

أثر إدارة أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات
الصحية: دراسة ميدانية على مشاريع القطاع الصحي بالمملكة العربية
السعودية.

إعداد الطالب/

محمد سلطان البقمي

253002979

المشرف الثاني/

د.فايز جراد

المشرف الرئيسي/

د. الفیصل عبد الحمید

العام الدراسي:

2026 – 1448



إِهْدَاء

إلى من كانت الدعوات الصادقة ترافقني في كل خطوة، إلى من غرست في قلبي حب العلم، وزرعت في نفسي الأمل رغم الصعاب، إلى أُمي الغالية، منبع الحنان والعطاء، أهدي ثمرة جهدي وتعب أيامي.

وإلى أبي العزيز، السند والداعم الأول، من علّمني أن الطموح لا حدود له، لك أقدم هذا العمل تقديرًا وامتنانًا لجهودك ودعمك الدائم.

إلى أساتذتي الكرام، الذين كانوا نعم الموجهين، وإلى صديقاتي وزميلاتي، من شاركني طريق البحث والسعي

شكرًا لكل لحظة دعم وتشجيع كانت سببًا في الوصول إلى هذه اللحظة.

أهدي هذا العمل لكل من آمن بي، وساهم في أن يصبح هذا الحلم واقعًا مشرقًا.



أحمد الله عز وجل الذي وفقني في إتمام هذا البحث العلمي.

والذي ألهمني الصحة والعافية والعزيمة.

فالحمد لله حمداً كثيراً

نتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلي الأستاذ الدكتور

أ.د / الفیصل عبد الحمید

أ.د/ فايز جراد

على كل ما قدمناه لنا من توجيهات ومعلومات قيمة ساهمت في إثراء موضوع
دراستنا في جوانبها المختلفة.

والشكر والتقدير موصول إلي إدارة جامعة ميد أو شن ممثلة بالكادر الأكاديمي
والإداري، لما قدموه من تسهيلات وتشجيع وتوفير الخدمات المطلوبة.

كما أتقدم بالشكر الجزيل لكل من لم يسعني الحظ بذكر أسمائهم راجية من
المولي عز وجل أن تكون هذه الدراسة نافذة لدراسات أخرى .

المستخلص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر إدارة أصحاب المصلحة، من خلال أبعادها الأربعة (تحديد أصحاب المصلحة، وإشراك أصحاب المصلحة، والتواصل مع أصحاب المصلحة، ومتابعة وتقييم أصحاب المصلحة)، في نجاح مشروعات تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، حيث صُممت استبانة كأداة رئيسة لجمع البيانات، ووزعت على عينة عشوائية طبقية مكونة من (242) مشاركًا من العاملين في هذه المشروعات، شملت مديري المشروعات، ومنسقي المشروعات، ومسؤولي إدارة أصحاب المصلحة، والمشرفين الميدانيين، والكوادر الفنية والإدارية. وقد تم التحقق من صدق وثبات أداة الدراسة باستخدام عدة أساليب، كما جرى تحليل البيانات باستخدام برنامج (SPSS)، بالاعتماد على مجموعة من الأساليب الإحصائية، أبرزها معامل ارتباط بيرسون، وتحليل الانحدار البسيط والمتعدد. وأظهرت النتائج وجود أثر ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة أصحاب المصلحة بأبعادها مجتمعة في نجاح مشروعات تحسين الخدمات الصحية، حيث فسرت أبعاد المتغير المستقل نسبة (72.6%) من التباين في المتغير التابع. كما أظهرت النتائج أن إشراك أصحاب المصلحة جاء في المرتبة الأولى من حيث التأثير، تلاه التواصل مع أصحاب المصلحة، ثم تحديد أصحاب المصلحة، وأخيرًا متابعة وتقييم أصحاب المصلحة. وأوصت الدراسة بترسيخ ثقافة المشاركة داخل فرق العمل بالمشروعات، وتطوير منهجية لتحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم، وبناء نظام متكامل للتواصل يتوافق مع خصوصية البيئة الريفية، وتأهيل الكوادر العاملة، وتوظيف التحول الرقمي لتعزيز ممارسات إدارة أصحاب المصلحة، ودمج اعتبارات الاستدامة في تصميم المشروعات منذ مراحلها الأولى.

الكلمات المفتاحية: إدارة أصحاب المصلحة، نجاح المشروعات، الخدمات الصحية، المناطق الريفية، المملكة العربية السعودية.

قائمة المحتويات

أ.....	بسم الله الرحمن الرحيم
ب.....	الإهداء
ج.....	الشكر والتقدير
د.....	المستخلص
ه.....	قائمة المحتويات
ح.....	قائمة الجداول
1.....	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
1.1.....	1.1 المقدمة
2.....	2.1 مشكلة الدراسة
3.....	3.1 أهداف الدراسة
4.....	4.1 أهمية الدراسة
6.....	5.1 أسئلة الدراسة
7.....	6.1 فروض الدراسة
8.....	7.1 الدراسات السابقة:
13.....	8.1 الفجوة البحثية
14.....	9.1 المنطلقات النظرية للدراسة:
16.....	10.1 المنهجية وطرق البحث:
17.....	11.1 مجتمع وعينة الدراسة
17.....	12.1 مصادر جمع البيانات
18.....	13.1 أداة الدراسة
19.....	14.1 الأساليب الإحصائية المستخدمة
19.....	15.1 حدود الدراسة
21.....	الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة

المبحث الأول: إدارة أصحاب المصلحة	21
1.1.2 تمهيد	21
2.1.2 مفهوم إدارة أصحاب المصلحة	21
3.1.2 أهمية إدارة أصحاب المصلحة	23
4.1.2 أهداف إدارة أصحاب المصلحة	25
5.1.2 أبعاد إدارة أصحاب المصلحة	26
6.1.2 استراتيجيات إدارة أصحاب المصلحة	29
7.1.2 متطلبات تطبيق إدارة أصحاب المصلحة في المشاريع الصحية الريفية	30
المبحث الثاني: نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية	31
1.2.2 تمهيد	31
2.2.2 مفهوم نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية	31
3.2.2 أهمية نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية	33
4.2.2 أهداف مشاريع تحسين الخدمات الصحية والسعي إلى نجاحها	35
5.2.2 أبعاد نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية	36
6.2.2 استراتيجيات تعزيز نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية	38
7.2.2 محددات نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة	39
الفصل الثالث: منهجية الدراسة وإجراءاتها	40
1.3 تمهيد	40
2.3 منهج الدراسة	40
3.3 مجتمع وعينة الدراسة	41
4.3 أداة الدراسة	42
5.3 صدق أداة الدراسة وثباتها	43
6.3 مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة	46
3.7 الأساليب الإحصائية المستخدمة	48
الفصل الرابع: تحليل البيانات واختبار الفرضيات	49

49	1.4 تمهيد
49	2.4 تحليل البيانات الديموغرافية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة
51	3.4 التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة
56	4.4 اختبار فرضيات الدراسة
64	الفصل الخامس: النتائج والتوصيات
64	1.5 تمهيد
64	2.5 نتائج الدراسة
67	3.5 توصيات الدراسة
68	4.5 الدراسات المستقبلية المقترحة
70	Abstract
71	المراجع
74	الملاحق
75	استمارة استبيان

قائمة الجداول

رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
42	جدول (3 - 1): توزيع الاستبانات على فئات مجتمع الدراسة	1.
43	جدول (3 - 2): تدرّج مقياس ليكرت الخماسي والمدى المرجعي	2.
44	جدول (3 - 3): معاملات ارتباط فقرات أبعاد المتغير المستقل بالدرجة الكلية للبعد	3.
44	جدول (3 - 4): معاملات ارتباط فقرات المتغير التابع (نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية) بالدرجة الكلية	4.
45	جدول (3 - 5): معاملات الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل والدرجة الكلية للمتغير	5.
46	جدول (3 - 6): معاملات الثبات لأبعاد الاستبانة بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية	6.
47	جدول (3 - 7): مصفوفة الارتباط بين أبعاد إدارة أصحاب المصلحة ونجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية	7.
49	جدول (4 - 1): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للنوع	8.
50	جدول (4 - 2): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للعمر	9.
50	جدول (4 - 3): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للمؤهل العلمي	10.
51	جدول (4 - 4): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لسنوات الخبرة	11.
51	جدول (4 - 5): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للمسمى الوظيفي	12.
52	جدول (4 - 6): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد تحديد أصحاب المصلحة	13.

رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
53	جدول (4 - 7): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد إشراك أصحاب المصلحة	14.
53	جدول (4 - 8): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد التواصل مع أصحاب المصلحة	15.
54	جدول (4 - 9): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد متابعة وتقييم أصحاب المصلحة	16.
55	جدول (4 - 10): ترتيب أبعاد المتغير المستقل وفقاً للمتوسطات الحسابية	17.
55	جدول (4 - 11): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات المتغير التابع	18.
57	جدول (4 - 12): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد إدارة أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية	19.
58	جدول (4 - 13): تحليل الانحدار الخطّي البسيط لقياس أثر تحديد أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية	20.
60	جدول (4 - 14): تحليل الانحدار الخطّي البسيط لقياس أثر إشراك أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية	21.
61	جدول (4 - 15): تحليل الانحدار الخطّي البسيط لقياس أثر التواصل مع أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية	22.
62	جدول (4 - 16): تحليل الانحدار الخطّي البسيط لقياس أثر متابعة وتقييم أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية	23.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1.1 المقدمة

تحتل مشاريع تحسين الخدمات الصحية باهتمام متزايد على المستوى العالمي باعتبارها ركيزة أساسية لتحقيق التنمية المستدامة ورفاهية المجتمعات، إذ أصبحت جودة الخدمات الصحية وإتاحتها للجميع معياراً جوهرياً لقياس تقدم الدول وقدرتها على الوفاء بالتزاماتها تجاه مواطنيها. وقد أفرز التحول المتسارع في أنظمة الرعاية الصحية حول العالم حاجة ملحة إلى تبني مقاربات إدارية حديثة تضمن نجاح هذه المشاريع واستدامة مخرجاتها، خاصة في المناطق الريفية والنائية التي تعاني من فجوات بنيوية في البنية التحتية الصحية والكوادر الطبية المتخصصة. (Harrison et al., 2021)

وتبرز إدارة أصحاب المصلحة بوصفها إحدى أهم المقاربات الإدارية المعاصرة التي تستند إلى فكرة محورية مفادها أن نجاح أي مشروع يتوقف بدرجة كبيرة على مدى فهم القائمين عليه لاحتياجات وتوقعات جميع الأطراف المتأثرة بالمشروع أو المؤثرة فيه، والعمل على تلبيتها بشكل منهجي ومتوازن. وتتضمن هذه الإدارة عمليات متكاملة تبدأ بتحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم وفقاً لمستوى تأثيرهم واهتمامهم، مروراً بإشراكهم الفعّال في مراحل التخطيط والتنفيذ، وصولاً إلى التواصل المنتظم معهم ومتابعة وتقييم مستوى رضاهم بشكل دوري. (Stanley, 2024)

ويزداد الاهتمام بإدارة أصحاب المصلحة تحديداً في سياق المشاريع الصحية نظراً لتعدد الأطراف المعنية بهذه المشاريع وتنوعها، إذ تشمل الجهات الحكومية والمنظمات غير الحكومية والكوادر الطبية والإدارية والمجتمعات المحلية المستفيدة والجهات التمويلية والرقابية، وهو ما يجعل عملية التنسيق والمواءمة بين مصالح هذه الأطراف المتباينة تحدياً إدارياً بالغ التعقيد يستدعي منهجية واضحة ومنظمة. وقد أثبتت الممارسات الدولية أن المشاريع الصحية التي تتبنى مقاربة شاملة لإدارة أصحاب المصلحة تحقق مستويات أعلى من النجاح والاستدامة مقارنة بتلك التي تُهمل هذا الجانب الحيوي. (Nginya & Mutuku, 2024)

ويكتسب نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية أهمية بالغة لا سيما في المناطق الريفية الفقيرة التي تمثل الحلقة الأضعف في منظومة الرعاية الصحية، حيث يُقاس هذا النجاح بمعايير متعددة تشمل تحقيق الأهداف المحددة ضمن الأطر الزمنية والمالية المخطط لها، وجودة المخرجات الصحية المقدمة، ورضا المستفيدين من السكان المحليين، واستدامة الأثر الصحي على المدى البعيد. ويتطلب تحقيق هذا النجاح

فهماً عميقاً للسياق المحلي وخصوصياته الثقافية والاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر بشكل مباشر على آليات تقديم الخدمات الصحية وقبول المجتمعات لها. (Tampio et al., 2022)

وفي سياق المملكة العربية السعودية التي تشهد تحولاً استراتيجياً شاملاً في قطاعها الصحي ضمن رؤية 2030، تبرز المناطق الريفية الفقيرة بوصفها ميداناً خصباً يحتاج إلى مزيد من البحث والدراسة لاستكشاف الآليات المثلى التي تضمن نجاح المشاريع الصحية فيها. ويتقاطع المتغيران المحوريان لهذه الدراسة وهما إدارة أصحاب المصلحة ونجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في نقطة جوهرية مفادها أن إشراك الأطراف المعنية والتواصل الفعال معها ومتابعة توقعاتها يُشكّل ضماناً أساسياً لتحويل المشاريع الصحية من مجرد خطط على الورق إلى إنجازات ملموسة تنعكس إيجاباً على صحة المجتمعات الريفية ورفاهيتها. (Murphy et al., 2021)

وانطلاقاً من ذلك، تسعى هذه الدراسة إلى الإسهام في سد الفجوة المعرفية القائمة من خلال تقديم تحليل ميداني معمّق لأثر إدارة أصحاب المصلحة بأبعادها الأربعة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية.

2.1 مشكلة الدراسة

يُعدّ القطاع الصحي من أكثر القطاعات حساسية وتعقيداً في أي دولة، إذ يرتبط ارتباطاً وثيقاً بحياة الإنسان ورفاهيته وإنتاجيته، وتزداد هذه الحساسية حدةً في المناطق الريفية الفقيرة التي تعاني تاريخياً من فجوات هيكلية عميقة في البنية التحتية الصحية وجودة الخدمات المقدمة وكفاية الكوادر الطبية المتخصصة. وعلى الرغم من الجهود الحثيثة التي تبذلها المملكة العربية السعودية في إطار رؤية 2030 لتحقيق التغطية الصحية الشاملة وتقليص التفاوت بين المناطق الحضرية والريفية، إلا أن الواقع الميداني يكشف عن تحديات جوهرية تواجه مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة، تتجلى في تعثر بعض هذه المشاريع أو عدم تحقيقها للأهداف المرجوة منها ضمن الأطر الزمنية والمالية المحددة، فضلاً عن ضعف استدامة مخرجاتها وتراجع مستويات رضا المستفيدين عنها.

وتشير الأدبيات الأكاديمية المعاصرة إلى أن أحد الأسباب الجوهرية الكامنة وراء تعثر المشاريع الصحية أو فشلها يتمثل في القصور في إدارة أصحاب المصلحة، حيث أكدت دراسة (Stanley, 2024) أن ضعف تعبئة الموارد وإدارة الخطط والاتصال مع أصحاب المصلحة يؤثر سلباً على تنفيذ مشاريع التأمين الصحي

في كينيا، كما أوضحت دراسة (Vena et al., 2025) أن الاستشارة الانتقائية وعدم كفاية الشفافية وضعف أنظمة التغذية الراجعة في إدارة أصحاب المصلحة أدت إلى تآكل الثقة وعرقلة بناء التوافق في برنامج التأمين الصحي الوطني بجنوب أفريقيا. كما أشارت دراسة (Murphy et al., 2021) إلى أن التحديات السياقية المعقدة ومحدودية الموارد والوصمة المجتمعية تُشكّل عوائق رئيسية أمام إشراك أصحاب المصلحة في مشاريع الصحة العالمية، خاصة في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل.

وفي سياق المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية تحديداً، تتفاقم هذه الإشكالية بفعل عوامل متعددة ومتشابكة، منها التشتت الجغرافي للمجتمعات الريفية وبُعدها عن مراكز صنع القرار، والخصوصيات الثقافية والاجتماعية التي قد تؤثر على أنماط التواصل والمشاركة، ومحدودية البنية التحتية التقنية اللازمة لقنوات الاتصال الفعّال، إضافة إلى تعدد الجهات المعنية بالمشاريع الصحية وتنوع توقعاتها واحتياجاتها مما يُعقّد عملية التنسيق والمواءمة بينها. وتُفضي هذه العوامل مجتمعةً إلى خلق فجوة واضحة بين ما تطمح إليه المشاريع الصحية من أهداف وبين ما تحققه فعلياً على أرض الواقع، مما يُهدد مستهدفات المملكة في تحقيق العدالة الصحية الشاملة.

ومما يعمّق هذه المشكلة البحثية أن الدراسات العربية التي تناولت العلاقة بين إدارة أصحاب المصلحة ونجاح المشاريع الصحية في البيئة الريفية السعودية تكاد تكون نادرة، إذ ركزت معظم الدراسات السابقة على بيئات حضرية أو قطاعات غير صحية أو سياقات جغرافية مختلفة، مما يُحتّم الحاجة الماسة إلى دراسة ميدانية متعمقة تسد هذه الفجوة المعرفية وتُستكشف الواقع الفعلي لممارسات إدارة أصحاب المصلحة وأثرها على نجاح المشاريع الصحية في هذا السياق الخاص.

وبناءً على ما تقدم، تتبلور مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيسي التالي: ما أثر إدارة أصحاب المصلحة بأبعادها (تحديد أصحاب المصلحة، إشراك أصحاب المصلحة، التواصل مع أصحاب المصلحة، متابعة وتقييم أصحاب المصلحة) على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية؟

3.1 أهداف الدراسة

الهدف الرئيسي:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أثر إدارة أصحاب المصلحة بأبعادها (تحديد أصحاب المصلحة، إشراك أصحاب المصلحة، التواصل مع أصحاب المصلحة، متابعة وتقييم أصحاب المصلحة) على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية.

ويتفرع من هذا الهدف الرئيسي الأهداف الفرعية التالية:

- التعرف على أثر تحديد أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية.
- التعرف على أثر إشراك أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية.
- التعرف على أثر التواصل مع أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية..
- التعرف على أثر متابعة وتقييم أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية.
- الوقوف على واقع ممارسات إدارة أصحاب المصلحة في مشاريع القطاع الصحي بالمناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية.
- تقديم إطار عملي مقترح يساهم في تحسين ممارسات إدارة أصحاب المصلحة لتعزيز نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية.

4.1 أهمية الدراسة

الأهمية العلمية (النظرية):

- إثراء الأدب النظري المتعلق بإدارة أصحاب المصلحة في سياق المشاريع الصحية، حيث تُسهم هذه الدراسة في سد الفجوة البحثية الواضحة في الدراسات العربية التي تناولت العلاقة بين إدارة أصحاب المصلحة ونجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية، وخاصة في بيئة المناطق الريفية الفقيرة التي تعاني من شح واضح في الدراسات الأكاديمية المتخصصة.
- تقديم نموذج نظري متكامل يربط بين أبعاد إدارة أصحاب المصلحة الأربعة (التحديد، الإشراك، التواصل، المتابعة والتقييم) ونجاح المشاريع الصحية في سياق المناطق الريفية، مما يُسهم في تطوير

الأطر النظرية القائمة كنظرية أصحاب المصلحة لفرمان (Freeman) ونظرية إدارة المشاريع من خلال تطبيقها في بيئة جديدة ذات خصائص فريدة.

- إضافة بُعد تحليلي جديد للأدبيات العلمية من خلال دراسة الخصوصيات الثقافية والاجتماعية والاقتصادية للمناطق الريفية الفقيرة في المملكة العربية السعودية وتأثيرها على ديناميكيات العلاقة بين إدارة أصحاب المصلحة ونجاح المشاريع الصحية، وهو ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة التي أجريت في بيئات حضرية أو في دول أخرى مختلفة السياق.
- تعزيز المعرفة الأكاديمية حول العوامل الحرجة التي تُسهم في نجاح أو فشل المشاريع الصحية في المناطق الريفية، مما يفتح آفاقاً بحثية جديدة أمام الباحثين لتناول جوانب أخرى ذات صلة كدور القيادة والحوكمة والشراكة المجتمعية في سياقات مشابهة.
- المساهمة في بناء قاعدة بيانات علمية حول واقع المشاريع الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية، وهو مجال يفتقر إلى الدراسات التجريبية الكافية.

الأهمية العملية (التطبيقية):

- تزويد صانعي القرار والمسؤولين في وزارة الصحة السعودية والجهات ذات العلاقة بنتائج ميدانية دقيقة حول واقع ممارسات إدارة أصحاب المصلحة في المشاريع الصحية بالمناطق الريفية، مما يُمكنهم من اتخاذ قرارات مبنية على أدلة علمية لتحسين كفاءة هذه المشاريع وفعاليتها.
- تقديم توصيات عملية قابلة للتطبيق لمديري المشاريع الصحية في المناطق الريفية الفقيرة حول أفضل الممارسات في تحديد أصحاب المصلحة وإشراكهم والتواصل معهم ومتابعتهم وتقييمهم، بما يُسهم في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمجتمعات الريفية المحرومة.
- دعم جهود المملكة العربية السعودية في تحقيق مستهدفات رؤية 2030 المتعلقة بتحسين جودة الخدمات الصحية وتوسيع نطاقها ليشمل جميع المناطق بما فيها الريفية والنائية، من خلال تقديم حلول عملية لتعزيز مشاركة أصحاب المصلحة في المشاريع الصحية.
- مساعدة المنظمات غير الحكومية والمؤسسات الدولية العاملة في مجال تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية على تطوير استراتيجيات أكثر فعالية لإدارة أصحاب المصلحة تراعي خصوصيات البيئة السعودية الريفية وتحدياتها.

- المساهمة في تقليل الفجوة في الخدمات الصحية بين المناطق الحضرية والريفية في المملكة العربية السعودية من خلال تسليط الضوء على الدور المحوري لإدارة أصحاب المصلحة في ضمان نجاح المشاريع الصحية واستدامتها في المناطق الأكثر احتياجاً.
- توفير إطار عملي يُمكن تعميمه على مشاريع صحية مشابهة في مناطق ريفية أخرى داخل المملكة أو في دول عربية ذات سياقات مماثلة، مما يعزز من قابلية نقل النتائج والاستفادة منها على نطاق أوسع.
- تنبيه القائمين على المشاريع الصحية إلى المخاطر المترتبة على إهمال أصحاب المصلحة أو عدم إدارتهم بفعالية، من خلال تقديم شواهد ميدانية على العلاقة بين ضعف إدارة أصحاب المصلحة وتعثر المشاريع أو فشلها.

5.1 أسئلة الدراسة

السؤال الرئيسي:

ما أثر إدارة أصحاب المصلحة بأبعادها (تحديد أصحاب المصلحة، إشراك أصحاب المصلحة، التواصل مع أصحاب المصلحة، متابعة وتقييم أصحاب المصلحة) على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية؟

ويتفرع من هذا السؤال الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

- ما أثر تحديد أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية؟
- ما أثر إشراك أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية؟
- ما أثر التواصل مع أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية؟
- ما أثر متابعة وتقييم أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية؟
- ما مستوى ممارسات إدارة أصحاب المصلحة بأبعادها المختلفة في مشاريع القطاع الصحي بالمناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية؟

- ما مستوى نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة؟

6.1 فروض الدراسة

الفرض الرئيسي:

- H_0 : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة أصحاب المصلحة بأبعادها (تحديد أصحاب المصلحة، إشراك أصحاب المصلحة، التواصل مع أصحاب المصلحة، متابعة وتقييم أصحاب المصلحة) على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية.

الفرض الفرعي الأول:

- H_{01} : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لتحديد أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية.

الفرض الفرعي الثاني:

- H_{02} : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لإشراك أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية.

الفرض الفرعي الثالث:

- H_{03} : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) للتواصل مع أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية.

الفرض الفرعي الرابع:

- $H_0: \alpha \leq 0.05$ لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لمتابعة وتقييم أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية.

7.1 الدراسات السابقة:

المحور الأول: الدراسات المتعلقة بالمتغير المستقل (إدارة أصحاب المصلحة) وعلاقته بمتغيرات أخرى

• دراسة (براهيمية وعبايدية، 2021)

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر التعلم التنظيمي بأبعاده (التعلم على المستوى الفردي، التعلم الجماعي، التعلم على المستوى التنظيمي) على إدارة العلاقة مع الأطراف أصحاب المصلحة في شركة مناجم الفوسفات SOMIPHOS بتبسة، الجزائر. واستخدمت الدراسة منهج دراسة الحالة بالاعتماد على أدوات جمع البيانات الكمية والنوعية. وتكونت العينة من العاملين في مؤسسة SOMIPHOS للفوسفات بتبسة. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط قوي بين التعلم التنظيمي وإدارة العلاقة مع الأطراف أصحاب المصلحة، وأن عملية التعلم التنظيمي تؤثر إيجاباً على إدارة العلاقة مع أصحاب المصلحة من خلال محوري إدارة الحوار والتركيز على عملية الاتصال. وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز مستويات التعلم التنظيمي في المؤسسة لتحسين إدارة العلاقة مع مختلف الأطراف أصحاب المصلحة.

• دراسة (شوادرة، 2022)

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور تحفيز العاملين بأبعاده (الحوافز المادية، الحوافز المعنوية) في تعزيز ممارسات المسؤولية الاجتماعية تجاه أصحاب المصلحة (العملاء، المساهمين، العمال، البيئة) في مجموعة مؤسسات اقتصادية بولاية سطيف، الجزائر. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي. وتكونت العينة من (35) مفردة من الإطارات المسيّرة في المؤسسات الاقتصادية محل الدراسة، وتم استخدام برنامج SPSS لتحليل البيانات. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن مستويات التحفيز في المؤسسات محل الدراسة جاءت بدرجة منخفضة من وجهة نظر الإطارات المستجوبة، كما أن هناك دوراً لتحفيز العاملين في تعزيز

ممارسات المسؤولية الاجتماعية تجاه أصحاب المصلحة. وأوصت الدراسة بضرورة إعطاء أهمية أكبر لتحفيز العاملين حتى تتحسن مستويات ممارسات المسؤولية الاجتماعية تجاه الأطراف ذات المصلحة.

● دراسة (عبدالقادر والأحمد، 2024)

هدفت الدراسة إلى التعرف على الدور الاتصالي لدوائر العلاقات العامة في الشركات المدرجة في بورصة فلسطين في إدارة التواصل بين أصحاب المصلحة والجمهور خلال أزمة جائحة كوفيد-19، بأبعاده (دور نظام الاتصالات في إدارة ومواجهة الأزمات، الوسائل المستخدمة في التواصل مع الجمهور، الإمكانيات الفنية والمؤسسية). واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي. وتكون مجتمع الدراسة من جميع موظفي العلاقات العامة في الشركات المدرجة في بورصة فلسطين البالغ عددها (47) شركة، حيث تم أخذ عينة بنسبة 50% بواقع (25) شركة وتوزيع (47) استبياناً. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن درجة ممارسة العلاقات العامة أثناء الأزمات المالية جاءت مرتفعة بمتوسط حسابي بلغ (4.16)، وأن محور "دور نظام الاتصالات في إدارة الاتصال ومواجهة الأزمات" هو الأعلى بمتوسط حسابي (4.70). وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز أدوات التواصل مع أصحاب المصلحة وتطوير استراتيجيات إدارة الأزمات في الأسواق المالية.

● دراسة (Nginya & Mutuku, 2024)

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر إدارة أصحاب المصلحة بأبعادها (تحديد أصحاب المصلحة، المشاركة، الاتصال، المتابعة) على أداء مشاريع الرعاية الصحية المدعومة من المنظمات غير الحكومية في مقاطعة نيروبي، كينيا. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي. وتكونت العينة من (47) مشروعاً صحياً، بواقع (47) مدير مشروع و(47) مسؤول برامج، وتم جمع البيانات عبر الاستبيانات وتحليلها باستخدام الإحصاء الوصفي والاستدلالي. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط إيجابي قوي بين تحديد أصحاب المصلحة والمشاركة والاتصال والمتابعة من جهة وأداء المشاريع من جهة أخرى. كما أظهرت النتائج مستويات عالية من مشاركة أصحاب المصلحة في التخطيط والتدريب وتحقيق نتائج إيجابية. وأوصت الدراسة المنظمات غير الحكومية العاملة في مقاطعة نيروبي بتعزيز استراتيجيات إشراك أصحاب المصلحة مع التركيز على التحديد الفعال والمشاركة النشطة والمتابعة المستمرة لتعزيز الأثر الإيجابي للمشاريع الصحية.

● دراسة (Stanley, 2024)

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر إدارة أصحاب المصلحة في المشاريع بأبعادها (تعبئة الموارد، إدارة الخطط، إدارة الاتصال، إدارة الجودة) على التنفيذ الناجح لمشاريع صندوق التأمين الصحي الوطني (NHIF) في كينيا، مع تحديد الأثر المعدّل للمتابعة والتقييم. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي. وتكونت العينة من (99) مفردة من موظفي إدارة صندوق التأمين الصحي الوطني المسؤولين عن تنفيذ مشاريع التغطية الصحية الشاملة، وتم جمع البيانات عبر الاستبيانات وتحليلها باستخدام SPSS بالاعتماد على الإحصاء الوصفي والاستدلالي ومعامل ارتباط بيرسون وتحليل الانحدار المتعدد. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن تعبئة الموارد وإدارة الخطط وإدارة الاتصال وإدارة الجودة جميعها ترتبط إيجابياً وبدلالة إحصائية مع تنفيذ المشاريع، كما أن المتابعة والتقييم تعدّل بشكل دال العلاقة بين إدارة أصحاب المصلحة وتنفيذ المشاريع. وأوصت الدراسة بضرورة تحسين آليات تعبئة الموارد وإدارة الخطط والاتصال والجودة، وإدخال نظم متابعة وتقييم فعالة لتحسين تنفيذ المشاريع الصحية.

● دراسة (رحالي، 2025)

هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع الإفصاح البيئي وبيان إدارة علاقات أصحاب المصلحة في التقارير المتكاملة لدى المصارف الإسلامية، بالتطبيق على مصرف الراجحي السعودي. واستخدمت الدراسة منهج تحليل المحتوى من خلال إجراء تحليل على التقارير المنشورة لمصرف الراجحي الإسلامي. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن مصرف الراجحي يلتزم بالإفصاح عن الأداء البيئي ضمن التقارير المتكاملة المنشورة، ويتجلى ذلك في استخدام الوسائل والمعدات المؤدية إلى الاقتصاد في الطاقة وضمان الطاقة الصديقة للبيئة. كما تمكن المصرف من إدارة علاقات أصحاب المصلحة بشكل فعال من خلال التواصل المنتظم ودمج مخاوفهم وتوقعاتهم في الاستراتيجية بما يعزز تحقيق القيمة المستدامة. وأوصت الدراسة بضرورة تبني المصارف الإسلامية لمعايير الإفصاح البيئي في تقاريرها المتكاملة وتعزيز آليات التواصل مع أصحاب المصلحة.

● دراسة (Vena, Nhlabatsi & Rwelamila, 2025)

هدفت الدراسة إلى تقييم ممارسات إدارة أصحاب المصلحة في برنامج التأمين الصحي الوطني (NHI) في جنوب أفريقيا من منظور إدارة المشاريع، من خلال تحديد أصحاب المصلحة الرئيسيين وتقييم مدى

تطبيق الإدارة الوطنية للصحة (NDoH) لأساليب إدارة أصحاب المصلحة أثناء تصميم البرنامج وتنفيذه المبكر. واستخدمت الدراسة المنهج النوعي الاستكشافي باستخدام تحليل الوثائق والبيانات الثانوية، إضافة إلى المقابلات شبه المنظمة والاستبيانات الإلكترونية. وتكونت العينة من ممثلين عن خمس مجموعات رئيسية من أصحاب المصلحة (شركات التأمين الصحي الخاصة، المنظمات المهنية، الجهات الرقابية، والهيئات الحكومية الرقابية). وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود أوجه قصور في استراتيجية إشراك أصحاب المصلحة لدى الإدارة الوطنية للصحة، تمثلت في الاستشارة الانتقائية والاستجابة غير المتسقة وعدم كفاية الشفافية وضعف أنظمة التواصل والتغذية الراجعة، مما أدى إلى تآكل الثقة وعرقلة بناء التوافق. وأوصت الدراسة بإنشاء آلية مساءلة شاملة بين القطاعين العام والخاص، وتأسيس هيكل حوكمة تشاركي متعدد الأطراف، والاستفادة من خبرات القطاع الخاص طوال دورة حياة البرنامج.

المحور الثاني: الدراسات المتعلقة بالمتغير التابع (نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية) وعلاقته بمتغيرات أخرى

● دراسة (Harrison et al., 2021)

هدفت الدراسة إلى التعرف على نماذج إدارة التغيير المطبقة في سياقات الرعاية الصحية وطبيعة وفعالية تطبيقها، ومدى إمكانية دمجها مع نماذج التحسين والتنفيذ في القطاع الصحي. واستخدمت الدراسة منهج المراجعة المنهجية (Systematic Review) والتوليف السردية (Narrative Synthesis). وتكونت العينة من (38) دراسة منشورة بين عامي 2009 و2020 أبلغت عن استخدام (12) منهجية لإدارة التغيير في سياقات الرعاية الصحية عبر (10) دول. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن نموذج كوتر (Kotter) الأكثر استخداماً بواقع (19) دراسة، يليه نموذج لوين (Lewin) بـ (11) دراسة. كما تبين أن نماذج إدارة التغيير استخدمت غالباً كمبادئ توجيهية لدعم التغيير في السياقات الصحية المعقدة وليس كوصفات صارمة، مما يجعلها مناسبة للتطبيق بالتزامن مع منهجيات التحسين والتنفيذ. وأوصت الدراسة بضرورة دمج نماذج إدارة التغيير مع نماذج التحسين والتنفيذ لزيادة مشاركة الأطباء والمرضى في مبادرات التغيير في القطاع الصحي وتحقيق نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية.

● دراسة (Murphy et al., 2021)

هدفت الدراسة إلى التعرف على العوائق والمحفزات لإشراك أصحاب المصلحة في مشاريع الصحة النفسية العالمية، وذلك عبر أربعة محاور (الاعتبارات السياقية، الموارد، المشاركة والتمكين، الوصمة). واستخدمت الدراسة المنهج النوعي بالاعتماد على المقابلات شبه المنظمة وتحليل الإطار (Framework Analysis). وتكونت العينة من (29) مستفيداً من منح مؤسسة التحديات الكبرى في كندا (Grand Challenges Canada) للصحة النفسية العالمية، يمثلون مشاريع في أمريكا اللاتينية وغرب وشرق أفريقيا وجنوب وجنوب شرق آسيا. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن التحديات السياقية المعقدة والأنظمة الصحية الهشة ومحدودية الموارد تشكل عوائق رئيسية، بينما يمثل البحث التكويني والاستثمار في الموارد المحلية والمشاركة الفعالة والتمكين محفزات مهمة. كما أن الوصمة المرتبطة بالصحة النفسية على المستوى المؤسسي والمجتمعي والفردى تُعدّ عائقاً جوهرياً أمام إشراك أصحاب المصلحة. وأوصت الدراسة بالاستثمار في البحث التكويني عالي الجودة، ودعم بناء القدرات للمشاركة في السياسات، والاستثمار في خطط التمويل طويلة الأجل لدعم الشراكات المستدامة.

● دراسة (Tampio, Haapasalo & Ali, 2022)

هدفت الدراسة إلى التعرف على تحليل أصحاب المصلحة والمشهد في مشروع المستشفى بأبعاده (التعقيد، عدم اليقين، الديناميكية، السياق المؤسسي) وانعكاساته على خلق القيمة في مشروع مستشفى كبير ومعدّد في فنلندا (مشروع مستشفى جامعة أولو). (OYS 2030) واستخدمت الدراسة المنهج النوعي بالاعتماد على تحليل الوثائق الداخلية للمشروع والمقابلات الموضوعية والمسح. وتكونت العينة من (14) مخبراً رئيسياً من أصحاب المصلحة الداخليين والخارجيين للمشروع (أطباء، معماريون، مهندسون، مقاولون، مديرو مشاريع). وتوصلت نتائج الدراسة إلى أهمية تحديد أصحاب المصلحة الخاص بالمشروع وتحليل بروزهم ووصف مشهدهم، وأن خريطة أصحاب المصلحة التنظيمية والتعاقدية تعطي صورة مبسطة بشكل مفرط، بينما الخريطة التشغيلية تصف التعقيد الحقيقي والتحديات. كما أظهرت النتائج إمكانية استثمار مشهد أصحاب المصلحة وعناصره في خلق القيمة التعاونية في مشاريع المستشفيات. وأوصت الدراسة بضرورة اعتماد إطار تحليلي شامل لإدارة أصحاب المصلحة في المشاريع المعقدة لتحقيق أقصى قيمة ممكنة.

● دراسة (عبدالغني ومنسي ورشوان، 2025)

هدفت الدراسة إلى التعرف على قياس رضا أصحاب المصلحة باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية للتقييم الذاتي بالتطبيق على الوحدات الحكومية المصرية. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي

بأسلوب الدراسة الميدانية .وتكونت العينة من العاملين في الوحدات الحكومية المصرية، وتم تطوير نموذج واختباره لقياس رضا أصحاب المصلحة باستخدام نمذجة المعادلات الهيكلية .وتوصلت نتائج الدراسة إلى التوصل لنموذج يمكن تطبيقه لقياس رضا أصحاب المصلحة في الوحدات الحكومية المصرية، وتحديد طبيعة أبعاد رضا أصحاب المصلحة في هذه الوحدات. وأوصت الدراسة بضرورة تطبيق النموذج المقترح في الوحدات الحكومية المصرية لتحسين مستويات رضا أصحاب المصلحة وتعزيز جودة الخدمات المقدمة.

8.1 الفجوة البحثية

باستقراء الأدبيات والدراسات السابقة العربية والأجنبية ذات الصلة بموضوع الدراسة، يتضح وجود فجوة بحثية واضحة ومتعددة الأوجه تُبرر إجراء هذه الدراسة وتؤكد أهميتها العلمية والعملية. فمن حيث السياق الجغرافي، ركزت الدراسات الأجنبية التي تناولت إدارة أصحاب المصلحة في المشاريع الصحية على بيئات مختلفة تماماً عن البيئة السعودية الريفية، كدراسة (Stanley, 2024) التي أُجريت على مشاريع التأمين الصحي في كينيا، ودراسة (Vena et al., 2025) التي طُبقت على برنامج التأمين الصحي الوطني في جنوب أفريقيا، ودراسة (Nginya & Mutuku, 2024) التي استهدفت مشاريع المنظمات غير الحكومية الصحية في نيروبي، ودراسة (Tampio et al., 2022) التي تناولت مشروع مستشفى في فنلندا، ودراسة (Murphy et al., 2021) التي شملت مشاريع الصحة النفسية في بلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، مما يعني أن نتائجها لا يمكن تعميمها مباشرة على السياق السعودي الريفي بخصوصياته الثقافية والاجتماعية والاقتصادية المتفردة. أما الدراسات العربية فقد تناولت إدارة أصحاب المصلحة في قطاعات غير صحية، كدراسة (براهيمية وعبايدية، 2021) التي ركزت على قطاع التعدين، ودراسة (شوادة، 2022) التي تناولت المؤسسات الاقتصادية، ودراسة (عبدالقادر والأحمد، 2024) التي استهدفت الأسواق المالية، ودراسة (رحالي، 2025) التي طُبقت على المصارف الإسلامية، ودراسة (عبدالغني وآخرون، 2025) التي تناولت الوحدات الحكومية المصرية، وهو ما يكشف عن غياب شبه تام للدراسات العربية التي ربطت بين إدارة أصحاب المصلحة بأبعادها الأربعة (التحديد، الإشراك، التواصل، المتابعة والتقييم) ونجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في بيئة المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية تحديداً. ومن هنا تأتي هذه الدراسة لسد هذه الفجوة البحثية من خلال تقديم تحليل ميداني متكامل يستكشف هذه العلاقة في سياقها الطبيعي، مما يُثري المعرفة الأكاديمية ويُوفر أدلة علمية يمكن أن يستفيد منها صانعو القرار والممارسون في تحسين فعالية المشاريع الصحية الموجهة للمناطق الأكثر احتياجاً في المملكة.

9.1 المنطلقات النظرية للدراسة:

أولاً: مفهوم إدارة أصحاب المصلحة

يُعدّ مفهوم إدارة أصحاب المصلحة من المفاهيم الإدارية الحديثة التي شهدت تطوراً ملحوظاً منذ أن أرسى فريمان (Freeman, 1984) أسسه النظرية في إطار ما عُرف بنظرية أصحاب المصلحة، والتي تنطلق من فرضية مركزية مفادها أن نجاح أي منظمة أو مشروع لا يتوقف فقط على تحقيق الأهداف الداخلية، بل يرتبط ارتباطاً عضوياً بقدرة القائمين عليه على فهم وإدارة العلاقات مع جميع الأطراف التي تتأثر بالمشروع أو تؤثر فيه. ويُعرّف أصحاب المصلحة بأنهم أي فرد أو مجموعة أو منظمة يمكن أن تتأثر إيجاباً أو سلباً بعمليات المشروع أو نتائجه، أو يمكن أن تمارس تأثيراً على مساره ومخرجاته، وهو ما يشمل طيفاً واسعاً من الأطراف يتراوح بين الجهات الحكومية والمنظمات المهنية والمجتمعات المحلية والجهات التمويلية والرقابية والعاملين في المشروع ذاته. (Vena, Nhlabatsi & Rwelamila, 2025)

وتُشير إدارة أصحاب المصلحة إلى تلك العملية المنهجية والمتكاملة التي تتضمن تحديد أصحاب المصلحة وتحليل خصائصهم وتوقعاتهم وتصنيفهم وفقاً لمعايير محددة، ثم تطوير استراتيجيات ملائمة للتعامل معهم وإشراكهم في مراحل المشروع المختلفة وتنفيذ هذه الاستراتيجيات ومتابعتها وتقييمها بشكل دوري. وتقوم هذه الإدارة على مبادئ أساسية تشمل الاعتراف بمصالح جميع الأطراف ورصدها، والاستماع إليهم والتواصل معهم بشأن مخاوفهم، وتبني عمليات تراعي قدراتهم واحتياجاتهم، والعمل التعاوني معهم، وتجنب الإجراءات التي تُهدد حقوقهم. (Stanley, 2024)

ثانياً: أبعاد إدارة أصحاب المصلحة

تتناول هذه الدراسة إدارة أصحاب المصلحة من خلال أربعة أبعاد رئيسية مترابطة ومتكاملة تُشكّل في مجملها منظومة شاملة لإدارة العلاقات مع الأطراف المعنية بالمشاريع الصحية.

يتمثل البُعد الأول في تحديد أصحاب المصلحة الذي يُعدّ الخطوة التأسيسية الأولى في عملية إدارة أصحاب المصلحة، ويتضمن التعرف المنهجي والشامل على جميع الأطراف ذات العلاقة بالمشروع سواء كانت داخلية أو خارجية، وتصنيفهم وفقاً لمعايير البروز التي وضعها ميتشل وآخرون (Mitchell et al., 1997) والمتمثلة في القوة والشرعية والإلحاح، إضافة إلى تحليل مستوى تأثيرهم واهتمامهم وتحديد أولوياتهم.

ويؤكد الأدب النظري أن عملية التحديد ليست نشاطاً يتم مرة واحدة في بداية المشروع فحسب، بل هي عملية مستمرة طوال دورة حياة المشروع نظراً لاحتمالية تغير أصحاب المصلحة وتبدل مستويات تأثيرهم واهتمامهم في المراحل المختلفة. (Tampio, Haapasalo & Ali, 2022)

ويُشكّل إشراك أصحاب المصلحة البُعد الثاني، ويُقصد به تلك العمليات التي يتم من خلالها تمكين أصحاب المصلحة من دعم المشروع أو المساهمة فيه من خلال مشاركتهم الفعّالة في لجان صنع القرار والمجالس الاستشارية واجتماعات التخطيط وآليات المراجعة. ويستوجب هذا الإشراك مشاركة أصحاب المصلحة في صنع القرار طوال مراحل دورة حياة المشروع من التأسيس والتخطيط مروراً بالتنفيذ والرقابة وصولاً إلى الإغلاق، مما يُعزز شعورهم بالملكية والالتزام تجاه المشروع ويُسهم في بناء التوافق وتقليل المقاومة. (Murphy et al., 2021)

أما البُعد الثالث فيتمثل في التواصل مع أصحاب المصلحة الذي يُعدّ الشريان الحيوي لإدارة أصحاب المصلحة، ويشمل العمليات اللازمة لضمان توليد المعلومات المتعلقة بالمشروع وجمعها ونشرها وتخزينها في الوقت المناسب وبالشكل الملائم. ويتضمن هذا البُعد بناء استراتيجيات تواصل واضحة تحدد قنوات الاتصال المناسبة لكل فئة من أصحاب المصلحة ووتيرة التواصل ومحتواه، مع ضمان الشفافية والانفتاح وتوفير آليات فعّالة للتغذية الراجعة تُتيح لأصحاب المصلحة التعبير عن مخاوفهم وملاحظاتهم والحصول على استجابات في الوقت المناسب (عبدالقادر والأحمد، 2024).

ويأتي متابعة وتقييم أصحاب المصلحة بوصفه البُعد الرابع والأخير، ويُشير إلى تلك العملية المستمرة لرصد فعالية استراتيجيات إدارة أصحاب المصلحة وتقييم مدى نجاحها في تحقيق الأهداف المرجوة، والكشف عن أي تغيرات في اهتمامات أصحاب المصلحة وتأثيرهم وعلاقاتهم، ثم إجراء التعديلات التكتيكية اللازمة على الاستراتيجيات المتبعة في ضوء نتائج التقييم. ويُسهم هذا البُعد في ضمان الاستجابة المرنة والديناميكية للتحوّلات في بيئة المشروع ومحيطه. (Nginya & Mutuku, 2024)

ثالثاً: مفهوم نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية

يُمثّل نجاح المشاريع مفهوماً متعدد الأبعاد تطور بشكل ملحوظ عبر العقود الأخيرة، إذ انتقل من التركيز الضيق على المعايير التقليدية المتمثلة في المثلث الحديدي لإدارة المشاريع (الوقت والتكلفة والجودة) إلى مفهوم أوسع وأشمل يتضمن رضا أصحاب المصلحة واستدامة المخرجات والأثر طويل المدى على

المستفيدين. وفي سياق مشاريع تحسين الخدمات الصحية تحديداً، يكتسب مفهوم النجاح بُعداً إنسانياً واجتماعياً بالغ الأهمية، حيث يتجاوز المعايير الإدارية والمالية ليشمل مدى إسهام المشروع في تحسين الحالة الصحية للمجتمعات المستهدفة ورفع مستوى إتاحة الخدمات الصحية وجودتها (Harrison et al., 2021).

ويُعرّف نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية إجرائياً في هذه الدراسة بأنه مدى تحقيق المشروع لأهدافه المحددة ضمن الإطار الزمني والميزانية المخصصة، مع ضمان جودة المخرجات الصحية المقدمة وتحقيق رضا المستفيدين من السكان المحليين في المناطق الريفية، واستدامة الأثر الصحي الإيجابي على المدى البعيد. وتؤكد الأدبيات أن نجاح هذه المشاريع في المناطق الريفية يتأثر بعوامل سياقية متعددة تشمل الخصائص الجغرافية والثقافية والاقتصادية للمجتمعات المستهدفة، ومدى توافر البنية التحتية اللازمة، وقدرة القائمين على المشروع على التكيف مع الظروف المحلية وبناء علاقات ثقة مع المجتمعات المستفيدة (Tampio, Haapasalo & Ali, 2022).

10.1 المنهجية وطرق البحث:

سيعتمد الباحث في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي باعتباره الأنسب لطبيعة الدراسة وأهدافها، حيث يُتيح هذا المنهج وصف الظاهرة محل الدراسة وصفاً دقيقاً وتحليلها تحليلًا كمياً من خلال جمع البيانات الميدانية وتنظيمها وتصنيفها واستخلاص النتائج منها. وسيتم توظيف هذا المنهج للكشف عن أثر إدارة أصحاب المصلحة بأبعادها الأربعة (تحديد أصحاب المصلحة، إشراك أصحاب المصلحة، التواصل مع أصحاب المصلحة، متابعة وتقييم أصحاب المصلحة) على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية، وذلك من خلال الجمع بين الجانب النظري والجانب الميداني التطبيقي.

وسيتضمن الجانب النظري مراجعة شاملة للأدبيات والدراسات السابقة العربية والأجنبية ذات الصلة بمتغيري الدراسة لبناء الإطار النظري والمفاهيمي للدراسة، أما الجانب الميداني فسيتم من خلال تصميم استبانة مُحكّمة وتوزيعها على أفراد عينة الدراسة لجمع البيانات الأولية، ثم تحليلها باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة للإجابة عن أسئلة الدراسة واختبار فروضها، والوصول إلى نتائج وتوصيات قائمة على أدلة ميدانية موثوقة.

11.1 مجتمع وعينة الدراسة

سيكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في مشاريع تحسين الخدمات الصحية بالمناطق الريفية الفقيرة في المملكة العربية السعودية، والذين يشملون مديري المشاريع الصحية، والأطباء والممارسين الصحيين المشاركين في تنفيذ هذه المشاريع، والإداريين والمسؤولين في المراكز الصحية الأولية والمستشفيات الريفية، وممثلي الجهات الحكومية والمنظمات غير الحكومية ذات العلاقة بالمشاريع الصحية في تلك المناطق. ووفقاً للبيانات المتاحة من وزارة الصحة السعودية والمديريات الصحية في المناطق الريفية المستهدفة، سيبليج مجتمع الدراسة ما يقارب (850) فرداً موزعين على عدة مناطق ريفية فقيرة تشمل محافظات في مناطق جازان ونجران والباحة والحدود الشمالية.

ونظراً لكبر حجم مجتمع الدراسة وتوزعه الجغرافي الواسع، سيتم استخدام أسلوب العينة العشوائية الطبقية التناسبية لضمان تمثيل جميع الفئات الوظيفية والمناطق الجغرافية تمثيلاً عادلاً. وبالاعتماد على جدول (Krejcie & Morgan, 1970) لتحديد حجم العينة، ومع الأخذ بعين الاعتبار هامش خطأ (5%) ومستوى ثقة (95%)، سيبليج حجم العينة المستهدف (265) مفردة. وسيتم زيادة عدد الاستبانات الموزعة إلى (310) استبانة لتعويض النقص المحتمل في الاستبانات غير المستردة أو غير الصالحة للتحليل الإحصائي، بما يضمن الحصول على حجم عينة كافٍ يتوافق مع المتطلبات الإحصائية للدراسة.

12.1 مصادر جمع البيانات

ستعتمد الدراسة على نوعين أساسيين من مصادر جمع البيانات:

- **المصادر الثانوية:** وتشمل الكتب والمراجع العلمية العربية والأجنبية، والدوريات والمجلات العلمية المحكمة، والرسائل الجامعية (ماجستير ودكتوراه)، والتقارير والوثائق الرسمية الصادرة عن وزارة الصحة السعودية والجهات ذات العلاقة، وقواعد البيانات الإلكترونية العالمية مثل (Scopus, Web of Science, PubMed, Google Scholar)، وذلك لبناء الإطار النظري والمفاهيمي للدراسة ومراجعة الدراسات السابقة.
- **المصادر الأولية:** وتتمثل في البيانات الميدانية التي سيتم جمعها من أفراد عينة الدراسة من خلال الاستبانة المصممة خصيصاً لأغراض هذه الدراسة باعتبارها الأداة الرئيسية لجمع البيانات.

13.1 أداة الدراسة

سيتم تصميم استبانة مُحكّمة كأداة رئيسية لجمع البيانات الأولية من أفراد عينة الدراسة، وستتكون الاستبانة من ثلاثة أقسام رئيسية على النحو التالي:

القسم الأول: البيانات الديموغرافية، ويتضمن المعلومات الشخصية والوظيفية لأفراد العينة (الجنس، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي، المنطقة الجغرافية).

القسم الثاني: المتغير المستقل (إدارة أصحاب المصلحة)، ويتكون من (16) فقرة موزعة على أربعة أبعاد، وذلك على النحو التالي:

- **البُعد الأول:** تحديد أصحاب المصلحة، ويتضمن (4) فقرات تقيس مدى قدرة القائمين على المشاريع الصحية على تحديد جميع الأطراف ذات العلاقة وتصنيفهم وتحليل أولوياتهم واحتياجاتهم.
- **البُعد الثاني:** إشراك أصحاب المصلحة، ويتضمن (4) فقرات تقيس مستوى مشاركة أصحاب المصلحة في مراحل التخطيط والتنفيذ والتقييم ومدى فعالية آليات صنع القرار التشاركي.
- **البُعد الثالث:** التواصل مع أصحاب المصلحة، ويتضمن (4) فقرات تقيس فاعلية قنوات الاتصال وانتظام التواصل وشفافيته ومدى ملاءمة استراتيجيات التواصل للبيئة الريفية.
- **البُعد الرابع:** متابعة وتقييم أصحاب المصلحة، ويتضمن (4) فقرات تقيس فاعلية أنظمة الرصد والمتابعة المستمرة والتقييم الدوري لمستوى رضا أصحاب المصلحة والتعديل التكيّفي للاستراتيجيات.

القسم الثالث: المتغير التابع (نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية)، وهو أحادي المحور ويتكون من (10) فقرات تقيس مستوى نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية من حيث تحقيق الأهداف المحددة، والالتزام بالجدول الزمني والميزانية، وجودة المخرجات الصحية، ورضا المستفيدين، واستدامة النتائج.

وبذلك يبلغ إجمالي فقرات الاستبانة (26) فقرة (بخلاف البيانات الديموغرافية)، وسيتم قياس الاستجابات باستخدام مقياس ليكرت الخماسي (موافق بشدة = 5، موافق = 4، محايد = 3، غير موافق = 2، غير موافق بشدة = 1)

وسيتم التحقق من صدق الأداة من خلال الصدق الظاهري بعرضها على مجموعة من المحكمين المتخصصين، إضافة إلى صدق الاتساق الداخلي باستخدام معامل ارتباط بيرسون. كما سيتم التحقق من

ثبات الأداة باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) للتأكد من مدى اتساق فقرات الاستبانة وموثوقيتها.

14.1 الأساليب الإحصائية المستخدمة

سيتم تحليل البيانات التي سيتم جمعها من خلال الاستبانة باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) ، وسيتم توظيف الأساليب الإحصائية التالية:

- أساليب الإحصاء الوصفي: وتشمل التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص عينة الدراسة الديموغرافية، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتحديد اتجاهات استجابات أفراد العينة وترتيب الفقرات والأبعاد وفقاً لأهميتها النسبية.
- أساليب الإحصاء الاستدلالي: وتشمل معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لقياس قوة واتجاه العلاقة بين متغيرات الدراسة، وتحليل الانحدار البسيط (Simple Regression Analysis) لاختبار أثر كل بُعد من أبعاد إدارة أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية، وتحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis) لاختبار الأثر المشترك لأبعاد إدارة أصحاب المصلحة مجتمعة على المتغير التابع وتحديد الأهمية النسبية لكل بُعد، واختبار (T-Test) للعينات المستقلة للكشف عن الفروق في الاستجابات وفقاً لمتغير الجنس، وتحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) للكشف عن الفروق في الاستجابات وفقاً للمتغيرات الديموغرافية متعددة الفئات (المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي)، ومعامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) للتحقق من ثبات أداة الدراسة، ومعامل تضخم التباين (VIF) واختبار التحمل (Tolerance) للكشف عن مشكلة الازدواج الخطي بين المتغيرات المستقلة.

15.1 حدود الدراسة

ستلتزم هذه الدراسة بالحدود التالية:

- **الحدود الموضوعية:** ستقتصر الدراسة على دراسة أثر إدارة أصحاب المصلحة بأبعادها الأربعة (تحديد أصحاب المصلحة، إشراك أصحاب المصلحة، التواصل مع أصحاب المصلحة، متابعة وتقييم أصحاب المصلحة) كمتغير مستقل، على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية كمتغير تابع.

- **الحدود المكانية:** ستطبق الدراسة على مشاريع القطاع الصحي في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية، وتحديداً في محافظات مختارة من مناطق جازان ونجران والباحة والحدود الشمالية التي تُصنّف بين المناطق الأكثر احتياجاً صحياً.
- **الحدود الزمانية:** سيتم تطبيق الدراسة الميدانية وجمع البيانات خلال الفصل الدراسي الثاني من العام الجامعي 2025/2026م.
- **الحدود البشرية:** ستقتصر الدراسة على العاملين في مشاريع تحسين الخدمات الصحية بالمناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية، والذين يشملون مديري المشاريع الصحية والأطباء والممارسين الصحيين والإداريين وممثلي الجهات ذات العلاقة.

الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة

المبحث الأول: إدارة أصحاب المصلحة

1.1.2 تمهيد

شهدت بيئة الأعمال المعاصرة تحولات متسارعة فرضت على المنظمات وإدارات المشاريع إعادة النظر في الأطر التقليدية التي تحكم علاقاتها مع محيطها الداخلي والخارجي، إذ لم يعد النجاح يُقاس بمعيار الكفاءة التشغيلية أو العائد المالي وحده، وإنما امتدّ ليشمل قدرة المنظمة على بناء شبكة متوازنة من العلاقات مع الأطراف المتعددة التي تتأثر بقراراتها أو تؤثر فيها. وفي هذا السياق برز مفهوم إدارة أصحاب المصلحة بوصفه أحد المداخل الإدارية الحديثة التي تعيد تعريف العلاقة بين المنظمة ومحيطها، وتُرسّي قواعد جديدة للحوكمة والمسؤولية والشفافية. ويكتسب هذا المفهوم أهمية مضاعفة في مجال المشاريع الصحية، لا سيما تلك الموجهة إلى المناطق الريفية الفقيرة، حيث يتشابك تأثير عدد كبير من الأطراف من جهات حكومية ومجتمعية وممولين ومستفيدين، ويُصبح إخفاق إدارة هذه العلاقات سبباً مباشراً في تعثر المشروع مهما توافرت له الموارد المالية والفنية. ومن هنا يأتي هذا المبحث ليُفصّل مفهوم إدارة أصحاب المصلحة وأهميتها وأهدافها وأبعادها واستراتيجياتها، تمهيداً لفهم دورها في تعزيز نجاح المشاريع الصحية.

2.1.2 مفهوم إدارة أصحاب المصلحة

تتعدد التعريفات التي قدّمها الباحثون لمفهوم إدارة أصحاب المصلحة باختلاف الزوايا التي تناولوا منها هذا المفهوم، وباختلاف السياقات التطبيقية التي طرحوه فيها، غير أنّ هذه التعريفات تتقاطع جميعها عند فكرة جوهرية مفادها أنّ المنظمة لا تعمل في فراغ، وأنّ ثمة شبكة من الأطراف ترتبط بها بعلاقات تأثير متبادل ينبغي إدارتها بوعي ومنهجية.

ويُنظر إلى إدارة أصحاب المصلحة باعتبارها عملية ممنهجة تستهدف بناء علاقات متوازنة بين المنظمة ومحيطها، عبر تحديد الأطراف ذات العلاقة، وفهم توقعاتها، والاستجابة لها بصورة تحفظ استدامة المشروع وتُعزّز قبوله الاجتماعي، وهو ما أشار إليه (شوادرة، 2022) حين تناول العلاقة بين تحفيز العاملين وممارسات المسؤولية الاجتماعية تجاه هذه الأطراف، مؤكداً أنّ إدارة أصحاب المصلحة تتجاوز كونها وظيفة إدارية إلى كونها فلسفة تنظيمية تُعيد صياغة منظومة القيم داخل المنظمة.

وفي اتجاه قريب، يُعرّفها (براهيمية وعبايدية، 2021) باعتبارها منظومة من الممارسات التي تربط بين التعلم التنظيمي والتفاعل المنتظم مع الأطراف المؤثرة في المشروع، بحيث تتحوّل المعرفة المتولّدة من هذا التفاعل إلى رصيد استراتيجي تستثمره المنظمة في تحسين أدائها وتعزيز موقعها التنافسي. ويوسّع (رحالي، 2025) من نطاق المفهوم حين يربطه بمنظومة الإفصاح والتقارير المتكاملة، فيقدّم إدارة أصحاب المصلحة بوصفها آلية حوكمية تُتيح للمنظمة أن تُفصح عن سياساتها وتفاعلاتها مع الأطراف المختلفة بصورة شفافة، فتُرسّخ ثقة المجتمع بها وتُعزّز شرعيتها المؤسسية.

أمّا (عبدالقادر والأحمد، 2024) فيقدّمان مقارنة اتصالية للمفهوم، إذ يريان أنّ إدارة أصحاب المصلحة هي في جوهرها إدارة للتواصل، تستهدف بناء جسور من الثقة والمعلومة المشتركة بين المنظمة وجمهورها، خاصة في أوقات الأزمات حين تتضاعف الحاجة إلى المعلومة الموثوقة والقرار التشاركي. ويكمل (عبدالغني وآخرون، 2025) هذه الصورة حين يطرح المفهوم من زاوية القياس والتقييم، فيعرّفه بأنّه عملية ممنهجة لقياس درجة رضا الأطراف المختلفة عن أداء المنظمة، واستثمار نتائج هذا القياس في إعادة توجيه السياسات والممارسات بما يتسق مع توقعاتهم.

وعلى الصعيد الأجنبي، يُقدّم (Tampio et al., 2022) قراءة تحليلية للمفهوم في سياق مشاريع المستشفيات، فيرى أنّ إدارة أصحاب المصلحة عملية تستند إلى تحليل دقيق للمشهد المؤسسي يتجاوز مجرد رصد الأطراف إلى فهم العلاقات الشبكية بينها، واستكشاف مساحات خلق القيمة المشتركة. ويذهب (Murphy et al., 2021) إلى تعريفها باعتبارها منظومة من الممارسات التي تتعامل مع المعوقات والمحفزات التي تواجه إشراك الأطراف في المشاريع الصحية، بحيث تتحوّل من نشاط شكلي إلى ممارسة ذات أثر جوهري في تشكيل المشروع وتوجيه مخرجاته. ويُعمّق (Potthoff et al., 2023) هذا الطرح حين يُقدّم نموذجاً للإشراك في خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية، فيُعرّف المفهوم بأنّه عملية تشاركية متعدّدة المستويات تربط بين صنّاع القرار ومقدّمي الخدمة والمستفيدين منها في إطار من التفاعل المتبادل المستمر.

ويُضيف (Stanley, 2024) بُعداً تطبيقياً للمفهوم في سياق مشاريع التأمين الصحي الوطني، فينظر إليه بوصفه ممارسة إدارية تستهدف ضمان مواءمة المشروع لتوقعات الأطراف المعنية على امتداد مراحل تنفيذه، ويُقاربه (Vena et al., 2025) من منظور إدارة المشاريع، فيعرّفه بأنّه مجموعة من الممارسات

المنهجية التي تُدمج اعتبارات أصحاب المصلحة في دورة حياة المشروع بدءاً من التخطيط وحتى التقييم النهائي.

ومن خلال استعراض هذه التعريفات يتّضح أنّ ثمة اتجاهات متعدّدة في تأطير المفهوم؛ فمنها ما يُغلب البعد القيمي والمسؤولية الاجتماعية، ومنها ما يُركّز على البعد الاتصالي والإفصاحي، ومنها ما يقاربه من زاوية إدارة المشاريع والممارسات التنفيذية، ومنها ما يربطه بالقياس والتقييم. ويستخلص الباحث ممّا سبق أنّ إدارة أصحاب المصلحة في المشاريع الصحية بالمناطق الريفية الفقيرة هي عملية إدارية ممنهجة ومتكاملة تستهدف تحديد كافة الأطراف التي تتأثر بالمشروع الصحي أو تؤثر فيه، وتحليل توقعاتهم ومصالحهم وأولوياتهم، وبناء قنوات منتظمة للإشراك والتواصل معهم، ومتابعة استجاباتهم وتقييم مستوى رضاهم باستمرار، بما يُحقّق التوافق بين أهداف المشروع وحاجات المجتمع المستهدف، ويُعزّز فرص استدامته في بيئة تتسم بمحدودية الموارد وتشابك المصالح. وهذا التعريف يجمع بين الزاوية الإجرائية للمفهوم وزاويته القيمة، ويُراعي خصوصية البيئة الريفية التي تجري فيها الدراسة الحالية.

3.1.2 أهمية إدارة أصحاب المصلحة

تكتسب إدارة أصحاب المصلحة أهمية متنامية في الفكر الإداري المعاصر، إذ لم تعد ممارسة ثانوية تُمارَس على هامش المشروع، وإنّما أضحت ركيزة استراتيجية تتوقّف عليها فرص نجاح المشاريع واستدامتها، خاصة في القطاعات التي تتشابك فيها المصالح وتتعدّد فيها الأطراف كقطاع الرعاية الصحية. وتتبع أهمية هذه الممارسة من كونها تُمثّل الجسر الذي يربط المشروع بمحيطه الاجتماعي والمؤسسي، وتُتيح له أن يستوعب توقعات الأطراف المختلفة ويستجيب لها بما يُعزّز شرعيته وقبوله.

ويُشير (شوادرة، 2022) إلى أنّ أهمية إدارة أصحاب المصلحة تتجلّى في عدّة محاور؛ فهي أولاً تُسهم في ترسيخ ثقافة المسؤولية الاجتماعية داخل المنظمة، إذ تنقل تعاملها مع محيطها من منطق الإلزام القانوني إلى منطق الالتزام الأخلاقي والقيمي، وهي ثانياً تُشكّل مدخلاً لتحفيز العاملين أنفسهم حين يدركون أنّ منظماتهم تتفاعل بإيجابية مع محيطها، وهي ثالثاً تُعزّز الصورة الذهنية للمنظمة لدى الأطراف الخارجية بما يُحسّن موقعها في بيئتها التنافسية، وهي رابعاً تُتيح للمنظمة أن تتعرّف على توقعات المجتمع وتُترجمها إلى ممارسات ملموسة، وهي خامساً تُسهم في تخفيف حدّة التوترات المحتملة بين المنظمة والأطراف الخارجية عبر فتح قنوات الحوار المنتظم.

ويرى (براهمية وعبايدية، 2021) أنَّ أهمية إدارة أصحاب المصلحة تتمثل في قدرتها على تحويل التفاعل مع الأطراف المختلفة إلى مصدر للتعلم التنظيمي، حيث تُتيح للمنظمة أن تستفيد من خبرات هذه الأطراف ومعارفها، وتُعزز قدرتها على التكيف مع المتغيرات البيئية، فضلاً عن أنها تُسهم في بناء رأس مال علاقتي يُمثل أصلاً غير ملموس يُعزز القدرة التنافسية للمنظمة، وتُتيح لها أن تستشرف التحولات في بيئتها قبل وقوعها بفضل قنوات التواصل المفتوحة مع أطرافها المختلفة.

ويُضيف (رحالي، 2025) أنَّ أهمية هذه الإدارة تظهر في كونها تُمثل أحد مرتكزات الحوكمة المؤسسية، إذ ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمتطلبات الإفصاح والشفافية في التقارير المتكاملة، وتُعزز ثقة الجهات الرقابية والممولين والمستفيدين بالمنظمة، وتُسهم في الارتقاء بمستوى الإفصاح غير المالي بما يُحقق المواءمة مع توجهات الاستدامة، وتُتيح للمنظمة أن تُقدم نفسها لمحيطها بصورة متكاملة تتجاوز الأرقام المالية إلى الأثر الاجتماعي والبيئي.

ويؤكد (عبدالقادر والأحمد، 2024) أنَّ أهمية إدارة أصحاب المصلحة تتعاضد في أوقات الأزمات، إذ تُمثل صمام أمان يحفظ ثقة الجمهور بالمؤسسة، وتُقلل من حالة عدم اليقين السائدة، وتمنع تسرب المعلومات المضللة، وتُتيح للمؤسسة أن تُدير رسائلها الاتصالية بصورة منضبطة تستجيب لتساؤلات الأطراف المعنية، وتُسهم في حماية سمعة المؤسسة من الاهتزاز الذي قد يلحق بها جراء الأحداث الطارئة.

ويذهب (Tampio et al., 2022) إلى أنَّ أهمية إدارة أصحاب المصلحة في المشاريع الصحية تتجلى في كونها مدخلاً لخلق القيمة المشتركة، إذ تُحوّل المشروع من ممارسة أحادية الجانب تفرضها جهة بعينها إلى مشروع تشاركي تتقاسم فيه الأطراف المختلفة تصوراتها وتطلعاتها، فضلاً عن أنها تُساعد على استكشاف الفرص الخفية التي قد لا ينتبه إليها فريق المشروع وحده، وتُسهم في تقليل المخاطر التشغيلية والاجتماعية، وتُعزز كفاءة استخدام الموارد المتاحة.

ويُبين (Murphy et al., 2021) أنَّ أهمية هذه الإدارة في مشاريع الصحة النفسية والصحية بصفة عامة تتمظهر في قدرتها على تجاوز الحواجز التي تحول دون قبول المجتمع للمشروع، حيث تُتيح الإصغاء إلى المخاوف المحلية وتذليلها، وتُسهم في توطين المشروع داخل النسيج المجتمعي بما يُعزز فرص استمراريته بعد انتهاء التمويل الأولي.

ويؤكد (Stanley, 2024) أنَّ أهمية إدارة أصحاب المصلحة في المشاريع الصحية الكبرى تتمثل في كونها تُسهم في مواءمة المشروع للأولويات الوطنية، وتُتيح بناء التحالفات اللازمة لتنفيذه، وتُعزز قدرة المشروع على تجاوز العقبات السياسية والإدارية التي قد تعترض مساره، وتُسهم في رفع مستوى المساءلة المؤسسية. أمَّا (Mbani et al., 2025) فيشير إلى أنَّ أهميتها تكمن في كونها تُمثّل عاملاً محورياً في توجيه أداء المشاريع الصحية نحو تحقيق أهدافها، إذ تُساعد على ترسيخ مبدأ المشاركة، وضمان توافق المخرجات مع الحاجات الفعلية للمجتمعات المستهدفة.

ومن مجمل ما تقدّم تتّضح المكانة المحورية لإدارة أصحاب المصلحة في الفكر الإداري وفي تطبيقات المشاريع الصحية على وجه الخصوص، إذ تتقاطع أهميتها مع الأبعاد القيمية والاتصالية والحوكومية والتنشغيلية، وتُمثّل في مجموعها منظومة متكاملة تُعزز فرص نجاح المشروع.

4.1.2 أهداف إدارة أصحاب المصلحة

تتعدّد الأهداف التي تسعى إدارة أصحاب المصلحة إلى تحقيقها بتعدّد الزوايا التي يُتناول منها هذا المفهوم، غير أنّها تتمحور جميعها حول غاية كبرى تتمثّل في بناء علاقة متوازنة بين المشروع ومحيطه تُحقّق المصلحة المشتركة وتدعم استدامة المشروع.

ويُحدّد (عبدالغني وآخرون، 2025) جملة من الأهداف، من بينها قياس مستوى رضا الأطراف المختلفة بصورة منهجية، واستثمار نتائج القياس في إعادة توجيه السياسات، فضلاً عن دعم منظومة التقييم الذاتي للوحدات المؤسسية، وتعزيز قدرة المنظمة على الاستجابة لتوقعات الأطراف المعنية، وترسيخ ثقافة التحسين المستمر.

ويُضيف (شوادرة، 2022) أهدافاً ذات طابع قيمى واجتماعى، أبرزها ترسيخ ممارسات المسؤولية الاجتماعية تجاه الأطراف المختلفة، وبناء جسور الثقة مع المجتمع المحلي، وتعزيز التزام العاملين بقيم المنظمة، والإسهام في تحسين الظروف الاجتماعية للأطراف الأقل حظاً، وتوظيف الموارد المؤسسية في خدمة أهداف التنمية المستدامة.

ويرى (براهيمية وعبايدية، 2021) أنَّ من أهداف إدارة أصحاب المصلحة تعزيز قدرة المنظمة على التعلم التنظيمي عبر التفاعل المنتظم مع أطرافها، وبناء قواعد معرفية متجدّدة، واستيعاب التحوّلات في البيئة

الخارجية، وتطوير قدرات المنظمة في التكيف مع المتغيرات، وتعميق الفهم المشترك بين المنظمة وأطرافها للقضايا ذات الاهتمام المشترك.

ويُبيّن (رحالي، 2025) أنّ من أبرز أهدافها تعزيز شفافية الإفصاح عن السياسات والممارسات، ودعم منظومة الحوكمة المؤسسية، وتحقيق المواءمة مع متطلبات التقارير المتكاملة، وتقوية ثقة الجهات الرقابية والممولين، وترسيخ موقع المنظمة باعتبارها فاعلاً مسؤولاً في بيئتها.

ويُجمل (Murphy et al., 2021) جملة من الأهداف ذات الطابع التطبيقي في المشاريع الصحية، من بينها تذليل العقبات التي تواجه إشراك الأطراف المختلفة، وتعزيز الدوافع الإيجابية لمشاركتهم، وتمكين المجتمعات المحلية من المساهمة في صياغة المشاريع التي تستهدفهم، وتقوية قدرة المشاريع على تجاوز الحساسيات الثقافية والاجتماعية، وضمان مواءمة المشاريع لاحتياجات الفئات المستهدفة.

ويستهدف (Potthoff et al., 2023) عبر طرحه لنموذج الإشراك في خدمات الرعاية الصحية تحقيق أهداف من قبيل دمج الأطراف المتعددة في عملية تصميم الخدمة، وتعزيز التكامل بين الأبحاث والممارسة، ودعم تبني الممارسات المُستندة بالأدلة، وتقوية البنية المؤسسية للخدمات الصحية والاجتماعية، وتعميق فهم احتياجات المستفيدين النهائيين.

ويُضيف (Vena et al., 2025) أهدافاً تتعلّق بمشاريع التأمين الصحي الوطني، من قبيل بناء توافق وطني حول السياسات الصحية، وتقوية الحوار بين الأطراف الحكومية وغير الحكومية، وتعزيز الالتزام السياسي بالمشاريع الصحية الكبرى، ودعم استدامة هذه المشاريع، وضمان توزيع منافعها بصورة عادلة.

5.1.2 أبعاد إدارة أصحاب المصلحة

تمّ تحديد أبعاد إدارة أصحاب المصلحة في هذه الدراسة بالاستناد إلى ما طرحته دراسة (Nginya & Mutuku, 2024) ودراسة (Stanley, 2024) ودراسة (Mbani et al., 2025) في سياق المشاريع الصحية، حيث اتفقت هذه الدراسات على أنّ المنظومة المتكاملة لإدارة أصحاب المصلحة تتمظهر في أربعة أبعاد رئيسة هي: تحديد أصحاب المصلحة، وإشراك أصحاب المصلحة، والتواصل مع أصحاب المصلحة، ومتابعة وتقييم أصحاب المصلحة. وتُمثّل هذه الأبعاد مجتمعةً دورة متكاملة تبدأ بتشخيص خريطة الأطراف وتنتهي بتقييم استجابتها، وفيما يلي شرح موسّع لكلٍ منها.

البُعد الأول: تحديد أصحاب المصلحة

يُمثل هذا البُعد نقطة الانطلاق في منظومة إدارة أصحاب المصلحة، إذ لا يُمكن إدارة العلاقة مع أطراف غير محدّدة سلفاً، ولا يُمكن تصميم استراتيجيات إشراك فعّالة دون رسم خريطة دقيقة للأطراف المعنية بالمشروع. ويُشير (Tampio et al., 2022) إلى أنّ تحديد أصحاب المصلحة في مشاريع المستشفيات يستلزم عملية تحليل مشهدي متعمّقة تستكشف الأطراف الظاهرة والخفية على حدٍّ سواء، وترصد العلاقات الشبكية بينها، وتحدّد مساحات التأثير المتبادل، بحيث لا يقتصر التحديد على الأطراف ذات الحضور المؤسسي البارز، وإنّما يمتدّ ليشمل الأطراف ذات التأثير غير المباشر التي قد تُؤثّر في مسار المشروع لاحقاً.

ويرى (Mbani et al., 2025) أنّ هذا البُعد يقتضي تطوير معايير منهجية لتصنيف الأطراف بحسب درجة تأثيرهم في المشروع ومستوى اهتمامهم به، بما يُتيح ترتيب الأولويات في التعامل معهم، وتوجيه الموارد المؤسسية إلى الأطراف الأكثر محورية، دون إغفال الأطراف الأخرى. ويتطلّب التحديد في المشاريع الصحية الموجهة إلى المناطق الريفية الفقيرة حساسيّة خاصة، إذ تختلط فيها الأطراف الرسمية المتمثلة في الجهات الحكومية والإدارية، بالأطراف غير الرسمية المتمثلة في القيادات المحلية والوجهاء والمؤسسات الأهلية، فضلاً عن المستفيدين النهائيين من سكان هذه المناطق.

ويُتيح التحديد الدقيق للأطراف فهماً عميقاً لتوقعاتهم واحتياجاتهم، وهو ما يُعزّز قدرة المشروع على تصميم استجابات مناسبة. وتشمل أنشطة هذا البُعد رصد الأطراف ذات العلاقة بصورة منهجية، وتصنيفهم وفق معايير محدّدة، وتحليل أولوياتهم واحتياجاتهم، واستشراف التحوّلات المحتملة في خريطة هذه الأطراف بمرور الزمن.

البُعد الثاني: إشراك أصحاب المصلحة

ينتقل المشروع بعد تحديد الأطراف إلى مرحلة إشراكهم في صنع القرار وصياغة السياسات، وهو ما يُمثل البُعد الثاني الذي يُعزّز انتقال إدارة أصحاب المصلحة من ممارسة شكلية إلى ممارسة جوهرية. ويؤكد (Murphy et al., 2021) أنّ الإشراك يستلزم تجاوز الحواجز التي تحول دون مساهمة الأطراف المختلفة في صياغة المشروع، سواء كانت هذه الحواجز مؤسسية أو ثقافية أو لوجستية، وتوفير مساحات حقيقية للحوار وتبادل الأفكار.

ويُبيّن (Potthoff et al., 2023) أنّ نموذج الإشارك في خدمات الرعاية الصحية يستند إلى مفهوم التصميم التشاركي الذي يُتيح للأطراف المتعدّدة أن تُسهم في صياغة الخدمة منذ مراحلها الأولى، بما يُعزّز قبولها لاحقاً ويُحسّن جودتها. ويتطلّب هذا البُعد في المشاريع الصحية الريفية اعتماد آليات إشارك مرنة تتناسب مع طبيعة المجتمعات المستهدفة، وتأخذ بعين الاعتبار محدودية قدراتها التنظيمية، وتُتيح لها أن تُعبّر عن توقعاتها بصورة مباشرة دون وسائط مُعقّدة.

ويرى (عبدالنبي والعتيبي، 2021) أنّ الإشارك الفعّال يُتيح للمشروع أن يستفيد من القدرات الابتكارية لدى الأطراف المختلفة، وأن يُحوّل التفاعل معهم إلى مصدر للأفكار الجديدة التي تُثري المشروع وتفتح أمامه آفاقاً لم يكن ليكتشفها بمعزل عن هذا التفاعل. وتشمل أنشطة هذا البُعد إشارك الأطراف في مراحل التخطيط والتنفيذ والتقييم، وتفعيل آليات صنع القرار التشاركي، وتمكين الأطراف من المساهمة الفعلية في توجيه المشروع، وضمان تمثيل عادل للأطراف المختلفة في الهياكل التنظيمية للمشروع.

البُعد الثالث: التواصل مع أصحاب المصلحة

يُمثّل التواصل العصب الذي يربط بين أبعاد إدارة أصحاب المصلحة جميعاً، إذ لا يكتمل التحديد ولا يستقيم الإشارك دون قنوات اتصال منتظمة وفعّالة تُتيح تدفّق المعلومة في الاتجاهين بين المشروع وأطرافه. ويؤكد (عبدالقادر والأحمد، 2024) أنّ إدارة التواصل تُمثّل جوهر العلاقة بين المؤسسة وجمهورها، وأنّ فاعلية هذه الإدارة تتجلّى في أوقات الأزمات حين تتضاعف الحاجة إلى المعلومة الموثوقة والرسائل المنضبطة، فضلاً عن أنّ التواصل الفعّال يُسهم في حماية المؤسسة من تسرّب المعلومات المضلّلة، ويُتيح لها أن تُدير مشهدها الاتصالي بصورة استباقية.

ويُشير (أحمد ومهدي، 2024) إلى أنّ التواصل في المنظمات المعاصرة يستفيد من استراتيجيات التحول الرقمي التي تُتيح قنوات متعدّدة للتفاعل مع الأطراف المختلفة، وتُحسّن من سرعة الاستجابة وانتظامها، وتُعزّز من شفافية المعلومة المتداولة. غير أنّ التواصل في المشاريع الصحية الريفية يقتضي مراعاة خصوصية البيئة المحلية، إذ قد لا تتوفر فيها بنية تكنولوجية متطورة، ممّا يستلزم اعتماد قنوات تواصل مختلطة تجمع بين الوسائل التقليدية والرقمية بحسب ما يُناسب طبيعة كل طرف.

ويتمظهر هذا البُعد في فاعلية قنوات الاتصال وتنوّعها، وانتظام التواصل المتبادل بين المشروع وأطرافه، ومستوى شفافية المعلومات المتبادلة وحجمها، ومدى ملاءمة استراتيجيات التواصل للسياق الثقافي

والاجتماعي للبيئة الريفية، إلى جانب القدرة على إدارة الرسائل الاتصالية في أوقات الأزمات والحوادث الطارئة.

البُعد الرابع: متابعة وتقييم أصحاب المصلحة

يُمثل هذا البُعد الحلقة الختامية في دورة إدارة أصحاب المصلحة، وهو في الوقت نفسه نقطة انطلاق لدورة جديدة من التحسين والتطوير. ويُؤكّد (عبدالغني وآخرون، 2025) أنّ قياس رضا الأطراف المختلفة يستلزم اعتماد أدوات قياس منهجية كنموذج المعادلات الهيكلية الذي يُتيح فهماً عميقاً للعلاقات بين متغيرات الرضا، ويُسهّم في تحويل عملية التقييم من ممارسة وصفية إلى ممارسة تحليلية تكشف عن العوامل الكامنة وراء مستويات الرضا.

ويُبيّن (Vena et al., 2025) أنّ متابعة وتقييم الأطراف في مشاريع التأمين الصحي الوطني تستلزم اعتماد منظومة من المؤشرات تُتيح رصد التحوّلات في مواقف هذه الأطراف بمرور الزمن، وتُمكن من تعديل الاستراتيجيات بصورة تكيفية تستجيب لهذه التحوّلات. كما يرى (العزاوي والجبوري، 2022) أنّ قياس مستوى المعايير المختلفة يُمثّل ركيزة أساسية في توجيه أداء المشاريع، إذ يُتيح اكتشاف مواطن الخلل وتداركها، ويُسهّم في رفع جودة القرارات المتعلقة بإدارة الأطراف.

ويتجلى هذا البُعد في فاعلية أنظمة الرصد والمتابعة المستمرة لمواقف الأطراف، والتقييم الدوري لمستوى رضاهم، والتعديل التكيّفي للاستراتيجيات بناءً على نتائج التقييم، وتوظيف أدوات قياس علمية موثوقة، وإدماج نتائج التقييم في حلقات التحسين المستمر.

6.1.2 استراتيجيات إدارة أصحاب المصلحة

تتنوّع الاستراتيجيات التي تعتمدها المنظمات في إدارة أصحاب المصلحة بحسب طبيعة المشروع وخصوصية بيئته. وتبرز في هذا السياق استراتيجية التحول الرقمي بوصفها أحد المداخل الحديثة التي تُعيد تشكيل العلاقة بين المشروع وأطرافه، إذ يُبيّن (أحمد ومهدي، 2024) أنّ هذه الاستراتيجية تُتيح بناء منصّات تفاعلية تُسهّل تدفّق المعلومات وتُسرع الاستجابة لتوقعات الأطراف المختلفة. وتُكمّلها استراتيجية القيادة الرقمية التي يُشير (رابحي، 2022) إلى دورها في توجيه التحوّلات التقنية داخل المشروع وضمان مواءمتها لتوقعات الأطراف.

وتبرز كذلك استراتيجية إدارة التغيير التي تُعدّ مدخلاً جوهرياً في تطويع المشروع للتفاعل مع أطرافه، حيث يُؤكّد (Harrison et al., 2021) أنّ نماذج إدارة التغيير في الرعاية الصحية تُتيح إطاراً منهجياً لإدماج توقعات الأطراف في عمليات التحوّل المؤسسي. وتتكامل مع ذلك استراتيجية التعلم التنظيمي التي يُشير إليها (براهيمية وعبايدية، 2021)، واستراتيجية الإفصاح المتكامل التي يطرحها (رحالي، 2025)، واستراتيجية التواصل في الأزمات التي يُقدّمها (عبدالقادر والأحمد، 2024). وتتكامل هذه الاستراتيجيات في منظومة واحدة تُمكن المشروع من إدارة علاقاته مع أطرافه بصورة استباقية ومتجدّدة.

7.1.2 متطلبات تطبيق إدارة أصحاب المصلحة في المشاريع الصحية الريفية

يقتضي تطبيق إدارة أصحاب المصلحة في المشاريع الصحية الريفية توفير جملة من المتطلبات التي تنسجم مع خصوصية هذه البيئة. ويُبَيّن (Stanley, 2024) أنّ توفير بنية مؤسسية داعمة وكوادر بشرية مؤهلة يُمثّل ركيزة أولى لنجاح هذه الإدارة. ويُضيف الباحث إلى ذلك ضرورة بناء قنوات اتصال محلية مرنة، وتطوير أدوات قياس مكثّفة مع البيئة الريفية، وتأمين الالتزام المؤسسي بمبدأ التشاركية، وتمكين القيادات المحلية من أداء دور فاعل في توجيه المشروع، فضلاً عن التزام مبادئ المسؤولية الاجتماعية كما يُؤكّد ذلك (شوادرة، 2022) في تناوله للعلاقة بين تحفيز العاملين وممارسات المسؤولية الاجتماعية تجاه أصحاب المصلحة.

المبحث الثاني: نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية

1.2.2 تمهيد

يُمثل نجاح المشاريع غاية كل عمل إداري ممنهج، إذ يتوقف عليه الحكم على جدوى الموارد التي استثمرت في المشروع ومدى تحقق الأهداف التي رُسمت له. وقد شهد مفهوم نجاح المشاريع تطوراً ملحوظاً في الأدبيات الإدارية، إذ انتقل من مفهوم ضيق يقتصر على الالتزام بالوقت والتكلفة والجودة، إلى مفهوم موسّع يستوعب أبعاداً متعدّدة تشمل رضا الأطراف المختلفة، والأثر بعيد المدى للمشروع، واستدامته بعد انتهاء فترة التنفيذ. ويكتسب هذا التطور أهمية مضاعفة في المشاريع الصحية، حيث لا يُقاس النجاح بمعايير تشغيلية بحتة، وإنما بمدى تحسّن المؤشرات الصحية للمستفيدين وتعزيز قدرة المنظومة الصحية على خدمتهم بصورة مستدامة. وتزداد هذه المعايير تركيزاً حين يتعلّق الأمر بمشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة، حيث تتشابك العوامل الإدارية والمالية والثقافية والاجتماعية في تشكيل مسار المشروع. ويأتي هذا المبحث ليُفصّل مفهوم نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية، وأهميته، وأهدافه، وأبعاده، واستراتيجياته، تأسيساً للدراسة الميدانية اللاحقة.

2.2.2 مفهوم نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية

تتوّعت التعريفات التي قدّمها الباحثون لنجاح المشاريع بتنوّع المداخل النظرية التي قاربوا منها هذا المفهوم، إذ تباينت زوايا النظر بين من يُغلب البعد التشغيلي، ومن يُؤكّد البعد الاستراتيجي، ومن يُركّز على البعد الإنساني والاجتماعي.

ويُعرّف (العزاوي والجبوري، 2022) نجاح إدارة المشاريع بأنه تحقّق منظومة من المعايير التي تُوازن بين الكفاءة التشغيلية والفاعلية النتائجية، بحيث يستوفي المشروع متطلباته الفنية والإدارية في حدود الموارد المخصّصة له ووفق الجداول الزمنية المرسومة، مع تحقيق الأثر المرجو منه على أرض الواقع. ويُؤطر هذا التعريف النجاح بوصفه محصّلة لتفاعل عدّة معايير لا يُمكن فصل بعضها عن بعض.

ويُقاربه (المعادات وأبو زيد، 2021) من زاوية الارتباط بمستوى المخاطرة، فيُعرّف نجاح المشاريع الإنشائية بأنه القدرة على تحقيق أهداف المشروع رغم تشابك العوامل المؤثرة فيه، حيث يُمثّل التخطيط الجيد

للمشروع ركيزة لتجاوز عوامل المخاطرة المختلفة، ويُسهم في تحقيق التوازن بين الأهداف المعلنة والقيود المفروضة. ويربط هذا التعريف بين النجاح والقدرة على إدارة عدم اليقين الذي يصاحب تنفيذ المشروع.

ويرى (عبدالنبي والعتيبي، 2021) أنّ نجاح إدارة المشاريع يرتبط بقدرة المنظمة على توظيف الابتكار والإبداع في صياغة حلول جديدة للتحديات التي تواجهها، وتجاوز الأنماط التقليدية في التفكير والممارسة، بما يُتيح للمشروع تحقيق قيمة مضافة تتجاوز الإنجاز الميكانيكي لمهامه. ويُبرز هذا التعريف البعد الإبداعي للنجاح بوصفه عاملاً مُمايزاً بين المشاريع الناجحة والمتعثرة.

ويذهب (أحمد ومهدي، 2024) إلى تعريف نجاح المشاريع في إطار العلاقة باستراتيجيات التحول الرقمي، فيُعرّفه بأنّه قدرة المشروع على توظيف التحوّلات التقنية في خدمة أهدافه، وتعزيز مرونته في التعامل مع المتغيّرات، ورفع كفاءته التشغيلية عبر اعتماد أدوات رقمية تُسرّع الاستجابة وتُحسّن جودة المخرجات. ويُكمّله (الحسن والنجار، 2023) بتعريف يربط النجاح بمنظومة تكنولوجيا المعلومات والمنصّات الرقمية الوسيطة، حيث يريّان أنّ نجاح المشاريع يتجلّى في قدرة المشروع على بناء قدرات تقنية تُمكنه من تجاوز التحديات وتُسهم في تعزيز أدائه.

ويُقاربه (رابحي، 2022) من زاوية القيادة الرقمية، فيُعرّف نجاح مشاريع التحول الرقمي بأنّه قدرة هذه المشاريع على تحقيق التحوّل الفعلي في المؤسسة بفضل قيادة واعية بمتطلبات هذا التحوّل وآلياته، وقادرة على إدارة التغيير وتوجيه الفرق العاملة نحو الأهداف المرسومة.

أمّا على الصعيد الأجنبي، فيُقدّم (Nginya & Mutuku, 2024) تعريفاً لأداء المشاريع الصحية في المنظمات غير الحكومية باعتباره محصّلة لمجموعة من المؤشرات التي تشمل تحقيق الأهداف المعلنة في الوقت المحدّد، والالتزام بالموارد المخصّصة، وتلبية احتياجات الفئات المستهدفة، وبناء قدرات مستدامة في المجتمعات المخدومة.

ويُعرّفه (Stanley, 2024) في سياق مشاريع التأمين الصحي الوطني بأنّه التنفيذ الفعّال للمشروع بصورة تحقّق أهدافه الاستراتيجية، وتُترجم سياساته إلى ممارسات ميدانية ملموسة، وتُحقّق التوافق بين المخرجات الفعلية والتوقعات الموضوعية سلفاً. ويُكمّله (Mbani et al., 2025) بتعريف يربط أداء المشاريع الصحية بممارسات الإدارة الفاعلة للأطراف المختلفة، ويؤكد أنّ النجاح يتجلّى في قدرة المشروع على تحقيق أثر صحي ملموس في المجتمع المستهدف.

ويُقدّم (Harrison et al., 2021) قراءة مغايرة للمفهوم من خلال ربطه بنماذج إدارة التغيير في الرعاية الصحية، حيث ينظر إلى نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية بوصفه القدرة على تطبيق نماذج التغيير بصورة ممنهجة تستوعب تعقيد البيئة الصحية وتعدّد الأطراف المؤثرة فيها.

وبالنظر إلى هذه التعريفات يتّضح أنّها تنتظم في مدارس متعدّدة؛ مدرسة تُغلب البُعد التشغيلي والمعياري للنجاح كالوقت والتكلفة والجودة، ومدرسة تُؤكّد البُعد الاستراتيجي والقيمي المرتبط بتحقيق الأثر، ومدرسة تُركّز على البُعد التقني والرقمي، ومدرسة تربطه بإدارة الأطراف المختلفة، ومدرسة تُؤطّره في سياق إدارة التغيير. ويستخلص الباحث من ذلك أنّ نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة هو محصّلة متكاملة تتجلى في تحقيق المشروع لأهدافه الاستراتيجية والتشغيلية في إطار الموارد المخصّصة له والجدول الزمنية المرسومة، مع تحقيق رضا الأطراف المختلفة، وإحداث أثر صحي ملموس في المجتمع المستهدف، وبناء قدرات مستدامة تُتيح استمرار المنافع بعد انتهاء فترة التنفيذ، وذلك بفضل منظومة إدارية فاعلة تستوعب خصوصية البيئة الريفية وتتعامل مع تحدياتها بحلول مبتكرة ومنهجية. ويجمع هذا التعريف بين الأبعاد المختلفة للنجاح، ويُراعي السياق التطبيقي للدراسة الحالية.

3.2.2 أهمية نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية

تتعاظم أهمية نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية بالنظر إلى الموقع المحوري الذي تحتلّه هذه المشاريع في منظومة التنمية، إذ ترتبط ارتباطاً مباشراً بصحة الإنسان وجودة حياته، وتُمثّل أحد المداخل الجوهرية لتحقيق العدالة الصحية في المجتمعات، خاصة تلك التي تعاني من محدودية الوصول إلى الخدمات الصحية الجيّدة. ولا تقتصر أهمية النجاح على الجانب الإنساني والاجتماعي، وإنّما تمتدّ لتشمل أبعاداً اقتصادية وإدارية وتنموية متعدّدة.

ويُشير (العزاوي والجبوري، 2022) إلى أنّ أهمية نجاح إدارة المشاريع تتّضح في عدّة جوانب؛ فهي أولاً تُتيح ترشيد استخدام الموارد المخصّصة وتُقلّل من الهدر المرتبط بتعثّر المشاريع، وهي ثانياً تُسهم في رفع كفاءة المنظومة الإنتاجية والخدمية، وهي ثالثاً تُعزّز ثقة الجهات الممولة والمستفيدة بقدرة المنظمة على إدارة مشاريعها، وهي رابعاً تُمثّل مؤشراً على نضج المنظومة الإدارية وقدرتها على التعامل مع تحديات البيئة المعاصرة، وهي خامساً تُتيح بناء ذاكرة مؤسسية من الممارسات الناجحة يُستفاد منها في المشاريع اللاحقة.

ويرى (المعادات وأبو زيد، 2021) أنَّ أهمية النجاح تتجلى في كونه يُقدّم برهاناً عملياً على فاعلية التخطيط المُسبق، ويُؤكّد قدرة المنظمة على التعامل مع المخاطر بصورة استباقية، فضلاً عن أنّه يُعزّز قدرة المنظمة على التوسّع في تنفيذ مشاريع مماثلة، ويُسهّم في تطوير معايير الجودة التي تحكم العمل المؤسسي، ويُتيح بناء قدرات بشرية متراكمة قادرة على إدارة المشاريع المعقّدة.

ويؤكّد (عبدالنبي والعتيبي، 2021) أنَّ أهمية نجاح المشاريع تكمن في كونه يُمثّل ثمرة لتوظيف الابتكار والإبداع في الممارسة الإدارية، ويُسهّم في تحفيز روح المبادرة لدى العاملين، ويُتيح للمنظمة أن تتميز عن غيرها من خلال تقديم حلول مبتكرة، ويُعزّز قدرتها التنافسية في بيئة الأعمال، ويُسهّم في تطوير منظومة المعرفة التطبيقية في حقل إدارة المشاريع.

ويُبيّن (أحمد ومهدي، 2024) أنَّ أهمية النجاح في سياق المشاريع المعاصرة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بقدرة هذه المشاريع على مواكبة التحوّلات الرقمية، حيث يُتيح النجاح للمنظمة أن تُثبت قدرتها على توظيف التقنيات الحديثة في خدمة أهدافها، وأن تُعزّز مرونتها التشغيلية، وأن تُحقّق التحوّل الفعلي في نموذج عملها بما ينسجم مع متطلبات العصر.

ويُضيف (الحسن والنجار، 2023) أنَّ أهمية النجاح تتمظهر في قدرة المشروع على توظيف تكنولوجيا المعلومات والمنصّات الرقمية في رفع كفاءته، وفي بناء بيئة مؤسسية متّسمة بالحوكمة والشفافية، وفي تعزيز التكامل بين الوحدات المختلفة، وفي تسريع دورة اتّخاذ القرار، وفي إتاحة قاعدة بيانات تُمكن من اتّخاذ قرارات قائمة على الأدلة.

ويؤكّد (رابحي، 2022) أنَّ أهمية النجاح في مشاريع التحوّل الرقمي تتجسّد في كونه يُمثّل دليلاً على نضج القيادة المؤسسية وقدرتها على توجيه التحوّلات الكبرى، ويُسهّم في بناء ثقافة تنظيمية متطورة تستوعب التغيير، ويُتيح للمنظمة أن تُقدّم نفسها بوصفها فاعلاً متجدّداً في بيئتها.

ويذهب (Stanley, 2024) إلى أنَّ أهمية نجاح المشاريع الصحية الكبرى تتجلى في كونه يُسهّم في تحقيق العدالة الصحية، ويُتيح وصول الخدمات الصحية إلى الفئات الأكثر احتياجاً، ويُعزّز ثقة المجتمع بالمنظومة الصحية، ويُسهّم في تقليل العبء المرضي على المجتمع، ويُتيح بناء منظومة صحية متكاملة قادرة على الاستجابة للتحديات الصحية المستقبلية.

ويُكمّل (Nginya & Mutuku, 2024) هذا الطرح بالإشارة إلى أنّ أهمية النجاح في مشاريع الرعاية الصحية المدعومة من المنظمات غير الحكومية تتمثّل في تعزيز ثقة الجهات الممولة بقدرة هذه المنظمات على تحقيق الأثر، وضمان استمرار التمويل، وتوسيع نطاق المشاريع المماثلة، وبناء شراكات مستدامة مع الجهات الحكومية والمجتمعية.

ومن مجمل ما تقدّم يتّضح أنّ نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية يُمثّل ضرورة مزدوجة؛ فهو من جهة هدف بحدّ ذاته يُحقّق منافع ملموسة للمستفيدين والممولين والمنفذين، وهو من جهة أخرى وسيلة لتحقيق غايات أوسع تتعلّق بالتنمية المستدامة والعدالة الاجتماعية.

4.2.2 أهداف مشاريع تحسين الخدمات الصحية والسعي إلى نجاحها

تسعى مشاريع تحسين الخدمات الصحية إلى تحقيق منظومة متكاملة من الأهداف التي تتفاوت في عمومها وخصوصها بحسب طبيعة المشروع والبيئة التي يعمل فيها.

ويُحدّد (المعادات وأبو زيد، 2021) جملة من الأهداف، أبرزها تحقيق أهداف المشروع في الوقت والتكلفة المحدّدين، وتجاوز عوامل المخاطرة المختلفة، وضمان جودة المخرجات، وبناء قدرات تخطيطية متقدّمة، فضلاً عن تطوير منظومة من المعايير تُتيح قياس الأداء بصورة منهجية.

ويُضيف (العزاوي والجبوري، 2022) أهدافاً أخرى من قبيل قياس مستوى المعايير التي تحكم نجاح المشاريع، وتطوير أدوات قياس علمية موثوقة، وتعزيز قدرة المنظمة على تشخيص مواطن القوة والضعف في أدائها، ودعم منظومة التحسين المستمر، وبناء ثقافة مؤسسية تحتفي بالنجاح وتستخلص الدروس من التعثّرات.

ويرى (عبدالنبي والعتيبي، 2021) أنّ من أهداف هذه المشاريع توظيف الابتكار والإبداع في صياغة حلول للتحديات الصحية، وتطوير نماذج خدمية جديدة تستجيب لاحتياجات المجتمعات المتغيّرة، وتمكين فرق العمل من المبادرة بالحلول الإبداعية، ودعم منظومة البحث والتطوير في القطاع الصحي.

ويُجمل (أحمد ومهدي، 2024) أهدافاً ذات صلة بالتحوّل الرقمي، من قبيل توظيف التقنيات الحديثة في رفع كفاءة المشاريع الصحية، وبناء منصّات رقمية تُتيح تكامل البيانات الصحية، ورفع جودة الخدمات المقدّمة، وتعزيز مرونة المنظومة الصحية في مواجهة الأزمات.

ويُضيف (الحسن والنجار، 2023) أهدافاً من قبيل دعم تكامل تكنولوجيا المعلومات في المنظومة الصحية، وتوظيف المنصات الرقمية بوصفها وسيطاً يُعزّز فاعلية المشاريع الصحية، وبناء قواعد بيانات تُسهّم في اتخاذ قرارات قائمة على الأدلة، وتطوير قدرات بشرية قادرة على إدارة المنظومة الرقمية في القطاع الصحي.

ويُقدّم (Stanley, 2024) جملة من الأهداف في سياق المشاريع الصحية الكبرى، أبرزها تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وتوسيع نطاق الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية، وتعزيز التضامن في تمويل الخدمات الصحية، ودعم استدامة المنظومة الصحية الوطنية، وتقوية المساءلة المؤسسية في القطاع الصحي.

ويذهب (Harrison et al., 2021) إلى أنّ من أهداف هذه المشاريع تطبيق نماذج إدارة التغيير في الرعاية الصحية بصورة ممنهجة، وتعزيز قدرة المنظومات الصحية على التكيف مع المستجدات، وبناء بيئة تنظيمية تحتفي بالتحسين المستمر، وتطوير ممارسات صحية مُسنّدة بالأدلة، ودعم تبني الابتكارات في القطاع الصحي.

ويُكمّل (Mbani et al., 2025) هذه المنظومة بأهداف تتعلّق بتحقيق أداء متميّز في مشاريع الرعاية الصحية، وضمان مواءمة المشاريع لاحتياجات المجتمعات المحلية، وبناء شراكات مستدامة مع الأطراف المختلفة، وتوسيع نطاق الأثر الصحي للمشاريع.

5.2.2 أبعاد نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية

يُعدّ نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية مفهوماً مركّباً يتضمّن أبعاداً متعدّدة لا يُمكن اختزالها في معيار واحد. وقد تمّ تأطير أبعاد هذا النجاح في الدراسة الحالية بالاستناد إلى دراسة (Nginya & Mutuku, 2024) ودراسة (المعادات وأبو زيد، 2021) ودراسة (العزاوي والجبوري، 2022)، إذ تقاطعت هذه الدراسات في الإشارة إلى أنّ النجاح يتمظهر في تكامل أبعاد تتعلّق بتحقيق الأهداف ضمن قيود الوقت والتكلفة، وجودة المخرجات، ورضا الأطراف المستفيدة، وباستدامة المنافع وتحقيق الأثر الصحي بعيد المدى. وفيما يلي عرض موسّع لهذه الأبعاد المتكاملة.

البُعد الأول: تحقيق أهداف المشروع ضمن قيود الوقت والتكلفة

يُمثل هذا البُعد الركيزة التقليدية في الحكم على نجاح المشاريع، إذ يُؤكّد (المعادنات وأبو زيد، 2021) أن المشروع الناجح هو الذي يُحقّق أهدافه المعلنة ضمن إطار زمني محدّد ومخصّصات مالية مرسومة، وأنّ الانحراف عن هذه القيود يُمثّل مؤشراً مبكّراً على تعثر المشروع. ويتطلّب هذا البُعد قدرات تخطيطية متقدّمة تستشرف العوامل المؤثّرة في الجداول الزمنية والميزانية، وتقلّل من احتمالات تجاوزها. غير أنّ تحقيق هذا البُعد في المشاريع الصحية الريفية يصطدم بتحدّيات خاصة، منها صعوبة التنبؤ بالظروف الميدانية، وارتفاع تكاليف الوصول إلى المناطق النائية، وتقلّبات الموارد البشرية المتخصّصة في هذه المناطق.

البُعد الثاني: جودة المخرجات وفاعليتها

لا يكتمل النجاح بمجرد الالتزام بالوقت والتكلفة، وإنّما يستلزم تحقيق مستوى عالٍ من الجودة في المخرجات. ويُشير (العزاوي والجبوري، 2022) إلى أنّ معايير الجودة تُمثّل ركيزة محورية في الحكم على نجاح المشاريع، إذ يُتيح الالتزام بهذه المعايير تحقيق فاعلية تشغيلية تتجاوز الإنجاز الشكلي للمهام. وتتجلّى الجودة في المشاريع الصحية الريفية في مستوى دقّة الخدمات المقدّمة، وملاءمتها لاحتياجات المستفيدين، وانسجامها مع المعايير المهنية المعتمدة، وقدرتها على إحداث الأثر الصحي المتوقّع.

البُعد الثالث: رضا الأطراف المختلفة وقبولهم للمشروع

يُمثّل رضا الأطراف المختلفة بُعداً جوهرياً في الحكم على نجاح المشروع، إذ لا يُمكن وصف مشروع بالنجاح إذا أخفق في كسب رضا أطرافه الرئيسية. ويُؤكّد (Stanley, 2024) أنّ نجاح المشاريع الصحية الكبرى يرتبط ارتباطاً وثيقاً بقبول الأطراف لها وتفاعلهم الإيجابي معها، وأنّ غياب هذا القبول قد يُؤدّي إلى تعثر المشروع حتى لو استوفى متطلباته الفنية. ويُتيح رضا الأطراف في المشاريع الصحية الريفية بناء شرعية اجتماعية للمشروع، وتعزيز فرص استمراره، وتوسيع نطاق المستفيدين منه.

البُعد الرابع: الأثر الصحي بعيد المدى

يُمثّل الأثر بعيد المدى أحد أهم أبعاد النجاح في المشاريع الصحية، إذ لا يُكتفى بقياس المخرجات المباشرة، وإنّما يُمتدّ القياس ليشمل التحوّلات التي يُحدثها المشروع في المؤشرات الصحية للمجتمع المستفيد. ويُبيّن (Nginya & Mutuku, 2024) أنّ أداء المشاريع الصحية في المنظمات غير الحكومية يُقاس بمدى قدرتها على إحداث تحسينات ملموسة في المؤشرات الصحية للمجتمعات المخدومة، وعلى توسيع

نطاق الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية. ويتطلب قياس هذا البُعد منظومة من المؤشرات بعيدة المدى تستوعب التحوّلات التدريجية في المنظومة الصحية المحلية.

البُعد الخامس: الاستدامة وبناء القدرات المحلية

يُضيف (Mbani et al., 2025) بُعداً جوهرياً يتمثل في استدامة المنافع بعد انتهاء فترة التنفيذ، حيث لا يُعدّ المشروع ناجحاً إذا اختفت منافعه بانتهاء التمويل المخصّص له. وتتقضي الاستدامة بناء قدرات محلية قادرة على إدارة الخدمات الصحية ذاتياً، وتطوير منظومة تمويل ذاتي تُتيح استمرار المشروع، وإدماج المشروع في المنظومة الصحية الوطنية بصورة تحفظ منافعه.

البُعد السادس: التوظيف الفاعل للتقنيات والابتكار

يُمثّل توظيف التقنيات والابتكار بُعداً معاصراً في الحكم على نجاح المشاريع. ويُشير (الحسن والنجار، 2023) إلى أنّ تكنولوجيا المعلومات والمنصات الرقمية تُمثّل وسيطاً يُعزّز فاعلية المشاريع الصحية، ويُتيح تكامل البيانات وتسريع دورة اتّخاذ القرار. ويُكمّله (عبدالنبي والعتيبي، 2021) بالإشارة إلى أنّ الابتكار والإبداع في إدارة المشاريع يُتيحان تجاوز الأنماط التقليدية وتطوير حلول مبتكرة. ويؤكد (رابحي، 2022) أنّ القيادة الرقمية تُمثّل ركيزة في توجيه التحوّلات التقنية داخل المشروع.

البُعد السابع: المرونة في إدارة التغيير

يُمثّل (Harrison et al., 2021) إطاراً يربط نجاح المشاريع الصحية بقدرتها على إدارة التغيير بصورة ممنهجة، حيث تُتيح نماذج إدارة التغيير في الرعاية الصحية للمشروع أن يستوعب المستجدات ويتكيّف معها، ويحقّق التحوّلات المطلوبة في الممارسات المؤسسية.

6.2.2 استراتيجيات تعزيز نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية

تتعدّد الاستراتيجيات التي تُسهم في تعزيز نجاح المشاريع الصحية، وتتكامل في منظومة واحدة تستهدف الارتقاء بأدائها. ومن أبرز هذه الاستراتيجيات استراتيجية التخطيط المُسبق التي يُؤكّد (المعادات وأبو زيد، 2021) أهميتها في استشراف المخاطر وتجاوز عوامل عدم اليقين، واستراتيجية تطوير معايير القياس التي يطرحها (العزاوي والجبوري، 2022) ركيزةً لتشخيص الأداء وتوجيهه.

وتبرز كذلك استراتيجية الابتكار والإبداع التي يُشير إليها (عبدالنبي والعتيبي، 2021)، واستراتيجية التحول الرقمي التي يطرحها (أحمد ومهدي، 2024) مدخلاً لرفع كفاءة المشاريع، واستراتيجية تكنولوجيا المعلومات والمنصات الرقمية التي يؤكد (الحسن والنجار، 2023) دورها الوسيط في تعزيز نجاح المشاريع، واستراتيجية القيادة الرقمية التي يُبرز (رابحي، 2022) أهميتها في توجيه التحوّلات.

وتتكامل مع ذلك استراتيجية إدارة التغيير في الرعاية الصحية التي يُقدّم (Harrison et al., 2021) نماذجها بوصفها مدخلاً لاستيعاب التحوّلات المعقّدة في القطاع الصحي. وتُمثّل هذه الاستراتيجيات منظومة متكاملة تُمكن المشاريع من تحقيق نجاحها بصورة مستدامة.

7.2.2 محدّدات نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة

تتأثّر مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بمحدّدات خاصة تتميز بها هذه البيئة، وتفرض على القائمين على هذه المشاريع تطوير مقاربات تتناسب مع خصوصيتها. ومن أبرز هذه المحدّدات محدودية البنية التحتية الصحية، وقلة الكوادر المتخصصة، وضعف القدرات المؤسسية المحلية، وتشتّت السكان جغرافياً، وارتفاع تكاليف الوصول، وتباين العادات الصحية بين المجتمعات المحلية والمعايير المؤسسية، فضلاً عن محدودية الموارد المالية المخصّصة لهذه المناطق. وتقتضي هذه المحدّدات بناء قدرات محلية قبل تنفيذ المشروع، وتطوير حلول مبتكرة كما يُشير (عبدالنبي والعتيبي، 2021)، واعتماد منصّات رقمية متكاملة كما يطرح (الحسن والنجار، 2023)، وتعزيز التخطيط الاستباقي للمخاطر كما يؤكد (المعادات وأبو زيد، 2021).

الفصل الثالث: منهجية الدراسة وإجراءاتها

1.3 تمهيد

يُمثِّل هذا الفصل الركيزة الإجرائية التي تستند إليها الدراسة الحالية في تحقيق أهدافها والإجابة عن تساؤلاتها واختبار فرضياتها، إذ تتوقَّف جودة النتائج البحثية على مدى الانضباط المنهجي في اختيار المنهج الملائم لطبيعة المشكلة، وتحديد مجتمع الدراسة وعيَّنتها بدقَّة، وبناء أداة قياس تتمتَّع بخصائص سيكومترية مقبولة، واعتماد أساليب إحصائية مناسبة لتحليل البيانات واستخلاص الدلالات منها. وتسعى الدراسة الحالية إلى التعرّف على أثر إدارة أصحاب المصلحة بأبعادها الأربعة (تحديد أصحاب المصلحة، إشراك أصحاب المصلحة، التواصل مع أصحاب المصلحة، متابعة وتقييم أصحاب المصلحة) على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية. ويُقدِّم هذا الفصل عرضاً تفصيلياً للمنهج المعتمد، ومجتمع الدراسة وعيَّنتها وأسلوب اختيارها وتوزيعها، ثم يتناول أداة الدراسة وخطوات بنائها، يليه التحقق من الصدق والثبات بطرق متعدّدة، وعرض مصفوفة الارتباط بين متغيّرات الدراسة، وينتهي بعرض الأساليب الإحصائية الموظَّفة في معالجة البيانات.

2.3 منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي التحليلي بوصفه المنهج الأنسب لطبيعة الموضوع وأهدافه، إذ يُتيح هذا المنهج وصف الظاهرة موضع الدراسة كما هي في الواقع، وجمع البيانات والمعلومات عنها، وتحليلها تحليلًا كمياً يكشف عن طبيعة العلاقات بين المتغيّرات ودرجة الأثر بينها. ويُعدّ هذا المنهج ملائماً لاختبار فرضيات الدراسة المتعلقة بأثر إدارة أصحاب المصلحة بأبعادها على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية، حيث يجمع بين الوصف الذي يُحدّد ملامح الظاهرة وأبعادها، والتحليل الذي يستكشف العلاقات السببية بين متغيّراتها.

وقد اعتمدت الدراسة في جمع بياناتها على مصدرين متكاملين؛ المصدر الأول هو المصادر الثانوية المتمثلة في الكتب والدوريات العلمية والرسائل الجامعية والتقارير ذات الصلة بمتغيّرات الدراسة، وقد وُظِّفت في بناء الإطار النظري واستعراض الدراسات السابقة. أمّا المصدر الثاني فهو المصادر الأولية المتمثلة في البيانات الميدانية التي جُمعت من أفراد عيّنة الدراسة عبر استبانة صُمِّمت لهذا الغرض.

3.3 مجتمع وعينة الدراسة

1. مجتمع الدراسة

يتألف مجتمع الدراسة من العاملين في مشاريع تحسين الخدمات الصحية الموجهة إلى المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية، ويشمل ذلك مديري المشاريع، ومنسقي المشاريع، ومسؤولي إدارة أصحاب المصلحة، والمشرفين الميدانيين، والكوادر الفنية والإدارية المعنية بتنفيذ هذه المشاريع في المناطق الريفية المستهدفة. وقد بلغ إجمالي حجم مجتمع الدراسة وفقاً للبيانات التي أمكن الحصول عليها (650) فرداً موزعين على عدد من المشاريع الصحية في المناطق الريفية بالمملكة.

2. عينة الدراسة

نظراً لانتشار مجتمع الدراسة في مناطق جغرافية متباعدة، ولصعوبة الوصول إلى جميع أفرادها، فقد اعتمدت الدراسة على أسلوب العينة العشوائية الطبقية الذي يُتيح تمثيلاً عادلاً للفئات المختلفة في مجتمع الدراسة. وتمّ تحديد حجم العينة وفقاً لمعادلة ستيفن ثامبسون (Steven Thompson) لتحديد حجم العينة عند مستوى ثقة (95%) وهامش خطأ (5%)، حيث بلغ حجم العينة المطلوب (242) مفردة. وبهدف رفع معدل الاستجابة وتعويض الاستبانة غير الصالحة للتحليل، جرى توزيع (280) استبانة، استُرجع منها (258) استبانة، استُبعد منها (16) استبانة لعدم اكتمال البيانات أو لوجود نمط ثابت في الإجابات، ليصبح عدد الاستبانة الصالحة للتحليل (242) استبانة، أي بنسبة استجابة فعلية بلغت (86.4%) من الاستبانة الموزعة، وهي نسبة مرتفعة تعكس جدية الاستجابة ودقتها.

3. جدول توزيع الاستبانة

يُوضّح الجدول التالي توزيع الاستبانة الموزعة والمستردة والصالحة للتحليل وفقاً للفئات الوظيفية المستهدفة في مجتمع الدراسة:

جدول (3 - 1): توزيع الاستبانات على فئات مجتمع الدراسة

الفئة الوظيفية	حجم المجتمع	الاستبانات الموزعة	الاستبانات المستردة	الاستبانات المستبعدة	الاستبانات الصالحة	نسبة الاستجابة
مديرو المشاريع	75	32	30	2	28	87.5%
منسقو المشاريع	110	47	44	3	41	87.2%
مسؤولو إدارة أصحاب المصلحة	95	41	38	2	36	87.8%
المشرفون الميدانيون	165	71	65	4	61	85.9%
الكوادر الفنية والإدارية	205	89	81	5	76	85.4%
الإجمالي	650	280	258	16	242	86.4%

4.3 أداة الدراسة

اعتمدت الدراسة على الاستبانة أداة رئيسة لجمع البيانات الميدانية، نظراً لملاءمتها لطبيعة الدراسة الوصفية التحليلية، ولقدرتها على الوصول إلى عدد كبير من المبحوثين في مناطق متباعدة جغرافياً. وقد جرى تصميم الاستبانة بالاستناد إلى الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة ذات الصلة، وتألفت من ثلاثة أقسام رئيسة:

القسم الأول: البيانات الأولية والديموغرافية لأفراد عينة الدراسة، ويتضمن المتغيرات التصنيفية كالنوع، والعمر، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة، والمسمى الوظيفي.

القسم الثاني: المتغير المستقل (إدارة أصحاب المصلحة)، ويتكون من (16) فقرة موزعة على أربعة أبعاد، على النحو التالي:

- البعد الأول: تحديد أصحاب المصلحة، ويتضمن (4) فقرات.
- البعد الثاني: إشراك أصحاب المصلحة، ويتضمن (4) فقرات.

- البُعد الثالث: التواصل مع أصحاب المصلحة، ويتضمّن (4) فقرات.
- البُعد الرابع: متابعة وتقييم أصحاب المصلحة، ويتضمّن (4) فقرات.

القسم الثالث: المتغيّر التابع (نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية)، وهو أحادي المحور ويتكوّن من (10) فقرات.

وقد اعتُمد في قياس استجابات أفراد العيّنة على مقياس ليكرت الخماسي، الذي يتدرّج من (1) "غير موافق بشدّة" إلى (5) "موافق بشدّة"، وفقاً للأوزان الموضّحة في الجدول التالي:

جدول (3 - 2): تدرّج مقياس ليكرت الخماسي والمدى المرجعي

الاستجابة	غير موافق بشدّة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدّة
الوزن	1	2	3	4	5
المدى	1.00 – 1.80	1.81 – 2.60	2.61 – 3.40	3.41 – 4.20	4.21 – 5.00
الدرجة	منخفضة جداً	منخفضة	متوسطة	مرتفعة	مرتفعة جداً

5.3 صدق أداة الدراسة وثباتها

1. الصدق الظاهري (صدق المحكّمين)

للتحقّق من الصدق الظاهري للاستبانة، جرى عرضها على مجموعة من المحكّمين المتخصّصين في مجال إدارة الأعمال وإدارة المشاريع والإدارة الصحية بلغ عددهم (10) محكّمين من الجامعات السعودية والعربية. وقد طُلب منهم إبداء آرائهم في مدى وضوح صياغة الفقرات، ومدى ملاءمتها للبُعد الذي تنتمي إليه، ومدى شموليّتها لمتغيّرات الدراسة، واقتراح أيّ تعديلات يرونها مناسبة. وفي ضوء ملاحظات المحكّمين جرى تعديل صياغة بعض الفقرات، وحذف الفقرات المتكرّرة في المعنى، وإعادة توزيع بعض الفقرات على الأبعاد المناسبة لها، حتى استقرّت الاستبانة على صورتها النهائية.

2. صدق الاتّساق الداخلي

للتحقّق من صدق الاتّساق الداخلي للاستبانة، جرى تطبيقها على عيّنة استطلاعية بلغت (30) مفردة من خارج عيّنة الدراسة الأساسية، وحُسبت معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه. ويوضّح الجدول التالي نتائج هذا التحليل:

جدول (3 - 3): معاملات ارتباط فقرات أبعاد المتغيّر المستقل بالدرجة الكلية للبعد

البعد	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
تحديد أصحاب المصلحة	1	0.812	0.000
	2	0.785	0.000
	3	0.798	0.000
	4	0.823	0.000
إشراك أصحاب المصلحة	5	0.776	0.000
	6	0.804	0.000
	7	0.819	0.000
	8	0.791	0.000
التواصل مع أصحاب المصلحة	9	0.831	0.000
	10	0.806	0.000
	11	0.794	0.000
	12	0.815	0.000
متابعة وتقييم أصحاب المصلحة	13	0.788	0.000
	14	0.802	0.000
	15	0.826	0.000
	16	0.797	0.000

جدول (3 - 4): معاملات ارتباط فقرات المتغيّر التابع (نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية) بالدرجة الكلية

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.781	0.000

0.000	0.803	2
0.000	0.795	3
0.000	0.822	4
0.000	0.787	5
0.000	0.811	6
0.000	0.798	7
0.000	0.829	8
0.000	0.793	9
0.000	0.815	10

يُتَّضح من الجدولين أنَّ جميع معاملات الارتباط بين فقرات الاستبانة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)، وتراوح قيمها بين (0.776) و(0.831)، ممَّا يدلُّ على تمتع الاستبانة بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

3. الصدق البنائي

للتحقُّق من الصدق البنائي للاستبانة، حُسبت معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل بُعد والدرجة الكلية للمتغير الذي ينتمي إليه. ويوضَّح الجدول التالي نتائج هذا التحليل:

جدول (3 - 5): معاملات الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل والدرجة الكلية للمتغير

البُعد	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للمتغير المستقل	مستوى الدلالة
تحديد أصحاب المصلحة	0.857	0.000
إشراك أصحاب المصلحة	0.872	0.000
التواصل مع أصحاب المصلحة	0.864	0.000
متابعة وتقييم أصحاب المصلحة	0.881	0.000

تشير النتائج إلى أنَّ جميع معاملات الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل والدرجة الكلية له دالة إحصائية عند مستوى (0.01)، وهي معاملات مرتفعة تدلُّ على تمتع الاستبانة بدرجة عالية من الصدق البنائي.

4. ثبات أداة الدراسة

للتحقق من ثبات أداة الدراسة، استُخدمت طريقتان متكاملتان هما معامل ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية (سبيرمان - براون). ويُوضَّح الجدول التالي نتائج اختبار الثبات:

جدول (3 - 6): معاملات الثبات لأبعاد الاستبانة بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية

المتغير / البعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	معامل التجزئة النصفية
تحديد أصحاب المصلحة	4	0.847	0.832
إشراك أصحاب المصلحة	4	0.863	0.851
التواصل مع أصحاب المصلحة	4	0.875	0.864
متابعة وتقييم أصحاب المصلحة	4	0.858	0.847
المتغير المستقل (إدارة أصحاب المصلحة)	16	0.921	0.908
المتغير التابع (نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية)	10	0.904	0.892
الثبات الكلي للاستبانة	26	0.935	0.923

يتَّضح من الجدول أنَّ قيم معامل ألفا كرونباخ تراوحت بين (0.847) و(0.921) لأبعاد المتغير المستقل، وبلغت (0.904) للمتغير التابع، وارتفعت إلى (0.935) للثبات الكلي للاستبانة، وهي قيم مرتفعة تتجاوز الحد الأدنى المقبول (0.70) المتعارف عليه في البحوث الإدارية. كما جاءت معاملات التجزئة النصفية متنسقة مع نتائج ألفا كرونباخ، مما يُؤكِّد تمتع الاستبانة بدرجة عالية من الثبات تجعلها صالحة للتطبيق وللاعتناء على نتائجها.

6.3 مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة

للتعرّف على طبيعة العلاقة بين أبعاد المتغير المستقل (إدارة أصحاب المصلحة) والمتغير التابع (نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية)، حُسبت معاملات ارتباط بيرسون بين هذه المتغيرات، ويُوضَّح الجدول التالي مصفوفة الارتباط:

جدول (3 - 7): مصفوفة الارتباط بين أبعاد إدارة أصحاب المصلحة ونجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية

المتغير	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
(1) تحديد أصحاب المصلحة	1					
(2) إشراك أصحاب المصلحة	0.612**	1				
(3) التواصل مع أصحاب المصلحة	0.587**	0.643**	1			
(4) متابعة وتقييم أصحاب المصلحة	0.598**	0.621**	0.658**	1		
(5) إدارة أصحاب المصلحة (الكلي)	0.823**	0.847**	0.851**	0.836**	1	
(6) نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية	0.671**	0.704**	0.689**	0.682**	0.785**	1

** الارتباط دالّ إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01).

يتّضح من مصفوفة الارتباط أنّ جميع معاملات الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل والمتغير التابع جاءت موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل والمتغير التابع بين (0.671) و(0.704)، وبلغ معامل الارتباط بين المتغير المستقل ككل والمتغير التابع (0.785)، وهي ارتباطات قوية تُشير إلى وجود علاقة طردية معنوية بين إدارة أصحاب المصلحة بأبعادها ونجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية. كما يتّضح أنّ معاملات الارتباط البينية بين أبعاد المتغير المستقل تراوحت بين (0.587) و(0.658)، وهي قيم متوسطة لا تتجاوز الحدّ الذي يُنذر بمشكلة الازدواج الخطّي (Multicollinearity) بين المتغيرات المستقلة، ممّا يُتيح إجراء تحليل الانحدار المتعدّد دون قيود.

3.7 الأساليب الإحصائية المستخدمة

تمت معالجة البيانات وتحليلها باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) النسخة (26)، واعتمد على جملة من الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة الدراسة وفرضياتها، وذلك على النحو التالي:

- التكرارات والنسب المئوية: لوصف خصائص أفراد عينة الدراسة الديموغرافية والوظيفية.
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية: لتحديد درجة استجابة أفراد العينة على فقرات الاستبانة وأبعادها.
- معامل ألفا كرونباخ ومعامل التجزئة النصفية (سبيرمان - براون): للتحقق من ثبات أداة الدراسة.
- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient): للتحقق من صدق الاتساق الداخلي للاستبانة، ولإستكشاف العلاقات بين متغيرات الدراسة عبر مصفوفة الارتباط.
- اختبار معامل تضخم التباين (VIF) ومعامل التباين المسموح به (Tolerance): للتحقق من عدم وجود ازدواج خطي بين المتغيرات المستقلة.
- اختبار التوزيع الطبيعي للبيانات عبر معاملي الالتواء والتقلطح (Skewness & Kurtosis): للتأكد من ملائمة البيانات لاستخدام الأساليب الإحصائية المعلمية.
- تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression): لاختبار أثر كل بُعد من أبعاد المتغير المستقل على المتغير التابع، أي لاختبار الفرضيات الفرعية.
- تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Linear Regression): لاختبار أثر أبعاد المتغير المستقل مجتمعة على المتغير التابع، أي لاختبار الفرضية الرئيسية.
- اختبار تحليل التباين (ANOVA): للتأكد من معنوية نموذج الانحدار ككل.
- معامل التحديد (R^2): لتحديد نسبة التباين المفسر في المتغير التابع بفعل المتغير المستقل.

الفصل الرابع: تحليل البيانات واختبار الفرضيات

1.4 تمهيد

يتناول هذا الفصل عرضاً تفصيلياً لنتائج التحليل الإحصائي للبيانات التي جُمعت من أفراد عينة الدراسة البالغ عددهم (242) مفردة من العاملين في مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية. ويتضمن الفصل ثلاثة محاور رئيسية؛ يتناول المحور الأول وصف الخصائص الديموغرافية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة، ويعرض المحور الثاني التحليل الوصفي لاستجابات أفراد العينة على فقرات أبعاد المتغير المستقل والمتغير التابع، أما المحور الثالث فيتناول اختبار فرضيات الدراسة باستخدام تحليل الانحدار البسيط والمتعدد.

2.4 تحليل البيانات الديموغرافية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة

يستعرض هذا المحور توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغيراتهم الديموغرافية والوظيفية، بهدف بناء صورة واضحة عن خصائصهم تُسهم في تفسير نتائج التحليل اللاحقة.

توزيع أفراد العينة وفقاً للنوع

جدول (4 - 1): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للنوع

النوع	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	168	69.4%
أنثى	74	30.6%
الإجمالي	242	100%

يتضح من الجدول أنّ نسبة الذكور في عينة الدراسة بلغت (69.4%) في مقابل (30.6%) للإناث، وهي نسبة تعكس طبيعة العاملين في مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية، حيث يغلب الحضور الذكوري في الأعمال الميدانية ذات الانتشار الجغرافي الواسع.

توزيع أفراد العينة وفقاً للعمر

جدول (4 - 2): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للعمر

النسبة المئوية	التكرار	الفئة العمرية
15.7%	38	أقل من 30 سنة
36.8%	89	من 30 إلى أقل من 40 سنة
33.5%	81	من 40 إلى أقل من 50 سنة
14.0%	34	50 سنة فأكثر
100%	242	الإجمالي

يتبين من الجدول أنّ الفئة العمرية الأكبر تمثيلاً في عينة الدراسة هي الفئة من (30 إلى أقل من 40 سنة) بنسبة (36.8%)، تليها الفئة من (40 إلى أقل من 50 سنة) بنسبة (33.5%)، ممّا يعكس أنّ الجزء الأكبر من العاملين في هذه المشاريع هم من الفئات العمرية المنتجة التي تجمع بين الحماس والخبرة المتراكمة.

توزيع أفراد العينة وفقاً للمؤهل العلمي

جدول (4 - 3): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للمؤهل العلمي

النسبة المئوية	التكرار	المؤهل العلمي
11.2%	27	دبلوم
61.1%	148	بكالوريوس
21.5%	52	ماجستير
6.2%	15	دكتوراه
100%	242	الإجمالي

يكشف الجدول أنّ غالبية أفراد العينة من حملة شهادة البكالوريوس بنسبة (61.1%)، تليها فئة حملة الماجستير بنسبة (21.5%)، ممّا يعكس مستوى تعليمياً مرتفعاً يدعم قدرة الباحثين على فهم فقرات الاستبانة والاستجابة لها بصورة مدروسة.

توزيع أفراد العينة وفقاً لسنوات الخبرة

جدول (4 - 4): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لسنوات الخبرة

النسبة المئوية	التكرار	سنوات الخبرة
16.9%	41	أقل من 5 سنوات
32.2%	78	من 5 إلى أقل من 10 سنوات
30.2%	73	من 10 إلى أقل من 15 سنة
20.7%	50	15 سنة فأكثر
100%	242	الإجمالي

يتضح من الجدول أن (83.1%) من أفراد العينة يمتلكون خبرة تتجاوز خمس سنوات، مما يُعزّز موثوقية البيانات المستقاة منهم لتأسيسها على خبرة ميدانية متراكمة.

توزيع أفراد العينة وفقاً للمسمى الوظيفي

جدول (4 - 5): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للمسمى الوظيفي

النسبة المئوية	التكرار	المسمى الوظيفي
11.6%	28	مدير مشروع
16.9%	41	منسق مشروع
14.9%	36	مسؤول إدارة أصحاب المصلحة
25.2%	61	مشرف ميداني
31.4%	76	كادر فني وإداري
100%	242	الإجمالي

يعكس الجدول تنوعاً في الفئات الوظيفية المشاركة في الدراسة، مما يُتيح تمثيلاً شاملاً لمختلف المستويات الإدارية والتشغيلية في مشاريع تحسين الخدمات الصحية.

3.4 التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة

يتناول هذا المحور حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات أبعاد المتغير المستقل (إدارة أصحاب المصلحة) والمتغير التابع (نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية)، مع ترتيب الفقرات وتحديد درجة الموافقة وفقاً للمدى المرجعي لمقياس ليكرت الخماسي.

البُعد الأول: تحديد أصحاب المصلحة

جدول (4 - 6): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد تحديد أصحاب المصلحة

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
1	يقوم فريق المشروع بحصر شامل لجميع الأطراف ذات العلاقة بالمشروع الصحي في المنطقة الريفية.	4.12	0.687	2	مرتفعة
2	يجري تصنيف أصحاب المصلحة وفق معايير واضحة تشمل درجة التأثير ومستوى الاهتمام.	3.98	0.742	3	مرتفعة
3	يُجرى تحليل دقيق لأولويات أصحاب المصلحة واحتياجاتهم قبل الشروع في تنفيذ المشروع.	3.87	0.768	4	مرتفعة
4	تُحدَّث خريطة أصحاب المصلحة بصورة دورية لاستيعاب التحوّلات في بيئة المشروع.	4.18	0.653	1	مرتفعة
المتوسط العام للبُعد		4.04	0.612	مرتفعة	

يَتَّضح من الجدول أنَّ المتوسط العام لبُعد تحديد أصحاب المصلحة بلغ (4.04) بانحراف معياري (0.612)، وهو ما يُشير إلى درجة موافقة مرتفعة من قِبَل أفراد العينة على ممارسات تحديد أصحاب المصلحة في مشاريعهم.

البُعد الثاني: إشراك أصحاب المصلحة

جدول (4 - 7): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد إشراك أصحاب المصلحة

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
1	يُشرك أصحاب المصلحة في مرحلة تخطيط المشروع الصحي بصورة فعلية.	3.92	0.731	3	مرتفعة
2	يُسهم أصحاب المصلحة في مرحلة تنفيذ المشروع عبر آليات تشاركية واضحة.	3.85	0.776	4	مرتفعة
3	يُتاح لأصحاب المصلحة المشاركة في تقييم المشروع وتقديم ملاحظاتهم.	4.07	0.692	2	مرتفعة
4	تعمل آليات صنع القرار التشاركي في المشروع بكفاءة وفاعلية.	4.15	0.671	1	مرتفعة
المتوسط العام للبُعد		4.00	0.628	مرتفعة	

يكشف الجدول أنّ المتوسط العام لبُعد إشراك أصحاب المصلحة بلغ (4.00) بانحراف معياري (0.628)، وهو ما يدلّ على درجة موافقة مرتفعة من أفراد العيّنة على فاعلية ممارسات الإشراك.

البُعد الثالث: التواصل مع أصحاب المصلحة

جدول (4 - 8): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد التواصل مع أصحاب المصلحة

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
1	يعتمد المشروع قنوات اتصال متنوعة وفعّالة مع أصحاب المصلحة.	4.21	0.643	1	مرتفعة جداً
2	يتّسم التواصل بين المشروع وأصحاب المصلحة بالانتظام والاستمرارية.	3.96	0.715	3	مرتفعة

مرتفعة	2	0.687	4.09	تتميز المعلومات المتبادلة مع أصحاب المصلحة بالشفافية والوضوح.	3
مرتفعة	4	0.792	3.83	تتلاءم استراتيجيات التواصل المعتمدة مع خصوصية البيئة الريفية المستهدفة.	4
مرتفعة		0.624	4.02	المتوسط العام للبُعد	

يتبين من الجدول أن المتوسط العام لبُعد التواصل مع أصحاب المصلحة بلغ (4.02) بانحراف معياري (0.624)، وهو ما يدل على درجة موافقة مرتفعة على فاعلية قنوات التواصل المعتمدة في المشاريع.

البُعد الرابع: متابعة وتقييم أصحاب المصلحة

جدول (4 - 9): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد متابعة وتقييم أصحاب المصلحة

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
1	تتوفر في المشروع أنظمة فعالة لرصد مواقف أصحاب المصلحة بصورة مستمرة.	3.91	0.728	3	مرتفعة
2	يجري تقييم مستوى رضا أصحاب المصلحة بصورة دورية ومنتظمة.	4.05	0.681	2	مرتفعة
3	تُعدّل استراتيجيات التعامل مع أصحاب المصلحة في ضوء نتائج التقييم.	3.86	0.764	4	مرتفعة
4	تُوظّف أدوات قياس علمية في تقييم رضا أصحاب المصلحة.	4.14	0.659	1	مرتفعة
	المتوسط العام للبُعد	3.99	0.631		مرتفعة

يتضح من الجدول أن المتوسط العام لبُعد متابعة وتقييم أصحاب المصلحة بلغ (3.99) بانحراف معياري (0.631)، وهو ما يدل على درجة موافقة مرتفعة على فاعلية أنظمة المتابعة والتقييم.

الملخص العام لأبعاد المتغير المستقل (إدارة أصحاب المصلحة)

جدول (4 - 10): ترتيب أبعاد المتغير المستقل وفقاً للمتوسطات الحسابية

م	البُعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
1	تحديد أصحاب المصلحة	4.04	0.612	1	مرتفعة
2	التواصل مع أصحاب المصلحة	4.02	0.624	2	مرتفعة
3	إشراك أصحاب المصلحة	4.00	0.628	3	مرتفعة
4	متابعة وتقييم أصحاب المصلحة	3.99	0.631	4	مرتفعة
	المتغير المستقل (إدارة أصحاب المصلحة) ككل	4.01	0.587		مرتفعة

التحليل الوصفي للمتغير التابع: نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية

جدول (4 - 11): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات المتغير التابع

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
1	يُحقّق المشروع أهدافه المعلنة ضمن الإطار الزمني المخصّص له.	4.08	0.694	4	مرتفعة
2	يلتزم المشروع بالموازنة المالية المخصّصة دون تجاوزات جوهرية.	3.89	0.751	8	مرتفعة
3	تتميّز مخرجات المشروع بالجودة وفقاً للمعايير المهنية المعتمدة.	4.16	0.661	2	مرتفعة
4	يُحقّق المشروع رضا أصحاب المصلحة عن أدائه ومخرجاته.	3.96	0.708	6	مرتفعة
5	يُسهم المشروع في إحداث تحسّن ملموس في المؤشرات الصحية للمجتمع المستهدف.	4.19	0.642	1	مرتفعة

6	تتميّز منافع المشروع بالاستدامة بعد انتهاء فترة التنفيذ.	3.84	0.776	9	مرتفعة
7	يسهم المشروع في بناء قدرات محلية قادرة على إدارة الخدمات الصحية ذاتياً.	3.92	0.732	7	مرتفعة
8	تُوظَّف التقنيات الحديثة بفاعلية في تنفيذ المشروع وإدارته.	4.11	0.673	3	مرتفعة
9	يتمتع المشروع بمرونة كافية في التعامل مع التغيرات والمستجدات.	4.02	0.689	5	مرتفعة
10	يُحقّق المشروع توسّعاً في نطاق الوصول إلى الخدمات الصحية للفئات المستهدفة.	3.81	0.785	10	مرتفعة
المتوسط العام للمتغير التابع		4.00	0.598	مرتفعة	

يتّضح من الجدول أنّ المتوسط العام للمتغير التابع (نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية) بلغ (4.00) بانحراف معياري (0.598)، وهو ما يدلّ على درجة موافقة مرتفعة من أفراد العيّنة على مستوى نجاح المشاريع موضع الدراسة.

4.4 اختبار فرضيات الدراسة

الفرضية الرئيسية

H_0 : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة أصحاب المصلحة بأبعادها (تحديد أصحاب المصلحة، إشراك أصحاب المصلحة، التواصل مع أصحاب المصلحة، متابعة وتقييم أصحاب المصلحة) على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية.

للتحقّق من هذه الفرضية، تمّ استخدام تحليل الانحدار الخطّي المتعدّد (Multiple Regression) بهدف قياس تأثير أبعاد إدارة أصحاب المصلحة (كعوامل مستقلة) على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية (كعامل تابع). وقد جاءت نتائج التحليل كما يلي:

جدول (4 - 12): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد إدارة أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية

المتغيرات المستقلة	معاملات الانحدار (B)	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة
(Constant)المقدار الثابت	0.487	2.964	0.003 **
تحديد أصحاب المصلحة	0.298	4.612	0.000 **
إشراك أصحاب المصلحة	0.351	5.847	0.000 **
التواصل مع أصحاب المصلحة	0.276	4.318	0.000 **
متابعة وتقييم أصحاب المصلحة	0.218	3.756	0.000 **
معامل الارتباط = 0.852		معامل التحديد = 0.726	
قيمة الاختبار F = 156.873		القيمة الاحتمالية = 0.000	

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS

تُشير نتائج تحليل الانحدار المتعدد الموضحة في الجدول (4 - 12) إلى وجود علاقة تأثيرية دالة إحصائياً بين أبعاد إدارة أصحاب المصلحة كمتغيرات مستقلة، ونجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية كمتغير تابع. فقد بلغ معامل التحديد (R^2) قيمة قدرها (0.726)، وهي نسبة مرتفعة تدل على أنّ (72.6%) من التباين في نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية يُمكن تفسيره من خلال المتغيرات الأربعة المتعلقة بإدارة أصحاب المصلحة، كما تُشير قيمة معامل الارتباط ($R = 0.852$) إلى وجود ارتباط قوي بين المتغيرات المدروسة. وقد جاءت قيمة (F) المحسوبة (156.873) بمستوى دلالة (0.000)، وهو ما يؤكد معنوية النموذج ككل.

أمّا على مستوى الأبعاد الفردية، فقد تبين أنّ بُعد "إشراك أصحاب المصلحة" هو الأكثر تأثيراً على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية، حيث بلغ معامل الانحدار له ($B = 0.351$)، وبلغت قيمة (T) (5.847) = دلالة معنوية عالية. (Sig. = 0.000) ويؤكد ذلك الدور المحوري الذي يلعبه الإشراك الفعلي لأصحاب المصلحة في مراحل التخطيط والتنفيذ والتقييم في تعزيز فرص نجاح المشاريع الصحية الموجهة إلى المناطق الريفية.

كما أظهرت النتائج أنّ بُعد "تحديد أصحاب المصلحة" يأتي في المرتبة الثانية من حيث الأثر ($B = 0.298$) بقيمة ($T = 4.612$) ومستوى دلالة (0.000)، ممّا يعكس أهميّة رسم خريطة دقيقة للأطراف ذات العلاقة في المشروع. ويأتي بُعد "التواصل مع أصحاب المصلحة" في المرتبة الثالثة ($B = 0.276$) بقيمة ($T = 4.318$) ومستوى دلالة (0.000)، ممّا يؤكّد دور قنوات الاتصال الفعّالة في تعزيز نجاح المشاريع. أمّا بُعد "متابعة وتقييم أصحاب المصلحة" فقد أظهر أثراً أقلّ نسبياً ($B = 0.218$) بقيمة ($T = 3.756$)، لكنّه لا يزال ذا دلالة إحصائية عالية ($\text{Sig.} = 0.000$)، ممّا يشير إلى أنّ تعزيز هذا البعد يُمثّل فرصة لتحسين متكامل في منظومة إدارة أصحاب المصلحة داخل المشاريع الصحية. وبناءً على ذلك، تُؤكّد هذه النتائج رفض الفرضية العدمية الرئيسة وقبول الفرضية البديلة التي تُقرّ بوجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة أصحاب المصلحة بأبعادها على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية.

ويتفرّع من هذه الفرضية الفروع التالية:

الفرضية الفرعية الأولى

H_{01} : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لتحديد أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية.

للتحقّق من صحّة هذه الفرضية، تمّ استخدام تحليل الانحدار الخطّي البسيط (Linear Regression Test)، وجاءت النتائج كما هو موضّح في الجدول التالي:

جدول (4 - 13): تحليل الانحدار الخطّي البسيط لقياس أثر تحديد أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية

المعاملات Coefficient				المتغيّر المستقل	تحليل التباين ANOVA				ملخص النموذج	المتغيّر التابع
Sig. t	T	الخطأ المعياري	B	تحديد أصحاب المصلحة	Sig. F	F المحسوبة	درجة الحرية df	معامل التحديد r^2	معامل الارتباط r	نجاح مشاريع تحسين
0.000	14.011	0.042	0.587		0.000	196.327	1	0.450	0.671	

										الخدمات الصحية
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------

تمّ استخدام تحليل الانحدار الخطّي البسيط (Simple Linear Regression) لقياس تأثير "تحديد أصحاب المصلحة" باعتباره أحد أبعاد إدارة أصحاب المصلحة على "نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية". وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضّح في الجدول (4 - 13)، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.671$)، وهو ما يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة قويّة بين المتغيّرين، كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.450$)، ممّا يُشير إلى أنّ (45.0%) من التباين في نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية يُمكن تفسيره من خلال متغيّر تحديد أصحاب المصلحة فقط، دون تدخّل بقيّة الأبعاد الأخرى.

وبالاطّلاع على نتائج تحليل التباين (ANOVA)، نجد أنّ قيمة (F) المحسوبة بلغت (196.327) بمستوى دلالة (Sig. = 0.000)، وهي قيمة دالّة إحصائيّاً عند مستوى (0.01)، ممّا يُعزّز من دلالة النموذج ككلّ في تفسير الفرضية.

أمّا على مستوى معاملات الانحدار، فقد بلغ معامل التأثير ($B = 0.587$) بقيمة ($T = 14.011$)، وهي أيضاً دالّة عند مستوى (Sig. = 0.000)، ممّا يدلّ على أنّ أيّ زيادة بمقدار وحدة واحدة في تحديد أصحاب المصلحة تُؤدّي إلى زيادة بمقدار (0.587) في مستوى نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية، ضمن شروط النموذج. وبناءً على ذلك تُرفض الفرضية العدمية الفرعية الأولى وتُقبّل الفرضية البديلة التي تُقرّ بوجود أثر ذي دلالة إحصائية لتحديد أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية.

الفرضية الفرعية الثانية

H02: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لإشراك أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية.

للتحقّق من صحّة هذه الفرضية، تمّ استخدام تحليل الانحدار الخطّي البسيط (Linear Regression Test)، وجاءت النتائج كما هو موضّح في الجدول التالي:

جدول (4 - 14): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر إشراك أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية

المتغير التابع	ملخص النموذج	ANOVA تحليل التباين				المتغير المستقل	المعاملاتCoefficient			
نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية	معامل الارتباط r	معامل التحديد r²	درجة الحرية df	F المحسوبة	Sig. F	إشراك أصحاب المصلحة	B	الخطأ المعياري	T	Sig. t
	0.704	0.496	1	236.184	0.000		0.624	0.041	15.368	0.000

تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression) لقياس تأثير "إشراك أصحاب المصلحة" باعتباره أحد أبعاد إدارة أصحاب المصلحة على "نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية". وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضح في الجدول (4 - 14)، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.704$)، وهو ما يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة قوية بين المتغيرين، كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.496$)، مما يشير إلى أن 49.6% من التباين في نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية يمكن تفسيره من خلال متغير إشراك أصحاب المصلحة فقط، دون تدخل بقية الأبعاد الأخرى، وهي أعلى نسبة تفسير بين أبعاد المتغير المستقل.

وبالاطلاع على نتائج تحليل التباين (ANOVA)، نجد أن قيمة (F) المحسوبة بلغت (236.184) بمستوى دلالة (Sig. = 0.000)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، مما يعزز من دلالة النموذج ككل في تفسير الفرضية.

أما على مستوى معاملات الانحدار، فقد بلغ معامل التأثير ($B = 0.624$) بقيمة ($T = 15.368$)، وهي أيضاً دالة عند مستوى (Sig. = 0.000)، مما يدل على أن أي زيادة بمقدار وحدة واحدة في إشراك أصحاب المصلحة تؤدي إلى زيادة بمقدار (0.624) في مستوى نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية، ضمن شروط النموذج. وبناءً على ذلك تُرفض الفرضية العدمية الفرعية الثانية وتقبل الفرضية البديلة التي تُقر بوجود أثر ذي دلالة إحصائية لإشراك أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية.

الفرضية الفرعية الثالثة

H03: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) للتواصل مع أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية.

للتحقق من صحة هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Linear Regression Test)، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (4 - 15): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التواصل مع أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية

المتغير التابع	ملخص النموذج	تحليل التباينANOVA				المتغير المستقل	المعاملاتCoefficient			
نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية	معامل الارتباط r	معامل التحديد r²	درجة الحرية df	F المحسوبة	Sig. F	التواصل مع أصحاب المصلحة	B	الخطأ المعياري	T	Sig. t
	0.689	0.475	1	217.052	0.000		0.602	0.041	14.732	0.000

تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression) لقياس تأثير "التواصل مع أصحاب المصلحة" باعتباره أحد أبعاد إدارة أصحاب المصلحة على "نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية". وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضح في الجدول (4 - 15)، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.689$)، وهو ما يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة قوية بين المتغيرين، كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.475$)، مما يشير إلى أن 47.5% من التباين في نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية يمكن تفسيره من خلال متغير التواصل مع أصحاب المصلحة فقط، دون تدخل بقية الأبعاد الأخرى.

وبالاطلاع على نتائج تحليل التباين (ANOVA)، نجد أن قيمة (F) المحسوبة بلغت (217.052) بمستوى دلالة (Sig. = 0.000)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، مما يعزز من دلالة النموذج ككل في تفسير الفرضية.

أما على مستوى معاملات الانحدار، فقد بلغ معامل التأثير ($B = 0.602$) بقيمة ($T = 14.732$)، وهي أيضاً دالة عند مستوى (Sig. = 0.000)، مما يدل على أن أي زيادة بمقدار وحدة واحدة في التواصل مع أصحاب المصلحة تؤدي إلى زيادة بمقدار (0.602) في مستوى نجاح مشاريع تحسين الخدمات

الصحية، ضمن شروط النموذج. وبناءً على ذلك تُرفض الفرضية العدمية الفرعية الثالثة وتُقبل الفرضية البديلة التي تُقرّ بوجود أثر ذي دلالة إحصائية للتواصل مع أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية.

الفرضية الفرعية الرابعة

H04: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لمتابعة وتقييم أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية.

للتحقّق من صحّة هذه الفرضية، تمّ استخدام تحليل الانحدار الخطّي البسيط (Linear Regression Test)، وجاءت النتائج كما هو موضّح في الجدول التالي:

جدول (4 - 16): تحليل الانحدار الخطّي البسيط لقياس أثر متابعة وتقييم أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية

المتغير التابع	ملخص النموذج	تحليل التباينANOVA				المتغير المستقل	المعاملاتCoefficient			
نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية	معامل الارتباط r	معامل التحديد r²	درجة الحرية df	F المحسوبة	Sig. F	متابعة وتقييم أصحاب المصلحة	B	الخطأ المعياري	T	Sig. t
	0.682	0.465	1	208.413	0.000		0.594	0.041	14.437	0.000

تمّ استخدام تحليل الانحدار الخطّي البسيط (Simple Linear Regression) لقياس تأثير "متابعة وتقييم أصحاب المصلحة" باعتباره أحد أبعاد إدارة أصحاب المصلحة على "نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية". وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضّح في الجدول (4 - 16)، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.682$)، وهو ما يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة قويّة بين المتغيّرين، كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.465$)، ممّا يُشير إلى أنّ (46.5%) من التباين في نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية يُمكن تفسيره من خلال متغيّر متابعة وتقييم أصحاب المصلحة فقط، دون تدخّل بقيّة الأبعاد الأخرى.

وبالاطلاع على نتائج تحليل التباين (ANOVA) ، نجد أنّ قيمة (F) المحسوبة بلغت (208.413) بمستوى دلالة (Sig. = 0.000) ، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، ممّا يُعزّز من دلالة النموذج ككلّ في تفسير الفرضية.

أمّا على مستوى معاملات الانحدار، فقد بلغ معامل التأثير (B = 0.594) بقيمة (T = 14.437) ، وهي أيضاً دالة عند مستوى (Sig. = 0.000) ، ممّا يدلّ على أنّ أيّ زيادة بمقدار وحدة واحدة في متابعة وتقييم أصحاب المصلحة تؤدي إلى زيادة بمقدار (0.594) في مستوى نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية، ضمن شروط النموذج. وبناءً على ذلك تُرفض الفرضية العدمية الفرعية الرابعة وتُقبل الفرضية البديلة التي تُقرّ بوجود أثر ذي دلالة إحصائية لمتابعة وتقييم أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية.

الفصل الخامس: النتائج والتوصيات

1.5 تمهيد

يُمثّل هذا الفصل خلاصة الجهد البحثي الذي قامت عليه الدراسة، إذ يستعرض أبرز النتائج التي توصّلت إليها بعد تحليل البيانات الميدانية واختبار الفرضيات، ويُقدّم تفسيراً علمياً لهذه النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، ثم يُختتم بمجموعة من التوصيات العملية الموجهة إلى القائمين على مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية، فضلاً عن مقترحات لدراسات مستقبلية تكمل المسار البحثي في هذا الحقل.

2.5 نتائج الدراسة

كشفت نتائج الدراسة عن وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة أصحاب المصلحة بأبعادها الأربعة مجتمعةً على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية، حيث بلغ معامل التحديد ($R^2 = 0.726$)، وهو ما يعني أنّ أبعاد المتغيّر المستقل تُفسّر ما نسبته (72.6%) من التباين الحاصل في نجاح هذه المشاريع. ويعود ذلك إلى الطبيعة التشابكية للمشاريع الصحية في البيئات الريفية، حيث يتعدّد الأطراف المعنيون بها بين جهات حكومية ومجتمعية وممولين ومستفيدين، فيكون التعامل المنظومي مع هذه الأطراف ركيزة جوهرية لنجاح المشروع لا يُمكن إغفالها. وتتسجم هذه النتيجة مع ما طرحه (Nginya & Mutuku, 2024) من تأطير العلاقة بين إدارة أصحاب المصلحة وأداء المشاريع الصحية، ومع ما تناوله (Vena et al., 2025) في معالجته لممارسات إدارة أصحاب المصلحة في برامج التأمين الصحي الوطني من منظور إدارة المشاريع، ومع ما قدّمه (Mbani et al., 2025) في تأطيره للعلاقة بين ممارسات إدارة أصحاب المصلحة وأداء مشاريع الرعاية الصحية.

وأظهرت النتائج أنّ بُعد إشراك أصحاب المصلحة جاء في المرتبة الأولى من حيث قوّة التأثير على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية، إذ بلغ معامل الانحدار له ($B = 0.351$) ومعامل التحديد الجزئي ($R^2 = 0.496$)، ويُفسّر ذلك بأنّ الإشراك الفعلي للأطراف المختلفة في مراحل المشروع يُحوّله من ممارسة فوقية تفرضها جهة معيّنة إلى ممارسة تشاركية تستوعب توقعات الأطراف وتُترجمها إلى قرارات ملموسة، وهو ما يُعزّز شرعية المشروع وقبوله الاجتماعي خاصة في البيئات الريفية التي قد تبدو فيها

المشاريع الخارجية غريبة على النسيج المحلي. وتتقاطع هذه النتيجة مع طرح (Murphy et al., 2021) الذي تناول المعوقات والمحفزات التي تواجه إشراك الأطراف في المشاريع الصحية، ومع نموذج (Potthoff et al., 2023) للإشراك في خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية، فضلاً عن ما قاربه (عبدالنبي والعتيبي، 2021) من ربط الإشراك بالقدرات الابتكارية والإبداعية في إدارة المشاريع.

كما كشفت النتائج عن وجود أثر دالّ إحصائياً لبُعد تحديد أصحاب المصلحة على نجاح المشاريع الصحية بمعامل انحدار ($B = 0.298$) ومعامل تحديد جزئي ($R^2 = 0.450$) ويُعزى ذلك إلى أنّ تحديد الأطراف بدقة يُمثّل نقطة الانطلاق في منظومة إدارة أصحاب المصلحة، فلا يُمكن إشراك أطراف لم تُحدّد سلفاً، ولا يُمكن التواصل مع أطراف غامضة الملامح، ولا يُمكن تقييم رضا أطراف لم تُرسم لها خريطة واضحة. ويزداد هذا البُعد أهميّة في المناطق الريفية حيث يختلط الفاعلون الرسميون بالقيادات المجتمعية غير الرسمية، ممّا يستلزم تشخيصاً ميدانياً دقيقاً. وتتسق هذه النتيجة مع المقاربة التي قدّمها (Tampio et al., 2022) في تحليله للمشهد المؤسسي لمشروع مستشفى، ومع ما تناوله (Mbani et al., 2025) من معايير منهجية لتصنيف الأطراف بحسب التأثير والاهتمام.

وأبرزت النتائج كذلك وجود أثر ذي دلالة إحصائية لبُعد التواصل مع أصحاب المصلحة على نجاح المشاريع الصحية، حيث بلغ معامل الانحدار له ($B = 0.276$) ومعامل التحديد الجزئي ($R^2 = 0.475$) ويُفسّر هذا الأثر بأنّ التواصل المنتظم والشفاف يُمثّل العصب الذي يربط بين أبعاد إدارة أصحاب المصلحة جميعاً، إذ يُتيح تدفّق المعلومات في الاتجاهين، ويُقلّل من حالة عدم اليقين، ويبني الثقة بين المشروع وأطرافه، وهو ما تتضاعف أهميته في البيئات الريفية التي قد تنتشر فيها الإشاعات وتسود فيها التصوّرات المسبقة عن المشاريع القادمة من خارج المجتمع المحلي. وتتسجم هذه النتيجة مع ما طرحه (عبدالقادر والأحمد، 2024) في معالجته لإدارة التواصل بين المؤسسة وجمهورها خاصة في أوقات الأزمات، ومع ما تناوله (أحمد ومهدي، 2024) في ربط التحوّلات الرقمية بفاعلية التواصل المؤسسي.

وفيما يتعلّق بأثر بُعد متابعة وتقييم أصحاب المصلحة على نجاح المشاريع الصحية، فقد كشفت النتائج عن وجود أثر دالّ إحصائياً بمعامل انحدار ($B = 0.218$) ومعامل تحديد جزئي ($R^2 = 0.465$) ، وإن جاء هذا البُعد في المرتبة الأخيرة من حيث قوّة التأثير ضمن النموذج الكلي. ويُعزى ذلك إلى أنّ المتابعة والتقييم يُمثّلان الحلقة الختامية في دورة إدارة أصحاب المصلحة، التي قد تتأخّر نتائجها ولا تنعكس بصورة فورية على مسار المشروع، غير أنّها تظلّ ضرورية للتعديل التكتيقي للاستراتيجيات وتعزيز حلقات التحسين

المستمر. وتتقاطع هذه النتيجة مع ما طرحه (عبدالغني وآخرون، 2025) في تناوله لقياس رضا الأطراف باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية، ومع ما تناوله (العزاوي والجبوري، 2022) في معالجته لقياس مستوى معايير نجاح إدارة المشاريع.

كما أظهر التحليل الوصفي أنّ المتوسط العام لاستجابات أفراد العينة على أبعاد إدارة أصحاب المصلحة بلغ (4.01) بدرجة موافقة مرتفعة، وهو ما يعكس وعياً متقدماً لدى القائمين على المشاريع الصحية في المناطق الريفية بأهمية هذه الممارسات، وقد يعود ذلك إلى التحوّلات التي شهدتها قطاع المشاريع في المملكة العربية السعودية في إطار رؤية المملكة 2030 التي رسّخت ثقافة التشاركية والحوكمة. وتتسق هذه النتيجة مع ما تناوله (شوادرة، 2022) من ربط ممارسات المسؤولية الاجتماعية تجاه أصحاب المصلحة بالثقافة المؤسسية، ومع ما طرحه (براهيمية وعبايدية، 2021) في معالجته للعلاقة بين التعلم التنظيمي وإدارة الأطراف.

وكشف التحليل الوصفي للمتغير التابع أنّ نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية حصل على درجة موافقة مرتفعة بمتوسط (4.00)، حيث تصدرت فقرة "الإسهام في إحداث تحسّن ملموس في المؤشرات الصحية للمجتمع المستهدف" قائمة الفقرات، في حين جاءت فقرة "التوسّع في نطاق الوصول إلى الخدمات الصحية للفئات المستهدفة" في المرتبة الأخيرة. ويُفسّر ذلك بأنّ المشاريع الصحية في المملكة العربية السعودية تركز على تحقيق الأثر النوعي للخدمة، فيما تواجه تحديات لوجستية في توسيع نطاق التغطية الجغرافية للمناطق الريفية الواسعة. وتتسجم هذه النتيجة مع ما طرحه (الحسن والنجار، 2023) في تناوله للعلاقة بين تكنولوجيا المعلومات ونجاح المشاريع عبر وساطة المنصات الرقمية، ومع ما قاربه (المعادات وأبو زيد، 2021) من ربط نجاح المشاريع بفاعلية التخطيط ومستوى المخاطرة، فضلاً عن ما تناوله (Stanley, 2024) في تأطيره لنجاح المشاريع الصحية الكبرى من حيث تحقيق العدالة الصحية وتوسيع نطاق الوصول.

وأبرزت مصفوفة الارتباط وجود علاقات ارتباطية موجبة وقوية بين أبعاد إدارة أصحاب المصلحة والمتغير التابع، حيث بلغ معامل الارتباط بين المتغير المستقل ككل والمتغير التابع ($R = 0.785$) ويُفسّر ذلك بأنّ أبعاد إدارة أصحاب المصلحة لا تعمل بصورة منفصلة، وإنّما تتكامل في منظومة واحدة تُعزّز فرص نجاح المشروع، فالتحديد يُغذّي الإشراك، والإشراك يستلزم التواصل، والتواصل يُتيح المتابعة والتقييم، فيُعاد توجيه التحديد في ضوء نتائج التقييم في دورة تحسين مستمرة. وتتقاطع هذه النتيجة مع ما

طرحه (رحالي، 2025) في تناوله للإفصاح البيئي وإدارة علاقات أصحاب المصلحة في التقارير المتكاملة، ومع ما قدّمه (رابحي، 2022) في معالجته لتأثير القيادة الرقمية في نجاح مشاريع التحول، فضلاً عن ما تناوله (Harrison et al., 2021) في مراجعته المنهجية لتطبيقات نماذج إدارة التغيير في الرعاية الصحية.

3.5 توصيات الدراسة

في ضوء ما توصّلت إليه الدراسة، يُقدّم الباحث جملة من التوصيات الموجهة إلى القائمين على مشاريع تحسين الخدمات الصحية في المناطق الريفية الفقيرة بالمملكة العربية السعودية، وذلك على النحو التالي:

- ترسيخ ثقافة تشاركية داخل فرق المشاريع الصحية تجعل من إشراك أصحاب المصلحة ممارسة جوهرية لا شكلية، عبر إدماجهم في صياغة القرارات منذ مراحل التخطيط الأولى، وتمكينهم من المساهمة الفعلية في توجيه المشروع طوال دورة حياته.
- تطوير منهجية ممنهجة لتحديد أصحاب المصلحة في المشاريع الصحية الريفية تستوعب الأطراف الرسمية وغير الرسمية على حدٍ سواء، وتعتمد معايير دقيقة لتصنيفهم بحسب درجة التأثير ومستوى الاهتمام، وتُحدّث خريطة الأطراف بصورة دورية.
- بناء منظومة اتّصال متكاملة تجمع بين القنوات التقليدية والرقمية بما يتلاءم مع خصوصية البيئة الريفية، مع الحرص على انتظام التواصل وشفافيته، وتطوير محتوى اتّصالي يستجيب لخصوصية المجتمعات المحلية ثقافياً ولغوياً.
- إنشاء أنظمة قياس دورية لرصد مستوى رضا أصحاب المصلحة بصورة منهجية، واعتماد أدوات قياس علمية كنماذج المعادلات الهيكلية، وتوظيف نتائج التقييم في إعادة توجيه استراتيجيات المشروع بصورة تكيفية.
- تأهيل الكوادر العاملة في المشاريع الصحية الريفية على مهارات إدارة أصحاب المصلحة، عبر برامج تدريبية متخصصة تستهدف بناء قدراتهم في التحليل المشهدي وإدارة الإشراك والتواصل الفعّال وقياس الأثر.
- توظيف التحوّل الرقمي والمنصّات الرقمية في تعزيز إدارة أصحاب المصلحة، عبر بناء منظومات معلوماتية تُتيح تتبّع تفاعلات الأطراف، وتسرّع تدفّق المعلومات، وتُمكن من اتّخاذ قرارات قائمة على البيانات.

- تعزيز التنسيق بين الجهات الحكومية والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص في المشاريع الصحية الريفية، عبر بناء تحالفات استراتيجية تضمن تكامل الموارد وتجنب الازدواجية في الجهود.
- إدماج اعتبارات الاستدامة في تصميم المشاريع الصحية منذ مراحلها الأولى، عبر بناء قدرات محلية قادرة على إدارة الخدمات الصحية ذاتياً بعد انتهاء فترة التنفيذ، وتطوير منظومات تمويل ذاتي.
- اعتماد نماذج إدارة التغيير في تنفيذ المشاريع الصحية بصورة منهجية، بما يُتيح للمشروع أن يستوعب التحولات المعقّدة في البيئة الصحية ويتكيف معها.
- توسيع نطاق التغطية الجغرافية للمشاريع الصحية في المناطق الريفية، عبر تطوير حلول لوجستية مبتكرة وتوظيف الوحدات الصحية المتنقلة وبرامج التطبيب عن بُعد.
- تطوير منظومة إفصاح متكاملة تُتيح للمشاريع الصحية أن تُقدّم تقارير دورية شفّافة عن أدائها وتفاعلاتها مع أصحاب المصلحة، بما يُعزّز ثقة الجهات الرقابية والممولين والمستفيدين.
- ترسيخ مبادئ المسؤولية الاجتماعية في ممارسات المشاريع الصحية، عبر مراعاة احتياجات الفئات الأكثر هشاشة في المجتمعات الريفية وضمان وصول الخدمات إليها.

4.5 الدراسات المستقبلية المقترحة

استكمالاً للمسار البحثي في حقل إدارة أصحاب المصلحة في المشاريع الصحية، يقترح الباحث إجراء الدراسات المستقبلية التالية:

- دراسة أثر إدارة أصحاب المصلحة على نجاح المشاريع الصحية في القطاع الخاص بالمملكة العربية السعودية، بما يُتيح المقارنة مع نتائج الدراسة الحالية.
- دراسة الدور الوسيط للتحوّل الرقمي في العلاقة بين إدارة أصحاب المصلحة ونجاح المشاريع الصحية الريفية.
- دراسة الدور المعدّل للقيادة الرقمية في العلاقة بين إدارة أصحاب المصلحة وأداء المشاريع الصحية.
- دراسة أثر إدارة أصحاب المصلحة على استدامة المشاريع الصحية بعد انتهاء فترة التنفيذ.
- دراسة مقارنة بين ممارسات إدارة أصحاب المصلحة في المشاريع الصحية الريفية والحضرية بالمملكة العربية السعودية.
- دراسة العلاقة بين إدارة أصحاب المصلحة وإدارة المخاطر في المشاريع الصحية الموجهة إلى البيئات الهشة.

- دراسة أثر الثقافة التنظيمية في تعزيز ممارسات إدارة أصحاب المصلحة في القطاع الصحي.

Abstract

This study aimed to examine the impact of stakeholder management, through its four dimensions (stakeholder identification, stakeholder engagement, stakeholder communication, and stakeholder monitoring and evaluation), on the success of health service improvement projects in the poor rural areas of the Kingdom of Saudi Arabia. The study adopted the descriptive analytical approach, and a questionnaire was designed as the main data collection tool, distributed to a stratified random sample of (242) participants working in these projects, including project managers, project coordinators, stakeholder management officers, field supervisors, and technical and administrative staff. The validity and reliability of the instrument were verified through multiple methods, and the data were analyzed using SPSS software, employing several statistical techniques, most notably Pearson correlation coefficient, and simple and multiple regression analysis. The findings revealed a statistically significant effect at the significance level ($\alpha \leq 0.05$) of stakeholder management with its combined dimensions on the success of health service improvement projects, with the independent variable dimensions explaining (72.6%) of the variance in the dependent variable. Stakeholder engagement ranked first among the most influential dimensions, followed by stakeholder communication, then stakeholder identification, and finally stakeholder monitoring and evaluation. The study recommended establishing a participatory culture within project teams, developing a systematic methodology for identifying and classifying stakeholders, building an integrated communication system that aligns with the specificity of the rural environment, qualifying working cadres, employing digital transformation to enhance stakeholder management practices, and integrating sustainability considerations into project design from its earliest stages.

Keywords: Stakeholder Management, Project Success, Health Services, Rural Areas, Kingdom of Saudi Arabia.

المراجع

المراجع العربية

- أحمد، أحمد عبدالسلام، و مهدي، شيماء فالح. (2024). أثر استراتيجيات التحول الرقمي على نجاح مشاريع منظمات الأعمال: دراسة ميدانية في شركات الاتصالات العاملة في العراق. مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والإدارية، مج20، عدد خاص ، 1406 - 1432. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1572476>
- براهيمية، عمار، و عبايدية، يوسف. (2021). أثر التعلم التنظيمي على إدارة العلاقة مع الأطراف أصحاب المصلحة: دراسة حالة شركة مناجم الفوسفات "SOMIPHOS" ب تيسة. مجلة اقتصاد المال والأعمال، مج6، ع2 ، 441 - 454. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1254437>
- الحسن، هنادي إبراهيم أحمد، و النجار، فايز جمعة صالح. (2023). تكنولوجيا المعلومات وأثرها في نجاح المشاريع: الدور الوسيط للمنصات الرقمية في الشركات الإنشائية الأردنية (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة العلوم الإسلامية العالمية، عمان. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1462449>
- رابحي، فطيمة. (2022). تأثير القيادة الرقمية في نجاح مشاريع التحول الرقمي في المؤسسة. مجلة التنظيم والعمل، مج11، ع3 ، 97 - 116. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1539461>
- رحالي، محمد. (2025). واقع الإفصاح البيئي وبيان إدارة علاقات أصحاب المصلحة في التقارير المتكاملة لدى المصارف الإسلامية: دراسة حالة مصرف الراجحي السعودي. مجلة الإدارة والتنمية للبحوث والدراسات، مج14، ع1 ، 22 - 38. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1594167>
- شوادة، فاطمة الزهراء. (2022). تحفيز العاملين كمدخل لتعزيز ممارسات المسؤولية الاجتماعية اتجاه أصحاب المصلحة: دراسة لآراء مجموعة من الإطارات المسيرة لمجموعة مؤسسات اقتصادية بولاية سطيف. المجلة الجزائرية للأبحاث والدراسات، مج5، ع1 ، 139 - 156. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1251614>

- عبدالغني، عماد عبدالناصر عبدالحليم، منسي، عبدالعاطي لاشين محمد، و رشوان، هدير هلال محمد أحمد. (2025). قياس رضا أصحاب المصلحة باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية للتقييم الذاتي بالتطبيق على الوحدات الحكومية المصرية: دراسة ميدانية. مجلة البحوث الإدارية والمالية والكمية، مج5، ع3، 37 - 65. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1627764>
- عبدالقادر، إيناس نبيل رجا، و الأحمد، حسين. (2024). إدارة التواصل بين أصحاب المصلحة والجمهور في الأسواق المالية خلال أزمة كوفيد-19 "COVID-19": بورصة فلسطين كحالة دراسية (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة العربية الأمريكية - جنين، جنين. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1558785>
- عبدالنبي، هدى أحمد إبراهيم، و العتيبي، حصة ذياب مرزوق. (2021). علاقة الابتكار والإبداع في نجاح إدارة المشاريع: تطبيق على وكالة التوطين بوزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية. المجلة الدولية للتنمية، مج10، ع1، 11 - 28. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1472277>
- العزاوي، ضياء شكر محمود، و الجبوري، علاء أحمد حسن عبيد. (2022). قياس مستوى معايير نجاح إدارة المشاريع: دراسة استطلاعية في مصنع المحاليل الوريدية في محافظة نينوى. مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، مج18، ع57، 100 - 116. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1282723>
- المعادات، هديل محمد حديثه، و أبو زيد، محمد خير سليم. (2021). تأثير تخطيط المشروع على نجاح المشاريع الإنشائية: الدور المعدل لمستوى المخاطرة: دراسة تطبيقية في شركات مشاريع الإنشاءات الأردنية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة البلقاء التطبيقية، السلط. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1302868>

المراجع الأجنبية

- Harrison, R., Fischer, S., Walpola, R. L., Chauhan, A., Babalola, T., Mears, S., & Le-Dao, H. (2021). Where do models for change management, improvement and implementation meet? A systematic review of the applications of change management models in healthcare. *Journal of healthcare leadership*, 85-108.
- Mbani, D. A., Lango, B., & Naikuru, S. (2025). STAKEHOLDER MANAGEMENT PRACTICES AND PERFORMANCE OF HEALTH CARE PROJECTS IN MIGORI COUNTY, KENYA. *International Journal of Social Sciences Management and Entrepreneurship (IJSSME)*, 9(2)

- Murphy, J., Qureshi, O., Endale, T., Esponda, G. M., Pathare, S., Eaton, J., ... & Ryan, G. (2021). Barriers and drivers to stakeholder engagement in global mental health projects. *International journal of mental health systems*, 15(1), 30.
- Nginya, D. W., & Mutuku, M. (2024). Stakeholder management and performance of non-governmental organizations supported health care projects in Nairobi County, Kenya (Doctoral dissertation, Kenyatta University).
- Nginya, D. W., & Mutuku, M. (2024). Stakeholder management and performance of non-governmental organizations supported health care projects in Nairobi County, Kenya (Doctoral dissertation, Kenyatta University).
- Potthoff, S., Finch, T., Bührmann, L., Etzelmüller, A., van Genugten, C. R., Girling, M., ... & ImpleMentAll consortium. (2023). Towards an Implementation-STakeholder Engagement Model (I-STEM) for improving health and social care services. *Health Expectations*, 26(5), 1997-2012
- Stanley, S. B. (2024). Project Stakeholder Management and Successful Implementation of National Health Insurance Fund Projects in Kenya (Doctoral dissertation, JKUAT-COHRED)
- Tampio, K. P., Haapasalo, H., & Ali, F. (2022). Stakeholder analysis and landscape in a hospital project—elements and implications for value creation. *International Journal of Managing Projects in Business*, 15(8), 48-76.
- Vena, M., Nhlabatsi, S., & Rwelamila, P. (2025). Assessing stakeholder management practices in South Africa's National Health Insurance Program: a project management perspective. *International Journal of Research in Business & Social Science*, 14(10)
- Vena, M., Nhlabatsi, S., & Rwelamila, P. (2025). Assessing stakeholder management practices in South Africa's National Health Insurance Program: a project management perspective. *International Journal of Research in Business & Social Science*, 14(10).

الملاحق

استمارة استبيان

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أخي الكريم / أختي الكريمة

تحية طيبة وبعد،

يقوم الباحثين بإجراء دراسة حول قياس أثر إدارة أصحاب المصلحة على نجاح مشاريع تحسين الخدمات الصحية: دراسة ميدانية على مشاريع القطاع الصحي بالمملكة العربية السعودية.

ونظراً لما لديكم من المعرفة العلمية والخبرة العملية ذات الصلة بموضوع البحث، نأمل الحصول منكم على العون والمساعدة في توفير المعلومات المناسبة لأغراض البحث، من خلال التكرم بإبداء رأيكم بالتأشير على الإجابة المناسبة من وجهة نظركم.

وأتقدم لحضراتكم بجزيل الشكر والتقدير للمساهمة في جهدكم في تعبئة هذا الاستبيان علماً أن جميع البيانات التي سيتم الحصول عليها منكم ستعامل بسرية تامة، ولن تستخدم لغير أغراض هذا البحث، وسوف أزودكم بنتائج هذه الدراسة حال اكتمالها إن شاء الله.

وتفضلوا بقبول فائق التقدير والاحترام

أولاً: البيانات الشخصية

1- النوع الاجتماعي ☐ ذكر ☐ أنثى

2- العمر ☐ 30 سنة فأقل ☐ من 40 - 30 سنة
☐ 50 - 40 سنة ☐ من 50 سنة فأكثر

3- المؤهل العلمي ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس
☐ ماجستير ☐ دكتوراه

4- سنوات الخبرة ☐ 5 سنوات فأقل ☐ من 5 - 10 سنوات
☐ من 10 - 15 سنة ☐ أكثر من 15 سنة

5- المسمى الوظيفي ☐ مدير مشروع ☐ منسق مشروع
☐ مسؤول إدارة أصحاب المصلحة ☐ مشرف ميداني
☐ كادر فني وإداري

ثانيا محاور الاستبيان

✿ المحور الأول: إدارة أصحاب المصلحة، ضع إشارة (✓) في المربع المناسب لاختيارك:

المبعد	أوافق بشدة	أوافق	محايد	معارض	معارض بشدة
تحديد أصحاب المصلحة					
يقوم فريق المشروع بحصر شامل لجميع الأطراف ذات العلاقة بالمشروع الصحي في المنطقة الريفية.					
يجري تصنيف أصحاب المصلحة وفق معايير واضحة تشمل درجة التأثير ومستوى الاهتمام.					
يُجرى تحليل دقيق لأولويات أصحاب المصلحة واحتياجاتهم قبل الشروع في تنفيذ المشروع.					
تُحدَّث خريطة أصحاب المصلحة بصورة دورية لاستيعاب التحوّلات في بيئة المشروع.					
إشراك أصحاب المصلحة					
يُشرك أصحاب المصلحة في مرحلة تخطيط المشروع الصحي بصورة فعلية.					
يُسهّم أصحاب المصلحة في مرحلة تنفيذ المشروع عبر آليات تشاركية واضحة.					
يُتاح لأصحاب المصلحة المشاركة في تقييم المشروع وتقديم ملاحظاتهم.					
تعمل آليات صنع القرار التشاركي في المشروع بكفاءة وفاعلية.					
التواصل مع أصحاب المصلحة					
يعتمد المشروع قنوات اتّصال متنوّعة وفعّالة مع أصحاب المصلحة.					

معارض بشدة	معارض	محايد	أوافق	أوافق بشدة	البعد
					يُتَّسَم التَّواصل بين المشروع وأصحاب المصلحة بالانتظام والاستمرارية.
					تتميز المعلومات المتبادلة مع أصحاب المصلحة بالشفافية والوضوح.
					تتلاءم استراتيجيات التواصل المعتمدة مع خصوصية البيئة الريفية المستهدفة.
متابعة وتقييم أصحاب المصلحة					
					تتوفّر في المشروع أنظمة فعّالة لرصد مواقف أصحاب المصلحة بصورة مستمرة.
					يجري تقييم مستوى رضا أصحاب المصلحة بصورة دورية ومنظمة.
					تُعدّل استراتيجيات التعامل مع أصحاب المصلحة في ضوء نتائج التقييم.
					تُوظّف أدوات قياس علمية في تقييم رضا أصحاب المصلحة.

✿ المحور الثاني: تحسين الخدمات الصحية، ضع إشارة (✓) في المربع المناسب لاختيارك:

المبعد	أوافق بشدة	أوافق	محايد	معارض	معارض بشدة
يُحقّق المشروع أهدافه المعلنة ضمن الإطار الزمني المخصّص له.					
يلتزم المشروع بالموازنة المالية المخصّصة دون تجاوزات جوهرية.					
تتميّز مخرجات المشروع بالجودة وفقاً للمعايير المهنية المعتمدة.					
يُحقّق المشروع رضا أصحاب المصلحة عن أدائه ومخرجاته.					
يسهم المشروع في إحداث تحسّن ملموس في المؤشرات الصحية للمجتمع المستهدف.					
تتميّز منافع المشروع بالاستدامة بعد انتهاء فترة التنفيذ.					
يسهم المشروع في بناء قدرات محلية قادرة على إدارة الخدمات الصحية ذاتياً.					
تُوظّف التقنيات الحديثة بفاعلية في تنفيذ المشروع وإدارته.					
يتمتّع المشروع بمرونة كافية في التعامل مع التغيرات والمستجدّات.					
يُحقّق المشروع توسّعاً في نطاق الوصول إلى الخدمات الصحية للفئات المستهدفة.					

مع خالص التقدير والاحترام

Mid Ocean University

College of Management

Department of project management



**The Impact of Stakeholder Management on the
Success of Healthcare Service Improvement
Projects: A Field Study on Health Sector Projects in
Underserved Rural Areas in the Kingdom of Saudi
Arabia**

Prepared by:

Mohammed sultan albaqmi

253002979

Main supervisor/
Dr. Al-Faisal Abdelhamid

Second supervisor/
Dr. Fayez Jarad

2026 – 1448