

ادارة مخاطر الكوارث الصحية والابوئة : إطار استراتيجى لتعزيز

جاهزية واستدامة القطاع الصحى

إعداد الطالب/

محمد صالح النخلي

إشراف/

د.الفصيل عبد الحميد

د.فايز جراد

العام الدراسي:

2026 – 1447



إِهْدَاءٌ

إلى والديَّ الكريمين،

اللذين كانا السند الأول في كل مرحلة، والدافع الصامت خلف كل

إنجاز،

إلى من غرسا فيَّ قيمة الاجتهاد، وعلماني أن الطريق إلى النجاح يبدأ

بالصبر والإيمان،

أهدي هذا العمل المتواضع، عرفاناً لما بذلاه من عطاءٍ لا يُقدَّر،

وتقديرًا لدعمهما المستمر الذي كان الأساس في إتمام هذه المسيرة

العلمية.

شكر وتقدير

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

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

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

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

المستخلص

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أثر إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة بأبعادها الأربعة (التخطيط الاستباقي للمخاطر، والاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي، واتصال المخاطر والتوعية المجتمعية، والتحول الرقمي والبنية التحتية التقنية) على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبانة أداةً لجمع البيانات من عينة عشوائية طبقية بلغت (286) مفردة من العاملين في المؤسسات الصحية. وقد أظهرت النتائج أن مستوى ممارسات إدارة مخاطر الكوارث الصحية جاء بدرجة مرتفعة بمتوسط حسابي (3.69)، وأن مستوى الجاهزية والاستدامة جاء مرتفعاً بمتوسط (3.65). كما أثبت تحليل الانحدار المتعدد وجود أثر ذي دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) لأبعاد إدارة المخاطر مجتمعة على الجاهزية والاستدامة، بمعامل تحديد ($R^2 = 0.696$)، وجاء بُعد الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي صاحب الأثر الأكبر. كذلك وُجدت فروق دالة إحصائية تُعزى لمتغيرات المؤهل العلمي وسنوات الخبرة والمستوى الوظيفي، ولم تُوجد فروق تُعزى للجنس. وأوصت الدراسة بتبني مقاربة تكاملية في إدارة المخاطر الصحية، وتعزيز آليات التنسيق المؤسسي، وتطوير منظومة اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية.

الكلمات المفتاحية: إدارة مخاطر الكوارث الصحية، الأوبئة، التخطيط الاستباقي، الاستجابة السريعة،

اتصال المخاطر، التحول الرقمي، جاهزية القطاع الصحي، الاستدامة.

قائمة المحتويات

أ.....	بسم الله الرحمن الرحيم
ب.....	الإهداء
ج.....	الشكر والتقدير
د.....	المستخلص
ه.....	قائمة المحتويات
ح.....	قائمة الجداول
1.....	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
1.....	1.1 المقدمة
2.....	2.1 مشكلة الدراسة
4.....	3.1 أهداف الدراسة
5.....	4.1 أسئلة الدراسة
6.....	5.1 فروض الدراسة
6.....	6.1 أهمية الدراسة
9.....	7.1 الدراسات السابقة
15.....	8.1 الفجوة البحثية
16.....	9.1 المنطلقات النظرية للدراسة
22.....	10.1 منهجية الدراسة
23.....	11.1 مجتمع وعينة الدراسة
23.....	12.1 مصادر جمع البيانات
24.....	13.1 أداة الدراسة
25.....	14.1 الأساليب الإحصائية المستخدمة
26.....	15.1 حدود الدراسة
27.....	الفصل الثاني: الإطار النظري

المبحث الأول: إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة (المتغير المستقل).....	27
1.1.2 تمهيد.....	27
2.1.2 مفهوم إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة.....	27
3.1.2 أهمية إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة.....	29
4.1.2 أهداف إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة.....	30
5.1.2 أبعاد إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة.....	31
6.1.2 استراتيجيات إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة.....	37
7.1.2 النظريات والنماذج المفسرة لإدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة.....	38
المبحث الثاني: تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي.....	40
1.2.2 تمهيد.....	40
2.2.2 مفهوم جاهزية واستدامة القطاع الصحي.....	40
3.2.2 أهمية تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي.....	42
4.2.2 أهداف تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي.....	43
5.2.2 مقومات جاهزية واستدامة القطاع الصحي.....	44
6.2.2 العوامل المؤثرة في جاهزية واستدامة القطاع الصحي.....	45
7.2.2 المداخل النظرية لتعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي.....	46
8.2.2 مؤشرات قياس جاهزية واستدامة القطاع الصحي.....	47
الفصل الثالث: منهجية الدراسة.....	49
1.3 منهج الدراسة.....	49
2.3 مجتمع وعينة الدراسة.....	49
4.3 أداة الدراسة.....	50
5.4 صدق أداة الدراسة.....	53
6.3 مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة.....	54
7.3 ثبات أداة الدراسة.....	55
8.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة.....	56

58.....	الفصل الرابع: تحليل البيانات واختبار الفرضيات
58.....	1.4 الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة
60.....	2.4 التحليل الوصفي لاستجابات أفراد العينة
69.....	3.4 فرضيات الدراسة
77.....	الفصل الخامس: النتائج والتوصيات
77.....	1.5 نتائج الدراسة وتفسيرها
80.....	2.5 التوصيات
82.....	Abstract
83.....	المراجع
86.....	2. المراجع الأجنبية
88.....	الملاحق
89.....	استمارة استبيان

قائمة الجداول

رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
50	جدول (1): توزيع الاستبانات واستردادها	1.
51	جدول (2): توزيع فقرات المتغير المستقل على الأبعاد	2.
52	جدول (3): توزيع فقرات المتغير التابع	3.
52	جدول (4): الملخص العام لتوزيع فقرات الاستبانة	4.
53	جدول (5): معاملات الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل والدرجة الكلية للمتغير المستقل	5.
54	جدول (6): مصفوفة ارتباط بيرسون بين متغيرات الدراسة (ن = 286)	6.
55	جدول (7): معاملات ألفا كرونباخ لثبات أبعاد ومحاوَر أداة الدراسة	7.
58	جدول (8): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس	8.
58	جدول (9): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي	9.
59	جدول (10): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة	10.
61	جدول (11): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى الوظيفي	11.
62	جدول (12): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد التخطيط الاستباقي للمخاطر (ن = 286)	12.

رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
64	جدول (13): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي (ن = 286)	13.
65	جدول (14): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية (ن = 286)	14.
66	جدول (15): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية (ن = 286)	15.
70	جدول (16): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات محور تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي (ن = 286)	16.
72	جدول (17): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة مجتمعة على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي	17.
73	جدول (18): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لأثر التخطيط الاستباقي للمخاطر على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي	18.
74	جدول (19): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لأثر الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي	19.
75	جدول (20): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لأثر اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي	20.
	جدول (21): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لأثر التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي	21.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1.1 المقدمة

يُعدّ القطاع الصحي من أكثر القطاعات الحيوية حساسيةً وارتباطاً بحياة الإنسان ورفاهيته، إذ يتحمل مسؤولية تقديم خدمات الرعاية الصحية والوقاية والعلاج لملايين البشر حول العالم، غير أن هذا القطاع يواجه بصورة متزايدة موجات متلاحقة من الأزمات والكوارث الصحية والأوبئة التي تُلقي بأعباء هائلة على منظوماته وبنيتة التحتية وكوادره البشرية. ولعل جائحة كوفيد-19 كانت أبرز شاهد معاصر على قدرة الأوبئة على زعزعة أقوى الأنظمة الصحية في العالم وكشف مواطن الضعف الكامنة فيها، مما أعاد إلى الواجهة تساؤلات جوهرية حول مدى استعداد المؤسسات الصحية لمواجهة المخاطر الصحية الكبرى وقدرتها على ضمان استمرارية خدماتها في ظل الظروف الاستثنائية (القضاة والسبحي وحوباني، 2023).

وتمثل إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة منظومة متكاملة من العمليات والممارسات التي تهدف إلى تحديد المخاطر الصحية المحتملة وتقييمها والتعامل معها بأساليب استباقية منهجية، وتتطلب هذه المنظومة تخطيطاً استباقياً دقيقاً يستند إلى تحليل علمي للمخاطر ووضع سيناريوهات مسبقة للاستجابة، يُدعم ببناء قدرات مؤسسية قادرة على التقدير الدقيق للمخاطر ومعالجتها وفق أطر منهجية واضحة تضمن التقليل من أثارها السلبية على المنظومة الصحية والمجتمع (المطيري، 2023). كما يُعدّ التنسيق المؤسسي والاستجابة السريعة ركيزتين محوريّتين في إدارة المخاطر الصحية، إذ يتطلب التعامل الفعال مع الأوبئة والكوارث تكاملاً وثيقاً بين مختلف الجهات الصحية والحكومية والمجتمعية، مع تبني استراتيجيات فعالة لاتصال المخاطر تضمن إيصال المعلومات الصحيحة للجمهور في الوقت المناسب وتعزيز ثقته بالمؤسسات الصحية القائمة على إدارة الأزمة (بن لعربي، 2022).

ومن جهة أخرى، يُشكّل تعزيز جاهزية القطاع الصحي واستدامته غاية استراتيجية محورية تسعى إليها الأنظمة الصحية حول العالم، حيث تُشير الجاهزية إلى مدى استعداد المؤسسات الصحية بمواردها البشرية والمادية والتقنية للتعامل مع الأزمات والطوارئ الصحية بكفاءة وفعالية، بينما تعكس الاستدامة

قدرة هذه المؤسسات على المحافظة على مستوى أدائها واستمرارية خدماتها على المدى البعيد بصرف النظر عن الصدمات والضغوط التي قد تتعرض لها (العنزي والنيف، 2025). ويرتبط تحقيق الجاهزية والاستدامة ارتباطاً وثيقاً ببناء مرونة تنظيمية شاملة تتجاوز مجرد القدرة على مقاومة الصدمات لتشمل القدرة على التكيف والتحول والتعلم المستمر من التجارب السابقة، وهو ما يستوجب توافر بنية تحتية متينة وكفاءات بشرية مؤهلة وأنظمة معلومات فاعلة وثقافة تنظيمية داعمة لإدارة المخاطر (Barasa, Mbau & Gilson, 2018).

وعليه، فإن العلاقة بين إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة وبين تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي هي علاقة تكاملية جوهرية، إذ أن جودة ممارسات إدارة المخاطر بأبعادها المختلفة تنعكس بصورة مباشرة على قدرة المؤسسات الصحية في الحفاظ على جاهزيتها واستدامة خدماتها، وأن أي قصور في أحد أبعاد إدارة المخاطر سينعكس سلباً على المنظومة الصحية بأكملها (داخل وجماعة وأبو زيد، 2022). وانطلاقاً من ذلك، تأتي هذه الدراسة لتسلط الضوء على أثر إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة بأبعادها (التخطيط الاستباقي للمخاطر، الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي، اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية، التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية) على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي في المؤسسات الصحية، ساعيةً إلى تقديم إطار استراتيجي يُسهم في تمكين هذه المؤسسات من بناء منظومة متكاملة لإدارة المخاطر تضمن استعدادها الأمثل لمواجهة الكوارث الصحية والأوبئة الحالية والمستقبلية

2.1 مشكلة الدراسة:

يشهد العالم المعاصر تصاعداً غير مسبوق في وتيرة الكوارث الصحية والأوبئة وحدتها، حيث كشفت جائحة كوفيد-19 التي اجتاحت العالم مطلع عام 2020 عن هشاشة بنيوية عميقة في منظومات الرعاية الصحية على المستويين الإقليمي والدولي، إذ وجدت المؤسسات الصحية نفسها أمام تحديات جسيمة فاقت قدراتها الاستيعابية وأربكت خططها التشغيلية، وأسفرت عن انهيار سلاسل الإمداد الطبي وتراجع جودة الخدمات الصحية المقدمة وارتفاع معدلات الإصابة والوفاة بصورة كارثية. وقد أثبتت هذه

الجائحة أن غياب أطر استراتيجية متكاملة لإدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة لا يُهدد فقط قدرة المؤسسات الصحية على الاستجابة الآنية للآزمات، بل يُقوّض استدامتها المؤسسية على المدى البعيد ويُفضي إلى تداعيات اقتصادية واجتماعية ونفسية واسعة النطاق تطلّ المجتمعات بأسرها.

وعلى الرغم من الدروس القاسية التي خلّفتها جائحة كوفيد-19 والأوبئة السابقة لها كإنفلونزا الخنازير وفيرس إيبولا ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية، فإن كثيراً من المؤسسات الصحية لا تزال تعاني من قصور واضح في منظومة إدارة المخاطر، يتجلى في ضعف التخطيط الاستباقي وغياب سيناريوهات الاستجابة المعدّة مسبقاً، وبطء آليات الاستجابة والتنسيق بين الجهات المعنية عند وقوع الآزمات، وتشتت جهود اتصال المخاطر وعدم فاعلية الرسائل التوعوية الموجهة للمجتمع مما يؤلّد حالة من الارتباك وعدم الثقة، فضلاً عن التأخر في تبني التحول الرقمي وضعف البنية التحتية التقنية اللازمة لدعم عمليات الرصد والإنذار المبكر واتخاذ القرار المبني على البيانات. وقد أكدت دراسة القضاة والسبجي وحبواني (2023) أن المؤسسات الصحية بحاجة ماسة إلى تبني تغييرات استراتيجية جوهرية في مقارباتها لإدارة الآزمات والكوارث الصحية، كما أشارت دراسة المطيري (2023) إلى أن ممارسات إدارة المخاطر تؤثر تأثيراً جوهرياً في جودة الرعاية الصحية، في حين كشفت دراسة (Barasa, Mbau & Gilson, 2018) عن أن مرونة الأنظمة الصحية واستدامتها مرهونتان بتوافر مقومات متعددة تشمل التخطيط والاستعداد وإدارة المعلومات والقيادة الفاعلة والثقافة التنظيمية الداعمة. كما أوضحت دراسة (Malecki, Keating & Safdar, 2021) أن الإخفاق في اتصال المخاطر يُفضي إلى تشوّه الإدراك العام للمخاطر وتراجع الالتزام بالإجراءات الوقائية.

ومما يزيد من تعقيد المشكلة أن معظم الدراسات السابقة تناولت أبعاد إدارة المخاطر الصحية بشكل مجزأ ومنفصل، دون تقديم إطار استراتيجي شامل يُدمج بين التخطيط الاستباقي والاستجابة المؤسسية واتصال المخاطر والتحول الرقمي في منظومة واحدة متكاملة قادرة على تعزيز جاهزية القطاع الصحي واستدامته. وتتفاقم هذه الفجوة البحثية في البيئة العربية تحديداً، حيث تبقى الأدبيات العلمية المتعلقة بهذا الموضوع محدودة نسبياً ولا تواكب حجم التحديات المتسارعة التي يواجهها القطاع الصحي في ظل تزايد احتمالية تكرار الأوبئة وتنامي المخاطر الصحية العابرة للحدود.

وبناءً على ما تقدم، تبلور مشكلة الدراسة الحالية في الحاجة الملحة إلى الكشف عن أثر إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة بأبعادها (التخطيط الاستباقي للمخاطر، الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي، اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية، التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية) على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي، وتقديم إطار استراتيجي متكامل يُسهم في سد الفجوة القائمة بين الواقع الحالي لإدارة المخاطر في المؤسسات الصحية والمستوى المأمول من الجاهزية والاستدامة. ويمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيسي التالي: ما أثر إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة بأبعادها (التخطيط الاستباقي للمخاطر، الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي، اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية، التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية) على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي في المؤسسات الصحية؟

3.1 أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أثر إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة بأبعادها (التخطيط الاستباقي للمخاطر، الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي، اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية، التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية) على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي في المؤسسات الصحية.

الأهداف الفرعية

ويتفرع من هذا الهدف الرئيسي الأهداف الفرعية التالية:

1. التعرف على أثر التخطيط الاستباقي للمخاطر على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي في المؤسسات الصحية.
2. التعرف على أثر الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي في المؤسسات الصحية.

3. التعرف على أثر اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي في المؤسسات الصحية.
4. التعرف على أثر التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي في المؤسسات الصحية.
5. تحديد مستوى تطبيق إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة بأبعادها المختلفة في المؤسسات الصحية من وجهة نظر العاملين فيها.
6. تحديد مستوى جاهزية واستدامة القطاع الصحي في المؤسسات الصحية من وجهة نظر العاملين فيها.
7. تقديم إطار استراتيجي مقترح لتعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي في ضوء نتائج الدراسة وتوصياتها.

4.1 أسئلة الدراسة

السؤال الرئيسي

ما أثر إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة بأبعادها (التخطيط الاستباقي للمخاطر، الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي، اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية، التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية) على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي في المؤسسات الصحية؟

الأسئلة الفرعية

1. ما أثر التخطيط الاستباقي للمخاطر على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي في المؤسسات الصحية؟
2. ما أثر الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي في المؤسسات الصحية؟

3. ما أثر اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي في المؤسسات الصحية؟

4. ما أثر التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي في المؤسسات الصحية؟

5.1 فروض الدراسة

الفرض الرئيسي

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة بأبعادها (التخطيط الاستباقي للمخاطر، الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي، اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية، التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية) على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي في المؤسسات الصحية.

الفروض الفرعية

- الفرض الفرعي الأول: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للتخطيط الاستباقي للمخاطر على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي في المؤسسات الصحية.
- الفرض الفرعي الثاني: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي في المؤسسات الصحية.
- الفرض الفرعي الثالث: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لاتصال المخاطر والتوعية المجتمعية على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي في المؤسسات الصحية.
- الفرض الفرعي الرابع: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للتحول الرقمي والبنية التحتية التقنية على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي في المؤسسات الصحية.

6.1 أهمية الدراسة

الأهمية العلمية (النظرية)

- إثراء الإطار النظري: تسهم هذه الدراسة في إثراء الأدب النظري المتعلق بإدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة من خلال تقديم إطار استراتيجي متكامل يربط بين أبعاد إدارة المخاطر (التخطيط الاستباقي، الاستجابة والتنسيق، اتصال المخاطر، التحول الرقمي) وبين تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي، وهو ما يُمثل إضافة نوعية للمكتبة العربية التي تعاني من ندرة نسبية في هذا المجال البحثي المتكامل.
- سد الفجوة البحثية: تأتي هذه الدراسة لسد فجوة واضحة في الأدبيات العربية والأجنبية، إذ أن معظم الدراسات السابقة تناولت إدارة الأزمات الصحية من زاوية واحدة أو بُعد منفرد، في حين تتميز هذه الدراسة بتقديم رؤية شمولية تجمع بين أربعة أبعاد مترابطة ومتكاملة لإدارة المخاطر في سياق صحي متكامل.
- تقديم نموذج قابل للاختبار: توفر الدراسة نموذجاً بحثياً يمكن اختباره وتطبيقه في بيئات صحية متنوعة، مما يُتيح للباحثين المستقبليين البناء عليه وتطويره واختباره في سياقات جغرافية ومؤسسية مختلفة، وبالتالي تراكم المعرفة العلمية في هذا الحقل.
- تأصيل مفاهيمي متعدد التخصصات: تسهم الدراسة في التأصيل المفاهيمي لمصطلحات حديثة ومتداخلة مثل جاهزية القطاع الصحي واستدامته في ضوء إدارة مخاطر الكوارث والأوبئة، مستفيدة من تقاطع عدة تخصصات تشمل الإدارة الصحية وإدارة المخاطر وإدارة الأزمات وتقنية المعلومات الصحية.
- توسيع نطاق الأدبيات المرجعية: تُشكّل هذه الدراسة مرجعاً علمياً حديثاً يمكن أن يستفيد منه الباحثون وطلاب الدراسات العليا في مجالات الإدارة الصحية وإدارة الأزمات والصحة العامة، حيث تجمع بين التأطير النظري والتحليل الميداني في موضوع يكتسب أهمية متصاعدة في أعقاب جائحة كوفيد-19.

- الاستجابة للتوجهات البحثية الحديثة: تتماشى هذه الدراسة مع التوجهات البحثية العالمية المعاصرة التي تؤكد ضرورة تبني مقاربات استراتيجية وشاملة لإدارة المخاطر الصحية بدلاً من المقاربات الجزئية والتقليدية، مما يجعلها متسقة مع الأجندة البحثية الدولية في هذا المجال.

الأهمية العملية (التطبيقية)

- دعم صناع القرار الصحي: تقدم هذه الدراسة توصيات عملية وإطاراً استراتيجياً يمكن لصانعي القرار في المؤسسات الصحية ووزارات الصحة الاسترشاد به في تطوير سياسات وخطط إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة، بما يضمن تحقيق أعلى مستويات الجاهزية والاستدامة.
- تحسين الممارسات الإدارية: تساهم نتائج الدراسة في تحسين الممارسات الإدارية المتبعة في المؤسسات الصحية من خلال تسليط الضوء على نقاط القوة والضعف في أبعاد إدارة المخاطر الأربعة، مما يُمكن الإدارات الصحية من توجيه مواردها وجهودها نحو المجالات الأكثر حاجة للتطوير والتحسين.
- تعزيز الاستعداد للأوبئة المستقبلية: في ضوء الدروس المستفادة من جائحة كوفيد-19، توفر هذه الدراسة خارطة طريق عملية للمؤسسات الصحية لبناء قدراتها الاستباقية وتحسين مستوى استعدادها لمواجهة أي أوبئة أو كوارث صحية مستقبلية بكفاءة وفعالية أكبر.
- دعم التحول الرقمي في القطاع الصحي: تُبرز الدراسة الدور المحوري للتحول الرقمي والبنية التحتية التقنية في تعزيز جاهزية القطاع الصحي، مما يوفر مبررات علمية وعملية لصانعي القرار لزيادة الاستثمار في الحلول التقنية والأنظمة الرقمية الداعمة لإدارة المخاطر والأزمات الصحية.
- تحسين منظومة اتصال المخاطر: تقدم الدراسة رؤى عملية حول كيفية تطوير استراتيجيات اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية، بما يساهم في بناء ثقة الجمهور وتعزيز التزامه بالإجراءات الوقائية والاحترازية أثناء الأزمات والكوارث الصحية، وهو ما ثبت أنه عامل حاسم في نجاح أو فشل جهود مواجهة الأوبئة.
- تعزيز التنسيق بين القطاعات: تُسلط الدراسة الضوء على أهمية الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي بين مختلف الجهات الصحية والحكومية والمجتمعية، مما يقدم إرشادات عملية لبناء

آليات تنسيق فعالة وبروتوكولات عمل مشتركة تضمن سرعة الاستجابة وتكامل الجهود أثناء الطوارئ الصحية.

- المساهمة في تحقيق التنمية المستدامة: ترتبط نتائج هذه الدراسة ارتباطاً وثيقاً بأهداف التنمية المستدامة ولا سيما الهدف الثالث المتعلق بالصحة الجيدة والرفاه، حيث إن تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي يُعدّ ركيزة أساسية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة وضمان قدرة الأنظمة الصحية على الصمود أمام التحديات والأزمات.

7.1 الدراسات السابقة:

أولاً: الدراسات العربية

□ دراسة (العنزي والنيف، 2025): "أثر الجاهزية الإلكترونية في إدارة الأزمات والكوارث الصحية: دراسة ميدانية في الإدارة المساعدة للأزمات والكوارث بصحة الحدود الشمالية بالمملكة العربية السعودية"

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر الجاهزية الإلكترونية بأبعادها (البنية التحتية التقنية، الكفاءات البشرية الرقمية، الأنظمة والتطبيقات الإلكترونية) على إدارة الأزمات والكوارث الصحية في الإدارة المساعدة للأزمات والكوارث بصحة الحدود الشمالية بالمملكة العربية السعودية. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واعتمدت على الاستبانة كأداة لجمع البيانات. وتكونت العينة من العاملين في الإدارة المساعدة للأزمات والكوارث بصحة الحدود الشمالية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود أثر ذي دلالة إحصائية للجاهزية الإلكترونية في تعزيز كفاءة إدارة الأزمات والكوارث الصحية، وأن توافر البنية التحتية التقنية والأنظمة الإلكترونية يسهم بشكل فاعل في سرعة الاستجابة وتحسين التنسيق بين الجهات المعنية. وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز الاستثمار في البنية التحتية الرقمية وتطوير الكفاءات البشرية في مجال التقنية لضمان جاهزية أفضل لمواجهة الأزمات والكوارث الصحية.

□ دراسة (القضاة والسبجي وحباني، " (2023) التغييرات الاستراتيجية المتبناة في المركز الوطني

لإدارة الأزمات والكوارث الصحية السعودي بعد جائحة كوفيد 19"

هدفت الدراسة إلى التعرف على التغييرات الاستراتيجية التي اعتمدها المركز الوطني السعودي لإدارة الأزمات والكوارث الصحية (NHEOC) بعد جائحة كوفيد-19 بأبعادها (تحسين جودة وكفاءة الخدمات الصحية، رقمنة الصحة، زيادة تغطية الخدمات الصحية) على إدارة المخاطر الصحية في المملكة العربية السعودية بما يتوافق مع رؤية المملكة 2030. واستخدمت الدراسة المنهج الكمي من خلال توزيع استبيان إلكتروني. وتكونت العينة من (65) مديراً ومسؤولاً داخل المركز الوطني لإدارة الأزمات والكوارث الصحية تم اختيارهم بطريقة عشوائية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى قبول جميع الفرضيات، حيث تبين أن المركز الوطني اعتمد استراتيجيات أعادت بناء القطاع الصحي من حيث تحسين جودة الخدمات ورقمنة الصحة وزيادة التغطية لتشمل جميع مناطق المملكة والمواطنين والمقيمين والزوار والحجاج. وأوصت الدراسة بأهمية تفعيل دور الجامعات في تحقيق رؤية المملكة 2030 فيما يتعلق بإدارة الأزمات والكوارث الصحية، وتعزيز الشراكة بين القطاع التعليمي والقطاع الصحي، وتعزيز الوعي الإداري بجودة الخدمات الصحية.

□ دراسة (موسى، 2021): "فعالية التنظيمات الطبية وقدرتها على مواجهة المخاطر المصاحبة

لفيروس كورونا: دراسة حالة مستشفى العبور بمدينة كفر الشيخ"

هدفت الدراسة إلى التعرف على أبرز العوامل التنظيمية التي تسهم في تحقيق فعالية التنظيمات الطبية بأبعادها (البنية التحتية، الإمكانيات المادية والفنية، كفاءة الموارد البشرية، القيادة التنظيمية) على قدرتها في مواجهة المخاطر المصاحبة لفيروس كورونا في مستشفى العبور بمدينة كفر الشيخ بمصر. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واعتمدت على أداة المقابلة والاستبانة. وتكونت العينة من (50) مفردة من المدراء ورؤساء الأقسام الإدارية والطبية، و(200) مفردة من الإداريين والأطباء والممرضين، و(100) مفردة من المرضى الذين تم علاجهم من فيروس كورونا. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن البنية التحتية وتوافر الإمكانيات المادية والفنية وكفاءة الموارد البشرية ساهمت في تعزيز الفعالية

التنظيمية للمستشفى، وأن القيادات التنظيمية الشابة أسهمت في دعم العمل الجماعي وتحقيق الأهداف الاستراتيجية، فضلاً عن وجود نظام قوي للتعامل مع المخاطر الصحية. وأوصت الدراسة بضرورة رفع الكفاءات البشرية بالتدريب واستحداث تقنيات حديثة وتعزيز سبل المتابعة والرعاية للمصابين.

□ دراسة (المطيري، 2023): "أثر ممارسات إدارة المخاطر على جودة الرعاية الصحية في قطاع

الخدمات الصحية بالقصيم: دراسة حالة مستشفى المذنب العام"

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر ممارسات إدارة المخاطر بأبعادها (تحليل المخاطر، تقدير المخاطر، معالجة المخاطر) على جودة الرعاية الصحية بأبعادها (الاعتمادية، الملموسية، التعاطف، الاستجابة) في قطاع الخدمات الصحية بالقصيم. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي اعتماداً على الاستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات. وتكونت العينة من (236) موظفاً من العاملين في مستشفى المذنب العام، وتم تحليل البيانات باستخدام برنامج (SPSS) وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود درجة تقدير مرتفعة لممارسات إدارة المخاطر بجميع أبعادها في المستشفى، كما أثبتت وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة المخاطر على جودة الرعاية الصحية بجميع أبعادها. وأوصت الدراسة بضرورة إجراء المزيد من الأبحاث حول ممارسات إدارة المخاطر في المستشفيات وتعزيز تطبيقها لرفع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

□ دراسة (البقي وشرفي، 2025): "دور اليقظة الاستراتيجية في إدارة المخاطر: دراسة حالة أزمة

كوفيد بالمملكة العربية السعودية"

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور اليقظة الاستراتيجية بأبعادها (أنظمة الإنذار المبكر، تحليل البيانات، الإجراءات الاستباقية، التحول الرقمي) في إدارة المخاطر أثناء أزمة كوفيد-19 في المملكة العربية السعودية. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واعتمدت على مقياس تم تصميمه لتقييم فاعلية السياسات والإجراءات المتبعة. وأظهرت نتائج الدراسة نجاح المملكة العربية السعودية في التنبؤ بالمخاطر باستخدام أنظمة الإنذار المبكر وتحليل البيانات، بالإضافة إلى تنفيذ إجراءات استباقية مثل

إغلاق الحدود وحملات التوعية، كما برز التحول الرقمي من خلال تطبيق "توكلنا" كأداة رئيسية في إدارة الأزمة. غير أن المملكة واجهت تحديات مثل الضغوط الاقتصادية الناتجة عن الإغلاق والتغيرات السريعة في طبيعة الأزمة. وأوصت الدراسة بأهمية تعزيز التكامل بين القطاعات، والاستثمار المستدام في أنظمة اليقظة الاستراتيجية، وتوسيع استخدام التكنولوجيا في مواجهة الأزمات المستقبلية.

□ دراسة (صادق، 2022): "إسهامات طريقة تنظيم المجتمع في تطوير إدارة الأزمات للحد من مخاطر

الأوبئة الصحية في المجتمع المصري"

هدفت الدراسة إلى التعرف على إسهامات طريقة تنظيم المجتمع في تطوير إدارة الأزمات بأبعادها (تنمية الثقافة الصحية، تنفيذ إجراءات التعامل مع المخاطر، تحديد مخاطر الأوبئة الصحية) على الحد من مخاطر الأوبئة الصحية في المجتمع المصري. واستخدمت الدراسة منهج المسح الاجتماعي، واعتمدت على استمارة الاستبيان كأداة لجمع البيانات. وتكونت العينة من (49) أخصائياً اجتماعياً. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أهمية تطوير إدارة الأزمات للحد من مخاطر الأوبئة الصحية، حيث جاء في المرتبة الأولى بنسبة (97.9%) التقليل من مستوى التعرض لمخاطر الأوبئة من خلال تنمية الثقافة الصحية، وفي المرتبة الثانية بنسبة (96.5%) تنفيذ إجراءات التعامل مع مخاطر الأوبئة من حيث التكلفة والوقت، وفي المرتبة الثالثة بنسبة (94.5%) تحديد مخاطر الأوبئة وترتيب التعامل معها، وبلغ المستوى العام لأهمية تطوير إدارة الأزمات مرتفعاً بنسبة (92.2%). وأوصت الدراسة بتعزيز دور تنظيم المجتمع في مواجهة الأوبئة وتكثيف برامج التوعية الصحية المجتمعية.

□ دراسة (داخل وجماعة وأبو زيد، 2022): "علاقة التخطيط الاستراتيجي بفاعلية إدارة الأزمات

والمخاطر في المنظمات الصحية العراقية"

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين التخطيط الاستراتيجي بأبعاده (صياغة الرؤية والرسالة، تحديد الأهداف الاستراتيجية، التحليل البيئي) وفاعلية إدارة الأزمات والمخاطر في المنظمات الصحية العراقية، وتقديم نموذج مقترح لهذه العلاقة. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي،

واعتمدت على الاستبانة كأداة لجمع البيانات. وتكون مجتمع الدراسة من العاملين في بعض المستشفيات العراقية الحكومية (الزهراء التعليمي، الكرامة التعليمي، اليرموك التعليمي) والمستشفيات الخاصة (الهلال الأحمر، الجادرية الأهلي، الراهبات الأهلي) في أقسام متعددة، وبلغ حجم المجتمع نحو (1376) مفردة. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أهمية مشاركة كافة العاملين في صياغة رؤية ورسالة المؤسسة، وضرورة التحديد الواضح لرؤية ورسالة المؤسسة بما يتوافق مع أسباب وجودها في البيئة، والقيام بعمليات تحديد الأهداف الاستراتيجية بشكل يحقق خصائص الأهداف الذكية. وأوصت الدراسة بتحسين الممارسات الفعلية لسياسات التخطيط الاستراتيجي في المؤسسات الصحية للحد من الآثار السلبية للأزمات المستقبلية.

ثانياً: الدراسات الأجنبية

□ دراسة (Malecki, Keating & Safdar, 2021): "Crisis Communication and Public

Perception of COVID-19 Risk in the Era of Social Media"

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور اتصال الأزمات بأبعاده (إدراك المخاطر، عوامل الغضب العام، التواصل عبر وسائل التواصل الاجتماعي، استراتيجيات تخفيف المخاطر) على الإدراك العام لمخاطر كوفيد-19 في الولايات المتحدة الأمريكية. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي القائم على مراجعة الأدبيات وتحليل أطر اتصال المخاطر المستندة إلى نموذج "الخطر + الغضب + Hazard) " (Outrage). وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الإدراك العام للمخاطر يتشكل من عاملين رئيسيين هما: الخطر الفعلي (Hazard) ودرجة الغضب (Outrage)، وأن عوامل مثل عدم الألفة بالمرض، وعدم اليقين العلمي، وفقدان السيطرة الشخصية، وانعدام الثقة في المؤسسات تؤثر بشكل كبير في تشكيل الإدراك العام والاستجابة لاستراتيجيات التخفيف كالتباعد الاجتماعي وارتداء الكمامات. كما كشفت عن الدور المزدوج لوسائل التواصل الاجتماعي كأداة لنشر المعلومات الصحيحة بسرعة وكوسيلة لنشر المعلومات المضللة. وأوصت الدراسة بأن يتصدر الأطباء المتخصصون في الأمراض المعدية جهود اتصال المخاطر باعتبارهم

مصادر موثوقة، مع ضرورة التخطيط المسبق لاستراتيجيات الاتصال والتحلي بالشفافية والصدق ومخاطبة الجمهور بتعاطف.

□ دراسة (Barasa, Mbau & Gilson, 2018): "What Is Resilience and How Can It Be Nurtured? A Systematic Review of Empirical Literature on Organizational Resilience"

هدفت الدراسة إلى التعرف على مفهوم المرونة التنظيمية بأبعادها (الموارد المادية، التخطيط والاستعداد، إدارة المعلومات، المسارات البديلة والتكرار، عمليات الحوكمة، ممارسات القيادة، الثقافة التنظيمية، رأس المال البشري، الشبكات الاجتماعية والتعاون) وكيفية تعزيزها في الأنظمة الصحية. واستخدمت الدراسة منهج المراجعة المنهجية للأدبيات التجريبية، حيث تم البحث في قواعد بيانات PubMed وEconlit وEBSCOHOST وGoogle Scholar وتكونت العينة من (34) بحثاً ودراسة استوفت معايير الشمول. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المرونة تُفهم عموماً بوصفها قدرة النظام على الاستمرار في تحقيق أهدافه في مواجهة التحديات، وأن مفهوم المرونة لا يقتصر على قدرة النظام على مقاومة الصدمات فحسب بل يشمل أيضاً القدرة على التكيف والتحول. كما أكدت أن المرونة خاصية ناشئة من الأنظمة التكيفية المعقدة، وأنها وظيفة مزدوجة تتضمن التخطيط للأزمات المستقبلية (المرونة المخططة) والتكيف مع الضغوط المزمene والصدمات الحادة (المرونة التكيفية). وأوصت الدراسة بالاهتمام بالمرونة اليومية للأنظمة الصحية وليس فقط مرونتها أمام الصدمات الحادة، والتركيز على الجوانب البرمجية (Software) للنظام الصحي كالثقافة والقيادة بقدر التركيز على الجوانب المادية (Hardware).

□ دراسة (Nuzzo et al., 2020): "Preparedness for a High-Impact Respiratory Pathogen Pandemic"

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الاستعداد العالمي لمواجهة جائحة ناتجة عن مسببات أمراض تنفسية عالية التأثير بأبعاده (قدرات الرصد والإنذار المبكر، قدرات الاستجابة الطبية، التواصل أثناء المخاطر، سلاسل الإمداد الصحي، التنسيق بين القطاعات) على مستوى الأنظمة الصحية العالمية. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي القائم على مراجعة شاملة للسياسات والأدلة المتوفرة وتحليل الفجوات في الاستعداد. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود ثغرات كبيرة في الاستعداد العالمي لمواجهة الجوائح التنفسية عالية التأثير، بما في ذلك ضعف أنظمة الرصد المبكر وعدم كفاية الإمدادات الطبية الاستراتيجية وقصور في خطط التواصل أثناء الأزمات. وأوصت الدراسة بضرورة الاستثمار في أنظمة الإنذار المبكر وتعزيز سلاسل الإمداد الطبي والعمل على بناء قدرات مستدامة للاستعداد والاستجابة على المستويين الوطني والدولي.

8.1 الفجوة البحثية

من خلال الاستعراض المعمق للأدبيات والدراسات السابقة العربية والأجنبية ذات الصلة بموضوع إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة وجاهزية واستدامة القطاع الصحي، يتضح أن الغالبية العظمى من هذه الدراسات تناولت أبعاد إدارة المخاطر الصحية بشكل مجزأ ومنفصل، حيث ركزت بعض الدراسات على بُعد التخطيط الاستباقي كدراسة داخل وجماعة وأبو زيد (2022) التي اقتصرته على علاقة التخطيط الاستراتيجي بإدارة الأزمات، بينما تناولت دراسات أخرى بُعد اتصال المخاطر بمعزل عن بقية الأبعاد كدراسة بن لعربي (2022) ودراسة (Malecki, Keating & Safdar, 2021)، في حين انصبّ اهتمام دراسات ثالثة على الجانب الرقمي والتقني كدراسة العنزي والنيف (2025) أو على ممارسات إدارة المخاطر وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية كدراسة المطيري (2023). كما أن معظم الدراسات الأجنبية كدراسة (Barasa, Mbau & Gilson, 2018) قدّمت مراجعات منهجية نظرية للمرونة التنظيمية دون ربطها بإطار تطبيقي متكامل لإدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة. وهذا يعني أن الأدبيات الحالية تفتقر إلى دراسات تتبنى مقاربة شمولية تدمج بين الأبعاد الأربعة لإدارة المخاطر (التخطيط الاستباقي، الاستجابة والتنسيق

المؤسسي، اتصال المخاطر والتوعية، التحول الرقمي) في نموذج بحثي واحد متكامل يقيس أثرها المشترك على جاهزية واستدامة القطاع الصحي.

وتتعمق هذه الفجوة البحثية حين يُنظر إليها في سياق البيئة العربية تحديداً، إذ أن الدراسات العربية التي تناولت إدارة الأزمات والكوارث الصحية ظلت في معظمها محصورة في سياقات مؤسسية محدودة كمستشفى بعينه أو إدارة صحية في منطقة جغرافية واحدة، دون أن تقدم إطاراً استراتيجياً قابلاً للتعميم والتطبيق على مستوى القطاع الصحي ككل. فضلاً عن ذلك، فإن أيّاً من الدراسات السابقة لم يتناول المتغير التابع (جاهزية واستدامة القطاع الصحي) بوصفه مفهوماً مركباً يجمع بين الجاهزية بمعناها الاستعدادي والاستدامة بمعناها المؤسسي طويل المدى، بل اكتفت أغلب الدراسات بقياس جوانب جزئية كجودة الرعاية الصحية أو فاعلية الاستجابة للأزمات أو تجربة المستفيد كلٌّ على حدة. ومن هنا تأتي الدراسة الحالية لسد هذه الفجوة من خلال تقديم نموذج بحثي متكامل يدرس الأثر المشترك لأبعاد إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة الأربعة مجتمعةً على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي، مع تقديم إطار استراتيجي شامل يُسهّم في توجيه المؤسسات الصحية نحو بناء منظومة إدارة مخاطر فعالة ومستدامة.

9.1 المنطلقات النظرية للدراسة

أولاً: إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة

شهد مفهوم إدارة المخاطر تطوراً ملحوظاً عبر العقود الماضية، إذ انتقل من كونه مجرد إجراءات تفاعلية تُتخذ بعد وقوع الأزمات إلى منظومة استراتيجية شاملة تستهدف التنبؤ بالمخاطر واستباقها والتعامل معها وفق أطر منهجية مُحكمة. وتُعرّف إدارة المخاطر وفقاً للمواصفة الدولية (ISO 31000:2018) بأنها مجموعة الأنشطة المنسقة لتوجيه المنظمة والتحكم فيها فيما يتعلق بالمخاطر، وتتضمن عمليات تحديد المخاطر وتحليلها وتقييمها ومعالجتها ورصدها ومراجعتها بصورة مستمرة (موسى، 2025). وحين يُسقط هذا المفهوم على القطاع الصحي تحديداً، فإن إدارة مخاطر الكوارث الصحية

والأوبئة تُشير إلى تلك المنظومة المتكاملة من السياسات والإجراءات والممارسات التي تتبناها المؤسسات الصحية بهدف التعرف على المخاطر الصحية المحتملة الناجمة عن الكوارث والأوبئة، وتقدير احتمالية حدوثها وحجم تأثيرها، ووضع الخطط والاستراتيجيات اللازمة للوقاية منها أو التخفيف من آثارها وضمان استمرارية الخدمات الصحية في أثنائها وبعدها (المطيري، 2023).

وتكتسب إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة أهمية استثنائية نابعة من طبيعة التهديدات الصحية ذاتها، فالأوبئة تتميز بسرعة انتشارها وعدم القدرة على التنبؤ الكامل بمساراتها وتأثيراتها المتشعبة التي تتجاوز البُعد الصحي لتتطال الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية والنفسية. وقد أسهمت جائحة كوفيد-19 في تعميق الوعي العالمي بأن إدارة المخاطر الصحية ليست ترفاً إدارياً بل ضرورة وجودية لا غنى عنها لضمان صمود الأنظمة الصحية وقدرتها على أداء مهامها في أحلك الظروف (البقي وشرقي، 2025). وفي هذا السياق، تتعدد المقاربات النظرية التي تُؤطر لإدارة المخاطر الصحية، من بينها نظرية الأنظمة المعقدة التكيفية التي تنظر إلى المؤسسات الصحية بوصفها أنظمة ديناميكية تتفاعل مكوناتها مع بيئتها بشكل مستمر وتحتاج إلى قدرات تكيفية عالية لمواجهة المتغيرات المفاجئة (Barasa, Mbau & Gilson, 2018).

ثانياً: أبعاد المتغير المستقل

□ التخطيط الاستباقي للمخاطر

يُقصد بالتخطيط الاستباقي للمخاطر تلك العملية المنهجية المنظمة التي تقوم بها المؤسسات الصحية لاستشراف المخاطر الصحية المحتملة قبل وقوعها، من خلال تحليل البيئة الداخلية والخارجية، ورصد المؤشرات والإشارات المبكرة، ووضع خطط طوارئ وسيناريوهات استجابة مسبقة، وتخصيص الموارد اللازمة، وإجراء تدريبات محاكاة دورية لاختبار جاهزية المنظومة الصحية. ويرتكز هذا البُعد على فلسفة الاستباق بدلاً من رد الفعل، حيث إن التخطيط المسبق يُقلل من حالة الارتباك ويُسرّع عملية الاستجابة ويُخفّض التكاليف البشرية والمادية المترتبة على الأزمات الصحية (صاوق، 2022).

□ الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي

يُشير هذا البُعد إلى قدرة المؤسسات الصحية على تفعيل خطط الطوارئ بسرعة وكفاءة عند وقوع الكوارث الصحية أو الأوبئة، مع ضمان تنسيق فعال بين مختلف الجهات والمستويات الإدارية المعنية بالاستجابة. ويتضمن ذلك وضوح الأدوار والمسؤوليات وسلاسل القيادة، وسرعة تعبئة الموارد البشرية والمادية، وتبادل المعلومات بين الجهات المعنية في الوقت الحقيقي، والتنسيق مع القطاعات الحكومية والخاصة والمجتمعية ذات العلاقة. ويُعدّ التنسيق المؤسسي عاملاً حاسماً في نجاح جهود المواجهة، إذ أن تشتت الجهود وازدواجية الأدوار يُضعفان فاعلية الاستجابة ويُهدران الموارد المحدودة (داخل وجماعة وأبو زيد، 2022).

□ اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية

يُعرّف اتصال المخاطر بأنه عملية تبادل المعلومات والآراء والرسائل بين الجهات المسؤولة عن إدارة المخاطر والجمهور المعرض لها أو المتأثر بها، بهدف تمكين الأفراد والمجتمعات من اتخاذ قرارات مستنيرة لحماية صحتهم وسلامتهم. وقد طوّرت مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها في الولايات المتحدة الأمريكية نموذج (CERC) الذي يُوظف تسع استراتيجيات اتصالية عبر المراحل الخمس لإدارة الأزمات، تشمل رسائل المخاطرة والتحذيرات وتخفيض الغموض وترويج السلوكيات الفعالة والطمأنة وتقديم التوصيات والتعاطف وتصحيح الشائعات (بن لعربي، 2022). ويتجاوز اتصال المخاطر مجرد نقل المعلومات ليشمل بناء الثقة مع الجمهور والحفاظ عليها، وهو ما يتطلب شفافية ومصادقية وتعاطفاً في الخطاب، لا سيما في عصر وسائل التواصل الاجتماعي الذي يتسم بسرعة انتشار المعلومات المضللة وتأثيرها العميق في تشكيل الإدراك العام للمخاطر. (Malecki, Keating & Safdar, 2021)

□ التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية

يُقصد بالتحول الرقمي في سياق إدارة المخاطر الصحية توظيف التقنيات الرقمية الحديثة وأنظمة المعلومات والاتصالات في دعم عمليات الرصد والإنذار المبكر وتحليل البيانات الصحية واتخاذ

القرارات المبنية على الأدلة وتنسيق جهود الاستجابة. ويشمل ذلك أنظمة الترصد الوبائي الإلكتروني وتطبيقات الهاتف المحمول الصحية والسجلات الصحية الإلكترونية ومنصات التطبيب عن بُعد وتقنيات الذكاء الاصطناعي وتحليل البيانات الضخمة. وقد أثبتت تجربة المملكة العربية السعودية خلال جائحة كوفيد-19 من خلال تطبيق "توكلنا" أن التحول الرقمي يمكن أن يكون أداة محورية في إدارة الأزمات الصحية ورصد انتشار الأوبئة والتواصل مع الجمهور (البحراني وشرقي، 2025).

ثالثاً: تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي (المتغير التابع)

يُمثل تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي المحصلة النهائية المرجوة من تطبيق ممارسات إدارة المخاطر الفعالة. وتُعرّف جاهزية القطاع الصحي بأنها حالة الاستعداد الشامل التي تكون عليها المؤسسات الصحية من حيث توافر الموارد البشرية المؤهلة والتجهيزات المادية والتقنية والخطط التشغيلية اللازمة للتعامل مع الكوارث الصحية والأوبئة بكفاءة وفاعلية فور وقوعها (العنزي والنيف، 2025). أما استدامة القطاع الصحي فتُشير إلى قدرة المؤسسات الصحية على المحافظة على مستوى أدائها وجودة خدماتها واستمرارية عملياتها على المدى البعيد، بصرف النظر عن الصدمات والضغوط المتكررة التي قد تتعرض لها، مع القدرة على التعلم من التجارب السابقة والتكيف والتحول نحو مستويات أداء أفضل. ويرتبط مفهوم الاستدامة ارتباطاً وثيقاً بمفهوم المرونة التنظيمية، التي تتجاوز مجرد امتصاص الصدمات لتشمل القدرة على التكيف مع الضغوط المزمنة والتحول نحو أنماط عمل أكثر كفاءة، وهو ما أشارت إليه الأدبيات بمصطلح "المرونة اليومية" التي تُعدّ بذات أهمية المرونة أمام الصدمات الحادة في ضمان استدامة الأنظمة الصحية. (Barasa, Mbau & Gilson, 2018)

وبناءً على ما سبق، فإن هذه الدراسة تنطلق من تأطير نظري يربط بين إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة كمتغير مستقل بأبعاده الأربعة (التخطيط الاستباقي للمخاطر، الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي، اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية، التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية) وبين تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي كمتغير تابع، على افتراض أن التطبيق المتكامل والفعال لهذه

الأبعاد الأربعة سيُسهم بشكل جوهري في رفع مستوى جاهزية المؤسسات الصحية وضمان استدامتها المؤسسية في مواجهة الكوارث الصحية والأوبئة الحالية والمستقبلية (موسى، 2021).

رابعاً: التخطيط الاستباقي للمخاطر

يُقصد بالتخطيط الاستباقي للمخاطر تلك العملية المنهجية المنظمة التي تقوم بها المؤسسات الصحية لاستشراف المخاطر الصحية المحتملة قبل وقوعها، من خلال تحليل البيئة الداخلية والخارجية، ورصد المؤشرات والإشارات المبكرة، ووضع خطط طوارئ وسيناريوهات استجابة مسبقة، وتخصيص الموارد اللازمة، وإجراء تدريبات محاكاة دورية لاختبار جاهزية المنظومة الصحية. ويرتكز هذا البُعد على فلسفة الاستباق بدلاً من رد الفعل، حيث إن التخطيط المسبق يُقلّل من حالة الارتباك ويُسرّع عملية الاستجابة ويُخفّض التكاليف البشرية والمادية المترتبة على الأزمات الصحية (صادق، 2022).

□ الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي

يُشير هذا البُعد إلى قدرة المؤسسات الصحية على تفعيل خطط الطوارئ بسرعة وكفاءة عند وقوع الكوارث الصحية أو الأوبئة، مع ضمان تنسيق فعال بين مختلف الجهات والمستويات الإدارية المعنية بالاستجابة. ويتضمن ذلك وضوح الأدوار والمسؤوليات وسلاسل القيادة، وسرعة تعبئة الموارد البشرية والمادية، وتبادل المعلومات بين الجهات المعنية في الوقت الحقيقي، والتنسيق مع القطاعات الحكومية والخاصة والمجتمعية ذات العلاقة. ويُعدّ التنسيق المؤسسي عاملاً حاسماً في نجاح جهود المواجهة، إذ أن تشتت الجهود وازدواجية الأدوار يُضعفان فاعلية الاستجابة ويُهدران الموارد المحدودة (داخل وجماعة وأبو زيد، 2022).

□ اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية

يُعرّف اتصال المخاطر بأنه عملية تبادل المعلومات والآراء والرسائل بين الجهات المسؤولة عن إدارة المخاطر والجمهور المعرض لها أو المتأثر بها، بهدف تمكين الأفراد والمجتمعات من اتخاذ قرارات مستنيرة

لحماية صحتهم وسلامتهم. وقد طُوِّرت مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها في الولايات المتحدة الأمريكية نموذج (CERC) الذي يُوظَّف تسع استراتيجيات اتصالية عبر المراحل الخمس لإدارة الأزمات، تشمل رسائل المخاطرة والتحذيرات وتخفيض الغموض وترويج السلوكيات الفعالة والطمأننة وتقديم التوصيات والتعاطف وتصحيح الشائعات (بن لعربي، 2022). ويتجاوز اتصال المخاطر مجرد نقل المعلومات ليشمل بناء الثقة مع الجمهور والحفاظ عليها، وهو ما يتطلب شفافية ومصداقية وتعاطفاً في الخطاب، لا سيما في عصر وسائل التواصل الاجتماعي الذي يتسم بسرعة انتشار المعلومات المضللة وتأثيرها العميق في تشكيل الإدراك العام للمخاطر. (Malecki, Keating & Safdar, 2021)

□ التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية

يُقصد بالتحول الرقمي في سياق إدارة المخاطر الصحية توظيف التقنيات الرقمية الحديثة وأنظمة المعلومات والاتصالات في دعم عمليات الرصد والإنذار المبكر وتحليل البيانات الصحية واتخاذ القرارات المبنية على الأدلة وتنسيق جهود الاستجابة. ويشمل ذلك أنظمة الترصد الوبائي الإلكتروني وتطبيقات الهاتف المحمول الصحية والسجلات الصحية الإلكترونية ومنصات التطبيب عن بُعد وتقنيات الذكاء الاصطناعي وتحليل البيانات الضخمة. وقد أثبتت تجربة المملكة العربية السعودية خلال جائحة كوفيد-19 من خلال تطبيق "توكلنا" أن التحول الرقمي يمكن أن يكون أداة محورية في إدارة الأزمات الصحية ورصد انتشار الأوبئة والتواصل مع الجمهور (البقي وشوقي، 2025).

خامساً: تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي (المتغير التابع)

يُمثل تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي المحصلة النهائية المرجوة من تطبيق ممارسات إدارة المخاطر الفعالة. وتُعرَّف جاهزية القطاع الصحي بأنها حالة الاستعداد الشامل التي تكون عليها المؤسسات الصحية من حيث توافر الموارد البشرية المؤهلة والتجهيزات المادية والتقنية والخطط التشغيلية اللازمة للتعامل مع الكوارث الصحية والأوبئة بكفاءة وفاعلية فور وقوعها (العنزي والنيف، 2025). أما استدامة القطاع الصحي فتُشير إلى قدرة المؤسسات الصحية على المحافظة على مستوى أدائها وجودة خدماتها

واستمرارية عملياتها على المدى البعيد، بصرف النظر عن الصدمات والضغوط المتكررة التي قد تتعرض لها، مع القدرة على التعلم من التجارب السابقة والتكيف والتحول نحو مستويات أداء أفضل. ويرتبط مفهوم الاستدامة ارتباطاً وثيقاً بمفهوم المرونة التنظيمية، التي تتجاوز مجرد امتصاص الصدمات لتشمل القدرة على التكيف مع الضغوط المزمنة والتحول نحو أنماط عمل أكثر كفاءة، وهو ما أشارت إليه الأدبيات بمصطلح "المرونة اليومية" التي تُعدّ بذات أهمية المرونة أمام الصدمات الحادة في ضمان استدامة الأنظمة الصحية. (Barasa, Mbau & Gilson, 2018).

وبناءً على ما سبق، فإن هذه الدراسة تنطلق من تأطير نظري يربط بين إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة كمتغير مستقل بأبعاده الأربعة (التخطيط الاستباقي للمخاطر، الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي، اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية، التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية) وبين تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي كمتغير تابع، على افتراض أن التطبيق المتكامل والفعال لهذه الأبعاد الأربعة سيُسهم بشكل جوهري في رفع مستوى جاهزية المؤسسات الصحية وضمان استدامتها المؤسسية في مواجهة الكوارث الصحية والأوبئة الحالية والمستقبلية (موسى، 2021).

10.1 منهجية الدراسة

سوف تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي باعتباره المنهج الأكثر ملاءمة لطبيعة الدراسة وأهدافها، حيث يُتيح هذا المنهج وصف الظاهرة محل الدراسة وصفاً دقيقاً وتحليل العلاقات والأثر بين متغيراتها. وسيتم توظيف هذا المنهج للتعرف على أثر إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة بأبعادها الأربعة (التخطيط الاستباقي للمخاطر، الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي، اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية، التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية) على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي في المؤسسات الصحية، وذلك من خلال جمع البيانات وتحليلها إحصائياً للوصول إلى نتائج قابلة للتعميم. وسيضمن التطبيق الميداني للدراسة مرحلتين أساسيتين: المرحلة الأولى ستشمل مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة العربية والأجنبية ذات الصلة بموضوع الدراسة لبناء الإطار النظري وتصميم

أداة الدراسة، أما المرحلة الثانية فستتضمن الجانب الميداني من خلال تصميم استبانة محكمة وتوزيعها على عينة الدراسة وجمع البيانات الأولية وتحليلها باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، ومن ثم تفسير النتائج والخروج بالتوصيات والمقترحات في ضوء ما ستسفر عنه التحليلات الإحصائية.

11.1 مجتمع وعينة الدراسة

سيكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في الوظائف الإدارية والإشرافية والطبية في المؤسسات الصحية، ويشمل ذلك مديري المستشفيات ورؤساء الأقسام الطبية والإدارية ومسؤولي الجودة وإدارة المخاطر ومنسقي الطوارئ والأزمات الصحية والأطباء والممرضين في المواقع القيادية، والذين يُقدّر عددهم الإجمالي بنحو (850) موظفاً وموظفة. ويُبرّر اختيار هذا المجتمع بكونه يضم الفئات الأكثر ارتباطاً بعمليات إدارة المخاطر واتخاذ القرارات المتعلقة بالجاهزية والاستدامة في القطاع الصحي، مما يُتيح الحصول على بيانات ذات مصداقية عالية تعكس واقع الممارسات الفعلية.

وسيتم اختيار عينة الدراسة بأسلوب العينة العشوائية الطبقية لضمان تمثيل جميع المستويات الوظيفية والتخصصية في مجتمع الدراسة تمثيلاً متوازناً. وبناءً على جدول (Krejcie & Morgan, 1970) لتحديد حجم العينة المناسب، سيبلغ الحد الأدنى المطلوب للعينة (265) مفردة من مجتمع قوامه (850)، وسيتم توزيع (320) استبانة لتعويض الفاقد المتوقع من الاستبانات غير المكتملة أو غير الصالحة للتحليل الإحصائي. وسيتم توزيع العينة بشكل طبقي يشمل الإدارة العليا بنسبة تقريبية (15%)، والإدارة الوسطى بنسبة (35%)، والكوادر الطبية والتمريضية في المواقع الإشرافية بنسبة (50%)، وذلك لضمان شمولية التمثيل وموضوعية النتائج.

12.1 مصادر جمع البيانات

سوف تعتمد الدراسة على مصدرين أساسيين لجمع البيانات:

- المصادر الثانوية: وتشمل الكتب والمراجع العلمية المتخصصة، والدوريات والمجلات العلمية المحكمة العربية والأجنبية، والرسائل الجامعية (ماجستير ودكتوراه)، والتقارير والوثائق الصادرة عن المنظمات الدولية كمنظمة الصحة العالمية، وقواعد البيانات الإلكترونية مثل Scopus و Web of Science ودار المنظومة، وذلك لبناء الإطار النظري للدراسة وتحديد الأبعاد والمتغيرات وصياغة الفروض.
- المصادر الأولية: وتتمثل في البيانات الميدانية التي سيتم جمعها من خلال الاستبانة التي ستصمم خصيصاً لأغراض هذه الدراسة، والتي سيتم توزيعها على أفراد عينة الدراسة للحصول على آرائهم وتقديراتهم حول واقع إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة ومستوى جاهزية واستدامة القطاع الصحي.

13.1 أداة الدراسة

سيتم تصميم استبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات الأولية، وستكون من ثلاثة أقسام رئيسية:

- القسم الأول: البيانات الديموغرافية والوظيفية سيتضمن هذا القسم بيانات أفراد عينة الدراسة من حيث الجنس، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة، والمستوى الوظيفي.
- القسم الثاني: المتغير المستقل (إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة) سيتكون هذا القسم من (16) فقرة موزعة على أربعة أبعاد، وذلك على النحو التالي:
 - البعد الأول: التخطيط الاستباقي للمخاطر، ويتضمن (4) فقرات.
 - البعد الثاني: الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي، ويتضمن (4) فقرات.
 - البعد الثالث: اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية، ويتضمن (4) فقرات.
 - البعد الرابع: التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية، ويتضمن (4) فقرات.
- القسم الثالث: المتغير التابع (تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي) سيتكون هذا القسم من محور أحادي يتضمن (10) فقرات تقيس مستوى جاهزية واستدامة القطاع الصحي بشكل شامل.

وبذلك سيبلغ إجمالي فقرات الاستبانة (26) فقرة، وسيتم استخدام مقياس ليكرت الخماسي (موافق بشدة = 5، موافق = 4، محايد = 3، غير موافق = 2، غير موافق بشدة = 1) لقياس استجابات أفراد العينة. وسيتم التحقق من صدق الأداة من خلال الصدق الظاهري بعرضها على مجموعة من المحكمين المتخصصين، والصدق البنائي باستخدام معامل ارتباط بيرسون، كما سيتم التحقق من ثبات الأداة باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha).

14.1 الأساليب الإحصائية المستخدمة

سوف تستعين الدراسة ببرنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) لتحليل البيانات، وسيتم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

□ **الإحصاء الوصفي:** ويشمل التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص عينة الدراسة الديموغرافية، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتحديد مستوى استجابات أفراد العينة على محاور الاستبانة وترتيب الفقرات والأبعاد حسب أهميتها النسبية.

□ **الإحصاء الاستدلالي:** ويشمل معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للتحقق من صدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة ولقياس العلاقة بين المتغيرات، ومعامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) للتحقق من ثبات أداة الدراسة، وتحليل الانحدار البسيط (Simple Linear Regression) لاختبار أثر كل بُعد من أبعاد المتغير المستقل على المتغير التابع، وتحليل الانحدار المتعدد (Multiple Linear Regression) لاختبار الأثر المشترك لأبعاد المتغير المستقل مجتمعة على المتغير التابع، واختبار (T-Test) للعينات المستقلة لاختبار الفروق تبعاً لمتغير الجنس، وتحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لاختبار الفروق تبعاً للمتغيرات ذات المستويات الأكثر من اثنين كالمؤهل العلمي وسنوات الخبرة والمستوى الوظيفي، واختبار شيفيه (Scheffé) للمقارنات البعدية في حال وجود فروق ذات دلالة إحصائية، ومعامل تضخم التباين (VIF) واختبار التسامح (Tolerance) للتأكد من عدم وجود مشكلة الارتباط المتعدد الخطي بين المتغيرات المستقلة.

15.1 حدود الدراسة

- **الحدود الموضوعية:** ستقتصر الدراسة على دراسة أثر إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة بأبعادها الأربعة (التخطيط الاستباقي للمخاطر، الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي، اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية، التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية) على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي.
- **الحدود المكانية:** ستُطبق الدراسة على المؤسسات الصحية (المستشفيات الحكومية والخاصة) في نطاق جغرافي محدد يتم تحديده وفقاً لإمكانية الوصول الميداني للباحث.
- **الحدود الزمانية:** سيتم إجراء الدراسة الميدانية وجمع البيانات خلال العام الأكاديمي 2025/2026م.
- **الحدود البشرية:** ستقتصر الدراسة على العاملين في الوظائف الإدارية والإشرافية والطبية في المؤسسات الصحية، والذين يشملون مديري المستشفيات ورؤساء الأقسام ومسؤولي الجودة وإدارة المخاطر ومنسقي الطوارئ والكوادر الطبية والتمريضية في المواقع القيادية.

الفصل الثاني: الإطار النظري

المبحث الأول: إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة (المتغير المستقل)

1.1.2 تمهيد

شكلت الأوبئة والكوارث الصحية على مر التاريخ تهديداً وجودياً للمجتمعات البشرية، غير أن طبيعة هذه التهديدات وحجمها ونطاقها قد تغيرت تغيراً جذرياً في العقود الأخيرة بفعل عوامل متعددة منها العولمة وسهولة التنقل الدولي والتغيرات المناخية والتوسع العمراني وتطور مسببات الأمراض. وفي ظل هذا الواقع المعقد، برزت إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة بوصفها حقلاً معرفياً وإدارياً متخصصاً يستمد أسسه من تقاطع عدة تخصصات تشمل الإدارة الاستراتيجية والصحة العامة وإدارة الأزمات وعلوم المخاطر. وقد فرضت جائحة كوفيد-19 واقعاً جديداً أعاد تشكيل المفاهيم التقليدية لإدارة المخاطر في القطاع الصحي، وأبرز الحاجة الماسة إلى تبني مقاربات شاملة ومتكاملة تتجاوز النماذج الجزئية والتفاعلية التي سادت في حقبة سابقة. ومن هذا المنطلق، يسعى هذا المبحث إلى تأصيل مفهوم إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة وتحليل أبعاده وأهميته وأهدافه واستراتيجياته، وصولاً إلى بناء إطار نظري متماسك يُوجّه الجانب الميداني من هذه الدراسة.

2.1.2 مفهوم إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة

يستند مفهوم إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة إلى جذور معرفية متعددة المشارب، تتقاطع فيها أدبيات إدارة المخاطر العامة مع أدبيات الصحة العامة وإدارة الأزمات، مما أفرز تعريفات متنوعة تعكس الزوايا المختلفة التي نظر منها الباحثون إلى هذا المفهوم. وقد عرّف Aven (2021) إدارة المخاطر بأنها مجموعة الأنشطة والعمليات المنسقة التي تهدف إلى توجيه المنظمة والسيطرة على حالات عدم اليقين التي قد تؤثر في تحقيق أهدافها، مشيراً إلى أن الأسس الحديثة لإدارة المخاطر تتجاوز الحسابات الاحتمالية

التقليدية لتشمل فهماً أعمق لطبيعة المخاطر وسياقاتها وتفاعلاتها المعقدة. وقد أسهم هذا التعريف في توسيع نطاق المفهوم ليتجاوز البُعد التقني والكمي نحو أبعاد استراتيجية وتنظيمية أشمل.

وفي سياق أكثر تخصصاً، تناول موسى (2025) مفهوم إدارة المخاطر الصحية من منظور المواصفة الدولية (ISO 31000:2018) بوصفها إطاراً منهجياً يتضمن عمليات تحديد المخاطر وتحليلها وتقييمها ومعالجتها ومتابعتها بصورة دورية ومنتظمة، مع التأكيد على أن تطبيق هذا الإطار في المؤسسات الصحية يتطلب مراعاة الخصوصية العالية لهذا القطاع من حيث حساسية الخدمات المقدمة وارتباطها المباشر بحياة الإنسان. ويتميز هذا التوجه بتركيزه على المعيارية والمنهجية في إدارة المخاطر، مما يوفر إطاراً قابلاً للقياس والمقارنة عبر المؤسسات المختلفة.

أما على صعيد المقاربة الميدانية، فقد تناول المطيري (2023) ممارسات إدارة المخاطر في القطاع الصحي من خلال ثلاثة أبعاد تشغيلية هي تحليل المخاطر وتقدير المخاطر ومعالجة المخاطر، مما يعكس توجهاً عملياً يركز على الجانب التطبيقي لإدارة المخاطر داخل المؤسسات الصحية. وفي السياق ذاته، نظر الرويلي والنيف (2025) إلى إدارة المخاطر في الإطار الصحي من زاوية تأثيرها في تحسين تجربة المستفيد من الخدمات الصحية، مما يُضيف بُعداً مهماً يربط بين إدارة المخاطر ورضا المتعاملين مع المنظومة الصحية.

ومن منظور مغاير، تناول برنو وشبوتي (2021) إدارة المخاطر الصحية في ضوء علاقتها بالمخاطر الرقمية المصاحبة للأزمات الصحية، مشيرين إلى أن الأزمات الصحية الكبرى كجائحة كوفيد-19 لا تُفرز مخاطر صحية فحسب بل تولّد أيضاً مخاطر رقمية وسيرانية تستوجب إدارة متكاملة. أما على المستوى الدولي، فقد تناولت منظمة الصحة العالمية (WHO, 2022) إدارة المخاطر الصحية من منظور الوقاية من العدوى ومكافحتها، بوصفها مكوناً جوهرياً في منظومة الاستعداد والاستجابة للأوبئة.

وبالنظر إلى التعريفات السابقة وما تحمله من تنوع في الزوايا والمداخل، يرى الباحث أن إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة يمكن تعريفها إجرائياً بأنها: منظومة متكاملة ومستمرة من السياسات والعمليات والممارسات الاستراتيجية والتشغيلية التي تتبناها المؤسسات الصحية بهدف استباق المخاطر الصحية الناجمة عن الكوارث والأوبئة وتحديدها وتقييمها والتعامل معها بكفاءة وفاعلية، من خلال

التخطيط الاستباقي والاستجابة المنسقة والتواصل الفعال مع المجتمع وتوظيف التقنيات الرقمية الحديثة، بما يضمن حماية الصحة العامة واستمرارية الخدمات الصحية والتعافي السريع من آثار الأزمات.

3.1.2 أهمية إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة

تكتسب إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة أهميتها من طبيعة القطاع الصحي ذاته بوصفه القطاع المسؤول عن حماية أغلى ما يملكه الإنسان وهو صحته وحياته، فضلاً عن كون الكوارث الصحية والأوبئة تمتاز بخصائص تجعلها من أخطر أنواع الأزمات وأكثرها تعقيداً، إذ تتسم بسرعة الانتشار وصعوبة التنبؤ بمساراتها وتأثيراتها المتشعبة التي تتجاوز البُعد الصحي لتطال الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية والنفسية والأمنية. وقد عمّقت جائحة كوفيد-19 الوعي العالمي بأن القطاع الصحي غير المستعد لإدارة المخاطر يصبح هو ذاته مصدراً للمخاطر بدلاً من أن يكون حصناً ضدها.

ويشير القضاة والسبجي وحبوبي (2023) إلى أن أهمية إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة تتجلى في عدة جوانب جوهرية: أولاً، أنها تُمكن المؤسسات الصحية من الانتقال من نمط الاستجابة التفاعلية إلى نمط الاستعداد الاستباقي، مما يُقلّص الفجوة الزمنية بين وقوع الأزمة وبدء الاستجابة الفعالة لها. ثانياً، أنها تُسهم في ترشيد الموارد الصحية المحدودة من خلال توجيهها نحو الأولويات الأكثر إلحاحاً وفق منهجية علمية بدلاً من التوزيع العشوائي الذي يسود عادةً في حالات الأزمات. ثالثاً، أنها تُعزز قدرة المنظومة الصحية على التعلم من التجارب السابقة وتحويل الدروس المستفادة إلى سياسات وإجراءات مؤسسية تُحصّن القطاع ضد التهديدات المستقبلية.

ويرى Aven (2021) أن أهمية إدارة المخاطر في المنظمات المعاصرة تنبع من كونها تُشكّل الأساس الذي تُبنى عليه القرارات الاستراتيجية في ظل حالات عدم اليقين المتزايدة، وأن تطور هذا الحقل المعرفي أصبح ضرورة ملحة في ضوء التعقيد المتنامي للمخاطر وتشابك مصادرها وتداعياتها عبر القطاعات المختلفة. ويُضيف أن أهمية إدارة المخاطر تتعاظم في القطاعات ذات الحساسية العالية كالقطاع الصحي، حيث يترتب على الإخفاق في إدارة المخاطر خسائر بشرية لا يمكن تعويضها.

كما يرى صادق (2022) أن أهمية إدارة مخاطر الأوبئة الصحية تتجاوز الإطار المؤسسي للمنظمات الصحية لتشمل البُعد المجتمعي الأوسع، إذ أن فاعلية إدارة المخاطر تنعكس مباشرة على مستوى الثقافة الصحية في المجتمع وقدرة أفراده على حماية أنفسهم والمشاركة الإيجابية في جهود المواجهة. ويؤكد أن تطوير إدارة الأزمات للحد من مخاطر الأوبئة يُعدّ استثماراً مجتمعيّاً بعيد المدى يتجاوز عوائده المباشرة ليُسهم في بناء مجتمعات أكثر وعياً وقدرة على الصمود.

وفي ذات الاتجاه، يُبرز عثمان وآل جحني (2023) أهمية إدارة المخاطر الصحية من زاوية مختلفة تتعلق بالأحداث الكبرى والتجمعات الجماهيرية، حيث تتضاعف المخاطر الصحية بفعل الكثافة البشرية العالية وتنوع الخلفيات الجغرافية والصحية للمشاركين، مما يستوجب منظومة إدارة مخاطر عالية الكفاءة قادرة على التعامل مع سيناريوهات متعددة ومتزامنة. ويُعزز هذا المنظور أهمية إدارة المخاطر الصحية بوصفها وظيفة مستمرة لا تقتصر على أوقات الأوبئة بل تمتد لتشمل كافة الظروف والسيئات التي يعمل فيها القطاع الصحي.

4.1.2 أهداف إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة

تتعدد أهداف إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة وتنوع وفقاً للمنظور الذي ينطلق منه كل باحث والسياق المؤسسي الذي يتناوله، غير أنها تتقاطع في مجملها حول غاية كبرى تتمثل في تعزيز قدرة المنظومة الصحية على حماية الصحة العامة وضمان استمرارية خدماتها في مواجهة التهديدات والأزمات. وفيما يلي عرض لأبرز الأهداف التي حددتها الأدبيات ذات الصلة:

يرى موسى (2025) أن أهداف إدارة المخاطر الصحية وفقاً لإطار المواصفة الدولية (ISO 31000:2018) تتمحور حول ثلاثة أهداف رئيسية: أولاً، إنشاء منظومة مؤسسية منهجية لتحديد المخاطر وتصنيفها وتقييم مستوى خطورتها وفق معايير موحدة وقابلة للقياس. ثانياً، تطوير آليات معالجة المخاطر التي تتراوح بين تجنب المخاطر ونقلها وتخفيفها وقبولها وفقاً لطبيعة كل خطر ومستوى تأثيره. ثالثاً، ضمان المراجعة والتحسين المستمر لمنظومة إدارة المخاطر من خلال الرصد الدوري والتقييم المنتظم والتعلم من التجارب.

ويُضيف الحسيب والنيف (2025) من خلال تناولهما لأثر الوعي الاستراتيجي في التعامل مع الأزمات والكوارث الصحية أهدافاً ترتبط بالبُعد المعرفي والإدراكي لإدارة المخاطر، تتمثل في: أولاً، تنمية الوعي الاستراتيجي لدى القيادات والكوادر الصحية بطبيعة المخاطر وديناميكياتها وسبل التعامل معها. ثانياً، بناء ثقافة مؤسسية داعمة لإدارة المخاطر تجعل من الاستعداد للأزمات سلوكاً مؤسسياً يومياً وليس مجرد استجابة طارئة. ثالثاً، تعزيز القدرة على اتخاذ القرارات الاستراتيجية السريعة والرشيدة في ظل ضغوط الأزمات وحالات عدم اليقين.

كما يُحدد الحكيبي وأبو طالب (2025) أهدافاً تتصل بالبُعد التشغيلي لإدارة المخاطر الصحية في سياق تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، وتشمل: أولاً، الحد من الأخطاء الطبية والمخاطر المرتبطة بسلامة المرضى من خلال إرساء نُظم رقابة ومتابعة فعالة. ثانياً، تحسين بيئة العمل الصحية وحماية الكوادر الطبية والتمريضية من المخاطر المهنية لا سيما أثناء التعامل مع الأوبئة. ثالثاً، ضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية بمستوى جودة مقبول حتى في أشد الظروف صعوبة.

ومن منظور أوسع، يُشير (Nuzzo et al. 2020) إلى أن أهداف الاستعداد لمواجهة الأوبئة عالية التأثير تتضمن: أولاً، بناء قدرات الرصد والإنذار المبكر القادرة على اكتشاف التهديدات الصحية في مراحلها الأولى. ثانياً، تطوير قدرات الاستجابة الطبية بما يشمل توفير الإمدادات الاستراتيجية والكوادر المدربة والمرافق المجهزة. ثالثاً، تعزيز التنسيق بين القطاعات والمستويات الإدارية المختلفة لضمان استجابة متكاملة ومنسقة.

5.1.2 أبعاد إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة

تم تحديد أبعاد المتغير المستقل في هذه الدراسة بناءً على المراجعة المعمّقة للأدبيات والدراسات ذات الصلة، ولا سيما ما طرحته دراسة القضاة والسبجي وحباني (2023) حول التغييرات الاستراتيجية المتبناة في المركز الوطني لإدارة الأزمات والكوارث الصحية السعودي، ودراسة البقي وشرقي (2025) حول دور اليقظة الاستراتيجية في إدارة المخاطر، ودراسة العنزي والنيف (2025) حول أثر الجاهزية الإلكترونية في إدارة الأزمات والكوارث الصحية، فضلاً عن الإطار الذي قدمه (Nuzzo et al. 2020) حول الاستعداد

لمواجهة الأوبئة التنفسية عالية التأثير. وقد أفضت هذه المراجعة إلى تحديد أربعة أبعاد رئيسية تُشكّل في مجموعها منظومة متكاملة لإدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة، وفيما يلي عرض تفصيلي لكل بُعد:

البُعد الأول: التخطيط الاستباقي للمخاطر

يُمثل التخطيط الاستباقي للمخاطر حجر الأساس في منظومة إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة، إذ يعكس قدرة المؤسسة الصحية على استشراف التهديدات المحتملة قبل وقوعها والاستعداد لها بشكل منهجي ومنظم. ويتجاوز هذا البُعد المفهوم التقليدي للتخطيط الذي يقتصر على وضع خطط مكتوبة ليشمل عملية ديناميكية مستمرة تتضمن الرصد البيئي والتحليل الاستراتيجي وبناء السيناريوهات وتخصيص الموارد وإجراء التدريبات والمحاكاة. وقد تناول داخل وجماعة وأبو زيد (2022) العلاقة بين التخطيط الاستراتيجي وفاعلية إدارة الأزمات والمخاطر في المنظمات الصحية العراقية، مركّزين على أبعاد صياغة الرؤية والرسالة وتحديد الأهداف الاستراتيجية والتحليل البيئي كمكونات أساسية للتخطيط، وهو ما يُبرز أهمية ربط التخطيط لإدارة المخاطر بالتوجه الاستراتيجي العام للمؤسسة الصحية وعدم التعامل معه بمعزل عن السياق المؤسسي الأشمل.

ويتضمن التخطيط الاستباقي للمخاطر عدة مكونات فرعية مترابطة تبدأ بتحديد المخاطر الصحية المحتملة من خلال مسح شامل للبيئة الداخلية والخارجية للمؤسسة الصحية، ثم تحليل هذه المخاطر من حيث احتمالية حدوثها وحجم تأثيرها المتوقع، يعقّمها تقييم المخاطر وترتيب أولوياتها وفقاً لمصفوفة المخاطر، وصولاً إلى وضع خطط استجابة مسبقة لكل مستوى من مستويات المخاطر. وقد أكد المطيري (2023) على أن ممارسات تحليل المخاطر وتقديرها تُشكّلان مرحلتين حاسمتين في عملية التخطيط لإدارة المخاطر، حيث يتوقف نجاح خطط المعالجة على دقة التحليل وموضوعية التقدير. كما يشمل التخطيط الاستباقي وضع سيناريوهات متعددة للاستجابة تراعي تنوع المخاطر وتفاوت حدّتها، وإجراء تمارين محاكاة دورية لاختبار فاعلية هذه السيناريوهات وكشف الثغرات فيها قبل وقوع الأزمات الحقيقية.

ولا يكتمل التخطيط الاستباقي دون إيلاء الاهتمام الكافي للموارد البشرية والمادية اللازمة للاستجابة، وهو ما يُعرف بتخطيط القدرات. ويتضمن ذلك تحديد الاحتياجات من الكوادر المتخصصة

والمعدات الطبية والأدوية والمستلزمات الضرورية، وبناء مخزون استراتيجي كافٍ لمواجهة الأزمات المحتملة، وإبرام اتفاقيات شراكة مسبقة مع الموردين والجهات الداعمة. وقد أشار موسى (2021) إلى أن توافر البنية التحتية والإمكانيات المادية والفنية يُعدّ شرطاً أساسياً لفعالية التنظيمات الطبية في مواجهة المخاطر الصحية، مما يؤكد أن التخطيط الاستباقي يجب أن يتضمن بُعداً لوجستياً متكاملًا إلى جانب البُعد الاستراتيجي.

البُعد الثاني: الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي

يُعبّر بُعد الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي عن قدرة المنظومة الصحية على تفعيل خطط الطوارئ بكفاءة عالية وفي أقصر وقت ممكن عند وقوع الكوارث الصحية أو اندلاع الأوبئة، مع ضمان تنسيق محكم بين جميع الأطراف والمستويات المعنية بالاستجابة. ويرتكز هذا البُعد على فرضية مفادها أن سرعة الاستجابة وجودة التنسيق في الساعات والأيام الأولى من الأزمة تُحدد إلى حد بعيد مسارها ونتائجها النهائية، وأن أي تأخر أو تشتت في الاستجابة يُفضي إلى تفاقم الأزمة وتضاعف تداعياتها.

وتتضمن الاستجابة السريعة عدة مكونات تشغيلية متكاملة تشمل تفعيل غرف العمليات الطارئة وتنشيط بروتوكولات الاستجابة المعدة مسبقاً وتعبئة الموارد البشرية والمادية وتشكيل فرق الاستجابة المتخصصة وتأمين سلاسل الإمداد الطبي. وقد تناولت العجلة وأبو معمر (2022) الاستراتيجيات الحديثة في إدارة الأزمات وأثرها على استمرارية الأعمال في المنظمات الصحية غير الحكومية في قطاع غزة، وهو سياق يتسم بتحديات استثنائية تفرض ضغوطاً هائلة على قدرات الاستجابة، مما يُبرز أن فاعلية الاستجابة لا ترتبط فقط بحجم الموارد المتاحة بل أيضاً بمستوى التنظيم والمرونة المؤسسية.

أما التنسيق المؤسسي فيُشير إلى آليات التواصل والتكامل بين مختلف الجهات والمستويات المشاركة في الاستجابة للكوارث الصحية، سواء داخل المؤسسة الصحية ذاتها بين أقسامها ووحداتها المختلفة، أو بينها وبين المؤسسات الصحية الأخرى والجهات الحكومية والقطاع الخاص ومنظمات المجتمع المدني. ويتطلب التنسيق الفعال وضوحاً في الأدوار والمسؤوليات وسلاسل القيادة والإبلاغ، وقنوات اتصال موثوقة ومتعددة، وبروتوكولات عمل مشتركة متفق عليها مسبقاً. وقد أشار Hughes et al. (2022) إلى أن

تحديات التنسيق والاتصال تُعدّ من أبرز العوائق التي تواجه الاستجابة الفعالة لحالات الطوارئ الصحية العامة، وأن الدروس المستفادة من جائحة كوفيد-19 تؤكد ضرورة إعادة هندسة آليات التنسيق لتكون أكثر مرونة وفاعلية.

ويتصل بالتنسيق المؤسسي مفهوم القيادة في الأزمات، حيث يتطلب التعامل مع الكوارث الصحية نمطاً قيادياً يجمع بين الحسم والمرونة وسرعة اتخاذ القرار والقدرة على إدارة فرق متعددة التخصصات تحت ضغوط شديدة. وقد أبرز القضاة والسبجي وحباني (2023) أن التغييرات الاستراتيجية التي اعتمدها المركز الوطني السعودي لإدارة الأزمات والكوارث الصحية بعد جائحة كوفيد-19 تضمنت إعادة هيكلة لآليات التنسيق والقيادة بما يضمن سرعة الاستجابة وشمولية التغطية، وهو ما يعكس التطور في فهم العلاقة بين القيادة والتنسيق المؤسسي وفاعلية إدارة الأزمات الصحية.

البُعد الثالث: اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية

يُشكل اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية بُعداً محورياً في إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة، ينطلق من حقيقة مفادها أن نجاح جهود المواجهة يتوقف بدرجة كبيرة على مدى وعي المجتمع بطبيعة المخاطر وثقته بالمؤسسات القائمة على إدارتها والتزامه بالإجراءات الوقائية والاحترازية. ويتجاوز اتصال المخاطر مفهوم الإعلام الصحي التقليدي ليشمل عملية تفاعلية ثنائية الاتجاه تتضمن الإنصات لمخاوف الجمهور والاستجابة لتساؤلاته وإشراكه في عملية صنع القرار المتعلق بصحته.

وقد تناول بن لعربي (2022) استراتيجيات اتصال المخاطر الصحية وفق نموذج (CERC) الذي طوره مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها في الولايات المتحدة الأمريكية، والذي يُقدم تسع استراتيجيات اتصالية متدرجة عبر خمس مراحل لإدارة الأزمات تبدأ بمرحلة ما قبل الأزمة وتتم بمرحلة الحدث الأولي ومرحلة الصيانة ومرحلة الحل وصولاً إلى مرحلة التقييم. ويُركّز هذا النموذج على أن الاتصال الفعال يجب أن يبدأ قبل وقت طويل من اندلاع الأزمة ويستمر بعد انحسار التهديد المباشر، مما يعني أن اتصال المخاطر هو عملية مستمرة وليس مجرد استجابة آنية.

وفي سياق التحولات التي أحدثتها وسائل التواصل الاجتماعي في ديناميكيات اتصال المخاطر، أشار Malecki et al. (2021) إلى أن الإدراك العام للمخاطر الصحية يتشكل من تفاعل عاملين هما الخطر الفعلي ودرجة الغضب العام، وأن وسائل التواصل الاجتماعي تلعب دوراً مزدوجاً في هذا التفاعل حيث تُتيح من جهة نشر المعلومات الصحيحة بسرعة كبيرة ومن جهة أخرى تُسهّل انتشار المعلومات المضللة التي تُفاقم حالة الغضب والارتباك. وهذا يفرض على المؤسسات الصحية تطوير استراتيجيات اتصال مبتكرة تتلاءم مع البيئة الرقمية الجديدة وتستيق موجات المعلومات المضللة بدلاً من مجرد التفاعل معها.

كما تناول معياش وراشدي (2021) اتصال المخاطر ودوره في إدارة الأزمة الصحية العالمية من منظور إثنومتدولوجي، مستكشفين كيفية تلقي المجتمعات المحلية للرسائل الصحية وتأويلها والتفاعل معها في سياقاتها الثقافية والاجتماعية الخاصة. ويُسهّم هذا المنظور في فهم أن اتصال المخاطر ليس عملية تقنية محايدة بل هو نشاط اجتماعي وثقافي يتأثر بالقيم والمعتقدات والبنى الاجتماعية السائدة، مما يستوجب تصميم رسائل توعوية مراعية للخصوصيات الثقافية والاجتماعية للمجتمعات المستهدفة.

أما التوعية المجتمعية فتتمثل الوجه التطبيقي لاتصال المخاطر، وتتضمن مجموعة البرامج والأنشطة التي تستهدف رفع مستوى الثقافة الصحية لدى أفراد المجتمع وتمكينهم من فهم طبيعة المخاطر الصحية واتخاذ الإجراءات الوقائية المناسبة. وقد أكد صادق (2022) على أن تنمية الثقافة الصحية المجتمعية تُعدّ آلية محورية للحد من مخاطر الأوبئة الصحية، وأن إشراك المجتمع في جهود المواجهة من خلال تنظيم المجتمع يُعزز فاعلية الاستجابة ويُقلّل من الاعتماد الكلي على المؤسسات الرسمية.

البُعد الرابع: التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية

يُجسّد بُعد التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية الامتداد التكنولوجي لإدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة، ويعكس التحول النوعي الذي شهده هذا المجال بفعل الثورة الرقمية وتطور تقنيات المعلومات والاتصالات. ويُقصد بالتحول الرقمي في هذا السياق توظيف التقنيات الرقمية الحديثة بشكل منهجي ومتكامل في دعم عمليات الرصد والإنذار المبكر وتحليل البيانات الصحية الضخمة واتخاذ القرارات المبنية على الأدلة وتنسيق جهود الاستجابة والتواصل مع الجمهور.

وقد تناول العنزي والنيف (2025) أثر الجاهزية الإلكترونية في إدارة الأزمات والكوارث الصحية من خلال أبعاد البنية التحتية التقنية والكفاءات البشرية الرقمية والأنظمة والتطبيقات الإلكترونية، مؤكدين على أن التحول الرقمي في القطاع الصحي ليس مجرد أتمتة للعمليات التقليدية بل هو إعادة تصميم جذرية لنماذج العمل بما يُمكن المؤسسات الصحية من تحقيق مستويات أعلى من الكفاءة والفاعلية في إدارة المخاطر. وتتضمن البنية التحتية التقنية اللازمة لذلك شبكات الاتصال عالية السرعة ومراكز البيانات ونظم المعلومات الصحية المتكاملة والسجلات الصحية الإلكترونية ومنصات التطبيب عن بُعد وأنظمة الترصد الوبائي الإلكتروني.

وقد أبرز البقي وشرقي (2025) الدور المحوري للتحول الرقمي في إدارة المخاطر من خلال استعراض تجربة المملكة العربية السعودية أثناء أزمة كوفيد-19، حيث وُظِّفت أنظمة الإنذار المبكر وتحليل البيانات الضخمة في التنبؤ بمسارات الوباء، كما شكّل تطبيق "توكلنا" نموذجاً بارزاً لتوظيف التقنية في إدارة الأزمات الصحية من خلال تتبع الحالات وإدارة التصاريح وتنظيم التنقل وتسهيل التواصل مع المواطنين. ويعكس هذا النموذج كيف يمكن للتحول الرقمي أن يُحدث نقلة نوعية في قدرات الاستجابة والتنسيق واتصال المخاطر عند توظيفه بشكل استراتيجي ومتكامل.

كما يتصل بهذا البُعد توظيف تقنيات الذكاء الاصطناعي والتعلم الآلي في تحليل الأنماط الوبائية والتنبؤ بمسارات انتشار الأمراض ودعم القرارات السريرية والإدارية. وقد أشار برنو وشبوطي (2021) إلى أن الأزمات الصحية تُفرز في الوقت ذاته مخاطر رقمية تتعلق بأمن المعلومات وخصوصية البيانات الصحية، مما يعني أن التحول الرقمي في إدارة المخاطر الصحية يجب أن يتضمن بُعداً أمنياً سيبرانياً يحمي البنية التحتية الرقمية والبيانات الحساسة من الاختراق والتلاعب. ويُضاف إلى ذلك ضرورة ضمان الشمولية الرقمية بحيث لا يُفضي التحول الرقمي إلى تهميش الفئات الأقل قدرة على استخدام التقنية، وهو ما يتطلب تصميم حلول تقنية سهلة الاستخدام ومتاحة لجميع شرائح المجتمع.

6.1.2 استراتيجيات إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة

تتنوع الاستراتيجيات المتاحة لإدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة تبعاً لطبيعة المخاطر ومستوى خطورتها ومرحلة الأزمة والسياق المؤسسي والجغرافي، غير أنه يمكن تصنيفها في إطارات رئيسية تعكس المقاربات المختلفة للتعامل مع المخاطر الصحية.

تتمثل الاستراتيجية الأولى في استراتيجية الاستباق والوقاية التي تهدف إلى منع حدوث المخاطر أو تقليل احتمالية وقوعها من الأساس. وتتضمن هذه الاستراتيجية برامج الترصد الوبائي المبكر والتطعيمات الوقائية ومعايير الوقاية من العدوى ومكافحتها وبرامج التثقيف الصحي المجتمعي. وقد أشار Houghton et al. (2020) إلى أن إرشادات الوقاية من العدوى ومكافحتها تمثل خط الدفاع الأول في مواجهة الأمراض التنفسية المعدية، مع التأكيد على أن فاعلية هذه الإرشادات ترتبط بمدى التزام العاملين الصحيين بها وبالعوامل المؤسسية والفردية المؤثرة في هذا الالتزام.

أما الاستراتيجية الثانية فتتمثل في استراتيجية التخفيف والاحتواء التي تُفَعَّل عند وقوع الكارثة الصحية أو اندلاع الوباء بهدف تقليل آثاره وحصر انتشاره. وتشمل هذه الاستراتيجية إجراءات العزل والحجر الصحي وتقييد الحركة وإغلاق الحدود وتعزيز القدرات العلاجية وتوسيع الطاقة الاستيعابية للمرافق الصحية. وقد تناول القضاة والسببي وحبواني (2023) التغييرات الاستراتيجية التي تبناها المركز الوطني السعودي لإدارة الأزمات والكوارث الصحية في إطار التخفيف والاحتواء، والتي شملت تحسين كفاءة الخدمات الصحية ورقمنة العمليات وتوسيع التغطية لتشمل جميع مناطق المملكة.

وتبرز الاستراتيجية الثالثة في استراتيجية التكيف والمرونة التي تُركِّز على بناء قدرة المنظومة الصحية على التكيف مع الظروف المتغيرة والتحول نحو أنماط عمل بديلة تضمن استمرارية الخدمات. وقد أشار Ivanov & Dolgui (2020) إلى مفهوم قابلية البقاء في شبكات الإمداد المتشابكة بوصفه امتداداً لمفهوم المرونة، حيث يتجاوز التكيف مع الصدمات المفردة ليشمل القدرة على البقاء والاستمرار في بيئات تتسم بتعدد الصدمات وتزامنها. وفي السياق الصحي، تتضمن هذه الاستراتيجية تطوير بدائل لتقديم

الخدمات الصحية كالتطبيب عن بُعد وإعادة توزيع الكوادر وتحويل المرافق وتعديل بروتوكولات العمل بما يتلاءم مع متطلبات الأزمة.

وتتمحور الاستراتيجية الرابعة حول استراتيجية التعافي والتعلم المؤسسي التي تُفَعَّل في مرحلة ما بعد الأزمة بهدف استعادة الأداء الطبيعي للمنظومة الصحية مع استخلاص الدروس المستفادة وتحويلها إلى تحسينات مؤسسية دائمة. ويتضمن ذلك تقييم الاستجابة وتحديد نقاط القوة والضعف فيها ومراجعة الخطط والبروتوكولات وتحديثها وتعزيز القدرات التي أثبتت فاعليتها ومعالجة الثغرات التي كشفت عنها الأزمة. وقد تناولت الربيعي (2021) مسؤولية الإدارة تجاه مخاطر النفايات الصحية التي تتضاعف أثناء الأوبئة وبعدها، وهو ما يُبرز أن مرحلة التعافي تتضمن أبعاداً بيئية وصحية يجب مراعاتها ضمن الاستراتيجية الشاملة لإدارة المخاطر.

كما تبرز استراتيجية الشراكة والتكامل القطاعي بوصفها استراتيجية عابرة للمراحل تعمل عبر جميع أطوار إدارة المخاطر، وتقوم على مبدأ أن مواجهة الكوارث الصحية والأوبئة تتطلب تضافر جهود مختلف القطاعات والجهات وعدم حصرها في القطاع الصحي وحده. وقد أكد شحاتة وبدير (2021) على أن إدارة المخاطر الصحية والبيئية تستوجب تكاملاً بين المؤسسات الصحية والتعليمية والبيئية والمجتمعية، وأن انعزال أي قطاع عن منظومة الاستجابة الشاملة يُضعف فاعلية الجهود ويُفرز ثغرات قد تتسع في أوقات الأزمات.

7.1.2 النظريات والنماذج المفسرة لإدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة

تستند إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة إلى عدة نظريات ونماذج تفسيرية أسهمت في تشكيل الفهم المعاصر لهذا المجال وتطوير ممارساته. ويُعدّ نموذج المواصفة الدولية (ISO 31000) من أبرز الأطر المرجعية التي وفرت منهجية موحدة لإدارة المخاطر تقوم على مبادئ الشمولية والتكامل والتحسين المستمر. وقد تناول موسى (2025) واقع تطبيق هذا الإطار في السياق الصحي من خلال تشخيص ممارسات إدارة المخاطر وفق متطلبات هذه المواصفة، مُبرزاً أنها توفر لغة مشتركة ومنهجية منظمة تُمكن المؤسسات الصحية من بناء نظام إدارة مخاطر متكامل ومتسق مع المعايير الدولية.

كما يُوظَّف نموذج اتصال الأزمات والطوارئ والمخاطر (CERC) الذي طورته مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها كإطار مرجعي لُبُعد اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية. ويقوم هذا النموذج على فرضية أن الاتصال الفعال في الأزمات الصحية يتطلب استراتيجيات مختلفة في كل مرحلة من مراحل الأزمة، وأن نجاح الاتصال يتوقف على قدرة المؤسسات الصحية على بناء الثقة والحفاظ عليها من خلال الشفافية والمصادقية والتعاطف (بن لعربي، 2022).

ومن المداخل النظرية ذات الصلة أيضاً نظرية الأنظمة المعقدة التكيفية التي تنظر إلى المؤسسات الصحية بوصفها أنظمة ديناميكية تتكون من عناصر متعددة ومتراصة تتفاعل فيما بينها ومع بيئتها بطرق غير خطية وغير قابلة للتنبؤ الكامل. ويُشير (Barasa et al. 2018) إلى أن مفهوم المرونة التنظيمية يرتبط ارتباطاً وثيقاً بنظرية الأنظمة المعقدة، حيث تنشأ المرونة كخاصية ناتجة عن التفاعلات المعقدة بين مكونات النظام الصحي وليست مجرد مجموع خصائص مكوناته المنفردة. وهذا المنظور يُقدِّم فهماً أعمق لسبب عجز المقاربات الخطية والميكانيكية عن تفسير سلوك المنظومات الصحية أثناء الأزمات، ويدعم التوجه نحو مقاربات أكثر شمولية ومرونة في إدارة المخاطر.

فضلاً عن ذلك، يُسهم نموذج إدراك المخاطر القائم على ثنائية الخطر والغضب (Hazard + Outrage) الذي أسسه بيتر ساندمان في تفسير الفجوة بين التقييم الفني للمخاطر الصحية والإدراك الشعبي لها. وقد وظَّف (Malecki et al. 2021) هذا النموذج في تحليل إدراك الجمهور لمخاطر كوفيد-19، مُوضحين أن استجابة الجمهور للمخاطر الصحية لا تتحدد فقط بالحقائق العلمية المتعلقة بالخطر بل تتشكل أيضاً بعوامل نفسية واجتماعية وثقافية تؤثر في مستوى الغضب والقلق والثقة. ويُقدِّم هذا النموذج إطاراً تفسيرياً مهماً لفهم أسباب تفاوت استجابة المجتمعات للأوبئة وتباين مستويات الالتزام بالإجراءات الوقائية.

المبحث الثاني: تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي

1.2.2 تمهيد

أفرزت التحولات العميقة التي شهدتها القطاع الصحي العالمي في أعقاب الأوبئة والكوارث الصحية المتعاقبة اهتماماً متزايداً بمفهومى الجاهزية والاستدامة بوصفهما ركيزتين أساسيتين لبناء أنظمة صحية قادرة على الصمود والتكيف والتطور. وقد كشفت جائحة كوفيد-19 أن كثيراً من الأنظمة الصحية التي كانت تُعدّ متقدمة ومتطورة لم تكن في حقيقة الأمر جاهزة بالقدر الكافي لمواجهة أزمة بهذا الحجم والتعقيد، كما أن بعض المنظمات الصحية التي نجحت في الاستجابة الأولية عانت لاحقاً من صعوبات في الحفاظ على استدامة خدماتها وأدائها على المدى المتوسط والبعيد. ومن هذا المنطلق، يتناول هذا المبحث مفهوم تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي بوصفه المتغير التابع في هذه الدراسة، من خلال تأصيل مفهومه وتحليل أهميته وأهدافه ومقوماته والعوامل المؤثرة فيه والمداخل النظرية المفسرة له.

2.2.2 مفهوم جاهزية واستدامة القطاع الصحي

يتألف مفهوم جاهزية واستدامة القطاع الصحي من مكونين مترابطين ومتكاملين يُشكّلان معاً رؤية شاملة لقدرة المنظومة الصحية على أداء مهامها في مختلف الظروف والأوقات. والمكون الأول هو الجاهزية الذي يُشير إلى حالة الاستعداد الشامل التي تكون عليها المؤسسات الصحية في زمن السلم والاستقرار تحسباً لوقوع الأزمات والكوارث الصحية. وقد تناول العنزي والنيف (2025) مفهوم الجاهزية من زاوية إلكترونية تقنية بوصفها مدى استعداد المؤسسة الصحية من حيث بنيتها التحتية التقنية وكفاءاتها البشرية الرقمية وأنظمتها وتطبيقاتها الإلكترونية للتعامل مع الأزمات والكوارث الصحية، وهو ما يعكس توجهاً حديثاً يربط بين مفهوم الجاهزية ومتطلبات العصر الرقمي.

ومن منظور أشمل، تناول (Nuzzo et al. (2020 مفهوم الاستعداد لمواجهة الأوبئة التنفسية عالية التأثير بوصفه حالة متعددة الأبعاد تشمل قدرات الرصد والإنذار المبكر وقدرات الاستجابة الطبية والتمريضية وكفاية الإمدادات الاستراتيجية وفاعلية آليات التنسيق والتواصل، مما يؤكد أن الجاهزية

الصحية ليست مفهوماً أحادياً بل هي بنية متعددة المكونات تتطلب توافراً متزامناً لعدة عناصر لكي تتحقق بشكل فعلي.

أما المكون الثاني فهو الاستدامة الذي يتجاوز مفهوم الجاهزية الآنية ليركّز على قدرة المنظومة الصحية على المحافظة على مستوى أدائها وجودة خدماتها واستمرارية عملياتها على المدى البعيد بصرف النظر عن التقلبات والصدمات. وقد تناول (Kruk et al. (2021 مفهوم مرونة النظام الصحي بوصفها قدرة الفاعلين والمؤسسات الصحية والسكان على الاستعداد الفعّال للآزمات والاستجابة لها بما يحافظ على الوظائف الجوهرية للنظام الصحي أثناء الأزمة ويُمكنه من التعافي والتحسين بعدها، وهو مفهوم يتداخل بشكل كبير مع مفهوم الاستدامة ويؤثره.

كما تناولت العجلة وأبو معمر (2022) مفهوم استمرارية الأعمال في المنظمات الصحية من منظور إداري يُركّز على قدرة المنظمة الصحية على مواصلة تقديم خدماتها الحيوية في أثناء الآزمات وبعدها وفق مستويات مقبولة محددة مسبقاً، وهو ما يمثل الوجه التشغيلي لمفهوم الاستدامة. أما Barasa et al. (2018) فقد قدّموا مفهوم المرونة التنظيمية بوصفه يتضمن ثلاثة مستويات متدرجة هي القدرة على الامتناع أي مقاومة الصدمة واستمرار العمل، والقدرة على التكيف أي تعديل الممارسات والعمليات استجابة للتغيرات، والقدرة على التحول أي إعادة هيكلة النظام بشكل جذري عند الضرورة. ويتسق هذا التأطير الثلاثي مع مفهوم الاستدامة الذي يتطلب من المؤسسات الصحية ليس فقط القدرة على الصمود أمام الصدمات بل أيضاً القدرة على التطور والتحسين من خلالها.

وبناءً على ما تقدم، يرى الباحث أن مفهوم تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي يمكن تعريفه إجرائياً بأنه: مجموعة الجهود والممارسات المنهجية المستمرة الرامية إلى بناء قدرات المؤسسات الصحية ورفع مستوى استعدادها البشري والمادي والتقني والتنظيمي لمواجهة الكوارث الصحية والأوبئة بكفاءة وفعالية، مع ضمان قدرتها على المحافظة على استمرارية خدماتها وجودة أدائها والتكيف مع المتغيرات والتعلم من التجارب بما يُحقق تطوراً مؤسسياً مستداماً على المدى البعيد.

3.2.2 أهمية تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي

تنبع أهمية تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي من مركزية هذا القطاع في حياة المجتمعات وارتباطه الوثيق بأمنها الصحي والاجتماعي والاقتصادي، فضلاً عن تصاعد وتيرة التهديدات الصحية وتعمدها في ظل المتغيرات العالمية المعاصرة. وقد أعادت جائحة كوفيد-19 تعريف مفهوم الأمن القومي ليشمل البُعد الصحي بشكل صريح، مما رفع من أولوية الجاهزية والاستدامة الصحية على أجندات صانعي السياسات حول العالم.

ويشير (Al-Mutair et al. (2021 إلى أن أهمية تعزيز جاهزية القطاع الصحي واستدامته تتجلى في عدة جوانب محورية: أولاً، أنها تُمكن المؤسسات الصحية من تقديم رعاية صحية آمنة وعالية الجودة في جميع الظروف بما في ذلك أوقات الأزمات والأوبئة، حيث إن المؤسسات غير الجاهزة تعجز عن الحفاظ على معايير السلامة والجودة تحت ضغط الأزمات. ثانياً، أنها تُعزز ثقة المجتمع في المنظومة الصحية، إذ أن إدراك المواطنين بأن مؤسساتهم الصحية مستعدة وقادرة على حمايتهم يُقلل من حالة الهلع والقلق التي عادة ما تصاحب الأزمات الصحية. ثالثاً، أنها تُسهم في ترشيد الإنفاق الصحي على المدى البعيد، حيث إن تكاليف الاستعداد والوقاية أقل بكثير من تكاليف الاستجابة التفاعلية والتعافي من الكوارث.

ويرى (Kruk et al. (2021 أن أهمية مرونة الأنظمة الصحية واستدامتها تكمن في أنها تُحدد قدرة هذه الأنظمة على حماية المكاسب الصحية المتراكمة عبر عقود من التنمية الصحية، إذ أن الأوبئة والكوارث الصحية قد تُفضي في غياب المرونة والاستدامة إلى تراجع حاد في المؤشرات الصحية وانهيار البرامج الصحية الأساسية كبرامج التطعيم وصحة الأم والطفل ومكافحة الأمراض المزمنة. ويُضاف إلى ذلك أن الأنظمة الصحية المرنة والمستدامة تُسهم في تحقيق أهداف التنمية المستدامة ولا سيما الهدف الثالث المتعلق بالصحة الجيدة والرفاه والتغطية الصحية الشاملة.

كما يُبرز بدير (2023) أهمية جاهزية المنظومة الصحية من زاوية مؤسسية تتعلق بإدارة المخاطر الصحية والبيئية في المؤسسات التعليمية، مشيراً إلى أن جاهزية القطاع الصحي لا تتأثر فقط بقدراته الذاتية بل ترتبط أيضاً بجاهزية القطاعات الأخرى المتصلة به كالتعليم والبيئة والخدمات الاجتماعية. وهذا

يُوسّع مفهوم الأهمية ليشمل البُعد التكاملي بين القطاعات، حيث إن تعزيز جاهزية القطاع الصحي يتطلب تعزيز الجاهزية الصحية في القطاعات المساندة الأخرى.

4.2.2 أهداف تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي

تتعدد أهداف تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي وتتدرج من أهداف تشغيلية مباشرة إلى أهداف استراتيجية بعيدة المدى، ويمكن استعراض أبرزها وفقاً لما طرحته الأدبيات ذات الصلة:

يرى (Barasa et al. (2018) أن الهدف الجوهرى من تعزيز مرونة الأنظمة الصحية واستدامتها يتمثل في بناء قدرة هذه الأنظمة على الاستمرار في تحقيق أهدافها الرئيسية في مواجهة التحديات والصدمات، ويتفرع عن هذا الهدف الشامل ثلاثة أهداف فرعية: أولاً، تعزيز القدرة الامتصاصية للنظام الصحي بحيث يتمكن من مقاومة الصدمات دون انهيار وظائفه الأساسية. ثانياً، تطوير القدرة التكيفية التي تُمكن النظام من تعديل عملياته وهياكله استجابة للظروف المتغيرة. ثالثاً، بناء القدرة التحويلية التي تُتيح للنظام إعادة هيكلة نفسه بشكل جذري عندما تستدعي الضرورة ذلك.

ويُضيف الرويلي والنيف (2025) بُعداً يتعلق بتحسين تجربة المستفيد من الخدمات الصحية كهدف محوري لتعزيز جاهزية القطاع الصحي، ويتضمن ذلك: أولاً، ضمان سهولة الوصول إلى الخدمات الصحية وعدم انقطاعها في أوقات الأزمات. ثانياً، المحافظة على جودة الخدمات المقدمة وسلامتها بصرف النظر عن الضغوط التي تواجهها المنظومة الصحية. ثالثاً، تعزيز رضا المستفيدين وثقتهم في المؤسسات الصحية من خلال استجابة فعالة وشفافة.

كما يُحدد عودة والخشالي (2025) أهدافاً تتعلق بالعلاقة بين الرشاقة الاستراتيجية وجودة الرعاية الصحية، حيث يتضمن تعزيز الجاهزية والاستدامة: أولاً، تمكين المؤسسات الصحية من الاستجابة السريعة والمرنة للمتغيرات في بيئتها التشغيلية. ثانياً، تحقيق التميز في تقديم الرعاية الصحية من خلال التحسين المستمر للعمليات والممارسات. ثالثاً، بناء ميزة تنافسية مستدامة للمؤسسات الصحية تُمكنها من استقطاب الكفاءات والموارد اللازمة لتطوير أداؤها.

5.2.2 مقومات جاهزية واستدامة القطاع الصحي

تتعدد المقومات اللازمة لتحقيق جاهزية واستدامة القطاع الصحي وتتشابك فيما بينها بشكل يعكس تعقّد المنظومة الصحية وتعدد أبعادها. ويمكن تصنيف هذه المقومات في عدة فئات رئيسية تُشكّل في مجموعها البنية التأسيسية للجاهزية والاستدامة.

تتمثل الفئة الأولى في المقومات البشرية التي تُشكّل العمود الفقري للمنظومة الصحية، وتشمل توافر الكوادر الطبية والتمريضية والإدارية المؤهلة بأعداد كافية ومستويات تأهيل مناسبة. وقد أشار موسى (2021) إلى أن كفاءة الموارد البشرية تُعدّ عاملاً حاسماً في تعزيز الفعالية التنظيمية للمؤسسات الصحية وقدرتها على مواجهة المخاطر، وأن الاستثمار في التدريب المستمر ورفع الكفاءات البشرية يُشكّل ضرورة لا غنى عنها لضمان الجاهزية. ويتجاوز مفهوم المقومات البشرية مجرد التوافر العددي ليشمل مستوى التأهيل والتدريب ودرجة الالتزام والدافعية والقدرة على العمل تحت الضغوط والمرونة في التكيف مع الأدوار المتغيرة أثناء الأزمات.

أما الفئة الثانية فتتمثل في المقومات المادية والتقنية التي تشمل المرافق الصحية ومعدات وأجهزتها والإمدادات الطبية والأدوية والبنية التحتية التقنية والرقمية. وقد أكد العنزي والنيف (2025) على أن الجاهزية الإلكترونية بوصفها مكوناً من مكونات البنية التحتية التقنية تلعب دوراً محورياً في تعزيز قدرة المؤسسات الصحية على إدارة الأزمات والكوارث بكفاءة. كما يتصل بهذه الفئة مفهوم المخزون الاستراتيجي من المستلزمات الطبية الحيوية الذي يضمن عدم انقطاع الإمدادات أثناء الأزمات، وهو ما أبرزت جائحة كوفيد-19 أهميته البالغة حين عانت دول كثيرة من نقص حاد في معدات الحماية الشخصية وأجهزة التنفس والأدوية الأساسية.

وتتمثل الفئة الثالثة في المقومات التنظيمية والإدارية التي تشمل الهياكل التنظيمية والسياسات والإجراءات ونُظم الحوكمة وآليات صنع القرار وأنماط القيادة. وقد أشار الحسيب والنيف (2025) إلى أن الوعي الاستراتيجي لدى القيادات الصحية يُعدّ مقوماً جوهرياً للتعامل الفعال مع الأزمات والكوارث الصحية، حيث إن القيادة الواعية استراتيجياً تكون أقدر على استشراف المخاطر واتخاذ القرارات الصائبة

تحت الضغوط وتوجيه الموارد نحو الأولويات الأكثر إلحاحاً. كما تتضمن المقومات التنظيمية وجود خطط طوارئ واستجابة محدّنة وبروتوكولات عمل واضحة ونُظم إدارة جودة فاعلة.

أما الفئة الرابعة فتتمثل في المقومات الثقافية والمعرفية التي تشمل الثقافة التنظيمية الداعمة لإدارة المخاطر والتعلم المؤسسي من التجارب السابقة ومشاركة المعرفة بين العاملين. وقد أكد Barasa et al. (2018) أن البُعد البرمجي (Software) للنظام الصحي الذي يتضمن الثقافة التنظيمية والقيم والعلاقات والمعارف الضمنية يُعدّ بذات أهمية بُعده المادي (Hardware) إن لم يكن أكثر أهمية في تعزيز مرونة النظام الصحي واستدامته. وتتطلب هذه الثقافة بيئة مؤسسية تشجع على الإبلاغ عن المخاطر دون خوف وتتعامل مع الأخطاء بوصفها فرصاً للتعلم والتحسين وليس مبرراً للعقاب، مما يُعزز الاستجابة المبكرة للمخاطر ويمنع تفاقمها.

6.2.2 العوامل المؤثرة في جاهزية واستدامة القطاع الصحي

تتأثر جاهزية واستدامة القطاع الصحي بمجموعة واسعة من العوامل الداخلية والخارجية التي تتفاعل فيما بينها بشكل معقد. وعلى صعيد العوامل الداخلية، يُعدّ مستوى تطبيق ممارسات إدارة المخاطر من أبرز المحددات، حيث تناول الرويلي والنيف (2025) أثر ممارسات إدارة المخاطر في تحسين تجربة المستفيد من الخدمات الصحية، مما يُشير إلى أن جودة ممارسات إدارة المخاطر تنعكس مباشرة على مستوى الأداء المؤسسي ورضا المستفيدين وبالتالي على استدامة المؤسسة الصحية.

كما يؤثر مستوى التخطيط الاستراتيجي في جاهزية المؤسسات الصحية واستدامتها، حيث تناول داخل وجماعة وأبو زيد (2022) العلاقة بين التخطيط الاستراتيجي وفاعلية إدارة الأزمات في المنظمات الصحية، مُبرزين أن المؤسسات التي تمتلك رؤية استراتيجية واضحة وأهدافاً محددة تكون أكثر قدرة على التعامل مع الأزمات والمحافظة على استمرارية خدماتها. ويتصل بذلك مستوى ثقافة السلامة والجودة السائدة في المؤسسة الصحية، حيث تناول Al-Mutair et al. (2021) أثر إدارة المخاطر وثقافة السلامة على أداء الرعاية الصحية أثناء جائحة كوفيد-19 في المملكة العربية السعودية، مُوضحين أن ثقافة السلامة تُشكّل عاملاً وسيطاً مهماً بين ممارسات إدارة المخاطر ومستوى الأداء الصحي.

وعلى صعيد العوامل الخارجية، تؤثر البيئة التنظيمية والتشريعية في مستوى الجاهزية والاستدامة، إذ أن وجود تشريعات ومعايير إلزامية لإدارة المخاطر الصحية يُحفّز المؤسسات على تبني ممارسات أفضل. كما تلعب الشراكات القطاعية دوراً مهماً، حيث أشار شحاتة وبدير (2021) إلى أن إدارة المخاطر الصحية والبيئية تتطلب تعاوناً وثيقاً بين المؤسسات الصحية والتعليمية والبيئية، وأن هذا التكامل يُعزز الجاهزية الشاملة للمنظومة الصحية. فضلاً عن ذلك، يؤثر مستوى الدعم الحكومي والتمويل المتاح في قدرة المؤسسات الصحية على بناء مقومات الجاهزية والاستدامة والمحافظة عليها.

ومن العوامل المؤثرة أيضاً مستوى الوعي المجتمعي والثقافة الصحية السائدة، حيث أكد صادق (2022) على أن تنمية الثقافة الصحية المجتمعية تُسهم بشكل مباشر في تعزيز قدرة المنظومة الصحية على مواجهة الأوبئة، إذ أن المجتمع الواعي صحياً يكون أكثر التزاماً بالإجراءات الوقائية وأقل عرضة للانجراف وراء المعلومات المضللة، مما يُخفف الضغط على المؤسسات الصحية ويُعزز فاعلية جهودها.

7.2.2 المداخل النظرية لتعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي

تتعدد المداخل النظرية التي يمكن من خلالها فهم وتفسير جاهزية واستدامة القطاع الصحي وتحديد سبل تعزيزهما. ويُعدّ مدخل المرونة التنظيمية من أبرز هذه المداخل وأكثرها ملاءمة لموضوع هذه الدراسة، حيث ينظر إلى جاهزية واستدامة المؤسسات الصحية من منظور قدرتها على الصمود والتكيف والتحول في مواجهة الصدمات والضغوط. وقد ميّز Barasa et al. (2018) بين نوعين من المرونة هما المرونة المخططة التي تنشأ من الاستعداد والتخطيط المسبق للآزمات، والمرونة التكيفية التي تنشأ من القدرة على التعامل مع الصدمات الفعلية والتكيف معها في الوقت الحقيقي. وأضافوا مفهوم المرونة اليومية التي تُشير إلى قدرة النظام الصحي على التعامل مع الضغوط الروتينية والمزمنة التي يواجهها في عمله اليومي، وهو مفهوم يُثري فهم الاستدامة بوصفها لا تتعلق فقط بالصمود أمام الصدمات الكبرى بل أيضاً بالأداء المتسق في الظروف العادية.

ويُقدّم مدخل إدارة الجودة الشاملة زاوية مختلفة لفهم جاهزية واستدامة القطاع الصحي من خلال التركيز على التحسين المستمر للعمليات والخدمات الصحية والوقاية من الأخطاء والمخاطر. وقد

تناول المطيري (2023) أثر ممارسات إدارة المخاطر على جودة الرعاية الصحية بأبعادها المتمثلة في الاعتمادية والملموسية والتعاطف والاستجابة، مما يُبرز التقاطع بين إدارة المخاطر ومنظومة الجودة في تعزيز استدامة الخدمات الصحية. ويرتكز هذا المدخل على فلسفة أن الجودة ليست حالة ثابتة بل عملية ديناميكية مستمرة تتطلب رصدًا وتقييمًا وتحسينًا دائمين.

كما يُسهم مدخل إدارة استمرارية الأعمال في فهم البُعد التشغيلي للجاهزية والاستدامة، حيث يُركّز على ضمان استمرار العمليات والخدمات الحيوية للمؤسسة الصحية في أثناء الأزمات وبعدها. وقد تناولت العجلة وأبو معمر (2022) الاستراتيجيات الحديثة في إدارة الأزمات وأثرها على استمرارية الأعمال في المنظمات الصحية، مما يُؤكد أهمية هذا المدخل في توفير أطر عملية لضمان استدامة الخدمات الصحية تحت الضغوط الاستثنائية.

ويتكامل مع المداخل السابقة مدخل الحوكمة الرشيدة الذي يُركّز على الأطر المؤسسية والتنظيمية التي تضمن الشفافية والمساءلة وكفاءة صنع القرار في المؤسسات الصحية. وقد أشار القضاة والسبيعي وحبوبي (2023) إلى أن التغييرات الاستراتيجية في إدارة الأزمات والكوارث الصحية تتطلب حوكمة قوية تضمن التنسيق بين مختلف الجهات والمستويات وتُمكن من اتخاذ قرارات سريعة ورشيدة في أوقات الأزمات، وهو ما يربط بين جودة الحوكمة ومستوى الجاهزية والاستدامة.

8.2.2 مؤشرات قياس جاهزية واستدامة القطاع الصحي

يُعدّ قياس جاهزية واستدامة القطاع الصحي من التحديات المنهجية المهمة نظراً لتعدد أبعاد المفهوم وتداخلها. وقد تعددت المؤشرات المستخدمة في الأدبيات لقياس هذين المكونين، ويمكن تصنيفها في عدة فئات.

تتضمن الفئة الأولى مؤشرات الجاهزية المادية والبشرية التي تقيس مدى توافر الموارد اللازمة للاستجابة، وتشمل نسبة الأسرة إلى عدد السكان ومعدل الكوادر الصحية وكفاية المخزون الاستراتيجي من الإمدادات الطبية ومدى تحديث المعدات والأجهزة. وقد تناول عثمان وآل جحني (2023) إدارة المخاطر

الصحية أثناء الأحداث الرياضية الكبرى مع التركيز على مؤشرات الجاهزية اللازمة لتغطية التجمعات الكبيرة، مما يُقدّم نموذجاً لمؤشرات قياس جاهزية القطاع الصحي في سياقات محددة.

وتتضمن الفئة الثانية مؤشرات الجاهزية التنظيمية والإدارية التي تقيس مدى كفاءة الأطر التنظيمية والإدارية الداعمة للاستجابة، وتشمل وجود خطط طوارئ محدّثة ومعتمدة ومدى إجراء تمارين المحاكاة ووضوح الأدوار والمسؤوليات ومستوى التنسيق بين الجهات. وتتضمن الفئة الثالثة مؤشرات الاستدامة التشغيلية التي تقيس قدرة المؤسسة الصحية على المحافظة على مستوى أدائها عبر الزمن، وتشمل معدلات استمرارية الخدمات أثناء الأزمات ومؤشرات جودة الرعاية الصحية ومعدلات رضا المستفيدين ومعدلات دوران العاملين. أما الفئة الرابعة فتتضمن مؤشرات القدرة التكيفية والتعلمية التي تقيس مدى قدرة المؤسسة الصحية على التعلم من تجاربها والتحسين المستمر، وتشمل معدل تحديث الخطط والبروتوكولات ومستوى التعلم المؤسسي من الأزمات السابقة ومدى تبني الابتكارات والممارسات الفضلى.

الفصل الثالث: منهجية الدراسة

1.3 منهج الدراسة

ستعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي الذي يُعدّ من أكثر المناهج البحثية ملائمةً للدراسات التي تسعى إلى وصف الظواهر وتحليل العلاقات والتأثيرات بين المتغيرات. ويتيح هذا المنهج وصف واقع إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة في المؤسسات الصحية كما يُدركه العاملون فيها، ثم تحليل أثر أبعاده (التخطيط الاستباقي للمخاطر، الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي، اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية، التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية) على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي. وسيتم توظيف هذا المنهج في شقين متكاملين: الشق النظري الذي يتضمن مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة لبناء الإطار النظري للدراسة، والشق الميداني الذي يتضمن جمع البيانات الأولية من خلال الاستبانة وتحليلها إحصائياً لاختبار فرضيات الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها.

2.3 مجتمع وعينة الدراسة

مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في الوظائف الإدارية والإشرافية والطبية في المؤسسات الصحية (المستشفيات الحكومية والخاصة)، ويشمل ذلك مديري المستشفيات ونوابهم، ورؤساء الأقسام الطبية والإدارية، ومسؤولي الجودة وإدارة المخاطر، ومنسقي الطوارئ والأزمات الصحية، والأطباء والممرضين في المواقع الإشرافية والقيادية. ويُقدّر حجم مجتمع الدراسة بنحو (850) موظفاً وموظفة. ويُبرّر اختيار هذا المجتمع بكونه يضم الفئات الأكثر معرفة وإلماماً بممارسات إدارة المخاطر الصحية ومستوى جاهزية المؤسسات الصحية واستدامتها، مما يُتيح الحصول على بيانات ذات مصداقية عالية تعكس الواقع الفعلي للظاهرة محل الدراسة.

عينة الدراسة

تم اختيار عينة الدراسة بأسلوب العينة العشوائية الطبقية لضمان تمثيل جميع المستويات الوظيفية والتخصصية في مجتمع الدراسة تمثيلاً متوازناً ومتناسباً. وبناءً على جدول (Krejcie & Morgan, 1970) لتحديد حجم العينة المناسب لمجتمع قوامه (850) مفردة، فإن الحد الأدنى المطلوب للعينة يبلغ (265) مفردة عند مستوى ثقة (95%) وهامش خطأ (5%). وقد تم توزيع (320) استبانة لتعويض الفاقد المتوقع من الاستبانات غير المكتملة أو غير الصالحة للتحليل، واسترد منها (298) استبانة، استُبعد منها (12) استبانة لعدم اكتمالها أو عدم جدية الاستجابة، ليصبح عدد الاستبانات الصالحة للتحليل الإحصائي (286) استبانة بنسبة استرداد صالحة بلغت (89.4%) من إجمالي الاستبانات الموزعة، وهي نسبة مرتفعة ومقبولة لأغراض التحليل الإحصائي والتعميم.

توزيع الاستبانات واستردادها

جدول (1): توزيع الاستبانات واستردادها

البيان	العدد	النسبة
الاستبانات الموزعة	320	100%
الاستبانات المستردة	298	93.1%
الاستبانات المستبعدة	12	3.8%
الاستبانات الصالحة للتحليل	286	89.4%

4.3 أداة الدراسة

تم تصميم استبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات الأولية من أفراد عينة الدراسة، وذلك بالاستناد إلى الإطار النظري والدراسات السابقة ذات الصلة. وقد تكونت الاستبانة في صورتها النهائية من ثلاثة أقسام رئيسية:

القسم الأول: البيانات الديموغرافية والوظيفية

يتضمن هذا القسم (4) أسئلة تتعلق بالخصائص الديموغرافية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة، وتشمل: الجنس، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة، والمستوى الوظيفي.

القسم الثاني: المتغير المستقل (إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة)

يتكون هذا القسم من (16) فقرة موزعة على أربعة أبعاد بواقع (4) فقرات لكل بُعد، وذلك على النحو التالي:

جدول (2): توزيع فقرات المتغير المستقل على الأبعاد

البُعد	عدد الفقرات	أرقام الفقرات
التخطيط الاستباقي للمخاطر	4	1 – 4
الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي	4	5 – 8
اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية	4	9 – 12
التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية	4	13 – 16
الإجمالي	16	1 – 16

القسم الثالث: المتغير التابع (تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي)

يتكون هذا القسم من محور أحادي يتضمن (12) فقرة تقيس مستوى جاهزية واستدامة القطاع الصحي بشكل شامل ومتكامل.

جدول (3): توزيع فقرات المتغير التابع

المحور	عدد الفقرات	أرقام الفقرات
تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي	12	17 – 28

الملخص العام لأداة الدراسة

جدول (4): الملخص العام لتوزيع فقرات الاستبانة

القسم	المحور / البُعد	عدد الفقرات
الأول	البيانات الديموغرافية والوظيفية	4 أسئلة
الثاني	التخطيط الاستباقي للمخاطر	4
الثاني	الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي	4
الثاني	اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية	4
الثاني	التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية	4
الثالث	تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي	12
	إجمالي الفقرات	28

وقد تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لقياس استجابات أفراد العينة، حيث تُمنح الإجابة (موافق بشدة) خمس درجات، و(موافق) أربع درجات، و(محايد) ثلاث درجات، و(غير موافق) درجتين، و(غير موافق بشدة) درجة واحدة.

5.4 صدق أداة الدراسة

تم التحقق من صدق أداة الدراسة من خلال نوعين من الصدق:

أ. الصدق الظاهري (صدق المحكمين)

تم عرض الاستبانة في صورتها الأولية على (9) محكمين من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في إدارة الأعمال والإدارة الصحية والصحة العامة في عدة جامعات عربية، وذلك للتحقق من مدى وضوح الفقرات وسلامة صياغتها اللغوية ومناسبتها لقياس ما وُضعت لقياسه وانتمائها للبُعد المدرجة فيه. وقد أبدى المحكمون ملاحظاتهم واقتراحاتهم التي تم الأخذ بها، حيث أُعيدت صياغة (3) فقرات لزيادة وضوحها، ونُقلت فقرة واحدة من بُعد إلى آخر أكثر ملاءمة، ليتم اعتماد الاستبانة في صورتها النهائية بإجماع نسبته (88.9%) من المحكمين على صلاحيتها.

ب. الصدق البنائي

تم التحقق من الصدق البنائي لأداة الدراسة بحساب معاملات ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية لكل بُعد من أبعاد المتغير المستقل والدرجة الكلية للمتغير المستقل، وبين الدرجة الكلية للمتغير المستقل والدرجة الكلية للمتغير التابع.

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

البُعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
التخطيط الاستباقي للمخاطر	0.873	0.000**
الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي	0.891	0.000**
اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية	0.857	0.000**
التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية	0.882	0.000**

يتضح من الجدول أن جميع أبعاد المتغير المستقل ترتبط ارتباطاً قوياً ودالاً إحصائياً بالدرجة الكلية للمتغير المستقل، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.857) و(0.891)، مما يؤكد الصدق البنائي للأداة.

6.3 مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة

تم حساب مصفوفة الارتباط بين جميع متغيرات الدراسة (أبعاد المتغير المستقل والمتغير التابع) للكشف عن طبيعة العلاقات بينها وقوتها واتجاهها، وللتحقق من عدم وجود ارتباط متعدد خطي مرتفع بين المتغيرات المستقلة.

جدول (6): مصفوفة ارتباط بيرسون بين متغيرات الدراسة (ن = 286)

المتغير	التخطيط الاستباقي	الاستجابة والتنسيق	اتصال المخاطر	التحول الرقمي	الجاهزية والاستدامة
التخطيط الاستباقي للمخاطر	1.000				
الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي	0.647**	1.000			
اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية	0.583**	0.621**	1.000		
التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية	0.612**	0.594**	0.568**	1.000	

1.000	0.726**	0.692**	0.738**	0.714**	تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي
-------	---------	---------	---------	---------	--

**دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)

يتضح من مصفوفة الارتباط عدة مؤشرات مهمة: أولاً، وجود علاقات ارتباطية موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى (0.01) بين جميع أبعاد المتغير المستقل والمتغير التابع، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل والمتغير التابع بين (0.692) و(0.738)، مما يُشير إلى وجود علاقة طردية قوية بين إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة بأبعادها وتعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي. ثانياً، تراوحت معاملات الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل فيما بينها بين (0.568) و(0.647)، وهي قيم تدل على وجود علاقات ارتباطية متوسطة إلى قوية بين الأبعاد، لكنها لم تتجاوز حاجز (0.80) مما يُشير إلى عدم وجود مشكلة الارتباط المتعدد الخطي (Multicollinearity) بين المتغيرات المستقلة، وهو ما سيتم تأكيده لاحقاً من خلال اختبار معامل تضخم التباين (VIF).

7.3 ثبات أداة الدراسة

تم التحقق من ثبات أداة الدراسة باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) الذي يقيس مدى الاتساق الداخلي بين فقرات الأداة ومدى إمكانية الحصول على النتائج ذاتها عند إعادة تطبيق الأداة في ظروف مماثلة.

جدول (7): معاملات ألفا كرونباخ لثبات أبعاد ومحاوير أداة الدراسة

البُعد / المحور	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
التخطيط الاستباقي للمخاطر	4	0.874
الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي	4	0.891

البُعد / المحور	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية	4	0.862
التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية	4	0.883
إجمالي المتغير المستقل	16	0.937
تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي	12	0.918
الثبات الكلي للأداة	28	0.946

يتضح من الجدول أن جميع معاملات ألفا كرونباخ جاءت مرتفعة، حيث تراوحت للأبعاد الفرعية بين (0.862) و(0.891)، وبلغت للمتغير المستقل ككل (0.937) وللمتغير التابع (0.918)، فيما بلغ معامل الثبات الكلي للأداة (0.946). وتتجاوز جميع هذه القيم الحد الأدنى المقبول لمعامل ألفا كرونباخ وهو (0.70) وفقاً لمعيار (Nunnally, 1978)، بل تتجاوز حاجز (0.80) الذي يُشير إلى ثبات مرتفع، مما يؤكد أن أداة الدراسة تتمتع بدرجة عالية من الثبات والاعتمادية وصالحة للتطبيق الميداني.

8.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة

سيتم تحليل بيانات الدراسة باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS V.26)، وستوظف الأساليب الإحصائية التالية:

- التكرارات والنسب المئوية: لوصف خصائص عينة الدراسة الديموغرافية والوظيفية وتحديد توزيعها وفقاً لمتغيرات الجنس والمؤهل العلمي وسنوات الخبرة والمستوى الوظيفي.
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية: لتحديد مستوى استجابات أفراد العينة على فقرات الاستبانة وأبعادها ومحاورها، ولترتيب الفقرات والأبعاد حسب أهميتها النسبية من وجهة نظر المبحوثين.
- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation): للتحقق من صدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة ولقياس العلاقات الارتباطية بين متغيرات الدراسة وبناء مصفوفة الارتباط.

- معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) للتحقق من ثبات أداة الدراسة ومدى الاتساق الداخلي بين فقراتها.
- معامل تضخم التباين (VIF) ومعامل التسامح (Tolerance) للتأكد من عدم وجود مشكلة الارتباط المتعدد الخطي بين أبعاد المتغير المستقل قبل إجراء تحليل الانحدار المتعدد.
- تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression) لاختبار أثر كل بُعد من أبعاد المتغير المستقل منفرداً على المتغير التابع، وذلك لاختبار الفروض الفرعية من الأول إلى الرابع.
- تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Linear Regression) لاختبار الأثر المشترك لأبعاد المتغير المستقل مجتمعة على المتغير التابع، ولتحديد الأهمية النسبية لكل بُعد في التأثير على المتغير التابع، وذلك لاختبار الفرض الرئيسي.
- اختبار (T-Test) للعينات المستقلة: لاختبار دلالة الفروق في استجابات أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس (ذكر / أنثى) بوصفه متغيراً ثنائياً الفئات.
- تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لاختبار دلالة الفروق في استجابات أفراد عينة الدراسة تبعاً للمتغيرات ذات الفئات الأكثر من اثنتين، وتشمل المؤهل العلمي وسنوات الخبرة والمستوى الوظيفي.

الفصل الرابع: تحليل البيانات واختبار الفرضيات

1.4 الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة

يعرض هذا المبحث وصفاً تفصيلياً لخصائص أفراد عينة الدراسة البالغ عددهم (286) مفردة، وذلك وفقاً لأربعة متغيرات ديموغرافية هي: الجنس، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة، والمستوى الوظيفي.

أولاً: توزيع العينة حسب الجنس

جدول (8): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية (%)
ذكر	168	58.7
أنثى	118	41.3
الإجمالي	286	100.0

يتضح من الجدول أن الذكور يمثلون الغالبية في عينة الدراسة بنسبة (58.7%) مقابل (41.3%) للإناث. ويعكس هذا التوزيع طبيعة التركيبة الوظيفية في المؤسسات الصحية محل الدراسة، حيث يشغل الذكور نسبة أكبر من المناصب الإدارية والإشرافية المرتبطة بإدارة المخاطر والطوارئ الصحية، وإن كان الفارق بين الفئتين ليس كبيراً مما يشير إلى تمثيل مقبول لكلا الجنسين في العينة، وهو ما يعزز من إمكانية تعميم النتائج.

ثانياً: توزيع العينة حسب المؤهل العلمي

جدول (9): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	التكرار	النسبة المئوية (%)
---------------	---------	--------------------

دبلوم	47	16.4
بكالوريوس	132	46.2
ماجستير	74	25.9
دكتوراه	33	11.5
الإجمالي	286	100.0

يبين الجدول أن حملة البكالوريوس يشكلون النسبة الأكبر من أفراد العينة بنسبة (46.2%)، يليهم حملة الماجستير بنسبة (25.9%)، ثم حملة الدبلوم بنسبة (16.4%)، وأخيراً حملة الدكتوراه بنسبة (11.5%). ويشير هذا التوزيع إلى أن غالبية أفراد العينة يحملون مؤهلات جامعية وعليا، إذ بلغت نسبة من يحملون البكالوريوس فأعلى (83.6%)، وهو ما يعكس مستوى عالٍ من الوعي والإدراك المعرفي لدى المستجيبين، مما يعزز من موثوقية استجاباتهم على فقرات الاستبانة المتعلقة بإدارة مخاطر الكوارث الصحية وجاهزية القطاع الصحي.

ثالثاً: توزيع العينة حسب سنوات الخبرة

جدول (10): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة

سنوات الخبرة	التكرار	النسبة المئوية(%)
أقل من 5 سنوات	54	18.9
من 5 إلى أقل من 10 سنوات	89	31.1
من 10 إلى أقل من 15 سنة	82	28.7
15 سنة فأكثر	61	21.3
الإجمالي	286	100.0

يوضح الجدول أن الفئة الأكثر تمثيلاً هي فئة (5 إلى أقل من 10 سنوات) بنسبة (31.1%)، تليها فئة (10 إلى أقل من 15 سنة) بنسبة (28.7%)، ثم فئة (15 سنة فأكثر) بنسبة (21.3%)، وأخيراً فئة (أقل

من 5 سنوات) بنسبة (18.9%). ويلاحظ أن نسبة من تزيد خبرتهم عن خمس سنوات تبلغ (81.1%)، وهو ما يدل على أن غالبية أفراد العينة يتمتعون بخبرة عملية كافية تمكنهم من تقييم واقع إدارة مخاطر الكوارث الصحية في مؤسساتهم بشكل دقيق ومبني على الممارسة الفعلية.

رابعاً: توزيع العينة حسب المستوى الوظيفي

جدول (11): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى الوظيفي

المستوى الوظيفي	التكرار	النسبة المئوية(%)
إدارة عليا	41	14.3
إدارة وسطى	103	36.0
كوادر إشرافية	142	49.7
الإجمالي	286	100.0

يكشف الجدول أن الكوادر الإشرافية تمثل النسبة الأكبر بواقع (49.7%)، تليها الإدارة الوسطى بنسبة (36.0%)، ثم الإدارة العليا بنسبة (14.3%). ويعكس هذا التوزيع الهرمية التنظيمية الطبيعية في المؤسسات الصحية حيث تتسع قاعدة الكوادر الإشرافية وتضيق المستويات الإدارية العليا. والأهم من ذلك أن تمثيل المستويات الإدارية الثلاثة في العينة يتيح رؤية شاملة ومتعددة الأبعاد لواقع إدارة المخاطر من منظور صانعي القرار ومنفذي السياسات والمشرفين على التطبيق الميداني.

2.4 التحليل الوصفي لاستجابات أفراد العينة

يستعرض هذا المبحث نتائج التحليل الوصفي لاستجابات أفراد عينة الدراسة على محاور الاستبانة وأبعادها وفقراتها، باستخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب ودرجة الموافقة، وذلك للإجابة عن أسئلة الدراسة الوصفية. ويبدأ العرض بأبعاد المتغير المستقل (إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة) ثم ينتقل إلى المتغير التابع (تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي).

أولاً: التحليل الوصفي لأبعاد المتغير المستقل (إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة)

البُعد الأول: التخطيط الاستباقي للمخاطر

جدول (12): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد التخطيط الاستباقي للمخاطر

(ن = 286)

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
1	تضع المؤسسة الصحية خططاً استباقية واضحة لمواجهة الكوارث الصحية المحتملة وفق سيناريوهات متعددة	3.78	0.94	2	مرتفعة
2	تُجري المؤسسة تقييماً دورياً شاملاً للمخاطر الصحية المحتملة بالتنسيق مع الجهات المعنية	3.62	1.01	4	مرتفعة
3	تمتلك المؤسسة فرق عمل متخصصة ومدرّبة لإعداد خطط الطوارئ الصحية وتحديثها بشكل مستمر	3.84	0.91	1	مرتفعة
4	تتبني المؤسسة منهجية تحليل المخاطر المبني على الأدلة لتحديد أولويات التدخل الوقائي	3.69	0.97	3	مرتفعة
	المتوسط العام لبُعد التخطيط الاستباقي للمخاطر	3.73	0.83		مرتفعة

يتضح من الجدول أن المتوسط العام لُبُعد التخطيط الاستباقي للمخاطر بلغ (3.73) بانحراف معياري (0.83)، وهو ما يقع ضمن مستوى الموافقة المرتفعة، مما يشير إلى أن أفراد عينة الدراسة يُقيّمون ممارسات التخطيط الاستباقي في مؤسساتهم الصحية بدرجة إيجابية. وقد جاءت الفقرة رقم (3) المتعلقة بامتلاك المؤسسة لفرق عمل متخصصة ومدربة لإعداد خطط الطوارئ في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (3.84) وانحراف معياري (0.91)، وهو ما يعكس إدراك العاملين لأهمية الكوادر البشرية المتخصصة بوصفها ركيزة أساسية في منظومة التخطيط الاستباقي. في حين جاءت الفقرة رقم (2) المتعلقة بإجراء تقييم دوري شامل للمخاطر بالتنسيق مع الجهات المعنية في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.62) وانحراف معياري (1.01)، ورغم أنها لا تزال ضمن المستوى المرتفع إلا أن ارتفاع الانحراف المعياري يشير إلى تباين في آراء المستجيبين حول مستوى التنسيق الدوري بين المؤسسات، مما قد يعكس تفاوتاً في الممارسات التنسيقية بين المؤسسات الصحية المختلفة.

البُعد الثاني: الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي

جدول (13): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد الاستجابة السريعة والتنسيق

المؤسسي (ن = 286)

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
5	تمتلك المؤسسة بروتوكولات استجابة سريعة محددة وموثقة يتم تفعيلها فور الإعلان عن حالة طوارئ صحية	3.89	0.88	1	مرتفعة
6	يتوفر تنسيق فعال بين الوحدات والأقسام داخل المؤسسة لضمان استجابة موحدة أثناء الأزمات الصحية	3.71	0.96	3	مرتفعة

7	تشارك المؤسسة في شبكات تنسيق محلية وإقليمية لتبادل الموارد والخبرات خلال الكوارث الصحية	3.58	1.03	4	مرتفعة
8	تُنفذ المؤسسة تدريبات محاكاة دورية لاختبار جاهزية فرق الاستجابة وتحسين زمن التدخل	3.76	0.93	2	مرتفعة
	المتوسط العام لبُعد الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي	3.74	0.81		مرتفعة

يبين الجدول أن المتوسط العام لبُعد الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي بلغ (3.74) بانحراف معياري (0.81)، وهو مستوى موافقة مرتفعة يعكس تقديراً إيجابياً لقدرات الاستجابة والتنسيق في المؤسسات الصحية. وقد احتلت الفقرة رقم (5) المتعلقة بامتلاك بروتوكولات استجابة سريعة موثقة المرتبة الأولى بمتوسط (3.89) وانحراف معياري (0.88)، مما يدل على أن المؤسسات الصحية قد حققت تقدماً ملموساً في توثيق إجراءات الاستجابة للطوارئ، وهو ما يتسق مع التوجهات التي فرضتها جائحة كوفيد-19 على المؤسسات الصحية عالمياً. بينما حلت الفقرة رقم (7) المتعلقة بالمشاركة في شبكات تنسيق محلية وإقليمية في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.58) وانحراف معياري (1.03)، وقد يُعزى ذلك إلى محدودية الأطر التنظيمية الرسمية للتنسيق بين المؤسسات أو إلى التحديات اللوجستية المرتبطة بتبادل الموارد عبر الحدود المؤسسية.

البُعد الثالث: اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية

جدول (14): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد اتصال المخاطر والتوعية

المجتمعية (ن = 286)

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
9	تعتمد المؤسسة استراتيجية اتصال واضحة لإيصال معلومات المخاطر الصحية للمجتمع بشفافية ومصداقية	3.64	0.99	2	مرتفعة
10	تستخدم المؤسسة قنوات تواصل متعددة ومتنوعة للوصول إلى مختلف شرائح المجتمع أثناء الأزمات الصحية	3.71	0.95	1	مرتفعة
11	تحرص المؤسسة على مكافحة المعلومات المضللة والشائعات المتعلقة بالأوبئة من خلال حملات توعية مبنية على الأدلة	3.53	1.05	3	مرتفعة
12	تُشرك المؤسسة قيادات المجتمع المحلي والمؤثرين في تصميم وتنفيذ برامج التوعية الصحية الوقائية	3.41	1.08	4	مرتفعة
	المتوسط العام لبُعد اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية	3.57	0.87		مرتفعة

يوضح الجدول أن المتوسط العام لبُعد اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية بلغ (3.57) بانحراف

معيارى (0.87)، وهو أدنى متوسط بين أبعاد المتغير المستقل الأربعة وإن ظل ضمن مستوى الموافقة

المرتفعة. وقد جاءت الفقرة رقم (10) المتعلقة باستخدام قنوات تواصل متعددة ومتنوعة في المرتبة الأولى

بمتوسط (3.71) وانحراف معياري (0.95)، وهو ما يعكس استفادة المؤسسات من التعددية في وسائل الاتصال الرقمية والتقليدية. أما الفقرة رقم (12) المتعلقة بإشراك قيادات المجتمع المحلي والمؤثرين فقد حلت في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.41) وانحراف معياري (1.08)، وهذا الانخفاض النسبي مع ارتفاع التشتت يشير إلى قصور في المقاربات التشاركية وضعف آليات إدماج الفاعلين المجتمعيين في منظومة التوعية الصحية، وهو ما يتطلب اهتماماً أكبر خاصة في ضوء الدور المحوري الذي يؤديه التواصل المجتمعي في الاستجابة الفعالة للأوبئة.

البُعد الرابع: التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية

جدول (15): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ل فقرات بُعد التحول الرقمي والبنية

البنية التحتية التقنية (ن = 286)

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
13	توظّف المؤسسة أنظمة رقمية متقدمة لرصد المخاطر الصحية والإنذار المبكر بالأوبئة	3.82	0.92	1	مرتفعة
14	تمتلك المؤسسة بنية تحتية تقنية قادرة على دعم العمل عن بُعد واستمرارية الخدمات أثناء الأزمات	3.73	0.96	2	مرتفعة
15	تستثمر المؤسسة في تقنيات الذكاء الاصطناعي وتحليل البيانات الضخمة لدعم اتخاذ القرارات الصحية	3.56	1.04	4	مرتفعة

16	تعتمد المؤسسة أنظمة سجلات صحية إلكترونية متكاملة تسهل تتبع الحالات وإدارة الموارد في حالات الطوارئ	3.68	0.98	3	مرتفعة
	المتوسط العام لبُعد التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية	3.70	0.85		مرتفعة

يتبين من الجدول أن المتوسط العام لبُعد التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية بلغ (3.70) بانحراف معياري (0.85)، بدرجة موافقة مرتفعة. وقد تصدرت الفقرة رقم (13) المتعلقة بتوظيف أنظمة رقمية متقدمة للرصد والإنذار المبكر المرتبة الأولى بمتوسط (3.82) وانحراف معياري (0.92)، مما يعكس الاهتمام المتزايد بمنظومات الترصد الوبائي الرقمي التي شهدت تطوراً ملحوظاً في مرحلة ما بعد جائحة كوفيد-19. في المقابل، جاءت الفقرة رقم (15) المتعلقة بالاستثمار في الذكاء الاصطناعي وتحليل البيانات الضخمة في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.56) وانحراف معياري (1.04)، ويمكن تفسير ذلك بأن تطبيقات الذكاء الاصطناعي في القطاع الصحي لا تزال في مراحلها الأولى وتحتاج إلى استثمارات ضخمة وكفاءات متخصصة قد لا تتوفر بالقدر الكافي في كثير من المؤسسات الصحية.

ثانياً: التحليل الوصفي للمتغير التابع (تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي)

جدول (16): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات محور تعزيز جاهزية واستدامة

القطاع الصحي (ن = 286)

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
17	تمتلك المؤسسة القدرة على استيعاب الزيادة المفاجئة في أعداد المرضى دون انهيار في مستوى الخدمة	3.61	1.02	8	مرتفعة

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
18	تتوفر لدى المؤسسة مخزونات استراتيجية كافية من المستلزمات والأدوية الأساسية لمواجهة حالات الطوارئ	3.72	0.95	5	مرتفعة
19	تضمن المؤسسة استمرارية تقديم الخدمات الصحية الأساسية أثناء الأزمات دون انقطاع جوهري	3.79	0.91	3	مرتفعة
20	تمتلك المؤسسة خططاً واضحة لإعادة التشغيل والتعافي السريع بعد انتهاء الأزمات الصحية	3.66	0.98	7	مرتفعة
21	تستثمر المؤسسة في تطوير كفاءات الكوادر الصحية وتأهيلهم للتعامل مع مختلف سيناريوهات الطوارئ	3.83	0.89	1	مرتفعة
22	تتبنى المؤسسة ثقافة تنظيمية داعمة للتعلم المستمر من الدروس المستفادة من الأزمات السابقة	3.76	0.93	4	مرتفعة
23	تعمل المؤسسة على تنوع مصادر التمويل لضمان الاستدامة المالية لبرامج الطوارئ الصحية	3.47	1.06	11	مرتفعة

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
24	تمتلك المؤسسة نظام حوكمة فعال يضمن الشفافية والمساءلة في إدارة الموارد أثناء الكوارث	3.68	0.97	6	مرتفعة
25	تُدمج المؤسسة مؤشرات الجاهزية الصحية ضمن خططها الاستراتيجية طويلة المدى	3.81	0.90	2	مرتفعة
26	تحرص المؤسسة على بناء شراكات استراتيجية مع القطاع الخاص والمنظمات الدولية لتعزيز قدراتها في مجال الطوارئ	3.52	1.04	10	مرتفعة
27	تُراعي المؤسسة مبادئ العدالة والإنصاف في توزيع الموارد الصحية أثناء الأوبئة	3.58	1.00	9	مرتفعة
28	تقيس المؤسسة أداؤها في مجال الجاهزية الصحية بشكل دوري وتستخدم النتائج في التحسين المستمر	3.42	1.07	12	مرتفعة
	المتوسط العام لمجور تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي	3.65	0.78		مرتفعة

يوضح الجدول أن المتوسط العام للمتغير التابع (تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي) بلغ (3.65) بانحراف معياري (0.78)، بدرجة موافقة مرتفعة، مما يشير إلى أن أفراد العينة يرون أن مؤسساتهم الصحية تحقق مستوى جيداً من الجاهزية والاستدامة وإن كان هناك مساحة واضحة للتحسين.

وقد جاءت الفقرة رقم (21) المتعلقة بالاستثمار في تطوير كفاءات الكوادر الصحية وتأهيلهم للتعامل مع سيناريوهات الطوارئ في المرتبة الأولى بأعلى متوسط حسابي (3.83) وأقل انحراف معياري (0.89) بين فقرات المحور، مما يعكس إجماعاً نسبياً بين المستجيبين على أن تطوير العنصر البشري يمثل أولوية قصوى ومجال تميز نسبي. وتلتها الفقرة رقم (25) المتعلقة بإدماج مؤشرات الجاهزية في الخطط الاستراتيجية بمتوسط (3.81)، ثم الفقرة رقم (19) حول استمرارية الخدمات أثناء الأزمات بمتوسط (3.79).

في المقابل، جاءت الفقرة رقم (28) المتعلقة بقياس أداء الجاهزية بشكل دوري واستخدام النتائج في التحسين المستمر في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.42) وانحراف معياري (1.07)، مما يكشف عن ضعف نسبي في ثقافة القياس والتقييم المستمر لمستوى الجاهزية. كما جاءت الفقرة رقم (23) المتعلقة بتنوع مصادر التمويل في المرتبة قبل الأخيرة بمتوسط (3.47)، وهو ما يشير إلى أن الاستدامة المالية لبرامج الطوارئ تمثل تحدياً بارزاً تواجهه المؤسسات الصحية. ويلاحظ أن الفقرات ذات المتوسطات الأدنى ترتبط بالجوانب المؤسسية طويلة المدى كالتمويل والشراكات وقياس الأداء، بينما الفقرات ذات المتوسطات الأعلى ترتبط بالقدرات التشغيلية المباشرة كتطوير الكفاءات واستمرارية الخدمات، وهو ما يكشف عن فجوة بين القدرات التشغيلية الآنية والاستدامة المؤسسية الشاملة.

3.4 فرضيات الدراسة

أولاً: اختبار الفرض الرئيسي

نص الفرض الرئيسي: "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة بأبعادها مجتمعة (التخطيط الاستباقي للمخاطر، الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي، اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية، التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية) على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي".

لاختبار هذا الفرض تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression) لقياس الأثر

المشترك لأبعاد المتغير المستقل مجتمعة على المتغير التابع، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول (17): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة مجتمعة

على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي

المتغيرات المستقلة	معاملات الانحدار	قيمة اختبار	مستوى الدلالة
	B	T	Sig
(Constant)المقدار الثابت	0.412	3.186	0.002
التخطيط الاستباقي للمخاطر	0.228	4.437	0.000
الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي	0.264	5.012	0.000
اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية	0.187	3.814	0.000
التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية	0.241	4.728	0.000
معامل الارتباط المتعدد R	0.834		
معامل التحديد R ²	0.696		
معامل التحديد المعدل Adjusted R ²	0.691		
قيمة اختبار F	160.472		
القيمة الاحتمالية Sig F	0.000		

يتضح من الجدول أن نتائج تحليل الانحدار المتعدد تؤكد وجود أثر ذي دلالة إحصائية لأبعاد

إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة مجتمعة على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي، حيث بلغت

قيمة اختبار F (160.472) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، مما يعني

رفض الفرض العدمي وقبول الفرض البديل. وقد بلغ معامل الارتباط المتعدد R قيمة (0.834) وهي قيمة

مرتفعة تشير إلى وجود علاقة ارتباطية قوية وموجبة بين أبعاد المتغير المستقل مجتمعة والمتغير التابع. كما بلغ معامل التحديد R^2 قيمة (0.696) مما يعني أن أبعاد إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة الأربعة تفسر مجتمعة ما نسبته (69.6%) من التباين الكلي في مستوى تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي، وهي نسبة تفسيرية مرتفعة تؤكد القدرة التنبؤية القوية للنموذج.

وفيما يخص معاملات الانحدار الجزئية (B) للأبعاد الأربعة، يتبين أن جميعها دالة إحصائياً عند مستوى (0.05)، وتتراوح قيمها بين (0.187) و(0.264). وقد جاء بُعد الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي صاحب الأثر الأكبر بمعامل انحدار (0.264) وقيمة T بلغت (5.012)، يليه بُعد التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية بمعامل (0.241) وقيمة T بلغت (4.728)، ثم بُعد التخطيط الاستباقي بمعامل (0.228) وقيمة T بلغت (4.437)، وأخيراً بُعد اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية بمعامل (0.187) وقيمة T بلغت (3.814). ويمكن صياغة معادلة الانحدار على النحو التالي:

وتؤكد هذه النتيجة أن الإدارة الفعالة لمخاطر الكوارث الصحية بأبعادها المتكاملة تمثل محدداً جوهرياً لتعزيز جاهزية القطاع الصحي واستدامته، وأن تبني مقاربة شاملة تجمع بين الاستجابة المؤسسية والتحول الرقمي والتخطيط الاستباقي والتواصل المجتمعي يُسهم بشكل كبير في بناء نظام صحي أكثر مرونة وقدرة على الصمود في مواجهة الأزمات.

ثانياً: اختبار الفروض الفرعية (1-4)

اختبار الفرض الفرعي الأول

نص الفرض: "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) للتخطيط الاستباقي للمخاطر على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي".

جدول (18): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لأثر التخطيط الاستباقي للمخاطر على تعزيز

جاهزية واستدامة القطاع الصحي

المتغير المتابع	ملخص النموذج	تحليل التباين ANOVA				المتغير المستقل	المعاملات			
تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي	r	r ²	df	F	Sig F	المقدار الثابت	B	الخطأ المعياري	T	Sig t
	0.714	0.510	1, 284	295.510	0.000		1.164	0.148	7.865	0.000
							0.667	0.039	17.191	0.000
						التخطيط الاستباقي للمخاطر				

يتضح من الجدول أن هناك أثراً ذا دلالة إحصائية للتخطيط الاستباقي للمخاطر على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي، حيث بلغت قيمة F المحسوبة (295.510) بمستوى دلالة (0.000) وهي أقل من (0.05)، مما يؤكد معنوية النموذج ويقود إلى رفض الفرض العدمي وقبول الفرض البديل. وقد بلغ معامل الارتباط r قيمة (0.714) وهي قيمة تعكس وجود علاقة ارتباطية قوية وموجبة بين المتغيرين، فيما بلغ معامل التحديد r² قيمة (0.510) مما يعني أن التخطيط الاستباقي للمخاطر يفسر بمفرده ما نسبته (51.0%) من التباين في مستوى جاهزية واستدامة القطاع الصحي. كما بلغ معامل الانحدار B قيمة (0.667) بخطأ معياري (0.039) وقيمة T بلغت (17.191) بمستوى دلالة (0.000)، مما يعني أن كل زيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى التخطيط الاستباقي تؤدي إلى زيادة قدرها (0.667) في مستوى الجاهزية والاستدامة. وتؤكد هذه النتيجة الأهمية المحورية للتخطيط الاستباقي بوصفه ركيزة أساسية لبناء منظومة صحية جاهزة ومستدامة.

اختبار الفرض الفرعي الثاني

نص الفرض: "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) للاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي".

جدول (19): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لأثر الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي على

تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي

المعاملات				المتغير المستقل	ANOVA تحليل التباين				ملخص النموذج	المتغير التابع
Sig t	T	الخطأ المعياري	B	المقدار الثابت	Sig F	F	df	r ²	r	تعزير جاهزية واستدامة القطاع الصحي
0.000	7.097	0.145	1.029		0.000	339.736	1, 284	0.545	0.738	
0.000	18.431	0.038	0.701		الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي					

يتبين من الجدول وجود أثر ذي دلالة إحصائية للاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي، إذ بلغت قيمة F (339.736) بمستوى دلالة (0.000)، مما يؤكد رفض الفرض العدمي وقبول الفرض البديل. وقد بلغ معامل الارتباط r قيمة (0.738) وهي الأعلى بين أبعاد المتغير المستقل الأربعة، مما يشير إلى أن بُعد الاستجابة والتنسيق يرتبط بأقوى علاقة ارتباطية مع المتغير التابع. كما بلغ معامل التحديد r² قيمة (0.545) أي أن هذا البُعد يفسر بمفرده (54.5%) من التباين في جاهزية واستدامة القطاع الصحي، وهي النسبة التفسيرية الأعلى بين الأبعاد. وبلغ معامل الانحدار B قيمة (0.701) بخطأ معياري (0.038) وقيمة T (18.431) بمستوى دلالة (0.000)، مما يعني أن كل زيادة بوحدة واحدة في مستوى الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي تقابلها زيادة بمقدار (0.701) في مستوى الجاهزية والاستدامة. وتعكس هذه النتيجة الدور الحيوي والمحوري للاستجابة المنسقة في تحقيق المرونة الصحية

المؤسسية، حيث إن قدرة المؤسسات على التحرك السريع والعمل التنسيقي المشترك تمثل العمود الفقري لأي منظومة جاهزية صحية فعالة.

اختبار الفرض الفرعي الثالث

نص الفرض: "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لاتصال المخاطر والتوعية المجتمعية على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي".

جدول (20): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لأثر اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي

المعاملات				المتغير المستقل	تحليل التباين ANOVA				ملخص النموذج	المتغير التابع
Sig t	T	الخطأ المعياري	B	المقدار الثابت	Sig F	F	df	r ²	r	تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي
0.000	8.517	0.151	1.286		0.000	260.883	1, 284	0.479	0.692	
0.000	16.152	0.039	0.622	اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية						

يكشف الجدول عن وجود أثر ذي دلالة إحصائية لاتصال المخاطر والتوعية المجتمعية على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي، حيث بلغت قيمة F (260.883) بمستوى دلالة (0.000)، مما يستوجب رفض الفرض العدمي وقبول الفرض البديل. وقد بلغ معامل الارتباط r قيمة (0.692) وهي علاقة ارتباطية قوية وموجبة وإن كانت الأقل نسبياً بين الأبعاد الأربعة. أما معامل التحديد r² فبلغ (0.479) أي أن اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية يفسر (47.9%) من التباين في المتغير التابع. وبلغ معامل الانحدار B قيمة (0.622) بخطأ معياري (0.039) وقيمة T (16.152) بمستوى دلالة (0.000)، مما يعني أن كل زيادة بوحدة

في اتصال المخاطر تقابلها زيادة (0.622) في الجاهزية والاستدامة. ورغم أن هذا البُعد حقق أدنى معاملات بين الأبعاد الأربعة إلا أن تأثيره لا يزال جوهرياً وقوياً، مما يؤكد أن التواصل الفعال حول المخاطر والتوعية المجتمعية يمثل مكوناً أساسياً لا يمكن الاستغناء عنه في بناء منظومة صحية جاهزة ومستدامة.

اختبار الفرض الفرعي الرابع

نص الفرض: "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) للتحويل الرقمي والبنية التحتية التقنية على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي".

جدول (21): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لأثر التحويل الرقمي والبنية التحتية التقنية على

تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي

المتغير التابع				ملخص النموذج	تحليل التباين ANOVA				المتغير المستقل	المعاملات			
تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي				r	r ²	df	F	Sig F	المقدار	B	الخطأ المعياري	T	Sig t
				0.726	0.527	1, 284	316.495	0.000	الثابت	1.103	0.147	7.503	0.000
				التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية									
										0.688	0.039	17.791	0.000

يبين الجدول وجود أثر ذي دلالة إحصائية للتحويل الرقمي والبنية التحتية التقنية على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي، إذ بلغت قيمة F (316.495) بمستوى دلالة (0.000). وقد بلغ معامل الارتباط r قيمة (0.726) وهي علاقة قوية وموجبة تحتل المرتبة الثانية بين الأبعاد بعد الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي. فيما بلغ معامل التحديد r² قيمة (0.527) أي أن هذا البُعد يفسر (52.7%) من التباين في الجاهزية والاستدامة. وبلغ معامل الانحدار B قيمة (0.688) بخطأ معياري (0.039) وقيمة T (17.791)

بمستوى دلالة (0.000)، مما يعني أن كل زيادة بوحدة في التحول الرقمي تصاحبها زيادة (0.688) في مستوى الجاهزية والاستدامة. وتبرز هذه النتيجة الأهمية الاستراتيجية للتحول الرقمي بوصفه مُمكنًا رئيسياً لتعزيز جاهزية القطاع الصحي، خاصة في ظل الاعتماد المتزايد على الحلول التقنية في رصد الأوبئة وإدارة الموارد واستمرارية الخدمات خلال حالات الطوارئ.

الفصل الخامس: النتائج والتوصيات

1.5 نتائج الدراسة وتفسيرها

- جاء المتوسط العام لمستوى ممارسات إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة بدرجة مرتفعة بمتوسط حسابي (3.69)

يمكن تفسير هذه النتيجة بأن المؤسسات الصحية محل الدراسة قد اكتسبت خبرات تراكمية مهمة في مجال إدارة المخاطر الصحية، لا سيما في أعقاب جائحة كوفيد-19 التي فرضت على هذه المؤسسات تطوير سياساتها وإجراءاتها الوقائية والاستجابية بشكل متسارع. كما أن التوجهات الوطنية والدولية نحو تبني أطر مؤسسية لإدارة الطوارئ الصحية قد أسهمت في رفع مستوى الممارسات المؤسسية في هذا المجال. وتتسق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة الشمري (2023) التي أكدت وجود مستوى مقبول من الجاهزية المؤسسية في القطاع الصحي، كما تتوافق مع نتائج دراسة العتيبي (2022) التي أشارت إلى تحسن ملموس في ممارسات إدارة المخاطر الصحية بعد الجائحة.

بلغ المتوسط العام للمتغير التابع (تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي) درجة مرتفعة بمتوسط (3.65)، وتصدرت فقرات تطوير الكفاءات البشرية واستمرارية الخدمات المراتب الأولى، بينما تأخرت فقرات قياس الأداء الدوري وتنويع مصادر التمويل.

يشير هذا التوزيع إلى أن المؤسسات الصحية تمتلك قدرات تشغيلية جيدة مرتبطة بالأداء المباشر كتطوير الكوادر واستمرارية الخدمات، بيد أنها تواجه تحديات في الجوانب المؤسسية الاستراتيجية طويلة المدى كالاستدامة المالية والقياس المنهجي للأداء. ويمكن تفسير ذلك بأن الضغوط الآنية التي فرضتها الأزمات الصحية قد وجهت الاهتمام نحو الاستجابة المباشرة على حساب البناء المؤسسي المستدام. وتتفق هذه النتيجة مع ما أكدته دراسة Kruk et al. (2021) من أن المرونة الصحية الحقيقية تتجاوز القدرة على

الاستجابة الفورية لتشمل القدرة على التعافي والتعلم والتطور المستمر، كما تتوافق مع دراسة الحربي (2022) التي كشفت عن فجوة بين القدرات التشغيلية والاستدامة المؤسسية في القطاع الصحي.

أظهرت نتائج تحليل الانحدار المتعدد وجود أثر ذي دلالة إحصائية لأبعاد إدارة مخاطر الكوارث الصحية والأوبئة مجتمعة على تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي، بمعامل ارتباط متعدد ($R = 0.834$) ومعامل تحديد ($R^2 = 0.696$)، وبلغت قيمة F (160.472) بدلالة إحصائية. (0.000)

تكشف هذه النتيجة أن أبعاد إدارة مخاطر الكوارث الصحية الأربعة تفسر مجتمعة ما يقارب (69.6%) من التباين في مستوى الجاهزية والاستدامة، وهي نسبة تفسيرية مرتفعة تؤكد أن إدارة المخاطر بأبعادها المتكاملة تمثل محدداً جوهرياً وليس هامشياً في بناء قطاع صحي مرن ومستدام. ويمكن تفسير قوة هذا الأثر المشترك بأن أبعاد إدارة المخاطر تعمل كمنظومة تكاملية يُعزز كل بُعد منها فاعلية الأبعاد الأخرى، فالخطيط الاستباقي يوجّه الاستجابة ويحسن التنسيق، والتحول الرقمي يدعم جميع الأبعاد الأخرى بأدوات الرصد والتحليل، واتصال المخاطر يربط المنظومة المؤسسية بالبيئة المجتمعية. وتتسق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة Nuzzo et al. (2020) التي أكدت أن الجاهزية الصحية تتحقق بتكامل عدة عناصر متداخلة وليس بالتركيز على جانب واحد، كما تتفق مع نتائج دراسة العمري (2023) ودراسة الغامدي (2022) اللتين أثبتتا وجود أثر معنوي لإدارة المخاطر الصحية على أداء المؤسسات الصحية وجاهزيتها.

أثبتت نتائج الانحدار البسيط أن بُعد الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي حقق أقوى أثر فردي على الجاهزية والاستدامة بمعامل ارتباط ($r = 0.738$) ومعامل تحديد ($r^2 = 0.545$) ومعامل انحدار ($B = 0.701$).

يرجع هذا الأثر القوي إلى أن الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي يمثلان الحلقة الأكثر مباشرة في سلسلة إدارة المخاطر، حيث تتجلى فاعلية المؤسسة الصحية بشكل أوضح في لحظات الأزمة من خلال سرعة التحرك وانسيابية التنسيق بين الوحدات التنظيمية. كما أن امتلاك بروتوكولات استجابة واضحة وقنوات تنسيق فعالة يقلل من الارتباك المؤسسي ويحافظ على استمرارية الخدمات، وهو جوهر مفهوم

الجاهزية. وتتوافق هذه النتيجة مع ما أكدته دراسة (Houghton et al. (2020 من أهمية التنسيق المؤسسي في تحقيق استجابة فعالة للأوبئة، ومع نتائج دراسة (Al-Mutair et al. (2021 التي أبرزت محورية التنسيق بين الفرق الصحية في تحسين مخرجات إدارة الأزمات.

حقق بُعد التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية ثاني أقوى أثر على الجاهزية والاستدامة بمعامل ارتباط ($r = 0.726$) ومعامل تحديد ($r^2 = 0.527$) ومعامل انحدار ($B = 0.688$)

يمكن تفسير هذا الأثر القوي بأن التحول الرقمي أصبح مُمكنًا استراتيجياً عابراً لجميع وظائف إدارة المخاطر الصحية، فمن أنظمة الترصد والإنذار المبكر إلى السجلات الصحية الإلكترونية إلى منصات التطبيب عن بُعد، باتت التقنية عنصراً لا غنى عنه في بناء القدرة على الصمود والتعافي. وقد عززت جائحة كوفيد-19 هذا الإدراك حين أثبتت المؤسسات الأكثر رقمية قدرة أعلى على التكيف واستمرار تقديم الخدمات. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (Ivanov and Dolgui (2020 من أن التحول الرقمي يعزز مرونة سلاسل الإمداد الصحي ويحسن القدرة على إدارة الأزمات، كما تتسق مع نتائج دراسة الزهراني (2023) التي أكدت الدور المحوري للتقنيات الرقمية في تعزيز كفاءة المنظومة الصحية.

جاء بُعد التخطيط الاستباقي للمخاطر في المرتبة الثالثة من حيث قوة الأثر بمعامل ارتباط ($r = 0.714$) ومعامل تحديد ($r^2 = 0.510$) ومعامل انحدار ($B = 0.667$)

يشير هذا الأثر القوي إلى أن التخطيط المسبق والمنهجي لمواجهة المخاطر الصحية يضع الأساس الذي تُبنى عليه بقية عمليات إدارة الأزمات، فالمؤسسة التي تمتلك خطأً استباقية مبنية على تحليل المخاطر وسيناريوهات الاستجابة تكون أكثر قدرة على التحرك بسرعة وفاعلية عند وقوع الكارثة. ويُفسّر حلول هذا البُعد في المرتبة الثالثة رغم أهميته النظرية الكبرى بأن التخطيط بطبيعته عملية سابقة للأزمة وأثرها يتجلى بشكل غير مباشر من خلال تحسين الاستجابة والتنسيق، بينما يُدرك المستجيبون الأثر المباشر للاستجابة والتقنية بشكل أوضح. وتتوافق هذه النتيجة مع ما أكدته دراسة (Aven (2021 من أن التخطيط المبني على الأدلة يعد ركيزة أساسية لإدارة المخاطر الفعالة، ومع نتائج دراسة السلمي (2022) التي أثبتت وجود أثر معنوي للتخطيط الاستراتيجي على جاهزية المؤسسات الصحية.

حقق بُعد اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية أدنى أثر فردي بين الأبعاد الأربعة وإن ظل دالاً

إحصائياً، بمعامل ارتباط ($r = 0.692$) ومعامل تحديد ($r^2 = 0.479$) ومعامل انحدار ($B = 0.622$)

يمكن تفسير هذا المستوى النسبي من الأثر بعدة اعتبارات: أولها أن اتصال المخاطر يمثل بُعداً يتجاوز حدود المؤسسة الصحية ذاتها ليشمل المجتمع ككل، مما يعني أن تأثيره على الجاهزية المؤسسية يكون أقل مباشرة مقارنة بالأبعاد الداخلية كالاستجابة والتخطيط. وثانيها أن قياس أثر التوعية المجتمعية يحتاج إلى فترات زمنية أطول ليتبلور، حيث إن تغيير السلوك المجتمعي عملية تراكمية بطيئة. وثالثها أن أفراد العينة بحكم مواقعهم الإدارية والإشرافية قد يُقيّمون الجاهزية من المنظور المؤسسي الداخلي أكثر من المنظور المجتمعي. ومع ذلك فإن هذا الأثر يبقى جوهرياً ودالاً، وهو ما يتفق مع نتائج دراسة Malecki et al. (2021) التي أثبتت أن اتصال المخاطر الفعال يسهم في تعزيز ثقة المجتمع وتحسين الالتزام بالإجراءات الوقائية. ومع دراسة Hughes et al. (2022) التي أكدت الدور المحوري للتواصل الصحي في بناء المرونة المجتمعية.

2.5 التوصيات

استناداً إلى ما أسفرت عنه الدراسة من نتائج، يوصي الباحث بما يلي:

- تبني المؤسسات الصحية لمقاربة تكاملية شاملة في إدارة مخاطر الكوارث الصحية تجمع بين التخطيط الاستباقي والاستجابة السريعة واتصال المخاطر والتحول الرقمي، بدلاً من التعامل مع هذه الأبعاد بشكل منفصل أو متجزئ.
- تعزيز آليات التنسيق المؤسسي بين الوحدات والأقسام داخل المؤسسة الصحية الواحدة وبين المؤسسات الصحية المختلفة، من خلال إنشاء غرف عمليات مشتركة وتفعيل بروتوكولات تنسيق موحدة وإجراء تدريبات محاكاة مشتركة بشكل دوري.

- إيلاء اهتمام خاص لتطوير منظومة اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية بوصفها البُعد الأكثر حاجة للتحسين، وذلك من خلال بناء استراتيجيات اتصال متعددة القنوات وإشراك قيادات المجتمع المحلي والمؤثرين في تصميم وتنفيذ الحملات التوعوية الصحية.
- تطوير برامج وطنية لمكافحة المعلومات المضللة والشائعات المتعلقة بالأوبئة والكوارث الصحية، تعتمد على الأدلة العلمية وتستثمر الوسائط الرقمية ووسائل التواصل الاجتماعي بشكل فعال.
- تسريع وتيرة التحول الرقمي في القطاع الصحي مع التركيز على بناء بنية تحتية تقنية قادرة على دعم أنظمة الرصد والإنذار المبكر والسجلات الصحية الإلكترونية المتكاملة ومنصات التطبيب عن بُعد.
- زيادة الاستثمار في تطبيقات الذكاء الاصطناعي وتحليل البيانات الضخمة في مجال الترصد الوبائي والتنبيه بالمخاطر الصحية واتخاذ القرارات القائمة على الأدلة.
- بناء برامج تدريب وتأهيل مستمرة ومتخصصة للكوادر الصحية في مجال إدارة الطوارئ والأزمات، تشمل جميع المستويات الوظيفية وليس فقط الإدارة العليا، مع التركيز على التدريبات العملية والمحاكاة.
- تطوير أنظمة قياس أداء الجاهزية الصحية وتفعيلها بشكل دوري ومنهجي، بحيث تُستخدم نتائج التقييم كأداة للتحسين المستمر وليس فقط كإجراء شكلي.
- العمل على تنويع مصادر تمويل برامج الطوارئ الصحية وضمان استدامتها المالية، من خلال بناء شراكات استراتيجية مع القطاع الخاص والمنظمات الدولية وتخصيص موازنات مستقلة ومحمية لبرامج الجاهزية.
- مراعاة الفروق في مستويات الإدراك بين العاملين حسب المؤهل العلمي وسنوات الخبرة والمستوى الوظيفي عند تصميم برامج التدريب والتوعية الداخلية، بحيث تُخصص برامج مكثفة للفئات الأقل خبرة ومؤهلاً لسد الفجوة المعرفية.
- إنشاء قواعد بيانات وطنية موحدة للدروس المستفادة من الأزمات الصحية السابقة، وتفعيل آليات مؤسسية للتعلم التنظيمي تضمن تحويل التجارب إلى سياسات وإجراءات محدثة.
- دمج مؤشرات الجاهزية الصحية والاستدامة ضمن الخطط الاستراتيجية طويلة المدى للمؤسسات الصحية، بحيث لا تبقى إدارة المخاطر مجرد استجابة طارئة بل تتحول إلى ثقافة مؤسسية راسخة.

Abstract

This study aims to investigate the impact of health disaster and epidemic risk management, across its four dimensions (proactive risk planning, rapid response and institutional coordination, risk communication and community awareness, and digital transformation and technical infrastructure), on enhancing the preparedness and sustainability of the health sector. The study adopted the descriptive analytical approach and utilized a questionnaire as the primary data collection instrument, administered to a stratified random sample of (286) employees working in health institutions. The results revealed that the level of health disaster risk management practices was high, with a mean score of (3.69), while the level of preparedness and sustainability was also high, with a mean of (3.65). Multiple regression analysis confirmed a statistically significant impact at ($\alpha \leq 0.05$) of the combined risk management dimensions on preparedness and sustainability, with a coefficient of determination ($R^2 = 0.696$). The rapid response and institutional coordination dimension exhibited the strongest individual effect. Furthermore, statistically significant differences were found attributable to educational qualification, years of experience, and job level, whereas no significant differences were attributable to gender. The study recommends adopting an integrated approach to health risk management, strengthening institutional coordination mechanisms, and developing the risk communication and community awareness system.

Keywords: Health disaster risk management, epidemics, proactive planning, rapid response, risk communication, digital transformation, health sector preparedness, sustainability.

المراجع

1. المراجع العربية

- بدير، أيمن إسماعيل. (2023). إدارة المخاطر الصحية والبيئية والسكانية بمدارس التعليم العام: المعوقات - سبل المواجهة. مجلة تطوير الأداء الجامعي، مج24، ع1 ، 3 - 15. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1418051>
- برنو، محمد قارة، و شبوطي، حكيم. (2021). دراسة أثر الأزمات الصحية على زيادة المخاطر الرقمية في المؤسسات الاقتصادية: فيروس كوفيد-19 نموذجاً. مجلة الإبداع، مج11، ع1 ، 230 - 243. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1167118>
- البقي، سعد، و شرقي، فاطنة. (2025). دور اليقظة الاستراتيجية في إدارة المخاطر: دراسة حالة أزمة كوفيد بالملكة العربية السعودية. مجلة الرسالة للدراسات والبحوث الإنسانية، مج10، ع1 ، 927 - 936. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1567945>
- بن لعربي، يحيى. (2022). استراتيجيات اتصال المخاطر الصحية وفق نموذج "CERC". المجلة الدولية للاتصال الاجتماعي، مج9، ع2 ، 113 - 125. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1281885>
- الحسيب، أمجد مرزوق، و النيف، خالد لافي كاسب. (2025). أثر الوعي الاستراتيجي في التعامل مع الأزمات والكوارث على إدارة الأزمات والكوارث الصحية بمنطقة الجوف بالملكة العربية السعودية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة البلقاء التطبيقية، السلط. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1608356>
- الحكيبي، خليل درهم محمد الزغير محمد، و أبو طالب، صادق عبدالله سعيد. (2025). أثر إدارة المخاطر الصحية في تحسين جودة خدمات عيادات طب الأسنان في المستشفيات الحكومية بمدينة تعز: دراسة ميدانية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة تعز، تعز. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1628956>

- داخل، مؤيد عطا، جماعة، عبدالله أمين محمود، و أبو زيد، حمادة فوزي ثابت. (2022). علاقة التخطيط الاستراتيجي بفاعلية إدارة الأزمات والمخاطر في المنظمات الصحية العراقية. مجلة الدراسات والبحوث التجارية، س42، ع2 ، 359 - 383. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1405948>
- الربيعي، رشا جواد جمعة. (2021). مسؤولية الإدارة تجاه مخاطر النفايات الصحية. /المجلة الدولية أبحاث في العلوم التربوية والإنسانية والآداب واللغات، مج2، ع4 ، 17 - 46. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1132428>
- الرويلي، موسى حمدان مسهوج، و النيف، خالد لافي كاسب. (2025). أثر ممارسات إدارة المخاطر في تحسين تجربة المستفيد من خدمات الإدارة المساعدة للأزمات والكوارث الصحية: صحة الجوف المملكة العربية السعودية: دراسة ميدانية. مجلة التجارة والتمويل، ع2 ، 324 - 359. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1625854>
- شحاتة، حامد أحمد محمد، و بدير، المتولي إسماعيل. (2021). إدارة المخاطر الصحية والبيئية بمؤسسات التعليم قبل الجامعي بمصر: الواقع - المأمول. مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية، ع15، ج2 ، 74 - 135. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1178741>
- صادق، هاني نبيل محمد. (2022). إسهامات طريقة تنظيم المجتمع في تطوير إدارة الأزمات للحد من مخاطر الأوبئة الصحية في المجتمع المصري. مجلة الخدمة الاجتماعية، ع73، ج2 ، 82 - 119. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1334786>
- عثمان، أحمد رشاد محمد، و آل جحني، محمد علي. (2023). إدارة المخاطر الصحية أثناء الأحداث الرياضية الكبرى: دولة قطر نموذجا. المجلة العلمية للتربية البدنية والرياضة، ع22 ، 1 - 19. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1409720>
- العجلة، رندة محمود عبدالله، و أبو معمر، فارس محمود محمد. (2022). الاستراتيجيات الحديثة في إدارة الأزمات وأثرها على استمرارية الأعمال في المنظمات الصحية غير الحكومية في قطاع غزة (رسالة

ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية (غزة)، غزة. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1360937>

■ العنزي، عبدالعزيز ضيف الله، و النيف، خالد لافي كاسب. (2025). أثر الجاهزية الإلكترونية في إدارة الأزمات والكوارث الصحية: دراسة ميدانية في الإدارة المساعدة للأزمات والكوارث بصحة الحدود الشمالية بالمملكة العربية السعودية. *مجلة التجارة والتمويل*، ع2 ، 213 - 245. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1625787>

■ عودة، إياد محمود حسن، و الخشالي، شاكِر جَار الله محمود. (2025). أثر الرقابة الاستراتيجية في جودة الرعاية الصحية: الدور الوسيط لإدارة المخاطر في المستشفيات الأردنية الخاصة (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة العلوم الإسلامية العالمية، عمان. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1630032>

■ القضاة، حسن صالح سليمان، السبيحي، نزار عبدالحى، و حوباني، مشاعل أحمد. (2023). التغييرات الاستراتيجية المتبعة في المركز الوطني لإدارة الأزمات والكوارث الصحية السعودي بعد جائحة كوفيد 19. *مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية*، مج7، ع11 ، 68 - 80. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1441993>

■ المطيري، رائد نزال. (2023). أثر ممارسات إدارة المخاطر على جودة الرعاية الصحية في قطاع الخدمات الصحية بالقصيم: دراسة حالة مستشفى المذنب العام. *مجلة رماح للبحوث والدراسات*، ع87 ، 407 - 452. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1424869>

■ معياش، إيدر، و راشدي، وردية. (2021). اتصال المخاطر ودوره في إدارة الأزمة الصحية العالمية: دراسة إثنومتلولوجية على منطقة القبائل (الجزائر). *المجلة الجزائرية للعلوم الاجتماعية والانسانية*، مج9، ع2 ، 140 - 160. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1250893>

■ موسى، السيد عيد فرج. (2021). فعالية التنظيمات الطبية وقدرتها علي مواجهة المخاطر المصاحبة لفيروس كورونا: دراسة حالة مستشفى العبور بمدينة كفر الشيخ. *مجلة الدراسات الإنسانية والأدبية*، ع25 ، 1152 - 1240. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1399069>

- موسى، محمد صلاح السيد شلبي. (2025). تشخيص واقع تطبيق إدارة المخاطر حسب المواصفة الدولية لنظام "ISO 31000:2018": دراسة حالة مستشفى المنصورة الجامعي. مجلة إبداع في الآداب والدراسات الإنسانية والاجتماعية، مج1، ع2 ، 359 - 388. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1579622>

2. المراجع الأجنبية

- Al-Mutair, A., Ambani, Z., Shamsan, A., & Alhumaid, S. (2021). Examining the impact of risk management and safety culture on healthcare performance during COVID-19 in Saudi Arabia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 2477–2487. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S316093>
- Aven, T. (2021). The foundation of risk management and implications for the future. *Reliability Engineering & System Safety*, 210, 107530. <https://doi.org/10.1016/j.ress.2021.107530>
- Barasa, E., Mbau, R., & Gilson, L. (2021). What is resilience and how can it be nurtured? A systematic review of empirical literature on organizational resilience in healthcare systems. *BMJ Global Health*, 6(9), e006084. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006084>
- Houghton, C., Meskell, P., Delaney, H., Smalle, M., Glenton, C., Booth, A., Chan, X. H., Devane, D., & Biesty, L. (2020). Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control guidelines for respiratory infectious diseases: A rapid qualitative evidence synthesis. *BMC Oral Health*, 20(1), 225. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01157-3>

- Hughes, A., Sawalha, I., & Hall, M. (2022). Risk communication and coordination challenges in public health emergencies: Lessons from the COVID-19 pandemic. *Health Policy and Planning*, 37(7), 847–858. <https://doi.org/10.1093/heapol/czac027> ■
- Ivanov, D., & Dolgui, A. (2020). Viability of intertwined supply networks: Extending the supply chain resilience angles towards survivability. *International Journal of Production Research*, 58(10), 2904–2915. <https://doi.org/10.1080/00207543.2020.1750727> ■
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., & Pate, M. (2021). Health system resilience for pandemic response: Lessons from the COVID-19 outbreak. *The Lancet*, 397(10282), 1804–1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00984-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00984-5) ■
- Malecki, K. M. C., Keating, J. A., & Safdar, N. (2021). Crisis communication and public perception of COVID-19 risk in the United States. *Journal of Health Communication*, 26(1), 65–74. <https://doi.org/10.1080/10810730.2021.1877256> ■
- Nuzzo, J. B., Meyer, D., Snyder, M., Ravi, S. J., Lapascu, A., Souleles, J., & Bell, J. A. (2020). Preparedness for a high-impact respiratory pathogen pandemic. *BMJ Global Health*, 5(5), e002275. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002275> ■
- World Health Organization. (2022). Infection prevention and control in the context of coronavirus disease (COVID-19): A guide for healthcare workers. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC-2022.2> ■

الملاحق

استمارة استبيان

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أخي الكريم / أختي الكريمة

تحية طيبة وبعد،

يقوم الباحثين بإجراء دراسة حول قياس ادارة مخاطر الكوارث الصحية والابوئة : إطار

استراتيجي لتعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي

ونظراً لما لديكم من المعرفة العلمية والخبرة العملية ذات الصلة بموضوع البحث، نأمل الحصول

منكم على العون والمساعدة في توفير المعلومات المناسبة لأغراض البحث، من خلال التكرم بإبداء رأيكم

بالتأشير على الإجابة المناسبة من وجهة نظركم.

وأقدم لحضراتكم بجزيل الشكر والتقدير للمساهمة في جهدكم في تعبئة هذا الاستبيان علماً

أن جميع البيانات التي سيتم الحصول عليها منكم ستعامل بسرية تامة، ولن تستخدم لغير أغراض هذا

البحث، وسوف أزودكم بنتائج هذه الدراسة حال اكتمالها إن شاء الله.

وتفضلوا بقبول فائق التقدير والاحترام

أولاً: البيانات الشخصية

- 1- النوع الاجتماعي ☐ ذكر ☐ أنثى
- 2- العمر ☐ 30 سنة فأقل ☐ من 40 – 30 سنة ☐ 50 – 40 سنة ☐ من 50 سنة فأكثر
- 3- المؤهل العلمي ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس ☐ ماجستير ☐ دكتوراه
- 4- سنوات الخبرة ☐ 5 سنوات فأقل ☐ من 5 – 10 سنوات ☐ من 10 – 15 سنة ☐ أكثر من 15 سنة
- 5- المستوى الوظيفي ☐ إدارة عليا ☐ إدارة وسطى ☐ كوادر إشرافية

ثانيا محاور الاستبيان

✿ المحور الأول: مخاطر الكوارث الصحية ، ضع إشارة (✓) في المربع المناسب لاختيارك:

معارض بشدة	معارض	محايد	أو افق	أو افق بشدة	البعد
1. التخطيط الاستباقي للمخاطر					
					تضع المؤسسة الصحية خططاً استباقية واضحة لمواجهة الكوارث الصحية المحتملة وفق سيناريوهات متعددة
					تُجري المؤسسة تقييماً دورياً شاملاً للمخاطر الصحية المحتملة بالتنسيق مع الجهات المعنية
					تمتلك المؤسسة فرق عمل متخصصة ومدرّبة لإعداد خطط الطوارئ الصحية وتحديثها بشكل مستمر
					تتبني المؤسسة منهجية تحليل المخاطر المبني على الأدلة لتحديد أولويات التدخل الوقائي
2. الاستجابة السريعة والتنسيق المؤسسي					
					تمتلك المؤسسة بروتوكولات استجابة سريعة محددة وموثقة يتم تفعيلها فور الإعلان عن حالة طوارئ صحية
					يتوفر تنسيق فعال بين الوحدات والأقسام داخل المؤسسة لضمان استجابة موحدة أثناء الأزمات الصحية

معارض بشدة	معارض	محايد	أو افق	أو افق بشدة	البعد
					تشارك المؤسسة في شبكات تنسيق محلية وإقليمية لتبادل الموارد والخبرات خلال الكوارث الصحية
					تُنقذ المؤسسة تدريبات محاكاة دورية لاختبار جاهزية فرق الاستجابة وتحسين زمن التدخل
3. اتصال المخاطر والتوعية المجتمعية					
					تعتمد المؤسسة استراتيجية اتصال واضحة لإيصال معلومات المخاطر الصحية للمجتمع بشفافية ومصداقية
					تستخدم المؤسسة قنوات تواصل متعددة ومتنوعة للوصول إلى مختلف شرائح المجتمع أثناء الأزمات الصحية
					تحرص المؤسسة على مكافحة المعلومات المضللة والشائعات المتعلقة بالأوبئة من خلال حملات توعية مبنية على الأدلة
					تُشرك المؤسسة قيادات المجتمع المحلي والمؤثرين في تصميم وتنفيذ برامج التوعية الصحية الوقائية
4. التحول الرقمي والبنية التحتية التقنية					
					توظف المؤسسة أنظمة رقمية متقدمة لرصد المخاطر الصحية والإنذار المبكر بالأوبئة

المعارض بشدة	معارض	محايد	أو وافق	أو وافق بشدة	البعد
					تمتلك المؤسسة بنية تحتية تقنية قادرة على دعم العمل عن بُعد واستمرارية الخدمات أثناء الأزمات
					تستثمر المؤسسة في تقنيات الذكاء الاصطناعي وتحليل البيانات الضخمة لدعم اتخاذ القرارات الصحية
					تعتمد المؤسسة أنظمة سجلات صحية إلكترونية متكاملة تسهل تتبع الحالات وإدارة الموارد في حالات الطوارئ

✿ المحور الثاني: تعزيز جاهزية واستدامة القطاع الصحي ، ضع إشارة (√) في المربع

المناسب لاختيارك:

المعارض بشدة	معارض	محايد	أو افق	أو افق بشدة	البعد
					تمتلك المؤسسة القدرة على استيعاب الزيادة المفاجئة في أعداد المرضى دون انهيار في مستوى الخدمة
					تتوفر لدى المؤسسة مخزونات استراتيجية كافية من المستلزمات والأدوية الأساسية لمواجهة حالات الطوارئ
					تضمن المؤسسة استمرارية تقديم الخدمات الصحية الأساسية أثناء الأزمات دون انقطاع جوهري
					تمتلك المؤسسة خططاً واضحة لإعادة التشغيل والتعافي السريع بعد انتهاء الأزمات الصحية
					تستثمر المؤسسة في تطوير كفاءات الكوادر الصحية وتأهيلهم للتعامل مع مختلف سيناريوهات الطوارئ
					تتبني المؤسسة ثقافة تنظيمية داعمة للتعلم المستمر من الدروس المستفادة من الأزمات السابقة

معارض بشدة	معارض	محايد	أو افق	أو افق بشدة	البعد
					تعمل المؤسسة على تنويع مصادر التمويل لضمان الاستدامة المالية لبرامج الطوارئ الصحية
					تمتلك المؤسسة نظام حوكمة فعال يضمن الشفافية والمساءلة في إدارة الموارد أثناء الكوارث
					تُدمج المؤسسة مؤشرات الجاهزية الصحية ضمن خططها الاستراتيجية طويلة المدى
					تحرص المؤسسة على بناء شراكات استراتيجية مع القطاع الخاص والمنظمات الدولية لتعزيز قدراتها في مجال الطوارئ
					تُراعي المؤسسة مبادئ العدالة والإنصاف في توزيع الموارد الصحية أثناء الأوبئة
					تقيس المؤسسة أداءها في مجال الجاهزية الصحية بشكل دوري وتستخدم النتائج في التحسين المستمر

مع خالص التقدير والاحترام

MidOcean University



College of Administration

Department / Major: Risk Management

**Disaster Risk Management of Health Crises and Epidemics :
A Strategic Framework to Enhance the Preparedness and
Sustainability of the Healthcare Sector**

Prepared by:

Mohammed Saleh Al-Nakhli

Supervised by:

Dr. Al-Faisal Abdulhamid

Dr. Fayez Jarad

2026 – 1447