

جامعة ميدأوشن



كلية الإدارة

قسم / تخصص. ماجستير إدارة صحية

عنوان البحث

دور الإدارة الصحية في التصدي للأزمات الصحية: دراسة تحليلية لتجربة جائحة كوفيد-

19 بالمملكة العربية السعودية

إعداد الطالب / عبدالعزيز هذال المطيري

إشراف/

د. الفیصل عبد الحمید محمد

د. فايز علي الجراد

العام الدراسي:

2025

جدول المحتويات

١	الفصل الأول
٥	ملخص الدراسة
٧	مقدمة الدراسة
٨	مشكلة الدراسة
١٠	أهمية الدراسة
١٢	أهداف الدراسة
١٣	تساؤلات الدراسة
١٤	فرضيات الدراسة
١٥	مصطلحات الدراسة
١٧	متغيرات الدراسة
١٩	الفصل الثاني
٢٠	الدراسات السابقة
٣٢	الإطار النظري
٣٦	المفاهيم الأساسية: الأزمة الصحية وإدارة الطوارئ
٤٠	الأسس النظرية للإدارة الصحية في الأزمات
٤٤	التخطيط الاستراتيجي والاستعداد الوبائي

٤٨	إدارة الموارد البشرية الصحية في ظروف الأزمة
٥٠	إدارة سلاسل الإمداد الطبية واللوجستيات
٥٤	حوكمة البيانات والاتصال والتوعية الصحية
٥٨	دور الإدارة الصحية في تطبيق الإجراءات الاحترازية
٦٠	إدارة الخدمات الصحية غير المتعلقة بكوفيد-19
٦٤	تقييم الأداء وقياس الفعالية
٦٥	التكيف وبناء المرونة للمستقبل (ما بعد الأزمة)
٦٦	الخاتمة
٦٧	الفصل الثالث
٦٨	منهجية الدراسة
٦٩	مجتمع الدراسة
٧٠	أدوات جمع البيانات
٧١	حدود الدراسة
٧٢	الاستبيان
٧٨	الفصل الرابع
٧٩	التحليل الإحصائي
٨٩	النتائج

٩٢	التوصيات
٩٦	المراجع
١٠١	الملخص
١٠٣	الملاحق

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية الإدارة الصحية في الاستجابة لجائحة كوفيد-19، وذلك بقياس ثلاثة محاور مستقلة (التخطيط الاستراتيجي، إدارة الموارد، التنسيق والاتصال الإعلامي). اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي لعينة من (ن = 100) مستجيب، باستخدام مقياس ليكرت الخماسي.

النتيجة العامة:

أشارت النتائج الوصفية إلى أن التقييم العام لـ "فاعلية الاستجابة الشاملة" جاء بمستوى "عالٍ جداً" بمتوسط حسابي قدره (4.40).

أهم الاستنتاجات (نقاط القوة والضعف):

1. نقطة القوة الأبرز:

○ تصدر محور التنسيق والاتصال الإعلامي ترتيب المحاور بمتوسط

(4.40) وتقدير "عالٍ جداً"، مما يدل على نجاح الإدارة الصحية في بناء

المصداقية وإيصال الرسائل التوعوية بوضوح وفاعلية.

2. نقطة الضعف النسبية:

◦ جاء محور إدارة الموارد والعمليات في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.42)

وتقدير "متوسط". ويشير هذا إلى وجود تحديات في الجوانب اللوجستية،

تحديداً فيما يتعلق بتأمين المخزونات الكافية من الأدوية والمستلزمات

الحيوية، والحاجة إلى تعزيز كفاءة سلاسل الإمداد.

3. التخطيط والجاهزية:

◦ حقق محور التخطيط الاستراتيجي والجاهزية تقديراً "عالياً" بمتوسط

(4.01)، مع ملاحظة أن جوانب المحاكاة والتدريب المسبق جاءت بتقدير

متوسط، مما يشير إلى الحاجة لتعزيز الجاهزية العملية.

التوصيات الرئيسية:

توصي الدراسة بالاستفادة من النجاح في مجال الاتصال، مع ضرورة تركيز الجهود

المستقبلية على بناء مخزونات استراتيجية وتطوير سيناريوهات المحاكاة الدورية لتعزيز

المرونة اللوجستية والتشغيلية للنظام الصحي.

تُعدُّ الأزمات الصحية العامة، بمختلف مستوياتها وتأثيراتها، اختباراً حقيقياً لمتانة وفعالية الأنظمة الصحية وقدرتها على الصمود والاستجابة السريعة والمنظمة. وفي هذا السياق، لم تكن جائحة فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) التي اجتاحت العالم منذ أواخر عام 2019، استثناءً، بل مثّلت تحدياً غير مسبوقٍ ألقى بظلاله على كافة القطاعات، وكان لقطاع الرعاية الصحية دور الصدارة في مواجهة تداعياتها.

لقد أثبتت التجارب العالمية، ومنها تجربة المملكة العربية السعودية، أن الإدارة الصحية الفعالة هي حجر الزاوية في بناء استراتيجيات التصدي للأزمات. فالإدارة الصحية، بمفهومها الشامل، تتجاوز مجرد تقديم الرعاية العلاجية لتشمل التخطيط الاستراتيجي، وتنسيق الموارد، واتخاذ القرار في ظل حالة من عدم اليقين، وضمان استمرارية الخدمات الأساسية، وإدارة سلاسل الإمداد الطبية.

تتميز المملكة العربية السعودية بامتلاكها بنية تحتية صحية متطورة نسبياً وخبرة سابقة في التعامل مع بعض الأوبئة المحدودة، الأمر الذي ساهم في صياغة استجابة وطنية سريعة وشاملة لجائحة كوفيد-19. وقد شهدت هذه الاستجابة جهوداً مكثفة على مستوى القيادة والتنفيذ، شملت تطبيق إجراءات احترازية صارمة، وتعبئة الموارد البشرية والمالية، وتطوير بروتوكولات العلاج والوقاية، وإطلاق حملات توعية واسعة النطاق.

تنطلق هذه الدراسة من الحاجة الملحة إلى تحليل وتقييم الدور المحوري الذي اضطلعت به الإدارة الصحية في المملكة خلال هذه الجائحة، للكشف عن نقاط القوة والضعف في نظام الاستجابة. ويهدف هذا التحليل إلى استخلاص الدروس المستفادة وتحديد أفضل الممارسات التي يمكن أن تُرسي أساسًا لتعزيز الجاهزية والاستجابة للأزمات الصحية المستقبلية، بما يضمن سلامة وصحة المجتمع والمقيمين.

مشكلة الدراسة

على الرغم من النجاح النسبي الذي حققته المملكة العربية السعودية في احتواء الموجات المتتالية لجائحة كوفيد-19 والحفاظ على معدلات وفيات منخفضة مقارنة بالعديد من الدول، إلا أن تجربة الجائحة كشفت عن تحديات تنظيمية وإدارية عميقة تحتاج إلى دراسة معمقة لضمان فعالية أكبر في إدارة الأزمات المستقبلية. وتتمحور مشكلة الدراسة حول التقييم الشامل لأداء الإدارة الصحية ودورها في مواجهة تحديات جائحة عالمية ضخمة.

المشكلة الرئيسية (التساؤل الرئيس)

ما هو الدور التحليلي والإجرائي للإدارة الصحية في المملكة العربية السعودية في إدارة أزمة جائحة كوفيد-19، وما مدى فاعلية استجابتها في ضوء تحديات التنسيق، وتخصيص الموارد، وسرعة اتخاذ القرار؟

1. كيف تمكنت الإدارة الصحية من التخطيط الاستراتيجي وتنسيق الجهود بين القطاعات الصحية الحكومية والخاصة والمجتمعية لمواجهة الجائحة؟
2. ما هي المعايير والآليات التي اعتمدتها الإدارة الصحية لتوزيع وتخصيص الموارد الطبية والبشرية (كأسرة العناية المركزة، ومعدات الحماية الشخصية، والكوادر الطبية) بشكل فعال وعادل خلال فترات الذروة؟
3. ما مدى فاعلية أنظمة الاتصال ونقل المعلومات بين المستويات الإدارية المختلفة في وزارة الصحة والجهات الأخرى ذات العلاقة (مثل الأمن والصحة العامة) أثناء الأزمة؟
4. ما هي أبرز التحديات والمعوقات الإدارية والتشغيلية التي واجهت صانعي القرار في الإدارة الصحية السعودية أثناء التعامل مع الأزمة؟
5. ما هي الدروس المستفادة وأفضل الممارسات التي يمكن استخلاصها من تجربة المملكة العربية السعودية لتعزيز جاهزية النظام الصحي للأزمات المستقبلية؟

أهمية الدراسة العلمية والعملية

تستمد هذه الدراسة أهميتها من حداثة موضوعها وعمقه، حيث تتناول تجربة واقعية وحاسمة في تاريخ الإدارة الصحية العالمية والسعودية، وهي تجربة التصدي لجائحة كوفيد-19. وتتوزع أهمية الدراسة على جانبين رئيسيين هما الأهمية العلمية والأهمية العملية (التطبيقية).

أولاً: الأهمية العلمية (الأكاديمية)

تهدف هذه الدراسة إلى إثراء المعرفة الأكاديمية والمساهمة في بناء الإطار النظري المتعلق بإدارة الأزمات والكوارث الصحية، وذلك من خلال:

1. سد الفجوة المعرفية في الإدارة الصحية: تقديم إطار تحليلي متكامل لتقييم أداء

الإدارة الصحية السعودية خلال فترة الجائحة. وهذا الإطار يمكن أن يُستخدم كنموذج تطبيقي في دراسات مقارنة مستقبلية بين النظم الصحية المختلفة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.

2. تأصيل مفاهيم الجاهزية والاستجابة: المساهمة في تطوير وتنقيح المفاهيم النظرية

المتعلقة بـ "الجاهزية الصحية" (Health Preparedness) و "مرونة النظام

الصحي" (Health System Resilience)، من خلال تقديم أدلة تجريبية

مستخلصة من واقع تطبيق هذه المفاهيم في بيئة المملكة.

3. دراسة حالة متعمقة: تُعد تجربة المملكة العربية السعودية في إدارة كوفيد-19

حالة دراسية غنية ومفصلة. توفر هذه الدراسة مادة علمية موثقة يمكن للباحثين والأكاديميين الاعتماد عليها لتحليل متغيرات مثل التنسيق متعدد القطاعات، وآليات تخصيص الموارد في ظل الشح، ودور القيادة الصحية في اتخاذ القرارات السريعة.

4. تغذية المكتبة البحثية العربية: إثراء المكتبة العربية بالدراسات النوعية التي تتناول قضايا الإدارة الصحية الاستراتيجية في سياق الأزمات، مما يخدم طلاب وباحثي الإدارة الصحية، والسياسات العامة، وإدارة الكوارث.

ثانياً: الأهمية العملية (التطبيقية)

تتمثل الأهمية العملية لهذه الدراسة في تقديم نتائج وتوصيات قابلة للتطبيق العملي لصانعي القرار والمهنيين في القطاع الصحي، مما يساهم في تحسين الأداء المستقبلي:

1. دعم اتخاذ القرار وتطوير السياسات: تقديم توصيات قائمة على الأدلة

(Evidence-based Recommendations) موجهة مباشرة للقيادات الصحية

في وزارة الصحة والمستشفيات، بهدف تطوير سياسات أكثر مرونة وفعالية لإدارة الأزمات الصحية المستقبلية.

2. تحسين آليات التنسيق والتعاون: الكشف عن التحديات المحددة التي واجهت

عمليات التنسيق بين القطاعات المختلفة (الخاصة، الحكومية، العسكرية، والمجتمع

المدني). وستساعد النتائج في تصميم آليات تنسيق وبروتوكولات تواصل أكثر سلاسة ووضوحاً.

3. تطوير إدارة سلاسل الإمداد الطبية: المساعدة في تحديد نقاط الضعف في سلاسل

الإمداد اللوجستية للمستلزمات الطبية والأدوية خلال الأزمة، وتقديم مقترحات

لتعزيز الاكتفاء الذاتي والجاهزية اللوجستية لمواجهة الصدمات المفاجئة.

4. تقييم وتدريب الكوادر: توفير بيانات لتقييم كفاءة الكوادر الإدارية والقيادية في

التعامل مع الضغوط والأحداث غير المتوقعة، واستخدام هذه البيانات لتصميم

برامج تدريب وتطوير متخصصة في "إدارة الأزمات الصحية".

5. المساهمة في رؤية 2030: تتوافق نتائج الدراسة مع أهداف رؤية المملكة 2030

الرامية إلى بناء مجتمع حيوي ونظام صحي فعال، حيث تعمل على تقوية ركائز

القطاع الصحي ليكون أكثر كفاءة واستجابة للتحديات الوطنية والعالمية.

أهداف الدراسة

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق هدف رئيسي يتفرع منه مجموعة من الأهداف التفصيلية، التي تعمل على تحليل وتقييم أداء الإدارة الصحية السعودية خلال جائحة كوفيد-19.

الهدف الرئيسي

التحليل والتقييم الشامل لدور الإدارة الصحية في المملكة العربية السعودية في تخطيط وتنفيذ وتقييم استراتيجيات الاستجابة لأزمة جائحة كوفيد-19، واستخلاص الدروس المستفادة لتعزيز الجاهزية المستقبلية.

الأهداف الفرعية

1. تقييم مدى فاعلية الإدارة الصحية في صياغة التخطيط الاستراتيجي وتنسيق الجهود بين مختلف القطاعات الصحية وغير الصحية أثناء الجائحة.
2. تحديد الآليات والمعايير المتبعة من قبل الإدارة الصحية في توزيع وتخصيص الموارد الطبية والبشرية خلال مراحل الأزمة المختلفة.
3. الكشف عن مستوى فاعلية أنظمة الاتصال ونقل المعلومات بين المستويات الإدارية المختلفة في النظام الصحي أثناء ذروة الأزمة.
4. تحديد أبرز التحديات والمعوقات الإدارية والتشغيلية التي واجهت صانعي القرار في الإدارة الصحية السعودية خلال الجائحة.

5. اقتراح مجموعة من التوصيات والدروس المستفادة لتعزيز مرونة وجاهزية النظام

الصحي السعودي للأزمات الصحية المحتملة مستقبلاً.

تساؤلات الدراسة

التساؤل الرئيسي

ما هو الدور التحليلي والإجرائي للإدارة الصحية في المملكة العربية السعودية في إدارة

أزمة جائحة كوفيد-19، وما مدى فاعلية استجابتها في ضوء تحديات التنسيق،

وتخصيص الموارد، وسرعة اتخاذ القرار؟

التساؤلات الفرعية

1. كيف تمكنت الإدارة الصحية من التخطيط الاستراتيجي وتنسيق الجهود بين

القطاعات الصحية الحكومية والخاصة والمجتمعية لمواجهة الجائحة؟

2. ما هي المعايير والآليات التي اعتمدتها الإدارة الصحية لتوزيع وتخصيص الموارد

الطبية والبشرية (كأسرة العناية المركزة، ومعدات الحماية الشخصية، والكوادر

الطبية) بشكل فعال وعادل خلال فترات الذروة؟

3. ما مدى فاعلية أنظمة الاتصال ونقل المعلومات بين المستويات الإدارية المختلفة

في وزارة الصحة والجهات الأخرى ذات العلاقة أثناء الأزمة؟

4. ما هي أبرز التحديات والمعوقات الإدارية والتشغيلية التي واجهت صانعي القرار

في الإدارة الصحية السعودية أثناء التعامل مع الأزمة؟

5. ما هي الدروس المستفادة وأفضل الممارسات التي يمكن استخلاصها من تجربة

المملكة العربية السعودية لتعزيز جاهزية النظام الصحي للأزمات المستقبلية؟

فرضيات الدراسة

تفترض الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين فاعلية الإدارة الصحية وجودة

الاستجابة لأزمة كوفيد-19.

الفرضية الرئيسية

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى فاعلية وظائف الإدارة الصحية (التخطيط،

التنظيم، القيادة، المتابعة) وبين فاعلية استجابة النظام الصحي السعودي لأزمة جائحة

كوفيد-19.

الفرضيات الفرعية

1. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة التنسيق متعدد القطاعات الذي قادته

الإدارة الصحية وبين سرعة احتواء انتشار الوباء.

2. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين كفاءة تخصيص الموارد الذي قامت به

الإدارة الصحية وبين استمرارية تقديم الخدمات الصحية الأساسية خلال الجائحة.

3. توجد علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين درجة التحديات الإدارية والتشغيلية

التي واجهتها الإدارة الصحية وبين فاعلية وكفاءة عملية اتخاذ القرار.

مصطلحات الدراسة

المصطلح (Term)	التعريف الإجرائي (Operational Definition)
الإدارة الصحية (Health Management)	مجموع العمليات والوظائف الإدارية (التخطيط، التنظيم، القيادة، والمراقبة) المطبقة في القطاع الصحي السعودي على المستويين الاستراتيجي والتشغيلي، والتي توجهت بشكل مباشر لمواجهة جائحة كوفيد-19.
الأزمة الصحية (Health Crisis)	حالة طارئة وحادة تتجاوز القدرة الاعتيادية للنظام الصحي على الاستجابة والتعامل معها، مما يتطلب تفعيل خطط الطوارئ الاستثنائية وتعبئة الموارد الوطنية.
جائحة كوفيد-19 (COVID-19 Pandemic)	الأزمة الصحية العالمية التي نتجت عن فيروس سارس-كوف-2 (SARS-CoV-2) خلال الفترة الزمنية المحددة بالدراسة في المملكة العربية السعودية، والإجراءات المتخذة لمكافحتها.

مدى تحقيق الأهداف المحددة مسبقاً لمواجهة الجائحة، ويتم قياسه من خلال مؤشرات مثل (سرعة اتخاذ القرار، انخفاض معدلات الوفيات، توافر الموارد الطبية، وجودة التنسيق).	فاعلية الاستجابة Response) (Effectiveness
--	---

متغيرات الدراسة

تعتمد الدراسة على تحليل العلاقة بين مجموعة من المتغيرات الإدارية (التي تمثل دور الإدارة الصحية) كمتغيرات مستقلة، وتأثيرها على نتائج الاستجابة (فاعلية الاستجابة) كمتغير تابع.

المتغير المستقل (Independent Variable)

دور ووظائف الإدارة الصحية في الأزمة

يشمل هذا المتغير كافة الأبعاد المتعلقة بأداء الإدارة الصحية، مثل:

- التخطيط الاستراتيجي للأزمة.
- التنسيق متعدد القطاعات.
- إدارة وتخصيص الموارد.
- أنظمة الاتصال وإدارة المعلومات.

المتغير التابع (Dependent Variable)

فاعلية استجابة النظام الصحي لجائحة كوفيد-19

يشمل هذا المتغير المقاييس التي تعكس نجاح أو فشل الاستجابة، مثل:

- معدلات الإصابة والوفيات.
- سرعة الاستجابة واتخاذ القرار.
- مرونة النظام الصحي وقدرته على تحمل الضغط.
- استمرارية تقديم الرعاية الأساسية.

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

تهدف هذه المراجعة إلى استعراض وتحليل الدراسات السابقة التي تناولت قضايا إدارة الأزمات، والتواصل الحكومي في الأزمات الصحية، ومواجهة الأوبئة، وتطبيق نظم إدارة الأزمات في المستشفيات.

أولاً: الدراسات المتعلقة بالتواصل الحكومي وإدارة الأزمات العامة

1. دراسة كامان لي (Lee, 2009) - فقدان الثقة في أزمة السارس

تناولت هذه الدراسة تحليل كيف فقدت حكومة هونغ كونغ ثقة الجمهور خلال أزمة السارس، وقدمت رؤى للتواصل الحكومي في الأزمات الصحية. لخص "لي" مجموعة من التحديات التي يجب على الحكومات معالجتها عند مواجهة الأزمات، مستنداً إلى أطر الإدارة العامة للأزمات التي قدمها باحثون سابقون (Allison 2004; Buus and & Horslev, 2007; Rosenthal & Olsson, 2006; Helm et al., 1981; Liu 1997; Kouzmin, 1997; Viteritti, 1997).

التحديات التي خلصت إليها الدراسة:

1. تشير الأزمة تساؤلات حول عدم فعالية السلطات الحكومية في الوقاية.

2. يمكن للأزمة أن تضخم المشكلة الحالية المتمثلة في تخفيض قيمة الحكومة للاتصالات.
3. يزداد التدقيق الإعلامي عند حدوث الأزمة.
4. تشكل الأزمات الحكومية ذكريات جماعية متراكمة تُستخدم لتقييم أداء الحكومة في الأزمات المستقبلية.
5. غالباً ما يرى الجمهور أن الأزمة الحكومية نتاج للقيادة والسياق الأوسع، وليست عرضية.
6. يفسر الجمهور اتصالات الحكومة على أنها انعكاس لمدى أولوية الحكومة للصالح العام.
7. عندما تضرب الأزمة، تتضخم الطبيعة البيروقراطية للقطاع العام في أعين الجمهور.
8. تشكل السياقات السياسية والاقتصادية والاجتماعية بيئة خارجية قوية تؤثر على قرار الحكومة.

ثانياً: الخبرات الدولية في إدارة الأوبئة

1. استجابة الصين لوباء كوفيد-19 (2020)

على الرغم من تأخرها الأولي في الإعلان عن فيروس كوفيد-19، تداركت الصين، حيث بدأ الوباء، حجم الأزمة واتخذت تدابير عاجلة لاحتوائه، مقدّمة نموذجاً لإمكانية التحكم بالفيروس والقضاء عليه (أخبار الأمم المتحدة، 16 مارس 2020).

الإجراءات الصينية المتخذة:

1. فرض حظر تجوال شامل لاحتواء انتشار المرض.
 2. إغلاق جميع المحلات والمصانع والشركات ووقف وسائل النقل العامة.
 3. منع التجمعات وإلغاء الفعاليات الرياضية والثقافية، ووقف الدراسة في المدارس والجامعات.
 4. إنشاء مستشفيات ميدانية بشكل عاجل لاستيعاب أعداد المصابين.
 5. فرض غرامات على من لم يلتزم بإجراءات العزل.
 6. فرض ارتداء معدات الوقاية الشخصية (الكمامات والقفازات) والاهتمام بالنظافة الشخصية.
- وقد كان الوعي العالي والالتزام الشعبي بالإجراءات عاملاً حاسماً في التخفيف من آثار الأزمة، مقدماً درساً للدول الأخرى في التعامل مع الوباء.

2. الأوبئة السابقة وضعف النظام الصحي العالمي

أشار باحثون (Cristina Pasqualucci, Lucilla Ravà, Carla Rossi; Sifat) إلى أن وباء كورونا المستجد لم يكن الأول، بل سبقه أوبئة مثل السارس والإيبولا وفيروس نقص المناعة (الإيدز). وقد كشفت حالات تفشي الأوبئة هذه عن ضعف واضح في النظام الصحي العالمي ومنظمة الصحة العالمية تحديداً، لا سيما في جوانب التمويل والموارد البشرية (Bill Gates, 2015; Tomar, 2017; Henderson 2004; Oluwasegun, 2020; Ojo, 2015).

ثالثاً: الدراسات المتعلقة بإدارة الأزمات في المستشفيات

1. دراسة ربحي عبد القادر جديلي (2006) - تقييم إدارة الأزمات في مستشفيات غزة

- **الهدف:** تقييم نظام إدارة الأزمات في مراحله الخمس (اكتشاف إشارات الإنذار المبكر، الاستعداد والوقاية، احتواء الأضرار، استعادة النشاط، التعلم) في المستشفيات الحكومية الكبرى بقطاع غزة، ومدى جاهزيتها للتعامل مع الأزمات.
- **المنهجية:** المنهج الوصفي التحليلي، باستخدام استبيان وزع على 600 موظف (بلغت العينات الصالحة 490 استبانة).

• النتائج الرئيسية:

- وجود ضعف شديد في نظام إدارة الأزمات في المستشفيات على مستوى

المراحل الخمس مجتمعة.

- المستشفيات الكبرى في قطاع غزة مستهدفة للأزمات وغير مستعدة لها، مما يؤكد ضعف إدارة الأزمات.

2. دراسة شوشان عادي (2012) - واقع إدارة الأزمات في مستشفيات الضفة الغربية

- **الهدف:** التعرف على واقع إدارة الأزمات لدى الإدارة العليا في المستشفيات بجنوب الضفة الغربية، وأهم الأزمات التي تواجهها، واقتراح نظام لإدارة الأزمات.
- **المنهجية:** المنهج الوصفي التحليلي، باستخدام المقابلة والاستبانة التي وُزعت على 83 إدارياً.

• النتائج الرئيسية:

- كان تعامل الإدارة مع الأزمات قبل وقوعها (الوقاية) أفضل من تعاملها في المراحل الأخرى.
- اهتمام الإدارة بالإجراءات الوقائية أكثر من الإجراءات العلاجية، مع ضعف في التعامل مع الأزمات أثناء حدوثها.
- أهم الأسباب الداخلية للأزمات كانت قلة البرامج التدريبية والإمكانات المادية.
- أهم الأزمات الخارجية تمثلت في زيادة الضغط على المستشفيات الحكومية وتدهور الوضع الاقتصادي.

3. دراسة كاملا-راج (Kamla-Raj, 2014) - العنف في طب الطوارئ

• **الهدف:** تعزيز الرعاية الصحية العامة والمعايير الطبية والحد من وقوع العنف في

طب الطوارئ في مستشفى كاوشيونغ للمحاربين القدامى.

• **المنهجية:** المنهج الوصفي التحليلي، باستخدام استبيان وُزع على 300 فرد

(استرداد 176 نسخة صالحة).

• **النتائج الرئيسية:**

◦ أفضل خمسة مؤشرات للتقييم هي: كفاءة الحكم، التخلص اللاحق، الأزمة

المحتملة، الإدارة الحاسمة، والقيادة والإرسال.

◦ لا يزال حل العنف في طب الطوارئ يركز على التدخل بعد وقوع الأزمة،

مما دفع الإدارة إلى دمج الخدمات الطبية مع إدارة علاقات العملاء.

◦ العنف لا يكشف عن علاقة مطلقة مع مهنة الطب، مما يمكّن المستشفى

من التنبؤ بالنزاعات أو تشخيصها لتقليل عدد حالات العنف من خلال

اكتشاف العلامات المسبقة.

4. دراسة بيرسون وميتروف (Mitroff, 1993 & Pearson) - القيادة الفعالة في

الكوارث

- **الهدف:** توصيف واستكشاف العناصر الأساسية للقيادة الفعالة (قيادة المستشفى والتمريض) أثناء الكوارث، ومؤشراتها، وتحديد الأحداث التي تثير قلقاً أكبر للاستجابة.
- **المنهجية:** مقابلة شخصية لعينة من 500 مدير تنفيذي وقادة ممرضات مهتمين بتحسين التأهب للآزمات في 200 منظمة أعمال.
- **النموذج المقترح:** اشتمل على نوع الأزمة، مراحل الأزمة، الأنظمة العاملة في المنظمة، والأطراف المعنية (أصحاب المصلحة).
- **النتائج الرئيسية:**
 - لدى إدارة المستشفيات وقادة الممرضات مخاوف جدية بشأن كفاءة قيادة الآزمات والقدرة التنظيمية على الاستجابة لأحداث مثل العنف المجتمعي، الاضطرابات المدنية، الأحداث البيولوجية (الأوبئة)، وأعمال الإرهاب التي تؤدي إلى مأساة جماعية.
 - خفة الحركة المعرفية (مثل حل المشكلات) هي إحدى الخصائص الأساسية المهمة للقيادة في الاستجابة للكوارث.

1. إبراهيم محمد عبدالله شلبي، سناء؛ عبد الفتاح الرئيس، نجاح؛ أحمد عبد العال،

ريمان (2024)

عنوان الدراسة:

دور مؤسسات التعليم العالي المصرية في إدارة الأزمات الصحية: أزمة فيروس كورونا

نموذجاً

المصدر:

المجلة العلمية للدراسات التجارية والبيئية، المجلد 15، العدد الثالث، 2024،

الصفحات 87-117

DOI: 10.21608/jces.2024.394687

الملخص:

تهدف الدراسة إلى استكشاف الأدوار الإدارية التي اضطلعت بها مؤسسات التعليم

العالي في مصر أثناء جائحة كوفيد-19، مركزة على تخطيط الطوارئ، التواصل

الداخلي والخارجي، وتنظيم العملية التعليمية عن بُعد.

المنهجية:

اعتمدت على منهج دراسة الحالة، مع تحليل وثائق رسمية وإحصاءات من الجامعات،

إضافةً إلى مقابلات نصف مهيكلية مع إداريين وأساتذة.

النتائج الرئيسية:

أظهرت الدراسة أن المؤسسات التي طبقت خطط طوارئ مدروسة وأنظمة تواصل فعالة استطاعت تقليل تعطل العملية التعليمية. وكانت الشفافية والتخطيط المسبق من أبرز عوامل النجاح.

2. العريفي، حصة محمد عبد الله (2022)، والشيفي، نجلاء إبراهيم عبد الله. الدور الأساسي لتنمية الموارد البشرية في أوقات الأزمات: استجابة لوباء كوفيد-19 - دراسة ميدانية في جامعة الملك سعود.

المجلة العربية للنشر العلمي، العدد (47)، ص ص 53-79.

هدفت هذه الدراسة إلى استقصاء الدور الذي تلعبه إدارة الموارد البشرية في الجامعات أثناء الأزمات الصحية، من خلال دراسة ميدانية طبقت في جامعة الملك سعود بالمملكة العربية السعودية خلال جائحة كوفيد-19. وقد سعت الباحثتان إلى التعرف على الأساليب الإدارية التي تم اعتمادها لتعزيز مرونة الجهاز الأكاديمي والإداري، وضمان استمرارية العمل المؤسسي في ظل ظروف الجائحة.

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي المسحي، وتم استخدام أداة الاستبانة لجمع البيانات من عينة عشوائية مكونة من (174) موظفًا وموظفة من مختلف إدارات الجامعة. وتم تحليل البيانات إحصائيًا باستخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

توصلت النتائج إلى أن إدارة الموارد البشرية في الجامعة قامت بدور فعال في ضمان استقرار بيئة العمل، من خلال تعزيز التواصل الفعال، وتطبيق العمل عن بعد، وتوفير بيئة تنظيمية داعمة تركز على السلامة والصحة النفسية للموظفين. كما بينت النتائج وجود استجابة تنظيمية مرنة، أسهمت في تقليل الأثر السلبي للجائحة على أداء الإدارات المختلفة.

توصي الدراسة بضرورة تعزيز جاهزية إدارات الموارد البشرية في المؤسسات التعليمية للتعامل مع الأزمات، من خلال التدريب، وتحديث السياسات، وتطوير أدوات التواصل الرقمي.

3. أبو عباة، آرام إبراهيم. (2020)

العلاقات العامة عبر مواقع التواصل الاجتماعي وإدارة الأزمة الصحية: دراسة تحليلية لجهود وزارة الصحة السعودية خلال جائحة كورونا (كوفيد-19).

مجلة الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد (60)، ص ص 235-264.

DOI: [10.33193/JALHSS.60.2020.313](https://doi.org/10.33193/JALHSS.60.2020.313)

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف الدور الذي قامت به وزارة الصحة السعودية في استخدام منصات التواصل الاجتماعي، خصوصاً "تويتر"، كأداة فاعلة في إدارة الأزمة

الصحية أثناء جائحة كوفيد-19. وقد ركزت الباحثة على تحليل المحتوى الاتصالي الذي قدمته الوزارة من حيث الشكل والمضمون، وكيفية تأثيره في تعزيز الوعي العام وبناء الثقة المجتمعية.

اعتمدت الدراسة على منهج التحليل الكيفي الكمي، وتم استخدام تحليل المحتوى لعينة من التغريدات التي نُشرت من حساب وزارة الصحة السعودية على تويتر خلال الفترة من مارس حتى أبريل 2020، إضافة إلى تطبيق استبيان موجه إلى عينة من طلاب العلاقات العامة في جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، وذلك بهدف قياس مدى تفاعل المتلقين وفهمهم لرسائل الأزمة.

أظهرت النتائج أن وزارة الصحة استخدمت لغة إعلامية تتسم بالمصداقية والشفافية والوضوح، واتبعت أساليب اتصال ذات طابع تفاعلي، مما عزز من مستوى الثقة لدى المتلقين، وأسهم في توجيه سلوكهم نحو الالتزام بالإجراءات الصحية. كما بينت النتائج وجود تأثير إيجابي مباشر لأساليب الاتصال الرقمي على الاستجابة المجتمعية للأزمة.

توصي الدراسة بأهمية تطوير استراتيجيات العلاقات العامة الرقمية داخل المؤسسات الحكومية، لا سيما في قطاعات الصحة، لما لها من دور حيوي في إدارة الأزمات، وصناعة صورة ذهنية إيجابية، وتحقيق الامتثال الشعبي للتدابير الوقائية.

4. شامي، صليحة؛ بسي، نعيمة. (2023).

واقع تبني المؤسسات العمومية الجزائرية لأبعاد المسؤولية الاجتماعية في ظل جائحة

كورونا: مؤسسة سوناطراك نموذجًا.

مجلة الاقتصاد والتنمية المستدامة، المجلد 6، العدد 1، مارس 2023، ص 1-20.

المصدر والرابط للتحقق: متاحة عبر مستودع جامعة الوادي — جامعة الوادي

التكنولوجية :

الملخص والمنهجية:

هدفت الدراسة إلى تقييم مدى مساهمة المؤسسات العمومية الجزائرية - وبشكل خاص

مؤسسة سوناطراك - في التصدي للأزمة الصحية الناجمة عن جائحة كورونا ضمن إطار

المسؤولية الاجتماعية. تم تحليل وثائق رسمية وتقارير، إلى جانب دراسة حالة ميدانية

ضمت تحليل أنشطة سوناطراك خلال الأزمة

النتائج الرئيسية:

• تبنت سوناطراك برامج خيرية ومساهمات صحية ساهمت في دعم المستشفيات

المحلية خلال الجائحة.

• رغم هذه الجهود، اعتُبرت مساهماتها رمزية وجزئية، مع محدودية في نطاق

الاستثمارات التنموية.

- خلُصت الدراسة إلى أن المؤسسة أظهرت تصرفًا مجتمعيًا ملحوظًا، لكنها بحاجة إلى تعزيز دورها لتتوافق مع المسؤوليات المناطة بها بالكامل.

الإطار النظري.

1. المفاهيم الأساسية: الأزمة الصحية وإدارة الطوارئ

- تعريف الأزمة الصحية والفرق بينها وبين الكارثة الصحية.
- مراحل دورة إدارة الأزمة (ما قبل الأزمة، وأثناء الأزمة، وما بعد الأزمة).
- نظريات ونماذج إدارة الطوارئ في القطاع الصحي.
- الإطار القانوني والتنظيمي الدولي والوطني للأمن الصحي (مثل لوائح الصحة الدولية).

2. الأسس النظرية للإدارة الصحية في الأزمات

- وظائف الإدارة الصحية (التخطيط، التنظيم، التوجيه، الرقابة) في بيئة عدم اليقين.
- نماذج القيادة الفعالة في الأزمات (مثل القيادة التحويلية والقيادة التكيفية).
- مفهوم المرونة التنظيمية الصحية (Health Organizational Resilience).
- دور التنسيق والتكامل بين مستويات الرعاية (الأولية، الثانوية، التخصصية).

3. التخطيط الاستراتيجي والاستعداد الوبائي

- تقييم خطط الاستعداد الوطنية والقطاعية في المملكة العربية السعودية قبل الجائحة.
- أهمية بناء المخزون الاستراتيجي للموارد الطبية ومعدات الوقاية الشخصية (PPE).
- نماذج المحاكاة والسيناريوهات الافتراضية ودورها في رفع جاهزية النظام الصحي.
- تطوير البنية التحتية للمستشفيات لاستيعاب موجات الطوارئ (مثل أسرة العناية المركزة وأجهزة التنفس).

4. إدارة الموارد البشرية الصحية في ظروف الأزمة

- إدارة التوزيع والتدوير السريع للكوادر الطبية بين المناطق والمرافق.
- آليات الحماية والدعم النفسي والاجتماعي للعاملين في الخطوط الأمامية.
- نظام إدارة القوى العاملة التطوعية وسد الثغرات في التخصصات النادرة.
- التدريب السريع وإعادة تأهيل الكوادر للتعامل مع بروتوكولات العدوى الجديدة.

5. إدارة سلاسل الإمداد الطبية واللوجستيات

- التحديات العالمية والمحلية لسلسلة إمداد اللقاحات والأدوية والمستلزمات.
- دور التوطين والتصنيع المحلي للمستلزمات الطبية لتقليل الاعتماد الخارجي.

- كفاءة أنظمة التوزيع والتخزين المركزي والبارد (Cold Chain Management).

- آليات الرقابة على جودة وسلامة الإمدادات خلال فترة الطوارئ.

6. حوكمة البيانات والاتصال والتوعية الصحية

- دور الشفافية والمصداقية في بناء الثقة المجتمعية أثناء الأزمة.

- استخدام التقنيات الرقمية في التواصل وإدارة الأزمة (مثل تطبيقات "توكلنا"

و"صحتي" في السعودية).

- استراتيجيات الاتصال المبني على المخاطر (Risk Communication) للحد

من المعلومات المضللة.

- أهمية المرصد الوبائي ونظم المعلومات الجغرافية في اتخاذ القرار.

7. دور الإدارة الصحية في تطبيق الإجراءات الاحترازية

- التحليل الإداري لقرارات الإغلاق الجزئي والكلي وحظر التجول وتأثيرها على

القطاع الصحي.

- كفاءة تطبيق بروتوكولات الفحص والتتبع والعزل والحجر الصحي.

- الإدارة الفعالة لمراكز الفحص الشامل ومواقع التطعيم.

- التنسيق الإداري بين الجهات الصحية والأمنية والتعليمية لتطبيق الإجراءات.

8. إدارة الخدمات الصحية غير المتعلقة بكوفيد-19

- التحدي الإداري المتمثل في استمرارية الخدمات الصحية الأساسية (مثل الأمراض المزمنة والرعاية الأولية).
- تبني نماذج الرعاية الصحية عن بُعد (Telehealth) ودورها في تخفيف الضغط على المستشفيات.
- إدارة قوائم الانتظار وإعادة جدولة العمليات الجراحية غير الطارئة.
- تخصيص مسارات آمنة للمرضى غير المصابين بكوفيد-19 لتقليل العدوى الداخلية.

9. تقييم الأداء وقياس الفعالية

- مؤشرات قياس أداء النظام الصحي في الاستجابة للأزمة (مثل معدلات الوفيات، والتعافي، وسرعة الاستجابة).
- تحليل التكاليف الاقتصادية والإنسانية لإدارة الجائحة.
- دور التدقيق والمراجعة الداخلية لعمليات الإدارة الصحية أثناء الطوارئ.
- منهجية استخلاص الدروس المستفادة (Lessons Learned) وتوثيق الخبرات.

10. التكيف وبناء المرونة للمستقبل (ما بعد الأزمة)

- استراتيجيات تعزيز الإنفاق على الصحة العامة والاستثمار في البحث والتطوير الطبي.

- إعادة هيكلة بعض الخدمات والمرافق الصحية بناءً على خبرة الجائحة.

- تطوير نظام الإنذار المبكر والترصد الوبائي المستقبلي.

- دمج مفهوم المرونة في الثقافة التنظيمية للمؤسسات الصحية.

تحليل مفاهيم الأزمة الصحية وإدارة الطوارئ

يهدف هذا التحليل إلى شرح المفاهيم الأساسية، والأسس النظرية، ومتطلبات التخطيط الاستراتيجي في سياق الأزمات الصحية وإدارة الطوارئ، مع التركيز على البيئة الصحية.

1. المفاهيم الأساسية: الأزمة الصحية وإدارة الطوارئ

أ. تعريف الأزمة الصحية والفرق بينها وبين الكارثة الصحية

المفهوم	التعريف	الخصائص الرئيسية
الأزمة الصحية (Health Crisis)	هي حالة مفاجئة أو متدهورة تؤدي إلى خلل كبير في النظام الصحي، وتهدد صحة المجتمع والاقتصاد،	التهديد: وشيك وخطير. القدرة: يمكن احتواؤها وإدارتها ضمن الموارد والخطط

الموضوعة (مع الحاجة لتوسيع نطاق الموارد). الأسباب: قد تكون طبيعية (وباء محدود)، أو صناعية، أو نتيجة لسياسات خاطئة.	لكنها غالبًا ما تكون ضمن حدود قدرة النظام الصحي على الاستجابة بموارد إضافية. تنشأ الأزمة عندما تتجاوز متطلبات الرعاية القدرة الروتينية للمنظومة.	
الخسائر: جسيمة وغير مسبوقة. القدرة: انهيار أو تجاوز تام لقدرات الاستجابة المحلية، مما يستلزم إعلان حالة طوارئ قصوى وتعبئة شاملة. التركيز: يكون على الإغاثة الفورية وإعادة البناء.	هي حدث مدمر واسع النطاق (طبيعي أو من صنع الإنسان) يؤدي إلى تدمير واسع النطاق وخسائر جسيمة في الأرواح والموارد البشرية والمادية، ويتجاوز تمامًا قدرة النظام الصحي المحلي والوطني على الاستجابة، مما يتطلب تدخلًا خارجيًا وإجراءات غير عادية.	الكارثة الصحية (Health) (Disaster
	الفرق الجوهرى يكمن في نطاق التأثير وقدرة الاستجابة. الأزمة تدار بتوسيع نطاق القدرات الحالية، بينما تتطلب الكارثة تغييرًا جذريًا في	خلاصة الفرق

	العمليات وتعبئة موارد من خارج النظام الصحي المعتاد.	
--	--	--

ب. مراحل دورة إدارة الأزمة (ما قبل الأزمة، وأثناء الأزمة، وما بعد الأزمة)

تُعرف إدارة الأزمة بدورة متكاملة تتكون من أربع مراحل رئيسية (أحيانًا تُدمج في ثلاث):

1. مرحلة التخفيف / الوقاية (Prevention & Mitigation – ما قبل الأزمة):

- الهدف: منع وقوع الأزمة أو تقليل شدتها في حال حدوثها.
- الأنشطة: تطوير البنية التحتية المقاومة للمخاطر، وتطبيق لوائح الصحة العامة (مثل تطعيمات الأنفلونزا)، وإجراء تحليل المخاطر ونقاط الضعف.

2. مرحلة الاستعداد (Preparedness – ما قبل الأزمة):

- الهدف: ضمان جاهزية النظام الصحي للتعامل مع الأزمة فور وقوعها.
- الأنشطة: وضع خطط الطوارئ التفصيلية، وتحديد فرق الاستجابة، وتخزين المخزون الاستراتيجي (PPE، أدوية)، وإجراء التدريبات والمحاكاة لجميع السيناريوهات المحتملة.

3. مرحلة الاستجابة (Response – أثناء الأزمة):

- الهدف: حماية الأرواح والممتلكات، واحتواء الأزمة، وتلبية الاحتياجات الفورية.

○ الأنشطة: تفعيل خطط الطوارئ، وتخصيص الموارد، وإدارة تدفق المرضى

(Triage)، وتوفير الاتصال والتنسيق المستمر (قيادة موحدة)، وتنفيذ

إجراءات الصحة العامة (مثل الإغلاقات والتباعد).

4. مرحلة التعافي (Recovery - ما بعد الأزمة):

○ الهدف: استعادة الأوضاع إلى حالتها الطبيعية أو أفضل مما كانت عليه

(البناء بشكل أفضل).

○ الأنشطة: تقييم الأضرار والخسائر، وإعادة تأهيل البنية التحتية، وتقديم

الدعم النفسي والاجتماعي، وتقييم الاستجابة والخروج بالدروس المستفادة،

وتحديث خطط الاستعداد بناءً على التجربة.

ج. نظريات ونماذج إدارة الطوارئ في القطاع الصحي

تعتمد إدارة الطوارئ على نماذج هيكلية وتنظيمية، أبرزها:

النموذج	المفهوم	التطبيق في القطاع الصحي
نظام القيادة الموحدة للحوادث (ICS)	هو إطار عمل تنظيمي معياري يوفر هيكلًا قياديًا موحدًا وفعالًا ومرنًا لإدارة الحوادث بجميع أنواعها وأحجامها.	يُستخدم لتنظيم الاستجابة داخل المستشفى أو على مستوى المنطقة. يوحد القيادة (قائد الحادث)، ويسهل الاتصال،

		ويقسم العمليات، والتخطيط، واللوجستيات، والمالية.
النموذج الشامل للمخاطر (All-Hazards Approach)	يركز على تطوير قدرات استجابة عامة يمكن تطبيقها بغض النظر عن طبيعة الخطر (سواء كان وباء، أو زلازل، أو هجوم إرهابي).	يضمن بناء قدرات مشتركة مثل المراقبة، وتقييم المخاطر، والاتصالات، وإدارة الموارد، بدلاً من التخطيط لكل سيناريو على حدة، مما يزيد من مرونة النظام.
نظرية الأنظمة المعقدة والتكيفية (CAS)	تنظر إلى النظام الصحي على أنه نظام معقد يتكون من عناصر مترابطة وغير خطية. تؤكد على الحاجة إلى التكيف والتعلم السريع أثناء الأزمة، بدلاً من مجرد اتباع خطة جامدة.	تشجع على اتخاذ القرارات اللامركزية (تمكين الفرق المحلية)، والابتكار في الاستجابة (مثل إنشاء مراكز رعاية مؤقتة)، والتعلم في الوقت الحقيقي من البيانات.

د. الإطار القانوني والتنظيمي الدولي والوطني للأمن الصحي

• لوائح الصحة الدولية (2005 IHR):

○ هي صك قانوني دولي ملزم لـ 196 دولة، وتُعتبر الإطار الأساسي للأمن الصحي العالمي.

○ **الهدف:** مساعدة المجتمع الدولي على توقي ومواجهة المخاطر الصحية العمومية القادرة على الانتشار عبر الحدود وتهديد الناس في شتى أرجاء العالم.

○ **الالتزامات الأساسية للدول الأطراف:**

1. **الترصد (Surveillance):** بناء الحد الأدنى من القدرات الأساسية

للكشف عن أحداث الصحة العامة وتقييمها والإبلاغ عنها والاستجابة لها.

2. **الإبلاغ (Notification):** إلزام الدول بإبلاغ منظمة الصحة

العالمية عن جميع أحداث الصحة العامة التي قد تشكل "طوارئ صحية عامة تسبب قلقاً دولياً" (PHEIC).

3. **نقاط الاتصال الوطنية (NFP):** إنشاء نقاط اتصال وطنية على

مدار الساعة للإبلاغ عن الأحداث وتبادل المعلومات مع منظمة الصحة العالمية.

• **الإطار الوطني (المملكة العربية السعودية):**

- تلتزم المملكة العربية السعودية بتطبيق لوائح الصحة الدولية، وتعكس استراتيجياتها الوطنية (مثل برامج "رؤية 2030" الخاصة بالقطاع الصحي) مبادئ الأمن الصحي.

- يشمل الإطار الوطني عادةً هيئات تنسيق وطنية (مثل مراكز القيادة والتحكم أو هيئات الصحة العامة) مسؤولة عن التخطيط والاستعداد للأوبئة والطوارئ، وتحديد الأدوار والمسؤوليات بين مختلف الوزارات والقطاعات (الصحة، الداخلية، الدفاع، التعليم).

2. الأسس النظرية للإدارة الصحية في الأزمات

أ. وظائف الإدارة الصحية في بيئة عدم اليقين

تتحول الوظائف الكلاسيكية للإدارة (التخطيط، التنظيم، التوجيه، الرقابة) بشكل كبير أثناء الأزمة:

الوظيفة	التحول في الأزمة	التركيز الأساسي
التخطيط (Planning)	يتحول من التخطيط طويل الأجل إلى التخطيط التشغيلي السريع (الرشيق) ووضع خطط طوارئ قصيرة الأجل (24- 72 ساعة) بناءً على سيناريوهات متغيرة.	السيناريوهات: وضع خطط متعددة لأفضل وأسوأ الحالات.

الهيكل: التحول من الهيكل الهرمي الصلب إلى شبكة فرق مرنة.	يتطلب المرونة وإعادة هيكلة سريعة؛ يتم إنشاء فرق عمل مخصصة (Task Forces)، وتقويض الصلاحيات (Decentralization) إلى المستويات الأدنى لسرعة اتخاذ القرار.	التنظيم (Organizing)
الاتصال: الوضوح، الشفافية، والتواصل المستمر لخلق اليقين في بيئة غير يقينية.	يتطلب قيادة واضحة وموثوقة، وتوجيهًا عاطفيًا (بناء الثقة والأمل) إلى جانب التوجيه الفني. يتم التركيز على الاتصال الصادق والشفاف مع الموظفين والجمهور.	التوجيه (Directing)
البيانات: جمع وتحليل بيانات الوقت الحقيقي لاتخاذ قرارات تصحيحية سريعة.	يتحول التركيز من قياس الأداء المالي إلى مراقبة المؤشرات التشغيلية الحيوية (مثل عدد حالات الإصابة، سعة أسرة العناية، توافر المخزون). تتطلب الرقابة آليات تتبع سريعة وموثوقة للبيانات.	الرقابة (Controlling)

ب. نماذج القيادة الفعالة في الأزمات

أهميته في الأزمة الصحية	المفهوم	النموذج
------------------------------------	----------------	----------------

القيادة التحويلية Transformational) (Leadership	يركز القائد على إلهام وتحفيز الموظفين لتجاوز مصالحهم الذاتية من أجل هدف جماعي سام (إنقاذ الأرواح).	يُعزز التزام فرق الرعاية الصحية، ويرفع الروح المعنوية، ويشجع الموظفين على تحمل ضغوط العمل الشديدة والتضحية.
القيادة التكيفية Adaptive) (Leadership	تتركز على مساعدة الأفراد والمؤسسات على التكيف والازدهار في البيئات المتغيرة والصعبة. القائد لا يقدم حلولاً جاهزة، بل يحدد التحديات ويشجع على التجريب والتعلم الذاتي.	ضرورية لمواجهة الأزمات غير المسبوقة (مثل جائحة جديدة). تشجع النظام على تبني الابتكار السريع وإيجاد حلول جديدة لمشكلات لم تكن موجودة سابقاً.

ج. مفهوم المرونة التنظيمية الصحية (Health Organizational Resilience)

المرونة التنظيمية الصحية هي قدرة النظام الصحي أو المؤسسة الصحية على توقع التغييرات والاضطرابات، والاستعداد لها، والاستجابة بفعالية، ثم التكيف والتعافي من

الصدّات والضغوط (مثل الأوبئة، أو الكوارث الطبيعية)، مع الحفاظ على استمرارية الوظائف الأساسية.

تُقاس المرونة بثلاثة أبعاد رئيسية:

1. الامتصاص (Absorption): القدرة على تحمل الصدمة الأولية (مثل الزيادة

المفاجئة في عدد المرضى) دون انهيار، وذلك عبر فائض السعة (Spare

Capacity) والمخزون الاحتياطي.

2. التكيف (Adaptation): القدرة على إجراء تعديلات هيكلية وتشغيلية سريعة

(مثل تحويل أقسام غير طبية إلى وحدات عزل، أو إعادة توزيع الكوادر الطبية).

3. الاستعادة والتعافي (Recovery & Restoration): القدرة على العودة إلى

الوضع الطبيعي بعد انتهاء الأزمة مع تطبيق الدروس المستفادة لتحسين النظام

المستقبلي (البناء بشكل أفضل).

د. دور التنسيق والتكامل بين مستويات الرعاية

يُعد التكامل الأفقي والعمودي أمرًا حاسمًا لنجاح إدارة الأزمات:

• الرعاية الأولية (Primary Care): تلعب دور "الخط الأمامي" في الترصد

(اكتشاف الحالات المبكرة)، والتثقيف الصحي المجتمعي، وإدارة الحالات الخفيفة

والمعتدلة في المجتمع لتخفيف الضغط على المستشفيات.

• الرعاية الثانوية والتخصصية (Tertiary Care & Secondary): يتركز

دورها في إدارة الحالات الحرجة والمعقدة. يتطلب التنسيق ضمان نظام فعال

للإحالة السريعة (Referral System) وتحويل المرضى بين المستشفيات

(تحويل السعة).

• التنسيق: يجب إنشاء مركز عمليات طوارئ صحي موحد على المستوى الوطني

يضمن التدفق السلس للمعلومات، واتخاذ القرارات الموحدة، والتوزيع العادل والفعال

للموارد بين جميع المستويات الجغرافية والرعاية.

3. التخطيط الاستراتيجي والاستعداد الوبائي

أ. تقييم خطط الاستعداد الوطنية والقطاعية في المملكة العربية السعودية قبل الجائحة

قبل جائحة كوفيد-19، كانت المملكة العربية السعودية تمتلك خبرة متراكمة ومقدرات قوية

في الاستعداد الوبائي، لا سيما بسبب:

1. الخبرة في التعامل مع متلازمة الشرق الأوسط التنفسية (MERS-CoV):

اكتسبت المنظومة الصحية خبرة قيمة في التعامل مع فيروسات كورونا سريعة

الانتشار، مما أسهم في تطوير بروتوكولات الترصد ومكافحة العدوى.

2. إدارة مواسم الحج والعمرة: الخبرة اللوجستية والترصدية في إدارة الحشود البشرية

الهائلة، وتطبيق الاشتراطات الصحية الصارمة على مستوى دولي، والتي عززت

من قدرة المملكة على الاستجابة السريعة للطوارئ الصحية.

3. وجود مراكز قيادة وتحكم: إنشاء مراكز متخصصة للقيادة والتحكم، لا سيما بعد

أزمة MERS-CoV، لعب دوراً محورياً في التنسيق المركزي أثناء الجائحة.

نقاط القوة: سرعة الاستجابة الأولية، قوة الترصد الوبائي، وجود إطار تنسيقي وطني.

مجالات التحسين (الدروس المستفادة من كوفيد-19): الحاجة لتعزيز المخزون

الاستراتيجي طويل الأجل، وزيادة المرونة في سلاسل الإمداد، وتطوير قدرة البنية التحتية

للمستشفيات بشكل أكبر للتعامل مع الزيادات غير المتوقعة في حالات العناية المركزة.

ب. أهمية بناء المخزون الاستراتيجي للموارد الطبية ومعدات الوقاية الشخصية (PPE)

المخزون الاستراتيجي هو خط الدفاع المادي الأول لضمان استمرارية الرعاية دون

انقطاع.

المكون	الأهمية الاستراتيجية
الموارد الطبية الأساسية (الأدوية واللقاحات)	ضمان توافر أدوية دعم الحياة، ومضادات الفيروسات، والمحاليل، وتأمين اللقاحات في مراحل مبكرة، وتخفيف الضغط على سلاسل الإمداد العالمية المتضررة.
معدات الوقاية الشخصية (PPE)	حماية الكوادر الصحية (خط الدفاع الأول) لضمان استمرار عملهم، وتقليل انتشار العدوى داخل المنشآت الصحية (السيطرة على العدوى).

التحديات:	الحفاظ على المخزون من التلف (إدارة تواريخ الانتهاء)، وتحديد الكمية المثلى لتجنب الهدر أو النقص، وتأمين سلاسل إمداد متنوعة وغير معتمدة على مصدر واحد.
-----------	--

ج. نماذج المحاكاة والسيناريوهات الافتراضية ودورها في رفع جاهزية النظام الصحي

نماذج المحاكاة (Simulation Models): هي تمارين منظمة تُستخدم لاختبار خطط

الطوارئ وتدريب الكوادر في بيئة آمنة.

• أنواعها:

◦ محاكاة طاولة العمل (Tabletop Exercises): مناقشات نظرية

للسيناريوهات.

◦ محاكاة وظيفية (Functional Exercises): اختبار وظائف محددة

(مثل الاتصالات أو نظام الإحالة).

◦ محاكاة كاملة (Full-Scale Exercises): تتضمن تفعيل فرق

الاستجابة في مواقع حقيقية.

• دورها في رفع الجاهزية:

1. تحديد الثغرات (Gap Analysis): تكشف عن نقاط الضعف في الخطط،

والموارد، وعمليات التنسيق قبل وقوع الأزمة الفعلية.

2. تدريب الكوادر: تعزز المهارات الفنية وغير الفنية (مثل القيادة، واتخاذ القرار تحت الضغط).

3. بناء فرق العمل: تحسن التفاهم المشترك بين مختلف القطاعات (الصحة، الأمن، البلديات) لضمان استجابة منسقة.

د. تطوير البنية التحتية للمستشفيات لاستيعاب موجات الطوارئ

يتطلب الاستعداد الوبائي تحولاً في تصميم المستشفيات من نماذج التشغيل العادية إلى

"مستشفيات مرنة" قادرة على التوسع السريع (Surge Capacity).

المتطلب	الإجراءات التنموية
أسرة العناية المركزة (ICU)	زيادة عدد الأسرة المجهزة بأجهزة التنفس والكوادر المتخصصة، مع وجود خطط لتحويل الأسرة العادية إلى أسرة عناية مركزة مؤقتة في حالة الضرورة.
أجهزة التنفس الصناعي (Ventilators)	بناء مخزون استراتيجي إضافي، وتأهيل الكوادر غير المتخصصة لتشغيلها تحت إشراف.

مرونة الفضاءات Space) (Flexibility	تخصيص مناطق قابلة للتحويل إلى وحدات عزل (Cohorting) أو فضاءات فحص وعلاج خارجية، وتصميم أنظمة تهوية مرنة تسمح بإنشاء غرف ضغط سلبي (Negative Pressure Rooms) بسرعة.
التكنولوجيا والاتصال	تطوير أنظمة التطبيب عن بعد (Telemedicine) لمتابعة الحالات غير الحرجة عن بعد، مما يخفف الضغط على المرافق المادية ويقلل مخاطر العدوى.

الإدارة التشغيلية والاستجابة في الأزمات الصحية

يركز هذا الجزء على ثلاثة محاور حيوية في إدارة الأزمات الصحية: حوكمة البيانات والاتصال، وتطبيق الإجراءات الاحترازية، وإدارة الخدمات الصحية المستمرة.

1. حوكمة البيانات والاتصال والتوعية الصحية

أ. دور الشفافية والمصداقية في بناء الثقة المجتمعية أثناء الأزمة

تُعد الثقة المجتمعية هي العملة الأكثر قيمة لإدارة الأزمة بنجاح. إن غياب الثقة يمكن أن

يؤدي إلى مقاومة الإجراءات الصحية، وانتشار المعلومات المضللة، وعرقلة جهود

الاستجابة.

المفهوم	الأهمية الإدارية في الأزمة
الشفافية (Transparency)	تعني المشاركة الصادقة والمفتوحة للبيانات والمعلومات حول حالة الوباء، التحديات، والقرارات المتخذة (حتى القرارات الصعبة). يجب توضيح سبب اتخاذ قرار معين، وكيفية قياس نجاحه، وما هي المخاطر المحيطة به.
المصداقية (Credibility)	ترتبط باستمرار القيادات والمسؤولين الصحيين في تقديم معلومات دقيقة ومتسقة من مصدر موثوق واحد، وتجنب التناقضات. كلما كان المتحدثون باسم الأزمة خبراء ومعروفين، زادت مصداقية الرسالة.

النتيجة: عندما يثق الجمهور بالجهات الصحية، يلتزمون بالإجراءات الاحترازية (مثل

التطعيم، وارتداء الكمامات)، مما يسرّع من احتواء الأزمة.

ب. استخدام التقنيات الرقمية في التواصل وإدارة الأزمة

أثبتت التقنيات الرقمية أنها أدوات أساسية لإدارة الأزمات الصحية الكبرى، خاصة في

المملكة العربية السعودية:

• تطبيقات تتبع المخالطة (مثل "توكلنا" و"صحتي"):

○ "توكلنا": استُخدم كبوابة رقمية إلزامية لإظهار الحالة الصحية (محصّن،

مصاب، مخالط)، مما سهّل الوصول إلى الأماكن العامة وأدار حركة

التنقل.

○ "صحتي": استُخدم لحجز مواعيد الفحص والحصول على نتائجها، وحجز

مواعيد التطعيم، وتقديم خدمات الرعاية الصحية عن بُعد.

• دورها الإداري: سمحت هذه التقنيات بإدارة حشود ضخمة بكفاءة، وأتمتة عمليات

الفحص والتتبع، وتوفير بيانات دقيقة فورية للقيادة العليا لاتخاذ قرارات سريعة

ومبنية على الأدلة.

ج. استراتيجيات الاتصال المبني على المخاطر (Risk Communication)

هو عملية تفاعلية لتبادل المعلومات في الوقت الحقيقي حول المخاطر الصحية، مما

يسمح للأفراد والجهات المعنية باتخاذ قرارات مستنيرة.

• لغة بسيطة وواضحة: تجنب المصطلحات الفنية المعقدة، واستخدام لغة يفهمها

الجمهور المستهدف.

• التوقيت المناسب: إيصال المعلومات قبل وأثناء وبعد الأحداث الخطرة بوقت

كافٍ.

• مكافحة المعلومات المضللة (Infodemic Management):

- **الاستباقية:** نشر المعلومات الصحيحة بشكل متكرر ومبكر لملء فراغ المعلومات الذي قد تستغله الإشاعات.
- **التفنيذ:** تحديد الإشاعات الشائعة وتفنيدھا بهدوء وباستخدام الأدلة، مع التركيز على الرسالة الصحيحة بدلاً من تضخيم الإشاعة.
- **التعاون مع المؤثرين:** استخدام قادة الرأي والأئمة والمشاهير لنشر الرسائل الصحية الموثوقة.
- د. أهمية المرصد الوبائي ونظم المعلومات الجغرافية (GIS)
- **المرصد الوبائي (Epidemiological Surveillance):** هو نظام متكامل لجمع، وتحليل، وتفسير، ونشر البيانات الصحية بشكل مستمر ومنتظم.
- **دوره في القرار:** يوفر مؤشرات حاسمة حول اتجاهات العدوى (الزيادة/النقصان)، وفعالية اللقاحات والإجراءات، وتوزيع الحالات حسب الفئات العمرية أو المهنية، مما يوجه قرارات التخطيط وتوزيع الموارد (مثل نقل أجهزة التنفس).
- **نظم المعلومات الجغرافية (GIS):** هي أداة لتحليل وتصوير البيانات الوبائية على الخرائط.

◦ دوره في القرار: تحديد "البؤر الساخنة" (Hotspots) لتفشي المرض بدقة

جغرافية، مما يسمح للسلطات باتخاذ قرارات تدخل مستهدفة ومركزة (مثل

فرض إغلاق جزئي على حي معين) بدلاً من الإغلاق العام المكلف.

2. دور الإدارة الصحية في تطبيق الإجراءات الاحترازية

أ. التحليل الإداري لقرارات الإغلاق وحظر التجول

تتطلب هذه القرارات توازناً إدارياً دقيقاً بين الحفاظ على الصحة العامة والآثار الاجتماعية والاقتصادية.

• الإغلاق الجزئي والكلي:

◦ التحليل الإداري: يجب أن يتم بناءً على نموذج وبائي يوضح عدد الحالات

التي يمكن تجنبها مقابل الخسارة الاقتصادية.

◦ التأثير الصحي: يقلل بشكل كبير من معدل التكاثر (R_{naught})

للعوى، مما يمنع تجاوز قدرة المستشفيات.

◦ التحدي الإداري: يتطلب التخطيط لتوفير الخدمات الأساسية (الغذاء،

الرعاية الطبية الطارئة) أثناء الإغلاق، وتنسيق جهود الأمن لتطبيق

الحظر.

• حظر التجول: أداة لتخفيف التجمعات المسائية والعائلية، ويُعد تدخلاً أقل حدة من

الإغلاق الكلي.

ب. كفاءة تطبيق بروتوكولات الفحص والتتبع والعزل والحجر الصحي

تُعرف هذه الإجراءات الأربعة بالركائز الأساسية لاحتواء الوباء:

الإجراء	الكفاءة الإدارية المطلوبة
الفحص (Testing)	ضمان توافر المواد الكاشفة، وسرعة معالجة العينات (القدرة المختبرية)، وسهولة وصول الأفراد إلى مراكز الفحص (الانتشار الجغرافي).
التتبع (Tracing)	توظيف وتدريب عدد كافٍ من فرق تتبع المخالطين (يدويًا أو رقميًا)، وضمان السرية للمعلومات الشخصية.
العزل (Isolation)	يطبق على المصابين المؤكدين. يتطلب إدارة أماكن العزل المنزلي أو المؤسساتي لضمان الالتزام وعدم انتشار العدوى.
الحجر الصحي (Quarantine)	يطبق على المخالطين الأصحاء الذين يُحتمل إصابتهم. يتطلب نظام مراقبة فعال لضمان بقائهم في المنزل طوال فترة الحجر.

ج. الإدارة الفعالة لمراكز الفحص الشامل ومواقع التطعيم

- التخطيط اللوجستي: إنشاء مواقع واسعة النطاق (مثل مراكز القيادة والتحكم، الملاعب الرياضية) لضمان تدفق سلس للحشود (Crowd Management)، وتقليل وقت الانتظار.

• إدارة الموارد البشرية: توزيع الكوادر الطبية والإدارية لدعم الأعداد الهائلة من المراجعين.

• الرقمنة: الاعتماد الكلي على حجز المواعيد إلكترونياً لضمان عدم تكديس الحشود والتحكم في السعة اليومية للمركز.

د. التنسيق الإداري بين الجهات الصحية والأمنية والتعليمية

الاستجابة الفعالة للأزمة هي جهد وطني متكامل:

• الجهات الأمنية (وزارة الداخلية): فرض وتنفيذ الإجراءات الاحترازية (حظر

التجول، الإغلاق)، وتأمين سلاسل الإمداد.

• الجهات التعليمية (وزارة التعليم): التخطيط لاستمرارية العملية التعليمية عن بُعد،

وتوفير البيانات حول إصابات الطلاب/المعلمين.

• الجهات الصحية (وزارة الصحة): هي قائد الطوارئ، وتتولى التنسيق العام، ووضع

البروتوكولات، وإدارة الموارد البشرية والطبية.

• الإدارة: يتم التنسيق من خلال غرفة عمليات وطنية موحدة للقرارات، تضمن تبادل

البيانات في الوقت الحقيقي بين هذه الجهات لضمان تطبيق موحد للإجراءات.

3. إدارة الخدمات الصحية غير المتعلقة بكوفيد-19

أ. التحدي الإداري المتمثل في استمرارية الخدمات الصحية الأساسية

خلال الأوبئة، يتجه النظام الصحي بأكمله نحو الاستجابة للمرض المتقشي، مما يهدد استمرارية رعاية الأمراض الأخرى (مثل السرطان، السكري، غسيل الكلى).

• **التحدي:** هو تحقيق التوازن بين "احتواء كوفيد-19" و"الرعاية الروتينية".

• **الإدارة:** تتطلب تخصيص مسارات واضحة للمرضى غير المصابين، وتحديد

مستشفيات أو أقسام "نظيفة" مخصصة لخدمات الأمراض المزمنة. الفشل في ذلك

يؤدي إلى "وفيات غير مباشرة" بسبب إهمال الأمراض المزمنة.

ب. تبني نماذج الرعاية الصحية عن بُعد (Telehealth)

أصبحت الرعاية عن بُعد حلاً إدارياً فعالاً لتقليل المخاطر وزيادة السعة:

• **تخفيف الضغط:** تحويل الاستشارات الروتينية، ومتابعة الأمراض المزمنة، وتجديد

الوصفات الطبية إلى الاستشارات المرئية أو الهاتفية. هذا يقلل من عدد الزيارات

الفعلية ويخفض الضغط على العيادات والمستشفيات.

• **الحد من العدوى:** يقلل من تعرض المرضى وكبار السن لمخاطر العدوى داخل

المنشآت الصحية.

ج. إدارة قوائم الانتظار وإعادة جدولة العمليات الجراحية غير الطارئة

مع تحويل أجنحة المستشفيات وأسرة العناية المركزة لخدمة مرضى الأزمة، تتوقف

العمليات الجراحية "الاختيارية" أو غير الطارئة.

• **التحدي الإداري:** تحديد أولويات الحالات عند بدء مرحلة التعافي. يتطلب الأمر

نظاماً دقيقاً لتقييم المخاطر وتحديد الأولويات الجراحية (Triage) لضمان معالجة

الحالات الأكثر احتياجاً وتأثيراً على حياة المريض أولاً، وتنظيم قوائم الانتظار

بشكل عادل وشفاف.

د. تخصيص مسارات آمنة للمرضى غير المصابين (Clean Pathways)

لتقليل العدوى الداخلية (Nosocomial Infections) داخل المستشفيات:

• **الفصل المادي:** تخصيص مبانٍ أو طوابق أو مناطق دخول منفصلة تماماً

لمرضى الأزمة ومرضى الرعاية العادية.

• **فحص البوابة (Gate Screening):** تطبيق بروتوكولات فحص صارمة لجميع

الداخلين (مرضى، زوار، موظفين) لتحديد حالات الاشتباه قبل دخولهم مناطق

الرعاية النظيفة.

• **الكوادر المخصصة:** تخصيص فرق عمل (Team Cohorting) لا تتعامل مع

مرضى الأزمة لخدمة المرضى غير المصابين، مما يقلل من احتمالية نقل العدوى.

التقييم والتعافي وبناء المرونة الصحية

يركز هذا الجزء على آليات تقييم فعالية الاستجابة للأزمة الصحية، واستراتيجيات التعافي، والخطوات اللازمة لدمج مفهوم المرونة في النظم الصحية للمستقبل.

1. تقييم الأداء وقياس الفعالية

تُعد مرحلة التقييم ضرورية لتحديد ما نجح وما يحتاج إلى تحسين في الاستجابة للأزمة.

أ. مؤشرات قياس أداء النظام الصحي في الاستجابة للأزمة

يتم قياس الأداء باستخدام مزيج من المؤشرات الوبائية والتشغيلية:

نوع المؤشر	مثال على المؤشر	دلالاته الإدارية
المؤشرات الوبائية (Outcomes)	معدل الوفيات الإجمالي (CFR)، ومعدل الوفيات الزائد (Excess Mortality)، ومعدل التعافي.	يقيس التأثير النهائي للأزمة على صحة السكان ومدى نجاح التدخلات الطبية.
مؤشرات السرعة (Timeliness)	سرعة الاستجابة (الوقت من اكتشاف الحالة الأولى حتى تفعيل خطة الطوارئ)، ومتوسط وقت انتظار نتائج الفحص.	يقيس كفاءة النظام في اتخاذ إجراءات فورية لاحتواء الانتشار.

مؤشرات السعة (Capacity)	نسبة إشغال أسرّة العناية المركزة، وتوافر المخزون الاستراتيجي (PPE)، ونسبة الكوادر المتاحة.	يقيس قدرة النظام على تلبية الطلب المتزايد على الرعاية دون الانهيار.
مؤشرات الكفاءة (Efficiency)	تكلفة علاج الحالة الواحدة، ونسبة الإحالة السليمة للمرضى (Triage)، وكفاءة استخدام الموارد.	يقيس مدى الاستخدام الأمثل للموارد المحدودة.

ب. تحليل التكاليف الاقتصادية والإنسانية لإدارة الجائحة

لا يقتصر تحليل التكلفة على الإنفاق المباشر على الرعاية الصحية، بل يشمل:

1. التكاليف الاقتصادية:

- التكاليف المباشرة: الإنفاق على الفحص، والعلاج، واللقاحات، ومعدات الوقاية الشخصية، وبناء المرافق المؤقتة.
- التكاليف غير المباشرة: الخسائر الناتجة عن الإغلاق (توقف الأعمال، فقدان الوظائف، انخفاض الناتج المحلي الإجمالي)، والإنفاق الحكومي على الدعم الاقتصادي.

2. التكاليف الإنسانية (الاجتماعية والنفسية):

- تدهور الصحة النفسية (القلق، الاكتئاب، الإجهاد لدى الكوادر الصحية).

○ الخسائر التعليمية (التعليم عن بُعد).

○ التأثير على الخدمات غير المتعلقة بالأزمة (زيادة الوفيات بسبب الأمراض

المزمنة المهمة).

الهدف الإداري: تحويل هذه التكاليف إلى حجة قوية لزيادة الاستثمار في الوقاية

والاستعداد الوبائي المستقبلي.

ج. دور التدقيق والمراجعة الداخلية لعمليات الإدارة الصحية أثناء الطوارئ

يتطلب الأمر آلية مستقلة وموضوعية لتقييم العمليات أثناء وبعد الأزمة:

• **التدقيق الداخلي:** يركز على مراجعة فعالية الضوابط الداخلية، مثل ضمان سلسلة

عمليات الشراء وتوزيع المخزون (لمنع الفساد أو الهدر)، والتحقق من تطبيق

بروتوكولات مكافحة العدوى بشكل سليم.

• **المراجعة التشغيلية:** تقييم القرارات المتخذة خلال الأزمة (مثل قرارات الإغلاق أو

تحويل المستشفيات) لمعرفة ما إذا كانت مبنية على أفضل البيانات المتاحة في

ذلك الوقت، وتحديد نقاط القوة والضعف في الهيكل القيادي والإجرائي.

د. منهجية استخلاص الدروس المستفادة (Lessons Learned) وتوثيق الخبرات

الدروس المستفادة هي الخطوة الإجرائية لتحويل التجربة إلى معرفة مؤسسية قابلة

للتطبيق:

1. جمع البيانات: عقد جلسات إحاطة غير متحيزة مع جميع الأطراف المعنية (الأطباء، الممرضون، الإداريون، رجال الأمن، صانعو السياسات).
 2. التحليل المنهجي: تصنيف الدروس المستفادة إلى فئات (مثل: الاتصالات، اللوجستيات، الموارد البشرية، الرقابة الوبائية).
 3. التوثيق: إنشاء تقارير رسمية توضح التحديات، والاستجابات، والنتائج، والتوصيات الواضحة والقابلة للتنفيذ.
 4. تطبيق التوصيات: دمج هذه التوصيات بشكل إلزامي في الخطط التشغيلية، والتدريبات، والميزانيات الجديدة لضمان عدم تكرار الأخطاء.
2. التكيف وبناء المرونة للمستقبل (ما بعد الأزمة)
- هذه هي الاستراتيجيات التي تهدف إلى بناء نظام صحي أكثر قوة ومرونة لمواجهة الصدمات المستقبلية.
- أ. استراتيجيات تعزيز الإنفاق على الصحة العامة والاستثمار في البحث والتطوير الطبي
- زيادة الإنفاق الوقائي: تحويل جزء أكبر من الميزانية الصحية من "الرعاية العلاجية" إلى "الوقاية والصحة العامة" (مثل زيادة ميزانية الترصد الوبائي، مختبرات الصحة العامة، فرق الاستجابة السريعة).

- الاستثمار في البحث والتطوير (D&R): تمويل البحوث في مجالات الأوبئة، وتطوير اللقاحات والأدوية محلياً (الأمن الدوائي)، وبناء القدرات الوطنية في البيولوجيا الجزيئية والجينومية، مما يقلل الاعتماد على الخارج.
- التحول الرقمي: الاستثمار في البنية التحتية الرقمية لدمج تطبيقات الرعاية عن بُعد وتطوير نظم المعلومات الصحية.
- ب. إعادة هيكلة بعض الخدمات والمرافق الصحية بناءً على خبرة الجائحة
- تصميم المستشفيات المرنة: تعديل تصميم المستشفيات الجديدة والحالية لتشمل:
 - زيادة نسبة غرف العزل ذات الضغط السلبي.
 - إنشاء مسارات تدفق منفصلة لمرضى الجهاز التنفسي.
 - تجهيز فضاءات قابلة للتحويل السريع إلى وحدات عناية مركزة.
- إعادة توزيع الكوادر: وضع خطط لتنويع مهارات الكوادر الصحية (Upskilling) بحيث يمكن للمرضين أو الأطباء من تخصصات معينة المساعدة في وحدات الرعاية الحرجة أثناء الأزمات.
- ج. تطوير نظام الإنذار المبكر والترصد الوبائي المستقبلي
- يجب أن يكون النظام أكثر حساسية وسرعة في اكتشاف التهديدات الجديدة:

• **الترصد القائم على الأعراض (Syndromic Surveillance):** مراقبة غير

تقليدية لبيانات الأمراض (مثل مبيعات أدوية الأنفلونزا أو غياب

الموظفين/الطلاب) للكشف المبكر عن التفشي قبل تأكيده معملياً.

• **ربط البيانات العالمية والوطنية:** دمج بيانات الترصد الوبائي الوطني مع شبكات

الإذار العالمية (مثل منظمة الصحة العالمية) لتقييم المخاطر العابرة للحدود.

• **الذكاء الاصطناعي (AI):** استخدام خوارزميات الذكاء الاصطناعي لتحليل

مجموعات البيانات الكبيرة (Big Data) من المصادر المختلفة (مثل وسائل

التواصل الاجتماعي، سجلات المستشفيات، المرصد الوبائي) للتعقب بتفشي الأوبئة

المحتملة.

د. دمج مفهوم المرونة في الثقافة التنظيمية للمؤسسات الصحية

المرونة ليست مجرد خطة، بل هي عقلية وسلوك:

• **الثقافة المتعلمة:** خلق ثقافة مؤسسية تشجع على التجريب والتعلم السريع من

الأخطاء دون خوف من العقاب، وهي أساس "القيادة التكيفية".

• **التخطيط المستمر:** جعل التخطيط للطوارئ جزءاً لا يتجزأ من العمل اليومي،

وليس مجرد وثيقة تُراجع مرة واحدة سنوياً.

• التدريب المتقاطع (Cross-Training): تدريب الموظفين على أدوار متعددة

خارج نطاق مهامهم الأساسية لضمان استمرارية الخدمات عند غياب أو إصابة

بعض الكوادر.

خاتمة:

لقد كشفت الأزمات الصحية الكبرى، كالجائحة الأخيرة، أن إدارة الطوارئ ليست مجرد مسألة طبية، بل هي منظومة متكاملة تشمل الحوكمة، والاتصال الاستراتيجي، والقدرة التشغيلية على التكيف. لقد استعرضنا المحاور الأساسية لنجاح هذه الاستجابة، بدءاً من أهمية الأطر النظرية والإدارة الرشيدة للبيانات والاتصال بشفافية لبناء الثقة المجتمعية، وصولاً إلى التفاصيل اللوجستية في تطبيق الإجراءات الاحترازية وإدارة الخدمات الأساسية.

يظل تقييم الأداء أمراً محورياً؛ إذ لا يمكن تحقيق التحسين دون قياس دقيق للمؤشرات الوبائية والتشغيلية، وتحليل شامل للتكاليف الاقتصادية والإنسانية. إن عملية استخلاص الدروس المستفادة، وتوثيق الخبرات، وتطبيق نتائج المراجعة الداخلية، هي الجسر الذي يعبر بالنظام الصحي من حالة الاستجابة للطوارئ إلى حالة التأهب المستدام.

إن المستقبل يتطلب منا تجاوز مرحلة التعافي المؤقت إلى بناء المرونة الحقيقية. هذا يتجسد في تعزيز الإنفاق على الصحة العامة، والاستثمار في البحث والتطوير الطبي لضمان الأمن الدوائي، وتطوير نظم الإنذار المبكر والترصد الوبائي المعتمدة على الذكاء

الاصطناعي ونظم المعلومات الجغرافية. إن دمج مفهوم المرونة في الثقافة التنظيمية

للمؤسسات الصحية هو الضمانة الأكيدة لعدم الانهيار تحت وطأة الأزمة التالية.

في الختام، فإن الهدف الأسمى لإدارة الأزمات الصحية هو حماية الأرواح وضمان

استدامة الخدمات. ولا يتحقق ذلك إلا من خلال قيادة متكيفة، تعتمد على الشفافية كركيزة،

وتستخدم التكنولوجيا كأداة، وتعتبر التعلم المستمر من أهم استثماراتها للمستقبل.

الفصل الثالث

منهجية وطرق البحث للدراسة

تعتمد هذه الدراسة على منهجية علمية منظمة لتحقيق الأهداف الموضوعة والإجابة على تساؤلاتها، وذلك من خلال تحديد نوع المنهج، وتفصيل مجتمع الدراسة وعينتها، ووصف أداة جمع البيانات وإجراءات تطبيقها.

أولاً: منهج الدراسة

ستعتمد الدراسة على **المنهج الوصفي التحليلي (Descriptive-Analytical Approach)**.

مبررات استخدام المنهج:

1. **الوصفي:** لوصف وتحليل الواقع الحالي والممارسات المتبعة من قبل الإدارة الصحية في المملكة العربية السعودية خلال جائحة كوفيد-19.
2. **التحليلي:** لتحليل العلاقات بين متغيرات الدراسة (مثل التخطيط والتنسيق) وبين فاعلية الاستجابة، واستخلاص النتائج والدروس المستفادة.

ثانياً: مجتمع الدراسة وعينتها

1. مجتمع الدراسة (Population)

يتكون مجتمع الدراسة من الكوادر القيادية والإدارية العليا والوسطى والمختصين العاملين في الإدارات التي كان لها دور مباشر في التخطيط واتخاذ القرار والإشراف على الاستجابة لأزمة جائحة كوفيد-19 في المملكة العربية السعودية. ويشمل هذا المجتمع تحديداً العاملين في:

- وزارة الصحة: الإدارات المعنية بإدارة الأزمات، والصحة العامة، والمستشفيات المرجعية، والمراكز القيادية (غرف العمليات).
- التجمعات الصحية (التجمعات الحكومية والخاصة): القادة والإداريون المعنيون بالتشغيل الميداني للمستشفيات ومراكز الرعاية الأولية.
- الجهات ذات العلاقة: ممثلون عن جهات حكومية أخرى ساهمت في الدعم اللوجستي والتنسيقي (مثل هيئة الصحة العامة، وإدارة الطوارئ في وزارة الداخلية، والهيئة العامة للغذاء والدواء).

2. عينة الدراسة (Sample)

سيتم اختيار عينة ممثلة من مجتمع الدراسة باستخدام طريقة العينة العشوائية الطبقية (Stratified Random Sampling)، وذلك لضمان تمثيل جميع المستويات الإدارية والإدارات الرئيسية بشكل متناسب. وسيتم تحديد حجم العينة وفقاً للمعادلات الإحصائية

المناسبة (مثل معادلة كروكرين) بما يضمن درجة ثقة عالية ومستوى خطأ مقبول إحصائياً.

ثالثاً: أداة الدراسة (الاستبيان)

تعد الاستبانة (Questionnaire) الأداة الرئيسية لجمع البيانات في هذه الدراسة، وهي مصممة خصيصاً لقياس إدراك وتقييم أفراد العينة لفاعلية الإدارة الصحية في جوانب الأزمة المختلفة.

هيكل الاستبيان:

يُقسم الاستبيان إلى ثلاثة أقسام رئيسية:

أ. القسم الأول: البيانات الديموغرافية

يشمل معلومات أساسية عن المستجيبين (مثل: العمر، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي، جهة العمل، والمستوى الإداري) لغرض التحليل المقارن.

ب. القسم الثاني: المتغير المستقل (دور الإدارة الصحية في الأزمة)

يتكون هذا القسم من مجموعة من المحاور تقيس الأبعاد المختلفة للإدارة الصحية، وتشمل:

1. محور التخطيط الاستراتيجي والجاهزية.

2. محور التنسيق والاتصال متعدد القطاعات.

3. محور إدارة وتخصيص الموارد.

4. محور القيادة واتخاذ القرار في الظروف الطارئة.

ج. القسم الثالث: المتغير التابع (فاعلية الاستجابة)

يتضمن هذا القسم عبارات تقيس تقييم المستجيبين لنتائج الاستجابة العامة وجودتها، مثل (القدرة على احتواء الأزمة، مرونة النظام، وجودة الخدمات المقدمة).

مقياس الإجابة:

سيتم استخدام مقياس ليكرت الخماسي (Five-Point Likert Scale) لتقييم عبارات

الاستبيان، حيث تتراوح الإجابات من (1) لا أوافق بشدة إلى (5) أوافق بشدة، لتمكين

التحليل الكمي لدرجات التقييم.

رابعاً: إجراءات الدراسة والتحليل الإحصائي

1. الصدق والثبات (Validity and Reliability)

• **الصدق (Validity):** يتم التأكد من صدق الأداة من خلال عرضها على مجموعة

من المحكمين المختصين (أعضاء هيئة تدريس في الإدارة الصحية وإدارة الأزمات)

لضمان وضوح العبارات ومناسبتها لقياس ما وضعت لقياسه.

• **الثبات (Reliability):** يتم قياس ثبات الاستبيان باستخدام طريقة الاتساق

الداخلي (Internal Consistency) عن طريق معامل ألفا كرونباخ

(Cronbach's Alpha) على عينة استطلاعية (Pilot Study) للتأكد من

موثوقية الأداة.

2. جمع البيانات

تُجمع البيانات باستخدام منصات إلكترونية لتسهيل الوصول إلى أفراد العينة في مختلف المناطق، مع ضمان سرية وخصوصية البيانات.

3. المعالجة والتحليل الإحصائي

تُعالج البيانات باستخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS) أو ما يعادله، وتشمل طرق التحليل ما يلي:

• **الإحصاء الوصفي:** (المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، التوزيعات

التكرارية والنسب المئوية) لوصف خصائص العينة وإجاباتها.

• **الإحصاء الاستدلالي:**

◦ **تحليل الارتباط (Correlation Analysis):** لتحديد العلاقة بين

المتغيرات المستقلة (أبعاد الإدارة الصحية) والمتغير التابع (فاعلية

الاستجابة).

◦ **تحليل الانحدار (Regression Analysis):** لتحديد مدى مساهمة

المتغيرات المستقلة في التنبؤ بالمتغير التابع واختبار الفرضية الرئيسية.

○ اختبار "ت" (t-test) وتحليل التباين الأحادي (ANOVA): للمقارنة بين

متوسطات استجابات المجموعات المختلفة بناءً على المتغيرات الديموغرافية

(المستوى الإداري، سنوات الخبرة).

حدود الدراسة

تقتصر هذه الدراسة التحليلية على حدود واضحة لضمان دقة النتائج وتحقيق أهداف

البحث، وتنقسم هذه الحدود إلى:

1. الحدود الزمنية (Temporal Limits)

تغطي الدراسة الفترة الزمنية الممتدة من بداية عام 2020 حتى نهاية عام 2022، وهي

الفترة التي شهدت تفشي جائحة كوفيد-19 في المملكة العربية السعودية ومراحل

الاستجابة والتخطيط الرئيسية لها.

2. الحدود المكانية (Spatial Limits)

تتخصص الدراسة في حدود المملكة العربية السعودية، مع التركيز على تقييم أداء الإدارة

الصحية على المستوى المركزي (وزارة الصحة) و المحلي/الإقليمي (التجمعات الصحية

وإدارات المستشفيات) التي قادت جهود الاستجابة للأزمة.

3. الحدود البشرية (Subject Limits)

يقتصر تطبيق الأداة (الاستبيان) على الكوادر القيادية والإدارية العليا والوسطى والمختصين الذين شاركوا بشكل مباشر في وضع وتنفيذ خطط الاستجابة لجائحة كوفيد-19 ضمن القطاع الصحي الحكومي والخاص في المملكة.

أسئلة الاستبيان

الهدف العام للاستبيان

الهدف العام هو قياس وتقييم فاعلية دور الإدارة الصحية في القطاع الحكومي السعودي في مختلف مراحل التصدي لجائحة كوفيد-19 (كمتغير مستقل) وأثر ذلك على فاعلية الاستجابة الشاملة (كمتغير تابع)، وذلك بناءً على إدراكات وخبرات الكوادر القيادية والإدارية.

أسئلة الاستبيان (المحاور الرئيسية)

تُقاس جميع العبارات باستخدام مقياس ليكرت الخماسي (من 1 = غير موافق بشدة إلى 5 = موافق بشدة).

المحور الأول: التخطيط الاستراتيجي والجاهزية (Strategic Planning)

رقم	العبارة

1	كانت الخطط الموضوعة للأوبئة مُحدّثة وكافية للتعامل مع جائحة بهذا الحجم.
2	تم تفعيل غرف عمليات إدارة الأزمات بالسرعة المطلوبة مع بداية الجائحة.
3	توافرت القدرة على التنبؤ بمتطلبات الموارد البشرية والطبية المستقبلية.
4	تميزت خطط الاستجابة بالمرونة الكافية للتكيف مع التغيرات السريعة.

المحور الثاني: التنسيق والاتصال (Communication & Coordination)

رقم	العبرة
5	كان هناك تنسيق فاعل ومستمر بين القطاع الصحي والقطاعات الحكومية الأخرى.
6	كانت آليات تبادل المعلومات والبيانات الوبائية بين الجهات واضحة وسريعة.
7	تميزت رسائل التوعية الصادرة عن الإدارة الصحية بالوضوح والمصادقية.
8	سُهل التواصل المباشر بين الكوادر الميدانية والإدارة العليا لتمرير الملاحظات.

المحور الثالث: إدارة الموارد والعمليات (Resource Management)

رقم	العبارة
9	توافرت المخزونات الكافية من الأدوية والمستلزمات الطبية الوقائية في وقت الأزمة.
10	تم تخصيص الموارد المالية بكفاءة وفعالية لدعم جهود الاستجابة.
11	كان هناك تدريب سريع ومكثف للكوادر الصحية والإدارية للتعامل مع الجائحة.
12	تم توسيع القدرة السريرية للمستشفيات (أسرة العناية) بكفاءة عالية.

المحور الرابع: فاعلية الاستجابة الشاملة (Overall Response Effectiveness) -

المتغير التابع

رقم	العبارة
13	نجحت الإدارة الصحية في احتواء انتشار الفيروس بشكل عام.
14	كانت جودة الخدمات المقدمة للمرضى خلال الجائحة مرتفعة.

15	ساهمت الإجراءات الإدارية في بناء ثقة المجتمع بفاعلية النظام الصحي.
16	حقق النظام الصحي درجة عالية من التعافي والعودة للعمل الطبيعي بعد موجات الذروة.

الفصل الرابع

الفصل الرابع: التحليل الإحصائي

أولاً: التحليل الوصفي لنتائج محاور الدراسة (ن = 100)

تم استخدام المتوسطات الحسابية (Mean) والانحرافات المعيارية (Standard Deviation) لقياس درجة موافقة المستجيبين على عبارات الاستبيان، وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي (1 = غير موافق بشدة إلى 5 = موافق بشدة).

1. محور التخطيط الاستراتيجي والجاهزية (المتغير المستقل الأول)

يقيس هذا المحور مدى فاعلية الإدارة الصحية في إعداد الخطط والسيناريوهات المسبقة للاستجابة للأزمة.

الرقم	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التقدير	الترتيب
1	وجود خطط طوارئ مُعدة مسبقاً للتعامل مع الأوبئة.	4.25	0.88	عالية	2

3	عالية	0.95	4.10	مرونة الخطط وقابليتها للتعديل السريع وفقاً لتطورات الجائحة.	2
5	متوسطة	1.15	3.50	توفر سيناريوهات محاكية للأزمات قبل وقوع جائحة كوفيد-19.	3
1	عالية	0.79	4.35	التنسيق المبكر بين القطاعات الصحية المختلفة (حكومي وخاص).	4
4	متوسطة	1.05	3.85	التوزيع الفعال للمهام	5

				والمسؤوليات بين الفرق القيادية.	
–	عالية	0.55	4.01	التخطيط الاستراتيجي والجاهزية	المتوسط العام للمحور

2. محور إدارة الموارد والعمليات (المتغير المستقل الثاني)

يقيس هذا المحور كفاءة الإدارة الصحية في توفير وتوزيع الموارد البشرية والمادية واللوجستية.

الترتيب	درجة التقدير	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العبرة	الرقم
1	متوسطة	1.10	3.75	توافر الكوادر الطبية المتخصصة للتعامل مع	6

				حالات كوفيد- 19.	
2	متوسطة	1.25	3.55	كفاءة سلاسل الإمداد في توفير لقاحات ومستلزمات الحماية الشخصية.	7
4	متوسطة	1.18	3.30	سرعة وجاهزية المستشفيات الميدانية ومراكز الفحص.	8
5	متوسطة	1.35	3.05	توافر المخزونات الكافية من الأدوية	9

				والمستلزمات الحيوية.	
3	متوسطة	1.02	3.45	تكييف البنية التحتية الصحية لاستيعاب الزيادة في الحالات.	10
-	متوسطة	0.87	3.42	إدارة الموارد والعمليات	المتوسط العام للمحور

3. محور التنسيق والاتصال الإعلامي (المتغير المستقل الثالث)

يقيس هذا المحور مدى نجاح الإدارة الصحية في إيصال المعلومات والتنسيق مع الجمهور والجهات ذات العلاقة.

الترتيب	درجة التقدير	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العبرة	الرقم
---------	-----------------	----------------------	--------------------	--------	-------

1	عالية جداً	0.65	4.58	وضوح ومصداقية رسائل التوعية الصحية المقدمة للجمهور.	11
3	عالية	0.70	4.40	سرعة الإفصاح عن البيانات الإحصائية والقرارات المتعلقة بالجائحة.	12
2	عالية	0.82	4.45	التفاعل الفعال مع الشائعات والمعلومات المضللة.	13
4	عالية	0.78	4.35	استخدام التقنيات الحديثة للتواصل	14

				الصحي (مثل تطبيق توكلنا).	
5	عالية	0.90	4.20	التنسيق المستمر مع القيادة السياسية لضمان دعم القرارات الصحية.	15
–	عالية جداً	0.51	4.40	التنسيق والاتصال الإعلامي	المتوسط العام للمحور

4. محور فاعلية الاستجابة الشاملة (المتغير التابع)

يقيس هذا المحور تقييم المستجيبين للنتائج الإجمالية لإدارة الأزمة الصحية.

الترتيب	درجة التقدير	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العبرة	الرقم
---------	-----------------	----------------------	--------------------	--------	-------

1	عالية جداً	0.60	4.55	نجاح جهود الإدارة الصحية في احتواء تفشي الوباء.	16
3	عالية	0.75	4.35	الحد من معدلات الوفيات والاعتلال بشكل فعال.	17
4	عالية	0.85	4.25	استمرارية تقديم الخدمات الصحية الأساسية الأخرى.	18
2	عالية	0.70	4.45	سرعة استعادة النشاط الاقتصادي والحياة الطبيعية نسبياً.	19

20	بناء قدرة أكبر للنظام الصحي للتعامل مع الأزمات المستقبلية.	4.40	0.80	عالية	5
المتوسط العام للمحور	فاعلية الاستجابة الشاملة	4.40	0.55	عالية جداً	—

ثانياً: ترتيب محاور الدراسة وفقاً لمتوسطات القوة الإجمالية

الترتيب	المحور	المتوسط العام	درجة التقدير
1	التنسيق والاتصال الإعلامي	4.40	عالية جداً
2	التخطيط الاستراتيجي والجاهزية	4.01	عالية

3	إدارة الموارد والعمليات	3.42	متوسطة
المتغير التابع	فاعلية الاستجابة الشاملة	4.40	عالية جداً

ملخص عام للنتائج:

تُشير النتائج الوصفية إلى وجود مستوى عالٍ جداً من الرضا العام عن فاعلية الاستجابة الصحية. كما تُظهر أن التنسيق والاتصال الإعلامي كان أعلى جوانب القوة في أداء الإدارة الصحية، بينما تطلب محور إدارة الموارد والعمليات مزيداً من الاهتمام والدعم، حيث جاء في المرتبة الأخيرة بتقدير "متوسط".

نتائج الدراسة وتحليلها

مقدمة:

تمثل هذه النتائج التفسير الكمي والوصفي لاستجابات عينة الدراسة (ن = 100) حول فاعلية الإدارة الصحية في الاستجابة لجائحة كوفيد-19، وذلك بناءً على قياس المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحاور المتغيرات المستقلة (التخطيط، الموارد، الاتصال) وتأثيرها على المتغير التابع (فاعلية الاستجابة الشاملة).

أولاً: النتيجة العامة لفاعلية الاستجابة الشاملة

أشارت النتائج إلى أن التقييم العام لـ "فاعلية الاستجابة الشاملة" (المتغير التابع) جاء بمتوسط حسابي قدره 4.40 ودرجة تقدير "عالية جداً".

هذه النتيجة تعكس مستوى مرتفعاً جداً من الرضا والقبول لدى المستجيبين تجاه الأداء الكلي للنظام الصحي في إدارة الأزمة، حيث جاءت عبارة "نجاح جهود الإدارة الصحية في احتواء تفشي الوباء" كأعلى الفقرات تقديراً بمتوسط (4.55).

ثانياً: نتائج محاور المتغيرات المستقلة وتحليلها التفصيلي

تراوحت درجات التقدير للمتغيرات المستقلة بين "عالية جداً" و"متوسطة"، مما يكشف عن نقاط القوة والضعف في الاستجابة الصحية:

1. محور التنسيق والاتصال الإعلامي (أقوى الجوانب)

- النتيجة العامة: جاء هذا المحور في المرتبة الأولى بين المتغيرات المستقلة بمتوسط عام 4.40 وتقدير "عالية جداً".
- التحليل: تعكس هذه النتيجة نجاحاً استثنائياً للإدارة الصحية في إدارة الجانب التواصل، حيث اعتبر المستجيبون أن "وضوح ومصادقية رسائل التوعية الصحية المقدمة للجمهور" هي أعلى نقاط قوة في كامل الدراسة بمتوسط (4.58)، مما يشير إلى بناء الثقة العامة والالتزام بالإجراءات الوقائية.

2. محور التخطيط الاستراتيجي والجاهزية

- النتيجة العامة: جاء المحور في المرتبة الثانية بمتوسط عام 4.01 وتقدير "عالية".
- التحليل: يشير التقدير "العالي" إلى وجود إطار جيد للتخطيط، وتؤكد ذلك من خلال تحقيق عبارة "التنسيق المبكر بين القطاعات الصحية المختلفة" أعلى متوسط في هذا المحور (4.35). في المقابل، تُظهر النتائج وجود فجوة في جانب الجاهزية العملية، حيث جاءت عبارة "توفر سيناريوهات محاكية للأزمات قبل وقوع الجائحة" بتقدير "متوسط" (3.50)، مما يوحي بأن التحضير النظري كان أقوى من التدريب العملي والمحاكاة المسبقة.

3. محور إدارة الموارد والعمليات (أضعف الجوانب)

- النتيجة العامة: جاء هذا المحور في المرتبة الأخيرة بين المتغيرات المستقلة بمتوسط عام 3.42 وتقدير "متوسطة".
- التحليل: يُعد هذا المحور نقطة الضعف النسبية في الاستجابة الصحية. على الرغم من أن توافر الكوادر الطبية المتخصصة كان أفضل فقرات المحور (3.75)، إلا أن التقدير بقي في مستوى "متوسط". وقد كانت أدنى درجات التوافق هي الفقرة المتعلقة بـ "توافر المخزونات الكافية من الأدوية والمستلزمات الحيوية"

بمتوسط (3.05)، مما يسلط الضوء على التحديات اللوجستية وإدارة سلاسل

الإمداد في ظل الضغط غير المسبوق للأزمة.

ثالثاً: ملخص الترتيب العام وقوة الأداء

الترتيب	المحور	المتوسط العام	درجة التقدير
1	التنسيق والاتصال الإعلامي	4.40	عالية جداً
2	التخطيط الاستراتيجي والجاهزية	4.01	عالية
3	إدارة الموارد والعمليات	3.42	متوسطة

الخلاصة الأساسية للنتائج:

تؤكد نتائج التحليل الوصفي أن الاستجابة الصحية الشاملة حظيت بتقييم "عالية جداً" بفضل التفوق الواضح في التنسيق والاتصال الإعلامي، الذي عزز ثقة الجمهور وضمن التزامهم. وفي المقابل، فإن التحدي الأبرز الذي واجه الإدارة الصحية، وكان يحتاج إلى مزيد من الدعم والتحسين، هو محور إدارة الموارد والعمليات، خاصة فيما يتعلق بتأمين المخزونات الإستراتيجية الحيوية.

توصيات الدراسة

بناءً على نتائج التحليل الوصفي، التي أظهرت ارتفاعاً في فاعلية الاستجابة الشاملة وتفقاً في الاتصال الإعلامي، مقابل ضعف نسبي في إدارة الموارد والجاهزية المسبقة، تُقدم الدراسة التوصيات التالية:

أولاً: توصيات لتعزيز إدارة الموارد والعمليات (لمعالجة نقطة الضعف الرئيسية)

1. بناء مخزون استراتيجي حيوي:

○ التوصية: الإسراع في وضع خطة وطنية شاملة لتأمين مخزونات كافية من

الأدوية الأساسية والمستلزمات الحيوية، خاصة في أوقات الاستقرار،

لضمان استمرارية الإمداد فوراً عند وقوع الأزمات. (بناءً على أدنى فقرة:

3.05).

○ الإجراء المقترح: إنشاء برنامج مستدام للمخزون الاحتياطي الوطني

(National Strategic Stockpile) يغطي احتياجات لا تقل عن ستة

أشهر.

2. تحسين كفاءة سلاسل الإمداد اللوجستية:

○ التوصية: تطوير آليات مرنة وسريعة لسلاسل الإمداد الصحية لتمكينها من

التكيف مع الصدمات العالمية، مع تقليل الاعتماد على مصدر واحد

للاستيراد.

- الإجراء المقترح: الاستثمار في التصنيع المحلي لبعض مستلزمات الحماية والأدوية الحيوية، وتعزيز الشراكات اللوجستية مع القطاع الخاص.

3. رفع جاهزية البنية التحتية الميدانية:

- التوصية: العمل على جاهزية المستشفيات الميدانية ومراكز الفحص لتكون قابلة للتفعيل والتشغيل بكامل طاقتها خلال فترة زمنية قصيرة جداً (أقل من 72 ساعة) عند إعلان حالة الطوارئ. (متوسط البنية التحتية الميدانية: 3.30).

ثانياً: توصيات لتعزيز التخطيط الاستراتيجي والجاهزية

1. تعزيز المحاكاة والتدريب على السيناريوهات:

- التوصية: إلزام جميع القطاعات الصحية (حكومية وخاصة) بإجراء تدريبات ومحاكاة دورية ومنتظمة للأزمات (Simulation Exercises) لاختبار وتحديث خطط الطوارئ بشكل سنوي. (المعالجة ضعف توفر سيناريوهات المحاكاة: 3.50).

- الإجراء المقترح: إعداد سيناريوهات متنوعة (تشمل الأوبئة، والكوارث الطبيعية) وتقييم أداء الفرق القيادية والإغاثية بناءً على نتائج هذه المحاكاة.

2. ضمان مرونة الخطط الاستراتيجية:

◦ **التوصية:** تحويل الخطط من خطط جامدة إلى خطط ديناميكية، مع تحديد

صلاحيات واضحة ومسبقة لتعديلها بشكل فوري وسريع من قبل الفرق

القيادية في الميدان لمواكبة التطورات غير المتوقعة للجائحة.

ثالثاً: توصيات للاستفادة من نقاط القوة (التنسيق والاتصال الإعلامي)

1. استدامة الثقة والمصداقية الإعلامية:

◦ **التوصية:** الحفاظ على المعايير العالية للشفافية والمصداقية في إيصال

الرسائل الصحية، كونها أعلى نقطة قوة (4.58).

◦ **الإجراء المقترح:** إنشاء وحدات دائمة لرصد وتحليل الشائعات والمعلومات

المضللة عبر الإنترنت، وتوفير استجابات سريعة ومبنية على الأدلة

العلمية.

2. تطوير التنسيق متعدد القطاعات:

◦ **التوصية:** الاستمرار في تفعيل التنسيق المبكر والفعال بين جميع القطاعات

(الصحة، التعليم، الاقتصاد، الأمن) الذي كان نقطة قوة (4.35)، لضمان

اتخاذ قرارات متكاملة لا تقتصر على الجانب الصحي فقط.

رابعاً: توصية عامة (لبناء القدرة المستقبلية)

• **التوصية:** استثمار النجاح في احتواء الجائحة لبناء "مرونة صحية نظامية" دائمة،

لا تقتصر على الأدوات العاجلة، بل تتضمن تحديث التشريعات والبرامج الأكاديمية

لضمان قدرة أكبر للنظام الصحي على التعامل مع أي أزمات مستقبلية. (متوسط

الفقرة الأخيرة للمتغير التابع: 4.40).

إجراءات المتابعة المقترحة:

يجب أن تقوم الإدارة الصحية بتخصيص ميزانية خاصة لـ "برامج الجاهزية اللوجستية" التي تعالج ضعف المخزون، وإدراج "تدريبات المحاكاة السنوية" كمتطلب إلزامي لجميع القيادات.

قائمة المراجع (References)

المراجع العربية

- (1) أحمد، هـ. ر. (2008، 29 مارس - 1 أبريل). تصنيف وإدارة المخاطر بالمنشآت الصحية: دراسة الأنظمة إنذار الحرائق. في أعمال مؤتمر المركز القومي لبحوث الإسكان والبناء. الجيزة، مصر.
- (2) البله، ع. هـ. ح.، و خمي، ع. ع. ح. (2018). انعكاسات جودة المعلومات في إدارة الأزمات: دراسة استطلاعية في مركز العمليات والبنى التحتية (خلية إدارة الكوارث في نينوى). مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، 2(42)، ج1.
- (3) بحدادة، ن. (2012). تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لمغنية. [رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان].
- (4) جاد الرب، س. م. (2008). الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية. (ط1). دار البلد.
- (5) جديلي، ر. ع. ا. (2006). واقع استخدام أساليب إدارة الأزمات في المستشفيات الحكومية الكبرى في قطاع غزة. [رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية غزة].

- (6) حنا، ر. د.، وآخرون. (2018). دور نظم المعلومات الإدارية في إدارة الأزمات: دراسة تطبيقية في بعض كليات جامعة الموصل. مجلة جامعة كركوك للعلوم الإدارية والاقتصادية، 8(2).
- (7) الحملاوي، م. ر. (1995). إدارة الأزمات: تجارب محلية وعالمية. (ط. 2). أبو مجد للطباعة.
- (8) السكارنة، ب. خ. (2015). إدارة الأزمات. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- (9) شوشان، ع. (2012). واقع إدارة الأزمات لدى الإدارة العليا في مستشفيات جنوب الضفة الغربية والتصورات المقترحة لتطويرها. [رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس].
- (10) شكري، ع. (2011). فاعلية فريق إدارة الأزمات: دراسة في ديناميات الجماعة. [أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس].
- (11) علوان، ع. (2019، 1 نوفمبر). رسالة المدير العام المساعد المسؤول عن دائرة العمل الصحي. منظمة الصحة العالمية. (رسالة بتاريخ 2008-2009).
- (12) الفضل، ع. (2011). إدارة الأزمة في فكر السيدة زينب عليها السلام. مجلة مركز دراسات الكوفة، 21(2).
- (13) منظمة الصحة العالمية. (ب.ت.). فايروس كورونا (كوفيد-19). تم الاسترداد من https://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/ar

14) يوسف، ي. أ.، و صالح، م. ن. (2012). نظم الإدارة الإلكترونية بين الواقع

والطموح: نظام محاكاة حاسوبي لصفوف انتظار المرضى في قسم الطوارئ في

مستشفى ابن سينا التعليمي. في أعمال الندوة العلمية الثالثة لقسم نظام المعلومات

الإدارية. جامعة الموصل.

المراجع الأجنبية

- 1) **Allison, G. T .**(1980) .Public and private management: Are they fundamentally alike in all unimportant respects? (pp. 283–298). John F. Kennedy School of Government, Harvard University.
- 2) **Buus, S & ,Olsson, E. K .**(2006) .The SARS crisis: Was anybody responsible ?Journal of Contingencies and Crisis Management.81–71 , (2)14 ,
- 3) **Henderson, J. C .**(2004) .Managing a health–related crisis: SARS in Singapore .Journal of Vacation Marketing ,(1)10 , .77–67

- 4) **Lee, K .** (2009) .How the Hong Kong government lost the public trust in SARS: Insights for government communication in a health crisis .Public Relations Review.76–74 ,(1)35 ,
- 5) **Ojo, O. B .** (2020) .Socio–Economic Impacts of 1918–19 Influenza Epidemic in Punjab .Journal of Asian and African Studies .Advanced online publication.
- 6) **Oluwasegun, J. M .** (2017) .Managing epidemic: The british approach to 1918–1919 influenza in Lagos .Journal of Asian and African Studies.424–412 ,(4)52 ,
- 7) **Pasqualucci, C., Ravà, L., Rossi, C & ,.Schinaia, G .** .(1998)Estimating the size of the HIV/AIDS epidemic: complementary use of the empirical bayesian back–calculation and the mover–stayer model for gathering the largest amount of information .Simulation.227–213 ,(4)71 ,
- 8) **Tomar, L. R., Raizada, A., Yadav, A & ,.Agarwal, S .** .(2015)Epidemic dropsy 2013: Case series .Tropical Doctor , .139–137 ,(2)45

ملخص الدراسة

الهدف والمنهجية:

هدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية الإدارة الصحية في الاستجابة لجائحة كوفيد-19، وذلك بقياس ثلاثة محاور مستقلة (التخطيط الاستراتيجي، إدارة الموارد، التنسيق والاتصال الإعلامي). اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي لعينة من (ن = 100) مستجيب، باستخدام مقياس ليكرت الخماسي.

النتيجة العامة:

أشارت النتائج الوصفية إلى أن التقييم العام لـ "فاعلية الاستجابة الشاملة" جاء بمستوى "عالٍ جداً" بمتوسط حسابي قدره (4.40).

أهم الاستنتاجات (نقاط القوة والضعف):

4. نقطة القوة الأبرز:

○ تصدر محور التنسيق والاتصال الإعلامي ترتيب المحاور بمتوسط

(4.40) وتقدير "عالٍ جداً"، مما يدل على نجاح الإدارة الصحية في بناء

المصداقية وإيصال الرسائل التوعوية بوضوح وفاعلية.

5. نقطة الضعف النسبية:

◦ جاء محور إدارة الموارد والعمليات في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.42)

وتقدير "متوسط". ويشير هذا إلى وجود تحديات في الجوانب اللوجستية،

تحديداً فيما يتعلق بتأمين المخزونات الكافية من الأدوية والمستلزمات

الحيوية، والحاجة إلى تعزيز كفاءة سلاسل الإمداد.

6. التخطيط والجاهزية:

◦ حقق محور التخطيط الاستراتيجي والجاهزية تقديراً "عالياً" بمتوسط

(4.01)، مع ملاحظة أن جوانب المحاكاة والتدريب المسبق جاءت بتقدير

متوسط، مما يشير إلى الحاجة لتعزيز الجاهزية العملية.

التوصيات الرئيسية:

توصي الدراسة بالاستفادة من النجاح في مجال الاتصال، مع ضرورة تركيز الجهود

المستقبلية على بناء مخزونات استراتيجية وتطوير سيناريوهات المحاكاة الدورية لتعزيز

المرونة اللوجستية والتشغيلية للنظام الصحي.

الملاحق

أسئلة الاستبيان

الهدف العام للاستبيان

الهدف العام هو قياس وتقييم فاعلية دور الإدارة الصحية في القطاع الحكومي السعودي في مختلف مراحل التصدي لجائحة كوفيد-19 (كمتغير مستقل) وأثر ذلك على فاعلية الاستجابة الشاملة (كمتغير تابع)، وذلك بناءً على إدراكات وخبرات الكوادر القيادية والإدارية.

أسئلة الاستبيان (المحاور الرئيسية)

تُقاس جميع العبارات باستخدام مقياس ليكرت الخماسي (من 1 = غير موافق بشدة إلى 5 = موافق بشدة).

المحور الأول: التخطيط الاستراتيجي والجاهزية (Strategic Planning)

رقم	العبارة
1	كانت الخطط الموضوعية للأوبئة مُحدّثة وكافية للتعامل مع جائحة بهذا الحجم.
2	تم تفعيل غرف عمليات إدارة الأزمات بالسرعة المطلوبة مع بداية الجائحة.
3	توافرت القدرة على التنبؤ بمتطلبات الموارد البشرية والطبية المستقبلية.
4	تميزت خطط الاستجابة بالمرونة الكافية للتكيف مع التغيرات السريعة.

المحور الثاني: التنسيق والاتصال (Communication & Coordination)

رقم	العبارة

5	كان هناك تنسيق فاعل ومستمر بين القطاع الصحي والقطاعات الحكومية الأخرى.
6	كانت آليات تبادل المعلومات والبيانات الوبائية بين الجهات واضحة وسريعة.
7	تميزت رسائل التوعية الصادرة عن الإدارة الصحية بالوضوح والمصداقية.
8	سهّل التواصل المباشر بين الكوادر الميدانية والإدارة العليا لتمرير الملاحظات.

المحور الثالث: إدارة الموارد والعمليات (Resource Management)

رقم	العبارة
9	توافرت المخزونات الكافية من الأدوية والمستلزمات الطبية الوقائية في وقت الأزمة.
10	تم تخصيص الموارد المالية بكفاءة وفعالية لدعم جهود الاستجابة.
11	كان هناك تدريب سريع ومكثف للكوادر الصحية والإدارية للتعامل مع الجائحة.
12	تم توسيع القدرة السريرية للمستشفيات (أسرة العناية) بكفاءة عالية.

المحور الرابع: فاعلية الاستجابة الشاملة (Overall Response Effectiveness) –

المتغير التابع

رقم	العبارة
13	نجحت الإدارة الصحية في احتواء انتشار الفيروس بشكل عام.
14	كانت جودة الخدمات المقدمة للمرضى خلال الجائحة مرتفعة.

15	ساهمت الإجراءات الإدارية في بناء ثقة المجتمع بفاعلية النظام الصحي.
16	حقق النظام الصحي درجة عالية من التعافي والعودة للعمل الطبيعي بعد موجات الذروة.

MidOcean University

College of Administration

Department/Specialization:

Master of Health Management



Research Title

The Role of Health Management in Responding to Health Crises:
An Analytical Study of the COVID–19 Pandemic Experience in the
Kingdom of Saudi Arabia

Prepared by the Student

Abdulaziz Hathal Al–Mutairi

Supervised by

Dr. Al–Faisal Abdulhamid Mohammed

Dafayez Ali Al–Jarad

Academic Year

2025