية في تطوير العمل الصحي في المملكة، وتتطلب دعماً مؤسسياً ممنهجاً، وبرامج تدريبية دورية، ونشر ثقافة السلامة على جميع المستويات.

الخاتمة

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج، يمكن القول إن إدارة المخاطر الصحية أصبحت تمثل أحد المرتكزات الأساسية في تحسين جودة الخدمات الصحية وضمان سلامة المرضى. وقد أظهرت نتائج التحليل أن المشاركين يمتلكون مستوى جيداً من المعرفة بمفهوم إدارة المخاطر، وخطوات تقييمها، والجهات المسؤولة عنها، كما أبدوا مواقف إيجابية تجاه الإبلاغ والمشاركة في جهود الوقاية من المخاطر.

كذلك، كشفت النتائج أن هناك ممارسات فعلية ملموسة لدى العاملين فيما يتعلق بتطبيق نماذج تقييم المخاطر، وتحليل الحوادث، والإبلاغ عن مصادر الخطر، وهو ما يعكس ارتفاعاً نسبياً في مستوى الوعي المؤسسي بهذا المجال، وإن كان ذلك متفاوتاً بين المشاركين بحسب متغيرات كالعمر وسنوات الخبرة.

كما أظهرت بعض المؤشرات وجود تحديات مؤسسية وثقافية قد تعيق تفعيل إدارة المخاطر بالصورة المثلى، مثل شعور بعض العاملين بغياب الدعم المؤسسي الكافي، أو ضعف الثقافة التحفيزية، مما يستدعي النظر في تعزيز بيئة العمل ودعم العاملين إداريًا ونفسيًا.

التوصيات

1. تكثيف البرامج التدريبية للعاملين في القطاع الصحي حول مفاهيم إدارة المخاطر، وآليات التقييم، وسبل التعامل مع الحوادث المحتملة.
2. نشر ثقافة السلامة المؤسسية داخل المنشآت الصحية من خلال حملات توعية، وبرامج تشجيعية، وربط الأداء الوظيفي بالتزام الموظف بإجراءات السلامة.
3. تفعيل السياسات المكتوبة الخاصة بإدارة المخاطر في جميع المرافق الصحية، وضمان وصولها لكل الموظفين وتدريبهم على فهمها وتطبيقها.
4. دعم الموظفين إداريًا ونفسيًا في عمليات التبليغ والمشاركة في تحليل المخاطر، وتوفير بيئة آمنة للتبليغ دون خوف أو تردد.
5. مراجعة إجراءات التطبيق العملي لإدارة المخاطر بانتظام لضمان الربط بين المعرفة النظرية والسلوك المهني، وتقليل الفجوة بين الإدراك والممارسة.

المراجع والمصادر

1. منظمة الصحة العالمية. (2021). إطار عمل إدارة مخاطر الطوارئ والكوارث الصحية في إقليم شرق المتوسط. القاهرة: المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.
2. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342454>
3. النغموش، مريم سامي. (2024). أثر ممارسات إدارة المخاطر على جودة قسم التغذية - دراسة تطبيقية على مستشفيات المملكة العربية السعودية في محافظة الأحساء. المجلة الدولية لنشر البحوث والدراسات، 6(61)، 109-126.
4. Afifi, M., & Afifi, A. A. (2024). تأثير تطبيق إدارة المخاطر على مشاريع الرعاية الصحية: دراسة تطبيقية على مستشفيات جدة. International Journal for Scientific Research, 3(8), 860-876.
5. Alhamaid, M., Al-Shammari, A., Al-Thubaiti, A., & Almalki, S. (2024). The knowledge, attitudes, and practices of emergency department staff to preparedness of disaster and emergency in Saudi Arabia. Indian Journal of Critical Care Medicine, 28(3), 157-165.
6. <https://www.jaypeedigital.com/abstractArticleContentBrowse/IJCCM/37495/JPJ/fullText>
7. Alshammari, F., Alotaibi, M., Alenazi, S., & Alshehri, H. (2022). Perceptions of healthcare workers regarding risk management practices in public hospitals. Journal of Health Management, 22(3), 45-60.
8. Alwhaibi, M., AlRuthia, Y., Alosaimi, F. D., & AlRuthia, D. (2020). Pharmacovigilance in healthcare education: Students' knowledge, attitude and perception. BMC Medical Education, 20, Article 210.
9. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02116-2>
10. Bin Abdulrahman, A., Alshalawi, A., Alamri, S., & Mohammed, E. A. (2024). Awareness of healthcare workers regarding the healthcare sector transformation program in Saudi Arabia. BMC Health Services Research, 24, Article 1534.
11. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-12025-5>
12. Al-Mutairi, A., AlFayyad, I., Altannir, Y., & Al-Tannir, M. (2021). Medication safety knowledge, attitude, and practice among hospital pharmacists in tertiary care hospitals in Saudi Arabia: A multicenter study. Archives of Public Health, 79, Article 130. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00616-1>
13. AlRazeeni, D. M. (2021). Knowledge and attitude of Saudi emergency medical services students regarding pain management: A cross-sectional study. Health Services Research & Managerial Epidemiology, 8, 1-8. <https://doi.org/10.1177/00469580211056043>
14. Alsaad, S. M., Alabdulwahed, M., Rabea, N. M., Tharkar, S., & Alodhayani, A. A. (2024). Knowledge, attitudes, and practices of nurses toward risk factors and prevention of falls in older adult patients in a tertiary care setting in Saudi Arabia. Healthcare, 12(4), Article 472. <https://doi.org/10.3390/healthcare12040472>
15. PubMed. (2019). Knowledge, attitude, and perceived barriers regarding colorectal cancer screening practices and risk factors among medical students in Saudi Arabia. BMC Medical Education, 19, Article 456.

16. Singer, S. J., Gaba, D. M., Geppert, J. J., Sinaiko, A. D., Howard, S. K., & Park, K. C. (2003). The culture of safety: Results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Quality and Safety in Health Care*, 12(2), 112–118.
17. PubMed. (2020). Assessment of knowledge, perception and attitude towards antibiotic resistance among medical interns in Saudi Arabia. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 5(2), 760–766. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20210027>
18. PubMed. (2021). Knowledge, attitude and practice on medication error reporting among health practitioners in a tertiary care setting in Saudi Arabia. *Journal of King Abdulaziz Medical City*, 15(3), e3083.
19. Al-Ahmari, A. M., AlKhaldi, Y. M., & Al-Asmari, B. A. (2021). Knowledge, attitude and practice about infection control among primary care professionals in Abha City, Kingdom of Saudi Arabia. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(2), 662–668. https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_1727_20
20. Aleanizy, F. S., & Alqahtani, F. Y. (2022). Risk management and infection control preparedness of Saudi healthcare facilities to overcome the COVID-19 pandemic. *IJID Regions*, 3, 268–274. <https://doi.org/10.1016/j.ijregi.2022.01.007>
21. Bawaqneh, K. A., Ayed, A., & Salameh, B. (2025). Nurses' knowledge, attitude, practice, and perceived barriers of infection control measures in the intensive care units at Northwest Bank hospitals. *Critical Care Nursing Quarterly*, 48(2), 160–171.
22. Bolarinwa, O. A., Salaudeen, A. G., & Akande, T. M. (2012). Overview of knowledge management applications in health care delivery of developing countries. *Academic Research International*, 3(3), 38–45.
23. McGowan, J., Wojahn, A., & Nicolini, J. R. (2023). Risk Management Event Evaluation and Responsibilities. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560856/>
24. Taganoviq, B., Bllaca, L., Tahirbegolli, B., Hoxha, B., Emini, F., Pappritz, C., Azizi, K., Zhubi, A., & Bellaja, E. (2023). Evidence-based knowledge, beliefs, and skills among healthcare professionals. *The Open Nursing Journal*, 17, e187443462212200. <https://doi.org/10.2174/18744346-v17-e2303270>
25. Launiala, A. (2009). How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes, and practices? *Anthropology Matters Journal*, 11(1).
26. World Health Organization. (2017). Occupational health: The workplace.
27. World Health Organization. (2020a). Health workers: A global profile.
28. World Health Organization. (2020b). Charter on Health Worker Safety: A priority for patient safety.

الملاحق

أولاً: المعلومات الشخصية:

1. الجنس:

☐ ذكر ☐ أنثى

2. العمر:

☐ أقل من 30 سنة ☐ من 30 إلى 39 سنة ☐ من 40 إلى 49 سنة ☐ 50 سنة فأكثر

3. المسمى الوظيفي:

☐ طبيب ☐ ممرض/ة ☐ فني ☐ إداري صحي ☐ غير ذلك

4. سنوات الخبرة:

☐ أقل من 5 سنوات ☐ من 5 إلى 10 سنوات ☐ أكثر من 10 سنوات

5. جهة العمل:

☐ حكومي ☐ خاص

6. المنطقة:

☐ المنطقة الشمالية ☐ المنطقة الوسطى ☐ المنطقة الشرقية ☐ المنطقة الغربية

ثانياً: محاور الدراسة

يرجى تحديد مدى اتفاقك مع العبارات التالية:

(1) لا أوافق بشدة (2) لا أوافق (3) محايد (4) أوافق (5) أوافق بشدة

أولاً: محور المعرفة بإدارة المخاطر الصحية

1. هل سبق لك حضور تدريب في إدارة المخاطر الصحية؟

2. أعلم ما المقصود بمفهوم "إدارة المخاطر" في المؤسسات الصحية.

3. أعرف خطوات تحديد وتقييم المخاطر في بيئة العمل.

4. أدرك العلاقة بين إدارة المخاطر وجودة الرعاية الصحية.

5. لدي معرفة بسياسات إدارة المخاطر في جهة عملي.

6. أعرف الجهات المختصة بإدارة المخاطر في المستشفى.

ثانيًا: محور المواقف تجاه إدارة المخاطر الصحية

7. إدارة المخاطر أمر أساسي لضمان سلامة المرضى.

8. من واجب كل موظف صحي الإبلاغ عن المخاطر عند ملاحظتها.

9. ثقافة إدارة المخاطر غير مشجعة في مكان عملي.

10. أشعر أن إدارة المخاطر تُحملنا مسؤوليات إضافية بدون دعم.

11. لدي رغبة في معرفة المزيد عن إدارة المخاطر الصحية.

ثالثًا: محور الممارسات المتعلقة بإدارة المخاطر الصحية

12. أطبق سياسات إدارة المخاطر في مهامى اليومية.

13. أشارك في تحليل الحوادث أو الأخطاء عند حدوثها.

14. أستخدم نماذج تقييم المخاطر عند تنفيذ الإجراءات.

15. أبلغ عن المخاطر المحتملة فورًا للجهة المختصة.

16. شاركت فعليًا في تدريب عملي لإدارة المخاطر.

رابعًا: محور الوعي المؤسسي بإدارة المخاطر

17. أعلم أن هناك سياسات مكتوبة لإدارة المخاطر في مؤسستى.

18. أعرف الإجراءات المتبعة عند اكتشاف خطر على سلامة المرضى.

19. أتابع التحديثات المتعلقة بإدارة المخاطر في النظام الصحى.

20. أدرك أهمية التقارير الدورية عن الحوادث والمخاطر.

21. أعتقد أن إدارات المستشفيات تأخذ موضوع المخاطر بجدية.

الجنس

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ذكر	53	53.5	89.8	89.8
	انثى	6	6.1	10.2	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

العمر

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أقل من 30	8	8.1	13.6	13.6
	30–39	33	33.3	55.9	69.5
	40–49	14	14.1	23.7	93.2
	50 فأكثر	4	4.0	6.8	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

المسمى الوظيفي

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	فني	29	29.3	49.2	49.2
	ممرض/ة	4	4.0	6.8	55.9
	طبيب	3	3.0	5.1	61.0
	إداري صحي	8	8.1	13.6	74.6
	غير ذلك	15	15.2	25.4	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

سنوات الخبرة

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أقل من 5 سنوات	8	8.1	13.6	13.6
	5-10 سنوات	13	13.1	22.0	35.6
	أكثر من 10 سنوات	38	38.4	64.4	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

جهة العمل

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	حكومي	53	53.5	89.8	89.8
	خاص	6	6.1	10.2	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

المنطقة

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	الشمالية	1	1.0	1.7	1.7
	الوسطى	5	5.1	8.5	10.2
	الشرقية	18	18.2	30.5	40.7
	الغربية	35	35.4	59.3	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

هل سبق لك حضور تدريب في إدارة المخاطر الصحية؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	نعم	38	38.4	64.4	64.4
	لا	21	21.2	35.6	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

أعلم ما المقصود بمفهوم "إدارة المخاطر" في المؤسسات الصحية.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	نعم	53	53.5	89.8	89.8
	لا	4	4.0	6.8	96.6
	لا أعلم	2	2.0	3.4	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

أعرف خطوات تحديد وتقييم المخاطر في بيئة العمل.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	نعم	37	37.4	62.7	62.7
	لا	15	15.2	25.4	88.1
	لا أعلم	7	7.1	11.9	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

أدرك الع2قة بين إدارة المخاطر وجودة الرعاية الصحية.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	نعم	45	45.5	76.3	76.3
	لا	11	11.1	18.6	94.9
	لا أعلم	3	3.0	5.1	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

لدي معرفة بسياسات إدارة المخاطر في جهة عملي.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	نعم	31	31.3	52.5	52.5
	لا	22	22.2	37.3	89.8
	لا أعلم	6	6.1	10.2	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

أعرف الجهات المختصة بإدارة المخاطر في المستشفى.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	نعم	31	31.3	52.5	52.5
	لا	18	18.2	30.5	83.1
	لا أعلم	10	10.1	16.9	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

إدارة المخاطر أمر أساسي لضمان س2مة المرضى.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أوافق بشدة	1	1.0	1.7	1.7
	محايد	3	3.0	5.1	6.8
	أوافق	19	19.2	32.2	39.0
	أوافق بشدة	36	36.4	61.0	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

من واجب كل موظف صحي ا2ب2غ عن المخاطر عند م2حظتها.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أوافق بشدة	1	1.0	1.7	1.7
	محايد	2	2.0	3.4	5.1
	أوافق	17	17.2	28.8	33.9
	أوافق بشدة	39	39.4	66.1	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

ثقافة إدارة المخاطر غير مشجعة في مكان عملي.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أوافق بشدة	7	7.1	11.9	11.9
	لا أوافق	7	7.1	11.9	23.7
	محايد	23	23.2	39.0	62.7
	أوافق	13	13.1	22.0	84.7
	أوافق بشدة	9	9.1	15.3	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

أشعر أن إدارة المخاطر تُحملنا مسؤوليات إضافية بدون دعم.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أوافق بشدة	7	7.1	11.9	11.9
	لا أوافق	8	8.1	13.6	25.4
	محايد	17	17.2	28.8	54.2
	أوافق	20	20.2	33.9	88.1
	أوافق بشدة	7	7.1	11.9	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

لدي رغبة في معرفة المزيد عن إدارة المخاطر الصحية.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أوافق بشدة	1	1.0	1.7	1.7
	لا أوافق	1	1.0	1.7	3.4
	محايد	3	3.0	5.1	8.5
	أوافق	20	20.2	33.9	42.4
	أوافق بشدة	34	34.3	57.6	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

أطبق سياسات إدارة المخاطر في مهامي اليومية.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أوافق بشدة	2	2.0	3.4	3.4
	لا أوافق	5	5.1	8.5	11.9
	محايد	24	24.2	40.7	52.5
	أوافق	18	18.2	30.5	83.1
	أوافق بشدة	10	10.1	16.9	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

أشارك في تحليل الحوادث أو 2خطاء عند حدوثها.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أوافق بشدة	1	1.0	1.7	1.7
	لا أوافق	5	5.1	8.5	10.2
	محايد	17	17.2	28.8	39.0
	أوافق	24	24.2	40.7	79.7
	أوافق بشدة	12	12.1	20.3	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

أستخدم نماذج تقييم المخاطر عند تنفيذ 2إجراءات.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أوافق بشدة	1	1.0	1.7	1.7
	لا أوافق	12	12.1	20.3	22.0
	محايد	19	19.2	32.2	54.2
	أوافق	20	20.2	33.9	88.1
	أوافق بشدة	7	7.1	11.9	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

أبلغ عن المخاطر المحتملة فورًا للجهة المختصة.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أوافق	3	3.0	5.1	5.1
	محايد	11	11.1	18.6	23.7
	أوافق	23	23.2	39.0	62.7
	أوافق بشدة	22	22.2	37.3	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

شاركت فعليًا في تدريب عملي 2 إدارة المخاطر.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أوافق بشدة	9	9.1	15.3	15.3
	لا أوافق	8	8.1	13.6	28.8
	محايد	20	20.2	33.9	62.7
	أوافق	15	15.2	25.4	88.1
	أوافق بشدة	7	7.1	11.9	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

أعلم أن هناك سياسات مكتوبة 2 إدارة المخاطر في مؤسستي.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أوافق بشدة	3	3.0	5.1	5.1
	لا أوافق	9	9.1	15.3	20.3
	محايد	12	12.1	20.3	40.7
	أوافق	20	20.2	33.9	74.6
	أوافق بشدة	15	15.2	25.4	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

أعرف 2 إجراءات المتبعة عند اكتشاف خطر على س2مة المرضى.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أوافق بشدة	4	4.0	6.8	6.8
	لا أوافق	7	7.1	11.9	18.6
	محايد	12	12.1	20.3	39.0
	أوافق	26	26.3	44.1	83.1
	أوافق بشدة	10	10.1	16.9	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

أتابع التحديثات المتعلقة بإدارة المخاطر في النظام الصحي.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أوافق بشدة	5	5.1	8.5	8.5
	لا أوافق	7	7.1	11.9	20.3
	محايد	13	13.1	22.0	42.4
	أوافق	22	22.2	37.3	79.7
	أوافق بشدة	12	12.1	20.3	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

أدرك أهمية التقارير الدورية عن الحوادث والمخاطر.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أوافق بشدة	4	4.0	6.8	6.8
	لا أوافق	2	2.0	3.4	10.2
	محايد	7	7.1	11.9	22.0
	أوافق	30	30.3	50.8	72.9
	أوافق بشدة	16	16.2	27.1	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

أعتقد أن إدارات المستشفيات تأخذ موضوع المخاطر بجدية.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أوافق بشدة	5	5.1	8.5	8.5
	لا أوافق	3	3.0	5.1	13.6
	محايد	19	19.2	32.2	45.8
	أوافق	19	19.2	32.2	78.0
	أوافق بشدة	13	13.1	22.0	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

المعرفة بإدارة المخاطر الصحية

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	22	22.2	37.3	37.3
	1.17	7	7.1	11.9	49.2
	1.33	5	5.1	8.5	57.6
	1.50	2	2.0	3.4	61.0
	1.67	8	8.1	13.6	74.6
	1.83	7	7.1	11.9	86.4
	2.00	5	5.1	8.5	94.9
	2.17	1	1.0	1.7	96.6
	2.50	1	1.0	1.7	98.3
	2.83	1	1.0	1.7	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

المواقف والممارسات والوعي بإدارة المخاطر الصحية

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.87 1	1.0	1.7	1.7
	2.60 1	1.0	1.7	3.4
	2.80 1	1.0	1.7	5.1
	2.93 1	1.0	1.7	6.8
	3.00 1	1.0	1.7	8.5
	3.07 1	1.0	1.7	10.2
	3.13 1	1.0	1.7	11.9
	3.20 1	1.0	1.7	13.6
	3.27 1	1.0	1.7	15.3
	3.33 2	2.0	3.4	18.6
	3.40 3	3.0	5.1	23.7
	3.47 6	6.1	10.2	33.9
	3.53 2	2.0	3.4	37.3
	3.60 2	2.0	3.4	40.7
	3.67 2	2.0	3.4	44.1
	3.73 6	6.1	10.2	54.2
	3.80 3	3.0	5.1	59.3
	3.87 4	4.0	6.8	66.1
	3.93 3	3.0	5.1	71.2
	4.07 3	3.0	5.1	76.3
	4.13 5	5.1	8.5	84.7
	4.20 2	2.0	3.4	88.1
	4.33 4	4.0	6.8	94.9
	4.40 1	1.0	1.7	96.6

	4.47	1	1.0	1.7	98.3
	5.00	1	1.0	1.7	100.0
	Total	59	59.6	100.0	
Missing	System	40	40.4		
	Total	99	100.0		

Abstract

This study aims to explore the level of knowledge, attitudes, practices, and awareness regarding health risk management among healthcare workers in the Kingdom of Saudi Arabia, in light of the growing focus on improving the quality of care and enhancing patient safety. The study employed a descriptive analytical approach, utilizing an electronic questionnaire distributed to a sample of 59 participants from various healthcare specialties, including physicians, nurses, technicians, and administrative staff. The questionnaire covered key areas such as theoretical knowledge of risk management, attitudes toward reporting, practical behaviors, and awareness of related policies and procedures.

The results revealed that participants demonstrated a good level of theoretical knowledge and expressed positive attitudes toward risk reporting and incident analysis. However, practical application and full awareness of institutional policies require further reinforcement. The overall reliability coefficient (Cronbach's Alpha) of the instrument was 0.897, indicating a high level of internal consistency and reliability. The study recommends intensifying training programs related to risk management and fostering a supportive organizational culture that encourages reporting and engagement. This would contribute to enhancing readiness and proactive responses to risks within healthcare institutions, aligning with the goals of Saudi Vision 2030.

Midocean University

College of Management



The Impact of Risk Management Awareness and Knowledge on Improving the
Quality of Medical Practices: An Applied Study on the Healthcare Sector in the
Kingdom of Saudi Arabia

Prepared by:

Hani Mohammed Saleh

Supervised by:

Dr. Al-Faisal Abdulhamid Mohammed

Dr. Faiz Ali Jarad

Academic Year:

2025