

تقييم استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية

إعداد الطالبة/

رامية صالح عبد القادر تمرار

الرقم الجامعي/

إشراف/

أ.د. الفصيل عبد الحميد محمد

أ.د. فايز علي جراد

العام الدراسي

2025

وقل عسى أن يكون
خيرا عليّ علم

إهداء

إلى من غرس فيَّ القيم، وسقاني من معين الحكمة،

إلى من كان دعاؤهم سرَّ توفيقِي، وسندًا لي في كل مراحل حياتي،

إلى والديَّ الكريمين، أهدِي ثمرة جهدي وعملي، عرفانًا وتقديرًا.

وإلى من ساندني وشجَّعني في مسيرتي العلمية،

إلى إخوتي وأصدقائي وزملائي،

لكم جميعًا أهدِي هذا العمل المتواضع، امتنانًا لكل دعمٍ صادق.

شكر وتقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتمّ الصالحات، وبِعونه وتوفيقه أنجزت هذا العمل المتواضع.

أتقدم بخالص الشكر وعظيم الامتنان لمشرفي الكريم الأستاذ الدكتور د. الفيصل عبد الحميد، د. فايز جراد، الذي كان لدعمها العلمي، وتوجيهاتهم السديدة، وملاحظاتهم القيمة، الأثر الأكبر في إنجاز هذه الرسالة. لقد كان مثلاً يُحتذى به في العلم والأخلاق والتفاني.

كما أتوجه بالشكر الجزيل لأعضاء لجنة المناقشة الكرام على وقتهم وجهدهم وملاحظاتهم البناءة التي أثرت هذا العمل.

ولا يفوتني أن أعبر عن تقديري العميق لكل من ساندني ووقف إلى جانبي خلال فترة إعداد

الرسالة، من أسرتي وأصدقائي وزملائي، وخاصة والديّ العزيزين، الذين كان لدعائهما

ودعمهما المعنوي والمادي بالغ الأثر في وصولي إلى هذه المرحلة.

لكم جميعاً، كل الشكر والتقدير والامتنان.

فهرس المحتويات

إهداء.....	3
شكر وتقدير.....	4
قائمة الجداول.....	7
فهرس الأشكال.....	9
المستخلص.....	10
الفصل الأول.....	11
المقدمة.....	12
مشكلة الدراسة.....	13
أهمية الدراسة.....	14
أهداف الدراسة.....	14
تساؤلات الدراسة.....	16
فرضيات الدراسة.....	16
النظرية العلمية المتبعة لإعداد البحث.....	17
الفصل الثاني.....	20
الدراسات السابقة.....	20
المقدمة.....	21
المتغير التابع والمستقل.....	23
الدراسات السابقة.....	25
الإطار النظري للدراسة.....	29
الفصل الثالث.....	32
منهجية الدراسة.....	32
المقدمة.....	33
مجتمع البحث.....	35
المنهجية وطرق البحث.....	36
أدوات الدراسة.....	37

39	خطوات جمع البيانات
40	حدود البحث
42	الفصل الرابع
42	نتائج الدراسة
43	المقدمة
44	تحليل البيانات
79	المناقشة
81	الخاتمة
82	التوصيات
84	المراجع
87	الملاحق
92	Abstract

قائمة الجداول

47	جدول 1 : التحليلات الإحصائية
48	جدول 2 : التحليل الإحصائي لعمر المشاركين في التجربة
49	جدول 3 : التحليل الإحصائي لجنس المشاركين في التجربة
50	جدول 4 : التحليل الإحصائي للدرجة العلمية
51	جدول 5 : التحليل الإحصائي لوجود في المستشفى سياسات مكتوبة وواضحة لإدارة مخاطر العدوى
53	جدول 6 : التحليل الإحصائي لالتزام إدارة المستشفى بتطبيق المعايير الوطنية والدولية لمكافحة العدوى
54	جدول 7 : التحليل الإحصائي لتحديث استراتيجيات إدارة مخاطر العدوى بشكل دوري
55	جدول 8 : التحليل الإحصائي لتوفير المستشفى برامج تدريب منتظمة للعاملين حول الوقاية من العدوى
56	جدول 9 : التحليل الإحصائي لامتلاك العاملون المعرفة الكافية بإجراءات مكافحة العدوى
57	جدول 10 : التحليل الإحصائي للالتزام بإجراءات التعقيم والنظافة داخل أقسام المستشفى
59	جدول 11 : التحليل الإحصائي لتوافر المستلزمات والأدوات اللازمة للوقاية من العدوى بشكل مستمر
60	جدول 12 : التحليل الإحصائي لتطبيق المستشفى آليات فعالة لرصد حالات العدوى المكتسبة داخلها
61	جدول 13 : التحليل الإحصائي للإبلاغ عن حالات العدوى وتحليل أسبابها بشكل منظم
62	جدول 14 : التحليل الإحصائي لإسهام استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية في تقليل معدلات العدوى في المستشفى
63	جدول 15 : التحليل الإحصائي لمساعدة إجراءات مكافحة العدوى في تحسين سلامة المرضى
65	جدول 16 : التحليل الإحصائي لإسهام إدارة مخاطر العدوى في حماية العاملين الصحيين من التعرض للأمراض
66	جدول 17 : التحليل الإحصائي لوجود رقابة مستمرة على الالتزام بإجراءات مكافحة العدوى
67	جدول 18 : التحليل الإحصائي لاستخدام نتائج تقييم المخاطر في تحسين خطط مكافحة العدوى
68	جدول 19 : التحليل الإحصائي لإسهام إدارة مخاطر العدوى في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة
69	جدول 20 : التحليل الإحصائي لتعزيز استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية ثقة المرضى في المستشفى
71	جدول 21 : التحليل الإحصائي لأداء فعالية إدارة مخاطر العدوى إلى تحسين الأداء العام للمستشفى
72	جدول 22 : ملخص التحليلات الإحصائية
72	جدول 23 : اختبار الثبات والموثوقية
	جدول 24 : اختبار كاي اسكوير للعلاقة بين فعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات والسياسات والإجراءات الخاصة بمكافحة العدوى
73	جدول 25 : اختبار كاي اسكوير للعلاقة بين فعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات والتدريب والتوعية للعاملين الصحيين
75	جدول 26 : اختبار كاي اسكوير للعلاقة بين فعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات وأنظمة المراقبة والتقييم والرقابة على العدوى

جدول 27 : اختبار التباين الأحادي 78

جدول 28 : ملخص نموذج معامل بايز 78

فهرس الأشكال

- شكل توضيحي 1: النظرية العلمية المتبعة لإعداد البحث 17
- شكل توضيحي 2: الإطار النظري للدراسة 29
- شكل توضيحي 3: التمثيل البياني لعمر المشاركين في التجربة 48
- شكل توضيحي 4: التمثيل البياني لجنس المشاركين في التجربة 49
- شكل توضيحي 5: التمثيل البياني للدرجة العلمية 50
- شكل توضيحي 6: التمثيل البياني لوجود في المستشفى سياسات مكتوبة وواضحة لإدارة مخاطر العدوى 52
- شكل توضيحي 7: التمثيل البياني لالتزام إدارة المستشفى بتطبيق المعايير الوطنية والدولية لمكافحة العدوى 53
- شكل توضيحي 8: التمثيل البياني لتحديث استراتيجيات إدارة مخاطر العدوى بشكل دوري 54
- شكل توضيحي 9: التمثيل البياني لتوفير المستشفى برامج تدريب منتظمة للعاملين حول الوقاية من العدوى 55
- شكل توضيحي 10: التمثيل البياني لامتلاك العاملون المعرفة الكافية بإجراءات مكافحة العدوى 56
- شكل توضيحي 11: التمثيل البياني للالتزام بإجراءات التعقيم والنظافة داخل أقسام المستشفى 58
- شكل توضيحي 12: التمثيل البياني لتوافر المستلزمات والأدوات اللازمة للوقاية من العدوى بشكل مستمر 59
- شكل توضيحي 13: التمثيل البياني لتطبيق المستشفى آليات فعالة لرصد حالات العدوى المكتسبة داخلها 60
- شكل توضيحي 14: التمثيل البياني للإبلاغ عن حالات العدوى وتحليل أسبابها بشكل منظم 61
- شكل توضيحي 15: التمثيل البياني لإسهام استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية في تقليل معدلات العدوى في المستشفى 62
- شكل توضيحي 16: التمثيل البياني لمساعدة إجراءات مكافحة العدوى في تحسين سلامة المرضى 64
- شكل توضيحي 17: التمثيل البياني لإسهام إدارة مخاطر العدوى في حماية العاملين الصحيين من التعرض للأمراض 65
- شكل توضيحي 18: التمثيل البياني لوجود رقابة مستمرة على الالتزام بإجراءات مكافحة العدوى 66
- شكل توضيحي 19: التمثيل البياني لاستخدام نتائج تقييم المخاطر في تحسين خطط مكافحة العدوى 67
- شكل توضيحي 20: التمثيل البياني لإسهام إدارة مخاطر العدوى في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة 68
- شكل توضيحي 21: التمثيل البياني لتعزيز استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية ثقة المرضى في المستشفى 70
- شكل توضيحي 22: التمثيل البياني لأداء فعالية إدارة مخاطر العدوى إلى تحسين الأداء العام للمستشفى 71
- شكل توضيحي 23: المقاييس المتماثلة لتحليل الجداول المتقاطعة للعلاقة بين فعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات والسياسات والإجراءات الخاصة بمكافحة العدوى 74
- شكل توضيحي 24: المقاييس المتماثلة لتحليل الجداول المتقاطعة للعلاقة بين فعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات والتدريب والتوعية للعاملين الصحيين 75
- شكل توضيحي 25: المقاييس المتماثلة لتحليل الجداول المتقاطعة للعلاقة بين فعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات وأنظمة المراقبة والتقييم والرقابة على العدوى 77

المستخلص

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية، مع التركيز على مدى فعالية السياسات والإجراءات الخاصة بمكافحة العدوى، وبرامج التدريب والتوعية للعاملين الصحيين، وأنظمة المراقبة والتقييم والرقابة على العدوى. اتبعت الدراسة المنهجية الكمية في جمع وتحليل البيانات، حيث تمثلت عينة البحث في 240 مشاركاً من العاملين في المستشفيات المختلفة، بما يشمل الأطباء والممرضين والفنيين الصحيين المعنيين مباشرة بإدارة المخاطر الصحية للعدوى. أظهرت النتائج أن تطبيق السياسات والإجراءات بشكل منتظم، مع وجود برامج تدريبية فعالة وأنظمة مراقبة دقيقة، يسهم بشكل كبير في تحسين فعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى، وتقليل احتمالية انتشار العدوى بين المرضى والعاملين الصحيين. وبناءً على هذه النتائج، أوصت الدراسة بضرورة تعزيز برامج التدريب المستمر، وتحديث سياسات مكافحة العدوى بانتظام، بالإضافة إلى تعزيز آليات الرقابة والمتابعة لضمان الامتثال للإجراءات الوقائية.

الكلمات المفتاحية: إدارة المخاطر، العدوى، المستشفيات، السياسات الصحية، التدريب الصحي، المراقبة والتقييم،

الوقاية من العدوى.

المفصل الأول

المقدمة

تعتبر العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية من أبرز التحديات التي تواجه المنظومات الطبية حول العالم، نظرًا لتأثيرها المباشر على جودة الخدمات الصحية وسلامة المرضى، إضافةً إلى ما تسببه من أعباء مالية وتشغيلية على مرافق الرعاية الصحية. وفي المملكة العربية السعودية، يكتسب موضوع إدارة مخاطر العدوى أهمية متزايدة في ضوء التطور المستمر للقطاع الصحي، وارتفاع حجم الطلب على الخدمات الطبية، والتوسع في المنشآت الصحية الحكومية والخاصة. كما أن التجارب السابقة والتعلم المستمر من الأوبئة—مثل متلازمة الشرق الأوسط التنفسية (MERS-CoV) ثم جائحة كوفيد-19—عززت الوعي بأهمية بناء منظومات متينة لإدارة المخاطر الصحية وضمان جاهزية المستشفيات للتعامل مع تهديدات العدوى بمختلف أشكالها (Alamer، 2022).

إن إدارة مخاطر العدوى ليست مجرد إجراءات وقائية تُتخذ عند وقوع حادثة صحية، بل هي منظومة متكاملة تشمل التنبؤ بالمخاطر، وتقييم احتمالية حدوثها، ووضع استراتيجيات استباقية لتقليل آثارها. وتشمل هذه المنظومة برامج مكافحة العدوى، وضبط جودة بيئة المستشفى، وتحسين ممارسات العاملين الصحيين، وتفعيل سياسات صارمة للوقاية والسيطرة على انتقال الممرضات. وعلى مدى السنوات الماضية، أولت الجهات الصحية في المملكة—مثل وزارة الصحة والمركز الوطني للوقاية من الأمراض ومكافحتها (وقاية)—اهتمامًا كبيرًا لرفع معايير مكافحة العدوى، وذلك عبر تبني سياسات تنظيمية، وإصدار أدلة إرشادية، وتطوير منظومات الترصد الوبائي داخل المنشآت الصحية (Sonpar، 2025).

كما تلعب التكنولوجيا دورًا هامًا في تعزيز قدرات إدارة المخاطر الصحية، حيث ساهمت التحول الرقمي والمعلوماتية الصحية في تحسين القدرة على رصد حالات العدوى، والإبلاغ عنها، وتحليل البيانات الوبائية، واتخاذ القرارات المبنية على الأدلة. إضافةً إلى ذلك، ازداد التركيز على التدريب المستمر للقوى العاملة الصحية، باعتبارها خط الدفاع الأول في الوقاية من العدوى، وذلك من خلال رفع مستوى الوعي بالممارسات السليمة لغسل اليدين، والتعامل الآمن مع الأدوات الطبية، وتطبيق إجراءات العزل وفق المعايير العالمية (Alrebish، 2023).

وتسعى المستشفيات في المملكة إلى تحقيق مستويات عالية من الاعتماد الصحي، سواء المحلي مثل اعتماد سباهي أو الدولي مثل ICI، مما جعل تطبيق استراتيجيات إدارة مخاطر العدوى جزءًا أساسيًا من معايير الجودة وسلامة المرضى. وبالتالي، فإن تقييم هذه الاستراتيجيات يُعد خطوة ضرورية لفهم مدى فعاليتها، وتحديد نقاط القوة والضعف، وتطوير خطط تحسين مستدامة تساهم في تقليل معدلات العدوى وتحسين تجربة المريض (Puro، 2022).

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى داخل المستشفيات في المملكة العربية السعودية، من خلال تحليل السياسات والممارسات الحالية، واستعراض التحديات التي تواجه تطبيقها، واستكشاف فرص التطوير المستقبلية. كما تسعى إلى إلقاء الضوء على أهمية التكامل بين العناصر الإدارية، والسريية، والتقنية، للوصول إلى منظومة فعالة قادرة على الحد من انتشار العدوى وضمان بيئة رعاية صحية آمنة وموثوقة.

مشكلة الدراسة

تتمثل المشكلة الرئيسية لهذه الدراسة في عدم كفاية فعالية بعض استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى داخل المستشفيات في المملكة العربية السعودية، بالرغم من التطور الملحوظ في السياسات الصحية والبنى التحتية الطبية. إذ تشير التجارب العملية إلى وجود تفاوت بين المستشفيات في تطبيق معايير مكافحة العدوى، وضعف مستوى الامتثال لبعض الإجراءات الأساسية مثل غسل اليدين، والتعامل الآمن مع الأدوات الطبية، والالتزام بإجراءات العزل الصحي. كما يرتبط ذلك بوجود فجوات في التدريب المستمر للعاملين الصحيين، وعدم التجانس في نظم الترصد والإبلاغ عن العدوى، إضافة إلى التحديات المتعلقة بضغط العمل ونقص الكوادر المتخصصة في مجال مكافحة العدوى. هذا التفاوت يؤدي إلى بقاء العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية ضمن أكثر المخاطر تعقيداً في بيئات المستشفيات، رغم الجهود التنظيمية الواسعة المبذولة.

ينتج عن هذه المشكلة مجموعة من التبعات الصحية والإدارية والاقتصادية، من أبرزها:

1. ارتفاع معدلات العدوى المكتسبة داخل المستشفيات، مما ينعكس سلباً على سلامة المرضى ويزيد من معدلات المراضة والوفيات.

2. زيادة مدة الإقامة في المستشفى للمرضى المصابين بعدوى مكتسبة، الأمر الذي يؤدي إلى تقليل القدرة الاستيعابية للمؤسسات الصحية.

3. ارتفاع التكاليف التشغيلية نتيجة الحاجة إلى استخدام مزيد من العلاجات والمضادات الحيوية وتخصيص موارد إضافية للعناية بالمصابين.

4. تزايد خطر انتشار العدوى للعاملين الصحيين، مما قد يسهم في تقليل القوى العاملة المتاحة ويزيد من الضغط على المنظومة الصحية.

5. التأثير على سمعة المستشفى وجودة خدماته، مما يحدّ من قدرته على تحقيق معايير الاعتماد الصحية الوطنية والدولية.

6. ارتفاع احتمالية ظهور سلالات مقاومة للمضادات الحيوية بسبب سوء الاستخدام أو التعرض المتكرر للعدوى، وهو ما يشكّل تحديًا صحيًا على المدى الطويل (Alkhurayji، 2025).

وبناءً على المشكلة الأساسية السابقة، تتمحور الدراسة حول السؤال الرئيس التالي: ما مدى فعالية استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى المطبقة في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية، وما هي جوانب القوة والضعف والتحديات التي تؤثر على كفاءة هذه الاستراتيجيات في الحد من العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية؟

أهمية الدراسة

- أهمية الدراسة العلمية

تنبع الأهمية العلمية لهذه الدراسة من كونها تسهم في إثراء المعرفة المتخصصة في مجال إدارة المخاطر الصحية ومكافحة العدوى داخل المؤسسات الطبية، وهو مجال يُعدّ من أبرز محاور البحث في العلوم الصحية والإدارية. إذ تساعد الدراسة في سد فجوة بحثية تتعلق بتقييم فعالية الاستراتيجيات المطبقة في المستشفيات السعودية مقارنة بالمعايير والممارسات العالمية، إلى جانب تسليط الضوء على التحديات المعقدة التي قد تعيق تحقيق مستويات عالية من الأمان الصحي. كما توفر نتائج الدراسة أساسًا علميًا يمكن للباحثين الاعتماد عليه في تطوير نماذج نظرية جديدة لإدارة المخاطر الصحية، وتعزيز فهم العلاقة بين السياسات التنظيمية والتطبيق العملي داخل المستشفيات. وإضافة إلى ذلك، تفتح الدراسة المجال لإجراء بحوث مستقبلية أكثر تعمقًا، قد تشمل بناء نماذج تقييم متقدمة أو تطبيق تقنيات الذكاء الاصطناعي لتحسين التردد البائي وإدارة العدوى (Rahman، 2024).

- أهمية الدراسة العملية

أما من الناحية العملية، فتتمثل أهمية الدراسة في قدرتها على تقديم توصيات مباشرة قابلة للتطبيق لتحسين برامج مكافحة العدوى داخل المستشفيات السعودية، وذلك من خلال الكشف عن نقاط القوة ونقاط الضعف في الاستراتيجيات الحالية. ويمكن أن تساعد نتائج الدراسة متخذي القرار في المستشفيات—سواء كانوا إداريين، أو مختصين في مكافحة العدوى، أو قادة الجودة والسلامة—على تطوير إجراءات أكثر فاعلية واستدامة في الحد من العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية. كما تسهم في

رفع مستوى الامتثال لإجراءات مكافحة العدوى، وتحسين كفاءة التدريب للعاملين الصحيين، وتعزيز البنية التحتية للسلامة داخل المستشفيات. ومن شأن نتائج الدراسة أن تدعم جهود المملكة في تحقيق معايير الاعتماد الصحي الوطني والدولي، وتطوير بيئات صحية آمنة ترتقي بجودة الرعاية، وتحدّ من الأعباء المالية والتشغيلية الناتجة عن العدوى داخل المرافق الصحية (Javaid, 2024).

أهداف الدراسة

• الهدف الرئيسي:

- تقييم فعالية استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية، وتحليل مدى كفاءتها في الحد من العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية وتعزيز سلامة المرضى.

• الأهداف الفرعية:

1. تحديد مستوى تطبيق سياسات وإجراءات مكافحة العدوى داخل المستشفيات السعودية وقياس مدى الالتزام بها من قبل العاملين الصحيين.
2. تحليل نقاط القوة والضعف في برامج إدارة المخاطر الصحية المتعلقة بالعدوى، مع التركيز على الجوانب الإدارية والتنظيمية والسريية.
3. تقييم مدى جاهزية البنية التحتية والتجهيزات الطبية في المستشفيات لدعم عمليات مكافحة العدوى وتقليل احتمالات انتشار الممرضات.
4. دراسة تأثير التدريب المستمر وبرامج التوعية على تحسين سلوكيات العاملين الصحيين ورفع مستوى الامتثال لإجراءات مكافحة العدوى.
5. اقتراح توصيات عملية قابلة للتنفيذ تهدف إلى تحسين استراتيجيات إدارة مخاطر العدوى ورفع كفاءة الإجراءات الوقائية المتبعة داخل المستشفيات.

تساؤلات الدراسة

• السؤال الرئيسي:

- ما مدى فعالية استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات بالملكة العربية السعودية، وما العوامل المؤثرة على كفاءتها في الحد من العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية؟

• الأسئلة الفرعية:

1. ما مستوى تطبيق سياسات وإجراءات مكافحة العدوى في المستشفيات السعودية، وإلى أي مدى يلتزم العاملون الصحيون بها؟
2. ما أبرز نقاط القوة والضعف في برامج إدارة مخاطر العدوى الحالية داخل المستشفيات؟
3. إلى أي حد تسهم البنية التحتية والتجهيزات الطبية في دعم إجراءات مكافحة العدوى وتقليل انتقال الممرضات؟
4. ما دور التدريب المستمر وبرامج التوعية في تحسين التزام العاملين الصحيين بإجراءات مكافحة العدوى؟
5. ما أبرز التحديات والمعوقات التي تواجه المستشفيات في تطبيق استراتيجيات فعالة لإدارة مخاطر العدوى، وكيف يمكن تجاوزها عبر حلول عملية؟

فرضيات الدراسة

• الفرضية الرئيسية:

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين فعالية استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى وتراجع معدلات العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية في المستشفيات بالملكة العربية السعودية.

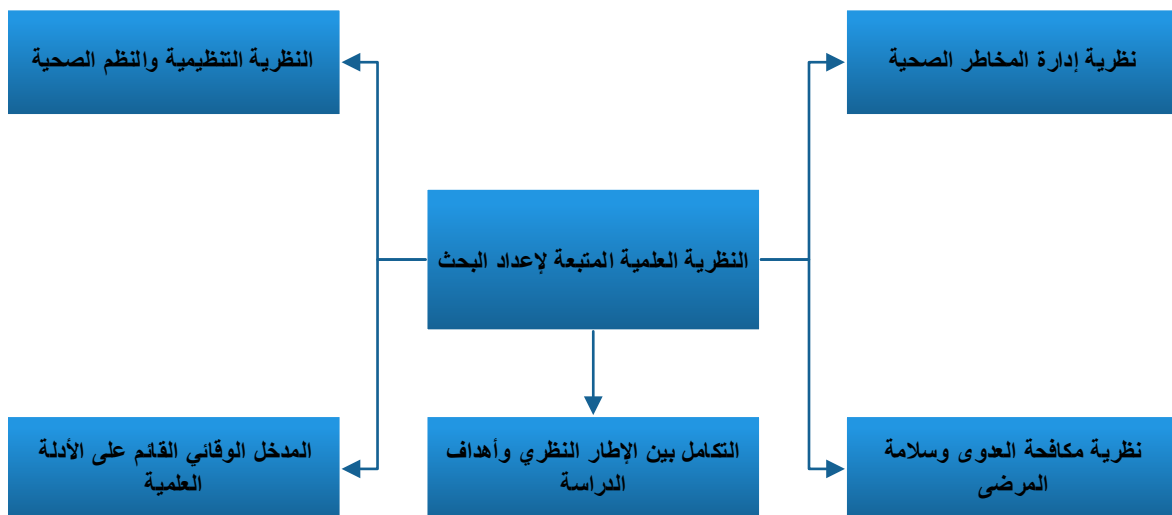
• الفرضيات الفرعية:

1. هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الالتزام بسياسات وإجراءات مكافحة العدوى وبين انخفاض احتمالية انتشار العدوى داخل المستشفيات.
2. تؤثر نقاط القوة والضعف في برامج إدارة المخاطر الصحية تأثيرًا مباشرًا على قدرة المستشفى في الحد من العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.

3. تساهم جودة البنية التحتية والتجهيزات الطبية بشكل إيجابي في تحسين فعالية استراتيجيات مكافحة العدوى وتقليل معدلات انتشار الممرضات.
4. يوجد تأثير ذي دلالة إحصائية لبرامج التدريب والتوعية على رفع مستوى الامتثال لإجراءات مكافحة العدوى بين العاملين الصحيين.
5. تؤدي التحديات والمعوقات الإدارية والتنظيمية إلى تقليل فعالية استراتيجيات إدارة مخاطر العدوى، مما يسهم في ارتفاع معدلات العدوى داخل المنشآت الصحية.

النظرية العلمية المتبعة لإعداد البحث

تعتمد هذه الدراسة في أساسها النظري على مفاهيم إدارة المخاطر الصحية (Health Risk Management) ومكافحة العدوى (Infection Prevention and Control – IPC) بوصفهما عنصرين متكاملين في تحسين جودة الرعاية الصحية وضمان سلامة المرضى والعاملين في القطاع الصحي. وتنطلق النظرية العلمية من أن المستشفيات تُعد بيئات عالية الخطورة لانتقال العدوى نتيجة كثافة المرضى، وتعدد الإجراءات التداخلية، واستخدام الأجهزة الطبية، مما يستوجب تبني استراتيجيات منظمة ومبنية على أسس علمية للحد من هذه المخاطر. وعليه، فإن إدارة المخاطر الصحية لا تُفهم كإجراءات منفصلة، بل كنظام متكامل يشمل التنبؤ بالمخاطر، وتحليلها، والسيطرة عليها، وتقييم نتائجها بصورة مستمرة.



شكل توضيحي 1: النظرية العلمية المتبعة لإعداد البحث

- نظرية إدارة المخاطر الصحية

ترتكز الدراسة على نظرية إدارة المخاطر التي تفترض أن أي خطر صحي يمكن التعامل معه بفعالية عبر أربع مراحل رئيسية: تحديد الخطر، تقييمه، التحكم فيه، ثم المتابعة والتقييم المستمر. وفي سياق العدوى المكتسبة داخل المستشفيات، يتم تحديد مصادر الخطر مثل انتقال الميكروبات عبر الأيدي، أو الأدوات الطبية غير المعقمة، أو الهواء، أو سوائل الجسم. ثم يتم تقييم درجة الخطورة بناءً على احتمالية حدوث العدوى وشدة أثارها على المرضى. وتُستخدم هذه النظرية كإطار علمي لتحليل مدى التزام المستشفيات السعودية بتطبيق هذه المراحل بشكل منهجي، ومدى فاعلية السياسات والإجراءات المتبعة في تقليل معدلات العدوى (Sharma، 2025).

- نظرية مكافحة العدوى وسلامة المرضى

تعتمد الدراسة كذلك على نظرية سلامة المرضى (Patient Safety Theory)، التي تؤكد أن الأخطاء والمخاطر الصحية غالبًا ما تكون ناتجة عن خلل في النظم وليس فقط عن أخطاء فردية. وبناءً على هذه النظرية، تُفسّر العدوى المكتسبة في المستشفيات باعتبارها مؤشرًا على كفاءة النظام الصحي ككل. وتشمل هذه النظرية مفاهيم مثل الالتزام بغسل الأيدي، واستخدام معدات الوقاية الشخصية، والتعقيم، والعزل، والتدريب المستمر للعاملين الصحيين. وتُستخدم هذه المرتكزات النظرية لتقييم مدى تكامل استراتيجيات إدارة المخاطر مع سياسات مكافحة العدوى المعتمدة في المستشفيات (Lee، 2017).

- النظرية التنظيمية والنظم الصحية

تستند الدراسة أيضًا إلى نظرية النظم (Systems Theory)، التي تنظر إلى المستشفى كنظام متكامل تتفاعل فيه عدة عناصر: الإدارة، الكوادر الصحية، البنية التحتية، السياسات، والمرضى. ووفقًا لهذه النظرية، فإن فاعلية إدارة مخاطر العدوى تعتمد على درجة التنسيق بين هذه العناصر، وليس على إجراء واحد معزول. ومن هذا المنطلق، تقوم الدراسة بتحليل دور القيادة الصحية، وثقافة السلامة المؤسسية، ونظم الإبلاغ عن العدوى، في دعم أو إعاقه تطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية داخل المستشفيات بالملكة (Pascarella، 2017).

- المدخل الوقائي القائم على الأدلة العلمية

تعتمد الدراسة على المدخل الوقائي القائم على الأدلة (Evidence-Based Practice)، والذي يفترض أن أفضل استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية هي تلك المبينة على نتائج الأبحاث العلمية والتوصيات الصادرة عن الجهات الصحية المعتمدة. ويُستخدم هذا

المدخل لتقييم مدى اعتماد المستشفيات السعودية على الأدلة العلمية في وضع سياساتها الخاصة بمكافحة العدوى، ومدى تحديث هذه السياسات بما يتماشى مع المستجدات الصحية والتحديات الوبائية. كما يتيح هذا الإطار مقارنة الممارسات الفعلية بالمعايير المعتمدة، وتحليل الفجوات بين النظرية والتطبيق (McGowan، 2023).

- التكامل بين الإطار النظري وأهداف الدراسة

في ضوء ما سبق، يقوم الإطار النظري للدراسة بدور محوري في توجيه تصميم البحث وتحليل نتائجه، حيث يربط بين مفاهيم إدارة المخاطر الصحية، ومكافحة العدوى، وسلامة المرضى، والنظم الصحية. ويساعد هذا التكامل النظري على فهم واقع استراتيجيات إدارة مخاطر العدوى في المستشفيات السعودية، وتفسير مستوى فاعليتها، وتحديد نقاط القوة والقصور، بما يسهم في تقديم توصيات علمية قابلة للتطبيق لتحسين جودة الرعاية الصحية وتقليل المخاطر الصحية المرتبطة بالعدوى (Library، 2024).

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

المقدمة

يشكل الفصل الثاني من هذه الدراسة حجر الأساس الذي تُبنى عليه بقية فصول البحث، إذ يُمثّل الإطار العلمي والمنهجي الذي يوضّح الخلفية المعرفية لموضوع إدارة المخاطر الصحية المرتبطة بالعدوى في المستشفيات. وينطلق هذا الفصل من الحاجة إلى تأصيل المفاهيم العلمية المرتبطة بموضوع الدراسة وربطها بالسياق الصحي للمملكة العربية السعودية، بما يضمن فهماً عميقاً لطبيعة المشكلة البحثية وأبعادها المختلفة، ويساعد على تفسير النتائج التي ستوصل إليها الدراسة لاحقاً بصورة علمية ومنهجية.

ويهدف هذا الفصل إلى تقديم رؤية شاملة للعناصر الأساسية التي تتحكم في إدارة مخاطر العدوى داخل المستشفيات، من خلال استعراض العلاقات بين العوامل التنظيمية والإدارية والفنية، وتأثيرها على مستوى السيطرة على العدوى والحد من انتشارها. ويساعد هذا الطرح على توضيح الأسس التي تستند إليها الدراسة في تحليل واقع الممارسات الصحية المتبعة، ويُبرز أهمية وجود استراتيجيات واضحة ومتكاملة لإدارة المخاطر الصحية في بيئات الرعاية الصحية المعقدة.

كما يركز الفصل على عرض وتحليل الجهود البحثية السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة، سواء على المستوى المحلي أو الإقليمي أو الدولي، بهدف الوقوف على ما توصلت إليه الدراسات السابقة من نتائج وتوصيات، والاستفادة منها في بناء الرؤية العلمية للدراسة الحالية. ويُسهّم هذا العرض في تحديد الفجوات البحثية التي لم تُعالج بشكل كافٍ، مما يبرر الحاجة إلى إجراء هذه الدراسة، ويُبرز قيمتها العلمية والتطبيقية في دعم القرارات الصحية وتحسين جودة الخدمات الطبية.

ويتناول الفصل كذلك الأساس النظري الذي تعتمد عليه الدراسة في تفسير الظواهر المرتبطة بإدارة مخاطر العدوى، من خلال توظيف النظريات والنماذج العلمية ذات الصلة بإدارة المخاطر الصحية وسلامة المرضى ومكافحة العدوى. ويُعد هذا الإطار النظري مرجعاً علمياً يُمكن الباحث من تحليل النتائج وربطها بالسياق النظري المناسب، كما يساهم في بناء نموذج تحليلي واضح يساعد على فهم طبيعة العلاقات بين عناصر الدراسة المختلفة داخل بيئة المستشفيات.

وتكمن أهمية هذا الفصل في كونه يُوفّر قاعدة معرفية متينة تساهم في توحيد المفاهيم والمصطلحات المستخدمة في الدراسة، وتجنب التداخل أو الغموض في تفسير النتائج. كما يساعد على تعزيز مصداقية البحث من خلال ربطه بالأدبيات العلمية المعتمدة، وإظهار انسجامه مع الاتجاهات الحديثة في إدارة المخاطر الصحية ومكافحة العدوى. ويُعد هذا الأمر بالغ الأهمية في ظل التحديات الصحية المتزايدة التي تواجه المستشفيات، وضرورة تطوير أنظمة فعّالة للحد من العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.

يمثل الفصل الثاني مرحلة محورية في الدراسة، حيث يمهّد الطريق أمام الفصول اللاحقة من خلال بناء خلفية علمية راسخة تضمن سلامة التحليل ودقة الاستنتاجات. كما يُسهم في تعزيز القيمة العلمية للدراسة من خلال تقديم إطار متكامل يساعد على فهم واقع استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية، ودعم الجهود الرامية إلى تحسين جودة الرعاية الصحية وتحقيق أعلى مستويات السلامة الصحية.

المتغير التابع والمستقل

- المتغير التابع – فعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات

يعد هذا المتغير المحور الرئيس الذي تسعى الدراسة إلى قياسه وتفسيره، إذ يعكس مستوى قدرة المستشفيات على الحد من المخاطر الصحية المرتبطة بانتقال العدوى داخل بيئة الرعاية الصحية. وتتمثل فعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى في مدى نجاح المستشفى في تطبيق إجراءات وقائية وتنظيمية متكاملة تهدف إلى تقليل معدلات العدوى المكتسبة، وحماية المرضى والعاملين الصحيين، وضمان استمرارية تقديم خدمات صحية آمنة وذات جودة عالية. ويشمل هذا المفهوم كفاءة التخطيط المسبق للمخاطر، وسرعة الاستجابة لها، والقدرة على احتوائها عند حدوثها، إضافة إلى متابعة نتائج الإجراءات المتخذة وتقييمها بصورة دورية.

كما ترتبط فعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى بمدى التزام المستشفيات بالمعايير الوطنية والدولية لمكافحة العدوى، وبدرجة تكامل الجهود بين الإدارات المختلفة داخل المستشفى. ويُعد هذا المتغير مؤشراً مهماً على جودة النظام الصحي، حيث إن ارتفاع مستوى الفعالية يعكس وجود نظام إداري وصحي قادر على التعامل مع التحديات الصحية المعقدة، في حين يشير انخفاضها إلى وجود قصور في التخطيط أو التنفيذ أو المتابعة، مما قد ينعكس سلباً على سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية (Thandar, 2022).

- المتغيرات المستقلة

1. السياسات والإجراءات الخاصة بمكافحة العدوى

تمثل السياسات والإجراءات الخاصة بمكافحة العدوى الإطار التنظيمي الذي يحكم الممارسات الصحية اليومية داخل المستشفيات، وهي من أهم العوامل المؤثرة في إدارة المخاطر الصحية للعدوى. وتشمل هذه السياسات القواعد والتعليمات المتعلقة بغسل الأيدي، والتعقيم، والتطهير، والعزل، واستخدام معدات الوقاية الشخصية، والتعامل الآمن مع النفايات الطبية. وتكمن أهمية هذه السياسات في كونها توحد الممارسات المهنية، وتحد من الاجتهادات الفردية التي قد تزيد من احتمالية انتقال العدوى.

كما أن وضوح هذه السياسات وحدائتها ومدى توافقها مع المعايير المعتمدة يسهم بشكل مباشر في تعزيز الالتزام بها من قبل العاملين الصحيين. فكلما كانت الإجراءات مكتوبة بوضوح، ومعلنة، ومدعومة من الإدارة العليا، زادت فرص تطبيقها بشكل صحيح، مما يؤدي إلى تقليل مصادر الخطر ورفع مستوى السلامة الصحية داخل المستشفيات (Elnakib, 2018).

2. التدريب والتوعية للعاملين الصحيين

يُعد التدريب والتوعية عنصراً أساسياً في دعم تطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى، حيث يعتمد نجاح أي سياسة أو إجراء على وعي العاملين الصحيين ومعرفتهم بكيفية تطبيقه عملياً. ويشمل هذا المتغير البرامج التدريبية المستمرة، وورش العمل، وحملات التوعية التي تهدف إلى رفع مستوى المعرفة والمهارات المتعلقة بمكافحة العدوى، وتعزيز السلوكيات الصحية السليمة في بيئة العمل.

وتكمن أهمية التدريب في كونه يسهم في تقليل الأخطاء المهنية، وتعزيز الالتزام بالإجراءات الوقائية، وزيادة قدرة العاملين على اكتشاف المخاطر المحتملة والتعامل معها في الوقت المناسب. كما أن التوعية المستمرة تساعد على ترسيخ ثقافة السلامة الصحية داخل المستشفيات، مما ينعكس إيجاباً على مستوى الأداء العام، ويحد من انتشار العدوى الناتجة عن الممارسات غير السليمة (Qureshi, 2022).

3. أنظمة المراقبة والتقييم والرقابة على العدوى

تمثل أنظمة المراقبة والتقييم والرقابة أحد الركائز الأساسية في إدارة المخاطر الصحية للعدوى، إذ تتيح للمستشفيات متابعة معدلات العدوى، ورصد مصادرها، وتقييم فعالية الإجراءات المتبعة للحد منها. وتشمل هذه الأنظمة آليات جمع البيانات، وتحليلها، والإبلاغ عن حالات العدوى، إضافة إلى إجراءات التدقيق والمتابعة الدورية للأداء.

وتسهم هذه الأنظمة في الكشف المبكر عن المشكلات الصحية، وتوفير معلومات دقيقة تساعد الإدارة في اتخاذ قرارات مبنية على الأدلة العلمية. كما أن وجود نظام رقابي فعال يعزز من الالتزام بالإجراءات الوقائية، ويحد من التهاون في تطبيقها، مما يؤدي إلى تحسين مستوى السيطرة على العدوى وتقليل المخاطر الصحية داخل المستشفيات (Storr, 2017).

- العلاقة بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع

تقوم العلاقة بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع في هذه الدراسة على افتراض أن فعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات تتأثر بشكل مباشر بمستوى كفاءة السياسات والإجراءات المعتمدة، ومدى فاعلية برامج التدريب والتوعية للعاملين الصحيين، وكفاءة أنظمة المراقبة والتقييم والرقابة. فكلما كانت السياسات واضحة ومطبقة بصرامة، وكان العاملون مدربين وواعين بأدوارهم، وتوافرت أنظمة رقابية فعالة، ارتفع مستوى إدارة المخاطر الصحية وانخفضت معدلات العدوى المكتسبة داخل المستشفيات.

تفترض الدراسة وجود علاقة تأثير إيجابية بين المتغيرات المستقلة مجتمعة والمتغير التابع، حيث يعمل تكامل هذه العوامل على تعزيز سلامة المرضى والعاملين، وتحسين جودة الرعاية الصحية، ودعم قدرة المستشفيات بالملكة العربية السعودية على مواجهة التحديات المرتبطة بالعدوى في بيئة الرعاية الصحية الحديثة.

الدراسات السابقة

أُجريت دراسة مقطعية بين أبريل ويونيو 2020 على المستشفيات السعودية باستخدام استبيان إلكتروني باللغة الإنجليزية من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. يُقيم الاستبيان جميع جوانب إدارة المخاطر ومكافحة العدوى والبرامج الوقائية التي ينبغي على جميع العاملين في مجال الرعاية الصحية معرفتها وممارستها. شارك في دراسة (Aleanizy, 2022) جميع العاملين في مجال الرعاية الصحية في المستشفيات السعودية المخصصة لاستقبال مرضى كوفيد-19. في المجمل، استجاب 161 عاملاً في مجال الرعاية الصحية للاستبيان. وُجد أن الفهم العام لخطط إدارة مخاطر المستشفيات وإجراءات الوقاية من العدوى ممتاز (80.4%)، مع عدم وجود فروق في الإجابات حسب الجنس أو التعليم أو المهنة. وُجدت بعض الاختلافات في الإجابات حسب الفئة العمرية وسنوات الخبرة العملية. جاءت معظم الردود من مستشفيات المنطقة الوسطى (72.7%) والمستشفيات الحكومية (88%)، ومعظمها يقدم خدمات عائلية (68%). علاوة على ذلك، أظهرت النتائج أن العاملين في المجال الطبي تلقوا تدريباً كافياً، وهو ما يُعتبر الأساس لإدارة المخاطر الفعالة وإجراءات وسياسات وتوصيات مكافحة العدوى والوقاية منها. على الرغم من الاختلافات الطفيفة بين العاملين في مجال الرعاية الصحية، وجدت هذه الدراسة أن جميع العاملين في مجال الرعاية الصحية في المستشفيات السعودية يتمتعون بمعرفة ممتازة بخطط إدارة المخاطر والخطط الفرعية لمكافحة الأوبئة، بما في ذلك

سياسات وإجراءات ومبادئ مكافحة العدوى والوقاية منها، مما ساعد السلطات الصحية في المملكة العربية السعودية على التخفيف من آثار جائحة كوفيد-19 بفعالية.

كان الغرض من هذه دراسة (Alqahtani، 2020) هو تقييم مدى استعداد مرافق الرعاية الصحية السعودية للتغلب على جائحة كوفيد-19. الطريقة: أجريت دراسة مقطعية باستخدام استبيان باللغة الإنجليزية تم إدارته عبر الإنترنت وتم توزيعه في جميع أنحاء الهيئة السعودية للتخصصات الصحية في المستشفيات السعودية خلال الفترة من أبريل إلى يونيو 2020. يمثل الاستبيان الحد الأدنى من المعرفة والممارسات لجميع مكونات برنامج إدارة المخاطر ومكافحة العدوى والوقاية منها والتي يجب أن يعرفها ويمارسها جميع العاملين في مجال الرعاية الصحية. شمل مجتمع الدراسة جميع العاملين في مجال الرعاية الصحية في المستشفيات السعودية المخصصة للتعامل مع حالات كوفيد-19. النتائج: كشفت الدراسة أن المعرفة العامة بخطة إدارة المخاطر ومكافحة العدوى كانت ممتازة نسبياً (80.4٪)، ولم تكن هناك تباينات بين المشاركين وفقاً للجنس أو التعليم أو المهنة، ومع ذلك، كانت هناك بعض الاختلافات والتباين وفقاً للفئة العمرية وسنوات الخبرة. كانت معظم الردود من مستشفى يقع في المنطقة المركزية (72.7٪)، ومستشفى حكومي (88٪)، ومعظمها يقدم خدمات عائلية (68٪). تمتلك غالبية المستشفيات وحدات عزل (88.2٪)، إما تابعة لوزارة الصحة أو غير تابعة لها. كما تلقى الكادر الطبي تدريباً كافياً، مما يُعدّ أساساً للممارسات الجيدة في إدارة المخاطر وإجراءات وسياسات وإرشادات مكافحة العدوى والوقاية منها. الخلاصة: خلصت الدراسة إلى وجود معرفة متميزة لدى جميع العاملين في مجال الرعاية الصحية في المستشفيات السعودية بخطة إدارة المخاطر والخطة الفرعية للجائحة لسياسات وإجراءات ومبادئ مكافحة العدوى والوقاية منها، بغض النظر عن الاختلافات بين الموظفين. ومع ذلك، فقد ساعدت هذه المعرفة الأساسية الهيئة الصحية السعودية على التغلب على جائحة كوفيد-19 بنجاح.

تؤدي العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية (HAIs) إلى معدلات اعتلال عالية. تشير عدوى المستشفيات طويلة الأمد، والمعروفة أيضاً باسم عدوى المستشفيات أو عدوى المستشفيات، إلى الأمراض المعدية التي تحدث في غضون 48 ساعة من دخول المستشفى، أو في غضون ثلاثة أيام من الخروج، أو 30 يوماً بعد تلقي الرعاية الصحية. تم تحليل ما مجموعه 39 مستشفى حكومياً بإجمالي 10,822 سريرًا توفر غالبية (59.9٪) من الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية. يستخدم برنامجا Medicare و Medicaid بيانات المستشفيات لتتبع أدائها في المسائل المتعلقة بالوقاية من العدوى ومكافحتها. بالإضافة إلى ذلك، فإن العديد من المستشفيات لديها قدرة محدودة لتطوير المكونات الأساسية اللازمة لبناء برنامج فعال للوقاية من العدوى ومكافحتها. ارتبط الحج بزيادة انتشار الأمراض المعدية. تشمل هذه العوامل التغيرات في التركيبة السكانية والسلوك البشري،

وتأثير التقنيات والصناعات الجديدة، وزيادة السفر والتجارة الدولية، والانهيار الناتج عن تدابير الصحة العامة. ينشأ إجمالي الإنفاق على خدمات الصحة العامة من الإدارة والخدمات التي تُقدم مجاناً لجميع المواطنين السعوديين (Alslamah, 2022).

الوقاية من العدوى ومكافحتها هو معيار الجودة وهو أمر بالغ الأهمية في جميع مرافق الرعاية الصحية. لا تزال العديد من المستشفيات تعاني من نقص في المتخصصين المدربين على مكافحة العدوى (ICPs)، والآن هناك وعي حاد بالحاجة إلى تصحيح هذا النقص. كانت أهداف دراسة (Assiri, 2024) هي وصف الوضع الحالي لبرامج ICP في وزارة الصحة (MOH) وتقييم الوضع الحالي لبرامج الوقاية من العدوى ومكافحتها (IPC) في مرافق الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية. تم إجراء مقابلة مقطعية ودراسة تقييم ذاتي حول برنامج الوقاية من العدوى ومكافحتها (IPC) في المملكة العربية السعودية. تم اختيار جميع مستشفيات وزارة الصحة في جميع المناطق بشكل عشوائي لبيئة الدراسة. تم اختيار المرافق بشكل عشوائي مع نية واضحة لتشمل عشرين منطقة. تم أخذ عينة عشوائية من هذه المستشفيات بحجم عينة 56 (55.4٪)، بواسطة تقنية أخذ العينات العشوائية متعددة المراحل. أظهرت النتائج أن نسبة تغطية المرافق في جميع أنحاء المملكة بلغت 51.4٪، حيث غطت المنطقة المركزية نسبة 58.2٪، تليها المنطقة الغربية (54.8٪)، ثم الجنوبية (53.7٪)، والشرقية (46.3٪)، وأخيرًا المنطقة الشمالية (45.8٪). وكشفت الدراسة أن البنية التحتية لبرنامج مكافحة العدوى في مستشفيات المملكة العربية السعودية لا تزال متخلفة، حيث وُجدت عيوب في العناصر المحددة لبرامج مكافحة العدوى الفعالة.

تُعد الوقاية من عدوى المستشفيات أمرًا بالغ الأهمية لسلامة المرضى، إلا أن البيانات المتعلقة بانتشار العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية والعوامل المساهمة فيها في منطقة الجوف، المملكة العربية السعودية، نادرة. هدفت دراسة (Alshammari, 2025) الاستيعادية المقطعية إلى دراسة انتشار العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية، والخصائص الميكروبيولوجية، وعوامل الخطر المرتبطة بها بين مرضى وحدة العناية المركزة في مستشفى مُحيل بين يناير 2020 وديسمبر 2023. تمت مراجعة السجلات الطبية لـ 260 مريضًا في وحدة العناية المركزة للاطلاع على التفاصيل الديموغرافية، والأمراض المصاحبة، وأنواع العدوى، ومسببات الأمراض، واستخدام الأجهزة الباضعة. أصيب أربعون مريضًا (15.38٪) بالعدوى المرتبطة بالرعاية الصحية، وكان معدل الانتشار الأعلى في عام 2020 (50.0٪). كانت العدوى أكثر شيوعًا لدى الذكور (56.5٪) وأولئك الذين تبلغ أعمارهم 56 عامًا فأكثر (54.6٪). كانت العدوى السائدة هي عدوى المسالك البولية المرتبطة بالقسطرة (47.5٪)، والالتهاب الرئوي المرتبط بأجهزة التنفس الصناعي (35٪)، والتهابات مجرى الدم المرتبطة بالقسطرة المركزية (17.5٪). وكانت الكلبسيلا الرئوية (35٪) والأسينيتوباكتر بوماني (27.5٪)، وهما من مسببات الأمراض المرتبطة عادةً بمقاومة الأدوية المتعددة، أكثر الكائنات المعزولة

شيوعاً. وشملت جميع حالات العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية استخدام أجهزة جراحية، مع استخدام ثلاثة أجهزة أو أكثر، مما زاد من خطر العدوى بشكل ملحوظ (قيمة الاحتمال > 0.05). بالإضافة إلى ذلك، كان 85% من المرضى المصابين يعانون من أمراض مزمنة، أبرزها ارتفاع ضغط الدم أو داء السكري. تؤكد هذه النتائج الحاجة الملحة إلى تعزيز ممارسات مكافحة العدوى واستراتيجيات مُحددة لمكافحة الميكروبات للحد من العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية وتحسين نتائج مرضى وحدة العناية المركزة في المناطق التي لا تُبلغ عنها بشكل كافٍ.

التعليق على الدراسات السابقة:

- أوجه التشابه بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة

أظهرت الدراسات السابقة تركيزاً واضحاً على تقييم المعرفة والممارسات المتعلقة بإدارة المخاطر والوقاية من العدوى في المستشفيات السعودية، مع الاهتمام بالاستعداد لمواجهة الأوبئة مثل جائحة كوفيد-19. كما ركزت على أهمية تدريب الكادر الطبي وتوفير برامج الوقاية من العدوى لضمان تقليل انتشار العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية. وقد أظهرت النتائج في هذه الدراسات أن مستوى المعرفة لدى العاملين في الرعاية الصحية كان جيداً إلى ممتاز، وأن الالتزام بسياسات مكافحة العدوى والإجراءات الوقائية يمثل عاملاً رئيسياً في تحسين سلامة المرضى والتخفيف من آثار الأوبئة.

- أوجه الاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة

على الرغم من التشابه في الاهتمام بإدارة المخاطر والوقاية من العدوى، تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في عدة جوانب. فقد ركزت الدراسات السابقة بشكل أكبر على تقييم المعرفة العامة للعاملين واستعداد المستشفيات لمواجهة جائحة كوفيد-19، بينما تهتم الدراسة الحالية بتقييم الاستراتيجيات الفعلية لإدارة المخاطر الصحية للعدوى وتطبيقاتها العملية في المستشفيات. كما أن الدراسات السابقة ركزت غالباً على المستشفيات الحكومية والمناطق المركزية، بينما تسعى الدراسة الحالية إلى تقديم رؤية شاملة تشمل مختلف المناطق والمستشفيات بمختلف أنواعها، مع التركيز على التباين في الممارسات والإجراءات المتبعة على أرض الواقع.

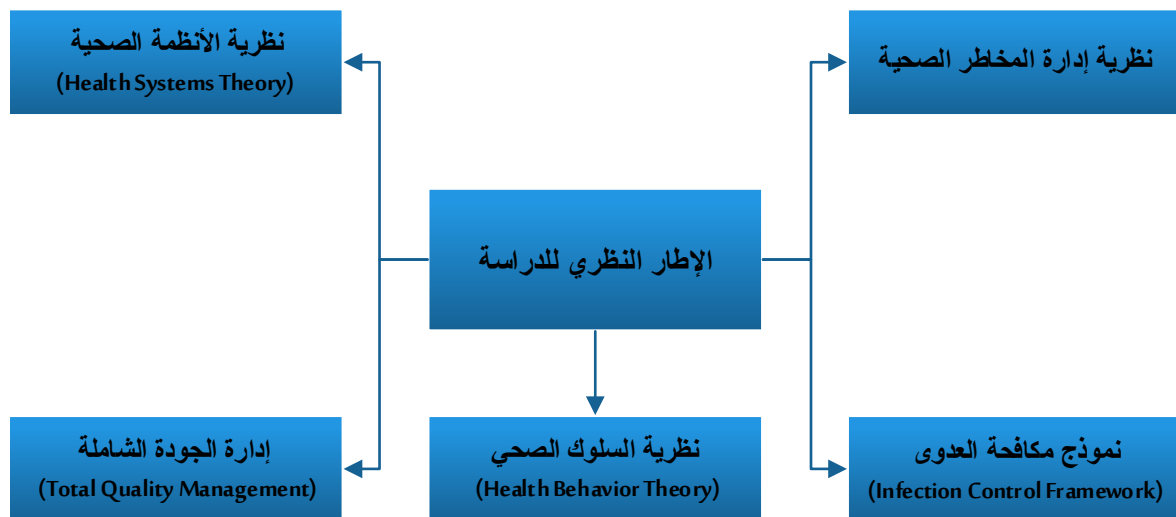
- الفجوة البحثية

تشير الدراسات السابقة إلى وجود معرفة جيدة لدى العاملين بالرعاية الصحية حول إدارة المخاطر والوقاية من العدوى، إلا أنها تكشف أيضاً عن وجود تحديات تتعلق بالبنية التحتية للوقاية من العدوى، نقص المتخصصين المدربين، وعدم توحيد الإجراءات

في جميع المناطق. تبرز الحاجة لدراسة أكثر شمولية تركز على تقييم الاستراتيجيات العملية لإدارة المخاطر الصحية للعدوى، بما يشمل تقييم تنفيذ السياسات والإجراءات، وقياس فعالية البرامج الوقائية على تقليل انتشار العدوى داخل المستشفيات. كما أن هناك نقصاً في البيانات الحديثة حول العلاقة بين خصائص المستشفى، مثل نوعه وحجمه وموقعه، ومستوى الالتزام بممارسات مكافحة العدوى، مما يشكل فجوة يمكن أن تسدها الدراسة الحالية.

الإطار النظري للدراسة

تعتبر العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية إحدى أهم التحديات التي تواجه المستشفيات في مختلف دول العالم، لما تسببه من آثار سلبية على سلامة المرضى وجودة الخدمات الصحية وكفاءة الأنظمة الطبية. وفي المملكة العربية السعودية، يكتسب موضوع إدارة مخاطر العدوى أهمية متزايدة في ظل التطور السريع للقطاع الصحي، والازدياد المضطرب في أعداد المراجعين والمنشآت الصحية، وتنامي الحاجة إلى رفع مستويات الجودة والسلامة في المستشفيات. وتعكس التجارب الصحية التي مرت بها المملكة—مثل انتشار عدوى المتلازمة التنفسية الشرق أوسطية (MERS-CoV) وجائحة كوفيد-19—أهمية وجود استراتيجيات قوية وفعالة لإدارة المخاطر الصحية والحد من انتشار العدوى. إذ أثبتت هذه التجارب أن نجاح المستشفى في إدارة العدوى يتطلب تضافراً بين السياسات الواضحة، والعمل الميداني الملتزم، والبنية التحتية الملائمة، والتدريب المستمر للعاملين الصحيين (Abalkhail، 2022).



شكل توضيحي 2: الإطار النظري للدراسة

- نظرية إدارة المخاطر الصحية

تعدّ إدارة المخاطر الصحية إطارًا تنظيميًا يتضمن مجموعة من العمليات التي تهدف إلى التعرف على المخاطر المحتملة داخل المستشفى، وتحليل احتمالية وقوعها، وتقييم تأثيرها على المرضى والعاملين، ثم وضع استراتيجيات مناسبة للتقليل من آثارها أو منعها. وفي سياق العدوى، تتضمن إدارة المخاطر تحليل مسارات انتقال الممرضات، ورصد النقاط الحساسة داخل المستشفى مثل غرف العمليات والعناية المركزة، وتطوير خطط استباقية للحد من وصول العدوى إلى المرضى. وتوضح هذه النظرية أن نجاح أي منشأة صحية في إدارة العدوى يرتبط بقدرتها على اتخاذ قرارات مبنية على تقييم علمي دقيق للمخاطر، وليس فقط على ردود فعل طارئة عند حدوث حالات إصابة (Kaya، 2018).

- نموذج مكافحة العدوى (Infection Control Framework)

يرتكز هذا النموذج على مفهوم الوقاية باعتبارها حجر الأساس في الحد من انتشار العدوى داخل المستشفيات. ويشمل مجموعة من المبادئ الأساسية مثل غسل اليدين، التعقيم، العزل، استخدام معدات الحماية الشخصية، وإدارة النفايات الطبية. ووفقًا لهذا الإطار، فإن فعالية مكافحة العدوى تعتمد في المقام الأول على سلوكيات العاملين الصحيين ومدى التزامهم بالممارسات الوقائية. ولذلك، يوضح هذا النموذج أهمية التدريب المستمر، والمتابعة الدقيقة، وتقييم الأداء، وتوفير بيئة عمل داعمة تساعد العاملين على تطبيق الإجراءات بالشكل الصحيح. كما يبين أن أي ضعف في الالتزام أو نقص في الموارد أو غياب الرقابة قد يؤدي إلى خلل في النظام وارتفاع معدلات العدوى (Padhi، 2025).

- نظرية الأنظمة الصحية (Health Systems Theory)

تنظر هذه النظرية إلى المستشفى باعتباره منظومة مترابطة تتفاعل فيها العناصر البشرية والتنظيمية والتقنية. وبالتالي، فإن إدارة العدوى لا تتعلق فقط بالعاملين الصحيين أو قسم مكافحة العدوى، بل تشمل الإدارة العليا، وسياسات المستشفى، ونوعية البنية التحتية، والموارد المتاحة، وطبيعة ثقافة العمل داخل المنشأة. وتفسر هذه النظرية كيف أن ضعف التنسيق بين هذه العناصر أو غياب التكامل بينها قد يؤدي إلى فشل في تطبيق الاستراتيجيات، مهما كانت جيدة على الورق. كما تسلط الضوء على دور القيادة الصحية في غرس ثقافة السلامة وخلق بيئة تشجع على الالتزام بالإجراءات، والإبلاغ عن أي مخاطر أو مشكلات دون خوف من العقوبة (Luca، 2025).

- إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management)

تستند هذه النظرية إلى مفهوم التحسين المستمر في الأداء، وتقييم العمليات داخل المستشفى بصورة دورية، والاعتماد على البيانات في اتخاذ القرارات. وفي سياق مكافحة العدوى، توضح هذه النظرية أهمية قياس مؤشرات الأداء المتعلقة بالعدوى، مثل معدل العدوى المكتسبة في المستشفى، ومعدل الالتزام بغسل اليدين، ونسب العدوى في غرف العمليات أو وحدات العناية المركزة. كما تؤكد على دور التحليل المستمر للنتائج واستخدامها في تعديل السياسات والإجراءات، مما يساعد في تطوير استراتيجيات أكثر فاعلية. وتبرز كذلك أهمية التدريب والتعليم، إذ إن التحسين المستمر لا يتحقق بدون رفع مستوى المعرفة والمهارات لدى العاملين الصحيين (Zhang, 2025).

- نظرية السلوك الصحي (Health Behavior Theory)

تعتمد هذه النظرية على فهم كيفية اتخاذ الأفراد—وخاصة العاملين الصحيين—لسلوكيات معينة تتعلق بالصحة والوقاية. وتوضح أن السلوكيات الوقائية مثل غسل اليدين أو الالتزام بلبس الكمامات ليست مجرد إجراءات ميكانيكية، بل مرتبطة بعوامل نفسية واجتماعية، مثل الإدراك بالخطر، والوعي بأهمية الإجراء، والدعم الإداري، وتوفر المعدات. وتفسر هذه النظرية سبب تفاوت مستويات الالتزام بين العاملين، وتساعد في وضع برامج تدريب وتوعية مصممة خصيصًا لتغيير السلوكيات وتعزيز ثقافة الوقاية داخل المستشفى (Alqashanin, 2025).

الفصل الثالث

منهجية الدراسة

المقدمة

يأتي الفصل الثالث من هذه الدراسة ليشكل الإطار التطبيقي والمنهجي الذي تُبنى عليه نتائج البحث ومخرجاته العلمية، إذ يُعنى بتوضيح الكيفية التي تم من خلالها تنفيذ الدراسة ميدانيًا، والآليات العلمية التي تم الاعتماد عليها في جمع البيانات وتحليلها بصورة منهجية ومنظمة. ويُعد هذا الفصل عنصرًا محوريًا في البحث، كونه يربط بين الأسس النظرية التي تم تناولها في الفصول السابقة والواقع العملي داخل المستشفيات بالمملكة العربية السعودية، بما يضمن سلامة الإجراءات البحثية ودقة النتائج المتوصل إليها.

ويركّز هذا الفصل على توضيح الإطار المنهجي العام الذي وجّه مسار الدراسة، من خلال بيان الأسلوب العلمي المتبع في معالجة مشكلة البحث، وتبرير اختياره بما يتناسب مع طبيعة الدراسة وأهدافها. ويساعد ذلك على ضمان الموضوعية والحياد في تناول ظاهرة إدارة المخاطر الصحية المرتبطة بالعدوى، ويُسهّم في تقديم نتائج قابلة للتحليل والمقارنة والاستفادة منها في تطوير السياسات الصحية وتحسين الممارسات المهنية داخل المستشفيات.

كما يتناول الفصل وصف البيئة البحثية التي أُجريت فيها الدراسة، مع توضيح الخصائص العامة للفئات المستهدفة، بما يضمن تمثيلًا واقعيًا لمختلف الأطراف المعنية بإدارة ومكافحة العدوى داخل المستشفيات. ويُبرز هذا الطرح أهمية اختيار الفئة المناسبة للدراسة بما يخدم أهداف البحث، ويُسهّم في تعميم النتائج بصورة علمية مدروسة، تعكس واقع استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية في المؤسسات الصحية بالمملكة.

ويُعنى الفصل كذلك بتوضيح الأسس العلمية التي تم الاستناد إليها في تحديد حجم البيانات المطلوبة للدراسة، بما يحقق التوازن بين الدقة العلمية والإمكانات المتاحة، ويضمن موثوقية النتائج وصلاحيتها للتحليل الإحصائي. كما يُبيّن الإجراءات المتبعة في الحصول على البيانات، ابتداءً من تصميم أدوات القياس، مرورًا بآليات تطبيقها، وانتهاءً بطرق التعامل مع البيانات لضمان جودتها وسلامتها، وهو ما يُعد عنصرًا أساسيًا في تعزيز مصداقية البحث وشفافيته.

ويتضمن الفصل أيضًا توضيح الحدود التي تقيّد الدراسة، سواء من حيث النطاق المكاني أو الزمني أو البشري أو الموضوعي، وذلك بهدف وضع النتائج في إطارها العلمي الصحيح، وتجنب التعميم غير الدقيق. ويساعد هذا التحديد على فهم السياق الذي أُجريت فيه الدراسة، ويمنح القارئ رؤية واضحة حول مدى إمكانية الاستفادة من النتائج وتطبيقها في سياقات مشابهة.

وتكمن أهمية الفصل الثالث في كونه يُعد المرجع الأساسي لتقييم جودة الدراسة من الناحية المنهجية، حيث يتيح للباحثين والمهتمين إمكانية الحكم على مدى دقة الإجراءات المتبعة، وإمكانية إعادة تطبيق الدراسة أو البناء عليها في أبحاث مستقبلية. كما يسهم هذا الفصل في تعزيز الثقة بنتائج الدراسة وتوصياتها، ويُبرز الجهد العلمي المبذول في تحليل واقع استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية، بما يدعم تطوير النظم الصحية وتحقيق أعلى معايير السلامة وجودة الرعاية الصحية.

مجتمع البحث

يمثل مجتمع البحث الإطار البشري والتنظيمي الذي تُجرى عليه الدراسة، ويُعد من العناصر الأساسية التي تؤثر بشكل مباشر في دقة النتائج وواقعيتها. وفي هذه الدراسة، يتكوّن مجتمع البحث من العاملين في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية ممن لهم علاقة مباشرة أو غير مباشرة بتطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية المرتبطة بالعدوى. ويشمل ذلك مختلف الفئات المهنية التي تسهم في تخطيط وتنفيذ ومتابعة إجراءات مكافحة العدوى، بما يعكس الطبيعة التشاركية لهذا المجال داخل المؤسسات الصحية.

ويضم مجتمع البحث الكوادر الطبية مثل الأطباء والممرضين، نظرًا لدورهم المباشر في تقديم الرعاية الصحية وتطبيق إجراءات الوقاية من العدوى أثناء التعامل مع المرضى. كما يشمل الكوادر الصحية المساندة، مثل فني المختبرات والتعقيم، وأخصائي مكافحة العدوى، لما لهم من دور محوري في رصد العدوى، وتنفيذ إجراءات التعقيم، وضمان سلامة البيئة الصحية. إضافة إلى ذلك، يمتد مجتمع البحث ليشمل الإداريين والمشرفين ومديري الجودة وسلامة المرضى، الذين يقع على عاتقهم وضع السياسات، ومتابعة الالتزام بها، وتقييم فاعلية استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية داخل المستشفيات.

وتنبع أهمية هذا التنوع في مجتمع البحث من كونه يوفّر رؤية شاملة ومتكاملة لواقع إدارة مخاطر العدوى في المستشفيات، حيث يتيح دراسة الموضوع من زوايا متعددة تجمع بين الجوانب الإدارية والفنية والتطبيقية. ويساعد ذلك على فهم التحديات التي تواجه تطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية، سواء كانت مرتبطة بالسياسات والإجراءات، أو بالموارد البشرية، أو بثقافة السلامة الصحية داخل بيئة العمل.

كما يُراعى في تحديد مجتمع البحث التوزيع الجغرافي للمستشفيات داخل المملكة العربية السعودية، واختلاف أنماطها من حيث تبعيتها (حكومية أو خاصة)، وحجمها، ومستوى الخدمات المقدمة فيها. ويسهم هذا التنوع في تعزيز شمولية الدراسة وقدرتها على عكس الواقع الفعلي للممارسات الصحية، مما يزيد من إمكانية الاستفادة من نتائجها في تطوير السياسات الصحية على مستوى أوسع.

وتكمن أهمية تحديد مجتمع البحث بدقة في كونه الأساس الذي تُبنى عليه عملية جمع البيانات وتحليلها، حيث يضمن أن تكون المعلومات المستخلصة نابعة من مصادر موثوقة وذات صلة مباشرة بموضوع الدراسة. كما يسهم في تعزيز مصداقية النتائج وإمكانية تعميمها، ويمنح الدراسة قوة علمية تساعد في تقديم توصيات عملية قابلة للتطبيق لتحسين استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية.

المنهجية وطرق البحث

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات بالملكة العربية السعودية باستخدام المنهجية الكمية، نظرًا لقدرتها على قياس المتغيرات بشكل دقيق وتحليل العلاقات بين الاستراتيجيات المختلفة ومعدلات العدوى. وتعتمد المنهجية الكمية على جمع بيانات رقمية وإحصائية، مما يسمح بإجراء تحليلات كمية دقيقة، وتقديم نتائج قابلة للقياس والمقارنة بين المستشفيات، وتحديد مدى فعالية الإجراءات المتبعة. كما تتيح هذه الطريقة إمكانية تعميم النتائج على نطاق أوسع من المستشفيات في المملكة، مما يعزز من قيمة الدراسة العلمية والعملية.

- تصميم الدراسة

تم اعتماد تصميم الدراسة الوصفي التحليلي (Descriptive-Analytical Design)، والذي يُعد مناسبًا لدراسة الواقع الحالي لاستراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى. ويتيح هذا التصميم وصف خصائص المستشفيات، ومستوى الالتزام بسياسات مكافحة العدوى، وتحليل العلاقة بين المتغيرات المختلفة مثل مستوى التدريب، وتوافر البنية التحتية، وكفاءة الإجراءات، وانخفاض معدلات العدوى. كما يسمح التصميم التحليلي بإجراء اختبارات إحصائية لتحديد مدى وجود علاقة أو تأثير بين المتغيرات المستقلة (الاستراتيجيات والإجراءات) والمتغير التابع (معدلات العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية).

- مجتمع الدراسة وعينتها

يتكون مجتمع الدراسة من جميع المستشفيات العامة والخاصة في المملكة العربية السعودية، مع التركيز على المستشفيات التي لديها أقسام للعناية المركزة وجراحة العمليات، نظرًا لارتفاع مخاطر العدوى فيها. أما عينة الدراسة فتم اختيارها بطريقة العينة العشوائية الطبقية لضمان تمثيل كافة المناطق الجغرافية والفئات المختلفة من المستشفيات، مثل المستشفيات الحكومية والخاصة، الكبيرة والمتوسطة. وتشمل العينة أيضًا مختلف فئات العاملين الصحيين، بما في ذلك الأطباء والممرضين والفنيين المختصين بمكافحة العدوى، لضمان الحصول على رؤية شاملة حول مستوى تطبيق الاستراتيجيات المتبعة.

- أدوات جمع البيانات

تعتمد الدراسة على استبيانات قياسية مصممة خصيصًا لجمع البيانات الكمية حول عدة محاور:

- مدى الالتزام بسياسات وإجراءات مكافحة العدوى.
- تقييم فعالية التدريب وبرامج التوعية.

- جودة البنية التحتية والتجهيزات الطبية.

- وجود نظم الترصد والمتابعة للعدوى.

- مستوى الوعي والسلوكيات الوقائية لدى العاملين الصحيين.

تم تصميم الاستبيان بأسلوب الأسئلة المغلقة (Likert Scale) لقياس الآراء والتقييمات بشكل رقمي، مما يسهل عملية التحليل الإحصائي. كما تم اختبار أداة الاستبيان على عينة تجريبية صغيرة للتأكد من مصداقيتها وموثوقيتها قبل التطبيق الفعلي.

- طرق جمع البيانات

تم جمع البيانات من خلال توزيع الاستبيانات على المشاركين في المستشفيات المختارة، مع توفير إرشادات واضحة حول كيفية الإجابة لضمان دقة المعلومات. وقد تم التواصل مع إدارات المستشفيات للحصول على الموافقات اللازمة وضمان التزام العاملين بالمشاركة الطوعية، مع التأكيد على سرية البيانات وحماية الخصوصية. كما تم جمع بعض البيانات الثانوية المتعلقة بمعدلات العدوى من سجلات المستشفيات لتوفير مؤشرات كمية يمكن تحليلها وربطها بالمتغيرات الأخرى.

- أساليب تحليل البيانات

بعد جمع البيانات، تم إدخالها في برامج التحليل الإحصائي مثل SPSS، حيث تم استخدام أساليب التحليل الوصفي (مثل المتوسطات والانحراف المعياري والنسب المئوية) لوصف واقع الاستراتيجيات المتبعة، وتحليل العلاقات بين المتغيرات باستخدام الاختبارات الإحصائية inferential tests مثل اختبار العلاقة (Correlation)، واختبار الفروق بين المجموعات (T-test) و (ANOVA). كما تم التحقق من صلاحية النموذج الإحصائي وموثوقيته باستخدام مقاييس الاتساق الداخلي (Cronbach's Alpha) لضمان دقة النتائج والاستنتاجات.

أدوات الدراسة

تعتمد هذه الدراسة على أداة واحدة أساسية لجمع البيانات وهي الاستبانة المغلقة، نظرًا لملاءمتها للمنهج الكمي، وقدرتها على جمع بيانات دقيقة وقابلة للقياس والتحليل الإحصائي. وتتيح الاستبانة المغلقة توحيد الإجابات بين جميع المشاركين، مما يسهل المقارنة بين المستشفيات المختلفة وتحليل العلاقات بين المتغيرات المرتبطة باستراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى.

- تصميم الاستبانة

تم تصميم الاستبانة بحيث تشمل عدة محاور رئيسية تتعلق بأبعاد إدارة المخاطر الصحية للعدوى، وهي:

- الالتزام بسياسات وإجراءات مكافحة العدوى؛ يقيس هذا المحور مدى التزام العاملين الصحيين بالقواعد والإرشادات المعتمدة داخل المستشفى.

- كفاءة برامج التدريب والتوعية؛ يركز على تقييم تأثير الدورات التدريبية وورش العمل على سلوكيات العاملين.
- البنية التحتية والتجهيزات الطبية؛ يقيس توافر الموارد والمعدات اللازمة لدعم إجراءات الوقاية من العدوى.
- متابعة نظم الترصد والإبلاغ؛ يقيّم مدى كفاءة تسجيل البيانات ومراقبة معدلات العدوى داخل المستشفى.
- السلوكيات الوقائية لدى العاملين؛ يركز على مدى التزام الموظفين بالممارسات الوقائية مثل غسل اليدين واستخدام معدات الحماية الشخصية.

- أهداف استخدام الاستبانة المغلقة

- توحيد البيانات: جميع المشاركون يجيبون ضمن نطاق محدد من الخيارات، مما يقلل التباين الشخصي في التفسير.
- سهولة التحليل الكمي: يمكن تحويل الإجابات مباشرة إلى أرقام لاستخدامها في التحليل الإحصائي، مثل المتوسطات والانحرافات المعيارية وتحليل العلاقات بين المتغيرات.
- القدرة على التعامل مع عدد كبير من المشاركين: يتيح جمع معلومات من شريحة واسعة من العاملين الصحيين في مختلف المستشفيات دون الحاجة لمقابلات فردية مطولة.

- إجراءات التحقق من الصلاحية والموثوقية

لتأكيد جودة الاستبانة، تم اتباع ما يلي:

- التحقق من الصلاحية (Validity)؛ أرسلت الاستبانة لمجموعة من الخبراء في مكافحة العدوى وإدارة المخاطر الصحية لمراجعة محتواها والتأكد من شمولها لكافة المحاور الأساسية.
- التحقق من الموثوقية (Reliability)؛ تم تطبيق الاستبانة على عينة تجريبية صغيرة وحساب معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) للتأكد من ثبات النتائج ودقتها عند تكرار التطبيق على عينات مشابهة.

- معالجة وتحليل البيانات المستخلصة من الاستبانة

تم تصميم الاستبانة بطريقة تسهل إدخال الإجابات مباشرة في برامج التحليل الإحصائي مثل SPSS. بعد جمع البيانات، يتم تحويل خيارات الإجابة إلى أرقام مناسبة للتحليل الكمي، مما يسمح بإجراء:

- التحليل الوصفي (متوسطات، نسب مئوية، انحراف معياري).
- التحليل الاستدلالي (اختبارات الفروق بين المجموعات، اختبار العلاقة بين المتغيرات، الارتباط والتحليل متعدد المتغيرات).

وبذلك توفر الاستبانة المغلقة أداة دقيقة وموثوقة لقياس واقع تطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى وتقييم مدى فعاليتها في المستشفيات السعودية.

خطوات جمع البيانات

تعتمد هذه الدراسة على المنهجية الكمية في جمع البيانات، نظرًا لما توفره من دقة وموضوعية وإمكانية قياس الظواهر المدروسة وتحليلها إحصائيًا. وتتم عملية جمع البيانات وفق خطوات علمية منظمة تهدف إلى ضمان موثوقية البيانات وصلاحياتها، بما يحقق أهداف الدراسة ويسهم في الوصول إلى نتائج قابلة للتفسير والتعميم. ويُراعى في هذه الخطوات الالتزام بالمعايير الأخلاقية والبحثية المعتمدة في الدراسات الصحية.

تبدأ خطوات جمع البيانات بتصميم أداة قياس مناسبة لطبيعة الدراسة، بحيث تعكس محاورها وأبعادها المختلفة المتعلقة باستراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات. ويتم إعداد هذه الأداة بأسلوب كمي يعتمد على أسئلة مغلقة وصياغات واضحة، تتيح للمبحوثين اختيار إجابات محددة يمكن تحويلها لاحقًا إلى بيانات رقمية قابلة للتحليل الإحصائي. ويُراعى في تصميم الأداة شمولها لمختلف الجوانب المرتبطة بموضوع الدراسة، مع مراعاة الدقة والوضوح لتجنب اللبس أو سوء الفهم.

بعد الانتهاء من إعداد أداة جمع البيانات، يتم عرضها على مجموعة من المختصين في مجالات إدارة المخاطر الصحية، ومكافحة العدوى، والبحث العلمي، وذلك للتحقق من سلامتها العلمية وملاءمتها لأهداف الدراسة. وتسهم هذه الخطوة في تعزيز

صدق الأداة، والتأكد من أن الفقرات تقيس المفاهيم المستهدفة بشكل دقيق. كما قد يتم إجراء تجربة أولية محدودة للأداة على عينة صغيرة من مجتمع الدراسة، بهدف التأكد من وضوح الأسئلة وسهولة الإجابة عنها، ومعالجة أي ملاحظات قبل التطبيق النهائي.

في المرحلة التالية، يتم تطبيق أداة جمع البيانات على الفئة المستهدفة وفق آلية منظمة تضمن الوصول إلى أكبر عدد ممكن من أفراد العينة، مع مراعاة السرية والخصوصية. ويتم توزيع الأداة بطريقة مناسبة لطبيعة بيئة العمل في المستشفيات، سواء من خلال الاستبيانات الورقية أو الإلكترونية، بما يساهم في تسهيل عملية الاستجابة وتقليل احتمالية فقدان البيانات. كما يتم توضيح الهدف من الدراسة للمشاركين، والتأكيد على أن البيانات ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

بعد جمع الاستبيانات، تبدأ مرحلة مراجعة البيانات للتأكد من اكتمالها وخلوها من الأخطاء أو الاستجابات غير الصالحة للتحليل. ويتم في هذه المرحلة ترميز البيانات وتحويلها إلى صيغة رقمية، تمهيداً لإدخالها إلى البرامج الإحصائية المعتمدة. وتُعد هذه الخطوة ضرورية لضمان دقة التحليل الإحصائي، وتفادي أي تشويه قد يؤثر على النتائج النهائية للدراسة.

وتختتم خطوات جمع البيانات بعملية حفظ وتنظيم البيانات بشكل آمن، مع الالتزام بالضوابط الأخلاقية المتعلقة بحماية معلومات المشاركين. وتساهم هذه الخطوة في تعزيز موثوقية الدراسة، وتوفير قاعدة بيانات سليمة يمكن الرجوع إليها عند تحليل النتائج ومناقشتها. ومن خلال هذه الخطوات المنهجية، تضمن الدراسة أن تكون البيانات الكمية المجمعة دقيقة وموثوقة، وقادرة على عكس واقع استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية بصورة علمية موضوعية.

حدود البحث

1. الحدود البشرية

تركز هذه الدراسة على العاملين الصحيين والمختصين في مكافحة العدوى داخل المستشفيات بالمملكة العربية السعودية. وتشمل العينة:

- الأطباء والمرضى العاملين في أقسام العناية المركزة وغرف العمليات.
- الفنيين الصحيين والمختصين ببرامج مكافحة العدوى.

- مسؤولي إدارات مكافحة العدوى في المستشفيات.

ويهدف التركيز على هذه الفئة إلى دراسة مدى الالتزام بالإجراءات الوقائية وسلوكيات العاملين تجاه العدوى، وتقييم فعالية الاستراتيجيات المتبعة في الحد من المخاطر الصحية.

2. الحدود الزمانية

تم تحديد الإطار الزمني للدراسة خلال الفترة من بداية عام 2024 حتى نهاية عام 2024. ويأتي تحديد هذا الإطار الزمني لأسباب عدة:

- تقييم الوضع الراهن لتطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى.
- الحد من تأثير التغيرات المفاجئة في السياسات الصحية أو المستجدات الطارئة على النتائج.
- ضمان جمع البيانات بشكل متكامل ومقارن بين المستشفيات ضمن نفس الفترة الزمنية.

3. الحدود المكانية

تتركز الدراسة على المستشفيات الواقعة في مختلف مناطق المملكة العربية السعودية، وتشمل:

- المستشفيات الحكومية والخاصة.
- المستشفيات الكبيرة والمتوسطة الحجم.
- المستشفيات التي تحتوي على أقسام عالية الخطورة مثل العناية المركزة وغرف العمليات.

ويهدف تحديد الحدود المكانية إلى تمثيل التنوع في بيئات العمل الصحية بالمملكة، وتمكين تعميم النتائج على نطاق أوسع من المستشفيات، مع مراعاة اختلاف السياسات والإجراءات المتبعة في كل منشأة.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

يشكل الفصل الرابع من هذه الدراسة المرحلة المحورية التي يتم فيها الانتقال من الجانب النظري والمنهجي إلى عرض المخرجات العلمية للدراسة، حيث يُمثل هذا الفصل خلاصة الجهد البحثي المبذول، ويعكس الصورة الواقعية لاستراتيجيات إدارة المخاطر الصحية المرتبطة بالعدوى داخل المستشفيات بالمملكة العربية السعودية. ويكتسب هذا الفصل أهمية خاصة لكونه يُبرز ما أسفرت عنه الدراسة من مؤشرات ومعطيات علمية، تم التوصل إليها من خلال معالجة البيانات التي جُمعت وفق أسس منهجية دقيقة، بما يتيح فهماً موضوعياً لواقع الممارسات الصحية المتبعة.

ويركّز الفصل على تقديم عرض علمي منظم للمعطيات التي تم التوصل إليها، بأسلوب يضمن الوضوح والدقة، ويُسهّل على القارئ استيعاب الاتجاهات العامة والأنماط التي تعكس مستوى فاعلية استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى. ويساعد هذا العرض على تحويل البيانات الخام إلى مؤشرات قابلة للتفسير، بما يُسهّم في إبراز مواطن القوة والقصور في النظم والإجراءات المطبقة داخل المستشفيات، ويعزز القدرة على تقييمها بصورة علمية موضوعية.

كما يتناول الفصل تفسير هذه المؤشرات في ضوء السياق الصحي والتنظيمي للمستشفيات، وربطها بالخلفية العلمية التي تم تناولها في الفصول السابقة. ويُعد هذا الربط خطوة أساسية لفهم دلالات النتائج وعدم الاكتفاء بعرضها بصورة وصفية، إذ يتيح تحليلها بعمق ومقارنتها بما ورد في الأدبيات العلمية، بما يسهم في توضيح مدى توافق الممارسات الفعلية مع المعايير والنماذج المعتمدة في إدارة المخاطر الصحية ومكافحة العدوى.

ويختتم الفصل بعرض رؤية شاملة لما تعكسه النتائج من مضامين علمية وتطبيقية، مع إبراز الأبعاد العملية التي يمكن الاستفادة منها في تطوير السياسات والإجراءات الصحية داخل المستشفيات. وتكمن أهمية هذا الطرح في كونه يربط بين النتائج المتوصل إليها والواقع العملي، ويُسهّم في استخلاص استنتاجات واضحة تساعد صُنّاع القرار والعاملين في القطاع الصحي على تحسين استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى.

وتتجلى أهمية الفصل الرابع في كونه يُعد الأساس الذي تُبنى عليه القيمة التطبيقية للدراسة، حيث يوفّر أدلة علمية يمكن الاستناد إليها في تطوير الممارسات الصحية وتعزيز سلامة المرضى والعاملين. كما يُسهّم في دعم الجهود الرامية إلى رفع جودة الرعاية الصحية في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية، ويُعزز من دور البحث العلمي في مواجهة التحديات الصحية المعاصرة وتحقيق أهداف التطوير المستدام في القطاع الصحي.

تحليل البيانات

- الوصف الإحصائي للبيانات:

تشير قيم الانحراف المعياري المرتفعة، التي تراوحت في مجملها بين 1.16 و1.58، إلى حالة من "عدم التجانس" في تجربة المشاركين داخل المستشفيات السعودية؛ فهذا التشتت الكبير ينفي وجود معيار تطبيقي ثابت، ويلمح بقوة إلى أن جودة إدارة المخاطر تختلف جذرياً باختلاف القسم أو المستشفى، إذ نجد أن البيانات لا تتمركز بقوة حول الوسط، بل تميل للتفلطح (كما يظهر في قيم التفرطح السالبة Kurtosis التي تجاوزت -1.0)، مما يعني أن الإجابات توزعت على طرفي المقياس بدلاً من التوافق على رأي وسط.

التفوق العددي كان واضحاً في الجانب "التنظيمي"، حيث تصدرت بنود "وجود سياسات مكتوبة" و"توفير برامج تدريب" القائمة بمتوسط حسابي (3.47) لكل منهما؛ لكن هذا الاستعداد الإداري قابله تراجع ملحوظ في مؤشرات الأداء الميداني، وتحديدًا في بند "حماية العاملين الصحيين" الذي سجل أدنى متوسط (3.23) مع تشتت عالٍ (1.55). هذه المفارقة الإحصائية تكشف عن فجوة كلاسيكية بين "التصميم" و"التنفيذ"؛ فالأطر التشريعية والتدريبية متوفرة ورقياً، لكنها لا تترجم بنفس الكفاءة إلى شعور بالأمان الوظيفي أو رصد دقيق للحالات (بمتوسط 3.25)، وهو ما قد يفسر سبب عدم اقتناع شريحة كبيرة من العينة بفعالية هذه الإجراءات في تقليل معدلات العدوى فعلياً.

Statistics									
Std. Error of Kurtosis	Kurtosis	Std. Error of Skewness	Skewness	Std. Deviation	Median	Std. Error of Mean	Mean	N	
								Missing	Valid
.313	-1.358	.157	-.031	1.455	3.00	.094	3.01	0	240
.313	-2.017	.157	.000	.501	1.50	.032	1.50	0	240
.313	-.741	.157	-.239	1.135	3.00	.073	3.47	0	240
.313	-.886	.157	-.197	1.167	3.00	.075	3.47	0	240

تلتزم إدارة المستشفى بتطبيق المعايير الوطنية والدولية لمكافحة العدوى.	240	0	3.41	.086	3.00	1.329	-.274	.157	-1.107	.313
يتم تحديث استراتيجيات إدارة مخاطر العدوى بشكل دوري.	240	0	3.38	.091	4.00	1.415	-.355	.157	-1.188	.313
توفر المستشفى برامج تدريب منتظمة للعاملين حول الوقاية من العدوى.	240	0	3.47	.102	4.00	1.581	-.460	.157	-1.374	.313
يملك العاملون المعرفة الكافية بإجراءات مكافحة العدوى.	240	0	3.38	.087	3.50	1.355	-.317	.157	-1.109	.313
يتم الالتزام بإجراءات التعقيم والنظافة داخل أقسام المستشفى.	240	0	3.43	.089	3.50	1.382	-.346	.157	-1.128	.313
تتوفر المستلزمات والأدوات اللازمة للوقاية من العدوى بشكل مستمر.	240	0	3.33	.095	3.00	1.476	-.236	.157	-1.343	.313

تطبيق المستشفى آليات فعالة لرصد حالات العدوى المكتسبة داخلها.	240	0	3.25	.101	3.00	1.567	-.190	.157	-1.512	.313
يتم الإبلاغ عن حالات العدوى وتحليل أسبابها بشكل منظم.	240	0	3.32	.085	3.00	1.313	-.119	.157	-1.208	.313
تسهم استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية في تقليل معدلات العدوى في المستشفى.	240	0	3.35	.087	3.00	1.355	-.300	.157	-1.089	.313
تساعد إجراءات مكافحة العدوى في تحسين سلامة المرضى.	240	0	3.31	.093	3.00	1.436	-.289	.157	-1.233	.313
تسهم إدارة مخاطر العدوى في حماية العاملين الصحيين من التعرض للأمراض.	240	0	3.23	.100	3.00	1.550	-.225	.157	-1.447	.313
توجد رقابة مستمرة على الالتزام بإجراءات مكافحة العدوى.	240	0	3.37	.085	3.00	1.316	-.191	.157	-1.224	.313

يتم استخدام نتائج تقييم المخاطر في تحسين خطط مكافحة العدوى.	240	0	3.32	.088	3.00	1.363	-.207	.157	-1.216	.313
تسهم إدارة مخاطر العدوى في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.	240	0	3.39	.095	4.00	1.471	-.390	.157	-1.247	.313
تعزز استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية ثقة المرضى في المستشفى.	240	0	3.36	.100	4.00	1.549	-.316	.157	-1.419	.313
تؤدي فعالية إدارة مخاطر العدوى إلى تحسين الأداء العام للمستشفى.	240	0	3.42	.088	3.00	1.367	-.318	.157	-1.126	.313

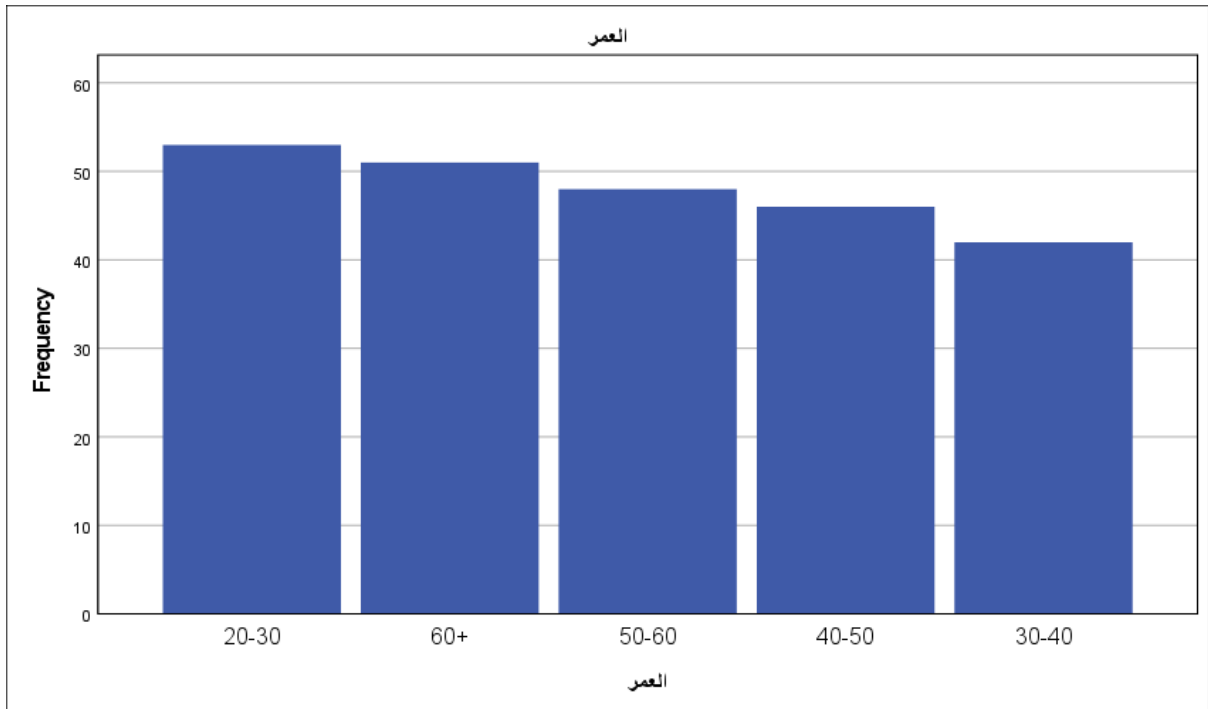
جدول 1 : التحليلات الإحصائية

- عمر المشاركين في التجربة

توزيع العينة جاء متوازناً؛ الفوارق الرقمية تكاد تختفي. تصدرت الفئة الشابة (20-30 سنة) المشهد بنسبة 22.1%. لاحقاً مباشرة فئة الخبرة (60 فأكثر) بنسبة 21.3%. هذا التقارب ليس عشوائياً. هو يخدم مصداقية الدراسة بقوة. لا توجد هيمنة لجيل محدد على النتائج. الآراء هنا لم تتأثر باندفاع الشباب ولا بتحفظ كبار السن. حتى أقل الفئات تمثيلاً (30-40 سنة) سجلت حضوراً صلباً بنسبة 17.5%. التنوع العمري هنا مثالي. هو يضمن شمولية النظرة لاستراتيجيات المخاطر. العينة، باختصار، تمثل الهيكل الوظيفي للمستشفيات بإنصاف شديد.

العمر					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-30	53	22.1	22.1	22.1
	60+	51	21.3	21.3	43.3
	50-60	48	20.0	20.0	63.3
	40-50	46	19.2	19.2	82.5
	30-40	42	17.5	17.5	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

جدول 2: التحليل الإحصائي لعمر المشاركين في التجربة



شكل توضيحي 3: التمثيل البياني لعمر المشاركين في التجربة

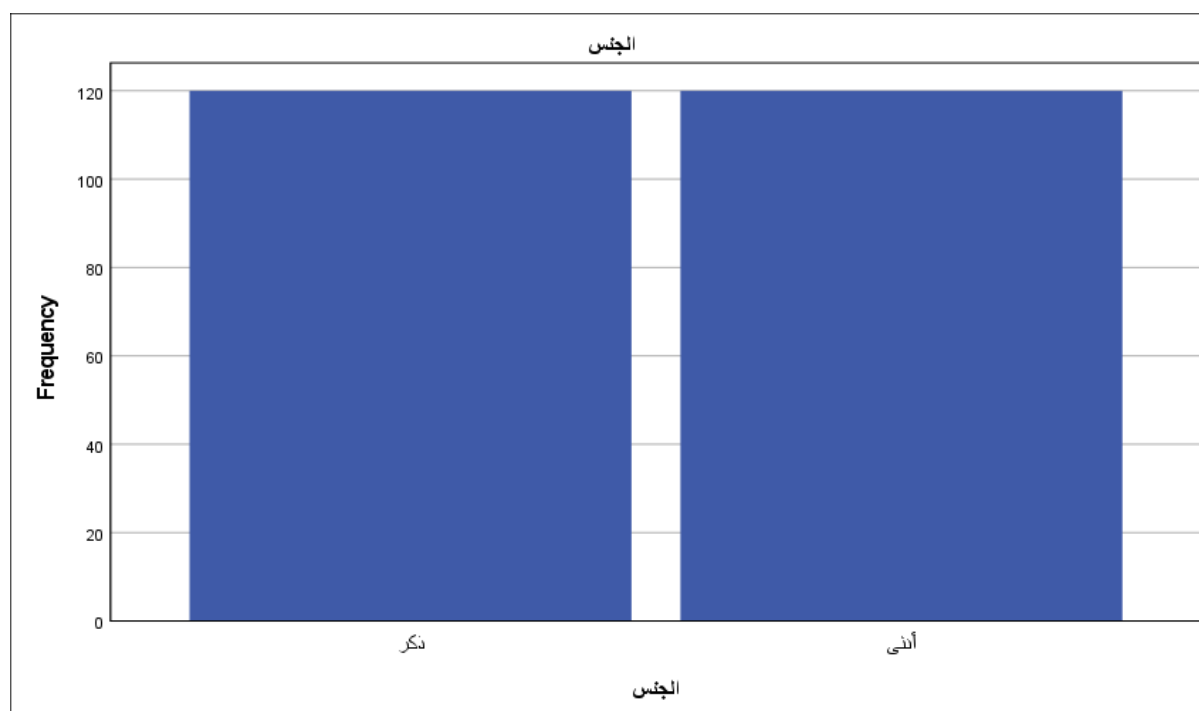
- جنس المشاركين في التجربة

اختفت الفوارق الكمية نهائياً بين الفئتين. العينة انشطرت مناصفة بدقة متناهية: 120 مشاركاً من الذكور ومثلهم من الإناث، بواقع 50% لكل طرف. هذا التطابق الإحصائي النادر يرجح أن منهجية السحب لم تكن عشوائية بسيطة، بل "حصصية" أو مقصودة لضبط المتغيرات الديموغرافية منذ البداية؛ فوجود توازن صارم كهذا يُحيّد تأثير النوع الاجتماعي كمتغير دخیل

(Confounding Variable)، ويضمن أن النتائج النهائية لتقييم إدارة المخاطر تعكس منظوراً مهنيّاً موحداً لا يطغى فيه الصوت الذكوري ولا الأنثوي على طبيعة الممارسة الطبية.

الجنس		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ذكر	120	50.0	50.0	50.0
	أنثى	120	50.0	50.0	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

جدول 3 : التحليل الإحصائي لجنس المشاركين في التجربة



شكل توضيحي 4 : التمثيل البياني لجنس المشاركين في التجربة

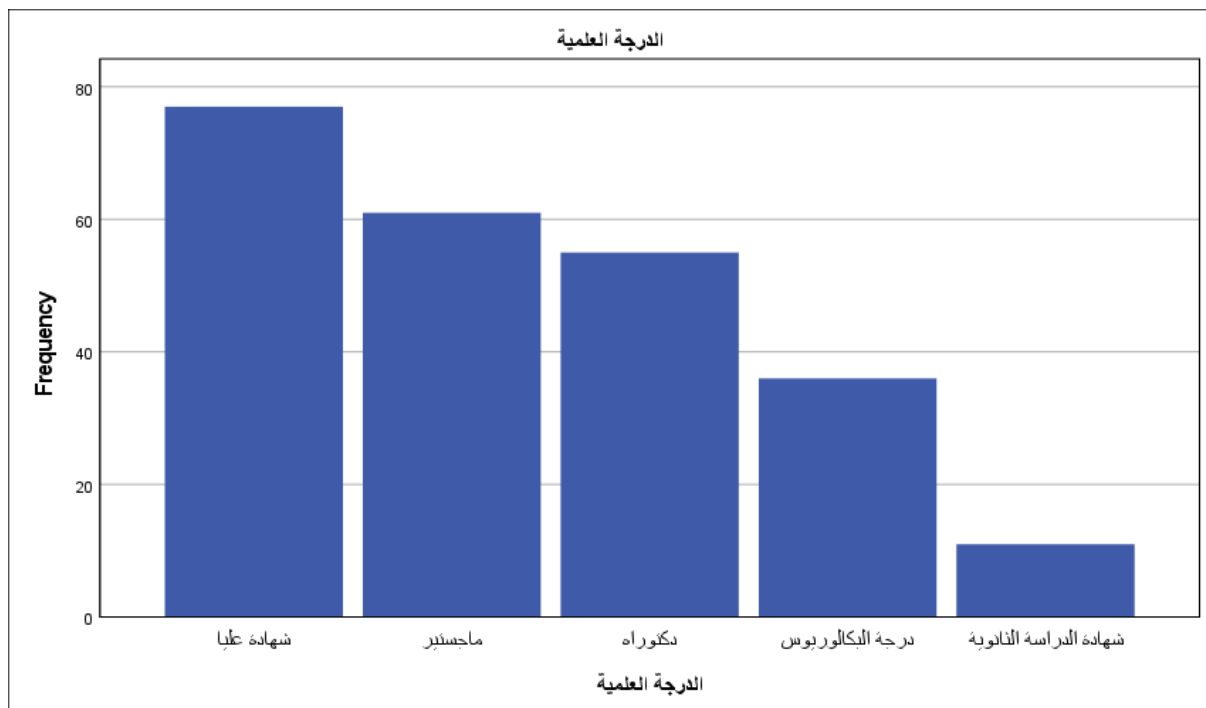
- الدرجة العلمية لدى المشاركين في التجربة

الهيكل الأكاديمي للعينة يميل بوضوح نحو "الدرجة المتخصصة"؛ فالغلبة لم تكن للشهادات الأولية، بل للدراسات العليا وتخصصاتها الدقيقة. استحوذ حملة الشهادات العليا (الدبلوم العالي أو الزمالة) على الصدارة بنسبة 32.1%، يليهم مباشرة حملة الماجستير (25.4%) والدكتوراه (22.9%). 80% من المشاركين يمتلكون تأهيلاً علمياً متقدماً. هذا التركيز العالي للكفاءات

يمنح إجابات الدراسة ثقلًا نوعياً خاصاً؛ فالتقييم الموجه لاستراتيجيات العدوى لا يصدر هنا عن ملاحظة عابرة، بل عن خلفية معرفية عميقة تدرك دقائق البروتوكولات الطبية. تراجع نسبة حملة البكالوريوس إلى 15% فقط يؤكد أن الاستبيان نجح في جذب المستويات القيادية أو الاستشارية القادرة على "نقد" السياسات، وليس مجرد الكوادر المنفذة لها بشكل روتيني.

الدرجة العلمية					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	شهادة عليا	77	32.1	32.1	32.1
	ماجستير	61	25.4	25.4	57.5
	دكتوراه	55	22.9	22.9	80.4
	درجة البكالوريوس	36	15.0	15.0	95.4
	شهادة الدراسة الثانوية	11	4.6	4.6	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

جدول 4: التحليل الإحصائي للدرجة العلمية



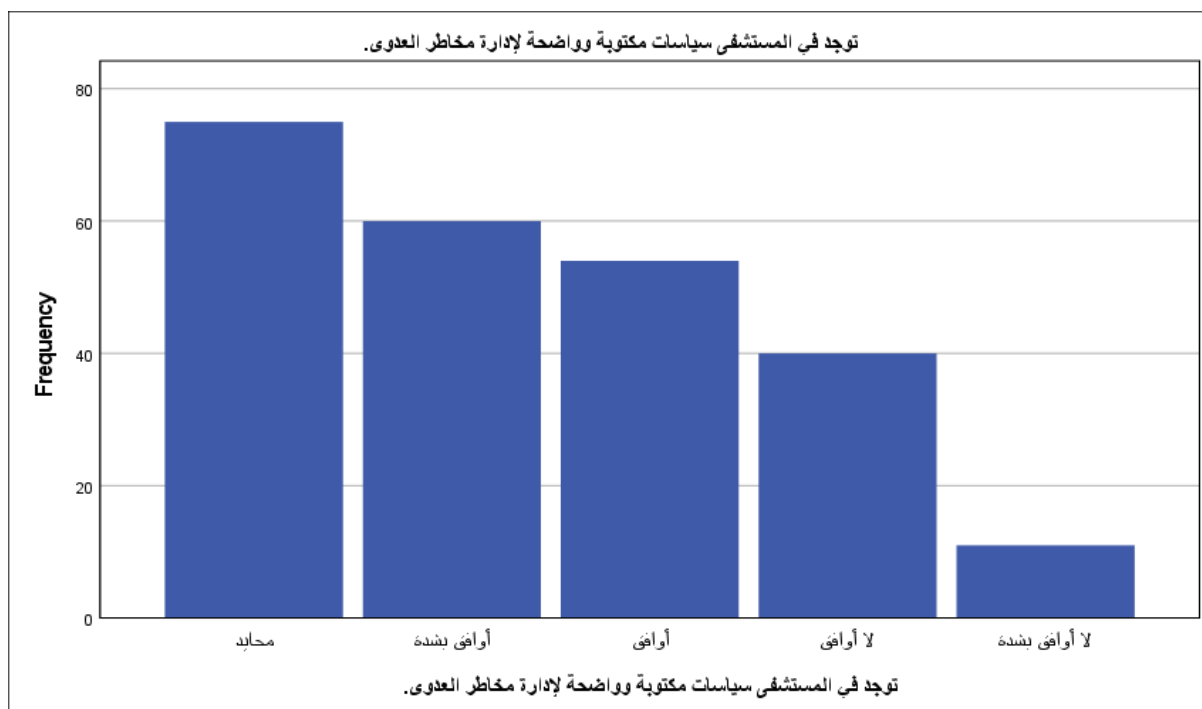
شكل توضيحي 5: التمثيل البياني للدرجة العلمية

- توجد في المستشفى سياسات مكتوبة وواضحة لإدارة مخاطر العدوى.

جاءت حالة "الحياد" بنسبة 31.3% من إجابات المشاركين. هذه النسبة المرتفعة مختلفة؛ فالأصل في اللوائح التنظيمية أن تكون معلومة بالضرورة، لا محل شك. كما أن 47.5% أكدوا وجود السياسات (بين موافق وموافق بشدة)، إلا أن هذا الإجماع كاسحاً كما يفترض في بيئة صحية حساسة تتطلب وضوحاً تاماً في التعليمات. فالموظف المحايد هو غالباً شخص لم يطلع على الدليل التنظيمي بشكل مباشر، أو يراه مبهماً لدرجة تعيقه عن تبني موقف حاسم. بقاء ثلث العينة في منطقة اللاتيقين يشير إلى خلل في تعميم المعلومات؛ فالسياسات المكتوبة تفقد قيمتها تماماً إذا ظلت حبيسة الأدراج الإدارية ولم تتحول إلى ثقافة معلنة ومحفوظة لدى الكادر الطبي في أرض الميدان.

توجد في المستشفى سياسات مكتوبة وواضحة لإدارة مخاطر العدوى.					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	محايد	75	31.3	31.3	31.3
	أوافق بشدة	60	25.0	25.0	56.3
	أوافق	54	22.5	22.5	78.8
	لا أوافق	40	16.7	16.7	95.4
	لا أوافق بشدة	11	4.6	4.6	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

جدول 5: التحليل الإحصائي لوجود في المستشفى سياسات مكتوبة وواضحة لإدارة مخاطر العدوى.



شكل توضيحي 6: التمثيل البياني لوجود في المستشفى سياسات مكتوبة وواضحة لإدارة مخاطر العدوى.

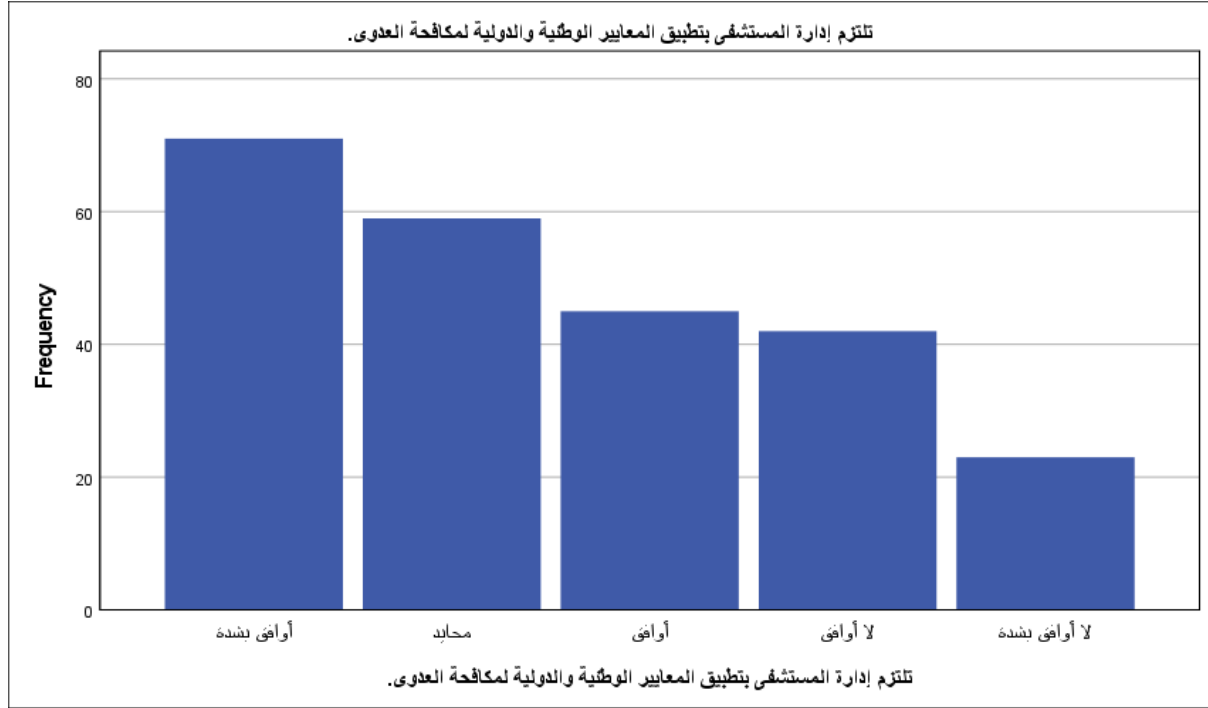
- تلتزم إدارة المستشفى بتطبيق المعايير الوطنية والدولية لمكافحة العدوى.

نسبة 29.6% أيدت بشدة. هي النسبة الأعلى رقمياً. كما أن المعارضة قوية جداً ولملموسة. مجموع الرفض (بشقيّه) تجاوز 27%. ربع الحياد أيضاً مرتفع بنسبة 24.6%. الإدارة ترفع شعار المعايير الدولية. هذا يعني ببساطة أن المعايير تطبق بصرامة في أقسام، وتتراخي في أخرى. الالتزام هنا ليس "ثقافة مؤسسية" شاملة بعد؛ بل يبدو استجابة لمتطلبات وقتية أو ضغوط خارجية (كاعتمادات الجودة)، دون أن يتغلغل كقناعة يومية لدى كافة الممارسين.

تلتزم إدارة المستشفى بتطبيق المعايير الوطنية والدولية لمكافحة العدوى.					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أوافق بشدة	71	29.6	29.6	29.6
	محايد	59	24.6	24.6	54.2
	أوافق	45	18.8	18.8	72.9
	لا أوافق	42	17.5	17.5	90.4
	لا أوافق بشدة	23	9.6	9.6	100.0

	Total	240	100.0	100.0	
--	-------	-----	-------	-------	--

جدول 6 : التحليل الإحصائي لالتزام إدارة المستشفى بتطبيق المعايير الوطنية والدولية لمكافحة العدوى.



شكل توضيحي 7 : التمثيل البياني لالتزام إدارة المستشفى بتطبيق المعايير الوطنية والدولية لمكافحة العدوى.

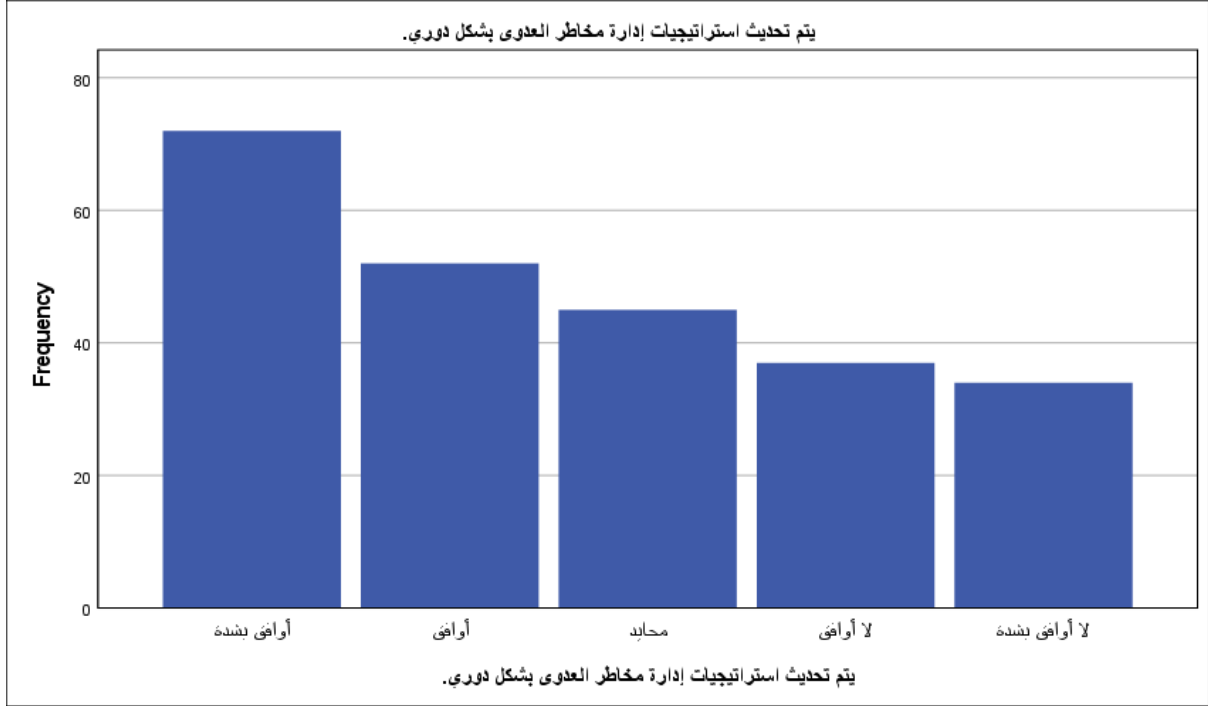
- يتم تحديث استراتيجيات إدارة مخاطر العدوى بشكل دوري.

الانقسام هنا يقول: نصف العينة (51.7%) يؤكد التحديث. النصف الآخر يعيش واقعاً مغايراً تماماً. قرابة 30% نفوا وجود أي تطوير دوري. التحديثات قد تتم فعلياً في "أدلة السياسات". لكنها تتوقف هناك. لا يتم تعميمها. تظل حبيسة المكاتب الإدارية. الممارس الصحي في الميدان لا يلحظ التغيير. هو يطبق ما اعتاد عليه منذ سنوات. الفجوة ليست في "التحديث" ذاته. المشكلة في "الإبلاغ" عنه. الجمود التنظيمي هو ما يشعر به ثلث الفريق، رغم أن الورق يقول عكس ذلك.

يتم تحديث استراتيجيات إدارة مخاطر العدوى بشكل دوري.					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أوافق بشدة	72	30.0	30.0	30.0
	أوافق	52	21.7	21.7	51.7
	محايد	45	18.8	18.8	70.4

	لا أوافق	37	15.4	15.4	85.8
	لا أوافق بشدة	34	14.2	14.2	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

جدول 7 : التحليل الإحصائي لتحديث استراتيجيات إدارة مخاطر العدوى بشكل دوري.



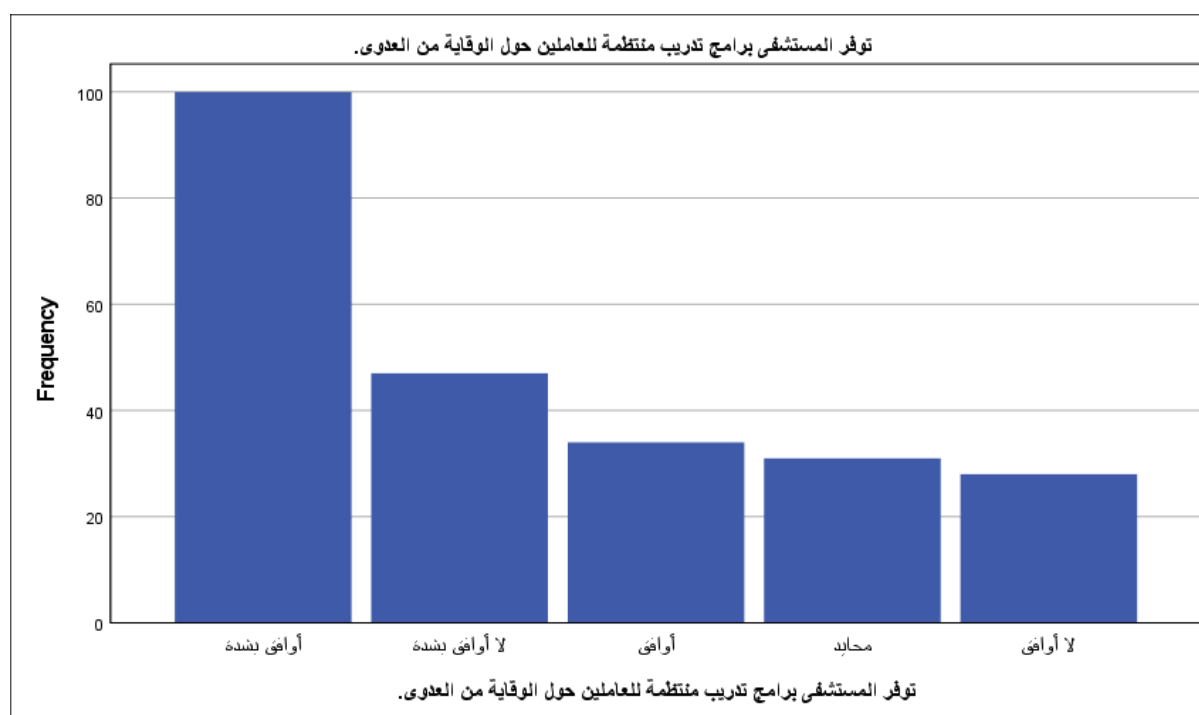
شكل توضيحي 8 : التمثيل البياني لتحديث استراتيجيات إدارة مخاطر العدوى بشكل دوري.

- توفر المستشفى برامج تدريب منتظمة للعاملين حول الوقاية من العدوى.

نجد أن الخيارين المتطرفين ("أوافق بشدة" و "لا أوافق بشدة") احتلا المركزين الأول والثاني على التوالي، تاركين المنطقة الوسطى شبه خالية. نسبة 41.7% أكدت وفرة البرامج بحماس، ما يعكس استثماراً مؤسسياً ضخماً لدى شريحة واسعة من المستشفيات. وحل خيار "لا أوافق بشدة" ثانياً بنسبة 19.6%. هذا يعني أن خمس العينة تقريباً أو يرون التدريب المقدم عديم القيمة. هذا يقول أن فرص التدريب ليست موزعة؛ فقد تكون مركزة في المدن الرئيسية أو التخصصات الكبرى، بينما تعاني الأطراف أو الفئات الفنية المساندة من تهميش تدريجي واضح، وهو ما يخلق "ثغرات معرفية" قد تتسرب منها العدوى رغم كفاءة النظام في أماكن أخرى.

توفر المستشفى برامج تدريب منتظمة للعاملين حول الوقاية من العدوى.		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أوافق بشدة	100	41.7	41.7	41.7
	لا أوافق بشدة	47	19.6	19.6	61.3
	أوافق	34	14.2	14.2	75.4
	محايد	31	12.9	12.9	88.3
	لا أوافق	28	11.7	11.7	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

جدول 8: التحليل الإحصائي لتوفير المستشفى برامج تدريب منتظمة للعاملين حول الوقاية من العدوى.



شكل توضيحي 9: التمثيل البياني لتوفير المستشفى برامج تدريب منتظمة للعاملين حول الوقاية من العدوى.

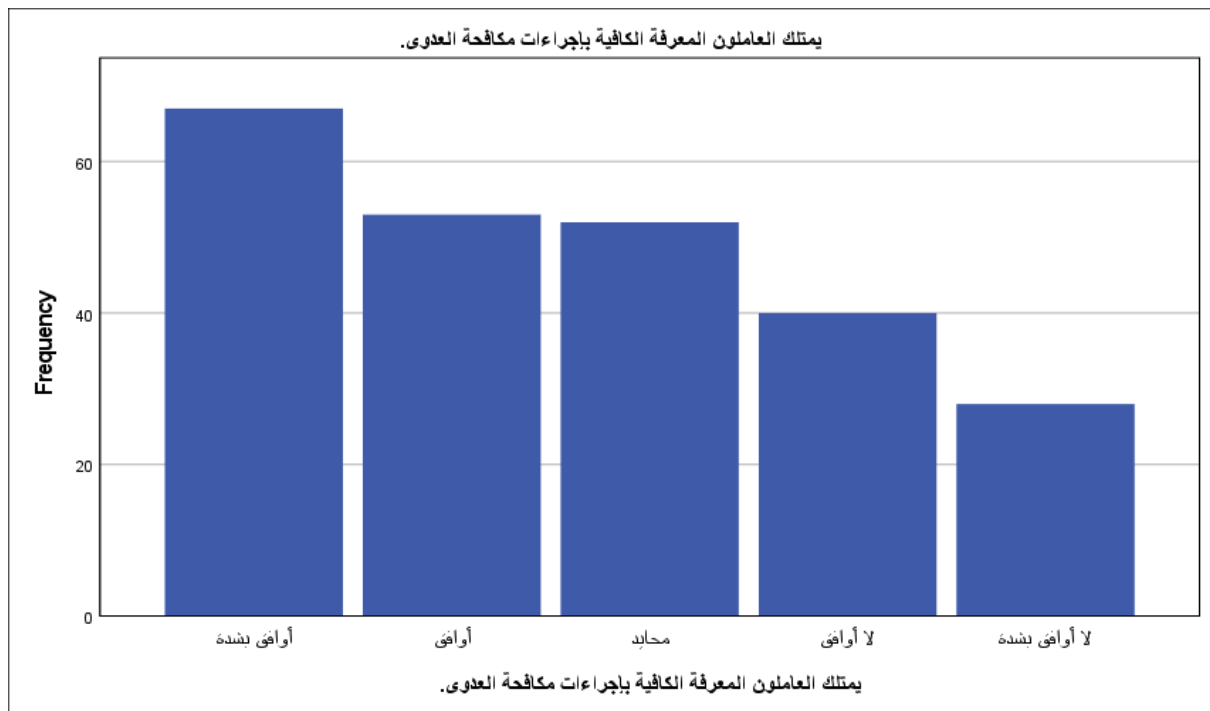
- يمتلك العاملون المعرفة الكافية بإجراءات مكافحة العدوى.

المعرفة انشطرت إلى نصفين تماماً. 50% فقط يثقون في معلوماتهم. النصف الآخر يقف في منطقة الشك. هذه النتيجة جاءت تؤيد التوازن هنا. العدوى لا تعترف بالنسب المتقاربة. الخطأ الواحد يكلف الكثير. نسبة الحياد (21.7%) هي الملاحظة. هؤلاء لا

يجهلون فقط؛ هم مترددون. البقية (28.4%) أقرروا بضعف المعرفة صراحة. الفجوة المعرفية واضحة. التدريب لم يصل للجميع والرسالة لم تكتمل.

يمتلك العاملون المعرفة الكافية بإجراءات مكافحة العدوى.		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أوافق بشدة	67	27.9	27.9	27.9
	أوافق	53	22.1	22.1	50.0
	محايد	52	21.7	21.7	71.7
	لا أوافق	40	16.7	16.7	88.3
	لا أوافق بشدة	28	11.7	11.7	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

جدول 9: التحليل الإحصائي لامتلاك العاملون المعرفة الكافية بإجراءات مكافحة العدوى.



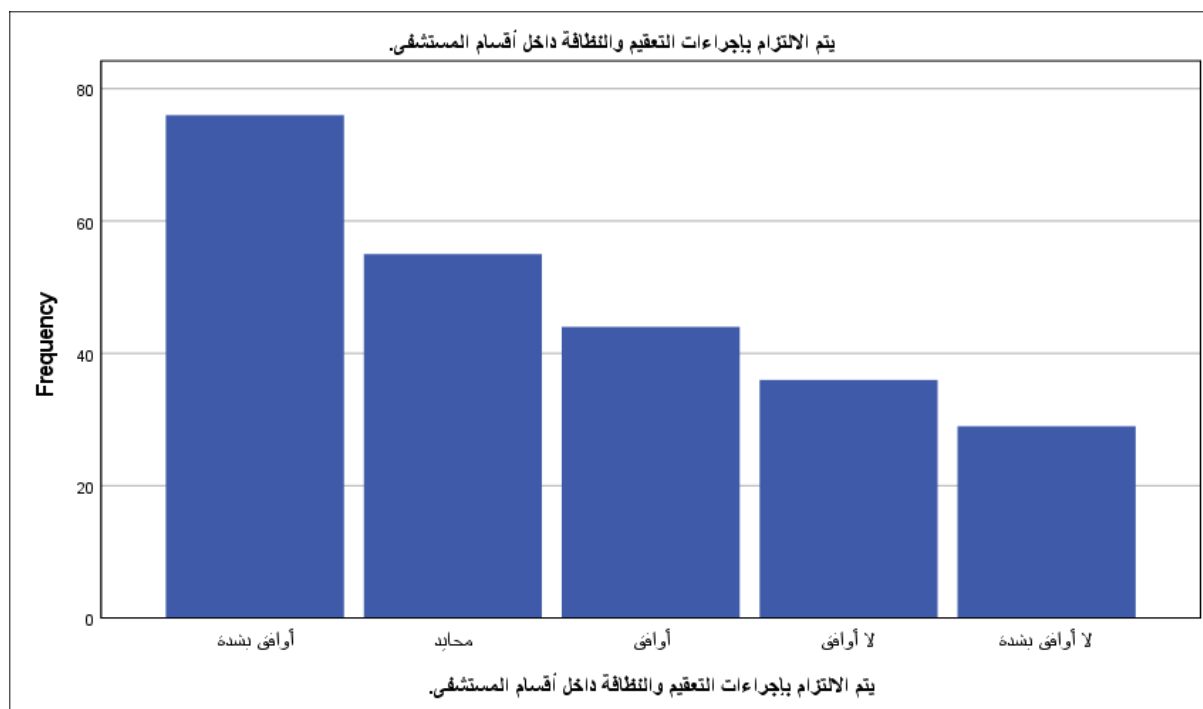
شكل توضيحي 10: التمثيل البياني لامتلاك العاملون المعرفة الكافية بإجراءات مكافحة العدوى.

- يتم الالتزام بإجراءات التعقيم والنظافة داخل أقسام المستشفى.

تكتلت نسبة الرفض الصريح عند 27.1%. ورغم أن نصف العينة (50%) أقرروا بالالتزام، إلا أن النصف الآخر توزع بين نفي قاطع وحياد سلبي (22.9%). هذا يقلل فرضية "التعقيم الشامل"؛ فالمستشفيات تبدو وكأنها تعمل بمعايير مزدوجة. المناطق التي سجلت التزاماً عالياً (31.7% موافقة بشدة) قد تعكس واقع الأقسام الحرجة كالعناية المركزة، بينما تعاني الأقسام العامة أو مناطق الانتظار من ترهل في إجراءات النظافة، وهو ما يفسر سبب شعور ربع العينة تقريباً بغياب الأمان البيولوجي داخل المنشأة.

يتم الالتزام بإجراءات التعقيم والنظافة داخل أقسام المستشفى.					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أوافق بشدة	76	31.7	31.7	31.7
	محايد	55	22.9	22.9	54.6
	أوافق	44	18.3	18.3	72.9
	لا أوافق	36	15.0	15.0	87.9
	لا أوافق بشدة	29	12.1	12.1	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

جدول 10 : التحليل الإحصائي للالتزام بإجراءات التعقيم والنظافة داخل أقسام المستشفى.



شكل توضيحي 11 : التمثيل البياني للالتزام بإجراءات التعقيم والنظافة داخل أقسام المستشفى.

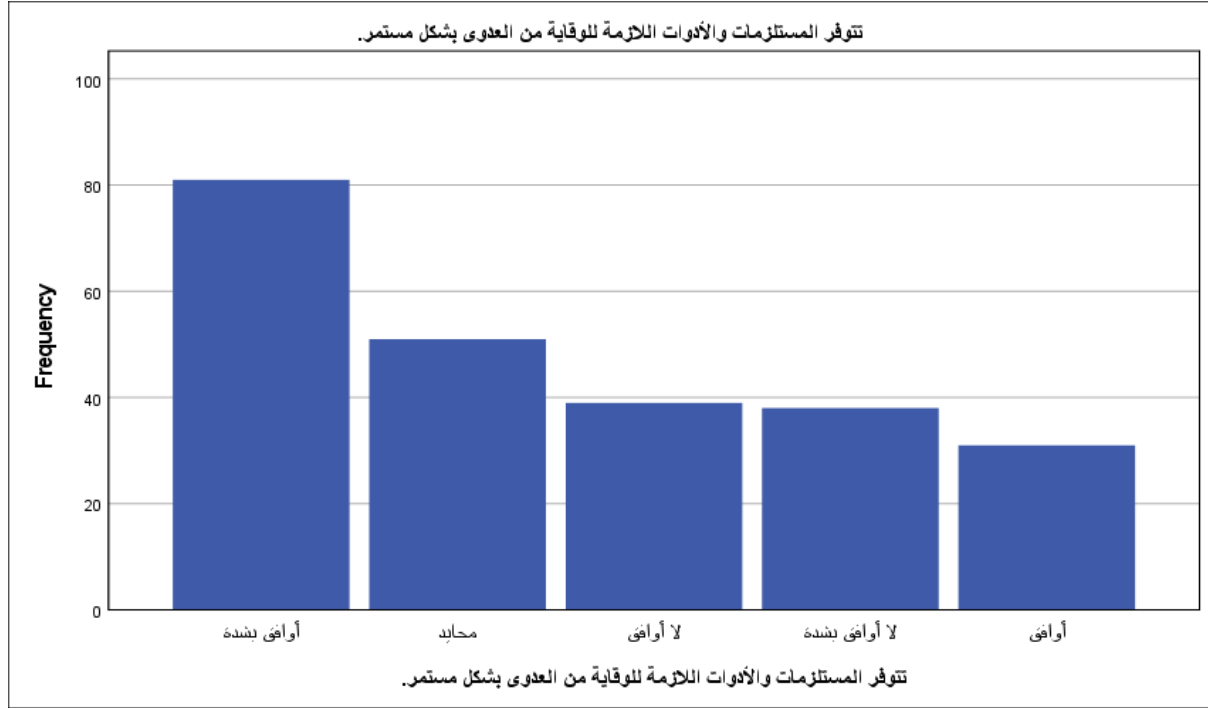
- تتوفر المستلزمات والأدوات اللازمة للوقاية من العدوى بشكل مستمر.

سلاسل الإمداد اللوجستي تعاني من انقطاعات تؤثر على سير العمل؛ إذ يكشف نسبة الرفض (32.1%) عن واقع عملياتي: ثلث الكادر الطبي تقريباً يعمل في بيئة تفتقر لأدوات الحماية الأساسية في أوقات الحاجة. فتوفر المستلزمات في أقسام معينة (كما أشار 33.8% بحدّة) لا يعني بالضرورة وصولها للأقسام ذات الضغط العالي، مما يضطر الممارسين أحياناً للعمل بحدود دنيا من الوقاية، وهو ما يقلل جهود مكافحة العدوى من أساسها.

تتوفر المستلزمات والأدوات اللازمة للوقاية من العدوى بشكل مستمر.					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أوافق بشدة	81	33.8	33.8	33.8
	محايد	51	21.3	21.3	55.0
	لا أوافق	39	16.3	16.3	71.3
	لا أوافق بشدة	38	15.8	15.8	87.1
	أوافق	31	12.9	12.9	100.0

	Total	240	100.0	100.0	
--	-------	-----	-------	-------	--

جدول 11 : التحليل الإحصائي لتوافر المستلزمات والأدوات اللازمة للوقاية من العدوى بشكل مستمر.



شكل توضيحي 12 : التمثيل البياني لتوافر المستلزمات والأدوات اللازمة للوقاية من العدوى بشكل مستمر.

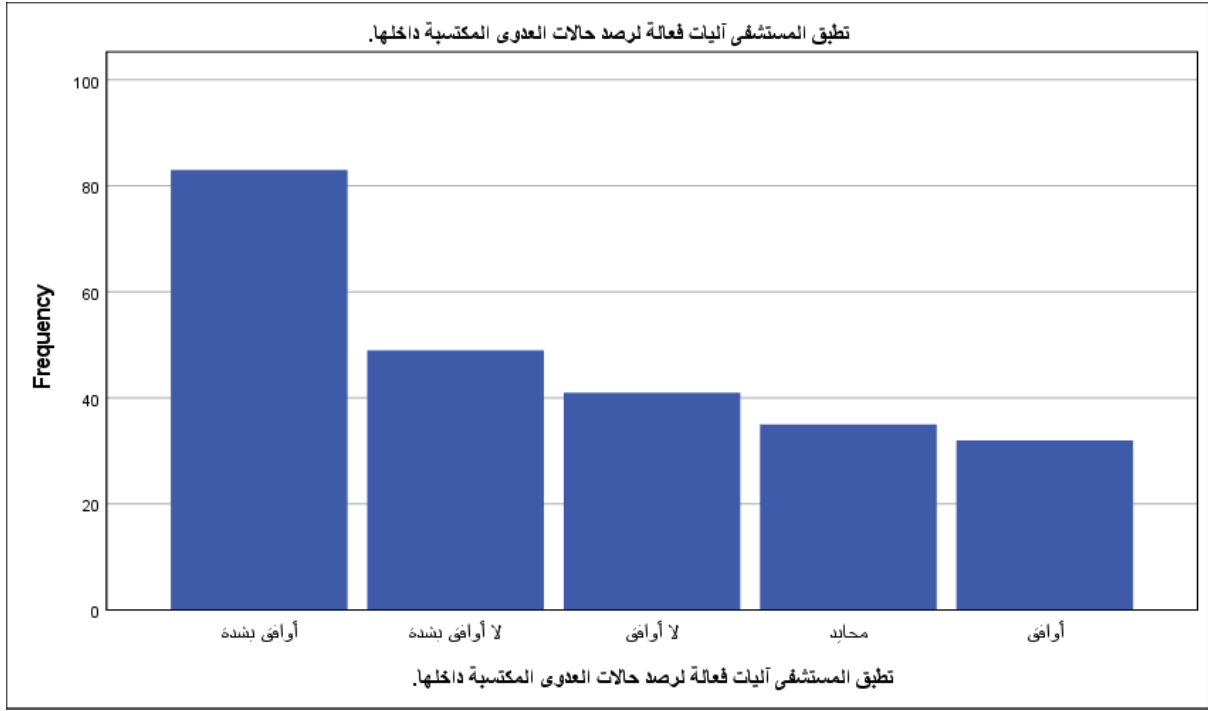
- تطبيق المستشفى آليات فعالة لرصد حالات العدوى المكتسبة داخلها.

الثقة في الرصد هنا تبين أن النسبة الأعلى (34.6%) تثق بالنظام. لكن المعارضة أكثر من 37% يرون الرصد فاشلاً. الرصد هو "عين" المستشفى. إذا انعدم، انتشرت العدوى بصمت. الخلل يبدو تقنياً بامتياز. ربما يعتمد البعض على التبليغ الورقي القديم. والآخرين على الأنظمة الذكية. الفارق بينهما هو الفارق بين احتواء الوباء وتفشيته. خمس العينة (20.4%) يرفضون بشدة. هؤلاء يعملون حرفياً في حالة "عمى وبائي" تام.

تطبيق المستشفى آليات فعالة لرصد حالات العدوى المكتسبة داخلها.					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أوافق بشدة	83	34.6	34.6	34.6
	لا أوافق بشدة	49	20.4	20.4	55.0
	لا أوافق	41	17.1	17.1	72.1

	محايد	35	14.6	14.6	86.7
	أوافق	32	13.3	13.3	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

جدول 12 : التحليل الإحصائي لتطبيق المستشفى آليات فعالة لرصد حالات العدوى المكتسبة داخلها.



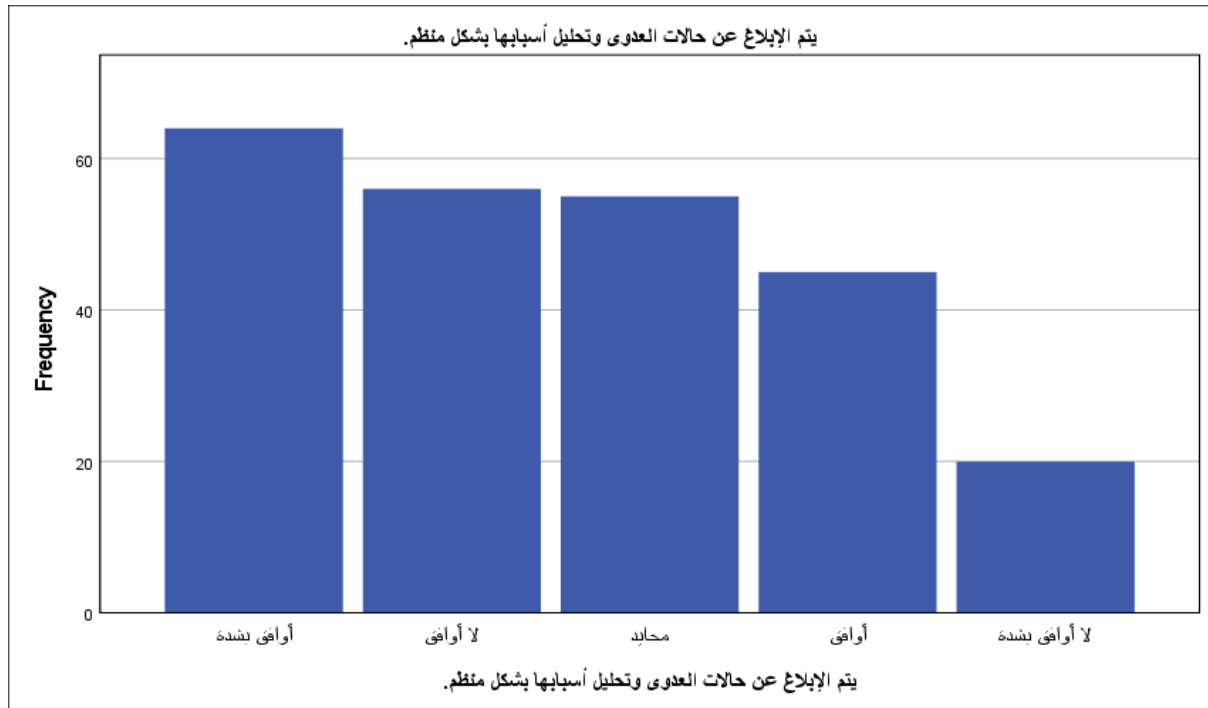
شكل توضيحي 13 : التمثيل البياني لتطبيق المستشفى آليات فعالة لرصد حالات العدوى المكتسبة داخلها.

- يتم الإبلاغ عن حالات العدوى وتحليل أسبابها بشكل منظم.

رغم أن 45.5% أشاروا إلى وجود نظام للإبلاغ، إلا أن نسبة الرفض التي تصدرتها فئة "لا أوافق" بـ 23.3% تكشف عن خلل في "التغذية الراجعة" (Feedback Loop)؛ فالإبلاغ دون تحليل جذري للأسباب يحول العملية إلى مجرد إجراء بيروقراطي لتعبئة النماذج، دون أن يؤدي فعلياً إلى منع تكرار العدوى مستقبلاً. كما جاء ارتفاع نسبة الحياد (22.9%) يُترجم إلى "صمت اختياري"؛ فالموظف قد يمتنع عن الإبلاغ خوفاً من ثقافة اللوم (Blame Culture) أو لعدم قناعاته بجدوى الإجراء من الأساس. هذه الحيرة في رصد الأسباب تعني استمرار المسببات الخفية للعدوى في العمل بحرية داخل الأقسام، مما يستنزف الموارد العلاجية في معالجة نتائج كان يمكن تلافيها وقائياً لو تم تفعيل نظام الرصد بشكل صحيح.

يتم الإبلاغ عن حالات العدوى وتحليل أسبابها بشكل منظم.					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أوافق بشدة	64	26.7	26.7	26.7
	لا أوافق	56	23.3	23.3	50.0
	محايد	55	22.9	22.9	72.9
	أوافق	45	18.8	18.8	91.7
	لا أوافق بشدة	20	8.3	8.3	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

جدول 13: التحليل الإحصائي للإبلاغ عن حالات العدوى وتحليل أسبابها بشكل منظم.



شكل توضيحي 14: التمثيل البياني للإبلاغ عن حالات العدوى وتحليل أسبابها بشكل منظم.

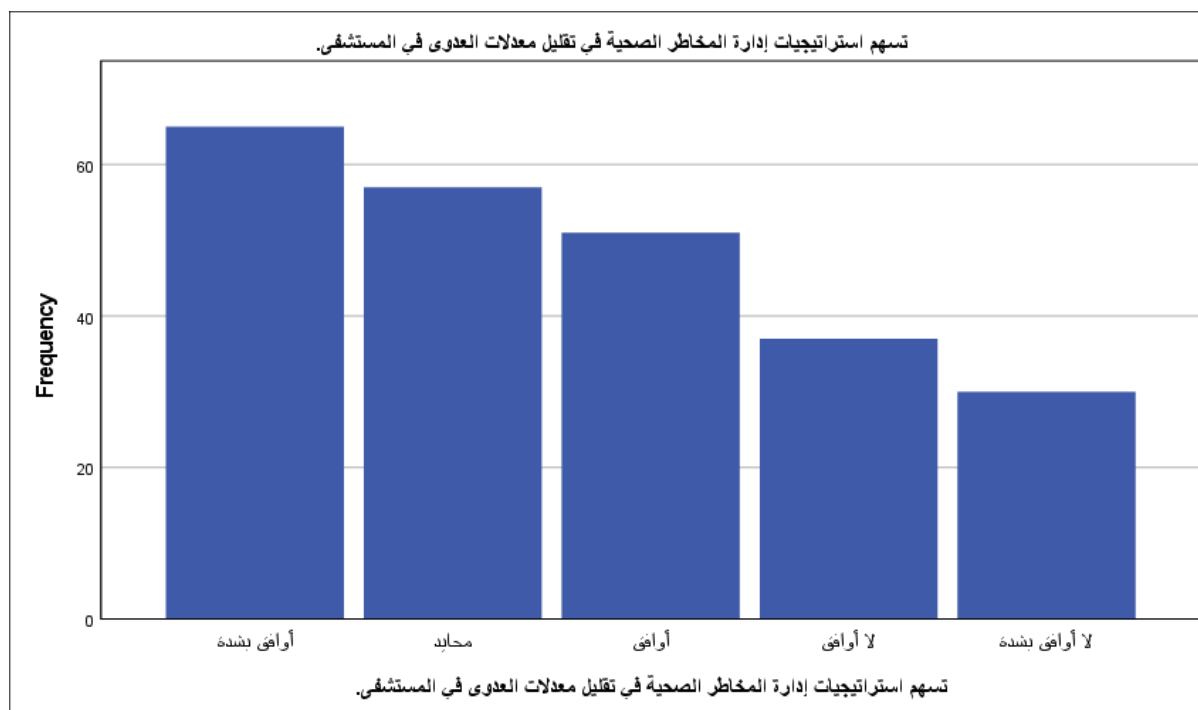
- تسهم استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية في تقليل معدلات العدوى في المستشفى.

تصدرت فئة "أوافق بشدة" النتائج بنسبة 27.1%؛ لكن لا يتأكد عند وضعه في سياق الشك العام. ما يثير الانتباه هو مزاحمة فئة "الحياد" للمقدمة بنسبة 23.8%، مما يشير إلى حيرة في الرؤية لدى ربع الكادر الطبي تقريباً. هذه الحالة من "اللايقين" بجدوى

الاستراتيجيات تعني أن الموظف يؤدي الإجراءات كطقوس إدارية دون أن يلمس أثرها الفعلي في خفض أرقام العدوى أمامه. غياب "الدليل الملموس" على النجاح الميداني جعل قرابة 28% من العينة (مجموع الرفض) يجزمون بعدم فاعلية هذه السياسات، مما يهدد استدامة الالتزام بها مستقبلاً؛ فالقناعة بالنتيجة هي المحرك الأول للالتزام بالإجراء.

تسهم استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية في تقليل معدلات العدوى في المستشفى.		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أوافق بشدة	65	27.1	27.1	27.1
	محايد	57	23.8	23.8	50.8
	أوافق	51	21.3	21.3	72.1
	لا أوافق	37	15.4	15.4	87.5
	لا أوافق بشدة	30	12.5	12.5	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

جدول 14 : التحليل الإحصائي لإسهام استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية في تقليل معدلات العدوى في المستشفى.



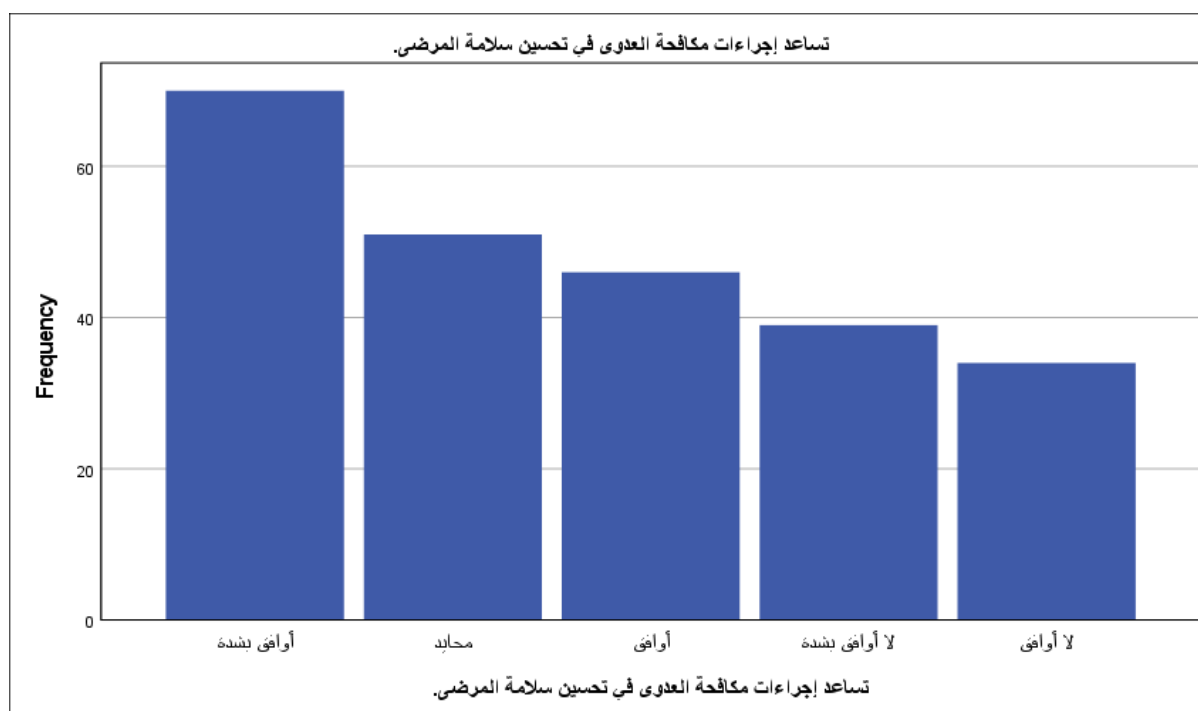
شكل توضيحي 15 : التمثيل البياني لإسهام استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية في تقليل معدلات العدوى في المستشفى.

- تساعد إجراءات مكافحة العدوى في تحسين سلامة المرضى.

استحوذ التأييد المطلق ("أوافق بشدة") على النسبة الأعلى بواقع 29.2%؛ غير أن هذه الأغلبية النسبية لا تحجب حقيقة أن القناعة بجدوى الإجراءات ليست راسخة كما ينبغي. ثلث العينة تقريباً (30.5%) يرون العكس تماماً. هم لا يرفضون مبدأ السلامة، بل يشككون في أن "الإجراءات الحالية" تحققها. وإن كتلة الحياد الكبيرة (21.3%) تعزز هذا التفسير؛ فهؤلاء لم يلمسوا أثراً مباشراً للتدابير الوقائية على صحة مرضاهم، مما حول الامتثال لديهم إلى ممارسة روتينية فاقدة للمعنى، وليست أداة وقائية يثقون بقدرتها على حماية الأرواح.

تساعد إجراءات مكافحة العدوى في تحسين سلامة المرضى.					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أوافق بشدة	70	29.2	29.2	29.2
	محايد	51	21.3	21.3	50.4
	أوافق	46	19.2	19.2	69.6
	لا أوافق بشدة	39	16.3	16.3	85.8
	لا أوافق	34	14.2	14.2	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

جدول 15: التحليل الإحصائي لمساعدة إجراءات مكافحة العدوى في تحسين سلامة المرضى.



شكل توضيحي 16 : التمثيل البياني لمساعدة إجراءات مكافحة العدوى في تحسين سلامة المرضى.

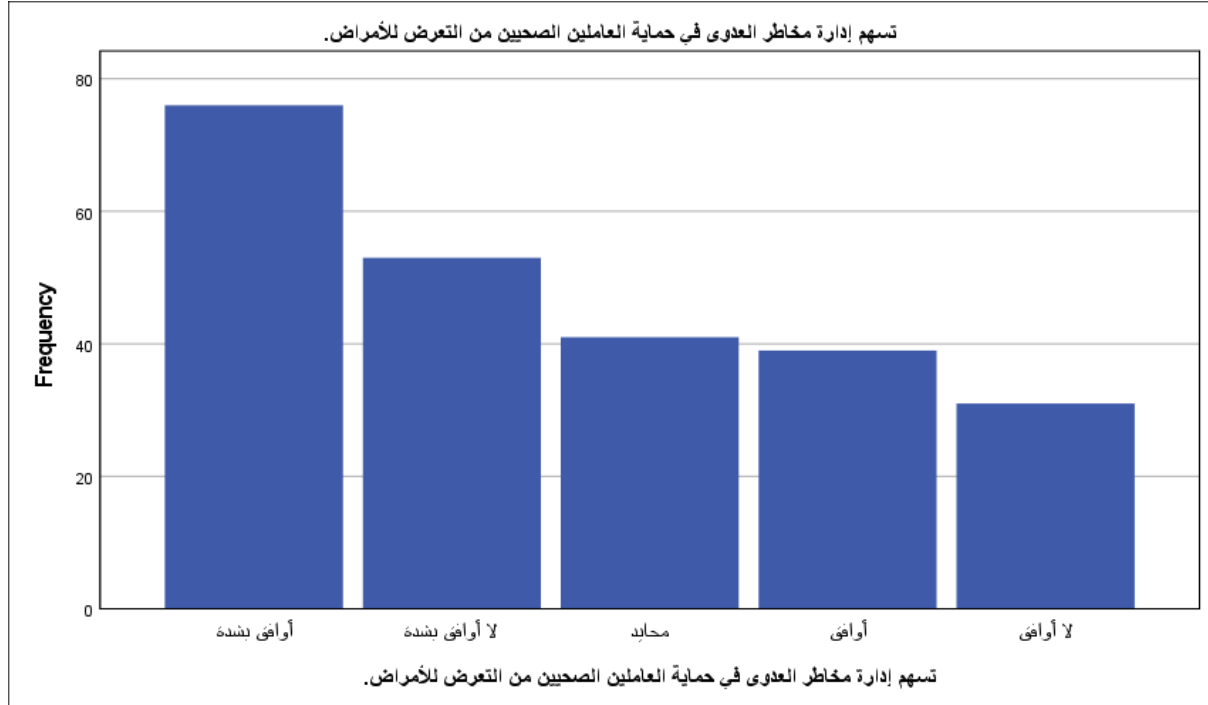
- تسهم إدارة مخاطر العدوى في حماية العاملين الصحيين من التعرض للأمراض.

الشعور بالأمان الوظيفي هنا على المحك. نسبة 31.7% فقط يشعرون بحماية قصوى. هذا الرقم لا يكفي. في المقابل، توجد كتلة صلبة من الرفض. 22.1% نفوا بشدة وجود أي حماية. هؤلاء لا يشعرون بأن الإدارة تقف خلفهم. الفارق بين النسبتين ضئيل. الانقسام في العينة يقول إن الثلث محمي. الثلث الآخر مكشوف. والوسط (17.1%) متردد. الإجراءات الحالية قليلة في طمأننة شريحة واسعة من الطاقم الطبي. الثقة مهزوزة. والخوف من العدوى يبدو مبرراً لدى الكثيرين.

تسهم إدارة مخاطر العدوى في حماية العاملين الصحيين من التعرض للأمراض.					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أوافق بشدة	76	31.7	31.7	31.7
	لا أوافق بشدة	53	22.1	22.1	53.8
	محايد	41	17.1	17.1	70.8
	أوافق	39	16.3	16.3	87.1
	لا أوافق	31	12.9	12.9	100.0

	Total	240	100.0	100.0	
--	-------	-----	-------	-------	--

جدول 16 : التحليل الإحصائي لإسهام إدارة مخاطر العدوى في حماية العاملين الصحيين من التعرض للأمراض.



شكل توضيحي 17 : التمثيل البياني لإسهام إدارة مخاطر العدوى في حماية العاملين الصحيين من التعرض للأمراض.

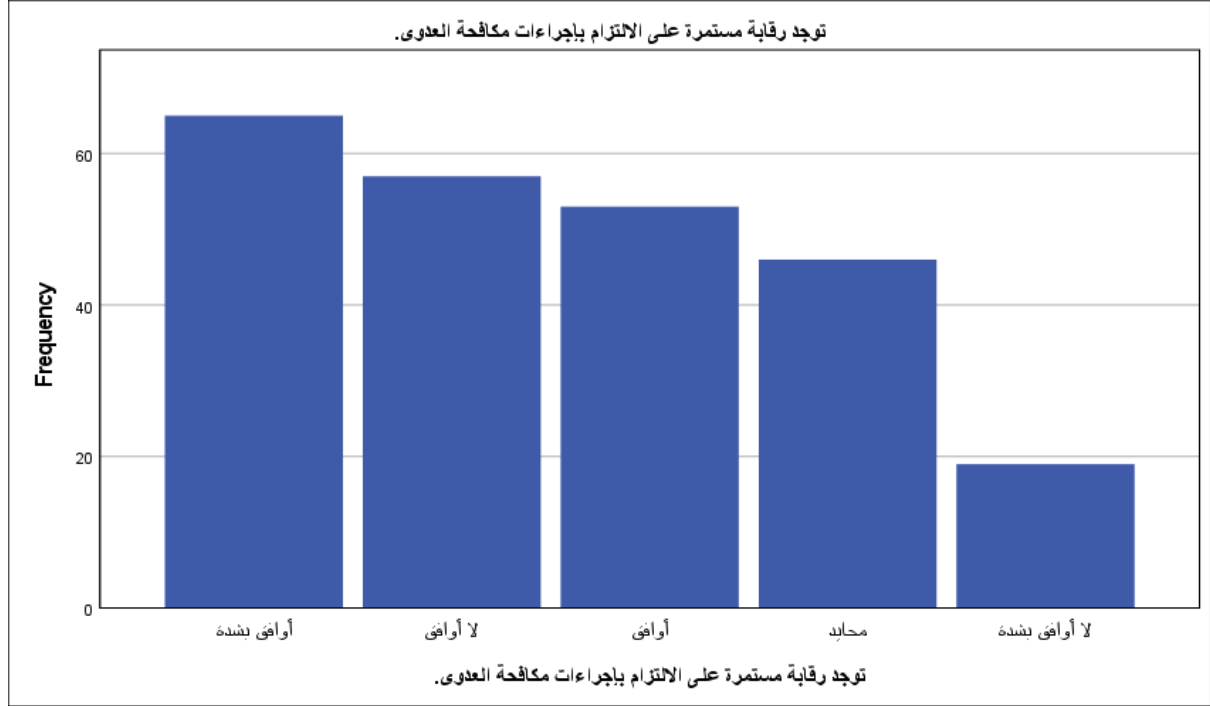
- توجد رقابة مستمرة على الالتزام بإجراءات مكافحة العدوى.

الرقابة حاضرة. نصف العينة تقريباً يؤكد وجودها. والثلث ينفيها. حل خيار "لا أوافق" في المركز الثاني بنسبة 23.8%. هذا الترتيب محير لمتغير يتعلق بالرقابة "المستمرة". الرقيب ليس موجوداً دائماً. ربما يأتي في زيارات موسمية فقط. المتابعة الدقيقة وهم لدى الكثيرين. قرابة 32% (مجموع الرفض) يعملون بلا رقابة. الالتزام الفردي أصبح هو المعيار، لا النظام الصارم. الثقة في "الاستمرارية" مهزوزة. الرقابة تبدو رد فعل، وليست منهجية يومية راسخة.

توجد رقابة مستمرة على الالتزام بإجراءات مكافحة العدوى.					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أوافق بشدة	65	27.1	27.1	27.1
	لا أوافق	57	23.8	23.8	50.8
	أوافق	53	22.1	22.1	72.9

	محايد	46	19.2	19.2	92.1
	لا أوافق بشدة	19	7.9	7.9	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

جدول 17: التحليل الإحصائي لوجود رقابة مستمرة على الالتزام بإجراءات مكافحة العدوى.



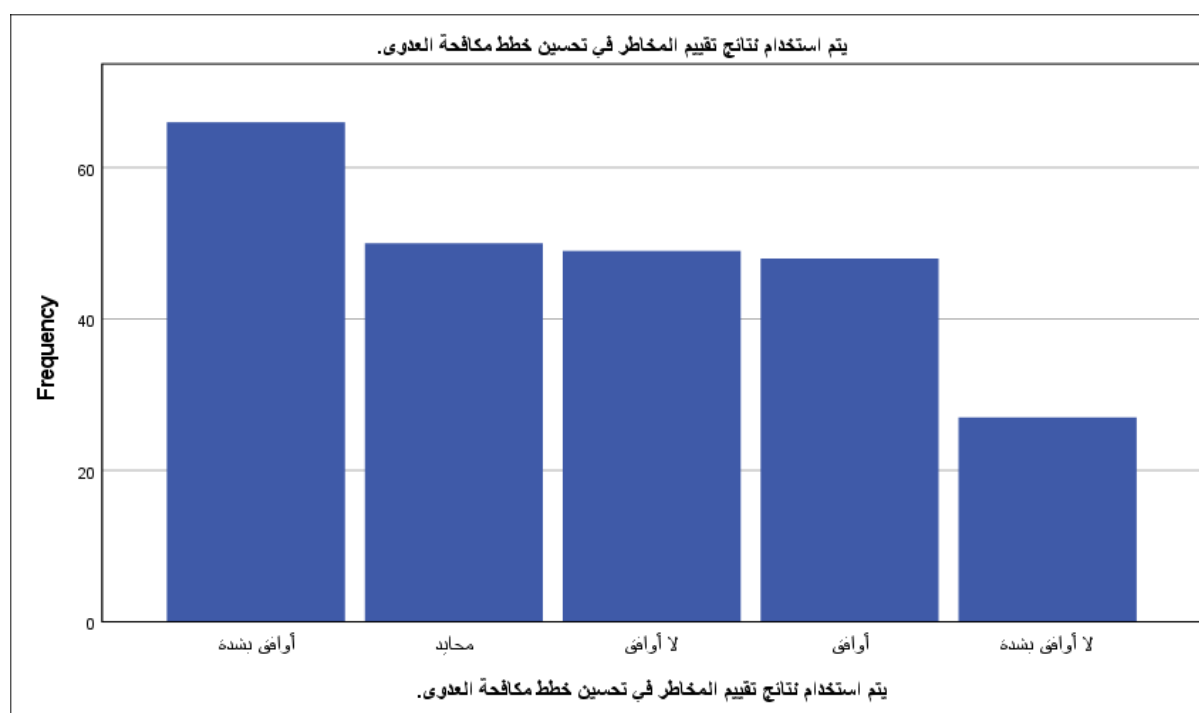
شكل توضيحي 18: التمثيل البياني لوجود رقابة مستمرة على الالتزام بإجراءات مكافحة العدوى.

- يتم استخدام نتائج تقييم المخاطر في تحسين خطط مكافحة العدوى.

نلاحظ تقارباً بين نسب "أوافق" (20.0%)، "محايد" (20.8%)، و"لا أوافق" (20.4%). هذا التعادل الرقمي بين الفئات الثلاث يكشف عن انقطاع في "دورة التحسين المستمر" (PDCA Cycle)؛ فالموظفون يرون عمليات التقييم تجري أمامهم، لكنهم لا يلمسون أثرها في تغيير الخطط أو البروتوكولات اليومية. وقد تحول نتائج التقييم لدى شريحة واسعة من العينة إلى مجرد "بيانات أرشيفية"؛ فبقاء ما يقارب 32% (مجموع الرفض) خارج دائرة الاستفادة من هذه النتائج يعني عملياً أن الأخطاء التي يتم رصدها اليوم، ستكرر غداً، لأن الخطط لم تُعدل بناءً على الواقع المرصود.

يتم استخدام نتائج تقييم المخاطر في تحسين خطط مكافحة العدوى.					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أوافق بشدة	66	27.5	27.5	27.5
	محايد	50	20.8	20.8	48.3
	لا أوافق	49	20.4	20.4	68.8
	أوافق	48	20.0	20.0	88.8
	لا أوافق بشدة	27	11.3	11.3	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

جدول 18: التحليل الإحصائي لاستخدام نتائج تقييم المخاطر في تحسين خطط مكافحة العدوى.



شكل توضيحي 19: التمثيل البياني لاستخدام نتائج تقييم المخاطر في تحسين خطط مكافحة العدوى.

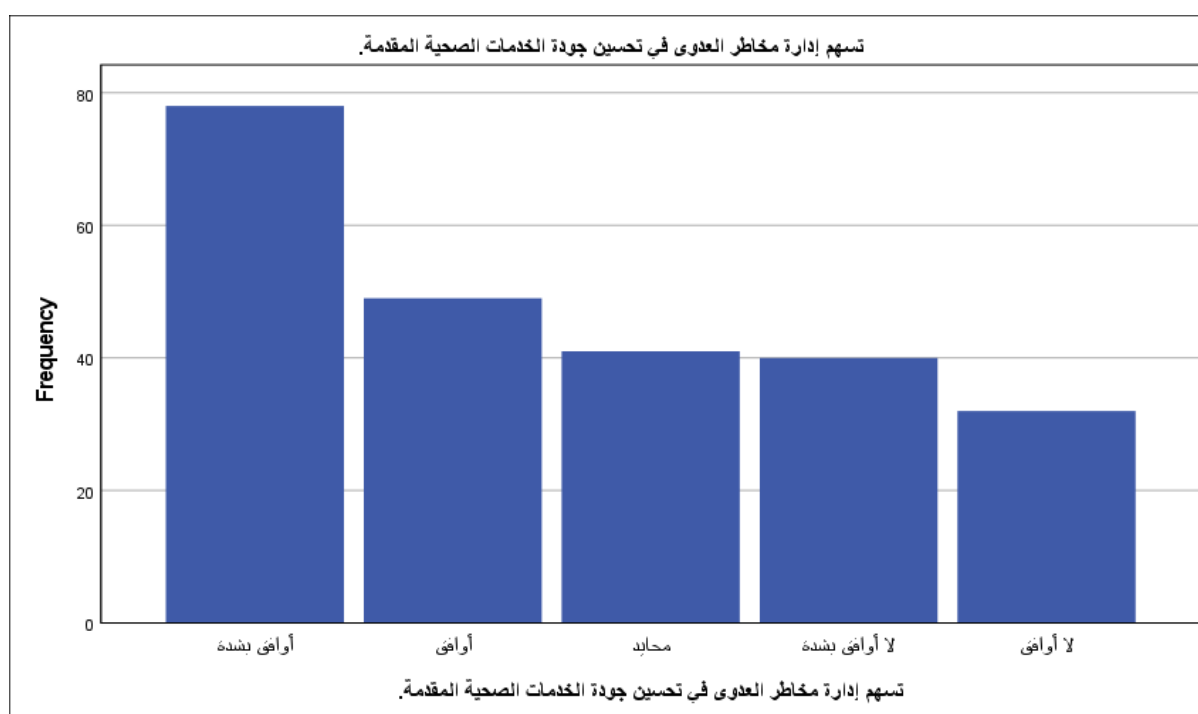
- تسهم إدارة مخاطر العدوى في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.

الربط بين "الجودة" و"إدارة المخاطر" بديهي نظرياً. الواقع هنا مختلف. 52.9% فقط أيدوا العلاقة. ثلث العينة (30%) يرون العكس. هؤلاء لا يرون تحسناً. ربما يرون تعقيداً. الإجراءات قد تكون عائقاً للسرعة. المريض ينتظر أكثر. الممارس ينشغل بالورق.

الجودة تتراجع في نظرهم. الانفصال واضح. الإدارة ترى الإجراء "حماية". الموظف يراه "عبئاً". هذه النظرة السلبية تقلل جوهر الجودة.

تسهم إدارة مخاطر العدوى في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أوافق بشدة	78	32.5	32.5	32.5
	أوافق	49	20.4	20.4	52.9
	محايد	41	17.1	17.1	70.0
	لا أوافق بشدة	40	16.7	16.7	86.7
	لا أوافق	32	13.3	13.3	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

جدول 19 : التحليل الإحصائي لإسهام إدارة مخاطر العدوى في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.



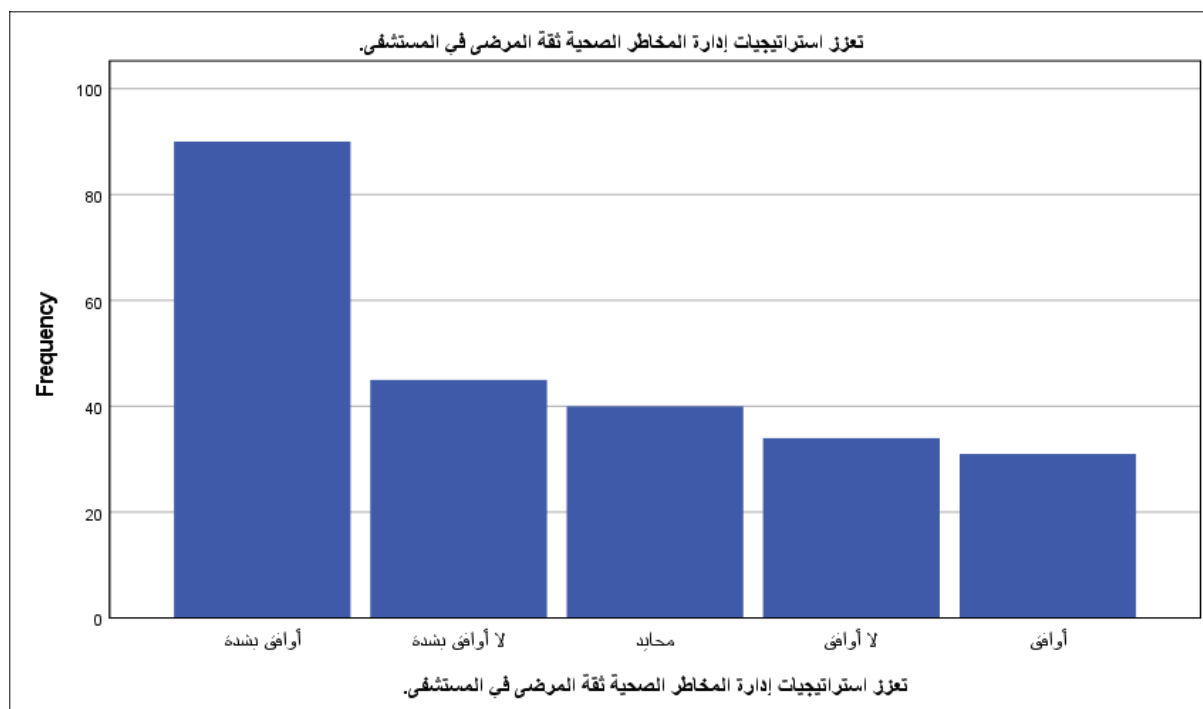
شكل توضيحي 20 : التمثيل البياني لإسهام إدارة مخاطر العدوى في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.

- تعزز استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية ثقة المرضى في المستشفى.

الثقة هنا نسبية جداً. 37.5% فقط يرون الرابط قوياً. هذه النسبة هي الأعلى. لكنها لا تمثل إجماعاً. النصف الآخر مشتت. ثلث العينة ينفي هذا التأثير. التفسير يكمن في "الرؤية". المريض لا يرى الاستراتيجيات الخلفية. هو يقيم الخدمة المباشرة فقط. إجراءات الوقاية الصارمة قد تكون مزعجة له أحياناً. تقييد حركته. تمنع زيارته. لذا؛ لا يراها سبباً للثقة. الموظف يدرك هذا الفصل الشعوري. السياسة تحمي المريض طبياً. لكنها قد لا تكسب قلبه تلقائياً.

تعزز استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية ثقة المرضى في المستشفى.					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أوافق بشدة	90	37.5	37.5	37.5
	لا أوافق بشدة	45	18.8	18.8	56.3
	محايد	40	16.7	16.7	72.9
	لا أوافق	34	14.2	14.2	87.1
	أوافق	31	12.9	12.9	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

جدول 20: التحليل الإحصائي لتعزيز استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية ثقة المرضى في المستشفى.



شكل توضيحي 21 : التمثيل البياني لتعزيز استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية ثقة المرضى في المستشفى.

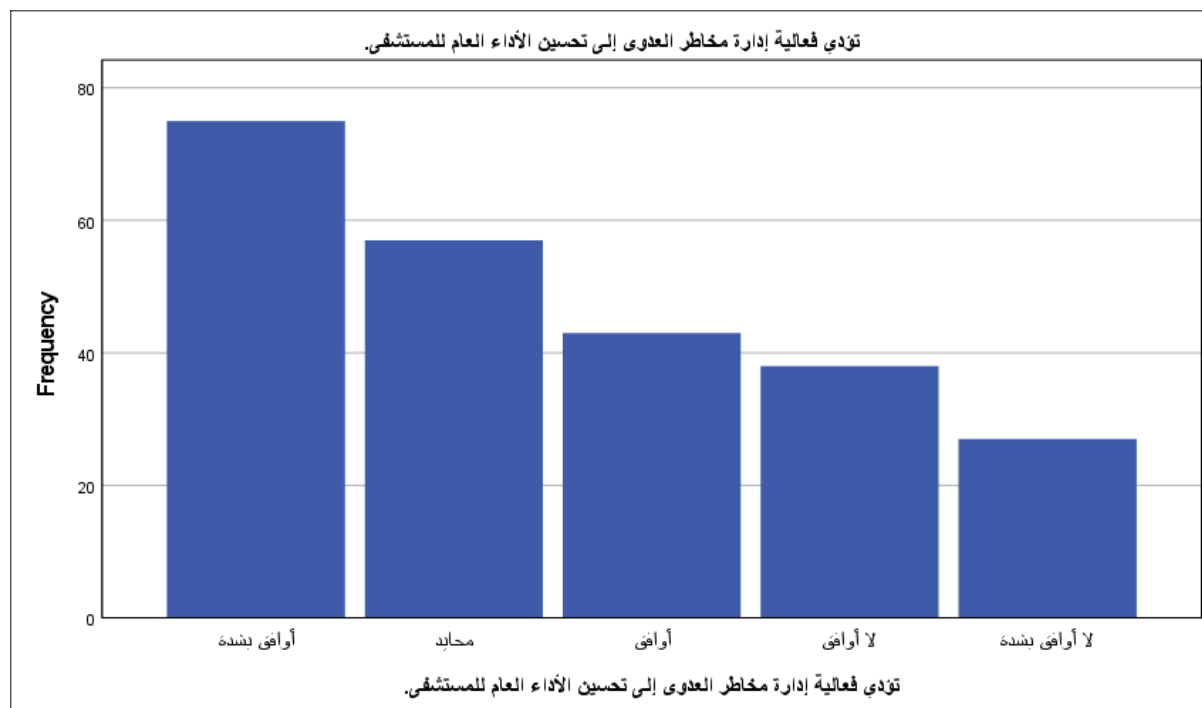
- تؤدي فعالية إدارة مخاطر العدوى إلى تحسين الأداء العام للمستشفى.

العلاقة بين "السلامة" و"الأداء" بديهية هنا. 31.3% فقط يجزمون بالارتباط القوي. هذه النسبة هي أقل من المتوقع. ربع العينة (23.8%) يقفون على الحياد. هؤلاء لا يرون أثراً ملموساً. وجاء الرفض بـ 27% يرون العكس تماماً. بالنسبة لهم، إدارة المخاطر قد تعني "تعطيلاً". هي تبطل الحركة. تزيد البيروقراطية. تؤخر خروج المريض. مفهوم "الأداء" لديهم مرتبط بالسرعة والإنتاجية، لا بالجودة والأمان. هذا التصادم المفاهيمي خطير. هو يجعل إجراءات العدوى تبدو كأنها "عقبة" إدارية، وليست ركيزة أساسية للنجاح المؤسسي.

تؤدي فعالية إدارة مخاطر العدوى إلى تحسين الأداء العام للمستشفى.					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أوافق بشدة	75	31.3	31.3	31.3
	محايد	57	23.8	23.8	55.0
	أوافق	43	17.9	17.9	72.9
	لا أوافق	38	15.8	15.8	88.8

	لا أوافق بشدة	27	11.3	11.3	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

جدول 21 : التحليل الإحصائي لأداء فعالية إدارة مخاطر العدوى إلى تحسين الأداء العام للمستشفى.



شكل توضيحي 22 : التمثيل البياني لأداء فعالية إدارة مخاطر العدوى إلى تحسين الأداء العام للمستشفى.

- اختبار المصدقية والموثوقية

اقترب معامل "ألفا كرونباخ" من حاجز التميز بتسجيله قيمة (0.896) يضعنا أمام أداة قياس تتمتع بـ "تماسك داخلي" صلب جداً؛ فالفقرات العشرون لم تكن مجرد أسئلة متناثرة، بل عملت كمنظومة مترابطة تقيس نفس البناء المفاهيمي بدقة متناهية، مما يعني أننا لو أعدنا تطبيق الدراسة في ظروف مماثلة، سنحصل غالباً على نتائج متطابقة.

المؤشر الآخر هو "نظافة البيانات" (Data Hygiene)؛ إذ يشير خلو التحليل من أي حالات مستبعدة (Excluded 0) وبقاء العينة كاملة (240 حالة صالحة بنسبة 100%) إلى انضباط منهجي صارم في مرحلة الجمع. هذا الاكتمال يرجع أن المشاركين تعاملوا مع الأسئلة بجدية عالية، أو أن النظام التقني للجمع كان مصمماً لمنع القيم المفقودة، وهو ما يرفع من مستوى الثقة في تعميم هذه النتائج على مجتمع الدراسة.

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	240	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	240	100.0
a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.			

جدول 22 : ملخص التحليلات الإحصائية

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.896	20

جدول 23 : اختبار الثبات والموثوقية

- تحليل الجداول المتقاطعة لمتغيرات الدراسة:

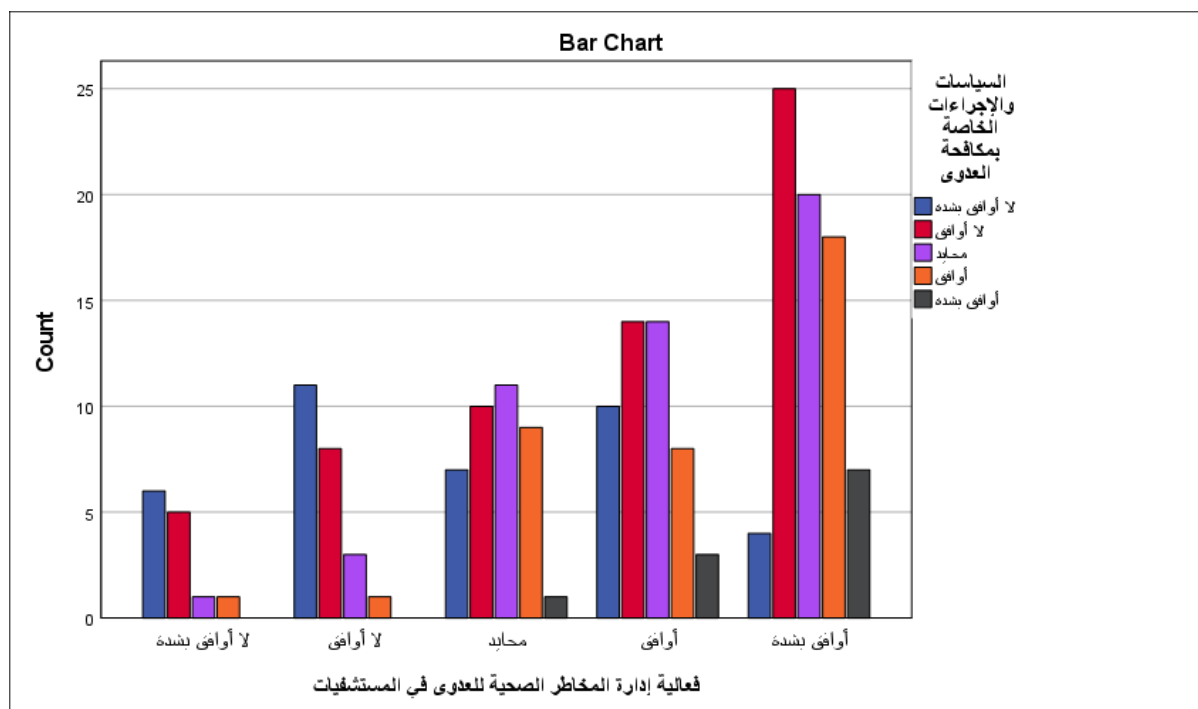
(1) اختبار كاي اسكوير للعلاقة بين فعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات والسياسات والإجراءات

الخاصة بمكافحة العدوى

القيمة الاحتمالية (0.003) كسرت حاجز الشك. العلاقة بين "جودة السياسات المكتوبة" و"الفعالية الميدانية لإدارة المخاطر" ليست علاقة مصادفة، بل هي علاقة "شرطية"؛ فلا يمكن الحديث عن إدارة مخاطر ناجحة في فراغ تنظيبي. النتائج تؤكد أن المستشفيات التي استثمرت في صياغة بروتوكولات واضحة، حصدت تلقائياً مؤشرات أداء أعلى في ضبط العدوى. ووجود 44% من الخلايا بتكرار متوقع أقل من 5 يشير إلى "تركز" شديد في الإجابات؛ فالعينة لم تتوزع بانتظام، بل مالت للتطرف (إما التزم تام وسياسات قوية، أو غياب تام للالتزام معاً). هذا الاستقطاب يعزز فكرة أن المنظومة الصحية لا تعمل بسرعات متفاوتة، بل تعمل بنظام "الكل أو لا شيء"؛ إما منظومة متكاملة تنجح، أو منظومة مفككة تفشل، والارتباط الخطي القوي جداً (Significance .000) يثبت أن كل تحسن طفيف في صياغة الإجراءات يقابله فوراً ارتفاع ملموس في كفاءة الاحتواء.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	36.249 ^a	16	.003
Likelihood Ratio	38.894	16	.001
Linear-by-Linear Association	23.315	1	.000
N of Valid Cases	197		
a. 11 cells (44.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .73.			

جدول 24 : اختبار كاي اسكوير للعلاقة بين فعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات والسياسات والإجراءات الخاصة بمكافحة العدوى



شكل توضيحي 23 : المقاييس المتماثلة لتحليل الجداول المتقاطعة للعلاقة بين فعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات والسياسات والإجراءات الخاصة بمكافحة العدوى

2) اختبار كاي اسكوير للعلاقة بين فعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات والتدريب والتوعية

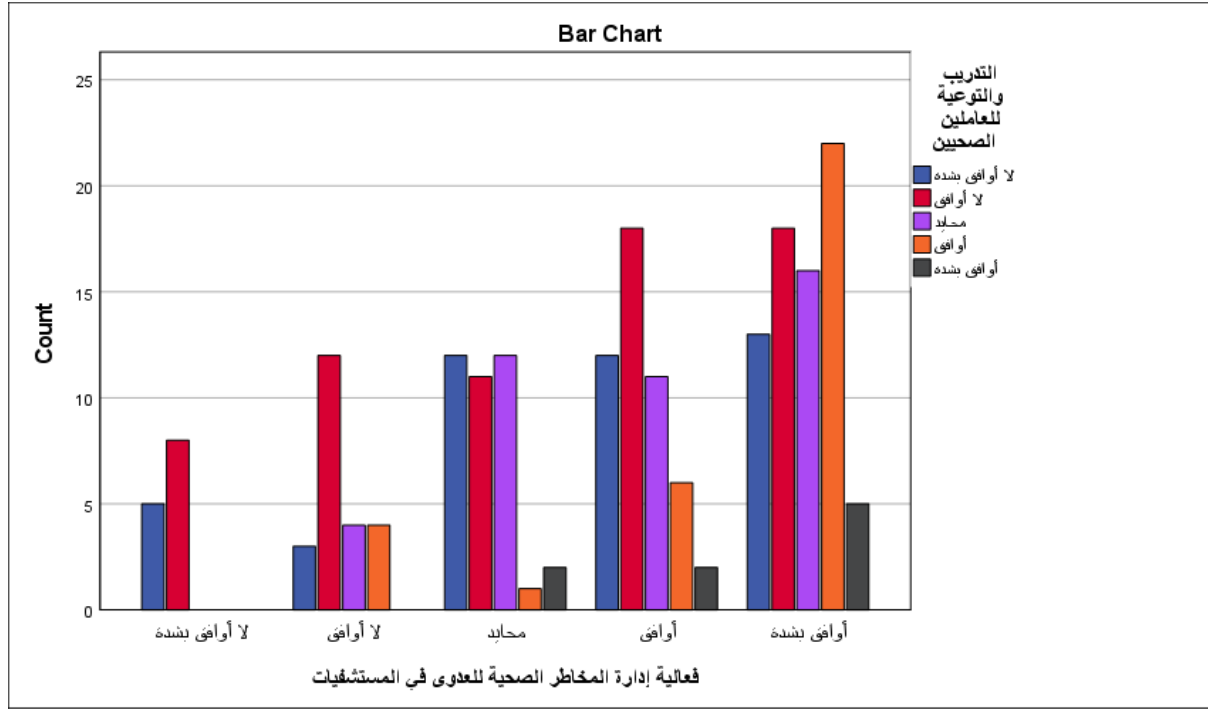
للعاملين الصحيين

القيمة الاحتمالية (0.005) تؤكد أن العنصر البشري المؤهل هو "حجر الزاوية" في نجاح المنظومة؛ فالعلاقة بين كثافة برامج التوعية وفعالية إدارة المخاطر ليست علاقة عابرة، بل هي ارتباط عضوي وثيق. وهو ما يثبتته الاختبار الإحصائي الذي نفى فرضية الاستقلال بين المتغيرين. كما أن دلالة "الارتباط الخطي" التي بلغت ذروتها الإحصائية (0.000)؛ هذا الرقم يعني أننا أمام "علاقة طردية" صارمة: كلما زادت جرعات التدريب، ارتفع مؤشر الأمان الصحي فوراً وبشكل حتمي. التلازم بين المتغيرين قوي لدرجة أن العينة لم تسجل تقريباً أي حالات شاذة (كما يظهر في فراغ 40% من الخلايا) لمستشفيات تمتلك تدريباً ممتازاً وأداءً سيئاً؛ فالتدريب هنا ليس نشاطاً تكميلياً، بل هو "المحرك" الذي يحدد سرعة وكفاءة الاستجابة للأوبئة.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	34.084 ^a	16	.005
Likelihood Ratio	40.854	16	.001

Linear-by-Linear Association	13.289	1	.000
N of Valid Cases	197		
a. 10 cells (40.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .59.			

جدول 25 : اختبار كاي اسكوير للعلاقة بين فعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات والتدريب والتوعية للعاملين الصحيين



شكل توضيحي 24 : المقاييس المتماثلة لتحليل الجداول المتقاطعة للعلاقة بين فعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات والتدريب والتوعية للعاملين الصحيين

3) اختبار كاي اسكوير للعلاقة بين فعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات وأنظمة المراقبة

والتقييم والرقابة على العدوى

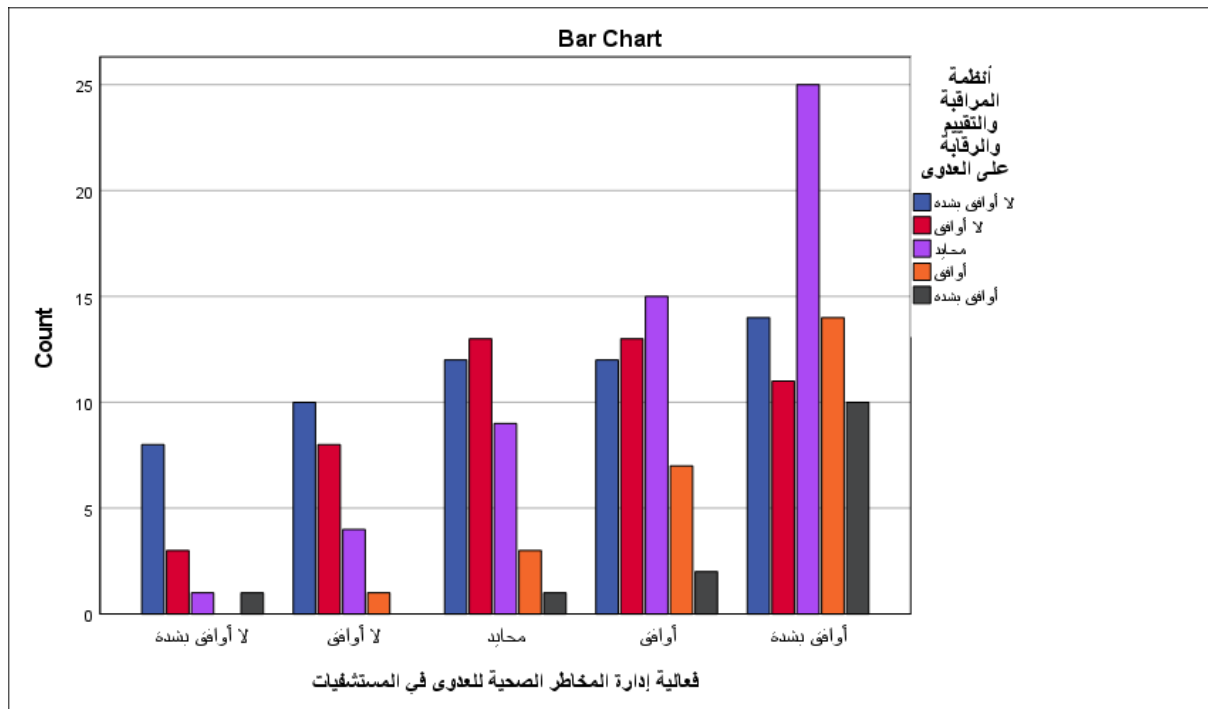
القيمة الاحتمالية (0.008) جاءت تقول إنه لا يمكن فصل "فعالية الإدارة" عن "كفاءة الرصد". النتائج تؤكد إحصائياً أن المستشفيات التي تفتقر لأنظمة مراقبة وتقييم صارمة، تفقد تلقائياً قدرتها على إدارة المخاطر بفعالية. العلاقة هنا ليست تكاملية، بل هي علاقة "سبب ونتيجة": فالرصد هو الأداة التشخيصية التي تمكن الإدارة من التدخل المبكر، وغيابه يعني تحول الإدارة إلى رد فعل متأخر للكوارث بدلاً من منعها.

مؤشر "الارتباط الخطي" (Linear-by-Linear) الذي سجل دلالة قاطعة عند (0.000) يخبرنا بحقيقة عملية حتمية: كلما ضيقت

المستشفى الخناق عبر أنظمة المراقبة والتقييم، ارتفعت مؤشرات نجاحها في إدارة المخاطر بشكل طردي مباشر. وكما في الجداول السابقة، يشير تركيز البيانات (40% من الخلايا بتكرار منخفض) إلى أن الفجوة التكنولوجية والإدارية واسعة جداً بين المستشفيات؛ فإما أن تمتلك المنشأة نظاماً رقابياً متكاملاً يرفع أداؤها العام، أو تفتقده فتتهار منظومة الحماية لديها بالكامل، دون وجود حلول وسطى ترفع هذا النقص.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	32.716 ^a	16	.008
Likelihood Ratio	35.546	16	.003
Linear-by-Linear Association	23.904	1	.000
N of Valid Cases	197		
a. 10 cells (40.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .92.			

جدول 26: اختبار كاي اسكوير للعلاقة بين فعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات وأنظمة المراقبة والتقييم والرقابة على العدوى



شكل توضيحي 25 : المقاييس المتماثلة لتحليل الجداول المتقاطعة للعلاقة بين فعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات وأنظمة المراقبة والتقييم والرقابة على العدوى

- اختبار التباين الأحادي لمتغيرات الدراسة

قيمة (F) البالغة 6.28 مع مستوى دلالة صفري (0.000) تؤكد أن المتغيرات المستقلة مجتمعة (السياسات، التدريب، الرقابة) تملك قدرة تنبؤية حقيقية بفعالية إدارة المخاطر، وليست مجرد ارتباطات عشوائية. كما أن معامل التحديد (R Square) الذي استقر عند 0.291. هذا الرقم يكشف حقيقة ميدانية بالغة الأهمية: النموذج الحالي يفسر فقط 29% من التباين في النتائج. هذه النسبة تعني بلغة الإدارة أن هناك "كتلة غامضة" تمثل 71% من العوامل المؤثرة لم يتم رصدها في هذا النموذج (Residuals)؛ قد تكون هذه العوامل هي ضغط العمل، جودة البنية التحتية، أو الميزانيات المرسودة. ورغم ذلك، جاء "معامل بايز" (Bayes Factor) بقيمة ضخمة تجاوزت 6683 ليقطع الشك باليقين، مقدماً دليلاً "حاسماً" (Decisive Evidence) على أن تأثير المتغيرات الثلاثة (التدريب، السياسات، والرقابة) حقيقي وراسخ، حتى لو كانت جزءاً من صورة أكبر لم تكتمل بعد.

ANOVA ^{a,b}					
Source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	89.722	12	7.477	6.279	.000
Residual	219.090	184	1.191		
Total	308.812	196			
a. Dependent Variable: ا.فعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات					
b. Model: (Intercept), السياسات والإجراءات الخاصة بمكافحة العدوى, أنظمة المراقبة والتقييم والرقابة على العدوى, التدريب والتوعية للعاملين الصحيين					

جدول 27: اختبار التباين الأحادي

Bayes Factor Model Summary ^{a,b}				
Bayes Factor ^c	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
6683.059	.539	.291	.244	1.09
a. Method: JZS				
b. Model: (Intercept), السياسات والإجراءات الخاصة بمكافحة العدوى, أنظمة المراقبة والتقييم والرقابة على العدوى, التدريب والتوعية للعاملين الصحيين				
c. Bayes factor: Testing model versus null model (Intercept).				

جدول 28: ملخص نموذج معامل بايز

أظهرت نتائج الدراسة أن استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية تُطبق بدرجات متفاوتة، وهو ما يعكس وجود جهود تنظيمية واضحة من جهة، مقابل تحديات عملية وتنفيذية من جهة أخرى. ويمكن تفسير هذا التفاوت في ضوء اختلاف مستوى الالتزام المؤسسي، وتباين الإمكانيات البشرية والمادية بين المستشفيات، إضافة إلى اختلاف ثقافة السلامة الصحية السائدة داخل بيئات العمل. وتشير هذه النتائج إلى أن وجود الاستراتيجيات بحد ذاته لا يضمن تحقيق الفعالية المطلوبة ما لم يُصاحبه تطبيق فعلي ومنهجي ومستمر.

وبينت النتائج أن السياسات والإجراءات الخاصة بمكافحة العدوى تمثل أحد أكثر الجوانب حضوراً داخل المستشفيات، حيث تحرص معظم المؤسسات الصحية على توفير أدلة وإرشادات تنظيمية واضحة. إلا أن المناقشة تكشف أن التحدي لا يكمن في توفر السياسات، بل في مستوى الالتزام العملي بها واستمرارية تطبيقها في مختلف الأقسام. ويُعزى ذلك في بعض الحالات إلى ضغط العمل، أو نقص المتابعة، أو ضعف الوعي بأهمية بعض الإجراءات، مما قد يؤدي إلى فجوة بين التخطيط النظري والتطبيق الفعلي، ويؤثر سلباً على مستوى إدارة المخاطر الصحية للعدوى.

كما أظهرت النتائج أن التدريب والتوعية للعاملين الصحيين يلعبان دوراً محورياً في تعزيز فعالية إدارة المخاطر الصحية، حيث ارتبط ارتفاع مستوى التدريب بزيادة الالتزام بالإجراءات الوقائية وانخفاض السلوكيات غير الآمنة. وتناقش هذه النتيجة أهمية اعتماد التدريب المستمر كنهج مؤسسي وليس كمنشأ موسمي أو استجابة طارئة للأزمات الصحية. فغياب التدريب المنتظم قد يؤدي إلى ضعف المعرفة بالمستجدات العلمية، ويزيد من احتمالية الوقوع في أخطاء مهنية ترفع من مخاطر انتقال العدوى داخل المستشفيات.

وأوضحت النتائج أيضاً أن أنظمة المراقبة والتقييم والرقابة على العدوى تُعد من العوامل الحاسمة في نجاح استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية، إذ تسهم في الكشف المبكر عن حالات العدوى ومصادرها، وتدعم اتخاذ قرارات مبنية على بيانات واقعية. إلا أن المناقشة تشير إلى أن فاعلية هذه الأنظمة تختلف من مستشفى لآخر، حيث تواجه بعض المؤسسات تحديات تتعلق بدقة جمع البيانات، أو ضعف التحليل، أو محدودية الاستفادة من نتائج المراقبة في تحسين الأداء. ويؤكد ذلك أن وجود نظام رقابي دون تفعيل نتائجه عملياً يقلل من أثره في الحد من المخاطر الصحية.

كما ناقشت النتائج العلاقة بين المتغيرات المستقلة مجتمعة وفعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى، حيث أظهرت وجود تأثير إيجابي متكامل بينها. وتوضح هذه العلاقة أن تحسين عنصر واحد بمعزل عن بقية العناصر قد لا يؤدي إلى النتائج المرجوة،

إذ يتطلب رفع مستوى الفعالية تضافر السياسات الواضحة، والتدريب المستمر، والرقابة الفعالة ضمن إطار إداري داعم. وتنسجم هذه النتيجة مع التوجهات الحديثة في إدارة المخاطر الصحية، التي تؤكد على أهمية العمل بمنظور النظم المتكاملة داخل المؤسسات الصحية.

إن نتائج الدراسة تعكس واقعاً صحياً يتسم بالتطور المستمر، لكنه لا يخلو من تحديات تستدعي مزيداً من الاهتمام والتطوير. وتبرز أهمية تعزيز ثقافة السلامة الصحية، ودعم القيادة المؤسسية، والاستثمار في الموارد البشرية والتقنية، كعوامل أساسية لتحسين فاعلية استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى. وتسهم هذه المناقشة في وضع النتائج في إطارها العلمي والعملي، وتوفر فهماً أعمق يمكن البناء عليه لتطوير السياسات الصحية وتحسين جودة الرعاية في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية.

الخاتمة

في ختام هذه الدراسة، يتضح أن موضوع تقييم استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية يُعد من القضايا الحيوية التي ترتبط بشكل مباشر بجودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى والعاملين الصحيين. وقد أظهرت النتائج أن هناك اهتمامًا واضحًا من قبل المستشفيات بتبني سياسات وإجراءات تهدف إلى الحد من مخاطر العدوى، إلا أن مستوى الفعالية يختلف باختلاف درجة التطبيق العملي، والدعم الإداري، ومدى تكامل عناصر إدارة المخاطر الصحية داخل المنظومة الصحية.

وأبرزت نتائج الدراسة أن فعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى لا تتحقق من خلال وجود السياسات أو الخطط فقط، بل تعتمد بدرجة كبيرة على مدى التزام العاملين الصحيين بتطبيقها، وكفاءة البرامج التدريبية والتوعوية، وفعالية أنظمة المراقبة والتقييم. كما أظهرت الدراسة أن التحديات التنفيذية، مثل ضغط العمل ونقص الموارد أو ضعف المتابعة، قد تُقلل من الأثر الإيجابي للاستراتيجيات المعتمدة، مما يستدعي معالجة هذه الجوانب بشكل منهجي ومستدام.

كما خلصت الدراسة إلى أن التكامل بين الجوانب التنظيمية والبشرية والتقنية يُعد عنصرًا أساسيًا في تعزيز القدرة على إدارة مخاطر العدوى داخل المستشفيات. فوجود قيادة صحية داعمة، وثقافة مؤسسية تركز على السلامة، وأنظمة معلومات فعالة، يساهم في تحسين الاستجابة للمخاطر الصحية وتقليل معدلات العدوى المكتسبة. وتنعكس هذه النتائج أهمية تبني نهج شامل لإدارة المخاطر الصحية، قائم على التخطيط المسبق، والتنفيذ المنهجي، والتقييم المستمر.

وفي ضوء النتائج المتوصل إليها، تؤكد الدراسة أن تطوير استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى يُعد استثمارًا ضروريًا في تحسين جودة الخدمات الصحية وتحقيق أهداف السلامة الصحية على المدى الطويل. كما تبرز أهمية الاستفادة من نتائج هذه الدراسة في دعم صنّاع القرار والعاملين في القطاع الصحي عند وضع السياسات وتطوير البرامج الوقائية، بما يتماشى مع التوجهات الوطنية لتطوير القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية.

تشكّل هذه الدراسة إضافة علمية تساهم في إثراء الأدبيات المتعلقة بإدارة المخاطر الصحية ومكافحة العدوى، وتفتح المجال أمام دراسات مستقبلية أكثر عمقًا تتناول جوانب أخرى ذات صلة، مثل أثر التقنيات الحديثة أو الثقافة التنظيمية على إدارة مخاطر العدوى. وبذلك، تُعد هذه الخاتمة خلاصة شاملة لما توصلت إليه الدراسة، وتؤكد أهمية الاستمرار في تطوير الممارسات الصحية لضمان بيئة علاجية آمنة ومستدامة داخل المستشفيات بالمملكة العربية السعودية.

التوصيات

- توصي الدراسة بضرورة تعزيز الإطار التنظيمي للسياسات والإجراءات الخاصة بمكافحة العدوى، من خلال مراجعتها وتحديثها بشكل دوري بما يتوافق مع المستجدات الصحية والمعايير الوطنية والدولية المعتمدة. كما تؤكد على أهمية توحيد هذه السياسات داخل المستشفيات، وضمان وضوحها وسهولة الوصول إليها من قبل جميع العاملين الصحيين، بما يسهم في رفع مستوى الالتزام بها وتقليل الممارسات غير المعيارية التي قد تزيد من مخاطر العدوى.
- كما تُبرز النتائج أهمية الاستثمار في التدريب المستمر والتوعية المنتظمة للعاملين الصحيين، باعتبارهما من العوامل المؤثرة بشكل مباشر في فعالية إدارة المخاطر الصحية للعدوى. وتوصي الدراسة بتصميم برامج تدريبية منهجية ومتخصصة تستهدف مختلف الفئات الوظيفية داخل المستشفيات، مع التركيز على الجوانب التطبيقية والعملية، وتعزيز ثقافة السلامة الصحية، بما ينعكس إيجاباً على السلوك المهني اليومي ويحد من الأخطاء المرتبطة بنقل العدوى.
- وتؤكد الدراسة كذلك على ضرورة تطوير وتفعيل أنظمة المراقبة والتقييم والرقابة على العدوى داخل المستشفيات، من خلال استخدام أنظمة معلومات صحية متقدمة تسهم في رصد حالات العدوى بدقة وفي الوقت المناسب. كما توصي بتعزيز آليات الإبلاغ والمتابعة والتحليل، وربط نتائج المراقبة بقرارات إدارية واضحة تهدف إلى تحسين الأداء ومعالجة أوجه القصور المكتشفة، بما يدعم اتخاذ قرارات مبنية على الأدلة العلمية.
- وفي ضوء النتائج المتعلقة بدور الإدارة العليا، توصي الدراسة بضرورة تعزيز دعم القيادات الصحية لاستراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى، من خلال توفير الموارد البشرية والمادية اللازمة، وتمكين فرق مكافحة العدوى، وتعزيز التنسيق بين الإدارات المختلفة داخل المستشفى. ويسهم هذا الدعم في ترسيخ ثقافة مؤسسية قائمة على السلامة والجودة، ويزيد من فاعلية تنفيذ الخطط والإجراءات الوقائية.
- كما توصي الدراسة بأهمية تعزيز ثقافة البحث والتقييم المستمر داخل المستشفيات، من خلال تشجيع إجراء دراسات دورية لتقييم مستوى الالتزام بإجراءات مكافحة العدوى وقياس أثر الاستراتيجيات المطبقة. ويساعد ذلك على ضمان التحسين المستمر، ومواكبة التحديات الصحية المتغيرة، والاستفادة من نتائج الأبحاث في تطوير السياسات والممارسات الصحية.
- توصي الدراسة بضرورة تعزيز التنسيق بين المستشفيات والجهات الصحية المعنية على مستوى المملكة، بما يسهم في تبادل الخبرات وأفضل الممارسات في مجال إدارة المخاطر الصحية للعدوى. ويُعد هذا التنسيق خطوة مهمة نحو توحيد

الجهود الوطنية، وتحقيق مستويات أعلى من السلامة الصحية وجودة الرعاية، بما يتماشى مع توجهات تطوير القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية.

المراجع

- Abalkhail, A. (2022). Institutional Factors Associated with Infection Prevention and Control Practices Globally during the Infectious Pandemics in Resource-Limited Settings. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9696365/>
- Alamer, A. (2022). Healthcare-Associated Infections (HAIs): Challenges and Measures Taken by the Radiology Department to Control Infection Transmission. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9781912/>
- Aleanizy, F. S. (2022). Risk management and infection control preparedness of Saudi healthcare facilities to overcome the COVID-19 pandemic. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772707622000583>
- Alkhurayji, K. S. (2025). Factors Associated with Non-Compliance with Healthcare Accreditation in Saudi Arabia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Retrieved from <https://www.mdpi.com/2227-9032/13/6/580>
- Alqahtani, F. (2020). Saudi Healthcare Facilities Risk Management and Infection Control Preparedness to Overcome Covid-19 Pandemic. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/343958918_Saudi_Healthcare_Facilities_Risk_Management_and_Infection_Control_Preparedness_to_Overcome_Covid-19_Pandemic
- Alqashanin, F. M. (2025). Infection Control and Viral Reduction: A Review of Strategies, Responsibilities, and Impacts of Medical Staff. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/396655968_Infection_Control_and_Viral_Reduction_A_Review_of_Strategies_Responsibilities_and_Impacts_of_Medical_Staff
- Alrebish, S. A. (2023). Epidemiology of Healthcare-Associated Infections and Adherence to the HAI Prevention Strategies. Retrieved from <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/1/63>
- Alshammari, I. T. (2025). Prevalence, Microbiological Profile, and Risk Factors of Healthcare-Associated Infections in Intensive Care Units: A Retrospective Study in Aljouf, Saudi Arabia. Retrieved from <https://www.mdpi.com/2076-2607/13/8/1916>
- Alslamah, T. (2022). The National Strategies for and Challenges in Infection Prevention and Control of the Healthcare System in the Kingdom of Saudi Arabia (Review Study). Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9416472/>
- Assiri, A. M. (2024). Evaluation of Infection Prevention and Control Programmes (IPC), and Assessment Tools for IPC-Programmes at MOH-Health Facilities in Saudi Arabia. Retrieved from <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=46633>
- Elnakib, M. (2018). GENERAL PRINCIPLES OF INFECTION CONTROL AND SAFETY INITIATIVES. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/367928367_GENERAL_PRINCIPLES_OF_INFECTION_CONTROL_AND_SAFETY_INITIATIVES
- Javaid, M. (2024). Health informatics to enhance the healthcare industry's culture: An extensive analysis of its features, contributions, applications and limitations. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2949953424000092>
- Kaya, G. K. (2018). A framework to support risk assessment in hospitals. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6528703/>

- Lee, L. M. (2017). Identifying, Understanding, and Managing Patient Safety and Clinical Risks in the Clinical Research Environment. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7148610/>
- Library, J. (2024). Practices of falls risk assessment and prevention in acute hospital settings: a realist investigation. Retrieved from <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hsdr/JWQC5771>
- Luca, C. D. (2025). The effect of digital technologies and staff skill sets on hospital resilience: The role of supply chain information integration. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0040162525001064>
- McGowan, J. (2023). Risk Management Event Evaluation and Responsibilities. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559326/>
- Padhi, A. (2025). Establishing robust infection control at a new hospital: the AIIMS Rajkot experience. Retrieved from https://ijic.info/article/view/23790/14989#content/contributor_reference_1
- Pascarella, G. (2017). Risk Analysis in Healthcare Organizations: Methodological Framework and Critical Variables. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/353083862_Risk_Analysis_in_Healthcare_Organizations_Methodological_Framework_and_Critical_Variables
- Puro, V. (2022). Pillars for prevention and control of healthcare-associated infections: an Italian expert opinion statement. Retrieved from <https://aricjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13756-022-01125-8>
- Qureshi, M. O. (2022). Supporting the Delivery of Infection Prevention and Control Training to Healthcare Workers: Insights from the Sector. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/360696640_Supporting_the_Delivery_of_Infection_Prevention_and_Control_Training_to_Healthcare_Workers_Insights_from_the_Sector
- Rahman, G. R. (2024). Study on Knowledge of Infection Control Practice of Healthcare Workers. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11426653/>
- Sharma, D. (2025). Risk Assessments and Identification Strategies in Healthcare Sector. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/394318219_Risk_Assessments_and_Identification_Strategies_in_Healthcare_Sector
- Sonpar, A. (2025). Multimodal strategies for the implementation of infection prevention and control interventions—update of a systematic review for the WHO guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the facility level. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1198743X25000163>
- Storr, J. (2017). Core components for effective infection prevention and control programmes: new WHO evidence-based recommendations. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5223492/>
- Thandar, M. M. (2022). Effectiveness of Infection Control Teams in Reducing Healthcare-Associated Infections: A Systematic Review and Meta-Analysis. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9779570/>
- Zhang, S. (2025). Utilising human factors systems approach to support the well-being of healthcare workers: a qualitative study of work system interactions during the COVID-19 pandemic. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007/s10111-025-00796-8>

الملاحق

الموضوع: طلب تحكيم استبيان بحثي

الدكتور/..... المحترم،

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

أتمنى أن تكونوا بخير وبأفضل حال.

أود إبلاغكم بأنني طالب في جامعة ميدأوشن - كلية الإدارة - تخصص ماجستير في إدارة صحية، وأعمل حالياً على بحث بعنوان "تقييم استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية"، وذلك كجزء من متطلبات درجة الماجستير في الإدارة الصحية.

أتوجه إليكم بهذا الطلب لأستفيد من خبراتكم القيمة في تحكيم الاستبيان الخاص ببحثي. أرفق لكم نسخة من الاستبيان، وأرجو منكم التكرم بمراجعتها وإبداء ملاحظاتكم واقتراحاتكم حول مدى دقة وملاءمة العبارات المطروحة لقياس الأهداف المرجوة من الدراسة كما أرجو منكم اقتراح أي تعديلات ترونها مناسبة سواء بإعادة صياغة العبارات، أو حذفها، أو إضافة عبارات جديدة. أشكركم جزيل الشكر على وقتكم وجهودكم، وأتطلع إلى تلقي ملاحظاتكم القيمة.

مع خالص التقدير والاحترام..

رامية صالح عبد القادر تماراز

طالبة ماجستير إدارة صحية

كلية الإدارة، جامعة ميد أوشن

الاستبيان

بسم الله الرحمن الرحيم

السيد/..... المحترم،

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

أود إبلاغكم بأني طالب في جامعة ميدأوشن - كلية الإدارة - تخصص ماجستير في الإدارة الصحية، وأعمل حالياً على بحث بعنوان "تقييم استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية للعدوى في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية"، كجزء من متطلبات درجة الماجستير في الإدارة الصحية. ونظراً لأهمية آرائكم القيمة، أرجو منكم التفضل بالإجابة على هذا الاستبيان وأكد لكم أن إجاباتكم ستكون محل تقدير كبير وستعامل بسرية تامة، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي. لذا أرجو أن تكون إجاباتكم دقيقة وصادقة قدر الإمكان للمساهمة في تحقيق نتائج دقيقة.

شاكر لكم حسن تعاونكم

رامية صالح عبد القادر تمرارز

طالبة ماجستير إدارة صحية

كلية الإدارة جامعة ميد أوشن

المشرفين

أ.د. الفيصل عبد الحميد محمد

أ.د. فايز علي جراد

كلية الإدارة، جامعة ميدأوشن

الاستبانة

الإجابة					الأسئلة
					1- الأسئلة العامة
60+	50-60	40-50	30-40	20-30	العمر
			أنثى	ذكر	الجنس
دكتوراه	ماجستير	شهادة عليا	درجة البكالوريوس	شهادة الدراسة الثانوية	الدرجة العلمية
					2- أسئلة الاستبيان
أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	توجد في المستشفى سياسات مكتوبة وواضحة لإدارة مخاطر العدوى.
أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	تلتزم إدارة المستشفى بتطبيق المعايير الوطنية والدولية لمكافحة العدوى.
أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	يتم تحديث استراتيجيات إدارة مخاطر العدوى بشكل دوري.
أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	توفر المستشفى برامج تدريب منتظمة للعاملين حول الوقاية من العدوى.
أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	يمتلك العاملون المعرفة الكافية بإجراءات مكافحة العدوى.
أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	يتم الالتزام بإجراءات التعقيم والنظافة داخل أقسام المستشفى.
أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	تتوفر المستلزمات والأدوات اللازمة للوقاية من العدوى بشكل مستمر.
أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	تطبق المستشفى آليات فعالة لرصد حالات العدوى المكتسبة داخلها.
أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	يتم الإبلاغ عن حالات العدوى وتحليل أسبابها بشكل منظم.
أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	تسهم استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية في تقليل معدلات العدوى في المستشفى.
أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	تساعد إجراءات مكافحة العدوى في تحسين سلامة المرضى.
أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	تسهم إدارة مخاطر العدوى في حماية العاملين الصحيين من التعرض للأمراض.

أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	توجد رقابة مستمرة على الالتزام بإجراءات مكافحة العدوى.
أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	يتم استخدام نتائج تقييم المخاطر في تحسين خطط مكافحة العدوى.
أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	تسهم إدارة مخاطر العدوى في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.
أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	تعزز استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية ثقة المرضى في المستشفى.
أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	تؤدي فعالية إدارة مخاطر العدوى إلى تحسين الأداء العام للمستشفى.

➤ <https://forms.gle/CWXdzQwe5Xkmmqij6>

Abstract

This study aims to evaluate infection risk management strategies in hospitals in the Kingdom of Saudi Arabia, focusing on the effectiveness of infection control policies and procedures, training and awareness programs for healthcare workers, and infection monitoring, evaluation, and control systems. The study employed a quantitative methodology for data collection and analysis, with a sample of 240 participants from various hospitals, including physicians, nurses, and healthcare technicians directly involved in infection risk management. The results showed that the regular application of policies and procedures, coupled with effective training programs and rigorous monitoring systems, significantly contributes to improving the effectiveness of infection risk management and reducing the likelihood of infection transmission among patients and healthcare workers. Based on these findings, the study recommends strengthening continuing education programs, regularly updating infection control policies, and enhancing monitoring and follow-up mechanisms to ensure compliance with preventive measures.

Keywords: Risk management, infection, hospitals, health policies, healthcare training, monitoring and evaluation, infection prevention

Midocean University
College of Management
Master's Degree in Health Administration



**Evaluating Health Risk Management Strategies for Infections in Hospitals in the Kingdom
of Saudi Arabia**

Prepared by/

Ramia Saleh Abdul Qader Tamraz

University ID/

Supervised by/

Dr.Alfaisal Abdelhameed Mohamed

Dr.Fayez Ali Jrad

Year

2025