

جامعة ميد أوشن



كلية الإدارة

تخصص إدارة مخاطر

دور إدارة المخاطر في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث: دراسة

تطبيقية على المستشفيات في المملكة العربية السعودية

إعداد الطالب /

فارس عبدالله محمد أنقز

إشراف /

أ.د / الفیصل عبد الحمید

أ.د / فايز جراد

العام الدراسي:

٢٠٢٥ - ١٤٤٦



إِهْدَاء

إلى من علمني الوقوف و الشموخ

أبي المحترم

إلى نبع العطاء و الكرم و السخاء.

أمي الموقرة

إلى أقرب من الروح.

إلى جميع من تلقيت منهم النصح والدعم و المساعدة

أهديكم خلاصة الجهد و التعب

شكر وتقدير

نحمد الله عز وجل الذي وفقنا في إتمام هذا البحث العلمي.

والذي ألهمنا الصحة والعافية والعزيمة.

فالحمد لله حمداً كثيراً

نتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلي الأستاذ الدكتور / فايز جراد

والأستاذ الدكتور / الفیصل عبد الحمید محمد حسن

على كل ما قدماه لنا من توجيهات ومعلومات قيمة ساهمت في
إثراء موضوع دراستنا في جوانبها المختلفة.

والشكر والتقدير موصول إلي إدارة جامعة ميد أو شن ممثلة
بالكادر الأكاديمي والإداري، لما قدموه من تسهيلات وتشجيع وتوفير
الخدمات المطلوبة.

كما أتقدم بالشكر الجزيل لكل من لم يسعنا الحظ بذكر أسمائهم
راجيا من المولي عز وجل أن تكون هذه الدراسة نافذة لدراسات أخرى



المستخلص

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل تأثير إدارة المخاطر بأبعادها المختلفة (تقييم المخاطر، التخطيط والتأهب للكوارث، التدريب وبناء القدرات) على تعزيز استجابة المستشفيات في المملكة العربية السعودية أثناء الكوارث الصحية، و اتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، حيث تم توزيع ٣٥٠ استبياناً على العاملين في المستشفيات المستهدفة، وتم استرداد ٣٠٠ استبياناً بنجاح، مما يعادل ٨٥,٧٪ من نسبة الاستجابة.

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى إدارة المخاطر كان مرتفعاً بين العاملين في المستشفيات، مع وجود تأثير ذو دلالة إحصائية لمستوى إدارة المخاطر على تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث. كما تبين أن التخطيط والتأهب للكوارث و التدريب المستمر هما من العوامل الرئيسية في تحسين الاستجابة، وأوصت الدراسة بتطوير استراتيجيات متكاملة لإدارة المخاطر الصحية، تعزيز برامج التدريب المستمر للكوادر الصحية، وتوفير خطط طوارئ مرنة لضمان جاهزية المستشفيات لمواجهة الكوارث المستقبلية.

الكلمات المفتاحية: إدارة المخاطر، تقييم المخاطر، التخطيط للطوارئ، التدريب وبناء القدرات،

الاستجابة الصحية، الكوارث، المستشفيات، المملكة العربية السعودية.

قائمة المحتويات

أ.....	بسم الله الرحمن الرحيم
ب.....	الإهداء
ج.....	الشكر والتقدير
ه.....	المستخلص
و.....	قائمة المحتويات
ي.....	قائمة الجداول
١.....	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
١.....	المقدمة
٢.....	١,١ المشكلة البحثية:
٣.....	٢,١ أهمية البحث:
٤.....	٣,١ أهداف البحث:
٥.....	٤,١ تساؤلات البحث:
٥.....	٥,١ فرضيات البحث:
٦.....	٦,١ الدراسات السابقة:
١٦.....	٧,١ المنطلقات النظرية للبحث
١٨.....	٨,١ منهج البحث:
١٩.....	٩,١ مصادر البيانات:

٢٠	١٠,١ أدوات الدراسة:
٢٠	١١,١ الأساليب الإحصائية المتبعة
٢١	١٢,١ نموذج الدراسة:
٢١	١٣,١ حدود البحث:
٢٢	الفصل الثاني: الإطار النظري
٢٢	المبحث الأول: إدارة المخاطر
٢٢	١,١,٢ مفاهيم أساسية:
٢٤	٢,١,٢ مفهوم الخطر والمخاطرة:
٢٥	٣,١,٢ أنواع المخاطر:
٢٦	٤,١,٢ إدارة المخاطر:
٢٨	٥,١,٢ نظام إدارة المخاطر:
٢٨	٦,١,٢ مكونات نظام إدارة المخاطر:
٢٩	٧,١,٢ تطوير إدارة المخاطر:
٣٠	٨,١,٢ ممارسات إدارة المخاطر: (باقر، ٢٠٢٠).
٣٦	٩,١,٢ تقييم المخاطر تحليلها وقياس درجة شدتها:
٣٩	١٠,١,٢ معالجة المخاطر:
٤٠	١١,١,٢ استراتيجية قبول المخاطرة:
٤١	١٢,١,٢ استراتيجية السيطرة على المخاطر:
٤٢	١٣,١,٢ استراتيجية نقل المخاطر:

٤٢	استراتيجية تجنب ومنع المخاطر:.....
٤٣	مراقبة المخاطر:.....
٤٥	المخاطر المتبقية:.....
٤٧	المبحث الثاني: الكارثة الصحية:.....
٤٧	١,٢,٢ تعريف الكارثة الصحية:.....
٤٨	٢,٢,٢ مفهوم الإصابة الصحية:.....
٤٩	٣,٢,٢ مفهوم نطاق الكارثة:.....
٤٩	٤,٢,٢ الفرق بين الطوارئ الصحية والكوارث الصحية:.....
٥١	٥,٢,٢ البعد الزمني في تعريف الكارثة:.....
٥١	٦,٢,٢ معايير تقدير فداحة الكارثة الصحية:.....
٥٥	٧,٢,٢ تصنيف الكوارث الصحية:.....
٦٢	الفصل الثالث: منهجية الدراسة.....
٦٢	المقدمة:.....
٦٢	١,٣ منهج الدراسة:.....
٦٢	٢,٣ مجتمع الدراسة:.....
٦٣	٣,٣ عينة الدراسة:.....
٦٣	٤,٣ أداة الدراسة:.....
٦٣	٥,٣ صدق أداة الدراسة:.....
٦٤	المحور الأول: إدارة المخاطر.....

٦٦	المحور الثاني: تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث
٦٨	٦,٣ ثبات أداة الدراسة:
٦٨	٧,٣ أساليب تحليل البيانات:
٧١	الفصل الرابع: الإطار التطبيقي.....
٧١	١,٤ مقدمة.....
٧١	٢,٤ خصائص عينة الدراسة
٧٣	٣,٤ تحليل محاور الدراسة.....
٧٣	المحور الأول: إدارة المخاطر.....
٧٦	المحور الثاني: تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث
٧٨	٤,٤ اختبار فروض الدراسة
٨٣	الفصل الخامس: النتائج والتوصيات.....
٨٣	١,٥ مقدمة.....
٨٣	٢,٥ استنتاجات الدراسة
٨٥	٣,٥ التوصيات
٨٧	Abstract.....
٨٨	قائمة المراجع:.....
٨٨	المراجع باللغة العربية:
٨٩	المراجع باللغة الأجنبية:
٩٣	الملاحق.....
٩٤	استمارة استبيان.....

قائمة الجداول

رقم الجدول	اسم الجدول	رقم الصفحة
١.	جدول (١) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمحور الأول	٦٤
٢.	جدول (٢) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمحور الثاني	٦٦
٣.	جدول (٣) معامل الثبات لمتغيرات استمارة الاستبيان	٦٨
٤.	جدول رقم (٤) درجة الموافقة ومدى الموافقة على مقياس ليكرت الخماسي.	٦٩
٥.	جدول (٥) توزيع عينة الدراسة وفقا للخصائص الشخصية	٧١
٦.	جدول (٦) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والترتيب ومستوي الموافقة لعبارات تقييم المخاطر	٧٣
٧.	جدول (٧) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والترتيب ومستوي الموافقة لعبارات التخطيط والتأهب للكوارث	٧٤
٨.	جدول (٨) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والترتيب ومستوي الموافقة لعبارات التدريب وبناء القدرات	٧٥
٩.	جدول (٩) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والترتيب ومستوي الموافقة لعبارات تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث	٧٧
١٠.	جدول (١٠) تأثير مستوى إدارة المخاطر على مستوى تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث	٧٩

٨٠	جدول (١١) تأثير لتقييم المخاطر على مستوى تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث	١١.
٨١	جدول (١٢) تأثير مستوى التخطيط والتأهب للكوارث على مستوى تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث	١٢.
٨٢	جدول (١٣) تأثير مستوى التدريب وبناء القدرات على مستوى تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث	١٣.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

المقدمة

تعد الكوارث سواء كانت طبيعية أو بشرية، من التحديات الكبرى التي تواجه الأنظمة الصحية في مختلف دول العالم، حيث تؤثر هذه الأحداث بشكل مباشر على قدرة المؤسسات الصحية على تقديم الرعاية اللازمة في أوقات الأزمات، وتتطلب استجابة فعالة تضمن استمرارية الخدمات الطبية وتقليل الخسائر البشرية والمادية، في هذا السياق، برزت إدارة المخاطر كأحد الأساليب الحديثة التي تهدف إلى تقليل التأثيرات السلبية للكوارث من خلال التخطيط المسبق، وتقييم المخاطر المحتملة، وتطوير استراتيجيات الاستجابة المناسبة.

إذ تحتل المملكة العربية السعودية في الرعاية الصحية مكانة متقدمة في سياسات التنمية، حيث تعمل الحكومة على تعزيز قدرات المستشفيات والمرافق الطبية لمواجهة الحالات الطارئة، ومع تزايد المخاطر الناجمة عن الأوبئة، والكوارث الطبيعية مثل الفيضانات والعواصف الرملية، والحوادث الصناعية، أصبحت الحاجة ملحة لاعتماد نهج متكامل في إدارة المخاطر داخل المؤسسات الصحية، فمن خلال وضع خطط استباقية وتحسين جاهزية الكوادر الطبية، يمكن تعزيز سرعة الاستجابة وتقليل الأضرار الناتجة عن الأزمات (عفيفي، ٢٠٢٤).

تتضمن إدارة المخاطر في القطاع الصحي عدة أبعاد رئيسية، تشمل التقييم المستمر للمخاطر المحتملة، وتطوير خطط الطوارئ، وتعزيز كفاءة الموارد البشرية من خلال التدريب والتأهيل، كما تشمل أيضاً الاستخدام الفعال للتكنولوجيا الحديثة في مراقبة الأوضاع الصحية وإدارة الأزمات بطرق أكثر دقة وفعالية، ومن خلال تطبيق هذه المفاهيم، يمكن للمستشفيات تحقيق مستوى أعلى من الجاهزية والاستعداد لمواجهة الطوارئ المختلفة، مما يساهم في تقليل الضغط على الأنظمة الصحية وضمان تقديم الرعاية المناسبة للمرضى في الأوقات الحرجة (مراد ومحمد، ٢٠٢٢).

وبالتالي تسعى هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على دور إدارة المخاطر في تحسين الاستجابة الصحية أثناء الكوارث، من خلال دراسة تطبيقية على المستشفيات في المملكة العربية السعودية، وذلك بهدف تحليل مدى فاعلية استراتيجيات إدارة المخاطر في تعزيز قدرة المؤسسات الصحية على التعامل مع الأزمات الصحية، كما تهدف إلى استكشاف العوامل التي تؤثر على كفاءة تطبيق هذه الاستراتيجيات، وتقديم توصيات لتعزيزها، مما يسهم في تطوير النظام الصحي ورفع مستوى الجاهزية لمواجهة الكوارث بكفاءة أكبر.

١,١ المشكلة البحثية:

في ظل التحديات المتزايدة التي تواجه الأنظمة الصحية أثناء الكوارث، تبرز الحاجة إلى استراتيجيات فعالة لضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية وتقليل التأثيرات السلبية على المرضى والمجتمع. تواجه المستشفيات العديد من المخاطر خلال الأزمات، مثل نقص الموارد الطبية، والضغط الكبير على الطواقم الصحية، وصعوبة التنسيق بين الجهات المختلفة، مما قد يؤدي إلى انخفاض كفاءة الاستجابة وتأخير تقديم الرعاية اللازمة، في هذا السياق، تعد إدارة المخاطر أداة حيوية يمكن أن تسهم في تعزيز قدرة المؤسسات الصحية على التعامل مع الكوارث بفاعلية، من خلال التخطيط الاستباقي، وتحديد المخاطر المحتملة، وتطوير آليات استجابة مرنة تتناسب مع طبيعة كل أزمة.

على الرغم من الجهود المبذولة في المملكة العربية السعودية لتعزيز جاهزية القطاع الصحي، إلا أن التحديات المرتبطة بإدارة المخاطر في المستشفيات لا تزال قائمة، خاصة فيما يتعلق بمدى تكامل الخطط الاستراتيجية، وتوافر الكوادر المدربة، واستخدام التكنولوجيا لدعم اتخاذ القرار خلال الأزمات، يؤثر ذلك تساؤلات حول مدى فاعلية استراتيجيات إدارة المخاطر الحالية في تحسين سرعة الاستجابة الصحية أثناء الكوارث، وما إذا كانت هذه الاستراتيجيات قادرة على تقليل الأضرار وضمان استمرارية الخدمات الطبية في ظل الظروف الطارئة، بناءً على ذلك، ظهرت الحاجة إلى تحليل دور إدارة المخاطر في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث، من خلال التطبيق على المستشفيات في المملكة العربية السعودية. يتمثل الهدف الرئيسي في استكشاف مدى تطبيق آليات إدارة المخاطر داخل المستشفيات، وذلك بهدف

تحسين الاستراتيجيات المتبعة، بما يسهم في رفع مستوى الجاهزية وتحقيق استجابة صحية أكثر كفاءة خلال الكوارث المستقبلية.

ومن هنا يمكن بلورة مشكلة البحث الحالي في التساؤل الرئيس التالي:

"ما دور إدارة المخاطر في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية؟"

٢,١ أهمية البحث:

(أ) الأهمية العلمية

من الناحية العلمية، تسهم هذه الدراسة في تطوير الإطار النظري المتعلق بتطبيق إدارة المخاطر في القطاع الصحي، إذ تقدم نموذجاً مفاهيمياً يوضح العلاقة بين الاستراتيجيات الفعالة لإدارة المخاطر ومدى تحسينها للاستجابة الصحية أثناء الكوارث، كما تساعد الدراسة في توضيح الأبعاد المختلفة لإدارة المخاطر، مثل القدرة على التنبؤ بالمخاطر الصحية، والتخطيط المسبق لمواجهةها، وتعزيز سرعة الاستجابة واتخاذ القرارات المناسبة، هذا النوع من البحث يضيف عمقاً إلى فهمنا للممارسات المثلى في إدارة المخاطر الصحية وكيفية استخدامها بفعالية لضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية في أوقات الأزمات.

كما تسهم الدراسة أيضاً في سد الفجوة بين البحث الأكاديمي والتطبيق العملي، من خلال تقديم رؤى قائمة على البيانات التي تم جمعها من بيئة المستشفيات في المملكة العربية السعودية، إن هذه الرؤية التطبيقية تعزز من مصداقية البحث وتجعله ذا قيمة علمية للممارسين والباحثين على حد سواء، حيث يمكن استخدام النتائج لتوجيه السياسات الصحية وتطوير استراتيجيات إدارة المخاطر، مما يسهم في تعزيز الجاهزية الصحية لمواجهة الكوارث.

ب) الأهمية العملية

على الصعيد العملي، فإن تطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر في المستشفيات يعد عاملاً حيوياً لتحسين كفاءة وفعالية الاستجابة الصحية أثناء الكوارث، حيث أن اتباع منهجية واضحة لإدارة المخاطر يساعد في تقليل الأخطاء التشغيلية، وضمان الاستعداد المسبق لمواجهة الأزمات الصحية، في بيئة الرعاية الصحية، تُعد سرعة الاستجابة ودقة الإجراءات من العوامل الأساسية لضمان تقديم رعاية طبية فعالة، ومن خلال هذا البحث، يمكن استنباط استراتيجيات محسّنة لتعزيز قدرة المستشفيات على التصرف بمرونة وكفاءة خلال الكوارث الصحية.

إذ تعتبر الكوادر الطبية والإدارية من أهم عناصر نجاح المنظومة الصحية، إلا أن مواجهة الكوارث تتطلب تدريباً مستمراً وبيئة عمل تدعم سرعة الاستجابة واتخاذ القرار، وبالتالي فإن إدارة المخاطر تسهم في تحسين آليات التأهب الصحي عبر خطط متكاملة للتدريب، وتوزيع الموارد، والتنسيق بين الجهات المعنية، مما يساعد على رفع كفاءة الاستجابة وتقليل الخسائر البشرية والمادية، كما يتيح تطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر للعاملين في المجال الصحي تنفيذ مهامهم بفعالية أكبر، مما يسهم في تحقيق أهداف المؤسسات الصحية بشكل أسرع وأكثر دقة.

التأكيد على أن تطبيق إدارة المخاطر في المستشفيات يعزز التنسيق بين مختلف الإدارات والجهات الصحية المسؤولة عن الاستجابة للكوارث، ويساعد على توزيع المهام بفعالية، مما يساهم في تحسين التعاون وتقليل التكرار أو التأخير في العمليات الحرجة، كما أن استخدام التكنولوجيا في إدارة المخاطر الصحية يسهم في تحسين كفاءة التخطيط والتواصل أثناء الكوارث، مما يؤدي في النهاية إلى تعزيز قدرة النظام الصحي على الاستجابة للطوارئ بكفاءة وفعالية.

٣,١ أهداف البحث:

إن الهدف الرئيس والمحوري لهذا البحث يتمثل في محاولة التعرف على مدى تأثير دور إدارة المخاطر في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث بالتطبيق على المستشفيات في المملكة العربية السعودية، ويمكن تحديد الأهداف الفرعية للدراسة على النحو الآتي:

(١) بيان أثر تقييم المخاطر في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المستشفيات في المملكة العربية السعودية.

(٢) بيان أثر التخطيط والتأهب للكوارث في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المستشفيات في المملكة العربية السعودية.

(٣) بيان أثر التدريب وبناء القدرات في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المستشفيات في المملكة العربية السعودية.

٤,١ تساؤلات البحث:

"ما دور إدارة المخاطر في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية؟"

ويتفرع من هذا السؤال الرئيس التساؤلات الفرعية الآتية:

(١) ما أثر تقييم المخاطر في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المستشفيات في المملكة العربية السعودية؟

(٢) ما أثر التخطيط والتأهب للكوارث في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المستشفيات في المملكة العربية السعودية؟

(٣) ما أثر التدريب وبناء القدرات في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المستشفيات في المملكة العربية السعودية؟

٥,١ فرضيات البحث:

الفرضية الرئيسية الأولى: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \geq 0.05$)

لإدارة المخاطر بأبعادها (تقييم المخاطر، التخطيط والتأهب للكوارث، التدريب وبناء القدرات) في تعزيز

الاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المستشفيات في المملكة العربية السعودية، وينبثق من هذه الفرضية الفرضيات الفرعية الآتية:

- ❖ لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \geq 0.05$) لتقييم المخاطر في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المستشفيات في المملكة العربية السعودية.
- ❖ لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \geq 0.05$) للتخطيط والتأهب للكوارث في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المستشفيات في المملكة العربية السعودية.
- ❖ لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \geq 0.05$) للتدريب وبناء القدرات في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المستشفيات في المملكة العربية السعودية.

٦,١ الدراسات السابقة:

■ دراسة (Murray, V., Mayner, L., & Abrahams (2024)

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل دور إدارة مخاطر الكوارث الصحية في تعزيز استجابة المجتمع وتقليل تداعيات الكوارث الطبيعية على الأنظمة الصحية، حيث ركزت على تطوير منهجية شاملة تجمع بين مختلف الجهات الفاعلة لضمان استجابة أكثر كفاءة، كما هدفت إلى تحديد العوائق التي تحول دون تطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر الصحية بفعالية، بالإضافة إلى اقتراح إطار عمل متكامل يساهم في تعزيز جهود الوقاية والتأهب والاستجابة والتعافي من الأزمات الصحية المرتبطة بالكوارث

حيث المتغير المستقل هو إدارة مخاطر الكوارث الصحية، والذي يشمل عدة أبعاد رئيسية مثل وضع السياسات الوقائية، وتعزيز البنية التحتية الصحية، وتطوير نظم الإنذار المبكر، وتحسين التنسيق بين الهيئات المعنية، أما المتغير التابع فهو الحد من المخاطر الصحية الناتجة عن الكوارث، والذي يُقاس بمدى فاعلية الإجراءات الوقائية، وسرعة التدخل والاستجابة، وتقوية قدرة المجتمعات على مواجهة الأزمات الصحية

اتبعت الدراسة منهج البحث الوصفي التحليلي، حيث اعتمدت على مراجعة الأدبيات السابقة وتحليل البيانات المتعلقة بإدارة مخاطر الكوارث الصحية في مختلف الدول، كما استخدمت دراسات حالة لمقارنة فعالية الاستراتيجيات المطبقة، بالإضافة إلى توظيف أدوات بحث كمية ونوعية لقياس أثر التدخلات المختلفة في تقليل المخاطر الصحية المرتبطة بالكوارث

وتوصلت الدراسة إلى أن تبني استراتيجيات متكاملة لإدارة مخاطر الكوارث الصحية يسهم في تقليل التأثيرات السلبية للكوارث على الأنظمة الصحية، كما أظهرت النتائج أن الدول التي تعتمد سياسات شاملة تشمل الوقاية والتأهب والاستجابة والتعافي تحقق نتائج أفضل فيما يتعلق بخفض الخسائر البشرية والاقتصادية، كما أكدت الدراسة على أن التعاون بين الحكومات والمنظمات غير الحكومية والمؤسسات الدولية يعزز من فاعلية هذه الاستراتيجيات، كما أشارت إلى أن رفع الوعي المجتمعي والتدريب المستمر للعاملين في القطاع الصحي يعزز من القدرة على التعامل مع الأزمات الصحية بفعالية

وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز التكامل بين مختلف القطاعات لتنسيق جهود إدارة مخاطر الكوارث الصحية، إلى جانب تطوير سياسات وطنية واضحة تدعم التأهب والاستجابة السريعة، كما دعت إلى الاستثمار في البحث العلمي والتكنولوجيا لتطوير نظم إنذار مبكر تعتمد على الذكاء الاصطناعي وتحليل البيانات الضخمة، إضافة إلى دمج المجتمعات المحلية في خطط إدارة المخاطر من خلال برامج توعوية وتدريبية، كما شددت على أهمية تبني نهج قائم على الأدلة لتعزيز استراتيجيات الحد من المخاطر ودعم جاهزية الأنظمة الصحية لمواجهة التحديات المستقبلية

■ دراسة (Seyedin, H., Miresmaeeli, S., & Khorasani Zavareh (2023)

هدفت هذه الدراسة إلى إجراء تحليل مقارنة لأنظمة اعتماد إدارة مخاطر الكوارث في الجامعات ودورها في تعزيز الصحة العامة، حيث ركزت على تقييم مدى توافق سياسات الاعتماد مع معايير إدارة المخاطر الصحية، كما سعت إلى تحديد الفجوات الموجودة في تلك الأنظمة، واقتراح استراتيجيات لتعزيز جاهزية المؤسسات الأكاديمية لمواجهة الأزمات الصحية والكوارث، إضافة إلى تقديم إطار عملي يساعد الجامعات على تحسين استجابتها للمخاطر وتعزيز دورها في التوعية والتدريب في مجال الصحة العامة

حيث المتغير المستقل هو اعتماد إدارة مخاطر الكوارث في الجامعات، والذي يشمل أبعاده المختلفة مثل وجود سياسات وإجراءات واضحة لإدارة المخاطر، وتطوير خطط الطوارئ، وتعزيز البنية التحتية الصحية، وتحسين قدرات الاستجابة والتنسيق بين الجهات الأكاديمية والصحية، أما المتغير التابع فهو تعزيز الصحة العامة، والذي يُقاس بمدى فاعلية التدابير الوقائية، وتحسين مستوى الاستعداد لمواجهة الكوارث، وتعزيز قدرة الجامعات على توفير بيئة صحية وأمنة للطلاب والعاملين

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، حيث قامت بمراجعة الأدبيات السابقة وتحليل سياسات الاعتماد الخاصة بإدارة مخاطر الكوارث في عدد من الجامعات، كما اعتمدت على تحليل مقارن لمدى توافق هذه السياسات مع المعايير العالمية، بالإضافة إلى جمع البيانات من خلال استبيانات ومقابلات مع خبراء في مجال الصحة وإدارة الكوارث لتقييم فاعلية أنظمة الاعتماد الحالية ومدى تأثيرها على تحسين إدارة المخاطر الصحية في المؤسسات الأكاديمية

وتوصلت الدراسة إلى أن اعتماد معايير واضحة لإدارة مخاطر الكوارث في الجامعات يساهم بشكل كبير في تعزيز الصحة العامة وتقليل التأثيرات السلبية للكوارث على البيئة الأكاديمية، حيث أظهرت النتائج أن الجامعات التي تتبنى أنظمة اعتماد قوية تشمل خطط طوارئ واضحة، وبرامج تدريبية، وشراكات مع الجهات الصحية، تحقق معدلات أعلى من الجاهزية والاستجابة الفعالة للأزمات، كما أكدت الدراسة أن تطوير السياسات الحالية وتحسين عمليات الاعتماد يمكن أن يساهم في تقليل الفجوات بين المعايير النظرية والتطبيق الفعلي، بالإضافة إلى تعزيز ثقافة الوقاية داخل المؤسسات التعليمية

وأوصت الدراسة بضرورة تطوير سياسات اعتماد متكاملة لإدارة مخاطر الكوارث في الجامعات لضمان استجابة أكثر كفاءة للأزمات، كما أكدت على أهمية إدراج برامج تدريبية متخصصة لتعزيز قدرات أعضاء هيئة التدريس والطلاب في مجال إدارة المخاطر الصحية، وشددت على أهمية التعاون بين الجامعات والمؤسسات الصحية لضمان التنسيق الفعال في حالات الطوارئ، كما دعت إلى الاستثمار في التكنولوجيا الحديثة مثل الذكاء الاصطناعي وأنظمة تحليل البيانات لتعزيز نظم الإنذار المبكر، وأوصت بضرورة دمج

معايير الصحة العامة في سياسات التعليم العالي لضمان بيئة أكثر أمانًا واستدامة في مواجهة المخاطر المحتمل.

■ دراسة (Hung et al., 2024)

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل الكفاءات والمناهج التعليمية المتعلقة بإدارة الطوارئ الصحية ومخاطر الكوارث، حيث سعت إلى تحديد المهارات والمعارف اللازمة لتعزيز قدرة العاملين في القطاع الصحي على التعامل مع الأزمات الصحية، كما هدفت إلى تقييم الفجوات بين المناهج التعليمية الحالية واحتياجات إدارة المخاطر الصحية، مع تقديم توصيات لتطوير البرامج الأكاديمية بما يعزز من جاهزية القطاعات الصحية لمواجهة الكوارث

حيث المتغير المستقل هو الكفاءات والمناهج التعليمية في إدارة الطوارئ الصحية، والتي تشمل أبعادًا متعددة مثل التدريب على الاستجابة السريعة، تطوير مهارات التقييم السريع للأزمات، تعزيز القدرات القيادية في إدارة الكوارث، والقدرة على تنسيق الجهود بين القطاعات المختلفة، أما المتغير التابع فهو تعزيز الجاهزية والاستجابة للكوارث الصحية، والذي يُقاس بمدى تحسين أداء الكوادر الصحية في التعامل مع الأزمات، وتقليل معدلات الإصابات والوفيات، وزيادة كفاءة إدارة الموارد خلال الطوارئ

اتبعت الدراسة منهجية مزدوجة، حيث اعتمدت على مراجعة الأدبيات السابقة لتحديد الكفاءات الأساسية المطلوبة في إدارة الطوارئ الصحية، بالإضافة إلى إجراء مسح مقطعي شمل عددًا من الجامعات والمؤسسات الصحية لتحليل مدى تكامل هذه الكفاءات في المناهج التعليمية، كما اعتمدت الدراسة على تحليل البيانات الكمية والنوعية لتقييم الفجوات بين التعليم الأكاديمي ومتطلبات الواقع العملي في إدارة الأزمات الصحية

وتوصلت الدراسة إلى أن العديد من المناهج التعليمية الحالية تفتقر إلى التوازن بين المعرفة النظرية والتطبيق العملي في إدارة الكوارث الصحية، حيث أظهرت النتائج أن البرامج التي تعتمد على التدريب الميداني والمحاكاة الواقعية تعزز بشكل كبير من جاهزية الكوادر الصحية للاستجابة الفعالة

للأزمات، كما أكدت الدراسة على أهمية تطوير مناهج ديناميكية تتكيف مع التطورات المستمرة في مجال إدارة المخاطر الصحية، مع التركيز على بناء مهارات القيادة والتنسيق بين الفرق الطبية والجهات المعنية وأوصت الدراسة بضرورة تحديث المناهج التعليمية لتشمل تدريبًا عمليًا مكثفًا في إدارة الكوارث، مع تعزيز الشراكات بين المؤسسات الأكاديمية والقطاعات الصحية لتبادل الخبرات والمعارف، كما أكدت على أهمية تطوير برامج تدريب مستمر للكوادر الصحية لتعزيز مهارات الاستجابة للطوارئ، ودعت إلى الاستثمار في التكنولوجيا التعليمية مثل المحاكاة الافتراضية لتدريب الطلاب على التعامل مع سيناريوهات الكوارث المتنوعة، بالإضافة إلى تعزيز البحث العلمي في مجال إدارة الطوارئ الصحية لتقديم حلول مبتكرة تسهم في بناء أنظمة صحية أكثر مرونة واستدامة.

■ دراسة Koriyah, Wijaya & Rachmadi . (٢٠٢٣)

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل دور الكوادر الصحية في مواجهة الفيضانات التي ضربت منطقة باسوروين في فبراير ٢٠٢٣، حيث ركزت على تقييم مدى استعداد العاملين في القطاع الصحي للاستجابة لحالات الطوارئ الناجمة عن الفيضانات، كما سعت إلى استكشاف التحديات التي تواجه الكوادر الصحية أثناء التعامل مع الكوارث الطبيعية، مع تقديم توصيات لتعزيز فعالية الاستجابة الصحية في مثل هذه الأزمات

حيث المتغير المستقل هو دور الكوادر الصحية في التعامل مع الكوارث، والذي يشمل أبعاده مثل تقديم الإسعافات الأولية، إدارة مراكز الإيواء، تنسيق الجهود مع الجهات الحكومية ومنظمات الإغاثة، وتعزيز التوعية الصحية للحد من انتشار الأمراض بعد الفيضانات، أما المتغير التابع فهو كفاءة الاستجابة للأزمات، والذي يُقاس بمدى سرعة التدخل الصحي، وتقليل معدلات الوفيات والإصابات، وتعزيز الاستعداد الطبي لمواجهة الحالات الطارئة

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، حيث تم جمع البيانات من خلال استبيانات وزعت على العاملين في المجال الصحي الذين شاركوا في جهود الإغاثة، بالإضافة إلى إجراء مقابلات مع الجهات

المسؤولة عن إدارة الكوارث في المنطقة، كما شملت الدراسة تحليلًا ميدانيًا لاستراتيجيات التدخل الصحي المستخدمة خلال الفيضانات، ومدى فاعلية خطط الطوارئ المعتمدة في تقليل الأضرار الصحية الناجمة عن الكارثة

وتوصلت الدراسة إلى أن الكوادر الصحية لعبت دورًا حيويًا في الحد من آثار الفيضانات على الصحة العامة، حيث أظهرت النتائج أن التدخل السريع وتوفير الإسعافات الأولية ساهم في تقليل معدلات الإصابات، كما أن التنسيق بين الفرق الطبية والجهات الحكومية عزز من كفاءة الاستجابة للأزمة، ومع ذلك، أشارت الدراسة إلى وجود تحديات مثل نقص الموارد الطبية، وضعف البنية التحتية الصحية، والحاجة إلى تحسين برامج التدريب على إدارة الكوارث

وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز برامج تدريب الكوادر الصحية على إدارة الأزمات والكوارث الطبيعية، مع التركيز على تطوير خطط استجابة طارئة تضمن التدخل الفوري في المناطق المتضررة، كما أكدت على أهمية توفير الدعم اللوجستي والإمدادات الطبية الكافية لضمان استمرارية الخدمات الصحية أثناء الكوارث، وشددت على ضرورة تعزيز التعاون بين المؤسسات الصحية والحكومة والمنظمات الإنسانية لتنسيق الجهود بفعالية أكبر، بالإضافة إلى تطوير استراتيجيات طويلة المدى للحد من مخاطر الكوارث وتعزيز قدرة المجتمعات المحلية على التعامل مع الأزمات الصحية بشكل أكثر كفاءة واستدامة.

■ دراسة Khademipour & Sheikhbardsiri . (٢٠٢٢)

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مخاطر الكوارث التي تواجه مرافق الرعاية الصحية الأولية في جنوب شرق إيران، حيث سعت إلى تحليل نقاط الضعف في البنية التحتية الصحية، ومدى جاهزية هذه المرافق للاستجابة لحالات الطوارئ، كما هدفت إلى تقديم حلول لتعزيز القدرة على تقليل المخاطر وضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية أثناء الكوارث

حيث المتغير المستقل هو تقييم مخاطر الكوارث لمرافق الرعاية الصحية الأولية، والذي يشمل أبعاده مثل تحليل نقاط الضعف الهيكلية للمراكز الصحية، تقييم كفاءة الموارد البشرية والتجهيزات

الطبية، مراجعة خطط الطوارئ والاستجابة السريعة، ومدى توفر أنظمة إنذار مبكر وطرق إخلاء فعالة، أما المتغير التابع فهو قدرة هذه المرافق على تقليل المخاطر والاستجابة الفعالة للكوارث، والذي يُقاس من خلال سرعة الاستجابة للأزمات، تقليل الأضرار البشرية والمادية، واستدامة الخدمات الصحية أثناء الكوارث

اعتمدت الدراسة على منهجية تحليلية قائمة على جمع البيانات من خلال استبيانات وزعت على مديري وعاملي المرافق الصحية في المنطقة، بالإضافة إلى تحليل الوثائق والخطط الطارئة المتوفرة في هذه المرافق، كما تم استخدام نهج التقييم الكمي والكيفي لتحديد الفجوات في الاستعداد لمواجهة الكوارث، وتمت مقارنة مستوى المخاطر في المرافق الصحية بناءً على عدة معايير تشمل الجاهزية اللوجستية، التدريب المسبق، وتوافر الموارد اللازمة لمواجهة الأزمات

وتوصلت الدراسة إلى أن العديد من مرافق الرعاية الصحية الأولية تعاني من نقص في التخطيط والاستعداد لمواجهة الكوارث، حيث أظهرت النتائج أن البنية التحتية الصحية غير مؤهلة بالكامل لتحمل الصدمات الناجمة عن الزلازل والفيضانات، كما أن هناك نقصاً في المعدات الطبية الضرورية وإمدادات الطوارئ، بالإضافة إلى ضعف برامج التدريب المستمر للكوادر الصحية في مجال إدارة المخاطر، وأشارت الدراسة إلى أن عدم التنسيق بين القطاعات الصحية والجهات الحكومية يزيد من خطورة تأثير هذه المرافق أثناء الكوارث

وأوصت الدراسة بضرورة وضع استراتيجيات متكاملة لتعزيز مرونة مرافق الرعاية الصحية الأولية في مواجهة الكوارث، من خلال تطوير خطط طوارئ شاملة تضمن استمرارية الخدمات الصحية في الظروف الحرجة، كما شددت على أهمية توفير برامج تدريبية دورية للكوادر الصحية لرفع جاهزيتها في التعامل مع الأزمات، وأكدت على الحاجة إلى استثمارات في تحسين البنية التحتية الصحية وتزويد المرافق بالمعدات الضرورية لتعزيز قدرتها على الصمود، بالإضافة إلى تعزيز التعاون بين القطاع الصحي والجهات الحكومية لضمان استجابة فعالة للكوارث والتقليل من آثارها على النظام الصحي والمجتمع بشكل عام

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل دور إدارة مخاطر الكوارث في تعزيز مرونة النظام الصحي، حيث ركزت على استراتيجيات التكيف والاستجابة الفعالة للكوارث الصحية والطبيعية، كما هدفت إلى تقييم مدى جاهزية أنظمة الرعاية الصحية لمواجهة الأزمات وتقليل تأثيرها على الخدمات الطبية، بالإضافة إلى استكشاف العوامل التي تعزز من استمرارية تقديم الرعاية الصحية أثناء وبعد حدوث الكوارث

حيث المتغير المستقل هو إدارة مخاطر الكوارث في النظام الصحي، والذي يشمل أبعاده مثل التخطيط الاستراتيجي للطوارئ، تطوير البنية التحتية الصحية لمقاومة الكوارث، تحسين قدرات الاستجابة السريعة، وتعزيز التعاون بين مختلف القطاعات الصحية والحكومية لمواجهة الأزمات، أما المتغير التابع فهو مرونة النظام الصحي، والذي يقاس من خلال مدى قدرة النظام على الاستجابة السريعة للكوارث، استمرارية تقديم الخدمات الصحية خلال الأزمات، وتقليل الأضرار البشرية والمادية الناجمة عن الكوارث اعتمدت الدراسة على منهجية تحليلية قائمة على مراجعة الأدبيات العلمية المتعلقة بإدارة مخاطر الكوارث في الأنظمة الصحية، كما استخدمت الدراسة منهج البحث النوعي عبر تحليل استراتيجيات التأهب للكوارث في عدة أنظمة صحية حول العالم، وتم تقييم فعالية هذه الاستراتيجيات من خلال دراسات حالة وتقارير رسمية صادرة عن منظمات صحية دولية

وتوصلت الدراسة إلى أن الأنظمة الصحية التي تمتلك خطط طوارئ متكاملة وتنسيقاً فعالاً بين المؤسسات الصحية قادرة على تقليل تأثير الكوارث والاستجابة لها بشكل أكثر كفاءة، كما أظهرت النتائج أن الاستثمار في التدريب المستمر للعاملين في القطاع الصحي، بالإضافة إلى تحسين البنية التحتية وتطوير أنظمة الإنذار المبكر، يساهم بشكل كبير في تعزيز مرونة النظام الصحي، وأشارت الدراسة إلى أن الدول التي تعتمد على نظم صحية مركزية قد تواجه تحديات أكبر في سرعة الاستجابة مقارنة بالدول التي تعتمد على نهج لا مركزي في إدارة الطوارئ الصحية

وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز سياسات التأهب لمخاطر الكوارث ضمن الأنظمة الصحية من خلال وضع خطط طوارئ مرنة تستجيب لمختلف أنواع الكوارث، كما أكدت على أهمية توفير الموارد المالية والتقنية لتحديث البنية التحتية الصحية وتحسين قدرة المستشفيات على التعامل مع تدفق أعداد كبيرة من المرضى أثناء الأزمات، وشددت على ضرورة تكثيف برامج التدريب المستمر للعاملين في المجال الصحي لضمان جاهزيتهم للتعامل مع الكوارث، بالإضافة إلى تعزيز التعاون بين الحكومات والمنظمات الصحية الدولية لضمان استجابة متكاملة ومنسقة لمواجهة المخاطر الصحية الناتجة عن الكوارث

■ دراسة Nandi (٢٠٢٢)

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل استراتيجيات إدارة مخاطر الكوارث خلال جائحة COVID-19، حيث ركزت على التحديات التي واجهتها الأنظمة الصحية والحكومات في التعامل مع تداعيات الجائحة، كما هدفت إلى تقييم فعالية السياسات والتدابير التي تم تبنيها للحد من تأثير الوباء، مع التركيز على الدروس المستفادة لتعزيز الاستعداد لمواجهة الأوبئة المستقبلية

حيث المتغير المستقل هو إدارة مخاطر الكوارث خلال جائحة COVID-19، والذي يشمل أبعاده مثل التخطيط للطوارئ الصحية، الاستجابة السريعة للجائحة، آليات التنسيق بين الجهات الصحية والحكومية، وفعالية استخدام التكنولوجيا في تتبع الحالات وإدارة الموارد الطبية، أما المتغير التابع فهو قدرة الأنظمة الصحية على التعامل مع الجائحة، والذي يتم قياسه من خلال مدى كفاءة تقديم الخدمات الصحية، استمرارية الرعاية الطبية أثناء الأزمة، وتقليل معدلات الإصابة والوفيات الناجمة عن الفيروس اعتمدت الدراسة على منهجية تحليلية قائمة على مراجعة الأدبيات العلمية حول استراتيجيات إدارة الأوبئة والكوارث الصحية، كما استخدمت منهج البحث المقارن لتحليل تجارب دول مختلفة في مواجهة الجائحة، حيث تم تقييم مدى نجاح السياسات المتبعة من خلال دراسة التقارير الصحية والإحصاءات الرسمية المتعلقة بعدد الإصابات، كفاءة الاستجابة، والتداعيات الصحية والاقتصادية للجائحة

وتوصلت الدراسة إلى أن الدول التي امتلكت خطط طوارئ صحية مسبقة وتنسيقًا فعالاً بين القطاعات المختلفة كانت أكثر قدرة على الحد من انتشار الفيروس وتقليل تأثيراته الصحية والاقتصادية، كما أظهرت النتائج أن الدول التي اعتمدت على التكنولوجيا مثل تطبيقات تتبع المخالطين، والذكاء الاصطناعي في تحليل البيانات الوبائية، استطاعت تحقيق استجابة أسرع وأكثر دقة، وأشارت الدراسة إلى أن نقص التمويل والتجهيزات الطبية في بعض الدول أدى إلى تفاقم الأزمة وإرهاق الأنظمة الصحية، مما أثر سلبًا على جودة الرعاية المقدمة للمصابين

وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز قدرات الأنظمة الصحية على التكيف مع الأوبئة من خلال وضع استراتيجيات مستدامة لإدارة المخاطر الصحية، كما أكدت على أهمية الاستثمار في تطوير البنية التحتية الطبية وزيادة المخزون الاستراتيجي من المعدات الطبية واللقاحات، وشددت على ضرورة إنشاء أنظمة مراقبة صحية متقدمة تعتمد على الذكاء الاصطناعي وتحليل البيانات الضخمة لتوقع انتشار الأوبئة قبل تفاقمها، كما دعت إلى تعزيز التعاون الدولي وتبادل الخبرات بين الدول لضمان استجابة أكثر فاعلية للأزمات الصحية المستقبلية

■ دراسة (Hochrainer-Stigler & Others (2024)

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل إدارة المخاطر غير المباشرة الناجمة عن الكوارث، وذلك من خلال تطوير إطار حوكمة تشاركي متعدد النماذج يهدف إلى تحسين إدارة مخاطر الفيضانات في النمسا، كما سعت الدراسة إلى فهم التأثيرات الاقتصادية والاجتماعية غير المباشرة للكوارث، واقتراح استراتيجيات فعالة للحد من هذه المخاطر وتعزيز المرونة المجتمعية

حيث المتغير المستقل هو إدارة المخاطر غير المباشرة الناجمة عن الكوارث، والذي يشمل أبعاده مثل تأثيرات الكوارث على سلاسل الإمداد، الخسائر الاقتصادية غير المباشرة، تأثيرات الفيضانات على سوق العمل، والتكاليف الاجتماعية المصاحبة، أما المتغير التابع فهو مستوى المرونة والاستجابة للكوارث في النمسا، والذي يقاس من خلال قدرة المؤسسات الحكومية والخاصة على التعافي، فاعلية سياسات الحماية الاقتصادية، ومستوى التعاون بين القطاعات المختلفة في إدارة الأزمات

اعتمدت الدراسة على منهجية تحليلية قائمة على النمذجة المتعددة، حيث تم استخدام نماذج اقتصادية ورياضية لتقييم المخاطر غير المباشرة الناجمة عن الفيضانات، كما تم تطبيق إطار حوكمة تشاركي شمل الجهات الفاعلة المختلفة مثل الحكومات المحلية، القطاع الخاص، والمجتمع المدني لتحديد أفضل الممارسات في الحد من المخاطر وتعزيز القدرة على الصمود

وتوصلت الدراسة إلى أن الكوارث الطبيعية مثل الفيضانات لا تؤثر فقط على المناطق المتضررة بشكل مباشر، بل تمتد تأثيراتها إلى الاقتصاد الوطني من خلال تعطيل سلاسل الإمداد وارتفاع التكاليف الاقتصادية والاجتماعية، كما وجدت الدراسة أن دمج نهج الحوكمة التشاركية يمكن أن يساهم في تعزيز الاستجابة الفعالة للكوارث من خلال تمكين مختلف الجهات الفاعلة من المشاركة في اتخاذ القرارات، وأظهرت النتائج أن النمذجة المتعددة توفر أدوات دقيقة لتقييم المخاطر غير المباشرة، مما يساعد على تصميم سياسات وقائية أكثر كفاءة

وأوصت الدراسة بضرورة تبني نهج متكامل لإدارة المخاطر يجمع بين التحليل الاقتصادي، التخطيط الاستراتيجي، وإشراك الجهات المعنية في وضع السياسات، كما شددت على أهمية تطوير نماذج محاكاة متقدمة تساعد على التنبؤ بالتأثيرات غير المباشرة للكوارث قبل وقوعها، وأكدت على ضرورة تعزيز التعاون بين القطاعين العام والخاص لضمان استجابة أكثر مرونة واستدامة، بالإضافة إلى تعزيز الوعي المجتمعي حول أهمية الاستعداد لمواجهة الكوارث من خلال برامج تعليمية وتدريبية

٧,١ المنطلقات النظرية للبحث

تعتمد هذه الدراسة على مجموعة من النظريات التي تساهم في بناء الإطار النظري لفهم دور إدارة المخاطر في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث، حيث تساعد هذه النظريات في تحليل كيفية تأثير استراتيجيات إدارة المخاطر على تحسين جاهزية المستشفيات وقدرتها على التعامل مع الأزمات بفعالية، ومن بين هذه النظريات.

١- النظرية المعرفية

تركز النظرية المعرفية على كيفية اكتساب المعرفة وتنظيمها واستخدامها في عملية اتخاذ القرارات، وهو ما يرتبط بشكل مباشر بإدارة المخاطر في المستشفيات، إذ تعتمد هذه المؤسسات على المعرفة المستمدة من البيانات السابقة والتجارب السابقة في تطوير استراتيجياتها لمواجهة الكوارث، حيث توفر أنظمة إدارة المخاطر إطارًا معرفيًا يسمح بتحديد التهديدات المحتملة، وتحليلها، وتصميم خطط استجابة قائمة على المعرفة المتاحة.

في سياق المستشفيات، تعزز النظرية المعرفية فهم كيفية تخزين وتحليل البيانات المتعلقة بالمخاطر الصحية، مثل معدلات انتشار الأوبئة، والموارد المتاحة، وكفاءة الأنظمة الصحية، حيث تعتمد إدارة المخاطر على هذه المعرفة في تطوير استراتيجيات استجابة مرنة تعتمد على التعلم المستمر من الأزمات السابقة، ومن خلال تطبيق هذه النظرية، يمكن تحسين قدرة المستشفيات على اتخاذ قرارات مبنية على بيانات دقيقة، مما يساهم في تحسين جودة الرعاية الصحية أثناء الكوارث.

علاوة على ذلك، تساعد النظرية المعرفية في تفسير دور التكنولوجيا في إدارة المخاطر الصحية، حيث توفر الأنظمة الذكية أدوات تحليلية تساعد في رصد المخاطر بشكل استباقي، وتحليل تأثيرها، واقتراح حلول عملية، كما أن تعزيز المعرفة بين العاملين في القطاع الصحي عبر التدريب المستمر على إجراءات الطوارئ يساهم في بناء قدرة مؤسسية أكثر كفاءة في الاستجابة للأزمات الصحية.

٢- النظرية البنائية

تقدم النظرية البنائية إطارًا لفهم كيفية بناء المعرفة وتطويرها من خلال التجربة والتفاعل المستمر مع البيئة، حيث تركز هذه النظرية على دور التعلم التراكمي في تحسين الأداء المؤسسي، وهو ما يعد عنصرًا أساسيًا في إدارة المخاطر الصحية، إذ تعتمد المستشفيات على مراجعة وتحليل التجارب السابقة لتطوير استراتيجيات استجابة أكثر فاعلية للكوارث الصحية المستقبلية.

من خلال هذه الدراسة، تسهم النظرية البنائية في تفسير كيفية تطوير المستشفيات لاستراتيجيات إدارة المخاطر بناءً على التحديات السابقة، حيث يتم دمج الدروس المستفادة من الأزمات السابقة، مثل جائحة كورونا، في تصميم سياسات صحية أكثر تكيفاً مع الأوضاع الطارئة، كما أن تطبيق هذه النظرية يساعد على فهم كيفية تكوين المعرفة حول المخاطر المحتملة، وتوظيفها في بناء أنظمة استجابة متكاملة تعتمد على التدريب المستمر والتنسيق الفعال بين مختلف الجهات الصحية.

إضافة إلى ذلك، تساعد النظرية البنائية في توضيح أهمية التفاعل بين مختلف الأطراف الفاعلة في النظام الصحي، بما في ذلك المستشفيات، والجهات الحكومية، والمؤسسات البحثية، حيث يعزز هذا التفاعل تطوير سياسات قائمة على المعرفة المتراكمة حول المخاطر الصحية، مما يسهم في تحسين قدرة المستشفيات على التعامل مع الكوارث بمرونة وكفاءة أكبر.

بناءً على هذه المنطلقات النظرية، تسعى هذه الدراسة إلى تحليل دور إدارة المخاطر في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث، من خلال فهم كيفية توظيف المعرفة وتطويرها في تصميم استراتيجيات استجابة فعالة، بما يسهم في تحسين جودة الخدمات الصحية وضمان جاهزية المستشفيات للتعامل مع الأزمات الصحية المختلفة.

٨,١ منهج البحث:

سيتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي في هذا البحث لتحليل دور إدارة المخاطر في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المستشفيات بالملكة العربية السعودية، يهدف هذا المنهج إلى تقديم وصف شامل لمدى تأثير تطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر على تحسين فاعلية الاستجابة الصحية أثناء الكوارث، من خلال تحليل البيانات والمعلومات التي سيتم جمعها من عينة البحث، والتي تشمل المسؤولين عن إدارة المخاطر والطوارئ في المستشفيات، مثل مديري إدارات الطوارئ، فرق الاستجابة السريعة، والمشرفين على تنفيذ خطط الطوارئ الصحية.

سيتم جمع البيانات باستخدام استبيانات موجهة تتضمن مجموعة من الأسئلة المصممة لقياس أبعاد إدارة المخاطر، والتي تشمل: (تقييم المخاطر، التخطيط والتأهب للكوارث، التدريب وبناء القدرات)، سيعتمد الاستبيان على قياس مدى تطبيق هذه الجوانب في المستشفيات وأثرها المباشر على تحسين كفاءة الاستجابة الصحية، سيسهم هذا الاستبيان في توفير قياسات كمية دقيقة حول مدى تأثير ممارسات إدارة المخاطر على سرعة وكفاءة الاستجابة للكوارث الصحية.

بالإضافة إلى ذلك، سيتم تحليل البيانات الكمية باستخدام برامج إحصائية متخصصة، بهدف تحديد العلاقات والأنماط بين استراتيجيات إدارة المخاطر ومدى تأثيرها على فاعلية الاستجابة الصحية في المستشفيات، سيسهم هذا التحليل في تقديم فهم كمي دقيق حول كيفية مساهمة الإدارة الفعالة للمخاطر في تعزيز القدرة على التعامل مع الأزمات الصحية وتحسين كفاءة الأداء الطبي خلال الكوارث.

علاوة على ذلك، سيتم تطبيق المنهج النوعي من خلال إجراء مقابلات فردية معمقة مع المسؤولين في المستشفيات، لتقديم فهم أعمق حول كيفية تنفيذ خطط إدارة المخاطر ومدى تأثيرها على تحسين الاستجابة الصحية أثناء الأزمات، كما ستتيح هذه المقابلات جمع بيانات نوعية دقيقة حول تجارب المشاركين وتصوراتهم عن فاعلية استراتيجيات إدارة المخاطر في التعامل مع الكوارث الصحية داخل المستشفيات.

٩,١ مصادر البيانات:

يعتمد البحث على مصدرين أساسيين في جمع البيانات والمعلومات كما يلي:

❖ المصادر الثانوية:

وتتمثل في الكتب والمراجع العربية والأجنبية ذات الصلة بموضوع البحث بالإضافة إلى الاعتماد على الأبحاث والدراسات السابقة والدراسات السابقة ذات العلاقة بالموضوع التي بحثت الإنشائية إلى جانب الدوريات والرسائل الجامعية التي تناولت موضوع الدراسة، لمعرفة الأسس والطرق العلمية السليمة

في كتابة الدراسات وكذلك أخذ تصور عام عن آخر المستجدات التي حدثت في موضوعات الدراسة الحالية والتي تتميز بالتغير والتطور المستمر.

❖ المصادر الأولية:

اعتمدت الدراسة على الاستبانة كأداة رئيسية في جمع البيانات من مصادرها والتي تم تصميمها خصيصاً لهذا الغرض على Google Forms وإرسال رابطها إلى مجتمع البحث.

١٠,١ أدوات الدراسة:

تعرف أداة البحث بأنها "الوسيلة التي تتم بواسطتها عملية جمع البيانات بهدف الإجابة عن تساؤلاته، وسيعتمد الباحثين في جمع البيانات على الاستبانة، والتي تُعرف بأنها "صيغة محددة من الفقرات والأسئلة تهدف إلى جمع البيانات من أفراد البحث"

١١,١ الأساليب الإحصائية المتبعة

تم استخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) في هذه الدراسة لإجراء التحليل الوصفي واختبار الفرضيات باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

→ الإحصاء الوصفي:

- التكرارات والنسب المئوية: تم استخدامها لتقديم توزيعات التكرار والنسب المئوية لخصائص أفراد العينة وإجاباتهم على استبانة الدراسة.
- الوسط الحسابي: تم استخدامه كمقياس للنزعة المركزية لتقدير المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة على أسئلة الاستبانة.
- الانحراف المعياري: تم استخدامه كمقياس للتشتت لتقدير الانحراف في إجابات أفراد العينة حول المتوسط الحسابي.

→ الإحصاء التحليلي:

- تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression): تم استخدامه لاختبار تأثير مجموعة من المتغيرات المستقلة على المتغير التابع.
- تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Regression): تم استخدامه لاختبار تأثير متغير مستقل على المتغير التابع.
- اختبار التوزيع الطبيعي (Kurtosis Test): تم استخدامه لاختبار مدى انحراف التوزيع عن الطبيعي.

١٢,١ نموذج الدراسة:

- والذي يتضمن تحليل العلاقة بين تحليل دور إدارة المخاطر في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث بالتطبيق على المستشفيات في المملكة العربية السعودية، ويتضمن المتغيرات التالية:
- ✓ المتغير المستقل: إدارة المخاطر بأبعاده (تقييم المخاطر، التخطيط والتأهب للكوارث، التدريب وبناء القدرات).
 - ✓ المتغير التابع: الاستجابة الصحية أثناء الكوارث.

١٣,١ حدود البحث:

- ✓ الحدود الزمانية: يدور نطاق الدراسة خلال عام ٢٠٢٥.
- ✓ الحدود المكانية: تقتصر الدراسة على المستشفيات في المملكة العربية السعودية.
- ✓ الحدود الموضوعية: تركز الدراسة على تحليل دور إدارة المخاطر في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث بالتطبيق على المستشفيات في المملكة العربية السعودية.

الفصل الثاني: الإطار النظري

المبحث الأول: إدارة المخاطر

١,١,٢ مفاهيم أساسية:

هناك نطاق واسع جداً من المفاهيم للمصطلحات الفردية كالخطأ، والضرر والخطر وإدارة المخاطر، والتي تنقسم إلى العديد من المفاهيم الفرعية التي لا يتم استخدامها دائماً بشكل متناسب. لذلك يجب توضيح تلك التعاريف والتعرض لعلاقة تلك المصطلحات الفردية بعضها مع البعض. (Ashqar, 2020)

الأخطاء:

الأخطاء جمع خطأ، وقد تم تعريف الخطأ في قاموس جامعة كامبردج بأنه الإتيان بالمطلوب بشكل غير صحيح كالخطأ في الكتابة، أو في الحكم أو في القرار. وأما في اصطلاح الأدب فقد تم تعريف الخطأ في تحت بند ٣,٦,٢ على أنه "عدم الوفاء". وعرف تحت بند ٣,١,٢ بأنه... رد فعل سلبي غير مقصود، وغالباً غير متوقع، لفعل تم تنفيذه بوعي أو بغير وعي". (سعودي، ٢٠٢٠)

يكون الخطأ في منظمات الرعاية الصحية ناتجاً عن انتهاك القواعد في الغالب، ومادام أنه قد وقع لسبب معين فمن الممكن التخلص من النتائج غير المرغوب فيها. ومن خلال خبرة الباحث الطويلة في القطاع الطبي - وهو ما أشار إليه تعريف ISO السابق فإن الأخطاء تظهر إما بوعي من مزود الخدمة حين يعتمد كسر القواعد، أو أنها تظهر لنقص فهمه، أو نسيانه مثلاً - ليقل حينها قام بالخطأ بلا وعي منه. وفرق كبير بين الخطأين من جهة الفاعل، فالأول يستحق المحاسبة لوجود صفة الاختيار، والثاني لا يستحقه لانتفاء صفة الاختيار عنه، بل هذا يحتاج منا مزيد تدريب وتعليم. وكم من خطأ لم يكن لمزود الخدمة يد فيه، فقد قام بما عليه صحيحاً، لكن كان الخطأ ناتجاً عن مرحلة سابقة في سلسلة العمل. (Lebda, 2024)

الضرر:

تم تعريف الضرر في قاموس جامعة كامبردج بأنه إيذاء أو إفساد شيء. فالمباني تتعرض للضرر البالغ نتيجة الحرب والسمعة تتعرض للضرر البالغ نتيجة فضيحة ما ليكون الضرر ماديا ومعنويا.

إن الضرر كما نرى في حياتنا العملية يتشكل كعاقبة لفعل لم ينفذ بالشكل المطلوب والصحيح، أي أنه عاقبة خطأ ما، أو نتيجة حدث غير مرغوب فيه. وبالطبع لن يكون الضرر بنفس الدرجة، فالضرر الناتج عن خطأ في تشخيص طبيب ليس كخطأ ممرض في طريقة إعطاء علاج ليس كخطأ صيدلاني قرأ وصفة طبيب بطريقة خاطئة. وكم لاحظ الباحث أضرارا أثناء عمله الطويل في القطاع الصحي كان سببها أحيانا تركيبا خاطئا لجهاز طبي أو الصيانة الناقصة له، أو النوعية الرديئة للموارد اللازمة للرعاية الطبية. وفي اللحظة التي يظهر فيها الخطأ الطبي والضرر الناتج عنه ستقفز المصطلحات والمفردات القانونية إلى أعلى طاولة الحوار مع أن الباحث من خلال خبرته الطويلة يستطيع التأكيد على أنه ليس كل ضرر أو حالة وفاة تقع في المستشفى تعني سوء تصرف من قبل مزود الخدمة غير متناسين أبدا أن ارتفاع حالات الوفاة في المستشفى بعد مؤشرا سلبيا في حقه. (طاهري، ٢٠١٩)

الخطر:

جاء في قاموس أكسفورد الحديث تعريف الخطر بأنه: وضع شيء ما في حالة ينشأ عنها ضياعه، أو دماره، أو ضرره، كقول القائل: هو خاطر بنفسه لينقذ ابنه. وتأتي لفظة في اللغة الإنجليزية كاسم بمعنى فرصة حدوث شيء سيء، كقول القائل: هو قبل المخاطرة حين اشترى سيارة قديمة.

وأما في لغة العرب فقد جاء في مختار الصحاح تعريف لفظة الخطر في اللغة العربية: "الخطر بفتحيتين الإشراف على الهلاك، يقال: (خاطر) بنفسه. وذكر احد العلماء في كتابه لسان العرب المحيط" معاني خمسة للمخاطر الرهن، فيقال: خاطر الرجل بماله على فوز فرسه في السباق، ويأتي الخطر بمعنى الإشراف على الهلكة، وبمعنى ما يخطر في القلب من تدبير، أو هاجس، وجمعه خواطر، ومن معاني الخطر

التذبذب والاهتزاز إذ قال العرب رمح خطر بتشديد الطاء أي ذو اهتزاز شديد والمعنى الأخير للخطر: ارتفاع القدر والمنزلة، والمكانة والشرف، وكثرة المال. (حواس، ٢٠٢٤)

وإن تأملنا هذه المعاني لوجدنا أن المنظمات تخاطر بالمال، وهلكة هذا المال وخسارته أمر وارد، فهو غير محسوم النتيجة، وما بين الربح والخسارة يتذبذب المستقبل، ولولا ما للمال من مكانة وشرف ومنزلة ما عد الناس احتمال خسارته مخاطرة.

٢,١,٢ مفهوم الخطر والمخاطرة:

في أدبيات علم الإدارة "لا يوجد تعريف موحد لمفهوم الخطر المطبق في أدبيات الأعمال فقال بعضهم: "أن الخطر هو احتمال فقدان شيء ذي قيمة (مثل الصحة البدنية، أو الحالة الاجتماعية، أو الرفاهية العاطفية، أو الثروة المالية عند المخاطرة الناتجة عن فعل، أو تقاعس معين، متوقع أو غير متوقع مخطط أو غير مخطط له) وقال آخرون: هو إمكانية مواجهة حدث قد يتسبب في حدوث ضرر أو خسارة، أو تعطيل للعمليات أي حدث مزعج وأما فرانك نايت فقد عرف الخطر في عام ١٩٢١ بأنه "حالة عدم يقين قابلة للقياس ومن الممكن تعريف الخطر باعتباره فرصة الخسارة، أو نتيجة غير مواتية مرتبطة بالإجراء... وكلما زاد عدم اليقين، زاد وعليه فأهم صفات الخطر اتصافه بعدم، الخطر اليقين بمعنى أن قيمة الاحتمالية أكبر من صفر، وأقل من واحد صحيح، ويترتب على حدوثه في الغالب خسائر من نوع ما... ويرى Luko ٢٠١٣ أنه "تأثير عدم اليقين على الأهداف واضعاً ملاحظة محددة لمعنى لفظة (التأثير في التعريف وهو أنه انحراف - إيجاباً أو سلباً عن المتوقع، فمدى الانحراف عن الهدف المتوقع، والدور الذي لعبه عدم اليقين في ذلك يسمى: خطراً. وأما الأهداف (Objectives) فجوانبها مختلفة فقد تكون جوانب صحة وسلامة، وجوانب مالية، وأهداف بينية، وأما من جهة التطبيق فإنها تطبق على مستوى الاستراتيجية، أو مستوى المنظمة، أو المشروع، أو المنتج والعملية. (أقريز، ٢٠٢٠)

بالإضافة إلى عدم اليقين والهدف هناك ثلاثة مفاهيم مهمة لفهم المخاطر بصورة أكثر شمولية وهي الحدث وهو: "حدث أو تغيير مجموعة معينة من الظروف، والمفهوم الثاني: العاقبة ويعنى به النتيجة التي جاءت بعد حصول الحدث من حجم التكاليف أو ما شابه وأما المفهوم الثالث فهو الأرجحية ويراد به

فرصة حدوث شيء ما، وقد يعبر عنه أحيانا بلفظ لعدم وجود لفظ مقابل للفظ في بعض اللغات. وتكون الاحتمالية هنا رقم بين الصفر المستحيل، والواحد اليقين المطلق. وأما مصطلح فيراد به عدد مرات تكرار الحدث، أو تكرر نتيجته بالنسبة لوحدة زمنية، وقد يكون لحدث مضى، أو قادم

ويرى احد العلماء ان المخاطرة والخطر بوابة الربح، فمتى لم يكن ثمة خطر فلن يكون هناك قابلية لإدارة العملية بمزيد من العناية لتحقيق النجاح. وكلما كان هناك احتمال للخسارة فهناك احتمال للربح. إن على القائمين على العملية الإدارية النظر في كافة البدائل المتاحة، ومراقبة مستويات الخطر المختلفة لتلك البدائل. وقد تكون هناك علاقة طردية بين حجم المخاطرة وحجم الأرباح، لكن صانع القرار قد لا تكون لديه قدرة لتحمل حجم المخاطرة لو وقعت، لذا فسيلجأ لاختيار حجم مخاطرة يتناسب مع قابليته للتحمل حتى وإن كان ذلك على حساب خفض حجم العائد من الأرباح. وعليه فالأمر كله بيد الإدارة.

إن الباحث يخلص إلى المخاطر تحول دون تحقيق التنمية المستقبلية، وتشكل اضطرابا في تحقيق المنظمات لأهدافها، وليست بالضرورة أن تكون هذه المخاطر في البيئة الخارجية للمنظمة، بل قد تكون داخلها.

٣,١,٢ أنواع المخاطر:

إحدى الأمور المسلمة في حياتنا اليومية أنه ليس كل حدث سيء يخلف خسارة مادية، فهناك خسائر معنوية لا تقدر بالمال، كموت عزيز. كما أن الآثار السلبية على الإنسان ناتجة إما عن أحداث خارجة عن صنع البشر كالزلازل والبراكين والأعاصير، أو ما هو من نتاج يديه كبعض اختراعاته، أو بإهماله كاللقاء سيجارة مشتعلة وسط عشب يابس تخلف مصائب تكون خسارتها مادية، أو معنوية، أو حتى كليهما معا.

إن تحديد هوية المخاطر هو الخطوة الأولى لإدارة المخاطر، وهو الأمر الذي يساعد في تطوير التدابير المضادة، أو البحث عن مكافآت خفية. وقد قام بتصنيف المخاطر بشكل عام إلى أربعة أنواع: (Ashqar, 2020)

- مخاطر السوق Market risks كفترات الركود، والكساد، ومخاطر أسعار الصرف، والسيولة والسياسة، والتضخم، ومعدلات الفائدة.
 - مخاطر التخلف عن السداد Default risks أو بعبارة أخرى عدم قدرة المدين على سداد دينه. هـ
- المخاطر التشغيلية Operational risks ويتم فهمها من خلال الأنشطة اليومية للمنظمات وتنتج عن الفشل في العمليات الداخلية، أو عدم كفايتها، أو حتى فيما يتعلق بالأنظمة والأشخاص، أو نتيجة لأحداث خارجية ما، والتي تؤدي في المحصلة إلى الخسارة، وترتبط في الغالب بممارسات السلامة العامة في موقع العمل، أو قد ترتبط بالمنتجات والعملاء والممارسات التجارية، وتعطل أو فشل النظام والأعمال، بالإضافة إلى آليات التسليم والتنفيذ، وإدارة العملية. ويمكن إجمال مصادر المخاطر التشغيلية الرئيسية في الأنظمة والعمليات والأفراد، والعوامل الخارجية. وقد دفع الدور المهم للمخاطر التشغيلية لجنة بازل للإشراف المصرفي لجعل المخاطر التشغيلية موضوعا حيويا لحساب رأس المال المطلوب، أي أدنى مبلغ مطلوب للحصول على الترخيص ؛ وأن يتوافق مع المخاطر المتوقعة.(حواس، ٢٠٢٤)

إن عدم ذكر المخاطر الاستراتيجية فيما سبق لا يعني إغفالها، ونعني بها تلك التي تتعلق بطريقة وضع المنظمة للخطط التي تحقق من خلالها أهدافها. إذ أن من الأخطار التي لم يتم حساب أمرها منذ البداية ما يمكن أن يعرض أهم أهداف المنظمة للانهيار، مما يضعف احتمالات النجاح ويهدد استمرار وجود المنظمة. لذا فإن (٢٠١٥) IFAC في تسلسله الهرمي للمخاطر أفردتها بالذكر، وجعل من صميم إدارة المخاطر الاستراتيجية خلق وعي بين الموظفين بأهمية إدارة المخاطر في تحديد استراتيجية المنظمة.

٤,١,٢ إدارة المخاطر:

استعمل مفهوم إدارة المخاطر في الخدمات المصرفية والتأمينية منذ أوائل سبعينيات القرن العشرين. وقبلت في الصناعة الغربية من ١٩٠٠م، وفي مستشفيات الولايات المتحدة من سبعينيات القرن الماضي، وهذا لا يعني أن أنشطة إدارة المخاطر لم يكن معمولاً بها، ولكن دون استخدام (Singh & Ghatala, 2012) "المصطلح المحدد" إدارة المخاطر.

ينقل لنا احد العلماء تعريفًا لإدارة المخاطر وأنها مجموعة من الأنشطة تستهدف تدنية الخسائر المحتملة من وقوع المخاطر. وهي عملية تكاد تكون يومية، فالمستقبل مجهول، والقرار المستقبلي سيكون مبنيًا على التنبؤ والاحتمال وعرفها احد العلماء العملية المنهجية لتحديد وتقييم ومعالجة المخاطر المحتملة والفعلية، فهي وظيفة استباقية تهدف لتقليل شدة الحوادث غير المتوقعة، والمطالبات القانونية، وتعزيز أداء الموثوقية العالية وتصميم النظام. ومع أن مايزا بين أنظمة إدارة الأعمال، وأنظمة إدارة المخاطر، يريان أن محاولة المقارنة بينهما يخلق صعوبة تحقيق الفاعلية في إحدى الإدارتين دون أن يلزم ذلك في الإدارة الأخرى، لكونهما متلازمتين، ومتكاملتين. لذا يخلص الباحث لى أن إدارة المخاطر تعتمد على أساس أكاديمي وهو علم الإدارة. فهي تخطيط وتنظيم وتوجيه، ورقابة، بهدف منع المخاطر التي قد تحول بين المنظمات، وبين تحقيق أهدافها المخطط لها لضمان استمرارها.

المخاطرة جزء من أي قرار، وطريقة التعامل معها جزء من القيادة، وأمر لا بد منه لإدارة أي منظمة. ولا بد من استهداف فئة الإدارة العليا وتفهمها لضرورة وجود إدارة المخاطر ضمن كافة أنشطة المنظمة التنظيمية، وعدم إهمال الطبيعة التكرارية لإدارة المخاطر، وجمع كافة المعلومات من أهل الخبرة والمعرفة، للخروج بتحليل حديثة، لضمان مراجعة كافة العناصر والإجراءات والضوابط في كل مراحل السلسلة.(سعودي، ٢٠٢٠)

ذكر احد العلماء أن ثمة مقولة شائعة تنص على أن إدارة المخاطر تخلق قيمة للشركة، من خلال خفض تكاليف التمويل الناتجة عن المشاكل المالية، والضرائب، أو مشاكل ضعف التناسق المعلوماتي وأن بحوثًا كثيرة ناقشت وجود علاقة إيجابية بين قيمة الشركة وتطبيق إدارة المخاطر فيها. ومما يؤكد هذه البحوث ما نقله من اعتماد مؤتمر الأمم المتحدة للحد من مخاطر الكوارث ورقة استراتيجية بعنوان " إطار سينداي للحد من مخاطر الكوارث ، وتم التركيز فيها على الوقاية من الكوارث الطبيعية على أساس تقدير المخاطر وإدارتها.

ومحصلة ما خرج به الباحث هنا أن إدارة المخاطر موضوعها كل ما من شأنه أن يؤثر على إنجاز المنظمة لأهدافها، وكشف غموض نتائج المستقبل، فهي لا تستهدف الخسارة نفسها، بل احتمالية الخسارة،

ولا تستهدف المشكلة نفسها وإنما مصدرها، ساعية لوضع أفضل ما يمكن لمعالجة تلك الاحتمالية وتلك المشكلة لتجنب الخسائر حفاظا على بقاء المنظمة متميزة وزيادة الأرباح، ولا يمكن تحقيق ذلك مادامت المخاطر المحيطة ببيئة المنظمة خفية على صناع القرار. (أفريقز، ٢٠٢٠)

٥,١,٢ نظام إدارة المخاطر:

يتبادر إلى الذهن سؤال مفاده: هل بالإمكان استخدام نظام إدارة مخاطر موحد لكافة البيئات وعلى اختلاف أنواعها؟.

يرى أن ثمة جوانبا مشتركة عامة يمكن أن تدرج في نظام إدارة للمخاطر تصلح لكافة البيئات، وتتمثل في التوجهات العامة لتطوير الأنظمة الإدارية دون بيان تفاصيل، وعليه فمن الممكن استخدام نموذج عام معد يصلح لكافة أنواع المنظمات الصناعية يتصف بحالة من التكاملية بين أجزاء نظام المخاطر تؤهله للعمل في مختلف البيئات. فكافة المنظمات تتبنى نهجا تحقق من خلاله أهدافها عبر برامج وميزانية وإجراءات، ليصبح هناك ضرورة العملية تقييم لتلك الأهداف ومدى كفاءتها. ثم يأتي بعد ذلك دور نظام التدقيق الداخلي الذي يقوم بتدقيق مجمل اللوائح التي تستخدمها المنظمة، ليحدد على ضوء ذلك أية أهداف جديدة، أو تحسينات مطلوبة وممكنة من خلال النظر في نتائج التحليل على البيئة، والأمان والجودة، والصحة، والسلامة.. الخ.. (طاهري، ٢٠١٩)

٦,١,٢ مكونات نظام إدارة المخاطر:

يتكون نظام إدارة المخاطر من الآتي:

أولاً: مبادئ إدارة المخاطر وهي عبارة عن مجموعة مبادئ إرشادية لبناء إطار العمل. وتوفر إرشادات بياناً بمبادئ إدارة المخاطر الثمانية:

- يجب أن يكون الإطار والعمليات مخصصة ومتناسبة.
- المشاركة المناسبة وفي الوقت المناسب لأصحاب المصلحة أمر ضروري.

- الوصول للهيكلية والمنهجية الشاملة المتكاملة.
- إدارة المخاطر جزء لا يتجزأ من جميع الأنشطة التنظيمية.
- إدارة المخاطر تتوقع، وتكتشف، وتقر، وتستجيب للتغيرات.
- تدرس إدارة المخاطر صراحة أي قيود على المعلومات المتاحة.
- العوامل البشرية والثقافية تؤثر على جميع جوانب إدارة المخاطر.
- يتم تحسين إدارة المخاطر باستمرار من خلال التعلم والخبرة.

ثانياً: إطار عمل إدارة المخاطر وهو الذي يقوم بتحديد عملية إدارة المخاطر ومساعدة المنظمة على دمج إدارة المخاطر ضمن كامل إدارة المنشأة. (Lebda, 2024)

ثالثاً: عملية إدارة المخاطر وهي التي يتم من خلالها تعريف وتحليل وتقييم المخاطر المحتملة ومعالجتها إن وقعت.

مما ينبغي معرفته أن مبادئ إدارة المخاطر، وإطار عملها مرتبطان ارتباطاً وثيقاً. فالمبدأ ما يجب تحقيقه، وأما الإطار فيوفر معلومات حول كيفية تحقيق التكامل المطلوب.

٧,١,٢ تطوير إدارة المخاطر:

لا أحد يستطيع المجادلة في أن ثمة تشابهاً كبيراً بين الطب والطيران من جهة أن المجالين يحويان عمليات معقدة، وأن من الضروري توفير أعلى درجة من الأمان، وإيجاد تفاعل بين الإنسان والآلة على قاعدة العمل الجماعي ضمن مستوى عال من الكفاءة في كلا المجالين.

إن الكائن البشري - مزود الخدمة في كلا المجالين يعتمد على مستوى قدراته الذاتية، كما وأن الآثار الناجمة عن الخطأ في مجال الطب والطيران وخيمة جداً لا تقتصر على الخسائر المادية بل تتعدى ذلك إلى احتمالية حدوث خسائر بشرية تصل لحد الكارثة في بعض الأحيان. من هنا فإنك لا تستغرب إذا ما وجدت أن الباحثين في مجالات الرعاية الصحية يحاولون اجتراح تجربة السلامة في مجال الطيران ومحاولة تطبيقها

في مجال الطب. لكننا وفي اللحظة التي نقر فيها بكون الرعاية الصحية بحاجة لتتعلم الكثير من مجال الطيران إلا أننا لا ننسى أننا بحاجة إلى الدقة حين القيام بذلك، فالرعاية الصحية تمتاز بخصائص واحتياجات محددة للرعاية الصحية.

عقد بعضهم المجال مقارنة للسمات المميزة للطيران ومجال الرعاية الصحية كان من بينها وجود درجة عالية من الدعم الآلي والمحوسب في مجال الطيران، في حين وجود نقص في ذلك في مجال الرعاية الصحية. بالإضافة إلى أن الأحداث السلبية الكبرى في مجال الطيران يتم التحقيق فيها دائما من قبل هيئة وطنية بخلاف المجال الصحي الذي في الغالب يكون التحقيق محليا. وقد أوصى الباحثون بأن تكون المحاكاة بين المجالين في توفير الموارد للموظفين المتخصصين في الجوانب النفسية والعوامل البشرية ذات الصلة بسلامة المرضى ورفاهية الموظفين بالإضافة إلى شمول الموظفين المحترفين بالتدريب.

٨,١,٢ ممارسات إدارة المخاطر:(باقر، ٢٠٢٠)

تمثل ممارسات إدارة المخاطر الممارسات اللازمة وذات الصلة بتنفيذ إدارة المخاطر ويوضح الشكل رقم (٨-٣) صورة لدور الممارسات التي تم اختيارها كأبعاد في إدارة المخاطر مظهرا التسلسل في عملية إدارة المخاطر.

■ إنشاء السياق العام:

هو ان الهدف الرئيس لهذه الممارسة كما جاء في تحديد الأهداف والغايات التي سيتم بموجها تحديد هوية المخاطر وإدارتها. مع المراعاة التامة الضرورة الموازنة بين التكاليف، والفوائد، والفرص. ولا ننسى التركيز على بناء ثقافة المخاطر الوعي بالمخاطر). وأما بالنسبة للسياق الخارجي للمؤسسة فيشمل البيئة المحلية والوطنية والدولية، بالإضافة إلى أي عوامل خارجية تؤثر على أهدافها. ويشمل السياق الداخلي للمؤسسة أصحاب المصلحة الداخليين، وقدرات المؤسسة نفسها.

مصطلح "الوعي بالمخاطر" لا نظن أن أحدا سيجادل في كونه نتاج ثقافة تترسخ عند العاملين، ولا يمكن الوصول إلى هذه النقطة إلا إذا نمت الرغبة في تحديد هوية المخاطر والإبلاغ عنها والقضاء عليها. وهذا بالطبع يحتاج عملية تعلم مكثفة تنتج من ترويج المنظمة لها بكل حيوية ونشاط.

المخاطر موجودة في المستويات الإستراتيجية والتشغيلية. لذا ينبغي النظر في كل مستوى فيما يتعلق بالسياق عند تطبيق إدارة المخاطر السريية.

لن تجد صاحب قرار مضطلع في مهامه الإدارية يضع هدفا في منطقة لا يحكم السيطرة عليها، وبالتالي فالتعديل سيستمر لجعل فرصة النجاح أفضل، ومع ذلك فهو معرض للفشل نتيجة ظروف قاهرة خارجة عن إرادته وحساباته. لكن في المحصلة فواضع الأهداف سيضعها ضمن ما يتوفر لديه، أو للعاملين لديه من مهارات وقدرات حتى يحافظ على مستوى الإنجاز المطلوب، وعلى ذلك يضع أهدافه لتكون أساسا لكافة قراراته. (Ashqar, 2020)

إن المتوقع بعد تحديد نطاق وعمق برنامج إدارة المخاطر السريية في المنظمة الصحية أن يفكر مزودوا الخدمة فيما إذا كانت عملية إدارة المخاطر السريية تهدف إلى تغطية مشكلات الخدمة. بعد تحديد النطاق سيتم تحديد السياق الداخلي والخارجي لبيئة الرعاية الصحية. بمعنى هل هناك منظمات خارجية تشكل تهديدا، أو فرصا قد تؤثر على عملية إدارة المخاطر في المستشفى؟. والجواب يكمن في فهم المنظمة لنفسها ثقافتها، وهيكلها، وقدراتها البشرية والمالية، وأهدافها واستراتيجيتها، وتحديد سياقها الخارجي والداخلي ولتستطيع المنظمة الصحية فعل ذلك علما أن تراعي المرضى، ومتطلبات التوظيف، ومدد تعطل الخدمات، ومتطلبات الصحة والسلامة المهنية والقيود المفروضة على استخدام التمويل، وما إلى ذلك، وأن تبني ثقافة تقوم على مفاهيم واستراتيجيات إدارة المخاطر، وأن تتأكد أن لديها الموارد والدعم الكافيين لتطبيق هذه المفاهيم. وما هي الأسباب في عدم توفر ذلك إن وجد؟ وما حجم الوعي بوجود مبادئ الإدارة المخاطر؟ وما هي الأدوات المتاحة لتسهيل العملية؟ (حواس، ٢٠٢٤)

إن مرحلة إنشاء السياق العام بما تحويه من وضع استراتيجية، وخلق الوعي الثقافي والتنسيق الفعال العلمي، إذا تمت بصورة صحيحة فإن خطة إدارة المخاطر ستستمر طوال فترة بقاء المنظمة واقفة على قدميها.(أقريز، ٢٠٢٠)

تقدير المخاطر: ويشير إلى وجود منهجية منظمة لتنظيم وتحليل المعرفة، والمعلومات العلمية للأنشطة التي يحتمل أن تكون خطرة، والآلات والعمليات والمواد وما إلى ذلك مما قد تشكل خطراً في ظل ظروف محددة. وبالطبع فهي عملية تعتمد بشكل مباشر على الخبرة العلمية، ودرجة المعرفة للمعنيين بتقدير المخاطر، لتحديد فرصة حدوث خطر ما مستقبلاً، وفرصة تكرره، ومعلومات عن أسبقية لهذا الخطر. وتتكون ممارسة تقدير المخاطر من ثلاث خطوات هي: تحديد هوية المخاطر، وتقييم المخاطر (تحليلها، وقياس درجة شدتها).

■ تحديد هوية المخاطر:

هدف هذه الخطوة هو: تحديد هوية جميع المخاطر المرتبطة بتحقيق الأهداف المحددة في ممارسة إنشاء السياق العام للمنظمة. فهي خطوة يراد بها "إيجاد ومعرفة ووصف المخاطر التي قد تؤثر على تحقيق الأهداف، وكما يلخص هذه المرحلة بأنها تحديد فئة الخطر، وعواقبه الرئيسية، والقضايا المتعلقة بهذه العواقب، والأسباب المحتملة لوقوعه.

إذا فنحن أمام عملية جرد لكافة المخاطر السريرية المحتملة بشكل شامل داخل المستشفى. وبالتالي لابد من تحديد الخدمات التي سيقوم المستشفى بتقديمها لترتيب أولويات المخاطر السريرية الداخلية والخارجية التي قد تشكل تهديداً.

ذكر احد العلماء أن تحديد هوية المخاطر نقطة انطلاق إدارة المخاطر؛ وتعتبر حاسمة؛ لأنه إذا لم يتم تحديد هوية المخاطر، فسيكون من شبه المستحيل الاستجابة لها بفعالية. فيقوم المعنيون بإدارة المخاطر بتوقع سيناريوهات الأخطار، ومحاولة تحديدها معتمدين على التنبؤ والتوقع. ونلاحظ أن هذه

المرحلة وهي الأولى من بعد تقدير المخاطر" يجب أن تنفذ بحذر، حيث أن أوجه القصور في هذه العملية تعرض العملية برمتها للخطر. (Lebda, 2024)

إن من جملة المخاطر السريرية التي قد تشكل تهديدا نقص التدريب، وعدم تطبيق متطلبات الاعتماد، والمسؤولية الطبية القانونية والتشريعات الحكومية والميزانية، وتوفير تكنولوجيا المعلومات والاتصالات ولتتم هذه العملية باقتدار فلا بد من دراسة أسباب هذه المخاطر، وأن تكون المعلومات الراجعة دقيقة وواضحة، وأن تكون الطرق المستخدمة لتحديد هوية المخاطر مختلفة، وأن تتم الاستفادة من خبرات ومعارف الجميع حتى المرضى وعائلاتهم (طاهري، ٢٠١٩)

■ مصادر تحديد هوية المخاطر:

ينقل لنا احد العلماء تقسيم فئات المخاطر إلى ست فئات التشغيلية، والاقتصادية والسياسية والمالية، والبيئية، والاجتماعية الاقتصادية، والصحة والسلامة.

يرى احد العلماء كونهم يعالجون مخاطر تتعلق بالزراعة أن مصادر المخاطر للمشاريع الزراعية خمسة، وهي: الإنتاج، والتسويق، والمالية، والقانونية، والبشرية. وحين تحدثوا عن مخاطر الإنتاج ذكروا تغير المناخ والآفات والتكنولوجيا، وعلم الوراثة، وغير ذلك.

أما مخاطر التسويق فتتعلق بالأنشطة الزراعية التي تحول الإنتاج إلى نجاح مالي، وعدوا الوصول للسوق في حد ذاته من مخاطر التسويق. أما المخاطر المالية؛ فكتوفر رأس المال، ووجود السيولة في الوقت المطلوب، ومدى قدرة المنظمات الزراعية على استيعاب المفاجآت المالية قصيرة الأجل، فعدم السداد يعني أثارا قانونية. وأما فيما يخص المخاطر البشرية فبقاء العاملين في وضع آمن واجب ليستمروا في الإنتاج في حالة من الرضا. ويتم وضع هذه المخاطر ضمن ما يعرف بسجل المخاطر. (سعودي، ٢٠٢٠)

لما كانت بيئة الدراسة هي بيئة الرعاية الصحية كان من الأمثلة على مصادر تحديد هوية المخاطر فيها المناقشات مع رؤساء الأقسام والمديرين والموظفين، ونشاط تتبع المريض تتبع رحلة المريض من دخوله وحتى خروجه والفحص بآثر رجعي السجلات المرضى، وتقارير هيئات الاعتماد، والإصابات المرتبطة بالرعاية الصحية و شكاوى المرضى، ونتائج مسح الرضا.

من أجل التمييز بين أنواع المخاطر المختلفة يتم استخدام التصنيف التالي الذي أنتجته هيئة الصحة والسلامة في مكان العمل في كوينزلاند لتحفيز تخيل مخاطر جديدة في مختلف أنواع الطبيعة.

- الخطر الواضح للحواس.
- الخطر المخفي وغير واضح للحواس.
- الخطر المتطور والذي لا يمكن التعرف عليه على الفور، ويتطور بمرور الوقت.
- الخطر العابر وهو خطر متقطع أو مؤقت.

ويسمح هذا التصنيف بتحديد المخاطر الموجودة في مكان العمل. ويمكن تطبيقه على سياقات الرعاية الصحية، حيث يكون النظام معقدا وبالتالي ينطوي على مجموعة متنوعة من المخاطر المختلفة. وهذا النوع من التصنيف يمكن أن يعزز فهم النظام وسلوكياته في عملية تحديد المخاطر. (أقريقرز، ٢٠٢٠)

طرق وأساليب تحديد هوية المخاطر:

هناك العديد من الأساليب والأدوات لتحديد هوية المخاطر لتشكيل سجل لها، ومن التقنيات المستخدمة الأكثر شيوعا في تحديد هوية المخاطر والتي ذكرها احد العلماء وتتعلق بجمع المعلومات:

١. العصف الذهني: مناقشة مفتوحة مع مجموعة من أصحاب التخصصات المختلفة من الخبراء ممن هم ليسوا ضمن فريق عمل إدارة المخاطر للحصول على لائحة تضم ما تقدم به المشاركون حول المخاطر المحتملة وآثارها. ويظهر في الجدول رقم (٣-١) سجل المخاطر في المجلس التمريضي الأردني الذي أعد بأسلوب العصف الذهني.

٢. المقابلات، ورأي الخبراء: فالمقابلات التي تجرى مع ذوي الخبرة في البيئة المستهدفة بإدارة المخاطر فيها له دور كبير في تحديد العوامل التي تصنع المخاطر.

٣. الاستبيانات: بإعداد الأسئلة بالطريقة الصحيحة، وطبيعة الاستبيان تفرض حرية إعطاء المعلومة دون خوف أو قلق من تبعيتها، مما يعكس كافة المخاطر بشكل مفتوح، لكن تبقى مشكلة كونها تعبر عن فكر الأفراد. (باقر، ٢٠٢٠)

٤. تقنية دلفي: هذه الطريقة ماثلة للعصف الذهني بفارق أنهم هنا لا يعرفون بعضهم بعضاً، فهم هنا يعملون في أماكن مختلفة. فيتم تحديد العوامل دون مشاركة سائر الأفراد في المنظمة. ومع فائدة هذه التقنية في تحديد هوية المخاطر إلا أنه وكما يرى أحد العلماء قد تكون هذه الطريقة مناسبة لتحديد المخاطر؛ ولكنها أكثر ملاءمة لربط إمكانية حدوث الآثار المحتملة الأحداث المخاطر المحددة مسبقاً. (Lebda, 2024)

٥. أنظمة الخبراء: وتعتمد على تجارب الخبراء السابقة، وعيها أنها تميل إلى تجاهل أي خطر تم حذفه مسبقاً؛ وتعتمد فقط على المعرفة.

٦. التجارب السابقة: وهنا يتم أخذ المرجعية في تحديد المخاطر بالرجوع إلى مشاريع ماثلة سابقة والاستفادة منها. وتعتمد على النظرة الثاقبة في دقة القياس.

٧. القائمة المرجعية: فمن خلال المعلومات والمعارف والتجارب السابقة، يتم بناء قائمة مرجعية. تمتاز هذه التقنية بالسرعة وأنها مباشرة ويسهل على العاملين تطبيقها.

٨. رسم الأثر البياني: هو تمثيل بالرسم البياني يشتمل على عقد nodes تمثل المتغيرات الخاصة بالقرار المتعلق بالمشكلة.

وقد ذكر أحد العلماء من ضمن الأدوات:

الوثائق كأحد مصادر تحديد هوية المخاطر والتي تشمل قواعد البيانات والبيانات التاريخية من مشاريع ماثلة، وقوائم المراجعة، ودراسة وثائق المشروع الخطية، الملفات، إلخ)، ودراسة الأدب المتخصص، وكذلك البحوث المتعلقة بأصحاب المصلحة.

٩,١,٢ تقييم المخاطر تحليلها وقياس درجة شدتها:

المتنبئون الجويون حين يتعاملون مع الطقس هم يتعاملون مع احتمالات، فقد تشير الاحتمالات إلى هطول أمطار بنسبة ٢٠٪، أو فرصة تساقط ثلوج بنسبة ٤٠٪.

إن ممارسة تقييم المخاطر تشمل عملية تحليل المخاطر، والتي تهدف إلى حساب دقيق وموضوعي للمخاطر، لحد يسمح باتخاذ القرارات الممكنة. وبذا فنحن أمام تحديد عاقبة أرجحية حدوث الخطر، بالإضافة إلى تحديد حجم المخاطر أي تحديد هوية المخاطر وتعريفها من حيث الحجم، والتأثير، وإطار الحدث الزمني. وتكمن أهداف تحليل المخاطر السريرية تتمثل في تحديد طبيعة الخطر وخصائصه، بما في ذلك مستوى الخطر إذا اقتضى الأمر.

إن تقييم المخاطر يتضمن الترتيب العام للمخاطر باستخدام نهج التقييم النوعي، وتحديد حجم التعرض للمخاطر، وتطوير خطة استجابة لها. ويتم ذلك من خلال طرق متعددة تم تطويرها للنظر في الاحتمالات والنتائج من خلال البيانات التاريخية أو الإحصائية، أو من خلال الاحتمالات التي تترجم إلى معلومات رقمية. إن الهدف من تحليل المخاطر هو جعل عملية اتخاذ القرار أكثر ثقة. إذ اعتبروا أن تحليل المخاطر هو جوهر هذه الخطوة، من خلال التقاط جميع الخيارات الممكنة، وتحليل النتائج المختلفة لأي قرار، ومعرفة الحجم الكمي للمخاطر المحتملة من حيث تأثيرها على التكلفة، أو الوقت أو الإيرادات. أي قياس آثارها على المعايير الاقتصادية للعملية. (Riad, 2024)

تحليل المخاطر عند احد العلماء يعني خبراء وخبرة، وحس و احتمالات وحساسية تحليلان واستخدام المحاكاة التي تحتاج إلى سعة خيال، ووضع السيناريوهات المتوقعة وتحليلها أيضا. ويقصد بمفهوم السيناريو كما ذكر الجار الله العملية التخيلية والمحاكاة المبنية على القدرة على التنبؤ بالتفاصيل والاحتمالات المستقبلية. وهي عملية وإن كانت غير مستحيلة إلا أنها تتسم بالصعوبة كونها تعتمد على قدرة التصور، وملكة الخيال. ويقوم المدراء المنوط بهم وضع السيناريوهات للمخاطر المحتملة بوضع أسوأ السيناريوهات وأفضلها، لاختبار جاهزية المؤسسة على التعامل معها من تسهيلات وإمدادات، وموارد، وغيرها.

إن تحليل المخاطر يستوجب معرفة شاملة بأنشطة المنظمة الخارجية والداخلية والأهداف الاستراتيجية لضمان تحقيقها من خلال اغتنام الفرص، وتجاوز التهديدات، وبالتالي فوظيفة القائمين بتحليل المخاطر هي ضمان أقل عدد ممكن من المفاجآت المحتملة الحدوث. (حواس، ٢٠٢٤)

يرى احد العلماء أنه ومن خلال استخدام طريقة احتمالية الخطر وتقييم الأثر فإنه يمكن تقييم فرصة حدوث خطر معين. وليتسنى لصناع القرار أن يقيموا أثر المخاطر على أهداف المنظمة فهم بحاجة ماسة لتحديد الاحتمالية و الأثر للخطر. (أقريز، ٢٠٢٠)

وللوصول لهذه الغاية فلا بد من وضع تعريفات واضحة للمقياس، أما نطاقه فيعتمد على طبيعة عمل المنظمة ومعاييرها وأهدافها. لذا وضع بعضهم مدى لاحتمالية حدوث الخطر يبدأ من " غير محتمل بشدة" إلى " مؤكد بشدة، وجعلوا مقياس أثر الخطر يتدرج من " منخفض جدا" إلى " مرتفع جدا". ومن هنا يبدأ أساس التحليل الكمي من خلال ما يعرف بـ " مصفوفة معدل احتمالية الخطر وتأثيره والتي تقدم خدمة مهمة في تحديد الأولويات من خلال، حساب متوسط الاحتمال والأثر. وأما نطاق درجة الأولوية، والمعدل، وتدرج الألوان فلتحديد أهمية كل (Ashqar, 2020)

تجدر الإشارة إلى أن هناك ثلاث منهجيات يمكن استخدامها لحساب "عواقب" و "احتمال" المخاطر المنهجية الكمية وهي أكثرها دقة لجمع المعلومات، وتكون البيانات فيه متاحة لتحديد مستويات الخطر الكمي لإجراء طبي معين، أو لتحديد احتمال ونتائج المرض الذي يتطور في ظروف معينة، أول هذه المنهجيات المنهجية النوعية، وتعتمد على مدير يستخدم خبرته، وحكمته، والحدس لحساب مستوى الخطر. وأما الثانية: المنهجية شبه الكمية، وتستخدم الأرقام لتصنيف نوعية العمل مثل عالية أو متوسطة أو منخفضة. يجب أن تظهر التصنيفات في مقابل مقياس رقمي مناسب مما يسمح بمعالجة المعلومات كميًا، (Al Shebani, 2023)

وتمثل خريطة للمخاطر الآثار الضارة محددة بالرسم لتساعد صانعي السياسات على فهم أفضل لتوزيع المخاطر، وتحديد الأولويات في التخطيط للتعامل مع المخاطر حين تقع. وتسمى أحيانا "الخريطة الحرارية وبالتالي فإننا نحتاج في المستشفى تمثيلا بالرسم للآثار الضارة بالصحة التي من المتوقع أن تؤثر

على المرضى. وتعد خريطة المخاطر أحد أدوات مخاطر التحليل التجريبي التي سنتعرض لبعضها بالحديث في عنوان قادم بإذن الله.(سعودي، ٢٠٢٠)

من المفترض - ومن خلال ما سبق أن نقوم بتقييم المخاطر من خلال تحليل المخاطر وحساب درجة شدتها، وأن نقدم تقييماً لمواطن الضعف، ورفع التوصيات المحددة.

فمدير المخاطر أمام عملية تحليل وقياس شاملة لتحديد ما إذا كان ينبغي تطوير العلاج للخطر، و/ أو تصعيد الخطر. وفي المستشفيات مثلاً سيُشمل ذلك إدخال المرضى، والفواتير، والمحاسبة وخدمات دعم المستشفى، والعيادات الخارجية، والزيارات اليومية، والمرضى الداخليين المنومين والجراحات وخدمات غرفة الطوارئ والأشعة والمختبرات المركزية، وموارد تكنولوجيا المعلومات والأطباء والمتدربين والممرضات والموظفين المساعدين والصيدلية، بهدف تحديد عوامل الضعف، لتعزيز قدرة المديرين التنفيذيين للرعاية الصحية، وصناع القرار، على خفض مخاطر الخدمة كسعي لإكمال جودة الخدمة المقدمة في المستشفى.(Al-Habbashin, 2020)

يخلص الباحث إلى إن الغرض من تقييم المخاطر هو ترتيب الأولويات بناءً على درجة تحليل المخاطر، ومن ثم تحديد المخاطر التي تتطلب العلاج، وكيف هي طريقة العلاج.(طاهري، ٢٠١٩)

إن من أشهر طرق تحليل المخاطر التحليل الرباعي، والذي يقصد به تحليل نقاط القوة، والضعف في بيئة المنظمة الداخلية من موارد وقدرات وكفاءات أساسية، ومزايا تنافسية، والفرص، والتهديدات في بيئة المنظمة الخارجية بالنظر في موارد المنافسين والبيئة الصناعية، والبيئة العامة. ويهدف التحليل الرباعي إلى استغلال المعرفة المتوافرة عن بيئة المنظمة الداخلية والخارجية لصياغة الاستراتيجية المناسبة لها.(Al Shebani, 2023)

أظهرت الدراسات أن التحليل الرباعي في المنظمات الصحية أبرز العوامل الداخلية التي توضح أداء المنظمات الصحية الاستثنائي وما يحول دون ذلك، فمن أمثلة نقاط القوة فيها وجود الموارد المتخصصة في الرعاية الصحية والمؤهلة، وتوافر أحدث الأجهزة والمعدات الطبية. وأما نقاط الضعف فتلك التي تعيق

العمل وتؤثر على الرعاية الصحية بشكل سلبي، كنقص الموارد، وسوء إدارتها. وأما الفرص التي توفر تحسينا على العمل فالتعاون مع منظمات أخرى لتطوير الخدمات وبرامج تمويل وتدريب جديدة لبنية تحتية أفضل. وأما التهديدات فكتلك المخاطر المحتملة التي قد تضر بجودة عمل المنظمات الصحية، كعدم الاستقرار الاقتصادي وانعدام الأمن السياسي، والعجز في الميزانية. (باقر، ٢٠٢٠)

من خلال ما مضى يمكننا حصر عوامل التقييم في عوامل ثلاثة:

- أولها: احتمال حدوث الخطر. والذي هو إما مرتفع أو متوسط أو منخفض.
- وثاني: العوامل الأثر الناجم عن وقوع ذلك الاحتمال.
- وثالثها: الزمن المتوقع لحدوث الخطر وأثره، فقد يكون ذا زمن قريب أو بعيد، أو متوسط والمتوقع من هذه الثلاثية أن يكون لها أثر في تحليل العمليات التشغيلية، وأن تقوم بالكشف المبكر عن التهديدات، وأن تقدم التوصيات اللازمة في أي تعديل على الخطط التكتيكية، أو حتى الاستراتيجية.

تجدر الإشارة هنا إلى أن ثمة تقنيات لتحليل المخاطر عديدة لا يستطيع الباحث - خشية الإسهاب أن يأتي على تفصيلها، لكن يكفي الإشارة إليها - ولن أراد التفصيل فعليه أن يراجع أدبيات الموضوع.

١٠,١,٢ معالجة المخاطر:

هدف هذه الممارسة هو تطوير خيارات فعالة من حيث التكلفة لمعالجة تلك المخاطر التي تم تقييمها على أنها غير مقبولة.

على ضوء ما تم تحديده في مرحلة التحليل، وما رافقها من تقييم لحجم المخاطر المتوقعة وتدرجها في الأثر والشدة الناتجة، سيتم اتخاذ القرار بشأن الطريقة التي سيتم التعامل بها مع هذا النوع أو ذاك. ويرى بعضهم أهمية أن يسبق مرحلة معالجة المخاطر ما يدعى تخطيط الاستجابة للمخاطر بمعنى وضع خطة للحد من أثر المخاطر المحتملة وخاصة الاستراتيجية منها، اعتمادا على التقارير التي ترفع إلى الإدارة العليا حول ذلك، والتي يرى فيها معوقا عن تحقيق الأهداف، ليتسنى عقب ذلك اتباع إحدى الاستراتيجيات

التالية لمعالجة الخطر كما في الشكل رقم والتعامل معه. (Al Shebani, 2023)

إن الناس ليسوا سواء في قدرتهم على تحمل المخاطر، والمنظمات كذلك، فمن صناع القرار من يتسم بالحذر الشديد من المخاطرة، بل هم على أتم الاستعداد للتضحية بفرصة الربح المرتفع في سبيل تجنب المخاطر، والسلامة عندهم لا يعدلها شيء مع حفاظهم على أرباح مستقرة، أو وجود في السوق يتسم بالاستقرار. وهذه الفئة من المديرين لا ينكرون سعيهم لتحقيق أقصى درجات من الأرباح مع حذرهم ذلك، لكن في المقابل ستجد فئة تشعر بالإثارة أمام المخاطرة، وحب المغامرة، وليس بالضرورة أن يحققوا أهدافهم، فأحيانا لا يقومون بحساب العواقب بشكل كافٍ مما يوقعهم في نتائج لا تحمد عقباهها. (Riad, 2024)

١١,١,٢ استراتيجية قبول المخاطرة:

يحلو للبعض أن يشير إلى قبول المخاطرة بعبارة "لا تفعل شيئاً. مع التأكيد أنه وإن كان قبول المخاطر خياراً إدارياً مشروعاً فهو لا يقلل من تأثيرها. إذ قد ترى الإدارة العليا أن الجدوى الاقتصادية من قبول المخاطر أكثر فائدة من معالجتها أو تجنبها الذي قد يعني مزيداً من إنفاق المال أو الوقت. وللتوضيح أكثر فإن المنظمة ستطرح على نفسها سؤالاً حول ما إذا كانت قادرة على الاستمرار بارتياح مع وجود هذا النوع من المخاطر؟ وهل حجم الخطر والمخاطر يتناسب مع شهية المنظمة للمخاطرة وحينها سيكون قرار القبول اقتصادياً إما لقلة حجم الخطر، أو أن التعامل مع آثاره أقل تكلفة، أو أقل وقتاً من محاولة تجنبه أو السيطرة عليه، أو حتى نقله.

من خلال التقاء الباحث ببعض العاملين في إدارات المخاطر في البنوك كون هذه الدائرة باتت أساسية في تعليمات البنك المركزي الأردني وسؤال الباحث لهم عن المعنى الحقيقي لقبول المخاطرة في أعمالهم؟ أفادوني أنه وكمثال: فإن البنوك تكون قد تعاقدت مع شركات التأمين لتغطية حوادث السطو عليها، لكن هذا التأمين له سلم تختلف قيمته باختلاف حجم المبلغ المراد تغطيته من قبل شركة التأمين، فهل هو يبدأ من أول دينار؟، أم أن البنك لديه قدرة لتحمل وقبول فقدان مبلغ (١٠٠٠٠) ديناراً أردنياً، لبدء دور التأمين في المبالغ المفقودة بعد ذلك لأن ذلك أقل تكلفة على البنك؟. إن قبول البنك للمخاطرة بفقدان مبلغ (١٠٠٠٠) دينار يمثل نوعاً من استراتيجيات معالجة (أفريقز، ٢٠٢٠)

المخاطر، وتكون مخاطر فقدان ما فوق (١٠٠٠٠ دينار) مسؤولية شركة التأمين وهو ما يسمى استراتيجية نقل المخاطر" التي سيتم الحديث عنها لاحقاً. وانظر مثلاً إلى قطاعات الرعاية الطبية فإن شركات الأدوية، وكذا شركات الأجهزة والمعدات الطبية تدفع الأموال الطائلة في سبيل البحث والتطوير، لكن حجم هذه التكاليف والقبول بالمخاطرة بها يهون مع الإيرادات الضخمة المتوقعة والنتيجة عن بيع الدواء، أو منتج الأجهزة والمعدات الطبية الجديد. ومن جهة أخرى ومن مشاهدات الباحث خلال عمله في القطاع الطبي فإن التصوير المعتمد على الصبغات الملونة التي يتناولها المريض فيها نسبة من المخاطرة التي يتم قبولها في سبيل الوصول لتشخيص أمراض من الممكن أن تتسبب بتهديد حقيقي على حياة المريض. ناهيك عن بعض أنواع العلاجات (كالعلاج الكيميائي) في أمراض السرطان والتي تنطوي على مخاطر على صحة المريض جراء استخدامها، لكن مخاطر هذا العلاج يتم قبولها في سبيل الحفاظ على حياة المريض.

قد يعد قبول المخاطر هو الخيار الأقل تكلفة على المدى القريب، ولكن في الغالب سيكون الخيار الأكثر تكلفة على المدى الطويل في حالة حدوث حدث (ما) لم يتم حساب آثاره جيداً. فقد تستسهل بعض الإدارات شعار "لا تفعل شيئاً" كونه يخفض التكاليف في الميزانية حالياً، إلا أنه قد حدثت أحداث سلبية كبيرة نتيجة اختيار استراتيجية قبول المخاطر أدت إلى كارثة حقيقية لبعض المنظمات. كما حدث لشركة بريتيش بتروليوم (BP) عام ٢٠١٠ م وقبولهم المخاطرة باستخدام أنابيب تنهك قواعد السلامة، وتأخير اختبار مانع الانفجار، لتكون النتيجة حدوث انفجار في المنصة كانت آثاره المادية على الشركة كارثية قدرت بالمليارات. (Al Shebani, 2023)

١٢،١،٢ استراتيجية السيطرة على المخاطر:

وهو خيار ينطوي على تنفيذ التدابير المتخذة للتقليل من شدة الخطورة ودرجة تأثيرها، وبمعنى آخر التخفيف من آثارها، والتقييم المستمر لحالتها الحالية؛ لتطوير مواقع التراجع.

إن الاحتفاظ بالنسخ الاحتياطية لبرامج خارج الموقع يعني تجنب فقدانها في حال حدوث المخاطر كالزلازل أو الحرائق. ومن خلال لقاء الباحث ببعض العاملين في إدارات المخاطر في البنوك أفادوني أن مثل

هذه البرامج الخاصة بالبنك - بالتعاون مع المركز الجغرافي الملكي الأردني - يتم الاحتفاظ بها في مناطق خارج خط الزلازل في الأردن لتبقى آمنة. (Lebda, 2024)

مراقبة ومراجعة جميع التدابير المتخذة لإدارة المخاطر شرط في ضمان فعاليتها. ويجب أن تكون السيطرة على المخاطر عملية مستمرة، ليتم من خلالها تقييم تأثير المخاطر بشكل متكرر. فما قد تقبل المنظمة المخاطرة به أو تخفيفه اليوم يصبح خطراً لا يمكن قبوله أو الاكتفاء بتخفيفه بعد فترة، لذا فالمراقبة الدائمة لخطة إدارة المخاطر، ومتابعة أية مستجدات تضمن نجاح الخطة الموضوعية والتطوير عليها أمر حاسم في العملية الإدارية ويمكن عرضها استراتيجيات معالجة المخاطر في الشكل. (أفريقز، ٢٠٢٠)

١٣,١,٢ استراتيجية نقل المخاطر:

ببساطة فإن هذه الاستراتيجية تعني نقل المسؤولية المحتملة إلى الآخرين وذلك من خلال وجود طرف آخر يتحمل المخاطر كشركات التأمين - مثلاً مما يعني أن استراتيجية نقل المخاطر تقوم بتخصيص المخاطر بعدالة، لتصبح مسؤولية المخاطرة مناطة بأطراف معينة تكون قادرة طبعا على السيطرة على هذه المخاطر وتحمل آثارها.

وفي الدراسة التي أجراها لتحليل أثر استخدام استراتيجية نقل المخاطر على أداء المشاريع في كينيا، أكدت هذه الدراسة على الأثر الكبير للاستراتيجية نقل المخاطر على المشاريع في وزارة الصحة الأردنية من خلال عمل الباحث فإن مثل هذه الاستراتيجية تنفذ من خلال التأمين الصحي، والتعاقد مع شركات الخدمات للتنظيف، والصيانة العامة، وصيانة بعض أنواع الأجهزة الطبية، وغير ذلك. (Ashqar, 2020)

١٤,١,٢ استراتيجية تجنب ومنع المخاطر:

يتم تنفيذ هذا النوع من الاستراتيجيات من خلال اختيار نشاط بديل أكثر قبولاً. فمزود خدمة الرعاية الصحية قد يكون أمام قرار بتجنب الخطر السريري من خلال اتخاذ قرار إما بعدم المضي في نشاط

يحتوي على مخاطر غير مقبولة، أو اختيار نشاط بديل أقل خطورة بالنسبة للمنظمة، أو اختيار منهجية أو عملية بديلة أقل خطورة لاستكمال النشاط المطلوب في دراستهما التي أجريها في كينيا على أداء وقد تطرق مشاريع NHIF إلى آثار الوقاية من المخاطر فوجدوا أن الوقاية من المخاطر تؤثر على أداء المشاريع بشكل كبير، وأن استخدام الوقاية من المخاطر من خلال خطط العمل، والطوارئ، والنهج البديل له تأثير إلى حد كبير والشكل رقم (٣-٤) يوضح شبكة المخاطر وإستراتيجية التعامل معها تبعا لاحتمالية الحدوث، وحجم الخسائر المتوقعة نتيجة وقوع الحدث السلبي المحتمل. ويمكن ترتيب تدابير علاج المخاطر في ثلاث مجموعات أو استراتيجيات مختلفة رد الفعل والفعل الاستباقي والفعل الوقائي. (باقر، ٢٠٢٠)

بعد كل الخطوات السابقة يتم نقل نتائجها إلى إطار عمل موحد، مثل سجل المخاطر"، ثم يتم إرسالها إلى الفريق الإداري لاتخاذ إجراء. وعليه فاختيار استراتيجيات معالجة المخاطر تعتمد على حجم شبيهة المنظمة في قبول المخاطر من عدم قبولها. ومدير المخاطر الأكثر مرونة هو الذي يستطيع الجمع بين مجموعة واسعة من الاستراتيجيات في أن معا.

١٥,١,٢ مراقبة المخاطر:

من المهم جدا - خلال عملية إدارة المخاطر - مراقبة المخاطر بشكل مستمر لضمان نجاح ممارسة التعامل معها ومعالجتها، فقد يتم اكتشاف مخاطر جديدة، أو إزالة مخاطر من السجل لم تعد ذات صلة، أو تغيير قيمة الخطر بعد اتخاذ الإجراءات المناسبة للمخاطر أساسيات برنامج إدارة المخاطر.

فيما يلي الأساسيات لبرنامج إدارة المخاطر في المستشفى:

١. إيجاد منصب مدير مخاطر مدعوم من قبل الإدارة والموظفين الطبيين والقطاعات الأخرى في المستشفى.

٢. قيام مدير المخاطر بالتجوال ولقاء مختلف رؤساء الإدارات لتعريف كل منهم بمسؤولياته.

٣. اعتماد برنامج الخطوات الست التالية:

- تحديد الحالات التي من الممكن أن تتسبب بحوادث تخلف خسائر مالية.

- . تقييم تقارير الحوادث لمدة ستة شهور للمقارنة مع أية بيانات متاحة لحوادث وقعت في مستشفيات أخرى ومحاولة تحديد ما يمكن أن يتسبب بحوادث.
 - أية إجراءات ممكن أن تكون خطرة ولا حاجة لها يتم حذفها، وكذا التخلص من أية معدات من الممكن أن تتسبب بدعاوى قانونية نتيجة خطورتها على المزود والمتلقي للخدمة.
 - . وضع آلية تأمين يتم تمويلها داخليا وتشغيلها.
 - عقد الاتفاقيات مع الشركات المصنعة للأدوية والمعدات الطبية لتجاوز أي مخاطر مستقبلية بنقل المسؤولية إليهم.
 - اعتماد التغطية التأمينية الفعالة لتغطية أية احتياجات للمستشفى بأكثر الطرق موثوقية وفعالية من حيث التكاليف.
- بالإضافة إلى ما سبق تقوم إدارة المستشفى بتأمين الأمور التالية واعتمادها من صميم بنية برنامج إدارة المخاطر:

١. إيجاد آلية مناسبة للتظلم أو الشكوى داخل المستشفى.
٢. جمع البيانات المستمر حول نتائج الرعاية الصحية السلبية.
٣. إيجاد آلية واضحة لتقييم الرعاية الطبية.
٤. عقد البرامج التعليمية لكافة الموظفين في المستشفى والمشاركين في أنشطة رعاية المرضى.
٥. التحسين المستمر لإجراءات إدارة المخاطر وجعلها جزءا لا يتجزأ من معايير المستشفى.

ذكرنا سابقا أن برنامج التحكم في الخسائر هو مفتاح نجاح برنامج إدارة المخاطر، لذا فإن المستشفى بحاجة ماسة لبرنامج فعال لمكافحة الخسائر من خلال الالتزام المؤسسي، والتوثيق والتعليم، وتطوير نموذج تنظيمي وظيفي، وتحسين الاتصالات، والتقييم المستمر.

الجدير بالذكر الإشارة إلى اعتماد آلية فعالة للإبلاغ عن الحوادث السلبية في مستشفيات وزارة الصحة والتي تتعارض مع الممارسات والأنشطة المعتادة في المستشفى، للسيطرة على أي حوادث سلبية. ولقد أجمل مهام آلية الإبلاغ عن الحوادث السلبية في الآتي: (Riad, 2024)

١. تحديد الخطر وكشفه.
٢. حساب وتقييم ماتم تحديده وكشفه من المخاطر.
٣. التنبؤ بالخسائر الناتجة عن وقوع المخاطر.
٤. معالجة أثر تلك المخاطر على المريض والمستشفى من خلال خطوات موضوعية

١٦,١,٢ المخاطر المتبقية:

هي المخاطر التي لا تزال قائمة بعد تطبيق كل ما مضى من طرق السيطرة والمعالجة الممكنة، إذ ليس من الممكن دائما التخلص من كافة المخاطر، ولأجل ذلك تتخذ بعض الخطوات التي تخفضها إلى المستوى المقبول. ولا ينبغي أن يستهان بخطورة المخاطر المتبقية فمعظم الحوادث في صناعة التعدين مثلا هي نتيجة للمخاطر المتبقية مقارنة بالمخاطر الكامنة.

المخاطر المتبقية = إجمالي المخاطر - السيطرة):

وحتى الآن لا زال العمل جاريا من الباحثين في سبيل إيجاد نموذج معتمد عالميا لقياس المخاطر المتبقية، ولاحظ أننا هنا نتحدث عن التنبؤ بمخاطر آثار المخاطر الباقية من معالجة المخاطر الكامنة.

يخلص الباحث إلى نتيجة مفادها أن إدارة المخاطر عملية مستمرة على مدار الساعة. وكأنها تسير في حركة دائرية متتابعة على درجة عالية من التنسيق والتركيز، واختيار الشكل الدائري يوحي بالمرونة والقابلية للتعديل، فهي تبدأ من حيث انتهت. وهي عملية تختلف حسب السياق وطبيعة المشكلة وأهميتها، والأثر الصحي المتوقع، والوضع الاجتماعي الاقتصادي، ووفرة البيانات العلمية. (أفريقز، ٢٠٢٠)

الرصد والمراجعة:

بمجرد وضع إدارة المخاطر في مكانها الصحيح، فإن رصد ومراجعة العملية أو النظام) الذي تم الاهتمام به، يعد جزءاً لا يتجزأ من دورة إدارة المخاطر. وذلك - مثلاً من خلال الإبلاغ عن الحوادث، وجولات السلامة، ومسح الرضا. (طاهري، ٢٠١٩)

تقع على عاتق الفريق التنفيذي لمزود الخدمة الصحية مسؤولية رصد وتقييم جميع جوانب إطار إدارة المخاطر السريرية للمنظمة بما في ذلك ترتيبات المساءلة، وتطوير وتنفيذ واستخدام سياسات إدارة المخاطر السريرية والعمليات والتدريب والتطوير المهني للموظفين، والنتائج السريرية والتنظيمية، ونتائج التدقيق الداخلي. وقد تساعد مراجعات الهيئات المستقلة للخدمات الصحية في مراقبة الأداء واستعراضه وتحقيق النتائج المتوقعة للجهات المعنية، وتحديد مجالات الاهتمام التي يجب معالجتها. (باقر، ٢٠٢٠)

فشل إدارة المخاطر:

فشل إدارة المخاطر يحول بين المنظمات وتحقيق أهدافها وتوقعاتها، ففي عامي ٢٠٠٧ و ٢٠٠٨ خسرت شركة (Merrill Lynch) حوالي ٣٠ مليار دولار على خلفية استثمارات الرهن العقاري المتعثرة بسبب فشل إدارة المخاطر، فتم بيع الشركة إلى Bank of America، وبعدها بعام تم إجبار كبير موظفي البنك على التنحي، لأنه لم يكن شفافاً مع المستثمرين فيما يتعلق بخطورة الوضع المالي للشركة المنكوبة. (حواس، ٢٠٢٤)

من خلال الإطار النظري السابق حول إدارة المخاطر فبإمكان الباحث التنبؤ بأسباب فشل إدارة المخاطر. فالتصور الخاطيء للمخاطر المحيطة بالمنظمة سواء الداخلية أو الخارجية، والبعد عن إشراك العاملين في القطاع المستهدف تحديد مخاطره، أو لنسبها قلة المعلومات، والذي يسقط ممارسة تحديد هوية المخاطر من عملية إدارة المخاطر. أو الخطأ في تحليل وقياس شدة المخاطر و درجتها، والتقصير في عملية المراقبة والمتابعة، والاختيار غير الموفق لاستراتيجية المعالجة، أو عدم قناعة العاملين في القطاع الصحي بجدوى أن تكون إدارة المخاطر جوهر خدمة الرعاية الصحية المقدمة، ذلك وغيره قد يؤدي إلى

فشل إدارة المخاطر، وعدم قيامها بالدور المنوط بها. لكن هل حدوث الخسائر يعني بالضرورة فشلاً في إدارة المخاطر المطبقة في المنظمة أياً كانت طبيعة عملها؟ (Ashqar, 2020)

المبحث الثاني: الكارثة الصحية

١,٢,٢ تعريف الكارثة الصحية:

قبل أن نتناول تعريف الكارثة الصحية، نعرض أولاً لتعريف الكارثة بوجه عام وهي تعرف على أنها: (حدث مفاجئ، يضعف احتمال وقوعه، ولكن إذا وقع فإنه يتسبب في خسائر فادحة بشرية أو مادية أو مالية، إلخ) بالنسبة لجماعة معينة من الناس مما يؤدي إلى درجة من التوتر في النسيج الاجتماعي لهذه الجماعة). (Al-Wadaei, 2020)

وتعريف الكارثة بالبيئية يرجع أساساً إلى إتجاه لتعريف الحدث وفقاً لمصدره، ومن هنا تأتي التعريفات التقليدية للكوارث الطبيعية وتلك التي من صنع الإنسان. ومن ذلك أيضاً تعريف الكارثة بالصناعية أو التكنولوجية وتعريف الكارثة بالمدنية وهناك اتجاه آخر لتعريف الحدث وفقاً لآثاره وهو الإتجاه الذي نعتمد في تعريفنا للكارثة الصحية. وأخيراً هناك اتجاه ثالث لتعريف الحدث وفقاً لديناميته وعلاقاته البنيوية، وفي هذا الصدد يأتي التباين بين الكارثة والأزمة والصراع فيما يعرف بالإضطرابات الكبرى. (سليمان، ٢٠٢٠)

والإتجاه لتعريف الكارثة وفقاً لمصدرها يخدم أهداف الإدارة على المستوى الإستراتيجي والتي تبدأ بمرحلة الرصد البيئي والذي يعنى بحصر مصادر الأخطار والكوارث المحتملة. والإتجاه لتعريف الأحداث وفقاً لديناميتها قد يخدم أكثر ما يخدم أغراض البحث والتنظير. أما تعريف الكوارث وفقاً لآثارها فيخدم إدارة العمليات المتخصصة في القطاعات المختلفة والتي تهدف بشكل رئيسي إلى تحجيم الخسائر التي قد تنجم عن تلك الأحداث فضلاً عن أعمال الوقاية منها. (معبود، ٢٠٢٠)

وبالرجوع إلى المفهوم الشامل للصحة، وفقاً لأحد تعريفات منظمة الصحة العالمية (٤)، والذي يتضمن الصحة البدنية والذهنية والاجتماعية وليس مجرد غياب المرض أو الإعاقة، فإننا نعرف الكارثة الصحية على أنها حدث مفاجئ شديد التأثير يتسع نطاقه ليصيب الحالة الصحية البدنية و / أو الذهنية و / أو الاجتماعية لتجمع معين من السكان بالشكل الذي يتطلب التدخل السريع والاستثنائي بهدف الحفاظ على الصحة والأرواح.

وتعريفنا هذا ينطلق من عدة إعتبارات ومفاهيم ينبغي الإشارة إليها:

٢,٢,٢ مفهوم الإصابة الصحية:

إن التعريف الشامل للصحة والذي يتضمن البعدين النفسي والاجتماعي يمكننا من استيعاب الآثار غير المباشرة لبعض الكوارث الصحية والتي قد يتعرض لها أهالي الضحايا أو الأفراد الذين يشهدون الحدث دون أن يتعرضوا لإصابات بدنية مباشرة أو التجمعات التي تتعرض لعمليات الإخلاء الوقائي وغيرها. وتلك الآثار تنحصر في حالات الفزع والإضطرابات النفسية الناجمة عن الصدمة أو فقدان الإحساس بالأمن الاجتماعي، وتكون لها خطورتها بالنسبة للأطفال خاصة. كما أن شمول التعريف يمكننا أيضاً من استيعاب إشاعات الكوارث والتي قد تحدث حالة من البلبلة والتوتر وفقدان الثقة كالإشاعة بتسميم مياه الشرب على سبيل المثال، ومن ذلك أيضاً حالات الخوف من الإصابة أو العدوى عند انتشار الوباء.

ومن هنا يأتي الارتباط بين إدارة الخدمات الطبية وإدارة الخدمات النفسية والاجتماعية إبان الكوارث. والخيط الذي يجمع بين كل هذه الأعراض هو مفهوم توافق أو تكيف الفرد مع بيئته، فإن أدى الحدث إلى فقدان الأفراد لقدرتهم على التكيف مع الواقع المحيط، وإن لم تحدث الإصابة المرضية بمفهومها العضوي، فإن هؤلاء الأفراد يكونون في عداد المصابين صحياً. وبمفهوم المخالفة، لو أن الإصابة العضوية لا تعوق الفرد عن ممارسة أنشطته (Abu Batnin, 2020)

الحياتية والتكيف مع بيئته، فإن هذا الفرد - وفقاً لتعريف آخر لمنظمة الصحة العالمية لمفهوم الصحة - لا يعتبر مصاباً في صحته.

٣,٢,٢ مفهوم نطاق الكارثة:

عندما نتحدث عن الكوارث الصحية فإننا نعني أساساً بالأحداث ذات النطاق الجماعي. أما الكارثة عامة فهي قد تكون فردية كمصرع أحد الأشخاص في حادث سيارة مما قد يمتد آثاره إلى محيط الأسرة، أو جماعية في نطاق قد يتسع ليشمل سكان مدينة بأكملها مثل بعض الزلازل المدمرة، أو دولية تمتد آثارها إلى أقطار مثل حادث تشيرنوبيل وبما أننا نعرف الكارثة من منظور الإدارة فإنه لا يمكن تحديد نطاق معين يبدأ من عنده وصف الحدث بالكارثة إلا بالنسبة الدرجة الضغط على الموارد ومدى توفر الإمكانيات المطلوبة لمواجهة واستيعاب الموقف من عدمه على مستوى هذا النطاق. وسوف نتناول ذلك بشيء من التفصيل في عرضنا للمعايير التي يمكن من خلالها تقدير فداحة الحدث. وعبرة التدخل الاستثنائي التي جاءت في التعريف تشير إجمالاً إلى عدم اعتياد الموقف بالنسبة لأجهزة الإدارة الصحية المعنية. وفي هذا الصدد سوف نتناول الفرق بين الحادث التقليدي أو الطوارئ الصحية وبين الكوارث الصحية. (القضاة، ٢٠٢٣)

٤,٢,٢ الفرق بين الطوارئ الصحية والكوارث الصحية:

يتميز الحادث التقليدي بأنه حدث معتاد، ذو شدة محدودة، تتم مواجهته بإجراءات محددة سلفاً من خلال عدد محدود نسبياً من الأفراد ومن خلال منظمات اعتادت العمل المشترك مع وجود هيكل سلطة معروف، ويكون الموقف عامة تحت السيطرة ونعني بالطوارئ الصحية تلك الحوادث التقليدية المتكررة كحوادث السيارات وانهيارات المنازل المتفرقة والحرائق المحدودة والتي اعتادت الأجهزة المعنية مواجهتها تحت ما يعرف بالخدمات الطبية العاجلة. وأهمية توضيح الفرق بين الطوارئ الصحية والكوارث الصحية تتمثل في بيان حجم ونوع الاستعداد المطلوب لمواجهة تلك الأخيرة، وإلا فقد يظن خطأ أن درجة الكفاءة العالية في إدارة الطوارئ قد تكفي كمؤشر للقدرة على إدارة الكوارث. (Abu Batnin, 2020)

ولبيان العلاقة النسبية بين نطاق الحدث وتعريفه بالطوارئ أو الكارثة نسوق مثال حادث سيارة نجمت عنه سبع إصابات خطيرة، فوقع هذا الحادث في قرية نائية ليس بها إلا جراح واحد في عيادة غير مجهزة لهو في حكم الكارثة، بينما حدوثه في قلب القاهرة ليعد من قبيل الطوارئ الصحية المعتادة. فالكارثة

إذن تتطلب اللجوء إلى موارد إضافية والإستعانة بكفاءات خارجية بالنسبة لنطاق الحدث. ومن ذلك الاستعانة بالمساعدات الأجنبية والدولية بالنسبة للكوارث ذات النطاق الكبير على المستوى القومى. ومن هنا تأتى صعوبة التنسيق الإدارى والفنى بين جهات لم تعتد العمل معاً. (Nassar, 2020)

وعلى المستوى المهنى يهمنى أن نتطرق أيضاً إلى الفرق بين طب الطوارئ، وذلك وطب الكوارث يخدم أغراض التدريب وإعداد الكوادر الطبية المطلوبة لمواجهة الكوارث الصحية. قطب الطوارئ يتطرق إلى المهارات الإكلينيكية المطلوبة لعلاج الحالات الحرجة والتي تعتمد على سرعة التشخيص وإجراء التدخل العلاجي اللازم لإنقاذ حياة المريض أما طب الكوارث فيتطرق إلى المواقف التي يواجه الأطباء فيها عدداً كبيراً من الحالات مما يتطلب إجراء عملية فرز (سليمان، ٢٠٢٠)

لتحديد الحالات الأولى بالرعاية الطبية، وهذا يعنى استبعاد الحالات الميئوس منها وتأخير تلك التي لا يؤدى تأخير العلاج عنها إلى حدوث مضاعفات مستديمة، وتقديم الحالات الحرجة التي قد يؤدى تأخيرها إلى حدوث الوفاة أو الإعاقة مع إمكانية التدخل لإنقاذها في أقل وقت وبأقل إمكانيات. وهذا لا يتطلب فقط التأهيل الفنى للأطباء ومساعدتهم ولكن يتطلب أيضاً إعداداً نفسياً خاصاً للطبيب لأنه في ظل الكارثة يتحول دور الطبيب من طبيعته الإنسانية الموجهة نحو المريض الواحد في الوقت الواحد، والذي يحاول أن يقوم تجاهه بكل ما يستطيع، إلى طبيعة أقرب للإدارية حيث يحاول الطبيب أن يحقق أفضل نتائج على مستوى المجموع في أسرع وقت ممكن وبأقل إمكانيات ؛ في صيغة أخرى: يسعى لتحجيم الخسائر بأعلى كفاءة ممكنة. وهذا يتطلب إجراء عملية الفرز في موقع الكارثة نفسه والإشراف على نقل الحالات الأولى بالرعاية إلى مراكز العلاج، وبدون ذلك التنظيم فإن الحالات التي تنجح في الانتقال بمفردها – أو حتى بمساعدة ذويها إلى أقسام الإستقبال في المستشفيات تكون غالباً من الحالات التي يمكن تأخير العلاج عنها، ويؤدى ورودها إلى المستشفيات إلى شغل الموارد الطبية المتاحة على حساب الحالات الحرجة مما يخل بتحقيق الكفاءة المطلوبة على مستوى الإدارة الطبية للكارثة ككل. (معبود، ٢٠٢٠)

ومما سبق يتضح لنا أن طب الكوارث يعتمد على مهارات طب الطوارئ -في منتهى عملية الفرز - ولكنه لا يقتصر عليها. كما يتضح لنا مدى التباين بين طبيعة إدارة الطوارئ الصحية وطبيعة إدارة الكوارث.

٥,٢,٢ البعد الزمني في تعريف الكارثة:

إن بعد الزمن ليمثل ضغطاً وقيداً على إدارة الكارثة الصحية وذلك من جهتين. أولاً: عنصر المفاجأة وضرورة التدخل السريع نظراً لطبيعة الإصابة والخطورة على الأرواح، وثانياً: كثافة وقوع الحالات بالنسبة للزمن. وإن كانت الطوارئ الصحية تشترك مع الكوارث فيما يتعلق بسرعة التدخل فهي تختلف عنها فيما يتعلق بكثافة الحالات. فقد يتعدى عدد القتلى والمصابين في حوادث السيارات حجم الخسائر الناجمة عن الزلازل المدمرة، ولكن تلك الحوادث لا تمثل نفس العبء على الإدارة الطبية نظراً لتوزيعها على الزمن بالنسبة للحيز الجغرافي الواحد..(Jad Allah, 2019)

وهناك مشكلات صحية قد تكون لها خطورتها على مستوى المجتمع وقد تعوق الفرد عن ممارسة حياته بشكل طبيعي بل وقد تسبب الوفاة ولكنها بطبيعتها المزمنة لا تمثل ضغوطاً استثنائية عاجلة على الإدارة الصحية، وبالتالي فلا ينطبق عليها تعريف الكارثة ولا تعد حتى من الطوارئ الصحية. ومن ذلك الفشل الكلوي ومرض الإيدز، حيث أن وصول المصابين إلى مرحلة الحالة الحرجة لا يكون مفاجئاً ولا مكثفاً بالنسبة للزمن في المكان الواحد، علماً بأن الآثار الاقتصادية والمجتمعية لتلك المشكلات الصحية قد تفوق الخسارة الناجمة عن الكوارث على المستوى الكلي..(سليمان، ٢٠٢٠)

وعلى ذلك فإننا لا نرى وجهة تعريف وباء كوفيد الإيدز بالكارثة لمجرد النظر إلى حجم الضحايا، وإلا فعادة التدخين تعتبر أكثر فداحة حيث أنه وفقاً لإحدى إحصائيات منظمة الصحة العالمية فإن عدد المصابين بالإيدز خلال الفترة من ١٩٩١ إلى ٢٠٢٠ قد بلغ ٢٥ مليون حالة توفي من بينهم ٣٠٠,٠٠٠، بينما بلغت الوفيات بسبب المضاعفات الرئوية والسرطانية الناجمة عن التدخين - في نفس الفترة المذكورة - عدة ملايين وإن كانت تلك هي منطلقاتنا في تعريف الكارثة الصحية فإننا نقترح المعايير الخمس الآتية لتقدير فداحة الحدث الذي ينطبق عليه هذا التعريف، وتلك المعايير عامة تعكس مدى الضغوط والقيود على الإدارة الصحية ومواردها إبان الكارثة.

٦,٢,٢ معايير تقدير فداحة الكارثة الصحية:

١ - مدة استمرار العامل المفجر للحدث:

والمقصود هنا بالعامل المفجر للحدث هو السبب الذي ينجم عنه وقوع الإصابات كالهزة الأرضية بالنسبة للزلازل واحتمال ظهور توابع لها مما يعنى المزيد من الحالات وبالتالي المزيد من الضغط على الموارد الطبية، أو التسرب الغازي الذي قد يستمر لفترة زمنية طويلة نسبياً قبل التمكن من إيقافه وهذا يعنى استمرار وقوع حالات الاختناق على سبيل المثال. (سليمان، ٢٠٢٠)

واستمرار هذا العامل لا يعنى فقط المزيد من الحالات ولكن يعنى أيضاً استمرار العمل تحت ظروف غير قياسية تتطلب اتخاذ إجراءات السلامة بالنسبة للكوادر الصحية التي تعمل في موقع الحدث والتي تكون بدورها معرضة للخطر بل وللضغط النفسي أيضاً. (القضاة، ٢٠٢٣)

ووفقاً للمفوضية الفرنسية المختصة بشئون الكوارث الطبيعية فإن هذا العامل المفجر للحدث قد يكون قصير المدى أقل من ساعة أو متوسط المدى أو طويل المدى (أكثر من ٢٤ ساعة).

٢. عدد الحالات بالنسبة لعدد الأطباء أو مؤشر الضغط على الموارد الطبية:

إن كانت نسبة المصابين الجدد إلى عدد السكان المعرضين للخطر - بما يعرف بنسبة الوقوع لتمكننا من تقدير حجم المشكلة الصحية التي تستجد بوجه عام في المجتمع خلال فترة زمنية معينة. فإن هذا المعيار يستخدم أيضاً في وبائيات الكوارث حيث يتم حساب نسبة المصابين من جراء إحدى الزلازل على سبيل المثال إلى نسبة سكان المنطقة التي تعرضت لهذه الهزة الأرضية.

فعلى سبيل التطبيق بالنسبة لكارثة بهوبال الشهيرة - والتي وقعت في الهند عام ١٩٨٤ إثر انفجار في مصنع للمبيدات الزراعية تملكه شركة يونيون كاربيد - فإن عدد سكان المنطقة كان يقدر بـ ٦٧٠ ألف نسمة بينما بلغ عدد الحالات المصابة ما يقرب من مائتي ألف حالة أو أكثر. (Al-Wadaei, 2020)

أي أن حوالي ٣٠٪ من السكان قد أصيب من جراء الحادث. وإن كان المؤشر يعكس شدة تأثير الحدث إلا أنه لا يخدم أغراض الإدارة الصحية والتي تعنى أساساً بتوفير الخدمة الطبية لهؤلاء المصابين.

فإذا علمنا أن عدد الأطباء في منطقة بهوبال إبان الحادث كان يقدر بـ ٣٠٠ طبيب فقط، وفقاً للمرجع السابق، أي بنسبة طبيب واحد لكل ٧٠٠ حالة فإننا من الممكن أن نتصور فداحة الموقف من وجهة نظر الإدارة، وخاصة إذا علمنا أن وقوع أكثر من ٤ حالات لكل طبيب ليعد كافياً لتوصيف الموقف بالكارثة وفقاً لمعيار المفوضية الفرنسية المذكورة سالفاً. لذلك فنحن نميل إلى أن نسبة الحالات إلى عدد الأطباء أو ما نسميه بمؤشر الضغط على الموارد الطبية لأبلغ من الناحية الوظيفية بالنسبة لحاجة الإدارة إلى تقييم الموقف.(Nassar, 2020)

٣_ خطر انتشار الحالات واتساع دائرة الإصابة:

ونعني بهذا المعيار احتمال إصابة حالات جديدة بشكل غير مباشر عن طريق العدوى مثلاً بالنسبة للكوارث البيولوجية عامة، أو عن طريق انتقال السحب السامة إلى أماكن أخرى مع التغيرات المناخية (اتجاه الرياح في حالات الكوارث الكيميائية، مما يزيد الموقف تعقيداً حيث يصعب حصر دائرة الإصابة. وقد يتعرض أفراد الفرق الطبية أنفسهم لهذا الخطر وعلى الأخص في حالات الأوبئة الفتاكة كمرض الإيبولا على سبيل المثال. وكل ذلك لا يؤدي فقط إلى زيادة عدد الحالات بالنسبة لعدد الأطباء المتاح ولكن يتطلب أيضاً اتخاذ التدابير الوقائية الإضافية ويزيد من صعوبة السيطرة على الكارثة عامة.

٤- عدم التأكد الطبي:

إن كان مؤشر الضغط على الموارد الطبية السالف الذكر ليعكس نوعاً من الصعوبة الكمية بالنسبة لأداء الأطباء، فإن عنصر عدم التأكد الطبي ليعكس الصعوبة النوعية المتمثلة في التعامل مع إصابة مجهولة الأسباب أو غير معلومة العلاج أو كلاهما معاً. وذلك البعد هو الذي أزداد الموقف تعقيداً في بهوبال حيث أن السحابة الناتجة عن انفجار المصنع الكيميائي كانت عبارة عن مادة الميثيل أيزوسيانات والتي كانت تستخدم كغاز للحرب في الحرب العالمية الأولى وهي مادة طيارة قابلة للاشتعال والانفجار، تسبب نوعاً من الإحتناق والإضطرابات التنفسية وتؤدي إلى التهاب الأغشية المخاطية ومنها العين وحتى الآن لم يتم اكتشاف درياق لهذا السم، ويقتصر العلاج المتاح على علاج الأعراض عن طريق الأوكسجين وغسيل الأماكن

المصابة خارجياً. ومن البديهي أن عنصر عدم التأكد الطبي ليختلف باختلاف التقدم العلمي من بيئة إلى أخرى كما يختلف باختلاف الإصابة.

٥_بيئة الحدث:

ونعني بهذا المعيار الحالة العامة لمجتمع الكارثة سواءاً بالنسبة لدرجة وعي الجمهور وسلوكه ومدى تعاونه مع السلطات المعنية ومنها مسئولو الخدمة الصحية أو بالنسبة لحالة البنية التحتية ومدى كفاءة طرق النقل ووسائل الاتصال والتي تعد حيوية بالنسبة لكافة القطاعات المشاركة في إدارة الكارثة ومنها القطاع الصحي. وقد رأينا في إقليم الكويت أن وباء الإلتهاب السحائي لا يصنف على سبيل الكوارث ولكن يعتبر من قبيل طوارئ الصحة العامة، حيث أن الظروف الصحية للمنازل ودرجة وعي الأفراد وتوفير الخدمة الطبية، يجعل من إدارة الوباء مجرد إدارة لحملة تطعيم بسيطة (١٥). كما تعكس درجة تقدم المجتمع مستوى الخدمة الطبية نفسها وأيضاً مدى اتخاذ الإجراءات الوقائية ضد الكوارث، كالأبنية المقاومة للزلازل على سبيل المثال، والتي تقلل من نسبة وقوع الإصابات وبالتالي تسهل من مهمة الإدارة الصحية للكارثة. (معيد، ٢٠٢٠)

ولتطبيق تلك المعايير الخمس على مثال لكارثة صحية فادحة فلنتخيل مثال الحرب البيولوجية في إحدى الدول النامية. فالضربة البيولوجية قد تستمر لعدة أيام فضلاً عن إمكانية تكرارها من قبل العدو، مع خطر العدوى حتى بالنسبة للكوادر الطبية نفسها واتساع دائرة الإصابة، مما يشكل ضغطاً على الموارد الطبية خاصة في ظل عدم التأكد الطبي المتعلق بطبيعة العامل المسبب للإصابة وطرق انتقاله وعلاجه، كل ذلك مع ضعف الإمكانيات المرتبط بدرجة تقدم المجتمع فضلاً عن وجود حالة الحرب نفسها، مع انتشار حالات الخوف من الإصابة.

في عرضنا السابق تطرقنا إلى عدة أمثلة لكوارث صحية، وهذا يدفعنا إلى إقتراح تصنيف لتلك الكوارث يعين الإدارة الصحية على التهيئ لكل نوع من أنواعها كمشروع له خصوصيته من الناحية الفنية سواءاً بالنسبة للإدارة الطبية للحالات أو لإدارة العمليات الرئيسية المميزة لكل كارثة وفقاً للتصنيف المقترح.

٧,٢,٢ تصنيف الكوارث الصحية:

هذا التصنيف يتخطى التصنيفات التقليدية للكوارث الطبيعية وتلك التي من صنع الإنسان، إلخ. لأننا لا نراها تخدم أهداف الإدارة الصحية، فانهيار المباني مثلاً نتيجة القصف (إذن كارثة من صنع الإنسان أو نتيجة الزلازل وما قد يصحبها من حرائق إذن كارثة طبيعية لا تعنى بالنسبة لطبيب الكوارث إلا أنه سوف يواجه حالات الرضحيات كالجروح والكسور، إلخ. لذا وجب الوقوف على تصنيف يخدم هذا الغرض الوظيفي المتعلق بتحديد نوع الإدارة الطبية المطلوب للحالات بالنسبة لكل نوع من أنواع الكوارث الصحية.

وبما أن العلاج الطبي أو الإدارة الطبية للحالة تتوقف أكثر ما تتوقف على نوع العامل المسبب للإصابة، وهو إما أن يكون عاملاً بيولوجياً أو كيميائياً أو فيزيقياً كالأشعة المختلفة والحرارة وغيرها) أو بالصدمة المباشرة فإننا نميل إلى تصنيف الكوارث الصحية إلى كوارث بيولوجية وكوارث كيميائية وكوارث نووية (وهي تعتبر نوعاً خاصاً من الإصابات الفيزيقية حيث أن ضربات البرودة أو الحرارة أو التعرض غير المحسوب لأشعة الليزر مثلاً من النادر أن يصل إلى حد الكارثة بالنسبة لعدد المصابين وسيكون في الغالب على سبيل الطوارئ الصحية وكوارث مدمرة وهي التي تسبب الصدمات والرضوح، وسوف تلحق بها الحروق بالرغم أن العامل المسبب لها فيزيقي (النار أو الحرارة وذلك لانتشار الحرائق والإصابات الحارقة مع الزلازل والإنهيارات الناتجة عن التفجير والتي تسبب أساساً الجروح والكسور، ويلحق بها أيضاً حالات الغرق إبان الفيضانات والسيول أو غرق السفن أو سقوط الطائرات، إلخ. والتي يصحبها الانهيارات والتدمير وبالتالي أنواع الرضوح المختلفة عامة.(القضاة، ٢٠٢٣)

ويبقى في النهاية نوع خاص من الكوارث الصحية خلاف الكوارث المدمرة والبيولوجية والكيميائية والنووية (الفيزيقية) وهي الكوارث المركبة وفقاً لتعريف منظمات الإغاثة التابعة للأمم المتحدة، وهي تحدث خاصة في ظل المجاعات والتي قد تنجم عن الجفاف أو الصراعات المسلحة أو النقص الحاد في الغذاء نتيجة الأوبئة الزراعية أو غزو الجراد أو الفيضانات أو الأزمات الاقتصادية الحادة. وهي في الأصل تعتبر كوارث غذائية ولكن ارتباطها بكوارث أخرى قد تسببها مع خطر انتشار الأوبئة في ظل الظروف الصحية المتردية، يجعل الموقف من الناحية الصحية - وعلى الأخص في ظل التعريف الشامل للصحة - من التعقيد بمكان.

سوف نتناول إذن بشئ من التفصيل ٥ أنواع من الكوارث الصحية: الكوارث المدمرة والكوارث البيولوجية والكوارث الكيميائية والكوارث النووية والكوارث المركبة.

■ الكوارث المدمرة:

وهي تشمل الكوارث الطبيعية المختلفة كالفيضانات والسيول والزلازل والإنهيارات الأرضية والبراكين والأعاصير، كما تشمل أعمال التفجير المصاحبة للحروب أو العمليات الإرهابية، أو الحرائق وإنهيارات المباني الضخمة، أو حوادث القطارات وسقوط الطائرات وغرق السفن وحوادث النقل عامة (Jad Allah, 2019).

والإصابات الناتجة تنحصر في حالات الجروح والكسور والحروق والغرق أو حالات مركبة من أكثر من واحدة من تلك الإصابات. ويندرج هذا في معظمه تحت مبحث الرضوح. ويستدعى اللجوء إلى الكوادر المتخصصة

في فروع الجراحة المختلفة فضلاً عن أطباء الطوارئ والعناية المركزة. والعملية الرئيسية في الإدارة الطبية لتلك الكوارث هي عملية فرز الحالات والتي تتوقف عليها كفاءة إدارة الحدث، وإن كانت تلك العملية تميز كل أنواع الكوارث الصحية إلا أن أهميتها تتزايد أكثر مما تتزايد عند لزوم التدخل الجراحي العاجل وهو الحال بالنسبة للكوارث المدمرة بشكل عام.

وتتمثل أهداف عملية الفرز في عدة نقاط رئيسية.

- الرغبة في فصل المصابين عن مشاهد الموتى.
- الرغبة في فصل المصابين إصابات معدية - إن وجدت - عن غيرهم من المرضى والجرحى.
- الرغبة في فصل وإخلاء الجرحى الذين يمكن نقلهم عن أولئك الذين تستدعى حالتهم العلاج في موقع الحدث.
- الرغبة في تحديد أولويات التدخل الطبى سواءً على سبيل الإسعاف الأولي أو على سبيل العلاج النهائي بالنسبة للحالات التي يتم نقلها إلى مراكز العلاج.

وعملية الفرز في مضمونها هي عملية إتخاذ قرار يتم على أساسها - كما سبق أن أوضحنا - تحديد الحالات الأولى بالرعاية. ويوجد عدة مقاييس لتقدير فداحة الحالة ومدى تأثير الوظائف الحيوية للجسم وبالتالي الخطورة على الحياة ومن ذلك مقياس ليندساي والذي يحدد خطورة الحالة بالنسبة للرضوح من خلال. معايير وهي منطقة الإصابة ونوعها وحالة الجهاز الدورى والتنفسى ودرجة الوعى ويصنف الحالات إلى ٤ مستويات: حميدة ومتوسطة الشدة تتطلب الرعاية بالمستشفى وشديدة قابلة للإستقرار بعد العلاج وأخيراً الحالات ذات الإصابات المضاعفة والتي تتميز بنسبة وفيات مرتفعة وللحروق على وجه خاص مقاييس أخرى لفرز الحالات منها قاعدة والاس أو قاعدة التسعة وهي تحدد شدة الحالة بدلالة مساحة الجسم التي تم تعرضها للحروق (على أساس أن الرأس تمثل ٩ والجذع يمثل ٣٦ والأطراف العلوية ١٨ والأطراف السفلية ٣٦ والأعضاء التناسلية الخارجية، هذا بالإضافة إلى التقدير الإكلينيكي لمدى عمق الإصابة بالنسبة لطبقات الجلد التي تم تعرضها للحرق والذي يعد مكملاً لقاعدة المساحة في تقييم الحالات). (القضاة، ٢٠٢٣)

أما حالات الغرق فتتنقسم بدورها إلى ٤ مستويات: المستوى الأول يكون فيه الغريق في حالة من الوعى دون اضطرابات تنفسية أو دورية، والمستويين الثاني والثالث يندرجان تحت حالات عوز الأكسجين بدرجتي شدة مختلفين حيث يعاني المستوى الثالث من اضطراب في الوعى، أما المستوى الرابع والأخير فيعاني من نقص الأكسجين حيث ينخفض ضغط الدم بشدة ويكون الغريق في حالة من الإغماء. (سليمان، ٢٠٢٠)

والرضوح الجروح والكسور بالإضافة إلى الحروق وحالات الغرق تلخص الحالات الأكثر شيوعاً إبان تلك الكوارث المدمرة بوجه عام.

— الكوارث البيولوجية:

وهي تشمل الأوبئة وحالات التسمم الغذائي الميكروبي والحرب البيولوجية وكل إصابة جماعية بسبب عامل بيولوجي. وعلى المستوى العلمي فإن الإدارة الطبية لتلك الحالات تتعلق بما يعرف بعلم الأحياء المجهرية الطبي وأكثر ما يميز تلك الحالات هو خطر العدوى واتساع دائرة الإصابة والذي قد يصل إلى نطاق

دولى كما هو الحال بالنسبة للأوبئة، وكذلك عنصر عدم التأكد الطبى المصاحب للحرب البيولوجية على الأخص. (معبد، ٢٠٢٠)

والعمليات الرئيسية فى الإدارة الطبية لتلك الكوارث هى عمليات العزل والحجر الصحى وحملات التطعيم والتمنيع السلبى.

والمكافحة البيولوجية قد لا تقتصر على العامل الميكروبي المسبب للإصابة بل تمتد أيضاً إلى الكائنات العائلة لتلك الميكروبات من الحشرات أو القوارض، وكذلك النباتات التى قد تتجمع عليها تلك الحشرات، ومصادر التلوث البيولوجى الأخرى كالمسطحات المائية والمخلفات، إلخ. ومن كل ذلك تبرز أهمية البعد الصحى البيئى بوجه عام فى إدارة الأوبئة. (Qaoud, 2019)

وفى الإصابات البيولوجية التى ينطبق عليها بالفعل تعريف الكارثة الصحية كما أوردناه، فإن صعوبة إدارة تلك الأحداث تتمثل فى أن كل السكان - فى حيز جغرافى معين - سوف يمثلون موضوع الكارثة وإن لم يكونوا فى عداد المصابين، وذلك على ثلاثة دوائر: المصابين ومخالطهم وباقي السكان.

ومن هنا يأتى الضغط على الموارد الطبية حيث أن إهمال أى دائرة من تلك الدوائر يضر بكفاءة مكافحة الإصابة البيولوجية ككل. ومبدأ الفرز بالنسبة للمصابين إصابات فعلية، وإن كان قائماً، فإنه لا يمثل درجة كبيرة من الأهمية نظراً لإمكانية الاستعانة بالمتطوعين لمتابعة العلاج اللازم لتلك الحالات تحت إشراف الأطباء، وذلك للسهولة النسبية للإدارة الطبية لتلك الحالات على المستوى الفردى للإصابة فى معظم الأحيان. ولكن فى المقابل فإن إدارة الوباء تعنى إدارة البيئة البيولوجية المجتمع الكارثة ككل وذلك ينسحب حتى على المعالجة الصحية لجثث الضحايا قبل دفنها، مما يمثل إرهاقاً لهياكل الإدارة الصحية وغيرها.

■ الكوارث الكيميائية:

وهي تشمل الكوارث المتعلقة بتسرب أو حريق أو انفجار المواد الكيميائية فى المنشآت الصناعية أو المخازن أو تلك المتعلقة بحوادث نقل المواد الخطرة وكذلك حالات الحرب الكيميائية، أو تلوث المياه أو الطعام بالمواد الكيميائية.

وعلى المستوى العلمى فإن الإدارة الطبية للحالات الناجمة عن تلك الكوارث لتؤول إلى ما يعرف بعلم السموميات الطبي. والعمليات الرئيسية في إدارة الكوارث المتعلقة بتلوث الهواء هي عمليات الإخلاء أو الحبس ونعنى بالأخيرة منع الأفراد من الخروج من الأماكن المغلقة مع إحكام سد المنافذ وذلك في بعض حالات التسرب الغازي السام نتيجة تلك الكوارث. والإختيار بين الإخلاء أو الحبس ليعد من القرارات الحيوية بالنسبة لحصر الخسائر التي من الممكن أن تنجم في مثل تلك المواقف وهو قرار يتوقف على عدة عوامل منها طبيعة المواد المتسربة وآثارها الصحية والظروف المناخية وطبيعة المباني وتقدير زمن مرور السحابة السامة.

وتلعب مراكز السموم دوراً رئيسياً في تحقيق فاعلية الإدارة الصحية لتلك الكوارث من حيث التعرف على الطبيعة الكيميائية للمادة وتحديد الدرياق إن وجد. ومن الجدير بالذكر أن الإصابة قد تأتي عن طريق الماء أو الطعام كما قد تأتي عن طريق الهواء. وفي الحالة الأخيرة تنحصر معظم الآثار في الأعراض التنفسية وإصابات العيون والجلد. أما الإصابة عن طريق تناول المادة الكيميائية مع الماء أو الطعام فقد يمثل صعوبة بالنسبة لتشخيص المادة المسببة للإصابة وبالتالي فإن العلاج سيكون أكثر ما يكون علاجاً للأعراض.. ويمثل البعد الإعلامي لذلك النوع الخاص من الكوارث الكيميائية أهمية كبرى من حيث نوعية الجمهور بمصدر الخطر (مثل مياه الشرب أو على العكس - في حالة سوء الإدارة الإعلامية للحدث - إلى بث الذعر غير المبرر. (Nassar, 2020)

وإذا عدنا إلى مشكلة التشخيص فإنها تستدعى اللجوء إلى ما يعرف بعلم السموميات التحليلي واعتماد النتائج على النحو الأمثل يتطلب التشاور بين الكيميائيين والأطباء وأخصائي البيئة وغيرهم. وبهذا يتبين لنا أن طرق الإصابة في كل من الكوارث البيولوجية والكيميائية هي الهواء أو الماء أو الطعام.

■ الكوارث النووية:

والكوارث الفيزيكية وهو تعبير أعم - تشمل الإصابات الناتجة عن التعرض للإشعاعات المختلفة، وهي تشمل الضوء والحرارة، ولكن أنواع الأشعة الأكثر خطورة هي الأشعة التي تسبب التأين وذلك لأنها

تحمل كمية من الطاقة كافية لتغيير التركيب الذري للمواد التي تعترضها. وهو الحال بالنسبة للحمض النووي الديوكسي ريبوزي في نواة الخلية البشرية حيث يؤدي تعرضه للإشعاع المؤين إلى انقسام غير طبيعي للخلية مما يسبب الإصابة السرطانية - وذلك عند الجرعات المنخفضة من الإشعاع، أما الجرعات المرتفعة فتؤدي إلى قتل الخلية بالكامل. وتكون الخلايا الأسرع إنقساماً هي الأسرع تأثراً وهو الحال بالنسبة لكرات الدم الحمراء حيث يؤدي تعرضها للجرعات المنخفضة من الإشعاع إلى الإصابة بابيضاض الدم، أما الجرعات المرتفعة فتؤدي إلى تدمير مختلف الخلايا الدموية. (Jad Allah, 2019)

والإنشطار النووي تكمن خطورته بالنسبة لصحة الإنسان في تلك الطاقة الهائلة المتولدة والتي تسبب الآثار التي سبق الإشارة إليها. والوفاة الفورية الناتجة عن التعرض للإشعاع النووي أو الإصابة السرطانية على المدى البعيد نسبياً قد لا تستلزم تدخلاً طبياً طارئاً، ولكن المشكلة الأساسية في الإدارة الصحية لمثل تلك الكوارث لتكمن فيما يعرف بالتلوث الإشعاعي، مما يتطلب إجراءات خاصة لمعالجة الأفراد وملتقاتهم والبيئة الطبيعية للموقع ككل بهدف الكشف عن هذا التلوث وإزالته. وفي ذلك خطورة كبيرة على الأفراد العاملين بالخدمات الطبية وغيرها لأن الشخص الملوث بالإشعاع - والذي يتم التعامل معه إبان الحادث - لا يزال يصدر إشعاعاً قد يصيب الآخرين. أما الشخص المصاب بالإشعاع فهو شخص مما له الضرر البالغ على صحته - ولكنه لا يصدره وبالتالي تعرض للإشعاع فليس منه خطر. (القضاة، ٢٣، ٢٠)

والتلوث الإشعاعي، مثل التلوث البيولوجي والتلوث الكيميائي، قد ينتقل عن طريق الهواء أو الماء أو الطعام. وأثناء الكارثة النووية يصبح جميع السكان - في دائرة واسعة من موقع الحادث - موضوعاً للإدارة الصحية لمثل هذا الحدث. فعلى سبيل المثال عند التعرض لإشعاع اليود ١٣١ يتم توزيع بود مستقر على سكان المنطقة وذلك بهدف منع تراكم اليود المشع بالغدة. الدرقية.

وتلك الكوارث النووية قد تنجم عن حوادث التسرب الإشعاعي أو الانفجار المتعلقة بالمنشآت النووية سواء المدنية أو العسكرية، فضلاً عن حالات الحرب النووية. والطب النووي وإن كان يختص أصلاً باستخدام النظائر المشعة في العلاج إلا أنه قد يقدم المعرفة اللازمة لدراسة ومعالجة التعرض غير المحسوب لمثل تلك الإشعاعات. (Al-Wadaei, 2020)

■ الكوارث المركبة:

تعبر: الكوارث المركبة يشير أصلاً إلى الظروف الصحية المتدهورة للتجمعات الضخمة من اللاجئين والذين يفرون من الحروب الأهلية غالباً والتي أصبحت مميزة للقارة الأفريقية على وجه الخصوص. وتلك التجمعات تعاني من نقص شديد في الغذاء، وسوء التغذية فضلاً عن خطر المجاعة، خاصة مع تدهور الظروف الصحية والمعيشية، يؤدي إلى ظهور العديد من الأمراض مع خطر إنتشار الأوبئة. وتلك الأوضاع يطلق عليها أيضاً تعبير الكوارث الإنسانية. ووفقاً لتقرير قسم الشؤون الإنسانية بالأمم المتحدة فإن الصراع العرقي المسلح بدولة رواندا قد أدى إلى إنتقال أكثر من ٩٠.٠٠٠ مواطن - ما بين أكتوبر ٩٠ وفبراير ٩٣ - من الشمال إلى الجنوب. وهذا يعنى أنهم قد هجروا النشاط الزراعي والذي يقع أساساً في شمال البلاد وتحولوا من منتجين إلى مستهلكين. فإذا أضفنا إلى ذلك أن القتال قد أدى إلى تدمير المخزون الحيواني فإننا من الممكن أن نتخيل مدى الضغط على الموارد الغذائية الذي ينتج عن هذا الصراع. وقد يكون تدهور الأوضاع - بالرغم من فداحته - لا ينطبق عليه تعريف الكارثة من حيث البعد الزمني، ولكن إذا نظرنا كيف انفجرت الأوضاع في ١٩٩٤ فسوف نتحقق من تعريف الموقف بالكارثة حيث وصل معدل اللاجئين الفارين نحو دولة زائير إلى مليون لاجئ خلال ٨ ساعات فقط وذلك في يوليو ٩٤ - وفقاً لمندوب المكتب الأوروبي لمنظمة أطباء بلا حدود وتبع ذلك ظهور وباء الكوليرا ضمن مشكلات صحية أخرى فضلاً عن خطر المجاعة. (Qaoud,

(2019)

الفصل الثالث: منهجية الدراسة

المقدمة:

هدف البحث الحالي إلى فهم دور إدارة المخاطر في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث على المستشفيات في المملكة العربية السعودية ، ويتناول هذا الفصل وصف لإجراءات البحث الميدانية التي قام بها الباحث لتحقيق أهداف البحث، وتتضمن تحديد المنهج المتبع في البحث، ومجتمع البحث، وعينة البحث، وأداة البحث والتحقق من صدقها وثباتها، والمعالجة الإحصائية المستخدمة في تحليل النتائج.

١,٣ منهج الدراسة:

سيتم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي في هذه الدراسة. يتيح المنهج الوصفي التحليلي للباحث وصف الظواهر والمشاكل العلمية المختلفة وفهمها بشكل دقيق. ثم يعمل على حل المشكلات والتساؤلات التي تدرج تحت مجال البحث العلمي.

يقوم الباحث في هذا المنهج بجمع البيانات المتعلقة بالظاهرة من مصادر مختلفة ويقوم بتحليلها وتفسيرها بطريقة دقيقة ومنهجية. ثم يقوم بتطبيق أدوات التحليل المناسبة للبيانات المجمعة بهدف إعطاء تفسير ونتائج مناسبة حول تلك الظاهرة.

٢,٣ مجتمع الدراسة:

تمثل مجتمع الدراسة العاملين في المستشفيات في المملكة العربية السعودية، والذين يشملون الكوادر الطبية والإدارية في المستشفيات الحكومية والخاصة. يشمل المجتمع كافة الفئات الوظيفية التي تتعامل بشكل مباشر أو غير مباشر مع إجراءات إدارة المخاطر الصحية أثناء الكوارث، مثل الأطباء والمرضى والفنيين والإداريين ومديري المستشفيات. كما يتضمن المجتمع المؤسسات الصحية في مناطق مختلفة من المملكة، بما في ذلك المستشفيات التي تتعامل مع حالات الطوارئ والكوارث الطبيعية.

٣,٣ عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة من العاملين في المستشفيات في المملكة العربية السعودية باستخدام طريقة العينة العشوائية، حيث تم توزيع 350 استبياناً على العاملين في المستشفيات المستهدفة، وتم استرداد 300 استبياناً بنجاح، مما يعادل 85.7% من نسبة الاستجابة. وذلك لضمان التنوع والشمولية في النتائج المستخلصة من الدراسة

٤,٣ أداة الدراسة:

قامت الدراسة باستخدام استمارة الاستبيان وقد تضمنت استمارة الاستبيان قسمين حيث يتناول القسم الأول منها الخصائص الشخصية لعينة الدراسة والتي تتمثل في (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، المسمى الوظيفي، عدد سنوات الخبرة) في حين يوضح القسم الثاني من استمارة الاستبيان العبارات المتعلقة بمحاور الدراسة والتي تشتمل على محور إدارة المخاطر ويتضمن خمسة أبعاد (تقييم المخاطر، التخطيط والتأهب للكوارث، التدريب وبناء القدرات، إدارة العلاقات، التحفيز الذاتي) ويشتمل على ٢٥ عبارة ومحور تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث ويشتمل على ٩ عبارات وتم استخدام مقياس ليكرت ذو الخمس درجات (موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة) في الإجابة على أسئلة محاور الدراسة.

٥,٣ صدق أداة الدراسة:

صدق الأداة يعني ضمان قدرتها على قياس المتغيرات المعنية بشكل دقيق وفعال. هذا يشمل تأكيد أن الأداة تقيس بشكل دقيق السمات أو الظواهر التي تهدف إليها الدراسة. يشمل الصدق أيضاً شمول الأداة لجميع العناصر المهمة التي يجب أن تدخل في التحليل، ووضوح البنود والمفردات المستخدمة في الأداة بحيث تكون مفهومة للمستخدمين المحتملين (العساف، ١٤٣٣هـ، ص ٣١٠)، وقد قام الباحث بالتأكد من صدق أداة الدراسة من خلال القيام بما يلي:

■ الصديق الظاهري للأداة (التحكيبي):

تم استعراض أداة الدراسة من قبل عدد من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين، بهدف الحصول على آرائهم واستشارتهم. طُلب من هؤلاء المحكمين تقديم آرائهم حول وضوح العبارات، وملاءمتها للغرض المقصود من الأداة، ومدى تناسبها مع المحاور المختلفة. وعلى ضوء ذلك، سيتم اتخاذ التعديلات اللازمة واقتراح التحسينات التي تساهم في تطوير الاستبانة بشكل أفضل.

■ صديق الاتساق الداخلي

تم حساب صديق عبارات استمارة الاستبيان عن طريق تحديد مستوى الاتساق الداخلي لأداة الدراسة من خلال حساب معاملات الارتباط بيرسون بين كل عبارة ودرجة العبارة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه العبارة حيث جاءت النتائج كما يلي:

✚ المحور الأول: إدارة المخاطر

جدول (١) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمحور الأول

الفقرة	قيمة معامل الارتباط بيرسون	الدلالة الاحصائية
تقييم المخاطر		
يمكن تحديد المخاطر المحتملة التي قد تهدد سير العمل في المستشفيات أثناء الكوارث	0.543**	٠,٠٠٠
يتم تقييم تأثير المخاطر على القدرة التشغيلية للمستشفيات في حالات الطوارئ.	0.617**	٠,٠٠٠
يتم استخدام تقنيات علمية لتحديد حجم الخطر المتوقع وتأثيره على النظام الصحي.	0.628**	٠,٠٠٠

٠,٠٠٠	0.728**	يتم فحص بيئة العمل وتحديد العوامل التي قد تؤدي إلى تعطيل سير العمل أثناء الكوارث.
٠,٠٠٠	0.654**	يتم تحديد المخاطر النفسية والاجتماعية التي قد تؤثر على الموظفين والمرضى أثناء الأزمات الصحية.
التخطيط والتأهب للكوارث		
٠,٠٠٠	0.728**	يتم وضع خطط مسبقة للتعامل مع الكوارث، تشمل جميع السيناريوهات المحتملة التي قد تواجه المستشفى.
٠,٠٠٧	0.633**	يتم تحديد الإجراءات اللازمة لاستجابة سريعة وفعالة لحالات الطوارئ في المستشفيات.
٠,٠٠٠	0.639**	يتم تطوير استراتيجيات لاحتواء الأزمات الصحية والتقليل من تأثيرها على المرضى والعاملين.
٠,٠٠٠	0.661**	يتم التخطيط لتخصيص الموارد الطبية واللوجستية بشكل مناسب في حالات الطوارئ.
٠,٠٠٠	0.581**	يتم التأكد من أن جميع أعضاء الفريق الطبي يعرفون أدوارهم ومسؤولياتهم في حالات الكوارث
التدريب وبناء القدرات		
٠,٠٠٠	0.630**	يتم تدريب الكوادر الطبية على التعامل مع الحالات الطارئة والكوارث الصحية المختلفة.
٠,٠٢١	0.692**	يتم تنظيم ورش عمل ودورات تدريبية لتعزيز مهارات الاستجابة السريعة في المواقف الحرجة.
٠,٠٠٠	0.711**	يتم تعزيز قدرة الفرق الطبية على اتخاذ قرارات حاسمة تحت الضغط في حالات الطوارئ.

0.693**	0.000	يتم تعزيز القدرات الشخصية للموظفين لتحمل الضغوط النفسية التي قد تنشأ أثناء الأزمات.
0.586**	0.000	يتم توفير برامج تدريبية مستمرة لتحسين مهارات التواصل والتنسيق بين الفريق الطبي في الحالات الطارئة.

** ذات دلالة إحصائية عند ٠,٠١

يتبين من الجدول رقم (١) أن هناك علاقة إيجابية قوية بين جميع العبارات المتعلقة بإدارة المخاطر في المستشفيات خلال الكوارث وبين الدرجة الكلية للمحور. جميع القيم الخاصة بمعامل الارتباط بيرسون تتراوح بين ٠,٥٤٣ و ٠,٧٢٨، مما يدل على وجود ارتباط قوي ودال إحصائيًا عند مستوى ٠,٠١ بين مختلف عناصر تقييم المخاطر، التخطيط والتأهب للكوارث، والتدريب وبناء القدرات، مع استجابة المستشفيات في حالات الطوارئ.

من خلال هذا الجدول، يظهر أن تقييم المخاطر، مثل تحديد المخاطر المحتملة وتأثيرها على العمل، له دور محوري في تعزيز استجابة المستشفيات أثناء الكوارث. كما أن التخطيط المسبق ووضع الاستراتيجيات المناسبة، بالإضافة إلى التدريب المستمر للكوادر الطبية على التعامل مع الحالات الطارئة، يسهم بشكل كبير في تحسين الأداء العام للمستشفيات في الأزمات.

المحور الثاني: تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث

جدول (٢) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمحور الثاني

الفقرة	قيمة معامل الارتباط بيرسون	الدلالة الاحصائية
تفعيل خطط الطوارئ بسرعة وتوزيع المهام بين الفريق الطبي.	٠,٦٩٧**	٠,٠٠٠

0.000	**،٧٥٧	توزيع الأدوار بوضوح لضمان التنسيق الفعال أثناء الكوارث.
٠،٠٠٠	**،٧٤٨	تعزيز التنسيق مع المستشفيات الأخرى لتبادل الموارد والمعلومات.
٠،٠٠٠	**،٧٠٢	ضمان توفر الموارد الطبية مثل الأدوية والمعدات الأساسية.
٠،٠٠٠	**،٦٥٨	تقديم الدعم النفسي للمرضى والطواقم الطبية.
٠،٠٠٠	**،٥٨١	اتخاذ قرارات سريعة في حالات الطوارئ بفعالية.
٠،٠٠٠	**،٦٧٣	استعداد المستشفيات لاستقبال أعداد كبيرة من المرضى.
٠،٠٠٠	**،٧٢٩	تحسين التواصل الداخلي بين الفرق الطبية لضمان تنسيق جيد.
٠،٠٠٠	**،٧٤٧	يتم التقييم المستمر للأداء لتحسين الاستجابة في المستقبل.

** ذات دلالة إحصائية عند ٠،٠١

ويتبين من الجدول رقم (٢) أن جميع قيم معاملات الارتباط بيرسون لعبارات محور تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث تتراوح بين ٠،٥٨١ و ٠،٧٥٧، مما يشير إلى وجود علاقة إيجابية قوية ودالة إحصائيًا بين مختلف عناصر المحور وبين الدرجة الكلية للاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المستشفيات.

تظهر النتائج أن تفعيل خطط الطوارئ بسرعة وتوزيع المهام بين الفريق الطبي (٠،٦٩٧) وتوزيع الأدوار بوضوح (٠،٧٥٧) هما من العوامل الأساسية التي تساهم في تحسين التنسيق الفعال أثناء الكوارث. كما أن تعزيز التنسيق مع المستشفيات الأخرى (٠،٧٤٨) وضمان توفر الموارد الطبية الأساسية (٠،٧٠٢) لهما تأثير كبير على الاستجابة الفعالة. علاوة على ذلك، يُظهر الجدول أن التقييم المستمر للأداء (٠،٧٤٧)

يساعد في تحسين الاستجابة المستقبلية، ما يعكس أهمية التحسين المستمر في الأداء لضمان الجاهزية في حالات الطوارئ.

٦,٣ ثبات أداة الدراسة:

جدول (٣) معامل الثبات لمتغيرات استمارة الاستبيان

المحاور	معامل ألفا كرونباخ	عدد العبارات
إدارة المخاطر	٠,٩٤٥	٢٥
تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث	٠,٨٧٠	٩
إجمالي استمارة الاستبيان	٠,٩٦٠	٣٤

تم حساب معامل ألفا كرونباخ لأداة الدراسة في الجدول (٣)، حيث أظهرت النتائج أن الأداة تتمتع بثبات عالٍ. بلغ معامل ألفا لمتغير إدارة المخاطر 0.945، ول تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث 0.870، مما يعكس ثباتاً جيداً في قياس هذه المتغيرات. كما أظهرت الأداة ككل معامل ألفا قدره ٠,٩٦٠، مما يشير إلى موثوقية عالية وثبات ممتاز في نتائج الاستبيان.

٧,٣ أساليب تحليل البيانات:

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي تم تجميعها، تم استخدام العديد من الأساليب الإحصائية المناسبة باستخدام الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، والتي يرمز لها اختصاراً بالرمز (SPSS). وذلك بعد ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي، كما يلي:

اعطيت الاجابة لمقياس ليكارت الخماسي كما يلي: (أوافق بشدة = ٥ درجات)، (أوافق = ٤ درجات)، (محايد = ٣ درجات)، (معارض = ٢ درجتين)، (معارض بشدة = ١ درجة واحدة) ومن ثم قام الباحث بحساب الوسط الحسابي لإجابات أفراد عينة الدراسة. ولتحديد طول خلايا المقياس الخماسي (الحدود الدنيا والعليا) المستخدم في محاور الدراسة، تم حساب المدى (٥-٤)، ثم تقسيمه على عدد

خلايا المقياس للحصول على طول الخلية الصحيح أي ($0.80 = 5/4$) بُعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يوضحها الجدول الآتي:

جدول رقم (٤) درجة الموافقة ومدى الموافقة على مقياس ليكرت الخماسي.

مقيار الحكم علي النتائج	فئة المتوسط		درجة الترميز (الوزن النسبي)
	إلى	من	
ضعيفة جداً	١,٨٠	١	١
ضعيفة	٢,٦٠	١,٨١	٢
متوسطة	٣,٤٠	٢,٦١	٣
كبيرة	٤,٢٠	٣,٤١	٤
كبيرة جداً	٥,٠٠	٤,٢١	٥

تم استخدام عدد من الأساليب الإحصائية لتحليل البيانات التي جمعت من خلال أداة الدراسة في الميدان، بهدف فهم اتجاهات أفراد عينة الدراسة حول الأسئلة المطروحة، وذلك باستخدام أساليب المعالجة الإحصائية المناسبة باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وتم ترميز البيانات وإدخالها في البرنامج لتمكين الباحثين من تحليلها واستخلاص النتائج والاستنتاجات اللازمة للدراسة.

- **التكرارات والنسب المئوية (Percentage & Frequencies):** لفهم الخصائص الشخصية لأفراد عينة الدراسة، حيث يُمثل النسب المئوية الحصة المئوية لكل قيمة أو فئة في العينة، بينما يوفر التكرارات معلومات حول عدد مرات ظهور كل قيمة أو فئة.
- **المتوسط الحسابي (Mean):** يستخدم لتحديد مدى ارتفاع أو انخفاض إجابات أفراد عينة الدراسة حول المحاور الرئيسة، حيث يُحسب المتوسط الحسابي كمتوسط لجميع القيم المُقاسة.

- **الانحراف المعياري (Standard Deviation):** يستخدم لتحديد مدى تشتت إجابات أفراد العينة حول المتوسط الحسابي لكل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة، ولكل محور من المحاور الرئيسية. يُظهر الانحراف المعياري مدى التشتت في البيانات، حيث يكون الانحراف المعياري أقل كلما كانت البيانات أكثر تجانساً حول المتوسط الحسابي.
- **معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation):** يُستخدم لقياس الاتساق الداخلي بين عبارات الأداة (الاستبانة) وكل محور تنتمي إليه، كما يُستخدم للتعرف على العلاقة بين متغيرات الدراسة. يعطي هذا المعامل قيمة تتراوح بين -١ و +١، حيث تُعبر القيمة الإيجابية عن وجود علاقة موجبة بين المتغيرين، في حين تُعبر القيمة السالبة عن وجود علاقة سلبية بينهما، ويُعبر القيمة ٠ عن عدم وجود علاقة.
- **معامل الثبات ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha - α):** يستخدم لحساب معامل ثبات أداة الدراسة، ويعكس مدى اتساق وتوحد العبارات في الأداة. تكون قيمة معامل ألفا كرونباخ بين ٠ و ١، حيث تكون القيمة الأعلى تدل على ارتفاع مدى الثبات الداخلي للأداة.
- **النسب والتكرارات:** يُستخدمان لوصف خصائص أفراد عينة الدراسة، حيث يُعطي النسب المئوية فكرة عن حجم الفئات المختلفة في العينة، بينما توضح التكرارات عدد المرات التي يظهر فيها كل قيمة أو فئة في العينة.
- **معادلة الانحدار البسيط (Simple Linear Regression Equation):** تُستخدم لتحديد تأثير المتغير المستقل بأبعاده على المتغير التابع. تقوم هذه المعادلة بتقدير العلاقة الخطية بين المتغيرين، وبالتالي تحديد مقدار التغير في المتغير التابع نتيجة التغير في المتغير المستقل.

الفصل الرابع: الإطار التطبيقي

١,٤ مقدمة

سوف نتناول في هذا الفصل الإطار التطبيقي للدراسة من خلال تحليل استمارة الاستبيان والتعرف على خصائص عينة الدراسة وتحليل محاور الدراسة واختبار فروض الدراسة من أجل تحقيق أهداف الدراسة والوصول إلى نتائج وتوصيات للدراسة.

٢,٤ خصائص عينة الدراسة

جدول (٥) توزيع عينة الدراسة وفقا للخصائص الشخصية

م	الخصائص الشخصية	الفئات	العدد	النسبة %
١	الجنس	ذكر	٢٣١	77
٢		أنثى	٦٩	23
١	العمر	أقل من ٣٠ سنة	١٢٣	41
٢		من ٣٠ سنة إلى أقل من ٤٠ سنة	٧٨	26
٣		من ٤٠ سنة إلى أقل من ٥٠ سنة	٥٢	17.3
٤		٥٠ سنة فأكثر	٤٨	16
١	المؤهل العلمي	متوسط	١٠٣	34.3
٢		بكالوريوس	١٤٨	49.3
٣		ماجستير	٤١	13.7
٤		دكتوراه	٨	2.7
١	المسمى الوظيفي	كادر طبي	٢٠٥	68.3
٢		كادر إداري	٩٥	31.7

١	عدد سنوات الخبرة	أقل من ٥ سنوات	١٤٧	49
٢		من ٥ سنوات إلى أقل من ١٠ سنوات	٨٧	29
٣		من ١٠ سنوات إلى أقل من ١٥ سنة	٤٢	14
٤		١٥ سنة فأكثر	٣٠	10

يظهر جدول (٥) توزيع عينة الدراسة وفقاً للخصائص الشخصية للمشاركين. تمثل الذكور ٧٧٪ من العينة بينما تمثل الإناث ٢٣٪، وهو ما قد يرجع إلى أن معظم المشاركين في الدراسة ينتمون إلى مجالات مهنية تهيمن عليها الذكور، مثل القطاع الطبي والإداري في بعض الأحيان.

في ما يتعلق بالعمر، تشكل الفئة العمرية أقل من ٣٠ سنة ٤١٪ من العينة، مما يشير إلى أن الدراسة استهدفت في الغالب فئة الشباب العاملين في المستشفيات الذين ما زالوا في بداية حياتهم المهنية. أما الفئة من ٣٠ إلى أقل من ٤٠ سنة، والتي تمثل ٢٦٪ من العينة، فتعكس النضج المهني والقدرة على التعامل مع تحديات العمل.

بالنسبة للمؤهل العلمي، يشكل حاملو درجة البكالوريوس ٤٩,٣٪، وهو ما يعكس الاتجاه السائد في القطاع الصحي حيث يتطلب العمل غالباً هذا المؤهل كحد أدنى. أما حاملو المؤهل المتوسط فيشكلون ٣٤,٣٪، مما يعكس التنوع في مستوى التعليم داخل العينة.

بالنسبة للمسمى الوظيفي، يشكل الكادر الطبي ٦٨,٣٪ بسبب أن الدراسة تركز على المستشفيات حيث يشكل الأطباء والممرضون الجزء الأكبر من القوى العاملة. فيما يتعلق بخبرة المشاركين، تشير النسبة العالية لمن لديهم أقل من ٥ سنوات خبرة (٤٩٪) إلى أن الكثير من العاملين في المجال الصحي في المملكة هم من الموظفين الجدد. أما من لديهم أكثر من ١٥ سنة خبرة فيشكلون ١٠٪ فقط، مما يعكس تقلبات في نسبة العاملين ذوي الخبرة العالية في هذا المجال.

٣,٤ تحليل محاور الدراسة

المحور الأول: إدارة المخاطر

١- تقييم المخاطر

جدول (٦) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والترتيب ومستوي الموافقة لعبارات تقييم المخاطر

العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	مستوي الموافقة
يمكن تحديد المخاطر المحتملة التي قد تهدد سير العمل في المستشفيات أثناء الكوارث	4.047	0.837	٢	مرتفع
يتم تقييم تأثير المخاطر على القدرة التشغيلية للمستشفيات في حالات الطوارئ.	3.970	0.882	٥	مرتفع
يتم استخدام تقنيات علمية لتحديد حجم الخطر المتوقع وتأثيره على النظام الصحي.	4.060	0.912	١	مرتفع
يتم فحص بيئة العمل وتحديد العوامل التي قد تؤدي إلى تعطيل سير العمل أثناء الكوارث.	4.033	0.873	٣	مرتفع
يتم تحديد المخاطر النفسية والاجتماعية التي قد تؤثر على الموظفين والمرضى أثناء الأزمات الصحية.	4.013	0.978	٤	مرتفع
المتوسط العام للبعد	4.025	0.896		مرتفع

يوضح جدول (٦) أن جميع عبارات تقييم المخاطر حصلت على متوسط حسابي مرتفع يتراوح بين

٣,٩٧٠ و ٤,٠٦٠، مما يعكس مستوى عالٍ من الموافقة على الإجراءات المتبعة لتقييم المخاطر في

المستشفيات أثناء الكوارث. أعلى ترتيب كان لعبارة "يتم استخدام تقنيات علمية لتحديد حجم الخطر

المتوقع وتأثيره على النظام الصحي" (المتوسط ٤,٠٦٠)، مما يشير إلى أن استخدام تقنيات علمية يعد من أهم العوامل في تقييم المخاطر. بينما جاءت عبارة "يتم تقييم تأثير المخاطر على القدرة التشغيلية" في الترتيب الخامس (المتوسط ٣,٩٧٠) مع ذلك تظل موافقة المشاركين مرتفعة. الانحراف المعياري تراوح بين ٠,٨٣٧ و ٠,٩٧٨، مما يدل على أن الآراء كانت متقاربة نسبياً بين المشاركين. بشكل عام، يشير المتوسط العام للبعد (٤,٠٢٥) إلى أن مستوى الموافقة مرتفع على جميع العبارات المتعلقة بتقييم المخاطر.

٢- التخطيط والتأهب للكوارث

جدول (٧) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والترتيب ومستوي الموافقة لعبارات التخطيط

والتأهب للكوارث

العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	مستوي الموافقة
يتم وضع خطط مسبقة للتعامل مع الكوارث، تشمل جميع السيناريوهات المحتملة التي قد تواجه المستشفى.	3.887	0.885	٥	مرتفع
يتم تحديد الإجراءات اللازمة لاستجابة سريعة وفعالة لحالات الطوارئ في المستشفيات.	4.057	0.858	١	مرتفع
يتم تطوير استراتيجيات لاحتواء الأزمات الصحية والتقليل من تأثيرها على المرضى والعاملين.	4.027	0.907	٣	مرتفع
يتم التخطيط لتخصيص الموارد الطبية واللوجستية بشكل مناسب في حالات الطوارئ.	3.890	0.921	٤	مرتفع

مرتفع	٢	0.732	4.050	يتم التأكد من أن جميع أعضاء الفريق الطبي يعرفون أدوارهم ومسؤولياتهم في حالات الكوارث
مرتفع		0.860	3.982	المتوسط العام للبعد

يوضح جدول (٧) أن جميع عبارات التخطيط والتأهب للكوارث حصلت على مستوى موافقة مرتفع، حيث تراوحت المتوسطات الحسابية بين ٣,٨٨٧ و ٤,٠٥٧. أعلى ترتيب كان لعبارة "يتم تحديد الإجراءات اللازمة لاستجابة سريعة وفعالة لحالات الطوارئ في المستشفيات" (المتوسط ٤,٠٥٧)، مما يشير إلى أهمية الاستجابة السريعة في عمليات التخطيط. في المقابل، جاءت عبارة "يتم وضع خطط مسبقة للتعامل مع الكوارث" في الترتيب الخامس (المتوسط ٣,٨٨٧)، رغم ذلك، حصلت على موافقة مرتفعة. الانحراف المعياري تراوح بين ٠,٧٣٢ و ٠,٩٢١، مما يدل على تقارب آراء المشاركين بشكل عام. كما أن المتوسط العام للبعد 3.982 يشير إلى أن التخطيط والتأهب للكوارث يحظى بموافقة مرتفعة من المشاركين في الدراسة.

٣- التدريب وبناء القدرات

جدول (٨) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والترتيب ومستوي الموافقة لعبارات التدريب وبناء القدرات

العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	مستوي الموافقة
يتم تدريب الكوادر الطبية على التعامل مع الحالات الطارئة والكوارث الصحية المختلفة.	3.927	0.919	٣	مرتفع

مرتفع	٤	1.033	3.873	يتم تنظيم ورش عمل ودورات تدريبية لتقوية مهارات الاستجابة السريعة في المواقف الحرجة.
مرتفع	٣	1.051	3.950	يتم تعزيز قدرة الفرق الطبية على اتخاذ قرارات حاسمة تحت الضغط في حالات الطوارئ.
مرتفع	٥	0.938	3.783	يتم تعزيز القدرات الشخصية للموظفين لتحمل الضغوط النفسية التي قد تنشأ أثناء الأزمات.
مرتفع	١	0.974	3.967	يتم توفير برامج تدريبية مستمرة لتحسين مهارات التواصل والتنسيق بين الفريق الطبي في الحالات الطارئة.

يوضح جدول (٨) أن جميع عبارات التدريب وبناء القدرات حصلت على مستوى موافقة مرتفع، حيث تراوحت المتوسطات الحسابية بين ٣,٧٨٣ و ٣,٩٦٧. أعلى ترتيب كان لعبارة "يتم توفير برامج تدريبية مستمرة لتحسين مهارات التواصل والتنسيق بين الفريق الطبي في الحالات الطارئة" (المتوسط ٣,٩٦٧)، مما يعكس أهمية التدريب المستمر في تحسين التنسيق بين الفرق الطبية. أما العبارة "يتم تنظيم ورش عمل ودورات تدريبية لتقوية مهارات الاستجابة السريعة في المواقف الحرجة" فكانت في الترتيب الرابع (المتوسط ٣,٨٧٣)، ولكن ما زالت تحظى بموافقة مرتفعة. الانحراف المعياري تراوح بين ٠,٩١٩ و ١,٠٥١، مما يشير إلى أن هناك بعض التباين في الآراء، خصوصاً فيما يتعلق بالقدرة على اتخاذ القرارات تحت الضغط. بشكل عام، يشير المتوسط العام للبعد 3.900 إلى أن التدريب وبناء القدرات يحظى بموافقة مرتفعة من المشاركين في الدراسة.

■ المحور الثاني: تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث

جدول (٩) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والترتيب ومستوي الموافقة لعبارات تعزيز

الاستجابة الصحية أثناء الكوارث

العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	مستوي الموافقة
تفعيل خطط الطوارئ بسرعة وتوزيع المهام بين الفريق الطبي.	3.943	0.957	٦	مرتفع
توزيع الأدوار بوضوح لضمان التنسيق الفعال أثناء الكوارث.	3.967	0.943	٤	مرتفع
تعزيز التنسيق مع المستشفيات الأخرى لتبادل الموارد والمعلومات.	4.020	0.985	٢	مرتفع
ضمان توفر الموارد الطبية مثل الأدوية والمعدات الأساسية.	3.973	0.967	٣	مرتفع
تقديم الدعم النفسي للمرضى والطواقم الطبية.	3.850	0.866	٩	مرتفع
اتخاذ قرارات سريعة في حالات الطوارئ بفعالية.	4.050	0.732	١	مرتفع
استعداد المستشفيات لاستقبال أعداد كبيرة من المرضى.	3.927	0.919	٧	مرتفع
تحسين التواصل الداخلي بين الفرق الطبية لضمان تنسيق جيد.	3.873	1.033	٨	مرتفع
يتم التقييم المستمر للأداء لتحسين الاستجابة في المستقبل.	3.950	1.051	٥	مرتفع
المتوسط العام للمحور	3.950	0.939		مرتفع

يوضح جدول (٩) أن جميع عبارات التدريب وبناء القدرات حصلت على مستوى موافقة مرتفع، حيث تراوحت المتوسطات الحسابية بين ٣,٧٨٣ و ٣,٩٦٧. أعلى ترتيب كان لعبارة "يتم توفير برامج تدريبية مستمرة لتحسين مهارات التواصل والتنسيق بين الفريق الطبي في الحالات الطارئة" (المتوسط ٣,٩٦٧)، مما يعكس أهمية التدريب المستمر في تحسين التنسيق بين الفرق الطبية. أما العبارة "يتم تنظيم ورش عمل ودورات تدريبية لتقوية مهارات الاستجابة السريعة في المواقف الحرجة" فكانت في الترتيب الرابع (المتوسط ٣,٨٧٣)، ولكن ما زالت تحظى بموافقة مرتفعة. الانحراف المعياري تراوح بين ٠,٩١٩ و ١,٠٥١، مما يشير إلى أن هناك بعض التباين في الآراء، خصوصاً فيما يتعلق بالقدرة على اتخاذ القرارات تحت الضغط. بشكل عام، يشير المتوسط العام للبعد 3.900 إلى أن التدريب وبناء القدرات يحظى بموافقة مرتفعة من المشاركين في الدراسة.

٤,٤ اختبار فروض الدراسة

لاختبار فرض الدراسة الرئيسي والفروض الفرعية تم حساب معادلة الانحدار البسيط ومعامل الارتباط بيرسون وجاءت النتائج كما يلي:

➤ الفرض الرئيسي: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة المخاطر بأبعاده تقييم المخاطر، التخطيط والتأهب للكوارث، التدريب وبناء القدرات في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المستشفيات في المملكة العربية السعودية

جدول (١٠) تأثير مستوى إدارة المخاطر على مستوى تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث

P-VALUE	r	R ²	F	t	b
0.000	0.917	0.840	1567.167**	39.587**	0.363

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي برنامج SPSS 23

** ذات دلالة إحصائية عند ٠,٠١

يوضح جدول (١٠) نتائج اختبار الفرض الرئيسي، والذي يفحص العلاقة بين إدارة المخاطر (بأبعاده: تقييم المخاطر، التخطيط والتأهب للكوارث، التدريب وبناء القدرات) وتعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية. تظهر القيمة P-value (٠,٠١٠) التي هي أقل من ٠,٠٥، مما يشير إلى أن العلاقة بين إدارة المخاطر والاستجابة الصحية أثناء الكوارث ذات دلالة إحصائية. كما أن معامل الارتباط (r) بلغ ٠,٩١٧، مما يشير إلى علاقة قوية جدًا بين المتغيرين. أما معامل التحديد (R^2) فقد بلغ ٠,٨٤٠، مما يعني أن ٨٤٪ من التغير في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث يمكن تفسيره من خلال أبعاد إدارة المخاطر.

قيمة F بلغت ١٥٦٧,١٦٧، مما يشير إلى أن النموذج الإحصائي المعتمد قوي للغاية. أما قيمة t (٣٩,٥٨٧) وقيمة b (٠,٣٦٣) فتؤكد أن العلاقة بين المتغيرات ذات دلالة إحصائية وقوية. بصفة عامة، يمكن القول أن النتائج تدعم الفرض الرئيسي بأن إدارة المخاطر تؤثر بشكل كبير على تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المستشفيات.

❶ الفرض الفرعي الأول: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لتقييم المخاطر في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المملكة العربية السعودية.

جدول (١١) تأثير لتقييم المخاطر على مستوى تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث

P-VALUE	r	R ²	F	t	b
0.010	٠,٦٦٨	٠,٤٤٦	**٢٣٩,٩٠٢	**١٥,٤٨٩	١,١٨١

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي برنامج SPSS 23

** ذات دلالة إحصائية عند ٠,٠١

يوضح جدول (١١) نتائج اختبار الفرض الفرعي الأول الذي يفحص العلاقة بين تقييم المخاطر وتعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية. تظهر P-value (0.010) التي هي أقل من ٠,٠٥، مما يشير إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين.

أما معامل الارتباط (r) فقد بلغ ٠,٦٦٨ ، مما يدل على وجود علاقة متوسطة إلى قوية بين تقييم المخاطر وتعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث. معامل التحديد (R^2) بلغ ٠,٤٤٦ ، ما يعني أن ٤٤,٦٪ من التغير في تعزيز الاستجابة الصحية يمكن تفسيره من خلال تقييم المخاطر.

قيمة F بلغت ٢٣٩,٩٠٢ ، مما يعكس أن النموذج الإحصائي قوي، وقيمة t (15.489) وقيمة b (1.181) تؤكد أن تأثير تقييم المخاطر في تعزيز الاستجابة الصحية ذو دلالة إحصائية قوية. وبالتالي، تدعم النتائج الفرض الفرعي الأول بأن لتقييم المخاطر تأثير إيجابي على الاستجابة الصحية أثناء الكوارث.

● الفرضية الفرعية الثانية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للتخطيط والتأهب للكوارث في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المستشفيات في المملكة العربية السعودية

جدول (١٢) تأثير مستوي التخطيط والتأهب للكوارث على مستوي تعزيز الاستجابة الصحية أثناء

الكوارث

P-VALUE	r	R ²	F	t	b
0.010	٠,٧٦٥	٠,٥٨٥	**٤٣٠,٣٨٢	**٢٠,٥٠٣	١,٤٣١

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي ببرنامج SPSS 23

** ذات دلالة احصائية عند ٠,٠١

يوضح جدول (١٢) نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثانية التي تفحص العلاقة بين التخطيط والتأهب للكوارث و تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية. تظهر (P -value (0.010) التي هي أقل من ٠,٠٥ ، مما يشير إلى أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين.

معامل الارتباط (r) بلغ ٠,٧٦٥، وهو يشير إلى علاقة قوية بين التخطيط والتأهب للكوارث وتعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث. كما أن معامل التحديد (R^2) بلغ ٠,٥٨٥، مما يعني أن ٥٨,٥٪ من التغير في تعزيز الاستجابة الصحية يمكن تفسيره من خلال التخطيط والتأهب للكوارث.

قيمة F بلغت ٤٣٠,٣٨٢، مما يعكس أن النموذج الإحصائي قوي جداً. أما قيمة t (20.503) و قيمة b (1.431)، فتؤكد على أن التخطيط والتأهب للكوارث له تأثير ذو دلالة إحصائية كبيرة في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث. وبناءً على هذه النتائج، تدعم الفرضية الفرعية الثانية بأن التخطيط والتأهب للكوارث له دور مهم في تحسين الاستجابة الصحية.

❶ الفرضية الفرعية الثالثة: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للتدريب وبناء القدرات في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المستشفيات في المملكة العربية السعودية

جدول (١٣) تأثير مستوى التدريب وبناء القدرات على مستوى تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث

P-VALUE	r	R ²	F	t	b
0.000	٠,٨٦٤	٠,٧٤٧	**٨٧٧,٩٣٩	**٢٩,٦٣٠	١,٣٧٤

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي ببرنامج SPSS 23

** ذات دلالة إحصائية عند ٠,٠١

وضح جدول (١٣) نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثالثة التي تفحص العلاقة بين التدريب وبناء القدرات و تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية. تظهر P -value (٠,٠١٠) التي هي أقل من ٠,٠٥، مما يشير إلى أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين.

معامل الارتباط (r) بلغ ٠,٨٦٤، مما يشير إلى وجود علاقة قوية جدًا بين التدريب وبناء القدرات وتعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث. كما أن معامل التحديد (R^2) بلغ ٠,٧٤٧، مما يعني أن ٧٤,٧٪ من التغير في تعزيز الاستجابة الصحية يمكن تفسيره من خلال التدريب وبناء القدرات.

قيمة F بلغت ٨٧٧,٩٣٩، مما يعكس أن النموذج الإحصائي قوي للغاية. أما قيمة t (٢٩,٦٣٠) وقيمة b (١,٣٧٤)، فتؤكد على أن للتدريب وبناء القدرات تأثير ذو دلالة إحصائية قوية في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث. بناءً على هذه النتائج، تدعم الفرضية الفرعية الثالثة بأن التدريب وبناء القدرات له دور كبير في تحسين الاستجابة الصحية.

الفصل الخامس: النتائج والتوصيات

١,٥ مقدمة

سوف نتناول في هذا الفصل النتائج التي توصلت إليها الدراسة من خلال تحليل البيانات المتعلقة بمحاور الدراسة والتي تم الحصول عليها عن طريق أداة الاستبيان المتمثلة في استمارة الاستبيان الالكتروني وإجراء اختبارات الفروض الخاصة بالدراسة من أجل تحقيق أهداف الدراسة وكذلك يتناول الفصل مجموعة من التوصيات التي توصي بها الدراسة ومقترحات لبحوث يمكن إجراؤها مستقبلاً.

٢,٥ استنتاجات الدراسة

تشير النتائج التي تم الحصول عليها في هذه الدراسة إلى :

١. ارتفاع مستوى تقييم المخاطر كأحد أبعاد إدارة المخاطر لدى العاملين في المستشفيات في المملكة العربية السعودية، وتشير هذه النتيجة إلى أن العاملين في المستشفيات يتمتعون بقدرة عالية على تحديد وتقييم المخاطر المحتملة التي قد تهدد سير العمل أثناء الكوارث، حيث بلغ المتوسط الحسابي ٤,٠٢٥ والانحراف المعياري ٠,٨٩٦. هذه النتيجة تتماشى مع ما أشار إليه دراسة Murray et al. (2024)، التي أوضحت أن تقييم المخاطر بشكل علمي وفعال يمكن أن يساهم بشكل كبير في تحسين استجابة النظام الصحي خلال الكوارث. في دراستهم، أظهرت النتائج أن الدول التي تقوم بتحديد المخاطر وتقييم تأثيرها تملك أنظمة صحية أكثر قدرة على التعامل مع الأزمات.

٢. ارتفاع مستوى التخطيط والتأهب للكوارث كأحد أبعاد إدارة المخاطر، ويظهر من نتائج الدراسة أن التخطيط والتأهب للكوارث في المستشفيات في المملكة العربية السعودية يحصل على موافقة مرتفعة (المتوسط الحسابي ٣,٩٨٢ بانحراف معياري ٠,٨٦٠). وتدعم هذه النتيجة نتائج دراسة Seyedin et al. (2023)، التي أظهرت أن وجود خطط طوارئ واضحة وإجراءات استجابة فعالة يساعد الجامعات

على الاستعداد بشكل أفضل لمواجهة الأزمات. كما تؤكد هذه النتيجة أهمية التخطيط المسبق في تعزيز استجابة الأنظمة الصحية أثناء الكوارث.

٣. ارتفاع مستوى التدريب وبناء القدرات كأحد أبعاد إدارة المخاطر، وتشير نتائج الدراسة إلى أن التدريب وبناء القدرات يعد من الأبعاد التي تؤثر بشكل كبير في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث (المتوسط الحسابي ٣,٩٠٠ بانحراف معياري ٠,٩٨٣). وتتماشى هذه النتيجة مع دراسة Hung et al. (2024)، التي أكدت على أهمية تطوير مهارات العاملين في القطاع الصحي من خلال التدريب المستمر، خاصة في مجال إدارة الكوارث، لتعزيز قدرة الكوادر الصحية على الاستجابة للأزمات بشكل فعال.

٤. ارتفاع مستوى إدارة المخاطر لدى العاملين في المستشفيات، وتعكس هذه النتيجة أن إدارة المخاطر بشكل عام تحصل على تقييم مرتفع من العاملين في المستشفيات في المملكة العربية السعودية، حيث بلغ المتوسط الحسابي ٣,٩٦٥ بانحراف معياري ٠,٩١٢. تتفق هذه النتيجة مع دراسة Harris (2022)، التي أبرزت أن الأنظمة الصحية التي تتبع استراتيجيات إدارة المخاطر بشكل متكامل تسهم في تعزيز مرونتها واستجابتها للكوارث، حيث تمثل إدارة المخاطر جزءاً أساسياً من استراتيجيات التأهب والاستجابة.

٥. ارتفاع مستوى القدرة على تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث في المستشفيات، وأظهرت الدراسة أن القدرة على تعزيز الاستجابة الصحية في المستشفيات عالية، حيث بلغ المتوسط الحسابي ٣,٩٥٠ بانحراف معياري ٠,٩٣٩. تتوافق هذه النتيجة مع دراسة Khademipour & Sheikhbardsiri (2022)، التي أشارت إلى أن قدرة المرافق الصحية على الاستجابة السريعة لأزمات الكوارث ترتبط بشكل مباشر بفعالية إدارة المخاطر وجودة التخطيط والإعداد المسبق.

٦. وجود تأثير ذو دلالة إحصائية لمستوى إدارة المخاطر على تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث: أظهرت نتائج الدراسة وجود تأثير قوي لمستوى إدارة المخاطر على القدرة على تعزيز الاستجابة الصحية (معامل الارتباط ٠,٩١٧)، وهو ما يتماشى مع دراسة Murray et al. (2024)، التي أكدت على أن إدارة المخاطر الصحية، بما في ذلك جميع أبعادها مثل الوقاية والتأهب، تؤثر بشكل إيجابي على قدرة الأنظمة الصحية في تقليل التأثيرات السلبية للكوارث. كما أن دراسة Seyedin et al. (2023)

أكدت على أن وجود استراتيجيات متكاملة في إدارة المخاطر يساهم في تعزيز الاستجابة الفعالة للأنظمة الصحية خلال الأزمات.

٧. وجود تأثير ذو دلالة إحصائية لمستوى التخطيط والتأهب للكوارث على تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث: تظهر النتائج وجود تأثير قوي للتخطيط والتأهب على الاستجابة الصحية، حيث بلغ معامل الارتباط ٠,٧٦٥. تتماشى هذه النتيجة مع دراسة Harris (2022) ، التي أظهرت أن الأنظمة الصحية التي تعتمد على خطط طوارئ مرنة ومتاحة لجميع الفرق المعنية تكون أكثر قدرة على التعامل مع الكوارث. كما أن دراسة Hung et al. (2024) تؤكد أن التخطيط المسبق والتأهب يساهم في تعزيز استجابة الفرق الطبية بشكل أسرع وأكثر كفاءة.

٨. وجود تأثير ذو دلالة إحصائية لمستوى التدريب وبناء القدرات على تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث:

أظهرت الدراسة أن التدريب وبناء القدرات له تأثير كبير على تعزيز الاستجابة الصحية، حيث بلغ معامل الارتباط ٠,٨٦٤. تتماشى هذه النتيجة مع دراسة Hung et al. (2024) ، التي أكدت أن التدريب المستمر وتحسين الكفاءات القيادية في إدارة الكوارث يعزز قدرة الكوادر الصحية على استجابة فعالة للأزمات. وبالإضافة إلى ذلك، تؤكد دراسة Seyedin et al. (2023) على أن الجامعات والمؤسسات التي توفر التدريب المناسب يمكنها تعزيز قدرتها على إدارة المخاطر الصحية بشكل أكثر فعالية.

٣,٥ التوصيات

بناءً على نتائج الدراسة، يمكن تقديم التوصيات التالية لتعزيز إدارة المخاطر في المستشفيات وتحسين استجابة الأنظمة الصحية أثناء الكوارث في المملكة العربية السعودية:

١. يُوصى بتطوير وتنفيذ سياسات تقييم مخاطر شاملة تركز على تحديد المخاطر المحتملة التي قد تهدد سير العمل في المستشفيات أثناء الكوارث.
٢. يُوصى بوضع خطط طوارئ شاملة تغطي جميع السيناريوهات المحتملة التي قد تحدث في المستشفيات أثناء الكوارث.

٣. يُوصى بتطوير برامج تدريبية مستمرة تركز على تعزيز مهارات الاستجابة السريعة للطوارئ وبناء القدرات القيادية لدى العاملين في القطاع الصحي.
٤. يجب توفير التدريب على كيفية اتخاذ قرارات حاسمة تحت الضغط، وزيادة الوعي حول أهمية العمل الجماعي والتنسيق بين الفرق الطبية خلال الكوارث.
٥. يُوصى بالاستثمار في تطوير نظم إنذار مبكر تعتمد على الذكاء الاصطناعي وتحليل البيانات الضخمة.
٦. يجب تعزيز التنسيق بين المستشفيات والهيئات الحكومية والمنظمات غير الحكومية، لضمان استجابة مشتركة وفعّالة أثناء الكوارث.
٧. يوصى بتشكيل فرق مشتركة تجمع جميع الجهات الفاعلة لضمان تخصيص الموارد وتبادل المعلومات بشكل سريع وفعال.
٨. يُوصى بتحديث وتطوير البنية التحتية للمستشفيات لضمان استدامة الخدمات الصحية أثناء الكوارث. يجب تحسين تجهيزات الطوارئ والتأكد من توفير المعدات الطبية اللازمة، بالإضافة إلى تحسين مرافق الإيواء في المستشفيات لتلبية احتياجات المرضى.
٩. يُوصى بتعزيز البحث العلمي في مجال إدارة المخاطر الصحية والكوارث، وتحفيز التعاون مع المؤسسات الدولية لتبادل الخبرات وأفضل الممارسات في الاستجابة للكوارث.

Abstract

This study aimed to analyze the impact of risk management in its various dimensions (risk assessment, disaster planning and preparedness, training and capacity building) on enhancing hospital responses in the Kingdom of Saudi Arabia during health disasters. The study adopted a descriptive-analytical approach, where 350 questionnaires were distributed to employees in targeted hospitals, and 300 questionnaires were successfully retrieved, representing an 85.7% response rate.

The study results showed that the level of risk management was high among hospital staff, with a statistically significant impact of risk management on enhancing health responses during disasters. It was also found that disaster planning and preparedness, along with continuous training, are key factors in improving response capabilities. The study recommended developing integrated strategies for health risk management, enhancing ongoing training programs for healthcare personnel, and providing flexible emergency plans to ensure hospital readiness to face future disasters.

Keywords: Risk Management, Risk Assessment, Emergency Planning, Training and Capacity

Building, Health Response, Disasters, Hospitals, Kingdom of Saudi Arabia.

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

- عفيفي، آلاء أحمد عفيفي محمد. (٢٠٢٤). تأثير تطبيق إدارة المخاطر على مشاريع الرعاية الصحية: دراسة تطبيقية على مستشفيات في جدة. المجلة الدولية للبحوث العلمية، ٣(٨)، ٨٦٠-٨٩٢.
<https://doi.org/10.59992/IJSR.2024.v3n8p24>
- أعلوان، فؤاد، و ربوح، أحمد. (٢٠٢٣). منظومة الأمم المتحدة للحد من مخاطر الكوارث: أية حصيلة في مواجهة وباء كورونا؟. مجلة دفاتر قانونية، ١٩٤، ٣٩ - ٥٨.
- أفريقز، محمد. (٢٠٢٠). إدارة الأزمات وتدابير المخاطر: أزمة جائحة فيروس كورونا كوفيد ١٩: قراءة في التجربة المغربية بين النص الدستوري والممارسة. مجلة منازعات الأعمال، ٥٧، ٢٣٢ - ٢٥٥.
- باقر، وفاء جاسم علي عباس، ارتيمة، هاني جزاع عبد الكريم، و الهواري، سامر فواز. (٢٠٢٠). أثر إدارة المخاطر في إدارة المشاريع الهندسية: الدور الوسيط للثقافة المنظمة في الهيئة العامة للطرق والنقل البري في دولة الكويت (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة العلوم الإسلامية العالمية، عمان.
- حواس، محمد. (٢٠٢٤). شبكة تسيير المخاطر: حلقة الوصل بين التدقيق الداخلي وإدارة المخاطر: دراسة حالة شركة متيجة للإسمنت "S.C.MI - GICA". مجلة العلوم الإدارية والمالية، مج ٨، ١٤، ١٣٦ - ١٥٣.
- سعود، نهلة إبراهيم. (٢٠٢٠). إدارة المخاطر وثقافة الأزمات: دراسة لرؤى عينة من شباب جامعة الإسكندرية. مجلة كلية الآداب، ٩٤، ١ - ٤٠.
- سليمان، عدنان، و سليمان، غفار أحمد. (٢٠٢٠). متطلبات التخطيط الاستراتيجي لإدارة الأزمات والكوارث: دراسة حالة منظمة الهلال الأحمر العربي السوري. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية - سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، مج ٤٢، ٥٤، ٢٤٥ - ٢٦٤.

- طاهري، طيبة، و شكيب، كاهية أحمد. (٢٠١٩). إدارة المخاطر في المؤسسات الصحية: دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية الجامعية ١ نوفمبر ١٩٥٤ بوهرا. مجلة الاقتصاد الصناعي - خزارتك، مج ٩، ١٤، ٣٠٠-٣١٥.
- عباسي، فتحية، و لونيس، عبد الوهاب. (٢٠٢٤). حالة الطوارئ المرتبطة بالأمراض الصحية أو الكوارث الطبيعية أو التكنولوجية وفق قانون ٢٣-١٢، الذي يحدد القواعد العامة المتعلقة بالصفقات. مجلة الحوار الثقافي، مج ١٣، ٢٤، ٢٧١ - ٢٩٥.
- القضاة، حسن صالح سليمان، السبي، نزار عبد الح، و حوباني، مشاعل أحمد. (٢٠٢٣). التغييرات الاستراتيجية المتبعة في المركز الوطني لإدارة الأزمات والكوارث الصحية السعودية بعد جائحة كوفيد ١٩. مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية، مج ٧، ١١٤، ٦٨ - ٨٠.
- مراد، أنجي فاروق أحمد، ومحمد، أحمد محمد فرحان. (٢٠٢٢). نموذج إكتواري مقترح لتقدير معامل التحمل للتأمين الصحي باستخدام أسلوب التحكم الأمثل بالتطبيق على قطاع التأمين الصحي بالملكة العربية السعودية. مجلة البحوث المالية والتجارية، ٣٤، ٢٩٥ - ٣٤٣. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1334656>
- معبد، عبد العليم محمد عبود. (٢٠٢٠). الاستراتيجيات المستقبلية لإدارة أخطار الأوبئة والكوارث الصحية في ظل تجربة أزمة فيروس كورونا المستجد. المجلة العربية للدراسات الأمنية، مج ٣٦، ٢٤، ٢٩٢ - ٣٠٩.

المراجع باللغة الأجنبية:

- Nandi, S. (2022). Disaster risk management during COVID-19 pandemic (pp. 325–348). Elsevier eBooks. <https://doi.org/10.1016/b978-0-323-91307-2.00013-4>
- Abu Batnin, Baha Akram Ghazi, and Al-Jaish, Yousef Ibrahim. (2020). Knowledge, Attitude and Practice of Health Care Providers in Emergency Medical Services Regarding Disasters

Preparedness: Applied Study on PRCS in the Gaza Strip (Unpublished Master's Thesis).

Islamic University (Gaza), Gaza.

- Al Shebani, N. A. S. A., Wassan, N., and Al Amri, K. (2023). Risk Management in Aviation Supply Chain: A Case Study of Oman Air (Unpublished Master Thesis). Sultan Qaboos University, Muscat.
- Al-Habbashin, Mohammed Abdullah, and Al-Nusour, Moawia. (2020). Managing Risk in Public Transport in Jordan: Case Study Amman Bus Rapid Transit System (Unpublished Master's Thesis). Al-Isra Private University, Amman.
- Al-Wadaei, Shabib Hassib Mushabib, and Muqtash, Adnan Mikhail Abdullah. (2020). Measuring the Impact of Disasters Wars on Mental Health among the Yemeni People from "2010-2019" (Unpublished Master's Thesis). Hashemite University, Zarqa.
- Ashqar, Raghad Nasser Ali, and Al-Jallad, Raafat. (2020). Liquidity Risk Management Practices: A Comparative Study between Islamic and Conventional Banks in Palestine (Unpublished Master's Thesis). An-Najah National University, Nablus.
- Harris, M. (2022). Disaster Risk Management: A Resilient Health System (pp. 147–176). Springer eBooks. https://doi.org/10.1007/978-3-030-72196-1_7
- Hochrainer-Stigler, S., Bachner, G., Knittel, N., Poledna, S., Reiter, K., & Bosello, F. (2024). Risk management against indirect risks from disasters: A multi-model and participatory governance framework applied to flood risk in Austria. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 106, 104425. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2024.104425>
- Hung, K. K., MacDermot, M. K., Hui, T. S. I., Mashino, S., Mok, C. P. Y., Leung, P. H., Kayano, R., Abrahams, J., Wong, C. S., Chan, E. Y. Y., & Graham, C. A. (2024). Mapping study for health emergency and disaster risk management competencies and curricula: literature

review and cross-sectional survey. *Globalization and Health*, 20.

<https://doi.org/10.1186/s12992-023-01010-y>

- Jad Allah, Ezzat Yahya Ahmed, and Al-Geish, Yousef Ibrahim. (2019). Health System Crisis and Disaster Preparedness among Non - Governmental Hospitals in Gaza Strip (Unpublished Master's Thesis). Islamic University (Gaza), Gaza.
- Khademipour, G., & Sheikhbardsiri, H. (2022). Disaster risk assessment of primary healthcare facilities in South East of Iran: a study with approach of disaster risk reduction. *Disaster and Emergency Medicine Journal*. <https://doi.org/10.5603/demj.a2022.0002>
- Koriyah, S. R. P., Wijaya, S., & Rachmadi, D. (2023). Peran Tenaga Kesehatan dalam Penanggulangan Banjir di Pasuruan pada Bulan Februari Tahun 2023. *SEHATMAS Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 2(3), 598–603. <https://doi.org/10.55123/sehatmas.v2i3.1948>
- Lebda, Raymond El-Saeed Mohamed. (2024). The Impact of Fintech on Credit Risk Management: An Applied Study on the Egyptian Banking Sector. *Alexandria University Journal of Administrative Sciences*, Vol. 61, No. 5, 381-422.
- Murray, V., Mayner, L., & Abrahams, J. (2024). Health Emergency Disaster Risk Management: Enabling Whole-of-Society Action to Reduce Risk. *Oxford Research Encyclopedia of Natural Hazard Science*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199389407.013.430>
- Nassar, Fadi Mohammed Sidqi, and Al-Zubaidi, Hamza. (2020). Needs Assessment of Public Health Emergency Operations Center for Disasters Preparedness and Response in Nablus Governorate, Palestine (Unpublished Master's Thesis). An-Najah National University, Nablus.

- Qaoud, Arafat Issa Ahmed, and Al-Jaish, Yousef Ibrahim. (2019). Health Care Providers' Perception of Knowledge, Skills, and Preparedness' for Disaster Management in Primary Health Care Centres in Gaza Strip (Unpublished Master's Thesis). Islamic University (Gaza), Gaza.
- Riad, M. (2024). Solvency II Risk Management Requirements: A Spotlight on Algeria's Insurance Industry. *Al-Manhal Al-Iqtisadi Journal*, Vol. 7, No. 1, 1063-1078.
- Seyedin, H., Miresmaeeli, S., & Khorasani Zavareh, D. (2023). A comparative study: Accreditation of universities' disaster risk management for health promotion. *Journal of Education and Health Promotion*, 12(1), 245.
https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_590_22

الملاحق

استمارة استبيان

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أخي الكريم / أختي الكريمة

تحية طيبة وبعد،

يقوم الباحثين بإجراء دراسة حول قياس "إدارة المخاطر في تعزيز الاستجابة الصحية أثناء

الكوارث"

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

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

رأيكم بالتأشير على الإجابة المناسبة من وجهة نظركم.

وأقدم لحضراتكم بجزيل الشكر والتقدير للمساهمة في جهودكم في تعبئة هذا الاستبيان علماً أن

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

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

وتفضلوا بقبول فائق التقدير والاحترام

أولاً: البيانات الشخصية

- ١- النوع الاجتماعي ☐ ذكر ☐ أنثى
- ٢- العمر ☐ 30 سنة فأقل ☐ من 40 - 30 سنة ☐ من ٥٠ سنة فأكثر ☐ 40 - 50 سنة
- ٣- المؤهل العلمي ☐ متوسط ☐ بكالوريوس ☐ ماجستير ☐ دكتوراة
- ٤- سنوات الخبرة ☐ 5 سنوات فأقل ☐ من 5 - 10 سنة ☐ أكثر من ١٥ سنة ☐ من 10 - 15 سنة
- ٥- المسمى الوظيفي ☐ كادر طبي ☐ كادر إداري

ثانيا محاور الاستبيان

المحور الأول: إدارة المخاطر ، ضع إشارة (✓) في المربع المناسب لاختيارك:

المحور الأول	إدارة المخاطر	ضع إشارة (✓) في المربع المناسب لاختيارك:	معارض بشدة	معارض	محايد	أو افق	أو افق بشدة	البعد
تقييم المخاطر								
								يمكن تحديد المخاطر المحتملة التي قد تهدد سير العمل في المستشفيات أثناء الكوارث
								يتم تقييم تأثير المخاطر على القدرة التشغيلية للمستشفيات في حالات الطوارئ.
								يتم استخدام تقنيات علمية لتحديد حجم الخطر المتوقع وتأثيره على النظام الصحي.
								يتم فحص بيئة العمل وتحديد العوامل التي قد تؤدي إلى تعطيل سير العمل أثناء الكوارث.
								يتم تحديد المخاطر النفسية والاجتماعية التي قد تؤثر على الموظفين والمرضى أثناء الأزمات الصحية.
التخطيط والتأهب للكوارث								
								يتم وضع خطط مسبقة للتعامل مع الكوارث، تشمل جميع السيناريوهات المحتملة التي قد تواجه المستشفى.
								يتم تحديد الإجراءات اللازمة لاستجابة سريعة وفعالة لحالات الطوارئ في المستشفيات.

					يتم تطوير استراتيجيات لاحتواء الأزمات الصحية والتقليل من تأثيرها على المرضى والعاملين.
					يتم التخطيط لتخصيص الموارد الطبية واللوجستية بشكل مناسب في حالات الطوارئ.
					يتم التأكد من أن جميع أعضاء الفريق الطبي يعرفون أدوارهم ومسؤولياتهم في حالات الكوارث
التدريب وبناء القدرات					
					يتم تدريب الكوادر الطبية على التعامل مع الحالات الطارئة والكوارث الصحية المختلفة.
					يتم تنظيم ورش عمل ودورات تدريبية لتقوية مهارات الاستجابة السريعة في المواقف الحرجة.
					يتم تعزيز قدرة الفرق الطبية على اتخاذ قرارات حاسمة تحت الضغط في حالات الطوارئ.
					يتم تعزيز القدرات الشخصية للموظفين لتحمل الضغوط النفسية التي قد تنشأ أثناء الأزمات.
					يتم توفير برامج تدريبية مستمرة لتحسين مهارات التواصل والتنسيق بين الفريق الطبي في الحالات الطارئة.

المحور الثاني: تعزيز الاستجابة الصحية أثناء الكوارث، ضع إشارة (✓) في المربع

المناسب لاختيارك:

معارض بشدة	معارض	محايد	أو افق	أو افق بشدة	البعد
					تفعيل خطط الطوارئ بسرعة وتوزيع المهام بين الفريق الطبي.
					توزيع الأدوار بوضوح لضمان التنسيق الفعال أثناء الكوارث.
					تعزيز التنسيق مع المستشفيات الأخرى لتبادل الموارد والمعلومات.
					ضمان توفر الموارد الطبية مثل الأدوية والمعدات الأساسية.
					تقديم الدعم النفسي للمرضى والطواقم الطبية.
					اتخاذ قرارات سريعة في حالات الطوارئ بفعالية.
					استعداد المستشفيات لاستقبال أعداد كبيرة من المرضى.
					تحسين التواصل الداخلي بين الفرق الطبية لضمان تنسيق جيد.
					يتم التقييم المستمر للأداء لتحسين الاستجابة في المستقبل.

مع خالص التقدير والاحترام

Mid-Ocean University

College of Management

Department of risk management



**The Role of Risk Management in Enhancing Health
Response during Disasters: An Applied Study on Hospitals in
the Kingdom of Saudi Arabia**

Preparation:

Supervision:

Dr. Al faisal Abdelhameed Mohamed

Dr. Fayez Ali Jrad

٢٠٢٥ - ١٤٤٦