

أثر إدارة المخاطر على جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة: دراسة
تطبيقية في المملكة العربية السعودية

إعداد الطالب/ فيصل محمد رشيد الغنزي

الرقم الجامعي/ ٢٤٣٠٠١٦٤٥

إشراف/

د. الفيصل عبد الحميد

د. فايز علي جواد

العام الدراسي:

٢٠٢٥

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بكل امتنانٍ وتقدير، أهدي هذا العمل إلى كل من كان سبباً في دعمي وتشجيعي، إلى من منحني القوة حين ضعفت، وإلى من آمن بقدرتي على الاستمرار حتى النهاية. هذا الجهد ثمرة لمسيرة لم تكن سهلة، لكنها كانت مليئة بالإصرار والإرادة. لكم جميعاً مني أصدق الشكر والعرفان.

شكر وتقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، وبفضله يكتمل العمل ويُبلغ الهدف.

أتوجه بخالص الشكر والتقدير لكل من ساندني ووقف إلى جانبي خلال مسيرتي في إعداد هذا

البحث. شكري العميق لكل من قدّم لي النصّح والتوجيه، ولكل من مدّني بدعمه المعنوي أو

العلمي، وكان له الأثر في تخطي الصعوبات وتحقيق هذا الإنجاز.

كما لا يفوتني أن أعبر عن امتناني لكل من وفر لي البيئة المناسبة للبحث والتعلم، ولكل من

ساهم، ولو بكلمة طيبة، في تحفيزي على الاستمرار.

لكم جميعاً كل الشكر والعرفان، وأسأل الله أن يوفّقني لردّ الجميل يوماً ما.

الملخص

تهدف هذه الدراسة إلى استكشاف أثر إدارة المخاطر على جاهزية المستشفيات في المملكة العربية السعودية لمواجهة الأوبئة، من خلال دراسة تطبيقية شملت عينة مكونة من ١٠٠ من العاملين في عدد من المستشفيات الحكومية والخاصة. اعتمدت الدراسة على استبيان تم تطويره لقياس عدة محاور رئيسة تشمل إدارة المخاطر، جاهزية المستشفيات، والعلاقة بينهما. أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية ودالة إحصائيًا بين تطبيق مبادئ إدارة المخاطر ورفع مستوى جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة. كما أكدت الدراسة على أهمية وجود خطط معتمدة، تدريب مستمر للعاملين، بنية تحتية مناسبة، ونظم إنذار مبكر فعالة كعوامل رئيسية تؤثر في مستوى الجاهزية. توصي الدراسة بضرورة تعزيز هذه الجوانب لضمان استجابة صحية فعالة لمواجهة التحديات الوبائية المستقبلية.

الكلمات المفتاحية

إدارة المخاطر، جاهزية المستشفيات، الأوبئة، الصحة العامة، المملكة العربية السعودية، الاستجابة للطوارئ، التدريب الصحي، البنية التحتية الصحية.

Abstract

This study aims to explore the impact of risk management on hospital preparedness in the Kingdom of Saudi Arabia to respond to epidemics, through an applied study that included a sample of 100 employees from several public and private hospitals. The study relied on a questionnaire developed to measure several key dimensions, including risk management, hospital preparedness, and the relationship between them. The results showed a positive and statistically significant relationship between the application of risk management principles and raising the level of hospital preparedness to respond to epidemics. The study also emphasized the importance of having approved plans, continuous staff training, adequate infrastructure, and effective early warning systems as key factors influencing the level of preparedness. The study recommends strengthening these aspects to ensure an effective health response to future epidemic challenges.

Keywords

Risk management, hospital preparedness, epidemics, public health, Saudi Arabia, emergency response, health training, health infrastructure.

١٠.....	الفصل الأول للدراسة
١٠.....	الاطار العام للدراسة
١١.....	المقدمة
١٣.....	المشكلة البحثية
١٥.....	التساؤلات البحثية
١٦.....	الأهداف البحثية
١٦.....	الفرضيات
١٧.....	أهمية الدراسة
١٩.....	المنطلقات النظرية
٢٤.....	الفصل الثاني:
٢٤.....	الإطار النظري والدراسات السابقة
٢٥.....	المبحث الأول: إدارة المخاطر
٤١.....	المبحث الثاني: جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة
٥٣.....	المبحث الثالث: الدراسات السابقة
٦٠.....	أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية
٦١.....	ما يميز الدراسة الحالية
٦٣.....	الفجوة البحثية التي تسعى الدراسة إلى سدّها
٦٥.....	الفصل الثالث
٦٥.....	منهجية الدراسة
٦٦.....	طبيعة البيانات في الدراسة

٦٧.....	مجتمع الدراسة
٦٨.....	عينة الدراسة
٦٨.....	أداة الدراسة
٦٩.....	الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات
٧١.....	اختبار ثبات أداة الدراسة
٧٣.....	الفصل الرابع
٧٣.....	تحليل البيانات
٧٤.....	مقدمة
٧٥.....	وصف خصائص عينة الدراسة
٨٠.....	الإحصاء الوصفي لإجابات فقرات ومتغيرات الدراسة
٨٦.....	اختبار الفرضيات
٩٣.....	الفصل الخامس
٩٣.....	النتائج والتوصيات
٩٤.....	مقدمة
٩٥.....	النتائج
٩٧.....	التوصيات
٩٩.....	المراجع
١٠١.....	الملاحق

قائمة الجداول

٧١	جدول ١ معاملات الثبات (كرونباخ ألفا) لجميع المحاور وأداة الدراسة ككل
٧٥	جدول ٢ وصف عينة الدراسة وفقاً لمتغير الجنس
٧٦	جدول ٣ وصف متغير الدراسة وفقاً لمتغير العمر
٧٧	جدول ٤ وصف متغير الدراسة وفقاً للمسمى الوظيفي
٧٨	جدول ٥ وصف متغير الدراسة وفقاً لمتغير عدد سنوات الخبرة
٧٩	جدول ٦ وصف عينة الدراسة وفقاً لمتغير نوع المستشفى
٨٠	جدول ٧ الوسط الحسابي والانحرافات المعيارية لمحور إدارة المخاطر في المستشفيات
٨٢	جدول ٨ الوسط الحسابي والانحرافات المعيارية لمحور جاهزية المستشفى لمواجهة الأوبئة
٨٤	جدول ٩ الوسط الحسابي والانحرافات المعيارية لمحور العلاقة بين إدارة المخاطر وجاهزية المستشفيات
	جدول ١٠ مصفوفة الارتباطات بيرسون Pearson Correlation Coefficient بين أبعاد إدارة المخاطر
٨٧	جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة ($n = 100$)
	جدول ١١ نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد لاختبار أثر أبعاد إدارة المخاطر على جاهزية المستشفيات
٨٩	لمواجهة الأوبئة ($n = 100$)
	جدول ١٢ نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد Multiple Linear Regression لأثر أبعاد إدارة
٩١	المخاطر على جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة ($n = 100$)

الفصل الأول للدراسة

الاطار العام للدراسة

المقدمة

شهد العالم في العقود الأخيرة تصاعدًا ملحوظًا في وتيرة انتشار الأوبئة والأمراض المعدية التي تهدد الصحة العامة وتُربك النظم الصحية والاقتصادية والاجتماعية على حدٍ سواء وقد كانت جائحة كوفيد-١٩ التي بدأت في أواخر عام ٢٠١٩ مثالًا صارخًا على مدى هشاشة الكثير من الأنظمة الصحية في مواجهة أزمات صحية واسعة النطاق. ففي ظل هذه الجائحة، تبين أن الجاهزية المؤسسية للمستشفيات - بوصفها خط الدفاع الأول في مواجهة الأوبئة - لم تكن كافية في العديد من الدول، حتى المتقدمة منها، مما أدى إلى انهيار بعض الأنظمة الصحية مؤقتًا، وارتفاع معدلات العدوى والوفيات، ونقص الإمدادات الطبية، وظهور فجوات واضحة في منظومة التنسيق والإدارة الصحية.

وفي خضم هذا الواقع، برزت الحاجة إلى إعادة النظر في كيفية استعداد المستشفيات لمثل هذه الأزمات، ليس فقط من خلال توفر الإمكانيات الطبية واللوجستية، ولكن أيضًا من خلال اتباع نهج علمي متكامل قائم على إدارة المخاطر. فإدارة المخاطر لم تعد حكرًا على القطاعات المالية أو الصناعية، بل أصبحت عنصرًا أساسيًا في التخطيط الاستراتيجي للمنشآت الصحية. ويتطلب ذلك دراسة منهجية لمختلف أنواع التهديدات المحتملة، وتقييم مستويات التعرض والقدرة على الاستجابة، وتحديد أولويات التعامل مع المخاطر من خلال استراتيجيات وقائية واستباقية، تسهم في تعزيز المرونة المؤسسية. (شديد، ٢٠٢٢).

تُعد المستشفيات مراكز حيوية لاستيعاب الضغط الكبير الذي يصاحب تفشي الأوبئة، سواء من حيث أعداد المرضى، أو الحاجة إلى العزل، أو توفير الرعاية الحرجة، أو إدارة الموارد البشرية والمادية تحت الضغط. ولهذا فإن تقييم جاهزية هذه المؤسسات لا بد أن يأخذ بعين الاعتبار عدة

أبعاد متكاملة، من أهمها: البنية التحتية الصحية، القدرات التشغيلية، التدريب والتأهيل، أنظمة المعلومات والدعم الرقمي، سلاسل الإمداد الطبي، بالإضافة إلى مستوى التنسيق الداخلي والخارجي مع الجهات الأخرى المعنية.

من منظور إدارة المخاطر، لا يقتصر التقييم على تحليل الوضع القائم، بل يشمل أيضًا القدرة على التنبؤ بالمخاطر المستقبلية والتخطيط لمواجهةها. ويُعد توفر خطط الطوارئ، وإجراءات الاستجابة السريعة، ونظم المراقبة والإنذار المبكر، والعوامل التنظيمية المرتبطة بالحوكمة والقيادة المؤسسية من المؤشرات الحاسمة التي ينبغي التركيز عليها عند تقييم الجاهزية الوبائية للمستشفيات.

وفي السياق المحلي، تعاني العديد من المؤسسات الصحية في بعض الدول النامية من محدودية الموارد، وضعف في التنسيق، ونقص في التدريب، وعدم وضوح في آليات إدارة الأزمات، وهو ما يُضاعف من حجم التحديات خلال فترات تفشي الأوبئة. وعلى الرغم من وجود بعض المبادرات لتحسين إدارة الأزمات في قطاع الرعاية الصحية، إلا أن غياب تقييم دقيق وشامل للجاهزية من منظور علمي كـ"إدارة المخاطر" يبقى نقطة ضعف يجب معالجتها من خلال البحث العلمي والممارسات التطبيقية المدروسة.

وانطلاقًا من هذه الخلفية، جاءت هذه الدراسة لُسلط الضوء على مدى جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة من خلال تبني منظور إدارة المخاطر، بهدف الوصول إلى تحليل موضوعي للواقع، وتقديم توصيات قابلة للتنفيذ يمكن أن تسهم في تعزيز المرونة المؤسسية وتقليل آثار الأوبئة مستقبلاً. كما تهدف إلى تقديم أداة تقييم منهجية يمكن تعميمها على مختلف المستشفيات لتحسين مستوى الاستعداد والجاهزية، بما يتماشى مع أفضل الممارسات الدولية في هذا المجال.

وبذلك، فإن هذه الدراسة لا تسعى فقط إلى وصف الواقع، بل تسعى لتحليله بعمق، وربط الممارسات الحالية بالأطر النظرية الحديثة في إدارة المخاطر، والمساهمة في بناء بيئة صحية أكثر استعدادًا واستجابةً لما قد يحمله المستقبل من تحديات صحية عالمية. (محمد، ٢٠٢٠)

المشكلة البحثية

تعتمد فعالية النظم الصحية في أوقات الأزمات، وخاصة أثناء تفشي الأوبئة، على مدى جاهزية المستشفيات باعتبارها المؤسسات المحورية في تقديم الرعاية الصحية، والحد من انتشار العدوى، واحتواء آثار الأزمة. وقد أظهرت جائحة كوفيد-١٩ - كما غيرها من الأوبئة السابقة - أن كثيرًا من المستشفيات، حتى في الأنظمة الصحية المتقدمة، لم تكن مهيأة بشكل كافٍ للتعامل مع ضغوط الأوبئة، سواء من حيث الموارد البشرية، أو سلاسل الإمداد، أو نظم المعلومات، أو آليات إدارة الطوارئ.

ورغم الجهود المبذولة على المستويين المحلي والدولي لتعزيز الاستجابة الصحية، إلا أن الكثير من تلك الجهود افترقت إلى إطار منهجي علمي لإدارة المخاطر داخل المستشفيات. فبدلاً من الاستعداد الاستباقي، غالباً ما كانت الاستجابات تأتي متأخرة، أو ارتجالية، وهو ما أدى إلى تعطل الخدمات الصحية الأساسية، وارتفاع نسب العدوى داخل المنشآت الصحية نفسها، فضلاً عن الإنهاك السريع للموارد والإمكانيات.

تكمن المشكلة في أن مفهوم "الجاهزية" يُفهم في كثير من الأحيان بشكل ضيق، مقتصرًا على توفر الأجهزة والمعدات أو إعداد أماكن العزل، دون النظر إلى الأبعاد الأوسع التي تُحدد القدرة الحقيقية للمؤسسة على الاستجابة الشاملة، مثل: جودة خطط إدارة الطوارئ، كفاءة التنسيق

الداخلي والخارجي، مدى جاهزية البنية التحتية المعلوماتية، ومستوى تدريب وتأهيل الكوادر للتعامل مع الأزمات المستمرة والمعقدة.

ومما يزيد تعقيد المشكلة، هو أن إدارة المخاطر في السياق الصحي - ورغم أهميتها البالغة - لا تزال غير مفعلة بشكل كافٍ داخل الكثير من المستشفيات، خصوصًا في الدول النامية. فهي إما غائبة تمامًا، أو تطبق بشكل شكلي دون أن تنعكس في خطط تنفيذية واضحة أو نظم مراقبة ومتابعة فعالة.

من هنا تبرز الحاجة إلى دراسة علمية تسعى إلى تقييم جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة من منظور إدارة المخاطر، بهدف فهم الواقع الحالي، وتحديد أوجه القصور، واكتشاف مدى ترابط العوامل المؤسسية والهيكلية والتنظيمية مع القدرة على التعامل مع الأوبئة، بما يمكن من تقديم توصيات دقيقة قابلة للتطبيق لتعزيز القدرة الصحية الاستباقية للدولة. (المونس، ٢٠٢٥)

وعليه، فإن المشكلة البحثية التي تسعى هذه الدراسة لمعالجتها تتمثل في:

القصور في تقييم وتحليل مدى جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة من منظور إدارة المخاطر، وضعف تبني الأطر المنهجية العلمية لإدارة الأزمات الصحية داخل المؤسسات الاستشفائية، مما يؤثر سلبًا على جودة الاستجابة وسرعة احتواء الأزمة وضمان استمرارية تقديم الخدمة الصحية الآمنة.

التساؤلات البحثية

أولاً: التساؤل الرئيس للدراسة

- إلى أي مدى تُعد المستشفيات جاهزة لمواجهة الأوبئة من منظور إدارة المخاطر؟

ثانياً: التساؤلات الفرعية

١. ما مدى توفر خطط إدارة المخاطر المتعلقة بالأوبئة في المستشفيات؟
٢. كيف يتم تدريب الكوادر الطبية والإدارية على التعامل مع حالات الطوارئ الوبائية؟
٣. ما مدى فعالية البنية التحتية ونظم المعلومات الصحية في دعم جاهزية المستشفيات؟
٤. ما هي أبرز التحديات التي تواجه المستشفيات عند تطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر

خلال الأوبئة؟

٥. ما دور التنسيق الداخلي والخارجي في تعزيز جاهزية المستشفى لمواجهة الأوبئة؟

الأهداف البحثية

ثالثًا: الهدف الرئيس للدراسة

- تقييم جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة من منظور إدارة المخاطر.

رابعًا: الأهداف الفرعية

١. التعرف على مدى توفر خطط إدارة المخاطر الخاصة بالأوبئة داخل المستشفيات.
٢. قياس مستوى تدريب وتأهيل العاملين الصحيين على إجراءات الطوارئ الوبائية.
٣. تحليل جاهزية البنية التحتية ونظم المعلومات الصحية لدعم الاستجابة السريعة.
٤. تحديد أبرز التحديات التي تعوق تنفيذ استراتيجيات إدارة المخاطر في المستشفيات.
٥. تقديم توصيات لتحسين مستوى التنسيق والتكامل بين الأقسام والمؤسسات الصحية أثناء الأوبئة.

الفرضيات

الفرضية الرئيسة

- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تطبيق مبادئ إدارة المخاطر ومستوى جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة.

الفرضيات الفرعية

١. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدارة المخاطر في المستشفيات ومستوى جاهزية المستشفى لمواجهة الأوبئة.
٢. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين جاهزية المستشفى لمواجهة الأوبئة ومستوى العلاقة بين إدارة المخاطر وجاهزية المستشفيات.
٣. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تطبيق إدارة المخاطر ومستوى العلاقة مع جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة.

أهمية الدراسة

أولاً: الأهمية العلمية للدراسة

تكتسب هذه الدراسة أهمية علمية متزايدة نظراً لتناولها موضوعاً حيوياً يجمع بين قطاعين من أكثر القطاعات حساسية في المجتمعات المعاصرة، وهما: القطاع الصحي، وإدارة المخاطر. فمع تصاعد وتيرة الأوبئة في العالم خلال العقود الأخيرة، مثل "سارس"، "أنفلونزا الخنازير"، و"كوفيد-١٩"، أصبحت الحاجة ماسة إلى دراسات علمية تقيم جاهزية المستشفيات لمواجهة هذه الأخطار بمنهجية علمية شاملة.

ومن منظور أكاديمي، تسعى الدراسة إلى سد الفجوة في الأدبيات المتعلقة بمدى استعداد المنشآت الصحية، خاصة في الدول النامية، لمواجهة الكوارث الوبائية باستخدام أدوات وأساليب إدارة المخاطر. كما تقدم إطاراً علمياً يمكن اعتماده في دراسات لاحقة لقياس وتحليل الاستجابة المؤسسية للجوائح، وتحديد المتغيرات الأكثر تأثيراً في جاهزية المستشفيات.

وتُعد هذه الدراسة مساهمة في إثراء المحتوى العربي تحديداً، حيث لا تزال الدراسات التي تربط بين إدارة المخاطر الصحية وجاهزية المستشفيات محدودة مقارنة بالأدبيات الغربية. كما تمثل الأساس لبناء قاعدة بيانات علمية يمكن توظيفها في تطوير مناهج التعليم والتدريب في كليات الإدارة الصحية والصحة العامة، مما ينعكس على جودة الكفاءات المهنية المستقبلية.

ثانياً: الأهمية العملية للدراسة

من الناحية العملية، تمثل هذه الدراسة مرجعاً مهماً يمكن أن تستفيد منه إدارات المستشفيات والمؤسسات الصحية في تطوير قدراتها على الاستعداد والاستجابة الفعالة للأوبئة، بناءً على أدوات إدارة المخاطر وليس فقط على التعاملات الطبية التقليدية. فهي تُقدم نموذجاً تطبيقياً واقعياً يمكن استخدامه في تحليل الأداء الفعلي للمستشفيات في أوقات الطوارئ، مما يساهم في بناء سياسات وقائية مدروسة تُقلل من حجم الخسائر البشرية والمادية.

كما تساعد الدراسة في توجيه الموارد البشرية والمادية بالشكل الأمثل، عبر تحديد أهم نقاط الضعف والخلل في بنية الجاهزية الحالية، سواء في البنية التحتية، أو إجراءات الاستجابة، أو نظم المعلومات الصحية، أو خطط الاتصال والتنسيق. كما يمكن استخدام نتائج الدراسة لتحديد أولويات التدريب والتأهيل للكوادر الصحية والإدارية، وتحسين نماذج المحاكاة والتجارب التدريبية.

وتكمن أهمية هذه الدراسة كذلك في قدرتها على دعم صُنّاع القرار، سواء في المستشفيات أو في الجهات التنظيمية مثل وزارات الصحة، من خلال توفير بيانات واقعية وتحليلات مبنية على أسس علمية، تساعد في رسم سياسات وطنية للتعامل مع الجوائح بطريقة أكثر فعالية واستباقية.

المنطلقات النظرية

تستند هذه الدراسة إلى مجموعة من الأطر النظرية المتكاملة التي تُعزز من فهم الإشكالية البحثية وتُوجه الباحث في تحليل العلاقات بين المتغيرات ذات الصلة بجاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة. وتهدف هذه المنطلقات إلى تقديم أساس علمي ومنهجي يُساعد على تفسير الواقع وتقديم توصيات قابلة للتطبيق، وهي كالتالي:

١. نظرية إدارة المخاطر (Risk Management Theory)

تقوم هذه النظرية على مجموعة من المبادئ والإجراءات المنظمة التي تهدف إلى تحديد وتحليل وتقييم المخاطر، ثم اختيار وتنفيذ الاستراتيجيات المناسبة لمعالجتها أو الحد من آثارها. وتُعتبر هذه النظرية من الركائز الأساسية في علم الإدارة المعاصرة، وقد تم تطويرها في البداية في قطاعات مثل التأمين والمصارف، ثم تطورت لتشمل المجال الصحي. (الخرماني، ٢٠٢٣)

تطبيقها في الدراسة:

تعتمد الدراسة على هذه النظرية لتقييم مدى قيام المستشفيات بتحديد وتقييم مخاطر الأوبئة، ومدى وجود خطط استجابة مرنة ومحدثة. كما تُستخدم لفحص ما إذا كانت المستشفيات تعتمد على أدوات واضحة في تحليل احتمالية وقوع الخطر وتأثيره، وتحديد الأولويات، وتصميم سيناريوهات الاستجابة المختلفة.

أمثلة تطبيقية داخل المستشفيات:

- استخدام مصفوفة تحليل المخاطر (Risk Matrix).
- وجود سياسات مكتوبة لإدارة العدوى الوبائية.
- وجود فريق متخصص في إدارة الكوارث.

٢. نظرية النظم العامة (General Systems Theory)

تؤكد هذه النظرية أن أي مؤسسة، بما في ذلك المستشفى، هي عبارة عن نظام متكامل يتكون من مكونات فرعية مترابطة تعمل معًا لتحقيق أهداف مشتركة. وفشل أي جزء من النظام يؤدي إلى تعطل الأداء الكلي. (عفيفي، ٢٠٢٤)

تطبيقها في الدراسة:

من خلال هذه النظرية، يتم تحليل مدى الترابط بين مكونات المستشفى (مثل: الطوارئ، المختبر، الصيدلية، الإدارة، الدعم اللوجستي) في أثناء الأوبئة. هل تعمل كوحدة واحدة؟ هل هناك تنسيق داخلي فعال؟ هل توجد قنوات اتصال فعالة بين الأقسام أثناء الطوارئ؟

عناصر تحليل من منظور هذه النظرية:

- الاتصالات الداخلية بين فرق العمل.
- مرونة البروتوكولات التشغيلية.
- الاعتمادية بين الوحدات المختلفة.

٣. نظرية إدارة الأزمات (Crisis Management Theory)

تنظر هذه النظرية إلى الأزمات - مثل تفشي الأوبئة - بوصفها أحداثاً غير متوقعة تتطلب استجابة فورية ومنظمة من قبل المؤسسات. وتُقدّم مراحل لإدارة الأزمة: الاستعداد، الاستجابة، التعافي، التعلم. (حافظ، ٢٠٢٣)

تطبيقها في الدراسة:

تُستخدم هذه النظرية لتقييم مدى استعداد المستشفى عبر:

- خطط الطوارئ.
- تدريبات المحاكاة.
- توافر خطط بديلة للموارد.
- مراجعة التجربة بعد انتهاء الأزمة.

أمثلة:

- هل أجرت المستشفى تدريبات مسبقة على التعامل مع جائحة مشابهة؟
- هل وُثِّقَت الدروس المستفادة من جائحة كوفيد-١٩ لتحسين الإجراءات المستقبلية؟

٤. نموذج الجاهزية المؤسسية (Institutional Preparedness Model)

يعتمد هذا النموذج على تقييم الجاهزية من خلال مؤشرات محددة تشمل: البنية التحتية، الكوادر، نظم المعلومات، البروتوكولات، اللوجستيات، والقيادة. وتُكمن أهميته في قدرته على تحويل "الجاهزية" من مفهوم نظري إلى مؤشرات قابلة للقياس.

تطبيقه في الدراسة:

يستخدم هذا النموذج كأساس لتصميم الأداة البحثية (الاستبيان)، حيث يتم تقييم مستوى الجاهزية بناءً على أبعاد واضحة، يمكن تحويلها إلى أسئلة ومقاييس كمية قابلة للتحليل الإحصائي.

مؤشرات الجاهزية النموذجية:

- توافر غرف عزل مخصصة.
- كفاءة نظام إدارة بيانات المرضى.
- قدرة المخزون الطبي على الصمود لفترة محددة.

٥. مفهوم الأمن الصحي (Health Security Concept)

يتجاوز الأمن الصحي مجرد العلاج ليشمل الاستعداد، الوقاية، السيطرة على تفشي الأمراض، وضمان استمرارية الخدمات الأساسية. وترتبط الجاهزية المؤسسية بشكل مباشر بهذا المفهوم.

(الشهري، ٢٠٢٤)

تطبيقه في الدراسة:

من خلال هذا المفهوم، يتم تحليل كيف تساهم جاهزية المستشفيات في حماية الأمن الصحي الوطني. هل المستشفى تُشكل خطرًا عند تفشي المرض؟ أم أنها نقطة أمان واحتواء؟ وهل تعتمد على نظم مراقبة مبكرة تساهم في منع تفشي الوباء إلى المجتمع الخارجي؟

علاقة هذا المفهوم بالدراسة:

- يعزز من أهمية نتائج الدراسة على المستوى الوطني.

- يوضح أن ضعف الجاهزية لا يُهدد فقط المستشفى بل المجتمع بأكمله.

الفصل الثاني:

الإطار النظري والدراسات السابقة

المبحث الأول: إدارة المخاطر

. مقدمة عن إدارة المخاطر

تُعد إدارة المخاطر من المفاهيم الحيوية في بيئة العمل المعاصرة، لاسيما في المؤسسات الصحية التي تواجه تحديات متزايدة نتيجة لتطور طبيعة الأمراض، وتكرار حالات الطوارئ الصحية، وظهور الأوبئة والكوارث الصحية العالمية. وتكمن أهمية إدارة المخاطر في قدرتها على تقليل احتمالية وقوع الأحداث السلبية، والحد من آثارها حال وقوعها، من خلال مجموعة من العمليات المنهجية التي تشمل التحديد والتحليل والتقييم والمتابعة المستمرة للمخاطر.

في القطاع الصحي، تكتسب إدارة المخاطر بُعدًا استراتيجيًا يرتبط بشكل مباشر بسلامة المرضى وجودة الخدمات المقدمة، إذ إن أي خلل في منظومة الرعاية قد يترتب عليه آثار صحية واجتماعية واقتصادية جسيمة. ومن هنا، أصبح من الضروري تبني نهج إداري فعال يهدف إلى الوقاية من المخاطر والتقليل من أثرها، وذلك عبر تكامل جهود التخطيط والتنفيذ والتقييم في مختلف مستويات المنشآت الصحية.

وتُعد الأوبئة من أبرز المواقف التي تختبر جاهزية المستشفيات وفاعلية أنظمة إدارة المخاطر فيها، حيث تتضاعف التحديات وترتفع نسب التعرض للمخاطر المختلفة، مما يتطلب استعدادًا استباقيًا قائمًا على تقييم دقيق للمخاطر المحتملة ووضع خطط استجابة مناسبة. وبذلك، فإن إدارة المخاطر ليست فقط أداة وقائية، بل هي جزء أساسي من منظومة الحوكمة الرشيدة والتميز المؤسسي في القطاع الصحي.

مفاهيم إدارة المخاطر

تُعد إدارة المخاطر من المجالات المحورية في العمل المؤسسي الحديث، لا سيما في القطاع الصحي الذي يتسم بدرجة عالية من الحساسية والتعقيد. ويُقصد بمفهوم إدارة المخاطر تلك "العملية المنهجية للتعرف على المخاطر المحتملة التي قد تؤثر على الأهداف التنظيمية، وتقييم احتمالات حدوثها، ومن ثم اتخاذ الإجراءات المناسبة للحد من تأثيرها أو السيطرة عليها" (عفيفي، ٢٠٢٤). وفي السياق الصحي، تصبح إدارة المخاطر عنصرًا ضروريًا لضمان استمرارية تقديم الخدمات الطبية وسلامة المرضى والكوادر الطبية.

يشير البعض إلى أن مفهوم إدارة المخاطر لا يقتصر فقط على تحديد التهديدات، بل يتعداه ليشمل استثمار الفرص وتوقع السيناريوهات المستقبلية التي قد تؤثر إيجابًا أو سلبيًا على المنظومة الصحية (الشهري، ٢٠٢٤). ويتضمن هذا التوجه النظر إلى إدارة المخاطر كأداة استراتيجية تتكامل مع عمليات التخطيط والتقييم والتحسين المستمر في المستشفيات.

وتتأثر مفاهيم إدارة المخاطر بمجموعة من المتغيرات الداخلية والخارجية، منها طبيعة الخدمات المقدمة، حجم المنشأة، البيئة التنظيمية، ومدى توفر الموارد البشرية والتقنية. وقد أكد المونس (٢٠٢٥) أن الفهم الواضح والشامل لمخاطر الأزمات، مثل الكوارث الصحية، يستدعي تطوير وعي تنظيمي جماعي وثقافة مؤسسية مرنة، تستطيع التفاعل مع المتغيرات المتسارعة، وهو ما يميز المؤسسات الصحية الناجحة عن غيرها.

وتُعرّف منظمة المعايير الدولية ISO إدارة المخاطر بأنها "أنشطة منسقة لتوجيه وضبط المنظمة فيما يخص المخاطر"، وهو تعريف يؤكد على شمولية هذا المفهوم وارتباطه المباشر بالحكم

المؤسسي الجيد. في ضوء ذلك، يرى عبدالعليم (٢٠٢٠) أن إدارة أخطار الأوبئة - كنوع خاص من المخاطر - تستلزم إدماج استراتيجيات بعيدة المدى ضمن السياسات الصحية الوطنية، تشمل التوقع والوقاية والتدخل السريع، وهي إجراءات كانت غائبة أو ضعيفة لدى كثير من المستشفيات إبان جائحة كوفيد-١٩.

ويعتمد تطبيق إدارة المخاطر في المستشفيات على منهجيات محددة تبدأ من التعرف على مصادر الخطر، مروراً بتحليل الأثر والاحتمالية، وصولاً إلى اتخاذ القرار المناسب بشأن التقبل أو التخفيف أو التحويل. وتتم هذه الخطوات وفقاً لنموذج دورة حياة إدارة المخاطر الذي يتضمن:

١. **تحديد الخطر**: سواء كان صحياً (مثل العدوى)، أو تقنياً (عطل الأجهزة)، أو إدارياً (نقص الكوادر).

٢. **تحليل وتقييم الخطر**: ويتم عبر قياس درجة الخطورة بناءً على شدة التأثير واحتمالية الحدوث.

٣. **معالجة الخطر**: بتطبيق إجراءات وقائية أو استباقية أو تصحيحية.

٤. **المراقبة والمراجعة**: وهي المرحلة التي تضمن استمرارية فعالية الخطة وتحسينها باستمرار.

وقد أشار الخرمانى (٢٠٢٣) إلى أن فعالية إدارة المخاطر في المستشفيات السعودية تعتمد على مدى دمج هذه المنهجية ضمن الهياكل التنظيمية للمؤسسة، بالإضافة إلى وضوح السياسات الداخلية ووجود نظام للإنذار المبكر والتدريب المستمر للعاملين. كما بيّنت دراسة حافظ (٢٠٢٣) أن من أبرز التحديات التي تواجه تطبيق مفاهيم إدارة المخاطر هو غياب التنسيق بين الإدارات المختلفة، وضعف التوثيق وسجلات المخاطر، مما يؤدي إلى قرارات مرتجلة وغير فعالة أثناء الأزمات.

وفي سياق الاستعداد للأوبئة، يُبرز مفهوم "إدارة مخاطر الصحة العامة" كأحد التطبيقات المتخصصة، والذي يركز على التنبؤ بمصادر العدوى، وتحليل أنماط الانتشار، وبناء سيناريوهات الاستجابة. وفي هذا الإطار، يؤكد شديد (٢٠٢٢) أن نجاح وزارة الصحة المصرية في مواجهة أزمة كورونا جزئيًا كان ناتجًا عن تطبيق مفهوم "استمرارية الأعمال"، وهو أحد المفاهيم الحديثة المرتبطة بإدارة المخاطر، والذي يهدف إلى ضمان بقاء الأنظمة الحيوية نشطة رغم التهديدات المستمرة.

علاوة على ما سبق، ترتبط مفاهيم إدارة المخاطر بمفاهيم أخرى مثل "إدارة الأزمات" و"إدارة الطوارئ"، إلا أن الأولى أكثر شمولية واستباقية، في حين أن إدارة الأزمات غالبًا ما تكون ذات طبيعة تفاعلية بعد وقوع الحدث. وتُشكل العلاقة بين هذه المفاهيم أساسًا مهمًا لفهم الديناميكية المطلوبة في بيئات الرعاية الصحية، وخاصة عند التعامل مع الأوبئة التي تتطلب قرارات دقيقة في أوقات حرجية.

ومن المهم التأكيد على أن نجاح إدارة المخاطر لا يعتمد فقط على وجود خطة، بل على ثقافة مؤسسية داعمة تتبنى الشفافية، وتحفز على الإبلاغ المبكر، وتكافئ السلوكيات الاستباقية. وهو

ما يتطلب تدريبًا مستمرًا للقيادات الطبية والإدارية، وربط تقييم الأداء المؤسسي بمدى كفاءة إدارة المخاطر.

في المجمل، فإن المفهوم الحديث لإدارة المخاطر في المؤسسات الصحية تجاوز كونه نشاطًا إداريًا محدودًا إلى كونه مكونًا أساسيًا من مكونات الحوكمة الرشيدة، وشرطًا جوهريًا لتحقيق المرونة التنظيمية في مواجهة التهديدات الصحية المتزايدة. وهذا المفهوم يتطور باستمرار، مدفوعًا بالتجارب الواقعية للأوبئة والكوارث، وبالابتكارات التكنولوجية التي تُحدث تحولًا جذريًا في رصد المخاطر وتحليلها ومعالجتها.

أهداف إدارة المخاطر في القطاع الصحي

تُعتبر إدارة المخاطر في القطاع الصحي من الركائز الأساسية التي تهدف إلى تعزيز جودة الرعاية وسلامة المرضى وتحقيق الكفاءة التشغيلية في المؤسسات الطبية. ونظرًا لما يواجهه هذا القطاع من تحديات معقدة مثل انتشار الأمراض المعدية، ونقص الموارد، والتطورات التكنولوجية المتسارعة، فقد أصبحت أهداف إدارة المخاطر أكثر شمولًا وتخصصًا، تتجاوز مجرد التعامل مع الأخطاء لتشمل التنبؤ بالمشكلات والوقاية منها واستيعاب تداعياتها المحتملة (عفيفي، ٢٠٢٤).

أحد الأهداف الرئيسية لإدارة المخاطر هو ضمان سلامة المرضى، حيث تسعى المؤسسات الصحية إلى تقليل احتمالية حدوث الأخطاء الطبية أو العدوى المكتسبة داخل المستشفيات. فكل خطوة إكلينيكية أو إدارية، إن لم تُراقب وتُراجع باستمرار، يمكن أن تمثل خطرًا على حياة المريض، مما يجعل الوقاية الاستباقية ضرورة لا خيارًا (الشهري، ٢٠٢٤).

وتتمثل أهمية إدارة المخاطر أيضًا في تحقيق الاستمرارية التشغيلية للمستشفيات، وهو ما أكدته شديد (٢٠٢٢) في دراسته عن استمرارية الأعمال، حيث أوضح أن وجود خطط مرنة لإدارة المخاطر ساعد وزارة الصحة المصرية في الحفاظ على تقديم خدمات الرعاية الأساسية أثناء أزمة كورونا، دون انقطاع. وهذا الهدف يُعد حيويًا في حالات الطوارئ والأوبئة، عندما يكون الضغط على البنية التحتية الصحية في ذروته.

من بين الأهداف المهمة كذلك، تعزيز الكفاءة الإدارية والتشغيلية، فإدارة المخاطر لا تقتصر على الجوانب السريرية، بل تشمل كذلك الهياكل التنظيمية، وتوزيع الموارد، وأنظمة العمل. ووفقًا للمونس (٢٠٢٥)، فإن المستشفيات التي تطبق إدارة المخاطر بفعالية تتميز بانخفاض نسب الهدر المالي، وتقليل الأخطاء الإدارية، وتحقيق استخدام أمثل للموارد.

وتسعى إدارة المخاطر أيضًا إلى تحسين عملية اتخاذ القرار داخل المستشفى. إذ إن القرارات القائمة على تحليل المخاطر تعزز من فعالية السياسات الصحية، وتضمن التوازن بين المخاطر والفوائد، خصوصًا في المواقف المعقدة التي تتطلب قرارات سريعة، مثل تفشي وباء أو نقص حاد في الإمدادات الطبية. ويؤكد عبدالعليم (٢٠٢٠) أن هذا الجانب كان غائبًا في بداية أزمة كورونا في العديد من الدول العربية، مما أدى إلى قرارات ارتجالية زادت من تعقيد الأزمة.

من الأهداف الاستراتيجية الأخرى لإدارة المخاطر هو الامتثال للمعايير والأنظمة الدولية. فالمؤسسات الصحية التي تسعى للحصول على اعتمادات مثل JCI أو ISO 31000 تُلزم بتطبيق سياسات صارمة لإدارة المخاطر، تتضمن تسجيل وتقييم المخاطر دوريًا، وتدريب العاملين، ومراجعة الإجراءات. وقد أظهرت دراسة الخرمانى (٢٠٢٣) أن الامتثال لهذه المعايير ساهم في رفع جاهزية مستشفى الملك فهد بجدة بشكل ملحوظ خلال الأزمات.

كذلك تهدف إدارة المخاطر إلى بناء ثقافة مؤسسية وقائية، حيث يسود الوعي بين العاملين حول أهمية الإبلاغ عن الحوادث الوشيكة والأخطاء المحتملة، مما يُمكن المؤسسة من التحرك مبكرًا قبل تفاقم الأزمات. حافظ (٢٠٢٣) أشارت إلى أن غياب هذه الثقافة يشكل أحد العوائق الرئيسة أمام نجاح إدارة الطوارئ، وأن التحول من "رد الفعل" إلى "الاستباق" يتطلب تغييرًا جذريًا في التفكير الإداري.

ولا يمكن إغفال الهدف المتعلق بـ تعزيز الثقة المجتمعية، إذ إن المستشفيات التي تدير المخاطر بكفاءة تُحقق رضا المرضى، وتكتسب سمعة قوية كمؤسسات آمنة وفعالة، مما يزيد من إقبال الجمهور عليها، ويدعم استدامتها ماليًا ومجتمعيًا.

أخيرًا، تسعى إدارة المخاطر إلى الاستعداد الفعال للأوبئة والكوارث، من خلال بناء خطط طوارئ محكمة، ونظم إنذار مبكر، وتدريبات ميدانية منتظمة. وقد بيّنت دراسة عفيفي (٢٠٢٤) أن المؤسسات الصحية التي اعتمدت على خطط استباقية لإدارة المخاطر الصحية خلال الجائحة كانت أكثر قدرة على التعامل مع الأزمة مقارنة بتلك التي اقتصرت على استجابات عشوائية غير منظمة.

خطوات إدارة المخاطر

تُعد خطوات إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية عملية متكاملة تهدف إلى الحد من احتمالية وقوع المخاطر أو التخفيف من آثارها عند حدوثها. وتتميز هذه الخطوات بكونها منهجية ومتسلسلة، تضمن التقييم المستمر للمخاطر، والجاهزية للاستجابة لها بما يعزز من كفاءة الأداء وجودة الرعاية الصحية. وقد أوضحت دراسة ألاء أحمد عفيفي (٢٠٢٤) أن تبني مستشفيات جدة لخطوات منظمة في إدارة المخاطر ساهم بشكل مباشر في تحسين مستوى السلامة وتقليل نسب الأخطاء الطبية.

ورغم وجود اختلافات طفيفة في الصياغات بين النماذج المختلفة، إلا أن غالبية المؤسسات الصحية تتبنى هيكلًا مكونًا من خمس خطوات رئيسة متداخلة هي: التعرف على المخاطر، تحليل المخاطر، تقييم المخاطر، معالجة المخاطر، وأخيرًا المراقبة والمراجعة.

أولاً: التعرف على المخاطر

يُعد التعرف على المخاطر حجر الأساس في العملية كلها، إذ لا يمكن إدارة ما لا يمكن تحديده. وتشمل هذه المرحلة جمع المعلومات من جميع أقسام المستشفى، مثل غرف العمليات، الطوارئ، الصيدلة، والمختبرات، لتحليل الأخطار المحتملة التي قد تؤثر على المرضى أو العاملين أو النظام التشغيلي.

وقد أكدت دراسة الشهري (٢٠٢٤) أن أهم أدوات هذه المرحلة تشمل تقارير الحوادث السابقة، ونتائج التدقيق الداخلي، وشكاوى المرضى، وتقارير الرقابة السريرية.

ثانيًا: تحليل المخاطر

تأتي هذه الخطوة لتحديد مدى خطورة كل خطر تم التعرف عليه. ويتم فيها تحليل احتمالية

حدوث الخطر وتأثيره المحتمل على مختلف جوانب العمل الصحي.

وتُستخدم أدوات كمية ونوعية في التحليل مثل:

- مصفوفة المخاطر (Risk Matrix)
- تحليل الأسباب الجذرية (Root Cause Analysis)
- أسلوب التحليل بالفشل والتأثير (FMEA)

وقد ذكر المونس (٢٠٢٥) أن مستشفى الملك سلمان بالرياض طبق هذا النوع من

التحليل على مشكلات تعطل الأجهزة الطبية، مما مكّنه من تحديد النقاط الأكثر عرضة

للفشل واتخاذ خطوات وقائية ناجحة.

ثالثًا: تقييم المخاطر

بعد التحليل، يتم تصنيف المخاطر وفقًا لأولويتها بناءً على درجة خطورتها. ويتم الإجابة على

سؤال رئيسي في هذه المرحلة: هل يجب التدخل لمعالجة هذا الخطر؟ أم أن احتمالية حدوثه

وتأثيره لا تبرر تخصيص الموارد له؟

ويراعى في هذه المرحلة محدودية الموارد المتاحة، وضرورة المفاضلة بين المخاطر المختلفة وفقًا

لتأثيرها الاستراتيجي.

وقد أوضح عبدالعليم (٢٠٢٠) أن ضعف التقييم السليم للمخاطر في بداية جائحة كورونا أدى

إلى إنفاق غير متوازن على مخاطر كانت منخفضة التأثير مقارنة بمخاطر أكبر تم تجاهلها.

رابعًا: معالجة المخاطر

تتضمن هذه الخطوة وضع خطة عمل للتعامل مع كل خطر حسب الأولوية. وتشمل خيارات

المعالجة:

- **القبول:** في حال كان الخطر بسيطاً.
 - **التقليل:** بوضع إجراءات وقائية مثل الصيانة الدورية أو التدريب.
 - **النقل:** مثل التأمين ضد الأخطار.
 - **الإزالة:** إن أمكن، مثل استبعاد إجراءات خطرة أو إلغاء أجهزة غير آمنة.
- وأكدت دراسة حافظ (٢٠٢٣) أن هذه المرحلة تتطلب التنسيق بين جميع الإدارات، وإشراك الكوادر الطبية في تصميم الخطط، لضمان ملاءمتها للواقع العملي وتطبيقها بفعالية.

خامسًا: المراقبة والمراجعة

إدارة المخاطر ليست نشاطًا ثابتًا بل عملية ديناميكية تحتاج إلى متابعة دائمة. فالمخاطر تتغير

بتغير البيئة المحيطة والتكنولوجيا والأنظمة والسياسات.

وتتضمن هذه المرحلة مراجعة دورية للخطط، وقياس مؤشرات الأداء المتعلقة بالسلامة، وتحليل

الحوادث والتعلم منها.

وقد أشار الخرمانى (٢٠٢٣) إلى أن المستشفيات التي راجعت خططها بشكل دوري كانت أكثر

قدرة على التكيف مع تطورات الأزمات، مثل زيادة حالات العدوى أو نقص الأدوية.

الربط بين الخطوات والجاهزية الصحية

توضح شديد (٢٠٢٢) في دراسته أن اتباع هذه الخطوات بشكل منهجي ساهم في بناء خطة طوارئ فعالة داخل وزارة الصحة المصرية، وضمن استمرارية تقديم الخدمات رغم التحديات الكبرى التي فرضتها الجائحة، مما يعزز أهمية الدمج بين إدارة المخاطر والتخطيط للطوارئ. فكل خطوة من خطوات إدارة المخاطر تساهم بشكل مباشر في رفع كفاءة الاستجابة للأوبئة، وتقليل زمن التعافي المؤسسي بعد الأزمة.

ملخص الخطوات الأساسية:

الخطوة	الهدف منها
التعرف على المخاطر	كشف كل خطر محتمل قبل وقوعه
تحليل المخاطر	قياس حجم وتأثير كل خطر
تقييم المخاطر	ترتيبها حسب الأولوية ومدى الحاجة للتدخل
معالجة المخاطر	اتخاذ القرار المناسب للتعامل مع كل خطر
المراقبة والمراجعة	تحديث مستمر وقياس مدى فاعلية خطة إدارة المخاطر

أنواع المخاطر في المستشفيات

تواجه المستشفيات، باعتبارها بيئة عمل معقدة ومتشعبة، طيفًا واسعًا من المخاطر التي تختلف في مصدرها وتأثيرها وسرعة حدوثها. فداخل المستشفى الواحد، تتقاطع التخصصات الطبية والإدارية والتقنية، مما يجعل المؤسسة عُرضة لمجموعة من التهديدات قد تؤثر على سلامة المرضى، وكفاءة الأداء، واستمرارية تقديم الخدمات.

وعند الحديث عن أنواع المخاطر، نجد أن التصنيف لا يتم بطريقة عشوائية، بل يُبنى على خبرات واقعية ودراسات ميدانية أثبتت أن هذه المخاطر تتوزع على عدة فئات رئيسية، أولها وأكثرها وضوحًا هي المخاطر السريرية. هذه المخاطر تنشأ من داخل العمليات الطبية نفسها، مثل الأخطاء في التشخيص أو العلاج، أو سوء استخدام الأجهزة الطبية، أو إعطاء جرعات خاطئة من الدواء. والأخطر من ذلك كله هو العدوى المكتسبة داخل المستشفيات، والتي قد تنتقل من مريض لآخر أو حتى من الكادر الطبي إلى المرضى. وقد أكدت دراسة ألاء أحمد عفيفي (٢٠٢٤) أن الكثير من المستشفيات تعاني من هذه النوعية من المخاطر بسبب ضعف الالتزام ببروتوكولات مكافحة العدوى، أو بسبب ضغط العمل ونقص الكوادر.

أما النوع الثاني من المخاطر فهو المرتبط بالجوانب الإدارية والتنظيمية. وهنا لا نتحدث فقط عن الروتين أو البيروقراطية، بل عن مشكلات مثل غياب السياسات الواضحة، وتضارب المسؤوليات، وسوء توزيع المهام والموارد البشرية. رياض الشهري (٢٠٢٤) أشار في دراسته إلى أن عدم وجود إطار تنظيمي متماسك في مستشفى صحة الافتراضي أدى إلى إرباك واضح في سير العمل، خاصة في فترات الذروة أو أثناء الاستجابة لحالات حرجية.

ثم تأتي المخاطر التكنولوجية التي بدأت تحتل مكانة متقدمة مع تزايد الاعتماد على النظم الرقمية والأجهزة الذكية. المستشفى الحديث لا يمكنه العمل من دون أنظمة معلومات صحية، وأجهزة تشخيص دقيقة، وأنظمة تخزين بيانات إلكترونية، وكل هذه العناصر رغم فائدتها الكبيرة، إلا أنها تمثل تهديدًا في حال تعطلت أو تعرضت لهجمات إلكترونية. سعد المونس (٢٠٢٥) ناقش هذه النقطة بعمق في دراسته حول مستشفى الملك سلمان، حيث أشار إلى أن توقف نظام البيانات لفترة قصيرة أثناء الطوارئ تسبب في مضاعفات حادة للمرضى بسبب تأخر اتخاذ القرار السريري المناسب.

لكن المخاطر لا تأتي فقط من داخل المستشفى، بل إن البيئة المحيطة تلعب دورًا كبيرًا في تشكيل مستوى التهديد. الكوارث الطبيعية، مثل الزلازل أو السيول، أو حتى حالات التلوث البيئي، يمكن أن تؤثر بشكل مباشر على قدرة المستشفى على تقديم الخدمة. وقد يكون الانتشار المفاجئ لوباء مثل كوفيد-١٩ أخطر مثال على هذا النوع من المخاطر. عبدالعليم محمد (٢٠٢٠) يرى أن معظم المستشفيات العربية لم تكن مهيأة للتعامل مع الأوبئة لأنها لم تُدرج هذا النوع من المخاطر ضمن خططها الأساسية، ما أدى إلى ارتباك عام ونقص حاد في الاستجابة. ولا يجب أن نغفل المخاطر القانونية والمالية، التي قد لا تكون ملموسة بشكل يومي لكنها تؤثر على استدامة المستشفى وسمعته على المدى البعيد. تشمل هذه المخاطر الدعاوى القضائية الناتجة عن الأخطاء الطبية، أو تجاوزات في العقود والمشتريات، أو حتى غياب الشفافية في صرف الميزانيات. وقد بينت مروه حافظ (٢٠٢٣) أن غياب الضوابط المالية المحكمة كان من أبرز الأسباب التي أضعفت جاهزية بعض المستشفيات لمواجهة الأزمات.

وفي النهاية، فإن تصنيف أنواع المخاطر ليس أمرًا نظريًا فقط، بل هو خطوة عملية تُستخدم كمرجع في بناء خطط إدارة المخاطر، وتوزيع المسؤوليات، وتحديد الأولويات. فيصل الخرمانى (٢٠٢٣) شدد على أن المستشفيات التي اعتمدت تصنيفًا دقيقًا لأنواع المخاطر، ودمجته في نظم العمل اليومية، استطاعت أن ترفع جاهزيتها بشكل ملحوظ خلال الأزمات، وتتفادى تأثير المفاجآت التي تُربك المؤسسات غير المستعدة.

إدارة المخاطر أثناء الأوبئة

عندما تضرب الأوبئة المجتمعات، فإن المستشفيات تصبح في خط المواجهة الأول، وتتكشف حينها الفجوات الحقيقية في أنظمتها وقدرتها على الصمود. وفي مثل هذه الظروف، لم تعد إدارة المخاطر مجرد إجراء إداري روتيني، بل أصبحت مسألة حياة أو موت. إدارة المخاطر أثناء الأوبئة تختلف عن الإدارة التقليدية، لأنها تتطلب استجابة سريعة، وتكيفًا لحظيًا مع المتغيرات، واتخاذ قرارات في ظل معلومات غير مكتملة. ولهذا، فإن المستشفيات التي سبقت بتضمين سيناريوهات الأوبئة ضمن خططها كانت الأكثر استعدادًا، والأقل تضررًا، كما أوضحت دراسة ألاء أحمد عفيفي. (2024)

في فترات تفشي الأوبئة مثل كورونا، تتحول المستشفيات إلى نقاط ضغط هائلة؛ يتضاعف فيها عدد المرضى، ويزداد خطر العدوى، ونقل الموارد، ويُرهق الكادر الطبي نفسيًا وبدنيًا. هنا تظهر الحاجة الماسة لتطبيق إدارة المخاطر بشكل عملي وفعال. وقد أبرز رياض الشهري (٢٠٢٤) في دراسته على مستشفى صحة الافتراضي أهمية وجود خطة طوارئ مسبقة واضحة تُمكن إدارة المستشفى من إعادة توزيع الموارد، وتخصيص غرف العزل، وفرض قيود الدخول والخروج من المنشأة.

أول الخطوات الفعلية لإدارة المخاطر أثناء الوباء تبدأ بالاعتراف بأن الخطر لم يعد "محتملاً"، بل هو "قائم"، وهذا يستدعي التحول السريع من مرحلة التقييم إلى التنفيذ. تعتمد المستشفيات في هذه المرحلة على تشكيل "لجان طوارئ داخلية" تضم ممثلين من مختلف التخصصات، تكون مسؤولة عن اتخاذ القرارات اليومية، وتحديث خطة المواجهة حسب المستجدات. وقد أكد المونس (٢٠٢٥) على أن غياب هذه اللجنة في بداية انتشار كورونا بمستشفى الملك سلمان تسبب في ارتباك القرار، وعدم وضوح التوجيهات للعاملين.

من الجوانب المحورية كذلك في إدارة مخاطر الأوبئة هي حماية الكوادر الطبية؛ فهم العصب الذي يحافظ على استمرارية المستشفى. إصابة فرد من الطاقم لا تؤثر فقط على طاقته الإنتاجية، بل قد تُحوّله إلى مصدر عدوى متنقل. ولهذا شدد عبدالعليم (٢٠٢٠) على ضرورة توفير أدوات الحماية الشخصية، والتدريب على بروتوكولات التعامل مع المصابين، وعزل الطواقم التي تظهر عليها الأعراض فوراً، ضمن إجراءات صارمة تُطبق بشكل يومي.

كذلك يُعد الاتصال الداخلي والخارجي جزءاً لا يتجزأ من إدارة المخاطر أثناء الأوبئة. فالبينة تتغير بسرعة، والقرارات لا تحتل التأخير أو الفهم الخاطئ. من المهم أن يتم التواصل بوضوح وشفافية مع الكوادر، والمرضى، وذويهم، وحتى المجتمع الخارجي. وقد أظهرت دراسة مروه حافظ (٢٠٢٣) أن كثيراً من حالات الذعر بين المرضى والمرافقين تعود إلى غياب المعلومة الدقيقة، وليس إلى الخطر نفسه.

أما من ناحية الدعم اللوجستي، فتحتاج إدارة المخاطر إلى إعادة هيكلة سريعة للمرافق بعض المستشفيات اضطرت لتحويل أقسام كاملة إلى وحدات عزل، أو مضاعفة غرف العناية المركزة، أو نقل الحالات غير الطارئة إلى منشآت بديلة. هذه التعديلات لا تكون ممكنة إلا إذا كانت

هناك خطط مرنة معدة مسبقاً. وقد بيّن الخرمانى (٢٠٢٣) في دراسته على مستشفى الملك فهد بجدة أن المؤسسات التي اختبرت "خطط الطوارئ" سابقاً، كانت الأسرع في تعديل بنية التشغيل.

ومن الأدوار المهمة كذلك خلال الأوبئة هو الرصد والمتابعة اليومية للبيانات. فالإدارة الفعالة للمخاطر تعتمد على مؤشرات واضحة مثل: عدد الإصابات الجديدة، معدل إشغال الأسرة، مدى توافر الأدوية، ونسب العدوى بين الكوادر. وهذه البيانات يجب أن تُحوّل إلى قرارات فورية دون تأخير. شديد (٢٠٢٢) أشار إلى أن وزارة الصحة المصرية استفادت من هذه الآلية في ترشيد استخدام الموارد الطبية بين المحافظات المختلفة أثناء الذروة.

أخيراً، يجب أن نفهم أن إدارة المخاطر أثناء الأوبئة لا تنتهي بانخفاض الأعداد، بل تمتد إلى مرحلة ما بعد الأزمة، حيث تُراجع الإجراءات، وتُوثق الدروس المستفادة، وتُبنى القدرات من جديد. الأوبئة تكشف نقاط الضعف، ولكنها أيضاً تمنح فرصة لإعادة تشكيل السياسات الصحية على أسس أكثر صلابة.

المبحث الثاني: جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة

مقدمة عن جاهزية المستشفيات

تُعد جاهزية المستشفيات أحد العناصر الحاسمة في نجاح المنظومة الصحية أثناء الأزمات الصحية الكبرى، لا سيما عند مواجهة الأوبئة. فبين لحظة وأخرى، قد تتحول المستشفى من مركز رعاية اعتيادي إلى خط الدفاع الأول في مواجهة انتشار واسع لعدوى خطيرة، مما يتطلب استعدادًا دقيقًا من حيث الموارد، والبنية التحتية، والسياسات، والتنسيق المؤسسي. وتُشير التجارب الحديثة، خاصة تجربة جائحة كوفيد-١٩، إلى أن مستوى الجاهزية لم يكن متساويًا بين المستشفيات، بل تفاوت بدرجات لافتة، أثرت بشكل مباشر على القدرة على الاستجابة السريعة، وعلى معدلات الإصابة والوفاة داخل المؤسسات الصحية.

مفهوم "الجاهزية" لا يقتصر فقط على وجود الأجهزة والمستلزمات الطبية، بل يتعدى ذلك إلى الجاهزية البشرية، والتنظيمية، والتشغيلية، وقدرة المؤسسة على التكيف الفوري مع الظروف المتغيرة، وتطبيق بروتوكولات مكافحة العدوى، وتأمين سلاسل الإمداد، وضمان استمرارية تقديم الرعاية الصحية دون توقف. وفي هذا السياق، يرى فيصل الخرمانى (٢٠٢٣) أن جاهزية مستشفى الملك فهد بجدة لم تكن ناتجة عن الإنفاق المالي فقط، بل عن قدرة الإدارة على توظيف الموارد بكفاءة، وتوزيع المسؤوليات بسرعة، وتفعيل خطط الطوارئ المعدة سلفًا.

وتكتسب الجاهزية بعدًا استراتيجيًا في الدول التي تواجه تحديات مستمرة في البنية التحتية الصحية أو التي تتعرض بشكل متكرر لأوبئة موسمية أو أمراض معدية ناشئة. وهنا تتضح

أهمية دمج مفاهيم الاستعداد والاستجابة ضمن خطط إدارة المخاطر العامة، بحيث لا يكون التعامل مع الوباء ارتجاليًا، بل مؤسسًا على قرارات مدروسة وسيناريوهات متوقعة.

وقد أظهرت دراسة عبدالعليم محمد (٢٠٢٠) أن الجاهزية الحقيقية تُقاس بمدى قدرة المستشفى على التحول السريع في الأداء والهيكلية، مثل تحويل الأقسام، وتوسيع غرف العناية، وزيادة الطاقة الاستيعابية، وتفعيل وحدات العزل، دون أن يتأثر تقديم الخدمة الأساسية للمرضى غير المصابين.

من هذا المنطلق، تأتي أهمية هذا المبحث في تحليل أبعاد جاهزية المستشفيات، والوقوف على أهم المقومات والعوامل التي تساهم في تعزيزها، مع الاستفادة من الدروس التي كشفتها الأزمات الوبائية المعاصرة، وخاصة في سياق المملكة العربية السعودية، التي تسعى إلى رفع كفاءة منظومتها الصحية ضمن مستهدفات رؤية ٢٠٣٠.

مفاهيم الجاهزية والاستعداد الصحي

حين يتعلق الأمر بإدارة الأوبئة داخل المستشفيات، فإن أحد المفاهيم المركزية التي يتكرر تداولها هو "الجاهزية الصحية". ورغم أن المصطلحين "الجاهزية" و"الاستعداد" يُستخدمان أحياناً بشكل مترادف، إلا أن بينهما فروقاً دقيقة ينبغي توضيحها، خاصة في السياق الصحي، حيث ترتبط كل كلمة بمراحل وإجراءات مختلفة ضمن دورة الطوارئ.

الجاهزية الصحية تعبر عن الحالة التي تكون فيها المؤسسة الصحية – كالمستشفى – قادرة على تنفيذ الاستجابة الفعالة والسريعة لأي تهديد صحي محتمل. وهي لا تقتصر على تجهيز المباني أو توفر المعدات، بل تشمل أيضاً القدرات البشرية والتنظيمية، وخطط الطوارئ، والتنسيق مع الجهات المعنية، واستمرارية التشغيل في ظل ظروف استثنائية. ووفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية، فإن الجاهزية تعني "القدرة على توقع، والاستجابة، والتكيف، والتعافي من التهديدات الصحية في الوقت المناسب وبدون خسائر كبيرة".

أما الاستعداد الصحي، فهو ما يُبنى مسبقاً من إجراءات وتجهيزات وتدريب وسياسات قبل وقوع الأزمة. الاستعداد هو ما تقوم به المؤسسات حالياً تحسباً لاحتمال مستقبلي، بينما الجاهزية هي الوضع الذي تصبح عليه المنشأة حين تحدث الأزمة بالفعل. بعبارة أخرى، الاستعداد يُنتج الجاهزية. وقد أوضحت دراسة فيصل الخرمانى (٢٠٢٣) هذا الفرق بجلاء من خلال تتبع مدى استعداد مستشفى الملك فهد لمواجهة كوفيد-١٩، وأكد أن المستشفى الذي قام بتدريبات دورية قبل الجائحة أظهر جاهزية أعلى أثناء وقوعها.

ويتضمن مفهوم الجاهزية أربعة محاور مترابطة، أولها الجاهزية البشرية، والمقصود بها وجود كوادر طبية مؤهلة ومدربة على بروتوكولات الطوارئ، وعلى استخدام أدوات الحماية، والتصرف تحت الضغط. وثانيها الجاهزية اللوجستية، التي ترتبط بتوافر الأدوية والمستلزمات وأجهزة التنفس وأسرة العناية المركزة. أما المحور الثالث، فهو الجاهزية التقنية والتشغيلية، ويشمل الأنظمة الرقمية، وقدرة المستشفى على العمل عن بُعد أو التنسيق الإلكتروني بين الفرق المختلفة. وأخيرًا، هناك الجاهزية الاتصالية، وهي قدرة المؤسسة على توصيل المعلومة بسرعة وبدقة لكل الأطراف المعنية، داخليًا وخارجيًا.

وتكمن أهمية هذه المفاهيم في أنها تحوّل المستشفى من كيان تقليدي إلى مركز استجابة ذكي ومرن، قادر على اتخاذ قرارات آنية مبنية على بيانات، وعلى التفاعل مع الأزمة دون انهيار أو ارتباك. وقد أكد عبدالعليم محمد (٢٠٢٠) أن الكثير من المستشفيات العربية أخفقت في التصدي لأزمة كورونا ليس لغياب الموارد، بل لغياب الجاهزية الحقيقية، والتي تتطلب تدريبًا منظمًا، وتحديثًا مستمرًا للخطط، ومحاكاة واقعية لمواقف الطوارئ.

من جهة أخرى، نجد أن الجاهزية لا تُبنى في وقت الأزمات، بل تُغرس على مدار السنوات من خلال ثقافة تنظيمية تؤمن بالتخطيط المسبق، والاستثمار في الكوادر، وتعلّم الدروس من الأزمات السابقة. كما أشار شديد (٢٠٢٢) في دراسته حول وزارة الصحة المصرية أن الاستعداد المسبق – مثل إنشاء قاعدة بيانات وطنية للطوارئ، وتوفير إمدادات استراتيجية – هو ما سمح ببقاء النظام الصحي قائمًا رغم ضغط الجائحة.

ومن هذا المنطلق، فإن فهم مفاهيم الجاهزية والاستعداد لا يهدف فقط إلى التنظير، بل هو الأساس الذي تُبنى عليه سياسات الصحة العامة، ويُقاس به مدى نضج المؤسسات الصحية، وقدرتها على حماية المجتمع في لحظات الخطر.

. عناصر الجاهزية الأساسية

تتكوّن جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة والأزمات الصحية من مجموعة متكاملة من العناصر التي لا يمكن الاستغناء عنها أو إهمال أي منها. فكل عنصر منها يكمل الآخر، ويُسهم في بناء منظومة صحية قوية ومرنة قادرة على التكيف السريع مع الظروف الطارئة.

١. البنية التحتية

تُعد البنية التحتية هي الأساس الذي تقوم عليه القدرة التشغيلية لأي مستشفى في الأزمات. تشمل المباني، غرف العناية المركزة، وحدات العزل، أنظمة التهوية، مصادر الطاقة، وشبكات المياه والصرف الصحي. وفقًا لدراسة فيصل الخرماني (٢٠٢٣)، فإن تجهيز المستشفيات بغرف عزل مجهزة وفق أعلى المعايير يحول دون انتشار العدوى ويُحافظ على سلامة المرضى والطاقم الطبي خلال تفشي الأوبئة. كذلك، لا تقتصر البنية التحتية على المباني فقط، بل تشمل أيضًا نظم الاتصالات الداخلية التي تضمن تنسيق سريع وفعال بين الفرق المختلفة.

٢. الموارد البشرية

تشكل الموارد البشرية القلب النابض لأي نظام صحي. القدرة على تعبئة عدد كافٍ من الأطباء، والممرضين، والفنيين، والعمال الإداريين المدربين تعد من أهم مقاييس الجاهزية. كما أوضح عبدالعليم محمد (٢٠٢٠)، ليس المهم فقط العدد، بل جودة التدريب والقدرة على العمل تحت الضغط مع الحفاظ على السلامة الشخصية. يجب أن تكون هناك خطط لاستدعاء كوادِر إضافية أو نقل مهام عند الضرورة، مع توفير الدعم النفسي والمعنوي لهم خلال الأزمات.

٣. المعدات والإمدادات

يشمل هذا العنصر كل ما يحتاجه المستشفى من أجهزة طبية حيوية مثل أجهزة التنفس الصناعي، وأجهزة المراقبة الحيوية، وأدوات التشخيص، بالإضافة إلى الإمدادات من الأدوية، وأدوات الحماية الشخصية، والمواد الطبية الاستهلاكية. أكدت دراسة مروه حافظ (٢٠٢٣) أن نقص الإمدادات كان من أبرز معوقات مواجهة جائحة كورونا في كثير من المستشفيات، مما دفعها إلى اعتماد إجراءات ترشيد صارمة واستخدام بدائل مؤقتة في بعض الأحيان.

٤. نظم الإنذار المبكر

يُعتبر وجود نظام إنذار مبكر فعال من العوامل الجوهرية في رفع مستوى الجاهزية، إذ يمكن هذا النظام المستشفيات من الكشف المبكر عن حالات تفشي الأوبئة، والتعرف على زيادة الطلبات الطبية، ومراقبة المؤشرات الحيوية لسير العمل. تسمح هذه النظم باتخاذ الإجراءات الاستباقية قبل تفاقم الوضع، مثل زيادة الطاقة الاستيعابية أو إعادة توجيه الموارد. وأشار شديد (٢٠٢٢)

إلى أهمية ربط هذه الأنظمة إلكترونياً مع الجهات الصحية المحلية والوطنية لتعزيز التكامل وتبادل المعلومات بسرعة.

٥. التدريب والمحاكاة

لا تكتمل الجاهزية دون التدريب المستمر والمحاكاة العملية للطوارئ الصحية. يساهم هذا العنصر في تعزيز مهارات الكادر الطبي والإداري، وتنشيط الإجراءات المتبعة، واختبار الخطط الموضوعية في ظروف مشابهة للواقع. وذكرت دراسة فيصل الخرماني (٢٠٢٣) أن المستشفيات التي نفذت تدريبات محاكاة دورية خلال الأعوام السابقة لأزمة كورونا كانت أكثر قدرة على التعامل مع الضغوط المفاجئة، وأظهرت معدلات استجابة أفضل وتقليلاً في الأخطاء الطبية.

العنصر	الدور الأساسي
البنية التحتية	توفير بيئة آمنة ومتطورة لاستقبال وعلاج المرضى
الموارد البشرية	وجود كوادر مؤهلة ومدربة قادرة على العمل تحت الضغط
المعدات والإمدادات	توفير الأجهزة والأدوية واللوازم الطبية اللازمة
نظم الإنذار المبكر	الكشف المبكر والاستجابة السريعة لتغيرات الحالة الصحية

التدريب والمحاكاة	تأهيل الطواقم وتعزيز جاهزيتها من خلال التجارب العملية
-------------------	--

المعايير الدولية لتقييم جاهزية المستشفيات

تُعتبر المعايير الدولية من الركائز الأساسية التي تساعد المستشفيات على تقييم مستوى جاهزيتها لمواجهة الأزمات الصحية، خاصة الأوبئة والكوارث. فهي تقدم إطارًا موحدًا، يستند إلى أفضل الممارسات العالمية، ويُسهّل مقارنة الأداء وتحليل نقاط القوة والضعف في أي مؤسسة صحية بغض النظر عن موقعها الجغرافي أو حجمها.

أبرز هذه المعايير تأتي من عدة جهات دولية رائدة، منها منظمة الصحة العالمية (WHO) ، والمعهد الوطني للجودة في الرعاية الصحية (NQF) ، وجمعية المستشفيات الدولية، بالإضافة إلى معايير اللجنة الدولية المشتركة (JCI) التي تُعنى بتقييم الجودة والسلامة في المنشآت الصحية.

تركز هذه المعايير بشكل خاص على عدة محاور رئيسية:

١. التخطيط للطوارئ والاستجابة

تشمل وجود خطط واضحة ومحدثة لإدارة الأزمات، بما في ذلك خطط مواجهة الأوبئة والكوارث، وتحديد المسؤوليات، وآليات التنسيق بين الأقسام والجهات الخارجية. منظمة الصحة العالمية وضعت دليلاً شاملاً يُعرف بـ "إطار الصحة للطوارئ" يوجه المستشفيات لتطوير خطط متكاملة تشمل السيناريوهات المتنوعة وحالات الطوارئ المحتملة.

٢. البنية التحتية والسلامة

تُقيّم المعايير الدولية مدى تجهيز المباني، ووجود غرف عزل، وأنظمة تهوية ملائمة، بالإضافة إلى توفير أنظمة إطفاء الحرائق، وتأمين مصادر الطاقة والمياه. فالمستشفيات التي تستوفي هذه المعايير تكون أكثر قدرة على الحفاظ على سير العمل في أوقات الأزمات دون تعريض المرضى والعاملين لمخاطر إضافية.

٣. القدرات البشرية والتدريب

تولي هذه المعايير أهمية بالغة لتأهيل الكوادر الطبية والإدارية، من خلال توفير برامج تدريب دورية، ومحاكاة سيناريوهات الطوارئ، وقياس الكفاءة. إذ تشير المعايير الدولية إلى أن وجود طاقم مدرب جيداً يعد من أبرز العوامل التي تحدد نجاح الاستجابة للأوبئة.

٤. الإمدادات والمعدات الطبية

تشمل المعايير ضرورة وجود مخزون كافٍ من الأدوية، وأدوات الحماية الشخصية، والأجهزة الطبية الحيوية، بالإضافة إلى آليات مراقبة المستودعات وتحديثها بانتظام. كما تركز على ضمان جودة وسلامة هذه الإمدادات لمنع أي تدهور قد يؤثر على القدرة العلاجية.

٥. نظم المعلومات والاتصالات

تُعد القدرة على جمع البيانات، ومراقبة المؤشرات الصحية، وتبادل المعلومات بين الأقسام والجهات الخارجية من عناصر التقييم الأساسية. فتقييم جاهزية المستشفيات يشمل مدى استخدام التكنولوجيا في دعم اتخاذ القرار، والإنذار المبكر، وتسهيل التنسيق أثناء الطوارئ.

٦. الجودة والسلامة والحوكمة

تشدد المعايير على وجود نظم فعالة لمراقبة الجودة، وتقييم الأداء، والإبلاغ عن الحوادث، مع التركيز على الشفافية والمساءلة. الحوكمة الجيدة تضمن استدامة التحسينات، وتوفير بيئة عمل آمنة ومستقرة.

ومن أشهر هذه المعايير، معيار اللجنة الدولية المشتركة (JCI) الذي يُعد بمثابة "البوصلة" للعديد من المستشفيات حول العالم، حيث يدمج متطلبات السلامة، والفاعلية، والاستعداد للطوارئ ضمن نظام تقييم شامل. وكذلك إطار منظمة الصحة العالمية للأمن الصحي العالمي (International Health Regulations – IHR) الذي يحث الدول والمؤسسات على بناء قدرات فعالة للاستجابة السريعة.

وقد أظهرت دراسات عديدة أن المستشفيات التي تبنت هذه المعايير، وأجرت تقييمات دورية ذات مصداقية، كانت أكثر استعدادًا وقدرة على التكيف مع الأزمات الصحية، مقارنة بتلك التي تفتقر إلى مثل هذه الإجراءات المنظمة (الخرماني، ٢٠٢٣؛ شديد، ٢٠٢٢).

تحديات جاهزية المستشفيات في المملكة

على الرغم من التطور الكبير الذي شهدته منظومة الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية خلال السنوات الماضية، إلا أن جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة والكوارث الصحية ما زالت تواجه عدة تحديات جوهرية تؤثر على فعالية الاستجابة وسرعتها في أوقات الأزمات.

أحد أبرز هذه التحديات هو النقص في الموارد البشرية المؤهلة والمدرّبة، خاصة في التخصصات الدقيقة مثل طب العناية المركزة وإدارة الطوارئ. حيث أظهرت دراسات ميدانية مثل دراسة فيصل الخرماني (٢٠٢٣) أن هناك تفاوتًا في توزيع الكوادر الطبية بين المناطق، ما يؤدي إلى ضغوط إضافية على بعض المستشفيات أثناء الذروة، ويقلل من قدرتها على تقديم الرعاية المثلى.

ثانيًا، يبرز تحدي البنية التحتية غير المتكاملة أو القديمة في بعض المستشفيات الحكومية، خاصة في المناطق النائية أو ذات الكثافة السكانية المتوسطة. نقص غرف العزل، ضعف أنظمة التهوية، وعدم وجود تجهيزات طبية متطورة يُشكل عائقًا كبيرًا أمام التعامل السريع مع الأوبئة، كما أشار إليه عبدالعليم محمد (٢٠٢٠) في تحليله لتجربة مواجهة كورونا في بعض المنشآت.

كما تواجه المستشفيات تحديًا في إدارة الإمدادات والمعدات الطبية، خصوصًا خلال الأزمات التي تشهد ارتفاعًا مفاجئًا في الطلب. فالنقص الحاد في أدوات الحماية الشخصية، وأجهزة التنفس الصناعي، والأدوية الحيوية خلال ذروة الجائحة كشف عن قصور في خطط التخزين

والاستعداد، مما أدى إلى اعتماد حلول مؤقتة أحيانًا أثرت على جودة الخدمة (مروه حافظ، ٢٠٢٣).

من جانب آخر، تعتبر الأنظمة التقنية ونظم المعلومات الصحية من بين نقاط الضعف، إذ تعاني بعض المستشفيات من عدم تكامل الأنظمة الرقمية، وصعوبة تبادل البيانات بشكل فوري بين الأقسام والجهات الصحية الوطنية، مما يؤخر اتخاذ القرارات الحاسمة في الأوقات الحرجة (سعد المونس، ٢٠٢٥).

إضافة إلى ذلك، هناك تحدي التدريب المستمر والتأهيل العملي للكوادر، حيث تشير الدراسات إلى أن كثيرًا من البرامج التدريبية تتم بصورة غير منتظمة أو تقتصر إلى المحاكاة العملية الواقعية، ما يضع الكوادر في مواجهة الأوبئة دون استعداد كافٍ (فيصل الخرمانى، ٢٠٢٣).

أخيرًا، تلعب العوامل التنظيمية والإدارية دورًا محوريًا في تحديات الجاهزية، مثل ضعف التنسيق بين الجهات الصحية، وعدم وضوح خطوط المسؤولية أثناء الأزمات، ما يؤدي إلى تأخير الاستجابة وازدواجية الجهود أو غيابها أحيانًا (رياض الشهري، ٢٠٢٤).

كل هذه التحديات تؤكد الحاجة إلى مراجعة شاملة لمنظومة الجاهزية في المملكة، تركز على تعزيز القدرات البشرية، وتطوير البنية التحتية، وتحسين أنظمة التخطيط والإدارة، لضمان تقديم رعاية صحية فعالة ومستدامة في مواجهة أي أزمة صحية مستقبلية.

المبحث الثالث: الدراسات السابقة

ألاء أحمد عفيفي(2024)

عنوان الدراسة: تأثير تطبيق إدارة المخاطر على مشاريع الرعاية الصحية: دراسة تطبيقية على مستشفيات في جدة.

هدفت الدراسة إلى تقييم مدى تأثير تطبيق إدارة المخاطر على جودة تنفيذ مشاريع الرعاية الصحية في عدد من المستشفيات بجدة، مع التركيز على تحديد أهم العوامل التي تعزز من فعالية الإدارة وتحسين الأداء.

استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، حيث تم جمع البيانات عبر استبيانات ومقابلات مع عدد من العاملين في المشاريع الصحية، بالإضافة إلى تحليل وثائق ومخططات المشاريع. أظهرت النتائج أن تطبيق نظام إدارة المخاطر بشكل منهجي وفعال أدى إلى تحسين كبير في معدلات الالتزام بالجدول الزمنية، وتقليل الأخطاء والتكاليف الزائدة، فضلاً عن تعزيز رضا المستفيدين من الخدمات. كما تم الكشف عن وجود فجوات في بعض العمليات التي لم تتبع إجراءات تقييم المخاطر بشكل كافٍ.

أوصت الدراسة بضرورة تعزيز التدريب المستمر للعاملين على مفاهيم وأساليب إدارة المخاطر، وتطوير أنظمة متابعة وتقييم دورية، بالإضافة إلى تبني ثقافة مؤسسية تشجع على الكشف المبكر عن المخاطر ومعالجتها بشكل استباقي.

الدراسة الثانية:

رياض الشهري (2024)

عنوان الدراسة: دور إدارة المخاطر في الرعاية الافتراضية على جودة المخرجات الصحية: دراسة تطبيقية على مستشفى صحة الافتراضي بالمملكة العربية السعودية.

هدفت الدراسة إلى استكشاف أثر تطبيق إدارة المخاطر في بيئة الرعاية الصحية الافتراضية على جودة المخرجات الصحية المقدمة للمرضى، وذلك من خلال دراسة حالة مستشفى صحة الافتراضي بالمملكة.

اتبعت الدراسة المنهج الوصفي الاستكشافي، وجمعت البيانات عن طريق استبيانات إلكترونية موجهة للعاملين في المستشفى، بالإضافة إلى مراجعة تقارير الجودة والنتائج السريرية للفترة المدروسة.

أظهرت النتائج أن تطبيق ممارسات إدارة المخاطر في الرعاية الافتراضية ساهم في رفع مستوى دقة التشخيص، وتقليل الأخطاء الطبية، وتحسين تجربة المرضى من خلال توفير رعاية مستمرة ومنظمة. كما بينت الدراسة أهمية وجود بروتوكولات واضحة للتعامل مع المخاطر المرتبطة بالتقنية والخصوصية.

أوصت الدراسة بضرورة تطوير سياسات وإجراءات إدارة المخاطر مخصصة للرعاية الافتراضية، وتعزيز التدريب على استخدام التكنولوجيا الحديثة، بالإضافة إلى وضع آليات رقابية تضمن حماية بيانات المرضى وتحسين التواصل بين مقدمي الخدمة والمستفيدين.

الدراسة الثالثة:

سعد عبدالله المونس (2025)

عنوان الدراسة: إدارة الأزمات وأثرها على أداء المستشفيات: دراسة ميدانية على مستشفى الملك سلمان بمدينة الرياض.

هدفت الدراسة إلى تحليل دور إدارة الأزمات في تحسين الأداء العام للمستشفيات، مع التركيز على مستشفى الملك سلمان بالرياض كدراسة حالة، وذلك من خلال تقييم الاستراتيجيات المتبعة في مواجهة الأزمات الصحية المختلفة.

استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وجمعت البيانات من خلال مقابلات مع الإدارة العليا والطواقم الطبية، بالإضافة إلى تحليل الوثائق المتعلقة بخطط إدارة الأزمات والتقارير الدورية.

كشفت النتائج أن وجود خطة إدارة أزمات متكاملة ومطبقة بشكل جيد أسهم في تحسين سرعة الاستجابة، وتوزيع الموارد بكفاءة، والحد من الفوضى أثناء الأزمات، مما انعكس إيجاباً على جودة الخدمات الصحية المقدمة وتقليل نسبة الأخطاء الطبية.

وأكدت الدراسة على أهمية التدريب المستمر، والتحديث الدوري لخطط الأزمات، وتعزيز التنسيق بين الأقسام والإدارات، بالإضافة إلى تطوير آليات الاتصال الداخلي والخارجي لضمان تدفق المعلومات بشكل فعال أثناء المواقف الطارئة.

عنوان الدراسة: الإستراتيجيات المستقبلية لإدارة أخطار الأوبئة والكوارث الصحية في ظل تجربة أزمة فيروس كورونا المستجد.

الهدف: تهدف الدراسة إلى تحليل الاستراتيجيات التي يمكن أن تعتمد عليها الجهات الصحية في المستقبل لإدارة مخاطر الأوبئة والكوارث الصحية، مستفيدة من الدروس المستفادة خلال أزمة جائحة كورونا.

المنهجية: اعتمد الباحث على المنهج التحليلي الاستقرائي، من خلال مراجعة شاملة للأدبيات العلمية، التقارير الرسمية الدولية والوطنية، بالإضافة إلى دراسة حالة الأزمة العالمية لكوفيد-١٩ وتأثيرها على أنظمة الصحة المختلفة.

النتائج: أوضحت الدراسة أن الجائحة كشفت عن ثغرات كبيرة في أنظمة إدارة المخاطر الصحية، مثل ضعف التنسيق بين الجهات، نقص تجهيزات الطوارئ، وضعف نظم الإنذار المبكر، وقصور في الاستعداد النفسي والإداري للكوادر. كما بينت أهمية دمج تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في أنظمة الصحة لتسهيل جمع البيانات وتحليلها بشكل فوري. كما أكدت على دور التعاون الدولي لتبادل الخبرات والموارد في مواجهة الأوبئة.

التوصيات: شددت الدراسة على ضرورة تطوير استراتيجيات شاملة تدمج بين التخطيط الوقائي، التدريب المتكرر، تحديث البنية التحتية الصحية، واستثمار التكنولوجيا الرقمية في المراقبة والإنذار المبكر. كما أوصت بإنشاء منصات تنسيق وطنية ودولية لتعزيز الاستجابة السريعة، وتوفير تمويل مستدام لضمان جاهزية مستمرة، بالإضافة إلى دعم البحوث العلمية في مجال الصحة العامة والكوارث.

٦. فيصل الخرمانى(2023)

عنوان الدراسة: العوامل المحددة لجاهزية المستشفيات الحكومية في مواجهة الأزمات (دراسة

ميدانية على مستشفى الملك فهد بمدينة جدة).

الهدف: تهدف الدراسة إلى تحديد وفهم العوامل التي تؤثر على جاهزية المستشفيات الحكومية

السعودية لمواجهة الأزمات الصحية، مع التركيز على دراسة حالة مستشفى الملك فهد.

المنهجية: استخدم الباحث المنهج الميداني الكمي، حيث تم توزيع استبيانات موجهة إلى الكوادر

الطبية والإدارية في المستشفى، وتحليل البيانات باستخدام الأساليب الإحصائية لوصف العوامل

المؤثرة وتصنيفها حسب أهميتها وتأثيرها.

النتائج: كشفت النتائج أن هناك عدة عوامل رئيسية تحدد جاهزية المستشفى، منها جودة البنية

التحتية، توفر الأجهزة الطبية والمستلزمات، وجود نظم إنذار مبكر، كفاءة التدريب والتأهيل

المستمر للعاملين، وفاعلية خطط الطوارئ. كما بينت الدراسة وجود نقص في بعض الموارد

والتدريبات، مما يضعف الاستجابة الفورية.

التوصيات: أوصت الدراسة بضرورة تحسين البنية التحتية للمستشفيات الحكومية، زيادة

الاستثمار في التجهيزات الطبية، تنظيم برامج تدريب دورية مع التركيز على المحاكاة العملية،

وتطوير نظم اتصال وإنذار مبكر فعالة داخل المنشآت الصحية، بالإضافة إلى تعزيز التنسيق

بين المستشفيات والجهات الحكومية ذات الصلة.

عنوان الدراسة: مبادئ تخطيط وإدارة حالات الطوارئ.

الهدف: تهدف الدراسة إلى تقديم إطار شامل ومتكامل لتخطيط وإدارة حالات الطوارئ في المؤسسات الصحية، مع التركيز على أهمية الاستعداد والتدريب والتنسيق بين الجهات المختلفة.

المنهجية: اعتمدت الدراسة على مراجعة أدبية وتحليل وثائقي لعدد من حالات الطوارئ الصحية المحلية والدولية، بالإضافة إلى استعراض أفضل الممارسات العالمية في مجال إدارة الطوارئ.

النتائج: أكدت الدراسة أن التخطيط الجيد والمبكر، إلى جانب التدريب المستمر على سيناريوهات متعددة للطوارئ، يساهم بشكل كبير في تقليل الأضرار والوفيات خلال الأزمات. كما أبرزت أن وجود آليات واضحة للتنسيق بين القطاعات الصحية والإدارية يضمن سرعة اتخاذ القرارات وتوزيع الموارد بكفاءة. كما أشارت إلى أن غياب التدريب العملي والمحاكاة يقلل من قدرة الفرق على التعامل مع المواقف الحقيقية بفعالية.

التوصيات: دعت الدراسة إلى اعتماد خطط طوارئ موحدة تدمج كافة المستويات الإدارية والفنية، وتنظيم دورات تدريبية ومحاكاة دورية لجميع العاملين في القطاع الصحي، بالإضافة إلى تطوير قنوات اتصال فعالة تضمن تدفق المعلومات خلال الأزمات، وتعزيز القدرات اللوجستية والمالية لدعم تنفيذ الخطط.

٨. مصطفى محمد على شديد(2022)

عنوان الدراسة: استمرارية الأعمال في مواجهة الأزمات والمخاطر: دراسة حالة وزارة الصحة المصرية في ظل أزمة كورونا.

الهدف: تهدف الدراسة إلى تقييم آليات استمرارية الأعمال التي اعتمدتها وزارة الصحة المصرية أثناء جائحة كورونا، ومدى نجاحها في ضمان استمرار تقديم الخدمات الصحية الحيوية.

المنهجية: استخدم الباحث المنهج التحليلي لدراسة الحالة، بالاعتماد على مراجعة الخطط الرسمية، التقارير الميدانية، ومقابلات مع مسؤولي الوزارة والعاملين في مراكز الرعاية الصحية.

النتائج: أظهرت الدراسة أن وجود خطة استمرارية أعمال واضحة ومدعومة من القيادة العليا كان له أثر إيجابي في مواجهة الضغوط الناتجة عن الجائحة. ساعدت هذه الخطط في تخصيص الموارد بشكل مرن، وضمان توافر الأدوية والمعدات الأساسية، والحفاظ على سلامة الكوادر الطبية. كما ساهم دعم القيادة والتنسيق بين الإدارات في تقليل الفوضى وتعزيز الكفاءة.

التوصيات: أكدت الدراسة على أهمية تحديث خطط استمرارية الأعمال بشكل دوري، وتدريب الكوادر عليها بانتظام، وتعزيز دعم القيادة، بالإضافة إلى تطوير بنية تحتية رقمية قوية تسهل عمليات التخطيط والمتابعة خلال الأزمات المستقبلية.

أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية

تتقاطع الدراسات السابقة في اهتمامها بدور إدارة المخاطر وجاهزية المستشفيات لمواجهة الأزمات الصحية، وهو نفس المحور الذي تنطلق منه الدراسة الحالية. جميع الدراسات ركزت على أهمية تطوير البنية التحتية، تأهيل الكوادر الطبية، وجود خطط استباقية، وأهمية التدريب والتنسيق بين الجهات الصحية المختلفة، باعتبارها عوامل حاسمة لتعزيز جاهزية المستشفيات. كما انتقدت الدراسات على أن ضعف هذه العناصر يؤثر سلبًا على قدرة المستشفيات في التعامل مع الأوبئة والكوارث، مما يؤدي إلى تفاقم الأزمات وزيادة المخاطر على المرضى والعاملين.

من ناحية أخرى، تتشابه الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في اعتمادها على المناهج الوصفية التحليلية، سواء من خلال الدراسات الميدانية أو مراجعة الأدبيات وتحليل تقارير الأزمات، ما يوفر قاعدة متينة لفهم واقع الجاهزية والمخاطر الصحية. كذلك، تتفق الدراسات على ضرورة اعتماد استراتيجيات شاملة تشمل الجوانب التنظيمية، التقنية، البشرية، واللوجستية لضمان فعالية الاستجابة.

أما عن الاختلافات، فتبرز الدراسة الحالية في تركيزها بشكل أعمق على الجوانب التطبيقية الخاصة بالسياق المحلي للمملكة العربية السعودية، مع التركيز على مستشفيات بعينها وأحداث الأوبئة التي مرت بها البلاد مؤخرًا، مما يجعلها أكثر تخصصًا وواقعية مقارنة بالدراسات السابقة التي قد تكون أكثر عمومية أو تركز على حالات أو بيانات صحية أخرى. كما تعطي الدراسة الحالية اهتمامًا خاصًا بتقنيات إدارة المخاطر الحديثة واستخدام تكنولوجيا المعلومات في تعزيز الجاهزية، وهو جانب لم تحظ به بعض الدراسات السابقة بالاهتمام الكافي.

بالإضافة إلى ذلك، تختلف الدراسة الحالية في تحليلها المفصل لأثر العوامل التنظيمية والإدارية والحوكمة على جاهزية المستشفيات، حيث تقدم توصيات عملية قابلة للتطبيق في ظل الظروف السعودية، بينما تركز بعض الدراسات السابقة على الجوانب الفنية أو التدريبية فقط دون دمجها مع التحليل المؤسسي الشامل.

وأخيراً، تتميز الدراسة الحالية بمحاولة سد الفجوات التي أظهرتها الدراسات السابقة، من خلال تقديم إطار متكامل لإدارة المخاطر وأدوات تقييم جاهزية المستشفيات، بالإضافة إلى اعتمادها على بيانات حديثة تعكس الواقع المستجد بعد جائحة كورونا، مما يعزز من جدواها وأهميتها في دعم صناع القرار الصحي بالمملكة.

ما يميز الدراسة الحالية

تتميز الدراسة الحالية بعدة جوانب تجعلها ذات قيمة علمية وعملية مضافة في مجال إدارة المخاطر وجاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة، خاصة في السياق السعودي. أولاً، تعتمد الدراسة على بيانات ميدانية حديثة تم جمعها من مستشفيات فعلية داخل المملكة، مما يعكس الواقع العملي بشكل مباشر، ويتيح فهماً دقيقاً للتحديات والفرص التي تواجهها المؤسسات الصحية في هذا الإطار.

ثانياً، تقدم الدراسة نهجاً شاملاً يجمع بين تحليل الجوانب التقنية والتنظيمية والبشرية في إدارة المخاطر، مع التركيز على تأثير كل منها على جاهزية المستشفيات. هذا التداخل بين الأبعاد المختلفة يعد من نقاط القوة التي تميز الدراسة، حيث لا تقتصر على جانب معين بل تأخذ بعين الاعتبار التفاعل المعقد بين العوامل المتعددة.

ثالثاً، تستفيد الدراسة من التطورات الحديثة في تكنولوجيا المعلومات ونظم البيانات الصحية، من خلال إدخال مؤشرات تقييم تستخدم أدوات وتقنيات تحليل متقدمة، مما يسهل مراقبة الأداء واتخاذ القرارات بشكل أكثر فعالية وسرعة، وهو ما لم تتناوله الكثير من الدراسات السابقة بنفس العمق.

رابعاً، تراعي الدراسة خصوصية النظام الصحي السعودي، سواء من حيث البنية التحتية أو الموارد البشرية أو السياسات التنظيمية، ما يجعل توصياتها قابلة للتطبيق العملي وملائمة لاحتياجات القطاع الصحي الوطني، مع إمكانية تعميمها على مؤسسات أخرى في مناطق جغرافية مشابهة.

وأخيراً، تسعى الدراسة إلى سد فجوات معرفية وموضوعية لم تحظ بتغطية كافية في الأبحاث السابقة، من خلال تطوير إطار تكاملي لإدارة المخاطر وجاهزية المستشفيات، مع اقتراح آليات عملية لتعزيز الاستعداد لمواجهة الأوبئة، ما يرفع من قيمة الدراسة في دعم صانعي القرار وواضعي السياسات الصحية بالمملكة.

الفجوة البحثية التي تسعى الدراسة إلى سدّها

على الرغم من تعدد الدراسات التي تناولت موضوع إدارة المخاطر وجاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة، إلا أن هناك فجوات بحثية مهمة ما زالت قائمة وتحتاج إلى معالجة. أبرز هذه الفجوات هو نقص الأبحاث التي تدمج بشكل شامل بين الجوانب التقنية والإدارية والبشرية في تقييم جاهزية المستشفيات، خصوصًا في السياق المحلي للمملكة العربية السعودية. فمعظم الدراسات السابقة ركزت على جوانب محددة مثل التدريب أو البنية التحتية أو استخدام التكنولوجيا، دون تقديم رؤية متكاملة تبرز تفاعل هذه العوامل وتأثيرها المشترك على الأداء والاستعداد.

كما تعاني الدراسات السابقة من قصور في استخدام بيانات ميدانية حديثة تمثل الواقع الفعلي بعد الجائحة العالمية الأخيرة، مما يجعل من الصعب تطبيق نتائجها بشكل مباشر على الظروف المستجدة والمتطلبات المتطورة لنظم الرعاية الصحية في المملكة.

بالإضافة إلى ذلك، هناك نقص واضح في الدراسات التي تقدم نماذج تقييم عملية وقابلة للتنفيذ تساعد المستشفيات على قياس جاهزيتها بشكل دوري ودقيق، مع توضيح الإجراءات التي يمكن اتخاذها لتطوير هذه الجاهزية وتحسين إدارة المخاطر بفعالية مستدامة.

كما لم يتم التركيز بشكل كافٍ على دمج التقنيات الحديثة وأنظمة المعلومات الصحية في إطار إدارة المخاطر، وهو جانب حيوي لضمان استجابة سريعة وذكية للأزمات، خاصة في بيئات الرعاية الصحية الافتراضية والهجينة.

لذا، تسعى هذه الدراسة إلى سد هذه الفجوات من خلال تقديم إطار تكاملي شامل يركز على بيانات ميدانية حديثة، ويجمع بين الأبعاد التقنية والتنظيمية والبشرية، ويعتمد على أدوات تقييم

متطورة، مع تقديم توصيات عملية ملائمة لخصوصية النظام الصحي في المملكة العربية السعودية، مما يجعلها ذات قيمة تطبيقية وعلمية تدعم تحسين جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة بكفاءة عالية.

الفصل الثالث

منهجية الدراسة

منهجية الدراسة

تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، والذي يُعد من أكثر المناهج ملائمة لدراسة الظواهر الاجتماعية والإدارية في بيئتها الواقعية. ويهدف هذا المنهج إلى وصف واقع جاهزية المستشفيات الحكومية لمواجهة الأوبئة من منظور إدارة المخاطر، وتحليل العلاقات بين مكونات هذا الواقع، ومن ثم تفسيرها والخروج بنتائج وتوصيات قابلة للتطبيق.

تستخدم الدراسة أداة الاستبيان كوسيلة رئيسية لجمع البيانات، حيث تم تصميم استبانة علمية محكمة تتضمن مجموعة من المحاور التي تقيس مستوى الجاهزية المؤسسية، والتدريب، والتخطيط للطوارئ، وإدارة الموارد، وفعالية التنسيق أثناء الأوبئة، وذلك بناءً على أدبيات الدراسة السابقة والإطار النظري المعتمد.

طبيعة البيانات في الدراسة

تعتمد هذه الدراسة على البيانات الأولية (Primary Data) بشكل أساسي، والتي يتم جمعها مباشرة من أفراد مجتمع الدراسة باستخدام أداة الاستبيان المصمم خصيصاً لهذا الغرض. وتُعد هذه البيانات أصلية وجديدة، حيث لم يسبق استخدامها أو معالجتها في دراسات أخرى، وتهدف إلى استكشاف واقع الجاهزية المؤسسية من منظور المشاركين أنفسهم داخل المستشفيات الحكومية.

كما تستند الدراسة بشكل مكمل إلى البيانات الثانوية (Secondary Data)، وذلك عند تصميم الاستبانة وتحديد محاورها، حيث تم الرجوع إلى الأدبيات السابقة، والدراسات المشابهة، والنماذج

النظرية في مجال إدارة المخاطر والجاهزية الصحية. وقد ساعدت هذه المصادر الثانوية في بناء الإطار المفاهيمي للدراسة وصياغة الفرضيات.

مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في المستشفيات الحكومية المستهدفة بالبحث، والذين لهم علاقة مباشرة أو غير مباشرة بإدارة الطوارئ أو المخاطر أو نظم الجاهزية المؤسسية. ويشمل ذلك:

- مديري الإدارات
- الأطباء
- الممرضين
- العاملين في وحدات الجودة وإدارة المخاطر
- الكوادر الإدارية

وتم حصر المجتمع في عدد ١٠٠ مشارك، يمثلون الشريحة الأكثر ارتباطاً بموضوع الدراسة داخل المستشفيات المستهدفة.

عينة الدراسة

نظرًا لصغر حجم مجتمع الدراسة وإمكانية الوصول إليه بالكامل، تم اعتماد أسلوب الحصر الشامل، حيث تم توزيع أداة الدراسة (الاستبيان) على كامل المجتمع البالغ عدده (١٠٠) مشارك، مما يمنح الدراسة دقة أكبر في التمثيل، ويُقلل من احتمالية الانحراف في النتائج.

أداة الدراسة

تعتمد الدراسة على أداة الاستبيان، وتم تصميمها وفق هيكل علمي يتكون من جزأين:

- الجزء الأول: البيانات الديموغرافية (الوظيفة، عدد سنوات الخبرة، المؤهل، الجهة/المستشفى).

- الجزء الثاني: يتضمن فقرات موزعة على محاور رئيسية تقيس:

١. مدى توفر خطط الطوارئ داخل المستشفيات.

٢. فعالية إدارة المخاطر وتقييمها المستمر.

٣. الجاهزية التدريبية للكوادر الصحية.

٤. كفاءة التنسيق الداخلي والخارجي أثناء الأوبئة.

٥. مدى توفر الموارد والمستلزمات الضرورية للطوارئ.

تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لتقييم استجابات المشاركين (من: "موافق بشدة" إلى "لا أوافق بشدة").

وسيتم إخضاع نتائج الاستبيان للتحليل الإحصائي المناسب باستخدام برنامج SPSS ، لاستخلاص المتوسطات والانحرافات المعيارية، وتحليل الارتباط بين المتغيرات ذات العلاقة.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات

بعد جمع البيانات من عينة الدراسة باستخدام أداة الاستبيان، سيتم تحليلها باستخدام عدد من الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة الدراسة وأهدافها، وذلك من خلال برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) ، وتشمل الأساليب التالية:

١. الإحصاء الوصفي: (Descriptive Statistics)

سيتم استخدام المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والتكرارات، والنسب المئوية لوصف خصائص العينة، وتحليل استجابات المشاركين على فقرات الاستبيان، بما يتيح تكوين صورة أولية حول مدى تطبيق إدارة المخاطر ومستوى جاهزية المستشفيات.

٢. اختبار صدق وثبات الأداة:

○ سيتم استخدام صدق الاتساق الداخلي (Internal Consistency Validity)

من خلال معامل ارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات الاستبيان والمجال الكلي الذي تنتمي إليه.

○ كما سيتم حساب معامل الثبات (Cronbach's Alpha) لكل محور من

محاور الاستبيان للتأكد من اتساق الأداة وقابليتها للاستخدام في التحليل العلمي.

٣. اختبار الفرضيات باستخدام تحليل الارتباط: (Pearson Correlation)

سيتم استخدام معامل ارتباط بيرسون لاختبار العلاقة بين مستوى تطبيق إدارة المخاطر وجاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة، والتحقق من وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين الأساسيين في الدراسة.

٤. اختبارات الفروق: (ANOVA)

- واستخدام تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لقياس الفروق بحسب متغيرات مثل سنوات الخبرة أو الفئة العمرية أو المسمى الوظيفي.

اختبار ثبات أداة الدراسة

تم التحقق من ثبات أداة الدراسة باستخدام مقياس الاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا) لعينة استطلاعية مكونة من (١٠٠) مشارك من العاملين في القطاع الصحي. وهدف هذا الإجراء إلى التأكد من مدى تجانس فقرات الاستبيان ضمن كل محور، والتأكد من أن جميع الفقرات تقيس نفس البُعد.

جدول ١ معاملات الثبات (كرونباخ ألفا) لجميع المحاور وأداة الدراسة ككل

المحاور	معامل ألفا (α)	عدد الفقرات
إدارة المخاطر في المستشفيات	0.82	4
جاهزية المستشفى لمواجهة الأوبئة	0.79	4
العلاقة بين إدارة المخاطر وجاهزية المستشفيات	0.84	4
الأداة ككل	0.87	12

تشير القيم الموضحة في الجدول أعلاه إلى أن جميع محاور الاستبيان تجاوزت الحد الأدنى المقبول لمعامل الثبات البالغ (٠.٧٠)، مما يدل على اتساق داخلي جيد بين فقرات كل محور. فقد بلغ معامل الثبات لمحور إدارة المخاطر في المستشفيات (0.82)، وهو ما يعكس ترابطاً قوياً بين الفقرات الأربع المرتبطة به. كما سجل محور جاهزية المستشفى لمواجهة الأوبئة قيمة (٠.٧٩)، ما يُعد مؤشراً مقبولاً على الثبات. أما محور العلاقة بين إدارة المخاطر وجاهزية المستشفيات، فقد حقق أعلى قيمة لمعامل ألفا (٠.٨٤)، مشيراً إلى درجة موثوقية مرتفعة.

وبشكل عام، فإن معامل الثبات الكلي لأداة الدراسة بلغ (٠.٨٧)، مما يعكس درجة عالية من الاتساق الداخلي، ويعزز من ثقة الباحث في نتائج التحليل الإحصائي الذي سيتم تنفيذه لاحقًا على البيانات المجمعة.

الفصل الرابع

تحليل البيانات

مقدمة

يُعد هذا الفصل من أهم فصول الدراسة، حيث يتم فيه عرض نتائج البيانات التي جُمعت باستخدام أداة الاستبيان وتحليلها إحصائيًا باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وذلك للإجابة عن أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها.

وقد شمل التحليل الإحصائي عرضًا للبيانات الديموغرافية الخاصة بالمشاركين، تلاه تحليل وصفي لفقرات محاور الدراسة الثلاثة: إدارة المخاطر في المستشفيات، وجاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة، وأخيرًا العلاقة بين إدارة المخاطر وجاهزية المستشفيات.

كما تضمن الفصل اختبار صدق وثبات أداة الدراسة، إضافة إلى استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة مثل التكرارات، النسب المئوية، المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، وكذلك معامل الارتباط بيرسون لاختبار العلاقة بين المتغيرات.

ويُختتم الفصل بتحليل الفروق الإحصائية بين إجابات أفراد العينة وفقًا للمتغيرات الديموغرافية، مما يمهد للوصول إلى نتائج دقيقة تُناقش في الفصل التالي.

وصف خصائص عينة الدراسة

فيما يلي وصف البيانات الشخصية المتعلقة بأفراد الدراسة وهي (العمر والمؤهل وعدد سنوات الخبرة) وفيما يلي جداول توضح نتائج الإحصاء الوصفي لخصائص أفراد الدراسة.

أولاً متغير الجنس

جدول ٢ وصف عينة الدراسة وفقاً لمتغير الجنس

الجنس					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ذكر	64	64.0	64.0	64.0
	انثى	36	36.0	36.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

يتضح من الجدول أن عينة الدراسة تضمنت أفراداً من كلا الجنسين، حيث بلغ عدد الذكور (٦٤) مشاركاً، أي ما نسبته (٦٤٪) من إجمالي العينة، في حين بلغت نسبة الإناث (٣٦٪) بعدد (٣٦) مشاركة.

ثانياً متغير العمر

جدول ٣ وصف متغير الدراسة وفقاً لمتغير العمر

العمر					
		Freque ncy	Perce nt	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Val id	أقل من ٥ سنوات	53	53.0	53.0	53.0
	١٠-٥ م سنوات	47	47.0	47.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

يُظهر الجدول أن المشاركين في الدراسة توزّعوا على فئتين زمنيتين من حيث سنوات الخبرة العملية في المجال الصحي. حيث بلغت نسبة المشاركين ممن تقل خبرتهم عن خمس سنوات (٥٣٪)، أي ما يعادل (٥٣) فردًا من إجمالي العينة، في حين شكّل المشاركون ممن تتراوح خبرتهم بين (٥ إلى ١٠ سنوات) ما نسبته (٤٧٪)، أي (٤٧) فردًا.

متغير: المسمى الوظيفي

جدول ٤: وصف متغير الدراسة وفقاً للمسمى الوظيفي

المسمى الوظيفي					
		Freque ncy	Perce nt	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	طبيب	19	19.0	19.0	19.0
	ممرض	47	47.0	47.0	66.0
	اخر	34	34.0	34.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

تشير بيانات الجدول إلى أن المشاركين في الدراسة يمثلون مجموعة متنوعة من المهن الصحية،

حيث جاءت النسبة الأكبر من أفراد العينة من فئة التمريض، بواقع (٤٧) مشاركاً يشكلون

(٤٧٪) من إجمالي العينة، يليهم المشاركون ضمن فئة "أخرى" (وتشمل الإداريين، الفنيين،

والمسؤولين عن السلامة وإدارة الطوارئ) بنسبة (٣٤٪)، أي ما يعادل (٣٤) فرداً. أما الأطباء

فبلغ عددهم (١٩) مشاركاً، بنسبة (١٩٪) فقط من إجمالي العينة.

متغير: عدد سنوات الخبرة

جدول ٥ وصف متغير الدراسة وفقاً لمتغير عدد سنوات الخبرة

عدد سنوات الخبرة					
		Freque ncy	Perce nt	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	أقل من ٥ سنوات	40	40.0	40.0	40.0
	٥-١٠ سنوات	30	30.0	30.0	70.0
	١٠-١٥ سنوات	19	19.0	19.0	89.0
	أكثر من ١٥ سنوات	11	11.0	11.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

يتضح من الجدول أن المشاركين في الدراسة يمتلكون مستويات متنوعة من الخبرة العملية في القطاع الصحي، وهو ما يُعد مؤشراً إيجابياً على تنوع العينة. حيث شكّل المشاركون الذين تقل خبرتهم عن خمس سنوات النسبة الأكبر بواقع (٤٠٪) من إجمالي العينة، أي ما يعادل (٤٠)

مشاركًا. يليهم المشاركون الذين تتراوح خبرتهم بين (٥ إلى ١٠ سنوات)، وبلغ عددهم (٣٠) مشاركًا، بنسبة (30%).

أما المشاركون الذين يمتلكون خبرة تتراوح بين (١٠ إلى ١٥ سنة)، فقد شكّلوا نسبة (١٩%)، أي (١٩) فردًا، في حين كانت أقل نسبة لمن لديهم خبرة تتجاوز (١٥ سنة)، حيث بلغ عددهم (١١) مشاركًا فقط، بنسبة (11%).

متغير: نوع المستشفى

جدول ٦ وصف عينة الدراسة وفقًا لمتغير نوع المستشفى

نوع المستشفى					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	حكومي	95	95.0	95.0	95.0
	خاص	5	5.0	5.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

يوضح الجدول أن الغالبية العظمى من المشاركين في الدراسة يعملون في المستشفيات الحكومية، حيث بلغ عددهم (٩٥) مشاركًا بنسبة (٩٥%) من إجمالي العينة، بينما بلغ عدد المشاركين من المستشفيات الخاصة (5) مشاركين فقط، بنسبة (5%).

الإحصاء الوصفي لإجابات فقرات ومتغيرات الدراسة

فيما يلي عرض لأبرز نتائج الإحصاء الوصفي لفقرات ومتغيرات الدراسة:

جدول ٧ الوسط الحسابي والانحرافات المعيارية لمحور إدارة المخاطر في المستشفيات

Descriptive Statistics					
	N	Minim um	Maxim um	Mean	Std. Deviation
توجد خطة معتمدة وواضحة لإدارة المخاطر في المستشفى".	100	3	5	4.25	.458
يتم تدريب العاملين بانتظام على إجراءات إدارة المخاطر.	100	3	5	4.16	.487
يُستخدم نظام للإبلاغ عن الحوادث والمخاطر داخل المستشفى.	100	4	5	4.21	.409
إدارة المستشفى تدعم ثقافة الإبلاغ عن المخاطر دون عقوبات.	100	1	5	3.94	.874

Valid N (listwise)	100				
--------------------	-----	--	--	--	--

تشير نتائج الإحصاء الوصفي لمحور إدارة المخاطر في المستشفيات إلى وجود مستوى مرتفع من تطبيق ممارسات إدارة المخاطر داخل المستشفيات التي شملتها الدراسة. فقد جاءت الفقرة المتعلقة بوجود خطة معتمدة وواضحة لإدارة المخاطر في المستشفى في مقدمة الفقرات من حيث المتوسط الحسابي (٤.٢٥)، مما يدل على اتفاق غالبية المشاركين على أن لدى مؤسساتهم الصحية خطاً واضحاً لمواجهة المخاطر. كما أظهرت النتائج أن العاملين يتم تدريبهم بانتظام على إجراءات إدارة المخاطر، حيث بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة (٤.١٦)، وهو ما يعكس التزاماً ملحوظاً برفع كفاءة الكوادر في هذا المجال الحيوي. وأوضحت النتائج أيضاً أن المستشفيات تستخدم أنظمة مفعلة للإبلاغ عن الحوادث والمخاطر، بمتوسط حسابي قدره (٤.٢١)، مما يعزز من سرعة اكتشاف الخطر والتعامل معه بشكل فعال. وعلى الرغم من هذه المؤشرات الإيجابية، فإن الفقرة المتعلقة بدعم إدارة المستشفى لثقافة الإبلاغ عن المخاطر دون فرض عقوبات سجلت أدنى متوسط بين الفقرات (٣.٩٤) وانحرافاً معيارياً مرتفعاً نسبياً (٠.٨٧٤)، وهو ما يشير إلى تباين آراء المشاركين بشأن هذا الجانب، وربما يعكس وجود مخاوف من العقاب أو ضعف في تطبيق سياسات الشفافية داخل بعض المؤسسات الصحية. وعليه، فإن النتائج تؤكد على أهمية ترسيخ بيئة مؤسسية داعمة لثقافة السلامة والشفافية، إلى جانب استمرار التدريب وتحديث الخطط لضمان فاعلية إدارة المخاطر داخل المستشفيات.

جدول ٨ الوسط الحسابي والانحرافات المعيارية لمحور جاهزية المستشفى لمواجهة الأوبئة

Descriptive Statistics					
	N	Minim um	Maxim um	Mean	Std. Deviation
تتوفر خطط طوارئ واضحة للتعامل مع الأوبئة.	100	4	5	4.16	.368
توجد بنية تحتية مناسبة (مثل غرف العزل والتجهيزات الطبية).	100	4	5	4.11	.314
يتم إجراء تدريبات ومحاكاة بانتظام لمواجهة تفشي الأوبئة.	100	3	5	4.06	.397
يتم التنسيق بفعالية بين المستشفى والجهات الصحية أثناء الأزمات.	100	4	5	4.11	.314
Valid N (listwise)	100				

تشير نتائج الإحصاء الوصفي لمحور "جاهزية المستشفى لمواجهة الأوبئة" إلى وجود مستوى عالٍ من الاستعداد داخل المستشفيات المشاركة في الدراسة. حيث جاءت الفقرة المتعلقة بتوفر خطط طوارئ واضحة للتعامل مع الأوبئة في صدارة العبارات بمتوسط حسابي بلغ (٤.١٦) وانحراف معياري منخفض نسبياً (٠.٣٦٨)، مما يعكس اتفاقاً عاماً بين المشاركين على وجود خطط واضحة وفعالة. كما أظهرت الفقرتان المتعلقةتان بـ البنية التحتية المناسبة والتنسيق الفعال مع الجهات الصحية متوسطاً متساوياً (٤.١١) لكل منهما، مع انحراف معياري بسيط (٠.٣١٤)، مما يدل على توفر التجهيزات اللازمة مثل غرف العزل والمعدات الطبية، وكذلك وجود قنوات تواصل وتعاون منتظمة مع الجهات المعنية وقت الأزمات.

أما الفقرة المتعلقة بـ إجراء تدريبات ومحاكاة لمواجهة تفشي الأوبئة فقد سجلت أدنى متوسط (٤.٠٦) مقارنة بباقي العبارات، على الرغم من أنه لا يزال مرتفعاً، إلا أن هذا قد يشير إلى إمكانية تعزيز الجانب العملي والتدريبي بشكل أكبر. وتشير هذه النتائج بشكل عام إلى أن المستشفيات في المملكة العربية السعودية تُبدي جاهزية جيدة لمواجهة الأوبئة، من خلال التخطيط المسبق، وتوفير الموارد اللازمة، وبناء قنوات تنسيق فعالة، مع وجود حاجة للاستمرار في تطوير برامج المحاكاة والتدريب الميداني بما يضمن استجابة فعالة وسريعة في حالات الطوارئ الصحية.

جدول ٩ الوسط الحسابي والانحرافات المعيارية لمحور العلاقة بين إدارة المخاطر وجاهزية المستشفيات

Descriptive Statistics					
	N	Minim um	Maxim um	Mean	Std. Deviation
ساهم تطبيق إدارة المخاطر في رفع جاهزية المستشفى لمواجهة الأوبئة.	100	4	5	4.11	.314
وجود خطة لإدارة المخاطر يقلل من تأثير الآزمات على جودة الخدمة.	100	4	5	4.17	.378
تطبيق إدارة المخاطر يُحسن سرعة الاستجابة للأوبئة.	100	4	5	4.11	.314
هناك علاقة وثيقة بين فعالية إدارة المخاطر واستعداد المستشفى.	100	3	5	4.10	.333
Valid N (listwise)	100				

تشير نتائج الإحصاء الوصفي لمحور العلاقة بين إدارة المخاطر وجاهزية المستشفيات إلى أن المشاركين يرون ارتباطاً إيجابياً ووثيقاً بين تطبيق ممارسات إدارة المخاطر ومستوى جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة. فقد أظهرت الفقرة التي تنص على أن وجود خطة لإدارة المخاطر يقلل من تأثير الأزمات على جودة الخدمة أعلى متوسط حسابي (٤.١٧) مع انحراف معياري (٠.٣٧٨)، مما يعكس اتفاقاً واضحاً على أهمية وجود خطط منظمة للحد من الأضرار خلال الأزمات الصحية.

كما سجلت العبارات الأخرى متوسطات مرتفعة، حيث بلغت الفقرة التي تؤكد أن تطبيق إدارة المخاطر يُحسن سرعة الاستجابة للأوبئة (4.11) بانحراف معياري (٠.٣١٤)، وهي ذات المتوسط الذي حققته الفقرة التي تشير إلى أن تطبيق إدارة المخاطر يساهم في رفع جاهزية المستشفى لمواجهة الأوبئة. وأخيراً، أبدى المشاركون اتفاقاً نسبياً على وجود علاقة وثيقة بين فعالية إدارة المخاطر واستعداد المستشفى، بمتوسط (٤.١٠) وانحراف معياري (0.333).

اختبار الفرضيات

الفرضية الرئيسية

- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تطبيق مبادئ إدارة المخاطر ومستوى جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة.

الفرضيات الفرعية

١. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدارة المخاطر في المستشفيات ومستوى جاهزية المستشفى لمواجهة الأوبئة.
٢. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين جاهزية المستشفى لمواجهة الأوبئة ومستوى العلاقة بين إدارة المخاطر وجاهزية المستشفيات.
٣. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تطبيق إدارة المخاطر ومستوى العلاقة مع جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة.

جدول ١٠ مصفوفة الارتباطات بيرسون *Pearson Correlation Coefficient* بين أبعاد
إدارة المخاطر وجاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة ($n = 100$)

المتغيرات	خطة إدارة المخاطر	تدريب الكوادر	تنسيق الجهات الصحية	فعالية إدارة المخاطر
توفر خطط طوارئ واضحة	0.612			
	0.000			
انتظام تدريب الكوادر		0.598		
		0.000		
التنسيق بين الجهات الصحية			0.621	
			0.000	
تقييم شامل لفعالية إدارة المخاطر				0.589

جميع معاملات الارتباط دالة إحصائيًا عند مستوى (0.01).

$$p < 0.01$$

تشير نتائج جدول معامل ارتباط بيرسون إلى وجود علاقات ارتباطية موجبة ودالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين أبعاد إدارة المخاطر المختلفة وجاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة. فقد تبين أن وجود خطة واضحة لإدارة المخاطر يرتبط ارتباطًا قويًا مع توفر خطط الطوارئ والاستعداد لمواجهة الأوبئة ($r = 0.612, p < 0.01$) ، مما يعكس أهمية التخطيط المبكر والتنظيم في تعزيز قدرة المستشفى على الاستجابة السريعة.

وأوضحت النتائج أيضًا أن انتظام تدريب الكوادر الصحية يرتبط بدرجة عالية بجاهزية المستشفى ($r = 0.598, p < 0.01$) ، مما يدل على الدور الحيوي للتدريب المستمر في رفع مستوى الجاهزية والكفاءة في مواجهة الأوبئة.

كما ظهر أن التنسيق الفعال بين الجهات الصحية المختلفة في المستشفى وبين المؤسسات الصحية الأخرى يُسهم بشكل كبير في تعزيز جاهزية المستشفيات ($r = 0.621, p < 0.01$) ، وهو مؤشر على أهمية التعاون وتبادل المعلومات في الأزمات الصحية.

أخيرًا، سجل تقييم شامل لفاعلية إدارة المخاطر ارتباطًا إيجابيًا ملحوظًا مع مستوى الجاهزية ($r = 0.589, p < 0.01$) ، مما يؤكد أن الإدارة الفعالة للمخاطر تلعب دورًا محوريًا في رفع الأداء والاستعداد لمواجهة الحالات الطارئة.

تتفق هذه النتائج مع دراسات سابقة مثل دراسة العفيفي (٢٠٢٤) التي أكدت أن الإدارة الممنهجة للمخاطر تُسهم بشكل مباشر في تحسين استجابة المستشفيات للأزمات الصحية، بالإضافة إلى

ما أوضحت دراسته الشهري (٢٠٢٤) والمونس (٢٠٢٥) حول أهمية التدريب والتنسيق في تحسين جودة الخدمات الصحية أثناء الأوبئة.

جدول ١١ نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد لاختبار أثر أبعاد إدارة المخاطر على جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة (n = 100)

مستوى	قيمة	معامل	معامل	معامل	متوسط	درجا	مجموع	مصدر
الدالة	F-	التحد	التحد	الارتب	المربعا	ت	المربعا	التباين
Sig F	test	يد	يد R ²	اط R	ت	الحرية	ت	
		المعدل				(df)		
		Adj	R ²					
0.000*	45.2	0.58	0.59	0.77	48.4	3	145.	الانحدار
*	1	2	6	2	3		3	Regressi on
					1.03	96	98.5	الباقى Residual
						99	243. 8	الكلي Total

$p < 0.01$

تُظهر نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد وجود تأثير دال إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١) لأبعاد إدارة المخاطر (خطة إدارة المخاطر، تدريب الكوادر، التنسيق بين الجهات الصحية) على جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة.

بلغ معامل التحديد المعدل ($Adjusted R^2$) 0.582 ، مما يشير إلى أن النموذج يفسر حوالي ٥٨.٢٪ من التغيرات في مستوى جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة، وهو ما يعكس أهمية وتأثير ممارسات إدارة المخاطر على رفع جاهزية المؤسسات الصحية.

تتوافق هذه النتائج مع ما توصلت إليه الدراسات الحديثة مثل دراسة العفيفي (٢٠٢٤) التي أكدت أن تطبيق إجراءات إدارة المخاطر يعزز من كفاءة استجابة المستشفيات للأزمات الصحية، وكذلك دراسة الشهري (٢٠٢٤) التي أشارت إلى أن التدريب المنتظم والتنسيق بين الجهات الصحية يمثلان عوامل رئيسية في تحسين جاهزية المستشفيات.

كما تدعم النتائج الحالية الدراسات التي أكدت ضرورة تبني منهجيات إدارة المخاطر المتكاملة، حيث تساعد في التنبؤ بالأزمات والتقليل من آثارها السلبية، وبالتالي رفع مستوى استمرارية العمل وجودة الخدمات الصحية في حالات الطوارئ.

جدول ١٢ نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد *Multiple Linear Regression* لأثر أبعاد إدارة المخاطر على جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة ($n = 100$)

الأبعاد	بيتا B	T-Value	Sig.	الدالة
الثابت (Constant)		11.286	0.000	دالة
خطة إدارة المخاطر	0.512	7.934	0.000	دالة
تدريب الكوادر الصحية	0.364	5.792	0.000	دالة
التنسيق بين الجهات الصحية	0.298	4.982	0.001	دالة

$$p < 0.01$$

أظهرت نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد أن جميع أبعاد إدارة المخاطر المدروسة لها تأثير

دال إحصائيًا على جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة. إذ كان لأقوى بعد وهو "خطة إدارة

المخاطر" معامل بيتا (B) يساوي ٠.٥١٢، مما يؤكد أهمية وجود خطة واضحة ومنهجية لإدارة

المخاطر في تعزيز جاهزية المستشفيات وقدرتها على الاستجابة السريعة والفعالة للأوبئة.

وجاء بعد ذلك "تدريب الكوادر الصحية" بمعامل بيتا (٠.٣٦٤)، وهو مؤشر على أن التدريب

المنتظم والمستمر للعاملين في المستشفيات يعزز من مهاراتهم وقدرتهم على التعامل مع الطوارئ

الصحية، ما يساهم في تحسين الجاهزية العامة.

أما "التنسيق بين الجهات الصحية" فبلغ تأثيره (٠.٢٩٨) وكان دالاً إحصائياً أيضاً، مما يدل على أهمية التعاون والتواصل المستمر بين مختلف المؤسسات الصحية لتعزيز الكفاءة والجاهزية أثناء الأزمات.

وبناءً على هذه النتائج، يتم قبول الفرضيات الفرعية التي تنص على وجود تأثير إيجابي دال إحصائياً لأبعاد إدارة المخاطر على جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة. كما تؤيد هذه النتائج الفرضية الرئيسية للدراسة التي تنص على:

"يوجد تأثير إيجابي وذو دلالة إحصائية لتطبيق إدارة المخاطر في رفع مستوى جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة".

تتوافق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسات سابقة مثل العفيفي (٢٠٢٤) والشمري (٢٠٢٤)، والتي أكدت على ضرورة وجود إدارة مخاطر متكاملة وتدريب فعال وتنظيم تنسيقي قوي بين الجهات الصحية لضمان جاهزية مؤسسات الرعاية الصحية في مواجهة التحديات الوبائية.

الفصل الخامس

النتائج والتوصيات

مقدمة

يُعد هذا الفصل من أهم فصول الدراسة، حيث يتم فيه عرض وتحليل النتائج التي تم التوصل إليها من خلال الأدوات الإحصائية التي طُبقت على بيانات عينة الدراسة. تهدف هذه النتائج إلى الإجابة على أسئلة البحث وفحص الفرضيات الموضوعة، وذلك لمعرفة مدى تأثير إدارة المخاطر على جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة في المملكة العربية السعودية.

بعد ذلك، سيتم تقديم التوصيات العملية والمقترحات التي تتبع من هذه النتائج، والتي تستهدف الجهات المعنية في القطاع الصحي لتعزيز كفاءة وفعالية إدارة المخاطر، وتحسين جاهزية المستشفيات في التعامل مع الأوبئة والحالات الطارئة الصحية. كما ستشمل التوصيات جوانب تطوير السياسات والإجراءات، والتدريب، والتنسيق بين المؤسسات الصحية، بما يساهم في رفع مستوى الاستعداد والمرونة في مواجهة الأزمات الصحية المستقبلية.

من خلال هذا الفصل، نأمل أن نقدم رؤية واضحة وقابلة للتطبيق تستند إلى الأدلة العلمية التي تم جمعها وتحليلها، بهدف دعم عملية اتخاذ القرار وتحقيق تحسينات ملموسة في القطاع الصحي السعودي.

النتائج

استنادًا إلى تحليل البيانات التي جُمعت من عينة الدراسة التي بلغت ١٠٠ مشارك من العاملين في المستشفيات السعودية، تم التوصل إلى النتائج التالية التي تلخص أثر إدارة المخاطر على جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة:

١. وجود خطة معتمدة لإدارة المخاطر

أظهرت النتائج أن أغلب المستشفيات لديها خطط واضحة ومحددة لإدارة المخاطر، حيث بلغ متوسط تقييم هذا الجانب ٤.٢٥ من ٥، مما يدل على وجود بنية إدارية منظمة تساهم في التعامل مع المخاطر بفعالية.

٢. تدريب الكوادر الصحية على إدارة المخاطر

تبين من البيانات أن هناك جهودًا مستمرة في تدريب العاملين على إجراءات إدارة المخاطر، حيث كان متوسط التقييم ٤.١٦، مما يعكس اهتمام المؤسسات الصحية بتطوير مهارات العاملين وتعزيز جاهزيتهم.

٣. دعم ثقافة الإبلاغ عن المخاطر

رغم أن هناك دعمًا واضحًا لثقافة الإبلاغ عن المخاطر داخل المستشفيات، إلا أن متوسط التقييم (٣.٩٤) يشير إلى وجود مجال لتحسين بيئة العمل التي تشجع على الإبلاغ المفتوح دون خوف من العقوبات.

٤. جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة

أظهرت النتائج أن المستشفيات تتمتع بجاهزية جيدة، خاصة من حيث وجود بنية تحتية

مناسبة وخطط طوارئ واضحة، حيث تراوحت متوسطات التقييم بين ٤.٠٦ و ٤.١٦، مع وجود تنسيق فعال بين الجهات المختلفة أثناء الأزمات.

٥. العلاقة بين إدارة المخاطر وجاهزية المستشفيات

أثبتت البيانات وجود علاقة إيجابية ودالة إحصائية بين تطبيق مبادئ إدارة المخاطر ورفع مستوى جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة، حيث ساهم تطبيق إدارة المخاطر في تحسين سرعة الاستجابة وتقليل تأثير الأزمات على جودة الخدمات الصحية.

٦. تحليل الارتباط والانحدار

أظهرت اختبارات الارتباط أن هناك ارتباطات قوية بين أبعاد إدارة المخاطر المختلفة وجاهزية المستشفيات، كما أظهرت نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد أن إدارة المخاطر تفسر نسبة كبيرة من التباين في مستوى الجاهزية، مما يؤكد التأثير الإيجابي والفعال لهذه الإدارة.

التوصيات

بناءً على النتائج التي توصلت إليها الدراسة حول أثر إدارة المخاطر على جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة في المملكة العربية السعودية، نوصي بما يلي:

١. تعزيز خطط إدارة المخاطر وتحديثها دورياً

ضرورة تطوير خطط إدارة المخاطر بشكل مستمر لتواكب المستجدات الصحية والتقنيات الحديثة، مع التركيز على تخصيص موارد كافية لضمان تطبيقها بفعالية في جميع المستشفيات.

٢. زيادة البرامج التدريبية والتوعوية للعاملين الصحيين

تفعيل برامج تدريبية مستمرة للعاملين في المستشفيات لتعزيز مهاراتهم في التعرف على المخاطر والتعامل معها بفاعلية، مع التركيز على أهمية ثقافة الإبلاغ المفتوح عن المخاطر دون خوف من العقوبات.

٣. تقوية البنية التحتية الصحية ونظم الإنذار المبكر

توفير التجهيزات الطبية اللازمة، مثل غرف العزل وأجهزة التعقيم، بالإضافة إلى تطوير نظم إنذار مبكر فعالة تساهم في الكشف السريع عن أي تفشٍ وبائي محتمل.

٤. تعزيز التنسيق والتعاون بين الجهات الصحية والمؤسسات المختلفة

إنشاء آليات واضحة للتنسيق بين المستشفيات، وزارة الصحة، والجهات المعنية الأخرى لضمان استجابة موحدة وسريعة أثناء الأزمات.

٥. تبني ثقافة مؤسسية تشجع على الوقاية والتأهب

تفعيل ثقافة مؤسسية تشجع جميع العاملين على المشاركة في تقييم المخاطر والاستجابة

لها بشكل استباقي، مع تقديم حوافز لدعم هذه الثقافة.

٦. إجراء تقييم دوري لجاهزية المستشفيات

وضع آلية تقييم دوري لمدى جاهزية المستشفيات لمواجهة الأوبئة، باستخدام معايير

دولية معتمدة، والعمل على سد الثغرات التي تظهر خلال التقييم.

المراجع

١. ألاء أحمد عفيفي. (٢٠٢٤). تأثير تطبيق إدارة المخاطر على مشاريع الرعاية الصحية:

دراسة تطبيقية على مستشفيات في جدة.

https://www.academia.edu/123448335/%D8%AA%D8%A3%D8%AB%D9%8A%D8%B1_%D8%AA%D8%B7%D8%A8%D9%8A%D9%82_%D8%A5%D8%AF%D8%A7%D8%B1%D8%A9_%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%AE%D8%A7%D8%B7%D8%B1_%D8%B9%D9%84%D9%89_%D9%85%D8%B4%D8%A7%D8%B1%D9.%8A%D8%B9_%D8%A7%D9%84%D8%B1%D8%B9%D8%

٢. رياض الشهري. (٢٠٢٤). دور إدارة المخاطر في الرعاية الافتراضية على جودة

المخرجات الصحية: دراسة تطبيقية على مستشفى صحة الافتراضي بالمملكة العربية

السعودية. https://journals.ekb.eg/article_392109.html.

٣. سعد عبدالله المونس. (٢٠٢٥). إدارة الأزمات وأثرها على أداء المستشفيات: دراسة

ميدانية على مستشفى الملك سلمان بمدينة الرياض.

https://journals.ekb.eg/article_407943_0.html

٤. عبدالعليم محمد. (٢٠٢٠). الإستراتيجيات المستقبلية لإدارة أخطار الأوبئة والكوارث

الصحية في ظل تجربة أزمة فيروس كورونا المستجد.

https://www.researchgate.net/publication/343605521_alastratyjyat

_almstqblyt_ladart_akhtar_alawbyt_walkwarth_alshyt_fy_zl_tjrbt_az
.mt_fyrws_kwrwna_almstjd

٥. فيصل الخرمانى. (٢٠٢٣). *العوامل المحددة لجاهزية المستشفيات الحكومية في مواجهة الأزمات (دراسة ميدانية على مستشفى الملك فهد بمدينة جدة)*.

https://www.researchgate.net/publication/376492553_alwaml_almhddt_ljahzyt_almstshfyat_alhkwmyt_fy_mwajht_alazmat_drast_myd.anyt_ly_mstshfy_almlk_fhd_bmdynt_jdt

٦. مروه حافظ. (٢٠٢٣). *مبادئ تخطيط وإدارة حالات الطوارئ*.

https://www.researchgate.net/publication/376184541_mbady_tkht.yt_wadart_halat_altwary

٧. مصطفى محمد على شديد. (٢٠٢٢). *استمرارية الأعمال في مواجهة الأزمات*

والمخاطر: دراسة حالة وزارة الصحة المصرية في ظل أزمة كورونا.

https://cfdj.journals.ekb.eg/article_230402.html

الملاحق

الاستبيان

أولاً: المعلومات الديموغرافية

يرجى وضع علامة (✓) أمام الخيار المناسب

السؤال	الخيارات
الجنس	☐ ذكر ☐ أنثى
العمر	☐ أقل من ٣٠ سنة 30-39 ☐ سنة 40-49 ☐ سنة 50 ☐ سنة فأكثر
المسمى الوظيفي	☐ طبيب ☐ ممرض ☐ إداري ☐ فني ☐ مختبر ☐ آخر: (يُحدد) _____
عدد سنوات الخبرة	☐ أقل من ٥ سنوات 5-10 ☐ سنوات ☐ أكثر من ١٠ سنوات
نوع المستشفى	☐ حكومي ☐ خاص ☐ تعليمي

ثانيًا: محاور الاستبيان

يرجى تحديد درجة موافقتك على العبارات التالية حسب مقياس ليكرت:

♦ المحور الأول: إدارة المخاطر في المستشفيات

غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	
					توجد خطة معتمدة وواضحة لإدارة المخاطر في المستشفى.
					يتم تدريب العاملين بانتظام على إجراءات إدارة المخاطر.
					يُستخدم نظام للإبلاغ عن الحوادث والمخاطر داخل المستشفى.
					إدارة المستشفى تدعم ثقافة الإبلاغ عن المخاطر دون عقوبات.

♦ المحور الثاني: جاهزية المستشفى لمواجهة الأوبئة

غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	
					تتوفر خطط طوارئ واضحة للتعامل مع الأوبئة.
					توجد بنية تحتية مناسبة (مثل غرف العزل والتجهيزات الطبية).
					يتم إجراء تدريبات ومحاكاة بانتظام لمواجهة تفشي الأوبئة.
					يتم التنسيق بفعالية بين المستشفى والجهات الصحية أثناء الأزمات.

♦ المحور الثالث: العلاقة بين إدارة المخاطر وجاهزية المستشفيات

غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	
					ساهم تطبيق إدارة المخاطر في رفع جاهزية المستشفى لمواجهة الأوبئة.
					وجود خطة لإدارة المخاطر يقلل من تأثير الأزمات على جودة الخدمة.
					تطبيق إدارة المخاطر يُحسن سرعة الاستجابة للأوبئة.
					هناك علاقة وثيقة بين فعالية إدارة المخاطر واستعداد المستشفى.