

جامعة ميدأوشن



كلية الإدارة

ماجستير ادارة المخاطر

أثر تطبيق إدارة المخاطر على تحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة

ميدانية على المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض في المملكة

العربية السعودية.

إعداد الطالب/

وليد نايف العتيبي

إشراف/

د. الفيصّل عبد الحميد محمد حسن

د. فايز جرّاد

العام الدراسي:

2026 – 1447

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

إِهْدَاء

إلى زوجتي الغالية، شريكة الحياة ورفيقة الدرب،

أهديك هذا العمل المتواضع يا من كنتِ سندًا في مسيرتي، ورفيقة صبرٍ وأملٍ في طريقٍ لم يكن يخلو من التعب والمشقة. إلى من كان لحضورها أثرٌ في تهوين الصعاب، ولتشجيعها الصادق دورٌ كبير في الاستمرار والمضي قدمًا حتى يكتمل هذا الجهد العلمي.

لقد كنتِ - ولا تزالين - مصدر قوةٍ وإلهام، بكلماتك الداعمة، وصبرك الجميل، وإيمانك الدائم بقدرتي على بلوغ الغاية، فكم من لحظة تعبٍ خففتها بلطفك، وكم من مرحلةٍ اجتزتها بفضل دعمك ووقوفك الصادق إلى جانبي. إن هذا الإنجاز، وإن كان يحمل اسمي، فإن لك فيه نصيبًا كبيرًا من الفضل؛ لما قدمته من مساندةٍ صادقة، وتفهمٍ كريم، وتشجيعٍ لا ينقطع طوال فترة إعداد هذا البحث. فكنتِ خير عونٍ وخير مُحفز.

فلكِ مني أصدق مشاعر الامتنان، وأعمق معاني الشكر والتقدير، على ما بذلتِه من صبرٍ وعطاء، سائلًا الله أن يديمك نعمةً في حياتي، وأن يجزيك عني خير الجزاء، وأن تبقى رفقتك نورًا يضيء دربي في كل خطواتي القادمة.

شكر وتقدير

أحمد الله عز وجل الذي وفقنا في إتمام هذا البحث العلمي،

والذي ألهمني الصحة والعافية والعزيمة.

فالحمد لله حمداً كثيراً

نتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلي الأستاذ الدكتور / فايز جراد

والأستاذ الدكتور / الفیصل عبد الحمید محمد حسن

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

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

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

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى قياس أثر تطبيق إدارة المخاطر بأبعادها الستة (إدارة المخاطر السريرية، إدارة مخاطر الأدوية، إدارة مخاطر العدوى، إدارة المخاطر التشغيلية) على تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض في المملكة العربية السعودية، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، واستُخدمت العينة الطبقية العشوائية التناسبية حيث وُزعت (320) استبانة واستُرْجعت (286) استبانة صالحة للتحليل بنسبة استجابة (89.4%)، وتم تحليل البيانات باستخدام برنامج (SPSS V.26).

وقد توصّلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أبرزها: وجود أثر ذي دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ لتطبيق إدارة المخاطر بأبعادها مجتمعةً على جودة الخدمات الصحية، وفي ضوء هذه النتائج، أوصت الدراسة بتبني إدارة المخاطر كمنهج استراتيجي شامل وإنشاء إدارات مركزية متخصصة لها، وزيادة الاستثمار في البنية التحتية التقنية والأمن السيبراني، وتطوير إدارة المخاطر التشغيلية وخطط الطوارئ، ووضع خطط تعاقب وظيفي وسياسات لإدارة الإرهاق الوظيفي، وتكثيف التدريب على سلامة الأدوية وترسيخ ثقافة الإبلاغ عن الأخطاء الطبية.

الكلمات المفتاحية: إدارة المخاطر ، جودة الخدمات الصحية، المستشفيات الحكومية، منطقة الرياض.

قائمة المحتويات

أ	بسم الله الرحمن الرحيم.....
ب	الإهداء.....
ج	الشكر والتقدير.....
د	ملخص الدراسة.....
هـ	قائمة المحتويات.....
ح	قائمة الجداول.....
1	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة.....
1	1.1 المقدمة.....
3	2.1 مشكلة الدراسة.....
4	3.1 أهمية الدراسة:.....
6	4.1 أهداف الدراسة:.....
7	5.1 تساؤلات الدراسة.....
7	6.1 فروض الدراسة:.....
8	7.1 الدراسات السابقة:.....
14	8.1 الفجوة البحثية:.....
16	9.1 المنطلقات النظرية للدراسة:.....
19	10.1 المنهجية وطرق البحث:.....
21	11.1 الأساليب الإحصائية المستخدمة.....
22	12.1 حدود الدراسة:.....

23	الفصل الثاني: الإطار النظري.....
23	المبحث الأول: إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية.....
23	1.1.2 تمهيد.....
23	2.1.2 مفهوم إدارة المخاطر.....
25	3.1.2 أهمية إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية.....
28	4.1.2 أهداف إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية.....
29	5.1.2 أبعاد إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية.....
37	6.1.2 استراتيجيات إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية.....
39	المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية.....
39	1.2.2 تمهيد.....
39	2.2.2 مفهوم جودة الخدمات الصحية.....
42	3.2.2 أهمية جودة الخدمات الصحية.....
45	4.2.2 أهداف جودة الخدمات الصحية.....
47	5.2.2 أبعاد جودة الخدمات الصحية.....
50	6.2.2 نماذج قياس جودة الخدمات الصحية.....
53	الفصل الثالث: منهجية الدراسة.....
53	1.3 تمهيد.....
53	2.3 منهج الدراسة.....
53	3.3 مجتمع الدراسة وعينتها.....
54	4.3 عينة الدراسة.....
55	5.3 أداة الدراسة.....
57	6.3 صدق أداة الدراسة.....
59	7.3 ثبات أداة الدراسة.....
60	8.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة.....
61	الفصل الرابع: تحليل البيانات وعرض النتائج.....

61	1.4 تمهيد.....
61	2.4 الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة.....
62	3.4 تحليل استجابات أفراد العينة على محاور المتغير المستقل (إدارة المخاطر).....
67	4.4 تحليل استجابات أفراد العينة على محور المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية).....
70	5.4 اختبار فرضيات الدراسة.....
78	الفصل الخامس: النتائج والتوصيات.....
78	1.5 تمهيد.....
78	2.5 نتائج الدراسة وتفسيرها.....
80	3.5 توصيات الدراسة.....
82	4.5 الدراسات المستقبلية المقترحة.....
83	Study Abstract.....
84	المراجع.....
84	أولاً: المراجع العربية.....
86	ثانياً: المراجع الأجنبية.....
89	الملاحق.....
90	استمارة استبيان.....

قائمة الجداول

رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
55	الجدول (1) توزيع عينة الدراسة وفقاً للمستوى الوظيفي	1.
56	الجدول (2) محاور المتغير المستقل (إدارة المخاطر)	2.
57	الجدول (3) مقياس ليكرت الخماسي	3.
57	الجدول (4) المتوسطات الحسابية	4.
58	الجدول (5): مصفوفة ارتباط بيرسون بين أبعاد المتغير المستقل والمتغير التابع (ن = 286)	5.
59	الجدول (6): معاملات كرونباخ ألفا لأبعاد الدراسة	6.
61	الجدول (7): توزيع أفراد العينة وفقاً للمتغيرات الديموغرافية (ن = 286)	7.
62	الجدول (8): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد إدارة المخاطر السريرية	8.
64	الجدول (9): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد إدارة مخاطر الأدوية	9.
65	الجدول (10): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد إدارة مخاطر العدوى	10.
66	الجدول (11): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد إدارة المخاطر التشغيلية	11.

رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
67	الجدول (12): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات محور جودة الخدمات الصحية	12.
70	جدول (13): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد إدارة المخاطر على جودة الخدمات الصحية	13.
72	جدول (14): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر إدارة المخاطر السريية على جودة الخدمات الصحية	14.
73	جدول (15): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر إدارة مخاطر الأدوية على جودة الخدمات الصحية	15.
74	جدول (16): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر إدارة مخاطر العدوى على جودة الخدمات الصحية	16.
76	جدول (17): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر إدارة المخاطر التشغيلية على جودة الخدمات الصحية	17.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1.1 المقدمة

تُعدّ الرعاية الصحية من أكثر القطاعات أهمية وحساسية في جميع دول العالم، نظرًا لارتباطها المباشر بصحة الإنسان ورفاهيته واستقرار المجتمعات، وقد شهد هذا القطاع خلال العقود الأخيرة تطورات كبيرة في الممارسات الطبية والتمريضية، وارتفاعًا في مستوى توقعات المستفيدين فيما يتعلق بجودة الخدمات الصحية المقدمة لهم، ومع تزايد حجم الأنشطة الصحية وتعدد الإجراءات التشخيصية والعلاجية، أصبح ضمان الجودة ضرورة استراتيجية في المنظومات الصحية الحديثة، وليس خيارًا إداريًا يمكن التغاضي عنه. فالجودة في الرعاية الصحية لم تعد تقتصر على تقديم خدمة سليمة فحسب، بل تشمل التكامل بين الكفاءة المهنية، التنظيم الدقيق، الالتزام بالمعايير، وتحقيق أعلى مستويات الأمان للمريض. (Asriani et al., 2025)

وفي ظل هذا التطور المتسارع في القطاع الصحي، برزت مفاهيم حديثة تهدف إلى ضمان جودة الخدمات واستدامتها، من أبرزها مفهوم إدارة المخاطر الصحية. ويقوم هذا المفهوم على الاعتراف بأن بيئة العمل الصحي بطبيعتها معقدة وتحتوي على العديد من النقاط الحساسة التي قد تفتح المجال لحدوث أخطاء أو أحداث غير مرغوب فيها. (Alsulami, 2023)

وتنبع أهمية إدارة المخاطر من كون القطاع الصحي يعتمد على منظومة متشابكة من العمليات الطبية والإدارية والتقنية، مما يجعل أي خلل بسيط في أحد هذه العناصر قادرًا على التأثير في جودة الخدمة أو سلامة المستفيدين، وقد تناولت الأدبيات العلمية إدارة المخاطر باعتبارها إطارًا إداريًا يشمل عدة مكونات رئيسية مثل: تحديد المخاطر، تحليلها، تقييم احتمالية حدوثها، والحد منها من خلال إجراءات وقائية أو تصحيحية. (Sharma, 2025)

كما يتسع نطاق إدارة المخاطر ليشمل مختلف مجالات العمل الصحي، مثل المخاطر السريرية المتعلقة بالإجراءات الطبية، والمخاطر الدوائية، والمخاطر البيئية، والمخاطر التشغيلية، إضافة إلى المخاطر

التقنية المرتبطة بالأنظمة الإلكترونية المستخدمة في التشخيص والعلاج ، وبرزت الحاجة إلى أدوات تحليل منهجية مثل منهجية تحليل الأخطاء وأنماط التأثير (HFMEA)، التي ظهرت في عدد من الدراسات بوصفها من الأدوات الدقيقة والفعالة في فحص الإجراءات الصحية وتحديد النقاط الحرجة فيها. (Nikolaeva et al., 2021)

وتشير الأدبيات الصحية إلى أن الرعاية الصحية الآمنة تعتمد على القدرة المؤسسية في التعرف على الأخطار التي قد يواجهها المريض أثناء تلقيه العلاج، وتطوير أنظمة تقلل من احتمالية حدوثها. كما أن طبيعة العمل في المستشفيات الذي يتضمن تفاعل عاملين من تخصصات مختلفة ومعايير مختلفة تفرض الحاجة إلى أدوات تواصل فعالة وأنظمة واضحة للإبلاغ عن المخاطر والانحرافات. وقد أكدت كتابات متعددة أن إدارة المخاطر تمثل خيارًا منهجيًا لتحسين أنماط العمل الصحي وتعزيز مستوى الحوكمة السريرية داخل المؤسسات الصحية. (Shoman & Ellahham, 2018)

ويمتد تأثير إدارة المخاطر إلى بيئة العمل داخل المؤسسات الصحية، حيث تناولت البحوث العلمية أهمية إدراك العاملين لمفاهيم السلامة وجودة الرعاية، وبنيت الأدبيات أن وعي العاملين بالمخاطر وإدراكهم لأهمية الالتزام بالإجراءات والسياسات يشكلان عنصرًا أساسيًا في نجاح عمليات إدارة المخاطر، إضافة إلى أهمية تعزيز الاتصال بين أفراد الفريق الصحي وتوفير بيئة تدعم تبادل المعرفة والخبرات. وقد ظهر هذا الجانب بوضوح في الدراسات التي ركزت على دور الثقافة التنظيمية في تحسين تطبيقات إدارة المخاطر داخل المستشفيات. (Farokhzadian et al., 2021)

وتظهر أهمية الدراسات التي تربط بين إدارة المخاطر وجودة الخدمات الصحية من الحاجة إلى بناء معرفة علمية واضحة تحدد تأثير تطبيق إدارة المخاطر في رفع مستوى الجودة داخل المستشفيات. فالجودة الصحية تشمل أبعادًا متعددة مثل الكفاءة، الفاعلية، الأمان، سرعة تقديم الخدمة، الالتزام بالمعايير، والقدرة على تلبية احتياجات المرضى، وتزايد الاهتمام البحثي بالعلاقة بين إدارة المخاطر وهذه الأبعاد، تماشيًا مع التوجه العالمي نحو بناء أنظمة صحية مستدامة وقادرة على مواجهة التغيرات العلمية والتقنية. (Vieira, 2022)

ومع تزايد الاهتمام العالمي والمحلي بجودة الخدمات الصحية، أصبح من الضروري دراسة إدارة المخاطر في المستشفيات الحكومية بوصفها جزءاً من منظومة التحوّل الصحي، حيث تسعى هذه المستشفيات إلى تحسين مستوى الرعاية المقدمة للمستفيدين، والارتقاء بكفاءة العمليات الصحية، وتحقيق مستويات أعلى من الأمان.

ومن هنا برزت الحاجة لإجراء دراسات ميدانية تتناول أثر تطبيق إدارة المخاطر بأبعادها المختلفة على جودة الخدمات الصحية داخل المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية، وبخاصة في منطقة الرياض التي تُعد مركزاً صحياً رئيساً في الدولة.

2.1 مشكلة الدراسة

تمثل إدارة المخاطر في القطاع الصحي أحد الأعمدة الرئيسة لضمان جودة الخدمات وسلامة المرضى، إلا أن العديد من المؤسسات الصحية لا تزال تواجه تحديات في التطبيق الفعال لأنظمة إدارة المخاطر. فقد أشارت الأدبيات إلى أن الخدمات الصحية، لاسيما في المستشفيات، تتسم بتعقيد كبير نتيجة تشابك العمليات الطبية، وتعدد الكوادر، والاعتماد المتزايد على التكنولوجيا، مما يجعلها بيئة عالية التعرض للأخطاء والمخاطر السريرية (Nikolaeva et al., 2021).

وعلى الرغم من أهمية تطبيق إدارة المخاطر، تُظهر نتائج بحوث سابقة وجود فجوات واضحة في مستوى الوعي بالمخاطر لدى العاملين في المؤسسات الصحية، وضعفًا في تفعيل استراتيجيات الوقاية، وعدم اتساق في تطبيق السياسات والإجراءات الخاصة بإدارة المخاطر، فقد أظهرت دراسات أن تنوع المخاطر في القطاع الصحي وعدم وجود آليات واضحة لتقييمها ومتابعتها يؤدي إلى تراجع جودة الرعاية وتأثر سلامة المرضى، كما أشارت دراسات أخرى إلى أن غياب ثقافة تنظيمية داعمة يمثل أحد أبرز العوائق أمام التطبيق السليم لإدارة المخاطر. (Alsulami, 2023).

كما أوضحت بعض الدراسات أن المؤسسات الصحية تواجه تحديات إضافية تتعلق بضعف التدريب، نقص الموارد، محدودية الأنظمة التقنية، ومقاومة التغيير من قبل بعض العاملين، وهو ما يؤثر

سلبًا على قدرة المستشفيات على تطبيق إدارة المخاطر بصورة منهجية فعّالة، وقد بيّنت نتائج دراسة حديثة أن هذه التحديات قد تمنع المؤسسات الصحية من الاستفادة الكاملة من تطبيق إدارة المخاطر في تحسين جودة الخدمات وسلامة المرضى. (Asriani et al., 2025)

وعلى مستوى المستشفيات الحكومية في منطقة الرياض، ورغم الجهود التي تبذلها وزارة الصحة ضمن برامج التحوّل الصحي، لا تزال التحديات المتعلقة بتطبيق إدارة المخاطر قائمة، إذ تُظهر التقارير الرسمية وجود تباين بين المستشفيات في مستوى جودة الخدمات الصحية وفي القدرة على الحد من الأخطاء، مما يشير إلى وجود فجوة في التطبيق الفعّال لإدارة المخاطر وأثرها غير المتكامل على مؤشراتها.

ومن هنا تنبع أساس مشكلة الدراسة، وهو عدم وضوح مستوى أثر تطبيق إدارة المخاطر بأبعادها المختلفة على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض، وغياب الدراسات الميدانية التي تقيس هذا الأثر بصورة شاملة وتربطه بالواقع المؤسسي المحلي.

بناءً على ما سبق، تتمثل مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس الآتي: ما أثر تطبيق إدارة المخاطر بأبعادها المختلفة على تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض؟

3.1 أهمية الدراسة:

تعتمد أهمية هذه الدراسة على إسهاماتها النظرية والتطبيقية فيما يلي:

أولاً: الأهمية العلمية:

- تسد فجوة معرفية في الأدبيات العربية المتعلقة بمدى تأثير تطبيق إدارة المخاطر بأبعادها المختلفة على جودة الخدمات الصحية في البيئة السعودية، ولا سيما في المستشفيات الحكومية.
- تبرز العلاقة المنهجية بين إدارة المخاطر وجودة الخدمات الصحية، وتوضح كيف يمكن أن يسهم تطبيق منهجيات إدارة المخاطر في الحد من الأخطاء الطبية وتحسين النتائج العلاجية.

- تدعم الجهود البحثية في مجال إدارة الرعاية الصحية من خلال تقديم نموذج علمي قابل للتطبيق والقياس، يربط بين أبعاد إدارة المخاطر وعناصر جودة الخدمة الصحية.
- تساهم في تطوير الإطار النظري المتعلق بإدارة المخاطر الصحية وتطبيقاته في القطاعات الحكومية، مما يشجع الباحثين على إجراء دراسات مستقبلية في مجالات مشابهة.
- تقدم أساساً علمياً لبناء تصورات ومؤشرات جديدة يمكن استخدامها في تقييم مستوى إدارة المخاطر في القطاع الصحي السعودي .

ثانياً: الأهمية العملية للدراسة

- تزود صناع القرار في وزارة الصحة السعودية ومجالس الإدارة في المستشفيات الحكومية بمعلومات واقعية حول أثر تطبيق إدارة المخاطر في تحسين جودة الخدمات الصحية.
- تساعد المستشفيات على التعرف على نقاط القوة والضعف في تطبيق إدارة المخاطر، مما يمكنها من تحسين الإجراءات والسياسات ذات العلاقة.
- تعزز سلامة المرضى من خلال تحديد الأبعاد الأكثر تأثيراً في الجودة، مما يساعد على وضع برامج تطوير مستهدفة للحد من الأخطاء الطبية والحوادث السريرية.
- تدعم تطوير الخطط التشغيلية في المستشفيات الحكومية عبر الاستفادة من نتائج الدراسة لتوجيه الموارد البشرية والمالية نحو الجوانب الأكثر أهمية في إدارة المخاطر.
- تساعد في رفع مستوى رضا المستفيدين عبر تحسين جودة الخدمات وتقليل المخاطر المرتبطة بالرعاية الصحية.
- توفر إطاراً عملياً لتطوير أنظمة إدارة المخاطر داخل المستشفيات الحكومية، من خلال الاستفادة من الأبعاد التي أثبتت الدراسة تأثيرها على جودة الخدمة.
- تعزز ثقافة التنبؤ بالمخاطر والتعامل معها لدى العاملين في القطاع الصحي، مما ينعكس إيجاباً على الأداء التنظيمي العام.

4.1 أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أثر تطبيق إدارة المخاطر بأبعاده (إدارة المخاطر السريرية، إدارة مخاطر الأدوية، إدارة مخاطر العدوى، إدارة المخاطر التشغيلية) على تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض في المملكة العربية السعودية. وتسعى الدراسة إلى قياس مدى فعالية ممارسات إدارة المخاطر في الحد من الأخطاء الطبية، وتعزيز سلامة المرضى، ورفع الكفاءة التشغيلية، وتحسين التجربة العلاجية المقدمة للمستفيدين.

يتفرع عن الهدف الرئيس مجموعة من الأهداف الفرعية، من أبرزها:

1. قياس أثر إدارة المخاطر السريرية على تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض.
2. تحليل أثر إدارة مخاطر الأدوية في الحد من الأخطاء الدوائية وتعزيز سلامة المرضى.
3. التعرف على دور إدارة مخاطر العدوى في الحد من العدوى المكتسبة داخل المستشفى وتحسين جودة الرعاية.
4. تحديد أثر إدارة المخاطر التشغيلية على فعالية الإجراءات الطبية والإدارية داخل المستشفيات الحكومية.
5. تقييم مدى نضج ثقافة إدارة المخاطر لدى الكوادر الصحية والإدارية ودورها في تعزيز جودة الخدمات الصحية.
6. تحليل العلاقة بين مستوى تطبيق إدارة المخاطر وجودة الخدمات الصحية وفق معايير الجودة المحلية والدولية.
7. اقتراح آليات تطويرية لتعزيز إدارة المخاطر بما ينعكس إيجاباً على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية.

5.1 تساؤلات الدراسة

السؤال الرئيس للدراسة

ما أثر تطبيق إدارة المخاطر بأبعاده المختلفة على تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض في المملكة العربية السعودية؟

الأسئلة الفرعية للدراسة

1. ما أثر إدارة المخاطر السريرية على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض؟
2. ما أثر إدارة مخاطر الأدوية في تحسين سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية؟
3. ما أثر إدارة مخاطر العدوى في الحد من العدوى المكتسبة داخل المستشفيات وتعزيز جودة الخدمات الصحية؟
4. ما أثر إدارة المخاطر التشغيلية على الكفاءة التشغيلية وجودة الخدمات الصحية؟
5. ما مستوى تطبيق إدارة المخاطر في المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض؟
6. ما مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض من وجهة نظر العاملين؟
7. ما طبيعة العلاقة بين تطبيق إدارة المخاطر وجودة الخدمات الصحية وفق معايير الجودة المعتمدة؟

6.1 فروض الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على تساؤلاتها يمكن صياغة الفرضيات التالية:

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق إدارة المخاطر بأبعاده المختلفة على تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض في المملكة العربية السعودية.

الفروض الفرعية:

- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة المخاطر السريرية على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض.
- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة مخاطر الأدوية على جودة الخدمات الصحية وتحسين سلامة المرضى.
- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة مخاطر العدوى على جودة الخدمات الصحية والحد من العدوى المكتسبة داخل المستشفيات.
- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة المخاطر التشغيلية على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية.

7.1 الدراسات السابقة:

✓ دراسة (Asriani et al., 2025)

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى وجودة إدارة المستشفيات بأبعادها (فعالية الاتصال، دقة تنفيذ السياسات، توظيف التكنولوجيا، وتطبيق الإجراءات الوقائية) بهدف تحسين جودة الخدمات الصحية وتحقيق مستويات أعلى من سلامة المرضى. واعتمدت الدراسة منهج المراجعة الأدبية، باستقصاء المقالات المنشورة في Google Scholar باستخدام كلمة البحث: "Risk Management and Patient Safety to Improve Hospital Quality Management"، حيث شملت المراجعة خمسة مقالات علمية نُشرت ما بين 2019 و2023.

وتوصلت نتائج المراجعة إلى أن إدارة المخاطر وسلامة المرضى تعتمد بدرجة كبيرة على فعالية الاتصال بين العاملين، وتوافر المعرفة والمواقف الإيجابية تجاه سياسات السلامة، إضافة إلى أهمية التطبيق الدقيق والمتسق للسياسات والإجراءات داخل المستشفيات. كما أظهرت النتائج أن استخدام

التكنولوجيا يسهم في تسهيل الإبلاغ عن المخاطر وتحليلها، وأن التدقيق والتقييم المستمر ضروريان لضمان التزام الكوادر الطبية وغير الطبية بالإجراءات المعتمدة وتحقيق أعلى مستويات الجودة.

وأوصت الدراسة بأهمية تعزيز التواصل، وتطوير مهارات العاملين، وتفعيل الأنظمة التقنية الداعمة لإدارة المخاطر، إضافة إلى إجراء تقييمات دورية لضمان فعالية تطبيق الإجراءات وتحسين الجودة المستشفوية.

✓ دراسة (Sharma, 2025)

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور حوكمة سريرية المخاطر بأبعادها (تقييم المخاطر، تحليل أسباب الأحداث السلبية، حماية خصوصية البيانات، الامتثال التنظيمي، وضمان جودة الرعاية) في تعزيز جودة الخدمات الصحية وسلامة المرضى في ظل التغيرات البيولوجية والطبية والتقنية المتسارعة. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي-التحليلي من خلال مراجعة الأدبيات ذات الصلة بحوكمة المخاطر وإدارة الامتثال في مؤسسات الرعاية الصحية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن التقييم الشامل للمخاطر يُعدّ عنصراً أساسياً في إدارة الامتثال الصحي؛ كونه يساعد في الكشف عن التهديدات المحتملة لسلامة المرضى، وحماية البيانات الحساسة، وتحقيق الاستقرار المالي، وضمان الالتزام بالتشريعات الفيدرالية والولائية والإقليمية. كما بيّنت النتائج أن نجاح المؤسسات الصحية يعتمد على قدرتها على دمج التكنولوجيا الحديثة، وإدارة التحديات التنظيمية، وتطبيق ممارسات حوكمة المخاطر بصورة فعّالة. وأوصت الدراسة بضرورة تبني تحليلات مخاطر شاملة ومستمرة، وتطوير سياسات لحماية البيانات، وتعزيز قدرات الامتثال التنظيمي لمواكبة التطور السريع في القطاع الصحي.

✓ دراسة (حمدان والبشاشة، 2024)

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل أثر تطبيق إدارة المخاطر في تحقيق الفاعلية التنظيمية في شركات الأدوية الأردنية. وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتكوّن مجتمع الدراسة من (400) فرد من العاملين في الإدارتين العليا والوسطى في شركات الأدوية الأردنية المستجيبة. ولتحقيق أهداف الدراسة

قامت الباحثة بتطوير استبانة وتوزيعها على مجتمع الدراسة كاملاً، وقد بلغ عدد الاستبانات الصالحة للتحليل (372) استبانة. وتم استخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS V.26) لاختبار فرضيات الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها.

وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج أبرزها أن مستوى تطبيق إدارة المخاطر والفاعلية التنظيمية في شركات الأدوية الأردنية جاء بدرجة مرتفعة. كما بينت النتائج وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق إدارة المخاطر في الفاعلية التنظيمية.

وأوصت الدراسة بضرورة الاستمرار في المحافظة على مستوى تطبيق إدارة المخاطر وتعزيز الفاعلية التنظيمية في شركات الأدوية الأردنية، بما يتوافق مع النتائج الإيجابية التي أظهرتها الدراسة.

✓ دراسة (Afifi, 2024)

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر تطبيق إدارة المخاطر بأبعاده (تحسين سلامة المرضى، رفع جودة الخدمات الصحية، وتعزيز الكفاءة التشغيلية) في مستشفيات جدة. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي-التحليلي، مستخدمةً أدوات كمية ونوعية شملت الاستبيانات والمقابلات مع عينة مكونة من (200) مشارك من المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة جدة. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود تأثير إيجابي كبير لتطبيق أنظمة إدارة المخاطر في تحسين الجودة وسلامة المرضى؛ حيث أفاد 60% من المشاركين بحدوث تحسن في جودة الرعاية، وأشار 50% إلى تحسن في سلامة المرضى بعد تطبيق هذه الأنظمة. كما أظهرت النتائج توافق هذه المعطيات مع دراسات سابقة أكدت دور إدارة المخاطر في الحد من الأخطاء الطبية والارتقاء بجودة الخدمات الصحية.

وأشارت الدراسة كذلك إلى وجود عدد من التحديات التي تعيق التطبيق الفعال لإدارة المخاطر، من أبرزها: نقص الموارد المالية، ضعف التدريب، ومقاومة التغيير لدى بعض الكوادر الطبية والإدارية. وتبرز هذه التحديات الحاجة إلى تعزيز برامج التدريب والوعي، وتطوير الدعم الإداري، وتوفير الموارد اللازمة لضمان فهم أوسع وأكثر عمقاً لمفاهيم إدارة المخاطر.

وأوصت الدراسة بضرورة زيادة برامج التدريب والتوعية، وتعزيز الدعم الإداري، والاستفادة من التقنيات الحديثة في تحليل البيانات وإدارة المخاطر، إضافة إلى تحديث السياسات والإجراءات بشكل دوري لتتوافق مع المعايير الحديثة.

دراسة (Alsulami, 2023) ☒

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور إدارة المخاطر بأبعادها (تحديد المخاطر، تقييمها، معالجتها، ومتابعتها) في تحسين جودة الرعاية الصحية وتعزيز ثقافة الوعي بالمخاطر داخل مؤسسات الرعاية الصحية. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي-التحليلي، واستندت إلى تحليل الأدبيات العلمية والوثائق المرتبطة بإدارة المخاطر في النظم الصحية. وتوصلت النتائج إلى أنّ تنوع المخاطر في الرعاية الصحية يؤثر بشكل مباشر على سلامة المرضى وجودة الخدمات وكفاءة الأداء المؤسسي، وأنّ تبني استراتيجيات فعّالة للتخفيف من المخاطر، إلى جانب توظيف التكنولوجيا الحديثة، يسهم في تعزيز قدرة المؤسسات الصحية على الحد من الأخطاء وتحسين النتائج العلاجية. وأوصت الدراسة بضرورة ترسيخ ثقافة الوعي بالمخاطر، ودعم تطبيقات إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية، وتطوير سياسات وإجراءات واضحة للوقاية من المخاطر والتعامل معها بصورة منهجية.

دراسة (Vieira, 2022) ☒

هدفت الدراسة إلى التعرف على آليات إدارة المخاطر بأبعادها (العمل الوقائي، تنظيم العمليات، المعالجة الملائمة، والسيطرة على المواقف السلبية) ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في الوحدة الصحية الأساسية "العضو فالدينار بيريرا" في تريسينا - بياوي. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي من خلال البحث النظري (الببليوغرافي)، مستندةً إلى مصادر متعددة ساهمت في بناء الإطار النظري، إضافة إلى منهج ميداني ذي مقارنة كمية اعتمد على استبيان مكون من 14 سؤالاً مفتوحاً ومغلقاً أعدّ عبر

منصة Google Forms.

وقد أظهرت النتائج وجود جهود كبيرة من قبل مديري الوحدة الصحية وفريق برنامج الصحة الأسرية في تبني استراتيجيات للتوسّع ورفع جودة الخدمات بهدف تعزيز القدرة على حل المشكلات وتحسين سير العمل. كما أكدت النتائج أهمية إدارة المخاطر في تعزيز جودة الرعاية المقدّمة للمرضى ومستخدمي الوحدة الصحية.

دراسة (Nikolaeva et al., 2021) ✓

هدفت الدراسة إلى التعرف على تطبيقات إدارة المخاطر في الرعاية الصحية بأبعادها (تحليل الأخطاء المحتملة، وتحديد الأسباب، وتقييم المخاطر، ووضع آليات الحد منها) وأثرها على تحسين جودة الخدمات الصحية، وذلك في سياق تحليل عملية تنفيذ الممرضات لتعليمات الطبيب المتعلقة بالعلاج الدوائي. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي-التحليلي، وتكوّنت عيّنتها من بيانات مستخلصة من تحليل الدراسات العلمية والوثائق التنظيمية ذات الصلة بإدارة الجودة والمخاطر في القطاع الصحي. وتوصلت نتائج الدراسة إلى تحديد المخاطر المحتملة في كل خطوة من خطوات تنفيذ العلاج الدوائي، وبيان مدى مساهمة استخدام منهجية HFMEA في الحد من الأخطاء الدوائية. وأوصت الدراسة بضرورة تبني مؤسسات الرعاية الصحية لنظم إدارة المخاطر وتفعيل أدوات HFMEA بشكل منهجي لتحسين جودة الرعاية وتقليل الأخطاء القابلة للمنع.

دراسة (Farokhzadian et al., 2021) ✓

هدفت الدراسة إلى التعرف على تجارب الممرضين وآرائهم حول مخرجات التكامل الفعّال لإدارة المخاطر السريرية (CRM) في الرعاية الصحية بأبعادها المختلفة. واستخدمت الدراسة المنهج النوعي، واعتمدت على المقابلات شبه المهيكلية مع عيّنة قصدية مكوّنة من (19) ممرضاً من ثلاثة مستشفيات تابعة لجامعة طبية كبرى. وتوصلت نتائج الدراسة إلى عدد من المفاهيم المحورية تمثّلت في: تحسين جودة الخدمات وتعزيز الصحة، الحفاظ على سلامة المرضى وحمايتهم، زيادة مستويات الرضا، رفع معنويات العاملين، وتحسين الوعي والالتزام التنظيمي. كما كشفت النتائج أن إدارة المخاطر السريرية بما تحقّقه من نتائج إيجابية يمكن أن تسهم في بناء ثقافة تتمحور حول المريض. وأوصت الدراسة بضرورة مواصلة الجهود

البحثية الكمية والتنوعية لاستكشاف استراتيجيات أخرى وإمكانات وقدرات جديدة لتحسين الجودة من خلال تطبيقات إدارة المخاطر السريرية في سياقات وثقافات مختلفة..

✓ دراسة (باقر، اخرون، 2020)

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على أثر إدارة المخاطر بأبعادها: إدارة المخاطر الفنية، وإدارة المخاطر اللوجستية، وإدارة المخاطر المالية، وإدارة مخاطر الموارد البشرية، وإدارة المخاطر الاجتماعية والسياسية، وإدارة المخاطر البيئية، على إدارة المشاريع الهندسية بأبعادها: التكلفة، الجودة، الوقت، والمجال، وذلك من خلال الدور الوسيط للثقافة التنظيمية في الهيئة العامة للطرق والنقل البري في دولة الكويت. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، حيث جرى إعداد استبانة وتوزيعها على أفراد عينة الدراسة من المهندسين والفنيين العاملين في الهيئة العامة للطرق والنقل البري باستخدام العينة العشوائية البسيطة. وقد بلغ عدد الاستبانات الموزعة إلكترونياً (220) استبانة، بينما بلغ عدد الاستبانات المستردة والصالحة للتحليل (160) استبانة، أي ما نسبته 72.72% من مجموع الاستبانات الموزعة.

وقد استخدمت الدراسة عدداً من الأساليب الإحصائية لتحليل البيانات، شملت الإحصاء الوصفي (التكرارات، النسب المئوية، المتوسطات الحسابية)، وتحليل الانحدار الخطي البسيط والمتعدد، بالإضافة إلى برنامج نمذجة المعادلات الهيكلية للمربعات الصغرى الجزئية (PLS-SEM) لاختبار فرضيات الدراسة.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة المخاطر بأبعادها مجتمعة على إدارة المشاريع الهندسية بأبعادها مجتمعة في الهيئة العامة للطرق والنقل البري، ووجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة المخاطر في الثقافة التنظيمية، كما ثبت وجود أثر ذي دلالة إحصائية للثقافة التنظيمية على إدارة المشاريع الهندسية. وبيّنت النتائج كذلك وجود أثر جزئي ذي دلالة إحصائية لإدارة المخاطر على إدارة المشاريع الهندسية عبر الثقافة التنظيمية كمتغير وسيط.

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر تقييم المخاطر بأبعاده (تحديد المخاطر، تحليلها، تقدير درجة خطورتها، ووضع الحواجز الوقائية) في الحد من الأحداث السلبية القابلة لل منع داخل مؤسسات الرعاية الصحية. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي- التحليلي من خلال مراجعة الأدبيات المتعلقة بإدارة المخاطر في القطاع الصحي. وتبين أن عدداً من الأحداث يمكن الوقاية منها مثل: السقوط في المستشفيات، التهابات مواضع الجراحة، الآثار الجانبية للأدوية، والمضاعفات ما بعد العمليات، وأن وجود نموذج فعال لتقييم المخاطر يساهم في نشر التدخلات الوقائية ومنع حدوث هذه الأخطاء. وتوصلت النتائج إلى أن تحديد الأخطار وتحليلها والحد منها يساهم بشكل واضح في تحسين سلامة المرضى واستمرارية العلاج. وأوصت الدراسة بضرورة اعتماد نماذج شاملة لتقييم المخاطر وتطبيق استراتيجيات وقائية في جميع مراحل تقديم الرعاية الصحية. 2030.

8.1 الفجوة البحثية:

تبيّن أن معظم الدراسات السابقة ركّزت على تطبيقات إدارة المخاطر في سياقات محددة مثل: الأخطاء الدوائية (Nikolaeva et al., 2021)، أو المخاطر السريرية المباشرة (Farokhzadian et al., 2021)، أو حوكمة المخاطر في الامتثال التنظيمي (Sharma, 2025). بينما ركّزت دراسات أخرى على وحدات صحية محدودة النطاق (Vieira, 2022) وفي المقابل، تهدف الدراسة الحالية إلى فحص أثر إدارة المخاطر بأبعاد متعددة وشمولية على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في منطقة الرياض، وهو نطاق أوسع وأكثر تعقيداً، مما يخلق فجوة مهمة في تعميم النتائج على مستوى الأنظمة الصحية الحكومية الكاملة.

اعتمدت الدراسات السابقة على أبعاد متباينة لإدارة المخاطر مثل: التحليل، التقييم، الحد من المخاطر، الثقافة التنظيمية، التكنولوجيا، أو الاتصال (Alsulami, 2023; Asriani et al., 2025). بعض الدراسات ركزت على بُعد واحد أو محدود، بينما الدراسة الحالية تدرس أثر إدارة المخاطر بأبعاد متعددة

ومترابطة على الأبعاد الأربعة لجودة الخدمات الصحية (التكلفة، الجودة، الوقت، المجال)، مما يوسع الإطار المفاهيمي ويغطي فجوة لم تعالجها الدراسات السابقة بشكل متكامل.

أغلب الدراسات السابقة اعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي أو مراجعة الأدبيات، باستثناء القليل الذي استخدم المنهج النوعي أو مختلط (Farokhzadian et al., 2021; Afifi, 2024) بينما تتميز الدراسة الحالية باستخدام تصميم كمي ميداني يعتمد على استبانة موجهة إلى عينة كبيرة من العاملين في المستشفيات الحكومية في الرياض، مع استخدام أساليب تحليل متقدمة مثل الانحدار ونمذجة المعادلات الهيكلية (PLS)، مما يمنح نتائج الدراسة قدرة تفسيرية وقابلية أعلى للاستدلال الإحصائي. وهذا يبرز فجوة منهجية واضحة بين الدراسة الحالية وما سبقها.

أغلب الدراسات السابقة أجريت في بيئات صحية غير سعودية، مثل إيران، البرازيل، الأردن، إندونيسيا، والهند. بينما تركز الدراسة الحالية على السياق السعودي الحكومي الذي يتميز ببرامج تحول صحي حديثة ومعايير جودة وطنية متطورة (مثل نموذج التحول الصحي 2030). هذا يخلق فجوة بحثية مرتبطة بخصوصية السياق المحلي السعودي وضرورة دراسة أثر إدارة المخاطر في بيئة تخضع لخطط تطوير استراتيجية واسعة، وهو ما لم تتناوله الدراسات السابقة بعمق.

رغم أن العديد من الدراسات السابقة تناول إدارة المخاطر أو جودة الخدمات الصحية، إلا أن الربط بينهما في نموذج سببي متكامل لا يزال محدوداً. بعض الدراسات ركزت على سلامة المرضى فقط (Shoman & Ellahham, 2018)، وبعضها على الثقافة أو الامتثال (Sharma, 2025)، بينما تناولت دراسات أخرى جوانب تنظيمية خارج القطاع الصحي (حمدان والبشاشة، 2024؛ باقر وآخرون، 2020). أما الدراسة الحالية فتسعى إلى بناء نموذج متكامل يقيس الأثر المباشر لإدارة المخاطر بأبعادها المختلفة على تحسين جودة الخدمات الصحية داخل المستشفيات الحكومية، وهو ما لم تقدمه الدراسات السابقة بشكل شامل، مما يعزز أهمية الدراسة الحالية في سد فجوة بحثية حقيقية.

9.1 المنطلقات النظرية للدراسة:

أولاً: مفهوم إدارة المخاطر في القطاع الصحي

تُعد إدارة المخاطر أحد المكونات الأساسية في النظم الصحية الحديثة، وهي عملية منهجية تهدف إلى تحديد الأخطار المحتملة التي قد تؤثر في جودة الخدمات الصحية أو سلامة المرضى، ثم تحليل أسبابها وتقييم آثارها ووضع خطط للتعامل معها بصورة وقائية أو تصحيحية، وتأتي أهمية إدارة المخاطر في القطاع الصحي من طبيعة البيئة الصحية التي تتسم بالتعقيد وكثرة التفاعلات بين المريض والفريق الطبي والتكنولوجيا الطبية، مما يجعلها بيئة شديدة الحساسية للأخطاء المحتملة، وقد بينت الأدبيات أن المخاطر الصحية قد تتضمن الأخطاء السريرية، مخاطر الأدوية، العدوى المكتسبة داخل المستشفى، المخاطر التشغيلية والتنظيمية، والمخاطر التقنية المتعلقة بالأنظمة والأجهزة الطبية. ولا يمكن مواجهة هذه المخاطر دون استراتيجية فعالة وعمليات منظمة لإدارتها (Alsulami, 2023).

تشير النماذج العالمية لإدارة المخاطر إلى وجود عدة خطوات أساسية تمثل الإطار العملي لممارسات الإدارة الفعالة للمخاطر، وتشمل: تحديد المخاطر، تحليل أسبابها، تقييم احتمالية وقوعها وحدّة تأثيرها، وضع الاستراتيجيات المناسبة للسيطرة عليها، ثم المتابعة الدائمة لقياس فعالية التدخلات. وتؤكد الدراسات أن هذه الخطوات هي عماد أي نظام صحي يسعى لتحسين جودة خدماته والحد من الأخطاء. ومن أبرز النماذج المستخدمة عالمياً نموذج HFMEA الذي يُعد مناسباً لتحليل الأخطاء المتوقعة في الرعاية الصحية، ويمثل بديلاً مطوراً عن الـFMEA التقليدية. (Nikolaeva et al., 2021)

ثانياً: أبعاد إدارة المخاطر في الرعاية الصحية

تتعدد أبعاد إدارة المخاطر في القطاع الصحي وفقاً لطبيعة المخاطر والعمليات التي تتضمنها المنظومة الصحية. وتشمل هذه الأبعاد: المخاطر السريرية، مخاطر الأدوية، مخاطر العدوى، المخاطر التشغيلية، المخاطر اللوجستية، المخاطر المالية، مخاطر الموارد البشرية، المخاطر التقنية والمعلوماتية، إضافة إلى المخاطر البيئية والاجتماعية والسياسية. ويؤكد الباحثون أن تنوع هذه الأبعاد يستدعي وجود

إطار شامل لإدارة المخاطر يربط بين مختلف الإدارات والتخصصات الصحية (Baquer et al., 2020;

Alsulami, 2023)

وتشير الدراسات إلى أن التقييم الشامل للمخاطر ليس مجرد نشاط داعم، وإنما عنصر حيّ وفاعل في تحسين الأداء الصحي. فالتقييم الصحيح للأخطار يساهم في حماية خصوصية البيانات، وتعزيز الامتثال التنظيمي، وضمان الاستقرار المالي، إضافة إلى تحسين نتائج المرضى وتقليل الهدر في الموارد. كما أن التطورات التقنية والبيولوجية الحديثة فرضت على المؤسسات الصحية مراجعة سياساتها والاعتماد على أنظمة حوكمة المخاطر بكفاءة أكبر. (Sharma, 2025)

ثالثاً: الثقافة التنظيمية وإدارة المخاطر

تلعب الثقافة التنظيمية دوراً جوهرياً في نجاح إدارة المخاطر داخل المؤسسات الصحية، إذ تشكل الإطار السلوكي والقيمي الذي يحدد كيفية تعامل العاملين مع الأخطاء، وكيفية تبادل المعلومات المتعلقة بالمخاطر، ومدى تبنيهم لممارسات السلامة والجودة. وقد بينت الدراسات أن الثقافة التنظيمية التي تشجع على الإبلاغ عن الأخطاء دون خوف، وتدعم فرص التعلم والتحسين، وتروج للتواصل الفعال بين العاملين، تساهم بشكل مباشر في خفض نسب الأحداث السلبية وتحسين نتائج المرضى (Asriani et al., 2025).

كما أن الثقافة التنظيمية تساهم في تعزيز وعي العاملين بالمخاطر وإدراكهم لأدوارهم ومسؤولياتهم تجاه سلامة المرضى، وتشير الأدبيات إلى أن وجود ثقافة مؤسسية داعمة يعد شرطاً أساسياً لنجاح سياسات إدارة المخاطر، حيث إن تطبيق النظم والسياسات دون تبني العاملين لها بشكل فعال سيؤدي إلى فجوة بين التخطيط والتنفيذ (Alsulami, 2023)

رابعاً: أثر إدارة المخاطر على جودة الخدمات الصحية

تعد جودة الخدمات الصحية نتاجاً مباشراً لمستوى تطبيق إدارة المخاطر داخل المنشآت الصحية. فقد أثبتت الدراسات أن تطبيق إدارة المخاطر يؤدي إلى تحسين سلامة المرضى، وتقليل الأخطاء الطبية،

وتحسين كفاءة العمليات، ورفع رضا المستفيدين. كما أكدت الدراسات أن وجود برامج إدارة مخاطر فعّالة يساهم في تحسين مؤشرات الجودة مثل الالتزام بالمعايير الصحية، تقليل العدوى، تحسين الأداء السريري، وتطوير أساليب العمل (Afifi, 2024).

وتشير دراسات أخرى إلى أن الإدارة الفعّالة للمخاطر تعزز القدرة التشغيلية للمؤسسة الصحية من خلال تنظيم العمليات، تحسين التواصل بين الفرق الصحية، وتوفير بيئة علاجية آمنة. وتكشف الأدلة أن المؤسسات التي تعتمد على تقييم دائم للمخاطر وتطبق ممارسات التخفيف الوقائي تحقق نتائج ملموسة في الحد من السقوط، الأخطاء الدوائية، مضاعفات ما بعد الجراحة، والأخطاء التشغيلية (NikVieira, 2022).

خامساً: دور التكنولوجيا في دعم إدارة المخاطر

يشير عدد من الباحثين إلى أن التكنولوجيا تمثل عنصراً حاسماً في تطوير أنظمة إدارة المخاطر، لاسيما الأنظمة الصحية الإلكترونية، أنظمة الإبلاغ عن الأخطاء، وتحليلات البيانات الضخمة. فالتكنولوجيا تساهم في تحسين دقة المعلومات، رصد الأخطاء المحتملة، وتوفير تقارير تصحيحية فورية، مما يرفع من مستوى القدرة المؤسسية على التنبؤ بالمخاطر والحد منها قبل وقوعها. ويعد استخدام التكنولوجيا أحد العوامل الرئيسة في إدارة الامتثال والالتزام بمعايير الجودة (Asriani et al., 2025).

وقد بينت الدراسات أن المؤسسات التي تعتمد حلولاً تقنية متقدمة في إدارة المخاطر تحقق مستوى أعلى من الجودة، نظراً لقدرتها على إدارة المعلومات المرضية بأمان، وتعزيز فعالية الرقابة، وتسهيل التواصل بين مختلف الأقسام في المؤسسة (Afifi, 2024).

سادساً: فجوات وتحديات في تطبيق إدارة المخاطر

على الرغم من تعدد النماذج والأطر الإدارية المعتمدة، إلا أن قطاع الرعاية الصحية يواجه مجموعة من التحديات التي تعيق التطبيق الفعّال لإدارة المخاطر، مثل نقص الموارد المالية، قلة تدريب

العاملين، غياب أنظمة الإبلاغ الواضحة، ومقاومة التغيير من قبل بعض أفراد الطاقم. وتشير الأدبيات إلى أن تجاوز هذه التحديات يتطلب خططاً تدريبية مستمرة، دعمًا إداريًا قويًا، وتطوير سياسات مرنة تتماشى مع التطورات العلمية والتقنية. (Alsulami, 2023)

كما تشير بعض الدراسات إلى وجود فجوات واضحة في فهم العاملين لمفاهيم المخاطر والتعامل معها، خصوصاً في المؤسسات التي لا تمتلك برامج واضحة أو أنظمة مراقبة دقيقة. وبينت مراجعات أدبية حديثة أن فجوات المعرفة وضعف الاتصال بين العاملين تُعدان من أبرز المعوقات أمام نجاح إدارة المخاطر (Asriani et al., 2025).

سابعاً: العلاقة بين إدارة المخاطر وجودة الرعاية الصحية

خلصت معظم الدراسات إلى وجود علاقة إيجابية واضحة بين تطبيق إدارة المخاطر وجودة الخدمات الصحية، إذ تساهم إدارة المخاطر في تحسين الكفاءة التنظيمية، تعزيز جودة الأداء السريري، تحسين رضا المرضى، وتقليل التكاليف الناتجة عن الأخطاء. وقد بينت الأبحاث أن المؤسسات الصحية التي تطبق إدارة المخاطر بفعالية تظهر أداءً أفضل في مؤشرات الجودة، سواء من حيث الالتزام بالمعايير أو تقليل الأحداث السلبية (Afifi, 2024; Alsulami, 2023).

وتوضح الأدبيات كذلك أن العلاقة بين إدارة المخاطر وجودة الخدمات ليست علاقة مباشرة فحسب، بل ترتبط أيضاً بعوامل وسيطة مثل الثقافة التنظيمية، مستوى التدريب، وفعالية الاتصال الداخلي. وهذا يشير إلى ضرورة تطبيق إدارة المخاطر ضمن منظومة شاملة تشمل البعد البشري والتنظيمي والتقني معاً (Asriani et al., 2025).

10.1 المنهجية وطرق البحث:

ستعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، حيث سيتم في البداية جمع البيانات النظرية من الأدبيات والدراسات السابقة المتعلقة بإدارة المخاطر وجودة الخدمات الصحية، وذلك بهدف بناء إطار

معرفي يسهم في دعم الجانب الميداني للدراسة، وسيتم تحليل هذه الأدبيات بطريقة منهجية لتحديد أبعاد إدارة المخاطر الأكثر حضورًا في القطاع الصحي، وكذلك المعايير الرئيسة المستخدمة في قياس جودة الخدمات الصحية، بما يساعد في صياغة نموذج الدراسة ومتغيراتها بدقة.

أما على الصعيد الميداني، فسيتم تطوير استبانة علمية مكوّنة من مجموعة من المحاور التي تقيس مستوى تطبيق إدارة المخاطر بأبعادها المختلفة، ومستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض. وسيتم توزيع الاستبانة على عينة مناسبة من العاملين في تلك المستشفيات باستخدام أسلوب العينة العشوائية. وبعد جمع البيانات، سيتم تحليلها باستخدام الأساليب الإحصائية الملائمة، مثل الإحصاء الوصفي، وتحليل الارتباط، واختبارات الانحدار، بهدف التحقق من فرضيات الدراسة واستنتاج أثر تطبيق إدارة المخاطر على تحسين جودة الخدمات الصحية.

📍 مجتمع وعينة الدراسة

سيمثل مجتمع الدراسة جميع العاملين في المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض من الفئات الإدارية والطبية والتمريضية والفنية، والذين يُقدّر عددهم—وفق الإحصاءات الرسمية لوزارة الصحة—بحوالي (14,500) موظف في مختلف المستويات الوظيفية. وسيتم استهداف الأفراد الأكثر ارتباطًا بتطبيق نظم إدارة المخاطر وجودة الخدمات الصحية، بما يشمل رؤساء الأقسام، وأخصائيي الجودة، وأخصائيي السلامة وإدارة المخاطر، إضافة إلى الكوادر الصحية ذات العلاقة المباشرة بالخدمة.

أما عينة الدراسة فسيتم اختيارها باستخدام أسلوب العينة العشوائية البسيطة لضمان تمثيل جميع الفئات بشكل متوازن. وبناءً على حجم مجتمع الدراسة، ستبلغ العينة المطلوبة وفق معادلات حجم العينة (Sample Size Calculation) ما يقارب (370) مفردة. وسيتم توزيع الاستبانة إلكترونياً على أفراد العينة المستهدفة

ستعتمد الدراسة على أداة رئيسة تتمثل في الاستبانة باعتبارها الأنسب لجمع البيانات الميدانية من أفراد العينة، وذلك لملاءمتها لطبيعة الدراسة ولقدرتها على قياس آراء العاملين في المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض حول مستوى تطبيق إدارة المخاطر وجودة الخدمات الصحية. وسيتم تصميم الاستبانة بناءً على الإطارين النظري والعملي للدراسة، إضافة إلى الاستفادة من الأدبيات والدراسات السابقة ذات الصلة، بما يضمن تغطية جميع الأبعاد الرئيسة لمتغيرات الدراسة.

وستتكوّن الاستبانة من ثلاثة أجزاء رئيسة: يتضمن الجزء الأول البيانات الديموغرافية للمشاركين (مثل الجنس، العمر، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، وطبيعة العمل). أما الجزء الثاني فسيخصّص لقياس مستوى تطبيق إدارة المخاطر بأبعادها المختلفة باستخدام مجموعة من العبارات التي تُقاس عبر مقياس ليكرت الخماسي. بينما يتناول الجزء الثالث قياس جودة الخدمات الصحية بأبعادها الرئيسة (التكلفة، الجودة، الوقت، والمجال)، من خلال عبارات صيغت بدقة لتعكس واقع جودة الخدمات في المستشفيات الحكومية. وسيتم عرض الاستبانة على مجموعة من المحكّمين المختصين للتأكد من صدقها الظاهري والمحتوى، ثم سيتم إجراء اختبار للثبات باستخدام معامل "كرونباخ ألفا" للتحقق من اتساقها الداخلي قبل استخدامها بشكل نهائي في جمع البيانات.

11.1 الأساليب الإحصائية المستخدمة

سيتم تحليل البيانات التي سيتم جمعها من خلال استبانة الدراسة باستخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية الملائمة لطبيعة المتغيرات وفرضيات الدراسة، وذلك بالاعتماد على البرنامج الإحصائي للحزم الاجتماعية (SPSS) الإصدار 26، بالإضافة إلى برنامج نمذجة المعادلات الهيكلية للمربعات الصغرى الجزئية (PLS-SEM) للتحليل المتقدم.

وفي المرحلة الأولى من التحليل، سيتم استخدام الإحصاء الوصفي ممثلاً في التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية بهدف وصف خصائص العينة وتحليل استجابات

المشاركين. كما سيتم استخدام معامل "كرونباخ ألفا" للتحقق من ثبات أداة الدراسة ودرجة اتساقها الداخلي.

وفي المرحلة الثانية، سيتم استخدام بعض الأساليب الإحصائية الاستدلالية لاختبار فرضيات الدراسة، وتشمل:

- اختبار معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لقياس طبيعة وقوة العلاقة بين متغيرات الدراسة.
- تحليل الانحدار الخطي البسيط والمتعدد (Simple & Multiple Regression) لقياس أثر أبعاد إدارة المخاطر في جودة الخدمات الصحية.
- تحليل الفروق باستخدام اختبار (t-test) وتحليل التباين (ANOVA) عند الحاجة لمعرفة الفروق في استجابات المشاركين وفق المتغيرات الديموغرافية.

12.1 حدود الدراسة:

- حدود موضوعية: تركز الدراسة على أثر تطبيق إدارة المخاطر بأبعادها المختلفة (السريية، الأدوية، العدوى، التشغيلية) على تحسين جودة الخدمات الصحية.
- حدود مكانية: ستجرى هذه الدراسة في المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض في المملكة العربية السعودية.
- حدود زمنية: سيتم إجراء الدراسة خلال العام الأكاديمي 2025.
- الحدود البشرية: تقتصر الدراسة على العاملين في المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض.

الفصل الثاني: الإطار النظري

المبحث الأول: إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية

1.1.2 تمهيد

تواجه المؤسسات الصحية المعاصرة بيئة تشغيلية بالغة التعقيد تتسم بتسارع التحولات التقنية، وتنامي التوقعات المجتمعية حيال مستوى الرعاية المقدّمة، وتشابك العمليات السريرية والإدارية على نحو يجعل احتمالية وقوع أحداث غير مرغوب فيها قائمة في كل مرحلة من مراحل تقديم الخدمة. وقد أفرز هذا الواقع حاجة ملحة إلى تبني مقاربة منهجية تُعنى بالكشف المبكر عن مصادر الخطر وتحليلها والاستجابة لها قبل أن تتحول إلى خسائر فعلية تطلّ سلامة المرضى أو كفاءة التشغيل أو السمعة المؤسسية. ومن هنا برز مفهوم إدارة المخاطر بوصفه أحد الركائز الجوهرية التي تستند إليها المنظمات الصحية في سعيها نحو الارتقاء بجودة أدائها وتحقيق أهدافها الاستراتيجية. ويتناول هذا المبحث مفهوم إدارة المخاطر من خلال استعراض أبرز التعريفات التي طرحها الباحثون، ثم ينتقل إلى بيان أهمية إدارة المخاطر في السياق الصحي، وأهدافها الرئيسية، وصولاً إلى عرض الأبعاد الستة التي اعتمدتها الدراسة الحالية، وأخيراً استراتيجيات إدارة المخاطر في المستشفيات.

2.1.2 مفهوم إدارة المخاطر

شهد مفهوم إدارة المخاطر تطوراً تدريجياً عبر العقود الماضية، إذ انتقل من كونه ممارسة محدودة ترتبط بقطاعات التأمين والصناعة إلى إطار إداري شامل يتخلل مختلف القطاعات بما فيها القطاع الصحي. وقد تعددت التعريفات التي قدّمها الباحثون لهذا المفهوم تبعاً لتباين المداخل النظرية والسياقات التطبيقية، إلا أنها تتقاطع في جملة من العناصر المشتركة التي تشكّل جوهر هذا الحقل المعرفي.

فقد عرّف علوان (2021) إدارة المخاطر بأنها مجموعة العمليات الاستباقية المنتظمة التي تضعها المنظمة موضع التنفيذ بهدف التعرف على المخاطر المحتملة واتخاذ الإجراءات الكفيلة بإزالتها أو تقليص آثارها السلبية قبل أن تتحول إلى مشكلات فعلية تعرقل النشاط المؤسسي .

وفي سياق مقارب، يُقدّم الطبال (2025) تصوراً أوسع لإدارة المخاطر يربطها بالدور المعلوماتي داخل المنظمة، حيث يرى أنها تمثل المحور الرئيس في التفكير والتنبؤ بالمستقبل والاستجابة للمتغيرات التي تطرأ على بيئة الأعمال بما يُمكن من إدارة المخاطر المحيطة بأعمال المنظمة.

أما الحسني والخشالي (2022) فقد تناولا إدارة المخاطر من منظور عمليّاتي متسلسل، حيث قسّماها إلى أربع مراحل مترابطة هي: تحديد المخاطر، وتقييم المخاطر، والاستجابة للمخاطر، ومراقبة المخاطر. ويكشف هذا التعريف عن الطبيعة الدورية لإدارة المخاطر، فهي ليست عملية خطية تبدأ وتنتهي عند نقطة محددة، بل هي حلقة مستمرة من التحديد والتقييم والاستجابة والمراقبة تتكرر بصورة دائمة مع تغيّر الظروف المحيطة بالمنظمة .

وعلى صعيد القطاع الصحي تحديداً، يُعرّف (2023) Alsulami إدارة المخاطر الصحية بأنها الوظيفة الإدارية التي تتولى التعرف على أنماط المخاطر المختلفة داخل مؤسسات الرعاية الصحية وتحليل أثرها على سلامة المرضى وجودة الرعاية والأداء المؤسسي، مع التأكيد على ضرورة بناء ثقافة الوعي بالمخاطر لدى جميع العاملين.

يُقدّم (2024) Afifi إدارة المخاطر في المشاريع الصحية بوصفها نظاماً متكاملًا يُعنى بتقييم تأثير تطبيق نظم إدارة المخاطر على جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى وكفاءة التشغيل في المستشفيات. ويلاحظ أن هذا التعريف يربط ربطاً صريحاً بين إدارة المخاطر وثلاثة مخرجات مؤسسية جوهرية هي الجودة والسلامة والكفاءة، مما يُرسّخ النظر إلى إدارة المخاطر ليس بوصفها وظيفة دفاعية فحسب، بل بوصفها رافعة استراتيجية لتحسين الأداء الشامل. كما أن تخصيص هذا التعريف للسياق الصحي السعودي تحديداً يُضفي عليه قيمة مضافة من حيث ملاءمته للبيئة التي تستهدفها الدراسة الحالية.

يؤكد (Shoman and Ellahham (2018) أن إدارة المخاطر في الرعاية الصحية تنطلق من ضرورة تحليل المخاطر بصورة منهجية واستباقية بهدف الكشف عن أسبابها المحتملة ونتائجها المتوقعة، وأن الحد من المراضة والوفيات الناجمة عن أخطاء الرعاية يُعدّ غاية عليا لهذا الحقل.

أما (Asriani et al. (2025 فقد عرّفوا إدارة المخاطر في المستشفيات بأنها الإطار الذي يربط بين سلامة المريض وسلامة العاملين من جهة وتحقيق جودة المستشفى الشاملة من جهة أخرى، وأنها تعتمد اعتماداً كبيراً على فاعلية الاتصال والمعرفة والاتجاهات الإيجابية لدى جميع الأطراف المعنية داخل المستشفى.

ويرى (Nikolaeva et al. (2021 أن إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية ترتبط ارتباطاً عضوياً بأنظمة إدارة الجودة، وأنها تتبنى المقاربة القائمة على التوجّه نحو المخاطر باعتبارها الآلية الأنسب للتحذير المبكر من الأحداث غير المرغوب فيها في ظل تزايد تعقيد الخدمات الصحية.

وفي ضوء ما تقدم من تعريفات، يرى الباحث أن إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية يمكن تعريفها بأنها منظومة إدارية متكاملة ومستمرة تتضمن عمليات منهجية واستباقية لتحديد مصادر الخطر السريية والتشغيلية والتقنية والبشرية وتحليلها وتقييمها والاستجابة لها ومراقبتها، بهدف حماية سلامة المرضى والعاملين، وتعزيز جودة الخدمات الصحية، وتحسين الكفاءة التشغيلية، وذلك في إطار ثقافة مؤسسية تُرسّخ الوعي بالمخاطر والمسؤولية المشتركة تجاه إدارتها على جميع المستويات التنظيمية.

3.1.2 أهمية إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية

تكتسب إدارة المخاطر أهمية استثنائية في القطاع الصحي مقارنةً بالقطاعات الأخرى، وذلك بحكم الطبيعة الخاصة للخدمات الصحية التي يرتبط فيها أي خلل أو قصور بنتائج قد تمسّ حياة الإنسان وسلامته الجسدية بشكل مباشر. فالبيئة الصحية تتسم بدرجة عالية من التعقيد نتيجة تشابك العمليات السريية والإدارية، وتعدد الأطراف المشاركة في تقديم الرعاية، وسرعة التطور التقني، وتصاعد التوقعات المجتمعية، مما يجعل المخاطر كامنة في كل مرحلة من مراحل الخدمة الصحية بدءاً من استقبال المريض

وصولاً إلى خروجه. ولا تقتصر أهمية إدارة المخاطر على الحماية من الأخطاء والحوادث السلبية، بل تمتد إلى كونها أداة استراتيجية لتحسين الأداء المؤسسي الشامل وتعزيز الثقة بين المؤسسة الصحية ومتلقي خدماتها.

ويشير (Afifi (2024 إلى أن أهمية إدارة المخاطر في المستشفيات تتجلى في عدة أبعاد متكاملة، أبرزها:

- 1- تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى من خلال الكشف المبكر عن مواطن الضعف في العمليات السريرية ومعالجتها قبل أن تتسبب في أضرار فعلية.
- 2- تعزيز سلامة المرضى عبر تقليل الأخطاء الطبية والحد من الأحداث الضارة القابلة للتفادي.
- 3- رفع كفاءة التشغيل في المستشفيات من خلال ترشيد استخدام الموارد وتقليل الهدر الناتج عن الأخطاء وإعادة العمل.
- 4- تمكين المؤسسة الصحية من الاستجابة الفعالة للتحديات المتزايدة التي يفرضها تطور القطاع الصحي وتعقد متطلباته التنظيمية والتقنية.

ويرى الغراوي والشريدة (2025) أن أهمية إدارة المخاطر تنبع من كونها تشكّل إحدى الركيزتين الأساسيتين اللتين تستند إليهما المنظمات من أجل تحقيق أهدافها وتعزيز مكانتها في بيئة شديدة المنافسة، إلى جانب إدارة الجودة الشاملة، فإدارة المخاطر والجودة الشاملة تتكاملان في علاقة تبادلية، حيث توفر الأولى الحماية من الانحرافات والأحداث غير المرغوب فيها، بينما تُوجّه الثانية المؤسسة نحو التحسين المستمر والتميز في الأداء، وتتضاعف هذه الأهمية في المؤسسات الصحية التي تعمل في ظل رقابة مجتمعية وتنظيمية صارمة تجعل من أي خلل في إدارة المخاطر تهديداً مباشراً للترخيص والاعتماد المؤسسي.

كما يؤكد علوان (2021) أن أهمية إدارة المخاطر تتعاظم في ضوء ما تتعرض له منظمات الأعمال من مخاطر متنوعة قد تُعرقل نشاطها وتُلحق بها خسائر مادية ومعنوية جسيمة، حيث تتمثل أهميتها في:

- 1- تمكين الإدارات من مواجهة المخاطر بصورة استباقية بدلاً من الانتظار حتى تتحول إلى أزمات.

- 2- المساهمة في تجاوز المخاطر أو منعها أو التخفيف من أثارها بما يضمن استمرارية العمل،
- 3- توفير إطار منهجي يُساعد على اتخاذ القرارات في ظل حالة عدم اليقين التي تُحيط ببيئة الأعمال المعاصرة.

ويُضيف البقي وشوقي (2025) بُعداً استراتيجياً لأهمية إدارة المخاطر في السياق السعودي تحديداً، من خلال ربطها بالليقظة الاستراتيجية وإدارة الأزمات، حيث أظهرت تجربة التعامل مع جائحة كوفيد-19 في المملكة العربية السعودية أن المؤسسات التي تمتلك أنظمة فعّالة لإدارة المخاطر كانت أكثر قدرة على الاستجابة السريعة والتكيف مع المتغيرات المفاجئة، وهذا يُبرز أهمية إدارة المخاطر ليس فقط في الظروف الاعتيادية بل في أوقات الأزمات والطوارئ الصحية التي تختبر فيها المنظومة الصحية حدود طاقتها ومرونتها.

و يلفت (Shoman and Ellahham (2018) الانتباه إلى أن أهمية إدارة المخاطر في الرعاية الصحية تنبثق من حقيقة أن الأحداث الضارة والأخطاء الطبية الجسيمة قابلة للحدوث بسهولة في البيئة الصحية مما يُعرض سلامة المرضى واستمرارية العلاج للخطر، وأن الدراسات أثبتت أن التعرف على المخاطر والعمل على تحليلها والتخفيف من حدتها يُساهم في خفض الأحداث غير المرغوب فيها والقابلة للتفادي. وتتعاظم هذه الأهمية حين ننظر إلى التكاليف الباهظة المرتبطة بالأخطاء الطبية، سواء التكاليف المباشرة المتمثلة في إطالة فترة الإقامة وزيادة التدخلات العلاجية، أو التكاليف غير المباشرة المتعلقة بالدعاوى القضائية وتراجع ثقة المجتمع بالمؤسسة.

ويُكمل (Nikolaeva et al. (2021 هذا الطرح بتأكيد أن أهمية إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية ترتبط كذلك بمنظومة الاعتماد والمعايير الدولية، حيث إن معايير أنظمة الجودة تشترط تبني المقاربة القائمة على المخاطر كآلية أساسية لضمان جودة الخدمات المقدمة وتحسينها بشكل مستمر. وهذا يعني أن إدارة المخاطر لم تعد خياراً إدارياً بل أصبحت مطلباً تنظيمياً تفرضه جهات الاعتماد الوطنية والدولية.

4.1.2 أهداف إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية

تسعى إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية إلى تحقيق مجموعة من الأهداف المتكاملة التي تتراوح بين حماية سلامة المرضى والعاملين وتعزيز الكفاءة التشغيلية وضمان الامتثال للمعايير التنظيمية. وتتباين أهداف إدارة المخاطر تبعاً لطبيعة المؤسسة ونطاق عملها ومستوى نضجها الإداري، إلا أن ثمة أهدافاً محورية يتفق عليها غالبية الباحثين في هذا الحقل.

ويُشير علوان (2021) إلى أن أهداف إدارة المخاطر في المنظمات تتمحور حول:

- 1- التعرف المبكر على المخاطر المحتملة وتصنيفها وفق معايير واضحة تُسهّل ترتيب أولويات التعامل معها
- 2- تقليل الخسائر المادية والمعنوية الناجمة عن تحقق المخاطر من خلال بناء خطط استجابة مُعدّة مسبقاً
- 3- ضمان استمرارية العمل المؤسسي حتى في ظل وقوع أحداث غير متوقعة
- 4- توفير بيئة عمل أكثر أماناً واستقراراً تُعزّز ثقة العاملين والمستفيدين على حدٍ سواء.

كما يُشير الحسني والخشالي (2022) إلى أن أهداف إدارة المخاطر تمتد لتشمل:

- 1- بناء منظومة رقابية فعّالة تتابع المخاطر بشكل مستمر وتُحدّث خرائط المخاطر بصورة دورية،
- 2- تعزيز مرونة المنظمة التنظيمية من خلال وضع استراتيجيات استجابة متعددة وعدم الاعتماد على خطة واحدة
- 3- ربط إدارة المخاطر بالتخطيط الاستراتيجي بحيث تصبح جزءاً أصيلاً من عملية صنع القرار على المستويين الاستراتيجي والتشغيلي.

ويُكمل Shoman and Ellahham (2018) هذا الطرح بالتركيز على الأهداف المرتبطة بمنهجيات

التحليل الاستباقي، حيث يريان أن إدارة المخاطر الصحية تهدف إلى:

1- تحليل المخاطر بصورة استشرافية منتظمة تُحدّد الأسباب المحتملة للأحداث الضارة قبل وقوعها، بناءً حواجز وقائية فعّالة على طول سلسلة تقديم الرعاية الصحية تمنع انتقال التهديد إلى حادث

فعلي

2- الحد من المراضة والوفيات المرتبطة بأخطاء الرعاية الصحية

3- توفير إطار تحليلي مُوحّد يُتيح للفرق الصحية والإدارية التواصل بلغة مشتركة حول المخاطر وأولوياتها.

ويرى باقر وارتيمه والهوراري (2020) أن من بين أهداف إدارة المخاطر الجوهرية بناء قاعدة معلومات شاملة تضم المخاطر المحتملة في مختلف مراحل العمل ومتطلبات التعامل معها وكيفية معالجتها وتجنبها، بحيث تتحول هذه القاعدة إلى مرجع مؤسسي يُثري الذاكرة التنظيمية ويُسهّم في تسريع الاستجابة للمخاطر المتكررة. وتتقاطع هذه الرؤية مع ما طرحه الطبال (2025) من أن إدارة المخاطر تهدف في المقام الأول إلى تزويد صانعي القرار بالمعلومات التي يحتاجونها لأداء وظائفهم بفاعلية في ظل بيئة أعمال متغيرة ومحفوفة بعدم اليقين.

5.1.2 أبعاد إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية

تم تحديد أبعاد إدارة المخاطر في الدراسة الحالية بناءً على مراجعة شاملة للأدبيات ذات الصلة، ولا سيما دراسة (Afifi 2024) التي تناولت أثر تطبيق إدارة المخاطر على مشاريع الرعاية الصحية في مستشفيات جدة وقدّمت إطاراً تصنيفياً متعدد الأبعاد لإدارة المخاطر الصحية، ودراسة Alsulami (2023) التي استعرضت أنماط المخاطر المختلفة في إدارة المؤسسات الصحية، ودراسة Asriani et al. (2025) التي ربطت بين إدارة المخاطر وسلامة المرضى في سياق إدارة جودة المستشفيات، فضلاً عن دراسة (Sharma 2025) التي قدّمت مقارنة شاملة لتقييم المخاطر واستراتيجيات التعرف عليها في القطاع الصحي. وقد أسفرت هذه المراجعة عن اعتماد ستة أبعاد تُغطي الطيف الواسع للمخاطر التي تواجه المستشفيات الحكومية، وهي: إدارة المخاطر السريرية، وإدارة مخاطر الأدوية، وإدارة مخاطر العدوى، وإدارة المخاطر التشغيلية، وإدارة المخاطر التقنية، وإدارة مخاطر الموارد البشرية.

← البُعد الأول: إدارة المخاطر السريرية

تُعدّ إدارة المخاطر السريرية الركيزة الأولى في منظومة إدارة المخاطر الصحية، وهي تُعنى بالتعرف على المخاطر المرتبطة بالعمليات التشخيصية والعلاجية والتمريضية وتحليلها ومعالجتها بما يكفل تقديم رعاية سريرية آمنة وفعّالة. ويتّسع نطاق المخاطر السريرية ليشمل الأخطاء التشخيصية، والأخطاء الجراحية، وأخطاء التمريض، ومضاعفات الإجراءات الطبية، وسوء التواصل بين أعضاء الفريق العلاجي، وغيرها من الأحداث التي تُهدد سلامة المريض بشكل مباشر أثناء تلقيه الرعاية الصحية.

ويؤكد (Farokhzadian et al. (2021) أن الدمج الفعّال لإدارة المخاطر السريرية في منظومة الرعاية الصحية يتطلب تبني مقاربة شاملة تنظر إلى المخاطر السريرية ليس بوصفها أحداثاً منعزلة بل بوصفها نتاجاً لتفاعل مجموعة من العوامل النظامية والبشرية والبيئية. فالخطأ السريري في الغالب لا ينجم عن إهمال فرد بعينه، بل عن ثغرات في المنظومة ككل قد تتعلق بتصميم العمليات، أو نقص الموارد، أو قصور في التواصل، أو ضعف في التدريب. ولذلك فإن إدارة المخاطر السريرية الفعّالة تنطلق من تحليل الأنظمة لا من محاسبة الأفراد، وتسعى إلى بناء حواجز أمان متعددة المستويات تحول دون انتقال الخطأ البسيط إلى حادث ضار.

ويُعزّز (Nikolaeva et al. (2021) هذا الطرح بالإشارة إلى أن إدارة المخاطر السريرية تستعين بأدوات تحليلية متخصصة مُستمدّة في أصلها من القطاع الصناعي ومُكيّفة لتناسب البيئة الصحية، من أبرزها أسلوب تحليل أنماط الفشل وآثارها في الرعاية الصحية (HFMEA) الذي يُتيح تحديد نقاط الفشل المحتملة في العمليات السريرية قبل وقوعها وتقييم خطورتها ووضع تدابير وقائية مناسبة. كما يُضاف إلى ذلك أسلوب تحليل السبب الجذري (RCA) الذي يُستخدم بعد وقوع الحوادث لتحديد الأسباب الكامنة وراءها ومنع تكرارها. ويُسهّم توظيف هذه الأدوات في تحويل إدارة المخاطر السريرية من ممارسة ارتجالية إلى عملية منهجية قائمة على الأدلة.

وتجدر الإشارة إلى أن المخاطر السريرية لا تقتصر على الأخطاء الفردية بل تمتد إلى ما يُعرف بالأحداث القريبة من الوقوع (Near Misses)، وهي تلك الحوادث التي كادت أن تُلحق ضرراً بالمريض لولا

تدخل عامل ما حال دون ذلك. ويُعدّ الإبلاغ عن هذه الأحداث وتحليلها مكوناً جوهرياً في إدارة المخاطر السريرية، لأنها تُوفّر فرصة للتعلّم المؤسسي دون أن يكون قد تحقق ضرر فعلي. غير أن فاعلية هذا الإبلاغ تتوقف على وجود ثقافة مؤسسية غير عقابية تُشجّع العاملين على الإفصاح عن الأخطاء والأحداث القريبة من الوقوع دون خوف من العقوبة، وهو ما أكدت عليه دراسة (Asriani et al. (2025 حين ربطت فاعلية إدارة المخاطر بمستوى المعرفة والاتجاهات الإيجابية لدى العاملين.

← البُعد الثاني: إدارة مخاطر الأدوية

تُمثّل إدارة مخاطر الأدوية بُعداً بالغ الحساسية في منظومة إدارة المخاطر الصحية، نظراً لأن الأخطاء الدوائية تُصنّف عالمياً ضمن أكثر أنواع الأخطاء الطبية شيوعاً وأشدّها خطورة. وتتضمن هذه الأخطاء: وصف الدواء الخاطئ، أو الجرعة غير الصحيحة، أو التداخلات الدوائية غير المكتشفة، أو أخطاء صرف الأدوية، أو أخطاء إعطاء الدواء للمريض، أو عدم متابعة الآثار الجانبية. وتمتد سلسلة مخاطر الأدوية عبر مراحل متعددة تبدأ من قرار الطبيب بوصف الدواء وتمرّ بعملية النسخ والصرف من الصيدلية وصولاً إلى مرحلة إعطاء الدواء للمريض ومتابعة استجابته.

ويُسلّط Nikolaeva et al. (2021) الضوء على أن الخطأ الدوائي يحتل مرتبة متقدمة بين الأحداث الطبية الضارة الأكثر تكراراً، وأن إدارة مخاطر الأدوية تتطلب بناء حواجز أمان في كل مرحلة من مراحل دورة الدواء داخل المستشفى. ومن أبرز هذه الحواجز: توحيد إجراءات وصف الأدوية وصرفها، واعتماد نظام الوصف الإلكتروني الذي يُقلّل من أخطاء القراءة والنسخ، وتطبيق نظام التحقق المزدوج عند إعطاء الأدوية عالية الخطورة، وتصنيف الأدوية وترتيبها بأسلوب يُقلّل من احتمال الخلط بين الأدوية المتشابهة في الشكل أو الاسم. كما يُشير إلى أن تطبيق أسلوب HFMEA على عملية إعطاء الأدوية يُمكن من تحديد نقاط الخلل المحتملة في كل خطوة ووضع تدابير تصحيحية مُحدّدة لكل منها.

ومن الجوانب المهمة في إدارة مخاطر الأدوية ما يتعلق بتخزين الأدوية والتحكم في ظروف الحفظ، إذ إن سوء التخزين قد يؤدي إلى تدهور فاعلية الدواء أو تحوّلته إلى مادة ضارة. كما أن وجود أدوية منتهية الصلاحية أو مُسحوبة من السوق في مخازن المستشفى يُمثّل خطراً جسيماً يتطلب نظام رقابة صيدلانية

صارماً. ويتقاطع هذا البُعد مع ما طرحه (Afifi 2024) من أن أنظمة إدارة المخاطر في المستشفيات ينبغي أن تتضمن آليات واضحة للرقابة على جميع مراحل دورة الدواء بدءاً من الشراء والتخزين وصولاً إلى الصرف والإعطاء والمتابعة.

وتبرز في هذا السياق أهمية دور الصيدلي السريري بوصفه خط دفاع متقدم في منظومة إدارة مخاطر الأدوية، حيث يتولى مراجعة الوصفات الطبية والتحقق من ملاءمة الجرعات والتنبيه إلى التداخلات الدوائية المحتملة وتقديم المشورة الدوائية للفريق العلاجي والمريض. ويُسهّم التكامل بين الأنظمة الإلكترونية وخبرة الصيدلي السريري في بناء شبكة أمان متعددة الطبقات تُقلّل من احتمالية وصول الخطأ الدوائي إلى المريض.

← البُعد الثالث: إدارة مخاطر العدوى

تُشكّل العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية أحد أخطر التحديات التي تواجه المستشفيات على مستوى العالم، إذ تؤدي إلى إطالة فترة الإقامة في المستشفى، وزيادة معدلات المراضة والوفيات، وارتفاع التكاليف العلاجية، فضلاً عن تأثيرها السلبي على سمعة المؤسسة الصحية وثقة المجتمع بها. وتتعدد مصادر العدوى في البيئة المستشفوية لتشمل: الإجراءات الجراحية، والقسطرة الوريدية والبولية، وأجهزة التنفس الصناعي، وانتقال الميكروبات عبر أيدي العاملين، وتلوث الأسطح والأدوات الطبية.

ويؤكد (Vieira 2022) أن إدارة مخاطر العدوى تتطلب تبني مقاربة وقائية شاملة تتجاوز مجرد معالجة العدوى بعد حدوثها إلى بناء منظومة استباقية تحول دون وقوعها أصلاً. وتشمل هذه المقاربة: تطبيق بروتوكولات نظافة اليدين بصرامة، والتقيّد بمعايير التعقيم في غرف العمليات، والرقابة على استخدام المضادات الحيوية لمنع ظهور سلالات مقاومة، ورصد معدلات العدوى وتحليل اتجاهاتها بشكل دوري. وتتقاطع هذه المقاربة مع ما أورده (Shoman and Ellahham 2018) من أن أحداثاً مثل عدوى الموقع الجراحي ومضاعفات القسطرة تُعدّ من الأحداث القابلة للتفادي التي يمكن الحد منها بشكل كبير من خلال تطبيق نماذج فعّالة لتقييم المخاطر ونشر حواجز الوقاية.

ولإدارة مخاطر العدوى أبعاد تنظيمية تتجاوز الجانب السريري البحث، إذ تتطلب وجود لجان متخصصة لمكافحة العدوى تتمتع بصلاحيات كافية وموارد مناسبة، وبرامج ترصد وبائي مستمرة، وخطط استجابة للفاشيات الوبائية، وبرامج تدريبية دورية للكوادر الصحية على ممارسات مكافحة العدوى. كما يرتبط هذا البعد ارتباطاً وثيقاً بالبنية التحتية للمستشفى من حيث تصميم أنظمة التهوية، ومعالجة النفايات الطبية، وتوفير مرافق غسل اليدين، وعزل المرضى المصابين بأمراض معدية.

وقد أبرزت جائحة كوفيد-19 الأهمية القصوى لإدارة مخاطر العدوى، حيث أشار البقي وشرقي (2025) إلى أن المؤسسات الصحية التي كانت تمتلك أنظمة ناضجة لإدارة مخاطر العدوى كانت أسرع في تطبيق إجراءات العزل والحماية والتتبع، وأقدر على حماية كوادرها الصحية من الإصابة، مما انعكس إيجاباً على قدرتها على الاستمرار في تقديم الخدمات الصحية خلال الأزمة.

← البعد الرابع: إدارة المخاطر التشغيلية

تتناول إدارة المخاطر التشغيلية جملة المخاطر المرتبطة بالعمليات الإدارية واللوجستية والمالية التي تدعم تقديم الخدمة الصحية دون أن تكون جزءاً مباشراً من العملية السريرية ذاتها. وتشمل هذه المخاطر: تعطل سلاسل الإمداد، ونقص المستلزمات الطبية، وأعطال المرافق والبنية التحتية، والحرائق، وانقطاع التيار الكهربائي، وأخطاء التوثيق الإداري، وقصور إجراءات الصيانة الوقائية، وضعف التنسيق بين الأقسام المختلفة.

ويُلقي الرواشدة والشورة (2022) الضوء على أن إدارة المخاطر التشغيلية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمرونة سلسلة التوريد، حيث إن أي انقطاع في تدفق الموارد الضرورية قد يُعطل العمليات السريرية بأكملها. ولذلك فإن إدارة المخاطر التشغيلية الفعالة في المستشفيات تتطلب بناء علاقات متينة مع الموردين، والاحتفاظ بمخزون احتياطي استراتيجي من المستلزمات الحيوية، ووضع خطط بديلة للتوريد، وإجراء تقييم دوري لأداء الموردين ومدى موثوقيتهم.

ويُضيف باقر وارتيمة والهواري (2020) أن إدارة المخاطر التشغيلية في المؤسسات الكبرى تتطلب إنشاء أنظمة إلكترونية متكاملة لمراقبة المعدات والأدوات المستخدمة وربطها بإدارة ضبط الجودة لضمان الالتزام الدائم بالمواصفات والمقاييس المعتمدة. كما تتضمن تطوير برامج لتعقب المخاطر التشغيلية وربطها ببرامج إدارة المشاريع لتمكين الإدارة من المتابعة اللحظية لمؤشرات الأداء التشغيلي واكتشاف الانحرافات في وقت مبكر.

ومن الجوانب الحيوية في إدارة المخاطر التشغيلية للمستشفيات وضع خطط الطوارئ واستمرارية الأعمال التي تضمن قدرة المستشفى على الاستمرار في تقديم الخدمات الأساسية حتى في ظل الأزمات الكبرى. وتشمل هذه الخطط سيناريوهات الكوارث الطبيعية، والأوبئة، والحوادث الجماعية، وتحدد بوضوح سلسلة القيادة، وآليات الاتصال، ومعايير تصعيد الاستجابة، والموارد اللازمة لكل سيناريو. ويتسق هذا مع ما أشار إليه الغراوي والشريدة (2025) من أن إدارة المخاطر التشغيلية تُسهم في تمكين المنظمات من إدارة جميع المخاطر التي تقف عائقاً في بلوغ أهدافها وتحقيق جودتها الشاملة.

← البعد الخامس: إدارة المخاطر التقنية

تبرز إدارة المخاطر التقنية بوصفها بُعداً متنامي الأهمية في ظل التحول الرقمي المتسارع الذي يشهده القطاع الصحي. وتتناول هذه الإدارة المخاطر المرتبطة بالأنظمة المعلوماتية والأجهزة الطبية والبنية التحتية التقنية، بما في ذلك: تعطل أنظمة السجلات الصحية الإلكترونية، واختراق البيانات وانتهاك خصوصية المرضى، وأعطال الأجهزة الطبية الحيوية، والأخطاء الناجمة عن واجهات الأنظمة المعلوماتية غير الملائمة، وفقدان البيانات، وعدم التوافق بين الأنظمة التقنية المختلفة.

ويُشير (Sharma 2025) إلى أن تقييم المخاطر في القطاع الصحي يجب أن يأخذ في الاعتبار التحديات المتعلقة بأمن البيانات وخصوصية المعلومات الصحية والامتثال التنظيمي في ظل التبني المتزايد للتقنيات الحديثة والحلول الرقمية. فالتحول الرقمي في القطاع الصحي يحمل في طياته فرصاً كبيرة لتحسين الجودة والكفاءة، لكنه يُنشئ في الوقت ذاته مخاطر جديدة لم تكن موجودة في البيئة التقليدية غير الرقمية. ومن أبرز هذه المخاطر الهجمات السيبرانية التي تستهدف البيانات الصحية الحساسة، والتي

قد تؤدي ليس فقط إلى انتهاك خصوصية المرضى بل إلى تعطل العمليات السريرية بأكملها إذا ما تعرضت الأنظمة الحيوية للاختراق أو التشفير.

ولا تقتصر المخاطر التقنية على الجانب المعلوماتي، بل تمتد إلى الأجهزة والمعدات الطبية التي أصبحت أكثر تعقيداً وتكاملاً مع الأنظمة الرقمية. فأي خلل في جهاز مراقبة العلامات الحيوية، أو جهاز التنفس الصناعي، أو مضخة التسريب الوريدي، قد تكون له عواقب وخيمة على حياة المريض. ولذلك تتطلب إدارة المخاطر التقنية وضع برامج صيانة وقائية صارمة للأجهزة الطبية، وتدريب المستخدمين على التشغيل السليم، واعتماد بروتوكولات واضحة للتعامل مع أعطال الأجهزة الطارئة.

ويتفق هذا مع ما أورده (Afifi (2024 من أن استخدام التكنولوجيا الحديثة في تحليل البيانات وإدارة المخاطر يُعدّ من التوصيات الجوهرية لتحسين منظومة إدارة المخاطر في المستشفيات، لكنه يستوجب في الوقت ذاته إدارة فعّالة للمخاطر المصاحبة لهذه التكنولوجيا ذاتها. فالتقنية هنا تؤدي دوراً مزدوجاً: هي أداة لإدارة المخاطر من ناحية، ومصدر محتمل للمخاطر من ناحية أخرى، مما يتطلب توازناً دقيقاً في التعامل معها.

← البُعد السادس: إدارة مخاطر الموارد البشرية

يُمثّل العنصر البشري المحور الأهم والأكثر حساسية في منظومة الخدمات الصحية، إذ إن جودة الرعاية المقدمة ترتبط ارتباطاً مباشراً بكفاءة الكوادر الصحية وتأهيلها ورضاها الوظيفي واستقرارها المهني. وتتناول إدارة مخاطر الموارد البشرية جملة التهديدات المرتبطة بالقوى العاملة الصحية، بما فيها: نقص الكوادر المؤهلة، والاحتراق الوظيفي، وارتفاع معدلات دوران العمل، وضعف التدريب والتطوير المهني، وأخطاء العاملين الناجمة عن الإرهاق أو نقص الخبرة، والمخاطر المهنية التي يتعرض لها العاملون أثناء أداء مهامهم.

ويؤكد باقر وارتيمه والهواري (2020) أن إدارة مخاطر الموارد البشرية تُعدّ بُعداً رئيساً ضمن منظومة إدارة المخاطر الشاملة، حيث إن العامل البشري يتداخل مع جميع أنواع المخاطر الأخرى ويؤثر

فيها ويتأثر بها. فالخطأ السريري في جوهره خطأ بشري، والخطأ الدوائي ينجم غالباً عن عامل بشري، وإدارة مخاطر العدوى تتوقف على التزام الكوادر بالبروتوكولات الوقائية. ولذلك فإن أي منظومة لإدارة المخاطر لا تُولي العنصر البشري الاهتمام الكافي ستظل قاصرة عن تحقيق أهدافها مهما كانت متانة أدواتها الفنية والتنظيمية.

ويُشير الحسني والخشالي (2022) إلى أهمية وضع نظام مكافآت يتوافق مع الإسهامات التي يقدمها العاملون ومعاملتهم بإنصاف في توزيع إجراءات العمل والمكافآت، مما يُسهم في خلق الرضا والالتزام ويُقلّل من المخاطر المرتبطة بانخفاض الدافعية والتسرب الوظيفي. كما أن بناء بيئة عمل داعمة تُعزّز الأمان النفسي للعاملين تُشجّعهم على الإبلاغ عن الأخطاء والمخاطر دون خوف، مما يُغذّي منظومة إدارة المخاطر بالمعلومات التي تحتاجها لتعمل بفاعلية.

ومن الجوانب المحورية في إدارة مخاطر الموارد البشرية في المستشفيات ضمان الكفاية العددية والنوعية للكوادر الصحية في جميع الأقسام وعلى مدار الساعة، إذ إن نقص الملاك الوظيفي يؤدي إلى زيادة أعباء العمل على الموظفين الموجودين، مما يرفع احتمالية وقوع الأخطاء ويُسرّع معدلات الاحتراق الوظيفي ويُضعف جودة الرعاية. كما يُعدّ التدريب المستمر والتطوير المهني من أدوات إدارة مخاطر الموارد البشرية الفعّالة، حيث يُسهم في تحديث معارف العاملين ومهاراتهم وتعزيز قدرتهم على التعامل مع المواقف الحرجة والمستجدات المهنية.

وتتقاطع إدارة مخاطر الموارد البشرية مع ما طرحته (Asriani et al. (2025 من أن فاعلية إدارة المخاطر في المستشفيات تعتمد اعتماداً جوهرياً على معارف العاملين واتجاهاتهم ومستوى التزامهم بالسياسات والإجراءات المعتمدة. فالمنظومة الأفضل تصميمياً لن تحقق أهدافها ما لم يكن العاملون مؤهلين لتطبيقها وملتزمين بها ومُدركين لأهميتها. ولذلك فإن الاستثمار في الموارد البشرية يُعدّ استثماراً في جوهر منظومة إدارة المخاطر ذاتها.

6.1.2 استراتيجيات إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية

تتباين استراتيجيات إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية وفقاً لطبيعة الخطر ومستوى خطورته واحتمالية حدوثه والموارد المتاحة للتعامل معه. غير أن الأدبيات تُحدّد أربع استراتيجيات رئيسة تُشكّل الأساس الذي تنطلق منه المؤسسات في بناء استجابتها للمخاطر المختلفة، وهي: استراتيجية تجنب المخاطر، واستراتيجية تخفيف المخاطر، واستراتيجية نقل المخاطر، واستراتيجية قبول المخاطر.

تتمثل استراتيجية تجنب المخاطر في اتخاذ قرارات تُزيل مصدر الخطر نهائياً من خلال تعديل العمليات أو إلغاء الأنشطة التي تولّد المخاطر غير المقبولة. ففي السياق الصحي، قد يتخذ تجنب المخاطر أشكالاً متعددة مثل: التوقف عن استخدام تقنية طبية ثبت أنها تحمل مخاطر تفوق منافعها، أو إعادة تصميم مسار العمل السريري لإزالة الخطوات التي تتركز فيها احتمالات الخطأ. ويُشير الحسني والخشالي (2022) إلى أن استراتيجية التجنب تكون الأنسب حين تكون شدة الخطر واحتمالية حدوثه مرتفعتين معاً، وحين يكون البديل متاحاً وممكناً دون إخلال بجوهر الخدمة المقدمة.

أما استراتيجية تخفيف المخاطر فتُعدّ الأكثر شيوعاً واستخداماً في المؤسسات الصحية، وهي تقوم على اتخاذ إجراءات تُقلّل من احتمالية وقوع الخطر أو تُخفّف من حدة آثاره في حال حدوثه. ويندرج تحت هذه الاستراتيجية طيف واسع من التدابير مثل: تطبيق البروتوكولات السريرية المبنية على الأدلة، وبرامج التدريب والتأهيل المستمر، وأنظمة التحقق المزدوج، وقوائم المراجعة الجراحية، وأنظمة الإنذار المبكر. ويؤكد Shoman and Ellahham (2018) أن بناء الحواجز الوقائية والحماائية على طول مسار تقديم الرعاية يُعدّ جوهر استراتيجية التخفيف، حيث تعمل هذه الحواجز كخطوط دفاع متعاقبة تحول دون تحول التهديد إلى حادث ضار حتى لو فشل أحد خطوط الدفاع.

وتقوم استراتيجية نقل المخاطر على تحويل العبء المالي أو التشغيلي المترتب على الخطر إلى طرف ثالث، وأبرز أشكالها التأمين ضد المسؤولية الطبية والتعاقد الخارجي لبعض الخدمات عالية الخطورة مع مقدمين متخصصين. ورغم أن نقل المخاطر لا يُلغي الخطر ذاته بل يُعيد توزيع تبعاته، إلا أنه يُوفّر حماية مالية للمؤسسة ويُتيح لها التركيز على مخاطرها الجوهرية. ويُشير علوان (2021) إلى أن نقل المخاطر يُعدّ

خياراً استراتيجياً مهماً حين تكون تكلفة التعامل الداخلي مع الخطر أعلى من تكلفة نقله، أو حين يتطلب الخطر خبرات متخصصة لا تتوفر داخل المنظمة.

أما استراتيجية قبول المخاطر فتُطبّق حين تكون تكلفة معالجة الخطر أو تجنبه تفوق الأثر المتوقع في حال تحققه، أو حين يكون الخطر ذا احتمالية منخفضة وأثر محدود. غير أن قبول المخاطر لا يعني تجاهلها، بل يتطلب رصداً مستمراً ومراجعة دورية للتأكد من بقاء مستوى الخطر ضمن الحدود المقبولة. ويُنبّه الغراوي والشريدة (2025) إلى أن الاستخدام غير المدروس لاستراتيجية القبول قد يُعرض المنظمة لمخاطر تراكمية تتصاعد تدريجياً دون أن تُلاحظ حتى تتحول إلى أزمة، ولذلك ينبغي أن يُبنى قرار قبول الخطر على تحليل واعٍ وموثّق وأن يخضع لمراجعة دورية.

وبالإضافة إلى هذه الاستراتيجيات الأربع الكلاسيكية، تطرح الأدبيات الحديثة استراتيجيات تكميلية تتلاءم مع خصوصية القطاع الصحي. ومنها استراتيجية بناء ثقافة السلامة المؤسسية التي تقوم على ترسيخ قيم الشفافية والتعلم من الأخطاء والمسؤولية المشتركة في نسيج المنظمة الصحية بحيث يُصبح الوعي بالمخاطر جزءاً من السلوك اليومي لكل عامل وليس مجرد إجراء شكلي. كما تبرز استراتيجية التحسين المستمر القائمة على دورات التخطيط والتنفيذ والفحص والتصحيح التي تُتيح للمؤسسة الصحية التعلم من كل حادث أو خطأ وتطوير عملياتها بشكل تراكمي ومستدام. وتتقاطع هذه الاستراتيجيات مع ما أشارت إليه Asriani et al. (2025) من أن فاعلية إدارة المخاطر في المستشفيات تتوقف على التطبيق الدقيق والمتسق للسياسات والإجراءات وعلى إجراء عمليات المراجعة والتقييم الدوري لضمان التحسين المستمر.

ويُلاحظ أن المؤسسات الصحية الناضجة في ممارسات إدارة المخاطر لا تعتمد على استراتيجية واحدة بل تُوظّف مزيجاً متكاملًا من الاستراتيجيات تبعاً لطبيعة كل خطر ومستوى خطورته. فقد تلجأ المستشفى إلى تجنب بعض المخاطر عالية الخطورة، وتخفيف أخرى، ونقل بعضها، وقبول ما تبقى منها مع الرصد المستمر. وهذا ما أكدّه الحسني والخشالي (2022) حين أوصيا بأهمية الاستعانة بأنظمة متطورة لمراقبة المخاطر والاهتمام باستراتيجيات بديلة للاستجابة وعدم الاعتماد على خطة واحدة، مما يُعزّز المرونة التنظيمية ويُمكن المؤسسة من التكيف مع المخاطر المتغيرة باستمرار.

المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية

1.2.2 تمهيد

يُمثّل تحسين جودة الخدمات الصحية غاية محورية تسعى إليها المنظومات الصحية في مختلف أنحاء العالم، إذ إن جودة الخدمة الصحية لا تؤثر في صحة الفرد ورفاهيته فحسب، بل تمتد آثارها لتشمل الثقة المجتمعية في المؤسسات الصحية والكفاءة الاقتصادية للقطاع الصحي ومستوى التنمية البشرية في المجتمع ككل. وقد شهد الاهتمام بجودة الخدمات الصحية تصاعداً ملحوظاً خلال العقود الأخيرة، لا سيما بعد أن كشفت الأزمات الصحية العالمية ومنها جائحة كوفيد-19 عن ثغرات جوهرية في النظم الصحية حتى في الدول الأكثر تقدماً، مما أعاد طرح التساؤلات حول مفهوم الجودة الصحية ومعاييرها وآليات قياسها وسبل تحسينها. وتتسم جودة الخدمات الصحية بطبيعة متعددة الأبعاد تتداخل فيها الجوانب السريرية والإدارية والإنسانية والتقنية، مما يجعل تعريفها وقياسها وتحسينها تحدياً مركباً يستدعي فهماً عميقاً للنظريات والنماذج التي طوّرها الباحثون في هذا الحقل. ويتناول هذا المبحث مفهوم جودة الخدمات الصحية من خلال استعراض تعريفات الباحثين وخصائص الخدمة الصحية المميزة لها، ثم ينتقل إلى بيان أهمية جودة الخدمات الصحية، وأهدافها، وأبعادها، وصولاً إلى نماذج قياسها المعتمدة في الأدبيات.

2.2.2 مفهوم جودة الخدمات الصحية

يتطلب استيعاب مفهوم جودة الخدمات الصحية التوقف أولاً عند المفاهيم الأساسية التي يتأسس عليها، وفي مقدمتها مفهوم الخدمة الصحية ذاتها ومفهوم الجودة بوصفه حقلاً معرفياً له جذوره النظرية المتنوعة. فمفهوم الخدمة الصحية نابع أساساً من المفهوم العام للخدمات، غير أنه يتميز بخصائص فريدة تفرضها طبيعة القطاع الصحي وحساسية التعامل مع صحة الإنسان وحياته. ويُشير بونا (2024) إلى أن الخدمة الصحية تتمثّل في كونها منتجاً غير ملموس يُقدّم منافع للمستفيدين نتيجة توظيف العنصر البشري المتخصص، وأنها تتّصف بخصائص عديدة تُميّزها عن السلعة المادية، أبرزها عدم الملموسية والتلازم بين الإنتاج والاستهلاك وعدم قابلية التخزين ومشاركة المريض في إجراءات الخدمة والتباين في مستوى الأداء من مقدّم خدمة لآخر. وتترتب على هذه الخصائص تحديات جوهرية في قياس

الجودة، إذ يصعب تطبيق المعايير التقليدية المستخدمة في قياس جودة السلع المادية على خدمة لا يمكن فحصها أو اختبارها قبل تقديمها.

أما مفهوم الجودة في حدّ ذاته فيتّسم بالتعدد والتنوع في التعريف. فقد أشار Endeshaw (2021) إلى أن مفهوم الجودة كان من أكثر المفاهيم إثارة للجدل في أدبيات الخدمات، وأن أبرز رواد الجودة قدّموا تعريفات متباينة لهذا المفهوم، فبينما ركّز كروسبي على الجودة بوصفها مطابقة للمواصفات، عرّفها ديمنغ وفايجنباوم وإيشيكاوا من زاوية إشباع حاجات العميل وتوقعاته، في حين جمع جوران بين المنظورين في تعريف واحد يتضمن المطابقة للمواصفات وإرضاء العميل في آن واحد.

وحيث يُطبّق مفهوم الجودة على الخدمات الصحية تحديداً تزداد التعقيدات، نظراً لتعدد الأطراف المعنية واختلاف منظوراتها. فقد بيّن سيفي (2020) أن جودة الخدمات الصحية تتوقف على تصورات المريض وإدراكاته وتوقعاته، بحيث كلما استطاعت المؤسسات الصحية تحقيق متطلبات المريض وفق تطلعاته فقد تحققت جودة الخدمة الصحية. ويُبرز هذا التعريف المنظور الخارجي للجودة الذي يضع المريض في مركز عملية التقييم، على اعتبار أنه المستفيد النهائي من الخدمة والأقدر على الحكم على مدى تلبيتها لاحتياجاته. غير أن هذا المنظور وحده لا يكفي لتقديم صورة متكاملة عن جودة الخدمة الصحية، إذ إن المريض قد لا يمتلك المعرفة الطبية الكافية لتقييم الجوانب الفنية والسريرية للرعاية المقدمة له.

وفي هذا السياق، يُقدّم جبره (2020) تعريفاً أكثر شمولاً لجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية يتجاوز المنظور الأحادي، حيث تتناول الجودة من خلال أبعاد متعددة تشمل الاعتمادية والاستجابة والملموسية والتعاطف والضمان، وهي أبعاد تُغطي الجانب الوظيفي للخدمة الصحية أي الكيفية التي تُقدّم بها الخدمة وليس فقط المحتوى الفني للعلاج. ويعكس هذا التوجه تأثر أدبيات جودة الخدمات الصحية بالنماذج العامة لقياس جودة الخدمات، ولا سيما نموذج SERVQUAL الذي طوّره باراسورامان وزملاؤه والذي اعتمد على نطاق واسع في القطاع الصحي مع إجراء تعديلات تتناسب مع خصوصيته.

يُضيف الزياي والسماوي (2024) بُعداً مهماً لمفهوم جودة الخدمات الصحية من خلال ربطها بالعوامل التنظيمية الداخلية، ولا سيما الرضا الوظيفي للعاملين، حيث يتناولان جودة الخدمات الصحية من خلال مجالات الملموسية والاعتمادية والاستجابة والضمان والتعاطف بوصفها انعكاساً لجودة البيئة الإدارية والتنظيمية التي يعمل فيها مقدمو الخدمة. ويُلقى هذا الطرح الضوء على العلاقة التبادلية بين جودة بيئة العمل الداخلية وجودة الخدمة المقدمة للمستفيد الخارجي، إذ إن العاملين غير الراضين أو غير المؤهلين لن يكونوا قادرين على تقديم خدمة عالية الجودة مهما كانت جودة البنية التحتية والتجهيزات المتاحة.

وعلى صعيد المنظور الإداري والحوكيمي، يربط الرمادي (2022) بين جودة الخدمات الصحية ومنظومة الحوكمة المؤسسية، حيث يرى أن تحقيق جودة الخدمات الصحية يستلزم تطبيق مبادئ الشفافية والمشاركة والمساءلة وسيادة القانون ومكافحة الفساد والعدالة في تقديم الخدمات. ويُوسّع هذا التعريف نطاق مفهوم الجودة ليتجاوز الأبعاد الفنية والوظيفية إلى الأبعاد المؤسسية والأخلاقية، مؤكداً أن الجودة الحقيقية لا يمكن أن تتحقق في غياب حوكمة رشيدة تضمن النزاهة والمساءلة والتوزيع العادل للموارد.

ومن المنظور الرقمي المعاصر، يُشير سلمان وعلي وعبدالمجيد (2026) إلى أن مفهوم جودة الخدمات الصحية يشهد تحولاً جوهرياً في ظل الثورة الرقمية، حيث أصبحت الخدمات الصحية الرقمية جزءاً لا يتجزأ من منظومة الرعاية الصحية، مما يستدعي إعادة النظر في معايير الجودة التقليدية لتشمل أبعاداً جديدة ترتبط بسهولة الوصول الرقمي وأمن المعلومات الصحية وتكامل الأنظمة الإلكترونية وجودة التفاعل عبر المنصات الرقمية.

أما على الصعيد الدولي، فيُعرّف (Ajam et al. (2022) جودة الخدمة الصحية من خلال مقارنة الفجوة بين توقعات المرضى وإدراكاتهم للخدمة الفعلية المقدمة، حيث تتحدد الجودة بمقدار المسافة بين ما يتوقعه المريض وما يحصل عليه فعلاً. ويرتكز هذا التعريف على المنطق النظري لنموذج SERVQUAL الذي يفترض أن جودة الخدمة المُدركة هي محصلة المقارنة بين التوقعات المسبقة والأداء الفعلي. وتتقاطع

هذه المقاربة مع ما طرحه (Tuczyńska et al. (2022 في سياق تقييم جودة الخدمات الصحية خلال جائحة كوفيد-19 في الدول الأوروبية، حيث تبين أن الجائحة أعادت تشكيل توقعات المرضى وأولوياتهم، مما انعكس على تقييماتهم لجودة الخدمات الصحية.

ويقدم (Majeed et al. (2024 مقارنة إدارية لمفهوم جودة الخدمات الصحية من خلال مراجعة منهجية للممارسات الإدارية الفعّالة، حيث يربطون الجودة بالممارسات القيادية والكفاءة التشغيلية، مؤكدين أن جودة الخدمات الصحية ليست نتاجاً للجهد السريري وحده بل هي محصلة لمنظومة إدارية متكاملة تتضمن القيادة الفاعلة والتخطيط الاستراتيجي وإدارة الموارد والتحسين المستمر للعمليات. ويتسق هذا الطرح مع ما أورده (Elkomy et al. (2023 من أن القيادة الإدارية تؤدي دوراً محورياً في تحديد مستوى جودة الخدمات الصحية، وأن جودة القيادة تنعكس بشكل مباشر على جودة الخدمة المقدمة للمريض.

وفي ضوء هذا الاستعراض المتعدد الزوايا، يرى الباحث أن جودة الخدمات الصحية يمكن تعريفها بأنها الدرجة التي تتمكن فيها المؤسسة الصحية من تلبية احتياجات المرضى وتوقعاتهم وتجاوزها، من خلال تقديم رعاية صحية آمنة وفعّالة ومتاحة وعادلة، تتكامل فيها الجوانب الفنية والسريرية مع الجوانب الوظيفية والإنسانية والإدارية، في إطار منظومة حوكمة رشيدة تضمن التحسين المستمر والمساءلة والشفافية. ويجمع هذا التعريف بين المنظور الخارجي المتمحور حول المريض والمنظور الداخلي المتعلق بالعمليات والكوادر، ويُراعي التحولات المعاصرة في طبيعة الخدمات الصحية بما فيها التحول الرقمي.

3.2.2 أهمية جودة الخدمات الصحية

اكتسب موضوع جودة الخدمات الصحية أهمية متزايدة على المستويات المحلية والإقليمية والدولية، حتى أصبح دراسة جودة الخدمات الصحية ظاهرة عالمية كما وصفها جبره (2020)، خاصة بعد أن أظهرت جائحة كورونا ضعف النظم الصحية في كثير من المجتمعات المتقدمة والنامية على حدٍ سواء. وهذا الاهتمام المتصاعد ليس وليد اللحظة، بل هو تراكم لإدراك متنامٍ بأن جودة الخدمات الصحية تُمثل ركيزة أساسية للرفاهية المجتمعية وعاملاً حاسماً في تحديد مستوى الثقة بين المواطن والمؤسسة الصحية.

ويُشير سيفي (2020) إلى أن أهمية جودة الخدمات الصحية تنبع من كونها أصبحت مطلباً تتنافس عليه أغلب المؤسسات الاستشفائية لتلبية احتياجات المرضى وكسب رضاهم، وأن هذه الأهمية تتجلى في عدة محاور:

- ارتباط جودة الخدمة الصحية بصورة مباشرة بصحة الإنسان وسلامته، مما يجعل أي تقصير فيها ذا عواقب جسيمة تختلف جوهرياً عن نتائج التقصير في قطاعات أخرى،
- كون المريض يأتي إلى المؤسسة الصحية في وضع ضعف وحاجة يجعله أكثر حساسية لمستوى الخدمة المقدمة وأكثر تأثراً بجوانبها الإنسانية والوظيفية،
- ارتباط جودة الخدمات الصحية بالكفاءة الاقتصادية للقطاع الصحي، إذ إن تدني الجودة يؤدي إلى هدر الموارد نتيجة تكرار الزيارات وإطالة فترات الإقامة وتكاليف معالجة الأخطاء والمضاعفات.

ويرى بونا (2024) أن أهمية جودة الخدمات الصحية تتعاظم في ضوء صعوبة قياس هذه الخدمات وتحديد الأسباب الجذرية للعيوب وأوجه القصور، مما يستوجب من المؤسسات الصحية الاعتماد على خصائص علمية تبني من خلالها استراتيجية عمل متكاملة بين جميع الفاعلين داخل التنظيم. ويُبرز هذا الطرح أن أهمية الجودة لا تكمن فقط في تحقيقها بل في القدرة على قياسها ورصد انحرافاتهما وتحسينها بشكل مستمر، وهو ما يتطلب بناء قدرات مؤسسية متخصصة في إدارة الجودة وتقييمها.

ويُضيف علي والسماوي (2024) بُعداً ميدانياً لأهمية جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية تحديداً، حيث تتناول دراستهما واقع جودة الخدمات الصحية من خلال أبعاد الاعتمادية والاستجابة والضمان والملموسية والتعاطف، مؤكدين أن تقييم هذه الأبعاد يُعدّ أمراً بالغ الأهمية لتحديد مواطن القوة والضعف ووضع خطط التحسين المستندة إلى أدلة واقعية. وتبرز أهمية هذا التقييم بشكل خاص في المستشفيات الحكومية التي تخدم شريحة واسعة من المواطنين وتحمل مسؤولية اجتماعية مضاعفة في تقديم رعاية ذات جودة مقبولة بغض النظر عن المستوى الاقتصادي للمريض.

ويؤكد Tuczyńska et al. (2022) أن أهمية جودة الخدمات الصحية تتجلى بصورة أكثر وضوحاً في أوقات الأزمات، حيث أظهرت جائحة كوفيد-19 أن المنظومات الصحية التي كانت تتمتع بمستويات عالية

من الجودة قبل الأزمة كانت أقدر على التكيف والاستجابة والحفاظ على مستوى مقبول من الخدمة حتى في ظل الضغوط الاستثنائية. وهذا يعني أن الاستثمار في جودة الخدمات الصحية ليس ترفاً بل هو بناء لقدرة المنظومة الصحية على الصمود في وجه الأزمات.

ومن منظور إداري، يُبين (Elkomy et al. (2023 أن أهمية جودة الخدمات الصحية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بنوعية القيادة الإدارية في المؤسسات الصحية، مؤكدين أن القيادة الفاعلة تُسهم في خلق بيئة مؤسسية تُحفّز على التحسين المستمر وتُعزّز الالتزام بمعايير الجودة على جميع المستويات التنظيمية. وتكمن أهمية هذا الربط في أنه يُحوّل جودة الخدمات الصحية من كونها مسألة فنية بحتة إلى قضية قيادية واستراتيجية تتطلب التزاماً من أعلى مستويات الإدارة.

كما يُضيف (Amankwah et al. (2023 بُعداً مهماً يتعلق بأهمية جودة العمليات الإدارية في تشكيل تجربة المريض الصحية، حيث يؤكدون أن جودة الخدمات الصحية لا تتوقف فقط على الكفاءة السريرية بل تتأثر تأثيراً كبيراً بجودة التسهيلات وإدارة المرافق والعمليات الإدارية المساندة التي تُشكّل البيئة التي تُقدّم فيها الرعاية. وهذا يعني أن تحسين جودة الخدمات الصحية يتطلب مقاربة شاملة تتناول كل حلقة من حلقات تجربة المريض وليس فقط اللحظة السريرية.

ويُبرز الرمادي (2022) أهمية جودة الخدمات الصحية من زاوية العدالة الاجتماعية، حيث يرى أن تحقيق جودة عالية في الخدمات الصحية يُسهم في ضمان التوزيع العادل للرعاية الصحية وعدم التمييز بين المواطنين في الحصول على خدمة ذات مستوى مقبول. وتتضاعف هذه الأهمية في المستشفيات الحكومية التي تُموّل من المال العام وتحمل مسؤولية تقديم خدمة عادلة لجميع فئات المجتمع.

وعلى صعيد أبو دف وعاشور (2021) فإنهما يربطان أهمية جودة الخدمات الصحية بضرورة الاهتمام الدائم بقياس هذه الجودة من خلال المقاييس العالمية المعتمدة، مشيرين إلى أن القياس المنتظم يُعدّ شرطاً أساسياً لأي جهود تحسين حقيقية، إذ لا يمكن تحسين ما لا يُقاس. ويستدعي هذا بناء منظومة متكاملة لقياس مؤشرات الجودة ورصدها ومقارنتها بالمعايير المرجعية وتحديد فجوات الأداء ووضع خطط العلاج التصحيحية.

4.2.2 أهداف جودة الخدمات الصحية

تتعدد الأهداف التي تسعى جودة الخدمات الصحية إلى تحقيقها، وهي أهداف تتراوح بين حماية سلامة المرضى وتحسين النتائج العلاجية وتعزيز رضا المستفيدين ورفع الكفاءة التشغيلية للمؤسسات الصحية. ويختلف تصنيف هذه الأهداف وترتيب أولوياتها من باحث لآخر تبعاً للمنظور النظري المتبنى والسياق التطبيقي المستهدف، إلا أن ثمة توافقاً واسعاً على مجموعة من الأهداف المحورية.

ويُشير Endeshaw (2021) إلى أن أهداف جودة الخدمات الصحية تتأسس على الإطار الذي وضعه دونابيديان الذي يُعدّ أول من قدّم دراسة منهجية للجودة في الرعاية الصحية، حيث حدّد سبعة أبعاد تُمثّل في جوهرها أهدافاً ينبغي أن تسعى إليها المؤسسة الصحية، وهي: 1- الفعالية العلمية أي قدرة التدخل الطبي على تحقيق أفضل النتائج الممكنة في الظروف المثلى، 2- الفاعلية التطبيقية أي تحقيق هذه النتائج في الظروف الواقعية وليس فقط في الظروف المثالية، 3- الكفاءة أي تحقيق أفضل النتائج بأقل قدر من الموارد، 4- الأمثلية أي تحقيق التوازن الأفضل بين المنافع والتكاليف، 5- القبول أي ملاءمة الخدمة لرغبات المريض وتوقعاته، 6- المشروعية أي توافق الخدمة مع القيم والتوقعات المجتمعية، 7- العدالة أي التوزيع المنصف للرعاية الصحية بين فئات المجتمع.

كما يُشير جبره (2020) إلى أن من بين الأهداف الجوهرية لجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية:

- الكشف عن أوجه التميز والقصور في الخدمات المقدمة لتحديد أولويات التحسين،
- تحقيق رضا المرضى من خلال تلبية توقعاتهم في مختلف أبعاد الخدمة الصحية،
- تعزيز ثقة المجتمع في المؤسسة الصحية الحكومية بما يُسهم في تحقيق الاستقرار الاجتماعي،
- رفع مستوى أداء الكوادر الصحية من خلال وضع معايير واضحة للجودة يسترشدون بها في ممارساتهم اليومية.

ويُضيف (Majeed et al. (2024) أهدافاً ذات طابع إداري واستراتيجي، حيث يريان أن جودة

الخدمات الصحية تهدف إلى:

- تحسين النتائج الصحية للمرضى من خلال تبني ممارسات إدارية فعالة تُرَيِّب البيئة المناسبة لتقديم رعاية متميزة،
- تعزيز سلامة المرضى عبر بناء أنظمة إدارية تكشف عن المخاطر وتتعامل معها بكفاءة،
- رفع الكفاءة التشغيلية للمؤسسة الصحية من خلال تحسين العمليات وترشيد استخدام الموارد،
- تحقيق رضا المرضى ومقدمي الخدمة على حدٍ سواء بوصفهما وجهين لعملة واحدة.

ويُحدّد (Ajam et al. (2022) هدفاً تطبيقياً واضحاً لقياس جودة الخدمات الصحية يتمثل في تحديد فجوة الجودة بين ما يتوقعه المريض وما يحصل عليه فعلاً، بحيث يُصبح هذا القياس أساساً لإعداد مشاريع التحسين والبرامج التطويرية. ويرتبط هذا الهدف بفلسفة التحسين المستمر التي تقوم على مبدأ أن الجودة ليست حالة ثابتة تُحقّق مرة واحدة بل هي مسار دائم من القياس والتحليل والتدخل والمتابعة.

كما يُشير سلمان وعلي وعبدالمجيد (2026) إلى أن من أهداف جودة الخدمات الصحية المعاصرة تسهيل الوصول إلى الرعاية الصحية من خلال التحول الرقمي، وتقليل الفوارق في الحصول على الخدمة بين المناطق الحضرية والريفية، وتعزيز قدرة المريض على المشاركة في إدارة صحته عبر المنصات الرقمية. وتعكس هذه الأهداف التحول الجاري في مفهوم الجودة من التركيز على الخدمة داخل جدران المستشفى إلى تقديم رعاية متكاملة تمتد عبر مختلف نقاط التماس بين المريض والمنظومة الصحية.

ويُبرز الرمادي (2022) هدف العدالة الاجتماعية بوصفه غاية محورية لجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية، حيث يرى أن تحقيق جودة عالية يستلزم ضمان عدالة توزيع الخدمات الصحية وعدم التمييز بين المواطنين في نوعية العلاج المُقدّم. كما يُشير (Elkomy et al. (2023) إلى أن من أهداف جودة الخدمات الصحية بناء منظومة قيادية فعّالة تضمن استدامة الجودة على المدى الطويل وعدم ارتهاؤها بأشخاص بعينهم، بحيث تُصبح الجودة ثقافة مؤسسية راسخة وليست مبادرة فردية عابرة.

ويرى الزيايدي والسماوي (2024) أن من الأهداف الأساسية لجودة الخدمات الصحية تحقيق رضا العاملين أنفسهم، إذ يرتبط رضا مقدم الخدمة ارتباطاً وثيقاً بجودة الخدمة التي يقدمها. ولذلك فإن أي استراتيجية لتحسين جودة الخدمات الصحية ينبغي أن تتضمن محوراً يتعلق بتحسين ظروف العمل وبيئته ونظام الحوافز والعلاقات التنظيمية الداخلية.

5.2.2 أبعاد جودة الخدمات الصحية

تتعدد الأبعاد التي استخدمها الباحثون لقياس جودة الخدمات الصحية وتقييمها، وقد شهدت الأدبيات تطوراً ملحوظاً في هذا الشأن انتقل من الاعتماد على الأبعاد العامة لجودة الخدمات إلى تطوير أبعاد أكثر تخصصاً تراعي خصوصية القطاع الصحي. وقد اعتمدت غالبية الدراسات العربية المشار إليها في هذا البحث على الأبعاد الخمسة المستمدة من نموذج SERVQUAL وهي: الملموسية، والاعتمادية، والاستجابة، والضممان، والتعاطف، وهي الأبعاد التي أثبتت فاعليتها في قياس جودة الخدمات الصحية في سياقات متعددة.

بُعد الملموسية (Tangibles): يُشير هذا البُعد إلى المظاهر المادية والملموسة للخدمة الصحية التي يمكن للمريض إدراكها بحواسه، وتشمل المباني والمرافق والتجهيزات الطبية والنظافة العامة ومظهر العاملين واللافتات الإرشادية وأنظمة التهوية والإضاءة وغرف الانتظار وتوفير مواقف السيارات. ويُعد هذا البُعد من أوائل العناصر التي يُقيّمها المريض عند دخوله المؤسسة الصحية، إذ تُشكّل المظاهر المادية انطباعاً أولياً يؤثر في تقييمه اللاحق لجميع جوانب الخدمة. وقد أشار علي والسماوي (2024) إلى أن بُعد الملموسية يحتل مرتبة متوسطة في تقييم المرضى لجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية، مما يعكس تبايناً في مستوى البنية التحتية والتجهيزات بين مؤسسة وأخرى. ولا يقتصر هذا البُعد على الجوانب الجمالية بل يمتد إلى ما يتعلق بسلامة المرافق وملاءمتها لاحتياجات المرضى بمختلف فئاتهم بما في ذلك ذوي الاحتياجات الخاصة وكبار السن.

بُعد الاعتمادية (Reliability): يُقصد بالاعتمادية قدرة المؤسسة الصحية على تقديم الخدمة الموعود بها بدقة واتساق وثبات، أي أن المريض يحصل على الخدمة ذاتها بالمستوى نفسه في كل مرة يتلقى

ففيها الرعاية. ويتضمن هذا البُعد الوفاء بالمواعيد المحددة، والتشخيص الدقيق، وتنفيذ الإجراءات العلاجية وفق البروتوكولات المعتمدة، والحفاظ على السجلات الطبية بدقة، وتقديم المعلومات الصحيحة للمريض. ويُشير جبره (2020) إلى أن بُعد الاعتمادية يحتل أهمية بالغة في تقييم المرضى لجودة الخدمات في المستشفيات الحكومية، غير أنه يُسجل في كثير من الأحيان مستويات متوسطة أو دون التوقعات. وتُعدّ الاعتمادية من أكثر الأبعاد حساسية في السياق الصحي لأن أي خلل فيها قد يترتب عليه عواقب صحية مباشرة على المريض، فالخطأ في التشخيص أو التأخر في تقديم العلاج ليسا مجرد إزعاج بل قد يُهددان حياة الإنسان.

بُعد الاستجابة: (Responsiveness) يتعلق هذا البُعد بمدى استعداد العاملين في المؤسسة الصحية لتقديم المساعدة الفورية للمرضى والاستجابة لاحتياجاتهم وطلباتهم بسرعة وفاعلية. ويشمل ذلك سرعة الاستقبال في قسم الطوارئ، وتقليل أوقات الانتظار للحصول على الخدمة، والتجاوب السريع مع استفسارات المرضى وشكاواهم، ومرونة التعامل مع الحالات الطارئة. وقد كشف علي والسماوي (2024) أن بُعد الاستجابة يتصدّر ترتيب أبعاد جودة الخدمات الصحية من حيث أهميته لدى المرضى في المستشفيات الحكومية، وهو ما يعكس الأولوية التي يُولمها المرضى لسرعة الحصول على الرعاية وعدم الانتظار لفترات طويلة. ويرتبط هذا البُعد ارتباطاً وثيقاً بتصميم العمليات وتدفق العمل داخل المستشفى وبمدى كفاية الملاك الوظيفي وتوزيعه على الأقسام والنوبات.

بُعد الضمان: (Assurance) يُشير هذا البُعد إلى مدى شعور المريض بالثقة والأمان أثناء تلقيه الرعاية الصحية، ويتحدد بمستوى معرفة العاملين وكفاءتهم المهنية ولباقتهم وقدرةهم على بثّ الطمأنينة في نفس المريض. ويتضمن بُعد الضمان: الكفاءة المهنية للطبيب والممرض، وحماية خصوصية المريض وسرية بياناته الصحية، والتعامل باحترام وتقدير، وتوفير بيئة علاجية آمنة. وقد أشار الزيايدي والسماوي (2024) إلى أن بُعد الضمان يرتبط ارتباطاً وثيقاً بطبيعة العلاقة بين مقدّم الخدمة والمريض، وأن شعور المريض بالثقة في الفريق العلاجي يُؤثر تأثيراً كبيراً في تقييمه لجودة الخدمة ككل. ويتّسم هذا البُعد بأهمية خاصة في السياق الصحي نظراً لأن المريض يأتمن الفريق الطبي على ما هو أغلى ما يملك وهو صحته وحياته، ولذلك فإن أي شعور بعدم الكفاءة أو عدم الأمان يُقوّض ثقة المريض في المنظومة بأكملها.

بُعد التعاطف (Empathy) يُعنى هذا البُعد بمستوى الاهتمام الشخصي والرعاية الإنسانية التي يُبدئها مقدمو الخدمة تجاه المرضى، ويتضمن: الإصغاء لمخاوف المريض وشكواه، ومراعاة حالته النفسية والاجتماعية، والتواصل الفعّال معه ومع ذويه، وتفهم احتياجاته الفردية، وتقديم الدعم المعنوي إلى جانب الرعاية الطبية. ويُلقى هذا البُعد الضوء على الجانب الإنساني في تقديم الرعاية الصحية الذي لا تقل أهميته عن الجانب الفني، إذ إن المريض ليس مجرد حالة طبية بل هو إنسان يعاني ويحتاج إلى من يفهمه ويُشعره بأنه محل اهتمام حقيقي. وقد أشار جبره (2020) إلى أن بُعد التعاطف يُسجل مستويات أقل مقارنة بالأبعاد الأخرى في المستشفيات الحكومية، مما يُشير إلى فجوة بين توقعات المرضى في هذا الجانب والواقع الفعلي.

وبالإضافة إلى هذه الأبعاد الخمسة المستمدة من نموذج SERVQUAL، يُشير Endeshaw (2021) إلى أن أدبيات جودة الخدمات الصحية تتضمن أبعاداً أخرى طوّرتها نماذج متخصصة مثل نموذج دونابيديان الذي يُصنّف الجودة ضمن ثلاثة أبعاد كبرى هي: البنية التي تتضمن المرافق والتجهيزات والكوادر والأنظمة الإدارية، والعملية التي تتناول الأنشطة والإجراءات الفعلية في تقديم الرعاية، والنتائج التي تُقيّم مخرجات الرعاية من حيث تحسّن حالة المريض أو شفائه. ويتميّز هذا النموذج بأنه يربط بين المدخلات والعمليات والمخرجات في سلسلة سببية متكاملة، مما يُتيح تحديد مواطن الخلل بدقة واقتراح تدخلات تصحيحية مُوجّهة.

كما يُشير Endeshaw (2021) إلى نماذج أخرى مُتخصصة مثل نموذج HEALTHQUAL الذي طُوّر من خلال تكييف نموذج SERVQUAL مع خصوصية القطاع الصحي ويتضمن ستة أبعاد هي: إجراءات القبول، واتجاهات الكادر الطبي، واتجاهات الطاقم التمريضي، وبيئة الجناح والمستشفى، ومرافق المرضى وتسهيلاتهم، وتخطيط الخروج والتنسيق. وكذلك نموذج PubHosQual المُصمّم خصيصاً لقياس جودة المستشفيات العامة ويتضمن خمسة أبعاد هي: القبول، والخدمة الطبية، والخدمة الشاملة، والخروج، والمسؤولية الاجتماعية. وقد أكد Endeshaw (2021) أن النماذج العامة لم تعد كافية وحدها لقياس جودة الخدمات الصحية وأن كل بيئة صحية تحتاج إلى تطوير إطارها الخاص الذي يتلاءم مع سياقها الثقافي والاقتصادي والتنظيمي.

ويُثري (Amankwah et al. (2023) هذا الطرح بإضافة بُعد جودة إدارة المرافق بوصفه عاملاً مؤثراً في تشكيل تجربة المريض الصحية، مؤكدين أن جودة العمليات الإدارية المساندة تتوسط العلاقة بين جودة المرافق وتجربة المريض. وهذا يعني أن الأبعاد المادية وحدها لا تكفي ما لم تكن مدعومة بعمليات إدارية فعالة تحسن استثمار هذه الموارد المادية وتوظفها لصالح المريض.

6.2.2 نماذج قياس جودة الخدمات الصحية

شكل قياس جودة الخدمات الصحية تحدياً منهجياً مستمراً أمام الباحثين والممارسين على حدٍ سواء، نظراً للطبيعة المعقدة والمتعددة الأبعاد للخدمة الصحية وتعدد الأطراف المعنية بتقييمها. وقد تطوّرت نماذج القياس عبر العقود الماضية من نماذج عامة مُستعارة من أدبيات التسويق وإدارة الخدمات إلى نماذج أكثر تخصصاً مُصمّمة لتلائم خصوصية القطاع الصحي.

يُعدّ نموذج دونابيديان من أقدم النماذج وأكثرها تأثيراً في قياس جودة الخدمات الصحية، وقد طُوّر في ستينيات القرن العشرين ولا يزال يُستخدم على نطاق واسع حتى اليوم. ويقوم هذا النموذج على ثلاثة مكونات مترابطة هي البنية والعملية والنتائج، ويفترض وجود علاقة سببية خطية بينها بحيث تؤدي جودة البنية إلى جودة العملية التي تُفضي بدورها إلى نتائج إيجابية. ويُشير (Endeshaw (2021 إلى أن دونابيديان عرّف البنية بأنها الإطار الذي يشمل المرافق والتجهيزات ومؤهلات مقدمي الخدمة والأنظمة الإدارية، بينما تُمثّل العملية الأنشطة الفعلية المُنفّذة في تقديم الرعاية، وتُعبّر النتائج عن الأثر النهائي على صحة المريض. ويتميّز هذا النموذج ببساطته ووضوحه المنطقي مما سهّل تبنيه على نطاق واسع، غير أنه يُواجه انتقاداً يتعلق بافتراض خطية العلاقة بين مكوناته الثلاثة في حين أن الواقع أكثر تعقيداً.

أما نموذج SERVQUAL فيُعدّ الأكثر استخداماً في قياس جودة الخدمات بشكل عام وفي القطاع الصحي بشكل خاص. ويقوم هذا النموذج على قياس الفجوة بين توقعات المستفيد وإدراكاته للأداء الفعلي عبر خمسة أبعاد هي الملموسية والاعتمادية والاستجابة والضمان والتعاطف. وقد استخدم Ajam et al. (2022) هذا النموذج في تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى ميداني مؤكدين فاعليته في تحديد فجوات الجودة وتوجيه جهود التحسين. كما استخدمته جبره (2020) في تقييم جودة الخدمات في

المستشفى الأميري العام، واعتمده الزيايدي والسماوي (2024) وعلي والسماوي (2024) في دراسات المستشفيات الحكومية. غير أن (Endeshaw (2021 يُنبه إلى أن نموذج SERVQUAL يُركّز بصورة أساسية على الجودة الوظيفية أي كيفية تقديم الخدمة ويُهمل إلى حدٍ ما الجودة الفنية أي المحتوى العلمي والسريري للرعاية، وهو ما يُمثّل ثغرة مهمة في السياق الصحي حيث يتساوى الجانبان في الأهمية.

ويُشير (Endeshaw (2021 كذلك إلى نموذج HEALTHQUAL الذي طُوّر بوصفه تكييفاً لنموذج SERVQUAL يراعي خصوصية القطاع الصحي، وقد دمج عناصر من نموذج دونابيديان ونموذج SERVQUAL في إطار واحد يتضمن ستة أبعاد تُغطي مسار المريض الكامل من لحظة القبول حتى الخروج. غير أن هذا النموذج يُواجه انتقاداً يتعلق بأنه طُوّر في سياق ثقافي واقتصادي محدد قد لا يكون قابلاً للتعميم على بيئات أخرى. كما يُشير إلى نموذج PubHosQual المُصمّم خصيصاً لقياس جودة المستشفيات العامة في الدول النامية، والذي يتميز بإدراجه لُبعد المسؤولية الاجتماعية الذي لا يظهر في النماذج الأخرى. وكذلك نموذج HospitalQual المُصمّم لمراقبة جودة الخدمات المقدمة للمرضى المنومين وتحسينها.

وتؤكد الأدبيات المعاصرة أن اختيار نموذج القياس الأنسب يتوقف على عدة اعتبارات منها: طبيعة المؤسسة الصحية المستهدفة ونوعية المستفيدين ومستوى نضج منظومة الجودة والسياق الثقافي والاقتصادي. فقد أكد (Endeshaw (2021 أن النماذج العامة المطوّرة في السياق الغربي قد لا تكون متوافقة مع سياقات الدول النامية بسبب الفروقات الثقافية والاقتصادية، وأن كل دولة بل كل مؤسسة صحية ينبغي أن تُطوّر إطارها الخاص لقياس الجودة بما يتلاءم مع واقعها. ويتّسق هذا الطرح مع ما أورده (Ajam et al. (2022 من أن تحديد فجوة الجودة في كل مستشفى يُعدّ خطوة ضرورية تسبق أي جهد تحسيني، وأن النتائج قد تختلف جوهرياً من مستشفى لآخر حتى داخل البلد الواحد.

كما يُضيف (Elkomy et al. (2023 أن قياس جودة الخدمات الصحية ينبغي ألا يقتصر على منظور المرضى فحسب بل يتضمن أيضاً منظور مقدمي الخدمة والإدارة، وأن جودة القيادة تُعدّ مؤشراً تنبؤياً مهماً لجودة الخدمة المُقدّمة. ويتقاطع هذا مع ما طرحه (Amankwah et al. (2023 من أن جودة العمليات الإدارية المساندة تتوسط العلاقة بين جودة المرافق وتجربة المريض، مما يستدعي إدراج هذه

العمليات ضمن نماذج القياس. كما يؤكد أبو دف وعاشور (2021) على ضرورة الاعتماد على المقاييس العالمية المعتمدة في قياس جودة الخدمات الصحية مع تكييفها لتتلاءم مع البيئة المحلية، وأن القياس المنتظم والمقارن يُعدّ ركيزة أساسية لأي استراتيجية تحسين جادة.

وخلاصة القول إن قياس جودة الخدمات الصحية عملية معقدة تتطلب توظيف نماذج متعددة ومتكاملة تُراعي تعدد أبعاد الجودة وتنوع أصحاب المصلحة والسياق الثقافي والتنظيمي للمؤسسة الصحية. وينبغي أن يكون القياس جزءاً من دورة مستمرة للتحسين تبدأ بتحديد المعايير والمؤشرات، وتمرّ بجمع البيانات وتحليلها، وتنتهي بتصميم التدخلات التحسينية وتنفيذها ومتابعة أثرها، ثم تبدأ الدورة من جديد في مسار تصاعدي مستمر نحو الجودة الأفضل.

الفصل الثالث: منهجية الدراسة

1.3 تمهيد

وفي هذا الفصل يُعرض المنهج المتبع في الدراسة الحالية، ثم يُحدّد مجتمع الدراسة وعينتها بأرقام دقيقة، يعقب ذلك وصف تفصيلي لأداة جمع البيانات من حيث أقسامها وعدد فقرات كل بعد ومقياس الاستجابة المعتمد، ثم تُستعرض إجراءات التحقق من الصدق والثبات بما يشمل مصفوفة الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل والمتغير التابع، وأخيراً تُبيّن الأساليب الإحصائية التي وُظّفت في تحليل البيانات واستخلاص النتائج.

2.3 منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي التحليلي بوصفه الأنسب لطبيعة المشكلة البحثية المطروحة، إذ يُتيح هذا المنهج وصف الظاهرة المدروسة وصفاً دقيقاً كما هي في الواقع من خلال جمع البيانات من المبحوثين، ثم تحليلها إحصائياً للكشف عن العلاقات والأثر بين المتغيرات. ويُعرّف المنهج الوصفي التحليلي بأنه ذلك المنهج الذي لا يقف عند حدود الوصف الكمي أو الكيفي للظاهرة، بل يتجاوز ذلك إلى تحليل البيانات وتفسيرها واستخلاص دلالاتها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، وهو ما يتوافق مع الهدف الرئيس للدراسة المتمثل في قياس أثر تطبيق إدارة المخاطر بأبعادها الستة على تحسين جودة الخدمات الصحية.

3.3 مجتمع الدراسة وعينتها

○ مجتمع الدراسة

يتألف مجتمع الدراسة من جميع العاملين في المستويات الإدارية والإشرافية والتخصصية في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة بمنطقة الرياض في المملكة العربية السعودية. وتضم منطقة

الرياض عدداً من المستشفيات الحكومية الكبرى التي تقدم خدمات صحية شاملة، ويشمل المجتمع المستهدف الفئات التالية: مديري المستشفيات ونوابهم، ورؤساء الأقسام الطبية والإدارية، والمشرفين على وحدات الجودة وإدارة المخاطر، والأطباء الاستشاريين والأخصائيين، ورؤساء هيئة التمريض والصيادلة، ومسؤولي تقنية المعلومات الصحية، ومسؤولي مكافحة العدوى، ومنسقي السلامة المهنية. وقد بلغ إجمالي مجتمع الدراسة وفقاً للسجلات الإدارية المتاحة من إدارات الموارد البشرية في المستشفيات المستهدفة 1,180 موظفاً وموظفة يشغلون مناصب إدارية أو إشرافية أو تخصصية لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة بعمليات إدارة المخاطر وتحسين جودة الخدمات الصحية.

ويُبرَّر تحديد مجتمع الدراسة بهذه الفئات دون غيرها من العاملين التنفيذيين بأن إدارة المخاطر بأبعادها الستة – السريية والدوائية والعدوى والتشغيلية والتقنية والموارد البشرية – تتطلب وعياً إدارياً ومعرفة تنظيمية لا تتوافر بالضرورة لدى جميع مستويات العمل، كما أن تقييم أثر هذه الإدارة على جودة الخدمات يستلزم إلماماً بالسياسات والإجراءات والمعايير المعتمدة، وهو ما يتحقق بصورة أكبر لدى الفئات الإدارية والإشرافية والتخصصية.

4.3 عينة الدراسة

نظراً لحجم مجتمع الدراسة البالغ 1,180 فرداً، وبناءً على جداول تحديد حجم العينة المعتمدة في البحوث الاجتماعية والإدارية – ومنها جدول Krejcie & Morgan (1970) الذي يحدد حجم العينة الملائم لمجتمعات بحثية مختلفة – فإن الحجم المطلوب للعينة عند مستوى ثقة 95% وهامش خطأ 5% يبلغ تقريباً 291 مفردة. وقد اعتمد الباحث أسلوب العينة الطبقية العشوائية التناسبية لضمان تمثيل متوازن لمختلف المستويات الوظيفية والتخصصات، حيث قُسم مجتمع الدراسة إلى ثلاث طبقات وظيفية رئيسية، وسُحبت من كل طبقة عينة عشوائية بنسبة تتناسب مع حجمها في المجتمع الكلي. وقد وُزعت 320 استبانة لتغطية احتمالات الفاقد وعدم الاسترداد، واستُرُجعت 298 استبانة، استُبعد منها 12 استبانة لعدم اكتمال البيانات أو وجود نمط إجابة غير جاد، ليصبح عدد الاستبانات الصالحة للتحليل الإحصائي 286 استبانة.

وهو ما يمثل نسبة استجابة فعلية بلغت 89.4% من إجمالي الاستبانات الموزعة، وهي نسبة مقبولة علمياً وتتجاوز الحد الأدنى المطلوب.

الجدول (1) توزيع عينة الدراسة وفقاً للمستوى الوظيفي

الاستبانات الصالحة	العينة المستهدفة	النسبة من المجتمع	حجم المجتمع	المستوى الوظيفي
44	50	15.7%	185	الإدارة العليا (مديرون، نواب، رؤساء أقسام رئيسة)
102	111	34.7%	410	الإدارة الوسطى (رؤساء وحدات، مشرفون، منسقون)
140	159	49.6%	585	المستوى التخصصي (أطباء، صيادلة، تمريض إشرافي، تقنيون)
286	320	100%	1,180	الإجمالي

كما يمكن عرض الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة على النحو التالي:

5.3 أداة الدراسة

استناداً إلى الإطار النظري والدراسات السابقة التي تمت مراجعتها، صمّم الباحث استبانة مُهيكلّة بوصفها الأداة الرئيسة لجمع البيانات الأولية، وذلك لملاءمتها لطبيعة الدراسة الكمية والمنهج الوصفي التحليلي المتّبع. وقد مرّت عملية بناء الاستبانة بعدة مراحل: بدأت بمراجعة الأدبيات النظرية والمقاييس المستخدمة في دراسات مشابهة – كالمقاييس التي اعتمدتها دراسة العفيفي (2024) في قياس نظم إدارة المخاطر بمستشفيات جدة، ودراسة السلمي وآخرين (Alsulami et al., 2023) في إدارة المخاطر الصحية، ودراسة القرشي والحميدي (2024) في جودة الخدمات الصحية – ثم صيغت الفقرات الأولية وعُرضت على المحكّمين، وأُجريت التعديلات اللازمة، وأخيراً طُبِّقت النسخة النهائية ميدانياً.

وتتكون الاستبانة في صورتها النهائية من ثلاثة أقسام رئيسية:

- القسم الأول: البيانات الديموغرافية يتضمن هذا القسم خمسة متغيرات شخصية ووظيفية هي: الجنس، والعمر، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة، والمستوى الإداري. وتهدف هذه المتغيرات إلى تمكين الباحث من وصف خصائص العينة وتحليل الفروق الإحصائية في استجابات المبحوثين تبعاً لهذه المتغيرات.
- القسم الثاني: محاور المتغير المستقل (إدارة المخاطر) يتألف هذا القسم من ستة محاور تمثل أبعاد إدارة المخاطر التي تبتتها الدراسة، ويتضمن كل محور 4 فقرات، ليبلغ إجمالي فقرات هذا القسم 24 فقرة موزعة على النحو التالي:

الجدول (2) محاور المتغير المستقل (إدارة المخاطر)

المحور	البُعد	عدد الفقرات	أرقام الفقرات
الأول	إدارة المخاطر السريرية	4	1 – 4
الثاني	إدارة مخاطر الأدوية	4	5 – 8
الثالث	إدارة مخاطر العدوى	4	9 – 12
الرابع	إدارة المخاطر التشغيلية	4	13 – 16

القسم الثالث: محور المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) يتألف هذا القسم من محور واحد يقيس مستوى جودة الخدمات الصحية كمتغير أحادي البُعد، ويتضمن 12 فقرة تغطي الجوانب الرئيسية لجودة الخدمة الصحية من حيث الملموسية والاعتمادية والاستجابة والأمان والتعاطف ورضا المتعاملين، وذلك بما يتسق مع الأدبيات التي اعتمدت نموذج SERVQUAL وتعديلاته في السياق الصحي.

وقد اعتمدت جميع فقرات القسمين الثاني والثالث على مقياس ليكرت الخماسي (Five-Point)

(Likert Scale) وفق التدرج التالي:

الجدول (3) مقياس ليكرت الخماسي

الدرجة	الاستجابة
5	أوافق بشدة
4	أوافق
3	محايد
2	لا أوافق
1	لا أوافق بشدة

ولتفسير المتوسطات الحسابية تم اعتماد المعيار التالي بناءً على طول الفئة المحسوب بقسمة

المدى (5-1=4) على عدد المستويات: (3)

الجدول (4) المتوسطات الحسابية

المدى	مستوى الموافقة
1.00 – 2.33	منخفض
2.34 – 3.67	متوسط
3.68 – 5.00	مرتفع

6.3 صدق أداة الدراسة

أ – الصديق الظاهري (صدق المحكمين)

للتحقق من صدق الأداة ظاهرياً، عُرضت الاستبانة في صورتها الأولى على لجنة من 8 محكمين

من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في إدارة الأعمال والإدارة الصحية وإدارة الجودة في عدد من

الجامعات السعودية، وطلب منهم إبداء آرائهم حول: مدى وضوح الصياغة اللغوية لكل فقرة، ومدى انتماء

الفقرة للبُعد الذي تندرج تحته، ومدى ملاءمة الفقرة لقياس ما وُضعت لقياسه، واقتراح أي تعديلات أو

حذف أو إضافة يرونها ضرورية. وقد أسفر التحكيم عن تعديل صياغة 5 فقرات لتكون أكثر وضوحاً ودقة، وحذف فقرتين لتكرار المضمون مع فقرات أخرى واستبدالهما بفقرتين جديدتين أكثر تمييزاً، مع الإبقاء على العدد الكلي للفقرات (36 فقرة) دون تغيير. واعتمد معيار موافقة 75% فأكثر من المحكمين على صلاحية الفقرة للإبقاء عليها.

ب- مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة

للكشف عن طبيعة العلاقات الارتباطية بين أبعاد المتغير المستقل (إدارة المخاطر بأبعادها الستة) والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)، وكذلك العلاقات البينية بين الأبعاد ذاتها، حُسبت مصفوفة ارتباط بيرسون الكاملة.

الجدول (5): مصفوفة ارتباط بيرسون بين أبعاد المتغير المستقل والمتغير التابع (ن = 286)

جودة الخدمات الصحية	المخاطر التشغيلية	مخاطر العدوى	مخاطر الأدوية	المخاطر السريرية	
				1.00	المخاطر السريرية
			1.00	0.68**	مخاطر الأدوية
		1.00	0.65**	0.71**	مخاطر العدوى
	1.00	0.54**	0.61**	0.58**	المخاطر التشغيلية
1.00	0.64**	0.74**	0.69**	0.72**	جودة الخدمات الصحية

**دالة عند مستوى (0.01)

يتّضح من المصفوفة عدة نتائج جوهرية تستحق التحليل والمناقشة. فمن حيث العلاقة بين الأبعاد المستقلة والمتغير التابع، جاءت جميع معاملات الارتباط بين أبعاد إدارة المخاطر الأربعة وجودة الخدمات الصحية موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، وتراوح بين (0.61) و(0.74) ف كلما ارتفع مستوى تطبيق إدارة المخاطر في أي بُعد من هذه الأبعاد، انعكس ذلك إيجاباً على جودة الخدمات المقدمة

7.3 ثبات أداة الدراسة

لقياس ثبات الأداة واتساقها الداخلي، استُخدم معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) على بيانات العينة الاستطلاعية (ن = 35)، إذ يُعدّ هذا المعامل من أكثر مقاييس الثبات شيوعاً واستخداماً في البحوث الاجتماعية والإدارية، ويعكس مدى الاتساق الداخلي بين فقرات المقياس الواحد. ويُعتبر المقياس ثابتاً إذا بلغت قيمة المعامل (0.70) فأكثر وفقاً للمعايير المتعارف عليها في الأدبيات المنهجية. وقد جاءت النتائج على النحو التالي:

الجدول (6): معاملات كرونباخ ألفا لأبعاد الدراسة

المتغير / البُعد	عدد الفقرات	معامل كرونباخ ألفا
إدارة المخاطر السريرية	4	0.87
إدارة مخاطر الأدوية	4	0.85
إدارة مخاطر العدوى	4	0.88
إدارة المخاطر التشغيلية	4	0.84
إجمالي المتغير المستقل (إدارة المخاطر)	16	0.93
جودة الخدمات الصحية	12	0.91
إجمالي الأداة ككل	28	0.95

يتبيّن من الجدول أن جميع معاملات الثبات تجاوزت الحد الأدنى المقبول (0.70) بفارق كبير، إذ تراوحت بين (0.83) لبُعد إدارة مخاطر الموارد البشرية و(0.88) لبُعد إدارة مخاطر العدوى، فيما بلغ معامل

الثبات الكلي للأداة (0.95)، وهي قيمة مرتفعة جداً تدل على درجة عالية من الاتساق الداخلي والاستقرار في استجابات المبحوثين، مما يُطمئن إلى إمكانية الاعتماد على هذه الأداة في جمع البيانات وتحليلها.

8.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة

بعد الانتهاء من جمع البيانات ومراجعتها وترميزها وإدخالها، عُولجت إحصائياً باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS, Version 26)، وقد وُظفت الأساليب الإحصائية التالية:

- التكرارات والنسب المئوية: لوصف الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة وتوزيعها على فئات المتغيرات الشخصية والوظيفية (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، المستوى الإداري)
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية: لتحديد مستوى استجابات المبحوثين على كل فقرة وكل بُعد والأداة ككل، ولترتيب الأبعاد وفقاً لأهميتها النسبية من وجهة نظر العاملين، مع اعتماد المعيار الثلاثي (منخفض، متوسط، مرتفع) لتفسير المتوسطات.
- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient): للتحقق من صدق الاتساق الداخلي بين الفقرات وأبعادها والدرجة الكلية، ولبناء مصفوفة الارتباط الكاملة بين أبعاد المتغير المستقل والمتغير التابع بهدف الكشف عن طبيعة العلاقات واتجاهها وقوتها.
- معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha): لقياس ثبات أداة الدراسة واتساقها الداخلي لكل بُعد وللأداة ككل، بحيث تُعتبر القيمة مقبولة إذا بلغت (0.70) فأكثر.
- تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression): لاختبار أثر كل بُعد من أبعاد إدارة المخاطر على حدة في جودة الخدمات الصحية، من خلال حساب معامل التحديد (R^2) ومعامل الانحدار (β) واختبار (F) واختبار (t).
- تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Linear Regression): لاختبار الأثر المشترك لأبعاد إدارة المخاطر الستة مجتمعةً على جودة الخدمات الصحية، وتحديد الأهمية النسبية لكل بُعد في تفسير التباين في المتغير التابع عند ضبط أثر الأبعاد الأخرى.

الفصل الرابع: تحليل البيانات وعرض النتائج

1.4 تمهيد

يُمثل هذا الفصل الجانب التطبيقي من الدراسة، إذ يتضمن عرضاً تفصيلياً لنتائج التحليل الإحصائي للبيانات التي جُمعت ميدانياً من أفراد عينة الدراسة البالغ عددهم (286) مفردة من العاملين في المستويات الإدارية والإشرافية والتخصصية بالمستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض.

2.4 الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة

الجدول (7): توزيع أفراد العينة وفقاً للمتغيرات الديموغرافية (ن = 286)

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	158	55.2%
	أنثى	128	44.8%
العمر	أقل من 30 سنة	42	14.7%
	من 30 إلى أقل من 40	98	34.3%
	من 40 إلى أقل من 50	94	32.9%
	50 سنة فأكثر	52	18.2%
	دبلوم	38	13.3%
المؤهل العلمي	بكالوريوس	142	49.7%
	ماجستير	74	25.9%
	دكتوراه	32	11.2%
	أقل من 5 سنوات	46	16.1%
سنوات الخبرة	من 5 إلى أقل من 10	82	28.7%

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
	من 10 إلى أقل من 15	96	33.6%
	15 سنة فأكثر	62	21.7%
المستوى الإداري	إدارة عليا	44	15.4%
	إدارة وسطى	102	35.7%
	مستوى تخصصي	140	48.9%

شكّل الذكور نسبة (55.2%) مقابل (44.8%) للإناث، مما يعكس توازناً نسبياً في التمثيل مع ميل طفيف نحو الذكور وهو ما يتسق مع طبيعة توزيع الكوادر في المستشفيات الحكومية السعودية. وتركزت غالبية أفراد العينة في الفئة العمرية من (30) إلى أقل من (50) سنة بنسبة إجمالية (67.2%)، وهي الفئة التي تجمع بين النضج المهني والخبرة الكافية لتقييم ممارسات إدارة المخاطر. كما أن ما يزيد عن (86%) من العينة يحملون مؤهل البكالوريوس فأعلى، وأكثر من (83%) تتجاوز خبرتهم خمس سنوات، وهي مؤشرات تعزز الثقة في جودة الاستجابات ودقتها.

3.4 تحليل استجابات أفراد العينة على محاور المتغير المستقل (إدارة المخاطر)

➤ البُعد الأول: إدارة المخاطر السريرية

الجدول (8): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد إدارة المخاطر السريرية

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
1	يتم تطبيق بروتوكولات موحدة لتحديد المخاطر المرتبطة بالإجراءات التشخيصية والعلاجية قبل تنفيذها	3.88	0.87	1	مرتفع

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
2	تعتمد المستشفى نظام إبلاغ فعال عن الأخطاء الطبية والأحداث الجانبية السريرية لتحليلها ومنع تكرارها	3.82	0.91	2	مرتفع
3	تُجري المستشفى تقييماً دورياً لمخاطر سلامة المرضى في جميع الأقسام السريرية وفقاً لمعايير محددة	3.74	0.96	3	مرتفع
4	يتوفر فريق متخصص لإدارة المخاطر السريرية يتولى مراجعة الحالات الحرجة ووضع خطط تصحيحية	3.69	0.98	4	مرتفع
	المتوسط العام للبُعد	3.78	0.83		مرتفع

يتضح أن بُعد إدارة المخاطر السريرية حصل على مستوى موافقة مرتفع بمتوسط عام (3.78). وتصدّرت الفقرة المتعلقة بتطبيق بروتوكولات تحديد المخاطر قبل الإجراءات التشخيصية والعلاجية الترتيب بمتوسط (3.88)، مما يعكس اهتمام المستشفيات الحكومية بمنهجية التقييم المسبق للمخاطر السريرية. فيما جاءت الفقرة المتعلقة بتوفر فريق متخصص لإدارة المخاطر السريرية في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.69)، وهو لا يزال ضمن المستوى المرتفع لكنه يُشير إلى إمكانية تعزيز الكوادر المتخصصة في هذا المجال. وتتوافق هذه النتيجة مع دراسة العفيفي (2024) التي أشارت إلى تحسّن ملحوظ في ممارسات إدارة المخاطر السريرية بالمستشفيات السعودية، ومع دراسة (Alsulami et al. (2023 حول الدور المتنامي لإدارة المخاطر السريرية في المنظومة الصحية.

➤ البُعد الثاني: إدارة مخاطر الأدوية

الجدول (9): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد إدارة مخاطر الأدوية

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
5	تعتمد المستشفى نظاماً إلكترونياً للتحقق من الجرعات الدوائية ورصد التفاعلات الدوائية المحتملة قبل الصرف	3.84	0.88	1	مرتفع
6	تُطبّق إجراءات موثقة للمطابقة الدوائية عند دخول المريض وخروجه ونقله بين الأقسام	3.76	0.93	2	مرتفع
7	يتم تصنيف الأدوية عالية الخطورة وتخزينها وفق بروتوكولات خاصة تمنع الخلط أو الاستخدام الخاطئ	3.71	0.94	3	مرتفع
8	تُنَفَّذ المستشفى برامج تدريبية منتظمة للكوادر الصحية حول سلامة استخدام الأدوية والتبليغ عن الأخطاء الدوائية	3.65	1.01	4	متوسط
	المتوسط العام للبُعد	3.74	0.86		مرتفع

حقق بُعد إدارة مخاطر الأدوية متوسطاً عاماً مرتفعاً (3.74). وتصدّرت الفقرة المتعلقة بالنظام الإلكتروني للتحقق من الجرعات ورصد التفاعلات الترتيب بمتوسط (3.84)، مما يعكس التقدم في أتمتة العمليات الدوائية. بينما جاءت الفقرة المتعلقة بالبرامج التدريبية على سلامة الأدوية في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.65) ضمن المستوى المتوسط، مما يُنبّه إلى الحاجة لتكثيف التدريب في هذا الجانب. وتتنسق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسة (Shoman & Ellahham (2018 حول أهمية الأدوات الاستباقية في الحد من الأخطاء الدوائية.

➤ البُعد الثالث: إدارة مخاطر العدوى

الجدول (10): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد إدارة مخاطر العدوى

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
9	تلتزم المستشفى بتطبيق بروتوكولات نظافة اليدين والتعقيم في جميع الأقسام السريرية وفقاً للمعايير العالمية	3.97	0.82	1	مرتفع
10	يُوجد نظام ترصد وبائي فعال لرصد حالات العدوى المكتسبة في المستشفى وتحليل مصادرها واتخاذ إجراءات فورية	3.91	0.85	2	مرتفع
11	تُطبّق سياسات صارمة لعزل المرضى المصابين بأمراض معدية ومنع انتقال العدوى بين الأقسام	3.86	0.89	3	مرتفع
12	تُوفّر المستشفى برامج توعوية وتدريبية مستمرة لجميع العاملين حول أساليب الوقاية من العدوى ومكافحتها	3.83	0.90	4	مرتفع
	المتوسط العام للبُعد	3.89	0.79		مرتفع

تصدّر بُعد إدارة مخاطر العدوى جميع أبعاد المتغير المستقل بأعلى متوسط حسابي (3.89) وأقل انحراف معياري (0.79) مما يدل على اتفاق واسع بين المبحوثين. وجاءت الفقرة المتعلقة بالتزام بروتوكولات نظافة اليدين والتعقيم في المرتبة الأولى بمتوسط (3.97) وهو الأعلى على مستوى جميع فقرات المتغير المستقل، مما يعكس الأثر العميق الذي خلّفته جائحة كوفيد-19 وتجربة فيروس MERS-CoV في ترسيخ ثقافة مكافحة العدوى. وتتوافق هذه النتيجة مع دراسة (Asriani et al. (2025 حول ارتباط فعالية إدارة

مخاطر العدوى بالتواصل والالتزام بالسياسات، ومع دراسة الغراوي والشريدة (2025) حول الدور المحوري لمكافحة العدوى.

➤ البُعد الرابع: إدارة المخاطر التشغيلية

الجدول (11): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد إدارة المخاطر التشغيلية

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
13	تمتلك المستشفى خططاً مُحدّثة لإدارة الطوارئ والكوارث تتضمن سيناريوهات متعددة وإجراءات استجابة واضحة	3.67	0.97	1	متوسط
14	يتم إجراء صيانة وقائية منتظمة لجميع المرافق والمعدات التشغيلية وفق جداول زمنية مُلزمة	3.63	0.99	2	متوسط
15	تُراجع إجراءات سلسلة التوريد الطبي والإمداد بصورة دورية لضمان عدم انقطاع المستلزمات الأساسية	3.58	1.02	3	متوسط
16	تُقيّم المستشفى المخاطر المرتبطة ببيئة العمل الداخلية من حيث السلامة المهنية والصحة البيئية بشكل منتظم	3.52	1.05	4	متوسط
	المتوسط العام للبُعد	3.60	0.91		متوسط

جاء بُعد إدارة المخاطر التشغيلية بمستوى متوسط بمتوسط عام (3.60) وانحراف معياري مرتفع

نسبياً (0.91) يعكس تبايناً في الاستجابات. وجاءت جميع الفقرات في المستوى المتوسط، مما يُشير إلى أن

الممارسات التشغيلية لا تزال بحاجة إلى تطوير. وتصدّرت الفقرة المتعلقة بخطط إدارة الطوارئ والكوارث بمتوسط (3.67) وهو الأقرب للمستوى المرتفع، بينما حلّت الفقرة المتعلقة بتقييم مخاطر بيئة العمل الداخلية في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.52). وتتقاطع هذه النتيجة مع دراسة باقر وارتيمة والهواري (2020) من أن المخاطر التشغيلية تمثل أحد أكثر أنواع المخاطر تحدياً لتشعب مصادرها، ومع دراسة الراوشدة (2022) حول حاجة إدارة المخاطر التشغيلية إلى تمكين إداري فعّال.

4.4 تحليل استجابات أفراد العينة على محور المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)

الجدول (12): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ل فقرات محور جودة الخدمات الصحية

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
25	تتوفر في المستشفى مرافق وتجهيزات مادية حديثة ونظيفة تتناسب مع طبيعة الخدمات الصحية المقدمة	3.85	0.86	1	مرتفع
26	تعتمد المستشفى لافتات إرشادية واضحة ومظهراً عاماً مهنياً يُسهّل حركة المرضى والزوار داخل المرافق	3.82	0.88	2	مرتفع
27	تُقدّم الخدمات الصحية بدقة واتساق من المرة الأولى مع الالتزام بالمواعيد والجدول الزمنية المحددة	3.79	0.90	3	مرتفع
28	يُحافظ المستشفى على سجلات طبية دقيقة وخالية من الأخطاء تُسهم في استمرارية الرعاية الصحية	3.76	0.92	4	مرتفع

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
29	يتميّز العاملون في المستشفى بالاستجابة السريعة لاحتياجات المرضى والتعامل الفوري مع شكاواهم واستفساراتهم	3.73	0.93	5	مرتفع
30	يُبدي الكادر الصحي استعداداً مستمراً لتقديم المساعدة والمعلومات للمرضى دون تأخير أو تردد	3.71	0.94	6	مرتفع
31	يمتلك العاملون في المستشفى المعرفة والكفاءة المهنية التي تبعث الثقة والاطمئنان لدى المرضى وذويهم	3.70	0.95	7	مرتفع
32	توفّر المستشفى بيئة آمنة تُشعر المرضى بالحماية من المخاطر الصحية والأخطاء الطبية أثناء فترة العلاج	3.68	0.96	8	مرتفع
33	يحرص العاملون على إبداء الاهتمام الشخصي بكل مريض ومراعاة ظروفه الفردية واحتياجاته الخاصة	3.67	0.97	9	متوسط
34	تُراعي المستشفى التنوع الثقافي واللغوي للمرضى وتوفّر خدمات ترجمة وتواصل مناسبة عند الحاجة	3.64	0.98	10	متوسط
35	تسعى المستشفى بشكل منهجي لقياس رضا المرضى واستطلاع آرائهم لتحسين الخدمات المقدمة باستمرار	3.61	1.00	11	متوسط

م	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
36	تُطبّق المستشفى نظاماً شاملاً لمتابعة المرضى بعد الخروج والتأكد من استمرارية الرعاية وتقييم نتائج العلاج	3.58	1.02	12	متوسط
	المتوسط العام للمحور	3.71	0.84		مرتفع

حقق محور جودة الخدمات الصحية متوسطاً عاماً (3.71) بمستوى مرتفع. وتصدّرت الفقرة المتعلقة بتوفر المرافق والتجهيزات المادية الحديثة الترتيب بمتوسط (3.85)، مما يُشير إلى أن بُعد الملموسية يحظى بالتقدير الأعلى من العاملين نظراً للاستثمارات الكبيرة في البنية التحتية ضمن رؤية 2030. كما حققت الفقرات المتعلقة بالافتات الإرشادية (3.82) ودقة تقديم الخدمة (3.79) والسجلات الطبية (3.76) والاستجابة السريعة (3.73) والاستعداد للمساعدة (3.71) والكفاءة المهنية (3.70) والبيئة الآمنة (3.68) مستويات مرتفعة، وهي فقرات تغطي أبعاد الملموسية والاعتمادية والاستجابة والأمان.

في المقابل، جاءت أربع فقرات في المستوى المتوسط وتتعلق جميعها بالأبعاد الأكثر ارتباطاً بالتعاطف والتخصيص والمتابعة: فالاهتمام الشخصي بالمرضى (3.67) ومراعاة التنوع الثقافي (3.64) وقياس رضا المرضى (3.61) ومتابعة ما بعد الخروج (3.58) تمثل جوانب تحتاج إلى تطوير إضافي. ويتّسق ذلك مع ما أكدته دراسة بونة (2024) من أن التعاطف والتخصيص يُشكّلان التحدي الأبرز في المستشفيات الحكومية، ومع دراسة القرشي والحميدي (2024) حول الفجوة في أبعاد الخدمة المرتبطة بالعلاقة الشخصية مع المريض. كما تتقاطع مع دراسة عبدالعليم (2024) التي أشارت إلى أن رضا المرضى يُعدّ المعيار الأساسي لتقييم جودة الخدمات الصحية وأن المستشفيات الحكومية بحاجة لاستراتيجيات علمية تشمل جميع أصحاب المصلحة.

5.4 اختبار فرضيات الدراسة

التحقق من الفرضية الرئيسة

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لتطبيق إدارة المخاطر بأبعادها المختلفة (إدارة المخاطر السريرية، إدارة مخاطر الأدوية، إدارة مخاطر العدوى، إدارة المخاطر التشغيلية، إدارة المخاطر التقنية، وإدارة مخاطر الموارد البشرية) على تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض في المملكة العربية السعودية.

للتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Regression) بهدف قياس تأثير أبعاد إدارة المخاطر (كعوامل مستقلة) على جودة الخدمات الصحية (كعامل تابع). وقد جاءت نتائج التحليل كما يلي:

جدول (13): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد إدارة المخاطر على جودة الخدمات الصحية

المتغيرات المستقلة	معاملات الانحدار	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة
(Constant) المقدار الثابت	0.318	2.239	0.026 *
إدارة المخاطر السريرية	0.198	4.125	0.000 **
إدارة مخاطر الأدوية	0.156	3.545	0.000 **
إدارة مخاطر العدوى	0.224	4.480	0.000 **
إدارة المخاطر التشغيلية	0.112	2.731	0.007 **
معامل الارتباط = 0.847	معامل التحديد = 0.717		
قيمة الاختبار F = 117.94	القيمة الاحتمالية = 0.000		

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS

تشير نتائج تحليل الانحدار المتعدد الموضحة في الجدول (18) إلى وجود علاقة تأثيرية دالة إحصائياً بين أبعاد إدارة المخاطر كمتغيرات مستقلة، وجودة الخدمات الصحية كمتغير تابع. فقد بلغ معامل التحديد (R^2) قيمة قدرها 0.717، وهي نسبة مرتفعة تدل على أن 71.7% من التباين في جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض يمكن تفسيره من خلال المتغيرات الاربعة المتعلقة بإدارة المخاطر، بينما تُعزى النسبة المتبقية (28.3%) إلى عوامل أخرى لم تتضمنها الدراسة. كما تشير قيمة معامل الارتباط ($R = 0.847$) إلى وجود ارتباط قوي بين المتغيرات المدروسة.

أما على مستوى الأبعاد الفردية، فقد تبين أن بُعد "إدارة مخاطر العدوى" هو الأكثر تأثيراً على جودة الخدمات الصحية، حيث بلغ معامل الانحدار له ($B = 0.224$)، وبلغت قيمة T (4.480) بدلالة معنوية عالية ($Sig. = 0.000$) ويؤكد ذلك الدور الحاسم الذي تلعبه بروتوكولات مكافحة العدوى والترصد الوبائي في تحسين جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى، خاصة في ضوء الدروس المستفادة من جائحة كوفيد-19 وتجربة فيروس MERS-CoV في المملكة العربية السعودية.

كما أظهرت النتائج أن إدارة المخاطر السريرية ($B = 0.198$, $Sig. = 0.000$) وإدارة مخاطر الأدوية ($B = 0.156$, $Sig. = 0.000$)، مما يعكس أهمية تكامل الممارسات السريرية والدوائية وإدارة الكوادر البشرية في تحسين مستوى الجودة. بينما أظهر بُعد إدارة المخاطر التشغيلية ($B = 0.112$, $Sig. = 0.007$) وبُعد إدارة المخاطر التقنية ($B = 0.094$, $Sig. = 0.017$) أثراً أقل نسبياً لكنه لا يزال ذا دلالة إحصائية، ما يشير إلى أن تعزيز هذين البُعدين قد يمثل فرصة لتحسين متكامل في منظومة إدارة المخاطر داخل المستشفيات الحكومية. وبناءً على ذلك، تؤكد هذه النتائج صحة الفرضية الرئيسة للدراسة.

ويتفرع منها الفرضيات الفرعية التالية:

➤ الفرضية الفرعية الأولى يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة المخاطر السريرية على تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض.

للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Linear

Regression Test)، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (14): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر إدارة المخاطر السريرية على جودة الخدمات

الصحية

المتغير التابع	معامل الارتباط r	معامل التحديد r ²	درجة الحرية df	F المحسوبة	Sig. F	المتغير المستقل	B	الخطأ المعياري	Beta	T	Sig. t
جودة الخدمات الصحية	0.720	0.518	1	305.48	0.000	إدارة المخاطر السريرية	0.612	0.035	0.720	17.48	0.000

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS

وللتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear

Regression) لقياس تأثير "إدارة المخاطر السريرية" باعتبارها أحد أبعاد إدارة المخاطر على "جودة

الخدمات الصحية". وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضح في الجدول (19)، حيث بلغ معامل

الارتباط $r = 0.720$ ، وهو ما يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة قوية بين المتغيرين، كما بلغت قيمة معامل

التحديد $R^2 = 0.518$ ، مما يشير إلى أن 51.8% من التباين في جودة الخدمات الصحية يُمكن تفسيره من

خلال متغير إدارة المخاطر السريرية فقط، دون تدخل بقية الأبعاد الأخرى.

وبالاطلاع على نتائج تحليل التباين (ANOVA)، نجد أن قيمة F المحسوبة بلغت 305.48 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 $B = 0.612$ ، بقيمة $T = 17.48$ ، وهي

أيضاً دالة عند مستوى (Sig. = 0.000)، ما يدل على أن أي زيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى تطبيق

إدارة المخاطر السريرية تؤدي إلى زيادة بمقدار 0.612 في مستوى جودة الخدمات الصحية، ضمن شروط النموذج. ويُفسَّر هذا الأثر القوي بأن الممارسات السريرية الآمنة – من تطبيق بروتوكولات تحديد المخاطر قبل الإجراءات التشخيصية والعلاجية، ونظام الإبلاغ عن الأخطاء الطبية، والتقييم الدوري لسلامة المرضى – تمثل جوهر الخدمة الصحية وتنعكس مباشرة على جودتها. وتتسق هذه النتيجة مع دراسة Alsulami et al. (2023) حول الدور المتنامي لإدارة المخاطر السريرية، ودراسة العفيفي (2024) التي أشارت إلى تحسّن ملحوظ في هذه الممارسات بالمستشفيات السعودية. وبناءً على ذلك تُرفض الفرضية الصفرية وتُقبل الفرضية البديلة.

➤ **الفرضية الفرعية الثانية** يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة مخاطر الأدوية على تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Linear Regression Test)، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (15): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر إدارة مخاطر الأدوية على جودة الخدمات

الصحية

المتغير التابع	معامل الارتباط r	معامل التحديد r ²	درجة الحرية df	F المحسوبة	Sig. F	المتغير المستقل	B	الخطأ المعياري	Beta	T	Sig. t
جودة الخدمات الصحية	0.690	0.476	1	258.02	0.000	إدارة مخاطر الأدوية	0.574	0.036	0.690	16.06	0.000

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS

وللتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression) لقياس تأثير "إدارة مخاطر الأدوية" باعتبارها أحد أبعاد إدارة المخاطر على "جودة الخدمات

الصحية". وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضح في الجدول (20)، حيث بلغ معامل الارتباط $(r) = 0.690$ ، وهو ما يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة متوسطة إلى قوية بين المتغيرين، كما بلغت قيمة معامل التحديد $(R^2) = 0.476$ ، مما يشير إلى أن 47.6% من التباين في جودة الخدمات الصحية يُمكن تفسيره من خلال متغير إدارة مخاطر الأدوية فقط، دون تدخل بقية الأبعاد الأخرى.

وبالاطلاع على نتائج تحليل التباين (ANOVA)، نجد أن قيمة F المحسوبة بلغت 258.02 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 $B = 0.574$ ، بقيمة $T = 16.06$ ، وهي أيضاً دالة عند مستوى $(Sig. = 0.000)$ ، ما يدل على أن أي زيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى تطبيق إدارة مخاطر الأدوية تؤدي إلى زيادة بمقدار 0.574 في مستوى جودة الخدمات الصحية، ضمن شروط النموذج. ويعكس هذا الأثر الأهمية الحيوية لنظم سلامة الدواء – من التحقق الإلكتروني من الجرعات والمطابقة الدوائية وتصنيف الأدوية عالية الخطورة – في تقليل الأحداث الضائرة وتحسين مخرجات العلاج. وتتسق هذه النتيجة مع دراسة (Shoman & Ellahham 2018) حول أهمية الأدوات الاستباقية في الحد من الأخطاء الدوائية. وبناءً على ذلك تُرفض الفرضية الصفرية وتُقبل الفرضية البديلة.

➤ الفرضية الفرعية الثالثة يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ لإدارة مخاطر

العدوى على تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض.

للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Linear

Regression Test)، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (16): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر إدارة مخاطر العدوى على جودة الخدمات الصحية

المتغير التابع	معامل الارتباط r	معامل التحديد r ²	درجة الحرية df	F المحسوبة	Sig. F	المتغير المستقل	B	الخطأ المعياري	Beta	T	Sig. t
جودة الخدمات الصحية	0.740	0.548	1	344.07	0.000	إدارة مخاطر العدوى	0.648	0.035	0.740	18.55	0.000

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS

وللتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression) لقياس تأثير "إدارة مخاطر العدوى" باعتبارها أحد أبعاد إدارة المخاطر على "جودة الخدمات الصحية". وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضح في الجدول (21)، حيث بلغ معامل الارتباط $(r) = 0.740$ ، وهو ما يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة قوية بين المتغيرين وهي الأعلى من بين جميع أبعاد المتغير المستقل، كما بلغت قيمة معامل التحديد $(R^2) = 0.548$ ، مما يشير إلى أن 54.8% من التباين في جودة الخدمات الصحية يُمكن تفسيره من خلال متغير إدارة مخاطر العدوى فقط، دون تدخل بقية الأبعاد الأخرى.

وبالاطلاع على نتائج تحليل التباين (ANOVA)، نجد أن قيمة F المحسوبة بلغت 344.07 بمستوى دلالة $(Sig. = 0.000)$ ، وهي أعلى قيمة F من بين النماذج الفرعية الستة، وهي دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) ، مما يعزز من دلالة النموذج ككل في تفسير الفرضية.

أما على مستوى معاملات الانحدار، فقد بلغ معامل التأثير $B = 0.648$ ، بقيمة $T = 18.55$ ، وهي أيضاً دالة عند مستوى $(Sig. = 0.000)$ ، ما يدل على أن أي زيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى تطبيق إدارة مخاطر العدوى تؤدي إلى زيادة بمقدار 0.648 في مستوى جودة الخدمات الصحية، ضمن شروط النموذج. ويُعزى هذا الأثر الأقوى إلى المكانة المحورية لمكافحة العدوى في المنظومة الصحية، خاصة أن

العدوى المكتسبة في المستشفيات تُعدّ من أخطر التحديات التي تؤثر على سلامة المرضى، وقد أسهمت تجربة المملكة مع جائحة كوفيد-19 وفيرس MERS-CoV في ترسيخ ثقافة مكافحة العدوى وتعزيز الالتزام بالبروتوكولات. وتتوافق هذه النتيجة مع دراسة (Asriani et al. (2025 ودراسة الغراوي والشريدة (2025). وبناءً على ذلك تُرفض الفرضية الصفرية وتُقبل الفرضية البديلة.

➤ الفرضية الفرعية الرابعة يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة

المخاطر التشغيلية على تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض.

للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Linear

Regression Test)، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (17): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر إدارة المخاطر التشغيلية على جودة الخدمات

الصحية

المتغير التابع	معامل الارتباط r	معامل التحديد r ²	درجة الحرية df	F المحسوبة	Sig. F	المتغير المستقل	B	الخطأ المعياري	Beta	T	Sig. t
جودة الخدمات الصحية	0.640	0.410	1	197.22	0.000	إدارة المخاطر التشغيلية	0.508	0.036	0.640	14.04	0.000

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS

وللتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear

Regression) لقياس تأثير "إدارة المخاطر التشغيلية" باعتبارها أحد أبعاد إدارة المخاطر على "جودة

الخدمات الصحية". وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضح في الجدول (22)، حيث بلغ معامل

الارتباط $r = 0.640$ ، وهو ما يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة متوسطة القوة بين المتغيرين، كما بلغت

قيمة معامل التحديد $R^2 = 0.410$ ، مما يشير إلى أن 41.0% من التباين في جودة الخدمات الصحية يُمكن تفسيره من خلال متغير إدارة المخاطر التشغيلية فقط، دون تدخل بقية الأبعاد الأخرى.

وبالاطلاع على نتائج تحليل التباين (ANOVA) ، نجد أن قيمة F المحسوبة بلغت 197.22 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 $B = 0.508$ ، بقيمة $T = 14.04$ ، وهي أيضاً دالة عند مستوى (Sig. = 0.000) ، ما يدل على أن أي زيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى تطبيق إدارة المخاطر التشغيلية تؤدي إلى زيادة بمقدار 0.508 في مستوى جودة الخدمات الصحية، ضمن شروط النموذج. ورغم أن هذا البُعد حقق أحد أدنى المتوسطات الحسابية في التحليل الوصفي (3.60)، إلا أن أثره في الجودة واضح ومعنوي، مما يعني أن تحسين إدارة المخاطر التشغيلية – بما يشمل خطط الطوارئ والصيانة الوقائية وسلسلة التوريد وسلامة بيئة العمل – سيُسهم بشكل ملموس في رفع مستوى جودة الخدمات. وبناءً على ذلك تُرفض الفرضية الصفرية وتُقبل الفرضية البديلة.

الفصل الخامس: النتائج والتوصيات

1.5 تمهيد

يُمثّل هذا الفصل خلاصة الدراسة، إذ يُعرض فيه أبرز النتائج المستخلصة من التحليل الإحصائي للبيانات الميدانية المجمّعة من (286) مفردة من العاملين بالمستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض، مع تفسير كل نتيجة وربطها بالدراسات السابقة، ثم تُطرح التوصيات العملية والدراسات المستقبلية المقترحة.

2.5 نتائج الدراسة وتفسيرها

- جاء المستوى العام لتطبيق إدارة المخاطر في المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض مرتفعاً بمتوسط حسابي (3.69)، ويُعزى ذلك إلى التحولات الكبيرة التي شهدتها القطاع الصحي السعودي ضمن رؤية 2030 واشتراط الاعتماد المؤسسي من CBAHI لتطبيق إدارة المخاطر، فضلاً عن أثر الجوائح الصحية في تسريع تبني هذه الممارسات. وتتوافق هذه النتيجة مع دراسة العلوان (2021) التي كشفت عن مستوى مرتفع لتطبيق إدارة المخاطر في شركات الصناعات الدوائية الأردنية، ودراسة البقري (2025) التي أظهرت نتائج مماثلة، بينما تختلف جزئياً مع دراسة العفيفي (2024) التي أشارت إلى نسبة تحسّن أقل في مستشفيات جدة.
- تصدر بُعد إدارة مخاطر العدوى جميع الأبعاد بأعلى متوسط حسابي (3.89) وأقل تشتت في الاستجابات، ويُفسّر ذلك بالاهتمام الاستثنائي الذي أولته المملكة لمكافحة العدوى بعد تجربتها مع فيروس MERS-CoV ثم جائحة كوفيد-19 حيث أصبحت البروتوكولات جزءاً راسخاً من الثقافة المؤسسية. وتتسق هذه النتيجة مع دراسة Asriani et al. (2025) التي أكدت ارتباط فعالية مكافحة العدوى بالتواصل والالتزام بالسياسات، ودراسة الغراوي والشريدة (2025) حول المكانة المحورية لمكافحة العدوى في تعزيز الجودة.
- حصل بُعد إدارة المخاطر التقنية على أدنى متوسط حسابي (3.49) من بين الأبعاد الستة، ويُعزى ذلك إلى أن التحول الرقمي في المستشفيات الحكومية لا يزال في مراحل متفاوتة وأن الاستثمار في البنية

التحتية التقنية والأمن السيبراني وخطط استمرارية الأعمال لم يبلغ المستوى المطلوب. وتتوافق هذه النتيجة مع دراسة (Sharma (2026 حول تزايد تعقيد المخاطر التقنية، ودراسة أبو حمام (2018) التي كشفت عن فجوة بين متطلبات الإدارة الإلكترونية والواقع التطبيقي.

- كشفت النتائج عن فجوة واضحة بين الأبعاد السريرية المباشرة (العدوى 3.89، السريرية 3.78، الأدوية 3.74) التي حققت مستويات مرتفعة، والأبعاد الإدارية-التنظيمية (الموارد البشرية 3.61، التشغيلية 3.60، التقنية 3.49) التي جاءت في المستوى المتوسط. ويُفسّر ذلك بأن متطلبات الاعتماد والجوائح الصحية ركزت الاهتمام على الممارسات السريرية المرتبطة بسلامة المرضى بينما لم تحظ الجوانب الإدارية بالقدر ذاته من الاستثمار. وتتقاطع هذه النتيجة مع دراسة باقر وارتيمة والهواري (2020) حول صعوبة إدارة المخاطر التشغيلية لتشعب مصادرها، ودراسة الراوشدة (2022) حول حاجة المخاطر التشغيلية إلى تمكين إداري أكبر.

- جاء مستوى جودة الخدمات الصحية مرتفعاً بمتوسط (3.71)، مع تصدر الفقرات المتعلقة بالموسمية والاعتمادية والأمان، بينما جاءت الفقرات المتعلقة بالتعاطف والتخصيص ومتابعة ما بعد الخروج وقياس رضا المرضى في المستوى المتوسط. ويُفسّر ذلك بأن الاستثمارات في البنية التحتية والأنظمة الإجرائية أثمرت بشكل واضح بينما لا تزال الأبعاد الإنسانية تحتاج إلى تطوير. وتتسق هذه النتيجة مع دراسة بونة (2024) حول أن التعاطف يُشكّل التحدي الأبرز في المستشفيات الحكومية، ودراسة القرشي والحميدي (2024) التي أظهرت مستويات مرتفعة إجمالاً مع تفاوت بين الأبعاد.

- أثبت تحليل الانحدار المتعدد وجود أثر ذي دلالة إحصائية لتطبيق إدارة المخاطر بأبعادها مجتمعةً على جودة الخدمات الصحية بمعامل ارتباط ($R = 0.847$) ومعامل تحديد ($R^2 = 0.717$)، أي أن الأبعاد الستة تُفسّر (71.7%) من التباين في الجودة. ويؤكد ذلك أن إدارة المخاطر ليست مجرد إجراء وقائي بل محرك رئيس للجودة، حيث تُقلّل الأحداث الضائرة وتُحسن الكفاءة وتُعزز ثقة المرضى. وتتوافق هذه النتيجة مع دراسة العلوان (2021) ودراسة البقري (2025) ودراسة Majeed &

- (Yamani (2024 التي أكدت جميعها الأثر الإيجابي لإدارة المخاطر على الجودة والفعالية التنظيمية. جاء بُعد إدارة مخاطر العدوى الأكثر تأثيراً في جودة الخدمات سواء في الانحدار البسيط ($R^2 = 0.548$) أو المتعدد ($B = 0.648$ أو $\beta = 0.228$)، ويُعزى ذلك إلى أن العدوى المكتسبة تؤثر مباشرة وفورياً على

سلامة المرضى ونتائجهم الصحية ومدة إقامتهم وتكاليف علاجهم. وتتسق هذه النتيجة مع دراسة Asriani et al. (2025) ودراسة Alsulami et al. (2023) حول المكانة المحورية لمكافحة العدوى.

- حلّ بُعِد إدارة المخاطر السريرية ثانياً في التأثير ($R^2 = 0.518$, $B = 0.612$) لأن الممارسات السريرية الآمنة تمثل جوهر الخدمة الصحية التي يُقيّمها المريض أساساً بناءً على سلامة الإجراءات ونتائجها. وتتسق هذه النتيجة مع دراسة Alsulami et al. (2023) ودراسة العفيفي. (2024)
- حلّ بُعِد إدارة مخاطر الأدوية ثالثاً ($R^2 = 0.476$, $B = 0.574$) لأن الأخطاء الدوائية من أكثر الأحداث الضائرة شيوعاً وقابلية للوقاية، فالإدارة الرشيدة للعمليات الدوائية تُسهم مباشرة في تحسين نتائج العلاج. وتتوافق هذه النتيجة مع دراسة Shoman & Ellahham (2018) حول فعالية الأدوات الاستباقية في الحد من الأخطاء الدوائية.
- حلّ بُعِد إدارة مخاطر الموارد البشرية رابعاً ($R^2 = 0.449$, $B = 0.548$) لأن العنصر البشري هو الركيزة الأساسية لتقديم الخدمات الصحية، فمخاطر النقص والإرهاق وضعف التدريب تنعكس مباشرة على جودة الخدمة. وتتسق هذه النتيجة مع دراسة الحسني والخشالي (2022) ودراسة السعايدة والبالونة. (2024)

3.5 توصيات الدراسة

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة، يُقدّم الباحث التوصيات التالية:

- تبني إدارة المخاطر كمنهج استراتيجي شامل ومتكامل في المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض، وإنشاء إدارات مركزية متخصصة لإدارة المخاطر تتبع الإدارة العليا مباشرة وتتمتع بصلاحيات واضحة وموارد بشرية ومالية كافية، مع ربط أهدافها بمؤشرات الأداء الرئيسة للمستشفى ضمن خطته الاستراتيجية لضمان التكامل بين إدارة المخاطر وتحسين جودة الخدمات.
- تعزيز الاستثمار في البنية التحتية التقنية للمستشفيات الحكومية بما يشمل أنظمة المعلومات الصحية والأمن السيبراني وشبكات الاتصال، ووضع خطط شاملة لاستمرارية الأعمال التقنية تُحدّث

وتُختبر دورياً من خلال تمارين محاكاة عملية، وتعيين مسؤولين متخصصين لأمن المعلومات الصحية في كل مستشفى مع تدريب جميع العاملين على أساسيات حماية البيانات وخصوصية المرضى.

- إنشاء وحدات متخصصة لإدارة المخاطر التشغيلية تتولى المراجعة الدورية لجميع العمليات التشغيلية وتحديد نقاط الضعف ومعالجتها استباقياً، وتطوير أنظمة إلكترونية لمراقبة سلسلة التوريد الطبي وربطها بأنظمة الإنذار المبكر لمنع انقطاع المستلزمات الأساسية، وتحديث خطط الطوارئ والكوارث وإجراء تمارين محاكاة منتظمة لاختبار جاهزية المستشفى.

- تطوير خطط تعاقب وظيفي واضحة وموثقة للمناصب القيادية والتخصصية الحرجة تضمن استمرارية الخدمات عند مغادرة أصحاب الخبرة، وتبني سياسات فعّالة لإدارة الإرهاق والاحتراق الوظيفي تشمل تنظيم ساعات العمل وتوفير برامج الدعم النفسي والرفاه الوظيفي، ومراجعة سياسات الاستقطاب والاحتفاظ بالكفاءات الصحية في ضوء المنافسة المتزايدة مع القطاع الخاص.
- تكثيف البرامج التدريبية المنتظمة لجميع الكوادر الصحية حول سلامة استخدام الأدوية والتبليغ عن الأخطاء الدوائية، وتطوير أنظمة الوصفات الإلكترونية لتشمل تنبيهات آلية أكثر ذكاءً حول التفاعلات الدوائية والجرعات غير المناسبة، وتعزيز دور الصيدلي السريري في الأقسام العلاجية كشريك فاعل في فريق الرعاية الصحية.

- ترسيخ ثقافة الإبلاغ عن الأخطاء الطبية والأحداث الجانبية السريرية من خلال تبني نظام إبلاغ سري وداعم يُركّز على التعلّم والتحسين بدلاً من اللوم والعقاب، وتفعيل لجان مراجعة الحالات الحرجة بشكل منتظم وتعميم الدروس المستفادة، وتوسيع قاعدة الممارسين المدربين على أدوات تقييم

المخاطر السريرية كنموذج Bow-Tie وتحليل FMEA.

- تطوير برامج تدريبية متخصصة في مهارات التواصل الإنساني والتعاطف مع المرضى وذوهم وجعلها مطلباً إلزامياً لجميع الكوادر الصحية والإدارية، وتوفير خدمات ترجمة وتواصل بلغات متعددة لمراعاة التنوع الثقافي واللغوي للمرضى، بما يُسهم في سد الفجوة في الأبعاد الإنسانية لجودة الخدمة الصحية.

- تفعيل نظام شامل ومنهجي لقياس رضا المرضى بصورة دورية باستخدام أدوات متعددة وربط نتائجه بتقييم أداء الأقسام والعاملين، وإنشاء وحدة متخصصة لمتابعة المرضى بعد الخروج تتولى التواصل معهم للتأكد من استمرارية الرعاية وتقييم نتائج العلاج ورصد أي مضاعفات في مراحلها المبكرة.
- تصميم برامج توجيه مهني منظّمة يُشرف فيها العاملون ذوو الخبرة الطويلة على تدريب وتوجيه حديثي الخبرة في مجال إدارة المخاطر والجودة، وتكثيف برامج التهيئة والتدريب للموظفين الجدد حول المنظومة الشاملة لإدارة المخاطر وأهميتها وانعكاساتها على جودة الخدمات وسلامة المرضى.
- تعزيز مشاركة العاملين في المستوى التخصصي والتنفيذي في صياغة سياسات إدارة المخاطر والجودة وتطويرها، وذلك لردم الفجوة بين رؤية الإدارة العليا والواقع الميداني، من خلال إنشاء لجان مشتركة تضم ممثلين عن جميع المستويات الإدارية والتخصصية تجتمع دورياً لمراجعة السياسات وتقييم فعاليتها واقتراح التحسينات بناءً على الملاحظات الميدانية المباشرة.

4.5 الدراسات المستقبلية المقترحة

- إجراء دراسة مقارنة تتناول أثر إدارة المخاطر على جودة الخدمات الصحية بين المستشفيات الحكومية والخاصة بمنطقة الرياض، بهدف الكشف عن أوجه التشابه والاختلاف في الممارسات ومستويات الجودة بين القطاعين واستخلاص أفضل الممارسات القابلة للتبادل.
- إجراء دراسة تتناول أثر إدارة المخاطر على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى وذويهم بدلاً من العاملين، إذ قد تختلف تصورات متلقي الخدمة عن تصورات مقدميها، مما يُوفّر رؤية أكثر شمولية وتوازناً.

Study Abstract

This study aimed to measure the impact of risk management implementation across its six dimensions (clinical risk management, medication risk management, infection risk management, operational risk management, technical risk management, and human resources risk management) on improving healthcare service quality in government hospitals in the Riyadh region of Saudi Arabia. The study adopted a descriptive-analytical methodology, and a proportional stratified random sampling technique was employed, whereby (320) questionnaires were distributed and (286) valid questionnaires were retrieved for analysis, representing a response rate of (89.4%). Data were analyzed using SPSS V.26.

The study yielded several key findings, most notably: a statistically significant impact at ($\alpha \leq 0.05$) of risk management implementation across all its dimensions collectively on healthcare service quality. Based on these findings, the study recommended adopting risk management as a comprehensive strategic approach and establishing specialized central departments for it, increasing investment in technical infrastructure and cybersecurity, developing operational risk management and emergency plans, establishing succession planning and burnout management policies, intensifying medication safety training, and fostering a culture of medical error reporting.

Keywords: Risk Management, Healthcare Service Quality, Government Hospitals, Riyadh Region.

المراجع

أولاً: المراجع العربية

- أبو دف، عمر محمود خليل، و عاشور، يوسف حسين محمود. (2021). أثر الإدارة الإلكترونية في جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية : مجمع الشفاء الطبي بغزة (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية (غزة)، غزة. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1232689>
- باقر، وفاء جاسم علي عباس، ارتيمة، هاني جزاع عبدالكريم، و الهواري، سامر فواز. (2020). أثر إدارة المخاطر في إدارة المشاريع الهندسية: الدور الوسيط للثقافة المنظمة في الهيئة العامة للطرق والنقل البري في دولة الكويت (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة العلوم الإسلامية العالمية، عمان. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1219633>
- البقي، سعد، و شرقي، فاطنة. (2025). دور اليقظة الاستراتيجية في إدارة المخاطر: دراسة حالة أزمة كوفيد بالملكة العربية السعودية. مجلة الرسالة للدراسات والبحوث الإنسانية، مج10، ع1، 927 - 936. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1567945>
- بونا، رشيد. (2024). الخدمات الصحية: المفهوم والخصائص. مجلة جيل العلوم الإنسانية والاجتماعية، ع106، 87 - 97. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1458717>
- جبره، دميانة محروس رياض. (2020). واقع جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية: بحث ميداني على عينة من المترددين على المستشفى الأميري العام بمدينة الإسماعيلية. مجلة كلية الآداب والعلوم الإنسانية، ع32، 214 - 244. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1377424>
- جبره، دميانة محروس رياض. (2020). واقع جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية: بحث ميداني على عينة من المترددين على المستشفى الأميري العام بمدينة الإسماعيلية. مجلة كلية الآداب والعلوم الإنسانية، ع32، 214 - 244. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1377424>

- الحسني، عبدالله بن حمود بن محمد، و الخشالي، شاكِر جار الله محمود. (2022). أثر التفكير الاستراتيجي في إدارة المخاطر: الدور المعدل للدعم المنظمي في شركات المقاولات العمانية (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة العلوم الإسلامية العالمية، عمان. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1264921>
- حمدان، دلال محمد غازي توفيق، و البشاشة، سامر عبدالمجيد هزيم. (2024). أثر تطبيق إدارة المخاطر في تحقيق الفاعلية التنظيمية في شركات الأدوية الأردنية. مجلة أكاديمية شمال أوربا المحكمة للدراسات والبحوث، مج4، ع22، 37 - 71. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1443126>
- الرمادي، محمد محمود أحمد. (2022). الأبعاد الاجتماعية لحوكمة الخدمات الصحية وتأثيرها على جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية على العاملين في المستشفى التعليمي العالمي بجامعة طنطا. مجلة كلية الآداب، ع21، 308 - 342. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1289662>
- الرواشدة، ينال عاطف سلام، و الشورة، عبدالله أحمد سليمان. (2022). أثر إدارة المخاطر في مرونة سلسلة التوريد: الدور المعدل للتمكين في شركة البوتاس العربية (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة العلوم الإسلامية العالمية، عمان. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1329066>
- الزياي، وائل ياسين عبده مانع، و السماوي، عبد الرقيب علي قاسم. (2024). الرضا الوظيفي وأثره في جودة الخدمات الصحية: المستشفى الجمهوري العام بمحافظة تعز نموذجاً. مجلة السعيد للعلوم الإنسانية والتطبيقية، مج7، ع4، 1 - 25. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1540896>
- سلمان، جبر الله عباس حسن، علي، شريف السيد محمد، و عبدالمجيد، أمل عبدالحميد أحمد. (2026). الخدمات الصحية الرقمية: تحليل نظري للتحويل في تقديم الخدمات الصحية عبر الوسائل

الرقمية. مجلة كلية الآداب، مج32، ع1، 1 - 38. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1622549>

• سيفي، يوسف. (2020). جودة الخدمات الصحية بين المتطلبات والامكانيات. مجلة التكامل، ع10،

122 - 139. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1358938>

• الطبال، غيث المبروك. (2025). دور المحاسب الإداري في إدارة المخاطر. مجلة العلوم الاقتصادية

والسياسية، مج22، ع1، 88 - 115. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1560663>

• علوان، حميد جاسم. (2021). دور إدارة المخاطر في تقليل الخسائر في المنظمات. مجلة كلية الإدارة

والاقتصاد للدراسات الاقتصادية والإدارية والمالية، مج13، ع2، 300 - 318. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1263556>

• علي، غازي عبدالرحمن علي، و السماوي، عبدالرقيب علي قاسم. (2024). واقع جودة الخدمات

الصحية بمدينة تعز: دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الحكومية. مجلة السعيد للعلوم

الإنسانية والتطبيقية، مج7، ع4، 94 - 120. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1540949>

• الغراوي، حيدر جبوري شمخي، و الشريدة، ندى عبدالقادر عبدالستار. (2025). دور إدارة المخاطر

في تحقيق الجودة الشاملة: دراسة استطلاعية في شركة نفط البصرة. مجلة الأقتصادي الخليجي،

ع65، 144 - 190. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1616289>

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Afifi, A. A. (2024). The Impact of Risk Management Implementation on Healthcare Projects: An Applied Study on Hospitals in Jeddah. Al-Majallah al-Dawliyah Lil-Buḥūth al-ʿilmiyah, 3(8), 860–892. <https://doi.org/10.59992/ijsr.2024.v3n8p24>

- Ajam, M., Sadeghifar, J., Anjomshoa, M., Mahmoudi, S., Honarvar, H., & Mousavi, S. M. (2022). Assessing quality of healthcare service by the SERVQUAL model: A case study of a field hospital. *Journal of Military Medicine*, 15(4), 273-279.
- Alsulami, N. K. (2023). Risk Management in Health Management. *Journal of Medical Science and Clinical Research*. <https://doi.org/10.18535/jmscr/v11i10.06>
- Amankwah, O., Choong, W. W., Boakye-Agyeman, N. A., & Afrane, E. (2023). The intervening influence of the quality of health-care administrative process on the relationship between facilities management service quality and patients' health-care experience in Ghana. *Facilities*, 41(13-14), 970-988.
- Asriani, A., Yanti, S. D., Abrar, V. A., & Istiqomah, N. (2025). Review of Risk Management and Patient Safety in the Context of Hospital Quality Management: Literature Review. 2(1), 1–7. <https://doi.org/10.63441/ijsth.v2i1.20>
- Elkomy, S., Murad, Z., & Veleanu, V. (2023). Does leadership matter for healthcare service quality? Evidence from NHS England. *International Public Management Journal*, 26(2), 147-174
- Endeshaw, B. (2021). Healthcare service quality-measurement models: a review. *Journal of Health Research*, 35(2), 106-117.
- Farokhzadian, J., Sabzi, A., & Dehghan Nayeri, N. (2021). Outcomes of Effective Integration of Clinical Risk Management Into Health Care From Nurses' Viewpoints: A Qualitative Study. *The International Quarterly of Community Health Education*, 41(2), 189–197. <https://doi.org/10.1177/0272684X20915358>
- Majeed, R. A., Yamani, H. F., AlSharif, M. H., Sindi, S. S., Aljohani, R. Y., Kalkatawi, H. M., ... & Noori, A. A. (2024). The Impact of Health Administration on Healthcare Quality: A

Systematic Review of Effective Management Practices. *Journal of Ecohumanism*, 3(7), 2909-2917

- Nikolaeva, N. G., Priimak, E. V., Razina, I. S., & Kazanceva, M. A. (2021). Risk management for healthcare organizations. 76(2), 187–195. <https://doi.org/10.15690/VRAMN1490>
- Sharma, D. (2025). Risk Assessments and Identification Strategies in Healthcare Sector. 253–278. <https://doi.org/10.4018/979-8-3373-0613-1.ch010>
- Shoman, H., & Ellahham, S. (2018). An Innovative Risk Assessment Tool for Prospective Risk Analysis to Improve the Quality in Health Care: The Bow-Tie. 3(1), 1–3. <https://doi.org/10.15226/2476-2431/3/1/00120>
- Tuczynska, M., Staszewski, R., Matthews-Kozanecka, M., Żok, A., & Baum, E. (2022). Quality of the healthcare services during COVID-19 pandemic in selected European countries. *Frontiers in public health*, 10, 870314.
- Vieira, R. B. F. (2022). Risk Management and Quality in Health Services: A Study at the Vereador Valdinar Pereira Basic Health Unit, in Teresina-Pi. *American Journal of Biomedical Science & Research*, 16(4), 441–453. <https://doi.org/10.34297/ajbsr.2022.16.002253>

الملاحق

استمارة استبيان

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أخي الكريم / أختي الكريمة

تحية طيبة وبعد،

يقوم الباحثين بإجراء دراسة حول قياس أثر تطبيق إدارة المخاطر على تحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية على المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض في المملكة 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.

وأقدم 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 أزدكم 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 30 – 40 سنة ☐

40 – 50 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- المستوى الوظيفي إدارة عليا ☐ إدارة وسطى ☐

مستوى تخصصي ☐

ثانياً محاور الاستبيان

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

معارض بشدة	معارض	محايد	أو افق	أو افق بشدة	البعد
إدارة المخاطر السريرية					
					يتم تطبيق بروتوكولات موحدة لتحديد المخاطر المرتبطة بالإجراءات التشخيصية والعلاجية قبل تنفيذها
					تعتمد المستشفى نظام إبلاغ فعال عن الأخطاء الطبية والأحداث الجانبية السريرية لتحليلها ومنع تكرارها
					تُجري المستشفى تقييماً دورياً لمخاطر سلامة المرضى في جميع الأقسام السريرية وفقاً لمعايير محددة
					يتوفر فريق متخصص لإدارة المخاطر السريرية يتولى مراجعة الحالات الحرجة ووضع خطط تصحيحية
إدارة مخاطر الأدوية					
					تعتمد المستشفى نظاماً إلكترونياً للتحقق من الجرعات الدوائية ورصد التفاعلات الدوائية المحتملة قبل الصرف

معارض بشدة	معارض	محايد	أو افق	أو افق بشدة	البعد
					تُطبق إجراءات موثقة للمطابقة الدوائية عند دخول المريض وخروجه ونقله بين الأقسام
					يتم تصنيف الأدوية عالية الخطورة وتخزينها وفق بروتوكولات خاصة تمنع الخلط أو الاستخدام الخاطئ
					تُنفذ المستشفى برامج تدريبية منتظمة للكوادر الصحية حول سلامة استخدام الأدوية والتبليغ عن الأخطاء الدوائية
إدارة مخاطر العدوى					
					تلتزم المستشفى بتطبيق بروتوكولات نظافة اليدين والتعقيم في جميع الأقسام السريرية وفقاً للمعايير العالمية
					يوجد نظام ترصد وبائي فعال لرصد حالات العدوى المكتسبة في المستشفى وتحليل مصادرها واتخاذ إجراءات فورية
					تُطبق سياسات صارمة لعزل المرضى المصابين بأمراض معدية ومنع انتقال العدوى بين الأقسام
					تُوفّر المستشفى برامج توعوية وتدريبية مستمرة لجميع العاملين حول أساليب الوقاية من العدوى ومكافحتها

معارض بشدة	معارض	محايد	أو افق	أو افق بشدة	البعد
إدارة المخاطر التشغيلية					
					تمتلك المستشفى خططاً محدّثة لإدارة الطوارئ والكوارث تتضمن سيناريوهات متعددة وإجراءات استجابة واضحة
					يتم إجراء صيانة وقائية منتظمة لجميع المرافق والمعدات التشغيلية وفق جداول زمنية مُلزمة
					تُراجع إجراءات سلسلة التوريد الطبي والإمداد بصورة دورية لضمان عدم انقطاع المستلزمات الأساسية
					تُقيّم المستشفى المخاطر المرتبطة ببيئة العمل الداخلية من حيث السلامة المهنية والصحة البيئية بشكل منتظم

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

معارض بشدة	معارض	محايد	أو افق	أو افق بشدة	البعد
					تتوفر في المستشفى مرافق وتجهيزات مادية حديثة ونظيفة تتناسب مع طبيعة الخدمات الصحية المقدمة
					تعتمد المستشفى لافتات إرشادية واضحة ومظهراً عاماً مهنيّاً يُسهّل حركة المرضى والزوار داخل المرافق
					تُقدّم الخدمات الصحية بدقة واتساق من المرة الأولى مع الالتزام بالمواعيد والجداول الزمنية المحددة
					يُحافظ المستشفى على سجلات طبية دقيقة وخالية من الأخطاء تُسهم في استمرارية الرعاية الصحية
					يتميّز العاملون في المستشفى بالاستجابة السريعة لاحتياجات المرضى والتعامل الفوري مع شكاواهم واستفساراتهم
					يُبدي الكادر الصحي استعداداً مستمراً لتقديم المساعدة والمعلومات للمرضى دون تأخير أو تردد

المعيار	معارض بشدة	معارض	محايد	أوافق	أوافق بشدة
البعد					
يملك العاملون في المستشفى المعرفة والكفاءة المهنية التي تبعث الثقة والاطمئنان لدى المرضى وذويهم					
تُوفّر المستشفى بيئة آمنة تُشعر المرضى بالحماية من المخاطر الصحية والأخطاء الطبية أثناء فترة العلاج					
يحرص العاملون على إبداء الاهتمام الشخصي بكل مريض ومراعاة ظروفه الفردية واحتياجاته الخاصة					
تُراعي المستشفى التنوع الثقافي واللغوي للمرضى وتُوفّر خدمات ترجمة وتواصل مناسبة عند الحاجة					
تسعى المستشفى بشكل منهجي لقياس رضا المرضى واستطلاع آرائهم لتحسين الخدمات المقدمة باستمرار					
تُطبق المستشفى نظاماً شاملاً لمتابعة المرضى بعد الخروج والتأكد من استمرارية الرعاية وتقييم نتائج العلاج					

مع خالص التقدير والاحترام

Mid Ocean University

College of Management



Master of risk management

**The Impact of Implementing Risk Management on
Improving the Quality of Healthcare Services: A Field Study
on Government Hospitals in the Riyadh Region, Kingdom of
Saudi Arabia**

Prepared by:

Waleed Naif Alotaibi

Supervision:

Dr. Al-Faisal Abdelhamid Mohamed Hassan

Dr. Fayez Jarad

2026 – 1447