

جامعة ميدأوشن

كلية الإدارة

قسم/تخصص ماجستير الإدارة الصحية

عنوان البحث:

ثقافة سلامة المرضى في مستشفيات محافظة القاهرة: مراجعة أدبية منهجية

اسم الطالب

عزيزة محمود السيد محمد

الرقم الأكاديمي

222000015

المشرف الرئيسي

د. الفصيل عبد الحميد

المشرف الثاني

د. فايز جراد

العام الجامعي:

2026

فهرس المحتويات

1.مقدمة.....	1
2.مشكلة الدراسة.....	2
3.أهمية الدراسة.....	3
4.أهداف الدراسة.....	4
5.تساؤلات الدراسة.....	5
6.الافتراضات التحليلية للدراسة.....	6
7.الدراسات السابقة.....	7
8.الفجوة البحثية.....	8
9.المنطلقات النظرية للدراسة.....	9
10.المنهجية وطرق البحث.....	10
11.مصادر البيانات ونطاق المراجعة.....	11
12.أداة الدراسة: نموذج استخلاص البيانات.....	12
13.إجراءات ضمان جودة المراجعة.....	13
14.أسلوب تحليل البيانات وتوليف النتائج.....	14
15.حدود الدراسة.....	15
16.المراجع.....	16

مقدمة

تحتل سلامة المرضى (Patient Safety) موقعًا محوريًا ضمن أولويات النظم الصحية المعاصرة، بوصفها الركيزة الأساسية التي تُبنى عليها جودة الرعاية الصحية وفعاليتها. فمنذ صدور تقرير معهد الطب الأمريكي الشهير "To Err Is Human" في عام 2000، والذي كشف عن أن آلاف الوفيات السنوية في المستشفيات الأمريكية تعود إلى أخطاء طبية يمكن الوقاية منها، تحول الاهتمام العالمي من التعامل مع الخطأ الطبي بوصفه إخفاقًا فرديًا إلى النظر إليه بوصفه نتاجًا لأنظمة وثقافات تنظيمية قابلة للتحسين. وقد تبنّت منظمة الصحة العالمية هذا التوجه من خلال خطة العمل العالمية لسلامة المرضى 2021-2030، التي دعت الدول الأعضاء إلى بناء "ثقافة سلامة" راسخة داخل مؤسساتها الصحية، باعتبارها شرطًا أساسيًا لتقليل الضرر غير المقصود الذي قد يلحق بالمرضى.

وتُعرّف ثقافة سلامة المرضى بأنها مجموعة القيم والمعتقدات والمعايير والممارسات المشتركة بين العاملين في المؤسسة الصحية، والتي تحدد مدى إعطاء الأولوية لسلامة المريض في القرارات والسلوكيات اليومية، وتشمل أبعادًا متعددة مثل العمل الجماعي، والتواصل المفتوح بشأن الأخطاء، والاستجابة غير العقابية للحوادث، ودعم الإدارة العليا لجهود السلامة، وكفاية عدد العاملين. وقد طورت وكالة البحوث وجودة الرعاية الصحية الأمريكية (AHRQ) أداة "المسح المستشفوي لثقافة سلامة المرضى" (Hospital Survey on Patient Safety Culture - HSOPSC)، والتي أصبحت الأداة الأكثر استخدامًا عالميًا لقياس هذا المفهوم، وطُبقت في عشرات الدول ومئات المستشفيات حول العالم، مما أنتج قاعدة متراكمة وثرية من الأدلة العلمية القابلة للتوليف والمقارنة.

وعلى الرغم من هذا الثراء في عدد الدراسات المنفردة التي طُبقت أداة HSOPSC حول العالم، فإن جهود توليف نتائج هذه الدراسات وتحليلها مجتمعة، وبخاصة في السياق العربي، لا تزال محدودة نسبيًا مقارنة بحجم الدراسات الفردية المتاحة؛ إذ تناولت معظم الدراسات العربية سياقًا مؤسسيًا واحدًا أو عددًا محدودًا من المستشفيات، دون وجود مراجعة منهجية تجمع نتائجها وتقارن بينها لتحديد الأنماط المشتركة والفجوات المتبقية، وهو ما يمثل فجوة بحثية تسعى هذه الدراسة إلى معالجتها.

ونكتسب هذه المراجعة أهمية خاصة بالنسبة لمستشفيات محافظة القاهرة؛ إذ لا تتوافر بشأنها سوى دراستين محليتين، كلتاهما تعود إلى عام 2012 (Aboul-Fotouh et al., 2012; Abdelhai et al., 2012)، وكلتاهما اقتصرتا على مؤسسة واحدة (مستشفى جامعة عين شمس، ومستشفيات جامعة القاهرة على التوالي)، دون وجود صورة محدّثة أو متكاملة تجمع بينهما أو تقارنهما بالأنماط الدولية الأحدث. وتسعى هذه الدراسة إلى تقديم مثل هذه الصورة المحدّثة، مستفيدة من توليف الأدلة العربية والدولية معًا.

وتسعى هذه الدراسة إلى تقديم مراجعة أدبية منهجية (Systematic Literature Review) لثقافة سلامة المرضى في مستشفيات محافظة القاهرة، من خلال توليف الأدلة العلمية المنشورة عربيًا ودوليًا حول أبعادها الفرعية وعلاقتها بمخرجات السلامة المتمثلة في التصور العام لسلامة المرضى ومعدل الإبلاغ عن الأحداث، وتكييف النتائج والتوصيات لتلائم السياق الخاص بمستشفيات القاهرة. وتتضمن هذه الخطة البحثية عرضًا لمشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها وتساولاتها وافترضاها التحليلية، يلي ذلك استعراض الدراسات السابقة والفجوة البحثية والمنطلقات النظرية، ثم منهجية المراجعة الأدبية المنهجية وإجراءاتها، ومصادر البيانات ونطاق المراجعة، وأداة استخلاص البيانات، وإجراءات ضمان جودة المراجعة، وأسلوب توليف النتائج المستخدم في تحليلها، وصولًا إلى حدود الدراسة والمراجع المعتمدة.

مشكلة الدراسة

على الرغم من الانتشار الواسع لأداة HSOPSC وتطبيقها في مئات المستشفيات حول العالم، فإن تطبيق ثقافة سلامة المرضى بمفهومها الشامل، القائم على الإبلاغ المفتوح عن الأخطاء والتعلم منها بدلاً من إخفائها أو معاقبة مرتكبيها، لا يزال يواجه تحديات تنظيمية وسلوكية متكررة عبر مختلف السياقات، بحسب ما تُظهره الدراسات المنشورة. ويمكن توضيح أبعاد المشكلة من خلال الفجوة بين الواقع الذي تكشفه الدراسات المنشورة والوضع المأمول نظرياً في المحاور الآتية:

أولاً: من حيث ثقافة الإبلاغ عن الأخطاء

الوضع المأمول: يُفترض أن تسود بيئة عمل يشعر فيها العاملون بالأمان عند الإبلاغ عن الأخطاء والحوادث القريبة من الوقوع (Near Misses)، دون خوف من اللوم أو العقاب الفردي، بما يتيح للإدارة تحديد نقاط الضعف في الأنظمة ومعالجتها قبل تكرارها.

الواقع كما تكشفه الدراسات: تشير دراسات عديدة، سواء في البيئة الدولية أو العربية، إلى أن بُعدي "الاستجابة غير العقابية للخطأ" و"معدل الإبلاغ عن الأحداث" يسجلان بصورة متكررة أدنى المتوسطات بين أبعاد ثقافة السلامة، مما يشير إلى نمط عابر للسياقات يستحق التوليف والتفسير.

ثانياً: من حيث العمل الجماعي والتواصل بين الوحدات

الوضع المأمول: يُفترض أن يسود تعاون وثيق وتواصل مفتوح بين مختلف الوحدات والتخصصات الطبية والتمريضية والإدارية، بما يضمن انتقال المعلومات المتعلقة بسلامة المريض بسلاسة عبر مراحل تقديم الرعاية.

الواقع كما تكشفه الدراسات: تُظهر معظم الدراسات المنشورة أن بُعد "العمل الجماعي داخل الوحدات" يسجل من أعلى المتوسطات بين الأبعاد، في حين يظل التواصل بين الوحدات المختلفة (بخلاف الوحدة الواحدة) أضعف نسبياً، وهو تباين يستدعي تفسيراً نظرياً موحداً.

ثالثاً: من حيث الدعم الإداري لجهود السلامة

الوضع المأمول: يُفترض أن تولي الإدارة العليا أولوية واضحة لسلامة المرضى، من خلال تخصيص الموارد اللازمة، وتبني سياسات داعمة، ومتابعة مؤشرات السلامة بصورة دورية.

الواقع كما تكشفه الدراسات: تتباين نتائج الدراسات المنشورة بشأن قوة العلاقة بين الدعم الإداري ومخرجات السلامة، إذ تجده بعض الدراسات من أقوى المتنبئات بالتصور العام لسلامة المريض بينما تجده دراسات أخرى أقل تأثيراً، وهو تضارب يحتاج إلى مراجعة منهجية توضح أسبابه المحتملة.

المؤشرات والأدلة الداعمة لوجود المشكلة

استندت الباحثة في صياغة مشكلة الدراسة إلى مجموعة من المؤشرات، أبرزها: تقديرات منظمة الصحة العالمية التي تشير إلى أن الرعاية الصحية غير الآمنة تتسبب في ملايين حالات الضرر القابل للوقاية سنوياً حول العالم (World Health Organization, 2021)؛ والدراسات العربية التي أظهرت تبايناً في مستوى ثقافة سلامة المرضى بين المستشفيات، وضعفاً خاصاً في بُعدي الإبلاغ عن الأخطاء والاستجابة غير العقابية لها (El-Jardali et al., 2010; Alahmadi, 2010)؛ إضافة إلى محدودية الدراسات التي جمعت وحللت نتائج هذه الأدبيات المتناثرة في مراجعة منهجية موحدة.

وفي ضوء ما سبق، يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس الآتي: ما مستوى ثقافة سلامة المرضى في مستشفيات محافظة القاهرة، وما العلاقة بين أبعادها الفرعية والتصور العام لسلامة المرضى ومعدل الإبلاغ عن الأحداث، كما تكشفه الأدلة العلمية المنشورة عربياً ودولياً؟

أهمية الدراسة

تتبع أهمية هذه الدراسة من الأولوية التي أصبحت تحتلها سلامة المرضى ضمن أجندة الجودة الصحية عالميًا، ومن الحاجة إلى توليف الأدلة العلمية المتراكمة حول هذا الموضوع في إطار تحليلي موحد يمكن الاستفادة منه في تطوير الممارسات الإدارية والصحية. ويمكن توضيح أهمية الدراسة من خلال محورين رئيسين:

أولاً: الأهمية العلمية (النظرية)

- إثراء الأدبيات العربية في مجال إدارة الجودة وسلامة المرضى، من خلال تقديم مراجعة منهجية شاملة لأداة HSOPSC ونتائج تطبيقها حول العالم.
- سد فجوة بحثية تتعلق بمحدودية المراجعات المنهجية التي توليف نتائج الدراسات المتناثرة حول ثقافة سلامة المرضى، وبخاصة في السياق العربي.
- تقديم إطار نظري متكامل يربط بين نظريات الخطأ البشري والنظم والموثوقية التنظيمية العالية من جهة، وثقافة سلامة المرضى من جهة أخرى.

ثانياً: الأهمية التطبيقية (العملية)

- تزويد صناع القرار في مديرية الصحة بمحافظة القاهرة وإدارات مستشفياتها (الحكومية، والجامعية التابعة لجامعتي القاهرة وعين شمس، والتابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي) بخلاصة موثقة للأدلة العلمية حول أبعاد ثقافة السلامة الأكثر تأثيراً في مخرجاتها، تساعدهم على تحديد أولويات التحسين دون الحاجة إلى انتظار دراسات ميدانية جديدة.
- المساهمة في توجيه برامج تدريبية موجهة لتعزيز ثقافة الإبلاغ عن الأخطاء والعمل الجماعي بين العاملين الصحيين في مستشفيات القاهرة، استناداً إلى الأنماط المتكررة عبر الدراسات.
- دعم جهود الاعتماد المؤسسي للمستشفيات، التي أصبحت ثقافة السلامة أحد معاييرها الأساسية، من خلال خلاصة عملية جاهزة للاستخدام.
- توفير مرجع منهجي للباحثين المستقبليين الراغبين في تصميم دراسات ميدانية حول ثقافة سلامة المرضى، من خلال تحديد الفجوات والاتجاهات غير المستكشفة بعد.

أهداف الدراسة

الهدف العام

يتمثل الهدف العام لهذه الدراسة في تقديم مراجعة أدبية منهجية لثقافة سلامة المرضى، وتوليف الأدلة العلمية المنشورة عربيًا ودوليًا حول أثر أبعادها الفرعية في التصور العام لسلامة المرضى ومعدل الإبلاغ عن الأحداث، باستخدام أداة HSOPSC المعتمدة عالميًا كإطار مرجعي موحد للمقارنة بين الدراسات، وتكييف النتائج والتوصيات لتلائم سياق مستشفيات محافظة القاهرة.

الأهداف الفرعية

- حصر وتصنيف الدراسات المنشورة التي طبقت أداة HSOPSC لقياس ثقافة سلامة المرضى في المستشفيات.
- توليف نتائج الدراسات المدرجة حول مستوى توافر أبعاد ثقافة سلامة المرضى (العمل الجماعي داخل الوحدات، والتواصل والانفتاح، والاستجابة غير العقابية للخطأ، والدعم الإداري لسلامة المرضى، وكفاية العاملين).
- تحليل الأدلة المتعلقة بأثر بُعد العمل الجماعي داخل الوحدات في التصور العام لسلامة المرضى ومعدل الإبلاغ عن الأحداث.
- تحليل الأدلة المتعلقة بأثر بُعد التواصل والانفتاح في التصور العام لسلامة المرضى ومعدل الإبلاغ عن الأحداث.
- تحليل الأدلة المتعلقة بأثر بُعد الاستجابة غير العقابية للخطأ في التصور العام لسلامة المرضى ومعدل الإبلاغ عن الأحداث.
- تحليل الأدلة المتعلقة بأثر بُعد الدعم الإداري لسلامة المرضى في التصور العام لسلامة المرضى ومعدل الإبلاغ عن الأحداث.
- التعرف على ما إذا كانت نتائج الدراسات المدرجة تتباين تبعًا لخصائصها المنهجية أو السياقية (البيئة الجغرافية، نوع المستشفى، الفئات الوظيفية المستهدفة).
- تحديد أبرز الفجوات البحثية التي لم تحظَ باهتمام كافٍ في الأدبيات المتعلقة بثقافة سلامة المرضى.
- تقديم مجموعة من التوصيات العملية والبحثية المستقبلية استنادًا إلى الأدلة المؤلفة من الدراسات المدرجة.

تساؤلات الدراسة

التساؤل الرئيس

ما مستوى ثقافة سلامة المرضى في مستشفيات محافظة القاهرة، وما العلاقة بين أبعادها الفرعية والتصور العام لسلامة المرضى ومعدل الإبلاغ عن الأحداث، كما تكشفه الأدلة العلمية المنشورة عربياً ودولياً؟

التساؤلات الفرعية

- ما مستوى توافر أبعاد ثقافة سلامة المرضى كما أظهرته الدراسات المنشورة؟
- ما العلاقة بين بُعد العمل الجماعي داخل الوحدات والتصور العام لسلامة المرضى ومعدل الإبلاغ عن الأحداث؟
- ما العلاقة بين بُعد التواصل والانفتاح والتصور العام لسلامة المرضى ومعدل الإبلاغ عن الأحداث؟
- ما العلاقة بين بُعد الاستجابة غير العقابية للخطأ والتصور العام لسلامة المرضى ومعدل الإبلاغ عن الأحداث؟
- ما العلاقة بين بُعد الدعم الإداري لسلامة المرضى والتصور العام لسلامة المرضى ومعدل الإبلاغ عن الأحداث؟
- هل تتباين نتائج الدراسات المدرجة تبعاً لخصائصها المنهجية أو السياقية؟
- ما أبرز الفجوات البحثية التي لم تحظَ باهتمام كافٍ في أدبيات ثقافة سلامة المرضى؟

الافتراضات التحليلية للدراسة

نظرًا لاعتماد الدراسة الحالية على منهج المراجعة الأدبية المنهجية، ولعدم جمع بيانات ميدانية أولية، فإن الدراسة لا تختبر فرضيات إحصائية بالمعنى التقليدي (H_0/H_1) عبر أساليب الانحدار أو اختبارات المعنوية الإحصائية على عينة مباشرة. وبدلاً من ذلك، تسترشد الدراسة بمجموعة من الافتراضات التحليلية المستمدة من الإطار النظري ومن نتائج الدراسات السابقة، والتي تسعى المراجعة إلى فحصها وتقييم مدى تدعيم الأدلة العلمية المنشورة لها من خلال التوليف الموضوعي لنتائج الدراسات المدرجة.

الافتراض الرئيس

تفترض الدراسة أن أبعاد ثقافة سلامة المرضى (العمل الجماعي داخل الوحدات، والتواصل والانفتاح، والاستجابة غير العقابية للخطأ، والدعم الإداري لسلامة المرضى) ترتبط، وفقاً لما تشير إليه الأدبيات العلمية المنشورة، بتحسين التصور العام لسلامة المرضى ومعدل الإبلاغ عن الأحداث داخل المستشفيات، وأن هذا الارتباط تدعمه أدلة متسقة عبر الدراسات الدولية والعربية التي طبقت أداة HSOPSC.

الافتراضات الفرعية

الافتراض الفرعي الأول: تشير الأدبيات إلى ارتباط بُعد العمل الجماعي داخل الوحدات بتحسين التصور العام لسلامة المرضى ومعدل الإبلاغ عن الأحداث.

الافتراض الفرعي الثاني: تشير الأدبيات إلى ارتباط بُعد التواصل والانفتاح بتحسين التصور العام لسلامة المرضى ومعدل الإبلاغ عن الأحداث.

الافتراض الفرعي الثالث: تشير الأدبيات إلى ارتباط بُعد الاستجابة غير العقابية للخطأ بتحسين التصور العام لسلامة المرضى ومعدل الإبلاغ عن الأحداث.

الافتراض الفرعي الرابع: تشير الأدبيات إلى ارتباط بُعد الدعم الإداري لسلامة المرضى بتحسين التصور العام لسلامة المرضى ومعدل الإبلاغ عن الأحداث.

وتسعى المراجعة إلى تقييم مدى اتساق نتائج الدراسات المدرجة مع كل افتراض من هذه الافتراضات، وتحديد أوجه الاتفاق والاختلاف بين نتائجها، وصولاً إلى تقييم علمي موثق حول قوة العلاقة بين متغيرات الدراسة كما تعكسها الأدلة المنشورة، دون تعميم إحصائي مباشر على مستشفيات بعينها لعدم توافر بيانات أولية.

الدراسات السابقة

تُعرض الدراسات السابقة وفقاً للترتيب الموضوعي، حسب المتغيرات والمفاهيم التي تناولتها، عبر ثلاثة محاور رئيسة تتفق مع أهداف الدراسة الحالية.

المحور الأول: دراسات تطوير أداة HSOPSC والتحقق من خصائصها السيكومترية

دراسة (Sorra & Nieva (2004)

Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ. Sorra, J. S., & Nieva, V. F. (2004). Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality

هدفت هذه الدراسة إلى تطوير أداة قياس موحدة لثقافة سلامة المرضى في المستشفيات، بالاعتماد على مراجعة الأدبيات والمقاييس السابقة في مجالي سلامة المرضى وثقافة السلامة في الصناعات عالية الخطورة. اعتمدت الدراسة على منهجية تطوير المقاييس النفسومترية، شملت صياغة البنود، واختبارها ميدانياً على عينة من المستشفيات الأمريكية، وإجراء التحليل العاملي الاستكشافي لتحديد الأبعاد (Composites) النهائية.

أسفرت الدراسة عن أداة HSOPSC بصورتها المعتمدة، المكونة من 42 بنداً موزعة على 12 بُعداً فرعياً (Composites)، إضافة إلى مقاييس نتائج تشمل التصور العام لسلامة المريض، ومعدل تكرار الإبلاغ عن الأحداث، وتقدير عام لدرجة السلامة. وأظهرت الدراسة تمتع الأداة بخصائص سيكومترية مقبولة من حيث الصدق والثبات.

وتُعد هذه الدراسة الأساس المرجعي المباشر للدراسة الحالية؛ إذ تعتمد الدراسة الحالية على الأبعاد ذاتها وتعريفاتها كإطار موحد لتصنيف وتوليف نتائج الدراسات المدرجة في المراجعة، بينما تختلف عنها في أنها مراجعة أدبية توليفية لعشرات الدراسات التطبيقية، وليست دراسة تطوير أداة أو تطبيقاً ميدانياً مباشراً.

دراسة Smits وآخرين (2008)

.Smits, M., Christiaans-Dingelhoff, I., Wagner, C., van der Wal, G., & Groenewegen, P. P. The psychometric properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch. (2008) 230, hospitals. BMC Health Services Research, 8

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من الخصائص السيكومترية للنسخة الهولندية من أداة HSOPSC، وقياس مدى ملاءمتها للتطبيق خارج البيئة الأمريكية التي طُورت فيها. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وطُبقت الاستبانة على عينة كبيرة من العاملين في عدد من المستشفيات الهولندية، وأجري تحليل عاملي توكيدي لاختبار البنية العاملية للأداة، إضافة إلى حساب معامل كرونباخ ألفا لكل بُعد.

أظهرت النتائج أن معظم أبعاد الأداة احتفظت بخصائصها السيكومترية المقبولة بعد الترجمة والتطبيق في بيئة ثقافية مختلفة، مع وجود تباين طفيف في بعض الأبعاد الفرعية، مما يدعم إمكانية تعميم الأداة على بيئات غير أمريكية بعد إجراء تكييف لغوي وثقافي مناسب.

وتفيد هذه الدراسة الحالية في توثيق أن الخصائص السيكومترية للأداة قابلة للتكيف عبر السياقات، وهو ما يدعم صحة استخدام نتائجها ونتائج الدراسات المماثلة كوحدات تحليل قابلة للمقارنة في مراجعة أدبية موحدة، رغم اختلاف بيئاتها الثقافية.

دراسة Bodur & Filiz (2010)

Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on .Bodur, S., & Filiz, E. (2010) Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. BMC .28, Health Services Research, 10

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من صدق وثبات النسخة التركية من أداة HSOPSC، وقياس مستوى تصور سلامة المرضى في عينة من المستشفيات الحكومية التركية. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وطُبقت الاستبانة على عينة من الأطباء والتمريض والفنيين في عدد من المستشفيات، مع استخدام التحليل العاملي واختبار كرونباخ ألفا للتحقق من الخصائص السيكمترية.

أظهرت النتائج تمتع النسخة التركية بمستويات مقبولة من الصدق والثبات، كما كشفت عن تدني ملحوظ في بُعدي الاستجابة غير العقابية للخطأ والتزود بالعاملين، في حين سجلت أبعاد العمل الجماعي داخل الوحدات مستويات أعلى نسبيًا.

وتُسهم هذه الدراسة في تعزيز الأدلة المؤلفة في المراجعة الحالية حول تكرار نمط انخفاض بُعدي الاستجابة غير العقابية للخطأ والتزود بالعاملين عبر سياقات متعددة، وهو نمط تسعى الدراسة الحالية إلى توثيقه بصورة منهجية عبر مقارنة أوسع نطاقًا من الدراسات.

المحور الثاني: دراسات تطبيق ثقافة سلامة المرضى في البيئة العربية

دراسة El-Jardali وآخرين (2010)

The current state of .El-Jardali, F., Jaafar, M., Dimassi, H., Jamal, D., & Hamdan, M. (2010) patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. International Journal for Quality .395-386, (5)in Health Care, 22

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم المستوى المرجعي (Baseline) لثقافة سلامة المرضى في عينة من المستشفيات اللبنانية، تمهيدًا لتطوير برامج تحسين لاحقة. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي المسحي، وطُبقت أداة HSOPSC على عينة استثنائية الاتساع بلغت 6807 من العاملين الصحيين في 68 مستشفى لبنانيًا (ما يعادل 54% من إجمالي مستشفيات لبنان)، وهو ما يجعلها من أوسع الدراسات العربية نطاقًا في هذا المجال.

أظهرت النتائج تباينًا واضحًا بين أبعاد ثقافة السلامة؛ إذ سجل بُعد العمل الجماعي داخل الوحدات أعلى المتوسطات، في حين سجلت أبعاد الاستجابة غير العقابية للخطأ والتزود بالعاملين أدنى المستويات، كما أظهرت الدراسة وجود فروق دالة إحصائية تبعًا للفئة الوظيفية ونوع المستشفى.

وتُعد هذه الدراسة من أهم مصادر الأدلة العربية في المراجعة الحالية، وتدعم اختيار أبعاد الدراسة الحالية وافترضاها الفرعية. وتختلف عنها الدراسة الحالية في أنها لا تكتفي بعرض نتائج دراسة واحدة، بل تقارن نتائجها مع دراسات عربية ودولية أخرى مماثلة لتحديد مدى تكرار هذا النمط عبر السياقات المختلفة.

دراسة Alahmadi (2010)

Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. Quality .Alahmadi, H. A. (2010) and Safety in Health Care, 19 e17, (5)

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مستوى ثقافة سلامة المرضى في عينة من المستشفيات السعودية من وجهة نظر العاملين الصحيين، وتحديد العوامل المرتبطة بارتفاع أو انخفاض هذا المستوى. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي المسحي باستخدام أداة HSOPSC المترجمة إلى العربية، وطُبقت على عينة من الأطباء والتمريض والإداريين.

أظهرت النتائج أن المستوى العام لثقافة سلامة المرضى كان متوسطاً، مع وجود فروق دالة إحصائية تبعاً للفئة الوظيفية وسنوات الخبرة، وأن بُعد الدعم الإداري لسلامة المرضى كان من أقوى الأبعاد المرتبطة بالتصور العام لسلامة المريض.

وتفيد هذه الدراسة الدراسة الحالية في توفير نسخة عربية مُختبرة من الأداة يمكن الرجوع إليها عند مناقشة مسألة الترجمة، كما تدعم الافتراض الفرعي الرابع بشأن أهمية بُعد الدعم الإداري. وتختلف عنها الدراسة الحالية في أنها تقارن هذه النتيجة مع نتائج مماثلة أو متباينة من دراسات أخرى بدلاً من الاكتفاء بنتيجة دراسة واحدة.

دراسة Aboul-Fotouh وآخرين (2012)

Assessment of .Aboul-Fotouh, A. M., Ismail, N. A., Ez Elarab, H. S., & Wassif, G. O. (2012) patient safety culture among healthcare providers at a teaching hospital in Cairo, Egypt. Eastern Mediterranean Health Journal, 18, 377-372.

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم ثقافة سلامة المرضى بين مقدمي الرعاية الصحية في أحد المستشفيات الجامعية بالقاهرة، وتحديد نقاط القوة والضعف في مختلف أبعادها. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي المسحي، باستخدام أداة HSOPSC المترجمة إلى العربية، وطُبقت على عينة من الأطباء والتمريض والفنيين في المستشفى محل الدراسة.

أظهرت النتائج أن أعلى الأبعاد تقييماً كان التعلم التنظيمي والتحسين المستمر (بمعدل استجابة إيجابية بلغ 78.2%)، يليه العمل الجماعي داخل الوحدات (58.1%)، من بين عينة بلغت 510 من الأطباء والتمريض والصيادلة والفنيين، بينما جاء بُعدا التزام العاملين والاستجابة غير العقابية للخطأ في مراتب متأخرة، وأوصت الدراسة بضرورة تبني برامج تدريبية لتعزيز ثقافة الإبلاغ غير العقابي.

وتُعد هذه الدراسة إحدى دراستين محليتين متاحيتين تحديداً عن مستشفيات محافظة القاهرة (إلى جانب دراسة عبد الحي وآخرين أدناه)، وتسهم في تعزيز الأدلة المحلية ضمن التوليف الموضوعي للمراجعة الحالية. وتختلف عنها الدراسة الحالية في نطاقها الأوسع زمنياً ومؤسسياً؛ إذ تجمع نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسات عربية ودولية أخرى، ومع دراسة عبد الحي وآخرين عن مستشفيات جامعة القاهرة، بدلاً من الاقتصار على مؤسسة واحدة أو نقطة زمنية واحدة تعود إلى أكثر من عقد من الزمن.

دراسة Abdelhai وآخرين (2012)

Assessing patient safety culture and factors affecting it among health care providers at Cairo University Hospitals. Journal of American Science, 8, 285-277.

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم ثقافة سلامة المرضى وتحديد العوامل المؤثرة فيها بين مقدمي الرعاية الصحية في مستشفيات جامعة القاهرة، بوصفها إحدى أكبر المجمعات الاستشفائية الجامعية في محافظة القاهرة. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي المسحي باستخدام أداة HSOPSC المترجمة إلى العربية، وطُبقت على عينة من الأطباء والتمريض والعاملين الصحيين في عدد من مستشفيات جامعة القاهرة.

أظهرت النتائج تبايناً في مستويات أبعاد ثقافة السلامة المختلفة، مع وجود عوامل تنظيمية ووظيفية مرتبطة بمستوى هذه الثقافة، كما أشارت الدراسة إلى أن نسبة لا يُستهان بها من المشاركين لم يبلغوا عن وقوع أحداث متعلقة بسلامة المرضى في أقسامهم خلال الفترة السابقة للدراسة، بما يعكس ضعفاً نسبياً في ثقافة الإبلاغ، وهو نمط يتسق مع ما وجدته دراسات عربية ودولية أخرى.

وتُعد هذه الدراسة، إلى جانب دراسة Aboul-Fotouh وآخرين أعلاه، من الدراستين المحليتين الوحيدتين متاحيتين عن مستشفيات محافظة القاهرة تحديداً، وكلاهما تعود إلى عام 2012. وتختلف عنها الدراسة الحالية في أنها تسعى إلى تحديث هذه

الصورة المحلية وتوسيعها لتشمل أنواع المستشفيات الثلاثة العاملة في القاهرة (الحكومية، والجامعية، والتأمينية)، وربطها بالأدلة الدولية الأحدث، بدلاً من الاعتماد على لقطة واحدة من مؤسسة جامعية واحدة قبل أكثر من عقد من الزمن.

دراسة Elmontsri وآخرين (2017)

Status of patient safety .Elmontsri, M., Almashrafi, A., Banarsee, R., & Majeed, A. (2017). e013487, (2)culture in Arab countries: A systematic review. BMJ Open, 7

تُعد هذه الدراسة المراجعة المنهجية الوحيدة التي عثرت عليها الباحثة والتي تناولت حصر وتوليف نتائج الدراسات العربية التي طبقت أداة HSOPSC حتى تاريخ إجرائها. هدفت إلى استكشاف حالة ثقافة سلامة المرضى في الدول العربية استناداً إلى نتائج الدراسات المنشورة، واعتمدت على البحث الإلكتروني في قواعد بيانات MEDLINE و EMBASE و CINAHL و ProQuest و PsychINFO و Google Scholar و PubMed، مع مراجعة يدوية لقوائم مراجع الدراسات المدرجة، وقيم باحثان مستقلان مدى استيفاء الدراسات لمعايير الإدراج وجودتها المنهجية.

شملت المراجعة 18 دراسة استوفت معايير الإدراج، وخلصت إلى أن بُعد "الاستجابة غير العقابية للخطأ" يمثل أكثر الأبعاد إشكالية عبر الدول العربية التي شملتها المراجعة، وأن "ثقافة اللوم" لا تزال سائدة بما يحد من إبلاغ العاملين الصحيين عن الحوادث.

وتمثل هذه الدراسة أقرب الأعمال السابقة إلى تصميم الدراسة الحالية من حيث المنهج، إذ تعتمد كلتاهما على المراجعة الأدبية المنهجية بدلاً من جمع بيانات أولية. غير أن الدراسة الحالية تختلف عنها في ثلاثة جوانب رئيسية: (1) تغطي أدبيات منشورة حتى عام 2026، أي ما يقارب عشر سنوات إضافية من الدراسات التي لم تشملها مراجعة Elmontsri وآخرين؛ (2) لا تقتصر على الدول العربية وحدها، بل توسع النطاق ليشمل مقارنة الأنماط العربية بنظيراتها الدولية (الصين، وتركيا، وهولندا، والمملكة المتحدة)؛ (3) تسعى إلى تحليل العلاقة بين الأبعاد الفرعية ومتغيرات النتائج (التصور العام لسلامة المريض ومعدل الإبلاغ عن الأحداث) تحديداً، وليس فقط وصف مستويات الأبعاد كما فعلت المراجعة السابقة.

المحور الثالث: دراسات العلاقة بين ثقافة سلامة المرضى ومخرجات الأداء

دراسة Nie وآخرين (2013)

Hospital survey on patient safety .Nie, Y., Mao, X., Cui, H., He, S., Li, J., & Zhang, M. (2013). 228, culture in China. BMC Health Services Research, 13

هدفت هذه الدراسة إلى قياس اتجاهات وتصورات العاملين الصحيين في الصين تجاه ثقافة سلامة المرضى، ومقارنة الخصائص السيكمترية للنسخة الصينية المعدلة من أداة HSOPSC بنظيرتها الأمريكية. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي المقارن، وطُبقت نسخة معدلة من الأداة (تضم 10 أبعاد بدلاً من 12) على عينة بلغت 1160 عاملاً صحياً في 32 مستشفى بخمس عشرة مدينة صينية، واستخدمت اختبار مربع كاي (Chi-Square) واختبار كروسكال-واليس (Kruskal-Wallis) لمقارنة الاستجابات بين الفئات الوظيفية والدول، إضافة إلى تحليل الارتباط والتحليل العاملي الاستكشافي للتحقق من الخصائص السيكمترية للنسخة الصينية.

أظهرت النتائج أن العاملين الصحيين في الصين أبدوا اتجاهات إيجابية نحو خمسة أبعاد (العمل الجماعي داخل الوحدات، والتعلم التنظيمي والتحسين المستمر، والتواصل والانفتاح، والاستجابة غير العقابية للخطأ، والعمل الجماعي بين الوحدات) بمعدلات استجابة إيجابية أعلى من نظيراتها الأمريكية، في حين سجل بُعداً "التزود بالعاملين" و"التغذية الراجعة والتواصل بشأن الأخطاء" أدنى معدلات الاستجابة الإيجابية، وهو نمط يتفق مع ما وجدته دراسات أخرى مثل دراسة بودور وفيليز في تركيا.

وتُعد هذه الدراسة من أهم مصادر الأدلة حول أنماط الأبعاد المرتفعة والمنخفضة عبر السياقات الثقافية المختلفة، وتُستخدم في الدراسة الحالية كمرجع لمقارنة الاتجاه العام لكل بُعد عبر سياقات متعددة. وتختلف عنها الدراسة الحالية في أنها توليف متعدد الدراسات (Multi-study Synthesis) وليست دراسة مقارنة مباشرة بين دولتين، كما أنها تعتمد على أساليب التوليف الموضوعي بدلاً من الاختبارات الإحصائية المباشرة على بيانات أولية.

التعقيب العام على الدراسات السابقة

يتضح من استعراض الدراسات السابقة أن الخصائص السيكمترية لأداة HSOPSC ليست متجانسة بالكامل عبر البيئات الثقافية؛ فبينما أظهرت دراستا هولندا وتركيا مستويات مقبولة نسبياً من الصدق والثبات بعد الترجمة، كشفت دراسة أجريت في المملكة المتحدة (Waterson et al., 2010) أن أكثر من نصف المقاييس الفرعية لم تحقق اتساقاً داخلياً مرضياً، مما يشير إلى أن قابلية تعميم الأداة تتفاوت باختلاف السياق الثقافي، وهو ما يستدعي مراعاة هذا التباين عند مقارنة النتائج بين الدراسات ضمن المراجعة الحالية بدلاً من افتراض تكافؤ صدقها في كل البيئات. كما تتفق معظم الدراسات، سواء في البيئة العربية أو غيرها، على أن بُعدي "العمل الجماعي داخل الوحدات" و"التعلم التنظيمي والتحسين المستمر" يميلان إلى تسجيل مستويات أعلى نسبياً، بينما يسجل بُعدا "الاستجابة غير العقابية للخطأ" و"التزود بالعاملين" مستويات أدنى بصورة متكررة عبر مختلف البيئات، وهو نمط يستحق التوليف والتفسير النظري الموحد الذي تسعى إليه هذه المراجعة.

كما لوحظ أن الدراسات العربية (لبنان، والسعودية، ومصر) اعتمدت بصورة رئيسة على التحليل الوصفي، ولم تختبر أي منها العلاقة الانحدارية المباشرة بين أبعاد ثقافة السلامة ومخرجاتها. كما لوحظ أن المراجعة المنهجية العربية الوحيدة المتاحة (Elmonsri et al., 2017) تقتصر على أدبيات ما قبل عام 2017، ولا تقارن الأنماط العربية بنظيراتها الدولية، وهو ما تسعى الدراسة الحالية إلى تحديثه وتوسيع نطاقه.

الفجوة البحثية

أولاً: فجوة الحدائة والنطاق المقارن (Currency and Comparative Scope Gap)

سبق أن قدّم Elmontsri وآخرون (2017) مراجعة منهجية لحالة ثقافة سلامة المرضى في الدول العربية، شملت 18 دراسة. غير أن هذه المراجعة تقتصر على الأدبيات المنشورة حتى عام 2016 تقريباً، ولا تقارن الأنماط العربية بنظيراتها الدولية (كالصين وتركيا وهولندا والمملكة المتحدة) بصورة منهجية، بل تكتفي بوصف حالة الدول العربية منفردة. وتسعى الدراسة الحالية إلى تحديث هذا التوليف بتغطية ما يقارب عشر سنوات إضافية من الأدبيات المنشورة حتى عام 2026، وتوسيع نطاق المقارنة ليشمل الأنماط الدولية إلى جانب العربية.

ثانياً: الفجوة المنهجية

اعتمدت جميع الدراسات العربية التي اطلعت عليها الباحثة، وكذلك أغلب الدراسات الدولية المماثلة، على أساليب وصفية ومقارنة (كالتكرارات والنسب المئوية واختبارات الفروق)، دون اختبار العلاقة الانحدارية المباشرة بين أبعاد ثقافة السلامة ومخرجاتها (التصور العام لسلامة المريض ومعدل الإبلاغ عن الأحداث). وتسعى الدراسة الحالية إلى توليف هذه النتائج الوصفية المتناثرة وتحليلها في ضوء الإطار النظري، لتقديم صورة أكثر شمولاً حول العلاقة بين كل بُعد ومخرجات السلامة، حتى في غياب دراسات فردية استخدمت الانحدار مباشرة.

ثالثاً: الفجوة الجغرافية والتمثيلية

لا يزال تمثيل الدراسات العربية في الأدبيات العالمية المتعلقة بثقافة سلامة المرضى محدوداً مقارنة بحجم الدراسات الغربية والآسيوية. وبالنسبة لمستشفيات محافظة القاهرة تحديداً، لا تتوافر سوى دراستين محليتين (Aboul-Fotouh et al., 2012; Abdelhai et al., 2012)، كلتاهما تعود إلى أكثر من عقد من الزمن، وكلتاهما اقتصرتا على مؤسسة جامعية واحدة، دون تغطية المستشفيات الحكومية أو التأمينية العاملة في المحافظة، ودون مقارنة صريحة بالأنماط الدولية الأحدث. مما يجعل توليف الأدلة العربية والدولية المتاحة، وتكييف نتائجها لتلائم السياق الخاص بمستشفيات القاهرة بتنوعها المؤسسي، أمراً ذا قيمة علمية وتطبيقية مضافة.

وفي ضوء ما سبق، تسعى الدراسة الحالية إلى الإسهام في سد هذه الفجوات من خلال مراجعة أدبية منهجية شاملة توليف نتائج الدراسات المتاحة حول ثقافة سلامة المرضى، واختبار مدى اتساقها مع الافتراضات التحليلية للدراسة، وتحليل العلاقات بين متغيراتها، وتكييف النتائج لتلائم سياق مستشفيات محافظة القاهرة.

المنطلقات النظرية للدراسة

تستند الدراسة الحالية إلى ثلاث نظريات رئيسة تساعد على تفسير طبيعة العلاقة بين ثقافة سلامة المرضى ومخرجاتها داخل المؤسسات الصحية، وتوجيه عملية توليف الأدلة المستخلصة من الدراسات المدرجة.

أولاً: نظرية الخطأ البشري (نموذج الجبن السويسري) (Human Error Theory / Swiss Cheese Model)

طور هذه النظرية جيمس ريزون (Reason, 2000)، وترى أن الأخطاء الطبية نادرًا ما تنتج عن فعل فردي منعزل، بل هي محصلة تراكم ثغرات كامنة (Latent Failures) في طبقات متعددة من النظام (السياسات، والإجراءات، والإشراف، وبيئة العمل)، تتقاطع أحيانًا لتحدث الضرر، شأنها شأن الثقوب المترافقة في شرائح الجبن السويسري. وتستفيد الدراسة الحالية من هذه النظرية في تفسير سبب أهمية الأبعاد التنظيمية لثقافة السلامة (كالدعم الإداري والتواصل) في تقليل احتمالات تقاطع هذه الثغرات وتحويلها إلى ضرر فعلي للمريض، بصرف النظر عن السياق المؤسسي المحدد.

ثانيًا: نظرية النظم (Systems Theory)

تنظر نظرية النظم إلى المستشفى بوصفه نظامًا مفتوحًا يتكون من عناصر متفاعلة (مدخلات، وعمليات، ومخرجات، وتغذية راجعة)، وتؤكد أن سلامة المريض نتاج تفاعل هذه العناصر مجتمعة، وليست مسؤولية فردية معزولة. وتستفيد الدراسة الحالية من هذه النظرية في تفسير كيفية تفاعل أبعاد ثقافة السلامة (كمدخلات وعمليات تنظيمية) لثنتج مخرجات السلامة المتمثلة في النصوص العام لسلامة المريض ومعدل الإبلاغ عن الأحداث (بوصفها آلية تغذية راجعة)، بما يوفر إطارًا موحدًا لتصنيف نتائج الدراسات المدرجة رغم اختلاف سياقاتها.

ثالثًا: نظرية المنظمات عالية الموثوقية (High Reliability Organization Theory)

طور هذه النظرية (Weick & Sutcliffe, 2007)، وتصف المنظمات التي تعمل في بيئات عالية الخطورة (كالطيران والطاقة النووية والرعاية الصحية) وتحافظ مع ذلك على معدلات منخفضة من الحوادث، من خلال خصائص تنظيمية مشتركة أبرزها: الانشغال المستمر بالفشل المحتمل، والتروء في تبسيط التفسيرات، والحساسية للعمليات التشغيلية، والالتزام بالمرونة، واحترام الخبرة الفنية. وتستفيد الدراسة الحالية من هذه النظرية في تفسير النمط المتكرر عبر الدراسات، والذي يربط بين ارتفاع مستوى الاستجابة غير العقابية للخطأ والعمل الجماعي من جهة، وتحسن مخرجات السلامة من جهة أخرى، بصرف النظر عن اختلاف البيانات المؤسسية بين الدراسات المدرجة.

المنهجية وطرق البحث

تعتمد هذه الدراسة على منهج المراجعة الأدبية المنهجية (Systematic Literature Review)، بوصفه المنهج الأنسب لطبيعة الدراسة التي لا تتضمن جمع بيانات أولية من الميدان، والذي يتيح تجميع الأدلة العلمية المتراكمة حول ثقافة سلامة المرضى وعلاقتها بمخرجاتها في المستشفيات، وتحليلها وتولييفها بطريقة منهجية وشفافة وقابلة للتكرار.

وتتميز المراجعة الأدبية المنهجية عن المراجعة التقليدية للأدبيات بأنها تتبع خطوات محددة وموثقة في تحديد مصادر البحث، وصياغة معايير الإدراج والاستبعاد، وفرز الدراسات، وتقييم جودتها، واستخلاص بياناتها وتوليف نتائجها، بما يقلل من التحيز الذي قد يشوب المراجعات غير المنهجية، ويعزز من إمكانية الاعتماد على نتائجها في بناء إطار مفاهيمي وتوصيات عملية.

خطة تنفيذ المراجعة وإجراءاتها

تمر إجراءات المراجعة بالمراحل المتسلسلة الآتية:

- تحديد أسئلة المراجعة ونطاقها، بناءً على مشكلة الدراسة وأهدافها وتساؤلاتها.
- بناء استراتيجية البحث وتحديد الكلمات المفتاحية وقواعد البيانات المستهدفة.
- تطبيق معايير الإدراج والاستبعاد على نتائج البحث الأولية.
- فرز الدراسات على مرحلتين: فحص العناوين والملخصات، ثم مراجعة النصوص الكاملة للدراسات المؤهلة.
- تقييم الجودة المنهجية للدراسات المدرجة باستخدام أداة تقييم نقدي مناسبة.
- استخلاص البيانات من الدراسات المدرجة باستخدام نموذج استخلاص موحد.
- توليف النتائج موضوعياً وفق أبعاد ثقافة سلامة المرضى ومخرجاتها.
- تفسير النتائج في ضوء الإطار النظري، واستخلاص التوصيات المقترحة.

مصادر البيانات ونطاق المراجعة

بما أن الدراسة الحالية لا تعتمد على مجتمع بشري وعينة ميدانية، فإن "مجتمع الدراسة" في سياق المراجعة الأدبية المنهجية يتمثل في مجمل الأدبيات العلمية المنشورة التي طبقت أداة HSOPSC أو تناولت ثقافة سلامة المرضى في المستشفيات، بينما تتمثل "العينة" في مجموعة الدراسات التي تستوفي معايير الإدراج المحددة أدناه وتخضع لعملية الفرز المنهجي.

قواعد البيانات ومصادر البحث

تعتمد الباحثة في البحث عن الدراسات ذات الصلة على مجموعة من قواعد البيانات العلمية الدولية والعربية، أبرزها:

- القواعد الدولية: PubMed، Scopus، Web of Science، ScienceDirect، وGoogle Scholar.

- القواعد العربية: بنك المعرفة المصري (EKB)، ودار المنظومة (Almandumah)، ومكتبات الرسائل الجامعية العربية المتاحة إلكترونياً.

استراتيجية البحث والكلمات المفتاحية

تُبنى استراتيجية البحث على مجموعة من الكلمات المفتاحية ومركباتها باستخدام الروابط المنطقية (AND/OR)، من أبرزها:

- بالعربية: "ثقافة سلامة المرضى"، "سلامة المرضى"، "المستشفيات"، "المسح المستشفوي لثقافة السلامة".

- بالإنجليزية: Patient Safety Culture، Hospital Survey on Patient Safety Culture، HSOPSC، Patient Safety، Safety، Safety Climate Hospitals.

معايير الإدراج والاستبعاد

معايير الإدراج:

- الدراسات المنشورة في دوريات علمية محكمة، أو رسائل جامعية (ماجستير/دكتوراه)، أو تقارير مؤسسية رسمية (مثل منظمة الصحة العالمية أو AHRQ).

- الدراسات المنشورة خلال الفترة من عام 2000 حتى عام 2026، بوصفها الفترة التي شهدت تطوير أداة HSOPSC وانتشار تطبيقها.

- الدراسات التي تتناول ثقافة سلامة المرضى، وبخاصة تلك التي طبقت أداة HSOPSC أو نسخة مترجمة منها، ضمن سياق المستشفيات.

- الدراسات المتاحة بالنص الكامل باللغتين العربية أو الإنجليزية.

معايير الاستبعاد:

- الدراسات غير المرتبطة بالقطاع الصحي أو بيئة المستشفيات تحديداً.

- الدراسات غير المحكّمة أو ذات المصدر غير الموثوق، والمقالات الرأي غير المستندة إلى بحث علمي.

- الدراسات المكررة التي تنشر النتائج ذاتها في أكثر من مصدر.

- الدراسات غير المتاحة بالنص الكامل بعد محاولة الحصول عليها من مصادرها.

إجراءات الفرز والاختيار

تمر عملية فرز الدراسات بثلاث مراحل متتابعة، يوصى بتوثيقها عبر مخطط تدفق على غرار نموذج PRISMA المستخدم في المراجعات المنهجية: (1) مرحلة الحصر الأولي لنتائج البحث في قواعد البيانات وإزالة الدراسات المكررة، (2) مرحلة فحص العناوين والملخصات لاستبعاد الدراسات غير ذات الصلة، (3) مرحلة مراجعة النصوص الكاملة للدراسات المتبقية لتحديد مدى استيفائها لمعايير الإدراج النهائية.

أداة الدراسة: نموذج استخلاص البيانات

نظرًا لعدم اعتماد الدراسة على استبانة ميدانية، فإن أداة جمع البيانات الرئيسية في هذه المراجعة تتمثل في نموذج استخلاص بيانات موحد (Data Extraction Form) تصممه الباحثة لتسجيل المعلومات الأساسية من كل دراسة تستوفي معايير الإدراج، بما يضمن اتساق عملية الاستخلاص وقابليتها للمقارنة بين الدراسات.

ويتضمن نموذج الاستخلاص الحقول الآتية:

- بيانات التوثيق: اسم الباحث (الباحثين)، سنة النشر، الدورية أو الجهة الناشرة، بلد الدراسة.
 - هدف الدراسة الأساسي وأسئلتها البحثية.
 - المنهج المستخدم، وحجم العينة، ونوع الأداة المستخدمة (النسخة الكاملة أو المختصرة من HSOPSC، أو أداة مشتقة منها).
 - أبعاد ثقافة سلامة المرضى التي تناولتها الدراسة (العمل الجماعي/التواصل والانفتاح/الاستجابة غير العقابية للخطأ/الدعم الإداري/أبعاد أخرى)، ومتوسط كل بُعد إن توافر.
 - متغيرات النتائج التي تناولتها الدراسة (التصور العام لسلامة المريض/معدل الإبلاغ عن الأحداث/تقدير درجة السلامة)، ونوع التحليل الإحصائي المستخدم لربطها بالأبعاد الفرعية.
 - أبرز النتائج المتعلقة بالعلاقة بين المتغيرات، واتجاه هذه العلاقة (إيجابية/سلبية/غير دالة).
 - محدودية الدراسة كما ذكرها مؤلفوها.
- ويُطبَّق هذا النموذج على جميع الدراسات المدرجة بصورة موحدة، بما يتيح بناء مصفوفة توليف (Synthesis Matrix) تلخص نتائج الدراسات جنبًا إلى جنب، وتسهّل مقارنتها وتحليلها في مرحلة التوليف الموضوعي لاحقًا.

إجراءات ضمان جودة المراجعة

نظرًا لعدم استخدام استبانة ميدانية في هذه الدراسة، فإن مفهومي الصدق والثبات بالمعنى النفسومتري (الخاص بأدوات القياس) لا ينطبقان مباشرة. غير أن الدراسة تعتمد مجموعة من الإجراءات البديلة التي تؤدي وظيفة مماثلة في ضمان دقة وموضوعية المراجعة الأدبية المنهجية، من أبرزها:

- الشفافية في توثيق استراتيجيات البحث وقواعد البيانات والكلمات المفتاحية المستخدمة، بما يتيح تكرار عملية البحث والتحقق منها.

- مراجعة عينة عشوائية من الدراسات المدرجة والمستبعدة من قبل المشرف (أو مراجع ثانٍ)، للتحقق من اتساق قرارات الفرز مع معايير الإدراج والاستبعاد، بما يعادل وظيفيًا فحص الثبات بين المُقيمين (Inter-rater Consistency).

- استخدام أداة تقييم نقدي معتمدة لتقييم الجودة المنهجية للدراسات المدرجة، مثل قائمة CASP (Critical Appraisal Skills Programme) أو أداة MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool)، بحسب طبيعة كل دراسة.

- التوثيق الكامل لخطوات الفرز عبر مخطط تدفق (على غرار PRISMA)، لضمان إمكانية تتبع كل قرار إدراج أو استبعاد.

- الاستخدام الموحد لنموذج استخلاص البيانات على جميع الدراسات، لتقليل التحيز الناتج عن الاستخلاص غير المنهجي.

اتساق عملية الفرز والاستخلاص (Screening & Extraction Consistency)

للتحقق من اتساق عملية فرز الدراسات واستخلاص بياناتها، تُطبّق مراجعة تحقق (Verification Check) على عينة من الدراسات (لا تقل عن 20% من إجمالي الدراسات المدرجة) بمعرفة مراجع ثانٍ أو بالتنسيق مع المشرف، بما يسمح بمقارنة قرارات الإدراج/الاستبعاد ونتائج الاستخلاص، ورصد أي تباين، ومناقشته للوصول إلى اتفاق حول المعايير المطبقة.

أسلوب تحليل البيانات وتوليف النتائج

بما أن الدراسة لا تتضمن بيانات أولية قابلة للمعالجة الإحصائية عبر برنامج SPSS، فإنها تعتمد على أسلوب التوليف الموضوعي (Thematic/Narrative Synthesis) للبيانات المستخلصة من الدراسات المدرجة، وذلك وفق الخطوات الآتية:

- تنظيم النتائج المستخلصة من الدراسات المدرجة وفق أبعاد ثقافة سلامة المرضى (العمل الجماعي داخل الوحدات، والتواصل والانفتاح، والاستجابة غير العقابية للخطأ، والدعم الإداري لسلامة المرضى) ومتغيرات النتائج (التصور العام لسلامة المريض، ومعدل الإبلاغ عن الأحداث).

- بناء مصفوفة توليف (Synthesis Matrix) تلخص نتائج كل دراسة مقابل هذه الأبعاد، لتسهيل المقارنة بين الدراسات.

- تحليل مواطن الاتفاق والاختلاف بين نتائج الدراسات المدرجة، وتحديد الأنماط المتكررة في الأدلة المنشورة.

- استخدام أسلوب العدّ الاتجاهي (Vote Counting) كمؤشر تكميلي غير إحصائي لتحديد الاتجاه العام (إيجابي/سلبي/غير دال) الذي أبلغت عنه الدراسات بشأن العلاقة بين متغيرات الدراسة.

- ربط الأنماط المستخلصة بالإطار النظري للدراسة (نظرية الخطأ البشري، ونظرية النظم، ونظرية المنظمات عالية الموثوقية) لتفسير النتائج تفسيراً علمياً.

- صياغة نموذج مفاهيمي مقترح يلخص طبيعة العلاقة بين أبعاد ثقافة سلامة المرضى ومخرجاتها، استناداً إلى الأدلة المجمعة من الأدبيات.

وتجدر الإشارة إلى أن التوصيات التي ستصل إليها الدراسة، وإن صيغت بما يلائم سياق مستشفيات محافظة القاهرة باعتبارها الإطار التطبيقي المستهدف، تبقى استنتاجات مبنية على توليف الأدلة المنشورة في الأدبيات، وليست نتائج مستمدة من بيانات ميدانية مباشرة جمعت من هذه المستشفيات، وهو ما ينبغي مراعاته عند تعميم النتائج أو الاستفادة منها في اتخاذ القرار.

حدود الدراسة

أولاً: الحدود البشرية (المجال البشري)

لا تتضمن الدراسة اتصالاً مباشراً بأفراد بشريين أو جمع بيانات منهم، نظراً لاعتمادها على منهج المراجعة الأدبية المنهجية؛ إذ تقتصر مصادرها على ما نُشر من دراسات وأدبيات علمية تناولت العاملين الصحيين في المستشفيات، دون إجراء مسح ميداني مباشر لهذه الفئات.

ثانياً: الحدود المكانية (المجال الجغرافي)

لا تقتصر مصادر المراجعة على بيئة جغرافية بعينها؛ إذ تشمل الدراسات المنشورة عربياً وعالمياً حول ثقافة سلامة المرضى في المستشفيات، غير أن الدراسة تسعى إلى تكييف النتائج والتوصيات المستخلصة من الأدبيات لتلائم سياق مستشفيات محافظة القاهرة بجمهورية مصر العربية، باعتبارها الإطار التطبيقي المستهدف بالتحليل والتوصيات، وتشمل المستشفيات التابعة لوزارة الصحة والسكان، والمستشفيات الجامعية (جامعتا القاهرة وعين شمس)، ومستشفيات الهيئة العامة للتأمين الصحي العاملة داخل المحافظة.

ثالثاً: الحدود الزمنية (المجال الزمني)

تُجرى الدراسة خلال الفصل الدراسي الثالث، في الفترة من شهر سبتمبر 2026 إلى شهر ديسمبر 2026، وتشمل هذه الفترة بناء استراتيجية البحث وتحديد قواعد البيانات، وفرز الدراسات وتقييم جودتها، واستخلاص بياناتها وتوليف نتائجها، وصولاً إلى استخلاص النتائج والتوصيات. كما يقتصر نطاق البحث الزمني للدراسات المدرجة على الأدبيات المنشورة خلال الفترة من عام 2000 حتى عام 2026.

رابعاً: الحدود الموضوعية (المجال الموضوعي)

تقتصر الدراسة على تحليل وتوليف الأدلة العلمية المنشورة حول العلاقة بين أبعاد ثقافة سلامة المرضى، المتمثلة في العمل الجماعي داخل الوحدات، والتواصل والانفتاح، والاستجابة غير العقابية للخطأ، والدعم الإداري لسلامة المرضى، والتصور العام لسلامة المريض ومعدل الإبلاغ عن الأحداث، دون التطرق إلى مخرجات سريرية مباشرة كمعدلات الأخطاء الفعلية أو نتائج المرضى الصحية.

المراجع

المراجع العربية

وزارة الصحة والسكان المصرية. (2023). التقرير السنوي لوزارة الصحة والسكان. القاهرة: وزارة الصحة والسكان.

المراجع الأجنبية

Abdelhai, R., Abdelaziz, S. B., & Ghanem, N. S. (2012). Assessing patient safety culture and factors affecting it among health care providers at Cairo University Hospitals. *Journal of American Science*, 8(7), 277-285.

Aboul-Fotouh, A. M., Ismail, N. A., Ez Elarab, H. S., & Wassif, G. O. (2012). Assessment of patient safety culture among healthcare providers at a teaching hospital in Cairo, Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 18(4), 372-377.

Alahmadi, H. A. (2010). Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Quality and Safety in Health Care*, 19(5), e17.

Bodur, S., & Filiz, E. (2010). Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Services Research*, 10, 28.

Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press.

Elmontsri, M., Almashrafi, A., Banarsee, R., & Majeed, A. (2017). Status of patient safety culture in Arab countries: A systematic review. *BMJ Open*, 7(2), e013487.

El-Jardali, F., Jaafar, M., Dimassi, H., Jamal, D., & Hamdan, M. (2010). The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(5), 386-395.

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press.

Nie, Y., Mao, X., Cui, H., He, S., Li, J., & Zhang, M. (2013). Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Services Research*, 13, 228.

Pronovost, P., & Sexton, B. (2005). Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Quality and Safety in Health Care*, 14(4), 231-233.

Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770.

Smits, M., Christiaans-Dingelhoff, I., Wagner, C., van der Wal, G., & Groenewegen, P. P. (2008). The psychometric properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch hospitals. *BMC Health Services Research*, 8, 230.

Sorra, J. S., & Nieva, V. F. (2004). Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Sorra, J., Gray, L., Streagle, S., Famolaro, T., Yount, N., & Behm, J. (2016). AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. AHRQ Publication No. 15-0049-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Vincent, C. (2010). Patient Safety (2nd ed.). Chichester: Wiley-Blackwell.

Waterson, P., Griffiths, P., Stride, C., Murphy, J., & Hignett, S. (2010). Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: findings from the UK. *Quality and Safety in Health Care*, 19(5), e2.

Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2007). *Managing the Unexpected: Resilient Performance in an Age of Uncertainty* (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

World Health Organization. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*. Geneva: World Health Organization.