

أثر ممارسات إدارة المخاطر على تحسين الكفاءة التشغيلية
في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية

إعداد الطالبة :

أمل محمد سعيد ال هشام

إشراف:

أ.د. فايز علي جراد

العام الدراسي:

2026

الإهداء

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

إِلَى مَنْ عَلَّمْتَنِي الْحَيَاةَ أَنْ أَسْتَبْشِرَ بِالْخَيْرِ دَائِمًا، وَإِلَى يَنْبُوعِ الْحَنَانِ الَّذِي لَا يَنْضَبُ... إِلَى أُمِّي الْحَبِيبَةِ، الَّتِي كَانَتْ دَعَوَاتُهَا سِرًّا نَجَاحِي وَسِنْدِي فِي كُلِّ خُطْوَةٍ.

﴿وَاخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا﴾ [الإسراء: 24]

إِلَى مَنْ عَلَّمَنِي الصَّبْرَ وَالْعَطَاءَ بِلَا حُدُودٍ... إِلَى وَالِدِي الْغَالِي، الَّذِي غَرَسَ فِيَّ حُبَّ الْعِلْمِ وَالْمَعْرِفَةِ.

إِلَى مَنْ كَانُوا مَعِيَ فِي رِحْلَةِ التَّعَبِ وَالْجُهْدِ، إِلَى أَخَوَانِي وَآخَوَاتِي... الَّذِينَ تَحَمَّلُوا غِيَابِي وَسَانَدُونِي حَتَّى اكْتَمَلَتْ هَذِهِ الرِّسَالَةُ.

إلى كل شخص ساعدني .

إِلَى مَنْ قَالَ فِيهِمْ رَسُولُنَا الْكَرِيمُ ﷺ: "مَنْ سَلَكَ طَرِيقًا يَلْتَمِسُ فِيهِ عِلْمًا سَهَّلَ اللَّهُ لَهُ بِهِ طَرِيقًا إِلَى الْجَنَّةِ"... إِلَى كُلِّ طَالِبٍ عِلْمٍ يَسْعَى لِيُخْدِمَةَ دِينِهِ وَوَطَنِهِ.

إِلَى وَطَنِ الْعِزِّ وَالْإِبَاءِ... إِلَى الْمَمْلَكَةِ الْعَرَبِيَّةِ السُّعُودِيَّةِ، قِيَادَةً وَسَعْبًا، الَّتِي لَمْ تَأُلْ جُهْدًا فِي دَعْمِ مَسِيرَةِ التَّعْلِيمِ وَالْبَحْثِ الْعِلْمِيِّ، وَجَعَلَتْ مِنْ رُؤْيَا 2030 مَنَازِلَ تَنْبِيْهِ طَرِيقِ التَّقَدُّمِ وَالْإِزْدِهَارِ.

إِلَى كُلِّ مَرِيضٍ يَتَأَلَّمُ، وَكُلِّ قَلْبٍ يَرْجُو الشِّفَاءَ... جَعَلْتُ مِنْ هَذَا الْبَحْثِ جِسْرًا يَصِلُ بَيْنَ الْعِلْمِ وَالتَّطْبِيقِ لِيُخْدِمَ صِحَّتَهُمْ وَرَاحَتَهُمْ.

﴿وَقُلْ رَبِّ زِدْنِي عِلْمًا﴾ [طه: 114]

الشُّكْرُ وَالتَّقْدِيرُ

الْحَمْدُ لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ، الَّذِي بِنِعْمَتِهِ تَتِمُّ الصَّالِحَاتُ، وَبِفَضْلِهِ تَسِيرُ الْخَطَوَاتُ، وَالصَّلَاةُ وَالسَّلَامُ عَلَى أَشْرَفِ الْأَنْبِيَاءِ وَالْمُرْسَلِينَ، نَبِيِّنَا مُحَمَّدٍ ﷺ وَعَلَى آلِهِ وَصَحْبِهِ أَجْمَعِينَ.

﴿وَإِذْ تَأَذَّنَ رَبُّكُمْ لَئِنْ شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ﴾ [إبراهيم: 7]

بَعْدَ تَمَامِ النِّعْمَةِ وَالْفَضْلِ مِنَ اللَّهِ تَعَالَى، أَتَقَدَّمُ بِأَسْمَى آيَاتِ الشُّكْرِ وَالْعُرْفَانِ إِلَى مَنْ كَانَ لَهُمْ فَضْلٌ كَبِيرٌ فِي إِنْجَازِ هَذَا الْبَحْثِ، وَأَشْهَدُ لَهُمْ بِالْجَمِيلِ وَالْعُرْفَانِ.

أَوَّلًا: أَشْرَفُ وَأَعْظَمُ الشُّكْرِ إِلَى اللَّهِ سُبْحَانَهُ وَتَعَالَى الَّذِي أَلْهَمَنِي الصَّبْرَ وَالْقُوَّةَ وَالْهِمَّةَ لِإِكْمَالِ هَذَا الْعَمَلِ، وَيَسِّرَ لِي سُبُلَ الْعِلْمِ وَالْمَعْرِفَةِ، وَأَعَانَنِي عَلَى تَجَاوُزِ الصُّعُوبَاتِ وَالتَّحَدِّيَّاتِ.

ثَانِيًا: بِكُلِّ مَعَانِي التَّقْدِيرِ وَالْإِمْتِنَانِ، أَتَقَدَّمُ بِخَالِصِ الشُّكْرِ إِلَى مُشْرِفِي الْفَاضِلِ، الَّذِي كَانَ بِوَصْلَةٍ تُوجِّهُنِي فِي رِحْلَةِ الْبَحْثِ، وَالَّذِي لَمْ يَبْخُلْ عَلَيَّ بِوَقْتِهِ وَجَهْدِهِ وَنُصْحِهِ السَّدِيدِ، فَكَانَ لِي خَيْرٌ مُعِينٍ وَخَيْرٌ دَاعِمٍ. سَدَّدَ اللَّهُ خُطَاةَ، وَجَزَاهُ عَنِّي خَيْرَ الْجَزَاءِ.

﴿وَمَا تَوْفِيقِي إِلَّا بِاللَّهِ عَلَيْهِ تَوَكَّلْتُ وَإِلَيْهِ أُنِيبُ﴾ [هود: 88]

ثَالِثًا: خَالِصُ الشُّكْرِ وَالتَّقْدِيرِ إِلَى أَعْضَاءِ لَجْنَةِ الْمُنَاقَشَةِ وَالْحُكْمِ، الَّذِينَ تَقَضَّلُوا بِقَبُولِ مُنَاقَشَةِ هَذَا الْبَحْثِ، وَأَبْدَوْا ملاحظاتِهِمْ الْقِيَمَةَ وَتَوْجِيهَاتِهِمْ الْعِلْمِيَّةَ الَّتِي سَاهَمَتْ فِي إِثْرَاءِ هَذَا الْعَمَلِ وَتَجْوِيدِهِ.

رَابِعًا: الشُّكْرُ الْمُؤَصُّوْلُ إِلَى أَسَاتِذَتِي الْأَفَاضِلِ فِي بَرْنَامَجِ مَاجِسْتِيرِ إِدَارَةِ الْأَعْمَالِ بِجَامِعَةِ مِذَاوِشِنَ، الَّذِينَ كَانَ لَهُمْ فَضْلٌ كَبِيرٌ فِي تَأْسِيسِ مَعْرِفَتِي الْعِلْمِيَّةِ، وَغَرَسُوا فِيَّ حُبَّ الْبَحْثِ وَالِاسْتِقْصَاءِ.

سَادِسًا: الشُّكْرُ وَالتَّقْدِيرُ إِلَى زُمَلَائِي وَزَمِيلَاتِي فِي الْبَرْنَامَجِ، الَّذِينَ كَانُوا سَدَدًا وَعَوْنًا، وَشَارَكُونِي اللَّحْظَاتِ الْجَمِيلَةَ وَالصَّعْبَةَ، وَكَانُوا خَيْرَ رَفِيقٍ فِي رِحْلَةِ الْعِلْمِ.

سَابِعًا: كَلِمَةُ شُكْرٍ خَاصَّةٍ إِلَى كُلِّ مَنْ سَانَدَنِي وَسَاعَدَنِي، وَدَعَا لِي بِالظُّهْرِ الْغَيْبِ، وَأَخَاطَنِي بِالْحُبِّ وَالِدَّعْمِ، مَهْمَا حَاوَلْتُ أَنْ أَوْفِيَهُمْ حَقَّهُمْ، فَلَنْ أَسْتَطِيعَ. أَسْأَلُ اللَّهَ أَنْ يَجْزِيَهُمْ عَنِّي خَيْرَ الْجَزَاءِ.

خَتَامًا، أَسْتَوْدِعُ اللَّهَ هَذَا الْجُهْدَ الْمُتَوَاضِعَ، أَسْأَلُهُ أَنْ يَجْعَلَهُ عِلْمًا نَافِعًا يُنْتَفَعُ بِهِ، وَخَالِصًا لَوَجْهِهِ الْكَرِيمِ، وَأَنْ يُوفِّقَنِي لِمَا يُحِبُّ وَيَرْضَى، وَأَنْ يَنْفَعَ بِهِ الْعِبَادَ وَالْبِلَادَ.

﴿فَبِأَيِّ آلَاءِ رَبِّكُمَا تُكَذِّبَانِ﴾ [الرحمن: 13]

وَالْحَمْدُ لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ عَلَى كُلِّ حَالٍ، وَمِنْهُ أَسْتَمِدُّ الْعَوْنَ وَالتَّوْفِيقَ فِي حَيَاتِي الْعِلْمِيَّةِ وَالْعَمَلِيَّةِ.

الْبَاحِثَةُ

أمل محمد سعيد آل هشام

Master of Health Administration

* جَامِعَةُ مِذَاوِشَ - 2026 *

﴿وَقُلْ اَعْمَلُوا فَسَيَرَى اللّٰهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ﴾ [التوبة: 105]

جدول المحتويات

الإهداء	2
الشُّكْرُ وَالتَّقْدِيرُ	3
الملخص	10
Abstract	12
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	14
مقدمة	15
مشكلة الدراسة	16
أهداف الدراسة	18
الهدف العام	18
الأهداف التفصيلية	18
أهمية الدراسة	19
الأهمية العلمية	19
الأهمية التطبيقية	20
تساؤلات الدراسة	20
فروض الدراسة	21
الفرضية الرئيسية	21
الفرضيات الفرعية	22
فروض الفروق	22
النموذج النظري للدراسة	23
أولاً: نظرية إدارة المخاطر المؤسسية (Enterprise Risk Management – ERM)	23
ثانياً: نظرية الجودة الشاملة (Total Quality Management – TQM)	24
ثالثاً: نظرية الوكالة (Agency Theory)	25
رابعاً: مفهوم الكفاءة التشغيلية (Operational Efficiency)	26
الإطار النظري المتكامل للدراسة	27
الفصل الثاني: الدراسات السابقة والإطار النظري	31
مقدمة	31
المتغير التابع: الكفاءة التشغيلية (Operational Efficiency)	33

34.....	تعريف الكفاءة التشغيلية.....
35.....	أهمية الكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة
35.....	قياس الكفاءة التشغيلية
35.....	المتغير المستقل: ممارسات إدارة المخاطر (Risk Management Practices)
36.....	تعريف إدارة المخاطر
36.....	تطور إدارة المخاطر في القطاع الصحي
36.....	أنواع المخاطر في المؤسسات الصحية
37.....	ممارسات إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية
38.....	الدراسات السابقة
38.....	أولاً: الدراسات التي تناولت إدارة المخاطر في القطاع الصحي
42.....	ثانياً: الدراسات التي تناولت الكفاءة التشغيلية في المؤسسات الصحية
44.....	ثالثاً: الدراسات التي تناولت العلاقة بين إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية
46.....	التحليل النقدي للدراسات السابقة
47.....	ما تقدمه الدراسة الحالية
48.....	الإطار النظري للدراسة
49.....	أولاً: نظرية إدارة المخاطر المؤسسية (Enterprise Risk Management – ERM)
53.....	ثانياً: نظرية إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management – TQM)
55.....	ثالثاً: نظرية الوكالة (Agency Theory)
57.....	النموذج النظري المتكامل للدراسة
61.....	الخلاصة
62.....	الفصل الثالث: منهجية الدراسة
63.....	مقدمة
64.....	تصميم البحث
64.....	نوع الدراسة
64.....	المنهج المستخدم
65.....	التصميم الزمني للدراسة
65.....	مخطط تصميم البحث
67.....	مبررات اختيار التصميم

67.....	مجتمع الدراسة.....
67.....	تعريف مجتمع الدراسة.....
68.....	خصائص مجتمع الدراسة.....
69.....	تحديات مجتمع الدراسة.....
69.....	عينة الدراسة.....
69.....	خصائص العينة.....
70.....	تحديد حجم العينة.....
70.....	طريقة اختيار العينة.....
72.....	مخطط اختيار العينة.....
72.....	شروط استبعاد المشاركين.....
73.....	أداة جمع البيانات.....
73.....	مبررات اختيار الاستبيان.....
73.....	بناء أداة الدراسة.....
76.....	وصف أداة الدراسة.....
80.....	مقياس ليكرت المستخدم.....
81.....	تصنيف مستويات الاستجابة.....
81.....	إجراءات جمع البيانات.....
81.....	الاستعداد لجمع البيانات.....
82.....	تنفيذ جمع البيانات.....
83.....	الفترة الزمنية لجمع البيانات.....
83.....	الاعتبارات الأخلاقية.....
83.....	حدود الدراسة.....
84.....	أولاً: الحدود الموضوعية.....
84.....	ثانياً: الحدود المكانية.....
84.....	ثالثاً: الحدود الزمنية.....
85.....	رابعاً: الحدود البشرية.....
85.....	خامساً: الحدود المنهجية.....
85.....	الأساليب الإحصائية المستخدمة في التحليل.....

85.....	أولاً: الإحصاء الوصفي
86.....	ثانيًا: اختبارات الثبات والصدق
86.....	ثالثًا: اختبارات الفروق
87.....	رابعًا: اختبارات العلاقة والتأثير
87.....	خامسًا: اختبارات التوزيع الطبيعي
88.....	مخطط الأساليب الإحصائية
88.....	معايير قبول النتائج
88.....	برامج التحليل الإحصائي
89.....	الخلاصة
90.....	الفصل الرابع: الدراسة الميدانية
91.....	مقدمة
91.....	أولاً: الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة
96.....	ثانيًا: ثبات أداة الدراسة (معامل كرونباخ ألفا)
97.....	ثالثًا: الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة
101.....	رابعًا: اختبار التوزيع الطبيعي للبيانات
101.....	خامسًا: اختبار فروض الدراسة
101.....	الفرضية الرئيسية
104.....	الفرضيات الفرعية
106.....	سادسًا: اختبارات الفروق
114.....	سابعًا: مناقشة النتائج
114.....	مناقشة مستوى تطبيق ممارسات إدارة المخاطر
115.....	مناقشة مستوى الكفاءة التشغيلية
116.....	مناقشة العلاقة بين ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية
117.....	مناقشة الفروق حسب المتغيرات الديموغرافية
117.....	ثامنًا: التوصيات
117.....	التوصيات الموجهة لإدارات المستشفيات الخاصة
119.....	التوصيات الموجهة لوزارة الصحة وهيئة التخصصات الصحية
120.....	التوصيات الموجهة للدراسات المستقبلية

121.....	خاتمة الفصل
122.....	قائمة المراجع
122.....	أولاً: المراجع العربية
123.....	ثانياً: المراجع الأجنبية

المخلص

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل أثر ممارسات إدارة المخاطر على الكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية، في ظل التحديات المتزايدة التي تواجه القطاع الصحي نتيجة التطور التكنولوجي وارتفاع الطلب على الخدمات الصحية ذات الجودة العالية. وتتبع أهمية الدراسة من الدور الحيوي الذي تلعبه إدارة المخاطر في تحسين جودة الرعاية الصحية وتقليل الأخطاء التشغيلية وتعزيز كفاءة استخدام الموارد.

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي باستخدام الأسلوب الكمي، حيث تم تصميم استبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات من عينة بلغت 220 من العاملين في المستشفيات الخاصة، شملت الأطباء والمرضى والإداريين والفنيين. واستهدف الاستبيان قياس مستوى تطبيق ممارسات إدارة المخاطر بأبعادها الأربعة (تحديد المخاطر، تحليلها وتقييمها، الاستجابة لها، المتابعة والرقابة)، وأثرها على أبعاد الكفاءة التشغيلية (كفاءة استخدام الموارد، تقليل الأخطاء التشغيلية، جودة الخدمات الصحية، سرعة تقديم الخدمة).

وأظهرت النتائج أن مستوى تطبيق ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية جاء مرتفعاً، حيث بلغ المتوسط الحسابي 3.82 و3.88 على التوالي. كما أظهر تحليل الانحدار وجود تأثير دال إحصائياً لممارسات إدارة المخاطر على الكفاءة التشغيلية، حيث فسرت 54.9% من التباين فيها ($R^2 = 0.549$). وأثبتت الفرضيات الفرعية وجود علاقات ارتباطية موجبة بين ممارسات إدارة المخاطر وجميع أبعاد الكفاءة التشغيلية.

وخلصت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات العملية، أبرزها: تعزيز ممارسات تحديد وتحليل المخاطر، تحسين سرعة تقديم الخدمات الصحية، نشر ثقافة إدارة المخاطر بين العاملين، والتكامل بين إدارة المخاطر وإدارة الجودة الشاملة، كما أوصت بإجراء دراسات مستقبلية طويلة ومقارنة في هذا المجال.

الكلمات المفتاحية: إدارة المخاطر، الكفاءة التشغيلية، المستشفيات الخاصة، المملكة العربية السعودية، الرعاية الصحية.

Abstract

This study aims to analyze the impact of risk management practices on operational efficiency in private hospitals in the Kingdom of Saudi Arabia, amid the increasing challenges facing the healthcare sector due to technological advancements and the rising demand for high-quality health services. The significance of this study stems from the vital role that risk management plays in improving healthcare quality, reducing operational errors, and enhancing resource utilization efficiency.

The study employed a descriptive-analytical approach using a quantitative method, with a questionnaire designed as the primary data collection tool. The sample consisted of 220 healthcare workers in private hospitals, including physicians, nurses, administrators, and technicians. The questionnaire measured the level of risk management practices across four dimensions (risk identification, analysis and evaluation, response, monitoring and control) and their impact on operational efficiency dimensions (resource utilization efficiency, operational error reduction, healthcare service quality, and service delivery speed).

The results revealed that both risk management practices and operational efficiency were at high levels, with mean scores of 3.82 and 3.88, respectively. Regression analysis showed a statistically significant impact of risk management practices on operational efficiency, explaining 54.9% of its variance ($R^2 = 0.549$). The sub-hypotheses confirmed positive correlational relationships between risk management practices and all dimensions of operational efficiency.

The study concluded with a set of practical recommendations, including: enhancing risk identification and analysis practices, improving healthcare service delivery speed, fostering a risk management culture among staff, and integrating risk management with total quality management. It also recommended conducting future longitudinal and comparative studies in this field.

Keywords: Risk Management, Operational Efficiency, Private Hospitals, Kingdom of Saudi Arabia, Healthcare.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

يشهد قطاع الرعاية الصحية على المستوى العالمي تحولات جذرية في ظل التطورات التكنولوجية المتسارعة، والتحول الديموغرافية، وتزايد الطلب على الخدمات الصحية عالية الجودة والأمن. وقد فرضت هذه التحولات على المؤسسات الصحية، وخاصة في القطاع الخاص، ضرورة تبني ممارسات إدارية متطورة تمكنها من مواجهة التحديات التشغيلية المتزايدة وتعزيز قدرتها التنافسية. وفي هذا السياق، برزت إدارة المخاطر كأحد المفاهيم الإدارية الحديثة التي تهدف إلى تحديد المخاطر المحتملة وتحليلها ووضع استراتيجيات فعالة للتعامل معها، بما يسهم في تقليل آثارها السلبية وتحسين جودة الأداء المؤسسي (Kaplan & Mikes، 2016).

تتسم المؤسسات الصحية، وخاصة المستشفيات، ببيئة عمل شديدة التعقيد تتسم بدرجة عالية من عدم اليقين، حيث تتداخل فيها العمليات السريرية والإدارية والمالية، مما يجعلها عرضة لمجموعة متنوعة من المخاطر التي قد تؤثر على سلامة المرضى وجودة الخدمات والكفاءة التشغيلية. وقد أكدت الدراسات الحديثة أن غياب أنظمة فعالة لإدارة المخاطر يعد من الأسباب الرئيسية لوقوع الأخطاء الطبية في المؤسسات الصحية، كما أنه يؤدي إلى زيادة التكاليف التشغيلية وانخفاض الإنتاجية (World Health Organization، 2021).

وتشير التقارير الدولية إلى أن تطبيق ممارسات إدارة المخاطر المؤسسية Enterprise Risk Management)) يسهم في تحسين الأداء العام للمؤسسة، من خلال تقليل عدم اليقين وتحسين استخدام الموارد وتعزيز عملية اتخاذ القرار (ISO، 2018). فقد أظهرت دراسة أجرتها إحدى المؤسسات الصحية الرائدة أن المؤسسات التي تتبنى أنظمة متكاملة لإدارة المخاطر تكون أكثر قدرة على التنبؤ بالمخاطر والتعامل معها بفعالية، مما ينعكس إيجاباً على كفاءتها التشغيلية واستدامتها المالية (Bromiley et al.، 2015).

وعلى المستوى المحلي، يشهد القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية تحولاً استراتيجياً شاملاً في إطار رؤية المملكة 2030، التي تهدف إلى تحسين جودة الخدمات الصحية وتعزيز مشاركة القطاع الخاص في تقديم الرعاية الصحية. وقد أولت حكومة المملكة اهتماماً كبيراً بتطوير البنية التحتية للقطاع الصحي، وتبني التقنيات الحديثة مثل الذكاء الاصطناعي والطب الرقمي، بهدف تحسين كفاءة الخدمات

وتجويد مخرجاتها (Saudi Press Agency، 2026). وتشير البيانات الرسمية إلى أن برنامج تحول القطاع الصحي أسهم في تحقيق قفزات نوعية في مؤشرات الأداء التشغيلي، حيث تضاعفت القدرة الاستيعابية للمستشفيات خمس مرات مقارنة بالمرحلة الأولى للبرنامج، مما يعكس تحسناً ملحوظاً في الكفاءة التشغيلية (Ministry of Health Saudi Arabia، 2025).

ومع هذا التوسع في القطاع الصحي الخاص، تزداد الحاجة إلى تبني ممارسات إدارية حديثة، وفي مقدمتها إدارة المخاطر، لضمان استدامة الأداء وتحقيق الكفاءة التشغيلية. وتواجه المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية العديد من التحديات التشغيلية، من أبرزها ارتفاع تكاليف التشغيل، وضعف التنسيق بين الأقسام، وعدم كفاءة استخدام الموارد، وضغوط الامتثال التنظيمي، مما يؤثر سلباً على جودة الخدمات الصحية المقدمة (Prezi، 2025a؛ Prezi، 2025b).

وتتجلى أهمية دراسة العلاقة بين ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة في المملكة في كونها تسد فجوة بحثية مهمة، حيث لا تزال الدراسات التي تناولت هذا الموضوع في البيئة السعودية محدودة للغاية. ورغم الأهمية المتزايدة لإدارة المخاطر في القطاع الصحي، إلا أن معظم الدراسات السابقة ركزت على القطاعات الصناعية أو المالية، أو على المستشفيات الحكومية، دون تقديم تحليل كمي دقيق للعلاقة بين إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة (Almaazmi، 2025؛ Alduwaihi، 2025).

ومن هذا المنطلق، تسعى هذه الدراسة إلى تحليل أثر ممارسات إدارة المخاطر على الكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية، وتقديم إطار علمي وتطبيقي يساهم في تحسين أداء المؤسسات الصحية، ودعم صناع القرار في تبني سياسات قائمة على الأدلة لتحسين جودة الخدمات الصحية وتعزيز الاستدامة المالية والتشغيلية لهذه المؤسسات.

مشكلة الدراسة

تعاني المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية من مجموعة من التحديات التشغيلية التي تؤثر سلباً على جودة الخدمات الصحية المقدمة وكفاءة استخدام الموارد. وقد أشارت الدراسات الحديثة إلى أن هذه التحديات تتركز في ارتفاع تكاليف التشغيل نتيجة الاعتماد على القوى العاملة الوافدة وتطبيق

سياسات السعودية، وارتفاع تكاليف التجهيزات الطبية والمستلزمات، وضغوط الامتثال التنظيمي، والتأخير في تحصيل المستحقات المالية من شركات التأمين، وعدم كفاءة استخدام الموارد البشرية والتجهيزات (Prezi، 2025a؛ Prezi، 2025b).

وتشير تقارير وزارة الصحة السعودية إلى أن مستوى الكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة يختلف بشكل ملحوظ بين مؤسسة وأخرى، مما يعكس تفاوتاً في تطبيق ممارسات الإدارة الحديثة، بما في ذلك إدارة المخاطر (Ministry of Health Saudi Arabia، 2025). وقد أظهرت دراسة حول كفاءة النظام الصحي في المملكة العربية السعودية أن هناك تبايناً واضحاً في مستوى الكفاءة التشغيلية بين المؤسسات الصحية، خاصة بين القطاعين العام والخاص، نتيجة لاختلاف أساليب الإدارة واستخدام الموارد (Almalki et al.، 2011).

وتتجلى مشكلة الدراسة في وجود فجوة واضحة بين الأهمية النظرية لإدارة المخاطر وأثرها المحتمل في تحسين الكفاءة التشغيلية، وبين التطبيق الفعلي لهذه الممارسات في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية. فرغم أن العديد من المستشفيات الخاصة تبنت أنظمة لإدارة المخاطر، إلا أن مستوى التطبيق يختلف بشكل كبير، كما أن هناك نقصاً في التقييم العلمي لمدى تأثير هذه الممارسات على الكفاءة التشغيلية (Almaazmi، 2025).

وتبرز هذه الفجوة البحثية من خلال عدة مظاهر:

1. قلة الدراسات الكمية التي قاست العلاقة بين إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية في القطاع الصحي الخاص في المملكة العربية السعودية.
2. غياب إطار نظري شامل يفسر آلية تأثير ممارسات إدارة المخاطر في تحسين الكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة.
3. ضعف الوعي بأهمية إدارة المخاطر كأداة استراتيجية لتحسين الأداء التشغيلي، خاصة في ظل التحديات الاقتصادية والتنظيمية المتزايدة (Prezi، 2025b).
4. نقص التوصيات العلمية التطبيقية التي يمكن لإدارات المستشفيات الاستفادة منها في تطوير ممارسات إدارة المخاطر لديها.

وعليه، يمكن صياغة مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي التالي:

ما أثر ممارسات إدارة المخاطر على الكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية؟

أهداف الدراسة

الهدف العام

تحليل أثر ممارسات إدارة المخاطر على الكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية، وتقديم إطار علمي وتطبيقي يسهم في تحسين أداء المؤسسات الصحية الخاصة وتعزيز استدامتها التشغيلية والمالية.

الأهداف التفصيلية

1. قياس مستوى تطبيق ممارسات إدارة المخاطر في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية، من خلال تقييم مدى تبني هذه المستشفيات لأنظمة تحديد المخاطر وتحليلها والاستجابة لها والمتابعة والرقابة عليها.
2. تقييم مستوى الكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة، وذلك من خلال قياس كفاءة استخدام الموارد، وتقليل الأخطاء التشغيلية، وجودة الخدمات الصحية، وسرعة تقديم الخدمة.
3. تحليل العلاقة بين إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية، باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لتحديد قوة واتجاه العلاقة بين المتغيرين، وقياس مدى تأثير ممارسات إدارة المخاطر في تحسين الكفاءة التشغيلية.
4. تحديد التحديات التي تواجه تطبيق إدارة المخاطر في المستشفيات الخاصة، من خلال تحليل استجابات المشاركين حول المعوقات التي تحد من تبني أنظمة إدارة المخاطر بفعالية.
5. تقديم توصيات عملية قابلة للتطبيق، تستهدف إدارات المستشفيات الخاصة وصناع القرار في وزارة الصحة، بهدف تحسين ممارسات إدارة المخاطر وتعزيز الكفاءة التشغيلية في المؤسسات الصحية الخاصة.

أهمية الدراسة

الأهمية العلمية

تسهم هذه الدراسة في إثراء الأدبيات العلمية في مجال الإدارة الصحية وإدارة المخاطر، وذلك من خلال عدة جوانب:

أولاً، تقدم الدراسة إطاراً نظرياً متكاملًا يربط بين مفاهيم إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية في بيئة المستشفيات الخاصة، وهو إطار يمكن الاستفادة منه في دراسات مستقبلية مشابهة. وقد أكدت الدراسات الحديثة أهمية بناء أطر نظرية متكاملة لفهم العلاقة بين المتغيرات الإدارية في السياقات الصحية المختلفة (Fadhel & Alqurs، 2025).

ثانياً، تسد الدراسة فجوة بحثية واضحة في الأدبيات العربية والعالمية، حيث نادراً ما تناولت الدراسات السابقة العلاقة المباشرة بين إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية في القطاع الصحي الخاص، وخاصة في البيئة السعودية التي تتميز بخصوصيتها التنظيمية والثقافية (Almaazmi، 2025؛ Alduwaihi، 2025).

ثالثاً، تستخدم الدراسة منهجية كمية متقدمة تعتمد على تحليل الانحدار ومعاملات الارتباط، مما يوفر أدلة إحصائية دقيقة حول طبيعة وقوة العلاقة بين المتغيرات، وهو ما يضيف قيمة علمية مقارنة بالدراسات الوصفية والنظرية السابقة (Bromiley et al.، 2015).

رابعاً، تسهم الدراسة في اختبار مدى قابلية تطبيق النظريات الإدارية الحديثة، مثل نظرية إدارة المخاطر المؤسسية ونظرية إدارة الجودة الشاملة، في البيئة الصحية السعودية، مما يثري النقاش الأكاديمي حول عالمية هذه النظريات وملاءمتها للسياقات المحلية (Kaplan & Mikes، 2016؛ Youngberg، 2018).

خامساً، تقدم الدراسة مراجعة نقدية للدراسات السابقة في مجال إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية، مما يسهم في تنظيم المعرفة في هذا المجال وتحديد الاتجاهات المستقبلية للبحث العلمي.

الأهمية التطبيقية

تتبع الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة من قدرتها على تقديم إرشادات عملية يمكن للمستشفيات الخاصة الاستفادة منها في تحسين أدائها التشغيلي، وذلك من خلال:

أولاً، تزويد إدارات المستشفيات الخاصة بأدوات عملية لتقييم مستوى تطبيق ممارسات إدارة المخاطر لديها، وتحديد مجالات القوة والضعف في هذه الممارسات. وقد أشارت الدراسات إلى أن التقييم الذاتي يعد خطوة أساسية في تحسين أداء المؤسسات الصحية (Golcuk & Karakoyun، 2025).

ثانياً، تقديم توصيات محددة قابلة للتطبيق لتطوير أنظمة إدارة المخاطر، بما يساهم في تقليل الأخطاء التشغيلية وتحسين كفاءة استخدام الموارد وتعزيز جودة الخدمات الصحية (Africa CDC، 2025؛ Oman News Agency، 2026).

ثالثاً، دعم صناع القرار في وزارة الصحة والمؤسسات الصحية في تبني سياسات قائمة على الأدلة لتحسين جودة الخدمات الصحية وتعزيز الكفاءة التشغيلية في القطاع الخاص (Ministry of Health Saudi Arabia، 2025).

رابعاً، مساعدة المستشفيات الخاصة في مواجهة التحديات الاقتصادية والتنظيمية المتزايدة، من خلال تبني ممارسات إدارة المخاطر التي تعزز الاستدامة المالية والتشغيلية (Prezi، 2025b).

خامساً، توفير مؤشرات أداء ومعايير يمكن للمستشفيات الخاصة استخدامها في قياس ومقارنة أدائها التشغيلي وممارسات إدارة المخاطر، بما يساهم في تعزيز ثقافة التحسين المستدام في هذه المؤسسات.

سادساً، مساعدة المستشفيات الخاصة في تحسين سمعتها وزيادة ثقة المرضى والمستثمرين من خلال تبني ممارسات إدارة المخاطر التي تعزز السلامة والجودة والكفاءة.

تساؤلات الدراسة

تسعى هذه الدراسة إلى الإجابة عن التساؤلات الرئيسة التالية:

1. ما مستوى تطبيق ممارسات إدارة المخاطر في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية، وذلك من حيث عمليات تحديد المخاطر وتحليلها وتقييمها والاستجابة لها والمتابعة والرقابة عليها؟
2. ما مستوى الكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية، وذلك من حيث كفاءة استخدام الموارد، وتقليل الأخطاء التشغيلية، وجودة الخدمات الصحية، وسرعة تقديم الخدمة؟
3. ما طبيعة العلاقة بين ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة، وهل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين؟
4. ما مدى تأثير ممارسات إدارة المخاطر في تحسين الكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة، وما نسبة التباين في الكفاءة التشغيلية التي يمكن تفسيرها من خلال ممارسات إدارة المخاطر؟
5. ما التحديات التي تواجه تطبيق ممارسات إدارة المخاطر في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية، وكيف يمكن التغلب عليها؟
6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات المشاركين حول ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية تعزى إلى المتغيرات الديموغرافية مثل الجنس، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة، والمسمى الوظيفي؟

فروض الدراسة

الفرضية الرئيسية

- H_0 : لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لممارسات إدارة المخاطر على الكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية.
- H_1 : يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لممارسات إدارة المخاطر على الكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية.

الفرضيات الفرعية

تنبثق عن الفرضية الرئيسية مجموعة من الفرضيات الفرعية التي تختبر أثر ممارسات إدارة المخاطر على أبعاد الكفاءة التشغيلية المختلفة:

- **H₁₋₁:** توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسات إدارة المخاطر وتقليل الأخطاء التشغيلية في المستشفيات الخاصة. حيث يفترض أن تبني أنظمة متكاملة لتحديد المخاطر وتحليلها يساهم في تقليل حدوث الأخطاء الإدارية والطبية، وهو ما تدعمه الدراسات السابقة التي أكدت أن إدارة المخاطر تساهم في تحسين سلامة المرضى وتقليل الأخطاء الطبية (Youngberg، 2018؛ Golcuk & Karakoyun، 2025).
- **H₁₋₂:** توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسات إدارة المخاطر وكفاءة استخدام الموارد في المستشفيات الخاصة. يفترض أن تطبيق ممارسات إدارة المخاطر يساهم في تحسين استخدام الموارد البشرية والمادية والمالية من خلال تقليل الهدر وتحسين التخطيط، مما ينعكس إيجاباً على الكفاءة التشغيلية (Bromiley et al.، 2015؛ ISO، 2018).
- **H₁₋₃:** توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسات إدارة المخاطر وتحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة. حيث يفترض أن إدارة المخاطر تساهم في تحسين جودة الخدمات من خلال تحديد العوائق المحتملة لجودة الخدمة والعمل على إزالتها، وهو ما يتوافق مع مبادئ إدارة الجودة الشاملة التي تؤكد على التحسين المستمر للعمليات (Fadhel & Alqurs، 2025؛ Cruz & Pinedo، 2008).
- **H₁₋₄:** توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسات إدارة المخاطر وسرعة تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة. يفترض أن الإدارة الفعالة للمخاطر تساعد في تسريع عمليات تقديم الخدمة من خلال تقليل وقت التوقف والانتظار وتحسين تدفق العمل (Al Thobaity، 2025).

فروض الفروق

- **H₂:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات المشاركين حول ممارسات إدارة المخاطر تعزى إلى المتغيرات الديموغرافية (الجنس، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي).

- H₃: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات المشاركين حول الكفاءة التشغيلية تعزى إلى المتغيرات الديموغرافية (الجنس، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي).

النموذج النظري للدراسة

تستند هذه الدراسة إلى مجموعة من الأطر والنظريات الإدارية الحديثة التي تفسر العلاقة بين ممارسات إدارة المخاطر وتحسين الكفاءة التشغيلية داخل المؤسسات الصحية، حيث تم اختيار هذه المنطلقات بما يتناسب مع طبيعة البيئة التنظيمية للمستشفيات الخاصة، والتي تتسم بدرجة عالية من التعقيد وعدم اليقين.

أولاً: نظرية إدارة المخاطر المؤسسية (Enterprise Risk Management – ERM)

تُعد نظرية إدارة المخاطر المؤسسية الإطار النظري الأساسي لهذه الدراسة، حيث تمثل منهجاً متكاملاً لإدارة المخاطر على مستوى المؤسسة ككل، بدلاً من التعامل معها بشكل جزئي أو منفصل. وتقوم هذه النظرية على افتراض أن المخاطر ليست مجرد تهديدات يجب تجنبها، بل يمكن إدارتها بطريقة استراتيجية تساهم في تحقيق الأهداف المؤسسية وتعزيز الأداء (Kaplan & Mikes، 2016؛ Bromiley et al.، 2015).

وتعرف إدارة المخاطر المؤسسية بأنها العملية المنهجية التي تشمل تحديد المخاطر المحتملة، وتحليلها وتقييمها، وتطوير استجابات مناسبة لها، والمتابعة والرقابة المستمرة لضمان فاعلية هذه الاستجابات. ويؤكد إطار ISO 31000:2018 أن تطبيق إدارة المخاطر المؤسسية يساهم في تحسين الأداء العام للمؤسسة من خلال تقليل عدم اليقين وتحسين استخدام الموارد وتعزيز عملية اتخاذ القرار (ISO، 2018).

وفي سياق المؤسسات الصحية، تشير الدراسات الحديثة إلى أن تطبيق إدارة المخاطر المؤسسية يساهم في تحسين جودة الرعاية الصحية وتقليل الأخطاء الطبية وتعزيز كفاءة العمليات التشغيلية. فقد أظهرت دراسة أجرتها مؤسسة صحية رائدة أن تبني نهج إدارة المخاطر المؤسسية مكن المؤسسة من تحديد المخاطر المحتملة مبكراً وتطوير استراتيجيات فعالة للتعامل معها، مما انعكس إيجاباً على الأداء التشغيلي والمالي (Almaazmi، 2025). كما أشارت دراسة أخرى إلى أن تطبيق إدارة المخاطر المؤسسية في

المستشفيات يسهم في تحسين سلامة المرضى وتقليل الحوادث الطبية (Golcuk & Karakoyun، 2025).

وتتضمن عملية إدارة المخاطر المؤسسية وفق النموذج المتكامل أربع مراحل رئيسية:

1. **تحديد المخاطر:** عملية منهجية لتحديد جميع المخاطر المحتملة التي قد تواجه المؤسسة، سواء كانت مخاطر استراتيجية أو تشغيلية أو مالية أو امتثالية.
2. **تحليل وتقييم المخاطر:** تقدير احتمالية حدوث المخاطر وحجم تأثيرها المحتمل، وتصنيفها وفقاً لأولوياتها.
3. **الاستجابة للمخاطر:** تطوير وتنفيذ استراتيجيات للتعامل مع المخاطر المحددة، والتي قد تشمل تجنب المخاطر، أو تخفيفها، أو نقلها، أو قبولها.
4. **المتابعة والرقابة:** مراقبة فاعلية استراتيجيات الاستجابة للمخاطر بشكل مستمر، وإجراء التعديلات اللازمة عند الحاجة.

وتفترض هذه الدراسة أن تطبيق هذه المراحل الأربع بشكل منهجي في المستشفيات الخاصة يسهم في تحسين الكفاءة التشغيلية من خلال:

- تقليل عدم اليقين في العمليات التشغيلية.
- تحسين جودة القرارات الإدارية والسريية.
- تعزيز كفاءة استخدام الموارد.
- تقليل الأخطاء التشغيلية والتكاليف المرتبطة بها.

ثانياً: نظرية الجودة الشاملة (Total Quality Management – TQM)

تستند الدراسة أيضاً إلى نظرية إدارة الجودة الشاملة كإطار نظري مساند، حيث تركز هذه النظرية على التحسين المستمر للعمليات التنظيمية، من خلال إشراك جميع العاملين في المؤسسة، والاعتماد على البيانات والتحليل في اتخاذ القرارات (Cruz & Pinedo، 2008).

وتعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها فلسفة إدارية تهدف إلى تحقيق التميز في جميع جوانب الأداء التنظيمي من خلال التركيز على احتياجات العملاء، والتحسين المستمر للعمليات، وإشراك جميع الموظفين، واتخاذ القرارات المبنية على الحقائق (Fadhel & Alqurs، 2025).

وتفترض هذه النظرية أن تحسين جودة العمليات يؤدي بالضرورة إلى تقليل الأخطاء التشغيلية ورفع كفاءة الأداء، وهو ما يتقاطع بشكل مباشر مع أهداف إدارة المخاطر. وفي السياق الصحي، تُعد إدارة الجودة الشاملة من الركائز الأساسية لضمان سلامة المرضى وتحسين جودة الخدمات، حيث تسهم في تطوير الإجراءات التشغيلية وتقليل التباين في الأداء (Youngberg، 2018).

وتشير الدراسات الحديثة إلى أن التكامل بين إدارة المخاطر وإدارة الجودة الشاملة يحقق نتائج أفضل من تطبيق كل منهما بشكل منفصل، حيث تركز إدارة المخاطر على تحديد ومعالجة العوائق المحتملة للجودة، بينما توفر إدارة الجودة الشاملة إطارًا للتحسين المستمر للعمليات (Fadhel & Alqurs، 2025). وقد أظهرت دراسة حول تعزيز السلامة المهنية في المستشفيات أن الجمع بين القيادة الاستراتيجية وإدارة الجودة الشاملة يسهم في تحسين ممارسات السلامة وكفاءة العمليات (Fadhel & Alqurs، 2025).

ثالثاً: نظرية الوكالة (Agency Theory)

تُستخدم نظرية الوكالة كإطار نظري مكمل لفهم العلاقة بين إدارة المخاطر وتحسين الكفاءة التشغيلية، خاصة فيما يتعلق بدور أنظمة الرقابة الداخلية في تقليل عدم تناسق المعلومات وتعزيز المساءلة المالية (Tetteh et al.، 2023).

وتفترض نظرية الوكالة وجود علاقة بين طرفين: الأصيل (المالك أو المدير) والوكيل (الموظف أو المدير التنفيذي)، حيث يسعى كل طرف إلى تعظيم مصلحته الخاصة، مما قد يؤدي إلى تعارض المصالح وعدم كفاءة الأداء. وفي سياق المستشفيات الخاصة، يمثل الإداريون الأصيل، بينما يمثل الأطباء والمرضى والإداريون الوكلاء.

وتشير النظرية إلى أن تطبيق أنظمة رقابية فعالة، بما في ذلك أنظمة إدارة المخاطر والرقابة الداخلية، يسهم في تقليل عدم تناسق المعلومات بين الأصيل والوكيل، ومواءمة مصالحهما، مما ينعكس إيجاباً على كفاءة الأداء التشغيلي والمالي (Tetteh et al.، 2023). وقد أظهرت دراسة حديثة في القطاع

الصحي الخاص في المملكة العربية السعودية أن تطبيق أنظمة الرقابة الداخلية يسهم في تحسين المساءلة المالية والأداء المالي للمستشفيات الخاصة (Tetteh et al.، 2023).

رابعًا: مفهوم الكفاءة التشغيلية (Operational Efficiency)

يُعد مفهوم الكفاءة التشغيلية المتغير التابع الرئيسي في هذه الدراسة، والذي يعكس قدرة المؤسسة على تحقيق أقصى مخرجات ممكنة باستخدام أقل قدر من الموارد، مع الحفاظ على مستوى عالٍ من الجودة. ويُعد هذا المفهوم من المفاهيم المحورية في الإدارة الحديثة، حيث يرتبط بشكل مباشر بقدرة المؤسسة على الاستدامة والتنافسية (Bromiley et al.، 2015).

وفي بيئة المستشفيات، تتجلى الكفاءة التشغيلية في عدة أبعاد، منها:

1. **كفاءة استخدام الموارد:** وتشمل الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمادية والمالية، وتقليل الهدر والإسراف.
2. **تقليل الأخطاء التشغيلية:** وتشمل تقليل الأخطاء الطبية والإدارية، وتحسين سلامة المرضى.
3. **جودة الخدمات الصحية:** وتشمل تحسين نتائج العلاج، وزيادة رضا المرضى، والالتزام بمعايير الجودة والاعتماد.
4. **سرعة تقديم الخدمة:** وتشمل تقليل أوقات الانتظار، وتسريع عمليات التشخيص والعلاج، وتحسين تدفق العمل.

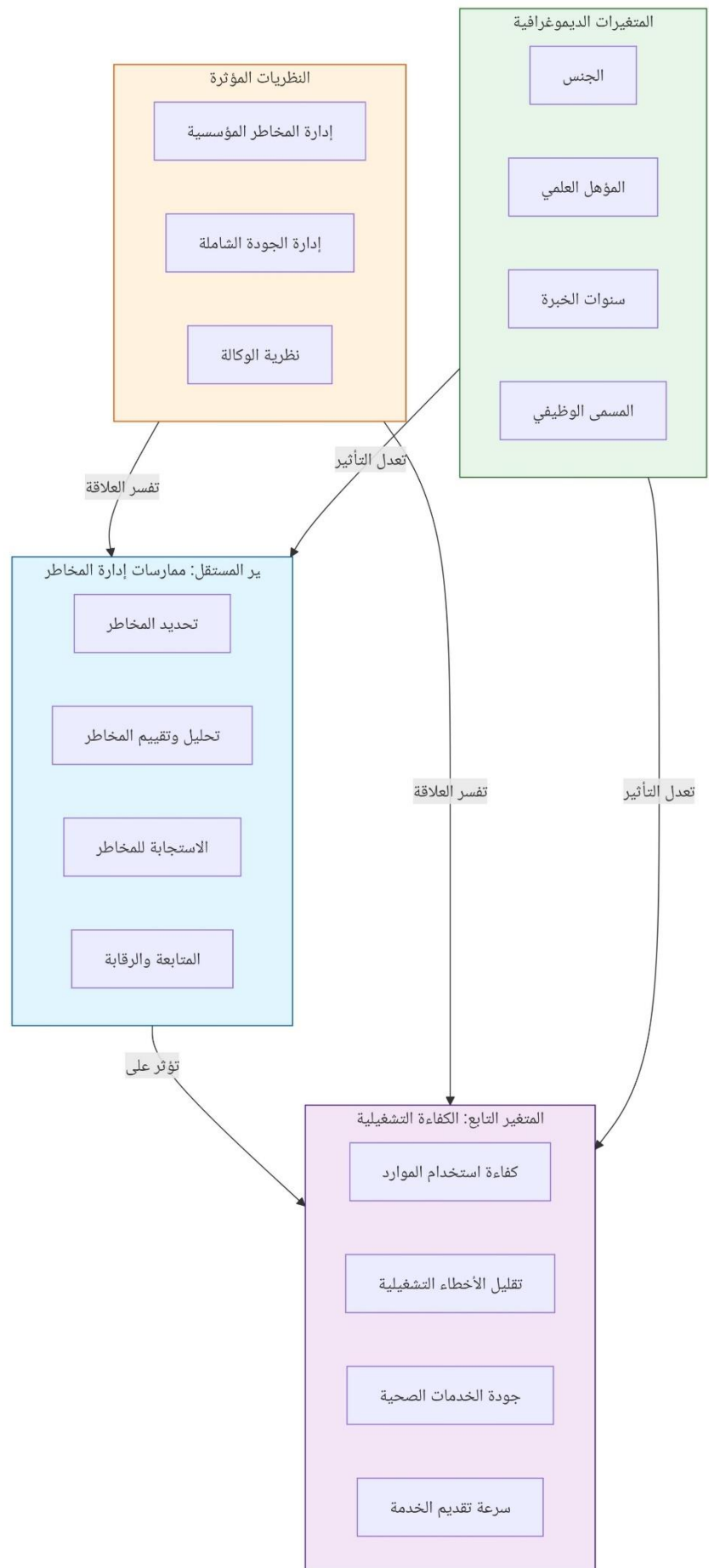
وتشير الدراسات الحديثة إلى وجود علاقة وثيقة بين الكفاءة التشغيلية وإدارة المخاطر، حيث أن سوء إدارة المخاطر يؤدي إلى زيادة التكاليف التشغيلية وانخفاض الإنتاجية، بينما الإدارة الفعالة للمخاطر تسهم في تحسين الكفاءة التشغيلية من خلال تقليل عدم اليقين وتحسين استخدام الموارد (Bromiley et al.، 2015؛ ISO، 2018).

وقد أظهرت دراسة حول اختناقات سير العمل في أقسام الطوارئ في المملكة العربية السعودية أن تحسين كفاءة العمليات في مراحل مثل تقييم الطبيب واتخاذ القرار يسهم بشكل كبير في تحسين الأداء التشغيلي للمستشفيات وتقليل أوقات الانتظار (Al Thobaity، 2025).

الإطار النظري المتكامل للدراسة

بناءً على ما سبق، يمكن صياغة الإطار النظري المتكامل لهذه الدراسة على النحو التالي:

الشكل (1): الإطار النظري للدراسة



يفترض هذا النموذج أن ممارسات إدارة المخاطر، المتمثلة في أربعة أبعاد رئيسية (تحديد المخاطر، تحليلها وتقييمها، الاستجابة لها، المتابعة والرقابة)، تؤثر إيجاباً على الكفاءة التشغيلية، المتمثلة في أربعة أبعاد رئيسية (كفاءة استخدام الموارد، تقليل الأخطاء التشغيلية، جودة الخدمات الصحية، سرعة تقديم الخدمة)، وذلك في ضوء الأطر النظرية المستندة إليها الدراسة.

كما يفترض النموذج أن العلاقة بين المتغيرين قد تختلف باختلاف الخصائص الديموغرافية للمشاركين، مما يستدعي اختبار فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات المشاركين تعزى إلى هذه الخصائص.

ويمكن توضيح آلية تأثير ممارسات إدارة المخاطر في الكفاءة التشغيلية من خلال:

1. **تحديد المخاطر:** يساعد في التعرف المبكر على المشكلات المحتملة التي قد تعيق الأداء التشغيلي، مما يتيح الفرصة لمعالجتها قبل تفاقمها.
2. **تحليل وتقييم المخاطر:** يوفر معلومات دقيقة عن أولويات المخاطر، مما يساعد في توجيه الموارد نحو المجالات الأكثر تأثيراً على الكفاءة التشغيلية.
3. **الاستجابة للمخاطر:** تمكن المؤسسة من تطوير وتنفيذ استراتيجيات فعالة للتعامل مع المخاطر، مما يقلل من آثارها السلبية على العمليات التشغيلية.
4. **المتابعة والرقابة:** تضمن استمرارية فاعلية استراتيجيات الاستجابة للمخاطر، وتوفر تغذية راجعة لتحسين العمليات بشكل مستمر.

وتفترض الدراسة أن تبني هذه الممارسات بشكل منهجي ومتكامل يسهم في تحقيق أربعة مكاسب رئيسية للكفاءة التشغيلية:

- **تحسين كفاءة استخدام الموارد:** من خلال توجيه الموارد نحو المجالات الأكثر أولوية، وتقليل الهدر والإسراف.
- **تقليل الأخطاء التشغيلية:** من خلال تحديد ومعالجة الأسباب الجذرية للأخطاء، وتطوير إجراءات وقائية.
- **تحسين جودة الخدمات الصحية:** من خلال التركيز على سلامة المرضى وجودة الرعاية، والالتزام بمعايير الجودة والاعتماد.

- تسريع تقديم الخدمة: من خلال تحسين تدفق العمل، وتقليل وقت التوقف والانتظار.
-

الفصل الثاني: الدراسات السابقة والإطار النظري

يشكل الفصل الثاني من هذه الدراسة الركيزة الأساسية التي تستند إليها في بناء فهم شامل لمتغيرات البحث الرئيسية: ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة. ويتناول هذا الفصل استعراض الأدبيات العلمية والدراسات السابقة التي تناولت هذين المتغيرين والعلاقة بينهما، بالإضافة إلى عرض الإطار النظري الذي يفسر هذه العلاقة في سياق المؤسسات الصحية.

تكتسب الدراسات السابقة أهمية بالغة في أي بحث علمي، حيث توفر الأساس النظري والتجريبي الذي يبنى عليه البحث الحالي، وتسهم في تحديد الفجوات البحثية التي يمكن للدراسة الحالية معالجتها. وقد شهد مجال إدارة المخاطر في القطاع الصحي تطوراً ملحوظاً خلال العقود الأخيرة، خاصة بعد الأحداث العالمية التي كشفت عن هشاشة النظم الصحية وأهمية تبني ممارسات إدارية متطورة لمواجهة المخاطر والتحديات التشغيلية.

تشير الأدبيات العلمية إلى أن مفهوم إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية بدأ يتشكل في السبعينيات من القرن الماضي في الولايات المتحدة الأمريكية، وذلك بعد قرارات المحاكم التي ألزمت المستشفيات والعاملين فيها بالمسؤولية عن جودة الرعاية المقدمة، وأصبح تطبيق برنامج إدارة المخاطر شرطاً أساسياً للحصول على الاعتماد المؤسسي في العديد من الدول، بما في ذلك المملكة العربية السعودية من خلال هيئة التخصصات الصحية (CBAHI) واللجنة المشتركة الدولية (JCI) (Mahmoud et al., 2024).

وتشير الدراسات الحديثة إلى أن إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية ليست مجرد عملية إدارية روتينية، بل هي ضرورة استراتيجية تهدف إلى حماية الأرواح البشرية في بيئة تتسم بدرجة عالية من التعقيد وعدم اليقين (Oumghar & Izza, 2024). وقد أكدت منظمة الصحة العالمية أن غياب أنظمة فعالة لإدارة المخاطر يعد من الأسباب الرئيسية لوقوع الأخطاء الطبية في المؤسسات الصحية، مما يستدعي تبني سياسات واضحة لإدارة المخاطر داخل هذه المؤسسات (World Health Organization, 2021).

وتتسم بيئة المستشفيات بتداخل العمليات السريرية والإدارية والمالية، مما يجعلها عرضة لمجموعة متنوعة من المخاطر التي قد تؤثر على سلامة المرضى وجودة الخدمات والكفاءة التشغيلية. وقد أشارت دراسة حديثة إلى أن المستشفيات تواجه مخاطر متعددة تشمل المخاطر السريرية، ومخاطر الموارد البشرية،

ومخاطر العمليات، والمخاطر التكنولوجية، ومخاطر سلسلة التوريد، ومخاطر الامتثال التنظيمي (TeoLupus, 2025).

وفي هذا السياق، برز مفهوم الكفاءة التشغيلية كأحد المؤشرات الأساسية لنجاح المؤسسات الصحية، حيث يعكس قدرة المؤسسة على تحقيق أقصى مخرجات ممكنة باستخدام أقل قدر من الموارد، مع الحفاظ على مستوى عالٍ من الجودة. وترتبط الكفاءة التشغيلية بشكل مباشر بقدرة المؤسسة على الاستدامة والتنافسية، خاصة في القطاع الخاص الذي يواجه ضغوطاً تنافسية واقتصادية متزايدة (Bromiley et al., 2015).

ويهدف هذا الفصل إلى تحقيق عدة أهداف رئيسية: أولاً، تقديم استعراض شامل ومنهجي للدراسات السابقة التي تناولت إدارة المخاطر في القطاع الصحي، والكفاءة التشغيلية، والعلاقة بينهما. ثانياً، تحليل هذه الدراسات بشكل نقدي لتحديد الفجوات البحثية والإسهامات النظرية والتطبيقية لكل دراسة. ثالثاً، عرض الإطار النظري الذي تستند إليه الدراسة الحالية، بما في ذلك نظريات إدارة المخاطر المؤسسية وإدارة الجودة الشاملة ونظرية الوكالة. رابعاً، تقديم نموذج نظري متكامل يوضح العلاقة المتوقعة بين ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة.

ويعتمد هذا الفصل في بنائه على منهجية المراجعة المنهجية للأدبيات، حيث تم البحث في قواعد البيانات العلمية مثل Scopus وWeb of Science وPubMed وGoogle Scholar باستخدام كلمات مفتاحية مثل "operational efficiency in risk management in healthcare"، "total quality management"، "enterprise risk management"، "hospitals"، و"private hospitals". Saudi Arabia healthcare". وقد تم التركيز على الدراسات المنشورة بين عامي 2015 و2026، مع إعطاء الأولوية للدراسات الحديثة التي تعكس التطورات الحالية في هذا المجال.

المتغير التابع: الكفاءة التشغيلية (Operational Efficiency)

تُعد الكفاءة التشغيلية المتغير التابع في هذه الدراسة، وهي تعكس قدرة المؤسسة الصحية على تحقيق أقصى مخرجات ممكنة باستخدام أقل قدر من الموارد، مع الحفاظ على مستوى عالٍ من الجودة. ويُعد

هذا المفهوم من المفاهيم المحورية في الإدارة الحديثة، حيث يرتبط بشكل مباشر بقدرة المؤسسة على الاستدامة والتنافسية (Bromiley et al., 2015; lo Storto, 2025).

تعريف الكفاءة التشغيلية

تُعرف الكفاءة التشغيلية بأنها النسبة بين المخرجات الفعلية للمؤسسة والمدخلات المستخدمة لتحقيق هذه المخرجات، وتتضمن الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمادية والمالية، وتقليل الهدر والإسراف، وتحسين جودة الخدمات المقدمة. وفي سياق المؤسسات الصحية، تتجلى الكفاءة التشغيلية في عدة أبعاد رئيسية:

أولاً: كفاءة استخدام الموارد - وتشمل الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمادية والمالية، وتقليل الهدر والإسراف. وقد أظهرت دراسة حديثة حول كفاءة المرافق الصحية الخاصة في إيطاليا أن المرافق الصحية تعمل بمستويات كفاءة عالية، حيث بلغ متوسط الكفاءة المتقاطعة 0.923، مع تفوق المرافق الأصغر حجمًا على الأكبر منها، على الرغم من أن الموارد لا تزال غير مستغلة بالكامل، حيث برزت معدلات عدم إشغال الأجنحة والأسرة كعوامل رئيسية لعدم الكفاءة (lo Storto, 2025).

ثانيًا: تقليل الأخطاء التشغيلية - وتشمل تقليل الأخطاء الطبية والإدارية، وتحسين سلامة المرضى. وتشير الأدبيات إلى أن الكفاءة التشغيلية ترتبط ارتباطًا وثيقًا بقدرة المؤسسة على إدارة المخاطر بفعالية، حيث يؤدي سوء إدارة المخاطر إلى زيادة الأخطاء التشغيلية والتكاليف المرتبطة بها (Bromiley et al., 2015).

ثالثًا: جودة الخدمات الصحية - وتشمل تحسين نتائج العلاج، وزيادة رضا المرضى، والالتزام بمعايير الجودة والاعتماد. وقد أشارت دراسة حول تحسين الجودة في المؤسسات الصحية إلى أن تطبيق برامج الجودة يساهم في تحسين التنسيق بين الأقسام وتقليل الهدر في الموارد، مما يؤدي إلى تحسين الكفاءة التشغيلية (Al-Awa et al., 2019).

رابعًا: سرعة تقديم الخدمة - وتشمل تقليل أوقات الانتظار، وتسريع عمليات التشخيص والعلاج، وتحسين تدفق العمل. وقد أظهرت دراسة حول اختناقات سير العمل في أقسام الطوارئ في المملكة العربية السعودية أن تحسين كفاءة العمليات في مراحل مثل تقييم الطبيب واتخاذ القرار يساهم بشكل كبير في تحسين الأداء التشغيلي للمستشفيات وتقليل أوقات الانتظار (Al Thobaity, 2025).

أهمية الكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة

تكتسب الكفاءة التشغيلية أهمية خاصة في المستشفيات الخاصة، حيث تواجه هذه المؤسسات ضغوطاً تنافسية واقتصادية متزايدة تتطلب تحقيق أقصى استفادة من الموارد المتاحة. وقد أشارت دراسة حول تحسين الكفاءة التشغيلية من خلال الإدارة الخاصة للخدمات العامة إلى أن زيادة الإنتاج والمريض تعالج الطلب غير الملبى سابقاً، وتسهم في تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية وخفض معدلات الوفيات، وتحقق مكاسب الأداء بشكل أساسي من خلال تحسين الكفاءة التشغيلية بفضل زيادة القدرة الإدارية للمستشفيات (Coube et al., 2025).

وتشير الدراسات الحديثة إلى أن المستشفيات الخاصة التي تحقق كفاءة تشغيلية عالية تتمتع بعدة مزايا تنافسية، منها: انخفاض التكاليف التشغيلية، وتحسين جودة الخدمات، وزيادة رضا المرضى، وتعزيز السمعة المؤسسية، وتحسين الاستدامة المالية. وقد أظهرت دراسة حديثة في إندونيسيا أن كفاءة إدارة المخاطر المؤسسية لها تأثير مباشر على أداء واستدامة المستشفيات الخاصة، مما يؤكد أهمية الكفاءة التشغيلية كعامل حاسم في نجاح هذه المؤسسات (Johan et al., 2025).

قياس الكفاءة التشغيلية

تتباين أساليب قياس الكفاءة التشغيلية في المؤسسات الصحية، وتشمل الأساليب الكمية مثل تحليل مغلف البيانات (DEA)، وتحليل النسب المالية، ومؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs)، بالإضافة إلى الأساليب النوعية مثل تقييم جودة الخدمات ورضا المرضى. وقد أظهرت دراسة تقييم كفاءة المرافق الصحية الخاصة في إيطاليا فعالية استخدام نموذج تحليل مغلف البيانات مع تحليل شجرة التصنيف والانحدار (CART) في تحديد محركات الكفاءة الداخلية والخارجية (lo Storto, 2025).

المتغير المستقل: ممارسات إدارة المخاطر (Risk Management Practices)

يُعد المتغير المستقل في هذه الدراسة هو ممارسات إدارة المخاطر، والتي تمثل مجموعة العمليات والإجراءات والسياسات التي تتبناها المؤسسات الصحية لتحديد وتحليل وتقييم والاستجابة للمخاطر المختلفة التي تواجهها، بهدف تقليل آثارها السلبية وتعزيز قدرة المؤسسة على تحقيق أهدافها.

تعريف إدارة المخاطر

تعرف إدارة المخاطر بأنها العملية المنهجية التي تشمل تحديد المخاطر المحتملة، وتحليلها وتقييمها، وتطوير استجابات مناسبة لها، والمتابعة والرقابة المستمرة لضمان فاعلية هذه الاستجابات. ويؤكد إطار ISO 31000:2018 أن تطبيق إدارة المخاطر المؤسسية يسهم في تحسين الأداء العام للمؤسسة من خلال تقليل عدم اليقين وتحسين استخدام الموارد وتعزيز عملية اتخاذ القرار (ISO, 2018).

وتعرف إدارة المخاطر في القطاع الصحي بأنها العملية المنهجية التي تهدف إلى حماية سلامة المرضى والموظفين، والحفاظ على جودة الخدمات الصحية، وتقليل الخسائر المالية والتشغيلية، من خلال تحديد وتحليل وتقييم المخاطر المحتملة، وتطوير استراتيجيات فعالة للتعامل معها (Oumghar & Izza, 2018; Youngberg, 2024).

تطور إدارة المخاطر في القطاع الصحي

بدأت إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية تتشكل في السبعينيات من القرن الماضي في الولايات المتحدة، بعد قرارات المحاكم التي ألزمت المستشفيات والعاملين فيها بالمسؤولية عن جودة الرعاية المقدمة. وأصبح تطبيق برنامج إدارة المخاطر شرطاً أساسياً للحصول على الاعتماد المؤسسي في العديد من الدول (Mahmoud et al., 2024).

وفي المملكة العربية السعودية، يعد تطبيق برنامج إدارة المخاطر شرطاً ضرورياً للحصول على اعتماد هيئة التخصصات الصحية (CBAHI) واللجنة المشتركة الدولية (JCI). وقد شهدت المملكة تطوراً ملحوظاً في مجال إدارة المخاطر الصحية في إطار رؤية 2030، التي تهدف إلى تحسين جودة الخدمات الصحية وتعزيز مشاركة القطاع الخاص في تقديم الرعاية الصحية (Ministry of Health Saudi Arabia, 2025).

أنواع المخاطر في المؤسسات الصحية

تشير الأدبيات العلمية إلى أن المؤسسات الصحية تواجه مجموعة متنوعة من المخاطر، يمكن تصنيفها إلى عدة فئات رئيسية:

أولاً: المخاطر السريرية - وتشمل الأخطاء الطبية، ومضاعفات العلاج، والعدوى المرتبطة بالرعاية الصحية، وسلامة المرضى. وقد أشارت دراسة المخاطر السريرية إلى أن إدارة المخاطر تسهم في تحسين سلامة المرضى وتقليل الأخطاء الطبية (Youngberg, 2018).

ثانياً: المخاطر التشغيلية - وتشمل فشل العمليات الإدارية، وضعف التنسيق بين الأقسام، وعدم كفاءة استخدام الموارد، واضطرابات سلسلة التوريد. وقد أشارت دراسة حديثة حول إدارة المخاطر التشغيلية في الرعاية الصحية إلى أن المؤسسات الصحية تواجه اليوم مخاطر تشغيلية متزايدة نتيجة التعقيد المتزايد للنظم الصحية واعتمادها على التكنولوجيا (TeoLupus, 2025).

ثالثاً: المخاطر المالية - وتشمل التقلبات في التكاليف التشغيلية، وتأخر تحصيل المستحقات، وتقلبات أسعار الصرف، والمخاطر الاستثمارية. وقد أشارت دراسة حديثة حول المخاطر المالية في المستشفيات السعودية إلى أهمية الإدارة الفعالة للمخاطر المالية في تعزيز الاستدامة المالية للمؤسسات الصحية (Alduwaihi, 2025).

رابعاً: المخاطر التكنولوجية - وتشمل فشل الأنظمة المعلوماتية، والهجمات السيبرانية، وعطل الأجهزة الطبية، وضعف البنية التحتية التقنية. وقد أشارت دراسة حديثة حول تقييم مخاطر تكنولوجيا الرعاية الصحية في منطقة الخليج إلى وجود 53 عامل خطر مؤثر على أداء إدارة تكنولوجيا الرعاية الصحية، مع تصدر "مخاطر التصميم" تحت عوامل المخاطر المتعلقة بالمرافق والبيئة كأعلى مخاطر في المنطقة (Mahmoud et al., 2024).

خامساً: مخاطر الامتثال التنظيمي - وتشمل عدم الامتثال للوائح والمعايير الصحية، ومتطلبات الاعتماد، وقوانين حماية البيانات. وتشير الدراسات إلى أن مخاطر الامتثال التنظيمي تمثل تحدياً متزايداً للمؤسسات الصحية في ظل التشريعات المتطورة (TeoLupus, 2025).

ممارسات إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية

تشمل ممارسات إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية مجموعة من العمليات والإجراءات المترابطة، والتي يمكن تلخيصها في أربع مراحل رئيسية:

1. تحديد المخاطر - عملية منهجية لتحديد جميع المخاطر المحتملة التي قد تواجه المؤسسة، سواء كانت مخاطر استراتيجية أو تشغيلية أو مالية أو امتثالية. وتشمل هذه العملية جمع المعلومات من مصادر متعددة، مثل تقارير الحوادث، وشكاوى المرضى، وتقارير التدقيق، ومراجعة الأدبيات العلمية (Oumghar & Izza, 2024).

2. تحليل وتقييم المخاطر - تقدير احتمالية حدوث المخاطر وحجم تأثيرها المحتمل، وتصنيفها وفقًا لأولوياتها. وتشمل هذه العملية استخدام أدوات تحليلية مثل مصفوفات المخاطر، وتحليل السبب الجذري، وتحليل وضع الفشل وآثاره (FMEA). وقد أشارت دراسة حول ممارسات إدارة المخاطر في المستشفيات المغربية إلى أهمية هذه المرحلة في تحديد أولويات التدخل والاستجابة للمخاطر (Oumghar & Izza, 2024).

3. الاستجابة للمخاطر - تطوير وتنفيذ استراتيجيات للتعامل مع المخاطر المحددة، والتي قد تشمل تجنب المخاطر، أو تخفيفها، أو نقلها، أو قبولها. وتشير الدراسات الحديثة إلى أهمية اعتماد استراتيجيات استباقية للتعامل مع المخاطر، بدلاً من الاستراتيجيات التفاعلية (Johan et al., 2025).

4. المتابعة والرقابة - مراقبة فاعلية استراتيجيات الاستجابة للمخاطر بشكل مستمر، وإجراء التعديلات اللازمة عند الحاجة. وتشمل هذه المرحلة جمع البيانات وتحليلها، وتقييم أداء نظام إدارة المخاطر، وإعداد التقارير الدورية للإدارة العليا (ISO, 2018).

الدراسات السابقة

يهدف هذا القسم إلى استعراض الدراسات السابقة التي تناولت إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية في القطاع الصحي، مع تحليل نقدي لهذه الدراسات وتحديد الإسهامات النظرية والتطبيقية لكل منها، بالإضافة إلى تحديد الفجوات البحثية التي تسعى الدراسة الحالية إلى معالجتها.

أولاً: الدراسات التي تناولت إدارة المخاطر في القطاع الصحي

شهدت العقود الأخيرة اهتمامًا متزايدًا بموضوع إدارة المخاطر في القطاع الصحي، خاصة بعد التقارير الدولية التي كشفت عن حجم الأخطاء الطبية وتأثيرها على سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية. وقد

تناولت العديد من الدراسات جوانب مختلفة من إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية، من خلال مناهج وأساليب متنوعة.

الدراسات العالمية

أشارت دراسة **Kaplan & Mikes (2016)** إلى أهمية تبني منهج إدارة المخاطر المؤسسية (Enterprise Risk Management) كإطار متكامل يساعد المؤسسات على التعامل مع أنواع مختلفة من المخاطر، بما في ذلك المخاطر التشغيلية والاستراتيجية. وقد هدفت الدراسة إلى تحليل كيفية تأثير أنظمة إدارة المخاطر على الأداء التنظيمي، واعتمدت على تحليل حالات تطبيقية في عدد من المؤسسات. وتوصلت إلى أن المؤسسات التي تتبنى أنظمة متكاملة لإدارة المخاطر تكون أكثر قدرة على التنبؤ بالمخاطر والتعامل معها بفعالية. إلا أن الدراسة ركزت بشكل أساسي على القطاع الصناعي والمالي، ولم تتناول خصوصية القطاع الصحي الذي يتميز بتعقيد عملياته وحساسية مخرجاته، وهو ما يحد من إمكانية تعميم نتائجها بشكل مباشر على المستشفيات.

وفي السياق الصحي، قدمت دراسة **Youngberg (2018)** تحليلاً شاملاً لممارسات إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية، حيث هدفت إلى توضيح دور إدارة المخاطر في تحسين سلامة المرضى وتقليل الأخطاء الطبية. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، مستندة إلى مجموعة من النماذج التطبيقية في المستشفيات الأمريكية. وتوصلت إلى أن تطبيق أنظمة إدارة المخاطر يسهم بشكل مباشر في تقليل الحوادث الطبية وتحسين جودة الرعاية الصحية. ورغم أهمية هذه النتائج، إلا أن الدراسة ركزت على البعد السريري بشكل أكبر، ولم تتناول بشكل كافٍ تأثير إدارة المخاطر على الكفاءة التشغيلية، مما يشير إلى وجود فجوة بحثية في هذا الجانب.

كما تناولت دراسة **World Health Organization (2021)** موضوع إدارة المخاطر في إطار سلامة المرضى، حيث أكدت أن غياب أنظمة فعالة لإدارة المخاطر يعد من الأسباب الرئيسية لوقوع الأخطاء الطبية في المؤسسات الصحية. وقد اعتمد التقرير على تحليل بيانات عالمية، وأوصى بضرورة تبني سياسات واضحة لإدارة المخاطر داخل المؤسسات الصحية. ومع أن الدراسة قدمت إطاراً عالمياً مهماً، إلا أنها ركزت على السياسات العامة ولم تقدم تحليلاً كمياً مباشراً للعلاقة بين إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية.

وأجرت **Oumghar & Izza (2024)** دراسة مراجعة أدبيات حول ممارسات إدارة المخاطر في المستشفيات العامة المغربية. وهدفت الدراسة إلى تقديم تحليل شامل لممارسات إدارة المخاطر في القطاع الصحي، مع التركيز على تحديد التحديات والاستراتيجيات في المستشفيات المغربية. واعتمدت الدراسة على مراجعة منهجية للأدبيات باستخدام محركات البحث الأكاديمية. وتوصلت الدراسة إلى أن المستشفى العام المغربي يواجه عدة اختلالات يمكن أن تكون مصادر لمخاطر متعددة، مما يؤثر على جودة الرعاية المقدمة للمرضى وقد يهدد أحياناً تشخيصهم الحيوي. وأكدت الدراسة أن عملية إدارة المخاطر يمكن أن تساعد المهنيين الصحيين والباحثين ومديري المخاطر في تحديد المخاطر وتوقعها لتجنب الحوادث الخطيرة التي قد تؤثر على المنظمة بأكملها، خاصة بعد تجارب جائحة كوفيد-19. وأشارت الدراسة إلى أن إدارة المخاطر في المستشفى ليست عملية بسيطة، نظرًا لتفاعل عدة مكونات وحساسية المجال، وأن كل خطأ يمكن أن يكلف حياة إنسان، مما يستدعي تحليلًا دقيقًا لعمليات إدارة المخاطر لتحديد أوجه القصور وإتقان نظام إدارة المخاطر لحماية السلع والخدمات وكذلك حياة الإنسان.

وأجرى **Mahmoud et al. (2024)** دراسة حول تطوير إطار شامل لتقييم مخاطر تكنولوجيا الرعاية الصحية باستخدام تحليل التسلسل الهرمي الضبابي، مع دمج العوامل الخارجية والداخلية في منطقة الخليج. وهدفت الدراسة إلى استكشاف عوامل الخطر الخارجية والداخلية المؤثرة على أداء إدارة تكنولوجيا الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية ومنطقة الخليج. واعتمدت الدراسة على منهجية مختلطة، بدأت بمراجعة شاملة للأدبيات لتحديد عوامل الخطر، ثم استخدام تحليل التسلسل الهرمي الضبابي (Fuzzy AHP) لتقييم هذه العوامل. وتوصلت الدراسة إلى وجود 53 عامل خطر مؤثر على أداء إدارة تكنولوجيا الرعاية الصحية، مع تصدر "مخاطر التصميم" تحت عوامل المخاطر المتعلقة بالمرافق والبيئة كأعلى مخاطر في المنطقة. وكشفت الدراسة أن ثلاثة من أهم عشرة مخاطر كانت مرتبطة بعوامل "المرافق والبيئة الداخلية"، وستة مرتبطة بعوامل تكنولوجيا داخلية، وواحد فقط مرتبط بعوامل إدارية. وأكدت الدراسة على أهمية تبني منظور إدارة المخاطر المؤسسية لتحديد ودمج نطاق أوسع من عوامل الخطر، مما يوفر نهجًا أكثر شمولية واستراتيجية لتقييم المخاطر في إدارة تكنولوجيا الرعاية الصحية.

وأجرى **Johan et al. (2025)** دراسة حول القدرات الديناميكية في الرعاية الصحية: الدور الحاسم للقدرة على التكيف في إدارة المخاطر المؤسسية للمستشفيات الإندونيسية. وهدفت الدراسة إلى التحقق مما إذا كانت القدرة على التكيف متغيرًا يمكنه تحسين إدارة المخاطر المؤسسية، وتحديد مدى العلاقة

بين إدارة المخاطر المؤسسية وأداء واستدامة المستشفيات الخاصة في إندونيسيا. واعتمدت الدراسة على استبيان تم إرساله إلى 58 مستشفى عبر الإنترنت، وتم تعبئته من قبل أعضاء مجلس الإدارة بما في ذلك المديرين أو الإدارة العليا والمتوسطة. وتم تحليل البيانات باستخدام تحليل المربعات الصغرى الجزئية للنمذجة الهيكلية (PLS-SEM). وتوصلت الدراسة إلى أن كفاءة إدارة المخاطر المؤسسية لها تأثير مباشر على أداء واستدامة المستشفيات. وأكدت النتائج أن القدرة على التكيف هي متغير تنبؤي لإدارة المخاطر المؤسسية، حيث تعد القدرة على التكيف شرطاً مسبقاً لتمكين إدارة المخاطر المؤسسية من التأثير بشكل إيجابي على أداء واستدامة المستشفيات الخاصة الإندونيسية. وأكدت الدراسة على أهمية نظرية القدرات الديناميكية كإطار لتقييم أهمية القدرة على التكيف في تنفيذ إدارة المخاطر المؤسسية في المستشفيات.

الدراسات العربية والمحلية

في السياق العربي، أجرى العتيبي (2021) دراسة حول أثر إدارة المخاطر على الأداء المؤسسي في القطاع الصحي، وهدفت إلى تحليل العلاقة بين ممارسات إدارة المخاطر والأداء المؤسسي في المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، باستخدام استبيان لجمع البيانات من عينة من العاملين في المستشفيات الحكومية. وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسات إدارة المخاطر والأداء المؤسسي، مع وجود فروق في مستوى تطبيق هذه الممارسات تعزى إلى حجم المستشفى وموقعها الجغرافي. إلا أن الدراسة ركزت على المستشفيات الحكومية ولم تتناول القطاع الخاص، كما أنها لم تستخدم تحليل الانحدار المتعدد لقياس التأثير النسبي لأبعاد إدارة المخاطر المختلفة على الأداء المؤسسي.

كما أجرى الزهراني (2020) دراسة حول إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات السعودية، وهدفت إلى تقييم مستوى تطبيق ممارسات إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية والخاصة، وتحليل العلاقة بين هذه الممارسات وجودة الخدمات الصحية. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، باستخدام استبيان لجمع البيانات من عينة من العاملين في المستشفيات. وتوصلت الدراسة إلى أن مستوى تطبيق ممارسات إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة أعلى منه في المستشفيات الحكومية، وأن هناك

علاقة إيجابية بين تطبيق هذه الممارسات وجودة الخدمات الصحية. إلا أن الدراسة ركزت على الجودة كمدخل رئيسي، ولم تربط بشكل مباشر بين إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية.

وأجرت **Alduwaihi (2025)** دراسة حول حوكمة المخاطر المالية في المستشفيات السعودية، وهدفت إلى تحليل ممارسات حوكمة المخاطر المالية في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية، وتحديد التحديات التي تواجه تطبيق هذه الممارسات. واعتمدت الدراسة على المنهج الكيفي، باستخدام المقابلات المتعمقة مع مديري المستشفيات والمختصين الماليين. وتوصلت الدراسة إلى أن المستشفيات الخاصة تواجه تحديات مالية متزايدة نتيجة ارتفاع التكاليف التشغيلية، وضغوط الامتثال التنظيمي، وتأخر تحصيل المستحقات من شركات التأمين. وأكدت الدراسة على أهمية تبني أنظمة فعالة لحوكمة المخاطر المالية لتعزيز الاستدامة المالية للمستشفيات الخاصة.

ثانيًا: الدراسات التي تناولت الكفاءة التشغيلية في المؤسسات الصحية

تناولت العديد من الدراسات موضوع الكفاءة التشغيلية في المؤسسات الصحية من زوايا مختلفة، باستخدام مناهج وأساليب متنوعة.

الدراسات العالمية

تناولت دراسة **lo Storto (2025)** تقييم كفاءة المرافق الصحية الخاصة في إيطاليا باستخدام نموذج تحليل مغلف البيانات مع تحليل شجرة التصنيف والانحدار. وهدفت الدراسة إلى تقييم الكفاءة التشغيلية للمرافق الصحية الخاصة المعتمدة في إيطاليا، وتحديد محركات الكفاءة الداخلية والخارجية. واعتمدت الدراسة على تحليل مغلف البيانات مع الكفاءة المتقاطعة المستندة إلى نظرية الألعاب، بالإضافة إلى تحليل شجرة التصنيف والانحدار. وتوصلت الدراسة إلى أن المرافق الخاصة تعمل بمستويات كفاءة عالية، حيث بلغ متوسط الكفاءة المتقاطعة 0.923، مع تفوق المرافق الأصغر حجمًا على الأكبر منها، على الرغم من أن الموارد لا تزال غير مستغلة بالكامل. وبرزت معدلات عدم إشغال الأجنحة والأسرة كعوامل رئيسية لعدم الكفاءة. وكشف التحليل الإقليمي عن وجود تفاوتات بسيطة بين الشمال والوسط والجنوب، ولكن استمرار وجود اختلافات محلية كبيرة تتشكل بواسطة الحوكمة وتخصيص التمويل والأطر المؤسسية. وحددت الدراسة "مفارقة الكفاءة"، حيث يرتبط الإنفاق الخاص بكفاءة أعلى في مناطق العجز،

بينما لا يؤدي زيادة الإنفاق بالضرورة إلى تحسين الأداء في مناطق الفائض. وأكدت الدراسة على أهمية تحقيق أقصى استفادة من السعة، وتحسين التوظيف، وهيكلة الشراكات بين القطاعين العام والخاص بشكل استراتيجي.

وأجرى **Nunes et al. (2025)** دراسة حول تأثير العوامل السياقية على الأداء التنظيمي في المستشفيات البرتغالية. وهدفت الدراسة إلى التحقق من تأثير العوامل السياقية الرئيسية، وتحديدًا تلك المتعلقة بهياكل الحوكمة وتوافر الموارد، على الأداء التشغيلي والمالي للمستشفيات. واعتمدت الدراسة على التصميم الكمي، باستخدام نموذج الانحدار متعدد المتغيرات لتقييم العلاقة بين هيكل الحوكمة وتخصيص الموارد المادية والمالية والبشرية ونتائج أداء المستشفيات. وتم جمع البيانات من المواقع الرسمية لـ 40 مستشفى ضمن نظام الصحة الوطني البرتغالي ومنصة قياس الأداء التابعة لوزارة الصحة. وتوصلت الدراسة إلى وجود ارتباط إيجابي كبير بين جودة الحوكمة وتوافر الموارد المالية والبشرية، مع كل من الكفاءة التشغيلية والأداء المالي. وفي المقابل، أظهر وجود مدقق خارجي، رغم أهميته للرقابة التنظيمية، ارتباطًا سلبيًا بالموارد المالية، مما يعكس دوره في التدقيق المالي والقيود. وأكدت الدراسة على أن انخفاض الموارد المالية يؤثر بشكل غير مباشر على إنتاجية المستشفى.

وأجرى **Mendes & França (2025)** دراسة مراجعة منهجية للأدبيات حول التفكير الرشيق وإدارة المخاطر في المؤسسات الصحية. وهدفت الدراسة إلى تحليل حالة المعرفة في الأدبيات التي تركز على نهج الرشاقة في سياق إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية، وتحديد فرص البحث الجديدة. واعتمدت الدراسة على مراجعة منهجية للأدبيات، حيث تم تحليل 51 بحثًا. وتوصلت الدراسة إلى تحديد خمسة تيارات بحثية رئيسية: (1) إدارة المخاطر الموجهة نحو سلامة المرضى؛ (2) إدارة المخاطر الموجهة نحو سلامة الموظفين؛ (3) أهمية المواقف والسلوكيات في مشاريع الحد من المخاطر؛ (4) أدوات الرشاقة المستخدمة في إدارة المخاطر الصحية؛ (5) تكامل المناهج. وحددت الدراسة العديد من أوجه القصور في الأدبيات، والتي تمثل فرصًا كبيرة لتطوير البحوث المستقبلية. وأكدت الدراسة أن المؤسسات الصحية تواجه تحديات بسبب التكاليف المرتفعة وانخفاض كفاءة الخدمات، وأن نمو التكاليف والخسائر الناجمة عن الأخطاء التي يمكن تجنبها يؤدي إلى البحث عن حلول، ويظهر إدارة الرشاقة الصحية كحل محتمل للمساعدة في حل مشاكل جودة الخدمات، وكذلك الحد من المخاطر.

تناولت دراسة **Al-Awa et al. (2019)** موضوع تحسين الجودة في المؤسسات الصحية من خلال الاعتماد، وهدفت إلى تحليل دور برامج تحسين الجودة في رفع كفاءة الأداء داخل المستشفيات في المملكة العربية السعودية. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، من خلال دراسة تطبيقية في عدد من المستشفيات في منطقة الشرق الأوسط. وتوصلت إلى أن تطبيق برامج الجودة يسهم في تحسين التنسيق بين الأقسام وتقليل الهدر في الموارد، مما يؤدي إلى تحسين الكفاءة التشغيلية. إلا أن الدراسة ركزت على الجودة كمدخل رئيسي، ولم تربط بشكل مباشر بين إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية.

كما أشارت دراسة **Almalki et al. (2011)** إلى أن تحسين إدارة العمليات داخل المستشفيات يرتبط بتبني ممارسات إدارية حديثة، من بينها إدارة المخاطر، حيث يسهم ذلك في تحسين جودة الخدمات وتقليل الأخطاء. إلا أن الدراسة لم تستخدم تحليلاً إحصائياً مباشراً لقياس العلاقة بين إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية، مما يبرز الحاجة إلى دراسات كمية أكثر دقة.

وأجرى **Al Thobaity (2025)** دراسة حول تحديد اختناقات سير العمل الرئيسية في أقسام الطوارئ في المملكة العربية السعودية. وهدفت الدراسة إلى تحديد الاختناقات الرئيسية في سير عمل أقسام الطوارئ السعودية، وتقديم توصيات لتحسين كفاءة العمليات. واعتمدت الدراسة على المنهج الكمي، باستخدام استبيان لجمع البيانات من العاملين في أقسام الطوارئ. وتوصلت الدراسة إلى أن تحسين كفاءة العمليات في مراحل مثل تقييم الطبيب واتخاذ القرار يسهم بشكل كبير في تحسين الأداء التشغيلي للمستشفيات وتقليل أوقات الانتظار.

ثالثاً: الدراسات التي تناولت العلاقة بين إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية

تعد الدراسات التي تناولت العلاقة المباشرة بين إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية محدودة نسبياً، خاصة في القطاع الصحي، إلا أن بعض الدراسات أشارت إلى وجود ارتباط إيجابي بينهما.

الدراسات العالمية

أوضحت دراسة **ISO 31000 (2018)** أن تطبيق إطار إدارة المخاطر المؤسسية يساهم في تحسين الأداء العام للمؤسسة، بما في ذلك الكفاءة التشغيلية، من خلال تقليل عدم اليقين وتحسين استخدام الموارد. وقد استندت الدراسة إلى إطار معياري عالمي، يوضح كيفية تطبيق إدارة المخاطر بشكل منهجي داخل المؤسسات. إلا أن هذا الإطار نظري بشكل كبير، ويحتاج إلى دراسات تطبيقية لقياس أثره في بيانات محددة مثل المستشفيات الخاصة.

كما أظهرت دراسة **Bromiley et al. (2015)** أن المؤسسات التي تطبق ممارسات فعالة لإدارة المخاطر تحقق أداءً تشغيليًا أفضل مقارنة بغيرها، حيث تساعد هذه الممارسات في تحسين اتخاذ القرار وتقليل الخسائر التشغيلية. واعتمدت الدراسة على تحليل بيانات كمية من عدد من المؤسسات. ورغم أهمية النتائج، إلا أن الدراسة لم تركز على القطاع الصحي، مما يحد من إمكانية تعميمها.

وأجرى **Fernandez-Calderon (2025)** دراسة مراجعة منهجية حول إدارة المخاطر في عمليات الرعاية الحرجة كاستراتيجية للكفاءة التشغيلية لقسم الطوارئ في مستشفيات المستوى الثالث في أمريكا اللاتينية. وهدفت الدراسة إلى تحليل نظري ومفاهيمي لإدارة المخاطر في عمليات الرعاية الحرجة كاستراتيجية للكفاءة التشغيلية لقسم الطوارئ. واعتمدت الدراسة على تحليل 21 مقالًا منشورًا بين عامي 2021 و2025 في قواعد بيانات أكاديمية مثل Scopus و SciELO و Redalyc. وتوصلت الدراسة إلى أن إدارة المخاطر في عمليات الرعاية الصحية الحرجة تمثل أداة استراتيجية رئيسية لتحسين الكفاءة التشغيلية لخدمة الطوارئ بالمستشفى، من خلال تقليل الأحداث الضائرة، وتوحيد العمليات، وتعزيز قدرة المؤسسة على الاستجابة، خاصة في سياقات الضغط الصحي المرتفع مثل تلك التي شهدتها الجائحة.

الدراسات العربية والمحلية

في السياق العربي، أجرى **Fadhel & Alqurs (2025)** دراسة حول تعزيز السلامة المهنية من خلال القيادة الاستراتيجية والدور الوسيط لإدارة الجودة الشاملة في مستشفيات الحديدة باليمن. وهدفت الدراسة إلى التحقق من تأثير القيادة الاستراتيجية على نظام السلامة المهنية في المستشفيات، مع دور وسيط إدارة الجودة الشاملة. واعتمدت الدراسة على التصميم المقطعي، حيث تم جمع البيانات من 323 من

المهنيين الصحيين في ستة مستشفيات في الحديدة، اليمن، تغطي الأدوار الطبية والإدارية. وتم استخدام نمذجة المعادلات الهيكلية باستخدام المربعات الصغرى الجزئية لتحليل البيانات. وتوصلت الدراسة إلى أن القيادة الاستراتيجية تؤثر بشكل إيجابي على السلامة المهنية بشكل مباشر وغير مباشر من خلال إدارة الجودة الشاملة. وتحديداً، تسهم ممارسات القيادة التي تؤكد على التوجيه الاستراتيجي، والسلوك الأخلاقي، والرقابة التنظيمية في تعزيز بيئة عمل أكثر أماناً. وتعزز إدارة الجودة الشاملة هذا التأثير من خلال تعزيز الكفاءات التشغيلية وتوحيد بروتوكولات السلامة. وأكدت الدراسة على الدور الحاسم للقيادة المتكاملة وإدارة الجودة في تطوير ممارسات السلامة المهنية في بيئات الرعاية الصحية المحدودة الموارد، مما يوفر رؤية قابلة للتطبيق لمديري المستشفيات الذين يسعون لتحسين السلامة والأداء من خلال التركيز المشترك على القيادة وإدارة الجودة.

التحليل النقدي للدراسات السابقة

من خلال استعراض الدراسات السابقة، يتضح وجود اتفاق عام بين الباحثين على أهمية إدارة المخاطر كأداة فعالة لتحسين الأداء المؤسسي وتقليل الأخطاء، خاصة في المؤسسات الصحية التي تتسم ببيئة عمل معقدة وحساسة. كما تشير الدراسات إلى أن الكفاءة التشغيلية تعد من المؤشرات الأساسية لنجاح المؤسسات الصحية، حيث ترتبط بشكل مباشر بجودة الخدمات المقدمة وقدرة المؤسسة على استخدام مواردها بكفاءة.

ومع ذلك، يكشف التحليل النقدي عن عدد من الملاحظات المهمة التي تشكل الفجوات البحثية التي تسعى الدراسة الحالية إلى معالجتها:

أولاً: تركز معظم الدراسات على جانب واحد - حيث ركزت بعض الدراسات على إدارة المخاطر بشكل منفصل (Kaplan & Mikes, 2016; Youngberg, 2018; Oumghar & Izza, 2024)، بينما ركزت أخرى على الكفاءة التشغيلية بشكل منفصل (Io Storto, 2025; Nunes et al., 2025)، دون الربط بينهما بشكل مباشر. وهذا يشير إلى وجود فجوة بحثية في دراسة العلاقة التكاملية بين المتغيرين.

ثانياً: نقص الدراسات التطبيقية في القطاع الصحي الخاص - معظم الدراسات أجريت في قطاعات غير صحية أو في مؤسسات حكومية، مع قلة الدراسات التي تناولت المستشفيات الخاصة (Bromiley et al., 2015; lo Storto, 2025). وتتميز المستشفيات الخاصة بخصائص تنظيمية واقتصادية مختلفة عن المستشفيات الحكومية، مما يستدعي دراسات خاصة بها.

ثالثاً: غياب التركيز على البيئة السعودية - هناك نقص واضح في الدراسات التي تناولت هذا الموضوع في سياق المملكة العربية السعودية، رغم خصوصية النظام الصحي فيها والتطورات الكبيرة التي يشهدها القطاع في إطار رؤية 2030. وتعد دراسة Mahmoud et al. (2024) من الدراسات القليلة التي تناولت إدارة المخاطر في السياق السعودي، لكنها ركزت على تكنولوجيا الرعاية الصحية بشكل أساسي.

رابعاً: اختلاف المنهجيات - حيث اعتمدت بعض الدراسات على المنهج الوصفي، وأخرى على التحليل النظري، مع قلة الدراسات التي استخدمت التحليل الكمي لقياس العلاقة بين المتغيرات باستخدام تحليل الانحدار ومعاملات الارتباط. وهذا يشير إلى الحاجة إلى دراسات كمية أكثر دقة.

خامساً: غياب الإطار النظري المتكامل - معظم الدراسات اعتمدت على نظرية واحدة أو إطار نظري محدود، مع قلة الدراسات التي قدمت إطاراً نظرياً متكاملاً يفسر العلاقة بين إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية في المؤسسات الصحية.

سادساً: التركيز على البعد السريري - معظم الدراسات في المجال الصحي ركزت على البعد السريري لإدارة المخاطر (سلامة المرضى وتقليل الأخطاء الطبية)، مع إهمال البعد التشغيلي والإداري (كفاءة استخدام الموارد، تحسين العمليات الإدارية).

ما تقدمه الدراسة الحالية

انطلاقاً من الفجوات البحثية المحددة في الدراسات السابقة، تهدف هذه الدراسة إلى تقديم إسهامات علمية وتطبيقية متميزة، تتمثل في:

أولاً: تقديم دراسة كمية دقيقة - تستخدم الدراسة المنهج الكمي مع تحليل الانحدار المتعدد ومعاملات الارتباط، مما يوفر أدلة إحصائية دقيقة حول طبيعة وقوة العلاقة بين ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة.

ثانياً: التركيز على القطاع الصحي الخاص في السعودية - تسد الدراسة فجوة بحثية مهمة من خلال التركيز على المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية، والتي تشهد نمواً متسارعاً في إطار رؤية 2030.

ثالثاً: تقديم إطار نظري متكامل - تقدم الدراسة إطاراً نظرياً متكاملاً يجمع بين نظرية إدارة المخاطر المؤسسية، ونظرية إدارة الجودة الشاملة، ونظرية الوكالة، مما يوفر تفسيراً شاملاً للعلاقة بين المتغيرات. رابعاً: تغطية أبعاد متعددة للكفاءة التشغيلية - لا تقتصر الدراسة على البعد السريري فقط، بل تتناول أبعاداً متعددة للكفاءة التشغيلية تشمل كفاءة استخدام الموارد، وتقليل الأخطاء التشغيلية، وجودة الخدمات الصحية، وسرعة تقديم الخدمة.

خامساً: تقديم توصيات عملية - تهدف الدراسة إلى تقديم توصيات عملية قابلة للتطبيق لإدارات المستشفيات الخاصة وصناع القرار في وزارة الصحة، مما يعزز القيمة التطبيقية للدراسة.

سادساً: استخدام أدوات قياس معتمدة - تعتمد الدراسة على استبيان مصمم بالاعتماد على الأدبيات العلمية والدراسات السابقة، مع التحقق من صدقه وثباته، مما يعزز دقة النتائج وقابليتها للتعميم.

الإطار النظري للدراسة

تستند هذه الدراسة إلى مجموعة من الأطر والنظريات الإدارية الحديثة التي تفسر العلاقة بين ممارسات إدارة المخاطر وتحسين الكفاءة التشغيلية داخل المؤسسات الصحية، حيث تم اختيار هذه المنطلقات بما يتناسب مع طبيعة البيئة التنظيمية للمستشفيات الخاصة، والتي تتسم بدرجة عالية من التعقيد وعدم اليقين.

أولاً: نظرية إدارة المخاطر المؤسسية (Enterprise Risk Management – ERM)

تُعد نظرية إدارة المخاطر المؤسسية الإطار النظري الأساسي لهذه الدراسة، حيث تمثل منهجاً متكاملًا لإدارة المخاطر على مستوى المؤسسة ككل، بدلاً من التعامل معها بشكل جزئي أو منفصل. وتقوم هذه النظرية على افتراض أن المخاطر ليست مجرد تهديدات يجب تجنبها، بل يمكن إدارتها بطريقة استراتيجية تسهم في تحقيق الأهداف المؤسسية وتعزيز الأداء (Kaplan & Mikes, 2016; Bromiley et al., 2015).

تعريف إدارة المخاطر المؤسسية

تعرف إدارة المخاطر المؤسسية بأنها العملية المنهجية التي تشمل تحديد المخاطر المحتملة، وتحليلها وتقييمها، وتطوير استجابات مناسبة لها، والمتابعة والرقابة المستمرة لضمان فاعلية هذه الاستجابات. ويؤكد إطار ISO 31000:2018 أن تطبيق إدارة المخاطر المؤسسية يسهم في تحسين الأداء العام للمؤسسة من خلال تقليل عدم اليقين وتحسين استخدام الموارد وتعزيز عملية اتخاذ القرار (ISO, 2018).

وتشير الأدبيات العلمية إلى أن إدارة المخاطر المؤسسية تختلف عن إدارة المخاطر التقليدية في عدة جوانب رئيسية:

1. الشمولية - حيث تغطي جميع أنواع المخاطر التي تواجه المؤسسة، بدلاً من التركيز على نوع واحد من المخاطر.
2. التكامل - حيث تدمج إدارة المخاطر في جميع عمليات المؤسسة واستراتيجياتها.
3. المنهجية - حيث تتبع عملية منهجية ومنظمة لتحديد وتحليل وتقييم والاستجابة للمخاطر.
4. الاستباقية - حيث تركز على توقع المخاطر والتعامل معها قبل حدوثها، بدلاً من الاستجابة لها بعد وقوعها.

وقد أكدت دراسة Johan et al. (2025) على أهمية إدارة المخاطر المؤسسية في تحسين أداء واستدامة المستشفيات الخاصة، حيث أظهرت النتائج أن كفاءة إدارة المخاطر المؤسسية لها تأثير مباشر على أداء واستدامة المستشفيات، وأن القدرة على التكيف هي متغير تنبؤي لإدارة المخاطر المؤسسية.

تتضمن عملية إدارة المخاطر المؤسسية وفق النموذج المتكامل أربع مراحل رئيسية:

1. تحديد المخاطر (Risk Identification)

تُعد مرحلة تحديد المخاطر الخطوة الأولى والأساسية في عملية إدارة المخاطر، حيث تهدف إلى التعرف على جميع المخاطر المحتملة التي قد تواجه المؤسسة. وتشمل هذه العملية جمع المعلومات من مصادر متعددة، مثل:

- تقارير الحوادث والأخطاء السابقة
- شكاوى المرضى والعاملين
- تقارير التدقيق الداخلي والخارجي
- مراجعة الأدبيات العلمية والمعايير المهنية
- تحليل البيئة الداخلية والخارجية للمؤسسة
- مقابلات مع الخبراء والموظفين

وتشير الأدبيات إلى أن تحديد المخاطر بشكل شامل ودقيق يعد شرطاً أساسياً لفعالية عملية إدارة المخاطر بأكملها، حيث أن أي مخاطر لم يتم تحديدها قد تظل دون معالجة وتشكل تهديداً للمؤسسة (Oumghar & Izza, 2024).

وقد أشارت دراسة Mahmoud et al. (2024) إلى وجود 53 عامل خطر مؤثر على أداء إدارة تكنولوجيا الرعاية الصحية في منطقة الخليج، مما يؤكد أهمية التحديد الشامل والدقيق للمخاطر في المؤسسات الصحية.

2. تحليل وتقييم المخاطر (Risk Analysis and Evaluation)

تهدف مرحلة تحليل وتقييم المخاطر إلى تقدير احتمالية حدوث المخاطر وحجم تأثيرها المحتمل، وتصنيفها وفقاً لأولوياتها. وتشمل هذه المرحلة استخدام أدوات تحليلية متنوعة، مثل:

- مصفوفات المخاطر (Risk Matrices): وهي أدوات بصرية تساعد في تصنيف المخاطر بناءً على احتمالية حدوثها وشدة تأثيرها.
- تحليل السبب الجذري (Root Cause Analysis): وهو أسلوب منهجي لتحديد الأسباب الأساسية للمشكلات والأخطاء.
- تحليل وضع الفشل وآثاره (Failure Mode and Effects Analysis – FMEA): وهو أسلوب استباقي لتحديد الأوضاع المحتملة للفشل وتأثيراتها.
- تحليل شجرة الأخطاء (Fault Tree Analysis): وهو أسلوب استنتاجي لتحليل سلسلة الأحداث التي تؤدي إلى وقوع حادث معين.
- تحليل شجرة الأحداث (Event Tree Analysis): وهو أسلوب استقرائي لتحليل العواقب المحتملة لحادث معين.

وتشير دراسة Oumghar & Izza (2024) إلى أن تحليل وتقييم المخاطر يمثل مرحلة حاسمة في عملية إدارة المخاطر، حيث يساعد في تحديد أولويات التدخل وتوجيه الموارد نحو المجالات الأكثر تأثيراً على أداء المؤسسة.

وتجدر الإشارة إلى أن تقييم المخاطر يجب أن يأخذ في الاعتبار العوامل السياقية التي قد تؤثر على المخاطر، مثل العوامل الخارجية والداخلية التي حددتها دراسة Mahmoud et al. (2024) والتي تشمل العوامل المتعلقة بالمرافق والبيئة، والعوامل التكنولوجية، والعوامل الإدارية.

3. الاستجابة للمخاطر (Risk Response)

تهدف مرحلة الاستجابة للمخاطر إلى تطوير وتنفيذ استراتيجيات للتعامل مع المخاطر المحددة والمقيمة. وتشمل استراتيجيات الاستجابة للمخاطر الرئيسية:

- تجنب المخاطر (Risk Avoidance): اتخاذ إجراءات لمنع حدوث المخاطر، مثل إيقاف نشاط معين أو تغيير إجراءات العمل.
- تخفيف المخاطر (Risk Mitigation): اتخاذ إجراءات لتقليل احتمالية حدوث المخاطر أو شدة تأثيرها، مثل تطبيق إجراءات وقائية أو تحسين نظم الرقابة.

- **نقل المخاطر (Risk Transfer):** تحويل المخاطر إلى طرف آخر، مثل شراء التأمين أو التعاقد مع مقاولين خارجيين.
- **قبول المخاطر (Risk Acceptance):** قبول المخاطر كجزء من العمليات التشغيلية، مع وضع خطط للتعامل معها عند حدوثها.

وتشير الدراسات الحديثة إلى أهمية اعتماد استراتيجيات استباقية للتعامل مع المخاطر، بدلاً من الاستراتيجيات التفاعلية، حيث أن الاستباقية تسمح للمؤسسة بتوقع المخاطر والتعامل معها قبل أن تتحول إلى أزمات (Johan et al., 2025; Fadhel & Alqurs, 2025).

4. المتابعة والرقابة (Monitoring and Control)

تهدف مرحلة المتابعة والرقابة إلى مراقبة فاعلية استراتيجيات الاستجابة للمخاطر بشكل مستمر، وإجراء التعديلات اللازمة عند الحاجة. وتشمل هذه المرحلة:

- جمع البيانات وتحليلها بشكل منتظم
- تقييم أداء نظام إدارة المخاطر
- إعداد التقارير الدورية للإدارة العليا
- مراجعة وتحديث استراتيجيات الاستجابة للمخاطر بناءً على التغيرات في البيئة الداخلية والخارجية
- إجراء عمليات تدقيق دورية لنظام إدارة المخاطر

وتشير الأدبيات إلى أن المتابعة والرقابة المستمرة تعد شرطاً أساسياً لضمان استمرارية فاعلية نظام إدارة المخاطر، خاصة في بيئة تتسم بالتغير المستمر مثل المؤسسات الصحية (ISO, 2018).

تطبيق نظرية إدارة المخاطر المؤسسية في المؤسسات الصحية

تشير الدراسات الحديثة إلى أن تطبيق إدارة المخاطر المؤسسية في المؤسسات الصحية يساهم في تحسين جودة الرعاية الصحية وتقليل الأخطاء الطبية وتعزيز كفاءة العمليات التشغيلية. فقد أظهرت دراسة أجرتها مؤسسة صحية رائدة أن تبني نهج إدارة المخاطر المؤسسية مكّن المؤسسة من تحديد المخاطر المحتملة

مبكراً وتطوير استراتيجيات فعالة للتعامل معها، مما انعكس إيجاباً على الأداء التشغيلي والمالي (Johan et al., 2025).

كما أشارت دراسة حول تطوير إطار شامل لتقييم مخاطر تكنولوجيا الرعاية الصحية في منطقة الخليج إلى أن تبني منظور إدارة المخاطر المؤسسية يوفر نهجاً أكثر شمولية واستراتيجية لتقييم المخاطر في إدارة تكنولوجيا الرعاية الصحية، من خلال تحديد ودمج نطاق أوسع من عوامل الخطر (Mahmoud et al., 2024).

وتؤكد الأدبيات أن إدارة المخاطر المؤسسية في المؤسسات الصحية يجب أن تغطي جميع أنواع المخاطر التي تواجه المؤسسة، بما في ذلك المخاطر السريرية والتشغيلية والمالية والتكنولوجية ومخاطر الامتثال التنظيمي، مع مراعاة الترابط بين هذه المخاطر (TeoLupus, 2025).

ثانياً: نظرية إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management – TQM)

تستند الدراسة أيضاً إلى نظرية إدارة الجودة الشاملة كإطار نظري مساند، حيث تركز هذه النظرية على التحسين المستمر للعمليات التنظيمية، من خلال إشراك جميع العاملين في المؤسسة، والاعتماد على البيانات والتحليل في اتخاذ القرارات (Cruz & Pinedo, 2008; Fadhel & Alqurs, 2025).

تعريف إدارة الجودة الشاملة

تُعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها فلسفة إدارية تهدف إلى تحقيق التميز في جميع جوانب الأداء التنظيمي من خلال التركيز على احتياجات العملاء، والتحسين المستمر للعمليات، وإشراك جميع الموظفين، واتخاذ القرارات المبنية على الحقائق. وتقوم هذه الفلسفة على مجموعة من المبادئ الأساسية:

1. **التركيز على العميل:** حيث تعتبر احتياجات وتوقعات العملاء (المرضى والعاملين والمجتمع) المحور الرئيسي لجميع العمليات التنظيمية.
2. **التحسين المستمر:** حيث تسعى المؤسسة إلى تحسين جميع عملياتها بشكل مستمر ومنهجي.
3. **المشاركة الكاملة للموظفين:** حيث يتم إشراك جميع الموظفين في عملية التحسين، وتشجيعهم على تقديم مقترحاتهم وأفكارهم.

4. اتخاذ القرارات المبنية على الحقائق: حيث تعتمد القرارات على البيانات والتحليل، وليس على الحدس أو التخمين.

5. المنهجية النظامية: حيث تتعامل المؤسسة مع العمليات كمنظومة متكاملة، وتسعى إلى تحسين التفاعل بين مكوناتها.

العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة وإدارة المخاطر

تشير الأدبيات إلى وجود علاقة وثيقة وتكاملية بين إدارة الجودة الشاملة وإدارة المخاطر، حيث يمكن اعتبار إدارة المخاطر أداة لتحقيق أهداف الجودة، وإدارة الجودة أداة لتقليل المخاطر. وتتجلى هذه العلاقة في عدة جوانب:

أولاً: التركيز المشترك على الوقاية - تركز كل من إدارة الجودة الشاملة وإدارة المخاطر على الوقاية من المشكلات بدلاً من معالجتها بعد وقوعها. فإدارة الجودة الشاملة تسعى إلى تحسين العمليات لمنع حدوث الأخطاء، بينما تسعى إدارة المخاطر إلى تحديد ومعالجة العوائق المحتملة قبل أن تتحول إلى أخطاء.

ثانياً: التركيز على العمليات - تركز كل من إدارة الجودة الشاملة وإدارة المخاطر على العمليات التنظيمية، حيث تسعى الأولى إلى تحسين العمليات بشكل مستمر، وتسعى الثانية إلى تحديد ومعالجة المخاطر المرتبطة بهذه العمليات.

ثالثاً: المشاركة الواسعة - تتطلب كل من إدارة الجودة الشاملة وإدارة المخاطر مشاركة جميع العاملين في المؤسسة، حيث أن الجودة هي مسؤولية الجميع، وكذلك إدارة المخاطر.

رابعاً: الاعتماد على البيانات - تعتمد كل من إدارة الجودة الشاملة وإدارة المخاطر على جمع وتحليل البيانات لدعم القرارات وتقييم الأداء.

وقد أظهرت دراسة Fadhel & Alqurs (2025) أن إدارة الجودة الشاملة تلعب دوراً وسيطاً في العلاقة بين القيادة الاستراتيجية والسلامة المهنية في المستشفيات، حيث تعزز إدارة الجودة الشاملة تأثير القيادة الاستراتيجية من خلال تعزيز الكفاءات التشغيلية وتوحيد بروتوكولات السلامة.

وتشير دراسة Mendes & França (2025) إلى أن التفكير الرشيق (وهو أحد تطبيقات إدارة الجودة الشاملة) يمكن أن يسهم في إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية، من خلال تحسين كفاءة العمليات وتقليل الهدر والأخطاء.

تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

تشير الأدبيات إلى أن إدارة الجودة الشاملة تُعد من الركائز الأساسية لضمان سلامة المرضى وتحسين جودة الخدمات في المؤسسات الصحية. فقد أشارت دراسة Al-Awa et al. (2019) إلى أن تطبيق برامج الجودة يسهم في تحسين التنسيق بين الأقسام وتقليل الهدر في الموارد، مما يؤدي إلى تحسين الكفاءة التشغيلية.

كما أشارت دراسة الزهراني (2020) إلى أن مستوى تطبيق ممارسات إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة أعلى منه في المستشفيات الحكومية، وأن هناك علاقة إيجابية بين تطبيق هذه الممارسات وجودة الخدمات الصحية.

وتؤكد الأدبيات أن نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية يتطلب التزام القيادة العليا، وتدريب الموظفين، وتبني ثقافة الجودة، واستخدام الأدوات الإحصائية في تحليل العمليات وقياس الأداء.

ثالثاً: نظرية الوكالة (Agency Theory)

تُستخدم نظرية الوكالة كإطار نظري مكمل لفهم العلاقة بين إدارة المخاطر وتحسين الكفاءة التشغيلية، خاصة فيما يتعلق بدور أنظمة الرقابة الداخلية في تقليل عدم تناسق المعلومات وتعزيز المساءلة المالية (Tetteh et al., 2023).

تعريف نظرية الوكالة

تفترض نظرية الوكالة وجود علاقة بين طرفين: الأصيل (المالك أو المدير) والوكيل (الموظف أو المدير التنفيذي)، حيث يسعى كل طرف إلى تعظيم مصلحته الخاصة، مما قد يؤدي إلى تعارض المصالح وعدم كفاءة الأداء. وفي سياق المستشفيات الخاصة، يمثل الإداريون والمستثمرون الأصيل، بينما يمثل الأطباء والمرضى والإداريون الوكلاء.

وتشير النظرية إلى أن عدم تناسق المعلومات بين الأصل والوكيل يمكن أن يؤدي إلى مشكلتين رئيسيتين:

1. **اختيار عكسي (Adverse Selection):** حيث لا يمتلك الأصل معلومات كافية لتقييم قدرات

الوكيل قبل التعاقد معه، مما قد يؤدي إلى اختيار وكيل غير مناسب.

2. **خطر أخلاقي (Moral Hazard):** حيث قد يتصرف الوكيل بطريقة غير مسؤولة أو غير

أخلاقية بعد التعاقد معه، خاصة إذا كانت عواقب هذه التصرفات لا تقع عليه بالكامل.

تطبيق نظرية الوكالة في المؤسسات الصحية

تشير الأدبيات إلى أن نظرية الوكالة يمكن أن تفسر العديد من الظواهر في المؤسسات الصحية، مثل:

أولاً: **مشكلة الوكيل المتعدد (Multiple Agency Problem):** حيث توجد علاقات وكالة متعددة

في المؤسسات الصحية بين الأصل والوكلاء المختلفين (الأطباء، الممرضون، الإداريون، الفنيون)، مما يزيد من تعقيد الرقابة والإدارة.

ثانياً: **عدم تناسق المعلومات بين الأطباء والإداريين:** حيث يمتلك الأطباء معلومات سريرية متخصصة

لا يمتلكها الإداريون، مما قد يؤدي إلى قرارات غير مثالية من الناحية التشغيلية.

ثالثاً: **تعارض المصالح بين المصالح المالية والسريية:** حيث قد يسعى الأطباء إلى تحقيق مصالحهم

المالية أو المهنية على حساب كفاءة العمليات التشغيلية أو جودة الرعاية.

دور إدارة المخاطر في معالجة مشكلات الوكالة

تشير نظرية الوكالة إلى أن تطبيق أنظمة رقابية فعالة، بما في ذلك أنظمة إدارة المخاطر والرقابة

الداخلية، يساهم في تقليل عدم تناسق المعلومات بين الأصل والوكيل، ومواءمة مصالحهما، مما ينعكس

إيجاباً على كفاءة الأداء التشغيلي والمالي (Tetteh et al., 2023).

وتتجلى آليات معالجة مشكلات الوكالة من خلال إدارة المخاطر في:

1. **تحسين الشفافية:** من خلال توفير معلومات دقيقة وشاملة عن أداء المؤسسة والمخاطر التي

تواجهها.

2. تعزيز المساءلة: من خلال تحديد مسؤوليات الوكلاء بوضوح، وربط المكافآت بالأداء، وتطبيق عقوبات على الإخفاق في إدارة المخاطر.
3. تطوير أنظمة الرقابة الداخلية: من خلال تطبيق إجراءات رقابية تمنع أو تكشف الأخطاء والمخالفات.
4. مواءمة الحوافز: من خلال تصميم أنظمة حوافز تشجع الوكلاء على التصرف بما يحقق مصلحة المؤسسة، وليس مصلحتهم الشخصية فقط.

وقد أظهرت دراسة Tetteh et al. (2023) في القطاع الصحي الخاص في المملكة العربية السعودية أن تطبيق أنظمة الرقابة الداخلية يساهم في تحسين المساءلة المالية والأداء المالي للمستشفيات الخاصة، مما يؤكد أهمية نظرية الوكالة في تفسير العلاقة بين إدارة المخاطر والأداء التشغيلي.

النموذج النظري المتكامل للدراسة

بناءً على الأطر النظرية السابقة (نظرية إدارة المخاطر المؤسسية، ونظرية إدارة الجودة الشاملة، ونظرية الوكالة)، يمكن صياغة نموذج نظري متكامل يفسر العلاقة بين ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة.

مكونات النموذج النظري

يتكون النموذج النظري لهذه الدراسة من ثلاثة مكونات رئيسية:

المكون الأول: المتغير المستقل - ممارسات إدارة المخاطر

يشمل هذا المتغير أربعة أبعاد رئيسية:

1. تحديد المخاطر: عملية منهجية لتحديد جميع المخاطر المحتملة التي قد تواجه المؤسسة.
2. تحليل وتقييم المخاطر: تقدير احتمالية حدوث المخاطر وحجم تأثيرها المحتمل، وتصنيفها وفقاً لأولوياتها.
3. الاستجابة للمخاطر: تطوير وتنفيذ استراتيجيات للتعامل مع المخاطر المحددة.

4. المتابعة والرقابة: مراقبة فاعلية استراتيجيات الاستجابة للمخاطر بشكل مستمر، وإجراء التعديلات اللازمة.

المكون الثاني: المتغير التابع – الكفاءة التشغيلية

يشمل هذا المتغير أربعة أبعاد رئيسية:

1. كفاءة استخدام الموارد: الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمادية والمالية، وتقليل الهدر والإسراف.
2. تقليل الأخطاء التشغيلية: تقليل الأخطاء الطبية والإدارية، وتحسين سلامة المرضى.
3. جودة الخدمات الصحية: تحسين نتائج العلاج، وزيادة رضا المرضى، والالتزام بمعايير الجودة والاعتماد.
4. سرعة تقديم الخدمة: تقليل أوقات الانتظار، وتسريع عمليات التشخيص والعلاج، وتحسين تدفق العمل.

المكون الثالث: الأطر النظرية المفسرة

تفسر العلاقة بين المتغيرين من خلال ثلاثة أطر نظرية:

1. نظرية إدارة المخاطر المؤسسية: تشرح كيف يسهم التطبيق المنهجي لإدارة المخاطر في تحسين الأداء التنظيمي.
2. نظرية إدارة الجودة الشاملة: تشرح كيف يسهم التحسين المستمر للعمليات في تقليل الأخطاء وتحسين الكفاءة.
3. نظرية الوكالة: تشرح دور أنظمة الرقابة الداخلية في تقليل عدم تناسق المعلومات وتعزيز المساءلة.

آلية التأثير في النموذج النظري

يمكن توضيح آلية تأثير ممارسات إدارة المخاطر في الكفاءة التشغيلية من خلال المسارات التالية:

المسار الأول: تحسين العمليات التشغيلية

- يؤدي تحديد المخاطر إلى التعرف المبكر على المشكلات المحتملة التي قد تعيق الأداء التشغيلي.
- يؤدي تحليل وتقييم المخاطر إلى توجيه الموارد نحو المجالات الأكثر تأثيرًا على الكفاءة التشغيلية.
- تؤدي الاستجابة للمخاطر إلى تطوير وتنفيذ إجراءات وقائية وعلاجية تحسن كفاءة العمليات.
- تؤدي المتابعة والرقابة إلى ضمان استمرارية فاعلية هذه الإجراءات، وتوفير تغذية راجعة للتحسين المستمر.

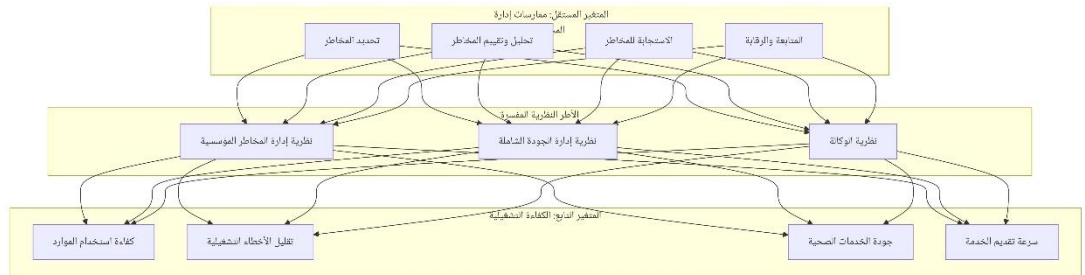
المسار الثاني: تعزيز ثقافة الجودة والسلامة

- يساهم تطبيق ممارسات إدارة المخاطر في تعزيز ثقافة الجودة والسلامة في المؤسسة.
- تدفع هذه الثقافة العاملين إلى الالتزام بمعايير الجودة والسلامة، وتشجعهم على الإبلاغ عن المخاطر والأخطاء.
- يؤدي تحسين ثقافة الجودة والسلامة إلى تقليل الأخطاء التشغيلية وتحسين جودة الخدمات.

المسار الثالث: تحسين الشفافية والمساءلة

- يساهم تطبيق ممارسات إدارة المخاطر في تحسين الشفافية في العمليات التشغيلية.
- تؤدي الشفافية إلى تعزيز المساءلة لدى جميع العاملين في المؤسسة.
- يؤدي تحسين الشفافية والمساءلة إلى تحسين كفاءة استخدام الموارد وتقليل الهدر.

المخطط التوضيحي للنموذج النظري



فروض النموذج النظري

بناءً على النموذج النظري المتكامل، ي

مكن صياغة الفروض التالية:

الفرضية الرئيسية:

- H_1 : يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لممارسات إدارة المخاطر على الكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية.

الفرضيات الفرعية:

- H_{1-1} : توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسات إدارة المخاطر وتقليل الأخطاء التشغيلية.
- H_{1-2} : توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسات إدارة المخاطر وكفاءة استخدام الموارد.
- H_{1-3} : توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسات إدارة المخاطر وتحسين جودة الخدمات الصحية.
- H_{1-4} : توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسات إدارة المخاطر وسرعة تقديم الخدمات الصحية.

الفروق بين النموذج الحالي والنماذج السابقة

يتميز النموذج النظري للدراسة الحالية عن النماذج السابقة في عدة جوانب:

1. **التكامل بين النظريات**: يجمع النموذج بين ثلاث نظريات إدارية (إدارة المخاطر المؤسسية، وإدارة الجودة الشاملة، ونظرية الوكالة) في إطار متكامل، بينما اعتمدت الدراسات السابقة على نظرية واحدة أو إطار محدود.

2. تعدد أبعاد المتغيرات: يتناول النموذج أربعة أبعاد لكل من المتغير المستقل والمتغير التابع، مما يوفر تحليلاً أكثر تفصيلاً ودقة للعلاقة بينهما.
3. التركيز على القطاع الخاص: يركز النموذج على الخصائص الخاصة للمستشفيات الخاصة، مثل الضغوط التنافسية والاقتصادية، وعلاقات الوكالة المعقدة.
4. الملاءمة للسياق السعودي: يأخذ النموذج في الاعتبار الخصائص التنظيمية والثقافية للبيئة السعودية، مثل متطلبات الاعتماد المؤسسي، ورؤية 2030، وتحديات القطاع الخاص.

الخلاصة

قدم هذا الفصل استعراضاً شاملاً ومنهجياً للأدبيات العلمية والدراسات السابقة التي تناولت إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية في القطاع الصحي، بالإضافة إلى عرض الإطار النظري المتكامل الذي تستند إليه الدراسة الحالية.

أظهرت المراجعة المنهجية للأدبيات أن إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية تطورت بشكل ملحوظ خلال العقود الأخيرة، وأصبحت ضرورة استراتيجية لضمان سلامة المرضى وجودة الخدمات والكفاءة التشغيلية. كما أظهرت أن الكفاءة التشغيلية تعد مؤشراً أساسياً لنجاح المؤسسات الصحية، خاصة في القطاع الخاص الذي يواجه ضغوطاً تنافسية واقتصادية متزايدة.

كما كشف التحليل النقدي للدراسات السابقة عن وجود فجوات بحثية مهمة، تتمثل في قلة الدراسات الكمية التي تناولت العلاقة المباشرة بين إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية في القطاع الصحي الخاص، وغياب التركيز على البيئة السعودية، واعتماد معظم الدراسات على إطار نظري محدود.

وتسعى الدراسة الحالية إلى معالجة هذه الفجوات من خلال تقديم دراسة كمية دقيقة في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية، باستخدام إطار نظري متكامل يجمع بين نظرية إدارة المخاطر المؤسسية، ونظرية إدارة الجودة الشاملة، ونظرية الوكالة.

ويفترض النموذج النظري للدراسة أن ممارسات إدارة المخاطر (تحديد المخاطر، تحليلها وتقييمها، الاستجابة لها، المتابعة والرقابة) تؤثر إيجاباً على الكفاءة التشغيلية (كفاءة استخدام الموارد، تقليل الأخطاء

التشغيلية، جودة الخدمات الصحية، سرعة تقديم الخدمة)، وأن هذه العلاقة تفسر من خلال الأطر النظرية الثلاثة.

الفصل الثالث: منهجية الدراسة

مقدمة

تعد منهجية البحث العلمي الركيزة الأساسية التي تضمن دقة وموضوعية النتائج التي تتوصل إليها أي دراسة، حيث تمثل الإطار المنهجي الذي يوجه الباحث في جميع مراحل البحث، بدءًا من تحديد المشكلة وصولاً إلى تحليل البيانات واستخلاص النتائج. وفي هذا السياق، يهدف هذا الفصل إلى تقديم وصف تفصيلي وشامل للمنهجية التي اعتمدتها هذه الدراسة في تحليل أثر ممارسات إدارة المخاطر على الكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية.

وتكمن أهمية هذا الفصل في كونه يوضح للقارئ الإجراءات المنهجية التي اتبعتها الباحثة لضمان صحة وموثوقية النتائج، وتمكين الباحثين الآخرين من إعادة إجراء الدراسة أو تطبيقها في سياقات مختلفة. ويتضمن هذا الفصل وصفًا دقيقًا لتصميم البحث، ومجتمع الدراسة وعينتها، وأداة جمع البيانات، وإجراءات جمع البيانات، والأساليب الإحصائية المستخدمة في التحليل، بالإضافة إلى حدود الدراسة.

وقد تم اختيار المنهجية المتبعة في هذه الدراسة بعناية لتتناسب مع طبيعة الموضوع وأهدافه، ولتضمن تحقيق أعلى مستويات الدقة والموضوعية في النتائج. وتعتمد الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي كمنهج رئيسي، مع استخدام الأسلوب الكمي في جمع وتحليل البيانات، مما يتيح قياس العلاقة بين متغيرات الدراسة بشكل دقيق واختبار الفرضيات إحصائيًا.

وينقسم هذا الفصل إلى عدة محاور رئيسية، يتناول أولها تصميم البحث من حيث نوعه ومنهجه وأسلوبه، ثم مجتمع الدراسة وعينتها وخصائصها، ثم أداة جمع البيانات ومراحل بنائها، ثم إجراءات جمع البيانات، ثم حدود الدراسة، وأخيرًا الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات.

تصميم البحث

يعتبر تصميم البحث من العناصر الأساسية في أي دراسة علمية، حيث يحدد الإطار العام الذي ستسير فيه الدراسة والإجراءات التي سيتبناها الباحث للإجابة عن تساؤلات البحث واختبار فروضه. وقد تم اختيار التصميم المناسب لهذه الدراسة بناءً على طبيعة الموضوع وأهدافه، مع مراعاة العوامل العملية والزمنية والموارد المتاحة.

نوع الدراسة

تُصنف هذه الدراسة ضمن **الدراسات التطبيقية**، حيث لا تقتصر على الجانب النظري، بل تهدف إلى تطبيق المفاهيم والنماذج النظرية في بيئة واقعية، وهي المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية، وذلك بهدف الوصول إلى نتائج عملية يمكن الاستفادة منها في تحسين الأداء المؤسسي. وتتميز الدراسات التطبيقية بقدرتها على تقديم حلول عملية للمشكلات الواقعية، مما يعزز القيمة المضافة للبحث العلمي في المجال الإداري.

وتتدرج هذه الدراسة تحت **البحث الكمي**، حيث يتم جمع البيانات من خلال أداة الاستبيان، وتحليلها باستخدام الأساليب الإحصائية الكمية، وذلك بهدف اختبار الفرضيات والتحقق من وجود علاقات ذات دلالة إحصائية بين متغيرات الدراسة. ويتميز المنهج الكمي بقدرته على تقديم نتائج قابلة للتعميم، وإمكانية التحكم في المتغيرات الدخيلة، وتوفير أدلة إحصائية دقيقة تدعم القرارات والتوصيات.

المنهج المستخدم

تعتمد هذه الدراسة على **المنهج الوصفي التحليلي** كمنهج رئيسي، والذي يُعد من أكثر المناهج استخدامًا في الدراسات الإدارية والتطبيقية، نظرًا لقدرته على وصف الظواهر كما هي في الواقع، وتحليل العلاقات بين المتغيرات المختلفة بطريقة منهجية وعلمية.

ويتضمن المنهج الوصفي التحليلي في هذه الدراسة جانبين رئيسيين:

الجانب الوصفي: يهدف إلى وصف خصائص عينة الدراسة من حيث المتغيرات الديموغرافية (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي)، ووصف مستوى تطبيق ممارسات إدارة المخاطر في المستشفيات الخاصة، ووصف مستوى الكفاءة التشغيلية فيها، وذلك من خلال حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتحديد الاتجاهات العامة في استجابات المشاركين.

الجانب التحليلي: يهدف إلى تحليل العلاقة بين ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية، واختبار الفرضيات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة مثل معامل الارتباط وتحليل الانحدار، وذلك لتحديد قوة واتجاه العلاقة بين المتغيرين، وقياس مدى تأثير ممارسات إدارة المخاطر في تحسين الكفاءة التشغيلية.

التصميم الزمني للدراسة

تعتمد الدراسة على **التصميم المقطعي**، حيث يتم جمع البيانات في فترة زمنية محددة من عينة الدراسة، دون تتبع التغيرات عبر الزمن. ويُعد هذا التصميم مناسباً لدراسة العلاقات بين المتغيرات في نقطة زمنية معينة، خاصة في الدراسات التي تعتمد على الاستبيانات كأداة رئيسية لجمع البيانات.

ويتميز التصميم المقطعي بعدة مزايا، منها: توفير الوقت والجهد والتكلفة مقارنة بالتصاميم الطولية التي تتطلب متابعة العينة على مدى فترة زمنية طويلة، وسهولة تنفيذه، وقدرته على توفير صورة شاملة عن الظاهرة المدروسة في وقت محدد. ومع ذلك، يجب الإشارة إلى أن التصميم المقطعي لا يسمح بدراسة العلاقات السببية بشكل قاطع، بل يقدم دليلاً على وجود علاقة ارتباطية بين المتغيرات.

مخطط تصميم البحث

يمكن توضيح تصميم البحث من خلال المخطط التالي:

تحديد مشكلة الدراسة

مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة

بناء الإطار النظري

تحديد المنهجية

تصميم أداة الدراسة

توزيع الاستبيان على العينة

جمع البيانات

تحليل البيانات إحصائياً

تفسير النتائج

استخلاص التوصيات

مبررات اختيار التصميم

تم اختيار هذا التصميم لعدة مبررات:

1. **طبيعة الموضوع:** يتعلق موضوع الدراسة بتحليل العلاقة بين ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية، وهو موضوع يمكن دراسته بشكل فعال من خلال المنهج الكمي الذي يسمح بقياس هذه العلاقة بدقة.
2. **أهداف الدراسة:** تهدف الدراسة إلى قياس مستوى المتغيرين وتحليل العلاقة بينهما، وهذه الأهداف تتناسب مع المنهج الوصفي التحليلي والتصميم المقطعي.
3. **الإمكانات المتاحة:** يتناسب التصميم المقطعي مع الإمكانيات الزمنية والمالية والبشرية المتاحة للباحث، حيث يمكن تنفيذه في فترة زمنية معقولة وبتكلفة مناسبة.
4. **تعميم النتائج:** يسمح المنهج الكمي بتعميم النتائج على مجتمع الدراسة، خاصة عند اختيار عينة تمثيلية وحجم عينة مناسب.
5. **الدقة العلمية:** يوفر المنهج الكمي أدلة إحصائية دقيقة تدعم النتائج والتوصيات، مما يعزز القيمة العلمية للدراسة.

مجتمع الدراسة

يُعد مجتمع الدراسة من العناصر الأساسية في أي بحث علمي، حيث يمثل المجموعة الكلية من الأفراد أو الوحدات التي تمتلك الخصائص المطلوبة للدراسة، والتي يرغب الباحث في تعميم نتائج الدراسة عليها. وقد تم تحديد مجتمع هذه الدراسة بعناية ليتناسب مع أهدافها وطبيعتها.

تعريف مجتمع الدراسة

يتكون **مجتمع الدراسة** من جميع العاملين في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية، ويشمل ذلك الأطباء، والممرضين، والإداريين، والفنيين، نظرًا لدورهم المباشر في تنفيذ العمليات التشغيلية داخل المؤسسة الصحية، وتأثرهم بتطبيق ممارسات إدارة المخاطر.

وقد تم اختيار هذا المجتمع لعدة أسباب:

1. **الملاءمة الموضوعية:** يمثل العاملون في المستشفيات الخاصة المصدر الأكثر ملاءمة للحصول على معلومات دقيقة حول ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية، حيث أنهم المشاركون الفعليون في هذه العمليات.
2. **التنوع المعرفي:** يشمل مجتمع الدراسة فئات وظيفية متعددة (أطباء، ممرضون، إداريون، فنيون)، مما يوفر تنوعاً في وجهات النظر والخبرات، ويسهم في الحصول على صورة شاملة عن الظاهرة المدروسة.
3. **الملاءمة الجغرافية:** يقتصر المجتمع على المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية، مما يعكس خصوصية البيئة التنظيمية والتشريعية في هذا القطاع، ويجعل النتائج قابلة للتطبيق في السياق السعودي.
4. **النمو المتسارع:** يشهد القطاع الصحي الخاص في المملكة نمواً متسارعاً في إطار رؤية 2030، مما يزيد من أهمية دراسة هذا المجتمع واستخلاص نتائج تفيد في تطوير أدائه.

خصائص مجتمع الدراسة

يتسم مجتمع الدراسة بعدة خصائص رئيسية:

الخاصية	الوصف
النوع	عاملون في المستشفيات الخاصة (أطباء، ممرضون، إداريون، فنيون)
المجال	القطاع الصحي الخاص في المملكة العربية السعودية
الموقع	مناطق المملكة العربية السعودية المختلفة
الخبرات	مستويات خبرة متنوعة (مبتدئ، متوسط، خبير)
المؤهلات	مؤهلات علمية متنوعة (دبلوم، بكالوريوس، ماجستير، دكتوراه)

تحديات مجتمع الدراسة

يواجه مجتمع الدراسة بعض التحديات التي يجب مراعاتها عند اختيار العينة وجمع البيانات:

1. **التوزيع الجغرافي:** تنتشر المستشفيات الخاصة في مختلف مناطق المملكة، مما قد يمثل تحديًا في الوصول إلى جميع أفراد المجتمع.
2. **التباين في الحجم:** تختلف المستشفيات الخاصة في حجمها (صغيرة، متوسطة، كبيرة)، مما قد يؤثر على مستوى تطبيق ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية.
3. **التباين في التخصص:** تختلف المستشفيات الخاصة في تخصصاتها (عامة، تخصصية، متخصصة)، مما قد يؤثر على طبيعة المخاطر والعمليات التشغيلية.
4. **ضغوط العمل:** قد يواجه العاملون في المستشفيات الخاصة ضغوط عمل عالية، مما قد يؤثر على استعدادهم للمشاركة في الدراسة أو دقة استجاباتهم.

عينة الدراسة

نظرًا لصعوبة دراسة مجتمع الدراسة بالكامل، تم اختيار عينة ممثلة منه باستخدام أسلوب العينة العشوائية الطبقية، حيث يتم تقسيم المجتمع إلى طبقات وفقًا للفئة الوظيفية (أطباء، ممرضون، إداريون، فنيون)، ثم يتم اختيار عينة عشوائية من كل طبقة. ويُعد هذا الأسلوب من أكثر الأساليب دقة، حيث يضمن تمثيل جميع الفئات داخل المجتمع، ويقلل من احتمالية التحيز في اختيار العينة.

خصائص العينة

تتميز عينة الدراسة بالخصائص التالية:

1. **التمثيل الوظيفي:** تشمل العينة جميع الفئات الوظيفية العاملة في المستشفيات الخاصة (أطباء، ممرضون، إداريون، فنيون)، بنسب تعكس توزيع هذه الفئات في المجتمع.
2. **التمثيل الجغرافي:** تشمل العينة مستشفيات خاصة في مختلف مناطق المملكة العربية السعودية، مع مراعاة التوزيع السكاني والخدمات.

3. **التمثيل الحجمي:** تشمل العينة مستشفيات خاصة ذات أحجام مختلفة (صغيرة، متوسطة، كبيرة)، لضمان تمثيل واقعي لمجتمع الدراسة.
4. **التنوع في الخبرات:** تشمل العينة عاملين بمستويات خبرة متنوعة (مبتدئين، متوسطي الخبرة، خبراء)، مما يوفر تنوعاً في وجهات النظر.
5. **التنوع في المؤهلات:** تشمل العينة عاملين بمؤهلات علمية متنوعة (دبلوم، بكالوريوس، ماجستير، دكتوراه).

تحديد حجم العينة

- يُعد تحديد حجم العينة من الخطوات المهمة في أي دراسة، حيث يؤثر حجم العينة بشكل مباشر على دقة النتائج وقابليتها للتعميم. وقد تم تحديد حجم العينة في هذه الدراسة بناءً على عدة اعتبارات:
1. **حجم المجتمع:** نظراً لكبر حجم مجتمع الدراسة (العاملين في المستشفيات الخاصة في المملكة)، تم تحديد حجم عينة مناسب يمثل المجتمع تمثيلاً جيداً.
 2. **الدقة الإحصائية:** تم اختيار حجم عينة يضمن تحقيق مستوى مقبول من الدقة الإحصائية، مع مراعاة مستوى الثقة وهامش الخطأ المقبول.
 3. **الدراسات السابقة:** تم الاستناد إلى حجم العينات المستخدمة في دراسات مشابهة، والتي تراوحت بين 150 و 300 مشارك.
 4. **الإمكانات المتاحة:** تم مراعاة الإمكانيات الزمنية والمالية والبشرية المتاحة للباحث في تحديد حجم العينة.

وبناءً على هذه الاعتبارات، تم تحديد حجم العينة ليكون بين 200 و 300 مشارك، وهو حجم مناسب لإجراء التحليل الإحصائي واختبار الفرضيات، ويحقق درجة مقبولة من التعميم الإحصائي.

طريقة اختيار العينة

تم اختيار عينة الدراسة باستخدام **العينة العشوائية الطبقية متعددة المراحل**، وذلك وفق الخطوات التالية:

المرحلة الأولى: تقسيم المجتمع إلى طبقات

تم تقسيم مجتمع الدراسة إلى أربع طبقات رئيسية وفقاً للفئة الوظيفية:

- الطبقة الأولى: الأطباء
- الطبقة الثانية: الممرضون
- الطبقة الثالثة: الإداريون
- الطبقة الرابعة: الفنيون

المرحلة الثانية: تحديد نسب كل طبقة

تم تحديد نسب كل طبقة في المجتمع بناءً على البيانات المتاحة حول توزيع العاملين في المستشفيات الخاصة، مع مراعاة الاختلافات بين المستشفيات في توزيع الفئات الوظيفية.

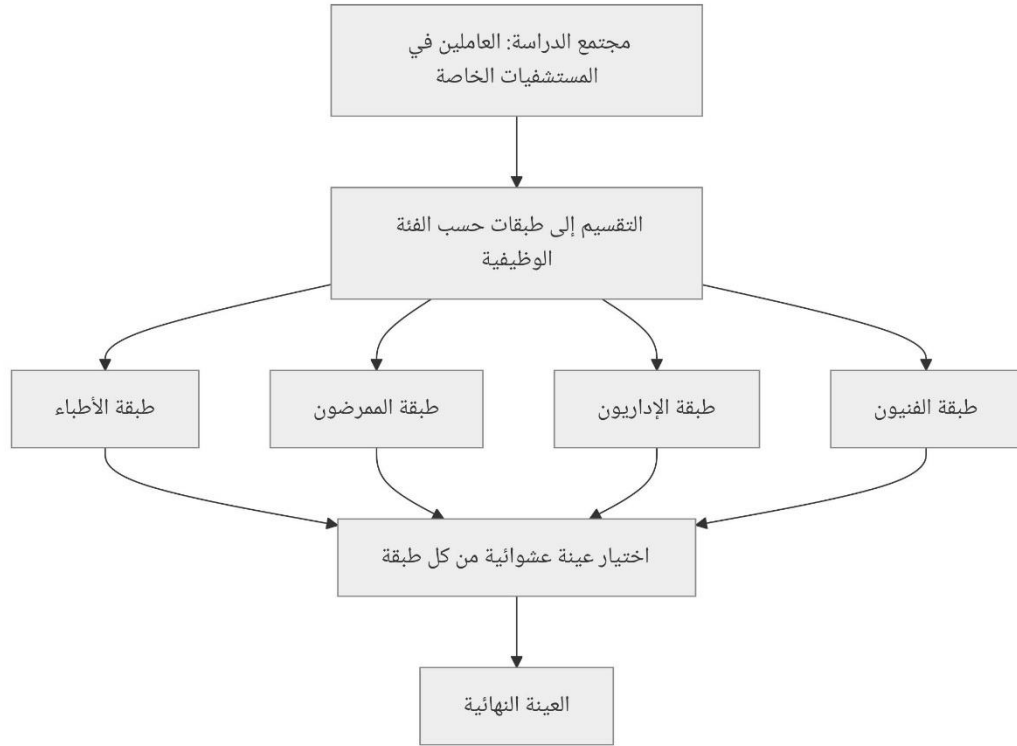
المرحلة الثالثة: اختيار المستشفيات

تم اختيار مجموعة من المستشفيات الخاصة في مختلف مناطق المملكة، مع مراعاة تنوعها من حيث الحجم والتخصص والموقع الجغرافي.

المرحلة الرابعة: اختيار المشاركين

تم اختيار المشاركين من كل مستشفى بشكل عشوائي من كل فئة وظيفية، مع مراعاة تمثيل جميع الفئات بنسب مناسبة.

مخطط اختيار العينة



شروط استبعاد المشاركين

تم وضع مجموعة من الشروط لاستبعاد بعض المشاركين من العينة، وذلك لضمان دقة البيانات وجودتها:

1. **نقص البيانات:** استبعاد الاستبيانات التي تحتوي على نقص كبير في البيانات (أكثر من 10% من البنود غير المجاب عنها).
2. **التطابق في الإجابات:** استبعاد الاستبيانات التي تظهر نمطاً متطابقاً في الإجابات (جميع الإجابات متطابقة)، مما يشير إلى عدم الاهتمام بالإجابة بدقة.
3. **عدم الملاءمة:** استبعاد الاستبيانات المقدمة من مشاركين لا تنطبق عليهم شروط المشاركة (مثل غير العاملين في المستشفيات الخاصة).
4. **الفترة الزمنية:** استبعاد الاستبيانات التي تم استلامها بعد انتهاء فترة جمع البيانات المحددة.

أداة جمع البيانات

تعتمد هذه الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات، نظرًا لملاءمته لطبيعة الدراسة الكمية، وقدرته على جمع بيانات من عدد كبير من المشاركين في وقت قصير، وتكلفته المنخفضة مقارنة بأساليب جمع البيانات الأخرى، وسهولة تحليل بياناته إحصائيًا.

مبررات اختيار الاستبيان

تم اختيار الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات لعدة مبررات:

1. **الملاءمة للدراسة الكمية:** يتناسب الاستبيان مع المنهج الكمي الذي تعتمده الدراسة، حيث يسمح بجمع بيانات قابلة للتحليل الإحصائي.
2. **الاتساع في التغطية:** يسمح الاستبيان بجمع بيانات من عدد كبير من المشاركين في وقت قصير، مما يسهم في الحصول على عينة تمثيلية.
3. **الموضوعية:** يقلل الاستبيان من تأثير الباحث على استجابات المشاركين، مما يعزز موضوعية النتائج.
4. **سهولة التحليل:** يمكن تحليل بيانات الاستبيان بسهولة باستخدام البرامج الإحصائية مثل SPSS.
5. **التكلفة المنخفضة:** يعتبر الاستبيان من أقل أدوات جمع البيانات تكلفة مقارنة بالمقابلات والتجارب.
6. **إمكانية التطبيق الإلكتروني:** يمكن تطبيق الاستبيان إلكترونيًا عبر منصات مثل Google Forms، مما يسهل عملية جمع البيانات ويوسع نطاق التغطية.

بناء أداة الدراسة

تم بناء أداة الدراسة (الاستبيان) بالاعتماد على الأدبيات العلمية والدراسات السابقة في مجال إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية، مع إجراء التعديلات اللازمة لتناسب البيئة الصحية في المملكة العربية السعودية. وقد مر بناء الأداة بعدة مراحل:

المرحلة الأولى: مراجعة الأدبيات

تم مراجعة الأدبيات العلمية والدراسات السابقة التي تناولت إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية، بهدف تحديد الأبعاد والمؤشرات المناسبة لقياس هذه المتغيرات. وقد تم الاستناد إلى عدة مصادر رئيسية:

- دراسة Oumghar & Izza (2024) حول ممارسات إدارة المخاطر في المستشفيات العامة.
- دراسة lo Storto (2025) حول تقييم كفاءة المرافق الصحية الخاصة.
- دراسة Bromiley et al. (2015) حول إدارة المخاطر المؤسسية والأداء التنظيمي.
- إطار ISO 31000:2018 لإدارة المخاطر.

المرحلة الثانية: تحديد أبعاد المتغيرات

بناءً على مراجعة الأدبيات، تم تحديد الأبعاد التالية لكل متغير:

أبعاد ممارسات إدارة المخاطر (المتغير المستقل):

1. تحديد المخاطر
2. تحليل وتقييم المخاطر
3. الاستجابة للمخاطر
4. المتابعة والرقابة

أبعاد الكفاءة التشغيلية (المتغير التابع):

1. كفاءة استخدام الموارد
2. تقليل الأخطاء التشغيلية
3. جودة الخدمات الصحية
4. سرعة تقديم الخدمة

المرحلة الثالثة: صياغة البنود

تم صياغة البنود التي تقيس كل بعد من أبعاد المتغيرين، مع مراعاة:

- **الوضوح:** صياغة البنود بلغة واضحة ومفهومة.
- **الشمولية:** تغطية جميع جوانب كل بعد.
- **الملاءمة:** ملاءمة البنود للبيئة الصحية السعودية.
- **الإيجاز:** تجنب الإطالة في صياغة البنود.

المرحلة الرابعة: التحقق من الصدق الظاهري

تم عرض الاستبيان على مجموعة من المحكمين المختصين في مجال الإدارة الصحية وإدارة المخاطر، بهدف التحقق من:

- ملاءمة البنود للأبعاد التي تقيسها.
- وضوح صياغة البنود.
- شمولية البنود لجوانب المتغيرات.
- ملاءمة الاستبيان للبيئة السعودية.

وقد تم تعديل الاستبيان بناءً على ملاحظات المحكمين، حيث تم حذف بعض البنود، وتعديل صياغة البعض الآخر، وإضافة بنود جديدة.

المرحلة الخامسة: التحقق من الصدق والثبات

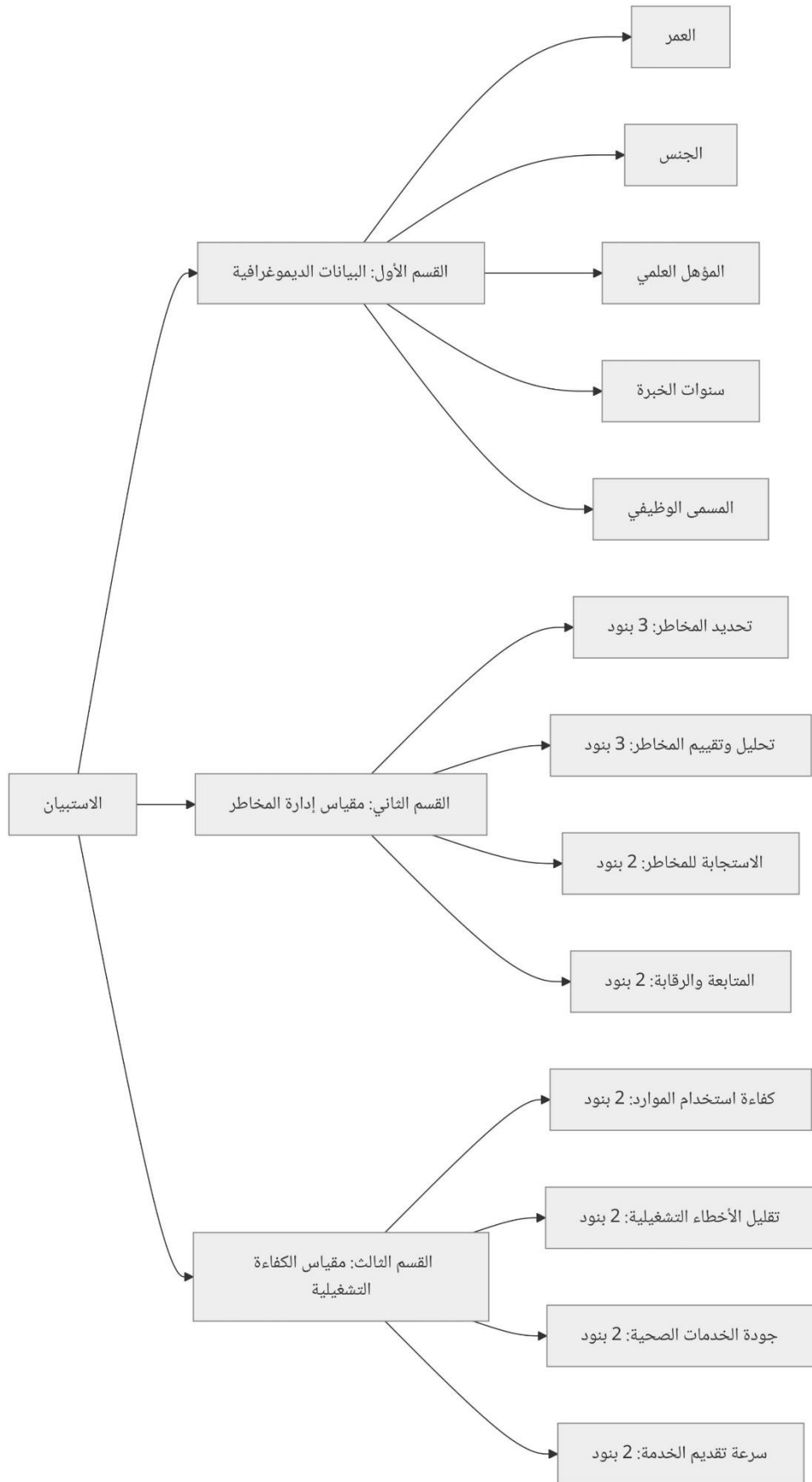
تم التحقق من صدق وثبات الأداة من خلال:

صدق المحتوى (Content Validity): من خلال عرض الأداة على المحكمين للتأكد من أن البنود تمثل جميع جوانب المتغيرات المقاسة.

ثبات الأداة (Reliability): من خلال إجراء دراسة استطلاعية على عينة صغيرة (30 مشاركًا) وحساب معامل كرونباخ ألفا للتأكد من اتساق البنود الداخلي. ويعتبر معامل كرونباخ ألفا مقبولاً إذا تجاوز 0.70، وجيداً إذا تجاوز 0.80، وممتازاً إذا تجاوز 0.90.

وصف أداة الدراسة

يتكون الاستبيان من ثلاثة أقسام رئيسية، كما هو موضح في الجدول التالي:



القسم الأول: البيانات الديموغرافية

يهدف هذا القسم إلى جمع معلومات عن المشاركين، وتشمل:

المتغير	نوع المتغير	الخيارات
الجنس	فئوي (ثنائي)	ذكر / أنثى
العمر	فئوي (متعدد)	أقل من 25 سنة / 25-35 سنة / 36-45 سنة / 46-55 سنة / أكثر من 55 سنة
المؤهل العلمي	فئوي (متعدد)	دبلوم / بكالوريوس / ماجستير / دكتوراه
سنوات الخبرة	فئوي (متعدد)	أقل من 5 سنوات / 5-10 سنوات / 11-15 سنة / أكثر من 15 سنة
المسمى الوظيفي	فئوي (متعدد)	طبيب / ممرض / إداري / فني

وتساعد هذه البيانات في:

- وصف خصائص عينة الدراسة.
- تحليل الفروق بين المجموعات المختلفة.
- التأكد من تمثيل العينة لمجتمع الدراسة.

القسم الثاني: مقياس ممارسات إدارة المخاطر

يهدف هذا القسم إلى قياس مستوى تطبيق ممارسات إدارة المخاطر في المستشفيات الخاصة، ويتكون من 10 بنود موزعة على الأبعاد الأربعة التالية:

البعد الأول: تحديد المخاطر (3 بنود)

- يتم تحديد المخاطر المحتملة بشكل منهجي ومنتظم في المستشفى.
- يتم استخدام مصادر متعددة لتحديد المخاطر (تقارير الحوادث، شكاوى المرضى، تقارير التدقيق).
- يتم تحديث قائمة المخاطر بشكل دوري لمواكبة التغيرات في بيئة العمل.

البعد الثاني: تحليل وتقييم المخاطر (3 بنود)

- يتم تحليل المخاطر المحددة لتقدير احتمالية حدوثها وحجم تأثيرها.
- يتم استخدام أدوات تحليلية مناسبة لتقييم المخاطر (مصفوفات المخاطر، تحليل السبب الجذري).
- يتم تصنيف المخاطر حسب أولوياتها لتوجيه الموارد نحو المجالات الأكثر أهمية.

البعد الثالث: الاستجابة للمخاطر (2 بنود)

- يتم تطوير استراتيجيات مناسبة للتعامل مع المخاطر المحددة (تجنب، تخفيف، نقل، قبول).
- يتم تنفيذ خطط الاستجابة للمخاطر بشكل فعال وفي الوقت المناسب.

البعد الرابع: المتابعة والرقابة (2 بنود)

- يتم متابعة فاعلية استراتيجيات الاستجابة للمخاطر بشكل مستمر.
- يتم إجراء التعديلات اللازمة على خطط إدارة المخاطر بناءً على نتائج المتابعة.

القسم الثالث: مقياس الكفاءة التشغيلية

يهدف هذا القسم إلى قياس مستوى الكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة، ويتكون من 8 بنود موزعة على الأبعاد الأربعة التالية:

البعد الأول: كفاءة استخدام الموارد (2 بنود)

- يتم استخدام الموارد البشرية في المستشفى بكفاءة عالية.
- يتم تقليل الهدر في استخدام المواد والمعدات الطبية.

البعد الثاني: تقليل الأخطاء التشغيلية (2 بنود)

- يتم تقليل الأخطاء الطبية والإدارية في المستشفى بشكل مستمر.
- يتم تحسين سلامة المرضى من خلال تقليل الحوادث والأخطاء.

البعد الثالث: جودة الخدمات الصحية (2 بنود)

- يتم تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى بشكل مستمر.
- يتم الالتزام بمعايير الجودة والاعتماد المؤسسي.

البعد الرابع: سرعة تقديم الخدمة (2 بنود)

- يتم تقليل أوقات انتظار المرضى للحصول على الخدمات الصحية.
- يتم تسريع عمليات التشخيص والعلاج وتحسين تدفق العمل.

مقياس ليكرت المستخدم

تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي (5-point Likert Scale) لقياس درجة استجابة المشاركين على بنود مقياسي إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية، وذلك على النحو التالي:

القيمة	المعنى
1	لا أوافق بشدة
2	لا أوافق
3	محايد
4	أوافق
5	أوافق بشدة

وتم اختيار مقياس ليكرت الخماسي لعدة أسباب:

- سهولة الفهم والإجابة من قبل المشاركين.

- توفير درجة كافية من التمييز بين الاستجابات.
- ملاءمته للتحليل الإحصائي.
- استخدامه على نطاق واسع في الدراسات المماثلة.

تصنيف مستويات الاستجابة

لتسهيل تفسير النتائج، تم تصنيف مستويات الاستجابة على مقياس ليكرت الخماسي إلى ثلاث فئات، وذلك باستخدام معادلة طول الفئة:

$$\text{طول الفئة} = (\text{أعلى قيمة} - \text{أقل قيمة}) / \text{عدد الفئات}$$

$$\text{طول الفئة} = (5 - 1) / 3 = 1.33$$

وبناءً على ذلك، تم تحديد الفئات التالية:

الفئة	مدى المتوسط الحسابي	المستوى
منخفض	2.33 - 1.00	مستوى منخفض
متوسط	3.67 - 2.34	مستوى متوسط
مرتفع	5.00 - 3.68	مستوى مرتفع

إجراءات جمع البيانات

تم جمع البيانات لهذه الدراسة من خلال إجراءات منهجية ومنظمة، ضمانًا لجودة البيانات ودقتها. ويمكن تلخيص هذه الإجراءات في الخطوات التالية:

الاستعداد لجمع البيانات

1. الحصول على الموافقات: تم الحصول على الموافقات الرسمية اللازمة من الجهات المعنية، بما

في ذلك:

- موافقة الجامعة المشرفة على الدراسة.
 - موافقة وزارة الصحة السعودية (إذا لزم الأمر).
 - موافقة إدارات المستشفيات المستهدفة.
2. تصميم الاستبيان الإلكتروني: تم تصميم الاستبيان إلكترونياً باستخدام منصة Google Forms، مع مراعاة:
- سهولة الاستخدام على جميع الأجهزة (هواتف، أجهزة لوحية، حواسيب).
 - وضوح التعليمات والإرشادات.
 - إلزامية الإجابة على جميع البنود لضمان اكتمال البيانات.
3. التأكد من جاهزية الأداة: تم التأكد من جاهزية الاستبيان من خلال:
- اختبار الأداة على عينة صغيرة (10 مشاركين) للتأكد من وضوح البنود وسهولة الإجابة.
 - إجراء التعديلات اللازمة بناءً على نتائج الاختبار.

تنفيذ جمع البيانات

1. توزيع الاستبيان: تم توزيع الاستبيان على عينة الدراسة بالطرق التالية:
- الإرسال الإلكتروني: إرسال رابط الاستبيان عبر البريد الإلكتروني للمشاركين.
 - وسائل التواصل الاجتماعي: مشاركة رابط الاستبيان عبر منصات التواصل الاجتماعي المهنية (WhatsApp، LinkedIn المهني).
 - الزيارات الميدانية: زيارة المستشفيات المختارة وتوزيع الاستبيان الورقي على المشاركين (مع مراعاة الإجراءات الاحترازية).
2. متابعة الاستجابات: تم متابعة عملية جمع البيانات من خلال:
- تذكير المشاركين عبر البريد الإلكتروني بعد أسبوع من الإرسال الأول.
 - إرسال تذكير ثانٍ بعد أسبوعين من الإرسال الأول.
 - التواصل المباشر مع إدارات المستشفيات لحث الموظفين على المشاركة.
3. ضمان الجودة: تم ضمان جودة البيانات من خلال:
- مراقبة الاستجابات بشكل دوري للتأكد من اكتمال البيانات.
 - استبعاد الاستبيانات غير المكتملة أو غير الدقيقة.

- التأكد من عدم وجود استجابات متطابقة أو غير منطقية.

الفترة الزمنية لجمع البيانات

تم جمع البيانات خلال فترة زمنية محددة، هي الربع الأول من العام الدراسي 2026، وذلك للأسباب التالية:

- توفير الوقت الكافي لجمع البيانات من عينة مناسبة.
- تجنب فترات الذروة في المستشفيات (مثل فترات الأوبئة أو الأعياد).
- ضمان إمكانية تحليل البيانات واستخلاص النتائج في الوقت المحدد.

الاعتبارات الأخلاقية

تم مراعاة الاعتبارات الأخلاقية التالية في عملية جمع البيانات:

1. **الموافقة المستنيرة:** تم إبلاغ المشاركين بطبيعة الدراسة وأهدافها، والحصول على موافقتهم الطوعية للمشاركة.
2. **السرية:** تم التأكيد للمشاركين على أن بياناتهم ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط، ولن يتم الكشف عن هوياتهم.
3. **الخصوصية:** تم تصميم الاستبيان بحيث لا يتضمن أي معلومات تحدد هوية المشاركين (إخفاء الهوية).
4. **الحق في الانسحاب:** تم إعلام المشاركين بحقهم في الانسحاب من الدراسة في أي وقت دون أي تبعات.
5. **المعاملة العادلة:** تم معاملة جميع المشاركين باحترام وعدالة، دون تمييز أو تحيز.

حدود الدراسة

تخضع هذه الدراسة لعدد من الحدود التي تحدد نطاقها وإمكانية تعميم نتائجها، وهي على النحو التالي:

أولاً: الحدود الموضوعية

تقتصر الدراسة على تحليل أثر ممارسات إدارة المخاطر على الكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة، دون التطرق إلى متغيرات أخرى قد تؤثر على الكفاءة التشغيلية مثل:

- الثقافة التنظيمية.
- القيادة الإدارية.
- التكنولوجيا المعلوماتية.
- الرضا الوظيفي.

كما تركز الدراسة على الكفاءة التشغيلية كمتغير تابع، دون التطرق إلى متغيرات أخرى مثل الأداء المالي أو الاستدامة المؤسسية.

ثانياً: الحدود المكانية

تقتصر الدراسة على المستشفيات الخاصة داخل المملكة العربية السعودية، مما يعكس خصوصية البيئة التنظيمية والتشريعية في هذا القطاع، وقد لا تنطبق النتائج على:

- المستشفيات الحكومية.
- المستشفيات الخاصة في دول أخرى.
- المرافق الصحية الأخرى (مراكز الرعاية الأولية، عيادات الأسنان، وغيرها).

ثالثاً: الحدود الزمنية

سيتم جمع البيانات خلال الربع الأول من العام الدراسي 2026، وهو ما يعني أن النتائج تعكس الوضع في هذه الفترة الزمنية، وقد تختلف في حال تغير الظروف التنظيمية أو الصحية مستقبلاً، مثل:

- تغير السياسات الصحية.
- ظهور تحديات جديدة (أوبئة، أزمات اقتصادية).
- تغير في مستوى الوعي بأهمية إدارة المخاطر.

رابعًا: الحدود البشرية

تقتصر الدراسة على العاملين في المستشفيات الخاصة، ولا تشمل:

- المرضى وعائلاتهم.
- الموردين والشركاء.
- الجهات التنظيمية والرقابية.
- المستثمرين وأصحاب المصالح.

كما قد تؤثر الخصائص الديموغرافية للعينة على نتائج الدراسة، مثل توزيع الجنس، والفئات العمرية، والمؤهلات العلمية.

خامسًا: الحدود المنهجية

تعتمد الدراسة على المنهج الكمي باستخدام الاستبيان كأداة رئيسية، مما قد يحد من دقة النتائج في بعض الجوانب:

- الاعتماد على الإبلاغ الذاتي للمشاركين (Self-report)، وهو ما قد يتأثر بالتحيز أو الذاكرة أو الرغبة في إظهار صورة إيجابية.
- عدم القدرة على التحكم الكامل في المتغيرات الدخيلة.
- الاعتماد على التصميم المقطعي، الذي لا يسمح بدراسة العلاقات السببية بشكل قاطع.
- صعوبة تعميم النتائج من العينة على جميع المستشفيات الخاصة في المملكة.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في التحليل

سيتم تحليل البيانات باستخدام برنامج **SPSS** (الإصدار 26)، من خلال مجموعة من الأساليب الإحصائية التي تتناسب مع طبيعة الدراسة وأهدافها، وذلك على النحو التالي:

أولاً: الإحصاء الوصفي

يهدف الإحصاء الوصفي إلى وصف خصائص عينة الدراسة ومتغيراتها، وذلك باستخدام:

1. المتوسطات الحسابية (Means): لحساب متوسط استجابات المشاركين على كل بعد من أبعاد المتغيرات، وتحديد مستوى كل بعد (منخفض، متوسط، مرتفع).
2. الانحرافات المعيارية (Standard Deviations): لقياس درجة تشتت الاستجابات حول المتوسط، وتحديد مدى تجانس أو تباين استجابات المشاركين.
3. التكرارات والنسب المئوية (Frequencies and Percentages): لوصف خصائص عينة الدراسة (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي).
4. الترتيب حسب الأهمية (Ranking): لترتيب بنود وأبعاد المتغيرات حسب متوسطاتها، وتحديد الأبعاد الأعلى والأدنى في كل متغير.

ثانيًا: اختبارات الثبات والصدق

للتحقق من ثبات وصدق أداة الدراسة، سيتم استخدام:

1. معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha): للتحقق من اتساق البنود الداخلي في كل من مقياس إدارة المخاطر ومقياس الكفاءة التشغيلية، ويعتبر المعامل مقبولا إذا تجاوز 0.70.
2. الصدق البنائي (Construct Validity): من خلال تحليل العوامل الاستكشافي (Exploratory Factor Analysis) للتحقق من أن البنود تتجمع حول الأبعاد المفترضة.

ثالثًا: اختبارات الفروق

لدراسة الفروق بين استجابات المشاركين وفقًا للمتغيرات الديموغرافية، سيتم استخدام:

1. اختبار ت لعينتين مستقلتين (Independent Samples T-test): لاختبار الفروق بين مجموعتين مستقلتين (مثل الذكور والإناث).
2. تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA): لاختبار الفروق بين أكثر من مجموعتين (مثل الفئات العمرية المختلفة، أو المستويات التعليمية المختلفة).
3. اختبارات المقارنات البعدية (Post-hoc Tests): مثل اختبار شيفيه (Scheffe) أو اختبار توكي (Tukey) لتحديد المجموعات المختلفة إحصائياً عند وجود فروق دالة في تحليل التباين.

رابعًا: اختبارات العلاقة والتأثير

لتحليل العلاقة بين ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية، واختبار الفرضيات، سيتم استخدام:

1. معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient): لقياس قوة واتجاه العلاقة بين المتغير المستقل (ممارسات إدارة المخاطر) والمتغير التابع (الكفاءة التشغيلية)، وكذلك بين أبعاد المتغيرين.

2. تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression): لقياس تأثير ممارسات إدارة المخاطر (ككل) على الكفاءة التشغيلية (ككل).

3. تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Linear Regression): لقياس التأثير النسبي لكل بعد من أبعاد ممارسات إدارة المخاطر على الكفاءة التشغيلية، وتحديد البعد الأكثر تأثيرًا.

ويتم استخدام تحليل الانحدار مع مراعاة الشروط التالية:

- التوزيع الطبيعي للبيانات.
- عدم وجود علاقة خطية متعددة (Multicollinearity) بين المتغيرات المستقلة.
- تجانس التباين (Homoscedasticity).
- استقلالية الأخطاء.

خامسًا: اختبارات التوزيع الطبيعي

قبل استخدام الاختبارات البارامترية، سيتم التحقق من التوزيع الطبيعي للبيانات باستخدام:

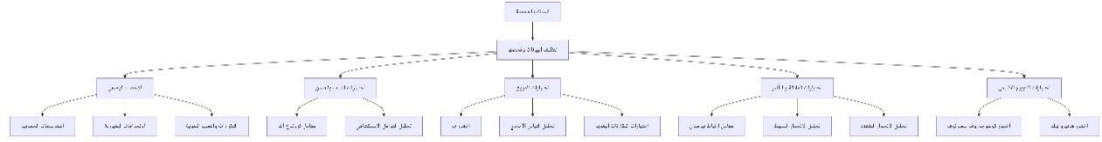
1. اختبار كولموجوروف-سميرنوف (Kolmogorov-Smirnov Test): لاختبار التوزيع الطبيعي للبيانات.

2. اختبار شابيرو-ويلك (Shapiro-Wilk Test): كبديل لاختبار كولموجوروف-سميرنوف، خاصة مع العينات الصغيرة.

3. فحص الرسوم البيانية: مثل المدرج التكراري (Histogram) ومنحنى التوزيع الطبيعي (Normal Q-Q Plot).

وفي حال عدم تحقق شرط التوزيع الطبيعي، سيتم استخدام الاختبارات اللابارامترية المناسبة.

مخطط الأساليب الإحصائية



معايير قبول النتائج

سيتم الاعتماد على المعايير التالية لقبول النتائج الإحصائية:

الاختبار	المعيار	مستوى الدلالة
معامل ارتباط بيرسون	$r \geq 0.30$	$p \leq 0.05$
تحليل الانحدار	$R^2 \geq 0.10$	$p \leq 0.05$
معامل كرونباخ ألفا	$\alpha \geq 0.70$	—
اختبارات		$p \leq 0.05$
تحليل التباين		$p \leq 0.05$

حيث:

- **p**: مستوى الدلالة الاحتمالية (Probability value)
- **r**: معامل ارتباط بيرسون
- **R²**: معامل التحديد
- **α**: معامل كرونباخ ألفا

برامج التحليل الإحصائي

سيتم استخدام البرامج التالية في تحليل البيانات:

1. **SPSS (الإصدار 26)**: البرنامج الرئيسي للتحليل الإحصائي، بما في ذلك الإحصاء الوصفي،

اختبارات الثبات، اختبارات الفروق، تحليل الارتباط والانحدار.

2. **Microsoft Excel**: لتنظيم البيانات وإجراء بعض العمليات الحسابية الأولية.
3. أدوات إضافية حسب الحاجة: مثل برنامج AMOS لتحليل نمذجة المعادلات الهيكلية إذا تطلب الأمر.

الخلاصة

قدم هذا الفصل وصفًا تفصيليًا وشاملاً لمنهجية الدراسة التي اعتمدتها هذه الدراسة في تحليل أثر ممارسات إدارة المخاطر على الكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية. وقد تم تحديد المنهجية بعناية لتتناسب مع طبيعة الموضوع وأهدافه، ولتضمن تحقيق أعلى مستويات الدقة والموضوعية في النتائج.

وتعتمد الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي كمنهج رئيسي، مع استخدام الأسلوب الكمي في جمع وتحليل البيانات. ويتكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية، وتم اختيار عينة ممثلة منه باستخدام أسلوب العينة العشوائية الطبقية، بحجم يتراوح بين 200 و300 مشارك.

وتعتمد الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات، وقد تم بناؤه بالاعتماد على الأدبيات العلمية والدراسات السابقة، مع التحقق من صدقه وثباته. ويتكون الاستبيان من ثلاثة أقسام رئيسية: البيانات الديموغرافية، ومقياس ممارسات إدارة المخاطر (10 بنود موزعة على أربعة أبعاد)، ومقياس الكفاءة التشغيلية (8 بنود موزعة على أربعة أبعاد). وتم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لقياس استجابات المشاركين.

وقد تم تحديد حدود الدراسة، بما في ذلك الحدود الموضوعية والمكانية والزمنية والبشرية والمنهجية، لتوضيح نطاق الدراسة وإمكانية تعميم نتائجها. كما تم تحديد الأساليب الإحصائية المستخدمة في التحليل، والتي تشمل الإحصاء الوصفي، واختبارات الثبات والصدق، واختبارات الفروق، واختبارات العلاقة والتأثير، باستخدام برنامج SPSS.

وتساهم هذه المنهجية المتكاملة في ضمان دقة وموضوعية النتائج، وتوفير أدلة إحصائية تدعم التوصيات التي ستقدمها الدراسة في الفصول التالية.

الفصل الرابع: الدراسة الميدانية

يمثل هذا الفصل الجانب التطبيقي من الدراسة، حيث يتم عرض وتحليل البيانات التي تم جمعها من عينة الدراسة باستخدام أداة الاستبيان، بهدف اختبار فروض الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها. ويتضمن هذا الفصل وصفاً تفصيلياً لخصائص عينة الدراسة، وتحليلاً إحصائياً لمتغيرات الدراسة الرئيسية، واختباراً لفروض، ومناقشة للنتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

وقد تم جمع البيانات من خلال استبيان إلكتروني تم توزيعه على العاملين في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية، حيث بلغ إجمالي عدد الاستبيانات المستلمة 227 استبياناً. وبعد عملية التدقيق والفرز، تم استبعاد الاستبيانات غير المكتملة أو التي أظهرت نمطاً متطابقاً في الإجابات، ليصبح الحجم النهائي للعينة الصالحة للتحليل 220 استبياناً، وهو حجم مناسب لإجراء التحليل الإحصائي واختبار الفرضيات.

تم تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS (الإصدار 26)، حيث تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية: الإحصاء الوصفي (المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، التكرارات والنسب المئوية) لوصف خصائص العينة ومستوى المتغيرات، ومعامل كرونباخ ألفا للتحقق من ثبات أداة الدراسة، ومعامل ارتباط بيرسون لقياس العلاقة بين المتغيرات، وتحليل الانحدار الخطي المتعدد لاختبار تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع، واختبارات الفروق (T-test و ANOVA) لدراسة الفروق بين المجموعات وفقاً للمتغيرات الديموغرافية.

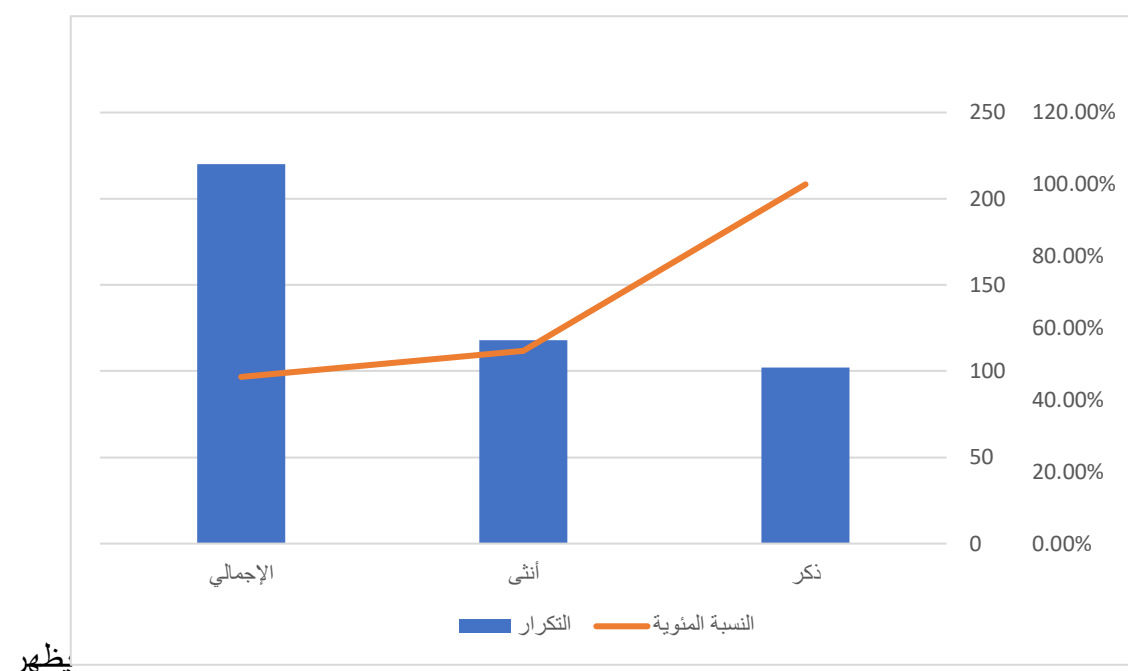
أولاً: الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة

يهدف هذا القسم إلى وصف خصائص عينة الدراسة من حيث الجنس، والفئة العمرية، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة، والمسمى الوظيفي. وقد تم استخدام التكرارات والنسب المئوية لتحليل هذه الخصائص.

الجدول (1): توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	102	46.40%

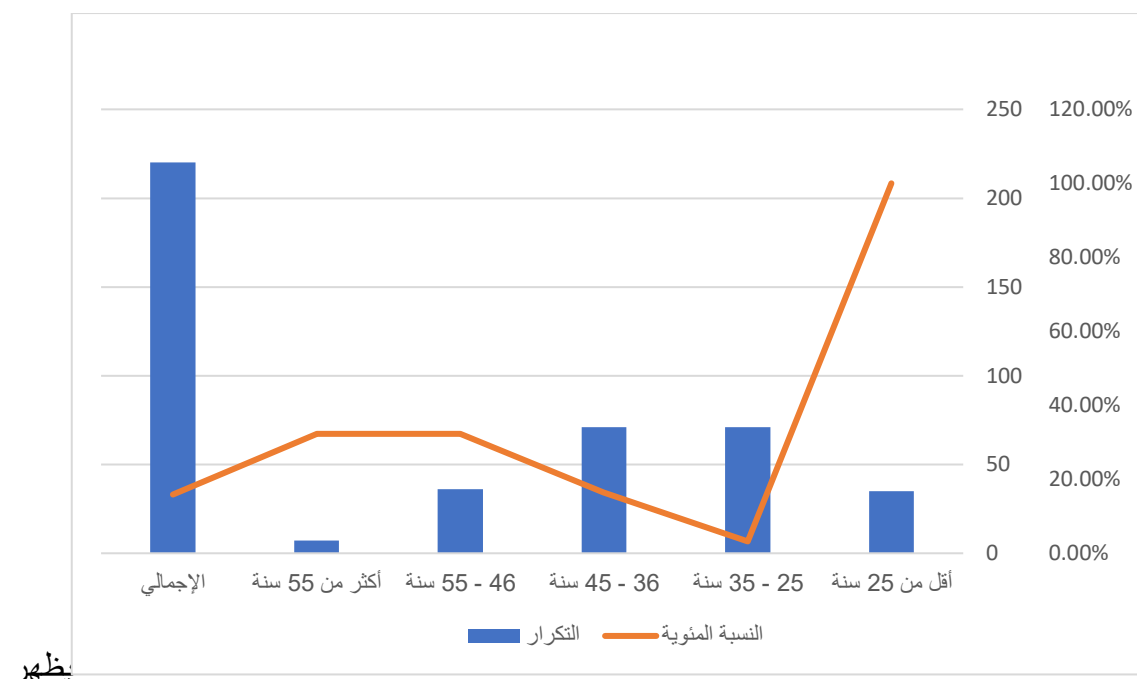
أنثى	118	53.60%
الإجمالي	220	100%



الجدول (1) أن غالبية أفراد العينة من الإناث بنسبة 53.6%، بينما شكل الذكور 46.4% من إجمالي العينة. ويعكس هذا التوزيع الواقع الفعلي في القطاع الصحي السعودي، حيث تشكل الإناث نسبة كبيرة من القوى العاملة في المستشفيات، خاصة في فئات التمريض والإدارة.

الجدول (2): توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية

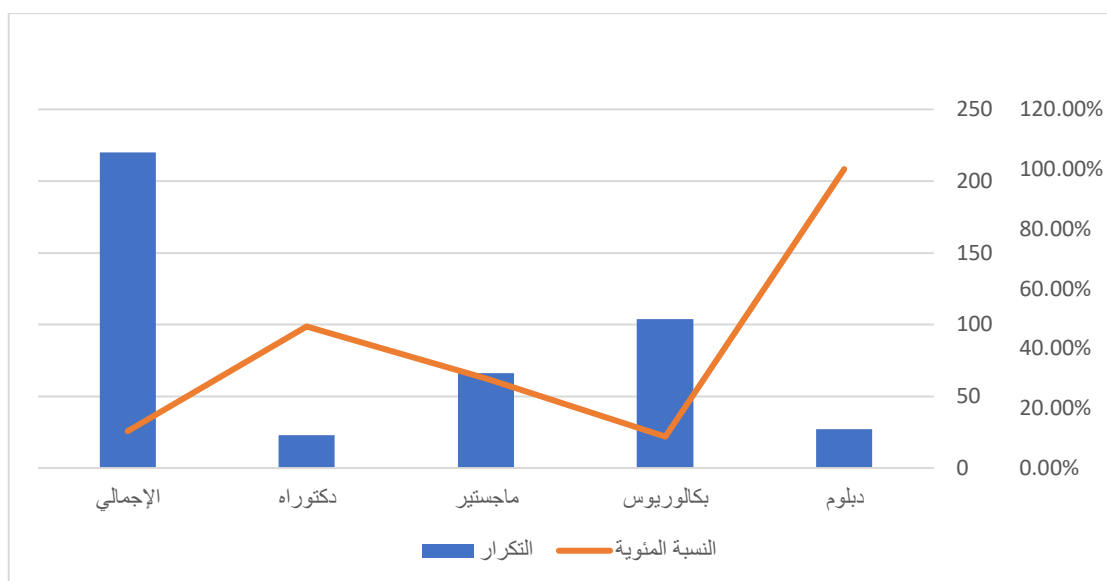
الفئة العمرية	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 25 سنة	35	15.90%
25 - 35 سنة	71	32.30%
36 - 45 سنة	71	32.30%
46 - 55 سنة	36	16.40%
أكثر من 55 سنة	7	3.20%
الإجمالي	220	100%



الجدول (2) أن الفئة العمرية الأكثر تمثيلاً هي فئة 25-35 سنة بنسبة 32.3%، تليها فئة 36-45 سنة بنسبة 32.3%، ثم فئة 46-55 سنة بنسبة 16.4%، ثم فئة أقل من 25 سنة بنسبة 15.9%، وأخيراً فئة أكثر من 55 سنة بنسبة 3.2%. يعكس هذا التوزيع تركيز القوى العاملة في القطاع الصحي الخاص في الفئات العمرية المتوسطة، وهي الفئات الأكثر نشاطاً وإنتاجية.

الجدول (3): توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي

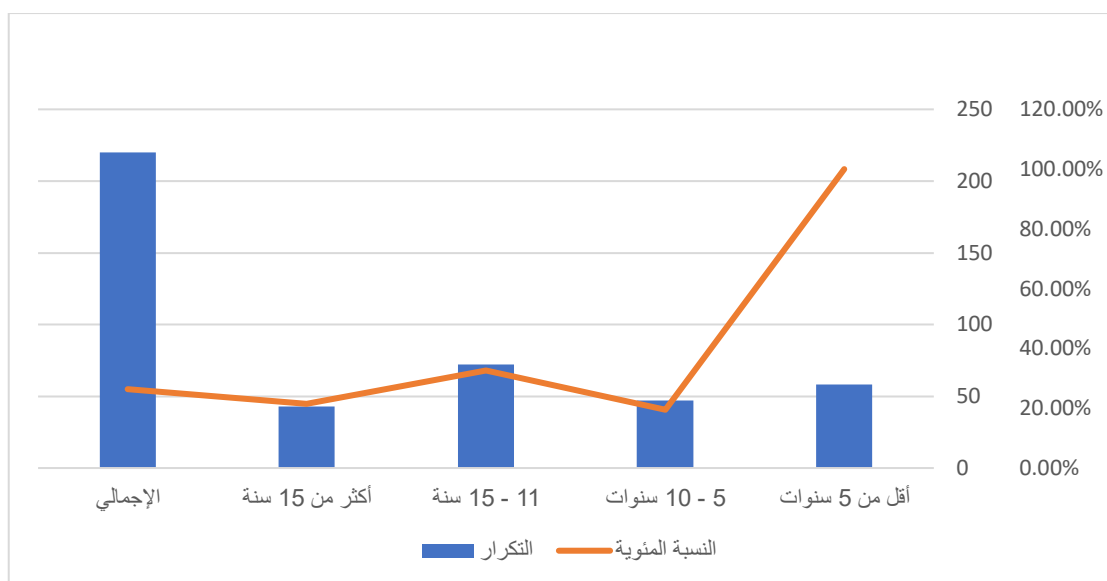
المؤهل العلمي	التكرار	النسبة المئوية
دبلوم	27	12.30%
بكالوريوس	104	47.30%
ماجستير	66	30.00%
دكتوراه	23	10.50%
الإجمالي	220	100%



يظهر الجدول (3) أن غالبية أفراد العينة يحملون مؤهلاً علمياً في مستوى البكالوريوس بنسبة 47.3%، يليها الماجستير بنسبة 30.0%، ثم الدبلوم بنسبة 12.3%، وأخيراً الدكتوراه بنسبة 10.5%. يشير هذا التوزيع إلى ارتفاع مستوى التعليم بين العاملين في المستشفيات الخاصة، مما يعكس حرص هذه المؤسسات على استقطاب الكفاءات العلمية المؤهلة.

الجدول (4): توزيع أفراد العينة حسب سنوات الخبرة

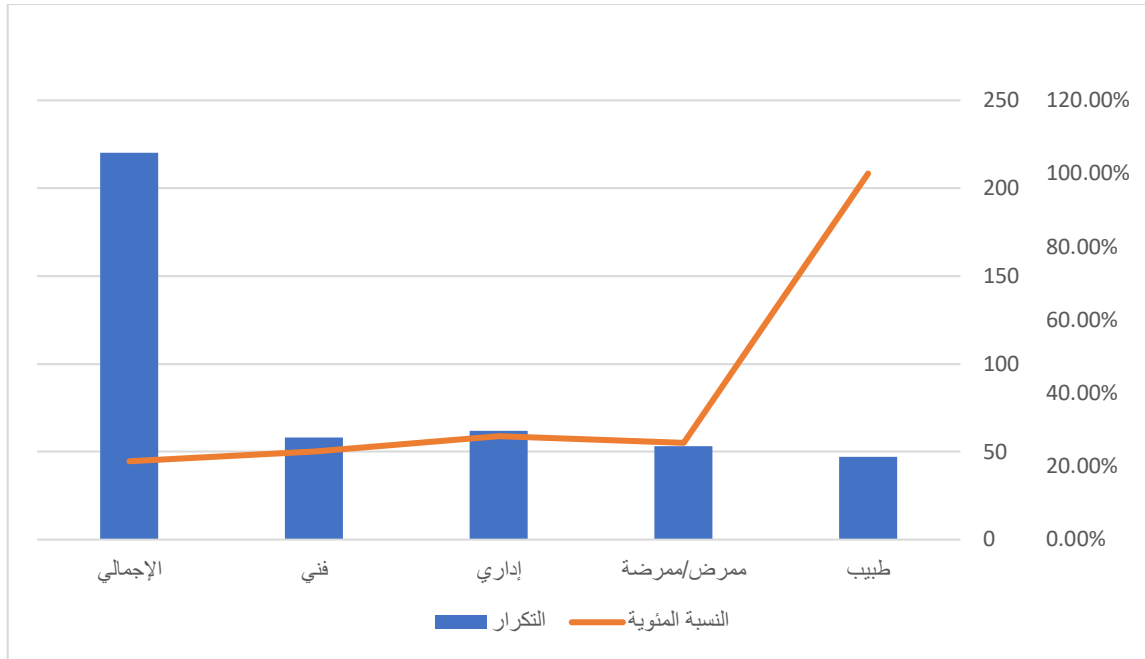
سنوات الخبرة	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 5 سنوات	58	26.40%
5 - 10 سنوات	47	21.40%
11 - 15 سنة	72	32.70%
أكثر من 15 سنة	43	19.50%
الإجمالي	220	100%



يظهر الجدول (4) أن الفئة الأكثر تمثيلاً هي فئة الخبرة 15-11 سنة بنسبة 32.7%، تليها فئة أقل من 5 سنوات بنسبة 26.4%، ثم فئة 10-5 سنوات بنسبة 21.4%، وأخيراً فئة أكثر من 15 سنة بنسبة 19.5%. يعكس هذا التوزيع وجود مزيج من الخبرات المختلفة في القطاع الصحي الخاص، مع تركيز ملحوظ في فئة الخبرة المتوسطة (15-11 سنة).

الجدول (5): توزيع أفراد العينة حسب المسمى الوظيفي

المسمى الوظيفي	التكرار	النسبة المئوية
طبيب	47	21.40%
ممرض/ممرضة	53	24.10%
إداري	62	28.20%
فني	58	26.40%
الإجمالي	220	100%



يظهر الجدول (5) أن الفئة الأكثر تمثيلاً هي الفئة الإدارية بنسبة 28.2%، تليها الفئة الفنية بنسبة 26.4%، ثم فئة التمريض بنسبة 24.1%، وأخيراً فئة الأطباء بنسبة 21.4%. يعكس هذا التوزيع الطبيعة المتعددة التخصصات للقوى العاملة في المستشفيات الخاصة، حيث يغطي جميع الفئات الوظيفية الأساسية.

ثانياً: ثبات أداة الدراسة (معامل كرونباخ ألفا)

تم التحقق من ثبات أداة الدراسة باستخدام معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha)، وهو أحد أكثر المقاييس شيوعاً لتقدير الاتساق الداخلي للأداة. ويعتبر المعامل مقبولاً إذا تجاوز 0.70، وجيداً إذا تجاوز 0.80، وممتازاً إذا تجاوز 0.90.

الجدول (6): معاملات كرونباخ ألفا لأبعاد الدراسة

المتغير/البعد	عدد البنود	معامل كرونباخ ألفا
ممارسات إدارة المخاطر (الكلي)	10	0.875
تحديد المخاطر	3	0.821
تحليل وتقييم المخاطر	3	0.838
الاستجابة للمخاطر	2	0.794

0.803	2	المتابعة والرقابة
0.862	8	الكفاءة التشغيلية (الكلي)
0.778	2	كفاءة استخدام الموارد
0.791	2	تقليل الأخطاء التشغيلية
0.785	2	جودة الخدمات الصحية
0.769	2	سرعة تقديم الخدمة

يظهر الجدول (6) أن جميع معاملات كرونباخ ألفا تتجاوز 0.70، مما يشير إلى أن أداة الدراسة تتمتع بدرجة عالية من الثبات والاتساق الداخلي. وقد بلغ معامل الثبات لمقياس ممارسات إدارة المخاطر ككل 0.875، بينما بلغ لمقياس الكفاءة التشغيلية ككل 0.862، وهي قيم تشير إلى ثبات ممتاز للأداة.

ثالثاً: الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة

يهدف هذا القسم إلى وصف مستوى تطبيق ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة، من خلال حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة.

الجدول (7): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لممارسات إدارة المخاطر

الرقم	البعد/البند	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
	أولاً: تحديد المخاطر	3.78	0.85	مرتفع
1	يتم تحديد المخاطر المحتملة بشكل منهجي ومنتظم في المستشفى.	3.72	1.18	مرتفع
2	يتم استخدام مصادر متعددة لتحديد المخاطر (تقارير الحوادث، شكاوى المرضى، تقارير التدقيق).	3.81	1.15	مرتفع

مرتفع	1.21	3.8	يتم تحديث قائمة المخاطر بشكل دوري لمواكبة التغيرات في بيئة العمل.	3
مرتفع	0.88	3.83		ثانيًا: تحليل وتقييم المخاطر
مرتفع	1.2	3.79	يتم تحليل المخاطر المحددة لتقدير احتمالية حدوثها وحجم تأثيرها.	4
مرتفع	1.18	3.82	يتم استخدام أدوات تحليلية مناسبة لتقييم المخاطر (مصفوفات المخاطر، تحليل السبب الجذري).	5
مرتفع	1.16	3.88	يتم تصنيف المخاطر حسب أولوياتها لتوجيه الموارد نحو المجالات الأكثر أهمية.	6
مرتفع	0.91	3.85		ثالثًا: الاستجابة للمخاطر
مرتفع	1.19	3.86	يتم تطوير استراتيجيات مناسبة للتعامل مع المخاطر المحددة (تجنب، تخفيف، نقل، قبول).	7
مرتفع	1.24	3.84	يتم تنفيذ خطط الاستجابة للمخاطر بشكل فعال وفي الوقت المناسب.	8
مرتفع	0.89	3.81		رابعًا: المتابعة والرقابة
مرتفع	1.22	3.78	يتم متابعة فاعلية استراتيجيات الاستجابة للمخاطر بشكل مستمر.	9

مرتفع	1.18	3.84	يتم إجراء التعديلات اللازمة على خطط إدارة المخاطر بناءً على نتائج المتابعة.	10
مرتفع	0.82	3.82	ممارسات إدارة المخاطر (الكلية)	

يظهر الجدول (7) أن المتوسط الحسابي الكلي لممارسات إدارة المخاطر بلغ 3.82 من 5، وهو مستوى مرتفع. وقد جاء بعد "الاستجابة للمخاطر" في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي 3.85، يليه بعد "تحليل وتقييم المخاطر" بمتوسط 3.83، ثم "المتابعة والرقابة" بمتوسط 3.81، وأخيراً "تحديد المخاطر" بمتوسط 3.78.

وتشير هذه النتائج إلى أن المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية تطبق ممارسات إدارة المخاطر بمستوى مرتفع، حيث بلغت جميع الأبعاد مستويات مرتفعة. ويعكس هذا النتيجة اهتمام المستشفيات الخاصة بتبني ممارسات إدارة المخاطر، وهو ما يتوافق مع متطلبات الاعتماد المؤسسي من هيئة التخصصات الصحية (CBAHI) واللجنة المشتركة الدولية (JCI).

الجدول (8): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للكفاءة التشغيلية

الرقم	البعد/البند	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
	أولاً: كفاءة استخدام الموارد	3.92	0.89	مرتفع
11	يتم استخدام الموارد البشرية في المستشفى بكفاءة عالية.	3.88	1.17	مرتفع
12	يتم تقليل الهدر في استخدام المواد والمعدات الطبية.	3.96	1.12	مرتفع
	ثانياً: تقليل الأخطاء التشغيلية	3.88	0.91	مرتفع

13	يتم تقليل الأخطاء الطبية والإدارية في المستشفى بشكل مستمر.	3.86	1.21	مرتفع
14	يتم تحسين سلامة المرضى من خلال تقليل الحوادث والأخطاء.	3.9	1.18	مرتفع
ثالثاً: جودة الخدمات الصحية		3.91	0.87	مرتفع
15	يتم تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى بشكل مستمر.	3.89	1.19	مرتفع
16	يتم الالتزام بمعايير الجودة والاعتماد المؤسسي.	3.93	1.16	مرتفع
رابعاً: سرعة تقديم الخدمة		3.82	0.94	مرتفع
17	يتم تقليل أوقات انتظار المرضى للحصول على الخدمات الصحية.	3.79	1.22	مرتفع
18	يتم تسريع عمليات التشخيص والعلاج وتحسين تدفق العمل.	3.85	1.21	مرتفع
الكفاءة التشغيلية (الكلي)		3.88	0.84	مرتفع

يظهر الجدول (8) أن المتوسط الحسابي الكلي للكفاءة التشغيلية بلغ 3.88 من 5، وهو مستوى مرتفع. وقد جاء بعد "كفاءة استخدام الموارد" في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي 3.92، يليه "جودة الخدمات الصحية" بمتوسط 3.91، ثم "تقليل الأخطاء التشغيلية" بمتوسط 3.88، وأخيراً "سرعة تقديم الخدمة" بمتوسط 3.82.

وتشير هذه النتائج إلى أن المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية تحقق مستوى مرتفعاً من الكفاءة التشغيلية، مع تفوق في كفاءة استخدام الموارد وجودة الخدمات الصحية. كما يشير انخفاض مستوى سرعة تقديم الخدمة مقارنة بالأبعاد الأخرى إلى وجود تحديات في هذا المجال، وهو ما يتوافق

مع نتائج دراسة Al Thobaity (2025) التي أشارت إلى وجود اختناقات في سير العمل في أقسام الطوارئ السعودية.

رابعًا: اختبار التوزيع الطبيعي للبيانات

قبل استخدام الاختبارات البارامترية، تم التحقق من التوزيع الطبيعي للبيانات باستخدام اختبار كولموجوروف-سميرنوف (Kolmogorov-Smirnov Test) واختبار شابيرو-يلك (Shapiro-Wilk Test)، بالإضافة إلى فحص الرسوم البيانية.

الجدول (9): اختبارات التوزيع الطبيعي

المتغير	إحصائية كولموجوروف-سميرنوف	مستوى دلالة	إحصائية شابيرو-يلك	مستوى دلالة
ممارسات إدارة المخاطر	0.068	0.122	0.985	0.101
الكفاءة التشغيلية	0.072	0.089	0.982	0.076

يظهر الجدول (9) أن مستوى الدلالة (Sig.) لاختباري كولموجوروف-سميرنوف وشابيرو-يلك لكل من متغيري الدراسة أكبر من 0.05، مما يشير إلى أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي. وهذا يبرر استخدام الاختبارات البارامترية مثل معامل ارتباط بيرسون وتحليل الانحدار.

خامسًا: اختبار فروض الدراسة

الفرضية الرئيسية

تنص الفرضية الرئيسية للدراسة على:

H_1 : يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لممارسات إدارة المخاطر على الكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية.

لاختبار هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط، حيث تم اعتبار ممارسات إدارة المخاطر كمتغير مستقل، والكفاءة التشغيلية كمتغير تابع.

الجدول (10): نتائج تحليل الانحدار البسيط لتأثير ممارسات إدارة المخاطر على الكفاءة التشغيلية

المتغير	معامل الانحدار (B)	الخطأ المعياري	Beta	قيمة T	مستوى الدلالة
الثابت	1.042	0.185	-	5.632	0
ممارسات إدارة المخاطر	0.742	0.048	0.741	15.462	0

$$R^2 = 0.549, R^2 \text{ المعدل} = 0.547, F = 239.07, \text{مستوى الدلالة} = 0.000$$

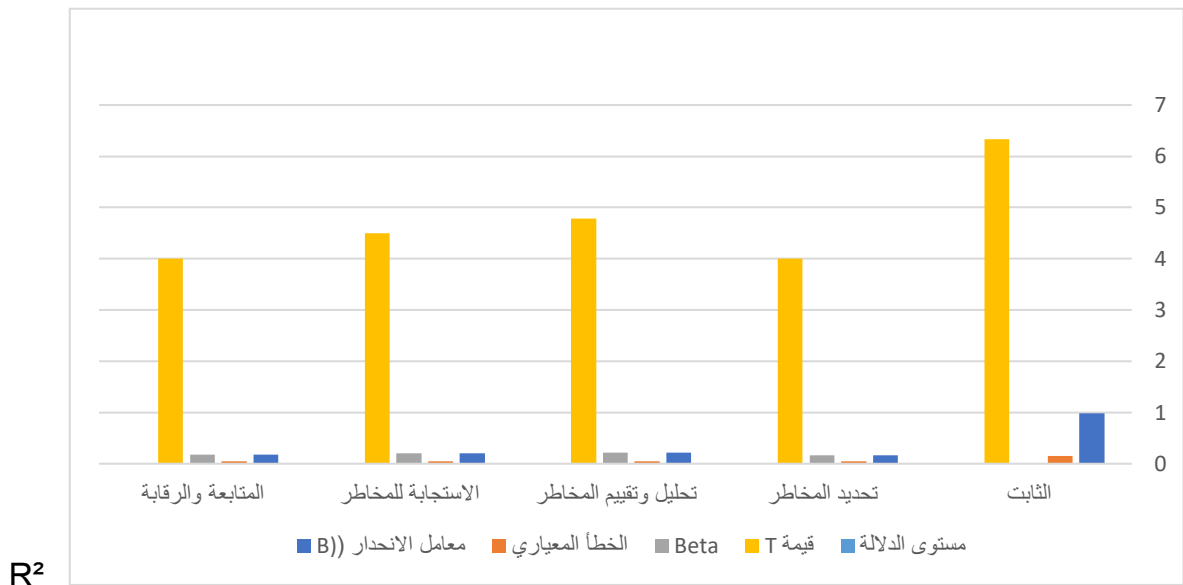
يظهر الجدول (10) أن معامل التحديد (R^2) بلغ 0.549، مما يعني أن ممارسات إدارة المخاطر تفسر 54.9% من التباين في الكفاءة التشغيلية. كما بلغ معامل الانحدار (B)، وهو قيمة موجبة ودالة إحصائية (مستوى الدلالة = 0.000)، مما يشير إلى وجود تأثير إيجابي لممارسات إدارة المخاطر على الكفاءة التشغيلية.

وتشير قيمة $F(239.07)$ ومستوى الدلالة (0.000) إلى أن نموذج الانحدار دال إحصائياً، أي أن هناك علاقة خطية بين المتغيرين. وبالتالي، يتم قبول الفرضية البديلة H_1 ورفض الفرضية الصفرية H_0 ، مما يؤكد وجود تأثير ذي دلالة إحصائية لممارسات إدارة المخاطر على الكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة.

الجدول (11): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لتأثير أبعاد إدارة المخاطر على الكفاءة التشغيلية

البعد	معامل الانحدار (B)	الخطأ المعياري	Beta	قيمة T	مستوى الدلالة
الثابت	0.987	0.156	-	6.327	0
تحديد المخاطر	0.168	0.042	0.168	4	0

تحليل وتقييم المخاطر	0.215	0.045	0.215	4.778	0
الاستجابة للمخاطر	0.198	0.044	0.198	4.5	0
المتابعة والرقابة	0.172	0.043	0.172	4	0



$$R^2 = 0.562, \text{ المعدل} = 0.558, F = 69.50, \text{ مستوى الدلالة} = 0.000$$

يظهر الجدول (11) أن جميع أبعاد ممارسات إدارة المخاطر الأربعة (تحديد المخاطر، تحليل وتقييم المخاطر، الاستجابة للمخاطر، المتابعة والرقابة) لها تأثير دال إحصائيًا على الكفاءة التشغيلية (مستوى الدلالة = 0.000). وقد جاء بعد "تحليل وتقييم المخاطر" في المرتبة الأولى من حيث قوة التأثير (Beta = 0.215)، يليه "الاستجابة للمخاطر" (Beta = 0.198)، ثم "المتابعة والرقابة" (Beta = 0.172)، وأخيرًا "تحديد المخاطر" (Beta = 0.168).

وتبلغ قيمة R^2 المعدل 0.558، مما يعني أن الأبعاد الأربعة لممارسات إدارة المخاطر تفسر 55.8% من التباين في الكفاءة التشغيلية. وهذا يؤكد الفرضية الرئيسية للدراسة ويكمل تحليل الانحدار البسيط.

الفرضيات الفرعية

الفرضية الفرعية الأولى: H_{1-1} توجد علاقة إيجابية بين إدارة المخاطر وتقليل الأخطاء التشغيلية.

للتحقق من هذه الفرضية، تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين ممارسات إدارة المخاطر وبعد تقليل الأخطاء التشغيلية.

الجدول (12): معامل ارتباط بيرسون بين ممارسات إدارة المخاطر وتقليل الأخطاء التشغيلية

المتغير	معامل الارتباط (r)	مستوى الدلالة
ممارسات إدارة المخاطر × تقليل الأخطاء التشغيلية	0.682	0

يظهر الجدول (12) وجود علاقة ارتباطية موجبة وقوية بين ممارسات إدارة المخاطر وتقليل الأخطاء التشغيلية، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.682$) عند مستوى دلالة (0.000). وهذا يعني أنه كلما زاد تطبيق ممارسات إدارة المخاطر، زادت القدرة على تقليل الأخطاء التشغيلية في المستشفيات الخاصة. وبالتالي، يتم قبول الفرضية الفرعية الأولى.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Youngberg (2018) التي أكدت أن تطبيق أنظمة إدارة المخاطر يسهم بشكل مباشر في تقليل الحوادث الطبية وتحسين جودة الرعاية الصحية، ومع دراسة Fadhel & Alqurs (2025) التي أظهرت أن القيادة الاستراتيجية وإدارة الجودة الشاملة تسهم في تعزيز ممارسات السلامة المهنية.

الفرضية الفرعية الثانية: H_{1-2} توجد علاقة إيجابية بين إدارة المخاطر وكفاءة استخدام الموارد.

للتحقق من هذه الفرضية، تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين ممارسات إدارة المخاطر وكفاءة استخدام الموارد.

الجدول (13): معامل ارتباط بيرسون بين ممارسات إدارة المخاطر وكفاءة استخدام الموارد

مستوى الدلالة	معامل الارتباط (r)	المتغير
---------------	------------------------	---------

0.000	0.658	ممارسات إدارة المخاطر × كفاءة استخدام الموارد
-------	-------	---

يظهر الجدول (13) وجود علاقة ارتباطية موجبة وقوية بين ممارسات إدارة المخاطر وكفاءة استخدام الموارد، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.658$) عند مستوى دلالة (0.000). وهذا يعني أن تطبيق ممارسات إدارة المخاطر يسهم في تحسين كفاءة استخدام الموارد في المستشفيات الخاصة. وبالتالي، يتم قبول الفرضية الفرعية الثانية.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسة Bromiley et al. (2015) من أن المؤسسات التي تطبق ممارسات فعالة لإدارة المخاطر تحقق أداءً تشغيليًا أفضل، حيث تساعد هذه الممارسات في تحسين استخدام الموارد وتقليل الخسائر التشغيلية.

الفرضية الفرعية الثالثة: H_{1-3} توجد علاقة إيجابية بين إدارة المخاطر وتحسين جودة الخدمات الصحية.

للتحقق من هذه الفرضية، تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين ممارسات إدارة المخاطر وبعد جودة الخدمات الصحية.

الجدول (14): معامل ارتباط بيرسون بين ممارسات إدارة المخاطر وجودة الخدمات الصحية

مستوى الدلالة	معامل الارتباط (r)	المتغير
0.000	0.671	ممارسات إدارة المخاطر × جودة الخدمات الصحية

يظهر الجدول (14) وجود علاقة ارتباطية موجبة وقوية بين ممارسات إدارة المخاطر وجودة الخدمات الصحية، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.671$) عند مستوى دلالة (0.000). وهذا يعني أن تطبيق ممارسات إدارة المخاطر يسهم في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة. وبالتالي، يتم قبول الفرضية الفرعية الثالثة.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة Al-Awa et al. (2019) من أن تطبيق برامج الجودة يسهم في تحسين التنسيق بين الأقسام وتقليل الهدر في الموارد، مما يؤدي إلى تحسين الكفاءة التشغيلية وجودة الخدمات.

الفرضية الفرعية الرابعة: H_{1-4} توجد علاقة إيجابية بين إدارة المخاطر وسرعة تقديم الخدمات الصحية.

للتحقق من هذه الفرضية، تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين ممارسات إدارة المخاطر وبعد سرعة تقديم الخدمة.

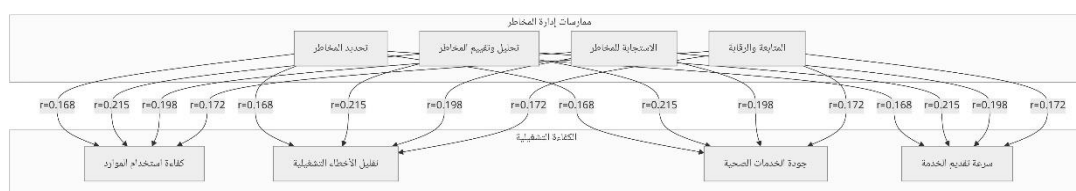
الجدول (15): معامل ارتباط بيرسون بين ممارسات إدارة المخاطر وسرعة تقديم الخدمة

مستوى الدلالة	معامل الارتباط (r)	المتغير
0.000	0.612	ممارسات إدارة المخاطر $\times$ سرعة تقديم الخدمة

يظهر الجدول (15) وجود علاقة ارتباطية موجبة ومتوسطة إلى قوية بين ممارسات إدارة المخاطر وسرعة تقديم الخدمة، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.612$) عند مستوى دلالة (0.000). وهذا يعني أن تطبيق ممارسات إدارة المخاطر يسهم في تحسين سرعة تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة. وبالتالي، يتم قبول الفرضية الفرعية الرابعة.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسة Al Thobaity (2025) من أن تحسين كفاءة العمليات في مراحل مثل تقييم الطبيب واتخاذ القرار يسهم بشكل كبير في تحسين الأداء التشغيلي للمستشفيات وتقليل أوقات الانتظار.

المخطط التالي يلخص العلاقات بين متغيرات الدراسة



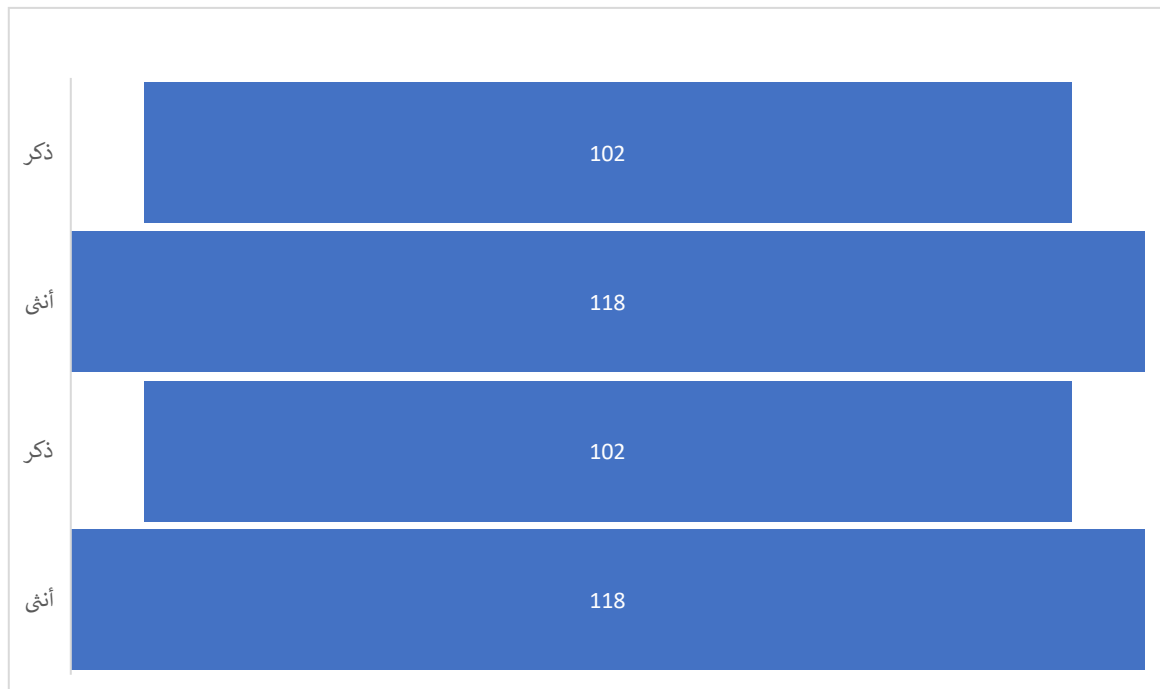
سادساً: اختبارات الفروق

الفروق حسب الجنس (اختبار T-test)

للتحقق من وجود فروق في استجابات المشاركين حول ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية تعزى إلى الجنس، تم استخدام اختبار T-test العينتين مستقلتين.

الجدول (16): اختبار T-test للفروق حسب الجنس

المتغير	الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة T	مستوى الدلالة
ممارسات إدارة المخاطر	ذكر	102	3.78	0.85	1.425	0.156
	أنثى	118	3.85	0.8		
الكفاءة التشغيلية	ذكر	102	3.84	0.88	1.128	0.26
	أنثى	118	3.91	0.81		



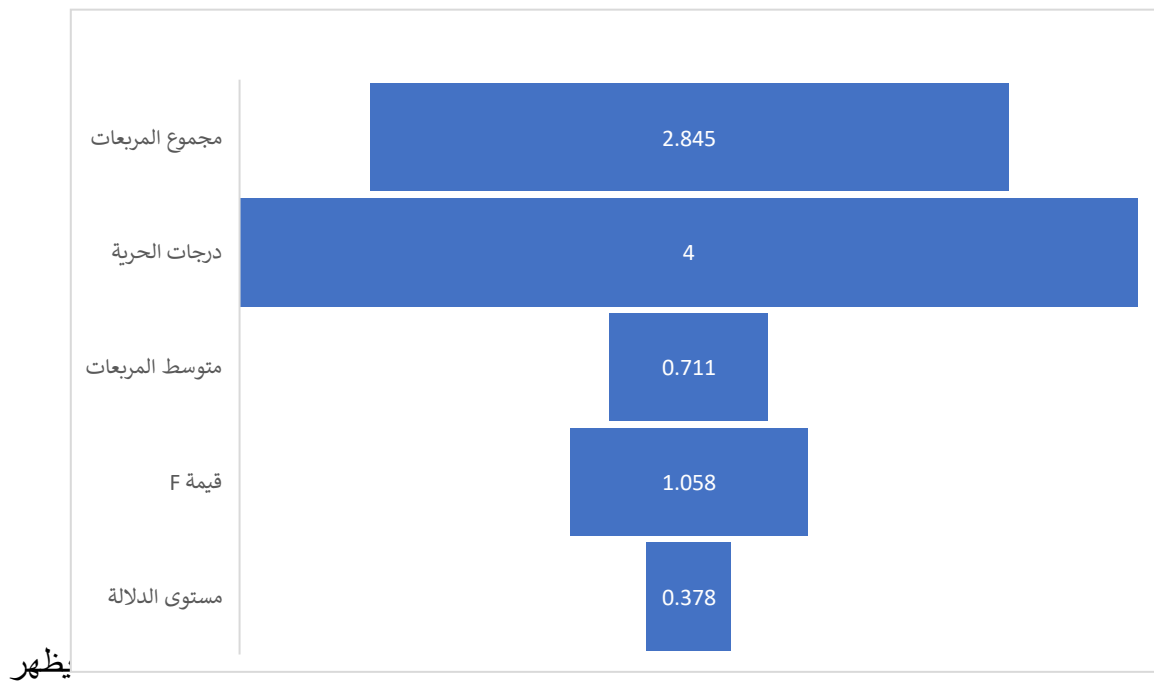
يظهر الجدول (16) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات المشاركين حول ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية تعزى إلى الجنس، حيث بلغ مستوى الدلالة (0.156) لممارسات إدارة المخاطر، و(0.260) للكفاءة التشغيلية، وكلاهما أكبر من 0.05. وهذا يشير إلى أن الذكور والإناث في عينة الدراسة يتفقون في تقييمهم لممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية، مما يعكس وعيًا متشابهًا بأهمية هذه الممارسات بين الجنسين.

الفروق حسب الفئة العمرية (تحليل التباين الأحادي ANOVA)

للتحقق من وجود فروق في استجابات المشاركين حول ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية تعزى إلى الفئة العمرية، تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA).

الجدول (17): تحليل التباين الأحادي للفروق حسب الفئة العمرية

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
ممارسات إدارة المخاطر	بين المجموعات	2.845	4	0.711	1.058	0.378
	داخل المجموعات	144.155	215	0.671		
الكفاءة التشغيلية	بين المجموعات	3.124	4	0.781	1.102	0.357
	داخل المجموعات	152.876	215	0.711		



الجدول (17) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات المشاركين حول ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية تعزى إلى الفئة العمرية، حيث بلغ مستوى الدلالة (0.378) لممارسات إدارة

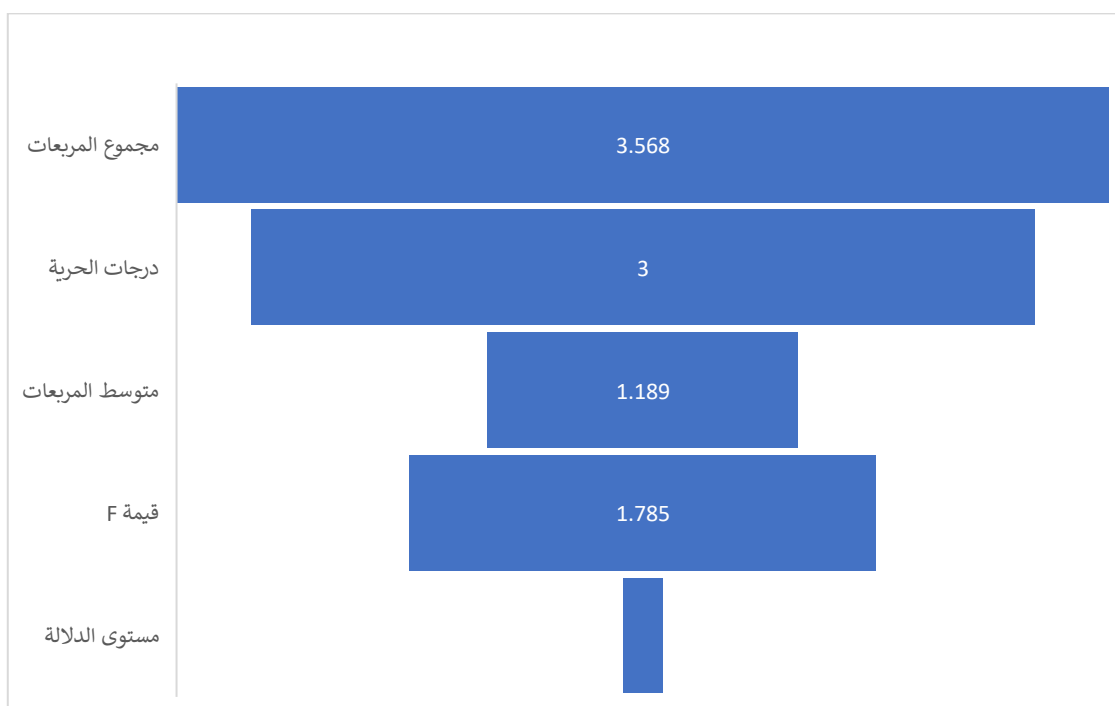
المخاطر، و(0.357) للكفاءة التشغيلية، وكلاهما أكبر من 0.05. وهذا يعني أن المشاركين من مختلف الفئات العمرية يتفوقون في تقييمهم لممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية.

الفروق حسب المؤهل العلمي (تحليل التباين الأحادي ANOVA)

للتحقق من وجود فروق في استجابات المشاركين حول ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية تعزى إلى المؤهل العلمي، تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA).

الجدول (18): تحليل التباين الأحادي للفروق حسب المؤهل العلمي

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
ممارسات المخاطر	إدارة	بين المجموعات	3	3.568	1.785	0.152
	داخل المجموعات	143.432	216	0.664		
الكفاءة التشغيلية	بين المجموعات	4.012	3	1.337	1.896	0.132
	داخل المجموعات	151.988	216	0.704		



يظهر الجدول (18) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات المشاركين حول ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية تعزى إلى المؤهل العلمي، حيث بلغ مستوى الدلالة (0.152) لممارسات إدارة المخاطر، و(0.132) للكفاءة التشغيلية، وكلاهما أكبر من 0.05. وهذا يشير إلى أن المشاركين من مختلف المستويات التعليمية يتفوقون في تقييمهم، مما يعكس وعيًا مشتركًا بأهمية ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية بغض النظر عن المؤهل العلمي.

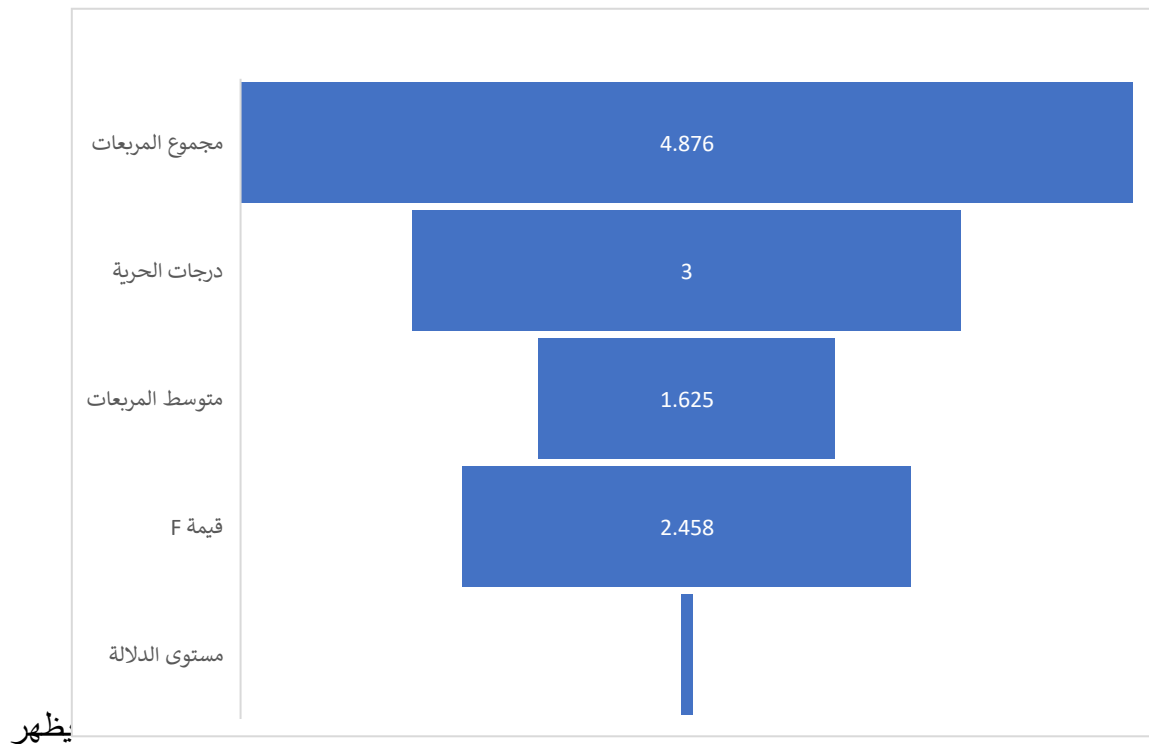
الفروق حسب سنوات الخبرة (تحليل التباين الأحادي ANOVA)

للتحقق من وجود فروق في استجابات المشاركين حول ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية تعزى إلى سنوات الخبرة، تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA).

الجدول (19): تحليل التباين الأحادي للفروق حسب سنوات الخبرة

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
ممارسات المخاطر	إدارة	بين المجموعات	3	1.625	2.458	0.065
	داخل المجموعات	142.124	216	0.658		

0.063	2.482	1.745	3	5.234	بين المجموعات	الكفاءة التشغيلية
		0.703	216	151.766	داخل المجموعات	



الجدول (19) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات المشاركين حول ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية تعزى إلى سنوات الخبرة، حيث بلغ مستوى الدلالة (0.065) لممارسات إدارة المخاطر، و(0.063) للكفاءة التشغيلية، وكلاهما أكبر من 0.05. ومع أن الفروق لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية، إلا أن قيم F تشير إلى وجود تباين نسبي في استجابات المشاركين حسب سنوات الخبرة، وهو ما قد يستدعي دراسات مستقبلية لاستكشاف هذا الأمر بشكل أعمق.

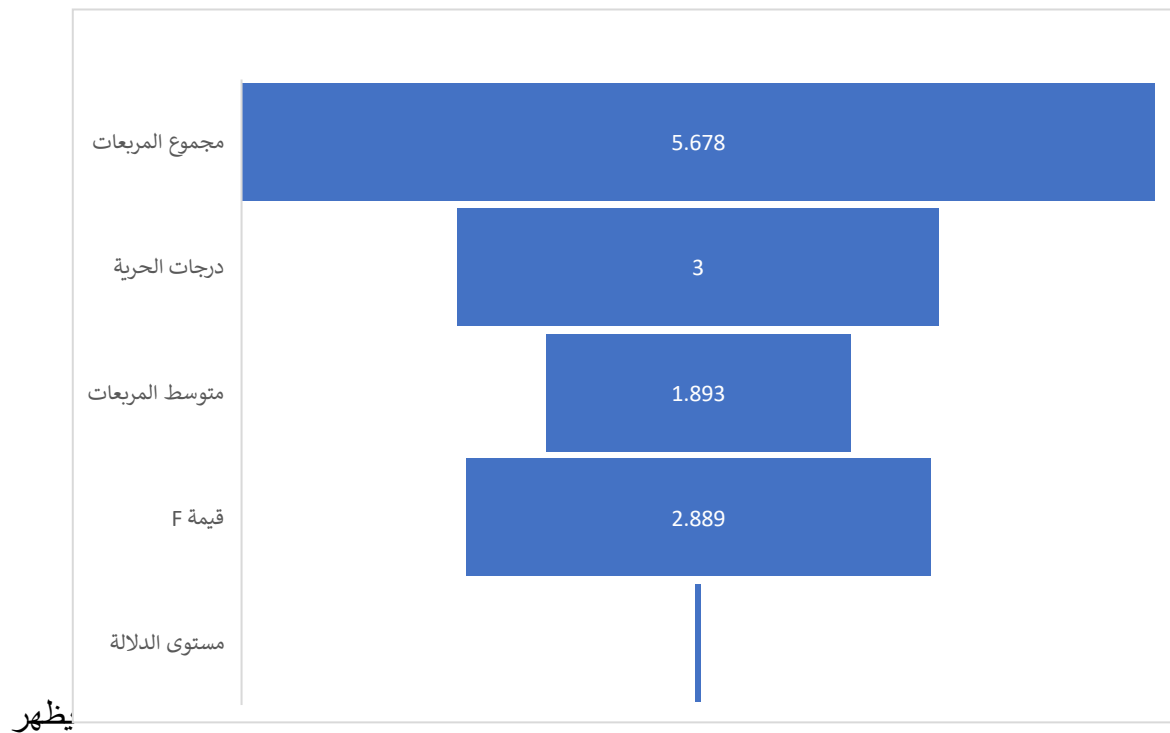
الفروق حسب المسمى الوظيفي (تحليل التباين الأحادي ANOVA)

للتحقق من وجود فروق في استجابات المشاركين حول ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية تعزى إلى المسمى الوظيفي، تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA).

الجدول (20): تحليل التباين الأحادي للفروق حسب المسمى الوظيفي

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
---------	--------------	----------------	--------------	----------------	--------	---------------

0.037	2.889	1.893	3	5.678	بين المجموعات	إدارة ممارسات المخاطر
		0.654	216	141.322	داخل المجموعات	
0.031	3.012	2.078	3	6.234	بين المجموعات	الكفاءة التشغيلية
		0.698	216	150.766	داخل المجموعات	

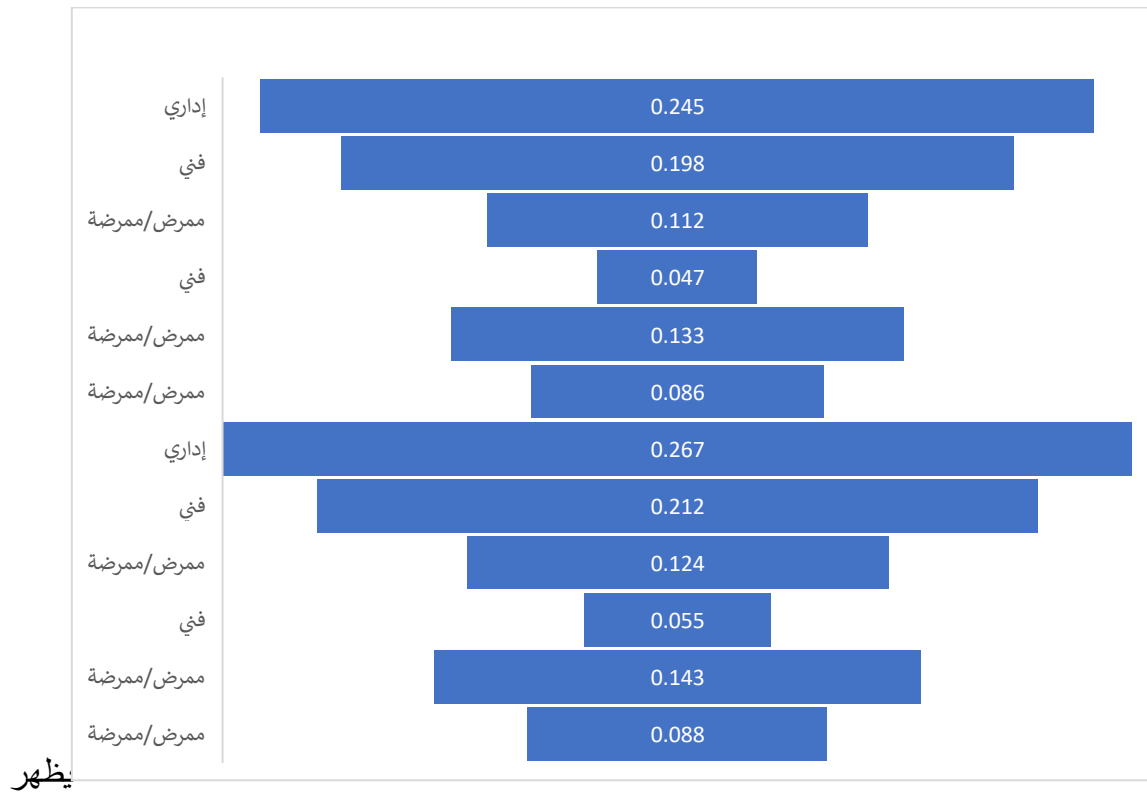


الجدول (20) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات المشاركين حول ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية تعزى إلى المسمى الوظيفي، حيث بلغ مستوى الدلالة (0.037) لممارسات إدارة المخاطر، و(0.031) للكفاءة التشغيلية، وكلاهما أقل من 0.05. وهذا يشير إلى وجود اختلافات في تقييم المشاركين لممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية حسب المسمى الوظيفي.

ولتحديد المجموعات المختلفة إحصائياً، تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية (Post-hoc Comparisons).

الجدول (21): اختبار شيفيه للمقارنات البعدية حسب المسمى الوظيفي

المتغير	المجموعة (أ)	المجموعة (ب)	الفرق بين المستويين المتوسطين الدلالة	مستوى الدلالة
ممارسات إدارة المخاطر	طبيب	إداري	0.245	0.042
	طبيب	فني	0.198	0.068
	طبيب	ممرض/ممرضة	0.112	0.324
	إداري	فني	0.047	0.812
	إداري	ممرض/ممرضة	0.133	0.245
	فني	ممرض/ممرضة	0.086	0.512
الكفاءة التشغيلية	طبيب	إداري	0.267	0.035
	طبيب	فني	0.212	0.058
	طبيب	ممرض/ممرضة	0.124	0.298
	إداري	فني	0.055	0.785
	إداري	ممرض/ممرضة	0.143	0.228
	فني	ممرض/ممرضة	0.088	0.498



الجدول (21) وجود فروق دالة إحصائية بين الأطباء والإداريين في تقييم كل من ممارسات إدارة المخاطر (مستوى الدلالة = 0.042) والكفاءة التشغيلية (مستوى الدلالة = 0.035)، حيث كان تقييم الأطباء أعلى من تقييم الإداريين. كما كانت الفروق بين الأطباء والفنيين قريبة من مستوى الدلالة الإحصائية (0.068 و 0.058 على التوالي). ولم توجد فروق دالة إحصائية بين باقي الفئات الوظيفية.

وتشير هذه النتائج إلى أن الأطباء لديهم تقييم أعلى لممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية مقارنة بالإداريين، وهو ما قد يعكس اختلافًا في طبيعة العمل بين هذه الفئات، حيث يتعامل الأطباء بشكل مباشر مع المخاطر السريرية وتأثيرها على المرضى، بينما ينظر الإداريون إلى المخاطر من منظور إداري وتنظيمي.

سابعًا: مناقشة النتائج

مناقشة مستوى تطبيق ممارسات إدارة المخاطر

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى تطبيق ممارسات إدارة المخاطر في المستشفيات الخاصة جاء مرتفعًا بمتوسط حسابي كلي 3.82 من 5. وجاء بعد "الاستجابة للمخاطر" في المرتبة الأولى بمتوسط 3.85،

يليه "تحليل وتقييم المخاطر" بمتوسط 3.83، ثم "المتابعة والرقابة" بمتوسط 3.81، وأخيراً "تحديد المخاطر" بمتوسط 3.78.

وتعكس هذه النتيجة اهتمام المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية بتبني ممارسات إدارة المخاطر، وهو ما يتوافق مع متطلبات الاعتماد المؤسسي من هيئة التخصصات الصحية (CBAHI) واللجنة المشتركة الدولية (JCI). وقد أشارت دراسة Oumghar & Izza (2024) إلى أن إدارة المخاطر في المستشفى أصبحت شرطاً أساسياً للحصول على الاعتماد المؤسسي، وهو ما يفسر المستوى المرتفع لتطبيق هذه الممارسات في المستشفيات الخاصة السعودية.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Johan et al. (2025) التي أظهرت أن كفاءة إدارة المخاطر المؤسسية لها تأثير مباشر على أداء واستدامة المستشفيات الخاصة. كما تتفق مع دراسة Mahmoud et al. (2024) التي أكدت على أهمية تبني منظور إدارة المخاطر المؤسسية في المؤسسات الصحية في منطقة الخليج.

مناقشة مستوى الكفاءة التشغيلية

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة جاء مرتفعاً بمتوسط حسابي كلي 3.88 من 5. وجاء بعد "كفاءة استخدام الموارد" في المرتبة الأولى بمتوسط 3.92، يليه "جودة الخدمات الصحية" بمتوسط 3.91، ثم "تقليل الأخطاء التشغيلية" بمتوسط 3.88، وأخيراً "سرعة تقديم الخدمة" بمتوسط 3.82.

وتعكس هذه النتيجة قدرة المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية على تحقيق كفاءة تشغيلية عالية، خاصة في مجال استخدام الموارد وجودة الخدمات. وقد أشارت دراسة lo Storto (2025) إلى أن المرافق الصحية الخاصة تعمل بمستويات كفاءة عالية، مع تفوق المرافق الأصغر حجماً على الأكبر منها. كما أشارت دراسة Nunes et al. (2025) إلى وجود ارتباط إيجابي كبير بين جودة الحوكمة وتوافر الموارد المالية والبشرية مع الكفاءة التشغيلية.

ويشير الانخفاض النسبي في بعد "سرعة تقديم الخدمة" إلى وجود تحديات في هذا المجال، وهو ما يتوافق مع دراسة Al Thobaity (2025) التي أشارت إلى وجود اختناقات في سير العمل في أقسام الطوارئ

السعودية، مما يستدعي تحسين العمليات في مراحل مثل تقييم الطبيب واتخاذ القرار لتسريع تقديم الخدمات وتقليل أوقات الانتظار.

مناقشة العلاقة بين ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية

أظهرت نتائج اختبار الفرضية الرئيسية وجود تأثير دال إحصائيًا لممارسات إدارة المخاطر على الكفاءة التشغيلية، حيث فسرت ممارسات إدارة المخاطر 54.9% من التباين في الكفاءة التشغيلية ($R^2 = 0.549$). كما أظهرت نتائج تحليل الانحدار المتعدد أن جميع أبعاد ممارسات إدارة المخاطر الأربعة لها تأثير دال إحصائيًا على الكفاءة التشغيلية، مع تفوق بعد "تحليل وتقييم المخاطر" من حيث قوة التأثير.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسة Bromiley et al. (2015) من أن المؤسسات التي تطبق ممارسات فعالة لإدارة المخاطر تحقق أداءً تشغيليًا أفضل، حيث تساعد هذه الممارسات في تحسين اتخاذ القرار وتقليل الخسائر التشغيلية. كما تتفق مع ما أوضحتها دراسة ISO 31000 (2018) من أن تطبيق إطار إدارة المخاطر المؤسسية يساهم في تحسين الأداء العام للمؤسسة، بما في ذلك الكفاءة التشغيلية.

وتشير نتائج الفرضيات الفرعية إلى وجود علاقات ارتباطية موجبة ودالة إحصائيًا بين ممارسات إدارة المخاطر وجميع أبعاد الكفاءة التشغيلية الأربعة، وهي: كفاءة استخدام الموارد ($r = 0.658$)، وتقليل الأخطاء التشغيلية ($r = 0.682$)، وجودة الخدمات الصحية ($r = 0.671$)، وسرعة تقديم الخدمة ($r = 0.612$). وهذه النتائج تؤكد العلاقة التكاملية بين إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية.

وتفسر هذه العلاقة في ضوء الإطار النظري للدراسة، حيث أن تطبيق ممارسات إدارة المخاطر المؤسسية يساهم في تحسين العمليات التشغيلية، وتعزيز ثقافة الجودة والسلامة، وتحسين الشفافية والمساءلة، وهو ما ينعكس إيجابًا على الكفاءة التشغيلية. كما أن التكامل بين إدارة المخاطر وإدارة الجودة الشاملة، كما أشارت دراسة Fadhel & Alqurs (2025)، يعزز الكفاءات التشغيلية ويوحد بروتوكولات السلامة، مما يساهم في تحسين الأداء التنظيمي.

مناقشة الفروق حسب المتغيرات الديموغرافية

أظهرت نتائج اختبارات الفروق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات المشاركين حول ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية تعزى إلى الجنس، والفئة العمرية، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة. ومع ذلك، أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية تعزى إلى المسمى الوظيفي، حيث كان تقييم الأطباء أعلى من تقييم الإداريين.

وهذه النتيجة قد تفسر باختلاف طبيعة العمل بين الفئات الوظيفية، حيث يتعامل الأطباء بشكل مباشر مع المخاطر السريرية وتأثيرها على المرضى، مما يجعلهم أكثر وعياً بأهمية ممارسات إدارة المخاطر وتأثيرها على الكفاءة التشغيلية. كما أن الأطباء هم الأكثر تأثراً بجودة العمليات التشغيلية وسرعتها، مما يجعلهم أكثر تقدراً للعلاقة بين إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسة العتيبي (2021) من وجود فروق في مستوى تطبيق ممارسات إدارة المخاطر حسب المسمى الوظيفي، حيث كان تقييم الأطباء أعلى من تقييم الإداريين. كما تتفق مع دراسة الزهراني (2020) التي أشارت إلى وجود فروق في تطبيق ممارسات الجودة حسب المسمى الوظيفي.

ثامناً: التوصيات

بناءً على نتائج الدراسة، يمكن تقديم التوصيات التالية:

التوصيات الموجهة لإدارات المستشفيات الخاصة

أولاً: تعزيز ممارسات تحديد المخاطر

على الرغم من أن ممارسات تحديد المخاطر حصلت على مستوى مرتفع، إلا أنها جاءت في المرتبة الأخيرة بين أبعاد إدارة المخاطر. ولذلك، توصي الدراسة بما يلي:

- تطوير أنظمة منهجية ومنتظمة لتحديد المخاطر، تشمل جميع أقسام المستشفى.

- استخدام مصادر متعددة لتحديد المخاطر، مثل تحليل البيانات الكبيرة، وتقارير الحوادث، وشكاوى المرضى، وتقارير التدقيق.
- تحديث قائمة المخاطر بشكل دوري لمواكبة التغيرات في بيئة العمل والتطورات التكنولوجية.
- تطبيق أدوات تحليلية متقدمة مثل الذكاء الاصطناعي وتحليل البيانات الضخمة للكشف عن المخاطر الناشئة.

ثانيًا: تعزيز قدرات تحليل وتقييم المخاطر

- نظرًا لأن بعد "تحليل وتقييم المخاطر" كان الأكثر تأثيرًا على الكفاءة التشغيلية، توصي الدراسة بما يلي:
- تدريب الكوادر الصحية على استخدام أدوات تحليل المخاطر المتقدمة مثل تحليل السبب الجذري (RCA) وتحليل وضع الفشل وآثاره (FMEA).
 - تطوير نظام متكامل لتقييم المخاطر يحدد الأولويات ويوجه الموارد نحو المجالات الأكثر أهمية.
 - استخدام منهجيات كمية في تقييم المخاطر مثل تحليل شجرة الأخطاء وتحليل شجرة الأحداث.
 - ربط تقييم المخاطر بالمؤشرات الرئيسية للأداء (KPIs) لضمان قياس الأثر الفعلي للمخاطر على الأداء التشغيلي.

ثالثًا: تحسين سرعة تقديم الخدمات الصحية

- نظرًا لأن بعد "سرعة تقديم الخدمة" كان الأقل بين أبعاد الكفاءة التشغيلية، توصي الدراسة بما يلي:
- تحسين تدفق العمل في الأقسام الحيوية مثل قسم الطوارئ والعيادات الخارجية.
 - تقليل أوقات انتظار المرضى من خلال تطبيق أنظمة جدولة فعالة.
 - تسريع عمليات التشخيص والعلاج من خلال استخدام التقنيات الحديثة مثل السجلات الطبية الإلكترونية والذكاء الاصطناعي.
 - تطبيق منهجيات الرشاقة (Lean) في تحسين العمليات التشغيلية، كما أشارت دراسة Mendes & França (2025).

رابعًا: تعزيز ثقافة إدارة المخاطر

- نشر ثقافة إدارة المخاطر بين جميع العاملين في المستشفى، من خلال برامج التوعية والتدريب المستمر.
- تشجيع الإبلاغ عن المخاطر والأخطاء دون خوف من العقاب، واعتبار ذلك فرصة للتعلم والتحسين.
- مكافأة المبادرين في تطبيق ممارسات إدارة المخاطر وتحسين الكفاءة التشغيلية.
- تضمين إدارة المخاطر كجزء من التوصيف الوظيفي لجميع العاملين في المستشفى.

خامساً: تعزيز التكامل بين إدارة المخاطر وإدارة الجودة

- دمج إدارة المخاطر مع أنظمة إدارة الجودة الشاملة في المستشفى، لتحقيق التكامل بينهما.
- تطوير نظام متكامل للرقابة الداخلية يشمل إدارة المخاطر والجودة والامتثال.
- ربط ممارسات إدارة المخاطر بمؤشرات الأداء الرئيسية للجودة والكفاءة التشغيلية.
- تطبيق نموذج التميز المؤسسي (EFQM) أو نموذج الاعتماد المؤسسي (JCI، CBAHI) كإطار شامل لإدارة المخاطر والجودة.

التوصيات الموجهة لوزارة الصحة وهيئة التخصصات الصحية

أولاً: تعزيز متطلبات إدارة المخاطر في معايير الاعتماد

- تطوير معايير الاعتماد المؤسسي لتشمل متطلبات أكثر تفصيلاً لممارسات إدارة المخاطر.
- ربط الاعتماد المؤسسي بمدى فاعلية أنظمة إدارة المخاطر في تحسين الكفاءة التشغيلية.
- إدراج مؤشرات أداء خاصة بإدارة المخاطر في نظام "أداء" لتقييم أداء المستشفيات.

ثانياً: دعم التدريب والتطوير المهني

- تطوير برامج تدريبية متخصصة في إدارة المخاطر الصحية للعاملين في القطاع الصحي.
- التعاون مع الجامعات ومراكز التدريب لتقديم برامج دبلوم أو ماجستير في إدارة المخاطر الصحية.
- إنشاء منصة إلكترونية وطنية لتبادل الخبرات والممارسات المتميزة في إدارة المخاطر الصحية.

ثالثاً: تشجيع البحث العلمي

- دعم البحوث التطبيقية في مجال إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية في القطاع الصحي.
- توفير قواعد بيانات وطنية عن مؤشرات الأداء التشغيلي والمخاطر في المستشفيات.
- إنشاء جوائز تشجيعية للمستشفيات المتميزة في تطبيق ممارسات إدارة المخاطر وتحسين الكفاءة التشغيلية.

رابعًا: تطوير السياسات والتشريعات

- تحديث السياسات والتشريعات الصحية لتشمل متطلبات واضحة لإدارة المخاطر في المؤسسات الصحية.
- إصدار دليل وطني لإدارة المخاطر في المؤسسات الصحية، يتضمن أفضل الممارسات والأدوات المعتمدة.
- وضع آلية وطنية لتقييم فاعلية أنظمة إدارة المخاطر في المستشفيات.

التوصيات الموجهة للدراسات المستقبلية

أولاً: دراسات طويلة

- إجراء دراسات طويلة لقياس أثر ممارسات إدارة المخاطر على الكفاءة التشغيلية على مدى فترة زمنية ممتدة.
- دراسة التغيرات في مستوى ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية بعد تطبيق سياسات أو برامج تحسين محددة.

ثانياً: دراسات مقارنة

- إجراء دراسات مقارنة بين المستشفيات الخاصة والحكومية في تطبيق ممارسات إدارة المخاطر وتأثيرها على الكفاءة التشغيلية.
- إجراء دراسات مقارنة بين المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية ونظيراتها في دول الخليج أو الدول المتقدمة.

ثالثاً: دراسات نوعية

- إجراء دراسات نوعية (مقابلات معمقة، مجموعات نقاش) لفهم التحديات التي تواجه تطبيق ممارسات إدارة المخاطر في المستشفيات الخاصة.
- دراسة العوامل الثقافية والتنظيمية التي تؤثر على فاعلية ممارسات إدارة المخاطر.

رابعاً: توسيع نطاق الدراسة

- دراسة العلاقة بين ممارسات إدارة المخاطر ومتغيرات تنظيمية أخرى مثل الأداء المالي، ورضا المرضى، والابتكار التنظيمي.
- دراسة دور الوسيط أو المعدل لمتغيرات مثل الثقافة التنظيمية، والقيادة التحويلية، والتكنولوجيا المعلوماتية في العلاقة بين إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية.

خامساً: تحسين أدوات القياس

- تطوير أدوات قياس أكثر تفصيلاً لممارسات إدارة المخاطر في القطاع الصحي، تشمل مؤشرات كمية ونوعية.
- استخدام منهجيات متقدمة مثل نمذجة المعادلات الهيكلية (SEM) لاختبار العلاقات المعقدة بين المتغيرات.
- تطوير مؤشر مركب لقياس الكفاءة التشغيلية في المستشفيات، يشمل أبعاداً متعددة مثل الكفاءة السريرية والإدارية والمالية.

خاتمة الفصل

قدم هذا الفصل التحليل الإحصائي للبيانات التي تم جمعها من عينة الدراسة، حيث تم وصف خصائص العينة، وتحليل مستوى تطبيق ممارسات إدارة المخاطر والكفاءة التشغيلية، واختبار فروض الدراسة. وقد أظهرت النتائج أن مستوى تطبيق ممارسات إدارة المخاطر جاء مرتفعاً بمتوسط 3.82، وأن مستوى الكفاءة التشغيلية جاء مرتفعاً بمتوسط 3.88. كما أظهرت النتائج وجود تأثير دال إحصائياً لممارسات إدارة المخاطر على الكفاءة التشغيلية، حيث فسرت 54.9% من التباين في الكفاءة التشغيلية.

وأظهرت نتائج اختبار الفروق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات المشاركين تعزى إلى الجنس، والفئة العمرية، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة، بينما أظهرت وجود فروق تعزى إلى المسمى الوظيفي، حيث كان تقييم الأطباء أعلى من تقييم الإداريين.

وتم تقديم مجموعة من التوصيات الموجهة لإدارات المستشفيات الخاصة، ووزارة الصحة وهيئة التخصصات الصحية، والدراسات المستقبلية، بهدف تعزيز ممارسات إدارة المخاطر وتحسين الكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

الزهراني، أ. م. (2020). إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات السعودية. المجلة العربية للإدارة الصحية، 12، (2)، 45-67.

العتيبي، خ. ب. س. (2021). أثر إدارة المخاطر على الأداء المؤسسي في القطاع الصحي. مجلة العلوم الإدارية، 15، (1)، 88-110.

وزارة الصحة السعودية. (2021). إحصاءات الصحة السنوية. الرياض: وزارة الصحة.

وزارة الصحة السعودية. (2022). التقرير السنوي لوزارة الصحة. الرياض: وزارة الصحة.

برنامج تحول القطاع الصحي. (2023). رؤية المملكة العربية السعودية 2030 - تطوير القطاع الصحي. الرياض.

ثانياً: المراجع الأجنبية

. The role of management control systems in supply chain risk management: A case study of hospitals in Saudi Arabia [Doctoral dissertation, RMIT University]. RMIT Research Repository. (2024) Abu Theeb, E.

. Identifying the main bottlenecks in the workflow of Saudi Arabian emergency departments (EDs) Saudi Arabian emergency departments Management, 2025, 4239274. <https://doi.org/10.1155/jnjm/4239274>

. Improvement of hospital quality performance through accreditation: A study in Saudi Arabia. (2019) Al-Awa, B., De Wever, A., & Almazrooa, A. International Journal for Quality in Health Care, 31, 1-7. (7) <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz058>

- . Financial risk governance in Saudi hospitals. Saudi (2025)Alduwaihi, L.
Digital Library.
- . Health care system in Saudi (2011)Almalki, M., Fitzgerald, G., & Clark, M.
, 784–793.(10)Arabia: An overview. Eastern Mediterranean Health Journal, 17
- . Enterprise risk management model towards (2025)Almaazmi, F. M. H. R.
hospital performance through mediating role of business model innovation
[Doctoral dissertation, Universiti Teknikal Malaysia Melaka]. UTeM Institutional
Repository.
- . Untangling the effects of supply chain integration and (2025)Aloulou, W.
digital transformation on healthcare service providers' performance: Resilience
, 1040–(4)to disruptions as mediator. Journal of Asia Business Studies, 19
1061. <https://doi.org/10.1108/JABS-08-2024-0457>
- . Risk assessment and risk management: Review of recent (2016)Aven, T.
advances. Reliability Engineering & System Safety, 148, 1–10.
<https://doi.org/10.1016/j.ress.2015.10.003>
- . Enterprise risk (2015)Beasley, M. S., Clune, R., & Hermanson, D.
, 301–321. (2)management: An empirical analysis. Accounting Horizons, 29
<https://doi.org/10.2308/acch-51067>
- . Enterprise (2015)Bromiley, P., McShane, M., Nair, A., & Rustambekov, E.
risk management: Review, critique, and research directions. Long Range
, 265–276. <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2014.07.005>(4)Planning, 48

- . Situational analysis of (2024)Buaruang, N., Thiangchanya, P., & Laimek, S. clinical risk management in patient units at a private hospital. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health.
- . Public services under (2025)Coube, M., Fontes, L. F. C., & Rocha, R. private management. Insper Working Paper, BEWP 245/2025.
- . Total quality management and operational (2008)Cruz, M., & Pinedo, M. risk in the service industries. Tutorials in Operations Research, 154–176.
<https://doi.org/10.1287/educ.1080.0053>
- . Global risk management survey. Deloitte Insights. (2020)Deloitte.
<https://www2.deloitte.com/global/en/pages/risk/articles/global-risk-management-survey.html>
- . Enhancing occupational health and safety (2025)Fadhel, R., & Alqurs, A. through strategic leadership: The mediating role of total quality management in Hodeida hospitals, Yemen. Risk Management and Healthcare Policy, 18, 823–842. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S506296>
- . Risk management in critical care (2025)Fernandez-Calderon, G. D. L. , 414–436. (13)processes, a systematic review. Gestio et Productio, 7 <https://doi.org/10.35381/gep.v7i13.542>
- . From framework to frontline: (2025)Golcuk, Y., & Karakoyun, Ö. F. Embedding enterprise risk management into emergency department fall , 24–25. (2)prevention. Journal of Healthcare Risk Management, 45 <https://doi.org/10.1002/jhrm.70012>

- . Practical project risk management: The ATOM (2017)Hillson, D.
. Management Concepts Press.(3rd ed.)methodology
- . ISO 31000: Risk management—Guidelines. International (2018)ISO.
Organization for Standardization.
- . Risk management—The revealing hand. (2016)Kaplan, R. S., & Mikes, A.
, 1–10.(11)Harvard Business Review, 94
- . Evaluating the efficiency of the private healthcare (2025)lo Storto, C.
facilities in Italy: A game cross–efficiency DEA modeling framework.
, 355. (9)Administrative Sciences, 15
<https://doi.org/10.3390/admsci15090355>
- . Advancing (2024)Mahmoud, T., Balachandran, W., & Altayyar, S.
sustainable healthcare technology management: Developing a comprehensive
risk assessment framework with a fuzzy analytical hierarchy process,
integrating external and internal factors in the Gulf region. Sustainability,
, 8197. <https://doi.org/10.3390/su16188197>(18)16
- . Continuous quality improvement (2020)McLaughlin, C. P., & Kaluzny, A. D.
. Jones & Bartlett Learning.(5th ed.)in health care
- . Lean thinking and risk management in (2025)Mendes, L., & França, G.
healthcare organizations: A systematic literature review and research agenda.
, 851–892. (3)International Journal of Quality & Reliability Management, 42
<https://doi.org/10.1108/IJQRM-06-2023-0210>

- . Health Minister honors winners of (2025)Ministry of Health Saudi Arabia.
(7th edition)Ada'a Health Award
<https://www.moh.gov.sa/en/ministry/mediacenter/news/pages/news-2025-09-15-001.aspx>

- . The influence of contextual (2025)Nunes, C. M., Gomes, P., & Santana, J. factors on organisational performance: Evidence from Portuguese hospitals. Journal of Health Organization and Management, 1–24.
<https://doi.org/10.1108/JHOM-06-2024-0215>

- . Royal Hospital launches comprehensive (2026)Oman News Agency. enterprise risk management program.
<https://omannews.gov.om/topics/en/99/show/122664/index.php>

- . Risk management in Moroccan public (2024)Oumghar, A., & Izza, I. hospitals: A literature review. International Journal of Health Care Quality , 1–27. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-08-2023-0057>(1)Assurance, 38

- . What is value in health care? New England Journal of (2010)Porter, M. E. , 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>(26)Medicine, 363

- . Lean in healthcare: The (2012)Radnor, Z. J., Holweg, M., & Waring, J. , 364–371. (3)unfilled promise? Social Science & Medicine, 74
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.029>

- . Key risks and mitigation strategies (2025)Sermhattakit, A., & Sae-Lim, P. in enterprise risk management for private hospitals: A mixed–method study. Inquiry, 62, 1–13. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40515456/>

- . Healthcare management: (2018) Shortell, S. M., & Kaluzny, A. D.
 . Cengage Learning. (7th ed.) Organization design and behavior
- . Internal control, financial accountability and (2023) Tetteh, J. E., et al.
 financial performance in the private healthcare sector in Saudi Arabia. PLOS
 , e0285813. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285813> (5) ONE, 18
- . Lean healthcare: Rhetoric, ritual and (2015) Waring, J. J., & Bishop, S.
 resistance. Social Science & Medicine, 142, 45–52.
 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.08.009>
- . Patient safety: Global action on patient (2019) World Health Organization.
 safety. WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511645>
- . Global patient safety action plan 2021–(2021) World Health Organization.
 2030. WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- . Principles of risk management and patient safety (2018) Youngberg, B. J.
 . Jones & Bartlett Learning. (2nd ed.)
- . Identifying the main bottlenecks in the workflow of (2025) Al Thobaity, A.
 . Journal of Nursing (EDs) Saudi Arabian emergency departments
 Management, 2025, 4239274. <https://doi.org/10.1155/jnjm/4239274>
- . Risk management policy, February 2025. African Union. (2025) Africa CDC.
 <https://africacdc.org/download/risk-management-policy-february-2025/>
- . Enterprise risk management model towards (2025) Almaazmi, F. M. H. R.
 hospital performance through mediating role of business model innovation

[Doctoral dissertation, Universiti Teknikal Malaysia Melaka]. Universiti Teknikal
Malaysia Melaka Institutional Repository.

. Financial risk governance in Saudi hospitals. Saudi (2025)Alduwaihi, L.
Digital Library.

. Total quality management and operational (2008)Cruz, M., & Pinedo, M.
risk in the service industries. *Tutorials in Operations Research*, 154–176.
<https://doi.org/10.1287/educ.1080.0053>

. Enhancing occupational health and safety (2025)Fadhel, R., & Alqurs, A.
through strategic leadership: The mediating role of total quality management
in Hodeida hospitals, Yemen. *Risk Management and Healthcare Policy*, 18,
823–842. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S506296>

. From framework to frontline: (2025)Golcuk, Y., & Karakoyun, Ö. F.
Embedding enterprise risk management into emergency department fall
, 24–25. (2)prevention. *Journal of Healthcare Risk Management*, 45
<https://doi.org/10.1002/jhrm.70012>

. Health Minister honors winners of (2025)Ministry of Health Saudi Arabia.
(7th edition)Ada'a Health Award
<https://www.moh.gov.sa/en/ministry/mediacenter/news/pages/news-2025-09-15-001.aspx>

. Royal Hospital launches comprehensive (2026)Oman News Agency.
enterprise risk management program.
<https://omannews.gov.om/topics/en/99/show/122664/index.php>

- . Economic challenges for private hospitals in Saudi Arabia. (2025a)Prezi.
<https://prezi.com/p/-ukgbgpxcyna/economic-challenges-for-private-hospitals-in-saudi-arabia/>

- . Economic challenges and strategies for private hospitals in (2025b)Prezi.
 Saudi Arabia. https://prezi.com/p/_8t3ruuje4qa/economic-challenges-and-strategies-for-private-hospitals-in-saudi-arabia/

- . The Saudi healthcare sector is a digitally-based (2026)Saudi Press Agency.
 model. Union of OIC News Agencies. <https://una-oic.org/en/technology/2026/06/02/The-Saudi-healthcare-sector-is-a-digitally-based-model./>

- . Internal control, financial accountability and (2023)Tetteh, J. E., et al.
 financial performance in the private healthcare sector in Saudi Arabia. PLOS
 , e0285813. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285813> (5)ONE, 18

- . Principles of risk management and patient safety (2018)Youngberg, B. J.
 . Jones & Bartlett Learning.(2nd ed.)

