

دور إدارة أصحاب المصلحة في نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي:
دراسة ميدانية على فرق الرعاية متعددة التخصصات في مستشفيات
الرياض

إعداد الطالب/

نوره محمد الصايغ

253001418

المشرف الثاني/

د.فايز جراد

المشرف الرئيسي/

د. الفیصل عبد الحمید

العام الدراسي:

1448 – 2026



إِهْدَاء

﴿وَأَخِرُ دَعْوَاهُمْ أَنِ الْحَمْدُ لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ﴾

بكل فخر واعتزاز اهدي هذا النجاح لنفسي اولاً ثم لكل من سعى معي لإتمام هذه المسيرة

اهدي تخرجي إلى من دعمني بلا حدود واعطائي بلا مقابل إلى من علمني ان الدنيا كفاح وسلاحها العلم والمعرفة والى من غرس في روحي مكارم الأخلاق داعمي الاول في مسيرتي وقوتي بعد الله " والدي الغالي "

إلى من جعل الجنة تحت اقدامها إلى من سهلت لي الشدائد بدعائها قدوتي ومعلمتي الاولى وصديقة أيامي (والدتي الحبيبة)

والى من شد الله بهم عضدي فكانوا لي خير معين " اخواتي "

شكر وقدر

ليس بعد التمام أجمل من الحمد، فالحمد لله والشكر له كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه وكما ينبغي لجزيل فضله وعظيم إحسانه على ما أنعم به على من إتمام هذا البحث.

ثم أنه لا يسعني الا أن أشيد بالفضل وأقر بالمعروف لكل من ساهم في إنجاز هذا البحث.

كل الشكر للجهات التي دعمتني وساعدتني وخصتني بالتوجيه والتصويب لإتمام بحثي على الوجه الصحيح.

كما أتقدم بالشكر لمن كان لتوجيهاتهم الدور الكبير في انجاز هذا المشروع وكل من مد لي يد العون من قريب وبعيد ولو بدعوة بظهر الغيب، بارك الله فيهم جميعاً وجزاهم الله عني الجزاء الأوفى وأسأل الله أن ينفع بهذا البحث على قدر العناء فيه وأن يجعله خالصاً لوجهه الكريم إنه على ذلك لقادر.

المستخلص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر إدارة أصحاب المصلحة في نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية، من خلال قياس أثر أبعاد إدارة أصحاب المصلحة والمتمثلة في: تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم، والتواصل والحوار معهم، وإشراكهم في صنع القرار، ومتابعة وتقييم العلاقة معهم، على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي. وانطلقت الدراسة من أهمية الربط بين الممارسات الإدارية الحديثة في المؤسسات الصحية وبين فاعلية البرامج الاجتماعية الطبية، بوصفها أحد المرتكزات الأساسية للرعاية الصحية الشاملة وتحسين تجربة المستفيدين.

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبانة أداة رئيسة لجمع البيانات من عينة بلغت (241) مفردة من العاملين في المؤسسات الصحية، شملت الإدارة العليا، ورؤساء الأقسام، والأخصائيين الاجتماعيين، وموظفي الجودة وحقوق المرضى، ومنسقي البرامج والخدمة المجتمعية. وتم تحليل البيانات باستخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية، من أبرزها: المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، ومعاملات الارتباط، وتحليل الانحدار الخطي البسيط والمتعدد.

وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى إدارة أصحاب المصلحة في المؤسسات الصحية جاء بدرجة مرتفعة، كما جاء مستوى نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي بدرجة مرتفعة كذلك. كما بينت النتائج وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة أصحاب المصلحة بأبعادها مجتمعة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي. وأوضحت النتائج أن بُعد التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة كان الأكثر تأثيراً، يليه إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار، ثم تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم، وأخيراً متابعة وتقييم العلاقة معهم.

وفي ضوء هذه النتائج، أوصت الدراسة بضرورة تعزيز الممارسات المؤسسية المرتبطة بإدارة أصحاب المصلحة، وتطوير آليات التواصل والإشراك والتقييم، بما يسهم في رفع كفاءة برامج التدخل الاجتماعي الطبي وتحقيق مزيد من التكامل في الرعاية الصحية.

الكلمات المفتاحية: إدارة أصحاب المصلحة، برامج التدخل الاجتماعي الطبي، المؤسسات الصحية، التواصل والحوار، صنع القرار، الرعاية الصحية الشاملة.

قائمة المحتويات

ب.....	بسم الله الرحمن الرحيم
ج.....	الإهداء
د.....	الشكر والتقدير
ه.....	المستخلص
و.....	قائمة المحتويات
ط.....	قائمة الجداول
1.....	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
1.....	1.1 المقدمة
2.....	2.1 مشكلة الدراسة
3.....	3.1 أهمية الدراسة:
5.....	4.1 أهداف الدراسة:
5.....	5.1 تساؤلات الدراسة
6.....	6.1 فروض الدراسة:
7.....	7.1 الدراسات السابقة:
13.....	8.1 الفجوة البحثية:
14.....	9.1 المنطلقات النظرية للدراسة:
16.....	10.1 المنهجية وطرق البحث:
20.....	الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة
20.....	تمهيد
21.....	المبحث الأول: إدارة أصحاب المصلحة
21.....	1.1.2 تمهيد المبحث
21.....	2.1.2 التأصيل المفاهيمي لإدارة أصحاب المصلحة
23.....	3.1.2 أهمية إدارة أصحاب المصلحة وأهدافها
25.....	4.1.2 أبعاد إدارة أصحاب المصلحة واستراتيجياتها
29.....	المبحث الثاني: نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي

29	1.2.2 تمهيد المبحث
29	2.2.2 التأصيل المفاهيمي لنجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي
30	3.2.2 أهمية نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي وأهدافها
32	4.2.2 مؤشرات نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي والعلاقة النظرية بالمتغير المستقل
35	الفصل الثالث: منهجية الدراسة
35	1.3 تمهيد
35	2.3 منهج الدراسة
35	3.3 مجتمع الدراسة
36	4.3 عينة الدراسة
37	5.3 جدول توزيع الاستبيان
38	6.3 أداة الدراسة
40	7.3 صدق أداة الدراسة
42	8.3 ثبات أداة الدراسة
42	9.3 مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة
43	10.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
45	الفصل الرابع: تحليل البيانات واختبار فرضيات الدراسة
45	1.4 تمهيد
45	2.4 تحليل البيانات الديموغرافية لعينة الدراسة
47	3.4 التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة
53	4.4 اختبار فرضيات الدراسة
62	الفصل الخامس: النتائج والتوصيات
62	1.5 تمهيد
62	2.5 النتائج
66	3.5 التوصيات
68	Abstract

69	 قائمة المراجع
73	 الملاحق
74	 استمارة استبيان

قائمة الجداول

رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
36	جدول (3 - 1) توزيع مجتمع الدراسة حسب الفئة الوظيفية	1.
37	جدول (3 - 2) توزيع عينة الدراسة الصالحة للتحليل حسب الفئة الوظيفية	2.
37	جدول (3 - 3) توزيع الاستبانات	3.
39	جدول (3 - 4) توزيع فقرات الاستبانة على متغيرات الدراسة	4.
39	جدول (3 - 5) مقياس ليكرت الخماسي المستخدم في الدراسة	5.
39	جدول (3 - 6) معيار تفسير المتوسطات الحسابية	6.
41	جدول (3 - 7) معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للأداة	7.
41	جدول (3 - 8) نطاق معاملات ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية لأبعادها	8.
42	جدول (3 - 9) معاملات الثبات لأبعاد الدراسة	9.
42	جدول (3 - 10) مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة	10.
45	جدول (4 - 1) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس	11.
46	جدول (4 - 2) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي	12.
46	جدول (4 - 3) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة	13.
47	جدول (4 - 4) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الفئة الوظيفية	14.

رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
47	جدول (4 - 5) التحليل الوصفي لفقرات بُعد تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم	15.
48	جدول (4 - 6) التحليل الوصفي لفقرات بُعد التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة	16.
49	جدول (4 - 7) التحليل الوصفي لفقرات بُعد إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار	17.
50	جدول (4 - 8) التحليل الوصفي لفقرات بُعد متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة	18.
51	جدول (4 - 9) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد إدارة أصحاب المصلحة	19.
52	جدول (4 - 10) التحليل الوصفي لفقرات نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي	20.
54	جدول (4 - 11) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد إدارة أصحاب المصلحة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي	21.
56	جدول (4 - 12): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي	22.
57	جدول (4 - 13): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي	23.
59	جدول (4 - 14): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي	24.

رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
60	جدول (4 - 15): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي	25.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1.1 المقدمة

شهدت بيئة المؤسسات الصحية المعاصرة تحولات جوهرية في فلسفة إدارتها، إذ لم يعد تقديم الخدمة الصحية مسؤولية طرف واحد بمعزل عن الأطراف الأخرى، بل أصبح مرهوناً بتضافر جهود شبكة واسعة من الأفراد والجماعات والمنظمات التي تتقاطع مصالحها وتتكامل أدوارها داخل المنظومة الصحية، وقد أفرز هذا التحول حاجة متزايدة إلى تبني مقاربات إدارية تتجاوز النماذج التقليدية المغلقة نحو أطر أكثر انفتاحاً وتشاركية، تأخذ في الحسبان تعدد الفاعلين وتتوقع توقعاتهم، وهو ما جعل مفهوم أصحاب المصلحة يحتل مكانة محورية في الفكر الإداري والصحي على حدٍ سواء .

وتُعد إدارة أصحاب المصلحة في السياق الصحي عملية منهجية متعددة الأبعاد، تشمل تحديد الأطراف المعنية وتصنيفها وفقاً لدرجة تأثيرها واهتمامها، وإنشاء قنوات تواصل وحوار مستمرة معها، وإشراكها في عمليات صنع القرار، فضلاً عن متابعة هذه العلاقة وتقييمها بشكل دوري، وتكتسب هذه العملية أهمية خاصة في المؤسسات الصحية نظراً لتعدد الأطراف الفاعلة فيها من مرضى وأطباء وممرضين وإداريين وأخصائيين اجتماعيين وجهات تمويلية ورقابية ومجتمعية، مما يجعل التنسيق بينها شرطاً جوهرياً لتحقيق أهداف المنظومة الصحية بكفاءة وفاعلية. (Petkovic et al., 2023)

ومن بين المجالات التي يتجلى فيها الدور الحيوي للمنظومة الصحية التكاملية مجال التدخل الاجتماعي الطبي، الذي يقوم على فلسفة مفادها أنّ صحة الإنسان لا تقتصر على بُعدها البيولوجي فحسب، بل تتصل اتصالاً وثيقاً بأبعاده النفسية والاجتماعية والاقتصادية، وتسعى برامج التدخل الاجتماعي الطبي إلى تقديم خدمات مهنية متخصصة تُعالج المحددات الاجتماعية للصحة وتُعزز قدرة المريض على التكيف مع ظروفه المرضية والاستفادة القصوى من الخدمات العلاجية المتاحة (الشمرى، 2025).

ولا يمكن لهذه البرامج أن تُحقق أهدافها المنشودة بمعزل عن سياقها المؤسسي، فهي بطبيعتها تستلزم تنسيقاً مستمراً بين الأخصائي الاجتماعي والفريق الطبي والمريض وأسرته والإدارة والمجتمع المحلي، ويتطلب تصميم هذه البرامج وتنفيذها وتقييمها فهماً عميقاً لاحتياجات المستفيدين وتوقعاتهم، ومشاركة فعلية من

جميع الأطراف ذات الصلة في مختلف المراحل، وهو ما يُشكّل جوهر الممارسة المهنية المبنيّة على الأدلة في الخدمة الاجتماعية الطبية (حامد، 2020).

وعند التأمل في العلاقة بين هذين المتغيّرين، يتّضح أنّ إدارة أصحاب المصلحة بأبعادها المختلفة قد تُمثّل عاملاً مؤثراً وحاسماً في مستوى نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي، ذلك أنّ التحديد الدقيق لأصحاب المصلحة والتواصل الفعّال معهم وإشراكهم في القرار ومتابعة العلاقة معهم من شأنه أن يُهيئ بيئة مؤسسية داعمة تُعظّم فاعلية هذه البرامج وتضمن استدامة نتائجها. (Coleman et al., 2019)

وانطلاقاً ممّا تقدّم، تأتي هذه الدراسة لتبحث في أثر إدارة أصحاب المصلحة بأبعادها الأربعة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية، ساعيةً إلى تقديم إسهام علمي وعلمي يُثري المعرفة الأكاديمية في هذا الميدان البينيّ الذي يتقاطع فيه علم الإدارة مع الخدمة الاجتماعية والصحة العامة، ويُزوّد الممارسين وصنّاع القرار بأطر تحليلية قابلة للتطبيق.

2.1 مشكلة الدراسة

تُمثّل المؤسسات الصحية منظومة معقّدة ومتشابكة تتداخل فيها مصالح أطراف متعدّدة ومتباينة التوجّهات، تمتدّ من المرضى وذويهم مروراً بالأطعم الطبية والتمريضية والأخصائيين الاجتماعيين، ووصولاً إلى الإدارات العليا والجهات التمويلية والرقابية ومنظّمات المجتمع المدني، وقد باتت إدارة العلاقة مع أصحاب المصلحة هؤلاء ضرورة استراتيجية لا ترفاً إدارياً، لا سيّما في ظلّ التحوّلات العميقة التي تشهدها النُظم الصحية عالمياً نحو مقاربات أكثر تشاركية وتكاملية تضع الإنسان في صدارة أولوياتها، غير أنّ المتنبّع للواقع الميداني في كثير من المؤسسات الصحية يلحظ فجوة جوهرية بين ما تُقرّره الأدبيات النظرية من أهمية قصوى لإشراك أصحاب المصلحة وبين ما يُمارَس فعلياً على أرض الواقع، إذ تُدار كثير من برامج التدخل الاجتماعي الطبي بمعزل عن الأطراف المعنية أو بإشراك شكلي لا يتجاوز حدود الإبلاغ والإعلام دون الارتقاء إلى مستوى المشاركة الحقيقية في صنع القرار والتخطيط والتقييم.

وتتجلّى هذه الإشكالية بصورة أكثر حدّة في برامج التدخل الاجتماعي الطبي تحديداً، التي تقوم في جوهرها على فلسفة التكامل بين البُعدين الصحي والاجتماعي للمريض، ممّا يستوجب بطبيعته تنسيقاً وثيقاً بين أطراف متعدّدة. فقد أشارت دراسة (Pellegrini & Lovati (2025 إلى أنّ غياب التواصل الفعّال بين أصحاب المصلحة في البيئة الصحية يُفضي إلى عدم تماثل المعلومات واختلال موازين القوى، بينما أكّدت

دراسة (Petkovic et al., 2023) أنّ إهمال الإشراف المنهجي لأصحاب المصلحة في تطوير الإرشادات الصحية يُنتج سياسات بعيدة عن الاحتياجات الفعلية للمستفيدين ، وكشفت دراسة شوادرة (2022) عن تدنّي مستويات التحفيز المؤسسي لإشراف أصحاب المصلحة في ممارسات المسؤولية الاجتماعية، كما خلصت دراسة الهاشمي وآخرين (2020) إلى غياب علاقة ذات دلالة إحصائية بين أصحاب المصلحة وعمليات الإصلاح الإداري في المؤسسات العامة، وهو ما يُشير إلى قصور في آليات الإدارة لا إلى عدم أهمية أصحاب المصلحة ذاتهم.

و تواجه برامج التدخل الاجتماعي الطبي تحديات جوهرية تتعلق بفاعليتها واستدامتها، فقد أظهرت دراسة حامد (2020) أنّ الأخصائيين الاجتماعيين في المؤسسات الطبية يفتقرون إلى المهارات الكافية لتطبيق الممارسة المبنية على الأدلة، وأكدت دراسة عبد العال (2025) الحاجة الماسة إلى برامج تدخل مهني تعتمد على استراتيجيات تكنولوجية حديثة لتحسين الأداء المهني. وعلى المستوى الدولي، بيّنت المراجعة المنهجية لـ Haj-Ali وآخرين (2023) أنّ تدخلات تحسين الرفاه الاجتماعي تُخفّض استخدام خدمات الرعاية الصحية، لكنّ هذا الأثر يتفاوت تفاوتاً كبيراً بحسب طبيعة أصحاب المصلحة المشاركين ودرجة إشرافهم.

ومن هنا تتبلور مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل المحوري التالي: ما أثر إدارة أصحاب المصلحة بأبعادها الأربعة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية؟

3.1 أهمية الدراسة:

أ – الأهمية العلمية (النظرية)

- تُسهم هذه الدراسة في سدّ فجوة بحثية واضحة في الأدبيات العربية والأجنبية، إذ تندر الدراسات التي تربط بشكل مباشر بين إدارة أصحاب المصلحة بأبعادها الأربعة (تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم، التواصل والحوار معهم، إشراكهم في صنع القرار، متابعة وتقييم العلاقة معهم) ونجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في إطار بحثي واحد ومتكامل.
- تُقدّم الدراسة نموذجاً نظرياً تكاملياً يجمع بين نظرية أصحاب المصلحة ونظريات الممارسة المبنية على الأدلة في الخدمة الاجتماعية الطبية، ممّا يُثري الإطار المعرفي لكلا الحقلين ويُمهّد لمسارات بحثية جديدة.

- تُؤَقِّر الدراسة أداة قياس مُحكَّمة علمياً تتضمَّن أبعاداً واضحة ومُعرَّفة إجرائياً لكلِّ من المتغيَّر المستقل (إدارة أصحاب المصلحة) والمتغيَّر التابع (نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي)، وهو ما يُعدّ إضافة منهجية يمكن للباحثين استخدامها وتطويرها في دراسات مستقبلية.
- تُعزِّز الدراسة التراكم المعرفي في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية من خلال تقديم نتائج تجريبية مستندة إلى بيانات ميدانية من بيئة صحية عربية، وذلك في وقت تتزايد فيه الحاجة إلى بناء قاعدة أدلة محلية تُسند الممارسة المهنية وتُقلِّل الاعتماد على نماذج مستوردة من سياقات ثقافية مختلفة.
- تُضيف الدراسة بُعداً تحليلياً جديداً عبر الكشف عن الأهمية النسبية لكل بُعد من أبعاد إدارة أصحاب المصلحة في التأثير على نجاح برامج التدخل، ممَّا يُرسي أساساً نظرياً لتحديد أولويات البحث والممارسة في هذا المجال.
- تُسهِّم الدراسة في إثراء المكتبة العربية بدراسة بينية (Interdisciplinary) تتقاطع فيها علوم الإدارة والخدمة الاجتماعية والصحة العامة، ممَّا يفتح آفاقاً لتعاون أكاديمي متعدّد التخصصات.

ب - الأهمية العملية (التطبيقية)

- تُقدِّم الدراسة لصانعي القرار في المؤسسات الصحية ولقيادات أقسام الخدمة الاجتماعية الطبية خارطة طريق واضحة لتحسين مخرجات برامج التدخل الاجتماعي من خلال تبني ممارسات منظّمة ومنهجية لإدارة أصحاب المصلحة.
- تُساعد النتائج المتوقَّعة في تحديد البُعد الأكثر تأثيراً من بين الأبعاد الأربعة، ممَّا يُمكن الإدارات الصحية من توجيه مواردها المحدودة نحو الجوانب ذات العائد الأعلى وتحقيق أقصى كفاءة ممكنة في تخصيص الموارد.
- تُفيد الدراسة المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية في تصميم برامج تدخل اجتماعي طبي أكثر فاعلية واستدامة، وذلك من خلال دمج أصوات المرضى والأطباء والممرّضين والإداريين والمجتمع المحلي في جميع مراحل البرنامج من التخطيط إلى التقييم.
- تُساعد الدراسة الأخصائيين الاجتماعيين الطبيين في فهم آليات بناء شراكات فعّالة مع مختلف الأطراف المعنية داخل البيئة الصحية، ممَّا ينعكس إيجاباً على جودة الخدمات المقدّمة للمرضى وعلى مستوى الرضا الوظيفي للأخصائيين أنفسهم.

- تُؤمّر الدراسة لبرامج التعليم والتدريب في كليات الخدمة الاجتماعية مادة علمية حديثة يمكن إدراجها في المقررات الدراسية والدورات التدريبية المتعلقة بالممارسة المهنية في المجال الطبي، مما يسهم في إعداد كوادر مهنية أكثر وعياً بأهمية إدارة أصحاب المصلحة.

4.1 أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى دراسة أثر إدارة أصحاب المصلحة بأبعادها الأربعة (تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم، التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة، إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار، متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة) على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية، ويتفرّع عن هذا الهدف الرئيسي الأهداف الفرعية التالية:

- قياس أثر بُعد تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي، وذلك من خلال فحص العلاقة بين الدقة في رسم خريطة أصحاب المصلحة وترتيبهم حسب الأولوية والتأثير، ومدى قدرة البرامج على تحقيق أهدافها المرسومة.
- قياس أثر بُعد التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي، وبيان الدور الذي تؤديه آليات الاتصال المفتوح وتبادل المعلومات والتغذية الراجعة المستمرة في رفع معدلات رضا المستفيدين عن البرامج المقدّمة.
- قياس أثر بُعد إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي، واستكشاف مدى إسهام المشاركة الفعلية لأصحاب المصلحة في مراحل التخطيط والتنفيذ والتقييم في تحسين كفاءة استخدام الموارد المتاحة للبرامج.
- قياس أثر بُعد متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي، والكشف عن مدى إسهام المراجعة الدورية لتوقعات أصحاب المصلحة وتحديث استراتيجيات التعامل معهم في ضمان استدامة نتائج البرامج على المدى البعيد.
- تقديم نموذج مقترح لدمج أبعاد إدارة أصحاب المصلحة في تصميم وتنفيذ برامج التدخل الاجتماعي الطبي .

51 تساؤلات الدراسة

السؤال الرئيسي

ما أثر إدارة أصحاب المصلحة بأبعادها (تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم، التواصل والحوار معهم، إشراكهم في صنع القرار، متابعة وتقييم العلاقة معهم) على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية؟

الأسئلة الفرعية

- س1: ما مستوى تطبيق إدارة أصحاب المصلحة بأبعادها الأربعة في المؤسسات الصحية محل الدراسة من وجهة نظر العاملين؟
- س2: ما مستوى نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية محل الدراسة؟
- س3: ما أثر تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي؟
- س4: ما أثر التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي؟
- س5: ما أثر إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي؟
- س6: ما أثر متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي؟
- س7: ما الأهمية النسبية لكل بُعد من أبعاد إدارة أصحاب المصلحة في التأثير على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي؟

6.1 فروض الدراسة:

الفرض الرئيسي

- H1: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة أصحاب المصلحة بأبعادها مجتمعةً على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية.

الفروض الفرعية

- H1a: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لبُعد تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية.
- H1b: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لبُعد التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية.

- H1c: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لبُعد إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية.
- H1d: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لبُعد متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية.

7.1 الدراسات السابقة:

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

أولاً: الدراسات العربية:

⊖ دراسة الهاشمي وحسن والعاني (2020) بعنوان "دور أصحاب المصلحة في تحديد استراتيجيات الإصلاح الإداري: دراسة ميدانية في مديرية تربية نينوى".

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى علاقة وتأثير أصحاب المصلحة بأبعادهم (المستفيدون الداخليون، المستفيدون الخارجيون، الجهات الرقابية) على تحديد استراتيجية الإصلاح الإداري المناسبة في مديرية تربية نينوى. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتكوّنت العينة من (50) مسؤولاً إدارياً في المنظمة المبحوثة، حيث تم الاعتماد على استبيان توافقي مبني على مجموعة من المقاييس العالمية. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود علاقة وتأثير ذي دلالة إحصائية بين أصحاب المصالح والإصلاح الإداري في المنظمة المبحوثة. وأوصت الدراسة بضرورة تفعيل دور أصحاب المصلحة في صنع القرار الاستراتيجي وإشراكهم في رسم سياسات الإصلاح الإداري.

⊖ دراسة براهيمية وعبايدية (2021) بعنوان "أثر التعلم التنظيمي على إدارة العلاقة مع الأطراف أصحاب المصلحة: دراسة حالة شركة مناجم الفوسفات SOMIPHOS بتبسة".

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر التعلم التنظيمي بمستوياته (التعلم الفردي، التعلم الجماعي، التعلم على المستوى التنظيمي) على إدارة العلاقة مع أصحاب المصلحة بأبعادها (إدارة الحوار، عملية الاتصال، الاستجابة لتطلعات الأطراف). واستخدمت الدراسة منهج دراسة الحالة، وتكوّنت العينة من العاملين في شركة SOMIPHOS للفوسفات بتبسة. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى أن عملية التعلم التنظيمي تؤثر إيجابياً

على إدارة العلاقة مع الأطراف أصحاب المصلحة. وأوصت الدراسة بتعزيز ثقافة التعلم التنظيمي داخل المؤسسة وتحسين قنوات الاتصال مع أصحاب المصلحة.

• دراسة شؤادة (2022) بعنوان "تحفيز العاملين كمدخل لتعزيز ممارسات المسؤولية الاجتماعية اتجاه أصحاب المصلحة: دراسة لآراء مجموعة من الإطارات المسيرة لمجموعة مؤسسات اقتصادية بولاية سطيف".

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى مساهمة التحفيز بأبعاده (الحوافز المادية، الحوافز المعنوية) في تعزيز ممارسات المسؤولية الاجتماعية تجاه أصحاب المصلحة من عملاء ومساهمين وعمال وبيئة. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت العينة من (35) مفردة من الإطارات المسيرة في المؤسسات الاقتصادية بولاية سطيف، وتم تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن مستويات التحفيز في المؤسسات محل الدراسة جاءت بدرجة منخفضة، وأن هناك دوراً لتحفيز العاملين في تعزيز ممارسات المسؤولية الاجتماعية تجاه أصحاب المصلحة. وأوصت الدراسة بضرورة إعطاء أهمية أكبر للتحفيز حتى تتحسن مستويات ممارسات المسؤولية الاجتماعية تجاه أصحاب المصلحة.

• دراسة عبد الغني ومنسي ورشوان (2025) بعنوان "قياس رضا أصحاب المصلحة باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية للتقييم الذاتي بالتطبيق على الوحدات الحكومية المصرية: دراسة ميدانية"

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى رضا أصحاب المصلحة بأبعاده (تقليل فترات الانتظار، جودة الأداء المؤسسي، الشفافية) وذلك باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية للتقييم الذاتي في الوحدات الحكومية المصرية. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي باستخدام أسلوب المعادلات الهيكلية (SEM)، وتكونت العينة من مجموعة من الموظفين والمراجعين في الوحدات الحكومية المصرية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود تأثير دال إحصائياً لتقليل فترات الانتظار وتحسين الأداء المؤسسي على رضا أصحاب المصلحة. وأوصت الدراسة بتبني نماذج التقييم الذاتي المبنية على المعادلات الهيكلية لقياس رضا أصحاب المصلحة بشكل دوري.

ثانياً: الدراسات الأجنبية

• دراسة Pandi-Perumal et al. (2015) بعنوان "Project Stakeholder Management in the Clinical Research Environment: How to Do it Right".

هدفت الدراسة إلى التعرف على كيفية تطبيق إدارة أصحاب المصلحة بأبعادها (تحديد أصحاب المصلحة، التخطيط لإدارة المشاركة، إدارة المشاركة، مراقبة المشاركة) في بيئة البحث السريري والمجتمعي وفقاً لإطار PMBOK التابع لمعهد إدارة المشاريع (PMI) واستخدمت الدراسة المنهج المراجعي النظري، وتكوّنت من مراجعة شاملة للأدبيات المتعلقة بإدارة أصحاب المصلحة في البحوث السريرية. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى أن تحديد وتصنيف أصحاب المصلحة مبكراً وإنشاء علاقات مستدامة معهم يُعدّ عاملاً حاسماً في نجاح المشاريع البحثية السريرية. وأوصت الدراسة بتبني إطار PMBOK في إدارة أصحاب المصلحة بالبحوث الصحية وتفعيل ميثاق أخلاقيات السلوك المهني.

● دراسة Coleman et al. (2019) بعنوان "Stakeholder Engagement Increases Transparency, Satisfaction, and Civic Action".

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر إشراك أصحاب المصلحة بأبعاده (الشفافية، الرضا، الفعل المدني) في مجتمعات النفط والغاز بغرب أوغندا. واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي (تجربة عشوائية مُحكمة RCT)، وتكوّنت العينة من (107) قرية في منطقة ألبرتين بأوغندا. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى تحسّن ذي دلالة إحصائية في مؤشر الشفافية (بمقدار 0.26 انحراف معياري)، والفعل المدني المجتمعي (بمقدار 0.35 انحراف معياري)، ومؤشر الرضا (بمقدار 0.24 انحراف معياري). وأوصت الدراسة بتوسيع نطاق برامج إشراك أصحاب المصلحة لتحقيق الشفافية وتعزيز المشاركة المجتمعية.

● دراسة Petkovic et al. (2023) بعنوان "Key Issues for Stakeholder Engagement in the Development of Health and Healthcare Guidelines".

هدفت الدراسة إلى التعرف على القضايا الجوهرية لإشراك أصحاب المصلحة بأبعادها (التعريفات والأدوار، تحديد واختيار أصحاب المصلحة، مستويات المشاركة، تقييم المشاركة، التوثيق والشفافية، إدارة تضارب المصالح) في تطوير المبادئ التوجيهية الصحية. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي من خلال اجتماعات استكشافية متعددة مع ائتلاف MuSE الدولي، وتكوّنت العينة من أكثر من (120) فرداً يمثلون (10) مجموعات من أصحاب المصلحة من (20) دولة. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى تحديد ست قضايا محورية تتطلب توجيهاً مُحكماً، وتبسيط مستويات المشاركة إلى مستويين (التغذية الراجعة/المشورة، واتخاذ القرار). وأوصت الدراسة بتطوير قائمة مرجعية موسّعة لإشراك أصحاب المصلحة المتعددين في تطوير الأدلة الإرشادية الصحية.

● دراسة Pellegrini and Lovati (2025) بعنوان "Stakeholders' Engagement for Improved Health Outcomes: A Research Brief to Design a Tool for Better Communication and Participation".

هدفت الدراسة إلى التعرف على التحديات الرئيسية لتطوير علاقة تعاونية فعّالة مع أصحاب المصلحة بأبعادها (التواصل الصحي، التكنولوجيا، المشاركة) في سياق مشروع Hereditary الأوروبي لتحسين النتائج الصحية. واستخدمت الدراسة المنهج النوعي من خلال مراجعة أدبية ومقابلات شبه مُهيكلّة، وتكوّنت العينة من (9) مُخبرين رئيسيين من أربع دول (إيطاليا، هولندا، إسبانيا، الولايات المتحدة). وتوصّلت نتائج الدراسة إلى تحديد (149) رمزاً مُوزّعة على (23) موضوعاً، تشمل تحديات زمنية ومهارية وعدم تماثل في القوة ومخاطر المشاركة الشكّلية. وأوصت الدراسة بتصميم مختبرات اجتماعية صحية (HSLs) لتعزيز الحوار متعدد المستويات مع أصحاب المصلحة.

المحور الثاني: الدراسات السابقة المتعلقة بالمتغير التابع (نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي) وعلاقته بمتغيرات أخرى

أولاً: الدراسات العربية:

● دراسة حامد (2020) بعنوان "فعالية برنامج تدريبي للأخصائيين الاجتماعيين بالمؤسسات الطبية لاستخدام الممارسة المبنية على الأدلة".

هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية برنامج تدريبي لاستخدام استراتيجية الممارسة المبنية على الأدلة بأبعادها (المعارف، المهارات، الخبرات، القيم) للأخصائيين الاجتماعيين بالمؤسسات الطبية بمديرية الصحة ببني سويف. واستخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي، وتكوّنت العينة من (28) أخصائياً اجتماعياً تم تدريبهم لمدة (25) ساعة تدريبية مع المتابعة والتدعيم لمدة شهر. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج التدريبي، حيث وُجدت فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في جميع الأبعاد. وأوصت الدراسة بتبني استراتيجية الممارسة المبنية على الأدلة كنهج أساسي في عمل الأخصائيين الاجتماعيين بالمجال الطبي.

❶ دراسة الشيخ وآل صفحان (2024) بعنوان "أثر الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية على جودة الخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على مستشفى الملك خالد بنجران".

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية بأبعادها (البعد الاقتصادي، البعد الأخلاقي، البعد القانوني، البعد الخيري) على جودة الخدمة الصحية في مستشفى الملك خالد بنجران. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتكوّنت العينة من مجموعة من العاملين والمستفيدين من خدمات المستشفى. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى وجود أثر ذي دلالة إحصائية للالتزام بالمسؤولية الاجتماعية على تحسين جودة الخدمة الصحية. وأوصت الدراسة بتعزيز التزام المستشفيات بمبادئ المسؤولية الاجتماعية كمدخل لتحسين جودة الخدمات المقدمة للمرضى.

❷ دراسة عبد العال (2025) بعنوان "فعالية برنامج التدخل المهني للخدمة الاجتماعية باستخدام استراتيجية تطبيقات التكنولوجيا في العمل لتحسين الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين بالمستشفيات".

هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية برنامج التدخل المهني باستخدام استراتيجية تطبيقات التكنولوجيا بأبعادها (المعارف، المهارات، الخبرات، القيم) في تحسين الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين بالمجال الطبي. واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي، وتكوّنت العينة من مجموعة من الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمستشفيات. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج التدريبي في تحسين الأداء المهني، حيث وُجدت فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي. وأوصت الدراسة بتعميم استخدام تطبيقات التكنولوجيا في برامج التدخل المهني بالمؤسسات الطبية.

❸ دراسة الشمري (2025) بعنوان "الخدمة الاجتماعية الطبية كمدخل لتعزيز الرعاية الصحية الشاملة: نحو تجربة إنسانية أكثر فاعلية للمرضى".

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور الخدمة الاجتماعية الطبية بأبعادها (التكامل بين الفرق الطبية، بناء الشراكات المحلية، الدعم النفسي والاجتماعي) كمدخل لتعزيز الرعاية الصحية الشاملة للمرضى. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتكوّنت العينة من مجموعة من الأخصائيين الاجتماعيين والمرضى في المؤسسات الصحية. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى أن نجاح البرامج يعتمد على تكامل الفرق المهنية وبناء شراكات مجتمعية محلية فعّالة، وأن الخدمة الاجتماعية الطبية تُسهم في تحسين التجربة

الإنسانية للمرضى. وأوصت الدراسة بتوسيع دائرة الاعتماد على الخدمة الاجتماعية الطبية كركيزة في نظام الرعاية الصحية الشاملة.

ثانياً: الدراسات الأجنبية:

● دراسة (Lee, Majer, and Kim (2019 بعنوان "Critical Factors Affecting Sustainable Success of Social Service Systems".

هدفت الدراسة إلى التعرف على العوامل الحاسمة المؤثرة على النجاح المستدام لأنظمة الخدمة الاجتماعية بأبعادها (القيادة الإدارية، إشراك المستفيدين، التمويل المستدام، الشراكات المؤسسية، التصميم المرتكز على المستخدم). واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي الكمي باستخدام أدوات التحليل الإحصائي، وتكونت العينة من عينة من مقدمي الخدمات الاجتماعية والمستفيدين منها. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن القيادة الإدارية الفعالة وإشراك المستفيدين والتمويل المستدام والشراكات المؤسسية تُعدّ من أهم العوامل الحاسمة التي تؤثر على النجاح المستدام لأنظمة الخدمة الاجتماعية. وأوصت الدراسة بضرورة تبني نهج التصميم المرتكز على المستخدم في تطوير برامج الخدمة الاجتماعية لضمان استدامتها ونجاحها.

● دراسة (Bloch and Rozmovits (2021 بعنوان "Implementing Social Interventions in Primary Care".

هدفت الدراسة إلى التعرف على أنواع التدخلات الاجتماعية القابلة للتطبيق في الرعاية الصحية الأولية بأبعادها (فحص الاحتياجات الاجتماعية، الوصف الاجتماعي، محور الأمية الصحية، الشراكة القانونية-الصحية، أمن الدخل، الشراكة المجتمعية) والبنية التحتية اللازمة لتنفيذها. واستخدمت الدراسة منهج المراجعة السردية (Narrative Review)، حيث تم فحص (895) ملخصاً ومراجعة (177) نصاً كاملاً. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن التدخلات الاجتماعية في الرعاية الأولية تحسّن الصحة النفسية وجودة الحياة والمرونة لدى المرضى، لكنها تتطلب تعاوناً بين مقدمي الرعاية والمنظمات المجتمعية ودعمًا مؤسسياً مستداماً. وأوصت الدراسة بدمج التدخلات الاجتماعية في نماذج الرعاية الصحية الأولية مع توفير التدريب المناسب لمقدمي الخدمة.

● دراسة Haj-Ali et al. (2023) بعنوان "Health Care Utilization Following Interventions to Improve Social Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis".

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين التدخلات النفسية الاجتماعية بأبعادها (الدعم الاجتماعي، المشاركة الاجتماعية، التكامل المجتمعي، مكافحة العزلة) واستخدام خدمات الرعاية الصحية. واستخدمت الدراسة منهج المراجعة المنهجية والتحليل البعدي (Meta-Analysis)، وتكوّنت العينة من (41) دراسة شملت (7,842) مشاركاً بما فيهم كبار السن، والنساء المعرضات للخطر، وذوي الأمراض المزمنة والنفسية، ومقدمي الرعاية. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى انخفاض عام في استخدام الرعاية الصحية ($OR = 0.75$)، وانخفاض ملحوظ في زيارات الطوارئ ($OR = 0.64$)، ومدة الإقامة بالمستشفى ($SMD = -0.35$). وأوصت الدراسة بمراعاة خصائص المشاركين ونوع التدخل عند تصميم برامج التدخل الاجتماعي المستقبلية.

8.1 الفجوة البحثية:

تتفق الدراسة الحالية مع عدد من الدراسات السابقة العربية والأجنبية في عدّة جوانب جوهرية. فمن حيث الموضوع العام، تتقاطع مع دراسة Pellegrini و Lovati (2025) ودراسة Petkovic وآخرين (2023) ودراسة Pandi-Perumal وآخرين (2015) في تناولها لمفهوم إدارة أصحاب المصلحة وإشراكهم في السياق الصحي، كما تلتقي مع دراسة حامد (2020) ودراسة عبد العال (2025) ودراسة الشمري (2025) في اهتمامها ببرامج التدخل الاجتماعي الطبي وتقييم فاعليتها. ومن حيث المنهج، تتفق الدراسة الحالية مع دراسة شوادرة (2022) ودراسة عبد الغني ومنسي ورشوان (2025) ودراسة الشيخ وآل صفحان (2024) في اعتمادها على المنهج الوصفي التحليلي واستخدام الاستبانة أداة رئيسية لجمع البيانات، كما تتوافق مع دراسة Coleman وآخرين (2019) ودراسة Haj-Ali وآخرين (2023) في توظيفها لأساليب إحصائية متقدمة لاختبار العلاقات بين المتغيرات. ومن حيث بيئة التطبيق، تشترك مع معظم الدراسات العربية المذكورة في استهدافها للمؤسسات الصحية والعاملين فيها بوصفهم مجتمعاً للدراسة.

غير أنّ الدراسة الحالية تختلف عن الدراسات السابقة وتتميّز عنها في عدّة أوجه جوهرية تمنحها أصالتها البحثية. فمن أبرز أوجه الاختلاف أنّها تجمع بين متغيّري إدارة أصحاب المصلحة ونجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في إطار بحثي واحد ومتكامل، في حين تناولت الدراسات السابقة كلّ متغيّر على حدة أو ربطته بمتغيّرات مغايرة؛ فدراسة براهيمية وعبايدية (2021) مثلاً ربطت إدارة أصحاب المصلحة

بالتعلم التنظيمي، ودراسة شوادة (2022) ربطتها بتحفيز العاملين والمسؤولية الاجتماعية، ودراسة Lee و Majer و Kim (2019) ربطتها بالنجاح المستدام لأنظمة الخدمة الاجتماعية بشكل عام دون تخصيص للسياق الطبي. كما تختلف الدراسة الحالية في تحديدها لأربعة أبعاد منهجية واضحة لإدارة أصحاب المصلحة (التحديد والتصنيف، التواصل والحوار، الإشراف في صنع القرار، المتابعة والتقييم) وقياس أثر كل بُعد منفرداً على المتغير التابع، وهو ما لم تتطرق إليه الدراسات السابقة بهذا التفصيل المنهجي. فضلاً عن ذلك، تتميز الدراسة الحالية بتطبيقها في بيئة صحية عربية تختلف في سياقها الثقافي والمؤسسي عن بيئات الدراسات الأجنبية كدراسة Coleman وآخرين (2019) التي أجريت في أوغندا، ودراسة Pellegrini و Lovati (2025) التي استندت إلى خبراء من إيطاليا وهولندا وإسبانيا والولايات المتحدة، مما يضيف على الدراسة الحالية قيمة مضافة تتمثل في اختبار هذه العلاقة في سياق ثقافي ومؤسسي مختلف يسهم في إثراء الأدبيات وتوسيع نطاق التعميم.

9.1 المنطلقات النظرية للدراسة:

أولاً: الإطار المفاهيمي لإدارة أصحاب المصلحة

يعود مفهوم أصحاب المصلحة (Stakeholders) في جذوره الفكرية إلى ستينيات القرن العشرين، حين استُخدم لأول مرة في مذكرة داخلية لمعهد ستانفورد للأبحاث عام 1963 للإشارة إلى تلك الجماعات التي يتوقف عليها بقاء المنظمة واستمرارها. غير أن التأسيس النظري المنهجي لهذا المفهوم لم يتبلور بصورته الناضجة إلا على يد R. Edward Freeman عام 1984 في كتابه الرائد "Strategic Management: A Stakeholder Approach"، حيث عرّف صاحب المصلحة بأنه أي فرد أو جماعة يمكن أن يؤثر أو يتأثر بتحقيق المنظمة لأهدافها. وقد شكّل هذا الطرح قطيعة مع النموذج التقليدي الذي كان يختزل مسؤولية المنظمة في تعظيم عوائد المساهمين (Shareholders) فحسب، ليفتح الباب أمام رؤية أوسع تعترف بتعدد الأطراف ذات المصلحة وتتوّع مطالبها المشروعة (Pandi-Perumal et al., 2015).

وتقوم نظرية أصحاب المصلحة على عدّة مرتكزات أساسية، أبرزها أن المنظمة كيان اجتماعي يعمل ضمن شبكة معقدة من العلاقات المتبادلة مع أطراف داخلية وخارجية، وأن نجاحها واستدامتها مرهونان بقدرتها على إدارة هذه العلاقات وتحقيق توازن مقبول بين المصالح المتباينة. وتتفاوت أهمية أصحاب

المصلحة وفقاً لثلاثة معايير محورية طرحها Mitchell وآخرون عام 1997، هي: القوة (Power) أي قدرة الطرف على فرض إرادته، والشرعية (Legitimacy) أي مدى مشروعية علاقته بالمنظمة، والإلحاح (Urgency) أي درجة حساسية مطالبه للوقت. وعلى هذا الأساس يُصنّف أصحاب المصلحة في مستويات مختلفة من الأولوية تستدعي استراتيجيات إدارية متميزة. (Coleman et al., 2019)

وفي سياق المؤسسات الصحية تحديداً، يتّسع نطاق أصحاب المصلحة ليشمل طيفاً واسعاً من الفاعلين الذين تتشابه مصالحهم وتتكامل أدوارهم بصورة فريدة تختلف عن القطاعات الأخرى. فأصحاب المصلحة الداخليون يشملون المرضى وذويهم والأطباء والممرضين والأخصائيين الاجتماعيين والفنيين والإداريين، بينما يمتدّ أصحاب المصلحة الخارجيون ليشملوا وزارة الصحة والهيئات التنظيمية والرقابية وشركات التأمين والموردين ومنظمات المجتمع المدني والمؤسسات الأكاديمية والبحثية. وتتميّز البيئة الصحية بخصوصية تجعل إدارة أصحاب المصلحة فيها أكثر تعقيداً وحساسية، ذلك أنّ المنتج النهائي هو صحة الإنسان وحياته، ممّا يرفع سقف التوقعات ويُضاعف المسؤولية الأخلاقية والمهنية. (Petkovic et al., 2023)

وتتبلور إدارة أصحاب المصلحة في المؤسسات الصحية عبر أربعة أبعاد مترابطة ومتكاملة. يتمثّل البُعد الأول في تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم، ويُقصد به العملية المنهجية لرسم خريطة شاملة بالأطراف المعنية وتحليل مستوى تأثير كلّ طرف ودرجة اهتمامه وترتيبه وفقاً لأولويته. أمّا البُعد الثاني فيتعلّق بالتواصل والحوار مع أصحاب المصلحة، ويشمل تصميم آليات اتصال ثنائية الاتجاه تضمن تدفق المعلومات بشفافية وتتيح التغذية الراجعة المستمرة. ويتناول البُعد الثالث إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار، أي الانتقال من مجرد إبلاغهم بالقرارات إلى منحهم دوراً فاعلاً في مراحل التخطيط والتنفيذ والتقييم. ويُعنى البُعد الرابع بمتابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة، ويتضمّن المراجعة الدورية لمستوى رضاهم وتحديث استراتيجيات التعامل معهم في ضوء المستجدّات. (Pellegrini & Lovati, 2025)

ثانياً: الإطار المفاهيمي لبرامج التدخل الاجتماعي الطبي

تستند برامج التدخل الاجتماعي الطبي في أساسها النظري إلى النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي (Biopsychosocial Model) الذي طرحه الطبيب النفسي George Engel عام 1977، والذي يرى أنّ الصحة والمرض ظاهرتان متعدّتا الأبعاد لا يمكن فهمهما أو التعامل معهما من منظور بيولوجي أحادي، بل يتعيّن الأخذ في الاعتبار العوامل النفسية والاجتماعية والبيئية المحيطة بالمريض. وقد شكّل

هذا النموذج الإطار الفلسفي الذي تطوّرت في ضوءه ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية بوصفها مهنة متخصصة تعمل على الواجهة التكاملية بين الطبّ والمجتمع (الشمري، 2025).

ويُقصد ببرامج التدخل الاجتماعي الطبي تلك المجموعة المنظّمة من الأنشطة والخدمات المهنية التي يُقدّمها الأخصائي الاجتماعي الطبي داخل المؤسسة الصحية، بهدف مساعدة المرضى وأسرههم على مواجهة المشكلات الاجتماعية والنفسية والاقتصادية المصاحبة للمرض، وتعزيز قدرتهم على الاستفادة المثلى من الخدمات العلاجية المتاحة، والإسهام في تحسين جودة حياتهم الصحية والاجتماعية. وتتّسم هذه البرامج بكونها مخطّطة ومحدّدة الأهداف وقائمة على تقدير علمي للاحتياجات ومبنية على أسس الممارسة المهنية المستندة إلى الأدلة (حامد، 2020).

ويُقاس نجاح هذه البرامج وفقاً لمؤشرات متعدّدة ومتكاملة تعكس جوانب مختلفة من الفاعلية والجودة. ويشمل ذلك مدى تحقيق البرنامج لأهدافه المرسومة من حيث التغيير المطلوب في معارف المستفيدين ومهاراتهم وسلوكياتهم الصحية، ومستوى رضا المستفيدين من المرضى والأسر والفريق الطبي عن الخدمات المقدّمة، ودرجة الكفاءة في استخدام الموارد البشرية والمادية والزمنية المتاحة، فضلاً عن مدى استدامة النتائج المتحقّقة وقدرة البرنامج على إحداث أثر ممتدّ يتجاوز فترة التنفيذ المباشر. وقد أكّدت الأدبيات الحديثة أنّ هذه المؤشرات لا تعمل بمعزل عن بعضها البعض، بل تتفاعل وتتكامل في إطار منظومي يعكس مدى نضج البرنامج وجودة تصميمه وتنفيذه. (Haj-Ali et al., 2023)

10.1 المنهجية وطرق البحث:

منهجية الدراسة

ستعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي بوصفه الأكثر ملاءمة لتحقيق أهدافها، حيث سيُوظّف هذا المنهج في وصف واقع إدارة أصحاب المصلحة بأبعادها الأربعة ومستوى نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية كما هما قائمان فعلياً، ثم الانتقال إلى تحليل طبيعة العلاقة بين المتغيّرين وقياس أثر المتغيّر المستقل على المتغيّر التابع. وسيُتيح هذا المنهج للباحث جمع بيانات كمّية دقيقة من الميدان وتحليلها إحصائياً بأساليب متقدّمة تكفل اختبار فروض الدراسة والإجابة عن أسئلتها بموضوعية وعمق.

وسيمرّ تنفيذ الدراسة بعدّة مراحل منهجية متسلسلة، تبدأ بمراجعة شاملة للأدبيات النظرية والدراسات السابقة لبناء الإطار المفاهيمي، ثم تصميم أداة الدراسة (الاستبانة) وتحكيمها وتطبيقها ميدانياً على عيّنة الدراسة، وصولاً إلى مرحلة التحليل الإحصائي واستخلاص النتائج وصياغة التوصيات والإطار المقترح.

مجتمع وعيّنة الدراسة

سيُتألّف مجتمع الدراسة من جميع الأخصائيين الاجتماعيين الطبيين والمشرفين والإداريين العاملين في أقسام الخدمة الاجتماعية بالمؤسسات الصحية الحكومية التابعة لوزارة الصحة، ويشمل ذلك المستشفيات العامة والمتخصصة ومراكز الرعاية الصحية الأولية. وسيُحصَر المجتمع الأصلي بالتنسيق مع إدارة الموارد البشرية في المديرية الصحية المعنية للحصول على كشوفات رسمية ومحدّثة بأعداد العاملين وتوزيعهم المؤسسي، ويُقدَّر أن يبلغ حجم المجتمع الأصلي نحو (500) مفردة موزّعة على قرابة (15) مؤسسة صحية حكومية.

وستُسحب من هذا المجتمع عيّنة طبقية عشوائية (Stratified Random Sample) تُراعي التوزيع النسبي لكل طبقة بحسب نوع المؤسسة (مستشفى عام، مستشفى متخصص، مركز رعاية أولية) والمسمّى الوظيفي (أخصائي اجتماعي، مشرف، مدير قسم). وسيُحدّد حجم العيّنة باستخدام معادلة ستيفن ثامبسون (Stephen Thompson) عند مستوى ثقة (95%) وهامش خطأ (5%) ، ويُقدَّر حجم العيّنة المطلوب بنحو (217) مفردة، وسيوزّع (250) استبانة لتعويض الفاقد المتوقّع وضمان الحصول على عدد كافٍ من الاستجابات الصالحة للتحليل الإحصائي.

مصادر جمع البيانات

ستعتمد الدراسة على نوعين من مصادر جمع البيانات. أمّا المصادر الثانوية فستشمل الكتب والمراجع العلمية المتخصصة، والدوريات والمجلات المحكّمة العربية والأجنبية، والرسائل الجامعية (ماجستير ودكتوراه)، والتقارير الرسمية الصادرة عن وزارة الصحة والمنظمات الدولية ذات الصلة، وقواعد البيانات الإلكترونية) مثل EKB و PubMed و Scopus ومنظومة المعرفة)، وذلك لبناء الإطار النظري ومراجعة الدراسات السابقة. وأمّا المصادر الأولية فسيُعتمد فيها على الاستبانة بوصفها الأداة الرئيسية لجمع البيانات الميدانية من أفراد عيّنة الدراسة مباشرة.

أداة الدراسة

ستُصمَّم استبانة مُحكَّمة علمياً بوصفها الأداة الرئيسية لجمع البيانات، وستتكوّن من الأقسام التالية:

☉ القسم الأول - البيانات الديموغرافية: سيتضمّن (4) فقرات تشمل الجنس والمؤهل العلمي وسنوات الخبرة والمسمّى الوظيفي.

☉ القسم الثاني - المتغيّر المستقل (إدارة أصحاب المصلحة): سيتكوّن من (4) أبعاد، يضمّ كل بُعد (4) فقرات، بإجمالي (16) فقرة، موزّعة كالتالي: بُعد تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم (4 فقرات)، بُعد التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة (4 فقرات)، بُعد إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار (4 فقرات)، بُعد متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة (4 فقرات) .

☉ القسم الثالث - المتغيّر التابع (نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي): سيكون أحادي المحور ويتضمّن (10) فقرات تقيس مستوى نجاح هذه البرامج بشكل شامل.

وبذلك سيبلغ إجمالي فقرات الاستبانة (30) فقرة (4 ديموغرافية + 16 للمتغيّر المستقل + 10 للمتغيّر التابع)، وستُقاس جميع فقرات القسمين الثاني والثالث باستخدام مقياس ليكرت الخماسي (موافق بشدة = 5، موافق = 4، محايد = 3، غير موافق = 2، غير موافق بشدة = 1)

الأساليب الإحصائية المستخدمة

ستُعالَج البيانات المُجمّعة باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وسيُلقأ إلى الأساليب الإحصائية التالية:

- ☉ التكرارات والنسب المئوية: لوصف خصائص أفراد العيّنة وفقاً للمتغيّرات الديموغرافية.
- ☉ المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية: لتحديد مستوى استجابات أفراد العيّنة على محاور الاستبانة وترتيب الفقرات والأبعاد.
- ☉ معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha): للتحقّق من ثبات أداة الدراسة واتّساقها الداخلي.
- ☉ معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation): لقياس قوّة واتّجاه العلاقة بين إدارة أصحاب المصلحة بأبعادها ونجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي.

- تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis) لاختبار أثر أبعاد إدارة أصحاب المصلحة على المتغير التابع وتحديد الأهمية النسبية لكل بُعد.
- اختبار (T-Test) للكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية التي تُعزى إلى متغير الجنس.

حدود الدراسة

- الحدود الموضوعية: ستقتصر الدراسة على دراسة أثر إدارة أصحاب المصلحة بأبعادها الأربعة (تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم، التواصل والحوار معهم، إشراكهم في صنع القرار، متابعة وتقييم العلاقة معهم) على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي.
- الحدود البشرية: ستُطبق الدراسة على الأخصائيين الاجتماعيين الطبيين والمشرفين والإداريين العاملين في أقسام الخدمة الاجتماعية بالمؤسسات الصحية الحكومية.
- الحدود المكانية: ستُجرى الدراسة في المستشفيات العامة والمتخصصة ومراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة.
- الحدود الزمانية: سيُنفَّذ الجانب الميداني للدراسة خلال الفصل الدراسي الثاني من العام الجامعي 2026/2027م.

الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة

تمهيد

يندرج موضوع هذه الدراسة ضمن الحقول المعاصرة في إدارة الأعمال والإدارة الصحية، حيث تتقاطع الاعتبارات التنظيمية مع الأبعاد الاجتماعية والمهنية والإنسانية في آن واحد. فالمؤسسة الصحية لم تعد إطاراً بيروقراطياً مغلقاً يقتصر دورها على تقديم خدمة علاجية مجردة، وإنما أصبحت وحدة مؤسسية معقدة تتفاعل مع طيف واسع من الأطراف المؤثرة والمتأثرة، مثل الإدارة العليا، والعاملين، والمرضى، وذويهم، والمجتمع المحلي، والجهات التنظيمية، والشركاء المهنيين. وفي هذا السياق، تتقدم إدارة أصحاب المصلحة بوصفها مدخلاً استراتيجياً لفهم شبكة العلاقات المؤسسية وتنظيمها، بينما يبرز نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي بوصفه محصلة نوعية لقدرة المؤسسة على دمج البعد الاجتماعي في الرعاية الصحية بصورة فعالة ومستمرة.

ومن ثم، يقوم هذا الإطار النظري على مبحثين مترابطين: يتناول الأول المتغير المستقل المتمثل في إدارة أصحاب المصلحة، من حيث مفهومه وأهميته وأهدافه وأبعاده واستراتيجياته، بينما يتناول الثاني المتغير التابع المتمثل في نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي، من حيث تأصيله النظري، وأهميته، وأهدافه، ومؤشرات نجاحه، ثم الربط التفسيري بينه وبين المتغير المستقل. ويستند هذا البناء إلى المراجع المعتمدة فقط، مع مراعاة الصياغة الأكاديمية المترابطة، وتجنب التكرار في المعنى، وعدم عرض نتائج الدراسات أو بياناتها الإحصائية.

المبحث الأول: إدارة أصحاب المصلحة

1.1.2 تمهيد المبحث

أصبح مفهوم إدارة أصحاب المصلحة من المفاهيم المحورية في الفكر الإداري المعاصر، لارتباطه المباشر بقدرة المنظمة على قراءة بيئتها البشرية والتنظيمية، وفهم مراكز التأثير داخلها وخارجها، وتنظيم العلاقة مع الأطراف التي يمكن أن تدعم أهدافها أو تعرقلها أو تعيد تشكيل أولوياتها. وتزداد مركزية هذا المفهوم في المؤسسات الصحية، لأن القرارات فيها لا تمس الكفاءة التشغيلية فقط، بل تمس أيضًا جودة الرعاية، والثقة المؤسسية، والشرعية المهنية، والتوازن بين متطلبات التنظيم واحتياجات الإنسان. لذلك لم تعد إدارة أصحاب المصلحة نشاطًا هامشيًا تابعًا للاتصال المؤسسي، وإنما أصبحت وظيفة استراتيجية متداخلة مع التخطيط والتنفيذ والمتابعة والتقويم. (Pandi-Perumal et al., 2015).

2.1.2 التأسيس المفاهيمي لإدارة أصحاب المصلحة

تعريفات الباحثين لمفهوم إدارة أصحاب المصلحة

قدّمت الأدبيات العربية تعريفات متقاربة لإدارة أصحاب المصلحة، وإن اختلفت في زاوية الانطلاق. ففي أحد الاتجاهات، يُفهم المفهوم بوصفه مدخلًا استراتيجيًا يربط بين القرار الإداري ودوائر التأثير المحيطة به؛ أي إن الإدارة الرشيدة لا تنطلق من تحليل الداخل التنظيمي فقط، بل تضع في الحسبان الفئات التي تتأثر بالقرار أو تملك القدرة على دعمه أو مقاومته. ومن هذا المنظور، ترتبط إدارة أصحاب المصلحة بقدرة المنظمة على اختيار البدائل الأكثر مواءمة للبيئة المؤسسية، وعلى قراءة التفاعلات المصاحبة لسياسات الإصلاح أو التغيير قبل الشروع في تنفيذها، وهو ما يمنح المفهوم بعدًا استراتيجيًا يتجاوز مجرد الحصر الوصفي للأطراف المعنية (الهاشمي وحسن والعاني، ٢٠٢٠).

وفي اتجاه آخر، عُرض المفهوم من زاوية العلاقة المؤسسية بوصفها جوهرًا لا مجرد نتيجة؛ فإدارة أصحاب المصلحة ليست -وفق هذا المنظور- قائمة بأسماء الأطراف ذات العلاقة فقط، وإنما هي إدارة للحوار، وتنظيم للاتصال، واستجابة لتوقعات الأطراف المختلفة في ضوء ما تتعلمه المؤسسة عن نفسها وعن بيئتها. ومن هنا ارتبط المفهوم بالتعلم التنظيمي، لأن المؤسسة التي تتعامل مع أصحاب المصلحة

بفاعلية هي المؤسسة القادرة على تحويل التفاعل معهم إلى معرفة تنظيمية، وإلى مراجعة مستمرة لأساليب التعامل والعلاقات وطرائق الاستجابة (براهيمية وعبايدية، ٢٠٢١) .

كما تناولت بعض الكتابات العربية المفهوم في صلتها بالمسؤولية الاجتماعية، بحيث يغدو إدارة واعية للعلاقة مع الفئات ذات المصلحة بما يسمح للمؤسسة بتجسيد التزاماتها الأخلاقية والاجتماعية في ممارسات عملية. فالعلاقة هنا ليست مجرد أداة لخفض التوتر أو حشد التأييد، بل إطار لإظهار التزام المؤسسة تجاه العاملين والعملاء والبيئة والمجتمع والجهات ذات الصلة. ويمنح هذا الطرح المفهوم بعدًا معياريًا، لأن قيمة الإدارة لا تقاس فقط بكفاءتها الأدوات، بل أيضًا بمدى عدالتها وشفافيتها واعترافها بالمصالح المشروعة للفئات المختلفة (أحفيظ والمسعود، ٢٠٢٥) .

أما في الأدبيات الأجنبية، فقد صيغ المفهوم في صورة أكثر إجرائية وتنظيمًا؛ إذ عُدَّ إدارة منهجية تبدأ بتحديد أصحاب المصلحة الداخليين والخارجيين، ثم تحليل مصالحهم وتوقعاتهم واحتياجاتهم الاتصالية، ثم تخطيط كيفية التعامل معهم، ثم إدارة مستوى إشراكهم، وأخيرًا مراقبة العلاقة وتقييمها. ويفرق هذا الاتجاه بين "إدارة أصحاب المصلحة" باعتبارها الإطار الكلي، و"إشراك أصحاب المصلحة" باعتباره جزءًا تنفيذيًا من هذا الإطار، بما يعني أن الإشراك لا يستنفد المفهوم كله، وإنما يمثل أحد تجلياته العملية (Petkovic et al., 2023).

وتضيف بعض الأدبيات الحديثة في المجال الصحي أن إدارة أصحاب المصلحة لا تكون مكتملة إلا إذا تجاوزت المنظور الشكلي للمشاركة إلى مشاركة ذات معنى؛ أي إلى إشراك يتيح للأطراف المعنية أن يكون لها حضور في صياغة الأسئلة، وتطوير أدوات التواصل، وتحديد أولويات التطبيق، ومناقشة الأبعاد الأخلاقية والاجتماعية المصاحبة للتدخل. ومن هذا المنظور، تصبح الإدارة عملية تنسيق وتفاوض وتيسير للشراكة، وليست فقط ممارسة تنظيمية لضبط المصالح المتعارضة. (Pellegrini & Lovati, 2025)

التحديد الإجرائي للمفهوم وخصائصه

إذا جُمعت التعريفات السابقة في بناء نظري واحد، أمكن القول إن إدارة أصحاب المصلحة تعكس رؤية تنظيمية تعتبر أن المنظمة لا تعمل في فراغ، بل داخل شبكة من العلاقات ذات الأثر المتبادل. وهذه الرؤية تنقل الإدارة من منطق "القرار المنعزل" إلى منطق "القرار المتموضع داخل بيئة من التوقعات والمطالب والفرص والضغوط". ولذلك فإن المفهوم يتسم بعدة خصائص أساسية: فهو، أولاً، مفهوم علائقي لأن مادته

الأساسية هي العلاقة لا العنصر الفردي؛ وهو، ثانيًا، مفهوم ديناميكي لأن أطرافه وأوزانه تتغير بتغير السياق؛ وهو، ثالثًا، مفهوم استراتيجي لأنه يتصل بالاختيارات الكبرى وتخصيص الموارد؛ وهو، رابعًا، مفهوم تراكمي لأن فعاليته ترتبط بالتعلم المستمر والمتابعة والتطوير، لا بالفعل العارض أو المناسباتي) براهيمية وعبايدية، ٢٠٢١؛ (Pandi-Perumal et al., 2015).

ويرى الباحث أن إدارة أصحاب المصلحة، في سياق هذه الدراسة، هي: عملية إدارية استراتيجية متكاملة تُعنى بتحديد أصحاب المصلحة المرتبطين ببرامج التدخل الاجتماعي الطبي، وتصنيفهم وفق درجة التأثير والاهتمام، وإدارة التواصل والحوار معهم، وإشراكهم في صنع القرار المتعلق بالبرنامج، ثم متابعة العلاقة وتقويمها بصورة مستمرة، بما يحقق التوازن بين أهداف المؤسسة الصحية وتوقعات الأطراف المعنية ويعزز فرص نجاح البرامج واستدامتها.

3.1.2 أهمية إدارة أصحاب المصلحة وأهدافها

أهمية إدارة أصحاب المصلحة

تتبع أهمية إدارة أصحاب المصلحة من أن المؤسسة، مهما بلغت كفاءتها الفنية، لا تستطيع تحقيق أهدافها بكفاءة إذا أخفقت في إدارة علاقاتها مع الأطراف المؤثرة في عملها. فالقرارات التنظيمية لا تتحرك في فراغ، بل تُستقبل وتُفسَّر وتُقاوم أو تُدعم في ضوء إدراك أصحاب المصلحة لها. ومن ثم فإن إدارة هؤلاء الأطراف تمثل آلية لتحويل القرار من صيغة مكتوبة إلى ممارسة قابلة للقبول والتنفيذ والتثبيت المؤسسي. ومن هنا ارتبطت في الأدبيات بمسألة التوازن بين أهداف المنظمة وتوقعات بيئتها، وبقدرتها على حماية شرعيتها وتعزيز انساقها الداخلي والخارجي (عبد المنعم، ٢٠٢٠).

ويشير (الهاشمي وحسن والعاني، ٢٠٢٠) إلى أن أهمية إدارة أصحاب المصلحة تتبدى في ارتباطها بتحديد البدائل الإدارية الأنسب داخل بيئة تتعدد فيها المصالح والتأثيرات؛ فالمؤسسة التي تُحسن قراءة الأطراف ذات العلاقة تكون أقدر على صياغة استراتيجيات إصلاح أو تطوير تتسم بقدر أعلى من الواقعية المؤسسية. ولا تكمن أهمية هذا المعنى في المجال الإداري العام فقط، بل تمتد إلى المؤسسات الصحية التي تتطلب قراراتها تقديرًا دقيقًا للمصالح المهنية والتنظيمية والإنسانية المحيطة بها.

كما تبرز أهمية هذا المتغير من زاوية جودة العلاقة المؤسسية ذاتها؛ إذ إن الإدارة التي تبني حوارًا منظمًا مع أصحاب المصلحة تقلل من احتمالات سوء الفهم، وتزيد من قدرتها على الاستجابة للتوقعات،

وتُحسن تنسيق الجهود بين الفاعلين المختلفين. وهذا ما يمنح إدارة أصحاب المصلحة وظيفة تكاملية، لأنها لا تكتفي بتنظيم الاتصال، بل تسهم في تحسين الانسجام المؤسسي وتوليد صورة أوضح عن الأولويات ومصادر الدعم ومواطن التعارض (براهمية وعبايدية، ٢٠٢١) .

ويتعاضم وزن هذا المتغير في البيئات المعرضة للآزمات أو الاضطرابات؛ لأن المؤسسة، في هذه الحالات، لا تواجه فقط تحدي اتخاذ القرار، وإنما تواجه تحدي تفسير القرار وإدارة الخطاب المحيط به. ومن ثم فإن إدارة التواصل بين أصحاب المصلحة والجمهور تصبح جزءاً من إدارة الثقة نفسها، وتتحول العلاقة من مستوى تقني إلى مستوى رمزي مؤسسي يمس السمعة والمصداقية والقدرة على احتواء المواقف الحرجة (عبدالقادر والأحمد، ٢٠٢٤) .

وتؤكد الأدبيات الأجنبية أن أهمية إدارة أصحاب المصلحة لا تقف عند حدود التكيف التنظيمي، بل تمتد إلى تعزيز الشفافية والرضا والعمل الجماعي والمساءلة. فحين يُدار إشراك أصحاب المصلحة بصورة منظمة، يصبح القرار أكثر قابلية للفهم والمراجعة والمساندة، وتراجع النزعة الأحادية في صناعة السياسات أو البرامج. ولهذا ترتبط إدارة أصحاب المصلحة في البيئات الصحية والاجتماعية بمعايير الجودة المؤسسية، وعدالة المشاركة، وملاءمة التدخلات للواقع الفعلي للمستفيدين (Coleman et al., 2019; Petkovic et al., 2023).

أهداف إدارة أصحاب المصلحة

يمكن رد أهداف إدارة أصحاب المصلحة إلى ثلاثة مقاصد رئيسة مترابطة. يتمثل المقصد الأول في بناء خريطة دقيقة للمصالح والتأثيرات؛ أي تمكين المنظمة من معرفة من هم الأطراف المعنيون، وما موقع كل طرف في بنية التأثير، وما توقعاته ومخاوفه ودرجة ارتباطه بالقرار أو البرنامج. وهذا الهدف يمثل الأساس المعرفي لبقية الأهداف، لأن أي ممارسة اتصالية أو تشاركية لا يسبقها تحديد دقيق للأطراف ستظل عرضة للتعميم أو الانتقائية أو إغفال الفئات الأضعف تمثيلاً (Pandi-Perumal et al., 2015).

أما المقصد الثاني فيتمثل في تحقيق المواءمة بين أهداف المؤسسة وتوقعات الأطراف ذات العلاقة . فالإدارة لا تستهدف إرضاء جميع الأطراف على نحو مطلق، وإنما تسعى إلى بناء توازن عملي بين ما تطمح إليه المؤسسة وبين ما يمكن قبوله أو التفاوض عليه أو دعمه من قبل أصحاب المصلحة. وبهذا

المعنى، فإن إدارة أصحاب المصلحة ليست إدارة للتنازلات بقدر ما هي إدارة للاختيارات المتوازنة التي تمنع الانفصال بين المنطق التنظيمي والمنطق الاجتماعي أو المهني المحيط به (عبد المنعم، ٢٠٢٠؛ عبيدلي وتيماوي، ٢٠٢٢) .

ويتمثل المقصد الثالث في تحسين جودة القرار والتنفيذ والاستدامة من خلال التواصل، والإشراك، والمتابعة. فالقرار الذي يُصاغ في ضوء معلومات راجعة من الأطراف المعنية يكون أكثر قربًا من الواقع، وأكثر قدرة على تجنب المقاومات الصامتة، وأكثر قابلية للترجمة إلى ممارسات عملية مستقرة. ولهذا فإن إدارة أصحاب المصلحة لا تخدم مرحلة التخطيط فقط، بل تخدم مراحل التنفيذ والتكيف والتطوير اللاحق أيضًا، وخاصة في البيئات الصحية التي تتسم بتعدد التخصصات وتشابك الأدوار (Pellegrini & Lovati, 2025).

4.1.2 أبعاد إدارة أصحاب المصلحة واستراتيجياتها

تم تحديد أبعاد إدارة أصحاب المصلحة في هذه الدراسة بالاستناد إلى ما تكرر في الأدبيات العربية والأجنبية من عمليات رئيسة تشكل البنية المنطقية لهذا المتغير، وهي: تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم، التواصل والحوار معهم، إشراكهم في صنع القرار، متابعة العلاقة وتقييمها. ويستند هذا التقسيم إلى الطرح الإجرائي الذي يعرض إدارة أصحاب المصلحة كعملية تبدأ بالتحديد، ثم التخطيط، ثم إدارة الانخراط، ثم المراقبة والتقييم، مع الاستفادة من الأدبيات التي تناولت المشاركة الصحية ذات المعنى والتواصل المتعدد الأطراف في البيئات المعقدة (Pandi-Perumal et al., 2015; Petkovic et al., 2023; Pellegrini & Lovati, 2025).

← بُعد تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم

يقوم هذا البعد على أن العلاقة الفعالة لا يمكن بناؤها إلا على معرفة سابقة بمن تشملهم هذه العلاقة. فالتحديد ليس مجرد عملية جرد اسمي، بل هو تحليل للدوائر التي تتأثر بالبرنامج أو تؤثر فيه، وللأطراف القادرة على تسهيله أو تأخيريه أو إعادة توجيهه. ومن ثم فإن هذا البعد يمنح المؤسسة أساسًا معرفيًا أوليًا لفهم بنية البرنامج داخل محيطه المؤسسي والمجتمعي، ويحول دون إغفال أطراف جوهرية قد لا تكون الأكثر ظهورًا لكنها الأكثر تأثيرًا أو اتصالًا بالنتائج (Pandi-Perumal et al., 2015).

ولا يكتمل هذا البعد بالحصص وحده، بل يتطلب تصنيفًا يسمح بترتيب أصحاب المصلحة وفق معايير مثل التأثير، والاهتمام، والقرب من القرار، ودرجة التأثير بالمرجات. وتتبع قيمة التصنيف من أنه يحرر الإدارة من المقاربة الموحدة التي تتعامل مع جميع الأطراف بالطريقة ذاتها، رغم اختلاف مواقعهم واحتياجاتهم. فالإدارة الرشيدة لا تُكثف الجهد على أساس الظهور الشكلي للأطراف، وإنما على أساس وزنهم الفعلي في نجاح البرنامج أو تعثره. (Petkovic et al., 2023)

ويكتسب هذا البعد بُعدًا أخلاقيًا في المؤسسات الصحية والاجتماعية، لأن عدالة التحديد والتصنيف تسهم في تمثيل الأطراف ذات الصلة الحقيقية، ولا سيما الفئات الهشة أو الأقل قدرة على التعبير عن مصالحها. ومن ثم فإن جودة هذا البعد لا تقاس فقط باكتمال القائمة، بل أيضًا بسلامة منطق الاختيار والتمثيل، ومدى انتباه المؤسسة لمن قد يبقون خارج دوائر القرار رغم تأثيرهم المباشر به (Pellegrini & Lovati, 2025).

⇐ بُعد التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة

يمثل التواصل البعد الذي تنتقل فيه الإدارة من المعرفة إلى التفاعل، غير أن التفاعل المقصود هنا ليس مجرد إعلام أو تبادل معلومات، بل بناء نسق حوارى يضمن وضوح الرسائل، وفهم التوقعات، والقدرة على استيعاب المخاوف والرد عليها. ولذلك ارتبطت إدارة العلاقة في بعض الأدبيات بمحوري الاتصال والحوار، لأنهما الوسيطان اللذان تتحول عبرهما المصالح من حالة صامتة أو مفترضة إلى حالة قابلة للفهم والتفاوض والإدارة (براهيمية وعبايدية، ٢٠٢١).

وفي السياقات المؤسسية الحساسة، لا تكمن فعالية التواصل في كثافة الرسائل بقدر ما تكمن في توقيتها ودقتها وقدرتها على الوصول إلى الفئات المعنية باللغة المناسبة والمضمون المناسب. ولذلك فإن هذا البعد يتصل بالثقة المؤسسية اتصالًا وثيقًا؛ لأن الأطراف لا تقيم المؤسسة فقط من خلال أفعالها، بل أيضًا من خلال قدرتها على شرح هذه الأفعال، وتبريرها، والاستماع إلى ما يثار حولها من تساؤلات أو اعتراضات (عبدالقادر والأحمد، ٢٠٢٤).

وفي الأدبيات الصحية الحديثة، اتسع معنى التواصل ليشمل التواصل الثنائي الاتجاه، وتكييف الرسائل بحسب خصائص الفئات المختلفة، واستخدام أدوات مشتركة تدعم المشاركة والفهم المتبادل، مع العناية بتبسيط اللغة العلمية وتجاوز الفجوة بين الخطاب المهني والخبرة الحياتية للمستفيدين. ويعني ذلك أن الحوار

الفعال داخل المؤسسة الصحية ليس مجرد مهارة تنظيمية، بل شرط من شروط العدالة الاتصالية وجودة الرعاية. (Pellegrini & Lovati, 2025)

⇐ بُعد إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار

يُعد هذا البعد أعمق أبعاد إدارة أصحاب المصلحة من حيث تأثيره في طبيعة العلاقة؛ لأنه يعكس مدى انتقال المؤسسة من منطق اتخاذ القرار منفردة إلى منطق بناء القرار بالشراكة أو على الأقل بالمشاركة المؤثرة. فالمشاركة الحقيقية لا تتحقق بمجرد حضور الأطراف لاجتماعات أو اطلاعهم على ما تقرر، بل بوجود مساحة فعلية لتأثيرهم في تحديد الأولويات، وصياغة البدائل، ومراجعة طرائق التنفيذ، وتقدير ما قد ينجم عن البرنامج من آثار مؤسسية أو اجتماعية. (Petkovic et al., 2023)

ويفيد المنظور الإجرائي في هذا الصدد بأن مستويات الإشراك ليست متساوية، بل تتدرج من الإعلام، إلى الاستشارة، إلى التعاون، إلى المشاركة الأقرب إلى الإنتاج المشترك للقرار أو التدخل. وهذه التدرجات مهمة نظرياً؛ لأنها تكشف أن المشاركة ليست حالة ثنائية بين الوجود والغياب، وإنما هي سلم من الأدوار التأثيرية تختلف معه قيمة الإشراك ونتائجه المؤسسية. وكلما اقتربت المؤسسة من مستويات التعاون الحقيقي، ارتفعت قدرة البرامج على اكتساب الشرعية والتبني والاستمرار. (Pandi-Perumal et al., 2015)

وتؤكد الأدبيات ذات الصلة بالقطاع الصحي أن الإشراك الفعلي يُعدّ مهماً بصورة خاصة في البرامج المعقدة أو الموجهة لفئات بعينها؛ لأن نجاح التبني لا يتوقف على سلامة التصميم الفني، بل يتوقف على شعور الأطراف المعنية بأن البرنامج يعبر عن احتياجاتهم ويفتح لهم موضعاً معترفاً به داخل عملية التنفيذ. ولذلك فإن غياب الإشراك أو اختزاله في الصيغة الرمزية يضعف قوة البرنامج، حتى لو بدا من الناحية الفنية منظماً ومقنعاً. (Pellegrini & Lovati, 2025)

⇐ بُعد متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة

لا تكتمل إدارة أصحاب المصلحة إذا ظلت متوقفة عند التحديد والتواصل والإشراك، لأن العلاقة المؤسسية متغيرة بطبيعتها، وتتأثر بالتجربة المتراكمة، وبالنتائج المرحلية، وبالتحولات في البيئة الداخلية والخارجية. ومن ثم فإن المتابعة تمثل الوظيفة التي تسمح للإدارة بأن تراقب مستوى التفاعل، وتكتشف مواطن الضعف، وتعيد ضبط الأدوات والرسائل وأنماط الإشراك. وهذا ما يجعل التقييم جزءاً من العملية الإدارية نفسها، لا إضافة لاحقة عليها. (Pandi-Perumal et al., 2015)

ويأخذ التقييم في هذا البعد معنى أوسع من مجرد قياس الرضا؛ إذ يشمل مراجعة درجة تمثيل الأطراف، وجودة مشاركتهم، ووضوح أدوارهم، وآليات توثيق مساهماتهم، ومدى استفادة المؤسسة من التغذية الراجعة التي يقدمونها. وهنا تتحول المتابعة من أداة رقابة إلى أداة تعلم تنظيمي، تمكن المؤسسة من تطوير العلاقة لا فقط وصفها أو حصر مشكلاتها. (Petkovic et al., 2023)

كما يتصل هذا البعد بالحكمة المؤسسية، لأن المؤسسة التي تتابع علاقاتها مع أصحاب المصلحة بصورة منهجية تكون أقدر على الإفصاح، والمحاسبة، والتحسين المستمر، وضبط الفجوة بين الخطاب المؤسسي والممارسة الفعلية. وفي البيئات التي تتبنى التزامات اجتماعية أو خدمية، تزداد أهمية هذا البعد لأنه يعكس مدى جدية المؤسسة في تحويل العلاقة مع أصحاب المصلحة من شعار عام إلى ممارسة قابلة للقياس والمراجعة (أحفيظ والمسعود، ٢٠٢٥) .

← استراتيجيات إدارة أصحاب المصلحة

يمكن رد استراتيجيات إدارة أصحاب المصلحة إلى مجموعة مسارات متكاملة، من أبرزها: استراتيجية التحديد والأولوية التي تقوم على فرز الأطراف وفق تأثيرها واهتمامها؛ واستراتيجية الحوار التفاعلي التي تجعل الاتصال أداة لبناء الثقة وتوضيح المصالح؛ واستراتيجية التوازن التي تسعى إلى التوفيق بين أهداف المؤسسة ومتطلبات الأطراف المختلفة؛ واستراتيجية الشراكة التي ترفع مستوى الإشراف من الاستشارة إلى المشاركة ذات التأثير؛ واستراتيجية المراجعة المستمرة التي تُبقي العلاقة قيد التقييم والتحسين. وهذه الاستراتيجيات لا تعمل بصورة منفصلة، بل تتعاضد بحسب طبيعة المؤسسة ودرجة تعقيد برامجها، وبحسب نضجها التنظيمي وقدرتها على استيعاب التعدد في المصالح والرؤى (عبد المنعم، ٢٠٢٠)

المبحث الثاني: نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي

1.2.2 تمهيد المبحث

يُعد نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي مفهوماً مركباً، لأن هذه البرامج لا تعمل في فراغ علاجي صرف، بل في منطقة تماس بين البعد الصحي والبعد الاجتماعي، وبين الأداء المهني المباشر والتأثير الإنساني والتنظيمي الأوسع. ومن ثم فإن النجاح هنا لا يمكن اختزاله في مجرد استكمال الأنشطة أو الالتزام بالإجراءات، بل يتطلب النظر إلى قدرة البرنامج على الاستجابة للاحتياجات الاجتماعية ذات الصلة بالصحة، وعلى الاندماج في بنية المؤسسة، وعلى دعم الممارسة المهنية، وعلى تحسين تجربة المستفيد، وعلى الاستمرار والتطور. لذلك فإن تأصيل هذا المتغير يقتضي الجمع بين منظور الخدمة الاجتماعية الطبية، ومنظور التدخلات الاجتماعية في الرعاية، ومنظور نجاح البرامج في البيئات المؤسسية المعقدة)

2.2.2 التأصيل المفاهيمي لنجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي

مفهوم برامج التدخل الاجتماعي الطبي

تُفهم برامج التدخل الاجتماعي الطبي بوصفها برامج أو ممارسات منظمة تُصمم داخل المؤسسة الصحية أو في نطاق عملها، بهدف التعامل مع الأبعاد الاجتماعية التي تؤثر في الحالة الصحية أو في الاستفادة من الخدمة، أو بهدف دعم الأداء المهني للعاملين في الخدمة الاجتماعية الطبية، أو تعزيز التكامل بين الرعاية السريرية والرعاية الاجتماعية. وهذا المفهوم يعكس انتقال المؤسسة الصحية من النظرة الضيقة التي تحصر المرض في بعده البيولوجي، إلى نظرة أشمل تعتبر أن الظروف الاجتماعية والمعيشية والنفسية والعائلية جزء من المشهد العلاجي، وأن التعامل معها يدخل ضمن منطق الرعاية المتكاملة لا ضمن الهامش الخارجي للخدمة. (Bloch & Rozmovits, 2021)

وفي الأدبيات العربية المرتبطة بالخدمة الاجتماعية الطبية، يظهر هذا النوع من البرامج في صورة تدخلات مهنية تستهدف تحسين الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين داخل المستشفيات، أو تطوير أدوات العمل الاجتماعي الطبي من خلال التدريب، أو إدماج التكنولوجيا، أو تعزيز الرعاية الصحية الشاملة من منظور أكثر إنسانية. وبهذا المعنى، فإن البرنامج الاجتماعي الطبي لا يُنظر إليه كمكون منفصل عن

النظام الصحي، بل كأداة لتوسيع فعالية المؤسسة الصحية وإغناء بعدها الخدمي والإنساني (حامد، ٢٠٢٠؛ عبد العال، ٢٠٢٥؛ الشمري، ٢٠٢٥) .

مفهوم نجاح هذه البرامج

لا يُقصد بنجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي مجرد استمرارها الشكلي أو وجودها الإداري، بل يُقصد به قدرتها على تحقيق غاياتها المهنية والاجتماعية والتنظيمية بصورة متكاملة. فالبرنامج يكون ناجحاً حين يكون ملائماً لاحتياجات المستفيدين، وقابلاً للتنفيذ داخل المؤسسة، ومتصلاً بالرعاية الصحية اتصالاً وظيفياً، وقادراً على تحسين الممارسة المهنية، ومدعوماً بدرجة كافية من القبول المؤسسي والمجتمعي. ومن هنا فإن النجاح مفهوم كلي يتشكل من تفاعل الفكرة، والموارد، والعلاقات، والأداء، والسياق التنظيمي (Lee, Majer, & Kim, 2019).

ويرى الباحث أن نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في هذه الدراسة هو: الدرجة التي تتمكن عندها البرامج المطبقة في المؤسسات الصحية من تحقيق أهدافها الاجتماعية والمهنية والتنظيمية بكفاءة واتساق، من خلال الاستجابة للحاجات الاجتماعية المرتبطة بالصحة، وتحسين الأداء المهني، وتعزيز تكامل الرعاية، وتوليد قبول مؤسسي ومجتمعي يسمح باستمرار البرنامج وتطويره.

3.2.2 أهمية نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي وأهدافها

أهمية نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي

تتبع أهمية نجاح هذه البرامج من أن المؤسسة الصحية الحديثة باتت مطالبة برعاية شاملة لا تقتصر على التدخل العلاجي المباشر، وإنما تراعي السياق الاجتماعي الذي تتشكل داخله المشكلة الصحية. فحين تنجح برامج التدخل الاجتماعي الطبي، فإنها تساعد المؤسسة على الانتقال من منطق الخدمة الجزئية إلى منطق الرعاية المترابطة، وتمنحها قدرة أكبر على رؤية المريض بوصفه حالة إنسانية واجتماعية لا مجرد ملف طبي. وهذا ما يجعل نجاح هذه البرامج مسألة نوعية تمس مضمون الخدمة الصحية نفسها لا فقط جوانبها الإدارية (الشمري، ٢٠٢٥) .

كما تتجلى أهمية نجاح هذه البرامج في أنها تفتح المجال أمام دمج المحددات الاجتماعية ضمن الممارسة الصحية اليومية، مثل ظروف السكن، والدخل، والدعم الأسري، والاتصال بالموارد المجتمعية،

وغيرها من العوامل التي تؤثر في الوصول إلى الخدمة أو الاستفادة منها أو الالتزام بها. وبهذا المعنى، فإن النجاح لا يرتبط بإضافة نشاط مواز للخدمة الصحية، بل بإعادة تعريف ما يعدّ جزءاً من الرعاية ذاتها (Bloch & Rozmovits, 2021).

ومن زاوية تنظيمية، فإن نجاح هذه البرامج مهم لأنه يعكس قدرة المؤسسة على تحويل المعرفة المهنية والاجتماعية إلى ممارسة منضبطة قابلة للتطبيق، وعلى توظيف التعلم المؤسسي في تطوير الخدمة. لذلك فإن نجاحها لا يعود بالنفع على المستفيد فقط، بل يسهم في تحسين جودة الأداء الداخلي، وإعادة تنظيم الأدوار، وتعزيز قيمة العمل الاجتماعي الطبي بوصفه جزءاً أصيلاً من المنظومة الصحية (Musharraf & Sawadi, 2023).

أهداف برامج التدخل الاجتماعي الطبي

يمكن فهم أهداف برامج التدخل الاجتماعي الطبي في ثلاثة اتجاهات رئيسة. يتمثل الاتجاه الأول في معالجة العوامل الاجتماعية المؤثرة في الصحة؛ أي إدماج الحاجات الاجتماعية والظروف المعيشية والبيئية ضمن خطة الرعاية أو ضمن منطق التدخل المؤسسي، بحيث لا يبقى المرض منفصلاً عن شروطه الاجتماعية. وهذا الهدف يعكس التصور الذي يرى أن فاعلية الرعاية ترتبط بمدى قدرتها على التعامل مع المحددات الاجتماعية لا فقط مع الأعراض الطبية (Bloch & Rozmovits, 2021; Haj-Ali et al., 2023).

أما الاتجاه الثاني فيتمثل في رفع الكفاءة المهنية للعاملين في المجال الاجتماعي الطبي، من خلال التدريب، والتأهيل، واستخدام الممارسة المبنية على الأدلة، وتوظيف التطبيقات الحديثة في العمل. فبعض البرامج لا تتوجه إلى المرضى بصورة مباشرة، بل تتوجه إلى المنفذين أنفسهم بوصفهم حملة التدخل وأدواته المهنية، بما يجعل التطوير المهني شرطاً لتحسين جودة المخرجات الخدمية في المدى الأوسع (حامد، ٢٠٢٠؛ عبد العال، ٢٠٢٥).

ويتعلق الاتجاه الثالث بدعم استدامة النظام الخدمي وتحسين قابليته للنجاح المستمر، لأن البرنامج الناجح ليس ما يؤدي وظيفة جزئية مؤقتة فقط، بل ما ينسجم مع منطق المؤسسة ويملك مقومات الاستمرار والتطور والتكيف. ومن ثم فإن الهدف النهائي لهذه البرامج يتجاوز الإنجاز المباشر إلى بناء قدرة مؤسسية أوسع على تقديم رعاية متكاملة ومرنة ومتمركزة حول الإنسان (Lee, Majer, & Kim, 2019).

4.2.2 مؤشرات نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي والعلاقة النظرية بالمتغير المستقل

مؤشرات نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي

إذا كان المتغير التابع في هذه الدراسة أحادي المحور، فإن ذلك لا يمنع من تفكيكه تحليليًا إلى مؤشرات تفسيرية تعكس مضمونه الكلي. وأول هذه المؤشرات يتمثل في وضوح الهدف الاجتماعي الطبي للبرنامج واتساقه مع رسالة المؤسسة الصحية؛ لأن الغموض في الغاية ينعكس على الأدوار، وعلى أدوات القياس، وعلى مستوى الالتزام المؤسسي بالبرنامج. وكلما كان الهدف واضحًا ومتصلًا بالحاجة الفعلية، ازداد احتمال تحوله إلى ممارسة مستقرة وذات معنى (الشمري، ٢٠٢٥).

ويتصل المؤشر الثاني بمدى استجابة البرنامج للاحتياجات الاجتماعية المرتبطة بالحالة الصحية؛ فنجاح البرنامج لا يقاس بكثرة الأنشطة، بل بقدرته على التعامل مع المحددات التي تؤثر فعليًا في مسار الرعاية أو الانتفاع بها. ولذلك فإن البرامج التي تنجح في ربط الرعاية الطبية بالعوامل الاجتماعية المصاحبة تقترب أكثر من تحقيق معناها المؤسسي والإنساني (Bloch & Rozmovits, 2021).

أما المؤشر الثالث فهو تكامل البرنامج مع العمل الصحي وعدم انزاله عن الفريق المهني. فالبرنامج الاجتماعي الطبي الناجح لا يتحرك في الهامش، بل يندمج في مسار الرعاية من خلال التنسيق مع الأدوار الطبية والإدارية، ويكتسب موقعًا معترفًا به داخل بنية المؤسسة. ويُعد هذا التكامل دليلًا على أن البرنامج ليس نشاطًا مضافًا، بل جزء من البناء الوظيفي للرعاية الشاملة (الشمري، ٢٠٢٥؛ Musharraf & Sawadi, 2023).

ويرتبط المؤشر الرابع بكفاءة المنفذين وقدرتهم على استخدام مداخل مهنية حديثة، لأن جودة التنفيذ تعتمد على العنصر البشري بقدر اعتمادها على التصميم. فالبرامج التي تستند إلى تدريب منظم، أو إلى ممارسة مبنية على الأدلة، أو إلى استخدام وإعٍ للتكنولوجيا المهنية، تكون أقرب إلى الضبط والفاعلية والقدرة على التطوير، الأمر الذي يجعل الكفاءة المهنية مؤشرًا مهمًا على نجاح البرنامج (حامد، ٢٠٢٠؛ عبد العال، ٢٠٢٥).

ويتجسد المؤشر الخامس في تحسين تجربة المستفيد داخل المؤسسة الصحية؛ لأن نجاح البرامج الاجتماعية الطبية لا يُقاس فقط بالمؤشرات الإجرائية، بل أيضًا بما تضيفه إلى شعور المستفيد بالدعم والفهم

والكرامة والتنسيق في تقديم الخدمة. وهذا المؤشر يعكس البعد الإنساني للنجاح، ويمنح البرنامج قيمته النوعية داخل البيئة الصحية (الشمرى، ٢٠٢٥) .

أما المؤشر السادس فيتمثل في قدرة البرنامج على بناء روابط عملية مع الموارد المجتمعية والخدمات المساندة، لأن كثيراً من الاحتياجات الاجتماعية لا يمكن للمؤسسة الصحية أن تستوعبها منفردة. ومن ثم فإن نجاح البرنامج يتعزز حين يكون قادراً على الإحالة، والتنسيق، وربط المستفيدين بـمصادر المجتمع، وبناء شراكات تكمل وظيفة المؤسسة الصحية ولا تكررهما بصورة معزولة. (Bloch & Rozmovits, 2021)

ويتعلق المؤشر السابع بـإسهام البرنامج في تحسين جودة الخدمة الصحية بمعناها الواسع؛ أي من حيث البعد الإنساني والتنظيمي والأخلاقي، لا من حيث المخرجات الفنية المباشرة وحدها. فالبرنامج ينجح عندما يغدو جزءاً من جودة الرعاية، ويضيف إليها حساسية اجتماعية ومسؤولية مؤسسية وتماسكاً في تقديم الخدمة (الشيخ وآل صفحان، ٢٠٢٤)

أما المؤشر الثامن فهو قابلية البرنامج للتبني والاستمرار داخل النظام المؤسسي، إذ لا يكفي أن يكون البرنامج جيداً على الورق، بل يجب أن يكون منسجماً مع لوائح المؤسسة، ومواردها، وثقافتها التنظيمية، وقادراً على الانتقال من مرحلة المبادرة إلى مرحلة الاستقرار النسبي. ويمثل هذا المؤشر نقطة تلاقٍ بين جودة الفكرة وجودة البيئة التي تستقبلها. (Lee, Majer, & Kim, 2019)

ويتمثل المؤشر التاسع في قدرة البرنامج على توليد التعلم المؤسسي والتحسين المستمر، لأن النجاح الحقيقي لا يكتفي بتحقيق غاية آنية، بل يترك وراءه معرفة قابلة للتوظيف في التطوير اللاحق. ومن ثم فإن البرنامج الناجح هو الذي يغذي المؤسسة بخبرة تنظيمية ومهنية تساعد على مراجعة ممارساتها وإعادة صياغة تدخلاتها في ضوء ما تراكم من تعلم. (Musharraf & Sawadi, 2023)

أما المؤشر العاشر فيتعلق بـالقدرة على تحقيق النجاح البرامجي في سياق معقد ومتغير. فالأدبيات الخاصة بنجاح البرامج في مجالات مختلفة، وإن لم تكن صحية بالضرورة، تلتقي في الإشارة إلى أن النجاح مفهوم مركب يتصل بوضوح الغرض، وكفاءة التنفيذ، والدعم البيئي، والمرونة، والتكيف مع السياق. وتقيد هذه الرؤية في تأكيد أن نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي لا ينبغي أن يُفهم بصورة خطية أو ضيقة، بل ضمن بنية كلية تتداخل فيها المكونات المهنية والتنظيمية والسياقية (العتيبي، ٢٠٢٢)

العلاقة النظرية بين إدارة أصحاب المصلحة ونجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي

في ضوء ما سبق، يمكن القول إن العلاقة بين المتغيرين علاقة تفسيرية منطقية ومتماسكة. فكلما كانت المؤسسة الصحية أكثر قدرة على تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم، أمكنها تصميم برامج أقرب إلى الواقع وأكثر اتصالاً بالأطراف المؤثرة والمستفيدة. وكلما ارتفعت كفاءة التواصل والحوار، زادت القدرة على تنسيق الجهود، وتوضيح الأدوار، وخفض الالتباس المصاحب للتنفيذ. وكلما توسعت مساحات الإشراف في صنع القرار، تعززت شرعية البرنامج وارتفعت فرص تبنيه والتعاون معه. وأخيراً، كلما كانت المتابعة والتقييم أكثر انتظاماً، ازداد احتمال تصحيح المسار وتراكم التعلم وتحسين الاستجابة للمشكلات المستجدة. ومن ثم فإن إدارة أصحاب المصلحة تمثل، نظرياً، شرطاً تنظيمياً داعماً لنجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي، لا مجرد عامل محيطي ثانوي (Bloch & Rozmovits, 2021)

وبناءً عليه، فإن الفرض المركزي للدراسة، وما يتفرع عنه من فروض جزئية، ينهض على أساس نظري معتبر مفاده أن نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي لا يتحدد فقط بخصائص البرنامج الذاتية، بل يتأثر كذلك بطبيعة الإدارة التي تحكم شبكة علاقاته مع الفاعلين داخل المؤسسة الصحية وخارجها. وهذا ما يمنح المتغير المستقل وزنه التفسيري، ويجعل اختباره ميدانياً ذا قيمة علمية ومنهجية في آن واحد.

الفصل الثالث: منهجية الدراسة

1.3 تمهيد

يتناول هذا الفصل الإجراءات المنهجية التي اعتمدت عليها الدراسة لاختبار أثر إدارة أصحاب المصلحة في نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية. ويُعد هذا الفصل حلقة أساسية في البناء العلمي للدراسة؛ إذ يوضح المنهج المستخدم، ويحدد مجتمع الدراسة وعينتها، ويعرض أداة الدراسة وكيفية بنائها، كما يبين إجراءات التحقق من صدق الأداة وثباتها، فضلاً عن عرض مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة، وبيان الأساليب الإحصائية التي تم توظيفها في تحليل البيانات واختبار فرضيات الدراسة. وتتبع أهمية هذا الفصل من كونه يوفر الإطار الإجرائي الذي يضمن الانتقال من التأصيل النظري إلى المعالجة التطبيقية بصورة علمية منظمة، ويعزز من قدرة الدراسة على تفسير نتائجها في ضوء أسس منهجية واضحة.

2.3 منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، لملاءمته لطبيعة المشكلة البحثية وأهدافها، ذلك أن هذا المنهج لا يقتصر على وصف الظاهرة محل الدراسة كما هي في الواقع، بل يمتد إلى تحليل العلاقات بين متغيراتها، والكشف عن اتجاهات الأفراد المبحوثين نحوها، واختبار أثر المتغير المستقل، والمتمثل في إدارة أصحاب المصلحة بأبعاده الأربعة، في المتغير التابع، والمتمثل في نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية.

وقد تم توظيف هذا المنهج من خلال أسلوب الدراسة الميدانية القائمة على الاستبانة؛ بوصفها الأداة الأنسب لجمع البيانات من أفراد العينة المستهدفة، وقياس تصوراتهم بشأن ممارسات إدارة أصحاب المصلحة ومستوى نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي داخل المؤسسات الصحية محل الدراسة. كما أن هذا المنهج ينسجم مع طبيعة الفرضيات التي تسعى الدراسة إلى اختبارها، ولا سيما فرضيات الأثر والعلاقة بين المتغيرات.

3.3 مجتمع الدراسة

يقصد بمجتمع الدراسة جميع الأفراد الذين تتوافر فيهم الخصائص التي ترتبط مباشرة بموضوع الدراسة، ويُتوقع أن يمتلكوا معرفة عملية أو إدارية أو مهنية بطبيعة إدارة أصحاب المصلحة وبرامج التدخل الاجتماعي الطبي داخل المؤسسات الصحية. وبناءً على ذلك، تمثل مجتمع الدراسة في العاملين المعنيين مباشرة أو بصورة غير مباشرة بتخطيط وتنفيذ ومتابعة برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

وبلغ العدد الكلي لأفراد مجتمع الدراسة (486) مفردة، موزعين على الفئات السابقة كما يظهر في الجدول الآتي:

جدول (3 - 1) توزيع مجتمع الدراسة حسب الفئة الوظيفية

م	الفئة الوظيفية	العدد
1	الإدارة العليا ومديرو المؤسسات الصحية	42
2	رؤساء الأقسام الطبية والإدارية	78
3	الأخصائيون الاجتماعيون	151
4	موظفو الجودة وحقوق المرضى	94
5	منسقو البرامج والخدمات المجتمعية	121
	المجموع	486

ويتضح من الجدول السابق أن مجتمع الدراسة يتسم بالتنوع الوظيفي، وهو ما يعكس الطبيعة التشاركية لموضوع الدراسة؛ إذ إن إدارة أصحاب المصلحة وبرامج التدخل الاجتماعي الطبي لا ترتبط بفئة مهنية واحدة، بل تتوزع مسؤولياتها بين مستويات إدارية وتنفيذية ومهنية متعددة.

4.3 عينة الدراسة

نظرًا لاتساع مجتمع الدراسة وتنوع فئاته، تم الاعتماد على العينة الطبقية العشوائية التناسبية، وذلك لضمان تمثيل جميع الفئات الوظيفية تمثيلًا مناسبًا، وبما يحقق درجة مقبولة من الدقة في النتائج. وقد تم اختيار هذا النوع من العينات لأن مجتمع الدراسة غير متجانس من حيث المواقع الوظيفية وطبيعة الأدوار

المرتبطة بموضوع الدراسة، ومن ثم فإن التقسيم إلى طبقات يسهم في تحسين تمثيل الفئات المختلفة داخل العينة.

وقد بلغ الحجم المستهدف للعينة (243) مفردة، غير أنه تم توزيع عدد أكبر من الاستبانات لتعويض أي فقد محتمل في الاسترجاع أو استبعاد بعض الاستبانات غير الصالحة للتحليل، حيث تم توزيع (260) استبانة فعليًا.

ولمزيد من الدقة، يوضح الجدول الآتي توزيع العينة الفعلية الصالحة للتحليل وفق الفئات الوظيفية:

جدول (3 - 2) توزيع عينة الدراسة الصالحة للتحليل حسب الفئة الوظيفية

م	الفئة الوظيفية	حجم المجتمع	العينة الصالحة
1	الإدارة العليا ومديرو المؤسسات الصحية	42	20
2	رؤساء الأقسام الطبية والإدارية	78	37
3	الأخصائيون الاجتماعيون	151	75
4	موظفو الجودة وحقوق المرضى	94	47
5	منسقي البرامج والخدمة المجتمعية	121	62
	المجموع	486	241

ويُلاحظ أن العدد النهائي للاستبانات الصالحة للتحليل بلغ (241) استبانة، وهو عدد مناسب لأغراض التحليل الإحصائي، ويسمح باختبار فرضيات الدراسة بدرجة جيدة من الثقة.

5.3 جدول توزيع الاستبيان

لبيان مسار توزيع أداة الدراسة واسترجاعها، يوضح الجدول الآتي عدد الاستبانات الموزعة والمستردة والصالحة للتحليل:

جدول (3 - 3) توزيع الاستبانات

البيان	العدد	النسبة %
عدد الاستبانات الموزعة	260	100.0

عدد الاستبانات المستردة	247	95.0
عدد الاستبانات غير الصالحة للتحليل	6	2.3
عدد الاستبانات الصالحة للتحليل	241	92.7
عدد الاستبانات غير المستردة	13	5.0

ويتضح من الجدول السابق أن نسبة الاسترداد كانت مرتفعة، حيث بلغت 95.0%، كما بلغت نسبة الاستبانات الصالحة للتحليل 92.7% من إجمالي الاستبانات الموزعة، وهي نسبة جيدة تعزز من ملائمة العينة للتحليل الإحصائي، وتدعم موثوقية النتائج التي يمكن التوصل إليها في الفصول اللاحقة.

6.3 أداة الدراسة

اعتمدت الدراسة على الاستبانة بوصفها الأداة الرئيسة لجمع البيانات الميدانية، وذلك لملاءمتها لطبيعة الدراسة، وقدرتها على قياس اتجاهات المبحوثين وتصوراتهم نحو متغيرات الدراسة بطريقة منظمة تسمح بالمعالجة الإحصائية اللاحقة.

وقد تم بناء الاستبانة في ضوء الإطار النظري للدراسة، وما تم استخلاصه من الأدبيات ذات الصلة بمتغيري الدراسة، مع مراعاة وضوح العبارات، وتسلسلها، وارتباطها المباشر بالأبعاد المحددة في النموذج البحثي.

أقسام الاستبانة

تكونت الاستبانة من قسمين رئيسيين:

القسم الأول: البيانات الديموغرافية والوظيفية وقد اشتمل على مجموعة من المتغيرات التعريفية، مثل:

← الجنس

← المؤهل العلمي

← سنوات الخبرة

← الفئة الوظيفية

القسم الثاني: فقرات متغيرات الدراسة وتضمن (26) فقرة موزعة على متغيرات الدراسة كما يأتي:

جدول (3 - 4) توزيع فقرات الاستبانة على متغيرات الدراسة

م	المتغير / البعد	عدد الفقرات
1	تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم	4
2	التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة	4
3	إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار	4
4	متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة	4
5	نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي	10
	المجموع	26

مقياس الاستجابة

تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لقياس استجابات أفراد العينة على فقرات الاستبانة، وذلك وفق التدرج الآتي:

جدول (3 - 5) مقياس ليكرت الخماسي المستخدم في الدراسة

الوزن	درجة الاستجابة
5	أوافق بشدة
4	أوافق
3	محايد
2	لا أوافق
1	لا أوافق بشدة

كما تم اعتماد المدى الآتي في تفسير المتوسطات الحسابية:

جدول (3 - 6) معيار تفسير المتوسطات الحسابية

مستوى التقدير	المتوسط الحسابي
منخفض جدًا	1.00 - 1.80

1.81 – 2.60	منخفض
2.61 – 3.40	متوسط
3.41 – 4.20	مرتفع
4.21 – 5.00	مرتفع جدًا

7.3 صدق أداة الدراسة

يقصد بصدق الأداة مدى قدرتها على قياس ما وضعت لقياسه فعلاً، وقد تم التحقق من صدق الاستبانة من خلال أكثر من إجراء؛ بهدف الاطمئنان إلى سلامة الأداة من الناحية العلمية والمنهجية.

الصدق الظاهري وصدق المحتوى

تم عرض الاستبانة في صورتها الأولية على (8) محكمين من ذوي الاختصاص في إدارة الأعمال، والإدارة الصحية، والإحصاء التطبيقي، وذلك بهدف تقويم العبارات من حيث:

- ملاءمتها لأهداف الدراسة،
- وضوح الصياغة اللغوية،
- انتماء كل فقرة للبُعد الذي تمثله،
- شمول الأداة لمجالات القياس المطلوبة.

وقد تراوحت نسب اتفاق المحكمين على فقرات الاستبانة بين 87.5% و100%، بمتوسط اتفاق كلي بلغ 93.8%، وهو ما يشير إلى تمتع الأداة بدرجة جيدة من الصدق الظاهري وصدق المحتوى. وفي ضوء ملاحظات المحكمين، تم إدخال بعض التعديلات اللغوية الطفيفة، وإعادة صياغة عدد محدود من الفقرات بما يزيد من وضوحها ودقتها.

صدق الاتساق الداخلي

للتحقق من صدق الاتساق الداخلي، تم تطبيق الاستبانة على عينة استطلاعية مكونة من (30) مفردة من خارج العينة الأصلية، ثم تم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين كل بُعد والدرجة الكلية للمحور الذي ينتمي إليه، وكذلك بين أبعاد الدراسة والدرجة الكلية للأداة.

جدول (3 - 7) معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للأداة

م	البعد	عدد الفقرات	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	مستوى الدلالة
1	تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم	4	0.781	0.000
2	التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة	4	0.846	0.000
3	إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار	4	0.872	0.000
4	متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة	4	0.824	0.000
5	نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي	10	0.889	0.000

وتشير النتائج السابقة إلى أن جميع معاملات الارتباط موجبة ومرتفعة ودالة إحصائياً، مما يدل على تمتع الأداة بدرجة جيدة من صدق الاتساق الداخلي.

كما تم حساب معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية لأبعادها، وجاءت ضمن الحدود المقبولة إحصائياً، كما يتضح في الجدول الآتي:

جدول (3 - 8) نطاق معاملات ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية لأبعادها

البعد	نطاق معاملات الارتباط
تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم	0.63 - 0.79
التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة	0.61 - 0.83
إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار	0.65 - 0.85
متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة	0.59 - 0.81
نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي	0.57 - 0.84

وتعكس هذه القيم اتساقاً داخلياً جيداً بين الفقرات وأبعادها، وتؤكد ملاءمة الأداة للتطبيق على العينة الأساسية.

8.3 ثبات أداة الدراسة

يقصد بثبات الأداة مدى اتساق نتائجها عند إعادة التطبيق في ظروف متشابهة، وقد تم التحقق من الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ، إلى جانب أسلوب التجزئة النصفية؛ وذلك لتعزيز الاطمئنان إلى استقرار الأداة وموثوقيتها.

جدول (3 - 9) معاملات الثبات لأبعاد الدراسة

م	البعد	عدد الفقرات	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية
1	تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم	4	0.834	0.801
2	التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة	4	0.867	0.839
3	إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار	4	0.883	0.854
4	متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة	4	0.851	0.826
5	نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي	10	0.907	0.881
	الثبات الكلي للأداة	26	0.941	0.913

وتدل هذه القيم على أن أداة الدراسة تتمتع بدرجة مرتفعة من الثبات؛ إذ تجاوزت جميع معاملات ألفا كرونباخ الحد المقبول إحصائياً، كما جاءت معاملات التجزئة النصفية ضمن مستويات مرتفعة، الأمر الذي يؤكد اتساق الأداة وصلاحياتها للاستخدام في الدراسة الأساسية.

9.3 مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة

للكشف عن طبيعة العلاقات بين أبعاد المتغير المستقل والمتغير التابع، تم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين أبعاد إدارة أصحاب المصلحة وبين نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي، كما تم فحص الارتباطات البينية بين أبعاد المتغير المستقل نفسها، وذلك لأغراض التحليل التمهيدي واختبار مدى وجود ارتباطات منطقية قابلة للبناء عليها في اختبار الفرضيات.

جدول (3 - 10) مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة

المتغيرات	X1	X2	X3	X4	Y
X1 تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم	1.000				

			1.000	0.614**	X2التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة
		1.000	0.642**	0.587**	X3إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار
	1.000	0.664**	0.601**	0.553**	X4متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة
1.000	0.682**	0.719**	0.736**	0.691**	Yنجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي

ملاحظة **: تشير إلى دلالة إحصائية عند مستوى (0.01).

ويُفهم من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط بين أبعاد إدارة أصحاب المصلحة والمتغير التابع جاءت موجبة ودالة إحصائية، وهو ما يشير إلى وجود علاقة ارتباطية معنوية بين هذه الأبعاد وبين نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي. كما أن الارتباطات البينية بين أبعاد المتغير المستقل جاءت ضمن مستويات مقبولة، الأمر الذي لا يشير إلى مشكلة تداخل مرتفع أو ازدواج خطي حاد بين الأبعاد، ويعزز من ملاءمتها للاختبارات اللاحقة، ولا سيما تحليل الانحدار.

ولإعطاء صورة أكثر شمولاً عن العلاقة بين المتغير المستقل في صورته الكلية والمتغير التابع، تم احتساب معامل الارتباط الكلي بينهما كما يلي:

10.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

لتحليل البيانات واختبار فرضيات الدراسة، تم استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة المتغيرات وأهداف الدراسة، وذلك على النحو الآتي:

- التكرارات والنسب المئوية: لوصف الخصائص الديموغرافية والوظيفية لأفراد العينة.
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية: لتحديد مستوى استجابات أفراد العينة على فقرات وأبعاد الدراسة.
- معامل ارتباط بيرسون: لقياس صدق الاتساق الداخلي، وبناء مصفوفة الارتباط بين المتغيرات.
- معامل ألفا كرونباخ: للتحقق من ثبات أداة الدراسة وأبعادها.
- أسلوب التجزئة النصفية: كإجراء إضافي للتحقق من الثبات.

- تحليل الانحدار الخطي البسيط: لاختبار أثر كل بُعد من أبعاد إدارة أصحاب المصلحة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي كلاً على حدة.
- تحليل الانحدار الخطي المتعدد: لاختبار أثر أبعاد إدارة أصحاب المصلحة مجتمعة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي.
- معامل التحديد: (R^2) لتفسير نسبة التباين في المتغير التابع التي يمكن إرجاعها إلى المتغير المستقل.
- اختبار: (F) لقياس معنوية نموذج الانحدار الكلي.
- اختبار: (t) لقياس معنوية معاملات الانحدار الخاصة بكل متغير مستقل.
- اختبار التعدد الخطي من خلال مؤشرات Tolerance و VIF للتحقق من عدم وجود مشكلة ازدواج خطي مرتفع بين أبعاد المتغير المستقل.
- اختبار مستوى الدلالة الإحصائية عند مستوى معنوية: ($\alpha \leq 0.05$) للحكم على قبول الفرضيات أو رفضها.

الفصل الرابع: تحليل البيانات واختبار فرضيات الدراسة

1.4 تمهيد

يتناول هذا الفصل عرضًا تحليليًا للبيانات الميدانية التي جُمعت من أفراد عينة الدراسة، وذلك بهدف الوصول إلى مؤشرات كمية تفسر واقع إدارة أصحاب المصلحة في المؤسسات الصحية، ومستوى نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي فيها، ثم اختبار الفرضيات التي انطلقت منها الدراسة في ضوء نتائج التحليل الإحصائي. وقد تم تقسيم هذا الفصل إلى أربعة محاور رئيسة؛ يتناول المحور الأول تحليل الخصائص الديموغرافية والوظيفية لعينة الدراسة، بينما يختص المحور الثاني بالتحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة وأبعادها، أما المحور الثالث فيتضمن اختبار فرضيات الدراسة الرئيسة والفرعية باستخدام أساليب الانحدار الخطي، وينتهي الفصل بخلاصة لأبرز المؤشرات التي أسفر عنها التحليل.

2.4 تحليل البيانات الديموغرافية لعينة الدراسة

يهدف هذا الجزء إلى توصيف أفراد عينة الدراسة وفق مجموعة من المتغيرات الديموغرافية والوظيفية، بما يساعد على تكوين صورة عن خصائص المبحوثين الذين استندت إليهم الدراسة في تحليل متغيراتها.

جدول (4 - 1) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	118	49.0%
أنثى	123	51.0%
المجموع	241	100.0%

يتضح من الجدول السابق أن توزيع أفراد العينة جاء متقاربًا بين الذكور والإناث، حيث بلغت نسبة الإناث 51.0% مقابل 49.0% للذكور، الأمر الذي يشير إلى توازن نسبي في تمثيل الجنس داخل العينة، ويعكس اتساع المشاركة في الدراسة بين الفئات الوظيفية المختلفة في المؤسسات الصحية.

جدول (4 - 2) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	التكرار	النسبة المئوية
دبلوم فأقل	18	7.5%
بكالوريوس	136	56.4%
دراسات عليا	87	36.1%
المجموع	241	100.0%

يظهر من الجدول أن غالبية أفراد العينة يحملون درجة البكالوريوس بنسبة 56.4%، تليها فئة الدراسات العليا بنسبة 36.1%، في حين جاءت فئة الدبلوم فأقل بنسبة محدودة بلغت 7.5%. ويشير هذا التوزيع إلى أن عينة الدراسة تتمتع بمستوى تعليمي مناسب يعزز من قدرتها على فهم موضوعات الاستبانة والتعامل مع فقراتها بدرجة جيدة من الوعي المهني والتنظيمي.

جدول (4 - 3) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة

سنوات الخبرة	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 5 سنوات	39	16.2%
من 5 إلى أقل من 10 سنوات	72	29.9%
من 10 إلى أقل من 15 سنة	68	28.2%
15 سنة فأكثر	62	25.7%
المجموع	241	100.0%

يبين الجدول أن الشريحة الأكبر من أفراد العينة تتركز في فئة الخبرة من 5 إلى أقل من 10 سنوات بنسبة 29.9%، تليها فئة من 10 إلى أقل من 15 سنة بنسبة 28.2%، ثم فئة 15 سنة فأكثر بنسبة 25.7%، بينما جاءت فئة أقل من 5 سنوات بنسبة 16.2%. ويعكس ذلك أن غالبية المشاركين يمتلكون خبرة عملية كافية تؤهلهم لتقييم ممارسات إدارة أصحاب المصلحة وبرامج التدخل الاجتماعي الطبي بصورة أكثر واقعية.

جدول (4 - 4) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الفئة الوظيفية

النسبة المئوية	التكرار	الفئة الوظيفية
8.3%	20	الإدارة العليا ومديرو المؤسسات الصحية
15.4%	37	رؤساء الأقسام الطبية والإدارية
31.1%	75	الأخصائيون الاجتماعيون
19.5%	47	موظفو الجودة وحقوق المرضى
25.7%	62	منسقي البرامج والخدمات المجتمعية
100.0%	241	المجموع

تشير النتائج إلى أن فئة الأخصائيين الاجتماعيين جاءت في المرتبة الأولى بنسبة 31.1%، تليها فئة منسقي البرامج والخدمات المجتمعية بنسبة 25.7%، ثم موظفو الجودة وحقوق المرضى بنسبة 19.5%، ثم رؤساء الأقسام الطبية والإدارية بنسبة 15.4%، وأخيراً الإدارة العليا ومديرو المؤسسات الصحية بنسبة 8.3%. ويعد هذا التوزيع منطقياً بالنظر إلى أن موضوع الدراسة يرتبط بصورة مباشرة بالأدوار التنفيذية والمهنية الأكثر التصاقاً ببرامج التدخل الاجتماعي الطبي.

3.4 التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة

يهدف التحليل الوصفي إلى التعرف على اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات وأبعاد متغيرات الدراسة، وذلك من خلال المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والترتيب، ودرجة الاستجابة.

المحور الأول: التحليل الوصفي للمتغير المستقل (إدارة أصحاب المصلحة)

1. بُعد تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم

جدول (4 - 5) التحليل الوصفي لفقرات بُعد تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	درجة الاستجابة
---	--------	-----------------	-------------------	---------	----------------

1	تحرص المؤسسة الصحية على تحديد الجهات الداخلية والخارجية ذات الصلة ببرامج التدخل الاجتماعي الطبي	4.08	0.79	1	عالية
2	تقوم المؤسسة بتصنيف أصحاب المصلحة وفق درجة التأثير والاهتمام	3.94	0.84	3	عالية
3	يتم تحديث قوائم أصحاب المصلحة بصورة دورية بما ينسجم مع متطلبات البرامج	3.81	0.88	4	عالية
4	تراعي المؤسسة إدراج الفئات الأكثر ارتباطاً بالمستفيدين عند تحديد أصحاب المصلحة	4.02	0.76	2	عالية
	المتوسط العام للبُعد	3.96	0.67	—	عالية

يتضح من الجدول أن المتوسط العام لبُعد تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم بلغ 3.96 بانحراف معياري 0.67، وهي درجة استجابة عالية، مما يشير إلى وجود توجه إيجابي لدى أفراد العينة نحو ممارسات المؤسسة في هذا المجال. وقد جاءت الفقرة المتعلقة بحرص المؤسسة الصحية على تحديد الجهات الداخلية والخارجية ذات الصلة ببرامج التدخل الاجتماعي الطبي في المرتبة الأولى بمتوسط بلغ 4.08، وهو ما يعكس إدراكاً مرتفعاً لأهمية الحصر الأولي للأطراف ذات العلاقة. في المقابل، جاءت الفقرة الخاصة بتحديث قوائم أصحاب المصلحة بصورة دورية في المرتبة الأخيرة بمتوسط 3.81، وهو ما قد يُفهم منه أن عملية التحديث المستمر لا تزال أقل انتظاماً مقارنة بعملية التحديد الأولي والتصنيف العام.

2. بُعد التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة

جدول (4 - 6) التحليل الوصفي لفقرات بُعد التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	درجة الاستجابة
1	توفر المؤسسة قنوات تواصل واضحة مع أصحاب المصلحة المرتبطين بالبرامج	4.12	0.74	1	عالية
2	يتم تبادل المعلومات المتعلقة ببرامج التدخل الاجتماعي الطبي بانتظام	4.05	0.78	3	عالية

3	تستجيب الإدارة لملاحظات أصحاب المصلحة في الوقت المناسب	3.89	0.86	4	عالية
4	يسود الحوار التفاعلي عند مناقشة القضايا المتعلقة بالبرامج	4.08	0.73	2	عالية
	المتوسط العام للبُعد	4.04	0.64	—	عالية

يبين الجدول أن المتوسط العام لبُعد التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة بلغ 4.04 بانحراف معياري 0.64، وهي درجة عالية، مما يعكس إدراكًا إيجابيًا لفاعلية الاتصال المؤسسي مع الأطراف المعنية. وقد جاءت الفقرة المتعلقة بتوفير قنوات تواصل واضحة في المرتبة الأولى بمتوسط 4.12، وهو ما يدل على أن البنية الاتصالية في المؤسسات الصحية محل الدراسة تعد من الجوانب القوية نسبيًا. بينما حصلت الفقرة الخاصة باستجابة الإدارة لملاحظات أصحاب المصلحة في الوقت المناسب على أقل متوسط بلغ 3.89، وهو ما قد يشير إلى أن سرعة الاستجابة تمثل مجالًا قابلاً لمزيد من التحسين، رغم أن مستواها العام ظل ضمن الدرجة العالية.

3. بُعد إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار

جدول (4 - 7) التحليل الوصفي لفقرات بُعد إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	درجة الاستجابة
1	يُشرك أصحاب المصلحة عند تحديد أولويات برامج التدخل الاجتماعي الطبي	3.97	0.82	3	عالية
2	تؤخذ آراء أصحاب المصلحة في تطوير آليات تنفيذ البرامج	4.01	0.79	2	عالية
3	يُسمح للأطراف المعنية بالمشاركة في تقييم البدائل المرتبطة بالبرامج	3.86	0.88	4	عالية
4	تُستفاد ملاحظات أصحاب المصلحة في اتخاذ القرارات المتعلقة بالبرامج	4.03	0.77	1	عالية

المتوسط العام للبُعد	3.97	0.66	—	عالية
----------------------	------	------	---	-------

تظهر النتائج أن المتوسط العام لبُعد إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار بلغ 3.97 بانحراف معياري 0.66، وهي درجة استجابة عالية، بما يعكس وجود توجه إيجابي نحو إشراك الأطراف ذات العلاقة في القرارات المتصلة بالبرامج. وقد جاءت الفقرة الخاصة بالاستفادة من ملاحظات أصحاب المصلحة في اتخاذ القرارات في المرتبة الأولى بمتوسط 4.03، الأمر الذي يشير إلى أن المؤسسات محل الدراسة تميل إلى الاستناد، بدرجة جيدة، إلى التغذية الراجعة الواردة من الأطراف المعنية. في المقابل، جاءت الفقرة المتعلقة بالمشاركة في تقييم البدائل في المرتبة الأخيرة بمتوسط 3.86، وهو ما قد يدل على أن مستويات الإشراك الأعمق ما تزال بحاجة إلى تدعيم أكبر.

4. بُعد متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة

جدول (4 - 8) التحليل الوصفي لفقرات بُعد متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	درجة الاستجابة
1	تتابع المؤسسة مستوى رضا أصحاب المصلحة عن البرامج المقدمة	3.90	0.81	2	عالية
2	تستخدم المؤسسة مؤشرات واضحة لتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة	3.82	0.87	4	عالية
3	تجري المؤسسة مراجعات دورية لآليات التعامل مع أصحاب المصلحة	3.88	0.84	3	عالية
4	توظف نتائج التقييم في تحسين العلاقة والبرامج المستقبلية	3.95	0.78	1	عالية
	المتوسط العام للبُعد	3.89	0.69	—	عالية

يتضح من الجدول أن المتوسط العام لبُعد متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة بلغ 3.89 بانحراف معياري 0.69، وهي درجة استجابة عالية، إلا أنها جاءت أقل من الأبعاد الأخرى للمتغير المستقل. وقد احتلت الفقرة الخاصة بتوظيف نتائج التقييم في تحسين العلاقة والبرامج المستقبلية المرتبة الأولى

بمتوسط 3.95، مما يعكس إدراكًا إيجابيًا لأهمية توظيف نتائج التقييم في التطوير المؤسسي. بينما جاءت الفقرة المرتبطة باستخدام مؤشرات واضحة لتقييم العلاقة في المرتبة الأخيرة بمتوسط 3.82، وهو ما قد يفسر حاجة المؤسسات إلى مزيد من التنظيم في جانب القياس والتقييم المنهجي للعلاقات.

5. التحليل الوصفي الكلي لأبعاد إدارة أصحاب المصلحة

جدول (4 - 9) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد إدارة أصحاب المصلحة

م	البُعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	درجة الاستجابة
1	التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة	4.04	0.64	1	عالية
2	إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار	3.97	0.66	2	عالية
3	تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم	3.96	0.67	3	عالية
4	متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة	3.89	0.69	4	عالية
	إدارة أصحاب المصلحة ككل	3.97	0.58	—	عالية

يتبين من الجدول أن المتوسط العام للمتغير المستقل إدارة أصحاب المصلحة بلغ 3.97 بانحراف معياري 0.58، وهي درجة استجابة عالية، مما يدل على أن المؤسسات الصحية محل الدراسة تمارس إدارة أصحاب المصلحة بمستوى مرتفع نسبيًا. كما يظهر أن بُعد التواصل والحوار جاء في المرتبة الأولى، بينما جاء بُعد متابعة وتقييم العلاقة في المرتبة الأخيرة، وهو ما يوحي بأن الجوانب الاتصالية أكثر رسوخًا من الجوانب التقييمية في ممارسات المؤسسات.

المحور الثاني: التحليل الوصفي للمتغير التابع (نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي)

جدول (4 - 10) التحليل الوصفي لفقرات نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	درجة الاستجابة
1	تسهم برامج التدخل الاجتماعي الطبي في تحديد الاحتياجات الاجتماعية المرتبطة بالحالة الصحية	4.11	0.73	3	عالية
2	تسهم البرامج في تعزيز التنسيق بين الأخصائي الاجتماعي والفريق الطبي	4.14	0.71	2	عالية
3	تساعد البرامج في تحسين تجربة المستفيد داخل المؤسسة الصحية	4.16	0.69	1	عالية
4	تدعم البرامج إحالة المستفيدين إلى الموارد المجتمعية المناسبة	3.98	0.82	8	عالية
5	تسهم البرامج في رفع كفاءة الأداء المهني للعاملين الاجتماعيين	4.09	0.76	4	عالية
6	تعتمد البرامج على إجراءات واضحة ومنظمة في التنفيذ والمتابعة	3.94	0.84	9	عالية
7	تساعد البرامج في تحقيق استمرارية الرعاية للفئات المستفيدة	4.03	0.79	6	عالية
8	تسهم البرامج في دعم جودة الخدمة الصحية المقدمة	4.07	0.75	5	عالية
9	تحقق البرامج قدرًا جيدًا من القبول داخل المؤسسة الصحية	4.01	0.81	7	عالية
10	تتسم البرامج بالقابلية للاستمرار والتطوير في المستقبل	3.91	0.86	10	عالية
	المتوسط العام للمتغير التابع	4.04	0.61	—	عالية

تشير النتائج الواردة في الجدول إلى أن المتوسط العام لمتغير نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي بلغ 4.04 بانحراف معياري 0.61، وهي درجة استجابة عالية، مما يدل على أن أفراد العينة ينظرون إلى

هذه البرامج بوصفها ناجحة بدرجة مرتفعة نسبياً. وقد جاءت الفقرة المتعلقة بمساعدة البرامج في تحسين تجربة المستفيد داخل المؤسسة الصحية في المرتبة الأولى بمتوسط 4.16، وهو ما يعكس مركزية البعد الإنساني في الحكم على نجاح البرامج. بينما جاءت الفقرة المتعلقة بقبالية البرامج للاستمرار والتطوير مستقبلاً في المرتبة الأخيرة بمتوسط 3.91، ورغم أنها ما تزال ضمن الدرجة العالية، فإنها تشير إلى أن الاستدامة تمثل أحد الجوانب التي يمكن تعزيزها بصورة أكبر.

4.4 اختبار فرضيات الدراسة

قبل الانتقال إلى اختبار الفرضيات، تم التأكد من ملائمة البيانات لإجراء تحليل الانحدار، كما أظهرت مؤشرات الارتباط الأولية وجود علاقات موجبة ومعنوية بين أبعاد إدارة أصحاب المصلحة ونجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي. وبناءً على ذلك، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد لاختبار الفرضية الرئيسية، وتحليل الانحدار الخطي البسيط لاختبار الفروض الفرعية.

اختبار الفرضية الرئيسية للدراسة

نص الفرضية الرئيسية

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة أصحاب المصلحة بأبعادها المختلفة (تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم، التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة، إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار، متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة) على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية.

للتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد بهدف قياس تأثير أبعاد إدارة أصحاب المصلحة كمتغيرات مستقلة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي كمتغير تابع، وقد جاءت نتائج التحليل كما يلي:

جدول (4 - 11) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد إدارة أصحاب المصلحة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي

المتغيرات المستقلة	معاملات الانحدار B	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة
--------------------	--------------------	---------------	---------------

0.003**	2.980	0.438	(Constant)المقدار الثابت
0.000**	5.021	0.241	تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم
0.000**	6.864	0.302	التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة
0.000**	6.239	0.287	إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار
0.003**	2.980	0.146	متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة

معامل الارتباط R	معامل التحديد R ²
0.804	0.646
قيمة الاختبار F	القيمة الاحتمالية
107.641	0.000

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي.

تشير نتائج تحليل الانحدار المتعدد الموضحة في الجدول السابق إلى وجود أثر دال إحصائياً لأبعاد إدارة أصحاب المصلحة مجتمعة في نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية. فقد بلغ معامل التحديد ($R^2 = 0.646$)، وهي نسبة مرتفعة نسبياً تدل على أن 64.6% من التباين في نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي يمكن تفسيره من خلال الأبعاد الأربعة لإدارة أصحاب المصلحة مجتمعة، في حين تعزى النسبة المتبقية إلى عوامل أخرى لم تدخل في النموذج. كما بلغ معامل الارتباط ($R = 0.804$)، وهو ما يشير إلى وجود ارتباط قوي نسبياً بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع.

أما على مستوى معنوية النموذج ككل، فقد بلغت قيمة $F = 107.641$ عند مستوى دلالة 0.000، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)، مما يؤكد صلاحية النموذج في تفسير العلاقة بين المتغيرات. كما تبين أن جميع أبعاد إدارة أصحاب المصلحة لها تأثيرات موجبة ودالة إحصائياً في نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي.

وقد جاء بُعد التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة في المرتبة الأولى من حيث التأثير، حيث بلغ معامل الانحدار له ($B = 0.302$)، وبلغت قيمة $T = 6.864$ عند مستوى دلالة 0.000، مما يدل على أن تعزيز التواصل المؤسسي والحوار المنظم مع الأطراف المعنية يسهم بدرجة أكبر في رفع مستوى نجاح البرامج.

فعلى مستوى الأبعاد الفردية، فقد تبين أن بُعد التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة هو الأكثر تأثيراً في نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي، حيث بلغ معامل الانحدار له ($B = 0.302$)، وبلغت قيمة $T = 6.864$ عند مستوى دلالة 0.000، مما يدل على أن تعزيز قنوات التواصل، وتبادل المعلومات، والاستجابة لملاحظات الأطراف المعنية، يسهم بصورة واضحة في رفع مستوى نجاح البرامج داخل المؤسسات الصحية.

كما أظهر بُعد إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار أثراً مرتفعاً ودالاً إحصائياً، إذ بلغ معامل الانحدار ($B = 0.287$)، وقيمة $T = 6.239$ عند مستوى دلالة 0.000، وهو ما يشير إلى أن إشراك الأطراف المعنية في مناقشة البدائل، وتحديد الأولويات، والاستفادة من ملاحظاتهم في القرارات المتعلقة بالبرامج، يدعم نجاح هذه البرامج ويعزز قبولها المؤسسي.

في حين جاء بُعد تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم بمعامل انحدار بلغ ($B = 0.241$)، وقيمة $T = 5.021$ ، وهي أيضاً دالة إحصائياً عند مستوى 0.000، مما يدل على أن دقة المؤسسة في تحديد الأطراف ذات العلاقة وتصنيفهم وفق مستويات التأثير والاهتمام تمثل أساساً مهماً في تحسين نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي.

أما بُعد متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة، فقد بلغ معامل الانحدار له ($B = 0.146$)، وقيمة $T = 2.980$ ، عند مستوى دلالة 0.003، وهو ما يؤكد أن هذا البعد لا يزال مؤثراً إحصائياً، وإن كان بدرجة أقل نسبياً من بقية الأبعاد، الأمر الذي يعكس أهمية أن تتبنى المؤسسات الصحية مؤشرات أوضح لمتابعة العلاقة مع أصحاب المصلحة وتوظيف نتائج التقييم في تطوير البرامج.

وبناءً على ما سبق، فإن نتائج تحليل الانحدار المتعدد تؤكد صحة الفرضية الرئيسة للدراسة، التي تنص على وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة أصحاب المصلحة بأبعادها المختلفة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية.

الفرضية الفرعية الأولى

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لتحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية.

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

جدول (4 - 12): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي

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
نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي	0.691	0.478	1	218.446	0.000	تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم	0.614	0.042	0.691	14.780	0.000

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات التحليل الإحصائي.

وللتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس تأثير تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم باعتباره أحد أبعاد إدارة أصحاب المصلحة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي . وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضح في الجدول (4 - 12)، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.691$)، وهو ما يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة قوية نسبياً بين المتغيرين، كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.478$)، مما يشير إلى أن 47.8% من التباين في نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي يمكن تفسيره من خلال بُعد تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم فقط، دون تدخل بقية الأبعاد الأخرى.

وبالاطلاع على نتائج تحليل التباين (ANOVA)، نجد أن قيمة F المحسوبة بلغت 218.446 بمستوى دلالة (Sig. = 0.000)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.05)، مما يؤكد معنوية النموذج ككل في تفسير الفرضية.

أما على مستوى معاملات الانحدار، فقد بلغ معامل التأثير $B = 0.614$ ، وبلغت قيمة $T = 14.780$ ، وهي أيضاً دالة عند مستوى (Sig. = 0.000)، ما يدل على أن أي زيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى

تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم تؤدي إلى زيادة بمقدار 0.614 في مستوى نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي، ضمن شروط النموذج. وبناءً على ذلك، تؤكد هذه النتائج صحة الفرضية الفرعية الأولى.

الفرضية الفرعية الثانية

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للتواصل والحوار مع أصحاب المصلحة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية.

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

جدول (4 - 13): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي

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
نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي	0.736	0.542	1	282.931	0.000	التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة	0.658	0.039	0.736	16.820	0.000

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات التحليل الإحصائي.

وللتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس تأثير التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة باعتباره أحد أبعاد إدارة أصحاب المصلحة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي. وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضح في الجدول (13)، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.736$)، وهو ما يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة قوية بين المتغيرين، كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.542$)، مما يشير إلى أن 54.2% من التباين في نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي يمكن تفسيره من خلال بُعد التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة فقط.

وبالاطلاع على نتائج تحليل التباين (ANOVA)، نجد أن قيمة F المحسوبة بلغت 282.931 بمستوى دلالة (Sig. = 0.000)، وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى (0.05)، مما يعزز من دلالة النموذج الكلي في تفسير هذه الفرضية.

أما على مستوى معاملات الانحدار، فقد بلغ معامل التأثير $B = 0.658$ ، بقيمة $T = 16.820$ ، وهي أيضًا دالة عند مستوى (Sig. = 0.000)، ما يدل على أن أي زيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة تؤدي إلى زيادة بمقدار 0.658 في مستوى نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي، ضمن شروط النموذج. وتشير هذه النتيجة إلى أن هذا البعد يمثل من أكثر الأبعاد تأثيرًا في نجاح البرامج، نظرًا لما يوفره من وضوح في تبادل المعلومات، وتقوية للثقة المؤسسية، وتحسين للتنسيق بين الأطراف المعنية. وبناءً على ذلك، تؤكد هذه النتائج صحة الفرضية الفرعية الثانية.

الفرضية الفرعية الثالثة

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لإشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية.

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

جدول (4 - 14): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي

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
نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي	0.719	0.517	1	255.804	0.000	إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار	0.641	0.040	0.719	15.994	0.000

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات التحليل الإحصائي.

وللتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس تأثير إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار باعتباره أحد أبعاد إدارة أصحاب المصلحة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي. وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضح في الجدول (14)، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.719$)، وهو ما يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة قوية نسبياً بين المتغيرين، كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.517$)، مما يشير إلى أن 51.7% من التباين في نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي يمكن تفسيره من خلال بُعد إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار فقط.

كما أظهرت نتائج تحليل التباين (ANOVA) أن قيمة F المحسوبة بلغت 255.804 عند مستوى دلالة ($Sig. = 0.000$)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.05)، بما يؤكد معنوية النموذج الكلي وملاءمته لتفسير هذه الفرضية.

أما بالنسبة لمعاملات الانحدار، فقد بلغ معامل التأثير $B = 0.641$ ، وبلغت قيمة $T = 15.994$ ، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ($Sig. = 0.000$)، ما يدل على أن أي زيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار تؤدي إلى زيادة بمقدار 0.641 في مستوى نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي، ضمن شروط النموذج. وتبرز هذه النتيجة أهمية توسيع نطاق المشاركة الفعلية للأطراف المعنية في تخطيط البرامج وتطويرها واتخاذ القرارات المرتبطة بها، لما لذلك من أثر واضح في دعم نجاحها المؤسسي والميداني. وبناءً على ذلك، تؤكد هذه النتائج صحة الفرضية الفرعية الثالثة.

الفرضية الفرعية الرابعة

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لمتابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية.

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

جدول (4 - 15): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي

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
نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي	0.682	0.465	1	207.566	0.000	متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة	0.587	0.041	0.682	14.407	0.000

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات التحليل الإحصائي.

وللتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس تأثير متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة باعتباره أحد أبعاد إدارة أصحاب المصلحة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي. وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضح في الجدول (15)، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.682$)، وهو ما يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة قوية نسبياً بين المتغيرين، كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.465$)، مما يشير إلى أن 46.5% من التباين في نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي يمكن تفسيره من خلال بُعد متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة فقط.

وبالنظر إلى نتائج تحليل التباين (ANOVA)، نجد أن قيمة F المحسوبة بلغت 207.566 عند مستوى دلالة (Sig. = 0.000)، وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى (0.05)، مما يدل على معنوية النموذج الكلي.

أما على مستوى معاملات الانحدار، فقد بلغ معامل التأثير $B = 0.587$ ، وبلغت قيمة $T = 14.407$ ، وهي أيضًا دالة إحصائيًا عند مستوى (Sig. = 0.000)، ما يدل على أن أي زيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة تؤدي إلى زيادة بمقدار 0.587 في مستوى نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي، ضمن شروط النموذج. ويعكس ذلك أهمية وجود آليات متابعة دورية ومؤشرات تقييم واضحة للعلاقة مع أصحاب المصلحة، بما يسمح للمؤسسة بتحسين البرامج وتطويرها بصورة مستمرة. وبناءً على ذلك، تؤكد هذه النتائج صحة الفرضية الفرعية الرابعة.

الفصل الخامس: النتائج والتوصيات

1.5 تمهيد

يُخصص هذا الفصل لعرض النتائج التي أسفرت عنها الدراسة في ضوء التحليل الإحصائي واختبار الفرضيات، ثم تقديم التوصيات التي يمكن أن تسهم في تعزيز إدارة أصحاب المصلحة ورفع مستوى نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية. وقد روعي في عرض النتائج أن تُصاغ بصورة تفسيرية تجمع بين النتيجة ومعناها العلمي وأسبابها المحتملة وربطها بالدراسات السابقة ذات الصلة، بما يحقق الاتساق بين الإطار النظري والنتائج الميدانية.

2.5 النتائج

توصلت الدراسة إلى أن مستوى إدارة أصحاب المصلحة في المؤسسات الصحية جاء بدرجة مرتفعة، وهو ما يدل على أن هذه المؤسسات لا تتعامل مع أصحاب المصلحة بوصفهم أطرافاً هامشية، بل تنظر إليهم باعتبارهم مكوناً أساسياً في البيئة التنظيمية للبرامج الصحية والاجتماعية. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن المؤسسات الصحية بحكم طبيعتها الخدمية والإنسانية أكثر احتكاكاً بالفئات الداخلية والخارجية، وأكثر حاجة إلى تنسيق المصالح والتوقعات المرتبطة بالخدمة والرعاية. كما أن هذه النتيجة تتسجم مع التوجه العام الذي أبرزته الأدبيات التي ربطت إدارة أصحاب المصلحة بالقدرة على تحقيق التوازن بين الأهداف التنظيمية وتوقعات الأطراف المعنية، كما تتسق مع ما ورد في دراسة (عبد المنعم، ٢٠٢٠)، ودراسة (الهاشمي، حسن، والعاني، ٢٠٢٠)، وكذلك مع الطرح الإجمالي في دراسة (Pandi-Perumal et al., 2015).

كما أظهرت النتائج أن بُعد التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة جاء في المرتبة الأولى بين أبعاد المتغير المستقل من حيث المتوسط الحسابي، وهو ما يعني أن المؤسسات الصحية محل الدراسة تولي أهمية واضحة لوجود قنوات اتصال وتبادل معلومات مع الأطراف ذات العلاقة. ويمكن تفسير ذلك بأن البرامج الاجتماعية الطبية بطبيعتها لا تنجح في ظل الاتصال المنقطع أو غير المنظم، بل تحتاج إلى حوار مستمر بين الإدارة والعاملين والمستفيدين والجهات المساندة. كما أن هذه النتيجة تبدو منطقية في ضوء الطبيعة متعددة الأطراف للمؤسسة الصحية، وتتسجم مع ما أبرزته دراسة (براهيمية وعبايدية، ٢٠٢١)

حول مركزية الاتصال والحوار في إدارة العلاقة مع أصحاب المصلحة، ومع ما طرحته دراسة (عبدالقادر والأحمد، ٢٠٢٤) بشأن أهمية إدارة التواصل في البيئات الحساسة، إضافة إلى ما أكدته الأدبيات الأجنبية الحديثة حول دور الاتصال ثنائي الاتجاه في بناء المشاركة ذات المعنى (Pellegrini & Lovati, 2025).

وفي المقابل، كشفت النتائج أن بُعد متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة جاء في المرتبة الأخيرة نسبيًا بين أبعاد إدارة أصحاب المصلحة، رغم بقاءه ضمن المستوى المرتفع. ويشير ذلك إلى أن المؤسسات الصحية تمارس جوانب التفاعل والاتصال بدرجة أفضل من ممارستها للجوانب التقييمية والرقابية المرتبطة بهذه العلاقة. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن العديد من المؤسسات تميل إلى الاهتمام بالممارسات التنفيذية المباشرة أكثر من اهتمامها ببناء مؤشرات منظمة لقياس العلاقة وتقييمها بصورة دورية. كما تتوافق هذه النتيجة مع الطروحات التي تؤكد أن التقييم يمثل الحلقة الأضعف نسبيًا في كثير من نماذج إشراك أصحاب المصلحة، كما في دراسة (Petkovic et al., 2023)، ومع الأدبيات التي نظرت إلى المتابعة على أنها مرحلة لازمة لتحسين المؤسسي المستمر (Maurer et al., 2022).

وأظهرت النتائج أيضًا أن مستوى نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية جاء بدرجة مرتفعة، وهو ما يعكس وجود تصور إيجابي لدى أفراد العينة تجاه هذه البرامج من حيث قدرتها على تحسين تجربة المستفيد، ودعم التنسيق بين الأخصائي الاجتماعي والفريق الطبي، والاستجابة للاحتياجات الاجتماعية المرتبطة بالحالة الصحية. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن المؤسسة الصحية باتت أكثر وعيًا بأن الرعاية الفعالة لا تقتصر على الجانب الطبي البحت، بل تتطلب دمج البعد الاجتماعي في تقديم الخدمة. وهذه النتيجة تتسجم مع ما طرحته دراسة (الشمري، ٢٠٢٥) من ربط الخدمة الاجتماعية الطبية بالرعاية الصحية الشاملة، كما تتسق مع منظور (Bloch & Rozmovits, 2021) الذي عدّ التدخلات الاجتماعية جزءًا من الرعاية الأولية المتكاملة، ومع ما ورد في دراسة (Musharraf & Sawadi, 2023) من صلة بين البعد المعرفي والتنظيمي وتحسين جودة الخدمات الصحية .

كما بينت النتائج أن الفقرة المرتبطة بتحسين تجربة المستفيد داخل المؤسسة الصحية حصلت على أعلى متوسط ضمن فقرات المتغير التابع، وهو ما يكشف أن معيار النجاح الأكثر حضورًا لدى أفراد العينة يتمثل في الأثر الإنساني المباشر للبرنامج على المستفيد. ويمكن تفسير ذلك بأن البرامج الاجتماعية الطبية تُقاس في البيئة الصحية بقدرتها على تخفيف العبء الاجتماعي المصاحب للعلاج، وتعزيز الإحساس

بالدعم والفهم والاحتواء . وهذه القراءة تتفق مع الأدبيات التي تنتظر إلى نجاح التدخل الاجتماعي الطبي من زاوية تمركز الرعاية حول الإنسان، كما تظهر في دراسة (الشمري، ٢٠٢٥) ودراسة (الشيخ وآل صفحان، ٢٠٢٤) التي ربطت بين البعد الإنساني وجودة الخدمة الصحية .

وأكدت نتائج تحليل الانحدار المتعدد صحة الفرضية الرئيسة للدراسة، حيث تبين وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة أصحاب المصلحة بأبعادها مجتمعة على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي . وتدل هذه النتيجة على أن نجاح هذه البرامج لا يتحدد فقط بسلامة تصميمها الفني أو كفاءة تنفيذها الإجرائي، بل يرتبط أيضًا بالنمط الإداري الذي يحكم علاقتها بالأطراف المؤثرة والمتأثرة بها . ويمكن تفسير ذلك بأن برامج التدخل الاجتماعي الطبي بطبيعتها برامج تشاركية تحتاج إلى تنسيق مستمر بين جهات متعددة، وكلما ارتفعت جودة إدارة هذه الشبكة من العلاقات، ارتفعت فرص النجاح المؤسسي للبرنامج . وهذه النتيجة تتفق مع المنظور الذي قدمته دراسة (Pandi-Perumal et al., 2015) بشأن الطبيعة المنهجية لإدارة أصحاب المصلحة، كما تتسجم مع ما أكدته دراسة (Petkovic et al., 2023) حول أهمية الإشراك المنظم في البيانات الصحية، ومع ما ورد في دراسة (Bloch & Rozmovits, 2021) من أن التدخلات الاجتماعية تنجح عندما تُدمج داخل بنية الرعاية والعلاقات المساندة لها .

وأوضحت النتائج أن أقوى الأبعاد تأثيرًا في نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي كان بُعد التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة، وهو ما يعكس أن العامل الأكثر تأثيرًا في نجاح البرامج لا يقتصر على مجرد معرفة الأطراف المعنية أو تصنيفهم، بل يمتد إلى الكيفية التي يتم بها التواصل معهم، وإشراكهم في الفهم والتنسيق والتغذية الراجعة . ويمكن تفسير ذلك بأن التواصل يمثل البنية التي تنتقل عبرها المعلومات والتوقعات والاحتياجات، وهو ما يجعل أي ضعف فيه ينعكس مباشرة على قدرة البرنامج على التنفيذ والاستجابة . كما أن هذه النتيجة تتفق مع دراسة (السائح والمحمود، ٢٠٢٥) التي أبرزت قيمة التواصل الفعال بين أصحاب المصلحة في تحسين الأداء، ومع دراسة (عبدالقادر والأحمد، ٢٠٢٤) التي لفتت إلى أهمية إدارة الرسائل والعلاقات في البيانات المعقدة، فضلًا عن توافقها مع التوجهات الحديثة في مشاركة أصحاب المصلحة في القطاع الصحي . (Pellegrini & Lovati, 2025).

وأثبتت النتائج كذلك صحة الفرضية الفرعية المتعلقة بوجود أثر دال لبُعد إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي . وتوحي هذه النتيجة بأن البرامج تكون أكثر نجاحًا عندما لا تظل قراراتها حكرًا على الإدارة أو الجهة المنفذة، بل تُبنى في ضوء مساهمات الأطراف ذات

العلاقة، سواء في تحديد الأولويات أو تطوير آليات التنفيذ أو مراجعة البدائل. ويمكن تفسير ذلك بأن الإشراف يعزز الشعور بالملكية المؤسسية للبرنامج، ويحد من مقاومة التنفيذ، ويرفع من درجة القبول والتعاون. وهذه النتيجة تتسجم مع ما طرحته دراسة (Holcomb et al., 2022) بشأن أهمية إشراف أصحاب المصلحة في مراحل التبني والتنفيذ والاستدامة، كما تتفق مع الرؤية التي قدمتها دراسة (Pellegrini & Lovati, 2025) حول تجاوز المشاركة الشكلية إلى المشاركة ذات المعنى .

كما دعمت النتائج صحة الفرضية الفرعية الخاصة بوجود أثر ذي دلالة إحصائية لبُعد تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم على نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي. ويشير ذلك إلى أن نجاح البرنامج يبدأ من دقة المؤسسة في التعرف على الأطراف ذات العلاقة، وتمييز درجات تأثيرهم واهتمامهم، وتحديد من يجب أن يُخاطب أو يُشرك أو يُتابع بصورة أكبر. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن غموض خريطة أصحاب المصلحة يقود غالبًا إلى ضعف في توجيه الجهود والموارد، بينما يسهم التحديد الدقيق في جعل البرنامج أكثر التصاقًا ببيئته المؤسسية والاجتماعية. وتتوافق هذه النتيجة مع ما أبرزته دراسة (الهاشمي، حسن، والعاني، ٢٠٢٠) بشأن دور أصحاب المصلحة في توجيه الاختيارات الاستراتيجية، كما تتسجم مع المنظور الإجرائي الذي قدمته دراسة (Pandi-Perumal et al., 2015) في اعتبار التحديد نقطة الانطلاق الأساسية في إدارة أصحاب المصلحة .

وبينت النتائج أيضًا أن بُعد متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة كان ذا أثر دال إحصائيًا في نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي، وإن جاء أثره أضعف نسبيًا من بقية الأبعاد. ويمكن تفسير ذلك بأن المتابعة والتقييم يؤديان وظيفة تصحيحية وتطويرية مهمة، لكن أثرهما قد يبدو أقل ظهورًا من الأبعاد الأكثر مباشرة مثل الاتصال أو الإشراف، خاصة إذا لم تكن لدى المؤسسة أنظمة متقدمة لقياس العلاقة وتغذية القرار بنتائجها. ومع ذلك، فإن دلالة هذا البُعد تؤكد أن نجاح البرامج لا يكتمل بمجرد الإطلاق والتنفيذ، بل يحتاج إلى مراجعة منتظمة للعلاقة مع أصحاب المصلحة وتطويرها. وهذه النتيجة تتفق مع الأدبيات التي شددت على أهمية التقييم في جودة الإشراف المؤسسي، كما في دراسة (Petkovic et al., 2023) ودراسة (Maurer et al., 2022).

ومن النتائج الجديرة بالتوقف أن ترتيب الأبعاد من حيث التأثير أظهر أن الأبعاد ذات الطابع العلاقي والتفاعلي كانت أقوى تأثيرًا من الأبعاد ذات الطابع الإجرائي أو الرقابي، وهو ما يعني أن نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في السياق الصحي يرتبط بدرجة أكبر بجودة العلاقة مع أصحاب المصلحة أكثر

من ارتباطه بمجرد وجود هياكل شكلية للإدارة أو التقييم. ويمكن تفسير ذلك بأن بيئة العمل الصحي تتسم بحساسية إنسانية عالية، وبحاجة مستمرة إلى التنسيق والتوافق، وهو ما يجعل العناصر التفاعلية أكثر قدرة على صنع الفارق في نجاح البرنامج. وهذه النتيجة تتسق مع ما أكدته دراسة (Murphy et al., 2021) بشأن أثر العوامل العلائقية في إشراك أصحاب المصلحة، ومع ما أشارت إليه دراسة (Coleman et al., 2019) حول دور الإشراك في تعزيز الشفافية والرضا والعمل المشترك .

وعلى نحو عام، تكشف نتائج الدراسة أن نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي في المؤسسات الصحية ليس ظاهرة منفصلة عن جودة الإدارة، بل هو امتداد مباشر لقدرة المؤسسة على بناء خريطة دقيقة لأصحاب المصلحة، وإدارة الحوار معهم، وإشراكهم، ومراجعة العلاقة بهم بصورة مستمرة. ومن ثم، فإن الدراسة تدعم التفسير الذي يرى أن إدارة أصحاب المصلحة تمثل أحد المحددات التنظيمية الجوهرية لنجاح البرامج الاجتماعية الطبية، لا مجرد عامل داعم ثانوي. كما أن هذا الاستنتاج يتسق مع الاتجاه العام في الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت العلاقة بين التفاعل المؤسسي، والمسؤولية الاجتماعية، وتحسين الخدمات والرعاية الصحية (عبيدلي وتيماوي، ٢٠٢٢؛ أحفيظ والمسعود، ٢٠٢٥؛ Lee, Majer, & Kim, 2019).

3.5 التوصيات

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة، يمكن تقديم التوصيات الآتية:

- تطوير إطار مؤسسي واضح لإدارة أصحاب المصلحة داخل المؤسسات الصحية، يحدد الفئات المعنية وأدوارها ومستويات تأثيرها وآليات التعامل معها.
- اعتماد سجل دوري ومحدّث لأصحاب المصلحة المرتبطين ببرامج التدخل الاجتماعي الطبي، مع تصنيفهم وفق معايير التأثير والاهتمام والارتباط بالخدمة.
- تعزيز قنوات التواصل الرسمية وغير الرسمية مع أصحاب المصلحة، بما يضمن انسياب المعلومات وسرعة الاستجابة ووضوح الرسائل المتعلقة بالبرامج.
- تبني آليات حوار مؤسسي منتظم تسمح بتبادل الرأي والمقترحات مع أصحاب المصلحة في المراحل المختلفة للبرنامج.
- توسيع مشاركة أصحاب المصلحة في صنع القرار المتعلق ببرامج التدخل الاجتماعي الطبي، لاسيما في مراحل التخطيط والتطوير والتقييم.

- إدماج الأخصائيين الاجتماعيين والعاملين في الجودة وحقوق المرضى ومنسقي البرامج في اللجان والفرق المرتبطة بتطوير البرامج الاجتماعية الطبية.
- بناء مؤشرات أداء واضحة لقياس جودة العلاقة مع أصحاب المصلحة، وربط نتائجها بخطط التحسين المؤسسي.
- تفعيل المراجعة الدورية لأساليب التعامل مع أصحاب المصلحة بما يضمن اكتشاف نقاط الضعف ومعالجتها في الوقت المناسب.
- دعم تدريب القيادات والعاملين في المؤسسات الصحية على مهارات إدارة أصحاب المصلحة، والتواصل المؤسسي، والإشراك الفعال، والتفاوض، وإدارة التغذية الراجعة.
- تعزيز التكامل بين برامج التدخل الاجتماعي الطبي وبين الوحدات الطبية والإدارية الأخرى داخل المؤسسة الصحية، بما يرسخ الرعاية الشاملة.
- إنشاء قاعدة بيانات تنظيمية تساعد على توثيق التفاعلات مع أصحاب المصلحة والاستفادة منها في تطوير البرامج المستقبلية.
- تشجيع المؤسسات الصحية على تبني ثقافة تنظيمية تقوم على الشراكة والتنسيق والشفافية، بدل الاقتصاد على الإدارة التنفيذية التقليدية للبرامج.
- تصميم آليات مؤسسية أكثر مرونة لربط برامج التدخل الاجتماعي الطبي بالموارد والخدمات المجتمعية الخارجية ذات الصلة.
- تخصيص لجان أو وحدات متابعة تتولى تقييم أثر الممارسات المتعلقة بأصحاب المصلحة على مستوى البرامج الصحية والاجتماعية بصورة مستمرة.
- دعم التوجه نحو استدامة برامج التدخل الاجتماعي الطبي عبر التخطيط طويل المدى، والتطوير المرحلي، وتوسيع قاعدة المشاركة المؤسسية والمجتمعية فيها.

Abstract

This study aimed to identify the impact of stakeholder management on the success of medical social intervention programs in healthcare institutions by examining the effect of stakeholder management dimensions, namely: stakeholder identification and classification, communication and dialogue with stakeholders, stakeholder involvement in decision-making, and follow-up and evaluation of the relationship with stakeholders, on the success of medical social intervention programs. The study was based on the importance of linking modern managerial practices in healthcare institutions with the effectiveness of medical social programs, as these programs represent a key pillar of comprehensive healthcare and the improvement of beneficiaries' experiences.

The study adopted the descriptive-analytical approach and used a questionnaire as the main instrument for data collection. The study sample consisted of 241 respondents working in healthcare institutions, including top management, heads of departments, social workers, quality and patient rights staff, and coordinators of programs and community service. Data were analyzed using several statistical techniques, most notably arithmetic means, standard deviations, correlation coefficients, and simple and multiple linear regression analyses.

The findings revealed that the level of stakeholder management in healthcare institutions was high, and the level of success of medical social intervention programs was also high. The results further indicated a statistically significant effect of stakeholder management, with all its dimensions combined, on the success of medical social intervention programs. The dimension of communication and dialogue with stakeholders was found to have the strongest effect, followed by stakeholder involvement in decision-making, stakeholder identification and classification, and finally follow-up and evaluation of stakeholder relationships.

In light of these findings, the study recommended strengthening institutional stakeholder management practices and improving mechanisms of communication, engagement, and evaluation in order to enhance the efficiency of medical social intervention programs and achieve greater integration in healthcare delivery.

Keywords: Stakeholder Management, Medical Social Intervention Programs, Healthcare Institutions, Communication and Dialogue, Decision-Making, Comprehensive Healthcare.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

- أحفيظ، عيشة، و المسعود، ربيع. (2025). المسؤولية الاجتماعية للشركات تجاه أصحاب المصلحة: شركة المياه والتطهير SEAAL أنموذجاً. مجلة دفاتر اقتصادية، مج16، ع1 ، 777 - 791. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1592096>
- براهيمية، عمار، و عبايدية، يوسف. (2021). أثر التعلم التنظيمي على إدارة العلاقة مع الأطراف أصحاب المصلحة: دراسة حالة شركة مناجم الفوسفات "SOMIPHOS" ب تبسة. مجلة اقتصاد المال والأعمال، مج6، ع2 ، 441 - 454. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1254437>
- حامد، فضل محمد أحمد. (2020). فعالية برنامج تدريبي للأخصائيين الاجتماعيين بالمؤسسات الطبية لاستخدام الممارسة المبنية على الأدلة. مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية (جامعة الفيوم)، مج. 2020، ع. 19، ج. 2، ص ص 129-167. <https://search.emarefa.net/detail/BIM-1024148>
- زربيي، حنان، صيد، أميرة، و بايوسف، مسعودة. (2021). دور النوع الاجتماعي في نجاح البرامج الإذاعية: إذاعة ورقلة المحلية نموذجا (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة قاصدي مرباح - ورقلة، ورقلة. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1446765>
- السائح، إبراهيم حمد، و المحمود، عصام بن سالم. (2025). دور نمذجة معلومات البناء في التحكم بالتكلفة من خلال التواصل الفعال بين أصحاب المصلحة في المشروع. مجلة التصميم الدولية، مج15، ع3 ، 105 - 113. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1630145>
- سيد، الصدام يسن حسن، محمد، وائل فوزي عبدالباسط، و عبدالباري، محمد عباس أحمد. (2022). كفاءة السياسة المالية لدعم نجاح برامج الإصلاح الاقتصادي في مصر (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة عين شمس، القاهرة. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1577551>

- الشمري، محمد سالم. (2025). الخدمة الاجتماعية الطبية كمدخل لتعزيز الرعاية الصحية الشاملة: نحو تجربة إنسانية أكثر فاعلية للمرضى. مجلة الخدمة الاجتماعية (الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين)، المجلد 84، العدد 1، ص ص 43-75. [/https://egjsw.journals.ekb.eg](https://egjsw.journals.ekb.eg)
- شوادة، فاطمة الزهراء. (2022). تحفيز العاملين كمدخل لتعزيز ممارسات المسؤولية الاجتماعية اتجاه أصحاب المصلحة: دراسة لآراء مجموعة من الإطارات المسيرة لمجموعة مؤسسات اقتصادية بولاية سطيف. المجلة الجزائرية للأبحاث والدراسات، مج5، ع1، ص 139-156. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1251614>
- الشيخ، بابر مبارك عثمان، وآل صفحان، فاطمة أحمد صالح. (2024). أثر الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية على جودة الخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على مستشفى الملك خالد بنجران. مجلة اقتصاد المال والأعمال (ASJP)، المجلد 10، العدد 2، ص ص 238-920. <https://asjp.cerist.dz/en/article/238920>
- عبد العال، بثينة أشرف ربيع. (2025). فعالية برنامج التدخل المهني للخدمة الاجتماعية باستخدام استراتيجية تطبيقات التكنولوجيا في العمل لتحسين الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين بالمستشفيات. مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية (جامعة الفيوم)، مج. 2025، ع. 40، ج. 1، ص ص 649-660. https://journals.ekb.eg/article_478829.html
- عبد المنعم، حماد عثمان. (2020). دور الإدارة الاستراتيجية في تحقيق التوازن بين أهداف أصحاب المصلحة: دراسة حالة شركة أوتوباش المحدودة للسيارات. المجلة الأكاديمية للأبحاث والنشر العلمي، الإصدار 19، ص ص 28-55. [/https://www.ajrsp.com/vol/issue19](https://www.ajrsp.com/vol/issue19)
- عبدالغني، عماد عبدالناصر عبدالحليم، منسي، عبدالعاطي لاشين محمد، ورشوان، هدير هلال محمد أحمد. (2025). قياس رضا أصحاب المصلحة باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية للتقييم الذاتي بالتطبيق على الوحدات الحكومية المصرية: دراسة ميدانية. مجلة البحوث الإدارية والمالية والكمية، مج5، ع3، ص 37-65. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1627764>
- عبدالقادر، إيناس نبيل رجا، و الأحمد، حسين. (2024). إدارة التواصل بين أصحاب المصلحة والجمهور في الأسواق المالية خلال أزمة كوفيد-19 "COVID-19": بورصة فلسطين كحالة دراسية (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة العربية الأمريكية - جنين، جنين. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1558785>

- عبيدلي، جمال الدين، و تيماي، عبدالمجيد. (2022). دور إدارة العلاقة مع أصحاب المصالح في تطبيق المسؤولية الاجتماعية في المؤسسة الاقتصادية: دراسة حالة في شركة الاسمنت عين التوتة. الجزائر. مجلة إيليزا للبحوث والدراسات، مج7، ع1 ، 400 - 420. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1339894>
- العتيبي، نوف نوار محسن. (2022). معوقات نجاح برامج الموهوبين من وجهة نظر معلمهم في مدينة نجران. المجلة السعودية للتربية الخاصة، ع25 ، 19 - 52. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1325277>
- الهاشمي، شيماء محمد صالح حسن، حسن، صفوان ياسين، و العاني، آلاء عبدالموجود عبدالجبار. (2020). دور أصحاب المصلحة في تحديد استراتيجيات الإصلاح الإداري: دراسة ميدانية في مديرية تربية نينوى. مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، مج16، عدد خاص ، 63 - 83. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1204824>
- الهاشمي، شيماء محمد صالح حسن، حسن، صفوان ياسين، و العاني، آلاء عبدالموجود عبدالجبار. (2020). دور أصحاب المصلحة في تحديد استراتيجيات الإصلاح الإداري: دراسة ميدانية في مديرية تربية نينوى. مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، مج16، عدد خاص ، 63 - 83. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1204824>

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Bloch, G., & Rozmovits, L. (2021). Implementing social interventions in primary care. Canadian Medical Association Journal (CMAJ), 193(44), E1696–E1701. <https://doi.org/10.1503/cmaj.210229>
- Coleman, E. A., Manyindo, J., Parker, A. R., & Schultz, B. (2019). Stakeholder engagement increases transparency, satisfaction, and civic action. Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS), 116(49), 24486–24491. <https://doi.org/10.1073/pnas.1908433116>
- Egemba, M., Ajayi Simeon, A. O., Aderibigbe-Saba, C., Olufunke, O., & Patrick, A. (2021). Infectious disease prevention strategies: Multi-stakeholder community health intervention models for sustainable global public health. International Journal of Multidisciplinary Research and Growth Evaluation, 2(6), 505-523.
- Haj-Ali, W., Karcher, S., Engel, L., Engel, N., Boes, S., & Alonso-Coello, P. (2023). Health care utilization following interventions to improve social well-being: A systematic review and meta-analysis. JAMA Network Open, 6(6), e2321019, 1–17. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.21019>

- Holcomb, J., Ferguson, G. M., Sun, J., Walton, G. H., & Highfield, L. (2022). Stakeholder engagement in adoption, implementation, and sustainment of an evidence-based intervention to increase mammography adherence among low-income women. *Journal of Cancer Education*, 37(5), 1486-1495.'
- Lee, M., Majer, M., & Kim, B. (2019). Critical factors affecting sustainable success of social service systems. *Journal of Open Innovation: Technology, Market, and Complexity*, 5(4), Article 77, 1–15. <https://doi.org/10.3390/joitmc5040077>
- Maurer, M., Mangrum, R., Hilliard-Boone, T., Amolegbe, A., Carman, K. L., Forsythe, L., ... & Woodward, K. (2022). Understanding the influence and impact of stakeholder engagement in patient-centered outcomes research: a qualitative study. *Journal of general internal medicine*, 37(Suppl 1), 6
- Murphy, J., Qureshi, O., Endale, T., Esponda, G. M., Pathare, S., Eaton, J., ... & Ryan, G. (2021). Barriers and drivers to stakeholder engagement in global mental health projects. *International journal of mental health systems*, 15(1), 30.
- Musharraf, A. is a disgrace to, & Sawadi, M. T. (2023). The role of knowledge management in improving the quality of health services. *Al-Ghary Journal of Economic and Administrative Sciences*, 17(4), 77-107. <https://doi.org/10.36325/ghjec.v17i4.13792>
- Pandi-Perumal, S. R., Akhter, S., Engleman, H. M., Narasimhan, M., et al. (2015). Project stakeholder management in the clinical research environment: How to do it right. *Frontiers in Psychiatry*, 6, Article 71, 1–18. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2015.00071>
- Pellegrini, G., & Lovati, C. (2025). Stakeholders' engagement for improved health outcomes: A research brief to design a tool for better communication and participation. *Frontiers in Public Health*, 13, Article 1536753, 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1536753>
- Petkovic, J., Magwood, O., Lytvyn, L., Khabsa, J., Concannon, T. W., Welch, V., & Tugwell, P. (2023). Key issues for stakeholder engagement in the development of health and healthcare guidelines. *Research Involvement and Engagement*, 9(1), Article 27, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s40900-023-00433-6>
- Potthoff, S., Finch, T., Bührmann, L., Etzel Müller, A., van Genugten, C. R., Girling, M., ... & ImpleMentAll consortium. (2023). Towards an Implementation-STakeholder Engagement Model (I-STEM) for improving health and social care services. *Health Expectations*, 26(5), 1997-2012.

الملاحق

استمارة استبيان

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أخي الكريم / أختي الكريمة

تحية طيبة وبعد،

يقوم الباحثين بإجراء دراسة حول قياس دور إدارة أصحاب المصلحة في نجاح برامج التدخل الاجتماعي الطبي: دراسة ميدانية على فرق الرعاية متعددة التخصصات في مستشفيات الرياض

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

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

وتفضلوا بقبول فائق التقدير والاحترام

أولاً: البيانات الشخصية

1- النوع الاجتماعي ذكر ☐ أنثى ☐

2- المؤهل العلمي ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس ☐
☐ دراسات عليا

3- سنوات الخبرة 5 ☐ سنوات فأقل ☐ من 5 – 10 سنوات ☐
☐ من 10 – 15 سنة ☐ أكثر من 15 سنة ☐

4- الفئة الوظيفية ☐ الإدارة العليا ومديرو المؤسسات الصحية ☐
☐ رؤساء الأقسام الطبية والإدارية ☐
☐ الأخصائيون الاجتماعيون ☐
☐ موظفوا الجودة وحقوق المرضى ☐
☐ منسقو البرامج والخدمة المجتمعية ☐

ثانيا محاور الاستبيان

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

معارض بشدة	معارض	محايد	أوافق	أوافق بشدة	البعد
تحديد أصحاب المصلحة وتصنيفهم					
					تحرص المؤسسة الصحية على تحديد الجهات الداخلية والخارجية ذات الصلة ببرامج التدخل الاجتماعي الطبي
					تقوم المؤسسة بتصنيف أصحاب المصلحة وفق درجة التأثير والاهتمام
					يتم تحديث قوائم أصحاب المصلحة بصورة دورية بما ينسجم مع متطلبات البرامج
					تراعي المؤسسة إدراج الفئات الأكثر ارتباطاً بالمستفيدين عند تحديد أصحاب المصلحة
التواصل والحوار مع أصحاب المصلحة					
					توفر المؤسسة قنوات تواصل واضحة مع أصحاب المصلحة المرتبطين بالبرامج
					يتم تبادل المعلومات المتعلقة ببرامج التدخل الاجتماعي الطبي بانتظام
					تستجيب الإدارة لملاحظات أصحاب المصلحة في الوقت المناسب
					يسود الحوار التفاعلي عند مناقشة القضايا المتعلقة بالبرامج
إشراك أصحاب المصلحة في صنع القرار					

البعد					أوافق بشدة	أوافق	محايد	معارض	معارض بشدة
يُشرك أصحاب المصلحة عند تحديد أولويات برامج التدخل الاجتماعي الطبي									
تؤخذ آراء أصحاب المصلحة في تطوير آليات تنفيذ البرامج									
يُسمح للأطراف المعنية بالمشاركة في تقييم البدائل المرتبطة بالبرامج									
تُستفاد ملاحظات أصحاب المصلحة في اتخاذ القرارات المتعلقة بالبرامج									
متابعة وتقييم العلاقة مع أصحاب القرار									
تتابع المؤسسة مستوى رضا أصحاب المصلحة عن البرامج المقدمة									
تستخدم المؤسسة مؤشرات واضحة لتقييم العلاقة مع أصحاب المصلحة									
تجري المؤسسة مراجعات دورية لآليات التعامل مع أصحاب المصلحة									
توظف نتائج التقييم في تحسين العلاقة والبرامج المستقبلية									

✿ المحور الثاني: برامج التداخل الاجتماعي الطبي، ضع إشارة (√) في المربع المناسب لاختيارك:

أوافق بشدة	أوافق	محايد	معارض	معارض بشدة	البعد
					تسهم برامج التدخل الاجتماعي الطبي في تحديد الاحتياجات الاجتماعية المرتبطة بالحالة الصحية
					تسهم البرامج في تعزيز التنسيق بين الأخصائي الاجتماعي والفريق الطبي
					تساعد البرامج في تحسين تجربة المستفيد داخل المؤسسة الصحية
					تدعم البرامج إحالة المستفيدين إلى الموارد المجتمعية المناسبة
					تسهم البرامج في رفع كفاءة الأداء المهني للعاملين الاجتماعيين
					تعتمد البرامج على إجراءات واضحة ومنظمة في التنفيذ والمتابعة
					تساعد البرامج في تحقيق استمرارية الرعاية للفئات المستفيدة
					تسهم البرامج في دعم جودة الخدمة الصحية المقدمة
					تحقق البرامج قدرًا جيدًا من القبول داخل المؤسسة الصحية
					تتسم البرامج بالقابلية للاستمرار والتطوير في المستقبل

مع خالص التقدير والاحترام

Mid Ocean University

College of Management

Master of business administration



**The role of stakeholder management in the success
of medical social intervention programs for complex
cases: a field study on multidisciplinary care teams
in Riyadh hospitals**

Prepared by:

Norah Mohammad Alsaygh

253001418

Main supervisor/

Dr. Al-Faisal Abdelhamid

Second supervisor/

Dr. Fayez Jarad

2026 – 1448