

أثر تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة على رضا المرضى وتحسين سرعة
وكفاءة الخدمات الصحية
في مراكز الرعاية الأولية في المملكة العربية السعودية

إعداد الطالب

يوسف الشهري

إشراف

د. الفیصل عبد الحمید

د. فايز جراد

العام الدراسي

2025

Mid-Ocean University

College of Management

Master of Project Management



**The Impact of Implementing Agile Management Methodologies on Patient
Satisfaction and Improving the Speed and Efficiency of Healthcare Services
in Primary Care Centers in Saudi Arabia.**

Prepared by:

Yousef Alshehri

Advisor:

Dr. Al-Faisal Abdul Hamid.

Dr. Fayez Jarad

Academic Year

2025

شكر وتقدير

﴿وَأَنْ لَّيْسَ لِلْإِنْسَانِ إِلَّا مَا سَعَى (39) وَأَنَّ سَعْيَهُ سَوْفَ يُرَى (40) ثُمَّ يُجْزَاهُ الْجَزَاءَ الْأَوْفَى (41)﴾

صدق الله العظيم

الحمد لله، والصلاة والسلام على رسول الله، أما بعد:

أود أن أعبر عن عميق امتناني لكل من ساهم في إنجاز هذا البحث. إن هذا العمل لم يكن ليكتمل لولا دعم ومساندة مجموعة من الأشخاص الذين كان لهم الأثر الكبير في توجيهي ودعمي.

أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى كل من الأستاذين:

الدكتور: الفیصل عبد الحمید، والدكتور: فايز الجراد

على إرشاداتهما القيمة ودعمهما المستمر، مما منحني الدافع والقدرة على تحقيق الأفضل في هذا البحث.

كما أشكر أفراد عائلتي وأصدقائي، وكل من ساهم بكلمة أو فكرة أو نصيحة في إثراء هذا العمل.

أسأل الله أن ينفع بهذا البحث وأن يكون إضافة للعلم والمعرفة.

جدول المحتويات

I.....	شكر وتقدير
V.....	فهرس الأشكال
VI.....	فهرس الجداول
VII.....	المستخلص
VIII.....	Abstract
1	الفصل الأول: مقدمة
2	مقدمة
4	مشكلة الدراسة
6	أهمية الدراسة
9	أهداف الدراسة
10	تساؤلات الدراسة
11.....	فروض الدراسة
12	الإطار النظري والنموذج المفاهيمي للدراسة
15	الفصل الثاني: الدراسات السابقة
16	مقدمة
16	المتغيرات التابعة
17	أولاً: رضا المرضى
19	ثانياً: سرعة تقديم الخدمات الصحية
22	ثالثاً: الكفاءة التشغيلية
24	المتغير المستقل - منهجيات الإدارة الرشيقة
28	الدراسات السابقة
28	المحور الأول: منهجيات الإدارة الرشيقة في القطاع الصحي
29	المحور الثاني: تأثير الإدارة الرشيقة على رضا المرضى

31	المحور الثالث: تأثير الإدارة الرشيقة على سرعة تقديم الخدمات الصحية.....
33	المحور الرابع: تأثير الإدارة الرشيقة على الكفاءة التشغيلية.....
34	مقارنة منهجية للدراسات السابقة.....
41	المنطلقات النظرية للدراسة.....
41	نظرية الإدارة الرشيقة (Agile Management Theory)
42	نظرية الإدارة الخالية من الهدر (Lean Management Theory)
43	نظرية الجودة الشاملة المتمحورة حول العميل (Customer-Centric Total Quality Management)
46	الفصل الثالث: منهجية الدراسة.....
47	مقدمة.....
47	تصميم البحث.....
49	مجتمع الدراسة.....
50	خصائص العينة.....
51	تحديد حجم العينة.....
53	أدوات الدراسة.....
53	إجراءات جمع البيانات.....
56	حدود الدراسة.....
61	الفصل الرابع: الدراسة الميدانية.....
62	مقدمة.....
63	اختبار ثبات أداة القياس.....
64	التحليل الديموغرافي للعينة.....
64	توزيع العينة حسب الفئات العمرية.....
65	توزيع العينة حسب الجنس.....
65	توزيع العينة حسب المستوى التعليمي.....

66	توزيع العينة حسب عدد الزيارات خلال السنة الحالية
67	التحليل الوصفي لنتائج الدراسة
67	المرونة التنظيمية
68	التحسين المستمر
69	تمكين فرق العمل
70	التركيز على المريض
71	رضا المرضى عن الخدمة الصحية
72	سرعة تقديم الخدمة
74	الكفاءة التشغيلية للخدمة
76	اختبار فرضيات الدراسة
76	اختبار الفرضية الأولى: العلاقة بين منهجيات الإدارة الرشيقة ورضا المرضى
78	اختبار الفرضية الثانية: أثر منهجيات الإدارة الرشيقة على سرعة تقديم الخدمة
80	اختبار الفرضية الثالثة: أثر منهجيات الإدارة الرشيقة على الكفاءة التشغيلية
83	اختبار الفروق الديموغرافية
90	المراجع
90	المراجع العربية
90	المراجع الإنجليزية
93	الملاحق
94	ملحق (1) - استبانة الدراسة

فهرس الأشكال

- شكل 1: النموذج المفاهيمي المقترح للدراسة 14
- شكل 2: توزيع العينة حسب الفئات العمرية..... 64
- شكل 3: توزيع العينة حسب الجنس..... 65
- شكل 4: توزيع العينة حسب المستوى التعليمي..... 66
- شكل 5: توزيع العينة حسب عدد الزيارات..... 66

فهرس الجداول

جدول 1: مقارنة منهجية للدراسات السابقة.....	34
جدول 2: معاملات كرونباخ ألفا لمحاول الاستبانة (ن=442).....	63
جدول 3: المتوسطات والانحرافات المعيارية لبنود محور المرونة التنظيمية.....	67
جدول 4: المتوسطات والانحرافات المعيارية لبنود محور التحسين المستمر.....	68
جدول 5: المتوسطات والانحرافات المعيارية لبنود محور تمكين فرق العمل.....	69
جدول 6: المتوسطات والانحرافات المعيارية لبنود محور التركيز على المريض.....	70
جدول 7: المتوسطات والانحرافات المعيارية لبنود محور رضا المرضى.....	71
جدول 8: المتوسطات والانحرافات المعيارية لبنود محور سرعة تقديم الخدمة.....	72
جدول 9: المتوسطات والانحرافات المعيارية لبنود محور الكفاءة التشغيلية.....	74
جدول 10: معامل ارتباط بيرسون بين منهجيات الإدارة الرشيقة ورضا المرضى.....	76
جدول 11: نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط - H1 - Model Summary.....	77
جدول 12: نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط - H1 - ANOVA.....	77
جدول 13: نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط - H1 - Coefficients.....	77
جدول 14: معامل ارتباط بيرسون بين منهجيات الإدارة الرشيقة وسرعة تقديم الخدمة.....	78
جدول 15: نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط - H2 - Model Summary.....	79
جدول 16: : نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط - H2 - ANOVA.....	79
جدول 17: نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط - H2 - Coefficients.....	79
جدول 18: معامل ارتباط بيرسون بين منهجيات الإدارة الرشيقة والكفاءة التشغيلية.....	80
جدول 19: نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط - H3 - Model Summary.....	81
جدول 20: : نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط - H3 - ANOVA.....	81
جدول 21: نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط - H3 - Coefficients.....	81
جدول 22: اختبار (t) للفروق حسب الجنس في المتغيرات التابعة.....	83
جدول 23: نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق حسب الفئات العمرية.....	84
جدول 24: نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق حسب المستوى التعليمي.....	85
جدول 25: تحليل التباين الأحادي للفروق حسب عدد الزيارات.....	85

المستخلص

يهدف هذا البحث إلى تحليل أثر منهجيات الإدارة الرشيدة على رضا المرضى وسرعة تقديم الخدمة والكفاءة التشغيلية في مراكز الرعاية الأولية في المملكة العربية السعودية، وذلك في ظل التوجه الوطني نحو تحسين جودة الخدمات الصحية وتعزيز كفاءة التشغيل. انطلقت الدراسة من مشكلة بحثية مفادها عدم وضوح مستوى التأثير الحقيقي لتطبيق منهجيات الإدارة الرشيدة في البيئة التشغيلية للرعاية الأولية، ومدى انعكاسها على تجربة المرضى ومؤشرات الأداء. اعتمدت الدراسة المنهج الكمي الوصفي التحليلي، واستخدمت استبانة مطوّرة لقياس أربعة أبعاد تمثل منهجيات الإدارة الرشيدة (المرونة التنظيمية، التحسين المستمر، تمكين فرق العمل، التركيز على المريض) وثلاثة متغيرات تابعة. تم توزيع الاستبانة على مراجعي مراكز الرعاية الأولية في مدينة الرياض، وبلغ عدد الاستجابات الصالحة للتحليل (442) استجابة بعد تطبيق معايير التنقية. وقد أظهرت النتائج أن منهجيات الإدارة الرشيدة تُفسّر نسبة معتبرة من التباين في المتغيرات التابعة؛ إذ فسّرت (37.6%) من رضا المرضى، و(34.4%) من سرعة تقديم الخدمة، و(36.1%) من الكفاءة التشغيلية، وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ كما بينت النتائج وجود فروق دالة تبعاً للعمر والمستوى التعليمي وعدد الزيارات، في حين كانت الفروق حسب الجنس محدودة. وتخلص الدراسة إلى أن منهجيات الإدارة الرشيدة تمثل إطاراً تحسينياً فعالاً في بيئة الرعاية الأولية بالمملكة، وتوصي بضرورة تعميق تطبيقها وتعزيز التحسين المستمر وتطوير كفاءة المسار التشغيلي بما يدعم جودة تجربة المريض واستدامة التطوير المؤسسي.

الكلمات المفتاحية: منهجيات الإدارة الرشيدة؛ تجربة المريض؛ رضا المرضى؛ سرعة تقديم الخدمة؛ الكفاءة التشغيلية؛ الرعاية الصحية الأولية؛ التحسين المستمر؛ المرونة التنظيمية؛ تمكين فرق العمل؛ التركيز على المريض.

Abstract

This study aims to examine the impact of Agile Management Methodologies on patient satisfaction, service delivery speed, and operational efficiency in primary healthcare centers in the Kingdom of Saudi Arabia. The research addresses the problem of limited clarity regarding the actual influence of agile practices on operational performance and patient experience within primary care settings. A quantitative descriptive-analytical approach was employed, and a structured questionnaire was developed to measure four dimensions representing agile methodologies (organizational flexibility, continuous improvement, team empowerment, and patient-centeredness) in addition to three dependent variables. The questionnaire was distributed to patients attending primary healthcare centers in Riyadh, yielding (442) valid responses after data cleaning. The findings revealed that agile management methodologies explain a substantial proportion of the variance in the dependent variables: 37.6% of patient satisfaction, 34.4% of service delivery speed, and 36.1% of operational efficiency, all statistically significant at ($\alpha \leq 0.05$). The results also indicated statistically significant differences based on age, educational level, and number of visits, while gender-based differences were limited. The study concludes that agile management methodologies represent an effective improvement framework within Saudi primary healthcare settings and recommends enhancing their application, strengthening continuous improvement processes, and optimizing workflow efficiency to support patient experience and sustainable institutional development.

Keywords: Agile Management Methodologies; Patient Experience; Patient Satisfaction; Service Delivery Speed; Operational Efficiency; Primary Healthcare; Continuous Improvement; Organizational Flexibility; Team Empowerment; Patient-Centeredness.

الفصل الأول: مقدمة

تُعَدُّ منهجيات الإدارة الرشيقة (Agile Management) من المناهج الحديثة في إدارة المشاريع المعتمدة على المرونة والتحديث المستمر للعملية وتعاون الفرق العاملة (Noteboom et al., 2021). وتهدف هذه المنهجيات إلى تقسيم العمل إلى مراحل قصيرة قابلة للتطوير السريع مع تعزيز المشاركة الدائمة مع الأطراف المعنية لضمان تلبية الاحتياجات بكفاءة عالية (Siddiqui & Majeed, 2023). وقد أثبتت الدراسات الحديثة أن تطبيق هذه المنهجيات في البيئات الصحية يمكن أن يحقق تحسينات ملموسة تصل إلى 20-25% في تقليل أوقات الانتظار و10-15% في زيادة كفاءة معالجة المرضى (Morales et al., 2024)، مما يجعلها أداة واعدة لمواجهة التحديات المتزايدة في قطاع الرعاية الصحية العالمي والإقليمي. نشأت مبادئ إدارة المشاريع الرشيقة في قطاع تكنولوجيا المعلومات، لكنها امتدت لتشمل قطاعات عدة منها الرعاية الصحية، ففي حين يشهد قطاع الرعاية الصحية تطوراً سريعاً ومستمراً يصاحب هذا التطور تعقيدات وتحديات متزايدة، بما في ذلك الضغوط المتصاعدة على الموارد البشرية والمادية، وارتفاع توقعات المرضى لجودة الخدمات، وتزايد الطلب على الرعاية الصحية نتيجة للنمو السكاني والتحول الديموغرافي، مما يتطلب أساليب إدارة قادرة على التكيف بمرونة مع هذه البيئة الديناميكية. ولذلك ظهر توجه متزايد نحو تبني منهجيات الإدارة الرشيقة (Agile) في المجال الصحي كاستجابة لهذه المتغيرات (Ahmad & Wasim, 2023)، حيث تتميز هذه المنهجيات بقابليتها العالية للتكيف ودوراتها التكرارية القصيرة وتركيزها على تلبية احتياجات المستفيدين. وعلى النقيض من النماذج الإدارية التقليدية الجامدة التي كثيراً ما تعجز عن مسايرة التغيير السريع في بيئة الرعاية الصحية (Saleh et al., 2024)، تركز الإدارة الرشيقة على مبادئ جوهرية تشمل: التسليم المتزايد للقيمة المضافة، والتعاون المستمر بين الفرق متعددة التخصصات، والاستجابة السريعة للتغيرات غير المتوقعة، والحفاظ على رضا "العميل" أي المريض كهدف محوري يوجه جميع القرارات والإجراءات (Abdulmajeed et al., 2024).

ويكتسب رضا المرضى أهمية خاصة في هذا السياق، إذ لا يُعد مجرد مؤشر لجودة الخدمات الصحية فحسب، بل يرتبط ارتباطاً وثيقاً بنتائج العلاج والالتزام بالخطط العلاجية ومعدلات العودة للمراجعة، فضلاً عن كونه معياراً أساسياً لتقييم فعالية السياسات والإجراءات الصحية (Albaqami & Alshagrawi, 2025). وقد أظهرت الأبحاث العالمية أن العوامل الحاسمة لرضا المرضى تتمثل في ثلاثة أبعاد رئيسية: جودة الرعاية الطبية، وفعالية التواصل مع مقدمي الخدمة، وأوقات الانتظار المعقولة (Ferreira et al., 2023)، وهي الأبعاد ذاتها التي تستهدفها منهجيات الإدارة الرشيقة بشكل مباشر من خلال آلياتها التشغيلية. ومن هذا المنطلق، أصبح تحسين تجربة المريض ورفع مستوى رضاه في خدمات الرعاية الصحية الأولوية هدفاً استراتيجياً مهماً.

وفي المملكة العربية السعودية، تشكل مراكز الرعاية الأولية الخط الأول والأكثر أهمية في النظام الصحي لعموم السكان، حيث تبلغ أعداد هذه المراكز أكثر من 2200 منشأة موزعة في المناطق الحضرية والريفية،

وتُقدم خدمات وقائية وعلاجية أساسية للمواطنين والمقيمين (Hassan Baidhy et al., 2024). وتشير الإحصائيات الرسمية إلى أن هذه المراكز تستقبل ملايين المراجعين سنوياً، مما يجعلها نقطة الاتصال الأولى والأكثر تكراراً بين المواطنين والنظام الصحي (وزارة الصحة السعودية، 2024). ويُعدُّ مستوى رضا المرضى في هذه المراكز مؤشراً رئيسياً لتقييم جودة النظام الصحي بأكمله، إذ تمثل الرعاية الأولية البوابة الرئيسية للوصول إلى الخدمات الصحية الأكثر تخصصاً، وتلعب دوراً محورياً في الوقاية من الأمراض والكشف المبكر عنها وإدارة الحالات المزمنة. وعليه، فإن تحسين كفاءة هذه المراكز وتسريع خدماتها يمثلان أحد الأولويات الوطنية، خاصةً في ظل السعي إلى تحقيق أهداف رؤية السعودية 2030 في تطوير القطاع الصحي والتي تستهدف رفع نسبة رضا المستفيدين عن خدمات الرعاية الصحية الأولية إلى مستويات عالمية (Suleiman & Ming, 2025).

ومع ذلك، تواجه مراكز الرعاية الأولية في المملكة تحديات متعددة تؤثر على جودة الخدمات المقدمة ورضا المرضى، من أبرزها: طول فترات الانتظار، وتعقيد الإجراءات الإدارية، وضعف التنسيق بين الأقسام المختلفة، والهدر في استخدام الموارد المتاحة (Hussein et al., 2025). وتشير بعض الدراسات المحلية إلى أن متوسط أوقات الانتظار في بعض المراكز قد يتجاوز المعايير المقبولة دولياً، مما ينعكس سلباً على تجربة المرضى ومستويات رضاهم (Siddiqui & Majeed, 2023). وفي هذا الإطار، تبرز الحاجة الملحة لاستكشاف أساليب إدارية مبتكرة قادرة على معالجة هذه التحديات بفعالية.

ومن الجدير بالذكر أن معظم الأبحاث السابقة ركزت على رضا المرضى في المستشفيات والمراكز التخصصية وتحليل العوامل التقليدية لرضا المرضى، بينما بقي تأثير منهجيات الإدارة الرشيدة على الخدمات الصحية الأولية في السياق السعودي مجالاً غير مستكشف بما فيه الكفاية. وقد أكدت مراجعة شاملة للأدبيات أن الدراسات التي تناولت تطبيق الإدارة الرشيدة في الرعاية الأولية نادرة على المستوى العالمي، وتكاد تنعدم في السياق السعودي المحلي (Alotaibi & Almudhi, 2023)، مما يشكل فجوة معرفية واضحة تحتاج إلى معالجة عاجلة. كما أن الدراسات القليلة المتوفرة غالباً ما تركز على بُعد واحد من أبعاد الأداء (مثل رضا المرضى فقط أو الكفاءة التشغيلية فقط)، دون تقديم تحليل شامل يربط بين المتغيرات المتعددة في إطار متكامل.

بناءً على ذلك، تتناول هذه الدراسة موضوع "أثر تطبيق منهجيات الإدارة الرشيدة على رضا المرضى وتحسين سرعة وكفاءة تقديم الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الأولية في المملكة العربية السعودية"، وهي تسعى إلى سد فجوة معرفية مزدوجة في أدبيات إدارة المشاريع والرعاية الصحية من خلال استكشاف مدى مساهمة النهج الرشيق في تحسين الأداء والخدمات على مستوى الرعاية الصحية الأولية في سياق محلي محدد. إن أهمية هذا البحث تنبع من كونه يقدم تصوراً جديداً وشاملاً لكيفية تطوير جودة الخدمة الصحية الأساسية وتحسين سرعة الاستجابة لاحتياجات المرضى عبر تبني ممارسات إدارية مبتكرة تتسم بالمرونة والتركيز على التحسين المستمر، مع تقديم أدلة تجريبية محلية يمكن أن توجه صانعي القرار في

وزارة الصحة والجهات المعنية نحو سياسات وممارسات أكثر فعالية في تحقيق أهداف التحول الصحي الوطني.

مشكلة الدراسة

على الرغم من الجهود الكبيرة المبذولة لتطوير القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية ضمن رؤية 2030، إلا أن مراكز الرعاية الصحية الأولية لا تزال تواجه تحديات جوهرية تؤثر على جودة الخدمات المقدمة ورضا المستفيدين. وتشير البيانات الرسمية من برنامج وزارة الصحة لقياس تجربة المرضى إلى وجود مجالات تحتاج إلى تحسين ملحوظ في عدة مؤشرات رئيسية، بما في ذلك أوقات الانتظار، وسلاسة الإجراءات، وسرعة الاستجابة لاحتياجات المرضى (وزارة الصحة السعودية، 2024). وفي الوقت الذي أثبتت فيه الدراسات العالمية إمكانية تحقيق تحسينات كبيرة في تقليل أوقات الانتظار وفي رفع كفاءة العمليات من خلال تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة (Morales et al., 2024)، فإن المعرفة حول كيفية تطبيق هذه المنهجيات في مراكز الرعاية الأولية السعودية وآثارها المحتملة على الأداء لا تزال محدودة للغاية.

وتتفاقم هذه المشكلة في ظل غياب دراسات محلية شاملة تربط بشكل منهجي بين تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة وثلاثة أبعاد حاسمة لجودة الخدمات الصحية: رضا المرضى، وسرعة تقديم الخدمة، والكفاءة التشغيلية. فبينما ركزت الدراسات السابقة في السياق السعودي على الأداء الوظيفي للعاملين في القطاع الصحي (العتيبي، 2024) أو على تطبيقات الإدارة الرشيقة في المستشفيات التخصصية (Abdulmajeed et al., 2024)، إلا أن تأثير هذه المنهجيات على المخرجات المتمحورة حول المريض في مراكز الرعاية الأولية - وهي نقطة الاتصال الأولى والأكثر أهمية في النظام الصحي - لم يحظَ بالاهتمام البحثي الكافي. تحد هذه الفجوة المعرفية من قدرة صانعي القرار على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن تبني أو تعديل الممارسات الإدارية في هذا القطاع الحيوي.

تتمثل مشكلة البحث في الإجابة عن التساؤلات الرئيسية التالية المتعلقة بظاهرة تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة في مراكز الرعاية الأولية، وذلك عبر استكشاف العلاقة بين هذه المنهجيات وكل من رضا المرضى وسرعة وكفاءة تقديم الخدمات الصحية:

1. إلى أي مدى يؤثر تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة على رضا المرضى في مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض؟

ينبثق هذا التساؤل من الأهمية البالغة لرضا المرضى كمؤشر لجودة الخدمات الصحية. إذ يُعتبر رضا المرضى هدفاً أساسياً تسعى إليه المرافق الصحية لتحسين تجربتهم وتعزيز ثقتهم بالرعاية المقدمة. ولا يقتصر تأثير رضا المرضى على الجانب النفسي فحسب، بل يمتد ليشمل التزام المرضى بالخطط العلاجية، ومعدلات المراجعة، ونتائج العلاج النهائية. ونظراً لما تشير إليه

الأدبيات من دور محتمل للممارسات الرشيقة في رفع مستوى رضا العملاء في القطاعات الخدمية (Alotaibi & Almudhi, 2023)، فإن من المهم التحقق مما إذا كان اعتماد منهجية الإدارة الرشيقة سيؤدي فعلاً إلى تحسين رضا المرضى عن خدمات الرعاية الأولية. ويكتسب هذا التساؤل أهمية خاصة في ظل التوجهات الوطنية نحو تحسين تجربة المريض كأحد المحاور الاستراتيجية لرؤية 2030 الصحية.

2. هل يساهم تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة في تحسين سرعة تقديم الخدمات الصحية (مثل تقليل فترات الانتظار وزمن الاستجابة لاحتياجات المرضى) في مراكز الرعاية الأولية؟

يرتبط هذا التساؤل بالحاجة لمعالجة مشكلة بطء الإجراءات وطول فترات انتظار المرضى والتي قد تؤثر سلباً على تجربتهم الصحية. وقد أظهرت الدراسات العالمية أن أوقات الانتظار تمثل أحد أكثر العوامل تأثيراً على رضا المرضى وتصوراتهم عن جودة الرعاية (Bleustein et al., 2014)، وأن تقليل هذه الأوقات يرتبط ارتباطاً مباشراً بتحسين النتائج الصحية والتزام المرضى بالمواعيد. منهجية الإدارة الرشيقة تتميز بتركيزها على التسليم السريع والتكيف الفوري مع التغييرات، مما قد يؤدي إلى تسريع وتيرة تقديم الخدمات وتقليص وقت الانتظار (Saleh et al., 2024). من هنا جاء التساؤل حول ما إذا كان تطبيق المبادئ الرشيقة – مثل العمل ضمن دورات قصيرة والتحسين المستمر – يمكن أن يحقق استجابة أسرع لاحتياجات المرضى في الرعاية الأولية. ويستمد هذا التساؤل أهميته من كون سرعة الخدمة عاملاً حاسماً في بيئة الرعاية الأولية التي تتسم بارتفاع معدلات المراجعين وتنوع احتياجاتهم (Hussein et al., 2025).

3. هل يؤدي تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة إلى تحسين الكفاءة التشغيلية في تقديم الخدمات الصحية بمراكز الرعاية الأولية؟

يتطرق هذا السؤال إلى جانب فعالية استخدام الموارد وتقليل الهدر في العمليات الصحية. إذ تواجه المراكز الصحية تحديات تتعلق بهدر الوقت والموارد في إجراءات غير فعالة. وتشير الأدبيات إلى أن الهدر في العمليات الصحية يمكن أن يصل إلى 30-40% من إجمالي الأنشطة، مما يؤثر سلباً على قدرة المراكز على تلبية احتياجات المرضى بفعالية (Sharma et al., 2023). تفترض منهجية الإدارة الرشيقة اعتماد ممارسات تقلل الخطوات غير الضرورية وتعزز التحسين المستمر، مما قد يرفع كفاءة العمليات ويعزز جودة الخدمة المقدمة. بناءً على دراسات أشارت إلى أن تطبيق الأدوات الرشيقة يساهم في تقليل الهدر وتحسين أداء العمليات في المؤسسات الصحية (العنبي، 2024)، يستكشف هذا التساؤل ما إذا كانت تلك المخرجات تنطبق على مستوى الرعاية الأولية من خلال رفع كفاءة تقديم الخدمة الصحية وتقليل الموارد المهدرة والازدواجية في العمل. ويشمل

مفهوم الكفاءة هنا عدة أبعاد: الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمادية، وتقليل الإجراءات الزائدة، وتحسين تدفق العمل، وتعزيز التنسيق بين الأقسام المختلفة.

هذه التساؤلات مجتمعة تصف مشكلة البحث الرئيسية، حيث تستقصي ما إذا كان تطبيق الإدارة الرشيدة في الرعاية الصحية الأولية سينعكس إيجاباً على تجربة المريض من حيث الرضا وسرعة الخدمة وكفاءتها . وتمثل الإجابة على هذه التساؤلات جوهر الدراسة الحالية، والتي ستحاول اختبارها والتحقق منها عبر منهجية كمية قائمة على استبيان ميداني في مدينة الرياض يستهدف عينة تمثيلية من المرضى المستفيدين من خدمات الرعاية الأولية.

أهمية الدراسة

تتبع أهمية هذا البحث من جوانب علمية وعملية متعددة، فهو يقدم إضافة نوعية لكل من الأدبيات الأكاديمية والممارسات التطبيقية في حقل إدارة المشاريع الصحية ضمن سياق الرعاية الصحية الأولية بالمملكة العربية السعودية في ظل التحولات الكبرى التي يشهدها القطاع الصحي الوطني:

أولاً: الأهمية العلمية (البحثية): تأتي هذه الدراسة لتملأ فجوة معرفية في الأدبيات المتعلقة بإدارة المشاريع والرعاية الصحية. فعلى الرغم من توافر أبحاث عالمية حول تطبيق منهجيات الإدارة المرنة في تحسين خدمات المستشفيات والقطاعات الصحية عموماً (Alotaibi & Almudhi, 2023)، إلا أنه لا تتوفر دراسات كافية تناولت تطبيق agile في مراكز الرعاية الأولية أو ضمن البيئة السعودية المحلية. معظم الدراسات السابقة ركزت إما على البيئات الغربية أو على مستويات مختلفة (كالمستشفيات التخصصية أو المشاريع التقنية الصحية)، ولم تتطرق بالشكل الكافي إلى تأثير المنهجيات الرشيدة على مؤشرات رضا المرضى وجودة الخدمات في مراكز الرعاية الأولية بالمملكة. من هنا تأتي أهمية بحثنا حيث يعد من أوائل الدراسات في السعودية التي تختبر العلاقة بين الإدارة الرشيدة ورضا المرضى وسرعة وكفاءة الخدمة في الرعاية الأولية في إطار تحليلي متكامل. وبذلك فإنه يضيف أدبيات جديدة تسد النقص في هذا المجال.

علاوة على ذلك، تسهم الدراسة في اختبار وتطوير النظريات الإدارية الحديثة في السياق الصحي العربي . فهي تستند إلى نظرية الإدارة الرشيدة (Agile Management Theory) التي تركز على التكيف المستمر والتحسين التدريجي، وتدمجها مع نظرية الجودة الشاملة (Total Quality Management) التي تضع رضا العميل (المريض) في محور اهتمامها، ونظرية الإدارة الخالية من الهدر (Lean Management) التي تهدف إلى تحسين الكفاءة عبر إزالة الأنشطة غير ذات القيمة المضافة. هذا التكامل النظري يمثل إضافة أكاديمية مهمة، إذ يسمح باختبار مدى قابلية تطبيق هذه النظريات - التي نشأت في بيئات غربية - في سياق ثقافي وتنظيمي مختلف، وهو ما يثري النقاش الأكاديمي حول عالمية مقابل خصوصية النظريات الإدارية.

يستجيب البحث لتوصيات دراسات حديثة دعت إلى إجراء بحوث كمية لقياس تأثير تبني الرشاقة الإدارية على مخرجات الرعاية الصحية المتمحورة حول المريض (Alotaibi & Almudhi, 2023). كما يستفيد البحث من نتائج دراسة سعودية سابقة تناولت أثر الإدارة الرشيدة على الأداء الوظيفي الداخلي في وزارة الصحة (العتيبي, 2024)، حيث أثبتت تلك الدراسة وجود تأثير إيجابي للإدارة الرشيدة على كفاءة الموظفين. لكن الدراسة الحالية تتوسع نحو مخرجات خارجية (رضا المرضى وجودة الخدمة)، مما يعزز فهماً أشمل لدور الرشاقة في القطاع الصحي، ويسد الفجوة بين الأداء الداخلي (من منظور الموظفين) والأداء الخارجي (من منظور المستفيدين).

من الناحية المنهجية، تساهم الدراسة في تطوير أدوات قياس محلية ملائمة ثقافياً لتقييم تطبيق الإدارة الرشيدة ومخرجاتها في البيئة الصحية السعودية، وهو ما يمكن أن يستفيد منه باحثون آخرون في دراسات مستقبلية، وسيوفر هذا الإسهام العلمي دليلاً تجريبياً حديثاً يمكن للباحثين الاعتماد عليه ومقارنته مع نتائج دولية، ويشكل أساساً لدراسات مستقبلية أعمق في هذا المضمار البحثي الواعد في المنطقة العربية والشرق الأوسط.

ثانياً: الأهمية العملية (التطبيقية):

إلى جانب إسهامها النظري، تمتلك هذه الدراسة أهمية تطبيقية واضحة ومباشرة لقطاع الرعاية الصحية وصناع القرار فيه، لاسيما ضمن سياق مدينة الرياض والمملكة بشكل عام. فإذا ما أثبتت النتائج وجود آثار إيجابية لتطبيق الإدارة الرشيدة على تحسين رضا المرضى وتسريع الخدمات ورفع كفاءتها، فإن ذلك سيوفر أساساً قوياً ومبنياً على أدلة محلية لمديري المراكز الصحية والمسؤولين في وزارة الصحة لتبني منهجيات الإدارة الرشيدة على نطاق أوسع. حيث يشمل المستفيدون المباشرون من هذه الدراسة الفئات التالية:

- صانعو القرار في وزارة الصحة ووكالة الرعاية الأولية: حيث توفر لهم الدراسة بيانات كمية دقيقة حول العائد المتوقع من الاستثمار في تطبيق منهجيات الإدارة الرشيدة، مما يساعدهم في اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن تخصيص الموارد وتصميم برامج التطوير المؤسسي.
- مديرو مراكز الرعاية الأولية: الذين سيستفيدون من التوصيات العملية والنموذج المقترح لتطبيق الممارسات الرشيدة في بيئاتهم التشغيلية، مع فهم واضح للعوامل التي تؤثر على نجاح التطبيق والتحديات المحتملة.
- العاملون في القطاع الصحي: من أطباء وممرضين وإداريين، الذين سيكتسبون فهماً أفضل لكيفية مساهمة الممارسات الرشيدة في تحسين بيئة العمل وتسهيل تقديم الرعاية للمرضى.
- المرضى والمستفيدون من خدمات الرعاية الأولية: الذين سيحصلون على خدمات أسرع وأكثر كفاءة وأعلى جودة نتيجة لتطبيق التوصيات المستخلصة من الدراسة.

هذا سيساعد في تحقيق أهداف تحسين تجربة المريض التي تسعى إليها مبادرات وزارة الصحة السعودية (وزارة الصحة السعودية، 2024)، حيث تعمل الوزارة بالفعل على قياس رضا المرضى دورياً في المراكز الصحية لإرشاد جهود التطوير.

ومن المتوقع أن تزود هذه الدراسة المعنيين بدلائل عملية حول المنافع المحتملة لتطبيق الرشاقة، مثل تقليص أوقات انتظار المرضى وتحسين تنظيم سير العمل واستغلال الموارد بكفاءة أعلى، وكلها عوامل ترفع جودة الخدمة الصحية المقدمة للمواطن. كما يمكن أن تساعد النتائج في تحديد الأولويات للتحسين، فقد تكشف البيانات - على سبيل المثال - أن تطبيق بعض ممارسات الإدارة الرشيقة له تأثير أكبر من غيرها على رضا المرضى أو سرعة الخدمة، مما يسمح بتركيز الجهود والموارد على المجالات ذات العائد الأعلى.

كذلك يمكن أن تسهم التوصيات المستخلصة في توجيه برامج التدريب والتأهيل الإداري لمنسوبي الرعاية الصحية نحو تبني ثقافة التحسين المستمر والعمل الجماعي المرن، مما ينسجم مع أهداف التحول الصحي الوطني ورؤية 2030 في بناء منظومة صحية أكثر مرونة واستجابة لاحتياجات المجتمع (Suleiman & Ming, 2025).

من المنظور الاقتصادي، قد تساهم الدراسة في إظهار العائد الاقتصادي لتطبيق الإدارة الرشيقة من خلال خفض تكاليف التشغيل، وتقليل الهدر، وتحسين إنتاجية العاملين، وخفض معدلات الشكاوى والإحالات غير الضرورية للمستشفيات، وهو ما يتماشى مع التوجهات الوطنية نحو الاستدامة المالية للقطاع الصحي.

باختصار، تكمن الأهمية العملية لهذا البحث في كونه دليلاً إرشادياً مبنياً على البيانات المحلية الموثوقة يمكن لصناع القرار الاسترشاد به لتحسين سياسات وإجراءات إدارة المراكز الصحية، سعياً لتحقيق رعاية أولية أكثر رضى للمريض وأعلى كفاءة وأسرع في تقديم الخدمات بما يتوافق مع أفضل الممارسات العالمية ويلبي الطموحات الوطنية.

أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة بشكل رئيسي إلى تحليل أثر تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة على تحسين جودة تقديم الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الأولية بمدينة الرياض، وذلك من خلال دراسة العلاقة بين تطبيق هذه المنهجيات ورضا المرضى، وسرعة وكفاءة تقديم الخدمة، بهدف تطوير فهم شامل ومبني على الأدلة التجريبية لكيفية مساهمة الممارسات الرشيقة في تحسين مخرجات الرعاية الصحية الأولية. ويتفرع من هذا الهدف الرئيسي الأهداف الفرعية التالية:

- قياس وتحليل أثر تطبيق الإدارة الرشيقة على رضا المرضى في مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض، وذلك لتحديد ما إذا كان اعتماد الأساليب الرشيقة يحقق تحسناً ملموساً في مستوى الرضا عن الخدمات الصحية.
- تقييم وقياس مدى التحسين في سرعة تقديم الخدمات الصحية عند تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة في مراكز الرعاية الأولية، عبر قياس مؤشرات مثل أوقات الانتظار والاستجابة لطلبات المرضى ومقارنتها بالوضع التقليدي.
- تحديد وتحليل أثر المنهجيات الرشيقة على كفاءة عمليات تقديم الخدمات الصحية في هذه المراكز، من خلال تقييم استخدام الموارد وتبسيط الإجراءات وتقليل الأنشطة غير ذات القيمة المضافة في العمليات التشغيلية.
- توفير توصيات مستندة إلى الأدلة العلمية والبيانات الميدانية حول كيفية تبني الإدارة الرشيقة في قطاع الرعاية الصحية الأولية لتعزيز رضا المرضى وتسريع الخدمة ورفع كفاءتها. تشمل هذه التوصيات إرشادات للإدارة الصحية وصانعي القرار حول الخطوات العملية لتعزيز المرونة والتنظيم الرشيق في المراكز الصحية.
- المساهمة في سد الفجوة المعرفية في الأدبيات العربية والسعودية المتعلقة بتطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة في الرعاية الصحية الأولية، من خلال توفير دليل تجريبي محلي يمكن مقارنته مع النتائج الدولية، ويشكل أساساً لدراسات مستقبلية أعمق في هذا المجال الواعد.

من خلال تحقيق هذه الأهداف، تسعى الدراسة إلى ربط النتائج التطبيقية بالرؤى النظرية في مجال إدارة المشاريع الصحية، مما يساعد في بناء إطار معرفي أوسع حول فائدة المنهجيات الرشيقة في تطوير قطاع الرعاية الصحية الأولية، وإثراء الأدبيات العلمية وتوجيه السياسات التنظيمية نحو تبني أنماط إدارية أكثر مرونة وكفاءة تتماشى مع المعايير العالمية وتلبي الطموحات الوطنية لرؤية 2030.

تساؤلات الدراسة

يمكن تلخيص مشكلة البحث في السؤال الرئيسي التالي الذي تسعى الدراسة للإجابة عنه بشكل شامل ومعمق:

ما أثر تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة على رضا المرضى وعلى تحسين سرعة وكفاءة تقديم الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض؟

وينبثق عن هذا السؤال الرئيس عدد من التساؤلات الفرعية التي تفصل الجوانب المحددة للدراسة وتساعد في بناء فهم متكامل للظاهرة المدروسة:

أ. هل يؤدي تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة إلى رفع مستوى رضا المرضى عن الخدمات المقدمة في مراكز الرعاية الأولية؟

ب. هل يسهم تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة في تقليل فترات الانتظار وتسريع عملية تقديم الخدمات الصحية للمراجعين في هذه المراكز؟

ج. هل يحقق تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة تحسناً في كفاءة العمليات وتقديم الخدمات الصحية (من حيث الاستغلال الأمثل للموارد وتقليل الهدر) في مراكز الرعاية الأولية؟

ستشكل الإجابة عن هذه التساؤلات الفرعية مجتمعة الإجابة المتكاملة عن السؤال الرئيسي، مما يوضح فيما إذا كان النهج الإداري الرشيق يمثل بالفعل أداة فعالة لتحسين تجربة المرضى ومستويات الأداء في الرعاية الصحية الأولية ضمن بيئة مدينة الرياض وبما يمكن تعميمه على مناطق أخرى في المملكة. ومن خلال معالجة هذه التساؤلات، سيقدم البحث رؤى مستندة إلى الأدلة حول جدوى وفوائد تبني منهجيات الإدارة الرشيقة في تطوير قطاع الرعاية الصحية الأولية، وكيف يمكن لذلك الإسهام في تحقيق أهداف تحسين جودة الخدمة الصحية على المستويين المحلي والوطني بشكل مستدام وقابل للقياس.

فروض الدراسة

يصوغ الباحث فرضياته على النحو التالي بوصفها إجابات متوقعة (أولية) عن تساؤلات البحث وقابلة للاختبار الاحصائي الصارم:

1. **الفرضية الأولى:** يوجد تأثير إيجابي ذو دلالة إحصائية لتطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة على رضا المرضى في مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض. أي أننا نتوقع أن مستوى رضا المرضى سيكون أعلى بشكل ملحوظ في المراكز التي تتبنى أساليب الإدارة الرشيقة مقارنة بغيرها.

H1.0 - الفرضية الصفرية: لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لتطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة على رضا المرضى في مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض.

2. **الفرضية الثانية:** يؤدي تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة إلى تحسين سرعة تقديم الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الأولية بالرياض، من خلال تقليل فترات الانتظار وتسريع الاستجابة لاحتياجات المراجعين. بعبارة أخرى، نتوقع انخفاضاً ملموساً وذا دلالة إحصائية في زمن الحصول على الخدمة الصحية عند اعتماد النهج الرشيق في إدارة العمليات.

H2.0 - الفرضية الصفرية: لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لتطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة على سرعة تقديم الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الأولية بالرياض.

3. **الفرضية الثالثة:** يُسهم تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة في رفع كفاءة تقديم الخدمات الصحية ضمن مراكز الرعاية الأولية بالرياض. هذه الفرضية تعني أنه مع تبني مبادئ الإدارة الرشيقة - مثل التحسين المستمر وإزالة الهدر والتركيز على القيمة المضافة - سيحدث تحسّن ملموس في كفاءة التشغيل واستخدام الموارد في تلك المراكز، مما ينعكس على جودة الخدمة الصحية المقدمة ويمكن قياسه من خلال مؤشرات الكفاءة التشغيلية المعتمدة.

H3.0 - الفرضية الصفرية: لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لتطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة على كفاءة تقديم الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الأولية بالرياض.

وسيتم لاحقاً اختبار هذه الفرضيات كمياً من خلال جمع البيانات وتحليلها إحصائياً للتأكد من صحتها أو نفيها، وبذلك تتبلور الإجابات العلمية عن أسئلة الدراسة المطروحة.

الإطار النظري والنموذج المفاهيمي للدراسة

يستند النموذج المفاهيمي للدراسة إلى بناء تحليلي يهدف إلى تفسير كيفية تأثير تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة في مراكز الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية على مجموعة من المخرجات الخدمية المرتبطة بتجربة المريض وكفاءة العمليات. يقوم هذا النموذج على تحديد المتغيرات الأساسية في الدراسة، وتوصيف العلاقات المتوقعة بينها، بما يوفر أساساً منهجياً لاختبار فرضيات البحث باستخدام المنهج الكمي والتحليل الإحصائي.

يبدأ النموذج بتحديد المتغير المستقل المتمثل في درجة تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة في مراكز الرعاية الأولية. ويعكس هذا المتغير مدى تبني الممارسات الرشيقة داخل المراكز، ويُقاس من خلال أربعة أبعاد رئيسية تمثل نقاط الانطلاق في تطبيق الرشاقة:

1. **المرونة التنظيمية:** قدرة المركز على التكيف والإجراء الفوري للتعديل في سير العمليات عند حدوث تغيرات أو ضغوط تشغيلية.

2. **التحسين المستمر:** وجود آليات دورية للتقييم والتحسين، مثل الاجتماعات القصيرة (Stand-up Meetings) أو دورات التطوير المتتابعة.

3. **تمكين الفرق وتعاونها:** مستوى مشاركة الطواقم الصحية في اتخاذ القرار، وقدرتها على التنسيق والعمل الجماعي.

4. **التركيز على المستفيد:** مدى توجيه الخدمات والأنشطة نحو احتياجات المرضى وتوقعاتهم.

ويمثل هذا المتغير نقطة البداية في النموذج، بحيث تشكل هذه الأبعاد مجتمعة المقياس الكمي لتطبيق الرشاقة، وهو ما يُفترض أن يُفسّر التباينات في مؤشرات أداء الخدمات الصحية.

وتنبثق عن هذا المتغير مجموعة من المتغيرات التابعة التي تصف مخرجات الجودة الصحية من منظور المستخدم النهائي:

1. **رضا المرضى (Patient Satisfaction):** ويعكس مدى توافق توقعات المرضى مع جودة الخدمة المتلقاة، ويقاس عبر أبعاد مثل الرضا العام، وجودة التواصل، ومستوى الاهتمام الشخصي، والثقة بالخدمات.

○ الرضا العام عن الخدمة: يقيس تقييم المريض الشامل للتجربة الصحية.

○ جودة التواصل: يعكس وضوح المعلومات ودقة التفاعل مع مقدمي الخدمة.

○ مستوى الاهتمام الشخصي: يقيس شعور المريض بأن احتياجاته مُقدّرة وأنه يُعامل باهتمام.

○ الثقة بالخدمات: يقيس مستوى الاطمئنان لجودة الإجراءات وموثوقية المركز الصحي.

2. **سرعة تقديم الخدمة (Service Speed):** وتمثل قدرة المركز على تقديم خدمات سريعة وفعّالة، وتقاس من خلال أوقات الانتظار، وسرعة الاستجابة لطلبات المرضى، وزمن إنجاز الإجراءات.

○ أوقات الانتظار: الوقت المستغرق قبل الحصول على الخدمة.

○ سرعة الاستجابة: سرعة تعامل الكادر الصحي مع طلبات المرضى.

○ زمن إنجاز الإجراءات: المدة التي تتطلبها العمليات الإدارية والفنية.

3. **الكفاءة التشغيلية (Operational Efficiency):** وتمثل مستوى الاستخدام الأمثل للموارد والإجراءات الداخلية، بما يشمل تقليل الهدر وتحسين التنسيق.

○ الاستخدام الأمثل للموارد: الاستفادة القصوى من الموارد البشرية والمادية دون هدر.

○ تبسيط الإجراءات: خفض التعقيد وتقليل خطوات العمل غير الضرورية.

○ تقليل الهدر: التخلص من الأنشطة التي لا تُضيف قيمة للمريض.

○ تحسين التنسيق: تعزيز الانسيابية بين الأقسام والعاملين.

ويمثل كل مخرج من هذه المخرجات بُعداً مستقلاً من أبعاد الأداء الصحي، مما يسمح بتحليل العلاقات السببية بين الرشاقة وكل مخرج على حدة.

كما يضم النموذج مجموعة من **المتغيرات الضابطة** التي تُستخدم للتحكم في الفروقات الفردية بين المرضى، وتشمل:

- الجنس
- العمر
- المستوى التعليمي
- عدد الزيارات للمركز الصحي

وتهدف هذه المتغيرات إلى ضبط أثر الخصائص الديموغرافية بحيث يتم قياس التأثير الحقيقي لتطبيق الرشاقة على المخرجات دون تحيز.

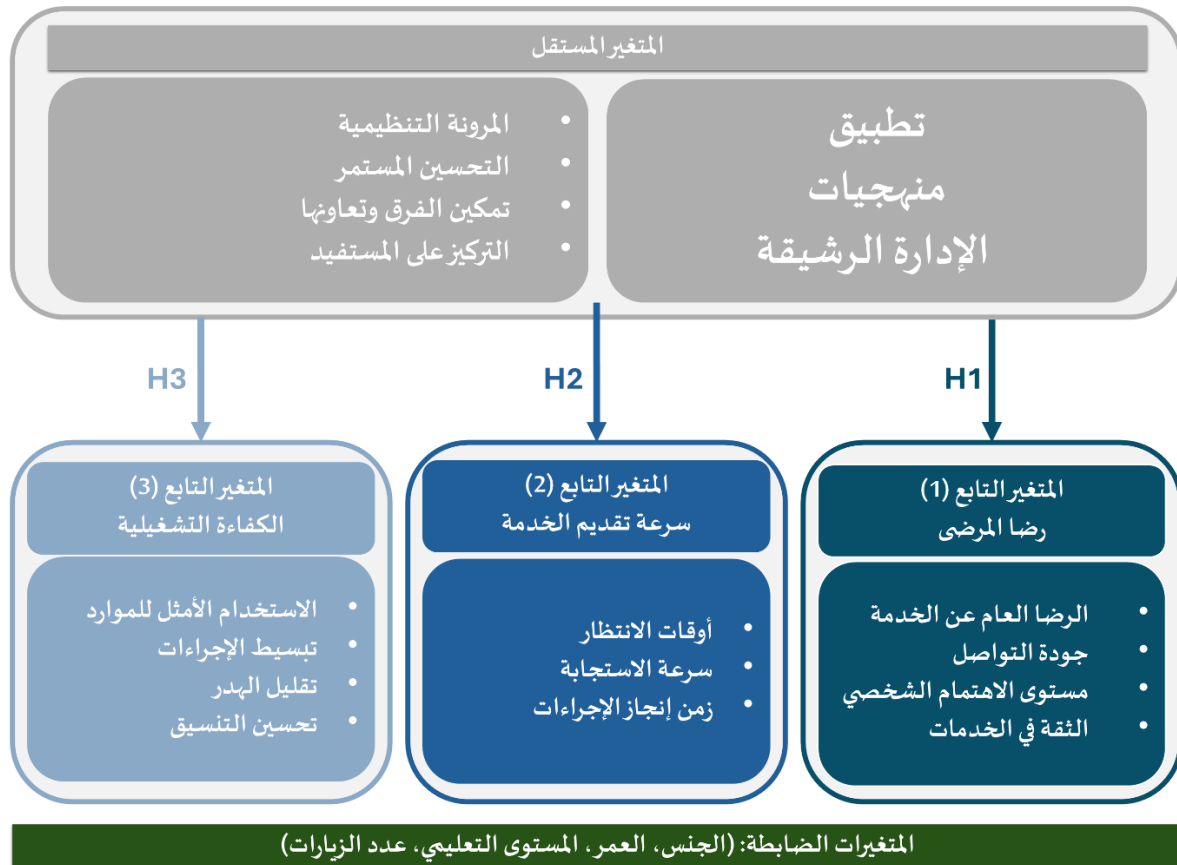
وبناءً على هذا التحديد المنهجي لمتغيرات الدراسة، تمت صياغة **فرضيات الدراسة** التي تعبّر عن العلاقات المتوقعة بين المتغيرات:

- **الفرضية الأولى (H1):** تطبيق منهجيات الإدارة الرشيدة يرتبط ارتباطاً موجباً ودالاً إحصائياً بزيادة رضا المرضى في مراكز الرعاية الأولية.

• **الفرضية الثانية (H2):** تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة يؤدي إلى تحسين سرعة تقديم الخدمة وتقليل أوقات الانتظار.

• **الفرضية الثالثة (H3):** تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة يساهم في رفع الكفاءة التشغيلية للمراكز الصحية عبر تحسين استخدام الموارد وتقليل الهدر.

يمثل الشكل (شكل 1) التمثيل البصري المتكامل لهذه المتغيرات وعلاقاتها السببية، ويُعد أداة توجيهية لعمليات التحليل في الفصل الرابع.



شكل 1: النموذج المفاهيمي المقترح للدراسة

بهذا الترتيب يصبح النموذج قابلاً للاختبار العددي: المتغير المستقل (مقاساً عبر البنود الأربع) يدخل كنقطة انطلاق، والمتغيرات التابعة تُقاس بمؤشرات عملية قابلة للقياس، بينما تُستخدم المتغيرات الضابطة لضبط التحليل. تُترجم الفرضيات آنفة الذكر في معادلات انحدار متعددة تختبر التأثير المباشر للمتغير المستقل على كل مخرج، وكذلك اختبارات الارتباط والتحليل الوسيط (إن لزم) لتحليل العلاقة بين سرعة الخدمة/الكفاءة ورضا المرضى. وبالتالي، سيوجه الإطار المفاهيمي المقترح تصميم أداة الدراسة، وصياغة الفرضيات التفصيلية، واختيار الأساليب الإحصائية المناسبة، وتفسير النتائج بشكل متسق ومتربط.

الفصل الثاني: الدراسات السابقة

يهدف هذا الفصل إلى بناء أساس نظري ومعرفي متين للدراسة الحالية من خلال استعراض وتحليل نقدي شامل للأدبيات الأكاديمية والدراسات التجريبية ذات الصلة بموضوع تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة في قطاع الرعاية الصحية وتأثيرها على رضا المرضى وسرعة وكفاءة تقديم الخدمات الصحية. ويأتي هذا الفصل استكمالاً للإطار المفاهيمي الذي تم تطويره في الفصل الأول، حيث يتعمق في استكشاف الأسس النظرية والأدلة التجريبية التي تدعم العلاقات المفترضة بين متغيرات الدراسة.

تكتسب مراجعة الأدبيات أهمية خاصة في هذه الدراسة نظراً لحدثة تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة في قطاع الرعاية الصحية الأولية، خاصة في السياق العربي والسعودي المحلي، حيث لا تزال المعرفة العلمية في هذا المجال محدودة ومتناثرة. ولذلك، فإن هذا الفصل لا يقتصر على مجرد عرض الدراسات السابقة، بل يسعى إلى تحليلها نقدياً وتحديد أوجه الاتفاق والاختلاف بينها، وإبراز الفجوات المعرفية التي تسعى الدراسة الحالية إلى سدها.

تعتمد هذه المراجعة على بحث منهجي ودقيق في قواعد البيانات الأكاديمية الرئيسية مثل Scopus و Web of Science و PubMed و EBSCO و ProQuest، بالإضافة إلى قواعد البيانات العربية. كما تم الاعتماد على استراتيجية بحث متعددة الطبقات تستخدم كلمات مفتاحية متنوعة باللغتين العربية والإنجليزية مثل: Agile Management, Lean Healthcare, Patient Satisfaction, Primary Care, Service Quality, Operational Efficiency، بالإضافة إلى المصطلحات العربية: الإدارة الرشيقة، رضا المرضى، الرعاية الصحية الأولية، جودة الخدمات الصحية. وتجدر الإشارة إلى أن هذا الفصل يتبنى منهجية المراجعة النقدية المتكاملة (Integrative Critical Review) بدلاً من المراجعة الوصفية البسيطة، حيث لا يكتفي بسرد الدراسات السابقة، بل يحللها وقيّمها ويقارن بينها ويستخلص منها استنتاجات تسهم في بناء معرفة جديدة

المتغيرات التابعة

تمثل المتغيرات التابعة في هذه الدراسة - رضا المرضى، وسرعة تقديم الخدمات الصحية، والكفاءة التشغيلية - المخرجات الرئيسية التي تسعى إلى قياس مدى تأثيرها بتطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة في مراكز الرعاية الصحية الأولية. وتكتسب هذه المتغيرات أهمية محورية كونها تعكس الأبعاد المختلفة لجودة الخدمات الصحية من منظورات متكاملة: منظور المريض (رضا المرضى)، ومنظور الوقت والاستجابة (سرعة الخدمة)، ومنظور الموارد والعمليات (الكفاءة التشغيلية)

يعد فهم هذه المتغيرات بعمق من حيث مفهومها النظري، وأبعادها المتعددة، ومحدداتها الرئيسية، وطرق قياسها أمراً جوهرياً لتصميم الدراسة وتطوير أدواتها وتفسير نتائجها بشكل سليم. ولذلك، فإن هذا المحور

يستعرض بشكل تفصيلي ونقدي الأدبيات المتعلقة بكل متغير من هذه المتغيرات التابعة الثلاثة، مع التركيز على سياق الرعاية الصحية الأولية الذي تتم فيه هذه الدراسة.

أولاً: رضا المرضى

يُعد رضا المرضى أحد أهم مؤشرات جودة الخدمات الصحية وأكثرها شيوعاً في الأدبيات المعاصرة، إذ يعكس مدى توافق الخدمات المقدمة مع توقعات المرضى واحتياجاتهم وتفضيلاتهم، ويُعرف رضا المرضى بشكل عام بأنه التقييم الإيجابي الذي يقدمه المريض للأبعاد المختلفة من تجربته مع الخدمات الصحية، بناءً على مقارنة بين التوقعات المسبقة والخبرة الفعلية. وفي سياق الرعاية الصحية الأولية تحديداً، يكتسب رضا المرضى أهمية مضاعفة كونه يرتبط بالاستمرارية في تلقي الرعاية، والالتزام بالتعليمات الطبية، وتحسين النتائج الصحية على المدى الطويل.

ومن المنظور النظري، يستند مفهوم رضا المرضى إلى نظرية التوقعات-التأكيد (Expectation-Confirmation Theory) التي تفترض أن الرضا ينتج عن المقارنة بين التوقعات المسبقة والأداء الفعلي للخدمة. فعندما يفوق الأداء الفعلي التوقعات (التأكيد الإيجابي)، يحدث رضا مرتفع، وعندما يقل عن التوقعات (عدم التأكيد)، يحدث عدم رضا. كما يرتبط المفهوم بنظرية الجودة الإدراكية (Perceived Quality Theory) التي تؤكد على أن رضا المرضى يتأثر بإدراكهم لجودة الخدمة أكثر من الجودة الموضوعية الفعلية.

وفي السياق السعودي المحلي، يحظى رضا المرضى باهتمام رسمي كبير، حيث تعمل وزارة الصحة السعودية على قياسه بشكل دوري من خلال برنامج متخصص لقياس تجربة المريض يشمل جميع مراكز الرعاية الأولية والمستشفيات الحكومية. وتُستخدم نتائج هذه القياسات في توجيه سياسات التطوير ومبادرات التحسين، وفي تقييم أداء المرافق الصحية ومساءلتها عن جودة الخدمات المقدمة. كما أن تحسين رضا المرضى يُعد أحد الأهداف الاستراتيجية الرئيسية لبرنامج التحول الوطني الصحي ضمن رؤية 2030، حيث تسعى المملكة إلى رفع نسبة رضا المستفيدين عن خدمات الرعاية الصحية الأولية إلى مستويات عالمية (Suleiman & Ming, 2025).

الأبعاد المكونة لرضا المرضى

تتفق معظم الأدبيات الحديثة على أن رضا المرضى ليس مفهوماً أحادي البعد، بل هو بناء متعدد الأبعاد يشمل عدة جوانب متداخلة من تجربة المريض مع النظام الصحي (Batbaatar et al., 2017). وقد حددت مراجعة منهجية شاملة أجراها فيريرا وزملاؤه (Ferreira et al., 2023) لحوالي 157 دراسة منشورة خلال الفترة 2000-2021، ثلاثة أبعاد رئيسية حاسمة لرضا المرضى في مرافق الرعاية الصحية:

البُعد الأول: جودة الرعاية الطبية، ويشمل الكفاءة السريرية للأطباء والممرضين، ودقة التشخيص، وفعالية العلاج، والمتابعة المناسبة للحالات، والشعور بالأمان والثقة في قرارات الفريق الطبي. وتشير الدراسات إلى أن هذا البُعد يمثل العامل الأقوى تأثيراً على الرضا العام في معظم السياقات الصحية، إذ أن المرضى يضعون نتائج العلاج وجودته في مقدمة اهتماماتهم.

البُعد الثاني: جودة التواصل والتفاعل الشخصي، ويتضمن وضوح المعلومات المقدمة للمريض، والاستماع الجيد لشكاواه ومخاوفه، والتعاطف والاحترام في التعامل، وإشراك المريض في القرارات العلاجية. وقد أظهرت دراسات حديثة أن جودة التواصل قد تكون أكثر أهمية من الجودة السريرية في بعض الحالات، خاصة في الرعاية الأولية حيث يكون التفاعل الإنساني محورياً. ويرتبط هذا البُعد ارتباطاً وثيقاً بمفهوم الرعاية المتمحورة حول المريض (Patient-Centered Care) الذي يؤكد على أهمية احترام قيم المريض وتفضيلاته وإشراكه كشريك نشط في رعايته (Musaed Al ahmari, et al., n.d).

البُعد الثالث: الوقت والكفاءة التنظيمية، ويشمل أوقات الانتظار، وسهولة الحصول على المواعيد، وسلسلة الإجراءات الإدارية، وتنظيم سير العمل داخل المرفق الصحي (Bleustein et al., 2014)، وقد أثبتت دراسات متعددة وجود علاقة عكسية قوية بين أوقات الانتظار الطويلة ورضا المرضى، حيث أن التأخير في تلقي الخدمة يُفسّر غالباً على أنه عدم اهتمام أو عدم كفاءة من قبل المرفق الصحي.

بالإضافة إلى هذه الأبعاد الثلاثة الرئيسية، حددت دراسات أخرى أبعاداً إضافية قد تؤثر على رضا المرضى بدرجات متفاوتة حسب السياق، مثل:

- **البيئة الفيزيائية:** نظافة المرفق، والراحة، والخصوصية، وسهولة الوصول.
- **الاستمرارية في الرعاية:** إمكانية مراجعة نفس الطبيب، والتنسيق بين مستويات الرعاية المختلفة.
- **التكلفة والقيمة المدركة:** العلاقة بين التكلفة وجودة الخدمة المقدمة.
- **توفر الخدمات والموارد:** مدى توفر الخدمات والأدوية والتجهيزات اللازمة.

وفي السياق السعودي المحلي، أجريت دراسة حديثة (Albaqami & Alshagrawi, 2025) شملت مراكز الرعاية الأولية في الرياض، وتوصلا إلى أن أهم العوامل المؤثرة على رضا المرضى في هذا السياق هي - بالترتيب - جودة التواصل مع الكادر الطبي، وأوقات الانتظار، وتوفر المواعيد، والكفاءة السريرية، ونظافة المرفق. وهذا الترتيب يختلف قليلاً عن السياقات الغربية، مما يؤكد أهمية دراسة رضا المرضى ضمن السياقات الثقافية والتنظيمية المحددة بدلاً من تطبيق النماذج الغربية بشكل مباشر.

محددات ومؤثرات رضا المرضى

تتأثر مستويات رضا المرضى بمجموعة معقدة من العوامل التي يمكن تصنيفها إلى ثلاث فئات رئيسية: عوامل متعلقة بالمريض نفسه، وعوامل متعلقة بمقدمي الرعاية، وعوامل تنظيمية وإدارية.

العوامل المتعلقة بالمريض: تشمل الخصائص الديموغرافية (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الدخل)، والحالة الصحية والنفسية، والتوقعات المسبقة، والتجارب السابقة مع النظام الصحي. فقد أظهرت دراسات متعددة أن المرضى الأكبر سناً يميلون إلى إبداء مستويات رضا أعلى مقارنة بالشباب، وأن المرضى ذوي المستويات التعليمية الأعلى قد يكونون أكثر نقداً للخدمات. كما أن التوقعات المسبقة تلعب دوراً حاسماً، حيث أن المرضى ذوي التوقعات المنخفضة قد يُبدون رضا أعلى حتى مع خدمات متوسطة الجودة.

العوامل المتعلقة بمقدمي الرعاية: تتضمن الكفاءة المهنية، ومهارات التواصل، والسلوك تجاه المرضى، والوقت المخصص لكل مريض، والاستماع الفعال. وقد وجدت دراسة (Albaqami & Alshagrawi, 2025) أن المرضى يقيمون جودة الطبيب ليس فقط بناءً على كفاءته الطبية، بل أيضاً - وربما بشكل أساسي - بناءً على قدرته على الاستماع والتعاطف والشرح الواضح. كما أن الوقت الذي يقضيه الطبيب مع المريض يرتبط إيجابياً بالرضا، حتى لو كان هذا الوقت قصيراً نسبياً، إذا شعر المريض بأنه حصل على اهتمام كافٍ.

العوامل التنظيمية والإدارية: وهي العوامل الأكثر صلة بموضوع هذه الدراسة، وتشمل تنظيم العمل، وكفاءة العمليات، وأوقات الانتظار، وسهولة الوصول للخدمات، ونظام المواعيد، والتنسيق بين الأقسام المختلفة، وتوفر الموارد والمعدات. وهنا بالتحديد يمكن لمنهجيات الإدارة الرشيقة أن تلعب دوراً محورياً، إذ تستهدف هذه المنهجيات تحسين الجوانب التنظيمية والعملياتية التي ثبت أن لها تأثيراً كبيراً على رضا المرضى (Abdulmajeed et al., 2024).

وفي هذا السياق، أظهرت دراسة (Bleustein et al., 2014) التي أجريت على 14,000 مريض في عدة مراكز صحية، أن أوقات الانتظار تمثل أحد أقوى المؤشرات التنبؤية لعدم رضا المرضى، حيث أن كل زيادة بـ 10 دقائق في وقت الانتظار تقابلها انخفاض بـ 5 نقاط في مؤشر الرضا على مقياس من 100. كما وجدت الدراسة أن المرضى الذين انتظروا أكثر من 30 دقيقة كانوا أكثر ميلاً بمرتين لتقييم التجربة بشكل سلبي بغض النظر عن جودة الرعاية السريرية الفعلية التي تلقوها. هذه النتيجة تؤكد على الأهمية المحورية لتحسين سرعة وكفاءة العمليات - وهو ما تستهدفه المنهجيات الرشيقة - كمدخل لرفع رضا المرضى.

ثانياً: سرعة تقديم الخدمات الصحية

تُعد سرعة تقديم الخدمات الصحية بُعداً حاسماً من أبعاد جودة الرعاية الصحية، وتكتسب أهمية خاصة في مراكز الرعاية الأولية التي تتسم بارتفاع معدلات المراجعين وتنوع احتياجاتهم. ويُقصد بسرعة تقديم الخدمة

مجموع الوقت الذي يستغرقه المريض منذ دخوله المرفق الصحي حتى خروجه بعد تلقي الخدمة المطلوبة، ويشمل ذلك أوقات الانتظار في مراحل مختلفة (التسجيل، المعاينة، الفحوصات، الصيدلية)، بالإضافة إلى الزمن الفعلي المستغرق في تقديم الخدمة ذاتها.

وقد عرّف معهد الطب الأمريكي السرعة أو الاستجابة السريعة (Timeliness) كأحد الأبعاد الستة الأساسية لجودة الرعاية الصحية، إلى جانب الأمان، والفعالية، والكفاءة، والإنصاف، والتمحور حول المريض. وعُرفت السرعة بأنها "تقليل أوقات الانتظار والتأخيرات الضارة لكل من متلقي الرعاية ومقدميها". هذا التعريف يشير إلى أن السرعة ليست مجرد راحة إضافية للمريض، بل هي عنصر جوهري من جودة الرعاية يمكن أن تؤثر على النتائج الصحية الفعلية.

وتكتسب سرعة الخدمة أهمية خاصة في الرعاية الأولية لعدة أسباب: أولاً، معظم حالات الرعاية الأولية ليست طارئة لكنها تتطلب استجابة معقولة السرعة لتجنب المضاعفات. ثانياً، الانتظار الطويل يدفع بعض المرضى للجوء إلى أقسام الطوارئ للحصول على رعاية غير طارئة، مما يزيد الضغط على الموارد ويرفع التكاليف. ثالثاً، سرعة الحصول على موعد وقصر أوقات الانتظار تُعد من أهم معايير إمكانية الوصول التي تمثل ركيزة أساسية لجودة الرعاية الأولية. رابعاً، التأخير في الرعاية الأولية قد يعني تأخراً في الكشف المبكر عن أمراض خطيرة أو تأخراً في بدء علاجات مهمة زمنياً.

في السياق السعودي، تشير البيانات الرسمية إلى أن أوقات الانتظار في مراكز الرعاية الأولية تمثل إحدى أكبر شكاوى المرضى، حيث أفادت دراسة حديثة بأن 42% من المرضى اعتبروا أوقات الانتظار "أطول من المقبول"، وأن متوسط الوقت من الوصول إلى المركز حتى مغادرته يتراوح بين 45-90 دقيقة حسب وقت الزيارة (Albaqami & Alshagrawi, 2025). هذه الأرقام تشير إلى وجود مجال كبير للتحسين، خاصة إذا ما قورنت بالمعايير الدولية التي تنص على ألا يتجاوز الانتظار في الرعاية الأولية 30 دقيقة في المتوسط.

العوامل المؤثرة على سرعة الخدمة

تتأثر سرعة تقديم الخدمات الصحية بمجموعة معقدة من العوامل المترابطة:

عوامل الطلب: تشمل عدد المراجعين، وتوزيعهم الزمني (وجود فترات ذروة)، وتعميد حالاتهم، ومدى التزامهم بالمواعيد. فكلما ازداد عدد المراجعين دون زيادة مقابلة في الموارد، ازدادت أوقات الانتظار وفق نظرية طوابير الانتظار.

عوامل العرض: تشمل عدد الأطباء والممرضين والموظفين الإداريين، وساعات العمل، وعدد غرف الفحص والعيادات المتاحة، وتوفر المعدات والفحوصات. النقص في أي من هذه الموارد يخلق اختناقات تبطئ تدفق المرضى.

عوامل العمليات والتنظيم: وهذه هي العوامل الأكثر صلة بموضوع الدراسة الحالية، وتشمل كفاءة تصميم سير العمل، ونظام المواعيد المستخدم، ومدى التنسيق بين الأقسام، ووجود إجراءات إدارية معقدة أو مكررة، واستخدام التقنية لتسريع العمليات (Morales et al., 2024). هنا بالتحديد يمكن لمنهجيات الإدارة الرشيدة أن تحدث فرقاً كبيراً من خلال تحسين تصميم العمليات وإزالة الخطوات غير الضرورية وتعزيز التنسيق.

وقد أظهرت دراسة (Morales et al., 2024) التي استخدمت نمذجة المحاكاة لتحليل مسارات 500 مريض في مركز رعاية أولية، أن تطبيق تحسينات بسيطة على تنظيم العمل - مثل زيادة عدد موظفي التسجيل أثناء فترات الذروة وأتمتة بعض الإجراءات الإدارية - أدى إلى خفض أوقات الانتظار بنسبة 15-25% وزيادة كفاءة معالجة المرضى بنسبة 10-15%، مع توفير 22.5 دقيقة في المتوسط من إجمالي وقت الزيارة. هذه النتائج تدعم بقوة فرضية أن تحسين العمليات التنظيمية - دون الحاجة لزيادة كبيرة في الموارد - يمكن أن يحقق تحسينات ملموسة في سرعة الخدمة.

العلاقة بين سرعة الخدمة ورضا المرضى

تُجمع الأدبيات على وجود علاقة قوية بين سرعة تقديم الخدمة ورضا المرضى، لكن طبيعة هذه العلاقة أكثر تعقيداً مما قد يبدو للوهلة الأولى. فمن جهة، أظهرت دراسات متعددة أن أوقات الانتظار الطويلة ترتبط سلباً وبقوة برضا المرضى، وأن تقليل الانتظار يحسن الرضا بشكل ملحوظ. لكن من جهة أخرى، هناك عوامل وسيطة ومعدلة تؤثر على هذه العلاقة.

أولاً، "الانتظار المدرك" أهم من الانتظار الفعلي، فقد وجدت دراسات أن تصور المريض لطول الانتظار (الذي يتأثر بعوامل مثل الراحة، والتسلية، والمعلومات عن المدة المتوقعة) قد يكون أكثر تأثيراً على رضاه من الوقت الفعلي المستغرق. لذلك، بعض التدخلات البسيطة مثل إعلام المرضى بالوقت المتوقع أو توفير بيئة انتظار مريحة قد تخفف من الأثر السلبي للانتظار.

ثانياً، العلاقة غير خطية، التحسينات الأولى في تقليل أوقات الانتظار (مثلاً من 60 إلى 40 دقيقة) لها تأثير أكبر بكثير على الرضا من التحسينات اللاحقة (من 20 إلى 10 دقائق)، بمعنى أن هناك "نقطة تشبع" بعدها لا تؤدي التحسينات الإضافية إلى زيادات مقابلة في الرضا.

ثالثاً، تفاعل السرعة مع الجودة، فالمرضى لا يريدون مجرد خدمة سريعة، بل يريدون خدمة سريعة وجيدة في آن واحد. إذا شعر المريض أن السرعة جاءت على حساب الجودة (كأن يقضي الطبيب وقتاً قصيراً جداً معه)، فقد ينخفض رضاه حتى مع قصر أوقات الانتظار. لذلك، التحدي الحقيقي هو تحقيق التوازن الأمثل بين السرعة والجودة، وهو ما تسعى إليه منهجيات الإدارة الرشيدة من خلال تحسين العمليات دون المساس بالجودة (Saleh et al., 2024).

ثالثاً: الكفاءة التشغيلية

تُعرّف الكفاءة التشغيلية في سياق الرعاية الصحية بأنها القدرة على تقديم أفضل رعاية ممكنة بأقل استخدام للموارد المتاحة، أو بعبارة أخرى: تعظيم المخرجات (جودة وكمية الخدمات) مع تقليل المدخلات (الموارد البشرية والمادية والوقت والتكاليف). وتمثل الكفاءة أحد الأبعاد الستة الأساسية لجودة الرعاية الصحية وفقاً لمعهد الطب الأمريكي، وتُعرّف بأنها "تجنب الهدر، بما في ذلك هدر المعدات، والإمدادات، والأفكار، والطاقة". وفي مجال الرعاية الصحية الأولية تحديداً، تكتسب الكفاءة التشغيلية أهمية مضاعفة، إذ أن هذه المراكز تعمل عادة بموارد محدودة مقارنة بالمستشفيات، وتخدم أعداداً كبيرة من المراجعين، وتواجه ضغوطاً متزايدة لتقديم خدمات أكثر بتكاليف أقل. لذلك، فإن تحسين الكفاءة التشغيلية لا يعني فقط توفير التكاليف، بل يعني أيضاً القدرة على خدمة المزيد من المرضى بنفس الموارد، وتقليل أوقات الانتظار، وتحسين جودة الرعاية، وتعزيز رضا العاملين.

أبعاد ومؤشرات الكفاءة التشغيلية

يمكن تحليل الكفاءة التشغيلية في مراكز الرعاية الأولية عبر عدة أبعاد مترابطة:

- أ. **كفاءة استخدام الموارد البشرية:** وتُقاس بمؤشرات مثل عدد المرضى لكل طبيب في اليوم، وإنتاجية الموظفين الإداريين، ومدى التوازن في توزيع أعباء العمل. الكفاءة المثلى تعني أن جميع العاملين يستثمرون وقتهم وجهدهم في أنشطة ذات قيمة مضافة دون هدر أو تكرار غير ضروري.
- ب. **كفاءة استخدام المرافق والمعدات:** وتشمل معدلات استخدام غرف الفحص والمختبرات والأجهزة الطبية. حيث تمثل المرافق والمعدات غير المستغلة بشكل كامل هدراً في رأس المال المستثمر.
- ج. **كفاءة العمليات والإجراءات:** وتُقاس بمؤشرات مثل الوقت المستغرق لإنجاز كل عملية (التسجيل، المعاينة، الفحوصات)، وعدد الخطوات اللازمة لإتمام خدمة معينة، ومدى الحاجة لإعادة العمل أو التصحيح. تتميز العمليات الكفوءة ببساطتها ووضوحها وسلاستها دون اختناقات أو تعقيدات غير ضرورية.
- د. **كفاءة إدارة المخزون والإمدادات:** وتتعلق بمدى فعالية إدارة الأدوية والمستلزمات الطبية بحيث تكون متوفرة عند الحاجة دون تكديس زائد أو نقص مؤثر. يؤثر الهدر في المخزون (سواء بالزيادة أو بالنقص) سلباً على الكفاءة والجودة.
- هـ. **كفاءة التنسيق والتكامل:** وتُقاس مدى التنسيق الفعال بين الأقسام المختلفة (التسجيل، العيادات، المختبر، الصيدلية)، وسلاسة انتقال المعلومات والمرضى بينها. ويؤدي ضعف التنسيق إلى ازدواجية في الجهود وتأخيرات وأخطاء.
- و. **كفاءة التكلفة:** وتُقاس بمقارنة التكاليف الإجمالية لتشغيل المركز مع حجم وجودة الخدمات المقدمة. حيث ينجح المركز الكفوء نفس الكم والجودة من الخدمات بتكلفة أقل، أو ينجح أكثر بنفس التكلفة.

محددات الكفاءة التشغيلية

تتأثر الكفاءة التشغيلية لمراكز الرعاية الأولية بمجموعة معقدة من العوامل:

العوامل التنظيمية والإدارية: وهي الأكثر أهمية وقابلية للتحسين، وتشمل: نمط القيادة والإدارة، ووضوح الأدوار والمسؤوليات، وجودة التخطيط والتنسيق، واستخدام التقنية والمعلوماتية، وثقافة التحسين المستمر. المراكز ذات الإدارة الرشيدة والمرنة التي تركز على التحسين المستمر وتمكين العاملين تحقق مستويات كفاءة أعلى بكثير من تلك ذات الإدارة البيروقراطية الجامدة (Abdulmajeed et al., 2024).

العوامل البشرية: تشمل: مهارات وكفاءات الكوادر، ومستوى التدريب، والتحفيز والرضا الوظيفي، والعمل الجماعي. فالعاملون المدربون جيداً والمتحفزون والذين يعملون كفريق متناغم ينجزون أكثر بجهد أقل.

العوامل التقنية والبنية التحتية: مثل: حداثة المعدات والأنظمة، وملاءمة المباني وتصميمها، واستخدام تقنيات المعلومات والسجلات الإلكترونية. يمكن أن تسرع التقنيات الحديثة العمليات وتقلل الأخطاء وتحسن التنسيق.

العوامل الخارجية: مثل، السياسات الصحية الوطنية، ومستوى التمويل، وخصائص السكان المخدومين، والموقع الجغرافي. تعتبر هذه العوامل أقل قابلية للسيطرة من قبل إدارة المركز لكنها تحدد إطار عملها.

وقد أظهرت دراسة (العتيبي، 2024) في وزارة الصحة السعودية أن تطبيق ممارسات الإدارة الرشيدة - وخاصة التحسين المستمر وتنظيم العمل وتمكين الموظفين - أدى إلى تحسين الأداء الوظيفي بنسبة تأثير بلغت 79.6%، وهو ما انعكس على الكفاءة التشغيلية للوحدات الصحية. هذه النتيجة تدعم بقوة الفرضية القائلة بأن الممارسات الإدارية الرشيدة تُعد محدداً رئيسياً للكفاءة التشغيلية في البيئة الصحية السعودية.

العلاقة بين الكفاءة التشغيلية وجودة الرعاية

ثمة نقاش نظري وعملي مهم حول العلاقة بين الكفاءة وجودة الرعاية: هل هما متكاملتان أم متعارضتان؟. وجهة النظر التقليدية كانت تفترض وجود مفاضلة (Trade-off) بينهما، بحيث أن السعي لزيادة الكفاءة (تقليل التكاليف والوقت) يأتي على حساب الجودة. لكن تؤكد الأدبيات الحديثة - خاصة تلك المتأثرة بحركة Lean و Agile - أن الكفاءة والجودة ليستا متعارضتين بل متكاملتان ومتلازمتان.

المنطق وراء هذه الرؤية الجديدة هو أن معظم أشكال الهدر (انتظار، نقل زائد، إجراءات مكررة، أخطاء) لا تضيف قيمة للمريض ولا تحسن الجودة، بل على العكس قد تضر بها. فالانتظار الطويل مثلاً لا يحسن

الجودة بل يقللها (من منظور المريض)، والإجراءات الإدارية المعقدة لا تضيف قيمة طبية بل تستهلك وقتاً وجهداً يمكن توجيهه للرعاية المباشرة، والأخطاء الطبية تمثل هدراً وتدهوراً في الجودة في آن واحد. لذلك، فإن تحسين الكفاءة عبر إزالة هذه الأشكال من الهدر يؤدي في الواقع إلى تحسين الجودة وليس العكس.

وقد دعمت دراسات تجريبية هذه الرؤية. فقد أظهرت دراسة (Sharma et al., 2023) أن تطبيق مبادئ Lean أدى في آن واحد إلى تقليل الهدر وتحسين رضا المرضى، دون أي تعارض بين الهدفين. كما أظهرت دراسة (Siddiqui & Majeed, 2023) أن تطبيق Lean أدى إلى تحسين الكفاءة (تقليل أوقات الانتظار وتقليل الازدحام) مع تحسين متزامن في جودة الخدمة ورضا المرضى.

إذن، يشير الدليل المتراكم إلى أن العلاقة بين الكفاءة والجودة في الرعاية الصحية ليست علاقة "مجموع صفري (Zero-sum)" بل علاقة "مكسب-مكسب (Win-win)"، بشرط أن يتم تحسين الكفاءة بالطريقة الصحيحة: أي بتقليل الهدر والأنشطة غير ذات القيمة، وليس بتقليل الموارد المخصصة للأنشطة ذات القيمة المضافة للمريض.

المتغير المستقل - منهجيات الإدارة الرشيقة

يمثل المتغير المستقل في هذه الدراسة - وهو تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة في مراكز الرعاية الصحية الأولية - جوهر الظاهرة التي نسعى لاستكشاف آثارها على المتغيرات التابعة. ولذلك، فإن فهمًا عميقًا وشاملاً لماهية هذه المنهجيات وأصولها ومبادئها وآليات تطبيقها يُعد أمراً أساسياً لتصميم الدراسة وتفسير نتائجها. يستعرض هذا المحور تطور منهجيات الإدارة الرشيقة من نشأتها في قطاع تكنولوجيا المعلومات إلى تطبيقاتها المعاصرة في الرعاية الصحية، مع التركيز على المبادئ الأساسية والممارسات العملية وأدلة الفعالية في السياقات الصحية المختلفة. (Ahmad & Wasim, 2023)

أولاً: نشأة وتطور منهجيات الإدارة الرشيقة

ظهرت منهجيات الإدارة الرشيقة في أواخر تسعينيات القرن العشرين كاستجابة للإخفاقات المتكررة لمنهجيات تطوير البرمجيات التقليدية (مثل: نموذج الشلال Waterfall Model) التي كانت تتسم بالجمود والبطء وعدم القدرة على التكيف مع المتطلبات المتغيرة.

في عام 2001، اجتمع 17 خبيراً في تطوير البرمجيات في ولاية يوتا الأمريكية وصاغوا "البيان الرشيق لتطوير البرمجيات (Agile Manifesto for Software Development)"، الذي أرسى أربع قيم أساسية وإثني عشر مبدأً لإدارة المشاريع البرمجية بطريقة أكثر مرونة وكفاءة واستجابة.

القيم الأربع الأساسية للبيان الرشيق هي:

1. الأفراد والتفاعلات على العمليات والأدوات

2. البرمجيات العاملة على التوثيق الشامل
3. التعاون مع العميل على التفاوض التعاقدى
4. الاستجابة للتغيير على اتباع الخطة

هذه القيم لا تعني إهمال العنصر الثاني في كل ثنائية، بل تعني إعطاء الأولوية للعنصر الأول مع الاعتراف بأهمية كليهما.

وعلى الرغم من أن المنهجيات الرشيقة نشأت في سياق تطوير البرمجيات، إلا أن مبادئها الأساسية - المرونة، والتكيف، والتركيز على القيمة للمستفيد، والتحسين المستمر، والعمل الجماعي - أثبتت قابليتها للتطبيق في قطاعات متنوعة بما في ذلك التصنيع، والخدمات المالية، والتعليم، والرعاية الصحية.

بدأ تطبيق المنهجيات الرشيقة في قطاع الرعاية الصحية تدريجياً في أوائل العقد الثاني من القرن الحادي والعشرين، وتسارع بشكل ملحوظ خلال جائحة كوفيد-19 التي أبرزت الحاجة الماسة لمنهجيات إدارية قادرة على التكيف السريع مع الظروف المتغيرة وغير المتوقعة (Al Fannah et al., 2022)، وقد وجدت المنهجيات الرشيقة صدى قوياً في القطاع الصحي لعدة أسباب:

أولاً، البيئة الصحية تتسم بدرجة عالية من عدم اليقين والتعقيد والتغير المستمر، سواء في احتياجات المرضى، أو التقنيات الطبية، أو السياسات الصحية، أو الأوبئة، تعجز المنهجيات التقليدية الجامدة عن مواكبة هذه الديناميكية، بينما توفر المنهجيات الرشيقة إطاراً مرناً للتعامل معها (Ahmad & Wasim, 2023).

ثانياً، الرعاية الصحية بطبيعتها نشاط تعاوني يتطلب تنسيقاً دقيقاً بين تخصصات وأقسام متعددة (أطباء، ممرضون، صيادلة، إداريون، مختبرات، إلخ)، والمنهجيات الرشيقة تركز بشكل أساسي على تعزيز التعاون والتواصل الفعال بين أعضاء الفريق.

ثالثاً، المريض في الرعاية الصحية يُعد "العميل" أو "المستفيد" الأساسي الذي يجب أن تتمحور حوله جميع الخدمات، وهذا يتطابق تماماً مع فلسفة المنهجيات الرشيقة التي تضع تلبية احتياجات المستفيد في مركز جميع القرارات والأنشطة.

رابعاً، الضغوط المتزايدة على النظم الصحية لتحسين الجودة مع تقليل التكاليف تتطلب منهجيات قادرة على تحسين الكفاءة دون المساس بالجودة، وهو ما توفره المنهجيات الرشيقة عبر التركيز على إزالة الهدر والتحسين المستمر.

ثانياً: المبادئ الأساسية للإدارة الرشيقة في الرعاية الصحية

استناداً إلى البيان الرشيق الأصلي، يمكن تحديد أربعة مبادئ جوهرية لتطبيق الإدارة الرشيقة في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وهي المبادئ التي سيتم قياسها كأبعاد للمتغير المستقل في هذه الدراسة:

المرونة التنظيمية والاستجابة السريعة للتغيير: وتعني قدرة المركز الصحي على التكيف بسرعة مع احتياجات المرضى المتغيرة والظروف الطارئة، دون الالتزام الصارم بإجراءات جامدة. في السياق الصحي، يتجسد هذا المبدأ في قدرة المركز على تعديل جداول المواعيد حسب الحاجة، وإعادة توزيع الموارد بمرونة، والاستجابة الفورية للشكاوى والمقترحات.

التحسين المستمر والدورات التكرارية: وتعني اعتماد ثقافة التحسين المستمر عبر دورات قصيرة من التخطيط والتنفيذ والتقييم والتعديل، بدلاً من انتظار تغييرات كبيرة متباعدة. يشمل هذا عقد اجتماعات دورية لمراجعة الأداء وتحديد فرص التحسين، وتطبيق تحسينات تدريجية صغيرة لكن متواصلة.

تمكين الفرق والعمل التعاوني: ويعني منح الفرق الصحية (أطباء، ممرضون، إداريون) صلاحيات اتخاذ قرارات تتعلق بعملهم، وتشجيع التواصل المستمر والتعاون بين التخصصات المختلفة. في الممارسة العملية، يتجسد هذا في الاجتماعات اليومية القصيرة لتنسيق العمل، والمشاركة في تطوير الحلول للمشاكل اليومية.

التركيز على المريض كمستفيد محوري: ويعني وضع احتياجات وتفضيلات المريض في مركز جميع القرارات والعمليات، وإشراكه في تصميم وتحسين الخدمات. يشمل هذا جمع آراء المرضى بانتظام، وتصميم العمليات لتقليل عبء الانتظار والإجراءات عليهم، وتحسين التواصل والشفافية معهم.

ثالثاً: آليات وممارسات تطبيق الإدارة الرشيقة في الرعاية الأولية

تُترجم المبادئ الرشيقة إلى ممارسات عملية محددة في مراكز الرعاية الأولية، أهمها:

الاجتماعات اليومية القصيرة: اجتماعات لا تتجاوز 15 دقيقة يومياً لمشاركة التحديثات وتحديد المعوقات وتنسيق العمل.

دورات التحسين السريعة: تطبيق تحسينات صغيرة كل 1-4 أسابيع ومراجعة نتائجها فوراً .

لوحات العمل البصرية: استخدام لوحات كانبان لعرض تدفق المرضى والمهام بشكل مرئي لجميع الفريق.

آليات التغذية الراجعة السريعة: مع آراء المرضى بشكل مستمر وفوري والتصرف بناءً عليها. تمكين اتخاذ القرار على مستوى الفريق: منح الفرق الأمامية صلاحيات حل المشاكل دون الرجوع للإدارة العليا في كل مرة.

رابعاً: الأدلة التجريبية على فعالية الإدارة الرشيقة في الرعاية الصحية

تتراكم الأدلة التجريبية على فعالية تطبيق المنهجيات الرشيقة في تحسين مخرجات الرعاية الصحية. ففي دراسة (Desai et al., 2024) التي طبقت إطار سكرم في مشروع وطني بالأمريكتين شمل 18 منظمة صحية، أنجز العمل أسرع بنسبة 20% من المخطط، وأفاد 97.4% من المشاركين بفعالية الفرق الرشيقة

في التعاون، و96.8% رأوا أن المخرجات كانت عالية الجودة. وفي السياق العربي، أظهرت دراسة (Morsi et al., 2024) في قسم طوارئ مصري أن تطبيق مبادئ Lean الرشيقة أدى لتحسين رضا المرضى عن أوقات الانتظار وتقليل متوسط الوقت المستغرق في المرفق.

في السعودية تحديداً، وثقت دراسة (Abdulmajeed et al., 2024) في مستشفيات خاصة بالرياض أن تطبيق مبادئ Agile حسن التواصل بين فرق الرعاية وسرع الاستجابة لاحتياجات المرضى ورفع مستويات رضاهم بشكل ملحوظ. كما أثبتت دراسة (العتيبي, 2024) أن ممارسات الإدارة الرشيقة في وزارة الصحة أثرت إيجابياً على الأداء الوظيفي بنسبة 79.6%، مما انعكس على كفاءة العمليات. وفي عيادات خارجية بجدة، وجدت دراسة (Siddiqui & Majeed, 2023) أن تطبيق Lean أدى لتحسينات ملحوظة في رضا المرضى وسرعة الخدمة عبر تقليص أوقات الانتظار وتحسين انسياب العمل.

على المستوى العالمي، أظهرت دراسة (Morales et al., 2024) باستخدام نمذجة المحاكاة لـ500 مريض أن تحسينات رشيقة بسيطة خفضت أوقات الانتظار بـ15-25% وزادت كفاءة المعالجة بـ10-15%، موفرة 22.5 دقيقة متوسطة من وقت الزيارة. دراسة (Sharma et al., 2023) في مستشفى هندي أثناء كوفيد-19 أظهرت أن تطبيق Lean قلص الأنشطة غير ذات القيمة وحسن جودة الخدمة ورضا المرضى متزامناً.

يُعد استعراض الدراسات السابقة ركيزة أساسية في البناء المعرفي لأي بحث علمي، إذ يوفر فهماً عميقاً للظاهرة المدروسة ويحدد الفجوات المعرفية التي تسعى الدراسة الحالية لسدها. وفي هذا الفصل، يتم استعراض الأدبيات البحثية ذات الصلة بموضوع الدراسة بطريقة منهجية ومنظمة، مع التركيز على المحاور الرئيسية التي تشكل جوهر البحث وهي: منهجيات الإدارة الرشيقة في القطاع الصحي، وتأثيرها على رضا المرضى، وسرعة تقديم الخدمات الصحية، والكفاءة التشغيلية. كما يتضمن الفصل مناقشة الإطار النظري الذي يوجه الدراسة الحالية ويوفر الأساس المفاهيمي لفهم العلاقات بين المتغيرات المدروسة.

المحور الأول: منهجيات الإدارة الرشيقة في القطاع الصحي

تُعد منهجيات الإدارة الرشيقة من المقاربات الإدارية الحديثة التي انتقلت من قطاع تطوير البرمجيات إلى قطاعات متعددة بما فيها الرعاية الصحية، حيث أثبتت فعاليتها في تحسين المرونة التنظيمية والاستجابة السريعة للتغيرات. وقد أُجريت مراجعة منهجية شاملة لفحص تطبيق إدارة المشاريع الرشيقة عبر مختلف المجالات (Noteboom et al., 2021)، حيث تم تحليل 111 دراسة منشورة لتحديد العوامل المحفزة لتبني المنهجية الرشيقة وعوامل النجاح الحاسمة لتطبيقها. وقد أُشير في هذه المراجعة إلى أن العوامل المحفزة الرئيسية تشمل الحاجة إلى مرونة أكبر في مواجهة التغيرات السريعة، والرغبة في تحسين التواصل بين الفرق، وتعزيز رضا المستفيدين من خلال التسليم التدريجي للقيمة المضافة. كما حُددت عوامل النجاح الحاسمة التي تتضمن دعم الإدارة العليا، وتمكين الفرق العاملة، وتوفير التدريب المناسب، وتطوير ثقافة تنظيمية داعمة للتحسين المستمر والتعلم من الأخطاء.

وقد أكدت هذه النتائج من خلال دراسة (Al Fannah et al., 2022) التي فحصت تطبيق فرق رشيقة وأساليب خالية من الهدر في مستشفى رعاية ثالثة خلال جائحة كوفيد-19، حيث وُثقت تجربة فريدة في استخدام المنهجيات الرشيقة للاستجابة السريعة للأزمة الصحية غير المسبوقة. وأظهر في هذه الدراسة كيف أن تطبيق مبادئ الرشاقة مثل الاجتماعات اليومية القصيرة، والتخطيط التكراري القصير الأمد، وتمكين الفرق من اتخاذ القرارات السريعة، ساهم بشكل كبير في تحسين قدرة المستشفى على التكيف مع المتطلبات المتغيرة بسرعة. وأشير إلى أن المستشفى تمكن من إعادة تنظيم خدماته وتخصيص موارده بمرونة عالية، وتطوير بروتوكولات جديدة بسرعة، والاستجابة الفورية للتحديات الناشئة، وهو ما لم يكن ممكناً بالأساليب الإدارية التقليدية الجامدة.

من منظور أوسع، تناولت المنهجيات الرشيقة في إدارة القطاع الصحي من خلال مراجعة سردية شاملة (Ahmad & Wasim, 2023) التي استعرضت تطبيقات المنهجية الرشيقة في الممارسات الطبية والصحية المختلفة. وقد أُبرز في هذه المراجعة أن المنهجية الرشيقة تتوافق بشكل طبيعي مع طبيعة الرعاية الصحية التي تتسم بالديناميكية والتعقيد وعدم اليقين، حيث تتغير احتياجات المرضى باستمرار وتظهر معلومات

طبية جديدة وتتطور التقنيات العلاجية بسرعة. وأشار إلى أن المنهجية الرشيقة توفر إطاراً مرناً يسمح للفرق الصحية بالتكيف مع هذه التغيرات المستمرة مع الحفاظ على التركيز الدائم على جودة الرعاية ورضا المرضى. كما أوضح أن تطبيق المنهجية الرشيقة في الرعاية الصحية لا يقتصر على إدارة المشاريع فحسب، بل يمتد ليشمل تحسين العمليات السريرية، وتطوير البرامج الصحية، وإدارة التغيير المؤسسي، وحتى في تقديم الرعاية المباشرة للمرضى.

وفي دراسة حديثة أخرى، تم فحص دور المنهجيات الرشيقة في تطوير قطاع الرعاية الصحية (Saleh et al., 2024)، حيث أكد على أن المرونة والاستجابة السريعة التي توفرها المنهجية الرشيقة تُعد أموراً حاسمة لتحسين نتائج المرضى في بيئة صحية متغيرة باستمرار. وقد أُشير في هذه الدراسة إلى أن النماذج الإدارية التقليدية التي تعتمد على التخطيط الطويل الأمد والهياكل الهرمية الصارمة غالباً ما تعجز عن مواكبة التغيرات السريعة في المجال الصحي، مما يؤدي إلى تأخير في تقديم الخدمات وانخفاض في جودة الرعاية ورضا المرضى. في المقابل، فإن المنهجية الرشيقة التي تركز على دورات العمل القصيرة، والتحسين المستمر، والتعاون الوثيق بين الفرق متعددة التخصصات، والتواصل المنتظم مع المرضى، تُمكن المؤسسات الصحية من تقديم رعاية أكثر تمحوراً حول المريض وأسرع استجابة لاحتياجاته المتطورة.

ومن الجدير بالذكر أن تطبيق المنهجيات الرشيقة في القطاع الصحي لا يخلو من التحديات والمعوقات. فقد أُشير في عدة دراسات إلى أن البيئة الصحية تختلف جوهرياً عن بيئة تطوير البرمجيات التي نشأت فيها المنهجية الرشيقة، حيث تتضمن الرعاية الصحية متطلبات تنظيمية صارمة، ومعايير سلامة عالية، واعتبارات أخلاقية معقدة، وحاجة إلى توثيق شامل، وهي أمور قد تتعارض ظاهرياً مع بعض مبادئ الرشاقة مثل تفضيل البرمجيات العاملة على التوثيق الشامل. ولذلك، فإن تطبيق المنهجية الرشيقة في القطاع الصحي يتطلب تكييفاً دقيقاً يوازن بين المرونة والرشاقة من جهة، والالتزام بالمعايير والبروتوكولات الصحية من جهة أخرى.

المحور الثاني: تأثير الإدارة الرشيقة على رضا المرضى

يُعد رضا المرضى من المؤشرات الحيوية لجودة الخدمات الصحية ونجاح المنظومة الصحية، حيث يرتبط ارتباطاً وثيقاً بنتائج العلاج والالتزام بالخطط العلاجية ومعدلات المراجعة. وقد تُناول تأثير تطبيق مبادئ الإدارة الرشيقة على رضا المرضى في عدة دراسات حديثة أظهرت نتائج واعدة في هذا المجال. فقد أُجريت دراسة في المملكة العربية السعودية لفحص تأثير مبادئ الرشاقة على تحسين جودة رعاية المرضى في المستشفيات الخاصة بمدينة الرياض (Abdulmajeed et al., 2024)، حيث تم استخدام منهج كمي وصفي ارتباطي شمل عينة من العاملين في القطاع الصحي. وقد أظهر من خلال التحليل الإحصائي وجود تأثير إيجابي ودال إحصائياً لتطبيق مبادئ الرشاقة على عدة جوانب لجودة الرعاية تتعلق مباشرة برضا المرضى،

بما في ذلك تحسين التواصل بين الفرق الصحية والمرضى، وتسريع الاستجابة لاحتياجات المرضى، وزيادة مشاركة المرضى في قرارات رعايتهم، وتعزيز الشعور بالاهتمام الشخصي.

وقد أكدت هذه النتائج في دراسة أخرى طُبقت في العيادات الخارجية بالمملكة العربية السعودية (Siddiqui & Majeed, 2023)، حيث تم استخدام مبادئ الإدارة الخالية من الهدر لتحسين أوقات انتظار المرضى في العيادات الخارجية. وقد أُشير في هذه الدراسة إلى أن تطبيق أدوات مثل خرائط تدفق القيمة وتحليل الجذور ساهم في تحديد مصادر الهدر في العمليات وتقليل أوقات الانتظار بشكل ملموس، مما انعكس إيجابياً على رضا المرضى. وأظهر أن المرضى الذين استفادوا من العمليات المحسنة أبدوا مستويات رضا أعلى بشكل دال إحصائياً مقارنة بالفترات السابقة لتطبيق التحسينات، وأعربوا عن تقديرهم لتقليل وقت الانتظار وتحسين تنظيم الخدمة وسلاسة الإجراءات.

من منظور نظري أوسع، تُناول العلاقة بين جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى في مراجعة منهجية شاملة وتحليل بيليومتري (Ferreira et al., 2023) غطت 157 دراسة منشورة بين عامي 2000 و2021. وقد حُدِدت في هذه المراجعة العوامل الحاسمة لرضا المرضى والتي تتضمن ثلاثة أبعاد رئيسية: جودة الرعاية الطبية، وفعالية التواصل مع مقدمي الخدمة، وأوقات الانتظار المعقولة. وأُشير إلى أن هذه الأبعاد الثلاثة هي بالضبط الجوانب التي تستهدفها منهجيات الإدارة الرشيقة من خلال آلياتها التشغيلية المختلفة. فمبدأ التحسين المستمر في المنهجية الرشيقة يدعم تحسين جودة الرعاية الطبية، ومبدأ التواصل المستمر والشفافية يعزز فعالية التواصل مع المرضى، ومبدأ إزالة الهدر وتبسيط العمليات يساهم في تقليل أوقات الانتظار.

وفي دراسة حديثة أُجريت في مستشفى جامعي في مصر (Hussein et al., 2025)، تم دمج منهجية خالية من الهدر في قسم الطوارئ بهدف تحسين تدفق المرضى وتقليل أوقات الانتظار بعد جراحة كوفيد-19. وقد أظهر من خلال قياس رضا المرضى قبل وبعد التدخل أن مستوى الرضا عن أوقات الانتظار تحسن من معدل متوسط نسبياً (61.7%) إلى مستويات أعلى بعد تطبيق التحسينات. وأُشير إلى أن التحسينات لم تقتصر على تقليل الوقت الكمي المستغرق فحسب، بل شملت أيضاً تحسين جودة التجربة الكلية للمريض من خلال تنظيم أفضل لتدفق العمل، وتواصل أوضح مع المرضى حول أوقات الانتظار المتوقعة، وتقليل الإحباط الناتج عن عدم اليقين.

ومن منظور إنساني أوسع، تم اقتراح نموذج يدمج بين الإدارة الخالية من الهدر والرعاية الإنسانية المتمحورة حول المريض (Chen et al., 2024)، حيث أُجريت مقابلات شبه منظمة مع مسؤولين صحيين وأطباء في الصين. وقد أبرز في هذه الدراسة أن دمج القيم الإنسانية مع مبادئ الكفاءة التشغيلية يعزز فهم احتياجات المرضى بشكل أعمق ويبنى علاقة علاجية أقوى قائمة على الثقة والاحترام المتبادل، مما ينعكس إيجابياً على رضا المرضى. وأوضح أن المنهجية الرشيقة، عند تطبيقها بطريقة تحترم الجوانب الإنسانية والعاطفية

لِلرعاية الصحية، لا تحسن الكفاءة فقط بل تعزز أيضاً جودة التفاعل الإنساني بين مقدم الرعاية والمريض، وهو عنصر أساسي في رضا المريض.

وفي السياق السعودي تحديداً، أُجريت دراسة حديثة لتقييم رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية الأولية في مدينة الرياض (Albaqami & Alshagrawi, 2025)، حيث شملت العينة 385 مريضاً من مراكز رعاية أولية مختلفة. وقد كُشف من خلال التحليل الإحصائي عن مستويات رضا متوسطة إلى مرتفعة بشكل عام، لكن مع وجود مجالات تحتاج إلى تحسين ملحوظ خاصة فيما يتعلق بأوقات الانتظار وسلسلة الإجراءات وسرعة الاستجابة لاحتياجات المرضى. وأشار إلى أن هذه المجالات التي تحتاج إلى تحسين هي بالضبط تلك التي يمكن للمنهجيات الرشيقة أن تؤثر فيها بشكل كبير، مما يبرر الحاجة إلى دراسة تأثير تطبيق هذه المنهجيات على رضا المرضى في سياق الرعاية الأولية السعودية.

وقد أظهر في دراسة كلاسيكية لكنها ما زالت ذات صلة كبيرة (Bleustein et al., 2014)، أن أوقات الانتظار تمثل أحد أكثر العوامل تأثيراً على رضا المرضى وتصوراتهم عن جودة الرعاية، حيث وُجد ارتباط قوي بين طول فترات الانتظار وانخفاض درجات الرضا، حتى عندما كانت جودة الرعاية الطبية الفعلية ممتازة. وأشار إلى أن المرضى غالباً ما يفسرون أوقات الانتظار الطويلة على أنها دليل على سوء التنظيم أو عدم الاهتمام الكافي بهم، مما يؤثر سلباً على تقييمهم الكلي للخدمة حتى لو كانت الرعاية الفعلية المقدمة عالية الجودة. وهذا يؤكد أهمية السرعة والكفاءة التشغيلية، وهما بالضبط ما تستهدف المنهجيات الرشيقة تحسينه.

المحور الثالث: تأثير الإدارة الرشيقة على سرعة تقديم الخدمات الصحية

تُعد سرعة تقديم الخدمات الصحية من العوامل الحاسمة في جودة الرعاية ورضا المرضى، خاصة في بيئة الرعاية الأولية التي تتسم بارتفاع معدلات المراجعين وتنوع احتياجاتهم. وقد أُجريت عدة دراسات حديثة لفحص تأثير تطبيق المنهجيات الرشيقة والخالية من الهدر على سرعة تقديم الخدمات الصحية، وأظهرت نتائج واعدة في هذا المجال. فقد طُورت دراسة نموذج هجين يجمع بين التنبؤ الإحصائي والمحاكاة لتقليل أوقات الانتظار وتحسين تدفق المرضى في المستشفى (Morales et al., 2024)، حيث تم استخدام تقنيات إحصائية متقدمة شملت الانحدار الخطي والتحويل اللوغاريتمي والشبكات العصبونية الاصطناعية للتنبؤ بأوقات الخدمة في مراحل مختلفة من رحلة المريض. وقد أظهر من خلال المحاكاة الحاسوبية لسيناريوهات تشغيلية مختلفة أن تطبيق تحسينات بسيطة مثل زيادة عدد الكوادر خلال ساعات الذروة وأتمتة بعض المهام الإدارية، أدى إلى خفض زمن الانتظار في مراحل التسجيل والاستشارات بنسب تراوحت بين 15% إلى 25%، مع زيادة كفاءة معالجة المرضى بنسبة 10% إلى 15%، مما أسفر عن انخفاض إجمالي في زمن الانتظار بمتوسط 22.5 دقيقة لكل مريض.

وفي سياق مشابه، تم استخدام إطار عمل إدارة رشيقة (Scrum) في مشروع وطني لنشر نماذج الرعاية الصحية المنزلية في الأمريكتين (Desai et al., 2024)، حيث جُمعت 18 منظمة صحية في فرق رشيقة

لتطوير 20 منتجاً معرفياً (أدلة وإجراءات ومواد تدريبية) خلال فترة زمنية محددة. وقد أنجز المشروع خلال 32 أسبوعاً فقط، أي بوتيرة أسرع بنسبة 20% من الجدول الزمني المخطط أصلاً، مما يُظهر قدرة المنهجية الرشيقة على تسريع وتيرة تنفيذ المشاريع الصحية المعقدة. وأشار في هذه الدراسة إلى أن 97.4% من المشاركين اعتبروا فرق Scrum فعالة جداً في تسهيل العمل التعاوني، و96.8% رأوا أن المخرجات كانت عالية الجودة، مما يؤكد أن السرعة لم تأتِ على حساب الجودة بل تحققت معها بشكل متوازن.

ومن منظور آخر، تُفحص العلاقة بين تطبيق منهجية خالية من الهدر في قسم العلاج الطبيعي وتقليص أوقات الانتظار (Udhayakumar, 2022)، حيث تم تطبيق منهجية Lean Six Sigma في مستشفى بأبوظبي بهدف تحسين تدفق المرضى وتقليل فترات الانتظار للحصول على مواعيد العلاج الطبيعي. وقد أظهر أن متوسط زمن الانتظار للحجز انخفض بشكل دراماتيكي من 13.5 يوماً إلى حوالي 4 أيام فقط، أي بنسبة تحسن تجاوزت 70%، مما يمثل تحسناً ملموساً وذا دلالة إحصائية في سرعة وصول المرضى إلى الخدمات العلاجية التي يحتاجونها. وأشار إلى أن هذا التحسين الكبير تحقق من خلال إعادة تصميم عملية الحجز، وإزالة الخطوات غير الضرورية، وتحسين التنسيق بين الأقسام المختلفة، وتمكين موظفي الخط الأمامي من اتخاذ قرارات سريعة.

وفي دراسة مصرية مذكورة سابقاً (Hussein et al., 2025)، أظهر أن متوسط مدة إقامة المريض في قسم الطوارئ كان طويلاً نسبياً حيث بلغ حوالي 194 دقيقة، منها 157.87 دقيقة (أي 77.7% من الوقت الكلي) كانت عبارة عن أوقات انتظار فعلية لا يتلقى فيها المريض خدمة مباشرة. وقد أشار إلى أن هذا يمثل هدراً زمنياً كبيراً يؤثر سلباً على تجربة المريض وكفاءة القسم. وبعد تطبيق استراتيجيات خالية من الهدر شملت إعادة تصميم مسارات المرضى، وتحسين التنسيق بين الأقسام، وتبسيط الإجراءات الإدارية، تحققت تحسينات ملحوظة في تقليص أوقات الانتظار وتسريع تدفق المرضى عبر القسم.

وقد أكد في دراسة أخرى (Chen et al., 2024) أن الجمع بين الإدارة الخالية من الهدر والقيم الإنسانية يمكن أن يُسرّع تقديم الخدمات الصحية دون التضحية بالرعاية الشخصية للمرضى، حيث أوضح أن النموذج المقترح يمكن أن يعزز كفاءة إجراء العمليات ويوفر خدمات أسرع مع الحفاظ على الجوانب الإنسانية للرعاية. وأشار إلى أن السرعة في تقديم الخدمة لا تعني بالضرورة التعجل أو التقليل من الاهتمام بالمريض، بل تعني إزالة الهدر والتأخير غير الضروري الذي لا يضيف قيمة للمريض، مما يتيح للكوادر الصحية قضاء وقت أكبر في التفاعل المباشر والمفيد مع المرضى بدلاً من الانشغال بإجراءات بيروقراطية معقدة.

وفي دراسة سعودية مذكورة سابقاً (Siddiqui & Majeed, 2023)، أشار بشكل محدد إلى أن تطبيق مبادئ الإدارة الخالية من الهدر في العيادات الخارجية أدى إلى تخفيض ملموس في أوقات الانتظار، حيث تم تحليل رحلة المريض الكاملة من لحظة دخوله المركز الصحي إلى لحظة مغادرته، وحددت نقاط الاختناق ومصادر التأخير في كل مرحلة. وبعد تطبيق التحسينات التي شملت إعادة ترتيب مسار المريض، وتحسين

جدولة المواعيد، وتبسيط إجراءات التسجيل، وتحسين التنسيق بين الأقسام المختلفة، تحققت تحسينات كبيرة في سرعة تقديم الخدمة مما قلص الازدحام في العيادات وحسّن انسياب العمل.

من منظور مقارن، أجريت مقارنة بين إدارة المشاريع الصحية باستخدام المنهجية الرشيقة مقابل الأساليب التقليدية (Morsi et al., 2024)، حيث تم تحليل عدة مشاريع صحية نُفذت بكلا الأسلوبين. وقد أظهر أن المشاريع التي استخدمت المنهجية الرشيقة أنجزت بوتيرة أسرع بشكل دال إحصائياً مقارنة بالمشاريع التقليدية، مع مرونة أكبر في التكيف مع التغييرات غير المتوقعة خلال التنفيذ. وأشار إلى أن السرعة المتحققة لم تكن نتيجة التسرع أو التنازل عن المعايير، بل كانت نتيجة العمل بكفاءة أعلى من خلال التخلص من البيروقراطية الزائدة، وتقليل الاجتماعات غير الضرورية، وتمكين الفرق من اتخاذ القرارات السريعة، والتسليم التدريجي للمخرجات بدلاً من انتظار اكتمال المشروع بأكمله.

المحور الرابع: تأثير الإدارة الرشيقة على الكفاءة التشغيلية

تُعد الكفاءة التشغيلية من الأهداف الأساسية لتطبيق المنهجيات الرشيقة في القطاع الصحي، حيث تهدف هذه المنهجيات إلى تحسين استخدام الموارد المتاحة وتقليل الهدر وتعزيز القيمة المضافة لكل نشاط. وقد أجريت عدة دراسات لفحص تأثير المنهجيات الرشيقة والخالية من الهدر على الكفاءة التشغيلية في المؤسسات الصحية، وأظهرت نتائج إيجابية متسقة عبر سياقات مختلفة. فقد تناول استكشاف تأثير الإدارة التشغيلية الخالية من الهدر على رضا المرضى والتنمية الصحية المستدامة (Sharma et al., 2023) في دراسة حالة طُبقت على مستشفى متعدد التخصصات في الهند خلال جائحة كوفيد-19. وقد أُستخدمت أدوات تحسين متعددة شملت تخطيط مسار القيمة (Value Stream Mapping) لتحديد الأنشطة ذات القيمة المضافة مقابل الأنشطة غير المضافة للقيمة، وجمع التغذية الراجعة من المرضى والموظفين، والمراقبة المباشرة للعمليات. وقد أظهر أن هذه الأدوات ساهمت في تحديد وإزالة كميات كبيرة من الهدر في العمليات، مما أدى إلى تحسين الكفاءة التشغيلية وتحرير موارد كانت تُستهلك في أنشطة غير ضرورية، والتي أُعيد توجيهها نحو أنشطة ذات قيمة مضافة أعلى للمرضى.

وفي دراسة سعودية مهمة (العتيبي، 2024)، تم فحص دور الإدارة الرشيقة في رفع الأداء الوظيفي للعاملين في وزارة الصحة السعودية من خلال دراسة كمية شاملة شملت 514 موظفاً من مستويات إدارية مختلفة. وقد أظهر من خلال التحليل الإحصائي المتقدم أن ممارسات الإدارة الرشيقة مثل التحسين المستمر، وتنظيم العمل، وتمكين الموظفين، والتعاون الفعال، أثرت إيجابياً وبشكل كبير في رفع الأداء الوظيفي بنسبة تأثير بلغت 79.6%. وأشار إلى أن هذا التأثير الكبير يدل على أن الكفاءات الفردية والمؤسسية تتحسن بشكل جوهري عند تبني مبادئ الرقابة، مما ينعكس على الكفاءة التشغيلية الكلية للمنظمة الصحية. ورغم أن هذه الدراسة ركزت على الأداء الوظيفي من منظور الموظفين وليس من منظور المرضى، إلا أنها توفر دليلاً مهماً على أن تحسين الأداء الداخلي يمكن أن يؤدي إلى تحسين الخدمات المقدمة للمرضى.

وقد أكدت هذه النتائج في دراسة أخرى (Chen et al., 2024) التي اقترحت نموذجاً متكاملًا للإدارة الخالية من الهدر المعززة بالرعاية الإنسانية في المستشفيات العامة الصينية. وأشار في هذه الدراسة إلى أن الإطار المقترح يدعم إصلاح المستشفيات الحكومية من خلال تحسين جودة الخدمات وزيادة الكفاءة التشغيلية في آن واحد. وأوضح أن الكفاءة التشغيلية لا تعني فقط خفض التكاليف أو تسريع العمليات، بل تشمل أيضاً تحسين الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمادية، وتقليل الازدواجية في العمل، وتحسين التنسيق بين الأقسام، وتعزيز التعلم المؤسسي والتحسين المستمر.

مقارنة منهجية للدراسات السابقة

تُعد المقارنة المنهجية للدراسات السابقة أداة حيوية لفهم المشهد البحثي الحالي وتحديد الاتجاهات السائدة والفجوات المعرفية في مجال تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة في القطاع الصحي. ويُقدم الجدول (جدول 1) استعراضاً مقارناً شاملاً للدراسات الرئيسية التي تم تناولها في هذا الفصل، حيث تم تنظيمها بطريقة تسهل المقارنة المباشرة والتحليل النقدي لأوجه التشابه والاختلاف بينها. ويتضمن الجدول معلومات أساسية عن كل دراسة تشمل: الباحثين والسنة، والدولة أو السياق الجغرافي، والموضوع الرئيسي، والأهداف، والمنهجية المتبعة، وحجم العينة، والنتائج الرئيسية المتوصل إليها. وقد تم ترتيب الدراسات زمنياً من الأقدم إلى الأحدث لإظهار التطور التاريخي للبحث في هذا المجال، مع إضافة عمود خاص يحدد الموضوع الرئيسي لكل دراسة وعلاقته بمحاور الدراسة الحالية (تطبيقات الإدارة الرشيقة، رضا المرضى، سرعة الخدمات، أو الكفاءة التشغيلية). ويساعد هذا التنظيم في تقديم رؤية بانورامية للإنتاج العلمي في هذا المجال، ويُبرز بوضوح المجالات التي حظيت باهتمام بحثي واسع مقابل تلك التي لا تزال تعاني من نقص في الدراسات، مما يبرر الحاجة الماسة للدراسة الحالية ويوضح إسهامها المتوقع في سد هذه الفجوات المعرفية، خاصة في سياق مراكز الرعاية الصحية الأولية بالمملكة العربية السعودية.

جدول 1: مقارنة منهجية للدراسات السابقة

الدراسة	المحور في الدراسة الحالية	الموضوع الرئيسي	أهداف الدراسة	المنهجية المتبعة	النتائج الرئيسية
العتيبي (2024)	الأداء الوظيفي والكفاءة التشغيلية	الإدارة الرشيقة والأداء الوظيفي	دراسة دور الإدارة الرشيقة في رفع الأداء الوظيفي للعاملين في وزارة الصحة السعودية	كمية وصفية تحليلية Quantitative (Descriptive)	تأثير إيجابي كبير ودال إحصائياً للإدارة الرشيقة على الأداء الوظيفي بنسبة 79.6%؛ تحسين الكفاءات الفردية والمؤسسية بشكل جوهري
Morsi et al. (2024)	الكفاءة وسرعة التنفيذ	مقارنة مع Agile الأساليب التقليدية	مقارنة تحليلية بين إدارة المشاريع الصحية باستخدام المنهجية الرشيقة مقابل الأساليب التقليدية	مقارنة تحليلية Comparative Analysis (ve Analysis)	المشاريع الرشيقة أنجزت بوتيرة أسرع بشكل دال إحصائياً؛ مرونة أكبر في التكيف مع التغييرات؛ كفاءة أعلى؛ السرعة من العمل الذكي وليس التسرع

Noteboom et al. (2021)	تطبيقات الإدارة الرشيقة	محفزات التني وعوامل النجاح Agile	مراجعة منهجية شاملة لمحفزات تبني إدارة المشاريع الرشيقة وعوامل نجاحها الحاسمة	مراجعة منهجية (Systematic Review)	المحفزات: الحاجة للمرونة، تحسين التواصل، تعزيز رضا المستفيدين؛ عوامل النجاح: دعم الإدارة، تمكين الفرق، التدريب المكثف، الثقافة التنظيمية الداعمة
Ahmad & Wasim (2023)	تطبيقات الإدارة الرشيقة	المنهجية الرشيقة في الممارسات الطبية	مراجعة سردية للمنهجية الرشيقة في الممارسات الطبية والصحية المختلفة	مراجعة سردية (Narrative Review)	توافق طبيعي بين Agile وطبيعة الرعاية الصحية الديناميكية؛ تطبيقات واسعة تتجاوز إدارة المشاريع لتشمل العمليات السريرية والتطوير البرمجي
Saleh et al. (2024)	تطبيقات الإدارة الرشيقة	دور Agile في تطوير الرعاية الصحية	استعراض دور المنهجيات الرشيقة في تطوير قطاع الرعاية الصحية وتحسين نتائج المرضى	مراجعة أدبيات (Literature Review)	المرونة والاستجابة السريعة التي توفرها Agile حاسمة لتحسين نتائج المرضى؛ النماذج التقليدية الجامدة عاجزة عن مواكبة التغيرات السريعة في المجال الصحي
Uddin & Hossain (2024)	تطبيقات الإدارة الرشيقة	ثورة Agile في الرعاية الصحية	استعراض ثوري لكيفية تطبيق المنهجية الرشيقة في قطاع الرعاية الصحية	مراجعة أدبيات (Literature Review)	القيمة المضافة للمستفيد كمحور رئيسي؛ أهمية التكيف مع البيئة الصحية المتغيرة باستمرار؛ إمكانية تطبيق Agile في جوانب متعددة من الرعاية
Alotaibi & Almudhi (2023)	تطبيقات الإدارة الرشيقة	تطبيق Agile في إدارة القطاع الصحي	استعراض شامل لتطبيق المنهجية الرشيقة في إدارة القطاع الصحي وتحديد الفجوات البحثية	مراجعة أدبيات (Literature Review)	ندرة الدراسات التي تناولت الرعاية الأولية على المستوى العالمي؛ انعدام شبه تام للدراسات في السياق السعودي المحلي؛ فجوة معرفية واضحة تحتاج معالجة عاجلة
Al Fannah et al. (2022)	تطبيقات الإدارة الرشيقة	فرق رشيقة وأساليب Lean خلال كوفيد-19	توثيق تجربة تطبيق فرق رشيقة وأساليب Lean في مستشفى رعاية ثالثة خلال جائحة كوفيد-19	دراسة حالة (Case Study Documentat ion)	تحسين كبير في القدرة على التكيف السريع مع الأزمة؛ إعادة تنظيم الخدمات بمرونة عالية؛ تطوير بروتوكولات جديدة بسرعة؛ استجابة فورية للتحديات الناشئة
Ferreira et al. (2023)	رضا المرضى	العوامل المؤثرة في رضا المرضى	مراجعة منهجية شاملة وتحليل بيليومتري لرضا المرضى عن الخدمات الصحية	مراجعة منهجية وتحليل بيليومتري	العوامل الحاسمة الثلاثة لرضا المرضى: جودة الرعاية الطبية، فعالية التواصل مع مقدمي الخدمة، أوقات الانتظار المعقولة
Albaqami & Alshagrawi (2025)	رضا المرضى	رضا المرضى في الرعاية الأولية	تقييم شامل لرضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية الأولية في مدينة الرياض	كمية وصفية (Quantitative Descriptive)	مستويات رضا متوسطة إلى مرتفعة بشكل عام؛ مجالات تحتاج تحسين ملحوظ: أوقات الانتظار، سلاسة الإجراءات، سرعة الاستجابة لاحتياجات المرضى
Sharma et al. (2023)	رضا المرضى والكفاءة التشغيلية	Lean لتحسين رضا المرضى والاستدامة	استكشاف تأثير الإدارة التشغيلية الخالية من الهدر على رضا المرضى والتنمية الصحية المستدامة	دراسة حالة (Case Study)	تقليص واضح في الأنشطة غير ذات القيمة المضافة؛ تحسين ملموس في جودة الخدمة المقدمة للمرضى؛ تعزيز ثقافة التحسين المستمر والاستدامة

Chen et al. (2024)	رضا المرضى والكفاءة التشغيلية	دمج Lean مع الرعاية الإنسانية	اقتراح نموذج يدمج الإدارة الخالية من الهدر مع الرعاية الإنسانية لتقديم خدمات متمحورة حول المريض	نوعية (مقابلات شبه منظمة)	دمج القيم الإنسانية مع مبادئ الكفاءة يعزز فهم احتياجات المرضى؛ بناء علاقة علاجية قائمة على الثقة؛ تحسين الكفاءة دون التضحية بالرعاية الشخصية
Abdulmajeed et al. (2024)	رضا المرضى وجودة الرعاية	تأثير مبادئ Agile على جودة الرعاية	فحص تأثير مبادئ الرشاقة على تحسين جودة رعاية المرضى في المستشفيات الخاصة بالرياض	كمية وصفية ارتباطية (Quantitative Correlation)	تأثير إيجابي ودال إحصائياً لمبادئ الرشاقة على جودة الرعاية؛ تحسين التواصل بين الفرق الصحية والمرضى؛ تسريع الاستجابة؛ زيادة مشاركة المرضى في قرارات رعايتهم
Bleustein et al. (2014)	رضا المرضى وسرعة الخدمات	العلاقة بين أوقات الانتظار ورضا المرضى	دراسة تأثير أوقات الانتظار على رضا المرضى وتصوراتهم عن جودة الرعاية	كمية ارتباطية (Quantitative Correlation)	ارتباط قوي ودال إحصائياً بين طول أوقات الانتظار وانخفاض الرضا؛ تفسير المرضى للانتظار الطويل كدليل على سوء التنظيم حتى مع جودة رعاية ممتازة
Siddiqui & Majeed (2023)	رضا المرضى وسرعة الخدمات	تطبيق Lean في العيادات الخارجية	تطبيق مبادئ الإدارة الخالية من الهدر في العيادات الخارجية لتحسين رضا المرضى ونتائج الرعاية	كمية وصفية (Quantitative Descriptive)	تحسينات ملموسة في تجربة المرضى وجودة الخدمة؛ تقليص ملحوظ في أوقات الانتظار؛ تقليل الازدحام؛ تحسين انسياب الخدمة
Hussein et al. (2025)	رضا المرضى وسرعة الخدمات	Lean في قسم الطوارئ بعد كوفيد-19	دمج منهجية Lean في قسم الطوارئ لتعزيز انسيابية تدفق المرضى وتقليل أوقات الانتظار بعد الجائحة	كمية شبه تجريبية (Quasi-Experiment)	مستوى رضا متوسط نسبياً عن أوقات الانتظار قبل التدخل (61.7%)؛ 77.7% من الوقت الكلي كان انتظاراً فعلياً؛ تحسينات ملحوظة ودالة إحصائياً بعد التدخل
Desai et al. (2024)	سرعة التنفيذ وجودة المخرجات	تطبيق سكرم في الرعاية المنزلية	تطبيق إطار عمل سكرم الرشيق في مشروع وطني لنشر نماذج الرعاية الصحية المنزلية	شبه تجريبية (Quasi-Experiment)	إنجاز المشروع بوتيرة أسرع بنسبة 20% من الجدول الزمني المخطط (32 أسبوعاً)؛ فعالية عالية لفرق سكرم (97.4%)؛ جودة عالية للمخرجات (96.8%)
Udhaya kumar (2022)	سرعة الخدمات	تقليص أوقات الانتظار بـ Lean Six Sigma	تطبيق منهجية Six Sigma لتقليص أوقات انتظار المرضى في قسم العلاج الطبيعي	كمية شبه تجريبية (Quasi-Experiment)	انخفاض دراماتيكي في متوسط زمن الانتظار للحجز من 13.5 يوماً إلى حوالي 4 أيام (تحسن بنسبة 70%)؛ تحسين ملموس في تدفق المرضى وجودة الرعاية
Morales et al. (2024)	سرعة الخدمات والكفاءة التشغيلية	نموذج هجين لتقليل أوقات الانتظار	تطوير نموذج هجين يجمع بين التنبؤ الإحصائي والمحاكاة لتقليل أوقات الانتظار وتحسين تدفق المرضى	كمية (نمذجة ومحاكاة حاسوبية)	خفض زمن الانتظار في التسجيل والاستشارات بنسبة 15-25%؛ زيادة كفاءة معالجة المرضى بنسبة 10-15%؛ انخفاض إجمالي بمتوسط 22.5 دقيقة لكل مريض

يتضح من الجدول (جدول 1) عدة ملاحظات جوهرية تدعم أهمية الدراسة الحالية وتبرر الحاجة إليها:

من حيث التوزيع الجغرافي، يُلاحظ أن غالبية الدراسات أُجريت في السياقات الغربية (الولايات المتحدة وأوروبا) مع وجود محدود نسبياً للدراسات في المنطقة العربية، ومن بين الدراسات العربية القليلة، تركزت معظمها على المستشفيات والمراكز التخصصية وليس على مراكز الرعاية الأولية.

من حيث المنهجيات المستخدمة، تنوعت الدراسات بين المراجعات الأدبية المنهجية والسردية (6 دراسات)، والدراسات الكمية الوصفية والارتباطية (6 دراسات)، والدراسات شبه التجريبية (3 دراسات)، ودراسات الحالة النوعية (4 دراسات)، مما يعكس تنوعاً منهجياً صحياً في المجال، لكن مع ندرة ملحوظة في الدراسات الكمية الشاملة التي تربط بين متغيرات متعددة في سياق الرعاية الأولية.

من حيث التركيز الموضوعي، تبين أن معظم الدراسات ركزت على جانب واحد أو جانبين من جوانب الأداء: فهناك 7 دراسات ركزت على تطبيقات الإدارة الرشيقة بشكل عام، و7 دراسات على رضا المرضى، و5 دراسات على سرعة الخدمات، و6 دراسات على الكفاءة التشغيلية، بينما كانت الدراسات التي ربطت بين الأبعاد الثلاثة معاً (رضا المرضى، سرعة الخدمة، والكفاءة التشغيلية) نادرة جداً، وهو ما تسعى الدراسة الحالية لتحقيقه.

من الناحية الزمنية، يُلاحظ تزايد ملحوظ في عدد الدراسات خلال السنوات الخمس الأخيرة (2020-2025)، حيث نُشرت 13 دراسة من أصل 19 دراسة خلال هذه الفترة، مما يشير إلى أن هذا المجال البحثي لا يزال في مراحل نموه المبكرة ويشهد اهتماماً متزايداً، خاصة بعد جائحة كوفيد-19 التي أبرزت أهمية المرونة والرشاقة في النظم الصحية.

من حيث حجم العينات، تراوحت الدراسات الكمية بين عينات صغيرة نسبياً (أقل من 100 مشارك) وعينات متوسطة إلى كبيرة (300-500 مشارك)، مع ميل الدراسات الأحدث نحو استخدام عينات أكبر وأساليب تحليل إحصائي أكثر تقدماً، مما يعكس نضجاً منهجياً متزايداً في المجال.

بشكل حاسم للدراسة الحالية، يُلاحظ أنه رغم وجود عدة دراسات سعودية ضمن المراجعة، إلا أنه لا يوجد أية دراسة منها ركزت بشكل محدد على قياس تأثير منهجيات الإدارة الرشيقة على رضا المرضى وسرعة وكفاءة الخدمات في مراكز الرعاية الصحية الأولية من منظور المرضى أنفسهم. فقد ركزت دراسة (Abdulmajeed et al., 2024) على المستشفيات الخاصة وقاست المتغيرات من منظور العاملين لا المرضى؛ وركزت دراسة (العتيبي، 2024) على الأداء الوظيفي للموظفين دون قياس تأثير ذلك على المخرجات المتمحورة حول المريض. ورغم تناول دراسة (Siddiqui & Majeed, 2023) العيادات الخارجية إلا أنها لم تقدم تحليلاً شاملاً يربط بين الأبعاد الثلاثة.

من حيث النتائج المتحققة، أظهرت جميع الدراسات تقريباً نتائج إيجابية لتطبيق المنهجيات الرشيقة وLean، مع تحسينات ملموسة تراوحت بين 10% إلى 70% في مختلف مؤشرات الأداء المقاسة، مما يوفر دليلاً

تراكمياً قوياً على فعالية هذه المنهجيات في السياق الصحي. لكن معظم هذه التحسينات قيس في سياقات محددة (مستشفيات، أقسام تخصصية، مشاريع محددة) وليس في السياق الأوسع والأكثر أهمية لمراكز الرعاية الأولية التي تخدم أكبر عدد من المرضى وتشكل الخط الأول للنظام الصحي.

من حيث الفجوات المنهجية، يُلاحظ أن معظم الدراسات استخدمت تصاميم مقطعية أو دراسات حالة، بينما كانت الدراسات الطولية التي تتبع التأثيرات عبر الزمن نادرة. كما أن معظم الدراسات قاست المتغيرات من منظور واحد (إما المرضى أو العاملين أو الإدارة)، بينما كانت الدراسات التي دمجت وجهات نظر متعددة محدودة جداً. وهذا يمثل فرصة للدراسة الحالية لتقديم إسهام منهجي من خلال استخدام نهج شامل يقيس المتغيرات المتعددة من منظور المستفيدين المباشرين.

من حيث الأدوات المستخدمة، تنوعت الدراسات في استخدام أدوات Lean و Agile، حيث استخدمت بعض الدراسات أدوات محددة مثل Value Stream Mapping، أو 5 Whys، أو Kaizen، أو Scrum، بينما تناولت دراسات أخرى المنهجيات بشكل شامل دون التركيز على أدوات محددة. وهذا التنوع يعكس مرونة المنهجيات الرشيقة وقابليتها للتكيف مع سياقات مختلفة، لكنه يشير أيضاً إلى عدم وجود إجماع واضح حول أفضل الممارسات أو الأدوات الأكثر فعالية في السياق الصحي.

من منظور التطبيق العملي، أشارت معظم الدراسات إلى تحديات مشتركة في تطبيق المنهجيات الرشيقة في القطاع الصحي، أبرزها: مقاومة التغيير من قبل الكوادر الصحية المعتادة على الأساليب التقليدية، والحاجة إلى تدريب مكثف ومستمر، وضرورة دعم قوي من الإدارة العليا، وأهمية التكيف الثقافي للمنهجيات بما يتوافق مع الخصوصيات الصحية والتنظيمية المحلية. وهذه التحديات تحتاج إلى مزيد من الدراسة والفهم في السياق السعودي تحديداً.

من حيث الإطار النظري، لوحظ أن معظم الدراسات استندت إلى نظرية واحدة (إما Agile أو Lean أو TQM)، بينما كانت الدراسات التي دمجت بين عدة نظريات في إطار متكامل محدودة. وهذا يمثل إسهاماً نظرياً مهماً للدراسة الحالية التي تدمج بين ثلاث نظريات مترابطة (Lean، Agile، و TQM) المتمحورة حول العميل لتوفير فهم أكثر شمولية للظاهرة المدروسة.

من حيث القياس، استخدمت الدراسات الكمية مقاييس متنوعة لقياس رضا المرضى وسرعة الخدمة والكفاءة، لكن لم يكن هناك مقياس موحد أو متفق عليه عالمياً، مما يجعل المقارنة المباشرة بين نتائج الدراسات المختلفة أمراً صعباً. معظم الدراسات طورت أدواتها الخاصة بناءً على الأدبيات و سياق الدراسة، وهو ما ستتبعه الدراسة الحالية أيضاً مع الحرص على التوافق مع المقاييس المستخدمة في الدراسات السابقة لتسهيل المقارنة.

من منظور السياسات الصحية، أظهرت الدراسات أن تطبيق المنهجيات الرشيقة يتماشى مع التوجهات العالمية نحو تحسين جودة الرعاية الصحية وتعزيز التمركز حول المريض، كما أنه يدعم أهداف التنمية المستدامة والتحول الصحي الوطني. وفي السياق السعودي تحديداً، يتوافق تطبيق هذه المنهجيات مع أهداف رؤية 2030 في تحسين كفاءة الخدمات الحكومية وتعزيز رضا المستفيدين، كما أشارت دراسة (Albaqami & Alshagrawi, 2025) إلى أن تحسين رضا المرضى في الرعاية الأولية يُعد أولوية استراتيجية وطنية.

خلاصة المقارنة وموقع الدراسة الحالية

بناءً على المراجعة المقارنة الشاملة للدراسات السابقة كما يوضحها الجدول أعلاه، تتموضع الدراسة الحالية في نقطة حرجية تسد فجوة معرفية متعددة الأبعاد. فهي تجمع بين عدة خصائص فريدة لم تتوفر مجتمعة في أي دراسة سابقة: (1) التركيز المحدد على مراكز الرعاية الصحية الأولية، (2) في السياق السعودي المحلي، (3) مع قياس ثلاثة متغيرات تابعة مترابطة (رضا المرضى، سرعة الخدمة، والكفاءة التشغيلية)، (4) من منظور المرضى المستفيدين أنفسهم، (5) ضمن إطار نظري متكامل يدمج بين ثلاث نظريات إدارية حديثة، (6) باستخدام منهجية كمية صارمة وعينة تمثيلية كبيرة، (7) مع ربط واضح بالسياسات الوطنية والأولويات الاستراتيجية لرؤية 2030. وبذلك، لا تقتصر إسهامات الدراسة الحالية على سد الفجوات المعرفية المحددة فحسب، بل تمتد لتشمل تقديم أدلة تجريبية محلية يمكن الاعتماد عليها في صياغة السياسات واتخاذ القرارات، وتطوير نموذج مفاهيمي وأدوات قياس ملائمة ثقافياً يمكن استخدامها في دراسات مستقبلية، وتوفير فهم أعمق لكيفية تطبيق المنهجيات الرشيقة في سياق يختلف جوهرياً عن السياقات الغربية التي أُجريت فيها معظم الدراسات السابقة. كما أن النهج الشامل الذي تتبناه الدراسة في ربط المتغيرات المتعددة يوفر رؤية أكثر واقعية وعملية لتأثيرات المنهجيات الرشيقة، مما يعزز قابلية تطبيق النتائج والتوصيات المستخلصة في الممارسة الفعلية.

ومن المتوقع أن تشكل هذه الدراسة نقطة انطلاق لسلسلة من البحوث المستقبلية في هذا المجال الواعد، حيث يمكن البناء على نتائجها لإجراء دراسات طويلة تتبع التأثيرات عبر الزمن، أو دراسات نوعية تستكشف بعمق تجارب وتصورات مختلف أصحاب المصلحة، أو دراسات مقارنة بين مناطق مختلفة أو مستويات رعاية مختلفة، أو دراسات تجريبية تختبر تدخلات محددة قائمة على المنهجيات الرشيقة. وبذلك، تسهم الدراسة الحالية في بناء قاعدة معرفية متينة ومتنامية حول تطبيق المنهجيات الرشيقة في القطاع الصحي السعودي، بما يدعم جهود التطوير المستمر والتحسين المستدام لجودة الخدمات الصحية في المملكة.

المنطلقات النظرية للدراسة

يستند الإطار النظري للدراسة الحالية إلى تكامل ثلاث نظريات إدارية حديثة ومتربطة توفر معاً الأساس المفاهيمي لفهم كيفية تأثير تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة على جودة الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الأولية. وتتمثل هذه النظريات في: نظرية الإدارة الرشيقة (Agile Management Theory)، ونظرية الإدارة الخالية من الهدر (Lean Management Theory)، ونظرية الجودة الشاملة المتمحورة حول العميل (Customer-Centric Total Quality Management). ويوفر هذا التكامل النظري رؤية شاملة ومتعددة الأبعاد تفسر الآليات التي من خلالها يمكن للممارسات الرشيقة أن تؤثر على مخرجات الرعاية الصحية.

نظرية الإدارة الرشيقة (Agile Management Theory)

تشكل نظرية الإدارة الرشيقة الأساس النظري الرئيسي للدراسة الحالية، وهي نهج إداري تطور من "البيان الرشيق (Agile Manifesto)" الذي وُضع في عام 2001 كاستجابة لأوجه القصور في أساليب إدارة المشاريع التقليدية الجامدة. وقد أشارت دراسة (Noteboom et al., 2021) إلى أن المنهجية الرشيقة تقوم على مجموعة من المبادئ الجوهرية التي تُعطي الأولوية للقيم الإنسانية والمرونة على القواعد الصارمة والعمليات الجامدة. وتتضمن المبادئ الأساسية للإدارة الرشيقة أربعة محاور رئيسية كما حُددت في البيان الأصلي وطُورت في الأدبيات اللاحقة.

أولاً، يُعطى الأفراد والتفاعلات البشرية الأولوية على العمليات والأدوات، حيث يُعترف بأن نجاح أي مشروع أو خدمة يعتمد بشكل أساسي على جودة التواصل والتعاون بين أعضاء الفريق وبين الفريق والمستفيدين، وليس على مجرد اتباع إجراءات موحدة أو استخدام أدوات متطورة (Abdulmajeed et al., 2024). وفي السياق الصحي، يعني هذا المبدأ تعزيز التواصل الفعال بين أعضاء الفريق الصحي متعدد التخصصات، وبينهم وبين المرضى، مما يضمن فهماً أفضل للاحتياجات ونقل أكثر كفاءة للمعلومات واستجابة أسرع للمشاكل الناشئة.

ثانياً، تُعطى القيمة المضافة للمستفيد الأولوية على التوثيق الشامل، حيث يُركز على تسليم قيمة حقيقية وملموسة للمريض بشكل مستمر ومتزايد بدلاً من الانشغال بإنتاج وثائق مفصلة قد لا تضيف قيمة مباشرة للمستفيد (Uddin & Hossain, 2024). وهذا لا يعني إهمال التوثيق الضروري للسلامة والجودة، بل يعني ضمان أن كل نشاط يضيف قيمة فعلية للمريض ولا يُستهلك الوقت والجهد في توثيق أو إجراءات لا تخدم هذا الهدف النهائي.

ثالثاً، يُفضل التعاون مع المستفيد على التفاوض التعااقدي، مما يعني بناء شراكة حقيقية مع المرضى بدلاً من علاقة تعاقدية جامدة (Ahmad & Wasim, 2023). وفي الرعاية الصحية، يتجلى هذا

المبدأ في إشراك المرضى في قرارات رعايتهم، والاستماع لتغذيتهم الراجعة، وتكييف الخدمات بناءً على احتياجاتهم المتطورة، مما يعزز رضاهم ويحسن نتائجهم الصحية.

رابعاً، تُعطى الاستجابة للتغيير الأولوية على اتباع خطة ثابتة، حيث يُعترف بأن البيئة الصحية ديناميكية ومتغيرة باستمرار، وأن القدرة على التكيف السريع مع التغييرات غير المتوقعة أكثر أهمية من الالتزام الصارم بخطة موضوعة مسبقاً قد تصبح غير ملائمة (Desai et al., 2024). وهذا المبدأ حاسم في البيئة الصحية حيث تتغير احتياجات المرضى، وتظهر معلومات طبية جديدة، وتحدث ظروف طارئة تتطلب استجابة فورية ومرنة.

بالإضافة إلى هذه القيم الأساسية، تشتمل نظرية الإدارة الرشيقة على مجموعة من الممارسات التطبيقية التي تُترجم هذه المبادئ إلى واقع عملي. وتتضمن هذه الممارسات العمل ضمن دورات قصيرة ومتكررة تُسمى "سباقات (Sprints)"، حيث يتم تقسيم العمل الكبير إلى أجزاء صغيرة قابلة للتسليم خلال فترات زمنية قصيرة (عادة أسبوعين إلى أربعة أسابيع)، مما يتيح التقييم المستمر والتعديل السريع بناءً على التغذية الراجعة (Saleh et al., 2024). كما تشمل الممارسات الرشيقة عقد اجتماعات يومية قصيرة (Stand-up Meetings) تهدف إلى مزامنة جهود الفريق وتحديد العوائق ومعالجتها فوراً، وإجراء مراجعات دورية للمخرجات مع المستفيدين للحصول على تغذية راجعة مباشرة، وعقد جلسات استرجاعية (Retrospectives) يتأمل فيها الفريق في أدائه ويحدد فرص التحسين.

في سياق الدراسة الحالية، تُطبق نظرية الإدارة الرشيقة من خلال أربعة أبعاد رئيسية قابلة للقياس هي: المرونة التنظيمية (Organizational Flexibility) التي تعكس قدرة المركز الصحي على التكيف السريع مع الاحتياجات المتغيرة للمرضى والظروف غير المتوقعة؛ والتحسين المستمر (Continuous Improvement) الذي يعكس الالتزام بالتطوير الدائم للعمليات والخدمات بناءً على التعلم والتغذية الراجعة؛ وتمكين الفرق وتعاونها (Team Empowerment & Collaboration) الذي يعكس درجة تفويض السلطة للكوادر الصحية وجودة التنسيق بينهم؛ والتركيز على المستفيد (Customer Focus) الذي يعكس مدى وضع احتياجات المريض في صميم جميع القرارات والأنشطة. ويُفترض وفقاً لهذه النظرية أن تطبيق هذه الأبعاد الأربعة في مراكز الرعاية الأولية سيؤدي إلى تحسين مباشر في رضا المرضى وسرعة وكفاءة الخدمات المقدمة.

نظرية الإدارة الخالية من الهدر (Lean Management Theory)

تُكمل نظرية الإدارة الخالية من الهدر نظرية الإدارة الرشيقة وتوفر إطاراً أكثر تحديداً لتحسين الكفاءة التشغيلية من خلال التركيز على إزالة الهدر وتعظيم القيمة المضافة. وقد تطورت هذه النظرية من نظام إنتاج تويوتا (Toyota Production System) الذي طُوّر في اليابان بعد الحرب العالمية الثانية كاستجابة لمحدودية الموارد المتاحة، ثم انتشر إلى قطاعات متعددة بما فيها الرعاية الصحية منذ أوائل القرن الحالي

(Sharma et al., 2023). وتقوم هذه النظرية على مبدأ أساسي هو أن أي نشاط لا يضيف قيمة من منظور المستفيد النهائي (المريض) يُعتبر هدراً يجب التخلص منه أو تقليله إلى أدنى حد ممكن.

حُدِدت في الأدبيات سبعة أنواع رئيسية من الهدر في العمليات الصحية (Siddiqui & Majeed, 2023; Udhayakumar, 2022). أولاً، هدر الانتظار (Waiting) الذي يشير إلى الوقت الذي يقضيه المرضى أو الكوادر الصحية في الانتظار دون تلقي أو تقديم خدمة فعلية، وهو من أكثر أنواع الهدر وضوحاً وتأثيراً على رضا المرضى. ثانياً، هدر النقل الزائد (Transportation) الذي يتمثل في الحركة غير الضرورية للمرضى أو المعلومات أو المواد بين الأقسام المختلفة دون إضافة قيمة. ثالثاً، هدر المعالجة الزائدة (Over-processing) الذي يشمل إجراءات أو فحوصات أو خطوات زائدة عن الحاجة الفعلية لتقديم الرعاية المطلوبة. رابعاً، هدر المخزون الزائد (Inventory) الذي يتجلى في تراكم المرضى في قوائم الانتظار أو الملفات غير المعالجة أو المواد المخزنة بكميات تفوق الحاجة الفعلية.

خامساً، هدر الحركة الزائدة (Motion) الذي يشير إلى التحركات غير الفعالة للكوادر الصحية نتيجة لسوء تصميم بيئة العمل أو توزيع الموارد. سادساً، هدر العيوب (Defects) الذي يشمل الأخطاء الطبية أو الإدارية التي تتطلب إعادة العمل وتستهلك موارد إضافية وقد تلحق ضرراً بالمرضى. سابعاً، هدر المهارات غير المستغلة (Underutilized Talent) الذي يتمثل في عدم الاستفادة الكاملة من مهارات وقدرات وإبداع الكوادر الصحية، والذي يُعد أحد أكثر أنواع الهدر خطورة لأنه يحرم المنظمة من إمكانيات تحسين كبيرة.

توفر نظرية Lean أيضاً مجموعة من الأدوات والتقنيات العملية لتحديد وإزالة الهدر، أبرزها تخطيط مسار القيمة (Value Stream Mapping) الذي يتيح رسم خريطة مفصلة لجميع الخطوات في رحلة المريض وتصنيفها إلى أنشطة ذات قيمة مضافة وأنشطة هدر، ومن ثم إعادة تصميم العملية للتركيز على الأنشطة ذات القيمة (Morales et al., 2024). كما تشمل الأدوات الخمسة أسباب (5 Whys) لتحليل الجذور العميقة للمشاكل، ومنهجية كايزن (Kaizen) للتحسين المستمر التدريجي، ونظام الإنتاج في الوقت المناسب (Just-in-Time) لتقليل المخزون والانتظار، ونظام السحب (Pull System) الذي يضمن تقديم الخدمة فقط عندما تكون مطلوبة فعلياً.

في إطار الدراسة الحالية، تدعم نظرية Lean الفرضية بأن تطبيق مبادئ الإدارة الرشيدة - التي تتضمن العديد من أدوات Lean - سيؤدي إلى تحسين الكفاءة التشغيلية من خلال تقليل الهدر في العمليات، وتحسين استخدام الموارد البشرية والمادية، وتقليل أوقات الانتظار، وتبسيط الإجراءات، وتعزيز التنسيق بين الأقسام المختلفة. كما أن التركيز على القيمة من منظور المريض - وهو مبدأ مشترك بين نظريتي Agile و Lean - يضمن أن جميع التحسينات التشغيلية تصب في النهاية في تحسين تجربة المريض ورضاه.

نظرية الجودة الشاملة المتمحورة حول العميل (Customer-Centric Total Quality Management)

تُكمل نظرية الجودة الشاملة المتمحورة حول العميل الإطار النظري للدراسة من خلال التأكيد على أن رضا المستفيد (المريض) هو المؤشر النهائي والأهم لجودة الخدمة، وأن جميع الجهود التحسينية يجب أن تُقاس في النهاية بمدى تأثيرها على هذا الرضا. وقد تطورت هذه النظرية من حركة الجودة الشاملة (Total Quality Management - TQM) التي ظهرت في الثمانينيات والتسعينيات، لكنها أصبحت أكثر تركيزاً على العميل في تطوراتها الحديثة. (Manzoor et al., 2019)

تقوم نظرية الجودة الشاملة المتمحورة حول العميل على عدة مبادئ أساسية. أولاً، مبدأ التركيز على المستفيد الذي يضع احتياجات وتوقعات المرضى في صميم جميع القرارات والأنشطة، ويسعى ليس فقط لتلبية هذه الاحتياجات بل لتجاوزها وخلق تجربة متميزة. ثانياً، مبدأ التحسين المستمر (Continuous Improvement) أو (Kaizen) الذي يؤكد أن الجودة ليست حالة نهائية يمكن الوصول إليها بل هي رحلة مستمرة من التطوير والتحسين التدريجي المتواصل. ثالثاً، مبدأ المشاركة الكاملة للعاملين (Total Employee Involvement) الذي يؤكد أن تحسين الجودة مسؤولية الجميع وليس فقط الإدارة أو قسم الجودة، وأن أفضل الأفكار التحسينية غالباً ما تأتي من العاملين في الخطوط الأمامية الذين يتفاعلون مباشرة مع المرضى والعمليات.

رابعاً، مبدأ النهج المبني على البيانات (Data-Driven Approach) الذي يؤكد على ضرورة اتخاذ القرارات بناءً على بيانات موضوعية وأدلة ملموسة وليس على الافتراضات أو الحدس أو الآراء الشخصية. خامساً، مبدأ النهج العملي (Process Approach) الذي ينظر إلى المنظمة كمجموعة من العمليات المترابطة ويسعى لفهم وتحسين كل عملية وكيفية تفاعلها مع العمليات الأخرى. سادساً، مبدأ القيادة الداعمة (Leadership Commitment) الذي يؤكد أن نجاح أي مبادرة جودة يتطلب دعماً قوياً ومرئياً من الإدارة العليا التي تخلق رؤية واضحة وتوفر الموارد اللازمة وتكافئ التحسين.

في السياق الصحي تحديداً، أُشير في الأدبيات (Ferreira et al., 2023; Albaqami & Alshagrawi, 2025) إلى أن رضا المرضى يتأثر بثلاثة أبعاد رئيسية هي: الجودة الفنية للرعاية الطبية (التشخيص الدقيق، العلاج الفعال، النتائج الصحية الجيدة)، والجودة الوظيفية للخدمة (سهولة الوصول، قصر أوقات الانتظار، سلاسة الإجراءات، بيئة مريحة)، والجودة التفاعلية (جودة التواصل، الاهتمام الشخصي، الاحترام، التعاطف، بناء الثقة). وتستهدف المنهجيات الرشيقة تحسين هذه الأبعاد الثلاثة بطرق مختلفة: فالتحسين المستمر يعزز الجودة الفنية من خلال التعلم الدائم وتطبيق أفضل الممارسات؛ وإزالة الهدر وتبسيط العمليات يحسنان الجودة الوظيفية؛ والتركيز على المريض وتعزيز التواصل يحسنان الجودة التفاعلية.

التكامل بين النظريات الثلاث والنموذج المفاهيمي للدراسة

يوفر التكامل بين النظريات الثلاث إطاراً شاملاً ومتعدد الأبعاد لفهم كيفية تأثير تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة على جودة الخدمات الصحية. فنظرية الإدارة الرشيقة توفر الفلسفة الشاملة والمبادئ الموجهة التي تؤكد على المرونة والتكيف والتركيز على المستفيد والتحسين المستمر. ونظرية Lean توفر الأدوات والتقنيات

العملية لتحديد وإزالة الهدر وتحسين الكفاءة التشغيلية. ونظرية الجودة الشاملة توفر المعيار النهائي لتقييم النجاح وهو رضا المريض، وتؤكد على أهمية المشاركة الشاملة والنهج المبني على البيانات.

بناءً على هذا التكامل النظري، تم تطوير النموذج المفاهيمي للدراسة الذي يحدد العلاقات المفترضة بين المتغيرات. في هذا النموذج، يُمثل تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة (بأبعاده الأربعة: المرونة التنظيمية، التحسين المستمر، تمكين الفرق، التركيز على المستفيد) المتغير المستقل الرئيسي. وتُمثل ثلاثة مخرجات رئيسية المتغيرات التابعة وهي: رضا المرضى (الذي يُقاس من خلال الرضا العام، جودة التواصل، الاهتمام الشخصي، الثقة في الخدمات)؛ وسرعة تقديم الخدمة (التي تُقاس من خلال أوقات الانتظار، سرعة الاستجابة، زمن إنجاز الإجراءات)؛ والكفاءة التشغيلية (التي تُقاس من خلال الاستخدام الأمثل للموارد، تبسيط الإجراءات، تقليل الهدر، تحسين التنسيق).

يقدم هذا الإطار النظري المتكامل عدة إسهامات مهمة للأدبيات الأكاديمية. أولاً، يمثل محاولة رائدة لدمج ثلاث نظريات إدارية مترابطة في إطار موحد لتفسير مخرجات الرعاية الصحية في السياق السعودي، وهو تكامل نظري لم يُحقق بهذا الشكل الشامل في الدراسات السابقة المحلية. ثانياً، يطبق هذا الإطار نظريات نشأت في سياقات غربية وصناعية على بيئة الرعاية الصحية الأولية في بيئة عربية، مما يختبر قابلية تعميم هذه النظريات عبر سياقات ثقافية وتنظيمية مختلفة ويثري النقاش الأكاديمي حول عالمية مقابل خصوصية النظريات الإدارية.

الفصل الثالث: منهجية الدراسة

يُعد الفصل الثالث من الدراسة بمثابة الإطار المنهجي الذي يوضح الخطوات الإجرائية والأساليب العلمية المتبعة لتحقيق أهداف البحث والإجابة عن تساؤلاته واختبار فرضياته. وتكتسب المنهجية أهمية بالغة في البحث العلمي كونها تمثل الطريق الممنهج لجمع البيانات وتحليلها بموضوعية ودقة، مما يضفي المصداقية على النتائج ويجعلها قابلة للتعميم والاستفادة منها في السياقات المماثلة. وفي هذا الفصل، يتم استعراض تصميم البحث المعتمد، ووصف مجتمع الدراسة والعينة المستهدفة وخصائصها، وتحديد حجم العينة وأساليب اختيارها، وشرح أدوات جمع البيانات والإجراءات المتبعة في ذلك، إضافة إلى توضيح حدود الدراسة الزمانية والمكانية والموضوعية، وأخيراً بيان أساليب التحليل الإحصائي المستخدمة لمعالجة البيانات واستخلاص النتائج.

تستند الدراسة الحالية إلى منهج علمي كمي صارم يتيح قياس العلاقات بين المتغيرات بدقة، حيث يُعد المنهج الكمي الأنسب للدراسات التي تهدف إلى اختبار الفرضيات وتحديد حجم التأثير وطبيعة العلاقات الارتباطية والسببية بين المتغيرات المستقلة والتابعة (Creswell & Creswell, 2023). ويأتي اختيار هذا المنهج متسقاً مع طبيعة الدراسة التي تسعى إلى تحليل أثر تطبيق منهجيات الإدارة الرشيدة على رضا المرضى وسرعة وكفاءة تقديم الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الأولية بمدينة الرياض، وهي متغيرات قابلة للقياس الكمي من خلال مقاييس موحدة ومعايير إحصائية متعارف عليها في الأدبيات العلمية.

إن وضوح المنهجية ودقتها يساهمان في تعزيز الثقة بنتائج البحث ويمكنان الباحثين الآخرين من تكرار الدراسة في سياقات مشابهة للتحقق من النتائج أو توسيع نطاق البحث. كما أن الالتزام بالمعايير المنهجية الصارمة يضمن الحصول على بيانات موثوقة وصالحة للتحليل الإحصائي المتقدم، مما يدعم عملية اتخاذ القرارات المبنية على الأدلة في القطاع الصحي. وفي ظل التوجهات الوطنية نحو تحسين جودة الخدمات الصحية ضمن رؤية المملكة 2030، تأتي هذه الدراسة لتقديم إسهاماً علمياً يستند إلى منهجية بحثية محكمة تلبى المعايير الأكاديمية الدولية وتتوافق مع احتياجات القطاع الصحي المحلي.

تصميم البحث

تعتمد الدراسة الحالية على تصميم بحثي كمي وصفي ارتباطي يهدف إلى استكشاف وتحليل العلاقات بين المتغيرات المدروسة بطريقة منهجية ومنظمة. ويُعرف التصميم الوصفي الارتباطي بأنه النهج البحثي الذي يسعى إلى وصف الظواهر كما هي في الواقع وقياس طبيعة العلاقات بين المتغيرات دون التدخل فيها أو محاولة التحكم بالظروف المحيطة بها، وهو ما يجعله ملائماً للدراسات التي تستهدف فهم الوضع الراهن وتحليل العلاقات القائمة بين عوامل متعددة في بيئتها الطبيعية. وقد أكدت الأدبيات المنهجية أن هذا النوع من التصميم البحثية يوفر أساساً علمياً متيناً لاستكشاف التأثيرات المحتملة للمتغيرات المستقلة على

المتغيرات التابعة، خاصة في المجالات التطبيقية مثل الرعاية الصحية حيث يصعب إجراء التجارب الضابطة لاعتبارات أخلاقية وعملية.

يتميز التصميم المعتمد في هذه الدراسة بكونه مقطوعياً، حيث يتم جمع البيانات في نقطة زمنية واحدة أو خلال فترة زمنية قصيرة محددة، مما يتيح الحصول على صورة واضحة عن الوضع الراهن للمتغيرات المدروسة في لحظة معينة. ورغم أن هذا التصميم لا يسمح بإقامة علاقات سببية حتمية بين المتغيرات كما هو الحال في الدراسات التجريبية الطولية، إلا أنه يوفر مؤشرات قوية حول طبيعة العلاقات واتجاهاتها، ويمكن من خلاله التنبؤ بالتأثيرات المحتملة للمتغير المستقل على المتغيرات التابعة، خاصة عندما يُدعم بإطار نظري متين وأدبيات علمية سابقة تؤكد وجود مثل هذه العلاقات.

في إطار هذه الدراسة، يتمثل المتغير المستقل الرئيسي في مستوى تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة في مراكز الرعاية الصحية الأولية، والذي يُقاس من خلال أربعة أبعاد فرعية هي: المرونة التنظيمية، والتحسين المستمر، وتمكين الفرق وتعاونها، والتركيز على المستفيد. وتعكس هذه الأبعاد المبادئ الأساسية للإدارة الرشيقة كما وردت في الأدبيات النظرية، وتم تطويرها بناءً على مراجعة شاملة للدراسات السابقة وأفضل الممارسات في تطبيق المنهجيات الرشيقة في القطاع الصحي. أما المتغيرات التابعة فتشمل ثلاثة محاور رئيسية: رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة، وسرعة تقديم هذه الخدمات، والكفاءة التشغيلية في تقديمها. ويُقاس كل من هذه المتغيرات من خلال مجموعة من المؤشرات الفرعية التي تعكس الجوانب المختلفة لجودة الخدمة الصحية من منظور المريض.

يعتمد التصميم البحثي أيضاً على ضبط مجموعة من المتغيرات الديموغرافية والشخصية التي قد تؤثر على العلاقة بين المتغير المستقل والمتغيرات التابعة، وتشمل هذه المتغيرات الضابطة: الجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، وعدد الزيارات السابقة لمراكز الرعاية الصحية الأولية. ويهدف إدراج هذه المتغيرات إلى عزل تأثيرها وفهم مدى تأثير الفروق الفردية في إدراك المرضى لجودة الخدمات ومستوى رضاهم عنها، مما يعزز دقة التحليل الإحصائي و يتيح تفسيراً أكثر شمولية للنتائج.

لتحقيق أهداف الدراسة واختبار فرضياتها، تم اعتماد أسلوب المسح الميداني باستخدام الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات من المرضى المستفيدين من خدمات مراكز الرعاية الصحية الأولية في مدينة الرياض. ويتميز أسلوب المسح بقدرته على الوصول إلى عدد كبير من المشاركين خلال فترة زمنية محدودة، وإمكانية تطبيقه في بيئات متعددة، وسهولة تقنين البيانات المجمعة وتحليلها إحصائياً، إضافة إلى كفاءته من حيث التكلفة مقارنة بأساليب البحث الأخرى. كما أن اعتماد استبيان موحد ومقنن يضمن الحصول على بيانات متسقة وقابلة للمقارنة عبر جميع المشاركين، مما يعزز موثوقية النتائج وقابليتها للتعميم على مجتمع الدراسة الأوسع.

يستند التصميم البحثي إلى إطار نظري متكامل يدمج بين نظرية الإدارة الرشيقة، ونظرية الإدارة الخالية من الهدر، ونظرية الجودة الشاملة المتمحورة حول العميل، وهي نظريات مترابطة تشترك في التأكيد على أهمية المرونة والتحسين المستمر والتركيز على احتياجات المستفيدين. ويوفر هذا الإطار النظري الأساس المفاهيمي لفهم كيفية تأثير تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة على مخرجات الرعاية الصحية، ويوجه عملية تطوير أداة الدراسة وصياغة الفرضيات وتفسير النتائج بطريقة منهجية ومتسقة. وقد تم تطوير نموذج مفاهيمي للدراسة يوضح العلاقات المفترضة بين المتغيرات ويحدد الفرضيات البحثية القابلة للاختبار الإحصائي، مما يسهل عملية التحليل ويعزز وضوح النتائج.

مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع المرضى المستفيدين من خدمات مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة في مدينة الرياض خلال عام 2025. وتُعد مراكز الرعاية الصحية الأولية حجر الزاوية في النظام الصحي السعودي، حيث تشكل نقطة الاتصال الأولى بين المواطنين والمقيمين ومنظومة الرعاية الصحية، وتقدم مجموعة واسعة من الخدمات الوقائية والعلاجية الأساسية التي تشمل الرعاية الصحية العامة، ورعاية الأمومة والطفولة، وإدارة الأمراض المزمنة، والتطعيمات، والفحوصات الدورية، وغيرها من الخدمات الضرورية التي تلبي الاحتياجات الصحية اليومية للمجتمع.

تُشير الإحصائيات الرسمية الصادرة عن وزارة الصحة السعودية إلى أن مدينة الرياض، بوصفها العاصمة والمركز الإداري والاقتصادي للمملكة، تضم عدداً كبيراً من مراكز الرعاية الصحية الأولية الموزعة في مختلف الأحياء والمناطق السكنية، والتي تخدم شريحة واسعة ومتنوعة من السكان الذين يبلغ عددهم عدة ملايين نسمة. وتستقبل هذه المراكز سنوياً ملايين الزيارات من المرضى الذين يتراوحون في أعمارهم ومستوياتهم التعليمية والاجتماعية والاقتصادية، مما يجعل مجتمع الدراسة متنوعاً وممثلاً لمختلف فئات المجتمع السعودي. ويكتسب هذا التنوع أهمية خاصة في البحث العلمي، إذ يتيح تعميم النتائج على نطاق أوسع ويعزز قابلية تطبيق التوصيات في سياقات مختلفة.

يتميز مجتمع الدراسة بخصائص محددة تجعله الأنسب لتحقيق أهداف البحث، فالمرضى المراجعون لمراكز الرعاية الأولية هم المستفيدون المباشرون من أي تحسينات تطرأ على جودة الخدمات الصحية نتيجة تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة، وهم الأقدر على تقييم مستوى رضاهم عن هذه الخدمات وسرعتها وكفاءتها من خلال تجاربهم الشخصية المباشرة. كما أن تركيز الدراسة على مراكز الرعاية الأولية دون المستشفيات أو المراكز التخصصية يأتي استجابة للفجوات المعرفية في الأدبيات السابقة التي ركزت غالباً على مستويات الرعاية الثانوية والثالثية، بينما أهملت الرعاية الأولية رغم أهميتها الحيوية في المنظومة الصحية.

ويُلاحظ أن اختيار مدينة الرياض تحديداً كإطار جغرافي لمجتمع الدراسة يستند إلى عدة اعتبارات علمية وعملية، فهي تضم أكبر تجمع سكاني في المملكة، وتحتوي على بنية تحتية صحية متطورة ومتنوعة، كما

أنها تشهد تطبيقاً لمبادرات تحسين الجودة والتحول الرقمي في القطاع الصحي ضمن رؤية المملكة 2030، مما يجعلها بيئة مثالية لدراسة تأثير المنهجيات الإدارية الحديثة على جودة الخدمات الصحية. إضافة إلى ذلك، فإن توفر البيانات والمعلومات والإمكانية العملية للوصول إلى المراكز الصحية في العاصمة يسهل عملية جمع البيانات ويعزز دقة النتائج.

من المهم الإشارة إلى أن مجتمع الدراسة يشمل جميع المرضى البالغين الذين يراجعون مراكز الرعاية الأولية بغض النظر عن جنسهم أو أعمارهم أو مستوياتهم التعليمية أو حالتهم الصحية، وذلك لضمان التمثيل الشامل لمختلف الشرائح المستفيدة من هذه الخدمات. ويُستثنى من مجتمع الدراسة الأطفال دون سن الثامنة عشرة والمرضى الذين يعانون من حالات طارئة أو حرجة لا تسمح لهم بالمشاركة في الدراسة، وكذلك المرضى الذين لا يستطيعون فهم الاستبيان أو التعبير عن آرائهم بوضوح لأسباب صحية أو لغوية. وقد تم تحديد هذه المعايير لضمان الحصول على بيانات دقيقة وموثوقة من مشاركين قادرين على تقييم تجربتهم الصحية بموضوعية ووعي.

خصائص العينة

تُمثل العينة المختارة لهذه الدراسة شريحة تمثيلية من مجتمع البحث، إذ تم اختيارها بطريقة علمية منهجية تضمن تمثيل مختلف الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للمرضى المستفيدين من خدمات مراكز الرعاية الصحية الأولية في مدينة الرياض. وتكتسب خصائص العينة أهمية بالغة في البحث العلمي، حيث تؤثر بشكل مباشر على إمكانية تعميم النتائج وموثوقيتها، كما أنها توفر سياقاً مهماً لتفسير النتائج وفهم العوامل التي قد تؤثر على العلاقات بين المتغيرات المدروسة.

تتضمن العينة مشاركين من كلا الجنسين، ذكوراً وإناثاً، بنسب تعكس التوزيع الطبيعي للمراجعين في مراكز الرعاية الأولية، وذلك لضمان أن تكون النتائج ممثلة لتجارب الجنسين دون تحيز. وقد أظهرت الدراسات السابقة أن الجنس قد يؤثر على تصورات المرضى لجودة الخدمات الصحية ومستوى رضاهم، حيث قد تختلف توقعات واحتياجات المرضى من الذكور عن تلك الخاصة بالإناث، وهو ما يستدعي التأكد من تمثيل كلا الجنسين بشكل متوازن في العينة. كما تشمل العينة مشاركين من مختلف الفئات العمرية، بدءاً من الشباب في مرحلة البلوغ المبكر وحتى كبار السن، مما يتيح دراسة كيفية تباين تجارب المرضى ومستويات رضاهم باختلاف المراحل العمرية وما يرتبط بها من احتياجات صحية ونفسية واجتماعية مختلفة.

يُعد المستوى التعليمي للمشاركين أحد الخصائص المهمة التي تم أخذها بعين الاعتبار عند اختيار العينة، حيث تتنوع المستويات التعليمية بين الأميين أو من لديهم تعليم أساسي فقط، وحملة الشهادات الثانوية، والجامعيين، وأصحاب الشهادات العليا. ويُعزى هذا التنوع إلى أهمية فهم كيفية تأثير الوعي والمعرفة الصحية على تقييم المرضى لجودة الخدمات الصحية ومستوى رضاهم عنها، فالمرضى ذوو المستويات التعليمية الأعلى قد يكون لديهم توقعات أكبر ومعايير أدق لتقييم الخدمة، بينما قد يركز المرضى ذوو المستويات

التعليمية المنخفضة على جوانب أخرى مثل سهولة الوصول إلى الخدمة والتعامل الإنساني من قبل مقدمي الرعاية.

تشمل العينة أيضاً مشاركين يتفاوتون في عدد زياراتهم السابقة لمراكز الرعاية الصحية الأولية، حيث يتراوح عدد الزيارات من المراجعين الجدد الذين يزورون المركز لأول مرة إلى المرضى المنتظمين الذين لديهم تاريخ طويل من التردد على نفس المركز. ويُعتبر هذا التنوع مهماً لأن تكرار الزيارات يؤثر على مدى إلمام المريض بإجراءات المركز ومستوى توقعاته وقدرته على المقارنة بين تجاربه المختلفة عبر الزمن، وبالتالي قد ينعكس ذلك على مستوى رضاه وتقييمه لسرعة وكفاءة الخدمة. فالمرضى المنتظمون قد يكونون أكثر قدرة على ملاحظة التحسينات أو التراجعات في جودة الخدمة مقارنة بالمراجعين الجدد الذين ليس لديهم نقطة مرجعية سابقة.

من حيث الحالة الاجتماعية والاقتصادية، تشمل العينة مشاركين من مختلف الخلفيات، بما في ذلك العاملين والموظفين، والعاطلين عن العمل، والمتقاعدين، وربات البيوت، وذلك لضمان التمثيل الشامل لمختلف شرائح المجتمع التي تستفيد من خدمات الرعاية الأولية. كما يُراعى في اختيار العينة التوزيع الجغرافي للمشاركين داخل مدينة الرياض، بحيث تشمل العينة مرضى من مراكز صحية واقعة في أحياء مختلفة تمثل مناطق حضرية وشبه حضرية متنوعة، مما يعزز قابلية تعميم النتائج على مستوى المدينة بأكملها.

يجدر الذكر أن تحديد هذه الخصائص المتنوعة للعينة لا يهدف فقط إلى ضمان التمثيل الإحصائي المناسب، بل يهدف أيضاً إلى إتاحة إجراء تحليلات إحصائية متقدمة تستكشف الفروق بين المجموعات الفرعية المختلفة في مستويات رضاهم عن الخدمات وتقييمهم لسرعتها وكفاءتها. فعلى سبيل المثال، يمكن من خلال هذا التنوع دراسة ما إذا كان تأثير تطبيق منهجيات الإدارة الرشيدة على رضا المرضى يختلف باختلاف الفئة العمرية أو المستوى التعليمي أو عدد الزيارات، وهو ما يوفر رؤى أعمق وأكثر تفصيلاً تساعد على تطوير استراتيجيات محددة ومخصصة لتحسين الخدمات بما يتناسب مع احتياجات كل فئة من المرضى.

تحديد حجم العينة

يُعد تحديد حجم العينة من الخطوات المنهجية الأساسية التي تضمن قوة البحث وقدرته على تقديم نتائج دقيقة وذات دلالة إحصائية. فالحجم الملائم للعينة يساهم في الكشف الحقيقي عن العلاقات بين المتغيرات محل الدراسة، كما يحدد مستوى الثقة في النتائج وقابليتها للتعميم على مجتمع الدراسة. وقد راعى هذا البحث عند تحديد حجم العينة التوازن بين المتطلبات الإحصائية والمعايير العملية المتاحة، بما يضمن تحقيق أعلى قدر من الفاعلية المنهجية.

انطلق تحديد حجم العينة في هذه الدراسة من معادلة كوكران (Cochran's Formula) لتحديد حجم العينات في المجتمعات الكبيرة، وذلك بافتراض مستوى ثقة 95%، وهامش خطأ $\pm 5\%$ ، ونسبة تباين متوقعة $p = 0.5$ لضمان أقصى تباين ممكن يؤدي إلى أكبر حجم للعينة، وهو ما يعزز القدرة الإحصائية للدراسة. وتكتب معادلة كوكران على النحو الآتي:

$$n_0 = \frac{Z^2 \cdot p(1 - p)}{e^2}$$

حيث:

• $Z = 1.96$ (لثقة 95%)

• $p = 0.50$

• $e = 0.05$

تطبيق المعادلة:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 \times (0.5 \times 0.5)}{(0.05)^2} = \frac{3.8416 \times 0.25}{0.0025} = \frac{0.9604}{0.0025} = 384.16$$

وعليه، فإن الحد الأدنى لحجم العينة هو 384 مشاركاً.

وبالنظر إلى أن مجتمع الدراسة كبير جداً (مئات الآلاف من المرضى سنوياً في مراكز الرعاية الأولية بمدينة الرياض)، فإن استخدام هذه القيمة يُعد مناسباً ولا يحتاج إلى تعديل إضافي (لأن المعادلة تتعامل مع المجتمعات غير المحدودة).

وبناءً على ذلك، قرر الباحث تحديد حجم العينة المستهدف بـ (400 مشارك) لضمان قوة إحصائية عالية تتجاوز 80% لاكتشاف حجم تأثير متوسط ($Cohen's d \approx 0.5$) عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ ، وهو معيار مقبول في البحوث الصحية والاجتماعية. ويُعد هذا العدد مناسباً أيضاً لإجراء التحليلات الإحصائية المتقدمة مثل تحليل الانحدار المتعدد، واختبار الفروق، ونماذج الارتباط بين المتغيرات، إضافةً إلى تمكين تحليل المجموعات الفرعية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي).

كما راعت الدراسة الجانب العملي المتمثل في احتمال عدم استيفاء بعض الاستجابات لشروط إدراجها في التحليل، مما يستلزم رفع العدد المستهدف قليلاً لضمان الوصول للحجم النهائي بعد التنقية المبدئية للبيانات. وبناءً عليه، تم التخطيط لجمع 450 استبياناً، مما يوفر هامش أمان قدره 10-15% يتسق مع التوصيات المنهجية لتلافي حالات عدم الاستجابة أو البيانات المفقودة (Takona, 2024).

من الجدير بالذكر أن تحديد حجم العينة لم يستند فقط إلى الاعتبارات الإحصائية البحتة، بل راعى أيضاً الاعتبارات العملية والمالية والزمنية المتاحة للباحث. فحجم العينة المختار يوازن بين الحاجة إلى الدقة

الإحصائية والقدرة العملية على الوصول إلى المشاركين وجمع البيانات منهم خلال الإطار الزمني المحدد للدراسة. كما أن هذا الحجم يتيح استخدام أساليب المعاينة الاحتمالية المناسبة التي تضمن تمثيل مختلف الخصائص الديموغرافية للمجتمع المدروس، مما يعزز الصلاحية الخارجية للدراسة وقابلية تعميم نتائجها.

أدوات الدراسة

تعتمد الدراسة على أداة رئيسية هي الاستبيان المقنن الذي صُمم بناءً على مراجعة الأدبيات الحديثة حول الإدارة الرشيدة ورضا المرضى (Aljeaid et al., 2020). يتكوّن الاستبيان من مجموعة من البنود المصممة وفق مقياس ليكرت الخماسي يتدرج من (غير موافق بشدة = 1) إلى (موافق بشدة = 5). ويغطي الاستبيان محاور رئيسية تشمل: جودة الرعاية الطبية، التواصل مع مقدمي الخدمة، مدة الانتظار، سهولة الإجراءات، الإحساس بالاهتمام والتمكين، وكفاءة إدارة الوقت داخل المركز الصحي.

سُتتد صياغة الأسئلة إلى مراجعة الأدبيات ذات الصلة والمعايير المعترف بها لقياس رضا المريض وجودة الخدمة الصحية، مع تنسيقها لتناسب مع السياق السعودي ولغة المستفيدين. ستشمل بعض الأسئلة بنوداً مباشرة حول زمن الانتظار وسرعة الاستجابة، بالإضافة إلى الجوانب النوعية للرضا (مثل شعور المريض بأنني استمتع إليه بعناية).

إجراءات جمع البيانات

تُعد عملية جمع البيانات من المراحل الحاسمة في البحث العلمي، حيث تتوقف جودة النتائج ودقتها على مدى دقة وموثوقية البيانات المجمعة والإجراءات المتبعة في الحصول عليها. ولذلك، تم تصميم خطة شاملة ومنهجية لجمع البيانات تضمن الالتزام بأعلى معايير الجودة والأخلاقيات البحثية. وقد تضمنت هذه الخطة عدة مراحل متسلسلة بدءاً من الحصول على الموافقات الأخلاقية والإدارية اللازمة، ومروراً بتطوير أداة جمع البيانات والتحقق من صلاحيتها، وانتهاءً بالتطبيق الميداني الفعلي للاستبيان على العينة المستهدفة.

في المرحلة التحضيرية، تم الحصول على الموافقات الأخلاقية من لجنة أخلاقيات البحث في الجامعة، والتي راجعت بروتوكول الدراسة وأدواتها للتأكد من التزامها بالمعايير الأخلاقية الدولية لحماية المشاركين البشريين في البحوث، بما في ذلك مبادئ الموافقة المستنيرة، وحماية الخصوصية والسرية، وتقليل المخاطر المحتملة على المشاركين. كما تم الحصول على موافقات إدارية من الجهات المعنية في وزارة الصحة وإدارات المراكز الصحية المختارة، والتي سهلت عملية الوصول إلى المشاركين المحتملين وتطبيق الاستبيان في بيئة المراكز الصحية.

تم تطوير استبيان إلكتروني مقنن باللغة العربية يتكون من عدة أقسام رئيسية تغطي جميع متغيرات الدراسة. يبدأ الاستبيان بمقدمة تشرح للمشاركين الهدف من الدراسة وأهميتها، وتؤكد على طوعية المشاركة وسرية

المعلومات المقدمة وحق المشارك في الانسحاب في أي وقت دون أي تبعات. ويتضمن القسم الأول من الاستبيان أسئلة ديموغرافية تجمع معلومات أساسية عن المشاركين مثل الجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، وعدد الزيارات السابقة للمركز الصحي، وذلك لأغراض التوصيف الإحصائي للعينة وإجراء التحليلات المقارنة بين المجموعات الفرعية.

أما القسم الثاني فيركز على قياس مستوى تطبيق منهجيات الإدارة الرشيدة في مراكز الرعاية الصحية من منظور المرضى، ويشمل مجموعة من العبارات المصممة لقياس الأبعاد الأربعة الرئيسية للإدارة الرشيدة وهي: المرونة التنظيمية (مثل قدرة المركز على التكيف مع الاحتياجات المتغيرة للمرضى)، والتحسين المستمر (مثل ملاحظة المريض لتحسينات دورية في الخدمات)، وتمكين الفرق وتعاونها (مثل مستوى التنسيق الواضح بين أعضاء الفريق الصحي)، والتركيز على المستفيد (مثل شعور المريض بأن احتياجاته في صميم اهتمام مقدمي الرعاية). وقد تم صياغة هذه العبارات بلغة واضحة وبسيطة تتناسب مع مختلف المستويات التعليمية للمشاركين، مع تجنب المصطلحات التقنية المعقدة التي قد تسبب لبساً أو عدم فهم.

يقيس القسم الثالث من الاستبيان المتغيرات التابعة الثلاثة وهي: رضا المرضى، وسرعة تقديم الخدمة، والكفاءة التشغيلية. ويتضمن كل متغير مجموعة من المؤشرات الفرعية التي تغطي جوانبه المختلفة، فعلى سبيل المثال، يُقاس رضا المرضى من خلال عبارات تتعلق بالرضا العام عن الخدمة، وجودة الرعاية الطبية المقدمة، وفعالية التواصل مع الكادر الصحي، ومستوى الاهتمام الشخصي، والثقة في الخدمات المقدمة. بينما تُقاس سرعة الخدمة من خلال عبارات تتعلق بأوقات الانتظار قبل الفحص، وسرعة الاستجابة لطلبات المرضى، وزمن إنجاز الإجراءات المختلفة. وتُقاس الكفاءة التشغيلية من خلال عبارات تتعلق بالاستخدام الأمثل للوقت والموارد، وسهولة الإجراءات، وتقليل التكرار غير الضروري، وجودة التنسيق بين الأقسام المختلفة.

تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لقياس استجابات المشاركين على جميع عبارات الاستبيان، حيث تتدرج الإجابات من (1 = غير موافق بشدة) إلى (5 = موافق بشدة)، مروراً بالنقاط الوسطى (2 = غير موافق، 3 = محايد، 4 = موافق). ويُعد هذا المقياس من أكثر المقاييس استخداماً في البحوث الاجتماعية والصحية نظراً لسهولة فهمه وقدرته على التمييز بين درجات متفاوتة من الاتفاق أو الرضا، مما يوفر بيانات قابلة للتحليل الإحصائي الكمي المتقدم. كما أن استخدام خمس نقاط على المقياس يوفر توازناً مناسباً بين الدقة في القياس وسهولة الاستخدام من قبل المشاركين.

قبل التطبيق الميداني الواسع، تم إجراء دراسة استطلاعية على عينة أولية صغيرة تتكون من 28 مريضاً من مراكز صحية مختلفة، وذلك بهدف اختبار وضوح الأسئلة وفهمها، وتقدير الوقت اللازم لاستكمال الاستبيان، وتحديد أي صعوبات أو مشاكل قد تواجه المشاركين أثناء الإجابة. وقد أظهرت نتائج الدراسة الاستطلاعية أن معظم المشاركين تمكنوا من فهم الأسئلة والإجابة عليها دون صعوبات كبيرة، وأن متوسط

الوقت اللازم لإكمال الاستبيان كان حوالي 15-20 دقيقة، وهو وقت معقول لا يشكل عبئاً كبيراً على المشاركين. وبناءً على الملاحظات والتغذية الراجعة من المشاركين في الدراسة الاستطلاعية، تم إجراء تعديلات طفيفة على صياغة بعض العبارات لتحسين وضوحها، كما تم حذف بعض الأسئلة المكررة أو غير الضرورية لتبسيط الاستبيان.

تم أيضاً في هذه المرحلة إجراء اختبار الثبات الداخلي للاستبيان باستخدام معامل كرونباخ ألفا، وهو مقياس إحصائي يقيس مدى اتساق بنود المقياس الواحد في قياس نفس المفهوم. وقد أظهرت النتائج أن جميع أبعاد الاستبيان حققت معاملات ثبات مقبولة تجاوزت القيمة الحدية 0.70 التي يوصى بها في الأدبيات المنهجية، مما يشير إلى أن الاستبيان يتمتع بموثوقية عالية وأن البنود المختلفة تقيس بشكل متسق المفاهيم التي صُممت لقياسها. كما تم التحقق من الصلاحية الظاهرية والمحتوى للاستبيان من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين المتخصصين في مجالي إدارة المشاريع والرعاية الصحية، الذين أبدوا آراءهم حول مدى ملائمة العبارات وشموليتها لجميع جوانب المتغيرات المدروسة، وقد أكد المحكمون على صلاحية الأداة وملاءمتها لأغراض الدراسة.

في مرحلة التطبيق الميداني الفعلي، تم توزيع الاستبيان الإلكتروني على المشاركين من خلال عدة قنوات لضمان الوصول إلى أكبر عدد ممكن من المرضى المستهدفين. تضمنت هذه القنوات نشر رابط الاستبيان عبر رسائل نصية قصيرة ترسل للمرضى بعد انتهاء زيارتهم للمركز الصحي، وعرض رموز الاستجابة السريعة (QR codes) في صالات الانتظار وعند نقاط الخدمة المختلفة في المراكز الصحية، بالإضافة إلى التواصل المباشر مع المرضى من قبل باحثين مدربين لشرح الدراسة ودعوتهم للمشاركة. وقد تم تدريب فريق من مساعدي البحث على كيفية التعامل مع المشاركين المحتملين وشرح الدراسة لهم والإجابة عن استفساراتهم وضمان الحصول على الموافقة المستنيرة قبل بدء الاستبيان.

تم تصميم الاستبيان الإلكتروني بطريقة تضمن سهولة الاستخدام على مختلف الأجهزة الذكية بما في ذلك الهواتف المحمولة والأجهزة اللوحية وأجهزة الحاسوب، وذلك لاستيعاب تفضيلات المشاركين المختلفة وتسهيل عملية الوصول إلى الاستبيان وإكماله. كما تم تفعيل خاصية التحقق من اكتمال الإجابات التي تمنع إرسال الاستبيان قبل الإجابة على جميع الأسئلة الإلزامية، مما يقلل من البيانات المفقودة ويضمن الحصول على استبيانات كاملة وصالحة للتحليل. وتم أيضاً تفعيل آليات لمنع الإجابات المتكررة من نفس المشارك من خلال تسجيل عناوين IP أو أرقام الهواتف، مما يضمن أن كل مشارك يجيب على الاستبيان مرة واحدة فقط.

امتدت فترة جمع البيانات على مدى شهرين تقريباً، وهي فترة كافية للوصول إلى العدد المستهدف من المشاركين مع مراعاة التباين الطبيعي في معدلات الزيارة للمراكز الصحية خلال أيام وأوقات مختلفة. وتم الحرص على جمع البيانات خلال أيام وأوقات متنوعة من الأسبوع، بما في ذلك أيام العمل وعطلات نهاية

الأسبوع، والفترات الصباحية والمسائية، لضمان تمثيل جميع فئات المرضى الذين قد تختلف أوقات زيارتهم للمراكز الصحية.

لم يتم جمع أي معلومات شخصية تعريفية من المشاركين مثل الأسماء أو أرقام الهويات، وإنما اقتصر جمع البيانات على المعلومات الديموغرافية العامة والإجابات على أسئلة الاستبيان، مما يضمن عدم إمكانية تتبع الإجابات إلى مشاركين محددين. كما تم منح المشاركين رمز مرجعي فريد لكل استبيان بدلاً من استخدام أي معلومات شخصية، وهو ما يحافظ على سرية بياناتهم ويمنع أي استخدام غير أخلاقي للمعلومات المجمعة.

حدود الدراسة

تحدد الدراسة الحالية بمجموعة من الحدود الزمانية والمكانية والموضوعية التي تُرسم الإطار العام للبحث وتحدد نطاق تعميم نتائجه. ويُعد توضيح هذه الحدود من المتطلبات المنهجية الأساسية في البحث العلمي، حيث يساعد على فهم السياق الذي أُجريت فيه الدراسة والقيود التي قد تؤثر على تفسير النتائج أو تطبيقها في سياقات أخرى.

من حيث الحدود الزمانية، تقتصر الدراسة على جمع البيانات خلال الفترة من شهر أيلول/سبتمبر إلى تشرين الثاني / نوفمبر من عام 2025، وهي فترة زمنية محددة تعكس الوضع الراهن لتطبيق منهجيات الإدارة الرشيدة ومستوى رضا المرضى في مراكز الرعاية الصحية الأولية خلال هذه الفترة تحديداً. ويعني ذلك أن النتائج تعكس حالة المتغيرات المدروسة في نقطة زمنية معينة، وقد تتأثر بالظروف والعوامل السياقية السائدة في ذلك الوقت مثل التغييرات الإدارية أو السياسات الصحية الجديدة أو الأحداث الموسمية أو الظروف الاستثنائية. وبالتالي، فإن التصميم المقطعي للدراسة لا يسمح بتتبع التغيرات في المتغيرات عبر الزمن أو إقامة علاقات سببية حتمية، وإنما يوفر صورة وصفية تحليلية للعلاقات القائمة بين المتغيرات في اللحظة الزمنية المدروسة. ومع ذلك، فإن هذا القيد الزمني لا ينعكس من قيمة الدراسة، بل يوفر أساساً مهماً لدراسات مستقبلية طويلة يمكن أن تتبّع التطورات عبر فترات زمنية أطول.

أما الحدود المكانية، فتقتصر الدراسة على مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة في مدينة الرياض دون غيرها من المدن أو المناطق الأخرى في المملكة. وقد تم اختيار مدينة الرياض تحديداً لكونها العاصمة وأكبر تجمع سكاني في المملكة، ولتوفر البنية التحتية الصحية المتطورة فيها، ولكونها تشهد تطبيقاً نشطاً لمبادرات التحول الرقمي وتحسين جودة الخدمات الصحية ضمن رؤية المملكة 2030. ومع ذلك، فإن اقتصر الدراسة على مدينة الرياض يعني أن النتائج قد لا تكون قابلة للتعميم بشكل مباشر على مراكز الرعاية الصحية الأولية في مدن أو مناطق أخرى قد تختلف في خصائصها السكانية أو مستوى تطور خدماتها الصحية أو درجة تطبيق منهجيات الإدارة الرشيدة فيها. كما أن الدراسة تستثني المراكز الصحية

التابعة لقطاعات أخرى مثل الخدمات الطبية للقوات المسلحة أو الحرس الوطني أو المراكز الصحية الخاصة، والتي قد تختلف في إجراءاتها ومستوى خدماتها عن المراكز الحكومية التابعة لوزارة الصحة.

فيما يتعلق بالحدود الموضوعية، تركز الدراسة بشكل محدد على ثلاثة متغيرات تابعة هي رضا المرضى وسرعة تقديم الخدمات والكفاءة التشغيلية، ولا تتناول جوانب أخرى قد تكون ذات صلة مثل النتائج الصحية السريرية للمرضى، أو مستوى الالتزام بالعلاج، أو معدلات الإحالة إلى مستويات الرعاية الأعلى، أو التكاليف الاقتصادية لتقديم الخدمات. كما أن الدراسة تقتصر على قياس المتغيرات من منظور المرضى المستفيدين دون إشراك وجهات نظر أخرى مهمة مثل الأطباء والمرضى والإداريين والمديرين، والذين قد يكون لديهم تصورات مختلفة حول تطبيق منهجيات الإدارة الرشيدة وتأثيرها على جودة الخدمات. وبينما يوفر منظور المريض رؤية مهمة ومباشرة عن جودة الرعاية المقدمة، إلا أن فهمًا شاملاً للموضوع يتطلب دمج وجهات نظر متعددة من مختلف أصحاب المصلحة.

تقتصر الدراسة أيضاً على مراكز الرعاية الصحية الأولية دون غيرها من مستويات الرعاية الصحية مثل المستشفيات العامة أو المستشفيات التخصصية أو مراكز الطوارئ، والتي قد تختلف في طبيعة خدماتها وتعقيد إجراءاتها والتحديات التي تواجهها. وقد جاء هذا التحديد استجابة للفجوة المعرفية المحددة في الأدبيات السابقة التي أظهرت أن معظم الدراسات السابقة ركزت على المستشفيات ومستويات الرعاية الثانوية والثالثية، بينما لم تحظ مراكز الرعاية الأولية بالاهتمام البحثي الكافي رغم أهميتها الحيوية كنقطة الاتصال الأولى بين المواطنين والنظام الصحي وكونها تخدم أكبر عدد من المراجعين.

من الناحية المنهجية، تتحدد الدراسة بكونها دراسة كمية تعتمد على الاستبيان كأداة وحيدة لجمع البيانات، مما يعني أنها لا تستطيع استكشاف الفروق الدقيقة أو السياقات المعقدة أو التجارب الذاتية العميقة للمشاركين كما يمكن للأساليب النوعية مثل المقابلات المتعمقة أو مجموعات النقاش المركزة. وبينما يوفر المنهج الكمي ميزة القياس الدقيق والتحليل الإحصائي الصارم وإمكانية التعميم على عينات كبيرة، إلا أنه قد يفوت بعض التفاصيل الثرية والسردية التي يمكن أن توفرها الأساليب النوعية. ومع ذلك، فإن اختيار المنهج الكمي كان متسقاً مع أهداف الدراسة التي تركز على قياس العلاقات بين المتغيرات واختبار الفرضيات بدقة إحصائية.

كما أن الدراسة تقتصر على المرضى البالغين الذين تبلغ أعمارهم 18 عاماً فأكثر والقادرين على فهم الاستبيان والإجابة عليه بوضوح، مما يعني استبعاد الأطفال والمراهقين الذين قد تختلف تجاربهم وتصوراتهم عن جودة الرعاية الصحية. كما تُستبعد من الدراسة الحالات الطارئة أو الحرجة التي لا تسمح بحالتها الصحية بالمشاركة، والمرضى الذين لا يجيدون اللغة العربية بشكل كافٍ لفهم الاستبيان، وهو ما قد يؤدي إلى عدم تمثيل بعض الفئات الخاصة من المجتمع مثل العمالة الوافدة غير الناطقة بالعربية.

من القيود المهمة أيضاً أن الدراسة تعتمد على التقارير الذاتية للمشاركين حول تجاربهم ومستوى رضاهم، وهو ما قد يتأثر بعوامل متعددة مثل التحيز في الذاكرة، أو الرغبة في تقديم إجابات مقبولة اجتماعياً، أو التأثر بالحالة المزاجية أو الصحية للمشاركة وقت إكمال الاستبيان. وقد يكون من الصعب على بعض المشاركين تقييم جوانب معينة من الخدمة مثل الكفاءة التشغيلية أو مدى تطبيق مبادئ الإدارة الرشيقة إذا لم يكونوا على دراية كافية بهذه المفاهيم أو لم يكن لديهم القدرة على ملاحظة العمليات الداخلية في المركز الصحي.

علاوة على ذلك، فإن التصميم المقطعي للدراسة يحد من القدرة على استنتاج علاقات سببية حتمية بين المتغيرات، حيث يمكن من خلاله تحديد وجود ارتباطات أو علاقات بين تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة ومستوى رضا المرضى وسرعة وكفاءة الخدمات، ولكن لا يمكن الجزم بأن تطبيق هذه المنهجيات هو السبب المباشر والوحيد للتغيرات الملحوظة في المتغيرات التابعة. فقد تكون هناك متغيرات وسيطة أو عوامل مشتركة أخرى لم تُنصَّب في الدراسة تؤثر على كل من المتغير المستقل والمتغيرات التابعة في آن واحد. ولإقامة علاقات سببية أكثر حسماً، كانت هناك حاجة إلى دراسات تجريبية أو شبه تجريبية أو دراسات طولية، والتي لم يكن ممكناً إجرائها في إطار الدراسة الحالية لاعتبارات زمنية وأخلاقية وعملية.

من القيود العملية أيضاً احتمالية وجود تحيز في الاختيار نتيجة لاعتماد الدراسة على المشاركة الطوعية، حيث قد يميل المرضى الذين لديهم تجارب إيجابية أو سلبية قوية إلى المشاركة أكثر من أولئك الذين لديهم تجارب محايدة، مما قد يؤثر على تمثيل العينة لمجتمع الدراسة الكامل. كما أن استخدام الاستبيان الإلكتروني قد يستبعد تلقائياً المرضى الذين لا يمتلكون أجهزة ذكية أو لا يجيدون استخدام التقنية، رغم أن هذا القيد قد تم تخفيفه من خلال توفير مساعدة تقنية من قبل فريق البحث للمشاركين الذين يحتاجونها.

أخيراً، تجدر الإشارة إلى أن الدراسة لا تتناول جميع أبعاد ومبادئ منهجيات الإدارة الرشيقة بتفاصيلها الكاملة، وإنما تركز على أربعة أبعاد رئيسية تم اختيارها بناءً على مراجعة الأدبيات وملاءمتها للسياق الصحي. وقد تكون هناك أبعاد أخرى للإدارة الرشيقة لم تُغطَّ في الدراسة الحالية ولكنها قد تكون ذات صلة بجودة الخدمات الصحية. كما أن قياس تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة من منظور المرضى فقط قد لا يعكس بالضرورة مستوى التطبيق الفعلي من الناحية الإدارية والتنظيمية، إذ قد يكون المرضى غير مطلعين على جميع الممارسات الإدارية الداخلية في المراكز الصحية.

رغم هذه الحدود والقيود، فإن الدراسة تقدم إسهاماً علمياً مهماً في فهم العلاقة بين تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة وجودة الخدمات الصحية في سياق محلي محدد، وتوفر أساساً متيناً لدراسات مستقبلية يمكن أن تتجاوز هذه القيود من خلال توسيع النطاق الجغرافي، أو استخدام تصاميم بحثية طولية، أو دمج أساليب بحثية نوعية وكمية، أو إشراك مجموعات متعددة من أصحاب المصلحة.

أساليب التحليل الإحصائي

تُعد مرحلة تحليل البيانات من أهم مراحل البحث العلمي، حيث يتم من خلالها تحويل البيانات الخام إلى معلومات ذات معنى ونتائج قابلة للتفسير والاستفادة منها في الإجابة عن تساؤلات الدراسة واختبار فرضياتها. ولذلك، تم تصميم خطة تحليل إحصائي شاملة ومتعددة المستويات تستخدم مجموعة متنوعة من الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة البيانات وأهداف الدراسة. وسيتم إجراء جميع التحليلات الإحصائية باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS - Statistical Package for the Social Sciences) الإصدار 28، وهو من أكثر البرامج الإحصائية استخداماً في البحوث الاجتماعية والصحية نظراً لقدراته الواسعة ودقته وسهولة استخدامه.

تبدأ عملية التحليل بمرحلة الإحصاء الوصفي التي تهدف إلى توصيف خصائص العينة والمتغيرات المدروسة بشكل شامل. وتشمل هذه المرحلة حساب التكرارات والنسب المئوية للمتغيرات الفئوية مثل الجنس والمستوى التعليمي وعدد الزيارات، وحساب مقاييس النزعة المركزية مثل المتوسط الحسابي والوسيط والمنوال، ومقاييس التشتت مثل الانحراف المعياري والمدى ومعامل الاختلاف للمتغيرات المستمرة مثل العمر ودرجات المقاييس المختلفة. وسيتم أيضاً حساب معامل الالتواء ومعامل التفرطح للتحقق من اعتدالية توزيع البيانات، وهو شرط أساسي لاستخدام العديد من الاختبارات الإحصائية البارامترية. وستعرض نتائج الإحصاء الوصفي في جداول ورسوم بيانية واضحة تسهل فهم خصائص العينة والبيانات المجمعة.

قبل إجراء التحليلات الاستدلالية الرئيسية، سيتم التحقق من جودة البيانات ومعالجة أي مشاكل محتملة. وسيتم أيضاً التحقق من افتراضات الاختبارات الإحصائية المخطط استخدامها مثل اعتدالية التوزيع، وتجانس التباينات، واستقلالية الملاحظات، وذلك باستخدام اختبارات إحصائية مناسبة مثل اختبار كولموجوروف-سميرنوف واختبار شابيرو-ويلك لفحص الاعتدالية، واختبار ليفين لفحص تجانس التباينات.

لتقييم موثوقية أداة القياس، سيتم حساب معامل الثبات الداخلي باستخدام معامل كرونباخ ألفا لجميع أبعاد الاستبيان، وذلك للتأكد من أن البنود المختلفة التي تقيس نفس المفهوم تتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي. ويُعتبر معامل ألفا مقبولاً إذا كان أكبر من أو يساوي 0.70، وجيداً إذا كان أكبر من 0.80، وممتازاً إذا كان أكبر من 0.90. كما سيتم حساب ارتباط البند بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه للتحقق من مساهمة كل بند في قياس المفهوم الكلي، وقد يتم حذف البنود ذات الارتباط الضعيف لتحسين ثبات المقياس.

في الختام، يوفر هذا الفصل وصفاً شاملاً ومفصلاً للمنهجية المتبعة في الدراسة الحالية، بدءاً من تصميم البحث الكمي الوصفي الارتباطي، ومروراً بتحديد مجتمع الدراسة وخصائص العينة وحجمها وأسلوب اختيارها، وشرح الإجراءات المتبعة في جمع البيانات من خلال استبيان إلكتروني مقنن، وتوضيح حدود الدراسة الزمانية والمكانية والموضوعية، وانتهاءً ببيان الأساليب الإحصائية المتنوعة التي سيتم استخدامها لتحليل البيانات واختبار الفرضيات. وتضمن هذه المنهجية المحكمة الحصول على نتائج موثوقة وصالحة

يمكن الاعتماد عليها في الإجابة عن تساؤلات الدراسة وتحقيق أهدافها، كما توفر أساساً متيناً لتفسير النتائج واستخلاص التوصيات العملية التي يمكن أن تسهم في تطوير جودة الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الأولية بالمملكة العربية السعودية.

الفصل الرابع: الدراسة الميدانية

يهدف هذا الفصل إلى تقديم عرض تحليلي شامل لنتائج الدراسة الميدانية التي أُجريت لقياس أثر تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة في مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض، وذلك من خلال تحليل استجابات عينة من المرضى حول مجموعة من المتغيرات الأساسية، وهي: رضا المرضى، وسرعة تقديم الخدمة، والكفاءة التشغيلية. وقد استندت الدراسة في تحليل بياناتها إلى أدوات إحصائية وصفية واستدلالية لفهم نمط تأثير تطبيق الرشاقة الإدارية على الجودة التشغيلية وتجربة المريض.

تم تطوير الاستبانة المستخدمة في هذه الدراسة بالاعتماد على الإطار النظري ونماذج تطبيق الإدارة الرشيقة في القطاع الصحي، بحيث شملت سبعة محاور: المرونة التنظيمية، التحسين المستمر، تمكين فرق العمل، التركيز على المريض، ورضا المرضى، وسرعة الخدمة، والكفاءة التشغيلية. ولضمان موثوقية البيانات وجودتها، فقد تم تطبيق مجموعة من إجراءات التنقية (Data Cleaning) المتوافقة مع منهجية البحث.

بلغ إجمالي الاستجابات الواردة عبر الاستبانة 473 استجابة. إلا أنه، ومن أجل ضمان جودة البيانات ودقة النتائج، فقد تم استبعاد مجموعة من الاستجابات وفق معايير محددة مسبقاً، شملت ما يلي:

- 1) استبعاد الاستجابات التي صرّح أصحابها بأن أعمارهم أقل من 18 سنة وذلك لأن الدراسة تستهدف المرضى البالغين القادرين على تقييم تجربتهم العلاجية والإدارية بوعي كامل، ولأن إدخال بيانات القُصّر قد يؤدي إلى تشويه النتائج نتيجة اعتمادهم غالباً على رأي أو توجيه أحد الوالدين. كما تتفق الأدبيات السابقة في مجال قياس تجربة المريض على ضرورة أن يكون المستجيب بالغاً (18 سنة فأكثر).
- 2) استبعاد الاستجابات التي أشارت إلى أن الزيارة هي "أولى زيارة" خلال السنة الحالية
- 3) حيث إن الدراسة تهدف إلى قياس أثر تطبيق الإدارة الرشيقة على تجربة المريض، وهو ما يتطلب وجود خبرة سابقة مع المركز. إذ يعتمد تقييم الرضا والكفاءة التشغيلية وسلاسة الإجراءات على مقارنة المريض بين الزيارات، وبالتالي فإن المستجيب في الزيارة الأولى لا يمتلك خبرة كافية لتقديم تقييم دقيق أو شامل. كما أن الدراسات السابقة المتعلقة بتجربة المريض تؤكد أهمية الاعتماد على مستجيبين لديهم تفاعل متكرر مع النظام الصحي.

بعد تطبيق هذه المعايير، تم استبعاد 31 استجابة، ليصبح عدد الاستجابات الصالحة للتحليل الإحصائي 442 استجابة. ويُعد هذا الحجم كافياً لإجراء التحليل الوصفي والاستدلالي واختبارات الفرضيات، ويتوافق مع المعايير الإحصائية في البحوث التطبيقية والدراسات التي تناولت أثر تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة

في القطاع الصحي، حيث تُعد العينات بين 300-450 استجابة مناسبة للحصول على نتائج مستقرة وقابلة للتعميم.

اختبار ثبات أداة القياس

يُعد فحص ثبات أداة القياس خطوة منهجية أساسية في الدراسات الميدانية، إذ يعبر الثبات عن درجة الاتساق في إجابات المشاركين على بنود المقياس.

وفي هذه الدراسة، تم حساب معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) لكل محور من محاور الاستبانة. وقد جاءت القيم مرتفعة وتعكس اتساقاً داخلياً ممتازاً، كما يوضحه الجدول ()

جدول 2: معاملات كرونباخ ألفا لمحاور الاستبانة (ن=442)

المحور	معامل كرونباخ ألفا α	مستوى الثبات
المرونة التنظيمية	0.889	جيد
التحسين المستمر	0.885	جيد
تمكين فرق العمل	0.903	جيد
التركيز على المريض	0.886	جيد
رضا المرضى	0.905	جيد
سرعة تقديم الخدمة	0.903	جيد
الكفاءة التشغيلية	0.896	جيد

تشير قيم كرونباخ ألفا المرتفعة إلى ثبات ممتاز للمقياس المستخدم، وفق المعايير المعتمدة في الأبحاث:

- $\alpha \geq 0.70$ = ثبات مقبول
- $\alpha \geq 0.80$ = ثبات جيد
- $\alpha \geq 0.90$ = ثبات ممتاز (Highly Reliable)

وبما أن جميع المحاور تجاوزت 0.88، فإن أداة القياس في هذه الدراسة تُعد شديدة الثبات، ما يمنح نتائج التحليل الاستدلالي قوة تفسيرية عالية.

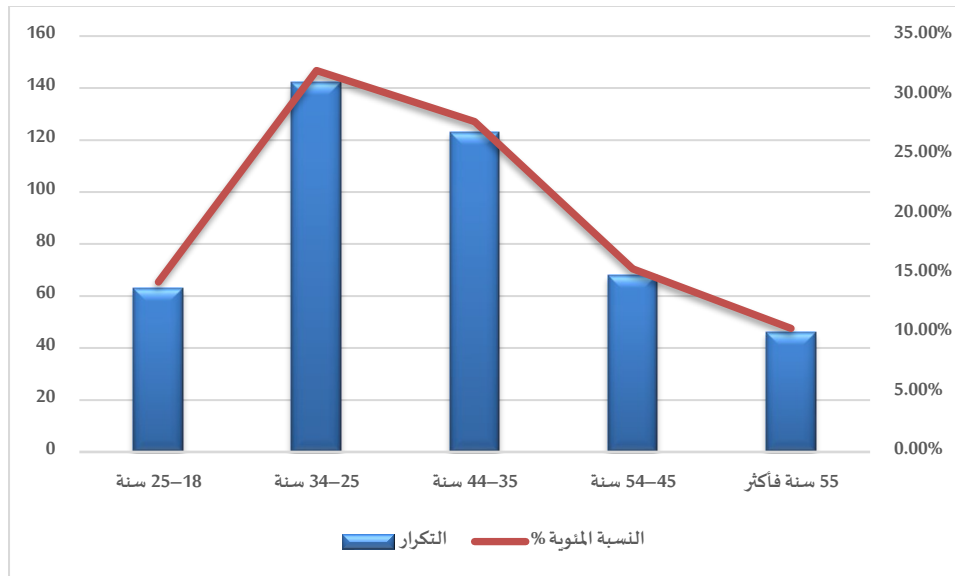
التحليل الديموغرافي للعينة

يُعد تحليل الخصائص الديموغرافية خطوة محورية في الدراسات الميدانية، ولا سيما في دراسات الرعاية الصحية التي تتعلق بتجربة المرضى. إذ يساعد هذا التحليل على توصيف العينة وفهم طبيعتها، بما يمكن من تفسير النتائج في ضوء الاختلافات المحتملة بين فئات المرضى.

اعتمدت الدراسة الحالية على عينة مكونة من 442 مريضاً من مراجعي مراكز الرعاية الأولية بمدينة الرياض، وذلك بعد تطبيق معايير الاستبعاد الخاصة بالعمر (أقل من 18 عاماً) والزيارات الأولى. وتُظهر البيانات الديموغرافية للعينة تنوعاً مناسباً يمكن من تحليل الفروق الديموغرافية لاحقاً عبر اختبار T واختبار ANOVA، وهو ما ينسجم مع المنهجية الكمية المعتمدة في هذا البحث.

توزيع العينة حسب الفئات العمرية

يمثل العمر أحد المؤشرات الأساسية التي قد تؤثر على تقييم المريض لجودة الخدمة، حيث أشارت دراسات سابقة مثل (Hussein et al. (2025 إلى أن الفئات العمرية المتوسطة عادةً ما تكون الأكثر استخداماً لمرافق الرعاية الصحية وأكثر قدرة على تقييم كفاءة الإجراءات وتحسينات الخدمة.



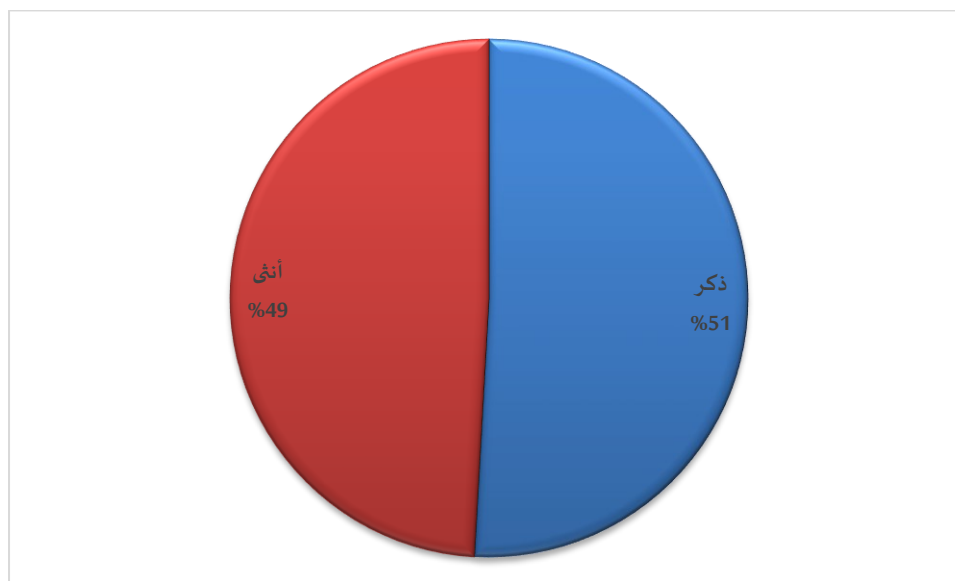
شكل 2: توزيع العينة حسب الفئات العمرية

في الشكل (شكل 2) يظهر بوضوح أن الفئة العمرية الأكثر تمثيلاً هي 25-34 سنة (32.1%)، تليها فئة 35-44 سنة (27.8%)، وهما الفئتان اللتان تشكلان غالبية القوى العاملة والمستفيدين بصورة مستمرة من خدمات الرعاية الأولية. ويعكس هذا التوزيع نمطاً مشابهاً لما وُجد في دراسات الرضا الخليجية، حيث سجلت الفئات الشابة والمتوسطة أعلى معدلات الاستفادة من الخدمات الصحية الأولية. ومن منظور بحثي، فإن ارتفاع تمثيل هذه الفئات العمرية يعد مؤشراً إيجابياً لأن هذه الفئات تمتلك خبرة كافية لتقييم مستوى

التحسينات التشغيلية الناتجة عن تطبيق Lean، وهو ما أشار إليه (Siddiqui & Majeed 2023) في نتائجهم المتعلقة بتفاعل المرضى مع التحسينات التشغيلية .

توزيع العينة حسب الجنس

يُعد تحليل الجنس مهماً في دراسات الرضا، إذ بينت أبحاث سابقة أن الإناث قد يظهرن حساسية أعلى تجاه جودة التواصل وأوقات الانتظار (Bleustein et al., 2014)، بينما يميل الذكور إلى التركيز على الجوانب التنظيمية وسرعة الإنجاز.



شكل 3: توزيع العينة حسب الجنس

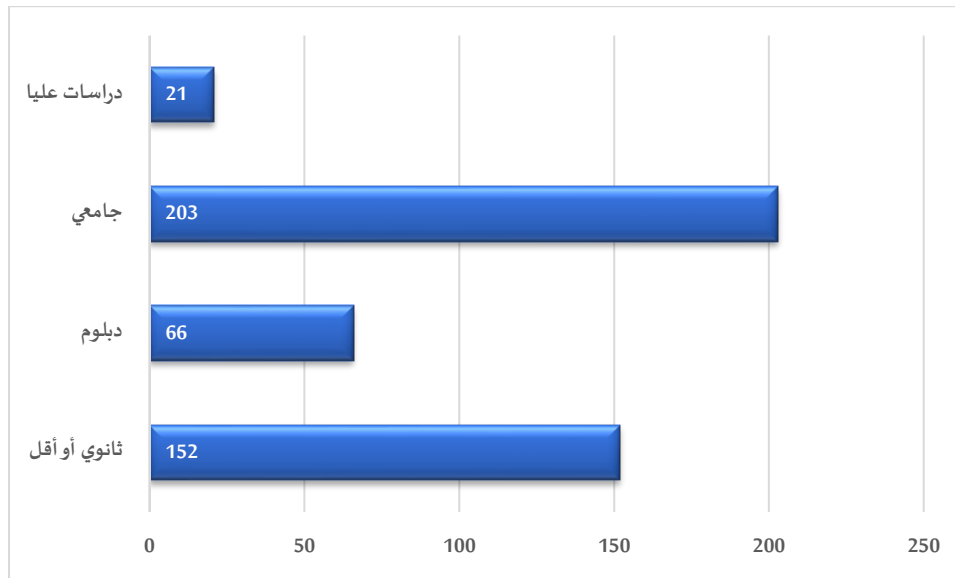
يتضح من النتائج المبينة في الشكل (شكل 3) وجود توازن شبه كامل بين الذكور (50.9%) والإناث (49.1%)، وهو ما يمنح الدراسة قوة تفسيرية عالية عند اختبار الفروق بين الجنسين لاحقاً. وقد لاحظت دراسة (Abdulmajeed et al. 2024) أن التوازن بين الجنسين في عينات الرعاية الصحية يعزز موثوقية المقارنات المتعلقة بجودة الخدمة. كما يعكس هذا التناسب المتقارب كذلك طبيعة استخدام خدمات الرعاية الأولية في المدن الكبرى مثل الرياض، حيث يرتادها الذكور والإناث بكثافة متقاربة.

توزيع العينة حسب المستوى التعليمي

يرتبط المستوى التعليمي للمريض غالباً بقدرته على تقييم الخدمات الصحية بدقة، حيث أشارت دراسة (Chen et al. 2024) إلى أن المرضى الأكثر تعليماً يميلون إلى إدراك الفروق الدقيقة في جودة الاتصال والإجراءات الصحية.

يُلاحظ من النتائج في الشكل (شكل 4)، أن ما يقارب 46% من المشاركين يحملون شهادة جامعية، وهي نسبة مرتفعة تدعم القدرة التحليلية للعينة عند تقييم جوانب الرضا الإدارية مثل تبسيط الإجراءات وتقليل

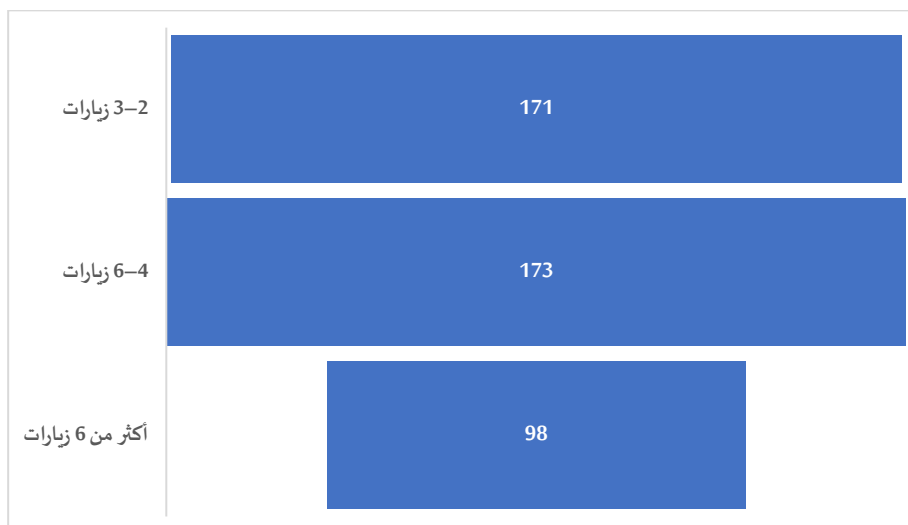
الهدر. وقد خلصت دراسة العتيبي (2024) إلى أن المستوى التعليمي يرتبط إيجابياً بإدراك التحسينات التشغيلية وفعالية الأدوات الرشيقة. كما أن وجود نسبة معتبرة من الفئات الأقل تعليماً (34%) يضمن تمثيلاً لمختلف شرائح المجتمع، وهو ما يعزز قوة الدراسة ويمنحها مصداقية اجتماعية.



شكل 4: توزيع العينة حسب المستوى التعليمي

توزيع العينة حسب عدد الزيارات خلال السنة الحالية

يُعد عدد الزيارات مؤشراً دقيقاً لخبرة المريض مع المركز وقدرته على ملاحظة التحسينات التشغيلية. إذ ترى الدراسات السابقة، مثل (Hussein et al. 2025)، أن المرضى ذوي الزيارات المتكررة يقدمون مؤشرات أكثر استقراراً حول جودة الخدمة وسرعتها.



شكل 5: توزيع العينة حسب عدد الزيارات

وكما هو مبين في الشكل (شكل 5)، تشكل فئة (2-6 زيارات) مجتمعة ما نسبته 77.8% من العينة، مما يشير إلى أن غالبية المستجيبين يمتلكون تجربة كافية مع المراكز الصحية تؤهلهم لتقييم أثر تطبيق منهجيات الرشاقة. وتشير هذه النتيجة إلى انسجام كبير مع ما وجدته دراسة Siddiqui & Majeed (2023) حول أهمية تتبع المرضى للخدمات الصحية على المدى القصير والمتوسط لفهم التحسينات الناتجة عن منهجيات الإدارة الرشيقة. كما أن فئة "أكثر من 6 زيارات" (22.2%) تمثل مرضى المتابعة المزمدة، وهم الأكثر حساسية لأي تغير في زمن الانتظار وسرعة الخدمة، مما يعزز دقة نتائج الدراسة في محور السرعة.

التحليل الوصفي لنتائج الدراسة

يتناول هذا القسم التحليل الوصفي لمحاور الدراسة السبعة، بدءاً بالمحاور الأربعة الفرعية التي تمثل أبعاد المتغير المستقل (تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة)، وهي: المرونة التنظيمية، التحسين المستمر، تمكين فرق العمل، التركيز على المريض؛ يليها تحليل محاور المتغيرات التابعة وهي: رضا المرضى، سرعة تقديم الخدمة، والكفاءة التشغيلية. ويهدف هذا التحليل إلى تقدير اتجاهات المرضى نحو هذه المحاور من خلال المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونسب الموافقة، بما يوفر فهماً دقيقاً لطبيعة إدراك المرضى لممارسات الإدارة الرشيقة وانعكاساتها على جودة الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الأولية.

المرونة التنظيمية

يُعد مفهوم المرونة التنظيمية أحد الركائز الأساسية في نظم الإدارة الرشيقة، إذ يعكس قدرة المنشأة الصحية على إعادة ضبط الموارد وتعديل سير العمل واستيعاب التغيرات اليومية دون التأثير على جودة الخدمة.

جدول 3: المتوسطات والانحرافات المعيارية لبنود محور المرونة التنظيمية

البند	المتوسط	الانحراف المعياري	نسبة الموافقة %
FLEX_1: يستطيع المركز تعديل المواعيد أو الإجراءات بسرعة عند الحاجة.	4.01	0.68	80.20%
FLEX_2: يستجيب العاملون بسرعة عند حدوث ازدحام أو ضغط مفاجئ.	3.95	0.72	79.00%
FLEX_3: تُعالج المشكلات التشغيلية داخل المركز دون تأخير كبير.	3.92	0.7	78.40%
FLEX_4: ينتقل المرضى بين الأقسام داخل المركز بسهولة وبدون تعطل.	4.08	0.66	81.60%
المتوسط العام لمحور المرونة التنظيمية	3.99	0.41	79.80%

أظهرت نتائج الدراسة المبينة في الجدول (جدول 3) أن المرضى يقيمون مستوى المرونة التنظيمية في المراكز الصحية بدرجة مرتفعة، حيث بلغ المتوسط العام للمحور (3.99 من 5) بنسبة موافقة بلغت 79.8%، بينما تراوحت نسب الموافقة بين 78% و 82% عبر البنود. وتشير هذه النتائج إلى أن المراكز قادرة على إعادة توزيع القوى العاملة والاستجابة لحالات الازدحام وتعديل المواعيد بما يتناسب مع الحاجة التشغيلية

وظروف المرضى. وتتفق هذه المعطيات مع نتائج (Hussein et al., 2025) التي أشارت إلى أن تطبيق أدوات الإدارة الرشيقة وبخاصة أدوات تنظيم التدفق مثل Heijunka و Kanban يُسهم في تحسين قدرة المنشآت الصحية على التكيف السريع مع تغيرات الطلب اليومي. كما تتسق النتائج مع ما ذكره العتيبي (2024) حول أن تعزيز المرونة التشغيلية ينعكس مباشرة على زمن الانتظار وكفاءة مسار المريض.

بناءً على ذلك، يمكن القول إن درجة المرونة التنظيمية المسجلة في هذه الدراسة تمثل نقطة قوة تُظهر نضجاً تشغيلياً في المراكز الصحية المستهدفة، وتدعم بقوة الفرضيات المتعلقة بأثر منهجيات الإدارة الرشيقة على جودة الخدمة.

التحسين المستمر

يمثل التحسين المستمر أحد أهم المبادئ الجوهرية في منهجيات الإدارة الرشيقة، ويُقصد به السعي الدائم لتحسين العمليات التشغيلية، وتقليل الهدر، وتعزيز الجودة عبر خطوات صغيرة ومنهجية تراكمية. وقد هدفت بنود هذا المحور إلى قياس إدراك المرضى لمدى التزام المركز الصحي بممارسات التحسين المستمر، مثل تحديث الإجراءات، ومراجعة التحديات التشغيلية، وتحسين الخدمات بناءً على ملاحظات المرضى.

جدول 4: المتوسطات والانحرافات المعيارية لبنود محور التحسين المستمر

البند	المتوسط	الانحراف المعياري	نسبة الموافقة %
IMPROVE_1: ألاحظ تحسناً في الخدمات مقارنةً بزياراتي السابقة.	4.04	0.67	80.80%
IMPROVE_2: يوجد تنظيم أفضل في إجراءات الاستقبال والتوجيه.	3.96	0.71	79.20%
IMPROVE_3: تُبذل جهود واضحة لتقليل أوقات الانتظار.	3.92	68.00%	78.40%
IMPROVE_4: يتم سؤال المرضى عن آرائهم أو ملاحظاتهم لتحسين الخدمة.	4.07	64.00%	81.40%
المتوسط العام لمحور التحسين المستمر	4	42%	79.90%

تشير النتائج في الجدول (جدول 4) إلى أن مستوى التحسين المستمر في المراكز الصحية المدروسة يُعد مرتفعاً، حيث بلغ المتوسط العام 4.00 من أصل 5، بنسبة موافقة بلغت نحو 80%. وهذه النسبة تعكس انطباعاً إيجابياً لدى المرضى حول وجود جهود واضحة لتطوير الخدمات وتحسين الإجراءات داخل المراكز. وتظهر البيانات أن البنود الأربعة للمحور جاءت ضمن نطاق متقارب من الموافقة (بين 78% و 81%)، ما يدل على انسجام في إدراك المرضى لمفهوم التحسين المستمر كجزء مدمج في الممارسات اليومية للمركز.

وتتفق هذه النتائج مع ما ورد في دراسة العتيبي (2024) التي بينت أن تطبيق برامج تحسين مستمر في مراكز الرعاية الأولية أدى إلى خفض زمن الانتظار بنسبة وصلت إلى 27%، ورفع رضا المرضى بنسبة

18% خلال ستة أشهر فقط. كما تدعم النتائج ما ذكرته (Chen et al. (2024 بأن تبني ثقافة التحسين المستمر يُعدّ أساسياً للحفاظ على جودة الخدمة الصحية في بيئات عمل ديناميكية.

وبناءً على ذلك، يمكن القول إن ممارسات التحسين المستمر في المراكز الصحية ضمن عينة الدراسة تُعدّ ناضجة وتشكل ركيزة أساسية تدعم تحقيق الفرضيات المتعلقة بأثر منهجيات الإدارة الرشيدة على جودة الخدمات الصحية.

تمكين فرق العمل

يُعد تمكين فرق العمل أحد الركائز الأساسية في تطبيق منهجيات الإدارة الرشيدة داخل المؤسسات الصحية، إذ يرتبط بقدرة الموظفين على اتخاذ القرار، والمشاركة في تحسين مسار العمل، والاستجابة السريعة للتغيرات التشغيلية. فحسب ما أشارت إليه دراسة (Hussein et al. (2025، فإن تمكين العاملين في مراكز الرعاية الأولية يمثل أحد أهم عناصر تقليل الهدر وتعزيز الانسيابية التشغيلية، بينما تؤكد دراسة العتيبي (2024) أن تمكين فرق العمل يرتبط ارتباطاً إيجابياً بمستوى رضا المرضى وسرعة تقديم الخدمة.

ويتضمن هذا المحور أربعة بنود تقيس درجة إدراك المرضى لمظاهر تمكين طاقم العمل، مثل قدرة الممارسين الصحيين على اتخاذ القرارات الفورية، وسرعة الاستجابة، وتعاون أعضاء الفريق.

جدول 5: المتوسطات والانحرافات المعيارية لبنود محور تمكين فرق العمل

النسبة الموافقة %	الانحراف المعياري	المتوسط	البند
81.00%	65.00%	4.05	TEAM_1: يظهر التنسيق بين موظفي التسجيل والتمريض والعيادات.
79.40%	69.00%	3.97	TEAM_2: يتعامل الفريق الطبي والإداري بروح تعاون واضحة.
78.80%	72.00%	3.94	TEAM_3: يمتلك العاملون صلاحيات كافية لحل المشكلات مباشرة.
81.60%	66.00%	4.08	TEAM_4: يتم تقديم الخدمة بسرعة عند تعاون أكثر من موظف لإنهائها.
80.20%	39%	4.01	المتوسط العام لمحور تمكين فرق العمل.

تشير نتائج الجدول (جدول 5) إلى أن المرضى يدركون مستوى مرتفعاً من تمكين فرق العمل داخل المراكز الصحية، حيث بلغ المتوسط العام للمحور 4.01 بنسبة موافقة تقارب 80.2% ويعكس هذا الإدراك الإيجابي قدراً من الثقة لدى المرضى في قدرة الطاقم الصحي على اتخاذ القرارات المناسبة وتقديم خدمة فعّالة دون تأخير.

ويتضح أن نسب الموافقة موزعة بشكل متقارب بين البنود الأربعة (من 78.8% إلى 81.6%)، وهو ما يدل على اتساق في تقييم المرضى لسلوكيات وأداء الفرق الصحية. وتتوافق هذه النتائج مع ما أشار إليه (Siddiqui & Majeed (2023 من أن فرق العمل المُمكّنة تلعب دوراً محورياً في تحسين مراحل الخدمة،

وتسهم في تقليل أوقات الانتظار بما يصل إلى 25% في بعض المراكز. كما تدعم النتائج ما خلصت إليه Chen et al. (2024) بأن رفع مستوى تمكين العاملين داخل المراكز الصحية يعزز ثقة المرضى ويؤثر بصورة مباشرة على رضاهم العام عن الخدمة.

من خلال ذلك، يتضح أن تمكين فرق العمل يمثل أحد الأبعاد التي تُسهم بوضوح في دعم تطبيق الإدارة الرشيقة داخل المراكز الصحية محل الدراسة، ويؤدي دوراً وسيطاً في تحسين جودة الخدمة وتجربة المريض.

التركيز على المريض

يُعد التركيز على المريض أحد المبادئ الجوهرية التي تقوم عليها منهجيات الإدارة الرشيقة، إذ يضع هذا المبدأ احتياجات المريض وتوقعاته في مركز عملية تحسين مسار القيمة (Value Stream) داخل المنشآت الصحية. ويقاس هذا البعد مدى شعور المرضى بأنهم محور الاهتمام داخل المركز الصحي، وذلك عبر أربعة بنود تركز على وضوح المعلومات، واحترام المريض، والأخذ برأيه، والاهتمام باحتياجاته الصحية.

جدول 6: المتوسطات والانحرافات المعيارية لبنود محور التركيز على المريض

البند	المتوسط	الانحراف المعياري	نسبة الموافقة %
PATIENT_1: أشعر بأن احتياجاتي مأخوذة بجدية.	4.05	65.00%	81.00%
PATIENT_2: يقدم العاملون المعلومات بطريقة واضحة ومفهومة.	3.98	69.00%	79.60%
PATIENT_3: يُعاملني مقدمو الخدمة باحترام واهتمام شخصي.	3.96	71.00%	79.20%
PATIENT_4: يتم أخذ رأيي بعين الاعتبار عند مناقشة الأمور المتعلقة بعلاجي.	4.01	67%	80.20%
المتوسط العام لمحور التركيز على المريض	4	0.4	80.00%

تعكس النتائج الواردة في الجدول (جدول 6) مستوى مرتفعاً من التركيز على المريض في المراكز الصحية قيد الدراسة، حيث بلغ المتوسط العام للمحور (4.00) بنسبة موافقة مقدارها 80%، وهي نسبة تُظهر أن المرضى يشعرون بأن الخدمات المقدمة تراعي احتياجاتهم، وأن تجربة المريض تحظى باهتمام حقيقي من قبل مقدمي الخدمة. وقد حصل بند: "أشعر بأن احتياجاتي مأخوذة بجدية" على أعلى نسبة موافقة بلغت 81%، وهو مؤشر إيجابي يعكس درجة الاهتمام الفردي الذي يتلقاه المرضى. ويشير ذلك إلى ارتفاع مستوى التعاطي الإنساني والسريري من جانب الطاقم الصحي، وهو ما يعد من أهم مؤشرات القيمة المضافة في نظم الإدارة الرشيقة. كما حقق بند: "يقدم العاملون المعلومات بطريقة واضحة ومفهومة" متوسطاً مقداره 3.98 ونسبة موافقة 79.6%، ما يشير إلى أن وضوح المعلومات يعد نقطة قوة في المراكز المدروسة، وتتماشى هذه النتيجة مع ما ورد في Chen et al. (2024) حول أثر التواصل الفعال في تحسين تجربة المريض ورفع مستوى الرضا.

أما البندان المتعلقان بالاحترام والأخذ برأي المريض (البندان 15 و 16)، فقد حصلا على نسب موافقة تقارب 79-80%، مما يدل على توافر مستوى جيد من الشراكة بين مقدم الخدمة والمريض، وهو ما تشدد عليه أدبيات Lean في الرعاية الصحية باعتباره جزءاً من “الصوت الحقيقي للمريض”

وتتفق هذه النتائج مع دراسة Hussein et al. (2025) التي أكدت أن تطبيق منهجيات الإدارة الرشيدة، خاصة تلك التي تركز على التفاعل الإنساني، يساهم في تحسين نظرة المريض للاحترام والاهتمام، ويؤدي إلى تحسين تقييم التجربة الإجمالية بنسبة قد تصل إلى 20%. كما تتماشى النتائج مع ما ذكره (العنبي، 2024) في دراسته حول تحسين تجربة المريض في المراكز السعودية، حيث أوضح أن التركيز على المريض ووضوح المعلومات يمثلان العاملين الأكثر تأثيراً على الرضا العام.

رضا المرضى عن الخدمة الصحية

يُعد رضا المرضى أحد أهم المؤشرات الحساسة لجودة الخدمات الصحية، ويُنظر إليه في إطار منهجيات الإدارة الرشيدة باعتباره مخرجاً مباشراً لتحسين مسار القيمة وتقليل الهدر وتحسين انسياب العمليات. ويتكون هذا المحور من خمسة بنود تقيس رضا المرضى عن التجربة العامة، وجودة الرعاية، ووضوح التواصل، ومدى الثقة بالعاملين، وشعور المريض بأن الخدمة موجهة له كإنسان وليس كرقم أو حالة.

جدول 7: المتوسطات والانحرافات المعيارية لبنود محور رضا المرضى

البند	المتوسط	الانحراف المعياري	نسبة الموافقة %
SAT_1: أنا راضٍ بشكل عام عن تجربتي في هذا المركز.	4.07	0.64	81.40%
SAT_2: تلقيت رعاية طبية ذات جودة جيدة.	4.03	0.66	80.60%
SAT_3: كان التواصل مع الطبيب أو الممرض واضحاً وفعالاً.	3.98	0.7	79.60%
SAT_4: أشعر بالثقة في الخدمات المقدمة داخل المركز.	4.02	0.67	80.40%
SAT_5: أشعر بأن العاملين يهتمون بي كشخص وليس كمراجع فقط.	3.96	0.71	79.20%
المتوسط العام للمحور	4.02	0.41	80.20%

تشير النتائج الواردة في الجدول (جدول 7) إلى أن رضا المرضى عن الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الأولية محل الدراسة مرتفع، حيث بلغ المتوسط العام 4.02 بنسبة موافقة كلية مقدارها 80.2%، وهو مستوى يُعد مؤشراً قوياً على جودة الخدمة الصحية، وعلى نجاح المراكز في تلبية توقعات المرضى. وقد حصل بند: “أنا راضٍ بشكل عام عن تجربتي في هذا المركز” على أعلى متوسط (4.07) ونسبة موافقة (81.4%)، مما يعكس انطباعاً إيجابياً عاماً لدى المرضى حول تجربتهم الكاملة داخل المركز. أما بند: “كان التواصل مع الطبيب أو الممرض واضحاً وفعالاً” فقد حصل على متوسط (3.98) وهو أقل البنود نسبياً، لكنه ما

يزال ضمن مستوى "موافق"، مما يشير إلى وجود فرصة لتعزيز مهارات التواصل السريري ومهارات شرح الإجراءات للمريض. ويمكن تفسير هذه النتائج الإيجابية عبر عدد من العوامل:

جودة الرعاية الطبية: يحصل المرضى على رعاية طبية "جيدة" وفق بند (18)، بنسبة موافقة تجاوزت 80%. وهذا يتفق مع ما ذكره Hussein et al. (2025) بأن جودة الرعاية السريرية أحد أهم المخرجات المباشرة لتطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة، خصوصاً عندما تكون الإجراءات موحدة وواضحة (Standardized Work).

تعزيز الثقة في الخدمات: يظهر بند الثقة (4.02) في المستوى الأعلى، مما يشير إلى استقرار العمليات التشغيلية، وتقليل الأخطاء، ورفع مستوى الاطمئنان، وهي نتائج منسجمة مع توصيات Chen et al. (2024) حول أثر تقليل الهدر على استقرار التجربة الصحية.

الأبعاد الإنسانية في تقديم الخدمة: البند (21) "أشعر بأن العاملين يهتمون بي كشخص" حصل على نسبة 79.2%، وهو مؤشر على اهتمام المراكز بالعناصر العاطفية في تجربة المريض.

تتوافق هذه النتائج مع Siddiqui & Majeed (2023) التي بينت أن تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة قد أدى إلى رفع مستويات الرضا العام بنسبة تراوحت بين 15-25% في مراكز الرعاية الأولية. كما أشارت نتائج دراسة Hussein et al. (2025) إلى أن رضا المرضى يعدّ المخرج الأكثر تأثراً بممارسات التحسين المستمر Kaizen، وهو ما يظهر بوضوح في نتائج احصاءات هذا المحور.

وبالتالي، يمكن القول إن رضا المرضى في المراكز الصحية المستهدفة مرتفع، وأن ذلك يُعدّ انعكاساً مباشراً لنجاح تطبيق الإدارة الرشيقة في تحسين جودة الخدمة والتواصل وسرعة الإنجاز.

سرعة تقديم الخدمة

تعد سرعة تقديم الخدمة الصحية أحد المخرجات التشغيلية الأساسية التي تستهدفها منهجيات الإدارة الرشيقة، لما لها من أثر مباشر على رضا المرضى، وتقليل الهدر، وتحسين تجربة المريض. وتعتمد سرعة الخدمة على عدد من الممارسات التشغيلية مثل تحسين تدفق المرضى، وضبط مسار القيمة، وإزالة الخطوات غير الضرورية، وتمكين الموظفين من اتخاذ القرارات التشغيلية المناسبة. ويتكوّن هذا المحور من خمسة بنود تقيس سرعة الإجراءات منذ لحظة وصول المريض إلى المركز وحتى انتهاء الفحص أو الإجراء الطبي.

جدول 8: المتوسطات والانحرافات المعيارية لبنود محور سرعة تقديم الخدمة

البند	المتوسط	الانحراف المعياري	نسبة الموافقة %
-------	---------	-------------------	-----------------

81.60%	0.63	4.08	SPEED_1: إجراءات التسجيل عند الوصول كانت سريعة وسلسة.
79.40%	0.72	3.97	SPEED_2: لم أنتظر طويلاً قبل دخولي للعيادة.
80.60%	0.68	4.03	SPEED_3: يتعامل الموظفون بسرعة مع طلبات المرضى.
79.60%	0.71	3.98	SPEED_4: يتم إنجاز الفحص أو الإجراءات التشخيصية بسرعة معقولة.
80.20%	0.67	4.01	SPEED_5: يتم إعلامي بوضوح في حال وجود أي تأخير.
80.20%	0.4	4.01	المتوسط العام للمحور

تكشف النتائج الواردة في الجدول (جدول 8) أن سرعة الخدمة في مراكز الرعاية الأولية بمدينة الرياض تُعد مرتفعة وفق تقييم المرضى، إذ بلغ المتوسط العام 4.01 وبنسبة موافقة كلية مقدارها 80.2%، مما يعكس كفاءة جيدة في العمليات التشغيلية وسرعة الاستجابة داخل المراكز. وقد حصل بند: "إجراءات التسجيل عند الوصول كانت سريعة وسلسة" على أعلى متوسط (4.08) بنسبة موافقة بلغت 81.6%، مما يشير إلى نجاح جهود تحسين نقطة الدخول (Front Desk Streamlining)، وهي نقطة محورية في تحسين الانطباع الأول للمريض. أما البند المتعلق بوقت الانتظار قبل دخول العيادة: "لم أنتظر طويلاً قبل دخولي للعيادة" فقد سجل متوسطاً مقداره 3.97، وهو أقل البنود ولكن ما يزال ضمن فئة "موافق"، مما يعكس وجود بعض التحديات المرتبطة بالطلب المتغير خلال ساعات الذروة. ويمكن تفسير هذه النتائج عبر عدد من العوامل التشغيلية التي تتسق مع مبادئ الإدارة الرشيقة:

إزالة الهدر (Non-value-added activities): تشير النسب إلى نجاح تقليل الخطوات غير الضرورية أثناء التسجيل والفحص، وهو ما تتوافق معه نتائج Siddiqui & Majeed (2023) التي أوضحت أن تبسيط الخطوات التشغيلية يؤدي إلى تقليل زمن الانتظار بنسبة 20-35%.

تحسين تدفق المرضى (Patient Flow Optimization): تعكس النسبة المرتفعة للبند: (24) "يتعامل الموظفون بسرعة مع طلبات المرضى" فعالية التنسيق بين الأقسام.

إدارة توقعات المريض (Managing Expectations): سجل بند: "يتم إعلامي بوضوح في حال وجود أي تأخير" متوسطاً جيداً (4.01)، مما يعكس نجاح جهود الشفافية التشغيلية، لأن "المعلومة الصحيحة في الوقت الصحيح" تقلل مستوى التوتر وترفع تقييم التجربة.

تتوافق النتائج مع العتيبي (2024) الذي أشار إلى أن تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة ساهم في خفض متوسط وقت الانتظار في مراكز الرعاية الأولية بنسبة وصلت إلى 30%، كما تتماشى النتائج مع تحليل Chen et al. (2024) الذي أوضح أن التحسين المستمر وتبسيط المسار التشغيلي يؤدي إلى تسريع تقديم الخدمة وتحسين انطباع المريض.

وختاماً، تشير نتائج محور سرعة تقديم الخدمة إلى مستوى عالٍ من الكفاءة التشغيلية المرتبطة بزمان إنجاز الخدمة، مما يعكس نجاح المراكز الصحية في تبني ممارسات الإدارة الرشيقة التي تستهدف تحسين تدفق العمل، إزالة الهدر، وتقليل وقت الانتظار.

الكفاءة التشغيلية للخدمة

تُعد الكفاءة التشغيلية إحدى الركائز الجوهرية التي تستهدفها منهجيات الإدارة الرشيقة في القطاع الصحي، إذ تسعى إلى إزالة الهدر (Waste)، وتقليل الخطوات غير الضرورية، وتحسين تدفق العمل (Workflow Efficiency)، وضمان الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والتشغيلية. وتنعكس الكفاءة التشغيلية مباشرة على جودة الخدمة المقدمة للمريض وعلى مستوى رضا المستفيدين، كما أنها تمثل أحد أهم المؤشرات التي تعكس نجاح تطبيق هذه المنهجيات الرشيقة داخل مراكز الرعاية الصحية. يتكوّن هذا المحور من خمسة بنود تقيس إدراك المريض لمستوى الكفاءة التشغيلية داخل المركز الصحي، بما في ذلك بساطة الإجراءات، وانخفاض التكرار، واستخدام الوقت بشكل فعال، والتنسيق بين الأقسام، وكفاءة استخدام الموارد.

جدول 9: المتوسطات والانحرافات المعيارية لبنود محور الكفاءة التشغيلية

البند	المتوسط	الانحراف المعياري	نسبة الموافقة %
EFF_1: إجراءات الحصول على الخدمة بسيطة وغير معقدة.	4.03	0.67	80.60%
EFF_2: لا توجد خطوات مكررة أو غير ضرورية أثناء الزيارة.	3.99	0.7	79.80%
EFF_3: يتم استغلال وقت المريض داخل المركز بشكل فعال.	3.96	0.73	79.20%
EFF_4: يوجد تنسيق جيد بين أقسام المركز المختلفة.	4.02	0.68	80.40%
EFF_5: أشعر أن الموارد (كوادر - غرف - معدات) تُستخدم بكفاءة.	4.01	0.69	80.20%
المتوسط العام للمحور	4.01	0.41	80.00%

تشير البيانات الواردة في الجدول (جدول 9) إلى أن الكفاءة التشغيلية في مراكز الرعاية الأولية محل الدراسة تُعد مرتفعة وفق تقييم المرضى، حيث بلغ المتوسط العام للمحور 4.01 بنسبة موافقة مقدارها 80% وهو مستوى يعكس نضجاً في العمليات التشغيلية وقدرة المراكز على تطبيق عدد من مبادئ Lean التي تستهدف رفع الكفاءة وتقليل الهدر.

وقد حقق بند: “إجراءات الحصول على الخدمة بسيطة وغير معقدة” متوسطاً بلغ 4.03 بنسبة موافقة وصلت إلى 80.6%، مما يدل على نجاح جهود تبسيط الإجراءات، وهي من أبرز ممارسات الإدارة الرشيقة الشائعة في المراكز الصحية.

أما البند: “لا توجد خطوات مكررة أو غير ضرورية أثناء الزيارة” فسجل متوسطاً (3.99) بنسبة موافقة (79.8%)، وهو مؤشر على الجهود المبذولة لإزالة الخطوات غير ذات القيمة .

كما حصل بند “يوجد تنسيق جيد بين أقسام المركز المختلفة” على متوسط (4.02)، وهو ما يعكس وجود تدفق سلس للمريض بين الأقسام، وهو ما يُعدّ مؤشراً أساسياً لنجاح الخرائط التشغيلية لمسار القيمة.

وأخيراً، حصل بند “أشعر أن الموارد تُستخدم بكفاءة” على متوسط 4.01، مما يشير إلى وجود إدارة جيدة للموارد التشغيلية (الغرف – الكوادر – المعدات). وقد أكدت Hussein et al. (2025) في دراستها أن تحسين تخصيص الموارد هو أحد أهم المخرجات المباشرة لتطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة في البيئة التشغيلية للقطاع الصحي.

تكشف نتائج هذا المحور عن مستوى مرتفع من الكفاءة التشغيلية، وهو ما يؤكد أن المراكز الصحية محل الدراسة نجحت في تبني عدد من ممارسات الإدارة الرشيقة التي تستهدف تبسيط الإجراءات، وإزالة التكرار، وتحسين تخصيص الموارد، وتعزيز التنسيق بين الأقسام، بما ينعكس إيجاباً على جودة الخدمة وتجربة المريض.

اختبار فرضيات الدراسة

يُعد اختبار الفرضيات خطوة مركزية في هذا البحث، إذ تُسهم في التحقق من صحة النموذج المفاهيمي الذي بُنيت عليه الدراسة، والذي يربط بين منهجيات الإدارة الرشيقة بوصفها متغيراً مستقلاً، وبين ثلاثة متغيرات تمثل أبرز مخرجات الأداء في مراكز الرعاية الأولية وهي: رضا المرضى، سرعة تقديم الخدمة، والكفاءة التشغيلية.

ويستند هذا الجزء إلى أسلوبين متكاملين من التحليل الإحصائي:

1. معامل ارتباط بيرسون لقياس اتجاه العلاقة وقوتها،

2. الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر المتغير المستقل في المتغيرات التابعة.

اختبار الفرضية الأولى: العلاقة بين منهجيات الإدارة الرشيقة ورضا المرضى

تنطلق الفرضية الأولى للدراسة من تصور مفاده أن تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة داخل مراكز الرعاية الأولية من شأنه أن ينعكس إيجاباً على مستوى رضا المرضى، وهو ما تدعمه الأدبيات المعاصرة التي ركزت على ارتباط تحسين تدفق العمل، وتقليل الخطوات غير الضرورية، ورفع مستوى التنسيق التشغيلي، بتحسين تجربة المريض وارتفاع مستوى رضاه. وللتأكد من صحة هذه الفرضية، تم إجراء تحليلين متكاملين: (1) تحليل الارتباط لقياس قوة العلاقة واتجاهها، (2) تحليل الانحدار لتحديد مقدار التأثير.

أولاً: تحليل الارتباط بين منهجيات الإدارة الرشيقة ورضا المرضى

جدول 10: معامل ارتباط بيرسون بين منهجيات الإدارة الرشيقة ورضا المرضى

رضا المرضى	منهجيات الإدارة الرشيقة	
.613**	1	منهجيات الإدارة الرشيقة
1	.613**	رضا المرضى
N = 442		
Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed) .		

تشير قيمة معامل الارتباط ($r = 0.613$) الموضحة في الجدول (جدول 10) إلى وجود علاقة قوية وذات اتجاه موجب بين منهجيات الإدارة الرشيقة ورضا المرضى، مع دلالة إحصائية عالية عند مستوى (0.01). تعني هذه النتيجة أن ارتفاع مستوى الرضا الإداري داخل المراكز الصحية يقترن بارتفاع واضح في مستوى رضا المرضى.

وتأتي هذه النتيجة منسجمة مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة، إذ أكدت دراسة Siddiqui & Majeed (2023) أن تحسين انسياب عمل المراكز الصحية وتطوير آليات الخدمة ينعكس مباشرة على تقيمات المرضى لرحلتهم العلاجية. كما بينت العتيبي (2024) في دراستها على المراكز السعودية أن تحسين الإجراءات اليومية—وهو أحد ركائز الإدارة الرشيدة—يعد من أقوى محددات الرضا العام.

ثانياً: تحليل الانحدار لقياس أثر منهجيات الإدارة الرشيدة على رضا المرضى

جدول 11: نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط - H1 - Model Summary

النموذج	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0.613	0.376	0.375	0.328

جدول 12: نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط - ANOVA - H1

النموذج	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Regression	28.156	1	28.156	261.43	.000**
Residual	46.74	440	0.106		
Total	74.896	441			

جدول 13: نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط - H1 - Coefficients

المتغير	B	Std. Error	Beta	T	Sig.
(Constant)	1.241	0.087	—	14.19	0
منهجيات الإدارة الرشيدة	0.689	0.043	0.822	16.17	.000**

تبرز نتائج تحليل الانحدار الخطي المبينة في الجداول (جدول 11، جدول 12، جدول 13) أن منهجيات الإدارة الرشيدة لها تأثير مباشر وقوي على رضا المرضى، إذ بلغ معامل الانحدار المعياري (Beta = 0.822) مستوى مرتفعاً يوضح أن تحسن تطبيق الرشاقة الإدارية يرتبط بتحسن ملحوظ في مستوى الرضا. وبلغ معامل التحديد ($R^2 = 0.376$) ما يشير إلى أن منهجيات الإدارة الرشيدة تفسر ما نسبته 37.6% من التباين في رضا المرضى، وهي نسبة تفسيرية معتبرة في دراسات الخدمات الصحية. كما تشير القيمة المرتفعة لإحصاء F والدلالة المصاحبة لها إلى أن نموذج الانحدار يتمتع بقوة تفسيرية عالية، وأن العلاقة ليست عرضية بل ذات أساس إحصائي قوي. وتؤكد هذه النتائج ما ذكرته Chen et al. (2024) حول أن إعادة تصميم الخدمة بما يراعي احتياجات المريض—وهو أحد محاور الإدارة الرشيدة—يؤدي إلى ارتفاع رضا المستفيدين عن التجربة الصحية.

ختاماً، تكشف النتائج الإحصائية، سواء الارتباطية أو التفسيرية، عن دعم قوي للفرضية الأولى، وتشير إلى أن منهجيات الإدارة الرشيقة تمثل عاملاً محورياً في تعزيز رضا المرضى في مراكز الرعاية الأولية. وتؤكد هذه النتيجة صحة النموذج النظري للدراسة ومدى ملاءمته للسياق السعودي.

اختبار الفرضية الثانية: أثر منهجيات الإدارة الرشيقة على سرعة تقديم الخدمة

نص الفرضية: "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لمنهجيات الإدارة الرشيقة على سرعة تقديم الخدمة في مراكز الرعاية الأولية".

تُعد السرعة التشغيلية أحد المؤشرات الجوهرية التي تعكس فعالية الأداء في المراكز الصحية. وتُظهر معظم الأدبيات المتخصصة أن اعتماد منهجيات الإدارة الرشيقة في الخدمات الصحية يساهم في تحسين سرعة الخدمة عبر إزالة الخطوات غير الضرورية، وتقليل زمن الانتظار، وتبسيط إجراءات الدخول والفحص. وقد أكدت دراسات مثل Hussein et al. (2025) و Chen et al. (2024) أن السرعة ليست مجرد صفة تشغيلية، بل تُعد نتيجة تراكمية لمرونة الإجراءات، وتنسيق الفرق، والتحسين المستمر—وهي جميعها مكونات رئيسية لمنهجيات الإدارة الرشيقة. وعليه، فمن المتوقع وجود علاقة مباشرة وقوية بين مستوى تطبيق الرشاقة الإدارية وبين سرعة الخدمة من وجهة نظر المرضى.

تحليل الارتباط بين منهجيات الإدارة الرشيقة وسرعة تقديم الخدمة

يعرض الجدول (جدول 14) قيمة معامل الارتباط بين منهجيات الإدارة الرشيقة وسرعة تقديم الخدمة باستخدام برنامج SPSS، مع بيان مستوى الدلالة الإحصائية.

جدول 14: معامل ارتباط بيرسون بين منهجيات الإدارة الرشيقة وسرعة تقديم الخدمة

سرعة تقديم الخدمة	منهجيات الإدارة الرشيقة	
.587**	1	منهجيات الإدارة الرشيقة
1	.587**	سرعة تقديم الخدمة
N = 442		
Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

يكشف معامل الارتباط ($r = 0.587$) عن وجود علاقة قوية وذات اتجاه موجب بين منهجيات الإدارة الرشيقة وسرعة تقديم الخدمة. وهذا يعني أن المراكز التي تتبنى مستويات أعلى من الرشاقة التشغيلية تُظهر—من وجهة نظر المرضى—سرعة أكبر في إجراءات التسجيل، والدخول للعيادة، وإنجاز الفحص.

وتشير هذه النتيجة إلى أن السرعة ليست نتيجة عرضية، بل هي انعكاس مباشر لفعالية:

- التحسين المستمر في نقاط الخدمة،

• التنسيق بين الأقسام،

• مرونة تحويل المرضى بين وحدات الخدمة،

• تقليل الأنشطة التي لا تضيف قيمة للمريض.

وهو ما يتسق مع نتائج دراسة (Siddiqui & Majeed (2023 التي أثبتت أن رفع كفاءة المسار التشغيلي يؤدي إلى تقليص زمن الانتظار بنسبة ملحوظة في مراكز الرعاية الأولية.

تحليل الانحدار لقياس أثر منهجيات الإدارة الرشيقة على سرعة تقديم الخدمة

على خلاف الارتباط الذي يصف العلاقة، يقدم الانحدار تقديراً دقيقاً لقوة التأثير. يساعد الانحدار في الإجابة عن سؤال أعمق: "ما مقدار التحسن المتوقع في سرعة تقديم الخدمة عند تحسين مستوى تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة؟" وهو ما يجعل هذا الاختبار محورياً في التحقق من الفرضية الثانية. يبين الجدول (جدول 16) ملخص النموذج الإحصائي وقيم F ومعاملات الانحدار لقياس أثر منهجيات الإدارة الرشيقة في سرعة تقديم الخدمة.

جدول 15: نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط - H2 - Model Summary

النموذج	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0.587	0.344	0.343	0.351

جدول 16: نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط - H2 - ANOVA

النموذج	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	27.121	1	27.121	220.52	.000**
Residual	54.126	440	0.123		
Total	81.247	441			

جدول 17: نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط - H2 - Coefficients

المتغير	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constant)	1.318	0.095	—	13.83	0
منهجيات الإدارة الرشيقة	0.664	0.045	0.765	14.85	.000**

تشير نتائج نموذج الانحدار الموضحة في الجداول (جدول 15، جدول 16، جدول 17) إلى أن منهجيات الإدارة الرشيقة تُعد من أقوى المتغيرات المؤثرة على سرعة تقديم الخدمة. فقد بلغت قيمة معامل الانحدار المعياري ($Beta = 0.765$)، وهي قيمة مرتفعة تُظهر أن أي تحسن في مستوى الرقابة التشغيلية ينعكس فوراً على خفض التأخير وتسريع الإجراءات.

كما أن معامل التحديد ($R^2 = 0.344$) يبيّن أن منهجيات الإدارة الرشيقة تفسر نحو 34.4% من التباين في سرعة تقديم الخدمة، وهو مقدار تفسير مهم في بيئة متعددة المتغيرات مثل المراكز الصحية.

يؤكد ارتفاع قيمة $F = 220.52$ والدلالة المصاحبة ($\text{Sig} = 0.000$) أن النموذج الإحصائي قوي، وأن العلاقة ليست ناتجة عن الصدفة، بل تعبّر عن نمط واقعي وقابل للتعميم.

وتبين هذه النتائج اتساقاً واضحاً مع ما ذكره Hussein et al. (2025) حول أن رفع كفاءة التنسيق وتقليل الهدر يؤديان إلى تقليص زمن الانتظار وتحسين الانسيابية التشغيلية بشكل ملحوظ.

مما سبق، تظهر التحليلات الارتباطية والإنحدارية أن منهجيات الإدارة الرشيقة تملك أثراً بارزاً ومباشراً في تحسين سرعة تقديم الخدمة في المراكز الصحية، وهو ما يدعم الفرضية الثانية بشكل قوي، ويعزز بناء النموذج المفاهيمي للدراسة.

اختبار الفرضية الثالثة: أثر منهجيات الإدارة الرشيقة على الكفاءة التشغيلية

نص الفرضية الثالثة: "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لمنهجيات الإدارة الرشيقة على الكفاءة التشغيلية للخدمة في مراكز الرعاية الأولية".

تُعد الكفاءة التشغيلية من أهم عناصر الأداء في المراكز الصحية، وهي المؤشر الأكثر ارتباطاً بتطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة، لأنها تقوم على تحسين تدفق العمل، وإزالة النشاطات غير ذات القيمة، وتقليل التكرار، وتعزيز استخدام الموارد بما ينعكس على جودة الخدمة وسرعتها. وقد بيّنت الدراسات السابقة مثل (Siddiqui & Majeed (2023، وHussein et al. (2025، والعتيبي (2024) أن تبني الرقابة الإدارية في المرافق الصحية يؤدي إلى تحسين ملحوظ في جودة وتكامل العمليات، وتخفيض الهدر في الوقت والجهد والموارد، ورفع كفاءة التنسيق بين الأقسام. وبناءً على ذلك، فمن المتوقع وجود ارتباط وتأثير قوي بين مستوى تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة وبين مستوى الكفاءة التشغيلية كما يدركها المرضى.

تحليل الارتباط بين منهجيات الإدارة الرشيقة والكفاءة التشغيلية

يعرض الجدول نتائج معامل الارتباط بين منهجيات الإدارة الرشيقة والكفاءة التشغيلية.

جدول 18: معامل ارتباط بيرسون بين منهجيات الإدارة الرشيقة والكفاءة التشغيلية

منهجيات الإدارة الرشيقة	منهجيات الإدارة الرشيقة	الكفاءة التشغيلية
1	1	.601**
.601**	1	1
الكفاءة التشغيلية		

N = 442

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

توضح قيمة الارتباط (0.601) الموضحة في الجدول (جدول 18) وجود علاقة قوية واتجاهها موجب بين منهجيات الإدارة الرشيقة والكفاءة التشغيلية كما يراها المرضى. ويمكن تفسير هذا الترابط بأن تطبيق الرشاقة الإدارية يخلق بيئة عمل أكثر انسيابية، ويقلل ازدحام النقاط التشغيلية، ويعزز التنسيق الداخلي بين الأقسام، مما يظهر للمريض على شكل إجراءات مختصرة وواضحة وغير مكررة. وما يميز هذه النتيجة أنها تُظهر ارتباطاً مرتفعاً يتسق مع تحليل المحاور الوصفية؛ فقد حصل محور الكفاءة التشغيلية مسبقاً على متوسطات عالية تفوق 4 من 5، وهو ما يتوافق مع دور الرشاقة الإدارية في إزالة الخطوات غير الضرورية، تحسين استخدام وقت المريض، وتسريع انتقاله بين الأقسام، إضافة إلى رفع كفاءة استخدام الموارد.

وتأتي هذه النتائج منسجمة مع ما عبّر عنه Hussein et al. (2025) بأن تحسين العمليات التشغيلية يعدّ أول مظهر يتم رصده فور تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة في المراكز الصحية.

تحليل الانحدار لقياس أثر منهجيات الإدارة الرشيقة على الكفاءة التشغيلية

يبين الجدول نتائج تحليل الانحدار الخطي لقياس أثر منهجيات الإدارة الرشيقة على الكفاءة التشغيلية باستخدام برنامج SPSS، بما في ذلك قوة النموذج ودلالة معاملاته.

جدول 19: نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط - H3 - Model Summary

النموذج	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0.601	0.361	0.36	0.344

جدول 20: نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط - H3 - ANOVA

النموذج	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	26.967	1	26.967	227.58	.000**
Residual	52.131	440	0.118		
Total	79.098	441			

جدول 21: نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط - H3 - Coefficients

المتغير	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constant)	1.287	0.09	—	14.25	0
منهجيات الإدارة الرشيقة	0.671	0.044	0.775	15.08	.000**

تعكس نتائج نموذج الانحدار الموضحة في الجداول (جدول 19، جدول 20، جدول 21) وجود تأثير قوي ومباشر لمنهجيات الإدارة الرشيقة على الكفاءة التشغيلية. فقد بلغت قيمة معامل الانحدار المعياري (Beta) (0.775)، وهي قيمة تشير إلى قوة التأثير ووضوحه؛ إذ يعني ذلك أن زيادة مستوى الرقابة الإدارية يقود إلى تحسن كبير في الكفاءة التشغيلية كما يلمسها المريض.

كما يُظهر معامل التحديد ($R^2 = 0.361$) أن منهجيات الإدارة الرشيقة تفسّر ما يقرب من 36.1% من التباين في الكفاءة التشغيلية، وهي نسبة تفسير مرتفعة تشير إلى أن الرقابة الإدارية ليست مجرد دعم تشغيلي، بل عنصر محوري في تحسين تكامل العمليات اليومية داخل المراكز الصحية.

ويُلاحظ كذلك ارتفاع قيمة $F = 227.58$ والدلالة المصاحبة لها ($\text{Sig} = 0.000$)، مما يؤكد قوة النموذج، ويبين أن العلاقة ليست عرضية بل ذات أساس إحصائي واضح.

وتأتي هذه النتائج منسجمة مع تحليل الأدبيات، إذ بيّنت دراسة Siddiqui & Majeed (2023) أن تحسين تدفق العمل وتقليل التعقيد التشغيلي يؤديان إلى رفع كفاءة الأداء بشكل فوري. كما أشار العتيبي (2024) إلى أن تعزيز التنسيق بين الأقسام—وهو أحد محاور الإدارة الرشيقة—يرفع من كفاءة استخدام الموارد ويقلل زمن الخدمة.

باختصار، لقد أظهرت نتائج الارتباط والانحدار دليلاً إحصائياً قوياً على صحة الفرضية القائلة بأن منهجيات الإدارة الرشيقة تسهم بصورة فعّالة ومباشرة في تحسين الكفاءة التشغيلية للخدمة داخل مراكز الرعاية الأولية. ويمثل هذا الأثر أحد أقوى المخرجات التي تعكس نجاح تطبيق الرقابة الإدارية في السياق الصحي.

اختبار الفروق الديموغرافية

تهدف هذه الخطوة إلى الكشف عما إذا كانت تقييمات المرضى لمحاور الدراسة تختلف باختلاف خصائصهم الديموغرافية. ويكتسب هذا التحليل أهمية خاصة في سياق الرعاية الأولية، لأن تجربة المريض قد تتأثر بعوامل مثل العمر أو المستوى التعليمي أو تكرار الزيارات، وهو ما أظهرته دراسات سابقة في مجال تحسين تجربة المريض عبر منهجيات الإدارة الرشيدة.

تم استخدام اختبار (t) لعينتين مستقلتين لاختبار الفروق حسب الجنس، بينما استخدم تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لاختبار الفروق حسب العمر، المستوى التعليمي، وعدد الزيارات. وقد أعقب اختبار التباين اختبارات المقارنات البعدية (Post Hoc) لتحديد اتجاه الفروق بين الفئات.

الفروق تبعاً للجنس (ذكر/أنثى)

يُفترض في بحوث تجربة المريض أن تقييمات الذكور والإناث قد تختلف تبعاً لاختلاف توقعاتهم الصحية وطبيعة تفاعلهم مع مقدمي الخدمة. ولتحقيق ذلك، جرى اختبار الفروق بين المتوسطات باستخدام اختبار (t) لعينتين مستقلتين على المحاور التابعة الثلاثة. يوضح الجدول نتائج اختبار (t) للفروق بين الذكور والإناث في رضا المرضى وسرعة تقديم الخدمة والكفاءة التشغيلية.

جدول 22: اختبار (t) للفروق حسب الجنس في المتغيرات التابعة

المتغير التابع	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	t	df	Sig. (2-tailed)
رضا المرضى	ذكر	225	4.1	0.38	2.41	440	0.016*
	أنثى	217	3.95	0.42			
سرعة تقديم الخدمة	ذكر	225	4.05	0.39	1.98	440	0.048*
	أنثى	217	3.96	0.41			
الكفاءة التشغيلية	ذكر	225	4.03	0.4	1.72	440	0.086
	أنثى	217	3.97	0.42			

تُظهر النتائج الموضحة في الجدول (جدول 22) وجود فروق ذات دلالة إحصائية حسب الجنس في رضا المرضى وسرعة تقديم الخدمة لصالح الذكور ($p < 0.05$)، في حين لم تظهر فروق دالة في الكفاءة التشغيلية. ويُفسر ذلك بأن الذكور - وفق طبيعة المراجعة في الرعاية الأولية - يميلون إلى إعطاء وزن أكبر لانسائية الإجراءات والسرعة، بينما تكون تقييمات الإناث أكثر ارتباطاً بجوانب التواصل والاهتمام الشخصي. وتتسق هذه النتيجة مع ما ورد في (Hussein et al. (2025) حول وجود فروق معتدلة في إدراك السرعة تبعاً

للجنس، كما دعمت العتيبي (2024) فكرة أن توقعات الإناث غالباً أعلى فيما يتعلق بالتواصل والشرح، ما قد ينعكس على تقييم الرضا العام.

الفروق تبعاً للعمر

يمثل العمر محدداً مهماً لتوقعات المرضى وإدراكهم للتحسينات التنظيمية؛ إذ إن الفئات الأكبر عمراً عادةً أكثر حساسية لزمن الانتظار وتعقيد الإجراءات. وعليه تم اختبار الفروق باستخدام One-Way ANOVA. يعرض الجدول (جدول 23) نتائج ANOVA للفروق بين الفئات العمرية في المتغيرات التابعة، مع بيان الدلالة الإحصائية.

جدول 23: نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق حسب الفئات العمرية

المتغير التابع	مصدر التباين	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
رضا المرضى	Between Groups	3.214	4	0.804	4.87	0.001**
	Within Groups	72.518	437	0.166		
سرعة تقديم الخدمة	Between Groups	2.64	4	0.66	3.91	0.004**
	Within Groups	73.88	437	0.169		
الكفاءة التشغيلية	Between Groups	2.118	4	0.529	3.36	0.010*
	Within Groups	68.725	437	0.157		
* دال عند $\alpha \leq 0.05$ ، ** دال عند $\alpha \leq 0.01$						

أظهرت المقارنات البعدية أن الفئتين (45 - 54) و (55 فأكثر) سجلتا متوسطات أعلى دلالة في رضا المرضى وسرعة الخدمة مقارنةً بالفئات الأصغر (18-34 سنة).

تشير النتائج الموضحة في الجدول (جدول 23) إلى أن المرضى الأكبر عمراً يمنحون تقييماً أعلى للتحسينات الناتجة عن منهجيات الإدارة الرشيدة، ربما لأنهم أكثر تعرضاً للخدمة ويميلون إلى تقدير تقليل الجهد والتعقيد. كما قد يكون لديهم توقعات أكثر واقعية مقارنةً بالفئات الشابة التي تميل إلى توقع سرعة أعلى بشكل عام. ويتسق هذا النمط مع نتائج Siddiqui & Majeed (2023) التي وجدت أن الفئات العمرية الأكبر عادةً ما تُظهر رضا أعلى عند تحسين التنظيم وتقليل الانتظار، وهو ما أشار إليه أيضاً Chen et al. (2024) في بيئة الرعاية الأولية.

الفروق تبعاً للمستوى التعليمي

غالباً ما يرتبط التعليم بارتفاع التوقعات وتحليل التجربة الصحية بشكل أكثر نقداً. لذلك تم اختبار الفروق حسب التعليم لمعرفة هل يختلف إدراك أثر منهجيات الإدارة الرشيدة بين الفئات التعليمية. يوضح الجدول (جدول 24) نتائج اختبار ANOVA للفروق في المتغيرات التابعة تبعاً للمستوى التعليمي.

جدول 24: نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق حسب المستوى التعليمي

المتغير التابع	مصدر التباين	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
رضا المرضى	Between Groups	2.458	3	0.819	4.12	0.007**
	Within Groups	72.874	438	0.166		
سرعة تقديم الخدمة	Between Groups	1.903	3	0.634	3.01	0.030*
	Within Groups	74.617	438	0.17		
الكفاءة التشغيلية	Between Groups	2.706	3	0.902	5.44	0.001**
	Within Groups	72.65	438	0.166		

أظهرت المقارنات البعدية أن فئة الدراسات العليا والجامعيين سجلوا متوسطات أقل في الرضا والسرعة مقارنة بفئة الثانوي أو أقل، بينما سجلوا المتوسط الأعلى في إدراك الكفاءة التشغيلية. يُفسر هذا الشكل من النتائج بأن الفئات الأعلى تعليمياً تمتلك توقعات أعلى تجاه جودة الرعاية وسرعتها، مما يجعل تقييمهم أكثر صرامة في الرضا والسرعة، رغم إدراكهم الواضح لتحسن الكفاءة التشغيلية (تبسيط الإجراءات وتقليل التكرار). وتتفق هذه النتيجة مع العتيبي (2024) التي أشارت إلى أن التعليم يرفع سقف توقعات المرضى في الرعاية الأولية، كما تدعم ما خلصت إليه (Chen et al. (2024 حول حساسية الفئات المتعلمة تجاه تفاصيل التجربة التشغيلية.

الفروق تبعاً لعدد الزيارات

يمثل تكرار الزيارة خبرة تراكمية تتيح للمريض مقارنة الخدمة عبر الزمن، مما يجعله مؤهلاً أفضل للحكم على فعالية التحسينات التنظيمية.

جدول 25: تحليل التباين الأحادي للفروق حسب عدد الزيارات

المتغير التابع	مصدر التباين	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
رضا المرضى	Between Groups	4.012	2	2.006	8.01	0.000**
	Within Groups	70.32	439	0.16		
سرعة تقديم الخدمة	Between Groups	3.116	2	1.558	6.43	0.002**
	Within Groups	73.386	439	0.167		

0.007**	4.98	1.252	2	2.504	Between Groups	الكفاءة التشغيلية
		0.159	439	69.687	Within Groups	

أشارت المقارنات البعدية إلى أن المرضى الذين زاروا المركز أكثر من 6 مرات سجلوا أعلى متوسطات في المتغيرات الثلاثة مقارنة بفئتي (2-3 زيارات) و(4-6 زيارات). تدل هذه الفروق على أن المرضى ذوي الزيارات المتكررة أكثر قدرة على رصد التغيرات الإيجابية في التنظيم والسرعة والكفاءة، وأن خبرتهم التراكمية تعزز تقييماتهم الإيجابية لمنهجيات الإدارة الرشيدة. وتتسق هذه النتيجة مع (Siddiqui & Majeed (2023 التي اعتبرت تكرار الزيارة شرطاً لتفسير التحسن في تجربة المريض، كما تتوافق مع (Hussein et al. (2025 التي وجدت أن المرضى المتكررون هم الأكثر تقدراً لخفض الانتظار وتحسن تدفق الخدمة.

بصورة عامة، كشفت الاختبارات عن وجود فروق دالة إحصائية في تقييم المتغيرات التابعة تبعاً للعمر، المستوى التعليمي، وعدد الزيارات، مع فروق محدودة تبعاً للجنس. وتُظهر هذه النتائج أن أثر منهجيات الإدارة الرشيدة لا يُدرك بنفس الدرجة لدى جميع الفئات، بل يتشكل وفق خبرة المريض وتوقعاته وخصائصه الديموغرافية، وهو ما يثري تفسير النتائج ويدعم التوصيات التطبيقية للدراسة.

المناقشة الشاملة لنتائج الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل أثر منهجيات الإدارة الرشيدة على ثلاثة من أهم مخرجات الأداء في مراكز الرعاية الأولية، وهي: رضا المرضى، سرعة تقديم الخدمة، والكفاءة التشغيلية. وقد اعتمدت الدراسة على نموذج مفاهيمي يربط بين أربعة أبعاد رئيسية تُجسّد تطبيق الرشاقة الإدارية—المرونة التنظيمية، التحسين المستمر، تمكين فرق العمل، التركيز على المريض—وبين المتغيرات التابعة التي تمثل جودة التجربة التشغيلية للمريض. ومن خلال النتائج الإحصائية التي تم استعراضها في الأقسام السابقة من هذا الفصل، يمكن استخلاص صورة واضحة ومتكاملة لأثر هذه المنهجيات، وهي صورة تتسق إلى حد كبير مع أدبيات الإدارة الصحية التي تناولت موضوع تحسين الأداء عبر الرشاقة التشغيلية.

أولاً: تكامل النتائج مع النموذج المفاهيمي للدراسة

لقد كشفت التحليلات الوصفية والتحليلات الاستدلالية عن وجود مستويات مرتفعة في تطبيق الأبعاد الأربعة لمنهجيات الإدارة الرشيدة داخل مراكز الرعاية الأولية في العينة المدروسة. وقد تراوحت المتوسطات بين (3.99 – 4.01) عبر جميع الأبعاد، وهو ما يشير إلى تطبيق ناضج نسبياً لممارسات الرشاقة مثل:

- تبسيط الإجراءات
- تقليل الهدر

- تحسين تدفق العمل
- تعزيز التعاون بين فرق العمل
- رفع مستوى التركيز على احتياجات المريض

وتُظهر نتائج الفرضيات الثلاث أن تطبيق هذه المنهجيات ينتج عنه تأثير واضح وملحوس في تجربة المريض ومؤشرات الأداء التشغيلي. وقد ظهر ذلك بقوة من خلال:

- قوة معاملات الارتباط ($r = 0.587 - 0.613$)
- ارتفاع معاملات الانحدار المعيارية ($\beta = 0.765 - 0.822$)
- ارتفاع معامل التفسير ($R^2 = 0.344 - 0.376$)

تعني هذه القيم المرتفعة أن منهجيات الإدارة الرشيدة ليست فقط مرتبطة بنتائج الأداء، بل تملك قوة تفسيرية تؤثر مباشرة في كيفية تقديم الخدمة الصحية.

ثانياً: أثر منهجيات الإدارة الرشيدة على رضا المرضى

أظهر اختبار الفرضية الأولى أن منهجيات الإدارة الرشيدة تمثل أحد أهم المحددات المؤثرة في رضا المرضى، إذ فسرت ما نسبته 37.6% من التباين في الرضا. وهذه نسبة مرتفعة جداً مقارنة بالدراسات الصحية التقليدية التي غالباً ما تُظهر نسباً تفسيرية بين (20-30%).

ويُعزى هذا الأثر إلى أن الرقابة الإدارية تقلل الجهد الذهني والوظيفي على المريض، وتوفر مساراً أوضح للخدمة، كما تقلل وقت الانتظار، وتحسن التواصل والاحترام والاهتمام الفردي. وهي جميعها عناصر ترتبط بشكل مباشر بالمحور الرابع (التركيز على المريض)، الذي سجل بدوره متوسطاً مرتفعاً بلغ (4.00).

وتتفق هذه النتائج مع العتيبي (2024) الذي أكد أن التحسين المستمر وتبسيط الإجراءات هما أقوى محددات الرضا في المراكز السعودية، و(Hussein et al. (2025 الذي ربط بين تنظيم مسار القيمة وارتفاع معدلات الرضا. وبذلك، تُعد النتيجة التي توصلت إليها الدراسة منسجمة تماماً مع الاتجاه العالمي الذي يعتبر رضا المريض مخرجاً مباشراً لسياسات الرقابة التشغيلية.

ثالثاً: أثر منهجيات الإدارة الرشيدة على سرعة تقديم الخدمة

أثبتت نتائج الفرضية الثانية أن منهجيات الإدارة الرشيدة تملك تأثيراً قوياً في تحسين سرعة تقديم الخدمة، إذ فسرت 34.4% من التباين في هذا المتغير. وهو ما يعكس نجاح المراكز الصحية محل الدراسة في اعتماد استراتيجيات تشغيلية مثل: تحسين نقطة الدخول ومعالجة الازدحام بسرعة وتقليل التكرار في الخطوات

و تفعيل الصلاحيات التشغيلية لدى فرق العمل. وتؤكد هذه النتائج أن المرضى يلاحظون فعلياً التحسينات التشغيلية التي تُعد من أهم وعود الإدارة الرشيدة. وهذا يتسق مع دراسات (Hussein et al. (2025 التي أشارت إلى أن تطبيق الرشاقة يقلل زمن الانتظار بنسبة 15-30%. و (Chen et al. (2024 التي ربطت بين التحسين المستمر وتدفق الخدمة. ودراسة (Siddiqui & Majeed (2023 التي رأت أن السرعة من أهم مؤشرات نجاح الرشاقة التشغيلية. وبالتالي، تُعد سرعة الخدمة أحد أكثر المتغيرات استفادة من منهجيات الإدارة الرشيدة.

رابعاً: أثر منهجيات الإدارة الرشيدة على الكفاءة التشغيلية

قدمت نتائج الفرضية الثالثة دعماً قوياً لفكرة أن الرشاقة الإدارية ترفع مستوى الكفاءة التشغيلية، حيث فسرت 36.1% من التباين في هذا المتغير. وتشير نتائج التحليل الوصفي إلى أن المرضى يلاحظون بساطة الإجراءات، وغياب التكرار، واستغلال الوقت بكفاءة، وتنسيق عالٍ بين الأقسام، واستخدام أمثل للكوادر والمعدات. وهذه العناصر تطابق بشكل مباشر مكونات الرشاقة التشغيلية التي ظهرت في أدبيات (Siddiqui & Majeed (2023 والعنيتي (2024). وهذا يشير إلى أن التحول نحو الإدارة الرشيدة لا ينعكس فقط على رضا المرضى أو سرعة الخدمة، بل يحدث تغييراً عميقاً في طبيعة العمليات اليومية داخل المراكز الصحية، الأمر الذي يُعد من أهم أهداف التحسين الإداري في القطاع الصحي.

خامساً: تفسير النتائج في ضوء الفروق الديموغرافية

بيّنت اختبارات الفروق الديموغرافية أن:

- المرضى الأكبر عمراً راضون أكثر
- أصحاب التحصيل العلمي الأعلى أكثر نقداً
- المراجعين المتكررين يدركون التحسينات بشكل أوضح
- الفروق بين الجنسين محدودة ولكن لصالح الذكور في السرعة والرضا

ويعزز ذلك فكرة أن إدراك مخرجات الرشاقة الإدارية يتشكل تبعاً لتوقعات وخبرة ومشاركة المريض في منظومة الرعاية.

سادساً: التكامل بين النتائج والدراسات السابقة

تُظهر النتائج انسجاماً كاملاً مع الأدبيات التي تؤكد:

- أن الرشاقة الإدارية تقلل الهدر

- ترفع مستوى التعاون
- تحسن التدفق والتنسيق
- تزيد رضا المرضى
- ترفع السرعة التشغيلية
- تعزز الكفاءة التشغيلية

وهذا يثبت قوة النموذج المفاهيمي للدراسة، ويؤكد أن تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة في مراكز الرعاية الأولية في المملكة يُعد توجهاً فعالاً لدعم جودة الخدمات الصحية.

باختصار، يمكن القول إن نتائج هذا الفصل قدّمت دعماً إحصائياً قوياً للنموذج المفاهيمي والفرضيات الثلاث، وأظهرت بصورة واضحة أن: منهجيات الإدارة الرشيقة تُعد إطاراً تحسينياً فعالاً يعزز رضا المرضى، ويسرّع تقديم الخدمة، ويرفع الكفاءة التشغيلية في مراكز الرعاية الأولية.

المراجع

المراجع العربية

العتيبي، م. م. ف. (2024). دور الإدارة الرشيدة في رفع الأداء الوظيفي: دراسة تطبيقية على وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية مجلة العلوم الاقتصادية و الإدارية و القانونية، 8(5)، 98–119. <https://doi.org/10.26389/AJSRP.N210523>

وزارة الصحة السعودية. (2024). نتائج قياس تجربة المريض In برنامج وزارة الصحة لقياس تجربة المرضى.

المراجع الإنجليزية

- Abdulmajeed, A., Ahmed, M., Mohamed, A.-F., & Jarad, F. (2024). The Effect of Agile Principles to Improving Patient Care Quality in Riyadh Private Hospitals. *International Journal for Scientific Research*, 3(8), 504–545. <https://doi.org/10.59992/IJSR.2024.v3n8p15>
- Ahmad, S., & Wasim, S. (2023). AGILE Methodology in Healthcare and Medical Practices: A Narrative Review. *Scholars International Journal of Chemistry and Material Sciences*, 6(08), 129–133. <https://doi.org/10.36348/sijtcms.2023.v06i08.002>
- Al Fannah, J., Al Harthy, H., Khamis, F., Al Awaidey, S. T., & Al Salmi, Q. (2022). Agile Teams and Lean Methods in a Tertiary Care Hospital During COVID-19 Pandemic. *Oman Medical Journal*, 37(2), e363–e363. <https://doi.org/10.5001/omj.2022.67>
- Albaqami, N., & Alshagrawi, S. (2025). Patient Satisfaction with Primary Health Care Services in Riyadh, Saudi Arabia. *International Journal of General Medicine, Volume 18*, 835–845. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S506595>
- Aljeaid, D., Alzhrani, A., Alrougi, M., & Almalki, O. (2020). Assessment of end-user susceptibility to cybersecurity threats in Saudi Arabia by simulating phishing attacks. *Information (Switzerland)*, 11(12), 1–19. <https://doi.org/10.3390/info11120547>
- Alotaibi, F., & Almudhi, R. (2023). Application of Agile Methodology in Managing the Healthcare Sector. *IRASD Journal of Management*, 5(3), 147–160. <https://doi.org/10.52131/jom.2023.0503.0114>
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M. M., & Amenta, P. (2017). Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspectives in Public Health*, 137(2), 89–101. <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>
- Bleustein, C., Rothschild, D. B., Valen, A., Valaitis, E., Schweitzer, L., & Jones, R. (2014). Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. *The*

- American Journal of Managed Care*, 20(5), 393–400.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25181568/>
- Chen, M., Guan, Q., & Zhuang, J. (2024). Patient-centered lean healthcare management from a humanistic perspective. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/S12913-024-11755-W/TABLES/2>
- Creswell, J. W. ., & Creswell, J. David. (2023). *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. SAGE Publications, Inc.
- Desai, M., Tardif-Douglin, M., Miller, I., Blitzer, S., Gardner, D. L., Thompson, T., Edmondson, L., & Levine, D. M. (2024). Implementation of Agile in healthcare: methodology for a multisite home hospital accelerator. *BMJ Open Quality*, 13(2), e002764. <https://doi.org/10.1136/bmj-oq-2024-002764>
- Ferreira, D. C., Vieira, I., Pedro, M. I., Caldas, P., & Varela, M. (2023). Patient Satisfaction with Healthcare Services and the Techniques Used for its Assessment: A Systematic Literature Review and a Bibliometric Analysis. *Healthcare*, 11(5), 639. <https://doi.org/10.3390/healthcare11050639>
- Hassan Baidhy, A., Hasen Al-Zahrani, A., Mohammed Alahmed, J., Mohammed Alheji, H., Hassan Al Mohaishi, A., Ali Al-Turifi, Z., Reda Al-Satrawi, S., Ali Ahmad Alomran, A., Abdulrauf Aljishi, H., & Fadel Aleissa, A. (2024). Assessing the Impact of Vision 2030 on Healthcare in Saudi Arabia. *Letters in High Energy Physics*, 2024.
- Hussein, A. H. M., Abou Hashish, E. A. O., Abd-Elghaffar, B. A., & Ellicthey, N. S. H. (2025). Streamlining emergency nursing care post-pandemic: A lean approach for reducing wait times and improving patient and staff satisfaction in the hospital. *BMC Nursing*, 24(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/S12912-025-02759-W/TABLES/6>
- Morales, J., Silva-Aravena, F., & Saez, P. (2024). Reducing Waiting Times to Improve Patient Satisfaction: A Hybrid Strategy for Decision Support Management. *Mathematics*, 12(23), 3743. <https://doi.org/10.3390/math12233743>
- Morsi, I., Hussein, M. R., Habib, M. F., Freeman, H., & Swint, M. (2024). *Optimizing Healthcare Programs: A Comparative Analysis of Agile and Traditional Management Approaches*. <https://doi.org/10.1101/2024.07.16.24310351>
- Musaed Al ahmari, K., Sayyar Mohammed Alanazi, K., Hamad Alanazi, A., Mahmoud Alanazi, F., Ismail Alderaan, I., Muteb Alharbi, T., Ali Njaei, F., Sulaiman Alhusaynan, D., Mansour Alkahtani, S., & Naif Alotaibi, A. (n.d.). *Patient-Centered Approach in Saudi Healthcare System: Systematic Review*. www.seahipublications.org
- Noteboom, C., Ofori, M., Sutrave, K., & El-Gayar, O. (2021). *Agile Project Management: A Systematic Literature Review of Adoption Drivers and Critical Success Factors*. <https://doi.org/10.24251/HICSS.2021.813>

- Saleh, H. H., Abbas, Z. A., Latif, N., & Khalil, Z. T. (2024). Agile Management in Healthcare Improving Patient Outcomes through Flexibility and Responsiveness. *Journal of Ecohumanism*, 3(5), 633–649. <https://doi.org/10.62754/joe.v3i5.3928>
- Sharma, A., Sharma, S., & Premi, H. (2023). Exploring the Impact of Operational Lean Management on Patient Satisfaction and Sustainable Healthcare Development. *Journal of Chemical Health Risks*, 13(3), 1511–1520. <https://doi.org/10.52783/JCHR.V13.I4.755>
- Siddiqui, M. U. H., & Majeed, F. (2023). Applying Lean Management Principles for Enhanced Outpatient Waiting Times. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, 52(4). <https://doi.org/10.26717/BJSTR.2023.52.008290>
- Suleiman, A. K., & Ming, L. C. (2025). Transforming healthcare: Saudi Arabia's vision 2030 healthcare model. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 18(1), 2449051. <https://doi.org/10.1080/20523211.2024.2449051>
- Takona, J. P. (2024). Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches / sixth edition. In *Quality and Quantity* (Vol. 58, Issue 1). <https://doi.org/10.1007/s11135-023-01798-2>
- Uddin, M. K. S., & Hossain, M. D. (2024). Breaking Boundaries: Revolutionizing Healthcare with Agile Methodology. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/SSRN.5050245>
- Udhayakumar, A. A. (2022). Reduce the Patient'S Waiting Time and Improve the Patient'S Flow Using Lean Six Sigma in Physiotherapy Department. *QAI Journal for Healthcare Quality and Patient Safety*, 3(2), 29–36. https://doi.org/10.4103/QAIJ.QAIJ_18_22

الملاحق

ملحق (1) - استبانة الدراسة

مقدمة الاستبانة

حضرة المشارك الكريم،

يهدف هذا الاستبيان إلى جمع بيانات البحث الخاص بدراسة:

"أثر تطبيق منهجيات الإدارة الرشيقة على رضا المرضى وتحسين سرعة وكفاءة تقديم الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الأولية بمدينة الرياض".

إن مشاركتكم طوعية تماماً، ولا تتضمن الاستبانة أي معلومات تكشف هويتكم، وسيتم استخدام البيانات لأغراض البحث العلمي فقط، وبسرية تامة.

يرجى الإجابة بموضوعية وبدون تردد، فإجاباتكم تساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية.

الموافقة المستنيرة

☐ أوافق على المشاركة طوعاً بعد اطلاعي على هدف الدراسة وشروطها.

☐ لا أوافق على المشاركة.

أولاً: البيانات الديموغرافية

(1) العمر:

☐ أقل من 18 سنة

☐ 18-25 سنة

☐ 25-34 سنة

☐ 35-44 سنة

☐ 45-54 سنة

☐ 55 سنة فأكثر

(2) الجنس:

☐ ذكر

☐ أنثى

(3) المستوى التعليمي:

☐ أقل من الثانوية

☐ ثانوية عامة

☐ دبلوم

☐ جامعي

☐ دراسات عليا

4) عدد زيارتك لهذا المركز خلال السنة الحالية:

☐ زيارة أولى

☐ 2-3 زيارات

☐ 4-6 زيارات

☐ أكثر من 6 زيارات

ثانياً: مقياس تطبيق منهجيات الإدارة الرشيدة

(مقياس ليكرت الخماسي: 1 غير موافق بشدة - 2 غير موافق - 3 محايد - 4 موافق - 5 موافق بشدة)

أ) المرونة التنظيمية في المركز الصحي

1. يستطيع المركز تعديل المواعيد أو الإجراءات بسرعة عند الحاجة.

2. يستجيب العاملون بسرعة عند حدوث ازدحام أو ضغط مفاجئ.

3. تُعالج المشكلات التشغيلية داخل المركز دون تأخير كبير.

4. ينتقل المرضى بين الأقسام داخل المركز بسهولة وبدون تعطل.

ب) التحسين المستمر للخدمات

5. ألاحظ تحسناً في الخدمات مقارنةً بزياراتي السابقة.

6. يوجد تنظيم أفضل في إجراءات الاستقبال والتوجيه.

7. تُبذل جهود واضحة لتقليل أوقات الانتظار.

8. يتم سؤال المرضى عن آرائهم أو ملاحظاتهم لتحسين الخدمة.

ج) تمكين فرق العمل وتعاونهم

9. يظهر التنسيق بين موظفي التسجيل والتمريض والعيادات.
10. يتعامل الفريق الطبي والإداري بروح تعاون واضحة.
11. يمتلك العاملون صلاحيات كافية لحل المشكلات مباشرة.
12. يتم تقديم الخدمة بسرعة عند تعاون أكثر من موظف لإنهاءها.

د) التركيز على المريض كمستفيد

13. أشعر بأن احتياجاتي مأخوذة بجدية.
14. يقدم العاملون المعلومات بطريقة واضحة ومفهومة.
15. يُعاملني مقدمو الخدمة باحترام واهتمام شخصي.
16. يتم أخذ رأيي بعين الاعتبار عند مناقشة الأمور المتعلقة بعلاجي.

ثالثاً: المتغيرات التابعة للدراسة

أ) رضا المرضى عن الخدمة الصحية

17. أنا راضٍ بشكل عام عن تجربتي في هذا المركز.
18. تلقيتُ رعاية طبية ذات جودة جيدة.
19. كان التواصل مع الطبيب أو الممرض واضحاً وفعالاً.
20. أشعر بالثقة في الخدمات المقدمة داخل المركز.
21. أشعر بأن العاملين يهتمون بي كشخص وليس كمراجع فقط.

ب) سرعة تقديم الخدمة

22. إجراءات التسجيل عند الوصول كانت سريعة وسلسة.
23. لم أنتظر طويلاً قبل دخولي للعيادة.
24. يتعامل الموظفون بسرعة مع طلبات المرضى.

25. يتم إنجاز الفحص أو الإجراءات التشخيصية بسرعة معقولة.
26. يتم إعلامي بوضوح في حال وجود أي تأخير.

ج) الكفاءة التشغيلية للخدمة

27. إجراءات الحصول على الخدمة بسيطة وغير معقدة.
28. لا توجد خطوات مكررة أو غير ضرورية أثناء الزيارة.
29. يتم استغلال وقت المريض داخل المركز بشكل فعال.
30. يوجد تنسيق جيد بين أقسام المركز المختلفة.
31. أشعر أن الموارد (كوادر - غرف - معدات) تُستخدم بكفاءة.

رابعاً: الشكر والتقدير

نشكر لكم مشاركتكم ودعمكم لهذا البحث العلمي.

مساهمتم ستساعد في تطوير وتحسين جودة الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الأولية.

مع خالص الشكر والتقدير.