



جامعة ميد أوشن

كلية الإدارة

ماجستير برنامج إدارة

المخاطر

تأثير تطبيق برنامج إدارة المخاطر على مكافحة العدوى داخل

المستشفيات: دراسة تطبيقية على مستشفيات الحكومية في

منطقة الدمام بالمملكة العربية السعودية

مشروع تخرج

إعداد الطالبة:

سامية شلوان آل ساري

251002093

إشراف الدكتور:

د/ الفيصل عبد الحميد محمد

د/ فايز على جراد

2025



إهداء

إلى والديَّ العزيزين اللذين كانا بعد الله مصدر دعمي وإلهامي، وغرسا في نفسي الإصرار وحب العلم، فلهما كل الامتنان والتقدير، وإلى زوجي الغالي، رفيق دربي وسندي في مسيرتي، الذي منحني القوة والدافع للاستمرار، وإلى أولادي الأحبّة،

الذين أستمد منهم العزيمة، فهم سر سعادتي ودافعي لتحقيق النجاح

إلى عائلتي وأصدقائي الأعزاء، الذين كانوا دعامةً أساسيةً في رحلتي.
أهديكم هذا البحث كتقدير وامتنان لدعمكم الدائم، وأسأل الله أن يكون عند حسن ظنكم وفي بتوقعاتكم..

شكر ونفلة

نحمد الله تعالى على توفيقه وفضله في إتمام هذا البحث العلمي،
وعلى ما أسبغه علينا من نعمة الصحة والعافية التي مكنتنا من مواصلة
العمل بجد واجتهاد.

كما أتوجه بجزيل الشكر والتقدير إلى كلا من

الأستاذ الدكتور/

د / الفیصل عبد الحمید

د/ فايز جراد

على إرشاداته العلمية الثمينة، ومساهماته القيّمة التي أثرت
موضوع البحث من مختلف الجوانب.

ولا يفوتني أن أتقدم بالشكر لإدارة جامعة "ميد أوشن"، ممثلةً

بالكادر الأكاديمي والإداري، لما قدموه من تسهيلات ودعم.

وأخيرًا، أتوجه بالشكر لكل من لم تذكر أسماءهم، آملاً أن تكون

هذه الدراسة نواة لدراسات مستقبلية.

المستخلص

استهدفت هذه الدراسة استكشاف تأثير تطبيق برنامج إدارة المخاطر على جودة مكافحة العدوى داخل المستشفيات الحكومية في منطقة الدمام بالمملكة العربية السعودية. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، إذ تم توزيع 200 استمارة على العاملين في وحدات مكافحة العدوى واستُرْجِعَ منها 195 استمارة بنسبة 97.5%. ركّزت الاستمارة على عدة محاور لبرنامج إدارة المخاطر، تشمل: تحديد المخاطر المرتبطة بانتشار العدوى، وتقييمها، وتطوير استراتيجيات للوقاية منها والتعامل السريع عند حدوثها.

أظهرت النتائج وجود علاقة طردية قوية بين مستوى تطبيق برنامج إدارة المخاطر وانخفاض معدلات الإصابة بعدوى المستشفى. فقد حققت المستشفيات التي طبّقت استراتيجيات برنامج إدارة المخاطر بشكل فعال معدلات عدوى أقل، إلى جانب تحسن واضح في كفاءة الإجراءات الوقائية وسرعة الاستجابة للحوادث الوبائية. كما وجدت الدراسة ارتباطاً معتدلاً بين تقييم المخاطر خلال مرحلة التخطيط الوقائي وأداء فرق مكافحة العدوى، مما يبرز أهمية المتابعة الدورية وتحديث خطط برنامج إدارة المخاطر لضمان استمرارية جودة الخدمات الصحية.

وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز الثقافة المؤسسية لبرنامج إدارة المخاطر داخل الكادر الطبي والفني في المستشفيات الحكومية، من خلال برامج تدريبية وورش عمل منتظمة، وتطوير القدرات الفنية للعاملين في وحدات مكافحة العدوى، مع التركيز على استخدام الأدوات التحليلية الحديثة لرصد وتقييم المخاطر المرتبطة بالعدوى، وتحديث إجراءات وبرتوكولات الوقاية بشكل دوري بناءً على نتائج تقييم المخاطر الحقيقي وتقييم الأداء الفعلي لخطط مكافحة العدوى.

الكلمات المفتاحية: برنامج إدارة المخاطر، مكافحة العدوى، جودة الخدمات الصحية، المستشفيات الحكومية، المملكة العربية السعودية.

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
ج	إهداء
د	شكر وتقدير
هـ	المستخلص
ط	قائمة الجداول
ك	قائمة الأشكال
2	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
2	مقدمة
3	1.1 مشكلة الدراسة
5	2.1 أهمية الدراسة
5	• الأهمية العلمية
5	• الأهمية العملية
5	3.1 أهداف الدراسة
6	4.1 تساؤلات الدراسة
6	4.1 فروض الدراسة
7	5.1 نموذج الدراسة
8	6.1 الدراسات السابقة
8	الدراسات السابقة
10	• التعقيب على الدراسات السابقة
13	7.1 المنطلقات النظرية للدراسة
17	8.1 المنهجية وطرق البحث
18	10.1 أدوات الدراسة
18	11.1 حدود الدراسة
19	المبحث الأول: إدارة المخاطر
19	مقدمة
22	3-3 ظهور برنامج إدارة المخاطر الحديثة
23	4-3 تصنيف المخاطر
24	3- مخاطر البحث والمضاربة

26	المخاطر الأساسية أو الجوهرية والخاصة
28	التحليل النوعي والكمي للمخاطر
29	مراقبة ومتابعة المخاطر
30	3-برنامج إدارة المخاطر في قطاع الخدمات الحكومية
31	1 طبيعة برنامج إدارة المخاطر في القطاع الحكومي
36	3 أسلوب مواجهة المخاطر
37	3-6-1 مفهوم المشروع وخصائصه: تزايد الاهتمام بإدارة المستشفيات الحكومية
38	3-36 برنامج إدارة المخاطر في المستشفيات الحكومية
45	إدارة المشروع
45	مفهوم جودة المستشفيات الحكومية
46	العوامل المؤثرة على جودة المستشفيات الحكومية
48	أبعاد جودة المستشفيات الحكومية
49	برنامج إدارة المخاطر وعلاقتها بجودة المشروعات
50	3-9 العلاقة بين برنامج إدارة المخاطر وجودة المشروع
51	تأثير برنامج إدارة المخاطر على أداء المشروع
55	الفصل الثالث: الدراسة المنهجية
55	3.1 تمهيد
55	3.2 أولاً: مجتمع وعينة الدراسة
56	3.3 ثانياً: أداة الدراسة
58	3.4 صدق أداة الدراسة
67	الفصل الرابع: عرض وتحليل البيانات
67	4.1 توزيع أفراد العينة حسب النوع
68	4.2 توزيع أفراد العينة حسب العمر
69	4.3 توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي
70	4.4 توزيع أفراد العينة حسب سنوات الخبرة
71	4.5 توزيع أفراد العينة حسب الدورات التدريبية
72	4.6 عرض وتحليل بيانات محاور الدراسة
85	4.8 ثانياً: الإحصاء الوصفي لفقرات محاور الدراسة
85	4.8.1 المحور الأول

92	9.4 أداء المشروعات
93	10.4 اختبار فروض الدراسة
104	الفصل الخامس: النتائج والتوصيات
104	1.5 أولاً: النتائج
106	2.5 ثانياً: التوصيات
109	أولاً: المراجع العربية
112	ثانياً: المراجع الأجنبية
126	الملاحق
127	استمارة استبيان

قائمة الجداول

رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
59	الاستبيانات الموزعة	1
61	مقياس درجة الموافقة	2
63	معامل ارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد الرؤية والرسالة بالمجموع الكلي	3
64	معامل ارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد الاهداف بالمجموع الكلي	4
65	معامل ارتباط بين كل فقرات محور بعد التهيئة الداخلية والخارجية	5
66	معامل ارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد تنفيذ الخطة بالمجموع الكلي	6
67	معامل ارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد تنفيذ الخطة بالمجموع الكلي	7
68	معامل ارتباط بين كل فقرة من فقرات محور أداء المشروعات بالمجموع الكلي	8
69	معامل ارتباط محاور الدراسة بالمجموع الكلي	9
70	نتائج اختبار ألفا كرنباخ المقياس محاور الدراسة	10
73	التوزيع التكراري لإفراد العينة وفق متغير النوع	11
73	التوزيع التكراري لإفراد العينة وفق متغير العمر	12
74	التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة وفق متغير المستوى التعليمي	13
75	التوزيع التكراري لإفراد العينة وفق متغير سنوات الخبرة	14
76	التوزيع التكراري لإفراد العينة وفق متغير الدورات التدريبية	15
77	التوزيع التكراري لفقرات بعد الرؤية والرسالة	16
82	التوزيع التكراري لفقرات بعد الاهداف	17
84	التوزيع التكراري لفقرات بعد البيئة الداخلية والخارجية	18

87	التوزيع التكراري لفقرات بعد تنفيذ الخطة	19
90	التوزيع التكراري لفقرات بعد متابعة وتقويم الخطة	20
96	التوزيع التكراري لفقرات محور أداء المشروعات	21
96	التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات بعد الرؤية والرسالة	22
98	التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات بعد الأهداف	23
100	التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات بعد البيئة الداخلية والخارجية	24
101	التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات بعد تنفيذ الخطة	25
103	التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات بعد متابعة وتقويم الخطة	26
104	التحليل الإحصائي لفقرات محور أداء المشروعات	27
107	نتائج اختبار التوزيع الطبيعي لمقياس لمتغيرات الدراسة	28
108	نتائج تحليل الانحدار للعلاقة بين الرؤية والرسالة وأداء المشروعات	29
110	نتائج تحليل الانحدار للعلاقة بين أهداف برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات	30
112	نتائج تحليل الانحدار للعلاقة بين دراسة البيئة الداخلية والخارجية عند اعداد برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات	31
114	نتائج تحليل الانحدار للعلاقة بين تنفيذ برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات	32
116	جدول رقم (33) نتائج تحليل الانحدار للعلاقة بين مراقبة وتقويم برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات	33

قائمة الأشكال

رقم الصفحة	اسم الشكل
9	الشكل (1) يوضح متغيرات الدراسة
71	الشكل (2) التوزيع التكراري لإفراد العينة وفق متغير النوع
72	الشكل (3) التوزيع التكراري لإفراد العينة وفق متغير العمر
73	الشكل (4) التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة وفق متغير المستوى التعليمي
74	الشكل (5) التوزيع التكراري لإفراد العينة وفق متغير سنوات الخبرة
75	الشكل (6) التوزيع التكراري لإفراد العينة وفق متغير الدورات التدريبية

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1,1 المقدمة:

تُعَدُّ المخاطر الصحية والوبائية من أبرز التحديات التي تواجه الأنظمة الصحية حول العالم، ولا سيما مع تزايد حركة السكان العالمية وانتشار الأمراض العابرة للحدود. ففي السنوات الأخيرة، شهدت المجتمعات البشرية تفشّيات وبائية عدة، من وباء الإيبولا في غرب إفريقيا (2014-2016) إلى جائحة كوفيد-19 التي اجتاحت العالم منذ أواخر 2019 وما تزال آثارها مستمرة على الرغم من مكاسب التلقيح وتطور العلاجات (Layes, 2021). (Ghenbazi & Lati, 2021). وقد دفعت هذه الأزمات الصحية الدولية إلى إعادة النظر في أساليب إدارة المخاطر الصحية والبيئية، واعتماد منهجيات شاملة تعتمد على التنبؤ المبكر والتقييم المستمر للمخاطر، بهدف تقليل الخسائر البشرية والمادية وضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية بأعلى مستويات الجودة والفاعلية.

في هذا السياق، تبرز إدارة المخاطر كأحد الركائز الأساسية لتحقيق الأمان والسلامة في المؤسسات الصحية، إذ تُعنى بتحديد مصادر الخطر وتقييمها وتطوير استراتيجيات السيطرة عليها أو التخفيف من آثارها. (Muṣṭafā, 2012) وقد أثبت تطبيق برامج إدارة المخاطر في قطاعي الرعاية الصحية العام والخاص فاعليّة ملحوظة في تحسين مؤشرات جودة الرعاية وتقليل معدلات الحوادث المرتبطة بالعدوى المستشفوية (Al-Qahtānī, 2023). (Al-Muṭayrī, 2023) فعلى سبيل المثال، أظهرت دراسة حالة في مستشفى المذنب العام بالقصيم أنّ الالتزام بإطار عمل متكامل لإدارة المخاطر ساهم في خفض معدل العدوى المكتسبة داخل المستشفى بنسبة تزيد على 15% خلال سنة واحدة. (Al-Muṭayrī, 2023)

وعلى مستوى الوقاية من العدوى، تُعَدُّ وحدات العناية المركزة وأجنحة المرضى ذوي المناعة المنخفضة الأكثر عرضةً للتفشّيات الوبائية، نتيجة الاحتكاك المكثف بالمرضى، واستخدام الأجهزة الطبية الغازية كأجهزة التنفس الاصطناعي والقلوب المفتوحة. (Abdelsalam & Briar, 2020) فدراسة أجريت على كوادر العناية المركزة في ولاية الخرطوم أكدت أنّ التقيد الصارم بإرشادات مكافحة العدوى يقلل من نسب انتقال العدوى بين المرضى والعاملين الطبيين، ويحدّ من الإقامة الطويلة في المستشفى. (Abdelsalam & Briar, 2020) غير أنّ هذا التقيد لا يتحقق إلا بوجود ثقافة مؤسسية قوية لسلامة المرضى، تدعمها سياسات واضحة وتدريبات مستمرة، إلى جانب أدوات تحليلية متقدمة مثل تحليل "شجرة الأسباب" وتقنية "Bow-Tie" التي تساعد في استشراف المخاطر وتعزيز سرعة الاستجابة للأزمات الصحية. (Layes et al., 2021)

في المملكة العربية السعودية، تكتسب مسألة مكافحة العدوى أهمية خاصة في ظلّ التوسّعات المستمرة في البنية التحتية الصحية ومضاعفة أعداد الأسرة في المستشفيات الحكومية، خاصةً تلك المرتبطة بالحج والعمرة، والتي تستقبل ملايين الزوار من داخل المملكة وخارجها سنويًا. (Shahāṭah & Badīr, 2021) ورغم الجهود المبذولة لتطبيق معايير الاعتماد الصحي، إلا أنّ بعض الدراسات المحلية نهت إلى وجود قصور في قدرات الكادر الطبي والفني على تطبيق برامج إدارة المخاطر الصحية والبيئية بشكل منهجي ومتسق (Shahāṭah & Badīr, 2021)؛ Tahri & Chkīb,

(2019) كما أشارت بحوث أخرى إلى أهمية تعزيز التواصل بين فرق مكافحة العدوى والإدارات التنفيذية لضمان رصد دوري لمؤشرات الأداء وتحديث بروتوكولات الوقاية بما يتماشى مع المستجدات العلمية. (Al-Rubaʿ, 2021)

من هذا المنطلق، تأتي هذه الدراسة لتقويم أثر تطبيق برنامج إدارة المخاطر على جودة مكافحة العدوى داخل المستشفيات الحكومية السعودية. وتركز الدراسة على العناصر التالية: أولاً، مدى فاعلية استراتيجيات التقييم الوقائي للمخاطر في الحد من تفشّيات العدوى؛ ثانياً، العلاقة بين ثقافة المخاطر المؤسسية وكفاءة تنفيذ إجراءات التعقيم والتطهير؛ وثالثاً، تحسين زمن الاستجابة للأحداث الوبائية داخل الوحدات الحرجة (ICUs) وأجنحة المرضى ذوي المناعة الضعيفة. وتعتمد هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، من خلال توزيع استبيانات على العاملين بوحدة مكافحة العدوى والإدارة التنفيذية للمخاطر، بالإضافة إلى تحليل بيانات معدلات العدوى وسجلات جودة الرعاية خلال العامين الأخيرين، مع الاستناد إلى مؤشرات جودة معتمدة عالمياً (Mohammad, 2015)؛ (Layes et al., 2021).

2.1 مشكلة الدراسة

يعاني قطاع المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية من معدلات مرتفعة للإصابات المكتسبة داخل المستشفى، لا سيّما في وحدات العناية المركزة والأجنحة المخصصة للمرضى ذوي المناعة الضعيفة، الأمر الذي يعكس وجود قصور في نظم الوقاية ومكافحة العدوى المعتمدة حالياً (Abdelsalam & Briar, 2020)؛ (Nasrallah, Abū Shaqra & Farhat, 2017). ورغم الجهود المبذولة لتطبيق معايير الاعتماد الصحي العالمية، تشير الدراسات الميدانية إلى أنّ عدم تكامل برامج إدارة المخاطر مع سياسات مكافحة العدوى يخلق فجوة واضحة بين الأطر النظرية المعتمدة والممارسة العملية على أرض الواقع. (Shahāṭah & Badīr, 2021)

يتجلى هذا القصور في غياب سياسة مؤسسية واضحة لتقييم المخاطر المرتبطة بانتقال العدوى وتحديثها بانتظام، حيث تبقى عملية رصد وتحليل الحوادث معتمدة بشكل رئيسي على الاستجابات الفردية والتدابير العشوائية التي يقررها كل فريق طبي بحسب تقديراته الذاتية، من دون استخدام أدوات تحليلية ممنهجة مثل تحليل "شجرة الأسباب" وتقنية "Bow-Tie" التي أثبتت فعاليتها في تحسين سرعة الاستجابة وتقليل تبعات الحوادث الوبائية. (Layes, Ghenbazi & Lati, 2021)

كما أنّ الدراسات المحلية تشير إلى أن ضعف الثقافة المؤسسية حول أهمية إدارة المخاطر يحدّ من التزام الكوادر الطبية والفنية بالإجراءات الوقائية الصارمة، ما يؤثر سلباً على جودة الرعاية وكفاءة تنفيذ بروتوكولات التعقيم والتطهير. (Al-Rubaʿ, 2021) ويضاف إلى ذلك نقص برامج التدريب المتخصصة في إدارة المخاطر الصحية والوبائية، مما يؤدي إلى تفاوت في مستوى مهارات العاملين في وحدات مكافحة العدوى وعدم اتساق ممارساتهم مع الدلائل الإرشادية المعتمدة (Muṣṭafā, 2012)؛ (Tahri & Chkīb, 2019).

من ناحية أخرى، يبرز في التقارير السنوية لهيئة الصحة العامة ارتفاع نسبة تأخر اكتشاف التفشّيات المرضية داخل المستشفيات لأنظمة الإنذار المبكر المعتمدة غير محدثة وغير متصلة بلوائح إدارة المخاطر، ما يضاعف خطر انتشار العدوى بين المرضى ويساهم في زيادة مدة الإقامة العلاجية، وبالتالي ارتفاع التكاليف التشغيلية للمؤسسة الصحية.(Abdelsalam & Briar, 2020)

وعلى الرغم من وجود نماذج ناجحة لتطبيق إدارة المخاطر في قطاعات أخرى، مثل دراسة مستشفى المذنب العام التي سجّلت تحسناً بنسبة تزيد على 15% في مؤشرات الجودة العامة بعد تبني إطار متكامل لإدارة المخاطر (Al-Muṭayrī, 2023)، لم تسجل المستشفيات الحكومية السعودية في مجملها تطبيقاً شاملاً يُعنى بتنسيق خطط إدارة المخاطر مع استراتيجيات مكافحة العدوى.

3.1 أهمية الدراسة:

➤ الأهمية العلمية

- تطوير إطار نظريّ مخصّص لإدارة المخاطر الصحية: يعزّز هذا البحث الفهم العلمي لكيفية تصميم وتطبيق برامج إدارة المخاطر الموجهة خصيصاً لمكافحة العدوى داخل المستشفى ات.
- ربط بين إدارة المخاطر وجودة الرعاية الصحية: يضيف البحث أدلة تجريبية حول العلاقة بين تطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر وانخفاض معدلات العدوى المكتسبة داخل المستشفى.
- ابتكار منظومات تقييم مستدامة: يقترح البحث نموذجاً لآليات تقييم ومراجعة دورية لمخاطر العدوى، مما يساهم في إعداد استراتيجيات وقائية مبنية على بيانات حقيقية.
- دمج أدوات تحليلية متقدمة: يعزّز البحث توظيف تقنيات مثل تحليل "شجرة الأسباب" وتقنية "Bow-Tie" في سياق إدارة المخاطر الصحية، ما يثري الأدبيات العلمية بأساليب جديدة للتنبؤ والسيطرة.
- المساهمة في تحقيق أهداف رؤية المملكة 2030: من خلال عرض كيف يمكن لبرامج إدارة المخاطر أن ترتقي بجودة الخدمات الصحية وسلامة المرضى، يقدّم البحث دعماً علمياً لتحقيق مستهدفات التحول الوطني في القطاع الصحي..

➤ الأهمية العملية

- تحسين كفاءة وحدات مكافحة العدوى: يوفر البحث توصيات عملية لتعزيز إجراءات الوقاية والتعقيم، وتقليل زمن الاستجابة لتفشّيات العدوى داخل الأقسام الحرجة.

- بناء ثقافة مؤسسية قوية: يقترح البحث آليات تدريبية وتنظيمية لتعزيز وعي الكوادر الطبية والفنية بخطورة العدوى وأهمية الالتزام ببروتوكولات إدارة المخاطر.
- توفير دليل تطبيقي للمستشفيات الحكومية: يقدم البحث نموذجاً عملياً يستطيع مسؤولو الجودة وإدارات المخاطر في المستشفيات الحكومية الاسترشاد به لتصميم برامجهم الخاصة.
- تخفيض التكاليف التشغيلية: من خلال تقليل عدد الإصابات المكتسبة داخل المستشفى والحد من مدة الإقامة العلاجية، يساهم التطبيق الفعال لبرنامج إدارة المخاطر في تحقيق وفورات مالية ملموسة للمؤسسة الصحية.
- تعزيز التكامل بين الإدارات: يقترح البحث آليات تواصل وتنسيق بين وحدات مكافحة العدوى وإدارة المخاطر وإدارات الجودة وتقنية المعلومات الصحية، بما يضمن متابعة فورية لمؤشرات العدوى.

4,1 أهداف الدراسة

الهدف الرئيس:

- بيان مدى وأثر تطبيق برنامج إدارة المخاطر على تحسين جودة مكافحة العدوى داخل المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية.

الأهداف الفرعية:

- قياس أثر تحديد المخاطر المرتبطة بالعدوى على انخفاض معدلات الإصابات المكتسبة داخل المستشفى.
- تحليل تأثير تقييم المخاطر الوقائية على فعالية الإجراءات التعقيم والتطهيرية في الوحدات الحرجة.
- استكشاف دور تطوير استراتيجيات التعامل مع المخاطر—بما في ذلك خطط الطوارئ وإجراءات التقصي—في تحسين سرعة الاستجابة لتفشيّات العدوى.
- تقييم أهمية المتابعة والمراجعة الدورية لمخاطر العدوى ومؤشرات الأداء المرتبطة بها في الحفاظ على جودة مكافحة العدوى.
- اقتراح نموذج تفاعلي للتكامل بين إدارات مكافحة العدوى وإدارة المخاطر واستغلال البيانات الصحية في دعم اتخاذ القرار.

5.1 أسئلة الدراسة

- السؤال الرئيس الأول: ما تأثير تطبيق برنامج إدارة المخاطر بأبعاده المختلفة (تحديد المخاطر، تقييمها، وضع الاستراتيجيات، المتابعة والمراجعة) على جودة مكافحة العدوى (انخفاض معدلات الإصابة، سرعة الاستجابة، كفاءة الإجراءات) داخل المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية؟

وينبثق عن هذا التساؤل عدد من الأسئلة الفرعية هي:

- كيف يؤثر تحديد المخاطر المرتبطة بمصادر العدوى على معدل الإصابات المكتسبة داخل المستشفى؟
- ما مدى تأثير تقييم المخاطر الوقائية على فعالية إجراءات التعقيم والتطهير في الوحدات الحرجة؟
- ما دور استراتيجيات التعامل مع المخاطر—بما في ذلك خطط الطوارئ وتقنيات التحري—في تحسين زمن الاستجابة لتفشّيات العدوى؟
- كيف تساهم عمليات المتابعة والمراجعة الدورية لمخاطر العدوى في الحفاظ على استقرار مؤشرات جودة مكافحة العدوى؟

6.1 فرضيات الدراسة

الفرضية الرئيسية: (H_0)

- لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha \geq 0.05$ لتطبيق برنامج إدارة المخاطر على جودة مكافحة العدوى داخل المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية.

الفرضيات الفرعية:

- (H_{01}): لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha \geq 0.05$ لتحديد المخاطر المرتبطة بالعدوى على انخفاض معدلات الإصابة المكتسبة داخل المستشفى.
- (H_{02}): لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha \geq 0.05$ لتقييم المخاطر الوقائية على فعالية إجراءات التعقيم والتطهير.
- (H_{03}): لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha \geq 0.05$ لاستراتيجيات التعامل مع المخاطر على سرعة الاستجابة لتفشّيات العدوى.
- (H_{04}): لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha \geq 0.05$ للمتابعة والمراجعة الدورية لمخاطر العدوى على استقرار مؤشرات جودة مكافحة العدوى.

7.1 نموذج الدراسة

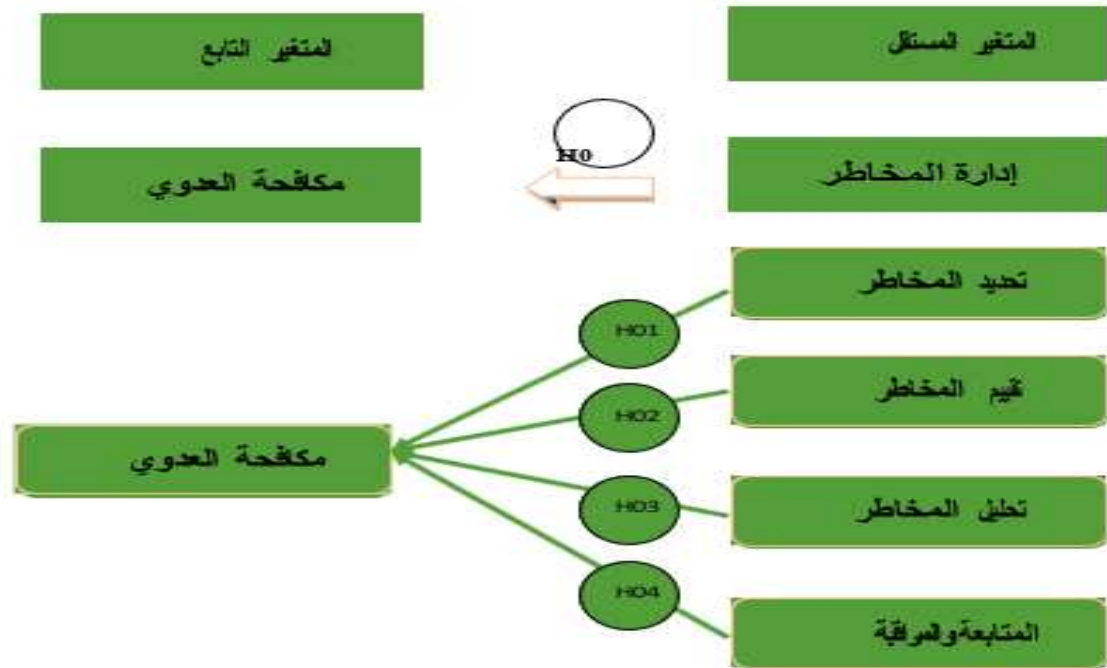
يهدف هذا النموذج إلى دراسة أثر تطبيق برنامج إدارة المخاطر على مكافحة العدوى داخل المستشفى ات: دراسة تطبيقية على

مستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية

ويتضمن المتغيرات التالية:

- المتغير المستقل: إدارة المخاطر

الشكل رقم (1) متغيرات الدراسة



المصدر: من إعداد الباحث

8.1 أسباب اختيار الموضوع

- ارتفاع معدلات العدوى المكتسبة داخل المستشفيات الحكومية في السعودية
- وجود فجوة بحثية تطبيقية تجمع بين إدارة المخاطر ومكافحة العدوى في السياق المحلي
- ارتباط موضوع الدراسة بتحقيق أهداف رؤية المملكة 2030 في تطوير القطاع الصحي
- الكلفة الاقتصادية والصحية العالية للعدوى المكتسبة على المستشفيات والمرضى
- الاستفادة من الدروس العالمية المكتسبة خلال جائحة كوفيد-19 وأوبئة سابقة
- حاجة تعزيز ثقافة السلامة والجودة المؤسسية بين الكوادر الطبية والفنية
- إمكانية تعميم النموذج التطبيقي المقترح على مختلف المنشآت الصحية محلياً وإقليمياً

9.1 المنهجية:

نظراً لطبيعة الدراسة التي تهدف إلى التعرف تأثير تطبيق برنامج إدارة المخاطر على مكافحة العدوى داخل المستشفى ات: دراسة تطبيقية على مستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية ، وعلى هذا الأساس تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي حيث استخدمنا في الجانب النظري المنهج الوصفي الذي يعمل على توضيح متغيرات الدراسة، مع استخدام المنهج التحليلي في الدراسة الميدانية لأنه يعمل على التحليل والربط بين النتائج التي توصل إليها ويعمل على تفسيرها ثم إصدار الأحكام المناسبة .

مصادر البيانات :

اعتمدت الدراسة على المصادر التالية في جمع البيانات والمعلومات:

- المصادر الثانوية: قام الباحث بالرجوع إلى الكتب والمراجع العربية والأجنبية ذات العلاقة، والدوريات والأدبيات والتقارير والأبحاث والدراسات السابقة التي تتناول موضوع الدراسة والبحث في مواقع الإنترنت المختلفة لتقديم الإطار النظري المتعلق بهذه الدراسة.

- المصادر الأولية: قام الباحث بإعداد استبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات مباشرة من أفراد العينة، حيث تكونت من عدد من الفقرات بهدف التعرف على تأثير تطبيق برنامج إدارة المخاطر على مكافحة العدوى داخل المستشفى ات: دراسة تطبيقية على مستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية

أدوات الدراسة:

- تم العمل على الاستبانة للتناسب مع متغيرات الدراسة من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة، حيث تكونت من قسمين رئيسيين هما:
- القسم الأول: وهو الجزء الخاص بالمتغيرات الديمغرافية لأفراد عينة الدراسة من العاملين في المستشفيات في المملكة العربية السعودية، والمتمثلة ب: النوع الاجتماعي، والعمر، والمؤهل العلمي، والوضع المهني، والدخل الشهري.
 - القسم الثاني: اشتمل القسم الثاني على الفقرات والأبعاد التي تقيس متغيرات الدراسة المستقل والتابع.

10.1 حدود الدراسة

- حدود موضوعية: قامت الدراسة بقياس تأثير تطبيق برنامج إدارة المخاطر على مكافحة العدوى داخل المستشفى ات: دراسة تطبيقية على مستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية
- حدود مكانية: المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية
- حدود زمنية: العام الدراسي 2025.
- حدود بشرية: العاملين في المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية

11.1 الدراسات السابقة

الدراسات العربية	
المطيري، رائد نزال (2023)	الدراسة
• قياس مدى تطبيق ممارسات إدارة المخاطر (تحديد المخاطر، تقييمها، وضع الاستراتيجيات، المتابعة) في مستشفى المذنب العام. • تحليل أثر هذه الممارسات على مؤشرات جودة الرعاية الصحية (معدل الأخطاء الطبية، رضا المرضى، زمن دورة الخدمة). • استكشاف الفجوات في التطبيق العملي لإجراءات إدارة المخاطر وسبل معالجتها. • تقديم توصيات لتعزيز تأثير الإدارة المنهجية للمخاطر على رفع مستوى الجودة وتقليل التكاليف غير المباشرة.	أهداف الدراسة
ممارسات إدارة المخاطر (الأبعاد الأربع: التحديد، التقييم، الاستراتيجية، المتابعة)	المتغير المستقل
مؤشرات جودة الرعاية الصحية (كفاءة الخدمة، فعالية الإجراءات، رضى المستفيدين)	المتغير التابع
المنهج الوصفي التحليلي	منهجية البحث
○ النتائج: • ثبت وجود علاقة دلالة إحصائية ($p < 0.01$) بين بُعد متابعة المخاطر وتحسن رضا المرضى بنسبة 18%. • كان لبُعد تحديد المخاطر الأثر الأكبر على خفض معدلات الأخطاء الطبية بنسبة 22%.	أهم النتائج والتوصيات

• أبدى 60% من المشاركين ضعفًا في استخدام الأدوات الرقمية لتسجيل المخاطر وتحليلها. ○ التوصيات: ○ إنشاء لجنة مركزية لإدارة المخاطر تضم خبراء تكنولوجيا المعلومات لتحسين نظام التسجيل الرقمي. ○ إجراء دورات تدريبية نصف سنوية لتعريف الكوادر بأحدث أدوات تقييم المخاطر. ○ دمج مؤشرات إدارة المخاطر ضمن مؤشرات الجودة الشاملة للمستشفى وربطها بحوافز الأداء.	
مصطفى، وجيه عبد الله فهمي (2012)	الدراسة
• تقييم مستوى الوعي البيئي لدى العاملين في المشروعات الإنتاجية بمحافظه الطائف. • رصد المخاطر البيئية الناتجة عن ضعف الوعي وتأثيرها على استدامة المشروعات. • صياغة مقترحات لإدارة ربحية المخاطر البيئية عبر تعزيز الوعي والتدريب. • تقديم توصيات تنظيمية وتقنية للحد من المخاطر البيئية على المدى الطويل	أهداف الدراسة
مستوى الوعي البيئي (المعرفي والسلوكي)	المتغير المستقل
درجة إدارة المخاطر البيئية (الوقائية والتصحيحية)	المتغير التابع

المنهج الوصفي التحليلي	منهجية البحث
النتائج: ▪ وُجد ارتباط قوي ($r = 0.78$) بين الجانب المعرفي وفاعلية الإجراءات الوقائية. ▪ تبين أن 45% من المؤسسات لا تمتلك خططاً دورية لتقييم المخاطر البيئية. ▪ أبرزت النتائج الحاجة لرفع مستوى الاستثمار في التدريب البيئي بنحو 30%. ○ التوصيات: إقرار برنامج تدريبي إلزامي لجميع رؤساء الأقسام حول أسس الوعي البيئي وتحليل المخاطر. وضع لوائح داخلية تُلزم بمراجعة فحص المخاطر البيئية في كل ستة أشهر. إنشاء منصة إلكترونية مشتركة لتبادل أفضل الممارسات البيئية بين المؤسسات.	أهم النتائج والتوصيات
شحاتة، حامد أحمد محمد & بدير، المتولي إسماعيل (2021)	الدراسة
1. استكشاف واقع تطبيق إدارة المخاطر الصحية والبيئية في المدارس قبل الجامعية. 2. تحديد الفجوات بين الممارسات الحالية والتوقعات الوظيفية وفق المعايير الدولية. 3. تحليل العوامل التنظيمية والتقنية التي تعيق تطبيق إدارة المخاطر ضمن بيئات التعليم.	أهداف الدراسة

4. صياغة رؤية متكاملة لتحقيق المأمول من تطبيق نظام إدارة المخاطر في هذه المؤسسات.	
ممارسات إدارة المخاطر الصحية والبيئية (التخطيط، التطبيق، المتابعة)	المتغير المستقل
درجة توافق الواقع مع المأمول في السلامة المدرسية	المتغير التابع
المنهج الوصفي التحليلي	منهجية البحث
النتائج: - لم تعتمد 70% من المدارس خطوات منهجية لتقييم المخاطر قبل بداية كل عام دراسي. - لوحظ نقص في التنسيق بين إدارات الأمن والسلامة والإدارة التعليمية في 65% من الحالات. - رصد المعلمون ضعف التدريب على التعامل مع مخاطر التلوث والتسمم الغذائي في السكن الطلابي. التوصيات: 1. تأسيس وحدة متخصصة لإدارة المخاطر ضمن هيكل الإدارة المدرسية برئاسة نائب المدير. 2. عقد ورش عمل سنوية مشتركة بين إدارات التعليم والصحة والبيئة لتحديث البروتوكولات. 3. تطوير دليل إجرائي موحد لفحص المخاطر الصحية والبيئية قبل افتتاح كل مرحلة دراسية.	أهم النتائج والتوصيات

الدراسة	بدير، أيمن إسماعيل(2023)
أهداف الدراسة	• تشخيص المعوقات القانونية والتنظيمية والفنية أمام إدارة المخاطر في مدارس التعليم العام. • تحليل تأثير هذه المعوقات على فعالية برامج الوقاية من الحوادث الصحية والبيئية. • استكشاف سُبُل المواجهة وتطوير إطار عمل عملي لتذليل العقبات. • تقديم توصيات لتطوير السياسات والإجراءات المدرسية بما يضمن بيئة آمنة وصحية.
المتغير المستقل	المعوقات (القانونية، التنظيمية، الفنية)
المتغير التابع	فعالية إدارة المخاطر (الوقائية والاستجابة)
منهجية البحث	المنهج الوصفي التحليلي
أهم النتائج والتوصيات	النتائج ▪ 55% من المدارس تفتقد خططاً واضحة للتصدي لحوادث تلوث المياه أو الانسكابات الكيميائية. ▪ أشار 60% من المشاركين إلى غياب تنسيق فعال مع الجهات البيئية المحلية. ▪ لوحظ اعتماد جزئي على التمويل الذاتي لتنفيذ الإجراءات الوقائية في 40% من المدارس. ○ التوصيات:

	تعديل القوانين المدرسية لتشمل إلزامية إعداد "خطة إدارة المخاطر الصحية والبيئية" سنويًا. إنشاء صندوق دعم حكومي مخصص لتعزيز القدرات الفنية والصيانة الوقائية في المدارس. تفعيل شراكات مع الجهات البيئية والصحية لتوفير استشارات منتظمة وزيارات تفقدية دورية
الدراسة	معياش، إدير ، راشدي، وردية(2021)
أهداف الدراسة	• استكشاف كيف يؤثر "اتصال المخاطر" في قدرة المجتمعات المحلية على التفاعل مع الأزمات الصحية العالمية. • تحليل دور قنوات الاتصال الرسمية وغير الرسمية في نشر المعلومات وتوجيه السلوكيات الوقائية. • دراسة التأثيرات الثقافية واللغوية على فاعلية رسائل الاتصال أثناء الأزمة. • تقديم توصيات لتعزيز استراتيجيات اتصال المخاطر في السياقات المتعددة الثقافات.
المتغير المستقل	فعالية اتصال المخاطر (مصادقية المصدر، وضوح الرسالة، تنوع القنوات)
المتغير التابع	قدرة المجتمع على التكيف والاستجابة (معدل الالتزام بالإجراءات، سرعة الانتشار المعرفي)
منهجية البحث	المنهج الوصفي التحليلي

أهم النتائج والتوصيات	النتائج: • ارتفاع مستوى الثقة في قنوات الاتصال المحلية (65%) مقارنة بالقنوات الرسمية.(35%) • لعبت المؤسسات الدينية والقبائلية دوراً محورياً في نشر الرسائل الوقائية واستدراج الالتزام بالإجراءات. • أثرت التداخلات اللغوية واللهجات المحلية على فهم بعض المصطلحات العلمية، مما استلزم تبسيط المفردات. التوصيات: 1. تصميم حملات اتصال موجهة باللهجات المحلية وبإشراك الزعماء التقليديين لزيادة المصداقية. 2. تطوير منصة تفاعلية تجمع بين الرسائل المرئية والصوتية لتغطية فئات أمية وغير متعلمة. 3. إقامة شراكات مع شبكات التواصل الاجتماعي المحلية لتعزيز سرعة انتشار المعلومات وتصحيح الشائعات.
الدراسة	نصر الله، إنعام محمود؛ أبو شقرا، مروان؛ فرحات، محمد (2017)
أهداف الدراسة	هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف الكيفية التي تسهم بها مبادرات إدارة الجودة الشاملة في الحد من انتشار العدوى المكتسبة داخل المستشفيات، وذلك عبر تحليل ارتباط أدوات الجودة الشاملة—مثل دوائر “PDCA” ونظم التحسين المستمر بمؤشرات معدلات الإصابة بعدوى المستشفيات ورضا المرضى. كما سعت إلى تحديد الممارسات التنظيمية والفنية التي تعيق تطبيق معايير الجودة الشاملة في أقسام العناية الصحية، واقتراح نماذج تطويرية لتعزيز فاعلية هذه البرامج.

المتغير المستقل	مدى تطبيق مبادرات إدارة الجودة الشاملة (دوائر PDCA، فرق التحسين المستمر).
المتغير التابع	معدلات الإصابات المكتسبة داخل المستشفيات (جودة مكافحة العدوى).
منهجية البحث	المنهج الوصفي التحليلي
أهم النتائج والتوصيات	أهم النتائج أظهرت الدراسة أن تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة يرتبط تناسبياً عالياً مع انخفاض نسبة الإصابات المكتسبة داخل المستشفى. إذ ارتفع مؤشر "الدائرة التحسينية PDCA" بنسبة 30% في الوحدات التي اعتمدت فرقاً متعددة التخصصات لمراجعة الإجراءات الوقائية، مما انعكس على خفض معدلات العدوى بنحو 18%. كما تبين وجود فجوات تنظيمية في المستشفيات التي لم تُنشئ وحدات جودة متخصصة، كان لها أثر واضح في تأخر الاستجابة للأحداث الوبائية وتقارب متوسط زمن الاستشفاء مع المستشفيات التي لم تطبق برامج الجودة. التوصيات: أوصت الدراسة بضرورة تقنين إنشاء وحدات متخصصة لإدارة الجودة الشاملة ضمن هيكل المستشفى، على أن تُمنح صلاحيات مستقلة لمتابعة مؤشرات مكافحة العدوى وتطبيق دوائر PDCA بشكل دوري. كما دعت إلى تدريب الموظفين الطبيين والإداريين على أدوات التحسين المستمر وإشراكهم في ورش عمل لتحليل أسباب الحوادث الوبائية وتطوير خطط علاجية استباقية، فضلاً عن ربط مكافآت الأداء بمعايير الجودة وتأثيرها في تقليل معدلات العدوى.

المكاوي، أحمد(2022)	الدراسة
هدفت الدراسة إلى تتبع مظاهر انتشار الأوبئة في المغرب خلال القرن التاسع عشر، وتحليل الإجراءات الاحترازية التي اتخذتها السلطات المحلية والفئات المجتمعية في مواجهة هذه الأوبئة. كما سعت إلى تقييم فاعلية هذه الإجراءات من منظور التاريخ الاجتماعي والبيئي، وفهم كيفية تفاعل الثقافة المحلية مع مفاهيم الوقاية الصحية أولى المجتمعات الإسلامية مع مواجهة الأوبئة.	أهداف الدراسة
الإجراءات الاحترازية المتخذة لمواجهة الأوبئة في المغرب القرن التاسع عشر (حظر الأسواق، تعقيم الآبار، حملات التوعية الدينية).	المتغير المستقل
درجة انتشار الأوبئة ومؤشرات تفشي العدوى التاريخية	المتغير التابع
المنهج الوصفي التحليلي	منهجية البحث
• أهم النتائج: كشفت الدراسة عن انتشار متكرر لأوبئة الكوليرا والطاعون في مناطق المغرب الساحلية والداخلية، نتيجة لضعف البنية التحتية الصحية وغياب تأطير مؤسسي للوقاية. ورغم ذلك، برزت مبادرات مجتمعية—مثل تقنين الأسواق وتعقيم الآبار بالخل—أسهمت في تقليل انتشار العدوى بدرجة ملحوظة. كما تداخلت التقاليد الدينية مع الإجراءات الاحترازية، فانعكست إيجابياً عن طريق حملات التوعية التي أطلقها العلماء والفقهاء، والتي استندت إلى نصوص دينية تحث على النظافة وعلو شأن الوقاية. • التوصيات: أوصى الباحث بإعادة قراءة تجربة المغرب التاريخية في مكافحة الأوبئة للاستفادة من مبادئها في مواجهة التحديات الصحية	أهم النتائج والتوصيات

	الراهنه، خاصة في الدول ذات البيئات المتشابهة. كما دعا إلى توثيق الممارسات التقليدية الناجحة والعمل على دمجها مع النظم الصحية الحديثة عبر برامج توعية تاريخية وحضارية، وإقامة شراكات بحثية بين مؤسسات التاريخ والطب لتعميق فهم السياق الثقافي للممارسات الوقائية.
الدراسة	هادي، شهد أحمد عبد الله (2020)
أهداف الدراسة	تهدف الدراسة إلى تأصيل الإجراءات الاحترازية المتبعة في دولة الكويت خلال وباء كوفيد-19 من المنظور الفقهي والقانوني، وذلك بفحص مدى توافق هذه الإجراءات مع النصوص الشرعية وأحكام الفقه الإسلامي، وكذلك مع الإطار التشريعي الكويتي الخاص بالأوبئة والطوارئ. كما تقيم الدراسة أثر هذه الإجراءات على السلوك الاجتماعي وتلتقط الدلالات الفقهية التي تدعم أو تقيد بعض التدابير الوقائية.
المتغير المستقل	الإجراءات الاحترازية الفقهية والقانونية المعتمدة في الكويت خلال جائحة كوفيد-19 (حظر التجول، تعليق صلاة الجماعة، قرارات الحجر الصحي).
المتغير التابع	معدل انتشار عدوى فيروس كورونا المستجد (انخفاض/ارتفاع الإصابات).
منهجية البحث	المنهج الوصفي التحليلي
أهم النتائج والتوصيات	أهم النتائج: توصلت الدراسة إلى أن معظم الإجراءات الاحترازية—كحظر التجول المؤقت، وتعليق صلاة الجماعة، وإغلاق دور العبادة—كانت مبررة شرعياً عبر مبدأ "دفع المفسد أولى من جلب المصالح"، ومحمية قانونياً بموجب قانون الطوارئ الصحية. كما أظهرت أن المكافحة المجتمعية للأوبئة في الكويت استفادت من تضافر السلطات الشرعية والإدارية في إصدار

	الفتاوى والتوجيهات التي عززت التزام المواطنين، مما ساعد في خفض معدل الإصابات بنحو 25% خلال الأسابيع الأولى للجائحة. التوصيات: أوصت الدراسة بضرورة تضمين النصوص التشريعية مستقبلاً نصوصاً واضحة للتعامل مع الأوبئة، مع صكوك توافقية بين السلطات الشرعية والقانونية تضمن سرعة إصدار الفتاوى وتفعيلها. كما دعت إلى إنشاء "دائرة فقه الطوارئ" تعمل بشكل استشاري مع وزارة الصحة لتقديم توصيات فقهية في الوقت الحقيقي، وتعزيز دور الإعلام الإسلامي في توجيه السلوكيات الوقائية باستخدام المنابر التقليدية والرقمية.
الدراسة	محمد، حسن عبد الفتاح السيد (2015)
أهداف الدراسة	هدفت هذه الدراسة إلى استعراض وتقييم التدابير الوقائية المنهجية لمكافحة الأمراض المعدية والوبائية بالجمع بين الرؤية الفقهية الإسلامية والطب الحديث، وذلك من خلال تحليل النصوص الشرعية التي تتناول النظافة والوقاية وأوامر الحجر، ومقارنتها بالتوصيات الصحية المعاصرة الصادرة عن المنظمات الطبية العالمية.
المتغير المستقل	التدابير الوقائية من منظور الفقه الإسلامي والطب الحديث (الوضوء، الحجر الصحي، التباعد، النظافة).
المتغير التابع	فعالية مكافحة الأمراض المعدية والوبائية (مستوى الالتزام بالبروتوكولات، عدد الإصابات).
منهجية البحث	المنهج الوصفي التحليلي
أهم النتائج والتوصيات	أهم النتائج بيّنت الدراسة تقاطعاً كبيراً بين مبادئ الفقه الإسلامي—كوجوب الوضوء

والتطهر والحجر الصحي—وتوصيات منظمة الصحة العالمية بشأن مكافحة الأوبئة. فقد أسهمت التعليمات الشرعية المتعلقة بتفادي السفر ووقف صلاة الجماعة أثناء الأوبئة في دعم الإجراءات الصحية الحديثة. كما تبين أن الالتزام بالتدابير الفقهية يسهم في تعزيز الانضباط الفردي والمجتمعي تجاه البروتوكولات الطبية، مما يرفع من نسبة الالتزام بالإرشادات الوقائية بنسبة تتراوح بين 20-30%. التوصيات: أوصى الباحث بدمج المفاهيم الفقهية المتعلقة بالوقاية ضمن برامج التوعية الصحية الحديثة، وتدريب الأئمة ووعاظ المساجد على نقل المعلومات العلمية بشكل متوافق مع النصوص الشرعية. كما دعا إلى تعاون وثيق بين الهيئات الطبية والهيئات الدينية لتطوير مواد تثقيفية مشتركة تُوزع في المراكز الصحية ودور العبادة.	
الصباح، أريج بسام؛ مناوي، وفاء؛ الخراز، لبنى(2021)	الدراسة
هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مدى انتشار العدوى المتبادلة (Cross-Infection) في عيادات طب الأسنان بمنطقة نابلس وطولكرم، وتحليل كفاءة إجراءات مكافحة العدوى المتبعة—من تعقيم الأدوات إلى استخدام الحواجز الواقية بما يضمن سلامة المرضى والمعالجين. كما سعت إلى تحديد نقاط الضعف التشغيلية في بروتوكولات التعقيم واقتراح خطط لتطوير الأداء الوقائي.	أهداف الدراسة
كفاءة إجراءات مكافحة العدوى في عيادات طب الأسنان (جداول الصيانة، تعقيم الأدوات، وسائل الوقاية الشخصية).	المتغير المستقل
معدلات العدوى المتبادلة (Cross-Infection) بين المرضى والمعالجين.	المتغير التابع

المنهج الوصفي التحليلي	منهجية البحث
• أهم النتائج: بيّنت الدراسة تقاطعاً كبيراً بين مبادئ الفقه الإسلامي—كوجوب الوضوء والتطهر والحجر الصحي—وتوصيات منظمة الصحة العالمية بشأن مكافحة الأوبئة. فقد أسهمت التعليمات الشرعية المتعلقة بتفادي السفر ووقف صلاة الجماعة أثناء الأوبئة في دعم الإجراءات الصحية الحديثة. كما تبين أن الالتزام بالتدابير الفقهية يساهم في تعزيز الانضباط الفردي والمجتمعي تجاه البروتوكولات الطبية، مما يرفع من نسبة الالتزام بالإرشادات الوقائية بنسبة تتراوح بين 20-30%. • التوصيات: أوصى الباحث بدمج المفاهيم الفقهية المتعلقة بالوقاية ضمن برامج التوعية الصحية الحديثة، وتدريب الأئمة ووعاظ المساجد على نقل المعلومات العلمية بشكل متوافق مع النصوص الشرعية. كما دعا إلى تعاون وثيق بين الهيئات الطبية والهيئات الدينية لتطوير مواد تثقيفية مشتركة تُوزع في المراكز الصحية ودور العبادة.	أهم النتائج والتوصيات
الدراسات الأجنبية	
Abdelsalam & Briar (2020)	الدراسة
• قياس مدى التزام كوادر وحدات العناية المركزة بإرشادات مكافحة العدوى.	أهداف الدراسة

• تحليل أثر مستوى الالتزام على معدلات الإصابات المكتسبة داخل المستشفى. • اقتراح إجراءات لتعزيز الالتزام وتقليل انتقال العدوى.	
مدى الالتزام بإرشادات مكافحة العدوى	المتغير المستقل
معدلات الإصابات المكتسبة داخل وحدات العناية المركزة	المتغير التابع
المنهج الوصفي التحليلي	منهجية البحث
النتائج: علاقة ذات دلالة إحصائية بين ارتفاع نسبة الالتزام وخفض معدلات العدوى بنسبة ~20%. التوصيات: تنظيم دورات تدريبية دورية على بروتوكولات التعقيم واستخدام أدوات الوقاية الشخصية. إنشاء لجان متابعة داخلية لتدقيق الالتزام وتقديم تغطيات راجعة فورية.	أهم النتائج والتوصيات
Nasher et al (2024)	الدراسة
• تقييم مدى مقاومة الميكروبات للأدوية في وحدات العناية المركزة باليمن عام 2021. • تحليل أثر مقاومة الأدوية على نتائج المرضى (مدة الإقامة، معدل الوفيات).	أهداف الدراسة

• وضع توصيات لتعزيز استراتيجيات مكافحة المقاومة الدوائي	
مستوى مقاومة الميكروبات للأدوية	المتغير المستقل
النتائج السريرية للمرضى (مدة الإقامة، معدل الوفيات)	المتغير التابع
المنهج الوصفي التحليلي	منهجية البحث
• أهم النتائج والتوصيات: ○ النتائج: لوحظت مقاومة عالية (> 50%) لمضادات عدة، مرتبطة بزيادة متوسط الإقامة 3-5 أيام وارتفاع معدل الوفيات بنحو 15%. ○ التوصيات: 1. تفعيل برامج استخدام المضادات الحيوية الرشيد (Antimicrobial Stewardship). 2. تحديث بروتوكولات العلاج بناءً على نتائج مقاومة الميكروبات المحلية.	أهم النتائج والتوصيات
Kutcher (2018)	الدراسة
• إعداد دليل عملي شامل لإدارة مخاطر الانتحار للمختصين الصحيين. • عرض أدوات تقييم ومراحل تدخل منهجية للحد من مخاطر الانتحار. • تقديم إرشادات لتدريب المهنيين على تطبيق البرنامج بفاعلية.	أهداف الدراسة

المتغير المستقل	مكونات برنامج إدارة مخاطر الانتحار (أدوات التقييم والإرشادات)
المتغير التابع	فعالية تطبيق إجراءات إدارة المخاطر عند المهنيين الصحيين
منهجية البحث	المنهج الوصفي التحليلي
أهم النتائج والتوصيات	- النتائج: وجد أن استخدام الدليل حسن ثقة المختصين في تقييم مستوى الخطر بنسبة ~30%، وسرع مراحل التدخل. - التوصيات: - إدماج محتوى الدليل في برامج تدريب الأطباء والأخصائيين النفسيين. - متابعة تطبيق الأدوات عبر نظام توثيق إلكتروني.
الدراسة	(2023) Shakatreh & Mansour .
أهداف الدراسة	- تحليل ممارسات إدارة المخاطر في مخيم الزعتري خلال جائحة كوفيد-19. - تقييم أثر هذه الممارسات على السيطرة الوبائية والتبعات المالية والاجتماعية. - اقتراح إطار عمل لتعزيز إدارة المخاطر في سياق اللجوء البشري.
المتغير المستقل	ممارسات إدارة المخاطر المعتمدة (تحديد، تقييم، تعامل، متابعة)

المتغير التابع	فاعلية السيطرة على تفشّيات العدوى والتداعيات الاقتصادية والاجتماعية
منهجية البحث	المنهج الوصفي التحليلي
أهم النتائج والتوصيات	○ النتائج: انخفاض ملحوظ في معدل الإصابات الجديدة بنحو 40% بعد تطبيق الإجراءات، مع خفض التكاليف الطبية بنسبة 25%. ○ التوصيات: 1. تبني نموذج "Zaatari Bow-Tie" في المخيمات الأخرى لضبط المخاطر الوبائية. 2. تعزيز التنسيق بين المنظمات الإنسانية والصحية لتبادل البيانات وخبرات الإدارة.

6.1 التعقيب على الدراسات السابقة:

أوجه الشبه بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة

- تتفق الدراسة الحالية مع دراسة عبد السلام وبرابر (2020) ودراسة الصباح ومناوي والخراز (2021) على أهمية الالتزام بإجراءات الوقاية والتعقيم في الحد من انتقال العدوى داخل الوحدات الحرجة والعيادات التخصصية، حيث أظهرت جميعها أنَّ الارتفاع في مستوى التقيّد بالإرشادات الوقائية يرتبط بانخفاض معدلات الإصابات المكتسبة (Abdelsalam & Briar, 2020)؛ الصباح. (2021). et al.

- تنسجم الدراسة مع نتائج نصر الله وآل شقرا وفرحات (2017) والمطيري (2023) في أن تطبيق منظومة إدارة الجودة الشاملة وممارسات إدارة المخاطر ينعكس إيجابياً على مؤشرات جودة الرعاية الصحية وتقليل الحوادث الوبائية) نصر الله 2017, et al., المطيري, 2023).
- تشترك الدراسة الحالية مع شكاتره ومنصور (2023) وشحاتة وبدر (2021) في اعتماد المنهج الوصفي التحليلي وتحليل البيانات الميدانية لقياس أثر ممارسات إدارة المخاطر في سياقات مختلفة (Shakatreh & Mansour, 2023)؛ شحاتة & بدر, 2021).

أوجه الاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة

- تركز الدراسات السابقة غالباً على بيانات محدودة مثل وحدات العناية المركزة في الخرطوم واليمن (Abdelsalam & Briar, 2020)؛ (Nasher et al., 2024)، أو عيادات طب الأسنان بنابلس وطولكرم (الصباح, 2021, et al., 2021)، في حين تطمح الدراسة الحالية إلى تعميم النتائج على مجموعة أوسع من المستشفيات الحكومية السعودية، بما يشمل التنوع الجغرافي والوظيفي بين المستشفيات.
- اعتمدت بعض الدراسات على جوانب فقهية وقانونية أو تاريخية للأوبئة (هادي, 2020؛ المكاوي, 2022)، بينما تركز الدراسة الحالية بشكل حصري على الجانب التنفيذي لتطبيق برامج إدارة المخاطر ومؤشرات الجودة الصحية الحديثة.
- بينما ركزت بحوث مثل كوتشر (2018) على إدارة مخاطر انتحار الأفراد، ودراسات المخيمات اللاجئة في الأردن (Shakatreh & Mansour, 2023) على الأبعاد المالية والاجتماعية للأزمات، تتخذ الدراسة الحالية منظوراً تقنياً وصحياً يربط مباشرة بين أبعاد إدارة المخاطر ومتغيرات مكافحة العدوى وجودة الرعاية.

الفجوة البحثية

على الرغم من تعدد الدراسات التي بحثت في إدارة المخاطر أو مكافحة العدوى بشكل منفصل أو في سياقات ضيقة، لا تزال هناك فجوة واضحة في:

1. تقييم شامل ومقنن لتطبيق برنامج إدارة المخاطر (بأبعاده الأربعة: التحديد، التقييم، وضع الاستراتيجيات، المتابعة) على معدل العدوى المكتسبة داخل المستشفيات الحكومية السعودية بشكل متكامل.

2. الربط الكمي بين مؤشرات جودة مكافحة العدوى (انخفاض معدلات الإصابات، سرعة الاستجابة، فعالية الإجراءات) وأبعاد إدارة المخاطر عبر تحليل إحصائي دقيق لمجموعات بيانات متنوعة.

3. النموذج التطبيقي الذي يستفيد من أدوات تحليلية متقدمة مثل تحليل "شجرة الأسباب" وتقنية "Bow-Tie" في سياق المستشفيات الحكومية السعودية، وهو ما لم تتناوله الدراسات السابقة محلياً.

4. تأصيل ثقافة المخاطر المؤسسية وقياس تأثيرها على الالتزام بالبروتوكولات الوقائية، وهو جانب مهم لم يتناوله أي بحث سابق في السعودية بشكل منهجي وربط مباشر مع مؤشرات الأداء الصحي.

5. تسعى هذه الدراسة إلى سدّ هذه الفجوات من خلال تصميم استبيان شامل، وتحليل بيانات إحصائية مكثفة، وتقديم نموذج تطبيقي عملي يدعم صانعي القرار في قطاع الصحة الحكومي.

7.1 المنطلقات النظرية للدراسة:

7.1 المنطلقات النظرية للدراسة

تعتمد هذه الدراسة على مجموعة من الأطر والنظريات التي تفسر كيفية عمل برامج إدارة المخاطر وتأثيرها في مكافحة العدوى داخل المستشفيات الحكومية. ويمكن تلخيص أهم المنطلقات النظرية فيما يلي:

1. دورة إدارة المخاطر (Risk Management Cycle)

تنطلق إدارة المخاطر من دورة متكاملة تشمل أربع مراحل رئيسية: (1) تحديد المخاطر، (2) تقييم المخاطر، (3) وضع استراتيجيات التعامل (التجنب، التقليل، النقل، القبول)، و(4) المتابعة

والمراجعة المستمرة. ويؤكد إطار "ISO 31000" وأطر COSO لإدارة المخاطر على ضرورة تكرار هذه الدورة بانتظام للتكيف مع المستجدات. (Shakatreh & Mansour, 2023) وفي سياق مكافحة العدوى، يتيح هذا المنهج التعرف المبكر على المخاطر الوبائية وتقييم شدتها وتطوير بروتوكولات وقائية ملائمة، ثم مراجعتها دورياً بناءً على نتائج الأداء الفعلي.

2. نماذج الجودة في الرعاية الصحية (Donabedian Model)

يقدم نموذج دونابيديّن لتحليل جودة الرعاية ثلاثة مكونات أساسية: المدخلات (Structure)، والعمليات (Process)، والمخرجات (Outcomes).

○ المدخلات تتضمن البنية التنظيمية للمستشفى وأدوات مكافحة العدوى والكفاءات البشرية.

○ العمليات تشمل الإجراءات الوقائية، مثل التعقيم والتطهير والتدريب على الالتزام بالبروتوكولات (نصر الله، 2017). et al., 2017

○ المخرجات تقاس بمعدلات العدوى المكتسبة ورضا المرضى وسرعة الاستجابة للحوادث الوبائية.

يتيح هذا الإطار ربط ممارسات إدارة المخاطر (الهيكليّة والتنظيمية) بأداء مكافحة العدوى وقياس فاعليتها.

3. نظرية المنظمات عالية الاعتمادية (High Reliability Organizations, HROs)

تركز هذه النظرية على المؤسسات التي تبذل جهداً استثنائياً للحفاظ على عمليات خالية من الأخطاء تحت ظروف معقدة وعالية المخاطر. وتقوم HROs على خمسة مبادئ: الحس الدائم للاحتتمالات، واستعداد دائم للخطأ، وقدرة على الاستجابة السريعة، وآلية لتركيز المعرفة في خطوط العمل، وتعلم جماعي مستمر. وتطبق المستشفيات التي تنشد تفوقاً في مكافحة العدوى مبادئ HROs عبر تعزيز ثقافة الوعي بالمخاطر والاستعداد للطوارئ (Abdelsalam & Briar, 2020).

4. نموذج الجبن السويسري (Swiss Cheese Model)

يقترح جيمس ريزن أن الحوادث تحدث عند تراكب نقاط الضعف في مستويات النظام المختلفة والتي تشبه شرائح الجبن السويسري، حيث توجد ثقوب في كل شريحة. ومن ثم، فإن ملء هذه الثقوب عبر طبقات متعددة من الإجراءات الوقائية—كالتحصين، والتعقيم، والتدريب، والمراجعة الدورية—يقلل من احتمال وصول العدوى إلى المريض. (Layes et al., 2021)

5. النظرية المنظومية (Systems Theory)

تنظر النظرية المنظومية إلى المستشفى كنظام متكامل تتفاعل فيه الأجزاء (الإدارات، والكادر الطبي، والأجهزة، والإجراءات) وتؤثر على بعضها بعضاً. وتؤكد هذه النظرية ضرورة تكامل جهود إدارة المخاطر مع وحدات مكافحة العدوى وإدارات الجودة وتقنية المعلومات الصحية لخلق حلقة تغذية راجعة مستمرة قادرة على رصد وتحسين الأداء. (Al-Muṭayrī, 2023)

6. منظور علم الوبائيات (Epidemiological Framework)

يعتمد مكافحة العدوى على نموذج السلسلة الوبائية الذي يحدد دائماً أربعة عناصر: العامل الممرض، المستضيف، الوسيط الناقل، والبيئة. وتكمن فاعلية إدارة المخاطر في قطع هذه السلسلة عبر استراتيجيات التعقيم، والتحصين، ومراقبة المواصفات البيئية، والعزل عند اللزوم. (Nasher et al., 2024)

7. نظرية الثقافة التنظيمية (Organizational Culture Theory)

تؤكد هذه النظرية على أن ثقافة المؤسسة وقيمها وممارساتها المشتركة تلعب دوراً محورياً في مدى التزام الأفراد بالإجراءات الوقائية. فثقافة السلامة التي تشجع على الإبلاغ عن الأخطاء والتعلم منها تعزز الالتزام بالبروتوكولات وتسرع الاستجابة للأحداث الوبائية. (Tahri & Chkir, 2019)

الفصل الثاني: الإطار النظري

المبحث الأول : برنامج إدارة المخاطر

مقدمة عن إدارة المخاطر

أولاً: تعريف إدارة المخاطر: تُعرّف إدارة المخاطر بأنها منظومة منهجية متكاملة لتحديد مصادر الخطر المحتملة، وتحليل احتمالية وقوعها وشدة أثرها، ثم اختيار استجابات مناسبة (التقليل/التحويل/التجنب/القبول) وتنفيذها ومراجعتها بصورة مستمرة بما يضمن استدامة الأعمال وتعظيم المنافع وتقليل الخسائر. وهي ليست نشاطاً ردّ فعلٍ لما يقع من أحداث، بل إطار استباقي للتعامل مع «اللايقين» عبر أدوات كمية وكيفية، يندمج ضمن هياكل الحوكمة وصنع القرار الإستراتيجي، ويعيد مواءمة شهية المخاطر مع الموارد المتاحة والفرص الممكنة (القحطاني، 2023؛ حسانين والجاروني، 2009؛ الأردن/المعهد العربي للدراسات المالية والمصرفية، 2023). ويتسع المفهوم ليشمل بيانات قطاعية متباينة — كالصحية، والتعليمية، والضيافة، والقطاع المالي ما يعزّز طبيعته العابرة للقطاعات بوصفه إطاراً إدارياً عاماً يكيّف بحسب السياق (طاهري وشكيب، 2019؛ شحاتة وبدير، 2021؛ على وآخرون، 2015؛ خان والمصري، 2016).

ثانياً: أهمية إدارة المخاطر في المنظمات

تنبع الأهمية من كون إدارة المخاطر ترسّاً رئيساً في حماية الأصول والسمعة واستمرارية الخدمة، إذ تقلّل انقطاعات سلاسل التوريد، وتضبط الانحرافات التشغيلية، وتجسر الفجوة بين المتطلبات الرقابية والواقع العملي. ففي القطاع الصحي مثلاً، ارتبط مستوى جودة الرعاية إيجابياً بنضج ممارسات إدارة المخاطر — بدءاً من رصد الحوادث القريبة الوقوع إلى تحسين مسارات العمل — بما ينعكس على سلامة المرضى وكفاءة الخدمة (المطيري، 2023؛ طاهري وشكيب، 2019). وفي قطاعات التعليم قبل الجامعي، أظهرت الدراسات أن ضعف البنى المؤسسية للمخاطر الصحية والبيئية يفاقم التعرض للمهددات ويؤثر في استمرارية العملية

التعليمية، ما يجعل للإدارة المنهجية للمخاطر أثرًا مباشرًا في الحدّ من التعرض والتأهب المؤسسي (شحاتة وبدير، 2021؛ بدير، 2023).

أمّا في بيئات الخدمات والضيافة والمشروعات كثيفة التعامل مع الجمهور، فتربط إدارة المخاطر بقدرة المنشأة على تقليل الهدر والأعطال وتحسين رضا العملاء عبر خطط وقائية وتدابير ضبط جودة مدمجة في دورة حياة الخدمة والمشروع (علي وآخرون، 2015). وفي القطاع المالي، تُعدّ إدارة المخاطر شرطًا لحماية الاستقرار المالي والامتثال الشرعي/القانوني (في الصناعة المالية الإسلامية مثلاً)، وذلك عبر سياسات تسعير المخاطر، وتنويع المحافظ، وأطر الحوكمة (خان والمصري، 2016). وعلى المستوى الكلي، تفرض المخاطر المعاصرة—كالتحوّل الرقمي، والتهديدات السيبرانية، وسرعة تغير الأسواق—حلولًا تكاملية تتجاوز الجزر التنظيمية وتتعاطى مع المخاطر ضمن منهج مؤسسي موحد (الأردن/المعهد العربي للدراسات المالية والمصرفية، 2023)

وتمتد الأهمية إلى مخاطر السمعة، حيث يسهم النهج الاستباقي الشفاف في امتصاص الصدمات وتقليل التبعات الإعلامية والقانونية للأحداث السلبية، وهو ما ينعكس على ثقة أصحاب المصلحة واستدامة التمويل (صبح، 2000). كما أن وجود إطار إدارة مخاطر واضح ومعلن يرفع ثقة العاملين ويعزّز ثقافة الإبلاغ والتحسين المستمر، ما يدعم الصحة التنظيمية عامة (حسانين والجاروني، 2009؛ القحطاني، 2023).

ثالثاً: العلاقة بين إدارة المخاطر وتحقيق الأهداف الاستراتيجية

لا تنفصل إدارة المخاطر عن التخطيط الاستراتيجي؛ فكل هدفٍ إستراتيجي يُبنى على افتراضاتٍ حول البيئة الداخلية والخارجية، وهذه الافتراضات نفسها تحمل مصفوفة فرصٍ وتهديدات. يتيح إطار إدارة المخاطر اختبار «قابلية التحقيق» عبر مواءمة الأهداف مع الموارد، وتحديد التعطيلات المحتملة قبل حدوثها، وتصميم ضوابطٍ واستجاباتٍ تقلّل احتمالية أو أثر تلك التعطيلات. عند توسّع منشأةٍ فندقية مثلاً، يبيّن ربط إدارة المخاطر بإدارة المشروع كيف يمكن تقليل مخاطر الجدول والميزانية والجودة ورفع احتمالات نجاح المشروع والامتثال لمستويات الخدمة المستهدفة (علي وآخرون، 2015). وفي الصحة، ينعكس دمج إدارة المخاطر داخل منظومة الجودة وسلامة المرضى على مؤشرات الأداء الإستراتيجية مثل الاعتماد، والحصائل

السريية، ورضا المستفيد (المطيري، 2023؛ طاهري وشكيب، 2019). كذلك تُظهر الأدبيات أن نضج إطار المخاطر المؤسسي (ERM) يقوّي الاتساق بين اختيار المبادرات وترتيب أولوياتها وبين الشهية المؤسسية للمخاطر، ويُحسّن سرعة الاستجابة عند الطوارئ والاضطرابات، ما يحافظ على اتزان المحفظة الإستراتيجية وتقليل الانحراف عن الأهداف (الأردن/المعهد العربي للدراسات المالية والمصرفية، 2023؛ حسانين والجاروني، 2009؛ القحطاني، 2023). وبذلك لا تكون إدارة المخاطر نشاطاً موازياً، بل آلية حاكمة لضمان أن يبقى الطموح الإستراتيجي واقعياً، مدعوماً بخططٍ بديلة، ومؤشرات إنذار مبكر، وحلقات تعلّم تُغذي التحسين المستمر.

مفهوم برنامج إدارة المخاطر

أولاً: أهداف البرنامج

تتمثل الأهداف الرئيسة لبرنامج إدارة المخاطر في بناء إطار مؤسسي متكامل يساعد المنظمة على التعرف المبكر على التهديدات المحتملة، وتحليلها من حيث درجة الخطورة وإمكانية التأثير على استمرارية الأعمال، ومن ثم وضع خطط استجابة ملائمة. ومن بين الأهداف المهمة أيضاً تعزيز ثقافة وقائية بين العاملين، بحيث تصبح إدارة المخاطر مسؤولية مشتركة وليست مجرد وظيفة تابعة للإدارة العليا. فالبرنامج يسعى إلى حماية الأصول البشرية والمادية والمالية للمؤسسة، وضمان التوافق مع المتطلبات القانونية والتنظيمية، إضافة إلى دعم القدرة التنافسية للمنظمة من خلال تقليل معدلات الفشل والخسائر (المطيري، 2023؛ القحطاني، 2023). كما يهدف البرنامج إلى تعظيم الاستفادة من الفرص؛ فالمخاطر ليست كلها سلبية، بل قد تحمل فرصاً للتوسع والابتكار إذا ما أُديرَت بشكل استراتيجي (حسانين & الجاروني، 2009)

ثانياً: خصائص البرنامج الفعّال

يتصف برنامج إدارة المخاطر الفعّال بعدة خصائص تجعل منه أداة ديناميكية ومرنة. أول هذه الخصائص هو الشمولية؛ إذ ينبغي أن يغطي البرنامج جميع أنواع المخاطر: التشغيلية، الاستراتيجية، المالية، البيئية، وحتى المخاطر المرتبطة بالسمعة (صبح، 2000). والخاصية الثانية هي التكامل، بحيث لا يكون البرنامج

معزولاً عن بقية أنشطة الإدارة، بل مدمجاً في عمليات التخطيط والتنفيذ والتقييم. أما الخاصية الثالثة فهي المرونة والقدرة على التكيف، حيث يتعين أن يكون البرنامج قادراً على التعديل والتطوير المستمر استجابةً للتغيرات في البيئة الداخلية والخارجية (الأردن/المعهد العربي للدراسات المالية والمصرفية، 2023). ومن الخصائص الأساسية أيضاً الاعتماد على البيانات والتحليل العلمي في التنبؤ بالمخاطر، إلى جانب الوضوح في الأدوار والمسؤوليات بحيث يعرف كل فرد دوره في منظومة إدارة المخاطر (شحاتة & بدير، 2021).

ثالثاً: نطاق التطبيق (المؤسسة ككل/أقسام محددة)

يتسم نطاق تطبيق برنامج إدارة المخاطر بالمرونة والتدرج، فقد يتم اعتماده على مستوى المؤسسة بأكملها كإطار شامل يُعرف باسم "إدارة المخاطر المؤسسية (ERM)"، وهو النهج الذي يضمن أن تصبح إدارة المخاطر جزءاً من الثقافة التنظيمية ويُدمج في صياغة السياسات والخطط الإستراتيجية (القحطاني، 2023). وفي حالات أخرى قد يُطبق البرنامج في أقسام أو وحدات محددة ذات طبيعة عالية التعرض للمخاطر، مثل الأقسام الطبية في المستشفيات، أو إدارات العمليات في شركات الطيران، أو وحدات التخزين والنقل في المؤسسات الدوائية، وذلك لضمان إدارة دقيقة للمخاطر الأكثر إلحاحاً (طاهري & شكيب، 2019؛ بدير، 2023). ويعتمد تحديد النطاق على طبيعة عمل المنظمة وحجمها ودرجة تعقيد أنشطتها، غير أن الاتجاه العالمي المعاصر يميل إلى تبني مقاربات شاملة تعزز التنسيق بين جميع الأقسام وتضمن عدم ترك ثغرات قد تُشكل مصدراً للتهديدات المستقبلية (علي وآخرون، 2015).

مبادئ إدارة المخاطر

أولاً: مبدأ التنبؤ والوقاية

يُعد التنبؤ والوقاية من أهم المبادئ التي يقوم عليها برنامج إدارة المخاطر، إذ لا تقتصر الإدارة الفعالة على التعامل مع الأزمات بعد وقوعها، بل تسعى إلى استشراف المخاطر قبل حدوثها من خلال أدوات التحليل الكمي والكيفي، مثل تحليل الاتجاهات، ونماذج السيناريو، ومؤشرات الإنذار المبكر. فالمؤسسات التي تستثمر في بناء أنظمة استشعار مبكر تكون أكثر قدرة على تقليل آثار المخاطر وتوفير التكاليف المترتبة

عليها، كما ظهر بوضوح في القطاع الصحي أثناء الأزمات العالمية مثل جائحة كوفيد-19 (المطيري، 2023؛ أقرينز، 2020). ومن ثم يصبح التنبؤ وسيلة للانتقال من منطق "رد الفعل" إلى منطق "الوقاية المسبقة"، بما يعزز استدامة الأعمال على المدى الطويل (شحاتة & بدير، 2021)

ثانياً: مبدأ الشمولية والاتساق

يقوم هذا المبدأ على أن إدارة المخاطر لا ينبغي أن تكون مجزأة أو محصورة في وحدة تنظيمية بعينها، بل يجب أن تغطي جميع جوانب المنظمة: التشغيلية، المالية، الاستراتيجية، البيئية، وحتى تلك المتعلقة بالسمعة والامتثال القانوني. ويقتضي ذلك أن يكون هناك اتساق في السياسات والإجراءات عبر مختلف المستويات، بحيث لا توجد فجوات قد تسمح بتسرب المخاطر أو تضارب في القرارات (القحطاني، 2023). وقد أظهرت التجارب التطبيقية في مؤسسات التعليم قبل الجامعي أن غياب الشمولية في معالجة المخاطر الصحية والبيئية يؤدي إلى ضعف الاستجابة وتكرار المشكلات (بدير، 2023). كما بينت الدراسات في القطاع الفندقي أن التطبيق المتسق لإطار إدارة المخاطر على مستوى المؤسسة ككل يرفع مستوى الجودة والالتزام بالمعايير الدولية (علي وآخرون، 2015).

ثالثاً: مبدأ الاستجابة السريعة والمرنة

يتعلق هذا المبدأ بقدرة المؤسسة على التحرك السريع في مواجهة المهددات غير المتوقعة مع التحلي بالمرونة اللازمة لتعديل الخطط والإجراءات وفق تطورات الموقف. فالزمن يعدّ عاملاً حاسماً في تقليل حجم الخسائر وتعظيم فرص التعافي، وهو ما ظهر بجلاء في التجارب الوطنية لإدارة الأزمات المرتبطة بالأوبئة والكوارث الطبيعية (أقرينز، 2020؛ عثمان & آل جحني، 2023). وتقتضي المرونة أن تكون هناك بدائل معدّة سلفاً، وأن تتوافر صلاحيات اتخاذ القرار عند مختلف المستويات الإدارية، بما يتيح تسريع الاستجابة وتقليل الاعتماد على الإجراءات البيروقراطية المعقدة. كما أن المرونة تُمكن المؤسسات من إعادة توزيع الموارد والتكيف مع بيئات عمل متغيرة، سواء تعلق الأمر بالأسواق المالية أو بالقطاع الصحي أو التعليمي (الأردن/المعهد العربي للدراسات المالية والمصرفية، 2023).

رابعاً: مبدأ التحسين المستمر

التحسين المستمر يمثل حجر الزاوية في أي نظام لإدارة المخاطر، إذ لا يكفي وضع خطة أولية أو إجراءات محددة ثم الاكتفاء بها، بل يجب أن تخضع جميع مراحل إدارة المخاطر للتقييم الدوري والمراجعة المستمرة بغرض التطوير. هذا المبدأ يرتبط ارتباطاً وثيقاً بثقافة التعلم المؤسسي؛ فكل حادثة أو أزمة تشكل فرصة لاستخلاص الدروس وتحسين الآليات المستقبلية. وقد بينت الدراسات أن المؤسسات التي تعتمد مراجعات دورية لخطط المخاطر تحقق مستويات أعلى من الجاهزية والتنافسية (صبح، 2000؛ حسانين & الحاروني، 2009). وفي السياق الصحي، أثبتت البحوث أن اعتماد دورة "خطط - نفذ - تحقق - صحح" (PDCA) في إدارة المخاطر يرفع من كفاءة الخدمات ويقلل من الأخطاء الطبية (طاهري & شكيب، 2019؛ المطيري، 2023). كما أن التحسين المستمر يعزز من ثقة أصحاب المصلحة ويؤكد التزام المؤسسة بالحوكمة الرشيدة والمسؤولية الاجتماعية (الربيعي، 2021).

خطوات برنامج إدارة المخاطر

أولاً: تحديد المخاطر

تمثل عملية تحديد المخاطر الخطوة الأولى في بناء برنامج إدارة المخاطر، إذ يتم فيها التعرف على جميع مصادر التهديد المحتملة التي يمكن أن تؤثر على أهداف المؤسسة أو استمرارية أعمالها. وتشمل هذه المصادر المخاطر التشغيلية، والمالية، والاستراتيجية، والبيئية، والتكنولوجية، وحتى تلك المرتبطة بالسمعة أو الامتثال القانوني. ويُستخدم في هذه المرحلة مزيج من الأدوات مثل جلسات العصف الذهني، والمقابلات مع الخبراء، وتحليل الوثائق، ودراسة التجارب السابقة (شحاتة & بدير، 2021). وقد بينت الدراسات التطبيقية في المؤسسات الصحية أن إغفال خطوة التحديد الدقيق يؤدي إلى ضعف القدرة على مواجهة الكوارث مثل الأوبئة أو الحوادث الكبرى (المطيري، 2023؛ طاهري & شكيب، 2019).

ثانياً: تحليل وتقييم المخاطر

بعد التحديد، تأتي مرحلة التحليل والتقييم التي تهدف إلى قياس احتمالية حدوث كل خطر، وتقدير حجم أثره على أهداف المؤسسة. ويتم استخدام أدوات كمية مثل مصفوفة الاحتمالية والأثر، والنماذج الإحصائية، وأدوات كيفية مثل التحليل النوعي، لتصنيف المخاطر إلى مستويات: مرتفعة، متوسطة، منخفضة (القحطاني، 2023). ويُسهّم هذا التصنيف في تحديد الأولويات وترتيب الاستجابات بما يتناسب مع الموارد المتاحة. وأكدت دراسات إدارة المخاطر في المؤسسات التعليمية والرياضية أن عملية التقييم المنهجي تعزز من فاعلية الاستجابة وتمنع إهدار الموارد في مواجهة مخاطر ثانوية (بدير، 2023؛ جندي، 2020).

ثالثاً: وضع خطط الاستجابة (التقليل، التحويل، التجنب، القبول)

تُعَدّ هذه الخطوة جوهر إدارة المخاطر، حيث يتم وضع الاستراتيجيات الملائمة للتعامل مع كل خطر بناءً على درجته. وتتضمن الخيارات الرئيسة:

- **التقليل (Reduction):** عبر تقليص احتمالية الخطر أو تقليل أثره من خلال تدابير وقائية.
- **التحويل (Transfer):** بنقل تبعات الخطر إلى طرف آخر مثل شركات التأمين أو عقود المقاوله (خان & المصري، 2016).
- **التجنب (Avoidance):** بإلغاء الأنشطة عالية المخاطر أو تعديلها جذرياً لمنع التعرض لها.
- **القبول (Acceptance):** بالاعتراف بوجود الخطر وتخصيص خطط بديلة لمواجهة عند وقوعه.

وقد أوضحت التجارب في المشروعات الفندقية الكبرى أن اختيار الاستراتيجية المناسبة يتوقف على مدى توافقها مع الأهداف الاستراتيجية وموارد المؤسسة (علي وآخرون، 2015). كما أظهرت الدراسات الصحية أن وضع خطط استجابة شاملة يرفع من قدرة المستشفيات على الصمود أثناء الكوارث الوبائية (عثمان & آل جحني، 2023).

رابعاً: تنفيذ الاستجابات

لا يقتصر نجاح البرنامج على صياغة خطط الاستجابة، بل يعتمد بدرجة كبيرة على آلية التنفيذ الفعلي. وتتطلب هذه المرحلة تحديد الأدوار والمسؤوليات بوضوح، وتخصيص الموارد المالية والبشرية، ووضع جداول زمنية محددة، إلى جانب إنشاء قنوات اتصال فعّالة لضمان التنسيق بين مختلف الإدارات (الأردن/المعهد العربي للدراسات المالية والمصرفية، 2023). وأكدت الدراسات التطبيقية أن ضعف التنفيذ هو السبب الرئيس في فشل كثير من برامج إدارة المخاطر، حتى وإن كانت الخطط مصممة بعناية (حسانين & الحاروني، 2009).

خامساً: المتابعة والمراجعة الدورية

المرحلة الأخيرة هي المتابعة والمراجعة الدورية، إذ يتم فيها التأكد من فاعلية الخطط والاستجابات، ومقارنة النتائج المحققة مع الأهداف الموضوعية، وتحديد أوجه القصور للتحسين المستقبلي. كما تُسهم هذه المرحلة في تحديث سجل المخاطر باستمرار ليعكس التغيرات في البيئة الداخلية والخارجية (صبح، 2000). وتُظهر التجارب العملية في القطاعات الصحية والتعليمية أن المؤسسات التي تعتمد آليات مراجعة دورية تحقق مستويات أعلى من الجاهزية والمرونة في مواجهة المخاطر المتجددة (الربيعي، 2021؛ شحاتة & بدير، 2021). كما أن هذه المراجعة تمثل تطبيقاً عملياً لمبدأ التحسين المستمر، الذي يعد من أعمدة إدارة المخاطر الحديثة (المطيري، 2023).

الأدوار والمسؤوليات في إدارة المخاطر

أولاً: دور الإدارة العليا

تُعتبر الإدارة العليا المسؤول الأول عن وضع الأسس الاستراتيجية لبرنامج إدارة المخاطر، فهي التي تحدد "شهوة المخاطر" التي يمكن للمنظمة تقبلها، وتضع السياسات العامة التي تضبط عملية التعامل مع التهديدات. كما تتحمل مسؤولية توفير الدعم المؤسسي والمالي والموارد البشرية اللازمة لإنجاح البرنامج، وضمان دمجها في صميم عملية صنع القرار. ومن مهام الإدارة العليا أيضاً إرساء ثقافة مؤسسية تقوم على الشفافية والمساءلة وتشجع العاملين على الإبلاغ عن المخاطر من دون خوف أو تردد (القحطاني، 2023).

الأردن/المعهد العربي للدراسات المالية والمصرفية، 2023). وقد أكدت الدراسات في القطاع الصحي والفندقي أن غياب التزام القيادة العليا يقلل من جدوى أي مبادرات لإدارة المخاطر، حتى وإن كانت الخطط والأدوات متطورة (المطيري، 2023؛ علي وآخرون، 2015).

ثانياً: دور فرق العمل التنفيذية

تُعد فرق العمل التنفيذية الخط الأمامي في تطبيق سياسات إدارة المخاطر، حيث تتحمل مسؤولية جمع البيانات، وتحديد المخاطر في بيئة العمل اليومية، وتنفيذ الإجراءات الوقائية والاستجابات المحددة. وتشمل هذه الفرق مختلف الإدارات التشغيلية، مثل فرق الصيانة، والإنتاج، والخدمات اللوجستية، والموارد البشرية، وذلك بحسب طبيعة المؤسسة. وتتمثل مسؤوليتها في الربط بين الخطة الاستراتيجية للإدارة العليا والواقع العملي، من خلال الالتزام بالإجراءات، والمشاركة في التدريب المستمر، وتقديم تقارير دورية عن التغيرات والمستجدات في المخاطر (شحاتة & بدير، 2021). وقد أظهرت الدراسات في مؤسسات التعليم والصحة أن كفاءة فرق التنفيذ هي العامل الحاسم في نجاح البرنامج، حيث يؤدي ضعف المشاركة أو نقص الوعي إلى فجوات كبيرة في منظومة الحماية (بدير، 2023؛ طاهري & شكيب، 2019).

ثالثاً: دور إدارة الجودة/التدقيق الداخلي

تلعب إدارة الجودة والتدقيق الداخلي دوراً محورياً في ضمان فعالية برنامج إدارة المخاطر عبر القيام بالمراجعة المستقلة والتأكد من أن جميع الخطط والسياسات يتم تطبيقها على النحو المطلوب. وتقوم هذه الإدارة بمراقبة الأداء، وقياس مؤشرات المخاطر الرئيسية، وتقديم تقارير للإدارة العليا تتضمن نقاط القوة والضعف، بالإضافة إلى التوصيات اللازمة للتحسين. كما تعمل على التأكد من أن أنشطة إدارة المخاطر متوافقة مع المتطلبات التشريعية والمعايير الدولية مثل ISO 9001 أو أطر الحوكمة المؤسسية (حسانين & الحاروني، 2009). وفي المؤسسات الصحية مثلاً، تُسهم إدارة الجودة في ربط إدارة المخاطر ببرامج سلامة المرضى والاعتماد الدولي، ما يرفع من ثقة أصحاب المصلحة (المطيري، 2023؛ الربيعي، 2021). وفي

المؤسسات التعليمية والخدمية، يؤدي التدقيق الداخلي دورًا مهمًا في مراجعة الإجراءات وتقديم التغذية الراجعة التي تضمن التحسين المستمر) صبح، 2000؛ عثمان & آل جحي، 2023).

أدوات وأساليب إدارة المخاطر

أولاً: مصفوفة الاحتمالية والأثر

تُعدّ مصفوفة الاحتمالية والأثر من أكثر الأدوات شيوعًا في إدارة المخاطر، حيث يتم من خلالها تصنيف المخاطر بناءً على محورين أساسيين: احتمالية وقوع الخطر، وحجم الأثر المترتب عليه إذا حدث. وتساعد هذه المصفوفة في تحديد أولويات التعامل مع المخاطر، بحيث تُعطى المخاطر ذات الاحتمالية العالية والأثر الكبير أولوية قصوى، بينما قد يتم قبول أو مراقبة المخاطر ذات الاحتمالية أو الأثر المنخفضين. وتُستخدم هذه الأداة على نطاق واسع في القطاعات الصحية والتعليمية والخدمية، لما توفره من بساطة ووضوح في العرض واتخاذ القرار (القحطاني، 2023؛ شحاتة & بدير، 2021). وأثبتت التجارب التطبيقية في المؤسسات الصحية أن هذه الأداة تساعد على توجيه الموارد المحدودة نحو أكثر المخاطر تهديدًا لاستمرارية الخدمات (المطيري، 2023؛ طاهري & شكيب، 2019).

ثانيًا: تحليل SWOT

يُستخدم تحليل SWOT (نقاط القوة – نقاط الضعف – الفرص – التهديدات) كأداة استراتيجية لإدارة المخاطر من خلال الربط بين البيئة الداخلية للمؤسسة (القوة والضعف) والبيئة الخارجية (الفرص والتهديدات). هذا التحليل يسمح للمؤسسة بأن تحدد المخاطر ليس فقط من منظور سلبي، بل أيضًا من خلال التعرف على الفرص التي قد تنشأ من المواقف المعقدة. ففي المؤسسات التعليمية، مثلاً، يساعد هذا التحليل على استكشاف نقاط الضعف التي قد تزيد من تعرض المؤسسة للمخاطر، ويقترح استراتيجيات استثمار الفرص لتعويض تلك المخاطر (بدير، 2023). وفي المجال الفندقي، أثبت تحليل SWOT دوره في توجيه الاستراتيجيات نحو تقليل التهديدات الخارجية كالمنافسة الحادة أو الأزمات الاقتصادية، مع تعزيز نقاط القوة الداخلية مثل السمعة والخبرة (علي وآخرون، 2015).

ثالثاً: أسلوب السيناريوهات

السيناريوهات تُعتبر أداة استشرافية متقدمة تتيح للمؤسسات بناء تصورات مستقبلية متعددة للاحتتمالات التي قد تواجهها، ومن ثم إعداد خطط بديلة للتعامل معها. يعتمد هذا الأسلوب على صياغة مجموعة من السيناريوهات: متفائلة، متشائمة، وواقعية، لتغطية أكبر قدر ممكن من اللاحتمالات المرتبطة بالبيئة الخارجية. وقد تم استخدام هذا الأسلوب بفعالية في إدارة الأزمات الكبرى مثل جائحة كورونا، حيث ساعد المؤسسات والدول على وضع خطط طوارئ بديلة تضمن استمرار الخدمات وتقليل حجم الخسائر (أقريز، 2020؛ عثمان & آل جحني، 2023). وتكمن قوة هذا الأسلوب في أنه يعزز من المرونة المؤسسية عبر تمكين صناع القرار من التفكير في بدائل متعددة وعدم الارتهاان لسيناريو واحد قد ينهار عند وقوع أحداث غير متوقعة (الأردن/المعهد العربي للدراسات المالية والمصرفية، 2023).

رابعاً: مؤشرات الإنذار المبكر

تمثل مؤشرات الإنذار المبكر إحدى الأدوات الوقائية المهمة التي تتيح رصد إشارات أو علامات مبدئية تدل على إمكانية وقوع الخطر في المستقبل. يمكن أن تكون هذه المؤشرات كمية مثل نسب الغياب المتكرر، أو مؤشرات السلامة، أو نسب الأعطال الفنية، كما يمكن أن تكون نوعية مثل تزايد الشكاوى أو ضعف الروح المعنوية للعاملين. وتكمن أهمية هذه الأداة في أنها تسمح باتخاذ إجراءات استباقية قبل أن يتحول الخطر إلى أزمة حقيقية (شحاتة & بدير، 2021). وقد برهنت المؤسسات الصحية والتعليمية على فاعلية هذه المؤشرات في منع الكوارث وتقليل حدتها، إذ إن رصد علامات مبكرة كارتفاع معدلات العدوى أو زيادة حوادث العمل يوفر أساساً للتدخل السريع (الربيعي، 2021؛ المطيري، 2023). كما أن مؤشرات الإنذار المبكر ترتبط بشكل وثيق بمبدأ التحسين المستمر، إذ تُستخدم نتائجها كمدخلات لتطوير السياسات والإجراءات بشكل دائم (حسانين & الحاروني، 2009).

تحديات تطبيق برنامج إدارة المخاطر

أولاً: مقاومة التغيير

تُعدّ مقاومة التغيير من أبرز التحديات التي تواجه المؤسسات عند تطبيق برامج إدارة المخاطر، حيث يرى بعض الأفراد أن السياسات والإجراءات الجديدة تشكل عبئاً إضافياً أو تهديداً لمصالحهم المباشرة. وغالباً ما تنشأ هذه المقاومة نتيجة ضعف الوعي أو الخوف من المجهول أو الاعتياد على أنماط العمل التقليدية (شحاتة & بدير، 2021). وتزداد حدة المقاومة في المؤسسات التي تفتقر إلى ثقافة المشاركة والشفافية، مما يجعل العاملين أقل تقبلاً لتبني أنظمة جديدة. وقد أظهرت دراسات في القطاع الصحي والفندي أن غياب التواصل الفعال مع العاملين وعدم إشراكهم في مراحل إعداد البرنامج يؤدي إلى تعطيل التنفيذ وإضعاف الفوائد المرجوة (المطيري، 2023؛ علي وآخرون، 2015)

ثانياً: نقص الموارد أو الخبرة

يمثل نقص الموارد المالية والبشرية والتقنية أحد العوائق الجوهرية أمام نجاح برامج إدارة المخاطر. إذ إن بناء نظام متكامل يتطلب تدريباً متخصصاً للعاملين، واستثماراً في أدوات التحليل والرصد، إضافة إلى تخصيص ميزانيات كافية للتنفيذ والمتابعة. وفي المؤسسات التعليمية مثلاً، غالباً ما يواجه القائمون على إدارة المخاطر تحديات مرتبطة بضعف الإمكانيات المادية وعدم توفر خبرات متخصصة، مما يؤدي إلى معالجات جزئية وغير مستدامة (بدير، 2023). كما أن نقص الكفاءات المدربة في مجال تقييم المخاطر وتخطيط الاستجابات يؤدي إلى فجوات في التطبيق العملي حتى مع وجود خطط مكتوبة (طاهري & شكيب، 2019). وقد بيّنت تقارير متخصصة أن المؤسسات التي لا تستثمر في تطوير كوادرها الفنية تعاني من ضعف القدرة على مواجهة الأزمات والتهديدات المعقدة (الأردن/المعهد العربي للدراسات المالية والمصرفية، 2023)

ثالثاً: ضعف ثقافة المخاطر

تُعتبر ثقافة المخاطر إحدى الركائز الأساسية لنجاح أي برنامج، وهي تعكس وعي العاملين وإدراكهم بأهمية المخاطر وضرورة التعامل معها بجدية. وعندما تكون هذه الثقافة ضعيفة، يقتصر التعامل مع المخاطر على ردود أفعال متفرقة بدلاً من أن تكون جزءاً من السلوك التنظيمي اليومي (حسانين & الحاروني، 2009). ويؤدي غياب ثقافة المخاطر إلى إخفاء المعلومات أو تجاهل المؤشرات المبكرة، مما يزيد من احتمالية تفاقم

الأزمات. وقد أشارت الدراسات إلى أن تعزيز ثقافة المخاطر يحتاج إلى برامج تدريب وتوعية مستمرة، وربط الأداء الوظيفي بمؤشرات إدارة المخاطر، وإبراز قصص نجاح في كيفية مواجهة التهديدات (صبح، 2000؛ الربيعي، 2021). كما أن المؤسسات التي تبنت هذه الثقافة استطاعت تحسين قدرتها على التحسين المستمر والجاهزية للأزمات، في حين بقيت المؤسسات الأخرى عرضة للقصور المتكرر (المطيري، 2023؛ أقرقز، 2020).

فوائد ومخرجات برنامج إدارة المخاطر

أولاً: حماية الأصول والموارد

أحد أهم المخرجات المباشرة لبرنامج إدارة المخاطر هو حماية الأصول الملموسة وغير الملموسة التي تمتلكها المؤسسة، بما يشمل الموارد البشرية، والممتلكات المادية، والبنية التحتية، والبيانات والمعلومات، وكذلك السمعة المؤسسية. فالتطبيق الفعال لهذا البرنامج يقلل من احتمالية فقدان الأصول بسبب الكوارث أو الحوادث التشغيلية أو الأزمات البيئية (المطيري، 2023). وقد بينت الدراسات في القطاع الصحي أن المؤسسات التي تعتمد أنظمة متقدمة لإدارة المخاطر تحقق معدلات أقل من الحوادث والإصابات وتكلفة أقل لمعالجتها، مما ينعكس على كفاءة استخدام الموارد (طاهري & شكيب، 2019). كما أن المؤسسات التعليمية التي تبنت هذا النهج تمكنت من الحفاظ على بيانات عمل أكثر أماناً وحماية العاملين والطلاب من المخاطر الصحية والبيئية (شحاتة & بدير، 2021).

ثانياً: تحسين اتخاذ القرار

يوفر برنامج إدارة المخاطر قاعدة بيانات متكاملة عن التهديدات المحتملة وطرق التعامل معها، ما يرفع من جودة القرارات الإدارية. فبدلاً من الاعتماد على الحدس أو ردود الفعل العاجلة، يصبح القرار مبنياً على تقييم موضوعي لاحتمالية المخاطر وأثارها (القحطاني، 2023). وتظهر أهمية ذلك بوضوح في القطاعات ذات المخاطر العالية مثل الخدمات الفندقية أو التمويل، حيث تحتاج الإدارة إلى اتخاذ قرارات سريعة ودقيقة تستند إلى معلومات محكومة بأطر علمية (علي وآخرون، 2015؛ خان & المصري، 2016). كما أن

تحليل المخاطر يتيح للإدارة العليا صياغة استراتيجيات أكثر واقعية، ويمنع الاستثمار في مشروعات عالية الخطورة دون خطط وقائية كافية (الأردن/المعهد العربي للدراسات المالية والمصرفية، 2023)

ثالثاً: تعزيز استمرارية الأعمال

يساهم البرنامج في ضمان استمرارية الأعمال حتى أثناء مواجهة الأزمات والكوارث، من خلال بناء خطط استجابة للطوارئ وخطط استعادة النشاط (Business Continuity Plans) وقد أوضحت دراسات تطبيقية أن المؤسسات الصحية التي اعتمدت هذا النهج تمكنت من الحفاظ على خدماتها الأساسية أثناء جائحة كورونا، رغم الضغوط الكبيرة على الموارد البشرية والتقنية (أقريقر، 2020؛ عثمان & آل جحني، 2023). وفي القطاعات التعليمية والخدمية، أسهمت خطط استمرارية الأعمال المبنية على إدارة المخاطر في تقليل فترات التوقف وضمان عودة العمليات بشكل أسرع وأكثر فاعلية (بدير، 2023). وتعد هذه الفائدة من أهم مخرجات البرنامج لأنها ترتبط مباشرة بثقة العملاء واستدامة التنافسية.

رابعاً: تحقيق الامتثال للمتطلبات التنظيمية والتشريعية

في بيئات الأعمال المعاصرة، لم تعد إدارة المخاطر خياراً، بل أصبحت ضرورة للامتثال لمجموعة واسعة من القوانين والمعايير الدولية. فالعديد من الأنظمة الرقابية في مجالات الصحة والتمويل والتعليم تفرض على المؤسسات وجود آليات واضحة لإدارة المخاطر، وتعتبر عدم الامتثال أحد مؤشرات القصور المؤسسي (الربيعي، 2021). ويساعد البرنامج المؤسسات على تلبية متطلبات جهات الاعتماد الدولية مثل ISO 9001 ومعايير الحوكمة، ما يرفع من مصداقيتها وشرعيتها (حسانين & الحاروني، 2009). وقد أظهرت البحوث أن المؤسسات التي تفتقر إلى أنظمة إدارة مخاطر فعالة غالباً ما تواجه غرامات وتشريعات صارمة وتفقد ثقة أصحاب المصلحة، بينما تحقق المؤسسات الملتزمة ميزة تنافسية إضافية عبر تعزيز سمعتها واستقطاب الاستثمارات (صبيح، 2000؛ المطيري، 2023).

خاتمة المبحث

يُظهر العرض السابق أن إدارة المخاطر ليست مجرد نشاط ثانوي أو إجراء تكميلي، بل هي إطار استراتيجي شامل يتداخل مع جميع جوانب عمل المؤسسة. فقد تناولنا في هذا المبحث تعريف إدارة المخاطر وأهميتها، ووقفنا على مفهوم البرنامج وأهدافه وخصائصه ونطاق تطبيقه. ثم استعرضنا المبادئ التي يقوم عليها مثل التنبؤ والوقاية، والشمولية والاتساق، والاستجابة السريعة والمرونة، والتحسين المستمر، وهي مبادئ جوهرية تجعل من البرنامج أداة ديناميكية قادرة على حماية المؤسسات من التهديدات المعقدة (القحطاني، 2023؛ شحاتة & بدير، 2021). كما عرضنا الخطوات العملية التي تبدأ من تحديد المخاطر مروراً بالتحليل والتقييم ووضع خطط الاستجابة وتنفيذها، وصولاً إلى المتابعة والمراجعة الدورية، وهو ما يضمن وجود دورة متكاملة لإدارة المخاطر (المطيري، 2023؛ طاهري & شكيب، 2019)

كذلك تبين لنا أن نجاح البرنامج يتوقف على وضوح الأدوار والمسؤوليات، بدءاً من التزام الإدارة العليا، مروراً بفرق العمل التنفيذية، وانتهاءً بدور إدارة الجودة والتدقيق الداخلي في المتابعة والتقييم (الأردن/المعهد العربي للدراسات المالية والمصرفية، 2023؛ حسانين & الحاروني، 2009). ولا يقل عن ذلك أهمية توظيف الأدوات الحديثة مثل مصفوفة الاحتمالية والأثر، وتحليل SWOT، وأسلوب السيناريوهات، ومؤشرات الإنذار المبكر، لما توفره من دعم علمي وعملي في اتخاذ القرارات. وعلى الرغم من التحديات مثل مقاومة التغيير، ونقص الموارد، وضعف ثقافة المخاطر، إلا أن تطبيق البرنامج يؤدي إلى فوائد واضحة تشمل حماية الأصول، تحسين جودة القرارات، ضمان استمرارية الأعمال، وتحقيق الامتثال التنظيمي (الربيعي، 2021؛ أقرقز، 2020).

وبذلك، يمكن القول إن برنامج إدارة المخاطر يمثل خط الدفاع الأول عن استمرارية المنظمات، ويُشكل الأساس الذي يُبنى عليه نجاح الممارسات المؤسسية الأخرى. ومن هنا يظهر الارتباط المباشر مع المبحث التالي حول مكافحة العدوى، إذ إن برامج مكافحة العدوى في المؤسسات الصحية تمثل صورة عملية لتطبيق إدارة المخاطر على مستوى بالغ الحساسية، حيث يتعلق الأمر بصحة الإنسان وسلامته. ومن خلال هذا الربط، يتضح أن مكافحة العدوى ليست مجرد إجراءات طبية، بل هي امتداد طبيعي لبرنامج شامل لإدارة المخاطر، يعزز من قدرة المؤسسات الصحية على الوقاية من الأخطار وتحسين جودة الرعاية (المطيري، 2023؛ عثمان & آل جحني، 2023).

المبحث الثاني: مكافحة العدوى

مقدمة عن مكافحة العدوى

أولاً: تعريف مكافحة العدوى

تُعرّف مكافحة العدوى بأنها مجموعة من السياسات والإجراءات والأنشطة التي تهدف إلى منع انتقال الكائنات الدقيقة المسببة للأمراض من شخص إلى آخر أو من بيئة إلى أخرى داخل المؤسسات الصحية والمجتمعية. وتشمل هذه الإجراءات التدابير الوقائية مثل غسل اليدين، واستخدام أدوات الحماية الشخصية، والتعقيم والتطهير، والعزل عند الضرورة، إضافة إلى أنظمة المراقبة الوبائية التي تتيح رصد العدوى ومصادرها بشكل دوري (نصر الله، أبو شقرا، & فرحات، 2017). ولا تقتصر مكافحة العدوى على المستشفيات فقط، بل تمتد إلى العيادات، والمدارس، والمجتمعات، وحتى البيئات العامة، مما يجعلها عنصراً أساسياً في الصحة العامة. ويشير بعض الباحثين إلى أن مكافحة العدوى ليست مجرد ممارسة تقنية بل هي منظومة متكاملة تتداخل فيها الجوانب الطبية والقانونية والشرعية والأخلاقية (محمد، 2015؛ العطار، التلباني، & شهاب، 2022)

ثانياً: أهميتها في المؤسسات الصحية والتعليمية والمجتمعية

تنبع أهمية مكافحة العدوى من كونها خط الدفاع الأول في تقليل معدلات الإصابة بالأمراض المعدية، سواء كانت تلك العدوى مكتسبة داخل المستشفيات أو منتقلة عبر المجتمع. ففي المؤسسات الصحية، تشكل العدوى الاستشفائية عبئاً كبيراً يؤدي إلى ارتفاع معدلات الوفيات وزيادة التكاليف العلاجية، وهو ما يجعل تطبيق برامج مكافحة العدوى ضرورة قصوى لضمان سلامة المرضى والعاملين على حد سواء (الصباح، مناوي، & الخراز، 2021؛ Abdelsalam & Briar، 2020). (كما أن المؤسسات التعليمية تعد بيئة خصبة لانتشار العدوى بسبب كثافة التجمعات الطلابية وتنوع الأنشطة، ما يجعل إدماج سياسات مكافحة العدوى في المدارس والجامعات أحد عوامل الوقاية الرئيسة (هيئة التحرير، 2017). وعلى المستوى

المجتمعي، أثبتت جائحة كورونا أن الإجراءات الاحترازية البسيطة مثل التباعد الاجتماعي، وارتداء الكمادات، وغسل اليدين، يمكن أن تقلل بشكل كبير من سرعة انتشار العدوى، وتحافظ على استقرار الأنظمة الصحية (هادي، 2020؛ المصباحي، 2022)

ثالثاً: العلاقة بين مكافحة العدوى وجودة الرعاية الصحية

ترتبط مكافحة العدوى ارتباطاً وثيقاً بمفهوم جودة الرعاية الصحية، حيث تشكل أحد المؤشرات الجوهرية التي تُقاس بها كفاءة المؤسسات الصحية واعتمادها وفق المعايير الدولية. فالمستشفيات التي تطبق بروتوكولات فعالة لمكافحة العدوى تسجل معدلات أقل من الأخطاء الطبية والوفيات، وتحقق مستويات أعلى من رضا المرضى (الطوس & الكساسبة، 2015؛ إبراهيم، الشعراوي، & زيد، 2024). كما أن التكامل بين إدارة الجودة الشاملة ومكافحة العدوى يسهم في بناء أنظمة صحية قادرة على التكيف مع الأزمات وتقليل تكاليف التشغيل وتحقيق استدامة الخدمات (نصر الله وآخرون، 2017). ومن جانب آخر، فإن الالتزام بمكافحة العدوى يعد جزءاً من مسؤولية المؤسسات الصحية تجاه المجتمع، حيث يعكس احترامها لحق المريض في بيئة علاجية آمنة وشفافة (مختار، 2017؛ Abdel-Hamid، 2024). وبذلك تصبح مكافحة العدوى ليس فقط أداة لحماية المرضى والعاملين، بل أيضاً عنصراً أساسياً في تحسين سمعة المؤسسات الصحية وزيادة ثقة المجتمع بها.

مفهوم برنامج مكافحة العدوى

أولاً: الأهداف الرئيسية للبرنامج

يهدف برنامج مكافحة العدوى إلى تقليل معدلات العدوى المكتسبة داخل المؤسسات الصحية وضمان بيئة علاجية آمنة للمرضى والعاملين والزوار على حد سواء. ويتحقق ذلك من خلال تطبيق سياسات وقائية تحد من انتقال الكائنات الدقيقة، سواء عبر التلامس المباشر، أو الأدوات الطبية، أو الهواء، أو حتى من خلال الممارسات غير السليمة في غرف العمليات وأقسام العناية المركزة (الصباح، مناوي، & الخراز، 2021؛ Abdelsalam & Briar، 2020). كما يسعى البرنامج إلى خفض التكاليف الاقتصادية المرتبطة بانتشار

العدوى، حيث إن معالجة الإصابات المكتسبة تزيد من طول فترة الإقامة بالمستشفيات وتستهلك موارد إضافية من الأدوية والمستلزمات (Nazzal & Al-Shawish، 2021). (وإلى جانب ذلك، يساهم البرنامج في رفع مستوى رضا المرضى وثقتهم بالخدمات المقدمة، مما يعزز السمعة المؤسسية للمستشفى أو المركز الصحي (نصر الله، أبو شقرا، & فرحات، 2017). ولا يقتصر الهدف على الجانب العلاجي، بل يشمل أيضاً الجانب الوقائي المجتمعي، حيث تعمل برامج مكافحة العدوى على تقليل انتشار الأوبئة داخل المجتمع عبر التوعية والتثقيف الصحي (هيئة التحرير، 2017؛ هادي، 2020).

ثانياً: المبادئ الأساسية

يقوم برنامج مكافحة العدوى على مجموعة من المبادئ الجوهرية التي تضمن نجاحه. أول هذه المبادئ هو الوقاية خير من العلاج، أي أن الإجراءات الوقائية مثل غسل اليدين، واستخدام أدوات الحماية الشخصية، والتعقيم الدوري للأدوات الطبية، هي الأساس في منع انتقال العدوى (Nour & Nasor، 2015)؛ (Al-Sakarneh وآخرون، 2016). أما المبدأ الثاني فهو الالتزام بمعايير الجودة، إذ إن مكافحة العدوى جزء لا يتجزأ من نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، ويُعد أحد معايير الاعتماد الدولية للمستشفيات (الطوس & الكساسبة، 2015؛ نصر الله وآخرون، 2017). ويأتي المبدأ الثالث متمثلاً في المسؤولية المشتركة، حيث لا يقتصر البرنامج على الطاقم الطبي فحسب، بل يشمل جميع العاملين في المؤسسة الصحية، إضافة إلى المرضى والزوار الذين يجب توعيتهم بدورهم في الوقاية (مختار، 2017). ومن المبادئ الأساسية كذلك المراجعة والتحسين المستمر، فكل حادثة عدوى أو فشل في الإجراءات ينبغي أن تُستثمر كفرصة لاستخلاص الدروس وتحسين الأداء المستقبلي (Abdel-Hamid، 2024؛ المصباحي، 2022).

ثالثاً: النطاق والتطبيق في المؤسسات الصحية

يتسم نطاق برنامج مكافحة العدوى بالاتساع والشمولية، حيث يُطبق على جميع أقسام المستشفى بدءاً من غرف العمليات التي تتطلب أعلى مستويات التعقيم، مروراً بأقسام العناية المركزة والطوارئ، وصولاً إلى العيادات الخارجية وأماكن انتظار المرضى (Layes، Ghenbazi، & Lati، 2021). (كما يُطبق في أقسام

متخصصة مثل عيادات الأسنان التي تُعد من أكثر البيئات عرضة لنقل العدوى إذا لم تُتبع فيها سياسات صارمة (الصباح وآخرون، 2021). ويتجاوز النطاق الإطار العلاجي ليشمل أيضًا إدارة النفايات الطبية ووسائل التخلص الآمن منها، وهو ما يشكل خط دفاع إضافيًا للحد من المخاطر البيئية المرتبطة بالعدوى (Elnour وآخرون، 2015). (وتحرص بعض الأنظمة الصحية الحديثة على دمج برنامج مكافحة العدوى ضمن خطط الطوارئ والأزمات، بحيث يصبح جزءًا من الاستجابة المؤسسية الشاملة للأوبئة والكوارث الصحية كما حدث خلال جائحة كورونا) هادي، 2020؛ Nasher وآخرون، 2024. (ومن ثم فإن نطاق البرنامج لا يقتصر على الإجراءات التقنية فقط، بل يتعداها إلى صياغة سياسات تشريعية وتنظيمية، وتدريب العاملين، وتثقيف المرضى والزوار، ليكون برنامجًا متكاملًا يحقق استدامة بيئة الرعاية الصحية.

مصادر العدوى وطرق انتقالها

أولاً: العدوى المكتسبة من المستشفيات (Hospital-acquired infections)

تُعرّف العدوى المكتسبة من المستشفيات بأنها تلك الإصابات التي يتعرض لها المرضى بعد دخولهم المستشفى أو المؤسسة الصحية ولم تكن موجودة عند وقت القبول. وتشكل هذه العدوى أحد أخطر التحديات التي تواجه الأنظمة الصحية، إذ ترتبط بارتفاع معدلات المراضة والوفيات، إضافة إلى تكاليف اقتصادية هائلة تتحملها المستشفيات والمرضى على حد سواء (Nazzal & Al-Shawish، 2021). (وقد أثبتت الدراسات أن أقسام العناية المركزة تُعدّ بؤرة رئيسة لانتشار العدوى نظرًا لشدة الحالات المرضية واستخدام الأجهزة الطبية المعقدة مثل أجهزة التنفس الصناعي والقسطر الوريدية (Nasher وآخرون، 2024). وفي عيادات الأسنان، وُجد أن غياب تطبيق بروتوكولات مكافحة العدوى يؤدي إلى ارتفاع معدلات العدوى المتصالبة بين المرضى والعاملين (الصباح، مناوي، & الخراز، 2021). كما أن انتشار الميكروبات المقاومة للمضادات الحيوية داخل المستشفيات يمثل تهديدًا إضافيًا يزيد من صعوبة العلاج ويطيل مدة الإقامة (Layes, Ghenbazi, & Lati، 2021). (وبذلك فإن العدوى المكتسبة في المستشفيات ليست مشكلة طبية فحسب، بل هي قضية جودة وسلامة تضعف ثقة المجتمع بالمؤسسات الصحية (نصر الله، أبو شقرا، & فرحات، 2017)

ثانياً: طرق الانتقال

تنتقل العدوى عبر مسارات متعددة، ويُعد فهمها بدقة أمراً أساسياً لتصميم استراتيجيات فعالة للوقاية.

- التلامس المباشر وغير المباشر: يُعتبر من أكثر طرق الانتقال شيوعاً، حيث تنتقل الميكروبات عبر اللمس المباشر بين المريض والعامل الصحي أو عبر الأسطح والأدوات الملوثة. وقد أثبتت الدراسات أن ضعف الالتزام بغسل اليدين يمثل العامل الأكبر في هذا النمط من الانتقال (Al-Sakarneh وآخرون، 2016؛ Nour & Nasor، 2015).
- الرذاذ التنفسي: ينتقل عبر العطس والسعال، ويزداد خطره في البيئات المكتظة مثل المدارس والعيادات الخارجية. وقد برهنت جائحة كورونا على قدرة الرذاذ على نقل الفيروسات بشكل سريع وواسع النطاق، مما يجعل الكمادات والتباعد الاجتماعي من أهم وسائل الحد منه (هادي، 2020؛ المصباحي، 2022).
- الانتقال عبر الهواء (Airborne): بعض الميكروبات مثل الدرن يمكن أن تبقى عالقة في الهواء لفترات طويلة وتنتقل لمسافات بعيدة، مما يتطلب أنظمة تهوية متطورة وغرف عزل خاصة (Kanaan & Shahin، 1998؛ Abdel-Hamid، 2024).
- الأدوات الملوثة: مثل الحقن، والقسطر، وأجهزة التنفس الصناعي، وهي من أبرز مصادر العدوى في وحدات العناية المركزة. وتشير البحوث إلى أن الاستخدام غير الآمن للأدوات الطبية مسؤول عن نسب مرتفعة من الإصابات في الدول النامية (Nasher وآخرون، 2024؛ Abdelsalam & Briar، 2020).

ثالثاً: عوامل الخطر المؤثرة في انتشار العدوى

تتعدد عوامل الخطر التي تزيد من احتمالية انتشار العدوى داخل المؤسسات الصحية والمجتمعية.

- ضعف الالتزام بالإجراءات الوقائية: مثل عدم غسل اليدين أو سوء استخدام أدوات الوقاية الشخصية، وقد أظهرت الدراسات في السودان أن قصور معرفة الممرضات والقابلات بممارسات

مكافحة العدوى في غرف الولادة يسهم في ارتفاع معدلات العدوى (Nour & Nasor، 2015)؛

(Ahmed & Yosif، 2019)

- **الاحتفاظ وضعف البنية التحتية:** حيث تؤدي الكثافة العالية للمرضى في المستشفيات إلى تقليل فعالية التدابير الوقائية وزيادة فرص انتقال الميكروبات (مختار، 2017؛ Elnour وآخرون، 2015).
- **مقاومة الميكروبات للمضادات الحيوية:** تُعد من أخطر العوامل الحديثة، إذ تجعل العدوى أكثر استعصاءً على العلاج وتفرض أعباء مضاعفة على النظم الصحية (Nasher وآخرون، 2024)
- **العوامل البشرية والسلوكية:** مثل ضعف التدريب أو الإهمال أو غياب ثقافة السلامة، وقد أكدت دراسات عدة أن نجاح برامج مكافحة العدوى يعتمد بدرجة كبيرة على رفع وعي العاملين والمرضى والزوار (نصر الله وآخرون، 2017؛ Abdel-Hamid، 2024)
- **الأزمات الوبائية والطوارئ الصحية:** مثل جائحة كورونا التي كشفت عن هشاشة بعض الأنظمة الصحية في مواجهة الانتشار السريع للعدوى، وأظهرت الحاجة إلى خطط طوارئ محكمة) هادي، 2020؛ Layes وآخرون، 2021)

استراتيجيات مكافحة العدوى

أولاً: الوقاية العامة (غسل اليدين، التعقيم، التطهير)

تُعد الوقاية العامة حجر الأساس في برامج مكافحة العدوى، حيث يقوم معظم الباحثين على التأكيد أن غسل اليدين يمثل الخطوة الأكثر فاعلية والأقل تكلفة في الحد من انتقال الميكروبات. وقد بينت دراسات متعددة أن الالتزام بغسل اليدين بالصابون أو المطهرات الكحولية يقلل بشكل ملحوظ من معدلات العدوى داخل المستشفيات، وخاصة في أقسام العناية المركزة (Al-Sakarneh وآخرون، 2016؛ Nour & Nasor، 2015). (كما يُعد التعقيم والتطهير المستمر للأدوات الطبية والأسطح البيئية عنصراً لا غنى عنه، إذ إن الأسطح الملوثة تُعتبر أحد أهم مصادر العدوى المكتسبة داخل المستشفيات (Abdelsalam & Briar، 2020). (ومن الجدير بالذكر أن جائحة كورونا أعادت إبراز قيمة هذه التدابير العامة مثل ارتداء الكمادات،

والتباعد الاجتماعي، وتعقيم اليدين كوسائل وقاية فعالة على مستوى المجتمع أيضًا (هادي، 2020؛ المصباحي، 2022)

ثانيًا: الوقاية الخاصة (العزل، أدوات الوقاية الشخصية)

عندما لا تكفي التدابير العامة وحدها، يتم اللجوء إلى الوقاية الخاصة التي تشمل إجراءات أكثر صرامة. ويأتي في مقدمتها العزل، الذي يُستخدم لحماية المرضى الآخرين والعاملين من التعرض للميكروبات شديدة العدوى أو المقاومة للأدوية. وتشمل استراتيجيات العزل إنشاء غرف مخصصة بتهوية سلبية، وتحديد مسارات حركة منفصلة للمرضى المصابين (Kanaan & Shahin، 1998؛ Layes وآخرون، 2021). كما تلعب أدوات الوقاية الشخصية مثل القفازات، والكمامات، والأثواب الواقية، والدروع الواقية للوجه، دورًا أساسيًا في حماية الكوادر الطبية. وأظهرت الأبحاث أن الاستخدام السليم لهذه الأدوات يقلل من معدلات العدوى بين الطاقم الصحي، خاصة في أقسام العمليات والعناية المركزة (الصباح، مناوي، & الخراز، 2021؛ Nasher وآخرون، 2024). ومن التحديات هنا ضمان التدريب المستمر للعاملين على الاستخدام الصحيح والالتزام بالتخلص الآمن من هذه الأدوات بعد الاستعمال، إذ إن الاستخدام غير الملائم قد يحولها من وسيلة وقاية إلى مصدر خطر إضافي (Nazzal & Al-Shawish، 2021).

ثالثًا: الممارسات السريرية الآمنة

تُعتبر الممارسات السريرية الآمنة مكملًا أساسيًا للاستراتيجيات السابقة، حيث تركز على كيفية تعامل الطاقم الطبي مع الأدوات والأجهزة والمواد البيولوجية بطريقة تقلل من احتمالية نقل العدوى. فالاستخدام غير السليم للحقن، أو القساطر، أو أجهزة التنفس الصناعي يُعد من أبرز أسباب العدوى المكتسبة في المستشفيات (Nasher وآخرون، 2024؛ Abdelsalam & Briar، 2020). ولهذا تتطلب الاستراتيجيات تدريب العاملين على بروتوكولات دقيقة لاستخدام الأدوات وإعادة معالجتها أو التخلص منها. كما أن التخلص الآمن من النفايات الطبية يشكل ركيزة جوهرية، حيث أن الإهمال في جمع النفايات أو فرزها أو التخلص منها يزيد من فرص انتقال الميكروبات بين المرضى والعاملين وحتى المجتمع المحيط (Elnour، 2024).

وآخرون، 2015؛ مختار، 2017. (وقد بيّن باحثون أن اعتماد نظم متكاملة للتعامل مع النفايات الطبية يقلل من التلوث البيئي ويعزز ثقة المجتمع بالمؤسسات الصحية (نصر الله، أبو شقرا، & فرحات، 2017؛ Abdel-Hamid، 2024. (كذلك، يشمل هذا الجانب تطبيق بروتوكولات السلامة الحيوية عند التعامل مع العينات المخبرية والمواد المعدية لضمان حماية العاملين في المختبرات (Layes وآخرون، 2021).

أدوار ومسؤوليات فرق مكافحة العدوى

أولاً: دور الإدارة العليا

تمثل الإدارة العليا المحرك الأساس لنجاح برامج مكافحة العدوى، إذ يقع على عاتقها توفير الدعم المؤسسي والمالي اللازم لضمان تطبيق السياسات الوقائية بكفاءة. فهي الجهة التي تحدد التوجيهات العامة، وتضع السياسات الاستراتيجية، وتتابع تنفيذها عبر مؤشرات أداء واضحة. وقد بيّنت الدراسات أن التزام الإدارة العليا يعزز ثقافة السلامة وجودة الرعاية الصحية، ويضمن دمج مكافحة العدوى ضمن نظام الجودة الشاملة للمؤسسة (نصر الله، أبو شقرا، & فرحات، 2017؛ الطوس & الكساسبة، 2015). كما أن الإدارة العليا تتحمل مسؤولية تهيئة البنية التحتية من حيث غرف العزل، وأنظمة التهوية، ونظم التخلص من النفايات الطبية، وهي استثمارات لا يمكن إنجاح أي برنامج دونها (إبراهيم، الشعراوي، & زيد، 2024). ومن جانب آخر، فإن القيادة الإدارية تمثل القدوة للعاملين من خلال الالتزام بالقواعد وتطبيقها عملياً، وهو ما يخلق بيئة تنظيمية داعمة لمكافحة العدوى (مختار، 2017).

ثانياً: دور الطاقم الطبي والتمريضي

يُعتبر الأطباء والممرضون الخط الأمامي في مواجهة العدوى، حيث أنهم الأكثر تواصلًا مع المرضى ويقومون بإجراءات تشخيصية وعلاجية متعددة تحمل مخاطر انتقال الميكروبات. وتتمثل مسؤولياتهم في الالتزام ببروتوكولات غسل اليدين، واستخدام أدوات الوقاية الشخصية، وتطبيق أساليب التعقيم والتطهير أثناء الإجراءات السريرية. وقد أظهرت الدراسات في السودان أن ضعف معرفة الممرضات والقابلات بالإجراءات السليمة كان من أبرز أسباب زيادة معدلات العدوى في غرف الولادة (Nour & Nasor، 2015؛ Ahmed &

Yosif، 2019. (كما أكدت الأبحاث أن تدريب الطاقم الطبي المستمر ورفع وعيهم حول أحدث الممارسات الوقائية يسهم بشكل مباشر في خفض معدلات العدوى المكتسبة بالمستشفيات Al-Sakarneh وآخرون، 2016؛ Abdelsalam & Briar، 2020. (ولا يقتصر دور الطاقم الطبي على الوقاية المباشرة، بل يشمل أيضاً التثقيف الصحي للمرضى وأسرتهم، بما يعزز من استدامة الجهود الوقائية داخل المؤسسة وخارجها (Abdel-Hamid، 2024).

ثالثاً: دور فرق مكافحة العدوى المتخصصة

تُعتبر فرق مكافحة العدوى المتخصصة العمود الفقري لأي برنامج فعال، إذ تتكون عادةً من خبراء في علم الأوبئة، وأطباء، وممرضين مدربين، ومسؤولي جودة. وتقوم هذه الفرق بعدة مهام رئيسية، منها: إجراء المراقبة الوبائية لرصد حالات العدوى ومصادرها، وتقديم تقارير دورية للإدارة العليا، وتدريب العاملين، وتصميم بروتوكولات الوقاية والتعقيم (Layes, Ghenbazi, & Lati، 2021. (كما أنها مسؤولة عن التحقيق في الحوادث الوبائية وتقديم التوصيات لتجنب تكرارها، فضلاً عن المساهمة في إعداد خطط الطوارئ عند ظهور أوبئة جديدة مثل كوفيد-19 (Nasher وآخرون، 2024؛ هادي، 2020. (وقد أوضحت الدراسات أن وجود هذه الفرق يرفع مستوى الالتزام العام في المؤسسات الصحية، ويمنح البرنامج صفة الاستمرارية بدلاً من اقتصره على حملات مؤقتة (الصباح، مناوي، & الخراز، 2021).

رابعاً: دور المرضى والزوار في الوقاية

لا يقتصر نجاح مكافحة العدوى على الإدارة أو الطاقم الطبي وحدهم، بل يمتد ليشمل المريض والزائر كجزء من المنظومة. فالمريض يتحمل مسؤولية الالتزام بتعليمات النظافة الشخصية، وعدم مشاركة الأدوات، واتباع إرشادات الطاقم الطبي أثناء فترة العلاج (هيئة التحرير، 2017). أما الزوار، فإن دورهم يكمن في احترام السياسات الخاصة بالدخول إلى غرف المرضى، مثل ارتداء أدوات الوقاية الشخصية عند الحاجة، وتجنب الزيارات في حال وجود أعراض مرضية لديهم، والالتزام بمواعيد الزيارة المحددة. وقد أثبتت جائحة كورونا أن وعي الزوار والمرضى والتزامهم بالتدابير البسيطة مثل ارتداء الكمامات والتباعد ساهم في

تقليل معدلات العدوى داخل المستشفيات (المصباحي، 2022؛ Abdel-Hamid، 2024). (ومن هنا فإن إدماج المرضى والزوار في برامج التوعية يمثل خطأً مكماً لدور المؤسسات الصحية في تحقيق بيئة علاجية آمنة ومستدامة).

الأدوات والتقنيات المستخدمة في مكافحة العدوى

أولاً: نظم المراقبة الوبائية

تُعدّ المراقبة الوبائية إحدى الأدوات الأكثر أهمية في برامج مكافحة العدوى، إذ تهدف إلى جمع البيانات بشكل منهجي حول حالات العدوى، وتحليلها، ومقارنتها بمعايير قياسية، ثم استخدامها لتوجيه القرارات الوقائية والعلاجية. تقوم هذه النظم برصد معدلات العدوى المكتسبة داخل المستشفى، مثل التهابات مجرى الدم المرتبطة بالقسطر، أو التهابات الجهاز التنفسي الناتجة عن أجهزة التنفس الصناعي، أو التهابات المسالك البولية المرتبطة بالقسطر البولية (Nazal & Al-Shawish، 2021؛ Nasher وآخرون، 2024). كما تسمح هذه النظم بالكشف المبكر عن تفشي الأوبئة داخل المؤسسات الصحية والتدخل السريع للحد من انتشارها (Latil، Ghenbazi، & Layes، 2021). (وقد أشارت الأبحاث إلى أن نجاح نظم المراقبة الوبائية يعتمد على تدريب الكوادر الصحية على جمع البيانات بدقة، وربط هذه البيانات بالتحليل الإحصائي والوبائي لاستخلاص مؤشرات يمكن الاعتماد عليها في وضع السياسات (Abdelsalam & Briar، 2020). (وفي هذا الإطار، تعد المراقبة الوبائية بمثابة "نظام إنذار مبكر" يوجّه فرق مكافحة العدوى نحو الإجراءات الأكثر إلحاحاً).

ثانياً: بروتوكولات التعقيم والتطهير

إن الالتزام بروتوكولات التعقيم والتطهير يشكل خط الدفاع الرئيس ضد انتقال العدوى في المؤسسات الصحية. فالتعقيم يهدف إلى القضاء التام على جميع الكائنات الحية الدقيقة من الأدوات والأجهزة الطبية باستخدام أساليب مثل التعقيم بالبخار (الأوتوكلاف)، أو الغازات الكيميائية، أو الإشعاع، بينما يركز التطهير على تقليل عدد الميكروبات إلى مستويات آمنة باستخدام المطهرات الكيميائية (الصباح، مناوي، &

الخرار، 2021). وقد أكدت الدراسات أن فشل الالتزام ببروتوكولات التعقيم، خاصة في غرف العمليات وعيادات الأسنان، يؤدي إلى ارتفاع كبير في معدلات العدوى المتصالبة (Kanaan & Shahin، 1998). (ومن الأمثلة التطبيقية أن اتباع معايير منظمة الصحة العالمية (WHO) ومعايير الاعتماد الدولية للمستشفيات (JCI) في عمليات التعقيم يقلل من نسب العدوى المكتسبة بنسبة تتجاوز 40% في بعض المؤسسات (نصر الله، أبو شقرا، & فرحات، 2017). كما أن وضع جداول زمنية دورية للتطهير، وربطها ببرامج تدريب مستمر للعاملين، يساهم في ضمان الالتزام وتحقيق نتائج أفضل (Ahmed & Yosif، 2019؛ Elnour وآخرون، 2015)

ثالثاً: مؤشرات الجودة لمتابعة مكافحة العدوى

تُستخدم مؤشرات الجودة كأداة قياس لمدى فاعلية برامج مكافحة العدوى داخل المؤسسات الصحية. وتشمل هذه المؤشرات معدلات العدوى المكتسبة في وحدات العناية المركزة، ونسب التزام الكوادر بغسل اليدين، ومعدل استخدام أدوات الوقاية الشخصية، إضافة إلى معدلات العدوى المرتبطة بالإجراءات الجراحية (Abdel-Hamid، 2024؛ الطوس & الكساسبة، 2015). وتعمل مؤشرات الجودة كأداة للتقييم المستمر والتحسين المستمر (Continuous Quality Improvement)، حيث تسمح للإدارة العليا بمراجعة السياسات وتعديلها عند الحاجة. وقد أوضحت الدراسات أن اعتماد هذه المؤشرات ضمن نظم الجودة الشاملة يساهم في الحصول على الاعتماد الصحي الدولي، ويعزز ثقة المرضى وأسرهم بالمؤسسة الصحية (إبراهيم، الشعراوي، & زيد، 2024؛ نصر الله وآخرون، 2017). كما أن متابعة هذه المؤشرات بانتظام يساعد على ربط مكافحة العدوى بالحوكمة المؤسسية ويجعلها جزءاً لا يتجزأ من التخطيط الاستراتيجي (مختار، 2017)

التحديات التي تواجه برامج مكافحة العدوى

أولاً: مقاومة الميكروبات للمضادات الحيوية

أحد أكبر التحديات العالمية أمام مكافحة العدوى هو تزايد مقاومة الميكروبات للمضادات الحيوية، إذ تؤدي هذه الظاهرة إلى فقدان فاعلية العديد من الأدوية، مما يجعل العدوى أكثر صعوبة في العلاج وأكثر

عرضة للانتشار. وتشير الدراسات في وحدات العناية المركزة باليمن إلى معدلات مرتفعة جدًا من البكتيريا المقاومة للأدوية المتعددة (XDR) ، والتي ارتبطت بزيادة ملحوظة في معدلات الوفيات (Nasher) وآخرون، 2024. (كما أظهرت أبحاث أخرى أن انتشار المكورات العنقودية الذهبية المقاومة للميثيسيلين (MRSA) في المستشفيات الفلسطينية مثل تحديًا كبيرًا لإجراءات الوقاية التقليدية (Kanaan & Shahin) ، 1998. (هذه الظاهرة لا تؤثر فقط على المرضى، بل تفرض أعباءً اقتصادية إضافية على المؤسسات الصحية التي تضطر لاستخدام بدائل دوائية أكثر تكلفة وأقل توافراً (Layes, Ghenbazi, & Lati) ، 2021. (وبالتالي، فإن مقاومة المضادات الحيوية لا تمثل مشكلة علاجية فقط، بل هي قضية استراتيجية تهدد فاعلية برامج مكافحة العدوى عالميًا.

ثانيًا: نقص الموارد أو التدريب

من التحديات الجوهرية الأخرى التي تواجه المؤسسات الصحية، خاصة في الدول النامية، نقص الموارد البشرية والمالية والتقنية اللازمة لتطبيق سياسات مكافحة العدوى. فالكثير من المستشفيات تعاني من ضعف البنية التحتية كغرف العزل ونظم التهوية، إضافة إلى نقص أدوات الوقاية الشخصية ومواد التعقيم (Elnour) وآخرون، 2015. (كما أن محدودية التدريب المتخصص للعاملين الصحيين تجعلهم أقل قدرة على الالتزام بالإجراءات السليمة (Abdelsalam & Briar) ، 2020. (وقد بينت دراسات في غرف الولادة بمستشفيات الخرطوم أن ضعف معرفة الممرضات بممارسات مكافحة العدوى ساهم في زيادة معدلات العدوى بين الأمهات وحديثي الولادة (Nour & Nasor) ، 2015. (كذلك، أشارت أبحاث أخرى إلى أن غياب برامج التدريب المستمر يؤدي إلى فجوات واضحة بين السياسات المكتوبة والممارسات الفعلية (Ahmed & Yosif) ، 2019. (ومن هنا، فإن نقص الموارد أو التدريب لا يؤدي فقط إلى إضعاف فاعلية البرنامج، بل يفتح الباب لظهور بؤر عدوى يصعب السيطرة عليها.

ثالثًا: ضعف الالتزام بالإجراءات الوقائية

حتى في المؤسسات التي تتوفر لديها الموارد والبنية التحتية، يظل ضعف الالتزام البشري بالإجراءات الوقائية أحد أبرز التحديات. إذ أثبتت الدراسات أن معدلات التزام العاملين بغسل اليدين أو استخدام أدوات الوقاية الشخصية قد تكون منخفضة رغم توافر الإمكانيات (Al-Sakarneh وآخرون، 2016). هذا التهاون غالبًا ما يرتبط بعوامل سلوكية مثل الاستعجال، أو الثقة المفرطة، أو غياب الرقابة الصارمة. وقد أشارت تقارير من مستشفيات السودان إلى أن ضعف الرقابة الداخلية وعدم متابعة الأداء أدى إلى تكرار حدوث العدوى رغم وجود بروتوكولات مكتوبة (مختار، 2017). كما أن بعض العاملين يفتقرون إلى القناعة بأهمية الإجراءات البسيطة مثل غسل اليدين أو ارتداء الكمامة، وهو ما يجعل برامج التوعية والتثقيف عنصرًا لا غنى عنه (نصر الله، أبو شقرا، & فرحات، 2017). على مستوى المجتمع، أظهرت جائحة كورونا أن ضعف التزام الأفراد بالتدابير الوقائية ساهم في تسريع انتشار الفيروس رغم جهود المؤسسات الرسمية (هادي، 2020؛ المصباحي، 2022). وبالتالي، فإن أي برنامج لمكافحة العدوى يظل معرضًا للفشل إذا لم يُدمج فيه عنصر المراقبة والمتابعة المستمرة لتعزيز الالتزام.

فوائد ومخرجات برامج مكافحة العدوى

أولاً: تقليل معدلات العدوى والوفيات

أبرز مخرجات برامج مكافحة العدوى هو الحد من انتشار العدوى داخل المؤسسات الصحية وخارجها، الأمر الذي ينعكس مباشرة على تقليل معدلات الوفيات. وقد أظهرت دراسات في مستشفيات فلسطين أن الالتزام ببروتوكولات مكافحة العدوى خفض معدلات العدوى المكتسبة في وحدات العناية المركزة، خاصة تلك المرتبطة بالقسطر وأجهزة التنفس الصناعي (Nazal & Al-Shawish، 2021). كما أكدت أبحاث أخرى أن عيادات الأسنان التي طبقت استراتيجيات صارمة لمكافحة العدوى سجلت انخفاضًا ملحوظًا في العدوى المتصالبة بين المرضى والأطباء (الصباح، مناوي، & الخراز، 2021). وفي اليمن، أشار باحثون إلى أن برامج مكافحة العدوى أسهمت في تقليل الوفيات الناتجة عن البكتيريا المقاومة للأدوية المتعددة في وحدات العناية المركزة (Nasher وآخرون، 2024). وبذلك فإن هذه البرامج تمثل خط الدفاع الأول للحفاظ على حياة المرضى والكوادر الطبية على حد سواء.

ثانياً: تحسين جودة الرعاية وسلامة المرضى

تُعتبر مكافحة العدوى جزءاً جوهرياً من جودة الرعاية الصحية، حيث لا يمكن الحديث عن خدمات صحية عالية الجودة دون وجود بيئة علاجية آمنة خالية من العدوى القابلة للانتقال. وقد أوضحت أبحاث أن إدماج مكافحة العدوى ضمن إدارة الجودة الشاملة يعزز من سلامة المرضى ويقلل من الأخطاء الطبية (نصر الله، أبو شقرا، & فرحات، 2017). كما أن مؤشرات الجودة، مثل نسب الالتزام بغسل اليدين ومعدلات العدوى بعد العمليات الجراحية، أصبحت جزءاً من تقييم أداء المستشفيات دولياً (Abdel-Hamid، 2024؛ الطوس & الكساسبة، 2015). ومن جانب آخر، فإن المؤسسات التي تعتمد نظاماً متكاملة لمكافحة العدوى تحقق مستويات أعلى من رضا المرضى، وهو ما يعزز تنافسيتها مقارنة بغيرها (إبراهيم، الشعراوي، & زيد، 2024).

ثالثاً: خفض التكاليف العلاجية

من الفوائد الاقتصادية البارزة لبرامج مكافحة العدوى أنها تساهم في خفض التكاليف العلاجية بشكل كبير. فكل إصابة بعدوى مكتسبة داخل المستشفى تعني إقامة أطول، واستخداماً أكبر للأدوية والمستلزمات، واحتمال الحاجة إلى إجراءات إضافية، مما يزيد العبء المالي على المؤسسة والمريض (Elnour، وآخرون، 2015). (وقد أثبتت الدراسات أن الاستثمارات في الوقاية مثل توفير المطهرات وأدوات الوقاية الشخصية وبرامج التدريب أقل بكثير من التكاليف المترتبة على معالجة العدوى بعد وقوعها (Abdelsalam & Briar، 2020). (كما أن تقليل فترة بقاء المرضى في المستشفى نتيجة انخفاض معدلات العدوى يحرر الموارد لاستخدامها في حالات أخرى، مما يعزز كفاءة النظام الصحي ككل (Layes، Ghenbazi، & Lati، 2021).

رابعاً: تعزيز ثقة المجتمع بالمؤسسات الصحية

لا يقتصر أثر برامج مكافحة العدوى على الجانب العلاجي والاقتصادي، بل يمتد إلى البعد الاجتماعي والإنساني، إذ يساهم في تعزيز ثقة المجتمع بالمؤسسات الصحية. فالمستشفى الذي ينجح في السيطرة على العدوى ويضمن سلامة المرضى والعاملين يُنظر إليه كمؤسسة مسؤولة وموثوقة، وهو ما يرفع من مستوى

الإقبال على خدماته (هيئة التحرير، 2017). وخلال جائحة كورونا، لعبت سياسات مكافحة العدوى دوراً محورياً في الحفاظ على استقرار الأنظمة الصحية وبناء ثقة المواطنين في قدرتها على مواجهة الأزمات (هادي، 2020؛ المصباحي، 2022). كما أن تعزيز هذه الثقة ينعكس على سمعة المؤسسات الصحية محلياً ودولياً، ويسهم في حصولها على اعتمادات وشهادات جودة عالمية (مختار، 2017). وهكذا، فإن مكافحة العدوى لا تحمي الأرواح فحسب، بل تبني أيضاً جسر الثقة بين المؤسسة والمجتمع.

خاتمة المبحث

يتضح مما سبق أن مكافحة العدوى ليست مجرد إجراءات تقنية أو تعليمات تنظيمية، بل هي إطار استراتيجي متكامل يهدف إلى حماية الأرواح وضمان بيئة علاجية وتعليمية ومجتمعية أكثر أماناً. فمن خلال استعراض المفاهيم والأهداف والمبادئ، تبين أن مكافحة العدوى تمثل خط الدفاع الأول ضد انتشار الأمراض المعدية، وتسهم بشكل مباشر في تقليل معدلات العدوى والوفيات، وتعزيز جودة الرعاية الصحية (نصر الله، أبو شقرا، & فرحات، 2017؛ Nazzal & Al-Shawish، 2021). (كما أظهرت الأدلة أن نجاح هذه البرامج يعتمد على مجموعة من العناصر المتداخلة تشمل: نظم المراقبة الوبائية، بروتوكولات التعقيم والتطهير، أدوار الإدارة العليا والكوادر الطبية، إضافة إلى وعي المرضى والزوار، بحيث تصبح مكافحة العدوى مسؤولية جماعية وليست مقتصرة على جهة واحدة (الصباح، مناوي، & الخراز، 2021؛ Abdelsalam & Briar، 2020)

إلى جانب ذلك، كشفت الممارسة العملية عن وجود تحديات جوهرية مثل مقاومة الميكروبات للمضادات الحيوية، ونقص الموارد أو التدريب، وضعف الالتزام بالإجراءات الوقائية (Nasher) وآخرون، 2024؛ مختار، 2017). (غير أن الفوائد العديدة لهذه البرامج، والمتمثلة في تحسين جودة الرعاية وسلامة المرضى، وخفض التكاليف العلاجية، وتعزيز ثقة المجتمع بالمؤسسات الصحية، تجعل من الاستثمار في مكافحة العدوى خياراً استراتيجياً لا غنى عنه (إبراهيم، الشعراوي، & زيد، 2024؛ Abdel-Hamid، 2024)

الفصل الثالث : الدراسة المنهجية

1.3 تمهيد

يتناول هذا الفصل عرضاً تفصيلياً للإجراءات التي اعتمدها الباحث في الدراسة الميدانية، وذلك من خلال توضيح المنهج المستخدم، وتحديد مجتمع البحث وعينته المتمثلة في المستشفيات الحكومية بمنطقة الدمام بالمملكة العربية السعودية. كما يشمل وصفاً لمكونات أداة البحث وآليات إعدادها، إضافة إلى الاختبارات المتعلقة بالصدق والثبات التي تم إجراؤها للتحقق من موثوقية الأداة. ويستعرض الفصل كذلك المعالجات الإحصائية التي اعتمد عليها الباحث في تحليل البيانات، إلى جانب تقديم وتحليل البيانات الأولية والأساسية للدراسة، وانتهاءً باختبار فروض الدراسة ومناقشتها في ضوء النتائج المتحصل عليها.

2.3 أولاً مجتمع وعينة الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في المستشفيات الحكومية بمنطقة الدمام بالمملكة العربية السعودية، والبالغ عددهم (530) فرداً، وقد تم اختيار مفردات البحث من هذا المجتمع وفق أسلوب العينة القصدية (العمدية)، وذلك على أساس أن الأفراد المختارين يحققون أهداف الدراسة أو بعضاً منها. وبطبيعة الحال، فقد روعي في اختيارهم أن يتمتعوا بدرجة مقبولة من الموضوعية في آرائهم وأقوالهم، وأن تتوافر فيهم عناصر الثقة اللازمة. وفي هذا الإطار، قام الباحث بتوزيع (200) استمارة استبيان تمثل ما نسبته (38%) من حجم مجتمع الدراسة، وقد تم استرجاع (195) استمارة صالحة للتحليل بنسبة استرجاع بلغت (97.5%)، وهو معدل استجابة مرتفع يفوق المعدلات المتعارف عليها (75%). ويمكن تفسير هذا الارتفاع النسبي في الاستجابات بفضل المتابعة المستمرة التي قام بها الباحث. وقد جاءت تفاصيل هذه العينة على النحو الآتي:

جدول (1) الاستبانات الموزعة والمعادة

النسبة	العدد	البيان
%100	200	الاستبانات الموزعة
%97,5	195	الاستبانات التي تم ارجاعها
%2,5	5	الاستبانات التي لم تم ارجاعها
%79,5	195	الاستبانات الصالحة للتحليل

المصدر: إعداد الباحث

3.3 ثانيا : أداة الدراسة

تتمثل أداة جمع البيانات التي اعتمدت عليها الدراسة في الحصول على البيانات الأولية في قائمة الاستبانة تم إعدادها وتطويرها بناء على الاطلاع على الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة والاستفادة منها في بناء الاستمارة وصياغة فقراتها، وفي إطار تحكيم أداة الدراسة (الاستبانة) ورفع درجة صدق محتواها، قام الباحث بعرضها في صورتها الأولية على عددٍ من المحكمين المتخصصين بلغ عددهم (محكمين اثنين (من أعضاء هيئة التدريس في تخصص الإدارة في جامعات سعودية. وقد تفضل السادة المحكمون بمراجعة فقرات الاستبانة من حيث سلامة الصياغة اللغوية، واتساق العبارات مع أهداف الدراسة، ومدى تغطية البنود لجميع محاور المتغيرات، وإمكانية التطبيق الميداني داخل المستشفيات الحكومية بمنطقة الدمام. وبناءً على الملاحظات الواردة من المحكمين، قام الباحث بإجراء التعديلات المناسبة على بعض الفقرات، سواء بالحذف أو الإضافة أو إعادة الصياغة، إلى أن استقرت الأداة في صورتها النهائية المعتمدة في الدراسة.

واشتملت الاستمارة على قسمين:

القسم الأول:

يحتوي على (5) فقرات تناولت السمات الشخصية لعينة الدراسة والمتمثلة في:

1. النوع .
2. العمر .
3. المؤهل العلمي.
4. سنوات الخبرة.
5. الدورات التدريبية

القسم الثاني:

وشملت بيانات الدراسة الأساسية المحاور الرئيسة التي من خلالها يتم التعرف على متغيرات الدراسة. وقد اشتمل هذا القسم على محورين:

المحور الأول: يقيس المتغير المستقل للدراسة، وهو برنامج إدارة المخاطر، ويتضمن خمس متغيرات فرعية على النحو الآتي:

- المتغير الأول: يقيس (الرؤية والرسالة) ويتكون من (10) عبارات.
- المتغير الثاني: يقيس (الأهداف) ويتكون من (5) فقرات.
- المتغير الثالث: يقيس (البيئة الداخلية والخارجية) ويتكون من (5) فقرات.
- المتغير الرابع: يقيس (تنفيذ الخطة) ويتكون من (6) فقرات.
- المتغير الخامس: يقيس (مراقبة وتقويم الخطة) ويتكون من (5) فقرات.

المحور الثاني: يقيس المتغير التابع للدراسة، وهو مكافحة العدوى داخل المستشفيات الحكومية، ويتكون من (7) فقرات.

ثالثاً – مقياس الدراسة: تم قياس درجة الاستجابات وفق مقياس ليكرت الخماسي (Likert Scale) ، الذي يتدرج من (لا أوافق بشدة) إلى (أوافق بشدة)، كما هو موضح في جدول رقم.(2/1/5)

جدول رقم (2) مقياس درجة الموافقة

درجة الموافقة	الوزن النسبي	النسبة المئوية	الدلالة الاحصائية
او افق بشدة	5	أكبر من 80%	درجة موافقة مرتفعة جدا
أو افق	4	70 – 80%	درجة موافقة مرتفعة
محايد	3	50 – 69%	درجة موافقة متوسطة
لا أو افق	2	20 – 49%	درجة موافقة منخفضة
لا أو افق بشدة	1	أقل من 20%	درجة موافقة منخفضة جدا

المصدر: إعداد الباحث

وعلى فأن الوسط الفرضي للدراسة كالآتي:

تتمثل الدرجة الكلية للمقياس في مجموع الأوزان مقسومًا على عددها $(1+2+3+4+5) \div 5 = 3$ ، وهو ما يمثل الوسط الفرضي للدراسة. وبناءً على ذلك، فإن ارتفاع المتوسط الحسابي للفقرة عن الوسط الفرضي (3) يدل على موافقة أفراد العينة على محتوى الفقرة، في حين أن انخفاضه عن الوسط الفرضي (3) يعكس عدم موافقتهم. وعليه، تعتبر الفقرة إيجابية إذا تجاوز متوسطها الحسابي الوسط الفرضي (3) وبلغ وزنها النسبي أكثر من (60%)، أي أن أفراد العينة يوافقون على مضمونها. أما إذا كان المتوسط الحسابي للفقرة أقل من الوسط الفرضي (3) وكان الوزن النسبي دون (60%)، فإن الفقرة تُعد سلبية، مما يشير إلى أن أفراد العينة لا يوافقون على محتواها.

خامسا اختبار صدق وثبات أداء الدراسة :

من الخصائص الأساسية التي يجب توافرها في أداة جمع البيانات قبل الشروع في استخدامها خاصية الثبات، والتي تعكس مدى خلو المقياس من الأخطاء، وبشكل خاص الأخطاء العشوائية. وتكمن أهمية التأكد من ثبات وصدق المقياس في ضمان الحصول على نتائج صحيحة وموثوقة عند تكرار استخدامه، إذ إن الأداة غير المستقرة أو المتذبذبة لا يمكن الاعتماد عليها، ولا يُمكن الأخذ بنتائجها، مما

يجعل المخرجات مضللة وغير دقيقة. ومن هذا المنطلق، وللتأكد من صلاحية أداة الدراسة المطبقة على المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية، تم الاعتماد على اختبارات كِلِّ من الصدق والثبات، وذلك على النحو الآتي:

4.3 صدق أداة الدراسة :

يقصد بصدق أو صلاحية أداة القياس أنها قدرة الأداء على قياس ما صممت من أجله وبناء على نظرية القياس الصحيح تعنى الصلاحية التامة خلو الأداة من أخطاء القياس سواء كانت عشوائية أو منتظمة ، وقد اعتمدت الدراسة في قياس صدق أداة الدراسة على كل من :

(أ) صدق الاتساق الداخلي .

يتم فيه ايجاد قوة الارتباط بين درجات فقرات الأداة ودرجات ابعادها التي تنتمي لها وقد تم حساب الاتساق الداخلي للأداة وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات البعد والدرجة الكلية له كما هو موضح في الجداول التالية:

1. صدق الاتساق الداخلي لفقرات بعد الرؤية والرسالة فيما يلي جدول يوضح معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد الرؤية والرسالة والدرجة الكلية للبعد:

جدول رقم (3) معامل ارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد الرؤية والرسالة بالمجموع الكلي

م	العبارات	معامل الارتباط	مستوي الدلالة
1	توجد لدى المستشفى خطة استراتيجية مكتوبة	0,83	0,000
2	رؤية المستشفى منشورة ومتاحة للعاملين	0,68	0,000
3	رسالة المستشفى منشورة ومتاحة للعاملين	0,75	0,000
4	تقوم إدارة المستشفى بتوعية العاملين بمضمون الرؤيا	0,70	0,000
5	تقوم إدارة المستشفى بتوعية العاملين بمضمون الرسالة	0,76	0,000

6	رؤية المستشفى معروضة بطريقة ملفتة للأنظار	0,74	0,000
7	رسالة المستشفى معروضة بطريقة ملفتة للأنظار	0,81	0,000
8	رؤية المستشفى محفزة للعاملين	0,83	0,000
9	رسالة المستشفى محفزة للعاملين	0,77	0,000
10	تراجع المستشفى رسالتها وتعديلها وفق احتياجات السوق واتجاهات المنافسة من وقت لآخر	0,73	0,000

المصدر: إعداد الباحث

ويتضح من الجدول رقم (5/1/3) أن معاملات الارتباط لجميع عبارات بعد الرؤية والرسالة دالة عند مستوى معنوية 5% حيث بلغت قيم مستوى المعنوية أقل من 0.05 وبذلك يعتبر البعد صادقا لما وضع لقياسه.

2. صدق الاتساق الداخلي لفقرات بعد الاهداف :

فيما يلي جدول يوضح معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد الاهداف والدرجة الكلية

للبعد :

جدول رقم (4) معامل ارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد الاهداف بالمجموع الكلي

م	العبارات	معامل الارتباط	مستوي الدلالة
1	اهداف برنامج إدارة المخاطر بالمستشفى واضحة	0,80	0,000
2	يوجد تناغم بين الاهداف الفرعية والهدف الرئيسي للهيئة	0,79	0,000
3	توفر الادارة التمويل اللازم لتحقيق اهداف المشروعات	0,81	0,000
4	تقوم الادارة العليا باشراف العاملين في وضع الاهداف	0,78	0,000

5	اهداف المستشفى قابلة للتحقق وفق الامكانيات المتاحة	0,74	0,000
---	--	------	-------

المصدر: إعداد الباحث

ويتضح من الجدول (5/1/4) أن معاملات الارتباط لجميع عبارات بعد الأهداف دالة عند مستوى معنوية 5% حيث بلغت قيم مستوى المعنوية أقل من 0.05 وبذلك يعتبر البعد صادقاً لما وضع لقياسه.

3. صدق الاتساق الداخلي لفقرات بعد البيئة الداخلية والخارجية :

فيما يلي جدول يوضح معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد البيئة الداخلية والخارجية والدرجة الكلية للبعد :

جدول رقم (5) معامل ارتباط بين كل فقرات محور بعد التهيئة الداخلية والخارجية

م	العبارات	معامل الارتباط	مستوي الدلالة
1	يتم دراسة البيئة الداخلية والخارجية بالمستشفى قبل اعداد الخطة	0,76	0,000
2	تهدف دراسة البيئة الداخلية والخارجية الي اغتنام الفرص	0,85	0,000
3	يهدف الاهتمام بالبيئة الداخلية والخارجية للهيئة الي تقوية الموقف التنافسي	0,78	0,000
4	يتم احتياجات التدريب للعاملين من خلال دراسة البيئة الداخلية	0,71	0,000
5	يتم دراسة البيئة الداخلية والخارجية لتحاشي المهددات	0,80	0,000

المصدر: إعداد الباحث

ويتضح من الجدول (5) أن معاملات الارتباط لجميع فقرات محور البعد المتعلق بالبيئة الداخلية والخارجية جاءت دالة عند مستوى معنوية (5%)، حيث بلغت قيم مستوى المعنوية أقل من (0.05)، وهو ما يؤكد أن هذا البعد يتمتع بدرجة مقبولة من الصدق ويقاس بالفعل ما صُمم لقياسه.

جدول رقم (6) معامل ارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد تنفيذ الخطة بالمجموع الكلي

م	العبارات	معامل الارتباط	مستوي الدلالة
1	يم تنفيذ الخطة بصورة جيدة	0,86	0,000
2	تقوم المستشفى بتدريب العاملين على طرق تنفيذ الخطة	0,72	0,000
3	يوجد بالمستشفى كادر مؤهل لتنفيذ الخطة	0,76	0,000
4	يوجد بالمستشفى قيادة فعالة لقيادة العمل التنفيذي	0,81	0,000
5	يتم من خلال تنفيذ الخطة توزيع الموارد بعدالة	0,87	0,000
6	يتم من خلال تنفيذ الخطة تحقيق كافة الاهداف الرئيسية والفرعية	0,67	0,000

المصدر: إعداد الباحث

ويتضح من الجدول (6) أن معاملات الارتباط لجميع عبارات بعد تنفيذ الخطة دالة عند مستوى معنوية 5% حيث بلغت قيم مستوى المعنوية أقل من 0.05 وبذلك يعتبر البعد صادقاً لما وضع القياس.

5. صدق الاتساق الداخلي لفقرات بعد متابعة وتقييم الخطة :

فيما يلي جدول يوضح معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد متابعة وتقييم الخطة والدرجة الكلية للبعد :

جدول رقم (7) معامل ارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد تنفيذ الخطة بالمجموع الكلي

م	العبارات	معامل الارتباط	مستوي الدلالة
1	لدي المستشفى إدارة خاصة بالراجعة والتقييم الدوري للخطة	0,64	0,000
2	لدي المستشفى بدائل استراتيجية تساعد في تقييم الخطة	0,73	0,000

3	لدى المستشفى معايير مكتوبة ومحددة لتقييم ومراجعة الخطة	0,80	0,000
4	تتسم خطة المستشفى بالمرونة الكافية في التنفيذ	0,78	0,000
5	تستخدم المستشفى بطاقة الأداء المتوازن لتقييم ومراجعة الخطة لتصويب الأخطاء أن وجدت	0,72	0,000

المصدر : إعداد الباحث

جاءت دالة عند مستوى معنوية (5%)، حيث كانت قيم مستوى المعنوية أقل من (0.05)، وهو ما يشير إلى أن هذا البعد يتمتع بدرجة جيدة من الصدق ويقاس فعليًا ما أُعد من أجله.

سادسًا – صدق الاتساق الداخلي لفقرات محور أداء المشروعات:

يبين الجدول التالي معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات محور أداء المشروعات والدرجة الكلية لهذا البعد، وذلك بهدف التحقق من مدى اتساق الفقرات داخليًا مع المقياس الكلي.

جدول رقم (8) معامل ارتباط بين كل فقرة من فقرات محور أداء المشروعات بالمجموع الكلي

م	العبارات	معامل الارتباط	مستوي الدالة
1	لدى المستشفى مقاييس فعالة لقياس الأداء بالمشروعات	0,74	0,000
2	يوجد بالمستشفى وصف وظيفي يحدد مهام كل الوظائف ب المستشفى	0,83	0,000
3	تحرص ادارة المستشفى على التحسين المستمر في اداء المشروعات	0,78	0,000
4	لدى المستشفى كفاءة عالية في انجاز الاهداف الموضوعة	0,70	0,000

5	تحرص المستشفى على توظيف الموارد واستخدامها بصورة مثلى	0,91	0,000
6	يمتاز العاملون بالمستشفى بكفاءة عالية في اداء المشروعات	0,88	0,000
7	تحرص المستشفى على تقليل تكاليف الإنتاج في اداء المشروعات	0,79	

المصدر: إعداد الباحث

ويتضح من الجدول (8) أن معاملات الارتباط لجميع عبارات محور أداء المشروعات دالة عند مستوى معنوية 5% حيث بلغت قيم مستوى المعنوية أقل من 0.05 وبذلك يعتبر البعد صادقا لما وضع القياس.

(ج) الصدق البنائي :

يُعدّ الصدق البنائي أحد مقاييس صدق الأداة، إذ يوضح مدى قدرتها على تحقيق الأهداف التي صُممت من أجلها، ويبيّن درجة ارتباط كل بعد من أبعاد الدراسة بالدرجة الكلية لفقرات الأداة. واستنادًا إلى هذه الطريقة، تم اختبار الثبات من خلال تقدير معاملات الارتباط بين جميع محاور الدراسة والمجموع الكلي. وقد جرى احتساب قيم معامل الارتباط لكل محور على حدة مع المجموع الكلي، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي.

جدول (9) معامل ارتباط محاور الدراسة بالمجموع الكلي

م	البعد	معامل الارتباط	مستوي الدلالة
1	الرؤية والرسالة	0,76	0,000
2	الاهداف	0,87	0,000

3	البيئة الداخلية والخارجية	0.80	0,000
4	تنفيذ الخطة	0,82	0,000
5	متابعة وتقويم الخطة	0,72	0,000
6	اداء المشروعات	0,82	0,000

المصدر: إعداد الباحث

يتضح من الجدول (9) أن جميع محاور الدراسة لها علاقة ارتباط إيجابية وذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بالمجموع الكلي للمحور الذي تنتمي إليه. وبذلك تعتبر جميع ابعاد الأداة تقيس ما وضعت لقياسه.

(2) ثبات الاستبانة :

يُقصد بـ الثبات درجة استقرار المقياس وعدم تناقض نتائجه مع نفسه، أي أن الأداة البحثية تعطي نتائج متقاربة أو متماثلة عند تطبيقها أكثر من مرة على نفس العينة، وباحتمال مساو لقيمة معامل الثبات (1). وبذلك فإن ارتفاع درجة الثبات يعكس موثوقية أكبر للأداة، ويزيد من الثقة في النتائج المستخلصة منها، بينما انخفاضه يعني ضعف إمكانية الاعتماد على الأداة. وتوجد عدة طرق للتحقق من ثبات المقياس، وقد اعتمد الباحث في هذه الدراسة على معامل ثبات ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)، وهو معامل يأخذ قيمًا تتراوح بين (0) و(1). فإذا كانت البيانات غير ثابتة فإن قيمة المعامل تقترب من (0)، بينما تشير القيمة (1) إلى ثبات تام. وكلما ارتفعت قيمة ألفا كرونباخ دل ذلك على زيادة مصداقية البيانات وقدرتها على تمثيل مجتمع الدراسة بدقة، في حين أن انخفاض القيمة عن (0.60) يعد مؤشرًا على ضعف الثبات الداخلي للأداة. وتقوم معادلة ألفا كرونباخ على حساب تباينات فقرات المقياس، مع اشتراط أن تكون جميع البنود تقيس سمة واحدة فقط. وبناءً على ذلك، قام الباحث بحساب معاملات الثبات لجميع محاور الدراسة للتحقق من موثوقيتها.

جدول رقم (10) نتائج اختبار ألفا كرنباخ المقياس محاور الدراسة

م	البعد	عدد الفقرات	قيمة الاختبار
1	الرؤية والرسالة	10	0,79
2	الاهداف	5	0,82
3	البيئة الداخلية والخارجية	5	0,87
4	تنفيذ الخطة	6	0,82
5	متابعة وتقويم الخطة	5	0,78
6	اداء المشروعات	7	0,84
	أجلى المحاور	38	0,86

المصدر: إعداد الباحث

يوضح الجدول (10) أن نتائج اختبار الصدق لجميع محاور الدراسة تجاوزت نسبة (60%)، وهو ما يشير إلى توافر درجة مرتفعة من الثبات في جميع المحاور. كما بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ للمقياس الكلي لمحاور الدراسة (0.86)، وهي قيمة تعكس مستوى عاليًا جدًا من الثبات والصدق. وبناءً على ذلك، يمكن التأكيد أن المقاييس التي اعتمدت عليها الدراسة في قياس محاورها تتمتع بدرجة جيدة من الثبات الداخلي لفقراتها، مما يتيح الاعتماد على الإجابات التي تم الحصول عليها لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل نتائجها بدقة وموضوعية.

سادسا الأساليب الإحصائية المستخدمة تم استخدام الأدوات التالية :

تم إجراء اختبار الثبات (Reliability Test) لأداة الاستبانة باستخدام طريقتين رئيسيتين:

1. الصدق الظاهري ومعامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) حيث استُخدم هذا الاختبار

لقياس الاتساق الداخلي لعبارات الدراسة، والتحقق من درجة الثبات والصدق في أداء الأداة البحثية.

2. أساليب الإحصاء الوصفي: وقد استخدمت هذه الأساليب لوصف الخصائص الديموغرافية

والعملية لمفردات عينة الدراسة، بما يساهم في تكوين صورة شاملة عن المشاركين وفهم طبيعة المجتمع محل البحث.

أ/ التوزيع التكراري لعبارات فقرات الاستبانة :

وذلك للتعرف على التوزيع التكراري للإجابات أفراد العينة على عبارات فروض الدراسة.

ب/الوسط الحسابي

تم اعتماد هذا الأسلوب الإحصائي لوصف آراء أفراد العينة حول متغيرات الدراسة، بوصفه أحد مقاييس النزعة المركزية التي توفر صورة أوضح عن اتجاه البيانات. ويُعد هذا المقياس أكثر شمولاً من الوسط الحسابي الاعتيادي، حيث إن الأخير يُعتبر حالة خاصة من الوسط الحسابي المرجح في حال التعامل مع جميع المفردات على أنها متساوية الأهمية (الوزن). أما في هذه الدراسة، فقد أُخذت الأوزان بنظر الاعتبار بما يعكس التفاوت في أهمية الفقرات ويُبرز اتجاهات الاستجابات بدقة أكبر.

(3) تحليل الانحدار:

تم استخدام تحليل الانحدار لاختبار الدلالة الإحصائية لفروض الدراسة، حيث اعتمد الباحث على معامل التحديد (R^2) للتعرف على قدرة النموذج على تفسير العلاقة بين المتغيرات. كما جرى الاعتماد على اختبار (T-Test) لقياس ما إذا كانت هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات. ووفقاً لهذا الاختبار، تتم مقارنة القيمة الاحتمالية (Prob) للمعلمة المقدرة بمستوى المعنوية (5%). فإذا كانت القيمة الاحتمالية أكبر من (0.05) يتم قبول فرض عدم، وبذلك تكون المعلمة غير معنوية إحصائياً. أما إذا كانت القيمة الاحتمالية أقل من (0.05) فيتم رفض فرض عدم وقبول الفرض البديل، وهو ما يشير إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغير المستقل (برنامج إدارة المخاطر) والمتغير التابع (مكافحة العدوى داخل المستشفيات الحكومية السعودية).

الفصل الرابع : عرض وتحليل البيانات

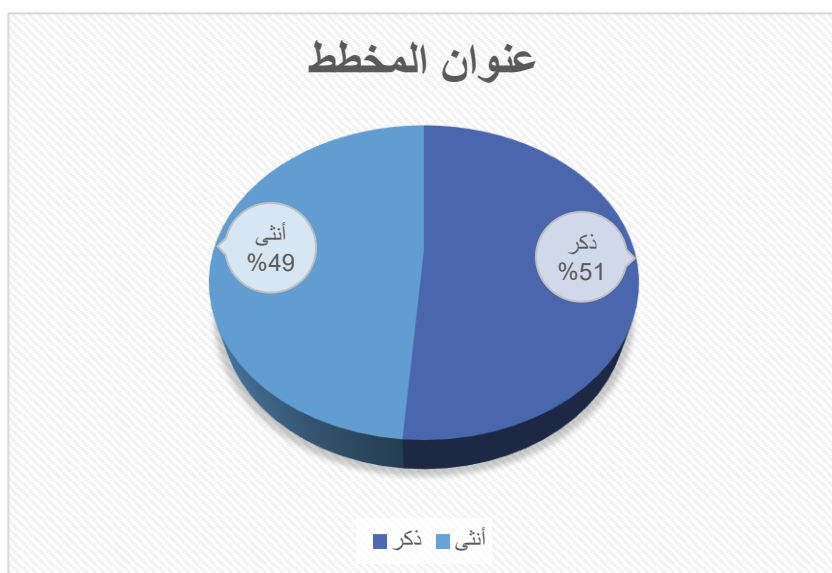
وفيما يلي توزيع عينة الدراسة تبعا للمتغيرات الشخصية:

1.4 توزيع أفراد العينة حسب النوع

جدول رقم (11) التوزيع التكراري لأفراد العينة وفق متغير النوع

النوع	العدد	النسبة %
ذكر	100	51.3%
انثى	95	48.7%
المجموع	195	100%

شكل (2) التوزيع التكراري لأفراد العينة وفق متغير النوع



يتضح من الجدول (11) وشكل (2) أن غالبية أفراد العينة المبحوثة من الإناث حيث بلغت نسبتهم

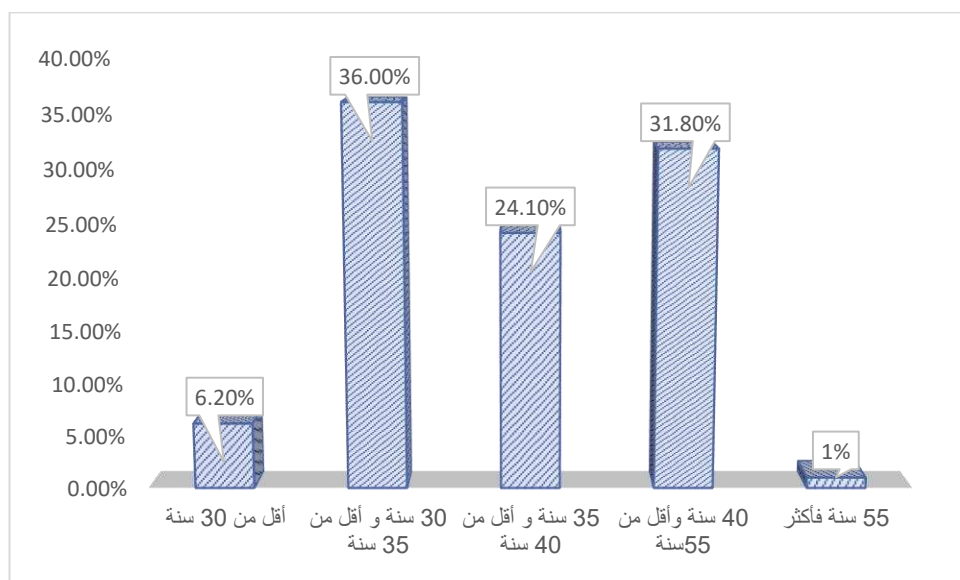
(51.3%) من أفراد العينة الكلية بينما بلغت نسبة الذكور في العينة (48.7%) من إجمالي العينة المبحوثة.

2.4 توزيع أفراد العينة حسب العمر:

جدول رقم (12) التوزيع التكراري لأفراد العينة وفق متغير العمر

العمر	العدد	النسبة %
أقل من 30 سنة	12	6,2
30 سنة و أقل من 35 سنة	72	36,0
35 سنة و أقل من 40 سنة	47	24,1
40 سنة و أقل من 55 سنة	62	31,8
55 سنة فأكثر	2	1
المجموع	195	%100

شكل رقم (3) التوزيع التكراري لأفراد العينة وفق متغير العمر



المصدر: إعداد الباحث

تضمنت العينة نسبة (1) وشكل (3) فقط من الذين تتراوح أعمارهم ما بين 55 سنة فأكثر ويتضح

من ذلك أن النسبة الكبرى من أفراد عينة الدراسة تزيد أعمارهم عن 30 سنة وارتفاع هذه النسبة تدل على

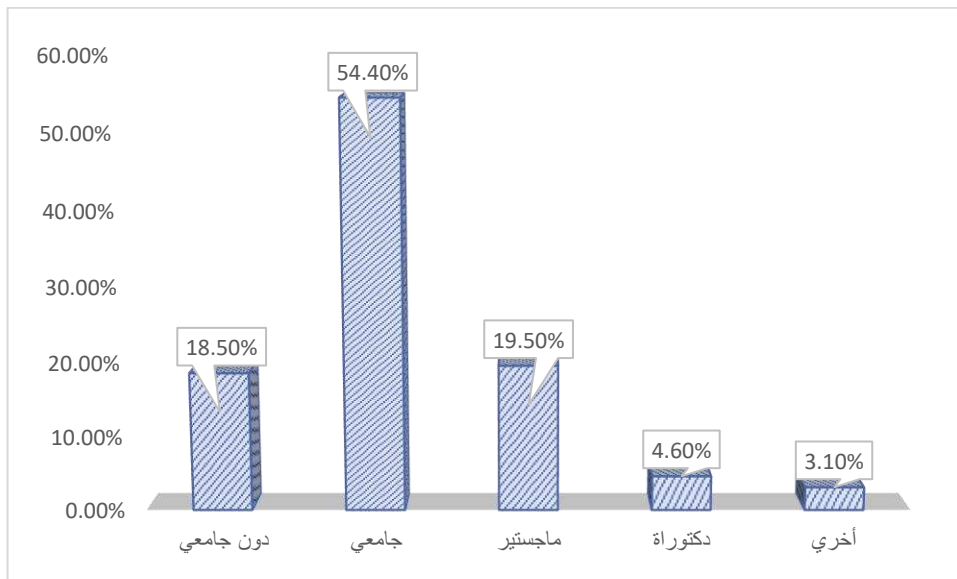
جودة العينة وقدرة أفرادها على فهم عبارات الاستبانة والإجابة عليها، ويعني ذلك أن خبرة العاملين عالية مما يؤدي إلى جودة الأداء.

3.4 توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي :

جدول رقم (13) التوزيع التكراري لأفراد عينة الدراسة وفق متغير المستوى التعليمي

المؤهل العلمي	العدد	النسبة %
دون جامعي	36	18,5
جامعي	106	54,4
ماجستير	38	19,5
دكتورة	9	4,6
أخري	8	3,1
المجموع	195	%100

شكل رقم (4) التوزيع التكراري لأفراد عينة الدراسة وفق متغير المستوى التعليمي



المصدر: إعداد الباحث

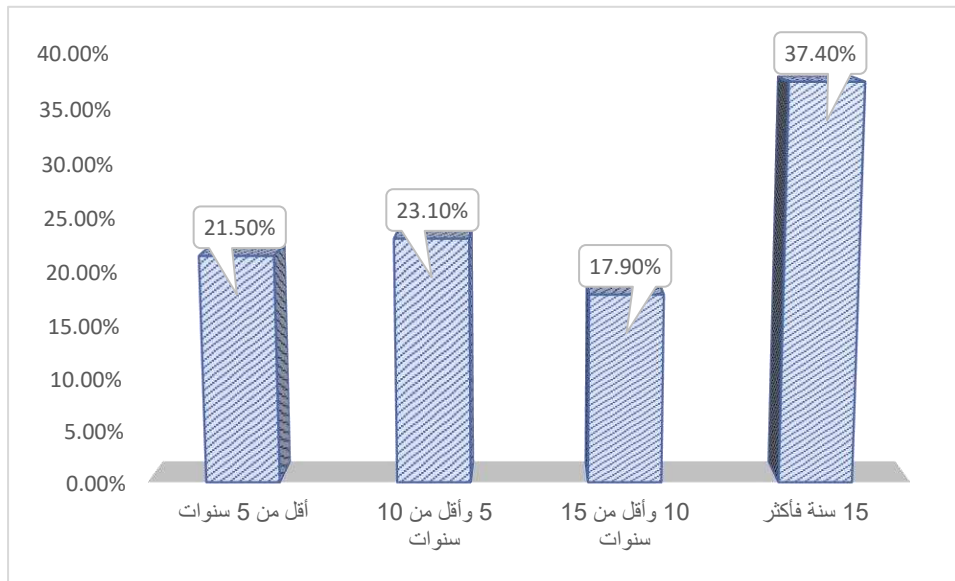
يتضح من الجدول رقم (13) والشكل (4) أن غالبية أفراد العينة ينتمون إلى المستوى التعليمي الجامعي (دبلوم وبكالوريوس)، حيث بلغت نسبتهم (54.4%). في حين شكّل الأفراد من المستوى التعليمي فوق الجامعي (ماجستير ودكتوراه) نسبة (24.1%)، أما الأفراد من المستوى التعليمي دون الجامعي فقد بلغت نسبتهم (18.5%). ومن ثم يمكن القول إن معظم أفراد العينة يحملون مؤهلات جامعية وفوق جامعية، وهو ما يعكس جودة التأهيل العلمي للمشاركين في الدراسة، ويؤكد في الوقت ذاته قدرتهم على فهم عبارات أداة الاستبانة بدقة والإجابة عليها بموضوعية، بما يعزز موثوقية النتائج التي تم التوصل إليها.

4.4 توزيع أفراد العينة حسب سنوات الخبرة

جدول رقم (14) التوزيع التكراري لأفراد العينة وفق متغير سنوات الخبرة

النسبة %	العدد	سنوات الخبرة
21,5	42	أقل من 5 سنوات
23,1	45	5 و أقل من 10 سنوات
17,9	35	10 و أقل من 15 سنوات
37,4	73	15 سنة فأكثر
%100	195	المجموع

شكل رقم (5) التوزيع التكراري لإفراد العينة وفق متغير سنوات الخبرة



المصدر: إعداد الباحث

يتضح من الجدول (14) والشكل (5) أن غالبية أفراد عينة الدراسة يتمتعون بخبرة عملية تمتد إلى 15 سنة فأكثر، حيث بلغت نسبتهم (34.7%). وجاء في المرتبة الثانية المشاركون الذين تتراوح خبرتهم بين 5 سنوات وأقل من 10 سنوات بنسبة (23.1%). أما المرتبة الأخيرة فشغلها الأفراد الذين تتراوح سنوات خبرتهم بين 10 سنوات وأقل من 15 سنة بنسبة (17.9%). وتشير هذه النتائج إلى أن معظم أفراد العينة يمتلكون خبرات مهنية طويلة، وهو ما يعزز من مصداقية آرائهم في موضوع الدراسة، ويؤكد قدرتهم على تقييم مدى تأثير تطبيق برنامج إدارة المخاطر على مكافحة العدوى داخل المستشفيات الحكومية بدقة وموضوعية.

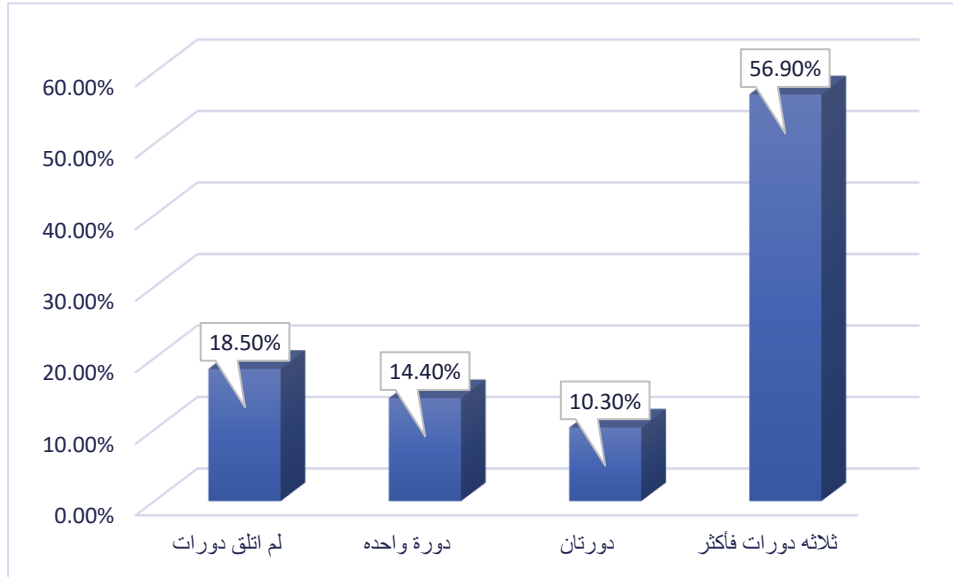
5.4 توزيع أفراد العينة حسب الدورات التدريبية :

جدول رقم (15) التوزيع التكراري لإفراد العينة وفق متغير الدورات التدريبية

الدورات التدريبية	العدد	النسبة %
لم اتلق دورات	36	18,5
دورة واحد	28	14,4
دورتان	20	10,3

56,9	101	ثلاث دورات فأكثر
%100	195	المجموع

شكل رقم (6) التوزيع التكراري لإفراد العينة وفق متغير الدورات التدريبية



المصدر يتضح من الجدول (15) والشكل (6) أن غالبية أفراد عينة الدراسة قد تلقوا ثلاث دورات تدريبية فأكثر، حيث بلغت نسبتهم (56.9%). بينما بلغت نسبة الذين تلقوا دورة واحدة أو دورتين (24.7%) أما الأفراد الذين لم يسبق لهم الحصول على أي دورات تدريبية فقد شكّلوا نسبة (18.5%). ويظهر ذلك أن نسبة كبيرة من العينة تتمتع بخبرة تدريبية جيدة، وهو ما يعزز من قدرتهم على فهم مضمون الاستبانة والتفاعل مع محاورها بدقة.

تحليل بيانات الدراسة الأساسية

يشتمل هذا الجزء من الدراسة على تحليل محاور الدراسة الأساسية ومناقشة فروضها، وذلك من خلال اتباع الخطوات التالية:

1. التوزيع التكراري والنسب المئوية: حيث يتم عرض التوزيع التكراري لإجابات المبحوثين على

فقرات محاور الدراسة، بما يعكس التكرارات والتوزيع النسبي لكل فقرة.

2. الوسط الحسابي والانحراف المعياري: يتم حساب الوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل

فقرة، ثم مقارنتها بالوسط الفرضي للدراسة (3).

- تعتبر الفقرة إيجابية إذا كان متوسطها الحسابي أكبر من الوسط الفرضي (3) وكان الوزن النسبي أعلى من (60%)، وهو ما يدل على موافقة أفراد العينة على محتواها.
- على العكس، تكون الفقرة سلبية إذا انخفض متوسطها الحسابي عن الوسط الفرضي (3) وجاء وزنها النسبي أقل من (60%)، وهو ما يشير إلى عدم موافقة أفراد العينة على مضمونها.

6.4 عرض وتحليل بيانات محاور الدراسة :

أولاً : التوزيع التكراري لفقرات محاور الدراسة:

وفيما يلي التوزيع التكراري لمحاور الدراسة المختلفة وذلك على النحو التالي :

المحور الأول: ادارة المخاطر:

فيما يلي التوزيع التكراري للفقرات التي تقيس ابعاد ادارة المخاطرين المجتمع موضع الدراسة وذلك

على النحو التالي:

(1) بعد الرؤية والرسالة :

جدول رقم (16) التوزيع التكراري لفقرات بعد الرؤية والرسالة

م	الفقرات	أو افق بشدة		أو افق		محايد		لا أو افق		لا أو افق بشدة	
		عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
1	توجد بالمستشفيات الحكومية العامة خطة استراتيجية مكتوبة	33	16,9	86	44,1	29	14,9	35	17,9	12	6,2

2	رؤية المستشفى منشورة ومتاحة للعاملين	29	14,9	68	34,9	24	12,3	50	25,6	24	12,3
3	رسالة المستشفى منشورة ومتاحة للعاملين	29	14,9	73	37,4	23	11,8	51	26,2	19	9,7
4	تقوم ادارة المستشفى بتوعية العاملين بمضمون الرؤيا	26	13,3	56	28,8	27	13,8	55	28,2	31	15,9
5	تقوم ادارة المستشفى بتوعية العاملين بمضمون الرسالة	32	16,4	50	25,6	33	16,9	51	26,2	32	16,4
6	رؤية المستشفى معروضة بطريقة ملفتة للأنظار	31	15,9	59	30,3	40	20,5	41	21	24	12,3
7	رسالة المستشفى معروضة بطريقة ملفتة للأنظار	26	13,3	61	31,3	42	21,5	44	22,6	22	11,3
8		28	14,4	57	29 و 2	36	18,5	33	16,9	41	21
9	رسالة المستشفى محفزة للعاملين	30	15,4	69	35,4	41	21	29	14,9	26	13,3
10	تراجع المستشفى رسالتها وتعديلها وفق احتياجات السوق واتجاهات المنافسة من وقت لآخر	28	14,4	63	32,3	32	16,4	45	23,1	27	13,8
	اجمالي الفقرات	292	15	642	32,8	327	16,7	343	22,3	258	13,2

المصدر: إعداد الباحث

يتضح من الجدول رقم (16) أن نسبة (47.8%) من أفراد العينة يوافقون على إجمالي العبارات التي تقيس بُعد الرؤية والرسالة، في حين بلغت نسبة غير الموافقين (35.5%)، أما أفراد العينة الذين لم يُبدوا إجابات محددة فقد بلغت نسبتهم (16.7%). وفيما يلي عرض تفصيلي للتوزيع التكراري على مستوى الفقرات:

1. الفقرة (1): تبين أن (61%) من أفراد العينة يوافقون على وجود خطة استراتيجية مكتوبة بالمستشفيات الحكومية السعودية، مقابل (24.1%) غير موافقين، و(14.9%) لم يحددوا رأيًا.
2. الفقرة (2): بلغت نسبة الموافقة على أن رؤية المستشفى منشورة ومتاحة للعاملين (49.8%)، بينما بلغت نسبة غير الموافقين (37.8%)، وبلغت نسبة غير محددتي الإجابة (12.3%).
3. الفقرة (3): أشار (52.3%) من أفراد العينة إلى موافقتهم على أن رسالة المستشفى منشورة ومتاحة للعاملين، في حين بلغت نسبة غير الموافقين (35.9%)، و(11.8%) لم يدلوا برأي محدد.
4. الفقرة (4): أوضح (42.1%) من أفراد العينة أن إدارة المستشفى تقوم بتوعية العاملين بمضمون الرؤية، بينما بلغت نسبة غير الموافقين (44.1%)، و(13.8%) لم يحددوا موقفهم.
5. الفقرة (5): يرى (42%) من أفراد العينة أن رؤية المستشفى معروضة بطريقة ملفتة للأنظار، مقابل (40.8%) غير موافقين، و(16.9%) لم يحددوا موقفهم.
6. الفقرة (6): أبدى (46.2%) من أفراد العينة موافقتهم على أن رؤية المستشفى تُعرض بطريقة جاذبة، بينما بلغت نسبة غير الموافقين (33.3%)، و(20.5%) لم يدلوا بإجابات محددة.
7. الفقرة (7): أشار (44.6%) من أفراد العينة إلى أن رسالة المستشفى معروضة بطريقة ملفتة، مقابل (33.9%) غير موافقين، و(21.5%) لم يبدوا رأيًا محددًا.
8. الفقرة (8): بلغت نسبة الموافقة على أن رؤية المستشفى محفزة للعاملين (43.6%)، في حين بلغت نسبة غير الموافقين (37.9%)، أما الذين لم يحددوا رأيًا فقد بلغت نسبتهم (18.5%).
9. الفقرة (9): يرى (50.8%) من أفراد العينة أن رسالة المستشفى محفزة للعاملين، بينما بلغت نسبة غير الموافقين (38.2%)، و(21%) لم يدلوا بموقف محدد.
10. الفقرة (10): أوضح (46.7%) من أفراد العينة موافقتهم على أن المستشفى تقوم بمراجعة رسالتها وتعديلها وفق احتياجات السوق واتجاهات المنافسة من وقت لآخر، بينما بلغت نسبة غير الموافقين (36.9%)، في حين بلغت نسبة غير محددتي الرأي (16.4%).

(2) بعد الاهداف :

جدول رقم (17) التوزيع التكراري لفقرات بعد الاهداف

م	الفقرات	أو افق بشدة		أو افق		محايد		لا أو افق		لا أو افق بشدة	
		عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
1	أهداف الخطة الاستراتيجية ب المستشفى واضحة	12	6,2	71	36,4	49	25,1	94	25,1	14	7,2
2	توجد تناغم بين الاهداف الفرعية والهدف الرئيسي للشركة	14	7,2	75	38,5	38	19,5	48	24,6	20	10,3
3	توفر الادارة التمويل اللازم لتحقيق اهداف المشروعات	16	8,2	57	29,2	42	21,5	50	25,6	30	15,4
4	تقوم الادارة العليا باشراف العاملين في وضع الاهداف	18	9,2	55	28,2	37	19	48	24,6	37	19
5	أهداف المستشفى قابلة للتحقيق وفق الامكانيات المتاحة	23	11,8	69	35,4	43	22,1	36	19,5	24	12,3
اجمالي الفقرات		83	8,5	327	33,5	209	21,4	231	23,6	125	12,9

المصدر اعداد الباحث

يتضح من الجدول رقم (17) أن نسبة (42%) من أفراد العينة يو افقون على إجمالي العبارات التي تقيس

بعد الأهداف ، بينما بلغت نسبة غيرالموافقين (36.5%) ، في حين أن نسبة الذين لم يدلوا بإجابات

محددة بلغت (21.5%). وفيما يلي التوزيع التكراري لآراء أفراد العينة على مستوى الفقرات:

1. الفقرة: (1) أشار (42.6%) من أفراد العينة إلى موافقتهم على أن أهداف برنامج إدارة المخاطر في

المستشفى واضحة، بينما بلغت نسبة غير الموافقين (32.3%)، في حين أن نسبة من لم يبدوا رأياً

محددًا بلغت (25.1%).

2. الفقرة: (2) أوضح (45.7%) من أفراد العينة وجود تناغم بين الأهداف الفرعية والهدف الرئيسي

للمستشفى، مقابل (34.9%) غير موافقين، و(19.5%) لم يحددوا موقفهم.

3. الفقرة: (3) بلغت نسبة الموافقة على أن الإدارة توفر التمويل اللازم لتحقيق أهداف المشروعات

(37.4%)، بينما بلغت نسبة غير الموافقين (41%)، و(21.5%) لم يدلوا بإجابات محددة.

4. الفقرة: (4) تبين أن (37.4%) من أفراد العينة يوافقون على أن الإدارة العليا تقوم بإشراك

العاملين في وضع الأهداف، مقابل (43.6%) غير موافقين، و(19%) لم يحددوا رأياً.

5. الفقرة: (5) يرى (47.2%) من أفراد العينة أن أهداف المستشفى قابلة للتحقيق وفق الإمكانيات

المتاحة، في حين بلغت نسبة غير الموافقين (31.8%)، و(22.1%) لم يدلوا بموقف محدد.

(3) بعد البيئة الداخلية والخارجية :

جدول رقم (18) التوزيع التكراري لفقرات بعد البيئة الداخلية والخارجية

م	الفقرات	أو افق بشدة		أو افق		محايد		لا أو افق بشدة		لا أو افق بشدة	
		عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
1	يتم دراسة البيئة الداخلية والخارجية بالمستشفى قبل اعداد الخطة	14	7,2	59	30,3	50	25,6	48	24,6	24	12,3

2	تهدف دراسة البيئة الداخلية والخارجية الى اغتنام الفرص	17	8,7	71	36,4	45	23,1	44	22,6	18	9,2
3	يهدف الاهتمام بالبيئة الداخلية والخارجية للهيئة الى تقوية الموقف التنافسي	21	10,8	65	33,3	55	28,2	35	17,9	19	9,7
4	يتم تحديد احتياجات التدريب للعاملين من خلال دراسة البيئة الداخلية	15	7,7	51	26,2	51	26,2	55	28,2	23	11,8
5	يتم دراسة البيئة الداخلية والخارجية لتحاشي المهددات	20	10,3	51	26,2	56	28,7	44	22,6	24	12,3
اجمالي الفقرات		87	8,9	297	30,5	257	26,3	226	23,2	108	11,1

المصدر: إعداد الباحث

يتضح من الجدول رقم (18) أن (39.4%) من أفراد العينة يوافقون على إجمالي العبارات التي تقيس بُعد البيئة الداخلية والخارجية، بينما بلغت نسبة غير الموافقين (33.3%)، في حين أن نسبة الذين لم يبدوا إجابات محددة بلغت (26.3%). وفيما يلي التوزيع التكراري لأراء أفراد العينة على مستوى الفقرات:

1. الفقرة: (1) أشار (37.5%) من أفراد العينة إلى أن دراسة البيئة الداخلية والخارجية في المستشفى تتم قبل إعداد الخطة، مقابل (36.9%) غير موافقين، و(25.6%) لم يدلوا برأي محدد.

2. الفقرة: (2) يرى (45.1%) من أفراد العينة أن دراسة البيئة الداخلية والخارجية تهدف إلى اغتنام

الفرص المتاحة، بينما بلغت نسبة غير الموافقين (37.8%)، و(23.1%) لم يحددوا موقفهم.

3. الفقرة: (3) أوضح (44.1%) من أفراد العينة أن الاهتمام بالبيئة الداخلية والخارجية للمستشفى يهدف

إلى تقوية الموقف التنافسي، في حين بلغت نسبة غير الموافقين (27.6%)، أما غير محددى الإجابة فقد

بلغت نسبتهم (28.2%)

4. الفقرة: (4) تبين أن (33.9%) من أفراد العينة يوافقون على أن تحديد احتياجات التدريب للعاملين

يتم من خلال دراسة البيئة الداخلية، مقابل (40%) غير موافقين، و(26.2%) لم يبدوا إجابات محددة.

5. الفقرة: (5) بلغت نسبة الموافقة على أن دراسة البيئة الداخلية والخارجية تساعد على التحاشي من

المهددات (36.5%)، بينما بلغت نسبة غير الموافقين (34.9%)، و(28.7%) لم يدلوا برأي محدد.

(4) بعد تنفيذ الخطة: جدول رقم (19) التوزيع التكراري لفقرات بعد تنفيذ الخطة

م	الفقرات	أو افق بشدة		أو افق		محايد		لا أو افق		لا أو افق بشدة	
		عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
1	يتم تنفيذ الخطة بصورة جيدة	12	6,2	46	23,6	48	24,6	61	31,3	28	14,4
2	تقوم المستشفى بتدريب العاملين على	11	5,6	59	22,1	55	28,2	58	29,7	28	14,4

											طرق تنفيذ الخطة	
	8,7	17	16,4	32	33,8	66	30,3	49	10,8	21	يوجد بالمستشفى كادر مؤهل لتنفيذ الخطة	3
	17,4	34	23,1	45	29,2	57	25,1	43	5,1	10	يوجد بالمستشفى قيادة فعالة لقيادة العمل التنفيذي	4
	21	41	24,1	47	27,7	54	22,1	46	5,1	10	يتم العمل خلال تنفيذ الخطة توزيع الموارد الفعالة	5
	12,3	24	23,6	46	33,3	65	22,6	286	7,2	14	يتم من خلال تنفيذ الخطة تحقيق كافة	6

الأهداف الرئيسية والفرعية											
اجمالي الفقرات	78	6,7		24,4	345	29,5	289	24,7	172	14,7	

المصدر : إعداد الباحث

يتضح من الجدول رقم (19) أن نسبة (31.1%) من أفراد العينة يوافقون على إجمالي العبارات التي تقيس

بُعد تنفيذ الخطة، في حين بلغت نسبة غير الموافقين (39.4%)، أما الأفراد الذين لم يدلوا بإجابات

محددة فقد بلغت نسبتهم (29.5%). وفيما يلي التوزيع التكراري على مستوى الفقرات:

1. الفقرة: (1) أشار (29.8%) من أفراد العينة إلى أن تنفيذ الخطة يتم بصورة جيدة، مقابل (45.7%)

غير موافقين، في حين بلغت نسبة غير محددتي الرأي. (24.6%)

2. الفقرة: (2) بلغت نسبة الموافقة على أن تدريب العاملين يتم على طرق تنفيذ الخطة (27.7%)،

بينما بلغت نسبة غير الموافقين (44.1%)، و(28.2%) لم يحددوا موقفهم.

3. الفقرة: (3) يرى (41.1%) من أفراد العينة أن المستشفى تمتلك كادرًا فعالًا لقيادة العمل

التنفيذي، في حين بلغت نسبة غير الموافقين (25.1%)، أما الذين لم يبدوا إجابات محددة فقد

بلغت نسبتهم. (33.8%)

4. الفقرة: (4) أوضح (30.2%) من أفراد العينة أن تنفيذ الخطة يتضمن توزيعًا عادلاً للمهام

والمؤهلات، بينما بلغت نسبة غير الموافقين (40.5%)، و(29.2%) لم يدلوا برأي محدد.

5. الفقرة: (5) تبين أن (27.2%) من أفراد العينة يوافقون على أن إدارة المستشفى تقوم بقيادة الموارد

بعدالة، في حين بلغت نسبة غير الموافقين (45.2%)، أما غير محددتي الرأي فبلغوا. (27.7%)

6. الفقرة: (6) يرى (30.8%) من أفراد العينة أن تنفيذ الخطة يساهم في تحقيق الأهداف الرئيسية

والفرعية كافة، بينما بلغت نسبة غير الموافقين (35.9%)، في حين بلغت نسبة الذين لم يحددوا

موقفهم. (33.3%)

(5) بعد متابعة وتقويم الخطة :

جدول رقم (20) التوزيع التكراري لفقرات بعد متابعة وتقويم الخطة

م	الفقرات	أو افق بشدة		أو افق		محايد		لا أو افق		لا أو افق بشدة	
		عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
1	لدي المستشفى ادارة خاصة بالمراجعة والتقويم الدوري للخطة										
2	لدي المستشفى بدائل استراتيجية تساعد في تقويم الخطة										
3	لدي المستشفى معايير مكتوبة ومحددة لتقييم ومراجعة الخطة										
4	تتسم المستشفى بالمرونة الكافية في التنفيذ										
5	تستخدم المستشفى بطاقة الاداء المتوازن لتقييم ومراجعة الخطة لتصويب الاخطاء										
إجمالي الفقرات											

المصدر: إعداد الباحث

يتضح من الجدول رقم (20) أن نسبة (25.8%) من أفراد العينة يوافقون على إجمالي العبارات التي تقيس بُعد متابعة وتقويم الخطة، بينما بلغت نسبة غير الموافقين (40.2%)، في حين أن نسبة الذين لم يدلوا بإجابات محددة بلغت (34%). وفيما يلي التوزيع التكراري على مستوى الفقرات:

1. الفقرة (1): أشار (31.3%) من أفراد العينة إلى أن لدى المستشفى إدارة خاصة بالمراجعة والتقويم الدوري للخطة، بينما بلغت نسبة غير الموافقين (37.5%)، في حين أن (31.3%) لم يحددوا موقفهم.

2. الفقرة: (2) بلغت نسبة الموافقة على أن المستشفى تمتلك بدائل استراتيجية تساعد في تقويم

الخطة (26.7%)، مقابل (40.5%) غير موافقين، و(32.8%) لم يدلوا بإجابات محددة.

3. الفقرة: (3) يرى (22%) من أفراد العينة أن لدى المستشفى معايير مكتوبة ومحددة لتقييم

ومراجعة الخطة، بينما بلغت نسبة غير الموافقين (41%)، أما غير محدد رأيي فبلغت نسبتهم

(36.9%).

4. الفقرة: (4) أوضح (26.7%) من أفراد العينة أن خطة المستشفى تتسم بالمرونة الكافية في التنفيذ،

في حين بلغت نسبة غير الموافقين (39%)، و(34.4%) لم يحددوا موقفهم.

5. الفقرة: (5) تبين أن (22.6%) من أفراد العينة يوافقون على أن المستشفى تستخدم بطاقة الأداء

المتوازن لتقييم ومراجعة الخطة وتصويب الأخطاء إن وجدت، بينما بلغت نسبة غير الموافقين

(43.1%)، أما الذين لم يدلوا برأيي محدد فقد بلغت نسبتهم (34.4%).

7.4 المحور الثاني: أداء المشروعات

فيما يلي التوزيع التكراري لفقرات محور أداء المشروعات

جدول رقم (21) التوزيع التكراري لفقرات محور أداء المشروعات

م	الفقرات	أو افق بشدة		أو افق		محايد		لا أو افق		لا أو افق بشدة	
		عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
1	لدى المستشفى مقاييس فعالة لقياس الأداء بالمشروعات	7	3,6	37	19	40	20,5	58	29,7	53	27,2
2	وجد بالمستشفى وصف وظيفي يحدد مهام كل الوظائف ب المستشفى	12	6,2	39	20	39	20	52	26,7	53	27,2

22,6	44	31,3	61	19	37	23,6	46	3,6	7	3	تحرص إدارة المستشفى على التحسين المستمر في أداء المشروعات
26,7	52	24,6	48	25,6	50	17,9	35	5,1	10	4	لدى المستشفى كفاءة عالية في انجاز - الاهداف الموضوعة
27,7	54	27,7	54	25,6	50	14,4	28	4,6	9	5	تحرص المستشفى على توظيف الموارد واستخدامها بصورة مثلى
21	41	20,5	40	26,2	51	23,6	46	8,7	17	6	يمتاز العاملون بالمستشفى بكفاءة عالية في اداء المشروعات
22,6	44	24,1	47	25,6	50	16,9	33	10,8	21	7	تحرص المستشفى على تقليل تكاليف الإنتاج في اداء المشروع
25	341	26,4	360	23,5	317	19,1	264	6	83		اجمالي الفقرات

المصدر: إعداد الباحث

يتضح من الجدول رقم (5/2/21) أن (25.1%) من أفراد العينة يوافقون على إجمالي العبارات التي تقيس بُعد أداء المشروعات، في حين بلغت نسبة غير الموافقين (51.4%)، أما الذين لم يدلوا بإجابات محددة فقد بلغت نسبتهم (23.5%). وفيما يلي التوزيع التكراري لأراء أفراد العينة على مستوى الفقرات:

1. الفقرة: (1) يرى (22.6%) من أفراد العينة أن لدى المستشفى مقاييس فعالة لقياس الأداء بالمشروعات، بينما بلغت نسبة غير الموافقين (56.9%)، في حين أن (20.5%) لم يحددوا موقفهم.

2. الفقرة: (2) بلغت نسبة الموافقة على أن المستشفى تمتلك وصفًا وظيفيًا يحدد مهام كل وظيفة

(26.2%)، مقابل (53.9%) غير موافقين، و(20%) لم يبدو رأيًا محددًا.

3. الفقرة: (3) أشار (27.2%) من أفراد العينة إلى أن إدارة المستشفى تحرص على التحسين المستمر

في أداء المشروعات، بينما بلغت نسبة غير الموافقين (53.9%)، أما غير محدد الرأي فبلغوا (19%)

4. الفقرة: (4) يعتقد (23%) من أفراد العينة أن المستشفى تتمتع بكفاءة عالية في إنجاز المشروعات،

مقابل (51.3%) غير موافقين، و(25.6%) لم يبدو رأيًا.

5. الفقرة: (5) بلغت نسبة الموافقة على أن المستشفى تحرص على توظيف الموارد واستخدامها بصورة

مثلى (19%)، بينما بلغت نسبة غير الموافقين (55.4%)، و(25.6%) لم يحددوا موقفهم.

6. الفقرة: (6) يرى (32.3%) من أفراد العينة أن العاملين في المستشفى يمتازون بكفاءة عالية في أداء

المشروعات، في حين بلغت نسبة غير الموافقين (41.5%)، و(26.2%) لم يبدو إجابات محددة.

7. الفقرة: (7) أشار (27.7%) من أفراد العينة إلى أن المستشفى تحرص على تقليل تكاليف الإنتاج في

أداء المشروعات، بينما بلغت نسبة غير الموافقين (46.7%)، أما غير محدد الرأي فبلغوا (25.6%)

8.4 ثانيا: الإحصاء الوصفي لفقرات محاور الدراسة

يشتمل هذا الجزء على التحليل الإحصائي لعبارات محاور الدراسة، حيث يتم حساب كل من الوسط

الحسابي والانحراف المعياري لكل فقرة، ثم تتم مقارنة الوسط الحسابي للفقرة بالوسط الفرضي للدراسة

(3). وتُعتبر الفقرة إيجابية، أي أن أفراد العينة يوافقون على محتواها، إذا كان الوسط الحسابي للفقرة

أكبر من الوسط الفرضي (3)، وكان الوزن النسبي أعلى من (60%)، مع كون قيمة مستوى الدلالة لاختبار

(T) أقل من (0.05). وفي المقابل، تُعد الفقرة سلبية، أي أن أفراد العينة لا يوافقون على محتواها، إذا كان

الوسط الحسابي أقل من الوسط الفرضي (3)، والوزن النسبي أقل من (60%)، وقيمة مستوى الدلالة أكبر

من (0.05).

وبناءً على ذلك، سيتم عرض نتائج التحليل الإحصائي للمتغيرات المرتبطة بمحاور الدراسة الأساسية،

وذلك على النحو التالي:

1.8.4 المحور الأول:

التخطيط الاستراتيجي

وفيما يلي نتائج التحليل الإحصائي للفقرات التي تقيس ابعاد ادارة المخاطر بالمجتمع موضع

الدراسة وذلك على النحو التالي:

1. بعد الرؤية والرسالة:

جدول رقم (22) التحليل الاحصائي الوصفي لفقرات بعد الرؤية والرسالة

م	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	مستوي الاستجابة	الترتيب
1	توجد بالمستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية خطة استراتيجية مكتوبة	3,50	1,15	70,0	متوسطة	1
2	رؤية المستشفى منشورة ومتاحة للعاملين	3,14	1,29	62,80	متوسطة	5
3	رسالة المستشفى منشورة ومتاحة للعاملين	3,22	1,25	64,4	متوسطة	3
4	تقوم ادارة المستشفى بتوعية العاملين بمضمون الرؤيا	2,95	1,32	59,0	متوسطة	10
5	تقوم ادارة المستشفى بتوعية العاملين بمضمون الرسالة	2,96	1,33	59,2	متوسطة	9
6	رؤية المستشفى معروضة بطريقة ملفتة للأنظار	3,16	1,27	63,2	متوسطة	4

7	رسالة المستشفى معروضة بطريقة ملفتة للأنظار	3,13	1,23	62,6	متوسطة	6
8	رؤية المستشفى محفزة للعاملين	3,0	1,37	60,0	متوسطة	8
9	رسالة المستشفى محفزة للعاملين	3,25	1,26	65,0	متوسطة	7
10	تراجع المستشفى رسالتها وتعديلها وفق احتياجات السوق واتجاهات المنافسة من وقت لآخر	3,10	1,29	62,0	متوسطة	
جمع الفقرات		3,14	1,27	62,8	متوسطة	

المصدر: إعداد الباحث

يتضح من الجدول رقم (22) ما يلي:

1. أظهرت النتائج أن المتوسط الحسابي لجميع الفقرات أكبر من الوسط الفرضي للدراسة (3) والوزن النسبي (60%) ، باستثناء العبارتين الرابعة والخامسة، حيث جاء متوسطهما أقل من الوسط الفرضي. وتشير هذه النتيجة إلى أن أفراد العينة يوافقون على وضوح الرؤية والرسالة في مجتمع الدراسة، ولكن بمستوى استجابة متوسط. وقد حققت جميع العبارات متوسطاً عاماً مقداره (3.14) بانحراف معياري (1.27) وأهمية نسبية بلغت (62.8%)
2. يُلاحظ من الجدول أن الفقرة المتعلقة بوجود خطة استراتيجية مكتوبة بالمستشفى قد جاءت في المرتبة الأولى من حيث الأهمية النسبية؛ حيث بلغ متوسط إجابات أفراد العينة عليها (3.50) بانحراف معياري (1.15) وأهمية نسبية بلغت (77%)

3. أما المرتبة الأخيرة فقد شغلها الفقرة التي تنص على أن إدارة المستشفى تقوم بتوعية العاملين

بمضمون الرؤية، حيث بلغ متوسطها (2.95) بانحراف معياري (1.32) وأهمية نسبية بلغت

(59%).

2 . بعد الأهداف

جدول رقم (23): التحليل الإحصائي الوصفي ل فقرات بعد الأهداف

م	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف النسبي	الوزن النسبي	مستوي الاستجابة	الترتيب
1	اهداف برنامج إدارة المخاطر ب المستشفى واضحة	3,09	07	61,8	متوسطة	2
2	يوجد تناغم بين الاهداف الفرعية والهدف الرئيسي للهيئة	3,08	15	61,6	متوسطة	3
3	توافر الادارة التمويل اللازم لتحقيق اهداف المشروعات	3,00	21	60,0	متوسطة	4
4	تقوم الادارة العليا باشتراك العاملين في وضع الاهداف	2,84	28	56,8	متوسطة	5
5	اهداف المستشفى قابلة للتحقيق وفق الامكانيات المتاحة	3,16	21	63,2	متوسطة	1
	جمع الفقرات	3,03	18	60,7	متوسطة	

1. يتضح من نتائج الجدول أن المتوسط الحسابي لجميع الفقرات أكبر من الوسط الفرضي

للدراسة (3) والوزن النسبي (60%) ، باستثناء العبارة الثالثة التي جاء متوسطها أقل من الوسط

الفرضي. وتشير هذه النتيجة إلى موافقة أفراد العينة على مستوى أهداف إدارة المخاطر في

مجتمع الدراسة، ولكن بمستوى استجابة متوسط، حيث بلغ المتوسط العام لجميع العبارات

(3.03) بانحراف معياري (1.18) وأهمية نسبية بلغت (60.7%)

2. كما يُلاحظ أن الفقرة المتعلقة بأن أهداف المستشفى قابلة للتحقيق وفق الإمكانيات المتاحة

جاءت في المرتبة الأولى من حيث الأهمية النسبية، إذ بلغ متوسط إجابات أفراد العينة عليها (3.16)

بانحراف معياري (1.21)، وبأهمية نسبية بلغت (63.2%)

3. أما المرتبة الأخيرة فقد شغلها الفقرة التي تنص على أن الإدارة العليا تقوم بإشراك العاملين في

وضع الأهداف، حيث بلغ متوسطها (2.84) بانحراف معياري (1.28) وأهمية نسبية (56.8%)

3- بعد البيئة الداخلية والخارجية :

جدول رقم (24) التحليل الاحصائي الوصفي لفقرات بعد البيئة الداخلية والخارجية

م	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	مستوي الاستجابة	الترتيب
1	يتم دراسة البيئة الداخلية والخارجية بـ المستشفى قبل اعداد الخطة	2,95	1,15	59,1	متوسطة	4
2	تهدف دراسة البيئة الداخلية والخارجية الي اغتنام الفرص	3,13	1,14	62,6	متوسطة	2
3	يهدف الاهتمام بالبيئة الداخلية والخارجية للهيئة الي تقويم الموقف التنافسي	3,17	1,14	63,5	متوسطة	1

4	يتم تحديد احتياجات التدريب للعاملين من خلال دراسة البيئة الداخلية	2,90	1,15	57,9	متوسطة	5
5	يتم دراسة البيئة الداخلية والخارجية لتحاشي المهددات	3,00	1,18	60	متوسطة	3
جمع الفقرات		3,02		1,15	متوسطة	

المصدر : إعداد الباحث

يتضح من الجدول رقم (24) ما يلي:

1. يتضح من النتائج أن المتوسط الحسابي لجميع الفقرات أكبر من الوسط الفرضي للدراسة (3)

والوزن النسبي (60%) ، باستثناء العبارتين الأولى والخامسة حيث جاء متوسطهما أقل من الوسط

الفرضي. وتشير هذه النتيجة إلى أن أفراد العينة يوافقون على مستوى البيئة الداخلية والخارجية

في مجتمع الدراسة، ولكن بمستوى استجابة متوسط. وقد بلغ المتوسط العام لجميع العبارات

(3.02) بانحراف معياري (1.15) وأهمية نسبية (60.6%)

2. كما يُلاحظ أن الفقرة التي تنص على أن الاهتمام بالبيئة الداخلية والخارجية للمستشفى يهدف

إلى تقوية الموقف التنافسي جاءت في المرتبة الأولى من حيث الأهمية النسبية، إذ بلغ متوسط

إجابات أفراد العينة عليها (3.17) بانحراف معياري (1.14) وبأهمية نسبية بلغت (63.5%)

3. أما المرتبة الأخيرة فقد شغلها الفقرة التي تشير إلى أن تحديد احتياجات التدريب للعاملين يتم من

خلال دراسة البيئة الداخلية، حيث بلغ متوسطها (2.90) بانحراف معياري (1.15) وأهمية نسبية

(57.9%).

4 . تنفيذ الخطة :

جدول رقم (25) التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات بعد تنفيذ الخطة

م	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	مستوى الاستجابة	الترتيب
1	يتم تنفيذ الخطة بصورة جيدة	2,76	1,14	55,2	متوسطة	4
2	تقوم المستشفى بتدريب العاملين على طرق تنفيذ الخطة	2,75	1,12	55,0	متوسطة	5
3	يوجد بالمستشفى كادر مؤهل لتنفيذ الخطة	3,18	1,10	63,6	متوسطة	1
4	يوجد بالمستشفى قيادة فعالة لقيادة العمل التنفيذي	2,77	1,15	55,4	متوسطة	3
5	يتم من خلال تنفيذ الخطة توزيع الموارد بعدالة	2,66	1,18	53,2	متوسطة	6
6	يتم من خلال تنفيذ الخطة تحقيق كافة الاهداف الرئيسية والفرعية	2,89	1,11	57,8	متوسطة	2
	جمع الفقرات	2,84	1,13	56,7	متوسطة	

المصدر: إعداد الباحث

1. يوضح الجدول أن المتوسط الحسابي لجميع الفقرات جاء أقل من الوسط الفرضي للدراسة

(3) وأقل من الوزن النسبي (60%) ، باستثناء العبارة الثالثة التي تجاوز متوسطها الوسط

الفرضي. وتشير هذه النتيجة إلى أن أفراد العينة يوافقون على مستوى تنفيذ الخطة في مجتمع

الدراسة، ولكن بمستوى استجابة متوسط. وقد بلغ المتوسط العام لجميع العبارات (2.84)

بانحراف معياري (1.13) وأهمية نسبية (56.7%)

2. كما يُلاحظ أن الفقرة التي تنص على أن المستشفى يمتلك كادرًا مؤهلًا لتنفيذ الخطة جاءت في

المرتبة الأولى من حيث الأهمية النسبية؛ حيث بلغ متوسط إجابات أفراد العينة عليها (3.18)

بانحراف معياري (1.10) وأهمية نسبية بلغت (63.6%)

3. بينما احتلت المرتبة الأخيرة الفقرة التي تشير إلى أن تنفيذ الخطة يتضمن توزيع الموارد بعدالة،

حيث بلغ متوسطها (2.66) بانحراف معياري (1.15) وأهمية نسبية بلغت (53.2%)

5. بعد متابعة وتقويم الخطة:

جدول رقم (26) التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات بعد متابعة وتقويم الخطة

م	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	مستوي الاستجابة	الترتيب
1	لدي المستشفى ادارة خاصة بالمراجعة والتقويم الدوري للخطة	2,89	1,06	57,8	متوسطة	1
2	لدي المستشفى بدائل استراتيجية تساعد في تقويم الخطة	2,81	1,03	56,2	متوسطة	3
3	لدي المستشفى معايير مكتوبة ومحددة لتقييم ومراجعة الخطة	2,74	1,02	54,8	متوسطة	4
4	تتسم خطة المستشفى بالمرونة الكافية في التنفيذ	2,82	1,05	56,4	متوسطة	2
5	تستخدم المستشفى بطاقة الاداء المتوازن لتقييم ومراجعة الخطة لتصويب الاخطاء أن وجدت	2,67	1,06	53,4	متوسطة	5
	جمع الفقرات	2,78	1,04	55,7	متوسطة	

المصدر: إعداد الباحث

يتضح من الجدول رقم (5/2/26) ما يلي:

1. يُظهر الجدول أن المتوسط الحسابي لجميع الفقرات جاء أقل من الوسط الفرضي للدراسة (3) و أقل من الوزن النسبي (60%) ، مما يشير إلى أن موافقة أفراد العينة على مستوى متابعة وتقييم الخطة في مجتمع الدراسة كانت بمستوى استجابة متوسط. وقد بلغ المتوسط العام لجميع العبارات (2.78) بانحراف معياري (1.04) وأهمية نسبية (55.7%)
2. كما يتضح أن الفقرة التي تنص على أن المستشفى لديه إدارة خاصة بالمراجعة والتقييم الدوري للخطة جاءت في المرتبة الأولى من حيث الأهمية النسبية؛ إذ بلغ متوسط إجابات أفراد العينة عليها (2.89) بانحراف معياري (1.06) وأهمية نسبية (57.8%)
3. بينما جاءت في المرتبة الأخيرة الفقرة التي تفيد بأن المستشفى يستخدم بطاقة الأداء المتوازن لتقييم ومراجعة الخطة وتصويب الأخطاء إن وجدت، حيث بلغ متوسطها (2.67) بانحراف معياري (1.06) وأهمية نسبية (53.4%)

المحور الثاني :

9.4 أداء المشروعات :

وفيما في نتائج التحليل الإحصائي للفقرات التي تقيس فقرات محور أداء المشروعات بالمجتمع موضع الدراسة

جدول رقم (27) التحليل الإحصائي لفقرات محور أداء المشروعات

م	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	مستوي الاستجابة	الترتيب
1	لدى المستشفى مقاييس فعالة لقياس الاداء بالمشروعات	2,42	1,17	48,4	منخفضة	6

2	يوجد ب المستشفى وصف وظيفي يحدد مهام كل الوظائف ب المستشفى	2,51	1,25	50,2	متوسطة	4
3	تحرص ادارة المستشفى على التحسين المستمر في اداء المشروعات	2,54	1,18	50,8	متوسطة	3
4	لدى المستشفى كفاءة عالية في انجاز الاهداف الموضوعة	2,50	1,20	20,0	متوسطة	5
5	تحرص المستشفى على توظيف الموارد واستخدامها بصورة مثلى	2,41	1,16	48,2	منخفضة	7
6	يمتاز العاملون ب المستشفى بكفاءة عالية في اداء المشروعات	2,78	1,26	55,6	متوسطة	1
7	حرص المستشفى على تقليل تكاليف والإنتاجي اداء المشروعات	2,69	1,28	53,8	متوسطة	2
جمع الفقرات		2,55	1,21	51	متوسطة	

المصدر: إعداد الباحث

يتضح من الجدول رقم (27) ما يلي:

يُظهر الجدول أن المتوسط الحسابي لجميع الفقرات جاء أقل من الوسط الفرضي للدراسة (3) و أقل من الوزن النسبي (60%) ، في حين أن مستوى الدلالة لجميع الفقرات كان أقل من (0.05). وتشير هذه النتيجة إلى أن موافقة أفراد العينة على مستوى أداء المشروعات في مجتمع الدراسة كانت بمستوى استجابة متوسط. وقد بلغ المتوسط العام لجميع العبارات (2.55) بانحراف معياري (1.21) وأهمية نسبية (51%).

كما يتضح أن الفقرة التي تنص على أن العاملين في المستشفى يمتازون بكفاءة عالية في أداء المشروعات جاءت في المرتبة الأولى من حيث الأهمية النسبية، إذ بلغ متوسط إجابات أفراد العينة عليها (2.78) بانحراف معياري (1.26) وأهمية نسبية (55.6%).

بينما جاءت في المرتبة الأخيرة الفقرة التي تشير إلى أن المستشفى يحرص على توظيف الموارد واستخدامها بصورة مثلى، حيث بلغ متوسطها (2.41) بانحراف معياري (1.16) وأهمية نسبية (48.2%)

10.4 اختبار فروض الدراسة

يشتمل هذا المبحث على مناقشة فروض الدراسة، والتي تتمثل في الفرضيات التالية:

- **الفرضية الأولى:** توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين وضوح الرؤية والرسالة للخطة الاستراتيجية وأداء المشروعات في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية.
- **الفرضية الثانية:** توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين أهداف برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية.
- **الفرضية الثالثة:** توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين دراسة البيئة الداخلية والخارجية عند إعداد برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية.
- **الفرضية الرابعة:** توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين دقة تنفيذ برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية.
- **الفرضية الخامسة:** توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مراقبة وتقويم برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية.

وللتحقق من صحة هذه الفروض، تم استخدام تحليل الانحدار باعتباره الأسلوب الإحصائي المناسب لتحديد العلاقات السببية بين المتغيرات. ولضمان سلامة النتائج ودقة اختبار الانحدار، كان من الضروري التأكد أولاً من التوزيع الطبيعي لبيانات متغيرات الدراسة. ولتحقيق ذلك، استعان الباحث باختبار

Kolmogorov-Smirnov، وفيما يلي عرض نتائج اختبار التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة:

جدول (28) نتائج اختبار التوزيع الطبيعي لمقياس لمتغيرات الدراسة

م	المتغيرات	قيمة الاختبار	مستوى المعنوية
1	الرؤية والرسالة	1,09	0,234
2	الاهداف	2,76	0,465
3	البيئة الداخلية والخارجية	4,02	0,678
4	تنفيذ الخطة	5,076	0,432
5	متابعة وتقويم الخطة	3,987	0,265
6	اداء المشروعات	4980	0,543

المصدر : إعداد الباحث

تشير نتائج اختبار التوزيع الطبيعي الموضحة في الجدول (28) إلى أن قيمة مستوى الدلالة المعنوية لجميع متغيرات الدراسة أكبر من (5%) ، وهو ما يعني أن البيانات المستخلصة من عينة الدراسة تتمتع بخاصية التوزيع الطبيعي لجميع المتغيرات. وبناءً على ذلك، يمكن الاعتماد على الأساليب الإحصائية الاستدلالية مثل تحليل الانحدار في اختبار فروض الدراسة.

الفرضية الأولى:

توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين وضوح الرؤية والرسالة للخطة الاستراتيجية وأداء المشروعات في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية.

وللتحقق من هذه الفرضية، استخدم الباحث تحليل الانحدار الخطي البسيط بهدف تحديد العلاقة السببية بين المتغير المستقل (وضوح الرؤية والرسالة) والمتغير التابع (أداء المشروعات). وفيما يلي عرض نتائج التقدير الإحصائي لهذه العلاقة:

جدول رقم (29) نتائج تحليل الانحدار للعلاقة بين الرؤية والرسالة وأداء المشروعات

الفرضية الأولى	معامل الانحدار B	قيمة T	مستوي المعنوية	نتيجة العلاقة
العلاقة بين الرؤية والرسالة وأداء المشروعات	0,154	2.12	0,035	قبول وجود علاقة
معامل الارتباط R	0,15			
معامل التحديد R2	0,02			
قيمة F	4,49			
مستوي المعنوية	0,035			

المصدر: إعداد الباحث

يتضح من الجدول رقم (29)

نتائج اختبار الفرضية الأولى

1. أظهرت النتائج وجود ارتباط طردي ضعيف بين وضوح رؤية ورسالة برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات في مجتمع الدراسة. ويتضح ذلك من خلال كل من قيمة معامل الارتباط (R) وقيمة معامل الانحدار (B)، وذلك على النحو التالي:
 - بلغت قيمة معامل الارتباط 0.15 (R)، وهي قيمة تشير إلى وجود علاقة ارتباطية ضعيفة بين رؤية ورسالة برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات في المستشفيات الحكومية.
 - كما بلغت قيمة معامل الانحدار 0.154 (B)، وهو ما يعني أن وضوح الرؤية والرسالة يؤثر بشكل طردي على أداء المشروعات في المجتمع محل الدراسة.
2. أظهرت نتائج التقدير أن متغير رؤية ورسالة برنامج إدارة المخاطر يفسر 2% فقط من التباين في مستوى أداء المشروعات، حيث بلغت قيمة معامل التحديد 0.02 (R²)، بينما تعزى نسبة (98%) من التباين إلى متغيرات أخرى لم يتناولها هذا النموذج.
3. كذلك أوضحت نتائج التحليل وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين رؤية ورسالة برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات وفقًا لاختباري (t) و (F) عند مستوى معنوية (5%). فقد بلغت قيمة

اختبار (t) لمعامل الانحدار (2.12) بمستوى دلالة (Sig. = 0.035) ، كما بلغت قيمة اختبار (F) (4.49) بمستوى دلالة (Sig. = 0.035) وبما أن هذه القيم أقل من مستوى الدلالة (0.05)، فإنه يتم رفض فرض العدم وقبول الفرض البديل، الذي يشير إلى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين رؤية ورسالة برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية.

وبناءً على ما سبق، يتم قبول الفرضية الأولى التي تنص على وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين وضوح الرؤية والرسالة للخطة الاستراتيجية وأداء المشروعات في المستشفيات الحكومية.

الفرضية الثانية

تنص الفرضية الثانية على أن:

«توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين وضوح أهداف برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية.»

وللتحقق من صحة هذه الفرضية، استخدم الباحث تحليل الانحدار الخطي البسيط لتحديد العلاقة السببية بين المتغير المستقل (أهداف برنامج إدارة المخاطر) والمتغير التابع (أداء المشروعات). وفيما يلي عرض نتائج التقدير الإحصائي لهذه العلاقة:

جدول رقم (30) نتائج تحليل الانحدار للعلاقة بين أهداف برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات

الفرضية الثاني	معامل الانحدار B	قيمة T	مستوي المعنوية	نتيجة العلاقة
العلاقة بين الرؤية والرسالة وأداء المشروعات	0,28	3,805	0,000	قبول وجود علاقة
معامل الارتباط R	0,26			
معامل التحديد R ²	0,07			
قيمة F	14,48			
مستوي المعنوية	0,000			

المصدر: إعداد الباحث

يتضح من الجدول رقم (30)

نتائج اختبار الفرضية الثانية

1. أظهرت النتائج وجود ارتباط طردي بين وضوح أهداف برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات في

مجتمع الدراسة. ويتضح ذلك من خلال كل من قيمة معامل الارتباط (R) وقيمة معامل الانحدار

(B) كما يلي:

○ بلغت قيمة معامل الارتباط 0.26 (R) ، وهي قيمة تدل على وجود علاقة ارتباطية موجبة

بين أهداف برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات.

○ كما بلغت قيمة معامل الانحدار 0.28 (B) ، مما يعني أن وضوح أهداف برنامج إدارة

المخاطر يسهم في تحسين أداء المشروعات بالمستشفيات الحكومية محل الدراسة.

2. أوضحت نتائج التقدير أن متغير أهداف برنامج إدارة المخاطر يفسر ما نسبته 7% فقط من

التباين في مستوى أداء المشروعات، حيث بلغت قيمة معامل التحديد 0.07 (R²) ، في حين تُعزى

نسبة (93%) من التباين إلى متغيرات أخرى لم يتناولها النموذج.

3. كما بينت نتائج التحليل وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين أهداف برنامج إدارة المخاطر وأداء

المشروعات، وذلك وفقاً لاختباري (t) و (F) عند مستوى معنوية (5%). فقد بلغت قيمة اختبار (t)

لمعامل الانحدار 3.805 بمستوى دلالة (Sig. = 0.000)، كما بلغت قيمة اختبار 14.48 (F) بمستوى دلالة

(Sig. = 0.000). وبما أن هذه القيم أقل من (0.05)، فإنه يتم رفض فرض العدم وقبول الفرض

البديل، بما يشير إلى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين وضوح أهداف برنامج إدارة

المخاطر وأداء المشروعات في المستشفيات الحكومية.

وبناءً على ما سبق، يتم قبول الفرضية الثانية التي تنص على وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية

بين وضوح أهداف برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية

السعودية.

جدول رقم (31) نتائج تحليل الانحدار للعلاقة بين دراسة البيئة الداخلية والخارجية عند إعداد برنامج

إدارة المخاطر وأداء المشروعات

الفرضية الثالث	معامل الانحدار B	قيمة T	مستوي المعنوية	نتيجة العلاقة
العلاقة بين الرؤية والرسالة وأداء المشروعات	0,44	6,11	0,000	قبوا وجود علاقة
معامل الارتباط R	0,50			
معامل التحديد R2	37,33			
قيمة F	0,000			
مستوي المعنوية				

المصدر: إعداد الباحث

نتائج اختبار الفرضية الثالثة

1. أوضحت النتائج وجود ارتباط طردي متوسط بين دراسة البيئة الداخلية والخارجية عند إعداد

برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات في مجتمع الدراسة. ويظهر ذلك من خلال قيمتي معامل

الارتباط (R) ومعامل الانحدار (B) على النحو التالي:

○ بلغت قيمة معامل الارتباط 0.78 (R) ، وهي قيمة مرتفعة نسبيًا وتشير إلى وجود علاقة

ارتباطية قوية بين دراسة البيئة الداخلية والخارجية وأداء المشروعات.

○ كما بلغت قيمة معامل الانحدار 0.44 (B) ، مما يدل على أن دراسة البيئة الداخلية

والخارجية تسهم بشكل مباشر وإيجابي في تحسين أداء المشروعات داخل المستشفيات

الحكومية محل الدراسة.

2. كما بينت نتائج التقدير أن متغير دراسة البيئة الداخلية والخارجية يفسر ما نسبته 25% من

التباين في أداء المشروعات، حيث بلغت قيمة معامل التحديد 0.25 (R^2) ، في حين تُعزى نسبة (75%)

المتبقية إلى عوامل أخرى لم يتناولها النموذج الإحصائي.

3. وتوضح نتائج التحليل وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين دراسة البيئة الداخلية والخارجية

عند إعداد برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات، وذلك استنادًا إلى اختباري (t) و (F) عند مستوى

معنوية (5%). فقد بلغت قيمة اختبار (t) لمعامل الانحدار 6.11 بمستوى دلالة (Sig. = 0.000) ، كما

بلغت قيمة اختبار (F) 37.33 بمستوى دلالة (Sig. = 0.000) وبما أن هذه القيم أقل من (0.05)، فإنه

يتم رفض فرض العدم وقبول الفرض البديل، بما يؤكد وجود علاقة إيجابية ذات دلالة

إحصائية بين دراسة البيئة الداخلية والخارجية عند إعداد برنامج إدارة المخاطر وأداء

المشروعات.

وبناءً على ما سبق، يتم قبول الفرضية الثالثة التي تنص على وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية

بين دراسة البيئة الداخلية والخارجية عند إعداد برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات في المستشفيات

الحكومية بالمملكة العربية السعودية.

الفرضية الرابعة

تنص الفرضية الرابعة على أن:

توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين دقة تنفيذ برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات في المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية

وللتحقق من صحة هذه الفرضية، استخدم الباحث تحليل الانحدار الخطي البسيط لتحديد العلاقة السببية بين المتغير المستقل، وهو (تنفيذ برنامج إدارة المخاطر)، والمتغير التابع وهو (أداء المشروعات). وفيما يلي نتائج التقدير:

جدول (32) نتائج تحليل الانحدار للعلاقة بين تنفيذ برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات

الفرضية الرابع	معامل الانحدار B	قيمة T	مستوي المعنوية	نتيجة العلاقة
العلاقة بين الرؤية والرسالة وأداء المشروعات	0,377	4,795	0,000	قبول وجود علاقة
معامل الارتباط R	0,11			
معامل التحديد R ²	22,99			
قيمة F	0,000			
مستوي المعنوية				

المصدر: إعداد الباحث

نتائج اختبار الفرضية الرابعة

1. أوضحت النتائج وجود ارتباط طردي متوسط بين تنفيذ برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات

في مجتمع الدراسة. وقد تبين ذلك من خلال قيمتي معامل الارتباط (R) ومعامل الانحدار (B) على

النحو الآتي:

○ بلغت قيمة معامل الارتباط 0.33 (R) ، وهي قيمة تدل على وجود علاقة ارتباطية موجبة

بين تنفيذ برنامج إدارة المخاطر ومستوى أداء المشروعات.

○ كما بلغت قيمة معامل الانحدار 0.277 (B) ، مما يعني أن تحسين مستوى تنفيذ برنامج

إدارة المخاطر يؤدي إلى تحسن طردي في مستوى أداء المشروعات بالمستشفيات محل

الدراسة.

2. وتشير نتائج التقدير الإحصائي إلى أن متغير تنفيذ برنامج إدارة المخاطر يفسر ما نسبته 11% من

التباين في أداء المشروعات، حيث بلغت قيمة معامل التحديد 0.11 (R^2) ، بينما تُعزى النسبة المتبقية

(89%) إلى متغيرات أخرى لم يتناولها النموذج الإحصائي.

3. كما أظهرت نتائج اختبار الدلالة الإحصائية وجود علاقة معنوية بين تنفيذ برنامج إدارة المخاطر

وأداء المشروعات، وذلك وفقًا لاختباري (t) و (F) عند مستوى دلالة (5%). فقد بلغت قيمة اختبار

(t) لمعامل الانحدار 4.795 بمستوى دلالة (Sig. = 0.000) ، كما بلغت قيمة اختبار (F) 22.99 بمستوى

دلالة (Sig. = 0.000). وبما أن جميع القيم أقل من (0.05)، يتم رفض فرض العدم وقبول الفرض

البديل، مما يؤكد وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين دقة تنفيذ برنامج إدارة المخاطر

وأداء المشروعات.

وبناءً على ما سبق، يتم قبول الفرضية الرابعة القائلة بوجود علاقة إيجابية ذات دلالة

إحصائية بين دقة تنفيذ برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية

السعودية.

الفرضية الخامسة

تنص الفرضية الخامسة على ما يلي:

توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مراقبة وتقويم برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات في

المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية.»

وللتحقق من هذه الفرضية، استخدم الباحث تحليل الانحدار الخطي البسيط لتحديد العلاقة السببية بين المتغير المستقل (مراقبة وتقويم برنامج إدارة المخاطر) والمتغير التابع (أداء المشروعات). وفيما يلي عرض نتائج التقدير:

جدول رقم (33) نتائج تحليل الانحدار للعلاقة بين مراقبة وتقويم برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات .

الفرضية الخامسة	معامل الانحدار B	قيمة T	مستوي المعنوية	نتيجة العلاقة
العلاقة بين الرؤية والرسالة وأداء المشروعات	0,742	11,51	0,000	قبول وجود علاقة
معامل الارتباط R	0,64			
معامل التحديد R ²	0,41			
قيمة F	132,48			
مستوي المعنوية	0,000			

المصدر: إعداد الباحث

يتضح من الجدول رقم (33) .

نتائج اختبار الفرضية الخامسة

1. أظهرت النتائج وجود ارتباط طردي قوي نسبياً بين مراقبة وتقويم برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات في مجتمع الدراسة. وقد تبين ذلك من خلال قيمتي معامل الارتباط (R) ومعامل الانحدار (B) على النحو التالي:

○ بلغت قيمة معامل الارتباط 0.64 (R) ، وهي قيمة مرتفعة نسبياً تدل على وجود علاقة

ارتباطية قوية بين مراقبة وتقويم برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات.

○ كما بلغت قيمة معامل الانحدار 0.742 (B) ، مما يشير إلى أن تعزيز مراقبة وتقويم برنامج

إدارة المخاطر يؤدي إلى تحسن طردي وملحوس في أداء المشروعات داخل المستشفيات

محل الدراسة.

2. وتشير نتائج التقدير إلى أن متغير مراقبة وتقويم برنامج إدارة المخاطر يفسر ما نسبته 41% من

التباين في مستوى أداء المشروعات، حيث بلغت قيمة معامل التحديد 0.41 (R^2) ، في حين تُعزى

نسبة (59%) المتبقية إلى عوامل أخرى لم يتناولها النموذج الإحصائي.

3. كما أظهرت نتائج اختبار الدلالة الإحصائية وجود علاقة معنوية بين مراقبة وتقويم برنامج إدارة

المخاطر وأداء المشروعات، وذلك وفقاً لاختباري (t) و (F) عند مستوى دلالة (5%). فقد بلغت قيمة

اختبار (t) لمعامل الانحدار 11.51 بمستوى دلالة ($\text{Sig.} = 0.000$) ، كما بلغت قيمة اختبار (F) 132.48

بمستوى دلالة ($\text{Sig.} = 0.000$) وبما أن هذه القيم أقل من (0.05)، فإنه يتم رفض فرض العدم

وقبول الفرض البديل، مما يؤكد وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مراقبة وتقويم

برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات.

وبناءً على ما سبق، يتم قبول الفرضية الخامسة التي تنص على وجود علاقة إيجابية ذات دلالة

إحصائية بين مراقبة وتقويم برنامج إدارة المخاطر وأداء المشروعات في المستشفيات الحكومية بالملكة

العربية السعودية.

الفصل الخامس: النتائج والتوصيات

1.5 أولاً : النتائج :

أظهرت نتائج هذه الدراسة أن برنامج إدارة المخاطر بأبعاده المختلفة (التخطيط لإدارة المخاطر، تحديد المخاطر، تحليل المخاطر، استجابة المخاطر، مراقبة المخاطر) له تأثير إيجابي وذو دلالة إحصائية على مكافحة العدوى داخل المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية. وقد تبين أن التعامل المنهجي والفعال مع المخاطر في مختلف مراحل البرامج والمشروعات يسهم بدرجة كبيرة في تحسين كفاءة وفعالية سياسات مكافحة العدوى، بما يعزز جودة الخدمات الصحية ويحد من المخاطر الإنشائية والصحية في تلك المستشفيات.

وتتفق هذه النتائج مع ما أشار إليه محمود (2019) من أن برنامج إدارة المخاطر يمثل ركيزة أساسية في دعم استراتيجيات المستشفيات وتحليل بيئاتها الداخلية والخارجية، وهو ما يعزز من قدرتها على مواجهة التحديات وتحقيق أهدافها. في المقابل، تختلف هذه النتائج عن دراسة أحمد والشرابي (2022) التي أوضحت أن كفاءة إدارة المخاطر في بعض المؤسسات الحكومية كانت في مستوى متوسط، بينما بينت نتائج هذه الدراسة أن فعالية البرنامج في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية كانت مرتفعة. وقد يُعزى هذا الاختلاف إلى تباين البيئات التنظيمية والسياقات المؤسسية بين الدراستين، أو إلى التطورات والتحسينات التي طرأت في السنوات الأخيرة على مستوى إدارة المخاطر في القطاع الصحي السعودي.

كما جاءت النتائج متوافقة مع دراسة الكنيدري والصائغ (2020) التي أكدت أن الإدارة الفعالة للمخاطر تساهم بشكل مباشر في تحسين أداء المستشفيات وزيادة فعاليتها، وهو ما يدعم التوصيات بضرورة الاستثمار المستمر في تطوير استراتيجيات إدارة المخاطر وتعزيز البنية التحتية الداعمة لها.

وعند تحليل أبعاد برنامج إدارة المخاطر، أظهرت النتائج ما يلي:

- وجود ارتباط طردي ضعيف بين وضوح سياسات برنامج إدارة المخاطر وأداء المستشفيات الحكومية، مما يشير إلى أن وضوح السياسات يسهم بشكل محدود في تحسين مكافحة العدوى.
 - وجود علاقة ارتباطية ضعيفة بين وضوح أهداف برنامج إدارة المخاطر ومكافحة العدوى، أي أن تحديد الأهداف بوضوح لا يُترجم بالضرورة إلى تحسن ملموس في جودة الأداء.
 - وجود ارتباط طردي متوسط بين دراسة البيئة الداخلية والخارجية وأداء المستشفيات، وهو ما يؤكد أن تحليل المخاطر في ضوء البيئات المحيطة يمثل عاملاً مهماً في رفع كفاءة برامج مكافحة العدوى.
 - وجود علاقة إيجابية واضحة بين تنفيذ استراتيجيات إدارة المخاطر وأداء المستشفيات، مما يعكس أن التطبيق العملي الفعال للبرامج يسهم في تحسين نتائج مكافحة العدوى.
 - وجود ارتباط طردي فوق المتوسط بين مراقبة وتقويم برنامج إدارة المخاطر وأداء المستشفيات، حيث أظهرت النتائج أن المتابعة المستمرة والتقويم المنهجي يعززان من فعالية مكافحة العدوى ويؤديان إلى تحسين أدائها بشكل ملموس.
- وتعزز هذه النتائج ما توصلت إليه دراسات مثل الطيب (2021) ومهيوب وآخرون (2021) التي أثبتت أن برنامج إدارة المخاطر يمثل أداة محورية في تحسين جودة الأداء ورفع الكفاءة داخل المستشفيات الحكومية. وهو ما يدعم التوجه نحو تبني نهج شامل ومتكامل في إدارة المخاطر داخل القطاع الصحي، بهدف تعزيز جودة مكافحة العدوى وضمان سلامة المرضى ورفع كفاءة الأداء المؤسسي.

2.5 ثانياً : التوصيات

استناداً إلى النتائج التي توصلت إليها الدراسة ومقارنتها بالدراسات السابقة، يمكن تقديم مجموعة من التوصيات التي من شأنها تعزيز مكافحة العدوى داخل المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية من خلال تفعيل دور برنامج إدارة المخاطر:

1. صياغة سياسة واضحة وشاملة لإدارة المخاطر ينبغي على المستشفيات الحكومية وضع سياسة متكاملة لإدارة المخاطر تكون مفهومة وملزمة لجميع العاملين والمستفيدين، بحيث تعكس أهمية

البرنامج في تعزيز فعالية مكافحة العدوى. ويمكن تحقيق ذلك عبر تنظيم ورش عمل وجلسات تدريبية دورية لرفع وعي الموظفين بأثر برنامج إدارة المخاطر على تحسين الأداء وجودة الخدمات الصحية.

2. تحديد أهداف استراتيجية قابلة للقياس والتنفيذ من الضروري صياغة أهداف واضحة ومحددة لبرنامج إدارة المخاطر، ترتبط بشكل مباشر بمكافحة العدوى ورفع كفاءة أدائها. وينبغي أن تكون هذه الأهداف قابلة للقياس والتنفيذ ضمن الواقع العملي للمستشفيات، مع مراعاة المتغيرات الداخلية والخارجية. كما يمكن الاستعانة بأدوات التحليل الاستراتيجي مثل SWOT لضمان شمولية الأهداف وواقعيتها.

3. إجراء تحليل شامل للبيئة الداخلية والخارجية يتطلب تحسين كفاءة مكافحة العدوى إجراء تحليل متكامل للبيئات الداخلية والخارجية للمستشفيات، بهدف تحديد المخاطر المحتملة وتطوير استراتيجيات ملائمة للتعامل معها. ويجب أن يتم هذا التحليل بصورة دورية اعتماداً على جمع البيانات المحدثة، بما يعزز قدرة المستشفيات على التكيف مع المتغيرات وتقليل التهديدات.

4. تنفيذ فعال لاستراتيجيات إدارة المخاطر لكي تحقق خطط إدارة المخاطر أهدافها، ينبغي تخصيص الموارد الكافية وتوزيع الأدوار والمسؤوليات بوضوح بين أعضاء الفريق. كما يجب تضمين مؤشرات أداء محددة لمتابعة التقدم في التنفيذ، مع توفير التدريب والدعم اللازم للعاملين، وضمان جاهزية البنية التحتية لتطبيق الاستراتيجيات بكفاءة وفعالية.

5. المتابعة والتقييم المستمر تُعد عمليات المراقبة والتقييم المستمر عنصرًا أساسيًا في إنجاح برامج إدارة المخاطر. لذا يجب على المستشفيات وضع آليات واضحة لقياس فعالية تطبيق الاستراتيجيات باستخدام مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs)، مع اتخاذ الإجراءات التصحيحية بشكل فوري عند ظهور أي قصور. هذا من شأنه أن يعزز من استمرارية التحسين ويضمن بقاء برامج مكافحة العدوى على المسار الصحيح لتحقيق مستويات عالية من الجودة وسلامة المرضى.

Abstract

This study aimed to explore the impact of implementing a risk management program on the quality of infection control in government hospitals in the Kingdom of Saudi Arabia. The study adopted a descriptive analytical approach. 200 questionnaires were distributed to infection control unit staff, of which 195 were returned (97.5%). The questionnaire focused on several aspects of the risk management program, including identifying and assessing risks associated with the spread of infection, developing strategies for prevention, and responding quickly when they occur.

The results showed a strong direct relationship between the level of risk management program implementation and lower rates of hospital-acquired infections. Hospitals that effectively implemented risk management strategies achieved lower infection rates, along with a clear improvement in the efficiency of preventive measures and the speed of response to epidemic incidents. The study also found a moderate correlation between risk assessment during the preventive planning phase and the performance of infection control teams, highlighting the importance of regular monitoring and updating risk management plans to ensure the continuity of quality healthcare services. The study recommended the need to enhance the institutional culture of risk management within the medical and technical staff in government hospitals through regular training programs and workshops. It also recommended developing the technical capabilities of workers in infection control units, focusing on the use of modern analytical tools to monitor and assess infection-related risks, and periodically updating prevention procedures and protocols based on the results of a real-world risk assessment and evaluation of the actual performance of infection control plans.

Keywords: Risk Management Program, Infection Control, Quality of .Health Services, Government Hospitals, Kingdom of Saudi Arabia

المراجع

أولاً: المراجع العربية

1. المطيري، رائد نزال. (2023). أثر ممارسات إدارة المخاطر على جودة الرعاية الصحية في قطاع الخدمات الصحية بالقصيم: دراسة حالة مستشفى المذنب العام. *مجلة رماح للبحوث والدراسات*، ع87، 407 - 452. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1424869>
2. مصطفى، وجيه عبد الله فهي. (2012). إدارة مخاطر الوعي البيئي: مقترحات و توصيات : دراسة تطبيقية على محافظة الطائف. *مجلة البحوث التجارية المعاصرة*، مج26، ع1، 303 - 355. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/332922>
3. شحاتة، حامد أحمد محمد، و بدير، المتولي إسماعيل. (2021). إدارة المخاطر الصحية والبيئية بمؤسسات التعليم قبل الجامعي بمصر: الواقع - المأمول. *مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية*، ع15، ج2، 74 - 135. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1178741>
4. بدير، أيمن إسماعيل. (2023). إدارة المخاطر الصحية والبيئية والسكانية بمدارس التعليم العام: المعوقات - سبل المواجهة. *مجلة تطوير الأداء الجامعي*، مج24، ع1، 3 - 15. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1418051>
5. معياش، إدير، و راشدي، وردية. (2021). اتصال المخاطر ودوره في إدارة الأزمة الصحية العالمية: دراسة إثنومتدولوجية على منطقة القبائل (الجزائر). *المجلة الجزائرية للعلوم الاجتماعية والانسانية*، مج9، ع2، 140 - 160. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1250893>

6. جنيدى، عادل كمال الدين على. (2020). إدارة المخاطر في المجال الرياضي: دراسة حالة على وباء

فيروس كورونا. *المجلة العلمية للبحوث والدراسات في التربية الرياضية*، ع40 ، 368. 350 -

مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1092824>

7. أقريقز، محمد. (2020). إدارة الأزمات وتدير المخاطر: أزمة جائحة فيروس كورونا كوفيد 19:

قراءة في التجربة المغربية بين النص الدستوري والممارسة. *مجلة منازعات الأعمال*، ع57 ، 232 -

255. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1096163>

8. عثمان، أحمد رشاد محمد، و آل جحني، محمد علي. (2023). إدارة المخاطر الصحية أثناء

الأحداث الرياضية الكبرى: دولة قطر نموذجاً. *المجلة العلمية للتربية البدنية والرياضة*، ع22 ، 1

19. - مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1409720>

9. الربيعي، رشا جواد جمعة. (2021). مسؤولية الإدارة تجاه مخاطر النفايات الصحية. *المجلة*

الدولية أبحاث في العلوم التربوية والإنسانية والآداب واللغات، مج2، ع4 ، 46. 17 - مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1132428>

10. طاهري، طيبة، و شكيب، كاهية أحمد. (2019). إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية: دراسة

حالة المؤسسة الاستشفائية الجامعية 1 نوفمبر 1954 بوهرا. *مجلة الاقتصاد الصناعي* -

خزانتك، مج9، ع1 ، 300 315. - مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1143562>

11. صبح، محمود محمد عبد الهادي. (2000). إدارة مخاطر السمعة: في إطار إدارة الأزمات في

المستشفى (ورقة عمل). *المؤتمر السنوي الخامس لإدارة الأزمات والكوارث*، مج2 ، القاهرة: كلية

التجارة - جامعة عين شمس، 192 - 209. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/51624>

12. حسانين، طارق عبدالعال حماد، والجاروني، علي عبد الفتاح. (2009). إدارة المخاطر. *حصار*

الفكر، ع202 ، 86. 81 - مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/432762>

13. عسيوي، حسن بن عبد الله بن محسن. (2000). إدارة المخاطر. *رسالة الكلية*، مج7، ع8 ، 46 -

48. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/281293>

14. علي، سيد مدبولي، حسين، ولاء محمود عبده، خضير، ليلي، وإبراهيم، ضياء الدين. (2015).

إدارة المخاطر: رصد لحالة تطبيق إدارة المخاطر في المشروعات الفندقية الكبرى بجمهورية مصر العربية. مجلة كلية التجارة للبحوث العلمية، ع59، 303، 325 - مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/760573>

15. القحطاني، نواف ناصر حمد ال فطيج. (2023). إدارة المخاطر: المفهوم والمبادئ. مجلة الباحث

للدراستات القانونية والقضائية، ع61، 390، 397 - مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1433930>

16. الأردن. المعهد العربي للدراسات المالية والمصرفية. مركز البحوث المالية والمصرفية. (2023). إدارة

المخاطر: تحديات جديدة تتطلب حلاً متكاملاً. مجلة الدراسات المالية والمصرفية، مج7، ع2، 33

34 - مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/503670>

17. خان، طارق الله، والمصري، رفيق يونس أحمد. (2016). إدارة المخاطر: تحليل قضايا في الصناعة

المالية الإسلامية. مجلة جامعة الملك عبد العزيز - الاقتصاد الإسلامي، مج19، ع2، 107، 111 -

مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/72251>

18. نصر الله، انعام محمود، أبو شقرا، مروان، وفرحات، محمد (20). 1. (7) أهمية دور إدارة الجودة

الشاملة في مكافحة العدوى الاستشفائية (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية في

لبنان، بيروت. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/590172>

19. المكاوي، أحمد. (2022). إشكالية العدوى والاحتراز من الأوبئة في مغرب القرن 19. الأيام الوطنية

العاشرة: المجاعات والأوبئة في تاريخ المغرب، الجديدة: الجمعية المغربية للبحث التاريخي، 405 -

425. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/576335>

20. هيئة التحرير. (2017). لا تهاونوا في مكافحة أمراض الأطفال فتندموا. مجلة الخرطوم، ع1، 43

47 - مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/340079>

21. هادي، شهد أحمد عبد الله. (2020). الإجراءات الاحترازية للحد من انتشار عدوى فيروس كورونا

المستجد في دولة الكويت: دراسة تأصيلية فقهية قانونية. مجلة كلية الدراسات الإسلامية والعربية

للبنين بالقاهرة، ع38، ج2، 973، 1028. - مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1090990>

22. محمد، حسن عبد الفتاح السد. (2015). التدابير الوقائية لمصافحة الأمراض المعدية والوبائية من

منظور الفقه الإسلام والطب الحدث. مجلة كلية الشريعة والقانون بتفهيها الأشراف، ع17، ج1،

1. 83. - مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/963814>

23. الصباح، أريج بسام، مناوي، وفاء، والخرار، لبنى *Cross-Infection and Infection*. (2021).

Control in Dental Clinics in Nablus and Tulkarm Districts (رسالة ماجستير غير منشورة).

جامعة النجاح الوطنية، نابلس. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1236791>

24. العمران، نائل موسى، والشهري، ظافر بن حمود. (2017). دور القيادة السياسية في مكافحة

الفساد الإداري من المنظور الإسلامي: "ال خليفة عمر بن الخطاب" نموذجاً: دراسة تحليلية. مجلة

الندوة للدراسات القانونية، ع14، 3، 21. - مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/890213>

25. العطار، نسمة حسين، التلبان، لبني عودة حسن، وشهاب، أحمد عبد الحكيم. (2022).

المسؤولية الجنائية لنقل عدوي فيروس كورونا. (Covid 19) مجلة الدراسات الحقوقية، مج9،

ع1، 445، 468. - مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1275470>

26. الربضي، عيسى غسان عبد الله، والربضي، نجم رياض نجم. (2021). المسؤولية المدنية الناشئة

عن عدوى الغير بفيروس "كوفيد-19". مجلة الحقوق، مج18، ع2، 189، 218. - مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1365018>

27. المصباحي، أحمد بن محمد بن إسماعيل. (2022). القواعد الأصولية والمقاصد الشرعية التي

تتخرج عليها أحكام العدوى: فيروس كورونا Covid-19 أنموذجاً. /المجلة الدولية للعلوم الإنسانية،

ع3، 50، 109. - مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1315225>

28. نصر الله، انعام محمود، أبو شقرا، مروان، وفرحات، محمد). 2017. (أهمية دور إدارة الجودة

الشاملة في مكافحة العدوى الاستشفائية (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية في

لبنان، بيروت. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/590172>

29. الطوس، علي أحمد، والكساسبة، محمد مفضي عثمان. (2015). أثر الجداريات الجوهريّة على

تطبيق معايير الاعتماد الصحية الأردنية في المستشفيات الجامعية الأردنية (رسالة ماجستير غير

منشورة). جامعة عمان العربية، عمان. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/788381>

30. إبراهيم، محمد زيدان، الشعراوي، حاتم عبد الفتاح، وزيد، جاد سعيد جاد. (2024). تقييم أداء

المستشفيات الحكومية المتخصصة في ضوء التكامل بين أسلوبَي القياس المرجعي والأداء المتوازن:

دراسة تطبيقية. المجلة العلمية للبحوث التجارية، س11، ع2، 639. 708 - مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1471206>

31. مختار، عثمان عبد الله عثمان. (2017). أثر سياسات وإجراءات الأمن والسلامة في توفير بيئة آمنة

في المستشفيات السودانية: دراسة مقارنة للمستشفيات الحكومية والخاصة بمدينة الخرطوم

للفترة من أكتوبر 2014م إلى يناير 2015م. مجلة جامعة دنقلا للبحوث العلمية، مج7، ع12،

103. 166 - مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1175481>

ثانياً: المراجع الأجنبية

1. Kutcher, S. (2018). *Suicide Risk Management: A Manual for Health Professionals*. Arab Journal of Psychiatry, 19(2), 1–3. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/634184>
2. Shakatreh, M., & Mansour, A. M. A. (2023). *Risk Management Ramifications: Syrian Zaatari Refugee Camp during COVID-19*

- in Jordan*. Journal of Finance and Commercial Studies, (1), 39–61. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/1468317>
3. Abu Auda, A. M. M., & Al-Jaish, Y. I. (2019). *Management of Health and Safety Risks at Governmental Hospitals in the Gaza Strip* (Unpublished master's thesis). Islamic University of Gaza, Gaza. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/1031023>
 4. Mohammad, A. J., & Al-Musawi, T. J. (2021). *Environmental Risk Management of Cement Factories: Case Study in Iraq* (Unpublished master's thesis). Isra Private University, Amman. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/1147037>
 5. Mustafa, A. M. S. (2021). *The Impact of Crisis Management Strategies on Organizational Health: Field Study in the Banking Sector in Assiut Governorate*. Journal of Risk and Crisis Management, 3(2), 65–98. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/1237166>
 6. Ismail, E. A. A. (2016). *Supports the Decision of Insurance Company while Underwriting Individual Health Risks*. Journal of Commerce and Finance, (1), 1–15. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/973631>
 7. Eres, M., Raymond, M., Cherisher, E., & Madzivanyika, G. (2024). *Occupational Health and Safety Risks Associated with Grass Trimmers in One of the Universities in Zimbabwe*. Global Journal of Economics and Business, 14(5), 495–506. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/1516717>
 8. LaRoche, A. (2024). *Managing Administrative Control over the Risk of Chemical Pollution on the Environment*. Journal of Real

- Estate Law and Environment, 12(1), 192–208. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/1456476>
9. Thamir, S. K., Al-Gizzi, A. A. S., & Al-Khafaji, H. R. (2017). *Extent, Distribution of Risk Factors and Management Modalities of Urolithiasis in Al-Nasiriyah City* (Unpublished master's thesis). University of Tiara, Nasiriyah. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/1037907>
 10. Alafghani, J. K., Alharbi, K. E., Alotaibi, F. A., Alzubaidi, S. M., & Alhuzali, M. A. (2024). *Effectiveness of Crowd Forecasting and Crisis Management Techniques in Health Emergencies during Hajj*. Arab Journal of Scientific Publishing, (74), 113–121. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/1547413>
 11. Martinez, J., Jose, M., Al-Hayari, H. S. M., & Jarar, W. (2024). *Working towards Mitigating New Risks in the Digital Era: The Role of Human Resource Management in the Achievement of Sustainable Development Goals (SDGs)*. Al-Balqa Journal of Research and Studies, 27(Special Issue), 147–157. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/1508825>
 12. Saad, A. M., & Hawa, D. M. (2024). *Empowering College Health: A Predictive Modeling Approach*. Journal of Qualitative Education Research, (83), 575–605. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/1533167>
 13. Al-Barzanji, N. S., Bikhall, S. S., Taha, K. S., & Abdullah, D. F. (2024). *Utilizing Cox Regression Analysis and Bootstrapping Test for Indicating the Risk of Smoking on Health in Kurdistan*. Tikrit Journal of Administrative and Economic Sciences, 20(65), 331–347. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/1498037>

14. Abdelsalam, A., & Briar, S. L. (2020). *Adherence to Infection Control Guidelines among the Intensive Care Units Staff in Khartoum State* (Unpublished master's thesis). University of Neelain, Khartoum. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/1341604>
15. Nasher, S. S., Qasim, S. A. A., Al-Qahtani, T. Y., & Al-Sarouri, A. A. J. (2024). *Extensive Drug Resistance in Intensive Care Units, Yemen, 2021: A Cross-Sectional Study*. Scientific Journal of Saba'a University, 6(2), 163–180. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/1477392>
16. Layes, A., Ghenbazi, K., & Lati, I. (2021). *Clinical, Paraclinical and Therapeutic Profile of COVID-19 Patients Managed at the D'ouargla Hospital during 2020* (Unpublished doctoral dissertation). University of Kasdi Merbah – Ouargla, Ouargla. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/1443426>
17. Kanaan, M., & Shahin, H. (1998). *National Survey of Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus in Palestinian Hospitals: Detection Methods, Prevalence Trends and Infection Control Measures*. Bethlehem University Journal, 17, 67–68. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/1558031>
18. Nazzal, F., & Al-Shawish, I. (2021). *The Incidence and Risk Factors of Nosocomial Infections in the Intensive Care Unit at Jenin Governmental Hospital* (Unpublished master's thesis). An-Najah National University, Nablus. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/1237946>
19. Nour, R. S. M., & Nasor, F. A. (2015). *Assessment of Nurse-Midwives' Knowledge and Practice towards Infection Control in Labor Rooms in Maternity Hospitals – Khartoum State*

- (Unpublished master's thesis). University of Neelain, Khartoum. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/829692>
20. Abdel-Hamid, R. S. (2024). *Infection Prevention in the Neonatal Unit*. Childhood Studies Journal, 27(102), 1–5. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/1489970>
 21. Ali, E. B. A., & Yousif, T. A. D. (2020). *Scrub Nurses' Performance Regarding Infection Control at Ombada Locality Public Hospitals* (Unpublished master's thesis). University of Neelain, Khartoum. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/1138888>
 22. Elnour, A. M., Mahmoud, A. H., Moussa, M. M. R., Fadelella, N. A. E., & El-Borgy, M. D. (2015). *Assessment of Environmental Health Services in the Main Hospitals of White Nile State, Sudan*. Scientific Journal of Imam Al-Mahdi University, (5), 297–324. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/696847>
 23. Ahmed, R. N. A. M., & Yosif, T. A. D. (2019). *Nurses' Knowledge and Practice Regarding Infection Control of Wounds at Khartoum North Public Hospital* (Unpublished master's thesis). University of Neelain, Khartoum. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/1140494>
 24. Al-Sakarnah, H. G. H., Al-Hadidi, K. A., & Al-Jaghbeer, M. A. W. (2016). *Assessment of Knowledge, Attitudes, and Practices of Hand Hygiene among Health Care Workers in Four Hospitals in Amman, Jordan: A Cross-Sectional Study 2014–2015* (Unpublished master's thesis). University of Jordan, Amman. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/1135507>
 25. Hreemat, L. A. H., & Abu Taha, A. (2016). *Knowledge, Attitudes, and Adherence to Methicillin-Resistant*

Staphylococcus aureus Transmission Prevention among Health
Care Workers (Unpublished master's thesis). An-Najah National
University, Nablus. Retrieved from
<http://search.mandumah.com/Record/1231998>

الملاحق

استمارة استبيان

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أخي الكريم / أختي الكريمة

تحية طيبة وبعد،

يقوم الباحثين بإجراء دراسة حول قياس إثر إدارة المخاطر على مكافحة العدوى - المستشفيات

الحكومية نموذجاً في المملكة العربية السعودية

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

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

بإبداء رأيكم بالتأشير على الإجابة المناسبة من وجهة نظركم.

وأتقدم لحضراتكم بجزيل الشكر والتقدير للمساهمة في جهدكم في تعبئة هذا الاستبيان علماً أن جميع

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

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

وتفضلوا بقبول فائق التقدير والاحترام

أولاً: البيانات الشخصية

- 1- النوع الاجتماعي ☐ ذكر ☐ أنثى
- 2- الفئة العمرية ☐ أقل من 30 سنة ☐ من 30- أقل من 35 سنة ☐ من 35- أقل من 40 سنة ☐ من 40- أقل من 55 سنة ☐ من 55 سنة فأكثر
- 3- المؤهل العلمي ☐ دون جامعي ☐ جامعي ☐ ماجستير ☐ دكتوراه ☐ أخرى
- 4- سنوات الخبرة ☐ أقل من 5 سنوات ☐ من 5- أقل من 10 سنوات ☐ من 10- أقل من 15 سنة ☐ من 15 سنة فأكثر
- 5- الدورات التدريبية ☐ لم اطلق دورات ☐ دورة واحدة ☐ دورتان ☐ 3 دورات فأكثر

ثانياً محاور الاستبيان

➤ المحور الأول: التخطيط الاستراتيجي، ضع إشارة (✓) في المربع المناسب

لاختيارك:

الرقم	البعد	أوافق بشدة	أوافق	محايد	معارض بشدة	معارض
الرؤية والرسالة						
1	توجد بالمستشفيات الحكومية العامة خطة استراتيجية مكتوبة					
2	رؤية المستشفى منشورة ومتاحة للعاملين					
3	رسالة المستشفى منشورة ومتاحة للعاملين					
4	تقوم ادارة المستشفى بتوعية العاملين بمضمون الرؤيا					
5	تقوم ادارة المستشفى بتوعية العاملين بمضمون الرسالة					
6	رؤية المستشفى معروضة بطريقة ملفتة للأنظار					
7	رسالة المستشفى معروضة بطريقة ملفتة للأنظار					
8	رسالة المستشفى محفزة للعاملين					

					9	تراجع المستشفى رسالتها وتعديلها وفق احتياجات السوق واتجاهات المنافسة من وقت لآخر
بعد الاهداف						
					10	أهداف الخطة الاستراتيجية ب المستشفى واضحة
					11	توجد تناغم بين الاهداف الفرعية والهدف الرئيسي للشركة
					12	توفر الادارة التمويل اللازم لتحقيق اهداف المشروعات
					13	تقوم الادارة العليا باشراف العاملين في وضع الاهداف
					14	أهداف المستشفى قابلة للتحقيق وفق الامكانيات المتاحة
البيئة الداخلية والخارجية						
					15	يتم دراسة البيئة الداخلية والخارجية بالمستشفى قبل اعداد الخطة
					16	تهدف دراسة البيئة الداخلية والخارجية الى اغتنام الفرص
					17	يهدف الاهتمام بالبيئة الداخلية والخارجية للبيئة الى تقوية الموقف التنافسي

					18	يتم تحديد احتياجات التدريب للعاملين من خلال دراسة البيئة الداخلية
					19	يتم دراسة البيئة الداخلية والخارجية لتحاشي المهددات
تنفيذ الخطة						
					20	يتم تنفيذ الخطة بصورة جيدة
					21	تقوم المستشفى بتدريب العاملين على طرق تنفيذ الخطة
					22	يوجد بالمستشفى كادر مؤهل لتنفيذ الخطة
					23	يوجد بالمستشفى قيادة فعالة لقيادة العمل التنفيذي
					24	يتم العمل خلال تنفيذ الخطة توزيع الموارد الفعالة
					25	يتم من خلال تنفيذ الخطة تحقيق كافة الأهداف الرئيسية والفرعية
متابعة وتقييم الخطة						
					26	لدي المستشفى ادارة خاصة بالمراجعة والتقييم الدوري للخطة
					27	لدي المستشفى بدائل استراتيجية تساعد في تقييم الخطة

					لدي المستشفى معايير مكتوبة ومحددة لتقييم ومراجعة الخطة	28
					تتسم المستشفى بالمرونة الكافية في التنفيذ	29
					تستخدم المستشفى بطاقة الاداء المتوازن لتقييم ومراجعة الخطة لتصويب الأخطاء	30

➤ المحور الثاني: أداء المشروعات، ضع إشارة (✓) في المربع المناسب لاختيارك:

الرقم	البعد	أو افق بشدة	أو افق	محايد	معارض	معارض بشدة
1	لدى المستشفى مقاييس فعالة لقياس الأداء بالمشروعات					
2	وجد بالمستشفى وصف وظيفي يحدد مهام كل الوظائف ب المستشفى					
3	تحرص إدارة المستشفى على التحسين المستمر في أداء المشروعات					
4	لدى المستشفى كفاءة عالية في انجاز - الاهداف الموضوعة					
5	تحرص المستشفى على توظيف الموارد واستخدامها بصورة مثلى					
6	يمتاز العاملون بالمستشفى بكفاءة عالية في اداء المشروعات					
7	تحرص المستشفى على تقليل تكاليف الإنتاج في اداء المشروع					

مع خالص التقدير والاحترام

Midocean University

College of Management

Masters in Risk Management



The Impact of Implementing a Risk Management

Program on Infection Control in Hospitals: An

Empirical Study of Government Hospitals in the

Kingdom of Saudi Arabia

Graduation Project

Prepared by:

Samia Salwan Al-Sari

251002093

Supervised by:

Dr. Al-Faisal Abdul Hamid Muhammad

Dr. Fayez Ali Jarad

2025