

أثر كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية على تقليل الأخطاء وتحسين انسيابية مسار
المريض: دراسة ميدانية على مستشفى خاص في مدينة الرياض

إعداد الطالب:

عبدالرحمن علي القحطاني

الرقم الأكاديمي :

٢٥٣٠٠٢١٣٤

إشراف/

د. الفيصل عبد الحميد محمد حسن

د. فايز علي جراد

العام الدراسي: 2026

٣	مقدمة:
٤	مشكلة الدراسة:
٦	أهداف الدراسة:
٧	أسئلة الدراسة:
٨	فروض الدراسة:
٨	أهمية الدراسة:
١٠	الدراسات السابقة:
٢٣	الفجوة البحثية:
٢٤	المنطلقات النظرية للدراسة:
٢٦	ثانياً: مصطلحات الدراسة:
٢٧	المنهجية وطرق البحث:
٢٧	منهجية الدراسة:
٢٨	مجتمع وعينة الدراسة:
٢٨	مصادر جمع البيانات:
٢٩	المصادر الثانوية:
٢٩	المصادر الأولية:
٢٩	أداة الدراسة (الاستبانة):
٣٠	الأساليب الإحصائية المستخدمة:
٣١	حدود الدراسة:
٣٣	المراجع:
٣٣	قائمة المراجع:

مقدمة:

تُشكّل المؤسسات الصحية منظومات تنظيمية بالغة التعقيد تتقاطع فيها تخصصات مهنية متعددة وعمليات سريرية متشابكة تستهدف في مجملها تقديم رعاية شاملة ومتكاملة للمرضى. وفي قلب هذه المنظومات يقف التواصل الفعال بين مقدّمي الرعاية الصحية بوصفه الشريان الحيوي الذي يربط بين مختلف حلقات العملية العلاجية، إذ لا يمكن تصوّر رعاية صحية ذات جودة عالية دون وجود قنوات تواصل واضحة ومنتظمة تضمن انتقال المعلومات الطبية بدقة وفي الوقت المناسب بين جميع أعضاء الفريق السريري، وهو ما أكدته الأدبيات الحديثة التي أشارت إلى أن التواصل بين الفرق الصحية يُعدّ من أهم المحددات الهيكلية لجودة الرعاية ونتائجها السريرية. (Castillo et al., 2024)

وتتجلّى أهمية كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية في أبعاد متعددة تتجاوز مجرد نقل المعلومات اللفظية لتشمل وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات بين أعضاء الفريق الواحد، والتنسيق المحكم في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة، والمشاركة الفورية والدقيقة للبيانات الطبية عبر مراحل الرعاية المختلفة. وقد أثبتت الأبحاث أن بناء أطر منهجية للتعاون بين التخصصات الصحية وتحديد كفاءات تواصلية واضحة وقابلة للقياس يُسهم في تعزيز الأداء الجماعي للفرق السريرية ويُحسّن من قدرتها على الاستجابة المنسّقة لاحتياجات المرضى المتنوعة والمتغيرة. (Morassaei et al., 2022)

و تحظى قضية الأخطاء الطبية وسلامة المرضى باهتمام متصاعد على المستويين الأكاديمي والمؤسسي، نظراً لما تُخلّفه هذه الأخطاء من أعباء صحية واقتصادية ونفسية جسيمة على المرضى والمؤسسات والمجتمعات على حد سواء. وتتنوع مظاهر هذه الإشكالية بين الأخطاء الدوائية والتشخيصية وإطالة مدة الإقامة وتأخّر الاستجابة في أقسام الطوارئ وارتفاع معدلات إعادة الدخول، وجميعها مؤشرات ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمدى انسيابية مسار المريض داخل المنظومة الصحية. (Soh et al., 2024)

وتتعدد العوامل المؤثرة في تقليل الأخطاء الطبية وتحسين تدفق المرضى، إذ تتراوح بين عوامل تنظيمية تتعلق بثقافة السلامة المؤسسية وأنظمة الإبلاغ والرقابة، وعوامل بشرية ترتبط بأعباء العمل والكفاءة المهنية والدعم النفسي للعاملين، وعوامل إجرائية تتصل ببروتوكولات العمل وقوائم التحقق ونظم إدارة الحالات. وقد أظهرت الشواهد أن التدخلات المنهجية التي تُعيد هيكلة عمليات تدفق المرضى وتُرسي

آليات تنسيق واضحة بين الأقسام تُحقّق تحسينات جوهرية في مؤشرات الأداء السريري والتشغيلي (Singh et al., 2023).

و يتّضح أن كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية لا تمثّل مجرد متطلب إداري أو تنظيمي، بل هي في جوهرها آلية وقائية وعلاجية تؤثر تأثيراً مباشراً في مستوى الأخطاء الطبية وسلسلة انتقال المريض بين مراحل الرعاية المختلفة. فحين يتواصل أعضاء الفريق السريري بفعالية وتتوزّع أدوارهم بوضوح وتتخذ قراراتهم بشكل تشاركي وتُبادل معلوماتهم بدقة وفورية، تتقلّص فرص وقوع الأخطاء وتتحسّن انسيابية المسار العلاجي. (Kaiser et al., 2022)

وانطلاقاً مما سبق، تأتي هذه الدراسة لتتناول أثر كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بأبعاده المتعددة على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض في المستشفيات، ساعيةً إلى تقديم إسهام علمي وعملي يُثري الأدبيات الإدارية والصحية ويُزوّد صانعي القرار بأدلة تجريبية تُعينهم على بناء منظومات صحية أكثر أماناً وكفاءة.

مشكلة الدراسة

يُعدّ القطاع الصحي من أكثر القطاعات تعقيداً وحساسية على المستوى التنظيمي والإنساني، إذ تتشابك فيه عمليات متعددة ومتداخلة تستلزم تضافر جهود فرق سريرية متنوعة التخصصات تعمل في بيئة تتسم بالضغط الزمني المستمر وارتفاع هامش المخاطرة. وفي ظل هذا التعقيد، تبرز كفاءة التواصل والتنسيق بين أعضاء الفرق السريرية بوصفها ركيزة محورية لا غنى عنها لضمان تقديم رعاية صحية آمنة وفعّالة ومتكاملة، غير أن الواقع الميداني في كثير من المؤسسات الصحية يكشف عن فجوات جوهرية في هذا الجانب تنعكس سلباً على سلامة المرضى وجودة مساراتهم العلاجية.

وتشير التقارير الدولية إلى أن الأخطاء الطبية تُمثّل ثالث أكبر سبب للوفاة في بعض الدول المتقدمة، حيث قدّرت منظمة الصحة العالمية أن ملايين المرضى سنوياً يتعرضون لأضرار يمكن تفاديها نتيجة إخفاقات في التواصل بين مقدّمي الرعاية أكثر من كونها ناجمة عن قصور في الكفاءة الفنية الفردية. وقد أكدت اللجنة الدولية المشتركة لاعتماد المستشفيات أن ما يزيد عن ستين بالمائة من الأحداث السلبية الخطيرة داخل المستشفيات يعود جذرها الأساسي إلى خلل في التواصل بين أعضاء الفريق العلاجي،

سواء في مرحلة التسليم والاستلام أو أثناء اتخاذ القرارات السريرية المشتركة أو عند نقل المعلومات الطبية الحرجة بين الأقسام والتخصصات المختلفة.

و تتفاقم هذه الإشكالية في ضوء التوسع المتسارع في المنظومات الصحية والزيادة المطردة في أعداد المرضى وتنوع احتياجاتهم، مما يفرض ضغوطاً متصاعدة على الفرق السريرية ويُضعف قدرتها على التنسيق الفعّال. وقد كشفت دراسات عربية حديثة عن تحديات بارزة تتمثل في غموض توزيع الأدوار والمسؤوليات بين أعضاء الفريق الواحد، وضعف آليات المشاركة الفورية للمعلومات الطبية، وقصور بروتوكولات التنسيق في القرارات العلاجية، وهو ما ينتج عنه تأخر في الاستجابة السريرية وإطالة مدة إقامة المرضى وارتفاع معدلات إعادة الدخول وتراكم أوقات الانتظار في أقسام الطوارئ، فضلاً عن تكرار الأخطاء الدوائية والتشخيصية التي كان بالإمكان تلافيها لو توافرت منظومة تواصل وتنسيق محكمة.

وعلى الرغم من الاهتمام المتزايد بموضوعي التواصل السريري وسلامة المرضى كلٌّ على حدة في الأدبيات الإدارية والصحية، فإن المتأمل في الدراسات السابقة يلحظ أن معظمها تناول أحد الجانبين بمعزل عن الآخر، إذ ركّزت بعض الدراسات على قياس مهارات التواصل بين الطبيب والمريض دون ربطها بمخرجات السلامة التنظيمية، بينما اهتمت دراسات أخرى بتحليل الأخطاء الطبية من منظور تقني أو إداري بحث دون التعمق في البُعد التواصلّي والتنسيقي بوصفه عاملاً تفسيرياً جوهرياً. وتبقى الدراسات التي تربط بشكل منهجي ومباشر بين كفاءة التواصل والتنسيق بأبعاده المتعددة من جهة، وتقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض من جهة أخرى، محدودة العدد ومتباينة المنهجيات وغير كافية لبناء فهم تكاملي شامل، لا سيما في السياق العربي الذي يميّز بخصوصيات ثقافية وتنظيمية وبشرية تستوجب دراسة مستقلة.

ومن هنا تتبلور مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل الجوهري التالي: ما أثر كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بأبعاده (التواصل اللفظي وغير اللفظي، وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات، التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة، المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية) على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض في المستشفيات؟

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أثر كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بأبعاده الأربعة (التواصل اللفظي وغير اللفظي بين أعضاء الفريق، وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات، التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة، المشاركة الفعالة للمعلومات الطبية) على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض في المستشفيات.

تتفرّع من الهدف الرئيس الأهداف الفرعية التالية:

الهدف الفرعي الأول: التعرف على مستوى كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بأبعاده الأربعة من وجهة نظر العاملين في المستشفيات محل الدراسة، وتحديد البُعد الأكثر تأثيرًا والأقل ممارسةً في بيئة العمل اليومية.

الهدف الفرعي الثاني: قياس مستوى الأخطاء الطبية المُبلَّغ عنها وتقييم انسيابية مسار المريض منذ لحظة دخوله إلى المستشفى وحتى خروجه، وذلك من خلال مؤشرات مثل مدة الإقامة وزمن الانتظار ومعدل إعادة الدخول خلال ثلاثين يومًا.

الهدف الفرعي الثالث: تحليل أثر بُعد التواصل اللفظي وغير اللفظي بين أعضاء الفريق السريري على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض، وتحديد الممارسات التواصلية الأكثر ارتباطًا بخفض معدلات الأخطاء.

الهدف الفرعي الرابع: تحليل أثر بُعد وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض، والكشف عن مدى وجود تداخل أو غموض في المهام بين أعضاء الفريق السريري وأثره على جودة الرعاية المُقدّمة.

الهدف الفرعي الخامس: تحليل أثر بُعد التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض، وبيان مدى مشاركة جميع التخصصات في صناعة القرار العلاجي وانعكاس ذلك على سرعة الاستجابة ودقتها.

الهدف الفرعي السادس: تحليل أثر بُعد المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض، والكشف عن مدى توافر قنوات تبادل المعلومات الرقمية والتقليدية ودورها في تقليل فجوات المعرفة بين أعضاء الفريق.

الهدف الفرعي السابع: تقديم إطار مقترح قائم على نتائج الدراسة يتضمّن توصيات عملية لتعزيز كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بما يُسهم في خفض الأخطاء الطبية وتحسين تجربة المريض بصورة مستدامة.

أسئلة الدراسة

السؤال الرئيس

ما أثر كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بأبعاده (التواصل اللفظي وغير اللفظي، وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات، التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة، المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية) على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض في المستشفيات؟

الأسئلة الفرعية

السؤال الفرعي الأول: ما مستوى كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بأبعاده الأربعة من وجهة نظر العاملين في المستشفيات محل الدراسة؟

السؤال الفرعي الثاني: ما مستوى الأخطاء الطبية المُبلّغ عنها ودرجة انسيابية مسار المريض في المستشفيات محل الدراسة؟

السؤال الفرعي الثالث: هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبُعد التواصل اللفظي وغير اللفظي بين أعضاء الفريق السريري على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض؟

السؤال الفرعي الرابع: هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبُعد وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض؟

السؤال الفرعي الخامس: هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبُعد التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض؟

السؤال الفرعي السادس: هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبُعد المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض؟

ثالثاً: فروض الدراسة

الفرض الرئيس

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لكفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بأبعاده مجتمعة على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض في المستشفيات.

الفروض الفرعية

الفرض الفرعي الأول: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لبُعد التواصل اللفظي وغير اللفظي بين أعضاء الفريق السريري على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض.

الفرض الفرعي الثاني: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لبُعد وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض.

الفرض الفرعي الثالث: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لبُعد التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض.

الفرض الفرعي الرابع: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لبُعد المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض .

رابعاً: أهمية الدراسة

الأهمية النظرية (العلمية)

تستمد هذه الدراسة أهميتها النظرية من كونها تسعى إلى سد فجوة معرفية واضحة في الأدبيات العربية والدولية، إذ تتناول العلاقة المباشرة بين كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية من جهة، وتقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض من جهة أخرى، في إطار نموذج تكاملي واحد.

وعلى الرغم من وفرة الدراسات التي تناولت كل متغير على حدة، فإن الربط المنهجي بينهما ضمن أبعاد محددة وقابلة للقياس يظل محدودًا، وهو ما تحاول هذه الدراسة تحقيقه.

كما تُثري الدراسة الإطار النظري من خلال تقديم نموذج رباعي الأبعاد لكفاءة التواصل والتنسيق يمكن أن يُشكّل أساسًا للباحثين في دراسات مستقبلية.

تُساهم في توسيع قاعدة الأدلة التجريبية المتعلقة بسلامة المرضى وجودة الرعاية في السياق العربي، وتُتيح مقارنة النتائج مع الدراسات الدولية مما يُعمّق فهم تأثير السياق الثقافي والتنظيمي على ديناميكيات الفرق السريرية.

الأهمية التطبيقية (العملية)

تُقدّم هذه الدراسة فوائد عملية متعددة لأصحاب القرار والممارسين في القطاع الصحي. فهي تُزوّد مديري المستشفيات ورؤساء الأقسام السريرية ببيانات كمية دقيقة حول الأبعاد الأكثر تأثيرًا في التواصل والتنسيق، مما يُساعدهم في تحديد أولويات التدخل وتوجيه الموارد نحو المجالات الأكثر حاجة. كذلك تُوفّر لصانعي السياسات الصحية أساسًا علميًا لتصميم برامج تدريبية مبنية على أدلة تستهدف تعزيز مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي وتوضيح الأدوار والمسؤوليات داخل الفرق متعددة التخصصات.

تُعَيّد الدراسة أيضًا إدارات الجودة وسلامة المرضى في تطوير مؤشرات أداء جديدة مرتبطة بكفاءة التنسيق السريري يمكن إدماجها في أنظمة الاعتماد والتقييم المؤسسي.

يُمكن أن تُساهم النتائج في تحسين تجربة المريض من خلال تقصير مدة الإقامة وتقليل أوقات الانتظار وخفض معدلات الأخطاء، مما ينعكس إيجابيًا على رضا المرضى وثقتهم في المنظومة الصحية، فضلًا عن تحقيق وفورات مالية ملموسة للمؤسسات الصحية كما أشارت إليه بعض الدراسات السابقة.

الدراسات السابقة:

مقدمة الدراسة

المحور الأول: المتغير المستقل – كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية وعلاقته بمتغيرات أخرى

دراسة القندوز (٢٠٢٥) بعنوان "العلاقة التواصلية بين الطبيب والمريض ودورها في تعزيز الثقة بالأطباء: دراسة ميدانية على عينة من المرضى المترددين على مركز مصراتة الطبي". هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى التواصل بين الأطباء والمرضى بأبعاده (الاتصال اللفظي، والاتصال غير اللفظي، وأسلوب الاستماع، وأسلوب الإقناع) على درجة ثقة المرضى بالكفاءة المهنية والإنسانية للأطباء في مركز مصراتة الطبي بليبيا. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي القائم على المسح الاجتماعي باستخدام العينة. وتكونت العينة من ٩٥ مريضاً مترددين على المركز تم اختيارهم بطريقة غير عشوائية بالصدفة، واستخدم الاستبيان أداة لجمع البيانات. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين جودة التواصل الإيجابي للطبيب ودرجة الثقة التي يبديها المريض، كما تبين وجود ارتباط قوي بين أسلوب الاتصال اللفظي للطبيب ومستوى ثقة المرضى، فضلاً عن وجود علاقة مماثلة بين الاتصال غير اللفظي (مثل الإيماءات ونبرة الصوت ولغة الجسد) وثقة المرضى، كما أبرزت النتائج دور أسلوب الاستماع والإقناع في تعزيز مستوى الثقة بشكل ملحوظ. وأوصت الدراسة بضرورة إدراج مهارات التواصل الإنساني ضمن برامج تدريب الأطباء سواء في مرحلة الإعداد الأكاديمي أو التطوير المهني المستمر، وتكريس ثقافة الحوار الإيجابي في المؤسسات الصحية لتحسين جودة الرعاية والخدمات المقدمة للمرضى، إلى جانب اقتراح تنفيذ دراسات مقارنة مستقبلية بين المؤسسات الصحية العامة والخاصة للوقوف على الفروق في مستويات التواصل.

دراسة أقوب (٢٠٢٤) بعنوان "مهارات الاتصال الفعال للكوادر الطبية وأثرها على فعالية الخدمة الصحية: دراسة ميدانية على مستشفى زليتن المركزي". هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى مهارات الاتصال الفعال لدى الكوادر الطبية بأبعاده (مهارات الاتصال اللفظي، والاتصال غير اللفظي، والاستماع، والاستجواب، وضبط النفس، والإقناع) على فعالية الخدمة الصحية المقدمة بأبعاده (رضا المرضى، والنتائج الصحية) في مستشفى زليتن المركزي بليبيا. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي،

واعتمدت على مقاييس مخصصة لقياس مهارات الاتصال وفعالية الخدمة. وتكوّنت العينة من ٦٥ مريضاً مقيماً في المستشفى. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى أن مستوى مهارات الاتصال لدى الكوادر الطبية جاء مرتفعاً في جميع الأبعاد، كما جاء مستوى فعالية الخدمة الصحية مرتفعاً كذلك، وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية إيجابية ذات دلالة إحصائية بين جميع أبعاد مهارات الاتصال وفعالية الخدمة باستثناء بُعد الإقناع الذي لم يظهر ارتباطاً دالاً، كما كشفت عن تفوق الإناث على الذكور في المهارات اللفظية وغير اللفظية والاستماع في حين لم تظهر فروق في بقية الأبعاد، وتبيّن أن الفئات العمرية الأصغر سجّلت درجات أعلى في مهارات الاتصال مقارنة بالأكبر سناً. وأوصت الدراسة بتعزيز برامج التدريب على مهارات التواصل بشكل دوري لجميع الكوادر الطبية، وإجراء تقييمات منتظمة لجودة الاتصال بين مقدمي الخدمة والمرضى، والاهتمام بتطوير مهارات الإقناع تحديداً كونها لم ترتبط بفعالية الخدمة في هذه الدراسة.

دراسة بو عفيف وقزال (٢٠٢٤) بعنوان "التواصل بين الفرق الطبية أثناء الأزمات: أثر الاتصال الداخلي والتنسيق بين الفرق الطبية في المستشفيات". هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر كفاءة الاتصال الداخلي بأبعاده (وضوح الرسائل، وسرعة تدفق المعلومات، وآليات التنسيق بين الأقسام) على جودة الاستجابة خلال الأزمات الصحية في المستشفيات. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي المسحي، واعتمد الاستبيان أداة لجمع البيانات. وتكوّنت العينة من مجموعة من العاملين في الفرق الطبية بالمستشفيات. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى أن ضعف قنوات الاتصال الداخلي يُعدّ من أبرز المعوقات التي تحول دون تحقيق تنسيق فعال بين الفرق أثناء الأزمات، وأن المؤسسات التي تمتلك بنية اتصالية محكمة ومنظمة تُبدي استجابة أسرع وأكثر فاعلية في مواجهة الأزمات، كما تبيّن أن غياب بروتوكولات اتصال واضحة يُعْضي إلى تعارض المعلومات وتأخر اتخاذ القرارات الحرجة. وأوصت الدراسة بتطوير أنظمة اتصال موحدة بين جميع الأقسام الطبية، وتدريب الفرق بشكل منتظم على بروتوكولات التواصل في حالات الطوارئ والأزمات، وإنشاء غرف عمليات مشتركة تضمن تدفق المعلومات بشكل آني بين صانعي القرار.

دراسة الحربي والجوهاني والمصري وبالدوفينو ورافيز والتويرقي والشلوي (٢٠٢٤) بعنوان "تبسيط مسار تدفق المريض وتعزيز الكفاءة التشغيلية عبر تطبيق إدارة الحالات". هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر برنامج إدارة الحالات بأبعاده (التنسيق بين الأقسام السريرية، وإدارة الأسرة، وتخطيط الخروج المبكر، والمتابعة اليومية متعددة التخصصات) على تحسين تدفق المرضى وتعزيز الكفاءة التشغيلية في مستشفى

الحداء بالطائف بالمملكة العربية السعودية. واستخدمت الدراسة منهج تحسين الجودة القائم على تصميم ما قبل وما بعد التدخل مع تطبيق ثلاث دورات متتالية من نموذج التخطيط والتنفيذ والفحص والتعديل (PDCA) واستعين بأدوات الإدارة الرشيدة (Lean) وأساليب معهد تحسين الرعاية الصحية (IHI) وتكوّنت العينة من جميع المرضى المنومين في أجنحة المستشفى البالغ سعتها ٢٩٣ سريرًا على مدار ثلاث سنوات من سبتمبر ٢٠١٩ إلى سبتمبر ٢٠٢٢. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى انخفاض ملحوظ في متوسط مدة الإقامة من ١١.٥ يوم إلى ٤.٤ يوم بدلالة إحصائية عالية ($p < 0.001$)، وانخفاض متوسط وقت انتظار الطوارئ من ١١.٩ ساعة إلى ١.٢ ساعة ($p = 0.017$)، وتحسّن معدل دوران الأسرة من ٠.٥٧ إلى ٠.٩٣ ($p = 0.038$)، كما حققت المبادرة وفورات مالية صافية بلغت ١٢٣ مليون ريال سعودي مع عائد استثمار قدره ٢٦ ريالاً لكل ريال مستثمر. وأوصت الدراسة بتعميم نموذج إدارة الحالات على جميع المستشفيات في منظومة الخدمات الصحية، وإنشاء أقسام مركزية لإدارة الأسرة في كل مستشفى، وتعزيز دور مديري الحالات في تنسيق الرعاية عبر برامج تدريب متخصصة، وتبني منهجيات التحسين المستمر القائمة على البيانات.

دراسة العنبي وآخرون (٢٠٢٤) بعنوان "تطبيق التنسيق وإدارة الأسرة في القطاع الصحي السعودي: التحديات والمعوقات". هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع التنسيق بين الأقسام الطبية وإدارة الأسرة بأبعاده (التنسيق الإداري بين الأقسام، والعوائق التنظيمية والبيروقراطية، وفعالية أنظمة الاتصال الإلكتروني، ودور القيادة في تسهيل التنسيق) على كفاءة العمليات التشغيلية في المستشفيات السعودية. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي المسحي، واعتمد الاستبيان أداة لجمع البيانات. وتكوّنت العينة من مجموعة من العاملين في القطاع الصحي بالمملكة العربية السعودية. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى وجود تحديات جوهرية تتعلق بضعف التنسيق بين الأقسام الطبية وببطء الاستجابة في إدارة الأسرة، ومحدودية أنظمة الاتصال الإلكتروني المتكاملة التي تربط بين مختلف الأقسام، فضلاً عن تأثير الإجراءات البيروقراطية سلباً على سرعة اتخاذ القرارات المتعلقة بقبول المرضى ونقلهم وخروجهم. وأوصت الدراسة بإنشاء أقسام مركزية لإدارة الأسرة تتبع إدارة الحالات مباشرة، وتبني أنظمة معلومات صحية متكاملة تُتيح رؤية آنية لحالة الأسرة في جميع الأجنحة، وتقليل الطبقات البيروقراطية في عمليات القبول والتحويل والخروج.

دراسة Zajac و Woods و Tannenbaum و Salas و (2021) Holladay بعنوان "Overcoming Challenges to Teamwork in Healthcare: A Team Effectiveness Framework and Evidence-Based Guidance". هدفت الدراسة إلى التعرف على التحديات الرئيسية التي تواجه العمل الجماعي في الرعاية الصحية بأبعاده (المساءلة، وإدارة الصراع، وصنع القرار، والتأمل في الأداء، والتواصل) على فاعلية فرق العمل في منظمة صحية كبيرة بجنوب غرب الولايات المتحدة، مع تطوير إطار شامل قائم على الأدلة وأداة تشخيصية عملية. واستخدمت الدراسة منهجاً مختلطاً يجمع بين المقاربة الاستقرائية والاستنباطية عبر مرحلتين: مرحلة نوعية لتطوير الإطار ومرحلة كمية - نوعية لتطبيق الأداة التشخيصية. وتكوّنت العينة في المرحلة الأولى من ٢٦ موظفاً (٧٦.٩٪ إناث) شملوا قيادات صحية وخبراء علوم الفرق وعاملين ميدانيين شاركوا في مقابلات ومجموعات تركيز، وفي المرحلة الثانية من ٩٦ مهنيًا صحيًا (١٠ فرق، ٦٦.٧٪ إناث) أجابوا عن أداة التشخيص المكوّنة من ٢٧ بنداً على مقياس ليكرت التساعي، ثم أُجريت مقابلات فردية معمّقة ومجموعة تركيز مع ٣٥ مشاركاً. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى تحديد ٢٧ كفاية جوهرية منظمّة في إطار هرمي يتكون من ثلاثة مستويات هي الأسس والسلوكيات والمعرفيات والوجدانيات والحالات المثالية للفرق، وكشفت عن خمسة تحديات متكررة هي: ضعف المساءلة حيث تحوّلت آليات المحاسبة إلى أدوات عقابية بدلاً من تحفيزية، وسوء إدارة الصراع المتأرجح بين الانسجام الزائف والهجمات الشخصية، وغموض أدوار صنع القرار خاصة في نماذج القيادة الثنائية، ونقص التأمل في التقدم بسبب ضغط العمل والاعتماد على التكنولوجيا، وانعدام الشفافية في تبادل المعلومات بين الأقسام. وأوصت الدراسة باستخدام تمارين "ابدأ - توقف - استمر" لتحسين المساءلة وتحديد الأنشطة ذات القيمة المضافة، وتدريب الفرق على مهارات التفاوض وإدارة الخلاف البناء عبر المحاكاة، واعتماد إطار "التحديث - المدخلات - القرار (UID)" لتوضيح أدوار صنع القرار، وتخصيص أوقات منتظمة لمراجعة الأداء الجماعي والتعلم من الأخطاء، ووضع خطط اتصال استراتيجية عند إجراء أي تغييرات تنظيمية.

دراسة Morassaei و Campbell و Di Prospero و Harrington و Holyoke و Langley (2022) بعنوان "A Framework for Interprofessional Team Collaboration in a Hospital Setting". هدفت الدراسة إلى التعرف على الكفايات الأساسية اللازمة للتعاون بين التخصصات بأبعاده (التواصل بين المهنيين، وحل الصراع بين التخصصات، وصنع القرار المشترك،

والتأمل الذاتي، وتوضيح الأدوار، والقيم الأخلاقية المشتركة) على جودة الرعاية المتمحورة حول المريض في مستشفى Sunnybrook الأكاديمي بكندا، مع تطوير إطار عملي قابل للتطبيق. واستخدمت الدراسة المنهج النوعي القائم على بناء التوافق بين أصحاب المصلحة عبر مشاورات متعددة المراحل مع فرق متعددة التخصصات وخبراء في التعليم المهني البيئي. وتكوّنت العينة من ممثلين عن مختلف التخصصات الصحية في المستشفى شملوا أطباء وممرضين وصيادلة وأخصائيين اجتماعيين ومعالجين فيزيائيين ومديري تعليم مهني. وتوصلت نتائج الدراسة إلى تطوير إطار يتضمن ست كفايات أساسية مرتبطة بسلوكيات قابلة للملاحظة والقياس، وتبين أن الفرق التي تتبنى هذه الكفايات بشكل منهجي تُقدّم رعاية أكثر تكاملاً وتمحوراً حول المريض مع انخفاض في تكرار سوء الفهم وتعارض الأدوار، كما أظهرت النتائج أن التواصل الفعال وتوضيح الأدوار يُمثّلان الركيزتين الأكثر تأثيراً في نجاح التعاون البيئي. وأوصت الدراسة بدمج هذا الإطار في برامج التوجيه المبدئي للموظفين الجدد وبرامج التطوير المهني المستمر، وربط تقييم الكفايات الست بمعايير الاعتماد المؤسسي، وتوفير فرص منتظمة للتدريب المشترك بين التخصصات داخل بيئة العمل الفعلية.

دراسة Derksen و Keller و Lippke و Riedl و Kötting (2023) بعنوان "Interdisciplinary and Interprofessional Communication Intervention: Fostering Patient Safety Through Psychological Safety and Communication". هدفت الدراسة إلى التعرف على الآليات النفسية لتدخل تدريبي على التواصل بين فرق التوليد متعددة التخصصات بأبعاده (الأمان النفسي، والتواصل الشخصي بين أعضاء الفريق والمرضى، وإدراك مخاطر سلامة المرضى، وإدراك أداء الفريق) على الأداء المرتبط بالسلامة في وحدات التوليد بمستشفيات جامعيين في ألمانيا، وذلك استناداً إلى نموذج المدخلات - العمليات - المخرجات لفاعلية الفريق. واستخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي بتصميم قبلي - بعدي دون مجموعة ضابطة، مع مسح ورقي في نقطتين زمنيتين واختبارات (t) للعينات المرتبطة وتحليلات وساطة باستخدام طريقة Baron and Kenny مع أسلوب Bootstrap بـ ٥٠٠٠ عينة. وتكوّنت العينة من ١٣٧ عاملاً صحياً أكملوا القياس القبلي (٨٩% إناث، ٣٢% أطباء، ٣١% قابلات، ١٧% ممرضون) و ٨٧ أكملوا القياس البعدي، مع مطابقة ٦٩ مشاركاً في النقطتين الزمنية، وكان التدخل تدريباً مدته ٤ ساعات يتضمن وحدات حول التواصل المغلق الحلقة والإفصاح عن المخاوف ونماذج ISBAR والخرائط الذهنية وتمارين Tangram. وتوصلت نتائج الدراسة إلى انخفاض دال

إحصائيًا في إدراك مخاطر سلامة المرضى بعد التدريب حيث انخفض المتوسط من ٣.٢٢ إلى ٢.٨٩ ($t(67) = 2.760, p = .007, d = 0.335$)، فيما لم تُظهر مقاييس التواصل والأمان النفسي وأداء الفريق تغيرات دالة إحصائيًا وهو ما عُزي إلى تأثير السقف وارتفاع الدرجات القبلية، وكشف تحليل الوساطة أن التواصل يتوسط بشكل دال العلاقة بين الأمان النفسي ومخاطر السلامة ($\beta = -0.163$) ($\beta = 0.189, 95\% \text{ CI } [0.044, 0.370]$) وأداء الفريق ($\beta = -0.310, -0.046, 95\% \text{ CI}$) مقارنة ومتابعات طويلة الأمد لتعميق فهم آليات التغيير عبر الزمن، وتعزيز الأمان النفسي كشرط مسبق لأي تدخل تواصلي، وتصميم تدريبات أطول مدة وأكثر تكرارًا لإحداث تغييرات مستدامة في سلوكيات التواصل.

دراسة Meneses-La-Riva و Fernández-Bedoya و Suyo-Vega (2025) بعنوان "Enhancing Healthcare Efficiency: The Relationship Between Effective Communication and Teamwork Among Nurses in Peru". على العلاقة بين التواصل الفعال بأبعاده (وضوح الرسائل، والاستماع الفعال، والتغذية الراجعة، والتعبير اللفظي وغير اللفظي) على مستوى العمل الجماعي لدى الممرضين بأبعاده (التعاون بين الزملاء، والتنسيق في المهام، والدعم المتبادل) في مستشفى حكومي بالعاصمة ليما في بيرو. واستخدمت الدراسة المنهج الكمي الارتباطي بتصميم مقطعي غير تجريبي. وتكوّنت العينة من مجموعة من الممرضين العاملين في المستشفى. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية قوية جدًا بين التواصل الفعال والعمل الجماعي بمعامل ارتباط بلغ ٠.٩٢٥ وبدلالة إحصائية عالية ($p < 0.01$)، مما يعني أن تحسين مهارات التواصل لدى الممرضين ينعكس بشكل مباشر وقوي على تعزيز فاعلية العمل الجماعي. وأوصت الدراسة بتبني برامج تدريبية مستمرة ومنهجية لتعزيز مهارات التواصل بين الكوادر التمريضية كأداة استراتيجية لرفع كفاءة العمل الجماعي وجودة الرعاية، وإدراج مهارات التواصل كمعيار في تقييم الأداء الوظيفي للممرضين، وتوفير بيئة عمل داعمة تشجع على الحوار المفتوح وتبادل المعلومات.

دراسة Castillo و Adelman و Pichardo-Lowden (2024) بعنوان "Beyond Communication: An Update on Transforming Healthcare Teams". هدفت الدراسة

إلى التعرف على التدخلات الحديثة التي تتجاوز التدريب التقليدي على التواصل بأبعادها (التدريب الجماعي للفريق (team coaching)، والقيادة التشاركية، والثقافة التنظيمية الداعمة، والتعلم المستمر من الأحداث السريرية) على تحويل فرق الرعاية الصحية وتحسين أدائها ونتائجها السريرية. واستخدمت الدراسة منهج المراجعة السردية التحليلية للأدبيات الحديثة في مجال تطوير فرق العمل الصحية. وتكوّنت عينة المراجعة من مجموعة واسعة من الدراسات والتقارير المنشورة حديثاً في دوريات محكمة تتناول تدخلات تحويل الفرق الصحية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن تدخلات التدريب الجماعي في الفرق الجراحية ارتبطت بتحسّن ملموس في النتائج السريرية وانخفاض في الأحداث الضارة، وأن التحول الحقيقي في أداء الفرق يتطلب معالجة العوامل الهيكلية والثقافية والتنظيمية وليس الاقتصار على تحسين المهارات الفردية في التواصل، كما تبيّن أن القيادة التي تدعم الأمان النفسي وتشجع التعلم من الأخطاء تُسهم بشكل جوهري في بناء فرق عالية الأداء. وأوصت الدراسة بتبني مقاربات متكاملة تجمع بين تطوير مهارات القيادة وبناء ثقافة الأمان النفسي وتدريب الفرق كوحدة واحدة بدلاً من التركيز على الأفراد، وتخصيص موارد مؤسسية لبرامج التدريب الجماعي المستمر، وربط تدخلات تطوير الفرق بمؤشرات أداء سريرية قابلة للقياس.

المحور الثاني: المتغير التابع - تقليل الأخطاء وتحسين انسيابية مسار المريض وعلاقته بمتغيرات أخرى

يُمثّل تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض هدفاً محورياً لأنظمة الرعاية الصحية عالمياً، حيث تشابك العوامل التنظيمية والبشرية والتقنية في التأثير على سلامة المرضى وسلامة تدفقهم عبر مراحل الرعاية المختلفة. وقد تناولت دراسات عديدة هذا المتغير وعلاقته بمتغيرات مثل ثقافة السلامة وإدارة المخاطر وأنظمة الإبلاغ وإدارة الجودة والتعاون بين التخصصات، ويمكن استعراض أبرزها كالاتي:

دراسة بخاري (٢٠١٩) بعنوان "تحسين سلامة المرضى والحد من الأخطاء الطبية في المنظمات الصحية السعودية". هدفت الدراسة إلى التعرف على العوامل المؤثرة في حدوث الأخطاء الطبية بأبعادها (ثقافة السلامة المؤسسية، وأنظمة الإبلاغ عن الأخطاء، والمسؤولية الأخلاقية للعاملين، والرعاية المتمحورة حول المريض) على مستوى سلامة المرضى في المنظمات الصحية بالمملكة العربية السعودية.

واستخدمت الدراسة منهج المراجعة المنهجية للأدبيات. وتكوّنت عينة المراجعة من ٤٥ دراسة مختارة من أصل أكثر من ٤٠٠٠ مقالة ذات صلة بسلامة المرضى في السياق السعودي. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى أن غياب المسؤولية الأخلاقية الواضحة لدى بعض العاملين وضعف ثقافة السلامة على المستوى المؤسسي وقصور أنظمة الإبلاغ عن الأخطاء ومحدودية إشراك المرضى في قرارات الرعاية تُمثّل أبرز العوامل المسهمة في استمرار الأخطاء الطبية، كما تبيّن أن المؤسسات التي تتبنى نهج التفكير المنظومي تحقق نتائج أفضل في السلامة مقارنة بتلك التي تركز على محاسبة الأفراد. وأوصت الدراسة بتبني مقاربة التفكير المنظومي في تحليل الأخطاء بدلاً من إلقاء اللوم على الأفراد، وتعزيز ثقافة السلامة عبر برامج تدريب مستمرة وأنظمة إبلاغ غير عقابية، وتحسين مشاركة المرضى في قرارات الرعاية الخاصة بهم كاستراتيجية وقائية.

دراسة الغامدي وآخرين (٢٠٢٤) بعنوان "الأخطاء الطبية وسلامة المرضى كما يدركها الممرضون: العامل البشري وعوامل الخطر الديموغرافية". هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الخصائص الديموغرافية للممرضين بأبعادها (العمر، والجنس، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة، وعبء العمل) على عوامل خطر الموارد البشرية المرتبطة بالأخطاء الطبية بأبعادها (بيئة العمل، والضغط المهني، ومستوى التأهيل، وكفاية التوظيف) في المستشفيات. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي المسحي المقطعي، واعتمد الاستبيان أداة لجمع البيانات مع استخدام تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA). وتكوّنت العينة من مجموعة من الممرضين العاملين في مدينة حائل بالمملكة العربية السعودية. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($p < 0.05$) بين الخصائص الديموغرافية المختلفة وعوامل خطر الأخطاء الطبية، حيث تبيّن أن العنصر البشري يُعدّ عامل خطر رئيسياً في حدوث الأخطاء، وأن الممرضين ذوي الخبرة الأقل وعبء العمل الأعلى يُظهرون معدلات أعلى من عوامل الخطر المرتبطة بالأخطاء. وأوصت الدراسة بتعزيز برامج التأهيل والتوجيه للممرضين الجدد، وتوفير الدعم النفسي والمهني المستمر للعاملين، وتحسين بيئات العمل من خلال توزيع أعباء العمل بشكل متوازن وزيادة أعداد الكوادر التمريضية.

دراسة البدراني (٢٠٢٢) بعنوان "ممارسات واتجاهات ومعارف الممرضين تجاه الأخطاء الدوائية في مستشفيات مجموعة العربي". هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى المعارف والاتجاهات والممارسات لدى الممرضين بأبعادها (المعرفة بأنواع الأخطاء الدوائية وأسبابها، والاتجاه نحو الإبلاغ عن الأخطاء،

والممارسات الوقائية المتبعة) على الحد من الأخطاء الدوائية في المستشفيات. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي المقطعي التحليلي، واعتمد الاستبيان أداة لجمع البيانات. وتكونت العينة من مجموعة من الممرضين العاملين في مستشفيات مجموعة العربي في فلسطين. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود مستوى متفاوت في المعارف والممارسات المتعلقة بالأخطاء الدوائية بين الممرضين، مع وجود عوائق ثقافية وتنظيمية تحد من الإبلاغ عن الأخطاء أبرزها الخوف من العقوبة والمحاسبة وغياب أنظمة إبلاغ ميسرة، كما تبين أن الممرضين الذين تلقوا تدريباً متخصصاً في السلامة الدوائية أبدوا ممارسات وقائية أفضل. وأوصت الدراسة بتكثيف البرامج التدريبية المتخصصة في السلامة الدوائية لجميع الكوادر التمريضية، وإنشاء أنظمة إبلاغ إلكترونية سهلة الاستخدام وغير عقابية تشجع على الشفافية، وتعزيز ثقافة التعلم من الأخطاء بدلاً من ثقافة اللوم، وإجراء مراجعات دورية لبروتوكولات صرف الأدوية وإعطائها.

دراسة العسيري وآخرين (٢٠٢٤) بعنوان "واقع إدارة المخاطر وأثرها على جودة الرعاية الصحية: دراسة تطبيقية على مستشفيات الأحساء". هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر ممارسات إدارة المخاطر بأبعادها (تحديد المخاطر، وتحليل المخاطر، ومعالجة المخاطر، ومراقبة المخاطر والمتابعة) على جودة الخدمة الصحية المقدمة في أقسام التغذية بالمستشفيات. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واعتمد الاستبيان أداة لجمع البيانات. وتكونت العينة من مجموعة من العاملين في أقسام التغذية بمستشفيات الأحساء بالمملكة العربية السعودية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود أثر إيجابي ذي دلالة إحصائية لممارسات إدارة المخاطر بجميع أبعادها على جودة الخدمة الصحية، وأن بُعد تحديد المخاطر جاء في المرتبة الأولى من حيث قوة التأثير يليه بُعد المراقبة والمتابعة، كما تبين أن المؤسسات التي تتبنى نهجاً منهجياً ومتكاملاً في إدارة المخاطر تحقق مستويات أعلى من الجودة ورضا المرضى. وأوصت الدراسة بتبني نهج منهجي شامل لإدارة المخاطر في جميع الأقسام وليس أقسام التغذية فحسب، وتدريب العاملين بشكل مستمر على أدوات تحديد المخاطر وتحليلها، وتوفير بنية تحتية تقنية داعمة لرصد المخاطر والإبلاغ عنها بشكل آني.

دراسة Algethami و AlAsmari و Shirah و Algethami (2024) بعنوان "Patient Safety Culture in a Tertiary Care Hospital in Makkah, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study". هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى ثقافة سلامة المرضى بأبعادها (العمل

الجماعي، والتواصل المفتوح، والإبلاغ عن أحداث السلامة، ودعم الإدارة، والتعلم التنظيمي والتحسين المستمر، والتواصل حول الأخطاء، والاستجابة للخطأ، وتسليم المرضى وتبادل المعلومات، وبيئة العمل والتوظيف، ودعم المشرفين والقيادة) على سلامة المرضى في مدينة الملك عبدالله الطبية بمكة المكرمة ومقارنتها بالبيانات العالمية لوكالة أبحاث الرعاية الصحية وجودتها الأمريكية (AHRQ) واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي المقطعي، واعتمد استبيان المسح المستشفوي لثقافة سلامة المرضى الإصدار ٢.٠ (HSOPSC v2.0) أداة لجمع البيانات مع التحليل الإحصائي باستخدام اختبار مربع كاي واختبار (t) ومان-ويتني. وتكونت العينة من ٣٥٠ عاملاً صحياً بنسبة استجابة بلغت 59%، منهم ٥٨.٦% ممرضون و٣٦.٦% يعملون في رعاية مباشرة للمرضى. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن النسبة الإجمالية للاستجابات الإيجابية في جميع أبعاد ثقافة السلامة بلغت ٦٢% مقابل ٧٠% في البيانات العالمية بفارق دال إحصائياً ($\chi^2 = 10.64, p = 0.001$)، لكن المستشفى تفوق على المعدل العالمي في بُعدي "التعلم التنظيمي والتحسين المستمر" ($p = 0.002$) و"التواصل حول الأخطاء" ($p = 0.003$)، في حين سجل تراجعاً ملحوظاً في أبعاد "بيئة العمل والتوظيف" و"الإبلاغ عن أحداث السلامة" و"دعم المشرفين" بفوارق تراوحت بين 14% و١٧%، وقيم ٧٢% من العاملين سلامة المرضى في وحداتهم بدرجة "ممتازة أو جيدة جداً" مقابل ٦٦.٧% عالمياً. ($\chi^2 = 4.47, p = 0.034$) وأوصت الدراسة بتكثيف جهود التوظيف لمعالجة نقص الكوادر وضغط العمل كونهما حصلاً على أدنى الدرجات، وتعزيز برامج الإبلاغ عن أحداث السلامة وإزالة العوائق الثقافية والتنظيمية المانعة، والاستفادة من نقاط القوة الحالية في التعلم المؤسسي والتواصل حول الأخطاء لتسريع التحسين في الأبعاد الأضعف.

دراسة Abu-El-Noor و Hamdan و Abu-El-Noor و Radwan و Alshaer (2024) بعنوان "The Effectiveness of Checklists and Error Reporting Systems in Enhancing Patient Safety and Reducing Medical Errors in Hospital Settings: A Narrative Review". هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية قوائم التحقق وأنظمة الإبلاغ عن الأخطاء بأبعادها (أنماط الأخطاء الطبية الشائعة، وآليات الكشف والرصد، وتصميم قوائم التحقق ومعايير فعاليتها، وثقافة الإبلاغ والحوافز والعوائق) على تعزيز سلامة المرضى والحد من الأخطاء الطبية في بيئات المستشفيات. واستخدمت الدراسة منهج المراجعة السردية التحليلية للأدبيات الحديثة في دوريات محكمة. وتكونت عينة المراجعة من مجموعة من الدراسات والتقارير المنشورة في قواعد بيانات علمية متخصصة. وتوصلت

نتائج الدراسة إلى أن قوائم التحقق الجراحية أثبتت فعاليتها في خفض معدلات المضاعفات والوفيات بشكل ملحوظ عند تطبيقها بشكل منهجي ومتسق، وأن أنظمة الإبلاغ الإلكترونية تُسهم في تحديد الأنماط المتكررة للأخطاء وتوفير بيانات قيمة لصانعي القرار، كما تبين أن الخوف من العقوبة والمحاسبة يبقى العائق الأبرز أمام الإبلاغ الطوعي عن الأخطاء في كثير من المؤسسات الصحية. وأوصت الدراسة بتبني ثقافة إبلاغ غير عقابية تركز على التعلم والتحسين بدلاً من المحاسبة الفردية، ودمج قوائم التحقق في الإجراءات الروتينية لجميع العمليات السريرية عالية الخطورة، ورقمنة أنظمة رصد الأحداث الضارة وربطها بلوحات مؤشرات تفاعلية تُتيح تحليل البيانات في الوقت الفعلي.

دراسة Olsen و Østnor و Enmarker و Hellzén (2023) بعنوان "Solutions for Improved Hospital-Wide Patient Flows—A Qualitative Interview Study of Leading Healthcare Providers". هدفت الدراسة إلى التعرف على الحلول الفعالة لتحقيق تدفق سلس وسريع للمرضى عبر المستشفيات بأبعادها (مواءمة أهداف المنظمة نحو التدفق، وبناء هيكل تنسيقي للتحويلات، وضمان الطاقة الاستيعابية المادية، وتطوير المعايير والقوائم والإجراءات الروتينية، والاستثمار في الأدوات الرقمية والتحليلية، وتحسين إدارة العمليات، وتحسين معدلات الإشغال، والبحث عن حلول خارجية وتغييرات في السياسات) على تحسين انسيابية مسار المريض من القبول حتى الخروج. واستخدمت الدراسة المنهج النوعي الاستكشافي الذي يجمع بين العناصر الاستقرائية والاستباطية، مع مقابلات شبه مُهيكلّة معمّقة. وتكوّنت العينة من ٣٣ مديراً تنفيذياً من ١٨ مستشفى أكاديمياً رائداً حول العالم وفقاً لتصنيف Newsweek الدولي لعام ٢٠٢٠، حيث أُجريت ٣٠ مقابلة تراوحت مدتها بين ٦٠ و ٩٠ دقيقة عبر منصة Zoom خلال الفترة من يونيو إلى نوفمبر ٢٠٢١. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى تحديد ٥٠ حلاً عملياً مُصنّفة في ثماني فئات رئيسية، مع إضافة أربعة عوائق جديدة لم تُحدّد في الأدبيات السابقة تشمل: عدم كفاية التركيز المؤسسي على التدفق، والنقص في الطاقة الاستيعابية على مستوى المستشفى بأكمله، وعدم مواءمة النظام الصحي الأوسع، والقصور في طاقة الرعاية اللاحقة والتنسيق معها، كما تبين أن المستشفيات الناجحة تتبنى رؤية منظومية شاملة تتجاوز حدود الأقسام المنفردة وتعتمد على بيانات مشتركة وشفافية في مؤشرات الأداء. وأوصت الدراسة بتبني نهج منظومي شامل لتدفق المرضى يشمل جميع مراحل الرعاية من القبول حتى ما بعد الخروج، وتعيين قيادات مسؤولة عن التدفق على

مستوى المؤسسة بأكملها، واستخدام لوحات مؤشرات رقمية تتيح رؤية آنية لحالة التدفق في جميع الأقسام، وتعزيز التنسيق مع مقدمي الرعاية اللاحقة في المجتمع.

دراسة Soh و Mannakkara و McAleer (2024) بعنوان "Patient Flow in Emergency Departments: A Comprehensive Umbrella Review of Solutions and Challenges". هدفت الدراسة إلى التعرف على التحديات والتدخلات عبر النظام الصحي الكامل بأبعادها (المدخلات قبل الوصول إلى الطوارئ، والعمليات الداخلية أثناء التواجد في الطوارئ، والمخرجات بعد مغادرة الطوارئ) على تحسين تدفق المرضى في أقسام الطوارئ، مع ربط النتائج بالأهداف الرباعية للرعاية الصحية (تحسين تجربة المريض، وتحسين صحة السكان، وخفض التكاليف، وتعزيز رضا مقدمي الرعاية). واستخدمت الدراسة منهج المراجعة الشاملة (umbrella review) وفقاً لمنهجية معهد جونا بريجز (JBI) وقائمة PRIOR للتقييم، مع تجميع سردي للنتائج ومقاربة تجميعية تلوية للتحديات. وتكوّنت عينة المراجعة من ٣٩ مراجعة منهجية مختارة من ١٢٦٣ سجلاً تم استرجاعها من قواعد بيانات CINAHL و PubMed و Web of Science و Embase بالإضافة إلى الأدبيات الرمادية، وغطت الدراسات المشمولة مجموعة واسعة من السياقات الصحية والدول. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن أكثر التدخلات فعالية في تحسين تدفق المرضى تشمل: الفرز السريع ووحدات التقييم قصيرة الأمد والمسارات السريعة للحالات البسيطة ومسارات الخروج المبكر والتنسيق مع خدمات الرعاية اللاحقة في المجتمع، كما تبين أن الاكتظاظ في أقسام الطوارئ ليس مشكلة قسم الطوارئ وحده بل يعكس خللاً في النظام الصحي بأكمله يتطلب تدخلات شاملة عبر مسار الرعاية الكامل. وأوصت الدراسة بتبني منظور شامل يتجاوز حدود قسم الطوارئ ليشمل النظام الصحي ككل عند تصميم تدخلات تحسين التدفق، وتعزيز التكامل بين الرعاية الأولية وأقسام الطوارئ والأجنحة الداخلية وخدمات الرعاية اللاحقة، وقياس نتائج التدخلات وفق الأهداف الرباعية المتوازنة بدلاً من الاقتصار على مؤشرات مدة الإقامة فحسب.

دراسة Singh و Mustapha و Harun (2023) بعنوان "Improving Patient Outcomes Through Effective Hospital Administration: A Comprehensive Review". هدفت الدراسة إلى التعرف على دور الإدارة الفعّالة للمستشفيات بأبعادها (القيادة الاستراتيجية، وإدارة الموارد البشرية، وتقنية المعلومات الصحية، والرعاية المتمحورة حول المريض، وإدارة الجودة والسلامة) على تحسين نتائج المرضى وتقليل الأخطاء الطبية وتعزيز الكفاءة التشغيلية في المستشفيات. واستخدمت

الدراسة منهج المراجعة السردية الشاملة للأدبيات الحديثة المنشورة في دوريات محكمة. وتكونت عينة المراجعة من مجموعة واسعة من الدراسات والتقارير التي تتناول ممارسات الإدارة المستشفى وعلاقتها بنتائج المرضى. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المستشفيات ذات الإدارة الفعالة التي تتبنى أساليب قيادية تشاركية وتستثمر في تقنية المعلومات الصحية تحقق نتائج أفضل بشكل ملحوظ في تقليل مدة الإقامة وتحسين رضا المرضى وخفض معدلات الأخطاء الطبية والأحداث الضارة، كما تبين أن الاستثمار في تطوير الكوادر البشرية وبناء ثقافة الجودة المؤسسية يمثل عاملاً حاسماً في استدامة التحسين. وأوصت الدراسة بالاستثمار في تطوير القيادات الصحية عبر برامج تأهيل إداري متخصصة، وتبني أنظمة معلومات صحية متكاملة تدعم اتخاذ القرار المبني على الأدلة وتتيح المراقبة الآنية للمؤشرات، وتعزيز مشاركة المرضى كشركاء فاعلين في قرارات الرعاية.

دراسة Kaiser و Bartz و Neugebauer و Pietsch و Pieper (2022) بعنوان "Interprofessional Collaboration and Patient-Reported Outcomes in Inpatient Care: A Systematic Review". هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر التعاون بين التخصصات بأبعاده (التعليم البيئي المهني، والممارسة البينية المهنية، والتنظيم البيئي المهني) على المخرجات المُبلغ عنها من قبل المرضى بأبعادها (جودة الحياة، واستراتيجيات المواجهة، والرضا عن الرعاية، والقدرة الوظيفية والحالة الصحية، والألم، والاضطرابات النفسية، والعلاقة العلاجية، ونجاح العلاج، وإدارة الرعاية الذاتية) في الرعاية الداخلية بالمستشفيات. واستخدمت الدراسة منهج المراجعة المنهجية وفقاً لبروتوكول PRISMA المسجل في قاعدة PROSPERO، مع تقييم جودة الدراسات باستخدام أدوات RoB 2 و ROBINS-I و EPOC وتجميع سردي للنتائج. وتكونت عينة المراجعة من ٢٢ دراسة (١٦ تجربة عشوائية محكمة و ٥ دراسات غير عشوائية ودراسة قبلية - بعدية مقارنة) مستخلصة من ١٠٢١٣ سجلاً في ست قواعد بيانات إلكترونية تغطي الفترة من ١٩٩٧ إلى أبريل ٢٠٢١، وأُجريت الدراسات المشمولة في عشر دول وتراوحت عيناتها بين ٢٠ و ١٥٣١ مريضاً. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن معظم تقديرات حجم الأثر المُبلغ عنها تشير إلى تأثير إيجابي للتعاون بين التخصصات على المخرجات المُبلغ عنها من المرضى عبر جميع المؤشرات التسعة المدروسة، وأن التأثيرات الإيجابية الدالة إحصائياً ظهرت بشكل أوضح في مجالات جودة الحياة والرضا عن الرعاية وإدارة الألم لدى مرضى الرعاية التلطيفية والتصلب المتعدد وداء باركنسون والأمراض النفسية الحادة، غير أن التباين المنهجي الكبير بين الدراسات

وارتفاع مخاطر التحيز في معظمها حالا دون إجراء تحليل تلوي كمي أو الوصول إلى استنتاجات حاسمة. وأوصت الدراسة بضرورة إجراء دراسات أكثر صرامة منهجية وخاصة تجارب عشوائية محكمة ذات خطر تحيز منخفض، وتوحيد تعريفات التعاون بين التخصصات ومصطلحاته لتسهيل المقارنة بين الدراسات، واستخدام مقاييس مُبلَّغ عنها من المرضى مُوحَّدة وموثوقة مع الإبلاغ عن خصائصها السيكومترية والفروق المهمة سريريًا.

الفجوة البحثية:

أولاً: أوجه الاتفاق

تتفق الدراسة الحالية مع عدد من الدراسات السابقة في جوانب متعددة تشمل الهدف العام والمنهج المستخدم وبيئة التطبيق. فمن حيث الهدف، تتقاطع الدراسة الحالية مع دراسة Meneses-La-Riva (2025) و Derksen et al. (2023) ودراسة القندوز (٢٠٢٥) في سعيها إلى الكشف عن العلاقة بين كفاءة التواصل بين أعضاء الفرق الصحية ومخرجات الرعاية السريرية، كما تشترك مع دراسة (Zajac et al. (2021 ودراسة (Morassaei et al. (2022 في الاهتمام بأبعاد العمل الجماعي والتنسيق بين التخصصات المتعددة بوصفها محددات لفعالية الأداء السريري. ومن حيث المنهج، تتفق الدراسة الحالية مع دراسة القندوز (٢٠٢٥) ودراسة أقوب (٢٠٢٤) ودراسة Algethami (2024) ودراسة الغامدي (2024) et al. في توظيف المنهج الوصفي التحليلي والاعتماد على الاستبانة أداة رئيسة لجمع البيانات الأولية من العاملين في القطاع الصحي. ومن حيث بيئة التطبيق، تتقاطع الدراسة الحالية مع دراسة الحربي وآخرين (٢٠٢٤) ودراسة العتيبي وآخرين (2024) ودراسة (Algethami et al. (2024 في تطبيقها ضمن بيئة المستشفيات في السياق العربي والسعودي تحديداً، كما تشترك مع دراسة بو عفيف وقزال (2024) في استهداف الكوادر السريرية متعددة التخصصات بوصفهم وحدة التحليل الأساسية.

ثانياً: أوجه الاختلاف

تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في عدة جوانب جوهرية تُبرز إسهامها العلمي المتميز. فمن حيث الهدف، ركزت معظم الدراسات السابقة على تناول أحد المتغيرين بمعزل عن الآخر، إذ اهتمت

دراسة القندوز (٢٠٢٥) ودراسة أقوب (٢٠٢٤) بالتواصل بين الطبيب والمريض دون ربطه بمؤشرات الأخطاء الطبية وانسيابية المسار، بينما ركزت دراسة بخاري (2019) ودراسة الغامدي (2024) et al. على الأخطاء الطبية من منظور ثقافة السلامة وعوامل الخطر دون التعمق في البُعد التواصلية والتنسيقية، في حين تتميز الدراسة الحالية بالربط المباشر والمنهجي بين كفاءة التواصل والتنسيق بأبعاده الأربعة وتقليل الأخطاء وتحسين انسيابية مسار المريض في نموذج تكاملي واحد. ومن حيث المنهج، اعتمدت بعض الدراسات على مناهج مغايرة كالمراجعات المنهجية في دراسة (Kaiser et al. 2022) ودراسة (Soh et al. 2024)، والمنهج شبه التجريبي في دراسة (Derksen et al. 2023)، والمنهج النوعي في دراسة (Olsen et al. 2023)، بينما تعتمد الدراسة الحالية على المنهج الوصفي التحليلي بأسلوب المسح الميداني مع استخدام تحليل الانحدار المتعدد لاختبار الأثر وهو ما لم تتبنّاه أغلب الدراسات العربية المشابهة. ومن حيث بيئة التطبيق، طُبِّقَت عدة دراسات في سياقات غير عربية كدراسة (Derksen et al. 2023) في ألمانيا ودراسة (Meneses-La-Riva et al. 2025) في بيرو ودراسة (Morassaei et al. 2022) في كندا، كما اقتصرَت بعض الدراسات العربية على تخصص واحد أو قسم محدد كدراسة العسيري (et al. 2024) على أقسام التغذية، بينما تستهدف الدراسة الحالية الفرق السريرية متعددة التخصصات بجميع فئاتها في المستشفيات مما يُوفّر رؤية أشمل وأكثر تمثيلاً للواقع التنظيمي الصحي.

المنطلقات النظرية للدراسة:

كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية

يُمثّل التواصل في السياق الصحي عملية ديناميكية مستمرة تتضمّن تبادل المعلومات والأفكار والمشاعر بين مقدّمي الرعاية الصحية بهدف تحقيق فهم مشترك يُفضي إلى قرارات سريرية سليمة وممارسات علاجية آمنة. ولا يقتصر هذا التواصل على البُعد اللفظي المتمثّل في الحوار المباشر والتقارير الشفهية والاجتماعات السريرية، بل يمتد ليشمل البُعد غير اللفظي الذي يتجلّى في لغة الجسد ونبرة الصوت والإشارات البصرية التي تُعزّز الرسالة المنطوقة أو تُناقضها أحياناً. وقد تطوّر مفهوم التواصل السريري عبر العقود الأخيرة من كونه مهارة فردية يمتلكها الطبيب في علاقته بالمريض إلى كونه كفاءة مؤسسية جماعية تتطلب بنية تنظيمية داعمة وبروتوكولات موحّدة وثقافة مؤسسية تُشجّع على الانفتاح والشفافية

في تبادل المعلومات بين جميع أعضاء الفريق العلاجي بصرف النظر عن تدرّجهم الوظيفي أو تخصصهم المهني.

وتتجاوز كفاءة التنسيق مجرد التواصل لتشمل المواءمة المنهجية بين أنشطة الأفراد والوحدات المختلفة داخل المنظومة الصحية بما يضمن تكامل الجهود وتزامنها في خدمة المريض. ويرتبط هذا المفهوم ارتباطاً وثيقاً بنظرية النظم التي تنظر إلى المستشفى بوصفه نظاماً مفتوحاً تتفاعل مكوناته الفرعية فيما بينها، حيث يؤثر أداء كل وحدة في أداء الوحدات الأخرى وفي المخرجات الكلية للنظام. كما يستند مفهوم التنسيق السريري إلى نظرية الفريق التي تؤكد أن فعالية الفرق الصحية لا تحدّد بمجموع كفاءات أعضائها الفردية فحسب، بل بقدرتهم على العمل التشاركي والتكيف الجماعي مع المتغيرات السريرية المتسارعة. ويتطلب التنسيق الفعّال وضوحاً في توزيع الأدوار والمسؤوليات بحيث يعرف كل عضو حدود صلاحياته ونطاق مهامه دون تداخل أو ازدواجية، فضلاً عن آليات منظّمة لاتخاذ القرارات السريرية المشتركة تضمن مشاركة جميع التخصصات ذات الصلة في صياغة الخطة العلاجية وتنفيذها ومتابعتها.

ويُضاف إلى ما سبق بُعد المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية الذي أصبح يحتل مكانة محورية في ظل التحوّل الرقمي المتسارع في القطاع الصحي، إذ تُتيح نظم المعلومات الصحية الإلكترونية والسجلات الطبية الموحّدة إمكانية تبادل البيانات السريرية بشكل فوري ودقيق بين مختلف الأقسام والتخصصات، مما يُقلّص فجوات المعرفة ويُسرّع عملية اتخاذ القرار. غير أن مجرد توافر التقنية لا يكفي ما لم تُصاحبه ثقافة تنظيمية تُحفّز على المشاركة الاستباقية للمعلومات وتُرسّي معايير واضحة لتوثيقها وتحديثها عند كل مرحلة من مراحل مسار المريض.

تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض

يُعرّف الخطأ الطبي بأنه إخفاق في إتمام إجراء مخطط له على النحو المقصود أو استخدام خطة غير صحيحة لتحقيق هدف علاجي، وقد يتخذ أشكالاً متعددة تتراوح بين الأخطاء الدوائية المتعلقة بالوصف أو الصرف أو الإعطاء، والأخطاء التشخيصية الناجمة عن التأخّر أو عدم الدقة في تحديد الحالة المرضية، والأخطاء الإجرائية المرتبطة بتنفيذ التدخلات الجراحية أو العلاجية. ولا يُنظر إلى الخطأ الطبي في الفكر الإداري المعاصر بوصفه نتاجاً لقصور فردي في كفاءة الممارس الصحي، بل بوصفه محصّلة لتفاعل عوامل نظامية متعددة تشمل التصميم التنظيمي وبيئة العمل وثقافة السلامة وآليات

التواصل والتنسيق بين مقدّمي الرعاية. ويتّسق هذا المنظور مع نموذج الجبنة السويسرية الذي طرحه جيمس ريزون والذي يُفسّر وقوع الأحداث السلبية بتراكم ثغرات متعددة في طبقات الحماية المؤسسية المتتالية، بحيث لا يكون الخطأ النهائي سوى نتيجة لاصطفاف هذه الثغرات في لحظة واحدة.

أما انسيابية مسار المريض فتُشير إلى السلاسة والكفاءة التي ينتقل بها المريض عبر مراحل الرعاية المختلفة منذ لحظة دخوله إلى المنشأة الصحية وحتى خروجه ومتابعته اللاحقة، وتُقاس من خلال مؤشرات كمية ونوعية تشمل مدة الإقامة وزمن الانتظار في أقسام الطوارئ ومعدل دوران الأسرة وزمن دورة التخريج ومعدل إعادة الدخول خلال ثلاثين يوماً ومستوى رضا المرضى عن تجربتهم العلاجية الكلية. ويرتكز مفهوم انسيابية مسار المريض على مبادئ الإدارة الرشيقة التي تسعى إلى التخلّص من الهدر في الوقت والموارد والجهد في كل حلقة من حلقات سلسلة القيمة الصحية، وتحقيق التدفق المستمر الذي يُلبّي احتياجات المريض في الوقت المناسب وبالجودة المطلوبة.

ويتقاطع المتغيران في نقطة جوهرية مفادها أن كل خلل في التواصل أو التنسيق بين أعضاء الفريق السريري يُمثّل ثغرة محتملة في منظومة الحماية قد تُفضي إلى خطأ طبي أو تعطلّ في مسار المريض، في حين أن كل تحسين في كفاءة التواصل والتنسيق يُعزّز طبقات الأمان ويُسهّم في تدفق أكثر سلاسة وأقل مخاطرة.

ثانياً: مصطلحات الدراسة

كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية: تُعرّف إجرائياً بأنها الدرجة التي يتمكّن عندها أعضاء الفريق السريري متعدد التخصصات من تبادل المعلومات والأفكار الطبية بوضوح ودقة لفظياً وغير لفظي، مع توزيع واضح للأدوار والمسؤوليات، واتخاذ قرارات سريرية مشتركة بشكل تشاركي، ومشاركة فعّالة وفورية للبيانات الطبية عبر مراحل الرعاية المختلفة، وتُقاس بالدرجة التي يحصل عليها المستجيب على فقرات القسم الثاني من الاستبانة المُعدّة لهذه الدراسة والمكوّنة من ستة عشرة فقرة موزّعة على أربعة أبعاد.

التواصل اللفظي وغير اللفظي بين أعضاء الفريق: يُعرّف إجرائياً بأنه مستوى جودة الحوار المباشر والتقارير الشفهية والإشارات الجسدية والبصرية المتبادلة بين أعضاء الفريق السريري أثناء تقديم الرعاية،

بما يشمل وضوح الرسائل المنطوقة وفعالية الإصغاء والتغذية الراجعة، ويُقاس بالدرجة المتحصّلة على فقرات البُعد الأول من الاستبانة.

وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات: يُعرّف إجرائياً بأنه الدرجة التي يُدرك عندها كل عضو في الفريق السريري حدود مهامه وصلاحياته ونطاق مسؤوليته بشكل لا يتداخل مع مهام الآخرين ولا يُفضي إلى ازدواجية أو إغفال في الإجراءات، ويُقاس بالدرجة المتحصّلة على فقرات البُعد الثاني من الاستبانة.

التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة: يُعرّف إجرائياً بأنه مدى مشاركة جميع التخصصات المهنية ذات الصلة في صياغة القرارات العلاجية وتنفيذها عبر آليات تنسيقية منتظمة وبروتوكولات موحّدة تضمن تكامل الخبرات وسرعة الاستجابة، ويُقاس بالدرجة المتحصّلة على فقرات البُعد الثالث من الاستبانة.

المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية: تُعرّف إجرائياً بأنها مدى توافر قنوات ونظم تُتيح تبادل البيانات السريرية والتقارير والفحوصات بين أعضاء الفريق بشكل فوري ودقيق وشامل عبر جميع مراحل مسار المريض، ويُقاس بالدرجة المتحصّلة على فقرات البُعد الرابع من الاستبانة.

تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض: يُعرّف إجرائياً بأنه الدرجة التي تتجح عندها المنشأة الصحية في خفض معدلات الأخطاء الدوائية والتشخيصية والإجرائية، وتحقيق تدفق سلس وفّعال للمريض عبر مراحل الرعاية المتتالية منذ دخوله وحتى خروجه ومتابعته، ويُقاس بمؤشرات تشمل معدل الأحداث السلبية ومدة الإقامة وزمن الانتظار ومعدل إعادة الدخول ورضا المرضى، وذلك من خلال الدرجة التي يحصل عليها المستجيب على فقرات القسم الثالث من الاستبانة المكوّنة من عشر فقرات.

الفريق السريري متعدد التخصصات: يُعرّف إجرائياً بأنه مجموعة من المهنيين الصحيين ينتمون إلى تخصصات مختلفة كالطب والتمريض والصيدلة والتخصصات المساندة يعملون بشكل تشاركي ومنسّق لتقديم رعاية متكاملة للمريض ضمن بيئة مؤسسية واحدة.

المنهجية وطرق البحث:

منهجية الدراسة

سوف تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي باعتباره المنهج الأنسب لطبيعة الدراسة وأهدافها، إذ يُتيح وصف الظاهرة المدروسة كما هي في الواقع وصفاً دقيقاً، ثم تحليلها تحليلاً كمياً للكشف عن العلاقات والأثر بين متغيراتها. وسيتم توظيف هذا المنهج في رصد مستوى كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بأبعاده الأربعة، وقياس مستوى الأخطاء الطبية وانسيابية مسار المريض، ثم تحليل أثر المتغير المستقل على المتغير التابع باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.

وسيُوظف هذا المنهج من خلال أسلوب المسح الميداني بالاعتماد على استبانة مُصمَّمة لهذا الغرض ستُوزَّع على العاملين في الفرق السريرية بالمستشفيات محل الدراسة. وقد تم اختيار هذا الأسلوب لقدرته على جمع بيانات أولية من عينة كبيرة نسبياً في وقت محدود، ولملاءمته لاختبار الفروض الإحصائية المتعلقة بالأثر والفروق، مما يُمكن الباحث من الوصول إلى نتائج قابلة للتعميم على مجتمع الدراسة ضمن حدود الثقة الإحصائية المقبولة.

مجتمع وعينة الدراسة

سيكوّن مجتمع الدراسة من جميع العاملين في الفرق السريرية متعددة التخصصات بالمستشفيات محل الدراسة، ويشمل ذلك الأطباء بمختلف تخصصاتهم، وطاقم التمريض، والصيادلة، وأخصائيي العلاج الطبيعي، وأخصائيي التغذية العلاجية، وفنيي المختبرات والأشعة، ومنسقي إدارة الحالات. ووفقاً للبيانات الرسمية المتاحة من إدارات الموارد البشرية في المستشفيات المستهدفة، يُقدَّر إجمالي مجتمع الدراسة بنحو (1200) عامل وعاملة من الكوادر السريرية.

وسيتم اختيار عينة الدراسة باستخدام أسلوب العينة العشوائية الطبقية التناسبية، حيث سيُقسَّم مجتمع الدراسة إلى طبقات وفقاً للتخصص المهني (أطباء، تمريض، صيادلة، تخصصات مساندة) لضمان تمثيل متوازن لجميع الفئات. واستناداً إلى جداول تحديد حجم العينة عند مستوى ثقة ٩٥٪ وهامش خطأ ٥٪، سيبلغ الحد الأدنى المطلوب للعينة (291) مفردة. وسيُوزَّع عدد (350) استبانة لتعويض الفاقد المتوقع من الاستبانات غير المكتملة أو غير المستردة، بحيث تُوزَّع تناسبياً على الطبقات المختلفة بما يعكس نسبة كل فئة مهنية في مجتمع الدراسة الكلي.

مصادر جمع البيانات

المصادر الثانوية

ستعتمد الدراسة في بناء إطارها النظري ومراجعة الأدبيات السابقة على المصادر الثانوية المتمثلة في الكتب والمراجع العلمية المتخصصة في إدارة الخدمات الصحية وسلامة المرضى، والدوريات والمجلات العلمية المحكمة العربية والدولية، والرسائل الجامعية (ماجستير ودكتوراه)، والتقارير الصادرة عن المنظمات الصحية الدولية مثل منظمة الصحة العالمية واللجنة الدولية المشتركة لاعتماد المستشفيات، فضلاً عن قواعد البيانات الإلكترونية مثل PubMed و Scopus و Web of Science ودار المنظومة.

المصادر الأولية

ستُجمع البيانات الأولية من خلال استبانة مُصمَّمة خصيصاً لأغراض هذه الدراسة، ستوزع على أفراد العينة إلكترونياً وورقياً لضمان أعلى معدل استجابة ممكن. وستخضع الاستبانة لإجراءات التحقق من الصدق والثبات قبل تطبيقها الميداني على النحو الذي سيبيّن في قسم أداة الدراسة.

أداة الدراسة (الاستبانة)

ستتكوّن أداة الدراسة (الاستبانة) من ثلاثة أقسام رئيسة على النحو التالي:

القسم الأول: البيانات الديموغرافية والوظيفية

سيُتضمّن هذا القسم البيانات الشخصية والوظيفية لأفراد العينة، وتشمل: الجنس، الفئة العمرية، المؤهل العلمي، التخصص المهني، سنوات الخبرة، والمستشفى الذي يعمل فيه المستجيب.

القسم الثاني: المتغير المستقل – كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية (١٦ فقرة)

سيُقاس هذا المتغير من خلال أربعة أبعاد، يتضمّن كل بُعد منها (4) فقرات، وذلك على النحو التالي:

البعد الأول – التواصل اللفظي وغير اللفظي بين أعضاء الفريق: سيُقاس من خلال (4) فقرات تتناول جودة الحوار المباشر بين أعضاء الفريق السريري، ووضوح الرسائل المنطوقة أثناء التسليم والاستلام، واستخدام لغة الجسد والإشارات غير اللفظية الداعمة للفهم، ومدى الإصغاء الفعّال والتغذية الراجعة أثناء الاجتماعات السريرية.

البُعد الثاني - وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات: سيُقاس من خلال (4) فقرات ترصد مدى وضوح المهام المُسندة لكل عضو في الفريق السريري، ومعرفة كل فرد بحدود صلاحياته ونطاق مسؤولياته، ومدى وجود وصف وظيفي محدّث ومعتمد، ودرجة التكامل بين الأدوار دون تداخل أو ازدواجية.

البُعد الثالث - التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة: سيُقاس من خلال (4) فقرات تقيس مدى مشاركة جميع التخصصات في القرارات العلاجية، وانتظام عقد الاجتماعات التنسيقية متعددة التخصصات، ووجود بروتوكولات موحّدة لاتخاذ القرار السريري، ومدى مراعاة آراء جميع أعضاء الفريق بصرف النظر عن التدرّج الوظيفي.

البُعد الرابع - المشاركة الفعّالة للمعلومات الطبية: سيُقاس من خلال (4) فقرات تتناول مدى توافر أنظمة معلومات صحية إلكترونية مشتركة بين أعضاء الفريق، وسرعة تبادل نتائج الفحوصات والتقارير الطبية، وسهولة الوصول إلى السجل الطبي الموحد للمريض، ومدى تحديث المعلومات الطبية بشكل فوري ودقيق عند كل مرحلة من مراحل الرعاية.

القسم الثالث: المتغير التابع - تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض (١٠ فقرات)

سيُقاس هذا المتغير كمحور أحادي من خلال (10) فقرات تتناول مؤشرات مرتبطة بمعدل الأخطاء الدوائية والتشخيصية، ومدى الالتزام ببروتوكولات السلامة وقوائم التحقق، ومعدل الأحداث السلبية المُبلّغ عنها، ومدة إقامة المريض في المستشفى، وزمن الانتظار في أقسام الطوارئ والتنويم، ومعدل إعادة الدخول خلال ثلاثين يوماً، وسلاسة انتقال المريض بين الأقسام والخدمات، وسرعة تنفيذ الخطة العلاجية، وفعالية عملية التخريج والمتابعة، ورضا المريض عن مسار رعايته الكلي.

وسيُستخدم مقياس ليكرت الخماسي في جميع فقرات الاستبانة (موافق بشدة = ٥، موافق = ٤، محايد = ٣، غير موافق = ٢، غير موافق بشدة = ١)، وبذلك يبلغ إجمالي فقرات الاستبانة (26) فقرة موزعة على المحاور المذكورة.

الأساليب الإحصائية المستخدمة

سيتم تحليل بيانات الدراسة باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وستوظف الأساليب الإحصائية التالية:

أساليب التحقق من جودة الأداة: سيستخدم معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) للتحقق من ثبات الاستبانة ومحاورها الفرعية، ومعامل ارتباط بيرسون للتحقق من صدق الاتساق الداخلي لفقرات كل بُعد مع الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه.

أساليب الإحصاء الوصفي: ستستخدم التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص العينة، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتحديد مستوى استجابات أفراد العينة على كل فقرة وبُعد ومحور، والأهمية النسبية لترتيب الأبعاد والفقرات وفقاً لأهميتها.

أساليب الإحصاء الاستدلالي: سيستخدم تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis) لاختبار أثر أبعاد المتغير المستقل مجتمعة ومنفردة على المتغير التابع، وتحليل الانحدار البسيط (Simple Regression Analysis) لاختبار أثر كل بُعد على حدة.

حدود الدراسة

الحدود الموضوعية: ستقتصر الدراسة على دراسة أثر كفاءة التواصل والتنسيق بين الفرق السريرية بأبعاده الأربعة (التواصل اللفظي وغير اللفظي، وضوح توزيع الأدوار والمسؤوليات، التنسيق في اتخاذ القرارات السريرية المشتركة، المشاركة الفعالة للمعلومات الطبية) على تقليل الأخطاء الطبية وتحسين انسيابية مسار المريض.

الحدود البشرية: ستطبق الدراسة على العاملين في الفرق السريرية متعددة التخصصات بالمستشفيات محل الدراسة، ويشمل ذلك الأطباء وطاقم التمريض والصيادلة والتخصصات الصحية المساندة.

الحدود المكانية: ستجرى الدراسة في المستشفيات الحكومية والخاصة في الرياض.

الحدود الزمانية: ستُنَفَّذ الدراسة الميدانية خلال الفصل الدراسي الثاني من العام الجامعي ٢٠٢٦م.

المراجع:

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

- أقوب، عائدة مسعود. (٢٠٢٤). مهارات الاتصال الفعال للكوادر الطبية وأثرها على فعالية الخدمة الصحية: دراسة ميدانية على مستشفى زليتن المركزي. مجلة كلية الآداب، جامعة أسمرية، ١٦(٨)، ٩٩-١١٨. <https://doi.org/10.59743/jaf.v8i16.99>
- البدراني، إسماء. (٢٠٢٢). ممارسات واتجاهات ومعارف الممرضين في مستشفيات مجموعة العربي فيما يخص الأخطاء الدوائية [رسالة ماجستير، جامعة العربية الأمريكية]. مستودع جامعة العربية الأمريكية الرقمية. <https://repository.aaup.edu/jspui/handle/123456789/3393>
- بخاري، رشا محمد مكي. (٢٠١٩). تحسين سلامة المرضى والحد من الأخطاء الطبية في المنظمات الصحية السعودية. مجلة العلوم الطبية والصيدلانية، ٣(١)، ٧٦-٩٢. <https://doi.org/10.26389/AJSRP.R101218>
- الحربي، سلطنة؛ الجوهاني، بكر؛ المصري، لمياء؛ بالدوفينو، فرينك؛ رافيز، كميل؛ التويرقي، لمى؛ والشلوي، سيطرة. (٢٠٢٤). تبسيط مسار تدفق المريض وتعزيز الكفاءة التشغيلية من خلال تطبيق إدارة الحالات. BMJ Open Quality، ١٣(1)، e002484. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002484>
- الغامدي، رسيل شجاع؛ الشريف، علاء مدني أحمد؛ مبارك، زهراء سنبل هادي؛ العويشق، رناد عبدالعزيز؛ العرفج، نوره خالد؛ والعنزي، معاد خلا فليو. (٢٠٢٤). الأخطاء الطبية وسلامة المرضى كما يدركها الممرضون: دراسة ميدانية في مدينة حائل. مجلة أبحاث السكري والدراسات الطبية (RDS)، ١٢(6)، ١٠٦٢-١٠٦٨. <https://doi.org/10.70082/kgeg0n621>
- القندوز، آمنة محمد عبد القادر. (٢٠٢٥). العلاقة التواصلية بين الطبيب والمريض ودورها في تعزيز الثقة بالأطباء: دراسة ميدانية على عينة من المرضى المترددين على مركز مصراتة

الطبي. مجلة شمال إفريقيا للنشر العلمي (NAJSP)، ٣(4)، ١٢١-138-

<https://doi.org/10.65414/najsp.v3i4.676>

- قطان، أميرة محمد نور؛ والمالكي، محمد ساعد. (٢٠٢١). أثر مهارات التواصل اللفظي لدى الأطباء على رضا المرضى: دراسة تطبيقية على المرضى بمدينة الملك عبدالله الطبية. مجلة البحوث التجارية، كلية التجارة، جامعة الزقازيق، ٤٣(١)، ١٥٧-١٨٢.
 - المطيري، رائد نزال. (٢٠٢٣). أثر ممارسات إدارة المخاطر على جودة الرعاية الصحية في قطاع الخدمات الصحية بالقصيم: دراسة حالة مستشفى المذنب العام. مجلة رماح للبحوث والدراسات، ٨٧(٨٧)، ٤٠٧-٤٥٢.
 - المعبداوي، مشعل سليمان؛ التريقي، معاذ أحمد؛ الفوزان، عبدالرحيم ناصر؛ الثنيان، صالح عبدالوهاب؛ الحربي، مساعد بدر؛ السيف، غنيم سليمان؛ المطيري، محمد سعود؛ المطيري، فواز لافي؛ الرشدي، ثامر زيد؛ والدجاني، عبدالله محمد فهد. (٢٠٢٤). التواصل بين الفرق الطبية أثناء الأزمات: أثر التنسيق الداخلي في المستشفيات. المجلة الدولية لبحوث التواصل في الأزمات والمخاطر (JICRCR)، ٧(2)، ٤٩٢-497.
- <https://doi.org/10.63278/jicrcr.v7i2.1856>
- رضوان، علاء فرج حسن. (٢٠٢١). دور مهارات التعامل مع المرضى في تحسين مستوى جودة الخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على المرضى المتعاملين مع مستشفيات جامعة المنوفية. المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، ٥١(٤)، ١١٣-١٦٦.

ثانياً: المراجع الإنجليزية

- Abu-El-Noor, N. I., Hamdan, M. A., Abu-El-Noor, M. K., Radwan, A. S., & Alshaer, A. A. (2024). The effectiveness of checklists and error reporting systems in enhancing patient safety and reducing medical errors in hospital settings: A narrative review. *Pacific Science Review A: Natural Science and Engineering*, 6(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.psra.2024.01.001>
- Algethami, F., Alasmari, A. S., Akhdar, M. K., Algethami, A. A., Algethami, M. K., Algethami, H., Elmorsy, S. A., & Algethami, S. F. (2024). Patient safety culture in a tertiary care hospital in Makkah, Saudi Arabia, a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 24(1), 893. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11310-7>
- Castillo, G. F., Adelman, J. S., & Pichardo-Lowden, A. R. (2024). Beyond communication: An update on transforming healthcare teams. *Frontiers in Medicine*, 11, 1282173. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1282173>
- Derksen, C., Keller, F. M., Lippke, S., Riedl, B., & Kötting, L. (2023). Interdisciplinary and interprofessional communication intervention: Fostering patient safety through psychological safety and communication. *Frontiers in Psychology*, 14, 1164288. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1164288>
- Kaiser, L., Bartz, S., Neugebauer, E. A. M., Pietsch, B., & Pieper, D. (2022). Interprofessional collaboration and patient-reported outcomes in inpatient care: A systematic review. *Systematic Reviews*, 11(1), 169. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02027-x>
- Meneses-La-Riva, M. E., Fernández-Bedoya, V. H., & Suyo-Vega, J. A. (2025). Enhancing healthcare efficiency: The relationship between effective communication and teamwork among nurses in Peru. *Healthcare*, 15(2), 59. <https://doi.org/10.3390/healthcare15020059>
- Morassaei, S., Campbell, M., Di Prospero, L., Harrington, L., Holyoke, P., & Langley, J. (2022). A framework for interprofessional team collaboration in a hospital setting. *Journal of Interprofessional Care*, 36(4), 639–644. <https://doi.org/10.1177/08404704211063584>
- Olsen, R. M., Østnor, B. H., Enmarker, I., & Hellzén, O. (2023). Solutions for improved hospital-wide patient flows—A qualitative

interview study. BMC Health Services Research, 23(1), 17.
<https://doi.org/10.1186/s12913-022-09015-w>

- Singh, H., Mustapha, N., & Harun, R. (2023). Improving patient outcomes through effective hospital administration: A comprehensive review. Cureus, 15(10), e47731. <https://doi.org/10.7759/cureus.47731>
- Soh, T. L., Mannakkara, N., & McAleer, S. (2024). Patient flow in emergency departments: A comprehensive umbrella review of solutions and challenges. BMC Health Services Research, 24(1), 296. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10725-6>
- Zajac, S., Woods, A., Tannenbaum, S., Salas, E., & Holladay, C. L. (2021). Overcoming challenges to teamwork in healthcare: A team effectiveness framework and evidence-based guidance. Frontiers in Communication, 6, 606445. <https://doi.org/10.3389/fcomm.2021.606445>

Mid Ocean University

College of Management

Master of Health Administration



**The Impact of Communication and Coordination Efficiency
Among Clinical Teams on Reducing Medical Errors and
Improving Patient Flow in Hospitals**

Prepared by:

Abdulrahman Ali AL-QAHTANI

Academic Number:

253002134

Supervision:

Dr. Al-Faisal Abdelhamid Mohamed Hassan

Dr. Fayez Ali Jarad

1447-2026